

「西醫基層總額研商議事會議」108 年第 3 次會議紀錄

時間：108 年 8 月 29 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)	莊代表維周	林誓揚(代)
王代表欽程	請假	陳代表志明	陳志明
王代表維昌	王維昌	陳代表相國	陳相國
朱代表建銘	請假	陳代表晟康	陳晟康
吳代表欣席	吳欣席	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	呂紹達	黃代表啟嘉	黃啟嘉
李代表孟智	李孟智	趙代表善楷	戴昌隆(代)
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	請假
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	謝代表武吉	林佩菽(代)
林代表義龍	請假	藍代表毅生	藍毅生
林代表鳳珠	林鳳珠	顏代表鴻順	顏鴻順
邱代表泰源	請假	羅代表倫樾	請假
徐代表超群	徐超群	羅代表莉婷	羅莉婷
翁代表青聖	請假	蘇代表東茂	請假
張代表志傑	張志傑		
張代表孟源	張孟源		
梁代表淑政	梁淑政		

列席單位及人員：

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

本署醫審及藥材組

本署企劃組

本署財務組

本署承保組

本署資訊組

本署醫務管理組

陳信婷

方瓊惠

黃佩宜、吳韻婕

吳權修

陳瑩珊

宋佳玲

請假

廖美惠

陳祝美

王慧英

賴文琳

陳瑩玲

馮美芳

曾玫富、連恆榮、張淑雅、

詹淑存

陳泰諭

黃千華

請假

李冠毅

吳科屏、劉林義、韓佩軒、

蔡翠珍、洪于淇、王玲玲、

林右鈞、朱文玥、吳明純、

米珮菱、劉勁梅、黃曼青、

林沁玫、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。

第三案

案由：108年第1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	0.9044	0.9724	0.9686	1.0114	0.9686	1.1149	0.9544
平均點值	0.9318	0.9780	0.9753	1.0050	0.9778	1.0728	0.9675

第四案

案由：107年西醫基層總額品質保證保留款核發作業結果。

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：108年其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」(13.46億)結算方式，提請討論。

決議：

一、同意108年結算方式如下：

- (一) 優先計算轉診成功部分(同107年結算方式)：醫院申報「辦理轉診費_回轉及下轉」診療項目者(醫令代碼為01034B-01035B)，基層院所接受前開轉診案件(醫令代碼為01038C)之日起6個月，該保險對象所有於各分區西醫基層

總額部門申報之門診(含交付機構)案件點數，惟已納入自行就醫之保障期間者，不再重複計算。

(二) 非屬前開轉診成功而自行就醫部分，並依序結算

1. 門診(含門診的急診)案件：當月於基層就醫者，其主診斷自就醫年月(如 108 年 1 月)往前 3 個月(如 107 年 10、11、12 月)，均只在醫院就醫而未在基層就醫者，該保險對象當月以同一主診斷於各分區西醫基層總額部門申報之門診(含交付機構)案件點數 x1.5 計算(符合本項條件者，6 個月內符合本專款其他補助條件者不再重複計算)。
2. 住診案件：當月於基層就醫者，其主診斷前 3 碼自就醫年月(如 108 年 1 月)往前 3 個月(如 107 年 10、11、12 月)均只在醫院門診就醫而未在基層門診就醫，自醫院住院離院後，2 週內至基層各分區西醫基層總額部門申報之門診(含交付機構)案件點數(符合本項條件者，1 個月內符合本專款其他補助條件者不再重複計算)。

(三) 考量推動第 1 年院所尚不熟悉申報規定，增列自行就醫部分，並溯自 108 年 1 月生效。

二、另依全聯會建議 108 年本項專款保留 10.81 億元，剩餘額度同意支應 108 年 C 型肝炎藥費不足款。

第二案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：修訂西醫基層「開放表別項目」之支付標準規定案，提請討論。

決議：

- 一、基於基層總額財務考量，開放表別項目增列需專任醫師及適應症的限制，未來俟費用穩定後，再研議放寬限制。
- 二、同意中華民國醫師公會全國聯合會建議之 106 年至 108 年開放表別項目，除「流行性感 A 型病毒抗原(14065C)」及「流行性感 B 型病毒抗原(14066C)」2 項維持兼任醫師可執行外，餘項新增「除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報」之規定。
- 三、另修訂「杜卜勒氏彩色心臟血流圖(18007C)」、「光化治療一天(醫令代碼 51018C)」、「光線治療(包括太陽光、紫外線、紅外線)一天(醫令代碼 51019C)」、「皮膚鏡檢查(醫令代碼

51033C)」等 4 項開放表別項目增列西醫基層執行之專科醫師及適應症限制之規定。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「108 年全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」（以下稱本方案）執行情形案，提請討論。

決議：

- 一、同意修正「108 年全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」點值結算方式，結算順序為先扣除開業計畫之支付金額(不含巡迴計畫之「論次計酬」、巡迴計畫診察費加成、醫缺地區診所例假日診察費加成費用，每點支付金額以 1 點 1 元支付。當季預算若有結餘，優先支應巡迴計畫之論次計酬，且每點支付金額最高補至 1 元，其次依序支應醫缺地區診所醫療費用、巡迴計畫之診察費及診療費，依該區每點支付金額最高補至 1 元之點值差額，再流用至下季，並溯自 108 年 1 月生效。
- 二、另將依前開決議修改之「108 年全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案(草案)」，提報衛生福利部核定。

伍、散會：下午 4 時 40 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 108年第3次會議與會人員發言摘要

主席

黃主委、各位醫界的代表、各位委員、醫管組同仁及分區業務組同仁大家午安，今天召開西醫基層總額研商議事會議今年的第3次會議，時間有一點晚了10分鐘，原因是等人數通過半數，現在人數過半，會議正式開始，請各位代表們看上次的會議紀錄，從第5頁到第9頁的部分，上次爭議最大的是第3案，第3案是13.46億的問題，也是今天要討論的部分。好，大家有沒有意見？如果沒有意見，上次會議紀錄就確認，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，謝謝，序號第2、5、7都列入今天的報告案或討論案，先解除列管，如果今天的報告案、討論案有未解決的部分，我們就再繼續列管。好，大家有沒有意見？如果沒有意見就下一個報告案，下一個報告案要先請醫師公會全聯會先報告。

● 報告事項第二案：西醫基層總額執行概況。(略)

主席

好，謝謝，大家有沒有意見？來，請主委。

黃啟嘉代表

簡報第27頁，有關新藥預算替代率，請問替代率是用什麼公式算出來的？還是用規則直接訂定的，這個東西有一個詳細數據告訴我們算了什麼藥，還是哪個項目嗎？

吳國治代表

我呼應一下主委講的，看了第29張簡報要反映一下，其實我們之前去外面開會的時候，反映過替代率還有爭議，這樣寫執行率是多少，會讓付費者代表誤解，但替代率實際上還有爭議，用我的替代率來算可能執行率就不一樣，用你們的替代率特別在藥品共擬會議時都吵成一團，所以我建議以後不要寫執行率，我們大家都會吵起來，因為你的替代率我覺得是不公平的算法，署裡委託學者、專家所研究出來的東西，學者也講不出什麼所以然出來，你叫我們提出公式，

我們哪有能力，講了半天我想金額只用了少之又少，我想一定不是實情，以上。

主席

好，謝謝，大家有沒有其他意見，請廖醫師。

廖慶龍代表

前不久有消息傳出醫院區管開會，有提出幾個方案，沒有印證，我不曉得是不是真的狀況，他們就是說要減緩下轉的率，包括我及基層診所都認為目前下轉結果不理想，感謝署方的用心及醫院的配合，但結論是幾乎所有診所都沒有感覺，都無感，之前也討論很多，在這前提之下我們堅決的建議，下轉率目前先維持每年 2 %。當然我們絕對體諒醫院層級的經營狀況，這部分可能還是要健保署和醫院討論瞭解急、重、住診狀況是不是需要調整。我們希望基層診所有感後，再討論修正每年下轉率問題。我個人感覺是醫院很用心轉，我個人統計醫院下轉大概一半的病人會過來診所，當中有一個因素是誘因不夠，上次我也提過誘因部分，副座馬上說不可行。上轉有減免部分負擔，下轉建議減免或取消部分負擔 50 塊，我再建議一次，這樣醫院下轉才有首次誘因，我也算過大約 4 千萬，現在可能報不到 4 千萬，你如果減 2% 下來，我們當初預估 80 萬人會下轉，50 塊才 4 千萬，現在下轉率那麼低，或許 1 千萬就解決了，總是希望看到署方的用心更加強一下，讓醫院下轉更有力道，謝謝。

主席

謝謝廖理事長，大家還有沒有其他意見。

陳晟康代表

請問一個紀錄上問題，如果在北區桃竹苗轉到台北醫學中心，或是從桃竹苗轉到台中的醫院，這樣上、下轉率署方是如何計算，這對各分區上轉、下轉才能讓人理解，還有必須要在同一個業務組去計算，請稍微解釋一下。

王維昌代表

署方真的作了很多努力在壯大基層和下轉，不過我呼應一下廖理事長，要繼續堅持這個下轉，因為醫院的成長率還是在增加，醫院告訴我說其實他們現在都怎麼做，假如他們多了一件出來要被健保署扣 1 千多塊，他們如果算一算這個病人要錢只有 5 百多塊，他們就自動報自費不報健保，他們也有很多對策，這不是只有他們在做，大家都在做，一方面署方要堅持，一方面我們基層診所也要努力，因為不能怪病人，病人有時候確實很難轉下去，這個政策要繼續堅持下去，讓大家有更好的發揮空間。

主席

好，謝謝，還有嗎？請李醫師。

李偉華代表

我是基隆的代表，我本身診所在醫院附近，所以有接到很多下轉的病人，我發現就像相國代表所講的一樣，要完成一件是非常複雜，本身診所作業要去 VPN 維護、認定、時間要填入，本身是說這個病人是要下轉，等到看完診病人走後才發現這個病人是下轉下來的，像他們下轉大約 20-30 人，完成後很多都不見了，所以這 MISS 機會很大，可不可以一件完成，有路徑可以讓他們找，謝謝。

主席

好，謝謝李醫師，還有嗎？請鄭醫師。

鄭英傑代表

我是屏東代表，剛剛提到的分級醫療雙向轉診，我們用電子轉診出去是送你，它給我們回復、再來是申報，我想請教大家在申報的過程中有多少人可以完成？因為前幾天我們高屏有跟健保署接觸，幾乎屏東到申報部分可能要掛 0，因為申報非常困難而且要寫醫令、D15、D16 欄位等，我想這不是我們醫師可以做得非常好，那 13.46 億是已經編出來，我不瞭解一共用了多少錢，這個完成整個的執行率到申報的部分這麼困難，是不是可以用簡單易做的方式。因為我有請教高屏，半年內可以再申復重新報一次，這對我們真的非常困難，我們那邊現在是掛 0，謝謝。

主席

好，謝謝鄭醫師，再來林醫師。

林俊傑代表

前一兩個禮拜我參加高屏的醫療群會議，醫療群是非常配合政策的，也是願意做上轉及下轉動作，他們發現上轉程序在他們電腦主機比較方便完成，但下轉完成程序非常困難。第一醫師要登入(在醫院就要完成)，第二病人到診間要主動告知，當然有些病人會拿轉診單出來，如果他沒有告訴我就要自己上 VPN 去看，要自己取讀取已經下轉部分，第三看診完還要整個流程完成(申報)，有些電腦公司對醫療費用要軟體外掛，要多出幾萬塊醫療軟體費用，所以這是他們反映給我的問題，所以他們希望公會可以解決下轉流程的問題，這部分是不是可以請各分區統計他們的困難，我們西醫基層都很希望把這 13.46 億回到我們總額，這樣對病人照護也會比較好，以上。

主席

好，謝謝，藍醫師。

藍毅生代表

其實這個上次我們也有提到署方、醫院、診所都要很積極主動推動分級醫療，有很多轉診，比如要轉診病人到中國，結果他跑到中山，中國的病人要轉到我這診所，結果到其他診所去，病人本身真的在移動，但我們的數據上沒有完成，病人應轉診到 A 診所結果跑到 B 診所，病人拿單子確實有移轉，但實際在我們這個模式變成是不成功。因為中間是卡了 13 多億費用，如果照這個模式來做，署方要考量費用如何讓病人真正轉診型態是有產生的，來讓實際數據能夠真的呈現。

主席

好，謝謝，張醫師。

張志傑代表

我呼應剛剛所提申報的問題，真的健保署或國建署都把阿沙不魯的東西塞在申報裏面，也就是說把公衛要統計的資料，跟醫療無關的東西，要我們把它放在上面申報上去，有關這個 01038C 它其實根本不需要申報這麼多，你可以比照 R006 或 R007 就這樣 key 上去，健保署沒有能力把它比對出來嗎？一定有啊。健保署的電腦能力那麼強，比對診所及醫院的碼有沒有申報你們就可以很簡單把它比對出來，可以簡化申報程序，01038C 是 key 醫院轉診下來的碼，資料上還需要轉診的 16 位序號，不然就會轉診申報錯誤，把這簡化的話，醫師也不用上傳去按受理，你只要申報出去，健保署就幫你登記受理，這樣不是很簡單，我們把申報弄得更簡單，不要把很多東西都塞到裡面去。

主席

好，謝謝張醫師，還有嗎？請呂醫師。

呂紹達代表

我是新竹縣代表，呼籲剛剛黃理事長所講，各大醫院目前也一直持續再增加，尤其是我們新竹縣雖然中醫大來了，但是各大醫院門住診費用還是持續增加，有次我和一些醫院主管吃飯時，我發現他們的心態不太正確，第一點，病人不肯下轉，當然是他的推託辭，病人不見得是這樣。第二點，診所的用藥不能配合，這我就覺得很奇怪，大醫院慢性處方箋給藥局都可以配合，為什麼診所卻不行，如果診所真的不行也是可以給慢箋給藥局配。我是覺得署方的努力這是

正確的路，正確的路走得慢還是會到達，不正確的路走得再快也是到達不了，我希望署方正確的路要堅持下去，以上。

主席

好，謝謝李醫師，還有其他意見嗎？如果沒有的話，請幾個單位回應，一個是醫審及藥材組先回應藥品替代率，第二是醫管組相關的回應，最後請臺北業務組回應臺北區轉診狀態，先請連科長。

醫審及藥材組連恆榮科長

謝謝各位代表的意見，關於替代率的問題，歷年大家對新藥預估值都有一些想法及意見，今年度我們委託成大醫院及台灣醫院協會在新藥預估模式的探討及替代率的探討，各方意見還是有不一樣的地方，剛剛代表提到目前替代率還是有一些爭議在，以目前替代率的算法我們分成第一大類還有 2A 跟 2B，這個我想各位代表比較清楚。

黃啟嘉代表

簡單講這個替代率是沒有算的，只要是 2A 藥品就直接命令第一年 60%，第二年 80%，第三年 100% 替代，這真的完全沒有事實根據，那我改天規定 30% 也可以，60%、80%、100% 這是坐在辦公室想像而訂的，而且不同的藥品都用同樣的替代率。事實上我剛剛看到你算的替代率，就知道這個算法一直沒有改，基本上它不是算的，是行政命令規定的，新藥執行率是行政命令產生的，行政命令說 2A 就是 80% 替代率，那我的執行率就可以算出幾% 來，所以沒有 evidence-based，我們講替代率回到科學的根據，用疾病 GROUP 也好，例如 DM GROUP，這個新藥進來舊藥有沒有減少，這實際上有沒有統計？糖尿病的藥來看，所有相關的可以納進來，我也可以說這個新藥進來有沒有降低併發症，併發症有沒有省多少錢，有沒有大數據可以算，我可以說替代率到目前為止是行政命令，不是計算出來的，因為 2A、2B 規定多少%，都是行政命令規定出來的，這個結論算出預算執行率 29.5% 也不是算出來的，因為你的基礎不是算出來的，後面所有的結果都不是算出來的，而是我直接規定多少%，這樣會誤導付費者代表，我的意思是說這個還是要調整，可能 60% 是少算，說不定是 100% 替代。我曾經注意降血脂藥物新藥出來舊藥有沒有替代，結果非但沒有替代還增加，我一直在懷疑要如何產生效應？譬如 C 肝藥物以前有干擾素，C 肝新藥出來後干擾素有被替代嗎？還是沒有？→ 有很多以前服用干擾素有副作用的人，這些新藥滿足過去沒有滿足的需求，所以新藥出現不會替代舊藥，他讓以前未經滿足的需求得到滿足，所以在

這個情況之下，我覺得算替代率有爭議，如果真的有爭議就不提，沒有辦法得到共識就不提，既然是想像訂出來的，就不要用死的規則，依照我們每次狀態再去算。替代率多少%是不同的藥物/年份，用的公式是一樣，這一看就知道不對嘛。

主席

連科長這邊有要補充的嗎？

醫審及藥材組連恆榮科長

我再補充一下，我們也希望是從 evidence-based 或學術來探討這個替代率的計算方法，或是有其他方案來取代我們替代率的預算，就是隔一年的費用，研究單位的結論變成很難，目前可能就是用代表剛剛所提降血糖/降血壓藥物去預估，這個藥物進來之後實際會有多少的替代率，每個藥品品項或是類別所產生的替代率其實不一樣，目前還沒有從學術上或 evidence-based 看到結論的地方，不過我們在後續預算的編列，確實會依執行狀況做增減，這件事我們也是期待從學術的角度上看預算如何編列，不過 109 年預算我們已經把第一大類已經實際發生的藥品，討論是否以實際的預估值做編列，後續我們會針對這個方向來執行，把替代率慢慢做調整，以上。

主席

連科長有沒有要補充說明，關於委員剛提到 C 肝新藥沒有取代干擾素這部分。

醫審及藥材組連恆榮科長

有關 C 肝新藥部分，從目前數據來看干擾素的使用狀況，之前有編列 4 億，實際上 C 肝新藥用了之後，民眾幾乎都不再用干擾素，所以目前 C 肝用藥費用幾乎都是轉到 C 肝新藥來做使用，因為它是可以挪用，以上補充說明。

主席

其實是高度替代，並不是如你說的干擾素還繼續用，幾乎是全部替代過來，所以現在用干擾素的人很少，大部分是轉成 C 肝新藥。

吳國治代表

剛剛科長提到這有爭議，非要用這樣的方式呈現嗎？因為付費者代表他們不是專業，只能看不能解惑，執行率 29.5%，還有相當大的成長空間，健保署委託醫院協會跟成大教授做替代率的研究，結果出來的結論是不一樣的，替代率仍有很大的爭議，是不是要加註括弧「與醫界有爭議中」，上面的立論就有爭議，下面的結果仍用你們的結論來呈現，我很擔心付費者代表被這樣的數據誤導，好

像還可以改善讓民眾享受新醫療科技，既然是爭議就要呈現出來，而且這是大家都認同的，可是卻用你們的說法來呈現，我覺得要有中性的表示比較妥當。

主席

替代率的部分，確實兩邊有爭執。

張孟源代表

我覺得健保的科技非常進步，都是用大數據在統計，所以不要用替代率，替代率是一個舊時的觀念，目前健保每一顆藥每一塊錢都算的非常清楚，現在大數據統計，可不可以以後不要再用替代率，共擬會議有提出一個研究計畫要研究替代率，用替代率根本就是過時的觀念，如果可以用替代率，那為什麼重複用藥，重複一天兩天都在計算，重複 2 天累計到第 10 天以後，第 11 天就給你扣 11 天的錢，但是假如晚了 3 天就不扣，好像變成累計不累退，變成每一塊錢、每一顆藥、每一天健保都算的清清楚楚，所以我們希望健保每增加任何一個新的藥還有舊的藥，每一顆藥到底增多少錢、減多少錢、花多少錢用在病人身上，可不可以用這樣數據呈現，不要再用虛無飄渺的公式-替代率來做一個估計，這是我們醫界卑微的一個願望，因為我們被替代率的預算吃虧很多年，既然是電腦統計可以估計，希望可以用新的方法來對比取代替率。

主席

謝謝，有關重複率和替代率根本是不一樣的東西，不要把它混為一談。重複率是同一天開 A 藥，又開另外一個 A 藥，這是重複的概念。替代是有一個 B 藥出來取代 A 藥，兩個完全不同。我知道重複用藥大家都算的很精準，替代率部分大家有爭議，確實醫院與基層用藥也不盡相同，我也知道醫界一直在健保會議爭取，但你們的表達內容是沒有算替代率的，所以當然有一點距離，我同意吳醫師所說，加註括弧「與醫界有爭議中」倒是容易一點，我們也沒有說我們一定對，但你們也沒有辦法提出相對的方法讓大家討論。下次健保會議表達時本署就加註「與醫界有爭議中」。接下來請醫管組回應。

醫務管理組李純馥組長

謝謝各位代表的反應，在轉診申報端的提醒，我先說明當初設計轉診誘因時，賴清德院長在任時有找署長及部長，他知道轉診是各位醫師日常在做的事，民眾如果有需要本來就會有轉診的動作，他特別提醒署長及部長在轉診這部分的支付，一定要確實完成轉診動作才予支付。聽到長官的指示後，我們改變我們過去申報的邏輯，過去您們只要有做轉診動作就填轉診單，病人轉到那去就結

束了，可是為了方便確實知道病人轉到那裡去的邏輯，我們設計這個轉診平台。第一，在申報端也增加以利我們勾稽的代碼，這和過去不一樣，我們過去支付代碼後面都有支付點數，這是第一次我們點數請大家先填 0，這個用意是我們不會先暫付，會等確實這個案勾稽到對應的院所才給付，確實會造成大家非常多的困擾，這段時間也一直在精進我們的系統，包括現在已經提供一支 API 程式，個案不管是從那裡來，只要經過轉診要到貴院，只要插卡我們 API 就會提醒你，這是從那裡轉過來的個案，麻煩請你們的資訊公司幫你建置這支 API 到你們就診系統去提醒。第二，為什麼申報後還要到轉診平台去 KEY，當初設計是希望解決大家資訊交流上的困擾，所以大家同意由健保署設置這個平台讓大家溝通，個案轉診的原因是什麼、需要什麼協助，所以有請大家要有回復的動作，後續我們也請相關電腦公司去協助大家在 HIS 系統做拋接的動作，減輕你們醫師在行政作業上的困擾，大家或許看到許多欄位語言上的定義，其實電腦公司都已經很清楚了，這真的需要資訊來協助各位醫師，醫師看診非常忙碌真的沒有那麼多時間，像剛剛代表所說為何要填這麼多的欄位，包括起訖時間，我們都理解有時日期會有所出入，所以我們目前在日期沒有強制要同一日，只要是可以在範圍內，比如 90 天內真的有勾稽到轉診到某個醫院，勾到日期沒對也是會核付。第二個 VPN 系統，有些人透過 VPN KEY 但是代碼忘記 KEY，如果勾稽到有，我們也會認，所以中間我們已經盡量給予彈性，只是我不會給你那 50 點，因為沒有透過 VPN 平台，如果只是透過紙本申報填寫那就是 200 點，非常感謝各位醫界先進提供寶貴的建議，我們也會盡量精進。

至於廖理事長所講下轉可否免 50 元部分負擔，因為在母法定義非常清楚，免部分負擔有三個要件，第一是重大傷病、第二是分娩、第三是特殊狀況，特殊狀況基本是政府補助預算而不是健保署出的，比如說 3 歲以下兒童、低收入戶或是榮民，這些都是對應主管機關要編列預算繳庫給健保署，不是健保去免他的部分負擔，所以如果要減這 50 點部分負擔，涉及到我們要修法，跟母法不符，你們的建議也很好，我們也會去思考增加民眾或認知上，不管系統或業務上做精進，上轉可以減免部分負擔是在相關母法有定義，依據是不一樣，免部分負擔在母法上是不允許的，我們也儘量避免減少民眾去貴院所所造成的紛爭，為何我要收費他不用收費，這也會有行政紛爭，這部分先予以說明，至於大家講減量 2% 部分，在醫院那邊也討論的非常久，目前還沒定案，以上。

主席

跨區的轉診率有什麼不一樣？

醫務管理組李純馥組長

跨區剛講的那個比率 2-21 頁，因為其實我們比較難定義跑到分區以後，到底那些當分母，所以我們當時的計算是以各分區門診總件數當作分母，我先做這樣的說明。

主席

好，臺北業務組的同仁在嗎？請說明。

臺北業務組廖美惠

主席、各位代表大家好，臺北業務組補充說明，下轉率的狀況雖然各分區看起來我們是差的，但我們目前拿到的數值跟全聯會這邊不那麼相近，我們第 2 季上轉件數是 78,995 件，下回轉是 8,016 件，所以我們下轉率應該是比全聯會稍高，有可能是擷取的時間點不同。另外，台北業務組在推動轉診這塊，我們做了很多的措施，除了說每一季在共管會議裡面，無論是醫院總額、西醫基層總額都有提出來做檢討，並且也積極做媒合。此外，我們每一個月份都有提供院所資訊，比如提供適合下轉的慢性病個案給醫院作參考，希望醫院能把穩定的病人向基層下轉，除了這些，我們也與同儕交流，比如積極參與臺北市醫師公會的活動。目前來看，我們 108 年 1 月份到 6 月份西醫門診件數 58.63，比去年同期的 58.24 增加了 0.4% 左右，以上是臺北業務組說明。

主席

謝謝大家的提問，這項大概就是轉診的動作太多。吳醫師請說。

吳國治代表

剛剛我們理事長提到的，如果有外來的預算政府願意出就合法了，就不用再修法，就像「警察消防海巡空勤人員醫療照護實施方案」一樣，是不是這個意思？如果說分級醫療是國家的政策，署裡可以去向行政院爭取，因為算起來不用多少錢。第二個講到警消方案，我也要抱怨一下，警消有預算沒有錯，但內政部發布這個方案有沒有跟署裡面討論？他補助警消去醫院看，這有沒有違反分級醫療？署裡面要表態。如果同樣一個政府裡面，各部會之間要做這些事情，健保署一定要被找來一起共同研擬，而且要當場表達這違反推展分級醫療。原本病人到基層看感冒，卻被補助去醫院看，為什麼不到基層去看？還可以節省健保的錢，所以我覺得這個立場應該適時表達。不曉得哪個單位說他們分級醫療的定義是那樣，你去看看他們給你們的文，他們分級醫療的概念跟你定義的完全

不一樣，實在需要好好溝通說明，我覺得無法接受，你們應該去回文分級醫療不是這樣的意思，應該去教他們一下。

主席

張醫師請說。

張孟源代表

我必須講一下我們醫界卑微的願望，就是替代率的重新計算，我剛剛舉例健保的大數據確實可以將所有的藥品根據 ATC 碼使用情形，將所有的點數、費用評估，假設一個新的降血脂藥增加後，我們可以算其他降血脂藥減少多少，用 ATC 碼重新統計後，就不會有什麼替代不替代，就是同樣一個藥品新增會不會造成其他費用的減少累計起來，我們希望的只是一個公道跟公平而已。我剛提的只是一個舉例，健保絕對有這個能力可以做到這樣的統計，有沒有新的方法可以計算藥品，因為藥品的成長空間度在今天的資料非常的大，你一直用替代率來告訴我們，我們真的眼淚往肚子裡面吞，以上。

主席

請陳醫師。

陳晟康代表

請問組長，剛剛您講上轉、下轉是用在分區的就醫件數或什麼去導入的，大家看簡報第 38 頁這邊，寫醫院接受診所上轉案件之就醫分區分析，從您這個講法，我今天診所轉給上一級的醫院，這個分母就是基層就醫的件數；若醫院轉給就醫的診所，那分母就應該是醫院就醫的件數，這樣邏輯對嗎？若您講的是這樣的邏輯，在呈現數據上，臺北區多少%的上轉、下轉沒有特別的意義，因為臺北區特色是醫院件數太大，診所太少，所以在呈現數據上不能用多少%的上轉、下轉，因為這對臺北不公平，這是第一點；第二點，剛才提到現在 API 連上轉下轉都看得到，請問這是什麼時候開始的？我剛剛問了一下沒有人知道這個措施，至少我那邊只看到藥物，但沒有這個東西。

醫務管理組李純馥組長

因為不同的資訊公司呈現的方式不一樣，有的資訊公司真的很不好。

張志傑代表

上轉是最容易的，是透過 VPN 上傳，幾乎可以一鍵上傳，我補充一下現在健保推的這個 API 是疊床架屋，不需要，但他既然已經做了就算了，然後還有一些問題，裡面的 API 有 BUG，比如說：如果你是用健保讀卡機讀取裡面的健保個人

資訊後就會當掉，若你使用一般讀卡機或健保讀卡機，他常搜尋不到 IC 卡，所以卡片要插好幾次，我已經用了兩個月了，也被掛號員工埋怨本來好好的為什麼要改。

陳晟康代表

關於 VPN 看上轉、下轉的部分，能不能不要只有三個月，因為計算上轉下轉病人已經損失非常大了，過了半年或九個月後，他想回去看一下你們家醫師才來，既然是這麼好的政策要跟事實貼近一點比較好，所以能不能不要用 1 季 3 個月去看這個上轉下轉，這樣我們基層醫師做起來比較有衝勁，至少覺得做的東西有被 Reward 到，謝謝。

王維昌代表

剛剛問到有沒有人去看這個 API，確實我有看，他會連接到溝通平台那裡，我們醫院分級醫療做得很好，源源不斷有接到他們下轉的個案，從那時候開始我非常努力想去把這個東西弄懂，弄到後來我決定放棄，因為不可能，不管你頭腦多好就是做不出來，我也不是電腦白痴；另外，像我幹部那麼認真也做不出來，其他的人怎麼可能做出來，所以相當地困難。所以我們在討論分級醫療上轉下轉，應該算很成功，只是我們的策略、軟硬體做的不好，使得大家開會不斷討論這個議題，應該要找資訊專家想辦法弄好，不然我們雲端系統做這麼成功，但是上、下轉卻是失敗，謝謝。

主席

大家還有其他意見嗎？

藍毅生代表

我跟長官補充一下，我旁邊這個張志傑是我們全聯會特別為了要制衡系統廠商調價，他對電腦一系列操作是我們全聯會最在行的。

廖慶龍代表

我沒有意見，要在這邊誠摯地邀請，我目前是診所協會全國聯會理事長，我們在 9 月 8 號下午辦一個雙向轉診的週年研討會，邀請了各大醫院、各區診所協會理事長來報告各區狀況，那天大概會呈現好幾個議題，希望在座長官蒞臨指導，以及各位基層大哥蒞臨指導。

主席

大家還有其他意見嗎？替代率這個名詞不會改變，方法的部分，我們再來想想有沒有更好的方法，如果算出來比較科學一點，我們再來跟大家研究。在未達

成雙方共識之前，在總額的呈現上如同吳醫師建議註明：雙方爭議中。另外，轉診程序大家提出很多經驗談，張志傑醫師是專家，會後請醫管組同仁找張醫師瞭解，若我們還有改善空間，本署會持續改善。至於陳相國醫師講的程序太多，會後我們也來檢討看看有沒有更簡便的方式，我們也不希望醫師花太多時間在行政上，你們的時間應該好好花在看病人上，所以這一塊我們再來跟同仁檢討，檢視每一個步驟是否必要或是可以再簡化。再來，第四點是負 2% 的政策，部長很堅持分級醫療的政策，醫學中心、區域醫院也承受很大的壓力，本次政策係長期推動，當持續推動，上禮拜醫院總額的研商會議也是討論得很熱烈，三個層級都各自有立場，地區醫院和你們同一陣線，醫中和區域就有經營壓力，大家換個角度看難免會這樣，所以我們會持續溝通，但這是一個長期的政策不會改變。目前這個案子溝通到這邊為止，我們繼續接下一案。

● 報告事項第三案：西醫基層總額 108 年第 1 季點值結算結果報告案。

主席

點值的確認跟專款支應情形大家有沒有意見？林義專委要補充一下。

醫務管理組劉林義專門委員

請大家看點值的部分，在 108 年第 1 季大家可以看到，中區和高屏的點值一模一樣，是因為我們有調風險基金的原因，大家看到報 3-34 頁，這個是風險基金還沒進來之前各分區點值的排序，所以東區是第 1 名，第 5 名是高屏，第 6 名是臺北，因為我們風險基金有 5 億元挹注落後的兩個分區。請大家看報 3-35 頁，當我們把錢撥進去之後，發現台北還是維持第 6 名，可是高屏就進到第 3 名，風險基金當初我們有講說，移撥前和移撥後的分區浮動點值排序不應該改變，但因為把錢撥進來之後，會讓高屏一下跳到第 3 名，所以我們再次做調整，大家看到報 3-36 頁，表示說移給高屏的風險基金可以多這麼多，所以我們去算假如讓他跟第 4 名中區點值一模一樣的情況下，其實原來撥給高屏的風險基金還會再剩下 31,981,952 元，那這一部分的錢再留到下一季併下一季風險基金使用，以上是點值移撥的情形。

主席

謝謝林義專委，他在講的是高屏跟中區點值一模一樣，大家有沒有意見？

黃振國代表

結果當然是沒有意見，但是以臺北區主委的身分，嚴正地請健保署謹慎思考目

前 6 區分配的方式真的有欠公平。邏輯很簡單，因為每年的 6 區分配就交由醫界 6 個區自己兄弟互相內鬥產生的結果，大家很清楚看到今天只見 1 區哭，大家都是笑，我們臺北分區的代表在 6 區分配提什麼都不會過關，為什麼？看到今天報告裡面臺北區的投保人口是高居成長率的第 2 名，僅次於北區，可是在預算成長的部分趕不上投保人口，而且臺北區一個最大的問題，我們 TRANS 公式的不公平，當時就是用西醫基層對於醫院門診費用占率，大家知道我們臺北區擁有最豐富的醫療資源，尤其是醫院的資源，近 2 年又增加了像土城長庚、中和醫院等醫院，這樣的成長速度不是我們臺北區西醫成長率能 Cover 的，所以我們很深切地覺得，今天不是讓我們自主性分配就能解決這個被長期扭曲的結果，所以懇請健保署、健保會跟學者專家審慎地來重視這個擁有三分之一納保人口以及三分之一以上基層醫師的臺北區，跟我們第 5 名中區跟高屏因為怕名次變了，所以那個所謂的風險基金 0.9686 不能再補了，否則再補了會超過，而我們臺北區沒得補是 0.9044，所以代表目前的機制，在明年若沒有進到一個比較健康的結構性改變，我認為我這個臺北區主委只做到今年，明年大概不用連任，我們很多的幹部一定要辭職，因為將面臨到廣大會員的壓力。分配結果若真的調到這麼小的區，除了離島以及偏遠地區以外，全國一區有何不可呢？今天公布了各科各分區平均件數的錢，臺北區從來沒有在單一科申報第 1 名，而且成長率除了少數科以外，也都不在全國成長率第 1 名，為什麼我們臺北區的西醫基層醫師必須承受這麼大的壓力，所以我鄭重請健保署與健保相關學者，能幫這三分之一基層醫師跟三分之一納保人口審慎注重這個失衡的現象，謝謝。

陳相國代表

主席，請問我們第 1 季風險基金剩下 3,198 萬沒有撥出來，那這 3,198 萬如果等到第 2 季還是沒有補到，因為我們現在分配規則比如說 1 季有 1.2 億風險基金，第 6 名若是臺北區就分 70%，第 5 名分 30%，若第 5 名是臺北區就各分 50%，那 3,198 萬會在下一次全部撥完嗎？

醫務管理組劉林義專門委員

要看當時的狀況。

陳相國代表

所以一直沒有撥完就一直挪到下一季。

主席

到最後第 4 季就全部用完。

陳相國代表

若到第 4 季都沒有用完？

醫務管理組劉林義專門委員

照你們風險基金方法如 108 年第 4 季，大家可以看報 3-35 頁，這個是全聯會那邊送來的，如 108 年第 4 季計算後仍有剩餘或未動用之撥補款，則依 6 分區一般服務費用成長率調整及撥補後之預算占率，攤分至各區預算。所以假如沒有用完就會回到各分區。

主席

沒有用完就照各分區的占率再回撥給各分區，在第 4 季一併結算，這也是你們送過來的。大家還有沒有其他意見？針對黃醫師提的 6 分區分配，就像你說的 6 區站出來討論就很難被同意，其他的總額也有類似的情形，不過 6 分區的分配是健保會的職掌，不是健保署的職掌，應該在健保會討論。另外總額的切割跟分配大家有很多不同的意見，也有透析總額的爭議，所以總額分配的總檢討下一回合若有機會的話應該重新來考慮，但是眼前若總額架構不變，有關 6 分區的分配還是要回到健保會。本季點值的確認跟專款的執行率，大家有沒有意見？若沒有意見，就報告第 4 案。

● 報告事項第四案：107 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果報告。

主席

品保款的核發 72%，大家有沒有意見？

吳國治代表

我還是要跟付費者代表呈現，西醫基層是鑑別度最高的，是不是？是嘛。

主席

謝謝大家，但是現在鑑別度比較差的還有待檢討，那就不檢討西醫基層了。到這裡我們的報告案結束，為了健康起見，現在中場休息，讓大家運動一下。如果有意見，可利用休息時間交換意見，我們休息 10 分鐘，接下來就是討論事項。

● 討論事項第一案：108 年其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」(13.46 億)結算方式，提請討論。

主席

討論事項第 1 案，請林義專委簡單說明一下。

醫務管理組劉林義專委

這個案子其實我們討論很久，在 8 月 6 日談 109 年總額的時候，有再針對這個議題再做討論，原則上轉診成功的一部分比率，107 年第 3 季開始只有 1 千萬，第 4 季上升至 5,200 萬，108 年 7,970 萬，第 2 季預估 9,500 萬，其實成長率隨著推動分級醫療逐漸增加，至少有 20% 成長率，預估今年有 4 億多，那全聯會有提到自行就醫那一塊，我們後來有去依照定義計算，門診與住診部分，我們設的定義，病人轉到基層時間點往前推三個月，都應該在醫院就醫，這樣才可以算。門診大概 108 年全年費用 8,000 萬，住診 2,200 萬，所以自行就醫約有 1 億，加上 4 億，總共約 5-6 億，以上簡單說明。

主席

請各位看討 1-5 頁，有 3 張表，原來定義的公式今年第 1、2 季遠比去年第 3、4 季成長很多，我們維持，雖然我們 13 億，但一步一步慢慢使用，嚴格講起來第 3-4 季開始，從 7,900 到 9,500 萬，如果依照這個趨勢，今年可能接近 4 億多。另外，全聯會要求計算病人自己來基層看病那部分，如果下轉病人自己走回來醫院，平均在基層停留 1.5 月，我們也把 1.5 個月費用當成病人自己走下來，另外代表提到說，出院之後到基層換藥等處置，門、住診兩個加起來連原本的轉診醫令已經是 5.1 億多，不過這是預估數，現在要準備結今年第 1 季，所以公式今天要確認，不然僅能計算表 1 的部分，先前也開了會前會討論，那說明到這裡，請問有沒有意見。

黃振國代表

感謝健保署用心，我認同這樣的方式，謝謝。

主席

還有其他意見嗎？好，那今天確定計算基礎，用今年第 1-2 季的趨勢估計，最多今年動用到 5 億多。

黃啟嘉代表

可能還更多，依照線性回歸，因為成長很快。

主席

那如果大家同意，我們就確認，確認之後還要附帶討論結餘款，上次健保會決議，結餘款先挪到 C 型肝炎藥費，讓治療不中斷，請問是否同意？上次全聯會有來函說 13.46 億要保留 10 億，目前估計 5.36 億，如果是這樣，要保留多少？

黃啟嘉代表

保留 8 億。

黃振國代表

我想那天健保會討論大約 150-160 億，挪出 19 億給 C 型肝炎藥費，有很大的空間不會造成某些預算的衝擊，當然某個委員的堅持我覺得問題會出來，只保留 8 億，會不會影響明年總額協商？

主席

不會，不影響。

黃振國代表

因為我擔心署方的意見，不代表健保會的意見，我擔心健保會屆時會用去年只用 8 億的理由，109 年最多 10 億，來砍明年預算，今天從 13 億降到 8 億，這 5 億也不足支應 C 肝 19 億的費用，也需動用到署方的 3 億費用，我知道你們也很少空間，還有一個急難救助基金，就像我那天所提的能夠逐月動支，到 9 月可以用 4 分之 3，也不足以支應 C 肝 19 億，所以你們也須提覆議，我們可動支的 3 款項結餘款，也不足以支應 19 億的 C 型肝炎藥費，我們那天很多人的意見是希望有彈性，有個風險明年我們提 13 億，會有聲音反對為什麼今年只報 8 億，你卻提 13 億。我建議既然不夠，也無法掌握未知數，署方應該整合其他意見預算項目，除了這 3 項外，有沒有其他項目比較有空間的，讓我們也答應要挪，先挪 3 億，假設在第 3 季結算了的確有空間，後續的第 4 季動用，我是支持的，沒有理由才結算到第 2 季，我們把費用一半砍掉，也怕醫院端對下轉 2% 的意見，我明年 2% 也不用堅持，他有連動的概念，我覺得不管是 6 億、7 億、8 億甚至 10 億象徵意義，如果署方先講 10 億，我建議是保留，爾後精算說其實只動用到 6 億、7 億，剩下的錢一定讓你們動用，這我沒有意見。

黃啟嘉代表

我修正我的意見，跟黃代表一樣，先保留 10 億，如果說第 3 季結算完以後真的還有結餘，再給 C 型肝炎藥費。

主席

你們來的公文是保留 10.81 億，那也就只有 3 點多億，我們估計今年最多 5 億。

黃啟嘉代表

目前就是在我們第 3 季結算以前這樣計算。

主席

等到第 3 季結算要到年底，會來不及。應該是要結第 2 季的時候。

黃啟嘉代表

我們先這樣估，下次我們協商會議再討論。

主席

我想說如果你們要留 10.8 億，本署會記錄下來，我們還是會在健保會提案呈現，預估不會超過 6 億。

黃振國代表

建議署方的寫法可以有彈性一點，如果寫 6 億，我認為會有人說 9 億全部拿回來，那一天會中就有講，我們結算就是大概半年，C 型肝炎用藥根本沒辦法延遲，因為缺 19 億已經確定在 12 月執行完畢，但我們結算會在明年 6 月以後才會知道，所以預算夠不夠本來就會有時間差。本來署方有很大的空間來應用，就變成沒有空間，至於 6 億的估算，稍微鬆一點也沒關係，預估本來就不準。

主席

目前的估計已經有很大的空間，今天確認還是要 10 億，我們就照您的意思納入會議紀錄，我們明年照樣提 13.46 億。大家還有沒有其他意見，如果沒有就通過。

● 討論事項第二案修訂西醫基層「開放表別項目」之支付標準規定，提請討論。

醫務管理組王玲玲科長

106-108 年開放表別項目，除「流行性感 A 型病毒抗原 (14065C)」及「流行性感 B 型病毒抗原 (14066C)」2 項維持兼任醫師可執行外，其餘項目全聯會建議新增「除山地離島地區外，基層院所限由專任醫師開立處方始可申報」之規定。另外有針對 4 項開放表別項目之支付標準規定修訂適應症或專科別，本署說明，配合分級醫療政策主要是鼓勵積極提升基層服務量能，不因表別限制而導致民眾再回到醫院就醫，民眾的就醫權益不要受損。這次除了流感那兩項外，其餘項目增列山地離島地區基層院所限由專任醫師開立處方，我們考量民眾到同一個診所就醫，但是診治的醫師不一樣，例如專任醫師就可以獲得健保給付，兼任的醫師民眾就要自費或改到醫院就醫，會跟我們當初分級醫療政策有違背的情形。另外，106 年開放表別預算執行率僅 54%，107 年僅 65%，沒有超出預算，請全聯會再審慎評估專任醫師限制之必要性。

至於光化治療、光線治療及皮膚鏡檢查等項目不只有西醫基層，醫院也在執行

這些項目，我們有去徵詢台灣醫院協會之意見，該會說明鑑於醫療法未就醫師可執行之科別進行相關規範與限制，故建議不另增列限皮膚科專科醫師執行及申報，以上說明。

主席

這個部分大家有沒有意見？是否同意本署的建議？

黃振國代表

這應該倒過來說，這些限由專任醫師來執行的項目，是否在專任醫師執行後，會造成民眾的就醫不便，或因此有需自費的情形，目前跨表項目在專任醫師執行下成效已逐季成長。另外光化療法，當時開放的目的在照顧乾癬病人，這些病人是醫療需求比較高的病人，但光化療法不只有乾癬病人會使用，也會用在很多過敏或非適應症的病人，或當做商業化的用途，皮膚科醫學會也認為該用於醫療用途，此外醫院總額與基層總額的考量會有不同，健保業務本就有專科別的限制，不是只有這幾項，所以我建議尊重醫院協會的意見，但西醫基層已達成的共識也請署方尊重。

陳相國代表

署方說明資料第 1 點，106 年開放表別項目的預算執行率只有 54%，但 106 年執行期間是 5 月至 12 月，只有 8 個月，107 年已經有 65%，我們估計今年應該會到 70-80%，因為預算不多，若不做控管，恐怕會爆量，且基層有許多院前診所，醫師很多，若不限由專任醫師執行，有可能會變成院前診所大量申報，將無法達到真正壯大基層的目的。

主席

大家還有沒有意見？

吳欣席代表

我認同相國執行長的說法，雖然開放不多，但一點一滴累積起來，若不加以限制，會變成院前診所一個很有利的工具，這會違反我們的立意，此外，健保所討論的執行項目，並不是依照醫療法，所以應該要依照各個專科及設備來執行做給付，也才会有 A 表到 C 表，如果按照說明文字，那不是應該都予開放，沒有表別限制了。

主席

大家還有沒有意見？

黃振國代表

補充說明，其實大家擔心的都一樣，舉例來說，臺北地區有很多大型院前診所，就開在醫院旁邊，羅致很多退休醫師，成長很驚人；北區醫院也有某財團，以聯合診所的方式在經營，全台灣都有，應避免在壯大基層的同時，卻壯大到某些特殊族群。我建議，未來如果因為開放給專任醫師做而造成民眾不便，這部分我們可以檢討；如果沒有造成民眾不便，不要通案的要求全面開放，且這是 6 區的共識決，已經考量到各分區的特性。

主席

大家還有沒有意見？

盧榮福代表

高屏區也贊同，這個在全聯會討論時是經過審慎評估，所以還是贊同要有此限制。

主席

請林醫師。

林誓揚代表(莊維周代表代理人)

對於專科醫師的限定我要說明一下，在擴大基層量能的時候也要確保品質，舉例來說，C 肝用藥限定消化專科醫師，失智用藥也是限精神科、神經科專科醫師，這都是有前例的，心臟超音波也是除了心臟科專科醫師外，其他科沒有醫師有接受這個訓練；在 106 年開放 18006C 跟 18005C，都有說明限專科醫師，所以 18007C 還是也要限制。如果考量與醫院有所不同，可以加註西醫基層限心臟專科醫師申報。

主席

大家還有沒有意見？請黃教授。

黃信彰代表

這些開放表別，流感的部分應該沒有問題，如果針對 C 肝的部分，基層是專任醫師可以做，那應該尊重基層的決定，因為大家都擔心院前診所的問題，基層的問題他們自己最清楚，我想應該是尊重基層的決定。

主席

醫管組在行政配合上有無困難。

醫務管理組王玲玲科長

本組尊重會議決議，在行政執行上支付標準可以做分述說明，但本署認為支付標準要考量衡平性，C 表是醫院與基層都適用，但有分別不同的限制，雖然以上

是全聯會的共識，但希望全聯會能向會員廣為宣導，因為過去很多支付標準調整，從醫院層級開放的項目到基層不做調整，我們同仁接到非常多基層醫師的抗議電話反映，認為是本署不開放給基層診所執行，還有開放表別不能由兼任醫師申報的部分，我們也接到很多診所的電話及來信投訴，希望全聯會能多向會員說明瞭解，讓政策執行能更為順暢。

吳國治代表

我們當然會向會員宣導，但我想請問貴署如何回答上述會員的反映。

醫務管理組王玲玲科長

我們告知會員這是依照會議共識辦理。

吳國治代表

其實開會當中你們都知道我們的思維，就是預算已經去調整第一階段的診察費，所以沒有多餘的費用再調整其他支付標準，可以這樣跟會員說。各分區常常有會員誤解是我們幹部造成的，也請你們幫忙向會員說明，我們在調整上是有優先順序的，或是請會員洽全聯會幹部聯繫瞭解。

醫務管理組吳科屏副組長

在相國執行長剛剛的簡報 43 頁可以看到，開放表別上半年的執行率約百分之 30 幾，結論是說開放表別執行成效良好，目的是希望擴大基層量能，之前心臟專科的開放，我們接到很多診所的醫師反映，我們都是專科醫師，為什麼專任醫師可以申報，兼任醫師就不能申報，希望全聯會能做考量。另外就是 UVA、UVB 的部分，這個後續會由專案審查做考量，看是否符合適應症等。例如陰道超音波，我們在檔案分析後發現與婦科超音波會有替代，各分區業務組都有在做相關的檔案分析與專業審查。

吳國治代表

我們還是希望署能尊重本會討論的決議，有些項目是品質考量，有些是財務考量，我們希望開放表別能穩健進行，我們承擔不起財務風險，既然是專款，就希望以穩健方式處理。我舉個耳石復位術例子，你們預估是 70 幾萬，我們跑出來的資料是多少倍？如果都這樣，我們可能承受不起，全執會在開會時我也提出，請各分科代表評估門檻高低及財務風險影響多少，我問過很多皮膚科醫師表示，光照的門檻是很低的，所以一定會爆量，另外醫院提出的意見，我也不能接受，因為太多例子是如此，什麼醫療法的部分，如果醫師可以做所有的事情，那很多醫療給付方案就不用要求必須經過部分專科醫學會認證的專科醫師

才可以執行，這是品質考量，所以請署尊重本會的決議。

黃振國代表

署面對的問題其實跟我們一樣，本會也代表各分區各專科的會員，面對各方會員的看法與意見，壓力也不比健保署低，但我們跟會員解釋的很清楚，健保是有總額的，在一定總額之下，做合理分配，讓服務品質與質量達最大的效益，所以就個別醫師的需求可能沒有辦法一一滿足，在座幾位都是全國西基的領導人，我們的考量是比較全面的，你問我面對個別診所跟醫師的要求要如何因應，我的回答就是那麼簡單，就是在有限資源下做合理分配及效用化，如果沒有總額，沒有點值，我們都歡迎會員對民眾做最大化的服務，但身為醫界代表，卻要限縮會員權益、執業內容、申報金額是多痛苦的事，當時皮膚科的照光療法要限縮時，皮膚科的代表還能認同全聯會說法，表示這是公允的，這是深思討論過的決定。我希望總額能有效分配。

林佩菽代表(謝武吉代表代理人)

我們醫院協會針對光化療法有充分討論過，我們的想法很單純，光照只有皮膚科在執行，所以我們尊重所有臨床醫師，不做特別的限制，如果西醫基層認為要有所限制，我們也表示尊重。

主席

還有意見嗎？

梁淑政代表

有關除山地離島地區或部分項目，兼任醫師也可以申報外，其餘僅能由專任醫師申報，全聯會是否能考慮偏鄉地區之可近性，請再檢視其他項目中，是否有偏遠地區民眾就醫需求，可以開放部分項目亦能由兼任醫師申報。

黃振國代表

梁代表所說的情況可能會有，我們徐超群醫師對偏鄉最了解，如果這樣的限縮對偏鄉有影響，那第一個跳腳的應該是徐醫師，我以前在雙溪鄉服務多年，只有極少數的鄉鎮是交通真的不便，如太平鄉其實平時山上的人口也不多。

徐超群代表

目前開放表別的都是B表以上，之前都是醫院才能做，需要特別的設備，所以基層也很少跨表在做，在偏鄉更不可能，一般需要到醫院去做，開放表別後，醫院會轉移到院前診所做，在偏鄉人口不多，有需求的民眾更少，醫院對開設附設門前診所沒有興趣，不會有兼任醫師的問題，所以不會影響偏鄉。

主席

還有意見嗎?那我們就做以下決議，本案西醫基層全體代表基於西醫基層總額財務考量，對開放表別項目，暫做限縮專任醫師專科別及適應症之限制，視以後費用穩定再研議放寬限縮的規定。這樣可以嗎?好，請接下一案。

● **討論事項第三案：「108 年全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」**
執行情形。

主席

請行政科說明。

徐超群代表

我先說一下，健保署在書面資料已經分析說明的很清楚，並建議要稍微調整順序，我們是贊成的，因內容很多，我簡單導讀一下，此方案經費主要用於三部分，一是鼓勵開業，二是巡迴醫療論次及加成費用，最後則是醫缺地區診所保障點值及假日加成，共三部分。至於費用為何不足？在書面的資料中已有詳細的分析，第一部份因有一些新開業診所做的不理想的，我們在去年底已經檢討過，也修正過方案，所以這一部分金額會減少。至於巡迴醫療部分，根據統計，價和量都在減少，所以真正影響預算不足的是醫缺診所保障點值及假日加成這部分的預算，原因是去年年底衛福部在總額預算協商完成後公告新的「醫療資源缺乏地區應具備之條件」，將醫缺地區範圍放寬，所以原本 45 個醫缺鄉鎮增加到 73 個鄉鎮，診所也從 150 家增加到 237 家，費用也增量 3,600 萬，所以原本 6,000 萬左右的費用，就成長到近 1 億，本方案 1.97 億總經費就佔掉了 1 億，所以造成預算不足，對於論次費用影響很大，預估點值為 0.542，所以最好的方式就是論次的順序往前調整，剩下的費用則做折付，我是贊成這樣的調整。因為已經 2 年預算編列不足，建議明年是否予以增加預算，又今年不足的部分是否可以用其他部門有一項因應非預期因素的經費來支應。

主席

大家還有沒有意見，好，請醫管組再補充說明。

醫務管理組韓佩軒專門委員

謝謝徐醫師說明，如果大家同意本署的建議順序，是否可以回溯自今年 1 月 1 日開始，整年的結算都用此方式執行，後續本署會修改方案報部並公告。

主席

結算回溯自 1 月 1 日開始可以嗎?好，那優先順序就依醫務管理組建議方案執行，明年預算要補足編列。

吳國治代表

剛剛有提到一個選項是要用其他部門非預期改變的預算補足，今年有可能處理嗎?

主席

有困難。

吳國治代表

應該是要拿去給 C 肝用。

主席

好，那本案決議結算回溯自今年 1 月 1 日開始，那優先順序就依本署建議方案執行，明年預算要補足編列。大家有臨時動議嗎，好，今天就開到這裡，謝謝大家今天的參與。