

「西醫基層總額研商議事會議」108 年第 4 次會議紀錄

時間：108 年 12 月 18 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	潘繼仁(代)
王代表維昌	王維昌	陳代表志明	陳志明
朱代表建銘	朱建銘	陳代表相國	陳相國
朱代表益宏	請假	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	吳順國	黃代表振國	黃振國
呂代表紹達	請假	黃代表啟嘉	張必正(代)
李代表孟智	請假	趙代表善楷	趙善楷
李代表龍騰	李龍騰	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	請假	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	請假	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	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	趙堅(代)	蘇代表東茂	陳志麟(代)
徐代表超群	徐超群		
張代表志傑	請假		
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

中華民國醫檢師公會全聯會

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

劉玉菁、黃敏玲

盧胤雯、陳信婷

陳燕鈴、方瓊惠

羅浚暄、吳韻婕、林筱庭

吳心華、吳亞筑

洪鈺婷

宋佳玲

請假

范貴惠、廖美惠

麻晟瑋

陳麗尼

洪穰吟

黃雅蘭

馮美芳

陳真慧、陳泰諭

黃千華

請假

李冠毅

白姍綺

曾玟富、連恆榮、詹淑存、

林亭儀、劉詩婷

吳科屏、劉林義、韓佩軒、

洪于淇、王玲玲、張作貞、

劉立麗、呂姿暉、黃奕瑄、

黃思瑄、蕭晟儀、米珮菱、

楊淑美、鄭正義

主席：蔡副署長淑鈴

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：本會上次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：洽悉。

第二案

案由：西醫基層總額執行概況報告案。

決定：洽悉，支付標準相關轉診誘因請中央健康保險署適時檢討。

第三案

案由：108年第2季點值結算結果報告。

決定：一般服務部門點值確定如下表，依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜：

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.9480	0.9883	0.9761	1.0238	0.9761	1.1439	0.9741
平均點值	0.9553	0.9892	0.9824	1.0157	0.9827	1.0924	0.9813

第四案

案由：109年「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商會議」召開會議之時程

決定：109年會議時間如下表，請各位代表預留時間。

第1次會議	第2次會議	第3次會議	第4次會議	第1次臨時會
109.3.5 (週四下午)	109.5.28 (週四下午)	109.8.27 (週四下午)	109.11.26 (週四下午)	109.12.10 (週四下午)

第五案

案由：診所無障礙就醫環境合格標準報告案

決定：本案未獲共識，請中華民國醫師公會全國聯合會（以下簡稱全

聯會)與衛生福利部醫事司另行討論後，於 108 年 12 月底前函文本署無障礙就醫環境指標是否納入 108 年西醫基層總額品質保證保留款計算。

肆、討論事項：

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：109 年基層總額一般服務案件之保障項目討論案。

決議：同意比照 108 年保障項目(每點 1 元支付)，如下：

- 一、論病例計酬案件。
- 二、血品費。
- 三、西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項=280 點×季申報總住院日數。

註：藥費依據藥物給付項目及支付標準辦理。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案，提請討論。

決議：本案通過，修訂重點如下：

- 一、組織運作部分，增列新參與診所可擇定良好級以上醫療群參加、24 小時諮詢專線不得設置於醫院急診室及計畫執行中心應辦理之核心業務及其內容項目，及其核心業務不得委由非醫事服務機構執行等規範。
- 二、修訂績效獎勵費用之品質提升費用，包含計畫評核指標特優級且平均每人 VC-AE 差值>275 點者，由原每會員 275 點調整為每會員 275 元，及評核指標達成情形，調升輔導級為 65 分≤~<70 分，不支付等級調整為<65 分。
- 三、失智症、甲狀腺機能障礙及攝護腺(前列腺)肥大等 3 種疾病涉及醫師專科別及檢查設備設置情形，不易於基層就診，於多重慢性病人門診整合費用中所列之慢性病項目，刪除前述 3 類疾病。

- 四、新增偏遠地區參與診所績效獎勵費，獎勵符合本保險醫療資源缺乏地區施行區域及本保險山地離島地區之診所，且所屬社區醫療群計畫評核指標為良好級(含)以上，診所之績效獎勵費每點支付金額 1 元計算。
- 五、修訂部分評核指標得分閾值及內容，包含原「電子轉診使用率」修改為「電子轉診成功率」，調升成人預防保健檢查率、子宮頸抹片檢查率、65 歲以上老人流感注射率、糞便潛血檢查率、糖尿病會員胰島素注射率、潛在可避免急診率、會員急診率(排除外傷)、可避免住院率及會員固定就診率之得分閾值，新增初期慢性腎臟病會員之早期尿液篩檢之檢驗檢查執行率，收治糖尿病、初期慢性腎臟病個案(未於醫療給付改善方案收案)之診所指標變更為糖尿病會員胰島素注射率，並調升得分閾值。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「109 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，提請討論。

決議：本案通過，修正重點如下：

- 一、本方案施行鄉鎮修正：放寬本方案醫療資源缺乏地區診所之適用鄉鎮，109 年共計 128 個鄉鎮區(基層診所 97 個、醫院 31 個)，與 108 年相較，刪除 2 個地區(彰化縣社頭鄉、桃園市觀音區)，另新增 15 個地區，由基層診所承作：
 - (一)苗栗縣卓蘭鎮、花蓮縣吉安鄉、台東縣卑南鄉、台東縣長濱鄉，新增為第 2 級施行區域。
 - (二)宜蘭縣礁溪鄉、新竹縣新埔鎮、苗栗縣三義鄉、雲林縣土庫鎮、雲林縣莿桐鄉、嘉義縣太保市、高雄市美濃區、屏東縣麟洛鄉、屏東縣佳冬鄉，屏東縣長治鄉、屏東縣里港鄉，新增為第 1 級施行區域。
- 二、本方案開業計畫相關規定：新增開業計畫負責醫師申請資格門檻為「中華民國醫師公會全國聯合會所屬縣市公會會員並符合開業資格之西醫師，其最近十二個月健保平均每月申報點數(含部分負擔)須大於 15 萬點。但前開計算費用之十二個月區間，若屬中央主管機關指定之醫院接受二年醫師訓練之

期間，並取得證明文件者不在此限。」條文。

三、巡迴計畫相關規定：

- (一)為簡化行政流程，於本方案七(一)1.申請程序之申請巡迴計畫，修正後段文字為「如巡迴醫師、時段及地點皆與前一年相同者，可具函並檢附衛生主管機關核定報備同意函備查」。
- (二)考量巡迴時間及地點變更改數，因醫院及基層診所承作之巡迴點數量會影響院所程度具差異，故考量公平性，於本方案七(四)4.修正診療時間、地點變更改數為「同一院所之每一巡迴點，一年不可超過三次」。另放寬醫師備援人數3名為限。

四、本方案其餘條文依修正條文對照表內容修訂。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

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：全聯會反對109年以醫療服務成本指數改變率所增加之預算作為院所無障礙環境之獎勵，爰不同意無障礙就醫環境指標自109年西醫基層總額品質保證保留款中刪除，醫界意見將一併陳報衛生福利部核定。

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：109年其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」結算方式，提請討論。

決議：本案通過，比照108年結算方式。

伍、臨時提案：

第一案

提案單位：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，提請討論。

決議：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準原自108年9月1日起刪除西醫基層「開具慢性病連續處方並交付藥局調劑」診察費中「連續」2字，係為區分如00158C「開具連續二次以上

調劑，而且每次給藥二十八天之慢性病連續處方並交付藥局調劑」等診療項目，避免文字混淆，並無擴大給付範圍及申報頻次之意涵，為免造成資訊廠商誤解，同意依本署建議不刪除「連續」2字。

第二案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：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。

決議：本案未通過，請全聯會再行研議。

陸、散會：下午5時20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 108 年第 4 次會議與會人員發言摘要

主席

今天是要開今年西醫基層總額研商議事會議的第 4 次會議，有延期好幾次，但還是趕在年底以前要開，今天會議開始。請各位代表看上次的會議紀錄，從第 5 頁到第 9 頁，請各位委員看上次的會議紀錄有沒有問題，如果沒有問題，會議紀錄就確定，接下來報告事項第一案。

● 報告事項第一案：本會上次會議結論事項辦理情形。

主席

好，3 項都已經解除列管，大家有沒有意見，如果沒有，列管事項就確認，接下來第 2 案，執行概況報告先請全聯會報告，請陳醫師。接下來請署裡面這邊做補充說明。

● 報告事項第二案：西醫基層總額執行概況(略)

主席

好，謝謝，今天的報告特別雙向轉診這一塊，事實上有很多值得探討的地方，首先大家有沒有什麼意見要提出來詢問的，來，請廖理事長。

廖慶龍代表

我對結語第一段下轉之診所實際就醫只有 6 成，當中有一半是沒有下轉成功，請問署方在跟醫院開會的時候，沒有探討沒有下轉成功的原因是在哪邊，是沒有 key 代碼或是說什麼狀況。

主席

下轉未成功原因，我們最近要做調查，問問民眾為什麼你有接受轉診，卻沒有到原來的指定院所就醫，或者是你根本沒有就醫，到底原因是什麼，是沒信心，還是什麼原因？我們準備先電話問，以後也會在網路上用問卷問，未來會比較理解這些人是怎麼回事。可是還有上轉，上轉的真正有接受的也是只有 7 成，也就是說我們診所上轉的很多，可是真正有去就診的也不過 7 成，所以上轉跟下轉現在都有落差，這裡才是值得探討，就是說我們的轉診有沒有問題。特別現在上轉的大宗是診所，可是真正病人有去醫院接受轉診的個案也只有 7 成，這個到底合不合理，還有一個更需要去處理的是基層診所，轉診急診最多，而且轉診的急診裡面檢傷分類 3 到 5 級的占近 8 成，而且在上班時間近 5 成，你要轉診急診又在醫院有門診的時間，可見不是很急的個案為什麼要轉急診，門

診都有綠色通道，你卻轉診去急診，然後又不是很緊急的個案，而這些有 6 成都是家醫的診所，這個一系列下來累積一年的資料。看起來確實雙向轉診，一邊我覺得診所在抱怨說沒有轉診病人的同時，也要想一想剛剛不管是陳醫師講的或者是我們的資料都顯示，我們的轉診下轉率不高，等於診所感覺上收到病人不多，可是我轉那麼多上去，這麼多是不是需要轉的病人，你要轉都轉急診，急診又沒那麼急，對不對。看起來醫院下轉病人，可是診所又沒有接到，到底到哪裡去了，有些是回到原來的醫院，可是比例不高，有一些根本兩邊都沒有去，又換到第 3 家去，這個是什麼原因我們要探討一下，來，請黃醫師。

黃振國代表

我想這些分析值得讚許，因為以前沒有這些資料，以前都是書面轉診，感受不到 lose 多少，所以坦白講我們看得到健保署同仁對轉診的努力。第一以前書面轉診搞不好 lose 的比例更高，所以我覺得 6 成、7 成是可以接受的，因為以前也沒有統計書面轉診有多少。第二個我覺得醫療群的診所，在上班時間把 4-5 級的輕症轉到急診去，這個原因要探討。但不要忽略的是，實際上我們遇到的病人或家屬比我們還急，偶爾 1、2 件不排除其他因素，我覺得都 OK，但是有集中的現象要探討，集中在某些醫療群或某些診所，請署方多了解並加以輔導，因為其實可以轉門診，不要讓它在上班時間把急診堵住了，醫療資源不要錯置。還有我希望可以看到各分區的資料，有些分區可能做得非常好，有些分區可能有待進步，我覺得有需要讓比較需要進步的分區，去跟做得好的分區做學習，這樣具有同儕學習的效果。剛剛我們講的錢，我們講洩氣一點的話，身為臺北區的主委，我們的占率有 33%，可是我們下轉的錢目前佔不到 3 成，代表臺北區有在努力，因為努力從跨表的執行率方面，都沒有到我們應有的占率，所以說實在我們真的要再努力一點，也相較其他區做的比較好的，也值得我們去稱許、去學習。感謝署方最近面對下轉很多壓力的情況下，還能夠堅持雙向轉診，為民眾的健康把關，讓醫療資源能妥善利用，這一點我們應該稱許。只有一個小小的疑問，新藥新科技的部分，實際上替代率很難算，所以我現在還不懂什麼是替代率，但你就忽然告訴我替代率省下這些錢，我們跟醫院的代表去算，總是算不出替代率，我想署方有一天有機會再研議替代率及算出來的數字，可能今天不用回答，但是我覺得在寫替代率的時候，是否能更周詳去考量很多的因素，我想這個的數值會更精確，不然每年給我們新藥的預算或者是擴大適應症預算，我們覺得不夠，你們覺得太多，我想落差就會很多，謝謝。

主席

好，謝謝黃醫師，其他還有沒有，藍醫師。

藍毅生代表

我嘗試以外科醫師的角度來解釋急診為什麼上轉，而且都是 3 到 4 級、3 到 5 級的這些個案，嘗試來解釋看看，是不是跟這個有關係，我們主要分成 2 個部分，第 1 基層診所還是以家醫、內科、一般科占最大宗，假設一個外傷是需要縫合或者相對肌肉有裂傷，肌腱有裂傷的話，基本上只要棉花包著去到醫院，還是在 3 到 5 級內，可是在門診，醫院的門診是沒辦法處理，還是要在醫院的急診，因為門診不會去做這種處置，他還是會在急診上面來處置，所以這種我想說很大宗的。假設那一個診所不是做外科的，也許比較深層的或比較複雜一點的就沒辦法，在檢傷分類還是屬於 3 到 5 級。第 2 個如果這家送去的也是外科診所，可是譬如說一個挫傷，顏面的挫傷，臉縫好了，可是一般的診所不會設 X 光這種設備，很多的病人說如果是這樣，縫合也讓我到醫院再縫，假設他如果能在外科診所縫好才轉醫院，那當然轉門診沒有問題，可是他的傷口就是這樣的時候，連傷口就不要在這裡處理，一起到醫院處理，那這樣也會產生類似這樣的問題，因為他還是屬於 3 到 5 級，就算是他韌帶斷裂也是屬於 3 到 5 級，這個是實際上很容易會發生類似的這樣，那其他類科的認知上面，胸痛可能是心肌梗塞，也許像我自己上個月 2 個不典型的，1 個是胃痛，1 個是肩膀的痛，有 1 個去到中山就昏迷了，那這個的話其實是急性心肌梗塞，其實還是有風險在的，所以我們針對急診就醫，也是要分析一下看看這中間是不是有這樣的狀況，以上補充，謝謝。

主席

好，謝謝，那還有沒有那位有意見？來，王醫師，再來黃教授。

王維昌代表

大家好，其實這個急診如果看第 41 張簡報占 13%，其實並不多，如果特別拿出來分析家醫轉得多，我是覺得家醫本身對於分級醫療，因為參加家醫群比較有這概念，比較積極去轉，如果分級醫療著重穩定病的上下轉，如果大家這麼在意的話，可以把急診上轉部門，那個部分的補助可以再考慮一下，謝謝。

黃信彰代表

謝謝健保署提供這樣子的數據，因為過去在我們獲得的訊息，雙向轉診，診所上轉到醫院大概 7 成會被接受，但是下轉好像就只有 3 成，所以那時候有提出一些包括要突破 VPN，要讓診所一下就可以知道醫院有下轉下來，但是看我們的簡報 39 頁，我們診所也很努力，醫院下轉後有被接收的有 30.75%，那這可能是說有報 01038C 的，但是它沒有報，但是有到下轉診所就醫的也有 30.8%，那表示診所確實沒有申報，但是這個碼是有給付的，這個是不是能讓我們診所去了

解醫院有下轉下來，要去申報這個東西，有申報加沒申報有近 6 成，可以看到民眾有 6 成還是有照著轉診醫囑到診所就醫。

主席

謝謝黃教授，請吳醫師發言。

吳國治代表

這裡面會有沒有算到的部分，呈現不出來，兩邊都申請不到錢。

主席

等會一併說明，暫時沒有問題，我們請張醫師。

張孟源代表

醫院轉基層與基層轉醫院的部分，因為在基層轉到醫院有 7 成的醫院會接受，醫院接受之後，醫院這些病人會有檢查及治療的需要，我們是希望這些上轉的個案或下轉的個案，建議不要納入醫院門診減量 2%，因為我們轉上去則表示病人有上轉的需要，不應該考慮納入醫院的總量計算，分級醫療是健保署及衛福部重要的政策，這樣才能真正的鼓勵雙向轉診，不然醫院將來一直被核扣，會拒絕我們轉上去的病人，這樣會影響到病人的醫療，這是一個簡單的概念，而且是未來可能發生的，提供署方參考，以上。

主席

謝謝張醫師，如果沒有其他問題的話，我們請連科長就剛剛黃醫師所說的藥品替代率。

醫審及藥材組連恆榮科長

謝謝黃醫師提醒，關於藥品替代率的部分是委託成大和協會來做替代率的檢討，目前檢討過程中尚未達到共識，未來替代率的部份我們會持續檢討，未來是不是新藥實際可能會發生的產品來做預估，是我們未來討論的方向。

林俊傑代表

有關於上轉及下轉部分，我身為基層醫師協會理事長代表基層發言，每一位基層診所醫師在轉診一定有個人的考量及臨床上的判斷，第 1 點，我認為診所上轉分析可以把疾病類別或處置方式可以再做細分。另外因為這是用 VPN 來統計，我認為參加家庭醫學整合照護計畫的醫師，其實都是非常配合政策，但他認為個案需要緊急給醫院知道，就會上 VPN 去登錄，同時也會配合，所以這個數據出來才會有參加家醫整合計畫的醫師比較多，但有的醫師是用手寫或書面，未來在統計的時候，如果個案可以在門診處理就在門診處置而不是到急診，但我認為尊重第一線醫師的臨床判斷。第 2 點，我們參加家醫整合計畫，常常有些指標是醫療群無法去控制的，要下轉或是雙向轉診其實是操控在醫院門診醫

師，但有時候醫院門診醫師非常忙碌，執行 VPN 上傳及登打時間需要花費約 5-8 分鐘，有些合作醫院有個案管理師可以做這件事，有些醫院只能由醫師自行登打，所以建議未來醫院在行政處理上，能更簡化下轉程序或編預算聘用個管師，才能更落實及增加醫院下轉到基層的個案量，也可以增加預算的執行比率，以上兩點報告。

主席

謝謝林理事長，請醫管組回應。

李純馥代表

謝謝各位代表的提問，提供寶貴意見，有關於黃振國代表提到相關維度要不要再細分到分區，這部分我們會來做處理，不過為什麼沒有做到分區及層級別，因為這樣維度會特別細，還有分區的比較在人數統計上會有重疊，所以這部分後續可以做分析，包括有沒有集中的趨勢，大家對於這次的資料以為本組是用 VPN 去統計，我們是使用所有申報資料去做統計，所以裡面包含用書面轉診的個案，只要申報是轉診個案，包含轉診及轉檢個案，我們都有列計。另外藍醫師提到急診部分是不是外傷造成，我們這次沒有放入，不過我們有統計診所上轉的前 10 大疾病，第 1 名是惡性腫瘤，第 2 名是一般症狀及癥候，第 3 名是轉診進一步檢查及追蹤，前 10 大沒有提到外傷，這次限於篇幅沒有放這樣的統計，但我們是有做統計的。王維昌理事長提到是不是對於急診有做什麼補助，在相關穩定病上下轉中，在轉診這一塊，對於急診收治的部分也是有給予轉診的誘因，所以我想這個應該是要衡平得去看。黃副院長及吳院長提到轉診的診所沒有申報的這件事情，這部分我們看到醫院要把病人轉到基層時，會有個管師通知診所，診所收到通知和病人到診時間是有落差的，所以診所所有時會忘記個案是轉診過來的，所以我們在雲端查詢或是電子轉診平台，只要你們有插卡，願意點到那裡，我們會提示你，當然如果你們自己的 HIS 有做這樣的提示會更好，個案已有被告知是轉診過來的，在你們的 HIS 做註記，插入健保卡後就會提醒醫師或是診所櫃檯，這樣的話漏掉的比率就會比較低，這部份給各位做參考，署長很重視這部分提醒，所以我們從雲端及健保卡插卡都有去設計提示，可是我們的健保卡有 6 次更新，沒有即時傳輸，是要進到轉診平台，所以這個部分確實會有時間的 lag。張委員剛提到分級醫療如果這些轉診個案放到醫院裡面，醫院覺得會去影響到門診減量的計算，但實際上我們在計算的時候，轉診個案是排除的，包括下轉當次，最後一次在醫院看診，要下轉到轉診誘因的代碼，我們都排除這個減量的範圍，另急診個案也有做排除，以上。

主席

上班時間要轉急診不一定會比門診快，因為急診要等，門診現在都會預留名額，林理事長講的我們同意，要尊重醫師的判斷，醫生自行判斷要上下轉，我們完全尊重，但從統計上看到這個數據，再請大家審慎考慮。另外從門診轉到急診的檢傷分類 3-5 級究竟是那個科別，我們是可以討論的，但是我想外傷的比例不高。

藍毅生代表

我們現在統計的資料，請問有沒有排除週休二日及假日。

主席

請問健保署同仁資料有排除嗎，沒有，所以數據是包含六日上午 9 時到下午 6 時都納入，我們下次會再更精確的修正。

張孟源代表

現在家醫計畫有一項共同照護門診案件，因為這是基層將個案轉到醫院去，希望這類醫院轉診案件也能排除，因為這項計畫是增進醫院和診所交流，而不是去增加醫院負擔，不然很多案件上轉後而造成醫院賠錢。

主席

這些都在你的合作院所分母占的比率很少，衡平來說其實我們希望基層的民眾能夠大一點，這是分級醫療的目的。剛剛王維昌醫師提到是不是重新檢討轉診誘因，這部分我覺得是以下次討論，因為我們現在的轉診誘因是不是誘發很多是不是有必要的轉診，今天先不討論但是記錄下來，我們原本設計的轉診誘因有沒有再檢討的空間。

吳國治代表

剛剛說直接插卡就可以知道是不是轉診個案。

主席

插卡後要 link 到轉診平台。

吳國治代表

可是從健保署這邊來處理沒有辦法嗎？有困難嗎？

李純馥代表

現在因為健保卡的欄位有限，如果今天寫入後讀卡，健保卡如果超過 6 格，你根本也看不到，會有欄位限制，所以我們才會放雲端。

主席

現在已經不太希望卡片記錄太多東西，因為雲端空間是無限量記錄，記在卡片會有資料排擠的問題，所以只要 link 到雲端，進入轉診平台上面做查詢，要不然就是你們自己的 HIS，自己去設計。

黃振國代表

這個在立法院參觀基隆醫療群時我有跟部長提過，癥結點在於 HIS 廠商，因為我們醫療院所跟 HIS 廠商只有付費方式能解決問題。這個屬於供應平台，我們從雲端可以知道個案的看診資料，共享健保資源，以節省健保支出，有益於個案健康，所以我拜託健保署跟廠商寫規格時，應該請廠商把健保共享平台資料轉入到醫師軟體，這樣才能解決問題，但是我們現在面臨到問題是，當健保署有新的政策、計畫時，廠商會回頭跟我們收費，造成我們很大的壓力，把轉診資料跟轉診平台上的資訊指定到診所，把每天轉診的資料轉到醫事管理平台，這樣插卡後就可以知道這是轉診個案，再請署方資訊室跟廠商溝通，以解決大家的問題。

主席

目前都有在溝通。

張必正代表(黃啟嘉代表代理人)

署方從公部門跟廠商協調，讓醫師在操作上不延遲且更順利。我個人提一個很小的淺見，預防保健、雲端藥歷和檢驗結果，可以再加入轉診註記，這樣就可以在一個頁面可以同時看到，其實可以達到我們期待的目的。

主席

我們現在不是在雲端系統，而是在轉診平台，你剛描述的應該是我們的雲端系統，雲端系統現在的東西太滿，想 remind 的東西也太多，我們希望在轉診資訊系統的平台上面去做提醒，你們也可以很容易 link 到那個平台，你們喜歡用 HIS 系統，那你們就要跟 HIS 系統廠商溝通，署長也有交代要跟 HIS 廠商溝通。

林俊傑代表

主席我呼應一下，其實在使用者的角度，我認為在雲端系統一讀到，直接就有一個代碼，這樣最快。基層只要有人看到，不管是傳給我或其他人。

主席

雲端系統很複雜，光是要找就很麻煩，我們來研究。但基本上，你主張放在那裡，我們要評估是否有可行性，我們一直很想主動提醒你們，再評估在那個系統有效率。

廖慶龍代表

我覺得最有效率的是醫師看診的那張 list，末段診間軟體當然是 HIS 廠商要處理。可是前段署方軟體介面連結過來，不知 ok 了嗎？這一部分大醫院都連結好了。

主席

因每間 HIS 廠商設計都不一樣，所以會有一定程度的各自獨特性。

張孟源代表

這必須要講，在下轉的部分遇到問題，很多是門診轉門診，病人上轉到醫院做盲腸開刀手術，3 天就出院，不用回醫院門診，他出院時，是否能開立出院轉診到基層診所(原來的診所)的下轉方式，這是一個建議，可以提升醫院的下轉率，診所也可以接收到病人。

主席

手術後的病人何時穩定，醫院可以下轉，不是診所醫師說他出院就可以轉，說不定還須回診，這要由醫院醫師判斷。

張孟源代表

目前是沒有這樣的機制，既使醫院醫師判斷病人應該穩定了，已經盲腸手術完應可轉回去，但是沒有病人自醫院出院轉診所。

主席

病人自醫院出院是否立刻可以轉診所，這要由醫院醫師判斷。

李偉華代表

病人在醫院開完刀不可能直接轉診到診所，要回診看過後才可能轉出去。

主席

所以這要由醫院端的醫師做判斷，不是我們強迫一定要往下轉，這樣對病人不是最好。執行概況報告是不是就討論到這裡，接下來第 3 案。

● 報告事項第三案：108 年第 2 季西醫基層總額點值結算結果

主席

點值都很好，最低有 0.94，所以西醫基層的點值還很好，大家有沒有意見，如果沒有，點值就確認，接下來第 4 案。

● 報告事項第四案：109 年「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商會議」召開會議之時程

主席

大家有沒有意見，如果沒有意見，就暫時保留大家的時間，接下來第 5 案。

● 報告事項第五案：診所無障礙就醫環境合格標準報告案

陳相國代表

主席，我們全聯會內部有個共識，要提個程序問題，報告案第 5 案可否與討論

案第 4 案合併討論，議題是一樣的。

主席

品保款嗎？報告案第 5 案是討論 108 年，討論案第 4 案是討論 109 年。現在重點在今年品保款要不要用這個標準，因為當時討論有保留，決議是等醫事司的標準訂出來，而且大家都接受，才會用在今年的品保款，各總額都一樣，在第 4 次會議醫事司來報告，趕在今年結算前能否用這個標準，所以還是要聽醫事司的報告。

黃振國代表

第 1 個問題，12 月 6 日你與哪位代表談診所設置無障礙設施。

醫事司劉玉菁專門委員

是蘇秘書長出席會議。

黃振國代表

那個會議據我了解是台北醫學大學主辦的計畫。

醫事司劉玉菁專門委員

有關就醫無障礙是有很多項目要做，因此本部 108 年有委託台北醫學大學辦理就醫無礙管理中心計畫，協助相關工作。

黃振國代表

對不起喔，所有那天被迫臨時參加的副秘書長，這個東西都沒有與我們正面談，這個議題很好也很重要，是否擇日與我們全聯會面對面，今天談怕佔用太多時間。第一那天談的是台北醫學大學的計畫，我看到但沒辦法去，那天跟我們沒有談，卻用個所謂研究計畫來告訴我們說已經談好了，我相信在座醫院及診所代表沒人會認同。第二個，細節就不談了，就談大原則，妳排除衛生所，小弟剛好在衛生所待 8 年，衛生所改建或新建都很容易達到標準，而且公家資源包括地或建案最容易達到，很多診所是私人產業，可能是大樓的某一部分是診所，要改建奇難。我當時在做無障礙還拿到獎勵，我建議你們擇日與我們全聯會代表好好談一談，我覺得今天談這個案子，可能會沒完沒了。

廖慶龍代表

署方與我們開會都下午 2 點，現在醫策會及醫事司開會時間選在下午 4 點，每次都要求我們過去，醫界代表想過去參加都很難，因為下午與晚上都沒辦法看診，希望醫策會幫忙做前置的執行。無障礙空間也是 4 點找我們過去，問題是沒有人有空過去，下午與晚上都不能看診，拜託時間能安排在 2 點或 2 點半。

主席

這項本來醫事司希望今天能確定今年要不要用。因為之前與各全聯會有商議，

今天能不能通過，上次決議是大家都接受，這個標準大家能否接受，這次重點在無障礙通路。請趙醫師。

趙堅代表(邱泰源代表代理人)

根據我們的 schedule，12月6日在貴部304會議室開會。出席的代表蘇醫師沒辦法代表全聯會，他是新北市醫師公會的秘書長，不是全聯會的秘書處。

顏鴻順代表

我說明一下，那天是臨時的會議，全聯會很多人也是在開會，臨時找不到人，所以請新北市醫師公會的秘書長出席，不是全聯會的秘書長。那個會議確實是委託北醫大郭乃文教授(公衛所所長)，他的會議是擬定有關的設置標準與填寫的表格，並不是與全聯會溝通相關的設置標準，就是黃振國醫師所說不是與全聯會溝通可行性與相關面臨的問題。而是已經有個標準。請全聯會參加聽看看狀況怎麼樣，雙方並沒有充分溝通。我們也知道失能與老化是臺灣必然會面對的，1萬多家診所在臺灣基層也奉獻數十年，為臺灣民眾守護他們的醫療健康，這當中如何輔導、或者是說獎勵基層診所慢慢去改善，而不是一下子去做不可能的事情，所以我覺得要充分溝通。

趙堅代表(邱泰源代表代理人)

主席，因為這個案子茲事體大，我們委員非常在意，所以請官方保留，讓我們全部再討論一下，再跟您報告，好不好。

主席

謝謝，所以劉專委，是不是這個案子在我們西醫診所今天要再保留。

醫事司劉玉菁專門委員

我不曉得署裡面這邊作業是怎麼樣，但是因為我們整個作業都需要搭配品保款的核發時間。事實上跟各位補充一下幾個狀況，這個案子中醫跟牙醫已經談完，那邊是通過的，所以我們作業還是會繼續往下。配合健保署最後提供名單的時間，必須在明年1月底截止申請，接著由我們做行政審核，然後在3月底前把名單提供給健保署來作業，這必須跟各位來做補充，這是第一個。第二個，如果在行政作業上有讓大家覺得不週全，我在這裡致歉，但是也必須跟各位說明，事實上我們從10月就開始一直有在作業，當時全聯會也有代表與會，因為研訂無障礙環境合格基準的作業，要跟身障團體溝通，要找建管專家諮詢，所以會由北醫大的團隊，來做前置作業，所提供的是草案，會先徵詢大家的意見，之後再由衛福部進行基準的核定。第三個我要補充的是，原則上這一個標準絕對是比現在營建署無障礙的標準要容易執行。

趙堅代表(邱泰源代表代理人)

長官，我覺得是我們的聯繫錯誤，是不是容許給我們一點時間，因為我剛聽到長官說1月底，我們回去就馬上召開全聯會的研討，好不好。

盧榮福代表

108年品保款的發放，有沒有無障礙就是3分的差，因為這是2年前就提出來，去年有這個方案在裡面，但是因為沒有標準出來，所以也沒有去算這個分數。現在已經12月了，那還要去考察怎麼來得及，所以說不是那麼急，品保款有沒有這3分都可以發，所以是不是3分不要算。

主席

有沒有無障礙都可以發，只是說有無障礙跟沒有無障礙發的結果，發放的診所有些不一樣。只是說今天要決定無障礙設施這項要不要進來發。

趙堅代表(邱泰源代表代理人)

主席，因為這件事情我剛已經報告過了，是茲事體大，我們不要隨便在這邊應允，免得其他的診所會不高興，所以我的意思是說給我們一點點時間，我們下禮拜就馬上召開研議。

黃振國代表

我補充一下，請問中醫、牙醫診所幾間？因為西醫診所包含了多樣性的科別，很多特殊性都要逐一考量，如果這要討論，我會邀請不同科的診所，針對你的細節去討論，那你就知道中醫、牙醫為什麼那麼好處理，我們的多樣性很難用同一標準去處理，謝謝。

醫事司劉玉菁專門委員

主席，可不可以容許我對今天的檢核表只補充一個地方，就是剛剛各位代表所提到的，這是有多困難，請看一下今天我們附的檢核表，我們其實就只有2個主要的原則，就是從外面進得去診所裡面就醫，就這樣子，所以一個是寬度，一個是高低差，但是我們講進得去並不是很遠很遠的距離進得去，就是門前的地方，這是第一個。第二個請大家看到高低差第三大點，如果你的高低差大，你可以選擇坡道，也可以選擇掛活動斜板，任一都可以選擇，只要你有做任一選項就是符合，所以我必須跟各位報告，這件事情是花了很長的時間瞭解我們實務上的困難所進行的研擬，中間有相當務實考慮的替代方案，以上補充。

趙堅代表(邱泰源代表代理人)

給我們一點點時間，因為現在臺灣的房價實在太高了，我們很多診所開在8、9、10樓的很多啊，可能我們要替他們設想一下。

主席

好，這樣子，因為今天這個議題，全聯會表示今天暫緩決定帶回研議，請全聯

會研議後於本月底前來函回復結果代替會議決議，如果願意列入，則依醫事司流程進行後續作業。

林俊傑代表

因本案不確定因素很多，是否今年就不列入。

主席

是否列入要全聯會研議，請討論後回復結果。請問玉菁專委，調查什麼時候開始。

醫事司劉玉菁專門委員

近一期、二週就會開始調查作業。

主席

配合醫事司進度，麻煩全聯會月底前回復好嗎。好，下一案。

● **討論事項第一案：109 年基層總額一般服務案件之保障項目討論案**

主席

明年的保障項目大家有沒有意見？好，本案通過。

● **討論事項第二案：「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修訂案(略)**

主席

請姿擘說明。

醫務管理組呂姿擘視察

討論案由說明(略)。

主席

內容雖然有一點複雜，但因為開過會前會討論，所以已經有修正的摘要，今年的家醫計畫增加 6.2 億元，但衛福部核定其中的 4 億元是要用於提升照護品質及獎勵偏遠地區，若不用於指定用途，則無法動支，所以今天修正重點也涵蓋了這個部分，修訂條文對照表如後附，請大家表示意見。

王宏育代表

所有指標都趨嚴，如預防保健 65 百分位、就診率 60-65%、結果面 3 分等項目都提高了，這樣 VC 減 AE 會減少，會對診所收入造成衝擊，這是第一個要考慮的部分，第二部分就是 VC 減 AE 到底可不可靠，我把歷年的金額拿出來比較，發現每年度不平均，99 年我選 VC 減 AE，結果領的金額是高屏區最高，100 年我領 22 萬，但我們做的事情一樣，每年領的金額卻差異很大，好像有運氣的成分在，

所以 VC 減 AE 是否要給這麼高的占率，應該可以再考慮。

此外，我很在意多重慢性病，第一版本刪除三項失智症、BPH、甲狀腺，失智症因開藥的原因刪除我可以接受，但第二版本這 3 項又被放進來，我建議 BPH 跟甲狀腺要把多重慢性病放入，因為泌尿科診所不多，所以我們會一起開給病人。還有一個意見是鼓勵天數由原本 169 天改為 168 天，這牽涉到開藥天數 28 天或 30 天，開藥 28 天的診所大部分是大型診所，收入比較好，開 28 天的診所，一年診察費會多開 24 天，這些診所也都是檢查比較頻繁的，把這些收入比較好的診所又改回 168 天增加收入，感覺是劫貧濟富，而開 30 天的診所大都為個人小型診所，169、180 天、175 天、170 天我同意，但如果從現行的 169 天改為 168 天，則感覺錢從弱勢診所回到大型診所，所以我個人認為是不是不要改。

主席

謝謝王醫師提出的問題，請黃醫師。

黃振國代表

您所提的問題有些在會前會及內部討論時有提過，我先回應知道的部分，今天版本與上次有差異的是因為部長有交代，4 億元要用於提升醫療照護品質及獎勵偏遠地區，但全聯會目前針對偏遠地區的獎勵，只有獎勵特優級，因為限於預算，大家可以看歷年診所分數分佈，特優級的占率約 10 -20 %左右，但是今年回應署方我們有更努力一些，所以明年考題有變難(標準提高)，預估每群會掉 3-5 分，預估費用會減少一點。一般診所特優級是要達 90 分以上，但對於偏遠地區，署方是希望放寬一些，所以當初版本是列 80 分(良好級)的診所可以獎勵，但今天版本並沒有限定良好級，因為醫療群如果沒有良好級的標準，這與部的政策是違反的，所以我們建議偏遠地區至少要 80 分，如果做的差領的多，會使很多人不服氣，所以我們預估預算會少用一些。另外點值的部分，感謝署方重視，但因為預算增加的速度不及照護會員人數增加的速度，所以我們再三要求署方，明年醫療群不要與預估人數差異太大，因為大家對點值都不滿意，今年大家有共識以質的提升取代量的增加，我們也願意呼應各界包括健保會、專家學者及評核會委員要求，讓本計畫醫療品質提升，使民眾受益最大。如果大家有覺得分數很難做的，是不是某些項目也可以降為 60 分，以獎勵真正落實及認真做的診所，以往我們被罵最兇的部分是有人只領錢不做事，所以未來的方向，不會是只加入就好，付費者代表也有諸多意見，我建議我們也要自我精進與署方的肯定併行，希望業務組不要有業績壓力，倒過來看，不要以超過多少群為目標，因為我們已經沒有再增加經費的能力了。此外，我估算過品質費用大概會用到 3.4 億元，還留有一些空間，沒有超過支應獎勵的費用，所餘的錢也可

以挹助點值。剛剛宏育所提的意見，多重慢性病今年的預算是 2.5 億，但現在只動支 1 億多，168 及 169 的差別，邏輯只有一種，以我們基隆的患者來說，因為周休二日的原因，有些行業固定休週一，所以希望固定週一回診，開 30 天的缺點是，病人每一次就診會延後 2 天，約診日無法固定在週一，造成約診困難，再來是有些多重慢性病的藥很貴，不要看只有 2 天，每日藥費也有差，也許署方可以分析看看，是否多人診所都開 30 天，個人診所都開 28 天，如果有此種狀況，可以事後檢討。另外失智的部分，我們把會去醫院就診的疾病拿掉，是因為這些病人很容易被醫院排掉。

主席

謝謝黃醫師。

陳相國代表

依黃醫師剛剛所說的，如果照今年的標準，每群可能會少 3 分，小於 65 分的要退群，且把管理費繳回去。65-70 分的以往可以領部分管理費，今年變成管理費要退回去，今年如果更嚴格的話，恐怕會造成民怨，建議不要取消個管費。

主席

如果大家都努力把品質做好，就不會小於 65 分。家醫群指標小於 60 分的只有 1 群，60-70 分的只有 9 群，都是個位數。

陳相國代表

家醫群於分級醫療扮演重要角色，也盡了極大的努力，若分數小於 65-70 分個管費要扣，可是診所還是有做一些事情呀，如果取消個管費，我覺得不太合理。

主席

因為有外界反映有些家醫群不做事，只領個管費；如果要領到個管費，就要努力把品質做好，這也是要激勵大家。

王宏育代表

我請教黃振國常務理事，剛剛提到領藥 30 天若遇星期日就不能領的問題，我記得領藥有 10 天之伸縮，若遇星期日可提早至週五以前領，開 30 天的好處是可以固定月初或月底領藥，30 天領藥其實非常好記，28 天領藥反而每月要提早 2 天，反而比較麻煩；另外對多重慢性病之定義，假設高血壓+甲狀腺、高血壓+BPH 可以多拿 500 點，我不瞭解黃代表方才說明 BPH 在醫院，則家醫就不能領之問題為何。

主席

請黃代表私下再向王代表說明，不佔用大家時間，我們再聽聽其他代表的意見。

張孟源代表

VC 減 AE 如為負值且 60 分以下，連基本之承作費都沒有是值得商榷，剛剛主席也提到只有 6 群，既然這麼少，為何連讓他參與的機會都沒有，我的診所照顧的嚴重度很高，每年我的 VC 減 AE 為+800 萬點，但一個群內並非單一診所，有人-900 萬點，加起來就是負值呀，既然為責任自付，應以個別診所為單位來執行這種懲罰性的規定，因為群體 VC 減 AE 為負值時，獎勵金本來就沒有，現在連基本承作費也要扣掉，就真的說不過去了，這些家醫群已經沒有獎勵金了，扣減基本承作費應以個別診所為單位。

王維昌代表

本計畫自 93 年做到現在，目前長照已自長照 1.0 到 2.0，故本計畫應有進化功能，這些指標很難做我從來不 care，居家醫療及長照方案均有納入整合計畫之精神，如何鼓勵家庭醫師做整合照護比探討指標更重要，另外如何鼓勵在長照方案讓家醫去住宿型機構老人整合，應該會省更多的錢，比我們現在討論如何進行藥物整合更有效益。

林義龍代表

計畫執行中心之核心業務不得委由非醫事服務機構執行，若有違反情事該社區醫療群終止本計畫，請問有無查核制度，若該群被終止，則這些診所以後是否能再參加？或可轉到其他家醫群？是否應有相關規劃及設計。

王宏育代表

我和黃代表已溝通過了，甲狀腺及 BPH 以黃振國代表的意見為主，169 天雖以我的意見為主，但附帶決議係考量多重慢性病的 2.5 億元用不完，對於超過 3 次連續方箋 252 天建議要予獎勵的，於之前會議被否決了，如果一年開 3 張連續處方箋者，建議加 500-1000 點，這多重慢性病實在是很困難的事；至於慢性病要刪除就以黃代表的意見為主。

主席

請大家還是要看一下資料，現在浮動點值是 0.79，總額協商時是基層代表向健保會付費者代表訴求點值太低所以要加碼，現在若再要考量王代表及黃代表達成 168 的交換建議，點值就更低了，與健保會增加預算的原意不符。王代表建議要維持原狀是 169，其他代表是否還有意見？若沒意見，我們就方才之爭議點逐一討論。

議程討 2-6 組織運作對於查核機制部分本署會去查，本方案修正後家醫群就不要再把核心業務委外(如:管理顧問公司)，何謂核心業務也全數參照全聯會建議並明列於計畫內，如有違反即予退出，含有人檢舉及查核等都算，各位代表及林代表是否有意見？如果沒有就通過本項文字。

黃振國代表

林代表也問到如果查到就退出？我記得以前好像醫療群可以退出，但及格的診所可以再加入其他醫療群？

主席

退出後一年後才能再加入。至於是原來的醫療群進來或加入其他醫療群，就另當別論。接下來我們看討 2-4 之績效獎勵補充資料第 2 頁，請業務單位說明第 1 點至第 5 點之 VC 減 AE 及偏遠等之各項估算方式之內容(醫務管理組說明略)。我再補充偏遠地區的點值為 1 點 1 元，黃代表有建議修正但差距不大，所以我們假設還是 1 點 1 元情況下，如果 VC 減 AE 大於 275 則由 275 點變為 275 元，再加上超過 300 點時額外再給 25 點，估算點值約為 0.84，現行點值為 0.79，因為 109 年有額外預算挹注進來，雖然額外再給獎勵後的點值仍比過去高，議程資料往下看額外獎勵之第 2 項到第 4 項，額外獎勵愈來愈高，點值會愈來愈低，最低會到 0.635，不太可行；其他部分的點值我們也要兼顧而非僅有特優的部分，方才也有代表認為 VC 減 AE 並不穩定，日後也要就該項進行檢討，所以目前比較好的方式應該為第 3 點所列之建議，點值由 0.79 提高至 0.84，以回應健保會對點值過低的關切，對額外優秀之特優醫療群也提供較多的補助，各位代表是否有意見。

黃振國代表

我對偏遠地區沒有意見，但特優之 VC 減 AE 若大於 300 者，目前算法不對。因為獎勵是額外加的，以第 2 項為例，本來無此項獎勵時其點值為 0.8893，獎勵後只有增加 0.1107，第 3 項到 0.8432 時點值增加只有 0.1568，估計約 1 億多，因為本案修正後考題變難(標準提高)、合格群數變少的情形下，我估算 95%合格其中 5%會降至良好級，大約只花 1 億多，我建議就主席所提的第 3 項進行修正，我們不希望花到麼多，建議若累積到 575(300+275)，再從 25 增加到 50，對預算的影響更小，以這方式我估算約 3.4 億，接近協定文字之 4 億元，其中之變數為偏遠地區可能用不到 7 千多萬，我的建議既未超過 4 億元之部分亦可挹注部分點值。我希望留下來的可以認真做，我們爭取的並非普遍的點值低落，而是愈做愈好，未來只要獎勵品質提升就好。另以 107 年特優級滿分點值 0.79 約僅拿到 500 多，相距地板價 250 元，其實差距不大。因為本項為試辦計畫不是總額，希望留下來真的是認真做的醫療群，讓制度可長久，因為我也變不出更多的經費，部長核定的 4 億元並不是挹注點值而是提升品質。

張孟源代表

談到品質我認為家醫群至合作醫院開設之共同門診案件應排除於醫院減量措施

以外，建議本項寫在計畫裡，因為家醫計畫係促進分級醫療。

主席

張代表建議與本案無關呀，醫院減量措施的排除方式不宜另外列在家醫計畫。

張孟源代表

我的建議與錢無關，只是希望醫院和基層間能夠合作。

主席

其他還有意見嗎？我們要思考什麼叫優、什麼叫品質，有兩個部分一個是績效(VC減AE)，一個部分是品質指標，部長意思願意多撥一點錢給家醫計畫，希望提升整體家醫品質，現在家醫品質達標門檻比較低都是 50-60 百分位，部長希望能去調整品質門檻，不要讓你只是參加的團隊，表現也是平均數(50 百分位)，讓有參加家醫計畫的人表現比沒有參加表現得好，才應該給予獎勵，黃醫師提的品質指標閾值略有提高，但是比較多的經費撥到 VC 減 AE，剛才那張表的第 2 頁每人大於 275 點改成 275 元，就要 4.56 億，已經拿掉絕大多數，大家同不同意把新增預算多數用於 VC 減 AE 大於 275 點，或者是 VC 減 AE 沒有大於 275，但是其他品質指標表現也很優秀的，那些人的點值也不要太低，是否可以兼顧，而不是全部都放在 VC 減 AE，因為也有人反應 VC 減 AE 是否穩定，這還有一點疑義，我們還要深入研究是否有改良空間，現在就把所有的預算放到 VC 減 AE，到時候可能其他點值會破 0.8，這樣是好的決定嗎。

黃振國代表

報告主席，我認同您的想法，但是我在想考題的部分變難(標準提高)。

主席

考題變難，大家的表現都會維持在原地嗎，大家要往上精進。

黃振國代表

您的立意良善，但是事實還是要兼顧，VC 減 AE 就光看品質指標，是否有辦法在 80-90 分中間，新增 85 分，因為考題變難(標準提高)，本來可以領到特優級的錢，讓 85-90 分的家醫群不要差距太大，可以考慮看看。

主席

請看第 1 頁特優級 275，所以你的錢都發給這些家數，剩下 400 多群點值會掉到不好，這樣不是選擇。

黃振國代表

我的意思是我們把錢挹注到 80-90 良好級的家醫群。

主席

那錢就不是 4.5 億多，這樣到時候會變成你把錢挹注過去，剩下的點值如果低

於 0.8-0.7 的時候，那些人的人數更多，我們如何去平衡?不能現在假設一種情形就做決定，這樣風險太高。

黃振國代表

我們錢就只給良好級不給特優級。

王維昌代表

請問一下我們看得很重，問題是基層人員如何操作 VC 減 AE，我覺得無法掌控，是健保署計算的。

主席

我們下次會議來研究計算 VC 減 AE。

顏鴻順代表

我贊成主席說的，今年 6.2 億註明有 4 億要做偏遠與品質提升，我們知道家醫計畫分 3 大塊，250 元是基本照護費，另外 275 點用來做品質指標，275 點是 VC 減 AE，反而中間 275 點品質指標最符合這個項目，不應該讓整個點值掉太低，資源要適度分配。其實 VC 減 AE 的不確定性很高，我們診所不知道怎麼去運作或節省，我們只能跟會員講說不必要的檢查、藥物、回診盡量節省。但是從去年開始，署給我們的 VC 減 AE 只有這一群，沒有個別診所的資料，我只知道說 VC 減 AE 賠錢，到底哪些診所花錢，哪些診所省錢，不知道，管理上造成很大的困擾。前年醫療群是負值還有給各家診所明細，大型的耳鼻喉科診所，負值比較多，他們這幾年積極 keep 病人，針對聽障病人診斷完協助申請電子耳，會改善病人的品質，1 個電子耳檢查到裝好，要花掉上百萬，VC 減 AE 一年做 3 個就變成負值，診所問我說「這樣醫療品質就不好嗎?」我也難回答，我覺得 VC 減 AE 只能代表費用節省，不能反應醫療品質好壞，這一點需要檢討，不要把資源都壓在這塊。

主席

選擇就是第 2 跟 3 行，3 的話點值比現在好一點，2 的話 275 點變成 275 元，偏遠地區獎勵是元。大家贊成 2 還是 3，3 的部分是多 1 億撥給 163 群診所，3 以後的，點值又太低，用多數決。

黃振國代表

如果這樣一定是 2，有 80%醫療群是良好級。如果是多數決，一定是這個答案。

主席

2 的舉手，有超過半數，那就選 2。附帶決議 VC 減 AE 有討論空間，今天來不及，我們明年找一個時間討論 VC 減 AE，還有王維昌醫師講家醫是否有 2.0 版本，更與時俱進的指標。接下來討 2-11 頁，黃振國跟王宏育出去講一下就有答案了，

失智、甲狀腺、攝護腺肥大拿掉，169 跟 168，就維持 169。接下來七、偏遠地區獎勵的部分 1 點 1 元，但是是診所不是群，也就是落在偏遠地區的診所才是 1 點 1 元，是否有意見。

黃振國代表

剛才提的獎勵偏遠地區部分必須是良好級的醫療群。

主席

那再加上良好級又是偏遠地區的診所 1 點 1 元，可以少支出 500 萬。其他的閾值大家還有沒有意見，請淑政跟部長回報一下閾值略有提高。

黃振國代表

今天的標準不是 60 分及格，良好級要 80 分，才能夠有所獎勵，我們有誠意願意努力，我們用的是百分位。

主席

那還要再修嗎。

黃代表振國

先不要。

主席

那就通過。請淑政回去跟部長報告，接下來討 2-19 頁，張孟源醫師有提到，沒有達到 65 分要退出計畫，大家要討論嗎。

張孟源代表

我的意思是連一個基本承作費都沒有。

主席

請醫管組說明討 2-10 頁。

醫務管理組呂姿擘視察

討 2-10 頁績效獎勵費用(三)醫療群應承擔財務與品質責任，原來是 VC 減 AE 為負值，指標小於 65 分，支付個管費 50%，109 年草案是調高 65 分，改為 65-70 分，支付個管費 50%，如果計畫指標小於 65 分，不支付個管費，所以小於 65 分的群，品質指標是不支付的，只能看 VC 減 AE 是否有結餘，沒有結餘就都拿不到錢。

張孟源代表

剛剛 VC 減 AE 要重新檢討，一事不二罰，VC 減 AE 負值已經領不到獎勵金，又結合個管費也領不到，逼迫這個群解散阿，我覺得品質提升不應該做到這種程度，我建議維持去年。

主席

就是這條不修正。

王維昌代表

核心計畫要自己做，不能給顧問公司，維持原來就好，讓大家試做看看，給一點管理費緩衝。

主席

(三)要不要修正，大家覺得如何？

林俊傑代表

因為實際上，群非常充足，2、3年以來，各醫師公會鼓勵大家加入，有的醫療群很主動要去做，有的只是參與，但每件事都有固定成本，假設成績不好，63-64退到63以下，還是要給固定的運作成本。

主席

好，多數不修正，通過。接下來下一案。

● **討論事項第三案：修訂「109年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」**

徐超群代表

宣讀可以省略嗎？修正問題可以直接提出來，節省大家時間。本案109年預算增加1億，因108年度預算不足4800萬，所以真正增加5,200萬左右，本來希望用在偏遠地區診察費加成，但是因為經費太少，所以決定擴大巡迴醫療地區，增加到醫人比2,000以上的區域。這個部份我覺得健保署規畫得很好。對於草案，只有文字上我覺得要修正。請看討3-7開業計畫的部分，2(開業計畫)的第(3)點，…但前開計算費用之12個月區間，若屬中央機關指定之醫院、診所接受2年醫院訓練之期間…，我們知道西醫的訓練是沒有在診所的，牙醫才有在診所，所以我認為診所這個項目是沒有必要，應該要拿掉，畢竟西醫只有在醫院有做PGY的訓練。

主席

好，這個我們就刪除診所。

徐超群代表

第2個我們看討3-8頁，最下面的項目E的第3行，其地點「急」診次若與108年度相同，這個其實是錯字，應該是「及」。

主席

好，謝謝。

徐超群代表

在接下來討 3-9 頁，申請流程的 1 之(1)，有寫到…考核要點之診所、醫院，如巡迴醫事人員、時段及地點與前一年相同就可以申請備查，我是覺得後面都已經放寬了醫事人員的部分，這邊就純粹是醫師，建議修改為「... 醫師、時段及地點」這樣就可以備查，因為醫事人員有時候太多會換來換去，換了 1 個人整份文件要重寫就比較麻煩，所以建議這邊把如巡迴「醫事人員」修改為巡迴「醫師」，會比較符合實際的操作。

主席

可以嗎，行政科。好，那就修正。

徐超群代表

第 4 個看討 3-11 的第 4 點，次數把它限縮到每個巡迴點來計算，但次數從 5 次下修為 2 次，衝擊比較大，尤其是很多診所只有 1 點在巡迴，原本是 5 次的現在變為只有 2 次，會比較麻煩；而且時間跟巡迴地點 2 個都變就是算 2 次，所以就沒有空間再變 1 次，所以我覺得還是把它修正為 3 次，比較有機會，建議將 5 次降為 3 次會比較理想。

主席

但是巡迴點還是不要一直變，因為民眾不知道你變到那裡，這是自找麻煩，巡迴點不宜一直變。

徐超群代表

我們也是考量到很多，因為有些診所在原來的地方做不下來，其實我們也鼓勵他換比較好的地點。

主席

那就 3 次好了，還是不宜一直更動。

徐超群代表

就是建議從 5 次修正為 3 次。文字方面就是上述的這幾點，其他就沒有什麼意見。

主席

好，徐醫師的意見，大家還有沒有意見，是不是都支持？都支持的話，以上就修正通過。接下來第 4 案。

● 討論事項第四案：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

有沒有意見？盧醫師。

盧榮福代表

我們全聯會是不贊成無障礙設施從品保款裡面拿掉，我們全聯會是不贊成的，品報款在裡面有 2 個獎勵的東西可以做，一個可以算分可以拿到品保款的，另外在無障礙設施如果它有設的時候，當然說健保署說要從非協商裡面拿錢，我是一個替代的方式，因為今年品保款有 3.85 億，品保款裡面就可以提一部分的錢來做為無障礙設施的獎勵措施，不需要去動到非協商因素，所以如果這個無障礙設施放在品質保證保留款的草案裡面，它可以有 2 個好處，它還是可以拿到獎勵措施的錢，第 2 個它可以因為有多算 3 分，它比別的診所比較多可以拿到品質保證保留款的基本的費用，所以它會有 2 個鼓勵的措施，所以我們全聯會不認為說把這個無障礙措施拿掉是好的事情，以上。

主席

我們要請社保司的淑政組長來跟大家說明。

梁淑政代表

主席、各位代表大家好，有關於無障礙空間的設置，在獎勵的政策方案，我們有二個階段，第一個階段，是在今年的品保款有一個無障礙獎勵的指標，也就是我們剛剛在討論的那個指標條件，第 2 個階段，就是 109 年用醫療成本指數改變率這個預算優先調整，獎勵符合設有無障礙條件診所的門診診察費增加。這部分，在中醫、牙醫跟西醫基層都有列這個項目。以上簡單做一個說明。

主席

換句話說，這個是部長核定下來的文字。我們請這位是羅浚暉醫師。

中華民國醫師公會全國聯合會羅浚暉副秘書長

各位好，我是羅浚暉，全聯會的副秘書長，代表全聯會發言。關於剛剛前面討論的部分，可能我們來釐清一下無障礙的設置還有非協商因素幾個重要的項目及本質內涵是什麼，剛剛我們有提到無障礙設施的獎勵方案，目前是把它放在不管是 108 年度還是 109 年度的品質保證保留款的獎勵計畫中，剛剛有提到不能用非協商因素來處理，那我們就先來了解一下什麼叫「非協商因素」，所有的法、所有的令，當然它字面上的意義最重要，文義的解釋是最基本的，文義

的解釋是很基本的理解，這個部分非協商就是不能協商，所以不能協商就是相對的有些東西是絕對不能去碰觸的，它是在總額架構下的基本精神，那我提到它一個歷史的緣由，是民國 87 年衛福部（當時衛生署）推動總額支付制度時所創立的，依據專家學者研議規劃，而後經過當時費協會討論通過之總額協商架構。這個架構從民國 87 年到現在一直沿用了 20 年，依據健保法第 61 條規定，總額預算設定依據與程序係由健保會於年度開始 3 個月前，在行政院國發會核定醫療給付費用總額範圍內，協定年度醫療給付費用總額及其分配方式，在費協會 90 年 3 月的歷史文件「總額支付制度問答輯」有提到說，它其實包括「投保人口增加率」，還有「投保人口組成結構對醫療費用的影響率」及「醫療服務成本指數的改變率」，到 99 年健保會的時候，一樣是維持這樣的概念，只是項目名稱變更為「醫療服務成本及人口因素成長率」，但內涵始終未曾改變。我們全聯會強調說非協商這個事情，它的本質就是剛剛說的人口因素，還有醫療服務成本的概念，這個是沒有辦法改變的，也是不能改變的，因為當年牙醫、中醫他們加入總額的時候，我們都知道所有的事情、所有的醫療成本都會變貴，所有的物價指數都會變貴，那怎麼讓這個總額的制度不那麼荒謬、看起來還可行，它基本的信賴是在於說這個東西會隨著社會變動而成長，也就是剛剛所講國發會所核的成長率，那這個概念是總額制度要維持在那邊一個很重要的精神，我們全聯會認為任何人、任何機關、任何團體都不適合，也不應該片面地去改變這樣的制度，因為這個不只是衝撞非協商的概念而已，這個衝撞下去是整個總額的精神，總額制度實施到現在，我們都知道點值都不到 1 元，都是在被折算的狀況之下，如果假設再衝撞下去的話，總額乾脆就打掉重練，我們還要不要總額制度呢？如果我們要的話，非協商的部分要重新謹慎考慮，它還是要維繫在剛剛說的那幾個因素裡面，在我們每年成長率的部分，不管是國發會核定下來的大總額(下限)，以今年 109 年來算，國發會核定下來的是 3.708(%)，它包括「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」1.703%、「投保人口預估成長率」0.346%及「醫療服務成本指數改變率」2.181%，這是第一個數字。第二個我們姑且稱為小總額，西醫基層的非協商因素成長率 3.456%，包括「醫療服務成本指數改變率」1.745%、「人口結構改變率」1.363%、「投保人口預估成長率」0.346%，都是這些數字所擬定出來的，這是社保司跟國發會他們的共識與結論，這些數字都相應它們的本質與內涵，這是沒有辦法去挪用的；另外健保會在 108

年9月27日協商109年度總額成長率會議，周委員穎政教授就「醫療服務成本指數」的目的曾表示：「...大家想想看醫療服務成本指數當初是怎麼規劃出來的？應該回到當初產生這個指數的目的，這是一個非協商的因素，我們用的其實是歷史資料，...。」就是我們把過去不足的、不夠的利用這個因素去把它補足；現在我們討論的事情好像是未來要發生的事情，這不是非協商該討論的事情，如果這是新生出來的錢，我們可以去解決偏離事實的東西，要解決掉，如果你去補到其他還沒有發生的事情，像這裡所謂的無障礙空間，他認為這個概念是不對的，他覺得有點小奇怪，我看起來是大奇怪，因為這個真的很奇怪，它是怎麼長出來的，它附麗在哪一個概念之上我們不清楚。所以綜合以上說法，非協商因素無論從歷史沿革，或是內涵的項目，社保司與國發會的計算公式，及現階段健保會專家學者的看法來看，都和基層診所無障礙設施是無涉，是毫無關係的。那剛剛有一位先進提到要用醫療服務成本指數的改變率來補充，可是要去看，醫療服務成本的改變率裡面有很多項目，沒有任何一項叫做無障礙空間設施，大家可以直觀想像說，像人事費，這是近10年來我們國家積極在調漲的，這是國家政策，租金也上揚，我們所使用的醫材、藥紙、藥袋也漲價了，這些東西如果在目前的總額是被折付的，那你要說把這些先捨棄掉，而去補足無障礙空間的部分，我覺得這是捨本逐末，而且也是衝擊到原來總額的精神，我還是要強調說，今天這是兩件事情，不能因為我們在品保款裡面沒有把這些講清楚，就說無障礙空間要放到總額裡面去，因為總額裡面的非協商只有剛剛講的3個部分，投保人口變化、人口組成還有包括醫療服務成本，但主要的部份是租金、人事成本這些我們可以想到的比較直觀的部分，多出來的部分，請把原則先補到1點1元才是重點，以上。

主席

好，我們請社保司梁組長再來說明一下。

梁淑政代表

是的，非常謝謝代表的說明。有關「醫療服務成本指數改變率」各項指標的選取與計算，其跟實際的醫療服務成本沒有直接相關，但是它是間接反映相關外在經濟環境的改變，相對於醫療服務成本變動的情形，所以很難去對比是那些部分造成的增加或減少，但衛生福利部交議健保會商議時的政策目標，即表示應該要善用這些預算，用在合理反映支付標準上。有關於無障礙空間獎勵的部

分，考量的是符合條件的診所，其硬體設備必須去做一些改變調整，相對於一般的診所來看，對行動不便的病人有比較友善的就醫環境，因此透過在支付標準的加成來作為獎勵，鼓勵診所符合相關標準，讓行動不便的病人，到診所就醫更為方便。大家可以共同來思考，應該如何來執行會更好。當然也尊重全聯會的意見，要怎麼做才會達到真正鼓勵的效果，以上。

主席

好，請吳醫師。

吳國治代表

我想把這個放在非協商因素來支出，爭議是非常大的，醫療服務成本指數一直都是正的嗎？如果今天是負的話怎麼辦，以前就有負的經驗，這是第一點。第二點就是當時規劃非協商因素三個項目(投保人口預估成長率、人口結構改變率及醫療服務成本指數改變率)的時候，不須經協商而當作保障成長率，這個東西已經做很久是無庸置疑的。現在因為診所無障礙設施而要去調門診的診察費，但基本上門診的診察跟無障礙設施是無關的，我幫病人做檢查跟無障礙空間有關係嗎？沒有無障礙設施的話，我的診察就會比較差嗎？基本上，在上次健保會的時候，我記得徐美麗委員有跟醫院總額那邊提到，這些文字在協定事項那邊加註，而沒有增加任何人的負擔，可以去看會議的發言紀錄，「沒有增加任何人的負擔，只是增加醫療成本指數，改變率的經費的時候，優先考慮這樣，在法律上都沒有增加任何人的負擔效果」她覺得很奇怪，醫院總額在堅持什麼？我記得周麗芳主委也提到，徐美麗委員從法律的觀點告訴大家，醫療服務成本指數改變率這是一個建議性質，那我想這樣就要釐清，民眾繳的健保費不用在醫療而去補助無障礙環境，讓民眾去公投不見得會贊成的，但我們醫界一直建議醫界可以整合，建立標竿的診所可以引導它們往那個方向做，公告給所有的需要的身障人士知道，這樣才是比較好的做法，你現在講到肢障，那聽障、視障呢？只為了身障其他的都不用照顧了嗎？這個爭議是非常大的。而且現在擬定出來後，會讓我們所有的院所都很為難，我的診所是跟房東租的，今天你要更改結構，很多還要重新跟工務局申請變更登記，工務局來看，很多診所就要被迫關門了，茲事體大，我們醫界不是沒有努力，一直引導新開設的院所符合無障礙規定，我們希望有一些補助獎勵的措施，可是絕對不是拿非協商因素去調支付標準，來達到這樣的目的，這個影響是非常深遠的，全聯會並不贊成這

樣的作法。

主席

好，顏醫師，再來王醫師。

顏鴻順代表

謝謝主席，剛剛聽到羅浚晷醫師講的整個架構，我們傳統上稱非協商因素就是 3 點，人口的投保率、人口結構改變，另一個是醫療服務成本的改變，其實它是落後指標，國發會從過去資料去計算過去 1 年或 2 年內相關的指數，然後去計算出這樣的數字，那請問一下計算的時候有計算到院所去改變這些裝潢，甚至是改變這些無障礙空間的因素嗎，絕對沒有的。其實剛剛講到一個重點，用來調整支付標準，支付標準就是用來反映成本，跟人口指數的一個變化，今天如果說非協商因素可以來要求我們做未來的東西，那以後就不用協商了，就沒有所謂的協商因素了，通通都拿非協商因素來要求我們來做什麼，這樣就可以了，就不用協商我們要做什麼需要多少經費，所以我覺得這個在精神上是很不合理的，那當然也有很多如剛剛吳國治委員所講的，有實質的困難，所以包括我自己的診所，我記得我們在立法院有開過一個公聽會，有關於無障礙環境，在那個公聽會裡面，真的是五花八門，剛剛講的除了身障、聽障、視障外，各個障別的代表都出來表達他們需要有哪些設備，包含外籍的團體都跳出來講，他們描述的也很有道理，台灣人口老化，現在都是外籍的看護在照顧長者，他們帶著這些長輩到診所來的時候，長輩們不會講話，他們(外籍看護)聽不懂我們講話，醫生也聽不懂他們在講什麼，所以他們需要各國的翻譯人員，他們就這樣的陳述，請問一下我們診所該怎麼做，而且有時候我們診所也希望去改善，可是有些東西真的是沒有辦法改，像我的診所在新莊，新莊以前是非常會淹水的，所以我租屋時房子就墊高 1 階，差不多 30 公分，如果以現在要做的話，就是要施做斜坡，斜坡往外做不行，一定會被市政府拆除，如果要往內的話，整個門面大概要向內退縮 50 到 60 公分，連帶診所內部的裝潢都要拆除，而且屋主還不一定同意這樣裝修，所以執行上也有實質上的困難，所以我覺得在整個架構上跟執行上，要多聽聽看醫界的意見，或許把它放在一個比較有彈性的地方，用鼓勵代替法令的要求跟懲罰，讓一般的診所可以符合這樣的標準跟要求，再看看有甚麼樣的鼓勵，讓大家也能夠多照顧身心障礙的朋友，我想這也是我們的想法，但不應該用這樣強迫的方式來進行，或是用一個不合理的架構來套

在我們身上，以上，謝謝。

主席

好，謝謝，請王醫師，然後是陳莉茵委員。

王宏育代表

非協商其實很簡單，覺得人口老化一定要多給錢，人口減少就扣錢；醫療成本部分以我們診所為例，晚上請兼職的護理師，很多診所也都這樣，時薪從最低工資 104 元一直調到 150 元，非協商醫療服務成本的改變增加的經費，就是要補這個部分；當然我們給的會比最低工資高一些，就像盧榮福理事長所說，財源從另一邊來做得到，這樣也很簡單，我們從品質保留款那邊提撥部分經費做這些事，細節再由我們跟醫事司之間決定，錢有來源後，其他都很簡單，盧榮福理事長等到現在，為了這件事不敢去趕高鐵，現在要用跑的去高鐵站。

陳莉茵代表

我對經費來源沒有意見，代表提到身心障礙障別有很多種，視障、聽障、語障、智障等等全部都是，這邊講的是無障礙空間，想先釐清一下；如果意指身障，就包括所有的障別，至於用什麼成本支出又是另外一回事。

主席

醫事司今天報告的是無障礙入口，往後還會有第 2、第 3 版更針對其他障別，今天只是要讓他進得來，接下來可能更友善，會一步一步來；今天大家的共識是不要放非協商，放在品保款裡還能勉強接受，但是這樣與部裡指示是有所違背的，既然大家都充分表達了，我們就把牙醫、中醫、西醫基層對這件事看法有歧異部分報部，讓部裡再看怎麼處理。

黃振國代表

補充一點，以基隆為例，現在醫師要去開業時會找舊的診所點，如果沿用新的建築法規，很多診所沒辦法設立，假設強制要經過相關建管單位認可，很多診所要停業，這個殘酷的事實要先說明；如果沒有配套，立意良善的政策反而害殘障人士沒有地方就醫。

主席

我們會把大家意見摘錄，報部時一併呈現，接下來進到第 5 案。今天還有 2 個臨時提案，請說明。

- **討論事項第五案：109 年其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」結算方式案**

醫務管理組劉林義專門委員

第 5 案是討論基層總額轉整型態調整費用，109 年預算 10 億元，今年成長率已經很高了，是不是就維持 108 年的結算方式就好。

主席

希望公式不要再改了，再維持一年，請問在場代表有沒有異議，沒有的話就通過，請接臨時提案第 1 案。

- **臨時提案第一案：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案**

醫務管理組王玲玲科長

請參考補充資料，主要是修正醫療服務給付項目跟支付標準門診診察費名稱修訂，原 108 年 9 月 1 日刪除西醫基層診察費中「連續」2 字，主要考量如 00139C「開具慢性病連續處方並交付特約藥局調劑」與 00158C「開具連續兩次以上調劑，且每次給藥 28 天以上之慢性病連續處方並交付特約藥局調劑」文字很相近，避免造成混淆而刪除「連續」2 字，並沒有要擴大給付範圍或申報頻次的意涵；因刪除後反而造成資訊廠商誤解，以為可以每個月申報 1 次或 2 次，將造成費用影響；這次會議中我們希望把刪除的「連續」2 字改回來，支付標準修訂程序期間用函釋的方式請分區業務組再跟醫療院所重申申報規定。

主席

這樣的修正可以嗎，可以的話就確認，接臨時提案第 2 案。

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

醫務管理組張作貞科長

請翻開補充資料，109 年新增偏鄉產婦生產補助試辦計畫，請直接看修正彙整表。

主席

徐醫師要說明。

徐超群代表

這是 109 年新增的試辦計畫，預算 5 千萬元；我們跟健保署已經過很多次的討

論，現在直接就無共識部分討論，其他要過就很簡單了。首先是適用範圍，全聯會原來估計的家數是11個縣市的，卡婦產專科醫師醫人比與醫師人數不到100人的縣市，健保署計算算到15個縣市這樣費用會超標，每點剩下0.6左右，可以建議用健保署的方法估算的10個縣市加上屬離島的連江縣，總共11個縣市，大概經費差不多又符合原來的精神，比較細的計算結果請參考附件2編號前10個加上一個離島。

其他部分健保署說明我們大致贊成，包括申請條件通則，這些就按照署的意見來做。考慮到這個計畫原意是補助偏遠婦產科診所可以維持下去，不要一家家的關門，至少可以保障他們提供生產以外，還有一些婦科醫療需求以及維持一定品質。

主席

簡短摘要一下，徐醫師原來認為要用醫師人口比，健保署認為要用醫師育齡人口比，修正定義後符合標準縣市與徐醫師所提高度重疊，表示2個指標為正相關，交集為附件2前10個縣市加上連江縣，假設大家同意這些說明，請看第5頁核發原則。基層婦產科診所如果在這家診所生產同時產檢8次以上，就100%核發獎勵金，如果產檢只有6-7次就核發75%，逐步遞減，希望產檢與生產院所一致，健保署也同意，但是重點是100%補助金額是1萬2千元，假設每個案件都拿到足額，依全聯會估算需要8千萬元，遠超過預算數5千萬元，勢必要用浮動點值來處理，點值會降到0.7多，這樣要怎麼選擇。

徐超群代表

全聯會用11個縣市估算，需要經費大概6千萬多一點，如果再排除生產案件較多的彰化縣，這樣需要5千多萬；如果照健保署的估算範圍15個縣市，醫療費用會變成8千多萬，真的會爆掉。

主席

可以每件補助金額1萬元嗎，這樣保險一點，不要到點值折付，這樣也有鼓勵就地生產的效果。

徐超群代表

好。

王宏育代表

請問縣市認定是該縣市所有院所嗎，只有診所的話我要提出來，我們大岡山區

本來有 4 家診所在接生，慢慢掉到沒半家。根據健保署統計假日開診率，高雄縣市醫師公會是分開統計，高雄縣應該納進偏鄉產婦生產補助試辦計畫。

主席

統計沒有把原來高雄縣轄區另外拉出來，現在行政區合併後沒辦法分出來。

王宏育代表

可是原來高雄縣轄區有很多地方很偏僻，我是原高雄縣醫師公會理事長，建議原屬高雄縣地區可以納入。台中縣沒有代表在嗎，台中縣也有很多偏僻的地方啊。

主席

台中縣包括梨山，現在可以怎麼做。

黃振國代表

這個計畫本來要補助真的缺乏婦產科醫師的點，但是像第 4 個新竹縣，據我了解即將成立 3 個醫院，成立後婦產科醫師就會足夠，禾馨診所可能也會設點。雖然補助只有診所，但是婦產科醫師變多，計算醫師與育齡婦女比就會衝高；新竹縣未來應該是現在醫療收入最高、費用最高，婦產科資源最豐富的地區。

主席

那也是設立之後才會變成婦產科資源足夠，目前也只能先把新竹縣放進去，之後再刪掉。

黃振國代表

剛剛王代表也說了，以縣市別區分比較簡略，前幾個排名縣市其實還好，到新竹縣可能要謹慎一點。不然我是基隆市代表，為什麼剛好跳到基隆市，我也有意見。還是希望我們要務實，那些婦產科診所現在在某些縣市已經規模很大，生產數到一定規模了，應該排除掉，如果是快經營不下去的婦產科診所，給它獎勵才有意義，以上意見請參考。

主席

謝謝黃醫師提醒多一個生產數考量，因為今天資料是徐超群醫師早上才給我們的，時間很倉促，本案今天就先不通過，時間也晚了，仔細評估之後再議。

徐超群代表

今天可以通過比較有共識的部分嗎。

主席

還是仔細評估一下，把其他考量放進來，下次再討論。今天通過跟下次通過都會追溯到年初，那今天會議就開到這裡，謝謝大家。