

附件 本會 104 年第 2 次會議與會人員發言摘要

本會上次會議紀錄確認

蔡主席淑鈴

有關104年第1次委員會議紀錄，請委員確認內容。都沒有需要修正之處，上次會議紀錄確認。

報告案第一案「本會 104 年第 1 次會議結論事項辦理情形」

林代表義龍

「健保法規定藥品依照成本支付，解釋成依核價以 1 點 1 元支付…至於母法沒有提到的項目，因為政策因素或其他因素透過雙方協商方式決定保障是否違反母法」，法制單位解釋為「現行由本署會同西醫基層總額相關團體議定送全民健康保險會同意後執行之方式，尚符合全民健康保險法規定」。我想「尚符合」這樣的回答強度是不夠的，「尚符合」的意思是說勉強符合健康保險法的規定。所以，希望說健保署能夠考慮這個地方在法治方面能夠再加強。因為嚴格講起來，這個算是勉強符合的說法，健保法既然沒有這樣的規定，不要用這樣子來解釋。

蔡主席淑鈴

有關藥品 1 點 1 元，是母法有規定，剩下的是不是能夠保障點值涉及總額的分配，所以依雙方議定後送健保會同意後執行的程序進行。因為保障點值涉及總額分配，而不是增加總額，所以我們的法治單位才會說，依上述程序的過程還是符合健保法的規定，母法並沒有說其他的不能。

林代表義龍

如果要談這個，我就要特別表示法治國觀念，政府為什麼要叫「依法行政」，表示法律規定可以做的政府才可以做，而法律沒有規定的政府就不能做。人民是法律有禁止的才不能做，法律沒有禁止的通通可以做。所以，基於這樣一個法治國的理念，本來政府就應該要依法

行政。政府絕對不能夠以老百姓的思維來處理這樣的事情。這樣子就不叫依法行政。

蔡主席淑鈴

那我們就把林代表的意見節錄下來，送給主管機關解釋現行做法有沒有符合規定。

黃代表振國

104年「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」，因為很多診所都已經改裝中華電信企業網路，但陸續發現很多問題。請問貴署資訊組與中華電信公司針對硬體的問題有沒有什麼具體的解決方式。我們發現當安裝後，開機時間比傳統的VPN慢，中華電信也曾派兩位工程人員來診所做實測，發現可能是網路搜尋的問題，建請貴署與中華電信尋求改善方案。

蔡主席淑鈴

西醫基層總額一般服務案件之保障項目現行由本署會同西醫基層總額相關團體議定送全民健康保險會同意後執行之方式，是否符合全民健康保險法規定，函請主管機關解釋。

針對黃代表所提診所裝設新VPN後遇到硬體相關問題，請資訊組研議後向黃代表說明。

報告案第二、三案「西醫基層總額執行概況報告-(中華民國醫師公會全國聯合會、中央健康保險署)」

蔣代表世中

就目前來講，精神科的件數、醫療費用都是正成長，我們可以考慮到有兩個因素，第一個可能是精神科病人增加了，另外一個是新診所增加。看起來在北區跟中區增加的比較高，當然這有幾個因素。第一個可能跟新診所的增加，中區跟臺北區好像都有增加。診所裡的新病人增加了，看起來占90%以上，北區增加的比較高，中區跟台北區都有增加新診所。整體病人增加的占90%以上，幾家特別高的地區是台北區跟中區，主要是新院所增加的比較高。我想原則上大部份都是

屬於舊診所裡面的新病人增加，跟整個老化或社會因素都有關係，所以我想這個精神科跟復健科除了老化因素之外，我想這些並不是只有一個非協商因素外，很多的病人就過去可能做復健 50、60 歲，現在 70、80 歲做復健的也蠻高的。這些在非協商因素裡顯現出來，我想這些當然又是以另一個層次去考慮。

另外一個是骨科，骨科也是一樣是正成長，最重要的是，大家可以看一下診療費幾個特別高的地區，它的醫療費用特別高，臺北區特別高，這個大概跟骨科的診所增加也有關係，大部份原則是屬於原來診所病人的增加，然後也有一些新增診所的增加因素也有，像臺北區特別高，這個大概可以提供給臺北區做參考。

還有另外一個是復健科，我想整體來講，最近復健科都還好，現在成長率是負的，南區特別高，南區、高屏區或是東區，我想這個可能跟它的復健科增加有關係。各位可以看一下高屏區新增加的部份，大部份還是屬於舊病人的診所裡面的病人增加，病人老化的因素，會特別高的大部份都會有增加一些的新院所，大概可以從這幾區去看到，各位可以再去去看一些較細的分析。

還有另外一個就是第四大類，皮膚科，它的整體費用增加不是很高，但是大家可以看一下它的診療費也是增加的相當高。這幾個在臺北區、南區、高屏區，增加特別高的原因，我們有去做個分析，都 10 多%，為什麼？各位可以看一下，在台北區 51017C 液態的冷凍治療貢獻度幾乎都是 6 成到 7 成，各位看到剛剛講的中區也是一樣，還有南區也是一樣，高屏區也是一樣，為什麼？各位看一下 51017C 是多少錢？600 元。可是各位看一下，51021C 是多少錢？125 元。然後，51022C 是 250 元。所以，你看這是不是有 Shift。包括有些的診所會去掛皮膚科的才 600 元。我想各區可以去看，它整個來講貢獻度在裡面來講，幾乎都是在 51017C 相當高 600 元，51021C 是 125 元，51022C 是 250 元。整個區增加特別高都是液態氮，那並不是只有皮膚科，很多科它如果是科別的申報的話，儘管是家醫科或者是小兒科，它是報皮膚科一樣可以領 51017C，所以這可能要再去做一些較細的分析，到底是皮膚科增加，還是其他科別的增加，整個看起來都還蠻高的。

眼科，還好。婦產科，我想也還好。神經科，也還好。外科，大家可以看到東區有特別高的診療費，這個好像後面有一個分析是不是？痔瘡還是什麼，然後還有高屏區，還有疝氣，各位看一下，中區來講

還有痔瘡，它增加多少？增加 400 多萬。就痔瘡就前一次增加了 400 多萬，算相當相當高，就痔瘡開了很多，可能是專門開痔的診所。還有各位看到高屏區，增加大概 30 多萬，也算是貢獻度蠻高的，事實上來講有一些地區，有些專門做的，比例特別高的，我想提供給各地區做個參考，我想現在點值都不是很好，但是也要有一些控管。

內科方面，原則上小兒科、耳鼻喉科、一般家醫科，這些科都是負成長的，但是診療費有些特別地高，像中區、高屏區，有些整體來講有些特別高，做了一些分析，原則上都屬於 UGI，以高屏區來講的就是大腸鏡，這些就是一個檢查項目。家醫科、內科、小兒科都是負成長，有些特別診療費會特別增加的，家醫科的 LDL、糖尿病，這些會比較多。

小兒科，原則上，剛剛有提的是我們科的大概都是負的成長，各位可以看一下，中區的小兒科診療費，增加了 16.5%。我們分析結果 54019C 增加了 50%，增加了 200 多萬，等一下跟整體的分析也可以看一下中區包括小兒科、其他科來講是整個 54019C 的量算蠻高的。在整個中區來講小兒科是非小兒科申報的方面增加的相當高。當然還有高屏區的，各位可以看一下高屏區的專科的在 54038 專科增加算是相當高，大部份都負的，這幾個都特別地高的，非專科醫師也增加特別高，這個也是在高屏地區。

103 年跟 104 年比起來，原則上在耳鼻喉科裡面非專科醫師大概有逐年下降，但是專科醫師在聯合診所裡面，不但沒有下降還有一點增加的趨勢，單一耳鼻喉科平均大概有 26%~27% 之間，然後其他的非耳鼻喉科的大概也是有逐年增加的趨勢，稍為增加大概是 1.5%~2.1%，所以整體來講大概有在追蹤控制，有些區域可能還要特別注意。我們也做了各季的申報記錄，家醫科的部份，原則上是低密度脂蛋白；內科方面，主要是費用比較高的是消化性檢查；外科方面，主要是痔瘡的檢查；小兒方面主要是 54019C；婦產科、骨科還好，這些都有做一些費用，我想提供給各位做參考。

陳代表宗獻

關於安全針具除呈現預算的執行率外，我們希望可以有更詳盡的資料來討論安全針具到底怎麼執行，因為執行率很低。那我們這一次的報告案看到執行率只有 0.5%，這個執行率是用點數、用費用來計

算的，現在健保署有提出來 1CC 安全空針到 20CC 安全空針價格差異，顯然有去調查過生產安全針具的廠商，但是我們去查世界衛生組織 WHO 它的安全針具大概有兩種，一種是預防重複使用，一種是預防針刺，就是刺傷，兩種是不一樣的結構，世界衛生組織在 2015 年，也就是最近這幾個月報告防止重複使用的叫 RUP，跟一般的針具比較，它是屬於第一針具等級，但是預防針刺的是中針具等級。我比較關切的是說，我們在 2017 年開始要全面用安全針具的話，那到底我們有什麼規範可以用？那在 2014 年的時候，那世衛組織，它規範的只有一種，就叫做「病毒性肝炎安全規範」只有這一項，其他的都沒有規範，所以在這個會議裡面，是不是可以漸漸地導入一些概念，雖然規定全面都用使用安全針具，但是全世界就沒有那個規範啊！那我們國內也沒有那個規範，那你現在匆匆忙忙就開始定出來。有 1CC~5CC 那還可以講，那個我剛剛講的 RUP 和 SIP，就是避免針刺跟預防重複使用，那個世衛組織有討論，就是肌肉注射跟皮下注射，但是血管是完全沒有討論，連討論都沒有。換句話說，哪個廠商怎麼做，做出來的叫符合 SOP 都沒有，連這個都沒有，所以我不知道那個 10CC 跟那個 20CC，到底我們的廠商是什麼。

第一，是不是我們在下次討論的時候，調查一下這個安全針具的廠商到底有多少，那他們製作的各種型態的安全空針，是哪一種型態，這是第一個；那第二個就是，具體地來規範，漸漸要導入的是哪一些情況必須使用安全針具，比如說，這個病人是 B、C 肝陽性帶原者，那就一定要用預防針刺的 SIP，是不是這一些先漸漸導入？要不然到了 2017 年的時候，只有批評說你們全聯會執行力那麼低，都不管安不安全，其實不是啦！我們在臨床上面，根本就是打了針以後旁邊一刷，針就進去了，就不在醫護人員的手上，所以那個處理上面不是這樣，那如果我們不做規範，到時候又會變成爭議，上次有人有提到實際上使用安全針具的病人是很痛的，我具體建議下次可以看到廠商做的安全針具的型式，基層打的肌肉注射等於沒有申報，但這可以從申報肌肉注射的藥量來看，因為有肌肉注射的藥一定是有注射的，來看預算編 390 萬到底夠不夠，上次消費者代表也提到預算沒有執行就收回來，我們也覺得這可以考慮。

藍代表毅生

就陳主委說的安全針具，上星期在特材會也有類似情況，因為以前針具全部包含在抽血裡面，假設我只抽肝功能 GOT 或 GPT，所有費用申報 40 點裡面是含耗材的，我驗血糖申報 15 點也是含針具，當初的年代是一般針具，所以 1 支針大概是 1.4 元我們可以自己吸收，但是現在 1 支變成 7.5 元，才申報 15 點，而且浮動點值 0.8，變成 12 元，一個針具就用掉 7 元，變成這個比例，應該整個醫療費用一起討論，這只是其中之一，上次我們特材提到止血帶，縫合一個傷口包含縫合費用、消毒、局部麻醉耗材…全部 385 點，可是一個用了就丟的止血項圈是 820 點，健保署的說法是全包才 300 多點，一個耗材就 800 多點，我想說的是時空已經改變了，醫學一直在進步，所以也要考慮特材在醫療費用中佔的比例問題。安全針具計算基層執行率，最大漏掉的就是基層抽血沒有計算耗材費用，實際上有的打了針之後自行吸收，這也是沒辦法算到，再來打 IV 也會 LOSS 掉，這部分計算就會有誤差，以上補充，謝謝。

蔡主席淑鈴

這個議題牽涉醫療法，立委在這裡，修法也是立委的職責，請蘇委員發表意見。

蘇代表清泉

安全針具我看不用再討論了，錯是錯在立法院，立法院做的決議也是被行政機關誤導，泡藥也要用安全針具，WHO 也沒有規定用安全針具，所以應該修法，我在立法院先做一個提案，再來連署修法，由主席來看你們這邊有什麼版本，這個我來負責。如果沒用安全針具，該扣的錢就扣。我再補充一下，安全針具是用在急重症，如果像抽藥品、疫苗這種的就不需要，不是要廢掉安全針具這條法，是要修法修成該用的才用。

上星期勞基法已經三讀通過，所有的勞工在明年 1 月 1 日開始，工作時數改為 40 小時，全國幾乎都週休 2 日，週日是例假日，週六是休假日，明年開始例假日不能出來加班，除非用輪班，只剩醫師被前後夾擊，前有健保會、健保署，後有醫勞盟、護理產業工會、年輕醫師，以住院醫師來說，他希望比照勞基法，這是我們的目標，但這樣會產生多少費用，委員知道嗎？今年的醫院評鑑把住院醫師的上班

加上值班時數訂為 88 小時，我以全聯會理事長身份在立法院大聲疾呼要降為 66 小時，66 小時是比照新加坡和香港。

我們滿意度都是 90% 以上，我覺得這都是血汗，在座的委員應該都同意這一點。對於年輕醫師、年輕護理人員，包括藥師、檢驗、放射大家都一樣，向上星期健保會那種情形，是我們最不樂見的，雖然沒有參加，我們都掌握現場的情況，全民健保會的規則裡面本來就沒有表決，除非是特定的項目，本來就是要用協商的，這是大家對於議事規則有點質疑，用表決、用退席是最糟糕的，我希望能回到正常的協商方式與機制，我在這裡向大家懇求。為什麼會訂低標和高標，國發會是用人事成本等計算出高標和低標，健保會的權力大到可以把低標廢掉，這樣就有點脫節了，我建議大家做事都要和諧。

我最後說一個，全世界最高檔的就是瑞士的醫療，日內瓦大學附設醫院有 1806 床，7 個院區，實驗室是 P4，可以分離培養伊波拉病毒，醫護人員共 12600 人，台大醫院 2000 多床，員工乘以 2，醫學中心評鑑總員額就是床數乘以 2，瑞士是乘以 7，主治醫師加住院醫師有 1800 位，1 床有 1 個醫師，我們是 1 個醫師有 9 床，他們也是很缺醫師，他們住院醫師工時(上班加值班)50 小時，薪水 32 萬台幣，主治醫師上班 40 小時，薪水 50 萬到 90 萬台幣，護士、護理師上班 40 小時，20 萬-33 萬台幣，醫療糾紛很多，但都是民事，這是醫糾法的事，現在不講，我要向大家報告，年輕醫護人員的想法和我們不同，我的期待是明年度總額如果能夠談高一點，我希望所有的醫療院所，包括醫院、診所，把所有多出來的錢全部反應到給員工的薪水及改善勞動條件，我很感謝基層一直以來做得很好，民眾滿意度這麼高是建築在醫護的過勞和血汗上，如果開業醫師也比照明年 40 小時，自己去輪休也是合理，給民眾超級方便，到底是好還是不好，我想這是一個議題。

李代表昭仁

聽了理事長蘇立委這番話，對未來充滿信心。我也希望如理事長所言，安全針具不用再討論，到立法院解決。但如果這個案還是要做的話，希望健保署協助處理廠商訂貨事宜，因為在我們偏遠地區診所訂貨數量太少，廠商根本不理。

蔡主席淑鈴

安全針具是依據醫療法，從 101 年開始連續 5 年，已經進行到第 3 年，已在進程中，我們預算也都投入了，包括醫院平均 1 年 1 億，這個部分要從法來解套，也要有比較正當的理由，應該回到當初修法的意旨，在目前法令未修正前，還是必須按照法律規定執行，我們配合蘇委員修法進度。

蘇委員提到瑞士的醫院，他們的保費和醫療費用也是高得驚人，他們做個很簡單的手術就要 1000 萬台幣，當然就會有這麼足夠的醫護人力。因為醫療費用很高，他們都要購買商業保險，商業保險的保費也非常貴，高價就會有高價的配備，不可能用臺灣的 COST 有瑞士的 STAFF。

李代表紹誠

從滿意度調查，可以看到歷年來民眾滿意度一直在增加，103 年的滿意度 98.7%，這個滿意度拿到全世界是嚇死人的滿意度，但針對不滿意的 1.3%，卻是放大來看，例如假日休診看病的不方便性，問卷是有需求而找不到院所，我覺得需求的定義要清楚，任何不舒服都是有需求，可是自己上藥局自行買藥的百分比又很高，所以這是不是真需求，要進一步研究，我們滿意度已經到這麼高，還要把不滿意放大到我們還有進步空間，我都不知道怎麼說了，署裡看這個滿意度應該是很高興的結果，希望在評核會時應該是拿到特優的等級，幾年下來，我們很努力去做但都拿不到比較好的成績，這是很失落的一塊，我們在可以給我們比較好的資源時，我們都拿不到。

蔡主席淑鈴

有關滿意度調查，等一下請學者專家代表評論。

陳代表宗獻

滿意度與今天要討論的合理門診量有關，我是覺得假日休診的滿意度即使今年不會掉，明年也一定會掉，因為除了醫師以外的人都不得加班，藥師不可以來上班，這種情況下只有醫師一個人，在全聯會已經準備要提案，第一就是用輪休方式，民眾也有 90% 以上贊成輪休，因為輪休也沒有醫師之外的工作人員，所以我們會建議延長公私立醫

院醫師退休年資，往後延長，增加投入的醫師人數，70歲以上醫師如果出來看病，尤其是在星期天看診就加給，不擇手段將這些老醫師全部抓出來。我們今天討論合理門診量也要思考這個勞基法影響的問題。

因診所假日休診造成不便的比例，我們就不要看數據，我家附近2家便利商店，可是2家同時關門，每次繳費要開車出去，便利商店關門已經造成我的不便。所以這個題目有點奇怪。

再看103年因為診所假日休診有57.6%必須到醫院掛急診或門診，相對於102年只有47.6%，建議下次做分析時也把人數算出來，我算了103年是31人，102年是75人，我們從這個角度看全臺灣1年總共有1億7千多萬就診人次，在診所看病的有2千多萬人，每個月看病的人至少有幾百萬人，裡面只有31個人必須去醫院，抱歉樣本數1143人，比例要再放大。但是相對來看是在改善中，不是後退，樣本加進去等於沒有變化，在討論後面的案子時要多考慮外界的環境和統計方法，這樣我們比較容易得到比較公平的看待合理門診量。

黃代表振國

全聯會報告案的各科主要成長項目，副秘書長希望我們各區回去管控，但這些問題是歷年來各區的共同問題，與其各區費心思管控，不如全區通盤解決。大家看各科的主要成長項目，如果是該科的主流診療項目也無可厚非，但我看外科主要成長項目卻是內痔結紮，這問題已經發生很多年了，因為內痔結紮的費用不低於內痔切除手術太多，內痔切除手術可一勞永逸，但內痔結紮後常復發而多次申報，也可能是切除手術風險高給付低，所以外科醫師偏好做內痔結紮手術。因為國健署在推動大腸癌篩檢，只提供篩檢費，並沒有提供後續治療費用，所以這幾年內痔結紮與大腸直腸鏡費用逐年成長。

我建議1. 必須向國健署反映，既有意推廣防治大腸癌，也請國健署除了FOBT篩檢外，也將後續相關診療費用挹注到健保。2. 對內痔結紮比例過高的醫療院所必須有所管控，如高於同儕比例太高的院所，除了接受專業審查外，也要有行政管理機制來管控，以減少可能的案件浮濫。

根據全聯會報告「104年第一季各科申報醫令總點數最高項目統計」之主要成長項目，小兒科第1的項目竟然是耳垢取出，骨科及神

經科的主要業務竟然是復建治療，建議整體思量全台除了復健專科外，有沒有需要這麼多提供復建服務的醫療院所？眼科的主要成長項目，因為白內障手術是 DRG，白內障手術一個 2 萬多點遠高於其他項目，所以看不到其他次要項目成長，請全聯會在分析眼科成長項目時，除了白內障手術外，第二名第三名的成長也呈現給大家。皮膚科是液態氮冷凍治療比例過高，可以考量減小液態氮冷凍治療及單純冷凍治療的點數差異，或限制液態氮冷凍治療所佔的比例。

周教授穎政

建議先將問題聚焦，像談安全針具又到各科的問題，這樣飄來飄去，無從聚焦的話，副署長就不知如何因應，這樣也就不需要因應，我會建議醫界以後先內部整合意見，不然就會開會時這邊講一點、那邊講一點，內部議題應內部先形成共識，你們沒有內部共識時，副署長也不知道如何幫你，所以要談的議題要先聚焦。

問卷調查要先釐清目的，我的理解是這個問卷是要持續性觀察，要做成以後基層的額度，那題目就要講究一致性與長期性，只要擔心一旦掉下來會扣到你們的錢，這個結果已經超級優，學術上也不需要討論，太好，好到嚇死人，這應該是 follow 過去的作法，這大概沒什麼好討論。值得注意的是，如果你們內部有什麼動機，想要透過這個問卷去瞭解有什麼內部要改善的，顯然這個指標不能再用了，這是另外一個目的，就要用比較敏感的指標知道基層還可以再改善什麼服務，這個滿意度高到一個程度，要把一些少數問題放大來思考，我覺得也不是適當的作法，這值得重新評估監控的指標，長期滿意度制度要怎麼做。

關於假日輪休問題，年輕世代的醫師已經不可能接受幾十年前那種日以繼夜的工作型態，這是大家要面對的事實，這個一定要改變，但是大家要同心協助去告訴消費者代表就是要有人付錢，這一定會衍生成本，問題是這個成本誰要來買單，我要問的是今天的機制是打算透過政府強力的規範去處理輪休問題，還是基層就是一個競爭的環境，容許百家爭鳴，各自處理，有的透過集體執業，有的人排星期六，有的人排星期日的等方式，這塊是讓市場機制自然運作，形成各式各樣的診所，大概不也不拿著槍去逼人家假日休或不休，我反對的是有強制規定，因為這是大家集體呈現，有的想看星期六、日，有的不想看，

現在有些診所只挑特別時段看診，我覺得應該容許大家有不同的型式運作，這樣反應出來的結果是健保署要看沒有市場失靈的現象，只有市場失靈時政府才需要介入管制。

最後呼應蘇清泉委員，看到世界各國的制度，大家都會發現 21 世紀，人們是會更願意把錢花健康方面，全球都已經證明了 21 世紀是生技醫療科技的世紀，很不幸地，目前臺灣目前的制度是利用健保系統性壓低這邊的支出，理論上應該是佔 GDP 很大的部門，會創造很多就業，而且是收入比較好有尊嚴的工作，但是付費者代表付一個很低的錢，這是要解決的，否則壓低之後就是血汗低薪，反而健保是造成整個國家低薪血汗的幫兇之一，這個幫兇最大的原因就是付費者代表無法系統性思考可以調高保費，不過付費者代表又會提出一個問題就是，調高了保費錢是跑到哪裡？這是我們現在兩邊卡死在這一邊，就是說理論上應該要調高、理論上是要僱用更多的人、理論上僱用從業人員有一個更好的待遇。但是這個錢我們目前有什麼樣的機制能夠去解決它。我想蘇代表想去講這個問題，可是內部的複雜的機制與機轉相信在座的各位也都沒有把握，那我只是呼應這三點的問題。不過健保署也是受害者，我替他們說，他們也是受害者。你不要想健保署是怎麼樣，他們也是受害者，他們也很血汗。

蔡主席淑鈴

今年 3 月召開建保 20 周年的國際研討會時，有一位學者 Uwe Reinhardt，他是普林斯頓大學的經濟學家，他講醫療就是經濟的一環，就是周老師剛剛說的概念，背後代表的是就業率、生產力。全世界都面臨人口老化問題，那「老化」這個產業，事實上老化的經濟裡頭有很多的商機，從經濟學的觀點來看，包括老人所需要的醫療也是 GDP，因為需要有人去生產很多產品，也需要投入一些成本，延長大家的壽命。這是沒有辦法去阻擋的一個趨勢。不過話又說回來，我們從健保開辦總額 1600 多億到現在已經 6000 億了，不是沒有在成長，我們每年成長 200 多億。過去十年台灣是低薪的時代，健保因採總額支付，20 年來沒有停止成長的腳步，所以相對於台灣其他的產業，醫療產業反而是穩健成長。所以，這個事情不能只從一個角度去看，要從本土的角度、也要從全球的角度去看。

我們還要更多發展預防保健，因為我們如果全部都等到民眾病懨

慫再來花錢也不是個好辦法。

周教授穎政

那次的國際學者也會同意現在花得太少，而且要花在基层，這是所有專家、學者的共識。

蔡主席淑鈴

對！就是成本效益比較好的是在基层。所以，各位代表你們是很重要的，不要一直把自己能提供的服務抑制了。

陳代表宗獻

我進來十幾年了。總額從500多億將近600多億到現在1000億包含洗腎十幾年的時間，其實很少。

周教授穎政

我覺得副署長應該已經很努力了，大家應該要配合她好好地來處理。

蔡主席淑鈴

這個我們要大家一起來加油。不過我想謝謝周老師，他現在要趕回去評鑑。那我們這個部份，大家還有沒有意見？好像黃代表有意見，這邊先然後我們再揚代表。

黃代表啟嘉

剛剛提到瑞士成本是那麼地高。所以其實從這一點來看，我們就要了解到健保多年來它的預算成長了一倍。其實連品質也提高很多，不只是服務量而已，連品質也提高很多。我的感覺是我們一味地要求品質，卻忘了資源的投入，也沒有足夠的成本去因應這樣品質提高所需要的投入。所以如果我們不期待像瑞士那麼貴，那我們對假日看診這一類的東西，是不是應該要做一個妥協。所以有些東西的品質，我們不想花這麼多錢的時候，我們這些東西是不是應該要有妥協？

然後我想我們健保在醫界來講最大的矛盾就是，我們是一個總額預算，所以是一個計劃經濟，但是我們市場實際的醫療運作卻在市場

經濟下做運作，所以如果說我們真的是用總額預算，我們徹底地走公醫制度這也是可以接受的。問題是它不是這樣子，先讓醫療以市場經濟的方式去運作，然後用計劃經濟來給付，那我覺得這個是一個矛盾的地方，那也是造成我們醫界這麼苦惱的地方。

那再來講到問卷是不是有一致性。剛剛老師講到說，這個影響到我們七月底評核會的報告分數，那事實上在102年、101年以前，我們在假日看診的時候，我們是全體的民眾一起來問說你們有沒有這樣來看診困擾，到了102年去改成說對於有假日看診需求的民眾，去問你有沒有假日看診，問的那個分母是不一樣的，那這個都無法比較。

再來就是說，我們來看，其實民眾也是可以教育的。因為我想樣本數的減少，從102年到103年樣本數減少那麼多，表示有看診需求的民眾的樣本是減少的，那是不是有很多東西，所謂真正的需求被教育以後，它是會減少的。那些被假日看診的需求是會減少的！那事實上我們也許不需要付這麼高的成本，將來勞基法的規定，我們很多例假日，我們請不到那麼多的醫療人員來做這些事情。那是不是那個需求沒有真正的存在！我覺得可以思考。

楊代表芸蘋

主席、各位代表大家好，剛剛蘇委員針對我們上星期開健保會那個決議，真的我自己也深感遺憾。因為我們在做這個表決之前，我有呼籲大家，可不可以不要表決，我想陳委員也在現場，因為那不是我們樂見，而且醫界和我們這些消費者，其實大家都是好朋友。雖然是在會議上會有各自的意見，可是私底下大家都是好友，所以我們不想在會議上感覺是有衝突的一個表決。

剛剛蘇委員講在我們的議程裡面好像說沒有表決這樣子的一個項目，其實是有的。我們以前有過這樣的例子。那可能是議程上沒有寫，我們的那個章程內容是沒有寫，可是以前是有過例子，當然這不是好事，我們不願意再有下一次再有那樣表決的一個決議，我們非常非常不想要做這樣的決議，所以我那天才呼籲大家說可不可以不要表決，然後我希望我們雙方再做進一步的討論，結果後來蔡秘書長過來討論的時候還是聽取大家的意見，我們那天做了表決，不過我們事後是可以有機會再協商，在協商之前是有機會再討論，所以針對這一點我跟各位說，我也是很遺憾！我不見得喜歡這樣的結果。

再來就是我剛剛有提到的我們滿意度的情況，剛剛周教授也講了。其實我們滿意度，我們國人對健保是百分之百的贊同跟讚賞，而且我自己是健保會委員，或是很多的委員，我都會呼籲大家說，盡量善用我們的健保資源，同時也要請大家愛惜資源，我會一直這樣宣導跟呼籲，所以這點是我不遺餘力地一直在講的事情，那所以說我們台灣的民眾真的是需要剛剛黃委員講的，真的是要教育，他們不懂。尤其是對醫療這個資源的內容他們不了解，所以在滿意度的內容寫的造成大家不方便的理由，根本沒有太多的理由是真正不方便的，這就是自己很忙、自己很急，然後不想慢慢地自己等掛號、去掛急診，掛急診的人太多了。我自己也有過這樣的經歷，因為大家都忙，所以時間都很趕，所以對健保的滿意度應該是百分之百的，95%都還少了一點點。

不過有一點缺點就像剛剛那個李代表說的，不能說百分之百那就超標了，那以後就沒有改進的空間了也沒有，其實因為醫界內容我們消費者不是很清楚，所以你們應該像周教授說的，是不是有不協調的部份你們自己要去整合，然後來討論的時候會比較聚焦，這個也是一個方式。那其實我們消費者代表也是願意只要你們醫界做的好，那消費者就是幸福的，我們就有好的醫院、有好的醫生來看病這是正確的，而且你們西醫基層是真的很重要、比醫院還重要，所有的焦點都在你們身上，所以你們不要氣餒說目前的走向是這個樣子，然後上個禮拜結果是這樣子，不要擔心，我對我們西醫基層是非常有信心，因為我在這個代表、在這個位子也做了幾年了你們都做的很好，我希望你們有不同意見的時候先做個整合，然後消費者會再進一步地跟你們做面對面的溝通。

然後剛剛黃代表有講到說，國健署一直在宣導的大腸癌的做那個大腸鏡的檢查，其實我也注意到這個問題，他一直在做這樣的宣導那是對民眾來說是好的，醫院在減少大家得大腸癌的機會。所以它會多做這樣的宣導，那很多人會去做那樣內痔的結紮，這確實比例上增加了很多。那你不能說因為增加這樣子的費用，當我們內痔結紮增加了，那費用提升很多。那把國健署多餘的費用放到我們健保署來，我不知道這樣在體制上是不是可行，這好像不太合宜嘛！國健署是不是有多餘的錢可以幫我們健保署，有這樣子的一個做法嗎？可行是最好，那我們健保署錢就不用花這麼多，在這一塊就可以減少支出，這個如果

可以的話，可能要請問一下我們副署長幫忙了解一下。

那還有那個骨科的簡單治療的部份復健成長太多。其實我覺得復健成長太多是正常的耶！因為現在大家每天都神經緊繃，然後每天都很擔心，每天根本是坐著不動的，一坐就是兩、三個小時開會，所以這個筋骨上面是很多需要去做復健的，我自己都覺得要做復健，所以這個成長應該是社會的變遷跟社會的狀態有關係。現在的狀態的關係，所以跟每個人的狀況是有影響的，所以我們的坐姿太久了，它的骨頭上、筋骨上，哪個節上長骨刺那是蠻多的，所以成長的程度是一定要有的，那你說這個數字多，那如果這個數字是沒有錯的話，我認為這成長的速度是應該的，所以我們是呼籲大家多健康、多做一點運動，走一走也可以一次坐三個小時也是很辛苦的，可以利用上廁所的時間運動一下伸展筋骨。

然後再來就是醫學中心皮膚科這一塊，這個沒有什麼意見。那以上一點意見，那如果有什麼想法的話，再跟各位報告，謝謝！

譚教授慶鼎

從此份民眾滿意度調查結果，看到基層努力的成果，令人敬佩，例如在民眾最滿意的治療成果方面，其與醫學中心門診的滿意度在伯仲之間。如果硬要挑剔這個調查，可能是樣本數相對稍少，以及以電訪方式來調查，其樣本特性可能需進一步了解，此外，日後作滿意度調查也可以試著加入民眾認為需要改進的地方。

調查結果顯示基層假日休診，是可能造成醫學中心急診被當門診用的因素之一，這些情況大家應該都能想像，也相對地顯示基層對提供民眾醫療的貢獻及重要性。

現在不少醫學系畢業生仍有意願投入到基層，願意留在醫學中心或醫院的相對較少，在醫學中心和醫院來說有面對急症和重症的壓力，如產科也有未來的人力短缺問題。

蔡主席淑鈴

安全針具未修法前，仍需逐步釐清廠商、材料等問題，依序向衛福部醫事司、FDA請教，有結論時再在會議上報告。

滿意度調查結果民眾都是很滿意的，只有一項，衛福部品質小組做國際比較，唯一比較不好的就是看病時間太短，只有5分鐘，對病

人來說療癒效果有限，會覺得太快了，醫師不了解病人，還有衛教時間太短，這要持續改善，這是臺灣長期看病文化的一環，但這是值得深究的，如果我們希望病人覺得很好，就在時間上改善。像周老師所提，全聯會如果有關心的問卷題目，也請告訴本署，如果有公會想知道的題目，我們也樂意可以做問卷題目增加，請公會研究後再告訴我們。

蔣醫師報告有關分區之間有一些醫令異常成長的狀況，請分區業務組的同仁參考，如果各分區業務組也有感覺有一些異常，也請協助各分區分會釐清合理性。

蘇代表提到工時及陳代表提到明年的合理量，有需要再釐清的部分，我們再收錄下來，研究一下對週日看診的影響，如果真的除了醫師之外，其他人都不能上班的話，我們要釐清，請醫管組釐清，看對基層服務有什麼樣的衝擊，要如何因應，下次提案討論。

隨著人口老化，我們確實需要推動居家醫療，顯然這個服務需要基層來投入，但現在基層投入情形不是很踴躍，請醫管組龐組長摘要補充報告。

龐代表一鳴

如果我說明不足部分再請陳宗獻醫師幫忙補充，整個協商都是依照陳醫師的意見修改整個方案，我們4月下旬公告「104年全民健康保險居家醫療整合照護試辦計畫」，公告之後有責成各分區業務組舉辦業務說明會，大部分業務組也已經舉辦，若有不足部分，各業務組會再加強，目前最嚴重的是病人有安寧的、有呼吸器、三管的、精神病的，所以這次開放的病人對象是比這些情況再輕一點的，就是沒有到三管的，因為三管有居家照護，更嚴重的有安寧，針對行動不便和經濟環境不好，沒有家人送他去醫療院所就醫的，針對這些對象提供居家醫療整合照護計畫，醫療提供者的條件是有參與「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」或社區安寧照護之特約基層診所，及特約地區醫院。希望這些基層診所整合現有的合作醫院，預計有個轉診制度一起來參與。

目前是開放申請的期間，支付方式有定額費用加上論量計酬申報。推出這個試辦計畫後，我們也收到一些意見，就是目前居家有這麼多案，為什麼分開進行，一個病人的狀況會隨著時間進展而有不同狀況，

所以我們現在也開始作業要討論一個更整合性的計畫，把安寧、居家護理、三管病人的照護整合一個更完整的計畫，在這個計畫推出之前，希望大家參與居家醫療整合照護試辦計畫，也請各業務組幫忙宣導。

陳代表宗獻

這是一個試辦計畫，醫師就是參與家庭醫師整合性照護計畫或社區安寧照護之特約基層診所，出現比較大的問題是因為參與病人規定是屬於經濟弱勢，可能要告訴我們醫師，是不是福保的就是照護對象，因為我發現福保很奇怪，一個家庭裡面，父母兄弟姐妹子女中，只有幾個是福保，有的不是福保，這是因為投保單位的關係，所以要先釐清病人，我們比較容易提供服務。

關於申報流程，現在看到的是很簡單的流程，如果診所發現病人是住在臺中的獨居老人，但他有子女住在臺北，病人是福保，可不可以福保加上必要性就滿足收案條件，讓醫師先主動提供服務再申報，還是要先申報再提供服務。

龐代表一鳴

現在是有點雞生蛋、蛋生雞的問題，也有消費者代表請我們去向病人端宣導，要告訴病人有哪些醫療院所參與，所以才拜託各醫療院所要先來參加，我們會把相關的醫療院所資料提供給相關病友團體或社福單位進行宣導和推廣，先有醫療服務提供者資料才能來做媒合的動作。

服務對象的經濟條件是中低收入戶或低收入戶，居住於住家，不含安養機構，有明確醫療需求，有明確醫療需求是你們來評估的，至於經濟狀況條件，陳醫師所說的福保是一個方法，可是中低收入戶不見得是福保，各位發現有這樣的個案時，健保署的電腦可以查，詳細的作業也會交待分區業務組，所以經濟判斷上請洽各分區業務組查詢，身體狀況及疾病狀況就由各位做專業判斷。

蔡主席淑鈴

這個案子是因應人口老化，基層去做服務延伸，要與醫院合作，這個制度現在只限於低收入戶與中低收入戶，但未來會完全推廣，特

別是長照開辦之後，醫療與照顧要整合提供，所以我們這一端要先進行，希望基層醫師能把這個服務當成是要發展的服務，這在很多人口老化的國家，推動都比我們成熟，我們還沒有做過，我想今天是補充，就不再討論，我們的分區業務組都有做說明會，希望有更多院所願意參與，有任何問題請與分區業務組聯絡，我們6個月內會再檢討修正。

林代表義龍

謝謝健保署推這個計畫，但有一點要先拜託健保署幫我們和衛生福利部去解決，這個計畫是要出去機構的包括醫師、護士、藥師…等等，但依現行的法規是不能出去的，這個問題要先解決，請衛福部出個函。

張代表孟源

在執行這個計畫上，我們臺北市出了2個熱心公義的醫師像聖人吧，一位是聯合醫院總院長黃勝堅，一個北投的洪德仁，這兩位非常熱心，聯醫和洪德仁的社區營造合作，把病人轉介。下次西醫基層總額研商會議如果有機會的話，是不是也請洪德仁醫師來這裡把他的經驗向大家分享。我必須強調的是，這個計畫和家庭責任醫師完全沒有關係，洪醫師在推動時面臨一些莫名其妙的壓力，如果有人說和家醫有什麼關係時，也請健保署幫忙澄清。

蔡主席淑鈴

這個建議很好，下次我們也可以請洪醫師來做經驗分享。這個報案就到這裡，再麻煩全聯會和各地區分會來協助。

報告案第四案「西醫基層總額103年第4季點值結算結果報告案」

蔡主席淑鈴

各位代表沒有意見，點值確定。

討論案第一案「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫醫療

資源不足地區之定義修訂暨新增病毒量檢驗結果登錄等案」

林科長淑範

因為時間關係我來簡要說明，醫院和基層對於支援醫師的規範不同，醫院開放各地區都可以有支援醫師，我們希望基層在現行 6 個縣市中能夠再擴充增加資源不足地區，但基層希望定義應再檢討。所以我們綜整國內一些文獻報告與署內統計資料，這些資料在第 60 頁，我們用了 3 個參數來定義 B、C 型肝炎醫療資源不足地區定義，一是 B、C 型肝炎盛行率、第二是平均每位醫師照護人數、第三是屬現行 6 個 B、C 型肝炎醫療資源不足地區，按照這樣的結果，我們取聯集，同時考量這個地區是不是資源豐沛的地區，第 62 頁可以看到全國有 21 個縣市中按照剛剛三個參數，只有臺北市、新竹縣、南投縣及屏東縣不會列在 B、C 型肝炎醫療資源不足地區，剩下的 17 個縣市中，有 14 個縣市是 B、C 型肝炎醫療資源不足地區，其他 3 個部分列入，就是台南市、新北市及高雄市是用縣市的概念來定義 B、C 型肝炎醫療資源不足地區。希望透過健保資訊服務系統（VPN）登錄病毒量的檢驗結果。有此個案不需要做病毒量，我們在肝癌及肝炎防治會討論過，委員建議是醫院如果有做，還是希望能在 VPN 登錄，因為這是以後一個參考數據，以上。

蔡主席淑鈴

簡單來說是本來西醫基層很怕錢不夠，就不開放兼任，現在預算已經編足，就看哪邊要開放兼任，因為消化專科人數沒有那麼均勻分布，所以醫管組就研擬一大堆指標，請問需要這樣分還是全面開放，因為民眾有需要，預算也編列了。

陳代表宗獻

預算從 2 億變成 4 億，我們看今天的會議資料第 60 頁，肝癌及肝炎防治委員會的建議是 16 個，沒有在裡面的很少，臺灣才 21 個縣市，大部分都在裡面了，奇怪的是臺東、花蓮、宜蘭、屏東沒有。

再來是病毒量的問題，治療費用包含在裡面，病毒量檢測沒有，包含，病毒量檢驗會排擠基層總額，會從一般費用裡面拿走，換句話說，如果原來是 2 億會平衡，現在變成 4 億的話，我們在病毒量的檢

測就要多一倍，第 62 頁倒數第 2 行「委員建議若醫院有針對該類病患進行病毒量檢驗，仍應提供檢驗結果供參」，就是要做病毒量檢測，醫院做的就是醫院支付嗎？如果醫院到基層診所、大部分是衛生所提供服務，那它的檢測拿回去醫院報，因為衛生所沒有這個檢驗設備，如果是這樣，我們就沒有意見，因為我們負擔的責任太重了。

剛剛黃振國醫師說的那個，我一直忍耐不說話就是因為黃醫師點名，幾乎把所有的科都點過了，因為臺北的浮動點值曾經達到 0.80，他是審查組的召集人，他已經殺紅眼睛了，看到什麼都認為這個服務應該減縮，但是有個問題，就是醫學會也就是醫學中心的門開的很大，所有的會議裡面，醫學會都覺得某項檢查非常必要，某些材要要用完即丟的較保護安全，那些我們管控不到，但我們這邊的審查組卻殺到眼睛都紅了。病毒量又繼續吃我們的基層總額的話，我不知道要去哪裡殺？所以黃醫師那邊的責任非常的重大，我們每一個審查組的召集人都非常的重大責任就是殺，所以我是覺得喔，這個部份好不好釐清一下？醫院帶回去做檢查當然病毒量是在醫院做的阿，設備也在醫院阿，你不能說我人來了設備整個帶過來，那抽血就算診所的，診所沒有那個設備，如果到了陳內兒科來支援的話，是不是這一個部分它們提供病人的便利性，他抽了血回去，他在醫院做的，那個部分恐怕不是基層能負擔的，謝謝。

蔡主席淑鈴

謝謝，其他代表有沒有意見？這有兩個題目，一個是開放地區兼任醫師可以來處理這件事情，我們是不是先把這個做一個決定。就是說還需要分哪個縣市嗎？都已經 16 個縣市了，還要分鄉鎮別嗎？這是消化科醫師不足的地方，開放只是要你們診所或是衛生所有去請才有，還要限制哪個區，我認為跟民眾沒有辦法交代，且說明太複雜，而且沒有什麼太大的必要。

陳代表宗獻

報告主席，那我們可不可以先處理我之前說的，病毒量登錄那塊處理好了，我都沒有意見。

蔡主席淑鈴

其實我們有幾個要討論的，一個是開放地區別，另外一個是要申報病毒量。事實上登錄病毒量是在看藥品有沒有效，已經效果很好，就不需要長期一直服用，所以我想這是必要的，你爭的是檢驗病毒量的錢從哪裡來。請醫管組針對病毒量檢驗表示意見。

龐代表一鳴

病毒量檢驗確實是需要的，今天有另外一個議題類似像跨表這樣的議題，本來就可以轉檢或代檢的方式去處理，看不同的申報方式，現在就可以用不同的式來申報。實務上也有轉診、轉檢，轉診和轉檢的申報方式是不一樣，現在是通通可以用的。

我覺得這案子更需要的事情應該省更大的錢，什麼叫更大的錢呢？這個 BC 肝的用藥是要持續使用的，病人如果吃了一半中斷之後，前面治療的錢都浪費了，那個浪費是幾十萬幾十萬浪費，不是一兩千塊錢的浪費，所以這個案子重要的是病人確實管理，都有在個案輔導之下，按照療程來把這個藥服完才達到這個效果，病人完整追蹤，當然臨床醫師有些做得很好，可是有些可能他沒有請好的個案管理師，或是疏於照顧，他可能容易會有病人流失，病人有沒有流失，可以從健保署的資料查到，所以麻煩未來對於這種案子是不是我們應該是省更大的錢，請麻煩各醫師與分區業務組來合作，對於失蹤或是沒辦法追蹤到的病人，應該要課予一個更強的責任，來做後續的處理，不然療程的費用和藥費不但浪費，而且病人本身後續再使用還會面臨抗藥性的問題，我覺得這個是更嚴肅的問題，我們應該優先解決這個更嚴肅的問題。

張代表孟源

主席各位委員大家好，我完全同意龐組長講的話，其實真正重點是品質，尤其是醫療品質，在 B 肝 C 肝的治療的話，我們要考慮的前題是，一個兼任醫師到底能不能照顧好病人，一個禮拜去一診、兩診的醫師能夠照顧好病人嗎？像我自己有一個 C 肝的病人，他的病毒量測過剛好可以送去治療，但是我們現在 C 肝的治療跟國際水準有一個差距。我們現在還是在打長效的干擾素和 Ribavirin，人家國外已經直接抗病毒的藥給下去了，但是國外抗病毒的要非常的貴，一個療程三個月可能要 7、8 萬塊美金，但是我們現在是用干擾素，干擾素可

能一個禮拜長效型，或者打一針，我們要怎麼確認兼任可以把治療品質控制得好呢？所以我說 B 肝 C 肝醫療的品質真的是很重要，尤其是打干擾素的時候，我們要考慮到醫師對病人投入的時間及關心，或是對他的發燒、身體不適的追蹤等等，剛剛組長講的你後續一個療程六個月不是十二個月，打了三個月就不打了？那這個情況要怎麼辦呢？然後再來，人家國外關於病毒量 C 肝，這國外去測一個病毒有就好了，結果我們還要分哪一種 type？奇怪了，為什麼要分哪一種 type？因為治療效果未盡理想，國外無論是哪一種 type，只要口服的抗 C 肝病毒，效果 99% 以上，所以根本不用分 type。國內所以測病毒量一個費用，測哪一種 C 肝哪一種 type 又一個費用，C 肝病毒量可能三千塊，分 type 要兩千，總共要五千塊左右。至於 B 肝可能根本沒辦法將 B 肝病毒完全清除，只能抑制病毒量治療沒有辦法追蹤 B 肝患者可能產生病毒的抗藥性更糟，所以基層很重視品質，也重視病人安全，希望健保署在開放之前也考慮一下兼任的醫師是否有足夠的時間投入這個試辦計畫，是不是能夠達到這個治療的目標？希望說先考量這些醫療品質後再做開放可能會好一點，謝謝。

蔡主席淑鈴

我們原則去開放並沒有強迫大家要去做，那是地區要開放，如果願意把它做好的人就不限地區，都可以進來，要做就要做好個案管理，至於大家在意的病毒量檢查，可以用轉檢、或者是其他的方式處理，你們有很多管道可以走，所以應該沒有陳代表講的那麼嚴肅。（陳代表宗獻：代檢就處罰）處罰？為什麼要處罰？這個你們可以形成內部的共識，那所以我們是不是回到這個案子？其實編的專款是希望病人得利，而病人得利要在有品質跟避免產生後遺症的情況之下，所以地區的限制沒有太大的意義，最主要是要來聘專任醫師的診所，你自己要去照顧這種病人的時候，你就要善盡照顧這個病人的責任，我們開放目的不是說大家可以亂來，你要去治療這些 B 肝 C 肝的病人，你就要負起治療病人的責任，你就要知道這個用藥的規則，還有我們監測病毒量的目的，所以我想重點在這裡。

李代表紹誠

針對剛剛龐組長所講，那個個案管理那一部分，其實在某一部分大

部分都對，但是有一部份可能是個案個人的問題，他有南部、中部、北部到處住，一段時間跑到北部來住，跑到兒女家來住，一段時間又回到南部去了，那這種是個案沒有辦法掌控的，那有一些因素可能也不是我們馬上可以想到，因為個案有太多種的因素，沒有一個病人他願意說他自己冒著生命危險不去 care 他的健康，但是這種人也有，那所以他有百百種，那個案管理的時候是不是有一個比較通盤的考量，因為這樣個案管理，我願意管，可是他，他 lost control，我沒有辦法。

龐代表一鳴

這我來說明，一聽就知道你沒來參加我們的計畫，那個要定期登錄電腦，個案事實上是追蹤的到，如果他要去其他地方就醫的話，你院所追不到，但健保署是追得到的，所以我們有掌握他的情形，最重要的是我們一定要善用同儕比較的工具，有家診所，10 個個案都沒跑掉，另一家診所個案跑掉 3、4 個，就沒辦法跟其他同儕比，你單純看單獨個案的時候就會有像你剛剛講的那個問題，可是我們一樣做這個業務，一樣做這個同儕比較，有時候各院所用心的程度不一樣，照顧的結果事實上是不一樣的，我們看到實際情況是這樣子，所以我們會優先要求檔案分析下績效不是那麼好的院所去做一些改善措施，策略上應該是要這樣處理。

蔣代表世中

我想這個疑議還是需要釐清，其實對品質方面我是覺得就如同龐組長所講的，我想這個是無庸置疑。我想後續的後段會產生抗藥性或什麼的，我想當然是當一個醫師或當一個民眾，其實我是覺得這個是首要的任務，今天大家所 care 的問題，其實我是覺得醫院支援的醫師，我是覺得這個登錄的計畫案應該要在計畫裡面寫清楚，他全部都是弄轉檢，可不可以弄全部轉檢。因為我是覺得這部分的錢，我如果是我們去，如果是這部分的錢，如果是歸哪邊的，歸醫院的，我是覺得就應該歸醫院，歸基層的就歸基層，我想這個問題如果真的不夠錢就從專案裡面看什麼的，把計畫定的清楚一點，錢就可以解決，其他後續的品質我想絕對是配合支付，他要登錄多少？要怎麼紀錄病毒？我想都沒問題啦，但是這個錢將來是一筆相當大的錢，那這個錢有登

錄之後，將來我們有需要基層的出，等到明年後 105 年再編一個款再進來，都沒關係，這段時間既然有多一個登錄案，這種東西一定會衍生出來的費用，我們不能去限制他轉檢，他要代檢你就要給他檢，吃哪裡的總額，吃基層的總額，所以會要求他轉檢嗎？不可能嘛！他有時候是代檢、轉檢，然後你在基層就審查到怎麼去處理？你給它刪掉？不可能刪掉嘛！那這個錢就衍生出來了，那如果說在計畫裡面，你把它編進去我們也不反對，但是這個錢如果是衍生到基層來出，你不可能要求說你在轉檢我們就不刪，那代檢的話就刪，不可能嘛！審查端怎麼去管你嘛，審查端不可能。

蔡主席淑鈴

你們可以跟會員去宣導，先了解因為這樣所做的轉檢或代檢的數據，然後再做事後的檢討，計畫也已經公告，你們現在都想得太複雜又嚴重，好像你們的會員就一定會吃你們的總額，這從個角度去想的話，芝麻綠豆都會變成黃瓜，你們也去告訴會員有一些什麼樣的執行方法，要不然我們所有的事情都沒有辦法從民眾需求，以照顧民眾角度出發點，永遠都卡在你們想會卡到你們的總額，可能事實上那個錢是非常有限的，所以我們事後再來檢討，如果真的顯有影響大家的點值，再來看看怎麼樣做總額協商的彌補，要不然永遠好的政策都走不出去。

夏代表保介(陳代表夢熊代理人)

之前張金石主委要討論的時候，我們提的部分，這個檢查病毒量，跟做切片有做討論，卻發現到實際上大增，南區的部分就超過很多錢，那還是沒有兼任醫師的時候，我們那時候說是不是要做檢討？所以後來總局好像都不做檢討，所以好像很多試辦計畫到後來都好像都沒有做檢討，那這種事情我們都已經發生過很多次了，所以我們也擔心，那這個部分的話影響很大，那很多事情的話我想總局是用心幫我們解決事情，可是不是為了服務的問題，因為我們看到一個台北市設一個好心肝診所，那它請很多醫師過來做檢查，做免費檢查，它也都下鄉做檢查，每一年做四個鄉鎮，做了很多是有幫助，可是實際上我們知道做病毒量檢查的話喔，它是半年到兩年之間要做一次，以前做切片不方便，病人會拒絕，現在抽血很簡單，抽個血而已啊，那好啦，包

括那些做下去之後，發現到量大增之後，再做檢討，我不曉得來不來的及，因為實際上我們點數已經很不好了，我們希望新主席考慮一下，謝謝。

蔡主席淑鈴

建議還是為了病人的需要先做，如果因此而衍生病毒量檢查的費用，我們列入監控看金額有多大。假定有影響至某個程度就列入明年總額協商。

因為每個診所有些用轉檢，有些用代檢，有些自己做，這個自由市場很難在計畫裡面規定一定要轉檢，這樣不是好方法，但是我們應該還是回到事後檢討的機制。

黃代表振國

為何我們基隆市會列入醫療資源不足區？基隆地方範圍很小，病人到長庚、三總、部基各大醫院治療都很方便。而且我們基隆市有位國內肝臟科權威醫師簡榮南醫師，他是臺灣肝臟研究學會會長，由他照護病人的品質領先全國。所以基隆市不應該列入醫療不足的地區。

楊代表芸蘋

各位委員，我聽了半天，我想其實我們消費者都被你們給邊緣化了，因為本來就不應該設限哪個區能用哪個區不能用嘛！不能夠進行這樣一個檢查，我覺得根據消費者的這個立場，應該每個區都要給每個區的這個患者來使用嘛，怎麼可以限哪個區、哪個區呢？這個是有點本末倒置，我的意思是說我們消費者不應該被設限說哪個地區可以用哪個地區不可以用，是這個不能設限第一個。

那第二個，去年是兩億，那今年是增加了四億，你們認為這個錢還有問題，我就不知道問題在哪裡？難道說就為了轉檢的問題對不對？那病理的費用，其實我就說我覺得我贊成剛剛主席講的，他說先試看看，看你們的費用真的是花費在哪個地方？會吃掉這個費用？真的不行，我們再做明年總額討論的這個依據，你們沒有做還不知道嘛！先試試看嘛，因為這第一年是不是？這個增加額度多了兩億，已經不是兩億而已啊，現多了兩億變四億了！這個錢還會不足嗎，但先試試看，或許真的不足，可是不做不知道，總要去試試看嘛，看今年做得怎麼樣

再談。

蔡主席淑鈴

我們第一季的數據來報告一下好不好？

龐代表一鳴

我們今年預算 4 億，第一季才用 3 千多萬。

蔡主席淑鈴

我們來監控檢驗的費用。

龐代表一鳴

因為有消費者代表剛剛提，我來說明一下，這是就醫可近性的問題，我們基層院所號稱「厝邊好醫師」，就是我們有問題到厝邊就能夠解決，這個案子本來厝邊可以解決的，變成對不起請搭公車去解決，就沒有厝邊好醫師的價值，這個案子的主要精神在個案的可近性。

陳代表宗獻

我們家庭醫學科的專科醫師都會認為治療 B、C 肝應該不能排除家庭醫學科，內科也這麼認為，但是我們去向腸胃科，他們向我們做了 Lecture 之後，我們就不敢講話了，因為好不容易發展出來的這些抗病毒藥物要經過很嚴密的監控和選擇才能用，所以我們自動放棄，我們知道我們沒有這個能力去做，我陳內兒科當然也有 B、C 肝的病人，目前都在醫院處理中，我們已經很小心在注意，他在醫院處理沒有困難，但是他來我這裡處理，我還要找腸胃科專科醫師專責負責，如果他一個月來 4 次的話，病人必須在這個時間時段來，如果病人其他時段來，我沒有能力照顧他，如果我伸手照顧他，反而是在傷害他，會使得用藥抗藥性產生，因為他非常複雜，遊戲規則一直在改，所以我們家醫科自動說沒有辦法。所以那時我們開會時有訂出來一個基本原則是醫療資源不足地區，我是建議肝癌高風險區，裡面有明確的鄉鎮區，那些才符合醫療資源不足地區。

蔡主席淑鈴

問題是你所說的這些區就是診所要去聘兼任專科醫師，如果開放之後有診所願意去聘消化專科醫師的話，他就好好治療，這樣和地區有什麼差別？這個服務應該下到基層也能夠提供，要提供服務的診所就必須要有能力照顧病人，就是消化專科醫師可以提供服務，如果不是消化專科醫師，但願意聘兼任的消化專科醫師也可以。如果陳醫師認為沒有辦法請一個兼任醫師來因應，病人也沒有辦法配合，那就不會發生你所說的問題。請你們自己去考慮，要不要請兼任醫師的決定權在你們。

陳代表宗獻

我就把我心裡面的底牌翻出來。所有的診所都不會這麼做，因為沒有能力也不敢，敢做的附設診所與附設門診部，病毒量就是用代檢的，不會用轉檢的，然後吃基層的總額，破壞我們的財務平衡。他派專科醫師來輪值，像國泰有 20-30 人在輪，這樣他們當然沒有問題，但是他這樣真的有幫助到國泰附近的地方嗎？國泰診所在臺北市，根本不是醫療資源缺乏地區。

蔡主席淑鈴

原來是我們在講 A，你們在講 B，不講出來就搞不懂，如果是這樣的話，這個案子暫時保留。但是這些地區如果有這樣的問題，我們再重新考慮，下次再提出來。

陳代表宗獻

我不是破壞性的，我覺得可以去考慮 B、C 肝計畫的支援方案，在裡面把我們擔心的這一些釐清

蔡主席淑鈴

請全聯會提出對案，哪些區你們認為可以。

陳代表宗獻

因為吃我們的總額，我們當然不會提對案。

蔡主席淑鈴

肝癌高風險區的鄉鎮你們都同意嗎？

陳代表宗獻

還要再處理剛剛講的那個問題，要另外寫，因為你的計畫沒有寫醫院附設診所，醫院附設門診部。

龐代表一鳴

建議肝癌高風險區那一欄再加旁邊醫缺那一欄共 2 個條件，因為醫缺區本來就醫缺了。

蔡主席淑鈴

這些區應該沒有你們說的那種診所，有臺北市中山區、中正區…，那我們今天暫時保留，並不是不討論。但是你們預算執行率這麼差，會被檢討，你們帶回去討論一下，然後下次會議時提出。

陳代表宗獻

最好會議前就有會前會。

龐代表一鳴

建議你們有共識時就先發文過來。

蔡主席淑鈴

這個案子今天就不一一討論，因為涉及到個別縣市，個別區，很難用這樣的方式有結論，所以暫保留，但是請公會拿回去再檢討，特別龐組長剛剛提的肝癌高風險區和醫缺地區，請大家再重新檢視一下。如果你們有結論，行文過來也可以，不然下次會議再請你們提出來。並不是不討論，否則你們現在專款的執行率 4 億只有 3 千萬，這樣也很交待不過去。

陳代表瑞瑛(林代表慶豐代理人)

我想 B、C 肝已經做很久了，我今天看了這個案子，我真的感觸

良深，當時醫院協會，醫院總額也因為 C 肝的關係，從原來要做穿刺變成驗病毒量，馬上病人增加好幾倍，所以費用不足十幾億，你們很幸運，執行率這麼差，預算還給你們增加一倍，然後你們現在不要做，醫院做這麼多錢不夠，我們要求要補足，不但沒有補足，還把我們的錢全部丟到一般預算，診所有這個預算，因為專款專用，你們不用就收回，反正這個是額外的，把所有病人就推到醫院，我們很辛苦照顧這一群病人，可是我們得到的結果是超出十幾億，只有醫院不能補，兩種不同的待遇，今天我們來終於知道健保署對你們基層這麼好，你們還要把病人推走，我們真的很心痛。

蔣代表世中

我們也確實感受到因為過去醫院是穿刺，做病毒量後很方便，病人確實增加很多，因為醫院滾入一般服務預算，費用一定會增加，所以我們基層從一開始就沒有納入到一般服務預算，因為我們知道本身照顧怕會有缺失，很多病人是高風險群，所以我們希望在專款裡，這不是在推病人，而是我們希望病人該被好好照顧，衍生出來的錢，如果醫院不夠，就應該編入，基層專款有多的錢可以用到病人身上，這些錢從哪裡來、哪裡出去，我們都可以討論。

陳代表瑞瑛(林代表慶豐代理人)

這是 3 年前的事，現在不只十幾億

龐代表一鳴

今天還好沒有外國人來參加，外國人來會以為臺灣 B、C 肝照顧得多差，大家知道臺灣 B、C 肝是照顧得全世界最好的，很多醫院和診所都要肯定照顧得很好，我實際接觸，有些基層醫師真的照顧得很好，因為基層醫師更貼近社區，因為今天有總額分配的問題，所以是不是請公會按照剛剛主席的建議，在下次開會之前給我們好的回應，因為後續也會面臨檢討這個問題，而且最近也要開評核會議，一定會被檢討，以上補充，謝謝。

討論第二案 「西醫基層院所合理門診量」調整方案實施後之監控指標定義及異常情形處理方式案

林科長淑範

請各位代表翻到第 73 頁，本案是西醫基層診所合理門診量調整方案之後的監控指標異常處理方式。緣由是 104 年 2 月西醫基層合理門診量計算方式有調整，調整內容包括每月看診日數上限由 25 天全院計調為 25 天以上以 25 天計，以及調整支付點數；也關係到調整看診日數上限計算方式是否影響診所假日開診意願，影響民眾就醫可近性；本組與全聯會代表討論後訂立兩類指標；其一為監控指標的診所假日開診率，細分為周六與周日，詳細定義請代表參看議程；健保署會依此計算開診率，每週第三個工作日將前一週統計回饋給全聯會，月統計資料則在次月第三個工作日提供，比較閾值設定在前一年同時期 97%，低於閾值則視為異常，建議第一週請全聯會啟動輔導機制，連續發生兩個月則依程序預告並請衛福部公告調回原來的合理門診量及支付標準，以上說明異常指標處理方式。

第二要說明 4 項觀察指標：診所假日看診人次占率、診所平均每日看診人次(假日)、診所平均每家月看診天數及醫院假日急診量成長率；這四項指標用來觀察假日使用情形，以上說明。

蔡主席淑鈴

謝謝說明。各位代表對本案有無意見？

黃代表振國

因為明年全面實施週休二日，若六、日休假開診，就醫院所人力成本及執行面上相當困難；若用週六日-月平均開診率較前一年同月分之 97% 設定為閾值，不用到次年應該大部分的分區都難達成。另外今年最大改變是國定假日遇週六、週日由不補休變更為往前或往後補休假 1 日，造成 3 或 4 日的連續假期變多。依照個人的觀察，一般週六、週日病人數大致穩定，但遇多天連續假期，病人可能會因出遊等因素轉移至平日看診，假日看診病人很少。建議監控指標應排除計算 3 天以上的連續假日，且下修閾值，由 97% 下修至 90%。

夏代表保介(陳代表夢熊代理人)

不用等到明年，今年我診所的工作人員已經諸多抱怨了。今年 2

月時為了星期日看診吵一次，幾乎揚言罷工，也不知道該怎麼計算假日加班的費用；3天的連續假期都想帶家人出去玩，看診的病人減少幅度這兩年相當明顯，不用說基層總額，明年我們診所就撐不下去，假日開診的話診所工作人員就會要求平日停診，反而診所看診時間表變得紊亂，病人也覺得平日休診很奇怪。

陳代表建良(張代表嘉訓代理人)

不只護理人員希望週休二日，藥師也是。很多基層醫師遇到藥師不願意上週六日的班，即使聘有兩位藥師也不願在週末輪流上班，這已經不只是醫師開診意願的問題了，就算開診也沒人幫忙包藥，現在已經面臨到這樣的問題，大部分的決定因素不是在醫師，診所員工希望假日休息是人之常情，我們也能體諒，唯一想到的解決方式是用輪班總工作時數低於40小時的方式，即使如此，員工假日還是不願意來上班，調薪加給都沒用。以後週休二日的工作型態可能變成趨勢，請大家思考一下假日開診80%-90%真的不合理，用去年數字決定閾值更加不合理，即使醫院人手相對充足，都有週休二日，何況大部分診所醫師只有一個人，一個月看25天門診還要苛責嗎？合理門診計算方式改為25日，對現在藥師護理等醫療人員已經不符勞基法規定，未來全民週休二日的新規定，更加考驗醫療人力不足的事實。用假日開診率當檢討指標根本不可能達成，請各位代表能一併考量。

黃代表啟嘉

如果以民眾為中心來思考，這次就醫可近性調查顯示真正有假日看診需求的民眾也越來越少。我們診所所有數位醫師輪流假日看診，真正會來看診的民眾也越來越少，閾值可以如黃振國代表所提調整至90%，因為即使合理量不改變，假日看診的需求跟診所大致上也是年年下降，用97%閾值真的偏高，民眾若無需求，是否要付出額外非必要的機會成本，即使全數轉嫁給醫師也不見得好。

吳代表國治

呼應前兩位代表的說法，97%的閾值，異常情形與處理方法對基層來說太過嚴苛了，處理方法一環扣一環，還要全聯會發函輔導、連續兩次要報到衛生福利部公告，好像要診所一出現問題次月就要回復，

如果 2、3 月出現異常，5 月回復原制，4 月有改善也於事無補。基層診所所有意願配合健保署，但是標準真的太嚴格了，也沒有給我們反應的時間。

陳代表宗獻

議程第 74 頁提到發生異常狀況通知全聯會啟動輔導機制部分，輔導機制可能是請缺乏地區診所假日排班提供服務，或請假日看診醫師延長服務時間至少 2 節，這兩個方式在開診率指標計算時都看不到。例如我以前因為開會或參加醫缺巡迴，難免無法滿足每月看診 25 天的要求，只好假日開診，等到一個病人看完後馬上休息，這麼做也沒有意義。希望全聯會輔導機制下，到診所排班可以看到努力的效果，假日看診時間延長部分，也可以反映在開診率指標裡。再來講到觀察指標部分。診所假日看診人次占率反映服務量，假日平均看診人數也是診所努力的結果，希望觀察指標也列入異常處理方式中，能夠反映全聯會努力的效果。剛開始可以只看假日開診率，之後全聯會給我們更長的時間，例如在 1 季內採取補救或改善措施，時間太短恐怕反映不及。

龐代表一鳴

我來說明一下，今天概念上不算是閾值，要到一個數值後進行輔導觀察以及回饋資料部分，用參考值來取代閾值概念比較適當。如同陳宗獻代表所說，四個觀察指標也屬於參考資料，以後就定期每週將這些參考資料送公會，也請公會作適當的回饋、監督與改善可以嗎？另外重點也提醒大家，開業醫師也要配合勞基法以及顧及生活品質，消費者希望能兼顧可近性，日後勢必會成為長期討論的議題，藉著提供這些資料，大家彼此觀察，希望能促進社會和諧共生的機制。

蔡主席淑鈴

還有代表有意見嗎？楊代表請。

楊代表芸蘋

幾位代表所言即是，消費者知道假日找醫師傾向於緊急無法忍耐時才會去找醫師，也都是到急診去找，所以假日急診容易被濫用，一

般民眾假日也不會去找診所。另外雖然有假日看診需求的民眾聲音，其實真的不多，所以兩方可以再磨合觀察一下，如果門診量真的不夠，明年也可以再討論一下。

蔡主席淑鈴

這一案是否把假日看診率也列為觀察指標一陣子，資訊回饋部分照常，一陣子之後再作檢討。另外陳代表所提假日看診時間長短可以用 IC 卡上傳資料得知，我們也列進來成為觀察指標。謝謝陳代表提供的寶貴意見。現在已經快 5 點了，第三案之後延到下次討論可以嗎？

龐代表一鳴

說明一下，今天提供的補充資料是應上次公會要求所作，請公會回去看一下，以利後續討論。

蔡主席淑鈴

請各位代表就補充資料的本署意見先行參考，下次會議再討論，今天會議開到這裡，謝謝大家。