

「西醫基層總額研商議事會議」107年第2次會議紀錄

時間：107年5月31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
王代表正坤	王正坤	張代表金石	請假
王代表欽程	賴聰宏(代)	梁代表淑政	梁淑政
王代表榮濱	林鳳珠(代)	莊代表維周	莊維周
王代表維昌	王維昌	許代表光宏	請假
朱代表建銘	請假	陳代表志明	陳志明
吳代表欣席	塗勝雄(代)	陳代表威仁	蘇美惠(代)
吳代表國治	吳國治	陳代表相國	陳相國
吳代表順國	請假	陳代表晟康	陳晟康
呂代表紹達	請假	黃代表振國	黃振國
李代表育家	請假	黃代表啟嘉	黃啟嘉
李代表卓倫	李卓倫	廖代表慶龍	廖慶龍
李代表偉華	李偉華	劉代表家正	請假
李代表紹誠	李紹誠	蔡代表有成	蔡有成
李代表純馥	李純馥	蔡代表麗娟	蔡麗娟
周代表思源	請假	鄭代表俊堂	請假
周代表慶明	請假	鄭代表英傑	鄭英傑
林代表名男	請假	盧代表榮福	盧榮福
林代表俊傑	林俊傑	謝代表武吉	謝武吉
林代表振順	請假	藍代表毅生	請假
林代表義龍	林義龍	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		
張代表志傑	張志傑		
張代表孟源	張孟源		

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

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聯會

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

本署資訊組

本署企劃組

本署醫務管理組

陳信婷

陳燕鈴、方瓊惠

黃佩宜、陳哲維、陳建良

林佩菽、吳心華、王秀貞

洪鈺婷

宋佳玲

請假

范貴惠、廖美惠

陳程美

張黛玲

林育彥

邱佩穎

馮美芳

王本仁、詹淑存

李冠毅

吳千里

劉玉娟、谷祖棣、劉林義、

王玲玲、洪于淇、林右鈞、

吳明純、劉勁梅、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：本會歷次會議決定/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；另個別醫令或申報異常之診所請各分區繼續分析，並於
共管會議討論。

第三案

案由：西醫基層 106 年第 4 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	0.9349	0.9825	0.9482	0.9956	0.9793	1.0597	0.9565
平均點值	0.9472	0.9807	0.9607	0.9921	0.9831	1.0340	0.9688

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

第四案

案由：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 2. 專業醫療服務品質指標(簡稱「品保方案專業指標」)案

決定：洽悉。

肆、討論事項：

第一案

案由：107 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、有關基層總額轉診型態調整費用之結算方式，對於協定事項「病人流動達一定門檻」未達共識，請中華民國醫師公會全國聯合會(以下簡稱全聯會)研議後提案於臨時會討論。
- 二、請本署醫務管理組提供近 20 年西醫基層總額門診醫療利用統計資料，供全聯會研議參考。

第二案

案由：107 年度「開放表別」專款結算方式，應以專款專用進行結算。

決議：

- 一、有關開放表別專款結算方式，107 年仍維持現狀，至於 108 年如改採獨立結算而不併入一般服務結算，則一般服務預算基期原已含有申請跨表之費用，應於 108 年一般服務預算基期中予以扣除乙節，請納入 108 年總額協商內容。
- 二、開放表別之中長期規劃，仍請全聯會儘速規劃，以利預算充分編列。

第三案

案由：107 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準「光線治療」及「光化治療」案，提請討論。

決議：考量 107 年「強化基層照護能力開放表別」預算不足，建議於 108 年總額協商爭取預算後，應優先考慮將支付標準「光線治療」及「光化治療」列入開放表別項目。

第四案

案由：「運用 107 年西醫基層總額非協商因素增加預算調整門診診察費支付標準」案。

決議：本案未獲共識，請全聯會提案於臨時會討論。

第五案

提案單位：本署醫務管理組

案由：107 年「全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案」修訂案。

決議：未及討論，留臨時會再議。

伍、臨時動議：無

陸、散會：下午 4 時 55 分

柒、與會人員發言摘要詳附件

與會人員發言摘要

各位代表、署本部與分區業務組同仁大家午安，今天要開的西醫基層總額研商議事會議今年的第二次會議，現在會議開始，今天的提案較多，共有五個討論提案，所以為了不要讓大家時間拖太久，今天報告事項的部分就請儘量精簡，讓大家能夠順利完成所有的討論。

● 報告第一案:本會上次決議/ 決定事項辦理情形

主席

請大家看一下上次的會議紀錄及追蹤情形共有 4 項，其中第 1-3 項列入今天的討論事項，各位代表對上次的會議紀錄及追蹤情形有沒有意見？沒有的話，進行第二案報告。

● 報告第二案:西醫基層總額執行概況報告案。(略)

主席

本次報告主題為上次會議陳炳榮醫師所提之西醫門診手術及精神科特殊醫令的分析，請問各位代表有沒有意見？

廖代表慶龍

有關骨科板機指處置分析，請問健保署是否有考量新開業骨科診所，可能造成醫令量增加的因素？分級醫療鼓勵壯大基層，應同步監測基層增加的醫令量，醫院部門是否有相對減少。

黃代表振國

有關內痔處理包含結紮與全數切除兩種，建議健保署分析那些醫療院所對於同一病人再次執行內痔結紮率是否過高？病人是否真需求，還是醫院沒有進行全部切除，造成病人復發。以前也有發生過醫院將病人的痔瘡分兩三次處置，這對病人是不好的。

第二部分有關精神科統計分析，醫院部門精神科醫師進行心理治療或特殊心理治療會同時配置心理治療師，共同照護病患，我們曾經要求精神科醫學會提供適當工時的數據，當醫師沒有可配合的心理治療師時，要花很多時間診療病人，才可以維持醫療品質。但是當院所門診量高，又申報這麼多心理治療項目，也沒有配置心理治療師，花在每一位病人的時間是否足夠，能否顧及醫療品質，是我們應該去思考的。重症病患在醫學中心或專科醫院就醫的比率應該比

較高，基層就醫率應該比較低，但是從數據上來看剛好相反。建議健保署多加注意因為工時不足，對醫療品質可能造成的影響。

陳代表晟康

我是眼科醫師與大家分享簡報第 30 頁水晶體的摘除跟水晶體的置入，資料分析上可能有問題，白內障手術是論病例計酬，如果只擷取案件分類 03，可能會把院所申報的其他處置醫療費用納入計算，才會產生平均每件 13,709 元，而不是論病例計酬的兩萬元，106 年醫令件數總共 565 件，而臺北區成長率高達 1363%，可能原因為臺北大型眼科診所比較多，且有特殊核准做視網膜或其他手術，同時合併白內障手術一起處理，提供給大家參考。

主席

謝謝陳醫師，醫管組就大家的問題先做回應。

李代表純馥

有關廖代表提到骨科手術申報統計做校正部分，未來會持續與各分區討論更細緻的分析。

第二部分黃代表提到精神科分析要不要去看工時，各分區進行管控時會請申報量大的院所提供工時表，例如：物理治療。若是要與各層級進行比較分析，還需依照疾病嚴重度進行校正，建議各區視情況於共管會議討論。

第三陳代表所提件數部分，請同仁補充說明。

劉專委林義

本次資料以醫令為擷取條件，沒有考量 case payment 案件，以板機指為例，僅擷取核實申報 64081C 就納入計算，會有低估情況。

黃代表振國

陳代表說的與我的經驗不同，臺北區曾經發生某家醫療院所白內障手術 case payment 依照醫學中心等級逐件申報，超過 DRG 支付點數，當時我發現申報點數約 3-4 萬，臺北區白內障手術單項成長異常，我擔心這次情況像以往一樣。建議臺北業務組應檢視是否為院所申報錯誤，或是類似情況死灰復燃。各區有不同手術項目申報的差異性，若項目成長率較其他分區高，建議可回歸到各區討論。

張代表志傑

手術有南北差異，在南區、高屏跟東區明顯高於臺北及北區。

黃代表啟嘉

因為時間關係，我建議回到各區共管會議討論。先請執行長報告。

主席

針對健保署報告之內容，個別醫令或申報異常之診所請各分區繼續分析，並於共管會議討論。請相國執行長報告。

陳代表相國

中華民國醫師公會全國聯合會報告(略)

主席

謝謝陳執行長，所以第1季受到流感的影響，醫療費用兩位數的成長是耳鼻喉科跟兒科，所以就沒有太特別；另醫院的精神科門診增加有限，目前社會壓力也蠻大的，精神科有需求仍應有就醫管道，所以門診高成長除了剛剛黃醫師剛所講是不是要考慮，如果量太大是不是有工時的問題，至於其他的問題還是尊重專業，好嗎，好，那對於陳執行長的報告，大家有沒有意見。

李代表卓倫

對於精神科的成長，不曉得西醫基層這邊，是不是內心的感覺是比較急切的想知道答案，還是基本上你們也比較不急？

黃代表啟嘉

就費用的管控上急。

李代表卓倫

對，急嘛，就我的好奇心而言，我是比較急，如果可以的話，我上公共衛生的第一課，就跟同學講說，data 和 information 是不同的東西，我們今天報的是 data，除非經過解讀，它才會有故事，有故事才會成為 information，information 對政策才有幫忙，不是 data 對政策有幫忙，我大膽在這邊建議，如果健保署在下機器語言的時候，只要下正確，結果跑出來是不到1分鐘的事情，可是要下機器語言之前，必須很清楚的定義這些事情，恐怕健保署這邊沒辦法自己完成，因為畢竟這邊是行政單位，需要臨床的經驗加進來，才會有一個很細緻的故事在那個地方，在這兩個結合上，我比較著急的是，data 跑出來是很短時間就跑出來，但要隔很久才開一次會，然後你們才加入故事進來，然後這個故事他們又要回去跑 data，然後又要再等下一次，可不可以 data 跑出來跟 information 稍微同步一點，我知道這樣子可能有點困難，可能需要有醫師代表配合這邊跑資料輸入，但是很快的可以回應說，接下來這後面可能有什麼樣的訊息，我們是不是要再多跑一個什麼東西？這樣子跑資料應該是比較

快，如果兩個月才 meeting 一次，那兩個月才能再進行，心裡面就未免比較著急，不曉得有沒有那樣的管道。

主席

好，謝謝李教授。我們的委員代表有精神科的嗎？

黃代表啟嘉

沒有，其實我一直希望說下次如果我們真的需要針對精神科來做一些討論的話，最好是不是請精神科醫學會派一個人來。

主席：

是指基層的精神科代表嗎？

黃代表啟嘉

我覺得不一定要基層的，基層的代表可能會有本位的問題，那如果有一個專家，最好給我們一些資訊這樣會比較好。

主席

好，大家意見怎麼樣？

黃代表振國

謝謝李教授，您的論點真的是一針見血，全聯會最常提出資料需求的是小弟我，從以前臺北區資料分析到現在，遇到一個最大的盲點跟困難點，就是我們只能擷取到基層的資料，所以很難去比對，在其他層級所表現出來的行為有什麼不同。我們也不願意預設立場，認為某個科或某個治療有問題，因為可能會造成誤解說我們對某種治療的行為有歧視，所以我們也很謹慎惶恐，如果沒看到明顯的差異，我們也不會說這個可能有問題，當然也造成我個人很多的壓力，我的經驗是數字會說話，解讀之後更能明瞭，但是很可惜的是數據真的是太大了，我們曾在臺北分會會議中邀請精神科醫學會及審查醫師導讀人與會，給予指導跟意見，我們請了3位來，但是他們還是沒有正面回答我們的問題，我想也許時空背景不太一樣，政策性問題還是由署方出面要求精神科醫學會回應此議題更好，我們很 care 有一個好的醫療品質跟合理的給付，但是很可惜的是我們的醫療費用是總額制度，在總額之下，如果沒有合理的財務評估，必定會嚴重排擠其他的費用，所以我們才會去關注其他科別，不然我們的 focus 絕對是在提供民眾好的醫療品質，所以建議署方可以從不同層級去撈 data，建立一個合理的差異模型，提供我們進一步了解的參考資料。

蔡代表麗娟

相國執行長在報告時，關於第 1 季案件分類的申報，在醫療資源不足地區，這麼多分區裡面，看起來是臺北跟東區，它的成長率跟醫療點數的成長率是比較高的，南區、高屏也有提升，那其他都是下降。因為不久前我們才有去做醫療資源不足地區的實地訪查，也了解這地區民眾就醫的不方便性，包括交通的阻隔，但我們這邊看到東區也有 130%，將近 140% 的增加，在實際的狀況上面，這個件數、醫療點數的成長率都明顯增加，那跟我們實際看到的，包括醫療人員不足，或者是就醫的不方便，在這種狀況之下，不曉得這個數據裡面是怎樣的狀況，能不能多一點說明？

陳代表相國

跟委員報告，因為我們醫不足的經費，一年只有 1 億 8 左右，健保會每次都有撥一億八下來，有時候是申請不到 1 億 8，所以臺北區以前可能是幾百萬，譬如說臺北區以前是五百萬，如果說又有一兩家診所加入去申請的話，那它的成長率就變成 100 多%，這是一個很好的現象，因為醫不足的部分，因為醫師要去做真的非常的辛苦，然後他要犧牲自己的門診時間，那邊的給付和條件也都不是很好，可是醫不足就是我們南區做最多，很多醫師都很有愛心，所以我覺得這部分，像假日，每個醫師去的話，好像是 8,000 點左右，我們希望能夠把那個給付調升，鼓勵我們醫師去做醫不足這一塊，各區的成長率那只是參考，因為分母很小，所以他成長一點點就會變成成長很高。

徐代表超群

因為這個是第 1 季的資料，醫缺是每年重新申請，每年到年底下一年度要做的診所再開始申請，所以我想這個趨勢會不會是發現北區跟臺北區有比較多的醫師願意申請，所以整個量會出來，其實南區是持續持平，以往經驗是南區是幾乎已經滿了，甚至有的村落已經有兩三個診所要去申請了，成長機會不多，但臺北區可能還有很多可以開發的地區，有很多比較偏遠，但是我們北區的醫師以前比較沒有那麼積極，可能是今年度比較積極才有這種現象，是不是這樣，細項要再看一下才會知道。

主席

好，醫不足區是很重要，所以如果因為預算有限，那下次總額協商的時候，儘量再增編一點，給要去的醫師有足夠的經費，也拜託全聯會這邊今年要協商的時候，這個項目要留意一下。好，其他大家有沒有什麼意見？對於精神科的分

析部分呢？其實找精神科醫學會或精神科的審查醫師都是個辦法，那我們再來想想，看能不能結合專業的意見更進一步的分析，好不好？大家還有沒有別的意見？沒有的話，這個案子我們就討論到這裡，接下來下一案。

● 報告第三案：西醫基層總額 106 年第 4 季點值結算結果。(略)

主席

好，如果沒有意見，那我們點值就確認。下一案。

● 報告第四案：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 2. 專業醫療服務品質指標(簡稱「品保方案專業指標」)案

主席

好，謝謝。本仁專委有要補充嗎？

王本仁專委

這兩個案子，全聯會及臨床藥理學會皆已同意。

主席

好，謝謝。各位代表對於這個案子的修訂有沒有意見？好，大家都沒有意見，那我們這個品保方案的專業指標就修正通過。接下來進到討論事項，第一案。

● 討論事項第一案：107 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。

主席

好，謝謝。這個案子的緣由係今年總額有編列：「基層總額轉診型態調整」的費用 13.46 億，基本上希望來因應分級醫療所造成西醫基層總額的衝擊。今天討論重點在此項費用協商時就列有幾個條件，首先是優先支應轉診合作機制的專款不足，如果未來轉診量大增，而造成原編預算不足，就從本項先支用。那剩下的錢，就是要落實分級醫療，病人如果有流動至基層達到一定的門檻，就可以動用本項專款。換句話說，這些費用的編列是希望能夠回到西醫基層，但是有這些優先順序的結論。今天本署提了一個方案，來因應所謂的病人流動達到一定門檻這個概念。全聯會代表盧理事長也提出，怎麼樣來算病人流動的概念，可以看桌上 A3 這張報表(106 年轉診案件申報費用-依層級及流向)，其實正常流動到基層的下轉，真的很少，但是今年的第 3 季開始，區域級以上的

醫院要減量 2%，當然第 2 季也有一些醫院開始下轉，但是第 1 季看起來就比較少，所以如果要用全聯會的做法，第 1 季就只有 22 萬。本署是考量病人的流動，不完全是要靠醫院下轉，也有可能是病人自動回到基層去看，就是小病看厝邊的好醫師，經過不斷的宣導，也會增加基層病人來源，因此本署提出占率指標，基層占有西醫基層門診的占率，但是須與同期比，今年第 1 季確實是增加，剛剛陳執行長報告說就是因為有流感，今年第 1 季確實有流感所以占率增加，但是它跟轉診一點關係都沒有，它是跟流感有關。所以我們會覺得說，如果是這樣的話，來分配這個費用，應該要去落實達到一定門檻的概念，而「一定門檻」要怎麼訂，就有一些討論空間，我們本來是希望一個標準差以上，就是達到一定門檻，那看起來如果是一個標準差以上就是用兩年平均的標準差，還是一個標準差，那這樣的話，很可能就是第 1 季能分配的，一定比 22 萬多很多，約 3 千多萬，但是因為這個項目是依分區來看的，有些區基層占率比較高，有些區沒有，所以就有些區有、有些區沒有，但是我們也可以理解基層的想法，是希望說費用能夠在病人下轉之前到位的話，對基層是比較有鼓勵效果，所以我們也體會到大家的心情，所以我們就想說，要不然一個標準差減半，就是二分之一，這樣還是有一個概念「達到一定門檻」，姑且不要論說這個門檻是不是合理，但它還是門檻精神，不是說什麼都沒有做，只是隨機成長就來分這個專款，如果這個概念的話，就會是第 1 季有 4 個分區有，大概是 1 億多，我們是提出這個 proposal，但是如果全聯會這邊覺得你們提的那個方案，只算轉診的話，那有一種可能就是第 1 季就很少，第 2 季也不多，可能期待第 3 季，因為我們的想法是沒有用完的錢還是把它留到下一季嘛，有可能前面少、後面多，但是如果照我們的方法，有可能前面就先鼓勵了，但是如果後面轉診下來人次很多，就有可能會有不足，但是那個都是我們想要的，就是我們真的要壯大基層，就是不要再去顧慮說到時候又怕人太多，那又不對，所以反而人太多的話，會成為明年協商的籌碼，所以第 3 季以後反而是很關鍵，如果我們明年想要爭取更多專款，我們要用事實數據，即實證的證據來爭取，那機會就更大了，所以我們就提出這兩個方案，來跟大家做討論。來，歡迎大家表示意見。

黃代表啟嘉

首先，我先講所謂的「轉診型態」，大家看到手邊的數據是嚴重低估。舉例來說，以我的診所來說，這邊講分級醫療，所以從去年一直到今年不懈的努力，

大概從醫院慢性病增加 100 多人，都是原來在醫院拿慢性病的，但是都沒有經過醫院下轉，他們經過我們診所，跟他分析利害以後，他自動就移動到診所來拿藥，這個在你們數據哩，都是沒辦法呈現的，但是符合你們的政策。

第二個，所以用盧理事長的公式算起來 20 幾萬，那是因為你們的數據低估。

主席

因為你們沒有告訴我那是轉診病人，所以大家都沒有錯啊。

黃代表啟嘉

但是，你們應該要看的，事實上健保 20 幾年來，這是第一次基層的門診占率開始有回升的現象，從民國 84 年到現在，所以我想說的是「標準差」是在做研究用，當然醫師都學過統計學，但是對社會來說，那是學術研究提出說服的樣子，但是其實我們今天分級醫療有一部分是政策的問題，政策當然要以鼓勵為主，所以你不能用一個學術的嚴謹在討論鼓勵的政策，因為很多東西，事實上，如果我要說病人的轉診本身要進入這個研究，那每個病人我都會要求他要填很多資料，然後證明他是從醫院轉到基層來，我們需要這樣做嗎？民眾不覺得擾民嗎？既然我不能這樣做，顯然這個數據本身就是沒辦法很明確，你就不能用「標準差」這種觀念來套在這件事情上面。我是覺得，既然是鼓勵的事情，儘量不要用「標準差」來套，也希望能夠從寬認定，當然我可以理解副座說政策的執行者希望有一些證明，但是我覺得其實大家都知道已經發生了，這個分級醫療的效應在大家的努力下已經發生了，很明確嘛。以前我從來不會想去拉醫院的病人，說你慢性病到基層來，但是從去年開始，署長這樣政策宣示之後，我們每個基層醫師都會覺得需要做些什麼來協助這個政策，既然大家都有在協助，我覺得在很多地方儘量要用鼓勵的方式，所以上次在跟貴署的會前會裡頭，我們是覺得已經有發生，就可以給我們了，不要把你們標準差的東西帶入。是不是盧理事長這邊可以再補充？

盧代表榮福

我再說明一下，剛剛大家有拿到剛剛發的這張表，這個表格是在 5 月 23 日製作出來，因為我們 5 月 22 日才拿到健保署新的計算版本，那時候還沒有「標準差」，我請全聯會來算，最近幾年，我們從 102-106 年，這 5 年的期間他每一季基層的占率是多少，這個總共有 5 年 20 季，但是因為以 102 年當基數的話，103 年是可以跟 102 年比，那 103 年如果當基數，104 年是跟 103 年比，

所以能比的只有 4 年，102 到 106 年，五年中間能夠跟前一年基期比的有 4 年，4 年就是有 16 季，那大家可以看到最後那個數目，這 16 季裡面，基層的占率能夠贏過基期的只有 5 季，有 11 季是沒有辦法比去年基期還高，那這麼低的比例，如果你還要加一個標準差，會更增加它的困難度。所以說當初會前會的時候還沒有標準差出現，最早的標準差由健保署在 2、3 月的時候，那時候在全聯會的基層委員會，有討論到這個標準差，那時候全聯會代表覺得說這個標準差應該把它去掉，那是全聯會那時候的意見，因為基層本來要贏過就很困難，所以那時候是說，如果我們今年可以贏去年的占率，我們就很高興了，那現在健保署這邊又要多設一個標準差，那你即使是二分之一，也是增加本來就很困難達到的，本來 16 季裡就有 11 季達不到，那你還要增加一個標準差，是不是更製造一個困難度給我們，那既然分級醫療下轉 2%，大家都是如火如荼在幫你們做這個東西，你應該要設定一個比較容易達到的。我的公式確實是還沒有資料去 support，但是我的公式的第二階段是很重要的，第一階段你都拿不到了，第二階段如果我的成長過的話，那個費用我都可以全拿了。所以剛才副署長講了我的公式部分，因為我的公式在現場大概只有五個人看過而已，因為那個公式換來換去，大部分人都沒有看過，你這樣直接念大家也不知道，但是 5 月 22 日我們五個幹部做電話會議的時候，大家認為這個可以提出來，大家思考過後是可以認同，不會說是那麼隨便的公式出來，但是 5 月 24 日在會前會的時候，我們認為說，既然你們把標準差拿掉，那公式上呈現今年度占率好像比較好，所以我們當初就認同了健保署的公式，但如果你說你去看 102 到 106 年這 20 季，能夠計算的 16 季裡面，有 11 季是拿不到的，我們可以想說往後怎麼辦，因為大部分是拿不到的，所以我可以非常強烈的說，這個標準差是不應該設立進去。

黃代表振國

原本編列 13 點多億預算的目的為何？真的從醫院下轉的病人，不會因為這樣就造成西醫基層點值的下降。先看 107 年第 1 季，第 15 頁有一個預估點值，大家可以看到，目前全國的浮動點值，預估值大概只有 0.90，去年的結算值是 0.96，可以看到今年的浮動點值明顯低於去年，代表什麼意思，代表西醫基層第 1 季的數量是成長的，才造成點值的下降，這是第一點；第二，我們今天在講分配，不論是用第一方法或第二方法，都是一個預估值，現在我們比較大的

問題在於總額的模型原本就不健全，教授也都認同，這不是很科學、很精算的分配方式，既然基礎本就不是那麼精準，今天卻要用一個很 science 的方式來呈現這樣的 different，當然有失公平，這也是我剛才講的第一點，我們也在思索，也很怕是不是前面分多了，造成第 3 季、第 4 季預算不夠，我想這是署方的擔心，照理來說前兩季預算應該除以 4，每季 3 億多，即使照全聯會方案沒有標準差，動支預算才 2 億多，本來就在一個合理範圍，但是很重要一點，基層的醫師會怎麼想，假設今年下轉病人逐漸增加，點值卻越來越低，你認為他們會怎麼做？當然拒絕。我剛才講的，跟我們啟嘉主委講的是一樣的，以我自己為例，有很多醫院的病人，尤其是糖尿病、施打胰島素的病人，有蠻多已經從醫院來到診所施打，而且效果還蠻好的、成效也蠻卓越，基隆市目前施打胰島素最多的是我的診所。還有一個很重要的成長因素是，我們家醫計畫，大多數的基層醫師也在努力，透過醫療群的合作，把病人留在基層，所以我們今天討論的結算公式，只要合理、不要超過太多，不要第 1 季就把錢分完了，那是不是只有這兩種呢？我的看法和大家不太一樣，我們前幾年的趨勢是往下的，就應該有一個「下降平均移動線」，合理的預估今年第 1 季的數值，既然我們今天不往下，而是往上，就應有一個差值，那個差值應該不是算去年的基礎，而是線性迴歸，等於是回到往下值的 gap，那個可比你預期的還多，這是我的看法。我們看看第 1 季，西醫基層金額都很大，如果要差 1%、2% 幾乎是很難，即使我們多了 1 萬個病人回到基層，在整個統計上也不會有太大的明顯，如果我們今天要討論的是公式的合理性，就要算「下降移動平均線性迴歸」，我們今年由降往升，就用這個基礎來補給我們，這樣第一點值會比較 OK、第二信心也足夠了，有足夠的糧草就可以繼續往下走。

黃代表啟嘉

我再補充一下，13 億扣掉鼓勵轉診的費用以後，剩下能夠去補總額點數的，如果有 4、5 億或 5、6 億就不錯了，那這 5、6 億在西醫基層總額的占率是連 0.5% 都沒有，如果用標準差來算，不曉得有沒有達到多少標準差，這是第一個。

第二個，我們如果要去看到底，我們有 20 年的資料嘛，那我們要來看說我們這次的轉診到底有沒有產生效果，其實這個東西有一個東西會被抵銷掉，就是說，當醫院的門診，有些本來就應該是基層看的門診移到基層以後，他那些門診的量，他會不會有其他的門診去填補，他如果去填補的話，其實已經達到轉

診、分級醫療的效果，但是他的門診占率裏頭，他是會被抵銷掉一部分，所以這兩個算起來的話，我覺得如果真的要統計的話，真的是用線性迴歸再加上多變量去算，再去看看有沒有統計學上的意義，如果要做學術，我覺得可以這樣做，但我認為是有，但是還有一點，為什麼我們今天很多沒辦法在你們 VPN 轉診，我這樣講，你今天把一個病人轉下來，叫醫院的醫師挖一塊肉還要他上網去登記，你們的鼓勵是 7 月 1 號才開始，7 月 1 號以前我們怎麼可能要醫院的醫師，跟他說，我搶了你一個病人，你要上網去登記，我們怎麼好意思這樣。

李代表卓倫

因為結果不好，方法就不好，所以說服力在邏輯上不太強，那各位聽看看，搞不好我的說服力比較強，因為每次到大四的時候，我都要驗收一下他們大一、二、三在學甚麼，其中一個東西就是要驗收統計有沒有學好，相信我，有學過統計和沒有學過統計沒有太大的差別，並不是學生不用功，而是統計本身很難懂。

第一，就算這個標準差的定義是對的，這表示我後面還有一個標準差不應該拿出來用，假如標準差是可以拿出來用的話，各位可以看看，我們任何一組數據出來是有集中趨勢和離散趨勢，集中趨勢是表現在平均值和中位數上面，離散趨勢才是表現在標準差，那你把標準差拿來用，表示我要把你的離散趨勢也拿出來計算平均值，那這個在計算說，我今年的平均跟去年的平均不一樣的話，那是真的是有不一樣還是隨機使然，但這個隨機使然表示什麼意思？各位要看你的測量單位是什麼，你測量的單位是各區各季的件數，那表示如果我北區這季真的確實有增加，我還要去克服我跟東區之間的差距，這個牽涉到我跟自己組內變異來比，還是組間來比？

主席

沒有，只有自己跟自己比。沒有在跨區比。跟醫院競爭嗎？占率就是競爭的概念嗎？

黃代表啟嘉

病人在下轉的時候，醫院的服務能量其實會提供給其他的。

李代表卓倫

所以這個標準差只有區內的標準差而已？

主席

對。

黃代表啟嘉

它只有跟醫院比。

李代表卓倫

有跟醫院比？

主席

當然，因為是占率。

李代表卓倫

那點數就更少？我們的觀察值不就更少？

主席

占率的差距。

李代表卓倫

我知道，但我們有幾個點？我這區看了幾季，兩年就只有八季，那就只有八個點，那八個點，你要做一個統計推論根本是不可能的，大家都知道抓老鼠來做實驗至少也要 30 個點，你才能夠是一個分布，任何一個標準差後面要有一個分布，你沒有數學分布，套什麼數學公式呢？8 個點怎麼會有分布。

第二，我們之所以要看離散趨勢，是怕我們的樣本和母數之間有差距，對不對，那我們有抽樣嗎？我們這個就是母數，所以標準差是不存在的，跟各位講沒有修過統計和修過之間的差別就在這邊，我們這個就是母數了，可是，副座講的也是對的，你那個占率牽涉到我今年如果流行個什麼東西，我的占率就會大，而不是轉診增加了，所以這樣也不對，所以要想一個周延的方法。

黃代表啟嘉

我們有 20 年來西醫基層的門診占率下降資料，占率是一路下滑，跟醫院比一路下滑，不管是點數還是件數都下滑，那 20 年的資料是不是可以跑線性迴歸，那我們可以按照過去的資料來預測我們今年第 1 季有沒有落在這個迴歸裡頭，到底有沒有統計意義，如果是在這個線性迴歸以外，表示我們今年已經有統計意義了，這就不要用標準差，以 20 年來的資料來跑。

主席

現在我們現在在講的是今年的第 1 季，今年第 1 季如果沒有流感，它依然往下，就是因為去年的此時沒有。

黃代表啟嘉

但是 20 年來每年都有流感。

主席

沒錯，但是很特別的是，去年的流感在夏天。

黃代表振國

對，所以下一季如果不這樣分，第 2 季我們更慘。

主席

第 2 季到第 3 季是去年流感的高峰。不然一個方法是把流感都扣掉，那就更分不到了。

黃代表振國

我建議不行，因為流感是基層主要照顧者，所以不行。

主席

所以我們不認為這樣會好。

黃代表振國

所以我建議不用擔心錢會不會用不完，因為第 1 季增加的是事實，那多分一點是應該，第 2、3 季不容易分到錢。

謝代表武吉

其實今年看到 107Q1 基層的件數是增加了，不管是否有流感，我們應該要對基層表示感謝。至於這些費用是否應該給他們，我認為應該要給予鼓勵才對。不要用一些計算方式，應該給予鼓勵就要給予鼓勵。我的做法是以事實面來論這個點。這才是一個正向的反應，不是負面的反應。在這裡我建議還是需要的。

張代表孟源

主席、各位委員大家好。可以看到西醫基層的報告第 9 張簡報，我們可以看出來，107Q1 我們以臺北區為例，我們臺北區第 1 季有 1,526 萬件，這就是母數比去年增加 8.15%，增加 121 萬件的就醫人次，這醫院與基層流動是一個很大的數字了！而且會造成我們的點值下降到接近 0.8 左右。這就是因為我們的服務

量大增，同時還要跟醫院做個競合才算出整體服務量母數差值。在大數據統計下，臺北區實際統計 1,526 萬件的群體母數分布，為什麼還要像教授所言的只有 8 個紀錄作為統計基礎來計算標準差呢？且統計標準差離散度跟平均值根本不是這個意思吧！所以說我們已經是每一點、每一件，120 萬個人次來看，群體母數分布結果造成我們的點值下降。我希望假如這是政策性的鼓勵，是應該要給予！而且為了這個流感，我們還在立法院召開記者會，希望大家注意安全、減少感冒，不要到公共場所，也呼籲他們的健康自我照護這些該做的，我們都有做了。尤其是高血壓、糖尿病慢性病的病人，我們沒辦法因為季節的改變，所以我們希望照群體母數分布作為基礎，醫院與基層流動這一次這是已經長期的下降趨勢能夠開始反轉。這個在統計上趨勢預測上是非常重要的拐點。醫院與基層流動群體母數下降趨勢分布的翻轉，這也是健保分級醫療政策的功勞。

顏代表鴻順

我們這個大政策是分級醫療，而不是到了大醫院再轉下來才列入計算。所以，今天假設有一個流感的病人他到基層來，他也可以選擇到醫院去喔！但是今天因為聽到分級醫療的呼籲，也相信基層診所的品質，他就直接就到基層診所來看，這個是不是就是符合分級醫療的概念。難道就先到醫院去再轉回來基層，這樣才會列入計算嗎？我想不是這樣子！所以，當這個政策在推動的時候，就像剛才啟嘉講的，我們在門診就不斷地跟病人遊說這樣的觀念。今年衛福部在推動分級醫療，所以你是穩定的慢性病人，以後就不要再擠大醫院了，就直接到我這邊來看，你需要的藥，我都可以給你。更何況是一般的感冒，或者流感、一般的問題，我們就直接把他 shift 到基層來，這些都沒有經過醫院的轉診。所以，整個母數的增加，我想就是代表著分級醫療 relative 已經開始在推動了！而不是要先去醫院繞一圈再轉下來，這樣才列入計算。這是我的一個想法；第二個，在整個點數的計算上，我覺得不應該再有這個標準差，因為數字的增加，你看這麼多季占率都沒有辦法增加，占率有增加就已經符合他講的「病人流動達一定門檻」，因為本來都負成長現在變正成長。所以，這就是一個門檻。如果要討論西醫基層平均每人次的醫療費用的數據是用西醫基層的平均點值，我覺得可能要跟醫院的點數做一個 balance。因為真的從醫院轉診下來的 case，它的點數都是在 2,000 多點，如果慢性病的病人轉到基層來那個都是 2,000 多點。但是我們基層的平均值是只有 600 點。所以，你說把 2,000 多

點轉下來基層，然後用 600 點給付給基層，我覺得這對基層不太公平。所以，我覺得這個點數要再斟酌。

李代表卓倫

我回應一下啟嘉主委的建議，就長期而言，每一個點單獨去看它是母數，但就長期趨勢而言，每一個點是一個樣本。如果有 20 年的資料的話，就有 480 個點可以用。480 個點我們可以把每個區都放進去看，把 4 個季都放進去看，這樣才用掉 9 個自由度而已，如果再用掉一個單年度有沒有流感，我們再用掉一個自由度，再放進我們想要放的變項，用過去 20 年的，但後面的不能再進來喔！就是前面 20 年的趨勢而已。後面進來的都是算我的。那 480 個點是可靠的！而且你用掉的自由度不多。如果有 20 年的資料的話，就有 480 個點。那它的那條線性迴歸就很準。

主席

這樣算會比較好嗎？

李代表卓倫

不一定會比較好，但我們不用看結果，至少方法上是比較能夠接受。

主席

如果沒有比較好，等下大家又反悔了！

黃代表振國

我提一個修正，看這 20 年趨勢的建議是蠻好的，但是今天一定沒有辦法跑出來，也不知道未來怎麼樣。今天就現有的情況，大家認同這標準差不應該存在。用署方的算法，沒有標準差，當作第 1 季的結算方式，第 2 季、第 3 季我們再來好好跑資料研究一下，看有什麼方式最能反映。

主席

那有這樣子的？

黃代表啟嘉

我解釋一下！

主席

我告訴你，如果是採用這樣的話，第 2 季、第 3 季絕對是很悲觀，因為第 2 季去年是高的。

李代表卓倫

沒有~沒有~你的自變項裡面同時本來就有那一季了。

主席

我的意思是去年的流感就是在第2季、第3季了！

李代表卓倫

沒關係啊！我們包括連流感在那一季都視為是一個 random 的變項放在你的自變數裡面，它就變成可以預測了。

主席

那現在就可以預測了啊！如果是這樣的話，我們現在的方法，某種程度上，已經把啟嘉你剛剛講的，說服病人沒有透過轉診也包含在內。真的有透過轉診再下來的，人次很少，所以，我們這種占率的概念就是均算進來了，只不過算進來之後，我們開始動用這個款項的時候，究竟要用什麼樣的標準來看？如何定義「流動達一定門檻」？但如果是第1季用一個指標，下一季再討論另一指標，那問題很大喔！健保會的代表要不要表示意見？

健保會陳組長燕鈴

全年的動支標準應該要一致。

盧代表榮福

今年如果沒有標準差，我們那個時候在開會前會是用健保署的公式。因為有資料出來了，明年再來看那個公式比較適合。我們24日是這樣子講。

主席

這個會有一個隱憂就是，你看第1季，姑且不論我們實質上轉診的 case 是少的，但是我們預期第3季之後會多。但假定病人多的時候，反而補貼的少，到那時候醫師的心情是什麼？當然你可以說現在感覺沒做什麼改變的時候，就已經補貼這麼多很高興，但是病人真正下轉下來之後，反而那時候的經費不足，因為那時候還要扣掉轉診的費用，第二個優先才是這個項目。所以我們試著想一想13多億本來就是要給基層的，只是這4季怎麼給而已，我們來想怎麼對基層是真正達到鼓勵效果。今天不是說我們想少給一點，而是想要通通給，只是要有合理條件。

黃代表啟嘉

我問一下，第1季的點值結算最後的截止日是什麼時候？

主席

什麼時候？醫管組！第1季結算的時間？8月。

黃代表啟嘉

那這個問題我想要貴署提供過去 20 年我們所有的門診資料，我要提出一個數據，因為我覺得如果現在第一方案就是用你們的公式，但是不要有標準差，你們如果答應這一點，我們在場的人絕對都沒有意見。提案就結束了！

主席

我們希望能夠有合理門檻，至於門檻要怎麼訂？大家可以討論。假定啟嘉認為，那我們今天也不一定要定案，反正到 8 月嘛！8 月前都可以決定嘛！我們再提供數據再來算，或者我們彼此認為怎麼算會比較合理，那我們就下一次再決定也可以。

張代表孟源

主席、各位委員大家好，我有一個小小的建議。有一個大的數據來算的話，比方說我們臺北區第 1 季 1,526 萬件。但是我們人口的成長率，大概只有 5 萬人。那你要案件數減少人口的成長率，案件數的增加是 8.15%，人口成長是 0.7%，就是 8.15% 減掉 0.7%，那表示因為分級轉診或是因為基層提供好的服務。所以讓我們的案件數增加。這樣來計算會比較合理。不是說每季度用它的標準差。過去 20 年都是以季來做計算。而且我們第 1 季、第 2 季、第 3 季、第 4 季都會有季節性的因素而會有一個波動，所以，我們做比較的時候，也不能說 20 年有 40 個季，就是 80 個數目，不是這樣的，我們是年比年同季做比較。所以，20 年只有 20 個數據來統計。所以，我們要考慮的是人口自然成長數跟案件增加數的差距。這就是我們分級醫療所創造、所增加的病人轉診。這就是讓病人用腳來投票來告訴我們，他確實到基層來做服務，政策已經成功了！

主席

好，再來，廖理事長。

廖代表慶龍

我講一個稍為離題，我不知道署方是不是有預估過下轉的量。我們現在政策 Q3 要開始做下轉 2%，如果真的要落實 2% 的話。

主席

80 萬件。

廖代表慶龍

大概多少金額？

主席

這就是 80 萬件真的會下來，我們也不知道。因為有些醫院願意配合，有些是不是願意配合，我不知道。這個沒有實證，不知道。

廖代表慶龍

80 萬件，大概多少金額？

主席

80 萬件是我們粗估 2%相對的件數，金額就要看每個個案的單價。

廖代表慶龍

全部還沒有這個數據出來？

主席

對！這個一定要實證，不太能夠馬上很精確地回答你。但是 80 萬件是不是真的會通通都下轉，這個也要真正數據出來才會知道。如果 80 萬件真的都下轉的話，理論上，基層就是多很多。

黃代表啟嘉

我先講如果這 80 萬件用的是醫院平均值的話，下來是 10 幾億。如果用的是基層平均值的話，至少有接近 5 億。

主席

對嘛！所以用 13 億是夠的。

黃代表啟嘉

沒有，你還要扣掉你的鼓勵費用啊！鼓勵費用扣掉後就剩一半。

主席

但是基本上是從第 3 季，只有兩季。今年只會發生兩季。所以，80 萬是一年嘛！兩季的話算 40 萬。

黃代表啟嘉

我現在大概可以算出你鼓勵費用大概多少了。假設你是下轉 2%的話，你的鼓勵費用因為醫院下轉下來是 500 塊。

主席

你是說轉診的費用？

黃代表啟嘉

對！你如果是 2%下來的話，大概是 4 億。再加上，以基層的平均費用來算的話是 4 億 8，所以光是這樣子就 8 億 8 了。這是用基層的平均費用喔！我們不要去講它原來在醫院是用 1,900 的平均費用。

主席

那不會發生。

黃代表啟嘉

它到基層剛開始的前兩季可能會發生的，因為我們強調下轉不改藥。

主席

我知道，可是醫院單價會高很多，就是做了非常多的檢查。基層這一部分應該就是會比較回到專業的，所以，那些浮濫的會比較少。我們當然很鼓勵。所以，只有兩季，今年應該會有效果，而且那個效果應該是遞增型的，不會一次就到位。我們期待是這樣，明年看能不能更好。

黃代表啟嘉

我是在想，再給我一個月的緩衝期。

主席

好啊！

黃代表啟嘉

因為你是 8 月底才結算嘛！我們今天如果還沒有辦法達到共識，共識就是你不要有標準差，就結束了！

主席

好！王醫師！

王代表正坤

我剛剛有聽到副署長的善意，副署長想把這 13.4 億給基層，那要看怎麼給。大家有提到標準差的概念。我剛剛從盧榮福理事長所提供的圖形，如果按照委員的發言做 linear regression 的話，這看起來是一條平行於 x 軸的平行線。事實上標準差有多大要去跑數據才知道。標準差是在衡量數據的離散的程度，當愈離散的時候，標準差會愈大。所以，你沒算之前，我不知道它有多大。但是按照我們學的統計學，一個標準差它含的面積大概 68% 左右，1.96 個標準差就含蓋了 95%，也就是 95% 的信賴區間那個面積。在這種情況之下，我覺得用標準差有點冒險。所以在醫界他不想要用標準差，是想我們有努力做，有比去

年多一點，那就應該要得到獎勵。如果是這樣子，是不是我們不要去用一個還不知道數據的標準差。比如說，比去年成長 1%、2%、3%、4%來決定一個數據。就是一定要搞一個操作型定義，沒有操作型定義你就沒辦法 run。我們今天就不想要去弄一個我們不知道的標準差有多大，我們來 run 一個大家都同意的，比去年多 1%、2%、多幾個百分比大家同意就行了！

主席

所以，今天還是要看數據！如果要改變方法就要重算數據。重算要再想想，我們是用占率的概念。那現在王醫師是講要用成長率的觀念，所以是完全不一樣的。我們會用占率很大的觀點是，因為總病人數不變只是位移而已，我們認為這個才叫做”壯大”，是位移而不是大家通過去衡量。如果說通通沒有位移，然後大家拚命衡量，這也是成長率啊！這不是我們想要的情況。我們不需要為了這個事情去弄得更浮濫，希望錢是真的花在刀口上，該用則用。但是病人是移動的，這個時候錢要跟著病人走，是對的！王正坤醫師講的是成長率，它跟占率是完全不一樣的觀念。

黃代表啟嘉

你這個觀念是個很理想的觀念。但是有一點，我們很怕在算 trans 的時候的一個迷思，分級醫療產生的，其實不只是量變還有質變。質變的意思是說，西醫基層增加門診數的時候，醫院它空出來的門診能量是被限制住不供應了嗎？不一定，它會供應成其他的疾病。所以，我們在算 trans 轉診型態的時候，我們常常會相信醫院增加了，基層就會減少，或基層增加，醫院就會減少。但是我們 trans 已經知道，那是一個非常有問題的假設。在這樣的情況之下，我們在分級醫療，如果也完全取決於統計的話，本身也會陷入 trans 的迷思。我是比較擔心這個。但今天為什麼沒有結論，是因為其實早上我就已經跟副署長討論很久了。顯然我跟你之間可能在這一點，我這邊的共識就是不要有標準差。你這邊要我提出一個能夠說服別人的門檻，這個問題我想我們內部再找時間討論一下。今天這個案子我們不要在這邊做這個討論。

主席

好，那今天本案就保留再仔細研究一下，但是我還是拜託大家看一下第 3 頁的協定事項部分，務必請全聯會要看一下。因為這裡是基層跟醫院之間病人流動達到一定門檻就可以動支，不管將來你們帶回去再研究是用什麼方法，務必把

這些條件考慮進去，要吻合，而不是說，我們弄一個只是要把那 13 億用掉之方法，但是跟這個條件不吻合，因為這個的結論是要到健保會去報告。所以，我希望大家能夠一次就吻合，不要擔誤時間。最好這個事情就是在 8 月以前決定，我們下一次的會議是什麼時候？下一次的會議來得及嗎？

健保署醫務管理組劉專委林義

來不及！8 月的時候，第 1 季就已經結算完畢了！所以，假如要快的話也要到 6 月底。因為這個案子還要報健保會同意之後才能執行。

主席

所以有點趕喔！

健保署醫務管理組劉專委林義

還是說這個案件從第 2 季開始做。

主席

第 2 季結算再做，第 1 季就不處理？

健保署醫務管理組劉專委林義

對！

主席

不行？

黃代表振國

補充一下！剛剛其實已經講過，為什麼要壯大基層，因為本來在醫院或醫學中心，在不斷成長的過程中，基層需要有一個很好的因素加入，讓原來弱的因素能夠扭轉，我們雙方其實都很努力了。但就像比賽一樣，輕量級去挑戰重量級就是吃虧的，但現在難得說，我比原來撐得久，就應該鼓勵，而不是說今天要被重量級的打敗。

主席

沒有啦！

黃代表振國

妳的思維是要比以前更強，當然強是強了，但是遇到重量級的對手。

主席

2%。

黃代表振國

對！2%沒有錯！我希望我們的思維不要說輕量級的一定要挑戰成功重量級才給加分。所以，應該是說輕量級表現的比以前更好的、更持久的就給予鼓勵。

主席

該鼓勵啊！我希望從第 1 季就開始鼓勵！然後我們抓今年大家一年都可以用的，而不是每一季就要來討論，而且也不公平。

張代表孟源

其實剛剛很多委員都報告過了，我是覺得很重要的一點在於我們假如第 1 季，西醫基層共有 5,000 萬件，光是成長就有 330 幾萬件。而 330 幾萬件像主席提到的政策上的轉診是 80 萬件，我們光是第 1 季就已經超過了政策上所預期的 80 萬件的 3 倍至 4 倍之多了。那怎麼還沒有達到門檻呢？所以，達到門檻是，假如我們的件數占率都是負值變成正值，這就是一個最絕對的門檻了！我是覺得由負轉正就是一個最絕對的門檻了！假如由正轉負就是沒有達到門檻。那這一季可能就沒有辦法領到。就像主席擔心我們第 2 季，我們第 2 季還是有信心啊！還是可能由負轉正啊！我們不要預設第 2 季不可能領到、沒有達到門檻。我是認為這個門檻不用設一個標準差。只要正負之間來做一個改變，而且由數據上統計，增加 330 幾萬件，還不算正嗎？所以比去年同期，我覺得這應該用一個絕對數。尤其是我們現在電腦資訊大數據那麼方便，不要再用統計了。就實際的個案，因為每一個個案都代表一個家庭、一個人、一個生命。

王代表正坤

我剛剛看了一下公式，因為要重視那個 shift 的概念就是有移轉，有從醫院移轉到基層診所。我仔細看一下公式，那個占率的計算就是西醫基層的就醫人次除以整體基層加醫院的門診總次數。所以，算出來它是 65%、63%、75%它裡面已經有轉移的概念了！所以說，轉移的概念不需要用標準差的觀念來衡量。標準差是在衡量它上下波動的離心、離散的程度。所以，我覺得有這種占率的概念，分子、分母就已經夠了，就有 shift 了。

主席

好，那李教授這邊有什麼建議？

李代表卓倫

剛剛啟嘉主委講的一件事情我是蠻贊同，是醫院空出來的能量，它一定會去再創造出自己的需求，所以用占率會有誤導的可能性。它下轉 2%，很容易就可以

再創造 5%出來了。你看那個占率還下降，所以占率是 mistaking，沒有錯，有可能誤導。

主席

所以，比較好的是什麼？

李代表卓倫

我其實也不曉得那個比較好，因為沒有算。

林代表俊傑

主席，我建議這個裡面寫的很清楚「病人往基層流向比例增加則予以補助」的大方向，大家覺得不需要用一個標準差，我是覺得第一點由比例來看，第二點由病人到基層就醫、就診的次數。用這兩點來看就可以了！因為 8 月就要跟健保會報告了，時間上很緊迫，我認為今年直接用流動比例或是再加一個病人實際到基層就醫次數。這樣子我們就可以增加。至於說用標準差或其他的，我認為可以明年再討論。

主席

現在聽一下社保司跟健保會的意見，好嗎？

梁代表淑政

有關總額其他預算這筆費用的使用，這是為了在推動分級醫療，因病人的流動對西醫基層總額造成財務面的影響。過去費協會在總額協商時，也曾有類似這筆費用，當時有一些非常明確的表格，來檢視醫院與基層間，不管是一般病人或慢性病人，相關醫療利用及費用的消長，還有各分區的資料，因此，107 年度也是用相同的概念來處理。建立醫院與基層病人流動的監測指標與預算動支的條件，當病人流動達到一定門檻，即可啟動該項預算的使用，因此，不是單單只看基層的件數的增加而來決定動支預算，而是也要跟醫院相關部分的消長情形等。但整體而言，這對基層在推動分級醫療政策上，是有保障的。

對於指標的訂定，過去的指標可能 rough(範圍比較大)，敏感度不夠，因此較難明顯地反映過程面的改變。所以我們必須找出一個適當的指標，能夠確實反映在分級醫療的推動下，基層門診量確實有增加，以及它增加的效果在那部分（慢性病人增加等等），讓健保會的委員能夠接受這樣的動支條件。

蔡代表麗娟

我是覺得，我們在落實分級醫療，如果說病患真的是從醫學中心、從醫院到基

層來就醫，基本上就是已經有往正向的方向，也就是我們所希望的方向在走了，那這樣對於基層來講是應該給予鼓勵的，那剛剛我們的討論裡面可能就是，到底要怎麼樣的一個指標，來決定說，什麼時候會用什麼樣的方式，來動用這些錢，但是剛剛聽了幾位醫師們的意見裡面，的確就是有看到，一些屬於慢性疾病的病患，真的不一定是由醫院真正轉診到基層來，而是他們覺得在一個信任的基礎上，而且在政策的一個宣導上面，他們瞭解說可以直接到基層去，所以如果是這樣的一個方式，我們有沒有可能去看說，尤其是有一些慢性病患，真的是有一個移動的趨勢到基層來，如果我們可以在這些統計上面看到，的確慢性病患他們有一定的比例已經到基層這邊來的時候，我們在這個鼓勵的條件上面，是不是就不用再去採用剛剛提到的那些標準差，而是就事實面上去瞭解說這個流動的趨勢是怎麼樣，那如果這個部分有健保的一個數據上可以支撐，那我覺得在鼓勵要落實分級醫療，的確也是要給基層有一些鼓勵、一些誘因，這樣的話在政策上的推動，比較有落實的可能。

陳組長燕鈴（健保會）

以協定事項來看，因為方案須送健保會，健保會委員會依據協定事項來看這個標準，協定事項有兩個前提，一個是必須有醫院跟西醫基層病人相互流動的概念，所以它必須有相互消長的概念，就像剛才梁組長講的，沒辦法只用單一部門服務量的成長來看，這是第一個概念，第二個概念是流動須達一定的門檻，增加多少，或者是說占率的變化多少，須達到一定門檻才能夠動支一定比率預算，其實也不見得預算全部要用完。就協定事項來看，個人覺得健保署現在研擬的「就醫人次占率」指標其實內含醫院跟基層兩個互相流動的概念，我覺得還蠻合理的，只是還要符合第二個概念，何謂達一定的門檻？這個就要討論了，如果不用標準差，就像剛剛主席講的，那用什麼？是用占率的成長率嗎？或是其他指標？

黃代表啟嘉

其實標準差四分之一、八分之一也是可以考慮，因為對健保會的要求我知道，就是要有一個門檻，所以這個門檻本身，我會再回去想一想給你一個門檻。

主席

好，那如果今天是回去還要再想一想，我們就不在這裡再耽誤時間，好不好？

張代表孟源

其實大家現在越來越聚焦了，就是在那個門檻上面，而且是流動，那占率剛剛健保會的同僚也是說他有一個占率是有互通、互相流動的概念，那這個門檻，門檻應該是以就像說剛剛委員提到，事實的個案數，那我們剛剛主席也提到了，政策上的鼓勵是 80 萬件，那假如說我們跟醫院之間流動超過 80 萬件，那就是達到這個門檻了，已經達到你們的政策目標了，我們為什麼要統計，我們用 50 萬件、80 萬件、100 萬件，100 萬件是 100 萬個人次，這是很大的一個門檻了，我們全臺才 2,300 萬人，假如能夠增加我們之間的流動，或是之間的差異超過 100 萬件，這樣對任何一個無愧，應該都可以解釋的過去，而不是需要一個統計的標準差，而是用實際上發生的案件數來算。

主席

好，如果全聯會這邊對於達到一定門檻有其他的想法，願意帶回去再想都沒有關係，我們就討論到這裡，我們希望，將來這個方案提到健保會的時候，不要再橫生枝節，不要再被退回來。

吳代表國治

是不是全聯會帶回去討論，或者一個禮拜之內，如果這個方案能給署裡一個門檻交代，是不是就能夠繼續施行下去，不用再開會了。

主席

好，請全聯會帶回去討論。

吳代表國治

其實我個人覺得，成長率的翻轉就是最大的門檻了。

主席

好，那我們就先到這裡好不好？這個案子就先到這裡，好，我們進到第二案。

● **討論事項第二案：107 年度「開放表別」專款結算方式，應以專款專用進行結算。**

主席

好，那這個案子其實就不用再多說，就是說到底要專款專用進行結算，這是全聯會的說法，那或者是要併到一般服務去結算，各有優缺點，那我先請教，我先讓健保會說明一下，在協商這個案子的時候，開放表別這個專款的時候，有任何決議說這個專款是要用專款進行決算嗎？有這個協定的結論嗎？有沒

有？

健保會陳組長燕鈴

我們在協定的時候是協定它是一般服務還是專款，那專款就是多少額度，那至於結算的話不會在協定事項去規範。

主席

可是沒有特別說他要用專款進行，因為我們有很多的案子就是編列專款然後併一般服務去結算。

健保會陳組長燕鈴

Tw-DRGs 也是這樣做。

主席

是。

健保會陳組長燕鈴

這個部分以前有這樣的例子。

主席

就是都是通例，要例外處理的話，要另外協定不併一般，直接在專款進行結算的。

黃代表啟嘉

我想請教一下，家庭醫師整合照護計畫？

主席

那是在基層總額，但也是專款。

黃代表啟嘉

協定是專款專用，可是一般我們協定不都是專款專用嗎？

主席

Tw-DRGs 也是編列在專款，併一般服務結算。開放表別這個也是協商專款。

黃代表啟嘉

不，我先解釋一下，我們非協商不討論，就是以協商來講它有兩大塊，一塊叫做一般服務預算，一塊叫做專款，專款跟一般服務預算最大的差別是，一般服務它是滾入基期，隨著成長率在提高，那專款是每年要重新歸零來談，所以專款的精神是既然每年歸零來談，它沒有滾入基期成長，所以遇到專款精神應該就是裡頭浮動才對，當然因為署方過去是在算這一塊的時候，就是說專款其實

是每年歸零，我們明年是不是還有開放表別這 4.5 億不知道，因為重新從零開始去思考，跟家庭醫師整合照護計畫一模一樣。

主席

好，我們現在就是回到協定，請教健保會，現在醫師公會全聯會這個提案是希望直接在專款進行結算，這個到底是可以還是不可以？健保會。

健保會陳組長燕鈴

這個是結算方式，健保會的公告沒有這個部分，過去專款的，就是像 Tw-DRGs 的話也會因為健保署的操作方式會把它歸到一般去併同結算，但它還是專款的概念，它不會放到基期去，這只是結算方式而已。

主席

那社保司呢？解釋一下好不好？

梁代表淑政

社保司這邊也是跟健保會的解釋差不多的意思，就是說它雖然是專款的項目，但在結算時是可以併入一般預算去做點值結算。我覺得這是一個平衡的問題，今天不併入計算，就變成那些開放表別的檢驗檢查項目，特別珍貴是每點 1 元的概念，對不對？

黃代表啟嘉

不對，我們的想法是，它開放表別在這個專款的裡頭它自己浮動，就像家庭醫師在整合照護計畫一樣。

梁代表淑政

但是如果沒有超過的話，它就是每點 1 元。

黃代表啟嘉

那超過的話就是它自己要被打折了，那是因為現行它沒有超過，但是就像家庭醫師整合照護計畫，你怎麼知道它沒超過呢？家庭醫師整合照護計畫後來就到 0.7、0.8 去了，比一般服務預算的點值還要低。

梁代表淑政

是，但是因為它是一個小部分的檢驗檢查的項目，它要特別跟其他的一些檢驗檢查項目有不同的點值，這是不是一個 make sense 的處理方式？

吳代表國治

在跟專款以前協商的所有 item 裡面，各種結算方式是都有的，所以只要在協

商當中沒有白紙黑字寫下去，它就有運用上的靈活度，我們是這樣認為，所以這個靈活度大家應該可以討論，尊重大家的想法。

主席

所以優缺點都有，這沒有絕對的答案，那只要說健保會這邊認為沒有一定要怎樣的話，那就可以討論。

黃代表啟嘉

其實從社保司來看，我先講，不管那一種結算方式，付費者是沒有吃虧，因為我要先從付費者、民眾先講。

主席

當然。

黃代表啟嘉

民眾是沒有吃虧。

主席

是擔心對你們不公平。

黃代表啟嘉

對，然後從社保司剛剛的發言來看，我們幹嘛去保障人家 1 點 1 元。

主席

就是怕你們會不公平。

黃代表啟嘉

對，他的意思是說好像比較珍貴，保障人家 1 點 1 元，那一天其實我們西醫基層有一個共識是，今年，就照你們過去方式併入一般結算，那明年回到專款專用，我先解釋這個理由，因為今年看起來專款還夠，所以為了不要說保障人家 1 點 1 元，這樣不公平，還是併入一般服務預算來使用，結算會比較好，公平一點，大家點值都一樣，但是對一般服務預算最後結算出來點值有助益，雖然助益可能很微小，但是那個至少算出來不會說專款項目就是 1 點 1 元，其他都是很悲慘，那這樣也不太公平。但是明年度，如果我們繼續開放表別，繼續去努力的時候，專款有可能會不夠，那這時候我們就希望專款專用，就是說，既然我們的目標是不要讓專款太珍貴，就是開放以後，這些東西，它必須去在專款範圍內節制使用，才不至於影響到舊有的一般服務預算，所以我們西醫基層的共識是說，我們就接受今年繼續併入一般服務預算，因為已經過了半年了，

我們就接受，對行政機關也比較方便，那明年就回到專款專用、專款結算，這個東西，健保會其實是沒有特別寫的。

過去的慣例也不會管這個，其實我們行政機關，也不會要健保會，去把手插到這裡，因為這會影響到我們內在的一個溝通，這樣其實沒有必要，事實上，付費者在這個過程中是沒有受到任何利益的損害。

主席

沒有。

黃代表啟嘉

對，那就明年歸到專款，今年就維持原來，回到一般合併計算，這是我們的共識，我們西醫基層的共識，如果方便的話就拜託署方在這一點上能夠同意。

主席

這個因為現在開放表別我同意啟嘉講說今年先維持現狀，但是如果你將來開放表別是要單獨拿出去做結算的話，其實以前自行申請的開放表別都要再拉出來，對，就要從基期裡面再把它拉出來，然後再併到專款裡面去結算，那這件事情是相對於過去是非常的不一樣，因為本來是專款專用，對不對？但是這個項目卻是在一般服務本來就有一部分，所以你根本分不清楚了，到時候就算想用專款專用去結算的話也是分不清楚，除非再從一般再挖一塊出來，那這樣子的預算處理是過去所沒有過，過去沒有這樣子再從裡面搬出來外面結算，所以這個要深思。雖然技術上也一定不可以，我們也許都做得得到，但是這個概念上是非常的不尋常，那當然，現在這些檢驗檢查開放的項目，譬如說陰道超音波，它的點值跟我們原來就在C表裡面的點值竟然可以不一樣，不管它是比較高還是比較低，那這樣子對你們來講，到底是好還是不好？要先講的是技術上沒有不可以，只是太複雜而已，那我們也沒有任何想說一定要如何的，那所以現在就是看大家決定要怎麼樣。

吳代表國治

副座剛剛提到的，以前那個是獨特人士的跨表，現在把它拉出來，其實我也是反對的，那是吃我們西醫基層的豆腐，那之前我們沒有編預算項目進來，對不對？我們讓它跨表進來以後佔我們的預算，現在你要把它減項、把它扣掉，這樣是吃西醫基層豆腐，這是第一點。第二，既然對民眾是沒有吃虧的，付費者代表這邊也就沒有吃虧，基於我們對於西醫基層各科之間的公平性來講，不然

以後跨表會越來越難推動，所以基於各科別間的平衡，我們希望能夠拉出來，千萬不要再丟回減項。

主席

好，剛剛啟嘉也代表說今年先這樣，但是如果明年要單獨去算，究竟要如何算？我們就還有時間再想一想，這樣可以嗎？

黃代表振國

我建議還是維持我們的決議，能夠維持專款專用，因為在跨表的申請上，我們除了來自執行會各分會的申請以外，還有各個醫學會，各個專科醫學會都會站在會員的立場跟我們申請，考慮到共管、醫療需求跟總額的精神，我們希望專款專用，至於剛才提到過去跨表的開放，我們對這件事情已有跟署方建議過，只要醫療院所一旦獨立申請跨表，即使是 20 年前申請通過的，不需要再有任何的 review，不需要事後檢討，它的資格都是維持的，而且當時跨表的申請較不嚴謹，也沒有經過共管會議，只要審查醫師同意就可以，在當時的時空背景下，對於部分地區的醫療提供若有缺乏，當然會允許院所申請跨表，讓民眾就醫方便，那 20 年後、10 年後，現在醫療資源這麼豐富，而且醫院林立，也推行強化基層量能的政策，再去允許院所獨立申請跨表，事實上是需要檢討，還有當時的申請資格，事後也沒有再 review，比如說我今天申請 2 個或 3 個專科醫師，那個申請的醫師走了，醫師甚至 2 個變 1 個，我們從來沒去檢討，這樣能夠提供服務的水準是否還能維持，還有剛剛國治兄講的，本來當時的院所獨立申請跨表這件事情，從來沒有在我們總額的思量裡面，我們不講偷渡，因為方便民眾就醫本來就是好事，可是當時的醫療費用都從未考慮在西醫基層總額的成長率中，既然隱含這麼久，我們也沒有要把它討回來，比如說跨表已有 20 年，照理說要把這 20 年的費用要回來，但是也沒有，既然這個是專款，而且我們都希望能夠提升就醫方便性，我舉經費比較大的項目，第一個，流感的快篩，流感的快篩有可能 outbreak，有可能其他的費用就被壓縮了，還有現在開放的，可能比較大的是陰道超音波，事實上需求是存在的，所以基於這個精神，希望第一，專款還是專用，讓開放表別能夠走得更遠更深，第二，不影響既有經費的分配。

張代表孟源

就如同剛剛我們主委已經提到就是說，今年的結算跟去年是一樣的，那我想主

席也同意了，那只是說大家有表示很多意見，我想在今年9月份總額談判的時候，可以在那裡面做一個好好的討論，我覺得這樣的話，會把這個問題可以很清楚的解決。

主席

對，好，那是不是就是今年跟去年一樣方式結算。

黃代表啟嘉

我想說今年跟去年一樣的結算，那專款的部分我只能說我們現在的期待是明年專款，就是專款專用，來專款那邊結算，但是對於跨表金額，就跟院前診所一樣，院前診所回歸醫院以後，不應再從基層扣，把總額扣掉，因為他本來在吃我豆腐，滕西華委員那時候在總額的時候他還講了一句公道話，他說人家強暴你，你跟他要公道，叫他回去的時候你還要付一筆遮羞費，付給強暴我們的人遮羞費，這很奇怪，所以說，就總額談判的時候，在所有健保委員的認知下，就沒有扣我們的基期，我是覺得這個，其實有點類似的情況。

主席

好，那我們這個決議就是今年的結算還是比照去年，那至於明年要如何結算就今年協商的時候，特別去把它註明，那我們就明年看要怎麼算，再來說。

黃代表啟嘉

協商應該是我們兩邊。

主席

好，兩邊。另外開放表別的長程規劃至今尚未提出，無法預估預算，請你們想一想，趕快檢討出來，有助於明年在協商這一項的時候就要再把它編足。所以我們期待把各科能開放到什麼程度對基層彈性最大，也可以做的事情最完整，對病人最好，那你們又有能力去做到很好的，那這樣子就通通一次把它開放掉，那預算一次進來，那這個是我們最想要的，當然提出來如果是一個很大的金額，那我們當然分年，對不對？好，那我們就進到第三案。

● **討論事項第三案：107年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準「光線治療」及「光化治療」案。**

主席

好，這一項，來，請，吳醫師。

吳代表國治

我想我瞭解這個門檻事實上是非常低，我也要回應上個案子，其實就像分級轉診，署裡在其他預算裡面編列了一個成長項目出來，為什麼？怕爆量？

主席

你說開放表別？

吳代表國治

是，13.46 億的轉診。剛剛副座也提到，希望我們能夠把開放表別的原則訂出來，儘量趕快達成。

主席

對。

吳代表國治

其實基層是既期待又怕受傷害，像之前已經有家醫科的例子，如果說現在署方有這樣的誠意，我們也建議署方在其他預算裡面編一個開放表別的項目，如果爆表的時候，能夠有一個補救的措施，我想這樣能夠加速前進進行的方向，這個案子我建議保留，因為第一點，它門檻很低，我們也很擔心它會爆量，第二點，我並不鼓勵用這種程序的方式來呈現，其實我是替署裡解套，我們如果在這裡做出決議，以後署裡會應接不暇，我是覺得應該要有一定的遊戲規則比較好。

主席

好，因為我們這個也是應立法院的審查，那有這樣的一個決議，要我們去辦理，當然，我們的病友團體也有去請求，好，那其他還有沒有？

黃代表振國

我想這個要開放的目的是方便民眾就醫，我們看一下資料附件 7(全聯會所提研擬西醫基層總額成長率「開放表別專款項目」相關統計資料)，106 年西醫跨表成長量已經有同意這樣的跨表申請，乾癬的患者疾病從輕到重都有，我自己家屬也有嚴重乾癬，但很重要，今天病人是不是在對的地方做最適合的治療，假設今天病人病情輕，在分級轉診下，他應在診所就醫，假設病人的病情重，希望他能夠到適當層級的醫院去就醫，他會得到比較好的照顧，今天光線治療或光化療法這兩項，有沒有在那個區的民眾，說他沒有相對的資源可以接受這樣的服務，如果有，我們西醫基層願意來幫忙，反過來講，今天各區域的服務已經足夠，而且對民眾就醫的方便性十分充足，我們有沒有需要讓這樣的

治療，違反我們既有的程序，說實在，這也沒有那麼急，今天不開放，明天就造成民眾的不便，今天不應該討論。私底下我有去請教過皮膚科醫師，他們回應說光線治療跟光化療法，有點像復健治療，就是復健科治療知道嗎？一個療程照幾次？而到底要照多久？照多久會有效？甚至他說目前這個項目，比較缺乏實證醫學，有些病重的當然有這個需求，我們一定尊重、提供這樣的服務，所以我建議維持現有，如果不方便的，或是病情有需求，比如說我們臺北區的確造成困擾的，我們在座很多臺北區委員都願意幫忙，讓他們能夠就近來申請，提供民眾能夠就診的服務。

蔡代表麗娟

我這邊是因為病友團體，有特別請我在今天的會議裡面，表達他們的一些心聲，目前乾癬病人的照光治療，除了在醫院層級是有給付的，但是西醫基層是沒有，但一般來講醫生都是開了6次的照光的處方，那病人就拿這個到醫院去做治療，大概目前照光，健保署的給付是360點，因為之前醫院，因應一例一休的狀況，所以，照光服務的需求上，會因為醫院的服務時間的限制，病患他們在治療上，的確有不方便的狀況。如果病人自己到基層去照光的話是要自費的，一次，大概病患自己要自付2,000塊，因為我們目前已經在推動分級醫療，過去在基層是沒有給付的，所以可能也是因為給付制度上面的影響，目前在基層診所的照光機，全國統計起來大概不到10家。因為我們現在一直希望說壯大基層，那如果說基層這個開放表別，本來就是已經有這樣的一個規劃，而且財務的影響又不是很大的話，那是不是能夠讓輕症的病患，在基層就可以得到比較好的照顧，這個是乾癬病友團體，他們希望表達的一個心聲。

王代表正坤

我是皮膚科醫學會的常務理事，所以剛好由我來跟各位導讀一下，這個乾癬的病人，如果站在病人的角度，是應該要支持醫療的可近性，可以就近治療，那這是紫外線照光機，他有分兩個，一個是不用塗藥水，比較便宜，一個是要塗感光劑，比較貴，就是光化治療，那一個禮拜大概照3次，然後要照兩、三個月，照一、兩個月以後才會逐漸好轉，所以說病人在紫外線照光上的需求，都是幾十次在算，就是說他開始做，一直做，一直做。因為以前在醫學中心的時候，我每天就是負責照顧那個照光機，病人就會跟我報告，他們有些很遠，比如說，要開50公里或是騎摩托車50公里來照，希望說，能不能就近在診所附近就可以，如果說是站在病人角度跟壯大基層的角度，是應該支持。可是我覺

得應該要有補救措施，因為以前我在醫學中心負責照顧這些病人跟用照光機，所以預期基層診所應該是會爆量，那這個爆量會很像什麼呢？會比較像洗腎，就是說，大家去統計一下，洗腎在醫學中心洗的病人比較多，還是在診所洗的，因為他要就近，到時候乾癩病人應該都會就近，我剛有看你們的推估數字，大概 shift 百分之十，那這個應該還會再長大，所以如果有補救措施的話，專款專用或者是未來有更多的錢可以進來的話，那是可以支持來照顧病人，所以有兩個考量，一個是考量病人觀點要去照顧他，一個是財務的衝擊，剛前面的那幾個跨表的財務衝擊都不會太大，這個會比較大一點點，因為乾癩病人是一輩子的，他會治療 20 年、30 年，到他死亡那一天為止，那是一輩子的事情。

黃代表啟嘉

這個東西的財務評估，我認為是低估，如果針對這一項本身，其實它這個程序，已經跟我們一般開放表別的程序不太一樣，因為開放表別程序，一般是有內部專業程序考量，這變成是病友團體逐件提出訴求，我們手上至少還有 50 個病友團體提出的訴求，還在我的手上，還沒有排序出來，萬一此例一開，我不知道會不會以後，我們就有 50 個案子在上面，當然，我覺得對這一項，我個人並不反對開放，但一定對財務要有做好評估，也就是說我有講過，是不是在今年在總額談判的時候，我們針對這個東西來寬編預算，然後我們來思考它的開放，就像當初，我記得去年，陰道超音波，就是我們再編列降表預算、開放表別的預算，首先要通過的目標，那時候陰道超音波已經講好一個範圍，我們都已經估好那個金額，我們就在開放表別的時候把金額列上去，但是這個我建議這個案子在這邊其實最好是撤案，為什麼要撤案？就是說因為你這個會議紀錄出去，人家看到後，真的下次我們可能看到 4-5 個病友在這上面，這些病友團體都會搶著當健保會的委員，所以我的意思是，後面會處理不完。

主席

可是這個我們是依照立法院預算審查的一個決議辦理，沒辦法撤案。

黃代表啟嘉

對這一項，我只能說我們醫師其實是願意提供，我本身並不反對，我也贊成寬編預算後把它當作首先要處理的事情，我也認為可以馬上進行評估。

吳代表國治

不差 3 個月，我們把它列入首要項目沒問題。

主席

還有沒有其他意見，如果沒有其他意見，我們今天就是原則上同意開放這個項目，但是要列為明年的協商項目，要寬編預算？

黃代表振國

副署長，應該顛倒過來說，我們列入明年的預算專款編列，而後才開放這項目。

主席

沒有阿，就是說這個項目，基層認為病人的需求，它是可以列為未來開放表別的项目嘛，但要列為明年的協商費用。

黃代表振國

要加兩個字，考慮項目。

主席

就是說你先肯定這個項目，從病人的觀點來看是應該開放的嘛，對不對，但是要列入明年。

黃代表振國

應該說列入優先考慮的項目，列為明年相關預算爭取的優先考慮項目。

黃代表啟嘉

跟副座報告一下，其實我的壓力不會比你小，就團體而言我還是有壓力，但是就是說列入優先考慮項目，那我們寬編預算好不好？

主席

那我們就照這樣做決議好不好？接下來第四案。

● 討論事項第四案：「運用 107 年西醫基層總額非協商因素增加預算調整門診診察費支付標準」案。

主席

大家的意見。請吳醫師。

吳代表國治

這個是非協商因素那邊過來的，我想是成本公式在算，但是公式算的是只有算禮拜天的成本嗎？

主席

對，剩下的就是 3.4 全部。

吳代表國治

我不是說你現在預估的錢，我是說非協商因素項目去列出來有這個成長率，那個是禮拜一到禮拜天的加起來的成本門診，不是單獨禮拜天的成本。

主席

那當然阿。

吳代表國治

是阿，那對於一般開診的怎麼辦，你要把禮拜天的診察費作調整，我想這完全不符合從那邊反應過來的精神，所以我基本上不認為應該有這種差別待遇。

主席

因為過去診察費已經調了 32 點，每年、幾乎這幾年都在調，所以一直都反應，但是事實上，假日的成本可能更高一點，那我們一直都沒有去反應，同樣是在調整支付標準，西醫基層大概一兩成的醫師在禮拜天看病，那我們也非常尊重全聯會一直主張說醫師也不要強迫他一定要看，但是對於假日願意看，本來成本高，從來也沒有反映過，所以我們現在才會提出來一個想法，與其要把 4 點通通來調整第一階段的診察費，能不能在這裡去適度的考慮一下，長期以來禮拜天看病極少數的人，他其實成本高，他本來就是一直都在做，而能夠在這裡做適度的補貼，特別是我們現在在推動分級醫療，現在大型醫院，已經紛紛地站出來說假日已經不再看門診了，那這些病人都會湧到急診去，特別是禮拜六、禮拜天，如果找不到地方看，他就湧到急診，其實對資源是一種無端的浪費，但是我們也不認為基層一定要假日通通出來看，那也沒必要，那只是非常少數願意禮拜天出來看的人，我們是不是在這裡頭給他適度的反應成本，這是我們今天想要跟大家來討論的。

黃代表啟嘉

我先講第一句話，就是說，就你現在給禮拜天加成的幅度，其實不足以要讓人家在禮拜天看診，但是在制度上付出的代價是相當高，就是說你會讓人家覺得說，政府好像一直希望，醫師在周日都要上班的感覺，我覺得這在制度上所要付出的代價是不需要，因為你金額差距太小沒有達到鼓勵的效果。其實醫師在禮拜天看診，有很多他個人的考量，像一例一休對假日看診的成本衝擊這麼大之下，我們禮拜天開診率都沒有很明顯的下降，其實禮拜天看診率的下降是一路下降，那是社會型態的改變，或者醫師對自己本身生活期待或收入期待的改變，大家可能覺得，我再怎麼拚也沒有必要，我還是過我一個適當的生活，那

這是整個社會型態的改變，所以說你那邊下降什麼跟成本是無關的，即使說成本在去年有大幅改變的時候，禮拜天看診也沒有大幅的下降，換言之，會選擇在禮拜天開診的醫師，他有他服務的精神，我們鼓勵他，也給他獎勵，但是問題就是說在制度上去做這個改變，我是覺得沒什麼意義，人家不會因為你多幾點，會想要開診意願，我認為是沒有，但是在醫界裡頭，產生的負面不舒服，那個其實是很大的，我覺得是沒有必要，因為站在支出者立場，要顧到消費者利益，製造這個，對付費者利益來講，好像也沒有多大的效果，我認為絕對不會有人因為這個來改變，但是對於我們，是一個 partner 的觀點，夥伴之間就像，健保署突然間說，明天禮拜天你們來上班，然後每一個小時給你加 50 元，你會覺得有感受嗎？所以我是覺得說，既然沒有太多錢去提高禮拜天看診的經費，一定會壓縮到其他的一般服務，那不如不要考慮假日加成的部分，我是覺得這樣子。

黃代表振國

這個議題已經討論很多次，重點在我們社會的改變及法律的調整，一例一休所造成之負面性，對於整個社會型態，不管是民眾就醫需求的改變跟整個醫師服務內容型態的改變，甚至民眾去找醫療服務的方式也在改變，今天我們很清楚一例一休 focus 的假日，只有在星期天，星期六難道不是假日嗎？難道我們一國真的多制了嗎？現在政府公家機關說平常日上班、禮拜六也要上班？沒有，任何的服務行業都有它的調整方式，但是醫療是很特殊的，比如很多提供六、日服務的行業，往往在禮拜一或禮拜二就休息了，但是醫療行業，禮拜一一般是最忙的時候，我們都是犧牲自己的假期來提供服務，這是第一點。第二點，在如此犧牲之下還能提供服務的，往往就是大型的聯合診所或者是所謂的院前診所，因為他們雇用的人比較多，他能夠承受大量的人力需求，我們員工不是只請假日這一天，我們員工是聘一個月、一年或者是長期的聘用，所以成本不會只有在禮拜天的成本，應該是他所有勞資的成本、所有每天的成本，就是每年成本。所以我們今天不管多了幾點，對這些已經既有提供服務，就是只是鼓勵而已，但對沒有提供服務的院所，一點誘因都沒有，甚至在懲罰他們，因為這個資源是從大家的資源裡拿出來，等於是百分之八十的人去補貼百分之二十的行為。今年在農曆春節的時候，我們的 CDC 跟我們的政府單位要求基層醫療院所針對流感的問題開診，我自己也開了，開的結果就是 2 月的開診，造成 4 月的抽審，我們就是 28 天又沒休息，有這個代價也應該，這是因跟果，但是，

我們的制度，不應該懲罰認真負責的人，禮拜天也開了，2月也開了，去分析當天有需求的人，真的少之又少，不到一成，往往是路過、經過，或者是說平常就是很忙，只有今天有空恰巧碰到。如果今天再用錢來衡量，我們多了那4點給禮拜天的醫師看診，到時候醫界會被消費者代表罵，這個醫生真愛錢，你看只要給他4點，他就會為4點折腰，給幾點都一樣。

黃代表啟嘉

如果要對禮拜天有鼓勵價值，大概要 double 才有機會，會讓一個原本不想開診的醫生，因為 double，他可能會願意為這個，就是說原來願意開診的醫生還是持續在開，那對於那種不願意在禮拜天開診的醫生，你要讓他願意，因為這種東西不是只有病人會嘲笑，最重要會面臨員工罵老闆。像今年的過年，我有開診，員工的薪水怎麼算，時薪乘3，那員工都不會講話，那大家都不會罵我血汗，因為時薪乘3了嘛，怎麼血汗。所以說我們今天有這麼大的空間與資源，去把診察費 double，這樣子，才真的會達到鼓勵假日開診的目的，如果是沒有，做這樣制度的改變，只是犧牲了很多我們的價值、原則，去造成蠻大多數醫師的不舒服，但是沒有達到效果。

張代表孟源

主席，各位委員大家好。像今天各個委員，還有社保司、健保會，學者專家都提供很多寶貴的意見，因為很多這個議題真的很重要，我們會建議說，是不是可以召開臨時會把這個重要議題來好好的討論一下。

主席

我們可能開臨時會，來，再請李教授。

李代表卓倫

大家在討論這個議題的時候，可能有一個先決的要件，覺得是價格效果會引導，事實上，遠比這個要複雜很多，我提供一個經濟學上的思量，醫師的所得已經到達一個程度，就是到達他財富效果出來的時候，一個人財富增加之後，他接下來的選擇就是休閒要增加，而不是工時要增加，這是第一個效果。第二個是替代效果，因為他不休閒，他變有錢了，他不休閒而繼續工作，他的機會成本增加了，因為他休閒的代價變高了，所以他會選擇用休閒來取代工作。那最後一個才是價格效果，它是反過來，因為你的價格比較高，所以，但是不要忘記價格效果的時候，後面也有所得效果跟替代效果在那裡。這三個力量同時

運作的結果，那一個比較強，沒有理論的必然性，要靠實證，而那個實證資料，臺灣是不存在的，這個是經濟學裡講的供給線後彎現象，你給他更多錢，事實上是，有一種可能性，你要讓醫師的工時增長，是降低工資，而不是鼓勵他工資更多，你再加錢，只會再減少他的工時，不過我們今天討論的是 shift，我贊同啟嘉主委講的，如果是以差距來看的話，事實上那個差距要非常大，大到我願意禮拜天來，但因為我的所得又增加，我的財富效果會出來，所以我會選擇禮拜一到禮拜五休息的時間會更多，可是我們不太在乎他休息更多，因為禮拜一到禮拜五大家都有開診，那如果這樣效果會出來，就回到啟嘉主委講的是，那個差距要非常大，大到他足以做這件事。

黃代表啟嘉

是不是六、日開診，對醫師來講，他最大的成本在那裡？在他的家人和小孩休息的時候，他在工作，放棄陪家人跟小孩的時間，這個真的才是最大的成本，而不是錢的問題，所以不要一直從錢的問題去迷思。當然，那些願意在假日開診的醫師，我們真的鼓勵他，有些抽審的東西，我們再把這些障礙排掉，不要讓他假日開診還被懲罰就好，但是我們已經儘量在這樣做，這也是一種配合，就是說，我們不會去罵那些排診，以前其實我們是有一種氛圍，對那些開診不休閒的醫師，罵他，那我希望我們內部，儘量不要有這樣氛圍，但是你不要從制度上去做這樣子的一個設計，這制度上的設計，說句實話，只是一個交代而已，但是這個交代我不知道跟誰交代。我今天講，如果這個制度真的做這樣子的設計，我之前已經跟淑鈴講過，我一定是支持，這沒辦法，那換下一個主委，下一個主委上來又碰到這個制度，他也是支持，那就一直換，對啦，就辭職了，這沒辦法做了。

吳代表國治

我還是要澄清一下，因為署資料裡面，還是寫為配合分級醫療政策，分級醫療絕對不等於假日看診，我們一直要澄清這個事情，世界上分級醫療做得好的國家，那一個國家假日看診的比例比我們還高的，絕對沒有，所以千萬不要一直灌輸民眾說，我們假日開診就等於分級醫療做得好，這是完全不對的，所以我是覺得這個應該要保留。

主席

保留什麼？不通過？那我們就保留。

黃代表啟嘉

那另外，我要請健保署跑 20 年醫院跟基層占率的線性迴歸資料，因為目前全聯會沒有醫院的資料，基層數據也只有 6 年，沒有這麼多年，因為一直講說基層的門診一直下降，醫院的門診一直上升，但到底怎麼樣下降，怎麼樣上升，我需要一個 20 年資料做線性迴歸，這個資料給我們以後，我相信可以找出一個門檻。

主席

O.K.，請醫管組提供，分 4 季、分 6 區，現在已經 5 點了，大家大概也歸心似箭，現在人數也不足，反正要開臨時會，那就兩個案子，再加上未討論的案子，好不好？那我們就用最快的時間把數據弄出來。

黃代表啟嘉

因為我們下次就直接進入討論提案。

主席

對，沒有報告。

黃代表啟嘉

而且那個幾乎我們結論都知道了，搞不好一個小時就開完了。

主席

對，沒錯，好，謝謝大家。