

全民健康保險醫療費用協定委員會
100 年度全民健保醫療費用總額協商
暨第 163 次委員會議事錄

中華民國 99 年 9 月 10 日至 9 月 11 日

全民健康保險醫療費用協定委員會
100年度全民健保醫療費用總額協商暨第163次委員會會議紀錄

壹、時間：中華民國99年9月10日上午9時30分~9月11日下午12時30分

貳、地點：中華民國農訓協會天母會議中心

參、委員出席情形：

9月10日

李委員明濱
孟委員藹倫
林委員永農
林委員啓滄
張委員惟明
莊委員淑芳
許委員怡欣
連委員瑞猛
陳委員玉枝
陳委員宗獻
陳委員明豐
陳委員錦煌
黃委員美娜

李委員明濱
孟委員藹倫
林委員永農
陳秘書健民 (代)
張委員惟明
莊委員淑芳
許委員怡欣
連委員瑞猛
陳委員玉枝
黃理事啟嘉 (代)
陳委員明豐
陳委員錦煌
楊副處長芝青 (代)
李簡任秘書中杉

(下午1:50至晚上7:20代)

黃委員偉堯
黃委員碧霞
葉委員宗義
葉委員明峯
廖委員本讓
劉委員志棟
劉委員清芳
蔡委員登順

黃委員偉堯
曾科員淑娟 (代)
葉委員宗義
葉委員明峯
廖委員本讓
劉委員志棟
曾簡任視察錦春 (代)
蔡委員登順

9月11日

李委員明濱
孟委員藹倫
李醫師豐裕 (代)
陳秘書健民 (代)
張委員惟明
莊委員淑芳
許委員怡欣
連委員瑞猛
陳委員玉枝
黃理事啟嘉 (代)
陳委員明豐
陳委員錦煌
楊副處長芝青 (代)

黃委員偉堯
(請假)
(請假)
葉委員明峯
廖委員本讓
劉委員志棟
曾簡任視察錦春 (代)
蔡委員登順

9月10日

戴委員龍輝
謝委員天仁
謝委員武吉
蘇委員清泉
蘇委員鴻輝

戴委員龍輝
謝委員天仁
謝委員武吉
劉副秘書長碧珠(代)
蘇委員鴻輝

9月11日

戴委員龍輝
(請假)
謝委員武吉
蘇委員清泉
蘇委員鴻輝

肆、列席人員

行政院衛生署
中央健康保險局

全民健康保險監理委員會
本會

梁組長淑政
戴局長桂英
黃副局長三桂
蔡組長淑鈴
沈組長茂庭
柯副主任委員桂女
林執行秘書宜靜
張組長友珊

伍、主席：楊主任委員銘欽

紀錄：張櫻淳、盛培珠、林淑華、
陳燕鈴、邱臻麗、張友珊

(9月10日)

陸、主席致詞

- 一、感謝委員及健保局的共同努力，歷經會前多場總額執行成果評核，及對100年度總額協商草案進行多次討論與協調，今日終能邁入100年度各部門總額之實質協商。尤其特別感謝遠道而來的委員，昨天颱風來襲，氣候不佳，在此情況下，委員均能踴躍出席，令人感佩。
- 二、會議議程資料列有今日各部門總額協商的時間表，依慣例須按既定順序進行議題討論，在此懇請各總額部門代

表配合，如協商內容大致可接受，細節可再討論，不要將寶貴的時間花費在枝微末節，以致到協商時間終止仍未有共識，而需送衛生署裁決。去年在大家通力合作下，各部門總額均得以圓滿達成協定，期待今年繼續努力，呈現最佳的結果。為各位與會者之辛苦付出，先致上十二萬分謝意。

(9月10日、11日)

柒、100年度全民健康保險醫療費用總額協商－各部門與付費者

一、謝委員天仁所提程序建議案之處理(9月10日－09:40～10:00)：

(一)建議事項：

- 1.今日協商會議應記錄委員發言摘要，對外以示負責。
- 2.涉及第6次藥價調整相關之總額部門，今日延期協商，俟健保局提供藥價調整節餘款相關資料後再議。

(二)結論：

- 1.全民健保醫療資源之分配，攸關全體國民權益，亦為各界關注焦點，本次協商會議將記錄與會人員發言摘要，以利外界了解協商內容。
- 2.健保局已提供並說明第6次藥價調整效益分析資料，爰依預定議程進行100年度各部門總額協商事宜。

二、醫院總額（含門診透析服務）

(一)協商時間：

9月10日－10:00~12:40(中場休息10分鐘)

13:50~14:00：未達共識。

14:00~14:50：門診透析服務費用。

9月11日－11:15~12:00：經再度協商，終達共識。

(二)協商結論摘要：

- 1.協商因素成長率1.118%，連同行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率2.053%，則一般服務成長率為3.171%。
- 2.專款項目全年經費10,783百萬元。
- 3.門診透析服務成長率-2.102%。

三、西醫基層總額

(一)協商時間：

- 9月10日－14:50~17:25(中場休息10分鐘)：未達共識。
9月11日－10:40~11:15：經再度協商，終達共識。

(二)協商結論摘要：

- 1.協商因素成長率0.742%，連同行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率0.455%，則一般服務成長率為1.197%。
- 2.專款項目全年經費1,872百萬元。
- 3.門診透析服務成長率3.367%。

四、牙醫門診總額

(一)協商時間：9月10日－17:25~19:00。

(二)協商結論摘要：

- 1.協商因素成長率-0.465%，連同行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率1.006%，則一般服務成長率為0.541%。
- 2.專款項目全年經費1,036.5百萬元。

五、中醫門診總額

(一)協商時間：9月10日－20:00~21:40。

(二)協商結論摘要：

- 1.協商因素成長率0.589%，連同行政院已核定之醫療

服務成本及人口因素成長率1.893%，則一般服務成長率為2.482%。

2.專款項目全年經費249.4百萬元。

六、其他預算

(一)協商時間：9月11日—09:05~10:40。

(二)協商結論摘要：

100年度經費6,446.9百萬元，較99年度增加576.46百萬元。

(9月11日12:00~12:30)

捌、召開第163次委員會議

一、報告事項

第一案

案由：確認本會上(第162)次委員會議議事錄，請鑒察。

決定：

一、臨時提案之案由：「...本委員會就行政核定之...」，修正為「...本委員會就行政『院』核定之...」。

二、餘確定。

第二案

案由：本會上(第162次)委員會議決議事項辦理情形及重要業務報告，請鑒察。

決定：除安排健保局新任戴局長桂英於10月份委員會議進行施政報告案外，餘結案並洽悉。

第三案

案由：中央健康保險局報告「醫療費用支出情形」，請鑒察。

決定：書面資料請委員自行參閱。

二、討論事項

提案單位：本會第一組

案由：100 年度牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院部門及其他預算醫療給付費用總額協商因素項目及成長率案，提請討論。

決議：

一、100年度醫院醫療給付費用總額及其分配

(一)總額設定公式：

■ 100年度醫院醫療給付費用總額＝校正後99年度醫院一般服務醫療給付費用×(1+100年度一般服務成長率)+100年度專款項目經費+100年度醫院門診透析服務費用

■ 100年度醫院門診透析服務費用＝99年度醫院門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後99年度醫院一般服務醫療給付費用，係依費協會第114次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。

(二)總額協定結果：

- 1.一般服務成長率為3.171%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率2.053%，及協商因素成長率1.118%。
- 2.專款項目全年經費為10,783百萬元。
- 3.門診透析服務成長率-2.102%。
- 4.前述三項額度經換算，100年度醫院醫療給付費用總額，較99年度所協定總額成長3.173%；而於校正投保人口後，成長率估計值為3.007%。各細項成長率如表1。

二、100年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

(一)總額設定公式：

■ 100年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後99年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1+

100年度一般服務成長率)+100年度專款項目
經費+100年度西醫基層門診透析服務費用

■ 100年度西醫基層門診透析服務費用=99年度
西醫基層門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後99年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依費
協會第114次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。

(二)總額協定結果：

- 1.一般服務成長率為1.197%，其包含行政院已核
定之醫療服務成本及人口因素成長率0.455%，
及協商因素成長率0.742%。
- 2.專款項目全年經費為1,872百萬元。
- 3.門診透析服務成長率3.367%。
- 4.前述三項額度經換算，100年度西醫基層醫療給
付費用總額，較99年度所協定總額成長
1.874%；而於校正投保人口後，成長率估計值
為1.716%。各細項成長率如表2。

三、100年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配

(一)總額設定公式：

100年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後99年
度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+100年度
一般服務成長率)+100年度專款項目經費

註：校正後99年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依費協
會第114次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。

(二)總額協定結果：

- 1.一般服務成長率為0.541%，其包含行政院已核
定之醫療服務成本及人口因素成長率1.006%，
及協商因素成長率-0.465%。
- 2.專款項目全年經費為1,036.5百萬元。

3.前述二項額度經換算，100年度牙醫門診醫療給付費用總額，較99年度所協定總額成長1.783%；而於校正投保人口後，成長率估計值為1.607%。各細項成長率如表3。

四、100年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配

(一)總額設定公式：

100年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後99年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1+100年度一般服務成長率)+100年度專款項目經費

註：校正後99年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依費協會第114次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。

(二)總額協定結果：

- 1.一般服務成長率為2.482%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率1.893%，及協商因素成長率0.589%。
- 2.專款項目全年經費為249.4百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，100年度中醫門診醫療給付費用總額，較99年度所協定總額成長2.551%；而於校正投保人口後，成長率估計值為2.370%。各細項成長率如表4。

五、100年度全民健康保險其他預算及其分配

100年度其他預算增加576.46百萬元，採支出目標制，由中央健康保險局管控，各細項分配如表5。

六、囿於時間因素，今日無法宣讀各部門總額協定分配相關事項，將於下(第164)次委員會議提請確認。

七、協商共識會議之附帶決議事項：

(一)增列各部門總額協商原則：

具有特殊性、鼓勵性、目標性之新增計畫，宜列為專款項目，俟其執行具相當成效後，再移至一般服務項目。

(二)請健保局於12月份委員會議進行「門診透析服務支付標準之合理性探討及醫療院所管理情形」專題報告。

玖、散會：9月11日上午12時30分。

表1 100年度醫院醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或金額(百萬元)
一般服務		
醫療服務成本及人口因素成長率		2.053%
投保人口年增率		0.336%
人口結構改變率		2.064%
醫療服務成本指數改變率		-0.353%
協商因素成長率		1.118%
醫療品質及保險對象健康狀態的改變	品質保證保留款	0.050%
支付項目的改變	新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)	0.309%
	配合新制醫院評鑑	0.075%
	99年推動 DRGs 所需費用之調整	0.100%
	推動安寧共照醫療服務	0.012%
	提升兒童復健照護品質	0.065%
	基本診療項目調整	0.491%
其他醫療服務及密度的改變	配合國健局辦理預防保健項目，部分之確診可能對醫療費用造成影響	0.043%
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.027%
一般服務成長率		3.171%
專款項目(全年計畫經費)		
慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫		1,282.0
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質		2,881.7
罕見疾病、血友病藥費		4,782.0
醫療給付改善方案		487.3
提升住院護理照護品質		1,000.0
100年繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵		300.0
醫院支援西醫基層醫療資源缺乏地區之方案		50.0
專款金額		10,783
(一般服務+專款)成長率		3.319%
較 99 年(一般服務+專款)成長率		3.496%
門診透析服務成長率(註 1)		-2.102%
總成長率(註 2)		3.007%
(一般服務+專款+門診透析)		3.007%
較 99 年度協定總額成長率		3.173%

註：1.醫院門診透析服務與西醫基層部門同項服務合併運作，兩部門合計費用之成長率為0%。

2.計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

表2 100年度西醫基層醫療給付費用成長率項目表

項 目	成長率(%)或金額(百萬元)	
一般服務		
醫療服務成本及人口因素成長率	0.455%	
投保人口年增率	0.336%	
人口結構改變率	0.886%	
醫療服務成本指數改變率	-0.767%	
協商因素成長率	0.742%	
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.050%
支付項目的改變	新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)	0.113%
	開放 5 項跨表項目及調整山地離島地區門診藥事服務費	0.021%
	提升急診照護品質	0.002%
	調整嬰幼兒處置支付點數	0.000%
	提升兒童復健照護品質	0.041%
	調整小兒專科 4 歲兒童門診診察費	0.111%
其他醫療服務及密集度的改變	因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響(含慢性病照護之增進)	0.445% (註：謝委員天仁於9月10日協商會議表示反對本項成長率)
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.041%
一般服務成長率		1.197%
專款項目(全年計畫經費)		
慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫		157
家庭醫師整合性照護制度計畫		1,115
醫療資源缺乏地區改善方案		100
醫療給付改善方案		300
診所以病人為中心整合照護計畫		200
專款金額		1,872
(一般服務+專款)成長率		1.501%
較 99 年(一般服務+專款)成長率		1.679%
門診透析服務成長率(註 1)		3.367%
總成長率(註 2)		1.716%
(一般服務+專款+門診透析)		1.716%
較 99 年度協定總額成長率		1.874%

註：1.西醫基層門診透析服務與醫院部門同項服務合併運作，兩部門合計費用之成長率為 0%。

2.計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

表3 100年度牙醫門診醫療給付費用成長率項目表

項目		成長率(%)或金額(百萬元)
一般服務		
醫療服務成本及人口因素成長率		1.006%
投保人口數年增率		0.336%
人口結構改變率		-0.197%
醫療服務成本指數改變率		0.865%
協商因素成長率		-0.465%
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.250%
支付項目的改變	新增複雜型顱顎障礙症治療及追蹤	0.105%
	牙周病統合照護計畫(註1)	-1.093%
	加強提升初診照護品質計畫	0.000%
	醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用	0.282%
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.009%
一般服務成長率		0.541%
專款項目(全年計畫經費)		
牙醫特殊服務		423.0
醫療資源缺乏地區改善方案		229.2
牙周病統合照護計畫		384.3
專款金額		1,036.5
總成長率(註2) (一般服務+專款)		1.607%
較99年度協定總額成長率		1.783%

註：1. 99年度所編經費3.843億元，其未執行之額度，於99年一般服務費用第4季扣除。

2. 計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

表4 100年度中醫門診醫療給付費用成長率項目表

項 目	成長率(%)或金額(百萬元)	
一般服務		
醫療服務成本及人口因素成長率	1.893%	
投保人口年增率	0.336%	
人口結構改變率	0.579%	
醫療服務成本指數改變率	0.973%	
協商因素成長率	0.589%	
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.050%
支付項目的改變	醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用	0.337%
	調整開有內服藥之針傷科治療處置費	0.257%
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.055%
一般服務成長率	2.482%	
專款項目(全年計畫經費)		
醫療資源缺乏地區改善方案	74.4	
腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫	45.0	
腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫	10.0	
小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫	20.0	
小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫	10.0	
腦血管疾病後遺症門診照護計畫	90.0	
專款金額	249.4	
總成長率^(註) (一般服務+專款)	2.370%	
較 99 年度協定總額成長率	2.551%	

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

表5 100年度其他預算項目表

項 目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	603.9	0
非屬各部門總額支付制度範圍之服務	3,703	534
支應罕病及血友病藥費、器官移植專款 不足之經費	200	0
健保 IC 卡登錄及上傳資料品質提升計畫	0	-388.3
推動促進醫療體系整合計畫	800	0
其他預期政策改變所需經費	500	0
增進偏遠地區醫療服務品質計畫	200	0
全民健保高診次民眾就醫行為改善方案 --藥師居家照護	36	26.76
慢性腎臟病照護及病人衛教計畫	404	404
總 計	6,446.9	576.46

註：採支出目標制，由中央健康保險局管控。

參考資料

(與會人員發言摘要)

壹、「100 年度全民健康保險醫療費用總額協商－各部門與付費者」

壹之一、「謝委員天仁所提程序建議案之處理」與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

協商開始前，請幕僚單位說明發言原則，並請大家共同遵守。

林執行秘書宜靜

請委員參看議程資料第 113 頁之會議規則：為提升議事效率，請各部門總額先整合內部意見，統一由委員或代理人發言；各部門之說明，於時間屆滿前 3 分鐘，響鈴 1 聲，屆滿時響鈴 2 聲；與會人員發言，每次限時 3 分鐘，務請簡要說明。

謝委員天仁

在進入協商前，有 2 項建議：

- 一、今日協商會議，本質上仍屬會議形式，建議應依慣例記錄委員發言摘要，對外以示負責。
- 二、前(第 162)次委員會議決定，協商所須參考資料可請健保局提供，惟至今尚未取得 98 年藥價調整節餘款資料。建議涉及藥價調整之相關部門，延期協商，俟有資料後再討論。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝謝委員天仁的提議，其他委員對謝委員第一項提議有無反對意見(委員未表反對)。委員於協商會議之發言，某種程度代表所推薦團體之意見，如付費者代表係受上百萬民眾的託付。爰本次協商會議將記錄與會人員發言摘要，並送請確認，以利外界了解協商內容。
- 二、剛詢問健保局，其已趕在今天前完成藥價調整效益預估分析，在進入協商會議前，先請該局簡單說明。

戴局長桂英

多位委員希望了解 98 年藥價調整結果，惟因 99 年尚未結束，仍有許多不確定性因素，本局同仁已儘量處理，惟僅能以暫估數據呈現，今天有準備書面資料，如主席認為有必要，可分發與會人員參考，

俟適當時機再由主席指示本局說明。

楊主任委員銘欽

請同仁分送資料，並請健保局簡要說明，如需詳細資料，適當時機再請該局表示意見。

戴局長桂英

如委員皆已拿到資料，請沈組長茂庭說明。

沈組長茂庭

- 一、簡要說明第 6 次藥價調整效益，依本局初步估算結果，去年 10 月進行第 6 次藥價調整，至今年 9 月才滿 1 年；目前申報資料僅至今年 6 月，無法精確估算 1 年的數據，僅以 99 年 1~6 月資料，估算 99 年全年藥費支出，與 98 年相較，預估節省 58.7 億元，其中醫院總額 41.9 億元，西醫基層總額 16.8 億元。
- 二、實質調整效應較 58.7 億元高，因去年放寬多項藥品給付規定，如癌症標靶藥物(12 億元/年)、B 型及 C 型肝炎藥物(21 億元/年)，並為提升用藥品質，對製藥過程符合國際公認藥品優良製造規範，及使用具原料藥主檔案之原料所製造出之藥品，提高藥品價格(2.4 億元/年)，故實際調整效益大於 58.7 億元。

謝委員天仁

- 一、會計原則是以前年度為計算基礎，且協商應有整年資料可供參考。請健保局提供的是 98 年藥價調整之節餘款，98 年 10 月前是第 5 次藥價調整，10 月才進行第 6 次藥價調整，因此，可計算第 5 次藥價調整(98 年 1~10 月)節餘資料，再加上第 6 次藥價調整(98 年 11~12 月)節餘資料，即可獲得 98 年全年資料。
- 二、健保局提供第 6 次藥價調整效應分析，並非全年度的實際資料，如何讓大家信服？且應呈現對各部門總額的影響，不能全部集中在醫院及西醫基層部門，否則他們也不服氣。

楊主任委員銘欽

請沈組長茂庭回應。

沈組長茂庭

考量總額協商是以年為單位，故所提供資料，也是整年度，是以 99 年相對 98 年的資料，標題文字用第 6 次藥價調整效益分析說明，是作業上的疏忽。

謝委員天仁

可否直接說明 98 年藥價調整節餘款有多少。

沈組長茂庭

98 年 10 月進行第 6 次藥價調整，第 5 次藥價調整案曾決議節餘款 20% 用於調整現行支付標準不合理項目，及提升醫療品質方案，故本次未列入估算，僅估算第 6 次藥價調整效應，因第 6 次才會影響 100 年總額協商。

戴局長桂英

謝委員想要的資料是 98 年對 97 年，但健保局提供的資料是 99 年對 98 年，是不是這樣？

謝委員天仁

我要的是 98 年會計帳上的藥價節餘款額度，因藥價調整是 2 年 1 次，不是每年調整，每年有每年的帳，怎能混在一起，用 2 年的節餘去打醫界，醫界說沒那麼多，1 年節餘才多少，還有另外支用多少，這些資料都應交代清楚。

沈組長茂庭

第 5 次藥價調整是 96 年調整，效用會顯現在 97 年，98 年已無調整效應，所以 98 年藥費正成長，且前已處理第 5 次藥價調整節餘款，20% 用於調整現行支付標準不合理項目，及提升醫療品質方案，故本次未再計算。

楊主任委員銘欽

本議題先討論至此，請健保局於休息時間，向謝委員天仁進一步說明。

謝委員天仁

依健保局說明，是否實情是藥價節餘款已用完。講白一點，健保局所謂的藥價節餘是個幌子，根本沒有節餘，難怪醫界不服氣。

戴局長桂英

了解謝委員天仁的關心，我們係以 99 年 1 至 6 月的實際資料估算 99 年全年藥費，與 98 年相較，藥費可下降 58.7 億元，但真正效應不只 58.7 億元，因有 12 億元用於放寬癌症標靶藥物、21 億元用於 B 型及 C 型肝炎藥物、2.4 億元用於藥品品質提升的價格措施，如未有上述措施，99 年相對 98 年的真正效應有 94 億元。

楊主任委員銘欽

討論到此告一段落，請健保局於中場休息時間，再向謝委員天仁說明。

陳委員錦煌

我在立法院聽到的消息，第 6 次藥價調整節餘款有 120 多億元，其中醫院約 100 億元，西醫基層約 20 億元。為何健保局提出的藥價節餘款是 94 億元？

沈組長茂庭

以往常聽說藥價調整可節省幾億元，但因尚未發生，實際值不易預估，且涉及很多因素，如病人用藥組合的變化，故本局並不會對外說明藥價節餘預估效益。外界認為可節省幾億，其實並非本局預估，這是我們第一次對外提供第 6 次藥價調整節餘款預估值。99 年至少有 94 億元節餘。

陳委員錦煌

全國勞工聯盟的理事會議，主席為侯立法委員彩鳳，即立法院社會福利及衛生環境委員會的召集人，她曾提到第 6 次藥價調整節餘有 120 億元，還跟我說，錦煌兄這筆錢應如何處理，我說我會來費協會處理。你們在立法院報告 120 億元，今天卻說 94 億元，剩下的錢跑到哪裡，請健保局詳細說明。

沈組長茂庭

藥價調整節餘款為預估值，因藥價調整後，有些藥會退出市場，醫

院被迫換藥等情形，故很難預估，外界認為節省多少，皆為暫估值，一定要年度結束後再計算才較準確。

陳委員錦煌

所以是侯立法委員彩鳳消息不正確，沈組長茂庭不應亂講話！侯立法委員很關心此案後續發展，請我在協商會議時特別注意此事，尤其現在健保費率調漲，120 多億元的藥價節餘款不應回歸總額。她問我如何處理，我說可放在健保基金。她已知道有 120 億元節餘款，沈組長卻說那是亂算的。

戴局長桂英

沈組長的意思並非說外界亂算，而是本局並未對外提供第 6 次藥價調整節餘款估算值。我知道陳委員錦煌受侯立法委員彩鳳的交代，我們去立法院拜會時，她也曾建議將藥價調整節餘款設定為專款，如基金，並提及外界傳說第 6 次藥價調整可節省若干億元，我表示尚不知道有這個數字，之後詢問同仁，確實未曾對外提供第 6 次藥價調整節餘款數據。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝陳委員錦煌提出不同數據，健保局特別強調這是估算值，不論 120 億或 94 億，都有一筆錢，在協商時可考慮如何處理。
- 二、今天主要協商 100 年各部門總額成長率，本議題討論至此。

陳主任雪芬

- 一、對於健保局藥價調整有節餘款的說法，讓我們非常困擾，必須澄清。
- 二、或許有委員主張藥價調整可節省 120 多億元，但長期觀察健保藥費支出，每年平均成長 7%~8%，藥價調查調整藥價政策確實能將藥費支出壓低，例如原本成長率 7%~8%，變成成長 3%~4%，也就是說原本藥費成長要增加了 2、3 百億支出，其中 120 多億因藥價調整而抵銷，使實際藥品成長僅 100 多億，此節省的 120 多億元已自動反應於藥費支出最後的成長率降低。我們要說明的是，藥價調查調整藥費單價，確實能讓藥費成長幅度變小，但尚不足已蓋過藥品每年的實際成長。

三、希望健保局對外不要一再強調藥價節餘，讓委員以為可以單獨切割出來討論，這樣的看法會害死醫界，這項議題屢屢成為箭靶，皆因說不清楚所致，對醫界及健保局傷害都很大。以上說明，希望有助委員理解。

楊主任委員銘欽

謝謝陳主任雪芬的說明，本議題討論至此，接下來進行醫院部門協商。

壹之二、100 年度總額協商之「醫院總額(含門診透析服務)」與會人員 發言摘要

楊主任委員銘欽

依時間表，有 95~115 分鐘的時間，請醫院代表先作 20 分鐘說明，之後健保局有 10 分鐘的時間可說明門診透析相關事項，再進行討論。請醫院總額部門代表先報告。

陳主任雪芬簡報「100 年度醫院總額醫療給付費用成長率報告」(略)

楊主任委員銘欽

請參考議程資料第 3~5 頁醫院成長率項目表，將依序討論。

- 一、一般服務之「醫療服務成本及人口因素」業於本會第 161 次委員會議確認。
- 二、一般服務之「協商因素成長率」，其各細項須進行討論。第一項為「品質保證保留款」，醫院部門與健保局的成長率草案均為 0%。本會幕僚補充意見為：本會第 161 次委員會議決議，評核等級為「良」，酌加成長率 0.05%，雖醫院部門未委託，係由健保局與醫院團體共管，但已於 99 年 8 月 23 日進行評核，且評核結果為「良」。因此，須討論是否要酌加 0.05% 成長率，先請教付費者代表之意見。

蔡委員登順

上(第 162)次委員會議既已同意醫院再評核一次，應尊重評核委員的評核結果為優等，並依第 161 次委員會議決議，品質保證保留款之成長率為 0.05%，約 1.5 億元，加給相對應之成長率。至於醫院團體無受委託部分，建議明年未受委託部門進行評核與否，請健保局先行內部討論訂定規範。

謝委員天仁

- 一、個人認為做得好就該給予獎勵，至於有無接受委託並不重要。以「DRGs 的調整與鼓勵」為例，只要成效好、品質改善，就應得到該有的獎勵，寬編亦無妨。
- 二、從付費者代表的角度，期待醫界能往良性競爭的方向發展，醫

界儘可能就做得好的部分，要求獎勵，應是大家較能接受的方式。

陳委員錦煌

- 一、贊成本項酌加 0.05% 成長率以資鼓勵。
- 二、請教評核等級，最好的是「優良」嗎？「良」酌加的成長率已最低，但若未通過評核，是否要扣減？評核應有賞有罰，才能督促各總額部門努力執行。

楊主任委員銘欽

- 一、評核結果區分為「特優」、「優」、「良」、「可」及「劣」五個等級，而依本會第 161 次委員會議決議，「特優」、「優」、「良」級，分別酌加成長率 0.25%、0.15% 及 0.05%，「可」級，不予獎勵，「劣」級，須酌扣成長率。惟，自開始舉辦評核會至今，並無評核結果為「劣」級者，因此未曾討論要扣減多少成長率，但未來為臻完備，將於委員會議再討論此案。
- 二、「品質保證保留款」乙項，依評核結果加給 0.05% 成長率，金額約 1.5 億元。

謝委員武吉

為何評核等級只有「良」，酌加 0.05%？健保局做的應該是「特優」，難道評核委員對健保局有不滿！

楊主任委員銘欽

尚有改進空間。

陳委員錦煌

- 一、陳主任雪芬報告內容，比較六區各層級醫院總點數成長貢獻度，在門診部分，顯示台北人比起南部人在大醫院(醫學中心)就醫的比例較高，在住診部分，中區的大醫院也不錯，比台北區還強。這應與落實分級醫療與轉診制度有關，需加以考量。
- 二、教學中心如台大醫院，一直都有病房太少的問題，有時民眾請託，洽詢後的回應總是欠缺 30 幾床，衛生署與健保局應重視此問題。教學中心病床的申請程序，若有土地，有無擴建的可

能性。過去台大在雲林興建分院，縣政府編了 10 億元配合，希望台大醫院照顧當地民眾健康，但結果現在每次要病床都還有 30 幾個在排隊，請台大醫院思考一下。

三、請教戴局長對本人所建議分級醫療與落實轉診制度的看法。

戴局長桂英

- 一、落實轉診制度是既定政策方向，我們也一直以此為目標設計部分負擔制度。
- 二、最近健保局規劃一個構想，即以各地醫院(尤其是地區或社區性質的醫院)為中心，劃分當地民眾為其服務對象，結合相關單位(如衛生所、社區關懷中心等)，賦予照顧當地民眾健康的責任，並依醫院負責人口的健康程度支付費用，希望當地民眾就近在附近的醫療院所就醫，並逐步落實轉診制度的目標。

陳委員錦煌

- 一、換過幾任局長、總經理，說法聽來差異不大。衛生署、健保局每年喊著要調高保費，公會 900 多萬名勞工朋友很難接受，希望健保局特別重視轉診制度的問題。
- 二、在落實轉診制度上，應特別考量社區型醫院的經營。自 78 年至 98 年間，地區醫院只剩 250 家，已消滅 500 家，現在說不定剩不到 250 家，請健保局下次報告，讓大家瞭解社區醫院的現況。我的意思是大家平均賺比較好。

戴局長桂英

陳委員錦煌所關心的議題，我們同樣重視，而費協會也已安排健保局於今年 12 月份，就落實分級醫療進行專題報告，屆時會慎重處理此議題。

楊主任委員銘欽

協商時間有限，為了不影響後續部門，建議討論儘量聚焦在今日的議題。

謝委員天仁

議程所列成長率草案顯示，醫院今年的主要訴求在「基本診療項目

調整」乙項，想請教診察費調整重點為何？只有兒童或是普遍性調整，請說明診察費點數的調動內涵，以利討論。

謝委員武吉

請謝委員天仁參考簡報資料第 24 張投影片，列有醫院建議調整的內容。

楊主任委員銘欽

請醫院代表幫忙說明。

陳主任雪芬

一、醫院部門希望在上限 3.6% 成長率內，能有約 46 億的彈性空間，用以調整門診診察費，醫院代表今日建議調整項目有：門診初診診察費、門診診察費、急診診察費、住院診察費、一般病床護理費及經濟病床護理費等 6 項基本診療項目。做此訴求的理由為：

(一)醫院門診診察費 222 點，遠低於西醫基層、牙醫部門，超過合理量部分的支付點數更低，只剩 120 點，若再乘以浮動點值後，更是讓人看了會傻眼的數字。

(二)醫院部門於總額協商，只求務實能因應一般開銷就好，尤其在連一般開銷都無法滿足的現況下，不敢多規劃輝煌計畫，以爭取委員同意增加總額。

(三)醫院今年協商的焦點即為診察費的調整，至於調整那些項目、幅度，則視委員與健保局願意給醫院多少成長率而定。

二、健保局草案在「門診診察費調整」只估算 1,457 百萬元，再加上放寬兒童加成部分，合計 1,477 百萬元。醫院部門草案雖未列兒童加成，但也可併入「基本診療項目調整」乙項討論，或單獨另列乙項成長率。

楊主任委員銘欽

醫院簡報第 24 張投影片中所列各項「基本診療項目支付標準調整」，例如：「門診初診診察費」擬由原來的 222 點調整為 370 點，此即回應謝委員天仁所詢內容。

陳主任瑞瑛

目前3歲以下兒童門診診察費有加成，預計將放寬至4歲，惟推估其費用影響，須依據調整後的診察費支付點數，再加成計算，因此，醫院部門草案未列出該項成長率。

陳主任雪芬

健保局草案另列有「提升兒童復健照護品質」乙項，我們尊重並同意健保局本項成長率。

陳委員錦煌

請教健保局沈組長茂庭有關皮膚科用藥問題，本人這幾天到皮膚科診所看灰指(趾)甲，醫師說一年只能開一罐藥，但我有15隻灰指(趾)甲，豈不是要看15年才能好？實不合理，應該依照病人的病況給藥，若怕有浪費，以拍照證明即可。

沈組長茂庭

健保局對某些較貴的用藥確有限制，可否請健保局同仁幫忙查一下，您的用藥有那些使用限制後，再向委員報告。

謝委員天仁

對台灣醫院門診有如菜市場的現象，非常不以為然。付費者不太可能接受醫院提出的基本診療項目調整額度，但基於科別平衡及為後代子孫著想，小兒科、婦產科及外科的診察費可酌予考量。若要求普遍性調整，因其影響過於深遠，實無法接受。

楊主任委員銘欽

請參看議程資料第3頁，在「支付項目的改變」項目，包含：「新醫療科技」、「配合新制醫院評鑑」等6項，醫院與健保局草案，除「基本診療項目調整」乙項成長率不同外，餘5項均相同，若付費者代表同意，可否先確認這5項。

謝委員天仁

建議先討論差異大、較複雜的項目，即診察費調整部分。

楊主任委員銘欽

- 一、依謝委員天仁之建議，先就複雜性高的項目，廣泛交換意見。
- 二、醫界代表提供乙份剪報資料供參，其內容與謝委員天仁所關切之科別平衡議題，不謀而合。
- 三、請教健保局對診察費調整的原則與看法。

蔡委員登順

- 一、贊成謝委員天仁所表達意見。少子化趨勢讓小兒科、婦產科愈來愈艱困，外科因醫療科技進步，侵入性手術愈來愈少，等到真要動手術，可能會找不到醫生，令人擔心。因此，支持這三科的調整。
- 二、醫院代表所稱醫院門診診察費只有 222 點，牙醫門診診察費卻有 600 點，有所誤導，其實牙醫僅有初診診察費 600 點，不是每次都是 600 點。話要說清楚，不能只說一半，恐有誤導之虞。

戴局長桂英

有關診察費調整部分，請蔡組長淑鈴說明。

蔡組長淑鈴

- 一、有關「基本診療項目調整」乙項成長率，請參看議程資料第 3 頁。其中：醫院部門草案為 1.548%，主要調整項目為剛簡報所列：門診診察費、急診診察費、住院診察費、一般病床護理費、經濟病床護理費，各有不同調幅，合計約需 46 億元。除此項外，醫院代表對健保局所提各項成長率，均表同意，希望剩餘空間，全用來調整診察費。
- 二、比較醫院與西醫基層門診診察費點數，因各自計算合理量的方式不同，起算點也不同，醫院代表認為其起算點偏低，希望經費用於調整這部分。惟醫院量大，基本診療費即使只調整一些，即影響費用甚鉅。經健保局評估，若整體診察費調增 10%，約需 1,457 百萬元。
- 三、另，目前 3 歲以下兒童門診診察費加成 20%，但此部分並非只限於小兒科，各科看診對象只要符合年齡的兒童，其診察費都可加成。而醫界表示診治幼童困難度相對較高，希望多鼓勵，經健保局評估，建議兒童加成可放寬至 4 歲，推估醫院部門約

需增加 20 百萬元。

- 四、前述兩項合計，健保局草案成長率為 0.491%(金額約 1,477 百萬元)，與醫院所提成長率 1.548%(金額 4,659 百萬元)相較，健保局版本是以整體診察費調增 10% 估算，醫院版本則約略調增 33%。

謝委員天仁

請健保局提供，調整兒科、婦產科及外科約需多少金額。付費者無法接受雨露均霑、普遍性的調整，尤其健保局剛也提到，醫院母數很大，量一衝，很容易就失控，而且醫院門診量愈衝愈高，並非好現象。因此，我認為還是應維持原本的診察費用，但可考量兒、婦、外科的調整，因為這幾個科都快完蛋，必須讓它平衡發展，不然以後小孩都找不到兒科醫師看診。

陳主任雪芬

委員有所誤會，醫院希望初診診察費自 222 點調升為 370 點，並非鼓勵醫院衝量，反而希望在調高診察費後，規範醫師不要看那麼多病人。剛有委員提到台北區醫學中心門診成長多，主要是因為台北區有 8 家醫學中心，病人又來自台灣各地，實際狀況是病人太多、掛不到號，而不是醫師要看那麼多病人。

童副院長瑞龍

- 一、醫院部門草案所提門診初診診察費等 6 項調整，付費者代表若有不同意見，建議可優先調整住院、急診診察費，並能回應媒體所報導的四大皆空(內、外、兒、婦產科)問題。住院病人以四大科居多，且其疾病複雜度、困難度較高，主治醫師一天查一次房不夠，應多花時間在住院病人身上，才是病人之福。而急診具緊急性，易產生醫療糾紛，也應大幅調整診察費。這兩項都不可能發生付費者代表憂慮的衝量問題，逐年提高其支付點數，對四大科的發展才有實質助益。
- 二、另可考量調整住院護理費。全國醫院缺乏護理人力的問題日漸嚴重，護理費也確實偏低，醫師診治完畢後，護理人員照顧病人的時間其實最長，支付合理的護理費，對病人照顧才有保障。

- 三、行有餘力，部分門診診察費也應適度提高。若委員無法同意整體性調整，建議應著重上述住院、急診診察費及住院護理費三大部分。

楊主任委員銘欽

請教其他委員對診察費調整之意見。

陳委員玉枝

- 一、曾有護理師公會會員向黃淑英立法委員陳情，護理人員的工作環境太差。究其原因，薪水多寡還在其次，主要是醫院聘請的護理人力普遍不足，住院病人的病情又較嚴重，造成護理人員工作量沈重。如此使從事護理人員工作意願降低，護理人力不斷流失，造成醫院聘請不到護士的惡性循環。
- 二、目前健保支付護理人員的費用很低，以 98 年為例，每年住院護理費約 199 億，以全國服務於住院病人約 9 萬名護理人員計算，平均每位護理人員每月拿到的執行費用不到 18,000 元，比大專生企業實習方案的 22K 還低。也因為支付偏低，醫院無法聘足護理人力，1 位護理人員白天要照顧 10 位病人，小夜、大夜要照顧 30 位，工作量大，病人也常抱怨找不到護士。
- 三、據護理師護士公會全聯會調查，領有執照護理人員中只有六成會員從事護理工作，但三年內五成七想離開護理工作或轉業。另依據去年底國際護理學會委託藥廠進行全球調查，台灣的護理人員表示未來 5 年會繼續護理工作者僅三成，是全球倒數第 2 名，這是相當嚴重的問題，希望委員瞭解護理人員的困境。

謝委員天仁

- 一、護理人力的問題，若以調整診察費或病房費的方式處理，是融在一般服務，醫院會壓榨護理人員，到其口袋的機會很低，恐難改善。因此，費協會歷來是編在專款項目，可討論增減額度，但就不可能同意醫院調整病床護理費，因為編在一般服務成效有限，結果恐怕一樣。
- 二、請健保局就本人剛表達之意見，估算所需額度，若無法估算，建議本項「基本診療項目調整」經費，移至專款。

蔡委員登順

陳委員玉枝呼籲重視護理人力問題，本人也表贊同，但如謝委員天仁所提示，不宜放在一般服務，應在專款項目考量。陳委員的書面建議，我們看到了，但恐怕無法一次滿足護理師公會全聯會的訴求，因為資源有限，而計畫也才執行一年多，成效未顯現，宜逐年考量。

陳主任雪芬

- 一、無法認同預算編列專款才能回到護理人員身上，在一般服務就不能的說法。目前「提升住院護理照護品質方案」編列 832.5 百萬元專款，究有多少醫院真用在增加護理人力？其實會增加人力的醫院就會增加，不增加的還是不會，有些醫院根本請不到護理人員，實不宜預設立場。
- 二、醫院部門草案係經醫界內部諸多討論，才確立 100 年協商重點，我們願意接受健保局為配合政策所提各項成長率，縮小雙方差異，而將訴求重點擺在「基本診療項目調整」乙項，但若反而成為大家消遣醫界的標的，實非原先預期。
- 三、無法認同整體性調整診察費，醫院就會衝量等說法，現在醫院的問題，不是醫師多看病人，而是病人想掛都掛不到號，醫院也想解決這方面的困擾，若認為醫院爭取預算是為達到大家不想要的結果，這與實際情形差距太大，須予澄清。

謝委員武吉

請健保局說明「診察費」涵蓋內容。

蔡組長淑鈴

依現行支付標準第二部第一章第一節之通則，門診診察費所定點數包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本(如不計價藥材、建築與設備、醫療責任保險及水電等雜項支出)。

謝委員武吉

- 一、請影印分送委員參考。
- 二、醫院門診診察費 222 點，以浮動點值計算後僅約 200 元，依蔡

組長說明，護理人員的費用已涵蓋在門診診察費，與住院將護理費另列不同。

- 三、醫院已忍氣吞聲五、六年，門診診察費 222 點包含這麼多項服務，今年訴求提升的要求並不過份，醫院經營已陷困境，是賣妻賣子貼補護理人員薪資。
- 四、依陳委員玉枝的估算，平均每位護理人員每月健保支付不到 18,000 元，而地區醫院護理人員每月薪資成本至少 4 萬元以上(含勞、健保)，意即醫院還得倒貼護理人員，可知醫院經營的艱辛。希望付費者代表能夠體會、瞭解，醫院今年提出診察費調整的訴求，實因犧牲太久，不能再繼續下去。
- 五、謝委員天仁、蔡委員登順提及內、外、婦、兒四科發展的問題，醫界也願意在醫療給付協議會議討論，但重點還是要先解決醫院診察費普遍支付不足的問題。

陳委員錦煌

護理人員薪資不到 18,000 元，比外勞還低，若低於基本工資 17,880 元，恐有違法之嫌。護理人員真的很辛苦，各界要多關心、鼓勵，讓他們好好照顧病人，才是病人之福。我支持陳委員玉枝的意見，但請你們另尋經費來源。

童副院長瑞龍

費協會向來是決定大方向，單靠今日協商也不可能解決科別問題，醫院部門草案包含：門診初診診察費、門診診察費、急診診察費、住院診察費、一般病床及經濟病床護理費 6 項，建議先確定額度，再授權醫界與健保局至醫療給付協議會議，就科別平衡討論調整細節。如此分工，較可提升協商議事效率，拜託消費者代表，讓醫界有喘息機會。

楊主任委員銘欽

或許這是折衷處理方式，但還是須決定額度。

羅院長永達

- 一、台灣門診量高，與診察費過低絕對有關，但卻倒果為因，認為

病人多是因醫院衝量所致。

- 二、醫師最重要的價值在於診察及處方，我們當然希望醫師診察愈仔細愈好，但以現行支付 222 點，乘以點值 0.9，再與醫院拆帳後，醫師實際只拿到約 100 元，卻需承擔許多醫療糾紛的風險，例如：最近中部有位醫師因未診斷病人患有瘧疾，而遭起訴。
- 三、受限於總額上限，醫院部門並不敢要求初診比照牙醫部門調高為 600 點。一個初診病人的診療時間長，但醫師拿到的報酬卻僅 100 元，豈不成了國際笑話。多年來，因為醫院服務量大，牽一髮動全身，顧及健保財務，才隱忍多年未調整。
- 四、今年大學聯考錄取分數前十大科系，有三校的牙醫學系擠入前十名，有三校的醫學系反被擠出榜外，顯示西醫不如牙醫，牙醫不如獸醫的趨勢，醫師養成，耗費許多國家的養成資源，卻支付這麼低的診察費，非常不合理。
- 五、付費者代表提到護理費應以專款方式考量，醫院憂慮的是，今年已加薪，萬一專款明年取消，難道要再減薪？因此，今年提出調整基本診療的訴求，就是以常態增加的方式處理，如此，醫院才能穩定經營。
- 六、除了內、外、婦、兒四大科別的發展問題，很多科別大家不常接觸，例如血液腫瘤科，一上午可能只有 4 位病人，但醫師須對這些癌症病人重新檢視病理切片、評估化學治療的適當性等，因此，是否只限定內、外、婦、兒四科，也請付費者代表深思。

(休息 10 分鐘)

楊主任委員銘欽

- 一、休息期間，醫院與付費者代表再度交換意見，原則上同意「基本診療項目調整」乙項，惟付費者代表認為須有參考數據，方能討論成長額度。
- 二、健保局刻正試算數據，建議本項協商因素暫時保留，先處理其他項目，俟有結果，再回頭討論。

三、專款項目：

- (一)陳主任雪芬近幾年均訴求核實編列專款金額，編列太多，醫院看得到吃不到。健保局自去年開始，對醫院專款編列也逐步調整。
- (二)先就差異較大的項目進行討論，請參看議程資料第 4 頁。有關「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」乙項，醫院建議額度為 622 百萬元；依健保局草案說明第 3 點，因應放寬適應症與新增治療新藥，估計全年需 2,860 百萬元，爰建議編列 1,282 百萬元，若有不足則比照去年，自一般服務藥價調整節餘款支應。雙方建議之額度差距較大，請醫院及健保局說明。

童副院長瑞龍

同意健保局的額度，以利協商效率。

蔡組長淑鈴

- 一、謝謝醫院團體同意健保局本項專款之編列額度。
- 二、請參看議程資料第 4 頁，健保局草案說明第 3 點，預計 100 年需 2,860 百萬元，扣除 99 年由一般服務勻支的 1,578 百萬元，尚需編列 1,282 百萬元，較 99 年增加 660 百萬元，雖已寬編，但若有不足，建議循 99 年方式，仍由一般服務支應。

童副院長瑞龍

為照顧病患，醫界同意此處理方式，不足部分由藥價調整節餘款支應。

楊主任委員銘欽

本項專款若無其他意見，則同意依健保局所編額度 1,282 百萬元，若有不足，則比照 99 年，由一般服務支應。

黃委員偉堯

Tw-DRGs 制度導入為 5 年計畫，建議一般服務所列「99 年推動 DRGs 之調整與鼓勵」乙項協商因素，宜併入專款項下之「推動 DRGs 之調整與鼓勵」。本項協商因素包含「調整」與「鼓勵」，而「鼓勵」應係初期導入之誘因，如謝委員天仁剛所表達，做得好就給予獎勵，

因此，似應於該制度完全導入後，視其成效考量移入一般服務與否。

楊主任委員銘欽

有兩項金額與 Tw-DRGs 制度相關，因其目的不同，故分列於一般服務與專款項目，均為 3 億元，請健保局說明。

蔡組長淑鈴

黃委員偉堯建議 99 年的 3 億元列在專款，於 Tw-DRGs 制度完全導入後，再置於一般服務，其用心應是希望該制度能儘速導入，十分感謝。但，健保局將兩項額度分列，係基於不同概念：

- 一、99 年 3 億元回歸 100 年的一般服務，係因醫院已於 99 年配合制度導入第一階段，且該 3 億元也已分四季併 99 年一般服務結算。
- 二、100 年 3 億元專款，則為第 2 階段導入之鼓勵款，若醫院能配合實施，則併入 100 年醫院一般服務結算，之後再列為 101 年協商因素成長率，滾入一般服務部門。
- 三、因此，健保局草案對 Tw-DRGs 調整與鼓勵之金額，是依循環方式處理，即：導入前放專款，導入後併一般服務結算，次年並納入一般服務。DRGs 制度設計時，雖以預算中平為原則，但醫院於導入時，也有諸多須配合調整之處，因此，鼓勵金額的處理方式，係回應醫院部門多出的成本。
- 四、5 年內，平均每年預計編列 3 億元，作為醫院團體配合制度導入之鼓勵款項。

黃委員偉堯

目前草案所列「99 年推動 DRGs 之調整與鼓勵」係在一般服務，未來會成為基期，年年堆疊下去。但「鼓勵」是在 DRGs 導入的 5、6 年間，提供必要的協助；至於「表現好」似應另編項目，請再審慎思考。

張委員惟明

Tw-DRGs 制度導入為 5 年計畫，請問總經費多少？須先釐清此問題，才能判斷究應編列在一般服務或專款項目。

謝委員天仁

贊同黃委員偉堯之意見，編在一般服務係增加基期母數，以後會一直堆疊下去，既然是「鼓勵」就不宜納入基期，應編在專款項目。

楊主任委員銘欽

有關張委員惟明所詢，請健保局補充說明。

蔡組長淑鈴

- 一、DRGs 實施是以預算中平為原則，不會因制度實施而多花或少花錢，是以原來的醫療費用，透過支付制度改變，促使醫院提升醫療服務效率與品質，並進而導正現行論量計酬制度誘發衝量的行為。因此，DRGs 支付設計是預算中平，5 年全程導入後，約有 60% 住院費用會以 DRGs 支付，其餘 40% 費用，除非與醫界有共識，否則 5 年內仍採論量計酬。
- 二、有關黃委員偉堯與謝委員天仁對「99 年推動 DRGs 之調整與鼓勵」列專款之建議，再補充說明。除上述支付預算中平外，DRGs 導入過程，另包含基本診療、兒童、CMI 及山地離島地區醫院四項加成，會使醫療費用增加，因此，須將該款項納入一般服務，否則對其他非以 DRGs 支付的住院服務，會有影響，故建議 99 年的 3 億元仍宜回到一般服務。此作法，一方面讓醫院團體願意配合制度導入，另一方面，也藉由加成方式校正過去支付不公之處。因此，仍希望逐年編 3 億元處理，並反應 DRGs 校正加成所增加之費用。

陳主任雪芬

99 年協商總額時，係先談定總額成長率後，再切出 3 億元專款，要求醫院部門配合 DRGs 制度，實施後才能回到一般服務，否則要扣除。因此，醫院部門既已配合導入，此款項自然應回到一般服務。

黃委員偉堯

- 一、DRGs 制度是改變支付方式，原本服務在總額內已可支應。理論上，實施 DRGs 後，效率會提升，耗用點數會減少，相對地，點值會上升，對醫院也有益處。但或許醫院不願意改變原有論量計酬方式，才進行調整加成，政策希望醫院配合，乃額外撥

3 億元加成鼓勵，使制度順利導入。

- 二、此 3 億元既屬鼓勵款，在行政上若可處理，其實應將加成的經費，另列專款支用，至於原已提供的醫療服務，以原來額度支應導入的 DRGs 項目即可，兩者間實有差別，也是我對鼓勵款回到一般服務的疑問。當然，這是個人的邏輯與看法，對或不對，請大家再仔細思考。

楊主任委員銘欽

理論上，DRGs 支付制度可提升醫療服務效率，但實際上，以 DRGs 支付的結果，醫院是幾家歡樂幾家愁，有些醫院確實從 DRGs 獲得盈餘，但也有些收治較多嚴重度高的病人，受到影響。DRGs 的概念，本來就是截長補短，醫院收治的病人有輕病、有重症，因此有賺有虧，總計後，是合理的利潤。但有些醫院的病人重症比例很高，則 DRGs 實施對其反而不利，此時，即以這 3 億元，對有差額或重症部分，另以加成方式校正補貼。這是我個人的觀察，補充說明。

謝委員武吉

個人對黃委員偉堯的意見，深表贊同，並尊重健保局蔡組長淑鈴的解釋。請參看幕僚補充說明，目前已導入的 155 項 DRGs，雖只占住院費用的 17%，但大家不瞭解這 155 項 DRGs 在執行面產生多少問題，醫院為了病人生命安全著想，又與健保局有多少爭執協調。因此，若大家對此項列一般服務有意見，個人建議直接刪除此項成長率，5 年導入計畫，也自 100 年起停止導入。

童副院長瑞龍

- 一、DRGs 制度是健保局管理醫院的手段，但管理醫院就可能影響病人照顧，不利消費者，所以付費者代表應幫忙把關。美國實施 DRGs 後，很多醫院關門，急、重症病人被拒絕收治(即媒體報導的人球問題)，病人住院天數縮短，有些病人還未痊癒，就被趕出院，請大家思考要支持 DRGs 繼續導入嗎？依黃委員偉堯的說法，若要刪除 3 億元，其實我們很樂意暫緩導入 DRGs。
- 二、DRGs 規劃分五年導入，但醫界建議就現已導入的 155 項，多觀察 1 年，評估對消費者、健保局、醫界的影響。尤其是病患

端滿意度的變化，先評估成效，若覺得很好，第3年再導入新的 DRGs 項目，屆時配合編經費也不遲。，因此，本人提議刪除此項經費，100 年不編列，也不要急於 100 年推出新 DRGs 項目。

黃委員偉堯

- 一、兩位醫院部門代表對本人說法顯有誤解，我的看法是 DRGs 應按既定時程如期推行，也不是要刪減這 3 億元，是要從一般服務移列專款，請兩位不要誤引本人的發言。
- 二、就剛剛醫院代表所表達，若是代表醫院將對 DRGs 制度所採取之因應策略，則相信 DRGs 實施後，肯定會因醫院想如此做，而未來看到的就是醫院所預期的結果，請慎思

謝委員天仁

此 3 億元滾入一般服務與否，涉及的是基期擴大的問題，錢不論在一般服務或專款，都是醫院部門支用的費用，但剛醫院代表的說法加深我們的疑慮，因此，更有必要移至專款。何況獎勵性質的經費似乎沒理由融進一般服務，否則每次獎勵就一直連本帶利納入基期，甚不合理。個人還是支持黃委員偉堯的意見，移至專款。

蔡組長淑鈴

- 一、針對黃委員的說法，就實際操作面，補充說明。過去幾年也曾編過幾次類似的鼓勵款，後來因未導入 DRGs，該款項也就全數未支用。因此，99 年編列 3 億元專款，若醫院 99 年未配合導入第一階段，則 3 億元也完全不會支用，但因醫院 99 年已配合實施，故此 3 億元均分四季，每季都撥入 99 年一般服務費用結算。亦即，3 億元在 99 年實際已回到一般服務，用以配合 DRGs 的加成費用，所以，應將這 3 億元回歸基期，否則 100 年一般服務與實際狀況就會差 3 億元。仍再次表達此編列方式是公平、合理。
- 二、就 99 年所編 3 億元專款評估額度編列之適當性，經試算配合第 1 階段 155 項 DRGs 的加成費用，3 億元額度雖有剩餘，但並不多。因此，健保局認為專款分四季導入，略帶一點誘因，應屬

合理。

葉委員明峯

健保局蔡組長淑鈴剛說明預算的編列與執行，但現況是大家希望醫界做 DRGs 制度，但醫界卻不想做，所以想請教問題的癥結點。

童副院長瑞龍

- 一、DRGs 制度費用管控有效果，點數會減少，但不利於病人。病人的疾病複雜度愈來愈高，常需多科合併治療，但 DRGs 制度就無法這樣做，會沒有醫院要收治嚴重個案。另外，病人治癒只約七、八分，卻須提早出院，因健保局為達費用管控目的，會審查核刪點數，這是健保局的立場，並沒有錯。然而，醫院為符合健保局要求，則須約束病人。因此，若 DRGs 一直導入，受傷害的將是病人、民眾、消費者。
- 二、衛生署 DRGs 政策為 5 年分階段導入，第一年(99 年)已導入 155 項 DRGs，迄今實施才 8 個月，可考慮明年暫不新增導入項目，先就已導入項目，持續觀察 1 年後，再評核 DRGs 在病人端的滿意度變化，滿意度若很好，第 3 年再討論繼續導入。

葉委員明峯

對此說明並不滿意，本人認為健保局應對此制度有客觀的論述與想法，以供我們參考。

戴局長桂英

- 一、剛童副院長瑞龍兩次表達 DRGs 制度對民眾不利的說法，請再審酌其適當性。本人瞭解童副院長緩進導入 DRGs 的主張，也相信其用意並非強調 DRGs 不好。
- 二、就如葉委員明峯所言，社會大眾須客觀地瞭解事實的真相，DRGs 有何好處：
 - (一)DRGs 是依疾病資源耗用量分類訂定，可鼓勵醫院減少(或不提供)非必要的醫療服務，相對論量計酬方式支付，醫院較可能以增加不必要的住院、針劑、檢驗檢查等服務，來獲取高報酬，所以改以 DRGs 方式支付後，這種情形將會改善。

- (二)醫院照護病人的效率提升，早點治好，可早點出院，病床空下來提供給有需要的病人入住，運用會更有效率，可縮短病人等待病床的時間，及改善一床難求的情形，對民眾有利。此外，健保局也會不斷審視、監控醫療品質，不會讓病人還未治療好就被請出院，所以，DRGs 制度本身並不會造成民眾照顧不佳，先予澄清。健保局支持 DRGs 制度須逐步導入。
- 三、導入 DRGs 是為照顧病人，即使未導入也是以論量計酬模式照顧病人，同樣都會支付醫療費用，但若未導入 DRGs，費用點數會更高，上漲更快，導入 DRGs 後，費用點數則較能控制在某個合理範圍。
- 四、前面幾位委員提及 DRGs 導入的預算編列問題，其實健保局的處理方式，是考量「調整」與「鼓勵」兩方面。訂定 DRGs 支付標準時，除急、重症加成、地區加成、兒童加成外，均以預算中平原則處理，但加成部分須有額外經費支應，故於導入前一年，先保守地編在專款，俟實際導入一季，即撥付一季費用入一般服務。編列的 3 億元，比加成所需經費多些，係鼓勵性質，意即：加成所需費用係配合制度導入所為的「調整」，再加上一點點「鼓勵」，合計約 3 億元。
- 五、醫界很猶豫，不想快速推動 DRGs，主要是因為醫界就第一年導入項目，提出幾十個問題尚待討論解決，而健保局與醫界刻正一一討論中，在醫界所提問題未獲解決前，難免對繼續導入有所疑慮，這部分健保局與醫界會再繼續努力。DRGs 制度好不容易才起步，或有些執行面問題待解決，但拜託醫界朋友，不宜有誤導外界認為 DRGs 制度會影響病人照顧的說法。

葉委員明峯

謝謝戴局長桂英的說明，很客觀也很有道理，但建議將來執行面，應多聽醫院的意見，予以改進。

童副院長瑞龍

- 一、如健保局說明，99 年的 3 億元應回到一般服務，才是對的。
- 二、本人剛所表達意見，並非反對 DRGs 制度，也不是要挑戰衛生署、健保局的政策，我們談話都有錄音可茲證明。至於 DRGs

制度是好或壞，該或不該實施，以及台灣未來走向等，建議交由黃委員偉堯等專家學者舉行辯論會，並將結論提供衛生署參考。

- 三、個人希望就已導入 DRGs 的項目，再觀察一年，評估實施後對病人的影響與滿意度，若結果是好的，才繼續第 2 階段導入。其實第一年導入 155 項，醫院已感受到對病人的服務有諸多不便處，不斷地向健保局反應，迄今尚無圓滿的解決之策，因此，並不是不做，是希望暫緩。
- 四、總額制度下，醫院根本不可能也不敢衝量，在目標額度不夠的情形下，病人還是陸續來就診，醫院就得自行斷頭，就算沒有 DRGs 制度，醫院也會自行控制費用。因為總額真的不夠，希望消費者支持我們，多給醫院一些成長率。

楊主任委員銘欽

- 一、有兩筆款項與 DRGs 制度相關，一筆為專款編列 3 億元，係配合政策分 5 年導入實施的款項，自 98 年即編列，但 99 年才開始實施。另一筆是 99 年已導入實施項目的 3 億元，依健保局剛所說明，經費多數已用於第 1 階段導入 DRGs 項目之加成調整，因此若無此款項，一般服務就會短缺 3 億元，因此這兩筆 3 億元的款項是兩件事。
- 二、上述兩筆款項，係基於不同理由，惟均為推動 DRGs 制度所編列，委員應可同意。只是 99 年的 3 億元，若納入一般服務，隔年會成為基期的一部分，使基期擴大，係黃委員偉堯及付費者代表擔心之問題。因此，接續的討論，請著重於 99 年的 3 億元，究要編於一般服務或專款項目。

謝委員天仁

- 一、其實編在專款，除非無法全數支用完畢，否則與編在一般服務結果一樣。建議編在專款的原則是項目本身含鼓勵性質，而鼓勵款不應納入基期，年年複利成長。所以編在專款或一般服務的唯一差異在基期，依成長率 3% 估算，增加 3 億元基期，一年也才差 9 百萬，相較於 3,000 億元的醫院總額，真的不多，實在不值得花這麼多時間討論。

二、預算中平是學理上的名稱，我從菜市場的角度，其實是為了安撫大家不滿的情緒。個人認為，若醫院係因無法全數支用而爭辯，還可考慮，但明明可全數支用，建議不要為這點小錢浪費時間。黃委員偉堯的意見很有道理，屬鼓勵性質的款項，較適合編在專款，也不妨礙預算中平原則。

許委員怡欣

- 一、兩項因素名稱均為「推動 DRGs 之調整與鼓勵」，卻分列在一般服務及專款項目，確易造成誤解，建議修正名稱，以區別兩者不同。
- 二、大家的爭議是，鼓勵性質的金額不宜置於一般服務，但依健保局說明，多數「99 年推動 DRGs 之調整與鼓勵」金額已支用於 DRGs 加成，因此，列於一般服務的名稱可略作調整，如：「99 年推動 DRGs 之回歸調整」，而鼓勵 100 年繼續推動部分，則維持列專款，用以「推動 DRGs 之鼓勵或加成措施」，並俟加成措施穩定後，再納入一般服務。

楊主任委員銘欽

許委員怡欣的建議、謝委員天仁的看法，均與本人剛說明之精神相同，其實這是兩筆款項，3 億元列在專款，100 年未支用完，也不會用於其他項目，但 99 年已支用的費用還是會給，只是名稱易有誤解，雖說是鼓勵，但事實上又不是，且金額早已納入一般服務結算。

謝委員天仁

不，須釐清，「調整」是一回事，「鼓勵」又是一回事，若說調整多少錢，可接受回到一般，但鼓勵部分還是應置於專款。剛已說明，兩者性質不同，不宜混用，本人仍認為此項屬「鼓勵」性質。

陳主任雪芬

- 一、其實大家的說法都有道理，但在總額結算過程，醫界與健保局有較多互動，也較瞭解該款項支用的實際性質，剛健保局蔡組長淑鈴的說明也很清楚，大家或許無法全然信任醫院代表的說法，但健保局說明應屬公正客觀，請多聽聽健保局的說明，再思考一下。

二、剛謝委員天仁提及，「鼓勵」性質就置於專款，「調整」性質則可納在一般服務，但這根本就是同一回事。99 年的 3 億元，多數金額要用於加成調整，經費也已分四季撥入一般服務支用，醫院也認定此項屬基期費用，只是為確保醫院會配合導入，而先扣留在專款。明明是該列在一般服務的項目，也用於調整支付標準加成，現在硬說是「鼓勵」性質。過去醫院原本不在乎鼓勵或不鼓勵，但剛討論下來，醫院似應對名詞多在乎些，否則易令人誤解原意，以致偏移討論焦點。

三、實施 DRGs 後，醫院須配合調整很多行政管理事項，若本項金額不能回到一般服務，實讓配合 DRGs 政策的醫院部門，感到非常沮喪。因此，醫界代表的說法或許有些意氣用事，讓大家感受不好，請委員多擔待，但實在是氣到不知如何再解釋。

孟委員藹倫

若修改本項名稱為「99 年推動 DRGs 之回歸(或滾入)調整」，恐須作更多說明。「回歸」或「滾入」，這二種說法都將引發另一個疑問，原本是從那兒來，後來又為什麼「回歸」或「滾入」，反而須有更多說明及數據作為佐證。

楊主任委員銘欽

一、謝謝陳委員錦煌對協商時間的提醒。按既定議程時間，醫院部門協商時間為 115 分鐘，並得彈性延長 25 分鐘。但因一早花點時間討論原則性議題，醫院部門實際從 10 點才開始進行，扣除中間休息 10 分鐘，最遲應於 12 點 30 分結束。

二、DRGs 的討論尚無共識，惟本人先建議 99 年 3 億元，移列專款，可再思考名稱如何修正，該金額雖用於 DRGs 調整所需費用，但置於專款，經費也還在，絕對用得到。

三、健保局已針對付費者代表所詢診察費事項，估算數據，並製成表格供參。因此，先回到「基本診療項目調整」乙項討論。請健保局先說明。

蔡組長淑鈴

剛謝委員天仁建議外、兒、婦產科診察費可做調整，健保局提供的

數據，係依 98 年該三科之申報件數及診察費，估算診察費加成 10% 所需費用，門診增加 3.58 億點，住診增加 2.28 億點。因此，若依此提議，其他科別不動，只有這三科的門、住診診察費加成 10%，合計約增加 5.86 億元。若要再加成 20%、30% 或其他百分比，則依此數字(5.86 億)乘以 2、3 或其他倍數即可，以上試算數據供參。

童副院長瑞龍

內科也應加入。

楊主任委員銘欽

剛謝委員天仁的建議僅外、兒、婦產三科，並不包含內科。

陳委員明豐

謝謝委員天仁的意見，剛休息時間，已向幾位付費者代表解釋，或許一般社會大眾知道，少子化趨勢對小兒科、婦產科的發展造成影響，外科危險度高、醫療糾紛多，醫學生選科意願低、人數少，但健保局與醫界可能較清楚診察費、相關支付偏低(或不合理)的科別，以及那些科別有調整必要。其實並非只有謝委員天仁所提的外、兒、婦產三科需調整，若只調整這三科，恐造成醫界更大問題。拜託委員，針對醫院所提調整方案(門診初診、門、住診診察費與住院護理費)，審酌給予合理之成長額度；至，所需調增之診察費細項，則交由健保局與醫院部門再商定，較為妥適。

楊主任委員銘欽

經過休息時間的溝通，多數委員有此共識，先協定合理額度，再到健保局支委會協議如何調整。至，健保局製表供參之相關數據，可讓委員對未來調整細目，有個概念。

謝委員天仁

什麼叫「外科」？大家的概念是模糊的，因此，可考慮「外科」包含那些專科，這已釋出很大誠意，若還要調整細項，明年再說。

陳委員明豐

「科別」的定義在此不易釐清，要包含到多細的範圍也是個問題，譬如血液科很多大科都有，到底要歸屬內科、小兒科或外科？因此，

仍建議委員訂定合理的成長額度，而細部調整則交由健保局與醫界協議為宜。

劉委員志棟

建議依健保局所擬成長率及額度，細項調整則交由健保局與醫院再協商即可。

葉委員宗義

- 一、曾於監理會向健保局詢問，台灣 2 千多萬人口中，一天有多少人到醫院掛號？所獲答案約有 97 萬人。掛號後就會產生診察費，我擔心若同意醫院調整診察費，未來是否會有更多掛號人數？全國百姓都往醫院跑，實是世界都看不到的怪異現象。
- 二、建議只保留急診、住院診察費、住院病床護理費等項之調整，刪除門診初診及門診二項診察費。

楊主任委員銘欽

- 一、若依葉委員宗義之建議，似又回到逐項討論的方式。本人建議：原則同意診察費做調整，於框列額度內討論，未來由健保局支委會協議調整細項，而該會議之組成，包含健保局、醫院代表及本(費協)會代表。故於協定額度後，本會將增加附帶決議，以調整某些項目為優先或為限。
- 二、剛陳主任雪芬已說明，醫院在診察費調整後，依然會加強費用控管，也不會有衝量情形。其實，醫院部門於費協會協定醫院總額後，健保局在審查方面，會針對很多個別醫院設定目標額度(小總額)，醫院若衝量，就被斷頭核刪。

陳主任雪芬

- 一、本來以為今年醫院總額的協商最為單純，因為醫院部門已儘量配合健保局草案，減少雙方歧異，僅就有異議部分討論，並將協商重點放在長期未調整的診察費上面，期可於容許額度內予以調整。
- 二、但若只同意就外、兒、婦產三科診察費調整，醫院部門恐將全面大亂，寧可都不調，因為醫院 20 幾個次專科，如內科系之新

陳代謝科，費用以診察費為主，處置費很少，諸如此類細節，醫院及健保局才有辦法掌握，實在不合適逐項在這裡談。因此，還是建議費協會委員先談成長額度，再由健保局會同醫院部門討論細節。請教健保局或主席的看法，有無更好的方法圓滿解決。

楊主任委員銘欽

一、協商時間將屆，建議先從大表各項目逐一審閱，無異議項目先確定後，再回頭處理「基本診療項目調整」乙項。請參看議程資料第 3-5 頁，先就 100 年醫院總額協商大表，逐項審閱醫院部門與健保局草案所列成長率或金額：

(一)一般服務

1. 「醫療品質及保險對象健康狀態的改變」，列有「品質保證保留款」乙項，前已討論，並同意酌加 0.05% 成長率。
2. 「支付項目的改變」列有：
 - (1) 「新醫療科技」乙項成長率，兩案均為 0.309%，另依本會幕僚補充，所新增的支付標準項目，依本會協定慣例，須請健保局訂定相關項目之預算與開放時程，若未於時程內導入，則扣減額度。
 - (2) 「配合新制醫院評鑑」乙項成長率，兩案均為 0.075%，係配合衛生署政策，共需 427 百萬元，分兩年編列，今年要再編列 227 百萬元。
 - (3) 99 年推動 DRGs 部分 300 百萬元，剛已建議移列專款項目，名稱則再做適當修正。
 - (4) 「推動安寧共照醫療服務」乙項成長率，兩案均為 0.012%，約 35.6 百萬元。
 - (5) 「提升兒童復健照護品質」乙項成長率，兩案均為 0.065%，約 195.9 百萬元。
 - (6) 「基本診療項目調整」乙項因素，經前面討論，原則同意編列此項成長率，惟額度尚待討論。
3. 「其他醫療服務利用及密集度的改變」，考量「配合國健局辦理預防保健項目，部分之確診可能對醫療費用造成影

響」，兩案均編列成長率 0.043%，約 130.5 百萬元。

4. 「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」，列減項，扣減額度 81.7 百萬元，換算成長率為-0.027%。

(二)專款項目

1. 「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」，前已討論同意依健保局草案所列之 1,282 百萬元，若有不足，則自一般服務支應。
2. 「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」，兩案金額均為 2,881.7 百萬元，往年亦均編列此專款。
3. 「罕見疾病、血友病藥費」，兩案金額均為 4,782 百萬元。
4. 「持續推動醫療給付改善方案」，兩案金額差異大，醫院部門希望減為 287.3 百萬元，健保局則希望擴大為 685.2 百萬元，須再討論。
5. 「提升住院護理照護品質」，兩案金額均為 832.5 百萬元，但護理師護士公會全聯會希望調增一倍。
6. 「推動 DRGs 之調整與鼓勵」比照去年，兩案金額均為 300 百萬元，若配合推動第 2 階段導入，即可動支此 3 億元。
7. 「醫院支援西醫基層醫療資源缺乏地區方案」，是今年醫院總額新增的專款項目，健保局草案編列 50 百萬元。該方案主要是因西醫基層醫療資源缺乏地區，找不到基層醫師願意前往提供巡迴服務，而於 98 年 8 月開始，由醫院認領並支援提供相關服務，但 98 及 99 年經費係由其他預算支應。

二、綜上，兩案不一致，須再討論部分有：

- (一)一般服務協商因素之「基本診療項目」，即前經討論但未定案的診察費調整案。
- (二)專款項目之「持續推動醫療給付改善方案」及「醫院支援西醫基層醫療資源缺乏地區方案」，另「提升住院護理照護品質」，雖兩案金額一致，但護理師護士公會全聯會代表有不同建議，先請陳委員玉枝表達意見。

陳委員玉枝

感謝委員關切護理人力問題，在此懇請提高「提升住院護理照護品質」專款之額度，該專款係用以鼓勵醫院聘足護理人力，提升護理照護品質，護理師護士公會全聯會原建議額度調增一倍，但瞭解總額有限，故請委員審酌實際狀況調增額度，並同意由護理師護士公會全聯會研擬該方案支付方式，提供健保局參考。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝陳委員玉枝之說明。
- 二、現在，先就專款項目之「持續推動醫療給付改善方案」討論，醫院部門和健保局所列金額差異甚大，先請健保局說明。

蔡組長淑鈴

- 一、請參考議程資料第 4 頁，本項專款依健保局草案，100 年擬編列 6.852 億元，含 99 年原編 5.873 億及 100 年新增孕產婦照護品質確保試辦計畫 0.979 億。說明如下：
 - (一)原有 6 項方案之費用，健保局建議維持 99 年所編 5.873 億，醫院部門則認為額度偏高，應酌減。惟 98 年本項專款費用執行率已達 84%，99 年上半年實支數 1.3 億元，且部分品質回饋金尚未計入，可預期執行率會更高。
 - (二)另依評核委員之建議，未來將努力提升糖尿病、氣喘、高血壓等方案之照護(收案)率。因此，建議維持 99 年費用，稍有寬編，除考量 100 年繼續推動與擴大收案外，並希望提高醫院部門配合執行的意願。
 - (三)100 年擬新增孕產婦照護品質方案，預算 0.979 億元。
- 二、本項專款依醫院部門草案，100 年擬編 2.873 億元，醫院部門僅以 98 年費用計列，顯有低估。醫院部門草案未考量之處有二：第一，98 及 99 年預算執行率已大幅提升，須有足夠費用支應原有方案之執行；第二，原方案擴大收案及 100 年新增方案，也需增加經費以為因應。
- 三、比較醫院部門與健保局草案之差異，醫院的 2.873 億顯有不足，健保局的 6.852 億則略有寬估。

楊主任委員銘欽

謝謝健保局的說明，請教付費者代表之意見。

謝委員天仁

醫院與健保局兩案的各項成長率爭議點不多，差異較大的只有 DRGs 的 3 億及診察費調整兩項，其餘多數是健保局多些，而醫院少些，想必是以不超過總額上限為考量。其實應先討論差異大的項目，結論若有刪減，就不用擔心會超出上限，因為協商 DRGs 和診察費兩項後，也差不多完成。因此，建議應把握時間，集中討論歧見大的項目，要爭就爭有價值，爭差異小的，意義不大。

童副院長瑞龍

依議程資料第 4 頁之健保局草案說明，「持續推動醫療給付改善方案」乙項專款，100 年將新增孕產婦照護品質方案，其說明第 3 點已明白陳述該方案之經費，目前由醫療發展基金支應，為何要改由醫院總額支應？原本即為政府推動之計畫，建議維持由醫療發展基金支應，如此，可減少兩案差距。

楊主任委員銘欽

屬配合政策，健保局考量醫療發展基金可能解散，而做此建議。

戴局長桂英

醫療發展基金是公務預算的一部分，受限於預算程序，計畫延續性無法百分之百確定，若能納入健保給付方案，則無此疑慮，金額並不多，請支持。

陳主任雪芬

針對醫療給付改善方案之專款額度，醫院編列 2 億多，健保局編列 6 億多，或有委員認為反正不會超過上限，可考慮在兩案間稍作調整，但醫院還是很在意，希望每筆費用都要公平合理，不是健保局要做的就可寬列。

戴局長桂英

有關醫院部門訴求健保局不應寬估費用之意見，剛已請本局同仁評估，請同意依健保局草案降 1 億，額度調整為 5.852 億元。

陳主任雪芬

請健保局提出歷年執行績效，為何健保局每次執行不力，都不需被檢討！實令醫院羨慕。

童副院長瑞龍

提議降 2 億元。

孟委員藹倫

一、剛醫院部門提及，孕產婦照護方案原由醫療發展基金支應，編列在公務預算，現在要改列於醫院總額，等於變成由全民健保費用支付，兩者意義大不相同。因此，支持該方案應維持由醫療發展基金支應，而不應轉由消費者負擔。

二、為因應少子化趨勢，政府本應編列公務預算推動此方案。

戴局長桂英

100 年醫療發展基金之預算尚在編列程序，預算案還須送立法院審議，能否通過此基金預算尚未可知。惟如孟委員藹倫所言，此方案很重要，只是財源要從何處支應。

孟委員藹倫

同意醫院部門之意見，繼續由醫療發展基金支應，沒道理納入醫院總額內。

謝委員天仁

一、個人認為每年「新醫療科技」部分，在估算新藥成長，恐有高估或重複之虞。因為，藥價調整至一定程度，支付價不敷成本時，藥品即會退出市場，再以新品名進來，而變成新藥，一段時間後又變成舊藥，不斷重複，周而復始，但每年編列新藥成長率均已納入基期費用，並未因藥品退出市場而減少。

二、本週二監理會針對重複投保問題，進行訪視與座談，發現有些重複投保的特殊狀況，例如夫妻離異，爭取小孩監護權的過程，及瞞著上司兼差等，顯見投保人數年增率的計算是一大問題，健保局不主動校正，就會虛增投保人數。類似投保人數等潛在虛增的成長，相信還有，但截長補短，則不致差太多，而付費

者代表在部分需有作為，總要讓我們出去不會被打吧！因此，重申「基本診療項目調整」乙項，請適度考量付費者立場，今年須就科別平衡發展給予加成調整，仍建議只鎖定外、兒、婦產三大相關科別。

楊主任委員銘欽

付費者代表剛對此項似有交換意見，請提議成長額度。

蔡委員登順

- 一、依謝委員天仁所提，診察費調整限定在外、兒、婦產三科，成長額度採健保局試算資料之 5.86 億元，請依此金額推算本項成長率。
- 二、99 年 DRGs 的 3 億元移列專款。

孟委員藹倫

有關「持續推動醫療給付改善方案」之專款額度，建議先將健保局原擬新增之孕產婦照護方案，回到醫療發展基金，其原編新增 0.979 億元則一併減列，之後再扣減健保局前所同意減少的 1 億元，合計約減 2 億，專款額度降為 4.873 億元。

蔡委員登順

請幕僚依下列條件，試算醫院總額協商結果：

- 一、「持續推動醫療給付改善方案」之專款額度，依孟委員藹倫建議之額度。
- 二、99 年 DRGs 的 3 億元移列專款。
- 三、「基本診療項目調整」成長額度 5.86 億。
- 四、前討論同意「品質保證保留款」之成長率 0.05%，約 1.5 億。
- 五、餘各項依健保局草案之成長率或金額。

陳委員明豐

- 一、剛謝委員天仁所提議之外、兒、婦產三科，對醫界而言，不是科別平衡，而是將之分為大小科、危險科、好不好做科別。此作法會讓醫師認為小兒科、婦產科很危險，診察費才能提高，其他科別就沒必要，對一樣認真努力的其他科醫師，很不公平，

等於在醫院投下一顆大炸彈，請委員再考量。

- 二、建議委員先協定成長額度，再交付健保局與醫界協調項目，對醫師不愛執業的婦產、小兒等科別，屬「人才羅致困難」科，該合理增加，但其他科別，請留給醫院部門協調空間，不要僅限定三科。

李委員明濱

- 一、非常贊同陳委員明豐的說法，並支持醫院診察費之調整。因為病人的治療結果及預後，與醫師的診斷、診察息息相關，處方用藥、治療處置都是跟著診察走，非常重要，且須負擔病人的安全性。
- 二、感謝付費者代表對醫院四大科人才羅致困難的關切，但要解決此問題，必須從衛生署制定制度的高度，審視醫學教育的實質問題，思考擴大及強化人才招募策略，而非提高診察費就能吸收人才，站在醫師的專業角度，此作法不符實際。
- 三、付費者代表關切的科別平衡發展確實應重視，但恐非費協會委員可解決，建議將委員意見，送請衛生署作為醫學教育及醫療政策之參考，對醫界才具有正面效益。

謝委員武吉

- 一、消費者代表要顧及消費者利益，醫界同樣要顧及醫界利益，在此先說明。
- 二、剛蔡委員登順、謝委員天仁提到外、兒、婦產三科的重要性，難道內科、其他科別就不重要？應該都同等重要才對。原希望今日協商會議能圓滿達成共識，但聽到付費者代表所提議 5.86 億元，乾脆不要增加，醫院代表集體退席，否則我們這些代表回去，也是兩面不是人。

楊主任委員銘欽

謝委員武吉及陳委員明豐二位醫院代表之發言，是希望提醒大家此作法與額度，未來可能會造成醫院內部紛議不斷。

童副院長瑞龍

建議「基本診療項目調整」乙項，框列 30 億元，讓醫院與健保局協商細節，現只增加 5.86 億，醫界要怎麼做？

陳主任雪芬

- 一、今年醫院部門以調整診察費為訴求，主要是因診察費長期偏低，與科別平衡發展是兩項不同議題，若期待以診察費調整改變科別發展，是不可能的任務。涉及整體支付制度檢討，茲事體大，也非費協會委員所能處理。在座委員若真認為醫院部門神通廣大到可解決，醫院代表更不敢在此項目多要一毛錢，否則回到醫院內部，除了吵翻天，也不能解決問題，基本服務成長都顧不到，還帶顆炸彈回去，我們怎能接受？
- 二、99 年 DRGs 的 3 億元若移列專款，則明年 DRGs 專款有 2 項，後年變 3 項，大後年又變成 4 項，一直臚列下去不是很奇怪？為何委員就是無法接受健保局的說明？健保局難得有良心幫醫界說話，大家卻聽不進去。

楊主任委員銘欽

先處理診察費調整問題。

謝委員天仁

醫院不願繼續討論，個人不反對，反正依過去歷史，醫院部門少有達成共識。其實，今天付費者代表想兼顧醫界科別平衡的發展，但醫院代表似乎都只看見自己的利益，正如西醫基層部門一樣，一點點利益都不願犧牲，若是這樣，還是不要繼續談較好。

楊主任委員銘欽

協商時間已到，雙方未達共識，將醫院與付費者二方案送署裁決。

陳委員玉枝

尚有「提升住院護理照護品質」乙項專款額度，未討論。

童副院長瑞龍

洗腎成長率也未討論。

楊主任委員銘欽

洗腎成長率於中午用餐後，再討論。

謝委員武吉

須聲明，健保局才是承辦醫院總額的單位，不該扣減「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」乙項所列 81.7 百萬元。如果要翻盤那就全都翻，有關違約扣減-0.027%，因於總額是健保局承辦，那就不該扣減醫院。

謝委員天仁

醫院總額未完成協定，而洗腎係含在醫院總額中，只是分列於兩部門而已。

陳主任雪芬

醫院一般服務及專款雖未談定，但仍可就洗腎成長率討論。

童副院長瑞龍

既然不用談，建議醫院洗腎獨立。

楊主任委員銘欽

有關「提升住院護理照護品質」乙項專款額度，請教付費者代表可否就陳委員玉枝所提訴求，及健保局草案考量，是要依照健保局草案所列 832.5 百萬元，或願意酌增額度。

謝委員天仁

醫院部門與健保局兩案之額度相同，顯示醫院想壓抑護理相關費用。

童副院長瑞龍

醫院抗議這種說詞，醫院怎可能壓抑護理相關費用？我們反而是要拜託委員，提高護理人員支付費用。

葉委員宗義

本案討論時間非常冗長，卻仍無法取得共識，最後回歸原狀，對醫院及付費者雙方代表而言，無法對代表團體有所交代。個人覺得雙方都過於強勢，雖各有立場，但協商應該理性對話，有退有進，折

衷處理。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝葉委員宗義，協商討論過程就是雙方充分交換意見。醫院門診透析費用亦可併西醫基層部門一起討論，建議醫院部門先協商至止。
- 二、用餐時間，請本會幕僚依據討論過程，分別製作醫院版及付費者版二方案，經雙方確認後，作為明日委員會議討論資料。用餐後，再繼續討論門診透析服務。

林執行秘書宜靜

為避免認知有落差，建議下午先花點時間確認醫院與付費者雙方版本內容。

謝委員武吉

承辦醫院總額的是健保局，違約扣款 81.7 百萬所算的負成長率，不能算在醫院身上。

楊主任委員銘欽

幕僚所製雙方版本，下午會提請醫院及付費者代表確認。

林執行秘書宜靜

現在時間是中午 12 點 45 分，請委員於下午 1 點 50 分回到會場，繼續討論。

(9 月 10 日下午 13:50)

楊主任委員銘欽

- 一、用餐時，付費者與醫界代表分別交換意見，大家都覺得從早上談到現在，協商就這樣破裂，很可惜。付費者代表同意再給 15 分鐘，就雙方歧見部分進行協議，以取得共識。屆時，若雙方仍未取得共識，則暫停協商。醫院部門若還想繼續談，需等到其他的總額部門協商完，視有無機會再討論，若真無法達成共識，也只好送署裁決。預計協商時間 15 分鐘。
- 二、針對診察費調整部分，付費者代表早上提議額度為 5.86 億元，

但醫院代表認為以此額度，又限定科別，回去很難處理，寧可不要。因此，付費者代表釋出善意，願意體諒醫院代表的難處，建議以 5.86 億的 1.5 倍，也就是再加 50%，另用於調整其他科別，如何調整則由醫界處理，以免造成內部紛爭。對此提議，請教醫院代表意見。

張院長克士

- 一、對付費者代表就消費者權益嚴格把關，十分感佩。在此說明心臟內科初診病人看診的大致流程，從血壓測量、身體理學檢查開始，接下來很重要的是安排聽診、心電圖檢查，必要時須加做心臟超音波或跑步心電圖，以評估心臟功能，或有無心肌缺氧情形，診斷後還需進行適當處置、開處方及衛教，全套的看診，一位初診病患就需 30 分鐘。現在連爭取初診診察費調增為 300 多點，都有意見，與中醫的望聞問切，把個脈就有 600 點相較，實欠缺公平性。
- 二、醫院不是只有心臟內科辛苦，每個科別都一樣，例如台中榮總免疫風濕科，許多醫師經常因為要診斷及處理疑難雜症的病患，一個上午門診，常常看到半夜 2 點，就因為病史詢問需要花費很多時間。難怪有人戲稱醫師不如理髮師，理個髮就要 500 多元，醫師診察費才 222 點，一位醫師花那麼長時間學習、投資這麼多，支付點數實不合理。
- 三、就謝委員天仁所提問題(診察費只同意調高外、婦、兒科)，提出我的想法供大家參考，這是市場供需問題。台灣因為出生率創世界最低，因此，醫學系畢業生在選擇未來科別時，對婦產科、小兒科較無興趣。我個人同意李理事長明濱所言，科別平衡問題，應拉高層次，由政府整體思考，以尋求解決方法。

楊主任委員銘欽

有關付費者代表提議之成長額度，依 5.86 億元的 1.5 倍編列 8.79 億元，請付費者推派一位代表說明。

謝委員天仁

付費者代表的共識是，原來 5.86 億元還是用以調整外、兒、婦產三

科，所增加的 50% 費用，則於醫院總額支委會討論調整項目。至，若要論及公平性，彼此邏輯不同，難有共識。

黃委員偉堯

請教張院長克士，支付標準表中除診察費外，另有處置費，其服務內涵是否包含醫師費及護理人員、技術人員費用？依張院長剛說明，許多檢查處置、診察時間合起來，來說明健保只以 220 元或 220 點支付，恐怕低估太多，因健保也支付相關處置費用。建議應計算一次門診申報總點數中，有多少金額歸給醫師，才是持平合理的估算。

蔡組長淑鈴

科別的選擇，個人並無意見。但付費者代表若要以此邏輯，及健保局試算的 5.86 億元，考量其成長額度，為免大家誤以為試算數據已將所有外科納入，而造成低估，健保局必須特別說明，先前試算並未納入骨科、神經外科、泌尿科、整形外科等一般外科系應有的四科，因此，建議付費者再納入此四科，重新估算金額。

蔡委員登順

建議就健保局今日提供「03 外科」門診診察費 15.2 億及住診診察費 10.3 億部分加成。至，蔡組長淑鈴剛提到的外科系很複雜，付費者並非醫師，無法了解這麼多，也不可能逐項討論。至，謝委員天仁表達 5.86 億限定在三科加成，可能造成醫界內部紛擾，因此，付費者願意增加 5.86 億的 50% 額度，讓醫界內部自行調整。意即，若大家同意，本項成長額度以 8.79 億元處理。

童副院長瑞龍

建議基本診療項目調整之額度先暫停討論，先討論其他待處理事項，再回來討論醫界版與消費者版雙方的基本診療項目調整方案，若仍無共識，再另做處理。

楊主任委員銘欽

再討論下去會花太多時間，本項暫予保留，先討論其他項目。

謝委員天仁

建議議事程序應依主席前所宣示方式處理，時間到了，還無法談成，就應等其他總額部門討論結束，雙方若有意願再繼續討論。建議醫院總額就此結束討論。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝委員天仁，醫院部門先討論至此，接續討論門診透析服務成長率，讓需先離開的醫院代表知道討論結果。
- 二、請健保局說明門診透析服務成長率案。

(門診透析服務)

楊主任委員銘欽

接下來進行門診透析討論，請健保局說明。

蔡組長淑鈴

- 一、今年健保局未建議成長率，但可參考相關資料，議程資料第 17 頁表 1-12，呈現歷年醫院及基層透析預算成長率，雖然醫院門診透析費用占率較大，但其費用為負成長，即透析人口逐漸轉移至基層看診，例如：99 年醫院門診透析成長率為-0.582%，西醫基層為 6.428%。最近 3 年協定整體門診透析預算成長率都在 2% ~ 3% 左右。
- 二、請參看表 1-13，98 年門診透析就醫人數成長 5.1%，醫院 2.6%，基層 10%；血液透析為論次計酬，每週須洗 3~4 次，因費用成長率低於病人數成長，導致點值不斷下滑，99 年點值已達 0.88。
- 三、100 年擬將 Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫移至其他預算，其在 99 年成長率為 0.16%。至門診透析費用成長率是否要再增加，尊重協商結論，成長率確定後，再依 99 年第 1 季醫院及西醫基層門診透析申報點數占率分攤。

戴局長桂英

- 一、蔡組長淑鈴已說明清楚，本局目前非常重視事前預防，故建議將 Pre-ESRD 相關計畫移至其他預算辦理。
- 二、目前透析議題有兩種聲音，一為腎臟醫學會反映，病人數成長超過 5%，99 年預算成長僅 2%，這是事實；二為監察委員於

訪視各地呼吸器照護及透析服務時，認為健保支付透析費用偏高，應檢討。

楊主任委員銘欽

今天邀請腎臟醫學會林理事長裕峯列席，委員是否同意讓林理事長發言(委員未表反對)，請理事長說明。

林理事長裕峯

- 一、謝謝委員讓腎臟醫學會有此機會進行簡短報告。蔡組長淑鈴已說明清楚，腎臟醫學會非常配合推動 Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教，所以透析發生率有逐年下降趨勢，從每百萬人發生 430 人，至 97 年降至 386 人；死亡人數每年約 6,000 人，雖然新增個案從每年 9,000 多人降至 8,000 多人，但病人數每年仍成長 5%。門診透析費用成長率，從早年 7%~8%，近來已降至 2%，病人數與費用的成長約有 3% 落差，點值一年會下降 3 個百分點。
- 二、這幾年推動 Pre-ESRD 預防性計畫的經驗，若加強對第 4~5 期慢性腎衰竭病人衛教，可延緩其進入透析時間，也可減少死亡率，故建議擴展至第 1~3 期，以進一步減少透析病人數。另外發現糖尿病占透析病人約 2~5 成，故糖尿病、高血壓、心血管疾病(三高)的防治也很重要。
- 三、腎臟醫學會曾多次在健保局門診透析聯合執行委員會報告，國人透析盛行率高，與人口老化、糖尿病及心血管疾病的增加，具有密切關係，當然也與透析品質有關，我國透析死亡率約為歐美的一半。我們極希望門診透析能有合理支付，才能確保品質。
- 四、曾提供健保局門診透析成本分析，也曾向黃監察委員煌雄報告，透析成本並未如大家想像的低，700 人次才能達損益平衡，全國 500 多家院所，只有六成院所能達 700 人次，達 1,000 人次才有合理利潤。醫學會較擔心，若預算零成長，病人數每年仍成長 5%，點值可能會再降至 0.81，甚至 0.76，會影響透析品質與病人權益。透析病人很可憐，他們也不願如此，希望委員考量透析成本及品質。

楊主任委員銘欽

謝謝林理事長裕峯的說明。100 年門診透析費用成長率，今天並無可供參考數據，可取得資訊只有過去成長率，剛醫院代表建議零成長。

陳主任瑞瑛

若 100 年門診透析費用零成長，依醫院及西醫基層分攤公式計算，醫院是否為-2.103%？

楊主任委員銘欽

99 年門診透析費用成長率為 2%，可否先以不超過去年的成長率為討論基礎，請問付費者代表或孟委員藹倫有無意見。

莊委員淑芳

大致上，我們討論了一下，是否就維持原來的成長率。

孟委員藹倫

零成長！

莊委員淑芳

零成長，就是 2.0%。

孟委員藹倫

不要負成長。

楊主任委員銘欽

是指 2% 成長或是零成長。

莊委員淑芳

就維持現在的。

孟委員藹倫

剛不是說零成長。

莊委員淑芳

對嘛！

蔡委員登順

透析病人從醫院跑到西醫基層，雖醫院負成長，但西醫基層會成長較多。

孟委員藹倫

可是醫院沒有成長。

楊主任委員銘欽

補充說明，醫院的透析病人成長較少，但整體透析病人數每年仍成長5%。

謝委員天仁

健保局剛提到監察委員覺得透析費用支付偏高，請問應多少才合理，可否讓付費者代表了解，以利討論。

蔡組長淑鈴

- 一、血液透析採定額支付(論次計酬)，其中門診一般透析支付點數為4,017點，乘以點值(目前約0.88)，換算每次給付3,535元。
- 二、腎臟醫學會提供之成本分析資料，其計算之正確性，尚需經公評，先略述如下：按規模別，15張洗腎病床，每月550人次的診所，每次平均成本為3,779元，700人次為3,495元，900人次為3,358元，1,300人次以上則為3,208元；其計算基礎係設備分6年攤提，醫師薪水為變動成本，約25至30萬，房租約20至25萬，成本依各地區有很大變異。
- 三、每次透析健保支付約3,535元，與醫學會的成本分析相較，每月透析550人次以內的院所，支付點數恐偏低，若達700人以上者，則應足夠。委員如需詳細計算資料，可向林理事長裕峯索取。另署長已指示，本局將委託公正團體重新評估透析成本。
- 四、林理事長裕峯提到，加強早期預防，可延緩慢性腎臟病人進入透析治療的時間，故100年擬於其他預算項下編列「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」，透過對慢性腎臟病初期患者進行衛教及生活習慣改善，以減少透析病人數的成長，即將醫療資源從後端的治療，投資在前端因屬預防性衛教與追蹤費用，不希

望排擠到透析治療費用，乃將其移至其他預算。這項投資是為未來鋪路，數年後，病人數成長將可低於 5%。另，腎臟科專科醫師不應僅從事腎衰竭病人之透析治療業務，也應對病人進行腎臟疾病相關衛教、追蹤及治療。

五、99 年透析費用成長率有 0.16% 用於 Pre-ESRD 相關計畫，100 年將該計畫移至其他預算。因此，本局雖未建議成長率，但其實已隱含 0.16% 的成長，是否再加碼，端視委員意見。

楊主任委員銘欽

蔡組長淑鈴的說明，即 99 年 2% 的費用成長率，其中有 0.16% 用於 Pre-ESRD 相關計畫，該計畫於 100 年已移至其他預算，所以 100 年門診透析服務雖未編列成長率，但已隱含 0.16% 的成長。委員有無其他意見？

陳主任瑞瑛

支持健保局的作法，Pre-ESRD 相關計畫若做的好，將可減緩透析病人數的成長。監察委員很關心透析治療的業務，不宜再讓門診透析費用一直擴大，以免排擠其他醫療服務，我們希望 100 年整體門診透析費用為零成長，醫院門診透析費用成長率至少要 -2.103%。

陳主任雪芬

能否試算門診透析費用成長 0.16%，醫院的成長率為何？

楊主任委員銘欽

幕僚試算同時，其他委員有無意見。

張醫師孟源

都會區及鄉村或偏遠地區的成本不盡相同，且偏遠地區的民眾須跋山涉水去就醫，尊重委員所提之成長率，但希望能照顧偏遠地區透析病人的就醫權益，因該區透析病人較無法達到經濟規模，為免當地院所的洗腎室關門，建議能有附帶決議，保障偏遠地區或醫療資源不足區之門診透析點值至少 0.9。

童副院長瑞龍

請問是否醫院門診透析費用成長率-2.103%，還要再扣 0.16%？

楊主任委員銘欽

請蔡組長淑鈴再說明。

蔡組長淑鈴

補充說明，我剛所說的 0.16% 成長率，並非是 99 年預算再加 0.16% 成長率，而係指 100 年門診透析費用若維持 99 年水準，即費用 308.68 億元億元，仍將成長 0.16%，並非零成長，因已將 Pre-ESRD 相關計畫(99 年有 0.16% 成長率)費用移由其他預算支應，但並未從原有的門診透析費用中扣除，故相較 99 年，門診透析實質費用仍有 0.16% 的成長。

陳主任雪芬

依健保局所提 100 年門診透析費用零成長，請確認醫院部門的成長率為多少？

蔡組長淑鈴

若 100 年門診透析費用零成長，依 99 年第 1 季醫院及西醫基層費用點數占率分攤，醫院門診透析費用成長率為-2.102%，西醫基層為 3.367 %。

張醫師孟源

這應僅為預估值，並非確定數值，去年醫院與西醫基層的門診透析費用係依第 1 季申報點數占率分攤。

蔡組長淑鈴

這是確定數值，因 99 年第 1 季門診透析已進行結算，故已有醫院與西醫基層門診透析的申報點數。

楊主任委員銘欽

100 年門診透析費用維持 99 年額度(308.68 億元)，因 99 年的成長率中有 0.16% 用於 Pre-ESRD 相關計畫，故實質門診透析成長率為 1.84%(2%-0.16%)；100 年雖將該計畫移列，但未將費用自門診透析費用扣除，故相較 99 年仍有 0.16% 的實質成長。

蔡組長淑鈴

即金額與 99 年相同，實質成長 0.16%。

林理事長裕峯

但透析病人數成長超過 5%，若費用僅成長 0.16%，將有 4.84% 的缺口。

戴局長桂英

99 年門診透析費用 308.68 億元，其中有 0.16% 成長率用於 Pre-ESRD 相關計畫，100 年將該計畫移至其他預算，但門診透析費用仍維持 308.68 億元，並未將該計畫費用扣除，故合計 100 年仍有 0.16% 成長。

童副院長瑞龍

如西醫基層部門對此有意見，醫院部門建議分開執行。

陳主任雪芬

醫院部門若要兩案併陳報請衛生署裁決，想確認方案的成長率。若採納健保局編列數字，慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫 12.82 億元，與醫院部門原建議編列 6.22 億元，有 6.6 億元差距；持續推動醫療給付改善方案 4.873 億元，與醫院部門原建議編列 2.873 億元，有 2 億元差距，請自醫院部門方案協商因素之「基本診療項目」調整費用 46.59 億元扣除；另醫院支援西醫基層醫療資源缺乏地區改善方案，經費不應由醫院總額支應，請問最後醫院部門成長率於校正投保人口後是否為 3.599%？

楊主任委員銘欽

先確認 100 年門診透析費用成長率，請問林理事長裕峯是否了解最後決議？

林理事長裕峯

這樣的話，點值會繼續大幅下降。

童副院長瑞龍

林理事長裕峯不應介入總額協商，醫學會應以專家身份提供協商參

考意見。

張醫師孟源

尊重委員意見，但懇請保障偏遠地區門診透析服務之點值。

戴局長桂英

委員會若決議保障偏遠地區門診透析服務之點值，我們自當配合辦理。但向委員說明，門診透析費用是固定，如保障偏遠地區點值，則其他地區點值就會下降。

楊主任委員銘欽

是否採點值保障措施，依慣例係於健保局各部門總額支(執)委會討論。張醫師孟源的發言，列入會議紀錄發言摘要。

沈組長茂庭

請教張醫師孟源，偏遠地區之定義為何？

張醫師孟源

如南投縣信義鄉，位處山地。

楊主任委員銘欽

- 一、這議題不在此討論，請於健保局各部門總額支(執)委會討論。
- 二、100年門診透析費用成長率確定為0。醫院部門協商先告一段落，接下來還有西醫基層、牙醫、中醫、其他預算等部門須協商，如事後醫院代表認為有機會拉近共識，可於各部門協商完成後，再繼續討論。
- 三、謝謝醫院代表及林理事長裕峯，接下來進行西醫基層總額協商。

(9月11日上午11:15)

楊主任委員銘欽

接下來進行醫院部門協商，有30分鐘協商時間。

林執行秘書宜靜

請委員參看今早所發資料，醫院的第 6 頁，為昨天討論付費者及醫界版本之對照表。

楊主任委員銘欽

一、昨天付費者與醫界無共識的部分：

(一)推動 DRGs 之調整與鼓勵：昨天已說明其具兩種性質，一為 99 年推動 DRGs 所需費用之調整，即對已執行之 155 項，補其執行所需之費用 3 億元；另一為繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵，作為鼓勵 100 年推動新 DRGs 項目，同樣是 3 億元。

(二)基本診療項目的調整：恐須花較多時間討論。

(三)醫院支援西醫基層醫療資源缺乏地區之方案：健保局建議編列 5,000 萬元，醫院代表認為不應由醫院總額支應。

二、提升住院護理照護品質費用：陳委員玉枝建議增加 1 倍，昨天來不及進一步討論。

三、從較複雜議題先討論，若能獲共識，其他議題應較易有結論。先討論基本診療項目之調整，請醫院代表說明。

陳委員明豐

一、謝謝委員及健保局在協商醫院總額所付出的努力。剛才西醫基層代表李委員明濱的說明，應可讓委員可了解醫界這幾年來對政府推行的法令，及社會急難救助事務等，都不遺餘力的投入，期能讓民眾獲得更好的醫療照護。當然，對於少數不肖醫療院所及醫師，我們也同意依法處理。

二、昨天協商最大落差在於醫院診察費問題。各位都知道現在醫界面臨內科、外科、婦產科、小兒科四大皆空的問題，該四科為醫療主體，但現已少有醫學生會選擇這些專科，健保支付偏低是原因之一。

三、謝謝委員昨天的意見及指教，我們也表達，如僅調整外科、婦產科、小兒科診察費，將對醫院造成很大的困擾，希望能同意由我們自行調整，不僅此四大專科，有些專科也須有較合理支付，以提供更好的醫療服務。另外，希望基本診療項目調整之成長率能從 0.292%，增加為 1.029%。

楊主任委員銘欽

謝謝陳委員明豐說明。簡單說明本案討論過程，昨天付費者委員同意調升診察費，但僅限於外科、婦產科、小兒科；惟因此種作法，將對醫院的運作產生很大影響，醫院與西醫基層不同，西醫基層多為單獨執業或數科聯合診所，醫院內部則有很多專科。陳委員明豐訴求希望不要限定調整那些科別之診察費，讓醫院與健保局有空間可討論如何合理調整。但付費者委員擔心若調高診察費，恐造成醫院衝量，對此，醫院代表建議可採附帶決議方式，規定每診次不得超過多少人。能否請醫院代表補充說明所需金額。

陳主任雪芬

- 一、基本診療項目調整的費用，健保局原建議增加 14.77 億元，醫院部門的意見已從 46.59 億元修正為 30.97 億元，能否以這 2 個額度，尋求大家皆可接受的數字。希望能在醫院診察費不足部分，給予醫師鼓勵。
- 二、許多委員誤解調高診察費，醫師會衝量，其實相反，診察費若低至某個程度，醫師就無意願看診。主席剛提及附帶決議，我們與健保局都清楚，如此做，恐影響民眾就醫權益。
- 三、額度可再討論。很謝謝付費者代表同意調升診察費，但若僅限於外科、婦產科、小兒科，我們回去很難交代，剛才陳明豐委員已提及，將對醫院內部造成衝擊，希望能避免，故建議於委員會決定額度後，細項交由健保局與醫界討論，畢竟雙方合作已多年，彼此也有共識應調整那些項目。

陳委員明豐

委員擔心調高診察費將造成衝量部分，昨天討論時，我們已說明，實施醫院總額後，醫界如衝量，最後也會被核減。調升診察費用純粹希望用以改善醫師的辛勞，讓大家在工作上得到鼓勵。請委員諒解。

楊主任委員銘欽

委員對診察費的部分，有無其他意見。

蔡委員登順

- 一、昨天已協商 2 次，今天算第 3 次協商。基本診療項目調整所需增加費用，今日醫界建議 30.97 億元，昨天醫界提出 46.59 億，健保局建議 14.77 億，而付費者同意增加 8.79 億元，落差很大。
- 二、醫院規模很大，討論的數據都以億為單位，不像西醫基層部門連 6,000 元都提出。我們的立場是，尊重醫界有誠意回來再協商，但昨天討論的內容已列入紀錄，今日數字不宜變動太大，否則難向已先行離開的委員交代，更無法向全民交代，如增加幅度不大，我可同意，但若差距太大，個人立場，建議送署裁決。

楊主任委員銘欽

醫院部門能否再提出另一數字，縮小落差。

謝委員武吉

- 一、醫院部門昨天仔細思考此問題，很希望協商能有共識，健保局戴局長桂英新上任，主席也是這屆才擔任主任委員，如果今日協商不成，送署裁決，個人覺得委員面子較掛不住，希望能朝雙贏局面處理。
- 二、委員所言很有道理，但若擔心醫界衝量，可限制每診人次，但向委員報告，醫院診察費 220 點，若乘以點值 0.90~0.93，約 200 至 205 元，坦白講，比擦皮鞋、理髮的價格還便宜。昨天我曾請教蔡組長淑鈴，並已提供醫院診察費涵蓋內容給委員參考，希望從健保局建議的額度再酌加些。

楊主任委員銘欽

謝委員武吉具體地建議，希望從健保局建議的 14.77 億元開始討論，而非醫院的 30.97 億元，委員可否表示意見。

黃委員偉堯

- 一、我有兩點詢問，一項建議。一為昨天討論時付費者形成的原則，今日是否仍適用？須先確認，才能繼續討論。二為醫院訴求診察費過低，其屬支付標準議題，我昨天曾詢問，但未有答覆，醫師的費用只有來自診察費嗎？是否還有處置費等來源，醫院處置費服務量很大，醫界一直訴求診察費低，卻未持平地

將全部項目攤開來談。

- 二、個人看法及建議，支付標準調整不應在費協會討論，應在健保局的支委會或醫療給付協議會議上談，才能綜觀所有醫療服務項目支付標準之持平性，今日單討論診察費，只獲得診察費過低的訊息，還有很多訊息我們不清楚，在訊息不完整的狀況下，實難有好的作法。

楊主任委員銘欽

- 一、昨天討論診察費調整限定外科、婦科、小兒科的原則，建議可作修正，因其在醫院之可行性，將弊多於利。不過本會為委員制，委員也可不同意我的說法，仍維持昨天協商原則。
- 二、若成長率有共識，建議授權醫院與健保局討論調整方案，但可加入附帶決議。黃委員偉堯所詢醫師的收入，除診察費外還有那些項目，可否請醫院部門回應。

蔡委員登順

- 一、黃委員偉堯提及昨天討論的主軸，付費者代表希望限定調整外科、婦科、小兒科的診察費，因醫界覺得將使內部無法平衡，造成紛擾，所以在三個專科外，再增加部分費用，讓醫界可自行調整，但原則上是一定要調高這三個專科的診察費。
- 二、個人看法，維持原則不變，這三個專科仍要特別照顧，另可再增加一些費用，至如何調整，則尊重醫界的意見。昨天健保局估算三個專科診察費加成 10%，須 5.86 億元，我們同意再增加 50%，至 8.79 億元，成長率 0.292%。

楊主任委員銘欽

謝謝蔡委員登順的說明。關於黃委員偉堯第二點詢問，請醫院部門回應。

謝委員武吉

黃委員偉堯對昨天蔡組長淑鈴有關診察費內涵之說明，似乎並未深入了解，希望蔡組長提供書面資料予黃委員好好研究。昨天已講得很清楚，診察費並不是給醫師的費用，白紙黑字寫那麼清楚，難道

你當老師會看不懂，感到很奇怪！

黃委員偉堯

能否提供處置費所包含的成本項目。

謝委員武吉

包含的成本項目很多，可以到長榮大學找你，我們好好談。

楊主任委員銘欽

請戴局長桂英說明。

戴局長桂英

謝委員是很理性的人，黃委員偉堯也是好意，他以委員的身份，一定要先確認原則。拜託大家繼續協商。

謝委員武吉

昨天我們已確認診察費內涵。我也是委員呀！

戴局長桂英

昨天健保局已說明，待會也會提供資料予黃委員偉堯，可否再繼續協商。

楊主任委員銘欽

黃委員偉堯所提，可作為參考背景。委員對醫院代表建議從健保局版本 14.77 億元開始討論，有無意見？時間暫停 5 分鐘，讓付費者委員先內部討論。

(休息 5 分鐘)

楊主任委員銘欽

請問那位委員可代表付費者說明討論結論。

蔡委員登順

感謝醫院部門的陳委員明豐，於休息時間與我們討論。付費者代表的結論：採健保局版本 14.77 億元，已較昨天付費者版本 8.79 億元，增加 5.98 億元，其實已有點難為，但仍願意承擔。

謝委員武吉

能否再增加一點，拜託！

蔡委員登順

最多就是健保局版本，我們才能對全民有所交代。

陳委員錦煌

一個議題討論那麼久，有時中場休息也不錯，不僅有益身體健康，也能順利解決。我剛與陳委員明豐說，過去擔任調解委員時，從未協調如此龐大金額，頂多只有 50~60 萬元，不像這裡一談就是幾億元。剛已講好大家都各退一步，不應講定，又想再往前進。

蔡委員登順

且 100 年品質保證保留款有 1.5 億元，約成長 0.05%。

陳委員錦煌

來日方長。

謝委員武吉

好。

楊主任委員銘欽

- 一、向委員報告，今天醫院部門協商完畢，就散會，不再召開第 163 次委員會議，將另擇期，並於當次委員會議確認協商結論。
- 二、後續還有很多總額分配議題需討論，故須儘早開會，預計下週(9/17)或下下週(9/24)召開，幕僚會再與委員確認會議時間，屆時若很多委員無法參加，則再另行安排。

陳委員錦煌

我個人 9 月 14 日出國，能否今日繼續召開第 163 次委員會議，先確認各部門總額的協商結論，中午 12 時如仍未確認完畢，可於下月份委員會議繼續，這個月就無須加開會議。

蔡委員登順

贊成今日確認各部門總額的協商結論。

楊主任委員銘欽

- 一、同意陳委員錦煌所提，今日召開委員會議確認，如有未完成事項，很抱歉，本月恐仍須再加開會議。
- 二、接下來討論「醫院支援西醫基層醫療資源缺乏地區之方案」，醫院部門是否同意付費者方案，編列 5,000 萬元？

戴局長桂英

請醫院部門接受此項。

蘇委員清泉

我們接受，不但接受，且應再加碼。醫院很關心醫療資源缺乏地區民眾的醫療照護，也投入許多心力，且都負責整個鄉鎮的照護，而非僅提供一個巡迴點。

楊主任委員銘欽

- 一、這筆費用原編在其他預算，現移至醫院部門，若醫院願意承擔更多責任，在其他預算仍有部分的經費可支用。
- 二、接下來討論推動 DRGs 之調整與鼓勵項目，請健保局說明。

蔡組長淑鈴

請委員參閱今日資料醫院總額第 6 頁，DRGs 調整的相關費用，編列 2 筆，都 3 億元，一為 99 年推動 DRGs 所需費用之調整，二為 100 年繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵。昨天討論的癥結點在，本局希望將 99 年推動 DRGs 所需費用之調整，列在一般服務項目，但付費者委員希望列在專款項目。若委員希望留在專款項目，我們不堅持，但建議備註：3 億元於 100 年分 4 季，併同一般服務費用結算點值，因其本就應該回歸。

楊主任委員銘欽

不是金額問題，而是要列在一般服務或專款項目。

陳主任雪芬

- 一、呼應蔡組長淑鈴的說明，之所以列在一般服務有其原因，與結算過程有關，並非故意忤逆付費者委員的意思。若以備註

方式置於專款項目，則協商 101 年總額時，要呈現 99 年、100 年及 101 年處理方式，至協商 102 年費用時，又累積更多項目，屆時會很混亂。

- 二、建議列在一般服務項目較簡單，惟若委員不能接受或不放心，也不反對依蔡組長建議方式處理。

楊主任委員銘欽

- 一、付費者委員擔心這筆錢會不會滾入基期問題。因其係為配合推動 DRG 產生的費用，委員是否同意 99 年推動 DRGs 所需費用之調整，列為一般服務項目，另附帶決議，該款項係針對第一年實施的 155 項，若因故停止執行，則須檢討該筆費用。若委員無其他意見，則本項確定。
- 二、「提升住院護理照護品質」乙項，陳委員玉枝昨天建議增加 1 倍費用，請陳委員簡單說明。

陳委員玉枝

- 一、建議增加「提升住院護理照護品質費用」之理由如下：每年健保支付住院護理費約 200 億，以全國服務於醫療院所照護住院病人約 9 萬名護理人員計算，平均每位護理人員拿到的支付僅 18,000 元，昨天陳委員錦煌特別提醒，怎麼比照護工還不如，前兩天媒體也報導，比大專生企業實習方案 22K(22,000 元)還低。
- 二、我們曾調查護理人員薪資，平均 45,000 元，健保支付 18,000 元，占薪資的六成不到，醫院在經費減縮情況下，無法聘請足夠的護理人力，甚至有晚班護理人員 1 人需照顧 30 位病人的情形。住院病患應得到較好的照顧，但實際情形卻無法滿足民眾需求。我們清楚不可能一次到位，把護理費給足，但希望能逐步調整。
- 三、去年在委員支持下，已編列 8.325 億元專款，若以 9 萬名護理人員計算，每月平均約有 519 元回饋。98 年實施結果，已有三成醫院因有這筆鼓勵款而陸續增聘護理人員，若能增加一倍費用，每位護理人員可增為 1,038 元，雖然距離真正成本還差距很大，但總是有開始，讓醫院管理者有依據逐步提高護理人

力，敬請委員支持。

四、昨天未能談定，我整晚無法入睡，擔心辜負 9 萬名住院照護的護理人員。

楊主任委員銘欽

先說明本款項並非平均分配給每位護理人員，大家不要誤會，其分配有一定標準，係對有增聘護理人員的院所才能獲得，屬鼓勵性質。委員有無意見？

蔡委員登順

- 一、若依陳委員玉枝的期待，錢能落入護理人員口袋，我們很樂意付出，但錢若被醫院拿走，醫院會給護理人員嗎？我質疑。
- 二、昨天陳主任雪芬提出他們醫院的護理人員月薪 5~6 萬，年薪 80 萬~100 百萬，若依陳主任所言，具一定規模的醫院，護理人員的薪水應不至太差，可能少數民營醫院，老闆較苛刻，未提供護理人員較好薪水。
- 三、我們增加費用，護理人員也不一定拿得到，況且本項屬試辦計畫，只執行 2 年，與藥師居家照護計畫一樣，還不清楚成效。個人看法，傾向支持健保局版本。

楊主任委員銘欽

陳委員玉枝所提的為健保支付護理費的部分，但健保並未列有醫師費或其他醫事人員費的名稱，本款項對護理費支付多少可貼補，但不一定能真正納入護理人員口袋，所以不能與護理人員的薪資劃上等號。本專款計畫的目的，是希望鼓勵醫院以這筆錢，聘請足夠的護理人員，受益者為病人，但能否直接反映於護理人員薪資，則屬醫院與護理人員之契約關係。

陳委員玉枝

此機制是獎勵醫院聘足護理人員，未來規劃有增聘護理人員之院所才給予獎勵，可連動設計。

蔡委員登順

這個設計非常好，但醫院經營者很會精打細算，若健保獎勵 5,000

元，醫院薪水可能就會扣 5,000 元。

葉委員明峯

聽了陳委員玉枝說明，我們了解醫療服務一定脫離不了醫師與護理人員的相互配合。過去一直獎勵醫療院所充實人力及物力，惟護理人員的部分確實較易被忽略，建議酌增 1.675 億元，由 8.325 億元增加為 10 億元。

楊主任委員銘欽

謝謝葉委員明峯具體建議，委員有無其他意見。

孟委員藹倫

本項已執行一段期間，卻無成效報告，剛才蔡委員登順也質疑，說不定這筆錢最後還是給了醫院，無法確認醫院有無提升護理人員待遇。

楊主任委員銘欽

陳委員玉枝一開始的說明為悲情訴求，易誤導委員。再重申，本款項與護理人員薪資無關，係獎勵醫院聘請護理人員。黃委員偉堯剛也提及，每位醫事人員的薪資並非由單一支付標準而來。

陳委員錦煌

陳委員玉枝昨晚都沒睡覺，我替她講句話，她是理事長，壓力很大，也要給她一點面子，我同意本項增加為 10 億元。

楊主任委員銘欽

- 一、委員若無其他意見，則「提升住院護理照護品質費用」經費 10 億元。
- 二、100 年醫院總額一般服務加專款(不含門診透析)，較 99 年協定總額成長率為 3.496%。
- 三、終於協商完成，鼓掌一下。接下來進行第 163 次委員會議。

壹之三、100 年度總額協商之「西醫基層總額」與會人員發言摘要
蔣副秘書長世中簡報「100 年西醫基層總額成長率」(略)

楊主任委員銘欽

請參看議程資料第 19 至 22 頁，請付費者代表就希望優先討論的項目提出詢問。

陳委員錦煌

請教西醫基層有看急診嗎？

蔣副秘書長世中

醫院五、六點以後就算急診，但基層則是早、中、晚都有看診，所以晚上十點到半夜都是急診，尤其偏遠或鄉下地區。

陳委員錦煌

- 一、印象中基層診所晚上都未看診，大部分診所每週六、日也都休診，現在詢問才知道基層十點之後看診算急診。
- 二、支持轉診制度與分級醫療，基層本次也有提出相關訴求，若能落實應可降低醫療費用，減輕付費者負擔。

謝委員天仁

- 一、有關「調整兒童門診診察費」項目，協商醫院部門時已充分表達意見，本項考量點為科別平衡發展，並不考慮年齡，若調整小兒科則可討論。
- 二、若同意調整西醫基層 4 歲兒童門診診察費，則牙醫、中醫都需併同處理，影響過鉅。
- 三、請詳細說明「提升兒童復健照護品質」乙項。

蔣副秘書長世中

本項主要考量發展遲緩兒童的早期療育，希望在 6 歲前早期介入，提供適當之復健治療，不但能減輕發展遲緩的程度，更能預防未來其他障礙的發生。

楊主任委員銘欽

在一定時間內進行早期療育，確實有成效，請基層與談者李醫師補

充說明。

李醫師紹誠

本人為復健科醫師，目前診所早期療育的執行非常艱難，因為此類孩童很難控制，如：自閉症、過動兒或有學習障礙者，無論在感覺統合或語言治療方面都很難處理。而且在費用上，講白一點就是比較不賺錢，因此在治療上較易受到排擠。目前台灣有很多隔代教養，造成兒童學習障礙，若能加強早期療育並積極介入，應可減少很多後續社會成本。

楊主任委員銘欽

謝謝說明，委員有無其他詢問。

蔣副秘書長世中

- 一、感謝委員天仁對兒科的支持，目前台灣很多6歲以下病人，也有耳鼻喉科看診需求，耳鼻喉科醫師在接受住院醫師訓練時，也會接受兒童耳鼻喉科專業領域的訓練，若遇到特殊問題病人，也可轉診小兒專科。
- 二、基層醫療屬於全人照護，因此雖然是6歲以下兒童，其看診科別並無限制，所有科別之醫師均可提供醫療服務。除非有特殊之兒科相關病況，才會特別轉由小兒專科醫師看診。
- 三、目前6歲以下兒童約50%在小兒科看診，其餘病人會依被保險人需求，至耳鼻喉科或家醫科看診，尤其在偏遠地區更是如此，但都同樣能得到妥善照顧。爰建議不分科別對於4-6歲兒童門診診察費予以加成。

黃理事啟嘉(陳委員宗獻代理人)

- 一、目前政策鼓勵生育，希望有一系列措施，鼓勵對小孩的照顧。在基層診所，各科別醫師，都具備照護小兒科病人的知識，繼續教育會提供相關課程，故針對4~6歲兒童診察費加成，將有助鼓勵醫師提供更完善治療，使醫師充實相關知識，更能照顧該年齡層病人，診察費加成應以此觀點處理，而非僅限特定科別。
- 二、回答陳委員錦煌對急診的定義問題，在美國未預約都算急診，

但以台灣的醫療型態，醫師正常看診以外的時間，若有必要對病人施予急救，才屬急診範圍。

吳醫師首寶

兒科病人會愈來愈少，醫師看的病人數也會減少，若能提高診察費，較不致影響其收入，建議診察費加成能提高至 5~6 歲。

謝委員天仁

所以才建議 100 年集中資源，解決兒科醫師的問題，十年風水輪流轉，希望基層能基於科別平衡發展，禮讓兒科醫師，如果耳鼻喉科也納入，中醫、牙醫部門也會要求比照辦理，醫院部門協商時也提出 4 歲兒童診察費加成，最後大家講求的是衡平性與公平性，目前主要的問題在科別平衡，能否請健保局協助試算。

戴局長桂英

謝委員天仁的建議是加成只限小兒科，年齡是 4~6 歲嗎？

謝委員天仁

加成年齡我沒有特別意見。

戴局長桂英

本局先行試算小兒科 4~6 歲診察費加成的金額，再提供委員參考。

蔡委員登順

- 一、在醫院部門協商時，已提出希望針對小兒、婦產、外科等較弱勢科別，提供較好支付，避免其因病人減少，對收入影響太大，致醫學院學生不願意選擇這些科別職業，30 年後可能會發生找不到這些科別醫師的問題，故需提前因應。
- 二、謝委員天仁的苦心是希望顧及科別平衡發展，至於提高到 6 歲，費用可能會增加很多，衝擊太大，希望能逐步成長。醫院部門只建議 4 歲兒童診察費加成，付費者則希望限制在小兒科加成。
- 三、100 年醫療服務成本指數改變率為負成長，過去較少發生，不清楚原因為何，但其為行政院核定數值，有既定計算基礎。過去曾建議，若以老年人口數成長作為總額計算基礎，成長率會

很驚人，將高達百分之三十幾，等於台灣 10 年後都是老年人口，建議應以全國總人數為分母，老年人口為分子，所得比率才不致失真。

- 四、基層慢性病案件每年成長 5%，數字也很驚人，計算方式也是以慢性病人數為分母，若以全國人口為分母，數字應會較低。未來如何防止慢性病人數及費用持續成長，需醫界共同努力。醫師是台灣指標性人物，但其人數成長太快，出生率又降低，造成供需失衡，相對傷害醫界未來發展，政府應思考因應對策。

楊主任委員銘欽

本項比照醫院部門，健保局估算數字的同時，可先討論其他項目。

戴局長桂英

確認目前所需資料，是否為調整小兒科 4~6 歲兒童診察費加成金額。

謝委員天仁

如果醫院部門只加成至 4 歲，基層似宜比照辦理。

楊主任委員銘欽

健保局提供資料前，基層代表有無其他意見。

吳醫師首寶

目前 1~3 歲兒童診察費為全面加成，並不限於小兒科，而所有的小兒科病人，約六成在小兒科看診，若 4~6 歲加成只限於小兒科，則支付方式要重新調整。事實上，無論 6 歲以下兒童在那一科看診，都需耗費較多心力，故不宜只考量加成單一科別。

楊主任委員銘欽

有些醫師具有雙重專科執照，計算時是否採計申報科別。

蔡組長淑鈴

- 一、以目前基層執業狀態，雖然每位醫師有專科別，但看診時並未受限，例如婦產科醫師也看感冒病人，部分診所可能比看婦產科病人還多，因為生產數下降；小兒科醫師不只看兒童，也可能看大人。因此，問題在從何種角度看這件事，兒童也會到各

科看診，目前基層在小兒科看診者約佔五至六成，其餘四成是考量可近性問題，基層醫療不應強調專科而應為全科。

- 二、全聯會對很多跨科進行繼續教育，過去對此問題比較主張以兒童年齡做切點，只要看兒科病人都給予加成，主要考量任何醫師看兒科病人都會花費較多心力，且以年齡層做切點，整理數據也較清楚。若只局限在招牌是小兒科診所的兒科病人，該診所其實也會看很多內科病人，招牌非小兒科診所也看很多兒科病人。以上意見供委員參考。

謝委員天仁

- 一、若以年齡計算則建議全部不調整，付費者會提出此意見，是基於監察委員進行相關訪視調查後，發覺科別發展已呈現失衡現象，希望在健保支付的角度有著力點。目前1~3歲兒童診察費已經加成，不需調整，付費者的考量點仍在科別平衡。
- 二、健保局一直說處理有困難，不清楚以證照與登記科別認定，有何困難？若連耳鼻喉科也加成，則無法說服中、牙醫。
- 三、若從原來2~3歲兒童診察費加成，再開放到4歲，未來可能又到6歲，一直放寬，理論基礎會受到挑戰；其他科別看非兒童的病人，也可能花很多時間，為何沒有加成？上午醫院代表也曾提出質疑，若只針對小兒科加成，相對較無爭議，希望各科能相互忍讓。

戴局長桂英

謝委員很用心，從輿論及外界調查等資訊，看出兒科目前已成為人才羅致較困難的科別，因此想進行調整。本局同仁表達的是，短時間要提供數據，很難同時擷取小兒科及病人年齡層資料，但技術面並非不可行。不知在座其他付費者、醫界及學者委員有無相同觀點，或全聯會在策略上，是否希望鼓勵人才羅致較困難的科別。

李委員明濱

人才羅致絕非靠診察費調整即可達成，雖然會有鼓勵作用，但實際影響不大。對委員的用心仍表感謝，也會向衛生署轉達委員的關心。或可考慮從4~6歲小兒專科加成開始逐步試辦，提升兒童照護品

質，但不知執行面有無困難。

楊主任委員銘欽

徵求其他委員對兒童門診診察費加成的看法。

許委員怡欣

個人贊成從小兒專科開始調整，雖然人才培育與羅致不會只因診察費加成就可達成，但仍可看出社會、費協會對該科別的鼓勵，具指標性意義，建議小兒專科診察費可適度調整。

楊主任委員銘欽

許委員怡欣贊成謝委員天仁的意見，先調整小兒專科診察費。

戴委員龍輝

- 一、大家都從上午分送供參的報紙解讀社會現象，但我看到的核心問題為同工不同酬，而非科別平衡。社會現象還沒有嚴重到從大學教育就沒有人要念這些科系，最後還是依供需決定。若一開始選擇小兒科後來又專修別科，變成多重專科醫師，但選擇執業時還是會依供需決定科別，這是我和其他付費者代表意見不一之處。
- 二、建議回到問題的本質，突顯同工不同酬問題，個人傾向初診加成，因初診本來就會花費較多時間，同工同酬，或不同工不同酬，會較合理。

楊主任委員銘欽

- 一、還是針對西醫基層所提 100 年總額的訴求先討論，戴委員所提意見，確實是很基本的問題，但西醫基層本次協商並未提出相關訴求。
- 二、100 年醫療服務成本指數改變率為何是-0.767%，請健保小組梁組長淑政說明。

梁組長淑政

請委員參閱 99 年全民健保總額支付制度協商參考指標要覽第 36 頁之表三「西醫診所 100 年醫療服務成本指數改變率」，98 年對 97 年各項指數是依主計處計算結果，因人事薪資指數及消費者物價指數

總指數成長均為負值，另依主計處「95年工商及服務業普查所作的「醫療機構專案調查實施計畫」調查結果，所計算的權重。因西醫診所的人事費用占率較高(52.24%)，經加權計算後，98年對97年總成長率為負成長。

蔡委員登順

西醫基層對此數據認同嗎？

蔣副秘書長世中

98年對97年人事薪資指數採用工業及服務業薪資指數年增率呈現負值，各部門均受到影響，但西醫基層「人事費用」權重高達52.25%(為各部門之冠)，影響更大。造成「醫療服務成本指數改變率」為-0.767%，加上人口因素成長率也很低，影響整體西醫基層總額成長，完全不符合西醫基層聘用專業醫事人員人事費用成本，懇請委員能考量低估基層人事成本之影響。

黃理事啟嘉(陳委員宗獻代理人)

最大的弔詭是將醫療服務業視為非農業服務業計算，去年其他服務業有很多放無薪假及裁員減薪情形，但全國醫療服務業沒有一家降薪，甚至還有加薪，故將醫療服務業與其他服務業採同一標準，與事實嚴重不符。

吳醫師首寶

今年GDP預估成長率為8%以上，但西醫基層醫療服務成本指數是-0.767%，再加上協商因素若無法合理補足，影響會很大。尤其基層每年都會遇到流感，今年第2季浮動點值已降至0.88，加上慢性病每年成長10~20幾億，醫療費用若未成長，基層將無法經營，希望委員在協商因素能多予考量。

蔡委員登順

醫界代表認為應以醫事服務提供者的薪資為計算基礎，但衛生署採用工業及服務業薪資指數，四個部門都一樣，並非只針對基層，或許衛生署對採用該指數有其特殊考量。

戴局長桂英

本局看到醫療服務成本指數改變率數值是負數時，想到在資料參考期間，醫院、診所的醫療服務成本不可能為負值，但囿於該計算方式已行之多年，過去雖有人提出異議，但仍未能提出更好的替代方法，故協商時都參採此套計算標準。

楊主任委員銘欽

醫療服務成本指數及人口結構改變率數值業已於上次委員會議確定，不在本日的討論範圍，還是回到協商因素部分，看那個部分可將負值抵消，否則影響太大。

黃委員偉堯

醫療服務成本的人事費用參採基礎有其道理，若採醫事人員薪資指數時，若是今年醫界調薪百分之百，明年非協商因素中人事費用將成長百分之百，醫界可自行調控薪資，將以倍數成長下去，結果會很恐怖，故仍需借助第三薪資指標作為社會收入水準及計算依據。至於指標選擇的合理性，大家看法不同，可以檢討。惟若採醫事人員薪資，產生的問題會更難處理。。

戴局長桂英

以目前資料庫擷取申報就醫科別為「04 小兒科」，統計全年的診察費為 11 億 3 千萬點，4~6 歲加成 10%約需 1.13 億，若加成 20%則需 2.26 億，至於是否為小兒專科，尚無法區分。

蔡委員登順

依據西醫基層代表的報告，兒科病人會至小兒專科看診比率約六成，概算一下也差不多是這個數字。

楊主任委員銘欽

若 4~6 歲小兒科加成 20%則為 2.26 億。

蔣副秘書長世中

能否以整體 4~6 歲申報量之六成估算。

陳委員錦煌

付費者代表的看法是，針對小兒科、婦產科病人至該專科看診予以鼓勵，但婦產科病人至外科看診，就不在鼓勵範圍，主要是專業考量，同意增加本項 1 億元。

楊主任委員銘欽

加成條件請再釐清。

蔣副秘書長世中

若以小兒專科 4~6 歲加成 20%，以目前服務量之六成推估，約需 2 億多元。

謝委員天仁

付費者只同意增加 1 億元，希望西醫基層代表能體會我們的苦心。

吳醫師首寶

全聯會估算 4~6 歲所需金額為 582.3 百萬元；健保局草案只包含 4 歲兒童為 201.7 百萬元，估算 4~6 歲需乘以 3 倍。

楊主任委員銘欽

建議以增加 1 億元為目標，西醫基層代表不要堅持 4~6 歲，剛委員已表達清楚，限小兒科。

謝委員天仁

付費者代表的共識是希望和醫院部門採相同標準，醫院部門只談到 4 歲，建議本項 1 億元。

吳醫師首寶

如果開放至 4 歲，希望不限於小兒專科，且小兒科病人多數在診所看診，至醫院看診者相對較低，重病才會去醫院，建議不分科，否則計算有困難。

李委員明濱

建議折衷採健保局建議案。

謝委員天仁

付費者如果全部照健保局的方案，那以後可以不必來協商。大家已

經同意 1 億元，希望讓我們有一點業績可以帶回去，付費者已就基層所提納入考量，大家有來有往。

楊主任委員銘欽

將差距拉近些，付費者提出增加 1 億元，健保局原來的方案是 2.01 億元，條件是 4 歲兒童診察費加成 10%。請再確認是否限小兒專科(申報就醫科別為 04 之案件)。

謝委員天仁

已多次陳述考量點不在兒童，而在醫師科別，醫師可以有二個專科，只要有小兒專科即可，主要目的是為延續香火。

楊主任委員銘欽

確認限小兒專科。

蔡委員登順

「高診次病患整合性照護計畫」，主要希望一次解決多重疾病患者的看診需求，目前醫院也在推動，基層也納入協商因素項目，但健保局建議的成長率為零，衛生署的立場，是否要推動此方案。

戴局長桂英

本局的建議是納入專款項目中的「診所以病人為中心整合照護計畫」。

楊主任委員銘欽

除調整兒童診察費額度 1 億元外，基層另提出「高診次病患整合照護費」、「鼓勵西醫基層實施轉診制度」、「醫師診療行為之提升」及「慢性病照護之增進」等 4 項協商因素，但健保局建議不要增加成長率，理由為有些項目診療行為難以認定，請基層代表表示意見。

何醫師博基

感謝付費者代表對小兒專科醫師的照顧，上次監察院提出的是內、外、婦、兒四大皆空。本人為婦產科醫師，主要是看婦產科病人，但婦產科也在沒落中，婦產科專科醫師今年 77 個名額，只招到 29 名，小兒科 200 個名額，也只招到 100 名，兒科診察費既已同意加成，能否也考慮鼓勵婦產科。

謝委員天仁

不宜臨時追加預算，本年度基層只提出調整兒童診察費，付費者也僅就兒科部分予以考慮，對促進科別平衡發展，我們想法一致。

楊主任委員銘欽

原則上只針對部門或健保局提出的草案進行討論，未提出項目不會額外另加。

孟委員藹倫

應考量公平性，醫院部門既已納入考量，未考慮西醫基層不盡合理，委員有權提案，讓西醫基層比照醫院部門較合理公平，不知其他委員是否同意？需否經過附議程序。

楊主任委員銘欽

剛討論的是小兒科，條件 4 歲，若鼓勵婦產科，請問要到幾歲？會問此問題，主要是希望釐清適用對象，4 歲兒童有 20 萬人，但至婦產科看診的女性，一個年齡層就有 10~15 萬人。

徐醫師超群

可擷取就醫科別「05 婦產科」案件，純粹由婦產科醫師看診的婦產科病人。

楊主任委員銘欽

孟委員的意見是婦產科要不要加成，剛我們只計算小兒科一個年齡層，若婦產科全部年齡層都加成，則不具衡平性。

徐醫師超群

看婦產科的婦產科病人並不如想像的多。可以請健保局先統計婦產科專科醫師申報「05 婦產科」案件的數量，試算其費用。

楊主任委員銘欽

部門間衡平性很重要，但增加額度需有服務量才能估計，婦產科年齡層很廣，服務量很大，所需額度會很高，實務有困難。

謝委員天仁

基層診察費 320 點，醫院為 222 點，比基層還低，才特別考量。

吳醫師首寶

基層平均診察費為 250 點，前面 30 位病人(門診合理量)診察費才 320 點。

楊主任委員銘欽

- 一、請大家把握時間，目前較有共識部分為小兒科 4 歲診察費加成，金額為 1 億元。
- 二、請參閱議程第 20 頁，基層提出 3 項目，但健保局認為不需要。高診次病患照護已移至專款，不需討論。對「鼓勵西醫基層實施轉診制度」、「醫師診療行為之提升」2 項，基層是否需要再說明。

蔣副秘書長世中

- 一、建議先討論「新醫療科技」項目，新藥、新科技在西醫基層每年都有增加，而且新藥在開放後第 2~5 年費用增加最多。98 年第 3、4 季及 99 年第 1、2 季藥費暫時降低，並不表示未來會一直下降。雖然 99 年第 2 季整體藥費呈現負成長率(-2.9%)，致整體醫療費用理應下降，但因第 2 季期間流行「B 型流感」，使得相關醫療費用反而增加 12~15%，換句話說，整體醫療費用不但未因藥費負成長率，反而上升 3.82%，且高出 99 年度總額成長率 1.463% 甚多，造成部分偏遠地區諸如南投、苗栗、屏東、澎湖外島等地區點值大幅下降至低於 0.9。
- 二、往年總額協商對新支付項目都可給予一定成長率，不會因為藥價調整造成第 1、2 季藥費降低就不給。懇請委員在考量西醫基層也會使用新藥、新科技情況下，給予一定成長率。醫院新醫療科技 9 億多，基層至少需 1 至 2 成。醫院開放的新藥，基層一樣可以使用，希望委員可以同意編列西醫基層新藥、新科技成長率 0.7%。

楊主任委員銘欽

歷年新醫療科技協商與申報相關數據，請參閱議程資料第 28 頁。

林執行秘書宜靜

表 2-4 為幕僚整理 94-99 年新醫療科技協商成長率，99 年成長

0.113%。

吳醫師首寶

表格只統計當年度申報點數，之後就沒有統計，但新藥都是2、3年後使用量才會上升，累計下來，數字很驚人，現在使用的都是以前開放的新藥。

蔣副秘書長世中

- 一、新藥使用多數在第2年後會成長5倍，第4~5年後幾乎都成長30倍以上，若健保局能將新藥歷年累計成長列出，對成長率解讀會較有幫助。
- 二、100年西醫基層病人還是會使用新藥，故需有成長率，如糖尿病、高血壓與重大傷病病人都需使用新藥、新科技，尤其今年醫療服務成本及人口因素成長率很低。

楊主任委員銘欽

大家都不知道未來會發生什麼事情，僅是推估，基層原建議新藥增加628.9百萬元，金額偏高，請問其他委員意見。

謝委員天仁

西醫基層藥費為負成長，故健保局認為有空間支付新藥費用，不需另行編列成長率，是否如此，請健保局補充說明。

陳委員錦煌

為鼓勵「得開藥而未開藥」之診療行為，基層建議診察費增加50元，請問醫師若為了50元而不開藥，病人怎麼辦！以本人的灰指(趾)甲用藥為例，一年只能開1瓶，有15隻灰指(趾)甲就要治療15年，不合理，本項協商因素沒道理，請健保局說明。

沈組長茂庭

本局對新藥的估算也是採5年累計，因新藥引進後，用量會慢慢增加，大概至第4~5年達到高峰，故以5年平均估算，還是有成長。一般新藥引進會在醫院先使用，然後再慢慢擴及基層。考量99年前2季藥費都是負成長，新藥會增加，但舊藥減少，故建議不另增成長率。

蔣副秘書長世中

剛才報告的圖表已顯示 96~98 年三年藥費成長 1.09%，一般服務整體成長率 3.5%，這三年點值回升至 0.95 左右；但 93~95 年三年藥費成長 6.4%，一般服務成長率僅 2.4%，導致這三年點值只有 0.8~0.9。藥費調整在總額支付制度屬調控措施，截長補短，93~95 年藥費高達 6.4% 成長，造成點值約 0.8 左右，除非基層不引進新藥，不然應有成長率。99 年第 2 季藥費下降 3%，但整體費用仍增加 3.8%，整體醫療費用理應不下降，但原因是 4~6 月有 B 型流感疫情發生，使得相關醫療費用反而增加 12~15%。另調降藥費，造成慢性病藥費整體下降的影響也很大。換言之，整體醫療費用不但未因藥費負成長率，反而上升整體醫療費用至 3.82%，且高出 99 年總額成長率 2.28% 甚多。

陳委員錦煌

反對診察費增加 50 點以鼓勵醫師不開藥。

蔣副秘書長世中

該項主要希望醫師多教育民眾，減少不必要用藥，但同意撤案。

許委員怡欣

- 一、呼應何醫師博基與孟委員藹倫意見，婦產科診察費應予提升，但今天的協商只限於已提出方案，建議明年度能將婦產科納入考量。
- 二、向陳委員錦煌報告，所有的藥都是毒藥，不得已才吃，雖然基層已經撤案，但建議以後項目名稱不要寫醫師診療行為的提升，而是衛教費用，病人來看診沒有給藥時也應給予衛教。很多感冒不吃藥自己也會好，可是病人不知道如何分辨是否嚴重，需要醫師多解釋。希望國人可以減少吃藥，因為很多藥很毒，多數人只看到療效，不知道其毒性。
- 三、請問蔣副秘書長世中報告投影片第 30 頁，97~98 年單方藥品健保申報排行榜，排行第 2 及第 8 名藥品都是降血脂用藥，第 2 名申報金額 97 年是 16.89 億，98 年 17 億，第 8 名是新藥，98 年申報費用為 12 億，如果該 2 項藥品不具替代性，表示降

血脂藥物 97 年使用 17 億，98 年 29 億，為何會增加這麼多費用，依協商參考指標要覽資料，98 年增加慢性病件數約 4.99%，能否進一步說明。

沈組長茂庭

Crestor 應該不是 98 年開放的新藥，97 年也有申報量。

許委員怡欣

為何 97 年申報費用為零？

沈組長茂庭

新藥一般是由醫院先引進，然後再慢慢擴及基層。該藥不是本局定義的新藥。

蔣副秘書長世中

一般人的血脂在 200 以下算正常，但心血管患者血脂目前希要求控制在 150 以下，故除人口老化因素外，降血壓、降血脂用藥一定會逐年增加。

謝委員天仁

有關簡表調降部分，調降 3 元是其中一個方案，總會有空間。本項可考慮酌加成長率，但請基層不要太堅持，先以 6,000 萬額度試試看。

吳醫師首寶

藥費會排擠基層總額費用，我們也希望藥費愈來愈少，但因藥費每點 1 元，扣除藥費後，浮動點值只剩 0.8，若將藥費扣除，浮動點值會較高，才不致排擠診察費。

謝委員天仁

若醫師可從開藥賺取利潤，再多的藥都會開，希望儘量降低誘因，建議新醫療科技項目增加 6,000 萬。

楊主任委員銘欽

委員已善意回應，雖然與基層訴求仍有很大落差，但協商本來就是如此。

蔡委員登順

一、建議比照去年，成長 0.113%。

二、尊重陳委員的意見，不要為鼓勵不開藥而多給 50 元診察費。

莊委員淑芳

議程資料第 21、22 頁，「家庭醫師整合性照護試辦計畫」編列 1,115 百萬元，另「診所以病人為中心整合性照護計畫」又編列 200 百萬元，請問這二個計畫有何差異，一樣都是整合病人照護。

蔡組長淑鈴

該二項計畫不同，而且完全不重疊。「家庭醫師整合性照護計畫」，約只有 2 成醫師參加，至於今年增編的「診所以病人為中心整合性照護計畫」，是適用於未參加家庭醫師照護計畫的診所，針對多重疾病患者在診所看診者，提供整合性照護，並視其照護結果付費，以提供誘因。病人傾向在固定診所看診，應該有較好的解決方法，而不是一直衝量。該二項計畫完全不重疊，對象也完全不同，但最後都用在病人身上，而且是以病人改善情形付費，因此編在專款項目。

楊主任委員銘欽

「診所以病人為中心整合性照護計畫」，是同一家診所將病人照顧好後就可獲得支付，「家庭醫師整合性照護計畫」則是一家核心醫院，及 5~10 家衛星診所，組成社區醫療群，健保局會指定收案病人，病人平常在診所看診，需要時再轉診至醫院，提供網絡狀服務。因此，一個屬醫療群，一個屬單一診所服務，二項計畫都各有其結果指標。

莊委員淑芳

病人會不會重覆收案？

蔡組長淑鈴

病人不會重覆收案，會以病人身份證字號區隔，醫師也不重覆。

莊委員淑芳

為何不擴大辦理網絡型醫療群就好，還需就單一診所處理。

戴局長桂英

- 一、過去發現病人為了糖尿病掛 1 次號，又為了皮膚問題，再掛 1 次號，實不鼓勵此現象，醫師能一次將病人看好，是較好的模式。但對醫療院所而言，病人本分屬不同科別，為改變此行為，才研擬專案計畫，希望嘗試新做法，但細節還需詳細規劃。
- 二、「家庭醫師整合性照護計畫」，目前還未普及，約十分之一診所加入，將推動的以病人為中心整合性照護會有多少院所願意參加並不清楚。

莊委員淑芳

我看感冒時因為皮膚有問題順道問醫師，醫師要求我再掛號，才開給皮膚藥，一趟就解決二件事，只是需掛 2 次號，剛戴局長桂英的說法是，以後只要掛 1 次號，然後收兩筆費用。

蔡委員登順

應只掛 1 次號，收 1 次費用。

戴局長桂英

是支付一筆整合性的診察費。

莊委員淑芳

院所如何向健保局申請費用我們管不到，但病人只需付 1 次掛號費。

蔡委員登順

- 一、可減少病人來回奔波及掛號費。
- 二、付費者對西醫基層的訴求相當尊重，協商時間有限，希望一般服務項目就這樣處理。

蔣副秘書長世中

還有慢性病成長率未討論，人口結構改變率成長 0.886%，但扣除醫療服務成本指數改變率-0.767%，只剩 0.1%，無法真實反映每年慢性病 5% 成長，預估慢性病整體點數快速成長是必然的趨勢，也反映出慢性病患者逐漸往西醫基層診所移動的就醫型態改變，懇請委員能多加考量。

謝委員天仁

剛已表示若基層其他項目照健保局意見處理，則「新醫療科技」才同意給 1 億元，若要逐項討論，我有意見，不然就保留。開會這麼久，提愈多項目談愈多，要討論到民國幾年，從早上討論到現在還沒有成果，基層協商時間差不多該結束，應嚴格執行時間控管。

楊主任委員銘欽

協商時間已超過，西醫基層能否接受剛才討論結果。

蔣副秘書長世中

對委員表示抱歉，基層爭取的不是額外要求，人口結構改變率，未採不同年齡層每人費用變動權重計算及預估指標落後二年之情況下，人口結構改變率確實無法反應慢性病成長，我們也是從早上坐到現在，希望委員能考量給予慢性病照護成長率。

李委員明濱

- 一、今天的報告有二個重點，首先，我們尊重醫療服務成本及人口因素不能調整，但醫療院所不可能將醫師、護士裁員，院所有其設置標準，希望醫療服務成本指數改變率-0.767%，能在相關因素合理反應。
- 二、其次，文明國家人口老化，慢性病會增加，若照護好，則不需洗腎或衍生其他併發症，可以活得久又有品質，希望大家再挪出一點時間，關心國民健康及國家政策。

楊主任委員銘欽

基層代表對目前的結果似乎還不能接受，慢性病部分再討論，恐怕也沒有結果，請大家看一下目前成長率。

林執行秘書宜靜

專款項目在醫療給付改善方案有 0.21 億元的孕產婦照護論質計畫，醫院部門已同意還是由醫療發展基金支付，建議基層若比照辦理，則醫療給付改善方案維持去年的 3 億元。

吳醫師首寶

擔心 B、C 型肝炎用藥大幅開放後，檢驗費用就高達 1、2 億，現已影響基層總額。

楊主任委員銘欽

建議大家共體時艱，可以的話就勉予接受。

謝委員天仁

以前醫療服務成本及人口因素拿多時，有吐出來嗎？現在要付費者跨越紅線，考慮其成長，並不合宜，希望基層不要再提，如果可以的話就接受，不行的話也不勉強。

戴局長桂英

剛林執秘宜靜建議孕產婦照護論質計畫仍由醫療發展基金支付，因其金額不高，本局建議還是留下，故醫療給付改善方案總金額維持 3.21 億元。

蔡委員登順

建議大家共體時艱，因為每年成長金額都是累進成長，健保開辦時醫療費用只有 2 千多億元，現在已超過 5 千億元，慢性病這幾年協商增加的金額已達 47 億元，依今年的成長率，47 億元累計成長又多了 4、5 千萬，並非沒有成長，每年的成長額度都已滾入基期，累進計算很恐怖。

張醫師孟源

大家期望把錢用在刀口上，對於慢性病人早期治療，將來可減少重大傷病、洗腎或呼吸照護費用，雖然沒有明確的數據，但只要花 1 塊錢在早期慢性病預防，可避免將來重大傷病要花 5 元、10 元，甚至影響整個家庭。費用不是很多，誠懇地希望委員能多花幾分鐘，討論慢性病照護成長率。

楊主任委員銘欽

多數委員已經覺得差不多，是否本日協商到此為止。

徐醫師超群

一、狀況穩定的慢性病人大多會留在診所看診，只有病情波動較大者才會至醫院，因老年人口上升而增加的醫療費用，多數還是在基層，雖然依健保局的數據，慢性病已補 47.65 億元，但仍不足 26 億元。

- 二、歷年來基層總額仍有很多缺口，很多服務即使未編列，還是持續提供，例如巡迴醫療只支付醫師、護士交通費，增加的醫療費用點數並未於一般服務編列。總額是否足夠，看點值就知道，基層點值一直未超過每點 1 元，總額的預算還是不夠的，希望慢性病不足的 26 億元可以在這裡給予成長率。
- 三、去年因金融海嘯經濟成長不佳，大家共體時艱，基層還有 2.5% 成長率，但今年經濟成長率已達 8~10%，現在算下來基層只有 1% 成長率，建議至少比照去年，否則實在無法接受。

李醫師紹誠

- 一、如何將慢性病人照顧好，是健保局一直在做的功課，這點讓人感動。洗腎病人的前端防治是我們要做的，但實務操作時，因為受制於總額，沒有足夠預算，醫師不敢用好藥，如果可用好藥，病情一定可以控制。
- 二、各縣市政府衛生局糖尿病共同計畫照護網，一直控制不好，就是因醫師不敢用好藥，呼籲如果國民健康要達到一定水準，大家要忍痛讓病人用好藥。

楊主任委員銘欽

有很多事情我們很想做，但仍需考量資源有限，對本日的協商結果，基層那位可代表發言。

李委員明濱

- 一、基層很辛苦，但仍自我期許一定要站在國民健康與政府政策觀點。本日的重點也都是站在民眾健康的角度。
- 二、1.0% 成長率，可能無法同意。雖然花很多時間討論，但協商因素中有那麼多共管項目，除非基層提出的不合理，仍希望大家多加考慮其合理性，而不只為控制費用，應多替國民健康著想。

楊主任委員銘欽

至少我們都努力過，先休息 10 分鐘，再討論下一個部門。

(中場休息 10 分鐘)

戴局長桂英

請基層代表先回到座位，過去與基層的互動一向都良好，有沒有機會再討論慢性病照護成長率，儘可能不要二案併陳衛生署。

楊主任委員銘欽

西醫基層討論到目前的成長率為 1.087%，基層代表認為與過去相較太低，希望能再爭取，建議最多花 10 分鐘討論，如果差距還是很大，也沒有辦法。

謝委員天仁

- 一、對於程序我有意見，如果 10 分鐘可以談成我不反對，如果 10 分鐘不能談成，花時間有何意義？其他總額部門還在等。
- 二、如果認為可以談成，可私下先協商，談好再回到會場確認，節省時間，這才是處理議事之道，今天一直拖下去，到晚上 10 點都談不完。

葉委員宗義

就本案，請健保局表明立場，付費者再來解決。

楊主任委員銘欽

請戴局長桂英表示意見。

戴局長桂英

- 一、協商本來就有進有退，剛大家提出的有幾點事實：B、C 型肝炎用藥，本局規定需進行幾項特殊檢查，費用確有增加，經推估為 1 億元。
- 二、另外慢性病照顧，如：糖尿病論質計酬，藥費的確很高，若做得好，未來洗腎人數會降低，建議慢性病部分增加 2 億元，不知道能否勉為其難同意。

楊主任委員銘欽

健保局建議增加 3 億元。

謝委員天仁

其他付費者代表要同意我沒意見，但希望在會議紀錄註明我表示反對。健保局本來提的建議方案是零成長，花了這麼多時間討論後，

現在又說增加 3 億元合理，不是浪費委員時間嗎？以後要如何參酌健保局方案？零到 3 億元之間考量基礎為何，希望能列入會議紀錄。

楊主任委員銘欽

請問其他付費者代表對健保局建議的看法。

葉委員明峯

局長的說明也不能說是自毀立場，而是經過西醫基層代表說明後，希望大家有折衷機會才提出。建議增加 1 億元就好，不要到 3 億元。

蔡委員登順

假設增加 1 億元，之前慢性病成長 47.648 億元已滾入基期，現在新增費用也會再滾入基期，請醫界諒解健保資源不足，愈滾愈大，不出幾年就會破兆。

楊主任委員銘欽

互相各讓一步，西醫基層能否接受，請推派代表說明。

李委員明濱

請問現在總成長率多少？

楊主任委員銘欽

請幕僚單位計算一下。

林執行秘書宜靜

再確認一下，B、C 型肝炎治療計畫除用藥由專款支付外，還有其他檢驗費用，健保局建議加在慢性病照護的金額為多少？

蔡組長淑鈴

- 一、本項西醫基層原建議 8.876 億元，本局原本的建議為零成長，理由是人口老化、人口結構改變及人口成長已在醫療服務成本及人口因素考量，不宜再增加。
- 二、但醫界提醒尚未估計論質計畫的檢驗、檢查費用，尤其是明年即將大力推動的 CKD(慢性腎臟病照護)計畫，需要檢驗蛋白尿及肌酸酐(creatinine)等後續追蹤，不做的話洗腎人口不會減少，因此本局認為醫界的訴求有其合理性。若基層願意承諾積

極配合擴大糖尿病論質計畫、CKD 計畫及 B、C 型肝炎治療計畫，本局同意將其中可能增加的檢驗、檢查費用，估算在慢性病照護項目，約 3 億元，並希望但書可以寫入，基層須承諾會配合推動。

楊主任委員銘欽

謝謝蔡組長的說明。

孟委員藹倫

還是要說清楚，不然健保局與醫界兩邊談好就好，委員可先回家，健保局說明後詢問醫界有無意見，而不是詢問委員，不是這樣吧！還是要向委員報告，CKD 是什麼聽不懂，論質計畫也沒報告過，委員要以何基礎同意，委員不是來背書。突然增加 3 億元也不是小錢，應該再向委員說清楚。

張醫師孟源

簡單回答委員的問題，慢性腎臟病照護計畫的重點，是希望可以減少洗腎病人，故在糖尿病、高血壓階段早期介入，寧願先花一點錢，以免將來疾病後期花費更高。希望委員知道，這些錢不是放在醫界口袋，而是用來治療病人，是為病人健康著想。

戴局長桂英

CKD 是慢性腎臟疾病的縮寫，是一項需提前預防的計畫。

蔡組長淑鈴

一、向委員致歉，我們應向付費者委員多做解釋。慢性病照護計畫中，如 B、C 型肝炎治療計畫，主要是支付藥品費用，於西醫基層編列 1.57 億元。因 B、C 型肝炎用藥很昂貴，且病人必須定期抽血追蹤，檢查肝功能指數 GOT、GPT 及相關數值，惟目前專款只涵蓋藥費。為利計畫執行，病人定期追蹤也很關鍵，目前這部分的追蹤檢查、檢驗費，是由西醫基層一般服務支應，故執行率偏低，多數病人會留在醫院。但基層其實方便性較高，因此希望基層醫師能多參與這些計畫，不要讓病人往醫院跑。只是限於檢驗、檢查費用會稀釋一般服務費用，基層因而卻步，這是過去推動論質計畫，基層參與率不高的主因。

- 二、類似概念也適用於其他論質計畫項目，如糖尿病需要定期檢驗血糖，還有明年推動的慢性腎臟病計畫，都希望於疾病早期就介入，否則一旦進入末期腎臟病前期(Pre-ESRD)，病情已經不可逆。如能早期介入定期追蹤，提供病人合適的衛教，改變其生活習慣，則有機會讓病人不要進入第三、四期。
- 三、明年在其他預算編列「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」，但只支應追蹤費，所需的檢查、檢驗費用，仍將稀釋西醫基層點值，若醫界因擔心而不願意配合，病人又會湧入醫院，故考量基層代表的說法，才建議增加費用，提高醫界配合度。委員若可接受，需有但書請醫界配合，以上意見供付費者代表參考。

孟委員藹倫

請詳細說明 3 億元分別使用在那些部分。

蔡組長淑鈴

糖尿病論質計畫增編檢驗費及診察費約 1 億 3 千多萬元，慢性 B、C 型肝炎追蹤費約 8 千 7 百萬元，及慢性腎臟病計畫約 8 千萬元，合計 3 億元。

楊主任委員銘欽

請問西醫基層代表能否接受目前增加的額度？

蔣副秘書長世中

感謝委員，本年度雖然藥費呈負成長，但整體費用仍成長 3.8%，以目前協商成長率看來，預期西醫基層的點值未來一定低於 0.85。謝謝健保局將 B、C 型肝炎治療計畫擴大辦理，可能引發的檢驗費納入，預期將來會增加更多。目前所協商的成長率，西醫基層無法接受。

楊主任委員銘欽

雖很遺憾，但大家都已釋出善意，接下來進行牙醫門診總額協商。

(9 月 11 日上午 10:45)

楊主任委員銘欽

利用 30 分鐘與西醫基層部門重新協商，希望能有共識。

李委員明濱

謝謝委員同意再與西醫基層協商。以醫師公會全聯會理事長的角度視之，從去年至今年的金融危機、莫拉克風災、H1N1(新流感)疫情等，只要一有危機，醫院與基層會馬上動員提供必要的醫療服務，速度比政府還快。而歷年協商結果，以西醫基層為例，成長率從未低於行政院核定之下限。過去兩年，大家都看得到醫界的努力，如 H1N1 流行期間，署長希望假日不要休診、注射流感疫苗免掛號費等，西醫基層部門都配合辦理。希望委員體諒醫界辛苦，多給我們一些鼓勵。現在爭取多幾億元費用，是表達公會對醫界同仁的關心，懇請委員對醫院與西醫基層多支持。

林執行秘書宜靜

請委員參看今早所發資料，封面為 100 年度醫療給付費用總額協商及其分配，為幕僚整理昨天協商的初步結論。付費者代表與西醫基層代表方案之對照表，請參看頁碼為「西醫基層-4」。

楊主任委員銘欽

為節省時間，僅討論尚未達共識的部分。請委員參閱西醫基層第 4 頁，「其他醫療服務及密集度的改變」，西醫基層代表建議費用成長率為 0.988%，換算為金額約 9 億元，與付費者代表方案 0.112%，約 1 億餘元，中間仍有落差，希望透過討論能拉近彼此歧見，並達成共識。先請蔣副秘書長說明。

蔣副秘書長世中

- 一、感謝委員對西醫基層的支持，願意聆聽我們的心聲。有關「其他醫療服務及密集度的改變」乙項，西醫基層慢性病案件年成長 4%~5%，99 年第 2 季慢性病藥費雖下降，理論上其申報點數應下降，但因第 2 季發生流感疫情，影響最大的就屬西醫基層部門，致使該季點數暴增 7 億。
- 二、因人口結構老化導致慢性病罹病人數愈來愈多，案件數年成長約 5%，希望能給予 0.988% 成長，讓西醫基層可以運作，若是目前的成長率，點值可能會降至 0.9，甚至 0.88，恐影響民眾

就醫權益，懇請委員給予西醫基層慢性病照護一定成長率。

楊主任委員銘欽

委員似對金額較有感覺，請問 0.988% 成長率約多少金額？

蔣副秘書長世中

預估約 8.8 億元。

楊主任委員銘欽

醫界訴求「其他醫療服務及密集度的改變」成長 0.988%，即 8.8 億元。昨天協商時，健保局提到有些數據可酌修，請蔡組長淑鈴說明。

蔡組長淑鈴

- 一、慢性病照護，如糖尿病、慢性 B 型及 C 型肝炎等計畫，西醫基層的參與率都不足，原因之一，可能是擔心擠壓到其總額。若這些輕症病患全擁至醫院就醫，將造成醫療網的崩解，故應建立鼓勵民眾至基層就醫的機制。基層醫師須對這些慢性病患進行追蹤、檢查，但若未框列提供合理費用，恐造成醫師怯步，所以健保局同意增加費用，但並不清楚西醫基層部門建議之 8 億多元，是如何估算的。
- 二、說明健保局估列的資料供委員參考。若放寬糖尿病論質計畫的門檻，讓更多基層醫師參與，因糖尿病論質計畫僅編列個案管理費，預期將增加之檢驗、診察費，約 13,000 萬、慢性 B 型及 C 型肝炎追蹤費約 8,700 萬、慢性腎臟病約 8,000 萬，所以健保局認為合理增加幅度約 3 億元。如基層有不同算法，可再討論有無漏估。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝蔡組長淑鈴的說明。若以健保局提出 3 億元數據計算，則西醫基層一般服務加專款(不含門診透析)成長率為 1.593%，西醫基層希望成長率能到 2.214%。我們需了解委員願意支持成長率達多少百分比，西醫基層代表也需回去對會員交代。
- 二、請蔣副秘書長說明健保局有無漏列那些項目，3 億元可否再調整。

蔣副秘書長世中

- 一、謝謝主席，也謝謝蔡組長淑鈴說明。在 B 型及 C 型肝炎治療計畫部分，自去年 11 月起放寬用藥條件，該項專款不足部分由一般服務支應，引發非常大的問題。過去在西醫基層，只有少數專科診所會進行肝臟穿刺，相對開 B、C 型肝炎治療用藥的機會就不多。但現放寬為抽血檢驗，採 DNA 或 RNA 檢查後，所引發的檢驗費用就不只是漲一倍、兩倍而已，雖然健保局願意額外估算 8,700 萬元予西醫基層，但所增費用一定不止。
- 二、在慢性病照護部分，5 年平均案件成長率約 4%~5%，慢性病人數也一直穩定成長，故希望本項之協商成長率為 0.988%，過去本項也都有給 1.6%~2.1% 的成長率。懇請委員同意，以免西醫基層點值下降到 0.85 以下。

楊主任委員銘欽

行政院核定總額範圍為 1.644%~3.6%，是與 99 年協定總額相較。目前付費者同意西醫基層總額不含門診透析服務前之成長率為 1.593%。對西醫基層代表的訴求，請問付費者委員有無意見？

蔡委員登順

- 一、醫院與基層昨天都已協商 2 次，最後因無法成共識，並決議送衛生署裁決，今天又回頭協商，如果結果變化太大，付費者代表可能會蒙受很大的污名，請醫界體諒付費者委員的立場。有些委員昨天在場，但今天因事先行離開，他們會認為當初協商的決議如此，今天怎麼變化這麼大。我的立場是，若變化不大，或可適度調整，若變化太大，堅持送署裁決。雙方若能以較平和的態度協商，我可接受。
- 二、昨天健保局也付出很大善意，原本付費者代表只同意增加 1 億元，後來健保局建議提高至 3 億元。西醫基層總額成長率低，我也有質疑，然其實是因醫療服務成本指數改變率 -0.767% 造成，而不是協商因素成長率過低所致。對西醫基層部門所提供之醫療服務品質，我們給予肯定，現在健保局建議增加 3 億元，若仍覺得不夠，需要多少？若增加金額太大，我的立場就是送署裁決，並請徵詢其他委員意見。

楊主任委員銘欽

其他委員對本案有無意見或詢問？

陳委員錦煌

歡迎基層代表再回來協商，也希望協商順利，但請醫界體諒我們的立場，謝委員天仁與葉委員宗義今天都出國，昨天的結論是兩案併陳送署裁決。送署裁決是較難看，但不宜再次協商後又不順利，希望大家各退一步。現在從 3 億元開始談起，不是昨天的 1 億元。只要對全民有幫助，可節省健保費用，對民眾醫療照護有助益，我都支持。西醫基層總額 900 多億元，只要增加 1%，就需 9 億元，能否請西醫基層代表考慮一下。

李委員明濱

- 一、其實不是我們今天特別要來重新協商，因依據以往經驗，都會有第二次機會，昨晚西醫基層代表 20 多人都未離開，待到晚上 12 點半，但有些委員今早 9 點須離開，所以請示主委能否再次協商，主委說可以，若不行的話，我們本想提臨時動議。
- 二、台灣是全世界老化最快的國家之一，慢性病包括多種疾病，隨著疾病不同，有不同治療方式，老人治療要在地化、社區化，不僅開藥，還要溝通協調、加強衛教，以提升品質。西醫基層部門所提是經精算而提出的數據，希望委員支持。

楊主任委員銘欽

- 一、希望雙方能互相退讓。剛才付費者委員提到，昨天有些較積極發表意見的委員，今天因事無法出席會議，若今日協商結果變動太大，造成誤解也不好。
- 二、西醫基層訴求 8.8 億元，健保局估算則為 3 億元，有 5.8 億元的差距，可否互退一步。

蔡委員登順

99 年協定慢性病照護費用已增加 3.4 億元。近幾年累計本項協商給的成長高達 47 億元，乘上西醫基層一般服務成長率，又增加 7,000 萬元，故納入一般服務基期，以累計方式複利成長，非常恐怖，列

入專款項目則無此問題。

蔣副秘書長世中

慢性病照護雖然近年來已於一般服務編列 47 億元，但慢性病人數增加也很多，致費用仍不足 25.2 億元，且除慢性病外，尚增加 B 型及 C 型肝炎治療所需費用。我們體諒整體大環境的困難，包括非協商因素影響等，但仍懇請委員幫忙，99 年基層成長率只有百分 2 點多情況下，99 年第 2 季點值也掉到只有 0.8~0.9，希望委員對 100 年度的慢性病照護成長，能增加至少 5 億元額度。

楊主任委員銘欽

請雙方再精算，有些費用需互相挪用。

張委員惟明

請委員參看昨天協商資料第 21 頁，由健保局及幕僚意見可看出，94~99 年編列 47.65 億元，因納入基期，會累進成長。現在健保局精算數字為 3 億元，若無詳細且專業的精算基礎，要求增加 9 億元，從付費者代表角度評估，較難同意。

楊主任委員銘欽

剛西醫基層已願意從 9 億元調降至 5 億元。

陳委員錦煌

雙方能否同意取 5 億與 3 億元中間數據 4 億元，99 年度西醫基層總額在本項也只增加 3.438 億元，現若提高至 4 億元，增加 6,000 萬元，西醫基層也有面子。不需立即答覆能否接受，可否先休息 5 分鐘。

蔣副秘書長世中

不需休息 5 分鐘，時間也已 11 點 10 分。在可增加額度空間有限情況下，西醫基層部門願意接受 4 億元。

楊主任委員銘欽

- 一、付費者代表是否也願意接受 4 億元。(無委員反對)
- 二、另醫療給付改善方案新增 0.21 億元，是否比照醫院部門，仍由醫療發展基金編列。

戴局長桂英

尊重委員意見。

楊主任委員銘欽

- 一、調整後，100 年度西醫基層總額一般服務加專款，較 99 年協定總額成長率為 1.679%。
- 二、西醫基層總額協商告一段落，謝謝委員及西醫基層代表。

壹之四、100 年度總額協商「牙醫門診總額」與會人員發言摘要

蘇委員鴻輝簡報「100 年牙醫門診總額範圍之目標成長、費用增加之內涵」(略)

楊主任委員銘欽

- 一、牙醫部門協商因素之「支付項目改變」項目，提出口腔癌用藥、新增顱顎障礙相關支付、新增兒童牙科支付項目(剛才影片中之行為處理，即是複雜行為處理，希望增加 151 百萬元)，另有高難度轉診醫療、牙周病統合照護計畫，健保局對前揭 5 項之意見皆為零成長。
- 二、請參看議程資料第 34、35 頁，健保局草案「牙周病統合照護計畫」說明：「為使計畫確實執行，建議 100 年將計畫移至專款項目，以牙醫師公會全聯會 99 年預估需求人數 56,800 人，乘以每人 10,000 點，爰自一般服務扣減 568 百萬元移至專款」，故本項金額為-568 百萬元，專款項目編列 568 百萬元，僅係由一般服務移至專款項目。剛才蘇委員鴻輝也對此特別說明。
- 三、此外，一般服務項目中「醫療資源缺乏地區改善方案回歸一般部門預算」所列 99.1 百萬元，係由專款移入；相對地，專款項目「醫療資源缺乏地區改善方案」則為-99.1 百萬元，因 100 年擬將醫療資源缺乏地區之部分論量計酬費用，回歸一般服務支應，專款只支應巡迴醫療論次、費用加成及保障執業部分。健保局依 96~98 年全年執業保障額度與巡迴論次給付計算，以平均 129 百萬編列，以上為牙醫師公會全聯會與健保局不同之處，提醒委員可就此討論。
- 四、請蘇委員鴻輝說明牙醫師公會全聯會對牙周病統合照護及醫療資源缺乏地區改善方案之立場，讓委員更瞭解。

蘇委員鴻輝

- 一、希望由病例管理角度切入牙周病統合照護計畫，民眾進入診所接受照護時，醫師除治療牙周病外，還要教導他如何去除牙菌斑，及安排追蹤，當醫療品質達到標準，才能申請第 3 階段給付。本計畫設計相當嚴謹，後端成效評估，皆能自表格資料轉為電腦檔案，故牙醫師要花時間學習如何做好麻煩的工作，也

希望以一定標準步驟照護病人，全聯會目前已密集開班，教導牙醫師如何治療、管理病歷，也辦理種子教師訓練。

- 二、其實健保局所提建議不錯：未執行之預算應回歸民眾，關於這點，完全贊成，但希望 100 年不要移列專款，因在一般服務項內，仍可依現有模式運作。去年協商即編列於一般服務，現移至專款，雖然看起來錢沒減少，但全聯會同仁會認為去年談判 384 百萬，今年卻被扣 568 百萬，還倒扣？幹部失職，理事長應辭職下台。
- 三、不過仍謝謝大家督促，給我們力量，讓幹部更有權利要求參與醫師，確實做好牙周病照護計畫。爰此，希望能同意本計畫 100 年仍依 99 年方式繼續，若達不到，再把錢歸回健保是應該的。

楊主任委員銘欽

蘇委員鴻輝希望牙周病統合照護計畫仍編列在一般服務項目。對醫療資源缺乏地區改善方案有無意見？

蘇委員鴻輝

- 一、目前雖然仍有許多醫缺地區，但預算執行率都達百分之百，許多委員都親臨現場訪視過。要改善醫缺問題，需採用我之前報告的三項措施(增加醫療供給、提高照護強度-預計新增 10 處社區巡迴醫療站、加強宣導及資訊傳播)，才能確實改善就醫可近性。
- 二、對於民眾抱怨要看牙卻無牙醫師，我們承認部分醫療團對民眾之宣傳仍需加強，但醫缺地區約占台灣地區的百分之七十幾，要到這些地區執業，需克服交通等許多不便，也並非法令規定牙醫師至該地執業就可以，尚需考量其生活環境、兒女教育等因素。
- 三、目前的方式是以組醫療團隊，一個點一個點解決。一個巡迴醫療點約需 3~6 位牙醫師，每人每週撥 1 日巡迴，6 人即可承接 1 個巡迴醫療點，目前有 3 個點以此方式提供服務，地方民眾反應不錯。今年醫缺計畫所提增列 1 億元，即希望增加 10 個社區巡迴醫療點，例如：2 萬多人口之東石鄉，尚非交通非常困難之處，多年來也沒有牙醫師願意執業，期望以此設計方式進行。

- 四、牙醫師公會全聯會對健保局建議將論量計酬部分回歸一般服務感到卻步，因與剛所談的就醫率一樣，若全聯會不努力於醫缺服務，就醫率可能會減少，此雖非總額部門應負之責，但我們不會因需花費許多心力，覺得不划算而不努力。謝謝健保局之指導，也是監察委員訪查後對牙醫所提意見，使我們有機會改善。
- 五、全聯會內部做過地理調查，若要涵蓋全部醫缺地區，每年約需 6~8 億元，才能達到大家滿意的水準，即每週最少有 3~4 天有醫師固定看診。今年不敢如此提出，而希望逐步先增加 10 個社區巡迴醫療點，讓社區民眾進入學校看診，聽起來好像很簡單，但學校有安全措施，會擔心不看病的民眾進入學校，影響學童安全，所以需再與教育部協調，希望衛生署與健保局也能協助突破障礙，建議 100 年醫缺計畫仍以專款方式增加 1 億預算，以能有效改善許多未被照顧到的民眾就醫權益。

楊主任委員銘欽

謝謝。請陳委員錦煌表示意見。

陳委員錦煌

牙醫師共 12,000 位，目前通過牙周病統合照護計畫者為 4,338 位；請教植牙的牙醫師通過認證者有多少？

蘇委員鴻輝

係指衛生署通過的嗎？目前植牙屬專科醫學會的教育。

陳委員錦煌

- 一、報告時提出目標為 70 歲國民仍擁有 20 顆有功能的牙齒，若有保養、治療是很好，頂多掉 8 顆牙，植牙費用不超過 40 萬元，但對部分老人而言，可能負擔不起，要跳海。
- 二、牙醫診所都很時髦、空間很大、裝潢漂亮，牙醫師一看牙齒，就跟病人說無法補牙，需要植牙，雖非每位牙醫師都如此，但老實說有幾位比較愛錢。我 60 歲，以前年代那有植牙？牙齒蛀掉是補鐵牙或金牙，不過現在牙醫都鼓勵病人植牙，甚至說 1 天就可植好，很恐怖！植牙可使用多久？是否保證效果？雖然植牙屬自費，但這問題今日都沒報告，據了解，最便宜 1 顆

5萬元，也有7萬元，希望有資料可瞭解何時開始引進植牙，一年植牙、補牙幾件？因植牙也可能會使用健保醫療費用，如：掛號、診察費。雖然牙醫報告得很好，評核結果特優，但貧窮人很怨恨，因為補不起，讀到大學畢業薪水才2萬2千元，若要植牙就得餓肚子，拜託牙醫師，不要每個病人都植牙。

三、牙周病統合照護計畫問題在，12,000位牙醫師通過者才4,338位，是否很多牙醫師認為做牙周病照護划不來。去年協商時，我支持牙周病統合照護計畫費用，除了醫院，也讓診所試試看，以照顧患者，結果牙醫師不認真，據悉至今年4月才執行20%。

蘇委員鴻輝

- 一、對於植牙數及費用統計，因牽涉診所的業務機密，全聯會無能力硬性規定，不過，已擬改善措施，今年會與衛生署醫事處合作，規範較難拔除的牙齒，須填治療手術同意書，並要求於同意書載明，除採植牙治療外，應向民眾說清楚，也可進行傳統、活動假牙等其他方式。若會員有不當行為，我會好好處理，在當台北市理事長時，常將會員找來，瞭解其為何有較多的醫療糾紛與民眾抱怨。
- 二、明年開始將規定收據需列印申訴電話，並已有8位全聯會會務同仁接受如何接聽申訴電話之講習，日後依標準化流程登錄、處理。另，評核會也報告，今年將成立醫療倫理委員會，很多資本主義留學回國之醫師，真的很難管理，受資本主義洗禮，只看到錢，若無公權力介入，根本無法將貪心壓下，這部分全聯會會繼續努力。

陳委員錦煌

牙醫師現在都做植牙，很好賺，像我3顆牙齒，剛畢業的新醫師就告訴我不能補，要植牙。請理事長幫我看看可否填補。也請問過前牙醫師公會理事長，他表示有好幾種方法可處理，請蘇委員鴻輝說明。

主任委員銘欽

請掌握時間。

廖醫師倍顯

- 一、向陳委員錦煌說明，可能年輕醫師當年在學校時較不熟悉其他治療，比較進階是唸碩士、博士後，才學會雙重冠、精密裝置活動假牙治療。
- 二、現在各地都響應為 65 歲以上中低收入戶做活動假牙，我做活動假牙的量不比植牙還少。

蘇委員鴻輝

健保局對牙醫師公會全聯會所提很多項目，成長率都為零，不過，從零開始可能會更好協商，請大家參看這些項目是否對民眾健康有益，若有，就請讓牙醫部門發揮。

謝委員天仁

請問健保局有無說明或修改？

戴局長桂英

- 一、100 年牙醫門診總額項目，幕僚意見對有些項目提請討論，但大部分同意健保局意見。
- 二、需討論的牙周病統合照護計畫項目，也是蘇委員鴻輝最關心的，議程資料第 34 頁所列，建議將牙周病統合照護計畫移至專款，原因是今年執行率不高，希望移到專款較能努力執行。全聯會希望維持在一般服務，若列在一般服務就需解除健保局的顧慮，為民眾健康著想，不能放一筆費用在一般服務，卻未支用，而被其他醫療服務均分，健保局不希望如此，如何處理，就看全聯會有無解決對策。
- 三、目前全聯會所提解決對策，在報告資料第 37 張投影片，有 2 點意見：
 - (一)同意健保局意見：至 99 年 12 月底止，未執行預算，基於公平合理原則，於 100 年度分 4 季扣除，基期不變動。
 - (二)100 年執行計畫原則同 99 年度方式，分 4 季監控，各季未執行預算，保留至下季，至年底未執行預算扣減。
- 四、需請問「基期不變動」之意義。
- 五、牙周病照護很重要，健保局並非要扣減費用，是期待好好執行，不堅持一定要移列專款。

楊主任委員銘欽

請蘇委員鴻輝回應。

蘇委員鴻輝

一、「基期不變動」係依議程資料第 34 頁健保局說明：「99 年牙周病統合照護計畫預算與執行相差之 3.273 億，擬於 100 年一般服務之額度扣減(分 4 季均扣)，但 100 年基期不變動」。之前已與健保局討論，故意見相同；至於提出「至 99 年 12 月底止」，是因目前已很多醫師提供牙周病統合照護服務。

二、一般服務項目執行之慣例，對未執行之預算在下年度扣回，符合原則，請大家同意全聯會所提建議，讓我們再努力。

楊主任委員銘欽

謝謝。全聯會希望比照 99 年總額，置於一般服務項目。對戴局長桂英所詢，有何回應？

蘇委員鴻輝

操作細節部分，之前已與健保局討論過，牙醫沒有佔到便宜，頂多賺一些利息，而目前利率也很低。

楊主任委員銘欽

委員是否同意牙周病統合照護計畫留在一般服務項目？

蔡委員登順

非常認同牙周病統合照護計畫，因屬未雨綢繆項目，我在委員會提過多次，若牙周病照護好，會降低未來發生牙齒疾病的機會，相對降低就醫頻率，對全民是好的，不過要澈底執行。今年執行率不佳，剩太多錢。我曾隨牙醫師公會全聯會至偏遠地區訪查，有次到澎湖，看到全聯會對學校學童進行牙周病預防及照護，希望長大後牙齒會較健康，所支用的費用也屬偏遠地區的專款項目，故有討論空間。若維持將牙周病統合照護計畫列在一般服務項目，執行時，費用可能流至其他一般服務，恐會有對牙周病照護不認真之疑慮。

蘇委員鴻輝

若 100 年執行率未達 80%，則同意移至專款。執行率我們有自信，雖然推動時，有些醫師覺得很辛苦，我當場問「做不做植牙」，若有

做植牙，但牙周病照護不好，病人更危險，醫師就無話可說。因能做植牙的醫師，怎可能無法做牙周病，對不正當行為的牙醫師，我在公會其實很兇悍。

陳委員錦煌

推行不力，到4月份才執行20%。

蘇委員鴻輝

因為設計上很花時間，如何審查、訂標準等，事前審查尚需二週等待期，也與健保局開過多次會議討論。

陳委員錦煌

請問至9月大約執行幾成？

蘇委員鴻輝

各地方已達一定程度。

陳委員錦煌

到底執行多少？

蘇委員鴻輝

已向健保局索取數據，惟尚未提供。

陳委員錦煌

請健保局說明。

蔡組長淑鈴

去年協商時保證1年做63,200人，今年上半年約2%，1,000多人，至年底寬估5,000人，執行率也未達10%，且未知至年底能否達5,000人。

蘇委員鴻輝

因此計畫設計許多制度，需要學習時間。

陳委員錦煌

去年我認為很重要，所以幫忙增加費用，結果做不出來，牙醫師公會全聯會應該對我抱歉。

蘇委員鴻輝

明年絕對不會辜負大家，執行率最少八成。

陳委員錦煌

看起來診所牙醫師未與你配合，需要自我檢討。

楊主任委員銘欽

其他委員有無意見。

廖委員本讓

健保局立場是只要對民眾好，放在一般服務或專款都沒關係。所以問題是牙醫師公會全聯會要說明，若做不到如何處理，費用一樣多，但需承諾做到何種程度。

蘇委員鴻輝

承諾 99、100 年未執行部分扣減費用。

廖委員本讓

牙醫師公會全聯會已承諾，請問健保局認為如何？

戴局長桂英

剛才我說的意思也是如此，擔心其他一般服務會用掉本計畫未執行費用。只要全聯會願意讓健保局扣減未執行額度，不反對置於一般服務項目。

林執行秘書宜靜

一、再向蘇委員鴻輝確定，99 年編 384.3 百萬元，依健保局推估至 99 年底，可能執行 5,700 萬點，落差為 327.3 百萬元，全聯會建議 99 年預算不動，因至 100 年才可知 99 年實際執行數，故於 100 年扣減編列數與實際執行數差距，以上為 100 年需扣減的第 1 部分。

二、第 2 部分，因 100 年費用基期不動，所以 100 年總額含有 384.3 百萬元，全聯會認為可分 4 季執行，若仍未執行完全，再扣減一次。

蔡委員登順

已執行部分不扣減。

謝委員天仁

既然如此，移到專款有何差別？差別僅在原一般服務之牙周病統合照護計畫編列 384.3 百萬元，但移至專款編列 568 百萬元，是否因有差額，所以才以折衷方式處理，但會變成雖屬一般服務項目，但執行時因需扣除未執行費用，類似專款性質，體制又多創一個處理模式。全聯會想保住移列專款的差額，應為問題癥結。

蘇委員鴻輝

希望明年一定做到百分之百，目前可以承諾執行率 8 成。另外，移列專款看起來費用沒差，但對部門信譽有很大損傷，因醫師會很在意「今年怎麼變這樣」，尤其一般服務費用列負值，公會幹部都難辭其咎。

孟委員藹倫

- 一、牙醫部門已承諾未執行部分要扣除。看起來，因為去年多給，做不到為何還給這麼多？未執行部分要扣除，不但不能再給而且要扣減費用。
- 二、議程資料並未顯示如何扣減，看不見扣多少成長率，假設今年寬列可執行 5,700 萬點，應扣 327.3 百萬元，又提到不影響基期，是很奇怪的說詞，去年基期已多給，根本未執行，為何今年不扣？應直接自基期扣除才對。
- 三、為何其他牙醫師認為全聯會執行不力？是牙醫師不配合推動執行不力。其實這是很好的政策，故去年協商時全力支持全聯會，結果因牙醫師不配合，當然要受教訓，否則不配合都沒事，責任推給理事長，天底下無這種道理。
- 四、首先是 99 年未執行部分如何處理，其次是 100 年還要不要給這麼多？要很客觀地分開來談，做平和處理，健保局應說清楚，為何不於成長率表顯示。

楊主任委員銘欽

請健保局說明如何扣減。

戴局長桂英

原提議是將該項費用移至專款，故議程資料並未顯示如何扣減。請參考全聯會報告的第 37 張投影片，第 1 點，指 99 年度未執行部分，100 年分 4 季扣除，99 年協商結果是列在一般服務項目，並無扣回

機制。第 2 點，100 年該項費用編在一般服務項目，全聯會同意扣除未執行費用。如謝委員天仁所提，又另創一種處理模式，或可考慮直接將去年增加的 384.3 百萬元移至專款，說不定更容易處理。

廖委員本讓

據我所知，568 百萬元包含兩類經費，99 年是預估治療 1 位病人需支付 10,000 元，扣除原支付標準之齒齦下刮除術 3,200 元，所以以 1 位需增加 6,800 元計算，但與 100 年 1 位 10,000 元算法不同，需要釐清才能處理，請健保局說明。

孟委員藹倫

剛才健保局似乎提到基期不能扣，我很訝異基期只能加，不能扣。未執行當然可扣回，不然就是冤大頭，我認為當然要扣減去年未執行的 327.3 百萬元，並顯示於成長率。100 年健保局預估服務 56,800 人，剛才報告今年才執行 1,000 多人，為何編 56,800 人？以後可能又無法執行。

蘇委員鴻輝

一般服務之牙周病統合照護項目為負值。

孟委員藹倫

- 一、但仍會移至專款項目。
- 二、100 年預估執行 56,800 人，置於專款項目也要能執行，就付費者而言，不是編一筆假錢，所有的錢都要由付費者支付，100 年執行數若如健保局所提 5,000 人，就核實編列，所以專款只能編 5,000 人的經費。接下來再處理 99 年應扣減的費用如何處理，去年多給，為何不能扣回？我不瞭解。

楊主任委員銘欽

- 一、請參看議程資料第 34 頁，去年編列 384.3 百萬元，目前執行情形不理想，可能差距 327.3 百萬元，這部分未執行費用，其實在 99 年已被其他一般服務項目分掉，而牙醫部門也認為占便宜不好，公平起見，建議於 100 年分 4 季扣除，1 季約扣減 80 百萬元。至於為何不在 99 年扣減，是因目前已接近年底。
- 二、至於 568 百萬元專款部分，其實並未增加費用，僅係由一般服務移至專款項目。

孟委員藹倫

扣了又還給牙醫部門，等於維持去年 3.843 億元。因為與去年費用相比為零成長，換句話說，仍給 3.843 億元。

楊主任委員銘欽

那部分已扣掉。

孟委員藹倫

沒扣。

蔡委員登順

99 年未執行部分，會收回來。

孟委員藹倫

沒扣，因為扣減後，又回到專款，等於零成長。

楊主任委員銘欽

分開說明。首先就扣款部分，99 年預估 3.273 億元未執行，到 100 年分 4 季扣除。

孟委員藹倫

現在才做 1,000 多人。

楊主任委員銘欽

再說第 2 件事，協商 100 年費用時，要求牙醫部門提供牙周病統合照護計畫，目標 56,800 人，不再支給費用，由牙醫部門 100 年一般服務經費勻支，此項目在一般服務為負值(-1.615%，-5.68 億元)，專款為正值(5.68 億元)，加起來等於零。現爭執點在可否不移至專款，因關係到信譽問題，牙醫師公會全聯會建議仍置於一般服務項目，但費用並未多給。

陳委員錦煌

請主席宣布用餐時間需延長多久。

楊主任委員銘欽

牙醫部門可討論 75 分鐘，現已討論 72 分鐘，得酌予延長 20 分鐘，

希望到 7 點可協商完成。

謝委員天仁

- 一、其實現在要扣，也算不出金額，因為還不到年底，如何知道實際執行數，還是估算費用在基期扣除，然後再考慮移 3.843 億元置於一般服務或專款項目，才會較單純。
- 二、建議不置於一般服務項目。雖蘇委員鴻輝擔心對會員醫師無法交代，但我的看法是，應面對現實，做不到承諾，就對費協會委員負責，將未執行部分扣除，100 年則置於專款項目，勿再創造特殊型態，否則會變成一般服務項目未執行費用也可扣回，專款項目未執行部分不能流用，不需混淆體制。大家估個金額自總額扣除，再考慮於專款編列相同費用，問題就解決，這樣較單純。

楊主任委員銘欽

剛才謝委員天仁建議時，看蘇委員鴻輝也認同嗎？

蘇委員鴻輝

是否先談其他項目。

蔡委員登順

先將這部分釐清，問題不複雜，99 年未執行部分扣回，100 年照編，如此而已，問題是編在一般服務或專款項目。

蘇委員鴻輝

建議以去年協商的金額 3.843 億元移列至專款。我們並未占便宜，因仍保留本來支付標準有的項目，未來可修改執行計畫，將目前分三執行階段之最後階段給付論質部分，由一般服務費用支應。牙醫部門無法達成當初協商照護人數，很抱歉。

蔡委員登順

若置於專款項目，牙醫部門今年成長率會很難看，可能為負值，但尊重大家意見，做看看，沒關係。

楊主任委員銘欽

大多數委員覺得這樣較單純。所以 100 年專款編列牙周統合照護計畫 3.843 億。

林執行秘書宜靜

請蘇委員鴻輝確認照護目標人數是否為 56,800 人？

蘇委員鴻輝

是。

蔡委員登順

但不是 1 人 1 萬元？

蘇委員鴻輝

去年協商的基礎是每人 6,800 元，明年仍會有一部分以一般服務支應，故全程仍會支付牙醫師每病人 1 萬點費用。這樣合理，大家互不占便宜。

楊主任委員銘欽

99 年度牙周病統合照護計畫預算 3.843 億元，未執行部分可否以健保局所估 3.273 億元自一般服務項目扣除？

林執行秘書宜靜

再說明，牙周病統合照護計畫之一般服務成長率應為 0，不在成長率呈現，然於協定事項載明牙醫師公會全聯會所同意的承諾：99 年預算與執行數之落差(健保局估計為 3.273 億元)，於 100 年分 4 季扣除。

謝委員天仁

所列牙周病統合照護計畫在一般服務項目仍要扣，即扣減今年基期部分。

林執行秘書宜靜

螢幕所顯示成長率項目表中，牙周病統合照護計畫列 2 列，第 1 列處理 99 年未執行部分，第 2 列為 100 年(-3.843 億元)是因移列專款，所以 100 年費用會平衡。

孟委員藹倫

還是混在一起，建議先談 99 年扣減部分，若扣 3.273 億元，成長率應呈現負值，即牙周病統合照護在一般服務項目減列，100 年再移至專款。看起來很奇怪，上列零成長其實是有扣減 3.273 億元，所以成長率並非零，應是負值，應先扣減一般服務費用，錢才會扣減下來。

柯副主任委員桂女

99 年未過完，因此所編 3.843 億元的實際執行數尚不知，若執行不完，應於 99 年扣除，請問孟委員，這是您的意思？其實可於 99 年結算時扣減，因 100 年第 1 季將可得知實際執行數，屆時即能扣減費用，如此較清楚，不會有扣不扣、有沒有呈現、或誤解為沒扣費用的問題，健保局一定會扣的，請不必擔心。

孟委員藹倫

問題是該項零成長，沒增加錢，表示編列 3.843 億元。

蘇委員鴻輝

技術上問題，請健保局再向孟委員藹倫解釋，可否先談其他項目？

楊主任委員銘欽

- 一、大家原則同意，只是如何呈現才不致誤會。
- 二、議程資料第 35 頁醫療資源缺乏地區改善方案，牙醫師公會全聯會提出增加 1 億元，增加 10 個醫缺巡迴站；健保局則不同意增加，請問委員是否同意？

謝委員天仁

專款部分？

楊委員銘欽

是。健保局建議 1.292 億，維持去年額度。

許委員怡欣

- 一、我認為牙周病照護及醫缺計畫都很重要，個人支持醫療資源缺乏地區改善方案應繼續予以鼓勵。
- 二、剛才討論牙周病統合照護計畫在一般服務或專款項目，可能有

個前提是，假設置於專款執行力較高，就編列在專款項目，使全聯會可以繼續推動執行。在此鼓勵蘇委員鴻輝，牙周病議題真的很重要，可以試試置於專款，當執行力更好時，再移回一般服務項目。

三、了解推動牙周病照護不容易，因為本來屬自費項目，現在健保納入給付，外面的行情比健保給付還高，個人佩服蘇委員鴻輝的勇氣，本來想支持繼續置於一般服務，不過既然大家討論覺得應置於專款，就尊重。牙周病照護之推動非常困難，希望大家能多支持、協助。

楊主任委員銘欽

謝謝。請問各委員對醫缺方案增加 1 億元有無意見？

謝委員天仁

可接受醫缺方案，並置於專款，與牙周病照護相比，說不定能將功折罪。至於牙周病統合照護計畫，我仍認為做不好就移專款，或許牙醫師不願意，沒關係，以後就儘量少提計畫。

楊主任委員銘欽

可接受是指增加 1 億元，成為 3.283 億元？

蔡委員登順

是回到過去 2.283 億元。

楊主任委員銘欽

然後再加 1 億元？

蔡委員登順

是。

楊主任委員銘欽

即牙醫師公會全聯會所提 3.283 億元？

蔡委員登順

應是 2.283 億元。

楊主任委員銘欽

因全聯會要增加 1 億元，變成 3.283 億元，屬專款，沒做到就沒有支付。

蔡委員登順

新增顱顎障礙相關給付乙項，是否應討論？因為牙醫師公會全聯會提出 7,380 萬元，健保局不同意，這部分有爭議，請健保局表示意見。

楊主任委員銘欽

請健保局對醫缺方案及顱顎障礙相關給付項目均表示意見。

蔡組長淑鈴

- 一、醫缺方案，剛才付費者委員表示希望牙醫部門可多幫助醫缺地區民眾，同意增列費用。對於醫缺計畫支付經費的編列方式，健保局希望分為論次及論量，論量部分應回歸一般服務，故建議專款-99.1 百萬移列一般服務，希望委員支持，因各部門總額都有醫缺方案，做相同處理，較一致。
- 二、健保局所編論次部分剩 1.292 億元，與牙醫部門所提金額不同，是因牙醫部門將論次及論量合在一起。請付費者委員考慮同意健保局作法，將論量部分移至一般服務，專款只列論次、加成及保障執業費用。
- 三、至於醫缺方案是否需新增 1 億元，牙醫部門草案並未說明如何計算，健保局無法瞭解編列是否合理或過高。

楊主任委員銘欽

謝謝，新增顱顎障礙相關給付部分是否要補充？

蔡組長淑鈴

- 一、顱顎障礙相關給付部分，謝謝牙醫部門於協商前與健保局溝通，陽明大學教授許醫師明倫說明，該項疾病在台灣的盛行率很高、病人很多，但能處理此症狀的醫師並不多，所以是供需問題。健保局希望提供較嚴重的病人，即牙醫部門草案提出的「新增複雜型顱顎障礙症特殊咬合板治療」。不過，讓委員瞭

解，目前健保已支付咬合板治療(92053A) 4,000 點，但無複雜型治療。如何定義何謂複雜？何謂一般？是很專業的問題，在許教授明倫說明後，健保局也認同，若臨床上可清楚區隔，則願意嘗試編在一般服務項目。

- 二、目前申報咬合板治療 4,000 點病人中，未來複雜型者會改以 7,000 點申報，故建議以 7,000 點減 4,000 點，多 3,000 點，乘以目前預估複雜型病人數約 6,000 人，所需增加額度為 18 百萬元，列在一般服務項目。健保局仍會追蹤病人數及臨床適應症是否符合，若有不足，明年再增編。

楊主任委員銘欽

簡單而言，新增顱顎障礙相關給付，健保局重新估算，增列 18 百萬元，委員是否同意？

蘇委員鴻輝

複雜型治療並非幫病人裝特殊咬合板就好，每個月必須返診檢查調整，目前健保給付只為症狀解除。

蔡組長淑鈴

目前健保給付 4,000 點也包含調整費用。

楊主任委員銘欽

請許醫師明倫簡短說明。

許醫師明倫

- 一、我是陽明大學牙醫學系主任，也是顱顎障礙症醫學會理事長。目前能看顱顎障礙症的醫師很少的原因與健保給付偏低有關，因為目前僅支付 4,000 點，卻包含整個療程。這類病人很複雜，大家可以自我檢查一下，耳後有個關節，嘴巴張開、閉起來時都會動，這就是顱顎關節，此關節有問題者，大部分是全身性疾病之局部表徵，西醫不看，只有牙科看。台灣目前能看這類病人的醫師非常少，我旁邊是台大陳教授韻之，他負責台大醫院的部分，我負責榮民總醫院的部分，這類病人 80% 都會至台大或榮總治療，其他醫院不喜歡看，因為要幫病人檢查時，他可能嘴巴張不開、疼痛，連滷蛋都吃不下、咬不動，檢

查費時，治療時間又拖得很長。

- 二、複雜型咬合板也可稱為顛顎關節矯正裝置，係將已移位之顛顎關節軟骨逐漸調整回趨近正常的位置，並不是只單純做咬合板，若做咬合板後不調整，病情就停滯在那，並無實質意義。

陳醫師韻之

- 一、對不起，我很快補充。只想告訴各位，為何多年來供需問題如此嚴重，申報 4,000 點後，1 年內不能收任何費用，1 點不到 1 元，送技工所做咬合板，技工費 1,000~1,500 元，有那個專業可無限制提供 1 年服務，只有不到 2,000 元的利潤？所以牙學生學習技術後，沒人願意走這條路，我很擔心，我與許醫師明倫是台灣最後 2 位看這類病人的醫師。
- 二、所謂複雜型咬合板治療，是因為很多病人需要定期返診調整，台大醫院一個門診就需看 40~60 位病人。

楊主任委員銘欽

對不起，我要打斷說明，因為會影響協商時間。大概已瞭解是需要較高成本。剛才許醫師明倫的意思是每人需增加 600 點嗎？

許醫師明倫

希望如此，可有追蹤及調整的機會。

楊主任委員銘欽

若依蔡組長淑鈴試算方式，是由 4,000 調整為 7,600 點，增加 3,600 點？

許醫師明倫

蔡組長淑鈴的意思是，原先咬合板治療，與現在所提新增複雜型咬合板治療間有重疊，但牙醫部門草案寫得非常清楚，新增複雜型咬合板治療項目，因社會型態變遷、工作壓力等因素，會使原有的病例增加

楊主任委員銘欽

因時間關係，打斷說明。是否牙醫師公會全聯會以 7,600 點計算，而健保局以 3,600 點計算？

許醫師明倫

不是 7,600 點，7,000 點是複雜型顱顎障礙咬合板治療費用；另一項追蹤檢查每次 600 點，估計需 9 次，若不追蹤調整，則無法達到療效。

蔡委員登順

主要是人數有沒有那麼多？

孟委員藹倫

蔡委員登順講到重點，是人次問題。因為 98 年申報顱顎障礙症 8,666 件，現所提複雜型顱顎障礙症治療比例高出很多，似乎所有顱顎障礙幾乎 80% 都屬複雜型，不會那麼嚴重吧？醫師較知道複雜型之百分比。

許醫師明倫

會到台大、榮總看病，大部分嘴巴已經張不開或很疼痛，以前有個報導是先生殺死太太，傳可能就是因太太罹患顱顎障礙症壓力所生悲劇。

孟委員藹倫

剛才是問全國的病人有多少？健保局統計資料為 8,666 件，不是指台大、榮總的數目。需知道嚴重比例有多少，若多編卻無法執行，又會造成今年牙周病統合照護計畫之困擾。我們很支持牙醫，需要的項目會願意編列經費，但要編的務實。

楊主任委員銘欽

現在是能執行此高深技術的醫師並不多。

蔡委員登順

醫師做得很辛苦，我提個意見請大家參考，依牙醫師公會全聯會所提數字給五成，成長率 0.105% (3,690 萬元)，可以嗎？

楊主任委員銘欽

保守一點，請問付費者委員同意嗎？

謝委員天仁

稍微低一點。

陳委員錦煌

不要緊，尊重蔡委員登順所提。

蔡委員登順

全聯會所提 7,000 多萬，只給一半。

楊主任委員銘欽

- 一、新增複雜型顱顎障礙症治療及追蹤項目，依牙醫部門草案所提之金額減半，成長率 0.105%(3,690 萬元)。
- 二、至醫缺方案，蔡組長的說明非常重要，牙醫師公會全聯會提增加 1 億元，是論次與論量合計，但健保局希望通盤處理，將論次、論量拆開，本會尊重此原則。請蘇委員鴻輝估計，新增 10 個巡迴點，需要到 1 億元嗎？或有其他數字可依健保局建議原則做區隔，一部分列在一般服務，一部分列在專款。

蘇委員鴻輝

估算一個巡迴點需 600 萬元，還有原來的巡迴點要開放給社區民眾看病，目前學校約 200~300 點，不過，需要有空間、固定診次。所以拜託健保局及衛生署可以協助說服教育部同意本會建議方式。

楊主任委員銘欽

以健保局原編全年 2.28 億元與草案所提只剩下論次、加成等之 1.292 億相比，算出專款部分約占 56%，論量部分占 44%，可以如此計算分配嗎？

蘇委員鴻輝

建議新增 1 億元。

戴局長桂英

這是兩個不同問題，主席目前處理的，是如何分配？還是加 1 億元？

謝委員天仁

0.991 億元是論量，所以改列一般服務，其他部分就列專款。

楊主任委員銘欽

這是健保局所提草案，但剛才付費者同意新增 1 億元，是含論量及論次，所以要拆帳。

林執行秘書宜靜

健保局建議將論量計酬部分回歸一般服務，是認為因總額在算每人費用時，本來就涵蓋醫缺地區民眾的醫療費用，故專款部分只能編列論次的費用，至於該由一般服務支付部分，以後就不再增加額度。剛才蘇委員鴻輝建議 1 個巡迴點 600 萬元，10 個點就 6,000 萬元，請問是否同意在專款增加 6,000 萬元？

蘇委員鴻輝

建議以專款執行一年後，再計算要不要拆帳，更理想。若擔心做不完，列在專款最好。

楊主任委員銘欽

以健保局所提 1.292 億元，加多少錢？

謝委員天仁

再加 1 億元就對。

蔡委員登順

回到 2.292 億元。

楊主任委員銘欽

其他項目有無意見？

謝委員天仁

兒童加成部分無法考慮。

蔡委員登順

其他部門也沒給，不是單方面問題。

許委員怡欣

想釐清一件事。今日在牙醫部門討論很久，其實是因為有特殊性、目標性的計畫放在一般服務，會較難處理，雖然討論已結束，但建

議未來不管任何總額部門，具有特殊性、鼓勵性或有目標性計畫，都列在專款，等執行有成效，或已執行多年趨於穩定後，再移至一般服務。大家日後提案時，如有共識，就不會討論如此辛苦，這是明年很重要的共識。在此鼓勵專款專用，可多提案專款專用項目。

楊主任委員銘欽

牙醫部門的總成長率為 1.607%。

蔡委員登順

對 99 年牙周病統合照護計畫的部分有共識，牙醫部門同意扣減費用。

孟委員藹倫

計算成長率的時候沒有扣。

謝委員天仁

有，扣基期 3.843 億元。

孟委員藹倫

是假扣，因為實際移列專款。

謝委員天仁

扣 99 年之基期，再加 100 年移列專款。

蔡委員登順

沒錯。

楊主任委員銘欽

孟委員藹倫所關切的事，健保局會處理。待會請健保局再向您說明，若真的不對一定改。請問牙醫師公會全聯會可否接受？

翁醫師德育

對牙周病統合照護計畫的執行不力，感謝委員給我們機會。今日有限時間裡，牙醫團體能表達的不到 10 分鐘，可否再給 10 分鐘，多表達些意見。

楊主任委員銘欽

剛已多表達 10 分鐘，還播放影片，已將時間用完。

翁醫師德育

影片只有 3 分鐘，報告大概只用 18 分。

楊主任委員銘欽

請儘快表達。

翁醫師德育

請參看議程資料第 34 頁，請委員考量其他醫療服務密集度改變中，就醫率 98 年較 97 年成長 2.5%，本項 95~97 年都獲得委員同意列有成長率，可否請委員明察。

謝委員天仁

今日協商最大敗筆都是遇到這種：「再給我 5 分鐘」、「再給我 10 分鐘」，我在此嚴格要求，討論就此結束，接受就 OK，不接受也不勉強，送署裁決。大家照規矩做，公平交易。

蔡委員登順

牙周病統合照護計畫執行不力，照規定不能再編，但仍編在專款，表示付費者給的尺度已很寬，不要再談了。

謝委員天仁

醫缺方案也給 1 億元。

蔡委員登順

到此就可，好嗎？

蘇委員鴻輝

謝謝各位委員。

楊主任委員銘欽

謝謝大家，終於協商成功。接下來先用餐，用餐時間到 8 點。

壹之五、100 年度總額協商「中醫門診總額」與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

感謝各位委員從早上堅持到現在，接下來進行中醫部門及其他預算協商，待協商完成，就可告一段落。現在是晚上八點，協商時間為 65~75 分鐘。

陳委員錦煌

建議中醫不須簡報，委員自行參閱資料，直接協商，以節省會議時間。

楊主任委員銘欽

一、剛才林委員永農也有此建議，多位委員都表同意，那就不進行簡報，直接進入協商。

二、請委員參看議程資料第 41 頁，100 年度中醫門診總額醫療給付費用成長率項目表：

- (一)品質保證保留款，因評核結果為「良」，核予成長率 0.05%。
- (二)支付項目的調整部分，健保局建議，醫療資源缺乏地區之論量計酬費用，由專款移至一般服務。中醫部門提出項目有：調高兒童門診診察費、偏遠地區診察費給付加級、多發性疾病統整照護、調整腦血管疾病後遺症病患針傷科合併治療處置費、針傷科治療合併開具內科疾病藥品等項。
- (三)其他醫療服務利用及密集度的改變部分，中醫部門提出利用中醫人口數提高乙項。
- (四)違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款，依照決議提列。
- (五)專款項目之醫療資源缺乏地區改善方案，中醫部門建議比照 99 年方式辦理；健保局建議，論量計酬費用移至一般服務，專款則支應論次或額外獎勵費用。
- (六)專款項目之試辦計畫共四項，三項延續性的中醫醫療照護試辦計畫，及腦血管疾病後遺症門診照護計畫，中醫部門均未提列經費；健保局則依評核委員之建議，認為可再續辦，爰分別續編 85 百萬元及 90 百萬元經費。

三、請問林委員永農，為何決定將四項試辦計畫經費拿掉。

林委員永農

- 一、中醫師公會全聯會的提案不是將四項試辦計畫拿掉，而是認為腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫、小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫、小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫等三項，在醫院試辦多年，已具成果。
- 二、考量去年協商「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」時，費協會委員礙於經費困難，只核給 90 百萬元，所以今年才提議將經費移至一般基層院所，不限醫院，讓所有出院 1 周左右的腦中風患者，都能在治療黃金期間接受醫療服務，以不增加經費的情況下，嘉惠民眾。

楊主任委員銘欽

- 一、林委員的意思是要將「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」經費(90 百萬元)移至一般服務之「調整腦血管疾病後遺症病患針傷科合併治療處置費」(預估經費 288 百萬元)項下，但金額不一致？
- 二、請問小兒腦性麻痺及小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫部分，如何處理？

林委員永農

小兒腦性麻痺及小兒氣喘計畫就停止，將經費移至一般服務，供腦中風病人的門診照護支用，因門診費用較低，可以照顧更多患者，沒有增加經費。

楊主任委員銘欽

四項試辦計畫總經費為 175 百萬元，而所提「調整腦血管疾病後遺症病患針傷科合併治療處置費」，預估經費 288 百萬元，兩者額度不同。

蔡組長淑鈴

- 一、中醫師公會全聯會的提議是將三項延續性試辦計畫，及「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」金額相加(175 百萬元)移至一般

服務，並增加費用至 288 百萬元。

- 二、請參考議程資料第 43 頁，「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」是今年新增計畫，其 1~6 月執行率還不到 10%，且三項延續性試辦計畫之「腦血管疾病及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」，服務對象正是疾病剛發生的住院病人，其正處於治療黃金期，而門診病人，反而離治療黃金期較遠，依評核委員意見，這三項延續性試辦計畫是否續辦，都需要討論。
- 三、目前這些計畫都列在專款，若同意中醫師公會全聯會之建議，將之移至一般服務，並增加預算，很可能會衍生像牙醫部門「牙周病照護計畫」同樣的問題。因此，健保局建議不宜將專款費用移至一般服務，且不應增加費用，以上意見請委員審慎考量。

楊主任委員銘欽

謝謝健保局的提醒。

林委員永農

- 一、有關「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」，目前執行率約 10%，因計畫剛起步、經驗較少，中醫師公會全聯會訂定許多申請及管控指標，且醫師必須上課通過審核才可申請，因執行嚴謹，短期間不會推行太快。若要衝高執行率也不是問題，但我們仍秉持嚴格管控、審慎執行。
- 二、計畫在醫院執行有其困難，坦白說在大醫院因中醫、西醫的門戶之見仍然存在，要西醫承認某些病人處理不好，需中醫協助治療有其困難。再加上醫院花費較多，故建議將預算移至門診。
- 三、病人剛出院時，確實有一段黃金治療期，若能趁此時期給予針灸、推拿、服中藥，相信效果不亞於住院期間給予治療；另，中醫師公會全聯會考量健保經營困難、經費不夠，所以才提議將專款費用移至診所提供門診服務。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝林委員的說明，請問有無詢問。
- 二、需向林委員說明，在前幾場部門總額的討論中，委員已決議各

部門間之協商原則，凡屬具特殊性、目標性、鼓勵性之計畫，宜列為專款項目，依此原則，腦血管疾病之計畫應列在專款。

林委員永農

放在專款可以。

謝委員天仁

聽起來中醫部門對部分中、西醫合併治療之試辦計畫，因認為受到排擠，所以不願意繼續！

林委員永農

向謝委員說明，中醫不是受到排擠，也沒有不願意做。事實是，台灣目前中、西醫融合尚未成熟，所以想將這些費用移至診所，照顧更多民眾。

謝委員天仁

所以原來編在醫院執行多年的三項醫療照護試辦計畫，中醫部門不要做。

林委員永農

不是不做，而是經費移到診所門診使用。

謝委員天仁

請問這些計畫原列在專款的費用還要嗎？

林委員永農

專款還要。

謝委員天仁

不是要移至一般服務嗎？請問三項醫療照護試辦計畫還要繼續嗎？

林委員永農

暫停，費用移至診所門診。

謝委員天仁

意即經費保留，三項試辦計畫不做。另外「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」繼續？

林委員永農

經費移至「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」專款項目，在一般服務門診繼續做。

謝委員天仁

問題是「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」執行率很低，9 千萬的預算用不到 9 百萬！

林委員永農

因經費有限，不敢放鬆標準。

謝委員天仁

三項試辦計畫如果不做，就不用編經費，也不需移至一般服務，這種挪移方式很奇怪，沒有說服力！計畫如果要做，才能談經費。

林委員永農

現在三項試辦計畫只有在大醫院做，經費如果移至一般服務，在診所門診提供服務，可以照顧更多病人。

謝委員天仁

記得中醫部門曾說，腦血管疾病之中醫治療，須於治療黃金期，愈快執行愈有效，過了黃金期，中醫就無能為力，不是嗎？

林委員永農

剛才已報告，醫院仍存有門戶之見，無法融合。

謝委員天仁

這樣看來，計畫執行好像有困難，依費協會的慣例，做不好的計畫不可能移至一般服務。今天各部門總額的討論中，也立下「做得好的計畫，才可能移至一般服務」之協商原則。

林委員永農

並非計畫做不好，而是想要移至一般門診照顧更多病人，去年協商時中醫部門就提議將「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」列為一般服務，只是當時礙於經費有限，所以列專款。

謝委員天仁

剛才已有共識，專款計畫之執行成效，若未達大家認可的標準，是不可能移至一般服務。

楊主任委員銘欽

剛才林委員已同意此項經費列在專款。

林委員永農

放專款可以，只是改變執行方式，改由門診提供服務。

廖委員本讓

意思是，三項試辦計畫經費併入「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」，還是列專款？

謝委員天仁

不是列在一般服務，需要釐清。

林委員永農

是放專款。

謝委員天仁

我擔心明天不同的人代表出席，又有不同意見。

林委員永農

我同意的，我負責。

謝委員天仁

但是明天你不一定會出現。

林委員永農

不然當場畫押。

謝委員天仁

不必啦，有錄音錄影存證。金額需到 288 百萬這麼多？

孟委員藹倫

對病人有幫助，可考慮讓中醫試試看。

謝委員天仁

難得孟委員願意給錢。

孟委員藹倫

列專款，沒用完還是得繳回。

謝委員天仁

一定要那麼多嗎？288 百萬！少一點 175 百萬不行嗎？

孟委員藹倫

很多中風民眾需要本項計畫提供服務，中醫應該更認真執行才是。

陳委員錦煌

若給足預算，執行力可得加強，屆時若執行率不佳就不好！

黃委員偉堯

目前執行率只有 9.4%，若要增加預算，也應有合理限度。

楊主任委員銘欽

整理一下委員意見，委員同意「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」列專款，本計畫原本額度為 90 百萬，中醫部門提議 288 百萬，委員認為金額太高。

謝委員天仁

額度可否降低。

林委員永農

照謝委員所提額度，同意改為 175 百萬。

孟委員藹倫

中醫很有雄心壯志，認為明年可以執行 2 億 8 千多萬，但今年執行率並不高，須請中醫部門說明有何推動計畫及內容，為何認為明年可以執行至 2 億 8 千多萬？我們才能判斷是否支持。若中、西醫能合作一起幫助病人，我認為是一大福音，希望中醫真的能落實，請說明。

林委員永農

請參考議程資料第 42 頁「調整腦血管疾病後遺症病患針傷科合併治療處置費」項之說明，本會以 98 年申請腦血管疾病患者(ICD-9-CM 430~438)，約 24,000 人半年黃金期治療，設定每月每位患者可申報 10~15 次，每次整合性針灸、推拿處置費用 400 元，推估約需 288 百萬元，本會將訂定執行 SOP，作為支付及審查依據，並將謹慎使用經費，且計畫還須經過支委會討論通過才能執行。

謝委員天仁

可否考慮比照去年 85 百萬加上 90 百萬，總計 175 百萬。

林委員永農

同意 175 百萬，額度不加，列為專款。

楊主任委員銘欽

請中醫以此額度執行，若做得好，明年委員會更有信心支持。

黃委員偉堯

- 一、記得中醫部門曾提出，腦中風治療計畫，雖然門診也有療效，但住院期間的療效會比門診好，如幕僚所提意見，建議繼續進行療效追蹤評估，內容不應只有病人利用率，尚需建立評估指標，呈現病人接受治療後之健康及品質的改善狀況。
- 二、任何計畫的推動，目的都為增進民眾健康。雖然今年評核會提出部分療效評估報告，但嚴謹度仍有待商榷，希望中醫部門能再提升。若主張有療效，就需提出實際數據證明，若難以證明成效，則很難說服大家。

孟委員藹倫

我相信中醫有效，中醫主要注重經絡血管，是祖先的智慧、中國 5 千年文化的結晶。

林委員永農

針灸的療效已獲國際承認，怎會沒效，針灸是最好的復健方法。向委員報告，對入院治療之腦中風患者，相關的中醫費用，本項也予以支付。

楊主任委員銘欽

黃委員的意見並非說此計畫沒有療效，而是如議程資料第 43 頁本會幕僚意見第 2 點：「若同意繼續試辦，請於 100 年 6 月底前，提送執行成果及療效評估報告」。依費協會往例，對專款計畫，均會要求提送執行成效及評估指標，本計畫若繼續試辦，希望能提出評估指標。

許委員怡欣

- 一、我對中醫寄予厚望，本計畫已投入那麼多經費，希望中醫能完成 2,4000 人次，在半年黃金期，提供每位患者每月 10-15 次之治療。
- 二、在執行計畫之初，就先找好治療指標，這 2,4000 人次的治療，是進行實證研究的好機會，拜託中醫師公會全聯會，利用此機會，大幅提升中醫療效的證據支持。如孟委員所言，她相信中醫很有療效，如何在花費龐大經費的同時，建立實證研究，讓大眾得知治療後的差別，並提出成效，這才是委員於分配預算後，樂於見到的結果，也有助中醫明年協商。

楊主任委員銘欽

議程資料顯示中醫師公會全聯會另提出幾項，但健保局及本會幕僚建議不增加預算。其中「調高兒童門診診察費」，需向中醫部門說明，調整診察費部分，委員目前只同意給予「兒科」成長率，因為中醫並沒有兒科，所以無法給予此項成長率。

林委員永農

我也看很多發燒兒科病人，還有些兒童體質怪異，西藥不合，只好求助中醫。

楊主任委員銘欽

有關診察費調整，只調整「兒科」醫師的診察費，主要是反應近來監察委員及社會各界關心內、外、婦、兒四大科醫師不足的問題。基於部門衡平性，並未依兒童年齡給予成長率。

林委員永農

基於衡平性考量，本項沒有成長率可以接受。

楊主任委員銘欽

有關中醫師公會全聯會所提之「偏遠地區診察費給付加級」項目，依健保局意見，本項可能與醫療資源缺乏地區改善方案之「無中醫鄉開業計畫」重疊，所以不考慮增加成長率。

林委員永農

- 一、全民健保一再強調，山地離島地區民眾繳相同的保費，應給予相同照顧品質，所以也應讓偏遠地區的醫師能夠生存。
- 二、目前偏遠地區的 85 個鄉鎮已有中醫師，約有 100 家院所。這 85 個鄉鎮雖有中醫，但難保不會離開，例如南投縣信義鄉、國姓鄉，雖不屬山地區，但因地處偏僻，全聯會鼓勵醫師至該鄉開業，但往往 3 個月、半年後醫師就離開，因實在太偏遠。這些地區，如果沒有誘因，很難留住醫師
- 三、建議對這些地區予以診察費加成，醫師若多看病人，就會有較多收入，這才是鼓勵醫師永久留在偏遠地區的根本之道。辦理巡迴醫療固然對偏遠地區民眾有益，但對醫師而言，實在太累，且一週頂多服務 2~3 次。若能讓這 100 家診所留在偏遠地區，對當地民眾才有實質助益。這 100 家診所加成費用不多，估算才 50 百萬而已，但應給予鼓勵。

許委員怡欣

個人支持鼓勵偏遠地區有中醫師長期駐診，並給予適度誘因。本項屬鼓勵性質，又有明確目標數，符合大家所定「具有目的性、鼓勵性之服務項目，宜列專款」之協商原則。建議本項列為專款項目。

楊主任委員銘欽

許委員怡欣的意見是本項列專款，可考慮給予成長率。

孟委員藹倫

請問所提 100 家院所，現在就已在偏遠地區開業嗎？

林委員永農

對。

孟委員藹倫

這 100 家院所為既有，所以估算數據有確定來源，一旦加成，金額

就會立刻使用。

林委員永農

目前有 100 個院所在 85 個偏遠鄉鎮開業，全聯會也一直注意這些院所動向，但發現因生存不易，院所數量一直減少。

孟委員藹倫

- 一、所以增加經費的目的，是鼓勵這些偏遠地區開業的醫師，讓他們有誘因願意在當地開業。我認為值得支持，若偏遠地區缺乏醫師，是民眾的損失。
- 二、本項與其他專款項目性質不同，欲鼓勵的院所也已在偏遠地區開業，實務上可立即給予診察費加成鼓勵。其他項目則是鼓勵部門執行，不見得立刻可以達到目標，若達不到目標可從專款扣回。

林委員永農

可藉此留住醫師。

孟委員藹倫

所以費用列在一般服務屬合理。

許委員怡欣

- 一、因為偏遠地區開業的院所數可能上下變動，例如原本 65 家，可能減少至 55 家，或增加至 75 家，若列於一般服務，當家數減少時，餘額會被分掉；未來若是本項診察費加成取消，費用(指滾入基期的金額)也會被其他用途支用。
- 二、建議本項列在專款，因專用，所以目標明確，且依實際執行家數支付費用，較能掌握變動，也才具實質鼓勵效果，成效才能顯著。

張委員惟明

- 一、從早上討論至今，已有共識，為突顯鼓勵性質之項目，應該列為專款，以實質鼓勵。
- 二、況且列入一般服務的金額，會滾入基期，若未能執行，金額也會被支用，這是需考量的問題。

謝委員天仁

- 一、西醫、牙醫等各部門均編列醫療資源缺乏地區改善方案之專款，提供偏遠、無醫鄉地區民眾之服務，中醫部門已編列該項專款。現在若同意新增「偏遠地區診察費加成專款」，基於部門衡平性考量，會有問題。
- 二、之前協商西醫、牙醫等各部門總額時，並未給予「偏遠地區診察費加成專款」，若同意中醫此項費用，則其他部門代表或許會認為未被考量其需求。
- 三、中、西醫醫療具有替代性，並非每個地方都要有中醫師或西醫不可，況且偏遠地區等無中醫鄉鎮，已考量其需求給予專款。若特別增加中醫此項費用，是否合理，恐怕是每位委員都需面對的問題。

莊委員淑芳

- 一、從早上協商至今，各部門診察費的調整都是列在一般服務，並沒有列在專款。中醫沒有兒科，無法給予兒童診察費加成。
- 二、即使偏遠地區已給予補助鼓勵，但確實仍有許多民眾需要中醫提供服務，若因為缺乏醫師，而使偏遠地區民眾需赴大都市看診，並不合適。
- 三、本項可適度給予預算，若要列為專款，不如列在一般服務，讓中醫的經費使用可以不受限制。

陳委員錦煌

請教林理事長，中醫診察費是否為 200 點，有中醫師向我抱怨，若開藥給病人，診察費必須減價，不能申請 200 點，是否屬實？(註：目前針傷科處置費，未開藥者支付 200 點，有開藥者支付 100 點，惟對有開藥者每位醫師每月支付 26 人次以內者為 200 點)。

林委員永農

這是另一項協商項目，向委員說明。

陳委員錦煌

剛才西醫基層提議鼓勵醫師不開藥，診察費多 50 點，我不同意。中醫也是如此，為何有開藥，診察費從 200 點降到 100 點！醫師當然

不開藥給病人。

林委員永農

- 一、請參看議程資料第 42 頁「支付標準調整--針傷科治療合併開具內科疾病藥品」項目，健保自 84 年開辦至今，有開藥的針灸、傷科處置費用僅支付 100 點，未開藥者支付 200 點，此規定實在不合理。
- 二、96 年協商總額時，我才將此問題提出，當時的主任委員也很訝異。理論上，病人接受針灸、傷科治療處置後，應當開藥給病人服用，疾病才會儘快痊癒，但反而開藥後，處置費只剩 100 點，誰要開藥？
- 三、經過我爭取，雖然 97、98 年費協會已補給中醫成長率，但仍然是不夠，請參看議程資料，有開藥的針、傷科處置費 100 點，未開藥者支付 200 點，每年約 150 萬件，院所均自行吸收，每年損失達 1.5 億。所以只好限制每位醫師每月可申報 26 人次之針傷科處置費 200 點，平均 1 天不到 1 件，實在不合理。
- 四、限制接受針、傷科處置病人給藥，會讓病人好得慢，要多看幾次門診，反而增加醫療費用。

陳委員錦煌

我昨天才看中醫，除了針灸外，經過把脈，醫師也開藥，那針灸費只剩 100 點，請問健保局規定妥適嗎？

林專門委員阿明

- 一、全民健保法規定，支付標準調整由健保局及醫界協商訂定。此規定從健保開辦沿用至今，有其時空背景，當時可能考量資源有限，且並非每件針、傷科處置都有開藥的必要性。若開藥給予處置費 100 點外，還有每日藥費。
- 二、對本項費協會已於 97、98 年分別給予成長率，金額約 1 億元，當時中醫部門為管控費用，所以對申請件數設限。
- 三、健保局認為，資源有限，針灸、傷科處置是否都須開藥可以思考。

何監事長永成

- 一、誠如林專門委員所言，時空背景確實不同，早年全聯會未強力管控時，醫療院所沒有限制，今天申報針傷科、明天蓋卡看內科，而現今全聯會已加強管控，規定每月針傷科 14 次以下、每月蓋卡 6 次以下，凡超出者加強審查，不予支付。
- 二、以往病患每月蓋卡次數可達 10 多次，現在不論院所提供針傷科、內科等處置，每月蓋卡次數只限 6 次，因此，院所常需同時處理針傷科及感冒等內科問題，若因為內科疾病開藥，就會降低針傷科處置費，對院所而言相當不合理。

林委員永農

- 一、中醫自從試辦地區預算不分區之分配方式以來，為了管控各區利用，限制每人每月蓋卡數最多只能 6 格，7 次以後費用由院所自行吸收；針傷科每月限報 14 次，15 次以後費用由院所自行吸收，今天中醫才能維持目前的點值。
- 二、實務上針、傷科處置合併開藥者，大部分都不是因為主診斷的酸痛給藥，而是因為病人有內科疾病，如感冒、腸胃、肝臟疾病等副診斷才開藥，開藥反而使處置費降 100 點，非常不合理，此現象已存在 10 多年。

謝委員武吉

請問醫界可以表達意見嗎？

楊主任委員銘欽

請問謝委員發言內容是？

謝委員武吉

我的發言是針對現在討論的議題。

楊主任委員銘欽

原則上，其他部門的委員不發言。謝委員既然想表達意見，就請提出供參。

謝委員武吉

想請教林理事長，依估算，100 家院所，每月各申請 700 件計算，1 個月申報多少？

林委員永農

20 多萬。

謝委員武吉

我的看法，診察費每家每月 20 多萬，加成 20%，是非常合理的數字。若這些錢可以讓民眾免除就醫之舟車勞頓，非常值得。

楊主任委員銘欽

- 一、有關「偏遠地區診察費給付加級」項目，有幾位委員發言表示贊成，但須先釐清，目前西醫基層對偏遠地區之照護，好像沒有額外編列該項目。請教健保局，是否有別的部門，由其一般服務中勻出費用加成？若沒有，基於衡平性，中醫就不宜給予預算。但若別的部門，也有額外費用用以鼓勵加成，則就可考量給予中醫預算。
- 二、有關「支付標準調整--針傷科治療合併開具內科疾病藥品」項目，剛才林理事長及何監事長都已說明是時空背景因素，且不是每一位針傷科病患都需開藥，開藥者多為多重疾病，而非因傷科開藥。
- 三、可否請健保局說明，其他部門鼓勵偏遠地區醫療服務的財源。

蔡組長淑鈴

- 一、有關「偏遠地區診察費給付加級」，可以在「醫療資源缺乏地區改善方案」項下，修改計畫內容以容納之。其他總額部門有些採用保障收入額度的方式，有些採用診察費加成方式，但預算都列在專款項目。
- 二、基於各部門之衡平性考量，健保局認為「偏遠地區診察費給付加級」與「醫療資源缺乏地區改善方案」重疊，所以不應於一般服務提列。
- 三、有關中醫三項試辦計畫，主席剛才已有初步結論，擬停辦三項試辦計畫，將金額全數編列至「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」，這部分請容許健保局表達意見：
 - (一)如果推動「中、西醫合併治療」是大家努力的方向，則唯有三項試辦計畫中的「腦血管疾病及腫瘤患者手術、化療、放

射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」係在推動中、西醫合併治療，如果停掉，非常可惜。

(二)「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」是病人於出院後，至附近診所接受治療。依照中醫部門的說明，將放寬至每月可申報 10~15 次門診，意即每 2~3 天，中風病人就必須從家裡至診所看診。而上開住院病患中醫輔助醫療試辦計畫，則是趁病人住院的治療黃金期，儘快予以診治，考量「及時性」及「有效性」，當然是住院期間就立刻治療較具效益。

(三)腦血管疾病後遺症門診照護計畫，每月可申報 10~15 次門診，未訂定療程的結束日，治療期間可能拉得很長，到底有無效益？治療期間應何時結束？中醫部門都未提出說明，加上中醫部門原提案主張將該計畫列為一般服務，療程之不確定性更高。若列為專款，情況會較好，但也應訂出明確的治療計畫，才能確保錢花在刀口上。

楊主任委員銘欽

謝謝說明，有關「偏遠地區診察費給付加級」部分，立意良好，但建議應列入「醫療資源缺乏地區改善方案」。

林委員永農

其內涵與醫療資源缺乏地區改善方案不同。

楊主任委員銘欽

我了解，剛才已詢問健保局，可設計修改「醫療資源缺乏地區改善方案」內容，納入偏遠地區診察費給付加成 20%。

李醫師豐裕

醫療資源缺乏地區係指當地沒有醫師，而偏遠地區診察費給付加級，是希望給予偏遠地區醫師鼓勵，讓醫師留在偏遠地區。

楊主任委員銘欽

名稱定義不同沒錯，但我是根據健保局剛才的說明解釋。

戴局長桂英

健保局剛才的說明是這樣沒錯。

楊主任委員銘欽

所以建議修改醫療資源缺乏地區改善方案內容，將鼓勵偏遠地區醫師部分併入計畫。意即在醫療資源缺乏地區改善方案中，有些針對無中醫鄉鎮、有些則給予偏遠地區費用加成，但都可在計畫中容納。

何監事長永成

但 98 年醫療資源缺乏地區改善方案的執行率接近 100%，已無預算可支用。

楊主任委員銘欽

若併入醫療資源缺乏地區改善方案，則其經費一併移入該項專款；金額部分，若中醫師公會全聯會所提數字，係依據實際狀況估算，則可考慮將所編 5,000 萬移入醫療資源缺乏地區改善方案。專款的使用原則是有使用就支付、未使用就收回。

林委員永農

對！專款未支用也不會流入一般服務。

楊主任委員銘欽

請問林委員，可同意列專款嗎？

林委員永農

可以。

陳委員錦煌

- 一、對山地、離島及偏遠地區給予加成，個人表贊成，例如金門地區警察薪水也有加成。若偏遠地區沒有醫生，病人就需跋山涉水到都會區看診，非常累人，我曾聽說有民眾抱怨某些地區沒有牙醫師可看診，應當改善此情形，願意對偏遠地區開業的醫師給予鼓勵。
- 二、支持 5,000 萬，但提醒中醫師公會全聯會，執行力要提升，不要到明年檢討時，發生執行率太低的情形。

林委員永農

目前已有 85 家院所在偏遠地區執業，提高診察費立即可行。

陳委員錦煌

還要反應一個問題，家人至虎尾一家中醫診所看病，吃健保開的藥病不會好，診所要求自費 600 元藥費，並宣稱吃該帖藥會好，令人十分詫異，為何自費藥才有效？

林委員永農

自費是否為煎的水藥。

陳委員錦煌

是藥粉。600 元對經濟不好的人是一筆不小的負擔，為何健保給付的藥沒效，不能直接開有效的藥給患者？請中醫師公會全聯會詳查，並加強管理。

謝委員天仁

若將偏遠地區診察費之加成經費併入「醫療資源缺乏地區改善方案」，可否請中醫部門說明，其所編經費及方案內容？

許委員怡欣

- 一、抱歉！我是首先表示支持偏遠地區方案，但剛才聽了謝委員天仁的發言後，不禁冒冷汗，就部門衡平性及公平性角度，若其他總額部門也要求比照，請問健保將增加多少支出？
- 二、雖然很多計畫都很重要，但在無法調漲保費的現實情況下，畢竟健保資源有限，請健保局簡要估算，若其他各部門總額也要求比照調高偏遠地區之診察費，需增加多少支出？
- 三、今天討論各部門總額時，公平性是大家考量的面向，在考慮是否同意本項費用前，請先讓委員了解對整體支出的影響。

孟委員藹倫

之前討論西醫基層總額時，將「家庭醫師整合性照護試辦計畫」及「醫療資源缺乏地區改善方案」都列在一般服務，請委員參看議程資料第 21 頁。

楊主任委員銘欽

這兩項都列在專款項目。

孟委員藹倫

已經從一般服務移至專款項下。

蔡組長淑鈴

這兩項計畫本來就列為專款。

孟委員藹倫

沒有啊！計畫是列在一般服務。

楊主任委員銘欽

請參看議程資料第 21 頁，兩項計畫上方的標題為「專款項目」。

孟委員藹倫

是列在專款嗎？

楊主任委員銘欽

是。

孟委員藹倫

- 一、本項中醫所提的內容，與醫療資源缺乏地區改善方案意義不同，鼓勵的對象是已經在偏遠地區執業的醫師，以提高診察費的方式，留住現有醫師，可考量給予預算。而醫療資源缺乏地區改善方案，則是鼓勵醫師前往開業。
- 二、對於整合性照護計畫，之前協商時，委員係採鼓勵態度。中醫都屬整合性照護，但如中醫之前說明，開藥給病人，卻反被扣減醫師診療費 100 元，不是很奇怪？

陳委員錦煌

扣減的是針灸及傷科的處置費，不是診察費。

孟委員藹倫

中醫提供的服務都屬整合性照護，正如中醫之前說明，也許不是開傷科的藥，而是開感冒、胃腸藥，反而可以節省門診次數、醫療資源，也減少病人來回奔波時間，所以對開藥者應予鼓勵，而非減少支付點數。

陳委員錦煌

看起來是健保局的問題。

孟委員藹倫

對啊！感覺很奇怪，若是這樣，以後中醫可以跟病人說，看針傷科時不能同時看感冒，下次再來，反而造成醫療資源浪費。我認為「針傷科治療合併開具內科疾病藥品」項目，應該給予成長率。

謝委員天仁

請中醫部門說明鼓勵偏遠地區醫師之方案內容，否則大家搞不清楚，卻一直往下討論，最後不知如何決定！先決定鼓勵偏遠地區醫師之方案併入「醫療資源缺乏地區改善方案」是否合適，再討論其他項目。

黃委員偉堯

- 一、接續謝委員天仁之意見，我剛才仔細看資料，該項標題為「偏遠地區診察費給付加級」，委員注意到的是「偏遠地區」，但說明第3點，偏遠地區的定義是「每萬人口中醫師數小於1之鄉鎮」。需請中醫師公會全聯會列出所有每萬人口中醫師數小於1之鄉鎮清單，以檢視這些地區是否真位處偏遠，若其已鄰近都會區，有必要鼓勵嗎？例如，鄰近台中的潭子，中醫師數少，經計算雖然每萬人口中醫師數小於1，但該地區民眾至附近地區看診、就醫都很方便，再提供鼓勵是否合適？
- 二、綜上，本項對偏遠地區的定義，與標題「偏遠地區診察費給付加級」所示的意義不符。因此，併同謝委員天仁之提問，請全聯會就「定義偏遠地區的標準及其合理性」，一併提出說明。

林委員永農

謝謝黃委員偉堯提問，全聯會已備有資料，簡單說明：每萬人口中醫師數小於1之鄉鎮，台中縣只有石岡鄉及外埔鄉。

謝委員天仁

石岡鄉到豐原大約20分鐘，交通時間還好。

林委員永農

南部地區就較偏遠，台南有七股、六甲、西港、將軍、南溪等鄉，雲林縣有古坑、竹崎、義竹等鄉。

黃委員偉堯

剛才所提的西港、七股地區鄰近佳里、麻豆。需考量若這些每萬人口中醫師數小於 1 之鄉鎮，相鄰不遠區就有中醫師，則不宜列為偏遠地區。

林委員永農

您的意思我了解，好比嘉義縣番路鄉，聽名字好像很偏僻，但其實就在嘉義市隔壁，番路鄉如果申請，我們不會同意。

黃委員偉堯

若此，偏遠地區的定義，除了每萬人口中醫師數 1 以下外，尚須排除部分地區，標準會變得很複雜，期望將此項併入專案計畫。

林委員永農

這是獎勵已經在該地區開業的醫師，怕醫師撐不住，所以加成診察費，讓他能留下來，不是鼓勵醫師去開業。

黃委員偉堯

這些原因我們都了解，但有實務上的問題需考量，如許委員怡欣所提，偏遠地區開業的院所家數可能增減，若列於一般服務，當家數減少時，請問預算如何處理？

林委員永農

全聯會已同意將鼓勵偏遠地區診察費加級之經費列在專款，不是列在一般服務。

黃委員偉堯

剛孟委員的意思是費用編在一般服務，不是嗎？

林委員永農

我們同意列為專款。

楊主任委員銘欽

需澄清，凡屬專款項目，需經總額受託單位與健保局共同擬定詳細計畫，舉凡申請院所的限定條件及相關規定都需規範。請問是否回答謝委員天仁的提問？

謝委員天仁

沒有！如何與醫療資源缺乏地區改善方案整併、需多少金額？都未說明，怎麼決定。

楊主任委員銘欽

之前談到，將列在一般服務之偏遠地區經費 5,000 萬，移至專款，併入「醫療資源缺乏地區改善方案」2,400 萬中。

謝委員天仁

議程資料中醫部門編列「醫療資源缺乏地區改善方案」經費為 9,000 萬，不知併入後，最終金額為多少？

林委員永農

9,000 萬是包含論量計酬的 6,560 萬，該筆費用已移至一般服務，所以專款經費是「醫療資源缺乏地區改善方案」金額 2,440 萬，再加上偏遠地區經費 5,000 萬。

謝委員天仁

- 一、我還是強調各部門衡平性很重要，相信每萬人口醫師數小於 1 的地區，在醫院與西醫基層同樣都有。在做此決定前，請健保局先說清楚，若其他總額部門比照，可能產生的經費需求有多少？
- 二、與其他總額部門相較，中醫費用較少，請委員謹慎考量，若今日因認為中醫金額不多，而同意給予經費，之後其他總額部門若要求比照，衍生大筆金額時，總額是否足夠支付！請委員注意。若開此例，當其他部門要求依此條件比照時，若不同意，外界會認為，費協會委員有吵就有糖吃，沒有秉持公平原則議事，將成為未來大家要共同面對的難題。

楊主任委員銘欽

謝委員剛才提到的核心問題，請健保局回應。

戴局長桂英

- 一、謝謝委員支持健保局所考量的衡平性問題。有關「偏遠地區診察費給付加級」項目，首先，如何認定「偏遠地區」是一大問題，中醫師公會全聯會並非以「離都會區距離遠近」界定，而是以「每萬人口中醫師數小於1的鄉鎮」且「平均每月申請件數小於700件」定義。
- 二、若欲估算西醫基層所需金額，則可能不適用前開中醫師公會全聯會之定義。因為西醫基層醫師較多，其每萬人口西醫師數可能須訂到3以下或其他數字。但若以目前西醫基層「平均每月申請件數小於700件」之院所，診察費加成20%估計，約需4.27億元。
- 三、牙醫部門，目前是從一般服務費用，自行挪出經費鼓勵偏遠地區醫師，至所需金額，需有清楚定義後，方能估算。
- 四、雖然鼓勵醫師留在偏遠地區之立意良善，但其定義方式令人不安，若以每萬人口中醫師數小於1為標準，當有1位醫師加入時，則使每萬人口中醫師數大於1，原先加成20%部分，是否取消？此定義讓方案執行時，充滿不確定性，雖然也有委員表示支持，但站在健保局執行觀點，尚需請委員審慎考量。

孟委員藹倫

- 一、記得前幾場協商，雖然醫院部門給予婦產科診療費加成，但協商西醫基層總額時，因基層部門並未提出該項協商項目，所以委員並不適合主動比照醫院給予成長率。當時並未考量衡平性，為何協商中醫總額時，就說西醫基層及牙醫部門未提出此項成長率，需考慮衡平性！所以不給予中醫成長，好像對中醫很刻薄。
- 二、本項旨在鼓勵中醫師留在偏遠地區，至少保有每萬人口有1個以上的中醫師，讓民眾有中醫可看。雖然鄰近鄉鎮可能也有中醫師，但畢竟沒有那麼方便。
- 三、中醫人數及資源不如西醫多，而且中醫有其特別性，如果連鼓勵偏遠地區中醫師的經費都要砍，只好由無證照的國術師、推拿人員幫民眾看診，最後受傷害的還是民眾。因為鄉下尚有許

多密醫在看診，希望讓正牌的中醫師能生存，以減少無證照密醫的空間，我認為本項應給予中醫支持，畢竟有些民眾還是有看中醫的需求。

何監事長永成

謝謝孟委員對中醫的支持。有關戴局長所詢問題，答覆如下：

- 一、每萬人口中醫師數小於1的鄉鎮，若無法留住醫師，我想病患所付出的代價，比今天所談的金額更高。
- 二、如戴局長所言，每萬人口中醫師數小於1的鄉鎮，若有新增醫師進駐，不是更好，表示此制度有正面效果，能鼓勵醫師從都市轉移至鄉下服務，符合當初制度設計目的。

楊主任委員銘欽

意思是，若有醫師加入，致使每萬人口中醫師數大於1時，則診察費加成就取消。

戴局長桂英

就立刻變動？

何監事長永成

對！有醫師願意下鄉更好，一但有新醫師進入，就馬上檢討。

謝委員天仁

- 一、我還是必須表達看法，委員不只處理眼前的問題。今天開了這扇門，若有問題，以後還是得面對。即便是其他總額部門今年已協商完成，或許來不及提出要求，但明年，這些部門還是會提出！需請委員考量公平性問題。
- 二、回答剛才孟委員的提問，有關西醫基層婦產科診療費加成部分未給予成長率，是因為西醫基層診察費320點，而醫院只有220點，本來就比醫院高，並非未考量衡平性問題。
- 三、我們將這麼多資源投入在偏遠地區，除需考量是否妥適外，本項於實際執行面，看來也有很多問題，且定義偏遠鄉鎮十分困難。若以每萬人口中醫師數小於1為標準，假若醫師都集中在東邊，而西邊沒有醫師，那麼如何定義偏遠鄉鎮？有很大的問

題，另外地區間的公平性也要考量。

李醫師豐裕

選舉也有所謂的「保障名額」，意義一樣，中醫基本上比較弱勢，況且全聯會所提，對每萬人口中醫師數小於 1 之鄉鎮給予醫師鼓勵之要求，並非無理。若西醫想比照，其每萬人口西醫師數小於 1 的鄉鎮並不多，或者也可考慮，懇請委員給予中醫例外考量。

陳委員錦煌

- 一、剛才聽孟委員的發言，發覺孟委員對鄉下的醫療生態很了解，鄉下整骨的拳頭師傅很多，目前整復公會在各地成立，他們聲稱了解經絡，也會處理經絡問題，有些僅初淺抓捏，收費也不便宜。
- 二、依我個人看法，中醫有其必要性，我代表勞工團體，同意給予中醫本項費用，別的委員不同意，我也沒辦法！已經討論那麼久，我 6 點就起床，協商到現在，實在很累人，本項不過 5,000 萬而已，讓中醫做做看，但需要求中醫落實執行。

楊主任委員銘欽

- 一、有關「偏遠地區診察費加成部分」，決議如下：
 - (一)本項經費 5,000 萬元，併入「醫療資源缺乏地區改善方案」專款。
 - (二)須於年底前完成計畫之訂定，內容包含「偏遠地區之詳細定義」及「計畫評估指標」。
 - (三)因部分委員對此計畫尚有疑慮，考慮可能存有風險，爰本計畫需採較嚴格方式處理。本項計畫執行期間 1 年，需視執行狀況及成效，每年檢討是否續辦，並非一直延續辦理。
- 二、有關「支付標準調整--針傷科治療合併開具內科疾病藥品」項目，剛才全聯會的意見已充分表達，健保局意見為 97、98 年已編列足夠費用，應已足敷支應。

林委員永農

向委員報告，從 84 年開始就已經設限，那有開藥給病人，反而扣處置費的道理！

楊主任委員銘欽

現已超過原本預定的協商時間，已進入延長時間，沒想到會談這麼久，請委員儘量講重點。請問林委員永農的訴求是什麼？

林委員永農

目前限制每位醫師每月只可申報 26 人次之針傷科處置費 200 點，實在不合理。

楊主任委員銘欽

所以希望開藥者針傷科處置費可由 100 點加到 200 點。

陳委員錦煌

意思是，若中醫開藥給病人，不可以扣錢，針傷科處置費不能只給 100 點。

林委員永農

對！我們並沒有增加針傷科處置費，只要求補足被扣的 100 點而已，才增加 7,500 萬元。

楊主任委員銘欽

健保局認為原編費用已足夠調整，可否請健保局說明。

陳委員錦煌

剛才所提有關健保給付的藥沒效，而要病人自費買藥才有效的問題，請中醫注意改善。

林委員永農

應該是水煎藥才需自費。

楊主任委員銘欽

先請健保局說明，原編費用是否足夠？

戴局長桂英

一、本局的意見已在議程資料表達，各位知道健保開辦前，僅有少部分中醫院所納入勞保特約。健保開辦納入中醫給付時，非常小心，深怕民眾認為，健保將有限資源放到浪費之處。中醫診

療分內科、針灸、傷科三類，當初制度設計，是希望針灸科專心做針灸，而不是每位接受針灸的病患都需拿藥。

二、健保實施至今已 15 年，總額支付制度珍貴之處，在有費協會此協商平台，供醫界、付費者代表及公正的專家學者就醫療費用總額，進行面對面協商，若是付費者代表同意給予經費以調高支付標準，健保局當予尊重。但健保局就擰節資源的立場，建議維持原編經費，但最後仍尊重費協會決定。

林委員永農

我了解戴局長桂英的看法，但總不能讓中醫吃虧那麼久。中國大陸常發生雪災、旱災及水災，中藥材價格持續上揚，中醫吃虧很多。

楊主任委員銘欽

藥品成本調升部分，已於「醫療服務成本指數改變率」成長率 0.973% 反應。

謝委員天仁

金額可否調降些，3,780 萬元。

林委員永農

5,000 萬元就好，不要讓中醫吃虧太多。向謝委員天仁報告，為控制費用，中醫自己設限，每位病人每月針傷科只能申報 14 次，內科只能報 6 次，很多患者，除了酸痛外，還有感冒、皮膚病等問題，都需開藥。

謝委員天仁

老實說，從早上協商到現在，中醫的成長率已經是最高的了！牙醫部門還從一般服務扣 3 億多，金額差距不大，能調整就調吧。

林委員永農

藥物成本高漲，貴得嚇死人。

楊主任委員銘欽

林委員永農就照謝委員天仁說的金額。

孟委員藹倫

- 一、我覺得這筆費用應該給，我們不是一直強調整合性照護？還有核給醫院及西醫基層部門整合照護費用。假設針灸、傷科處置後又給傷科用藥，扣減處置費我沒意見，但若是開感冒等內科用藥，實質上是合併照護，可節省醫療費用及民眾往返時間，不應扣錢。
- 二、若要談到部門間衡平性問題，醫院及西醫基層部門，也沒有像中醫，有開藥被扣錢的情形。

楊主任委員銘欽

我們沒有要扣中醫費用。

孟委員藹倫

但中醫目前的支付標準是扣 100 點！扣要有道理，不應開的藥可扣，但若為不同疾病給予整合照護，就不應扣。不但不應該扣，還應給予鼓勵，請委員公平看待。

謝委員天仁

中醫提出的是估計值，金額多寡，視估計方法寬估或嚴估而定，既為估計值，金額就可有增減。

孟委員藹倫

先有支付標準才有估計值，現在的支付標準已經少 100 點，有問題。

謝委員天仁

現在估計值是 7,560 萬，既是估值，就有彈性。如何證明估計值一定精確！

孟委員藹倫

中醫部門有提出計算方式，每件要增加 100 點。

謝委員天仁

沒錯，但數量本身就是估計值。

孟委員藹倫

數量歸數量，但支付標準有問題。

謝委員天仁

我了解，但牙醫部門的成長率也才 1.6% 左右，這筆金額給下去，恐怕中醫成長率要高達 2.6%。

孟委員藹倫

牙醫是因執行率未達目標值，本來就要扣，不一樣。

戴局長桂英

請林委員永農折衷提個金額。

林委員永農

5,000 萬元就好。

謝委員天仁

我之前已經提出額度，請中醫先做做看再說。

林委員永農

但是中醫光藥費就貴得嚇人。

何監事長永成

事實上，針灸、傷科治療合併開藥給病人，還未收診察費。

楊主任委員銘欽

想聽聽其他付費者委員的意見，請問蔡委員登順意見如何？

蔡委員登順

報章雜誌都有報導，大陸進口的中藥材確實爆漲。

林委員永農

有些藥材本來 200 多塊，現在都漲到 2,000 多塊。

陳委員錦煌

挺孟委員藹倫，就給 5,000 萬元。

林委員永農

好。

楊主任委員銘欽

既然委員願意調至 5,000 萬元，就此談定。

蔡委員登順

中醫非協商因素已經非常高，談到這裡就好，其他的項目就不要再談。

楊主任委員銘欽

還有一點需注意，剛才健保局提醒，原本執行多年的「腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」，97、98 年執行率高達 81%、97%，雖然之前提到要暫停，請委員再考量是否繼續執行。

林委員永農

腦中風住院病人照護部分，仍然可做。

謝委員天仁

如果要繼續，那計畫名稱就應保留，而非暫停。其實三項計畫名稱都應保留。

戴局長桂英

列專款之「三項中醫醫療照護試辦計畫」與「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」原本是分列，健保局建議，計畫還是維持分列，經費不要混合使用。

楊主任委員銘欽

經費多少？

戴局長桂英

「三項中醫醫療照護試辦計畫」經費 8,500 萬元，「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」經費 9,000 萬元。

楊主任委員銘欽

照舊？

林委員永農

建議「小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫」及「小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」停掉，專做腦中風計畫就好。

戴局長桂英

請問這兩項計畫停掉，經費還給嗎？

楊主任委員銘欽

照道理應該扣減，所以保留「腦血管疾病及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」經費4,500萬。

林委員永農

「腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療」部分不做，只保留腦血管計畫。

楊主任委員銘欽

計畫名稱改為「腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」對嗎？

林委員永農

可以。

楊主任委員銘欽

中醫部門的意見係將「小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫」及「小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」停掉？

何監事長永成

建議將腦血管疾病兩項計畫合併，名稱刪除西醫住院病患中醫輔助醫療等文字，改為「腦血管疾病試辦計畫」。

林執行秘書宜靜

但原計畫係針對腦中風住院病患提供中醫輔助醫療？

柯副主任委員桂女

今年評核委員建議，分列中醫各試辦計畫項目及費用。建議委員能尊重評核委員的意見。

楊主任委員銘欽

住院計畫與門診計畫還是分列較佳。

林委員永農

建議停掉小兒腦性麻痺及小兒氣喘計畫。

戴局長桂英

依中醫師公會全聯會所建議，停掉小兒腦性麻痺及小兒氣喘計畫，且將此兩項計畫費用分配至其他項目，若付費者委員同意，健保局沒話說。

林委員永農

因去年協商「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」時，無法爭取到足夠費用，所以今年才建議將小兒腦性麻痺及小兒氣喘兩項計畫費用挪至「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」支用。

戴局長桂英

意即少了兩項計畫，但費用仍然維持，其合理性需要討論。

何監事長永成

100年「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」將擴大至基層院所辦理，需較多經費。

楊主任委員銘欽

請問全聯會，若2項腦血管計畫總經費175百萬元，則住院與門診計畫之額度如何分配？

林委員永農

「腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」85百萬元，「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」90百萬元。

楊主任委員銘欽

對林委員的提議有無意見？

陳委員錦煌

好啦！好啦！

楊主任委員銘欽

那就不再討論全聯會所提其他協商項目。

林委員永農

好，但請委員同意「腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」費用可流至門診計畫。

楊主任委員銘欽

不行，剛才已決議計畫項目及費用分列。

林執行秘書宜靜

- 一、「腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」乙項額度是否維持 99 年的 45 百萬元？
- 二、若此，則「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」額度即是，總經費 175 百萬元扣除 45 百萬元，為 130 百萬元。

林委員永農

可以，我們同意。

楊主任委員銘欽

估算下來總費用成長 2.370%，很高。

黃副局長三桂

- 一、請參看議程資料第 43 頁，中醫三項試辦計畫「腦血管疾病及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」、「小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫」及「小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」，從 95 年試辦至今，當時是費協會委員在馬武督協商年度總額時，經大家同意試辦的項目。委員於協商當時通過這三項計畫，係為讓病人於西醫住院期間，可得到中醫輔助醫療服務，幾年試辦下來，並未提有嚴謹的證據證明其療效，實辜負委員當初的苦心。
- 二、健保局建議，若擬停辦「小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫」及「小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」，則經費應一併取消，不宜挪至他項。至於「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」99 年開始執行至今，執行率很低，建議不增加經費，若 99 年執行成效良好，來年協商時再考量增加費用。並建議尊重評核委員意見，專家學者建議三項延續性試辦計畫應減少經費，或可考慮將計畫取消，若現在同意經費移作他用，

恐怕不妥。

三、建議「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」費用依 99 年額度 90 百萬元編列；「小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫」及「小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」若取消，則「腦血管疾病及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」經費應修正為 45 百萬元。

楊主任委員銘欽

謝謝黃副局長三桂的意見，建議中醫部門能接受，畢竟成長率已經很高，有些部門成長率才百分之 1 點多。

林委員永農

其實中醫部門並未得到很高成長率，係因醫療服務成本及人口因素成長率很高(1.893%)。

楊主任委員銘欽

若依黃副局長三桂提議，取消「小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫」及「小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」後，總成長率 2.167%，也很好了。

林委員永農

如果這兩項計畫經費不能流用，建議保留原計畫繼續執行。

楊主任委員銘欽

請問付費者委員意見？

陳委員錦煌

同意。

楊主任委員銘欽

一、中醫專款項目之試辦計畫，維持健保局草案，其餘項目依之前協商結果確定，100 年中醫門診總額成長率 2.370%。

(註：健保局草案為，計畫及經費分列四項：「腦血管疾病及腫瘤患者西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」45 百萬元、「腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」10 百萬元、「小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫」20 百萬元、「小

兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」10百萬元、「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」90百萬元)。

二、尚有其他預算之成長率須協商，請委員參看議程資料第51頁。

陳委員錦煌

明天再談，從早上協商到晚上，整天下來，已經非常非常疲累，需休息。

楊主任委員銘欽

此部分應該可很快完成。

蔡委員登順

明天再談。

陳委員錦煌

協商時間已屆，且已很晚。

楊主任委員銘欽

因醫院部門代表謝委員武吉及陳主任瑞瑛，特別留下來參加其他預算之協商討論，可否儘快進行？

謝委員武吉

可以明天再談，反正醫院與西醫基層的協商結果，可算失敗，失敗者有其做法。

楊主任委員銘欽

可否繼續協商，感謝委員留到現在。

謝委員武吉

我們也是配合忍耐至今，無法接受你們的做法。

楊主任委員銘欽

了解。

謝委員武吉

好啦！明天再談。

蔡委員登順

現在談，明天會議就早一點結束；明天談，會議就會晚一點結束。

謝委員武吉

沒關係。

楊主任委員銘欽

既然幾位委員都提議明天討論，則其他預算就保留至明天協商。請委員明天上午9點，攜帶議程資料至本會場繼續討論，今天協商至此，感謝委員及與會人員。

壹之六、100 年度總額協商之「其他預算」與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

其他預算屬健保局編列跨部門或整體性的費用，請健保局說明。

謝委員武吉

針對全民健保法第 33 條實施分級轉診問題，現行門診部分並未落實，過去執行不對的部分，未見有改善措施，大陸地區已將不對的事情改為正規，我們難道要繼續錯下去，未落實部分可否在其他預算處理，請主席裁示。

楊主任委員銘欽

謝委員曾多次提出此建議，請戴局長回應。

戴局長桂英

謝委員一向關心分級轉診制度之落實，醫院如能愈普及，讓民眾多利用社區醫院最好，謝委員在其他預算討論時提出此建議，應該是希望可在其他預算項目，設置計畫用以鼓勵分級轉診制度之建立。昨天會後我了解，費協會已安排健保局於 12 月份委員會議進行報告，可否給我們一段時間，整理過去大家的反應與期待，看能否提出更好方案或試辦模式。

謝委員武吉

謝謝局長，我擔憂大陸地區已實施轉診制度，台灣卻一直停頓，他們屬社會主義國家，但醫療已變成資本主義，我們的全民健保反而變成社會主義，大陸來台灣檢視我們的缺點後改為優點，並於去年進行 24 項大改革。局長的建議我可接受，希望未來與大陸交流時，我們可以講得更大聲。有關第 2 項，健保局於今年曾召開多次的本土化急性後期整合性照護服務模式（TW-PCA）給付討論會議，會中蔡淑鈴組長對於醫院實務委員所提先驅試辦計畫之意見，已從善如流修正。

楊主任委員銘欽

謝謝。請蔡組長說明其他預算。

蔡組長淑鈴

- 一、議程資料第 51 頁，表 5 列有 9 項，第 1 項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，99 年編列 6 億，100 年並未增加，目前問題在山地離島地區的居民，人口愈來愈老化，年輕人都離開山地鄉，老人經過健保開辦 15 年後，又老了 15 歲，從以前可以出來看病，變成無法出門，所以醫療服務型態轉變為居家服務，成本顯然會增加，但因為過去幾年執行率都才 7、8 成，所以今年並未成長，但不建議減列金額。
- 二、第 2 項「非屬各部門總額費用」，包括：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，都屬需長期推廣項目，希望病人可回到社區、家庭，不要一直住在醫療機構，耗費太多資源，如可回到居家，可以提升生活品質且兼顧疾病照護，上述項目都不屬四部門總額。本項在 100 年所列經費有較大幅成長，是因為需調整「精神復健機構(住宿型機構)全日支付健治療」項目，原本支付偏低，讓這類型機構不易生存，希望可鼓勵精神科長期住院病人，有機會從中途社區復建中心，慢慢回歸到家庭，所以費用增加 5.34 億元。
- 三、第 3 項「支應罕病及血友病藥費、器官移植專款不足費用」，編列 2 億元，這部分的費用一定要給，100 年並未增加。另外器官移植也屬衛生署政策項目，洗腎人口偏高，如果鼓勵腎臟移植，雖然費用會增加，但有助減少長期洗腎人口，希望寬列預算，使額度足夠支用。
- 四、第 4 項「鼓勵提升健保 IC 卡登錄及上傳資料之品質」，當時費協會決議分 7 年編列至 99 年為止，所以 100 年費用為 0。院所須配合登錄 IC 卡及上傳資料，亦已在二代健保修法案落有條文規定，成為醫療院所的必要義務，之前所需成本已透過費用誘因給足，接下來如果沒有依照規定，就要處分，這部分請大家配合辦理。
- 五、第 5 項「推動促進醫療體系整合計畫」，與剛剛謝委員武吉所提建議相關，編列 8 億元，其中包含急性後期整合性照護服務模式先趨計畫，目前正收集各方意見，研議方案中，此項係配合政策，先編列費用，俟有共識，即可推動。
- 六、第 6 項「其他預期政策改變所需經費」 5 億元，將用於若 100

年發生預期外之政策因素，導致費用不足時可勻支，屬備用經費。

- 七、第 7 項「增進偏遠地區醫療服務品質」 2 億元，用以鼓勵偏遠地區醫院，有些當地社區醫院在地區預算分配機制下，可能點值不足，目前衛生署與健保局尚研議執行計畫，希望用在偏遠地區的醫院，建議仍編列 2 億。去年本項係用於西醫基層診所認領醫療資源缺乏地區後，仍有 35 個鄉鎮動員不足，所以發動醫院支援，一共支用 5,000 萬，該項費用，於 100 年已移編至醫院部門。
- 八、第 8 項「高診次民眾就醫行為改善方案--藥師居家照護」，藥師公會全聯會連理事長瑞猛也在此。該項計畫，99 年主要試辦台北、高屏地區，去年協商時，藥師公會提出希望可輔導 1,100 人，截至 9 月約輔導 800 人，因為前置作業關係，藥師公會非常努力，審慎訓練藥師、訂定許多標準作業程序，故遲至今年 5、6 月才開始辦理，起步較慢。這類高診次病人的特性是看病次數、家數都很多，以致無法由整合性照護計畫找出專責機構提供照護，此時就需專業藥師到病患家裡提供服務，這是一項高難度工作，感謝藥師公會的藥師願意投入，初步有一定成效，但不建議 100 年增編預算，因為尚未有顯著效果呈現，保守建議，維持過去水準，如果有證據證明其具有效益，再擴大辦理。另外，對於高診次病人，健保局也已展開針對就醫 100 次以上者，由各分局加以輔導，效果非常顯著。藥師居家訪視服務是一種方法，但處方權仍在醫師身上，所以醫藥間的合作需要再探討研究，如何創造一個團隊，讓醫療服務行為改變。
- 九、第 9 項「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」，目前「加強推動 Pre-ESRD 預防性計畫及強化病人衛教」針對腎絲球過濾率第 3b~5 期的病人，部分病患其實已進入疾病期，100 年希望可推展至第 1~3a 期，針對疾病早期、症狀不明顯，仍屬可逆階段的病人輔導，讓病人有機會不進入第 3 期。預估需經費 4 億元，因為病人沒有太大的症狀，所以不會在醫院而是分散在各開業醫，所以需結合開業醫參與，支給個案管理費。開業醫的參與程度是計畫成功與否的關鍵，至於除個案管理費外，其他衍生

西醫基層相關費用，如增加檢查、檢驗等，則需另外考慮。

楊主任委員銘欽

謝謝蔡組長報告。請連委員瑞猛就第 8 項向委員簡短說明。

連委員瑞猛

- 一、感激 99 年編列藥師居家照護計畫，藥師公會抱持投入心態，目前已輔導 800 多位病人，其中 100 多位因不再符合高診次條件，而被排除在收案外，剩下 700 多位當中，大家可參考書面資料，就四個界面探討，說明本計畫非常值得執行。
- 二、以往對高診次病患的用藥安全其實蠻疏忽，第 6 次藥價調查預估可節省 150 億元，包括放寬癌症標靶藥物、B 型及 C 型肝炎藥物、品質提升等，都已在執行，這是非常棒的事，節省這麼多錢中，可否編一點費用，來提升用藥安全，讓看病超過 100 次的病人，由藥師幫忙用藥整理後再向醫師報告。
- 三、半年當中，可看到藥品品項數下降 21.8%，藥品費用下降 14.1%，就醫總費用下降 17.4%，就醫次數下降 24.3%，其中 19 位費用較去年增加 5 倍者，係因突然發生癌症、車禍事故，如果再將這些特殊因素扣除，數據會更漂亮，所以請求各位，高診次病人真的值得我們努力，健保花 5、6 百萬，省的錢會超過 1,200 萬，相當花 1 塊省 2 塊，希望 100 年可以擴大試辦地區，全面推動，預算編列 9600 萬，由健保局與藥師公會一起執行，明年拿出更漂亮的數據，讓醫藥互動更緊密，由藥師提供醫師診斷時更好的建議，對被保險人也是很大的福祉，省的錢一定大於 9,600 萬元，懇請各位支持。

楊主任委員銘欽

委員對除第 8 項外的項目有無詢問。

蔡委員登順

第 1 項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，與各部門總額醫療資源缺乏地區改善方案有所重疊，昨天討論時有些部門的費用還加兩成，其他預算又再編方案，不曉得健保局是基於何種立場編列 6 億多，需考量與各部門醫缺方案的平衡，本項預算編得有點超過。

張委員惟明

- 一、對協商程序提出建議，協商開始由各部門進行報告安排，可提前至前次委員會議，將時間省下來，協商時才不至這麼急迫。
- 二、討論各部門草案時應該由幕僚單位，先針對各部門所提方案，提出幕僚意見及說明，避免蔡委員所提是否有重覆支給費用的情形，並針對後續協商時須提醒委員注意的事項，或特別涉及衛生署政策方向項目提出報告，避免協商結果與政策方向不符，引發後續困擾。

陳委員玉枝

請問第5項「推動促進醫療體系整合計畫」，有關健保局研擬建構本土化急性後期整合性照護服務模式先驅計畫草案，請問此案是否將符合承辦條件的獨立型護理之家，納入考量，因為衛生署曾試辦相關計畫，也證實有些獨立型護理之家將病人照顧得很好，也具備一定設置標準，不應該將其排除，想請教，並列入紀錄。

蔡組長淑鈴

- 一、各總額之醫療資源缺乏地區改善計畫都著重在照顧偏遠地區民眾，而「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，是指山地與離島地區，醫療資源缺乏地區，是指非山地離島地區，但離都會區又很遠的鄉鎮，例如南投縣仁愛、信義鄉屬山地離島，但南投縣竹山鄉，屬醫缺地區。
- 二、除金門、澎湖等離島還有開業醫、醫院外，其他大部分山地離島都只剩下公立衛生所，開業醫非常少，也沒有醫院願意去設置，所以只好採由都會區醫院認養，定期至山地離島鄉，由醫療團隊排班、排診，提供不同專科服務，有些計畫是利用衛生所空間排診，有些是利用教會或定期聚會場所，因為大部分是教會醫院或有愛心的醫院來認領，長期也與當地民眾建立良好的醫病關係。
- 三、西醫基層、牙醫、中醫部門編有醫療資源缺乏地區改善方案，這部分昨天討論過，採論量與論次方式支付，這些地區地廣，而院所又少，看病很不方便，採用的方式是由開業醫認養，進行巡迴醫療，以弭補民眾就醫不便，巡迴醫療採論次支付(當次

的車馬費及時間成本)，有提供才有支付，屬專款；但至當地提供的醫療服務，則為論量支付，由一般服務費用支應。

- 四、在此向委員說明，兩項方案的地區不同，一定不會重疊，有些部門總額提到以自行定義每萬人口醫師數只有 1 家診所者，診察費要加成，概念又與本項不同，此類情形，理論上應該從總額內重分配的機制處理，不應另編專款，額外拿錢。

戴局長桂英

- 一、有關急性後期整合性照護服務模式先驅計畫，陳委員玉枝一向關心此議題，會有疑問，應是我們第一版草案，只有醫院型的護理之家才可參與，目前規劃進度已朝向一起考慮。為何此計畫仍是草案，而未執行，是因為經諮詢很多人意見後，發現需要修正，以能做得更完善，委員可瞭解健保局推出計畫，是希望對民眾有益，不希望用在不對或經費管理有問題的部分，同仁都戰戰兢兢，您的寶貴意見會作為我們規劃的參考。
- 二、至於連委員瑞猛提出藥師居家服務增加費用，以普及至各區之建議，之前拜讀過您所準備的報告，雖然人數不多，但看起來效果不錯，但我們較為保守，希望待有明確的執行效果後再擴大。大家了解其他預算未支用時，費用仍會留在總額，不像各部門總額一般服務會分配完，所以我們慎重處理，在座委員也會提出公正意見，我們聽過大家意見後再處理。

陳委員錦煌

- 一、協商總額時，腎臟醫學會理事長到底可不可來？昨天醫界也批評，醫學會只要將學術報告做好即可，為何需要來！這樣不對，以後主席這樣處理我有意見，之前我曾提出希望那個單位列席報告，主席卻說不行，處理原則不一致。
- 二、洗腎費用從 4,100 變成 3,500，請教蔡組長，醫院將洗腎外包給洗腎公司是否合法？聽說外包洗腎公司一個病患可以抽成 600 元，請查出那幾家醫院有外包情形，否則醫管組要解散。
- 三、連理事長的書面報告提出第 6 次藥價調查可節省 150 億元，請問錢在那裡？如何分配？請健保局說明，連委員建議可從藥價調整的節餘款支用 9,600 萬元，用於訪視高診次病患，如果真

的可以做出成績，節省費用，就付費者代表立場，不要說 9,600 萬，上億元也可以給，我說話負責，如果像腎臟醫學會來此只要錢，我就不願意給。

孟委員藹倫

- 一、剛剛說明山地離島地區、偏遠地區，又分別編在其他預算及各部門總額，由我們不是專家的人看來，難免感覺到編列，雖然內容不同，但因沒有完整計畫，只有簡單說明，看起來有點亂，所以將來可否詳列山地離島與偏遠地區的定義，一目了然，讓委員瞭解其不同處；如果可以，也希望盡量整合為一個計畫。
- 二、衛生署已在進行衛生教育的工作，但第 9 點編列病人衛教計畫，及第 5 點編列推動醫療體系整合計畫，看起來像屬衛生署的職掌，究那些事情屬健保該處理，或屬衛生署國民衛教宣導的範圍，應該釐清，畢竟這是全體被保險人出的保費，經費編列要切割，或許因為這邊比較好編，公務預算較難編，但這不能成為理由，要讓我們瞭解其劃分。

陳委員錦煌

補充一點，請問健保局偏遠地區的定義，臺灣頭尾僅 3、4 百公里，那裡有偏遠地區？在場的人去過烏魯木齊的請舉手，我去過火燄山，非常遙遠，放眼望去都沒人，那才偏遠，臺灣那裡有偏遠地區？包括孟委員也不清楚。

戴局長桂英

- 一、孟委員關心應該如何切割屬衛生署各單位（機關）與健保局的業務，以慢性腎臟病照護及病人衛教說明，國健局執行的是全體民眾應如何保持健康生活習慣，如何照顧自己，免於生病，這些工作屬公務預算支應。至於其他預算所列「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」，是針對病患已經到院所就醫後，教導他如何自我管理，多久到院所複查，如果沒來，院所再打電話請病人來，有助病人健康管理，以減少就診次數，這部分工作則屬健保範圍。
- 二、另外，以推動促進醫療體系整合計畫為例，衛生署公務預算在

醫事處部分，編列醫事人員證照管理、醫院評鑑、特殊推動計畫，如遠距照護等。但其他預算所列項目，以宜蘭地區為例，可以嚐試發展由羅東聖母醫院負責照顧附近居民的健康，由該院整合當地衛生所、基層診所，將病人照顧好後，甚至可得到一點獎勵，朝向以民眾健康結果付費方向，但因設計較難，仍在草案階段，因此計畫特性屬醫療行為及支付方式再重組，所以由健保支付。

蔡組長淑鈴

- 一、有關陳委員提到洗腎外包，因為醫院與健保局是合約關係，原則上健保局是付錢給醫院，所以需要關心服務是否由合格人員提供，且符合設置標準及一定的人力、設備，並維持一定品質。至於外包是否影響品質、是否有費用移轉，已經列入醫院評鑑項目，現行醫院評鑑特別關心醫院的核心業務是否外包，這將影響評鑑結果。不同的觀點，特別向陳委員說明。
- 二、謝謝孟委員提醒，再補強剛剛說明有關山地離島醫療給付改善方案部分，山地離島屬最偏遠地區，但平地地區也有醫療資源缺乏區與密集區，有關山地離島居民照護編列在其他預算，至於平地的偏遠地區則編列在各部門總額的專款項目，因為西醫、牙醫、中醫的偏遠地區不太一樣，西醫較普及，牙醫不普及，中醫則與當地民眾是否相信中醫有很大關連，全國無法以一個統一標準劃分，所以只好在各部門總額編列此項，分別執行。例如西醫基層的醫缺區定義是一位醫師服務 3,500 人以上，表示當地醫生太少，人口分散，看病不方便，為解決此問題只好發動巡迴醫療，所以兩者預算可以完全釐清，服務地區也會不重複，山地離島方案是給醫院一筆費用，讓其可至當地提供醫療服務，醫缺則分論次及論量，論次計酬以專款支付，提供對價服務的以一般服務費用支應，因為非協商因素已依人口分配費用，所以不需額外付費，除非要引進新項目，這是我們的概念。
- 三、至於慢性腎臟病照護及病人衛教，國健局係針對全國民眾進行衛教，其他預算編列的是針對已有問題的病人(腎絲球過濾率第 1~3a 早期)提供服務，但視情況不一定需要給藥，如果定義醫

療服務就是給藥，則會喪失不用給藥也可改善健康的機會，所以鼓勵醫生進行衛教，否則藥費會付不完，且對病人也不見得有益，對病人進入疾病早期施以衛教，是有價的，如果不及早處理，就會進入腎絲球過濾率第 3b~5 期，最終是洗腎，所以如果不願意投入疾病早期衛教，只能無奈地負擔疾病後期的費用，將來會隨著人口老化愈來愈沉重，因此我們該支付這部分的病人衛教費用，以改變疾病狀態，但在臺灣醫生不見得願意或習慣衛教，這是我們需扭轉的觀念。

孟委員 藹倫

- 一、謝謝蔡組長說明，請問提供衛教是醫生還是護士做，依病人數支付嗎？
- 二、第 7 項「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」，健保局說將另提計畫，請說明。

蔡組長 淑鈴

計畫需與醫界討論，先有預算才有計畫。

楊主任委員 銘欽

- 一、打岔一下，今天早上委員會尚有任務需進行，詢答部分先暫告一段落，剛剛幾位委員詢問計畫較細節部分，建議今天先不繼續，可否同意健保局先框列預算，若可，則會限期請健保局提出計畫細節，包括委員所提：涵蓋對象、如何付費、評估成效指標等，都會要求列在計畫中。擔心後續議題處理時間不夠，不好意思先打斷。
- 二、張委員提到希望幕僚提出說明乙節，在議程資料第 51 頁最右邊欄，已有幕僚提供的補充意見，因為認為其他預算大家較無意見，所以沒有像昨天一樣念過一遍，似乎委員覺得還是需說明。

張委員 惟明

- 一、希望以後協商時，幕僚單位可以在一開始針對較重要的項目，以 5 分鐘的時間，提醒委員需注意事項。
- 二、另外建議，協商過程很多委員對計畫內容提出問題，例如議程

資料第3頁醫院部門草案，很多項目說明欄是空白，只有看到標題，建議以後各部門提出計畫時，可否提供簡單的計畫書，包括執行的手段、方法，經費需求如何計算等，如屬延續性計畫，就呈現截至目前的執行成果，委員會較易進入狀況。

楊主任委員銘欽

建議很好，供幕僚單位存參。

陳委員錦煌

還有藥價調查節省金額還未報告。

戴局長桂英

請教連委員瑞猛之書面資料所估數據，是向健保局索取的嗎？如果委員有需要可以向健保局索取，我們也樂意提供。

連委員瑞猛

我預估藥價調整節餘會有150億，如昨天健保局提供第6次藥價調查全年90幾億元節餘款，都屬預估值。

陳委員錦煌

確實有150億元，難道要賴我。

戴局長桂英

我僅係詢問連委員數據是否為其自行估算，非健保局提供。

陳委員錦煌

- 一、怎會自行估計，是你們自己估不出來，怎可賴藥師。
- 二、再請教洗腎問題，依我探聽，只要2,900元就可執行，現在支付3,500元，外包公司還可抽成600元，目前洗腎62,000人，一年總支出308億元，佔總費用比例很驚人，健保局要好好處理，一個人省600元乘以62,000人，一年洗152次，看看可以省幾億，為何要讓醫院外包洗腎，如果健保局不好好管理此問題，我會公布在工會網站，請蔡組長說明清楚。

戴局長桂英

委員重視洗腎問題，我們會將之列為重點，至於那些醫院外包洗腎，

我們會與衛生署合作處理。另洗腎合理的支付標準，我們也會委託研究，不能只看腎臟醫學會的數據，大家不太相信，需再向一些較可靠的醫院研究其合理成本，可否這樣處理。

陳委員錦煌

下個月報告。

戴局長桂英

可否多給些時間。

陳委員錦煌

兩個月。

戴局長桂英

那就兩個月後報告。

陳委員錦煌

剛剛詢問 150 億元藥價節餘在那裡，妳卻說是連委員提供的資料，這樣不對，我是在氣這個，你只要說明就好，何必激說是藥商提供資料給我，好像洩漏秘密一樣，而且立法院也已說過去年節省 150 億，今年好像節餘 120 幾億，我沒有要你們的錢，所以講話比較大聲。

戴局長桂英

一、剛剛發言如果讓連委員感到不敬，向連委員道歉。因為委員所提 150 億元，本局昨天已向委員會說明，因為資料尚不完整，以 99 年第 1、2 季資料估計，較去年節餘約 50、60 億元，但不包括用在 B、C 型肝炎藥費的調整，如果將之加入大概 90 幾億。

二、剛剛詢問連委員的是，本局同事提供給我的資訊會不會與給委員的不同，僅做此詢問而已，如有誤解在此澄清。

廖委員本讓

今天還有許多議題需處理，如有問題可否下次報告，因為還需召開第 163 次委員會，請問 12 點前可否結束？

楊主任委員銘欽

- 一、建議較細節部分，請健保局再提出具體方案，原則上需框列預算才能執行，站在費協會立場，希望盡量給予支持，如認可可依照健保局建議額度，即使最後未支用，費用也不至挪至他項，如執行不佳，明年度再調整。
- 二、討論至此，較大差距項目在藥師居家照護，健保局建議 924 萬元，希望看到具體成效後再擴大試辦；連委員則希望可以擴至全台灣，建議 9,600 萬元。

連委員瑞猛

- 一、拜託各位，用藥安全在以往較被疏忽，今年雖然只做半年，但肯定值得繼續，高診次就醫者沒有機制可以管理，今天有人幫他們用藥整理後再向醫師報告，並建議醫師做為診斷參考很有意義。省錢事小，但可避免造成病患傷害，美國都已在做，台灣卻限於經費，這些人很可憐，現在雖然花 9,600 萬元，但相信明、後年來看，可能其實沒有花到錢，因為省下的錢更多，希望委員可以支持。
- 二、本項計畫今年花費 5、6 百萬，但事先全聯會花了近 1,000 萬元建立機制，希望讓 2,300 萬人可以有更安全的用藥，拜託委員支持，讓我們好好執行，健保局在執行過程也很嚴厲提出要求，我們也都接受。

楊主任委員銘欽

我個人覺得由 900 萬元跳到 9,000 萬元，調幅太大。

蔡委員登順

健保局與幕僚意見表達很清楚，非常認同推行用藥安全，只是推動半年還看不出成效，如果真有成效，委員一定支持，每個部門都覺得自己很重要，護理部門也覺得預算需調升一倍，大家都有道理，就事論事，還是支持健保局意見。

許委員怡欣

提升用藥安全品質非常重要，感謝連理事長提出本案，但是費用如調升 10.3 倍，好像差距較大，我支持比 924 萬多一些，往該鼓勵的

方向，但不要到 9,600 萬。

陳委員錦煌

請問 99 年執行率是多少？多給錢還做不出來，反而不好意思，像隔壁的蘇理事長，有心照顧牙周病患，但因執行率不高，反而要來道歉。如許委員所提調升這麼多倍，到時無法執行也不好。付費者委員支持可以省錢的項目，可否不要到 9600 萬元，要做出成績才是重點，不是拿一筆錢好看，希望報告計畫內容。

連委員瑞猛

謝謝委員關心，因為今年尚在嘗試階段，所以到 5 月健保局還在給輔導名單，第一次執行大家都還很生疏，原訂目標 1,100 位，截至 6 月底輔導 800 位，這些高診次病患輔導很難，還要鄰、里長陪同，但成功率 46%，相信健保局對高診次輔導的成功率也只有 20% 左右，我們真的非常用心，現階段人員訓練都已建置完成，目前 100 診次以上差不多 4 萬人，這些人真的很可憐，難道要丟著不管，給 9,600 萬元，我們做得到服務 12,000 位民眾，如要打折也可接受，看各位給多少我們就做多少。

楊主任委員銘欽

畢竟還是屬於試辦階段，謹慎些較好，不要一下子跳太快。

謝委員武吉

若要編列 9600 萬，大家有意見，目前此計畫僅於台北區及高屏區實施，過去是重北輕南，建議 100 年度實施區域可增加中區。

許委員怡欣

我的意見與謝委員差不多，再加 1 區，經費變為 1.5 倍，繼續試辦。

楊主任委員銘欽

這樣大家比較可接受，連委員目標很明確，但費協會希望一步一步來，所以再加 1 區，費用乘以 1.5 倍。

連委員瑞猛

6 個分局為何只再加 1 區，難道其他區的人就比較可憐，全聯會投注這麼多心力，為何用藥安全大家會這麼捨不得花，為何大家沒有

信心，半年下來，節省兩三成不是假的，怕甚麼，我真的搞不懂，對不起我用這樣的語氣，我不是在為自己爭取，拜託各位。

蔡委員登順

如果有成效，明年要成長 2、3 倍都可以列入考慮。

楊主任委員銘欽

剛剛委員也給予公會肯定，但考量人力可否馬上到位等因素，所以委員建議可加 1 區。

陳委員錦煌

另外幾區怎可以被忽略，會被罵，全部都試辦好了，連委員所提我很滿意，表示負責任，他都已願意做，大家為何不支持？不要誤會我幫他護航，我沒有跟連委員連絡過，是看他很有誠意，如果 5,000 萬預算可以節省藥費，就盡量花，我負責，不是隨便講，如果 900 萬元得不到成果，就算 90 萬元我也不給，這是我個人意見。

連委員瑞猛

本來希望大家支持 9,600 萬元，不然給我們五成，6 個分局都執行。

陳委員錦煌

我同意，不要再拖時間。

黃理事啟嘉(陳委員宗獻代理人)

我同意用藥安全值得推廣，但如何推廣仍應討論。

楊主任委員銘欽

委員支持，本案就確定，不過還請藥師公會與健保局一起研擬具體計畫與成效指標。

陳委員錦煌

拜託效果一定要做出來，明年做不出來，你也不好意思，有賞有罰。

楊主任委員銘欽

一、本項討論差不多，其餘之其他預算項目，委員是否原則支持健保局建議，細部計畫再請健保局報告。

二、如果沒有調整，其他預算確定，第 8 項修改為 4,800 萬元。

蔡組長淑鈴

建議 4,800 萬元是否要估一下輔導人數，而不是以打折方式處理，提供相關數據供參，依現行台北、高屏標準，全國大概有 5,300 人，如果 1 人以 8,400 元計算，依據執行經驗，不見得每個病人都願意接受藥師居家照護，所以將人數打 8 折後計算，總計為 3,600 萬元，但如為 4,800 萬元費用，則輔導人數就不相同，建議如果以數據基礎，且將人數納入，也是一個討論方法。

楊主任委員銘欽

蔡組長這樣建議在費協會較為恰當，本項編列經費 3,600 萬元，輔導人數以 4,300 人為目標。

連委員瑞猛

人數部分可否考慮除超過 100 診次外，再將養護機構人員納入？
(數位委員搖頭表示反對)

楊主任委員銘欽

- 一、好像大家覺得先這樣就可以，一步一步來。
- 二、謝謝各位！向各位預告，昨天有兩個部門總額協商未果，也都分別向我表示，請委員多給點時間再協商，希望可以有共識方案，這樣對署長也較好，休息前先請教委員，可否再給西醫基層與醫院各 30 分鐘討論，如果沒有共識也沒有辦法，可以嗎？
(委員回應可以)
- 三、休息 10 分鐘，請西醫基層先準備。今天會議預定 12 點結束，如果預定議程未完成，就另外召開委員會，確認協商結果，因為多位委員已另有行程安排，待會兒有時間限制，請大家盡量針對重點發言。

貳、第 163 次委員會議討論事項「100 年度牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院部門及其他預算醫療給付費用總額協商因素項目及成長率案」與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

- 一、剛協商醫院總額成長率時，有委員建議確認數字部分即可。因西醫基層與醫院兩部門今早有再協商修正，故先確認牙醫及中醫兩部門後，再確認西醫基層、醫院及其他預算。
- 二、請同仁透過投影片呈現，並宣讀各總額部門協商項目及成長率，也請各部門總額代表確認。至協定事項等文字，於下次委員會議再確認。

林執行秘書宜靜

請同仁逐項宣讀各項目之成長率或金額，因幕僚有修正部分項目名稱，也請委員確認名稱是否適當。

林視察淑華：宣讀現場發送之牙醫門診總額協商結論(略)

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀，請問蘇委員鴻輝，正確嗎？

蘇委員鴻輝

確定。另補充意見，99 年牙周病統合照護計畫未執行完畢之額度，建議改於 99 年第 4 季扣除，早上我已詢問各分區，均同意以此方式處理。至該款項移列至專款部分，謝謝昨天廖委員本讓提醒，去年協商是以 6,800 點為基礎，100 年的專案計畫將根據這個精神重新設計。建議加註以上 2 點意見。

楊主任委員銘欽

本人擔心自 99 年第 4 季一次扣除那麼多錢，會否衝擊點值很大？是否改為從第 3、4 季扣除？

蘇委員鴻輝

已徵詢各分區並獲同意自 99 年第 4 季扣除。

孟委員藹倫

這樣很好，牙醫 100 年的成長率較低，是因扣除這筆費用的關係。
99 年未執行之額度從第 4 季扣除，能否註記扣減多少成長率。

楊主任委員銘欽

不需要。

蘇委員鴻輝

我認為部門執行不力，應負起責任；但當執行成果不錯時，希望委員也能給予相對鼓勵。

楊主任委員銘欽

- 一、牙醫門診總額協商結果確定。
- 二、在幕僚更換投影片時，向委員說明，從費用申報、審查到結算作業，時間會有落差，目前結算進度至 99 年第 2 季，所以蘇委員鴻輝建議在第 4 季扣除，會在 100 年第 1 季或第 2 季時發生，實務作業應屬可行。
- 二、請同仁宣讀中醫門診總額協商結論。

陳專員燕鈴：宣讀現場發送之中醫門診總額協商結論(略)

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀，請問李醫師豐裕是否正確？

李醫師豐裕(林委員永農代理人)

OK。

楊主任委員銘欽

- 一、中醫門診總額協商結果確定。
- 二、請同仁宣讀西醫基層總額協商結論。

盛技士培珠：宣讀投影片所放映之西醫基層總額協商結論(略)

主任委員

謝謝宣讀，請西醫基層部門確認。

蔣副秘書長世中

確認。

楊主任委員銘欽

一、西醫基層總額協商結果確定。

二、接下來，請同仁宣讀醫院總額協商之結論。

張技正櫻淳：宣讀投影片所放映之醫院總額協商結論(略)

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀，請醫院部門確認。

陳委員明豐

確認。

楊主任委員銘欽

一、醫院總額協商結果確定。

二、請同仁宣讀其他預算協商結論。

張組長友珊：宣讀投影片所放映之其他預算協商結論(略)

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀，請健保局確認。

戴局長桂英

確認。

楊主任委員銘欽

100 年度各部門總額協商項目及成長率，全數確定，本月不再加開委員會議，至相關協定事項提下次(10 月份)委員會議確認。請大家為自己鼓掌，謝謝大家！尤其感謝健保局及本會幕僚同仁，大家辛苦了！