

# 「西醫基層總額研商議事會議」108年第1次會議紀錄

時間：108年3月7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)	黃代表信彰	黃信彰
吳代表國治	吳國治	黃代表振國	黃振國
吳代表順國	吳順國	黃代表啟嘉	黃啟嘉
呂代表紹達	呂紹達	趙代表善楷	趙善楷
李代表孟智	李孟智	廖代表慶龍	廖慶龍
李代表龍騰	請假	劉代表家正	劉家正
李代表偉華	李偉華	蔡代表有成	請假
李代表紹誠	請假	鄭代表俊堂	鄭俊堂
李代表純馥	李純馥	鄭代表英傑	鄭英傑
周代表思源	周思源	盧代表榮福	盧榮福
周代表慶明	請假	謝代表武吉	請假
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	請假
林代表鳳珠	林鳳珠	羅代表倫樾	請假
邱代表泰源	請假	蘇代表東茂	蘇美惠(代)
徐代表超群	徐超群		
翁代表青聖	翁青聖		
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

中華民國醫師公會全國聯合會

賴俊良、陳哲維、吳韻婕

黃佩宜、黃幼薰

台灣醫院協會

請假

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

林靜儀委員辦公室

吳姿範

本署臺北業務組

范貴惠、廖美惠

本署北區業務組

麻晟瑋

本署中區業務組

王慧英

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

王本仁、詹淑存

本署企劃組

姜晴

本署財務組

黃千華

本署資訊組

李冠毅

本署醫務管理組

劉玉娟、劉林義、林淑範、

谷祖隸、洪于淇、王玲玲、

林右鈞、許岑竹、劉勁梅

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：林 蘭

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：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」之說明

決定：洽悉。

## 第二案

本會歷次會議決定/決議事項辦理情形。

決定：洽悉。

## 第三案

案由：西醫基層總額執行概況報告案。

決定：

一、洽悉。

二、有關「基層總額轉診型態調整費用」(13.46億)結算方式，請中華民國醫師公會全國聯合會研議未經醫院轉診，主動到基層診所就醫的個案認定方式。

## 第四案

案由：107年第3季點值結算結果報告。

決定：

一、一般服務部門點值確定如下表：

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.8900	0.9551	0.9241	0.9758	0.9736	1.1000	0.9408
平均點值	0.9269	0.9703	0.9476	0.9851	0.9815	1.0663	0.9571

二、依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

## 第五案

案由：108年「罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材」及「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」結算方式報告。

決定：

- 一、108年「罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材」比照醫院總額同項專款結算邏輯。
- 二、「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」用於罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費以外之費用，其結算邏輯為符合前開「罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒」案件之醫療費用點數(申請費用點數+部分負擔)-「罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒」藥費及罕見疾病特材。本項衍生費用於預算額度內，依各分區實際執行併入各分區一般服務費用結算。

#### 肆、討論事項：

##### 第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：108年「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」修訂定案。

##### 決議：

- 一、同意新增無障礙就醫環境相關指標，將俟衛生福利部公告並經本會議確認後生效；若於年度結束後，仍無法確認定義，將回復108年原修訂計畫內容辦理核發作業。
- 二、有關委員就診所設置無障礙就醫環境(含診所內外)之困難及是否可委由各縣市醫師公會認定一節，將以會議紀錄轉衛生福利部參考。
- 三、無障礙就醫環境核算基礎為3%。

##### 第二案

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。

決議：本署提案西醫基層比照106、107年醫院總額運用本預算調整之支付標準及週日、過年期間之第1段合理量門診診察費調整，未獲同意，請中華民國醫師公會全國聯合會參酌本署修訂方向，於會內凝聚共識提下次會議討論。

#### 伍、臨時動議：

案由：院所反映「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)之開業計畫管理原則執行疑義案。

決議：

- 一、本方案十、支付標準及醫療費用申報與審查(三)支付原則 1. 開業計畫(3)管理原則之修正事項如下：
  - (一)考量本方案公告時程及診所因應時間，同意第 A 點，執行開業計畫第 4 個月起每診平均人次未達 3 人者，不予支付保障額度之規定，由 108 年 1 月 1 日展延至 108 年 4 月 1 日起執行。
  - (二)第 B 點後段文字第 25 個月起，須達保障額度 60%，未達者以 50%核付，文字修正「第 25 個月起，須達保障額度 60%，未達 50%者以 50%核付，50%以上未達 60%者，以實際申報點數支付」。
- 二、有關診所建議保障額度閾值應依申請年度規定辦理一節，綜整代表發言，歷年來本方案內容均配合年度預算逐年修正公告實施、為避免執行開業計畫醫師未積極提供民眾醫療服務及基於獎勵開業診所間之公平性，並使醫療資源不足地區民眾獲得適當醫療服務之意見，一致認為應維持 108 年公告內容，不管加入開業計畫之年度，皆應適用 108 年公告方案，以示公允。

陸、散會：下午 4 時 40 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1次會議與會人員發言摘要

主席

各位代表，請先看上次的會議紀錄第5頁到第11頁，大家有沒有問題？如果沒有問題，我們會議紀錄就確認，接下來報告事項第1案。

## ● 報告第一案：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」之說明

主席

代表的組成，還有2位付費者代表尚未產生，所以今日未出席，下一次會議會出席。另外討論的議題，請各位代表、各公會或全聯會，事先函文通知，我們會納入議題討論，大家有沒有問題？如果沒有問題，接下來報告事項第2案。

## ● 報告第二案：本會上次會議結論事項辦理情形。

主席

第2案大家有沒有意見？如果沒有意見，接下來第3案。

## ● 報告第三案：西醫基層總額執行概況。(略)

主席

好，全聯會及本署的報告，大家有沒有意見？

黃啟嘉代表

13億才花這麼多錢，其實並不是分級醫療失敗，而是署方嚴重低估了分級醫療的實際成效，我們都知道在署方大力宣導分級醫療的情況下，用腳走路的人其實蠻多的，就是他並沒有經過申報的程序，有些人本來在醫院拿藥，後來到診所拿慢性病的藥，但是沒有在醫院那邊呈現，因為他不可能回到醫院請醫師幫他開下轉的轉診單。所以這些誤報的人，有時候並不是誤報，是醫師覺得他是下轉來的，所以就把他報上去，這些部分到底多少？其實慢性病很容易歸戶，在我手頭上，至少每個月有10位慢性病病人是從醫院下轉到我的診所拿藥，這些人也不會去跟原來的主治醫師說，請幫我轉診，所以並不是分級醫療推動效果差，而是署方嚴重低估成效，所以這一點一定要想辦法解決，否則會讓大家誤判這個政策執行的不好，其實我自己是覺得政策執行很有效，健保20多年來，這2-3年分級醫療真的有在動，可是你的方法、成效呈現，在政治上不

太正確。

### 吳國治代表

二件事情，一個部份是呼籲我們主委所提到的，健保最傲人的就是大數據，從大數據一定可以估算到的東西，一定要 key 進去才給的話，一定是低估。第二，我要反應技術層面，我們新竹的診所一直接到醫院電話，拜託診所去按受理，診所沒有受理，醫院就沒有績效了，你們評估醫院的績效，轉診有沒有算到受理？其實這是不好的，績效如果是看受理，對醫院也不公平。有些沒有來源的是忘了 Key，基本上應該想辦法讓 2 個地方申報 match，有申報就給錢，這是最理想的，像新竹馬偕醫院，我們跟他反應，轉診上去後，回來的初步回條附了一個 memo，本院已收到貴院的轉診，請貴院記得申報 01036C 或 01037C。第二，他下轉的 case，在轉診單也附了一個 memo，本院已申報 01034B 或 01035B，請貴院記得申報 01038C。我想這是很開明的做法，如果這樣做的話，醫院的績效也會出來，署方也不會算到沒有主人的地方，這樣量才會上來。其實我覺得在大數據計算上，費用還是偏少，以上

### 黃振國代表

我想上次在會議說的很清楚，臺北區如果照現在健保署的方案，真的是嚴重低估，其實我們用 VPN 轉診目的，只是為了資訊端，讓醫院跟診所有很好的溝通方式，讓病人在醫院、診所的就醫狀況，透過 VPN 讓接手的醫師，能夠獲得第一手訊息。但是我們現在討論的是費用計算，實質下轉到基層來，真的用了基層的醫療資源，可是我們還侷限於他有 VPN 完整的下轉及接收，兩者 match 才計算，這個我們看得很清楚。107 年的預算，第一，真的用不完，對臺北區是嚴重打擊，上次提到第 3 季數字是 6 百多萬，第 4 季可能預估 1200 萬，對臺灣 1/3 基層占率，等於是杯水車薪，有等於沒有。我每個月至少有 10-20 位病人是從醫院下轉的，尤其是慢性病下轉到診所來，病患都願意到基層享受同等的優質服務，但病人有時候不會主動拿出轉診單，在掛號端就不會有下轉動作，所以醫師在看診就不會主動 key 代碼，我建議有下轉 case，是不是可以 E-mail 通知，E-mail 比較沒有成本，傳簡訊更好，這樣我就會知道有哪些病人近日會來我診所。可是現在我要自己主動上 VPN 查詢，像我這樣小忙的人，一個月要上幾次 VPN，說實在是有困難，1 個基層醫師，1 個個案 200 點或 250 點，對他而言誘因不大，他不知道我們健保署有把下轉費用編列進來，這會影響到該地區點值，可是很多醫師不知道，所以在計算過程中，本來就該從寬認

定，可以問問現場基層、醫院前輩，到底有幾位知道如何上、下轉、按受理，我相信可能人數不太多，連我們都不清楚，所以可能基層的醫師也了解的不太透徹，所以電腦操作和看病行為，不要影響實質的醫療行為。

**主席**

好，謝謝，請張醫師。

**張志傑代表**

我想回應一下剛剛黃振國委員講的。我們其實現在診所的電腦系統是可以做到可以找到下轉病人，不需要上 VPN 就可以做了，但是現在目前其他的系統都還沒有開發出來，其實是做得到的，我們目前自己診所系統是可以做得到，所以我從來沒有上過 VPN，就是下轉病人他會直接顯示在病歷裡面，你如果收到下轉病人，你不 key 回覆還不行，它不會讓你過。所以這個是做得到的，只是現在我發現，其實我也有在測別的系統，我發現別系統有的甚至連最新健保署雲端都不相容，就是現在的共同傳輸平台 6.0 都不相容，既然它不相容，就有很多地方不能改，但其實可以責成醫療系統廠商，請他們儘快，其實沒有那麼難做得到，做得到以後其實診所端就不用怕，你根本不用管什麼時候會有轉給你，你每天都會知道誰轉給你。

**廖慶龍代表**

我想我個人有個案例，我前幾天接到彰基問我說怎麼轉 4 個病人過來，後來我上我們的病歷去查一下，4 個都有過來，不過都沒有顯示，我覺得還是贊成張醫師的意見，你要醫師每天都來看 VPN，我覺得很難，因為畢竟個案不多，既然大家都認為這個事情那麼重要，為什麼自己不會在病歷上提醒，因為你提醒，我們自然看的時候就會去把它做回覆、受理的動作，謝謝。

**林俊傑代表**

就我們高屏區的經驗，像我最近很多病人，他並不是直接從醫院轉回來，而是他有收到我們健保署或是衛福部分級醫療的宣傳，他認為「厝邊好醫師，社區好醫院」，他就直接到我們基層來，當然我們也很樂意接受比較穩定的 case，我們就直接給他照顧慢性病的整合，但是在 VPN 的時候，它既沒有顯示，我們也沒有代碼，我就認為既然署方要落實分級醫療，鼓勵病人，我們基層跟社區裡面介入，我是認為在計算 13.46 億這個預算應該讓它更寬鬆一點，設定比較簡便的方式，很多醫師他不是每天都在上 VPN 看我有幾個從醫院下轉，所以我認為應該這 13.46 億是不是請署方再思考一下，讓基層直接來比較能夠簡易的

執行，假設病人他不是直接從醫院下轉，但是他是因為信任你，他直接拿你們醫院的處方箋來，他也應該能夠使用到這 13.42 億這個預算，以上建議，謝謝。

**主席**

好，吳醫師。

**吳順國代表**

我有實務經驗，我是覺得確實會有漏接的情形，第 1 個所以我們會有 1 個建議是說，醫院端可以直接書面轉診，可以查醫院，第 2 個就是說，如果不行，我們可以健保 IC 卡寫卡的時候，就可以把這些紀錄寫上去，醫院回轉假定如果可以做到醫院在轉的時候就可以寫上去，在基層的時候掛號就可直接進入轉入，所以這樣就不會有漏接，數據就比較能呈現，就像我們講的，病患在我們接收後，病患也有拿出來，等你看完了才拿出來，事實上就沒辦法重新再 key 一次了，因為你要重新進去，你也沒辦法退掛，所以我們可以從寬認定，我們現在醫院端如果有回轉，他就已經可以記錄了，然後在第 1 次回到原診所的那個地方，其實大數據一定可以抓出來，謝謝。

**主席**

先請鄭醫師，然後再來張醫師。

**鄭俊堂代表**

主席、各位委員大家好。我們肯定署方推動分級轉診，我目前所接到的就剛剛我前面幾位醫師講的，目前是很多的病人，大概慢性病人他會來這裡說，醫師可能跟我講，如果說是高血壓、糖尿病就到我這邊來看、拿藥就可以了，這種病人，事實上他根本沒有經過什麼任何轉診上去下去的問題，可是他現在換到我們這邊來了，目前整個經驗造成我們各地方基層嚴重的總額稀釋，如果到目前為止，我們是沒有得到好處，但是目前得到壞處是很明顯感受到了。至於說，署方定的 13.46 億這個錢，我覺得是太嚴格了，怎麼說呢，那天我們去北榮開會，有開會的報告說，我們 key 到北榮的病人，因為北榮那麼大的醫院也才只有百分之五十的病人去給他看病，那表示還有一半去其他醫中看病，你看這樣一半的我們就拿不到錢了，你看這很明顯一半就拿不到錢的，你還要指定回來原來的醫院，原來診所的醫師，那更慘啊。這個根本比例太低，所以這個認定在分級轉診、上下轉的部分，是不是應該要放鬆，這太嚴格了，這根本拿不到，因為你這 13.46 億應該是包括到他自己來慢性病，因為鼓勵慢性病、病情穩定

的病人到基層來看，就是當初我們分級轉診最重要的一個精神，你現在只給上下轉，能夠上下轉那些其實都很嚴重，需要開刀還是什麼，你嚴重疾病才會上下轉，你開藥回來基層也要很久以後，以上報告，謝謝。

**主席**

好，張醫師。

**張孟源代表**

主席、各位委員大家好。其實大家剛剛發言了很多，就是關於上轉、下轉的精算方式，其實健保署這幾年很有作為，這絕對是大家都公認的，因為以往的話，過去十幾、二十年來醫院的占率是逐年逐漸上升，基層的占率是逐年的下降，現在終於主管機關願意處理這個問題，我覺得大家都值得肯定，但是精算方式不應該用那個算的方式，不管是那一種方式，一定要根據單據那是錯誤的。你不能够完全憑著有沒有下轉的單據，應該用數據，而且健保署也有規定醫院每年要降 2%，你降 2%，你就反過來算，他降 2%的多少金額，換算給基層不就結了，謝謝。

**主席**

好，黃院長。

**黃信彰代表**

因為臺北業務組才到我們臺北榮總來做一個簡報，所以我想非常肯定署方的分級醫療的政策，我相信醫院跟診所也都在配合，只是大家還沒有熟悉這樣的遊戲規則。當然這邊說他在這邊提出一個很有趣的數據，就是醫院層級申報 01034B、01035B，這是有加成的，有轉診就有加成，然後基層有去接的、有申報的 01038C 在第 3 季只有 10% 左右，所以到底那些人是下轉的沒有去看，還是看了以後，基層診所沒有申報，覺得大家可以去思考，到第 4 季就增加到 16%，那是因為第 4 季它 90 天有用，所以要到 3 月底才拿到，所以可以看的出來大家對健保署的政策是配合的，但是不曉得去把它打 01038C，譬如說 200 點，但是我們醫院，醫院方面就是如果診所他申報 01036C 跟 01037C，但是到我們醫院申報 01038C 就很高，可以到 50 幾%。所以第一個我是覺得，大家很努力的在做，但是就看健保署他要怎麼樣去承認，所以這個是有一點低估，我是建議大家就是鼓勵我們基層盡量去做，健保署要我們申報的、要我們申報 200 點，你就給它申報 01038C，只要是轉診的個案，你都要盡量申報，如果沒有的話，看看大家今天協調怎麼樣來承認這是一個回轉或下轉的事實。

**主席**

好，李院長。

**李孟智代表**

我純粹以學理來分享，大家可以想一下。當初在設計上下轉，它有個基本的理念基礎，就是區域跟地區為基礎的時候上下轉，因為這樣比較能長長久久，就是網內亂打不太容易長久，如果突然跑到臺中醫學中心或基層診所，他明明就住在臺北，這種沒有以區域或是體系，就是說團隊之間的上下轉，它比較合常理，當初是這樣一個構想，但是不一定要100%，不過我先講他的架構基礎，就是區域與地區的基礎，第二個就是漏接的遺憾怎麼彌補，最好就是插卡就看到他是醫院下轉，也做得到。因為其實健保署有一些特別註記的病人都看的到，所以他要做轉診的註記也可以，所以這個健保再努力看看，就是把這個列為重點，在資訊方面做改善，第二個漏接的補救，就剛才代表提到的，還要再掛號、重key，是不是有一個寬限的辦法，比如說他明明是轉診的，我也接到我的轉診，但是因為沒有這種註記，事後也漏接了，事後有沒有辦法很容易的點一下就把它追回來，把我們改接轉診，這個技術上沒有問題。

**主席**

好，劉醫師，然後王醫師。

**劉家正代表**

我個人的話，對這個下轉想要給健保署建議，因為我個人的話，參加臺大星月計畫還有家庭整合計畫，我主要上轉臺大或是和平醫院，這幾個月來，從沒有1個下轉，我一直想，是為什麼都沒有呢，我的病人轉診門診、轉診急診都有，我的想法就是說，這些的話，該院都處置好了，也許他就覺得我就都回你，我已經給你處理很好就好了，有什麼好下轉的。因此我們現在一直在乎就是這個下轉，我是覺得我們給健保署1個建議，是不是可以定一個原則，其實就上轉的話，有什麼條件非下、回轉不可？這樣的話，有什麼情況、看什麼情況下你一定要回轉，這樣的話，我覺得起碼一個基本的保障，否則的話，像我痴痴的等，等不到一個病人，以上報告。

**主席**

好，王醫師。

**王維昌代表**

我們現在依全國最優秀的公務員以及最優秀的醫療團體，都沒有辦法把轉診這

件事情做好，我是覺得，第一個，一定要有 API，現在我們沒有 API 已經能夠很清楚這個病人他用藥很多，不要再開了，我們曾經在臺北業務組建議要有一個 API 系統，讓我們知道這個病人確實我轉過去、他回來，臺北業務組跟我講說，署本部不考慮這個問題，其實署本部有這個能力去做，這個做好以後，不可能漏接。第二個，剛剛孟源兄有提到計算方法的問題，現在計算方法一定要弄得很好的計算方法，不然的話，全國都在做這個事情，做了很久也都沒有成功，代表這個方法一定有問題，所以應該是這 2 個方向去做考量，謝謝。

### 主席

好，謝謝。主委。

### 黃啟嘉代表

我想直接做操作型的建議，第一個剛剛講到電腦上能抓到 VPN 的數據、能呈現出來，剛剛國治兄傳給玉娟了，請玉娟看一下你的 LINE，他上面已經教你怎麼算，其實我之前就講過。第二個操作型定義，是不是可以設一個碼，就是基層主動 key 希望醫院轉診，醫院確實將病人從醫院轉下來，署方可以做審核，看到這個碼的時候去看病人上一家處方箋在哪邊看，如果是在醫院開的，我可以跟主席講，醫院願意主動把慢性病轉下來只有少數的醫院。基層看到這個病人原來是醫院的，他願意到基層來，就給基層一個跟原來 VPN 不一樣的代碼，基層主動可以填那個碼，署方可以去審核，看填的對不對，那一個病人過去他所有慢性病都在醫院拿的，現在都轉到基層，我可以告訴你，這樣你們的政績會多一倍以上，你就直接用這樣操作型設一個新碼，我們基層主動打，這也不是沒有根據，你還可以審核，因為你有大數據可以去歸戶，我填完這個碼你再去歸戶，這樣一填以後，真正轉診都會完全呈現出來。

### 林俊傑代表

我完全贊成我們主委，我們看就這樣，「01039C」病人主動從醫院到我們基層來，而且是符合分級醫療的觀念，他也可以落實病人從社區、從我們基層裡面進入這樣子，讓基層能夠對慢性病整合觀念更好，因為剛剛主席有提到，有的是 01038C 我們填了，他還會去歸納，就是 VPN 醫院有沒有下轉，但是實際上有時候病人是主動到我們這個診所，他信任你這個醫師，或是透過人家口耳相傳的口碑，所以我是蠻贊同主委說的，我們用一個新碼，由基層診所填，填完我們用新的碼去統計，因為這還關係到不只是這次轉診的 200 塊，還關係到後面就是我們所謂基層總額點值的浮動，我是相當認同，以上報告，謝謝。

### 黃啟嘉代表

其實我是這樣講，剛剛我們俊傑說的新碼，你要不要給我 200 塊不是重點，重點是要把費用給我們，因為我也不是貪你這 200 塊，但病人確實已經走到基層來了，在使用基層的總額，你要把那塊預算給基層。其實在轉診的過程中，說實話，基層比較需要醫院，醫院比較不需要基層，醫院絕對不會為了需求，把病人下轉給診所，但診所會為了需求，把病人上轉給醫院，我們不要講上下轉，醫院回轉給診所、診所轉診給醫院，不要分上下關係，但是至少我們診所比較需要醫院，病人轉診去醫院，醫院沒有必要將病人轉到診所，那麼好做的病人，幹嘛下轉、回轉給診所，真的是違反人性。唯一目的是維護民眾的權益，因為病人到基層來真的是又便宜又方便，我們基層能夠說服民眾，他願意自己用腳走路到基層，我們填一個碼，這也是一種轉診。

### 張孟源代表

就是關於操作型定義，虛擬代碼的話，不管是 01038C、01036C 是因為雙向，這完全一個投、一個接，那才有點數的費用，但是剛剛啟嘉代表提到的，是不是應該增加一個虛擬代碼。虛擬代碼已經有了，去年我們就已經，比如說 R006 就是配合分級轉診，所以假如 R006 是我們基層委員會提出來的，既然健保署也正式公告有 R006，而且這是虛擬的，沒有費用，是不是基層只要收到醫院轉過來的病人，或是他確定是醫院轉過來的病人，我們就現有的代碼 R006 把它輸進去，因為剛剛大家在討論的是統計的問題，不一定要 01038C，或是配合 01034B 我們才能夠算是轉診的，只要我們能夠用 R006 輸進去，健保署有時候去追查，確實本來在醫院就醫，後來到基層就醫，是否就可以歸到基層，因為確實是有這樣做，你只要有 R006，跟一個虛擬代碼，也不涉及費用，只是確實這是從醫院來的，這樣子而已，謝謝。

### 主席

好，謝謝。林醫師。

### 林誓揚代表(莊維周代表代理人)

主席、各位委員好，我是林誓揚醫師，代表莊維周醫師出席。對於上下轉的轉診，我有一個意見，我們 13.46 億在分配的時候，著重在 VPN 有沒有完成，就是說，投手投出球，一定要捕手有接住，但是這個忽略了病人自然流動的趨勢，我們不要忘記投手投出這個球有可能會暴投、有可能觸身球、有可能會打成安打或全壘打，這時候捕手就不一定會接得到，所以我建議一個概念，如果該區

有這個趨勢，趨勢就兩個條件，第一個，醫學中心或區域醫院它的門診人數減掉自然成長率小於前一年；第二個就是該地區的診所門診數減掉自然成長率大於去年，這2個條件同時存在的時候，就表示說這個轉診的趨勢是確定，13.46億就可以動支。第二個我要表達的意見是說，剛才張代表講的，他的系統廠商很好、很厲害，到他的診間就可以看到這個病人轉診，但是如果小戶只有依靠VPN，我每天要看VPN，如果健保署可以開發一些軟體，逼迫、威脅、利誘系統廠商送給我們使用，我會非常樂意使用，謝謝。

### **廖慶龍代表**

不好意思，我想我們現在問題是錢太多，常常看到錢不夠，所以今天比較特殊，我想替醫院找一個幫忙的方法，因為我們知道上轉比較沒問題，病人過去了很高興，現在醫院下轉的，如果說下轉的時候讓病人免部分負擔，要花多少錢，現在兩萬多人，算到4季，那這樣一百多萬，如果說全年是八十萬的話，應該是四千多萬，所以這個錢應該是花得多，謝謝。

### **主席**

還有嗎？

### **黃振國代表**

苦水大家應該吐一吐，我們清楚這個費用就是要補貼基層，呼應政府政策，也能夠享受更好的醫療品質，願意下轉到基層來，如我剛剛講的，現在VPN的研議只是要把我們看病的資料，方便雙方醫師能夠不用傳統書面互轉，這跟我們實際發生的費用應該不能直接連結，剛剛講的很清楚，我們很多醫師都有經驗，很多病人都是因為經過我們的努力，他願意享受這樣的服務，來基層之後，使用我們在基層總額的預算，可以看到去年的第3季，我們臺北區就是苦主，跟前年的第3季很明顯差值差很大，VPN的下轉，其實就看該區的醫院配合度，很可惜的，臺北區的醫院我們眾所皆知配合意願大都不太高，除了長庚體系有積極的下轉以外，其他都還在努力中，今天你花的費用不是基層努力的費用，是各地區醫院下轉努力的費用，因為跟該地區的醫院努力與否有相關性，跟該地區的基層醫師是否有認真來從事雙向轉診的分級醫療，剛好是背道而馳，所以我們看的到第3季，民眾下來了，人來基層了，錢沒有來，所以我覺得剛剛我在跟廖醫師講，真的不是錢太多，是錢不夠多，我是希望人來了，錢是不是也跟著來，很可惜，我們現在的制度很嚴謹。所以我的建議是說，既然人來了，費用也發生了，而且我很清楚，各地區很多醫院本身就有困難，我跟長庚醫院

應該是互動最好的，但是他們有些科就擺明說，因為那個科在醫院的收入普通，他就不太容易有很大的動機配合院方，而且剛剛講的很清楚，為什麼長庚體系會比較認真，因為他還有給醫院的醫師下轉有一些該有的回饋，這些回饋機制並沒有在其他醫院看到，所以我們上次有建議是不是公告比較績優的醫院，可是今天也沒有看到，去年 107 年全國最優的幾個醫療院所可以公布，至少讓各區的代表心知肚明，我們不敢叫你們公布倒數的，但是我建議績優的至少可以公布一下，讓大家挑戰學習，我希望我們的美意不要被擋掉，希望人來了，錢也跟著來，謝謝。

**主席**

好，藍醫師，最後一位。

**藍毅生代表**

剛剛前輩講的幾乎都是在講慢性病，其實我是外科急性病才是真正低估的。在場都是院長和醫院，很多醫院的第 1 次外傷的處置都在醫院，只是大概 80% 都不會寫轉診單，第 2 次都是在基層換藥、基層的處置，幾乎沒有任何一家，包括榮總，會把第 2 次的病人轉出去的時候寫轉診單的，幾乎沒有。但是這種情況是常常發生，所以，低估的是在急性病人。以上補充，謝謝。

**主席**

好，謝謝。大概所有人都發言了，醫管組這邊先做初步回應。

**李純馥代表**

謝謝各位代表給我們一些建言，尤其是在資訊的部分。我們一定會收納後，試著跟我們的資訊組來談是否能夠改進這樣的問題。不過因為現在 VPN 的碰撞，其實是以病人為中心的概念去做回應，可是如果我們講轉診，其實是除了病人之外，還有院所對院所，這裡的複雜度在於這個大醫院，開了這個轉診代碼是給這個診所，所以系統會比較複雜，我比較擔心的是我們都提示，會造成所有大家都到基層看的人，都以為是轉給這個院所。因為基本上我們是要給院所對院所都要勾稽到，我是想說這部分跟資訊去談。第 3 個是有提到，書面轉診的部分算不算，在我們的用意裡面當然有含書面轉診，據我所知，很多醫院還是會印書面轉診單給病人，因為病人也會要求。病人會說到底有沒有轉，我根本不曉得。所謂平台是院所間的，病人根本查不到。所以，大部分的醫院都還會應病人要求，列印書面，院所就會清楚他是從醫院轉過來的，這個問題就小一點，確實有些醫院就會跟病人講的很清楚。尤其如果本身又是家醫群的，那又

更清楚了。所以，這部分就會有多樣性。當然，我們也知道我們有進步的空間來做更改。至於剛剛有提到 IC 卡註記這一塊，確實會比較有難度，我們 IC 卡的欄位有限，所以，如果每一次的就醫都要到我們資料庫裡面去做查對的話，抱歉，最近大家都知道我們電腦流量有點過載，造成各位在看診上面讀卡的一些困擾。我們也不想為了可能 1 天的 1 筆，可是我要頻繁針對 1 天 200 多個病人都要到我們系統裡面做處理，這部分我們會再來研究。至於說定義要怎麼樣的 case 一定要下轉，我想這部分也是收納來跟各個醫院層級來做討論，因為這個涉及專業。至於今天我們做的這個報告案，是針對上次已經協商通過的那 13.46 億，我們只是跟大家報告成效，這個案子在上次報告案中，也有跟各位代表說是要提到健保會去做報告，才會做定案。各位的意見我們會收載，我們期待如果在健保會報告時，可能會後各位也可以給我們比較具體的要怎麼去修這個方案的方向。是不是容許對於我們今天所提的這個分析概念，其實我們不是只有分析一種狀況，有好多種狀況，這好多種狀況其實是不一樣。因為我們是以這個人下轉到這個院所後，他後續所有的，即使他後續也有回到醫學中心、區域醫院、地區醫院，我們也都沒有把他刪掉，也就是說他後續的就醫在基層，我覺得在這個地方的認定上，已經留有比較高的彈性。我先做這樣的回應，以上。

## 主席

好，現在我們看到數據，大家會看到留了 13 億，好像用的不多，所以，感覺上好像應該把定義從寬，然後把錢多用一點，基本精神是這樣嘛。但事實上我們推動分級醫療雙向轉診，到目前為止，也只不過是不到一年。但現在眼睛看到的數據，其實 7-9 月是最完整的，10-12 月都還沒有結束，無法做結算。所以，大家看了好像是這樣的感覺，試想轉診，剛剛好像黃副院長有提 1 個數據，根據北榮的經驗，就是人家轉給北榮，真正有到北榮看的只有 50%，這代表什麼呢，其實轉診不是那麼容易，要講好你要轉到那裡，再把資料 pass 過去，結果病人不去的原因要了解。這種轉診就會變成是一廂情願，但是不管病人去那裡，那這就是無效，我們耗了力氣，但是並沒有達到目的。我相信開始來重視轉診也是這一次的開始。所以大家都沒有經驗，從跟醫院間的磨合，慢慢才開始。所以，如果今天隨便亂弄把這 13 億用掉，那明年度是要怎麼走？這件事情是要怎麼樣去想，我們真正想要的是什麼，想要的是每一件事情都是真正有效的，才是我們努力的目標，一開始大家不盡然覺得有這麼多錢沒有花掉可

惜的概念，我們就要試想真實的世界，是不是都要做有效的東西。另外，剛剛還有 1 個數據是轉上去之後，真正會回來的平均有 10-11%，甚至有些人轉診去了沒有再回來，這是為什麼？那牽涉到醫院這邊意願的問題，醫院也有啟動比較慢的，還在嘗試、還在努力，或者是他自己也有系統還在努力，晚一點啟動的下轉力道，就沒有比較早啟動的院所效果來得好。例如劉家正醫師就講說，轉了一大堆，結果沒 1 個下來。所以，這是雙邊的問題，我們這個數據是兩邊都有找到才會算，是嚴格了一點，但是漏掉一些自己來的，自己沒有經過轉診單，然後就從他原來有處方箋下來，這樣子的概念，可能在我們的數據裡面，屬於 01038C 無來源。

**黃啟嘉代表**

我們怎麼會去 key 01038C 呢。

**主席**

那就更難了。

**黃啟嘉代表**

我要講的是，我們現在用 01039C 或者是剛剛講的 R006。

**主席**

但那是未來。

**黃啟嘉代表**

對，而且是以病人為中心喔，那個是真正以病人為中心。

**主席**

我知道，現在如果大家覺得有 01038C 無來源的這一些，會不會他自己來的，這是一種；另一種是連 01038C 都沒有的，但他是自己來的，那沒有辦法辨識嘛。

**黃啟嘉代表**

這個東西我們今天沒有辦法討論，因為今天沒有做這個設定。

**主席**

對，我知道。所以，我的意思是說，我們今天這個會議，是拿上次的決議拿出來報告，大概是這樣，大家不盡然滿意。第 4 季是還沒有算完，所以還有第 4 季的問題。但這是前半年而已，第一個半年。所以，確實有很大努力空間，例如像剛剛主委講的，我們還要有個碼，讓你們主動去 key，然後這個病人是自己下來的，我們後續再用檔案去 check。

**黃啟嘉代表**

而且我們不要 200 塊，我只要醫療費用挪過來就好了

**主席**

O.K. 這個可以來想。另外，是不是我們的 API 可以提醒，也收錄。因為這個是報告案，所以，是不是我們就討論到這裡，而相關的建議就收錄，下一次第 4 季再整個追蹤，看看結果怎麼樣，在下一次會議再做報告。請，張醫師。

**張孟源代表**

剛剛提到關於虛擬代碼，剛剛提的 01039C。

**主席**

我是講 R006。

**張孟源代表**

這 R006 會後可以討論一下。

**主席**

可以討論，但是 R006 的用意不在這裡，原來的目的在避免重複用藥的核扣。但是那個 definition 跟這裡不太一樣。所以，會後我們再來想一想，包括要給你們一個主動的碼，或者是跟 R006 那邊去掛勾，這個會後再來談。

**黃啟嘉代表**

主席，這個報告案已經花 1 個小時了，我在想後面的討論案，有 2 個案子都是爭議性蠻大的。是不是大家看一下剩下的報告案，有沒有問題，我們直接隨時可以提出來做討論，好不好？因為大家再這樣發表意見下去，可能今天都沒辦法結束了。

**主席**

好，我們當然要把時間掌握。這個案子我們就先到這裡，下一案是點值，那點值程序還是要走過。請簡單扼要說明。

● **報告第四案:107 年第 3 季西醫基層總額點值結算結果。**

**主席**

好，有沒有問題。還是臺北區問題比較大，接下來第五案。

● **報告第五案:108 年「罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材」及「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」之結算方式報告。**

**主席**

有沒有補充說明，罕病、血友病、愛滋病的藥費結算，目前西醫基層衍生的是1,100萬，是這樣嗎。可以跟醫院總額專款相互流用，這個大家有沒有意見，我們還是要扼要講一下。

**李純馥代表**

今年比較特殊的是，西醫基層的專款有一個協定，是針對罕病、血友病、愛滋病的藥費及其衍生費用。因為藥費本來就是專款，而衍生費用的部分，我們是以那一筆有申報愛滋相關的照護費用扣掉藥費以後的其他費用，再算到這個專款裡面來。

**劉林義專門委員**

基層不會因為治療罕病、血友病而增加費用。

**黃啟嘉代表**

不過1,100萬，還是報到我們的，因為品質藥費在專款，這1,100萬是扣掉專款，使用的那1,100萬是用掉的。

**劉林義專門委員**

這個1,100萬本來就是在專款。

**黃啟嘉代表**

這樣我沒有意見。

**主席**

可以看一下報3-4的108年專款的第7點就是1,100萬。

**黃啟嘉代表**

好，我沒有意見。

**主席**

好，接下來下一案。

● **討論事項第一案:108年「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」修訂定案。**

**主席**

好，請補充說明。

**劉林義專門委員**

有關品保款的部分，我們在上次已經把無障礙設施放進去了，計算方式，比如說我們本來分數總分是 112 分，無障礙再加 5 分，就等於是 117 分，可是我們的總分還是維持 100 分，最高就是 100 分。本來上次是這樣，所以我們依照委員會的決議把它報到衛福部，可是衛福部的回文是說：第一，行動支付是不用增列的，我們上次本來就沒有增列，可是大家看到附件 1 衛福部的回文說明第三點，惟查西醫基層的計算方式誘因有限，所以沒有政策的鼓勵效果。這是衛福部的回文，意思是說不通過，所以，這次再提看看。我們本來是 117 分算到 100 分。現在我們還是回到 112 分，就是先把那 5 分拿出來，可是這 5 分要變成必要項目，所以，這 112 分最高只能算成 95 分。如果要達到 100 分，那就要做無障礙，符合無障礙的部分，這樣才能達到滿分。這個案子我們同時也在透析和牙醫都是這樣做，而透析跟牙醫還做到他們總分最高就是 100 分。西醫基層當然我們還是有個加分，所以還是維持 112 分不動，最高就是算到 95 分，做到無障礙就再加 5 分，才能達到 100 分，這是我們的提案。

**主席**

好，謝謝。

**黃啟嘉代表**

我這樣講，衛福部打了一個太極拳，結果你把它當真了。當真以後，你改了這個規則，但事實上影響很大。詳細的內容我要拜託我們的品質組組長-盧理事長來解釋。

**盧榮福代表**

關於這個計分方式，我們全聯會有個表，這幾天有跟健保署這邊討論。本來我們總分是 112 分，現在把它用權重 95%。把一個權重換算成幾分去算，健保署這邊現在就是把 112 分到 95 分都當作是 95%。大家看這個表格，比如說它是達到滿分而且沒有無障礙空間，它的分數會比一個總分是 91 分但有無障礙空間，即總分變成 96 分，而這 112 分的診所，它就只有 95 分。所以這會形成，我是 112 分，但因為沒有提供無障礙空間，就會比一個只有拿到 91 分但有提供無障礙空間的診所的分數來得少。第 1 家診所拿不到，第 2 家診所分數比較低即使分數差那麼多，它還是拿得到，從 112 分到 95 分的診所如果沒有無障礙空間，它是拿不到費用的，因為它的分數都比這 91 分的診所來得低，會產生這種情形，所以這種影響不知道層面有多大。如果這種算法醫師會算的話，那他會產生多大的改變，重點是在這裡。

### **黃啟嘉代表**

其實衛福部不想要訂這個標準、不想承擔這個責任。所以，他丟回這個問題說誘因不足。我們當初還有一個商量，無障礙就醫環境必須是衛福部要跟我們全聯會醫界代表來共同擬定。所以，我覺得我們不應該先改規則，我們應該先跟衛福部講先擬定無障礙設施的內容，你擬出來的東西是不是荒腔走板，荒腔走板就不能拿來做很重要的參考。如果擬定出來大家都可以接受，那未來這要成為重要的項目，我們也能接受，但是還沒擬定，我們就要先改變我們原來商量好的東西，實在是沒必要這樣做，這樣做會讓原本品質好的診所拿不到錢。

### **黃振國代表**

我想剛剛講的很清楚，無障礙空間診所要做有時候很困難。第一個，跟它所在的建築物有關，現在的建築法規，尤其在座都有經驗，成立比較久的診所，因為當時設立的法規比較沒有那麼嚴謹。現在各縣市跟衛福部的法規更改，現在要更新設備跟內容，同時會被照會建管，有時候光建管來看，我們以往能看的要更改，就會造成很大的困難，原來通過的變成不通過，這是第一個窒礙難行。我們健保署的長官也說了，現在哪一些診所比較適合做無障礙空間，第一個是洗腎診所，洗腎診所都是比較大型而且連鎖型的診所比較多，而且往往都是1層、2層、3層，所以能應付洗腎的病人在基層的診所，而且往往都是相當有規模的診所，當然可以做到那麼好的無障礙空間；還有剛剛講的牙醫，現在大家看看各個地方的精華地點診所都是由醫美取代成牙醫診所，今天醫療院所在提供服務的同時，為了吸引更多病人來就醫，就有能力而且有意願，可以提供更好的服務，包括無障礙空間，但是醫療品質不是只有無障礙空間。事實上，民眾在就醫的時候，自然選擇他能夠信任、能得到好的醫療服務，而且方便性是夠的診所，他自然就會去。假設我們今天只單獨找這一項列為必要，而且是剛剛盧理事長分析的，從91分以上只要有這一項就可以凌駕所有沒有無障礙空間的診所，原來服務很好的診所，因為他的所在地、建築物、法規或是規模，因為無法配合這個項目，就會從原來本質好的被評分成差的。所以，這個指標不能貿然地做這樣的修正，謝謝。

### **吳國治代表**

我可能要提醒署裡，這個操作上是有風險的，現在修正方案，有把握部裡會訂出來嗎？這爭議是非常大的，到時候你品質保留款發不出去，徒增煩惱，所以，我建議還是要從外加的方式處理。我再提出一個實務面，我的診所外面摩托車

一大堆，我診所裡面全部都是無障礙，但病人都進不來，那這是加分？還是減分？這是第一個；第二個，是什麼的無障礙，現在只是針對身障，那如果針對聽障呢？智障呢？所有的障呢？到底是哪一個？所以，我說衛福部一年內訂不出來。另外，像在新竹，大家看病人安全的部份，當然是抓大的，我一定是去看洗腎診所、看有接生的婦產科診所，因為他們病人住在裡面，所以這個東西是要有準則出來的，我現在很擔心你硬把那個 5% 加大到權重，你到時候品質保留款發不出去，現在已經三月了，我不相信部裡訂得出來，我剛剛提到的困難點真的很多，所以，這個可能要參考一下，訂這個真的要很謹慎，我建議是不是換成鼓勵的方式會比較好，以上。

**主席**

好，王醫師。

**王宏育代表**

我覺得要簡單一點大概分成兩個方面，第一，如果我們可以訂出無障礙就醫環境的定義，但是誰去評審？誰去看呢？如果可以訂得出來，那我就建議把原來的配分 112 分變成 95 分，我們本來 5 項都是 20 分，把第 4 項、第 5 項減一點變成 95 分。那假設衛福部暫時訂不出來，那就用原來的 112 分，那就解決了，謝謝。

**主席**

好，還有嗎？

**張孟源代表**

我贊同王理事長所說的，我相信很多都要有訂定出來才能夠把他列入評分，都還沒訂定出來，這是對一個未確定的事情來做評分，這是不是很奇怪嗎？假如真的衛福部的指示那麼地強烈的話，是不是要有個但書？如果訂定不出來就回到原來的計算方式。

**主席**

好，衛福部的社保司盧副司長，這個公文是你們回的。

**衛生福利部社會保險司盧胤雯副司長**

關於大家剛剛的意見目前部裡面，針對就醫友善的環境可以往前再做多一點，在執行上，我們的操作型定義沒有出來，到底是要友善？還是要無就醫障礙？目前都還在討論中，因為今天醫事司沒有代表來，未能說明目前的進度。大家其實壓力很大，但就部裡面的態度，這件事情其實也都有跟長官做報告跟指

示，希望大家能夠再多幫忙。因為操作型定義還沒訂出來，大家好像意見很多，但我們只能夠跟大家報告，我們回的公文裡面也是說，希望能夠增加誘因，是不是還能夠審酌？希望大家能夠再討論。

#### **黃啟嘉代表**

我們覺得這是雞生蛋，蛋生雞的問題。明確定義後，就可以增加誘因，如果連明確定義都做不到，就先增加誘因，我覺得那是對殘障者的政治交代，如果今天改過以後，沒有定義出來，將來要怎麼執行。

#### **黃振國代表**

我建議衛福部，一般民眾身障手冊就醫的比例沒那麼高，反而是老人就醫比例很高，我們診所外面光是停車就醫的問題，規劃友善就醫環境不應該只有診所內部，應該要考量診所外，相關社政或警政單位應該配合，我上次就有提，診所外面應該要設臨時停車格，專門給友善就醫，不只殘障，包含抱小孩的父母、老人都可以使用。

#### **盧榮福代表**

我從 90 年一直都是全聯會的品質組組長，品質保證保留款從開始有的時候，我都有參與，當初痛苦的經驗，大家也都知道現在 11 項指標，都是從電腦資訊可以跑出來。因為以前有時候會需要出去看，看得時候，就需要派人出去，如果沒有看完，診所就會抱怨，所以最後才會 11 項指標都用資訊去抓，你現在這個無障礙空間，無法用資訊去擷取，一定要去看，衛福部這會累死你。

#### **主席**

請玉娟副組長說明。

#### **醫務管理組劉玉娟副組長**

有關無障礙設施，因為部很重視這個政策，部長為這個無障礙如何定案，中牙醫也都有，希望在品保款裡面放一筆錢，有讓院所鼓勵，為了這個也開了 7 次會議，最後一次開會提到本署在品保款的部分要做一些設計。第二個部分在認證，交由醫事司規劃，昨天社家署邀請身障團體、醫事司、國健署還有本署，針對目前想做的配套，讓身障團體 review 一下這些配套，但目前認證還沒有規劃。

#### **主席**

陳醫師。

#### **陳相國代表**

這個公文上面寫惟查西醫基層誘因有限，恐無政策鼓勵效果，請再審酌。我看的意思是，你做得很爛，請健保署不要設限，不要再做的意思。

**主席**

陳理事長看的角度跟我們不一樣，還要更大的誘因才有效果，不過大家的焦慮，我們也都知道，什麼才是無障礙就醫環境？但是我們幾個總額都有通過一個但書，今天修訂定內容，需待無障礙設施的定義，提本會討論通過，還會以修正案執行，若沒有訂定出來，就用修正前的。

**黃啟嘉代表**

那我們降 2.5%。

**主席**

其他總額都是 5%。

**盧榮福代表**

計算方法不對。

**主席**

我們原來的 112 分都不變，112 分要留 5 分給身障，同於 95 分的意思，平均一分等於實際得分 0.848，再加上 5 分。除非 112 分的內容還要再改，用到 100 分，就是 1 分對 1 分，或者是用到 95 分，這是可以討論。

**黃振國代表**

主席我有個建議，5 分不夠就提到 8 分，讓滿分變 120 分，只要做無障礙就可以加 8 分，不要因為這樣而排擠原有的項目。

**主席**

我們原本的最初草案就是把 5 分當加分，但是衛福部不同意。所以要實質 5 分，以後有照顧身障的人，其他的誘因還要加進來，這只是第一步。

**黃啟嘉代表**

我很好奇，為什麼中醫跟牙醫會通過。

**主席**

因為他們都有但書，現在不知道無障礙之定義，大家都同意等無障礙設施可以執行後，這 5 分才會生效。假定到時候討論的時候，大家有意見，無法落實執行，108 年還是用修正前的算法。

**吳國治代表**

西醫基層跟其他總額的樣態不太一樣，我們新增的診所並不多，這會影響到舊

診所，我們也反映過，政府直接在設置標準規定，一堆診所，偏鄉老醫師要退休，沒有人敢接。

**主席**

剛剛盧理事長關心說，需派人審查環境，成本高，部裡頭是要請衛生局查，查完給我們名單，所以這些不是我們今天可以討論的範圍。

**吳國治代表**

我們可以討論 5% 權重？

**主席**

對。

**吳國治代表**

5% 權重太重了，我覺得影響太大。

**黃啟嘉代表**

我建議 3%，我們西醫基層跟中牙醫不一樣。

**主席**

請問那裡不一樣？

**黃啟嘉代表**

我們本身新開業診所少，我覺得對於大型診所或院前診所是鼓勵，但這是在消滅單人小診所，我說得很白，我擔心的就是這點。如果你們要鼓勵大型診所我無可奈何，但至少權重不要設那麼重，我們堅持 3%。

**主席**

對於身障者來說，最常就醫就是西醫。現在如果診所無障礙設施不完善，就要到醫院就診，其實這些人很想到基層看病。第一次他們提出了說法，我們很想配合分級醫療，可是我沒有辦法，所以勞苦奔波到醫院，到醫院要排很久，負擔重，結果我們今天的代表看起來沒有很想接納這個想法。

**黃振國代表**

主席，我不反對，我的診所就在伊甸基金會附近，每年伊甸基金會的流感疫苗，都是我去施打的，他們有感冒平時就會到我診所，他們遇到的問題，是診所騎樓跟外面都是機車，不是所診所裡面不好。診所外這段路是否真的方便，你們所謂的無障礙就醫設施，應該是無障礙的就醫環境，環境包含診所內及診所外，衛福部應該一起解決，而不是說我們在座沒意願配合。

**主席**

診所外的無障礙我們會收錄，目前規劃的單位不是我們，我們可以把意見回饋給他們，等下次到衛福部開會反映給現在規劃的單位。

### **吳國治代表**

西醫基層的量能多，所以之前在健保會也有跟病友團體解釋，我們也希望找出標竿診所名單，讓身障病人去找他們，而不是弄個分數，沒有達到就等於品質不好，5%占率太高了。

### **主席**

目前牙醫、中醫跟透析都是5分。大家認為3分嗎？

### **盧榮福代表**

計算方法有問題，112分跟91分是一樣的，計算很奇怪。

### **張孟源代表**

有一點我還是要說明一下，無障礙就醫到底是環境還是模式，就像居家醫療，病人家裡沒電梯，無法出門，所以醫師去他家中，屬於無障礙就醫模式，你不用到病人家裡，裝自動升降梯，改建樓梯。像吳國治醫師診所外很多機車，那吳國治醫師走出來，不就結了。是不是只要你願意提供，表示善意，環境是environment 還是 surrounding 你要怎麼定義？應該是讓醫師跟病人的關係融洽，而不是叫老舊診所建管。診所願意提供無障礙就醫模式，走到外面去，可不可以？

### **主席**

現在我們連定義都不曉得，也不知道要不要改建。好，我們會把大家意見收載。第一個，進不來的病人，醫師就出去。第二個，進不來不是我不好，是外面交通大隊要取締。還有嗎？

### **黃振國代表**

認定是各縣市醫師公會認定，不是衛生局認定。

### **主席**

第三個認定是各縣市醫師公會認定，不是衛生局認定。還有嗎？我們都可以收錄。因為現在像暫時修訂定版，牙醫中醫留5分，我們是不是也留5分。還是盧代表有什麼建議？

### **盧榮福代表**

換算95%，換成112分。

### **主席**

112分的人又有無障礙設就得100分，但是你的分數不到112分，只有100分，也沒有無障設施，就是84分，有無障礙就89分。

**盧榮福代表**

我們是這樣算的。

**主席**

但是得分100分，滿分是112分。

**醫務管理組劉林義專門委員**

您的意思是，假如100分你們只算84.8分。

**主席**

你們的100分，是指總得分112分，還是得分100分。

**塗勝雄代表（吳欣席代表代理人）**

100分承上0.8幾就是95嘛。

**主席**

我們的算法就是這樣，滿分112分，總得分乘上0.848，再加上無障礙。

**黃振國代表**

這樣更嚴，我們覺得5分不只5分。

**主席**

112分的人，跟100分，換算都是100分。

**黃振國代表**

我們從各種面向，針對不同科別，中醫牙醫的設置標準比較簡單，就醫服務內容單純，我們西醫科別不同、環境不同，可能每個診所條件不同，112分回歸到0.84多，我相信5%不只5%，至少是8-14%，比我們想像還多，我覺得有問題。頂多請盧代表接受，總分最高97分，接受無障礙3分，加起來100分。97-112分都算97分。

**主席**

這是另外一種算法。盧理事長是否也是這樣？林義專委這樣有問題嗎？

**吳國治代表**

5分降為3分。

**主席**

5分降為3分。社保司是否可以？

**衛生福利部社會保險司盧胤雯副司長**

請問可以這樣決定嗎？

**主席**

至少我們今天要有共識。

**吳國治代表**

我舉反面的例子，你用設標看那一個總額關最多間，就知道影響層面。

**主席**

我們還有第 2 案，大家都堅持，那我們就 3 分。97 分以上都是 97 分，第三個，修正版要等真正定義，提會討論才生效。

**呂紹達代表**

其實我覺得社保司應該可同意說我們願意走出去加 3 分。

**主席**

收錄好不好？

**黃振國代表**

這就像我說的由醫師公會認定。

**主席**

外面糾察隊、警察局都算我們這邊，這樣最後會訂定不出來，容易做不到。我們就先討論到這裡，討論事項第 2 案開始。

● **討論事項第二案：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**

我們這次建議的版本，包括醫院有調、基層沒調的部分，還有第 3 年建議調假日看診，前面 2 年有建議大家都沒有接受，今年第 3 年配合分級醫療，調移上班時間在假日看診的，會給民眾在假日帶來方便，所以我們建議假日診察費跟平日要有所區別，目前看大家回的公文，還是堅決不調假日。再開放討論，請黃醫師。

**黃振國代表**

這是老問題，也反映臺北區第 3 季點值有嚴重的問題；臺北區 107 年 Q3 浮動點值跟全國相比差距約 0.03，107 年可以看到平均值(臺北區有 1/3 的權重)差距為 5%，代表我們反映點值下降患寡以外也患不均，我們提的方案都反映醫院在招攬住院醫師時的熱門科(精神、麻醉、重症、婦產科跟急診)等，代表這些

醫師在醫院或基層都過得還不錯，如果有預算，為什麼不先解決寡跟不均的問題，光解決這個就不只 10 億了，不太知道為什麼不先解救 5,200 位醫師(占全體基層醫師的 1/3)於水深火熱。以基隆為例，基層醫師從 180 位萎縮至 160 人，都反映更多挑戰及經營條件變差的問題。基隆與臺北區在點值上一一起承受最大壓力，希望健保署有擔當解決患寡的問題外，還要針對不均的部分去思索，考量臺北區的人力物力成本最高，希望醫療費用不足不會反映到醫療品質下降；再說無障礙設施也需要有錢有能力去做改變，希望支付標準調整能更務實；第二點假日開診部分，這是供需的問題，有診所周六或周日開診都是反映需求，比起其他總額基層星期六居然不列為假日，醫院星期六與星期日支付點數分別增加 100 點與 150 點，當然反映醫院總額的特性，有另外的預算來支應不用從現有總額去撥補這一塊經費；醫院當然樂意去作，也信誓旦旦說願意代替基層去承擔假日門診部分，我們也樂見其成；是不是執行看看給的錢是否有成效，該地區急診也減少後再提西醫基層跟著比照；再說 2 年前盧榮福醫師有提到要反映一例一休造成假日診人力成本的改變，當時提了 20 多億，現在反映基本工資後加上勞退成本想必更高；區區 60 點只會好到大型聯合診所把平日資源挪移到假日，已經經營不善的診所反而會提早退場；這個案子建議真的要審慎，希望可以容我們帶回去好好決定哪些具急迫性，待釐清後再來討論。精神科跟復健科這幾年在供給跟申報量上都是成長最高的，還要再去調高診察費，希望不要忽視其他默默服務的醫師。

### 藍毅生代表

代表外科醫師發言，外科在手術與處置(包括換藥上)已經跟工時成本完全不相符。47 點加上加成後，對多處擦傷的病人每次換藥都 20 分鐘起跳，兩個人的工時成本根本不夠，20 年來沒有調整過。我們一直推動分級醫療，當醫院把這些急診大量換藥病人轉到基層時基層根本吃不下，完全是虧本在作；大家都知道，外科增加的處置項目一定會吃到其他科的預算，如果把外科跟急診綁在一起，這些不合理現象永遠不會解決。醫院第 1 項、第 2 項手術可以按既有點數支付，基層第 2 項開始就打對折，第 3 項剩 1/5，第 4 項就沒有錢，基層外科體系照這個方式會一直萎縮下去，處理急性傷口病人越多越虧本，這是大家都知到的訊息；署裡談假日開診時把我們包裹放在一起，這個要在內部通過是很困難的；以上表達外科的心聲，除了全聯會內部要討論外，也希望署裡可以獨立出來。

## 主席

藍代表提到的是第 4 點調升檢驗及處置診療項目，以及第 9 項放寬手術通則六成數計算方式，健保署都建議一定調整，只是大家不同意。

## 王宏育代表

醫院跟基層不一樣，把醫院調整項目拿來基層討論我覺得不合理；醫院調升精神科急診診察費是因為醫院精神科可能處理暴力或自殺的病人，成本比較高，但是這些病人不會到基層來；診所精神科也不會收。精神科診所申報點數一直增加，表示他們過得真的不錯，健保署還要增加他們的支付點數，真的說不過去。回應黃振國理事長所提，偏鄉基層診所不容易生存，我認識好幾位醫師的診所都因為不易經營收掉了。其中有一位陳醫師從衛生所主任出來開業，人很好繼續應病家需求，需要時去行政相驗，開立死亡診斷書。後來診所收掉了，陳醫師變成某診所受僱醫師，該診所卻不願意在死亡診斷書蓋診所印章，依據法律，陳醫師就沒有資格行政相驗開立死亡診斷書，真是奇怪的法律。從此大岡山地區就沒有人去行政相驗，開立死亡診斷書。衛生局只好請秀傳醫院幫忙，秀傳醫院拜託余國和醫師負責行政相驗，余國和醫師說他 70 幾歲了，體力要怎麼行政相驗(到病人家)，要找年輕的醫師也很難；鄉下有些情形真的很可憐。要救基層診所就是前 30 個病人診察費多加一點，現在美國人一直說臺灣醫療便宜又好，但是便宜到這個程度，鄉下診所也無法生存，希望錢用在刀口上，前 30 個病人診察費多加一點。

## 主席

可是醫師公會全聯會的訴求是第一階段診察費全部都加，不是只有偏鄉地區。

## 陳相國代表

我們了解健保署提出的部分，但是上星期三才收到會議議程，大概有 11 個項目要調整，全聯會也來不及開會產生共識，是不是可以讓我們帶回去討論，一項項研究開會後給健保署更好的回應。

## 趙善楷代表

補充一個實際案例，嘉義市有老醫師每個月申報費用大概 5-6 萬，比去年成長就被抽審了，幾乎是作功德的。

## 黃振國代表

補充一下第 1 點，醫院願意提高精神科診察費，是因為精神科醫師大量到基層開業，醫院評鑑也不把精神科當作必要項目，精神科醫師在基層活得很快樂。

另外我想提一下我開業是在信義區，當時有 8 家診所，現在只剩下 5 家，經營困難這件事不只是偏鄉而已，哪些科別是真的經營困難的，我想在座代表應該都很清楚。

**主席**

全聯會有公文過來，我以為全聯會內部已經有共識了；如果要帶回去再討論，藍代表提到基層外科的建議一定要併入討論內容，好好再想一想。

**張孟源代表**

想補充說明，除了外科以外希望內科也要研究，目前內科容額是到三招都還招不滿，其他科的狀況已經有改善，內科的病人是多重病，老、弱、窮又無自費空間，以上報告。

**主席**

請全聯會回去好好研究。

**吳國治代表**

這個題目每年都在提，健保署應該知道基層的困難，我們科別很多，比醫院難整合，希望署裡能尊重基層的想法，如果診察費不能調那麼多，在所有支付標準等比例增加的情形，就算只增加 1 點，還是有宣示的意義在，這樣才是基層的普世價值。

**主席**

既然代表的共識是帶回討論，希望可以把健保署提議跟艱困科別都納入，一起好好商量。本案今天保留，接下來是臨時提案，請同仁宣讀。

- **臨時提案：院所反映「108 年全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」之開業計畫管理原則執行疑義案，提請討論。**

**主席**

請淑範專委說明。

**醫務管理組林淑範專門委員**

請各位參考補充資料資料第 43 頁的表格，這是 107 年期間獎勵開業 13 家院所，每一家的月服務人次；例如診所 A 在 106 年 2 月參加保障計畫，在 3 級地區開業保障額度 35 萬，每個月申報人次約 20 人左右，診所 E、診所 I、診所 L 都在三級地區開業，每個月申報都低於 50 人次，基於這些原因今年納入修正，要求平均每診次要大於 3 人；之後接到院所針對修正內容提出反映，力道還蠻

大的，在這裡提出討論。

### **主席**

請參考這個表格，醫不足地區獎勵開業是保障概念，剛剛提到的幾個診所每個月看得人很少，依照規則卻可以拿到 35 萬的保障額度，健保署才提到希望院所平均每診至少看 3 個病人，我們再核付保障額度，現在院所來抗議，認為當初進場時沒有這個限制，大概是這樣的情形，所以再次提出來討論。

### **徐超群代表**

我們需要討論的有 3 個部分，第一部分是已經公告每診次達 3 人，對院所來說太匆促，1 月 28 日才公告要求院所從 1 月起會有點勉強；這點我覺得診所的反應也有道理，是不是從第 4 個月開始執行；第二部分是閾值的問題：同樣在第 3 級地區，有的院所很認真的有的卻不然，這樣又不公平；我們也發現這個問題才作這樣的修正，這個修正也合理，加上計畫是每年依照經費都會提修訂，也沒辦法保證開業後躺著做就可以領 3 年錢，沒有這樣的事情；我們認同專委所說，要使服務能量達一定標準，當地民眾獲得醫療照護，我們覺得維持原公告就好，不要改變。第三部分是當時沒注意到的小瑕疵，我們建議修正，這在說明第 6 點，以上是我的意見。

### **主席**

徐醫師同意我們修正給予緩衝期，健保署想設定在 3 個月，1 月公告修訂定方案，4 月起開始實施，其他部分除第六點外，維持原公告內容，這樣可以嗎？

### **徐超群代表**

可以。

### **陳相國代表**

這件事緣起可能是集團診所想謀取利益，覺得議約時有講到一次議約 3 年，如果合約有講到給付條件可能每年改變，這樣就沒有問題。

### **主席**

健保署每年都會檢討 1 次，院所可能不知道這是既定流程，如果是集團診所這樣的申報量，每個月只申報 1 千點，我們還要每個月付 35 萬連續付 3 年，大家覺得這樣合理嗎？

### **吳順國代表**

其實我們在北區就碰到這個問題，我們也親自看了一個診所，你如果這樣看，你看不到他為了要看病，你連掛號台都看不到都凹進去，看進去就是空空的，

完全沒什麼人，外面只是一個薄膜診所，醫師看診時間，所以那都是集團在開，醫生我們跟他講，他們說規定不能這樣改，我們跟他講如果醫生努力做的其實我們都鼓勵，他說那有醫生親自做，一定是商人開的，我們去給他請，其實他們不希望多看，多看沒有多拿錢，所以修正是非常好的，杜絕集團不當使用健保資源，謝謝。

**主席**

謝謝你們，但是因為這些診所確實透過民意代表，也拜託各縣市理事長協助我們，因為可能分部在幾個縣市，這些大概都是你們講的那樣子，來，林醫師。

**林誓揚代表(莊維周代表代理人)**

請教一個問題，平均每人每診人次達到3人，有沒有排除醫師、員工跟家屬，包括醫師本人，要不然每個月他跟太太跟兒子每診各看一次就達到了。

**主席**

一診次，一診次不是一個月，一診次是半天，那他們家3個人每天看2次，那個一定會被我們勾稽出來吧，如果這樣就太嚴重了，來，王醫師。

**王宏育代表**

因為還有一點時間，有沒有人感想跟我一樣，B的診所看診次數跟我一樣多(一個月病人數超過1,000人次)，健保署有沒有要獎勵。第2個聽吳理事長講都是3人，E是不是3人？因為高屏區有2家這種診所，我們也是贊成徐超群理事長的意見，謝謝。

**主席**

好，那其他大家有沒有意見？那如果沒有，這個案子就修正通過，指修正緩衝期還有文字修正，可以嗎？謝謝，那臨時動議就討論到這裡，那還有沒有其他臨時動議？假定沒有，我們今天會議就到這裡，謝謝大家，謝謝。

**散會 下午4點40分**