

# 「西醫基層總額研商議事會議」106年第1次會議紀錄

時間：106年2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
王代表正坤	王正坤	張代表金石	請假
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	劉兆輝(代)	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	吳欣席	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	吳順國	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	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	請假
周代表思源	周思源	蔡代表麗娟	蔡麗娟
周代表慶明	請假	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	林佩菽(代)
林代表義龍	請假	藍代表毅生	藍毅生
邱代表泰源	陳炳榮(代)	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

衛生福利部社會保險司

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

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

本署企劃組

本署財務組

本署資訊組

本署醫務管理組

方瓊惠、陳燕鈴

葉青宜

洪郁涵、陳宏毅、陳哲維、

黃佩宜、鄭煒達

何宛青、洪毓婷

洪鈺婷

宋佳玲

廖美惠

陳祝美

王慧英

林育彥

陳瑩玲

馮美芳

王本仁

董玉芸、柯京志

黃于華

姜義國

龐一鳴、陳玉敏、林淑範、

張溫溫、劉林義、谷祖棣、

張益誠、歐舒欣、洪于淇、

王玲玲、林 蘭、邵子川、

吳明純、黃曼青、黃奕瑄、

蔡健青、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：「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，有關提升假日開診率策略，請全聯會回復結果。

## 第三案

案由：西醫基層總額執行概況報告案。

決定：

一、報告內容洽悉。

二、針對全聯會報告分區科別醫令成長異常者，請各分區列入共管會議專題討論。

## 第四案

案由：105 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	0.9213	0.9742	0.9216	0.9888	0.9982	1.0534	0.9519
平均點值	0.9408	0.9806	0.9440	0.9917	0.9969	1.0371	0.9657

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：106 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案。

決定：洽悉。

## 第六案

案由：研提 106 年「家庭醫師整合性照護計畫」執行目標案。

決定：洽悉。

## 第七案

案由：106 年全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療標示作業。

決定：

洽悉，請分區輔導院所並於第 1 季結束前完成「提供全民健康保險巡迴醫療」標示作業，另請各縣市理事長督促巡迴醫療點團隊配合辦理。

## 肆、討論事項：

### 第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：有關「106 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案。

決議：

- 一、開放支付標準編號 12078B「CA-153 腫瘤標記(EIA/LIA 法)」等 23 項診療項目(如附表)至基層適用，並規範除山地離島地區外，限由基層院所專任醫師開立處方始可申報。
- 二、本署將按月監控開放表別項目於醫院及西醫基層之執行狀況，並視需要訂定適應症。
- 三、106 年度西醫基層「強化基層照護能力，開放表別」乙項專款預算為 2.5 億元，推估本次開放項目約需 1.55 億點，將依實際影響之點數，以每點 1 元併入一般預算結算。嗣後若還有開放表別需求，請全聯會在年度內再提出研議。
- 四、本案後續依程序辦理。

## 伍、臨時動議：

案由：分級醫療宣導案。

決議：

報告內容洽悉，請全聯會協助宣導。

伍、散會：下午 4 時 50 分

陸、與會人員發言摘要詳附件

※附表-106 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準項目

1	09122B	INTACT 副甲狀腺免疫分析
2	09128B	C-肽鏈胰島素免疫分析
3	12020B	肺炎黴漿菌抗體
4	12048B	運鐵蛋白
5	12078B	CA - 1 5 3 腫瘤標記 (EIA/LIA 法)
6	12079B	CA - 1 9 9 腫瘤標記 (EIA/LIA 法)
7	12151B	同半胱氨酸(Homocysteine)
8	12172B	尿液肺炎球菌抗原
9	13008B	細菌培養鑑定檢查 (包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)，對同一檢體合併實施一般培養及厭氧性培養時加算
10	13011B	細菌藥物敏感性試驗—3 菌種以上
11	13017B	KOH 顯微鏡檢查
12	14065B	流行性感冒 A 型病毒抗原
13	14066B	流行性感冒 B 型病毒抗原
14	17004B	標準肺量測定 (包括 FRC 測定)
15	17006B	支氣管擴張劑試驗
16	18005B	超音波心臟圖(包括單面、雙面)
17	18006B	杜卜勒氏超音波心臟圖
18	27059B	甲狀腺球蛋白 (Thyroglobulin (Tg))
19	47043B	上消化道內視鏡止血法 (任何方法)
20	54044B	耳石復位術
21	64089B	腱、韌帶皮下切斷手術
22	86402B	網膜透熱或冷凍法再附著術
23	87031B	下眼瞼攣縮併角膜暴露矯正術

## ※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

請各位代表確認前兩次會議紀錄(含臨時會)內容。

各位代表沒有意見，會議紀錄確定。

#### 報告第一案：

#### 主席

各位代表有沒有意見？

#### 李代表紹誠

針對第2次會議第2小項「民眾就醫權益(滿意度調查)」常常會針對調查結果有不同看法，是否問卷內容可與全聯會再討論，以免有認知上的差距。

#### 主席

謝謝代表，麻煩醫管組洽企劃組，之後發放問卷之前與全聯會再做確認。

#### 報告第二案:本會決議/ 決定事項辦理情形。

#### 主席

繼續列管第1項及第2項已經通過相關會議，僅程序上還在公告。第3項有關支付標準調整於3月1日生效，有關假日開診協調醫師公會是否回復？

#### 谷科長祖棟

補充說明第4項及第5項修訂「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，已經公告106年3月1日生效；另有關假日開診之規劃醫師公會全國聯合會尚未回復。

#### 主席

有關提升假日開診率策略，請理事長代理人再通知貴會回復協調基層院所假日開診之規劃及結果。

## 報告第三案：西醫基層總額執行概況報告案。

### 主席

有關第 6 張投影片 106 年西醫基層協商重點第 1 項「強化基層照護能力開放表別」是今日討論重點，也希望能夠通過。其他部分，各位代表沒有意見？

### 許代表光宏

請問全聯會分類成長率除了台北跟北區，其他區的西醫急診都是 2 位數成長，請問和假日開診有無關係？或是中南部有特殊狀況？

### 陳代表相國

此現象是因診所雖有提供急診，但卻不敢申報急診案件，因為部分負擔會變成 150 元，若申報急診病患需付 300 元(150 掛號費+150 部分負擔)，怕引起病人反彈，因此，大部份診所都不申報急診，但最近有些診所也開始申報急診，故案件成長率增加，但醫療費用占率只有一點點。

### 黃代表啟嘉

回復許代表，此現象和假日看診無關，受到假日看診影響主要為醫院急診，所以基層急診增加係因申報型態改變。另有關鍵保署報告投影片 21 及 22 張每位醫師申報件數及點數，建議增加時間單位「每季」。

### 藍代表毅生

補充報告急診率於中南部增加之因素，北部掛急診主要病人要求(趕時間)，中南部急診增加主要是病情需求(大部分是外傷)，從去年討論 Urgent Care 統計分析，發現南北職業型態不同，北部地區大醫院比較多，所以病人受傷都往大醫院跑；而中南部我們鼓勵診所扛起責任，所以第 4、5 級的病患我們都在診所處理，造成基層急診案件增加。

### 主席

還有沒有其他問題？

## 陳炳榮(邱泰源代理人)

第 16 頁協商重點擴大家庭醫師整合性照護計畫，擴大診所參與及服務內容我是贊同，但增加收案對象，今年計畫收案對象有改變，以往是診所基本病人加上健保署給的名單，但今年改成非醫療群的院所的病人資訊也會提供給群體，會不會造成基層院所間衝突及矛盾。

對於收案部分，自行收案沒有問題，由署方提供給醫療群名單我認為要慎重，如果把非醫療群的病患名單轉移到群組，會造成衝擊。

### 主席

如果是本署提供的照護名單，一定是該群的忠誠病人。

### 黃代表振國

今年計劃擴大包含有小兒科、急性病患及慢性病個案，和去年個案數相差不大，另增加自行收案對象，以台北業務組為例，由 70-80 群增至 100 群，顯示健保署擴大家庭醫群的目標已具成效，現在擔心的是收案對象太多造成點值稀釋，使大家參與的動機薄弱。希望署方在收案對象能有適度的管控，落實壯大基層的目標。

### 主席

今年主推擴大醫療群，相對的收案對象也會增加，但今年的預算也有增加 4 億。

### 黃代表振國

住診案件大部分是生產案件，在其他區是負成長，惟獨台北區是大幅正成長。台北因為基層婦產科住診成長優於全國。台北診所病人數增加最多，反而平均每位醫師服務點值是下降的，我建議費用適度的由其他總額挪移，落實費用應隨著人走。健保署是否能針對生產費用專案處理，讓費用可以適當 shift 到基層。

另外各科的成長是差不多，服務人數成長，可以從健保署提供各區投保人口發現，台北和北區的人口增加，但台北醫療費用在六區撥補上沒有同比例增加，造成點值最低，且沒有辦法改善。

我建議針對各區比較有問題的部分去研究，例如有些科的診療費、藥費高於同儕值，專案抽審也很難全面瞭解。以台北區精神科為例，平

均藥費最低、診療費最高，是不是慢性病患的開藥天數平均是過低的，創造病人高回診率，造成診療費、診察費增高，平均每件藥費降下。

另外，新型胰島素筆型、單次使用性針頭可否算入安全針具，以提高百分比，不然安全針具達成率真的太低。

還有第 22 頁六區排序最好能夠呈現原始數據，上下排序方式由成長率高到低分區排序，另外建議呈現投保人口成長率趨勢圖，瞭解需求面及服務面是否相符。

**主席**

有關黃醫師所提報告圖的呈現，醫管組下次改善。另有關安全針具，請醫審及藥材組說明。

**王專委本仁**

代表所建議呈現的統計數據，待回去評估。

**主席**

另有關黃醫師所提各別科別醫令成長異常，請各分區列入共管會議專題，將本段實錄轉各分區並與共管會議委員研析。另產科部分錄案，有機會做長期趨勢分析觀察在醫院急診所間的位移。

**林俊傑代表**

請看第 37 頁診察費佔率有些異常，資料正確度請再注意一下

**主席**

等一下請同仁重製於會上發放。

**報告第四案：西醫基層總額 105 年第 3 季點值結算結果報告案**

**主席**

這次的點值還不錯，有沒有意見？

**吳代表國治**

剛才報告有提到預估點值跟實際點值的差距。

**主席**

為什麼會有誤差?請醫管組說明。

**龐代表一鳴**

我們前一段時間有換 Model 另外未考量有關費用移轉因素

**黃代表啟嘉**

公佈預估的意義在哪裡?如果能夠早一點算出來，這樣更好。如果公布預估跟實際有落差那是否有這個必要。

**徐代表超群**

第 10 頁 105Q4 預估全區浮動點值 0.8923, 第 39 頁 105Q3 浮動 0.9519 怎麼會差這麼多?

**主席**

實際數據不會太差，因為今年第 4 季沒有重大事件。讓我們檢討一下，看是否有遺漏哪些因素。各位代表若沒有意見，105 年第 3 季點值確認。

**龐代表一鳴**

請代表看第 17 頁點值預估假設，主要改變為第 2 點預算依 104 年下半年核付點數調整為就醫分區預算。

**主席**

沒關係，請醫管組回去研議。

**報告第五案：106 年「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」案。**

**主席**

大家對於結果沒有意見，各區確認本案通過。

**報告第六案：研提 106 年「家庭醫師整合性照護計畫」執行目標案。**

**主席**

第六案請龐組長說明。

**龐代表一鳴**

請大家看說明四，我們已經有接獲民眾檢舉，有部分醫療群請營利公司代為處理，這涉及病人個資問題，請公會向醫療群宣導「醫療服務」還是要由家醫群執行。另外，執行目標 3，今年會開發線上轉診系統，3 月 1 日開始上線，優先設定目標為家醫群，希望家醫群能夠 100% 使用，使用方式和診所使用雲端藥歷一樣的原理從 VPN 呼叫系統。使用轉診系統優點包含：

1. 資訊相對安全。
2. 電子轉診，院所可以預作安排。

另外，目標值設定實務上差異比較大，請看第 68 頁可以發現六區發展不均勻，中區很多，台北相對少，也因此比較少的分區相較之下目標值比較多。

**主席**

因為今年有 4 億，相對目標需增加 80 群，加上 3 項優化目標，是我們今年壯大基層所提的目標，大家有沒有意見？

**黃代表振國**

以前按人頭每人 800 點，之後擴展計畫變成定額每人 500 點。目前 103 年點值約 0.83，105 年還沒結算，但預估 105 年點值應該會低於 0.9，而台北區 105Q3 點值約 0.95，但我預估同期醫療群平均點值僅有約 0.8。若我們今年能夠達成目標，希望明年在編列預算能夠公平反應，給這些認真的醫師相對的酬勞。另外台北區沒有辦法全面推行，因為其他層級的醫療資源多，固定於診所就醫的病人數相對較少，且台北市很多自費及醫美診所，本就不應列入分母計算，建議將這類診所排除，才能真實反應台北區的參加率，否則不管做的再好，也無法達到全國平均值。

**主席**

有關 500 點及 800 點估計，請組長說明一下。

## 龐代表一鳴

支付點數包含論質計酬概念，非人人有獎。我們回顧計畫背景，這個計畫預算前幾年是凍結的，這次談判之前醫改會報新聞提到「會員 CALL 不到醫師」、「病人不知道自己是會員」，這些都會影響預算的爭取。這幾年我們發現家醫結合糖尿病、安寧、居護等都有很好的成效，且有些專業團體希望加入家醫群，像是社區藥局、職能治療……等，目前整個支付改革趨勢就是 Pay for Performance，無法雨露均霑，這點大家會辛苦點。

## 主席

去年談判今年總額，家醫計畫終於翻盤，大家寄予非常大期待，我們也加碼背書，要把過去不好的印象同心協力扭轉過來。我們除了提出擴大參與，還有優化三項措施，麻煩各縣市理事長能夠轉達，務必每一群能夠做到，我們不希望擴大同時又有不好的媒體報導，打擊優良醫療群的信心。請理事長及各位幹部要落實執行，畢竟今年總額爭取不易。這個案子還有沒有意見？

## 李代表卓倫

優化 3 項指標以歐盟標準來看太少，而且太粗淺了。3 月 3 日健保會會議，要求監理指標要做改變，可能的話在座有去參加會議，可以把基層的指標一起納入監理指標。讓下次或明年開會的指標更豐富，從 2003 年到目前為止，家醫計畫有一件事情並沒有很積極，就原來的服務內容改善什麼？品質提升到什麼程度？歐盟要求會員如果住院家醫也要 cover，像這些細緻的指標總共 22 項，裡面含括診所應該提供的設備，評量該診所達到幾項？這些指標有到位的話，就是診所應該要做的事情。如果以歐盟指標作為評量，協商費用時，就不會只有 4 億或 5 億，這只是量的增加而不是質的提升。

## 主席

謝謝李代表，我想先按步就班，不然一次增加太多指標，參加的基層可能會退出，想參加的又不敢進來。

## 黃代表振國

請問李教授有關歐盟所提出的優化指標，相對的給付是多少？如果給付和服務 equal 那我們也希望能夠提供比歐盟更好的服務品質。

**主席**

論人計酬已經是歐洲的家醫制度傳統，先等進一步資料蒐集再議，若今天提出的指標沒有意見，就通過。

**報告第七案：**

**龐代表一鳴**

第七案在各個總額部門都有，前段時間媒體報告有些醫療群到政黨黨部造成誤會，也有些民間代表到該地區旅遊時發現，就醫民眾要刷健保卡，但標示寫義診，造成外界誤解，因此有適當的標示是有必要的。本預算由健保會委員同意從「提升保險服務成效」預算支應，所以不會攤到醫療費用，但同一院所上限是 5000 元，因考量各巡迴點環境不一樣，有的適合貼海報、拉布條或放立牌，原則上尊重各院所採用的方式，但所需要的元件要含第 69 頁第三點「(一)標示內容及規格」檢具相關資料，就可以申請費用。

由於巡迴點都是借的或是租用，所以沒有開診的時候，請院所將標示帶回去。

**主席**

這部份我們會請分區輔導，以後巡迴醫療要有共同的標誌，畢竟是以健保署的名義看診，不希望有刷健保但又有標示義診情況出現。請各縣市理事長督促巡迴醫療點團隊務必做到，亦請分區業務組監控，請在第 1 季結束前完成。若沒有問題，本案通過。

**討論第一案**

**提案單位：本署醫務管理組**

**案由：「106 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案。**

**主席**

請科長直接說明。

**谷科長祖棣**

本案由上一次會議請全聯會朝普遍性較高及採轉診或代檢的項目開放，本署並於1月16日及2月7日兩度函請全聯會回復，貴會在昨天來文所提的項目和之前是一樣的有13項，相關資料在第5-10頁，另我們有計算各醫學會建議開放的項目財務預估，排除重複共計68項，為配合分級醫療擴大基層服務量能，建議68項在一定範圍內開放，檢驗、檢查項目皆開放。手術部分涉及到有些需要住院，因此建議104年跨表有執行量，且大部分能在門診執行的項目予以開放。

### **主席**

這個項目我們討論了很久，也希望今天能夠取得共識。我們今天所提為附件3，把各醫學會所提68項有條件篩掉一些不適合項目，剩下我們建議全部開放，附件3共有58項以醫院醫令量10%估計，高推估增加金額5億6500萬，今年第一年執行，希望開放後能增加民眾下轉到基層時的追蹤管理方法，以達將病人留在基層之目的。

### **黃代表啟嘉**

我想跟與會代表說明我的看法，全聯會通過13項，健保署有意見為6項，健保署想開放我們不答應，我們想開放健保署覺得如果開放這麼少不應該開放，今天雙方可能要考量對方，會前健保署也有給我意見希望我們重新Review這58項(附件3)，用減法來討論。建議討論方式從1-10項、11-20項討論以此類推，看哪些是要做減項。看各為代表有沒有意見？

### **張代表孟源**

這是106年總額協商的一個重點，所有預算的錢還是要說明清楚，第1點這是專款，不夠的時候是否又變成浮動？預算2億，執行6億變成浮動，還是議程第16頁資料說明，可以由其他預算來補足，讓點值維持在1點1元或是跟西醫基層其他的浮動點值一樣。第2點跨表是指1年、2年還是3年，假如在第2-3年付費者代表不一定同意這項專款，如果沒有預算，跨表是否又回到B表？我認為討論細項時，必須先把原則說明清楚。

### **黃代表啟嘉**

我覺得張代表講的非常好，財務是我們關心的重點。當初是專款，如果是專款裡頭浮動剩下0.5，對辛苦服務民眾的基層也是不合適，是

否有其他預算可以補到平均點值或浮動點值？

### 黃代表振國

從 B 表降為 C 表，跟跨表的差異在哪裡？一般跨表醫院醫師來基層提供服務，需另外申請，如果降 C 表不用申請，連兼任的醫師都可以到基層服務。因此財務的預估應該會比原來增加一點。

### 盧代表榮福

我們基層總額非常希望降表，可以壯大基層，因健保署提出 58 項要求，問題才會出現，協商費用已經談成，可是還有那麼多事項，也是很奇怪！當初降表費用也不是框在心臟超音波，等一下我可以把整個過程告訴大家，我是內科醫學會理事，心臟超音波今年度在健保會已經通過，12/21 分級醫療還把心臟超音波當作壯大基層政績之一，12/21 之後心臟超音波又變成沒有那麼必要，等一下跟大家報告為何心臟超音波對心臟科醫生重要

### 吳代表順國

我們希望可以限制在基層的專任醫師，避免院前診所，否則造成爆量，將來會無法控管。

### 莊代表維周

當初總額協商情況大家都很清楚，2.5 億是當時付費者代表找基層代表認為民眾需要的兩項超音波當初估計 1.2 億，並於提升醫療服務品質加入跨表，臚列 2.5 億，包含 1.2 億再加上其他的，其他部分健保署已經行文要我們就這些項目篩檢出來，包含我們當初答應付費者代表的超音波項目，但這次健保署不同意，人無信不立，當初協商已經答應健保會委員，如果我們今天答應健保署說法，我們無誠信，出去難做人。張醫師說的對今天 B 表降 C 表所以基層醫師都可以弄，原來不做現在大家都做，財務會受不了。還是呼應第 1 點，請健保署記得當初協商答應消費者的項目。

### 黃代表啟嘉

原則 13 項我們不會刪除，健保署是不是希望我們多開放一些。剛才很多代表擔憂費用不足，我們上次只開放兩項包含流感檢驗，希望健保署能有財務承諾，讓我們不要這麼多擔心。

### 主席

今天健保會也有代表在，要不要回應一下？

**陳燕鈴(健保會代表)**

去年 9 月總額協商的議定項目「強化基層照護能力『開放表別』2.5 億元」，但未列開放項目。健保會的權責是醫療費用總額的協議訂定，至於支付項目是由健保署依法定權責擬定，因此健保會不會處理細項。至於代表詢問的協商過程，健保會是就健保署和基層所提草案進行協商，在基層草案本項 10 億專款中，確實包含 2 項心臟超音波檢查項目 1.33 億；健保署提出的 4 億專款，係規劃待協定額度再討論相關適用項目；最後協定的結果是 2.5 億元，至於開放項目應該是由健保署這邊擬定，以上補充。

**主席**

謝謝健保會幫我們還原，有關部分委員有建議，也應該回到專業面考量如何才能產生最大效益。

**黃代表啟嘉**

那我們建議修休息五分鐘，讓代表們討論一下。

**主席**

好，4:05 分繼續討論。

**吳代表國治**

當時協商金額是建立在超音波的 1.21 億元往上加，所以健保會的解釋我們感到遺憾，而且要還原協商時的狀況。

**黃代表啟嘉**

我們跟付費者代表之間有很多沒有鉅細靡遺，這是彼此間的默契不可能全部寫在文字上。如果因為沒有寫在文字上而違背，真的會影響我們下次協商彼此的信任問題。

**主席**

謝謝，不論如何健保會也有做說明，以後協商的時候我們也會留意，必要時列入會議決議。

**黃代表啟嘉**

協調結果等一下執行長會跟大家確認，在這邊跟大家說幾點原則，第 1 點財務處理專款專用，超過部分不要用到一般服務預算，希望由其

他部門思考。第 2 點限定基層專任醫師，避免院前診所。

### 廖代表慶龍

執行量多寡跟管控總額會有些衝突，尤其像中區做分科管理，要開放表別又要做總額管控，所以用執行量管控部分，希望署方能夠卓參拿掉這一塊，謝謝！

### 吳代表國治

請教財務預估 58 項跟 13 項有落差，等一下可否說明一下？

### 主席

請祖棣科長說明一下計算落差。

### 谷科長祖棣

請看補充資料最後一頁註 2，10%是由註 1 說明計算。原本給全聯會版本是 15%計算，後來發現有極端值會造成偏差，扣除之後剩下 9.3%以 10%計算。

### 主席

採計基礎上有做更動，而且採用開放 4 年之後的結果，不是第 1 年結果，4 年後才占醫院醫令量 9.3%，以過去經驗未發生過第 1 年馬上就達到 10%的情況。但大家也是瞻前顧後，所以我們在提案說明(四)強調開放表別並非浮濫，我們真正目的希望病人可以留在基層，讓民眾對基層更有信心，因此我們會按季監測，若有項目浮濫，分區會開始處理，並讓專業介入瞭解成長是否必要，如果是必要的預算當然要給，如果不必要，專業同儕制約就要進來訂適應症。執行率固然重要，但要合理，滿足民眾需求。

另外要等公告實施要待第 2 季，所以今年這筆預算大概只會執行 3 季，9 月協商僅能提供 2 季數據，是否能夠突破 2.5 億？我們採保留態度。至於大家擔心預算不足之部分，若預算不足，我們也承諾明年協商時優先編列預算。

另有關專任醫師部分，請龐組長說明。

### 龐代表一鳴

我們按月監控基層和醫院申報量消長，請公會指定窗口，以利將統資料回饋給全聯會。提 3 月 9 日支付標準共擬會議修支付標準，這些項

目基層診所除山地離島地區外，限專任醫師。另外現行支付標準依法定程序須預告 14 天才能公告，不一定能夠 4 月 1 日開始實施，先跟各位說明。

### 呂代表紹達

到基層執業是指專科醫師還是專任醫師？

### 黃代表啟嘉

專任醫師，指的是執業登記在基層。而不是執登在醫院去支援院前診所這種醫師不能執行。

### 陳代表相國

我們希望尊重研商會議原則，請看附件 2 希望這 13 項都能通過。有關代表希望能再增加 8 項，請看第 13 頁序號 4、5、7、11、14、15、19 及 45，一共 21 項，我們考量增太多會爆量，醫師會不敷成本。

### 主席

專家學者有無意見？

### 李代表卓倫

有一些診所可以完成檢驗當場做，那有一些外包檢驗，有沒有辦法 48 小時內讓診所知道檢驗結果。

### 黃代表振國

我在大台北地區檢驗服務一般當天就可以知道結果，民眾當天做隔天就可以看到報告。特殊檢查多 3-5 天。

### 王代表榮濱

剛才醫師公會所提出的幾項最後 45 項是核子醫學，比較少人做，有開放跟沒開放一樣。另外，第 4 及 5 項也比較特殊 48 小時報告也比較困難，還有第 17 及 18 項對基層很重要，culture 做出來但抗藥性不能做，對你們有意義嗎？抗藥性為什麼不做呢？與其加第 45 項，我建議加第 17 及 18 項比較常用。

### 鄭煒達(林義龍代理人)

補充說明第 17 及 18 項，我是呼吸道醫師，有時候會用到。

### 主席

所以第 17、18 項要不要加進來？

**黃代表啟嘉**

我想第 17 及 18 項有代表反對意見，先請反對代表說一下。

**黃代表振國**

culture 視病人病情需要，如果感染持續而第一線藥物無法處理，我們就應考慮轉診，除非慢性發炎。大部分基層醫師都是用口服為主，當然有些抗藥性檢驗能夠幫助診斷，但病人病情變化往往等不到培養的報告出來，通常是抗先素先用，之後的培養才佐證，所以我們覺得基層使用不多。

**鄭煒達(林義龍代理人)**

我們基層比較常見的是上呼吸道感染或泌尿道感染，因為有些是反復發作，若有一項這個敏感性測試，作為預防方向，我是覺得這錢不是很多，應該可以放，如果是危急的會直接轉診。

**龐代表一鳴**

我建議看一下醫令量，醫院門診還要等一個星期，但在基層等 2-3 天就有資料，我覺得有意義。

**黃代表啟嘉**

我看這樣反對意見代表有個問題，這個檢驗大概幾天可以出來？

**王代表榮濱**

如果正常今天種下去明天看，沒長就結案，如果有長就繼續做抗藥性，還要一天，所以最快 3 天。

**黃代表啟嘉**

這樣我們反對意見代表接受，開放第 17 及 18 項。

**主席**

所以再加兩項，我們今天就通過 23 項，照程序走希望大家用在刀口上。如果今天列的項目大家希望再加，也可以再提出來。還有一個臨時報告案，有關分級醫療宣導，請龐組長和大家說明，謝謝大家！

**伍、臨時動議：**

**案由：分級醫療宣導案。**

## 龐代表一鳴

本署分級醫療宣導目標為辦理 150 場，請黃主委讓我到貴公會宣導，另本署也會到疾管署及國健署進行宣導。目前宣導正積極展開於 4 月 15 日之前完成。各分區業務組除了向各位宣導分級醫療，還有轉診資訊平台，請各位支持。且分級醫療 24 個配套措施，本署每星期需和部長報告進度，另上次陳部長就任到本署視察指示，現有政策繼續推動。請大家把資料帶回去做參考，請問大家有沒有問題。

## 李代表紹誠

我們強調醫學中心不應該做基層的事情，例如：糞便篩檢，本來就該落實在基層，有問題才將病人上轉，才是正確的。若組長到國健署演講我們也會支持，醫學中心醫師也在 complain 他們醫院要求一定做，因此如果要推動分級醫療這塊真的要特別去檢討。另外，我們希望這些回歸到基層的使命，相對也要去評估衍生出的醫療費用，例如病人做糞便篩檢呈陽性，需要進一步做大腸鏡，希望這些費用將來在總額可以呈現出來。

## 鄭煒達(林義龍代理人)

代表台中發言，我們今年組織 12 醫療群，麻煩龐組長把資料電子檔再 mail 給我們。另外醫院比較麻煩，只要第一次做的健檢都會被掛進去，病人也不知道他被掛進去，這是一種浪費。

## 黃代表啟嘉

我問在醫院做過健檢的病人，他們不會回醫院看報告，都是醫院將紙本報告寄到病人家。在基層，我們認為體檢報告解說應該是醫師的責任。

## 張代表孟源

分級醫療「厝邊好醫師，社區好醫院」一直是我們長期以來的想法，剛才組長也跟主委提過要到全聯會報告，建議可以到全聯會每月星期六舉辦醫療品質研討會宣導，參加人員包含北中南醫事人員共有 2-3 千人，這樣宣傳會比較快，我建議可以向邱泰源理事長報告這件事。

## 黃代表啟嘉

我支持孟源的想法也會妥善處理

## 黃代表振國

許多縣市衛生局都在做複合式篩檢，把民眾安排到醫院，同時使用國健署健檢，我建議可以和政府部門溝通在老人健檢服務應屬於初級醫療範圍盡量不要在醫院端，應該推廣至基層接受服務，避免重複使用資源。

### 龐代表一鳴

黃醫師提的意見很好，我去國健署跟疾管署宣導也會報告這件事。但請各位代表諒解實務上不可能馬上改變，因為醫院已經有一定設備投資，讓兩署以漸進式策略與院所溝通，朝向大家希望發展的方向。若今天沒有其他問題，會議結束。