

「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」103年第1次

會議紀錄

時間：103年2月27日下午2時

地點：中央健康保險署18樓會議室(台北市信義路3段140號18樓)

主席：蔡副署長魯

紀錄：楊秀文

出席代表：

王代表正坤	(請假)	陳代表威仁	蘇美惠 ^代
王代表錦基	戴昌隆 ^代	陳代表炳榮	陳炳榮
古代表博仁	古博仁	陳代表晟康	(請假)
何代表活發	(請假)	陳代表雪芬	陳雪芬
余代表忠仁	(請假)	陳代表夢熊	夏保介 ^代
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	彭瑞鵬
李代表昭仁	李昭仁	黃代表永輝	黃永輝
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	楊芸蘋
林代表正泰	林正泰	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	林昭吟	蔣代表世中	蔣世中
林代表義龍	(請假)	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	張金石	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	葉青宜 ^代	藍代表毅生	藍毅生
莊代表維周	莊維周	嚴代表孟祿	(請假)
連代表哲震	連哲震	蘇代表清泉	蘇清泉
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

程嘉蓮、黃幼薰、劉俊宏

何宛青

王韻婷

范貴惠、林千媛

陳祝美、盧珮茹

李菁萍

龔川榮

陳惠玲

梁燕芳

王本仁、劉家慧

姜義國

詹孟樵

李純馥、陳真慧、洪于淇

張桂津、劉立麗、李健誠

鄭正義、歐舒欣、楊秀文

一、主席致詞：(略)

二、確認「102年第4次會議及第1次臨時會會議」會議紀錄。

決定：確認。

三、報告事項：

(一)案由：本會102年第4次會議及第1次臨時會結論事項辦理情形。

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3季點值結算結果報告案。

決定：西醫基層總額102年第3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	0.85895790	0.94440997	0.88805552	0.95566657	0.96395718	1.06313305	0.91264327
平均點值	0.90522252	0.95606092	0.92217219	0.96513681	0.97191368	1.02575982	0.93812082

四、討論事項：

案由：103年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式案，提請討論。

決議：請醫師公會全國聯合會就全聯會版本及健保署版本討論後取得共識，再發文予本署據以執行 103 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配。

五、臨時動議

案由：有關「彰化縣衛生局提出由醫院消化系專科醫師支援 B、C 型肝炎醫療資源不足地區之基層院所」乙案，提請討論。

決定：本案原則同意辦理，惟除 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。

六、與會人員發言摘要，如附件(第 5~37 頁)。

七、散會：下午 5 點 30 分。

本會 103 年第 1 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

主席

請各代表就報告案第二案和第三案-「西醫基層總額執行概況」提問，第三案報告案是健保署針對全聯會較無法取得的資料予以補充。

盧代表榮福

剛有報告高屏區 102 年第 4 季的申報費用偏高，比較健保署與全聯會的資料有一點差距，如全聯會資料第 8 頁，高屏區的件數成長率是 1.81%，那健保署(議程資料第 24 頁)是 1.0%，那請問為何會有 1.81% 和 1.0% 的差異?是因為資料擷取的差異嗎?

主席

那先請醫管組回應。

陳組長阿明

目前資料是由全聯會和健保署兩個單位分析，那可能是因資料擷取時間點不同造成差異，健保署資料擷取是到 102 年 2 月 5 日，還需確認全聯會資料的擷取時間點，如果是資料擷取時間導致差異，建議於會後再由雙方進行資料比對，以後盡可能讓資料一致。

陳代表宗獻

1. 在議程資料第 42 頁，特材成長率是 106.4%，特材這部分我們一向都不很注意，認為基層的醫療服務費用主要是來自藥費、藥事服務費、診察費和診療費，但資料顯示，102 年特材申報有 5 億多點，再比較第 38 頁和 42 頁的數據，特材一般印象應該是在門診手術，但 102 年門診手術點數成長率只有 1.8%，故想請問特材成長率大幅增加主要是哪一方面?是不是會後可提供特材相關資料參考。
2. 另一角度思考，國泰醫院在台北區設立的國泰附設診所，一年的

醫療費用占台北區總醫療費用的 1% 左右，將近 2 億，顯然是該醫院取巧手段出來開立的診所，目前似乎無法處理，那我在思考特材是否與這個因素有相關？是不是醫院附設診所使用比較多的特材？

3. 另外在分析資料時，特別關心慢性病，一般服務的人數成長率不多，每人就醫次數也不多，件數成長也不多，但藥費和診療費的成長率大約都在 7% 左右，如果把藥費和診療費分開來看，看不出癥結所在，但合併來看的話，就會考慮是否因病人的服務密集度在變化，比如慢性病、糖尿病的病人，早期一顆藥才幾毛錢，那現在一顆藥幾十元，中間的差距非常的大，那究竟這樣妥當不妥當？我們該不該加強管控的力道？這部分可能要請健保署來協助分析，歷年來慢性病或特定疾病的服務密集度變化情形。密集度的變化也牽涉到藥價基準調整的問題，基層用藥和醫院是不相同，如果藥費的成長貢獻度最大的是某一個層級醫院，藥價調整時如果沒分層級無法調到那個比例，那就會調到基層這邊來。雖然全聯會立場是支持調降基層藥費，以降低總額赤字壓力，但是基層診所的議價能力遠不如醫院，不合比例的降價也可能造成診所經營困難，所以這方面也需請健保署協助分析疾病使用密集度的變化，作為將來管控的參考。

蔣代表世中

1. 針對剛盧代表的提問，全聯會資料擷取是到 2 月 20 日，我想差距應該也不至於那麼大，這方面我們再與健保署確認資料分析的擷取條件是否有差異，這部分我們會再進一步釐清。
2. 承剛陳代表所講的，因為特材是從 101 年 7 月新增的欄位，請看第 62 張投影片，台北區 101 年成長率是 1373.5%，102 年成長率是 120.9%，我想是跟論病例計酬案件一樣，欄位變更導致成長率大幅增加。

主席

有關分析資料擷取時間的問題，請醫管組會後再與全聯會作資料比對。待會請行政部門針對特材部分和陳代表所提的慢性病用藥做回應。

張代表孟源

議程資料第 21 頁的點值預估，台北區第 4 季的浮動點值是 0.8321，看到這數字真的是心頭在滴血了，請再看第 9 張投影片，台北區的投保人口成長率是 0.91%，是六分區最高的，再看 P_index，P_index 是 R 值公式的分配參數，台北 P_index 是 0.9909，是六分區倒數第二，預算分配得最少，而台北區的人口卻是全國增加最多，再看第 12 張投影片，台北區的人口增加，件數一定會增加，所以件數成長 1.1%，跟人口增加的 0.9% 差不多，在此要說明的是人口數增加，也就是病人數增加造成門診件數的增加。我們無法控管台北區人口數的成長，台北區及業務組只能控制醫療申報點數成長，也就是每件平均申報點數，所以每件點數與管控有關，台北區的控管嚴格每件點數的成長，結果全國平均成長率是 3.6%，台北區成長率只有 3.4%，可看出台北管控得非常嚴格，非常辛苦。那我知道有些科別，像精神科或復健科，我們也都加強管控，有些精神科被核刪 80%，甚至還有一個月被核刪 116%，倒扣 16%。今天資料第 32 頁，台北的核刪率是全國第二高，核減率是 1.38%，所以台北區核刪高、人口高、點值低、每件成長率低，所以並不是台北區沒有管控，那在點值那麼低的情況下會影響台北區病人醫療品質及診所的正常營運。

藍代表毅生

在議程資料第 39 頁，台北區的件數成長貢獻度異於其他分區，是 -561.92%，但相反在慢性病連續處方箋、其他專案則是大幅成長的，上述案件已經包含所有費用一半以上，是不是合理懷疑是因為處方釋出，所以一般案件簡表少了，變成專案多了，那這個型態是不是和醫

院出來的院前診所有關，這種情形會嚴重干擾六分區的預算分配比例，因為台北區的浮動點數、點值都和其他分區不同。請再看第 31 頁，台北區成長率介於±5%的家數占率只有 53.8%，中區則是占了 6 成，若放大到±10%的話，台北是 70.7%，可是中區已達 77.56%，那成長率>15%的占率，台北區是 11.6%，中區只有 8.8%，所以台北區成長很大一部分是被院前診所消耗掉了，那在台北區較弱勢的診所，成長率<-15%的診所也占了 10.5%，所以小的都補貼給大的，除剛張代表講台北的各種點值低的因素外，我懷疑是不是都被大的吃掉了。那請看全聯會的資料第 18 張投影片，以中區來講不論是藥費還是診療費都是在全區中排第 5，因中區是實施科管理，所以不論是看全年或是單季的點數，中區都排第 5 名，那台北區反而是在第 3、4 名，所以我個人合理懷疑是不是台北大醫院的院前診所吃掉台北區的資源。

林代表昭吟

我們剛看到在很多科別 LDL(低密度脂蛋白-膽固醇)的成長，一般我們認為這應該是針對老年人的檢查，那資料發現不但有很多科都有申報，連兒科也有，且成長率也蠻高的，我們知道一個處置開放後一定會有成長，但這樣的成長到底是符合預期的、合理的，還是已經超出預期的成長情況了，這方面想請健保署予以說明。

主席

先請醫管組就特材、院前診所、LDL 成長率的部分做回應。

林組長阿明

1. 特材的部分是在 101 年 7 月後才特別區分出來，所以 101 年只有半年的資料，看 101 和 102 年的資料比較會覺得異常，那 101 年 1-6 月並沒有特別將特材的醫療點數區分出來，所以這應該是特材成長率高的原因。
2. 剛陳代表提到的慢性病費用的管控，建議回到各分區的共管會議

討論，評估是否有特定項目需要管理，若確實有需要加強管控的部分，由各分區共管會議訂定指標加以管理。

3. 有關中區藍代表提到台北院前診所的問題，我想這還需要有更明確的數據證實，如以台北區來說，大醫院一旦開放後，就會吸引基層的病人，那不見得是醫院去開院前診所，那到底是不是院前診所還需進一步分析。

陳代表宗獻

1. 小兒科的 LDL 對象有可能是小朋友的父母，那因為小兒科檢驗的 base 小，所以即使成長額度沒有很高，在成長率數據也會看到大幅度的上升，針對這部分我們會請各分區去看院所是否都有依規定申報。另外 LDL 成長的原因之一是有新的規定，制式化訂定 LDL 檢查頻率，如果合乎規定，審查醫師就無法核刪這些檢驗費用。
2. 另外在藥品部分有一些狀況，如糖尿病治療，到底在甚麼情況下可以直接使用糖尿病最後端的用藥，像中區的家醫科和內科就不同，兩個科別使用的指引、管理方式都不相同，所以醫師會有點無所適從。如此，總額不足只好加強管控，但費用管控太過又怕造成對病人服務的退縮，這些都還在內部討論階段。

林代表昭吟

因為 LDL 在各科別都是成長，像家醫科、內科、小兒科、神經科等，其中神經科的 LDL 成長貢獻度最高 32.8%，那請問這些科別與 LDL 之間的關聯性為何？

蔣代表世中

1. 回應林教授的提問，我本身也是小兒科醫師，在兒科的 LDL 確實約增加 46 萬元左右，過去兒科 LDL 的 base 很小，這表示小兒科病人在減少中，所以一部分小兒科的醫師也在做家醫科。當政策規定改變時，並不會單影響藥物，也會連動影響到其他部分，

因 LDL 的新規定是前面一年的每三到六個月做一次 LDL，第二年開始是六到十二個月做一次，政策改變會導致醫療費用增加，且在前幾年費用會以 3~5 倍的速度增加，在這請健保會的代表、健保署長官能提供因應的配套措施，醫界是很樂意提供民眾服務，但須考量支出，提供足夠的預算，避免造成醫療機構的財務衝擊。

2. 我過去所做的研究分析來看，台北區確實因醫院附設診所申報導致其他專案增加，所以可以看到台北區的其他專案確實比過去要高，而其中大多是醫院附設診所貢獻居多，建議未來可針對這議題進一步做資料分析。

楊代表芸蘋

1. 剛討論的 LDL 費用增加是不是因為糖尿病患者增加造成的？如果父母都要一起檢查，我想這費用會增加得更快更多，成長貢獻度更大，請再審慎評估 LDL，要依據病患的需要來提供醫療服務。
2. 那我比較有興趣的是全聯會補充資料的第 19 張投影片，有關復健科的數據，先前媒體有報導復健科費用的支出，健保全年醫療費用 5,000 多億，有 150 億是由復健科使用掉的，請問各位復健科的真實醫療利用情形為何？是不是真如媒體所報導的一樣？可否提供更準確的數據參考。

陳代表炳榮

1. 我發現全聯會的統計資料和健保署的資料有明顯差異，不知道兩者的統計方式是不是有甚麼差異？例如健保署資料第 38 頁的案件分類醫療資源不足地區的案件成長率是 12.1%，與全聯會的 -4.42%，那點數部分也是一樣由正變負，在台北區差距更大，件數成長 -7.1%，全聯會是 -48.21%，點數也是由 -10.5% 變 -45.98%。
2. 那另外我想請問全聯會資料 102 年第 4 季案件分類醫療資源不足地區全國各區件數都是負成長，但中區是正成長 130.49%，請問中區是否有甚麼管理措施，可否提供給各區作參考。

陳代表宗獻

我想補充一下，成人健檢 LDL 是三年一次，目前我們在討論是不是要考量危險因子，但是不知道這樣合不合適：就是「中風高危險群才可以做，不是高危險群的就不要做」，例如糖尿病患者男性 45 歲以上，女性 55 歲以上多久做一次，有家族史的等因素，LDL 檢驗實在是成長太快了，一年要花將近 5,000 萬，目前醫師都根據臨床指引、risk factor 處方，管理對策很兩難。

藍代表毅生

這邊補充一下，因國民健康署在國中小學入學時都有體檢，早期只檢驗膽固醇和三酸甘油脂，那現在 LDL 開放後，如果是膽固醇高的話，在檢查中就會再去細分膽固醇是不是 LDL 值增加，在早期會自費追蹤，那現在開放 LDL 的話，可能某些小兒科醫師會因此增加 LDL 的使用，我想這也會造成 LDL 成長。

黃代表啟嘉

1. 小兒科 LDL 增加，對消費者來說應該是很好的事，因為基層基本上是不分科，所以有很多小兒科也是會看成人，那我想提供篩檢服務會造成醫療服務的上升，因為過去沒有篩檢就無法早期發現疾病，那也不會增加費用支出，可今天可透過篩檢服務早期發現病人的健康問題，提早給予治療，當然醫療費用就會上升。
2. 過去知道醫療費用增加與人口增加、服務密集度都可能有關連，但今天報告資料分析，發現服務密集度增加對醫療費用上升的影響大於人口增加的影響，像東區人口沒有增加很多，甚至有負成長，但服務密集度是增加的，且是六分區中增加最多的，東區服務密集度增加，管控也很嚴格，核減率也是全國最高，表示內控並不鬆，但在這情況下醫療費用還是增加，那有些分區是人口增加，但醫療費用並沒有增加那麼多，所以可看出服務密集度增加對醫療費用上升的影響大於人口因素的影響，正相關性較高。

3. 復健科方面的成長很多是來自骨科的成長，所以復健科的成長因素是需要釐清的，在東區有一家骨科診所的復健成長率是 150%，那在東區 Base 小的情況下影響甚大，102 年第 4 季東區復健成長率是 22%，但過去成長率普遍都在 10% 以下。

李代表紹誠

1. 有關楊代表提到的復健成長部分，是上週六的新聞頭版，過去在復健的費用成長看不到真實面，那從去年開始健保署開始管控，經資料分析後建議健保署針對復健業務可回歸到專科醫師別來看，因為現在復健業務也不是全面開放，僅數科別可執行，像一個骨科診所病人的費用申報就拆成骨科和復健，所以現在資料是復健科被灌水，骨科沒有反映真實面，健保署要管控復健費用成長，但方向錯了。復健科的核心醫療是復健業務，骨科的核心業務是骨科，復健是輔助醫療，現在開放後導致各分區的復健成長都是失控的，針對這問題需要想出管理措施來抑制費用成長，希望健保署針對復健治療業務能用專科醫師別來申報，這樣才可看出醫療利用的真實面，在管控時才不會失焦。
2. 那院前診所問題還需請付費者代表協助，院前診所給各分區的壓力都是無法承受的，每年基層總額辛苦爭取預算成長率，那現在有很大的一部分被院前診所消耗掉，一家院前診所一個月就申報幾百萬點，將近一千萬點，這樣的申報量沒有哪個分區可以承受，請問是否有解決辦法。

徐代表超群

針對剛才的話題提出幾點看法：

1. LDL 成長我想也和膽固醇用藥標準降低有關，因為現在用藥一定要做 LDL 檢查，且標準由 130 降至 100，所以會增加 LDL 檢查，用來評估個案是否符合用藥標準。另外有一些專案，像 early-CKD 計畫裡規定，需要有 LDL 的檢驗值，即使正常也要每次定期檢查，

這應該也是 LDL 增加的因素之一。

2. 剛提到台北的案件有異常，像是一般案件下降，其他專案、慢性病增加，且比其他區多很多，推論可能是院前診所造成的，有關這部分可否請健保署提供具體數據參考，分析院前診所與一般診所申報是否有明顯差異？這問題在其他分區有都存在，只是台北區較明顯，這是否也可納入總額協商的考量因素？並請對相關的問題進行討論看有何因應措施？

蔡代表登順

1. 剛李代表所談的院前診所大量成立，要付費者幫忙想辦法，我想會有困難度，那現在在座的有蘇理事長，他是現任的立法委員，他最有能力來解決，我想應該由政策面去處理，我們無權干涉院前診所能否設立，當然院前診所對基層總額有影響，不但瓜分病人來源，還消耗基層預算。
2. 今天資料中的醫師數，四年成長 1,500 人，那這樣的成長是該高興還是憂慮，當然就付費者來說，醫師數增加是好的，增加就醫可近性，不過就總額來看是應該要憂心的，因為預算是固定的，醫師數增加會稀釋總額預算，醫師數的成長也主要都在簡易科別，一些艱困的科別醫師也都不想進去，像是復健科、精神科成長比例很高，婦產科、小兒科成長比例就很小，因為牽涉到醫療糾紛，醫師會比較偏向較低風險的科別，所以醫師的成長必然會稀釋掉點值，剛張孟源代表所談的，為什麼台北區的點值較低，台北區的醫師成長比較多，且與人口成長也沒取得平衡，醫師數成長大於人口成長，台北醫師也大多集中都會區，到偏遠地區提供服務的意願不高，所以越都會區，資源被稀釋的越嚴重，就數據來看，台灣整體來說應不缺乏醫師，台灣醫師成長大於人口成長，導致點值偏低。

主席

請蘇代表發言後，由醫管組作相關回應：

1. 有關大家關切的院前診所，請醫管組說明整體資料如何？
2. 另外復健科的部分，到底骨科跟復健科申報復健治療情形是否如李代表所陳述的，可否作區隔，怎麼管控或是有其他措施？

蘇代表清泉

1. 醫師數成長，每年從醫學院出來的就是 1,350 人，西醫數是 42,000 人，光是醫師成長率就 3.2、3.3%，結果西醫基層總額核定的成長率只有 2.1%，所以請健保會付費者代表蔡代表、楊代表體諒，經建會每年有核定的成長率範圍，那付費者代表就把成長率壓得很低，搞得醫療院所苦不堪言，這樣對經濟沒有正向影響，長久下來這些醫療服務提供者會受不了，請付費者代表能稍微讓步一下。
2. 台北跟中區點值低到這樣，這也不是他們想這樣，大家都想像東區一樣每點一元以上，那剛蔡代表說，台北資源主要都集中在都會區，當然這一定要檢討，我們醫界要檢討，大家都不想往偏鄉去，希望在都會區，不論是生活便利、孩子教育等等，我們要鼓勵偏鄉服務，今天早上邱部長去行政院報告偏鄉醫療，在這邊我還是要肯定台北區和中區，點值那麼低，也管控得非常辛苦，不是他們管得不好，實在是因院前診所的關係，光看台北業務組一年醫院出來開診所就申報了 8 億，被醫院瓜分太多了，因為如果照現行的總額別，若醫院一直出來開立院前診所，基層真的受不了，這問題基層也要好好思考，那也請健保署能早日規劃方案，住院的部分就做 DRG 或是 RBRVS 等等，用這樣去分開管理或許是一個釜底抽薪的方式。那院前診所這一塊我是真的覺得要處理，需要的話拿到立法院來處理，沒有問題的。
3. 風險基金部分，執委會的方案和健保署的看法不一樣，執委會當然希望照執委會的決議執行，但健保署認為台北區管得越差，分配的預算就越多，那執委會的看法就是因為台北區點值就真的很

低了，就補多一點預算，雙方想法不一致需要再討論溝通。

主席

1. 我先回應一下蘇代表的意見，有關基層門診是不是要跟醫院門診合併，健保署沒有特別的立場，但依我們內部的討論，這其實是一個可行的方案，只是醫界要不要的問題，且這也是在健保會才有權決定的事情，因為是健保會做資源的分配，我們今天的會議是延續健保會資源分配後的會議，所以只要在健保會決議醫院門診和基層門診資源合併執行，健保署就可以配合執行。
2. 醫院總額的第二階段 Tw-DRGs，這是我們一直在推行的，但是醫院代表還未同意，我想蘇代表回去也要跟醫院和醫學中心代表建議，推行 Tw-DRGs 第二階段導入已經開了多次會議，每次會議都沒有結果，不是我們不做。
3. 院前診所部分，如果真的院前診所一直開立的話，是不是資源會被轉移。其實我們從整體資料看，醫院開立院前診所會吸掉一部份的基層診所病人，如新增醫院開設同時會回流一部分基層診所病人，這樣一來一往是不是真的如大家想像的，當然可能有某些區比較明顯。但是從健保署整體的資料來看到底如何，等一下請醫管組林組長說明。

林組長阿明

1. 這邊提供數據參考，從整體來看，102 年基層件數成長是 -0.6%，醫院部分是正成長 2.5%，另外昨天醫院總額研商議事會議裡西醫門診全時等值病人占率指標，以近兩年來看，都算蠻平穩的，都在 1% 左右，那如果大家需要看到各分區的話，那我們可以在下一次，提供各分區醫院和基層件數、點數的成長，供大家參考。
2. 那第二部分是復健科，確實現在復健科一年的申報點數在 150 億左右，前幾年成長率都有 6~7%，那最近這一年稍微有點下降，但是我想醫療資源有限，這部分確實需要請各分區加以管控，那後

續如果有必要，我們在申報科別的分析上也是可以去做區分。

主席

針對這兩個報告案，有沒有其他比較不一樣的討論。

蔡代表登順

剛剛談的復健科成長，這樣對醫療資源衝擊傷害頗大，應該要請健保署處理，可能復健科和骨科都會互相關聯，在管理上應要有明確規定，請各位來討論是否有甚麼有效的管理措施，抑制復健科漫無尺度的成長，傷害到整體的健保資源。

楊代表芸蘋

我要澄清一下，其實我和蔡代表對醫界非常愛護，我跟每個代表報告，其實我們非常尊重各位的專業，因為健保會是合議制，不是我們兩個說怎樣就怎樣，可是我們健保署真的也要釋出善意，但是請各位也要體諒健保署的底線在哪，因為健保署費用有限，怎麼去增加費用，所以我們要考慮到雙方的立場，如果錢越少品質就不好，對消費者來說也是一個傷害。

蘇代表清泉

我先更正一下，健保署本來的缺口將近一千億，現在一千億補完了，還有 800 億的結餘，所以一來一往健保署已經存了 1,800 多億，當然這些錢是大家繳的，在座的各位都有繳，我們醫院本身也是一個投保單位，所以費率從 5.17% 降到 4.91%，還是補充保費等，事實上他現在的結餘 800 億，當然還沒到他法定的三個月準備金，但是立法院已經要討論，弱勢兼差的補充保費是不是要拿掉，這部分我贊成，才五、六千萬。但是要跟楊代表報告的是，健保署能夠結餘這麼多錢，當然是健保會付費者代表最大的功勞，尤其像蔡登順代表，努力把總額成長率壓到底線，成長率範圍從 1.55%~4 點多%，付費者代表就把成長率壓到 1.89%，讓醫界苦不堪言。

楊代表芸蘋

1. 蘇代表你不能只針對他，蔡代表絕對沒有像你講的那樣，說白了不是他，跟各位代表報告，其實我們蔡代表真的很認真，我剛講過我們是合議制，我希望今年的協商能更和諧，更有成果，我們拭目以待今年的協商，大家誠意要夠，雙方彼此沒有好的印象，怎麼會有好的因緣，所以下半年我們好好的來協商一下。
2. 剛講到的院前診所紛紛成立的問題，是不是要請健保署要有一點的規範，否則一直成立，當然不能去阻止人家開業，但是不是能有一點的規範，那規範內容是不是由全聯會來討論，再跟健保署達成共識，這樣多少有點管控措施。

主席

1. 我先回應楊代表，有關設立診所或院前診所，健保署沒有任何的權責可以去做規範，這是屬醫事司和各縣市衛生局的權責，雖然我們每次開會說增加多少病床，一張病床每年要增加多少醫療費用，但是最後核定權都不在健保署，在此我先跟代表報告。
2. 蘇代表提到現在健保署的財務情形，跟大家報告二代健保到12月31日共收到331億的補充保費，那調降費率到4.91%短收了210億，所以實際增加121億。針對大家說弱勢兼職所得的部分，是不是要檢討，或是調高上限，這我們也一直在跟健保總體檢小組報告，其實兼職所得裡有56%是屬第一類投保單位，大多是專技人員、教授、醫師、建築師這類的，只有很少比例是弱勢團體，因為弱勢團體原本就先被排除，大家對這部分其實有共同的想法，就是針對弱勢要不要予以減免，健保署沒有很堅持的意見。至於兼職所得這一項是不是要拿掉，因為統計資料顯示，真正弱勢被課收的原因是他超過最低工資，這部分是很少數，所以先做這樣的回應，拜託蘇代表在衛環委員會，檢討時方向要對，如果蘇代表須要數據資料，可會後給代表參考。

蔡代表登順

剛剛蘇代表的指教，我都虛心接受，未來會更理性來處理。第二點是剛主席談的，二代健保補充保費增加和費率降低，增加 121 億。不過我要拜託蘇代表，在立法院各位委員不要修理健保署，說二代健保評估錯誤，只不過多了 121 億而已，有多餘的錢放在安全準備金裡面，沒甚麼不好，先前媒體都報導說評估錯誤要健保署負責任，這個不對，醫療的東西變化很大，萬一發生一個流感或是甚麼重大疾病，這些錢馬上就花光了，所以蘇代表正好在大院裡面，你是最有權力講話的人，真的要呵護全民的健康，呵護全民的資源。

蘇代表清泉

健保署真的是效率非常高，不是因為今天做在這邊才幫他們講好話，我一向都非常呵護他們、支持他們，那我對健保會也非常的認同、尊重，所以也請大家能對醫界稍微讓步一下。

李代表昭仁

1. 接續剛李紹誠醫師講的復健科問題，最近六分區都在加緊腳步處理，我們分區也有診所受懲罰，若以專科別來申報，現在有骨科、復健科、神經內外科等，所以我們要討論這件事的話，健保署是否能提供比較準確的資料，過去案件分析到底在各專科的申報情形如何，如有數據結果那各分區要去處理時才有所依據，因為復健科的問題不管不行了，實在是有点氾濫了。
2. 那最開始張孟源醫師講的，台北區點值低的情況，除了院前診所等其他種種因素，如果能有更詳細的資料我想情形也不是那麼悲觀，我們南部都不出聲，希望颱風尾不要掃到南部，我們也是管控得很厲害，才能維持一個比較好的點值。

主席

我想這兩個案子已經討論差不多一個小時了，有關剛才大家提到復健

科成長率的問題，像李代表所提的其實各分區業務組自己就可以分析，希望在共管會裡面討論時，不要針對科別，而是針對浮濫、不當使用，才不會在共管會裡產生科別的對立，因為科別對立，對醫界、對消費者、對醫療使用者都不是很好，所以如果要資料分析，資料也要正確解讀，究竟是不當使用還是醫療資源浪費，要怎麼去做合理的管理。這個可能要大家去思考，那這兩個報告案就檢討到此。

報告案第四案「西醫基層總額 102 年第 3 季點值結算結果報告案」與會人員發言摘要

主席

請各代表針對報告案第四案提問。

張代表孟源

剛理事長已提到台北區的點值 0.858，真的是太低了，點值 0.858 對台北區基層診所來說是很大的壓力，但我要澄清的是我們台北區從來沒有抱怨，今天台北區的報告裡沒有提到任何一句院前診所，因為我是學習法律的，法律上有的規定我們就照著規定執行，守法是我們的核心理念。所以我提到的只是說我們台北區的管控，精神科可核刪到八成，一家申請一百萬的診所，可以核刪八十萬，甚至有一個月核刪到 116%，就是還要倒扣 16 萬，這完全是依照健保法及其醫療服務審查辦法來執行。我們沒有任何抱怨，只是在健保法內可能的範圍內會加強管控，但是我們想要說的是，平均每件 500 多點的成長率是最低的，那件數成長是因為投保人口增加，平均每件點數又沒有增加，核刪率又是六分區第二高，點值那麼低，我們用 102 年第 3 季的點值分別試算了健保署和全聯會方案，全聯會方案是當台北點值到 0.85 時，風險基金分配權重是預算乘以點值到 0.9 差值的占率，預估台北區可以補到 8,400 萬，那中區可以補到 1,600 萬，換算結果台北區點值可以從原先的 0.85 到 0.87，中區點值可以從 0.88 補到 0.89，那假如說用健保署的方案…。

主席

這是下一案的討論案。

張代表孟源

因為我必須要讓長官了解，那假如用健保署的公式的話…。

主席

報告案第四案是「102年第3季點值的結算報告案」，有沒有疑義或是有文字更正，如沒有疑義的話，確認後就依全民健康保險法第62條規定辦理102年第3季點值公告、結算事宜。

討論事項第一案「103年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式案」與會人員發言摘要

主席

針對討論案第一案請各代表發言，發言後請健保署同仁回應，再請健保會和專家學者表示意見。

張代表孟源

其實我計算的方式就是用第四案點數來試算全聯會和健保會的方案，那假如用全聯會的方案，目前低於 0.9 分區就是台北跟中區，依據全聯會的分配方式，台北可以補到補到 8,400 萬，那中區可以補到 1,600 萬，那台北區浮動點值可以從原先的 0.85 到 0.87，中區點值可以從 0.88 補到 0.89，那我必須要特別說明，沒有甚麼排擠效應，台北區並不是管控不力，我們管控的非常嚴厲，核刪率也高，台北分區的陳明哲組長是一位非常有效率的組長，他都會帶隊去實地訪查，然後我們也配合訪查，因為我們知道在現有架構之下，還是考慮到西醫基層的穩定，而且我們抽審指標越訂越多，所以我要說明的是我們真的是盡力了，我還是請主委來說明。

張代表嘉訓

其實六區已開會決議風險基金的分配方式，就是全聯會提的方案，中區那邊有意見，所以健保署提出了一個對案，針對健保署的對案，我提出幾點台北區的看法，我們覺得不是太合理的地方。

1. 點值低於 0.9 不只是牽涉到醫師的收入問題，只要還是醫療品質的問題，所以各區有當過主委就知道，各區點值低於 0.9 健保署會來函，會提醒點值已經低於 0.9 要注意了，其實這真的是牽涉到醫療品質的問題，所以我想當初風險基金這個 idea，是由台北區提出的，基於過去一兩年點值一直降，所以我們希望讓點值不足 0.9 的分區能靠風險基金把點值拉上來，一方面可保障醫療品

質，一方面基層的院所得以生存下去，這是我把風險基金的觀念先提出說明。

2. 第二個是健保署的版本，建議先補偏遠地區，還有醫療資源不足地區，但我想這樣的邏輯是不太通，在總額預算裡有醫缺，甚至偏遠地區我們已經有專款在補了，那這筆錢其實是從一般預算拿出來的，我們沒有道理再把一般預算拿出來的錢再回去補給偏遠地區，或是醫療資源不足的，這邏輯上說不通，甚至我必須說當點值下降時，在哪個地方開業診所影響最大，其實是都會區，反而不是偏遠地區，大家都知道都會區的成本，不管是土地成本、院所租金成本、人事成本，一定是比偏遠地區要高很多，甚至有些偏遠地區藥事人員不足，診所是可以調劑的，調劑後藥費一點一元，還不需要請藥師，那怎麼會去補這些偏遠地區，所以我不知道貴署當初提這個方案的思維。
3. 中區業務組在共管會議提這樣的對案，以我台北區主委的觀點，也是有點不太理解，這四億的風險基金如果我們照資源的分配，如台北區用這4億來算，至少這4億裡面，台北拿出了1.5億到1.7億，風險基金不能說拿回來的錢一定要比拿出來的多，這樣邏輯說不通，那全聯會提出的版本是依據點值的差值乘以預算的占率，若其他區沒有意見，且執行沒有問題，我認為應該要同意全聯會的分配方式，這是我個人的建議。我想剛蘇理事長提過的重點，中區認為這樣的分配方式好像管控不好又可以分配到更多的預算，但這是一個迷思，認為點值低就是管控不好，但應該不是這樣，剛張代表也說明了台北區的各项數據，顯示台北區沒有管控不好，從醫師成長數、核減率、診所成長數、投保人口、每件點數等，我們台北還可以拉，所以點值低落絕對不是一個管控不好這個因素可以解釋的，我想資源分配不均、不公平才是最重要的問題，全聯會對於公式的R值、S值一直再討論，未來可能會作

修正。

4. 最後我談一下院前診所，剛蔡主席說健保署沒辦法處理院前診所，當然這我也認同，可是院前診所是依據醫療法第 31 條成立的，院前診所核准都是在各縣市衛生主管機關，因為診所是不需要透過醫審會，雖然健保署沒辦法直接管院前診所，也沒權利去禁止院前診所成立，那我認為要一併考量，讓衛生福利部知道問題的嚴重性，嚴重影響到基層總額的點值，因為台北區受害最重，像內湖某診所，101 年都報了 1 億 5 千萬，這是一個很可怕的申報數，我還是在此呼籲。

藍代表毅生

一直以來台北跟中區都是難兄難弟，中區都是做五望六，承剛張主委講的預算分配公式要修正，其實我很贊成，但是這邊有我不同的見解是，因為中區目前是實施虛擬的科總額，所以點值一直管控在 0.87 左右，如果各科有成長就先自己處理，但台北區是以一個核刪的方式作管控，中區則是在實質上管理方式不同，直接就在各科斷頭，你的虛擬總額就是這樣，如果超過就斷頭掉了，點值永遠都無法到 0.9 以上，那剛張代表講的我有點不認同，譬如復健科核刪率到 116%，還要賠 16 萬，這點我不認同，這樣的話表示這家診所在作弊，那作弊被回扣回去是吃掉 6 區的總額，我認為這樣的審查不應作為管控嚴格的參考，應是該關心為什麼核刪率會超過 100%。

陳代表宗獻

我站在基層主委的立場來談這風險基金，歷年來在討論地區預算分配時都非常辛苦，都需經多次會議討論，那以前是用上下限來控制的，102 年是 17%，今年提出用風險基金來減少各區點值的差距，我贊成張主委的看法，當初提出這個案子出來，六分區代表就沒有特別意見就通過了，發文至健保署，當時蔡主秘一看就說這分配不合理，建議修正。但執委會的立場是：好不容易方案通過，再討論可能會翻案，

甚至可能又來一個上下限的，到時在健保會已經報告過的案子又不能改，怎麼辦？在這邊跟台北區報告一下，當時在中區共管會報告風險基金時，認為應該可以把科管放鬆一點，不要讓專科醫師壓力那麼大，中區業務組當場提出「這個算法是錯的，這樣算法比上下限方案更糟。」，後來實際去試算，果真如此。今天討論不要針對台北、中區，請就點值低於 0.9 的分區思考，怎麼樣的機制爭議最小，最穩定，合乎公平原理。我現在是站在全國的立場來考慮，而不是代表某區。

李代表紹誠

其實剛各區報告的都是全聯會過往都有在討論，每年的地區預算分配都難取得共識，但希望各區在點值差異不要過大，所以才有這樣的風險基金的精神，那健保署的方案中的偏鄉定義就有點模糊了，那在這定義不清的情況下，執行下去會有問題的，那當初全聯會討論時，就是秉持著各區不要差異太大的原則精神，希望調到大家都可以接受的，所以今年開會討論是歷年來最和諧、最快速的一次，所以希望 103 年能這樣執行，執行後再檢討當初沒有看到的問題，所以是不是可以容許我們能照全聯會的方式來作

盧代表榮福

第 1 個，低於 0.9 的分配方式，在全聯會小組討論時，我提出最低的百分之多少，後來被反對，那張代表提供公式，公式在黑板上有寫出來，大家都看了，也認為 OK，那天才會通過，既然那時大家認為是比較合理的，公式也講得很清楚了，也認可了，所以建議今年低於 0.9 的分配方式，照原來的去分配。至於風險基金，點值那麼低，大家不要去迷思是管控不好，懂公式的人都知道，公式設計有點瑕疵，執行這麼多年後，造成某些分區點值偏低，點值高低大部分都是分配的問題，本季點值，北區去年是 0.8 幾，今年跳到 0.9 幾，是因為把上限去掉，分配方式不同，點值就跳上來，有些分區因為 TRANS 的問題，點值一直上不來，才會用一筆風險基金來補公式的瑕疵，那些分

區本來不應該有那麼低的點值，所以，這是那些分區的醫師本來就應得的，不是偏遠地區才該得，不要用偏遠地區來無限上綱。我們很感謝李玉春老師，大概也沒人可以設計第二個公式出來，但是風險因子不是只有那三個(P_Index, SMR, TRANS)，還有其他的影響因素，公式總是無法涵蓋全部，因此，已經設計這樣子，剩下的我們用風險基金來補。

吳代表國治

1. 我看健保署所提的方案，對風險基金應該是認同的，只是分配方式不同，對於風險基金的分配，當初我們六分區已有充分討論，可是健保署所提，用風險基金去補偏遠地區點值不足的部分，會造成一個區有兩種點值，我們也認同偏遠地區的醫療應保障點值，針對這部分，是不是以後再來爭取另外一個名目專款專用補給它們。
2. 另外有關張主委提到院前診所的事情，希望衛生福利部的公務部門可以協助我們將這部分導入正軌，而不是沒辦法處理。

蔣代表世中

站在執行長的立場，也是痛苦，這麼多年來，各分區總額預算的分配是有點不平均，東區雖然點值 1.02、1.05 以上，但是核減率還是在 1.5%，表示它並不因點值高而不控管，有些分區更因點值低而直接斷頭；如果給台北區增加風險基金之 70%、85%，台北區也只增加 0.008 至 0.015 點值，如果以增加風險基金之 85% 來看，點值最多增加到 0.875 左右；中區也有它的困難，整體來看它是分到比較少一些，但是它也分到一部分風險基金，它的點值估計也會增加 0.005 至 0.008；北區之所以最低，是因為它 102 年有先挹注 1.5 億元，base 又稍微提高，過去也有挹注 1~2 次；懇請健保署與各位委員尊重我們六分區執委會的決議。

張代表世傑

中區之所以提出這個意見，是因為健保署中區業務組提供一個資料，讓我們很震驚，中區業務組試算 4 億中，台北區大概分到 3 億 8 千萬以上，中區大概只能分到幾百萬而已，我們並不是不贊成台北分那麼多，但回顧以往，從 921 大地震後造成 S 值下降，我們從來要不到全聯會的分配款，後來是開會最後 5 分鐘，已經要散的時候，坳出來的錢，今年台北要拿這麼多 OK，但明年要補給我們，相對照顧一下中區。

莊代表維周

這是我參加總額協商以來，醫界難得有這樣的共識，101 年高屏地區從 3 望 2，就貢獻這個 buffer 將近 1 億，去年好不容易在陳主委的協調下，六分區大家一致認為，分區點值低於 0.9 不表示分區沒有努力，這是醫療生態的原罪，因此同意提出 4 億作為 buffer，歹運大家輪流，台北區不會永遠 0.8 幾，高屏也曾經是倒數第 2 名，但是醫界大家互相體恤同儕之情，才有 buffer 這個機制；這筆錢也是總額的錢，考量若分區點值過低，也會影響服務品質，因此，請各位委員可以尊重我們六分區共識。

陳代表宗獻

請問，健保署的版到底是長什麼樣子？

楊代表芸蘋

我聽了半天對「西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式」，不知道你們以前是如何爭吵，如何不合諧，如果這個版本是你們內部已有討論，已有共識的版本，就依你們的共識，那為什麼你們今天還有那麼多意見？哦，難道是健保署有意見，那如果是給台北偏遠的醫院，真的有點模糊，如果是離島那就 ok，大家比較沒有意見；如果你們醫界已有共識，那應該尊重你們的共識，健保署所提版本，是有

什麼樣的考量，彼此雙方可以再拿出來討論、溝通一下。

蔡代表登順

各分區都會考量自己分區的利益，這是無可厚非的，在我看來，浮動點值也不是那麼差，47%是固定點值，平均下來的平均點值就很亮麗了，比較差的應該是台北跟中區，整體看來應該還差強人意；至於要拿4億來做風險基金，健保署是希望照顧偏鄉弱勢的地方，但是這部分在協商時已另編有預算，補助偏鄉診察、診療費，給的醫療費用比較高，我是尊重全聯會的決議與共識。

主席

請學者專家林教授給我們指導。

林代表昭吟

這個風險基金的機制，是一個蠻特別的措施，聽起來，醫界跟健保署對風險基金的解讀不太一樣，醫界把它視為一個buffer，去補到點值低於0.9的部分，比較偏向收入(incomes)，健保署則對風險基金的運用，除了收入(incomes)，也考慮到醫療資源的分配，所以應該去補醫療資源不足且收入少的地方；我們看台北，雖然點值低，少於0.9，但是醫療數是多的，醫療件數多、每件醫療費用高，以總體來看，點值乘以它的量，它的所得其實也是不低的；相對來講，東區雖然點值高，但是它的醫療量是少的，最後的所得也不會是太高的；所以，是否點值低於0.9就要去補它，還是要整體去看它的final incomes，並依風險基金背後的邏輯來設計方案。

主席

全聯會有共識，但是中區有疑慮，我們請健保署醫務管理組表示一下意見。

林組長阿明

全聯會先前有把本案提健保會報告，健保會當時有一個決議，與本署

進行研議，因此，本署就方案內容進行試算；針對風險基金的運用，本署認為點值低對偏遠診所的影響較大，因此建議優先補助這部分，剛剛代表有提到醫缺方案，它主要是以巡迴的方式辦理，中醫與牙醫總額是將一般服務優先移撥部分預算，補偏遠計畫到點值至每點 1 元，看到基層的風險基金，因此在考量這樣的精神下，才會想優先補偏鄉的診所。至於中區大概要移撥 2 千多萬，回補時又補了 2 千多萬，以季來看，大概有負一點點；因此，本署建議補的優先順序，先補偏鄉，再補點值低，另外要等值的挹注，這樣會比較合理。

莊代表維周

請問偏鄉的定義？因為 6 分區都有偏鄉，我們已有保障 20 萬偏鄉開業，請健保署統計 6 分區內符合定義的有多少鄉鎮，執行的是健保署，我們也願意將超過的部分補給點值低於 0.9 的偏鄉診所。我們高屏區跟南區比較，人口跟醫療生態差不多，但因為過去的餅很大，高屏再怎麼去管控，永遠沒辦法達到南區那樣。

主席

所謂醫療資源不足地區，目前皆依法定程序進行公告，定義很清楚，總共是 51 區。請醫務管理組提供試算表供各代表參考，依全聯會版本進行試算分配後之預算、風險基金分配後的浮動點值、分配後預算與原公告預算的差異。另外，如以健保署的 A 案與 B 案，會有那些情形，大家可以一併看資料討論，如林代表說的，不能單看點值是多少，另外也要考慮量的問題。

吳代表國治

偏鄉這部分，我知道健保署有自己的計算定義，之前還有提到 6 分區執委會去討論，因為在地最瞭解狀況，有些排除因素，例如我們把新竹市的香山排除掉，它到新竹市區沒有幾公里，現在很單純地把它擺到偏遠地區方案裡，並不妥當，能夠公正地去分析，公正地去做分配，

錢花在刀口上，是一個比較好的方式。

張代表嘉訓

剛剛醫務管理組表達的思惟，我不是那麼認同，4億的風險基金，是一個 pool，台北區已經拿了1億3仟萬，今年我就要拿回比1億3仟萬還多的，這個觀念是不對的，舉例來說，剛醫務管理組試算，中區拿出2千萬，只拿回1千8百萬，所以它少拿2百萬，那其他區怎麼辦？都沒拿。所以風險基金，不能用這樣的觀念去談，跟我們提的風險基金的思惟跟邏輯不同。我們當初也沒去算台北會拿多少錢回來，因為這是還沒發生的事情，當初只是考量台北跟中區的點值不好，才會希望有這樣的 buffer；至於量的問題，大家還要考量成本，成本跟 income 還是有很大的關係，都會區的成本是高於偏遠地區的。

主席

事先聲明，健保署不會特別偏重哪個分區；因為開會資料要事先提供，健保署會先進行試算，不是特別偏袒中區。中區在全聯會提案後有異議，所以在這裡討論。

陳代表宗獻

如張主委所提，我們非常贊成風險分擔的概念，在此特別表示個人意見：風險分擔的目的是六個分區共同承擔，基本上分區點值低於0.9即超過該區醫師可承受範圍；現在假設有兩個分區點值低於0.9，如果其中一個分區在風險庫內，預算不僅沒被挹注，還從其中拿來補另一個分區時，到底好不好？希望大家再檢視一下公式，慎重思考一下。

洪專員于淇

1. 本資料是以全聯會本次所提出之風險基金提撥及分配方式，模擬102年第2季各分區預算，各分區考量四季預算占率及R、S值共移撥4億元風險基金，經計算後台北、中區分區當季各約移撥風險基金3千8百萬元及2千2百萬元，因這二區點值皆小於0.9，

經分配風險基金後，台北、中區分區分別約可補助 7 千 9 百萬元及 2 千萬元，風險基金分配後浮動點值分別為 0.87792974 及 0.88986587。由於本方案分配方式除考量點值低分區調整後一般服務預算，尚考慮各分區浮動點值與 0.9 元之差值，導致預算愈多及點值差距愈大者，補助愈多。

2. 另以本署所提建議「先補助浮動點值低於 0.9 之醫療資源缺乏地區診所點值，再以各分區應補助浮動點數之比率分配」模擬，則台北、中區分區分別先行補助於醫療資源缺乏地區院所之預算約為 4 百萬元及 67 萬元，再依各分區應補助之浮動點數比率分配，則台北、中區分區分別約可再補助風險基金 5 千 8 百萬元及 3 千 7 百萬元（台北、中區分區分別共補助約 6 千 2 百萬元、3 千 8 百萬元）。風險基金分配後浮動點值分別為 0.87442507 及 0.89536182。
3. 又如不考慮醫療資源缺乏地區，直接「依各分區應補助浮動點數之比率分配」模擬，則台北、中區分區分別可補助風險基金 6 千萬元及 3 千 9 百萬元。風險基金分配後浮動點值分別為 0.87422618 及 0.89567372。

盧代表榮福

大家對醫缺地區/偏鄉有迷思，澎湖雖為偏遠地區，其實當地診所的收入不會比台灣本島診所差；並不是偏遠地區診所收入一定低，甚至可能高很多；健保署一定知道，真的不用一直補偏遠地區了。當初設定時也了解這點所以沒特別把醫缺地區提出來。

主席

現在已經把數據提供給全聯會了，請帶回去利用 102 年第 1-3 季資料試算，取得共識之後正式發函本署，本署予以尊重；不要執行後才有分區透過其他管道表達不同意見，全聯會要自行負責。現在進入臨時提案。

臨時動議 「彰化縣衛生局提出由醫院消化系專科醫師支援 B、C 型肝炎醫療資源不足地區之基層院所」與會人員發言摘要

李副組長純馥

彰化縣衛生局調查當地鄉鎮有 B、C 肝病人卻無提供 B、C 型肝炎治療的腸胃科專科醫師，如果由部立彰化醫院醫師支援到衛生所去看病，衛生所屬基層院所，不能用兼任醫師申報 BC 肝用藥費用。衛生局提報計畫過來後，需要在西醫基層研商議事會議中提案通過才能以專案方式處理，所以在這邊提案，考量西醫基層 BC 肝藥物費用來自專款，不足部分由其他部門預算支應，本於民眾就醫便利及治療需求，希望代表能支持。

蔡代表登順

如果有需求特別提出專案，由醫界提供服務最好。醫療資源不足地區離大醫院較遠，當地到底有多少 BC 肝病人，由專科醫師到當地提供 BC 肝服務成本划得來嗎？如果成本花費很高，診察費等也會侵蝕點值，也要慎重考慮。

陳代表宗獻

這個議題在星期日召開的基層總額委員會也討論過；雖然是彰化縣特別提出來的專案，但在全國一定不是特例，希望可以在這邊建立基本原則；另外可以先考慮以醫缺方案中巡迴醫療的方式去服務當地民眾嗎？

李副組長純馥

巡迴醫療地區要符合醫缺的一定條件，本案不符合巡迴醫療的要件；另外衛生局已經出來協調，也挹注一些經費，不會拿健保巡迴論次費用，也不會造成健保額外支出；現在是醫院可以容許兼任醫師看診開立 BC 肝用藥，基層不允許；同樣要照顧 BC 肝病人，因為醫師執業的層級不同採行不同條件似乎不妥；現在是當地衛生局出來統籌，健保

署才特別建議提案以專案方式通過，分區業務組也要作自己的分區微調，並不是其他縣市可以直接比照辦理。以上特別說明。

陳代表宗獻

既然衛生局要求的，治療費用在專案有全額支付嗎？，相關衍生費用（檢驗等費用）由衛生局支付嗎？既然不是（BC 肝計劃在其他總額）全額支付，還有報基層總額，請多加考慮。

朱代表先營(代理)

本人是新竹縣代表也是有作 BC 肝的腸胃科醫師，BC 肝不能增加很多收入，藥品又貴，申報一個月干擾素大概要多付 1,000 多的所得稅；BC 肝追蹤條件很嚴格，不是每個醫師都喜歡參加計畫，如果醫院真的很用心，承如蔡代表所言，病人數很少可以派駐醫師，病人數多可以派車按月帶到醫院來定期追蹤。

徐代表超群

我也贊成以上看法。我們的經驗在偏遠地區大醫院常有固定班次的巡迴車接送患者就醫，BC 肝病人照護也是醫院經由巡迴車帶回去照護，病人照護所產生的費用包括檢驗費用直接從醫院總額出，這樣比較好。

王代表秀貞(代理)

醫院很樂意要照護 BC 肝炎患者，我們願意派醫師前往，本案問題出在於基層跟醫院兩部門編列預算不太一樣：基層專款專用外，不足部分由其他部門挹注；醫院部門直接從一般預算支應，各分區對 BC 肝管控上也很嚴格。不太清楚為什麼衛生局會提出來，不過陳醫師與其他委員提到，其他縣市政府如果提出來該怎麼辦；醫院的醫師當然願意服務病人，不過 BC 肝藥費預算算在一般部門外，醫院點值又比基層還慘，這個議題既然衛生局提出來，產生的費用全數由醫院或基層總額吸收都很委屈，希望衛生局好人作到底，預算一次編足；在場代表

支持的話，協商時也請把醫院總額的 BC 肝藥費比照基層回歸專款，不足部分由其他部門支應。

楊代表芸蘋

健保署立意良善，想增加民眾的就醫可近性，也要擔心其他縣市或衛生所是不是來比照，原則上我們支持健保署的美意，考量這一案還有爭議，建議這個提案在這邊暫緩，再去評估了解後下次會議再通過。

林組長阿明

健保署已經跑過資料了，彰化縣一些鄉鎮的基層診所的確沒提供 BC 肝照護，這些區域在國健署前端篩檢已經出有病人需要就醫，當地就醫可近性真的不好，衛生局才會出來中間協調；希望醫院可以派醫師支援田中衛生所，派駐費用由醫院自行吸收，醫院去支援診所也是由診所申報費用，BC 肝費用既然在專款，20-50 人的費用由專款支應。這些費用不會影響醫院總額或基層一般服務費用，應該要去鼓勵，大家擔心浮濫的部分，衛生局本於權責應多了解轄下區域需求，報到分區業務組後再提會討論，不太明白有什麼反對的理由。

陳代表宗獻

第一是希望能有通案原則；再來是這邊講到的偏遠地區跟大家的定義不同，這裡是「沒有基層腸胃專科醫師的鄉鎮」，不一定是偏遠；現在是沒有通則，如果縣市政府真的要參與進來，病毒量檢驗跟追蹤費用希望由縣市政府負擔，這樣他們會考量自身預算；否則大家提出申請比照彰化縣，健保署就通過，財務上可能會形成很大的漏洞。

徐代表超群

本案通過後明天就很多衛生局來申請了，例如嘉義縣只有極少數鄉鎮有胃腸科基層專科醫師，嘉義縣也可以來申請，符合資格的鄉鎮數比彰化還多。全國的衛生局都來申請，衍生的醫療費用真的不容小覷，不管是醫院總額或基層總額都無法負擔；是不是我們尊重楊代表的意

見，這次先擱置，有確定經費來源時再討論。

王代表秀貞(代理)

醫院不反對支援衛生所，既然在基層總額支出超過部分由其他部門支應，建議本案乾脆由健保署其他預算支付，未來有類似案件則由健保署決定，這樣就不用特別考量費用屬於哪個部門，也可以解決當地就醫。

林組長阿明

各縣市醫院本來就可以支援衛生所，這個問題不成立；另外 BC 肝本來就要符合給付規定才能用藥，開放後應該不至於太過浮濫。

主席

請大家思考一下陳委員所提前面篩檢、追蹤的費用是否由衛生局編列預算執行，藥物部分則由健保支應；現在有需求的病人大概只有 20 多人，會請中區業務組特別留意。既然衛生局願意為 BC 肝炎盡一份力，不妨先試辦看看；署裡會答復他們本次研商議事會議中委員多持反對立場，惟各縣市政府衛生局若願意給付篩檢、追蹤等費用，藥費與治療費用由健保給付，原則予以同意。至於其他縣市是否要求比照，健保署的資料是嘉義、雲林、台南、金門、澎湖等縣市有類似的情形，健保署不確定當地衛生局是否要求比照，可以設立條件供大家思考。

蔣代表世中

藥費以外包括診察、診療費用等其他費用，都由當地衛生局支付；藥費由基層的專款專用支付嗎？

陳代表宗獻

想釐清條件定義：只有藥費由健保支付，其他所有費用都不從健保付，好不容易健保財務維持適當平衡，怕其他縣市起而效尤時對財務的影響過大。

主席

衛生局只給付篩檢的部分可以嗎？

朱代表先營(代理)

已經在看病了，費用很難把篩檢的費用單獨切出來。

蔡代表登順

主席已經說過了，追蹤篩檢的部分由衛生局分擔，贊成主席的決議。

主席

備註條件是篩檢與追蹤篩檢費用由各縣市衛生局負責，治療費用則依規定由健保署支付。

朱代表先營(代理)

請備註單獨試辦一年，一年後再看試辦情形討論。

主席

BC 肝用藥中斷反而對病人不好。

朱代表先營(代理)

剛說的單獨切出篩檢與追蹤篩檢的費用很難，但病毒量篩檢很多病人願意自己出。

主席

本署發文時會清楚敘明：篩檢與追蹤篩檢費用由衛生局負擔，會議紀錄也會明確記載，衛生局如有意願服務，本署不建議一下否決掉。

楊代表芸蘋

主席的決議我們同意後，彰化縣衛生局經費會不會有問題？

主席

既然已提會討論，會議實錄會附上各代表的發言摘要；決議是篩檢與追蹤篩檢費用由衛生局預算支應，治療費用由健保署給付。

楊代表芸蘋

其他縣市衛生局來申請時是否比照辦理？

陳代表宗獻

建議就本案單獨結論，不要附帶提其他縣市比照辦理。

主席

代表無其他異議，就依附帶條件通過，謝謝。