

「西醫基層總額研商議事會議」106年第3次會議紀錄

時間：106年8月24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	請假	張代表金石	張金石
王代表欽程	請假	梁代表淑政	梁淑政
王代表榮濱	王榮濱	莊代表維周	請假
王代表維昌	王維昌	許代表光宏	許光宏
朱代表建銘	朱建銘	陳代表志明	陳志明
吳代表欣席	涂勝雄(代)	陳代表威仁	陳威仁
吳代表國治	吳國治	陳代表相國	請假
吳代表順國	吳順國	陳代表晟康	陳晟康
呂代表紹達	呂紹達	黃代表振國	黃振國
李代表卓倫	李卓倫	黃代表啟嘉	黃啟嘉
李代表育家	請假	廖代表慶龍	廖慶龍
李代表偉華	李偉華	劉代表家正	劉家正
李代表紹誠	李紹誠	蔡代表有成	蔡有成
周代表思源	劉碧珠(代)	蔡代表麗娟	蔡麗娟
周代表慶明	周慶明	鄭代表俊堂	鄭俊堂
林代表名男	林名男	鄭代表英傑	鄭英傑
林代表俊傑	林俊傑	盧代表榮福	盧榮福
林代表振順	溫國雄(代)	謝代表武吉	林佩菽
林代表義龍	曾梓展(代)	藍代表毅生	藍毅生
邱代表泰源	陳炳榮(代)	顏代表鴻順	顏鴻順
徐代表超群	請假	羅代表倫樾	請假
張代表志傑	張志傑	龐代表一鳴	龐一鳴
張代表孟源	張孟源		

列席單位及人員：

全民健康保險會

衛生福利部社會保險司

中華民國醫師公會全國聯合會

中華民國藥師公會全聯會

中華民國醫檢師公會全聯會

中華民國醫放師公會全聯會

台灣醫院協會

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

本署醫務管理組

陳燕鈴

葉青宜

黃佩宜、林筱庭、陳宏毅、

陳哲維、吳春樺

洪鈺婷

宋佳玲

杜俊元

陳珮涵、吳河伶

廖美惠

蔡秀辜

王慧英

賴文琳

陳瑩玲

馮美芳

王本仁、詹淑存

姜義國

龐一鳴、陳真慧、張溫溫、

劉林義、洪于淇、林 蘭、

邵子川、黃曼青、邱于婷、

鄭正義

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：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：報告內容洽悉，另決議事項如下：。

- 一、請全聯會提供友善雙向轉診之成功案例，以利分級醫療之推廣。
- 二、建議嗣後會議報告方式以主題討論進行，下次會議由本署及請全聯會以精神科及婦產科醫療服務利用與供給情形進行探討。
- 三、有關中區新醫院成立對基層的影響及東區初核核減率之議題，請中區及東區業務組納為共管會議討論議題。

第三案

案由：106年第1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	0.9631	1.0157	0.9789	0.9870	0.9636	1.0783	0.9709
平均點值	0.9637	1.0007	0.9810	0.9874	0.9748	1.0437	0.9795

- 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：105年西醫基層總額品質保證保留款核發結果報告。

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：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：本案暫保留，請全聯會於下次會議前提供建議修訂內容。

伍、臨時動議：

第一案

提案單位：醫師公會全聯會

案由：有關少數院所違法違規，變成所有會員承擔案。

決議：請全聯會及醫管組先行研議。

伍、散會：下午4時20分

陸、與會人員發言摘要詳附件

※附件-與會人員發言摘要

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記錄從第 1 頁到第 4 頁，各位代表對上次的會議記錄有沒有意見？

黃代表啟嘉

第五案不適宜解除，直到有經費挹注。

主席

明天健保會臨時提案討論，本署已將經費來源建議提報健保會。若大家覺得需繼續列管，則本項繼續列管，有沒有其他意見？

吳代表國治

可否稍微陳述一下明天的提案內容？

劉科長林義

目前全聯會的建議從基層專款的剩餘款，以及其他預算剩餘的部分支應。

張專委溫溫

我們建議 106 年由專款剩餘款挪移，最多 3 億元為上限，並經健保會同意後執行。

主席

補充說明，原來全聯會希望的金額是 7-8 億元，考量經費有限，經本署計算，建議金額 3 億元。

另經費來源，全聯會建議經費來源從其他部門-區域醫療整合計畫 3 億元，而本署建議從西醫基層專款的結餘款，因為專款結餘款沒有用也是收回，故兩案一同到健保會討論。

吳代表國治

所以健保署不以「其他非預期政策改變」來爭取預算？

主席

經健保會評估本案不符其他非預期政策改變的條件。

吳代表國治

所以健保署也認為不符合資格？

主席

我們也認為不符合，請健保會或社保司說明一下。

梁代表淑政

代表可參考健保會第五次的會議紀錄，雖然部裡面是希望健保會能夠比照「其他非預期政策改變」的動支原則去討論，不過當天討論的時候，付費者代表也沒有完全同意可以動用這一塊，所以才會請健保署跟西醫基層醫界代表再討論看看，需要多少金額、經費的來源及從哪裡動支費用。因此就當天的會議紀錄看來，目前不太適合用「其他非預期政策改變」這項的經費。

黃代表啟嘉

對於這個議題我認為是醫界為配合政策才會造成這樣的結果，若目前預算的缺口，即便預估補 3 億元，在明天的健保會也未必會過。

但畢竟分級醫療是我們與署方共同努力的結果，署方鼓勵醫界去成立醫療群，那把很多慢性病患，從醫院轉到基層來當會員，希望我們去

照顧他，才會有這樣一個預算的缺口。

那當天健保會裡頭有不少委員，包括周麗芳委員也認為，這個錢應該要補給醫界，因為是我們配合做的，3億元一定是不夠的，我認為即使3億元不一定爭取的到，但也是大家努力的過程，而且可能要一直努力到年底。

因為今年還沒過完，大家會考量未來有可能有風險發生，搞不好中間會有什麼大災難，現在如果把錢用掉，大家會覺得害怕；如果明天3億元提案過了，當然後面就沒辦法考慮；若是沒有過爭取預算的事宜持續到年底，那筆預算還是可以再提案，我是覺得大家可以再考慮，因為今年沒有風險，唯一的風險就是我們政策造成的一個財務風險，以上是我的看法。

主席

主委也是委員，明天健保會可以提出意見。

吳代表國治

請教署是否有做過爆量原因分析？是因為放寬收案條件？

主席

主因為今年度加入許多新的醫療群，而造成診所新收案會員數增加。

吳代表國治

是否下次能提供分析數據？確實只是加入的多，還是過濾的標準下降所造成的，希望下次提報告。另外，當初醫界配合宣導家醫計畫，如果要讓醫界承擔點值這麼低的結果，也會降低院所未來加入家醫計畫的動機。

林代表俊傑

家醫整合照護計畫是分級醫療的政策之一，也鼓勵醫療群參加，若家醫計劃之品質點值掉到 0.5 也是破紀錄，我認為署方要一起和醫界站在分級醫療和全民健康的角度來爭取預算，上次黃醫師也有做過分析，健保會目前增加之預算尚不足夠使用。如果這個計劃預算未補足，我想明年要推新的政策大家在參與度會有所保留。

王代表維昌

我們配合署方所推這個政策，整個造成爆量，我們宜蘭縣從家醫群推動居家醫療，目前已有 40 家團隊配合，這個基礎很重要，從社區到居家到安寧，因此家醫是很重要的基礎，點值到 0.7 真的是非常不合理的，大家一定要盡力把點值提升，才有信心繼續推動此政策。

周代表慶明

有一個成語「徙木立信」強調誠信的重要，說到就要做到，信守承諾使得秦國日後強大，從這個的例子來看。在這個政策上面大家全力配合，結果變成點值這麼低，新北市淡水原本沒有醫療群，我們很努力地請馬偕醫院和當地醫師配合終於成立，但現在點值這麼低，會讓大家對於政府的威信降低很多，若沒有財務進來，今年加入的可能明年就要退出了，所以希望有適當的金額補進來

黃代表振國

任何政策都應該要有預估性及其發展的空間，很感謝政府的推動，原先預估的成長非如預期。105 年台灣就醫狀態有 2200 萬人次就醫，其中 2100 萬人次在基層診所就醫，代表有醫療需求的民眾有百分之九十幾是在基層診所就醫的，基層診所是最佳的健康守門員，若假設這個計畫由 260 萬增加到 410 萬會員，後面加入的家醫群阻力越來越

大，參加意願越來越低，當參加的醫療群發現並非如預期的一樣，是糟蹋我們的努力跟時間。去年就預估 105 年的點值是 0.7，我大膽預估 106 年點值是 0.4，大家要深思如何挽救。

主席

- 一、針對這個案子，我們也窮盡所有的可能性來找經費空間，原本設定的目標預算來源為「其他非預期政策改變」10 億元，但因條件不符合，只好用其他編有的預算支應。大家今天意見我們也都有收到，作為提案單位，本署於明天的健保會，也會盡力說明，希望能夠獲得健保會委員支持，另外，很多代表提到點值掉到 0.7，這不是西醫基層總額一般服務點值，是指家醫計畫裡面成效獎勵費用，另外個案管理費是以 1 點 1 元支應，成效部分因為還沒有計算，所以都各代表所述都是預估數情況。
- 二、下個月要開始協商明年的預算，我們應該共同努力的是明年預算的爭取，明天也要讓健保會委員瞭解所需預算費用，決議事項辦理情形就到這邊。

在第二案報告之前請呂代表先說明一下雙向轉診的成果

呂代表紹達

蔡醫師所傳與台中榮總簽約，這代表基層醫療與醫學中心之間雙向轉診互動，我們也希望其他各醫學中心或是診所都能夠互相合作，但是在目前的基層醫師雙向轉診的情形，容易碰到和病人說到台大醫院膽固醇，結果病人一去醫師就馬上開藥。病人回來之後給基層醫師感覺是「我的命不是命，大醫院都會直接開藥給我們，你還要拖拖拉拉」所以希望署方能有意願，真正落實雙向轉診，不然我們勸病人回家控

制飲食，他到大醫院第一次驗血，結果醫院就開藥。病人的感受會讓基層感覺兩邊都不是人。

主席

因為是跟中榮合作把病人下轉而且還透過媒體的報導，病人也很感謝醫學中心跟基層醫師。基層上轉，中榮將病人處理穩定後再轉回基層，是一個典型的雙向轉診案例，病人也很滿意，這是很重要的，之後我們會請中榮許院長到署裡作專題演講「如何推動雙向轉診」。請主委和各位代表有雙向轉診成功的案例，提供給本署以表揚醫院並邀請其到本署作經驗分享，瞭解雙邊的想法，讓我們有推動雙向轉診的力量，另外在明年總額也會加強財轉診務誘因之設計。同時我們也於其他部門編列一筆預算，替西醫基層準備一筆保留款，不會讓基層的點值收到影響

呂代表紹達

目前我知道宜蘭博愛醫院陳文忠院長也做得很好，我問他怎麼做到的，他把基層可以看的病都下轉到基層，那基層相對也會把較嚴重的案子轉回醫院。譬如：100 位感冒病人轉到診所，診所變成很好的轉介點，之後要做 CATH 的病人診所也轉回醫院。後來我碰到另外一位胸腔科的主任也是一樣的做法，所以我很確信這間醫院做得很好。另外我建議上轉到醫院比較重病的病人，署方可以給予轉診加成。

王代表維昌

我來分享一下我們公會跟醫院都有落實雙向轉診，以 COPD 的病人為例，我們先用 LINE 互相溝通，當天他們就會把報告傳給我們。如果是失智症病人，沒有診斷，我馬上會 LINE 給他們醫院精神科助理，

當天下午診斷就會出來，病人就可以去申請長照資源，且醫院也有社區醫學部讓我們可以直接和他們溝通。除了公家轉診系統 VPN 還有羅東、聖母醫院都有直通的掛號系統，宜蘭縣的雙向轉診互通做得非常好。

李代表偉華

我是基層醫師，在醫院也有兼職，所以我在醫院時，有把比較輕的案子轉到自己的診所，我也有把診所病人轉到長庚醫院。我把比較嚴重的轉回長庚，但十個裡面有九個石沉大海，例如：我把聽力有問題的病人上轉，他們只回復我病人做了聽力檢查，就沒有了！但我跟新光醫院合作，開業醫師都可以從系統裡看到病人的影像 CT SCAN、DATA 所有檢查。這一方面在新光做得比較完善。

我記得張院長曾說過，整個長庚系統是拿三分之一的輕症養三分之二的重症，我覺得這是支付的問題，若輕症病人支付在醫院層級減少，重症給予加成，不要以輕症養重症，醫院會比較容易把病人送回基層。

林代表名男

我在服務於大林慈濟醫院，我知道社區醫療群會定期到醫院開會，偶爾有碰到 1-2 位病人應該要轉回診所但沒有，我就會去溝通。讓醫院與基層每個月定期 Contact 維持關係，透過社區醫療群和醫院的結合，醫院提供服務(掛號、線上病歷)提供給診所查閱。若署在未來制度設計仍夠朝向相互溝通，我相信雙向轉診會做得更好。

黃代表振國

雙向轉診遇到的阻力，主要是醫院收入大部分都在門診，我建議在醫院總額分成重症總額、輕症門診，將各層級設定一個黃金比例，如果

門診量增加造成點值稀釋，醫院就會下降門診量，這樣會讓他們把適當的病人轉出來。

吳代表國治

以現在的氛圍要限制病人就醫自由是不可能的，而且現在支付是由醫院付給醫師，那支付制度調整就是一個很好的工具。

我們認為某些藥品在醫院使用品質才會好，但得到的答案是「不行，基層也要開放」。又如，調整重症 60 億也牽涉到基層的部分，當時主席有裁示所以基層不調整。到醫院拔睫毛 10 元，到基層 100 元，醫院就不會就，但前提是要把剩下的錢調到重症，讓醫院願意去服務重症而不是找簡單的病人治療。

所以支付一定要同酬我們也很困擾，在共擬會議時調整支付點數基層醫院要一起調整，但基層又無法給病人更好的照顧，我認為在支付制度上可以做些 approach，謝謝。

藍代表毅生

其實在分級醫療，我們雙方在人事接觸，考慮支付制度也就是利潤的問題，向我們外科來說，擦傷大面積的病人，不易治療他也不要。我拜訪過附近的醫學中心，一個四肢擦傷病人換藥半個小時才給付 300 多點，只能看 4-5 位病人，就拜託我不要把這類病人轉到那裏，所以這個不是雙方轉診問題，是制度面的設計很多情況會讓人虧本。

診所把虧本的病人就直接往醫院轉，醫院遇到這種病人沒有清創，給病人一條藥膏請他有問題到附近診所，後來 1-2 天後病人傷口化膿到診所處理，這種情況很常見，這是很現實的。

黃代表啟嘉

我們要想的是分級醫療是否對民眾有好處，如果病人在基層也能拿到跟醫院一樣好的藥，雲端藥歷可以幫助醫師查詢用藥，在宣傳上應該讓病人瞭解診所對他們的好處。當然醫院也可以幫忙做一些檢查，但檢查是否必要這可以檢討，當基層沒有檢查設備需把病人上轉，但檢查後就應該讓病人回歸基層。站在病人的立場是應該支持我們這個政策，但如何說服他們？讓病人自動自發到基層來。

曾代表梓展(林義龍代理人)

我今天也參加中榮的分級醫療雙向轉診記者會，我認為他們案件的成功有兩大因素

- 一、中榮門診業務量沉重，當業務量達到上限之後，比較願意將輕症 case 下轉，但私立醫院要拚業績，輕症下轉就不容易。
- 二、他們設計很多平台，譬如 LINE 的方式，即時互相轉介病人，群組成員包含醫師及個管師，告訴我們病人檢查情況，同時有教學效果，且下轉時也會公告，尋找鄰近區之合作基層診所來接收病人，未來這一套流程可能也會設計成 APP。

李代表紹誠

查閱檢驗或是檢查結果在雲端藥歷有 2 個月時間差，只要沒有申報是查不到的，這個要請署方處理。

吳代表順國

我們跟弘大醫院建立很好的感情，互轉都是沒問題的，碰到科別醫師需要支援，也會互相協助。苗栗的各大醫院都答應一定會將 COPD 的病人回轉到基層，謝謝。

蔡代表有成

要讓轉診成功的話，衛福部需要有鼓勵政策，大部分是基層轉給醫院，少部分由醫院下轉，目前下轉是有比較大的問題，醫院下轉的話，針對醫院教學和研究方面給予補助或是將這些錢回到住院病人。3%-5%費用帶到基層，也就是主席剛才也提過，會在明年度有一些補助，如果轉診能夠搭配醫院評鑑，效果會更好。

林代表俊傑

在此分享一下高屏區的經驗，要做病人分級雙向轉診很重要的因素，就是醫院之對口單位，目前我們醫療群會每個月開會，轉診平台可以請家醫科或轉診室做窗口，有些較嚴重的 Case，我們直接轉到醫學中心平台對口單位，透過這個對口看能不能處理，如果無法處理，也可從醫院端的家醫科再轉介到其他科別。

在醫院評鑑建議應設立一個指標，逐步下降輕症至醫學中心就醫之比例，這才是真的落實雙向轉診的方法。

李代表卓倫

統治一個國家沒辦法靠人的善意，如果沒辦法把人跟錢透過分險分擔的方式，退而求其次，我們目前有幾個成功案例，這些案例有相關細節，透過比較性個案分析，發掘他們成功的共通點，在增列在契約內容，署裡面就可以把它變成擴散的方式。

廖代表慶龍

剛才李教授所提的契約，我認為也要把失敗的案例寫進去。比如我們轉一個病人去開刀，醫師順便開高血壓的藥物給他，病人開刀出院後，就在醫院拿高血壓的藥，不回到診所看診了。這種失敗的案例也應該注意。

主席

今天大家的發言都是為雙向轉診，提供一個支持，都是很好的開始，希望能夠繼續擴大。再麻煩主委請全聯會當窗口，讓我們知道那些院所之間有成功的案例，未來可舉辦全國分享會，帶動醫院之間相互轉診之風氣。

主席

剛剛李教授提到要把成功案例寫下來，我們也很樂意拿到內容做為推動的參考。

報告第二案：西醫基層總額執行概況報告案。

主席

我們有兩份報告，是不是一起看完之後有關執行情形報告再一起討論，好不好？。

龐組長一鳴

- 一、剛才全聯會報告案有關住診案件負成長，補充說明是因為婦產科診所很多升級成婦產科醫院。昨天在醫院總額研商議事會議上，有報告新增幾家地區醫院，其中有一半都是婦產科醫院，特別是產科。
- 二、第二個是精神科，現在趨勢精神醫療回歸社區化、去住院化，回歸社區中途之家照顧，這種就醫行為的改變在近十年的趨勢是有變化的，我們不要用少了就是萎縮，多了就是衝量來看這件事。
- 三、精神醫療門診在醫院及基層總額，住院在醫院總額，精神復健在其他部門，以現在的趨勢去住院化會回歸到基層總額部門，

當病人回歸社區費用也會移到其他部門，總額的挪移屬於漸進性改變，昨天我們也和部長報告，未來如何因應精神醫療的資源配置。

四、剛才李代表有提到上傳檢驗數據都慢兩個月，但我們現在推「即時上傳」獎勵，目前大型醫院的即時上傳率也滿高的，基層部分比較低，原因包含有些檢查是檢驗所做的有些是基層做的，請大家配合申報費用之醫療機構就要上傳數據，若大家都能落實上傳就可以減少李代表說的現象。

主席

現在醫療經營生態的改變

- 一、婦產科診所轉型為醫院，因此診所產科的減少會很明顯，這就是一種挪移，費用也會跑到醫院去。
- 二、基層精神科的人數在成長，費用也成長，但精神科用藥需要專業把關，倘若太多對病人不一定有益，希望主委出來把關，藥物費用明顯的成長 6.79%，用藥是否恰當？值得去思考。

黃代表振國

精神科的問題一直希望有個常模讓醫師瞭解，依照疾病程度需要開哪些藥？一般三高病人大家都會處理，所以同儕也可參考客觀數據來瞭解病人用藥是否得當，但是現在最大問題是心理問題如焦慮或失眠案例，在家醫或內科開立 2-3 種藥就可解決，從雲端藥歷得知一旦病人到精神科診所，至少開立 4-5 種藥，往往病人認為沒有此需求後就自行減藥。

署端如果需要我們管控，希望給我們精神科同等級的疾病用藥常模等

相關數據。例如：成長最高的項目「特殊心理治療」到底需要多少時間？

另外，婦產科問題，我很慶幸其他區域婦產科可以升級成醫院，但請大家看第 17 頁投影片，申報件數有三成的比例在台北區，代表很多診所越來越壯大，請各區升級的醫院來和台北區經驗分享。

全聯會報告第 32 張各科成長率，神經科醫師在醫院端的專業可以做檢查跟處置，但到了基層只能做簡單治療中度復健，沒有發揮到神經學專業，我們應瞭解分級醫療實施，神經科專家到基層執業是否和一般科、骨科做一樣的事情，並探討如何讓這些專家在基層發揮。最後，可否分析上消化道內視鏡檢查成長率升高之因素，謝謝。

主席

有關精神科用藥審查，仍需請專業醫師協助把關。

鄭代表俊堂

剛才提到消化性內科增加，因為鼓勵分級醫療，當然會成長。

吳代表國治

以前有做費用挪移的監控，但都只有 Macro 對於 Micro 都會被忽略，這次產科跟精神科費用挪移，是否有必要做幾個總額別費用更進一步的分析。

陳代表晟康

其實精神科成長不只有藥費，上個星期我們開會發現從 101-105 年基層精神科醫師成長約 50%，醫院精神科醫師只有成長 5%，表示基層的精神科在 supply 跟 demand 都有成長，很可惜在費用分析我們無法得知醫院端精神科門診的費用消長，這牽涉兩個總額之間費用的轉移，

是否可就這方面在下次會議提供給我們更細的分析？我建議除了請全執委針對精神科用藥分析，甚至可以比較醫院與基層精神科用藥項目有無轉變、家醫科在申報精神科用藥的情況、精神科專科醫師跟非精神科專科醫師開立藥品的項目比較，這對於我們在未來管控精神科費用成長會更精準，謝謝。

廖代表慶龍

我對於中區服務件數的衰退非常憂心，我想提醒署方一個狀況，我們中區開了幾間醫院，標榜做急重症，不過做法跟標榜有差，例如用交通車載患者，而這些患者原來都是在診所看診初級照護的患者。希望署方能區間分析新開立醫院對於附近診所醫療服務量的影響。

鄭代表英傑

我是婦產科醫師，從全聯會報告第 28 頁的表格可以看到從北區到東區申報件數都是萎縮，但我不太想用這個字，雖然有部分挪移，但應該不是全部都是挪移，希望署方可以更深入分析生產和門診的部分各占多少。

實際上婦產科能夠申報的項目和量非常少，而且支付標準非常不合理例如：產科掃描目前 450 點，內科已經 800 點，希望署方可以給予適當調整。我們屏東區幾乎都萎縮到不能生產了，兩年前我們最後一家婦產科診所已經開始不接生，要生產就有剖腹產的可能性，人力配置一定要夠，希望署方幫我們分析為什麼會萎縮到這樣。

朱代表建銘

請問健保署第十二張投影片，各分區初核減率，東區的核減率一直是最高，請問

一、初核核減率是如何計算？所有核減金額/抽審院所申報費用還是核減金額/當區所有申報費用。

二、現在已經 8 月了，可否提供複核核減率？

目前東區在檢討審查指標，東區抽審家數約 30%，相較於其他區 20% 可能是造成東區核減率高的原因。

李代表紹誠

北區曾經分析精神科的用藥，發現院前診所跟連鎖店的診所用藥量很大，把該院單價貴的精神科用藥轉移到基層開藥，院前診所用藥和一般基層用藥差異非常大，給大家做參考。

藍代表毅生

全聯會報告第 25 頁外科成長 5.08%，一季總共 9 億，跟精神科 8.24 億差不多，但我們的人次是精神科的 3 倍，但我們的給付跟精神科差不多，所以這很明顯基層的外科在崩潰，我覺得這要警惕。

黃代表啟嘉

請看議程第 11 頁，預估點值和實際點值有差距，請問上次提到預估點值的模式是否有修正？

龐代表一鳴

已經修正過了。

許代表光宏

我有兩個問題請教：

一、全聯會報告第 31 頁神經科東區藥費成長 352%，醫療費用成長 146% 是否有注意？

二、第 33-34 頁滿意度調查六分區只調查 91 人，樣本數是全區嗎？

黃代表啟嘉

第一個部分是因為東區基期較低，所以增加 1-2 家診所成長率就會很高。第二個部分答題表示不滿意的個案有 91 人，這 91 人當中有處理的。

主席

補充說明，第 33 張最後一欄以上滿意度是全國分層抽樣 1500 位的結果，另外向院方表達不滿且得到妥善處理，1500 位其中有 91 位表達不滿意。

陳代表炳榮(邱泰源代理人)

第 25 頁的會議資料可以看出來，106q1 浮動點值和平均點值很接近，但第 11 頁 106q2 預估點值浮動點值跟平均點值差異很大，然而平均點值主要是受藥費影響，呼應主席提到請全執會針對藥費管控進行分析；精神科藥費部分，台北分區已經管控多年，成效不彰，請專科醫學會表達意見時，都會拒絕回答，對我們來說就像是盲點，署方是否有更好的方法來提供全執會進行管控。

主席

報告先討論到這裡，請醫管組回應。

龐代表一鳴

有關資料統計需求，建議公會可以先行分析若需要醫院部門數據，本屬可以協助提供。另外本次討論聚焦於精神科及產科，建議大家可以達成共識於下次會議討論時，繼續延伸探討，以增進討論效率。

主席

因每次會議都有例行報告之內容，若能有特定主題進行討論，也能助於問題解決且看到更深入的現象。那下次會議聚焦在精神科和婦產科分析，包含：婦產科醫院的增加、產科與婦科的分開及精神科病人往社區流動等議題，

廖代表慶龍

今日聚焦在分級醫療，可否分析新成立醫院對相鄰近診所的影響，舉例來說我們霧峰新設立醫院，據鄰近診所反映，門診量衰退三成。

龐代表一鳴

各區議題建議回饋到各區共管會議討論。

曾代表梓展

我想廖慶龍代表的重點是中區基層件數衰退最嚴重，可否做中區醫院與基層門診件數的比較

主席

這兩個題目我們都錄案，有關朱代表所提東區初核核減率及廖代表關切新醫院成立對基層的影響，我想先回歸東區與中區共管會議先行討論，若後續討論有需要做各區比較，再報署本部。

鄭代英傑

請署方提供我們醫院部門資料。

黃代表啟嘉

討論精神科和婦產科議題，是由全聯會分析還是一起做？我們的資源可能足夠的資源，需要署方協助。

主席

一起做，我們這邊為基地。雙向轉診的議題剛才已經有決議，請全聯會趕快搜集有誠意的醫院，一同來推廣。

李代表邵誠

我們北區之後要增加 2000 床，是否藉由官方要求他們落實雙向轉診。

主席

謝謝，分級醫療雙向轉診是我們長期努力的目標。精神科病人移往社區，某種程度也是分級醫療的典型例子；另外，婦產科診所轉型為醫院也代表醫療型態改變。往正確方向發展需要鼓勵，若有行為偏頗也需要我們共同校正。那我們先討論到這裡。

報告第三案：西醫基層總額 106 年第 1 季點值結算結果報告案

主席

這次的點值，有沒有意見？第一季的點值結算 0.97 還不錯。

黃代表啟嘉

第一季點值不錯，因為今年流感流行比較少。

主席

今年的流感發生在第二季至第三季，故預估點值會比較低，但結算時還是會修正。今年第一季跟去年第一季比，確實差距很大。所以請各位代表多推廣老人施打流感疫苗，點值才會穩定。衛生局反應請基層醫師協助施打流感疫苗，但基層醫師不願意。社區預防接種是基層醫師很重要的任務，且刻不容緩。

黃代表振國

我認為衛生局的公共衛生的角度要改變，醫療服務跟社區醫療服務要分開，很多政府官員認為醫師去幫打預防針是義務，所以不要計較任何酬勞，但施打疫苗出問題卻是醫療院所要承擔。才給付 100 元，要醫師到社區駐點、刷卡、上傳，還要挑九九重陽那一天，診所要關門診出去，請問各位你能配合嗎？

有時里長會要求特定日子要施打疫苗，但日期選定跟民意代表有關，一定要選那一天，所以，那一天醫師要跑好幾場。我覺得好意有點被扭曲了。

顏代表鴻順

預防保健尤其是疫苗的注射，對於流感的預防，我想在座各位開業這麼多年應該感觸非常深刻，這幾年包括去年新北市負責了將近一百萬劑的流感疫苗的注射。所以，衛生局非常積極的透過各個公會到地區，包括聯誼會、各個診所，去要求大家能夠協助衛生局在自己診所內，也到外面去做流感疫苗的注射。但是去年我們就透過社區醫療群鼓勵了很多診所，到社區、學校去幫忙打流感疫苗。但是今年大家收到的稅單，我們在診所裡打流感疫苗是 20% 的所得，施打收 100 元視同賺 20 塊去扣稅。但是，社區到學校去打，開出來的稅是收 100 元費用只有 20% 認列費用，視同你要賺 80 塊而去扣稅。

在診所裡面是比照全民健保，到社區、學校去打，它開出來的比例是比照自費，所以費用只有 20%，變成 80% 要去繳稅。關於這一點，我們也跟全聯會反應了，全聯會也正在溝通當中，這個跟健保署無關，

但是也讓我們的主管單位知道，在相關會議的時候，能夠了解我們的立場能夠為我們做一個爭取。以上！謝謝！

主席

請問是誰決定必要成本八成？

龐代表一鳴

依據開立扣繳憑單單位，本署開的折扣比較好，衛生局開立的所得類別不同，專門職業所得還是薪資所得，有另外的認定，需透過委員跟財政部協調

主席

但我們還是須說明一下，這是國稅局的問題，我看理事長們都很厲害替大家爭取。

還是拜託大家，老人流感、小朋友的預防接種是基層醫療很核心的業務，長期在看分級醫療，壯大基層不能放棄預防保健業務。這是基層很核心的業務，利益當然可以爭取，但是職責也不要忘記，而且相對帶來的點值提升效益，為什麼不要呢？

接下來，報告案第四案。

報告第四案

主席

第四案有沒有問題？如果沒有本案通過。

討論事項第一案

提案單位：本署醫務管理組

主席

好，謝謝，有沒有補充說明的？

劉科長林義

107年西醫基層品保款修訂重點，第一部分比照健保會的決議，把預算來源從一般把他移回到專款，那也因為移到專款，所以申復款項的來源也跟著移動。

黃代表啟嘉

健保會什麼時候決議的？

劉科長林義

健保會 106 年第四次委員會議決議。

劉科長林義

第二部分，有關指標的鑑別度，因基層在 104 年核發的家數的占率是九成，故從去年修正，從第四案核發結果可知，核發比例大概降到 78%，沒核發就是 22%，因 106 年沒有修核發比例，故建議 107 年是不是要再提升 5%？就是讓核發的比率再降到 75%。

黃代表振國

這個品質保留款的目的是為了提升品質，如果大家品質皆提升到達一定水準，是不是需要重新設定？以免多數已提升品質的人無法領取保留款。

第一點，建議這些項目的改用閾值取代用百分位，比如說診所已經減到同儕某個閾值之後，就不要用百分位的概念。

第二點，有些的面向是重複的，比如說三高用藥重複率跟糖尿病跟

CKD 的 eGFR 是同類的，著重在三高慢性病症的中老年的照顧，但從雲端藥歷的管理項目，除了三高的用藥，還有最重要就是精神科的用藥，所謂的抗思覺用藥及安眠鎮定抗憂鬱藥物及抗憂鬱的藥物，建議把這三大類用藥，併入品質指標，當作品質的管控。並且建議把高血壓、高血指或高血糖指標應刪除，因已管理很久，且大家都已經品質提升，已漸失閾值的鑑別度，謝謝。

主席

請大家看一下補充資料第 4 頁，醫管組建議百分位要下修，都是屬於負向指標，原來 80%當成品質很好，再制定嚴格一點修成 75%，剛黃醫師所提增加指標，或者閾值的合理性，我建議全聯會先行內部討論，設定指標要有鑑別度。

黃代表啟嘉

對於這點我們會回去討論，不過有一點我也提供給署方參考，目前品質保留款是專款，給品質優良診所一個獎勵，那現在有違約扣款做為總額減項的一個制度，這個減項制度下來以後，是所有診所共同承擔。我認為比照辦理，應該是針對違規的診所給做折付，而不是針對所有的診所，這個是我的看法。

主席

好，因為這個部分是在做診所品質的鑑別，請專家委員來看有沒有建議，讓全聯會回去參考，請許老師。

許代表光宏

剛剛主委所提風險分攤可以下放到行為人，這個部分我認為可以比照來研議，現在這個獎勵的部分，既然是額外的，項目應由全聯會專業

來制定。有一些項目實施一段時間以後，確實已經達到宣導的效果，且醫療機構行為沒有翻轉，就代表已經足夠做為這個獎勵的機制。

林代表名男

我同意指標可以與時俱進，建議全聯會邀集各縣市理事長共同討論。

李代表卓倫

百分位改成閾值是很好的建議，另外，鑑別度好像應該要用公式來表示比較好，不是用感覺。

主席

105 年整體計算 78%的診所有拿到獎勵款，有 20%的沒有拿到獎勵款。

張專委溫溫

補充說明，今天的資料第 16 頁提供參考值讓院所瞭解，計算標準值是以前一年計算，比如說 107 年閾值是以 105 年閾值去當作標準，例如：家醫科月平均門診申復核減率 75 百分位 0.0071，事先大家知道，就是參考值。

另外有些指標百分位是零，就可以拿掉沒有意義，比如個案重複就診率。

另外代表所提沒有閾值的部分，我們有提供 75 及 80 百分位數字資料在第 16 頁，另外第 18 頁是計算達到閾值的家數，給大家參考。

主席

這個閾值已是相對數值，而且採用前一年的數字做為標準，讓院所預先知道的，做為品質管控參考，大家可以利用後面的這些資料來當對比，讓沒有鑑別度的指標就退場，換新的指標。

那這個案子今天就不做決議，那就請全聯會帶回去，參考我們提供的

資料，然後再由內部討論之後，提供一個修正版本，再提會討論。

黃代表啟嘉

可以給我兩個月嗎？

主席

請於下次會議前提出。

黃代表啟嘉

可以。

主席

好，那今天我們的討論案就到這裡，請問有沒有臨時動議？來，請陳醫師。

陳代表炳榮

我想延續一下主委提到有關違法違規核扣來年總額費用的問題，這個其實也是所有會員一直耿耿於懷的部分。

少數院所的一個違規違法，變成所有會員去承擔後果，其實沒有道理，建議應該是針對違規違法的院所做懲罰，而不應該由所有會員承擔他們違法的後果。希望署內這邊能夠也提供一個方式，大家做看看，好不好？

主席

這列入臨時動議案，請全聯會和本署研議。那今天如果其他沒有臨時動議，我們就開到這裡，謝謝大家，謝謝。

散會