

「西醫基層總額研商議事會議」105 年第 4 次會議紀錄

時間：105 年 11 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	王正坤	莊代表維周	請假
王代表榮濱	王榮濱	莫代表振東	請假
王代表錦基	請假	陳代表志明	陳志明
古代表博仁	溫國雄(代)	陳代表威仁	蘇美惠(代)
朱代表建銘	朱建銘	陳代表炳榮	陳炳榮
何代表弘能	請假	陳代表相國	陳相國
吳代表欣席	塗勝雄(代)	陳代表晟康	陳晟康
吳代表國治	吳國治	彭代表瑞鵬	彭瑞鵬
李代表來希	請假	黃代表振國	黃振國
李代表昭仁	李昭仁	黃代表啟嘉	黃啟嘉
李代表偉華	李偉華	楊代表芸蘋	楊芸蘋
李代表紹誠	李紹誠	廖代表慶龍	請假
周代表慶明	周慶明	潘代表仁修	王維昌(代)
周代表穎政	請假	蔡代表其洪	請假
林代表義龍	林義龍	盧代表榮福	盧榮福
林代表慶豐	陳瑞瑛(代)	謝代表武吉	請假
邱代表泰源	蔡有成(代)	藍代表毅生	藍毅生
徐代表超群	徐超群	顏代表鴻順	顏鴻順
張代表志傑	張志傑	羅代表世績	請假
張代表孟源	張孟源	譚代表慶鼎	請假
張代表金石	張金石	龐代表一鳴	請假
張代表維仁	請假	蘇代表榮茂	蘇榮茂
梁代表淑政	梁淑政		

列席單位及人員：

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

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

陳燕鈴、謝瓊慧

黃啟民、陳宏毅、洪郁涵、

陳哲維、黃佩宜

吳心華

洪鈺婷

黃湘婷

盧珮茹

張黛玲

林育彥

林惠英

馮美芳

曾玟富、詹淑存

姜義國

何恭政、詹孟樵

陳玉敏、陳真慧、張溫溫、

林淑範、劉林義、谷祖棣、

洪于淇、劉立麗、張益誠、

林沁玫、黃奕瑄、吳明純、

邵子川、鄭正義

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：楊秀文

壹、主席致詞：(略)

貳、前次會議紀錄：(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。

第三案

案由：西醫基層總額 105 年第 2 季點值結算結果。

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	0.9084	0.9677	0.9148	0.9844	0.9686	1.0756	0.9354
平均點值	0.9258	0.9692	0.9383	0.9856	0.9764	1.0451	0.9539

(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「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」報告案。

決定：

(一) 本案通過，修正重點摘要如下：

1. 擴大社區醫療群之服務量能
 - (1) 擴大收案對象涵蓋率，納入符合醫療給付改善方案收案條件之病人，並放寬收案條件規定等。
 - (2) 擴大參與醫事機構：將藥局、衛生所、物理治療所及檢驗所等納入社區醫療群組成，並放寬無群組或僅 1 個醫療群之次醫療區之組群規範。
2. 績效評核指標納入居家照護服務，並新增自選指標(權重 15%)，以發展符合地區特性之指標。
3. 增列整合服務項目，如轉介失智症病患至適當醫院就醫、社區醫療群醫師支援醫院等，列為加分項目。

4. 新增失智症門診照護家庭諮詢費用。

(二) 請醫師公會全國聯合會提供本計畫 106 年執行目標，以提升計畫服務效益。

第五案

案由：106 年「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商會議」召開會議之時程暨 106 年度基層總額一般服務案件之保障項目及操作型定義。

決定：

(一) 106 年會議時程為 2 月 23 日、5 月 25 日、8 月 24 日、11 月 23 日與 12 月 7 日。

(二) 106 年保障項目及定義比照 105 年。

肆、討論事項：

第一案

案由：有關修訂「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」）乙案。

決議：本案未及討論，保留至下次會議。

第二案

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：本案暫保留，請醫師公會全國聯合會朝普遍性較高、毋須購置特定設備或採轉診或代檢方式之項目研議，並於下次會議討論。

第三案

案由：有關調整全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 00119C 及 00120C 兩項山地離島地區第一段合理量門診診察費支付點數案。

決議：本案未及討論，保留至下次會議。

第四案

案由：106 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：本案未及討論，保留至下次會議。

第五案

案由：有關調整全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準西醫基層第一段合理量內門診診察費支付點數案。

決議：本案暫保留，請醫師公會全國聯合會討論凝聚共識後提下次會議討論。

第六案

案由：「106 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」修訂案。

決議：

(一) 本案通過，修正重點摘要如下：

1. 施行鄉鎮修正：106 年有 116 個鄉鎮，基層刪除台中市神岡區、醫院刪除屏東縣萬巒鄉，台東縣卑南鄉由基層診所改由醫院承作。
2. 修正巡迴計畫相關規定，如放寬巡迴鄉鎮申請規定、論次醫療費用申報電子化、放寬巡迴醫事人員之備援人員數限制及巡迴醫療診察費加成等。
3. 配合 106 年預算編列，刪除「提升山地離島地區之特約西醫基層診所門診診察費預算」之相關條文。

(二) 另針對「全民健康保險醫療資源缺乏地區(減免部分負擔 20%)」之服務案件擬保障每點一元部分，請參考各部門總額作法研擬可行方案。

伍、散會：下午5時。

陸、與會人員發言摘要詳附件。

※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

各位代表及各位同仁午安，今天召開的是今年西醫基層第4次會議，今天會議很重要，是繼總額協商後要討論各項預算相關執行。依議程先確認上次會議紀錄，請問各位代表有無意見，如沒有意見就確認上次會議紀錄。

報告第一案:本會決議/決定事項辦理情形。

主席

上次會議決議/決定事項辦理情形各位代表沒有意見，本案確認。

報告第二案:西醫基層總額執行概況報告案。

主席

這部分請問大家有無意見?我首先感謝陳相國代表特別分享聯合國SDG報告，報告中可看出仍有改善空間，但也是有比別國好的地方。補充投影片第44頁說明，是平均住院日而非平均住院率，台灣住院率也不低，但因為效率很好，平均住院日不長。那病床數比較是採總床數，但建議看每萬人口病床數較合適，台灣每萬人口病床數在國際比較是高的，也因病床數過多，區域醫院和地區醫院佔床率不高，但醫學中心就很高。而標準化死亡率的資料則顯示有很多不足的地方，以上資料請各代表參考。

大家關心醫療保健支出占GDP比例都維持在6%多，分母無太大改變，而分子不僅有健保，還有民眾自費等，而健保總額每年用3-5%成長率在成長，其他部分因為大環境不佳，不會有大量支出，所以就有所差距。

但報告結論是重要的，今天有很多討論案也會有相關，要分級醫療，

要壯大基層，但是要提升量能才能壯大，如果不增加服務就不會壯大。針對這兩份報告，請問各代表有何意見？

林專門委員淑範

請教執行長投影片第 34 張，過去民間團體像醫改會，在討論假日開診議題時也有相同疑問，各分區假日平均開診率中中區是較低的，尤其是週日平均開診率更為明顯，請教其可能因素為何？

主席

東區週六平均開診率也偏低，但西半部來看，中區最低。

陳代表相國

我認為假日開診率應該是週六、週日一起看，才會比較平均，畢竟週日開診是較週六開診少，週日開診其他分區約是 20%，中區大約是 17%，差異不會很大，統計上沒有太大意義。

主席

這是有意義的。

王代表正坤

我補充一下，請大家將投影片第 34、35 頁連結來看，中區單人診所比例較其他分區為高，約 66%，表示中區的醫師沒有合夥的醫師可以協調假日看診，所以將不同報表的數據做連結，可進一步了解可能的影響因素，那其他分區有合夥醫師，大家輪流週日看診，犧牲休假服務民眾。所以要醫師全年無休，假日出來看診是一種犧牲。在沒有合夥醫師情況下，醫師還是希望能週日休息。

主席

請看投影片第 36 張，週六單人診所和聯合診所並沒有相差那麼多，但是中區週六開診率也是很低。

藍代表毅生

以中區實際情況來說，因為中區實施分科管理制，診所每月一定休息 4 天，大多的診所都會選擇週日休息。以外科為例，中區增加 27

家診所中有 12 家是外科，但是外科額度是沒有包含這 12 家新增的診所，所以要由舊診所原分配額度再分給新增診所，分科管理會先設定目標點數，如果高於目標點數就會被扣，而開診天數多的話會使點值下降，除了原本的核刪，這部分點數也就會被扣減，所以總額協商後，再經中區的分科管理總額，總額協商成長率已和中區診所的成長率有所不同。

去年中區規定有調整，新增一個 buffer，新增診所的額度採各科總平均點數的一半，但新增診所不足點數部分仍是需要由原有診所一起分攤，所以在不能限制新開業診所情況下，考量各種因素後就會減少假日開診。

黃代表啟嘉

藍毅生代表已說明中區實際運作情形。假日看診最低的兩個分區，一個是台北區，一個是中區，其實台北區在 10 年前也有用抽審手段來限制假日開診，那時東區原本也要實施，但因有位前輩在週日氣喘發作，在台北找不到醫師，回到東區跟大家說，即使點值再差，假日還是需要開診。所以假日開診率低是過去管控下的歷史因素，中區總額越分越小，好處是便於管理，壞處是失去緩衝的功能。這也會限制健保署要推動的區域整合，總額縮小後，管理容易但緩衝就下降，會導致一些問題產生。

黃代表振國

假日開診率無法提高問題最主要的原因是員工週日不想上班，現在假日薪水是 2.3 倍，甚至 2.6 倍。可是經年累月下來發現員工要求的權益跟一般民眾一樣，社會氛圍是趨向週休二日的，已經沒有區分週六或週日了，甚至連續假日還要補休，選舉投票日當天要求假日的雙倍薪（3 倍），原本假日就給 1.5 倍了。在座各位老闆您可以無止盡的付得下去嗎？

我曾統計分析星期日一天的病人，真的需要當天就醫的只有 3 位，占 10%，另外有 30%是經過看到有開診就進來拿藥，6 成都是知我週日有開診所以等週日有空才來看。我現在針對我的長期病友，成立

一個 APP 家族，定期公告假日開診時間以方便就醫，也和病人保持聯繫。現在應了解到底有哪些病人需要在假日就醫(需求面)，而非只討論診所假日開診率(供應面)，我今年 7 月某週日上午看不到 20 位病人，那天服務病人收入沒有加成，但我給員工的薪水是要加成的。

而醫師的佛心付出也常會被現實環境打擊，像是台北區的點值每況愈下，台北的成本是各區最高的，但是點值却是最低的，所以很多醫師看到收支表後，心都冷一半了。所以假日開診是代表醫師服務民眾的愛心，不論是週六或是週日，都是為了提供民眾就醫方便的服務。以我為例，病患知道週日不見得有開診，週六就會撥空來看診。

剛提到中區的苦，台北區也是感同身受，這結果不單是因為過去門診合理量管控所致，因為現在台北區是多鼓勵診所假日服務。民眾的想法是若隨時能看診是最好的，所有食衣住行需求皆是，肚子餓就要隨時有東西可以吃，假日要領錢銀行也要開門，假日要洽公需求，政府機關也要開著，所有醫師代表只有星期日比較有空，以後今天的會議也可在假日召開。所以民眾的生活所需的服務在假日都是有所限制的。

李代表偉華

我是台北區代表，我有個想法提供大家參考，現在勞檢非常嚴格，但還沒真正在醫界落實，如果落實後上 6 天班或是 7 天班都遭受到嚴厲的罰鍰，那應該要跟民眾說明實際情況為何，單人診所在假日休診是必然的結果，診所的營運不單只是醫師本身，還有藥師等，所以請一併考量。

楊代表芸蘋

各位醫師好朋友們，我是各位的好朋友，所以知道你們很辛苦，但這是政策，健保署要求，而民眾也有需求，當然不是百之百的需求，但還是需要顧慮那些有就醫需要的人，至於應如何來因應，我有個建議供各位參考，如果週一至週五都是單人醫師看診，可否在週六、

週日另聘有意願的醫師，像是年輕的，願意配合的，這樣可解決單人診所服務時間過長、過勞的問題，同時也給年輕醫師可得較高報酬的機會，像是臨時醫師的概念，兼顧假日民眾就醫需求、醫師獲得適當休息，也能配合政策推行，這樣不知可行不可行？

李代表昭仁

假日開診是長久以來討論的議題，剛剛提到東區的案例，我記得多年前有位委員在松山機場要出國之際，忽然腹瀉找不到醫師，所以堅決假日一定要有醫師服務，這部分我不反對。但現在還有一個問題，我們診所內還有藥師，開診需要藥師配合，藥師如要休假或是有研習課程，藥局的人也說要休息，處方釋出後病人拿不到藥又跑回診所，對病人也不方便。

王代表正坤

感謝楊芸蘋代表對我們的關心，那我跟您報告一下，目前醫師的狀況是願意假日看診的醫師好像都在會場上了，現在只有老醫師願意假日看診，越年輕的醫師越不想上班，越年輕的醫師越重視生活品質，越想週休二日，甚至我最近發現台北市的年輕醫師早上也不看診，這狀況很像大學不敢開早上 8 點的課，因為學生還沒起床，這也同樣說明為什麼現在年輕醫師不喜歡五大科的原因，因為現在年輕人的文化就是生活品質重於事業或志業，那這種文化也感染到醫界了，這是我們目前遇到的困境，以上報告。

周代表慶明

關於假日看診的問題，我跟大家報告，我個人覺得現在看到的數據已經是最好的數據了，只有可能會越來越低，不可能會越來越高，所以大家看到這數據應該要滿高興的。剛楊代表所講的，像我假日是有看診的，但發現支撐的力道越來越弱，因為問題不在醫師，是在其他的人員，包括藥師、護理師等，診所白班有五位護理人員，晚上有六位，所以有 11 位在排班，但是週日大家都不願意上班，藥師也是一樣，就我所知，附近有幾家假日有看診的多人診所，很多也是意願不高，所以單人診所要在假日看診的困難度更高。今年我

們在爭取 106 年總額時，就有編列一項假日看診加成的預算，但也被否決掉了，那現在這議題又慢慢出來了，假日要加成可以，但不要由已協定的總額內去處理，應要再加錢進來，不然基層診所很難配合用總額來補假日加成的預算，結論就是，現在看到的數據就是很好的數據了，能再進步的空間不大。

黃代表振國

這個結果大家不滿意，需要假日看診表示疾病發生得很突然，且非當天處理不可，我建議假日開診統計應排除不須假日開診的診所，如醫美診所、健檢診所、復健科診所和一些比較沒有急性需求的診所等，也可增加牙醫和中醫的假日開診率來比較，這樣可看出西醫診所的認真和努力。

在基隆信義區有一家診所固定週六休息，週日看診，所以附近民眾知道週日有就醫需求可以到那家診所，我認為可以一個行政區或生活圈來看，只要該區域有一個內兒家醫科或是耳鼻喉科的診所開診，可以解決小孩發燒等緊急問題就應該算該區域是有開診的，因為民眾的緊急需求有被滿足。今年看到 21%、23%，明年可能更低，願意假日看診的真的只有年紀大的醫師，學弟妹多注重家庭生活，給兩倍薪水也不願加班，那社會大眾就期望我們這些醫療老兵不要凋零，所以建議統計數據上可以調整，否則社會大眾和消費者看到會誤解西醫診所假日都沒在認真看診。且建議這資料也應呈現牙醫假日開診做比較。假日民眾也有牙痛的情形，而這些病人的需求解決了嗎？這樣呈現結果會比較公平。

顏代表鴻順

主席及各位代表午安，我也回應剛楊代表的想法，以我為例，去年要找一位家醫科的醫師，找了一位馬偕醫院的學妹，她考量她有家庭，有小孩要顧，她的條件就是晚上只能上一天班，且六日都不能上班，這也是新一代醫師的心聲跟習性，我們還要考量女醫師的比例越來越高，而女醫師要兼顧家庭和專業，晚上和假日排班是有困難的。

像我的診所，假日上班醫師沒問題，問題在藥師和護理人員，甚至今年有好幾個颱風，宣布放颱風假，但我看天氣狀況還好，那我就請同事來上班，有同事說，按照法令規定，是可以不去上班的。診所開診是需要整個團隊，不是醫師願意就好，還要顧及藥師、護理師願不願意，且當勞基法實施後，他們還有權利拒絕，所以假日開診不是強迫醫師就可以達成的。

那再換一個角度看，現在大家都週休二日，大多數人週六週日都是休息的，那我們週六開診率都已經這麼高了，週日也一定要讓民眾自由想看病就看病嗎？如果讓民眾知道週六大多都有開診，那週日是真正有急診需求的才去看，我想 20% 的開診率也足夠應付有急診需求的民眾了。像剛周理事長所講，隨著時代的推移，老兵慢慢凋零，年輕一輩的醫師開診率會逐漸下降。

主席

大家都表達了意見，最後我想請問理事長、執行長、主委或秘書長，結論是要分級醫療、壯大基層，但大家都不做了，要月休四日，這樣要如何壯大基層？我們呼籲民眾能回到基層看診，但診所都不開，那又該如何處理呢？我們會陷入另一個問題，今年要大力宣導，像公車廣告等通路都會去宣導，有病先到診所，有需要再轉診，大家都說宣導不夠，民眾的知識、行為要改變。同時大家也建議要調整部分負擔，經轉診部分負擔下降，不經轉診部分負擔要提高，這中間需要基層醫師擔任判斷民眾是否需要轉診至醫院的角色，我相信台灣民眾教育水平是高的，這觀念很容易接受，如這時候廣大的基層代表都告訴我不可行，我們現在已經很好了，那後續又該如何進行呢？

楊代表芸蘋

今年主推就是分級醫療，上個月健保會消費者代表也同意並支持，就是期望基層能壯大，那我都說我們宣導不夠，國民健康署也一樣宣導不足，給國民健康署經費就給得很不甘心，為什麼不把經費挹注到健保署，真正獎勵給辛苦的醫事人員，其實剛主席講得很清楚，

先宣導一段時間，教育民眾就醫先到基層診所，讓基層壯大起來，如果病患不先到基層診所，怎麼有機會建立診所醫師和病患間的信賴關係，我知道一週7個工作天真的很辛苦，但希望能有什麼方式能讓各位醫事人員的身心狀態、家庭工作能有一個平衡狀態。

既然要推動分級醫療，今天基層醫師代表都在這邊，是不是努力一下，或是辛苦一點，請大家先辛苦一段時間，經宣導後民眾回籠，那在勞基法推行前再來討論開診時間要如何調整。

主席

我知道各位要講什麼，我先說明一下，部長和署長都已下決心要推動分級醫療，這項政策是由上而下的，且部長和署長所有的發言和遊說，也到立法院去報告，信誓旦旦的在做這些事情，而這些訴求也都來自於廣大的基層醫師之反應，今天部長、署長都站出來了，而且106年總額協商也都配合做了許多配套，今天開會只是討論後續如何執行、推動，但大家的聲音都是負面的，那部長、署長以後該如何對大眾交代。

黃代表啟嘉

我很納悶，主席一直把假日看診和分級醫療、壯大基層連結在一起，但我覺得假日看診和分級醫療是兩回事，完全沒有邏輯上的連動，第一，以現存狀況來說，假日看診已經存在，並不是西醫基層假日都沒有看診，我們相信醫院也沒有假日門診，不知道假日大量看診可以改變什麼，改變分級醫療了嗎？第二，我們剛大多是站在醫界的立場在論述，年輕醫師對自己生活品質要求越來越高，周邊相關工作人員，像藥師、護理師、甚至檢驗師也都假日休息，所以假日開診的相關工作人力配合是有困難的，那如果站在民眾的立場，要有需要才看病，那現在把假日就醫便利過度延伸後，可能導致醫療過度利用，現在也有假日看診，只是沒有那麼普遍而已，如果再增加民眾就醫方便性，可能會使民眾荷包失血，因為中間可能會消耗過多原本不需要花費的醫療支出，而推動分級醫療的目的是要讓醫療資源效率越來越好，所以假日要適度開診，而不是無限制的開放，

這才和醫療效率提升是相稱的，反而無限制鼓勵假日看診和分級醫療精神是相違背的，這是我要澄清的。

黃代表振國

分級醫療目的、精神為何？以我個人為例，現在從醫院拉了很多病患過來，主要是打胰島素的糖尿病病患，我是加深服務的廣度和深度，提升基層服務的範圍，而不是延長服務的時間，如果病患只是因為急診需求假日跟你偶遇，以後也不見得會成為長期病患，只有提升服務的品質，加強服務的深度和廣度，這樣才能落實真正的分級醫療，最近我提供最新的胰島素針具，讓原先在醫院打胰島素的病患轉到診所來，如此也可以讓原在醫院就醫的病患轉移到基層，假日看診只是其中一個手段，不要把它視為分級醫療不可或缺的因素。

主席

我想請署長來聽聽各位的心聲。

王代表正坤

在署長來之前，我先提供解決方案供大家參考，分級醫療相關策略健保署已陸續啟動，但基層診所假日開診有勞動法令的限制，真的也是很大的困難，當兩項都已成既定事實時，如要讓假日看診能被適度的執行，那就要讓健保資源能有效移轉及分配，第一，因勞動法令限制，不能苛責假日沒有看診的醫師，依管理學角度，要提供誘因，假日上班勞工要 1.34 或 1.67 的加成，健保資源應適度挹注到假日看診的醫師上，讓收入能增加 1.34、1.67 倍不等，這部分可討論，但現在是總額制，資源要在總額下移動，這樣或許可適度解決假日看診的問題。

我也要呼應黃主委的看法，假日看診只是分級醫療轉診中小小的環節，但不巧的是，假日開診率是消費者代表少數能閱讀的指標之一，致使消費者代表會捍衛假日開診情形，如能再提供多項指標供消費者代表參考，是否就會轉移這項指標的注意力。

管理學中一個是拉的力量，一個是推的力量，所以我想提供誘因是

最好的，我們用吸引的，而不是懲罰手段。

吳代表國治

我們很感謝部長和署長回到了正道，就是分級醫療和壯大基層，但分級醫療、壯大基層不等同假日看診，這是非常重要的，那剛提到教育民眾，我們應該要教育民眾怎麼看病，如何珍惜醫療資源，醫療資源是昂貴的，並不是隨時可看的，常看到病患就醫只是為了確認上個醫師的診斷是否有問題，所以應多宣導正確看病知識。

剛執行長提到很多指標和各國的情形，看排名前面的冰島、新加坡和瑞典的假日看診情況，如果台灣低於他們，我們再來改進，他們幸福指數那麼高，難道是靠假日開診堆疊起來的嗎？我想絕對不是，如果假日看診是國家政策的話，就像大家不願進入婦產科，除了解決醫療糾紛問題外，國家也編列預算支應，利用額外的費用去鼓勵醫師投入婦產科行列，所以假日看診不能由總額內支應的，幸福絕對不是建立在假日看診上面，醫療資源是昂貴的，讓民眾無限制的使用，健保總有一天會倒的。

主席

假日開診議題就談到這裡了，今天議案真的很多，假日開診等一下也還會談到，這報告案是否就到此告一段落，各位也都說明各項困境，如勞基法、藥師護理師問題、生活品質等等，等楊代表發言完就結束本案討論。

楊代表芸蘋

我回應王正坤代表，付費者代表並不是只看假日開診率指標，我們各項指標都會看，我自己不在假日看診，只是幫那些有假日看診需求的民眾發聲而已。當然全面假日開診是不可能的，但是開診比率是否可再提高一點，這都是可以討論的。

主席

剛有一項建議請同仁配合處理，未來適度反應假日開診時，分母應排除非內外婦兒科的診所，像復健科、精神科等，因為這原本就不

是鼓勵假日開診的範疇。這項建議很好，統計結果應會有所差異。假日開診是為了紓解醫院急診，所以替代急診的診所就應納入假日開診率分母計算，當然也理解假日無法全部開診。今天在討論任何議案時，請把分級醫療和壯大基層放在心裡，不要討論方向都與分級醫療背道而馳，那就會討論不下去。

黃代表振國

全聯會報告簡報第 10 頁，婦產科住診主要是生產案件，但現在出生率減少，唯獨臺北區增加，請健保署提供醫院部份負成長的情形，由全國無論醫院或是基層的負成長凸顯台北區基層的高成長，台北區生產很明顯都往現代化、私人的機構，這是造成台北區點值低落很重要的惡化因素之一，而且這種趨勢勢不可擋，且人來基層費用却没有來，請提供相關數據，以供後續檢討。

另外投影片第 32 張各科成長率部分，雖然神經科 base 不大，但神經科的成長是簡單、中度復健治療為主，這部分請各單位進一步分析成長是否合理，現在包括復健一、復健二的骨科都沒成長那麼高，為何唯獨神經內科成長那麼高，是因為開業人增加，還是因為申報量太多。

外科內痔結紮部分與去年同期比成長太高，國民健康署大腸癌篩檢做那麼多年，FOBT 近年完成率也相當高，代表大部分痔瘡的病人早已經逐漸發現，為何還有那麼多的內痔結紮，這有兩個問題，一是有些病人不需要內痔結紮？一是內痔結紮不是有效醫療，同一病人需要多次內痔結紮？建議統計分析每位病人內痔結紮次數，是否於第 3 次後建議選用其他有效的治療，建議了解成長背後意涵。

主席

今年主推分級醫療和壯大基層，健保署在健保會報告推動分級醫療六大策略，資料提供各位代表參考，剛討論的假日開診就是其中一項配套，各項策略推動後，所有人都在關切結果如何。剛黃代表所講的，有沒有醫院的服務回到基層，而這些結果才有力量在明年總

額協商訴求基層總額還要加大，如果今天看不到這個結果就是基層服務量萎縮，或是沒有成長，所以我覺得各位應設法讓病人回到基層，當然也不是只靠假日開診，是要這 20、30 項策略全面推動，病人從醫院回來要請基層診所去承接，惟有承接能知道病人有回來，也讓醫院回到照顧急重症，這就是大家努力的初衷，我們每個人都 在裡面扮演一個角色，每次討論議案時，不要只看眼前是吃虧，長久來看會是佔便宜的，但如永遠都在計較眼前，也就永遠看不到原本的長久利益，病人會自動到可以看病的地方看，不論怎麼勸導、宣導，看不到醫生的話，病人就會到他可以看病的地方，此時大家應同心協力，現在醫院也沒有反對分級醫療，醫院也覺得他們過勞，所以拜託大家，不要只看今年、明年，可以看 5 年或 10 年後的效果，看趨勢有沒有反轉，看總額是否流動，用結果來證明，只用嘴巴說恐怕力道不夠。

報告第三案：西醫基層總額 105 年第 2 季點值結算結果報告案

主席

各位代表有沒有意見？

盧代表榮福

對點值結果沒有意見。

健保署原先會前都會發文提供參數表等資料供代表參考，自 105 年後就不再發文提供書面資料，但我們都習慣看那份資料，對我們來說是寶貴的資料，我有請全聯會同仁詢問，他說在結算報表中會有呈現，但呈現得不完整，如果要放在網頁上供大家下載，我可以接受，但不要都不提供。

劉科長林義

105 年前參數表都會寄給各代表參考，但經評估該資料可放置網頁供各界參考，所以自 105 年起就放在網路上。

盧代表榮福

網路上公開資料並不完整。

主席

這部分沒有理由不提供，請劉科長會後與盧代表確認不足之資料後，全部提供並公開讓大家參考。點值部分沒有意見，105年第2季點值確認。

報告第四案：修訂「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」報告案。

主席

請問各位代表有沒有意見。

黃代表振國

在此感謝健保署及消費者代表今年對家醫計畫的支持，修正內容寫得很多，表示對分級醫療的用心，和把病人留在基層好好照顧的決心。其中有一部分是先前兩次討論會議沒有的，就是新增失智症門診照護諮詢費用，先前討論時並未強調該如何支付，家醫計畫有一年讓很多醫師卻步的原因就是家庭功能評估單，這評估單多支付200多點，各業務組進行查核、複檢，甚至有些診所遇到突擊式檢查，讓許多醫師參與計畫意願下降，列為加分項目很好，但新增一個支付項目會有兩個問題，當初這項新增預算不在原計畫預算編列額度內，申報後分區要如何審核，如有人過於浮濫又如何防弊，衍生很多不必要的困擾。建議失智症門診照護諮詢費用先拿掉，列為加分項目即可。

主席

今天上午立法院審預算，至少有4-5位立法委員在關切家醫計畫的擴大，甚至要凍結健保署上千萬的預算，還有位委員要凍結本計畫預算的1/5的預算，要求健保署兩個月內提出擴大家醫計畫服務量能的報告後才可結凍，這項計畫已經被批評10年之久，包括醫師參與度不高，照護病人數不多，轉診沒有落實，106年家醫計畫配合分級醫療落實健保法第44條家庭醫師制，多編列4億元預算，這些都是長期目標，很難一步到位，但預算都給了，計畫的預期成效是

什麼？

就目前修正案看不出醫師參與數可增加多少，目前 106 年預估照護人數會增加 60 萬，但整體照護率還是偏低，現在計畫照護人數占率為 10% 多。

黃代表振國

現在收案數是 260 萬人，預計明年會有 310 萬。但因家醫計畫是針對醫療高利用者進行收案照護，計畫收案率是 48% 左右。

主席

還有如何落實轉診，這個計畫健保署兩個月內要去立法院報告，否則無法動支預算。

黃代表振國

我想部分負擔調整後，落實轉診會很明顯，因為民眾會到診所拿轉診單，先前直接去醫院部分負擔沒差，之後有沒有轉診會差幾百塊。

主席

千萬不要變成浮濫轉診的診所，請各位一定要好好把關。我們還是要落實基層提供服務，而不是只為了拿轉診單，針對這部分我們也會監控。

黃代表振國

可以請主席打聽一下，我診所轉診算嚴格的。可否提供關切家醫計畫的立委名單，我們可就醫療服務執行面去做說明。

主席

重點是健保署被要求兩個月內要去報告，就今天修正案內容可否能讓立委了解新增 4 億元預算可達到的成效為何。

黃代表啟嘉

剛有同仁詢問，現在基層診所可以拒絕病人轉診嗎？當病人要求轉診時，醫師有拒絕的權利嗎？

主席

轉診與否是由醫師專業判斷的。

張代表志傑

我遇過病人要求轉診，但我覺得病情不嚴重，無須轉診，未來如果要由基層醫師判斷病人是否轉診，應該給予醫師拒絕病人轉診要求的權利，這部分也需要教育民眾。

主席

轉診本來就由醫師專業判斷，這權利本來就交給醫師。

張代表志傑

病人沒有這個認知，他覺得他很嚴重，他就要求醫師開轉診單給他。

主席

民眾教育宣導的部分，我們會多管齊下，一起努力，那也請各位醫師扮演好角色，彼此相互合作。

黃代表振國

跟主席報告，依基隆為例，目前有3個基隆家醫醫療群，評估明年會增加1群，目前已找了6~7位醫師，包括以前參加被退的，不滿意的，到目前為止已經有5~6家要回來了。我在三重的學弟也說，今年因為預算增加，有診所主動報名參加。今年看到歷年來最具善意的健保署官員，真的很用心，在這要稱許一下，很用心要把計畫做好，我也不斷宣傳這項計畫，未來所有基層醫師都會感受計畫的好處，感受好就會熱烈參與，所以我想明年不用擔心醫師參與情形，我初估約有4000位醫師，今年是3700位，請大家拭目以待。參與醫師增多，量能就會提高，計畫照護人數也會增多，106年計畫照護人數可達310~320萬人，針對應收案照護族群收案率則約50%，如果沒有就醫的人就不算分母，而主要照顧者在醫院的人也不會到診所，所以隨著基層壯大，這計畫適度成長是需要、迫切且有效的。如健保署需要協助溝通，本會代表樂於協助。

盧代表榮福

家醫計畫是專款專用，即使106年增加預算，但個案管理費並無增

加，所以如果量能沒有出來，預算也不會被用掉。也因 106 年有增編 4 億元預算，家醫計畫推動也會有壓力，現正努力招兵買馬。106 年計畫的基本操作費用是沒有增加的，沒有量能就不會有費用支出，這是可以跟立委說明的。

主席

立委並不是期望預算有剩餘，反而是希望把預算花掉，所以量能一定要出來，今天立委說計畫執行率不好，102、103 年預算執行率都有到 90% 多，原本要凍結計畫預算的 1/5，就是 3.2 億，經過幾番努力溝通才同意兩個月內提出規劃執行報告。我們真正希望把計畫做好，而不只是應付立委。

這計畫有開過會前會溝通，今天修正案內容是有共識的，但剛黃代表提到失智症門診照護諮詢費用，這部分是用 15.8 億元專款支應，不是沒有預算來源，失智症病人有做過檔案分析，失智症病人利用率真的很低，因為他們根本不會講，但是需要社會協助，請家庭醫師能多關心這群人，所以列入計畫並無不妥，不建議刪除，畢竟是一個加分指標，是增加整合的指標，基層診所不應拒絕失智症病人初級醫療才是。

黃代表振國

建議 106 年計畫施行完畢後能提供統計失智症相關數據資料供參。

主席

106 年預算增加 33%，醫師參與度、照護病人數是否都比照預算增加 33% 以上。

黃代表振國

報告主席，這個計畫從一個人 800 元，到 106 年平均一個人 510 元 (15.8 億元/310 萬人) 而已。

主席

黃代表，我們要壯大基層，要讓病人知道診所服務有多好。

黃代表振國

我完全同意，但是不能一直增加 loading。

主席

不是加 loading，這些可能都是你照顧的病人，這提案已開過會前會，我建議計畫內容照案修正，包含新增失智症門診照護諮詢費用，但請於下次會議提出努力的目標，這些目標就是我們有共識的，也是需要到立法院報告的內容。

黃代表振國

我們願意一起努力，但我建議每人照護費用不要再七折八扣了，過去是每點一元，現在改成點數，再用點值計算給付費用。

主席

這是正常服務範圍外額外增加的費用，結論是修正案通過，請在基層總額臨時會提報本計畫的 KPI，作為共同努力的目標，大家一起努力往目標邁進。

報告第五案：106 年「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商會議」召開會議之時程暨 106 年度基層總額一般服務案件之保障項目及操作型定義。

主席

各位代表沒有意見，本案通過。

黃代表啟嘉

程序問題，考量很多代表是由中南部遠道而來，建議先討論影響較大的討論案第五案，徵求各位代表同意。

多位代表

同意。

主席

那討論案第五案先討論，結束之後回第一案嗎？

黃代表啟嘉

對，後面的議題可保留至臨時會討論，但第五案要先討論。

討論第五案：有關調整全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準 西醫基層第一段合理量內門診診察費支付點數案。

主席

開放大家表示意見。

黃代表啟嘉

這東西我們看到都傻眼了，回去無法交代。

張代表孟源

主席、各位代表和醫界夥伴大家好，剛執行長報告中，在各國中我們基層診察費和東南亞差不多，真的希望在基層診察費這麼低的狀況下能調高 20 點，至少讓執業醫師有合理的尊嚴。至於假日加成新
增預算也提了很多年了，因為假日相對成本比較高，為能提高點數和點值，但每年 9 月總額協商，都沒有獲得通過，所以這部分是否可保留至 106 年 9 月總額協商處理，到時再跟消費者代表說明，我們也相信署方有善意，我們和健保署一起努力，等 106 年 9 月再來討論這問題，107 年實施，這樣才符合總額預算原則。

相信楊芸蘋代表很清楚，每年都跟付費者說明基層建議編列新增預算項目之用途及額度，很少是在總額協定後再來談鼓勵假日開診，其實健保署很清楚，假日開診加成基層已經提了好幾年協商項目了，但都不給預算，希望能考量總額談判精神，還有平等互惠。

黃代表啟嘉

以全聯會基層來講，針對現有的假日看診，一貫的態度是尊重現狀，知道民眾有需求，所以維持一定比例的開診率，但不強迫或鼓勵會員要在假日看診，現有執業狀態有單人診所，也有聯合診所，呈現一個平衡狀態，如鼓勵假日看診造成經濟優勢的扭曲，有可能造成個別醫師，甚至偏遠地區醫師資源被剝奪，所以不希望以支付標準調整這種強力手段去造成衝擊。如果真的要做的話，也是要另外編預算而不是從既有的總額預算內支應，今年總額談判裡，非協商因素是反應過去兩年的醫療服務成本成長，應該按照現有狀態去調整

支付標準，可是我們要去扭曲內涵本身，這是違背協商精神。所以希望非協商因素成長率能依現有狀態來提高支付標準，而不是扭曲。如果要改變現狀，扭曲服務型態，希望能在協商因素給予預算，我知道署長是一片好意，對於假日加成預算能由其他預算支應，但我也知道付費者一定不會同意，實際上在協商時，付費者是完全不同意，如果要從既有的一般服務預算來處理假日加成，基層是礙難同意。

黃代表振國

這議題剛已經討論很多了，議題核心是假日民眾就醫需求如何解決，針對平日真的無法看診的人或緊急狀態的人，我提供一個建議，假日就醫需求要相關行政衛生單位能夠配合，並以一個生活圈為概念，只要該區有內兒家醫等有提供初級醫療之診所開診服務即可。但現在無法普通開診的問題不在醫生，而是相關醫療人員難以配合，所以建議由行政部門協商假日開診之人力配置。

另外建議為解決假日藥事人力不足應將落實藥品緊急調劑權還給醫師，不然醫師空有一身武藝，知識不輸任何藥劑師(生)，但都被自廢武功。所以這議題並不是單純調整支付標準就能改善，只是讓原本假日輪班看診的多位醫師診所或是大型聯合診所得更多的點數，現行單人診所，或是假日開診有困難的診所也不會因為提高點數就可以假日開診，這變成負向的扭曲，所以建議一個新制度要有相關的配套，不是單純調整支付標準而已。希望我們大家一起努力，醫界也都很有心要照顧好民眾的健康，也請與衛福部相關單位溝通相關配套措施，期消費者代表也能在經費上給予支持。

陳代表相國

主席，各位代表、各位夥伴好，我們理解署長、署方和付費者代表是苦民所苦，覺得民眾假日找不到醫師，四處奔波很可憐，想為他們找一個比較好的醫院，比較好的醫師。可是以實際執行面來講，比本來的診察費多 80 點，這 80 點無法鼓勵原本假日不開診的診所去開診，我們有估算過，假日開診比沒有開診要多付的人事成本，

每位病人要多 150 元才足以支應所增加的成本，另預算使用原則，明年度的總額已經談完了，基層建議編列「保障假日及夜間門診一點一元」預算，但署方跟健保會委員都沒有同意，所以這案子就沒有了，如果這項措施是很好的，是否在下次協商討論更好的解決辦理，讓民眾有地方看病，醫師也願意開診。

吳代表國治

剛很多位代表都提到很多困難點，不是醫師不願意出來，是否有可能從衛生所來處理，衛生所把軟體、硬體弄好，人力找好，醫師部分由全聯會來負責，每個區都有衛生所，這樣就可以去宣導。其實病人都有自己想找的醫師，只是他想找的醫師假日沒看診而已，所以病人自己會斟酌是否要到衛生所就醫，還是再等一天看診，如此一來，服務量應該也不會大，更何況去看的應該是真正有需要的，是不是往這方面討論，不然要求提高假日看診率，我們也說明了難處，我想這是一個背道而馳的做法，所以由衛生所著手是比較好的方式，請列入考慮。

藍代表毅生

以一個外科醫師來說，上次總額協商中 urgent care 計畫並沒有獲得支持，剛主席說希望能分擔醫院急診的壓力，其實很大一部份壓力是因為基層幾乎是沒有急診的，起碼在民眾觀感上是如此。上次總額協商我也跟楊委員報告過，其實很多車禍一般外傷，基層診所處理只需 10-15 分鐘，可是民眾到醫院因為檢傷分類 3-5 級，需花 3-4 小時才能處理完畢，所以假日看急診就是不一定是急診，可能只是簡單換藥，我們用那麼多資源在假日開診，為什麼不在前段建立基層急診模式，當然不一定像醫院急診中心，就是跟民眾宣導小傷口可以到診所，不需要小縫合就到醫院等 3-4 小時。我們按照健保署規定來做，事後常會收到民眾的投訴，投訴基層診所怎麼會做急診，怎麼收急診的部分負擔和掛號費，這是外科診所遭遇的問題，導致大家退縮，不想被病人投訴，所以這其中有很多可以解決的事情，如果 urgent care 通過就可解決急診一部份的病患。

剛剛家醫計畫我沒有發言，如果請一個基層醫師，去醫院開刀可以加 5 分，或是去醫院值急診班等，我想大部分的人是沒有那個能力或是勇氣去做這樣的事，因為現在急診值班不是內科只看內科，要全部一起處理。我以前也去醫院開刀，小孩子疝氣手術 15 分鐘，可是麻醉要 40 分鐘才能醒，先到恢復室，我開完刀人已經走到半路，打電話通知小朋友臉黑掉了，之後我就再也沒去醫院開刀了，因為我只是抽成手術費的 50%，但是萬一出事我是要負開刀過程所有的責任，所以這加分項原則是看得到吃不到。

蔡代表有成(邱代表泰源代理人)

主席，各位代表大家好，今天邱 P 另有要事請我代表出席，他雖然是醫學中心的教授，但是他很照顧基層，希望提升基層的服務量等。我是贊成吳代表的看法，假日看診是否能和衛生所或是公立醫院配合，當然這部分要請全聯會和衛生所、公立醫院協商，派基層醫師到那邊值班，可是費用不要由總額支付，看能不能請消基會幫忙一下，這是額外的，如果要從總額內支應的話，基層代表覺得不合理，我提這意見供大家參考。

黃代表振國

這建議很好，救人如救火，民眾叫 119 等緊急服務也不用付費，保障民眾假日緊急就醫是政府的責任，所以不能單由健保承擔。

張代表孟源

主席，各位代表好，我認為假日診察費加成議題，假日成本確實增加很多，但要如何反應成本？假日診察費提高。站在全聯會立場，只要診察費提高，原則上都是贊成的，但不是現在，我看到健保署擬的計畫非常好，要給我們 9.6 億，但問題是 106 年總額沒有編列這項預算，我們每年都有建議這項預算，希望反應開業醫師的困難，補足假日成本增加的缺口，我也提過 20 億調假日診察費，但都沒有被接納，假如明年總額協商，請健保署與基層合作把 9.6 億元放在協商因素中。剛黃主委也提到，非協商是反應過去兩年成本的增加，如把預算挪移會使大多開業醫經營更加困難。楊代表也了解總額協

商為什麼這麼辛苦，基層希望將這項預算編列在協商因素。

再補充說明，如果有編列預算基層會很樂意來反應，不是協商談判完了再來討論。

主席

補充一下，健保會在討論這項目時，之所以沒有採納基層建議假日開診所需的預算，原因是調整支付標準的預算來源就是非協商因素，各總額都一樣，像牙醫總額要把非協商預算調移到重症去增加點數，基層沒辦法像牙醫列舉重症項目，但同樣都是基層醫療，相對成本高的部分就要用非協商因素去調移，大家剛說今年基層提出假日加成的預算沒有通過，所以非協商因素絕對不能用在假日診察費調整，這件事恐怕不是這樣說的。因為支付標準調整本來就要用非協商因素，而非協商因素就是在反應物價，剛第一輪討論，都有提到假日成本較高，所以就是要用非協商因素去反應成本高的地方，預算應該要做適度的挪移。

署長在這次推動分級醫療策略中，特別在這地方去研究，大家不願意把預算投注在現在願意假日開診的診所，可是他的成本也確實比較高，那應該要去平衡這個部分，不是調假日診察費就要有額外的預算來源，非協商因素也是額外的預算來源，如果認為非協商要調非假日，而不能調假日，那這件事就會無法落實。

黃代表啟嘉

第一，本會建議第一階段合理量門診診察費調高 20 點，這部分也同樣調到假日開診，假日也有第一階段合理量診察費，所以並沒有不調假日。

第二，我參與健保會多年，羅紀琮老師曾說過一句話，我也很認同，非協商因素是在服務內涵不變下給予的成長率，那我們試圖去改變服務內涵，試圖用經濟上誘因去改變內涵，如果是平衡去調整，那就沒有改變內涵，假日一樣保持現有的開診，民眾有需要還是有診所服務。我本身週日是有開診的，但我還是反對在這狀態下改變假

日加成，因為這對醫界生態衝擊太大。不知就醫障礙要下降到何種程度才算平衡點，對就醫利用效率和資源有效利用是最佳的，如果完全沒有就醫障礙，請問這是對的嗎？請大家思考，所有費用都是零，到診所看病完全免費，而且可以直接到醫學中心，所以下降就醫障礙是與分級醫療精神有點衝突，分級醫療就是看病不能直接到醫學中心，以消費者來說，醫療資源如果是充裕的話，根本不需要有基層診所，全部都到醫學中心就好了，但現在每月保費約 1000 元，而不是 3000-5000 元，所以需要分級醫療讓資源有效利用。現在鼓勵假日開診，下降就醫障礙，我也擔心民眾荷包也會失血。

主席

希望假日到醫院急診的人能回到基層，因為假日基層沒有地方看才會到醫院。我也同意現在就有診所假日開診，所以要去宣導，讓民眾知道假日有開診的診所在哪裡，有需要的人可以找得到假日開診的診所。但無可厚非的，假日開診成本比較高，建議適度反應假日和非假日成本的差距，我想署長並沒有堅持差距要多大，適度差距出來，讓假日願意出來開診的人也有回饋，如果大家無法提高假日開診率，那就要鼓勵現在有假日開診的人，並去宣導讓民眾知道可以利用，讓假日跑急診的人不要盲目跑到醫院去，特別是檢傷分類 3、4、5 級的人。

署長用心良苦，希望能說服大家，今天大家的意見我們也都會轉達給署長，也請大家體諒，大家的爭執點是沒有新增預算，但各部門總額協商都一樣，醫院非協商因素中 60 億元要調移到重症點數，也不是大家通通分得到，那你們是要大家通通分得到，這中間差別就很大了，針對這部分溝通一下。

黃代表振國

以我為例，現在假日門診真正需要當天就醫的不到 1 成或 2 成，現在支付標準就有急診診察費，高於現有的診察費，如果假日有急診需求的，該診所就用急診診察費申報，就有 500 多點。我們擔心的是增加非服務急診為主的假日開診。以我為例，我可以請我的慢性

病病患集中到假日來就好了，所以會造成扭曲，原本不需要假日看診的，因為調整診察費後造成病人的挪移，變成醫療浪費，也排擠現有資源，這部分如何去規範，如果大家挪移看診，這 9.6 億也不夠，如果屬於假日緊急的病人，就請以基層急診務實的申報就好。

蔡代表有成(邱代理泰源代理人)

主席考慮很多，事實上現在有假日看診的醫師，剛剛提到要宣導讓民眾知道哪裡可以看醫師，讓民眾覺得方便。另一個思考模式，健保法上有規定，推廣家庭醫師制度，讓家庭醫師發揮功能，假日民眾有什麼問題就打電話給家庭醫師，這病症有急診需要嗎？如果不需要就不用就醫，社區醫療群有 24 小時 call center，都做得很好，透過這個方式也可以降低民眾假日就醫情形，應該是可以解決的。

主席

策略都是全面展開。不需要看病的，當然不鼓勵看病，我也覺得不需要無限上綱，但鼓勵大家假日多點醫師，如果真的考慮很多而不假日開診，但對於願意出來看診的醫師應相對給予不一樣的支付，反應假日的高成本，我想還是可以再討論。

張代表孟源

我先補充剛剛的問題，關於協商因素跟非協商因素，主席講得有道理，支付標準調整是在非協商部分，因為非協商因素是自然人口、醫療服務成本的改變，請各位代表看補充資料第 8 頁，假日加成不是支付標準的調整，這應該屬於協商因素的支付項目的改變，假日診察費部份多了 00XXXX 的支付標準代碼，是新增的支付標準項目，不是原有支付標準的調整，診察費調 20 點是調整支付標準，支付項目的改變就是原本沒有的項目新增了一項支付標準，支付項目的改變跟支付項目的範圍或是新增的部分應該屬於協商因素部分。

主席

這是寫法上的問題，這也可改成診察費假日加成多少，那就是同一個項目，這就是一個診察費，只是為了在統計方便區別，假日診察

費和一般診察費，都是診察費概念。

陳代表相國

主席，各位代表、各位夥伴，我想署方跟健保會委員都很有誠意要解決這個問題，尤其病患假日就醫、急診壅塞問題都蠻嚴重的，我建議署方和健保會委員不要把責任都攬在自己身上，因為這問題不是一朝一夕造成的，有歷史淵源、法律規定、給付規定等很多因素，這問題應該由衛福部出來解決會比較好，請衛福部推行試辦計畫，像剛吳國治代表所講的，因為各鄉鎮區都有衛生所，用試辦計畫把經費提出來，叫做解決急診壅塞及病患假日就醫試辦計畫，請衛福部提出預算，各縣市醫師公會和各分區業務組都很願意配合。

台南市醫師有一個群族，有醫師跟署長提建議，以每區衛生所為中心，跟民眾宣導假日到衛生所看診，而且衛生所醫師都是當地醫師去支援的，這是很好的方向。現在不只假日患者在醫院看不到門診，台南市有些醫學中心在晚上 10 點後就沒有眼科和耳鼻喉科急診，所以這問題不是健保署調整支付標準或法令改變就能馬上改變的，這需要時間和周延的計畫來解決。

主席

其實我不太能理解，同樣都是給同儕增加點數，只是增加在 A 跟增加在 B，會有這麼不一樣的聲音，如同牙科的非協商因素只有調整難症根管治療，不是每個人補牙都有增加，也是支付標準調整，以增加點數來反映其困難度，醫院調整重症的 60 億也是非協商因素，用來調整急重症支付標準，也不是去調診察費。我可以理解基層診察費是大家共同的，同樣是診察費，因假日的相對機會成本高，用非協商因素調整也合理。當然要取得共識，所以今天會議大家的溝通，也是互相交換彼此的意見。陳相國代表或是吳國治代表提的建議我也都很贊成，其實不是只有衛生所，基層診所可以相互聯防，大家都去支援有開診的診所，不是只有衛生所這個場域，畢竟衛生所可近性還是沒有很高，可以去創造週日聯防的區域，大家輪流的概念，而衛生所在健保也是診所，費用也是在基層總額，並不會變

成陳醫師講的，假日開診再去爭取公務預算，這樣好像現在假日門診不是基層總額，如果說要建立假日服務模式，只要你們願意任何時候都可以去做，我們可以跟民眾宣導，假日可以到哪裡看內外婦兒科，我們都樂見。透過診所聯防共同努力可提高效益，也可避免單一診所因假日開診服務量不足不敷成本的情況，但這樣做了之後，假日門診的機會成本還是高的，讓診察費有點差距這部分請大家回去再討論思考。

張代表金石

我本身是小兒科，週日也都有看，看大家爭執不休，因為假日診察費要調高到 410 點，好像蠻高的，現在預估會有 8.6 百萬人次，如果調那麼高，可能會有些診所週六休診，改到週日看診，這樣假日人次會增加，影響點值，我建議調整到 380 點，現在 330 點，大約調到 340 或 350 點，假日診察費就再多一點點。

主席

我們只有一個概念，就是分散，然後大家都有看病的機會，週日、假日或週六都是可以一起考慮的。週日醫學中心急診人數最多，其中不是每個都是急診，剛張代表說 410 點太高，當然可以往下降，這都不是不可談的，我們很願意把統計數據分享出去，這部分臨時會再來討論。

黃代表振國

現在全國對假日的定義能否一致？說周六是平常日，週日是假日，這種說法令人難以置信。

在座很多代表強調明天總額並未就此項目單獨編列預算，當時署方是用統包式的說法所有項目合計只給二億，並沒有仔細討論並估列的預算，當時醫界提出假日和夜間能一點一元，希望能真實反應假日開診的成本。很高興你們提另外一個誘因，把點數往上調，剛黃主委講了，調高點數全聯會基本上不會反對，但是我們反對的是，為什麼不在協商前跟我們談，這也讓消費者代表清楚，我們這樣調整會增加醫界多少負擔，這樣調整會讓民眾就醫方便性提高多少，

大家很清楚啊，這樣談的過程也比較 OK，而不是協商時告訴我們總額不能增加，可是等到協商後說我們服務方便性一定要增加，我想兩者是矛盾的。

我希望需仔細估算預算，若是如署方建議，單一診所會怎麼做，休週六開週日，所以耗用的費用一定高於現在預估的九億多，對點值的衝擊絕不是這麼單純照過去開診率計算的，建議把完整的配套想清楚，明年可以在協商前好好談，楊代表很清楚，我們願意來負擔這個社會責任，但消費者代表也能理解我們經營困難。今天代表中有參與協商的都無法認同此種程序錯誤的作法。

陳代表相國

我提一個可行的方案，一般日門診合理量提高 20 點，週六、週日跟國定假日調高到 380 點，請問這樣可以接受嗎？

徐代表超群

這個提案已經討論 1 個多小時了，我想討論到 7 點還是沒有結論，贊成主席講的，這個提案醫師公會內部還沒有共識，不如讓公會討論後等內部有共識，臨時會再來討論，這樣比較有效率。

黃代表啟嘉

主席，全聯會在 12 月初會召開一個基層委員會，因為今天沒有得到授權，回去無法交代，是不是這案子討論到這裡，我們回去思考一下，有共識再來談。

主席

很好，今天這案子暫時保留，請大家回去多方考慮研議可行方案，數據如有不足，可隨時請本署協助提供。一定要你們同意才能執行，如在大家不同意情況下做決議是不好的，也謝謝你們同意本案再研議。這案子就不再花時間，接下來要回到第一案嗎？

徐代表超群

主席，第六案有開過會前會，第六案比較好解決，已經都談好了。

主席

第二案好不好，你們 12 月初要開委員會，我覺得第 2 案也是需要帶回去的，是不是先討論第 2 案，其他的我相信就容易了，就是很快就可以過去了，先討論第 2 案，謝謝。

討論第 2 案 有關「106 年西醫基層總額新增開放表別項目支付標準」案

主席

請問各位代表可以嗎？署長很認真看你們提的每一項目，他說這樣怎麼提高基層量能，大部分的錢都跑到心臟超音波，全國也只有 63 家診所在執行，這樣好嗎？

黃代表振國

這部分可以再討論，以後開放就不只這 63 家診所會做。

主席

我同意以後不只 63 家，但畢竟還是少數。

黃代表啟嘉

因為開放項目很難評估用量，現在呈現的醫令數是在沒有開放下的使用量，全部是申請跨表診所在執行，一旦開放普遍性可以做的時候，執行量絕對不是現在估的量，我們擔心萬一破表的話，請問預算要由其他預算支應，還是要浮動點值，不知道這部分要怎麼處理。

主席

我分享一個觀點，其實基層會萎縮就是因為一直限縮，其實總額在協商時就是看基層自我限縮，總額當然不會再給，但如果今天基層是壯大的，病人數是增加的，醫院反而病人數變少，總額怎麼不會給基層呢，但基層永遠把自我限縮放在前面，然後就談不出結果，我覺得這是循環，已經循環這麼久大家還沒意識到這是一個趨勢了嗎？就是把量做出來後才有力量去講預算，開放表別就是希望普遍診所都能夠做，讓病人不需要一定要跑醫院，基層就可以提供服務，但如果這開放項目是病人做了也要轉診到醫院，那就不一定要在基層做。應該要朝基層多做了什麼可以把病人留在基層的方向思考，

而不是基層做了還是跑到醫院去，搞不好又再做一遍，這樣就是虛耗資源，這還是需要由臨床醫師去思索在執業過程中，有什麼情形是因為基層無法做而病人必須轉診，如果透過檢查檢驗可以診斷病情，並有能力提供後續的服務。

如果這項目需要增加設備，鼓勵以轉檢方式處理，不需要每家診所去武器競賽，到最後變供給刺激需求，所以要如何讓基層形成一個網絡，跟檢驗所、藥局合作，這是透過轉檢可以達成的，這樣病人才能一直留在基層持續照護。所以請大家能破除迷思。

盧代表榮福

剛主席講的很容易達成，過去跨表不敢開放到一般服務，像婦產科有很多可以做的，開放後婦產科就會壯大，這是為什麼現在要採專款專用，如果放到一般服務怕會吃到大家的一般服務預算，建議以後要壯大基層的項目都放專款專用，等4、5年後費用穩定後再移到一般服務，這樣幾年後基層診所就會成長很多，因為診所醫師都是從醫院出來執業的，都可以提供服務，只是過去採限制管理，如果現在要開放，前幾年都用專款專用，讓大家可以去做，這樣就不用把一些病人轉出去了。

主席

補充一下，106年開放表別就是專款，所以就要去做，如果說怕爆表，但是爆量的話明年才可以再去爭取更多的預算。

黃代表啟嘉

我可以問一個比較直接的問題，爆表後是用浮動點值嗎？因為專款有很多種處理方法。

主席

專款如果超支的話，第一年要犧牲，可能會浮動，專款內自己解決，不會吃到一般服務預算，第一年一定要犧牲才能知道預算的不足，不然基層都無法突破困境。

吳代表國治

只要專款能夠解決，西醫基層一定配合，我們配合健保署帶回去討論，可提列多一點項目也可以，可能點值低一點，我們可以告訴會員，以後超音波可能會打五折給付。

主席

請不要意氣用事，一定要提有效益的項目，當然也是要逐步推動，第一步一定要踏出去。

黃代表啟嘉

我們帶回去討論。

主席

這案請全聯會再議。還有 10 分鐘，會議 5 點結束。再看一個討論案就好。

徐代表超群

主席，我建議第六案，會前會談過了，五分鐘就可以結束了。

主席

先看第六案，請問大家同不同意？可以的話就照徐代表的建議先看第六案。

討論第六案：「106 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」修訂案

徐代表超群

第六案可以照會前會的結論通過，只有一個部分要討論的，請看補充資料第 11 頁第 3 點，原本希望預算夠的話，能照顧一下醫療資源缺乏地區開業診所，保障點值每點一元，但後來評估預算短少幾百萬元。

主席

少了幾百萬，全聯會不能處理嗎？請醫管組說明。

林專門委員淑範

請大家看到書面補充資料第 11 頁，說明三、在醫療資源不足地區改善方案中，全聯會建議專款預算用於醫療資源不足地區(部分負擔減免 20%)之現有開業診所，保障點值每點一元，計算後預估會增加 0.64 億元，全聯會建議該費用由專款支應。如要保障每點一元，本署建議比照牙醫總額的醫療資源不足地區點值低的獎勵計畫，由一般服務支應，而不是由專款支應。

徐代表超群

我們想用專款支應是因為無法從一般服務撥補經費，全聯會內部共識是如果沒有經費就無法保障醫療資源不足地區診所點值，但考量位在很偏遠的診所是全國最弱勢的診所，民眾也是弱勢的，政策上應該想辦法鼓勵，保障點值對每家診所而言只是多一點點錢，但是意義重大，代表關懷偏遠弱勢的診所，這些弱勢診所不可能在全聯會中擔任幹部，我也不是，所以無法像牙醫一樣爭取由一般服務支應，但我願意替他們發聲，因為我覺得他們是應該要鼓勵的。牙醫部門的點值比較好，科別較少且單純，所以比較容易有共識，但基層點值並沒有那麼好，科別多也複雜，所以難以比照牙醫總額處理方式，才會建議由現有的專款經費處理，多少給予幫助。

主席

這要請執行長或理事長表示意見。徐醫師是為偏遠地區診所設想，其他總額對偏遠地區論量保障每點一元，經費都是來自一般服務，一般服務預算額度撥一點去補助偏遠地區點值，影響不會很大。不知基層能否比照處理。還是也要帶回去研議。

徐代表超群

因為今年總額談判已經結束，今年協商也有參考牙醫保障偏遠地區診所點值每點一元建議編列經費，但沒有通過，因為原本的醫缺方案是獨立的，既然 106 年預算不足，就先不處理，等爭取到預算後再做。我不想為了這部分的經費造成內部的矛盾。

主席

謝謝徐醫師，那針對徐醫師的意見？

黃代表啟嘉

我們尊重。

主席

那針對徐醫師的建議，也請執行長、代理理事長和主委一定要帶回去研究。今天的會議討論很有價值，彼此溝通了很多觀念和想法，期待下次會議能形成共識，迅速通過。

好，今天會議就開到這裡，謝謝大家！