

# 「西醫基層總額研商議事會議」106年第2次會議紀錄

時間：106年5月25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	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	莊維周
王代表維昌	請假	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	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	請假
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	蔡梓鑫
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	陳瑞瑛	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	許嘉紋(代)	謝代表武吉	謝武吉
林代表義龍	林義龍	藍代表毅生	藍毅生
邱代表泰源	請假	顏代表鴻順	請假
徐代表超群	徐超群	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

陳燕鈴、方瓊惠

衛生福利部社會保險司

葉青宜

中華民國醫師公會全國聯合會

洪郁涵、林筱庭、陳宏毅、  
黃幼慧、李世雄

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

本署臺北業務組

廖美惠

本署北區業務組

蔡秀辜

本署中區業務組

張黛玲

本署南區業務組

林育彥

本署高屏業務組

林惠英

本署東區業務組

馮美芳

本署醫審及藥材組

王本仁、曾玫富、詹淑存

本署企劃組

柯京志

本署資訊組

姜義國

本署醫務管理組

陳玉敏、林淑範、張溫溫、  
劉林義、谷祖棣、林右鈞、  
洪于淇、林 蘭、邵子川、  
吳明純、楊秀文、郭育成、  
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，開放表別項目將依實際影響點數，納入 106 年各季各分區一般服務醫療給付費用中一併結算。

## 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、有關開放表別項目「甲狀腺球蛋白」支付標準如需修改，請全聯會或醫檢師公會提支付標準共同擬訂會議討論，必要時列入明年總額協商。
- 二、民眾就醫權益滿意度調查之成效數據，請於分級醫療宣導時適時運用。
- 三、安全針具執行情形，請併醫院總額辦理(即請社保司將代表意見含相關數據向醫事司和食藥署反應，作為法規執行之參考)。

## 第三案

案由：105 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	0.8933	0.9424	0.9049	0.9475	0.9641	1.0125	0.9283
平均點值	0.9262	0.9635	0.9338	0.9671	0.9771	1.0124	0.9491

- 二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

## 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：有關「調升基層院所門診診察費第一階段合理量內開具慢性病連續處方項目醫令 00140C 及 00150C 支付點數 20 點」案。

決議：

- 一、同意調升基層院所門診診察費第一階段合理量內開具慢性病連續處方項目醫令支付點數 20 點，包含一般地區、山地離島及精神科自行調劑及交付調劑案件(00140C、00150C、00139C、00149C、00182C 及 00183C)



## ※附件-與會人員發言摘要

### 西醫基層總額研商議事會議前次會議紀錄確認

主席

請大家看一下上次的會議記錄從第 1 頁到第 6 頁，各位代表對上次的會議記錄有沒有意見？如果沒有意見，就確認了！

### 報告第一案：本會決議/ 決定事項辦理情形

主席

這次決議事項辦理情形，大家有沒有意見？

吳代表國治

序號第 5，我記得在 2 月 23 日研商會議已經通過了，3 月初到共擬會，但到 5 月 1 日才公告，這一段時間、流程，有辦法加速嗎？因為院所一直在等待，行政程序是否加強？不然，這個經費是年度的經費，5 月 1 日開始用，用不完又認為是我們不努力或是怎麼樣，我是建議行政上的速度加快一點，既然開放就要儘快給民眾使用。

主席

請醫管組回復，為什麼需要這麼久的時間？

谷科長祖隸

共擬會議開完後，除了本署行政程序以外，目前行政院體系規定公告前需先辦理預告，所以有個預告的程序，預告完再依程序報部，部也有既定的行政流程。其實我們從共擬會開完後做會議記錄，然後送衛生福利部預告，然後預告結束後報部公告，我們其實已經有在縮短這些程序的時間了！

**主席**

法定預告的時間是多久？

**谷科長祖隸**

60 天，其實我們已經有儘量用一些理由去減短預告的時間。

**主席**

我們這次預告多久？我們是不是用特殊情況去預告？

**谷科長祖隸**

我們已經是用特殊情況了，14 天。

**主席**

3 月 9 日召開共擬會議，加一週確認會議紀錄，3 月 16 日才開始函文預告，加上預告 14 天也是 3 月底以前，理論上預告完也是 4 月初報部，輾轉 1-2 星期，然後 4 月 28 日公告，

**黃代表啟嘉**

5 月 1 日才生效，到 9 月總額協商討論到跨表項目統計之費用，可能沒有參考的價值。

**主席**

若換算成每月的費用？

**黃代表啟嘉**

不太容易，費用申請是累積的，剛開始量會比較少！如果要提供這個數據給付費者代表必須說明清楚，此統計不能夠當一個參考的依據。

**主席**

大家還有沒有其他的意見？有關第三項的部份，要精神鼓勵醫師到開診率低的地方看診，全聯會這邊是否有配套措施？

**黃代表啟嘉**

執行長的報告裡會提到。

**主席**

好，稍等再看這個要怎麼處理。那大家還有沒有意見？好！如果沒有意見，這個報告案就通過了！接下來請全聯會開始執行情形報告。

**報告第二案：西醫基層總額執行概況報告案。**

**主席**

謝謝執行長的報告！

這篇 Lancet 最近引用很多，待會請三位專家學者進行評論。

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？接下來請醫管組報告。

**主席**

綜整這兩份報告，各位代表有沒有什麼意見？

**林代表俊傑**

主席、各位代表大家好，我是高屏區代表，醫療資訊品質組長。

高屏區這次點值在近三季滑落 7%，綜觀其他區，105 年第三季到 106 年第一季，台北區大概下降 0.01%，北區大概下降 2%，中區稍微成長 1%，南區大概下降 3~4%。但我們高屏區服務量大概只成長 2 點多%，為何點值滑落 7%。因為全聯會收到的資訊是從署本部已經跑好的資料，沒有原始的資料庫，請求署本部、啟嘉主委、國治主委以及執行長針對大數據做個驗算。

一、分子的是預算總額部份，我們高屏區被分配到的預算總額是不是正確？

二、分母是服務總申請點數，分母我們希望能了解成長率前 20% 主要申報的診療、項目成長率在什麼地方，這樣也可以提供給高屏分區基層委員會及共管會了解一下，做適合的調控。以上是高屏區林俊傑代表第一次發言。

**主席**

好，謝謝。等會請高屏業務組同仁回應一下。其他還有沒有哪位要發言？

**許代表嘉紋**

藥師公會全聯會代表發言，今年是醫藥分業 20 年，我們一直往前走已跟世界接軌，就醫藥分業的立意跟價值，各位前輩一定比我更清楚。西元 2000 年左右台大醫院做了一個調查，一年疑義處方高達 10 萬張，平均一天有 273 張左右的疑義處方。這麼高水平醫療人員的工作環境，加上資訊系統持續在卡一些處方，還有這麼高的疑義處方，是值得我們思考的風險。我這邊有南部某醫院的數據，用一年期回溯醫師處方資料，分析找出疑義處方，總共抓了 9136 件門診及住院處方，其中有 2467 件是疑義處方，佔 26%。在疑義處方中有 57% 是處方錯誤，往下追溯有 54% 是 dose 錯誤，34% 開藥處方錯誤(開錯藥)，3.8% 藥物交互作用。我想醫藥分業的價值跟立意在這裡。因為每一張疑義處方，代表的是病人門住診出現的問題或是死亡風險的產生，對我們的國民非福氣。

**黃代表振國**

我建議暫停討論此議題，因與本次會議議案內容無關。

**主席**

請代表們互相尊重。

### 許代表嘉紋

提到一例一休的部分，是不是要由主管機關核准放寬調劑權，醫師公會全聯會在報告中提出三點：

- 一、醫師上限三十人。
- 二、假日醫師有調劑權或緊急調劑權。
- 三、周邊範圍 1.6 公里範圍沒有藥師可以調劑給藥。

藥師公會全聯會有幾個回應：

- 一、我們願意媒合。假日全國 20%西醫基層有開診，假設開診的診所藥師要休假，藥師公會全聯會願意媒合診所周邊藥局協助接處方箋，因為禮拜天全國有高達八成的社區藥局有營業。
- 二、積極建置人力支援報備系統。我們有承諾醫事司長，預計六月底會完成一些系統跟單位做聯合，基層缺藥師時，可藉由網路平台迅速找到假日報備支援的藥師人力，以上。

### 黃代表啟嘉

感謝藥界代表的發言，醫界提出這個並不是要挑戰醫藥分業的架構，而是考慮民眾在法令改變後的就醫權利。這兩個問題不是今天報告的重點，如果這個議題有需要再討論，可以另外再擇期討論，不然會影響後面議程。

### 主席

診所協會和醫師公會全聯會都有向部長請示假日緊急調劑權及一例

一休放寬藥師人員之議題。當時情況因 TFDA 認為不需要且他們願意媒合，所以部長裁示維持現狀，希望大家能夠醫藥合作。因部長層級已有決議，所以我們也不用再討論，但是媒合診所假日聘任藥師的部分，確實可要求藥師公會配合，但非今日主要討論的議題。

### 李代表世雄(王欽程代理人)

我是高雄市醫師公會理事長代表，對於藥界有幾點疑問：

- 一、他說我們開藥處方錯誤率是 26%，但那是事後審的，基層藥師有多少能評藥品錯誤的問題，你們應該要深度檢討。
- 二、媒合藥師在市區才做得到，比較偏遠的地區根本沒辦法做，而且他只願意接受慢性病連續處方箋，臨時處方箋不願意受理，這是事實，不要說有辦法媒合。
- 三、現在診所要請藥師很困難，都只要上禮拜一到禮拜五，禮拜六、禮拜天不願意上班，加班都不願意，怎麼去媒介？我們禮拜六、禮拜天怎麼開診？問題根本沒有辦法解決，你們都沒有檢討自己，謝謝。

### 主席

謝謝。醫藥分業不是我們今天的主題，雖然現在我們沒有最嚴格的醫藥分業，但醫藥分工一直都有，每一張處方箋都是藥師調劑，也經過藥師 review，但疑義處方比率這麼高，應請藥師確認後再調劑。

### 許代表嘉紋

向主席及各位代表報告，這是我今天引用的兩個數據，都不是基層

的，是教學醫院的數據。

### 黃代表啟嘉

主席，不好意思，後面還有議程，我擔心這樣後面的會開不完，我們停止這個話題，有需要再另外談。

### 主席

為了會議順利進行，暫停此議題討論，請藥界代表釐清不管是醫院或診所，每張處方都經過藥師確認後才調劑的。其他是否有意見？

### 盧代表榮福

第 48 張投影片，今年開放的 25 項表別，其中甲狀腺球蛋白是否有徵詢檢驗所價位，我們在高屏區詢問四家分別是 300、250、270 及 250 元沒有一家 90 元，這個部分如果要讓診所醫師承做，這個價錢應該要調整，建議健保署再徵詢。

### 主席

醫檢師公會代表王代表在嗎？

### 王代表榮濱

健保許多項目都是承襲勞保與公保的價格，現行甲狀腺球蛋白都是以 EIF 進行檢驗，費用比較高，如果要調整支付價格就會需要成本分析，90 元絕對不合理，最少的訂價是 500 元，後來健保署與診所折衷的結果，才會有 250-300 元。

### 主席

不合理就提支付標準共同擬訂會議研修，目前代表所提的為市價，但

本署需瞭解實際成本，請醫檢師公會或全聯會提案，必要時列入明年總額協商。

### 黃代表振國

- 一、請翻到全聯會報告第 20 張投影片，我們除了專業審查外是否有其他方式來管控費用的成長。以精神科第 1 季為例，臺北每件診療費相較六區平均值已經高達 30-40 點的差異，再以東區藥費為例高於全國六區平均 200 多元。建議以檔案分析工時、專業人員聘雇量、門診量及處置比例是否合理等介入，不然僅以專業審查做管控，而委辦專業審查之預算不足情況下成效有限，因此建議以檔案分析瞭解方式了解精神科為何各區之明顯差異。
- 二、如果某一科審查已經在轄區內無法有效管控，建議制訂標準機制，將此科別移到他區跨區共審。例如申報費用若高於全區平均 25%-30%之某一高成長專科。以骨科為例，東區藥費高達 105 元（高於全國平均甚多）則需跨區共審。皮膚科第 32 張投影片以冷凍治療 200 點為主，台北區診療費還是高於全國平均，當時台北區提請設立不予支付指標，但到現在還沒有下文，此指標在其他區無問題，因此建議加速醫材不予支付指標的行政流程，讓非審查醫師之管理方式能夠有效進行管控。

### 劉代表家正

第 23 頁醫病溝通平台，是所有調查分數最低的，建議健保署在年度醫療品質提升調查應該針對這些項目再做調查。

### 吳代表國治

民意調查部分，呼應推動分級醫療，醫院需下降 10%到基層，尤其是掛號到看診的時間、交通時間等都顯示比較方便，在 Primary Care 部分本來就應該要 shift 到基層。在基層就醫可近性高且醫療品質好，滿意度又有進步的趨勢，建議健保署可結合醫院部門的數據做對比，作為分級醫療宣導之策略。

### 謝代表武吉

- 一、第 14 頁有關安全針具執行率 0.97%，今年應該要 100%，但是量跟價都還沒談好，我們希望達成目標，建議比照醫院部門，請醫事司要求衛生局暫緩實施。
- 二、分級醫療方面，建議在討論基層診所時也一併考量地區醫院。

### 主席

有關安全針具執行率，確實基層比較低。衛福部已要求衛生局稽查並依法辦理，昨天醫院總額開會，希望我們把醫院的意見轉給 TFDA 作為執行參考。基層是否也比照辦理？但醫院執行率已經到 50%，但基層僅不到 1%，請各位代表配合執行。

### 黃代表振國

- 一、105 年安全針具增加最多為安全型胰島素注射筒，代表此項之接受度最高。更多病人願意使用安全型胰島素注射筒。全聯會之前也針對基層護理人員調查，基層護理人員對現有安全針具接受度不高。加上之前發生國內大廠商惠普安全針具的證照將過期，造成廠商的供應鏈有中斷之慮。安全針具之全面提供應該兼顧病人安全和醫護人員操作便利性作為考量點，而不是僅以配合不合時

宜之政策為考量。

- 二、全聯會報告第 32 張投影片，眼科成長多來自水晶體囊內摘除術，台灣抗戰後嬰兒潮人口開始邁入老年，眼睛退化逐漸形成白內障，所以白內障的成長率超過歷年的成長幅度，建議列入明年總額成長項目確實反應實際的需求。請健保署提供歷年白內障手術相關資料供全聯會研究。另外可利用戶政人口資料配合手術平均年齡，預估適合手術者人數及手術量，編列相符的預算避免影響點值及醫療品質。

## 主席

若沒有問題，則回應各代表幾項問題。先請高屏業務組回應點值與費用成長之因素。

## 林視察惠英(高屏業務組)

- 一、針對第 33-34 張投影片，轄區在醫師數與特約家數都有成長的趨勢，從今年 1-3 月增加 33 位醫師，特約家數增加 11 家。
- 二、整體醫療費用增加主要為復健科醫令點數，約 2.3 億，相較於全區 15.72%，高屏 19.43%。
- 三、再分析復健醫令成長項目，物理治療部分占 87%，成長 17.6%，以「簡單治療—中度」與「中度治療\_中度」占九成。
- 四、以專科別探討，復健科成長率約兩成，醫療費用貢獻率占七成，其次為骨科成長 16%，點數占兩成九。
- 五、供給面:復健科醫師去年同期增加 2 位，骨科增加 15 位；歇業家

數 9 家，新特約 15 家。

六、需求面：病患人數成長 11%，醫令總點數成長 20 萬，平均每人醫療費用成長 6.7%。

七、目前高屏地區針對復健科管控除了 CIS 指標管控，另針對高利用成長之院所進行專案抽審。另針對保險對象部分進行瞭解，有四位跨診所就醫情況已超過 90 次。若專業審查控管無效，則未來會進行實地審查。

**主席**

目前點值差值達 6% 以上，還是請高屏業務組審慎。另請醫審科長回應冷凍治療不予支付指標在基層是否有設立？

**王專委本仁(醫審及藥材)**

不予支付指標在今年 2 月已增加並公告生效。

**主席**

另外，審查異常案件是否有跨區審查機制？

**王專委本仁(醫審及藥材)**

基層審查由全聯會承辦，建議全聯會內部先行討論取得共識，制訂跨區審查規則，跨區審查需注意兩點，第一點：病歷資料寄送可能產生資安問題，數位化送審可減少此問題，惟目前使用比率不高。第二點：審查醫師人力調度問題。

**主席**

有關吳國治醫師提及基層滿意度調查可做為對外宣導分級醫療，請醫

管組納入會議紀錄。安全針具部分，因涉及法律問題，也已規劃預算推動五年了，請各位代表多加配合。

### 黃代表啟嘉

安全針具的定義是否有實證研究？符合這些條件才能算安全針具。實驗組與對照組之間所造成的傷害是否有差異。完全是付諸闕如，安全針具四個字是政治語言而不是臨床定義。我覺得要先把定義釐清，五年前我就問了，但沒有人回答。

### 主席

安全針具由 TFDA 定義，本署也明定安全針具材料、品項、價格。若黃醫師有疑義可以全聯會名義行文 TFDA 詢問安全針具之定義。

### 吳代表國治

一個政策推到現在，執行還那麼低，當時總額協商我們也想把錢退回去，但在依法行政上是不可行，到現在不到 1%，政府不用檢討法令是合適的嗎？

### 主席

全聯會是否有向 TFDA 或部長建議修正此法？

### 吳代表國治

我建議健保署也應該為全聯會反映，在安全型胰島素注射筒使用也有成長，但有些項目確實有推動的困難。如果政策執行率不到 1%那麼要檢討的是政府而不是醫界。

### 主席

昨日醫院總額會議，醫界代表希望本署再次行文給 TFDA 轉達安全針具執行情況與醫界訴求。因為此法令非健保相關法令，請全聯會透過管道反映，那本署部分決議將基層與醫院總額意見併同行文。

接下來請專家學者針對 Lancet 發表的研究做評論。

### 林代表名男

- 一、分數高部分可歸於基層在急性病照護、國家疫苗政策都做得很好；分數低部分，如：糖尿病、慢性腎臟病，台灣洗腎發生率與盛行率為全世界最高，原因很複雜，但我國自推動 Pre-ESRD 與 Early-CKD 試辦計畫，透過基層與醫院努力，腎臟病發生率有下降的趨勢，只是沒有這麼快。
- 二、另外今年開始推動 COPD 等專案，我相信隨著未來論質計酬方案增加，我國這些疾病照護分數會上升。

### 許代表光宏

- 一、這屬於綜合性指標反映 Principle component 來對應國家 Income, Education, Year，但研究結果會受到大系統-國家及環境間的差異之影響，台灣比其他國家分數較低的部分，不一定能直接比較。
- 二、另外我國在不同疾病照護落差分數反而更值得探討。
- 三、照護結果屬於全民共同努力，除了基層醫療就醫可近性、民眾就醫觀念及公共衛生體系推動，都是讓台灣在排名貢獻上不可或缺的因素。

## 李代表卓倫

- 一、這件事和公共衛生沒有關係，可避免死亡率和健康照護系統有關，台灣有好看的醫療體系架構，但內部結構卻腐敗；社會保險名存實亡，台灣有全民健保，但民眾要自付 43 元，很多國家都在 20 元之內，私部門 38 元，約 20%；我覺得可忍受的範圍在 30%，但是降不下來，也許在談預算的場合不是談制度性的問題。
- 二、此問題不可能僅靠醫院就能處理，例如：有醫院糖尿病收案率低，經查發現原來是病人到其他科別就診，並未納入收案。現行醫院採專科分科，做到照護連續性確實不易，慢性病連續照護的網絡並不存在。我們可以看到上轉的情況，但醫院疾病初期病人下轉的情況並不顯著。疾病初期照護是基層醫療的強項，但支付制度又不是很鼓勵做連續性照護。

## 主席

- 一、謝謝三位專家學者，慢性病照護是邁入人口老化重要之環節。壯大基層醫療不能只靠治療輕症，慢性病照護也是基層醫療很重要的工作。近期推動分級醫療壯大基層，就是希望穩定的慢性病患能回到基層照護，未來國健署也會將預防保健業務下放到基層，所以一般輕症、情況穩定之慢性病人與預防保健業務，都是未來基層的核心任務。而醫院主要從事急重症的照護，落實醫院與基層相互分工，但需要時間靠大家一起努力。
- 二、在滿意度調查部分，醫病溝通調查有五成以上病人「從來沒有或有時候有」受到醫護人員衛教，也就是有五成以上缺乏衛教指

導。然而，導致慢性病的原因與生活習慣有關，而非只靠開藥就能改善，衛教做得不好，慢性病照護也不會改善，若醫師因看診忙碌無法執行衛生教育，可請護理人員或衛教人員進行指導，壯大基層照顧團隊，非僅靠醫師一人。

三、此篇文獻所使用的指標屬於長期指標(死亡率)，而長期指標是短期指標所累積出來的。民眾就醫權益滿意度調查也屬於長期監控，由今年調查發現，基層的醫病溝通確實需要加強，若病人在基層就醫獲得滿意，就會回流，才能真正壯大基層。

此報告案就討論到此，請問是否還有其他意見？

### 張代表孟源

一、洗腎原因是重要慢性病指標，造成洗腎的主要原因在於糖尿病跟高血壓病患所引起的腎病變，也就是為什麼在慢性病照護這塊，這個月 Lancet 期刊中我們全球在慢性病糖尿病及慢性腎病的評比很低，而基層在急性照護疾病分數較高，如同執行長所說，慢性病整體醫療點數，基層開業醫師平均 1200 點，但是在醫院 2500-3000 點，整體健保資源可能對基層診所慢性病的治療應該再增加。

二、所以許多慢性病在基層若早期沒有照顧好，如英國 UKPDS 很多報告，早期血糖、高血壓未做好照護，則增加洗腎的風險，美國 Accord study 顯示，高血壓、高血脂、及血糖與心血管風險之間有顯著相關。最近腎臟科發現，全國高血壓、高血脂、及血糖等慢性病、其結局，萬流歸宗變成尿毒症或是心血管疾病，應該

加強開業醫的照護，但是基層實際現況呢？每次基層成長率都不多，不但點值低且成長率也低於醫院。但基層總額分科又多，過度審核之下，各科互相排擠，我相信將資源用在 Primary care，對於慢性病持續性與可近性一定會更好。而且基層近年也走入居家醫療，與民眾溝通，希望明年在總額預算，能夠給基層多一點，謝謝。

## 主席

相信預算會做翻轉，但也要有好的回應。

## 黃代表啟嘉

- 一、需有機制緩和大量穩定慢性病患下轉基層後的財務衝擊。
- 二、醫院空出的預算移至急重症也需要規劃。

社會必須要有這兩項共識才有可能達到。

## 吳代表國治

每次都被問分級醫療不是要省錢，為什麼要編列預算？因為醫院重症給付偏低，若將 primary care 轉移到基層，醫院會很慘，希望把錢留在醫院提升急重症給付，但成長的錢仍應給基層適度的成長。

## 主席

- 一、醫院去年第四季與今年第一季的點值都不好，會慢慢把初級醫療下放。基層方面受到一例一休影響，但仍應採輪休方式，維持高度就醫可近性。

二、投影片第 52 張，有關全聯會回復民眾所提分級醫療的問題，未正面回應且不夠誠意。例如：第一題病人問是否能拿到原廠藥？全聯會回答藥品都是檢驗合格；另外一題，基層藥袋是否能像醫院標示清楚？全聯會回答依法規定藥袋標示都一樣，但實際上不一樣，這些回應都很不友善。

### 陳代表相國

這些問題我們都認真思考，例如：第二題民眾詢問是否能在診所領到慢箋，我們基層醫師都會視病人情形決定是否開慢箋。

### 主席

這些問題主要提問者為醫改會與 call in 民眾。

### 黃代表啟嘉

這些問題有抽樣上的誤差，這是一群原先在醫院看病的病人轉移到基層來所懷疑的問題，對於原先在基層看病的人不太會有。

民眾若要一藥一袋基層醫師和社區藥局也願意配合，不會拒絕。

### 主席

不一定要逐項回應，但全聯會本次回應的內容對宣導不利。

### 李代表卓倫

我比較關心我們對於壯大基層的內涵敘述太少，並不是加錢就好，最需要壯大的是醫師，許多工業國家已經立法，醫師開業需領有家醫科證照，但這件事情台灣不討論，醫師部門也不提，這只是其中一項，還未提到壯大基層所需要的硬體設備，跨專業會議要求、Home-visit

百分比多少?要一步一步談下來，才是壯大基層的內涵，最前面的源頭要再討論一下”人”。

**主席**

差不多我們花一點時間，讓雙方交換意見，本案先討論到此，接下來進入第三案。

**報告第三案：西醫基層總額 105 年第 4 季點值結算結果報告案**

**主席**

這次的點值，有沒有意見?

**朱代表建銘**

總額之後新增醫藥分業實施地區產生費用是外加，86 年開始醫藥分業，90 年開始做總額，有些地區像是花東大部份的地區是在總額之後才實施醫藥分業，新增加的藥師調劑費是外加，因此在未聘藥師醫藥分業地區調劑件數每件外加 34 元，34 元怎麼來?我們現在如果釋出處方藥局調劑費是 48 元，醫師沒有釋出自行調劑是 14 元，所以差額是 34 元。在東區一季費用約 5 億多，外加醫藥分業新增費用大約 2 千萬。在醫藥分業還沒有實施以前，都是醫師在調劑，現在診所聘藥師調劑約 34 元，跟目前釋出处方 48 元仍有 14 元的差距，請問各位專家，這部份的費用是否可以視為新增醫藥分業地區的外加費用?

**主席**

請總額科回應。

**劉科長林義**

請看資料第 60-61 頁，「當地就醫分區新增醫藥分業地區未聘有藥師交付藥局調劑件數」差距是有加進點值結算。

**主席**

記錄下來，請醫管組研議並檢視是否合理，因為此預算有一部分為其他部門預算。

**朱代表建銘**

想再請教第 61 頁專款專用暫結金額的部分，下方備註說明「如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算」代表專款是浮動點值，應該計算在浮動點值部分，不是計算在總額平均點值。

**主席**

請醫管組回應。

**洪視察于淇**

請看第 61 頁第五點「平均點值」指一般平均點值，第六點才是把專款的錢算進來之平均點值，屬於額外計算。

**劉科長林義**

浮動點值指一般服務，所以代表建議平均點值不要放專款？

**主席**

再請醫管組與朱代表研議，若有不妥再來修正。若各位代表對點值沒有問題，本案通過。

**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：有關「調升基層院所門診診察費第一階段合理量內開具慢性病連續處方項目醫令 00140C 及 00150C 支付點數 20 點」案。

**主席**

請理事長直接說明。

**黃代表啟嘉**

依貴署建議我們綜合議程 63 頁與補充資料第 2 頁意見，為反映公平性本會決議採納方案三。

**主席**

本案財務衝擊 1.33 百萬元。若對方案三沒有意見，本案通過。

**討論事項第二案 提案單位：醫務管理組與醫審及藥材組**

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」。

**梁代表淑正**

有關第 70 頁品質報告卡，在透析與醫院總額研商會議中，已做文字修正，基層是否也一併修正？

**主席**

一併修正，若沒有意見，修正通過。

**伍、臨時動議：**

案由：106 年「家庭醫師整合照護性計畫」專款預算不足之緊急因應對策案。

黃代表啟嘉

這個案子應該是今天最重要的案子，請黃振國醫師為大家講解。

黃代表振國

黃代表振國

感謝署方今年以壯大基層為由，讓家庭醫師整合性照護計劃適度成長，反應也異常熱烈，但因年預估僅增加 4 億，去年收案人數為 260 萬，今年第一階段已收 413 萬人，據說健保署還有第二梯收案名單，初步計算每人 800 元/年，基本個案管理費 250 元/人，預計費用約為 10.32 億，扣除後剩下 5.48 億給品質獎勵費 550 點/人(以 104 年推估)，以一半人可以 saving 約 275 點/人，預估點值僅有 0.4。

為因應預算不足，署方可能會加強醫療品質指標審查，以較高的標準評分讓原本參與的院所評核成績普遍下降而面臨明年退場機制之危機，如此預算不足造成評核成績不佳，成績不佳後縮減預算將會造成惡性循環。今年預算不足，參加的醫師願意犧牲一年，明年署方一定要補足此差額。我認為必須確立這個方向。

主席

現在所面臨的就是增加 153 萬人，個案管理費已支應 10 億，5.5 億做品質獎勵，也就是預算 2/3 作個案管理費，1/3 作為品質獎勵，是否妥適?是否可爭取額外財源，請健保會說明。

## 陳科長燕鈴(健保會)

總額協定金額與分配已經衛生福利部公告，健保會無權責更動；就健保會協商通則，其他預算不能夠移出，且各項專款不得流用。

## 主席

全聯會是否於明日提案健保會？

## 黃代表啟嘉

- 一、明日提案主要是讓付費者代表瞭解現況困境，我們也瞭解預算不會增加。故本會希望健保署暫緩第二階段收案名單。若健保署再下放 80 萬人，點值一定很差。
- 二、另外，過去社會認為家醫計畫參與率太低，醫師參與率主因為行政程序繁複；而民眾參與率太低這是有 Question mark，事實上家庭醫師整合性照護計畫，不是全國 2300 萬民眾都該參加，符合資格的人可能只有 500-600 萬人，實際照護率經達到七、八成，而不是如外界所述 30-40% 參加。有七成民眾很健康，不需要密集照護計畫；這容易讓社會誤解，我們有必要讓付費者代表瞭解。

## 主席

- 一、以後針對人口占率的敘述，以應照護對象和收案的比例來陳述，而非全人口。
- 二、二階段名單暫緩，把第一階段照護好，明年再繼續。

三、104 年總預算 11.8 億，其中有四成費用在個案管理費，六成用在 P4P 和 Share saving；105 年總預算 15.8 億，其中 10 億用在個案管理費 66-67%，剩下 33%作 Performance 這樣對努力的人打四折，不合理。

### 黃代表振國

- 一、我認為調整比例不妥，有些基層醫師初期參與率不高，是因為收案數有限，參加醫療群有一定的行政費用成本，一個家庭會員一整年照護基本費 250 元/人，讓參與計畫的診所至少不會倒貼，而且不能採點值浮動，若用點值 0.4 打折剩下 100 元，明年參與診所一定會減少很多。
- 二、以我的家醫群為例，是近年來全台北區 saving 最多，我寧可少領錢也不希望計畫失敗，希望今年的犧牲能換取各界的認同，因此不建議將 250 元變成點值浮動。應該讓消費者代表和評核委員瞭解，今年是枯旱年，成效量和成果就不要計較太多。
- 三、在 case selection 部分也需要檢視，建議不要把本來長期在醫院就醫之慢性疾病的病人，偶爾因為急性病來基層，就歸為基層之應照護名單。今年很難得會員人數由 250 萬變成 413 萬人。相信大部分的醫生也願意犧牲，也希望 outcome 呈現，能有更多的包容跟鼓勵。

### 主席

專家學者是否有評論或建議？

## 林代表名男

如果調整個案管理費和品質獎勵費用的比率為50:50或是40:60是否合宜？

## 黃代表振國

一例一休已造成院所人事成本增加，不建議調整個案管理費，今年主要受到影響的是 Performance 較好的醫療群，但因現況造成 Reward 不佳，我們願意犧牲一年來獲得更多肯定，爭取明年更多認同。因此明年編列預算，建議採納主席所說 4:6 概念補足經費。

## 李代表世雄（王欽程代理人）

只要健保署再補幾億費用，就可以解決預算問題，如果把剛發芽的花苗澆熄掉，沒有利潤明年基層就會不願意參加，請大家再思考。

## 顏代表鴻順

去年在健保會總額協商增加預算，各分區業務組都非常認真推動，在過程中醫界透過公會去輔導，讓更多診所參與社區醫療群，更多的民眾也受惠，沒想到結果是這樣子！如同黃振國理事長所說，相關遊戲規則去年就已經公告，再調整我覺得不好。不足的地方給予補助，才能繼續 run 下去，希望健保署能夠適度挹注資源，讓制度可以長久發展下去。

## 吳代表國治

我替健保署講幾句話，錢有困難我知道，之前增加 4 億預算，也預估過照護對象人數，為什麼會跑出這麼多人？難道沒有內部機制來掌控

適當的人數嗎?以後再發生就不好。

### 盧代表榮福

我從 93 年就開始加入醫療群，我對醫療群生態很瞭解，從幾年前要增加醫療群及醫師數就非常困難，去年因為增加 4 億，我也非常感佩整個健保署動起來，今年才好不容易有成績出來，不希望明年因為點值 0.4-0.5 而退出。這個是政策問題，健保署跟健保會沒有辦法回答問題，這要衛福部做專案處理。

### 林代表俊傑

- 一、高屏區高雄市、高雄縣、屏東縣醫師公會辦了好幾場說明會，我負責兩個醫療群，今年因為計畫擴大，我從原本的群被邀請出來，重新協助幾個新成立的家醫群，我認為這不是錢的問題，是政策的信用問題。健保會如果沒有辦法做公務預算調整，我提議健保署或衛生福利部編列特別預算，把今年的費用補齊，如果明年的費用不夠，就以費用為準，調整照護人數。
- 二、不論是呼應政策目標壯大基層或是提升照護品質，本來就需要費用，未來我們推分級醫療，醫院要下轉病人到基層，醫院總額 4000 億，基層總額 1000 億，醫院只要下轉 200 億，基層點值馬上就降 0.2，診所如果基層總額 income 沒有增加，點值就會下降，這也是應注意的地方。

### 主席

目前預估少多少?請問健保會每年 10 億預備款，動支條件為何?

### 林專委淑範

目前收案人數多 73 萬人，平均 500 元/人，約 4 億。

## 陳科長燕鈴(健保會)

適用範圍與動支程序 4 月份健保會有做修訂，「預期政策改變」改為「其他非預期政策改變」，也就是在協商時已經考量協商項目就屬於排除範圍

## 林代表俊傑

我認為這是非預期因素。本來沒有要增加收案照護這麼多人，是因為大力推動政策，才會增加收案人數，所以應編列特別預算，把費用補足。

## 主席

社保司要不要表示意見？

## 梁代表淑政

如果符合健保會討論原則，非預期政策所需要的費用，社保司可以做交議。

## 黃代表振國

補充說明，每年收案人數約 220 萬、230 萬，一直到去年 260 萬人，今年增加的成長率已經比往年高好幾十倍，本來就屬非預期。預期的定義是成長率和往年一樣多一點，署方的努力也值得肯定，今年若沒有適度導正，明年可能萎縮剩下 300 萬人。

## 黃代表啟嘉

明天健保會就要提案，提案效果只能把問題突顯出來，最好的辦法還是由部交議，由非預期因素 10 億撥款。

**主席**

付費者代表有人在場嗎？

**蔡代表麗娟**

我是今年新任代表，對本案並沒有很瞭解，在明天會上能夠更清楚說明，我相信只要對於民眾整體照護能夠提供，付費者代表一定會支持。

**李代表卓倫**

請教醫界原本推估增加 4 億後，會增加多少收案人數？背後因素可能是甚麼？

**黃代表啟嘉**

收案因素分為供給與需求，以前病人就有需求，但沒有足夠醫生，所以健保署努力把供給面補足，六分區相互比較甚至還有目標值，滿足需求面而造成預算超出。

**李代表卓倫**

供給增加的原因是甚麼？

**黃代表啟嘉**

健保署努力，今年很積極。

**李代表卓倫**

我在嘗試幫各位解套為非預期因素。

**李代表世雄(王欽程代理人)**

健保署推動分級醫療，推廣家庭醫師這也是一個原因。

## 許代表光宏

我認為這是預期的政策，不預期的結果。如果健保署沒有多餘的經費挹注，以學者的觀點來看，要去收案這麼多人是國家之福，我們是否有幾個選項去努力，第一種由醫界含水過冬，明年再爭取預算。第二種以非預期政策爭取預算，但聽起來對於第二種討論醫界也沒有把握，建議第一種要認真去考慮。

## 黃代表振國

我參與此計畫 10 幾年，對於計畫的轉折有相當了解，今年不論署方或消費者代表皆重視此計畫，署方以現有的人力、物力下很認真去執行，難得的參與成績超乎我們的預期，這算是個美麗的錯誤，不希望剛起步的幼苗因營養不足而枯萎，希望有機會爭取其他預算挹注，讓幼苗能夠繼續成長茁壯，很感謝署方及在座代表的肯定，雖然今年可能爭取不到 800 元/人，但仍希望預算能夠增加以每支持原參與計畫的家醫群 maintain 到明年。

## 林專委淑範

家醫計畫遭外界質疑的主要點除了參與率太低，還有分區之間收案率跟參加率差異大，透過大家努力，分區之間的差異變小。

有關大家質疑為何增加 73 萬人，平均每家診所收案人數為 850 人，原預估平均每診所收案 950 人，現況計算平均每間收案 1016 人，每家診所收案數增加；診所數增加 473 家，而造成限在人數多了 73 萬人。

## 主席

現在重點是要用哪種方案來因應，明天的提案是由公會提案？

**黃代表啟嘉**

對，還沒提，屬於臨時提案。

**主席**

提案重點是如何訴求 10 億，今天各位代表都有提到希望健保署出來，但各位代表參加過總額協商，也瞭解本署無法直接決定動用健保預算，即健保署無機制可隨時動用安全準備金來支應此計畫，一定要回到健保會協商平台討論，現在比較有機會的是 10 億預算，需靠代表盡量說服符合動用標準。行政上需要由衛福部交議，我相信社保司也會配合。

若明天能夠符合條件，社保司同意補交議，就可以動用，本署明日也會協助處理，若無法通過，要如何處理？

**黃代表振國**

我們咬緊牙根忍受，但希望各位能多給我們鼓勵及支持。

**主席**

那我們的共識就是如果爭取預算不行，就採黃代表意見。今天提案就討論到此。

**散會**