

衛生福利部全民健康保險會  
103 年度總額協商會議議事錄

中華民國 102 年 9 月 27 日至 9 月 28 日



# 103年度全民健康保險醫療費用總額協商會議議事錄

壹、時間：中華民國102年9月27日上午9時30分至下午10時15分  
及9月28日上午9時30分至10時10分

貳、地點：中央健康保險署18樓大禮堂

參、出席委員：

干委員文男

曲委員同光

何委員語

吳委員玉琴

吳委員肖琪

李委員永振

李委員成家 中華民國全國中小企業總會李監事育家(代)

李委員蜀平

周委員麗芳

林委員至美

林委員啟滄 中華民國全國漁會陳秘書建民(代)

林委員錫維

侯委員彩鳳

施委員純全

翁委員文能 林口長庚醫院郭特助正全(9月27日 15:30~22:15代)

連委員瑞猛

張委員永成 中華民國農會林主任敏華(代)

張委員煥禎 中華民國區域醫院協會劉副秘書長碧珠(代)

莊委員志強

郭委員志龍

陳委員川青

陳委員幸敏

陳委員宗獻

陳委員錦煌

黃委員建文

楊委員芸蘋

楊委員漢淙

楊委員麗珠  
葉委員宗義  
蔡委員明忠  
蔡委員登順  
謝委員天仁  
謝委員武吉

肆、請假委員：  
柴委員松林

伍、協商代表

中華民國牙醫師公會全國聯合會

劉俊言、陳彥廷、  
許世明、翁德育、  
李楊鈞、連新傑、  
林敬修、羅界山、  
林世榮

中華民國中醫師公會全國聯合會

孫茂峰、陳俊明、  
鄭耀明、張景堯  
張繼憲、彭堅陶、  
蔡三郎、詹永兆  
曾永昌

中華民國醫師公會全國聯合會

蔣世中、吳國治、  
張嘉訓、李紹誠、  
黃啟嘉、李昭仁、  
徐超群、莊維周、  
張金石

台灣醫院協會

陳雪芬、黃瑞美、  
朱益宏、張克士、  
羅永達、謝文輝、  
陳瑞瑛、謝景祥、  
潘延健

陸、列席人員

衛生福利部

楊副司長慧芬

朱組長日僑

梁組長淑政

中央健康保險署

黃署長三桂

蔡副署長魯

蔡主任秘書淑鈴

沈組長茂庭

林副組長阿明

李專門委員純馥

張科長溫溫

疾病管制署

顏組長哲傑

黃副組長彥芳

王簡任技正貴鳳

台灣腎臟醫學會

陳理事長漢湘

林副秘書長元灝

本會

柯執行秘書桂女

林組長宜靜

吳組長秀玲

張組長友珊

柒、主席：鄭主任委員守夏

紀錄：彭美熒、黃偉益、張櫻淳

方瓊惠、邱臻麗、馬文娟

捌、主席致詞(略)

玖、103年度全民健康保險醫療費用總額協商－各部門與付費者

一、牙醫門診總額

(一)協商時間：

9月27日09:35~10:56(含付費者代表及牙醫部門同時各自召開會議討論23分鐘)，並於9月28日09:30~10:00進行第二次協商。

(二)第一次協商結論摘要：

付費者代表方案

- 1.一般服務成長率為0.364%，包含醫療服務成本及人口因素成長率0.431%，及協商因素成長率-0.067%。
- 2.專款項目全年經費1,497.6百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，103年度牙醫門診醫療給付費用總額，較前衛生署所核定102年度總額成長1.702%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為1.394%。

牙醫代表方案

- 1.一般服務成長率為0.364%，包含醫療服務成本及人口因素成長率0.431%，及協商因素成長率-0.067%。
- 2.專款項目全年經費1,617.6百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，103年度牙醫門診醫療給付費用總額，較102年度所核定總額成長2.021%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為1.712%。

(三)第二次協商結論摘要：

- 1.一般服務成長率為0.364%，包含醫療服務成本及人口因素成長率0.431%，及協商因素成長率-0.067%。
- 2.專款項目全年經費1,567.6百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，103年度牙醫門診醫療給付費用總額，較102年度所核定總額成長1.888%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為1.580%。

二、中醫門診總額

(一)協商時間：

9月27日11:42~12:43。

(二)協商結論摘要：

- 1.一般服務成長率為2.322%，包含醫療服務成本及人口因素成長率1.417%，及協商因素成長率0.905%。
- 2.專款項目全年經費187.4百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，103年度中醫門診醫療給付費用總額，較102年度所核定總額成長2.421%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為2.104%。

### 三、醫院總額

#### (一)協商時間：

9月27日 13:25~17:00(含付費者代表自行討論40分鐘、醫院部門自行討論33分鐘，及中場休息)。

9月27日 17:00~17:41：門診透析服務費用。

#### (二)協商結論摘要：

##### 付費者代表方案

- 1.一般服務成長率為2.311%，包含醫療服務成本及人口因素成長率1.909%，及協商因素成長率0.402%。
- 2.專款項目全年經費16,201.3百萬元。
- 3.門診透析服務成長率2.519%。
- 4.前述三項額度經換算，103年度醫院醫療給付費用總額，較102年度所核定總額成長3.032%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為2.741%。

##### 醫院代表方案

- 1.一般服務成長率為6.039%，包含醫療服務成本及人口因素成長率1.909%，及協商因素成長率4.130%。
- 2.專款項目全年經費12,734.3百萬元。
- 3.門診透析服務成長率2.519%。
- 4.前述三項額度經換算，103年度醫院醫療給付費用總額，較102年度所核定總額成長5.517%；而於校正投

保人口數後，成長率估計值為5.220%。

#### 四、西醫基層總額

##### (一)協商時間：

9月27日17:48~21:11(含付費者代表自行討論34分鐘、西醫基層部門自行討論21分鐘及中場休息)。

##### (二)協商結論摘要：

###### 付費者代表方案

- 1.一般服務成長率為1.062%，包含醫療服務成本及人口因素成長率0.811%，及協商因素成長率0.251%。
- 2.專款項目全年經費1,755.5百萬元。
- 3.門診透析服務成長率5.358%。
- 4.前述三項額度經換算，103年度西醫基層醫療給付費用總額，較102年度所核定總額成長1.895%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為1.620%。

###### 西醫基層代表方案

- 1.一般服務成長率為4.981%，包含醫療服務成本及人口因素成長率0.811%，及協商因素成長率4.170%。
- 2.專款項目全年經費1,775.5百萬元。
- 3.門診透析服務成長率5.358%。
- 4.前述三項額度經換算，103年度西醫基層醫療給付費用總額，較102年度所核定總額成長5.298%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為5.014%。

#### 五、其他預算

##### (一)協商時間：

9月27日21:15~22:10。

##### (二)協商結論摘要：

103年度經費10,782.4百萬元，較102年度增加1,952百萬

元。

六、上述協商結論提送9月28日本會第3次委員會議確認。

拾、協商會議結束：9月28日上午10時10分。



## 壹、102 年度總額協商—「牙醫門診總額」(9 月 27 日)與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

各位委員、今天第一場的牙醫門診總額部門協商代表，大家好！

- 一、剛剛有幾位委員提到，我過去主持協商會議的紀錄很差，經常會都到半夜，但去年江主任委員主持的協商會議到 8 點多就結束。請各位看講臺右邊的螢幕，這次特別把時間呈現出來，按照預訂時程，若每個部門都在理想時間內協商完畢，則可望在晚上 8 點半結束；若每一個部門都往後延，後面的部門也什麼好抱怨的。在座各位，很多都有過幾次協商的經驗，所以知道若是談判氣氛不錯，而且可能就快達成協議，則時間可稍予延長，但是原則上不要影響到下一個部門的時程。螢幕的左半邊是每段時間的計時，像是溝通、協商、對談、各自關室密談的時間，每一段都有時間，我們儘可能按照時程表進行，最好不要逾時。客套話都省略，現在開始進行協商。
- 二、第一階段是提問與意見交流 20 分鐘，請問牙醫部門要指派哪一位，帶領付費者代表簡要地瀏覽你們的訴求，也就是議程所附的 A3 表格，好讓付費者代表瞭解重點；接著是請付費者提問。請牙醫的代表進行相關說明。

陳醫師彥廷(報告「103 年度牙醫門診總額協商草案」)

主席、各位委員、各位醫界朋友及各位關心健保的朋友，早安！

- 一、我是陳彥廷，代表牙醫部門向大家說明我們的期望。因沒辦法播放簡報，就用我們所整理且已提供給各位的書面做說明(資料封面標題為「103 年牙醫門診總額協商草案」)。第一頁為 A4 大小的說帖，後面是更新的簡報，茲就簡報內容依序報告，首先是專案執行部分，專案大部分屬於弱勢照護，或是目前國人口腔疾病照護需求較高，但供給面較為不足的部分。
- 二、牙周病統合照護計畫：

- (一)今年7月的全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議，評核委員建議擴大辦理且增加經費。
- (二)歷年來牙周病統合照護計畫推動並不容易，特別是計畫初期，不管是民眾對牙周病的認知，或牙醫師執行治療能力，都需要許多努力。牙醫部門經過3年多的努力，在去年執行率已經超過100%。以今(102)年第1、2季申報資料推估全年為81,900~90,000件。
- (三)根據衛生福利部國民健康署2007-2008年流行病學調查報告顯示，976萬成年人有牙周病基礎治療需要。但是這些人還沒有接受治療。我們認為未來治療人數還有相當大的成長空間，所以，希望明年度經費足以提供到10萬人次的照護。
- (四)這些年我們很努力，例如舉辦很多次再教育，透過各分會對牙醫師做很多行政上的輔導，召開記者會向媒體說明，以及各公會辦理各項的宣導活動。目前執行牙周病基礎治療之院所比率已經從98年末推動前的27.52%，增加到今年6月的58.12%；醫師數比率由98年的31.04%增加到102年的53%。民眾就醫方面，因為牙周病而必須到醫院治療的情況已經有改善，但是我們認為還不足，希望牙周病統合照護計畫還是應該要放在專案項下，我們也配合執行相關鼓勵輔導措施，包括這些年辦理了70幾場再教育，並透過各種方式鼓勵會員，包括品保款鼓勵，醫管措施的排除等等。
- (五)若將牙周病統合照護計畫改列一般預算，我們很擔心，各分會可能會因面臨分區點值管控壓力，特別是點值壓力比較高的中區及台北分區，若列入分區一般預算控管，恐怕連要維持現有執行人次都會有問題。目前病人已經慢慢習慣健保有給付這項疾病的治療，並明白牙周病是可以治療的。若是沒有以專案方式控管，3年多的努力恐會功虧

一簣，又會回到過去民眾就醫上的不方便。所以我們建議 103 年牙周病統合照護計畫以 10 萬件為工作目標，並且留在專案。

### 三、牙醫醫療資源不足地區改善方案：

- (一) 預估今年經費執行率為 110%，現行預算及醫師投入情形真的遠遠不及醫療資源缺乏地區民眾的需求。若醫缺地區的服務範圍沒有改變，我們推估 103 年的經費會達到現有預算的 115%，需要再增加 3,500 萬元經費。
- (二) 我們統計醫缺地區的學校巡迴點需要增加 148 所學校，經費需要增加 5 百萬元。
- (三) 另外，民眾人口稍微集中但缺乏牙醫師的地區，透過醫療站的設立，其設施、設備可以接近一間診所，提供民眾較完整的醫療服務，透過公會組成的醫療團，醫師協力去提供當地民眾醫療服務。100 年度醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用從專款移至一般服務項下，僅留鼓勵部分的金額在專款。當時提供 1 億元經費，要求設立 10 處醫療站，目前已經設置 17 處醫療站。未來希望再增加 4 處，單單這個星期，我們就已經新增 5 處醫療站。
- (四) 我們強調的另一個重點是，在接近都會區但近年牙醫師流失嚴重的地區，像今年訪視過的石崗、中寮一帶，雖然離市區很近，但是牙醫師流失。過去是透過一般預算方式，希望留住牙醫師。為防止醫缺地區繼續增加，今年希望專款提供這部分的經費，預估需要增加 3 千萬元。

### 四、牙醫特殊服務：

- (一) 預估 102 年執行率為 93%，若服務範圍不變且考量這幾年每年 10~12% 成長率，預估 103 年執行率將達到 103%，現有預算會略顯不足。
- (二) 由於 100 年的執行率僅 69.35%，費協會在 101 年度全民健保醫療費用總額協商暨第 175 次委員會議曾決議，為鼓

勵牙醫師積極參與及提高服務人數，建議增加支付誘因，並擴大適用障別至接受牙醫服務有障礙之族群。不過，這兩年我們並沒有完全依照此決議執行。

(三)我們今年的訴求，若服務範圍未變，由於醫療團成熟，預估 103 年會增加 12.69 百萬元。若提高重度、極重度障別加成數(未擴大適用障別)，預估增加 26 百萬元，其中重度由 5 成提高至 6 成，預計增加 10 百萬元；極重度提高 3 成，預計增加 16 百萬元。若擴大障別，納入所有身心障礙者及發展遲緩兒童，預計增加 87 百萬元。今年 5 月間，社福團體及立法委員表示，希望能將發展遲緩兒童納入照護對象。健保署建議將特殊服務論量計酬的部分放到一般服務，其實現在醫師參與特殊醫療的意願並不高，若放入一般服務，服務意願恐怕會更低。最近媒體有揭露，未來牙醫評鑑要將特殊醫療服務項目放入。實務上，我們目前大約有 130 餘位的受訓牙醫師，已參與的牙醫師需要再接受各項再教育，沒有再教育及行政輔導，恐怕即使在執行一般項目上，也會遭遇瓶頸。除此之外，我們也要採取醫管措施的排除，還要視患者障別等級治療困難度給予加成。

五、根部齲齒填補是目前已在執行的項目。101 年度總額協商過程中，由於付費者認為我們在牙周病照護計畫上做得不好，因此對新提出的根部齲齒填補項目，是先給一點經費做做看，所以當時牙醫部門建議預算額度 331 百萬元，但只同意給 113 百萬元，而實際上，我們執行 258.3 百萬點。次年(102 年)再次爭取經費，結果同意增加約 1 億元經費，預估會執行 322.2 百萬點。當時我們是按照流行病學的就醫率推估，是接近真正的需求。民眾有這方面的需求，我們也確實在做，有必要對年長公民提供比較多的醫療照護，所以希望付費者委員能同意給較多的經費。

- 六、口乾症患者照護：這是健保署來函要求牙醫師公會全聯會回應民眾需求，希望未來能納入考量。口乾症帶來的高口腔疾病發生，包括牙周病、蛀牙等等情形，目前少部分民眾已有部分的補強照護，包括接受電療、化療民眾有做之後的塗氟。可是因為其他原因產生的口乾困擾民眾，其照護密度與一般人相同，事實上不夠。我們針對這一部分提出評估，以 101 年牙醫門診申報唾液分泌障礙、未明示之唾液腺疾病的 2 萬名病人為基礎，提供每人每年 2 次的全口牙結石清除、4 次的塗氟，約需要 62.4 百萬元經費。基於未來人口會逐漸老年化，這部分需求只會增加，不會減少。
- 七、13 歲以下口腔疾病基本處置：依據衛生福利部國民健康署最近的流行病學調查發現，95 年與 100 年比較，小朋友的齲齒盛行率不降反升。13 歲以上的民眾有牙周病基本處置，牙周病處置主要是牙菌斑控制，13 歲以下的小朋友也應該要做牙菌斑控制才對。這部分的經費預估 316.4 百萬元。
- 八、乳牙複雜拔牙：本項目我們之前曾經提出，小朋友的乳牙複雜性拔牙，治療時間較長，約比一般拔牙時間多 3 倍以上，風險更高，而且小朋友行為控制需要更多的努力，若不適當反映成本，很多該做的治療會延遲甚至沒做。我們評估過替換率約 30% 左右，經費需要 113.6 百萬元。
- 九、新科技根管治療：我們要強調的是，引進新設備，可以提高治療成功率。關於委員提到可以減少治療時間，這部分的成本已扣除。其次，因為新設備引進，可以提高治療成長率，讓原來建議拔除的牙齒有機會被保留。預估經費為 172.9 百萬元。
- 十、牙周病支持性治療：委員關心牙周病照護，認為牙周病治療完成後，其醫療需求會降低，其實牙周病就像糖尿病、高血壓一樣，需要終身維護，控制牙菌斑，若沒有後續支持性照護，很容易復發。我們認為牙周治療後，需要繼續支持性治療，以確保療效。我們的說帖中有提供執行支持性治療與否的差異，若

有支持性治療，約有 9 成的牙周問題可以控制住；若沒有支持性治療，約 89% 會有惡化的情況。這部分的經費預估 104.8 百萬元。以上報告，謝謝！

鄭主任委員守夏

接下來還有幾分鐘是問答的時間，請問付費者委員認為哪項不很清楚，需要再說明？

謝委員天仁

- 一、有些項目牙醫部門硬要放在專款，健保署的意見卻相反，到底問題出在哪裡？按照我們的想法，專款計畫執行一段時間成熟穩定後，就放回一般；放在專款，是需要特別看管的計畫，這部分有必要再講清楚。
- 二、在費協會時代，就講得很清楚，只要是提到年紀的，我們一概不同意。牙醫這次又提出 13 歲以下口腔疾病基本處置，與我們的原則相衝突，為什麼有這個需要？請講清楚。
- 三、牙醫民眾自費與健保比例，大概是多少，能否讓付費者瞭解，我們很好奇。

鄭主任委員守夏

就這三個問題，請先簡短問答。

陳醫師彥廷

- 一、其實牙周病統合照護第一年是列在一般服務，當時沒有考慮到民眾是否知道要接受治療，以及牙醫師有無能力提供醫療服務。所以，第一年(99 年)的執行率只有 17%。若要改變牙醫師原來的醫療習慣，就必須先去教育牙醫師，如果沒有發展到很穩定的階段，在一般預算很難發展。今年健保署建議牙周病統合照護第一、二階段改回一般服務，第三階段改回專案，因為他們認為第三階段屬論質的性質。事實上，當時第三階段並沒有預算。現在的牙周病統合照護是否已經穩定、成熟，答案為“否”。我們期待絕大部分醫療院所都能提供牙周病的基本治

護，如果只有 50% 多，很多民眾還是找不到牙醫師，尤其都會邊緣區域的民眾可能會更難。既然還在發展，我們建議還是放在專款。估計目前的治療量，在有牙周病統合照護計畫前，是做 9100678 項目，或做類似的基礎治療，但沒有後續的論質及追蹤，大概只做了 33 萬人，相較於 9 百多萬人次的需求，還有很大的空間。若回到一般預算，各分區會做點值管控措施，則牙全會及各分區都會有壓力，民眾需求就無法獲得滿足。牙周病照護的服務量需要再提高，可能再執行一、二年，有四分之三院所願意做時，也許比較穩定。

二、關於 13 歲以下口腔疾病基本處置，回應委員的問題，為何基本處置會分年紀，是因為支付標準規定，13 歲以上的牙周疾病基本處置需搭配全口牙結石清除，才會產生年齡上的限制。

謝委員天仁

為什麼牙周病統合照護計畫第三階段要擺在一般服務？

陳醫師彥廷

一、牙周病統合照護計畫第三階段原本就擺在一般服務，當時認為費用是取代原有牙周病項目，這幾年計算牙周病執行情形，發現是新增，不是取代，因為原來的量很少。健保署認為是取代部分放在第三階段，所以沒有新增費用。如果可以的話，我們認為牙周病統合照護計畫第三階段也應該放在專案，鼓勵更多的人來做完。

二、剛有委員提到自費與健保部分，因與地區及人口有關係，一般大概是一比一，都會區可能自費較多，其他地區可能大部分以健保為主。

鄭主任委員守夏

所以你們沒有數據？其他委員也可以提問。請葉委員宗義。

葉委員宗義

我想瞭解一下，牙醫總額第一個最重要的是牙周病計畫，請問牙周

病的治療效果如何？還有，牙周病用什麼方式治療，雷射治療及傳統治療，比例各為多少？因為兩者的費用不同。

陳醫師彥廷

其實牙周病治療基本上就是用器械去刮除齒齦下結石或牙根整平的基礎治療。雷射治療是新科技，它的療效目前在文獻上並沒有被確認，有部分醫師在執行，這部分屬於自費，其價格與傳統治療的落差很大。

葉委員宗義

治療效果如何？

陳醫師彥廷

我們評估參與牙周病統合照護的病人，其治療前後，牙周囊袋約降低 2mm，與國外文獻一致，所以在治療效果上與國外同步，病情確實有減輕。

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、去年牙醫總額約為 375 億元，今年非協商因素成長率 0.431%，約可成長 158 百萬元。剛剛所提的新醫療科技、根管治療項目，我們都已談過多次，基本上儀器改變本來就應該從每年的非協因素做調整。資料顯示，縮短療程、降低醫師投入成本，有助於業務執行順利，以此爭取增加成長率似不太合理。
- 二、牙周病統合照護計畫資料顯示，執行的品質有很大問題，每年回診率都在提高，一個療程花費一萬多點，最少要幾年不回診，今年做明年再回診，健保資源有限，一再支付這些費用，實在沒辦法負荷，這部分請牙醫部門好好檢討。回診率降低，如果是有需求的新病人進來，則增加費用屬合理，一直做舊病人的回診而要求增加費用，並不合理。

## 陳醫師彥廷

可能是健保署的資料讓大家誤會。回診復發率從第 1 年的 0.84%，到第 2 年的 1~2%，在世界上屬少見。這回應兩件事，第一，還是有部分人會復發，所以需要支持性治療。第二，它比傳統牙周病治療的復發率低很多。相關數據請我們同仁補充。

## 連醫師新傑

我是北區分會代表。今年我們與健保北區業務組合作進行研究，以 100 年度 4 千有接受牙周病統合照護計畫治療的病患為實驗組，對照組是傳統治療方式，經迴歸分析，發現實驗組的復發率遠低於對照組(傳統治療方式)，大概只有一半。其實牙周病統合照護有比較嚴謹的牙菌病控制跟回診機制，較傳統治療大幅降低復發率，該研究資料希望給大家參考。其實傳統的牙周治療復發率一直很高，像糖尿病要控制糖化血色素，牙周統合照護計畫最大的特徵是要控制牙菌斑及回診，實際結果證明，已大幅降低牙周病復發率。

## 陳醫師彥廷

其實牙周病統合照護計畫的執行成果相當優異，復發率才 1~2%，當然我們可以更努力，但這樣的數值算是相當正面。

## 鄭主任委員守夏

若有更好的證據，而不是你們自己手上的數據，也許更具說服力，看付費者有沒有被說服。

## 陳委員錦煌

牙周病統合照護計畫，99 年的執行院所數才 27.52%，但現在執行的醫師數已經有 53.24%，我曾問牙醫師數多少，你們回答牙醫師分成三派，一派做植牙，一派做牙周，一派不要做。現在執行醫師數已達 53.24%，等於一半的醫師在做。我聽說牙周病就如癌症，剛剛蔡委員登順說牙周病是刷牙會流血，但是沒辦法完全根治。沒有治療會潰爛，有治療不會這麼嚴重。支持牙周病統合照護計畫，像我以前治療都要到醫院，相當麻煩，以我們雲林縣為例，因不是都會

區，都要到台大、成大醫院治療才可以，所以我支持給牙全會經費，但希望執行率要提高。過去黃建文理事長做得不錯，希望新的理事長也能好好執行牙周病統合照護計畫。

鄭主任委員守夏

建議讓付費者優先發言，而於兩邊需要諮詢專家學者及公正人士時，再表示意見，這樣比較中立。費協會時代的專家學者僅 1 位是歸在付費者代表中；現在健保會有 5 位專家學者及公正人士，不屬於付費者代表。先請吳委員玉琴發言，接著請何委員語。

吳委員玉琴

- 一、牙醫部門的牙醫特殊服務與健保署的規劃不太一樣，尤其對身障者的特殊門診是否會有衝擊？請說明。關於提高重度、極重度加成，最近 ICF (國際健康功能與身心障礙分類系統，International Classification of Functioning, Disability and Health)正在改變中，你們的計算基準及人數如何？可能需要提供更細部的資料。
- 二、牙醫醫療資源不足地區改善方案，評核會建議要提高服務量，但是你們提供資料或過去統計是人次，我覺得應該同時提供人數及人次，這樣才能讓我們知道到底擴大服務多少人。
- 三、剛剛有委員提到牙醫自費問題，牙周病統合照護計畫有無減少自費？除所述有療效外，是否也有降低被保險人自付費用的狀況。

鄭主任委員守夏

請牙醫部門回應。

陳醫師彥廷

- 一、特殊醫療若改為一般服務，會與一般預算一樣做控管，但其風險高、成本大，醫師在執行上會有困擾，民眾就醫上可能無法有較大的成長。這些年來就醫方便性增加很多，我們擔心這樣做，會讓醫師提供特殊治療的意願停滯，目前供給離需求還很

遙遠，建議不要這麼快就放到一般服務內。

二、牙周病治療自費部分，所有的牙周病照護計畫通通不能收自費，目前除沒有納入健保給付的內容，包括整形手術、凝膠等公告項目外，基本上已沒自費，我想這對多數民眾來說非常好。之前有委員提到一般的治療都要花費2、3萬元，這對民眾來說，確實增加很大的便利性。所以，我們要鼓勵醫師從原來的自費轉到這邊需要下功夫。關於障別，請羅醫師界山說明。

羅醫師界山

各位委員好。我們認為特殊服務計畫應該要儘量把資源放在治療難度較高的地方，所以希望提高重度及極重度的治療誘因。ICF新制是針對功能性做分類，障礙別分類還是存在。

陳醫師彥廷

關於目標是人數還是人次的問題，其實我們內部統計有人數，只是在專案談判時訂的是目標。我們有人數資料，在這方面也會努力，未來與健保署訂目標時可以改為人數。

鄭主任委員守夏

既然是協商，可以做出承諾，以爭取較多預算。付費者這邊要的是人數而不僅人次。請何委員語。

何委員語

一、各位大家好。這幾天看資料時，有個體現，自己原來是雞翅膀委員，假設整個醫療是一隻全雞，現在則只是拿一隻翅膀來健保會討論，這隻翅膀最有肉的部分給醫院，再來是西醫基層，牙醫、中醫再拿最後面兩小塊，最後間接給藥師，尖尖的那一小塊。最大的那隻雞由行政院及衛生福利部決定，我們只是分配一隻雞翅膀，而每個部門都希望能分到大塊一點。

二、目前針對牙周病統合照護計畫，究竟是第一、二階段放專款，第三階段放一般預算；還是第一、二、三階段都放專款來做，對病患最有利、最有效？請能告知，以利我們做考量。

- 三、醫療資源不足地區改善方案的治療人數有無減少？剛剛提到的是治療人次有增加，我們想瞭解醫療資源不足地區的人口數是否有降低。
- 四、牙周病治療不好會發展到鼻咽癌，很多病人是一開始牙周不好，後來演變成鼻咽癌。早期發現，早期治療是最有效。
- 五、牙醫部門在整體教育訓練、新技術培訓都做得不錯，評核會都有好的評價。專款及偏遠地區的服務也做得相當的不錯，這些年來，健保會委員及評核會委員都有好的評價。基本上，牙醫的增加在翅膀後端，不是前面厚厚那塊肉，我們也很樂意為整個台灣民眾的牙齒健康貢獻一點心力。台灣人都很漂亮，牙齒整齊就漂亮，我在中南美跑八年，發覺當地人臉都歪掉，因為牙齒不整齊，這點也是你們的功勞及貢獻。
- 六、我剛剛有兩點請教，牙周病統合照護計畫一、二、三階段連貫性的利基在哪裡？好處在哪裡？有什麼缺點？你們到醫療資源不足地區服務的時候，是否發現人口數減少？

#### 陳醫師彥廷

- 一、在專業上，我們期待牙周病統合照護的所有階段都納到專案，因為它需要輔導。未來若新增第三階段，希望能有預算支應，因現階段放在一般服務，造成一般服務的點值壓力，可能造成民眾就醫上困擾。
- 二、醫療資源不足地區改善方案的執行，其實遇到很大瓶頸，因為牙醫師進去的意願非常低，即使願意進去，也需要強力的管理。這幾年在評估在醫師願意進去的區域時，也會評估要用什麼樣的方式，來填補這部分的醫療資源。我們的方式就是透過巡迴點的擴充及醫療站，並且期望醫療站不要像路邊攤，而是像一間診所，提供完整的醫療照護，所以開放空間是不宜的。雖然醫療站成本較高，但卻是我們這幾年來努力的目標。

#### 謝委員天仁

我還是對牙周病統合照護第三階段充滿疑義，健保署從一般服務移列專款，代表放在一般服務執行上有落差，所以才需要放到專款去控管。既然列到專款，雙方的金額都增加，請進一步說明。健保署假使有意見也請能補充。

鄭主任委員守夏

請牙醫部門先說明，接著請健保署補充。

陳醫師彥廷

我先替健保署回答，健保署是將原來列在一般預算的第三階段移列到專款。這代表列在一般預算，在分區的鼓勵不夠，甚至有管理行為。另外，我們要求品質，需要到達某種程度的改善才能執行此項醫療服務及申報費用，所以第三階段的執行率才這麼低，約 78%，這也是放在一般預算不好的原因。若回到專款，沒有分區預算排擠效應，可以鼓勵做得更多、更好，所以，我們認為第三階段應該同步移到專案。關於健保署的方案金額有增加，是因為健保署把原來一般服務支應的費用移列到專款，其實僅增加少許金額。我們則主張增加服務量，從 66,800 件增加到 10 萬件，故金額有差，這是雙方主張的不同。

鄭主任委員守夏

請問健保署有無補充說明。

蔡主任秘書淑鈴

一、各位委員，我們要說明的是今年專款與一般服務移列的原因。牙周病統合照護計畫及特殊服務都是 5 年計畫，幾乎所有的款項都列在專款，目的是鼓勵，因為照顧弱勢，在總額的精神是外加。回到源頭，牙周病若治療好，會減少以後牙齒的問題，較不會有後續醫療費用，長期具有替代效果，若持續放在專款，會一直為外加預算概念。我們認為牙周病統合照護計畫分三階段，每一個案全部療程總支付金額 1 萬點算是非常優惠，第一、二階段主要是評估及治療，第三階段是評估治療效果是否真的

達到預期，即牙周囊袋有無減少，所以提供額外鼓勵。就總額的一般、專款精神，屬於醫療的部分本來就應該放在一般服務，牙周病治療好，會有後續替代效應，品質做得好的鼓勵部分才應該編在專款。本案迄今已提供5年全部外加預算之鼓勵，可以告一段落，回到總額分配機制。按總額一般、專款的概念，第一、二階段應該是放在一般服務，第三階段純粹是p4p(論質支付)，論質鼓勵部分還是放在專款，編足預算，鼓勵做得好的案例。

二、特殊服務也是這個概念，過去一直以外加框列預算，放在專款，全部都是外加，內涵部分都沒有處理。本案迄今已外加預算鼓勵第6年，建議基本服務可以回到一般預算，但是在鼓勵身障醫療比較困難的部分，即需要加3、5、7成的部分，用額外的誘因(incentive)，專款予以鼓勵，專款也編列足夠費用。今年度的經費移列是採用這個概念做建議，供委員參考。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡主任秘書淑鈴的說明。

謝委員天仁

牙周病統合照護計畫第一、二階段之所以放在專款，是因為牙醫師不太做或是要做自費，所以用專款管理。按照健保署建議，將第一、二階段移回一般預算，會不會回到原來情況，預算會被吃掉，健保署有無評估是否會有這樣的顧慮？這是我們幾年來一直希望列在專款的想法，因為擔心部門搞怪。我們可以理解第三階段移列的原因。

蔡委員登順

我的意見與謝委員天仁類似。最近有位朋友要做牙周病治療，牙醫師告知要自費，他詢問我的意見，我說健保有給付，並給予介紹別的牙醫師。蔡主任秘書淑鈴說得很有道理，牙周病治療做得好，未來的醫療費用會減少。因為有剛剛所說的疑義，故建議放在專款，但是請健保署要求牙醫診所要告知民眾，公告可以收取自費的項目，

這樣對全民才有正面效益，讓民眾感受到健保的好處在哪裡。

鄭主任委員守夏

請問健保署，付費者的疑慮是否會發生，放到一般預算後，產生量會變少的情況。

蔡主任秘書淑鈴

這就需要有共識，牙周病治療其實有預防作用。實施總額制度，我們希望多做預防，有利益的部分，醫師自然會多做，這當中會有gap(差距)或衝突，我們可以在中間形成共識。牙醫界是自律的，若內部取得共識，可以採取團體行動。基於全民利益及總額有限，我們要從預算分配及預算置放的合理性，綜整考慮。牙周病統合照護計畫一開始是放在專款而非一般預算，已經實施5年，有一定額度的鼓勵是外加性。

干委員文男

我的意見與剛剛幾位委員一樣，放在專款的項目會在健保會做報告，可以讓委員知道執行情形。若放入一般預算，我們會不知道執行情況。剛剛謝委員天仁提出的意見很好，請明年提供平均每個診所執行牙周病治療的數據。健保署蔡主任秘書淑鈴建議第一、二階段在一般預算，第三階段放在專案。請牙醫部門給一個期限，需要花費多少時間才可以滾入一般。你們要有心理準備，健保會強調的是專案不要做太久，也要有期限，要提出執行成果數據，讓大家心服口服。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

假使付費者同意將牙周病統合照護第一、二階段移到一般，請問健保署能否設定條件，例如要求它的量不能低於102年，否則按比率核減下年度的金額，健保署可不可能做到？

蔡主任秘書淑鈴

放一般或專款都可以監控，放在一般的數據會更完整。

謝委員天仁

數據部分可以瞭解，我們是要清楚落條件。若服務量比今年低，代表滾入一般服務，反而做得少，表示被其他醫療服務拿去，意味沒有達到我們的目標。請問健保署在數據上有無問題？沒有問題，對吧！我們付費者這邊認為詢問可以到此為止，接著開始進行牙醫部門協商。

鄭主任委員守夏

現已經詢問 47 分鐘，所以已使用到協商時間。剛剛各位有提到移列項目，接下來是否就金額及成長率做意見交換？

謝委員天仁

延續我我剛剛交換的意見，建議牙周病統合照護第一、二階段移列一般服務，服務量不能低於 102 年，否則按比例核減下一年度的金額。

陳醫師彥廷

向委員報告，目標數是 66,800 件，但事實上今年可以做到 9 萬件。有 6 千多位牙醫師執行，平均每位一年做 15 件左右，一個月平均做一件多，請問它成熟了嗎？回到一般預算，我們沒有把握做好。如果列在一般預算會較好推動，就不會發生第一年的執行率僅 13.01% 的情況，它是有排擠效應，這個風險我們沒有辦法承擔。

何委員語

牙醫這個部分比較特別，有的使用健保，有的是自費，這中間的界限很難分得清楚。我自己家人治療牙周病都是自費，每位牙醫師都說費用 1 萬 5 千元。牙周病治療，城市地區民眾可能很多人會用自費，鄉下地區及遍遠地區民眾可能較高比率使用健保資源。城市地區民眾就醫時，牙醫師可能會說自費較好，因為財力較好，也許就答應自費，也有人會要求用健保。個人認為牙周病統合照護計畫還是列在專案效果會比較好。謝謝！

蔡委員登順

主席，陳醫師彥廷既然這麼答覆，表示沒有把握，等於沒有承諾。若留在一般，點值提升，但牙周病的執行率僅五分之一或三分之一，這個款項流入其他費用，等於白白浪費，建議留在專款，我們還可以監督。

謝委員天仁

若留在專款，有些事要先講清楚，若經費仍不夠，我們要求用一般預算支應，不然牙醫部門穩賺不賠。這個方案已經執行5年，還說沒有能力控管，要放專款，牙醫要篤定面對它，不足部分用一般服務預算支應。

蔡委員登順

謝委員天仁講得很有道理，過去是先放在一般，後來才移列專款，我們也沒有扣掉一般預算費用。移列專款變成新案，經費逐年成長，我們也沒有扣一般預算，謝委員天仁的意見應該是合理的。

鄭主任委員守夏

請翁醫師德育。

翁醫師德育

回應委員意見，全國有牙周病治療需求者估約976萬人，現在才做幾十萬人，兩者不成比例。其次，專案執行率超過部分要一般預算支應，壓力很大，例如，101年的執行率為123.85%，所以第1、2季點值為0.78，牙醫師承受點值0.78的壓力。當年度短缺很多費用，若委員要求超過部分由一般預算支應，希望能承諾明年度可以補回一般支應部分。依國人牙周病盛行趨勢，服務量一定會愈來愈高，希未來一年可以補足專案所需經費。

鄭主任委員守夏

一、牙周病統合照護第一、二階段若今年移列一般預算，牙醫部門沒有把握，認為很困難，就不要移列。若認為應讓一般民眾治療牙周病像補牙一樣方便這個方向是對的，請問需要一年或三

年來達成？請牙醫部門做調查，看哪些地方真的沒有半個牙醫師要做牙周病治療，再提出比較好的方案，比如幾年才可移列一般預算，因為我們不希望移列一般預算後變成看不到成果。

二、付費者完全不知道牙周病治療由健保給付或或自行付費的比例。按照牙醫部門的說法，976 萬人有需求，只治療 33 萬人次，兩者比例不對，20 年也不可能消化完畢，放在一般預算也不恰當，我們是要積極一點，還是慢慢等待牙醫部門的意願。若要落條件，可以訂定政策，要求每縣市至少有三個診所可以執行，建議至少還是要有方向性。

謝委員天仁

我們不見得要採納健保署提出的金額，大家總是要跨出。請問牙醫部門，到底要放在保溫箱多久才可以出來，已經 5 年，熟了啦！不要害怕，我們可以考慮牙醫部門提出的金額，但是要求不足部分用一般預算，你們總要想辦法管控。以前管得來，現在卻說管不來，很奇怪。你們提出的金額可以考慮，不足部分要用一般預算。

劉理事長俊言

委員非常認真，有做市場調查。目前牙周病自費金額 1 萬 5 千元，健保給付 1 萬元，但是第 3 階段 3,200 點，是用一般預算支應。牙周病統合照護計畫是 99 年開始執行，坦白講並沒有市場誘因，我們用很多辦法督促牙醫師去做。第一年的執行率才 13.01%，被委員被罵到臭頭。第二年執行率為 57.51%；101 年的執行率 123%，但是第 1、2 季的點值僅 0.78，等於點值打 8 折。102 年我們會多做 2 萬多件，但點值打 8 折，其實是很難推動的，所以我們遭遇很大困難，沒有市場誘因。而實際上病人的需求龐大，可是要有誘因，醫師才會願意去做。我們 103 年會努力推到 10 萬件，未來再做 3 年，讓願意做的醫師及院所增多，屆時再看是否轉換成一般預算。

楊委員芸蘋

牙周病是個普遍且頭痛的問題，大家需要有治療的地方，我們瞭解

牙醫部門的用心。請問牙周病統合照護計畫不收案的部分，是以自費計算還是算在一般預算？謝委員天仁講的很有道理，列在專案，不足部分由一般預算支應，放在專款我們可以監督，並鼓勵將其做好。

陳醫師彥廷

委員的提議很好，專款是接近實際能做到的目標，可是過去這兩年，超過的部分，都是執行院所自行吸收。第三階段是從一般預算支應，我們還設定了一個小總額，因為怕大家不做，各分會都遇到阻力，談了快半年，大家抵死不從，我們會繼續努力。至於所預估民眾治療需求，應該是接近實際上的需求。

謝委員天仁

這樣繼續下去還要3年，前後要8年時間，是可以考慮貼近牙醫部門所提預算，但內部控管的問題應自行負責，不足部分由一般預算支應，這本來就要慢慢成長，如果害怕，就用折衷型來處理。健保署只提出5億多元金額，付費者可同意多一點，但你們不能講「可能提供10萬件，可是點值變成0.78…」等等，點值0.78都已經在做，還怕什麼？

楊委員芸蘋

陳彥廷醫師，我的問題還沒有得到回答，牙周病統合照護計畫不收案的部分，是以自費計算？還是算在一般預算？

陳醫師彥廷

只要符合相關病情要求，都不會拒絕，除非牙醫師本身沒有資格，這就是為什麼這類案件會這麼多，因為民眾的需求提高。

鄭主任委員守夏

非常明確，沒有健保的就用自費，因為市場價格是1萬5千元，健保只支付1萬元，還會被七折八扣，大部分牙醫師不願意執行是可以理解的，因為牙醫師照樣可以賺自費。如果健保要擴大照護，相對地，某些牙醫診所的利潤可能會減少，所以牙醫部門沒有辦法推

得非常用力。

侯委員彩鳳

我剛才一直在笑是覺得最主要還是牙醫師心態的問題。我看了議程資料第 83 頁，103 年預算 6 億 8 千萬元，目標是 10 萬人次，不是 10 萬人。依牙醫部門說法，全國牙周病人口有 976 萬人，令人驚嚇。目標 10 萬人次，實際可能 6、7 萬人接受門診治療，這是很可怕的一件事。健保署希望 5.239 億元，102 及 103 年只建議增加 0.716 億元，兩者相差 1.561 億元。謝委員天仁提到的問題非常中肯，可以做折衷，請問何時可以列為一般預算？我個人認為，列在專款時，牙醫師比較有意願執行，既然全民健保是要照護全民健康，剛剛牙醫部門提到全國有牙周病的人數為 976 萬人，我們是否就尊重。

翁醫師德育

補充一下，這是衛生福利部國民健康署的調查。

侯委員彩鳳

那就沒有錯，我們為什麼要計較？就像何委員語所講的，牙醫門診總額預算是雞翅膀後面那塊沒有人要吃的，針對這個地方去折衷處理，可能會節省時間。

鄭主任委員守夏

謝謝。我們這一段還有 5 分鐘，等一下我們就延長…。

柯執行秘書桂女

目前已在延長階段，已經延長 20 分鐘，所以現在只剩下 5 分鐘。

鄭主任委員守夏

我們已經延長 20 分鐘，剛剛的詢問階段，確實耗費相當久的時間。請大家就可協商的項目，進行協商。

蔡委員登順

先處理牙周病統合照護計畫。剛剛謝委員天仁已經拋出問題，我們願意再增加經費，請問牙醫部門希望成長多少？依剛剛提到預計 10

萬人次，請推估需要多少金額。

陳醫師彥廷

同意提高到 10 萬人次，還是留在專款，超過的部分我們會去處理。

蔡委員登順

可能沒有辦法完全依照你們所提的費用給。

謝委員天仁

這樣提很模糊，什麼叫「超過的部分我們會去處理」。

陳醫師彥廷

當初談費用時，第三階段就是沒有談過，為了怕執行率太低，所以設了一個小總額，遊說各分會的長官同意。這件事也同樣會這麼做，去爭取他們同意做牙周病統合照護。

謝委員天仁

所以你們同意不足部分用一般預算支應？

陳醫師彥廷

經費撥過來，我們會去努力。

謝委員天仁

你們負哪個責任？

陳醫師彥廷

我們會去做這件事。

謝委員天仁

金額部分呢？

劉理事長俊言

我們目標是 10 萬件，假設成長穩定了，則同意移列到一般預算。

謝委員天仁

這個東西變得有點模糊，健保署是希望牙周病統合照護計畫第一、二階段移列一般預算，你們是認為孩子養不大，希望留在專案，看

著它長大。我們的意思是說，好啦！你們就看管一下，但也不能太久，不足部分要用一般預算支應，這是很正常的事。你們自己去管理，這不是問題，但請說明金額及件數部分。

劉理事長俊言

我們在一般預算上，還是有壓力，要先確定件數是多少，才有辦法預估金額需要多少。

謝委員天仁

剛才是提 10 萬件。

劉理事長俊言

件數 10 萬件，我們在一般預算切一個小總額，針對做這 10 萬件的醫師，給予點值 1 元，等於又從一般切出…。

謝委員天仁

你們怎麼切，沒有意見，這涉及到部門管理的問題，我們只是在協定相關的細節條件。我們現在提出的條件，是列專案，件數 10 萬人次，超過 10 萬人次部分，用一般預算支應。金額部分，你們提 6.8 億元，但我們很少照列。

蔡委員登順

主席，這部分維持 10 萬人，預算 6 億元。

陳醫師彥廷

希望爭取一般預算支付 3,200 點的缺口，因為差太多了。

蔡委員登順

意思是要增長 8 千多萬元。

陳醫師彥廷

因為折扣實在太多。

劉理事長俊言

專案部分，剛開始是用件數去談，10 萬件減去 66,800 件，就是現在

多出來的部分，再乘上 6,800 點。專款用不完的部分，就會回到健保安全準備，只有做到的才能拿到錢。

侯委員彩鳳

請問一下，你們 101、102 年相差 1 萬件，執行院所有這麼多嗎？不要到時候執行率又未達目標。

翁醫師德育

我們是用執行率去推估，所以是有依據，最後會超過。102 年執行會超過 9 萬件，而且每年還會增加，我們是低保守估計 10 萬件。

謝委員天仁

看起來談不成，我們是不是把條件列一列…。

蔡委員登順

我剛剛講的 6 億元，你們看怎麼樣？

劉理事長俊言

在一般預算的 3,200 點，我們就吃下來，可是在專案部分，10 萬件減去 66,800 件，就是 33,200 件，再乘上 6,800 點，我們負責用一般預算把點值補到 1，鼓勵大家執行牙周病統合照護，為病患解決問題。

鄭主任委員守夏

現在協商時間用完，再來的時間就是各自召開會議的時間，若不需要閉門會議就繼續協商。請問雙方是否需要協商？好，現在各自召開閉門會議。請付費者委員在後方的會議室，兩邊可以邀請專家學者或公正人士參加。

*(付費者代表及牙醫代表同時各自召開會議討論 23 分鐘)*

鄭主任委員守夏

各位委員請趕快入座。其實我們已經開始吃下一個部門的時間，應該要快馬加鞭。請謝委員天仁。

謝委員天仁

我試著將付費者對 103 年牙醫的期望條件表達出來，看牙醫部門能不能接受，如果無法接受，我們的意見就送部裁決。

鄭主任委員守夏

在調電腦螢幕時，請謝委員天仁口頭開始說明。

謝委員天仁

一、一般服務：

- (一)品質保證保留款，依照歷來約定慣例，沒有意見。
- (二)擴大根部齲齒填補，我們認為沒有需要。
- (三)口乾症患者照護，同意增加 30.1 百萬元。
- (四)牙周病統合照護計畫第一、二、三階段都放在專款，特殊服務試辦計畫也同意留在專款。
- (五)13 歲以上下口腔疾病基本處置，不同意給預算。
- (六)乳牙複雜性拔牙、新科技根管治療、牙周病支持性治療計畫，都不同意給預算。
- (七)違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款照列，按照過去規定辦理。

二、專款部分：

- (一)醫療資源不足地區改善方案，我們同意 280 百萬元，增加 50.8 百萬元。
- (二)特殊服務計畫，維持列在專款，維持 102 年金額 423 百萬元，並將早期療育納入照護對象。
- (三)牙周病統合照護第一、二階段，同意列在專款，金額 600 百萬元，要求 103 年照護目標數至少 10 萬人，不足額度由一般預算支應；第三階段同意移列專款，金額 194.6 百萬元，其中 163.8 百萬元從一般預算移列。
- (四)受刑人之醫療服務費用，基本上同意編列在其他預算。
- (五)專款項目合計 1497.6 百萬元，增加 393.1 百萬元，這是我們提出來的方案。不知道牙醫部門意見為何？

陳醫師彥廷

牙周病統合照護計畫每增加 1 件，現階段一般預算就增加 3,200 點的支出，一般預算會失血過多。各位現在看一般預算的點值很高，這其實是同儕制約管控下的結果，我們實在是沒有辦法再繼續那樣辦理。

鄭主任委員守夏

請直接提出你們的訴求。

陳醫師彥廷

以過去兩年的經驗，超出的數目，還是會繼續做，可否降低目標數，但是我們不會去限制處理的件數。

謝委員天仁

目標數是照你們原來提出的數值。

陳醫師彥廷

因為專款計畫是按照件數計算。

謝委員天仁

照理講，我們恨不得人數更多，如果把它降下來，那永遠都是在保溫箱裡面，沒有用。

陳醫師彥廷

因為專款是有做才有費用，不會因為編列多了而浪費掉這些費用。

謝委員天仁

我們的意見就是如此，如果沒有辦法同意，建議送部裁決。

何委員語

現在雙方只差 8 千萬元，建議你們內部再商量後，告訴我們 8 千萬元要怎麼處理。

劉理事長俊言

一、跟大家報告，當年要做牙周病統合照護時，答應 10,000 點，自

行吸收 3,200 點，6,800 點是新增，當時的蘇前理事長鴻輝答應後，結果回去後屍首無存，今天 6,800 點若再變成 6,000 點，我們大概也回不去了。

二、我們是希望 6,800 點，10 萬件就是 680 百萬元。醫療資源不足地區改善方案，我們同意。特殊服務計畫，有加入新的障別，應該另外計算新費用，預估明年執行率會超過 100%，多的障別應該要另外再算。

陳醫師彥廷

有關牙周病統合照護…。

鄭主任委員守夏

請明確提數值，如果不提，就都沒有…。

謝委員天仁

如果你們說方案無論如何都不能調整，我們勢必又要閉門討論，這樣來來回回，很辛苦。我的看法是，假使你們沒有新的數字，那就送部裁決，一定要有新的數字，我們才能考慮。你們一直說服，但我們都聽不下去，那怎麼辦？

劉理事長俊言

我們提新的數據，牙周病統合照護第一、二階段，1 件維持 6,800 點，10 萬件就是 680 百萬元。

鄭主任委員守夏

劉理事長，付費者提的數字是 600 百萬元，你們就提一個數字。

劉理事長俊言

牙周病統合照護第一、二階段 680 百萬元；特殊服務計畫新增早療部分所以須增加 40 百萬元，但不堅持。

鄭主任委員守夏

就這兩個部分，其他都可以接受？好，請謝委員天仁。

謝委員天仁

沒有辦法再做新的考慮，我們的意見就如同剛所說的付費者方案。

鄭主任委員守夏

牙醫部門是否需要召開閉門會議？或者幾位主談代表先商量商量，如果差距沒有很遠，就協調一下。現在全部才差1億2千萬元，請商量一下。

侯委員彩鳳

你們讓一步啦！快點啦！

謝委員天仁

對啊！就差一點點！

劉理事長俊言

目標可以不要10萬人次，改為9萬5千人次嗎？

謝委員天仁

人數只能加，不能減。雙方只差1億2千萬元而已，我覺得堅持沒有太大的意義。

何委員語

只有差8千萬元而已。

謝委員天仁

牙醫部門協商是不是就告一段落，再一直下去的話，後面的部門沒辦法談，就送部裁決。

鄭主任委員守夏

最後一次詢問，牙醫部門是否覺得完全沒有辦法接受？其實差異不會很大。如果完全沒辦法接受，就只能依照健保會新的議事規則，與我們之前談好的共識，而且時間超過會影響下一個部門，就送部裁定。牙醫門診總額協商到這邊，付費者代表就是這個案，沒有其他數字。請問劉理事長，你們團隊是否不再更動方案，就是牙周病統合照護計畫第一、二階段的680百萬元，再加上特殊服務計畫463百萬元。

劉理事長俊言

請問，我們可以提自己的版本嗎？

鄭主任委員守夏

所謂送部裁決是協商到最接近的版本，一個是牙周病統合照護計畫第一、二階段的 600 百萬元與 680 百萬元，以及特殊服務計畫的 423 百萬元與 463 百萬元，兩案相差 120 百萬元。我們會送這兩案到衛生福利部。所以不再談了？好，不曉得專家學者還有無更具創意的想法？若沒有共識，就送衛生福利部裁決。請郭委員志龍。

郭委員志龍

建議增列請牙醫部門提出偏鄉的定義及如何協助偏鄉地區的方案，要送健保會同意。

鄭主任委員守夏

那就放在付費者版本，一併讓衛生福利部裁決。

吳委員玉琴

牙周病統合照護計畫的目標數是 10 萬人？還是 10 萬人次？請先確定。

鄭主任委員守夏

付費者代表方案是人數。請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

主席，這幾年我已經參加過 5 次總額協商，牙醫部門還不曾送署(以前屬衛生署時代)裁決過。我是衛生福利部聘的公正人士委員，我講看看。兩案只是 6 億元與 6 億 8 千萬元之差，我希望雙方各退一步，就 6 億 4 千萬元，不要老是送部裁決，這樣我公正人士算什麼？一大早就送部裁決。

鄭主任委員守夏

沒有參與兩邊協商的 5 位專家學者及公正人士中，有人提出新的想法，如果兩邊都同意，就繼續談；如果兩邊都不同意，就送部裁決。

請謝委員天仁。

謝委員天仁

我不同意。

鄭主任委員守夏

代費者已經確定不想再更動數字。劉理事長這邊？就不再談了。非常謝謝陳委員錦煌的用心，我們當然希望不要第一場就談不攏。主席能力有限，時間超過，這一場就到此為止。謝謝！



## 貳、103 年度總額協商－「中醫門診總額」與會人員發言實錄

### 鄭主任委員守夏

請問付費者代表有沒有拿到剛剛中醫部門所發 A4 橫式淺藍色簡報資料？第一階段 20 分鐘，請中醫施委員純全或相關代表儘可能在 10 分鐘內講完，留 10 分鐘進行提問及意見交換，之後再進入協商。請施委員純全報告，並請付費者委員就座。

### 施委員純全(報告「103 年度中醫門診總額協商草案」)

- 一、我們就剛剛所提供的這份資料進行說明，比較節省時間。首先謝謝主席和委員，各位辛苦了。中醫的項目相對單純，第一個是關於診察費合理量計算，我在這裡做點補充說明，那是過去制度設計不周全所造成的不公平，而非如幕僚意見所述，可用醫療服務成本指數改變率反應。在過去部門的調整並未列入協商，也不是物價指數可以反應。這是怎樣不公平的設計，我再稍微補充一下。
- 二、門診診察費有分階段的合理量，另外在針灸、傷科也有合理量，處置費 30 人次以下支付 200 點，第 30~45 人次打 9 折，45 人次以上的部分沒有給付。針灸、傷科同一療程的設計是第 2~6 次沒有診察費，沒有診察費就應該不納入門診診察費合理量的計算，但是現行公式卻是要列入合理門診量的診察費中計算，不公平的原因即在此。
- 三、列入計算會造成什麼現象？也就是拿到的診察費被打折，如本資料中的舉例，我們就不一一說明，在我們的舉例中，做一定人數反而會拿不到錢，甚至拿到-17 點，這當然會對醫療服務的提供有影響。前天我接到一位同學的電話，聽完內心蠻傷心的，他宣布封針，不再做針灸。他過去是許多針灸書籍的編輯，所以不合理的設計對醫療服務提供有影響。我們希望不合理的設計能回歸到正常，所以提出診察費合理量計算方式調整，若要全部回歸到正常需要 4 億 5 千萬的經費，這是第一部分。
- 四、第二部份針對腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫，原來在專

案，今年與健保署討論，健保署認為該計畫已有一定成熟度，所以移到一般服務，我們建議將該服務擴展到顱腦損傷。顱腦損傷與出血性中風之病理機轉有很多是相同的，我們建議擴充原有之適應症。我們與健保署在此項的經費預算上有差距，差距為 60 百萬元。本計畫做到現在為止，點值剩下 0.48，我們對未來服務量的推估很保守，希望能維持我們建議的金額。

- 五、在門診及西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫建議擴充新增顱腦損傷適應症，住院病患中醫輔助計畫此項醫療需求更大。試想在同一病房中，中風病患跟非中風病患，一個健保有給付，一個健保沒給付，實在不合理。住院病患中醫輔助計畫部分與健保署所提金額差距比較少。至於門診照護部分，擴充新增顱腦損傷適應症，健保署並未編列預算，要等各位委員討論。臨床上中風與顱腦損傷療效類似，最近有篇論文刊登在國際期刊，證實若能早期介入，之後急診和住院次數會減少，希望擴大適應症部分，這部分期待可以得到大家的支持。
- 六、在腦血管疾病住院中醫輔助計畫部分，點值約剩下 0.7，我們跟健保署在預算上有些微差距。向各位委員報告，我們是以實際服務量推估，沒有膨脹需求，因為民眾越來越容易接受而增加出來的服務量，所以量並未高估，希望各位委員可以支持。
- 七、腫瘤患者手術、化療、放射線療法後照護計畫，點值剩下 0.7，我們與健保署的差距約 2 百萬元，再次強調，是依照現有服務量做推估，沒有故意放大可能增加的量，請各委員支持。
- 八、新增顱腦損傷住院中醫輔助試辦計畫，我們的推估與健保署有差異，這也是參照過去腦中風經驗，實施第一年經費推估 30 百萬元，健保署推估為 16 百萬元，中間約有 14 百萬元差異。健保署的推估太保守，而且這是專款專用，沒用完是拿不走的。經費若編列過少，會造成點值降到 0.7 或 0.4 的窘境。以上簡單將有差異的部分向各委員說明，請指教。

鄭主任委員守夏

謝謝施委員的報告。其他代表有無補充？若沒有補充，接下來為提問與意見交換時間，請問付費者代表對剛剛的報告或者議程資料大表部分，有無需要中醫部門或健保署幫忙說明？請蔡委員登順。

#### 蔡委員登順

- 一、中醫部門施委員報告，我們已經清楚了。102 年中醫門診總額為 210 億 9,100 萬元，今年非協商因素為 1.417%，就已經有 297.5 百萬元成長，此金額在中醫總額占率蠻高的，是經建會核算過的，但是有幾個問題。依過去慣例，調整支付標準部分，希望在非協商因素內做調整，。因為這錢給部門的用意就是要內部管控。剛剛牙醫部門在調整支付標準部分也未獲得預算。未來還有兩個部門，也會依照此原則處理。
- 二、在評核會的資料呈現，有些項目如腫瘤患者手術，點值很低只有 0.4~0.5，但中醫部門仍持續推動，我們深感敬佩。對於有這樣需求的人，當然非常重要。中醫為病患服務，讓病患可以加速康復，這部分我們會予以支持。
- 三、不過中醫部門在過去的慣例，用藥七日以上多出的天數由民眾自費，這是否適當並符合規定？西醫有慢性病處方箋，中醫也有慢性病處方箋，應該要比照。民眾繳錢會覺得奇怪，在西醫看診，超過七日不用自費；但在中醫看診，超過七日要自費。總額已給了很多錢，但這部分要自費，民眾很不滿意，這部分應有改善的空間。

#### 鄭主任委員守夏

請何委員語。

#### 何委員語

- 一、中醫門診總額的醫療資源不足地區方案執行率都未超過 100%，請問是什麼原因？另外，獎勵中醫師至偏遠地區開業執行率也很低，請問是推動上有問題，還是有什麼困難？
- 二、在腦血管疾病、腫瘤患者手術、化療、放射線療法後照護，中

醫部門提出增加 59 百萬元，我們一直希望中醫與西醫聯合治療的過程中，能在臨床上有些成果資料，要不然中醫會一直被認為是附屬醫療。我一再強調，中醫是中華民族 5 千年來的國醫，怎麼會變成附屬醫療的狀態？希望中醫要加強展現臨床論證的成果。中國大陸看的中醫醫院，規模都非常龐大，實驗、論證、病理分析體系也都非常健全，台灣不應該落後中國大陸這麼多，這點很希望能看到成果。

鄭主任委員守夏

請中醫部門就剛剛委員的提問簡短說明。

施委員純全

- 一、我過去在會中報告過，非協商因素常常無法反映中藥材價格的實際上漲，那是因為受限於中藥材未納入健保給付。現在有專家學者在做新的藥價調查，台灣因為沒有做真正的中藥價格調查，只取了三樣代表藥材進行調查。而中國大陸有藥價指數，以中藥價格成長來說，這幾年中藥價格成長超過兩倍，然而現行的非協商因素是無法真正反映中藥材價格的成長率。
- 二、另外強調，不是支付標準調整，而是讓支付標準回歸到正常。過去西醫部門沒有這種設計，例如做了物理治療，雖然沒有診察費，但不會計算在門診合理量中，所以中醫門診合理量的算法，是一個不公平的設計。過去在費協會的協商，改善過一些不合理的現象，如開藥合併針灸或合併傷科，則開藥就從 200 點減為 100 點，後來經許多委員的支持，讓我們得到調整的空間。現在提出這一項協商因素，情形就跟上次一樣，它是過去一個不合理的設計，而非醫療服務成本指數能予調整。
- 三、我們很珍惜健保會給予我們的機會，雖然點值這麼低，但還是要求會員要維持水準提供服務，若能讓他們預算比較充裕，相信對民眾會有直接或間接的影響，希望大家支持這部分。我們都以實際服務量估算，不會高估，可以請各位委員核對。
- 四、7 天以上藥費自付問題，中醫有慢性病也有慢性病連續處方箋，

健保署對於慢性病有一定的定義，不是病會很慢好的叫做慢性病，而是像高血壓、糖尿病等一輩子都要治療才是慢性病。慢性病患可以開 7 天以上藥物沒有問題，但如果不是健保署所定義的慢性疾病，則最高只能開 7 天的藥。很多人要求醫師開 7 天以上的中藥，如果是不符合慢性病患者條件，則 7 天以上的藥就需要自費。這部分要如何界定清楚，我們在今年會要求診所其網站及就診空間中，張貼就診須知，讓爭議減少。

- 五、關於醫療資源缺乏地區方案，我必須要說明，我們實際執行率超過 100%，後來整個計畫有區分，例如長期進駐，需要提供相對的資金，長期進駐服務計畫的執行率為 107%，在之前評核會議曾經報告過。我們不會因為那部分需要自行提列預算就少做，會珍惜任何給我們的機會。獎勵開業是比較困難的部分，今年有兩個點，但服務量要支持一個診所開業是非常困難的。在獎勵開業部分，有無特殊地點需予考量，我們會認真去討論。
- 六、過去西醫住院病患會診中醫，健保是不給付的，但如在西醫體系，無論會診多少科，健保都是給付的，所以我們當時會提出西醫住院病患中醫輔助治療這項計畫，而且是逐項開放，即有醫學實證的才開放給付。這給民眾多一項選擇及服務，也是中西醫聯合照護的模式，我們已經利用健保資料庫及相關追蹤進行療效評估，在評核會及過去委員會議我們都已報告過，包括二次中風的機率、感染率、院內死亡率等都有下降。已有一些論文投稿到國外期刊，現正審稿中，發表還要一些時間。在國外期刊若是證明中醫治療無效且有害比較容易被刊登，但要證明中醫治療有效，需要審查比較久的時間。在黃金期的照護會減少急診及住院的次數，這已經有實證基礎，也有期刊論文發表，例如顱腦損傷，希望各位委員支持合理的訴求。

鄭主任委員守夏

謝謝說明。請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

請中醫代表再說明一下，在門診的腦血管疾病已經有執行成效，所以列為一般服務，但新增的顱腦損傷是擴大適用，放在一般服務的考量為何？而在西醫住院中醫輔助計畫那邊顱腦損傷是列為專款使用，請問計畫的差別性為何？為何做兩個不同的設計？

孫理事長茂峰

- 一、跟各位委員報告，在試辦計畫或專款專用計畫中，原先的構想是中醫和西醫是絕對分開的，台灣沒有所謂的中醫醫院。中國大陸有中醫醫院，其中醫醫院可以執行一部份的西醫醫療處置，醫師可以開刀，可以執行MRI等處置檢驗，而台灣是不可行的。
- 二、早期全民健保制度的設計中，中醫只給付門診，所以在專款專用的中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫，原先的想法就如同何委員語所述，成熟以後，讓中西醫結合會診，使病患得到良好照護，但在健保法稱為中醫門診總額支付制度，所以不能給付會診的部分，只好變通名詞，把會診實際上的情形，用專款來支付。
- 三、幾個已實施的西醫住院中醫會診或輔助醫療的專案，已有實證醫學上的證據基礎，並在今年評核會中向各位委員及專家學者報告，得到肯定。腦血管疾病已經將住院期間縮短到發生腦中風三個月內且在住院的病患，才可以接受中醫會診治療，這是在專款部分。當時執行情況還不錯，後來才加入腫瘤的患者。腫瘤患者一樣也是在住院的期間接受中醫會診才可以申報給付，而且腫瘤的部分也沒有包山包海，不是癌症就可以加入，一定有實證醫學基礎，屬於手術、放化療以後，在調養的部分，中醫加入可以縮短病程，改善生活品質，可以節約日後醫療支出的才納入。試辦計畫中，基本上就是目前住院的病患，其某種程度是接受中醫的會診，才可以申報處置。
- 四、至於放到一般預算，是當病患腦血管疾病腦中風出院後，雖然是出院了，我們查閱了很多文獻，認為中風發生兩年內的復健

期，接受針灸處置，還是有繼續改善的空間，所以放入特定門診照護中。

五、今日健保署長官及專家學者認為在門診這部分已經相對成熟，所以建議放入至一般預算中。至於在住院期間三個月內，或許繼續試辦一段時間，我們也接受。但對於民眾的需求及民眾的讚許，服務量不斷的增加，我們是撐著做，期待委員能夠支持，讓我們可以有比較合理的支付空間。

鄭主任委員守夏

謝謝。請葉委員宗義。

葉委員宗義

今天這案子最重要有兩部分，一個是支付標準，另一個是顱腦損傷。資料中顱腦損傷有寫車禍及其他外傷的問題，顱腦損傷是西醫會診中醫，我們知道車禍不可能送到中醫診所或中醫醫院，這種情形是否會造成中西醫混淆不清的問題？

孫理事長茂峰

- 一、向葉委員宗義報告，顱腦損傷已經涉及到內出血，其病理變化與出血性腦中風相同。因為在西醫住院的病房中，出血性腦中風可以申請中醫會診，但屬於外傷性腦出血時，按照先前的計畫內容，就不能申請中醫會診，必須要自費。所以今年才新增顱腦損傷住院三個月急性期內，可以比照腦中風三個月內，以會診模式，用專款專用來申請給付，所以希望費用能增加。
- 二、出院以後若要繼續調理，就回歸到特定疾病門診的照護計畫，即回到門診。簡單講就是，外傷性顱腦損傷的病患住院期間若可以接受中醫會診，是在專款的試辦計畫中，等出院後要到門診繼續接受復健時，就參與中醫特定疾病門診加強照護計畫新增顱腦損傷的部分。

鄭主任委員守夏

現在應該很清楚。請謝委員天仁。

謝委員天仁

記得今年 5 月份時，健保署召開不當醫療利用的會議，裡面有附中醫相關資料，我比較好奇的是有個註記，提到去年度大概有 100 多萬人利用針灸治療，其中次數只有一次。一次的意思是一次就治好了？還是治療一次沒有效果？還是治療一次後用其他治療代替？這要講清楚，我們很好奇，怎麼可能只有一次，這樣有任何效果嗎？

施委員純全

- 一、我來說明。先不回答統計的數字，先回答一次、兩次的問題。我個人的研究，對於顱腦損傷或者是中風病患，不管是住院或門診病患，若只有一次針灸，在後續追蹤療效是不顯著的，一個療程以上的治療，療效相對是比較顯著的，為何只做一次，這是另外的原因，我現在要講的是，我們發現有做一定次數針灸，其效果是比較好的。
- 二、為何只有一次？其實是統計上的問題。因為我們療程是可以做到 6 次，6 次結束後，第 7 次又從頭回歸到第 1 次。以前是 60 天內，現在是 1 個月內不能再申報一次診察費。所以當做到第 7 次以後又回到第 1 次，所以統計上會有這麼多人做一次。如果歸人，其實沒有一百萬人。所以一百萬的數字是沒有歸人的，若歸人後，只做一次的人應該只會剩下一半。
- 三、為何只做一次？當然有些可能只需要做一次，例如輕症踝扭傷有的做一次就好了，不用做第二次。我個人也對這數字覺得需要深入去研究，為何有些人只做一次、兩次的，我們會徵求學者協助研究，這要調查原因，然後進行分析。
- 四、我的意思是說那數字沒有到一百萬人，真正數字約有 50~60 萬人。至於為什麼？有些人可能是因為跨年，第一次在前一年，這樣又會減掉一些人，我覺得這數字值得再研究。就算是 50~60 萬人，也是很可觀的數字，我們承諾未來會做分析，為何有人只看一次，是否是因為怕痛？我們會來研究。

陳醫師俊明

針灸治療方式有一個特殊點，對於頸部及腰部扭傷的病患，當壓迫時，即神經充血腫脹期，只要針灸穴道，讓氣血離開患部，馬上可以緩解。常有病患跟我說，當他頸部及腰部扭傷時，只要一次針灸，立刻就緩解了。我想這是有實例可以證明，很多病患在急性扭傷期，只要一次針灸就可以解決問題。

鄭主任委員守夏

一樣的嗎？請簡短。

鄭醫師耀明

- 一、我補充一下。剛剛談一次的問題，跟委員報告，有些是跨區的問題，舉例來說如南投的溪頭，有可能出去玩的時候扭到了，但我是高雄人，理論上跨區的問題也需要重新回歸統計，統計的數據還要再斟酌，再重新計算。
- 二、有關顱腦損傷的部分，跟委員報告一下，不管再做腦中風或顱腦損傷的部分，事實上有人力的需求。也就是說患者不是自己走進院所，而是必須有人帶著他走進來，可能是其子女或親屬，事實上門診有其必要性。

鄭主任委員守夏

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

主席、各位委員，有關醫療資源不足地區改善方案，我看到兩年來的預算同樣都是 74.4 百萬元，沒有成長。醫療資源不足地區應該要多一些，但我看次數和金額都沒有成長，是因為沒有人願意做，還是其他原因？既然有這專案，希望要執行徹底點，是否預算應該要增加一些。

鄭主任委員守夏

提問與意見交流時間已經超過，請付費者代表這邊對有疑問，需要釐清的統問，然後統答，這樣時間才不會拖太久。請謝委員天仁。

謝委員天仁

是否請健保署也讓我們瞭解一下，西醫住院病患中醫特定輔助醫療試辦計畫，點值偏低。到底低到什麼程度？為何會有這樣的現象？

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

針對剛剛施委員純全的報告，我有些納悶，針灸療程可以做6次，但診察費只能申報1次。第2次到第6次需要醫師親自診斷，不能申報診察費，但卻被列入門診合理量，其診察費相對被打折！當然在協商時，不能一直縮減費用，對有道理的部分當然要支持。到底為何會沒有給付診察費卻要被打折？也請健保署說明。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

中醫部門是四個總額中，預算最低的，中醫藥材價格漲的很快，但中醫部門很客氣沒有反應這問題。不過我也很納悶，健保署建議在「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫」可以互相流用，顱腦損傷是新增項目，我比較支持先個別專案做看看，有期待就有希望，如果可以互相流用，就看不出成效，希望對各種治療都要拿出數據，數據拿出來才可以讓人信服。

鄭主任委員守夏

請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

和剛剛委員意見有些相似，在門診及住院的腦血管疾病既然已經發展的很成熟，有無可能腦血管疾病住院病患的中醫輔助醫療也列為一般預算？因為我也擔心流用的問題。反而顱腦損傷為新增，尚不知具體成效，所以就整個放到專案？不知中醫部門或健保署是否有

流用的考量，我是擔心流用的問題。

鄭主任委員守夏

請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

- 一、主席，我提兩三個重點。剛剛謝委員天仁提到，為何針灸 220 萬件中 100.5 萬件針灸只申報一次，原因不知道。傷科要部分負擔 50 元，而針灸不用部分負擔。之前委員會議討論針灸是否也該收部分負擔 50 元，後來沒有通過，我也尊重大家。傷科所占比例約百分之十幾，針灸所占比例為百分之八十幾。針灸成長太快。剛剛謝委員天仁詢問針灸真的一次就好了嗎？針灸怎麼可能一次就好，又不是神醫怎麼可能一次就好！希望以後的報告中不要再看到只針灸一次就有 100.5 萬件，再看到這種數字我會有意見。
- 二、關於調整支付標準的問題，只有第 1 次申請診察費 310 點，後面 5 次療程沒有申請診察費，請問中醫部門，現在編列 4 億 5 千萬元，是要爭取診察費嗎？若是要爭取合理量計算公式調整，健保署將第 1 次到第 6 次也算在合理量內，這個可以談看看，你們既然提出診察費，例如脫臼只要貼貼膏藥，同一個人第二天回診時，再收取診察費就沒道理，只收取處置費 200 點才合理。
- 三、不希望中醫部門在支付標準，對於療程中第 2 次到第 6 次還要爭取診察費 310 點，已經有處置費 200 點及藥費了。如果是要爭取診察費我不同意。診察費只能申請第 1 次，療程中第 2 次到第 6 次不可以申請診察費，處置費應該要給。至於診察費合理量計算公式調整，則看各位委員是否同意。由剛剛的報告，你們似乎對於診察費合理量計算公式很不滿意，這可以再談看看。

鄭主任委員守夏

先請中醫部門回復，之後再請健保署回復。

#### 施委員純全

- 一、我們當然不可能奢望療程中每次都有診察費，雖然真的有診察行為，若能爭取到每次有診察費我們回去就該放鞭炮了。問題是雖然療程中第2次到第6次沒有診察費，但仍算在診察費合理量中，所以診察費就被打折了，所有部門僅中醫部門有這種算法。有拿到診察費算合理量是合理，我們希望將沒拿到診察費也算入合理量的不合理事情拿掉，經費約需4億5千萬。本來1~30個人次有30個名額的合理量，若將沒有診察費也算入，相對造成診察費間接被打折約4億5千萬。
- 二、當然我們必須承認如果收部分負擔，對民眾是有影響，特別在鄉下地方。若針灸沒有收部分負擔時，民眾與醫師都會比較有意願做針灸。如果傷科沒有收部分負擔，相信民眾會比較沒有意願做針灸，因為針灸其實比較痛。
- 三、對於針灸人次，本來在數字上將做不一樣的呈現與報告，讓委員更瞭解實際情況。之前數字上的一次針灸是指針灸療程的第一次，所以並非這麼多人只做一次針灸，以後會重新呈現這數字。

#### 陳委員錦煌

- 一、我再補充一下，數字會講話。以後針灸與傷科，於報成長率時，就可以看到占率。以前傷科只有百分之十幾，針灸占了百分之八十幾，針灸只要扎一針，醫師就可以申報處置費200點，而民眾也不用付部分負擔50元，若民眾看傷科還要付部分負擔50元，所以大家有志一同，通通申報針灸。所以傷科只有百分之十幾，針灸占了百分之八十幾。希望中醫部門將來自行管控，不要差太多，健保署應該去處理。
- 二、另外我要詢問，你們認為合理量公式吃掉點數，中醫診察費1~25人次就有310點，現在療程中第2次到第6次也計算在合理量公式中，所以比較吃虧，這部分可以談，我沒有堅持要反對到

底，但絕不同意第一次診察費給了，還要爭取療程中第 2 次到第 6 次之診察費(中醫代表異口同聲說沒有)，這樣才公道。

鄭主任委員守夏

剛剛詢問的問題都回答了嗎？

蔡委員登順

中醫部門已經回答一部分，剛剛詢問的問題都回答完，我們還要請教健保署，建議等健保署回答完後，就進入協商。

鄭主任委員守夏

剛剛還沒回答完的部分請繼續。

張醫師繼憲

- 一、針對兩件事情回復，第一件是針灸一次的問題，第二件是資源缺乏地區方案成長率的問題。有個數字向各位委員報告一下，針灸與傷科一個療程都是 6 次，因為同療程的規定，如果在第一個月沒做完，可以跨到下個月月底。如果在月中看，可能這個月看 2 次或 4 次，到下個月還是用原療程可能只看一次。剛剛施委員也提到說可能是第 2 個療程的第 1 次，因為同療程的規定，所以造成只看一次的案件數較高，若是論人的話，該數字並不會高。另外在針灸傷科部分，現在規定是一個療程可以看 6 次，但是療程看診平均值只有 3 到 3.2 次。所以以同療程的針傷科，只看一次會有相當高的比例，這數據有可以討論的空間。
- 二、委員提到醫療資源不足地區方案為何沒有提成長率，事實上過去 2 年都有提成長率，但在費協會協商時都未獲通過，這是我想補充說明的。對醫療資源不足地區方案，我們很努力，剛剛有委員提到獎勵開業的部分，事實上這塊我們也很認真努力，我們也提供了獎勵辦法，但還是較少人申請。另外有些地點申請時，我們審查認為這個點不是那麼需要或必要，那個地點可能為衛生福利部所公布醫療資源不足地區的鄉鎮，但因緊鄰隔

壁是資源不錯的鄉鎮，這種地區不會被同意。我們會想辦法讓資源用到真正必要的地方。

鄭主任委員守夏

請鄭醫師耀明。

鄭醫師耀明

我補充剛剛委員詢問的 4 億 5 千萬元如何計算，其算法為第 2 次至第 6 次算到合理門診量的分母。再算第 2 次時將分母拿掉，重新再計算一遍，然後回推一年，這是一年的算法。

鄭主任委員守夏

請詹醫師永兆，但也請儘量簡短。

詹醫師永兆

- 一、關於醫療資源不足地區改善方案部分我補充說明。因為遊戲規則改變，99 年為 9 千萬元，那時為論次加論量；100 年及 101 年論量拿掉，變成論次加長期進駐服務計畫；到 102 年時長期進駐服務計畫又拿掉，只剩下論次。所以將這些回推時，各位委員看到執行率 101 年為 90%，100 年為 84%，長期進駐服務計畫占 1,800 萬元。今(102)年是用一般預算墊上去，實際上執行率推估應該有 100%，所以是遊戲規則改變。
- 二、巡迴醫療服務計畫總服務人次，99 年 12 萬人次，100 年 13.2 萬人次，101 年 14.5 萬人次。在巡迴點，100 年為 107 個點，101 年為 129 個點，102 年為 140 個點；服務的鄉鎮數，100 年 64 個鄉鎮，101 年 75 個鄉鎮，102 年 78 個鄉鎮。也就是我們運用這些預算，讓服務點及服務鄉鎮數都增加了，達成率超過 100%，但是因為遊戲規則改變，所以看起來執行率沒有這麼高。

施委員純全

- 一、我簡單回應幾位委員的提問，如果顱腦損傷要變成專款，或者是否要流用，看健保署如何執行比較方便。
- 二、醫資源不足地區改善方案若能增加預算，我們會努力完成。有

多的預算就可以增加服務內容。

- 三、關於 4 億 5 千萬元，我們和健保署的算法應該沒有差距，只是說要回歸正常，至於其他重要成本問題，這裡面的默契是藥材不能拿來當作協商的項目，雖想拿來當協商項目，但須尊重協商規則。若以後可以額外協商，我們很願意舉證中藥材究竟成長多少。

鄭主任委員守夏

還有兩個問題，請健保署回答。

林副組長阿明

- 一、主席、各位委員，這裡簡單說明兩點。一個是謝委員天仁剛剛提到的腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫點值的部分，請各位看議程資料第 24 頁，實際執行率都超過預算數，100 年預算執行率約在 120%，102 年上半年預算執行率達到 72%，整年預算執行率應該會到達 140%，第一季結算後點值約為 0.65。
- 二、腫瘤患者手術、化(放)療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫，100 年預算執行率約 140%，在 102 年上半年預算執行率達到 70%，整年預算執行率應該會到達 140%，第一季結算後點值約為 0.73。
- 三、腦血管疾病後遺症門診照護計畫，101 年預算執行率 174%，現在診療時間有做調整，102 年全年預估預算執行率也會到達 140%，第一季結算後點值約為 0.73。
- 四、剛剛各委員討論門診合理量部分，在此補充說明。當時針傷科療程部分，雖然沒有領診察費，但放入合理門診量中，應該是考量到針傷科為醫師親自執行，若量多時，可能會影響看診的醫療品質，所以當時把這納入合理門診量中。現在針傷 46 人次以上，處置費不給付，不給付可能會有些中醫診所就沒申報費用，所以本署可對超過的部分考慮是否調整診察費。

四、剛剛各委員討論門診合理量部分，在此補充說明。當時針傷科療程部分，雖然沒有領診察費，但放入合理門診量中，應該是考量到針傷科為醫師親自執行，若量多時，可能會影響看診的醫療品質，所以當時把這納入合理門診量中。現在支付標準規定針傷 46 人次以上，處置費不給付，因不給付可能會有些中醫診所就沒申報費用，所以本署建議可針對超過 46 人次的部分考慮是否調整診察費。

蔡委員登順

- 一、現在進入實質協商。中醫部門看起來項目不多，但要的成長率不低，所以困難度還是很高。我剛剛已經有先表達，支付標準調整這部分都會由非協商因素成長率來處理。非協商因素成長率每年都滾入基期，這金額滾十幾年也非常龐大了。中醫部門內部調整應已足夠。
- 二、中醫特定疾病門診加強照護計畫，我們給 140 百萬元。醫療資源不足地區改善方案就依你們的意見 74.4 百萬元。西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫腦血管疾病、腫瘤患者手術、化療、放射線療法後照護及顱腦損傷這 3 個計畫是連在一起，之前點值蠻低的，就依你們提報增加 59 百萬元，總計為 113 百萬元。另外腦血管疾病後遺症中醫照護計畫，就照健保署移列至一般部門。

鄭主任委員守夏

請問這是……。

蔡委員登順

以上為付費者版本。

鄭主任委員守夏

請醫界代表這邊看那些同意，那些不同意。或者有些需要再談，請問是否需要閉門會議？不用，請施委員純全發言。

施委員純全

首先感謝付費者委員部分的支持，我們還有兩項差距，差距其實不多。第一個差距為顱腦損傷的門診部分，如果各位委員覺得有疑義，我們不反對移到專案，但希望能編列預算。因為住院的中醫輔助醫療部分已經擴充到顱腦損傷，若門診沒有擴充，就沒有接續，整個計畫會不完整。如果各位委員覺得剛做，還沒有看到實施情形，是否門診顱腦損傷部分就留在專案？一般預算就不列顱腦損傷。

鄭主任委員守夏

中醫部門原要求中醫特定疾病門診加強照護計畫 2 億元，現在付費者只同意 1 億 4 千萬元。

施委員純全

就是差在顱腦損傷沒有編列到預算，再懇託委員。第二點是診察費合理量計算公式調整，因為真的不合理，如果各委員費用上有困難，是否逐年編列？以前開藥被打折，也是分了兩、三年調整才回歸正常。這部分請能同意回歸正常？可逐年調整。今年做個開頭，不用一次就調高 4 億 5 千萬元。

鄭主任委員守夏

直接對哪一項？醫界的訴求數字為何？

施委員純全

我們建議原來顱腦損傷後遺症門診照護編列 50 百萬元，建議 50 百萬元一樣撥列。另對於修正診察費合理量計算公式，若預算編列一年有困難，是否分 2 年？建議 225 百萬元。以上意見提供各位委員參考。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

本人被你們講得有點昏頭轉向，需要澄清一下。中醫特定疾病門診加強照護計畫腦血管疾病及顱腦損傷後遺症，你們要求 2 億元，健

保署同意 1 億 4 千萬。但這部分，102 年預算為 1 億元；100 年預算 9 千萬元，預算執行率 109%，101 年預算 8.2 千萬元，預算執行率 175%，這數字很高。100 年及 101 年執行率都超過 100%，在 102 年第 1 季，成長率比去年多了 8.1%，健保署同意給 1 億 4 千萬，是有成長。在西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫有三項子計畫分別為腦血管疾病、腫瘤患者手術、化療、放射線療法後照護及顱腦損傷，中醫部門要求增加 59 百萬元，健保署只同意增加 28 百萬元，但付費者委員同意增加 59 百萬元，沒有砍一毛錢。現在到底中醫特定疾病門診加強照護計畫腦血管疾病及顱腦損傷後遺症，中醫部門要放在一般服務還是專款？若放到專款項目又要扣回來？若放在一般服務，你們要求 2 億元，付費者同意 1 億 4 千萬，你們的意見為何？

鄭主任委員守夏

中醫部門就是要求 2 億元。

孫醫師茂峰

- 一、和何委員報告，剛剛施委員純全意思是原先因執行上超過的部分，列進來預估。顱腦損傷這部分，在住院的期間的會診是放在專款專用，也承蒙各位委員同意非常感謝，但出院後復健期顱腦損傷為新增，雖然病理變化與出血性腦血管疾病是相同的，但這塊為新增，擬估會比 1 億 4 千萬多。若各位委員覺得才剛新增，不用編列這麼多，我們某種程度可以接受一部分，但能否在預估上稍予增加，不要都沒有，這是我們第一個訴求。
- 二、第二個訴求，在支付標準的部分，非常感謝陳委員錦煌，提議給我們討論的空間，支付標準不是調整，而是回歸到合理的模式，當然也體認到我們今年成長率不錯，這不太合理的公式，可採逐年方式調整到合理。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

我在這裡提出，中醫的醫療服務成本指數改變率高達 0.871%，而牙醫的醫療服務成本指數改變率為 0.347%，中醫比牙醫多了快兩倍。剛剛提到顱腦損傷新增至一般服務沒有編列預算，我在這裡建議多給 3 千萬，將 140 百萬元修為 170 百萬元，讓你們先做看看。

孫醫師茂峰

好，謝謝。

何委員語

支付標準這部分很難，每個部門如果都要的話就很頭大，中醫的醫療服務成本指數改變率 0.871% 是蠻高的，而且你們一般服務成長率已經非常高了。

鄭主任委員守夏

這樣中醫的代表能夠接受嗎？

施委員純全

首先感謝各位委員的支持，但是診察費合理量計算公式真的不合理，我們希望有個開頭，但不拘泥數字的多寡，就是這不合理的現象回歸合理，多少由付費者委員決定。

謝委員天仁

抱歉，這是付費者委員的原則，不可能在你們這邊打破。我們向來不會同意醫療服務密集度沒有任何改變下之支付標準調整，若這地方給錢，在醫院部門就完了，每年有幾百項都要求調支付標準。密集度沒有改變，對不對。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

牙醫的醫療服務成本指數改變率為 0.347%，西醫基層的醫療服務成本指數改變率為 -0.361%，中醫的醫療服務成本指數改變率蠻高的，

為 0.871%。希望你們可以做看看。

孫醫師茂峰

謝謝付費者委員給我們的 support，剛剛委員的提議，我們基本上全部接受及感謝，可是我要提個但書，診察費合理量計算公式來年我們提供數據，看有沒有機會，今年我們就接受付費者委員的建議。在此特別謝謝各位委員及長官的支持。

鄭主任委員守夏

謝謝各位委員。請看螢幕上的數據，如果沒有錯誤就是確定了。

黃薦任科員偉益(宣讀)

協商因素成長率為 0.905%，增加金額為 190 百萬元。其中，中醫特定疾病門診加強照護計畫成長率為 0.810%，增加金額為 170.1 百萬元。

鄭主任委員守夏

就是剛剛加上去的，一般服務成長率為 2.322%，再加上剛也同意的專款後，較 102 年度核定總額成長率為 2.421%。

蔡委員登順

去年才 2.117%，比去年好。

鄭主任委員守夏

如果各位委員沒有問題，就這麼確定，中醫部門協商到此結束，謝謝大家。現在中午休息，請大家用餐。

## 參、103 年度總額協商－「醫院總額」與會人員發言實錄

### 鄭主任委員守夏

- 一、接下來是第 3 場次醫院總額部門的協商，請各位委員及醫院部門協商代表就座。
- 二、前面螢幕有一計時器，本場次的時間規劃，首先是提問與意見交換時間 30 分鐘，請醫院部門代表就其協商草案說明並進行詢答，之後為協商時間 60 分鐘，至多可延長 50%，即再加 30 分鐘，希望在此時間範圍內完成協商，若須延長，前提是雙方氣氛不錯，且差異不太大，還有可能協調的情況下，再視需要延長。否則費時又無成效，對下個要協商的總額部門也不好交代。
- 三、現在開始進行本場次的協商，先請醫院部門綜合說明。

### 林秘書長佩菽(報告「103 年度醫院總額協商草案」)

- 一、主席、各位委員，午安！醫院部門開始進行 103 年醫院總額報告，現在螢幕畫面呈現的是，醫院部門提出的大表，首先是各項協商因素：
  - (一)新醫療科技，配合健保署規劃，建議編列 10.69 億元，項目及內容均與健保署意見相同。
  - (二)調整支付標準，過去投入之資源確有助於減緩五大皆空的速度，但實質仍無法澈底解決問題。曾邀請五大專科醫學會討論，據其意見建議調整方案為，門診診察費定額調增 30 點，約需 25.48 億元，住院診察費定額調增 100 點，約需 25.57 億元，二項合計超過 51 億元，惟納入點值結算之影響因素，建議編列 50 億元。
  - (三)確保護理品質，配合健保署規劃，建議編列 25 億元。對此項目，特別向各位委員報告醫院部門這幾年的努力：
    - 1.就醫院護理人員的待遇來看，未含津貼的平均薪資都在 4 萬元以上，已大幅改善，大、小夜班費也大幅提升，大夜夜班費(包班)亦有達 1,230 元者。另，多數各類醫事人員

之平均薪資也在 5 萬元以上，相關調查資料供委員參考。

2.自 98 年執行提升住院護理照護品質方案，迄 101 年年底，醫院約增加護理人力 3,962 人。100 及 101 年兩年預算 30 億元，但醫院對此的實際支出則超過 49 億元。

(四)配合醫療法之規定，5 年內全面導入安全針具，經積極向全國醫院調查之結果，目前最大的問題是醫院採購不到安全針具，最主要的原因為，5 年編列 5 億，每年平均 1 億，對醫院根本不足支應相關費用。健保給付項目及價格差距很大，譬如畫面呈現的第 1 項安全注射筒，健保給付價每支 2.8 元，但醫院採購價每支 8.4 元，這部分其實買不到，另外還有更多是健保未納入給付的安全針具，有些甚至高達每支 48 元才買得到，這都造成醫院導入安全針具的困難，因此，今年特別在此項預算，建議編列 2 億元。

(五)慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫，建議增編 21 億元之經費，其預算因長年均有 15.78 億元之差距，我們認為此額度係當時對未來的推估值，若對照後來新藥費用的成長情形，則完全無此額度，因為歷年藥費占率均維持在 25~26%，並無所謂藥價節餘之存在，因此，希望對此項國家衛生政策所推動的治療計畫，編列足額經費去執行。

(六)因應健保署放寬降血脂用藥之適應症，更正原列協商草案說明(5 年 20.5 億元)，1 年須增加 20.5 億元，主要是預估該藥品放寬適應症後，將增加 30 萬人次之治療，藥費則相對會增加 20.5 億元。

(七)特殊材料 1 點 1 元回補，係配合二代健保法之新規定，過去一代健保法為藥品費用，而二代健保法則為藥物費用，藥物(包含特材)全部轉變成以 1 點 1 元計算，推估須增加 21.5 億元，才能補足過去的缺口。

(八)其他醫療服務利用及密集度的改變，其實這部分是希望能維持現有的醫療服務水準而予以部分調整，包含人事及相

關費用的變動已大到需有適當財源來回補。亦即醫院為維持過去的醫療服務品質，須有此調整，故建議此項預算編列約 21.6 億元。

- 二、接下來的專款項目中，「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」、「罕見疾病、血友病藥費」、「醫療給付改善方案」、「推動施行急診品質提升方案」、「提升住院護理照護品質」及「受刑人之醫療服務費用」等 6 項專款，均同意健保署之意見，依該署建議之額度編列。至於「推動 DRGs 之調整與鼓勵」乙項專款，我們建議明年度暫停編列此項經費，原因是部分特材的問題仍未解決，且健保署規劃國際疾病傷害及死因分類標準(ICD)於 2015 年全面轉換成 ICD-10-CM/PCS，此將造成費用申報作業的重大轉變，除申報人員須改變處理方式外，全院都要動起來，因此，為避免作業疏失，建議 ICD-10-CM/PCS 完備後，再繼續推動 DRGs 制度。
- 三、有關門診透析服務費用之成長率，同意健保署之意見，建議 103 年預算總成長率以 4% 估算，並按 102 年第 1 季醫院門診透析費用點數占率約 57.743% 分配後，換算醫院門診透析預算增加約 5.23 億元，成長率 2.816%。
- 四、103 年度屬政策要求之項目，建議於其他預算項下編列相關經費，包括：
  - (一)「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」繼續維持於其他預算項下編列，不贊成移至醫院總額預算中執行。
  - (二)獨立編列「醫院垂直整合方案」，對整體醫療服務之提供應有正面幫助。
  - (三)為落實推動「分級醫療」與「雙向轉診」，應編列相關經費。
  - (四)建議增修支付標準，將醫療後勤支援專業人員，併入給付範圍。相較於過去，這部分並未特別處理，因此，希望在其他預算項下，編列相關經費，以鼓勵行政、後勤人員的

付出。以上報告。謝謝！

鄭主任委員守夏

請問醫院部門之協商代表有無補充意見？

李委員蜀平

主席、各位委員，請問電腦螢幕有無故障？會議資料第 26 頁列有「合理調高藥事服務費」乙項經費，且醫界所有代表剛剛也表示支持，何以電腦簡報資料未予呈現，是因為電腦故障嗎？

楊委員漢涇

主席、各位委員，稍做補充說明。

- 一、現在醫院的經營確實面臨很大困難，現行醫院平均點值大約 0.92，而台北區浮動點值僅 0.8333，也就是 100 點的服務，只有 83.33 元，確實很困難。這也就逼得很多醫院不得不去發展自費項目，不得不出走到中國大陸，但這不是個好現象，大家應深思其對國人醫療照顧的影響。
- 二、最近有相當多的法令，包括醫療機構設置標準、勞基法第 84 條等法規之修訂，讓醫院增加很多經營成本，私人醫院過去的人事費用約占其成本的 45%，現在則增高為 50% 以上，由此可知醫院經營之困難。
- 三、近來大家關心病床數減少的議題，病床數確有減少，但多屬短暫性，減少數量也不多。台灣急性病床數量約有十萬床，若減 1 千多床，其實影響並不大。又，醫院並非空有病床就能收費，必須收治病人，提供照護服務，而基本上，整個醫院的服務量並未減少。也就是說，這個病床要看是那家醫院、在什麼時候關的，因為有時候找不到護士或要整修，難免會短期間關閉，這有可能，但我相信都不是永久性的關床。或有先進提及一床難求的現象，但這與關閉病床無關，這是因為病人集中往某些醫院跑，如果都集中在台大、榮總，這些醫院就是再增加 1 千床，過一段時間後，還是一樣找不到病床，台北市聯合醫院的

占床率約 60%，相隔不到 10 分鐘車程，要病人從台大醫院轉到仁愛醫院，他就是不去，這是健保制度與轉診制度的問題，並非醫院可獨自處理，必須大家一起想辦法。

- 四、投入資源後，醫院護理人力確有增加，但現在產生的問題是，護理人員的流動性還是很大，另外設置標準的改變，譬如過去兩個診間 1 位護士，現在規定 1 個診間 1 位護士，對護理人力的要求增加，所以，就醫院現況來看，一般而言仍短缺約 4%，護理人力還是不足。
- 五、護理人員之薪資、夜班費、獎勵金等普遍提高後，其他醫事人員也隨之要求提高待遇，譬如藥師、檢驗人員等，我們其實也不反對，對健保署檢討現行藥事服務費而提出之意見，也予以支持，只是該項目並非醫院協會原所提出之協商草案內容，但協商時自會整體考量各方意見，包括健保署的意見，因此，要提高藥事服務費醫院團體贊成。

#### 羅院長永達

- 一、主席、各位委員，大家好。向各位委員報告一件事情，健保十幾年來，其實已造成醫療生態的改變。大家往往用過去十幾年來的概念看心目中的全民健保，但其實鄉下、尤其偏遠地區的醫療照護已慢慢受到影響而改變，譬如晚上找不到住院醫師不打緊，就連主治醫師也愈來愈少，有些醫院沒有外科或某些科別的醫師，即便設有急診部門，幫病人簡單處理後，仍須轉到別的醫院，而此情形正在逐漸擴大之中，不僅是偏遠地區，有些鄉鎮也是如此，除非是都會型或醫學中心等大醫院，才找得到住院醫師。多年來因住院醫師的減少，我們無法再用過去的概念來看現在的醫療生態與架構，但每次在總額協商會議中，大家談每個服務的價與量，卻未曾想到現行已產生的副作用，能否用另一個制度扳回來。今天有很多東西都只是在補破網，很多時候都只是想有什麼資源可用來補救，但就算補了，架構還是沒變。

- 二、以醫院護理人力短缺的問題為例，今天報紙上刊載衛生福利部前幾天開會時，論及護理人員考照及格分數希望由 60 分降為 55 分，此舉引起護理界譁然，更憂心影響照護品質，希望能以不同的方式來處理護理人力問題，譬如重啟技職教育或請考試院考選部辦理重考機制等。其實育嬰假及專科護理師制度也是影響護理人力問題的原因之一，日前報紙報導各醫院申請育嬰假的人數比率，以前約為 3-5%，現在則增加到 10%，再加上目前轉任專科護理師的人員愈來愈多，此等現象對短缺的護理人力均是雪上加霜。
- 三、因此，現行的醫療生態遭受困境，鄉下地區的醫院更是面臨極大的經營困難，所以我們今天提出總額方案，每件事情、每個項目都不僅僅是單一事件，而是連鎖反應，是經過整體考量後，才正式提出的報告。

李委員蜀平

如果電腦沒壞掉，就將會議資料第 26 頁明列之「合理調高藥事服務費」乙項經費也併同列入。

鄭主任委員守夏

剛剛楊委員漢源已說明並表示支持。

李委員蜀平

但沒列入方案，屆時若協商未達共識而兩案併送衛生福利部，此項就很有可能被犧牲掉。

侯委員彩鳳

我們的會議資料都有列出此項。

鄭主任委員守夏

會議資料有列出，健保署建議增列此項經費，但醫院部門先前內部的共識方案並無此項，不過，剛楊委員漢源也已表示支持，接下來的協商過程仍會就此項討論。

謝委員武吉

個人覺得李委員蜀平所提非常有道理，因為在整個結構上，尤其是評鑑對藥事人員的要求非常嚴，評鑑委員對藥事人員人力及管制藥品等藥事服務方面，也都相當嚴格。因此，於「調高藥事服務費」乙項，只提列 0.090% 的成長率，似乎仍少了些，應該還可再提高一些。

鄭主任委員守夏

一、目前醫院部門的方案並未列此項經費，若醫院部門現在要增列，也不反對。健保署之意見於會議資料第 26 頁，原本就列有「合理調高藥事服務費」乙項成長率。此兩個版本均會進行協商討論。

二、請問付費者代表委員有無詢問意見？

謝委員天仁

時間已過了一半。剛楊委員漢源提到，醫院縮減病床的比例並不是很高，其實最主要是關鍵的病床，不能說縮減的病床數比例不高，跟比例無關，而是我們要瞭解那些醫院縮減了病床，消基會向健保署要求提供這數據已經 2 個禮拜，上次也講過，數據未提供，我們不談。資訊不清楚，怎麼談？健保署究竟在做些什麼？我們付費者代表要求的資料，拿到的請舉手，有沒有？這真的很奇怪，每次都要我們在暗室裡面抓貓嗎？

張科長溫溫

今天會議的補充資料中，已提供。

鄭主任委員守夏

請幕僚人員說明。

柯執行秘書桂女

今天的補充資料第 57 頁。

林副組長阿明

請參考補充資料第 57 頁。

謝委員天仁

請大家翻到第 57-59 頁，林口長庚醫院急性病床關了 32 床，台北長庚關了 25 床，榮總關了 40 床，這些都是最壅塞的地方，怎麼會沒影響？總額錢都給了，但醫院把病床關了，那給錢幹什麼？給錢是希望得到應有的效果。若錢給了，效果都沒出來，一樣的問題繼續存在，我們這些付費者代表回去，要如何面對民眾？對不對？搞不懂為何醫院部門還敢開記者會，實在很難理解。

鄭主任委員守夏

- 一、這是今天放在桌上的補充資料，先請大家參閱。
- 二、一問一答可能較花時間，請大家提出數個問題後，再請醫院部門代表一併回應。請問付費者代表對協商草案之數據或相關說明，有無其他詢問意見？

吳委員玉琴

- 一、有關 DRGs 的推動，健保署的意見是希望持續導入第 2、第 3 階段項目，但醫院部門全面抵制，所陳述理由有些奇怪，因為該制度之規劃已經很久，醫院部門與健保署的意見歧異大，究竟推或不推？
- 二、會議資料第 31 頁，健保署於「全民健保醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」，建議增加「鼓勵偏鄉醫院提供重度急診服務」，但偏鄉都已經沒醫院了，又何來重度急診？不知道將來執行面要如何運作，不要說給了錢卻無法執行。令人感到疑惑的是，衛生福利部及健保署在政策上想推行，但醫院的配合度究竟如何？就目前醫院部門方案來看，似乎意願不高。
- 三、上次討論護理品質方案時，而剛醫院部門也提出說明，護理人員薪水有提高，但流動性仍高。今年編列 25 億用以提升住院護理照護品質，迄今卻仍未執行，整個執行狀況令人十分擔心，如果連專款計畫的執行都是如此，則回歸到一般服務，要如何

能確保民眾的照護品質？且剛討論到的醫院關床情形，也涉及護理人力不足問題，但依醫院部門方案及健保署意見，都建議經費回歸一般服務用以調整支付標準。護理照護品質及護理人力留任等問題，都令人感到憂心。

#### 陳委員錦煌

醫界曾有人告知，我們雲林縣肝病很多，但我對慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫的經費運用情形，並不是很瞭解。之前編列專款經費是怎麼用？用完沒？現在回到一般服務，點值有無下降等。台大醫院院長曾說，該計畫會影響到一般服務的其他費用，我雖然不太瞭解經費是如何分配，但既然有人說了，預算分配時就應該要妥當，怎麼分我不管，但我們雲林縣的肝病患者多，這個治療經費要下來。我們南區的患者多，但分到的經費少，有無此情形？想請楊委員漢淙幫忙多注意一下，是何原因？沒聽到其他區有這個聲音，但南區有此反應，民眾要治療 B 型及 C 型肝炎，但經費不夠。請醫院部門代表說明。

#### 鄭主任委員守夏

以上 3 位委員之提問，先請醫院部門代表回應或說明。

#### 楊委員漢淙

一、有關陳委員錦煌所提慢性 B 型及 C 型肝炎之治療費用，據瞭解，南區用於該治療計畫的費用是較高，確實衝擊一般服務的點值，但目前並無較好的基準可做調整。其實整個慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫編有一定經費，但經費與實際花費相較，就是不夠，所以醫院才會要求須補足此差額，否則無法處理對點值造成的影響。南區用於該項費用的占比，確實較其他分區更高，所以，將來分配總額時，須做調整，否則分區共管會議為減少對點值的衝擊，便約束該治療藥物的使用，可能會有較多關卡，而如此難免間接影響到該類病患的治療。

二、有關吳委員玉琴談到的問題：

(一)今年的提升住院護理照護品質方案，於議定過程確實有些不同意見，至於明年擬編列經費會否再度遭遇相同問題？若依醫院部門所提總額方案，此經費回到一般服務費用，即可解決該問題。今年方案的爭執點是，我們認為各醫院的護理人力成本已大幅增加，應有部分經費反應這部分，而護理界則很堅持著重在評鑑標準，其實兩者差距只是 5 億與 10 億之間，但定案時間卻因此延宕。直接反應護理人力成本的增加，用於調整住院護理費，一直是醫院部門的看法，而事實上，去年協商 102 年度總額時，健保署也是主張列到一般服務預算，但護理界目前仍傾向列在專款。

(二)偏遠地區的急診服務，主要是因為當地沒醫院或無法提供急診服務，所以由鄰近地區的醫院去認養，並給予該醫院相關經費。對此，衛生福利部與健保署有一個很複雜的計畫，我曾參與此計畫的研商會議，執行上應有其成效。其實全世界各國對偏遠地方的醫療照護，同樣都很困難，所以我們也認為此項經費應持續編列。

三、有關病床縮減問題，所提及的醫院都是 2、3 千床以上，30~50 床等臨時性的關床是正常情形，這是個別醫院的情況。整體而言，病人入住病房治療，才會發生費用，若無病人入住，空床也不可能有費用。今天幾家大醫院的代表也都在場，細節部分，譬如台北榮總病床總數多少，書面資料所列的 40 床是何原因縮減？請由其代表再做詳盡說明，不宜由我只做概括性說明。不過，以長庚醫院為例，總病床數 3,000 床，少幾十床，可能是醫院進行經常性維修病床，必須暫時關閉，這在所難免，也可能多少影響到病人的使用。然而，這並非關鍵因素，主要還是因為病人集中到某幾個特定醫院，若要解決問題，其實依目前的就醫型態，很不容易克服，除非要求某些疾病不一定要往這些大醫院跑。以台大醫院為例，距離仁愛、中興醫院能有多遠？都只有 10 分鐘內的車程，病人就是不肯轉院，寧願睡在廁所旁

等病床，但這非台大醫院所願，病人勸不走也趕不走。這確實是個大問題，但非醫院單獨能克服，必須從總體政策面做起。

鄭主任委員守夏

請問其他醫院部門代表有無補充回應或說明？

潘高專延健

- 一、就謝委員天仁所指教病床縮減問題，補充說明。事實上，若從服務量來看，統計長庚醫院今年 6 月相較於去年同期申報數據，住院床日數成長 2.5%、出院人次成長 1.5%，對於滿足病人住院需求的服務量並未縮減，服務量呈現成長狀態，一點都沒打折。
- 二、誠如楊委員漢淥所言，很多醫院成立都超過 30 年，甚至長達 4、50 年，有些病床老舊，整修病房也是希望提供病人更好的服務，因此，以病房區為單位整修病床是縮減的最主要原因，而進行整修時，也必須忠實地向衛生局報備。今年健保署計算本院占床率，似與實際狀況未符，所以，今年也開始向健保署相關之分區業務組報備病床整修數，更新實際病床數的運用情形後，本院占床率達 95%，對病人的服務並未打折扣。

謝委員武吉

請問現在還是提問及說明的時段，或已進入協商時間？

鄭主任委員守夏

現在是提問及說明時間，如果繼續提問及說明，則會占用協商時間。不過，最重要的原則是盡可能不要擠壓下個場次的協商，如果氣氛良好，可酌予延長，時間會持續計算，接下來還有協商及閉門會議時間等。

謝委員武吉

我很注意時間。

鄭主任委員守夏

我知道，我比你更注意，我隨時都看得到前面螢幕上的計時。

謝委員武吉

103 年度總額的品質保證保留款與評核結果有關，然而，醫院總額的實際執行單位是健保署，該署醫管組究竟是何原因只拿到「可」？比牙醫門診、中醫門診、西醫基層總額還差，難道健保署的管理很差嗎？請健保署醫管組說明。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

對健保署統計的病床數資料，就區域醫院的情形，予以補充說明。其實區域醫院有個普遍的狀況，譬如某醫院設立時申請總病床數 900 床，但歷年以來實際開床數可能僅 600 床，而今年衛生局依據醫療機構設置標準調查醫院開床數時，因考量從醫院設立後，最多就開 600 床，若以區域醫院平均占床率 60% 計算，實際提供的服務量是 360 床，雖然未開的床數還剩 300 床，但衡量實際狀況，可能已不需要這 300 床，所以乾脆直接將原申請的 900 床減為 600 床，但這並不是真的減床，而是回歸反應醫院所能照顧病人的服務量。今天健保署所提供資料，還是要請健保署幫忙說明，因為醫院實際提供病人照護的服務量根本沒減少，反而持續增加。

黃副總院長瑞美

剛有委員提到護理照護品質專款 25 億元，其實健保署都定期向醫院調查該獎勵款之用途及回饋護理人員的方式，領有獎勵款的各家醫院都須向健保署填報資料，因此，健保署可以更詳盡說明。

謝名譽理事長文輝

一、剛謝委員天仁非常關心醫院減床的問題，依現行健保支付費用的邏輯，這問題其實不重要。健保實施十幾年來，地區醫院不僅關床，還關院 4、500 家，但大家為何都沒注意到？第一，這充分顯示偏鄉與都會間的差距與悲哀，第二，地區醫院不僅關床還關門，但健保也沒有吃虧，為什麼？因為健保給付是依據服務量，而非設置病床數，病床全關，申請費用就是 0，所以

沒吃虧。所謂關床的議題與今天要談的總額，其實無關，因為病床一關，不能提供服務，也就不能申請費用，所以，病床關閉與否並不是今天的重點，它突顯的是另一個議題，為何民眾需要的床不夠？必須好好研究與討論。

二、剛楊理事長已清楚說明，其實減床對服務的影響不大。不過，如果都要往台大、榮總、長庚醫院擠，這幾家醫院就算再增加3倍病床數，全台灣的病人都要去，還是不夠。所以，應重新檢視結構，如何讓應到醫學中心治療的病人，保證可以入住，而不是像現在，不該到醫學中心的，硬是擠掉該去的，這必須審慎思考、規劃分級醫療，節制小病到大醫院，若不如此，問題無法處理。然而，這與總額完全無關，地區醫院關門到連床都沒有，申報就是0。在此先予釐清。

鄭主任委員守夏

考量時間有限，如果意見相同，請不要再重複。

謝委員天仁

究竟要講多久，你們一直講、講那麼久，我們也不見得認同這種講法，也該換我們提問，究竟還要不要協商？

鄭主任委員守夏

請問醫院部門還有無回應意見？基本上，還是讓付費者委員就醫院部門所提版本先提問。

謝委員天仁

還是不太瞭解醫院今年為何再編50億元調整支付標準，醫界對50億好像特別有興趣，是不是可以讓我們瞭解醫界的想法？

蔡委員登順

一、今年醫院總額之非協商因素(醫療服務成本及人口因素)成長率為1.909%，增加約65億元。請教健保署可有統計歷年醫院總額於非協商因素增加之金額？我想近5年來，光是此項成長金額可能達3、400億元，投入的金錢不是小數目，但醫界內部應

管控、調整的，都未處理，每年都還是要求總額增加預算調整支付標準。

二、醫界提出內、外、婦、兒科四大皆空議題，對此，我們已做相應之處理，支付標準已調整 17%。之前，即提醒不能每年都提個科別要增加總額預算，不過，醫界之前所提，總額也都配合給了經費，但該醫界內部處理的事情，經營困難或點值太低都不是單一面向的問題，其中應有管控面問題，醫界內部的同儕制約也要發揮功能才對。艱困科別提供的服務量降低，表示市場需求沒那麼高，否則每位醫師服務量應會增加，邏輯上應是如此。市場需求萎縮，看的少、服務量減少，反而要給更多錢？是付費者該承擔的責任嗎？最後，還是要建議醫界，對科別的平衡發展，要共同承擔。以小兒科來看，因為小孩生得少，收入少，就要付費者多支出費用，並不合理。看的少，表示工作業務量少，當然錢會少賺些，這邏輯應可成立。

鄭主任委員守夏

請問付費者委員還有無詢問意見？

千委員文男

剛醫界提到關床、轉診等與總額都無關，但事實上，上個月有個車禍斷腿的病人，跑幾家醫院，奔波 353 公里才完成開刀。其真相究竟為何？我曾被人質問，所以在此特別向健保署請教真相，為何媒體大幅報導也沒人澄清？現在落到所有人都認為是醫院拋棄病人！希望今天能獲得圓滿答復，不要都說是不可歸責因素、都是消費者的問題，應該說明真相，我們也才能向他人澄清。

鄭主任委員守夏

以上 3 位委員的提問，請醫院代表及健保署說明。

陳高級分析師雪芬

一、依現行規定，醫院關閉病床大於 1 個月，須向衛生單位報備，而健保署提供之病床數統計，台北榮總減少 43 床，這 43 床其

實就是因為關閉病房進行整修，迄今尚未重新開放。

- 二、干委員文男所提該位 Closed fracture(閉鎖性骨折)的病人，其實原是在馬偕醫院就醫，並已安排開刀，但病人等不及又來台北榮總，雖適逢週末，但也已排上開刀房，此時病人又說要等媽媽到院，後面排刀的病人只好先進行，病人又等不及，因此又有後續種種作為。院內護理長說其實都是寵壞病人，向病人勸說不需跑來台北榮總，在馬偕也已經排好刀，他也不聽，就直接來了。我的說明並不是要推卸責任，其實醫院現在只要一發生這類事情，都是監察委員來調查，醫院也要不斷地說明，醫院在這一端已做很多，也希望委員能瞭解不只是健保會委員會關心，醫院上頭也有很多人關心。

### 羅院長永達

- 一、謝委員天仁所詢調整支付標準 50 億元經費乙節，剛林秘書長佩菽的簡報也有說明，6 月 14 日醫院協會邀請五大科醫學會召開會議討論，當時大家很明確地表示，之前的調整是有感但不夠，不足以改變意向。從大學聯考科系排行榜即可知，台大牙醫學系錄取分數已高過北醫醫學系，且逐漸往上攀升，何以如此？連選擇當醫師的意願都在減少的狀況下，一個月多給 3、5 千元，足以讓人轉向選擇這五大科執業？很難。剛蔡委員登順提到調整 17%，其實是診察費加成 17%，並非收入加成 17%，須先予澄清，住院服務中，有更多手術、診療項目都沒加到。所以，如果以上次調整的 25 億元計算，平均每位醫師一年約增加 7~8 萬，捫心自問，一個醫師一個月加薪 7 千元，若有得選擇，會從皮膚科跑到內科或外科來嗎？說實在話，那是緣木求魚。不過，當然這是種社會現象，也不單純是給或不給錢的問題。
- 二、目前大多希望減少醫師門診量，各醫院為了自我調整，內部也會管控、限制，譬如能開給病人長期處方箋，就盡量不要讓病人重複到院，希望減少門診次數。另以外科為例，門診病人最多的情形就是換藥，醫院也告訴病人是扭傷，開藥膏讓他自行

換藥，不須反覆到院，但這都是外、骨科的收入，大幅減少門診次數後，門診診察費又未做很大調整，會讓多數外、骨科醫師愈來愈沒意願，住院醫師一看到該科的未來，誰又願意走進去？真要鼓勵，不是原來的 50 億元可解決。

三、外科等艱困科別也面臨「值班」問題，因為現在的住院醫師人數不足，須請主治醫師值班，過去支給住院醫師的值班費約是一個晚上幾千元，但若要主治醫師值班，因可能影響隔天門診或後續事務，值班費的行情往往都要上萬元，但現行的健保給付有「值班費」的概念嗎？沒有！夯不啣嚙全部加起來，讓人覺得這件事似是為德不足，明知須矯正五大科的問題，然而所投入的，五大科醫學會只表示有感，卻不足以改變，因此，醫院部門今年又提出 50 億元經費需求。大家看健保署提出的 20 億元經費需求中，還有一般材料費的調整，路走了一半卻沒繼續，究竟能否真正解決問題？有很多委員也會問，再投入 50 億元，是否就能改變？我認為要盡量努力做，當然也要有配套，但若這 50 億元不投入，恐怕連半步都走不下去。這也是這一次醫院協會為改變持續惡化的醫療生態，不得不為的情形。

謝委員天仁

- 一、聽這麼多，其實有點聽不太下去了。醫療服務是相對的有供給、有需求，現在需求已降低，卻要加錢，就整個經濟法則來講，實在不可思議。婦產科、兒科提供的服務量縮減，卻找健保付費者來支撐，邏輯怎麼通？這是整個醫療發展的問題，應該用醫療發展基金才對，現在卻要付費者負責。
- 二、原本看 100 個患者，現在剩 30 個，所以看 30 個，錢要加倍，令人不可思議何以有此邏輯。其實之前已一再反應，付費者善意地同意投入經費予以鼓勵，但不能因為之前同意給鼓勵，就每次來個什麼問題，都全部要付費者買單，沒看那麼多病人，是要我們怎麼付？邏輯上，理應面對此事實。不能將所有問題都推過來，如剛才蔡委員登順所言，醫界為何不願意對於自身

的科際平衡發展，多付出一點心力！醫院本身是整體的，其他部門能否勻支部分經費挹補艱困科別的不足，為何全都來跟我們要？邏輯實在不通。

三、外、婦、兒三科之前已給過 2 次經費，現在又來第 3 次，去年急、重症也給了，有效果嗎？台北榮總代表說縮減病床是為了整修，但健保署的資料呈現的是，因應護理人力評鑑標準改變才縮減病床。所以，投 50 億下去，也沒用！急、重、難症調高支付標準，投錢下去，一點意義都沒有！今年總額增加 198 億，如果以 55% 計算，住院大約增加 108 億，未增加提供服務，還縮減病床，讓病人等不到病床。資料上顯示 3 家大醫院全部是因應評鑑而縮減病床，這合理嗎？醫界說護理人力不足，但付費者同意專款給 20 億元經費，當時的衛生署還加碼到 25 億，多給錢，結果是因護理人力配置不足，要關床。102 年度總額共增加約 198 億，其中護理人力及急、重、難症的經費都給了，難道意思是要我們只管給錢，出去被消費者罵，也是付費者委員活該嗎？豈有這種道理。醫界總要告訴我們改善成效如何，才能知道接下來要怎麼給，怎能說縮減的病床，不會申請費用，就與總額無關？意思是說如果關 10% 的病床，總額還是要白白給錢，其他的都與你們無關，沒辦法提供醫療服務的增加，只是我們付費者活該，道理何在？邏輯通嗎？我覺得沒辦法跟你們溝通。

### 鄭主任委員守夏

所謂關床或 50 億經費解決重症科別缺住院醫師等議題，委員會議也曾有過討論，但這問題不是 1、2 年，也不太可能 1、2 年或投入多少經費，就能馬上解決。今天的總額協商，50 億元經費當然是重點之一，醫界代表的意見是，投入經費對問題有幫助，但不能馬上解決，可是若不投入經費就全然沒幫助；謝委員天仁的意見則是，去年、前年都投入經費，但看不出有幫助的效果。雙方意見不一致，大家若有不同看法，可先就此項多加討論。

謝委員天仁

建議直接進入協商，因雙方雞同鴨講，無法溝通。

蔡委員登順

- 一、感謝健保署同仁迅速地提供參考資料。近年來，醫院總額非協商因素成長率分別為：96年 2.877%、97年 2.771%、98年 3.836%、99年 2.312%、100年 2.053%、101年 3.003%，6年總共成長 16.874%，每年總額基礎不同，但每年所增費用都會滾入基期，金額一直往上堆，粗估這6年投入金額約500多億，結果醫界說無感，500多億都無感，50億又怎麼會有感？
- 二、調整支付標準是平常就該處理的問題，醫界認為診察費太低，就該去處理，都不處理，而每年都要求加錢。對五大皆空問題，我們也善意地提供加成17%，到今年還是喊不夠，顯然今年若再給，明年一樣喊不夠，好像是個無底洞。我認為醫界應共同承擔責任，該處理的，可由非協商因素所編經費予以處理。

鄭主任委員守夏

現在是提問及說明時間，但剛有委員建議直接進入協商。請問付費者委員是否仍有須醫界提出說明的部分，或要直接進入協商？

何委員語

- 一、有關慢性B型及C型肝炎治療計畫的執行成效，健保署提供的資料是肝癌死亡人數，但想瞭解的是，該計畫每年支出龐大金額，98年10.97億、99年28.17億、100年32.30億、101年31.98億，每年花這麼多錢，究竟多少人接受治療？多少人治癒？肝癌死亡人口，不一定是慢性B型及C型肝炎患者，我要的資料是每年接受治療的人數及成效，治癒率如何？例如某年接受治療的總人數，1年後治癒的比率等，才能明確知道計畫的成效與實際效益。
- 二、今早的協商場次，曾提到整個醫療費用總額好比一隻雞，而手邊看到的資料，更讓我覺得自己是個雞翅膀委員，因為似乎只

拿出那支雞翅膀讓大家協商而已。這支雞翅膀切來切去，醫院拿走最有肉的部分，其他醫療類別就剩尾端尖尖的一小塊。所以，我認為應重新平衡，考量整個醫療體系的平衡發展，並著重於對消費者的效益，這也是我們期待的方向。

鄭主任委員守夏

何委員語所提部分有無需要再說明？請楊委員漢淥發言。

楊委員漢淥

- 一、主席、各位委員好。剛才何委員語所提內容，有些誤會頗深，我在此稍做說明。B、C型肝炎治療計畫是衛生福利部推動的計畫，本計畫費用暴增最大的原因在於健保署放寬適應症，早期要進入此計畫，患者必需要進行肝穿刺，雖然風險不大，但仍有許多病患因害怕而拒絕，所以計畫收治的病患人數較少，但衛生福利部(前身為衛生署)的肝炎防治委員會將適應症放寬，不需進行肝穿刺即可進入本計畫治療，導致計畫收治的個案數暴增，至於數量和費用有多少，要煩請健保署提供完整的資料。
- 二、但我關心的並不是病患數的多寡，而是計畫收治的肝炎帶原患者，是否真的不會轉變成肝硬化、肝癌等計畫成效。由今日會議補充資料來看，似乎有一些成效，但這樣的成效是不是有達到成本效益？許多腸胃科的專家，一直告訴我這些經費的投入並沒有達到預期效果。而因為健保放寬適應症，若病患符合適應症，要求使用藥物，醫院並無法拒絕，造成目前的後果，本議題確實需進行深入的探討。
- 三、非協商因素部分，是自然而然形成的，不是我們要來的，因為保險對象自然增加、老年人口增加、成本增加等，這些數據都是客觀的，是沒得討論的，能討論的只是所用之指標適當與否？當然有委員會說：為何每年高高低低不同？因為有很多因素影響，人口的成長本來就不會每年都一樣，委員說非協商因素已經給了多少錢，但被保險人數增加、人口老化，醫療費用就會隨之增加。

四、有關科別人力問題，醫療不是純粹的商業或市場行為，醫師可以看市場來選擇執業科別，但從政府或是健保的角度，我們不需要去關心？這些問題的形成雖不是全由健保造成，但都跟健保制度有關，改變健保支付制度是目前最有效的短期改善方案，因此我們是否應思考社會責任？若不談社會責任，則婦產科、小兒科醫師沒有病人，跟我們都沒關係，若如此，我們就不要去批評找不到婦產科、小兒科醫師等問題，這都是全體社會需共同承擔的後果，不是說把預算放在此項，就是一個很大的恩惠，而是我們面對這個問題，大家要共同思考用什麼方式才能夠最有效的解決。

五、這 2 年投入 30 億、50 億，確實有改善一些問題，但還是不夠。有委員提到為何不一次解決？因為每年的協商都已經設定成長率的上限，若醫界提出 100 億元有可能被接受嗎？根本不可能！而且 100 億也不見得能解決問題，因為這不是今年的問題而已，明年一樣會繼續發生，所以我想這部分需要拜託各位委員多多體諒。這是整體的問題，小兒科醫學會吳理事長美環教授曾打電話告訴我，在醫院裡的小兒科醫師只剩下 36%，要怎麼辦？醫院沒有小兒科醫師會產生什麼問題？會產生假日、夜間急診無小兒科醫師，重症的小兒科病患無醫師照顧的問題，這些問題，健保、政府需不需要去關心嗎？我們都是健保會的委員，我覺得需要負起社會責任來幫忙處理健保政策，以解決當前的問題。

鄭主任委員守夏

謝謝楊委員漢淙，請朱副院長益宏發言。

朱副院長益宏

一、主席、各位委員，剛才何委員語所提 B 型及 C 型肝炎治療計畫，請何委員語參閱 102 年協商參考指標要覽第 105 頁，裡面很清楚列出此計畫每年收案數。而從 99 年起，本計畫預算僅編列 6 億，實際支用 28 億，100 年編列 12 億，實際支用 32 億，101

年編列 19 億，實際支用 31 億，由此表可以看出，B 型及 C 型肝炎治療計畫原編列的預算就不足，而一開始列在專款內，專款經費不足就以一般服務預算支應，所以我認為前費協會應負起責任，因為一開始預算就編列不足，因而壓縮到醫院部門一般服務預算。

二、剛才蔡委員登順特別提到，分協商因素 5 年共給了醫院 500 億元，到底醫院做了哪些事？協商指標要覽中也有相關資料，請委員翻閱第 14 頁，從 2007 年開始，台灣的平均餘命為 78.4 歲，2011 年增加為 79.2 歲，今天花的錢讓全國的平均餘命增加約 1 歲，5 年花 500 億讓全國人民的平均餘命增加 1 歲，我不曉得付費者認為這樣划不划得來？另外台灣 65 歲以上人口，從 2007 年的 10.2%，到 2011 年的 10.9%，讓人民活的更久、平均餘命更長，平均 1 年投入 100 億元，我個人覺得這是物超所值，而醫界每年的付出遠大於 100 億元。

干委員文男

請問朱副院長益宏所說的資料在哪裡？

鄭主任委員守夏

一、請同仁協助委員翻閱資料。

二、因為已經進入細項討論，是否就進入協商討論階段？

蔡委員登順

主席，我剛才所提到非協商因素成長，5 年 500 億元，應該是 96 年到 101 年，是 6 年大約成長了 513 億元，請在會議紀錄中做修正，謝謝。

黃副總院長瑞美

主席，部分議題應由健保署回應，健保署握有全國最大的醫療資料庫，是否應請他們站在較公平、客觀的立場來向委員說明，以免委員覺得醫界都在自吹自擂，我對此要提出抗議。

鄭主任委員守夏

- 一、剛才是在「提問及意見交換」的階段，但已超出原訂的時間，現在已開始在用預算協商的時間。如有需要請健保署補充說明之處，我再請健保署說明。相信曾參與過多次協商的委員應該還記得，B 型及 C 型肝炎治療計畫當年還有一些故事，並不是健保署單方面強迫，醫界就直接同意。
- 二、因為時間真的不夠，是否我們就此進入實質協商階段？(無委員有反對意見)請付費者代表這邊先提出意見，請謝委員天仁。

謝委員天仁

其實付費者代表的立場很清楚，醫界要我們同意投入預算解決特定問題，這基本上可以接受，但前提是必須為有效果的投入，但我沒有看到任何效果。不要將全體國民健康情況改善都認為是醫界的功勞，好多民眾吃保健食品、養生運動、清淡飲食等，都可能產生相同的效果啊！沒有任何證據怎麼會說那是醫界的功勞呢？

朱副院長益宏

這樣說不對吧！這樣醫界都不要做，民眾自己吃保健食品就可以了。

謝委員天仁

- 一、要不要做，你們自己決定。要讓我們知道預算投入會產生效益，才能夠同意繼續投入經費。
- 二、我們的立場很清楚，只要與支付標準調整相關的項目，從早上的第一場協商到現在，都沒有同意，所以支付標準調整的項目我們不會接受，要爭取的話，就把 RBRVS 全部弄好，提出一次調整到位方案，每年審這些項目，審到都煩了。我剛跟蔡委員登順提到，外、婦、兒科我們已經贊助 2 年了，去年還有急、重、難症，今年又提出外、婦、兒科議題，再下一次說不定還是外、婦、兒科，這該何時了？該如何調整、需要多長時間？應一次提出完整規劃，沒有一次說完，表示該次投入即可解決，但這已經是第 3 年提出了，基本上我們沒辦法接受。
- 三、特材每點 1 元，基本上我們是反對的，因為健保是總額制，目

前只有藥費保障 1 點 1 元，特材不包含在內，現在要另外保障特材，為什麼？

朱副院長益宏

依據健保法第 62 條規定。

謝委員天仁

我看不出來健保法有這個規定。

陳高級分析師雪芬

健保法第 62 條規定，藥物每點 1 元。

謝委員天仁

- 一、你我的解釋不同。我認為總額制是最大的框架，在總額制內，就是包括所有的服務費用及藥品、材料在內，為何特材可以變成 1 點 1 元！那其他偏遠地區服務若要保障 1 點 1 元，也還要我們同意！我是學法律的，看不出這條有這樣的意涵，只有你們能解釋出來，現在說藥物 1 點 1 元，所以推論藥材也要 1 點 1 元，不能理解。照我的解讀並不是如此，我認為專業的醫療服務更應該保障點值才是，怎麼反而沒有呢？所以總額制應該是全部都按實際服務而浮動點值，每一項都是受到相同的待遇。
- 二、護理照護品質部分，我們還是認為沒有看到任何成果，沒辦法從專款項目中轉到一般服務項下，需要維持在專款項目內看管。

鄭主任委員守夏

- 一、好，是否還有其他付費者代表要補充發言？所以，最主要的爭議還是在這幾個項目。
- 二、現在請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、主席，我們還是逐項來談。首先特材部分，為何醫界會提出「特殊材料採每點 1 元之差額」項目，謝委員天仁是法律專家，但他看不出法律條文有這樣的內涵，這要先看健保法第 62 條的規

定，原健保法規定「藥品給付項目及支付標準」，但新健保法修正為「藥物給付項目及支付標準」，只差一個字，似乎沒有差異，但在法律上，「藥品」與「藥物」就是有不同的定義。

二、「藥品」只有包含一般人所吃的藥，「藥物」則是藥品加上醫療器材，譬如說我們有藥物藥商管理法，這是我國法律上的定義，所以我們是完全按照健保法第 62 條的規定提出。修正後的健保法在今年 1 月 1 日開始施行，但去年醫界協商時沒有提出此項訴求，因此健保署目前仍以藥品方式辦理，若要持續違法，是另一件事情，如要符合健保法目前的規定，則藥品及醫療器材應有相同的支付方式。我先針對這點先做說明。

(註：依藥事法第 4 條規定，本法所稱藥物，係指藥品及醫療器材。)

鄭主任委員守夏

這部分請健保署說明，是否依法就要編列此項？法律上應如何解讀？

林副組長阿明

健保署在此簡單說明。雖然目前健保法第 62 條規定如此，但各界解讀不一，本署的看法是，即使醫療器材也是 1 點 1 元，總額也不見得要增加，另依本署立場，考量到目前醫療勞務部分，多屬浮動點值，若特材保障 1 點 1 元，則可能會衝擊到勞務部份，因此需要多方考量，以上說明。

鄭主任委員守夏

一、健保署的意思是，依照以前費協會的做法，以中平原則來看，保障某一些項目，則沒有受到保障的項目就會吃虧，其次，今天醫界依修正後的健保法，認為需另外補列一筆經費，但雙方對此看法不一。

二、是否還有其他意見？請朱副院長益宏。

朱副院長益宏

一、醫院部門在這個項目要求外加一筆費用，是為了要補基期，因

為原健保法沒有規定，所以醫療器材是以浮動點值計價，過去浮動點值約 0.8，若以平均點值來估計，約 0.9 左右，因此過去的基期被低估，目前健保法規定 1 點 1 元，所以我們認為應該提列經費，將基期補足，日後才不會有問題。

二、剛才健保署的回應，我覺得有問題，若擔心醫療器材 1 點 1 元會影響到其他的醫療勞務，健保署就應該在總額協商時，把受到影響的部份補足才是，健保署不編列相關經費補足基期，就會讓其他的服務受到影響。若基期未補足，醫療器材又要 1 點 1 元，則其他服務的點值一定會更差，我認為若是這樣的邏輯，是鴛鴦心態，把頭埋在沙裡，看不到就好。

鄭主任委員守夏

其他項目或專款部分，付費者委員有沒有要提問的？

謝委員天仁

- 一、再談一下 B、C 肝炎治療計畫，剛才主席也提到，這已經有好幾年的歷史，102 年轉入一般服務項下，剛開始時是專款項目，後來改為專款不足時由一般服務支應。在協商 102 年時，由專款項目轉入一般服務項下，我認為既然已列為一般服務項目，經費已滾入基期，怎麼會又提出要移回專款項目呢？在一般服務賺一筆，現在又來專款列一筆，這實在很難理解。
- 二、我認為 B、C 肝炎治療計畫已列入一般服務，若沒有特殊相關的資料可以考慮，不可能再同意給任何的預算。

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、接續謝委員天仁提到的 B、C 肝炎治療計畫，若從專款項目列入一般服務後，又要改列為專款項目，則應再從基期扣減才是。原經費不能留在一般服務內，這是不合理的。
- 二、血友病的成長率真的令人嚇一跳。從 95 年到 101 年，血友病患

者從 679 人成長到 806 人，人數成長率 18%，藥費從 16.06 億成長到 31.84 億，藥費成長率 98%，病人數成長 127 人，藥費增加了約 16 億元，我不是相關的專家，但增加幅度實在太大，希望醫界能夠說明。

### 楊委員漢源

- 一、我先補充說明，B、C 肝炎治療計畫從前年開始，每年約要花到 35 億元，即使是列在專款時期，每年還是短缺 15 億。102 年列為一般服務項目時，僅以 19 億元來編列，嚴重不足，因此我們希望能將經費補足。若要把原列入 102 年的基期費用扣除(19 億元)，我們也可以同意，但需在專款費用編列 30 億元，才能符合計畫執行需要。本計畫屬於政策推動項目，醫界也願意配合執行，但無論要列在一般服務費用或專款項目，都須把經費編足，否則會影響其他醫療服務。
- 二、血友病是目前全年每人平均醫療支出最多的單一疾病，我印象中 1 個人 1 年平均需花 300 多萬。跟各位報告，在全民健保未實施前，很難得看到有超過 30 歲的血友病患，因為患者有可能只是刷牙流血就會死亡，患者需要長期使用第七、第八凝血因子等血液製劑藥物進行治療才能存活，更有用到基因製劑的患者，但不管用何種製劑，藥費都很昂貴，目前編列的費用，僅用來支應藥費而已，患者若沒有使用這些藥物，很快就會死亡，而健保本來就是要幫忙這些重大疾病患者的負擔，我們也可以不去負擔，但這些病患就會在很年輕時就死亡，這就失去施行全民健保的意義。記得我還在當醫政處處長時，那時沒有健保，買不起第七、第八凝血因子，我們還要去請血液中心提供濃縮血漿來給患者使用，雖然這樣的治療很痛苦，但為了維持生命，當時也只能這麼做。
- 三、血友病患者的平均年齡從 30 多歲延長到 60 多歲，是全民健保制度施行後的成效，我不是在幫醫院爭取費用，台灣治療血友病患的醫院家數也不多，但相關費用應予以編列，否則病患家

屬將無法承受相關的醫療費用。

鄭主任委員守夏

請謝名譽理事長文輝發言後，再請健保署說明 B、C 型肝炎治療計畫。

謝名譽理事長文輝

- 一、有關 B、C 型肝炎治療計畫，為何雙方差距 10 多億元，最大的爭議點在藥價節餘款。98 年協商時，依健保署試算結果，以當年度藥價調整節餘款優先支應該計畫，這是當時的假設，當年剛進行藥價調整，並沒有相關數據資料，所以醫界雖不認同，卻因沒有數據反駁，也只能接受。
- 二、後來事實證明根本沒有藥價節餘，因為每年總體藥費仍以 5% 在成長，不是說藥價調降仍沒有效，每年光是人口老化及慢性病患、新開放藥品的持續增加，就遠超過其效益，因此沒有所謂的節餘款可以拿來補 B、C 型肝炎治療計畫的不足。我覺得之前為此已經爭執多年，過去因無定論，醫界只能啞巴吃黃蓮，現在數據顯示無藥價節餘款，應當還給醫界一個公道。
- 三、楊委員漢淥也提到，我們可以接受從 102 年基期中扣除 B、C 型肝炎治療計畫的 19 億元，103 年改列在專款項目，沒有用完就繳回，不足時再以一般服務預算支應，我們也沒有要占便宜的意思。至於 B、C 型肝炎治療計畫有無需要投入這麼多預算，付費者代表也可以請相關單位進行深入研究，若每年花 30 億元，沒有實質效益，要停止此計畫，醫界也願意配合。
- 四、血友病藥費部分，我個人也覺得的確太高，全民健保到底要承擔多少的人道責任，是否無限上綱？我們都贊成「生命無價」，但健保要承擔到多少，應該有一個上限，因為資源有限，沒有一個國家的保險是無限上綱的，這需要整個社會共同進行討論，到怎樣的程度，需要政府另外籌措經費，而不是由一般人所繳納的保險費來支應。蔡委員登順剛才所提的意見，我也認同，若社會大眾都認為人數這麼少，卻花了這麼多預算，付費

者委員也覺得不適當，那麼應該重新思考，健保到底要承擔到什麼地步。

謝委員天仁

- 一、理論上，執行 B、C 肝炎治療計畫後，會減少 B、C 肝炎患者日後的疾病治療費用，但從未看到相關的精算資料，應請健保署提出。醫界要爭取 B、C 肝炎治療計畫的經費，卻不管治療成功後節省下的後續治療費用，這樣是不能說服付費者代表的。
- 二、102 年是兩案併陳後，衛生福利部將 B、C 肝炎治療計畫改列在一般服務項目內，這是政策的決定，但今年有何理由要再移回專款項目？這也沒有回補預算的問題。

鄭主任委員守夏

請問健保署有無要補充說明？

張科長溫溫

- 一、補充說明 B、C 肝炎治療計畫部分，在 98 年協商時，健保署確實提出以當年度藥價調整節餘款優先支應，但當時雙方對節餘的定義不同，譬如總藥費從 5% 下降到 3%，中間這 2% 是不是節餘？因為醫界一直認為總藥費比去年低才是「節餘」，所以當年最後的決議是編列 14.84 億元，不足時由一般服務項下支應，但後續每年協商對此還是有爭論。去年協商時，估計 1 年花費 36 億元，但過去一般部門支應約 15.78 億，所以專款編列 20.22 億元移列一般服務項下，因此估計 B、C 肝炎治療計畫預算約有 36 億元，但這幾年看來，1 年僅約需 32 億元。
- 二、B、C 肝炎治療計畫到底有無成效？請委員翻閱今日補充資料第 42 頁，衛生福利部有委託賴教授美淑進行相關研究，依研究成果，無論是 B 肝或是 C 肝，有接受治療的患者，相較於未接受治療的患者，肝炎發生率及死亡率都有明顯的下降，因此本計畫執行有助於降低患者肝臟相關死因及發生肝癌的風險。

鄭主任委員守夏

先請莊委員志強，再請謝委員武吉。

莊委員志強

主席，想請問一下，在會議資料第 25 頁有關降血脂藥物部分，我不清楚是因為國際治療高血脂標準降低，所以要增加預算，或是跟 B、C 肝治療計畫一樣有經費移列的問題？

陳顧問瑞瑛

降血脂藥物是因為健保給付的規定降低，造成以前不能用的病患，現在可以使用，譬如以前患者的 LDL(低密度脂蛋白)還沒到標準，所以不能用相關藥物，但是現在標準降低，所以很多人符合條件，即可開始吃降血脂藥物，致使服用降血脂藥物的病患數增加。

莊委員志強

所以跟 B、C 肝治療計畫不一樣？

陳顧問瑞瑛

不一樣。

朱副院長益宏

這部分我再補充一下，這個標準是健保署規定的，健保署今年度把標準降低，所以很多原來不符合健保署標準，不能用降血脂藥物的民眾，今年下半年就可以開始使用，但事實上，今年度並沒有新增預算，所以醫界才認為至少在 103 年時應該補上放寬適應症後的藥費支出。

莊委員志強

所以是吃藥的人變多，才要增加費用？

朱副院長益宏

對，而且吃藥的人變多的原因，是因為健保署把用藥的適應症放寬，讓更多人在血脂還沒有到很高時，就可以吃降血脂藥物。

楊委員漢淙

這部分我們請張院長克士來說明，他是心臟專科醫師。

張院長克士

- 一、大約在 98 年時心臟學會就提出這個訴求，這在全世界心血管疾病治療上是一個很重要的議題。在台灣死亡率第一名是癌症，約占 28%，但若把廣泛的心血管疾病(腦血管疾病、腦中風、心臟病、高血壓等)算在一起，則死亡率會高達 30 % 多，因此心血管疾病約占台灣死亡率的第一位。
- 二、在過去，你如果有心血管疾病、血液中 LDL(低密度脂蛋白，俗稱壞膽固醇)達 130mg/dl 以上、總膽固醇在 200 mg/dl 以上，醫師才能開降血脂藥物，現在健保署放寬標準，病患血液中 LDL 從 130 降到 100mg/dl 以上、總膽固醇在 160 mg/dl 以上，醫師就可以開降血脂藥物給患者，放寬後約增加 30 萬人次的藥品需要，放寬使用的好處是可降低心臟血管疾病的機會。這筆費用我們粗估約需 20 多億，還不包含後續第 1 年每 3~6 個月、第 2 年每 6~12 個月需抽血追蹤血脂及肝功能的費用，因服用藥品可能會導致肝功能的異常及橫紋肌溶解等併發症與副作用，故須定期進行追蹤。
- 三、高血脂與人體特定基因有關，有特定基因之病患，一旦停藥，就會回到高血脂的狀態，這些患者無法完全以飲食或運動改善，幾乎需要終身服藥。剛所提到 20 多億，扣掉西醫基層所需約 6 億多，醫院部門還要另外加上定期抽血檢驗的費用，20 多億可能都不夠。這項目純粹就是因為標準放寬，而需增列費用，而且是為了提早預防未來民眾發生心血管疾病的機會。

鄭主任委員守夏

請健保署再補充說明為何要調整標準，及有無考量財務負擔的相關問題。

沈組長茂庭

- 一、健保署是依據國際治療標準改變，將高血脂用藥給付標準從

LDL130 mg/dl 降到 100mg/dl，其實原在 98 年時就有調整的規劃，但當時藥廠不肯配合調降藥費，而在 100 年藥價調整時，高血脂藥品的價錢就降低了，所以在今年調降適應症標準。

二、如同剛張院長克士所提，放寬適應症會增加支出，但放寬使用後可降低心血管疾病患者發生心臟病或中風的機率，經本署估算，若將節省的醫療費用計入，則在 5 年內，總費用反而是較節省的。

謝院長景祥

一、健保署每次說我們治療什麼病症，日後可以節省多少錢，我不好意思的說，這是胡說八道。為什麼要這麼說？我從 5 年前就開始在吃降血脂的藥物，估計我服藥 30 年後，可以多活 2~3 年，我個人也做了很多努力，改變生活型態，開始運動、跑馬拉松，從每天吃 1 顆降血脂藥物變成每天半顆，但我多活 3 年後，還會不會死？還是會死呀！而且還多吃 3 年的藥，所以放寬適應症後說長期下來是節省的，這樣的算法不對。

二、如 B、C 肝炎治療計畫，做任何的決策需要有量化的資料，如同楊委員漢淥提到的，我們願意付多少錢讓 1 個人多活 1 年？RCW 一年花費 100 多萬，讓 1 個植物人多活 1 年，划不划的來？

謝委員武吉

主席，我都沒機會說話，我也是委員代表。

鄭主任委員守夏

好，請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、我剛才詢問的品質保證保留款部分都還沒有回應。

二、有關降血脂藥物部分，已經討論很久了，這將會發生跟 B、C 肝炎治療計畫一樣的問題。我完全無法接受沈組長茂庭的說明，我們可以拿上次開會的錄音檔出來比對，不要吹牛。

三、調整支付標準乙項，今日會議資料第 26 頁健保署說明中，有關

「包含支付標準內含一般材料費用之診療項目調整」這部份文字要刪掉。

- 四、合理調高藥事服務費用乙項，希望醫院協會要支持。
- 五、配合結核病防治政策改變乙項，本項經費應由疾病管制署負責，為何改由健保支出？應該仍由疾病管制署的公務預算支應。
- 六、配合安全針具推動政策乙項，是依醫療法第 56 條規定，但醫院協會已經說明，醫院買不到東西，沈組長茂庭也曾說過：「絕對買的到」，請健保署保證醫院都可以買到需要的產品，另本項政策規劃於 5 年內編列完成，請健保署精算每年所需費用。
- 七、確保護理品質部分，剛才楊委員漢淙已經說明，我要再補充，今日的自由時報報導，考試院原計畫降低護理師專技考照的錄取標準為 55 分，但後來仍決議維持及格分數為 60 分，並研議恢復護士普考，估計今年停辦護士普考後，護理人力短少約 600 至 900 人，這點請大家考量。
- 八、血友病及罕見疾病部分，我要請問患者的國籍分布情形，是否包含外國人或大陸民眾？麻煩請健保署提出說明。

鄭主任委員守夏

因疾病管制署有派員列席，我們先請疾病管制署代表就結核病防治政策改變部分做說明，之後再請健保署說明。

王簡任技正貴鳳

- 一、各位委員好，有關結核病防治政策改變，疾病管制署在此做簡單說明。在法定權責部分，依傳染病防治法第 44 條第 3 項規定，各款傳染病病人經主管機關施行隔離治療者，其費用由中央主管機關編列預算支應，因此基於防疫需求，進行隔離治療所需的費用，是由疾病管制署編列公務預算來支應，無庸置疑，至於其他依一般醫療需求的住院治療等，就回歸由健保的體系支應。
- 二、原為了防治結核病，對於痰塗片陽性個案，過去政策建議採住

院治療的方式減少社區傳染風險，但經實施都治計畫後，原 C2 所設定之目的可藉由執行良好的都治來達成。再者本署邀請國際多位專家檢視我國結核病防治政策，專家建議除有傳播風險或臨床住院的需求，結核病患應以居家治療為原則。經通盤檢討後，取消痰塗片陽性個案鼓勵住院治療的政策，改以門診治療；如有社區傳播風險則依法定程序予以隔離治療，其所需的隔離治療費用由疾管署依法支應。以上說明懇請各位委員予以支持。

鄭主任委員守夏

其它部份請健保署補充說明。

莊委員志強

主席，抱歉！我再問一個問題，請健保署一併回應。

鄭主任委員守夏

好。

莊委員志強

我剛才聽到高血脂用藥的部分，意思是說原本 1 顆藥 5 元，但之後藥廠降為 1 顆 2.5 元，因此一樣的預算可以買比較多的藥，所以健保署才把適應症放寬嗎？

謝委員武吉

不是這樣子的！

莊委員志強

這部份請健保署說明，是否因為藥價降低，一樣的預算可以買更多的藥品，讓更多民眾可以服用，所以健保署才把適應症標準降低嗎？

沈組長茂庭

一、在 98 年時，我們是要求藥廠把藥價降低，如此一來放寬適應症後影響較少，但因藥廠不願意，所以就未放寬給付標準。100 年健保署進行藥價調整時，就把藥品給付價格調降，所以 101

年整體降血脂藥費是負成長，因此本署在 102 年才把給付範圍放寬。

二、推動使用安全針具是衛生福利部的政策，所以立法時就規劃 5 年內要全面採用安全針具，健保署是配合政策編列預算。本署估計若全面換成安全針具，醫院會增加 5 億元成本，因為規劃 5 年內達成，故本項每年編列 1 億元經費，分 5 年編列。

謝委員天仁

主席，是否停止交換意見，我覺得付費者代表有需要整合意見。或許付費者代表提出方案後，雙方再來做進一步的意見交換較好。

鄭主任委員守夏

先請吳委員玉琴發表意見。

吳委員玉琴

疾病管制署對於結核病防治及後面將討論到的狂犬病治療藥費，都是該署單方決定，就要健保買單，是不是應該對此再多做一些討論？尤其是在狂犬病的部分。

謝委員武吉

吳委員玉琴的意見很正確！我不會感到寂寞。

鄭主任委員守夏

剛才是疾病管制署的說明，是否也請健保署補充說明？

沈組長茂庭

狂犬病部分是這樣，雖然是編列狂犬病疫苗經費，但這是治療用的疫苗。當民眾被野生動物咬傷，如僅咬到表皮，須打 3~5 針疫苗，如被抓到真皮、流血，需要以免疫球蛋白治療，因此這是民眾被野生動物咬/抓傷時，治療所需的藥物，由健保相關費用支應，這部份費用較少。若是林務局巡山員要打預防針，屬預防性的費用，就是由農委會或疾病管制署給付。健保給付範圍僅限於治療民眾被野生動物咬傷所需的費用，不給付預防相關的費用。

### 鄭主任委員守夏

- 一、經過健保署的說明後，應該有比較清楚。
- 二、剛才付費者代表建議要進行內部討論會議，若無意見，我們等付費者代表提出方案後再進行討論。
- 三、請朱副院長益宏。

### 朱副院長益宏

有關結核病或是狂犬病，請大家不要忘記兩者都是法定傳染病，因此跟民眾被一般野生動物咬傷，應屬不一樣的概念，傳染病應該依傳染病防治法，有不同的規範才是。

### 鄭主任委員守夏

- 一、接下來 20 分鐘，就由付費者代表與醫界代表各自召開內部會議，提出方案後，再依雙方方案來協商。
- 二、門診透析服務列在下階段討論，會另邀請西醫基層協商代表出席及腎臟醫學會代表列席，因此門診透析預算先不列入雙方方案內。
- 三、學者專家與公正人士可應雙方邀請參與其內部討論。

(付費者代表自行召集會議討論約 40 分鐘)

### 鄭主任委員守夏

現在委員都已回座，請同仁準備好在電腦螢幕上秀出付費者方案，醫界代表的方案請看今日補充資料，請付費者代表說明擬提的方案內容。請謝委員天仁代表說明。

### 謝委員天仁

- 一、協商因素成長率：
  - (一)品質保證保留款，依照評核會的結果，醫院部門評核結果是「可」，沒有獎勵。
  - (二)新醫療科技部分，同意醫院部門方案(10.693 億元)。
  - (三)降血脂用藥放寬適應症所增費用，歷來從未因放寬藥品適應

症而增加預算，無前例可循，也不合理，我們同意健保署建議(編列 0 元)。

- (四)特殊材料部分，同健保署意見，不增加任何預算(編列 0 元)。
- (五)調整支付標準，醫院部門方案為 50 億元，健保署建議 20 億元，但我們認為醫療服務密集度並無任何改變，因此這部分不增加任何預算(編列 0 元)。
- (六)合理調高藥事服務費部分，雖然醫院部門方案未編列預算，但同意健保署意見，編列 3.08 億元，並設下協定條件，要求訂定合理調劑量，其調整方案並需經健保會同意。
- (七)配合結核病政策改變部分，同意健保署所列數額(2,400 百萬元)。
- (八)配合安全針具推動政策費用，同意健保署所提方案，增加 1 億元預算。
- (九)確保護理品質部分，付費者方案列在專款項目內管理，本項等到專款項目時再做說明。
- (十)原列為一般服務，103 年規劃移列至專款支付有 2 項—類血友病用藥及肝臟移植術後免疫球蛋白藥費，同意依健保署意見移列。
- (十一)慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫，因 102 年已將 B、C 肝計畫預算移列一般服務支應，無再編列相關預算金額的必要，同意健保署意見，不增加預算(編列 0 元)。
- (十二)其他醫療服務利用及密集度改變對醫療費用之影響，同健保署意見，不增加預算(編列 0 元)。
- (十三)違反全民健保醫事服務特約管理辦法之扣款，依前例照列(減列 1.09 億元)。

## 二、專款項目：

- (一)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質及罕見疾病、血友病藥費，同意依健保署意見，各新增 3 億元及 9.51 億元，與醫

院部門所提方案相同。惟，罕見疾病、血友病藥費部分，健保署需在 103 年 3 月前提出專案報告。

- (二)醫療給付改善方案，健保署建議增加 1.285 億元，但付費者代表認為 103 年規劃新增的孕產婦計畫，前由醫療發展基金支應，應維持原來的方式，僅同意增加早期療育方案 6,750 萬元，本項 103 年度付費者方案編列 5.673 億元。
- (三)急診品質提升方案，同意健保署意見，比照 102 年度編列 3.2 億元。
- (四)提升住院護理照護品質方案，付費者代表版本為專款經費 20 億元，較健保署建議之 25 億元少 5 億元，設定的協定條件有：  
(1)不得用於調整支付標準；(2)健保署需於 103 年 4 月前提報方案，並經健保會同意。
- (五)推動 DRGs 之調整與鼓勵，付費者代表認為 DRGs 推動已落後 2 年，第 2、3 階段應快馬加鞭進行，因此第 2、3 階段之預算應一次編足，第 2 階段預算約需 3.87 億元，第 3 階段預算約需 2.8 億元，本項編列 6.67 億元。
- (六)醫院支援西醫基層資源不足地區改善方案，付費者向來支持本方案，同意健保署及醫院部門所列預算 6,000 萬元。
- (七)全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫，同意健保署建議增加 3 億元，本項編列 8 億元。
- (八)受刑人醫療服務費用，同意健保署意見，移列至其他預算。

三、以上是 103 年醫院總額付費者代表方案。

鄭主任委員守夏

- 一、請委員看螢幕資料，目前付費者代表所提方案，一般服務加專款項目的成長率預估值是 2.753%，總金額是 3,668 億 3,500 萬元。
- 二、請醫界代表針對付費者方案表示意見，是否有可以再溝通討論的項目？也請同仁在螢幕上一併顯示醫院部門方案做對照比

較。

三、請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

付費者代表所提方案與醫院部門方案差距太大，主席現在要醫院部門針對單項或是整個方案表示意見？

鄭主任委員守夏

一、若有仍可再協商的項目，可針對該項目進行討論，若真的差距太大，無法繼續協商，假設要兩案併陳，我的責任是儘可能將雙方的差距拉近後，再送給部裡裁決。若兩案真的差距非常大，說實話，這是我沒有盡到主席的責任，因此希望若還有可以拉近差距的項目，還是儘可能拉近差距。

二、假設真的兩案併陳，之後雙方各自要去游說部長，也比較能夠聚焦來進行討論。

謝委員武吉

提醒主席，現在不能關說，關說是犯法的。

鄭主任委員守夏

瞭解，謝謝提醒。

楊委員漢淙

因為付費者代表所提出的版本與醫院部門方案差異太大，本案影響範圍涉及台灣全體醫院，我需要時間詢問各層級醫院代表意見，請問主席能給醫院部門多少時間做內部討論？

鄭主任委員守夏

請問大約需要多少時間？

楊委員漢淙

半個小時可以嗎？

鄭主任委員守夏

一、剛才付費者代表閉門討論實際約 40 分鐘，但希望醫院部門儘可能在 20 分鐘內討論完成。

二、現在進行醫院部門閉門討論及中場休息。

(醫院代表自行召集會議討論約 30 分鐘)

鄭主任委員守夏

目前委員都已回座，剛才付費者代表已經說明他們的方案，現在請醫界代表說明修正後的方案。

楊委員漢涇

一、非協商因素就不需要再討論。

二、協商因素：

(一)品質保證保留款，0 元，照列。

(二)新醫療科技，同付費者版本，10.69 億元。

(三)降血脂用藥部分，健保署不能放寬適應症，然後要醫院團體來擠壓醫院總額的點值，這是政策改變所新增的費用，若不編列合理預算，則應回復原有的適應症範圍，這樣才公平合理。目前適應症尚未修正，因此我們認為若照現在的適應症範圍，本項費用需要 20.5 億元，否則就請健保署恢復為原適應症範圍，因為這之間的差距太大。

(四)特殊材料部分，完全依照健保法第 62 條規定，因為健保法已經修正，若健保法沒有修正，當然就沒有理由提，但目前健保法已經將藥品修改為藥物，藥物與藥品中間的差距就是材料，這是我國法律上的定義，本項是依法來編列，需要 21.5 億元。

(五)調整支付標準部分，為了維持醫院部門的營運，支付標準有全面檢討調整的必要。醫院的門診診察費多年來一直維持 228 點，難道不需要做修正嗎？以前是枝枝節節的修過一部分，但我們認為有相當多的支付標準，如住院診察費等，需要重新檢視，進行檢討調整，本項需 50 億元。

- (六)合理調高藥事服務費同意編列 3.1 億元，我們覺得這是有需要的，因為在護理人員薪資增加後，醫院的藥師也要求要調薪，這些人事成本是很高的。
- (七)配合結核病防治政策改變之費用編列 0 元，建議移至其他預算編列。
- (八)安全針具目前是價格的問題，我覺得這很沒道理，政府立了一個法令，要求醫院使用安全針具，但醫院買 1 隻賠 3 隻，尤其遇到醫院評鑑的時候更誇張。健保署 1 隻給付 2.8 元，醫院平時買 1 隻要 8 塊多，遇到醫院評鑑時，若 1 隻不超過 10 元根本沒有廠商願意出貨，因為廠商知道你一定要買，而且很多產品是獨家廠商，部分產品才有 2-3 家，政府不應該立一個法令讓廠商哄抬價格，這部分的費用我們認為明年度一定要增加，2 億元是必要的。
- (九)確保護理品質部分，不是我們要調整，是因為付費者代表認為 20 億元就夠了，我們尊重付費者代表的意見由 25 億調整為 20 億，但是我們建議放在一般服務項下。
- (十)類血友病用藥及肝臟移植術後免疫球蛋白之藥費移至專款支付。
- (十一)慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫，健保署從過去就編列不足，但付費者代表認為醫界編列太多，所以由原來的 21 億調整為 15 億。

### 三、專款項目：

- (一)多數項目同付費者代表版本。
- (二)提升住院護理照護品質方案 20 億元，與付費者版本不同處為醫院版本列在一般服務項下。
- (三)繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵部分，目前 DRGs 的推動還有許多配套措施沒有規劃，明年度、後年初又要實施 ICD-10(國際疾病分類第十版)，還有相當多的問題需要處理，建議不要編列預算。

鄭主任委員守夏

謝謝楊委員漢淥的說明。請問付費者代表對醫界的提案有沒有還可以再協商的項目？

謝委員天仁

自從部長打開潘朵拉的盒子後，我們就很難談了。

鄭主任委員守夏

- 一、如果各位都覺得雙方差異太大，雖然氣氛不錯，但差異不太可能縮小的話，則將以兩案併陳的方式報部裁決。
- 二、請大家看一下最後的成長率，行政院核定的上限是 4.45%，因為目前門診透析還沒談，請醫院部門注意加上門診透析費用後的成長率，希望從健保會送出去的版本能遵照過去費協會協商的共識，各部門成長率不超過行政院核定的上限(4.45%)為原則，若有需要，再請醫院部門調整方案。
- 三、因為目前雙方沒有共識，在總成長率不超過 4.45%的前提下，以兩案併陳方式報部。醫院總額先協商到此，接下來進入門診透析的協商時間，會有 2 位西醫基層協商代表加入，並有腎臟醫學會的代表列席。

朱副院長益宏

主席剛才說各部門成長率不超過 4.45%才有可能兩案併陳，應該不是這樣子吧！既然是兩案併陳，應該就是由部裡去裁決，沒有說不超過 4.45%就不能提出。若醫院部門的版本加上門診透析費用後的成長率超過 4.45%，醫院部門的版本就不成立，這樣似乎不太合理。

鄭主任委員守夏

- 一、依過去費協會協商的傳統或是慣例，各總額部門成長率都不超過行政院核定之上限。
- 二、之前曾在會議中提過，為何行政院核定的上限會這麼高，就是考量到醫院部門，若未考慮醫院總額，我相信行政院核定的上限不會這麼高，在座許多專家學者也都有參與行政院經建會的

審查會議，可以作證。

三、若協商成功，當然不會超過上限，但我們是新的委員會，這部分我也尊重大家的意見。

謝名譽理事長文輝

一、自健保實施總額以來，醫院總額也曾出現成長率超過行政院核定年度上限的前例，雖然後來費協會的確有達成不超過行政院核定上限的共識，但法規上只提到全年度總費用不超過行政院核定上限，並無明文規定各總額部門不得超出，我們認為這個共識不合理。

二、目前各總額部門的艱困度不一，我們認為只要全部四個總額部門總費用成長率不超過行政院核定的上限即可，醫院目前所提出的版本加上其他各部門應不至於超過行政院所核定的上限(4.45%)，若真的超過，我們也願意再回來協商、討論。

鄭主任委員守夏

瞭解了，若是相同的意見就不要再重複。

朱副院長益宏

我再補充一下，去年進行 102 年總額協商時，醫院部門也是兩案併陳，當時醫院部門所提出的版本也超出行政院核定之成長率上限，但費協會仍以該版本送至衛生署，所以沒有前例說兩案併陳時，不能超過行政院核定之上限，而且我相信委員會也未曾進行相關議題的討論，委員會只在協商時，有不超過行政院核定上限的共識，但去年協商時，醫院部門所提出的方案是超出行政院核定的上限，而且是以該方案及付費者代表方案，兩案併陳衛生署裁定。

鄭主任委員守夏

不知付費者代表這邊有無意見？

謝委員天仁

如果兩案併陳可以超過行政院核定的上限，我們協商原則所做的決

議就沒有拘束力，這些都是協商前就已談定的原則。

蔡委員登順

依費協會多年協商的共識，各部門都不能超過當年度行政院核定的上限，若今天醫院部門能夠突破，那我要提一個建議案，其他部門都可回到行政院核定的上限，那就不用各部門協商，全部一起成長，不能獨厚醫院部門。

謝委員武吉

好呀。

鄭主任委員守夏

請蔡委員明忠。

蔡委員明忠

非常謝謝蔡委員登順的提議，西醫基層部門在還沒有協商之前備感壓力，但謝謝蔡委員登順提到，或許之後乾脆以行政院核定之上限為基準線即可，其實西醫基層在後面挫著等，因為醫院部門提出這樣的版本，若真的不提高上限的話，那西醫基層的成長率可能要被壓低才能符合，所以請大家再三思考。真的謝謝蔡委員登順，您說的那句話讓我們覺得「足感心」，多謝。

鄭主任委員守夏

- 一、健保會是新的委員會，在協商會議後，馬上要進行的是收支連動的討論，要花多少錢，就要收多少保費，因此無論我們做什麼決定，在座委員都要共同負起責任。
- 二、依我個人的立場，兩案併陳時，我希望儘可能拉近差距，讓部裡在裁決時，能較有依據，且僅就不一致之處做裁決，這樣部裡較容易做成決策，也比較容易寫出理由。若協商結果，二版本差異太大，若各位是部長，該如何裁決？差 2%，假設差了 100 億，決策者的壓力之大，不是我們可想像，不是說會得罪哪一方，而是我們的體系這樣紊亂是不對的。
- 三、我另外要提醒，單看百分比是不夠的，還要看實際金額，10 年

總額的 2% 是多少億，今年的 2% 是過去 2 倍的價格，可是我們物價有些漲、有些跌，但薪水沒漲，也就是說我們要通盤考量。另外提醒各位，目前一個版本是，「一般服務+專款」較 102 年成長率 3.058%，一個版本是 5.674%，兩者差距太大，我個人認為這不是協商沒有共識，而是沒有協商。

謝委員武吉

有啊，有錄音為證，我們都有協商啊！

鄭主任委員守夏

沒有預設立場，只希望這是健保會的第一次，大家能溝通清楚，讓部長能夠比較有依據來做裁決，這是我們應該做的。

謝名譽理事長文輝

- 一、主席講得語重心長，我覺得明天是正式委員會議要定案，也希望付費者委員經過一個晚上的沉澱，能夠思考為何醫院部門要提出這樣的需求，其實真的是在經營上遭遇很大困境。
- 二、像剛剛謝委員天仁所提，照目前的市場經濟，目前出生率低，婦產科、小兒科病患自然減少，醫師數就要減少，薪水也要降低，這聽起來合理，但台灣社會都以高道德標準來要求醫療院所，哪個醫院停止急診、小兒科服務，馬上就會被罵的狗血淋頭。今天這些話讓婦產科、小兒科醫師聽到，一定會心寒，他們會說，沒關係，我們本來就會用腳出走，我們本來就沒有人要去當住院醫師，根本沒影響，醫院內要值班、要照顧重症兒童，我們就不要啊，在基層開業就好，所以他們已經用行動反應了。
- 三、現在應確認整個社會是要怎樣的醫療體系。醫院應深刻自我檢討，為何對員工這麼差，怎麼都是血汗醫院；現在護理師護士公會都以美國為標竿，我也認同，澳洲的主治醫師也是採合理工時，一週上班 40 多個小時，為何我們要壓榨自己的醫師？為何大家消費者都拜託醫院要做的輕鬆點，而我們卻要求員工做牛做馬，真是頭腦壞掉。今天回去我們也會再好好檢討，希望

可以符合付費者代表的要求，讓員工、主治醫師、住院醫師及醫學生等都有好的工作環境。也不應該因為沒有住院醫師，就讓主治醫師下來值班，因為很多主治醫師都上了年紀、百病纏身，一時要求他們值班 24 小時，很容易會有猝死的狀況，看了也很不忍心，我們也很想符合相關規定，也不要提供那麼多服務，還讓民眾嫌說做的太浮濫，大病也看、小病也看，這些我們都會好好檢討。

四、希望付費者代表能夠在今晚思考，醫院面臨這樣的困境，我們究竟要怎樣的健保，如果可以的話，在明天正式委員會議中，多給予醫院部門一些支持，把雙方的差距縮小，才不會讓部長太難裁決。謝謝！

鄭主任委員守夏

一、既然大家都已經溝通了，等一下討論門診透析成長率後，就會知道總成長率。雖然「各總額部門成長率都不超過行政院核定之上限」，醫界認為未在健保會正式討論，但我還是希望能夠在雙方願意的情況下，依費協會的口頭禪，「各讓一步，含淚接受」，但今天差距太大，各讓一步也很困難。

二、醫院總額討論到此，我們先進行門診透析費用的協商。

羅院長永達

一、主席，我奉命發言，請再給一分鐘。

二、委員手上都有一份五大科(內、外、婦、兒、急診)住院醫師數的資料，現在不只是婦兒科招不到住院醫師，101 年外科住院醫師只有 55 人，較 100 年的 172 人嚴重減少，內科 101 年只收到 106 位住院醫師(100 年有 216 人)，因此在 10 年後，我們的內科及外科醫師一定會出現斷層。我要提醒，從目前住院醫師的養成，就可以看出醫療體系正在崩壞，但這需要 10 幾年後，而不是短期就能看出，所以需要未雨綢繆。

鄭主任委員守夏

謝謝羅院長永達。醫院總額協商到此結束，請 2 位西醫基層協商代

表入場後，進入門診透析預算協商。

## (門診透析服務)

鄭主任委員守夏

因為西醫基層協商代表之一的陳委員宗獻還沒到會場，為了把握時間，現場另有台灣腎臟醫學會陳理事長漢湘及林副秘書長元灝列席，是否就先請腎臟醫學會代表進行幾分鐘說明，之後再由醫院及西醫基層部門協商代表來說明？(無委員有反對意見)請陳理事長漢湘發言。

陳理事長漢湘

主席、各位長官、委員，健保這3年來對門診透析的給付是非常不合理，基層透析院所可以說是哀鴻遍野，醫學中心也找不到腎臟科醫師，而透析的醫療品質有下降趨勢，病人死亡率也增加，我們懇請各位委員給予門診透析合理的給付，接下來請林副秘書長元灝來報告成本分析及說明103年所需成長率。

林副秘書長元灝

- 一、各位委員大家好，我是腎臟醫學會副秘書長林元灝醫師，在此簡單說明。經本會計算維持各項品質所需成本後，醫療品質及疾病風險需要9億元、儀器品質維持需要6億元、醫療和服務品質人力需要5億元，再加上去年總額318億，共需要338億元的預算，合計需6%的成長率。
- 二、因為前3年得到的成長率不足，造成很多獨立開業的醫師經營困難，希望另外能再給獨立開業的醫師3%的補助，這是我們的需求，希望各位委員能夠支持。

鄭主任委員守夏

請各位委員參閱今日發放的補充資料第30頁，有腎臟醫學會所提出的簡報資料，因時間有限不另做報告，若委員還有疑問，再請腎臟醫學會補充說明。請蔡委員明忠。

蔡委員明忠

- 一、我補充說明，洗腎這個區塊在過去幾年已經做了很多限制，也因這些限制造成許多影響。洗腎的點值目前已經滑落至 0.8、0.78，因此今年醫院與西醫基層部門已達成共識，雖然腎臟醫學會提出 6% 成長率的需求，但我們在考量整體財務與現況後，期望在洗腎服務單一均價的情形下，不分外包與否，建議 103 年提出 4% 的成長率。
- 二、請各位委員思考，過去 3 年門診透析成長率為 0%、1%、2%，這對洗腎點值產生很大的衝擊，而病患人數又以每年 3% 左右在成長，長期下來對醫療品質一定會造成影響，懇請所有委員支持 103 年透析成長率至少 4%。我們會和腎臟醫學會溝通，希望他們不要堅持 6%，能接受 4% 成長率，惟若成長率低於 4%，則西醫基層與醫院部門也不好要求腎臟醫學會接受 4% 以下的成長率，謝謝。

鄭主任委員守夏

請問醫院部門代表有無需要補充？

楊委員漢淙

門診透析費用的情形，大家都很清楚，目前點值已經降到 0.8，其服務成本是很硬的，所以我們覺得洗腎點值有待改善，如果有參與過去協商會議的委員應該還記得，醫院部門對門診透析的成長率一向沒有特別的主張，但目前點值已經低到 0.8，實在不像樣。因此，今年支持應酌予增加，以目前提出的 4% 成長率，也只能讓點值提高一點點，不能完全解決目前門診透析的困境。

鄭主任委員守夏

謝謝。請謝名譽理事長文輝。

謝名譽理事長文輝

洗腎已經好幾年都沒有成長，其實我們是陷在一個「洗腎花太多錢」的思維裡，我覺得腎臟醫學會是在搗黑鍋，洗腎是一個收尾的工作，前端地下電台賣藥沒管好，保健食品隨便吃，三高等慢性病沒有好

好控制，卻讓收尾的部門擔負起最大的責任，我認為應該恢復門診透析正常的成長，更應該逐年調整到合理的水準，因為前端不是腎臟科醫師可以管控的，他們只能負責收尾而已，我們應該要檢討前端的那些因素，後端的治療不應受到質疑。就像醫院部門也覺得很冤枉，醫院也是做其他總額的收尾工作。收尾的部門一年做超過3、4百億點，卻又被大家嫌得一文不值，但如果前端沒有做管控，如落實分級醫療等，則後續產生的問題都不是醫院部門可以解決的，所以希望委員能衡平的看這個問題，壓抑洗腎預算，對降低洗腎病患的成長並沒有幫助，希望能以這樣的態度來看問題，或許比較正確。

鄭主任委員守夏

本階段詢問與協商一同進行，請問付費者代表這邊有無詢問或是對成長率的意見？

謝委員天仁

好像沒有看到西醫基層及醫院部門門診透析費用的合計總表。

鄭主任委員守夏

今日議程資料第48頁有門診透析費用的彙整試算表，請委員參考。

謝委員天仁

去年在討論102年門診透析費用時，有設定101年成長1%的預算滾入基期的原則，請問102年成長的2%預算是否已列入103年的基期內？

鄭主任委員守夏

請健保署說明。

張科長溫溫

102年成長的2%預算已列入103年的基期內。

謝委員天仁

所以第48頁中103年4%成長率的試算基礎已包含102年2%成長率？

張科長溫溫

對。

鄭主任委員守夏

請林代理委員敏華發言。

林代理委員敏華(張委員永成代理人)

今日補充資料第 36 頁(投影片第 14 頁)中提到,「洗腎室需有彈性的使用人工腎臟,以符合治療病人的需求,平均每人每次需要增加 30 元,需增加 2.9 億元」,據我個人的了解,人工腎臟只是一根管子而已,什麼是彈性的使用?1 次需增加 30 元,不知道這 30 元是怎麼估算出來的?另外「機器汰換一年要 3.1 億元」,但印象中洗腎儀器的費用已包含在健保給付內,這部分請腎臟醫學會補充說明。

林副秘書長元灝

- 一、在此簡單說明。我也是一個開業醫師,目前人工腎臟的價格從 250~500 元不等,院所為了正常營運,被迫去選擇品質差異不大但較低價的產品來讓病患使用,這會讓部分病人沒辦法使用到適合他的產品,另有部份院所是以儀器綁耗材的方式採購,所以產品選擇的彈性也變低,因此需要增加預算,來增加院所對人工腎臟產品選擇的彈性,經費是由我推估計算而得。
- 二、機器不可能萬年使用,一般會計原則是以前 5 年來攤提成本,但實際上儀器使用 8~10 年就需要進行汰換,依我調查的結果,目前院所使用超過 8 年未汰換的機器占 40% 以上,這是很可怕的現象,所以希望另增加 3.1 億元來讓院所能夠進行機器汰換。

林代理委員敏華(張委員永成代理人)

我想釐清一下,若照林副秘書長的說法,是不是當初健保給付的費用就不足?正常來說機器汰換應包含在支付範圍內,若另編列預算讓院所汰換機器,是不是支付標準有檢討的空間?以商業會計的角度來看,儀器費用應包含在營運成本內,應該不能另外提出預算需求來支應。

林副秘書長元灝

謝謝委員的指教，因為健保並無明列哪些成本是包含在給付範圍內，但就院所經營而言，這些的確是成本，對我們也確實造成困擾，所以今年將因過去成長率不足而造成影響的項目提出需求建議。

蔡委員明忠

跟主席、各位委員報告，委員依今日會議資料可以看出，每年門診透析病患是以 3~4% 在成長，而我們在過去 3 年當中，只給 0%、1%、2% 的預算成長，用很基本的算數就可以知道，成長率是不足的。請各位委員審慎思考，每年都有這麼高的病患人數成長，再者健保署及相關單位一定會做好品質管控的工作。綜合上述，單考量病患人數的成長，就應該給予適當的成長率，這是我們提出需要 4% 成長率的原因。

鄭主任委員守夏

請莊委員志強。

莊委員志強

剛才謝委員天仁有提到 102 年成長的 2% 預算有滾入基期，但腎臟醫學會又要求要 4% 成長率，2% 滾入基期是 1.02，現在又要求要 4%，是再乘以 1.04 嗎？我以今日補充資料第 33 頁(簡報資料第 8 頁)中，102 年實際每次給付金額 3,090.5 元來計算，若 103 年預算成長 4%，則每次實際給付金額會是 3,278.4 元，其實比 100 年每次實際給付金額 3,334.1 元還要低，是這樣子嗎？

林副秘書長元灝

是的，所以我們希望有 6% 的成長率。

莊委員志強

所以即使增加 4%，每次實際給付金額還是低於 100 年？

林副秘書長元灝

是的，我們希望能讓每次實際給付金額能儘快恢復到 3,200 元的水準，目前給付金額(3,090.5 元)已經很低了，現在洗腎室是哀鴻遍野，

希望委員能給予 6% 的成長率。

鄭主任委員守夏

請謝名譽理事長文輝。

謝名譽理事長文輝

- 一、主席，我覺得腎臟科醫學會因為這 3 年預算被壓的太低，所以今天提出很多理由來爭取預算，但實際上各項成本很難精算。
- 二、我們先回顧歷史，初期洗腎成長率太高，假設病患成長 3~4%，但預算成長 10%，社會就聚焦在此，但今年為何醫院與西醫基層部門主動爭取 4% 成長率，因為點值已經低的不像話。其實客觀來說，不需要專家解讀，消費者也可以很容易理解，若每年病人成長率 4%，則理論上要維持同樣的水準，預算也應增加 4%，若要高於 4% 成長率，才提出理由爭取，如出現新醫療技術，可讓病患生命延長等，否則單就病患成長率 4%，就應該給予上限 4% 的預算成長。
- 三、這幾年門診透析預算成長率遠低於病患人數成長率，實在不需要找一堆理由來爭取預算，很多成本面的資料也不易計算，今天腎臟醫學會提出的補充資料多是粗估，所以委員隨便一問就會發現漏洞。
- 四、每年若病患成長 4%，則預算成長 4% 就是維持點值而已，我才不相信腎臟醫學會所提出的每項成本都有經過精算，委員也很好心的幫忙試算，發現若給 4% 成長率，點值還是比去年低。

鄭主任委員守夏

謝名譽理事長文輝是老委員，剛才說出重要的歷史背景，門診透析預算是以前太高，過去幾年又壓得太低，低到現在讓委員有點良心不安，所以今年要來談怎樣才算合理，如果討論各項成本，實在是說不清，最大、最難的一部分是醫師費，這部分其實難以討論。請謝委員天仁。

謝委員天仁

能否請健保署先說明，經過 2 年的成長率是用來獎勵非外包經營院所，目前外包與非外包院所消長情形如何？是否還需要做相關的考慮？

鄭主任委員守夏

請健保署說明。

張科長溫溫

依照本署資料統計，101 年約有 77% 屬於非外包院所，102 年則成長至約 82% 屬於非外包院所。

蔡委員登順

我覺得本項較單純，應較容易達成共識，但在此要拜託健保署，針對門診透析進行成本分析，到底合理成本是多少，剛才也有委員提到，之前利潤太高，吸引外商投入，造成外包院所比例曾高達 50%，所以過去做這樣的決議我們也是很無奈，因為深怕透析院所多數轉變成外包商承攬，品質堪慮。在委員會時，陳委員錦煌也很關心外包這個議題，現在就進入實質協商，建議成長率 3.3% 好不好？

鄭主任委員守夏

一、請問付費者委員是否已經達成共識？是以總成長率 3.3% 來開始進入協商討論嗎？(謝委員天仁及蔡委員登順表示認同)。

二、請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

主席，我不是很了解，在今日補充資料第 36 頁中提到，「改善機器的汰換率每年需要 3.1 億元的費用」，這是要做何用途？哪有用健保費來買儀器，請補充說明。

謝名譽理事長文輝

請陳委員錦煌不要為難腎臟醫學會，他們只是粗略估算而已。

陳委員錦煌

我哪有為難他們，儀器應該是院所要自己買，怎麼可以拿健保費去買儀器設備？

蔡委員明忠

謝謝陳委員錦煌，我相信您在這部分著力頗深，過去幾年您對這個議題的關注，我們都有深刻的感受，但真的要請所有委員幫忙斟酌、思考，過去連續3年因為0%、1%、2%的預算成長，讓門診透析的點值從0.86降到0.78，再這樣繼續下去，點值大幅的降低，讓我們非常擔憂透析醫療品質會下降。在以全人照護為中心的前提下，及如何維持洗腎病患的醫療品質，是我們要共同努力的，3.3%跟4%只差0.7%，只差了2億多，拜託委員考量洗腎的醫療品質，能否以4%為基礎，因為門診透析內容較單純，金額差距也不大，不需要討論太多，謝謝。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝蔡委員明忠的說明。蔡委員登順剛才所提的成本分析問題，在今日補充資料第42頁有健保署提供的相關資料，請各位委員參閱。
- 二、剛才付費者代表提出成長率3.3%，醫界代表希望4%，還有沒有委員要表示意見？請謝委員武吉。

謝委員武吉

主席，針對門診透析預算，我當時跟陳委員錦煌都很關心，我的醫院沒有提供洗腎服務，我可以客觀的說，已經欺負他們3年，應該到要恢復他們尊嚴的時候了，不要再區分外包經營與否，不應有區隔、排他性，要給予一樣的給付。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

請各位委員看102年協商參考指標要覽第131頁，從98年到101年，洗腎人數累計成長約18%，如果103年同意給4%預算成長率，累計也只給7%的預算成長，建議可以給4%的成長率。

蔡委員登順

主席，我認為洗腎這一塊是很好解決的，不希望花太多時間在此，因為病人數成長率是 3~4%，所以在 3~4% 中給予成長是合理的，不要再說 101 年成長 1%、102 年成長 2%，過去的事情今天就不要再討論，要不然今天也談不完。

謝委員武吉

我拜託蔡委員登順，我們已經抑制門診透析費用成長 3 年了，能否再增加 0.7% 的預算補給他們？醫院部門也是勒緊褲帶拿了很多預算出來的。

蔡委員登順

並不是你們要求 4%，我們就要給 4%，否則就不是協商了。

蔡委員明忠

跟蔡委員登順報告，腎臟醫學會原本是要 6%，我們居中跟他們協調，依目前政府財政困難度，6% 的成長率實在太高，所以折衝後才提出 4%，並不是一開始就是 4%，這一點要跟所有的委員報告，請各位委員思考，過去決策所造成的問題不能今天都不承認，拜託委員今天能給到 4% 的成長率。

楊委員漢源

- 一、主席，洗腎最初每次給付是 4,200 元，現在 1 次約 3,100~3,200 元，過去 2、3 年醫院部門都不希望洗腎成長，但連續幾年下來，實際給付從 3,800 元降到 3,100 元，實在是太低了，若委員在乎的是病人成長率，請看今天會議資料第 49 頁，近年病人都是以 4% 以上在成長，只有 101 年降到 3.8%，因此病人數成長 4% 以上，預算沒有跟著成長，點值就會降低。大家若覺得點值恰當，我們也無話可說，以醫療服務來說，打了 8 折真的是很低。
- 二、洗腎的成本不是只有洗腎機器，洗腎機本身很便宜，是耗材貴，而且洗腎服務跟別的醫療服務一樣，多少的病床配置多少醫師、護士，健保署都規定的很清楚，因此人事費用也隨著整體護理人員薪資調整增加。
- 三、今年醫院部門跟西醫基層會同意 4% 的成長，是經過多次的討

論。考量目前門診透析的實際情況，我也同意按過去的方式進行預算的分攤，醫院部門成長的百分比雖然低，但是實際要拿出來的預算也不少。過去西醫基層的成長較快，醫院成長較慢，所以醫院部門認為我們的成長率都被西醫基層拿走了，今年我們也覺得不用分的那麼清楚，4%已經是大家精打細算後的結果，再刪減並無實質上的意義。

謝委員天仁

依過去協商的經驗，從來沒有一次是照給的，意思就是，或多或少要讓我們帶一點禮物回去，剛才蔡委員登順所提的 3.3%，可以再調整，請醫界提出新方案，我們來考慮。

蔡委員登順

提出 3.3% 有我的基礎，既然謝委員天仁已經開口，我也尊重其意見，大概雙方再調整一下就可以達成共識。不能說開價 4%，就一定要給 4%，沒有這種道理。

陳委員宗獻

我能否提出建議，不知大家能不能接受，以 101 年病人數成長率 3.8%，再加上一點點，補到 3.9% 好不好？也算讓付費者代表帶一點禮物回家，公正人士這樣好不好？

謝委員武吉

這樣好啦！請公正人士說話。

陳委員錦煌

我剛才有去打探消息，這邊的底限是 3.6%，陳委員宗獻原來說 3.8% 又轉了一圈便成 3.9%，我折衷提 3.7%，看大家能不能接受，差一點點而已，影響不大啦！

謝名譽理事長文輝

向各位委員提出一個建議，過去幾年的病人成長率大家都看在眼裡，都超過 4%，今天 101 年病人數成長 3.8%，所以 102 年預算給 3.8% 成長，但為何陳委員宗獻要提出比 3.8% 高一些的 3.9%，這是

要彌補過去幾年的不足，不要讓他們有機會說過去 3 年做的太過份，因為我們有回補。

陳委員宗獻

這叫做災害賠償金。

謝名譽理事長文輝

這樣一來我們健保會的委員出去就可以大聲的說，病人數只成長 3.8% 而已，為何給到 3.9% 的成長率？因為過去砍太兇，補過去的不足，這樣健保會的委員說起話來就很有面子。

陳委員錦煌

好了啦，本來 3.6%，我剛剛走過去一趟，多 1%，就 3.7% 解決，這樣就好了啦！

蔡委員登順

陳委員錦煌，不是 1%，是 0.1%。

陳委員錦煌

是增加 0.1% 啦，從 3.6% 變成 3.7%，才差一點點錢而已，這樣就好了啦！

謝名譽理事長文輝

剛才說多 1%，這樣是 4.7% 喔！可以拿錄音帶出來聽。

陳委員錦煌

因為陳委員宗獻說 3.9%，這邊提 3.6%，我提議 3.7%。

謝委員武吉

好啦！公正人士都這樣說了，為了圓滿的結束，就 3.7%。

鄭主任委員守夏

不知付費者代表這邊有無意見？

蔡委員登順

好啦，就 3.7%。

陳委員錦煌

差 0.1%，表示只差 3,100 多萬而已啦！

鄭主任委員守夏

- 一、醫界代表可勉強接受就是 3.7% 嗎？(無委員有反對意見)好，謝謝腎臟醫學會的列席，門診透析服務預算總成長率就是 3.7%，依之前協議的分攤方式，醫院部門門診透析成長率是 2.519%，西醫基層門診透析成長率是 5.358%，請兩部門代表確認。
- 二、請問委員是否還有其他意見或條件？

陳委員錦煌

是否還要限定獎勵非外包經營之院所？

謝委員武吉

不要了啦！

陳委員錦煌

好啦！(無委員有反對意見)

鄭主任委員守夏

- 一、請問陳理事長漢湘，委員擔心點值太低影響門診透析醫療品質，品質監控的資料是否有提報給健保署？健保署對目前品質監控的方式是否有意見？(健保署未表示意見)我知道目前品質資料有報 VPN，所以健保署可掌控品質。
- 二、好，門診透析預算協商結束。休息 5 分鐘，接下來換西醫基層部門進行協商。



## 肆、103 年度總額協商－「西醫基層總額」與會人員發言實錄

### 鄭主任委員守夏

- 一、各位委員及部門代表，雖然現在已經快要 6 點，但我看付費者委員們都還是鬥志高昂，從前面 3 場的氣氛，已經比較知道如何運作，希望可以很順利。請各位，尤其是醫界代表，請看右邊螢幕上的計時器，希望儘可能依我們規劃的時程進行。上一場醫院總額協商因為內容實在是太複雜，超過一些時間，所以，讓各位久等了，真的很抱歉。
- 二、第 1 段時間是提問與意見交換，大家可以就不清楚部分加強說明；第 2 段時間是直接協商，這中間如果有需要關室密談，建立內部共識，兩邊都可以喊暫停，我這邊儘可能控制時間，不要拖太久。接下來，就開始西醫基層總額部門的協商，先請西醫基層哪一位代表，幫我們將部門所提出的各個大項及細項，很快的說明一次。這階段時間是 25 分鐘。好，請陳委員宗獻。

### 陳委員宗獻(報告「103 年度西醫基層總額協商草案」)

- 一、請看投影片，在這個部分，就只談協商因素，因為非協商因素已經確定，這邊就不談。首先是品質保證保留款，這部分是依據規定辦理。接下來，是支付項目的改變，其中新藥成長率，建議 0.249%，好像大家手上都已經有這一張表，請再看下一張。
- 二、這個照片是前幾天颱風要來之前，去爬山時拍的。當時我所想到的是，當我們有引進新的治療方法、改變治療適用範圍或對象、啟動臨床治療指引等狀況時，而這些改變對費用會有重大影響，則基層的外科、婦產科及小兒科，可能就會像照片中的香蕉園裡葉子，一直掉落那樣糟糕。健保給付範圍的審議，依據健保法第 26 條規定，當保險給付項目、給付內容或給付標準有所增減，致影響保險財務之平衡時，應由保險人擬訂調整保險給付範圍方案，提健保會審議，報主管機關轉報行政院核定後公告。保險財務當然就是總額財務，所以這個部分，其實在健保法已有訂定處理方式，但今年可能是第一年的關係，大家

還在模擬運作，如果能建立一個比較好的操作系統，明年或後年就會比較容易討論。所以，我個人的想法是，當有新的治療方法、改變治療適用範圍或對象及啟動臨床指引等情事發生，預估會對費用產生重大影響時，這些項目都應該條列出來，等候 9 月份年度總額協商時進行討論。如果協商同意，那就在下一年度改變給付規定，如果不同意，那就暫時不要改變，這也包括新藥。

- 三、這一張投影片給大家看的是，請思考藥價節餘款是否真的存在？從人口性別年齡因素來看，這個很像洋蔥的部分，是我們現在的人口結構，很像穀倉的部分，越上面的人口越老，是 145 年人口結構的樣子。健保署調降藥價的時候，被調降的藥品，多是老年人會使用到的藥品，所以，低估的費用占率下降最多，但事實上，這些下降的費用，幾年後又會慢慢再增加，所以我們的醫療費用就會不斷增加老年人口乘上被低估的費用，性別年齡別費用點數被扭曲低估，這裏顯示藥價基準並無法確實反映人口老化因素。
- 四、這一張列出歷年醫療服務成本指數－藥品類指數的年增率，以西醫基層 95-102 年的資料來看，只有 3 年是正數，其餘都為負數，總計成長率是負 2.68%。我們可以看出藥價基準的調降，並沒有留下太多經費的空間，所以，這邊要先釐清一下，藥價節餘款不是提款機，裡面也沒有錢。
- 五、接下來幾張投影片的資料，都是要向委員報告，其實，我們任何一個資源的投入，造成生命的延長，健康的改善，這些都是好的，但是並不會節省到費用，因為人還是會死的。這裡面特別要提到的是 Statins 跟 Lucentis。Statins，對因為高血脂臨床指引的修訂，放寬治療及適用範圍所衍生的費用增加，在前面醫院總額部門已經談了很多，各位委員的看法，我們也都已經聆聽到，這邊就先跳過。
- 六、請大家看下一張投影片，病患究竟可不可能因為生活型態的改

變，而不需要用藥？其實那是很難的。綠色標示的部分，是屬於輕度風險的病患，對風險因子小於 1 的人來說，配合生活型態的改變，或許是有可能，但是紅色標示的部分，這些病患肯定是需要用藥的，所以，多數病患都還是需要，不至於不用藥。

七、接下來是 Lucentis，這邊統計出黃斑部病變的人數，約 36.4 萬人，其中，老年性黃斑部病變的患者有 24 萬人，糖尿病黃斑部水腫的患者大約是 12.4 萬人。老年性黃斑部病變重度末期病變的病人約有 7,000 人；糖尿病黃斑部水腫的患者中，每年重度水腫需要治療的病人約有 2.2 萬人。如果每人每年 3 支，全年的費用就要 102,000 元，但如果每人兩眼都要用呢？老年性黃斑部病變的患者，通常是單眼，但糖尿病黃斑部水腫的患者，是系統性的問題，就會是雙眼。之前，我曾問一位眼科醫師，這個藥不是每年給付 3 支嗎？你為什麼會開 6 支，他告訴我，因為糖尿病黃斑部水腫的患者雙眼都會有治療需要。所以，如果不分總額部門，粗估 Lucentis 每年需要增加的費用支出約 44.54 億元。Lucentis 對黃斑部病變患者來說，是一線曙光，因為黃斑部病變在過去是沒有救的，幾乎沒有治療的機會。我現在先不花太多時間在這張投影片上，稍後進入協商時，會再詳細解釋。

八、我們認為慢性病的照護需求一直在增加，但會有 0.686% 的財務缺口。這張投影片可以解釋慢性病成長與點值的關係。雖然大家一直說，慢性病的成長已經反映在人口結構改變率的成長上，但這些成長到底夠不夠支應慢性病的成長，從這些數據來看，其實還是不夠的。等一下進入協商的時候，也可以拿來當參考。

九、新藥的部分，我們認為因為新藥引進的費用，會是倍數成長的趨勢。從近年的統計，也可看出只要短短幾年，費用就會超過原來在新藥項目上增加的額度。所以請求在 103 年度有 0.249% 的成長。我們希望可以寬估，寬估一點的好處，就是在明年新

藥引進討論的時候，大家可以有一個較充裕的額度依據。當然，新藥的額度也不見得要很多，只要有一個我們能接受額度就可以。另外，像有些新的規定，例如 Lucentis 的適應症一放寬，可能就增加幾十億，所以須先有幾千萬額度在那裡，否則就會承接不起，除非要從其他科去別挖錢。

十、這一張就是多重慢性病整合計畫，等一下進入協商時我再詳細的解釋，這部分預估有 0.5% 的成長需要，主要是因應醫師處理多重疾病患者照護時複雜的診療需求，建議每次診察費增加 85 點。所謂共病，很多都是老年人，他們的共病比率很高，50% 以上的老人同時患有心血管、高血壓等疾病，所以醫師治療時需要考慮周詳，選擇壞處較少者，不同疾病的治療方式有時是衝突的。

十一、耳鼻喉科局部處置的部分，需要 2.288% 的成長。幾年來，兒科、內科、家醫科醫學會一直提出這樣的訴求，因為他們有這樣的病人，這樣的技術，這樣的工作，但是過去申報比率一直限縮因為放寬的話，勢必排擠到其他科別的點值。

十二、護理照護人力，主要是計算婦產科的住院部分。護理人力短缺的問題，幾年下來，門診已經漸漸找不到護理師。其實只要不抓太緊，也就算了，但是如果婦產科住院也找不到護理人員，就會很麻煩，所以現在也面臨人力上的挑戰，必須在這邊提出來，增加的數額不多，需要 6000 萬。

十三、例假日提供醫療服務部分，稍後討論時，大家也一定會有許多意見。基本上，這是用來提高假日的開診率，一方面可提供民眾的醫療需求，另一方面也是希望減少假日期間急診的壅塞。

十四、特材、破傷風類毒素這兩項剛才醫院總額部門已經談過，RBRVS、結核病等項目也一樣，數目跟健保署的落差不大，所以也先跳過。

十五、新增跨表部分，就是將基層已經在做的項目，慢慢加回基層的跨表項目去執行，這部分也是事先與健保署談過，成長的量

不多，是 0.018%。安全針具部分，剛才在醫院總額部門也已經談過，也提出很豐富的資料，我們就比照，依最後的結果辦理。專款計畫的部分，基本上就是依據健保署的估算，我們會繼續做下去。

鄭主任委員守夏

謝謝陳委員宗獻。現在請付費者委員提問。請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、西醫基層算是第二大的總額，影響滿大的。從資料看起來，今年的非協商因素 0.811%，增加了 7 億 8,150 萬元，數字也是不小。非協商因素從 94 年到 101 年，已經給過 51 億 6,460 萬元，這些醫界應該都比我更清楚，這些錢就是要用於調整支付的分配、內部管控，以及其他該做的事情，所以這些額度應該已經夠處理。調整支付標準，跟醫院一樣，醫院要求的數字更大，我們也沒有同意，牙醫、中醫也是一樣。因為艱困科別，像外、婦、兒科等，之前已經調整過了，診察費加成 17%。我們一致的看法是，不能重複給錢。所以，這部分先在此聲明。
- 二、至於所提到的藥品給付規定及擴大服務對象與內容部分，由於過去歷次辦理藥品支付價格調整時，並未同步辦理西醫基層簡表藥費之調降，故於放寬藥品適應症時，亦不宜即增編預算。也就是說，因為當時辦理藥價調降，簡表的藥費並沒有扣回來。另外，新藥上來，在第一年用的比較少，要到 4、5 年以後，才會慢慢成長回到正常量，我的看法是這樣。還有剛才艱困科別已經連續兩年投入 27 億元，西醫基層 101 年是投入 9 億元，這部分你們大概比我更清楚。
- 三、剛才陳委員宗獻已經報告過，專款計畫希望維持健保署的規劃，B、C 肝治療計畫部分，你們是希望放在專款，醫院則已經回歸到一般服務。不過，我知道你們擔心的是，醫院部門的 BC 肝計畫回到一般服務後，會吃到一般服務的額度，所以病人可能流到西醫基層，可能會造成排擠，我個人的看法是同意放在專

款，因為專款可以看到結算，可以看到人數，比較好控管。你們的金額不大，僅 2 億，醫院金額比較大，是 30 幾億元，一旦原來醫院的病人轉到基層造成排擠，可能你們就吃不消，這部分我是有感受到，所以，同意繼續放在專款。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員登順的意見，好像已經有一點在協商的味道了。付費者這邊已經有簡單的方案提出，也請醫界準備回應方案。請問付費者代表這邊，是否有其他委員對報告的內容要詢問？請陳委員川青。

陳委員川青

我想請教有關眼科用藥 Lucentis 的問題，請問這個藥是用於控制病情，還是治療？有沒有評估過成效？

陳委員宗獻

這部分請眼科專家來說明。

陳委員川青。

讓我來跟眼科對話。

吳醫師國治

一、Lucentis 這個藥，在國外已經使用一段時間，但目前台灣是自費處理的狀態，其實，這一次也是很佩服健保署的道德勇氣，因為這個藥品一支是 3 萬 4 千元，比開一台白內障手術還要貴。目前開放的狀況，老年性黃斑部病患者，第一年每眼可以打 3 支，糖尿病引起黃斑部水腫患者，第一年每眼可以打 5 支，我們都知道，老年性黃斑部病變在目前的狀況是沒有藥物可以治療，它會造成視力模糊，原因是有新生血管及水腫，以至於中心視力大幅下降，打這個藥可以讓新生血管不要長，讓水腫消除，使病人恢復一些視力，對於盲人或是近盲者，從完全看不見或是中心視力很差，改善到可以自理生活，甚或是可以工作，對社會來說是有很大的幫助，所以，這個藥對於他們來講算是一線曙光。

二、目前老年性黃斑部病變及糖尿病引起黃斑部水腫，其他的藥物都無效，點的藥、吃的藥都一樣是沒有效果的，雖然也可用雷射手術治療，但那都是到末期才使用，而且因為是破壞性處置，對視力恢復幫助不大。這個藥目前的替代性不高，而且須持續治療，可能要一直打下去才行，再加上檢查的費用，預估所需經費相當可觀，所以我們很在意它對財務的影響。

陳委員川青

- 一、我現在需要一些評估，眼睛看不見的情形，還有其他如視網膜剝離、眼睛組織纖維化、圓椎眼角膜症等重大眼疾，老實說，我很少看到有解，Lucentis 是否對這些狀況也有幫助？是否有新的資訊，可以說服我們付費者代表，認為這是最新的新藥，是有解的，如果是有解，還有目前的成效評估又如何？請將資料分析給我們參考。這是第一個。
- 二、其次，黃斑部病變是視力 0.2 以下，還是完全看不到？是從 0.1 還是 0.2 以上開始治療，可以控制或治療到什麼程度？也請提供數據供大家參考。視網膜剝離，有無新藥，還是這個藥也可以？另外，眼睛組織纖維化、圓椎眼角膜症等眼疾也是有同樣的困境。對病人來說，如果沒猜錯的話，人數也在逐漸增加中，老人退化的自然現象，不知道西醫基層對眼科需求怎麼看待？

吳醫師國治

跟委員報告，Lucentis 這個藥品對視網膜剝離並沒有幫助，至於其他致盲原因，像是眼睛組織纖維化等，也都是不相干的。

陳委員川青

我想問的是，除了黃斑部病變，我剛才所提到的其他幾種眼疾是否也有新的治療方法？

吳醫師國治

視網膜剝離要看區域，如果還沒有侵犯到黃斑部，標準的治療方法是手術，視力也可以恢復；但如果黃斑部已經受損，效果多少會受

影響。剛才我提到，Lucentis 這個藥，健保署可能並沒有做很好的評估。就開放了，所以，造成很大財務上的負擔。目前開放是視力於 0.05~0.5 之間的病患可以申請，例如打了以後，視力可以從 0.05 恢復到 0.2，不管在生活上、工作上對病人都會有很大幫助，這是我們所肯定的，但就如我剛所提到的，財源上要好好評估。

陳委員川青

如果視力能從 0.05，改善到 0.3 以上，甚或是微弱可以看得到，我們也是樂觀其成，但是這個數據你們有嗎？

吳醫師國治

這個數據若是要，一定都有，因為這個藥在國外已經打了好幾年，而台灣目前是處於自費的狀況，現在健保署為了嘉惠盲人或近盲者，所以，我相信一定對他們很有幫助，相關數據都是已經有的。

楊委員芸蘋

延續剛才吳醫師國治的說明，可以瞭解這個藥的注射，可以使近盲的人，症狀能夠得到改善，但不知道有無評估因而可節省到其他的費用？效益評估如何？

吳醫師國治

目前這個藥都是自費，所以這部分在健保支出上，是沒有省到任何的錢，甚至因為需要事前審查，而需花錢先進行檢查。

陳委員宗獻

剛才蔡委員登順所提到非協商因素，在過去 6 年增加 50 億元是沒錯，但也請大家看指標要覽的第 79 頁，西醫基層的就醫人數也從 97 年 18,760 千人增加到 101 年 19,698 千人，所以那些增加的費用都已用於新增的病患，換算之後也差不多就是約 50 億元，沒有剩餘了。

吳委員玉琴

一、各部門支付項目的改變，都有編列新藥的預算，剛才大家一直

討論的 Lucentis，請問是否會有重疊的問題，財源的部分，請再做釐清。

二、再來是西醫基層針對 80 歲以上老年病患提出一個整合照護的項目，開立 3 種以上慢性病處方用藥時，診察費要加成 20%，但在專案計畫中又列有家庭醫師整合性照護制度計畫，評價好像也還不錯，但這兩個項目之間是否會有重疊的問題？差異性在哪裡？有必要再獨立出來嗎？我發現本次各部門所提的項目並沒有太多有關高齡的計畫，其實這個議題是需要回應與討論的，但確實比較少被注意到，都只有用人口數來呈現。現在我們的老年人口是 11%，但使用了 33% 的門住診醫療費用。因為之前沒有參加相關支付會議，所以不是很瞭解計畫的內容。但我認為高齡人口的因應是個以後要面對的嚴肅課題，在 7 月初健保署舉辦的「臺、日、韓全民健康保險研討會」有些著墨，希望健保署持續關注因應高齡社會應有的積極措施。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻說明。

陳委員宗獻

一、首先，Lucentis 這個藥不是含在新藥的項目裡面，並沒有重複的問題，這部分需要的經費，基層一年大約是 14 億元，而新藥的部分每年只有幾千萬，所以兩者是不同的。

二、今年所提的多重疾病患者照護計畫與家庭醫師整合照護計畫，內容是不同的。家醫計畫是以一個個醫師群的方式在運作，並不是普遍化參加的，目前大約只有 20% 的醫師及病患參加這個計畫，計畫的目的，除了節省醫療費用外，是希望作全人照護。而多重疾病照護整合是對每個醫師，尤其是基層醫師，當病人走進來時，醫師面對的不是只有一種疾病的患者，如果是只有一種病，那很簡單，只要開立他所需要的藥就可以，但現在的問題是，這個病患可能有心臟病、高血壓、關節炎等情形，這是我個人的一個例子，後來差一點變成醫療糾紛。因為關節炎

的藥，不能用在心臟病患身上，尤其是心衰竭的患者，也不能用在高血壓患者身上，因為那會讓患者的血壓上升，但是怎麼辦呢？要去思考到底是控制他的水腫重要，還是要讓他走路方便比較重要，這些都很花時間，需要醫師思考。老年患者多半有幾種不同的慢性病，需要醫師更多的關注，醫院現在已經有整合門診，本來健保署也有規劃要做西醫基層的整合照護計畫，我們一直等，但沒有等到。所以，今年提出來，希望醫師對多重慢性病患多一點關注，也減輕將來可能面對醫療糾紛的壓力，這樣醫師花的時間與心力也可以比較對等一點。我們希望可以將每次診察費增加 85 點。

鄭主任委員守夏

請葉委員宗義。

葉委員宗義

我想再請教吳醫師國治一個問題，Lucentis 藥品這個主題，今天很受大家關注，我本身也有一個眼睛不好，已經 20 幾年，原因是很多年點類固醇眼藥水的緣故，這些年來看過很多醫師，但從來也沒有一個醫師敢肯定說黃斑部病變可以治療，最近知道國防醫學院嘗試用基因幹細胞來治療，結果如何還不知道，但我很好奇，到底這個藥的效果在哪裡？依據是什麼？現在台灣有很多人眼睛發生問題，都是因為高度近視，去手術後反而因視網膜變薄而惡化，這個現象現在非常多。

吳醫師國治

報告委員，注射 Lucentis 以後，可以讓水腫消失，視力可以改善，但因為糖尿病還在，所以水腫就會繼續產生，所以要一直打下去。

葉委員宗義

那如果沒有糖尿病呢？

吳醫師國治

報告委員，目前這個藥只對老年性黃斑部病變及糖尿病黃斑部水腫

的患者開放，老年性黃斑部病變是因為新生血管，這個藥可以阻止新生血管的擴散，視力因此可以維持，但是如果黃斑部已經被破壞的就沒有辦法。這個問題我想健保署在開放前，應已經充分評估過，可是，主要是財務上的影響很大。

葉委員宗義

所以這都是因為糖尿病所引致的嗎？

吳醫師國治

目前使用的規範是限制在老年性黃斑部病變及糖尿病黃斑部水腫這兩種疾病上，事前也必需經審查通過才可以施打，而且有一定的規範，必須是視力於 0.05~0.5 之間的病患才可使用。

鄭主任委員守夏

謝謝吳醫師國治，接下來請健保署補充說明。

沈組長茂庭

- 一、Lucentis 這個藥在 100 年的時候，已經納入給付，用於老年性黃斑部病變新生血管，102 年 2 月再放寬到糖尿病引起黃斑部水腫的患者，但並不是對每一個患者都有效，新生血管的意思就是只會對控制新生的血管有幫助，如果舊的或是已經結痂的就沒有用了。
- 二、如吳醫師國治所說，這個藥是用於控制新生血管的增生以及消除水腫，可能不只 3 支，需要一直打，但因為這個藥很貴，健保署只能給付 3 支，如果需要打第 4 支的病患，就必需自己負擔。
- 三、剛才陳委員宗獻估計，基層一年的需求可能會達到 14 億元，可是從過去的申報資料來看，西醫基層用的錢並不是很多，在今年 2 月至 6 月間，5 個月的時間中，西醫基層的申報數是 273 萬元，估計這項藥品在基層使用的並不是很多。

陳委員宗獻

主席，提一個程序問題，可不可以裁示直接進入協商，就不再詢答，這樣可能比較節省時間，我們就從 Lucentis 開始談。

鄭主任委員守夏

付費者代表這邊可以嗎？那我們就進入協商，請同仁將協商的表格準備好，就是品質保證保留款開始的那一張表。

陳委員宗獻

接下來這張投影片，可以說明我們對病人的抱歉，因為 Lucentis 這個藥實在是很貴，這邊的統計顯示，老年性黃斑部病變患者大約是 24 萬人，每年重度末期病變的病人約有 7,000 人，糖尿病黃斑部水腫的患者有 12.4 萬人，每年重度水腫需要治療的病人約有 2.2 萬人，但只有極少人接受治療。用的很少，是因為我們不敢去宣導，因為這個藥實在很貴，我們也不知道如果推下去會發生什麼事，我們目前做的案例不多，也告訴大家，今年 2 月公告以後只有很少人接受治療，對！沒錯！但這是應該的嗎？它不應該是這個樣子的，前幾天我上網看，已經有很多眼科診所對 Lucentis 寄予厚望，所以，這個部分，請幫我們思考一下，真的是有 14 億元的需要。

鄭主任委員守夏

醫界所提的協商內容，付費者這邊可以接受嗎？請謝委員天仁。

謝委員天仁

錢的部分照健保署提供的資料，從今年 2 月放寬到糖尿病黃斑部病變的患者，但到 6 月只申請了 273 萬元，顯示這個藥的使用情形很低，但你們提出 10 幾億元，實在很難理解。這個部分，我們認為既然健保署已經有相關的評估，我看還是先參照健保署意見，假使以後有新的證據，大家再來討論。

陳委員宗獻

這是一個很不錯的想法，但可否先訂出一個額度，放在那裡，因為這個藥需要事前審查，所以健保署一定可管控，例如給 1 千萬、1 億或是幾百萬都可以，換句話說，這樣就可用人數去換算，等費用

申報到用完就停。診所一定要這樣做，因為最後不可能去跟外科或婦產科說，錢得吐出來，你開刀我要跟你減量，為什麼？因為錢被眼科拿去了。不能這麼說嘛！對不對。

蔡委員登順

請教健保署，到底效果如何？因為最重要的還是錢丟進去，要有效果。

沈組長茂庭

我們之所以訂出很嚴格的適應症，就是希望這個藥是限定用在比較有效的人身上，而且限定只能打到3支或5支，或許有些人會需要使用更多，也確實對他們是有幫助，但因為我們沒辦法給付到那麼多。這個藥的使用，需要事前審查，所以我們不認為在一開始的時候，會爆增那麼多。

蔣醫師世中

主席，我來說明一下，其實這個案子牽涉到100及101年度適應症開放，造成基層需要的額度確實很多，但實際用到的卻不多，只有2百多萬，主要是我們內部也有管控，所以幾乎等於沒有放寬。如果大家有意見，也可考慮將Lucentis移到專案，我們先討論下一項。

陳委員宗獻

放到專案應該也是不錯的想法，因為可以追蹤到人數及實施的效果，而且多出來的錢也可收回，所以是不是先這樣，其他等第二階段再繼續說。

謝委員天仁

放在專案當然也是一個可以考慮的方向，但在金額上差那麼多，要怎麼談？

陳委員宗獻

金額可以談，我們先繼續講下一項，現在時間一直倒數，我的心臟也不由自主的加速。

謝委員天仁

你先喝口水，冷靜一下。

鄭主任委員守夏

還有很多項目沒談到，請先從大的項目開始。

陳委員宗獻

主席，可不可項目大的先談，小的之後再談，不然等一下主席說時間到，小的項目影響比較沒有那麼大，主席這樣可以吧？我們挑大項目先談，放寬高血脂用藥適應症，剛才醫院部門已經講很多，請問大家看法如何？

謝委員天仁

立場一定是一致的，不可能說沒有給醫院卻給基層，這樣我們出去會被擲石頭。至於剛才蔡委員登順所提 B、C 肝計畫放在專款，可以考慮，因為現在也是放在專款，如果你們有這樣的顧忌，我們可從善如流。但對各部門所立的原則，不可能為個別部門更動，不然以後人家會問，為什麼獨厚西醫基層，是不是？請考慮一下我們的立場。

陳委員宗獻

好，那高血脂用藥就先放旁邊。接下來，請看慢性病的部分，大項沒有幾個，大部分協商因素項目都是因為範圍、人數、規則改變所增加的費用，我們自己提的項目很少，只有幾項，接下來討論慢性病。

蔣醫師世中

請看投影片，慢性病每一年的醫療費用平均成長率都是 6% 到 7%，各位可以看一下，這幾年西醫基層一般服務的成長率從百分之一點多到百分之二點多，但在慢性病的部分，從去年開始成長率是 0%，以 102 年度為例，西醫基層整體年度的成長率是 2.809%，扣掉慢性病醫療費用的 6.24% 成長率，整體成長率還不足約 0.7% 成長率，造成點值的下降，所以說，每一年慢性病的成長率，真的是影響很大，

不管是在醫院還是基層…。

鄭主任委員守夏

不要再看投影片好不好？請直接提出建議數字。

蔣醫師世中

好。103 年度的成長率估計為 0.686%，預估增加的金額為 661.1 百萬元。

鄭主任委員守夏

其他比較小的項目，我建議很快講過去，或者是付費者可以提方案嗎？

謝委員天仁

請先告知還有哪些是重點，以能把你們所提意見納入考量，以免到時候又說我們沒考慮，又會很緊張。

吳醫師國治

Lucentis 目前用的比較少，主要是因為大部分基層醫師還不清楚這個訊息，很多醫師都還在觀望。另外，目前申報的案件，沒准的案件有些已送申復或爭審，接下來可能會行政訴訟，健保署也知道，現在行政訴訟已經越來越多，因為專業部分是無法用審查去限制與規範的。Lucentis 這項費用在基層已經暴增，其實檢查結果可以在醫院做完再帶到診所，而且注射的技巧很簡單，基層診所一定能做，所以現在報的少是合理，以後爆增也是可以預期。

鄭主任委員守夏

剛才大家已經有一點默契，可以考慮把 Lucentis 放在專款。

蔡委員登順

不是，剛才說眼科的糖尿病黃斑部病變問題，沒有效就不能給錢，雖然剛才健保署有說明，但說的還是很模糊。

吳醫師國治

健保署已經評估過有效才開放的。

#### 陳委員宗獻

跟委員報告，其實我本人是希望沒有效，因為這樣就不用吵這個錢了，但是 BMJ (British Medical Journal, 英國醫學雜誌) 最近有文章在討論這個問題，結論確實也是有效的。

#### 鄭主任委員守夏

Lucentis 的重點已經知道了，還有沒有其他重點要補充？

#### 莊委員志強

- 一、有幾個問題請教。議程第 53 頁，你們是希望星期日開診可以加成 10%，但目前診所有在假日開診嗎？我家附近的診所假日似乎都沒有開診，但如果執行的話，是不是可以減少假日急診的人數呢？
- 二、整合照護部分，這邊是提議說如果醫師開立 3 種以上之慢性病處方用藥時，診察費要加成 20%。但如果，我是一個同時有心臟病及高血壓的病人，我習慣在 A 診所看心臟病，B 診所看高血壓，可是我到 A 診所的時候，醫師順便就把高血壓的藥也開了，或是在 B 診所的時候拿到心臟病的藥，那會不會有重複開藥的疑慮？
- 三、耳鼻喉科處置部分，目前兒科或內科是不可以做如吸鼻子這類處置，但你們希望能夠開放，放寬讓小兒科及內科都可以提供耳鼻喉科的部分處置，但這樣難道不會衝擊到耳鼻喉科的點值？
- 四、剛才大家一直討論的眼科藥品，是不是因為太貴，所以擔心推動後會影響到其他科的點值，而不願意去推？

#### 陳委員宗獻

假日開診的部分，指的就是星期日，因為並沒特別去計算所有的例假日，假日開診成本比平日高，因為要加上護士、藥師的加班費以及家庭付出等成本，而目前的給付條件，使得星期日願意提供看診

的醫師越來越少，所以希望給他一個誘因，其實增加的並不多，平均一個病人只 27 元。

莊委員志強

所以，護士假日要給加班費？

陳委員宗獻

- 一、對，因為沒有人喜歡在星期日上午，尤其是護士，結婚有家庭後，常會有這個問題。
- 二、整合照護部分，我們的習慣是這樣，如果一個病人糖尿病在我這邊看，但心臟病或高血壓又去其他地方看，那我就會選擇不要看，因為將來可能要擔心負責他發生心臟病的風險，所以通常會勸他整合在一起。整合在一起是好事，也就是說兩個醫師看一個人，還是一個人不同器官給同一個醫師看，就跟醫院的整合門診一樣，都整合給一個醫師看，這樣資料也可以延續，像是追蹤高血脂之類的危險因子，醫師都要費心去處理這個病人。如果這個項目有過的話，我們會提出詳細方案，所以，病人的慢性病不用分在兩個不同的地方看，或是在醫院看，又在診所看，這些資料醫師都要去查，目前也查得到。耳鼻喉科的部分，請蔣醫師世中說明。

蔣醫師世中

- 一、剛才莊委員志強擔心，耳鼻喉科可能受影響的部分，我想不會發生，事實上，現在很多小兒科醫師已經提供抽吸鼻膿的服務，包括內科及家醫科也都有提供，但是因為 0.4% 申報率的限制，一直都沒辦法申報，提供服務卻不能申請，是一種不公平。
- 二、因為治療的準則一直在改變，抽吸鼻膿或是外耳道的膿瘍都屬於這個部分的申報，事實上，很多診所都在做這方面的服務，並不是新增，而是因為申報率限制在 0.4%，意思就是一千個人只有四個人可以申報。但這些處置卻可以解決很多兒科病患父母親的擔憂，如果病人嚴重鼻塞，針對不會擤鼻涕之呼吸道感

染兒童，適度耳鼻喉局部處置，第一是可以幫助他呼吸比較順暢，第二是感到比較舒服，第三是胃口比較好，第四是病情會有所改善。可是治療的改變，且放寬非屬耳鼻喉科申報 $>0.4\%$ ，畢竟會影響到其他科別的點值下降，所以希望能夠放寬閾值。

吳醫師國治

還有 Lucentis 對其他科別的排擠...。

謝委員天仁

不要再講這個了，反覆一直提，好像只要這一項，而其他都不重要。只要告訴我們，還有哪些項目是重點。

鄭主任委員守夏

請教謝委員天仁，是否還有其他提問？

謝委員天仁

我不再提問了。只是要知道還有哪些項目重點，需要付費者多考慮。

鄭主任委員守夏

- 一、真正的重點其實都已經講過，而且已經在重複了。
- 二、先提醒一下，歷年一開始都是醫院部門提非常高的成長率，但今年西醫基層提的居然比醫院要高，所以，內部閉門會議的時候，拜託西醫基層部門這邊，稍微看看能不能勻出大一點的空間，才有可能談。只是提醒，連醫院部門也沒提這麼高的成長率，以前西醫基層也沒有這麼高過。
- 三、現在請付費者代表到旁邊房間，時間是 20 分鐘，請大家順便把便當也一起帶進去。20 分鐘後我會去敲門。醫界代表可以在會場外工作區討論。專家學者及公正人士可留在會場或是應邀參加雙方的閉門會議。

楊委員芸蘋

請問主席，現在是用餐時間，討論加用餐只有 20 分鐘嗎？（多位委員附和）。

鄭主任委員守夏

這 20 分鐘是討論兼用餐的時間，如果吃不完，出來再繼續吃。辛苦了，請大家忍耐一下，那我們就開始計時 20 分鐘。

(付費者代表自行召集會議討論約 34 分鐘)

鄭主任委員守夏

請付費者代表說明共識方案。

蔡委員登順

醫療服務成本及人口因素，是非協商項目；品質保證保留款，是醫界 101 年的努力獲評核委員肯定，就無須再談。我們內部討論，已盡最大誠意，看基層部門能否接受。付費者代表建議方案如下：

一、一般服務項目：

- (一)新醫療科技(包含藥品、特材、新增項目等)：成長率 0.071%，約 68 百萬。健保署同意給 48 百萬元，我們同意再增加 20 百萬元，係考量吳醫師國治剛提及黃斑部水腫導致視力損害問題，惟我們並不清楚 Lucentis 療效，故酌編預算。藥品適應症修訂如要列為專案，一年增修訂那麼多項，將會不勝其煩，故將之列為新醫療科技。
- (二)修訂藥品給付規定-擴大服務對象及內容：成長率 0%。考量藥價調降節餘款並未自總額中扣除，故尊重健保署意見，沒有增加預算。
- (三)新增跨表項目：同意健保署意見，成長率編列 0.018%。其中執行橈骨尺骨遠心端骨折經皮穿刺內固定復位手術，須有麻醉師與開刀房等設備。
- (四)調整支付標準：成長率 0%。四總額部門的處理原則皆相同，由醫療服務成本及人口因素成長率來支應，今年西醫基層部門有 7.8 億元，剛提到 6 年有 50 幾億元的預算，應可做處理。
- (五)配合安全針具推動政策及結核病防治政策改變之費用：同意健保署意見，成長率分別為 0.004% 及 0.007%。

- (六)慢性 B、C 型肝炎治療試辦計畫：同意列在專款項目。
- (七)破傷風類毒素：成長率 0%。
- (八)特殊材料採每點 1 元之差額：與醫院部門相同，不同意編列預算。
- (九)例假日提供醫療服務：成長率 0%。很多院所都是彈性工時，診所應可自行處理，且其他總額部門也並未編列此項目成長率。
- (十)整合照護、護理照護、放寬耳鼻喉科局部處置申報率閾值：成長率皆為 0%。
- (十一)因就醫可近性提升，對就醫人數及費用成長之影響(含慢性病照護之增進)：醫界提出 6.6 億元訴求，我們雖無法接受，但願釋出善意，給 0.104% 成長率，約 1 億元。
- (十二)違反特管辦法之扣款：照往例處理。

## 二、專款項目：

- (一)醫療資源不足地區改善方案：150 百萬元。
- (二)慢性 B、C 型肝炎治療試辦計畫：200 百萬元(增加 43 百萬元)。
- (三)醫療給付改善方案：205.5 百萬元(增加 43.1 百萬元)，相關方案須有嚴格退場機制，並新增早期療育。
- (四)家醫及診所以病人為中心之整合性照護計畫：因成效不是很清楚，經充分討論，同意編列 1,200 百萬元(減少 15 百萬元)，醫界是聰明人，應知道我們的用意。
- (五)鼓勵週日看診門診診察費加成：剛已說明，建議採彈性看診處理，因此沒辦法提高預算。
- (六)受刑人之醫療服務費用：移列其他預算。

## 鄭主任委員守夏

付費者代表版本，一般服務成長率 1.062%，比去年增加 1,023.4 百萬元；專款項目金額合計為 1,755.5 百萬元，比去年增加 71.1 百萬元；「一般服務+專款」之成長率 1.116%，比去年增加 1,094.5 百萬元。

元；加上透析成長率 5.358%，總成率為 1.620%，比去年增加 1,803.1 百萬元，總金額為 113,077 百萬元。請基層代表表示意見。

陳委員宗獻

要求暫停協商，我們需進行內部討論。

鄭主任委員守夏

請問需多少時間。

陳委員宗獻

20 分鐘。

鄭主任委員守夏

好，比照 20 分鐘。付費者代表委員剛很辛苦討論，現可先用餐，醫界是否需本會幕僚同仁協助試算？(醫界表達自己試算即可)

(醫界代表自行召集會議討論約 21 分鐘)

鄭主任委員守夏

請醫界代表說明西醫基層部門的共識方案。

蔡委員明忠

我們請陳委員宗獻報告。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻說明醫界的共識方案。

陳委員宗獻

謝謝各位委員的耐心，我們背負的責任，並非診所的利益，而是須兼顧 10 幾個專科別的生存，今年西醫基層浮動點值僅 0.8 幾，致使我們有很大壓力。剛我們內部很努力討論那些項目可縮減，讓付費者較能接受，基本上我們也釋出很大善意，將原來草案的協商因素成長率從 6.322%，調整為 4.170%。

一、一般服務項目：

(一)新醫療科技：成長率 0.249%，約 239.9 百萬，不含 Lucentis，

這是與付費者最大差距處，付費者編列 20 百萬元，僅能治療 274 隻眼睛，對我們壓力太大，我們這樣編列較合理。

(二)修訂藥品給付規定-擴大服務對象及內容：

1. Statins：並非新藥，也非治療規則的改變，而是使用人數變多。因使用量太大，致無法自行吸收，我們認為 0.726% 的成長率是有必要的。

2. Lucentis：財務的平衡及穩定是大家共同的責任，我們請眼科醫學會估算病患同意開刀治療的比例，建議編列 699.6 百萬元，這是在財務風險較小的安全範圍內。

(三)新增跨表項目：成長率編列 0.018%。

(四)調整支付標準(RBRVS)：成長率同健保署意見，0.135%。

(五)配合安全針具推動政策及結核病防治政策改變之費用：同意健保署意見，成長率分別為 0.004% 及 0.007%。

(六)慢性 B、C 型肝炎治療試辦計畫：列在專款項目。

(七)破傷風類毒素：成長率 0.010%，雖金額不是很多，但基於協商正義，象徵性地必須存在。

(八)特殊材料採每點 1 元之差額：成長率 0%。

(九)例假日提供醫療服務：成長率 0.403%。其具實質意義，將對急診壅塞問題有正面協助，且假日診所開診的成本相對較高，應有所反映。

(十)整合照護：成長率 0.532%。多重疾病患者在不同診所就醫，要將其醫療照護整合到一個診所，醫師提供整合照護須花費很多心力，提供誘因，是有必要的，對老人及慢性病患者也較公平。

(十一)護理照護：成長率 0.062%。是以婦產科住院的護理人力計算。

(十二)放寬耳鼻喉科局部處置申報率閾值：成長率 0.572%。耳鼻喉科醫學會並未反對其他專科醫師也可執行耳鼻喉科局部處

置，這項目我們做很大修正，從原欲放寬閾值至 20%，改為 5%，增加金額修正為 551.2 百萬元。

(十三)因就醫可近性提升，對就醫人數及費用成長之影響(含慢性病照護之增進)：成長率 0.686%。我們對慢性病醫療費用的計算已非常客觀，付費者代表、健保署認為非協商因素已可反映，然其可反映的空間並不大。

(十四)違反特管辦法之扣款：照往例處理。

綜上，一般服務成長率 4.981%，增加 4,799.8 百萬元。

二、專款項目：我們尊重付費者代表的建議方案。

鄭主任委員守夏

醫界代表的版本，總成長率為 5.014%(較 102 年度協定總額成長 5.298%)，較去年增加 5,579.6 百萬元，總金額為 116,853 百萬元；總成長率 5.298% 已超過行政院核定之成長率上限 4.450%。付費者代表有無意見？看起來，雙方差異太大，似無法再協商，如要送衛福部裁決，我個人意見希望維持以往慣例，成長率不要超過行政院核定上限值，也能保持兩邊的和諧，送這樣的版本恐會為難部長，但如真無協商空間，也只得兩案併陳。

侯委員彩鳳

大家既已花這麼多時間討論，不要什麼都要送衛福部裁決。我認為我們付費者這邊也稍微讓步，醫界大老們也不要心存僥倖，有時還是要各退一步。我認為鄭主委已很客氣，希望可與行政院所核定成長率上限 4.450%，不要差距太大。我們再討論一下，邱部長才剛就任部長不久，讓他好當一點，也希望醫界大老們能再考慮。

蔡委員明忠

一、謝謝鄭主委的關心及替部長考量，更謝謝侯委員彩鳳給西醫基層部門機會，我們也希望有談判的空間。但正如這期(528 期)天下雜誌的報導「大陸重金挖角 我的醫生不見了?!」大家真要省思台灣的醫療問題，台灣的醫療體系崩潰，非只五大皆空。

我今天要向所有委員報告，過去總額協商談判中，都給我們很不合理的成長率待遇。很謝謝主委的指示，4.450%是行政院核定的上限值，多年來我們一直在上限值之下，不只在上限之下，而是在下下下的情形已好幾年，如果點值再持續上不來，只有加速崩潰醫療產業。

二、醫師公會全聯會今天也發布一則聲明稿，對不正確的訊息做出回應。向所有委員報告，西醫基層總額在全聯會的領導之下，認真、戰戰兢兢地對每一分、每一筆預算做妥善運用，但長期以來收支不平衡及支付標準不合理，導致醫療體系崩潰。請委員們相信，18年來大家把醫療體系這樣處理，健保署也已被訓練成總額談判高手，基層總額醫療費用成長遠低於實際醫療費用之成長了。我們也很期望基層成長率不要超過行政院核定的上限值，但真的有困難。若各位委員覺得那些項目可再提出說明，我們非常樂意在接下來的時間中好好談。

三、再次謝謝侯委員點出一個重點，我們今天不只為部長，也為全民著想，這是我們當醫師應盡的責任。但回過頭來，醫療、健康是無價的，是需投入資金的。平均壽命延長背後所代表的含意是什麼，當我們到日本看到平均 90 歲的人，從 100 百萬人變成 500 萬人，那代表要花多少錢？台灣是用最低的醫療費用達到最好的醫療照護效果，期待委員能給西醫基層和醫院空間，謝謝。

#### 陳委員宗獻

主席，我能否再說明為何我們今年提的成長率和往年差距很大。其實我也在期待健保支付與分配方式能改變。Statins 與 Lucentis 並非我們要的，其成長率一定要編 0.726%是有原因的，Statins 會使病人數增加，而診所原並未以 Lucentis 治療黃斑部病變，現突然增加該項，財務風險讓我們害怕，我們剛也跟眼科醫學會討論，經計算後覺得還是有財務風險，如委員同意不讓我們措這個風險，把 Lucentis 預算編在其他總額專款專用，要編 1 億或 2 千萬元都沒關係，那項

目一拿走，我們的成長率就不會超過行政院核定的上限。

鄭主任委員守夏

了解。付費者代表這邊是否願意再提出相對的意見？

何委員語

- 一、今年我雖已第3次參加總額協商，但還是把我累得半死，像昨晚為研究資料僅睡4小時。我不知道其他委員怎樣想，這幾天看完資料後，覺得自己只是一隻雞翅委員，如果整體醫療費用是隻雞，我們僅是討論其中的1隻雞翅。在醫療資源缺乏下，我也一直用同理心來思考，如何能讓醫界與付費者都滿意。全國工業總會下面有150個行業，30年來參加很多會議，我都會問各行業怎麼樣，若還不錯的人就會說「還可以、馬馬虎虎」，如果回答「要沒飯吃了、很難經營」，我就知道這個行業已有危機。
- 二、這3年來我也一直拜訪、了解醫界，聽到很多很難生存的訊息，尤其基層診所。目前整個醫界型態是上面很大、下面則愈來愈小，當然愈小的空間就愈難經營。去年醫院未達共識送衛生署裁決時，工總和消基會都曾行文衛生署，當時考量不要讓署長難堪，故並未有很大反彈；今年我們已向衛福部表達，希望在總額協商完2~3週內，能安排付費者代表拜訪部長，希望在裁決前，能讓付費者理解擬裁決的方向及考量。我們尊重部長的裁決權，但若今年的裁決很偏離，一定會發動6大工商團體反彈到底。
- 三、台灣健保制度受到世界各國肯定，醫師是很戰戰兢兢在做，基層醫師也叫苦連天，這我都理解，我們也很支持醫界。付費者代表與醫界是否願意再重新思考，或可做不同面向的討論。我們很希望能滿足醫界的期望，但健保資源相當有限，也只能讓大家在不同意但可接受的範圍內來談。

葉委員宗義

我有個看法，96年鄭主委主持協商會議時，很希望能順利談成，不要送署裁決，因而開到凌晨。今天，主委還是很努力地想談成，我也是不願送衛福部裁決。我覺得剛才西醫基層的協商代表都很強勢，和以前不太一樣。宗獻兄多年來都和我們一起參與總額協商會議，依過往的開會經驗，是可藉雙方協商尋求解決方式，但今天在座的醫師好像都沒學過心理學，付費者代表中有4位女性，心是很軟的，再繼續討論應可獲共識，但你們卻非常強勢，我認為這樣不對，連牙醫等一下都要再回來協商。我們常在一起開會，是好朋友，因我年紀大，才敢說這話，抱歉。

侯委員彩鳳

你今天洩漏我們的天機。

鄭主任委員守夏

時間非常有限，我們已盡可能一再延長討論時間，之前會討論到那麼晚，是因當時並未像今天這樣，雙方有那麼大的差距。之前若有協商空間，我們會盡全力達成共識，但今天這種狀況我再會主持也沒用，例如我只要問蔡委員登順一句話，「你們願意讓步嗎？」，因剛由蔡委員宣布付費者方案。

侯委員彩鳳

報告主委，應先問我。我一直認為有人預設立場，我剛已在唸兩位大哥露出我們的底線，我覺得送衛福部裁決，只會害死邱部長。這次的氛圍和去年不同，現場有幾位醫界大哥和我們都很熟，如果兩造在主委主持下能各退一步，將會比較圓滿；如真要送給邱部長裁決，是會把他害死的。

陳委員宗獻

我覺得人過30歲，個性就不會變，陳宗獻真的沒變，我和以前一樣，不會因為誰或 situation(情勢)不同就有不同看法。剛已講過，因 Statins、Lucentis 的治療對象擴大，如果這兩項未開放，其他項目的成長率加起來僅 2.67%，不是 4 點多。這兩項對我們是不可承受的

重，無法承擔，Lucentis 編 2 千萬，萬一實際使用量達 5 億，我們要怎麼辦？兩項費用計算，都有科學證據。是否能將其移到其他地方，則我們其他項目成長率可再調整一下。

鄭主任委員守夏

請付費者代表表示意見，並請同仁將醫界版本之 Statins、Lucentis 成長率(分別為 0.726%)暫先扣除，改另外處理，成長率約可減少 1.5%，總成長率會變成 3.757%；付費者代表版本則為 1.620%，兩邊成長率仍有差距，說實話我個人覺得不容易，但若大家願意再考慮的話，我會尊重。

陳委員宗獻

對不起，這成長率是包含透析的費用，我們自己計算，沒那麼多，我一直以為我們成長率是 2 點多。

鄭主任委員守夏

你們再算一下，當然要含透析部分，請問付費者這邊有無意願再繼續談？有無需暫停協商進行內部討論？陳委員宗獻建議將 Statins、Lucentis 另外處理，其餘項目他們願意再談，是否與付費者代表的想法較接近？剛我提出兩邊成長率看起來仍有差距，若雙方願意再談，我們可繼續，先休息 5 分鐘讓雙方各自討論，也請把握最後一次討論的機會。

(中場休息 8 分鐘)

鄭主任委員守夏

各位委員、各位代表，請回座。不知是否有進展，先請付費者代表說明。

蔡委員登順

這是大挑戰，雙方差距很大，某部分我們願意再談，也期待某些項目成長率能再調降，才可將雙方差距拉近。有些項目看不出效果，才會給這樣的成長率，這是不得已的。請基層說明希望成長及願意

調降的項目是哪些？

鄭主任委員守夏

請說項目，例如那些項目願意再討論，就可試試看。

陳委員宗獻

Lucentis 是主要重點，也是風險所在，是否有解套辦法，它的確很特殊，很貴，一劑要 3 萬多元，3 劑要花到 10 萬元，如無解套辦法，就會卡在那裡。

蔡委員登順

目前因對其效果沒信心，故先編一些費用做看看，如效果很好，明年要再多編，我們會同意。

蔡委員明忠

我想主要的問題，大家在談醫學療效方面的疑慮。其實健保署經專業評估後覺得沒問題才會開放。目前是病人自費使用 Lucentis，一旦開放健保給付，就是會有後面衍生出來的費用。

陳委員宗獻

關於 Lucentis 的效果，無須質疑。參考國外文獻，外科和雷射都是沒有希望的治療，Lucentis 是有希望的治療，委員不用擔心，現要擔心的是我們財務上撐得住嗎？

謝委員武吉

讓我說一下好嗎，請健保署醫審及藥材組報告 Lucentis 的費用。

蔡委員明忠

其實我和謝委員武吉的看法一樣，健保署開放這藥，必定經過非常嚴格的把關，既然已經把關過了，委員是否須再質疑它的效果，這是第一個問題。第二，其費用貴的程度，不是我們能想像，到底該編多少錢，請健保署提出數據。如因擔心成效及爆量等問題，我建議列在專案。

陳委員宗獻

放在醫院或其他預算項下都可以。

#### 李委員蜀平

主席、各位委員，現在討論藥品，也請尊重，我已舉手 10 幾次。我覺得此費用應放在專款專案上，假設 Lucentis 的效果真的很好，好到能夠讓很多病人免於手術，屆時費用恐會增加很多，應該放在專款專案上。還有整合照護的效果顯著且方便病人能夠省時，又有更好的醫療幫助，應給預算，以上兩點報告。

#### 葉委員宗義

剛講到藥的問題，因我眼睛有問題，我對此特別有意見。剛才我請教過多位專家，包含吳醫師國治、沈組長茂庭，他們都認為其對糖尿病引起黃斑部水腫才有用，且是新發生的才有效，若是以前就有的則無效，所以使用量應有限。況且其他費用都在花了，眼睛疾病是很嚴重的問題，每個人都可能會面臨到，建議可在專款執行，大家互讓一步，應可獲解決。

#### 徐醫師超群

葉委員宗義的意見值得肯定，放在專款，一方面可減輕付費者疑慮，另一方面也可評估其執行結果、臨床上是否真的有效，也不會衝擊到西醫基層的預算。我覺得可考慮放在專款，先評估看看，若做得好，再移回一般服務。

#### 鄭主任委員守夏

付費者代表這邊有無其他意見？等一下請公正人士與專家學者表示意見。現在大家似乎有意願再談看看。

#### 陳委員錦煌

藥品這種東西，剛付費者代表提及是否有效，我請問各位，以腫瘤為例，有人在第三期、甚至末期仍進行化療，化療藥物相當貴，像愛寧達 2 支就要 8 萬元。我太太肺腺癌經化療後狀況不錯，但有人化療後還是過世，你要說是有效還是無效？這要如何評量，我實在是聽不懂，也搞不懂。葉委員宗義眼疾 20 多年，他關心 Lucentis

的效果，我剛問沈組長茂庭，他說1支3萬4千元，健保最多給付3支，之後就不給付，要自費。腫瘤不管是肝癌、肺癌還是其它癌症，健保有無給付？有啊！你們還是有申請健保給付，那種的費用才貴，都要8、9萬元，不是也在花？今日兩造協商，能不能照顧到民眾，才是重點，我當時會同意讓牙醫做牙周病照護，就是這樣的觀念。我是雲林人，當地只有4家醫院，開放後，診所也有在看牙周病，民眾就醫變得很方便，我的想法是這樣子。若要談有效醫療還是無效醫療，不然你告訴我那種藥物保證可治好腫瘤，我能說的就是這些。

#### 吳委員肖琪

第一次覺得很難發言，我不懂 Lucentis，在這種情況下，不曉得要用什麼論點來看到底要不要給付。我聽到這是新藥、新科技，之前已有給錢，大家說這項藥品費用太貴而不太敢做，從學者角度須看證據，抱歉，這部分我無法表達意見。如要付費者與醫界版本兩案併陳，建議 Statins 不要放進去，會比較好談，這是我的看法。

#### 謝委員天仁

今天會議資料，健保署對這部分的意見是空白的，付費者不可能比健保署更內行。醫界當然有醫界的講法，但我們的參考資料就是這樣，既然爭議這麼大，建議先擱一旁，先討論其他能調整的項目，才能往前邁進，不然一直卡在這，沒什麼意思。如這項談好了，其他項目都不能動，老實講就白談了，徒然浪費時間而已。我的看法是，爭議大的先擺一旁，爭議小的先處理，這才是談判的方式。

#### 鄭主任委員守夏

能否暫不談 Statins 與 Lucentis，我知道對醫界或許有點為難，因健保署已修訂公告適應症，但如能以行政管理的方式來管控，使用量應不會是難題。

#### 蔡委員明忠

向主委報告，這樣不行，這東西放在那地方絕對會造成行政訴訟，

已有案例了，不能開玩笑。

鄭主任委員守夏

如果爭執點還是在這裡，真的很難再繼續談下去。是否有其他方式？醫界提的 Statins 與 Lucentis 兩項成長率合計 1.452%，數值還滿大的，請教健保署，對醫界的擔心，你們能否預期或管控？

沈組長茂庭

Lucentis 的療效僅對新生的黃斑部病變有效，如是 2、3 年前發生的就沒用。此項藥品健保訂有事前審查規定，須經審查通過才能使用。去年基層大概用了 1 百萬元，今年 2 月開放，到 6 月則用了 274 萬元，半年增加 1 百多萬元，預估今年會有 5 百多萬元，很難想像明年會增加到 6 億，而且這疾病大多在醫院治療，基層如會增加 6.9 億，醫院可能要 69 億，很難想像一項藥可增加 70 多億。

蔡委員明忠

可把藥商出貨資料拿出來，就知道用了多少量，你們沒數據是因過去為自費品項。藥商出多少貨，就是實證。既然你們沒把握，我們也沒把握，為何還要放在一般預算？這是最簡單的原則。

沈組長茂庭

藥商出貨資料，還包含健保審核不合格、給付 3 針後須自費的部分等，故藥商的數據當然會比較大，但健保給付的並沒那麼多。

蔡委員明忠

你們因無法確定而提不出數字，如能確定就會寫出數據。既然不確定，在無法預估情形下，要編 1 千萬、2 千萬、5 千萬、1 億都可，就放在專款，用完為止，我們都沒任何意見，我們也不希望從 Lucentis 當中，讓基層有任何一分一毫的獲利，沒這必要。但應該是當用則用當給則給。

陳委員宗獻

我有個想法，Lucentis 不在基層做，可以嗎？診所的分布雖非常普

遍，但民眾到醫院的就醫可近性並不困難，如支付標準表列為 B 表，而非 C 表，這樣基層就不能執行，也可避免發生我們所擔憂的困擾。目前很多眼科醫師手上已有病人，已準備要做了。

#### 蔡委員明忠

我要替醫院講話，如真是這樣子，把病人全趕到醫院，我也覺得會增加醫院的負擔，不見得是正確之道。我今天不站在基層的立場，站在醫師公會全聯會的立場，Lucentis 不論在基層或醫院，都會有不可預期的因素，請健保署修正相關辦法，讓我們可管控其使用量。

#### 鄭主任委員守夏

現有兩個可能方案，一是列在專款項目，再來看它的利用量；另一是限制其使用或由健保署研擬管控方式，以免醫界擔心使用量會暴增，但若健保署無法提出，則不論擺在一般服務或專款項目，醫界可能還是會不放心；第三，我個人想法是，有多少錢就買多少服務，若付不起那麼多錢，是否就不要買那麼多服務。但問題是健保署已開放，付費者能否考慮先編在專款後評估其執行情形，如果付費者願考慮，後面就有希望談成。

#### 謝委員天仁

我要講的是，這個爭議是最大的，放在一般服務也是在西醫基層部門裡面，現在他們認為放在一般服務有風險，所以要放在專款項目，這是形式上的問題，並非大問題。大問題是爭議那麼大，是否應先擺一旁，等其他項目調整後再來解決這部分，如其他項目沒有談的空間，那一直談這部分是浪費時間。

#### 陳委員宗獻

其他部分可以談，講白點，今天看到牙醫部門的協商過程，令我驚覺到：如只有部分協調好，一定不會是我們的版本，當然也不會是付費者的版本，一定會有折衷，如協商順利，折衷很好，但最後若無共識，要以雙方最接近的版本送衛福部裁決，那就糟了，因我們已退光光了，退到只穿緊身褲，我們有這擔心。Statins，我覺得部

長應就他的專業、健保制度政策走向去思考，因這會影響到未來新藥或用藥規則改變時，要用什麼方式去走，這是部長的事情。Lucentis，如要編 2 千萬元放在專款，也可以。其他項目，我心裡自有底線。

#### 蔡委員明忠

向委員報告，我們本就想編在專款，但因健保署已公告，逼不得已才放在一般服務，並非是因在一般服務要不到錢，才轉到專款。行政訴訟即時會發生，接下來的問題怎麼辦？開放後糖尿病人有多少，新生血管會有多少，這都是可預期的，1 個人打 5 支，2 隻眼睛要 10 支，打下去後 1 個人要花多少錢，而且 1 年 1 次，不是今年用過後一輩子都無需再用，是每年都要用，重點在這裡，那是不得了的。且 65 歲以上糖尿病患有有多少人？糖尿病患者一定會造成視網膜血管增生的病變，都會需要用這藥，我們怎麼去告訴民眾，所以基層的擔憂不是沒道理的，但前提是健保署已公告。

#### 陳委員宗獻

我再講一句，Lucentis 本來我們預估要 10 幾億，已修改為 7 億，我們並不想在這地方占什麼便宜，或把這錢拿到其他地方用。我們剛問過眼科醫學會，他們估算就醫率 8 成，其中醫師說可打針的方式，無須雷射治療即可改善，會有 9 成病患接受，0.9 乘以 0.8 是 0.72，但我們僅用 0.7 來算。剛在閉門會議時又問過眼科醫學會，他們說不是每個人都會來看，這部分我們都已扣除掉。

#### 陳委員川青

請教眼睛黃斑部病變水腫，以前用雷射治療方式，會好嗎？

#### 吳醫師國治

不會好。

#### 陳委員川青

對這麼大的預算，應提供十足把握的研究報告供委員參考，但顯然你們是打游擊戰。既然從 100 年 1 月 1 日開始使用，至今應已有相

當數據才對；再說，黃斑部病變水腫，是剛發生的才有效，但療效到什麼程度，老實說你們沒把握，我們也不知道。

吳醫師國治

報告委員，我們有把握，我想健保署更有把握，因他們一定是經過非常成熟的評估才會開放，這在國外或台灣，都是有證據顯示是有效的，謝謝。

鄭主任委員守夏

一、Lucentis 處理方式可有兩方案：

(一)如沒效，就不要新增適應症，回到自費市場，這是一個可能性。醫界可提出這要求，該項成長率就歸回 0；付費者如擔心付那麼多錢而成效不是很明確，或可考慮這方式。

(二)或將金額縮小，並編在專款試辦 1 年。

二、以上兩案，雙方如覺得有可能，就往下談。一為沒付費能力且太貴，又擔心效果並不明確，就不要放寬，回到原來樣子，這是一個可能性；第二為採專款試辦 1 年後再評估成效。看起來醫界是有意願這樣做，付費者這邊意見？

蔡委員登順

我剛已表達，放在專款會引起未來的後遺症，每年新藥如有幾百種，每樣都要在專款而需專案列管，健保署會不勝其煩。今天這藥既然那麼特殊，大家已花那麼多時間討論，為解決問題，我們同意勉為其難放在專款，用 2 千萬元做看看，這樣成長率或可降下來。

鄭主任委員守夏

專款，付費者代表建議 2 千萬元，醫界這邊要放多少錢。

陳委員宗獻

我們沒意見，重點是不要掉下來，砸到別的專科即可。

鄭主任委員守夏

蔡委員登順建議 2 千萬元。

蔡委員明忠

先說明，2 千萬元是 274 隻眼睛。

蔣醫師世中

2 千 8 百萬。

蔡委員明忠

多一點，2 千 8 百萬元，做 300 隻眼睛好了。

陳委員宗獻

2 千萬是 196 隻眼睛。

蔡委員明忠

是 2 千 8 百萬，還是 2 千萬？2 千萬僅能做 196 隻眼睛，等於不到 100 位病人，如果 2 隻眼睛都要治療的話。

鄭主任委員守夏

沒問題，原是自費，現放寬，如覺得買不起，說不定明年全部收回，也有可能。今年先試試看，健保署已公告，在可管理範圍內先列在專款，不會給大家太大壓力。Lucentis 這樣處理可以嗎，Statins，是否也比照辦理？醫院部門並未提此項，西醫基層這邊…。

陳委員宗獻

醫院有提。

鄭主任委員守夏

醫院與西醫基層部門皆有提 Statins，要如何處理，還是要比照醫院部門先不給，當然醫院代表的立場是一定要給的。這項要先擱置，還是要比照放在專款項目。

蔣醫師世中

Statins 是給付規定及治療準則的改變，低密度膽固醇的值從 130 變成 100，引發出新增 30 萬的病人。

鄭主任委員守夏

這就是放寬適應症，跟剛 Lucentis...。

謝委員天仁

它不是新藥，為何會增加 30 萬人次？

鄭主任委員守夏

其非新藥，只是放寬適應症，致適用對象增多，似乎不適合放在專款。這項會跟醫院同步，醫院因剛沒機會詳談而未有共識，現大家願意詳談，是否還有意願談這塊？剛 Lucentis，付費者已釋出善意，這塊是否先不談，先談其他可拉近距離的項目？其中差距較大的是，就醫可近性這項，醫界提 6.6 億元，能否盡量拉近？

蔣醫師世中

多年來慢性病在西醫基層的就醫可近性是無庸置疑的，但它所引發出來的費用確實是很高，成長率差不多 6-8%，醫院也是一樣。慢性病造成我們點值下降，今年第 2 季某些區已是 0.85，單人口結構的成長率與新醫療科技成長率是無法反映慢性病件數與醫療費用的成長。

鄭主任委員守夏

付費者代表這邊有無意見？我知道吳老師肖琪研究很多相關議題，先請學者專家表示意見。

吳委員肖琪

付費者同意編列這項成長率，是考慮偏鄉增加的就醫需求量；但若醫界用慢性病增加為由，就無法拿到錢了，因其在非協商因素裡，每個年齡層的費用，如 70 歲有 3 種病的占 10%，現 70 歲者增加了多少人，錢都已給進去了。另外一個，慢性病問題是出在如病人有 3 種慢性病，是給 3 位醫師看，剛陳委員宗獻說像這樣個案我就不收，是好的，因開始往整合方向走；若 3 種慢性病就給 3 遍的錢，以後我們會付不起，故如以慢性病增加為由，可能會拿不到錢，我只是提醒。

陳委員宗獻

慢性病這部分，要看更早以前歷史，基層從 90 年下半年實施總額，剛開始都有另編慢性病的預算。第 1 年慢性病成長率 18%，第 2 年 20 幾%，第 3 年也有 10 幾%，後來吳主委凱勳跑到台中去找我，他說不能再繼續下去，西醫基層會受不了，應回到一般部門去，故基層的歷史是這樣。我的報告中也特別提出人口因素，老人愈來愈多，非協商的人口因素，有人為的調整，即藥價調整，而調的多為老人，如 75 歲以上老人費用從 1 萬多變成 0 時，是整個成長率都會跑掉，因是用一個年度的人口比例和下一個年度的人口比例，乘以某個年度的費用...

鄭主任委員守夏

陳委員，現是在協商，你們願意降多少。

陳委員宗獻

這樣喔！

蔡委員登順

主席，吳教授剛已講得很清楚，我也講過 N 次，每年給的非協商因素成長率，6 年已給 50 幾億元，不是沒給錢，對不對，平常你們就要做內部的調整，我們對四總額部門都是同樣的主張，並非單對你們。在人口結構改變率都已算進去了，每年都還提出這項目，真的是很浪費時間。就醫可近性，本來就是要讓病人方便，這是基本要件，沒什麼好談的。若我們給 1 億太少，可再談要增加多少，不能你們要 6 億元，我們就一定要給到 6 億。

鄭主任委員守夏

付費者這邊表達得很清楚，請問醫界這邊可降多少？

陳委員宗獻

我先報告一點，慢性病的部分，我們有對高血壓、高血脂等慢性病的用藥重複率做管控，甚至還做到跨院所，能節省的都已盡量在節省。

鄭主任委員守夏

到底要多少？(西醫基層部門未表示意見)，好，再來是「放寬耳鼻喉科局部處置可申報率閥值」，付費者代表是 0，醫界是 5.5 億元，也是差距很大，是否再拉近些？

陳委員宗獻

我們建議把耳鼻喉科這項成長率縮小，慢性病這塊再增加些成長率。

鄭主任委員守夏

請直接給數字，耳鼻喉科局部處置這項成長率要從 0.572% 降到多少。

謝委員武吉

主席，我看其他預算明天再討論好了。

鄭主任委員守夏

還未討論到那裡。

謝委員武吉

我未卜先知，先知總是寂寞的，其他預算明天再談了。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻提出擬修正的成長率。

陳委員宗獻

當初耳鼻喉科醫學會提議放寬閥值到 20%，我們已自動調降到 5%，實在無法再降了。

鄭主任委員守夏

那就醫可近性提升這項成長率 0.686%，是否還有調降空間？

蔡委員明忠

跟主委報告，西醫基層部門剛討論過，依目前我們所提的方案，要我們再調降有實際上的困難，也期望所有委員能針對這個問題再做考慮。

侯委員彩鳳

事實上，這個答案我們早就知道了，只是再給你們一個機會而已。

蔡委員登順

那就協商到此，回歸雙方各自原始方案吧！

鄭主任委員守夏

- 一、我的職責是儘量拉近雙方版本的差距，但現在還是很大，目前有二個可能性，一是 Lucentis 仍用最初版本，則差距更大，一是用目前討論的版本，Lucentis 放在專款，縮小到 2 千萬，我建議是用現在看到的這兩方案來送部長裁決。
- 二、健保署有無特別意見？(健保署未表示意見)付費者代表是否還有意見？(無委員表示意見)好，謝謝侯委員彩鳳的努力，我們已十分賣力希望能促使雙方達成共識，但很遺憾，最終未有共識。若部長要怪罪的話，也只能說我們盡力了。
- 三、西醫基層的協商到此結束。

蔡委員明忠

再次謝謝侯委員彩鳳，努力促成雙方再討論，我們西醫基層永記在心，謝謝！

鄭主任委員守夏

健保署希望一股作氣，今天把其他預算談完。接下來進行其他預算的協商。請同仁於螢幕上呈現其他預算項目，並請健保署逐項報告。

謝委員天仁

主席，不建議以 Lucentis 放在專款的版本送部，應以原始方案送部，為一項藥品開了一個缺口，之後會沒完沒了。

鄭主任委員守夏

所以是用雙方最初的版本送部嗎？請幕僚再跟西醫基層確認。目前付費者代表建議以最初的版本送部，付費者代表與西醫基層部門建議之總成率分別為 1.620% 及 5.014% (都為校正投保人數後的成長

率)。

陳委員宗獻

是將 Lucentis 的 2 千萬元放在一般服務項目嗎？

鄭主任委員守夏

回復到侯委員彩鳳建議我們再談一次時的版本，即我們現在討論的這 1 小時內容，因無共識，都不算。

莊委員志強

我認為像 Lucentis 這麼貴的藥品，若真的有療效，按照醫界的說法，是每年都需要這麼多費用，希望健保署日後在開放類似新藥時，務必要審慎評估。不能開放卻不編列預算，降血脂藥物也是一樣，降低適應症標準，卻不給預算，要健保會委員來背書。日後若要開放新藥，健保署應先將預算編足，不能再這樣做。

鄭主任委員守夏

同意，當作附帶決議。

沈組長茂庭

這部分我要補充說明，因本署我們還是定期在做藥價調整，類似的問題過去也討論很多次，如：藥價調整後的節餘款是否要扣回等，後來的決議是這部分的錢不扣除，但新藥放寬給付的部分，也不再增加費用，這是有過去歷史背景因素存在的。

蔣醫師世中

抱歉，我再補充一下，今天若藥價有調降，點值應會維持在一定水準以上，若未調整則會影響到其他醫療項目的點值，因其會擠壓到診察費、診療費與其他服務的點值。今天若因藥價調整，可把診察費提高到每點 1 元，醫界也不會這麼痛苦地在這邊請求說：拜託給這個藥、拜託給這個錢，連要調整支付標準，我們也都不奢求，但問題是今天診察費的點值才 0.85 啊！

沈組長茂庭

依本署統計，去年總藥費是負成長，尤其西醫基層是負 4 點多%。

蔣醫師世中

雖是負 4 點多%，但整體的…。

陳委員宗獻

如統計 10 年的資料，就會知道實際狀況了。我認為莊委員志強的建議非常有建設性，我建議健保會明年應處理這種特殊狀況，如新藥、適應症放寬的標準、原則、優先順序，這真的是健保會的職責。

鄭主任委員守夏

基本上，藥價的議題不論是在現行的虛擬藥品總額，或是藥價調查與調整，過去已討論過相當多次，但如有需要，健保會還是會面對這問題，但究應如何做才是最好的方式？若要學日本，日本已做了 50 年，藥品合理利潤是 2~6%；我們做了 14 年，進行 7 次藥價調整。是否向日本看齊，可能要等我們資料較齊全、有較充足的經驗後，再來討論。

謝委員天仁

最近聽到很多風聲，請問西醫基層代表，今天中午是否已去見過部長？這樣的話，我們要跟部長講，未來在總額協商會議前，不應接見任何醫界部門代表，以免造成協商的困難。

蔡委員明忠

在此跟主委及所有委員報告，西醫基層代表今天中午都在健保署，絕對沒有任何人去面見部長。

陳委員宗獻

我們可說出今天中午便當的菜色。

蔡委員明忠

請記錄下來，最近幾天，西醫基層部門絕沒去面見邱部長文達，最近只看過黃署長三桂。

鄭主任委員守夏

一、這樣也好，大家把疑慮澄清，不要有流言蜚語。

二、西醫基層部門的協商到此結束，接下來請健保署報告其他預算部分。

蔡委員明忠

主委，我能否將剛才向您報告的內容發給各位委員？

鄭主任委員守夏

可以。

蔡委員明忠

謝謝！

鄭主任委員守夏

接下來請健保署報告其他預算部分。

## 伍、103 年度總額協商－「其他預算」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

接下來進行其他預算的討論，請同仁迅速整理會場，並請委員就座，請健保署說明。

林副組長阿明

主席及各位委員，接下來由我來逐項報告，第 1 項是醫療給付效益提昇計畫...

謝委員武吉

還有幾位老委員在外面等，不等他們進來嗎？不等就算了啦，我們回家好了。

鄭主任委員守夏

先休息 2 分鐘，工作同仁趕快去請委員進來。

(休息 2 分鐘後)

鄭主任委員守夏

好，時間差不多了，工作同仁趕快調整座位，請委員入座，加上協商代表位子也夠嗎？好，那現在開始其他預算的討論，先請健保署說明。

謝委員武吉

老委員很認真在外面等，也沒人去請。

鄭主任委員守夏

我知道年長的委員都十分認真。現在請健保署報告。

林副組長阿明

一、第一項是山地離島地區醫療給付效益提昇計畫，102 年的預算是 6.039 億元，建議 103 年增列 150 萬元，主要是為配合衛生福利部推動「電子病歷互通應用」政策，希望鼓勵這些在山地離島地區的醫療院所，透過衛生福利部電子病歷交換中心(EEC)

查閱到病人資料，以掌握病情，並減少跨院重複醫療浪費。每次鼓勵 50 元，預估約需要 150 萬元，建議 103 年編列 6.054 億元預算。

- 二、第 2 項是非屬各部門總額支付制度範圍之服務，計畫項下包含助產所、護理之家照護、居家照護、精神疾病社區復健、安寧居家療護等服務，102 年的預算是 37.14 億元，103 年建議編列 37.68 億元，主要是考量全民健保高診次民眾就醫行為改善方案也屬於居家照護，因此建議於 103 年併同這個項目辦理，原經費 5,400 萬元也一起移列。另外，103 年為推廣精神病患社區復健，擬適度調整居家訪視費，預計增加 3,600 萬元。還有，為落實安寧居家社區化，也會增加約 1,000 萬元，兩者合計約需 4,600 萬元，但因為 102 年的執行率僅 66.7%，因此仍在原預算 37.14 億元內勻支，不另新增經費。
- 三、第 4 項是支應罕病及血友病藥費、器官移植、西醫基層慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費；額外再增加狂犬病治療藥費，編列 1 億元，用於遭動物咬傷並經核准使用之治療人用狂犬病疫苗，及免疫球蛋白之藥費，以防止狂犬病之發生。
- 四、第 5 項是推動促進醫療體系整合計畫，102 年的預算是 9.5 億元，建議增加 5,000 萬元，全年編列 10 億元，預算用於現有的醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫 5 億元、論人計酬試辦計畫 3 億元，及新增提升急性後期照護品質試辦計畫 2 億元。新增的提升急性後期照護品質試辦計畫，以腦中風病人及骨科置換髖關節病人為主，希望用本專款建構急性後期照護模式與病人垂直整合轉銜系統，在治療黃金期內立即給予積極性之整合性照護，使其恢復功能，以減少後續再住院及後續醫療費用。
- 五、第 6 項是其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費，維持 10 億元，並未新增。
- 六、第 7 項是增進偏遠地區醫療服務品質計畫，102 年所編列經費是 5 億元，增編至 8 億元並移列至醫院總額專款項下，其他預算則減列 5 億元。

- 七、第 8 項是新增計畫，為因應即將實施之 ICD-10-CM/PCS 編碼，編列 5,000 萬元，凡健保醫療院所以 ICD-10-CM/PCS 編碼申報住診案件達其每月申報住診案件之 50% 即給予獎勵。
- 八、第 9 項也是新增計畫，為鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施及避免病患重複醫療及浪費，因為目前 IC 卡查詢的速度不夠快，以致醫師在診間不一定會去查詢病人檢驗的資料，103 年編列 22 億元，希望逐步提升醫療院所網路頻寬，以利院所即時迅速查詢病患於不同院所間之相同就醫資訊，如用藥、檢查、檢驗等資訊，確保民眾就醫安全。另考量不同層級院所之看診規模及查詢效率，採企業型網路頻寬，依醫療院所規模從 2M 到 10M 不等，以漸進實施及專款專用方式辦理，相信未來相關的查詢效益可以提升。
- 九、第 10 項是提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫，這個計畫預算自牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院總額部門的專款移列，並且包含鼓勵院所至矯正機關提供收容人醫療服務之獎勵費用 8,000 萬元，全年經費 14.045 億元。另考量特約醫事服務機構，配合矯正機關需求以餐包調劑藥品，需額外投入成本約 320 萬元，擬在不增加預算數前提下，酌予調整藥事服務費。
- 十、接下來是慢性腎臟病照護計畫，102 年經費為 4.04 億元，用於腎臟病末期(Pre-ESRD)之預防性計畫及病人衛教計畫、初期慢性腎臟病醫療給付改善方案及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵等計畫，103 年將併入醫療給付改善方案，所需費用仍維持。
- 十一、接下來是移列的項目，配合健保會評核會議所提建議，原編列在西醫基層及醫院總額部門項下之醫療給付改善方案整合後移列至其他預算，所需費用額度不變，但仍編列在原部門專款項下。
- 十二、最後一項是醫療資源不足地區改善方案，這個部分也是依據健保會評核會議所建議整合，自牙醫門診、中醫門診、西醫基

層、醫院總額部門移列，所需費用額度不變，但仍編列在原部門專款項下。

鄭主任委員守夏

接下來我們用詢答及協商同時進行的方式來逐項討論，先請付費者代表表示意見？(未有委員回應)如果沒有，請問醫界代表這邊是否有意見？

郭代理委員正全(翁委員文能代理人)

如果付費者代表這邊沒有意見，建議就以健保署的意見為意見。但對於第 7 項增進偏遠地區醫療服務品質計畫，付費者是希望移列到醫院部門下編列 8 億元，但我們建議仍維持在其他預算項下，不要移列。

謝名譽理事長文輝

那是健保署希望移列到醫院部門的。

郭代理委員正全(翁委員文能代理人)

但是我們不同意，預算額度可以編列 8 億元，但是不要移列到醫院部門，建議繼續維持在其他預算項下。

鄭主任委員守夏

好，瞭解。醫院部門同意預算編列 8 億元，但是反對移列。各位委員還有沒有其他意見？

謝委員武吉

一、第 5 項推動促進醫療體系整合計畫，在議程資料第 69 頁上，幕僚註明新增醫院垂直整合方案未實施，其實這已是連續 2 年未實施，到底是什麼意思？請主席繼續看到第 72 頁，102 年度的預算核定事項，上面寫明預算是用於醫院以病人為中心門診整合照護計畫、論人計酬試辦計畫及新增醫院垂直整合方案，寫得很清楚。再看到第 74 頁，101 年度的核定事項，醫院垂直整合方案，依衛生署政策要求，其執行計畫應確實達到整合的

目標。

- 二、監察院的黃監察委員煌雄，這幾年很關心全民健康保險的發展，在全民健康保險總體檢報告，以及他在各處的演講中都不斷強調垂直整合的重要性，認為是非常好的概念，一定要去執行，但為什麼健保署今年編列時就獨漏這項，這是國家 102 年的政策，竟然敢違背，我只能說佩服！現在怎麼辦？

鄭主任委員守夏

各位委員還有沒有其他意見或回應？請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、我沒有要回應謝委員武吉的問題。我要說的是第 4 項計畫有包含支應狂犬病治療藥費，但狂犬病是法定傳染病，應該由國家專案來處理，不管是預防也好，隔離也好，依法都應由疾病管制署編列公務預算來辦理，不應該用到健保的費用，現在健保的餅已經越來越小，為什麼還要列在健保的計畫項下？這部分還是請衛生福利部疾病管制署自行編列才對。
- 二、另外，還有一個我覺得很重要的計畫，第 8 項的 ICD-10-CM/PCS 計畫，就我的瞭解，健保署是規劃在後(104)年 1 月 1 日開始執行，可是現在還有很多醫院根本沒動作，尤其是小醫院，他們甚至不知道 ICD-10 跟 ICD-9 的差異在哪？他們以為只要系統改幾個字就可以做，但如果這樣，將來要如期實施是大大有問題，因為實際上並沒有那麼簡單。現在編列預算當然很好，可是當不知道如何做的醫院比知道的多很多時，恐怕這個預算就算是加倍，也不一定能做好，若以現在擬編的 5 千萬元預算，我可以跟各位保證，絕對沒辦法有效執行。以上兩個意見給大家參考。

鄭主任委員守夏

謝謝楊委員漢淙的提醒。我們先處理人用狂犬病疫苗的問題，今天疾病管制署的顏組長哲傑也在場，請說明狂犬病治療藥費的內容。

顏組長哲傑

- 一、主席及各位委員辛苦了，今天真的是很長的會議。在這邊跟大家報告，狂犬病是 50 年前的傳染病，已經許久都沒有案例，但是最近卻突然爆發疫情，一夕之間有很多事情需要應變。如同前面幾位委員所提，狂犬病是法定傳染病，所以實驗室人員、還有在山野間的巡山員，都會因其工作場所，而暴露在被感染的風險下，應對其施行的保護預防措施，當然都是屬於疾病管制署的職責範疇，應該由我們來負責，但今天建議要納入健保給付的項目，是屬於暴露後的治療，例如之前有犬隻遭到鼬獾咬傷，在隔離後死亡，經檢驗後發現是感染狂犬病致死，這些是以前都沒有的問題，也是野生動物抓咬傷後的風險問題。目前傳染病防治諮詢會預防接種組(ACIP)委員在收集國際文獻後，已完成增訂「疑似狂犬病動物抓咬傷臨床處置指引」將風險定義出來，遭到動物咬傷後的風險很大，要防止其發病，因為只要一發病，百分百會死亡。
- 二、因應國內野生動物狂犬病疫情，對遭到野生動物抓咬傷的民眾，建議要在黃金時間處理，以免之後有感染到狂犬病的風險。現在因為風險已經很清楚，人用狂犬病疫苗及免疫球蛋白就是必備的藥物，對傷口的處理很重要而且也有分級，並不是所有個案都要注射，有流血或是僅表皮抓傷的處理方式不同，必需由醫師按照「疑似狂犬病動物抓咬傷臨床處置指引」進行臨床處置，這些處置完全都是治療。
- 三、另外，有關案件量的部分，在早期還很恐慌的時候，每週約有 600 件到 700 件病例，現在已經下降至每週約 250 件左右，因為風險越來越清楚，而且動物的預防注射覆蓋率也越來越高，預期未來的病例數還會繼續下降，我們每週都有監測的資料，今天所談到納入健保給付部分，主要是要防止被動物抓咬傷後，變成狂犬病感染的案例，所要做的治療。但如果經診斷，是疑似狂犬病的案例，其觀察或隔離費用都是疾病管制署要負責，但爾後台灣就是疫區，民眾還是會有風險，所以剛才所談

都是從治療的角度來看，以上報告。

林委員錫維

- 一、對於鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施，請健保署說明，是每一年都要用 22 億元，或是 22 億元就可以把整個系統建置完成？原則上，我不是不同意，但是需要瞭解，這 22 億元是每年都要，一年可以全部用完，還是一年其實用不完，需要分一年，還是二年用，編列的原則是什麼？如果要漸進式完成，為什麼一次要編 22 億元，分年編不可以？一定要編 22 億元嗎？當然我們希望資訊更透明，看病更方便，這些以前都已經探討過，大家也都同意，但這項業務真需要用到 22 億元嗎？請健保署說明。

鄭主任委員守夏

等一下請健保署說明，有幾位委員舉手，先請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

- 一、關於疾病管制署所提出狂犬病疫情需要的疫苗費用，我們都很關注這個疫情，但認定這是疾病管制署主政的業務，應該由公務預算編列，不應該挪由健保的費用項下支出，所以，基本上我反對這筆錢編在這邊。
- 二、另外，為鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施，需要補助院所建置寬頻的費用，剛才說明是漸進式辦理，請問漸進式是多久，是一年還是兩年？如果是分年完成，為什麼預算是一次編列 22 億元而不是逐年編列？

鄭主任委員守夏

請謝名譽理事長文輝。

謝名譽理事長文輝

- 一、對於疾病管制署的說明，我完全不能認同，現在的證據顯示，如果在黃金時期注射疫苗治療，就不會發病；但如果不注射，可能會發病。所以你怎麼可以說，治療流程中，醫師如果有懷

疑，就幫病人注射疫苗；沒有明確證據就不注射，但是如果沒注射，病人發病又會死亡。照這個說法，黃金時期的治療費用尚未證實是，疾病管制署不用付錢；治療後不會發病無法證實是狂犬病，所以也不用付錢；如果疑似案例發病死掉，雖然證實是，但死了後，沒有什麼費用可付，你們也還是不用付錢；所以這三階段可能都不用付錢啊！天下哪有這麼好康的事。所以，我認為只要是醫師懷疑是狂犬病，而且進行了治療，就是疾病管制署應該要認的帳，不然，我們也不要處理好了，哪有人這樣賴皮呢？這樣子的講法是不對的。

二、現在景氣很差，剛才長官也都看到，協商的時候，付費者委員代表全力的幫民眾把關，努力捍衛，醫院講到眼淚要掉下來，也沒辦法說服。全國民眾付費也付的很辛苦，結果你們還忍心把這種本來可以正大光明編列的預算，塞給我們這些可憐人，實在讓人聽不下去，所以拜託，不管是狂犬病還是肺結核，請用公務預算編列。這種全國都關心的議題，不會有人不支持，立法院也不會有人反對，拜託不要來搶健保的資源。

鄭主任委員守夏

請楊委員漢淥。

楊委員漢淥

一、剛才疾病管制署的說明，我可以了解那並不是狂犬病的治療，而是為遭到動物咬傷後防止其變成狂犬病案例的治療費用。以該署原應負責的預防或觀察隔離費用，不管是被狗咬到還是豬咬到，不一定就會感染，但在黃金期要先治療，不過現在的描述方式一定會造成誤解，應該要調整說明文字。

二、下面還有一項用於矯正機關的預算，請問這是類似行為矯正所需的費用嗎？像是戒藥癮之類。

曲委員同光

健保不給付任何戒癮所需的費用，這邊所講的是被保險人在監獄裡的醫療費用。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

下午談到的痰塗片陽性個案所需經費 2,400 萬元，其實跟這邊狂犬病的項目一樣，都是法定傳染病的範疇，應該由公務預算編列，在醫院總額部門討論時，我們已表示不同意列在醫院總額，再一次請求將這兩個項目列到其他預算項下。

謝委員武吉

如剛才吳委員玉琴及其他幾位委員所提，不管是狂犬病還是肺結核，都是疾病管制署的業務，不應歸在健保的預算裡面，不用花太多時間，直接刪掉就好。

謝委員天仁

- 一、狂犬病治療藥費是名稱的問題，改一下也許還可以掩人耳目，或是將計畫本意的涵蓋進去。
- 二、第 5 項推動促進醫療體系整合計畫中，醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫，從資料上看，好像醫院也會挑病人，執行的效益並不是太好，所以，我認為預算上應該要做點調整。我比較在意的是論人計酬這個試辦計畫，從 101 年起試辦 3 年，從我們的角度來看，認為值得考慮多編一點錢，而健保署好像是先求有，再求大或者是好，但我們認為現在是太小了，我的建議是在 103 年的預算中寬列經費，然後好好去發展。現在已有家庭醫師整合照護計畫等整合型的方案在執行，再加上論人計酬計畫，希望都會有好的成果，尤其在非都會區，是不是能把區域或是相關團體都擴充一點，這樣在執行上可能會比較有發展，當然都會型或許是沒有辦法，但無可能在 103 年寬列到 6 億元？

鄭主任委員守夏

接下來請學者專家，請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

我想請教，新增的提升急性後期照護品質試辦計畫，會開放給哪些

醫院執行？這個計畫跟論人計酬試辦計畫一樣，都算是有考慮到垂直整合的概念，但如果這個計畫開放給區域醫院，我個人不認同。在美國急性後期照護都是在醫療費用比較便宜的社區醫院或護理之家進行，為的是取代在醫院可能產生的昂貴費用，所以如果這個計畫要開放給區域醫院，我就不會再支持。

#### 謝委員武吉

- 一、剛才我提到，新增醫院垂直整合方案 2 年都沒有執行，現在要怎麼辦？
- 二、另外呼應吳委員肖琪的看法，就我瞭解，提升急性後期照護品質試辦計畫是腦中風醫學會幫忙擬訂的，再由很了解健保制度的人幫忙修改，結果健保署把原來在診所可以做的，改成要區域醫院做，所以說這根本是個失敗的計畫，乾脆就刪掉不要。我還聽說這是部長交代的計畫，如果是這樣，健保署應該把內容改好一點。

#### 謝名譽理事長文輝

- 一、對於謝委員天仁所提的論人計酬，其實那是大家的夢想，很多學者也主張最後要走到論人計酬，這個沒有錯，那是天堂，應該要這樣。但很不幸，健保署沒辦法大聲告訴大家，這個計畫要寬編到 6 億元或 9 億元。雖然希望全面實施，但那有一定的困難度，因為目前我們還在地上 1 樓，卻想直接跳上大樓頂樓，差了中間的階梯，夢想再好，沒有本事拿也沒用。而且論人計酬試辦計畫，自開始以來就不斷修改指標，改到大家想放棄。剛才說希望把預算寬編到 6 億元，其實我也是很想申請那些預算，但就是沒辦法。
- 二、謝委員武吉質疑為什麼 101 年及 102 年度醫院垂直整合不做，如果有做，外界就不會質疑健保署違法或健保法第 43 條沒有落實，以及不推動分級醫療。現在因為沒有做醫院垂直整合，分級醫療變成空中樓閣。我們要認清事實，論人計酬之所以推不起來，就是因為醫院還沒有整合，只要逐步落實分級醫療，相

信總有一天可以走到論人計酬的境界。

鄭主任委員守夏

現在已經快要 10 點，但謝名譽理事長文輝仍然中氣十足，我們大家也繼續加油。

蔡委員登順

3 位謝委員都是一樣的。

謝委員天仁

我很敬佩他口才這麼好，我不敢提早走，因為祖先有交代，做事要認真一點。垂直整合的觀念，基本上值得支持，但我要講的是，運作方式有點怪，從上面的醫院派一個醫師到地區醫院去看診，錢卻從這邊支付，有點卡卡的。我們希望分級醫療，也希望轉診的制度落實，但外面有人說，補助的錢都被地區醫院賺走了。

謝委員武吉

地區醫院沒有辦法因此賺到錢。不好意思，打斷你，好像不夠尊重。

謝委員天仁

我知道，其實你比較內行，但從外面人的角度來觀察，此事似乎就會有這個問題，所以如果有其他方案對分級醫療、落實轉診制度有效，則不必然一定要是垂直整合方案。有好方案拿出來，同樣都姓謝，我會支持。

謝名譽理事長文輝

一、回應謝委員天仁，醫院垂直整合方案之所以連續 2 年都未實施，是健保署醫管組的長官說提不出方案，地區醫院就很有責任感的提出方案，但不能不做還批評人家。我們先提出一個簡單的方案，因為現在還沒有分級醫療的基礎，所以須從學步期開始，第一步就是由醫學中心鼓勵醫師到地區醫院，好處是，以前我們草屯的病患，要到台中的醫學中心看病，就得坐車或包計程車去，如果有 40 個患者去看醫學中心的醫師，就會有 40 個家

庭要奔波，但如果在草屯就可以看到醫學中心的醫師，這 40 個家庭就可免於奔波，社會成本就能降低。

二、再者，剛才說台大的病床很難等，小醫院的占床率低，可是如果大醫院的醫師可以到小醫院駐診，患者也會比較有意願在小醫院就醫或住院。而且，地區醫院也須有所付出，醫學中心的醫師到地區醫院，假設一次是 7,000 元，我們上次提的方案，好像一次是 4,000 元或 5,000 元，意思是說地區醫院需要自付另外 2,000 元。

三、第三，醫學中心的醫師到地區醫院看診，因為其專業能力很高，例如心臟科的醫師，就會需要為其準備心臟超音波的儀器，因此，地區醫院除了每次要自付 2,000 元外，也可能還要再投入幾百萬元購買設備，但對地區醫院來說，可以說是鯽仔魚釣大鰻的效果。醫學中心的醫師願意來幫忙，地區醫院改善了設備，只要一直投資下去，大醫院的醫師就會繼續來，除非將來他去大陸，否則不可能停。所以很小的投資，讓地區醫院有好的醫師，好的設備，這樣分級醫療就出來了。結構改變後，民眾也會願意留在地區醫院就醫，不用到處去求診，大醫院的醫師看到地方上有固定的病患來源，也可能在當地生根，不一定要留在大醫院工作，這樣就是以小投資換取高報酬效果。

鄭主任委員守夏

謝謝！我們明白了，但講得多不一定會贏。接下來，請張院長克士。

張院長克士

一、各位委員好！目前推動促進醫療體系整合計畫，應該還是醫院以病人為中心門診整合計畫最具規模，但從作法上來看，其實都還只是院內科際間整合，主要是藥品的整合，不能算是真的醫療體系整合，這部分尚未跨出第一步。謝委員天仁及吳委員肖琪所勾勒的夢想，不管是論人計酬試辦計畫或是提升急性後期照護品質計畫，都需要醫療體系整合作為前提，沒有這個前提做配套，其實這些試辦計畫就很難成功。

二、謝名譽理事長文輝、謝委員武吉以及本人在南投、員林及高雄分別有不同的整合經驗，之前也在醫院雜誌上分享過。我們整合的方式，各有其主軸，有的是院內的科際整合，有的是醫院間互相調派醫師，但最好的是民眾可以留在社區，就不必像到大型的醫學中心，會有一號難求或是一床難求的現象，對民眾來說，就醫很方便，可近性很高，花費也沒有增加，否則去醫學中心部分負擔更高，但這是一個開始而已。其實這種跨體系整合是很不錯的，像我們中區的台中榮總掛號很困難，可是現在員林的病患，透過這種方式可以看到榮總主任級的醫師，對醫院及病人都是很大的加分，是很值得推廣的方式，而且所需費用也不多，更重要的是，論人計酬試辦計畫或是提升急性後期照護品質計畫都跟醫療體系整合有關，必需建立在這個架構上。

鄭主任委員守夏

請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

醫療體系整合是必要推動的，這幾項試辦計畫都是很好的構想與理想。過去我年輕的時候，曾經在國外花相當長時間學習論人計酬及HMOs(健康維護組織)的運作，可是回到國內，都不敢拿出來討論，因為我們病人的就醫過於自由，如果一下要去規範，有很大的難度。所以，編些預算沒有問題，但將來這是健保署要去執行的計畫，如果編了很多預算，執行面卻無法跟上也不好，恐怕也需要預留一點彈性，因為不是每個計畫都可以順利推行。如果過去順利推動，幾年下來就不會是今天的規模。

鄭主任委員守夏

現在時間已經是晚上 10 點，再接受一位或兩位委員的提問就結束，不然時間太晚了。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

- 一、剛才謝委員天仁提議，希望寬列論人計酬試辦計畫的預算到 6 億元，就我的了解，這是一個為期 3 年的先驅型計畫，目前才實施到一半，所以即便是增加了經費，也沒有醫院可以再加入。如果要增編預算，是不是應該等這一期結束，再討論是否增編，而且目前這個計畫的期中報告還沒出來，結果怎麼樣也還不知道，所以建議等這一期的試辦計畫結束後，再來評估可能比較適當。
- 二、剛才吳委員肖琪所提急性後期照護品質試辦計畫，我不了解為為什麼會特別提到需要排除區域醫院，因為就算包含了區域醫院，其他須辦理下轉後才拿得到經費。錢也不會都留在區域醫院這個層級，所以我認為應該先看計畫內容再來討論較為恰當。

鄭主任委員守夏

最後請何委員語。

何委員語

- 一、剛才謝名譽理事長文輝講得非常有精神，但是因為台灣地域跟人群結構的關係，在美國研究的方案，回到台灣就不一定可以實施的很理想。剛剛談論的醫院垂直整合方案，因為台灣人的心理都是希望找名醫，所以當有大型教學醫院的醫師到小診所看診時，只要宣傳出去，大家就會跑來，當然是因為這有吸引力。分級醫療為什麼實施至今仍然不理想，是因為台灣人口太密集了，在很短的距離有很多種不同層級的醫院可以選擇，那你要如何分級？在台北市，大家生病都想跑去台大、榮總，再來才是馬偕或是北醫，不一定會去隔壁的診所或是地區醫院，變成整個區域的關係。但是我認為，像醫院以病人為中心門診整合照護計畫，台大金山分院的案例就很成功，為什麼，因為他是台大，又剛好在東北角的區塊裡，做起來就很成功，而台北市的耕莘醫院，與台大醫院一比較就會有些差距，這也是沒辦法的事。垂直整合會因為人口、地域及醫院密集的關係而有所影響，如果台大的醫師到南部去，就一定會很轟動，那也是

沒話說的。

- 二、論人計酬計畫也是同樣的道理，因為整個區域的醫院太密集，現在論人計畫內的病人會跑來跑去，不像大陸或是美國地方那麼大，一個範圍內要找到一家醫院，可能開車要一小時，所以他們推動的效果會比較好。我認為現在醫院以病人為中心門診整合照護計畫推動後，其實也已經有一些成果，不是全然沒有。謝委員天仁主張將來可以走向論人計酬的制度，但因為台灣的特性，不是那麼容易。現在論人計酬試辦計畫已經推動，我建議還是繼續維持3年3億元，等3年後計畫結束，再評估如何做最理想。
- 三、因為下半年健保署可能會再安排委員去參訪醫院以病人為中心門診整合計畫，到時候相信大家會有更多心得。現在建議趕快逐項討論下去。

鄭主任委員守夏

- 一、這樣最好，我們就一項一項來看。第1項，剛才沒有人問，通過。第2項也沒有人提意見，通過。第3項就是併入第2項，也沒問題，通過。
- 二、第4項，依疾病管制署代表的建議，請同仁在核定事項加註「狂犬病治療藥費係用於防止狂犬病，被動物咬傷患者之治療。」。也謝謝楊委員漢淥幫我們說明，這並不是治療狂犬病的費用，而是為了擔心被動物咬傷的民眾，演變成狂犬病所做的預防。但是對確實罹患狂犬病的民眾，治療及隔離費用都是疾病管制署要負責，與健保無關，所以這邊名詞要先修訂。

謝名譽理事長文輝

所以，若還沒有被懷疑為狂犬病，就是打這個疫苗；但是如果已經是疑似狂犬病，就應該是由疾病管制署負責治療。

鄭主任委員守夏

就我的瞭解，這部分健保署與疾管署會去拆帳。

顏組長哲傑

不好意思，我再補充說明，因為被動物咬傷，並不會立刻發病，而會有一段潛伏期。潛伏期是我們擔心之所在，因為一發病就來不及了，所以跟在美國一樣，醫師會判斷是否應該予以注射這個疫苗，有一個指引，不是隨便用的，相關的資訊都已經放在網站上。

謝名譽理事長文輝

所以，意思是說如果醫師判斷應該打才會打，如果判斷不需要，就不會用嗎？以前被狗咬，從來也沒有請過錢。

何委員語

還是應該編列！現在很多人飼養寵物，寵物也可能會咬自己的主人。

謝名譽理事長文輝

我不是不同意編列，但這是法定傳染病，一定要分清楚才行。

沈組長茂庭

我們一定會嚴格把關。

鄭主任委員守夏

- 一、這個項目是專款，金額相對小，也容易監控，是否就同意編列？  
(未有委員表示反對)好，第4項通過。
- 二、第5項推動促進醫療體系整合計畫，請健保署說明。

謝委員武吉

剛才有寫新增醫院垂直整合方案，現在為何麼沒寫？要編多少億元？

鄭主任委員守夏

醫院垂直整合方案剛剛有人贊成，有人反對，請吳委肖琪表示意見。

吳委員肖琪

- 一、醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫，因為效益沒有符合預期，額度應該要調整一下，其他符合效益的就可以繼續辦。
- 二、至於急性後期照護品質試辦計畫，再次提醒，如果是給區域醫

院辦，以後恐會出現很大問題，這一點我是反對的，我說的是區域醫院，沒有講地區醫院。

鄭主任委員守夏

健保署不放醫院垂直整合方案應該有理由，剛才何委員語也提到，過去有試過，但沒有成功，是不是因為台灣就是跟人家不一樣，我也不知道。過去健保署沒有試辦，是不是因為有什麼困難？

謝委員武吉

連試都沒試過！明年開始試吧！

鄭主任委員守夏

大家有沒有意見？健保署有沒有意見？

黃署長三桂

要多少錢可以做？

鄭主任委員守夏

大家有沒有意見？

黃署長三桂

整個計畫現在是 10 億元，就全部包在裡面。

楊委員漢源

是不是括弧裡的額度參考就好，不要明寫。

鄭主任委員守夏

這一項授權健保署提計畫在健保會委員會議討論，因為我們會追蹤。如果沒有提，時間過了，預算就收回。

黃署長三桂

急性後期照護品質試辦計畫，以 100 年資料顯示，90% 以上腦中風疾病病人集中在醫學中心或區域醫院住院，以現行病人就醫習慣如果直接送去社區醫院，可能病人不會接受，初期先由區域及社區醫院一起做，建立醫病信心，所以這個計畫還是由社區醫院及區域醫

院一起辦理。

謝委員武吉

黃署長，你們健保署的改變太大，改來改去，會不會結果社區醫院不能參加？

黃署長三桂

我保證社區醫院一定可以參加。

謝委員武吉

那費用就不明寫嗎？

謝委員天仁

不要再講了，讓健保署去規劃，再報健保會委員會議。

黃署長三桂

請授權本署，我們會合理規劃。

鄭主任委員守夏

把四個計畫項目名稱列出，到時候再到健保會委員會議報告。再來第6項其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費，沒有意見就通過。第7項增進偏遠地區醫療服務品質計畫也是通過。

郭代理委員正全(翁委員文能代理人)

不對！醫院不同意。

鄭主任委員守夏

不好意思，醫院這邊是反對將增進偏遠地區醫療服務品質計畫移出，而付費者委員是要將這項計畫預算移到醫院部門。

謝委員武吉

協定事項已經寫了。

謝委員天仁

如果付費者委員的版本有列，這裡就應該要移出。

鄭主任委員守夏

好，就搭配付費者方案說法。再來第 8 項 ICD-10-CM/PCS 編碼，剛才楊委員漢淥已經提醒，5 千萬元夠不夠用？這部分請健保署參考。第 9 項鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施，是一年要編足，還是分年列？請健保署說明。

黃署長三桂

報告委員，22 億元是我們最寬鬆的估計，因為這是要實報實銷，還需要跟中華電信議價，做多少報多少，但最多就是這個額度。

謝委員天仁

祝你們成功。

干委員文男

最快何時可以來報告？

黃署長三桂

等簽約以後就到健保會報告。

鄭主任委員守夏

好，就等有明確的進度時到健保會報告，這邊先編預算，例如 2 年之後驗收，這樣也表示有經費在，這樣可以嗎？

楊委員漢淥

主席，有關第 8 項 ICD-10-CM/PCS 編碼計畫，是明年度的預算，其實明年是準備的最後一年，5,000 萬的額度，對絕大部分還沒有開始準備的醫院而言，要他們動起來，恐怕是不夠的。

鄭主任委員守夏

- 一、再加 5 千萬作為訓練費用夠嗎？如果這樣比較有把握的話，增加 5 千萬元，也請健保署注意，這是開辦前一年的最後衝刺，花一點錢，多做教育訓練及衛教，把準備工作做好。
- 二、再來是第 10 項提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫，剛才沒有委員反對，那就同意。最後移列的醫療給付改善方案

及醫療資源不足地區改善方案，也是同意。還有其他意見嗎？

李委員蜀平

主席、各位委員，補充資料第 28 頁有提到關於醫院行政人員的費用，是不是可以在專案計畫這邊提出？增列項目有沒有可能？

鄭主任委員守夏

那一塊還是讓健保署先去評估討論。

謝委員武吉

主席，我來補充一下，好不好？因為在醫院診療作業裡面，有分為前端作業人員及後端作業人員，前端人員指的是醫師診療、護理人員服務等相關作業；而後端作業人員就包含像是備料、病歷、資訊、費用申報、財會及保全人員等等，尤其像現在醫師經常被打，保全一定要有，但這些人員通常都被醫院視為米蟲，難道健保會應該如此歧視這群人嗎？是應該的嗎？

鄭主任委員守夏

不應該，如果有比較明確的內容，請在健保會委員會議提案討論。

謝委員武吉

今天是討論費用，但健保署並沒有提出！

鄭主任委員守夏

報告謝委員武吉，這個議題從來都沒有在委員會議中提出或討論過，健保署沒有提一定有其理由或考慮，如果有需要討論就提到健保會委員會議，委員可以提案，這類似我們以前曾討論的洗腎成本，大家會有不同意見，所以需要先提案，如果有決議，健保署才能編。

謝委員武吉

請問現在的決議是什麼？請公正人士也說一下。

鄭主任委員守夏

您的提案是明天委員會議的補充資料，現在還沒有談到，所以並不

是現在討論的 11 個項目中。現在臨時提出，實在不知道應該如何處理這個臨時動議，您認為適合加在哪一項？。

謝委員武吉。

可以另立一項醫院行政人員的相關費用啊！加 1 億元還是 5 千萬都沒關係！

鄭主任委員守夏

各位委員，有沒有意見？

陳委員錦煌

沒有意見。

鄭主任委員守夏

各位委員，請各位委員再注意聽一下，現在謝委員武吉要新增第 12 項計畫，請問有沒有人附議？(無人回應)。大家都已經累了，請問付費者委員有沒有意見？

吳委員玉琴

明天再說(多位委員附和)。

謝委員武吉

我還有力氣繼續再戰下去，而且這個議題是在她說之前提出的。

鄭主任委員守夏

一、請付費者代表，再多給 2 分鐘時間，謝委員武吉提臨時動議，要加第 12 項，有沒有人附議？(未有委員回應)

二、大家都累了，剛才有委員說要明天再談。

干委員文男、吳委員玉琴同時提問

臨時動議內容是什麼？

鄭主任委員守夏

內容就是剛才謝委員武吉所提的，醫院的後勤行政人員也要加錢，有沒有人附議？

謝委員天仁

不行啦！這開玩笑。

吳委員玉琴

不行。

鄭主任委員守夏

好，付費者委員有不同意的，這部份要先在委員會議討論。各位委員，還有其他意見要提出嗎？

謝委員武吉

那我就集結醫院行政人員走上街頭，在委員會議的時候，到樓下包圍，丟鞋子抗議。

謝名譽理事長文輝

國父革命也是 10 次才成功。

何委員語

你要帶新的鞋子來丟，不能用舊鞋。

謝委員武吉

不只要丟鞋，鞋子上還會加料。

鄭主任委員守夏

好，現在時間已經超過 10 點 15 分，今天會議到此結束，謝謝各位委員，明天早上請準時出席。

## 陸、103 年度總額協商－「牙醫門診總額」第二次協商及「其他未盡事宜」與會人員發言實錄

柯執行秘書桂女

各位委員早，經過昨天魔鬼戰鬥營，大家精神都還不錯，今日委員會議應該會順利的召開並結束。現在委員人數已經過半，請主席召開今日的委員會議。

鄭主任委員守夏

各位委員，各位列席人員及幕僚同仁，大家早安。昨天的議程不算非常順利，但也還好，在晚上十點半以前結束，沒有特別差。昨天已完成其他預算的部分，依照行程，還有個其他未盡事宜，所以尚未進入今日委員會議前，先詢問是否還有協商的其他未盡事宜需要提？請牙醫部門陳醫師彥廷發言。

陳醫師彥廷

牙醫部門希望就昨日協商內容再繼續溝通，雙方意見已經很接近，是否可以再次協商？

鄭主任委員守夏

請問付費者委員是否有意願再花些時間協商，拉近兩方差距建立共識？(付費者委員表示同意)。既然兩邊都不反對，其他的醫界代表及學者專家也同意，則暫緩召開今日的委員會議，延續昨日協商會議當作補充。現在進行方式，牙醫部門代表陣容沒有昨日那麼龐大，就使用現在的座位安排，不需移動。

柯執行秘書桂女

請幕僚同仁趕快呈現牙醫部門方案及付費者方案。

鄭主任委員守夏

請牙醫部門先對昨日的差異進行說明，就差異點看兩邊是否有再考慮的餘地。請牙醫部門的代表發言。

劉理事長俊言

- 一、我們建議將牙周病統合照護計畫第 1 和第 2 階段費用編列 680 百萬元，原編列到第 3 階段費用，少編列中間的 3 千萬元。不足的數目將由一般預算支應。只是名義上會集中。因為現行第 3 階段在執行率上僅達原有的 6 成，事實上我們一定需要補不足之數。因為現在執行率是 78%，所以我們一定要補這數目。但是同一個原因，我們補足就可以。若第 3 階段未達 7 成以上，原來撥過來的 3 千萬就追回，這是牙周病統合照護計畫部分。
- 二、有關牙醫特殊服務計畫部分，因費用沒有增加，又新增發展遲緩兒部分，我們希望能再增加 2000 萬元，讓我們可以把這件事情做好，以上。

鄭主任委員守夏

請同仁直接寫下金額或成長率，請大家看數字，付費者代表是否同意？原來牙醫特殊服務計畫，付費者方案為 423 百萬元，牙醫部門為 443 百萬元。牙周病統合照護計畫(第 1、2 階段)付費者方案為 600 百萬元，牙醫部門還是 680 百萬元。請幕僚同仁把有改的地方標出來，這是牙醫部門的新方案，可否請付費者代表表示意見。請謝委員天仁。

謝委員天仁

本來我們希望牙周病統合照護計畫(第 1、2 階段)能調降，現在所提雖然沒有調降，預算由第 3 階段來勻支，也就是第 3 階段降低了 3 千萬元，付費者委員本來在意及擔心第 3 階段做的量是否會不足。這是專案，如果做的量不足，無論再怎麼勻支，也沒有受到任何影響。現在牙醫部門願意釋出善意，保證達到牙周病統合照護計畫第 3 階段最低的量，若沒有達到，願意把原來從牙周病統合照護計畫第 3 階段挪到第 1、2 階段的 3 千萬元，再挪回第 3 階段。牙醫部門建議的方案本身符合付費者委員原先的想法，這部分我們可以接受，但要註記第 3 階段及第 1、2 階段的執行條件。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁看一下現在螢幕上的註記，是否這樣就可以。第 1、2 階段的目標數至少 10 萬人，第 3 階段全年經費 194.6 百萬元，並註記其中有多少由一般服務移列。付費者委員同意這樣註記嗎？

謝委員天仁

好像不對吧？第 3 階段全年經費應該為 164.6 百萬元，並註記若提供服務量未達 7 成比例，則從第 1、2 階段的 3 千萬元移回第 3 階段。

柯執行秘書桂女

請問此備註要寫在第 1、2 階段還是第 3 階段。

謝委員天仁

這應該是合在一起的。第 3 階段量不足時，移至第 1、2 階段的 3 千萬元須再移回來第 3 階段。

柯執行秘書桂女

請幕僚同仁寫在螢幕上，請委員參看螢幕文字。

鄭主任委員守夏

請各委員參看螢幕，原來爭執是第 1、2 階段醫界希望預算多一些。付費者委員認為太多了，重點應該把預算放在第 3 階段，現在雙方各讓一步，也就是第 1、2 階段預算先編足，但是第 3 階段要做到某個程度。第 1、2 階段有點像一般預算，第 3 階段沒做到目標數，則第 1、2 階段的經費須再移回。請委員看備註條件是否符合，第 3 階段全年經費為 164.6 百萬元。若第 3 階段提供服務人數未達 7 成，應由第 1、2 階段預算移 3 千萬元至第 3 階段。

張科長溫溫

提供一下意見，第 1、2 階段若目標為 10 萬人且全部達成，第 3 階段就要 3.2 億元。若達 7 成也要 2.24 億元。所以 2.24 億元與 1.64 億元之差距不止 3 千萬元，若未達 7 成只回撥 3 千萬的話，那還是不夠，若不足可能還是要以浮動點值或是由一般預算支應。要先寫清楚，不然還是會有不足的情形。

陳醫師彥廷

我們原先提第3階段全年經費194.6百萬元，只有滿足6成的預算。本來就知道需由一般預算支應，若現在要支應到百分之百，則中間還有很多費用的落差，現在3千萬元是可以讓計畫做到6成以上，這3千萬元係支應這部分。若沒有做到就沒有了，第1、2階段為合併使用，備註已寫預算若仍不足，則由一般服務支應，所以現在的不足的部分本來就是由一般預算支應。。

張科長溫溫

這3千萬元也是嗎？

陳醫師彥廷

對，本來就合在一起了。

柯執行秘書桂女

備註就寫在一起，不用分開了。

陳醫師彥廷

備註可否明確寫第3階段服務量未達7萬人次以上，就把預算追回。

柯執行秘書桂女

7萬人。

謝委員天仁

請問健保署這樣作業上會不會有問題？第1、2階段目標要10萬人，第3階段擔保7萬人。

鄭主任委員守夏

請蔡主任秘書說明。

蔡主任秘書淑鈴

一、不同階段有不同意涵，第1階段做檢查；第2階段做治療；第3階段做評估，評估是否真的讓牙周病人的牙周囊袋減少，若有減少就給予鼓勵。要看結果應該看第3階段才對，如果第1、

2 階段量衝高，超過 10 萬人，但第 3 階段的結果都沒有達到，那也只是衝量而已，所以當時設計兼具這樣的精神。現在預算的編法，好像在保障第 1、2 階段量的部分預算要足夠，感覺第 3 階段又變成非常保守，我建議這三階段的費用要兼具。現在第 1、2 階段預算不足要從一般服務支應，第 3 階段專款應足額編列。

二、我們建議第 1、2 階段 10 萬人，第 3 階段至少要維持現在的報告回復率，約為 7 成。如果希望報告率要再提高的話，就應該要比 7 成還高。所以第 1、2 階段整體若不足，就要從一般服務來支應，不要浮動點。

謝委員天仁

請問牙醫部門的意見為何？

陳醫師彥廷

一、有關牙周病統合照護計畫第 3 階段，原只編列 6 成預算，我們保證做到 7 成以上。原來不足部分就由一般預算支應，一般預算不是只有支應第 1、2 階段不足的部分。各位委員應沒聽我們說過執行會不到目標數。事實上我們執行率都超過 100%，所以牙醫部門試算數字時，沒有想過執行數會有不足的問題。

二、牙周病統合照護計畫第 3 階段，確實有部分治療未達到預期療效，這是本來就存在的事實，會有一定比例的療效不如預期。牙醫部門對於牙周病統合照護計畫第 3 階段之未完成率本來就有控管，未達到的院所都會予可輔導。牙周病統合照護計畫第 1、2、3 階段，我們都認為預算是不足的，對於不足的部分，都會由一般預算支應。

蔡主任秘書淑鈴

備註部分可以寫在一起，不需要寫成兩段。這樣反覆寫反而會造成操作困難。現在文字有直接又有間接，第 1、2 階段不足的部分由一般預算支應，第 3 階段不足部分由第 1、2 階段移回來，這變成循環，

也造成操作上太複雜。

謝委員天仁

專款的錢原則上不能流用，除非有特別約定。我們特別約定不是為了流用，特別約定例如協商牙周病統合照護計畫第 1、2 階段 6.8 億元，牙醫部門認為減少預算可能會有問題，所以付費者代表才同意由第 3 階段移 3 千萬元去補，意思就是說我們同意的第 1、2 階段預算為 6.5 億元，而 3 千萬元是由第 3 階段挪過來，若沒達到目標數我們就要求牙醫部門挪回來，所以不可能兩者之間去流用。現在牙醫部門同意第 1、2、3 階段，不足的部分都由一般預算支應，那所有問題就都解決了。本來擔心的是第 3 階段的量會不足，既然牙醫部門有這樣的承諾，我就認為沒有問題。

鄭主任委員守夏

請各委員看螢幕上註記的部分，將第 1、2、3 階段的要求條件寫在一起，預算若不足，由一般服務預算支應。第 1、2 階段的目標數要達成，第 3 階段要維持 7 成。

謝委員天仁

後面文字沒有寫出來，若第 3 階段服務量若未達到 7 成，要如何調整。

鄭主任委員守夏

就在螢幕上，第 1、2、3 階段預算若不足都由一般服務預算支應。備註第 1 點是講預算，第 2 點是講目標數。

謝委員天仁

與付費者委員所提方案看起來相同，但其意旨有些出入，還是要將付費者委員的意旨烙在文字上，應描述預算是如何移動。

鄭主任委員守夏

將備註文字倒過來，讓第 2 點變成第 1 點，所以第 1 點為「第 1、2 階段照護目標數 100,000 人，第 3 階段目標數 7 萬人。」第 2 點為

「預算若仍不足，則由一般預算移列。」

陳醫師彥廷

現在強調不是預算不足，而是我們沒有達到目標數時，原來從第 3 階段移 3 千萬元到第 1、2 階段的部分要追回的意思。雖然比較麻煩，但保持這樣的機制比較有誘因。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

我認為還是要把後面那段文字寫上，「若第 3 階段提供服務人數未達 7 成，同意由第 1、2 階段預算移 3 千萬元至第 3 階段。」本來專款項目本身為各自獨立，一般服務支應為一般服務支應的問題，實際上運作還是要呈現這效果出來。

鄭主任委員守夏

這樣就恢復到左邊框框原先的寫法，「若第 3 階段提供服務人數未達 7 萬人，應由第 1、2 階段預算移 3 千萬元至第 3 階段。」只是依剛剛健保署說法，這 3 千萬元跟原來設定的會不足，一定會不足。只要協議文字的寫法，健保署能計算就可以。

張科長溫溫

建議第 3 階段用原來的寫法，後面再加上「由第 1、2 階段移回 3 千萬到第 3 階段，若有不足仍由一般預算支應。」這樣意思就和謝委員天仁的意思一樣。

鄭主任委員守夏

這樣寫法是最清楚嗎？

陳醫師彥廷

對，不會造成錯誤。

何委員語

參考一下不同的敘述，第 1、2 階段完成 10 萬人，預算 6.8 億元。  
第 3 階段預計完成 70%，不足的部分由一般服務支應。

鄭主任委員守夏

現在再看一次螢幕上文字，第 1、2 階段照護目標數至少 100,000 人，  
第 3 階段服務人數應達 7 成以上。若第 3 階段提供服務人數未達 7  
成，應由第 1、2 階段預算移 3 千萬元至第 3 階段。預算若仍不足，  
則由一般服務支應。這樣就把各位委員意見納入。付費者委員這樣  
可以嗎？這樣應該也符合何委員語的要求。

謝委員天仁

可以。

鄭主任委員守夏

醫界代表同意嗎？健保署這邊可以運算執行嗎？

張科長溫溫

這樣可以，謝謝。

鄭主任委員守夏

還有沒有其他的？

陳醫師彥廷

還有牙醫特殊服務計畫。

鄭主任委員守夏

牙醫特殊服務計畫付費者委員原先同意全年經費 423 百萬元，並同  
意將早期療育患者納入照護對象。還不清楚預算怎麼執行，不過這  
是專款，應該還好。請問謝委員天仁對於牙醫特殊服務計畫有無意  
見？

謝委員天仁

牙醫特殊服務計畫有增加早期療育，醫界代表在金額部分也有所退  
讓，協商本來就是有進有退，既然醫界代表有調整，我們也同意增

加 2 千萬元，變成 443 百萬元。

鄭主任委員守夏

請問健保署若加上早期療育在執行上有無困難？

蔡主任秘書淑鈴

牙醫特殊服務計畫這部分，原先適用身障，現在加入早期療育。早期療育的範圍很大，若只增加 2 千萬元，我們會再和牙醫團體好好研究，看如何增加，避免影響到原有障別的服務。因此，有關早療要納入的條件，可能另外再議定。

謝委員天仁

若擔心這問題，則可以在增加的金額上指定用途，限定用在早期療育部分，這是一個可以考慮的做法。

鄭主任委員守夏

原來給身障的部分不動，新增加 2 千萬元是給早期療育的個案。至於早期療育個案如何定義，請健保署、牙醫部門與早期療育團體議定。也許可以排優先順序，早期療育個案不同年齡層能力不同，就用 2 千萬元試辦早期療育的部分，請同仁寫在備註。現在確認總成長率與總金額。總成長率預估值為 1.580%，增加金額為 596.5 百萬元，總額預估值為 38,354.7 百萬元。付費者委員及醫界代表是否同意？這就是我們有共識的方案，牙醫補充協商就到這邊結束，謝謝大家。還有無協商未盡事情需要提的？請楊委員漢淙發言。

楊委員漢淙

一、從昨天一直坐在這邊，聽到討論很多藥品適應症的開放或者藥品的開放，比如昨日西醫基層很堅持爭取 Lucentis 藥品預算。我就覺得很奇怪，因為健保法 26 條，很清楚規定若保險人有增減給付項目、調整給付內容或改變給付標準，則保險人應該要提一個計畫，估計會對財務影響多少。而不應該是我們來說這需列專案，要補充多少預算，這樣有點奇怪。健保法已經訂的很清楚，這藥品已經很明確地影響到用藥基準，增加了給付項

目，本來不給付的藥品現在要給付，而這錢要醫療提供者自行吸收，製造醫病之間的衝突，這有點怪異。是否應該要回歸法律，看程序上該如何做。若沒有準備這些預算，這項目就應該先暫緩實施，若硬要實施就會造成很多的反彈。

二、我昨天一直想，為什麼西醫基層一直對 Lucentis 藥品始終很堅持，我也不知道 Lucentis 是什麼藥品。同仁問我醫院怎麼沒有提？我也不知道為何醫院沒有提。因為從來沒有人跟我說 Lucentis 一年需要多少量，需要多少預算。我只知道 Lucentis 需要事先審查，而且審查很嚴格。很多醫院為了方便行事，就叫病患自行負擔。現在還是有限制的給付，並不是完全給付。有限制的給付到底條件為何？昨天談要新的糖尿病患引起之黃斑部水腫，一年兩支、三支、最後又不給，聽到後面都聽不懂。健保署不能這樣做，丟出一個問題讓我們傷腦筋。

鄭主任委員守夏

請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

一、我要附議剛剛楊委員漢濼的發言。例如 Statins 降血脂藥物，其適應症放寬，原本 130mg/dl 才可以用，現在 100mg/dl 就可以用。也就是現在很多人可以用，這時應該要估盛行率，換算下來會增加多少錢，這錢應該要如何處理。不然平心而論，若說這是新藥新科技，假設今年給 10 億元，而之前藥價調降說降了 5 億元，共有 15 億元，但過了兩三年後，就會忘記當初實際是加了 15 億元，而只會看到帳面上新藥新科技多了 10 億元。現在說新藥新科技就是在這裡，但是我們也搞不清楚什麼在裡面、什麼不在裡面。如果要把所有新藥一一拉出來，就表示當初新藥新科技不應該給到 15 億元。以上數字我只是舉例，現在給到 15 億元，就是指所有的東西都在裏頭。

二、我們應該要很明確地去思考 Statins 降血脂藥物使用標準從 130mg/dl 降到 100mg/dl，則一般人口群有多少人適用。昨天講

到牙周病有 900 萬人，我嚇一跳。900 萬人若每個人都要花費 1.5 萬元，那需要多少錢。一樣的我們也要思考 Statins 從 130 降到 100，這藥需要吃多久，若需要一直吃下去的話，以後保費應該怎麼收？二代健保為收支連動，昨天講藥物，我才知道藥物與藥品不同。藥品以前每點 1 元在立法院被壓入文字中，但本來說都應該要浮動。現在不止藥品，連材料也保障每點 1 元，那我們要如何控制費用，所以這點我非常贊同楊委員所提意見。現在既然是收支連動，談的時候，就應知道每一塊支出要增加多少錢，甚至於昨天提到每位藥師門診要處理 100 張處方箋，目前有 3 億多筆的門診，那應該要聘多少藥師。這只算門診，住院都還沒算。每位住院藥師若是處理 40 張處方箋，那要多少藥師。

三、我們都沒有計算就這樣喊價，從學者的角度，我非常的害怕。昨天下午談眼科的部分，1 劑 3 萬元，需要 3 劑，若是一輩子都要打下去，越打要越密集，我們保費是否負擔的起？說真的，我們要很理性去思考現在和以前不一樣，現在是收支連動，特別提出說明一下。

鄭主任委員守夏

暫停一下，我們先將協商結束，然後再進入委員會議談，否則不知委員會要開到幾點。不要像以前一樣，餐廳的菜都放到冷掉，那時再去吃就沒有味道了。相信昨天開會一整天，各位委員的心得相當多，我們先進入委員會議再討論。所以還有無協商未盡事宜？現在是在協商未盡事宜，若沒有就直接進入委員會議。

楊委員漢源

一、對不起我再發言一下，這雖然不是很明確再談論哪個部門，但若現在就結束協商，那以後要怎麼處理。不是哪個醫療體系或機構一定要把這些藥納入，但現在醫療提供者等於是被動的，是受害者。衛生福利部訂了很多規定、計畫，例如 B、C 型肝炎計畫，大家可能不知道以前病患需要用很長的針穿刺到肝

臟，如果是你會不會怕？我是很怕。現在改用抽血就可以了，當然想接受這類藥物治療的病患就會暴增。

二、Statins 降血脂藥也是一樣，以前標準比較嚴格，現在降到 100，大家都可以使用。現在的飲食習慣，會讓大家多少有些血脂偏高。放寬血脂用藥的政策不是我們訂的，也未經過協商，就從健保署交過來。好像從健保署交過來我們就要執行，但也要考慮不能這樣擠壓執行單位，造成付費者與醫療提供者對立，因我們面臨到的壓力不同，錢的部分還是要解決。醫療提供者需要這麼多預算，但付費者委員通通不給，是要叫病患不要來？還是要叫病患自費？這些應該要先釐清楚。

謝委員天仁

主席，程序問題。請各位委員尊重主席對會議的指揮權，不然會議無法進行。這些事情等進入委員會議都可以談。

蔡委員明忠

我們絕對尊重主委對會議的裁量權，但因為我們所提的內容與後面總額協商確認會有關連，所以這時候要提出來。我想要回應一下吳委員肖琪的講法，以下的話也講給新委員知道。

謝委員天仁

抱歉，剛剛已經提了，這可以在委員會議時講，為何現在要講，為何一定要現在講呢？剛主席已做了裁量。

蔡委員明忠

因為委員會議不能決定我們最後的協商談判版本。

謝委員天仁

等一下還可以再講。

鄭主任委員守夏

對不起剛剛沒有講清楚，接下來的委員會議就是要確認各部門昨日的協商結論及附帶決議，其為委員會議最重要的工作，只是確認後，

就不再重啟協商。所以現在若仍有協商未盡事宜，就重提出，就像剛剛牙醫部門，再問一次，有沒有還須做協商的部分？不然就進入委員會議了。請何委員語。

#### 何委員語

時間的關係，我就很簡短發言。我對醫療很外行，每年都要被虐待兩天，我們也很痛苦。我在這裡提出第一個原則，總額協商是不列單項藥品協商，從過去到現在，不就單一藥品協商。建議醫界改為糖尿病患者初發眼睛黃斑部重症特殊用藥治療方案，是否改這個名稱，不要單列藥品，而說這是治療黃斑部重症。這藥對於已經發生很久的也沒有效，這應該是初發性黃斑重症才有效。例如 B、C 肝治療方案，而非寫 B、C 肝治療的藥品出來讓我們通過。

#### 鄭主任委員守夏

以後都有改進的空間，基本上二代健保法是新的法，健保會是新的組成。在健保會以前有總額支付委員會、共管會議，現在叫做共同擬訂會議，其實很多東西都有改變。我相信資深委員，談判這麼多年，知道以前好的就繼續，以前有不好的，純粹只是喊價，很糟糕的，就盡量有新的數據來支持哪一邊的講法。這樣對健保會的幕僚或是健保署的同仁要求比以前還要多，我想大家意思都是一樣的，只是協商困難度比起以前高。現在就結束協商未盡事宜討論，進入委員會議。