

# 「西醫基層總額研商議事會議」108年第2次會議紀錄

時間：108年5月23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	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	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	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	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	請假	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	陳瑞瑛(代)	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	謝代表武吉	林佩菽(代)
林代表義龍	林義龍	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	溫國雄(代)	蘇代表東茂	蘇東茂
張代表志傑	張志傑		
張代表孟源	張孟源		
梁代表淑政	陳信婷(代)		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

盧胤雯

全民健康保險會

陳燕鈴、方瓊惠

疾病管制署

鄔豪欣

中華民國醫師公會全國聯合會

陳宏毅、黃佩宜、黃幼薰

台灣醫院協會

陳瑞瑛、王秀貞

中華民國藥師公會全聯會

陳瑩珊

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

賴文琳

本署高屏業務組

謝明雪

本署東區業務組

馮美芳

本署醫審及藥材組

曾玟富、詹淑存

本署企劃組

陳真慧、卓均彥

本署財務組

請假

本署承保組

請假

本署資訊組

請假

本署醫務管理組

劉林義、谷祖隸、洪于淇、  
王玲玲、林右鈞、吳明純、  
劉勁梅、楊淑美、黃曼青、  
林蘭

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：

一、洽悉。

二、請健保署於下次會議報告預估點值與結算點值差異之分析。

### 第三案

案由：107年第4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	0.9177	0.9567	0.9280	0.9799	0.9625	1.0915	0.9427
平均點值	0.9354	0.9686	0.9483	0.9854	0.9743	1.0617	0.9587

### 肆、討論事項：

#### 第一案

提案單位：中華民國醫師公會全國聯合會

案由：108年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案。

決議：修正通過108年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式如附件1。

#### 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」附表一2.專業醫療服務品質指標（下稱「品保方案指標」）乙案。

決議：

一、本案依下列修正通過：

- (一) 「門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率」同意刪除。
- (二) 「門診抗生素使用率」除依現行指標定義仍維持監測外，另新增醫師公會西醫基層審查執行會台北區分會建議以門診三類後線抗生素使用率之指標。
- (三) 「糖尿病病人糖化血紅素執行率」同意指標分子增加糖化白蛋白檢查案件並修改指標名稱及分子名稱。

二、請中華民國醫師公會全國聯合會輔導院所，病患如有使用抗生素，應確實申報。

### 第三案

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107年結算方式。
- 二、有關「未經醫院轉診，主動到基層就醫之個案認定方式」請再研議後於下次會議討論。
- 三、請中華民國醫師公會全國聯合會輔導院所，如有轉診個案應依相關規定申報轉診費用。

### 第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：應用108年西醫基層總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準案，提請討論。

決議：

- 一、調整支付標準醫令代碼48001C-48003C及48011C-48013C西醫基層之支付點數與醫院一致。
- 二、調升西醫基層第1段(1-30人次)合理量內門診診察費6點。
  - (一)一般地區：開立慢箋之醫令，原1-40人次合理量拆分2段，1-30人次調升6點，31-40人次維持原點數。
  - (二)山地離島地區：原1-50人次合理量拆分2段，1-30人次調升6點，31-50人次維持原點數。

(三) 精神科：原 1-45 人次合理量拆分 2 段，1-30 人次調升 6 點，31-45 人次維持原點數。

伍、臨時動議：

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：本案未及討論，下次會議再議。

陸、散會：下午 5 時 08 分

柒、與會人員發言摘要詳附件 2。

## 108 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式

一、108 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式如下：

(一) 方式分配：

1. 108 年一般服務費用，全年提撥風險調整基金金額 500 百萬元(六分區提列 485 百萬元，北區另再提列 15 百萬元)，並依 108 年西醫基層總額預算四季占率提列，另提撥 106 年論病例計酬案件點值差額之預算數。
2. 六分區各季費用，67%依「人口風險因子及轉診型態校正比例 (R 值)」，33%依「開辦前一年各區門診醫療費用占率 (S 值)」比率分配。
3. 108 年一般服務預算依 106 年論病例計酬案件點值差額(不考慮核減及跨區就醫因素，以申報資料計算該區該季浮動點值與 1 點 1 元支付之差額，如該區當季浮動點值大於 1，則其差額以零計算)，優先分配至各分區。
4. 五分區費用成長率不得低於 2.176%，東區費用成長率不得低於 1.741%。低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。  

註：五分區成長率下限： $2.176\% = 2.901\% \text{【108年一般服務預算成長率】} \times 75\%$ 東區成長率下限： $1.741\% = 2.901\% \text{【108年一般服務預算成長率】} \times 60\%$
---
5. 分區費用依調整查處追扣金額及「強化基層照護能力及開放表別項目」、「新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」、「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」等專款、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」及藥品價量協議併一般服務費用結算後，浮動點值排序第 5 名及第 6 名之分區(共 2 區)，為點值落後地區。
6. 各季風險調整基金依風險調整基金移撥金額比率移撥至點值落後地區，移撥前與移撥後之分區浮動點值排序不變，若移撥後影響浮動點值排序，則受移撥分區最高補至與原點值排序前一名之分區浮動點值，如仍有剩餘款，得補至第 4 名之分區浮動點值為止。風險調整基金移撥金額比率如下：

(1) 點值排序第 6 名之地區為[臺北區]時：第 5 名分區占 30%，第 6 名分區占

70%。

(2) 點值排序第 6 名之地區非[臺北區]時：第 5 名分區占 50%，第 6 名分區占 50%。

7. 當季風險調整基金移撥後若有剩餘，則移至下季撥補款，合併撥補當季點值落後地區預算；如 108 年第 4 季計算後仍有剩餘或未動用之撥補款，則依六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。

(二) SMR 及 TRANS 以 103-106 年度數值依 25%、25%、25%、25%加權平均計算。

二、106 年西醫基層總額六分區查處非總額舉發追扣金額，依六分區減列金額之 30%，列入 108 年六分區地區預算分配。計算方式如下：

(一) 扣除額度（四捨五入），臺北 6,043,700 元、北區 442,097 元、中區 2,058,646 元、南區 912,235 元、高屏 4,102,340 元、東區 251,668 元。

(二) 108 年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依 106 年四季預算占率計算。

(三) 108 年六分區四季一般服務費用預算扣除各該區應減列之金額後，各該季總減列之金額再依 106 年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至 108 年六分區各該季費用預算。

註：四季預算占率係指不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算。

## 全民健康保險西醫基層總額研商議事會議 108 年第 2 次會議與會人員發言摘要

### 李純馥組長

各位代表大家午安，很抱歉今天我們主席因公到部裡開會，而且各位代表時間很難再改變，所以我們還是先開始，她說她會儘快趕回來，在開會前我按例還是要先介紹一些新的代表，2 位代表健保會的代表，分別是陳莉茵董事長及主計總處公務預算處專委羅莉婷，另外還有製藥同業公會蘇東茂董事長，還有一位李龍騰代表還沒到，他也是新的代表，那我們是不是就正式開始，我們先確認上次會議記錄，各位代表有沒有什麼問題？在資料的第 5 頁，好，如果沒有問題就進到今天的報告事項第 1 案。

### ● 報告事項第一案：本會上次會議結論事項辦理情形。

### 李純馥組長

整體 6 案只有第 4 案是繼續列管，其他都解除列管，不曉得代表們有沒有什麼意見？沒有，那我們是不是就進到今天第 2 案。

### ● 報告事項第二案：西醫基層總額執行概況。(略)

### 李純馥組長

好，謝謝，各位代表對於今天 2 位報告內容有沒有要提問或指教的？好，請陳理事長。

### 陳相國代表

主席好，署方報告第 19 頁 108 年第 1 季一般服務點值預估的部分，去年第 1 季全國各區浮動點值大概 0.90-0.94 左右，我用最簡單的估算方法，今年醫療費用只有成長 1%左右，今年預算成長率平均在 2.7%-1.9%，所以依照這個算法全國各區浮動點值應該至少比去年會上升 0.01-0.02，我是預估 0.91-0.96 左右，可是我們預估出來各區都很低，像高屏區只有 0.90，南區只有 0.8950，我是覺得署方預估的 model 是不是有點問題，預估的模式有沒有問題，大概在一年前，我有報告過預估點值跟實際結算點值有做過比較，大概準確率是百分之五十，我那時候講一講，黃秘書長就很高興，差值有時候在 0.4，我這裡有 1 份我們自己全聯會的估算資料，預估大概像中區 0.96 左右，北區大概 0.99

左右，因為大家看到這個點值嚇出一身冷汗，是不是控管出問題，因為各業務組繃緊神經說要趕緊控管下猛藥，可是猛藥一下下去對基層是蠻不好的，所以署方是不是能夠修正預測的 model。

### **黃啟嘉代表**

請大家翻到我們今天會議議程的 86 頁，根據風險基金計算的浮動點值，同樣在算 108 年第 1 季，算出來臺北區是 0.92，預估值是 0.86，我們是用地區分配去算的，這件事情預估跟實際落差太大，其實我們比較希望署方預估高一點，任何一個東西出去，我們所有幹部都要受到壓力，最後出來的結果好像沒那麼差，可是我們已經被罵到都沒膽子了，所以寧可你們先報喜一下，讓我們不會先被罵，實際上也還可以，這樣就可以了。事實上按照我們 model 算出來，86 頁議程已經告訴我們，其實點值沒有那麼差，我有問過你們的人員，你們說因為有牽涉到專款，還有牽涉到 R 值、S 值的問題，R 值、S 值其實很容易預估，可以用曲線、用線性迴歸去預估，把它換算上去就好了，因為現在是預估點值，或者以後乾脆不要做預估點值，最後算出來再公告就好了，因為預估點值在法令上並沒有規定要在很先公布預估，法令上既然沒有，你們何必做吃力不討好的事情，做內參就好了，不須公布，預估沒有意義，最後出來還是一翻兩瞪眼，實際算出來才是我們要的東西，預估點值反而引起我們會員恐慌。事實上我們算出來都比較好，如果沒有很好 model 去算預估的話，以後這一張可以不要公布，因為沒有意義，跟實際差那麼多幹嘛公布呢，你們自己內部內參就好，這個內參要先講與實際有相當距離，內參的價值是有限的，不需要公布，就這一點跟你們反映，以上。

### **李純馥組長**

好，還有其他意見嗎？

### **廖慶龍代表**

有關各區轉診狀況，就各區各季都有醫院名單，既然我們各縣市都有去努力，為何他的數據呈現不 OK，我認為該醫院、當地診所都要好好的討論，這應該是良性，並不是苛求誰做多做少，以上建議。

### **李純馥組長**

好，還有其他意見嗎？

### **藍毅生代表**

同樣延續剛剛廖理事長所說的轉診，01036C、37C、38C，在實際的操作上，假

設我把病人轉到中國醫藥學院，但病人跑到中山醫學院，這是不算的。同樣中國醫藥學院把病人轉回 A 診所，但病人跑到 B 診所，這也是不算的。我們雙向轉診制度目的只要我把病人轉到更上一級，得到最好治療就達成目的，同樣醫中病人只要轉診到診所、診所有接受轉診，目的就達成，但這個剛好相反，我是建議只要上下轉診有人接受(上轉到醫院、下轉有到診所)，就符合分級醫療模式。

### **李純馥組長**

好，王代表。

### **王宏育代表**

我有很深感觸，因為下轉率差太多，臺灣其實不大，每家醫學中心、醫院、診所的型態其實差不多，若 2 區很好，其他區不好，要究其原因。有些醫學中心很大，有些醫師根本就不知道我們在做轉診，還是希望署方向醫學中心要求，讓醫師知道，我們上轉上去，它們應該要轉回來，署方努力會比我們基層醫師公會努力效果好很多，謝謝。

### **李純馥組長**

好，黃代表。

### **黃振國代表**

第一，我們預估點值不準，這是合理的，因為臺北區比較大、穩定，異動因素會比較少，其他小區會因為其他因素而點值落差很大，所以補充說明臺北區點值和預估值差不多。

其次，臺北、北區、高屏急診案件明顯增加，都高達 34% 以上，當然我們臺北區已經有在檢討，我聽到有人利用急診上媒體，甚至強調假日 24 小時服務，然後利用媒體、假日急診兩面手法方式，請署方注意，有人說他星期天開診就給他鼓勵，扭曲急診案件該如何申報，這才是重點，希望相關業務組能夠瞭解一下。

另外我們各個分科裡面通常有 2 種，一種是同科在不同區的比較，有些科的成長率是比較合理的，我們先看眼科，其案件就是比較合理的成長，第 25 張他的案件成長了 7%，但是成長率低於案件成長率，因為診察費被稽檢，除了南區眼科需要 DOUBLE CHECK 外，其他分布是 OK，以此做基準，我們同個病在他科(骨科、復健科)，為什麼同一區，附件 1、2，如果是季節因素，2 個科應該都要有類似同步的成長，但其實並不是，某些區成長真是離譜，尤其是復健科，聽

說復健師的行情特別好，因為長照關係很多復健師要自立門戶，我想醫療需求除了提供者增加，還有病患需求等，但如果不合理成長就要去檢討，哪區復健科、骨科成長率的差距太大，檢討那些高成長率科別的利用率，自從中醫推拿不給付，西醫復健生意特別好，所以建議署方，中醫推拿要給付，因為因應復健師不夠，民眾有痠痛、有需求，不應該把西基總額貼補中醫總額，我們應該同病同標準這樣會比較好，我並不是說中醫不好，那天在健保會討論中醫急診，我也覺得很好這要推廣，健保署有責任宣導中醫優點，有些病中醫不比西醫差或更好。

轉診大家知道是悲哀，我們瞭解北區和南區為什麼非常棒，因為北區有長庚體系、南區有奇美體系，這2個體系是轉診楷模。有耳聞下轉在醫學中心是2%，區域醫院是1%，聽說昨天醫院總額又有醫院在叫苦，因為基層能力不足、不夠，無法收大多數病人，事實上在醫院穩定治療的病人是不只2%，基層只要穩定病人2%。我建議下轉率我們各區取最低千分之3或2，在該區末段班醫院可以鼓勵他們多努力，前段班的醫院在明年醫院總額就切一塊出來，不要再從其他預算去 SHARE，表現好就可以拿到額外的獎勵金，不然他減少病人、收入，這對醫院不好，一定要有好制度但不能期待各別醫院覺醒，轉診已經推動2年，該做的都做了，希望明年總額單獨切一塊預算出來，給各區前幾名訂有努力機制，各區因為基期不一樣，讓這些醫院勇往向前推動，不然做不到1年已經有人說基層不行，在座基層不認同，我們基層有能力接收穩定病人，我希望轉診能有更好的機制。再來我們看內科，在上消化道人數是不是可以了解是否是健檢門診診所太多了，謝謝。

### **李純馥組長**

謝謝，請周代表。

### **周慶明代表**

這邊延續剛剛藍毅生代表上下轉診成功的定義，建議做個適度修正，上轉比較沒有問題，我把病人轉到A醫院通常他都會去A醫院，少數才會到B醫院，但在下轉病人他把他轉到A診所，結果他到B診所，這2邊勾稽就沒有出來而不算轉診成功，但是病人他已經下來了並用到基層總額的預算，但是在定義卻不算成功，人進來但錢就沒有進來，所以轉診定義可否在放寬，只要病人到診所，不管是到A診所或B診所都算下轉成功。

第二，臺北區下轉的比率真的很難看，醫院減2%沒有達到的錢是扣到那裡去了？

如果還是留在醫院總額裡，這樣還是可以挹注他們的點值提升，錢只是從右手傳到左手，並沒有達到強制的效果，之前詢問長官表示因為臺北區是重症大醫院，很多中南部無法治療都轉到臺北來，如果臺北這樣做會造成人球問題，這樣我是認同，但這個問題不做修正，永遠看到的數據就是3%、2%、1%，雖然已從1%進步到3%，但只有進步一點其實還是差太多，這方面還是要適度修正，像中區、南區是個別醫院扣掉的錢就扣掉，臺北還是留在臺北區總額內，謝謝。

### **李純馥組長**

謝謝，黃代表。

### **黃啟嘉代表**

現在都是報告案，轉診在討論第3案再一併討論，希望可以加快討論速度，希望討論第4案時委員都仍在場，因為攸關診察費的調整。

### **李純馥組長**

請醫院協會代表要發言。

### **林佩菽代表(謝武吉代表代理人)**

剛剛對於轉診案件討論非常熱烈，但是要澄清昨天醫院總額會議我們也有討論轉診定義，但是會上我們並沒有批評西醫基層，其實大家都對這個案子有意見，各單位都努力做這件事，因為這是國家衛生政策，我們就努力去做，我們區域醫院、醫學中心確實扣非常多款項，大家都過得非常苦，當然這件事情還有討論的空間，我們尊重署、各位前輩的發言，但不要用這樣相互攻訐的方式討論事情，醫院部門並沒有批評大家沒有資格，我也不認為西醫基層有沒資格去看任何病的問題，大家可以出來開業就代表有一定的本事，希望可以修正，謝謝。

### **李純馥組長**

請同仁回應相關點值預估的事。

### **劉林義專門委員**

在這邊說明大家關心點值預估的部分，為何點值預估會愈來愈困難，因為我們結算也愈來愈困難，因為因素愈來愈多，像現在很多專款都併到一般結算，大家可以看討論案第1案第17頁，這邊的預算加一加和我們還差10幾億，這個趨勢沒有變的話，點值應該是上升沒有錯，我們預估點值就是朝比較保守的方向，希望給大家管理做參考，希望大家再努力一點，把點值提高，不過有關預估點值的方式，我們會再去精進，像這邊也沒有討論到追扣補付、跨區點值等，

所以會有一點差距，這邊跟大家說明。

第二，大家所討論的轉診，等一下討論案就會提到，這邊全聯會也很用心幫大家想到什麼樣的狀況可以算是分級醫療一部分，等一下再來講。有代表建議把醫院下轉率公布，我們沒有辦法公布到個別醫院，可以公布到各分區流向讓各位委員參考，另外我們內部下禮拜會開支出面專案會議，裡面就會討論到分級醫療，也都讓分區知道各分區執行狀況，分區也會帶回去跟大家再做說明。

### **吳國治代表**

剛剛提到點值預估，在討論案是試算。

### **劉林義專門委員**

討論案模擬點數試算是用 107 年 Q1 試算，是因為基礎就不一樣，還有一些專款。

### **吳國治代表**

專款進入一般，我們有試算但差距不會那麼大，因為預估都不準，希望可以呈現預估點數和實際差異的原因並精進，因為這 2 個都是署計算，希望可以提出說明，謝謝。

### **林俊傑代表**

代表高屏區發言，這個問題每幾季就會發生一次，希望可以統計近 2 年預估點值與實際點值差距，這次差 6%，有些會員對這非常注意，這也關係到我們管理策略、審查鬆緊的執行面，建議把過去 1 年 4 季或 2 年 8 季預估點值與實際點值發生的差距拿來估計，做為未來前瞻性的預估及修正，把以前可能沒有估計的風險因素估算進來。

第二點有關轉診部分，目前都是用 VPN 的上轉及下轉，但實際我們在基層發現很多病人是醫學中心的醫師跟他講，我們醫學中心是做急、重症，你這比較一般急性病、輕症、穩定病症可以到基層，所以他沒有拿轉診單就直接到基層來看，我是建議操作型定義除了 VPN 以外，過去 6 個月曾經在醫學中心看診過，後來有回到基層，這部分健保署大數據應該可以統計出來，這塊把算入基層總額，這樣才有辦法達到目標，謝謝。

### **李純馥組長**

有幾個問題是後面都會重複討論，我這邊要重申轉診是複雜的，這涉及到病人行為、還有院所轉診過程中如何不去漏接等因素，其實很難在這邊說明清楚，其實我要說明 13.46 億分配和其他專款分配，隱含一些邏輯是可以重疊的，你

們的意思是希望概念可以更放寬，等一下我們可以再去討論。在下轉率部分，部長也很關心，他也知道區域級以上醫院在每年減 2% 承受非常大壓力，也在思考下轉率比較好的醫院他的目標值要不要和別人不一樣，跟你們所提要不要給較好誘因讓他下轉的概念，包括很多因素，包括急重症費用要不要提高，從門診減少部分再從住院得到，這中間有很多策略，但很難跟代表說明清楚，實際上你們所提問題我們內部都有在研究，昨天醫院總額大家也非常激烈討論這個問題，確實像佩菽代表所說，並沒有說基層都接不起來，他們說很難說服病人下轉，這個部分要幫醫院澄清，這是第一個。

第二，我允諾在下次會議可以給大家結算實際點值與預估點值差異的報表，其實我們內部本來就有分析，我們也不喜歡差距過大，可是我們寧願估低一點，如果我們估很高，最後沒有那麼高，也很難對所有人交代，這個部分我們寧可估計保守、嚴謹一點，實際上因為很多因素變動所以無法完整呈現。

至於大家提到中醫傷科部分，這邊澄清健保沒有給付傷科師傅所做的傷科，如果是醫師親自操作或聘有物理治療師操作，其實我們是有給付，這邊要澄清，傷科師傅不能留容在中醫診所這個規定已經很多年，不可能是現在的問題。至於物理治療師在健保、長照給付不衡平部分，部已經知道且立法院也被委員質詢過，這部分要考慮到財源關係，因為這涉及到長照司權責，本署沒有辦法幫他們做回答，確實現在偏鄉、老人比較多的地方更難找到物理治療師，部都看到問題也在想辦法處理。

至於臺北區 2% 和其他區是否不一樣，其實我們在點數的操作都一樣，我們有要求都要先扣 2%，再去處理自主管理，所以這部分已經一致了，這部分跟代表做澄清，是不是今天報告先到這邊，進入討論案，謝謝。

**黃啟嘉代表**

我想再提出一個問題，討論案只要說標題，委員自己看說明，盡量把時間留給代表發言。

**李純馥組長**

好，進入下一案。

### ● 報告事項第三案：107 年第 4 季西醫基層總額點值結算結果。

**李純馥組長**

各位代表有沒有問題，其實都比預估還好，沒有意見我們就做確認，謝謝。

● **討論事項第一案：108年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案。**

**黃啟嘉代表**

我想各位代表已看過今日議程，本項重點係風險調控基金要補第5名及第6名時，健保署版本最高是補到前1名為止(第6名最高補到第5名，第5名最高補到第4名)，但醫界認為若錢夠的話，最後2名可以補到與第4名一樣，不過這是一項選擇，我尊重各位代表的意見。

**黃振國代表**

我們看今年第4季的結算報表，第4名北區為0.9567，第5名中區為0.92，點值差距達0.03，那機率不大。

**洪于淇科長**

醫界原條件是建議排序不能變，惟萬一排序有變時，可以預留處理空間，只是預留而已。

**黃振國代表**

我們建議是考量「趨中原則」，即除東區外，其他5區盡量趨近第3名的點值，但署方考量“萬一”的情形，據我瞭解因為Base太大很難發生，尤其臺北區第6名幾乎很難翻身，第5名中區若可調整某些機制，可能有些機會，健保署的考慮今年不會發生，明年總額重新談時再來看看。

**黃啟嘉代表**

醫界的建議是給臺北區也多一點空間，因此我們建議第6名及第5名，最高和第4名一樣。另外議程內提到在看名次時，是將專款都計入後才來排序，但目前步驟八之模擬專款部分提到因應罕見疾病及血友病是空值，我們建議要將所有專款納入計算後再排序後，以風險基金來調整才合理。

**洪于淇科長**

目前為模擬性質故沒有數字，以後若有實際數字會納入計算。

**劉林義專門委員**

現在醫界建議的點值，是以一般服務預算來呈現，或是整體含有專款預算的點值。

**黃啟嘉代表**

全部結算以後，含專款部分的點值。

**洪于淇科長**

成長率是相較前一年的，二邊比較之預算基礎是否加上專款。

**黃啟嘉代表**

應該是全部含。

**洪于淇科長**

這樣會愈來愈複雜。

**黃啟嘉代表**

對，我知道，電腦現在也越來越強大。

**黃振國代表**

成長率應該是指一般比一般。

**李純馥組長**

那是不是就議程文字提出修正並唸出來讓大家確認。

**黃啟嘉代表**

首先在議程第 76 頁，全聯會建議跟健保署建議的修正內容，稍微有點差異，原來健保署是說補到前 1 名，那我們是說如果經費夠的話，第 5、6 名可以盡量補到第 4 名，這是我們全聯會的修正。其次，全聯會建議須等專款都結算完才計算點值，成長率部分採一般服務即可，至於愛滋病、血友病及罕見疾病部分，因之前沒有費用，未來有實際值時也應納入計算。其他代表是否有補充意見？如果各位代表沒有意見，就這樣執行。

**李純馥組長**

為使大家更明瞭，請同仁就醫界建議說明議程內修正之文字。

**洪于淇科長**

補充資料第 3 頁第 6 點原為「排序前一名」，按醫界建議修正；其餘條文按原條文通過。

**黃啟嘉代表**

點值部分俟專款納入計算後進行分區點值的排序，將第 6 名補到第 5 名，第 5 名補到第 4 名，若還有剩則將第 6 名補到第 4 名。

**李純馥組長**

點值計算的部分依照黃代表建議，預算成長率部分則採一般服務(不含專款)，可是剛補點值的部分就要把專款算進來，那這個案子我們就這樣做決定，接下來下一案。

● **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質確保方案」附表一 2. 專業醫療服務品質指標(下稱「品保方案指標」)乙案。**

**李純馥組長**

請醫審及藥材組曾專委口頭說明。

**黃啟嘉代表**

健保署口頭說明完後，我請負責本項的盧代表榮福說明。

**曾玫富專門委員**

本案是每年例行性檢討西醫基層總額品質確保方案之專業醫療品質指標，本次主要增修 3 項，第 1 項為門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病之再次就診率，因去年醫療品質資訊公開辦法已刪除本項，全聯會建議比照於確保方案一併刪除，本署亦予同意；第 2 項為門診抗生素使用率，西醫基層臺北分區共管會議有代表建議由現行監控全部抗生素改為第二線抗生素，該分會亦提供所稱第二線抗生素之定義包括 Fluoroquinolones 類、Quinolones 類及 Aminoglycoside 類計 3 類，本署統計該 3 類抗生素僅占 6.48%，考量建議範圍較原先整體監測有很大落差，無法反映本署為避免過度使用抗生素之監控目的，故建議維持現行方式持續辦理，不予修正。第 3 項為糖尿病病人糖化血色素執行率，因醫療品質資訊公開辦法該項指標之分子納入「糖化白蛋白」之檢查，建議本項指標比照修正。

**盧榮福代表**

第 1 項及第 3 項，健保署採納全聯會的意見；全聯會尚未就健保署意見進行討論。

**黃啟嘉代表**

會上直接討論，先請臺北分會代表就第 2 項指標表達意見。第 2 項指標是否要限縮在二線或所有抗生素都列入監控。

**黃振國代表**

基層診所在不同科別抗生素使用差異很大，例如：婦產科、耳鼻喉科用量較多，部分科別又相對較少，若使用單一指標或單一抗生素來看，並不合適。建議監測「須謹慎使用的抗生素」，如：最近有名的 Quinolones 類、對肝腎傷害大……等，以突顯診所之品質較為貼切，反映真實狀況，而非監測所有抗生素。

**曾玫富專門委員**

今日會議有邀請疾病管制署代表與會，該署是抗生素管理的專業單位，請疾管署說明目前抗生素管理之範圍。

### **疾病管制署防疫醫師鄔豪欣**

本署日前接獲健保署來函請本署就相關修訂提供建議。經本署查證國際組織(如：WHO、OECD、歐盟……)對於相關抗生素之監測，WHO 對於門診抗生素之監測指標，與健保署現行指標類似，惟其範圍為門診就診人次而非僅就開立藥物之部分，也不限制開立抗生素之品項；OECD 是監測 Cephalosporin、Quinolones 類藥物，但是計算方式與健保署不太類似；歐盟則是監測所有抗生素，本署建議可考量維持健保署原有指標之方式。

(補充說明：歐盟雖是監測所有抗生素，但僅針對特定診斷，故不能說完全類似目前的指標，僅有監測品項的範圍是類似，故予以刪除。)

### **黃啟嘉代表**

基層診所在不同科別抗生素使用差異很大，鼻竇炎造成腦膜炎開刀與單純鼻竇炎抗生素使用就不同，復健科或精神科照護非感染病患開立抗生素也很少，現在健保署用同一標準，但是基層診所就面臨不同科別的問題呀！最近 Quinolones 類爭議很大，診所可能採取就不進該藥之作法，但各種藥品都是有利有弊，不能只看單面，我曾經看過耳膜都穿孔的民眾因加拿大抗生素管理嚴格，特別自加拿大回國拿抗生素。抗生素涉及不同醫師、不同疾病、不同科別之見解，差異很大。故建議自爭議性較大的種類先予管理，否則醫師不用也沒關係，但對需要的病患而言，並非好事。

### **李純馥組長**

我先澄清本指標與錢的分配無關，屬於專業醫療指標之監測，疾病管制署同仁也有分享國外該項指標之監測範圍，因為相當專業，請醫審及藥材組再說明。

### **曾玫富專門委員**

剛剛疾病管制署分享 OECD、WHO 等國際趨勢，實務上監測抗生素最重要是避免抗藥性的產生，所有抗生素若使用頻繁都會產生抗藥性，而非侷限在三類藥品，國際主流多傾向全面監測。

### **黃振國代表**

國情不同，目前我們抗藥性的來源，除人體外還有畜牧業(豬、牛、雞)，臺灣拿抗生素方便性遠大於歐盟或歐美先進國家，外國保險制度也沒有臺灣來的好，臺灣有這麼多優秀醫師在做健康照護是其他各國所沒有的，現在這支也只

是品質揭露指標，評核會及非醫事人員看到本項指標時，尤其是看到婦產科、耳鼻喉科使用率很高，就開始緊張。指標揭露要能呈現一定的醫療品質才有意義，抗藥性不是本指標所能掌握的，病人在藥房就可以自費買到抗生素，健保署無法包含外部機關的所有監測工作，本項只是很單純的指標揭露，讓民眾容易瞭解院所及科別之間的差異情形，並不需要用有色的眼鏡去看這些遵循臨床指引開立抗生素之醫師。

### **李純馥組長**

第 1 項及第 3 項大家都同意沒有問題，第 2 項指標如果限縮只有 6.48%的部份其監測意義。

### **周慶明代表**

如果大家認同臺北分區的決議，同時又須考量健保署認為限縮至 6.48%可能太低，致監測意義可能不大的問題，是否可就 6.48%再研議擴大範圍至一定占率，雙方再協調折衷點可能更好。

### **黃啟嘉代表**

按照診斷碼放寬比率，以診斷疾病別(如：上呼吸道、感染性疾病……等)，感染性疾病限制使用也不合理。

### **李純馥組長**

請專家學者提供建議。

### **黃信彰代表**

醫師公會西醫基層醫療服務審查執行會 108 年 5 月 13 日電子信件希望進行修改的精神是，不能說基層開立門診抗生素的行為就是不對的，這必須尊重醫師的專業，當有細菌感染如鼻竇炎等是須要使用抗生素的，上呼吸道感染就可能不應該使用，所以這支指標應監測門診不合理使用的狀況，一方面符合專業，同時也突顯基層醫師在專業上的努力，否則會讓人有所誤解。

### **黃振國代表**

現行健保不予支付指標已有「上呼吸道使用抗生素比率」進行監測與核刪，本項指標是否也可比照前述予以修正，較無爭議。

### **吳順國代表**

我附和黃代表的意見，建議區分合理、不合理。需要使用的抗生素一定要用，若健保列入品質指標，民眾可能因此誤會抗生素會傷害身體，我們也碰過須使用高劑量類固醇的案例，民眾一看到類固醇就不敢用。不合理用藥才應該是我

們的目的，不應該使用一項量化數據造成病人傷害及合併症的誤導。

### **蘇東茂代表**

我代表製藥公會，對抗生素發表一些淺見。剛剛很多醫師先進提出很多看法，我認為涉及專業及政府管理，抗藥性已經講了很多年了，惟仍應尊重醫師的醫療專業，不宜用行政命令或管理來影響醫師專業，對病人也不合理。病人若在藥房買到抗生素係涉及政府管理，在 OTC 是否要開放是衛生福利部整體的問題，抗生素濫用與否也涉及病人體質，不要一竿子打翻所有全部限制，臺灣藥品應予尊重專業及適當管理。

### **李純馥組長**

本項指標的監測值是過去的平均值進行監測。

### **曾致富專門委員**

這是進行整體的監測，也未設上限。

### **黃振國代表**

分區會發文輔導我們的用藥比率，相對會使我們不敢申報，署長也曾提出西醫基層未完整且真實申報的問題，因為本項指標使我們不敢申報。現在很多新世代的父母，看到政府揭露的指標，一點事就 PO 網了，倒果為因，誤解這支指標的意義，其實我們原先想提二種病灶使用抗生素才予監測，既然監測指標很難明訂，所以建議最好管理的二類約 10 種藥品，如果列入所有抗生素計算上也很困難，監測指標應以反映實際醫療才是重點，我們現在是建議取消副作用的問題而已。

### **藍毅生代表**

抗生素的管理要達到目的及效果，因醫界分科多，若用抗生素總量管理，有些科(精神科、復健科不會用)根本管理不到，再怎麼管理也無關緊要；感染管控科永遠被管到，真正需要被使用的，占了很大比率，反而因此受到壓抑，這樣的結果使這項指標沒有達到真正管控意義。

用健保署訂的抗生素使用醫療常規，若是腎臟病變病人，使用比例高，增加醫師與病患間的爭議，身為管理人，達到管理目的，真正看出那些是需要使用，那些是不需要使用。例如 URI、一般感冒使用抗生素比例當作管控，可能比較有意義。

### **主席**

謝謝，非常抱歉，今天去開部務會議比較晚進來，所以請組長先主持。這個提

案大家有表達很多意見，最主要的是有 3 項修正，門診上呼吸道感染，這一項我們就尊重大家意見。第 1、3 項無意見，第 2 項 CDC 有表示意見嗎？

#### **曾玫富專門委員**

CDC 說 WHO 及歐美先進國家的抗生素管理是全面納管監測。

#### **主席**

全聯會主張針對 2 類要特別做管理，西醫基層申報抗生素，即便有指標，看來有些低報，因簡表未完全申報。前提是大家必須完全申報，管理才有意義。第 2 若只限定這 2 類管理，那原有門診抗生素指標依然維持。

#### **黃啟嘉代表**

若原來指標還是低，限制這 2 類就沒問題。

#### **主席**

2 個都留，整體抗生素還是要管控，那 2 類要留意。

#### **黃啟嘉代表**

建議疾病別要放寬，感染科若不用抗生素很怪，舉例來說，急性鼻竇炎或扁桃腺發炎，明顯需要使用抗生素。

#### **主席**

監控抗生素不是不能使用，是要小心使用的概念，不是列為指標就不能用，這樣就沒意義。大家都不敢申報，結果變更嚴重。

#### **黃振國代表**

許多先進國家對於抗生素管理是很嚴謹，在臺灣除了健保署在監控，農委會、TFDA 對於抗生素用於畜牧業，甚至沒處方就可以領取抗生素的行為，目前都很難做有效管理。抗生素抗藥性的來源，CDC 及各醫院都很清楚，也有相關研究，很多不是用在人體上。若健保署要承擔如此重責大任，只為了抗藥性揭露，可能達不到目的。為何希望指標能做有效修正，大家希望不要有指標在監測我們，能誠實申報該用的抗生素，如果有疾病別的差異，有些科別用不到抗生素，這種指標對這種診所就沒能真實反映。

#### **黃信彰代表**

抗生素就是針對細菌感染來使用，這是由醫師做專業判斷，若用全部使用抗生素來看，無法表現專業素養，只要是上呼吸道感染，使用抗生素就會核審。例如泌尿道感染，不用抗生素是違反專業，所以是疾病別是需要的，不要讓全部抗生素使用當指標。

**主席**

大家可能有誤會，這是品質指標，不是抽審指標。

**黃振國代表**

可是有揭露，每年還發文到各區輔導指標過高的診所。

**主席**

疾病別使用抗生素指標可以納為抽審指標，正確使用抗生素要先 culture，再選用正確的抗生素，基層不易做到。這是品質指標，真正的抽審指標 by 疾病別，我完全同意。西醫基層的抽審指標去訂定疾病別的使用抗生素抽審指標是應該。請各位要理解一定要誠實申報。因為簡表(日計藥費)，導致雲端藥歷資料不完整。專家提到所謂正確使用 by 疾病別就在抽審指標去訂定。建議一定要誠實申報及維持 2 類指標都當作品質指標。

**黃振國代表**

建議疾病別限縮在上呼吸道使用抗生素的比例，這指標不要放在所有科別。

**主席**

您是說整體門診，不限上呼吸道。

**黃振國代表**

對，這是目前不須使用抗生素卻用最多的案例，某些科別本來就沒看上呼吸道，這指標對他而言就是鈍化，這樣比較好。

**曾玫富專門委員**

黃代表強調的不予支付指標，已有「門診上呼吸道感染使用抗生素」指標，主席說疾病別的使用情形可以列為抽審指標，事實上除已有 1 個列為不予支付指標外，有關 Fluoroquinolones 的使用，醫療品質資訊公開辦法中的疾病別指標就有鼻竇炎使用 Fluoroquinolones 的比例，在上上次的醫療品質資訊公開辦法修訂時已經正式列入，因為 Fluoroquinolones 的副作用大，會引起肢體不全的不良反應，在 2 年前就針對鼻竇炎病患使用 Fluoroquinolones 做加強管理。門診抗生素使用率這項指標已監測多年，每個國家都應了解整體門診案件使用抗生素的情況。

**主席**

你們的建議，我們也同意維持 2 項指標，再持續監控一段時間。

**黃啟嘉代表**

會員反映健保署網頁的品質資訊公開會公布院所個資的分子、分母值，這容易

讓人回推病人數及業績量，請吳代表國治解釋。

### **吳國治代表**

在揭露院所品質資訊公開資料時，請署要謹慎。例如品質指標之抗生素使用率，不須列出分子、分母的操作型定義，不須顯示人數，只要顯示比例。之前公布各區眼科診所白內障人工水晶體排行及比例，其中有以醫師個人姓名當診所名，醫師因此感受到困擾，眼科醫學會曾向署反映，署方善意說要檢討。希望在資訊揭露部分要注意院所個資。

### **黃啟嘉代表**

醫師不希望被外界知道他的收入，要揭露的醫師的品質，而不是生意多好或多差，這是個資法給醫師的保護。

### **吳國治代表**

建議應全面檢討所有揭露的資訊。主席強調申報的重要，我們一直呼籲院所該申報就申報，遵守相關法律規定，不要違法。但法律規定與申報規定，似乎有落差。第2低報的因素多，建議署方分析低報的原因，解除造成低報的障礙。例如開幾種藥物以上就要抽審，胃藥最便宜，開了就被抽審，開胃藥給病人，在病歷、收據有紀錄，但我沒申報，這是否違法？這就是落差，所有的障礙應該被解除。這並非醫界單方面造成，這是制度，希望大家共同努力。

### **黃啟嘉代表**

對於疾管署的意見，提個建議，所有先進國家，有健保的不多，沒有健保卻能監控抗生素，應有源頭在控制，所以不須由健保署承擔，應由藥廠控制抗生素的出貨量。

### **主席**

我們有與藥廠核對，出貨到基層診所多，為何申報量少。

### **黃啟嘉代表**

有些到藥局，有些可能到動物使用，要全面控制。

### **主席**

檢討可能是支付制度的簡表，讓大家有此動機，但低報的藥物相對又重要，所以才不斷提醒。吳代表提到聯合報的元氣週報，提到白內障人工水晶體排行及比例的眼科診所，尤其是醫師姓名當診所名稱，我們會特別小心留意。因為白內障手術在基層診所很普遍，比醫院還多，我們會特別留意。這部分是不是照剛才建議修正通過，謝謝。

● 討論事項第三案：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。

劉林義專門委員

請看補充資料第 14 頁，針對其他部門編列 13.46 億，定義是用於醫院下轉且診所有收案，依此列為核發的費用。有委員表示若民眾自行就醫，全聯會有 4 種情況，我們在此分別說明，第 1 該患者前次於醫院就醫，雖經由醫院轉診，但未至受轉診所就醫，乃至其他診所就醫。若依據病人口頭表示，本署無任何依據，視為自行就醫。如何認定自行就醫，在第 2 條件有提到定義。

如何證明醫院下轉且診所有收案，除醫令外，若在轉診平台可以勾稽到，也列入計算。請看第 3 案說明 1，107 年預算已含轉診平台，107 年第 3 季補了 1 千萬進去，107 年第 4 季補了 5 千萬，除了在第 3 季下轉的錢滾入外，第 4 季下轉的錢持續滾入，再加上第 4 季新下轉的錢。所以說明 1 部分，107 年動支 6,255 萬。

說明 2 就是全聯會所提如何認定自行就醫，第 1 慢性病患者原於醫院就醫達 3 個月以上，第 2 領藥天數達 84 天以上者，下一季至診所就醫。本署認定條件的操作型定義寫明，例如何謂「領藥天數達 84 天以上」，本署認定是前一季在醫院就醫，且領藥天數達 84 天以上且未於基層就醫，下一季到西醫基層就醫。判定主診斷要與上次在醫院領慢箋的藥相同，在基層領藥天數也要達 84 天以上者，這部分就併同估算。

第 2 項是有關 3 個月部分，定義是前 1 季每月都在醫院就醫且沒在基層就醫，當季每月都在基層診所就醫，沒在醫院就醫，根據第 1 項與第 2 項相關條件，請看 107 年第 4 季估算表，第 1 領藥大於 84 天且在醫院就醫的人約 253 萬多人，下一季在基層就醫者，僅有 9 百多人。連續 3 個月都在醫院就醫者，只有 147 萬人，下一季在基層就醫者，僅有 5 百多人。

計算 107 年第 3 季及第 4 季下轉病人有勾稽到的，本署建議是延長計算到 1 年，似乎較合理。例如今年第 3 季下轉的，向後推算至 1 年。今年第 4 季下轉的，也向後估滿 1 年。

第 3 項是全聯會提出建議下轉之醫令代碼有效期限延長為 6 個月，本署會納入參考。例如轉診定義，開單後 1 年才轉診，是否算數？第 4 項是等同第 1 項，就併同第 1 項討論。第 16 頁 107 年第 3 季及第 4 季下轉診所病人就醫估算表，

這群人 107 年第 3 季件數有 2 成在醫院，107 年第 4 季件數有 3 成在醫院、費用有近 5 成在醫院，計算其實很寬鬆。

### **主席**

先黃代表，再藍代表。

### **黃振國代表**

去年的場景又出現了，現在是採用最嚴謹，可以認證的方式，先確認以往 VPN 轉診認證的方式，這是最嚴謹的。醫院有下轉醫令，診所有接收下轉的醫令，可以配對後才算轉診成功。實務上來自醫院的病人，因醫師或工作人員沒有明確開立經 VPN 認證的下轉轉診單，但實際在基層有就醫行為，我們希望就事實來認定，分兩個部分，第 1 是慢性病部分，就如同專委所說定義有瑕疵，慢性病於基層未就醫僅適用於幾個診斷碼，以眼科為例，很多病人有 3 高、慢性病，就是在鄰近的基層就醫，白內障手術也在基層開刀，這幾個診斷碼限基層使用。使用前 1 季的缺點在於把就醫行為分 4 塊，但病人不會於每季的 1 月、4 月、7 月、10 月就醫，可能發生在每個月，若以 1 季來看過嚴，建議定義是前 3 個月，搜尋第 1 次在基層就醫的慢箋病人，前 3 個月的診斷碼並未發生在基層有就醫紀錄，只有在醫院有就醫紀錄，就應該可以認定是同一診斷碼。建議用就診事實認定，不要用診斷碼認定，否則用這樣的 2 分法容易低估。

第 2 急性病部分，就是限於急診，醫院急診出院就是預約門診追蹤治療，這是常見的行為，若急診出院病人未預約到原醫院的門診，我們鼓勵急診醫師轉回原來照護的家庭醫師或診所，例如外傷，就不用到醫院門診等很久，回到附近適當的診所就醫，急診的醫令在未來 3 個月內沒在醫院門診就醫，直接到基層，統計認定應不困難。

第 3 最困難的是民眾 3 個月都在醫院就醫，後來穩定了，自己就跑下來，這部分有紀錄的困難，請大家提供更多經驗，讓急性病未明確部分能更明確被計算。前面的報告，很多區的成績不好，到結算時，臺北區一定最少。

### **藍毅生代表**

延續黃代表，急診急性病操作型定義，濃縮到容易擷取，以 2 週內同一診斷碼，之前在急診處理完，假設要求急診醫師寫轉診程式，若醫院設計不好，在忙碌的地方又要慢慢點選，對急診醫師是強人所難。很明顯種種狀況在每家醫學中心或醫院都會出現。病人在急診或門診手術後，若情況不嚴重，通常給病人 1 條藥膏，病人回到診所換藥，這是常見情況。一般醫師在開刀中不可能再開轉

診單，要病人去診所換藥。這部分只要統計 2 週內，在醫院及診所的碼是一樣的，就容易擷取，知道病人已到基層接受照護。

**主席**

顏代表。

**顏鴻順代表**

感謝部跟署方願意推動分級醫療政策，基層也很願意配合，但我們比較擔心，分級醫療沒有幫到基層，反而傷害到基層。為什麼？我們提出有些轉診真的下來，但是沒有被 watch 到，今天對於我們提的也有些回應，包括 01038C 的定義非常的嚴謹，但是過於嚴謹就造成有些病人下轉來，但沒有被認可。第 15 頁討論操作型定義，我覺得還是過於嚴謹，第 1 個母數 107Q4 只在醫院慢性病就醫，這個我就覺得太勉強，舉例來說：這個病人三高可能是穩定，他習慣在醫院就診，但是失眠、便秘他習慣在社區診所看，兩個地方都有看慢性病，但這個 Case 就不會被納入母數。腸胃急躁症或者便秘我跟病人說，現在推動分級醫療，你的三高可以來我這邊看，結果病人就下來了，但他並沒有被計算到。我覺得這個定義還是過於嚴謹，或許修正為「在醫院或醫院及診所慢性病就醫」。

第 2 點 900 多個跟 500 多個，母數我們要放寬了，Q1 只在診所慢性病就醫且主診斷相同這個又有一點嚴謹，假設這個病人有 1 個比較屬於醫院疾病的問題，例如：紅斑性狼瘡，這個病人三高在診所看，但是紅斑性狼瘡還是在醫院看，他又會被排除，我覺得這個指標可以放寬一點，會比較符合真正的狀況。不管最後篩出來是多還是少，只要合理我覺得都應該要做，因為現在少，不代表以後都少，前一陣子我們新北市聯誼會在跟醫院溝通分級醫療的時候，我們就聽到醫院的代表這樣講，我們要去說服醫師要分級醫療，下轉病人，有時候他們會忘掉，他們在思考是不是就乾脆減診或限號，病人沒得掛就會自己考量到診所去，如果很多醫院都採取這樣的措施，這可是都沒有轉診單，病人就下來了。或許在今年 4% 明年 6%，很多醫院會採取這種做法，為了符合標準，通通沒有經過轉診就下到基層了，所以認定的型態要多元一點、放寬一點。

**主席**

是否有其他意見，其實我們很重視全聯會提的意見，也嘗試用你們的概念處理大數據，大家顯然對於這樣的回應還是太嚴謹。我現做一些修正，第 1 點前 1 季跟下 1 季比，大家覺得太僵化，那我們改成前 3 個月跟後半年，滾動式修正，

每1個月都比1次；第2點急診部分，診斷我們試算2週內醫院有急診但診所  
有換藥的病人。

**王維昌代表**

建議不是換藥，是就診。

**黃振國代表**

就診更嚴。

**主席**

那我們再想一想。第3個修正剛才顏醫師所提限慢性病的部分，一定只有在醫  
院就醫，應該不限疾病。這3點是否再來研究修正，請問結算是何時。

**劉林義專門委員**

第1季來不及。

**主席**

可是規則可以再好好修訂。

**劉林義專門委員**

我們會在下次修訂。

**主席**

好，再研議一下，我們會幫大家想一想更好的算法，第1季併第2季一起結算，  
可以嗎。

**黃振國代表**

可以。

**主席**

13億預算配合分級醫療我們沒有理由不給，但是也要給得有理由。我們僵持在  
這裡，但是留著就是期待把它用掉。我們也不可能沒有事實就支用，大家意見  
要整合，今天交流我們再想一想，王理事長要再補充。

**王維昌代表**

請問大家真的有申報01038C嗎，事實上大家都不知道怎麼申報，申報的地方  
是不友善的。我們做了很多次，又沒有成功也不知道。

**主席**

這一定要廣泛宣傳。

**黃振國代表**

事實上王理事長講的是實務面，一種是民眾再就醫回診的時候，民眾不知道要

把轉診單拿出來，第 2 點目前所有轉診資料都要透過 VPN 而且要主動，如果我知道今天張三是從其他醫院轉來，我要自己主動上 VPN 去下轉病人裡面查詢並且受理，這個都沒有主動通知，難道沒有一個機制，當下轉病人的健保卡插進讀卡機後，會有畫面自動跳出這個病人是從馬偕、長庚下轉來的，目前沒有這個機制。我們可以研議當下轉的醫令上傳後，病人到基層就醫後，讀卡就能 SHOW 出畫面，這樣比較務實，不然我看完診後，還要回想一下今天有那個病人是被下轉的，還要去 VPN 找出來再 Key in。

**主席**

有關轉診系統，請醫務管理組回應。

**李純馥組長**

轉診平台要點受理，受理是轉出端做為提醒功能，當您受理的時候，個案不一定在您的診間，他可能還在路上、或是過幾天才來，所以我們把功能建置在 API 雲端用藥系統裡面去提醒，當您開啟病人資料的時候，就會出現提醒畫面。因不可能提醒每家院所，所以要真的勾稽到兩邊 match 才會跳出提醒，目前還是測試階段。

**黃振國代表**

多提醒一下，上轉的病人可否也在 API 提醒接受上轉的醫院端，記得把病人回轉。

**主席**

那是屬於另一端功能，先把你們訴求的部分完成，有人下轉不要漏掉報 01038C。這個部分先用 API 提醒你們，就不會漏接，至於上面沒有動作，你們也不會期待 API 有提醒。

**黃振國代表**

一個醫院會成功，它的資訊系統是非常棒的，比如奇美醫院跟基隆長庚都有主動提醒要醫師把病人轉回去的機制。既然有這麼好的優點，可不可以透過 API 來做提醒。

**主席**

這已經算醫院的 HIS 系統。

**黃振國代表**

所以我建議醫院的 HIS 系統。

**主席**

那需要溝通，因為 HIS 系統不是本署可以變動的。電子轉診平台我們可以來做主動改善。目前也是南區的診所提出來的，我們還在測試，麻煩協助測試，快點讓它上線。

### **陳相國代表**

我們南區雙向轉診做得不錯，我是接到不少下轉病人，我是中位數。演講的時候，我們都會調查最近還沒有接到下轉病人的請舉手，舉手的診所已經相當少。大部分都有接受到轉診，奇美醫院的做法，我想可以分享給各位夥伴一下，下轉的病人就立刻簡訊通知受理診所，我們都會告訴會員，你要主動上 VPN 看有沒有下轉病人。有時候因為醫院轉給你，不知道就會漏接。

### **李紹誠代表**

我建議把回復率可以請 HIS 廠商在設計程式的時候也編在裡面。

### **主席**

這個需求可以書面需求給我們。

### **吳國治代表**

北區也做得不錯，不曉得是普遍的還是只有我們新竹，新竹馬偕轉診下來除了轉診單還會備註，本院已申報，請您務必申報 01038C。最近台大新竹也開始這樣處理。

### **主席**

剛才的需求已經有收錄，我們再透過大數據研究一下，大家比較公平的作法。病人就算是下轉有用到 13 億，但數據顯示有一部分的病人在基層的停留時間很短，很快又回到醫院。這才是你們真的要去留意的。如果病人千辛萬苦下轉，停留不到幾個月，又回去醫院又代表什麼，所以我們要壯大基層，基層也要有能力把病人留下來，否則就像流水一樣。但是 13 億我們沒有把它當流水一下扣回來，我們就把預算滾到基層總額，對基層是友善的，我們醫管組同仁用非常友善的算法，希望你們可以理解，我們也會努力去偵測被我們漏掉沒算的病人，至於說你們沒有報 01038C，請全聯會要自己多宣導，那我們 API 系統已經設置好，測試階段，確保大家都有落實，但也要醫師去點 API，如果不去用這個功能依然不知道。

### **王維昌代表**

如果我們沒有點 VPN 就不知道有下轉個案，但是如果 API 可以主動提醒我們申報 01038C，這樣就夠了，因為我們幹部很認真去上網搜尋，但很多幹部沒有收

到下轉的個案，這是很大的漏洞，假設 API 有提醒我們申報 01038C 就大大的協助完成，所以現在 VPN 要我們上去看的部分，我們幹部這麼認真都不知道怎麼去做的時候，那麼多的會員應該也不知道，最近醫院被扣了好幾千萬，才把病人下轉，病人來沒有帶轉診單來，我才上去看，怎麼看都不知道怎麼去操作，這個非常難，現在如果開發有 API 協助是一大德政，謝謝。

### **主席**

那 API 上線的時候，請各分區業務組多跟地方分會幹部做說明宣導，那我們這個提案就暫且到這，還有嗎。

### **王宏育代表**

病人未必要一直留住，我遇到一個特殊情況，我診所附近的居民，心臟病的狀況很複雜，某醫院就下轉給我，醫師跟她說在王宏育診所那邊穩定，你領 2 次 3 個月連續處方箋。6 個月後你來我醫院複診評估，我這裡開 3 個月連續箋，你再去診所那開 6 個月連續箋，這樣子也不錯啦。有時候我們 Keep 不住，是因為病人還要作後續追蹤檢查。希望署方知道有這種情況。另外延續王維昌理事長所說的話，高雄縣最大的醫院常常寫 email 信給我，跟我說下轉哪種病人給我，病人很少來，可能選的 case 不太好。第 2 家最大的醫院，常常病人拿著下轉單來這邊，大概 3 個有 1 個會跟護士說，我有拿轉診單，這樣 200 元下轉費用我領的到，也可統計下轉衍生費用。可是有些病人看完診，才拿出來，拿出來以後，系統在掛號當時如果沒有打一個特殊代碼，就沒有給付。可能大醫院還是要跟民眾宣傳，轉診單要到診所掛號時就先拿出來，理論上我是覺得不是不友善，是大家都不知道，我也是最近才知道如果掛號台那裡沒有那個指令，單子拿給我是請不到 200 元的，謝謝。

### **主席**

每個都有個案問題，HIS 廠商耀聖系統的問題，你們要跟耀聖系統反應。

### **李紹誠代表**

主席剛才提到說下轉到基層，keep 不住要如何面對，我們昨天社區醫療群開會的時候，就覺得醫院開的藥，藥價實在太高，以致於有些藥我們不開，病人就會覺得不爽，他覺得醫院拿很多藥，到診所看病都跟他說，這個不需要那個不需要。第二種抽審指標，處方箋藥費用太高，就會跳出來。

### **主席**

如果是轉診病人藥費，不會列入抽審指標。

## 李紹誠代表

只有 3 個月還是前 6 個月這樣的狀況，藥費單價確實醫院比診所高是事實。

### 主席

如果病人在醫院拿幾張慢箋，你幫病人做整合，是本署期望的，這是整合門診，現在我們都建議醫院要做整合門診，診所依然是這樣，如果您因為整合將病人減藥，就應該善盡醫病溝通讓病人理解，而不是少藥就回去醫院拿。基層的功能就是家醫，家醫就是整合的概念，基層的責任度是很高的，你要善盡溝通責任，讓病人信任你，而不是拿這件事當理由，我覺得這不是理由。民眾也不希望吃這麼多藥，能夠減藥是目前急迫去做的，醫院藥用的太多了，這個案子先討論到這裡。

- **討論事項第四案：應用 108 年西醫基層總額之醫療服務成本指數改變率預算調整支付標準案，提請討論。**

### 主席

業務單位再說明一下。

### 王玲玲科長

這個案子在 108 年 3 月 7 日研商會議已經討論過，但那次沒有通過，希望全聯會內部討論之後，再來提會，全聯會已經在 5 月 10 日回復意見，總共有 3 點，第一調整支付標準 48011C「手術創傷處置-小換藥」比照醫院總額部門調升 9 點，第二是調整第一階段門診診察費為優先，第三點是假日診察費加成以總額外預算支應，本署意見如下，有關支付標準調整部分，106、107 年醫院總額總共調整 45 項支付標準還有通則調整，這次全聯會只要求調整一項 48011C，還有 40 多項跟通則沒有同步調整，為避免有支付不公的情形，及考量支付衡平性，希望西醫基層能夠一體適用與醫院一起調整。如果與醫院同步調整，增加的費用約 2.14 億點；另外，第一階段門診診察費我們希望可以調整 3 點，周日及過年期間門診診察費再調升 45 點，這樣年增加費用約 7.87 億，上述調整總共增加 10.11 億，以上說明。

### 主席

這一項是今年非協商因素的成本指數預算支用調整，現在已經是第 2 季，希望可以在今天達成共識。有關手術換藥已經討論很久，全聯會總以沒有雨露均霑為由不同意外科在基層也需要被扶持，有關小傷口換藥等 45 項醫院已經調整

部分，希望代表也能夠同步支持一起調整。至於說合理量我們希望能夠調假日診察費，也提出好幾次，每次都不歡而散。小換藥等部分 45 項，共 2.14 億，你們只同意一項，對外科太不好了吧。

### 黃振國代表

我記得我們在調整急重症的時候強調只調整醫院，所以基層代表沒有意見。第二，提供很多醫院調整的時候，申報各科很清楚，基層哪些科是應該被保障扶持的，如同精神科，我們都知道它的申報費用、成長率已經高於其他各科，我們看到第 1 季，如果你的預估點值保守，沒有調整，很多區域浮動點值 0.90 左右，這樣調整之後，點值會更低。第三，我們也認可外科的認真，遇到最多案件是基層診所遇到小傷口換藥，很多型態的診所會處理，我們願意調整基本上有加成 45%，受惠最大還是外科診所，大約有 8 成，只有 1-2 成給分散在各地，尤其是很多偏遠地區診所。偏遠地區民眾需要照護，所以我們願意調整，當成我們對外科的重視，但每次談都會不歡而散，因為想法上的落差，我相信主委做不下去，我們其他人也做不下去。

### 主席

雖然這幾項，我覺得醫令量要看一下，雖然感覺上項目很多，但是不見得醫令量也會很多。

### 張志傑代表

因為藍代表已經走了，他要我代他發言，特別是針對小換藥這件事。第 1 個他要強調說小換藥不是只有外科而已，在家醫科或是一般的內科都會申報，申報量也相當多，所以絕對不是外科而已，原來是 47 點，本來可以申報加 4 成，所以它的點數是 66，如果調整了 9 點，是變成 56 點，56 點還會加 4 成嗎，如果不加的話就比原來少，變成是懲罰，但是如果說加了 9 點再乘以 4 成的話就變成 78，小換藥的錢就變成比中換藥還要高，這個可能還要再細算一下。

### 主席

等一下我們支付標準科要說明，然後吳醫師、王醫師，再來是佩菽。

### 吳國治代表

這個議題其實已經討論很久了，不過我想署也是要體諒西醫基層架構的問題，不像醫院那樣，醫院是一條鞭，醫院經營者上面講好就可以，我們是各科，要整合是非常困難。第 2 個是這個預算來源是服務成本指數改變率，各科都有，現在是普遍給付都偏低的狀況，其實醫院也是一樣，所以成本指數的改變，是

所有院所都面臨到成本的改變，可是我們調整診察費，是普世的價值，這才是全面的反映，只是調整單一的支付標準，沒辦法全面的反映。第3個不是說醫院一調整，我們就要調整，其實支付標準有時候是做分級醫療很好的工具，如果說把應該在基層做的，把給付調低，醫院做不來，它就會回到基層，把錢留到重症，調高它們的重症，這樣子反而是分級醫療的一個工具，不是說一定要把支付標準調到一樣，最後一個其實我們全聯會已經釋出善意了，就是說2次換藥不是只限外科才有，很多科都有，所以我們整合成外科換藥適度的增加，既然我們有這樣的動作，是不是署裡就是能夠按照我們的方案來處理就好。

### 王宏育代表

對於第1點我沒有意見，不過我剛有寄一個資料給副署長，因為說內科收不到住院醫師，別科都收的到，臺大感染科也是收不到，所以內科也是要救火，去年內科醫學會也提出來，內科都收不到人，內科的條件很差，第2個意見我是高雄縣醫師公會的理事長，高雄縣有很大塊是鄉下地區，我們的診所的病人數都不多，就是要靠診察費的加成，診所就比較不會倒，鄉下民眾就醫變得比較有保障。接下來就是所謂的我們禮拜天有沒有能力看診？就是很強大的診所，3個醫師、6個藥師，禮拜天看診他們都不需要再去幫他們忙。我們通常開診來講，我們需要1個醫師、1個藥師的話，我們就是因為要一例一休，藥師就一定不能看，禮拜天我醫師要看，我附近的健保藥局也都off，加成毫無幫助。所以我們是希望所有的費用都集中在第1階段，讓所有的弱勢診所可以維持下去，那當然對外科有些善意，我都贊成。

### 林佩菽代表(謝武吉代表代理人)

謹代表謝武吉理事長發言，因為他剛剛特別打電話進來，針對這個議案有表達意見。他是有特別提到說，現在是要講求分級醫療，其實我們有很多的技術跟處置的部分，其實醫院跟診所的水準都一樣，剛先進提到說，為什麼好像一開始醫院都不下轉，是覺得我們診所做不好嗎？其實也不是，我剛也提過，沒有三兩三是沒有辦法上梁山的，開診所也沒有那麼簡單，所以其實我們對於診所醫師非常尊敬。剛謝理事長有特別提到說，就公平性來講，縫合 48001C、48002C、48003C 跟換藥 48011C、48012C、48013C 應該都拉平跟地區醫院是一樣的，這樣子才會對我們的外科醫師這邊比較公平，他會做這樣的建議，以上。

### 主席

謝謝，那其他代表有沒有意見，徐醫師。

### **徐超群代表**

我想說為什麼那時候小換藥加 4 成，中換藥加 2 成，因為好幾年前在健保會我們有爭取到外科和婦產科一筆經費來做加成，外科和婦產科是比較弱的科，那時候已經很慘，加成以後就稍微比較合理一點，但是費用還是不夠，這筆費用是滾入基期的，所以我是覺得如果你把費用加 9 點，那個加成還是要保留。雖然保留以後算起來會診療費比地區醫院高，我是覺得合理，因為這種小換藥其實是不用到大醫院去做，應該普遍到基層，雖然診療費會貴一點，但是如果再加算藥費等等相關的費用，醫療耗用還是較少。另外提到一點，就是加成後會比中換藥高一點，我覺得解套方法就是把中換藥再提高一點點，只要一點點經費就可以解決這樣的問題。

### **主席**

好，我們請支付標準科說明 4 成的加成。

### **王玲玲科長**

依照我們現在支付標準的規定，原本上一波沒有調整的時候，48011C 確實是只有 47 點，為了鼓勵基層，基層部門針對 48011C、48012C、48013C 這三項支付標準，分別有不同加成規定，48011C 可以加成 40%，48012C 是 20%，48012C 就沒有加成，如果說未來我們的點數有配合醫院部門相同調整的話，那在同樣的加成率下，三項支付標準彼此的點數都有落差，所以我們建議應該是要同步調整，不然還是會產生 48011C 調整完會比 48012C 還來的多，即小換藥會比中換藥來的多，我們是希望這 3 項支付標準起碼是要同步調整，至於加成率，剛剛醫院協會所提的，因為其實各個總額部門的加成率不一樣，我們在很多部門，像地區醫院就有不同的加成，西醫基層並不會同步用同樣的加成率去做調整，所以我覺得在支付標準上面還是遵照我們原本支付標準的規定，西基還是按照原有加成率來加成，以上。

### **主席**

好，謝謝，確實啊，你如果挑其中的加成是不合理的，因為它有加成，所以我們是不是這樣，因為事實上傷口換藥，我們現在都在宣導小病到小醫院，小傷口就到小診所，這部分我們講破嘴，那病人去了，然後說，在這裡拿了錢會比在醫院少。我覺得在座各位，如果你不是外科，我覺得這樣真的是很不好。所以我們今天一共有 10 項，106 年有 35 項，我們可不可以針對傷口處理討 4-6 序號 2-7 來做調整，要不然這已經談了好多年了，我是覺得大家要客觀，因為

剛剛有幾位代表提到說，這個成本指數改變率是大家都要有，成本指數改變率其實也反映在有些成本不敷的項目，沒有說一定要大家都一致調整才是合理。所以在醫院部門還有其他部門，很多都是藉由這個款項慢慢的去校正支付偏低的項目。所以我可不可以在這裡拜託大家就是如果沒有全面接受 40 項，要往前進的話，就選擇這個傷口的部分，共有 6 項，這 6 項今年來調整，然後讓 48011C、48012C、48013C 的調整是合理的。

### **黃啟嘉代表**

我們可不可以精算費用再來。

### **主席**

1.08 億，你們可以休息考慮一下，這個案子我們 1 次講完，我們的底線就是外科這 6 項一定要調整，至於其他你們有考慮要慢慢研究可以，因為今年的金額一共有 9 億多快 10 億。只有 1 億去反映這些傷口處理，而且這些項目已經提出多時，所以我覺得你們如果等一下要去討論再去討論。至於說這個診察費假日的診察費，署長已經講過不知道多少次了，也指示很多次了，我們這一次還是提出來。但是，如果你認為週日過年的第 1 段合理量調 45 點太多，而造成合理量第 1 段的只能調 3 點，這部分你可以稍微再調整一點，看能不能讓假日的診察費有真正能反映，我剛有聽到好像是很多的代表提到說，一調假日其實就是讓有多人醫師的診所得利，那 1 人的診所比較不得利，但是假日要有人出來值班，這件事情也很重要。否則的話，我們的假日急診就是雍塞，現在的地區醫院也率先出來，它要假日出來看。那我們基層會等不到病人，你處處都沒有任何人出來值班也是啊。可是我們沒有強迫大家都假日看診，就是有值班的人，有假日值班的人，他可以因此有一些代價，就是這樣，但是你如果覺得 45 點跟 3 點不合理，那你就自己看一下那個討 4-7，這個地方我們已經通通把所有的排列組合都列在這裡，所以影響的經費大家可以在這裡頭去調整，所以我們這邊就是希望能夠找出不同的這樣子的一個結果，大家如果覺得不恰當可以調整，但是外科這 45 項，我們堅持 6 項這次一定要調整，大概我把所有的想法跟大家報告。

### **黃振國代表**

請問一下，如果調整不照地區醫院那樣，我們採定額調整可行嗎？我還沒徵求各位代表的意見，只是想問同步調 9 點的可行性。

### **主席**

現在是個人意見，還是全聯會的意見。

**黃振國代表**

可行的話，我們就回去討論。

**主席**

現在是講外科嗎。

**黃啟嘉代表**

對，外科，假日這件事情，我只能說目前家庭醫師整合照護計畫，針對假日開診有納入它的獎勵指標，事實上所有的家醫群，目前都有假日開診，所以並不存在有人出來的問題，事實上家醫群制度建好，不管加多少點，其實並不會構成增加假日開診的誘因。

**主席**

我知道啦，但是我們還是希望能夠有差別的診察費，如果現在這些重要的代表，你們能夠做決定的人，如果需要出去考慮一下，我們休息 5 分鐘讓大家討論一下好不好。現在休息到 5 點 5 分，謝謝。

(休息中)

**黃啟嘉代表**

副座，我看大家提到假日加成全跑光了，我先說一定要綁在一起，我們不敢答應，任何一個人做我這個位置，大概沒有人會做不一樣的抉擇，因為假日加成反對的聲浪，在我們醫界算是共識，誰來當代表都一樣，不是我個人的問題。第 2，外科部分，如果假日健保署可以同意，外科跟診察費綁在一起，我剛剛聽到大部分的共識是可以的，比如說 1 億給外科，另外剩下 9 億給診察費加成。

**主席**

如果我們不要休息那麼久，那我們就先通過。

**黃啟嘉代表**

那 2 個要綁在一起。

**主席**

那我請問你一下，就是那 6 項 1 億先調，那剩下的 9 億。

**黃啟嘉代表**

剩下的 9 億去補點值好了。

**主席**

全部的 9 億都去補點值，你不調假日的話，全部 9 億都去補點值。

**黃啟嘉代表**

這個我不敢答應。

**黃振國代表**

我們區 108 年的第 1 季就比去年低了。

**主席**

補點值跟調診察費有什麼差別。

**黃振國代表**

補點值對我們當然是好。

**主席**

所以我說乾脆 9 億去補點值。

**黃啟嘉代表**

我們大家的共識，就是把第 1 階段跟那 1 億是綁在一起的。

**主席**

如果 9 億要調診察費是調幾點，8 點。

**黃啟嘉代表**

調 8 點也不要調太多，剩下就去補點值。

**主席**

那我們可不可以這樣子，1 億調，然後診察費調 5 點，剩下反映點值。

**黃振國代表**

但是你現在 6 項都調，不只 1 億，你用 107 年還是 106 年的，有估成長率嗎。

**主席**

1 億，這個成長率有限。

**黃振國代表**

你認為要壯大基層，這根本互相矛盾。

**主席**

那你認為成長率要多少。

**黃振國代表**

我是建議我們調不一定要跟地區醫院一樣，因為當時支付標準會有差距，就是因為跟設備有關，今天診所跟地區醫院的設備有差，你今天在傷口縫合，我贊成要調，但不是完全比照。

**主席**

剛剛的說法是說綁在一起，就是那 6 項調 1 億，這個先確定，另外一個你們想調診察費，這是我們想反映點值，因為放棄假日的話。

**黃振國代表**

另外的說法很簡單，我們把增加的點數也做個總和也就是 1 億，點值單獨結算給這些診所。

**主席**

分科結算有可能嗎，不可能啦。

**黃振國代表**

你就那幾個醫令結算阿。

**陳相國代表**

其實我們開過好多次會議，對於調整假日診察費。

**主席**

我們今年就不調假日，那我們現在跟大家談的，就是我們各退一步。外科 40 幾項大家覺得太多，那我們就只調那 6 項，大概是 1 億，那還有剩下 9 億。

**黃振國代表**

那 1 億不一定要照地區醫院，我的看法是要再精算。

**主席**

你只是把事情弄得非常複雜。

**李純馥組長**

你現在變成說，假設今天有醫學中心的醫師，到基層來兼診，他做一樣的事情，就換藥來講，點數不一樣，這很奇怪。

**黃啟嘉代表**

我們基層跟醫院的支付標準很多都這樣。

**主席**

我可不可以這樣建議，希望今天能夠有結論。就是那 6 項，就照我們的建議，就是在這個規模內，剩下的調第 1 階段 6 點，那再剩下的反應點值，這樣好不好，這樣可以通過嗎？

**醫界代表**

好。

**主席**

接下來有一個臨時動議案重不重要，我們下次討論好了，希望大家回去好好跟會員說明，好不好，謝謝大家。

**散會 下午 5 點 08 分**