

附件 本會 104 年第 3 次會議與會人員發言摘要

本會上次會議紀錄確認

龐代主席一鳴

確認上次會議記錄，請問有沒有需要修改的部份。如沒有，上次的會議記錄就洽悉。

報告案第一案「本會 104 年第 2 次會議結論事項辦理情形」

龐代主席一鳴

上次會議結論事項辦理情形洽悉。

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)」

龐代主席一鳴

- 一、整體看來，今年點值會有改善。
- 二、核減率已經突破了 0.9% 關卡了，最近幾年突破了 1.0% 關卡，現在又突破了 0.9% 關卡了，所以核減率是向下趨勢。
- 三、全聯會簡報中有關骨科醫療點數成長率部分，假如骨科的基層治療是以復健為主的話，為什麼每件診療費在不同分區差了快 1 倍？

蔣代表世中

別區骨科每件診療費都是 2、300，這次是高屏特別低。

陳代表瑞瑛(林代表慶豐代理人)

因為復健 6 次只能有 1 次的診察費，復健做得多，可能就降下來。

蔣代表世中

我們做的分析，高屏區骨科主要報的是末梢神經阻斷術，還有徒手關節授動術，其他區大部份第一位都是簡單治療中度。

龐代主席一鳴

你們回去再 study 一下，因為診察費是固定的，不是診療費高就是藥費高，但高屏的藥費沒有特別高，將數值和件數的值除一下，就知道藥費並沒有特別高，可是他的診療費特別低，因為復健還有療程的問題，是 6 個療程併在一起報的，特別低是療程不足還是有其他問題，可能要注意一下。

黃代表振國

大家請看全聯會的第 13 張簡報，臺北區的西醫急診很特殊，剛剛蔣副祕書長有提到急診有提升，可是我看了之後覺得很納悶，臺北區的急診每件的平均點數是 4087，其他區都是 1000 多，比去年同期成長了將近 3 倍之多，使我納悶為什麼同樣是西醫基層的急診，為什麼成長率這麼高，是不是可以了解其他的件數涵意及成長的因素，高出其他區太多了，這是第一點。

第二點其實剛剛談了很多，包括骨科的復健，請看我們各科最後的總結，就是全聯會的第 36 張投影片，我想剛剛主席提到其實臺北區針對骨科的復健真的很頭痛，遇到的困擾點就是骨科醫師去爭取復健案件，在去年的同期只能讓骨科做審查，那本來臺北區我們比照大內科的精神，就是復健的案件我們用大復健科的概念，不分骨科、復健科，由審查醫師混合去審查，但是骨科醫師反彈之後，臺北業務組做了妥協，從去年的第三季開始，就放骨科的案件由專科醫師來審查，造成今天大家看到的我們臺北區骨科的案件與平均點數成長。所以我建議，不管是復健科、骨科、神經科，大家看到神經科的成長也是從簡單中度為主，這三個科，除了復健科以外，骨科和神經內科竟然都以復健為主的成長，那這樣是不是也可以形成共識，只要他的申報的案件以復健為主，是不是也交由其他的專科可以混合交替來抽審。

根據臺北區高成長的復健科，比如說骨科的高成長，剛剛蔣副祕書長提到的，他知道我們新成立的院所有 6 個月以上的抽審期，竟然在這個密集的抽審期中，他們還有這麼高的成長，是不是代表我們現有的審查制度可能沒辦法有效地防止這些診所的高成長，請健保署研議，針對高成長的新成立診所，對於審查以外，也有一個行政的抽審機制，讓這些新成立的診所能夠 follow 健保署的規範，如果在他們

合理申報的情況之下，所以建議這些新成立的診所有一個機制。

還有剛剛提到，臺北區我們堅持要給復健科抽審，做審查的時候，遇到一個阻力就是說，因為骨科專科醫師的反彈，所以我建議我們是不是可以有一個通識，當它成長到某一個標準或者占率達多少時，就應該交由其他的專科來共同審查，來防止某些專科彼此間的共識，那這樣也沒有辦法來防止醫療費用的浮爛。

龐代主席一鳴

請臺北業務組準備一下，這個有分區共管的問題。

陳代表宗獻

也是 follow 骨科跟復健科的問題，因為復健有 6 次的治療。但是基本上不管是骨科、復健科、神經科，那病人在初期 CVA 或是骨折，在初期的一、兩個月可能會用比較複雜程度的治療，但是如果說半年以後，比例還是很高的簡單中度，因為簡單中度跟簡單的費用差距快要 3 倍，在歸戶方面我們全聯會是不容易做到，不容易去歸戶到每個病人，很想了解就是說，到底在做簡單簡單跟簡單中度的這個比值，到底跟這個病人歸戶後就醫的時間，有沒有相關，照理說就醫時間愈長，簡單簡單的比例愈來愈高才對。

龐代主席一鳴

都是復健問題。陳醫師提的跟黃醫師提的，好像都是透過分區共管能夠來做的事情，請臺北業務組說明。

臺北業務組賴視察香蓮

臺北業務組說明，回應黃(振國)代表所提，審查的部份，原來是復健比率高的會送給復健科審查，後來是在共管會議上決議，從去年的九月開始改用會審的方式。

其實臺北業務組的復健費用的成長應該不是費用管控的問題，應該是供給面的增加，因為我們分析發現不管是復健診所的家數，還是復健治療人員，都是大幅呈倍數成長，所以導致臺北業務組的復健費用的成長。

龐代主席一鳴

黃醫師，你剛剛提到分科審查醫師審查的問題，各區做法不太一樣，不太適合做一致性的規定，建議由分區共管處理。

陳醫師提到復健執行的時間初期會比較密集，後期會比較簡單，需要相關的分析，請各區業務組透過共管會議來跟審查醫師做討論，以上建議。

黃代表振國

剛剛蔣副祕書長提到家醫科也報復健，依我了解家醫專科是不能報復健的，一定是其他的專科以家醫科來申報，所以是不是也請我們臺北業務組能夠注意一下，有沒有其他專科以家醫科的申報案件來呈現，所以才會歸到家醫科來。

龐代主席一鳴

我所知道有些診所的負責醫師不是復健科的，可是聘有復健科的醫師，有另外一個問題，這個李醫師大概知道。

陳代表宗獻

這個相關的管控問題，我們都非常關切，也一直在追蹤，包括復健和急診治療等，還有申報科別跟就醫科別的差距，我們全聯會再進行，請署盡量給我們協助，協助提供相關的資料，如果有需要全國性的管控的時候，再拜托署這邊協助，謝謝。

龐代主席一鳴

需要全國性的資料，我們來協助。原則上由各區的共管來進行，請各分區業務組與各分會配合一起合作處理。

蔣代表世中

針對黃代表(振國)所提家醫科，我們是以就醫科別來做分析，所以原則上還是家醫科的，今天因為時間很趕，我只是提出來讓大家看，那需要更仔細的分析就回到各區或是我們執委會(西醫基層醫療服務審查執行會)去分析，如果需要的話，我們執委會來提供，以上報告。

李代表紹誠

基本上復健它是一個 team work，它是包含 PT、OT、ST，非復健專科醫師所從事的大概都是某一個治療的領域，所以像骨科大部份從事的不叫復健治療而是叫物理治療，常常在講的骨科的復健業務就會搞混了，是由復健科產生的，還是骨科產生的。骨科基本上他大部份，將近 99% 以上大概都是做物理治療業務，以上。

龐代主席一鳴

回應蔣醫師所提，蔣醫師的分析裡面，如果有不是復健相關的，即不是復健科、骨科、神經科、整形外科等等這些科，有報到物理治療等等項目的話，麻煩與分區業務組溝通。

因為現在雖然沒有強制規定就診科別、診療科別的申報，可是申報的診療科別會和分案抽樣的醫師有關係，擔心假如有人刻意用一個方法，讓不是擅長這個專長領域的人去做審查。

雖然沒有強制性的規定，還是有適不適當的問題，如果審查醫師有發現這種現象，麻煩與分區業務組溝通，請分區去輔導該院所的診療科別的申報方式，按照就醫科別來做申報。

蔣代表世中

現在發現臺北跟北區這兩區，家醫科報簡單治療中度躍升第三名跟第五名，建議回到各區去控管。骨科還有精神科看起來確實是在新診所方面的貢獻度是大於 60% 以上，以上報告。

王代表錦基

我有一個問題不曉得在這個場合提合不合適。像我們看到耳鼻喉科的局部治療，他們其實有 30% 的限制，那像骨科或者是神經內科，他們以復健為他們的主要工作項目，不曉得這樣的概念大家都接不接受，我是覺得這其實是長期困擾復健科的問題。

龐代主席一鳴

這個議題差不多吵了二十年，今天沒有辦法有結論，對這兩個報告事項，剛剛提到還是請各分區業務組辛苦一下跟各分區合作。

可是也麻煩各位去注意一件事情，我們雖然強調要合作，要去注

意加強審查，可是看整體的西醫基層的審查的核減率趨勢是下降的，所以專業審查可能不是一個太好的方法，各分區要再合作想一下，因為要去審查的時候，審查醫師沒什麼反應，這樣也是白忙一場，反而讓大家徒增加行政上的困擾，看破這隻紙老虎也不見得是件好事，那這個案子就先洽悉。

林代表義龍

請教會議資料第 30 頁提到申報的概況，中區一般案件(簡表)醫療點數百萬點，值 1749，成長率 14.2%，成長貢獻度 2030.92%。比照其他分區沒有這樣的數據，這個到底是怎麼一回事。

龐代主席一鳴

本署確認數值，再向林代表(義龍)說明。本案洽悉。

報告案第四案「西醫基層總額 104 年第 1 季點值結算結果報告案」

龐代主席一鳴

對於點值結算部份，大家有沒有意見。

各位代表回去對會員有交待，有改善了。努力這麼久，平均點值回到 0.9，東區已經恢復到人間淨土。

點值的部份，跟大家加油鼓勵，各部門特別是醫院與西醫基層的點值都有增加，其中一個原因是最近做一些藥費控管，包括雲端藥歷的使用，讓整個單價下降，就醫人數和就醫的習慣問題，健保 20 年來其實已經趨近穩定的狀況，雖然有些抱怨，要裝網路、要去家裡打牆壁安裝、要在看病的時候去點藥歷，雖然有這些埋怨，事實上反映出來的點值，在未來這一兩年，大概都會有這個好的現象，但是在實施後，就會趨近另外一個平衡，這個效果謝謝大家的投入，大家也辛苦了，雖然有些抱怨，也可能有些會員去投訴，可是我們還是很謝謝大家的努力，讓費用的控管達到效果，讓各位會員也得到這個好處，也麻煩各位幫忙做宣導，以上。本案洽悉。

李代表紹誠

剛剛上網藥歷檔的問題，我們現在藥調降到這麼低，很多的廠商

不願意提供服務，我們基層在買藥的時候，也會發生進價比健保價還要高。那另外一個最大的問題是，現在我常常聽到的是醫學中心的教授說現在不是原廠藥的藥效都比較差，這個反而是真正的問題，像 ICU 裡面的抗生素，他也會覺得現在效果沒有以前好，那這是不是我們目前因為藥價砍到這樣的程度以致於我們現在的藥，我們用不到好的藥，或是它的藥效差得很多，那這個東西可能跟中間的 price 之間要去做個脫溝，要不然我們只看到了價錢，可是我們的藥效卻沒有以前來得好，以上我提出這樣的一個質詢。

龐代主席一鳴

我很嚴肅和謹慎地回答這個問題，昨天署長才跟部長提出這樣的問題。最近為了一個藥，拉肚子藥，健保同仁背了很多黑鍋，這之間很複雜。國家的制度，學名藥要保障 BA/BE，這個本來就有一個查驗、檢查的流程和程序，可是很不幸地在前面一段時間，我們也看到有該稽查的人做了不該做的事情。那我們也確實看到一些廠商該對的事情做了不該對的事情。全世界的國家藥做到一個時間點過了專利期，本來就是要讓大家都能夠來生產製造，可是要維持它一定的品質。但是，我們台灣的衛生機關制度，不能夠讓民眾有這個保障的話，政府機關是應該要檢討的，這是一個很嚴肅的問題，謝謝你今天提，讓我有這個機會來做說明，健保要努力降價，可是我們也要努力維持醫療品質，是同時要共同一起來做的事情。至於買不到藥的問題，目前可以透過通報的機制，要麻煩大家善於利用，簡單說明。

報告案第五案「103 年西醫基層總額品質保證保留款核發結果報告」

龐代主席一鳴

討論之前，麻煩劉科長補充報告評核會議中，評核委員對品質保證保留款普遍的建議。

劉科長林義

評核會委員在各總額部門，針對品保款有二項建議。第一，希望修改核發的比率，就是能夠讓比較優良的能夠拿到比較多的錢，而不是人人有獎；第二，針對鈍化的指標做檢討，品保款假如有一些指標鈍化，

比如說總是拿高分的指標，明年的品保指標要做檢討。

龐代主席一鳴

基於這個原則，建議全聯會也要開始討論明年品保款，先報告昨天醫院總額的決議，以便於後續的討論。昨天也有類似這樣的議題，所以昨天的主席決議是，由我們醫管組跟醫師公會代表共同組成一個 team，來檢討品保款的指標。因為全聯會的組織人力和費用處理能力都很強，看大家是要在全聯會內部先討論新的案，再到本會議討論，還是要和健保署的同仁一起討論的方式來處理，請大家表示意見。

楊代表芸蘋

這個案子我看了不是很了解。103 年預算是 190,080,980 元，那共計有一萬多家，分配的數字，今年是符合有分配的院所家數有 9,407 家，占率是 89%，那不符合有 1,106 家，占 11%，為什麼會有這樣的差距，實際上的差距是 682 塊而已，這 11% 如果都符合的話，那這個數字是不是就差距很大，那就不足這麼多，那我不知道這是怎麼核發的，是不是預算編少了，是編列的數字不夠，還是怎麼樣，這個讓我有點困惑，我不很了解為什麼數據會差一點點，可是你的家數又差 1,000 多家，那這個是怎麼編列的，可不可以解釋一下。

張專門委員溫溫

第一，事實上品保款分配的診所只有 9,407 家，所以 190080980 元是由 9,407 家來分配。

第二，為什麼有差距，是因為每一家分到的錢都有四捨五入，就有一點差距。那可能有些委員說，那就不能把它做到一致嗎，因為品保款的錢拆到分區、又拆到個別診所，所以沒辦法做到完全沒有差距。

楊代表芸蘋

我不是這個意思，我知道這 682 元是因為四捨五入所以才會有這樣的差距。我的意思是說，我們的預算是 190080980 這個數字，如果說這 11% 也符合資格要核發的話，那你的數字是不是就差距很多了。

龐代主席一鳴

不一定，要看四捨五入多還是少。

張專門委員溫溫

有時候會多，有時候會少。跟委員報告，每次基層會差大概幾百塊錢，其他部門大概就會差個 100 塊錢左右，基層就會差比較多，大概 700 元。

楊代表芸蘋

我以為就是預算編列好就分配給這一些，不一定就是了。

龐代主席一鳴

跟計算方式有關，有些 4 毛錢分不到的，累積起來就這麼多了。那如果說 4 毛都分給它的話，那變成說健保要多付。

陳代表宗獻

在評核會裡，事實上，要做到好壞之間的區別其實也不難，也可以有前段班、中段班、後段班，還有什麼都沒有的，就是這個 11%，也可以做這樣子。

我認為指標不要變動太大，因為變動太大我們不容易做年度間的比較，倒是可以做一些重新的分配，就原訂指標中依優劣程度做比例上的調整，是不是我們直接和健保署討論，因為我們內部大概不會有太多的爭議。

陳代表炳榮

我想品質保證保留款是專款專用，不能用到其他地方去，當然也不能用到其他地方來彌補，但為什麼這 11% 的院所，如果申復成功的話就要從一般服務費用裡面去支付，這樣的話，我想對於品質保證保留款當初設計的基本精神就是完全就不符合，所以這一部份我想應該要重新來檢討，不應該由一般服務費用來支付。

龐代主席一鳴

很有道理，可是依照現在法律流程、申復流程，走完申復、走完爭審，甚至可以到法院去打行政救濟。他可以用 1 塊錢拖掉 2 億的費用，2 年不要付，我們要不要付出這麼大的行政代價來做這個事情，這是大家要決定的事情。如果大家可以同意的話，錢都算好然後不要發，等全部都沒有人出來打官司，或是所有官司都結案了再發，可能等了 3、5 年後，再來領這筆錢。就是有這個行政考量的問題。

陳代表宗獻

建議由貴署跟全聯會共同來討論。因為我們沒有內部開會討論，各位委員有沒有不同的意見。

李代表昭仁

原則上同意健保署與全聯會一起討論指標。我覺得大家要稍稍地慎重思考一下，要訂新的指標再來分等級的話，我想應該慎重一下，因為往年大家已經習慣的運作方式，也沒有犯大規大錯，突然要分成大家好幾級。

龐代主席一鳴

評核會委員不是大家有犯規、犯錯的問題。是因為兩億分到院所後，一家平均約兩萬塊錢，有跟沒有一樣，然後行政程序一大堆，那我們怎麼樣去突顯真的很好的可以分多一點，只是盡普通義務的就沒有這個獎勵。

陳代表建良(張代表嘉訓代理人)

這個金額因為 1000 多家，每家的金額應該不多，建議從總額其他費用去支付。因為用一般服務費用支付是用到下個年度的總額，雖然金額不多，但不應把下個年度的錢拿來補給申復過的人，1000 多家中我想真正會去申復的應該也不多，是不是就從其他項目裡的金額去墊付。

莊代表維周

其實品保款的 1 億 9 千萬不是每年都有，一定是要大家努力去評鑑，優良的才有這個東西，像我過去的經驗，老早在各分區就按照這個指

標，讓大家去規範，健保署的同仁通知哪個診所不符合指標。打行政訴訟，分到了不起幾千塊。幾百塊、幾千塊，我們還要弄得這麼複雜。好像剛剛主席說的行政的 cost 都還比較高，所以我建議主席這個指標由我們自己提供給專家，看我們這個指標到底同不同意，所以不要再浪費時間在這裡。

龐代主席一鳴

是不是按照陳醫師的建議，一起來討論，需要健保來試算數字我們再跟公會一起來討論，那需要學者、專家就請周(穎政)老師來指導，周老師你先答應下來了，謝謝。那我們這個案子就先到這裡。

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」

盧代表榮福

我是腸胃科醫師，我跟大家報告 B、C 肝應該要怎樣做，在台灣不要再用可近性，除了屏東很狹長，我們高雄縣很狹長要開車一、兩個小時，像是旗山醫院也很近，我十幾分鐘的車程都可以到達，所以說 B、C 肝的治療其實是沒有問題的，問題完全是出在費用的問題。

你知道 B 肝號稱發生率在 15~20%，B 肝 300 萬人、C 肝 40 萬人，共 340 萬人，而現在 B、C 肝的治療人數加起來大概 6、7 萬(佔 2%)，還有 98% 沒有進入治療，那為什麼沒有進入治療，不是說可近性的問題，是錢的問題，是沒有這個費用。大家要了解，我們從 1984 年開始治療 B 型肝炎的時候已經 31 載了，現在 31 歲以下，B 肝的盛行率不到 1%，現在 B、C 肝 31 歲以上的，也不到 300 多萬人，剩最多 200 多萬人，但是還是有一大部份沒有進入。如果說健保局、消費者要救這些人的話，完全是在費用，因為一個專款專用的費用，包括治療費用、檢驗費用，這筆錢再 30 載後，你又會把它收回來，因為這些人都死光了。所以這筆錢你也不用放在我們的一般費用裡面，因為你現在放進去 98%，還沒治療 B、C 肝，你要叫我們醫界去負擔，我想情何以堪，我希望健保局跟消費者不要有這種想法。

31 歲現在剛好要進入 B、C 肝，因為 B、C 肝 30、40 歲以後開始，肝硬化、肝癌一直出來，如果你要救這些人，你去編一筆費用，這筆

費用就是專門去治療 B、C 肝檢驗，因為它這檢驗一次是 2000 元，如果這麼多人都進入醫院，醫院幾十億在那而已，那錢用完後，它就開始 control 了，就不再收患者了，所以有很多患者就排隊了。

那診所為什麼比較少做，因為這藥很貴，沒價差，如果我開始要依照抽審醫療利用率指標，我今年若開始做，我收一、二十個人進來做，這一期的醫療費用與去年同期醫療費用跳很高，一定被抽審，審因為這個藥沒有利潤，被抽審也就再被撥一層皮。在診所的胃腸科醫師不想做的原因就是這個東西你一做下去，一定一年裡面，你只要一個月一個月、一季一季地去做比去年同期都高很多，你的醫療費用都高很多，所以一年到尾都在抽審。

而醫院就是不夠錢，不夠錢就是擋患者，收到一個程度就說不再收了，所以很多 B、C 肝的病人沒有辦法進入治療，不是可近性的問題，就是這沒編這筆錢出來，那這筆錢我跟你說，再 30 載後，這些人都死後，你這筆錢可以再收回來。所以你也可以不必擔心，這筆錢要再落入醫界的口袋，我希望消費者代表能夠了解這個情形。而醫缺像是屏東這麼狹長，要看個胃腸科醫師就要開車 1、2 個小時，那個才有需要的。所以，問題癥結點是在這裡，跟大家報告。

李代表昭仁

我一直想請教長官們，這個重點在哪裡？所以盧醫師點出來是錢的問題，如果是錢的問題，在編預算上切得乾淨一點，偏遠地區的請醫院中間去幫忙，還是由醫院去主導，上次蘇榮茂理事長也講到，胃腸科後續要看後續的檢查和病毒數檢查，是一整套下來的，上次你們也分這區，基隆黃醫師也講明明醫院很多還列入資源不足，所以重點在哪裡，如果是錢的問題，希望部、署為了病家處理這一塊，這一點我一直想提，也不知道如何提。

黃代表振國

基隆所謂的肝癌高風險區-中山區、安樂區。基隆長庚位於中山區、安樂區中間，這 2 個區的病人在既有的醫療院所已經就醫。基隆的特色是地窄交通便利，到任何區都在 30 分鐘以內，搭計程車很少超過 200 元。

小弟曾經在新北市雙溪服務 7 年，所以非常了解，新北市最遠以

雙溪、貢寮離臺北市最遠，小弟開車大約 1 小時，搭火車約 50-60 分鐘，非常方便。

這個計畫針對 B、C 肝病毒治療，病人在病毒量正常後會回歸到一般的醫療體系，建議把預算未執行的部分，針對已接受抗病毒藥劑的病患做為對象用在以後追蹤費用，而不是開放到不應該開放的地區。

陳代表宗獻

會議資料第 64 頁的肝癌高風險區的定義在 65 頁，就是盧勝男醫師的研究，肝癌高風險區定義用 ALT 異常率 13-16% 且血小板異常率 $\geq 10\%$ 或 ALT 異常率 $\geq 16\%$ ，這反應在基層醫療，前陣子我們追蹤 Alpha 胎兒蛋白，為什麼某些科，像家醫科申報比例最近幾年一直上升，事實上 B 肝、C 肝陽性的不是馬上進行治療，而是會定期追蹤肝功能、Alpha 胎兒蛋白，所以幾百人並不是沒有治療，而是 340 萬人定期在追蹤，很多在基層追蹤，需治療的只有萬人，但是會慢慢增加。

我非常懷疑用 GOT、GPT 異常率大於多少，來定義為肝癌高風險區，其實是比較粗糙的，如果以病人就醫困難考量，是與資源缺乏地區比較一致的，做這樣的決定對於民眾就醫權益沒有影響。

夏代表保介(陳代表夢熊代理人)

我在雲嘉執業過，所以對這個部分蠻了解的，因為病人能夠治療的話，我們早就把病人送醫院了，因為這樣申報費用的話，我們不用負擔所得稅問題，我們基層醫師很多是因為所得稅問題，報上去之後，核扣之後，所得稅扣一扣可能變成負的，只好全部送醫院，可是醫院也不收，因為醫院人數滿了，所以病人要排隊。

雲林、嘉義已經是現行 B、C 肝炎治療計畫醫療資源不足地區，病人去了之後也沒法治療，我們只好追蹤，尤其 C 肝 65 歲以上治療已經來不及了。現在有新的藥出來了，我們搞不好要等以後再治療。B、C 肝炎治療的錢編到一般服務，基層醫師一定會反彈，我們現在管控這麼辛苦，希望主席和各位代表考慮，有些事情好像很好做，但是到雲林、嘉義就沒有這麼好做。

龐代主席一鳴

盧醫師今天提供一個很好的創見，就是建議消費者代表、醫師公會，B、C肝炎治療應該設1個專款、感冒設一個專款、拉肚子設一個專款，這麼複雜的問題一定要請教學者專家。

(周)老師，我先向您報告這個問題的徵結點，現在B、C肝炎治療藥費是一個專款，有4億元。醫師公會大概沒有把4億元用完，為了搭配B、C肝炎治療，有重要檢驗項目是測定病毒量檢查，這個檢查本來是比較高層級的醫院在做，為了搭配治療，希望普及到基層來做，全部都普及的話，大家可能覺得受不了，所以到底要普及到哪裡，原來的意見是要普及到盛行率比較高、醫師又相對較少的地方，全聯會的意見是只要普及到醫療資源缺乏地區。

這是一個科技擴散的問題，新的醫療科技剛開始都會集中在高層級的醫院，但執行到比較成熟時，加上B、C肝炎大多是在內科治療，所以可以普及到基層。但是普及到基層時，不是所有的醫師都會這項治療，而且這項治療要長期追蹤病人用藥情形，加上相關費用包括藥費、檢驗費用很貴，會影響到總額分布。麻煩周老師幫忙我們怎麼樣找到比較好的平衡點。

周代表穎政

我覺得龐組長講得沒錯。最大的問題是，在健保初期，對B肝、C肝治療沒有像現在有這麼多好的藥物，至少我的同學，腸胃科醫師告訴我，現在的B、C肝治療，其實是對病人的健康是有正面的影響。

我先講我一個感覺，我在聽這個感覺好像怎麼會是從錢談起，好像只是錢的問題，我覺得醫界代表應該要談的應該是一個健康的問題。我覺得大家要回到一個核心的問題是這樣的治療對病人的健康有沒有幫助？這個健康的價值到底有多大？當這個健康的價值夠大的時候，我們就有辦法校正它的成本，我們今天好像是說因為沒有錢，所以不用去思考有沒有健康的價值。

我必須回過頭來說在後端的分析確實不夠，所謂後端地分析不夠，是假如今天去治療這三百萬的B、C肝的病人以後，所創造出來的價值到底有多大？減少的肝癌死亡，延長的壽命，所增加的價值是相當高的。我覺得消費者代表也要很慎重的思考，不要認為天下有白吃的午餐，假如這個價值很大的時候，確實是要付錢的。我覺得要從這個角度來談，否則今天感覺起來好像都要靠別人的努力，來創造價值，

這是我目前看到它最大的悲哀。就是你明明在這裡看到一塊很大的價值，消費者應該要付錢，醫療供給者應該把它做起來，但是大家吵個半天只是在爭取一些利益的問題。

後端的分析，我覺得很重要的一點是，今天我們在算這個價值不只是算藥費的投入，而是看這個生命有多大的價值。如果生命的價值很大的話，其實把錢花在這一塊，絕對是比我們國家去買飛機、買大砲、蓋蚊子館，都要來的有意義。消費者更應該要在這方面付錢。

第二個效應是替代效益，假如今天全面到前端來治療B、C肝，我們可能會減少肝癌的住院、肝硬化的住院，那醫院總額這一塊有減少的時候，該不該做一些調整。大家都只是看到自己的這一塊，資源是不是應該往這一邊移動，花錢花在前端，在未來幾年有沒有可能省掉了更多經費，目前顯然大家沒有這樣子做，所以就卡在這裡。

我基本上認為B肝、C肝既然是國病的話，我會期盼醫界會有一個更大的視野，認為自己是病人的保護者，應該願意把B、C肝治療扛下來做，醫界要用更好的論點去說服消費者，這東西值多少錢，應該要有人買單，否則我覺得談這個好小的議題。

盧代表榮福

譬如我們做成人預防保健，可以保護多少病人，這些病人以後不會生慢性病，這個能夠節省多少錢、要回饋，這說不完，以前就曾經講過這件事了。

我跟你講B、C肝的治療很簡單，因為費用很貴，胃腸科醫師都可以治療。如果剩下這些人要進入治療的時候沒有費用，我就說這些費用放在那邊，B、C肝的治療完全沒利潤，醫生是站在服務的態度來做，那這個錢放在專款專用裡面，用多少花多少，沒花完的你收回去，我們認真來治療這300多萬人。

你如果這樣去想它，我們也很願意提供服務，但是你不要讓我們提供服務，又把重擔加在我們身上，所以我今天第一句話就是說，我要講給健保局聽，但是我附帶要講給消費者聽，我希望你們聽得懂。

龐代主席一鳴

講這話傷感情，不要動不動就聽不懂。為了表示我聽得懂，雙溪

是最早宋教授在那裡實驗 B 型肝炎的地方。在座很多專家，不要動不動就講你聽得懂、聽不懂，這樣太傷人家自尊心。

張代表孟源

針對會議資料 64 頁附表肝癌高風險區及醫缺地區，醫療的核心價值，對於治療、對於品質、醫療經濟，我想這是大家將來要共同面對問題。其實這個附表關於肝癌高風險定義的正確性仍須再討論。因為盧勝男醫師是高雄長庚醫院的醫師，委託研究計劃中所謂的肝癌高風高風險區的定義，是用全民健保資料庫，在 101 年接受委託並沒有直接針對 B 肝或 C 肝去檢查，委託研究計劃反而是用間接的方式，驗 GOT、GPT、驗血小板等檢驗項目，間接來反映肝癌高風險。至於其中血小板這個檢查項目，嗣後在國健署的預防保健後來也被刪除了。

這裡有很多肝病的專家，到底是用一個 GOT、GPT、血小板能夠代表說就是肝癌高風險嗎？我們覺得要定義一件事情，應該要定義清楚，你說驗肝功能，也可能是脂肪肝，或是酒精性肝炎，或是其他的可能性。我想在討論肝癌高風險區的時候，先把基本肝癌定義弄清楚，以上報告，謝謝。

藍代表毅生

剛剛(周)教授講到醫師不要用錢來講，應該以民眾的健康，我當然是很贊成，因為是基於醫療經濟學。

我們今天其實是基層總額執行協商的會議，費用的協商對我們來講，當然是我們今天來的責任，要知道 340 萬的後面，你把他加 6 個 0 下去的時候，那個費用是不得了的，剛剛講健康是有價的，民眾在使用健康照顧的時候，當然是有義務去付出這個錢，我們講得比較通俗是用金錢去買健康，在民眾餘命延長的時候，減少了疾病，對社會的貢獻的時候，是國家的整體經濟。民眾的平均餘命延長，當然每一個年齡的增加不一定就是一個單一費用就可以節省，餘命增加的時候，某個程度對費用也是增加的。所以我們平心靜氣來講，我們不是不照顧這些人，而是在我們只有這一些飯的時候，巧婦也難為。

總額就是這麼限制，所以在這邊也懇請消費者，在我們付出這個醫療照顧的時候，當然也要考量付出相對的費用，像剛剛(周)教授講的一樣，在 340 萬的後面如果加上 5、6 個 0 的時候，因為每一個人

的藥費大概要 15、16 萬，這是一個相當大的數目，以上謝謝。

龐代主席一鳴

藍醫師，我回應你的問題。藥費是編在專款裡，但醫師公會已經幾年沒有用完了。

莊代表維周

主席，這是程序問題。我希望主席把這個案由再仔細詳細看一下，我們是要修訂醫療資源不足地區的定義與新增病毒量檢驗結果的登錄案，結果大家討論成這麼大的議題，我要向周老師報告，其實這個 4 億是我們基層心不甘情不願，所以為什麼 4 億用不完，因為我們不想要，因為醫院身受其害、身受其苦，我們大家都非常清楚，因為一個專案，醫院當初拿的是多少億，結果他整個量是多少。他其實沒那個屁股，我不敢吃這個瀉藥，其實 300 多萬人不必然都需要治療。

所以我跟大家報告，我們是不是再談下去連我們主席都會發飆。專案的始作俑者是健保署，一個洗腎你就把他弄一個專案，是你們做的，不是我們要這個專案。所以回過頭來，我們心平氣和，希望請求主席回到這個議題。

龐代主席一鳴

剛剛提到 64 頁的資料是利用成人健檢的資料，健檢資料有做 B、C 肝的 marker。成人保健本來就是 45 歲以上，我意思是說他是綜合 B、C 肝的 marker 和肝功能去產生資料。

黃代表振國

現在的加值方案只有當 55 年次開始，就是 45 歲可以做，所以今年剛好做到是 59 年次，只做了 4 年，所以 102、103 年只有 40，就是 55 年次跟 56 年次，3 年一次成人健檢才有 data，所以這個 data 非常少。

龐代主席一鳴

所以他不是全民的調查，我只是說他不是只用肝功能，他有開發。

陳代表宗獻

因為我是基層委員會的主委，我有義務在這個地方澄清我們的角色，在這個場合或是在健保會，我們是要去保護醫療服務提供不至於負擔太大的財務風險，這是我們的責任。

我最近追蹤我診所裡面 B 肝 C 肝陽性的 240 個人，請電腦公司用電腦跑出來，之後請人家打電話叫他們來定期檢測他們的 alpha 胎兒蛋白跟 GPT，那我這樣做的結果，第一個我會被抽審，因為量會暴增上來；第二個我必須要這樣做，我是一個家庭醫學科的醫師，我的病人幾乎都跟著我 10 幾年、20 年，從頭髮黑的，現在跟我一樣是禿頭。

跟教授報告，在這個地方我們就是一定要談錢，談財務平衡，事實上，高風險區不管什麼定義，我們醫師還是會去追蹤，我們會告訴大家不要貿然動手去治療，一定要由腸胃科醫師來做，所以我們就回到這個主題，哪些病人他接受不到這個資源，在我們看起來還是會覺得跟他住的地方有關係，和他住的地方有沒有這一科的醫師是沒有關係的，因為腸胃科專科醫師的分配非常不均勻，如果說小兒心臟科更不均勻，所以我們沒辦法用那個來做區別，那所以不管是說基隆市、中山區、中正區，還是彰化縣的彰化市，即使是高風險區，他只要就近可以達到的就可以，起碼我們並不反對醫院來支援這一個部分，現在回歸區域的定義怎麼樣定義對民眾最有利。

蔣代表世中

謝謝周老師給基層的建議，我想如同主委所講的，其實今天我們回到醫療院所去，大家還是一樣去照顧病人，給病人該做的治療。過去做 B、C 肝，我 2、30 多年在榮總的時候，我自己做小兒腸胃科的，連小兒腸胃科要做 B 肝都要做穿刺，才能給某些藥，現在只要驗病毒量，除了病毒量之外，一定會多做基本的條件，這些所衍生出來的費用，在整個健保的給付下沒有配套的措施，這些衍生的費用全部稀釋到基層的一般預算。

向付費者代表講，所有的醫療院所，對病人的需求絕對會做，只是說有些病人 lose 掉，事實上不見得 300 多萬人，事實上 300 多萬人要經過 10 年的追蹤才會慢慢追到高危險群，但是將來這麼方便的情況下，我覺得將來不管是高風險區，或者是屬於醫療資源不足區，我覺得整個醫療資源上，包括醫院因為衍生出來的，包括他們過去給

他的10億、20億，確實有衍生出來醫院很多的負荷，這些他們負荷不了的時候，影響到點值的衝擊。健保署、包括付費者代表，下次B、C肝怎麼去解決這個問題，要繼續推行，包括配套措施、病毒檢驗量或是一些衍生出來，會變成一個負荷，這種增量一定會增加很多，以上報告。

龐代主席一鳴

聽起來今天的結論是醫界普遍的意思是說，台灣不是不治這個病人，是基層醫療不治，麻煩這些病人都到醫院去，是不是這個意思？

莊代表維周

主席，你這樣說會被抗議。這是運作程序的問題，請你不要替發言者做結論。你今天的立場真是有點偏頗，我民不與官鬥。

我要跟周老師報告，宋教授剛開始推B肝時我有付出過，我那是在高雄縣偏遠的地區，所以我們基層不是看錢眼開，目前B、C肝的治療在基層我們是運作無礙，就是這個4億我們已經撐不下、吃不下，所以我們不敢去動，我在高雄市，何啟功局長說C肝盛行率最高像梓官那個地區，他說我們那個地方沒有專科醫師，他說要從高醫去支援過來，我們答應啦，我們不是見錢眼開不答應，所以這個就醫的可近性，我覺得對於老百姓來說，沒有問題，你還在那邊刻意給我們4億去什麼高風險地區、偏遠地區，我們拿你那4億的藥費，其他配套我們要發8億，老師對不起，又談到錢很抱歉。

周代表穎政

我剛剛談的重點是，大家先回過頭來想的就是健康，我們要改的其實是後面的制度。顯然今天的基層總額制度是你做的愈好，被懲罰得愈嚴重，我想大家想要講的應該是這句話，就是說當我提供病人服務，結果做的成本居然是醫界自己要吸收，這裡面牽涉到每年總額調整，其實並不是以這個4億為基礎，是投入這一塊的錢，如果能夠創造出更多服務的話，如何在下一個年度調整，那麼大家今天的心情就會不一樣。

我一直在批判的一點是，假如今天總額的設計都是不斷把成本控制下來，而不是把價值建立起來的話，那會一天到晚都在吵這樣的問

題，我也覺得消費者這邊要提的，因為B肝、C肝確實是國病，醫生應該當病人的代言人，那要告訴大家要治療的時候是怎麼才能夠水灑下去、花長出來，今天因為水不夠，所以根本就不會去看到有花，我只是覺得我們沒有太大的差別，只是在邏輯順序上的差別，我想醫界的爭議健保署很清楚，砸了4億後，很多衍生費用會跟著上來，那這些就不會去列入你下一個年度的考量。

龐代主席一鳴

回到剛剛莊醫師講的，議題已經扯有點遠了，就是藥品專款的爭議已經爭議了好幾年，現在雖然不滿意可是也是一個制度，這個爭議還是在於所謂缺乏區要到什麼程度的問題。請淑範科長說明一下這個案子，再把它聚焦回來。

林科長淑範

從頭整個再重申一次，第一個是經費的部分，從去年的2億提升到今年(104年)4億，最主要就是考慮到在基層收案的人數可能會增加，所以這費足足多編了一倍，而且在其他部門的部分，還有保留一塊，當專款不足，藥費還可以從其他部門的政策因素去支應，。

第二個是病毒量檢測這件事，並不是健保署主動提出來的，是肝癌及肝炎防治委員會在會上要求肝癌病人治療後的成效，應該在病毒量的檢測裡面可以看到，病毒量檢測在大家用藥的時候，其實都會做追蹤，如果有追蹤應該登錄讓大家知道這個肝炎治療是不是有成效，這樣子才有辦法追蹤藥費投入是不是有效果，以上說明。

對不起我還要再提一個資質愚昧聽不懂的問題，因為醫師公會提到可近性沒有問題，如果可近性沒有問題，全部開放不是更好嗎？

莊代表維周

現在不就開放，現在我們沒有限縮，我們就是依照專業，是健保署導引我們要錢不看病，請各位學者專家當公平第三者。

夏代表保介(陳代表夢熊代理人)

我岳母是C型肝炎的患者，花很多錢幫她治療，可是我認識的醫師很多，他們為什麼不幫她治療，他們講得很清楚，治療的話藥費扣

錢的話會扣 100 倍，500 塊錢就變 5 萬塊錢不見，情況很嚴重。

我還有一些親戚朋友，全部都在台南嘉義，都是以前打針打成 B 肝、C 肝的病人，然後為什麼我們這個錢還要自己花，我不想麻煩我的朋友，害我的朋友，不管是診所或是醫院，我認識很多人，害到他們多慘。之前醫院的代表講過健保局花了 2、30 億下來，結果錢沒下來，到時候怎麼辦。

之前有發生健保局開放降血脂藥物，結果它先把醫院的一筆錢扣掉了，他說醫院這樣子可以造成醫院減少很多的後續照顧的錢，可是我們實際上沒看到，我們把錢花下去了，可是現在要面對照顧病人沒有錢，花錢下去的時候，錢就被扣掉，因為審查的制度，扣錢又不是扣 1 倍，是扣 100 倍，扣 100 倍之後大家就覺得沒辦法了。

黃代表振國

我們今天針對的 B、C 肝澄清一下，我們基層的 B、C 肝病患也很多，有些病重的病人需要抗病毒藥物，現今這些病患因為病人端的需求和醫師本身的知識的問題，像我個人，我們上次在群組 LINE 說現有的 C 肝藥物有哪些？我跟你報告一下，我們目前除了肝膽腸外科的，除了台大的主任以外，其他人都沒辦法回答，所以現今的醫療發展很多，就病人的利益而言，第一個，它如果是穩定的並不需要抗病毒藥物的，現今在基層院所還有醫院都照顧得非常好，包括我自己診所都有，我沒有機會去數，大概也不輸陳主委太多，他們定期做胎兒蛋白跟超音波，事實上做得非常好，但是針對少數因為病毒量控制不好的，肝功能比較不容易治療的，現今在各個醫學中心或區域醫院的專科醫師門診都有妥善的治療，而我們剛剛大家重點在錢，我覺得很重要一點是現在基層的醫師，其實基層的肝膽腸胃科醫師他對於新的抗病毒藥物非常不了解，我半年前有請我們台灣的肝癌醫藥防治基金會的主席來上一堂 C 肝的抗病毒藥物，我聽完還是一頭霧水，它跟我介紹大概有 10 種，包括國內、國外，為了病患權益，我們大多數的基層醫師怕用藥的時候，沒有把病人照顧好，所以我建議說如果就病患考量，只考量一個問題，病患在現有的醫療資源實在不容易就醫的狀態，有些偏遠地區比如高屏，那個實在是很不容易，醫療資源非常不足，該類病患沒有得到妥善照顧的前提下，這些我覺得可以，但是以現在有更好的醫療資源、醫療機構，甚至更好的醫生能夠提供給患者，以及

可以適當治療的區域，不宜也不該讓這些病患到基層來遭受不平等待遇，謝謝。

龐代主席一鳴

我們要承認有些基層的照顧很好。我再重申一次，目前很多 B、C 肝炎病人還沒有到達發病需要治療程度，是因為目前有些基層真的做得很好，這個我們要肯定的。

現在需要實際去治療部分，大部分是在醫院治療，有一部分是在基層治療的，這個也非常好。這個費用陳瑞瑛主任(醫院的代表)也講剛開始做 B、C 肝時，確實有費用預估不準需要動用專款的問題，跟各位報告最近這幾年來，現在 30 歲以下都有施打 B 肝疫苗，C 肝也沒有用共用針頭，所以 B、C 肝病人其實是越來越少，這是一個時代性的問題。

今天案子的爭議還是回到 64 頁的附表，原本我們同仁用盧勝男教授建議的方案是所謂的肝癌高風險區，看起來鄉鎮比較多，這是第一個問題。第二個問題是有些人覺得很好笑，比如基隆的中正區、安樂區都是很熱鬧的地方，還有長庚醫院，醫師公會提一個替代案，就是用醫療缺乏區右邊這一欄的區。

現在是要用盧教授提的案子，還是醫師公會提的案，還是兩者中間產生一個妥協案，重點是在這裡，剛剛有一些討論都已經遠了，請張溫溫專委幫我們來做綜合。

張專門委員溫溫

我剛剛聽很久，因為門診的病人，可以去醫院，也可以去診所，那麼往往在協商的時候就會聽到說好像病人應該去醫院看，不應該來診所。

我以前還沒有做總額的時候，基層常常說我的醫師是從醫院出來的，為什麼有些處置到了診所就不能做。可是現在的情況變成基層希望醫師盡量都不要做。所以覺得角色轉換是不是因為我們的制度設計實在是不太好，把醫院總額的門診跟基層總額拆開了，其實以我個人，我會覺得其實應該合在一起。或許這個問題會小一點，這是第一個。

第二個，這個案子今年編了 4 億，第一季大概只用了 7000 多萬，我們以去年的占率估算全年大概用三億多，所以我們會建議這些病人

如果是需要照顧，而且或許是真的很偏遠，真的還要讓病人從那麼老遠的地方跑到醫院嗎，畢竟醫院的所在位置比較遠，所以建議是不是應該平心靜氣的再想一下，以病人的角度，而且現在的預算事實上是夠的，以上建議。就是這兩個地方可以把它綜合，或許有些地方可能它的鄰近是有醫院的就可以不要，可是有些地方確實還滿偏遠的，我覺得應該還是以病人的角度，希望有一個綜合。

龐代主席一鳴

陳(宗獻)醫師找一個折衷案好嗎。

楊代表芸蘋

剛剛盧醫師說消費者要聽，其實我有聽，我就是在聽你們講完以後我到底要做什麼。你們講的重點都在病人，我知道每個基層醫生都說這是病人的需要，為什麼不做，我們一定要做，要做當然一定會做，我也知道你們都在做，可是你們就是還是要講到錢，錢不夠就沒有辦法做得很徹底，這是剛剛大家的問題。所以剛剛周老師講以健康著想，以健康著想是對的，你們都已經顧慮到我們的健康了，而且我剛剛聽到顧慮到費用，所以沒辦法做到每個患者，這個對我們來說是個傷害，我們怎麼可以說不給做，我們這些消費者就是有病才去看醫生，要不然我們繳保費是幹什麼。我們繳健保費本來就是有病要看醫生，當然醫生醫德好，該有的技術、該有的設備來給我們使用是對的，是正常的。可是也不能讓這些基層醫生錢不夠用，然後還要被扣錢，我不知道這是不是制度上的問題，可能我不是很了解，不過我是認為該給的還是要給，可是剛剛又講到4億是用在今年，然後你們第一季只用到7千多萬，原因在那裡？這個我不是很了解，是因為沒有做？還是說怕做下去可能開銷更大？對不對？事實上我覺得這個問題，醫院跟基層真的要好好在溝通一下，剛剛我們健保署就講得很清楚，是不是大家再取得一個共通點，把這個事情解決，聽說也真的是吵了很多年，去年B、C肝我記得只有2億而已，今年又提高到4億，因為總額協商的時候我們也確實提到這個問題，這個真的是對我們消費者來說是我們的福氣，可是我希望大家是不是一起討論取得一個共通點，怎麼樣讓這個事情能夠更完美、更和諧，讓這個事情能夠延續下去，當然我知道你們辛苦了，我不能讓你們那麼辛苦，做這麼多又要被扣錢，又沒

拿到錢，這個是沒有人願意做的事情，所以我想大家都心平氣和，現在大家都和諧地再討論一下，以上。

藍代表毅生

4億好像很多，可是1個療程要25個月，1年1人次約7.5萬。4億用完只能服務530個病人。

龐代主席一鳴

黃醫師、陳醫師剛提到有很多追蹤的病人，告訴他不要喝酒等等，不是所有陽性病人都要用藥，我們肯定前端有很多不同策略的運用，病人是在病毒量超過某個程度才需要用藥。

有關本計畫醫療資源不足地區之定義修訂，建議肝癌高風險區中只要是在原來的市，包括省轄市、直轄市，例如嘉義市、基隆市就不列入，因為都是醫療資源很豐富的地區，六都也不列入，原來是屬於鄉的，例如雲林縣的鄉，建議充分考量列入。

盧代表榮福

因為每個縣市都有，像我在高雄縣，我很了解，像那瑪夏很遠，就是一定要列入的，建議讓我們拿回去，讓每個縣市審視，因為每個縣市對自己所在地的醫療需要情形最了解，把肝癌高風險區與現在資源不足地區加起來一起考量。

龐代主席一鳴

有關盧醫師的建議，我們訂一個原則請全聯會帶回去按照這個原則綜合考量，原則上已經是醫療資源豐富的地區，雖然盛行率高也不要納入，像六都，有共識就發文過來，如果我們看了也同意，就不用再提案討論，下次會議報告結果，直接公告執行，以節省時效。

請各分區業務組協助控管服藥中斷的病人，控管的重點在用藥連續性，這是真正為病人好，也是為大家好。

討論案第二案「基層診所個別申請跨表項目審查原則與機制案」

林科長淑範

全聯會這個提案有 2 個訴求。第 1 是院所來申請不要再同意，第 2 是審查醫師審查後，還要到共管會議通過才可以通過。這 2 個議題，我們認為在 121 項中，基層還是有診所申請，還是有服務量，表示民眾在診所需求，這些已經有人申請同意的項目，未來若有其他院所來申請，健保署說不同意，這是有程序上、法規上的問題，再者，只要是民眾有需求的項目都是可以做的，在協商總額時都可以逐步開放適用表別，都可以編列預算支應費用，以上簡單說明。

龐代主席一鳴

淑範科長的說明是已同意的項目，但新來的就不同意，可能會有爭議。

陳代表宗獻

我們同不同意是與地區的需要、設備、層級有關。開放表別歷經這麼久的總額，開放到現在，每年都會請專科醫學會提出，哪些表別必須開放，原來有好幾百項，到現在已經漸漸沒有了，因為我們告訴他，如果貴會認為這些檢驗檢查出來後還是必須在醫院治療，就建議不開放，表示可以開放的項目都已經開放了，依據分級醫療的精神，基層醫療能做的、該做的、不應該做，都全部考慮進去，我們認為已經到可以 close 的時候。如果將這些項目還是放在那裡，你來申請，有設備就可以做，我們坦白一點，那就是醫院附設診所可以做，某某醫院看第 69 頁這邊的項目通通在外面的診所做，那醫院本身的小總額就沒有問題。婦產科的醫療，浮動項目占 80%，非浮動占 20%，因為開藥少，只要浮動點值下降，傷害最明顯的就是婦產科。診所月平均門診量是 900 人，婦產科是 586 人，如果我們在費用的管控上不謹慎，對婦產科、外科不公平，所以我們會做這樣的建議。

蔣代表世中

我覺得怎麼每次我們寫這個都會被曲解，我們是希望能夠制度化，大家看第 74 頁，我們希望基層醫師審查，但是沒有經過共管會議審查，我們也是基於病人的安全，包括後續治療希望在醫院做，目前 100 多項項目，我覺得目前是不對的，很多都是附設診所在做的，後續雖然在醫院做很方便，但是卻吃到基層的錢。不是我們和醫院互推，

總額之前，醫界希望所有的新藥進來，總額之後是健保署、食藥署希望新藥一直進來，反正總額控管是在醫療端。對病人的治療我們沒有說不，但是所有的負擔不要都在我們醫療端的院所來承擔，其實很多區已經照這樣的審查機制在走，我們希望可以制度化，所以通過共管會議，不止可以考量病人，也可以考量到總額因素，以上報告。

陳代表宗獻

這個案子，有些字可能要刪掉，我們的本意不盡然這麼強硬，在會議資料第 67 頁，說明二後面「未來(即日起)若再有院所申請，建議均不宜開放個別申請。」這句話刪掉。事實上我們要的是制度，署可能看到這句話會以為以後通通不能做，我們只是要制度。

龐代主席一鳴

誤會減輕一大半。

黃代表振國

補充以臺北區為例，發生一些很奇怪的事情，大家都很清楚臺北市是醫療資源很豐富的地區，但是某些院所申請跨表，以風免的案子為例，台大的主治醫師把病人帶到遠東聯合門診施打，一個月打了 100 多萬，我們曾經對他道德勸說，他說因為在台大打，科裡面會管，所以把病人轉到遠東門診來，就病患的安全性，你是希望在台大打，還是遠東打，當時就是因為准許跨表。另一個體外碎石震波的例子，當時僅經過 2 個審查醫師通過就可以，沒有經過共管會議，造成某個院所在基層泌尿科單月申請 7 百多萬點，會排擠某些本應在基層治療的預算，表面好像照顧了某些病患，實際上讓更多的病患權益受損，所以我希望就醫療品質的管控、病人安全性、醫療資源合理的分配。呼應我們主委的說法，我們沒有把門關起來，需求在當時是可以的，所以歡迎大家來申請，現在要以大部分的被保險人的利益來做考量。

龐代主席一鳴

謝謝，愈來愈聚焦了，最爭議的部分已解決。

楊代表芸蘋

我覺得蔣秘書長說得很好，你說基於病人安全，我就特別注意了，基於品質管理，基於病人安全，真的要經過共管會議討論，就會和我們消費者代表有聚焦。

龐代主席一鳴

我們接下來討論的重點不是准駁問題，是跨表審查程度的問題，我所知道的普遍問題，第一是六區的作法不完全相同，第二因為這是准駁的處分，可以申請行政救濟，行政救濟的承擔是健保署，第三，這也是醫療問題，有醫療安全、需要性、設備、能力等等。

建議六區流程儘量一致，希望以後跨表審查，各區至少 2 位審查醫師，有爭議時送共管會議討論。建議全聯會設計審查表，內容包括安全性、設備、能力等，有幾個評量的 scale，就我所知目前各區使用的 scale 不一樣，麻煩全聯會幫忙設計好評量方法，以後按照共同的表單，由 2 位審查醫師分別看過，2 位審查醫師意見不同再送共管會議討論，這樣流程也比較簡單，是不是就照這樣改。

李代表紹誠

我很樂見建立制度，回應科長提到的，以前通過的，新的要申請，不通過可能會不公平，我建議在這個制度上建立 review system，因為可能現在通過了，但是 2 年後可能不符合資格，像醫學中心評鑑後，以後也是要評鑑，每家醫療院所每 3 年要簽約 1 次，既然主席有心要建立這個制度，就把 review system 放進去，過幾年 review 一次看這些院所是否合格。不是一通過就一輩子，這樣對後來的院所也是不公平的。

藍代表毅生

關於審查，我提供中區的做法，中區有 2 位醫師，2 位醫師意見不同的情形，我們還有審查召集人再看一次。

陳代表宗獻

2 位醫師審查結果不一樣的，審查召集人壓力會比較大，其中有一部分是財務問題，所以在共管會議和審查醫師可能會有不一樣的看法，建議在共管會議會比較好。

黃代表振國

我整理一下，第一，2位審查醫師都同意就結束，1位同意1位不同意，但是審查組組長有同意，再提共管會議，因為跨表是很不常見，歷年來才100多件，跨表不是常規，經過共管會議通過後，才能實施跨表。第二、當時申請是以醫療院所為單位申請，大家知道醫療院所，尤其是所謂的聯合門診、院外門診，醫療經營診所執照的，往往醫師流動率高、設備老舊，建議因為簽約是3年1次，是不是也可以加但書，因為以前同意跨表項目沒有落日條款，建議健保法修法，同意跨表以3年為限，3年後必須重新申請。

龐代主席一鳴

再歸納剛剛的建議，程序上，2位審查醫師大家基本上同意，有爭議的提共管會議討論。

張專門委員溫溫

我補充我自己工作的經驗，我覺得總額實施以後，大家都不是以病人為中心，都是在考慮財務有沒有很大的負擔，假如我們制度設計真的這麼不好，真的會希望基層和醫院合併，以前是基層醫師說從醫院練了一身武功，到了基層卻什麼都不能做，所以應該開放跨表，和現在講的都不一樣，以前做支付標準時，有人問為什麼要分A、B、C，我有能力就可以做，現在你們就是不想跨表，我是覺得感觸很深。199家做了2600多點，占基層點數0.02%，我不知道為什麼大家這麼care，變成不是以病人為中心的考量。

林科長淑範

補充數字給大家參考，103年核定同意的只有14家，核定項目數60項，影響的數目並不多。

龐代主席一鳴

程序上再拜託幾件事情：

- 一、請全聯會就安全性、設備、人力、病人需要性等，設計合理的表單來給2位審查醫師做評估，這樣以後分區業務組也可來配合，因為申請的條件有些是隨醫師，有些是隨儀器、設備，同

意之後的附帶條件就不是像現在這樣開放後無限期延長，因為這個同意可能是搭配某個醫師，或這個同意搭配某個儀器、設備條件的，所以請全聯會設計這個表單。

- 二、同意權的流程，由 2 位審查醫師審查，審查結果有爭議的，提審查組組長或提共管會議討論，請各分區業務組，每次基層跨表同意案也在共管會議做報告。

林代表義龍

開放跨表准駁是一個行政處分，即使是行政處分，本來就可以附條件附期限，例如開放 3 年或 5 年，建議在審查表上設計。

討論案第三案「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫之專款，支應院所以衛生福利部電子病歷交換中心(EEC)查閱病人於其他院所就醫資料之查閱成功費，將造成家醫計畫專款排擠效應之因應配套措施案」

吳專門委員錦松

- 一、向委員更新說明二費用估算，上次是以 3 月的數據估算，現在更新到第二季(4-6 月)申報約 130 萬點，推估 104 年約介於 400-500 萬點，供各委員參考。
- 二、公會所提另外編專款支應 EEC 查閱成功費，104 年實有困難，未來是否要編列專款，要看 EEC 查詢是否在診治病人上有所幫助。

龐代主席一鳴

我簡單講結論，明年修改家醫計畫，今年維持原計畫內容執行。

黃代表振國

補充說明，103 年點值採浮動約 0.833，104 年若以現今會員 248 萬人估算，點值約 0.8 以下，若今天會議不能針對 EEC 所增加的費用適當調整，建議公告暫停給付 EEC 查詢費，讓家醫計畫回到應有的角色功能。

陳代表宗獻

要請健保署公告暫停給付 EEC 查詢費，這真的是強人所難。EEC

是鼓勵作用，明年度家醫計畫有很多需要重新思考討論之處，包括會員條件等都需要重新思考，建議把 EEC 框在一個一個的群裡面，不要讓他吃到其他的群。

龐代主席一鳴

EEC 當時的環境是沒有雲端藥歷這些資源，現在觀念已經改變，應該有新的思維，雲端藥歷與健康存摺的效率比 EEC 好，這個案子的目的不是為 EEC 或哪個計畫，而是基於資源共享，不要重複檢查、重複吃藥，現在已有雲端藥歷與健康存摺的替代策略，建議就在明年家醫計畫好好修改。

黃代表振國

記得 103 年審計部曾糾正，每人給付大於 800 元，若某個醫療群或某診所因為做了 EEC，造成每個人頭領的費用大於 800 元，就會有問題，建議以 800 元做為上限，這就合法制，不用改任何東西。

龐代主席一鳴

這是個好意見，我們是不是可以做一些資料分析，該提醒的提醒，該警示的警示。

吳專門委員錦松

將責成分區業務組審查該項費用時依照大家的建議原則進行審查。

龐代主席一鳴

本案結論如下：

- 一、參考各代表意見，明年修改家醫計畫。
- 二、10 月底前針對今年 EEC 使用情形與會員費用上限作初步分析，再請分區業務組進行輔導改善。