

「西醫基層總額研商議事會議」105 年第 3 次會議紀錄

時間：105 年 8 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	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	王錦基	陳代表志明	陳志明
古代表博仁	請假	陳代表威仁	陳志麟(代)
朱代表建銘	請假	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	請假
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	請假	廖代表慶龍	蔡梓鑫(代)
周代表慶明	周慶明	潘代表仁修	李光雄(代)
周代表穎政	請假	蔡代表其洪	蔡其洪
林代表義龍	林義龍	盧代表榮福	王宏育(代)
林代表慶豐	請假	謝代表武吉	請假
邱代表泰源	邱泰源	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	請假	羅代表世績	羅世績
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	龐一鳴
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：

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
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
本署資訊組
本署企劃組
本署醫務管理組

葉青宜
陳燕鈴、謝瓊慧
陳宏毅、洪郁涵、林筱庭
洪鈺婷
宋佳玲
賴香蓮、黃湘婷
陳祝美
王慧英
林育彥
黃雅蘭
馮美芳
王本仁
姜義國
何恭政
陳玉敏、陳真慧、張溫溫、
劉林義、谷祖棣、林右鈞、
洪于淇、楊秀文、林 蘭、
黃曼青、邵子川、鄭正義

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：李宜珊

列席指導：李署長伯璋

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：105 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	0.8531	0.9129	0.8932	0.9464	0.9419	1.0327	0.9050
平均點值	0.9018	0.9448	0.9251	0.9634	0.9614	1.0196	0.9335

二、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

三、各總額部門各季之結算說明表，自 105 年度起於本署全球資訊網公開，請查閱參考。

第四案

案由：104 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果報告。

決定：洽悉。

第五案

案由：連續假期看診時段登錄作業方式報告。

決定：

一、洽悉，並請全聯會協助宣導。

二、本年度中秋連假之看診時段已預設比照固定時段，如有變動，請配合於 9 月 9 日前至 VPN 修改。

伍、散會：下午 3 時 50 分。

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

請各位代表確認上次會議紀錄議紀錄內容。

在各位代表確認會議紀錄的同時，介紹本次的新代表，第 1 位是醫師公會全聯會邱泰源理事長、第 2 位是陳相國醫師、第 3 位是顏鴻順醫師、第 4 位是李偉華醫師、第 5 位是吳欣席醫師(今天由塗勝雄醫師代理)、最後是東區朱建銘醫師，歡迎大家參加。

回到上次會議紀錄，各位代表沒有意見，會議紀錄確認。

在進行報告事項之前，請問理事長有沒有要給我們指導的地方。

邱代表泰源

不敢當，大家互相成長，謝謝!

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

剛剛補充報告有幾個重點，第一是安全針具執行率還是低；第二是去年總額協商時，醫界承諾基層慢性病照護執行成長率以 20%為目標，協商當時並未定義慢性病照護執行率計算公式，現在醫界提出的 8

項指標皆未達成長 20%的目標。每年西醫基層在爭取總額預算時，都將慢性病人增加、密集度增加做為增加總額的理由，9 月要進行協商，建議醫界要找到比較有利協商的指標。

黃代表振國

慢性病指標執行率指標 1-3 項當然有我們需要努力的空間，因為慢性病在基層的給付比醫院嚴謹，審查尺度相對比醫院嚴格，以至於基層開藥的空間較小。以台北區為例，點值最低，審查醫師在管控的力度上很高，而醫院醫師開藥時查詢雲端藥歷和重複用藥等工作，沒有像基層的醫師這麼認真執行。以指標 4-6 佐證，開藥天數減少，因為健保署做的雲端藥歷查詢、重複用藥核扣達到效果。

剛剛(陳相國)執行長提到各科的成長，特別是台北區婦產科的成長是因為少子化，現在很多的家長願意付更多費用至 VIP 婦產科接生，台北區有一位媒體報導非常有名的婦產科醫師，他離開醫院而成立連鎖診所非常成功，所以造就台北區很明顯的費用成長。所以建議署方在推動分級醫療的同時，也能將此基層婦產科 DRG 的成長能納入基層總額成長項目。

而且看全聯會第 32 張投影片，婦產科成長是婦科超音波，民眾婦產科都是婦科、產科的問題同一家診所就醫，人轉到基層來，服務也做到了，但經費並沒有隨之而來。所以造成台北區第 2 季的點值還是離一點一元很遠，是全國最慘的一區。這次我們有提精神科的成長，除了這是新興文明病以外，我們很多精神科醫師從醫院出來服務，造就民眾就醫方便與社會安定，所以我們希望今年的總額成長能夠兼顧到

這個問題。還有神經科的成長中我們看到的是中度復健，應該訂一個方式管控，如果經嚴格的管控也沒用，表示乃實質的需求成長而造成經費不足，消費者代表應該同意配合需求成長而給予經費適度的成長。

黃代表啟嘉

去年我們在總額談判時訂慢性病照護成長率 20%，當時我就想如果成長 20%，那我們的點值剩多少，事實上我們的經費是不足的。今天呈現的慢性病照護成長有 2 個影響因素，一、審查的效果，二、與醫院間的競爭。慢性病門診就醫人數成長率 2.9% 超過投保人口在非協商的成長率；費用在管控下會呈現有偏差的扭曲；在品質方面，參加論質計酬的比率與追蹤 HbA1c、空腹血脂檢查，我們的照護是有進步的。在費用壓力的情況下，我們沒辦法真的放手把品質拉到大家想要的增加照護率 20%。應該說照護率 20% 沒有操作型定義，只是籠統的概念，在不同概念下對費用的衝擊會不同，總額談判時我們也希望付費者代表講到底希望我們再加強哪一塊？今年的談判，我們也有提糖尿病及初期慢性腎臟病個案資料上傳成長率，這一類就是在增加照護率，希望付費者能夠認同。慢性病照護成長率 >20%，是宣示的意義大於實際的意義，而且沒有操作型定義，目前沒辦法從這幾個指標看出來。

徐代表超群

我覺得慢性病照護成長率要大於 20%，病人一定要從醫院過來，基層慢性病能做的都已經做得很好了，有些病人還是會繼續被醫院收過

去，要增加慢性病照護率一定要做分級醫療，把穩定的慢性病病人從醫院轉到基層，我們才能達到這個目標。我們現在看到的數據約 2% 左右，這是正常範圍，想要大幅度改變一定是要做好分級醫療。要做好分級醫療，除了政策把病人趕到基層以外，要思考真的把病人趕下來，基層是不是能夠承受得了？重點要考慮到我們的錢夠不夠。我們今年想爭取分級醫療的費用，就是希望預定有多少病人放到基層來，就需要有多少錢編列，訂 20% 的慢性病照護率需先編列 20% 的經費，錢到位後加上政府政策上力推分級醫療，便可達成，這個 20% 是以後的事情，不是目前的能力可以達到的。

楊代表芸蘋

我這兩天在看這個資料的時候覺得很奇怪，為什麼去年的協商會把慢性病照護成長率訂成 20%，和實際執行的差距真的很大，所以今年的總額成長率，如果你們想要達到你們要求的目標可能沒這麼容易。剛剛幾位代表說得很好，我有看到你們在進步，西醫基層真的比醫院認真，但這是總額制度，應該在這個制度下努力，不能說你們要的成長率這麼多的錢，我們就非要給，在這個費用下要再多努力一點，20% 我知道很難，但在 9 月底協商時你們要給一個遊說的理由來說服我們這些健保會代表，可能還是會給，但不能給全額，你們要先有心理準備。不是我不給，我很願意，但我們是合議制的，請大家見諒。

張代表孟源

不是西醫基層的慢性病沒辦法成長，分級轉診沒有回歸到健保法，就是變相的補貼，楊委員一定聽過所謂的反傾銷稅，有一個地方大量傾

銷時應該加以課稅，台灣的醫學中心平均一張門診處方箋 3,000 元，民眾部分負擔比例只有 11% 左右，基層平均一張門診處方箋只有 1,000 元，民眾部分負擔比醫學中心還高，等於是劫貧濟富，補貼醫學中心，假如一般民眾有一點會計的頭腦，一定會去醫學中心看病，法律規定部分負擔 40%，事實上只要花 10%，補貼了 30%。基層正在不斷萎縮，再把預算縮減就會變成通縮效果，最後基層就完全崩盤，像日本失落 20 年般的萎縮，這是一個警訊。

楊代表芸蘋

徐超群醫師有說把分級醫療做好，我們 8 月 19 日也討論分級醫療，你們西醫基層都沒有代表參加會議，只有醫院來，我們付費者代表都覺得到底是誰提的案子？分級醫療不是不能做，那天有討論一年要 50 億，不是我們不願意，是應該要做的，但是在花這麼多錢之前，是不是先把現在已經有的家庭醫師整合照護計畫、DRG 執行計畫先做到很徹底，這是那天的決議；台灣都是專科診所，在專科診所建立品質就可以吸引民眾。

黃代表啟嘉

對於慢性病照護執行，去年談判說成長率 20%，我想起來是因為去年想讓協商直接成功，所以付費者講了，我們就說好，並沒有定義 20% 是什麼？這 8 項指標中沒有 1 項與慢性病照護執行有關，所以這 8 項數據和 20% 差很多是因為是無關的東西，慢性病門診就醫次數成長率負的，表示看病少就能得到照護，應是加分的。去年協商因為成長率，西醫基層總共 3.6 億，慢性病是 200 多億，如果以費用來講，增加

20%需要 40-50 億，去年協商加上非協商因素不到 40 億，以費用來看完全沒有成長 20%的基礎。慢性病照護執行率的定義可以重新檢討，西醫基層有往慢性病照護的方向努力沒錯。

王代表正坤

慢性病照護從指標和數據分析來看，我提供解決方案，指標序號 1-6 是要醫院的慢性病患者大量湧入基層，成長率才會到 20%，如果要尊重病人的選擇，這些指標有困難，所以指標之重新選擇是有必要的，序號 7-8 的指標是基層醫師認真推動就可以成長的，從指標來看基層診所是有認真做事的，未來如果要讓執行率成長 20%，應該是要改變指標內涵。

周代表慶明

西醫基層持續萎縮的問題，應該要慎重省思，(陳)相國主委的簡報第 41 頁「各層級門住合作點數占率趨勢圖」的各層級點數占率的推估，西醫基層的占率從 95 年 24.6%到 109 年降到 20.7%，降了 1/6，比例非常高，希望能進一步分析衰退的原因，我們才可以檢討。我個人覺得分級轉診、分級醫療要好好思考。

剛剛楊(芸蘋)委員說慢性病照護要基層好好努力執行，但是我們覺得政策要對醫院端做適度調整，包括部分負擔定額會造成病人往醫院跑，很多環節都要檢討，再延宕下去，基層診所都倒了，希望把這個問題當成很重大的問題來討論。

藍代表毅生

我們一直談分級轉診、分級醫療和家庭醫師整合計畫的議題，家庭醫

師整合計畫中把慢性病放得很重要，但是我提過好幾次基層急診也包括在整合計畫中，我們上次談到，最後又擱置的 urgent care，中區是分科管理，我們明確發現外科專科醫師實際操作外科處置的只有 15%，把訓練好的外科專業浪費掉了，以目前整個社會狀況，民眾不知道基層有急診，民眾不會去利用基層的急診，所以很多小的割傷跑去大醫院看，所以家庭醫師整合照護計畫要對民眾宣導，急診到診所來看，時間和費用可以節省 2/3，一個縫合 10 分鐘就解決，這部分我要請求消費者代表楊(芸蘋)委員在下次協商能夠在 urgent care 給我們協助，給我們額外的經費鼓勵所有基層的外科從業人員能夠努力分擔醫學中心的責任。

黃代表啟嘉

回到「各層級門住合作點數占率趨勢圖」，看各層級門住診合計點數，感覺醫學中心一直成長，西醫基層一直萎縮，其實西醫基層是相對性萎縮，因為這是占率，只要看一個情況就知道西醫基層占率會愈來愈少，每年總額的成長率醫院多西醫基層 2%，占率當然會愈來愈大，如果這個情形要扭轉，是不是付費者以後要綁醫院的成長率，來扭轉基層占率愈來愈低的情形，在成長率之下要我們做什麼事情，付費者可以開菜單，看費用可以承擔到什麼地方，否則照這幾年的談判趨勢，基層的成長率遠低於醫院，費用每年都低，占率當然下降。

黃代表振國

呼應楊(芸蘋)委員，分級醫療的會議，我們基層沒有代表出席所以基層的意見未能表達。以前我同時在基層和台大醫院服務。假設同一個

病人，同一個醫師做同樣的服務，在醫院和基層申報的費用是有高低之分，所以我們鼓勵分級醫療，讓合適的病人回歸基層，長期而言對健保是省錢的，體制上慢性病連續處方箋是免部分負擔，民眾在選擇上會趨向去大型醫院就醫比較有利，以前我們有提針對在基層就醫 2 年以上病情穩定的慢性病患，持慢性病連續處方箋可以一次領 2 個月或 3 個月的藥，這樣的誘因會讓病情穩定的病人回流到基層，因為他們會覺得在基層更方便，得到更優質的服務，但是要有所限制以免浮濫，所以要病情穩定 2 年以上才能比照出國可以一次領取二到三個月用藥。分級醫療強化基層服務的前提是經費要隨病人過來，不然基層服務愈多，造成點值愈低，服務品質反而無法提昇。

楊代表芸蘋

幾位代表說的我都蠻能接受的，我也是慢性病患者，所以我的忠誠度很高，都在某家區域醫院看，不會到處亂跑，我贊成剛剛說的，兩年以上患者在基層固定就醫可以有一些優惠的方式。

去年協商慢性病照護成長率 20%訂得太高，你們連一半都達不到。

黃代表啟嘉

慢性病需要的醫療耗用是 200 億，數量增加 20%，要給西醫基層多 40-50 億元的總額成長率，怎麼可能光慢性病一項就把全部的成長率吃光，所以原來慢性病照護成長率的內涵一定不是指量的增加，可能是品質方面，當時談判過程中沒有講到定義，只是一個宣示。

主席

大家喜歡看全聯會第 41 張簡報的「各層級門住合作點數占率趨勢

圖」，大家擔心的基層點數占率的值，其實是一個相對值、是一個占率，引用這張圖會造成誤導，因為它沒有反應出真正的趨勢，它只有反應累進的點數，下次請醫管組分析門診全時等值病人，會比較清楚、公平地表示真實的情況。

要長期追蹤病人有沒有回流基層，也是用全時等值病人指標比較恰當，如同黃啟嘉醫師所言，西醫基層和醫院分別進行總額協商，每年總額成長率都是基層低於醫院，所以就算病人數都沒變，點數占率也會下降，所以看點數占率會有錯覺，這個數據不好，不要再引用。不過，基層總額沒有大幅成長也是事實，至於基層是不是可以比照醫院的成長率，就要請醫界到健保會去協商。

部長指示要讓基層壯大，政策上支持創造足夠的預算和誘因讓病人回來基層，希望今年總額協商能在這方面多一點著墨，代表協商的醫師們要想清楚怎樣做可以讓病人回流，基層都是專科醫師，請各科都想一想怎樣讓病人回來，例如宣導，審查規定、支付標準、醫界自己內控的規則鬆綁…等，思考以基層的能力可以為病人多做什麼，如果以前必須勸病人轉去醫院就醫的理由，現在基層已經有能力提供服務，就不用再勸病人去醫院。診所可以在社區找合作伙伴，例如檢驗所，讓病人在社區可以完成服務，就不用去醫院。基層如果可以營造更好的就診可近性，醫院穩定的慢性病病人如果想回到基層，基層能不能提供病人和醫院一樣的服務，往這個方向想，基層有很多可以留住病人的機會。

黃代表啟嘉

這是雞生蛋、蛋生雞的問題，因為基層總額長期預算不足，所以內控審查比較嚴格，很多原來在醫院當主治醫師到基層開業時，我們常常會和他說不要把醫院那一套拿到基層來，基層點值會崩掉，因為醫院看一個病人平均 3,000 元，同樣的病到基層剩 1,000 元，我只有 1,000 元的額度給你，因為總額就是這麼少，只有東區點值超過 1，我怎麼給他空間開和醫院一樣的東西。你們必須把預算給我，我才有辦法把審查內控放鬆。

再來是兩個層次的問題，第一、原來應該在基層看的病，現在在醫院看，我們要把病人拉回來；第二、本來醫院看的病人，我們搶到基層來。穩定慢性病人本應該在基層看的跑到醫院去看，當然應該回到基層，這對民眾好，對基層好，對大家都好；但如果是應該在醫院看的，我要加強基層的能力，這不是一蹴可及，而且馬上牽涉到醫院和基層的病人競爭，紛擾會出來，後面牽涉到很多利益團體，沒有這麼簡單。因為本來在醫院看的，加強基層能力把他搶下來，可能最後就造的不是基層，而是院前診所，因為只有院前診所才有能力去看原來醫院看的病人。所以我覺得第一步是把原來應該在基層看的，把他從醫院拉回來。

主席

請醫界再想想策略，基層也必須和醫院合作，才能雙向轉診，讓醫院願意把病人再回轉給基層。明天在健保會的會議說明，下個月爭取明年的預算。大家一起努力提出比較好的整體策略漸漸達成分級醫療的目標。

王代表宏育(盧代表榮福代理人)

我的想法不太一樣，這是一個不公平的競爭，因為醫院有很多檢查項目，診所沒有，如果一個高血壓病人有點胸悶，他會去醫院做心臟超音波、X光，診所沒有，所以是不對等的，醫院應該以研究、教學、服務為宗旨，服務只占 1/3，又很貴，慢性病在診所看大約 1,100 元、醫院約 2,900 元，醫學中心快要 3,300 元，台灣老人愈來愈多的情況下，最後健保財務會無法負荷，為了避免健保破產，應該要讓原來花費 3,300 元看慢性病的轉移到基層診所來花 1,100 元就可以，這是健保署的一個大戰略，錢要如何同時轉過來需要配套。

另外回應楊(芸蘋)委員，家庭醫師整合照護計畫，我們很認真做，但它只占基層總額預算的 1%，這 1%做得好要拉其他 99%沒有這麼容易，所以應該擴大家庭醫師涵蓋面。但不同於區域整合計畫，很多都是由醫院主導，我們很害怕到時候會不會更慘。

主席

這些意見，下個月總額協商時，請全聯會談判代表在會上提出。

這個報告案交流到這裡，大家的想法都會紀錄下來，理事長可能要做一些策略整合。請問(邱泰源)理事長有沒有結論或要給我們指導？

邱代表泰源

(陳代表)相國簡報提到的「逐步落實分級醫療」有點客氣，其實我認為不應該是逐步，我是馬上要進行，如果再慢一點落實分級醫療制度，未來要用 3 倍的心力來彌補這個缺失，對我們的下一代不公平。我的理念很清楚就是趕快做，用盡所有的力量、方法、策略做，一天

都不能等，台灣的醫療體系才不會崩潰。各位提出來的寶貴意見都非常棒，我們共同來努力，一定要用最高的智慧來突破這種困境。

主席

我們一起努力，如果醫界提出執行策略或需要做什麼樣的鬆綁，會比較有利基，那就告訴我們一一來檢視，能鬆綁的就全面鬆綁，讓大家比較好提供服務，你們提出來後，我們在可以做的範圍內全力協助。

報告第三案：西醫基層總額 105 年第 1 季點值結算結果報告案

主席

各位代表沒有意見，105 年第 1 季點值確認。

報告第四案：104 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果報告

主席

各位代表沒有意見，洽悉。

報告第五案：連續假期看診時段登錄作業方式報告

王代表宏育(盧代表榮福代理人)

健保署資訊有沒有辦法做到如果我們沒有去改連假看診時段，視窗就跳出來提醒，有個連結，我們按一下就可以直接進去改，這樣我們很方便也不會忘記。

吳代表國治

今年的轉變可能會造成民怨，因為院所申報時一定要寄費用清單，以後利用寄清單的機會就把這個訊息寄到健保署。因為醫界資訊能力的

差異很大，有的醫師對資訊方面不熟悉，有的診所是請資訊公司申報，因為清單是每一家診所都要寄的，利用這個機會順便做，和資訊公司說，不然每年大家都為這種事情非常困擾。

張代表孟源

根據人事行政局規定有國定假日，原則上假日就是要讓勞工休息，我希望假日應該是自動登錄休息，診所認為有需要，自己把放假改成有上班，比較不會引起民眾誤會。如果放假還是自動登錄成有上班，和我們國家體恤勞工辛苦放假的精神有點違背。

陳副組長玉敏

因為過去的做法是空白讓所有院所均需逐一填報假日看診時段，現在改變做法依平常固定看診的時段先放進 VPN。連續假期之看診時段，假設院所連假期間和平常看診時段不一樣的才需要在 VPN 更正，剛剛張(孟源)代表提到全部先登錄成休息(即空白)，這都是可以做的，未來可以考量，但因為這次的作業已經發文請各院所配合，現在改的話院所會混淆不知道該填還是不該填。所以這次中秋連假先請大家配合，和平常看診時段不一樣的才需要更正。

黃代表啟嘉

今天有這個議題出來也是付費者對健保署的期待，希望強化資訊，我知道健保署為什麼會有這樣的動作，不過我強烈建議維持原來的空白會比較好，因為原來空白可以說是忘記填，現在填成全部都上班，萬一忘記改成休假，是在欺騙病人；反過頭來，如果全部填成休假，如果忘記改成上班，對上班的醫師情何以堪，空白是保持一個模糊空間。

如果有非常強大的理由去執行這一段，不是和醫師講，是和各資訊廠商講，每個資訊廠商都有他的客戶，會自動去提醒他的客戶來做這件事，而且客戶不懂怎麼做的時候，他會幫客戶做。剛剛吳國治代表說了一句非常重要的話，因為醫師的資訊能力落差非常大，資訊能力差的醫師透過資訊廠商的輔導就可以做好了。健保署很多資訊的東西一直向醫師做宣導，我覺得其實醫師不是真正管他家電腦的那個人，可能是他的太太、行政人員、資訊廠商，該宣導的人應該是那些真正執行資訊任務的人，最大公約數在執行資訊任務的人就是資訊廠商。宣導的對象應該是資訊廠商。

主席

本案不是改版，只是請醫師上網更正，本署不會知道各診所實際執行資訊任務的人是誰，所以透過醫師向實際執行資訊任務的人交待連假更改應診時間。

林代表義龍

原則上就是配合政府規定，該放假就放假。

主席

如果 4 天以上連假，診所放假就要上網更改應診時間；如果連假應診時段和平常一樣，就不用更改。

連假期間是急診最壅塞的，如果診所能夠在連假開診就可以抒緩急診，讓小病的人可以去診所就醫。

麻煩(邱泰源)理事長透過公會的 e-mail 系統轉知所有的醫師，這是最快速的。現在離 9 月 9 日也很接近了，再拜託大家。

請問大家還有沒有意見?沒有的話，現在把時間交給署長。

李署長伯璋

不好意思，剛剛去部務會議所以遲到，不過蔡副署長和同仁都有和各代表先溝通。幾次溝通下來，我覺得健保是大家的，剛剛在部務會議我也有說，這段時間不管是分級醫療、總額協商、C肝治療，每個人都有不同的看法，我自己在這個過程中也是在學習，所以的確很難，但是我不會有挫折，畢竟溝通是很重要的。

主席

因為現在部長指示要讓基層壯大，剛剛很多幹部醫師有提到怎麼樣讓基層壯大，黃啟嘉醫師提到雞生蛋、蛋生雞的問題，不管是雞還是蛋，總之還是要提出策略，下個月去爭取總額預算協商，要想出用什麼理由來爭取，今天的付費者代表是楊芸蘋委員，另一位付費者代表李來希委員因為很忙今天沒有出席，剛剛大家都有提出一些問題，我們希望如果醫界有一個好的策略，盤點目前健保規定中哪些可以鬆綁，讓基層診所能提供較好的服務來留住病人的，請提出來給我們，我們盡量配合。還有，醫界也提到分級醫療要用政策的力量，將醫院病人下轉至基層，也提到部分負擔的問題，請署長指導。

李署長伯璋

這部分我們都有在處理，在座各位都是我們醫界的精英，也是我們的前輩，我一直覺得在體制內改革最容易，你們的聲音，我都能感受到，都能夠聽懂，和我們的同儕都能好好配合。早上王代表宏育有參加「研議轉診資訊交換系統專家諮詢會議」，王醫師代表醫界，請回去後協

助轉達。

請大家瞭解，部長和我這三個月來並不是沒有做事，部長說他是臉書被罵的排第三名，所以你們應該多幫忙他，我們會認真做事。謝謝各位！

主席

今天會議就開到這裡，謝謝大家！