

「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」103年第2次

會議紀錄

時間：103年5月29日下午2時

地點：中央健康保險署18樓會議室(臺北市信義路3段140號18樓)

主席：蔡副署長魯

紀錄：李健誠

出席代表：

王代表正坤	(請假)	陳代表威仁	陳威仁
王代表錦基	戴昌隆 ^代	陳代表炳榮	陳炳榮
古代表博仁	溫國雄 ^代	陳代表晟康	(請假)
何代表活發	黃文章 ^代	陳代表雪芬	陳雪芬
余代表忠仁	(請假)	陳代表夢熊	(請假)
吳代表國治	吳國治	陳代表聰波	(請假)
吳代表進興	吳進興	彭代表瑞鵬	(請假)
李代表昭仁	李昭仁	黃代表永輝	(請假)
李代表紹誠	李紹誠	黃代表啟嘉	黃啟嘉
周代表慶明	周慶明	楊代表芸蘋	(請假)
林代表正泰	(請假)	羅代表世績	朱先營 ^代
林代表阿明	林阿明	潘代表仁修	李光雄 ^代
林代表昭吟	(請假)	蔣代表世中	蔣世中
林代表義龍	林義龍	蔡代表明忠	蔡明忠
徐代表超群	徐超群	蔡代表登順	蔡登順
張代表志傑	張志傑	鄭代表悅承	李建志 ^代
張代表孟源	張孟源	盧代表榮福	盧榮福
張代表金石	陳相國 ^代	賴代表明隆	賴明隆
張代表嘉訓	張嘉訓	謝代表武吉	王秀貞 ^代
梁代表淑政	梁淑政	藍代表毅生	藍毅生
莊代表維周	(請假)	嚴代表孟祿	(請假)
連代表哲震	連哲震	蘇代表清泉	(請假)
陳代表宗獻	陳宗獻		

(依代表姓氏筆劃排序)

列席單位及人員：

衛生福利部全民健康保險會
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

魏璽倫、邱臻麗

吳春樺、陳哲維、陳宏毅

程嘉蓮、黃幼薰、劉俊宏

林佩菽、何宛青、吳心華

董家琪

王韻婷

賴香蓮、范貴惠、顏燕盞

陳祝美、盧珮茹

王慧英

龔川榮

蔡秀珍

梁燕芳

陳尚斌

姜義國

(請假)

李純馥、王淑華、張溫溫

林淑範、洪于淇、李月珍

張桂津、劉立麗、陳逸嫻

鄭正義、歐舒欣、楊秀文

一、主席致詞：(略)

二、確認「103年第1次會議」會議紀錄。

決 定：確認。

三、報告事項：

(一)案 由：本會103年第1次會議結論事項辦理情形。

決 定：洽悉。

(二)案 由：西醫基層總額執行概況報告。(全聯會)

決 定：洽悉。

(三)案 由：西醫基層總額執行概況報告。(健保署)

決 定：洽悉。

(四)案 由：西醫基層總額102年第4季點值結算結果報告案。

決 定：

1. 西醫基層總額102年第4季點值確認(如附表)，將依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.8405	0.8971	0.8525	0.9131	0.9324	1.0010	0.8847
平均點值	0.8954	0.9293	0.8998	0.9396	0.9521	0.9916	0.9190

2. 102年西醫基層「醫療給付改善方案」因全年預算不足採浮動點值，全年結算浮動點值為0.98012180。

(五)案 由：「103年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」報告案。

決 定：洽悉。

四、討論事項：

(一)第一案

案由：有關「103 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」(以下稱本方案)新開業醫療服務，如診所開(歇)業，當月診療未滿一個月，其保障額度給付方式，提請討論。

決議：每月應至少提供 20 天門診服務，當月門診服務未滿 20 天者，不予支付保障額度，並自修正公告日次月 1 日起生效。

(二)第二案

案由：有關高雄市衛生局提出由醫學中心消化系專科醫師支援梓官區衛生所，執行「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」乙案，提請討論。

決議：採專案同意實施，除 B、C 型肝炎篩檢及病毒量追蹤所需「核糖核酸類定量擴增試驗」之檢驗費用外，其他診療項目則按支付標準核實申報，並依會議決議函復高雄市衛生局，請該局依計畫流程向本署高屏業務組提出申請，經審核通過後實施。

(二)第三案

案由：有關西醫基層合理門診量折付方案，提請討論。

決議：暫緩討論撤案。

五、與會人員發言摘要，如附件。

六、散會：下午 3 點 55 分。

本會 103 年第 2 次會議與會人員發言摘要

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)」與會人員發言摘要

黃代表啟嘉

針對滿意度調查的結果提出原因及一些看法，假日滿意度不同，在100年和101年差距非常大，主要是因為問卷題項有問題、兩年間問的基準是不同的，所以差距才會如此大，不可能兩年間直接跳了兩倍以上的不滿意，或是兩年間有一半的診所都假日不看診，就我所知原本的問題是詢問民眾普遍性是否在假日有看診不便之情形，101年後則前提先問民眾是否有假日需求，再進一步詢問是否有假日看診不便之情形，所以基期是不一樣的。這是必須說明的，避免消費者普遍認為醫界沒有在努力，但事實上醫界已經作了很多努力。

李代表紹誠

針對滿意度調查部分，建議下一次民眾調查列入以下幾道題目：

1. 請問您覺得醫生該不該休息？如果沒有達到如便利商店的可近性，這項調查永遠不會滿意。
2. 請問健保署各分區假日有無換健保卡之作業？民眾於假日是否可以更換 IC 卡？
3. 請問醫師上班時間應該為上午 8 點到下午 5 點，還是上午 8 點到晚上 10 點？

先把這些問題拋出來，因為我認為這是人的本性，就像調查民眾認為該不該減稅？相信超過 90% 的人都願意減稅，可是此作法不可能，若從同樣的思維來看待假日看診滿意度，對於醫生來說是非常不公平的！因為平常民眾可以去看病的時間卻不去看病，非要選假日時間去看病，使得醫生不得休假，這是我的意見。

藍代表毅生

投影片第 56 張，中區的病人只有假日有時間看醫生的比率為 7.84%，但對於距離可近性較差的民眾只有 3.9% 左右，表示民眾就醫可近性是相當足夠的，並不需要跑很遠來就醫，但是仍有 32.84% 的民眾需要忍著病痛不去就醫，表示疾病並不急迫，這就回應李代表所述，在中區實施科管理，從假日休診造成不便的比率為 65.6%，在中區的科管理下，每個月要強制休診 4 天，但是滿意度卻是六分區中倒數第二名，北區不滿意度比中區還高，表示民眾並不會因為中區強制休診 4 天而造成滿意度下降更多，看看假日期間政府單位、稅務機構、銀行有沒有在上班？因為現在都要求醫師及護理人員需修習學分達一定標準，又要求醫界不要成為血汗診所、醫院，來侵蝕護理人員和藥師的休息時間，因此應該拋出類似的問題，請問民眾「您覺得醫師的服務跟其他公、私機構的休息，造成看診及服務提供的便利性，有沒有差異？」，建議也列成未來調查的選項之一。

主席

大家不必太過情緒化，滿意度調查結果僅供各位改進參考，不是要造成行政機關和醫事服務機構間的對立，大家要從這個角度來思考這件事情。

李代表紹誠

因為在健保會評核時，付費者代表常常以假日診所休診為由，影響評核分數甚鉅，滿意度調查每年都有報告，醫界也感受到委屈，是否可以改善問卷的調查？誠如主席所說這樣的調查並非造成對立，而是調查上就是有問題的，就像我家旁邊沒有便利商店，我一定是不滿意的，也許可以就問卷內容再作修訂，提供以上意見。

張代表孟源

投影片第 42 張可以看到西醫基層 103 年第 1 季服務人次約有 5,269

萬人次，顯示國人在第 1 季平均接受兩次以上的看診，這跟國際上醫療普及度比較，應該是相當的好，從件數成長率來看有 6.17%，所以服務量也是增加的，在醫界提供如此服務下，會造成的結果請看 103 年第 1 季的點值預估，六分區浮動點值均低於 0.9，這種情況對於部分診所會有經營上的困難，甚至臺北區最低達到 0.80，所以滿意度調查要調查病人滿意度外，也可以詢問醫師對於點值之滿意度，畢竟在考量民眾滿意度時，也應該考慮提升醫生的滿意度，是否在今年總額協商時，對於基層付出那麼大的努力，希望得到大家的關心及掌聲。

陳代表宗獻

本次滿意度調查報告健保署的呈現比以前更用心，比如說投影片 55 張，針對假日診所休診不便情形，發現歷年有 40% 和 70% 的差距，就去校正為可以比較的數據，是沒有錯的，但是假日休診造成不便的滿意度調查，是臺灣特有的怪現象，全世界只有臺灣在問「若是假日診所休診，你會怎麼處理？」另外，102 年度民眾自付情形和假日休診不便的問題，健保署都有發現到 base 不一樣，所以分母是不相同的，未來 7 月份於健保評核會作報告時，一定會把這部分說明呈現。而在民眾自付比例 102 年較 101 年高出 0.2%，原因在於 102 年問卷項目比 101 年多出幾個項目，治療處置如販藥、手術和診斷證明書等，項目變多都會有影響，一般消費者都會認為健保署的報告可信度比全聯會的高，未來健保署若能在此說明寫入，就能讓健保會委員看到原因，請在說明中補充。

張代表志傑

補充一點，在假日休診滿意度部分，報告中特別強調「必須忍著疼痛」比重較高，我認為這個項目是有問題的，為什麼民眾要忍著疼痛等診所開業再看醫生？可能他就是要給這位醫師看診，那診所醫師什麼時候要休息？醫師一定需要休息的，所以診所休診時，民眾就必須忍著疼痛，因此這個題項應該更進一步詢問「您是否一定要給這家診所的

醫師看診」？如果回答是的話，個案就應該排除，所以比例上就不會高達 30%，搞不好必須忍著疼痛實際上只有 2~3%，這樣才合理。

張代表嘉訓

對於統計的方法提出意見，資料顯示委託單位為臺灣公共衛生學會，學會所設計問卷是否能真正反應實際上的狀況？我認為基層代表應該要跟學會溝通，到底問卷設計上有無問題？例如會議議程第 50 頁，健保署有提到例假日休診調查改變的說明，101 年後改成先詢問是否有假日看診需求，若回答是，才進一步詢問是否有假日診所休診不便之情形，但資料並沒有對假日有看診需求的民眾作原因分析，剛剛李紹誠也提到，有的民眾就是白天上班沒空，所以只有假日才有空看病，這些都不是假日看診的理由，假日需要看診就是因為有急迫性，所以就數據上來看差了 3%，就要醫界想新的措施來改進假日看診問題，這樣的推論是不太有道理的。另外滿意度跟前一年度的比較差異在 1% 以內，到底有無統計上的顯著意義？應該要設立一個有意義的差距，因為對我來說 85% 和 85.5% 是沒有差異的，實在不需要因為百分之零點幾的差異而解讀成民眾滿意或不滿意，應該要更整體面的來看，對醫界才是公平的。

李代表昭仁

我贊同主席所說，滿意度調查及其數據資料是提供我們參考，對於全民健保帶給民眾的便利性、可近性、醫療品質等等服務，我相信民眾都知道健保是世界第一的，所以針對結果實在不需要過於苛求，我認為要執行這類調查報告，在鄉下地方、偏遠地區，和都會型的城鄉差距，在看病時間、就醫型態，其實都會不太一樣，所以這類報告真的就只能作個整體參考，老百姓其實也都很接受，滿意度很高。如果要同張孟源醫師所說來調查醫師的滿意度，我想是沒有必要的，外國專家學者對我國的健保制度讚譽有加，但曾有某前輩醫師半玩笑地告知外國學者我們醫師對健保的滿意度應不會超過百分之十，所以民眾和

醫師的看法絕對差異很大，但制度就是如此，十幾年來都是，對於許多鄉下診所，也是有一人診所全年 365 天都在看診的，這也無強制性，醫師想開業就開業，想休息就休息，醫療服務提供只有達到某個程度，讓民眾方便，我認為這就足夠。

黃代表啟嘉

我認為健保署不要妄自菲薄，相信民眾也知道全世界假日有在看診的只有臺灣，如果我們一直針對某些點一直要求進步，總有一天還是會到達一個上限，不可能再成長，這樣會讓自己給限制住，所以換個角度想，是否要有一個及格的標準？每年就針對是否及格，代表醫界有達成目標，因為這些指標總有無法前進的極限，也擔心每年在評核會中以滿意度與前一年度比較，總會有無法提升的一天，但我們看的很多病人都能理解臺灣健保制度真的很棒，所以健保署不斷的要求醫界，醫界也不太可能一直回應這些要求，先前有國外貴賓來花蓮，上一屆的世界醫師會會長聽完臺灣的醫療制度後，說了「Why can you endure these」？為什麼你們醫界能接受這些？但我們都還是接受了。

蔣代表世中

健保署「因基層院所假日休診造成不便的調查結果」報告數字要往高或低呈現都可以，因為只要把分母定義做調整即可，如果今天是要讓造成不便的數字往高走，就只要詢問有在假日看診需求的民眾，這樣分母變小後，數字就會上升；相反的，如果詢問對象是所有的民眾，這樣分母變大了，數字就會下降，甚至掉到 10% 左右。

在總額支付制度下，付費者要求醫界限制總額，又要求假日要看診，而健保署委託設計的問卷又一直朝負面進行，實在令人不解。另一方面，100 年和 101 年「因基層院所假日休診造成不便的調查結果」是分別採用不同的詢問方式，既然如此，100 年以前的就不應該列出來，只要列 101 年就好，否則會造成誤導的反效果。

向民眾宣導院所看診時段大家都會做，我現在就代表醫師公會請基層

院所要在診間明顯處公告看診時段，休診時間預先告知，但說實在這些醫界都早已在執行了。

張科長溫溫

這次的報告應該以整體來看，不要看太過細節，從整體趨勢來看是沒有下降或是顯著性差異，若是在呈現上不是很恰當，都可以再作修改，再來就是題目問得太細，問卷調查的困難度就增加，尤其是現在詐騙事件比較頻繁，問太多題目民眾無法完整回復，所以當各界都要求詢問很詳細，個人認為沒有必要，因此應該著重在整體性是變好還是變壞，而問卷內容上在執行調查前，也都有請各公會來表示意見，我們也尊重公會給的建議，但健保署也非全盤接受。至於是否各年度間有顯著差異，我認為還是從整體來思考，上次在報告滿意度時，就有委員質疑為什麼有1%的不滿意？一直要求行政機關要作改善，實在是很難執行，因為其實1%的比例已經是相當低的，也希望醫界能多多體諒，健保署會持續努力。

張代表孟源

滿意度可以分成客戶滿意度和員工滿意度，我認為醫師算是健保署的間接性員工，應該也要調查一下員工滿意度如何？

主席

當健保署有足夠的行政經費預算，我們會考慮。

吳代表國治

既然健保署遭受質疑滿意度難以執行，或是不滿意比例很低都要提出解釋時，應該也可以明瞭消費者對醫界的為難是什麼？如果下次公開場合消費者有提出類似講法時，我希望健保署能夠有道德勇氣站出來講話，再來就是報告是否要呈現出數字？只要呈現滿意度是否跟去年相同，或是比去年好，這樣就足夠。

主席

吳代表的意見列入考慮，但實際上是很難做到，呈現太粗糙，就被要求更精細，呈現太細節，又被要求不要公布太多，實在是左右為難。如果沒有其他問題，就進行下一案。

報告案第四案「西醫基層總額 102 年第 4 季點值結算結果報告案」與 會人員發言摘要

黃代表啟嘉

浮動點值跟藥費保障點值作結算後才是平均點值，東區的浮動點值為 1.0010，但是平均點值卻降到 0.9916，不知道是什麼原因？(旁人：跨區)所以是跨區的關係，那我了解。

主席

如果沒有其他提問，就依照全民健康保險法第 62 條規定辦理 102 年第 4 季點值公布跟結算事宜。

報告案第五案「103年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式報告案」與會人員發言摘要

張科長溫溫

本案在上次會議沒有達到共識，所以請全聯會再回去討論，目前已達成共識，健保署也依全聯會的共識辦理地區預算分配。

陳代表宗獻

基本上全聯會的內容就在會議議程第61頁，至於上次會議有的爭議則到明(104)年再處理。

張科長溫溫

原則上本案是先將預算撥出4億1千萬元當作風險基金，其中的1,000萬是分配給東區，依照四季占率來分配，並以102年預算為基期來增加預算，其餘五分區就採用原本R、S值進行分配後結算，若有分區浮動點值低於0.90，各季會有1億元的風險基金來挹注未達0.90的差距，若有多個分區就是以服務量和點值0.90的差距占率當權重來分配，若風險基金有剩餘，就回歸一般服務預算來結算，以上說明。

林組長阿明

補充剛剛103年第1季預估點值低於0.90，事實上是各季風險基金1億元未放入預估點值中計算，使得報告案中預估點值有偏低的情形。

主席

必須跟大家說明為什麼預估點值會低，未來結算時會有不同的作法，原因為何都要說明清楚的。

藍代表毅生

本案在全聯會已經作成決議，但是中區代表還是要反應幾件事情：

1. 在中區管理上是每個月強制休診四天。
2. 中區實施科管理，第一個目標就是將點值訂在0.935以上，目前中

區的點值都維持在0.90以上，就算低於0.90，仍然會因為管理上提升至0.90以上，所以依照本案之分配方式，中區不可能拿到風險基金，只會不斷撥出預算。

所以在中區的共管會議中，我們將會提案：(1)中區不再實施科管理；(2)未來中區不參加風險基金分配。

主席

再次詢問全聯會，103年度西醫基層總額一般服務預算分配方式是不是按照本案內容執行？是的話就確定通過。

蔣代表世中

確定，不過與會者都有發言權利。

陳代表宗獻

不過剛剛藍醫師提的是千真萬確的事情(中區科管理)，中區即使點值低於0.90，也必須要斷頭到點值達0.90以上，既然全聯會內部討論出本案結論，也予以尊重。

主席

本案即以全聯會的來函辦理。

討論事項第一案「103年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」新開業醫療服務，如診所開(歇)業，當月診療未滿一個月，其保障額度給付方式乙案，與會人員發言摘要

王專門委員淑華

本案主要是今(103)年 2 月份有一家診所新開業當月執業只有 19 天，在其他總額部門的醫缺方案皆有規定一週需提供服務時數與每月需提供服務之天數，而西醫的方案中是沒有相關規定，本署有事先通知全聯會，經審查執行會討論決議每月至少要提供 20 天醫療服務，若未達 20 天則不予支付保障額度。牙醫總額的作法是按照比例給付，但西醫的作法是少於 20 天則保障額度全部不給付，這樣的作法比較特別，另外會議議程上原本的文字是要追溯自今(103)年 1 月 1 日執行，這樣會造成剛剛提到 2 月份的診所保障額度 20 萬元會被追扣，這部分經請教法治單位後，是有違反信賴保護原則，因此才修正會議說明四，改成自公告日起之次月 1 日開始執行。

陳代表宗獻

我不太了解偏遠地區醫師工作環境如何，20 天在生活便利區域會覺得足夠，但是在人口不斷老化的趨勢下，假如我到偏遠地區開業，但是有其他因素例如父母親生病，就必須離開偏鄉，可能就達 10 天以上休診，所以問題就在於訂定 20 天可能是合理，但是 20 天以後就不予支付，如果把方案改一下，修訂成除以 20，一天減少 1 萬元，所以開業 19 天就是支付保障額度 19 萬元，這樣的作法會不會比較有彈性？

主席

先說明一下，本方案 103 年度已經公告，剛剛王專委說明今年有碰到一個特殊個案，基於公告後的程序原則來作補充修訂，至於陳代表所說的方法，是否等到 104 年度修改方案內容時再來考量？就是比照牙

醫總額在支付保障額度上有比例原則，但是 103 年度的方案已經執行快半年，現在公告修訂，會在 7 月 1 日執行，至於是否按照比例支付，就等到 104 年度再來討論修訂方案內容。

主席

先釐清一點，我並沒有指示 104 年方案該如何修訂，而是 104 年度的方案要如何修改，全都尊重全聯會的決定，而目前本案討論的是執行上遇到了困難，跟公會討論過後，有加註的條件提案至本會議討論。

徐代表超群

個人認為要領取保障額度每個月看診 20 天是應該的，但是未達 20 天也只是沒有保障額度，還是按照一般醫療服務量申報給付，包含診察費有 20% 的加成，雖然沒有到 20 萬，但是也差不了多少。建議先維持 20 天，畢竟 103 年度還有下半年要執行，萬一在這期間有診所僅開業一個禮拜就退出，卻還要給付 20 萬元保障額度，這樣的作法也是不合理。建議先按照本案說明公告，至於更細部的調整就等 104 年度的方案再來討論。

藍代表毅生

本案是要針對 2 月份那家診所如何解套，我認為既然醫師已經在偏遠地區服務，應該就採會議議程上說明，自公告日起之次月 1 日開始執行，因為前面已經發生事實，是不需要更動的。

李代表紹誠

不知道有類似情況的診所家數有幾家？

主席

目前有本案情況的今(103)年只有 1 家，但是未來還不知道，所以本案討論是防範未來，如同剛剛徐代表所說，會不會有診所到偏遠地區開業一星期就結束營業，但是還是要給付保障額度 20 萬元，因此本案修訂條文只是防範未來剩下的半年，而上半年已經發生的，基於信賴保

護原則是不追溯的，這也牽涉到權利義務的問題，至於104年度該如何修訂，是明年度要討論的事情。

李代表紹誠

我認為本案公告主要是讓其他在偏遠地區執業的診所也知道這件事情，應該個別通知讓執業診所都知道比較妥適。

主席

我們一定會加強各分區業務組針對偏遠地區執業之診所盡到告知義務。

蔣代表世中

我認為既然會前全聯會已經有討論出共識，則建議先按照本次會議說明的方式去執行，未來若要再按比例折付，則在104年再來做細部討論。

盧代表榮福

我認為計畫方案經常在修訂，例如家醫計畫的修改，所以本案先依照說明通過，是沒有關係的。

主席

本案大家達到共識，就依提案說明的內容來執行，至於104年度西醫醫療資源不足地區改善方案的相關規定則留至年底再討論修訂。

討論事項第二案，高雄市衛生局提出由醫學中心消化系專科醫師支援梓官區衛生所，執行「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」乙案，與會人員發言摘要

主席

請業務單位先補充說明，基本上本案跟上次會議的彰化縣衛生局有相同情形，也就是其他衛生局要辦理B、C型肝炎治療計畫時該如何處理？站在民眾角度本案立意當然是好的，對於B、C型肝炎防治上也是好的，只是執行經費上該如何劃分，需要進一步討論。

林科長淑範

本案不是第一次提到本會議討論，而是可以追溯自103年總額協商時留下的後續處理，因為醫院方面B、C型肝炎治療已經開放給兼任醫師來執行，西醫基層則是擔心預算的問題，僅同意專任醫師參加，造成許多地區有醫療需求但是兼任醫師無法參加執行，因此上一次在本會議中有討論彰化縣衛生局同樣的情形，需要去支援田中衛生局，當時討論有提到本次會議議程56頁的B、C型肝炎病毒量追蹤需要的核糖核酸定量擴增試驗，一次需要2,200元是比較昂貴，這部分由衛生局編列預算來支應外，其餘醫療費用皆回歸支付標準和試辦計畫專款經費來支應。今天本案是由高雄市衛生局提出針對梓官區的治療照護計畫，從資料顯示當地民眾要就醫的交通時間也很長，預估今(103)年要治療人數也有30個人，而高雄市衛生局推估的預算有高估情形，編列情形在會議議程第71頁，主要關注在檢查費的部分，包括GOT、GPT等的測量只要半年執行一次，所以依照推估，半年每人只需要250萬的經費，其中專款支付第3及4項(治療B、C型肝炎藥物費用等)，第5項檢查的部分為依個案情形用藥及檢查費用，這其中有很多的比率是執行核糖核酸定量擴增試驗，這部分是由衛生局編列預算支應，真正要由西醫基層一般服務支應的是第1及2項的診察費與檢查費用。

蔣代表世中

本案不管哪個衛生局來提案，都應採同樣作法，一視同仁，而本案站在保障民眾就醫權益及提高當地B、C型肝炎個案治療可近性的立場，建議應可比照上一次會議同意彰化縣衛生局提出申請的結論辦理，若是經費不足就從專案專款來支應。

陳代表宗獻

本案梓官區的醫療服務相當清楚，就是依照項目1至5來推估，其中第3、4項由B、C型肝炎專款支應，第1、2項由基層總額來支付是合理的，第5項目則由地方政府來負擔也屬合理，畢竟也是轄區內民眾的健康照護，我贊成依據會議議程內的擬辦說明三辦理，但建議不要變成一體適用，因為擔心未來變成政績比賽，當有需要醫療之地區來提出說明，這樣的作法會比較適當，應該採個案來管理，檢視其流行率、醫療可近性等情況來作審核。

主席

所以陳代表的意思是本案先比照上次彰化縣衛生局的作法，以後如有其他衛生局提出再逐案討論。

李代表紹誠

我認為照顧民眾健康，醫界是義不容辭的，但又很擔心下次開會又有其他地區提出相同的作法，就如同先前辦膜不斷在健保會提出自費的議題，是否未來可以有同樣的作法，但是改成在報告事項中讓大家知道就好，我相信未來還會有同樣的提案出現，但我們不必宣揚這些事情，但都同意此作法即可。

朱代表先營

我記得上一次也是提到彰化的案子，本身也有在執行B、C型肝炎治療，在湖口開業也算滿鄉下的地方，但是當地民眾仍有很多人到長庚醫院就診，交通時間上也需要1個小時左右，長庚醫院變得像市場一

樣，候診時間都相當長，就本案來看高雄市的醫療並不算差，個人認為梓官區和高雄的距離也不遠，事實上半小時就能抵達，主要討論應該是費用該屬於基層還是醫院？因為B、C型肝炎有試辦計畫，此專款就是來支應藥物的部分，至於DNA和RNA的部分很多院所都不敢申報，所以都是病患自費比較多，所以這部分不管有沒有通過，大概都是自費為多，另外一個月推估兩次門診事實上是高估的情形。所以本案主要還是在費用的劃分上，哪些部分由當地政府支出，由健保支應或民眾自費，劃分上是有難度的。

主席

所以上次會議討論後，健保署中區業務組就跟彰化縣衛生局溝通要執行，並說明哪些費用由健保支應，哪些要由衛生局編列公務預算支應，結果彰化縣衛生局因為經費不足就沒有執行，所以本案健保署也將費用劃分清楚，要讓衛生局知道應該支應哪些費用，也如同陳代表所說，各縣市衛生單位有其政績的問題，若是單位首長同意支付這些經費來執行也是種作法。

陳代表宗獻

其實現在防癌的部分，各縣市都很努力在執行，努力到防癌協會都難以維持其功能，當然本案醫界是樂見其成，當地方政府也願意支付公務預算，一同來提升醫療照護品質，這是值得鼓勵的措施。

李代表昭仁

我認為站在病人立場，有本案措施原則上都是通過，但是敢執行的不多，因為地方衛生單位的經費有限，以本人所在轄區衛生局要找我們去開會，都沒有經費來支應出席費或供餐，所以經費上就會有問題，但是本案立意是良善的。

蔡代表登順

本案對民眾是有利的，包括健康及安全上都有，站在消費者立場當然

是支持的，至於費用該如何支應，因為有專款項目，應該是可以處理，若要由各縣市政府來負擔，會有其困難，另外政績的部分為了選舉是一定會去宣揚擴大的。

陳代表宗獻

照本案推估30個人，若是兩個月作一次檢測，僅要花費36萬元，還不到40萬，所以沒有很大的壓力，重點在於開放一個完全免費，地方政府福利上就會出問題，所以依照原本作法，適當的讓地方政府回饋民眾也是必要的。

林代表阿明

站在病人立場應該是不要因為醫院或基層的不同，而受到不同的待遇，所以未來還要請大家思考該如何突破，如同剛剛討論中提到有些費用不敢申報，就跟民眾收取自費，這樣的作法也不洽當，若是符合指引則應由健保買單，而非有所區別，畢竟兩個層級間的作法要請各位再多思考。

主席

有關高雄市衛生局提出由醫學中心消化系專科醫師支援梓官區衛生所，執行「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」決議為比照彰化縣衛生局採專案同意實施，除B、C型肝炎篩檢及病毒量追蹤所需「核糖核酸類定量擴增試驗」之檢驗費用外，其他診療項目則按全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準採核實申報。

討論事項第三案「有關西醫基層合理門診量折付方案」，與會人員發言摘要

陳代表宗獻

說明一下，本案在全聯會已經討論很長的時間，將近6至8個月以上，原本意見是相當分歧，直到大家都有共識是很不容易，而我們的主張就是預算中平、不增加總額負擔、不影響科別分配與不改變看診的習慣及方便性，因為這部分提案較晚，所以健保署尚未有計算資料，當然全聯會的數據是有依據的，不過會前有先跟署內討論過，為了讓政策穩定執行，並且不會出現問題，因此同意要更謹慎地處理，因為本案快或慢通過對我們影響沒那麼大，只是想回應外界指責只有西醫基層總額門診合理量25日算30日，這部分來修正，照理這種修正不應該影響原本之狀況，是不是等到健保署資料完成後，全聯會有負責的人員來討論這項議題。

主席

謝謝陳代表的補充，重點就是請健保署醫管組提供精算資料，跟全聯會討論確認後再提案至本會議討論，所以今天討論事項第三案就先撤案。

主席

沒有臨時動議的話，本會議就結束。(103年5月29日15時55分)