

# 「西醫基層總額研商議事會議」105年第1次臨時會 會議紀錄

時間：105年12月20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	溫國雄(代)	陳代表威仁	蘇美惠(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	吳欣席	陳代表晟康	請假
吳代表國治	吳國治	彭代表瑞鵬	劉家正(代)
李代表來希	請假	黃代表振國	王俊傑(代)
李代表昭仁	請假	黃代表啟嘉	黃啟嘉
李代表偉華	請假	楊代表芸蘋	楊芸蘋
李代表紹誠	李紹誠	廖代表慶龍	廖慶龍
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	謝武吉
邱代表泰源	請假	藍代表毅生	請假
徐代表超群	請假	顏代表鴻順	顏鴻順
張代表志傑	請假	羅代表世績	請假
張代表孟源	張孟源	譚代表慶鼎	譚慶鼎
張代表金石	請假	龐代表一鳴	龐一鳴
張代表維仁	請假	蘇代表榮茂	請假
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	葉青宜
全民健康保險會	陳燕鈴、謝瓊慧
中華民國醫師公會全國聯合會	黃幼薰、陳宏毅、陳哲維、 洪郁涵
台灣醫院協會	林佩菽、吳心華、王淑安
中華民國藥師公會全聯會	陳瑩珊
本署臺北業務組	賴香蓮
本署北區業務組	陳祝美
本署中區業務組	王慧英
本署高屏業務組	黃雅蘭
本署東區業務組	馮美芳
本署醫審及藥材組	曾玫富、詹淑存
本署資訊組	姜義國
本署企劃組	何恭政
本署醫務管理組	陳玉敏、陳真慧、張溫溫、 林淑範、劉林義、谷祖棣、 張益誠、林沁玫、吳明純、 鄭正義

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：楊秀文

壹、主席致詞：(略)

貳、確認前次會議紀錄：

有關報告案第四案「修訂全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫報告案」，修正決定文字為「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」

參、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：本案通過，附帶決議：如未來評核委員建議簡化本方案評核指標，則優先考慮全聯會建議之「門診注射劑使用率」、「門診抗生素使用率」、「門診上呼吸道感染病人就診後未滿 7 日因同疾病再次就診率」3 項指標。

## 第二案

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：本案通過，106 年新增「糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)執行率」、「初期慢性腎臟病 eGFR 執行率」及「檢驗(查)結果上傳率」3 項指標，連同原藥歷查詢-同院所處方「降血糖藥物」、「口服降血壓藥物」、「口服降血脂藥物」用藥日數重疊率等 3 項指標，每項權重修訂為 2%，本案合計總權重 112%。

## 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：本案通過，山地離島地區第一段合理量門診診察費(00119C、00120C)調升至 332 點。

## 第四案

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：

- (一) 本案保留至共擬會議續討論。
- (二) 為紓解醫院假日急診壅塞，經彙整代表建議如下：
  1. 本署以精神鼓勵基層週日開診，並加強宣導現有週日開診診所資訊。
  2. 發揮社區醫療群 24 小時緊急電話諮詢服務效用。

3. 優先解決偏遠地區假日調劑問題
4. 統計各地區週日開診分布情形，請全聯會協助於週日開診率較低地區協調醫師開診。
5. 未來以監測急診量下降之結果面指標取代開診率。

## 第五案

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討論凝聚共識後提下次會議討論。

肆、散會：下午4時30分。

伍、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，今天召開的是今年第 1 次臨時會議，非常感謝各位能撥冗參加，年底有很多專案修正作業，也有分級醫療六大策略，請各位代表多多包涵。

先請各位確認上次會議紀錄，請問各位代表有無意見。

#### 陳代表志明

主席、各位先進大家好，我是中華民國物理治療師公會全國聯合會代表，上次會議紀錄第 4 頁，有關報告案第四案修訂「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」，第 1 項第 1 點擴大社區醫療群之服務量能，其中第 2 小點文字部分「擴大參與醫事機構：將藥局、衛生所等納入社區醫療群組成」，依上次會議資料有包含物理治療所與檢驗所，為何在本次會議紀錄中沒有呈現？

#### 主席

請醫管組同仁說明。

#### 劉科長林義

依據上次會議資料第 50 頁，擴大參與醫事機構的確包含藥局、衛生所、物理治療所與檢驗所，會議記錄文字僅摘錄其中兩項，這部分會修正文字。

#### 主席

請醫管組更正會議紀錄文字內容，感謝陳代表補充。其他如沒有意見，會議紀錄確認。

**討論第一案: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**

**主席**

請醫審及藥材組補充說明。

**曾科長玫富**

主席、各位代表，原則上提案說明已相當清楚，再簡要說明 3 點：

1. 全聯會建議要呼應評核會委員意見，建議刪除「門診注射劑使用率」、「門診抗生素使用率」、「門診上呼吸道感染病人就診後未滿 7 日因同疾病再次就診率」3 項指標，這三項指標當初訂定之原意請參看會議資料第 10 頁之本署說明，這些原意至今仍未消失，且這 3 項指標多年監控結果都是表現良好的，故將這些指標作為醫療品質公開指標，讓民眾了解醫界的努力及成果，保留指標應該是無妨。
2. 總額評核委員認為部分指標參考值與實際值有差距，應設定更敏感的參考值，應係指部分指標係設定固定參考值，多年後實際值與參考值差距已甚遠，目前各總額品質指標參考值都已朝向以前 3 年平均 $\pm$ 一定比例訂定，這樣可用近 3 年表現逐年校正參考值，並保有一定範圍的彈性，不會因表現越好標準就越嚴苛，規劃以此作為參考值設定的通案原則。參考值採固定值之部分指標建議以前述原則修訂。
3. 補遺部分，指標統計已依補遺之定義計算，僅係就文字部分補漏。

**主席**

謝謝曾科長說明，請問各代表有無意見？

**黃代表啟嘉**

可否說明剖腹產率的定義及參考值如何訂定，因每年評核會這項指

標都未達參考值。

### **曾科長玫富**

請各位代表看會議資料第 29 頁，早期年齡別剖腹產率是方案中的利用率指標，參考值是由醫管組訂定，去年在專業醫療品質指標部分新增具適應症及不具適應症的剖腹產率，參考值是要在實施一年後訂定，所以這兩項指標參考值也在這次修訂案，以前 3 年平均值±一定比例的通案原則訂定，就是以前 3 年平均值加 20%為上限值。至於當初利用率指標參考值訂定，應該有配合政策要求，有歷史因素背景，而利用率指標參考值是否也採通案原則處理也可一併討論。

### **黃代表啟嘉**

我建議採用新的參考值，以過去 3 年平均值加 20%。

### **主席**

請看會議資料第 28 頁，新的剖腹產率(整體)參考值為 45.66%。

### **黃代表啟嘉**

請問如果採新的參考值定義，那 105 年剖腹產率參考值為多少？

### **主席**

105 年資料尚未統計完成。

### **曾科長玫富**

目前季報統計到第 3 季，整體是 38.93%，自行要求是 3.96%，具適應症是 34.97%，但全年值應該會再高一點。

### **黃代表啟嘉**

剖腹產率參考值是否有修正的必要，從我接觸評核會開始，近 3~5 年這項指標都無法低於參考值。這項指標無法達到應該不是努力不足的關係，不論是審查或是宣導都是盡力去做的，所以每次都要跟評核委員或是付費者代表說明，剖腹產率是因為國人觀念如何如何...，但剖腹產率還是很高，如果這項指標參考值沒有修正，那每

年評核會還是都無法達到標準。

### 主席

現在要修正為以前3年平均加20%當上限值，45.66%已經很高，應該沒有無法達標的問題。

### 曾科長玫富

請各位看會議資料第27頁，原本品保方案利用率指標有訂剖腹產率，但有再細分各年齡層，參考值是 $\leq 34\%$ ，但去年專業醫療品質指標的剖腹產率-整體、自行要求、具適應症(會議資料第18頁)參考值未訂，雖然後來發現利用率指標有訂34%，但還是建議以過去實際表現再給一定的變動幅度，歐美國家剖腹產率好像也沒有刻意去限制，所以建議採參考值設定的通案原則。

### 主席

剖腹產率是負向指標， $\pm 20\%$ ，就是 $-20\%$ 。

### 曾科長玫富

負向指標是訂上限值，所以是 $+20\%$ 。

### 主席

上限值採 $+20\%$ ，參考值45.66%太高了。現在剖腹產率38%已覺得過高，參考值訂45.66%就沒有監控意義了。

### 黃代表啟嘉

剖腹產率是用平均值 $+20\%$ ，照理說應該很容易達到，可問題是已經好幾年都沒有達到。

### 主席

那是因為現有剖腹產率參考值訂為34%，才沒有達到。

### 黃代表啟嘉

過去訂33~34%，不是今年才訂34%。

**主席**

現在參考值要修到 45% 了。

**黃代表啟嘉**

在參考值以下就表示這指標沒有問題，並不是鼓勵剖腹產，只是呈現結果。

**主席**

所以這項指標適合+20%嗎？

**曾科長玫富**

是否下修到 15%，都是可以討論的。。

**黃代表啟嘉**

從剛報告的前 2 季數據，都沒有達到。

**曾科長玫富**

現在是專業醫療品質指標的剖腹產率並沒有訂參考值，現在要增修參考值。

**黃代表啟嘉**

我建議加 15%。

**主席**

15% 太高了。

**黃代表啟嘉**

已經從 20% 降到 15%。

**主席**

醫審及藥材組意見如何？但我覺得這項指標 range 太大了。

**黃代表啟嘉**

其實剖腹產有疑慮的話，我們是有...。

**主席**

如果這樣修訂健保會應該會有意見，會覺得參考值不合理，反而問題不在有沒有達標，而是在參考值訂定。

**黃代表啟嘉**

那就加 10%。至少可以達標。當然也不是只為了達標而達標。

**主席**

我不太理解，請醫審及藥材組說明為何訂定參考值範圍是 20% 或 15% 等。

**曾科長玫富**

因為是用最近 3 年平均值為基準，如是負向指標，結果逐年改善，監測值逐年下降，參考值也會隨時間調整。過去醫界反應如果只採近 3 年平均值作為參考值，有點懲罰意味，如表現越好，參考值就會越嚴苛，所以參考值就再加減一定比例。

**主席**

一定比例訂為 15% 或 20% 很大。

**曾科長玫富**

因為名義上就是參考值，監控指標結果不要超過訂定的範圍。

**主席**

如果訂為 15% 或 20%，每項指標都不會超過監測範圍，每項指標都達標，就會變成失效指標。

**曾科長玫富**

監測是為了防止指標結果有劇烈變動時，可即時因應。

**主席**

以過去經驗每項指標都是微幅變動，很難有劇烈變化。

### **黃代表啟嘉**

建議加 10%。指標訂定不是為了要違反指標，而是希望呈現結果都能達標，這是我們的目標，透過設定一個限制讓大家可以管控，不要超過標準。

### **主席**

其他代表有沒有意見？

### **顏代表鴻順**

我想這個概念還是需要釐清，如剛曾科長所說，醫界先前就反應每次改進後，因成績進步就讓之後參考值訂定越來越嚴格，越難達標，那這種情況是否就是指標鈍化？我想不見得是指標鈍化。就好像學校考試大家都 60 分以上，所以下次就要改成 70 分以上才是及格，要不然就叫指標鈍化，如果下次大家又都 70 分了，就又要改成 80 分才及格。

如果參考值 3.4% 太低，可以往上調整，但是我比較不能理解，為何參考值訂定要用每次進步後就要再緊縮一次的方式處理，用這種方式處理是不是能達到教育，引導大家往提升品質的方向努力，我覺得想法是不太一樣的。

### **主席**

感謝顏代表，請問大家還有其他意見嗎？

### **廖代表慶龍**

我個人針對會議資料第 10 頁回診率過高的議題比較有意見，健保署自問自答說回診率過高是因為併發症、診斷不正確或是再次感染，我覺得以上三種情況都是該回診的情形，所以邏輯有點問題，既然該回診，當然回診率就會過高，像我聯合門診小兒科，小朋友發燒時，也有一天看兩次的情形，所以如果因為指標導致臨床治療有框限的話，會減低醫師的臨床的裁量權，而健保署列舉這 3 種理由都

是該回診的情況。

### **曾科長玫富**

回診有可能是廖代表所說的情況，但也有可能是不必要的回診。目前「門診上呼吸道感染病人就診後未滿7日因同疾病再次就診率」監測值約16%，考量有合理回診的個案，但也有不必要回診的情況，建議保留這項指標持續監測。

近年來監測結果都往改進且朝正向的發展，表示醫師在臨床診療上都是專業的，故保留表現良好的指標供民眾參考又有何妨。同時也擔心如果刪除這項指標監測或公開，會使回診率上升。像「門診抗生素使用率」近兩季有回升的情形。

### **主席**

請各代表看會議資料第30頁，回診率監測值約14%，參考值是17%，所以都合格。

### **曾科長玫富**

全聯會建議刪除「門診上呼吸道感染病人就診後未滿7日因同疾病再次就診率」等3項指標，本署建議保留，維持監測。

### **主席**

如剛廖代表所講的，這14.48%包括併發症、無法緩解的症狀等情形，也許14%在臨床上就是合理的數據。

### **廖代表慶龍**

這項指標是否刪除或保留都尊重本會決定，只是文字論述邏輯不太正確，既然都列出回診的原因，文字寫「仍值得長期持續監測」，後面這句話應是統計專家研究為何回診原因。

### **主席**

監測值是用平均值呈現，但如果有個案診所監測值超高，就應進一步了解狀況。這項指標保留對大家並沒有不好，仍請持續監測，如

有上升趨勢再請全聯會留意。

### **陳代表相國**

主席、各位代表，重點是文字不能寫「診斷不正確」，這就表示誤診。

### **主席**

陳代表是說文字寫法不正確，請將「也可能是診斷不正確而導致藥物無法減緩症狀」等猜測文字部分刪除。指標則保留並持續長期監控。

請問曾科長本修正案是否有與全聯會先行溝通討論？有沒有召開會前會？

### **曾科長玟富**

沒有召開會前會，但有事先彙整全聯會意見，每年例行都會先函請全聯會提供修正建議，請各代表看會議資料第 24-27 頁，這是全聯會內部共識的建議修正方案。

### **主席**

所以多數都有採納全聯會意見。

### **曾科長玟富**

未採納部分主要是全聯會建議刪除 3 項指標，本署建議保留。

### **黃代表啟嘉**

這部分我和與會代表沒意見，但有附帶補充意見，如果評核委員再度提出簡化評核指標，則請優先考量全聯會建議刪除的 3 項指標。評核委員沒有要求簡化指標就保留，但如有要求，就請優先考量這 3 項指標。

### **主席**

請將這項建議請列入紀錄。初步結論有：

1. 假定評核委員將來認為要刪減指標，則以全聯會建議刪除的 3

項指標優先考慮。

2. 另回診頻率過高部分，刪除「也可能是診斷不正確而導致藥物無法減緩症狀」等猜測文字。
3. 剖腹產率參考值訂為近3年平均+10%。

### 吳代表欣席

剛看一下全聯會函復公文日期是105年1月7日(會議資料第24頁)，所以不知是否會有新的修訂建議。

### 主席

發文日期105年1月7日，在座代表還是有人知道，所以還是以今天提案內容為主。

### 曾科長玟富

雖然時間很久了，但這方案是採年度檢討，今天提案內容都有納入最新意見及提供最新統計數據。

### 主席

請問大家還有沒有其他意見？

### 黃代表啟嘉

我想提程序問題，今天與會代表都很關心討論案第四案，可否調整議程？

### 主席

先結束第一案討論，如果各代表沒有意見，本修訂案通過。

黃代表提議先討論第四案，但第二、三案不會太難，就照今天議程進行。

## 討論第二案: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

主席

請醫管組劉林義科長說明。

劉科長林義

請各位代表看會議資料第31頁，有關106年品保款修訂，遵照全聯會建議(會議資料第35-37頁)，請各代表看第33-34頁彙整表，全聯會建議如下：

1. 門診病人健保雲端藥歷系統查詢率：指標權重由20%調降至10%。
2. 新增兩項指標，「糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)執行率」目標值訂為60%，權重為10%；「初期慢性腎臟病eGFR執行率」目標值訂為>5百分位，權重為10%。

全聯會建議方案的總權重為125%，右欄則是健保署建議版本，考量總權重125%過高，所以刪減部分指標之權重，並建議參照評核委員建議「將『醫療資訊品質提升』列入品質保證保留款之分配指標之一」，故建議新增檢驗(查)結果上傳率指標，目標值比照「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」，訂為70%。

本署調整部分指標權重後，總權重為110%，跟105年總權重相近，「健保卡處方登錄差異率」權重由20%降至10%。健保署原則遵照全聯會建議，僅調整部分指標權重，並新增檢驗(查)結果上傳率指標。

主席

大家有沒有意見？

吳代表國治

因西醫是多科組成，所以在部分科別有些指標是用不到的，現在部

分科別權重達不到 100%，以 105 年方案為例，前五項指標是各科都有的，第 6~8 項指標則不是各科都有的，所以用 5% 權重表示認同該品質指標，用加分方式來鼓勵。

全聯會 106 年建議案已將「門診病人健保雲端藥歷系統查詢率」權重調降 10%，表示有些院所指標最多只能拿到 90%，已經有點犧牲了。如健保署再將「健保卡處方登錄差異率」權重調降至 10%，這樣對多科組成的基層診所是不太公平的，這部分應列入考慮。

### **主席**

大家意見表達完後再請醫管組一併說明。有沒有代表有其他意見？

把「健保卡處方登錄差異率」權重調降 10% 可能會使部分院所拿到指標權重較低，這部分還有沒有修正空間？

### **張專門委員溫溫**

可否將後面新增指標權重調降，因前五項指標是各科都可達到的，沒有科別上的問題，而第 6~11 項指標會有科別上的差異，是否將前 5 項指標權重還原至 100%，加分指標權重再下修。

### **黃代表啟嘉**

計算定義方式需要釐清，如果院所完全沒有用降血糖藥物，請問這項指標是 0 還是滿分？

### **張專門委員溫溫**

是 0。

### **黃代表啟嘉**

各科都可達到的前五項指標權重合計應該要 100%，不是所有科別可拿到的指標應列為加分項目，這樣比較合適。

### **張代表孟源**

這案全聯會並沒有共識，且確實對很多沒有做慢性病照護的科別診所是不公平，尤其是 HBA1c 執行率、eGFR 執行率，我本身是腎臟

科，我也不知道為何將 eGFR 執行率列入指標，可否先保留本案，讓全聯會再內部討論溝通。

### 王代表正坤

我建議比照醫策會醫院評鑑的方式，醫院評鑑有很多條文規定，如果該條文規定醫院沒有執行相關服務，就以 NA 表示醫院沒有執行這項服務，而不是用 0，所以應排除 NA 項目後再重算。但全國有 10,000 多家院所，可能在統計上較複雜，是否先以 NA 方式處理，不是呈現 0，0 是表示沒有做。

### 主席

請問醫管組現在能處理嗎？還是要再研議。

### 龐組長一鳴

這需要妥協，如核發家數太多，健保會會要求修改指標，目前修正案確有剛所提到的問題，因診所科別差異，指標無法兼顧所有診所的需要，但這情形雷同地區醫院專科的差異，醫院總額品保款是採用自選指標，各醫院有其特色，如精神科專科醫院和內科相差很多。過去至今基層指標都是一致的，沒有自選指標的概念，如果今年要改用自選指標，可能還需要花一段時間討論，所以時間上可能會來不及，建議自選指標可納入明年方案，從 106 年年中開始邀集全聯會溝通討論。

目前 106 年方案只是權重比例修改的問題，前五項指標權重恢復到 100%，新增 3 項指標權重下修至 2% 或 3%。建議未來可朝不同科別訂定不同指標的方向研議。

### 主席

回應張孟源代表，請看會議資料第 35 頁，HBA1c 執行率、eGFR 執行率兩項指標都是全聯會在 11 月 7 日來函中建議新增的指標。

### 張代表孟源

主席、各位代表，全聯會向來是採民主制度，所有的支委會委員都

可建議，原則是彙整後再來討論，但因科別各有不同，如家醫科覺得很重要，但對眼科、復健科、皮膚科則沒有這類病人，所以討論會議中意見很分歧，所以才提出本案保留的建議。

**主席**

張代表提出保留本案的意見，請問其他代表意見如何？

**吳代表國治**

建議維持 105 年方案，再新增健保署建議的指標，同時也是呼應評核委員建議，雖然總權重增加，但可用調整目標值來減少獲配比。

**主席**

請看第 37 頁，由對照表來調整各項指標權重。

**吳代表國治**

前面五項指標權重都維持 20%。

**主席**

那就 100%。

**吳代表國治**

後面指標通通加入沒有關係。如果要給評核委員交代，就把指標目標值訂嚴格一點，讓獲配家數比例可以下降。

**王代表正坤**

我呼應龐組長的建議，有必選指標和自選指標，前五項指標算是必選指標，但我左邊三位代表的診所，在第 6 項指標之後的指標通通都是零分，因為診所沒有在做第 6 項指標之後的事情。

**主席**

現在前 5 項指標權重各為 20%，後面列為加分指標。

### **黃代表啟嘉**

所有診所可做到的指標權重合計為 100%，診所努力是可以拿到 100 分，後面指標權重要全部降為 5% 或 3%，我都没意見。

### **主席**

後面 6 項指標權重降到 3%，這樣可以嗎？總權重為 118%。

### **王代表維昌**

其實 106 年新增 3 項指標都是屬於品質照護指標，現已經在監控，所以將這 3 項指標納入，有重複之虞，這 3 項指標是否納入可再思考。

### **主席**

王代表建議這 3 項指標都不納入。

### **黃代表啟嘉**

回應王維昌代表，如指標現在都在監控，表示較容易達到目標值，所以納入這些指標對會員是有利的。

### **陳代表相國**

因應健保會要求，106 年新增 3 項指標，而原 105 年方案中的藥歷查詢-同院所處方用藥日數重疊率亦有 3 項指標，為減輕對眼科、皮膚科、復健科等科別的衝擊，建議這 6 項指標權重改為每項 2%，總權重為 112%。請各代表無須擔心加分項目拿不到的院所，因品保款僅核發前 80% 之院所。

### **主席**

本署尊重全聯會共識，請問加分指標權重要訂為 2% 或是 3%。

### **王代表正坤**

因為最後分數高的都是內科系的診所，其他非內科系的拿不到高分。

**主席**

核發院所是經排序後的前 80%。

**張代表孟源**

主席，我是內科醫學會的副祕書長，為了避免讓內科系變成眾矢之的，建議權重訂為 2%。

**主席**

所以訂為 2%，如大家有沒有意見，本案通過。

**討論第三案：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**

**主席**

請醫管組直接說明。

**谷科長祖棣**

請各代表看會議資料第 53 頁，西醫基層山地離島第一段合理量門診診察費調整，因山地離島門診診察費點數和一般地區點數有落差，105 年由「西醫基層醫療資源不足地區改善方案」專款 6,000 萬元補足兩者之差異點數，106 年已將專款 6,000 萬移列至一般服務預算。106 年編列 1 億元預算，用來調整西醫基層山地離島第一段合理量門診診察費，調升至 332 點，與一般地區點數一致。以 104 年申報資料估算約 9,750 萬點，在預算範圍內。

**主席**

請問各代表有無意見？如沒有意見，本案通過。

## 討論第四案：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

第四案有補充資料，請各代表看補充資料，請醫管組說明。

### 谷科長祖棟

請各代表看補充資料中健保署提案部分，說明重點如下：

1. 建議週一到週日門診診察費合理量部分區分週一至週六和週日兩個部分。週一至週六維持現行看診 25 天上限及各段合理量，週日則獨立計算，各段合理量相同，但週日看診日數依實際看診日數計算，最多就是 5 天。
2. 點數部分，以 104 年週日和非週日看診量計算，在週日開診率不增加情況下，第一階段就會增加 1.9 億點，在這規則下調整週一至週六第一階段門診診察費點數，調升 18 點至 350 點，將增加 19.9 億點(含 1.9 億點)；另外週日診察費調整較週一至週六診察費為高，訂為 375 點，則全部預估增加 20.8 億點。
3. 考量各代表擔心經費可能超支，所以先以試辦方式試辦 6 個月，6 個月後再行檢討，試辦期間點值計算方式，週日 375 點和週一至週六 350 點相差的 25 點，這多出的點數採浮動點值計算，預算以全部點數 20.8 億和週一至週六點數 19.9 億之差值 0.9 億，週日看診每件多 25 點就由 0.9 億預算支應。

### 主席

請問大家有沒有意見？

### 陳代表相國

跟主席、各代表報告，今天早上有請全聯會會務人員統計全年週日看診人次，約 700 萬人次，和健保署提供補充資料中週日第一段門診合理量診察費和週一至週六第一段門診合理量診察費相差 0.9

億，預估預算有所落差。如以現行週日門診量看診人次，700 萬人次，每件增加 25 點，應會增加 1.75 億，而不是 0.9 億，請健保署確認數據。

### 黃代表啟嘉

在討論後續事情前，我先表達西醫基層的意見，因為西醫基層有先經基層委員會議開會，會議決議請周慶明理事長幫忙宣讀。

### 周代表慶明

在 12 月 6 日、12 月 18 日召開的全聯會基層委員會與全國執委會，皆有針對這議題開會討論，結論為「尊重願意犧牲假日而開診之醫師，鼓勵其維護民眾之就醫權益，但不應挪移非協商因素預算予以鼓勵，若健保署非常肯定假日開診，建議於 107 年總額編列協商因素預算支應」。

### 黃代表啟嘉

我本身是西醫基層主委，在處理問題上一定要尊重會議決議，至於細節問題，請現場所有與會代表集思廣益，與健保署溝通。而在這議題我應該要利益迴避，因我本身是有假日開診的，並不適宜討論這議題。故這議題請吳國治代表擔任主談人，協助會議討論。

### 吳代表國治

全聯會已經有決議，尊重所有委員的決議，所以如果要用非協商因素預算來調整假日開診診察費，一定要讓全聯會內部再行研議，這是最大的原則。

我們也體諒及考量病患的就醫權益及健保署的用心，希望將醫院急診病人中不是那麼急的病人能 shift 到基層來，所以才會有這樣的想法。但我想開診率提升其實很簡單，只要看一個診就休息，那開診率就可提高，但這是一個假象。如要真正達到健保署的目標，我覺得要把有假日看診需要的地區統計出來，而不單只是提高開診率而已。如開診率通通集中在市區，根本就不需要，健保署資訊能力這

麼強，應可分析甚麼點(地區)需要假日開診，還有需要科別等，如果知道的話，全聯會會盡量配合來達成健保署的目標。

不過這當中牽涉到軟體部分，包括藥師，現在法規有 1.8 公里的限制，假日藥局如都沒開，是否也能符合這條件，讓醫師有緊急調劑權。當然最好的是讓醫師拿到調劑權，但這也牽涉到衛福部相關單位，也希望健保署能從中協助溝通。

另外一例一休也影響基層診所的人力配置，希望衛福部能站出來跟勞動部協商，醫療事業是否能從寬處理。

我們很重視民眾的教育，健保署對民眾的再教育很重要，假日開診率已經 22% 了，我想應該是世界第一名。22% 開診率去應付民眾需求，應該是綽綽有餘。而健保署所做的努力，在民眾眼中看來都是被低估的，我們也替健保署感到可惜、惋惜，這部分應大力宣傳。像現在健保署也有 APP，上面能否查詢假日開診的診所，讓民眾能便利的去使用，假日 22% 開診率應足以應付需求。

## 主席

其他代表還有沒有意見？

## 謝代表武吉

主席，因為我們在這裡有健保會(費協會)的代表，健保會(費協會)代表在協商時，把醫界和消費者代表隔開，在裡面關室密談。非協商因素是屬於人口老化，醫療服務成本指數改變，這是不能更動的事實，為什麼能把這些用來改變支付標準，我剛才已經跟代表談了，應該由健保署來支付一些費用才對，我感到非常疑慮，是不是請健保會(費協會)代表來回應？請主席回答不好意思。

剛大家也談了，報紙也登了很多一例一休，上班超過 9 小時，1 小時就要 200 元，9 小時就 1800 元，還要再加底薪，這種費用調整和現在勞動部修正勞基法的一例一休，坦白講，醫院協會、醫管協會和社區醫院協會都在強力教導怎麼來處理一例一休的問題，但真的到現在為此，我還不懂什麼一例一休，拜託主席說明一下。

**主席**

我不是勞動部的，一例一休政策不是很清楚。今天有健保會的同仁和健保會付費者委員，還有社保司的同仁，請協助說明非協商因素的預算。先請健保會同仁。

**陳組長燕鈴**

主席、各位代表好，106 年度西醫基層總額的協定結果，非協商因素預算成長 33.236 億，非協商因素包含 3 個因素，即投保人口成長率、人口結構改變率和反映物價成本的醫療服務成本指數改變率，協定結果是醫療服務成本指數改變率的 20.706 億用於調整支付標準，且朝支付點數相對合理的方向處理。協商過程中，醫界代表有提到假日看診人力成本增加，所以那時給了很大的空間，希望由專業判斷，朝支付點數相對合理化的方向去處理。並不是所有的非協商因素都用來調整支付標準。健保會規劃 106 年工作計畫將安排報告 106 年各部門以醫療服務成本指數改變率調整支付標準的執行情形，以上補充說明。

**主席**

預計什麼時候要去健保會報告？

**陳組長燕鈴**

106 年年度工作計畫明確時程還在安排中，確定後會提報委員會議議程。

**主席**

請健保會提供相關資料供各代表參考。請楊代表。

**楊代表芸蘋**

各位代表大家好，其實協商的時候，我們都很尊重雙方的討論，其實我知道醫界的需要，也感覺出來現在是不夠，可是也要顧慮健保署有沒有能力達到你們的要求，當然也知道不可能，所以在權衡之下，做了一定比例的協商，其實我們都願意讓付費者有更多的權益

可享用，可是總額就這麼多，協商的結果就這樣，也是尊重大家的決議，如果在允許的情況下，我個人是很贊成能多給予總額預算，可問題就是資源是有限的，只能給予相當比例資源的配合。下一屆我不一定是委員，如果是的話，我一定會極力爭取的給予更高的經費。

## 主席

請社保司補充說明。

## 梁代表淑政

有關非協商因素中的醫療服務成本指數改變率增加金額部分，用於調整支付標準表是在部裡的協商政策方向中決定的，因為如果今天增加金額不是用在調整支付標準，讓支付標準更加合理並能反映各醫事人員成本的話，就會反應在點值上，不是真正反應在實際醫療服務成本差異上，因此為讓有限資源放作有效的分配，衛福部在交議健保會總額協商政策方向時，有特別交代這一點。

## 主席

針對預算的部分，各代表可再表示意見。

## 黃代表啟嘉

非協商因素有3個部分，但這3個部分能用來調整支付標準只有一個邏輯，就是必要服務成本改變，而投保人口和人口結構改變都是量的增加，不是在支付標準裡呈現的，支付標準改變是在維持原來服務狀態假設下的支付標準調整，那假日開診是有牽涉到服務內容的挪移，所以邏輯上是有待商榷的。今天如果要調整假日加成，我有利益迴避問題，但如反對假日加成，我就沒有利益迴避問題，我在這邊聲明，其實假日有看診的醫師，並不會因為有假日加成而增加，假日加成並不是必要的，倒是解決假日看診醫師的困難才是必要的，如一例一休的問題、假日調劑權的問題，至於挪移預算，我個人表示反對。

## 廖代表慶龍

癥結點是在協商因素或非協商因素處理，提醒大家時間點是一個問題，通過一例一休是今年 12 月，在協商之後，協商時用醫療服務成本指數改變來因應人力成本的增加，但並未預期協商後通過一例一休政策，所以時間點應該是一個理由。

## 李代表紹誠

健保署方案分為週一到週六和週日，這會造成醫療行為改變，原本週六、週五可以看診的換到週日來看，同樣的病人，同樣的服務內容，但在週日就有加成，這是不對的。週日開診的目的是什麼，是民眾需要急診就醫，上次開會黃振國代表提過，經評估分析週日符合急診的只有 3%，現在假日開診率 22% 是足夠的，所以建議按照原來遊戲規則去做，執行半年後再回頭檢討，看是否造成健保署或民眾的困擾。

因為現在一例一休確實造成分析成本上的困難，加薪也未必要來上班，所以建議依現行方式執行半年後檢討，這期間如發現問題，再針對問題來討論因應，甚至上次會議也建議各地衛生所是一個很好急診就醫場域，在大安區的人就到大安區的衛生所，是可考慮納入的意見。我認為不宜改變目前非假日和假日看診點數，這會造成醫療行為的改變。

## 主席

針對各代表關心預算部分，經過健保會委員、健保會幕僚和社保司說明後，還有沒有疑義？

## 謝代表武吉

剛才健保會和社保司的回答我不以為然，我再說一次，不以為然，我聽不下去，這是硬拗的，醫療服務成本改變率大家可向東森新聞要資料，12 月 17 日晚上 11 點起，主席也有接受採訪，也是很痛苦的事情，你們竟然把服務成本改變率認定非協商因素是可以由你們來動用的，這樣有沒有違法，這樣送相關單位來了解有沒有違法，

這要講清楚啊，不然你們都一直吃醫界豆腐，要夾東就東，夾西就西，有這種道理嗎？世界沒這種道理的拉，也沒有這麼傲慢的政府，現在小英政府要謙卑謙卑再謙卑，你們喝一萬杯也是一樣，你們把醫療服務成本改變率用來調整支付標準，這是完全違法的事情，你們自己回去翻書就知道了。那天有說，像護理工作同仁夠不夠？不夠！我看那天新的放射師全聯會理事長蕭佳吉就有說，他們現在欠 3800 人，就寫在旁邊，很清楚，光放射師就欠 3800 人，你們還有去考慮一年老年人口增加率是多少？有幾萬人？每年增加費用是多少？你們有統計了解嗎？你們只算你們認為對的，也害楊芸蘋代表沒辦法去說，因為他是被綁架的，我也曉得他是被綁架的，我也要請他表達一些心聲，所以我是感覺健保會和社保司以後不要再做出違法的事情，不要想沒人會去告你們，一定會有人去告你們的，你們常做違法的事情，一定會有人去告你們的。

## 主席

大家還有沒有其他意見。

## 吳代表欣席

我記得當初協商時，醫界有提出假日開診保障點值，其實可看出全聯會非常關心假日民眾就醫權益，但很可惜並沒有獲得認同而通過，現在事後來改變之前的協商結果再來追加這部分，我想應該由其他部分來考量，甚至包括像醫缺，可以想成假日醫缺的形式，用另一個專案去思考會比較合理。

因為以我們來看，在偏遠地區執業真的很可憐，像現在一例一休通過後，不是醫師不看不開的問題，是沒有藥師配合，所以剛有提到藥師緊急調劑權，健保署應該要考量且跟衛福部反應。醫師很厲害看完後，藥呢？明天再來領可以嗎？就是因為沒有藥師，我不可能請兩位藥師，所以這部分要請健保署幫忙解決，解決後我們也樂意配合。

預算也應從其他地方去處理，我從雲林來，很擔心預算挪移是在劫

貧濟富，到最後假日開診都在都會區，不會開在鄉下，但鄉下的民眾所繳的保費是一樣的，但能得到的服務卻越來越差，這點我個人是完全無法認同，還請衛福部能慎重思考到底如何才能真正均衡醫療發展。

## 主席

謝謝吳代表，各代表對預算部分還有沒有意見？還是請健保會代表...

## 王代表維昌

其實我們現在最頭痛的還是勞基法的問題，現在所有的醫師都在傷腦筋，如果這議題大家都沒有共識，建議先觀察半年，像我剛問了宜蘭地區，頭城、礁溪、壯圍根本沒有辦法假日開診，因為沒有足夠診所醫療人力，如果真的要推，應該思考像家庭醫師醫療群提供24小時電話諮詢，第二是衛政系統平時看診都免掛號費，病人強強滾，應可結合起來作為未來假日緊急應變的地方，可透過公權力來做，還有緊急醫療網，山地離島、偏遠地區等都有醫療人員駐診，所以假日開診議題是假議題，剛有提到如果假日診察費加成，真的只會嘉惠到都會地區的診所，還有民眾，鄉下地區真的沒辦法，所以不如按照全聯會建議調整第一階段診察費20點，大家都用得到，觀察半年後有問題再討論。

以公會幹部的身分看這問題，要去想如何幫助頭城、礁溪的病人在假日可以看診，這是另外一個議題。所以建議維持現在方式，不必急著調整假日支付標準。勞基法剛通過，大家都不知道未來會不會被處罰，今天內部也開會討論未來要怎麼去調薪，怎麼去調整值班，這問題非常大，不需要在這時候把這議題加上來，先觀察半年如果還有問題，相信全聯會會願意協助解決問題。

## 楊代表芸蘋

我覺得諸位代表講得有道理，雖然協商通過了，請問這案子再重新討論的話，有沒有違法，協商結果是這樣，現在數據是這樣，這樣協商數據內容有沒有差異很大，請健保會再說明一下，當初討論時

也是請健保會幕僚協助。

### 陳組長燕鈴

當時決議是 20.706 億要用以調整支付標準，且朝相對支付點數合理的方向處理，至於健保署依專業考量或實務需要，如何運用這 20.706 億做一個合理的調整，應不在健保會協定範圍

### 謝代表武吉

請問一下健保會，當時決議有沒有違法？有沒有違法先告訴我。

### 陳組長燕鈴

向代表報告，106 年度總額協定結果已報經衛生福利部核定，並且公告了。

### 謝代表武吉

提供給健保會委員的意見有沒有違法？我現在要追蹤前面，不是追蹤後面，你們有沒有違法？我剛已經警告你了，你還不知道。

### 楊代表芸蘋

跟謝代表報告，其實協商時我們付費者代表意見都很多，憑良心說，每人意見都不一樣，健保會是提供資料給我們，那我們就是....。

### 謝代表武吉

他們提供不實的資料，你們怎麼可以採信。這不對的。所以這個要 pending 下來阿。

### 楊代表芸蘋

我們沒有資料只能找健保署拿資料，這樣才有資料可以討論。不過如果是這案子有意見的話，是不是還有機會可以再討論。

### 主席

已經公告了。

### 楊代表芸蘋

那有問題怎麼沒有再早點一點提出來，這樣那項建議就不要列入決議就好了，有意見當初就應該提出來了。

### 主席

吳欣席代表剛提的問題，健保會應該要回應。當初有提假日保障每點 1 元，但是沒有被採納，那現在認為是不是應該有...

### 吳代表欣席

我只是想表達，我們一直都很關心這議題，不是我們不關心，也不是不願意挪移，而是根本一開始就被抹煞了。

### 主席

所以健保會當初沒有採納基層建議保障假日每點一元項目預算，是因為何種原因？是說有非協商因素預算嗎？這中間是如何連結的。

### 陳組長燕鈴

四部門協商原則上，支付標準調整都是用非協商的醫療服務成本指數改變率預算去調整，若代表覺得假日看診所需成本較高，可就實務需要去調整，總額不逐項協商。

### 主席

所以表示委員建議要用非協商來做處理，但這點還有爭議。

### 陳組長燕鈴

這點沒有決議，協商過程是反反覆覆進行溝通，最後須以決議為準。

### 主席

沒有採納的理由是什麼？

### 陳組長燕鈴

已協定 20.706 億的醫療服務成本指數改變率增加金額，如果覺得假日成本較高，有需要可朝支付點數相對合理的方向處理，回歸到源

頭，可思考怎樣的支付標準調整較合理，用這 20.706 億去處理。

### 黃代表啟嘉

當初談假日保障是在協商因素裡，因為改變醫療服務型態，我們希望擴大假日服務是用改變醫療服務型態的觀念，既然協商因素沒有新增預算，所以不打算改變服務型態，維持現有服務型態，此時去做支付標準的差異調整是不合理的，所以我的立場就如全聯會的決議。

健保署在這 2、3 週的溝通中，重視的是解決第 3-5 級醫院急診假日壅塞，要讓急診不要那麼壅塞，是要解決民眾真正的醫療需求，而不是擴大服務密集度而造成醫療資源的濫用，所以應 focus 在健保署目標上，而這目標與支付標準的差異調整是無關的，我個人認為沒有關係，我自己有假日看診，但我反對假日加成，如目標是要讓第 3~5 級急診壅塞問題解決，不妨未來跟全聯會配合，也協助處理。

### 吳代表國治

剛聽健保會的說明，讓人感覺昨非今是，我們每年都提出假日加成，每年都用一堆理由不編列成長率，現在怎麼突然說用非協商因素，所以經費運用讓人有昨非今是的感覺。

### 林代表義龍

先回到現實情況，健保署希望診所假日開診，但實際上不是診所主觀意願要不要開診，而是客觀到底有沒有能力開診。藥師可以說休息日不要上班，沒有藥師那要開診做什麼？

一例一休很明顯是政府法律改變，行政程序法上叫情勢變更，當然要重啟協商，政府有責任要做補償，否則在這情況下診所無法營運，我們粗略估計，休息日開診人事費用要成長 2 成到 3 成左右，但即使加了點數，診所入不敷出，為什麼假日要開診？我們一直沒有去解決真正的問題，在我看來政府現在好像精神分裂，勞動部堅持一定要給員工一例一休，健保署說診所假日一定要開診，那問題誰解決？這不是診所自己能解決的，部會間應該要協商，研議一個診所可在

假日開診的方案後再來討論，否則在這裡吵半天也沒辦法解決問題。目前我們知道台中地區很多診所最後都決定週休二日，因為真的沒辦法承擔這個責任，尤其是如果違反勞基法規定，勞動檢查不通過，罰則非常非常重，2-100 萬，還可加重到 150 萬，請問有哪家診所經得起這樣的罰則？最後我相信所有醫師在未能符合勞基法規定下，只能休診，所以可預期開診率會再下降，而且會大幅的下降。

### 張代表孟源

主席、各位代表大家好，延續林義龍代表所說的法律問題，一例一休確定是在今年 12 月份通過，確實符合情事變更的原則，剛有多位代表提到醫療服務成本指數改變率，我必須說明一下，醫療服務成本指數有時間差的問題，是落後指標係兩年前的醫療服務成本反應到今年的總額協商，再遞延到 106 年總額給付。所以非協商因素中醫療服務成本指數有兩年的時間差，如要統計醫療費用的增加，按照健保法，按照總額的精神，真正反應在非協商因素是在兩年後，所以怎麼能用兩年前的預算指標，來補兩年後 105 年 12 月新增之立法院通過的一休一例法律上改變的東西，這是有爭議的。

剛黃啟嘉主委等多位代表提到，這種締約後情事變更，突然發生法律或政策改變，本來在總額內就應該列入協商因素，協商因素就是要因應突發的狀況。我們也很樂意統計未來兩年後假日成本，算出非協商的貢獻度。但如是要解決目前民眾假日就醫需要，或是讓假日開診率可以維持，今年 9 月協商 106 年度之協商因素的項目已經討論且雙方通過了，主管機關也已經公告。

如果要處理締約後情事變更，因應 105 年 12 月新增之立法院通過的一休一例法律上改變，是不是應該透過健保會重啟討論『總額其他預算』或其他專款來補助一休一例之改變，這應該是雙方可解套的方式。當然其他執行細節，剛各代表已經講很多我就不贅述了。我只是從預算角度來討論這個問題。

## 主席

請教健保會幕僚，如果另啟協商或其他專款支應是否可行？

## 陳組長燕鈴

106 年其他預算僅編列 10 億元用於「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」。

## 主席

剛幾位代表提到一例一休是情事變更，這會讓假日開診診所成本大幅增加，不是調移金額可以因應的，也可能讓現有假日開診率 22% 再下降。是不是有機會動用其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費的預算，或是由健保會委員去健保會提案。本週五就要召開健保會了。楊代表覺得如何？

## 楊代表芸蘋

我願意，我願意再協商一次，可再討論，但其他委員想法如何我不清楚。

## 黃代表啟嘉

這次健保會會修正其他預備金的動支程序及標準，不過還是強調一點，假日和平日門診診察費做差異化點數，個人非常保留，應該是堅決反對。我個人認為處理假日開診的目標是要降低第 3-5 級急診量，但現有假日開診率如能充分利用，應足以應付。另再強調一點，醫師在假日看診不是為了錢，至少金錢不是最大誘因，假日看診有很多因素，如在支付標準做差異化調整，民眾很容易導入醫師假日開診就是為了錢的觀點，我覺得非常不好，所以個人還是反對在支付標準上做平日跟假日差異標準，如要解決健保署的政策目標，應針對目標來討論。

## 王代表正坤

剛聽了這麼多，看起來雙方是沒有共識，上次會議也有建議，如何利用激勵因子來鼓勵醫師假日開診，也說如果客觀環境無法改變，

那就是資源配置的問題，把有用的經費用在假日，可激勵醫師和護理師、藥師來看診，我起了頭，健保署居然這麼有效率現在就可用 20 億來提高週日到 410 點。

但聽起來目前已經產生困難了，就是一例一休以後，如果診所只有一位藥師，一個月一定要修一例一休，只有一個藥師就沒辦法動，不是休週日就是休週五、週二之類的，所以給了錢對單人醫師診所跟單人藥師診所還是無法假日開診，用醫療配置去鼓勵假日看診，提升民眾就醫可近性好像有困難，那應該要將這 20 億回歸本質，當初非協商因素是因為人口老化等因素，要調整支付點數應該是週一到週六大部分診所成本成長的地方，健保會給了決議要調整支付標準，也像一個專案有時間限制，規定要在多久內調整出來，至於週日看診是否就另立一個新案，不要跟這 20 億綁在一起，後續再慢慢討論，剛聽下來真的覺得很困難很辛苦，很多專案是要先去模擬、預測，從大家討論中已經可預測到一例一休執行後，員工數少的診所一定開不出假日門診，到時候怕媒體亂寫，標題下「給了醫師錢獎勵，居然星期天還不看診」，我都可以想到這標題，記者比我還聰明應該想得到，所以我建議先暫緩。

## 主席

大家還有沒有意見？剛林義龍代表講的一例一休符合情事變更，事實上成本會增加，因此協商...

## 黃代表啟嘉

主席，我建議休息 3 分鐘，讓我們內部溝通討論一下。

## 主席

那會議休息 5 分鐘。

## 黃代表啟嘉

1. 非協商因素之醫療服務成本指數改變率應用於合理調整支付標準，因服務成本不斷增加，診察費包山包海，包括廢棄物處理、

污水處理、水電等，建議維持全聯會建議調升門診診察費點數 20 點。

2. 針對鼓勵假日看診，考慮現有假日看診的障礙，如一例一休和藥品調劑等問題，而一例一休是屬於非預期的法律改變，這部分在 9 月協商時沒有，希望健保會能修正「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」動支規則，能因應非預期法令修訂所增費用，擔心未來假日看診率會不增反降，106 年原則是用精神鼓勵方式來維持假日開診，也希望能滿足民眾的需求。但如真的要改變規定的話，那屬於當初協商時未產生的影響因素，就是法令改變，是否能動用其他預算的經費。至於動用多少，完全由貴署決定，西醫基層無特別意見。

**主席**

大家還有沒有其他意見。

**陳代表相國**

主席，我們的共識是希望假日開診能動支其他預算經費，但仍是不調整支付標準，而是用鼓勵的方式，如現在全年週日看診人次是 700 萬，不要跟點值、總額扯上關係，假日看診一個人次鼓勵多少錢，如果一個人次獎勵 100 點，所需經費就是 7 億，一個人次獎勵 150 點，就是 10.5 億。如果健保署編列相關預算，就在預算內浮動，分四季提撥。

**主席**

剛陳相國代表提到本署數據的疑義，請谷科長回應。

**谷科長祖棣**

本署計算是第一段合理量部分，而不是全部假日看診，所以第一段合理量是 30 人次，30 人次\*開診率 22%就是 2,200 家診所，30 人次\*2,200 家\*52 週\*25 點=8,580 萬，約 0.9 億。

**主席**

是因為算法不同。剛黃啟嘉代表所講的共識，各代表還有沒有意見。如果沒有意見，會議紀錄就依全聯會共識照錄，主要係全聯會針對經費的訴求。

除了經費部分，大家仍要一起面對假日急診的問題要如何解決，如果有經費就照全聯會的建議處理，如果沒有是需要共同面對假日急診的問題，即便不打算採用差別診察費方式。

先請龐組長說明目前假日急診的情形供各代表參考。

### **龐組長一鳴**

假日急診量大約比平日增加 40~50%，特定假日，以今年年假來說較往年增加好幾倍，今年狀況特別嚴重，故特別去分析急診情形：

1. 檢傷分類：假日主要增加在檢傷分類第3~5級，第1、2級增加有限。
2. 年齡層：假日急診中年紀大的病人增加有限，主要是小孩子增加很多。
3. 醫院層級別：以區域醫院增加的量最多，增加比率最高則是地區醫院，所以是增加在基層醫院。
4. 疾病別：增加最多的是上呼吸道感染，其次是腹瀉。
5. 分區別：六個分區差異不大。

初步資料統計，增加最多的疾病是上呼吸道感染和腹瀉，感冒有可能是需要住院的肺炎，所以再分析假日急診是否需要住院，需要住院的沒什麼改變，但不須住院的病例就增加很多，所以假日急診增加許多不須住院的病人就醫。

### **黃代表啟嘉**

slogan 就是小病跑大醫院，小病變大病。送給健保署。

### **主席**

請不要這麼絕對。基本上就是因為假日門診沒有地方就醫，所以就

跑醫院急診，這對健保資源來說也是一種浪費，因急診診察費也相對較高，同時也會影響急診重症的治療時間，所以急診輕症要適度回到基層門診是必要的，大家要共同來面對這個問題。

剛各位代表也表達了意見要去努力，請各代表表示意見。現在分級醫療要壯大基層，這些急診輕症應該要回到基層，也要讓民眾在基層可以有就醫之機會。

### 黃代表啟嘉

我個人認為宣導很重要，我本身假日有看診，但很多民眾週一看診時說因為診所週日沒開，但我說診所週日有開，民眾說他不知道，所以民眾大多認為醫師週日就是休息的，這是民眾觀點，民眾認為基層診所週日都是休息的。

其實我並不是要鼓勵診所拼命在假日開診，當然每個人都有自由選擇的權利，我要說的是現有的假日開診 22%，絕對足夠應付。但民眾先入為主認為基層醫師假日是休息的比例是非常高，不相信可統計看看。所以民眾假日生病時不會想找診所，沒想到還有 22%的診所假日有看診，所以這部分是可宣導的。這點不需改變任何診察費調整就可以做了。

另外一個是民眾小病往大醫院，因為大醫院病人的病情大多較嚴重，細菌也比較複雜，在這環境下院內感染是很多的，大醫院裡面有很多不得已的院內感染會發生，小病在大醫院急診留觀的人真的會小病變大病，這不是在危言聳聽。當然有很多需要轉介的情形，那就依醫師專業判斷，也會考慮病人的安全，尤其現在醫療糾紛這麼多，對病人安全也會很重視，不會讓病人到基層就延誤病情，反而大家都到大醫院，塞在那裏，造成真正急症得不到處理，反而延誤急症的病情，急診是用輕重症決定看診順序，不是先到先看，所以可能原本小病拖到變嚴重，小病往大醫院去問題很多，而這些問題不在醫界，而是民眾，會對民眾權益造成受損。

所以我一直強調分級醫療是為了民眾權益，不是為了醫界利益。民

眾沒有分級醫療時，會傷到重症治療的病人，無法得到即時的治療，造成急診壅塞、門診壅塞，甚至住診壅塞，這些問題都是在分級醫療沒有做好時，對民眾權益造成受損，這部分應該要讓民眾了解。

### 陳代表相國

針對主席剛提的問題，全聯會的邱理事長、秘書長和幾位醫界的大老及張孟源醫師、周慶明醫師，針對紓解假日病人急診壅塞，疏導第 3~5 級病人到基層共同擬定三個對策：

1. 調查目前假日開診診所位置，製成地圖，並針對開診較稀疏的地區，除鼓勵當地基層醫師開診外，也考慮仿照日本模式，在衛生所、公會等地點協助合作開診。
2. 向民眾宣導假日開診診所資訊，考慮用 APP 或網路等方式輔助進行。
3. 加強推廣家醫計畫 24 小時 call center，減少不必要的就醫。

以上是目前全聯會建議的因應方式。

### 周代表慶明

呼應黃啟嘉主委的說法，我診所的狀況也是如此，真的有病人不知道診所週日有開診，等到週一才來就醫，所以民眾對於假日看診診所的資訊並不是非常清楚，應該將假日開診資訊大力推廣，讓民眾知道假日生病可到何處就醫，這些是我們現在就可以做的。

我覺得沒有必要陷入開診率的迷思，把現有的資源做充分的利用，會比提高假日開診率有用，開診率真的不是那麼重要，當然現在 78% 沒有假日開診的診所，不開診有他們考量的因素，個人覺得最重要的因素還是藥師調劑的問題，有些診所週日也想開診，但真的沒辦法，現在新的勞基法實施後，更減低假日開診的慾望，所以這些相關問題能解決的時候，有假日開診意願的人數就會比較增加。

至於剛剛雲林、宜蘭兩位理事長的發言，針對一些比較偏僻的地區，本身醫療資源就不夠，我覺得健保署應該將資源放在這些地區，鼓

勵假日沒有開診且醫師很少的地區，讓假日能有醫師出來看診，增加給付，讓這些地區民眾的健康可得到照顧，這才會照顧到偏鄉地區的民眾，所以都會區缺乏的主要是宣導，偏遠地區需要的是資源挹注。

### 吳代表欣席

我想我要回應一下，請問第四案已經討論結束了嗎？現在是針對假日急診如何紓解討論嗎？

### 主席

是的。第四案討論已告一個段落。

### 吳代表欣席

我們在看假日開診或急診壅塞的問題，要先想清楚背後的因素有那些？大概可區分為體制因素和市場因素，體制因素有很多，其中健保就是很大的體制因素，也很感謝健保願意提供比較好的誘因，但剛王理事長也有提到，這些誘因是否能改變其他的體制因素，如人力供給問題，人力供給大家也知道，都市集中化是不可避免的趨勢，世界各國也都如此，但在這情況下，政府是站在兼顧全民醫療權益，還是只是讓民眾有勉強足夠的醫療資源可利用，觀念上不一樣時，整個施政作為就會不同，但坦白說，這議題不應是由健保署來扛，把健保署推到烽火線上，去面對所有的問題，這是不合理的，我覺得健保署，包括李署長、蔡副署長都承受很大壓力，這對你們很不公平，對健保會也不公平，健保會沒辦法去扛整個國家的醫療政策，這也是不對的，我個人認為應該要擴大去看，甚至還包括背後所謂人力的因素。

當一例一休通過後，其他專業人力有沒有辦法即時配合，不會因為政策改變造成醫療上的問題，這應該是政府須整體考量的，我們有公費醫師，那我們有公費藥師嗎？這是政府要思索、思考的，如果大家只關注在健保上，勢必沒辦法解決。

市場因素坦白說就是鄉下地方比較沒有足夠資源，其實我週日有看

診，我之所以要看，理由很單純，我不看的話，全雲林週日沒有一個眼科醫師看診，包括醫院都沒有，我只要停診出來開會，那天就是完全沒有眼科醫師可以看，假日看診人數也沒有很多，一個早上看 10 幾 20 個也有，坦白說不是很划算，但我想就這邊有賺這邊補一下，但並不是每位醫師都這麼想，也不是每個地方都有這種情況。政府要多花點時間去研究清楚，到底哪邊有需要，應該怎麼給，而不是到後來改變病人就醫模式或醫師的醫療模式，變成儘量把病人約在星期天，或是病人覺得星期天看醫師也很方便，以後就儘量在星期天去看醫師，這都是不對的。所以整個經濟背後的誘因跟驅動力是很龐大的議題，我不相信在今天的會議裡能找到解法，我們提出小小的觀念，希望政府能更重視醫療上公平的權益。

#### **溫代表國雄(古代表博仁代理人)**

我是藥師公會代表，回應一下剛幾位代表關心假日開診沒有藥師的問題，各位代表可能不曉得，台灣社區藥局的密度比超商還要高，目前大概有 4,000 多家的健保藥局，所以如果未來醫師公會碰到假日藥師沒有意願上班，那藥師公會會大力協助，讓藥師可以支援，因為現在藥師報備支援制度已經過了，同時也會鼓勵藥師多配合醫師看診時間，讓整個政策可以順利落實。

#### **陳代表炳榮**

主席跟各位代表午安，我本來以為那案子在剛剛有共識時就結束了，主席剛提到說要結束，但另起這個案子，這跟原來的案子其實也是息息相關，要紓解急診壅塞跟假日開診好像也分不開，那我覺得今天大家討論也都沒有交集，不妨換個位置換個腦袋或換個思維的方式，將心比心，或許能得到大家比較能夠接受的方式。

現在醫師不適用勞基法，但醫療從業人員都適用勞基法，就像一部車，司機願意開車，加油站不供油，引擎不啟動，你說這部車怎麼開，這真的是很現實的問題，一直被要求開車又要怎麼開，這根本的問題還是要解決。

剛大家提到開診率，我覺得開診率跟使用率是不一樣的，我個人經常碰的問題是碰到連續假日，病人問你為什麼不休息，我說公務人員連續休假有薪水可以領，今天我休息就沒有飯吃，所以我還是要看診。但我做了統計，連續假日病人的來診率真的是少之又少，今天開診從早上等到晚上，來的病人數和平常日是差很多的，根本沒有效率。

現在勞基法實施後，整個醫療費用成本都增加了，記得上個月跟賦稅署溝通時也提到這個問題，當時副署長也認同勞基法實施後醫療院所成本是增加的，所以他也認同稅捐規定會進一步去考慮，我想這是現實的問題，剛剛共識裡有關錢的問題，沒辦法在這邊解決，錢沒辦法解決，接下來應該是法的問題，今天勞基法會這樣做，整個政府部門為什麼沒有先了解政策實施後，對相關行業是不是會有衝擊，我記得去年在全聯會常務理事會時，當時的理事長就提出勞基法實施有沒有什麼看法，我就一句話，完全配合，事實上就是要配合，不配合要怎麼辦，完全配合的結果就是把問題丟回給衛福部、健保署自己解決，配合後就像今天講的出現一堆問題，這些問題沒辦法解決，要配合不行，不配合也不行。最後問題還是丟到我們這裡來，今天再談個兩三個小時，大概也解決不了問題，應該還是要由政府上級(衛福部與勞動部)去徹底檢討，這制度實施後對其他行政作業是否能推展，我想這還是最重要的。

### 盧代表榮福

講一個比較實際的，現在健保署常叫我們去登記看診時段，健保署的網站非常不友善，訊息太龐大了，我到現在都非常懶得進去，進去後如果要找到我要的東西，不知道要進到幾十層，如果一個病人要去找哪裡診所有看診，找到最後就不想找了，所以剛我們有說去發展 APP，健保署都會打電話來問星期天有沒有看診，都要登記，或是請我們自己去登錄，不如把這些精神拿去發展 APP，現在大家都有手機，如果要到我診所看醫生，到了我沒看診，手機一打開就可以查詢附近哪裡有診所是開診的，這樣病人可有資訊讓他方便去

就醫。

**主席**

盧代表，我們早就有 APP 了，你剛講的功能健保署 APP 都有了。請同仁協助幫盧醫師下載 APP。

**盧代表榮福**

另外一個方式就是每間診所與附近診所聯合，其中一家診所休診時可到附近其他診所就醫，掛一個牌子標示。

**主席**

盧代表，診所看診資訊在 APP 都可以查得到。

**吳代表國治**

這個健保快易通，各代表都知道嗎？所以宣傳還是不夠。

**主席**

盧代表剛講的查詢功能，我們 APP 都有。

**吳代表國治**

其實不用我們再去登錄了，利用健保申報資料，診所什麼時候看診都知道，用經驗值去看就好了。

**主席**

不是這樣的，診所看診時間異動要診所自己登錄修改。

**吳代表國治**

現在有在看診的，有在申報的，這近半年、近 3 個月就由健保署自行輸入。

**主席**

現在都有開診資料。

## 吳代表國治

沒有阿，假日部分沒有呈現。

## 主席

假日可以查詢。各位代表，健保署的好東西你們怎麼都不知道，等一下代表離開前，請先下載健保快易通 APP，這已經上架很久了，請到 APP store 下載健保快易通。醫療院所點進去就可查詢剛盧代表講的所以問題。也請各代表回去能幫忙宣導一下健保快易通 APP。

## 廖代表慶龍

我想剛與會代表都是講實際面上的問題，但教育是百年大計，這議題我想主席也沒辦法裁量，因為教育是 10 年、20 年的事情，最後就回歸根本的問題，如果基層診所都能把社區的病人照顧好，平時都是由家庭醫師照護，假日發生問題也打電話給家庭醫師。我現在是彰化縣診所協會理事長，彰化縣想打破家醫群的概念，剛相國兄講的很重要，強化家醫群可解決問題，可問題是家醫群如何解決問題，我們最近要加入家醫群了，包括有在鹿港、和美的診所一起組一個家醫群，我覺得家醫群是在地聯防的概念，最近要開始推行由在地醫師組成家醫群，然後再跟社區發展協會互動，平時就建立信任關係，有任何問題就找那位醫師，病人有什麼狀況就打電話找家庭醫師，這才能根本解決紓解急診第 3~5 級的問題。

我也把這概念跟衛生局長講，那局長說之前宣導活動基層醫師都不配合，我想這是互相的，我也不知道衛生局的活動，衛生局都請醫院協助，我請衛生局要跟協會告知社區活動，一定幫忙協調診所醫師幫忙，讓診所走入社區，謝理事長也強調基層醫療院所在地化，這才能長久解決根本的問題。

## 王代表俊傑(黃代表振國代理人)

我是來自基隆的王俊傑醫師，呼應一下前面講的，我以一個基層醫師，我覺得一個基層醫師最大的目的是為病患服務，剛說的假日開

診加成我覺得都不重要，因為醫師最重要就是要排除人事的紛爭，像我診所的藥師，用加很多錢讓他們假日來上班是不可能的，基層醫師最重要的是要排除人事紛爭能好好看診。

但我前幾天收到一份健保署的公文，有一位病患 103 年出國期間有看診紀錄，我花了很多時間去找病歷，但是找不到病歷，因為是兩個月大的小孩看診，醫師怎麼可能記得當年是媽媽帶 2 個月大小孩來看，因為找不到病歷，又找電腦公司找了一大堆，繞了一圈，才回復這份公文，花了一整天時間，我覺得這都是干擾醫師看診的問題，所以我覺得基層醫師最重要的就是能放心看診。藥師、護理師和勞基法這些也都是醫師開診的考量因素之一。

### 李代表紹誠

不曉得國際上有沒有跟台灣同性質的醫療保險制度國家，可做為參考，我們常喜歡 copy 國外的東西，不知道國外的假日基層診所是如何處理的。

### 主席

回應李紹誠代表，本署蒐集資料後再跟你回復。初步結論如下：

1. 全聯會主張診察費調升 20 點。如需鼓勵假日開診，則要有額外經費挹注，如其他預算「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」專款經費。如無經費，假日看診則給予精神上鼓勵。
2. 紓解假日急診壅塞：
  - (1) 加強宣導，讓民眾知道 22% 假日開診診所資訊，供民眾利用。
  - (2) 健保署提供沒有假日開診的地區，請全聯會協調醫師開診或合作開診。
  - (3) 健保署積極推廣健保快易通 APP 之使用。
  - (4) 強化並落實家醫的 call center 的功用，另針對 call center 設置於醫院急診之情形應加以檢討。

- (5) 不要陷入開診率的迷思，未來以監測結果面急診量下降情形來取代開診率。
3. 山地離島、偏遠地區之藥品調劑問題，應由衛福部相關單位就實際作業之需求檢討法規之合宜性。
  4. 吳欣席代表提到有關政策因素和市場因素，要全盤考慮一例一休對醫療產業的影響，及李紹誠代表建議參考國際上經驗等建議皆錄案。
  5. 本案係分級醫療政策之配套，本署會再向部長、署長進一步請示，亦有部分執行困難需由衛福部相關權責單位處理及溝通。

### 張代表孟源

謝謝主席和各位代表，補充假日開診精神鼓勵部分，原則上 106 年如果沒有其他預算經費則採精神鼓勵，107 年再爭取預算編列。

### 主席

精神鼓勵是全聯會的決議，至於這 2,000 多家要如何精神鼓勵也是需要思考的，所有意見都會錄案，後續再做溝通討論。

今天針對第四案熱烈討論，第五案和臨時提案就保留至下次會議。

### 陳代表相國

請問主席，第一階段 20 點有確定通過了嗎？

### 主席

調整診察費 20 點預算是互相搭配，本署會向部長報告。今天所有意見都會收錄，也可以理解大家的期待，提至共擬會議繼續討論。

好，今天會議就開到這裡，謝謝大家！