

衛生福利部全民健康保險會

104 年度全民健康保險總額協商會議議事錄

中華民國 103 年 9 月 26 日至 9 月 27 日

104年度全民健康保險醫療費用總額協商會議議事錄

壹、時間：中華民國103年9月26日上午9時30分至下午10時30分
及9月27日上午9時30分至10時30分

貳、地點：中央健康保險署18樓大禮堂(台北市信義路3段140號)

參、出席委員：

干委員文男

曲委員同光

何委員語

何委員永成

吳委員玉琴

吳委員肖琪

李委員永振

李委員蜀平

林委員至美

林委員啟滄

林委員錫維

侯委員彩鳳

柴委員松林

翁委員文能

連委員瑞猛

張委員永成

張委員煥禎

莊委員志強

陳委員川青

陳委員宗獻

陳委員幸敏

陳委員錦煌

陳委員義聰

楊委員芸蘋

楊委員漢淥

楊委員麗珠

葉委員宗義

國泰人壽陳稽核襄理炳宏(9月26日09:30~13:30代)

中華民國全國漁會陳秘書健民(代)

林口長庚醫院郭特助正全(代)

中華民國農會林主任敏華(代)

中華民國區域醫院協會劉副秘書長碧珠(代)

蔡委員明忠
蔡委員登順
蔡委員圖晉
謝委員天仁

中華民國工業協進會張秘書長文龍(代)
中華民國消費者文教基金會吳副秘書長榮達
(9月26日10:05~12:24代)

謝委員武吉

肆、請假委員：
李委員成家
周委員麗芳

伍、協商代表

中華民國中醫師公會全國聯合會

李豐裕、陳俊明、
張廷堅、詹永兆、
柯富揚、黃蘭瑛、
胡文龍、陳文戎
陳彥廷、陳時中、
林敬修、翁德育、
許世明、連新傑、
羅界山、黃明裕、
黃茂栓

中華民國牙醫師公會全國聯合會

黃雪玲、潘延健、
廖秋鐳、張冠宇、
謝景祥、張克士、
羅永達、童瑞龍、
陳瑞瑛

醫院協會

中華民國醫師公會全國聯合會

趙堅、蔣世中、
黃啟嘉、李紹誠、
張孟源、徐超群、
顏鴻順、吳首寶、
謝坤川

陸、列席人員

衛生福利部
中央健康保險署

梁組長淑政
黃署長三桂
蔡副署長魯
蔡主任秘書淑鈴
施組長如亮
林組長阿明
張組長鈺旋
李副組長純馥
張專門委員溫溫
林科長寶鳳
陳理事長鴻鈞
張秘書長哲銘
林理事元灝
柯執行秘書桂女
吳組長秀玲
張組長友珊
魏組長璽倫

台灣腎臟醫學會

本會

柒、主席：鄭主任委員守夏

紀錄：彭美熒、黃偉益、
方瓊惠、邱臻麗、
馬文娟、林淑華、
陳淑美、葉肖梅、
盛培珠

捌、主席致詞(略)

玖、104年度全民健康保險醫療費用總額協商—各部門與付費者

一、中醫門診總額

(一)協商時間：

9月26日09:35~12:24(含付費者及中醫部門代表各自
召集會議討論約40分鐘)，並於9月27日09:30~10:30

進行再次協商(含付費者及中醫部門代表各自召集會議討論約27分鐘)。

(二)協商結論摘要：

- 1.一般服務成長率為1.662%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率0.978%，協商因素成長率0.684%。
- 2.專款項目全年經費為241.5百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，104年度中醫門診醫療給付費用總額，較103年度所核定總額成長2.124%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為1.897%。

二、牙醫門診總額

(一)協商時間：

9月26日12:53~15:04(含付費者及牙醫部門代表各自召開會議討論約59分鐘)。

(二)協商結論摘要：

- 1.一般服務成長率為1.319%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率0.373%，協商因素成長率0.946%。
- 2.專款項目全年經費為1,817.6百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，104年度牙醫門診醫療給付費用總額，較103年度所核定總額成長2.140%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為1.916%。

三、醫院總額

(一)協商時間：

9月26日15:09~18:02(含付費者及醫院代表各自召開會議討論約53分鐘)。

9月26日18:09~18:30：門診透析服務費用。

(二)協商結論摘要：

- 1.一般服務成長率為4.343%。其中，醫療服務成本及

- 人口因素成長率2.128%，協商因素成長率2.215%。
- 2.專款項目全年經費為13,840.8百萬元。
 - 3.門診透析服務成長率2.341%。
 - 4.前述三項額度經換算，104年度醫院醫療給付費用總額，較103年度所核定總額成長3.659%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為3.453%。

四、西醫基層總額

(一)協商時間：

9月26日18:50~21:17(含付費者及西醫基層代表各自召開會議討論約57分鐘)。

(二)協商結論摘要：

- 1.一般服務成長率為2.447%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率1.154%，協商因素成長率1.293%。
- 2.專款項目全年經費為1,984.4百萬元。
- 3.門診透析服務成長率5.557%。
- 4.前述三項額度經換算，104年度西醫基層醫療給付費用總額，較103年度所核定總額成長3.191%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為2.991%。

五、其他預算

(一)協商時間：

9月26日21:20~22:30。

(二)協商結論摘要：

104年度經費11,316.9百萬元，較103年度增加534.5百萬元。

六、上述協商結論提送9月27日本會103年第9次委員會議確認。

拾、協商會議結束：9月27日上午10時30分。

壹、「干委員文男提出先確定政府應負擔健保總經費不足 36%部分之計算方式，再協商 104 年度總額程序動議」與會人員發言實錄

柯執行秘書桂女

各位委員、醫界代表及與會者，大家早！我們即將正式進入今天的協商會議，請委員就座並請同仁準備計時。

鄭主任委員守夏

- 一、各位委員，大家早！今天天氣不錯，至少沒有下雨，有陽光但也不會太熱，有個好開始。現在就開始進行明(104)年總額協商事宜。
- 二、在此重申本會之前的一些共識，首先是落實對等協商的精神，重點在於發言時間、語氣及態度之對等，都要以理性、心平氣和的方式對談，請大家盡可能依據數字提出訴求，才能好好討論；其次這並非第一次協商健保總額，大家已累積多年經驗，多少有些默契，一方面要兼顧付費者的付費能力，另一方面要兼顧如何使醫療體系正常運作，確實有些難度，希望我們盡可能達成使命。
- 三、現在依照原定順序，中醫部門是籤王，抽到協商的第一順位，協商時間合計為 80 分鐘，之前已召開座談會溝通，時間應該較能掌握。協商時，請就中醫部門所提版本及健保署的建議草案，請一併參看，其中健保署草案，先前在會前會中曾向付費者代表報告過。在進入協商前，請中醫部門先說明，看主要想爭取哪些項目、哪些項目可稍微讓步，希望兩邊都有所讓步，才能達成共識方案。現在請中醫部門說明，並請同仁開始計時。

干委員文男

主席！提出程序問題。

鄭主任委員守夏

干委員有程序問題，現在時間暫停。請干委員文男。

干委員文男

- 一、針對行政院主計總處與中央健康保險署於計算 102 年政府應負擔健保總經費不足 36% 部分之見解不同乙節，本會委員自本 (103) 年 6 月迄今已多次提出相關問題。但截至昨天為止，行政部門都未給予肯定答覆，據了解，兩者相差的金額超過 170 億元。今天將協商的總額成長率上下限範圍間的額度也大約是 170 億元，所以政府計算 36% 而減列的金額已超過今天總額協商的上下限差額。
- 二、今天如果協商完成，而行政院的減列數無法補回，結果會是烏龍一場，請問將來此差額應該由誰支付？10 月份接著就要審議財務收支連動的費率調整案，若最後沒有結果，還是要付費者負責，也不是辦法。今天行政部門的長官都有與會，希望能給予肯定答覆；如果沒有得到答案，建議今天就不要協商總額，因為白費力氣。

鄭主任委員守夏

- 一、明天才會召開委員會議，現在是協商會議，今天的議程安排預計到晚上 10 點，而總額協商是本會的法定任務，我們的責任是必須完成明(104)年度健保總額協定，下個月還要進行各分區的預算分配事宜。
- 二、至於政府負擔 36% 所衍生的問題，在於主計總處及健保署對健保法的規定、解讀不同，所以導致計算結果不同。該問題建議依法令、行政程序處理，如果行政院的裁示明顯不妥，或與本會共識相差太大，本會可以建請衛福部向行政院提出訴求或行政訴訟，也可以向監察院告發或要求彈劾。
- 三、總額協定是本會責任，如果因為行政院還未裁示，就拒絕協商，似有違本會職責，建議等行政院裁示後，若與本會共識差距甚遠，再採取下一步動作。

干委員文男

總額上、下限之間相差約 170 億元，在保費收入有多少尚不明的情況下，不知可從何談起？總額協商時如何決定給醫界多少錢？給或不給？給了！錢從哪裡來？希望今天行政部門給我們一個肯定的答案，只要可以保證政府負擔 36% 的經費沒問題，錢何時給都可以，就算主計總處今年預算編列不足，反正政府不會倒，明、後年再補足也可，否則協商根本沒有用，主要的問題在於錢從哪裡來？

鄭主任委員守夏

請參看今天補充資料第 14 頁，健保署提供未來 3~5 年財務收支的預估資料，如果主計總處的方案被接納，健保可能會提早一年產生赤字；若採健保署方案，收支餘絀會晚一年才變成赤字，與總額協商沒有直接相關，而是財務何時會產生赤字，及是否要調整費率的問題，其影響在數年後，應該不會與 104 年度的總額有關連。

干委員文男

我的看法不同，如果今年安全準備還可以支應 170 幾億元，明年收支開始連動後，財務馬上就會發生問題，累計盈餘將減少 170 億元，醫界能接受嗎？我們都在替醫界說話，你們卻都悒悒(台語，意即不回應)，好像都沒有關係，認為財務虧損是付費者的問題。這種說法你們能接受嗎？如果醫界委員能接受，我也可以！

鄭主任委員守夏

- 一、今天不是正式的委員會議，若以程序問題暫停協商，而耽擱協商時程就比較不妥。很抱歉！請干委員文男稍微體諒，大家都備而來，就是為了 104 年度總額協商，如果現在喊停，不知何時才能再啟動。
- 二、其實前兩次的委員會議，大家已有共識，10 幾位付費者委員都非常支持健保署方案。如果大家有看到昨天的新聞，就知道消基會前董事長謝委員天仁業以付費者的立場，充分表達意見。只是目前行政院還未有政策指示，本會就要暫停協商，似

乎說不過去。我們不用急著當壞人，建議還是先進行協商，否則之後會很麻煩。請問干委員文男這樣處理可以嗎？

干委員文男

之前幾次委員會議，委員都有提出質疑，並決議請相關單位在協商前給予肯定答覆，但行政院及衛福部至今都未回覆，對委員講的話不當一回事。如果政府應負擔健保總經費 36% 的部分，確有經費不足情事，明年就是把政府不足的額度從總額中扣回，照此原則協商，事先把話說清楚，希望大家不要有怨言。

鄭主任委員守夏

今天本會的責任是協定 104 年度四部門總額的成長率及其他預算的額度。剛剛私下向黃署長三桂請教財務試算的結果，可能在 105 年才會產生赤字。財務赤字是早、晚的問題，建議明天委員會議時，請干委員文男正式提案，委員可以提出任何意見，再看本案要如何處理。

干委員文男

很奇怪！錢都不曉得在哪裡，主席卻一直要求協商，請問協商的目的為何？就是分配錢，都沒有錢了，協商有何意義？

鄭主任委員守夏

健保署每個月還是會收取健保費，經費一直都有，只是政府該付的可能少付，因為會讓健保收入有 5,600 億元或 5,800 億元的差別。

干委員文男

如果大家同意，則政府負擔較少，我們的花費也可以相對減少。請詳實記錄委員對本案的建議處理措施，或許明年協商總額時，就會兌現。

鄭主任委員守夏

一、瞭解干委員文男的意見，協商本來就應該全盤考量付費能力，而不是政府該付的不付；如果政府該付的不付，應該另有法律

程序解決。不過，總額協商時，主要考量民眾付不付得起，而不是政府負擔多少的問題，政府負擔固然很重要，但都須依法辦理。至於政府應負擔比率的規定，究竟依據健保法哪一條，大家見解不同，與總額協商並未直接扣連，但對於健保財務平衡是有影響的。

- 二、干委員文男的意思是今天協商 104 年度總額，大家應有默契。付費者已向醫界喊話，表達他們對政府負擔比率的看法，希望醫界也可以支持，若醫界都不講話，好像大家不是一家人。

蔡委員登順

- 一、干委員文男的意見很重要，目前安全準備總額相當 3 個月的保險給付支出，所以政府現在若勻不出錢來，健保短時間內沒問題，104 年財務還可過關。但政府應負擔的經費，一定要依法支付，讓安全準備金達到上限，健保財務才會較充裕，醫療體系也才能持續運作。
- 二、無論從那個方向著手，希望都可以落實，讓健保財務充足，不會出問題。明天干委員文男正式提案後，應可充分討論，醫界也可以坐下來一起談。

鄭主任委員守夏

先請謝委員天仁，再請干委員文男。

謝委員天仁

- 一、干委員文男的顧慮不是沒有道理，從健保署的資料(103 年 6 月份業務執行報告第 7 頁表 5-1 之附註 4)顯示，從今年 1 月至 5 月政府少負擔約 127.79 億元，即 1 個月平均少 25 億元可支用款，所以付費者當然要思考如何協商總支出金額。依健保的財務報表，目前雖然尚有節餘，但政府機關還是應該快速決定一個結果，讓民眾及健保會委員瞭解。畢竟健保是量入為出，入都不知道，如何決定支出？
- 二、另一個問題與本議題無關。付費者在專業面，基本上已和醫界

代表有落差，每次都期待健保署能提供更充足的資料，且讓我們有時間可以消化。不過，剛剛問過所有委員，大家都是昨天才從 e-mail 收到補充資料，相信何委員語可能看到很晚，今天才會稍微晚到(一片笑聲)。這是不對的，如果我們要採取較激烈的作法，可以拒絕協商；因為資料尚未看過，之前所提問題也未獲回答，資料都還未充分消化的情況下，如何協商？健保署怎麼老做這樣的事，好像希望委員腦中一片空白。請主任委員站在主席的立場，給予嚴厲譴責，也希望健保署可以給我們具體承諾，否則下次有類似情事發生，付費者代表一定拒絕協商。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

還是回到原題，今天這個問題還未得到回覆，明年財務問題就會慢慢浮現，錢到現在都未有著落，醫事服務提供者代表是否願意接受我們對政府負擔 36% 健保費的看法，若願意接受，今天就可以協商；若不願意，我們也想知道醫界的想法，請委員表示意見，否則只有付費者在煩惱健保的錢夠不夠，也很奇怪！

鄭主任委員守夏

一、再次強調，今天是協商總額，干委員文男所提問題，實質上，對於大家心理層面，即願意總額有多少成長率，會有影響。在進行程序方面，今年協商比去年多開了會前座談會，委員在會上所提的問題，已請健保署彙整，並提供相關說明，不過資料給得太慢，站在健保會運作的立場，希望健保署明年應該在 1 星期前，或至少 3 天前提供資料。我們也知道健保署要彙整的資料很多，需要時間，請同仁以後加把勁，委員今天就辛苦一點。剛剛吳委員肖琪也提到資料太多，看到半夜，大家都有壓力，希望瞭解更多的數據，對協商才能更有助益。

二、今天會議的時間非常緊，干委員文男希望醫界代表也可以同意付費者的看法，主計總處的算法其實是偷吃步(台語)，付費者支持健保署的計算方式，醫界若願意表達支持付費者的看法，至少他們心情會好些，這樣也比較好談。請何委員永成。

何委員永成

站在醫界立場，我們全力支持大家的看法，政府的作法是偷吃步，不符公平、正義原則，明天委員會會議時，干委員文男若提案，中醫界一定會全力支持。

鄭主任委員守夏

現在已超過原訂協商起始點甚多，如果再晚下去，今天的會議不知要開到何時？在座有年輕的委員，但看起來白頭髮的也不少，希望可以盡快開始協商。請何委員語。

何委員語

一、今天我有點遲到，不僅是資料看到很晚，而且一直在想一件事，所以清晨4點後就睡不著，直到早上還在思考。上次委員會會議時，我提到政府負擔36%經費的看法，陳委員宗獻還提出反駁，今年西醫基層部門所提的草案，預計增加許多預算，他既然反駁付費者的看法，不在意健保財務問題，怎麼可能還想增加那麼多錢，錢從哪裡來？所以，昨晚我一直在想，今天審查西醫基層部門預算時，應該如何處理？可能只有一句話，就是預算應該跟去年一樣。

二、昨天謝委員天仁邀我參加消基會的記者會，吳委員玉琴提到政府負擔36%經費的差額，超過今年總額上、下限的差距，不知錢從哪裡來？這件事讓我無法入睡。不過，在我們的職責範圍，還是應該進入實質協商，至於總額成長率如何處理才適當，在委員充分表達個人意見後，都要完整記錄下來。

鄭主任委員守夏

一、幾位委員都已充分表達，今天還是要把該做的事做好，麻煩干

委員文男明天早上正式提案至委員會議討論。

二、今天付費者代表特別向醫界代表喊話，如果可以支持「政府該付的健保總經費都要付」的看法，今天總額協商的氣氛會更好，謝謝干委員文男願意幫忙。

三、現在正式進入協商，先從中醫部門開始。請楊委員漢淥。

楊委員漢淥

一、醫界代表沒有無視政府應負擔 36% 的問題，其實我一直堅持健保應確實依法律規定執行，健保法有無規定政府應負擔健保總經費的 36%？如果有，政府就應該依法律規定執行。在總額協商方面，行政院也核定每年總額成長的上、下限，我們就應該依照所核定的上、下限範圍進行協商，只要不超過上限，若經費有缺乏，就不是健保會的問題。因為行政院既已核定總額範圍，健保會在此範圍內協定總額，不夠的錢，政府就應該要負擔。

二、另外，健保法有許多規定，例如部分負擔，甚至健保法第 26 條規定，給付項目若增加費用就該先協商，有經過協商的才可以執行，未經協商的項目，不應該執行，所以都要按照法規行事。如果法律規定有問題，應該由另外的方式處理。不是醫界不重視，而是我們認為政府該付的，本來就要付，政府如果欠錢，就應該負起欠錢所造成的責任。過去也有許多類似的作業方式，例如地方政府欠費，健保署因而借錢所產生的利息，就是由地方政府支應。

三、我很支持主席所言，今天的議程安排是協商總額，明天的議程是委員會議，應該分開處理，兩件事擺在一起，就無法好好處理。

鄭主任委員守夏

一、謝謝楊委員漢淥。

二、現在正式開始中醫部門的協商，請同仁開始計時。

貳、104 年度總額協商－「中醫門診總額」(103 年 9 月 26 日)與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

- 一、今天第一場是中醫總額部門，請委員參看螢幕，若螢幕不清楚，可以參看會議資料第 1 頁。先請中醫部門代表逐項說明，尤其針對中醫部門與健保署建議有所不同的項目，可多加著墨，爭取成長率。
- 二、請把握時間，第一段時間為 20 分鐘，請中醫部門開始說明。

黃協商代表蘭瑛

- 一、針對一般服務項目，評核委員意見：「應檢討過去協商因素項目執行情形，中醫 102 年相關案例為：小兒腦性麻痺及氣喘緩解期照護試辦計畫，由專款移至一般服務項目後，執行數明顯減少(約 2/3)，建議減列 1,800 萬元」。剛剛中醫部門提供的書面補充資料，請委員參閱，係比較 102 年與 101 年案件數，實際上 102 年申報 ICD-9-CM 病名(493、343)之案件數(含案件分類代碼 30-中醫特定疾病門診加強照護)達 85,046 件，較 101 年申報案件數增加 1,367 件。雖然 102 年申報代碼 30 之案件數明顯較 101 年少，但在一般服務申請 ICD-9-CM 診斷碼為小兒腦性麻痺及小兒氣喘病之件數，並未減少，原因是申報案件分類代碼 30 訂的條件較嚴苛，很多醫師認為費用差不多，所以未申報 30 案件。相關數據供委員參考，所以中醫部門執行小兒腦性麻痺及小兒氣喘之案件數，並未減少。
- 二、另根據調查，常看中醫的人口比率約有五分之一為兒童，兒童對於小兒腦性麻痺及小兒氣喘的服務需求很高，我們會提供實證醫學證據，請副執行長再補充。懇切希望為了兒童需求，不要減列 1,800 萬元部分。

胡協商代表文龍

- 一、請委員參看中醫部門補充資料之腦性麻痺部分，有一篇回溯性

研究提到，使用中醫治療小兒腦性麻痺占其病患的 48%，表示小兒腦性麻痺病患 48%有看中醫的需求，所以中醫特定疾病加強門診照護，對小兒腦性麻痺患者確實有較好的療效，民眾也有需求，希望還是維持原有預算。

二、今年有一篇文章投稿至 BMC 期刊(BioMed Central Journal)，題目為「中西醫整合治療台灣小兒氣喘病患」，屬於全國性世代研究，探討接受小兒氣喘中醫特定疾病加強門診照護患者的醫療利用情形，發現可以減少急診及住院的利用。雖然醫療費用會稍高些，但可以改善病患及家人的生活品質，也減少社會的負擔成本，現這篇文章正接受期刊審查中(註：已於 103 年 10 月 10 日刊登)。

鄭主任委員守夏

若明確要爭取哪一項協商項目，就將該項講清楚。沒有講的，例如後面兩項專款「中醫門診年長者慢性疾病健康管理計畫」及「中醫養護機構健康照護計畫」，健保署的意見是不同意，中醫部門都沒有意見嗎？可否先講比較重要的項目，時間真的很有限。

黃協商代表蘭瑛

要逐項講嗎？還是全部一起講完？

鄭主任委員守夏

請全部講完。

黃協商代表蘭瑛

針對「調整支付標準－修正診察費合理量計算公式調整」項目，預算 4.5 億元，中醫部門在此強調並非調整診察費，而是將門診合理量公式調成與西醫基層、牙醫部門一樣。中醫自健保開辦以來，一直採用不合理的門診合理量計算公式，我們的訴求是要求回歸一致算法。

何委員永成

一、關於本項我再補充說明，請委員參看健保會所提供的補充資料，

第 29~31 頁「以案例說明中醫門診總額『診察費合理量計算公式』調整前後之差異」，很感謝健保署將計算方法提供委員參考。健保署舉例當月含診察費人次(內科或針灸傷科脫臼第 1 次治療)為 1,600 人次，未計診察費人次(針灸傷科脫臼第 2~6 次治療)為 400 人次，當調整公式與西醫基層相同時，診察費核付點數為 39.975 萬點，未調整公式前則為 35.7 萬點，相差 4 萬多點。所以同樣的人次，執行療程的中醫師會少核付 4 萬多點。

二、延續下來，400 個病患申報治療處置費 200 點，共可申報 8 萬點，若點值只有 0.9 多，則只能申請不到 8 萬元，若再減少因為門診合理量計算公式所減少的 4 萬點，則導致治療一個針傷科患者只有 100 點的收入。但如果抽審被核減時，卻是以治療處置費 200 點回推 50 倍變成 1 萬點，這是很嚴重的落差。

三、我擔心現在已經停止中醫特考，新的中醫師都是中醫系或學士後中醫系學生，從今(103)年起這些中醫系畢業生要加入兩年負責醫師訓練養成計畫，所以一個中醫師的養成至少需要 9 年以上。若他們了解親自執行傷科推拿只有 100 點收入，但若因故被回推是扣 1 萬點，未來這些新醫師會有意願加入針灸或傷科嗎？很擔心制度會扼殺醫師的意願，這樣對醫師、民眾或健保署將造成三輸的局面，這都是我們不願意看到的。就像餓水油事件一樣，若沒有好的價錢卻要求品質，我想是很困難的事情，拜託委員支持本項。

黃協商代表蘭瑛

一、有關「中醫助孕醫療加成給付」項目，委員詢問：「先釐清其與現行健保給付之『不孕症治療』照護內容有何不同，及是否屬健保不給付之『人工生殖』」。在此回應，本項非屬人工生殖，但有助提升人工生殖受孕機率至 50% 左右，有論文可以證明。進行試管嬰兒的婦女在胚胎移植當天接受針灸，與未接受針灸組的婦女相較，有較高的懷孕機率，及有效降低情緒焦慮，另

中藥介入不孕症治療後，懷孕機率較西醫對照組提高 2 倍。我們要求會員執行不孕症助孕計畫診察時，一定要做到月經週期療法的治療模式，這與一般傳統的診察不同。

- 二、我們也要求會員要做到基礎體溫的判別，要找到排卵日，指導不孕夫妻在適當時間做對的事，包括排卵日評估，以增加受孕機率，這與中醫現行診察模式不同，所以極力爭取本案可以通過。而且現在台灣高達三分之一的夫妻有不孕症的困擾，35 歲婦女的受孕率遠低於 25 歲婦女的一半。另依據國健署新聞稿，政府將推動人工生殖三階段補助，中醫如果能夠介入合併治療，對於高齡婦女的卵子成熟度，在功能上提升許多，所以將明顯增加著床與懷孕機率。現在小孩越生越少，我們希望能多創造一些國家菁英。

鄭主任委員守夏

還剩下 8 分鐘，是否就預算較高或較重要的項目加以說明，以免時間來不及。

何委員永成

- 一、針對「ICD-10- CM/PCS 編碼」項目，我曾與其他總額部門聯繫，真的需要一點緩衝期再推動，建議移至專款項目，做為教育訓練費用，而不要編列在一般服務項目。
- 二、對於「配合政策提高『人口及風險因子』占率」項目，「鼓勵各總額部門地區預算分配提高『人口及風險因子』占率，以漸進落實均衡資源分配」，係主管機關交付之 104 年度總額協商政策方向，中醫部門會配合政府政策，將人口占率 R 值往前進，但希望得到相關獎勵預算，讓中區(台中市每萬人口 6.5 位以上中醫師數)不要受到太大衝擊，這些獎勵款會用在偏鄉，像南投、苗栗縣等較偏遠的地區，以這些金額補助偏鄉，比照花東地區，給予點值每點 1.1 或 1.2 元以上的保障，讓醫師願意進去偏鄉服務，以此獎勵辦法，將醫師導引過去，因為即使中區點值下降，全聯會也無法將中區的醫師導引至他區，希望委員

支持本項，給予中醫部門獎勵、補助。

詹協商代表永兆

- 一、各位委員早安，中醫師公會「醫療資源不足地區改善方案」召集人詹永兆發言。「醫療資源不足地區改善方案」自 92 年開始執行，早期以巡迴醫療方式為主，95 年辦理開業獎勵計畫，100 年開始有醫師進入無中醫鄉執業，102 年有 2 家，103 年有 4 家。我們這幾年開始推廣中醫醫療服務在地化，明年預計有 5 家診所進入獎勵開業地區。但是獎勵開業需要資金配合，5 家開業診所預計需 2,000 萬元，預算若未通過，則沒有資金可支持開業獎勵計畫。
- 二、依據健保署意見，上開方案 103 年推估預算執行率將達 100%，至於 101 年、102 年未達 100% 的原因是基礎改變。99 年之前專款包含論次加論量費用，所以有達到 100%；但 100 年開始將論量計酬費用移至一般服務，專款只有論次計酬部分，因為基礎改變，所以未能達到 100%，若將論次與論量加起來，101 與 102 年的執行率皆達 200% 以上；103 年專款項目預計執行率可達 100%，但因明(104)年有新的開業獎勵，所以希望能按照健保署意見，給予支持。請委員支持中醫致力於偏鄉醫療在地化，同時增加巡迴醫療，畢竟巧婦難為無米之炊。

胡協商代表文龍

- 一、第二次發言。有關「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫」，請參看中醫補充資料，提供腦血管疾病、腫瘤患者手術、化療、放射線療法後照護、顱腦損傷的實證醫學資料。有些文獻是全國回溯性世代研究，有些是具對照組的配對研究，都屬高品質水準，皆證實提供中醫整合性照護時，有助於腦中風患者的復原。
- 二、有 1 篇針對癌症病患的研究是隨機對照設計，有 2 篇是回溯性研究，皆證明腫瘤患者手術、化療、放射線療法後，中醫照護有助於改善體質與生活品質。

三、中醫部門希望「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫」，能維持去年預算 1.13 億元，不要刪減。

何委員永成

- 一、有關「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫」，希望健保署及委員支持。自 103 年開始，中醫系畢業生與醫學系、牙醫系畢業生一樣，都要接受兩年負責醫師訓練養成計畫。每年有 300 多位中醫系畢業生至醫院接受該養成計畫，他們不能看門診，只能幫忙院內的「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫」，所以本計畫是中醫師養成計畫很重要的一部分，若刪除預算，這些中醫系畢業之新進醫師在醫院將不能照護西醫住院病患，反而浪費國家的人力資源。如剛才胡醫師文龍所提，我們希望中醫這些優秀、有療效的治療方式，能擴大辦理。
- 二、目前規定收案只能在發病 3 個月內，以前是 2 年內都可以收案，希望將來恢復 2 年內都可收案，擴大觀察，讓未來 2 年所增加的 700 位醫師，能為本專案做更好的評估、治療，相信未來可以呈現更好的成果，請委員支持。

鄭主任委員守夏

專款項目大部分已說明，針對「中醫門診年長者慢性疾病健康管理計畫」及「中醫養護機構健康照護計畫」項目，剛才中醫部門並未提出建議，請問中醫部門是否要爭取？若沒有特別說明，現在進入詢問及回答時間，請問付費者代表有無需要請教的問題？可請中醫部門補充說明，若沒有需要請教的問題，現在就各自帶開進行內部會議，討論各項目的增、減金額。請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、對於「調整支付標準-修正診察費合理量計算公式」項目，特別做些說明與提醒。傷科因為過去有點浮濫，致使醫療資源須不斷挹注，對他科造成很不公平的情形。過去費協會及中醫門診總額支付委員會對如何抑制傷科曾多所討論，而在總額協商

會議時，也造成很大的困擾，為導正傷科，還刪減一部分預算。先讓委員了解一下過去歷史。

- 二、現在中醫部門重提本案，我們非常擔心傷科是否會如同過去，再由非專業的助理違法執行推拿，而造成浮濫情形，這部分，請中醫部門說明。
- 三、「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫」，很難分辨究屬西醫還是中醫的醫療成效，健保署要求中醫部門提出數據，但成效到底屬於誰？搞不清楚，付費者代表對此有疑慮。
- 四、對於專款項目，建議試辦3年後，若有成效就回歸一般服務，若未具成效，就應該退場。然而小兒腦性麻痺及氣喘緩解期照護試辦計畫，由專款移列一般服務項目後，反而沒有成效。健保署提供的數據，顯示其執行率不佳，似乎中醫部門在小兒腦性麻痺及氣喘緩解期照護的執行方面有問題。剛才中醫部門提供的補充資料，顯示其具成效，但付費者代表還是較相信健保署的資料，我們對中醫部門呈現的資料有些疑慮。
- 五、剛剛中醫部門未特別說明「中醫養護機構健康照護計畫」，健康照護屬於保健服務，健保關心的是醫療部分，保健養生應該不是健保所關心的範圍。
- 六、今天四部門總額都有提出支付標準調整項目，過去幾年也經常討論支付標準調整的議案，但除非像上次西醫部門的內、外、婦、兒、急診科的風暴很大，為了提供誘因留住這些科別的醫師，所以曾同意調高支付標準。調整過後，西醫部門還有再提出調整其他支付標準項目的建議，但付費者代表一致的看法是，這部分每年在非協商因素都已編列預算。等一下談的情況如何，我現在無法預測，如果中醫有爭取到支付標準調整的預算，那其他部門都會希望比照辦理。

鄭主任委員守夏

謝謝！請問其他付費者代表有無詢問？請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

我是公正人士代表，有關配合政策提高「人口及風險因子」占率，中醫部門建議從 6% 提高至 7%，這樣中醫的都會型地區點值會較好吧！我從鄉下來，例如雲林縣點值會下降吧！我的看法是不用提高 1%，這 5,000 萬元今年暫時不要編列。試算看看，如果偏遠地區的點值不會下降的話，我就同意；若點值下降，我則不同意。雲林縣是比較偏遠的縣市，中醫師較不願意去服務，而且民眾會跑到大都會區謀生，造成人口集中至都會區，反而影響偏遠地區的預算分配。中醫部門若覺得不編列預算沒有道理，就請加以說明。

鄭主任委員守夏

請中醫部門簡短回應，請黃協商代表蘭瑛。

黃協商代表蘭瑛

先回應蔡委員登順的提問，感謝委員這麼維護消費者所繳的保費。還是強調 4.5 億元不是調整支付標準，是比照西醫、牙醫模式計算合理門診量，中醫部門並未提高診察費。

張協商代表廷堅

我來解釋傷科問題，謝謝委員對於傷科的關心。記得幾年前傷科問題是中醫的痛，中醫也付出很慘痛的代價，在總額協商時被扣減 2.2 億元。我們絕對不允許傷科浮濫的事情再度發生，這是我們的痛，絕對不願意再看到！目前對於傷科管理非常嚴格，也發現傷科的申報量並未快速成長，表示醫師都是親自執行。

胡協商代表文龍

一、第三次發言。請各位參看中醫腦中風治療進展的補充資料，依據台灣中醫輔助治療腦血管疾病預後研究，顯示經中醫介入後，會減少腦中風病患因血液循環問題再次住院率約三分之二。本研究定位中醫為輔助治療，雖然屬輔助醫療，但還是可以減少三分之二的再住院，是有意義的。

二、另依據台灣中醫住院對癌症病患的輔助治療評估研究，可以讓

患者體重上升，並改善整體健康狀態。可以改善口腔癌及鼻咽癌患者疲倦的精神狀態，而且中醫介入後併發症會比較少，具有良好成效，希望各委員可以支持「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫」。

三、過去針對發病 2 年內病患，接受「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫」照護，健保都有給付，但今年開始，健保只給付 3 個月內的病患，希望可以恢復為 2 年，以增加對病患的服務。

鄭主任委員守夏

謝謝，請陳代理委員炳宏。

陳代理委員炳宏(李委員永振代理人)

我想討論比較量化的問題，請委員參看會議資料第 14 頁，在「醫療資源不足地區改善方案」，103 年 1~6 月預算執行率達 76.1%，但總服務天數、總服務人次卻呈反向，執行率分別為 47.9%、51.3%。此差異為何？請補充說明執行效率？

陳協商代表俊明

在「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫」中，無論腦血管疾病或腫瘤，都必須經由西醫轉介中醫，此將影響看病的流暢度。經過中醫輔助醫療照護後，再住院率下降，站在整體病患角度，我們應該提供更方便的就醫方式。

鄭主任委員守夏

剛才委員詢問會議資料第 14 頁，「醫療資源不足地區改善方案」的執行情形似乎沒有想像中好，中醫部門是否要補充說明？請葉委員宗義。

葉委員宗義

對於提高「人口及風險因子」占率有意見，依據健保署說明，以 102 年為例，中醫部門 R 值如由 6% 成長至 7%，則中區全年預算減少 1,500 萬元，高屏區減少 40 萬元，該二區合計預算減少 1,540 萬

元。這已經產生中醫部門內部的問題，明(104)年恐怕不只減少 1,540 萬元，可能更多，我對此有些質疑。

鄭主任委員守夏

何委員永成是否要說明？

何委員永成

一、回應陳委員錦煌與葉委員宗義有關「人口及風險因子」占率部分。如果同意中醫部門編列 5,000 萬元，此預算不是拿去均分給六區，而是補助較偏遠的地區，如雲林縣等，給予較高點值，讓醫師願意過去服務。若能讓中醫部門爭取到 5,000 萬元預算，只要陳委員反應哪裡缺中醫師，我一定盡量找到醫師至該區服務。所以爭取 5,000 萬元預算，只有拿小部分彌補中區損失，大部分預算係放在偏鄉地區，給予比較好的點值，讓中醫師可以過去服務。

二、哪些地區中醫師人數太少，或屬偏鄉，再給予較高點值都可討論。我們之前到金門參訪巡迴醫療時，也希望給予金門地區較高的點值，不要跟台北區一樣，這樣才有實質效益。人口占率 R 值上升，中區即使預算減少，點值下降，該區的醫師還是不會出來至偏鄉服務。如果能爭取到預算，給予偏鄉費用，則會有實質的鼓勵效果，這樣一定可以改善偏鄉問題。

陳委員錦煌

應該要像花東地區一樣，保障點值 1 點多元。

鄭主任委員守夏

請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

我們坐在這邊好像舉手容易被忽略，因為剛好是主席視線的死角。剛剛提到調整支付標準項目，大家都有疑慮，各部門均提出調整支付標準項目，而中醫部門一直強調不是調整支付標準，是修正診察費合理量的計算公式，所以應該刪掉「調整支付標準」文字，否則

會一直扯不完，包括牙醫部門也提出調整支付標準項目，所以要先釐清。中醫部門從頭到尾都告訴我們，是診察費合理量的計算公式錯誤，支付標準還是一樣，所以應刪掉「調整支付標準」文字。

黃協商代表蘭瑛

「調整支付標準」文字不是我們寫的，中醫部門寫的是「政策改變」。

吳委員玉琴

所以要先釐清，不然會扯不清楚。健保署在會議資料第3頁，提出「支付標準調整—調整藥事服務費」項目，我之前詢問過中醫師：中醫診所所有專門的藥師調劑嗎？應該沒有，都是由中醫師調劑吧！那為何要增加本項費用？我不太理解。各醫院都由藥師調劑，中醫診所所有藥師嗎？

何委員永成

中醫診所也有中藥師進行調劑。

吳委員玉琴

- 一、上次何理事長說中醫藥師還在培養中，我聽到的訊息也是這樣。原來有中醫藥師，感覺好像很少見。
- 二、剛剛中醫協商代表雖一再釐清、說明，但評核會時已一直強調，中醫部門應提出「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫」的成效，所以現在才提供補充資料，有點來不及。我們訊息這麼多，相關研究也很多，卻要在2、3分鐘內知道中醫部門做了哪些事，成效如何等等。我想這是個長久的研究，中醫部門真的要設個研究單位，呈現良好的研究結果，最好在評核會時完整呈現，而非現在。現在時間太緊了，我們無法這麼快理解，有看到中醫部門的努力，但研究報告的成效，委員無法在2、3分鐘內理解，太難了！希望這部分可再努力。

何委員永成

回應吳委員玉琴，關於中風成效，老實講，付費者代表對這部分的確較生疏，但還是要跟委員報告，包括腦中風及顱腦損傷的處理，中醫針灸確實有很好的效果。不是只有台灣中醫的研究成果，全聯會與衛福部國家中醫藥研究所將於 11 月 1 日至 3 日在台大國際會議中心舉辦為期 3 天的國際會議，包括日本、韓國、澳洲、紐西蘭、加拿大、美國等之專家學者都將發表研究成效。中醫治療的效果是國際認可，許多國際期刊都有記載，只是我們要說服委員時，需要多用點心力，沒做好的地方請委員見諒。我相信中醫治療效果是得到國際認可的，即使不是輔助角色，單獨治療也有成效。

詹協商代表永兆

- 一、感謝委員發現 103 年無醫鄉計畫預算，上半年執行率已達 76.1%，係因為增加無中醫鄉的開業計畫，102 年花費 1,200 萬元，103 年 1~6 月已花費 1,000 萬元；102 年有 5 個執業點，103 年已經達 9 個執業點。因為獎勵中醫師至無中醫鄉開業，花費經費較高，所以上半年預算就已經執行這麼多。
- 二、早期全聯會以巡迴醫療為主，現在將巡迴醫療在地化，獎勵開業，所以增加執行點，預計 104 年還會增加 5 個點。由 103 年 1~6 月資料就知道專款預算不夠，若專款不足時，希望能以一般服務預算補貼。請委員支持編列預算，讓明年可以有 5 個無醫鄉能醫療在地化。

鄭主任委員守夏

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

- 一、對於「調整支付標準—修正診察費合理量計算公式」項目，去年協商會議時許多委員未予支持，因為聽說有些集體詐領案，屏東縣前理事長也有刑責問題，去年新北市的醫師也有問題，是否因為這樣，所以委員有質疑。依中醫部門說法，有加以嚴

格管理，但為何還會發生此問題，請中醫部門能說明。我們不是質疑，只是過去沒有做好的部分，是否還遺留到現在，或是還有少數不良分子存在？

二、對於「中醫助孕醫療加成給付」項目，我們贊成利用針灸治療不孕，提高生育率，但現在門診服務好像已經包含不孕症治療，中醫部門提的是特別門診，是否與現行看診內容不同？本項應有相關實證資料與文獻，以佐證可以提高生育率，才能獲得支持。

鄭主任委員守夏

提醒委員，本場次總共有 80 分鐘的協商時間，現在剛好過了 40 分鐘。雙方稍後會各自帶開進行內部會議，現在請盡可能縮減問答時間，否則會壓縮後續協商時間，回答請盡量針對重點。請何委員永成。

何委員永成

請參看會議資料第 4 頁，「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」，扣減 1.7 百萬元。評核委員意見：「102 年違規查處之追扣案件，未有總額受託單位舉發，雖健保署僅委託中醫團體進行專業審查，仍期許中醫師公會能透過內部稽核機制，發揮專業自主、同儕制約的精神」。事實上，很多違規案件都是經過中醫內部審查醫師發現問題，不過會先進行輔導，若覺得較嚴重，才會實地訪查或送健保署醫管組處理。中醫內部有管理機制，至於所提之前發生事情的北部、南部院所，早就被列管，現在對南區還特別提出陽光法案，在南區中醫師公會服務的幹部，要受到更多審查，這些都是中醫部門努力的方向，雖然有些不是做得很好，但中醫部門都有這些處理機制，相信可以發揮功能。

黃協商代表蘭瑛

謝謝楊委員芸蘋提問，中醫助孕計畫有 2 篇實證醫學文獻，1 篇提到中醫治療不孕，是針對 616 名婦女所做的研究，在中醫師公會寄

給委員的投影片中有所呈現，中醫介入治療後，懷孕率可提高至5成。現在進行人工生殖的懷孕率最多只到4成，而中醫介入後，懷孕率可達5成。

鄭主任委員守夏

剛剛提問的是該治療方式與現行既有的支付項目有何不同？

黃協商代表蘭瑛

除了原本的治療模式外，要使用月經週期療法來評估準備懷孕婦女的排卵日，並給予正確的指導，讓他們在對的時間做對的事情，才能成功受孕，所以會花較多的診察時間，希望診察費可以加成。假設1個診次有30位病患，1位病患平均看診時間約6分鐘，而不孕症婦女則約需10~15分鐘。

陳委員錦煌

請問中醫部門寄投影片給誰？我沒有收到，我比較小牌嗎？

黃協商代表蘭瑛

對不起！等一下補給您。

陳委員錦煌

用補的，已經沒面子了！從來沒收到過！

鄭主任委員守夏

付費者代表還有無詢問？

陳委員川青

請問何委員永成關於中醫部門內部控管的問題，請能說明中醫師公會近幾年來主動查處過幾個案例，內部控管主動發掘出幾個案例。

何委員永成

我當全聯會監事長時，中醫師公會曾跨區去看有問題的醫療院所，調出病歷，並與健保署各分區業務組一起實地訪查，若有問題，就請各分區業務組列入追蹤、處理。後來也有很多院所被罰錢，都是由我們主動發掘問題，謝謝陳委員川青詢問。

陳委員川青

我要的是數據，過程我了解，到底主動舉發幾件？就像食品衛生管理法，廠商自主品管是 0，你們自主違規查處幾件？對於減列 1.7 百萬元，不曉得有沒有痛的感覺。

何委員永成

跟委員報告，有時是由中醫同儕檢舉案件予健保署，該署負有保密責任不會告訴全聯會到底是哪位醫師檢舉。所以縱使由醫師所檢舉，或審查端發現問題，例如院所做減肥又收健保，全聯會也會檢舉，但都比較間接，因為沒有公權力，理事長也不能帶人到診所，所以都是請健保署支援，我們是站在配合的角度。

鄭主任委員守夏

陳委員川青的意思是四部門總額中，有些是由總額部門自行發現問題，再請健保署開罰，尤其牙醫部門，剛開始的案件還蠻多。陳委員川青的意思是中醫部門好像沒有數據，以後若有數據，可以提供委員參考。付費者代表這邊還有無詢問？

吳代理委員榮達(謝委員天仁代理人)

請參看會議資料第 3 頁，有關「ICD-10-CM/PCS 編碼」項目，中醫部門未編列預算，若政策指示 104 年必須執行本項，請問中醫部門是否要從協商的費用自行吸收？

何委員永成

報告委員，有編列預算。

吳代理委員榮達(謝委員天仁代理人)

沒編列啊！是健保署的說明表示要編列。

何委員永成

我們會配合政策編列預算，剛才中醫部門的建議是挪至專款項目。

吳代理委員榮達(謝委員天仁代理人)

你們的專款項目也未編列預算。

鄭主任委員守夏

中醫部門的意思是現在要編列預算。請健保署說明。

林組長阿明

- 一、簡單說明，「ICD-10-CM/PCS 編碼」項目與各總額部門皆有關，健保署原建議編列在各部門一般服務項目，我們前置作業已準備差不多，希望 104 年如期實施。惟最近與醫界協商，他們認為資訊配合需要半年時間，因為 ICD-10-CM/PCS 編碼比 ICD-9-CM 增加近 10 倍難度。爰建議延後 1 年實施。
- 二、原預訂若未實施，預算就扣除，惟醫界建議若未實施，可否保留一些預算作為測試雙軌制、人員訓練及相關資訊建構之用。所以健保署的具體建議是移列至其他預算，同時附帶建議一定要在 105 年上線。今年醫院部門也有編列 1 億元預算試辦 ICD-10-CM/PCS 編碼，因為與後續協商的牙醫、西醫基層、醫院部門皆有關，所以健保署初步建議如上。

鄭主任委員守夏

針對「ICD-10-CM/PCS 編碼」項目，於兩邊分別帶開尋求內部共識時，請健保署先向牙醫、西醫基層、醫院部門說明並建立共識，投影螢幕的資料，也改移列其他預算，本項就刪除。委員還有無詢問？因為時間很緊迫，如果沒有，現在就開始分別召開內部會議 20 分鐘。

(付費者及中醫部門代表各自召集會議討論約 20 分鐘)

鄭主任委員守夏

- 一、雙方從一般服務到各項專款，兩邊有共識的部分就請同仁列上去，未有共識需再協商的項目就繼續談。請兩邊各推派 1 位代表擔任主要發言人，中醫部門由何理事長先發言，說了就算數。若內部未有共識，就趕快喊停，不要資料打到螢幕上才說不是，這樣修改會很麻煩，也請付費者代表推派 1 位主要發言人。
- 二、先請付費者代表發言，有數據的就逐項列到螢幕畫面，再請醫

界代表看可否接受，若有意見可再討論。現在請付費者代表先說明。請蔡委員登順。

蔡委員登順

付費者代表關室協商達成的共識如下：

- 一、「醫療服務成本及人口因素成長率」是行政院核定的數值，當然予以尊重，成長率 0.978%，增加 210.6 百萬元。對於評核委員意見：「『醫療服務成本及人口因素』成長率，應適度用於調整支付標準，尤其是人力或物價相關項目上」，希望醫界要共同尊重，並予執行。
- 二、「品質保證保留款」項目，因為中醫部門評核的結果為「可」級，所以成長率 0%。
- 三、「修正診察費合理量計算公式調整」，問題剛才已被點出來，原則上，四部門總額都會比照處理。本項牽扯到針灸、傷科，中醫部門要調整同一療程第 2 次以後的診察費，其實很多部門在第 2~6 次療程，都一樣未支給診察費。例如西醫的復健療程，看 6 次，只收 1 次診察費，以一致標準調整支付標準。而且即使要調整支付標準，因非協商因素成長率已有預算，這部分中醫部門可自行運用、處理。
- 四、「支付標準調整-調整藥事服務費」，本項尊重健保署意見，同意中醫診所之藥品調劑費調升 3 點。
- 五、「中醫助孕醫療加成給付」，因成效並未很明確，針對不孕症治療，建議以原有的一般服務預算支應即可。
- 六、「ICD-10-CM/PCS 編碼」，同意健保署意見移至其他預算。
- 七、「醫療資源不足地區改善方案論量計酬部分」，尊重健保署意見，考量各部門總額平衡發展，建議本項不編列預算。
- 八「配合政策提高『人口及風險因子』占率」，從健保署資料可以看出，若往上提升，則中區預算會減少 1,540 萬元，本項不同意編列預算。且政策方向本來就鼓勵「人口及風險因子 (R

值)」占率要往前進，請中醫部門配合。各部門 R 值占率之調升，都未增加預算。

九、「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」，對於同儕制約舉發部分是不扣款的，中醫部門被查核的比率相當低，只扣減 170 萬元，表示同儕制約做得很好。這部分照過去慣例，一定要扣減。

十、專款項目部分：

(一)「醫療資源不足地區改善方案」辦理無中醫鄉巡迴醫療服務及開業計畫，尊重中醫部門及健保署意見，本項增加 22.1 百萬元，總金額為 96.5 百萬元。

(二)「癌症西醫治療後的中醫調理」，由很多資料看起來並未具明確醫效，不同意編列本項預算。

(三)「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫(1.腦血管疾病、2. 腫瘤患者手術、化療、放射線療法後照護、3.顱腦損傷)」，這部分經過付費者代表充分討論後，考慮到西醫化療後，人會顯得很疲倦、痛苦，而中醫介入後可改善其痛苦情況，因此，同意本項預算 113 百萬元。

(四)關於「中醫門診年長者慢性疾病健康管理計畫」，一開始就表示健保是提供醫療服務，而不是保健，所以不同意編列預算。「中醫養護機構健康照護計畫」也一樣，健保係以醫療為主，不同意編列保健部分的預算。

鄭主任委員守夏

蔡委員登順的報告先到此，請何委員永成看那些項目可以勉強接受，那些項目希望付費者代表再考慮，要明確提出希望積極爭的項目，才有機會進入第二回合協商。請何委員永成。

何委員永成

一、主席、健保署長官及各位委員，全聯會最在意的是「修正診察費合理量計算公式調整」項目，雖然已經講這麼多，但還有委

員不了解，認為我們是要調整支付標準。

- 二、請委員翻到補充資料第 29 頁，感謝健保署提供試算資料。這是計算公式的錯誤，以往因為傷科有一部分是助理所為，所以診察費打 8 折，此項無關支付標準調整，且現在無論傷科或針灸，全程皆由醫師處理。所以希望中醫、西醫、牙醫有一致的門診合理量計算公式，未支給診察費的部分不要納入合理門診量計算。
- 三、目前診察費支付標準為，第 1~25 人次 320 點、第 25~50 人次為 230 點、第 51~70 人次為 160 點，具有高額折付的精神，已經被剝一層皮了；且第 2~6 次療程並未支給診察費，卻納入合理量計算，並不公平。依照這樣的公式，中醫部門已經委屈、吃虧 10 幾年，我們每年都提出此訴求，協商 103 年總額時也有提出。
- 四、如果按照此公式，針傷科醫師同樣做 2,000 人，其中 400 人為針傷療程，其餘 1,600 人為內科案件，則與西醫基層相較，診察費就差 4 萬多元。如果再換算點值，針傷治療 400 人，只有 4 萬元處置費，一個人才 100 元，十分不合理。未來中醫系與學士後中醫系學生出來執業，他們都很優秀，一個醫師親自推拿 20 分鐘，只有 100 元，抽審若有問題，還以 200 元回推扣減，被扣 2 件就賠錢了！無法生存。所以未來中醫師將沒有意願進入此領域，寧可提供減肥、醫美服務，也不願意做針灸、傷科。
- 五、這只是計算公式的調整而已，我們花了許多時間，在總額研商議事會議與健保署溝通，該會由蔡副署長魯主持，他有將此問題聽進去，了解是調整計算公式而非支付標準，所以健保署這次持比較正面、肯定的態度，同意編列本項預算。再次懇請委員，讓醫師有比較公平的診療環境，也讓患者有比較好的品質，請一起努力討論這部分，謝謝！

鄭主任委員守夏

其他項目，中醫部門都沒有意見嗎？

何委員永成

先談本項好嗎？如果同意，其他項目相對不是那麼重要。如果本項未通過，其他項目也不用談了！因為本項與我們生存有關。

鄭主任委員守夏

提醒一下，最後看的是總成長率，一般服務會滾入基期，影響較大，如果中醫部門主攻一般服務，會不會贏還不知道。如果其他項目有勝算，也可爭取付費者代表支持。有無其他補充項目？請黃協商代表蘭瑛。

黃協商代表蘭瑛

- 一、身為女性醫師，懇求委員能支持中醫助孕計畫，提升卵巢功能是中醫的強項，目前治療不孕症是國家的主要政策之一，希望本項預算委員能予支持。
- 二、門診的臨床病例，可透過中醫療程讓卵巢成熟度更好，進而創造優質新生命，懇請委員能多支持本項預算，希望將來不只增加孩子的數目，而能創造更健康的孩子。

鄭主任委員守夏

請何委員永成。

何委員永成

懇請委員支持「配合政策提高『人口及風險因子』占率」項目，因為本項係主管機關指示的政策方向，中醫部門希望配合政策，因而爭取相關預算。該預算不是用於均分，部分係補足中區 1,500 萬元的損失，但大部分的預算會用在偏鄉，如中區的南投等醫師人力不足的地方，採用較高的點值如每點 1.2 元獎勵，讓醫師有意願至偏鄉服務，藉此改善其問題。本項預算希望委員能夠支持。

鄭主任委員守夏

所以有 3 個項目比較明確，希望可以再討論。請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、有關「修正診察費合理量計算公式調整」，剛已表達得很清楚，若通過本項預算，可能造成中醫本身的困擾，且傷科部分會很難處理。前幾年協商中醫門診總額時，原要刪減 14 多億元，最後只刪減 2.2 億元，以藉此導正。本項若再給予較高預算，恐造成浮濫，這部分付費者代表已有共識，也很堅持。
- 二、剛提及西醫復健也一樣，一個療程就是 6 次，也是領一次診察費，如果同意本項，別的部門也會要求比照。
- 三、我們可以考慮黃協商代表蘭瑛所提「中醫助孕醫療加成給付」項目，等一下付費者會再內部協商，取得共識後再給答案，主要是目前政策鼓勵生育，總統也說出生率低是國安問題，此點會加以重視。
- 四、「配合政策提高人口及風險因子占率」項目，R 值本來就應該往前進，無需增加費用，如牙醫部門的 R 值早已達到 100%，西醫則還未達成，若要增加費用，西醫部門可能需要好幾十倍的預算，所以本項不同意編列。

李協商代表豐裕

- 一、有關蔡委員登順所提「修正診察費合理量計算公式調整」，西醫也一樣，同一療程的第 1 次治療有支給診察費，第 2 次以後就沒有，對此部分沒有意見。但本項不是第 2 次以後要不要支給診察費的問題，而是健保本身已有高額折付的精神，舉個最淺顯的例子，第 1 階段合理門診量為第 1~25 人次，如今天看診 10 位傷科，還有 15 位可支領第 1 階段的診察費，但按照目前的計算方式，其他看診第 2~6 次療程者，未支給診察費，卻納入合理門診量計算，後面繼續看的病人，原本可以領到較高診察費，變成無法支領。

二、我們要求有支給診察費的才能納入合理量計算，未支領診察費的部分，則不應納入，比照西醫、牙醫的算法，是要求一個公平的計算方式，而不是額外增加費用。現行計算方式對中醫師不公平，再次強調，是要回歸與西醫、牙醫一樣的方式，不是要額外增加預算。

何委員永成

- 一、蔡委員登順很擔心中醫「修正診察費合理量計算公式調整」的問題，本項並未調整支付標準，蔡委員擔心會否造成西醫、牙醫也提出同樣要求，造成委員困擾。事實上，調整後，大家都一樣，他們不可能要求比照。
- 二、現行健保已有高額折付的精神，請不要再折付一次，不要撥兩層皮，撥一層皮就好。若未調整，對針灸、傷科的打擊會很大，本項不是調整支付標準，而是讓合理門診量的計算方式較合理。原則就是有看病、有支給診察費才能納入合理量計算，未支領診察費的就不能納入計算。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

剛才請教柯執行秘書桂女，她說西醫、牙醫現行的計算方式跟你們都一樣啊！

黃協商代表蘭嫻

不一樣。

柯執行秘書桂女

要澄清一下，我說的是診察費支給方式在各部門都一樣，但合理門診量的計算公式不一樣。前次座談會時，有委員提問，若中醫部門第2~6次療程不能申報診察費，但執行其他處置如針灸、傷科治療時，可否申報處置費？所以向委員報告可申報治療處置費。

何委員永成

中醫療程的治療處置費是被列入合理門診量計算的。

柯執行秘書桂女

剛剛付費者內部會議有被詢問，同一療程第 2~6 次，中醫可否支領診察費？答覆說各部門都不可以；而同一療程第 2~6 次是否列入合理門診量計算？答覆說中醫部門有列入計算，而其他部門則沒有；數只有 35.7 萬點，調整公式後則應為 39.975 萬點，醫師可以增加 4 萬多點。這部分確實可能造成中醫點值的衝擊。其次有人問到，中醫同一療程如果也執行傷科、針灸等處置，可否支領治療處置費，我說可以。另也被詢問各部門每次診療人均費用，答覆說目前中醫的人均費用不比其他部門低。如果剛剛有講不清楚的部分，在此向何委員語抱歉！

何委員語

- 一、剛才開會很多人在講話，所以聽不太清楚柯執行秘書桂女所說明的內容。
- 二、大家的疑慮是，支付標準診察費合理量計算公式調整後，中醫院所旁邊，會不會增加很多推拿的店面？

何委員永成

那是不可能的事，因為我們已經壯士斷腕，中醫已經被扣減 2.2 億元，這些錢是大家的，不可能容許一小撮不合法的人來和大家分錢，中醫部門同儕制約的力量一定很強。

何委員語

大家都質疑中醫部門的管理能力，不像牙醫、西醫部門那麼科學、健全化，怕中醫部門的管控做得不是很理想。

何委員永成

同為總額受託單位，我們都會配合健保署政策，與健保署同步。若認為有問題，也會與健保署一起努力，和西醫、牙醫等部門一樣。

其實在被核減或處罰的名單中，中醫並未較少，表示大家都站在相同的位階。

鄭主任委員守夏

請莊委員志強。

莊委員志強

- 一、我想確認剛剛中醫所提的門診合理量，第一階段 25 人次以內，可支領診察費 320 點，超過 25 人次支領 230 點。如果今天有 26 位病人來看診，其中前 25 位是療程第 2~6 次的病人，那麼第 26 位雖然屬第一階段的病人，是否只能支領 230 點？(中醫協商代表回答：對！)
- 二、如果只有中醫計算合理量的方式與其他總額部門不同，我的意思是，請健保署將中醫合理量的計算方式，調整成與西醫、牙醫部門一樣，但預算不用增加。為何健保署計算中醫合理量的方式，要與西醫、牙醫等部門不同？西醫的復健治療，同一療程第 2 次以後就醫，也未納入門診合理量計算，而中醫卻要納入？所以只要健保署改變計算方式即可，預算應該不用增加。可否請健保署說明？

鄭主任委員守夏

請健保署說明。

李副組長純馥

- 一、請參考補充資料第 31 頁，正如大家所說，公式計算時，會有折數，即合理量上限的 A 值，我們會以此校正，中醫整體點數乘上 A 值後，拿到的核付點
- 二、另請參考補充資料第 32 頁，西醫基層若比照中醫的計算公式，核付點數也會從 39.725 萬點，變成 35.5 萬點。
- 三、牙醫部分，請參考補充資料第 33 頁，也是如此。所以中醫計算公式確實不同於西醫和牙醫，在此為中醫部門還原真象。

鄭主任委員守夏

比較務實地說明，當初其他部門並未折折扣扣地計算合理量，為何中醫部門要如此？主要原因是當時有很多奇怪的傷科助理問題，使大家很不愉快，於是健保署採用不同的調整方式，目的在降低中醫的診察費。中醫部門說明過去是歷史共業，以前那種現象已不復見。所以現在必須提出明確證據，證明中醫的管理可以跟西醫、牙醫部門一樣好，這樣才能說服大家。請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、吵得沸沸揚揚的當時，我並不在場，不過，就我所聽到的，確實是因為推拿、傷科太多所造成的問題，中醫合理量的計算，就是為控制這部分的費用。
- 二、請參考「103 年全民健保總額支付制度協商參考指標要覽」，若以中醫各區的總醫療費用點數除以該區中醫師數，以概算法估計，每位醫師一年最低可得到 379 萬點，最高則有 462 萬點左右。因為有的醫師專門治療傷科，有的只治療部分傷科，有的則無，建議一個較合理的方式，將有治療傷科、未治療傷科的醫師，加以區分，逐一檢視各細項數據，應較為清楚，讓協商時具有合理的基礎。
- 三、有關 R 值、S 值比率，去年 10 月討論時，有委員提到去年 9 月我沒有提醒大家有 R、S；因此今年度我從 7 月評核會議開始，就第 1 次提醒，今天再第 2 次提醒。請參看「103 年全民健保總額支付制度協商參考指標要覽」第 86 頁，這幾年中區每萬人口中醫師數的成長率，已從 3.22% (99 年)增至 3.59% (102 年)，確實不應再讓中醫師至中區執業，中區的點值會一直往下降。
- 四、請再參看會議資料第 3 頁，R 值若由 6% 提升至 7%，財務影響約 1,500 萬點，大家都說對中區的醫師影響很大，可是中區約有 1,500 多位醫師，以 1,500 萬點除以 1,500 位，1 位醫師 1 年只影響約 1 萬點。中醫師平均一年收入約 300 多萬至 400 多萬

點，R 值若前進 1%，只影響 1 萬點。我覺得 R 值應該前進至 12%，財務影響一年也僅 12 萬點，建議今年中醫部門的 R 值一定要往前進。

五、聽說中醫地區預算分配，明年若有分區負成長，將補至 0% 成長。無論如何，希望地區預算分配完成後，應落實不同地區有不同點值，這樣對中醫師才是好的。

鄭主任委員守夏

現在中醫的協商時間(80 分鐘)已經用滿，再討論下去，就會壓縮後面總額部門協商的時間。可否徵求大家的意見？再給 5 分鐘，請付費者代表再凝聚共識，也請中醫部門代表思考一下勉強可以接受的方案。因為後面還有許多部門要協商，如果真的不行，就停止協商。請莊委員志強。

莊委員志強

想再確認一下，有關增加 4.5 億元預算部分，是否因健保署要將合理量計算公式改成與西醫、牙醫一樣，所以需要增加預算。按照之前合理量的算法，就是療程第 2 次以後的就醫次數不納入合理量計算，每位醫師可領 39.975 萬點，納入計算時只能領 35.7 萬點，亦即，將中醫的計算公式改成與西醫、牙醫一樣，需要這麼多錢嗎？(健保署回答：是的！)謝謝！

何委員永成

一、補充說明，健保署的舉例是 2,000 位病人，1,600 位內科及 400 位針灸、傷科病人。在基層的中醫師平常沒有那麼多病人，平均只有 700 多位病人而已，影響醫師診察費大約 1 萬多元，不像吳委員肖琪所提的這麼多。

二、剛才吳委員肖琪提到中醫師在中區的收入，如果沒有部分負擔，1 個月可申請約 20 幾萬點，如果醫師 1 個月可以申請 12 萬點，實際上得不到 8 萬點，因為中醫的醫療費用還包括部分負擔，每位醫師 1 年約有 300 多萬點，但其中一半是藥費，現在中醫

的藥費是不賺錢的，收入只有靠診察費，如果診察費被剝兩層皮，事實上，很難維持。西醫師平均收入是 60 幾萬點，中醫師是 30 幾萬點，只有西醫的一半，若再扣掉藥費，中醫師真的很可憐，跟吳委員肖琪報告，資料應該這樣解讀才對。

鄭主任委員守夏

請付費者再關室密商 5 分鐘，請中醫部門也提出修正方案。

(付費者及中醫部門代表各自召集會議討論約 20 分鐘)

鄭主任委員守夏

各位委員請就座。血糖有點低的委員就請先吃點心，很抱歉！第一場時間未控制好，付費者代表這邊有最新的共識，請蔡委員登順說明。

蔡委員登順

- 一、經過付費者代表協商後，是有共識，在此拜託中醫部門，達成共識非常不容易，請好好珍惜！
- 二、一般服務項目，評核委員提到：「中醫部門將小兒腦性麻痺及氣喘緩解期照護試辦計畫，由專款移至一般服務項目之後，執行數明顯減少，建議減列 1,800 萬元」。這部分經過協商後，認為中醫在其他項目也有認真執行，整體考量，暫不扣減費用，但要看 104 年成效執行率如何？如仍偏低則 105 年再扣減，這是第一點。
- 三、現在只談有變動的項目，其他項目就不再談。有關「修正診察費合理量計算公式之調整」，經內部會議再三研究，仍決定不給予預算，因為擔心會有後遺症；過去原要砍 14.8 億元，最後砍 2.2 億元，是經過多少努力才達成的共識，剛剛已經講得很清楚，希望可以導正傷科問題，我們不希望問題死灰復燃，對此有很強烈的意見，這是第二點。
- 四、第三點，「中醫助孕醫療加成給付」項目，牽涉到國家政策，總統也說這是國安問題，我們予以尊重。如果編列在一般服務

項目，可能很難管控，也看不出成效，所以，建議編列在專款項目，專案管理。未來可以檢視中醫對國人的生育問題有多少貢獻，待執行一段期間後，將執行成果送給健保署，如果有成效，明年成長額度可以再談。本項建議移列專款，預算 32 百萬元。

五、「配合政策提高『人口及風險因子』占率」項目，剛才已講得很清楚，牙醫部門的 R 值已達 100%，也並未增加預算。中醫部門不能因 R 值要往前進，就要增加預算，這不合理。所以，本項不同意編列預算。

六、「癌症西醫治療後的中醫調理」，我們認為癌症病人在西醫治療後，都會口乾舌燥，中醫介入確實具有成效，同意本項預算 2 千萬元。

七、其他項目都沒有變動。今天大家很辛苦，已花了 2、3 小時討論，希望可以達成共識，如果中醫部門還是無法接受，建議送部裁決。

鄭主任委員守夏

剛剛同仁列在螢幕上的資料，請再核對一次，好嗎？

蔡委員登順

有一句話忘了講，就是中醫若同意付費者方案，就照案通過。如果不同意，「癌症西醫治療後的中醫調理」項目的預算，我們不同意編列。

鄭主任委員守夏

「修正診察費合理量計算公式」預算為 0；「中醫助孕醫療加成給付」移列專款，預算 32 百萬元；「配合政策提高『人口及風險因子』占率」預算為 0；專款項目「癌症西醫治療後的中醫調理」，預算 2 千萬元，成長率為 1.4316%，這是付費者方案。請何委員永成。

何委員永成

事實上，中醫已經覺得很委屈了！從民國 84 年健保開辦以來，我們接受這種不合理的計算方式，已近 20 年，實在是心中的痛。過去因為有傷科助理的關係，所以忍氣吞聲，現在已經嚴加控管，甚至治療超過 45 位病人以上，都不予支付，1 天服務量最多只有 45 位。101 年的政策已將傷科助理排除在醫療院所外，預算也被費協會扣減約 2.2 億元，現在傷科都是由中醫師親自執行，品質一定比較好，所以應該多編列預算，還給針灸、傷科醫師一個公道的執業環境。再次拜託委員，能夠重新考慮，如果覺得 4.5 億元的費用太高，我們願意將今年非協商因素成長率增加的 2.106 億元，拿一部分過來彌補，並分兩年補足。之前在未有預算來源情形下，我們提至總額研商議事會議討論，希望調整門診合理量計算公式與西醫、牙醫一致，中醫總額點值將降至 0.8，殺傷力太強，可否再討論一下，並提出大家都可接受的方式。

鄭主任委員守夏

請問付費者代表還有無意見？

蔡委員登順

針對何委員永成所提，我們當然同意可以由非協商因素自行調整，本來就可以運用非協商因素成長率。會議資料第 2 項寫得很清楚：「醫療服務成本及人口因素成長率，應適度用於調整支付標準」。所以，不會反對你們在中醫門診總額研商議事會議自行調整，這部分不用跟我們報告。

何委員永成

一、今年 5 月 20 日的中醫門診總額研商議事會議，由蔡副署長魯主持，那時我們就提出本項調整案，希望點值下降後，讓大家可以看到事實的真相。可是健保署的長官說如果不合理，就應該向健保會爭取預算。我們曾在 103 年提出調整案，但未被接受，所以今年才會再次提出。

二、若全部由非協商因素的預算(2.106 億元)調整支付標準，還不足 2.4 億元，而且提升針灸、傷科點數後，包括內科醫師的點值，都會降得很嚴重。當初服務量被縮減，經費也被刪減 2.2 億元，我們都接受了！現在品質已變好，應該要再彌補費用，否則就沒有公平正義。所以，懇請委員同意再討論。

蔡委員登順

- 一、剛剛已講得很清楚了，我們也很盡心的花了許多時間討論，如果同意，「癌症西醫治療後的中醫調理」專款項目，預算 2 千萬元就照列，如果不同意，我們也不同意本項預算。
- 二、調整支付標準的部分，剛剛已講得很清楚，我們無法同意，怕會有很大的後遺症。

何委員永成

報告蔡委員...

蔡委員登順

這是付費者的共識，我只是代表發言而已。

鄭主任委員守夏

其他項目中醫部門並未堅持，堅持的只有「修正診察費合理量計算公式之調整」項目，預算 4.5 億元。請同仁幫忙計算，如果真的要兩案併陳，是否只差這一項？

蔡委員登順

「癌症西醫治療後的中醫調理」專款，預算 2 千萬元原就沒有了！

鄭主任委員守夏

- 一、所以，「修正診察費合理量計算公式之調整」項目相差 4.5 億元，「癌症西醫治療後的中醫調理」相差 2 千萬元，只差這 2 項。如果今天中醫真的無法談成，需要兩案併陳，請將有共識的項目歸成一致，我們需要兩案的具體數據。
- 二、付費者方案中「癌症西醫治療後的中醫調理」項目的 2 千萬元

刪除，成長率會更低。希望盡可能拉近雙方的差距，如果中醫部門一開始就說清楚，並非要求一定要 4.5 億元，其中部分也可考慮以其他一般服務項目彌補，甚至今年不夠，明年再補，可能就會比較好協商，可惜已花費許多時間，再談下去將壓縮其他總額部門的時間，確實有些為難。如果付費者代表已明確表示調整支付標準的預算不能給，就很難再談下去！何委員永成如果還有其他明確方案，請問大家還有意願談嗎？

三、正如剛剛所提，中醫部門可以運用非協商因素成長率調整支付標準，逐年慢慢調整。因為調整合理量的公式本來就屬中醫部門與健保署共同擬訂會議的事，若沒有那麼多錢，可以漸進方式達成，只要沒有增加預算，付費者代表都無意見，附帶決議要用非協商因素成長率的費用調整。

何委員永成

一、不是這樣！我們是以兩種方式合併處理。101 年因為量的萎縮被扣減 2.2 億元的費用，現為提升品質，希望以較公平的方式處理，所以不堅持需要 4.5 億元，也可以用今年非協商因素的金額來彌補部分費用，或以 2、3 年的預算來調整都可。只希望中醫能與西醫、牙醫部門採用一致公式，付費者代表可能擔心西醫、牙醫部門會要求比照辦理，其實此顧慮是多餘的。我們並未調整支付標準的診察費，只是將計算公式回歸正常。

二、調整合理量的公式，資金缺口是 4.5 億元，我們內科願意犧牲沒關係，但合理門診量的調整是無法切割的，不能只拿 2 億元補足，而不管其他項目。我回去可以說服內部，但不能都不編列預算，針傷科醫師已爭取 20 年了，並高額折付多時，為何計算合理量還要再打折，他們無法接受，未來學士後中醫師都不願意做傷科，這是我們所擔憂的。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

- 一、中醫部門已談這麼久，建議接受付費者方案。大家很堅持「修正診察費合理量計算公式之調整」項目，不同意編列預算，因為會衍生許多內部及外部的問題。這不代表 4.5 億元的預算都完全沒希望，只要中醫可以慢慢向社會大眾溝通，以後也許可以爭取到經費，但還未溝通前，就要求編列 4.5 億元預算，很困難！大家都同意你們以非協商因素成長率去補足，至於其他專款項目，大家也沒有特別意見。
- 二、我們內部討論最大的共識是，中醫內部應有研究機制，定期分析數據，這部分應予加強。各項專案計畫都要有詳細數據，因為西醫、牙醫部門都有詳盡的數據基礎，但中醫的實證資料較不足。總額評核會時，西醫及牙醫的研究報告都講得很清楚，但中醫部門這部分較弱，無法說服評核委員，而且健保署的看法與中醫部門草案也有很大差異。如果能加強這部分，中醫的未來指日可待，剛剛付費者內部會議時討論很熱烈，這是我們一致的看法，希望中醫部門可以含淚接受。

鄭主任委員守夏

- 一、參加協商過的委員都知道，可以協商成功的，基本上都是雙方各讓好幾步，最後大多含淚接受。到目前為止，我們還未看過歡歡喜喜接受的。
- 二、跟中醫部門代表報告，102 年的非協商因素成長率為 2.46%，103 年為 1.417%，但今年非協商因素成長率只有 0.978%，若中醫代表期望今年成長率可以比去年高，或與去年相同，雖然協商因素可以談判，但非協商因素本已較低，所以，真的很困難。
- 三、請大家再參看螢幕上試算的資料，非協商因素已確定，一般服務項目之「支付標準調整-調整藥事服務費」、「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」等項目，都沒有問題。雙方最大的差異在「修正診察費合理量計算公式之調整」項目，

預算 4.5 億元。試算後，付費者方案一般服務預算增加 2.379 億元，中醫部門則增加 6.879 億元。專款項目，有共識的部分，就跳過去不用看，其中「中醫助孕醫療加成給付」項目，付費者已同意列入專款，所以，付費者方案的總增加金額為 2.92 億元，中醫部門為 7.419 億元，兩邊最大的差異，還是在此 4.5 億元。今天若要談出共識方案，難度太高，如果中醫部門可以早點提出折衷的相對方案，還有機會協商，但現在時間已占到其他總額部門，建議現在暫停討論，如果兩案併陳，付費者方案的「癌症西醫治療後的中醫調理」項目，就不編列。

蔡委員登順

如果中醫部門同意付費者方案，「癌症西醫治療後的中醫調理」專款項目的 2 千萬元才可以加上。

鄭主任委員守夏

好！兩案併陳的內容大致如此。現在休息 5 分鐘，準備進行下個場次，時間不早，請同仁同時發送便當，謝謝！

參、104 年度總額協商—「『中醫門診總額』(103 年 9 月 27 日) 再次協商」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

各位委員、健保署同仁，昨天協商的氣氛還不錯，散會前有 3 個總額部門加上其他預算都已談成，只有中醫部門未談成。中醫部門表示願意再談一次，所以今天正式委員會議前，挪用 30 分鐘，就中醫部分再協商一次，如果還是談不成只好報部核定，可以嗎？(委員表示同意)請何委員永成。

何委員永成

- 一、先提出程序問題，感謝大家讓我們有機會再次協商。昨天晚上 10 點多，中醫的會務人員傳訊息給我，說中醫部門已成為叛逆的么兒，其他總額部門都已談成，僅中醫部門沒有。由於昨晚過於緊張，一夜難眠，今晨 3 點多就起床，所以，今天一早就趕過來，非常感謝各位！
- 二、事實上中醫部門與大家一樣，我擔任理事長是一種責任與使命感，就像干委員文男對政府應負擔 36% 健保總經費，卻可能有少付的情況，非常堅持要釐清。大家都希望台灣的健保可以做得更好，可以永續經營，其實我們的理想、目標都一致，只是有些看法不同，中醫部門願意以最高誠意接受大家的指教。

鄭主任委員守夏

- 一、今天的會場布置是委員會議形式，不是對等協商，因為臨時挪一點時間給中醫部門，希望還是可以用對等的原則及態度協商。
- 二、昨天協商卡在那裡，我們今天就那裡開始，再往下試試看。首先請何委員永成表示，在哪些項目有所讓步，再看看付費者代表是否願意接受。請何委員永成。

何委員永成

- 一、昨天溝通落差較大的是「修正診察費合理量計算公式之調整」

乙項，我們見賢思齊，接受何委員語建議，比照西醫等其他部門，將本項改列為「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目，請幕僚呈現我們修正的資料。再次強調，中醫部門目前在外科方面，特別是針灸、傷科的比率，已達 80 比 20，傷科一直在萎縮，因為做一個案件只得到 200 點，但卻可能被核減 1 萬點，未來學士後中醫系畢業生寧願選擇醫美、減肥等服務，而不願意投入針灸、傷科領域。

二、103 年將傷科治療的支付點數調升 10 點，約花費 1.7 億元，傷科從 200 點調至 210 點，還是不符合成本。中醫與西醫、牙醫有不一樣的診察費合理量計算公式，希望可以調整為相同。至於委員所顧慮中醫傷科的管理問題，我們會好好監督、改善，讓它正常發展，委員所指教的，我們一定全力配合。

三、其實執行針灸或傷科的治療處置費，至少應該調至 230 點，實際上也不是實支 230 元，因為支付時還要打 95 折。我們認為傷科處置給予 230 點，不算是昂貴的醫療支出，所以，中醫部門打算提高針灸、傷科的處置費約 20 至 30 點，讓針灸、傷科的醫師都有合理、公道的執業環境，請醫療院所寫切結書，保證全程由醫師親自處理，這樣不但可提升針灸、傷科的醫療品質，利用率也不致一直下降，可否同意以這樣的方式處理？請委員指教！

鄭主任委員守夏

請何委員永成再次確認各項數據與付費者方案不同的部分。再看最後中醫部門的成長率有多少。

何委員永成

101 年針傷科的服務量，以增加 20 點估算，大概需 3.5 億元，因為今年調升 10 點，就用掉去年 1.7 億元左右。昨天所提 4.5 億元，扣減 1 億元後為 3.5 億元；至於品質部分，請李協商代表豐裕報告。

李協商代表豐裕

- 一、各位委員大家早！中醫傷科部分，昨日委員質疑，主委也說明，因為過去由醫師處置後，再由不具醫事資格的人員處理，所以診察費合理量無法比照西醫模式調整。經昨晚討論，已想出比較周全的辦法來導正，傷科處置還是全程由醫師親自執行，或經醫師診療後，後續再由合格的醫事人員處理。
- 二、依我們觀察，70~80%的中醫師都非常守法，親自執行傷科處置，至於未達標準部分，就依何委員永成所說，用不同代碼，讓院所切結，並由健保署及各區中醫執委會共同監督，以不定期訪視等模式，逐步改善由中醫師親自執行傷科處置，期望在3~5年內，能100%達成由中醫師親自執行。
- 三、請委員支持我們所提方案，採分級給付的精神，診察費再提升20點，讓親自執行傷科處置的中醫師，得到較公平待遇，拜託委員支持！

鄭主任委員守夏

中醫已清楚說明，要爭取的是「修正診察費合理量計算公式之調整」項目。請謝委員天仁。

謝委員天仁

目前還有幾位付費者代表委員尚未到場，由於之前並未收到任何再次協商的通知，程序上，應請幕僚連絡尚未到場的委員。

柯執行秘書桂女

幕僚已在連絡。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

- 一、主席、各位委員，我今天怕比謝委員天仁晚到，所以很早就起床，真的5點多就起床，不敢睡覺！明天是教師節，藉此機會，

先向鄭主任委員守夏等幾位擔任老師的委員致意！祝教師節快樂！（因尚未到場的付費者委員剛好進場，因此所有委員鼓掌）我發現遲到的人掌聲最多！對醫師、律師無法祝賀，因為明天不是醫師節、律師節。

二、昨天也想到一件事，健保總額協商，是在幫別人分配錢，我發現健保會委員都是呆人，因為健保的「保」字，是「人」字旁，右邊一個「呆」字，所以醫生及委員都是呆人，搶這些錢，搶來搶去，分配大餅。

三、5年前我就建議中醫，希望將醫療相片、認證、病理及研究報告等詳細完整資料，提供健保會參考。但中醫很客氣，應把中風治療前眼歪嘴斜及針灸後的成效，都呈現給大家看，心裡警惕，有朝一日自己也可能會變成這樣。

四、醫療部分，中醫沒有藥價差，而西醫有藥價差，今天報紙刊登，西醫藥價差達 40~50%，最高 70%，最少 20~30%。中醫沒有藥價差，中藥材反而一直漲價，因為國外進口藥材一直漲，中醫也賺不到藥價差。

五、對於中醫部門建議如下：

(一)修改協商項目名稱，104 年傷科治療總筆數，不超過 101~103 年總筆數的平均，成長率以 5% 為限。因為一定會在中醫院所旁設按摩院，很多人會接受推拿、傷科處置，付費者代表對此非常顧忌，既然如此，就以過去 3 年的平均值管控，且成長不超過 5%。

(二)其次，中醫診所要改善設備、空間，及醫療院所的形態，以科學的方式改善，全聯會應要求所有中醫師，診間應改為醫療院所的型態，而不是在家看病的模式，這點很重要。

(三)全聯會應成立研究小組，將病理論述、醫療成果、臨床實證等，以完整的數據、相片做成報告，提供付費者參考。希望中醫朝科學化、科技化、數位化方向，才能有很好的管理型態。

六、支持重新協商中醫門診總額，因為成長率未達行政院核定的成長率下限，昨天付費者方案的成長率只有 1.4%。

鄭主任委員守夏

謝謝！基本上大家都同意重啟協商，現在開始進行。看起來，剛才何委員語的意見，還不是付費者代表的結論。請何委員永成將訴求再講一次，若只有剛才所提的項目，則比較容易聚焦。建議雙方各自帶開進行內部討論。請何委員永成再看一下，除了剛才所提項目，還差哪幾項？

何委員永成

謝謝主席！昨天蔡委員登順建議將「中醫助孕醫療加成給付」編列在專款項目，因為患者調理身體 6 個月，到懷孕、生產過程，時程需 1~2 年，明年可能還無法完成，所以希望「中醫助孕醫療加成給付」項目列在一般服務，此對真正需要鑽研婦產科的中醫師具有鼓勵作用。還有，剛才強調的項目，修改名稱後，能加強醫療品質，讓中醫部門正常發展。

鄭主任委員守夏

- 一、請問付費者代表，有無需請教中醫部門的事項？(未有委員表示意見)
- 二、現在中醫部門的訴求，第一，比照西醫基層、醫院部門，編列「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目，內容如剛剛所說，用以改善針、傷科的治療處置費或合理門診量，訴求不變，只是修改名稱。第二，希望將付費者代表同意編列專款的「中醫助孕醫療加成給付」項目，列在一般服務。
- 三、請參看投影螢幕，現在雙方總成長率分別為 3.187%、1.571%。付費者方案 1.571%，尚未達行政院核定總額成長率的下限 1.772%，遵守遊戲規則，成長率須達下限。請蔡委員登順。

蔡委員登順

我看直接進入主題，不要講客套話，因為時間有限...

鄭主任委員守夏

等一下，請問蔡委員登順，付費者代表是否需闢室密商？

蔡委員登順

- 一、不是，回應何委員永成幾個問題。昨天已清楚表達，反對傷科持續發展，他還在講增加傷科點數，還想再朝具醫師資格人員或合格的醫事人員來處理，用不同代碼申報。再次強調，4年前我們就反對，目前為止還是有意見，傷科處置再無限擴大，後果將更嚴重。昨天已講得很清楚。
- 二、還有，為何昨天要求將「中醫助孕醫療加成給付」列在專款項目，因為要有成效，試辦計畫做不好，明年就退場；做得好，當然可以移列一般服務。103年「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」項目，移列一般服務項目後，成效不佳，馬上要被扣減1千800萬元，你們願意這樣嗎？所以，建議新增計畫，先編列在專款試辦看看，成效好，再移列一般服務。先不要預告有那麼多成效，之後檢視會出問題，列在專款項目，對未來發展較好。

何委員永成

謝謝蔡委員登順。

鄭主任委員守夏

請問委員，現在可以進入協商嗎？何委員永成還要再回應嗎？我想之前的說明，大家都已清楚。請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

贊成今天再進行中醫門診總額協商。昨天，中醫部門代表不贊成「配合政策提高『人口及風險因子』占率」項目成長率，但我希望今天協商，中醫部門的R值一定要往前進至10%或12%，協商過程中，希望看到中醫部門表現出誠意。昨天也看到，往前進1%，對中區的影響是1500萬元，中區有1,500位以上中醫師，對醫師的影響，1年約1萬元左右。所以，希望中醫部門能拿出誠意，人口占率前進至

10%或 12%。

鄭主任委員守夏

現在請雙方各自帶開，尋求共識，回來時就可知道有無結果，希望有好結果！時間為 5 分鐘。

(付費者及中醫部門代表各自召集會議討論約 12 分鐘)

鄭主任委員守夏

各位委員！請回座。請問付費者代表要由哪位發言？請蔡委員登順。

蔡委員登順

經過付費者代表討論的共識如下：

- 一、同意中醫部門提出「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目，增加 1 億元，但我們有很清楚的但書條款：
 - (一)不得用在調整傷科點數，若用在調整傷科點數，不另增預算。請中醫部門一定要遵守。
 - (二)再次強調，人口占率 R 值應該往前進 2%，這樣要求並不過分。
- 二、「中醫助孕醫療加成給付」項目，大家的共識是，仍列在專款項目，如剛才所提，編列在一般服務，每年都要成效報告；列在專款項目，如果試辦計畫做得好，可以移至一般服務項目，做不好就退場！

鄭主任委員守夏

付費者代表的共識非常清楚。中醫部門能否接受？請何委員永成。

何委員永成

- 一、非常感謝蔡委員登順的說明。我們尊重付費者代表所提但書，第一，不調整傷科點數；第二，地區預算人口占率部分，我們為此已開過 3 次會議，有共識往前進，但請不要設定前進 2%，我保證今年協商一定會往前進，不過還要尋求內部共識，才能

提出數據，不然回去我會招架不住，一碼歸一碼，不要綁在一起，否則很難做事。

二、蔡主任秘書淑鈴之前在健保中區分局擔任經理，應該最瞭解狀況。我雖不在中區，也感同身受，台中每萬人口有 6.58 位以上中醫師，真的要談 R 值、S 值，不是沒辦法解套，以後可到健保會報告，只要將台中市獨立出來，與花蓮一樣，或暫停特約，該區沒有中醫師出去，就不能有進來執業者。至於其他區，都可 100% 依人口占率分配，若要將南投與台中綁在同一區，費用依人口占率分配，將會導致南投淪陷，又無法拿錢補助，遊戲真的玩不下去！跟委員報告，中醫師公會全聯會真的有困難，希望不要綁在一起，讓我回去再協調，在此承諾一定會往前進。

三、大家對傷科處置仍有疑慮，好！暫時先不討論傷科部分，先把品質做好。但不能將針灸與傷科綁在一起，針灸是由中醫師全程操作，目前針灸占 8 成，傷科占 2 成，以調高針灸點數 20 點估計，預算需要 2.8 億元，與付費者代表所提 1 億元相差太多，請委員再考慮看看。

四、今年調高 10 點，就用了 1.79 億元預算，蔡副署長魯當時主持會議，應該了解，若調高 20 點，至少需要 3.5 億元。現在不調整傷科點數，僅調高針灸 20 點，則需要 2.8 億元。目前針灸支付 230 點，醫師好好做也需要成本，還有處理醫療廢棄物等。誠如何委員語所言，中藥漲價幅度，已非物價指數可以反映，有的藥一罐 800 元，不是一天 30 元可負擔。懇請委員同意，將傷科部分拿掉，僅以調高針灸 20 點來預估預算，謝謝！

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、蔡委員登順的意思並非點數不能調整，例如牙醫部門，點數怎

麼調整，我們都尊重，但不另增預算。各部門都一樣，因為支付標準是相對值問題，要調整支付標準點數，儘管調，我們沒意見，只要公平、合理，大家都能接受，我們僅表達不另增預算。

二、之前闢室密商，蔡委員登順特別提到傷科處置的淵源，在費協會時代產生很大爭執，希望中醫部門針對傷科處置服務量，妥當管理，若發現傷科處置的服務量突然暴衝，當然我們會擔心以前的情形是否會死灰復燃。這是在座付費者代表都很關切的問題，希望中醫部門能妥當處理。

三、人口占率部分，中醫部門保證可以往前進，但前進不到 2%，太低了，大家對此有點失望，沒辦法再商量嗎？

何委員永成

因為牽涉全國各分區，需慢慢協調，一時之間無法向委員承諾。向謝委員天仁報告，中醫師公會全聯會將遵照剛才何委員語的意見，明年一定對傷科處置的服務量，控制成長率在 3 年平均 5% 以內，而且，今年、明年絕對不調整傷科費用，僅替針灸科別爭取公平、合理的費用。本案較特殊，因為全聯會體認到委員很關心傷科處置的問題，所以不調整診察費合理門診量的計算公式，但因為這部分的金額很高(4.5 億元)，大家很擔心，所以退一步重新思考，只以調高針灸 20 點來估算，傷科就不談了！也保證絕對不增加服務量。

鄭主任委員守夏

付費者代表方案是 1 億元，請問何委員永成，中醫部門是多少？

何委員永成

2.8 億元。

鄭主任委員守夏

中醫部門要 2.8 億元，有辦法談嗎？

李委員蜀平

主席、各位委員，大家早！我想說的是，在台灣中醫師經營診所所有

很多的苦衷，而且很無奈，又要讀那麼多年的書。以中醫、中藥在世界的定位，有機會未來是主流，在台灣可以將中醫藥發揚光大，所以，拜託付費者代表看在何委員永成講得非常誠意，又拜託那麼多次，請各位委員，幫忙一下。

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

現在是延長協商，不收門票，所以不要占用太多時間。經過幾位委員交換意見，知道何委員永成主政中醫部門很辛苦，因為內部有不同意見，R 值往前進就可以，比率就不寫了！好不好？

何委員永成

好！謝謝大家！

鄭主任委員守夏

金額呢？

蔡委員登順

金額還是一樣，1 億元，R 值要往前進，只是拿掉「2%」。

陳協商代表俊明

懇請大家考慮，以專業角度，給這麼少的金額，醫師會沒有服務意願。另外，藥價上升已擠壓到內科、婦科的生存，要從內科、婦科撥錢給傷科，也不可能。懇請委員幫忙，讓我們對會員能有交代。

蔡委員登順

回應一下，藥價調漲，我們都知道，所以中醫部門「醫療服務成本指數改變率」每年都比其他部門高，表示衛福部有觀察到，都有實質反映，所以不要再討論了！節省時間。

何委員永成

向委員報告，現在跳樓大拍賣，剛才說 2.8 億元，我們願意再降為 2 億元，其他部分從非協商因素(醫療服務成本及人口因素成長率)

補充，調高針灸 20 點，否則沒辦法調，調高 10 點，就需要 1.79 億元，也將近 2 億元。拜託委員，給 2 億元，我們就接受了！好嗎？

鄭主任委員守夏

請問付費者代表需要再討論嗎？

謝委員天仁

抱歉！我們已經達成共識，不可能再翻案。對於是否取消傷科處置合理門診量部分，剛才討論，內部還有歧見，後來大家認為，對於中醫部門要調整點數，沒有意見，但合理門診量部分不能動，並落入協定事項，我們知道健保署很為難，所以這部分要加上去，至於金額部分，不要再談了！

鄭主任委員守夏

付費者代表有共識的部分，可加在付費者方案。請何委員語。

何委員語

因為最近幾年，中藥價格漲得非常高，不像西藥的藥價差，可以降價，中藥是無法調降的，因為進口中藥都漲得非常高。以我們的立場，可以再加一點給中醫部門，付費者代表有幾位同意增加，也有人不同意，我們再協商一下。

何委員永成

謝謝！

鄭主任委員守夏

- 一、再預留 3 分鐘討論，最後一次，如果雙方有共識就完成，如果仍無共識，就報部裁決，因為時間已超過 30 分。付費者代表要有共識也不容易，若連付費者都沒有共識，就很難談。
- 二、請問何委員永成，同意「中醫助孕醫療加成給付」移至專案項目嗎？

何委員永成

接受。

鄭主任委員守夏

請同仁將「中醫助孕醫療加成給付」移至專款項目。

何委員永成

好！接受。

(付費者委員自行召集會議討論約 15 分鐘)

鄭主任委員守夏

付費者代表已有最新結論，請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、經過內部煎熬的討論，考量各部門平衡，中醫部門在評核會的成績並不理想，希望明年加油！評核結果的分數高，則會給予 0.1~0.3% 成長率以茲鼓勵，中醫部門今年沒有拿到，比較遺憾！
- 二、內部討論結果，最大尺度只能再增加 2 千萬元，若中醫部門還不能接受，就連 1.2 億元都不增加，直接送部裁決。若中醫部門同意，還要落下但書，傷科合理門診量不得變更。

鄭主任委員守夏

- 一、聽起來，付費者代表要有共識也很不容易，請中醫師公會全聯會瞭解。
- 二、請參看投影螢幕上的付費者方案，中醫部門較 103 年度核定總額成長率為 2.124%，總金額為 22,129 百萬元；「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目，預算 1.2 億元，並有 3 點協商條件：1.傷科支付點數調整不另增預算。2.人口占率 R 值應往前進。3.傷科合理門診量規定不得變更。
- 三、若何委員永成可以同意付費者方案，就以付費者方案通過；不然，「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目退回成長率 0%，兩案併報部裁決。請問何委員永成可否含淚接受？

何委員永成

很痛苦，差太多！不過，還是欣然接受！感謝委員給予中醫部門機會，我們一定會好好努力，讓付費者及所有委員滿意！未來，我會督促各縣市理事長及 6 區主委好好努力，以報答健保會、健保署的支持。謝謝！

肆、104 年度總額協商—「牙醫門診總額」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

牙醫部門協商代表已經就座，請問付費者代表可以開始嗎？剛剛是協商中醫部門，希望牙醫部門的時間可以控制在 80 分鐘內。會議資料已列有「牙醫部門草案」與「健保署意見」，建議比照中醫部門的進行方式，先請牙醫部門代表針對與健保署意見不同的項目，提出說明，稍後雙方各自召開內部會議時，才可針對重點項目聚焦討論。現在開始計時，請陳委員義聰。

陳委員義聰

主席、各位委員及在座關心健保的朋友，大家辛苦！

- 一、感謝委員多年來對牙醫部門的指導，牙醫部門從總額支付制度開辦時成長率達 8%，至 103 年只剩 1.58%，多年來一直是個委屈的模範生。
- 二、今年行政院國家發展委員會審議結論：「104 年全民健保醫療給付費用成長範圍為 1.772%~4.75%」；又 103 年第 5 次全民健康保險會決議，各部門最後之年度總額成長率，應在行政院核定範圍。簡單地說，就是在 1.772%~4.75% 之間。
- 三、牙醫部門過去評核的結果都是「特優」或「優」級，今年評核結果之獎勵成長率為 0.3%，我們希望是實質獎勵，建議不應內含於成長率，否則以後沒人想當優等生。謹表達牙醫部門基本的立場及看法，接下來請陳協商代表彥廷報告細項部分。

陳協商代表彥廷(報告「104 年度牙醫門診總額協商草案」)

主席、各位委員，大家午安！

- 一、首先向大家報告牙醫部門今年協商的訴求，即剛才陳理事長義聰表達希望達到的目標。在資源運用方面，我們也會充分照顧國人的口腔健康。
- 二、牙醫部門相當重視國發會的審議結論，也會配合國家未來的政策發展，並站在專業團體的立場，妥善規劃國人需求較高的部

分。牙醫部門這些年來充分發揮同儕制約及專業自主管理的精神，今年評核結果為「優」級，獎勵成長率 0.3%，希望獲得各與會前輩的實質鼓勵，建議鼓勵成長率應採外加方式，而非內含於成長率。

- 三、有關「ICD-10-CM/PCS 編碼」項目，牙醫部門正努力推動，惟考量尚未全面實施，建議改列在其他預算。
- 四、針對評核委員希望扣減執行未達預期目標項目的費用，但歷年來牙醫部門有很多項目的執行成效超出預期，我們提供比原編預算更多的醫療服務，這部分建議併同考量。
- 五、「牙周病統合照護計畫」項目，以最近 3、4 年資料觀之，牙醫部門內部已自行吸收 825.2 百萬元，包括 101~103 年第 1、2 階段執行超出預算 263.5 百萬元，及 100~103 年由一般服務移列 561.7 百萬元至第 3 階段。當初提出該計畫時，大家認為會替代部分原有的一般服務，事實上，第 3 階段並未完全取代原有的一般服務項目。另「根部齲齒填補」項目，101~102 年合計執行超出預算 181.7 百萬元，希望也併予考量。
- 六、在落實專業自主管理及同儕制約部分，我們自行吸收牙體復形(補牙)點數，是全世界唯一同牙位再補率趨近零的國家，不是台灣的牙醫師特別好，而是牙醫部門自行吸收的結果，根據相關資料合理推估，這些年已自行吸收 8 億多元。
- 七、牙醫部門對 104 年總額協商的期待如下：
 - (一)「牙周骨膜翻開術開放至 C 表」，一開始是回應健保署的期待，但我們發現，目前支付點數與自費金額之間的差距相當大，牙醫部門與健保署所推估的執行量差異也很大。經彙整各方意見後，建議回歸牙醫門診總額研商議事會議及專家會議討論，再評估合理數量及支付點數，所以強烈主張本項今年暫不討論。
 - (二)「懷孕婦女照護」，大家都知道，懷孕婦女在懷孕期間口腔健康會大幅下降，適當地支持性介入可以維持渠等口腔健康，因

此建議在懷孕期間增加 1 次「全口牙結石清除」，及「新生兒及孕婦的口腔照護及衛教指導」，期待未來孕育下一代的媽媽能更健康。接下來的簡報內容，是呈現有、無執行支持性治療的懷孕婦女健康狀況，有執行時，健康指標較佳；未執行時則較差，等於之前的努力前功盡棄。我們覺得多一次照護介入，可以有很大的效益，希望委員能支持。後面簡報是有關懷孕婦女口腔健康的文獻，請參考。

- (三)「根管治療難症特別處理」，新科技、新器械可以提高難症根管治療成功率，增加牙齒被保存的機會。我們期待現在被拔掉的牙齒，將來有機會可以被保留，所以重點在保留較多的自然牙，如此可減少民眾裝假牙的自費支出。
- (四)「牙周病統合照護計畫」，感謝健保署及健保會支持增加 2 萬 5 千件，惟有關第 3 階段，過去認為照護計畫會取代原有的一般服務項目(牙齦下刮除術)，所以由一般服務預算支應。惟以執行情形觀之，計畫實施前(98 年)，牙齦下刮除術申報點數為 275,217,920 點，計畫實施後，牙齦下刮除術申報量略有下降，惟第 3 階段並未完全替代牙齦下刮除術，預估 103 年牙齦下刮除術及第 3 階段的量合計約 5 億點。目前第 3 階段專款需由一般服務額外支應 2 億多元，等於「牙周病統合照護計畫」執行量愈高，愈會排擠一般服務的預算。
- (五)「老人口腔醫療照護計畫」，我國 65 歲以上人口的口腔健康狀況大幅下降，不論蛀牙率或自然牙保存數，都呈現非常不好的結果，惟就醫率卻不高，因此我們提出本項計畫，主要針對失能或無力自行就醫的長者，提高其就醫可近性，期待可以確保國內長者的就醫權益，使其保有更多的自然牙。
- (六)「比照西醫基層診察費」，要強調的是，牙醫看診的時間較長，以同樣時間，看診量會較其他部門少，目前診察費的支付點數並不合理。很多牙醫師在看診時，不一定會執行

很多處置，若有處置，當然可以再申報處置費，惟同樣屬診察，為何牙醫診察費用相對較低？希望委員能支持本項。

鄭主任委員守夏

請付費者代表針對牙醫部門報告的重點提出詢問。請林代理委員敏華。

林代理委員敏華(張委員永成代理人)

- 一、簡報內容提到「老人口腔醫療照護計畫」，衛福部社家署已於 104 年編列預算，讓 10 家老人福利機構暨護理之家設置牙科診療室，本項專款要等社家署預算通過後才可以辦理，若社家署未通過，請問如何執行本項計畫？
- 二、「懷孕婦女照護」，牙醫部門規劃在懷孕期間增加 1 次「全口牙結石清除」照護，請問是因懷孕婦女自身照護不良？還是懷孕使口腔狀況惡化所致？

鄭主任委員守夏

謝謝林代理委員敏華，請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

- 一、由於主計總處與健保署對「政府應負擔健保總經費不足 36% 部分」計算方式，在見解上落差很大，今天早上花很多時間討論該議題，委員對行政院可能的裁示，及對健保收入面的影響感到憂慮，擔心影響 104 年總額協商，所以在協商時，委員可能會更嚴謹。
- 二、牙醫部門提出的成長率高達 9.356%(總成長率)，居各部門之首。剛才牙醫部門代表提到幾項重點訴求，可是對部分項目還不明瞭，例如牙醫部門建議刪除「牙周骨膜翻開術開放至 C 表」，因牙醫部門與健保署的估算方式差異約 20 倍，有必要說明主要差異何在？究竟誰合理？
- 三、牙醫部門對於長者照顧提出兩項方案，付費者代表於上次座談

會，部分支持提供老人口腔的醫療照顧，請牙醫部門補充說明該計畫與社家署間的關係，該署能如期實施嗎？我們非常擔心執行率的問題，例如定點執行，需有相關醫療設施，請問能否配合？此外，也很關心在宅醫療的執行率能否令人放心。

鄭主任委員守夏

謝謝吳委員玉琴，請問付費者代表還有無請教？(未有委員提出)若沒有，請牙醫部門說明。

陳協商代表彥廷

- 一、懷孕婦女於懷孕期間，由於身體上的變化，讓口腔健康維護不易，導致健康狀況下降，簡報所呈現數據係整理參考文獻的資料，從數據顯示，懷孕婦女的健康狀況需要加以關注。
- 二、有關「老人口腔醫療照護計畫」，本來社家署希望我們在 103 年即能配合辦理，但因為沒有預算，才往後延，104 年需要編列相關費用，才能執行。至於如何配合，我們允諾社家署，協助提供建置牙科診療室的專業意見，由社家署負責發包；另外在人員訓練相關部分，我們也會馬上啟動。有關在宅醫療部分，我們已執行一部分案件，但不到 100 件，這部分需有明確的政策方向，不然投資下去也是浪費，委員若認為這些計畫有必要，我們會配合辦理。
- 三、有關「牙周骨膜翻開術開放至 C 表」，各位可以看到牙全會與健保署的推估差異很大，原因在於其目前屬自費項目，健保並未有基層院所的申報量，一旦開放，需求可能會很高，這部分需要審慎評估。
- 四、有關健保署與主計總處對「政府應負擔健保總經費不足 36% 部分」計算方式見解不同，在之前拜訪個別委員時有提到此部分，牙醫部門是支持的。

鄭主任委員守夏

請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、剛才陳協商代表彥廷談到「牙周病統合照護計畫」第 1、2 階段，健保署同意增加 25,000 件，牙醫部門建議第 3 階段需要增加 8,000 萬元，第 3 階段屬於既有項目，我們對「牙周病統合照護計畫」第 3 階段的執行內容不太清楚，請再詳細解釋。
- 二、牙醫部門到老人福利機構只是提供巡迴醫療，上次座談會就已提出建議，希望牙醫部門能至老人院或療養機構提供定期、定時的醫療服務，以提升老人口腔健康，這部分也請詳細說明。

陳協商代表彥廷

「牙周病統合照護計畫」第 3 階段在制度設計上訂有一些條件，首先，必須改善牙周指標；其次，要改善自我照護健康的能力，即牙菌斑清除的比率要提高。此外，還需有適度的回診機制，品質必須達到一定程度，才可以得到支付。第 3 階段的支付點數為 3,200 點，與牙周基礎治療的牙齦下刮除術 3,200 點相同，當時認為兩者有替代作用，但實際上，國人在牙周病治療的需求非常高，如簡報第 12 頁所呈現；該項服務支出淨增加 2 億多元，未來服務量若更多，就得以更多的一般服務預算支應，反而排擠一般服務原來執行的項目，屆時得透過同儕制約加以管理，擔心反而影響民眾就醫權益。

鄭主任委員守夏

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

- 一、今天上午在中醫部門總額協商時，就一直討論合理門診量，現在牙醫部門也提出類似項目，想瞭解原因，付費者代表今天上午的討論是對之完全否決。
- 二、瞭解牙醫看診時間較長，牙醫部門希望看診人次在 20 人以下的診察費，從 230 點調高至 320 點，請解釋調整原因。若合理，可再討論，但要有心理準備，可能會被駁回。需要有相當充足的原因，說服我們。

鄭主任委員守夏

先請蔡委員登順，然後請莊委員志強。

蔡委員登順

- 一、有關「比照西醫基層診察費」，其實牙醫部門與西醫基層完全不同，西醫基層處置費很少，而牙醫有很高的處置費。依健保署提供的數據，各部門平均每件診察費：牙醫 273 點、中醫 264 點、基層 283 點，牙醫顯然低了些；但平均每件費用：牙醫 1,206 點，中醫 556 點，基層 557 點，所以牙醫的費用在處置費已有反映。這部分牽涉到調整支付標準，早上與中醫部門協商時，已請中醫部門於預算內自行處理，每年非協商因素都有編列預算，這幾年牙醫部門的非協因素成長率雖然較低，不過，這是衛福部以公式計算出的結果，我們予以尊重。
- 二、陳理事長義聰提到評核結果「優」級，獎勵成長率 0.3% 要外加。可能牙醫部門對今年的成長率沒有信心，擔心要加上這部分成長率才會達下限(1.772%)，若成長率超過 1.772%，則沒有影響；除非低於下限，才需提出檢討。基本上，我認為不會有影響。
- 三、牙醫就醫率增加，就醫人數成長，可能是牙醫師數增加及預防保健服務執行較多所致，但也延伸另一個問題，有無可能因國人對牙周病治療的投資增加，但卻未改善國人口腔健康，只是造成牙醫就醫人數增加，這部分原因也要加以探討。牙周病治療每年投資這麼多金額，當然要顯現國人牙齒更健康的成果，投資才有意義，相對地，牙齒疾病患者人數也應該減少才對！

鄭主任委員守夏

請莊委員志強。

莊委員志強

- 一、牙醫部門今年提出的總成長率達 9.356%，是各部門中最高的，現在牙醫部門主動表示刪除「牙周骨膜翻開術開放至 C 表」項

目，請幕僚刪除該項費用後，看成長率還剩下多少。

- 二、簡報第 19 頁「懷孕婦女照護」，牙醫部門提出預算 1.501 億元，對懷孕期間增加 1 次全口牙結石清除照護；而健保署的意見為 0 元，理由是目前已每半年給付 1 次，等於 1 年可洗 2 次牙。請牙醫部門說明為何需要增加次數及預算？
- 三、簡報第 19 頁「乳牙複雜性拔牙」，牙醫部門提出預算 1.099 億元，健保署的建議是 0 元。幕僚補充說明有提到本項於 102、103 年總額協商時曾提出，但被拒絕，也請牙醫部門說明為何今年再提出？
- 四、中醫總額協商時，決議將「ICD-10-CM/PCS 編碼」移到其他預算，請幕僚人員將此項移列其他預算。
- 五、簡報第 21 頁「老人口腔醫療照護計畫」，牙醫部門提出預算 1.963 億元，健保署意見為 0 元。如果未通過預算，是否意謂 104 年無法執行到宅醫療？我們至牙醫院所治療時，院所都有設備、器材，例如治療椅。請問牙醫提供到宅醫療時，如何將機器設備搬至病人家裡？這部分請一併說明。

鄭主任委員守夏

請牙醫部門說明，請陳協商代表彥廷。

陳協商代表彥廷

- 一、關於「懷孕婦女照護」，以藥物為例，假如 1 天要吃 4 次，若健保署只同意一天 2 次，則不足以維持健康。目前不是未給付，是給付次數不夠，即健康照護的次數不夠，我們認為增加適當的照護，可以大幅提高懷孕婦女的口腔健康。
- 二、剛剛提到至老人機構提供醫療服務，我們目前規劃至 50 人以上的機構提供服務；社家署計畫在 10 個老人之家設置牙科治療室，其他部分則預計透過巡迴醫療的方式提供服務，「牙醫醫療資源不足地區改善方案」也是這樣執行，基本上可行。到宅醫療耗費的人力、物力較大，我們需要健保署提供協助，包

括放寬「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」，讓我們有辦法執行，目前是卡在人員訓練、設備投資及相關規定(需予放寬)。

鄭主任委員守夏

請翁協商代表德育。

翁協商代表德育

一、關於「懷孕婦女照護」，懷孕婦女在懷孕期間的口腔照護與一般人不同，因為內分泌問題，會有種種情況發生。將懷孕婦女當成一般民眾提供口腔衛生、牙周病等照護，對她們並不公平，這是提出本項計畫的初衷。假使委員對預算有疑慮，懇請能夠釐清懷孕族群與一般人不同，希望酌編預算，我們會努力執行本項計畫。

二、有關「牙周病統合照護計畫」：

(一)衛福部曾經做過調查，約有 900 萬國人需要積極介入牙周治療，現在 1 年約執行 10 萬件，差距很大。99 年因為國人需求，牙醫部門提出「牙周病統合照護計畫」，在這之前，很多醫師是收取自費，金額約 2、3 萬元，健保署曾做過調查，有資料可供查詢。

(二)「牙周病統合照護計畫」，每件經費 10,000 點，當中包括第 1、2 階段的 6,800 點，再考量既有的牙周治療 3,200 點(第 3 階段)。所以該計畫經費雖然每件 10,000 點，但其中 3,200 點(第 3 階段)係由一般服務預算支應。

(三)根據近幾年統計資料，舊有的牙周病治療(牙齦下刮除術)持續增加中，新增的「牙周病統合照護計畫」第 3 階段也仍在增加。換句話說，我們愈努力執行「牙周病統合照護計畫」，付出的代價愈龐大。

(四)剛剛向委員報告過，101、102 年的執行率達 120%，光第 1、2 階段，就多執行 2 億多元。本項計畫在 99 年時，因為執

行率不佳，牙醫部門被扣減費用，且將「牙周病統合照護計畫」移至專款，因為當初執行不佳，所以欣然接受。但經過多年的努力，說服每位治療牙周病的專科醫師，不要因為自費收取的金額高就執行，健保給付點數少就不執行，好不容易說服了，所以 101、102 年執行率很高，但這些醫師領到的點值卻僅 0.8，這是幾年來努力執行「牙周病統合照護計畫」後發現的問題，希望委員瞭解我們努力的情形，支持「牙周病統合照護計畫」第 3 階段的經費。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

牙醫部門提出的成長率已經超過高推估，總額協商原則之前已取得同意，成長率最高可到高推估(4.75%)，現在牙醫部門主動刪除「牙周骨膜翻開術開放至 C 表」，成長率還是超過 4.75%，請牙醫部門內部先調整，看哪些項目一定要保留，哪些項目則不堅持，這樣付費者代表才能再考慮。不然，你們要的我們不給，你們不要的我們給，這樣多傷感情。

翁協商代表德育

建議先從有共識的項目談起，「牙周病統合照護計畫」第 1、2 階段大家較無疑慮，第 3 階段懇求大家支持。

鄭主任委員守夏

請暫停一下。非常同意謝委員天仁的建議，扣掉「牙周骨膜翻開術開放至 C 表」及「ICD-10-CM/PCS 編碼」後，牙醫部門的成長率是 7.615%(總成長率)，基本上還是太高，就算要談也不可能，從來沒有談過這麼高的成長率，可否請牙醫部門先釋出誠意，看哪些項目較重要要先保留。牙醫部門內部宜先有共識，或者現在就有共識？還是需帶開討論？

翁協商代表德育

報告主席，我們先正向表列，較不浪費時間。先說明順序，第一是「牙周病統合照護計畫」第 1、2 階段，第二是第 3 階段，第三項是「懷孕婦女照護」，第四是老人...。

鄭主任委員守夏

能否先將可刪除的項目去掉，使成長率低於 4.75%，這樣較好談。請陳協商代表時中。

陳協商代表時中

- 一、我想這是雞生蛋、蛋生雞的問題。要我們先將成長率刪至 4.75%，然後我們認為需要的項目，你們又不給經費。
- 二、我們提的成長率當然高了些，為方便大家討論，建議如果談到最後，還是高於 4.75%，就用 4.75% 全包，就這樣就絕對不會超過 4.75%，縱使全部項目都通過，我們就全部項目都做，自行管理。

鄭主任委員守夏

如果沒有詢問，雙方各自帶開...。

林委員錫維

你們自己調至 4.75% 再來談...。

鄭主任委員守夏

對不起，現在同步進行，請兩邊各自關室密商，等談完後，先請牙醫部門說明，哪些項目可以刪減，再由付費者代表提出他們的方案。休息 20 分鐘。

(付費者及牙醫代表各自召集會議討論約 36 分鐘)

鄭主任委員守夏

各位委員請入座。請牙醫部門先說明，並請幕僚將數據呈現在投影螢幕。請陳協商代表彥廷。

陳協商代表彥廷

跟委員報告，我們對幾個項目有較明確的金額，其他項目是採打折方式計算，包括調整實施目標。

- 一、「牙周病醫療療效確保計畫」，成長率 0.081%。
- 二、「老人牙周顧本計畫」，成長率 0.624%。
- 三、「牙周骨膜翻開術開放至 C 表」，成長率 0%。
- 四、「比照西醫基層診察費」，建議編列一筆預算，讓我們用於調整難症特別處理項目，以提高牙醫品質，成長率仍維持 1.639%。
- 五、「根管治療難症特別處理」，成長率 0.337%。
- 六、「特殊口腔黏膜疾病統合照護計畫」，成長率 0.027%。
- 七、「懷孕婦女照護」，成長率 0.407%。
- 八、「乳牙複雜性拔牙」，成長率 0.065%。
- 九、「ICD-10-CM/PCS 編碼」，移列其他預算。
- 十、至於專款部分，「老人口腔醫療照護計畫」，考量社家署規劃的牙科治療室設置時間可能較晚，尊重健保署意見；配合「牙醫特殊醫療服務試辦計畫」，執行身障到宅服務，至於機構部分，希望有 8,000 萬元預算。

鄭主任委員守夏

現在牙醫部門的總成長率是 4.556%，付費者代表原來的成長率為 1.268%，是否要提高？請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

- 一、一般服務之協商因素項目：
 - (一)「品質保險保留款」，沒有意見。
 - (二)「牙周病醫療療效確保計畫」，同意健保署意見，已屬「牙周病統合照護計畫」的一環，建議不新增。
 - (三)「老人牙周顧本計畫」，已經包含於「牙周病統合照護計畫」，

建議不新增，並從衛福部心口司、國健署加強提升保健知識、確保口腔健康，朝老人有 20 顆牙的目標邁進。

- (四)「牙周骨膜翻開術開放至 C 表」，同意牙醫部門意見，不編列預算。
- (五)「比照西醫基層診察費」，剛剛已有很多委員表示，如果各部門都要比照，一旦開放，後續會沒完沒了，剛才的數據也顯示，牙醫的診療費用並不低於其他部門，建議不編列。
- (六)「根管治療難症特別處理」，建議不編列，因相關療程已有給付，不宜額外增加費用。
- (七)「特殊口腔黏膜疾病統合照護計畫」，我們看到「口腔癌統合照護計畫」的執行率偏低，擔心執行率能否達到預期目標，因為還需加強訓練相關專業人員，所以持保留態度。
- (八)「懷孕婦女照護」，委員剛剛討論不太有共識，因為一般服務已每半年給付牙結石清除 1 次，本計畫似乎會造成重複給付，但又非常關心懷孕婦女的議題，本項目前保留。
- (九)「乳牙複雜性拔牙」，相關給付項目已有加成，建議不編列。
- (十)「ICD-10-CM/PCS 編碼」，已移列其他預算。
- (十一)「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」，同意健保署意見。

二、專款項目：

- (一)「醫療資源不足地區改善方案」，同意 280 百萬元，未增加金額。
- (二)「牙醫特殊醫療服務試辦計畫」，同意 443 百萬元，也未增加金額。
- (三)「牙周病統合照護計畫」第 1、2 階段，同意健保署意見，增加 170 百萬元，金額 850 百萬元，照護人數增加 25,000 人。第 3 階段支持健保署意見，預算與去年一樣，164.6 百萬元。

(四)「老人口腔醫療照護計畫」，建議併至「牙醫特殊醫療服務試辦計畫」專款項目執行，因該計畫執行率於 102 年為 87.12%，尚有額度。

鄭主任委員守夏

- 一、請問付費者代表還有無補充說明，沒有的話，現在來看雙方版本，差異還是非常大。
- 二、牙醫部門過去 2(102、103)年的成長率為 1.421%、1.888%，目前牙醫部門建議的總成長率為 4.556%，付費者方案的總成長率為 1.090%，比原來還低。請問雙方可以怎麼辦？請陳協商代表時中。

陳協商代表時中

- 一、以付費者代表提出的方案看來有兩種可能性，一是對牙醫部門的執行非常沒有信心，另一種可能是認為我們已做得很好，不用再進步，所以不需要編列預算。希望瞭解到底是哪一種可能性？
- 二、有關「牙周病統合照護計畫」：
 - (一)我們積極爭取牙周治療相關的改善方案，付費者是否願意編列預算，我們很在乎，但沒辦法左右。
 - (二)希望消費者及各位專家瞭解，在牙周治療中，民眾真正的「需要」(need)到底存不存在？牙醫部門想改善民眾的口腔健康型態，到底需不需要？我們擔心今天由於忽視「需要」，造成幾年後民眾因為缺牙，又來怪牙醫部門沒有好好執行。我們非常願意把事情做好，也深知在進步國家，扣除假牙費用後，牙周治療費用約占牙醫整體醫療費用的 3~4 成，我們目前僅約一成多，顯然民眾在牙周的「需要」是被忽略的。
 - (三)消費者與醫療服務提供者在這部分屬於共犯結構，消費者是視而不見，牙醫提供者則不得不在這種低費用、不容易說

服病人，又要做各種訓練且不容易改善牙周病的情況下，選擇讓民眾口腔狀況惡化，然後再裝假牙，這樣會更輕鬆，醫療費用也更高，但這是我們要的嗎？

(四)我想把事情弄清楚，消費者到底有無「需要」？還是有「需要」但無所謂？我們很明確知道消費者有需要，但要想辦法喚醒民眾注意，也希望牙醫師多努力。如果大家覺得這部分不重要，也可將牙周治療這件事放棄，因為民眾覺得不重要，我們也不用花力氣說服牙醫師，更何況本項費用不足以支應需求。

(五)治療牙周病最重要的是病人要有足夠認知，才能真正治療好。消費者有體認牙周治療的重要性，健保也提供牙醫師足夠的經濟誘因，再加上適當的監督管理，才能將牙周治療做好。我要強調的是，以我們的專業，強烈知道牙周治療的「需要」是存在的，且對未來的口腔健康有幫助，希望在會議中留下紀錄，我們已盡全力提醒各位重視這件事。

三、關於處置與診斷是否是要加起來看，純粹是觀念問題，加起來看也是一個方法，有可能處置做得多，相對需要較多高鑑別力的診斷。以我的專業認知，認為診察費與處置費應該形成一定比例，而不是定額。處置費愈高，診斷的知能要求也較高，所做出的處置較合乎醫療品質，所以處置費與診斷費應該形成適當的比例，來確保診斷品質。例如：建築物的建築費用，不會因為建築費用較高，設計費就較低，個人認為處置與診斷間應維持適當比例，較符合公平原則。

鄭主任委員守夏

一、謝謝陳協商代表時中。牙醫部門建議診察費與處置費維持適當比例，這要請健保署協助試算，才有較詳細的數據，付費者可納入考慮。

二、「牙周病統合照護計畫」第3階段，雙方還差8,000萬元，我們知道牙醫部門的內控做得較好，付費者是否再酌予考量。請

蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、剛剛吳委員玉琴提到，付費者代表版本是「特殊口腔黏膜疾病統合照護計畫」及「懷孕婦女照護」兩項持保留態度，還有討論空間。
- 二、有關「特殊口腔黏膜疾病統合照護計畫」，去年「口腔癌統合照護計畫」的執行率偏低，僅 3.6%，牙醫部門的草案顯示，還要訓練 3 百多位醫師。請教牙醫部門有無信心在牙醫師的訓練上達成目標且能按照計畫執行，這部分請提出說明。「口腔癌統合照護計畫」1 年的執行率才 3.6%，要我們再給錢，說不過去。
- 三、「懷孕婦女照護」也是保留，依幕僚補充說明，健保每年可執行 2 次牙結石清除，為何懷孕婦女要再增加次數？
- 四、「老人牙周顧本計畫」的金額龐大，一般服務預算就可執行，為何還要再增加費用？請加強說明計畫內容。

鄭主任委員守夏

請陳協商代表彥廷。

陳協商代表彥廷

- 一、有關「老人牙周顧本計畫」，由於「牙周病統合照護計畫」有一些適應症規定，包括保留 16 顆牙、需有中重度以上的牙周病等，所以有相當高比率的民眾無法符合適應症，但這群人還是有治療需求，所以提出本項計畫。
- 二、「特殊口腔黏膜疾病統合照護計畫」，目前有 67 位口腔病理專科醫師及 302 位口腔外科專科醫師是已訓練好的，但仍擔心不夠，未來還需增加人力，所以規劃明年要訓練 60 位醫師，執行上還需努力，希望委員能予支持，這是沒人有意願或主動執行的項目。
- 三、「懷孕婦女照護」，教科書中寫得很清楚，針對某些特定族群

須加強照護，包括中重度牙周病患者、照護能力不足的年長者、曾做過手術者及懷孕婦女等。懷孕婦女因為生理變化，需要加強照護密度，目前健保1年給付2次牙結石清除，但若婦女在懷孕期間衍生出問題，則是用緊急處理方式，也就是發生問題了才處理，讓懷孕婦女承受高風險。為何不事先提供她們支持性處理，不要等後遺症出現才緊急處理。本項並非重複給付，而是新增醫療照護，提高懷孕婦女的健康，以孕育健康的下一代。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、一般服務的成長率都在總額內，牙醫部門提出這些項目，主要在博取大家的認同，如果認同度低，又硬要提出，無法達到爭取預算的目的。在協商中醫部門時也提到，各部門要調高診察費，我們沒有意見，但一定不同意編列預算，或許會考慮在其他服務增編一些經費。
- 二、部門認為應該調整的項目，可以盡快調整，因為「醫療服務成本指數改變率」每年都有編列預算，建議以此方式，拉近雙方距離。如果牙醫部門堅持一定要比照西醫基層調整診察費，我們很難接受！各部門都這樣搞，付費者已經很煩，增加大家無謂的爭議。假使你們願意考慮此觀點，或許我們在其他項目也會盡量考慮，讓成長率比以前漂亮！

鄭主任委員守夏

- 一、請問付費者代表對「老人牙周顧本計畫」項目，建議刪除或酌減？
- 二、「比照西醫基層診察費」屬調整支付標準項目，付費者代表建議不要提出，因為各部門都有類似項目，目前為止都未獲得同意。

- 三、「懷孕婦女照護」如果有說服力，付費者代表可以考慮看看。
- 四、「牙周病統合照護計畫第3階段」，剛剛陳協商代表時中也有很多回應，牙醫部門若有非常好的計畫，或許付費者在某些項目可再酌加。

蔡委員登順

請問牙醫部門如何回應我們所提意見？希望可以拉近雙方差距。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

- 一、牙醫部門剛才一直強調懷孕婦女照護的重要性，101年也曾提出「懷孕婦女照護」協商項目，但未獲支持；102年並未提出，今年再提出新增。過去未通過，今年若通過，可考量以專款方式，看能得到多少成果，這是我的看法。
- 二、另有關「老人口腔醫療照護計畫」，之前座談會也曾提出「牙醫特殊醫療服務試辦計畫」，執行率連續3年都未超過100%，101年80.01%、102年87.16%，103年上半年42.77%，若加下半年的執行率，大概不會超過85%。因此，本項還有經費，可以考慮增加第3項「老人口腔醫療照護計畫」，以7、8千萬元試辦，而不要另列一項，這樣可能較好處理。

鄭主任委員守夏

請莊委員志強。

莊委員志強

剛才聽到牙醫部門說明「懷孕婦女照護」，懷孕期間的婦女應洗牙3次，請問是教科書建議的嗎？

鄭主任委員守夏

某種程度付費者代表已經釋出善意，請問牙醫部門是否需進行內部討論？或直接談？若需內部討論，就先帶開...。

陳委員義聰

牙醫部門先回應。

鄭主任委員守夏

好！請陳協商代表彥廷。

陳協商代表彥廷

- 一、謝謝委員支持！請再考慮「牙周病統合照護計畫」第3階段。其雖然列在專款項目，但牙醫部門一直都以一般服務預算支應不足部分。評核委員認為執行成效不佳的項目要扣錢，但我們多做的量，卻又不編列經費；新增案件數，也不給預算，這樣有失公道，內部真的不曉得該怎麼配合。
- 二、跟委員報告，有關「老人口腔醫療照護計畫」，今年去東區訪視時，委員都有看到，不是我們做不到，而是每週服務時段若超過3個，費用會被扣減。做多了會被扣費用，做少了又說「執行成效不佳」，實在不曉得該怎麼辦！不知如何說服牙醫師繼續執行？
- 三、「牙醫特殊醫療服務試辦計畫」本來預估今年執行率可達100%，只因為行政管理要求，讓服務量看起來萎縮，但實際上並未萎縮，服務人數還在增加。我們一直覺得大惑不解，若以費用控管為主軸，我們只能配合，因為預算只有這麼多，可是若在還有經費的情形下，仍有種種限制，以後執行率就會打折。健保署應該有看到牙醫師的反彈聲浪很大，做一半就因限制而停下來，難道要讓身障者再跑一趟嗎？請大家好好考量。
- 四、在宅醫療部分，同意健保署建議，配合「牙醫特殊醫療服務試辦計畫」執行，但至老人機構提供醫療服務需要建立制度，且服務對象不同。年長者無就醫能力，而身障者的牙醫醫療服務有加成，兩者怎能混為一談？這是國家未來的重要政策嗎？看起來不像，因需要投資更多人力、物力，方案的預算可能不夠，又要大家努力執行，會有問題。請委員考量，我們是為建立一

個長久發展的制度，且服務對象不同，衡量執行力，建議調整「老人口腔醫療照護計畫」預算至 8,000 萬元，我們已經很務實，若未編列預算，現行提供身障者醫療服務的牙醫師意願將受影響，我覺得萬萬不可，一旦他們不做，沒有醫師會願意提供這部分服務。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

這樣協商會很緩慢，付費者剛剛已經釋出善意，牙醫部門能否接受？這樣才能繼續談下去，否則各言爾志，沒有用！還是卡在金額。協商時要有進有退，才能繼續。

蔡委員登順

剛才已經提出幾個意見了！

陳協商代表彥廷

我們需要內部討論。(蔡委員登順、謝委員天仁：對，內部討論一下！)

鄭主任委員守夏

個別帶開召開內部會議 5 分鐘。

(付費者及牙醫代表各自召開會議討論約 23 分鐘)

鄭主任委員守夏

謝謝大家。請牙醫部門將內部共識...，還是付費者代表要先說明？

林委員錫維

我們先報告。

侯委員彩鳳

付費者代表應該先講才對！不然會被耽擱，先聽聽我們的意見。

謝委員天仁

不要，先讓牙醫部門說明。

侯委員彩鳳

這樣一定又有事！

謝委員天仁

沒關係！

侯委員彩鳳

真的不要再關室討論了！

鄭主任委員守夏

都可以。請牙醫部門說明。

林委員錫維

沒減什麼啦！就看牙醫部門同不同意！

侯委員彩鳳

對啊！

莊委員自強

我也覺得！

侯委員彩鳳

牙醫部門還要講什麼？

鄭主任委員守夏

如何？

吳委員玉琴

我們先說明。

鄭主任委員守夏

請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

一、剛才付費者代表為牙醫部門考慮很多，一直內部調整，以符合行政院核定之總額範圍下限(1.772%)。付費者代表已經盡最大的努力，請了解我們的善意，謹代表報告剛才討論的結果：

(一)一般服務之協商因素項目：

1. 「牙周病醫療療效確保計畫」及「老人牙周顧本計畫」，兩項合併，建議編列 147.5 百萬元。
2. 「比照西醫基層診察費」，同意調整牙醫診察費 20 點，但要在額度內自行調整，建議不編列預算。
3. 「特殊口腔黏膜疾病統合照護計畫」，同意參考牙醫部門所提 1,000 萬元，希望能落實執行。
4. 「懷孕婦女照護」，大家覺得很重要，應予支持，但希望列在專款項目，經費 8,000 萬元，其中有關「孕婦口腔衛教指導 200 點」，建議不支付。

(二)專款項目：

1. 「牙周病統合照護計畫第 3 階段」，經過牙醫部門說明，對於所提增加 8,000 萬元，予以尊重。但委員均提及，雖然已有「牙周病統合照護計畫」，但還是常有民眾自費情形，建議牙醫師公會全聯會應全面宣導，牙周病治療係屬健保給付項目，希望健保署能有違規查核機制，若有民眾舉發收取自費情形，明年就不增加預算。
2. 「老人口腔醫療照護計畫」，如何委員語所建議，併入「牙醫特殊醫療服務試辦計畫」，經費 8,000 萬元，惟「牙醫特殊醫療服務試辦計畫」不增加預算。

二、以上為付費者代表所做的決定，年度成長率應已超過 2%。

鄭主任委員守夏

一、謝謝吳委員玉琴。

二、請參看投影螢幕，較 103 年度核定總額成長率為 2.140%，校

正投保人口後總成長率為 1.916%，已比開始談時高出很多。
請問牙醫部門，是否願意接受付費者代表的善意？請陳委員義聰。

陳委員義聰

感謝所有付費者代表對牙醫部門的善意，唯一要拜託的是「懷孕婦女照護」項目不要改列專款，應列一般服務，因為教科書都說要每 3 個月照護 1 次，這是我們專業的建議！希望付費者代表成全，各退一步，金額也不高，請將「懷孕婦女照護」編列在一般服務項目。

謝委員天仁

我們可以接受！

蔡委員登順

那我們就同意！

陳委員義聰

「懷孕婦女照護」列在一般服務項目，謝謝大家！

鄭主任委員守夏

非常好！恭喜！牙醫部門達成共識。請參看投影螢幕，「付費者版本」就是共識版本，校正投保人口後總成長率 1.916%，較 103 年度核定總額成長率 2.140%，總金額為 39,175.6 百萬元。感謝牙醫部門及付費者代表的努力！休息 5 分鐘後換下一場。

伍、104 年度總額協商－「醫院總額」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

一、接下來進行第 3 場次醫院總額部門協商。醫院總額占總體醫療費用約 65%，是費用最高的部門，相對也較複雜，尤其涉及各層級醫院，經營立場與困難皆不相同。依慣例，醫院總額的協商時間包含門診透析服務，共 170 分鐘；在醫院與西醫基層總額部門協商中間，有安排一段時間討論門診透析服務費用。醫院部門有準備簡報，先請醫院部門代表報告，之後再開放詢問。

二、現在開始本場次的協商，請醫院部門代表綜合說明。

林副秘書長佩菽(報告「104 年度醫院總額協商草案」)

謝謝主席、各位委員，午安！

一、謹代表醫院部門報告 104 年醫院總額成長率及項目，先就醫院部門與健保署的差異項目進行說明。

二、一般服務之協商因素項目：

(一)「新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)」，預算與健保署相同，均為 22.88 億元，惟醫院部門建議移列其他預算項下。主要原因係新醫療科技對醫療費用的影響具遞延實現的效果，當年度並不會產生費用問題，但第 2 年以後費用就會上升。投影螢幕顯示的，係引用健保署的資料，以 98 年所收載新藥為例，99 年較 98 年費用增加 15 億元，費用逐年增加，新醫療科技納入後，約要 4~5 年時間費用才會平穩。為避免對醫療費用產生太大衝擊，建議將本項移列其他預算，專款專用。

(二)「補足 102 年修訂 Statins、Lucentis 之藥品使用規範所增加的費用」，建議編列 15 億元。依健保署提供的資料，102 年放寬給付規定後，推估費用增加 15 億元，這部分等一下會再補充說明。

- (三)「強化醫療資源支付合理性」，配合衛福部政策方向編列 25 億元，今天會議資料第 116 頁，亦有 104 年度健保總額協商政策方向的相同陳述，也請專家學者及付費者代表支持本項預算。
- (四)「因應勞動條件改變，造成醫院營運成本增加之費用」，編列 20 億元，本項係配合國家政策所增加的成本。以中型醫院人事費用占 55% 估算，約需 380 億元，我們僅提列 20 億元預算；這部分包含目前配合衛福部及健保署的相關行政作業，這些行政作業都在醫院執行，希望能適度獲得補貼。
- (五)「其他醫療服務利用及密集度之改變」，參考林副教授文德在醫療服務成本指數方面的研究，現行「醫療服務成本指數改變率」僅對價格變動校正，未對量的變動進行校正，但總額支付制度為上限制，所以應就總額的預算數與實支數進行檢討；另為維持提供恆常的醫療服務，希望對醫療費用不足的部分，能於協商因素中反應。

三、專款項目中，與健保署較大差異項目為「ICD-10-CM/PCS 編碼」，醫院部門希望編列 5 億元，因為美國已花費超過 2 千萬美金，至今仍未完成。台灣若實施，是全國的醫院都會受影響，目前無法估計轉換成本，因為疾病分類人員嚴重不足，從 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS，須增加 1.5~3 倍的工時，且依醫院規模大小，須修改程式約 150~1,500 支不等，目前全國醫院約 74% 仰賴外部資訊廠商支援，預期將會產生非常龐大的費用，考量本項係配合國家政策，希望能給予醫院適度補貼。

四、今年醫院部門提出的版本，較 103 年度核定總額之成長率為 4.741%，健保署版本為 3.765%。以上報告。

鄭主任委員守夏

謝謝！目前醫院與健保署所提版本，較 103 年度核定的醫院總額分別成長 4.741% 與 3.765%，較前一場牙醫部門所提成長率，雙方數

據較為接近。請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、主席、各位委員，身為醫院協會理事長，特別強調，「醫療服務成本指數改變率」的計算基礎與數值皆不恰當。
- 二、醫療服務成本指數的意涵，一為消費者物價指數(Consumer Price Index, CPI)的成長，另一為人事費用的成長。之前多次於委員會議中強調，醫院有其特殊性，人事成本與一般服務業並不相同，大家認為目前只能依現有公式計算，我們被迫無奈接受，但仍要再次重申，103年醫院的「醫療服務成本指數改變率」為-0.194%，104年則為0.091%。台灣物價、水電費與油價一直成長，這些項目都會影響醫院營運，我們的人事費用呈現高幅度成長，非僅護理人員的薪資成長，連藥師、醫檢師、放射線師等醫療專業人員的薪資也都有成長，惟104年「醫療服務成本指數改變率」僅0.091%，連千分之一都不到，103年甚至負成長。
- 三、目前我們只能接受現行計算公式，但懇請委員於協商時，相對考慮如果這項費用扣減、那項費用也扣減的話，可能會影響台灣廣大醫院的營運。在此特別提出，讓委員了解為何現今醫院的經營者都笑不出來，因為沒支給足夠費用，我們辛苦培育的醫師被其他國家高薪挖走，很多醫院是在經營困難的環境下努力營運。

張協商代表克士

主席、各位委員，再簡單補充說明。

- 一、查過資料，8月份的消費者物價指數(CPI)是2.07%，全年預估1.42%，與104年「醫療服務成本指數改變率」0.091%，差異很大。
- 二、「新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)」項目，跟付費者代表報告下列事項：

- (一)102年8月1日健保署放寬 Statins 使用規定，該藥係用來降低膽固醇。102年底美國心臟學院(ACC; American College of Cardiology)及美國心臟學會(AHA; American Heart Association)又公布了新的治療準則，進一步放寬使用標準，主要係發現該藥不僅可降低血脂，還能顯著地預防心血管疾病及降低死亡率，甚至對於常見的心律不整(如心房顫動)也有預防效果，預期未來適應症及使用標準會再放寬。
- (二)健保署對於高價藥品應進行財務影響評估，去年8月1日才放寬，今年第1季已支出21.92億元，相較102年季平均16.5億元，相差約5.42億元。
- (三)本身是心臟科醫師，依過去經驗，在心臟科所開立的藥品中，最容易被核刪的項目之一就是降血脂藥，一方面因屬高價藥，另一方面也因其有很多使用規定(criteria)，故大部分的心臟科醫師在過去對開此類藥品非常審慎，擔心被核刪。我認為去年放寬給付規定後，大部分醫師仍不太敢依新用藥規定開藥，仍在觀望中。但今年第1季，已成長這麼多，相信真正的成長才要開始，今年對財務的影響，絕對不止目前所看到的，即依第1季推估今年將可能超過20億元，實際應不只這樣。再加上使用該藥須抽血檢查低密度膽固醇，此也將增加費用。雖然健保署有提供資料，但我覺得真正的使用狀況尚未呈現。
- (四)健保署提到未來5年會減少心血管、中風等疾病，但這些是未來5年的事，現在預算就已不夠，未來5年的事很難評估。且本來可能會死亡的人，因使用該藥後，有些可免於發生心血管疾病、中風而延長壽命，但這些人可能發生其他疾病而需要更多醫療資源，且年紀愈大需要愈多，依據資料顯示，65歲以上人口的占率約一成多，但其醫療費用卻占近4成，因藥物放寬使用而存活下來或延長壽命的人，其所需花費的醫療費用也相當高。整體而言，目前的數據嚴重低估，而且

22.88 億元還包含特材，光降血脂一項藥品的費用，就已超過此數據了！

鄭主任委員守夏

醫院代表還有無補充。請羅協商代表永達。

羅協商代表永達

- 一、主席、各位委員，這次大概是近幾年來，醫院與健保署版本最接近的一次。我們也非常體恤整體社會的經濟狀況，這次有幾個較重要的焦點，第一為「新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)」項目能否移列其他預算，原因很簡單，剛張協商代表克士也有提到，健保署藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議資料中，提出幾個數據讓我們很害怕，102年8月放寬降血脂用藥規定後，以每季平均增加藥費乘以4季預估，1年約需15億元；另今天的補充資料，健保署提到推行新版的降血脂藥物給付規定，預估未來5年雖然會增加很多支出，但追蹤5年後，預估藥費可節省14.5億元、追蹤10年可節省31.7億元；即使真的如此，錢也不夠，更何況都尚未發生。Statins 1年就要15億元，追蹤5年才節省14.5億元，數據大家手上都有，代表什麼？就是醫界一直很擔心的。
- 二、大家可能不知道，Statins 過專利期與否，價錢差異很大，一顆livalo要價50幾元，我現在也吃這種藥，早期吃冠脂妥(crestor)比較便宜，因已過專利期，在早期還有更便宜的藥。問題是大家希望用什麼藥品，新藥具降血脂及副作用少的好處，但目前放寬用藥規定並未限制用那種降血脂藥品，所以價差愈來愈大，請不要逼醫師不敢開好的藥品。
- 三、新藥、新醫療科技本為造福人民，理當提供充分的財源，若一開始就限縮費用，雖然放寬用藥規定，醫師也不敢使用，仍會用較不好的降血脂藥品，因不知後續影響。5年的預估與我們想像的竟差距10幾倍，這種情況下，要醫院如何執行？所以我

們才會建議移列其他預算，經審慎評估5年後再納入醫院總額，此也符合使用新藥、新醫療科技的目的。這是今年醫院很重要的一項訴求。

四、「補足102年修訂Statins、Lucentis藥品使用規範所增加的費用」，剛都以Statins為例，因很明顯。在這裡說個小故事，當年秦始皇派人去日本找長生不老藥，目前醫界都認為是Statins，它有很多好處，也是日本人發明的，有人開玩笑說Statins就是當年找的長生不老藥，以上是在新陳代謝科的醫學演講中提到的。這項藥品被發現有很多好處，初期也有很多副作用，愈新的藥副作用愈少，但相對較貴。我們從LDL<130 mg/dL，放寬至<100 mg/dL，現在又說要<70 mg/dL，到底要不要追求國民健康？但又僅編列這樣的預算。

五、以上是醫院部門2項很重要的訴求。希望「新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)」項目先移列其他預算，5年後再依統計分析結果移回醫院總額；另希望「補足102年修訂Statins、Lucentis藥品使用規範所增加的費用」，讓醫界可以使用更多新藥、新醫療科技來照顧民眾。

鄭主任委員守夏

醫院代表還有無補充。請童協商代表瑞龍。

童協商代表瑞龍

一、謝謝主席，各位委員、列席的長官。補充說明，剛剛主席提到我們今年預算編得較以往好，因自己有酌量過，今年大總額的成長率上限為4.75%，醫院提出的成長率為4.741%。

二、再補充說明「ICD-10CM/PCS編碼」項目，台灣病歷資訊管理學會曾邀請美國人來演講，邱部長文達、蔡主任秘書淑鈴、李副組長純馥皆有參加。部長並當場答應等美國正式實施1年後，我們再上路。剛剛醫院協會林副秘書長佩菽提到美國花了美金2千萬元，至今也尚未完成，可見這是很複雜的工程，光這項

最少要花 20 億元，醫院協會只編列 5 億元，其實 5 億元可能做不來，因太複雜了！美國都尚未完成，若 104 年實施，會帶給醫院很大的困擾。

三、醫院部門今年預算編列已很客氣，只希望協商順利，不要花那麼多時間，所以自行將費用砍低了！拜託大家能給予 4.741% 的成長率。僅舉其中一項說明，因剛才醫院協商代表已說明過。謝謝大家！拜託大家！

鄭主任委員守夏

請劉代理委員碧珠。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

有關 Statins 部分，去年同樣的協商場合，楊理事長漢涑曾一再提出，且醫界於去(102)年 8 月放寬適應症時也曾表示，依健保法第 26 條規定，增加給付內容應有相對財源，記得去年協商時，付費者代表也認同醫界代表的陳述，但因無相關數據，來不及處理。今年我們很有誠意以健保署提供的資料計算，建議編列 15 億元，單純補足去年放寬適應症後應該要補給醫界的費用，沒有財源就不應該放寬適應症。15 億元並非漫天喊價，是理性地依相關數據計算而得，今天會議一開始，付費者代表也提到應依法處理，我們希望能依健保法第 26 條，補足放寬 Statins 及 Lucentis 適應症所增加的費用。

謝協商代表景祥

一、有關新藥，健保署歷年來都說可以藥價調整節餘款支應，今天的補充資料，仍是相同說法。102 年藥費超出支出目標 56 億元，須調整藥價，又要將藥價調整節餘款拿來支應新藥，邏輯很奇怪！藥價超出目標額度，很重要的原因，是三高與癌症用藥大幅成長，卻無法管控，而三高用藥成長是醫療進步的象徵。以糖尿病為例，過去未進行個案管理，服藥遵從率僅 3 成，個案管理後，可達 60%~70%；不僅如此，糖尿病最老的藥 1 顆 2 元，效果很好，大家都在用，但新的治療指引(guideline)規定，

服用該藥後可能會造成低血糖，年紀較大的患者不適用，另也可能會讓病人體重增加，太胖的人不適合。問題來了，很多糖尿病人都有肥胖且年紀大的問題，病人本來吃 1 顆 2 元的藥，現在變成改吃 1 顆 20~30 元的藥，且國內及國外的糖尿病治療指引都這樣規定，讓藥費無法控管，一旦超出目標值，就要調降藥價，醫界本來是為病人好，結果反而影響自己。

二、坦白講，醫院在點值這麼差的情況下，若無藥價差，會通通活不下去。調整藥價就算了，調完後，又說有節餘款，要用來增加新藥，新藥納入後，又讓我們的藥費超出目標，再來調整藥價。除非醫師都不開新藥，這樣搞下去，變成做愈好就愈慘。我覺得以藥價調整結餘款支付新藥的說法，從來都行不通，單看三高用藥就可了解。

三、這次希望不要像去年一樣，夯不隆咚都沒人知道其影響，新藥該編多少預算就編多少，並應持續追蹤，例如引進新藥後 1 年、2 年、3 年、4 年、5 年、10 年後對醫療費用的影響。

鄭主任委員守夏

前面的委員或協商代表已提過的，為節省時間，請不再重複，現已用了 26 分鐘，本段提問與意見交換的目標時間為 30 分鐘。請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、非常感謝付費者代表，從早上到現在很認真地協商各部門總額預算。剛剛已提過的，就不再贅述。這裡有些資料，101 年人口數成長，尤其 65 歲以上老年人口數占率為 10.9%，其使用 1,500 億元以上的醫療費用，約占整體醫療費用 39.93%。醫院 1 年 3 千多億元預算要照顧台灣 2,300 多萬人，大家應曉得醫界有多麼辛苦，努力地在為民眾服務。

二、醫院從 91 年到現在，從未有某季的點值為每點 1 元，都是小於 1，甚至 0.8 幾，還曾發生浮動點值 0.2~0.3 的情況。想請教

各位，大家的薪水有像這樣被折扣嗎？醫院已被折扣 13 年，希望大家將心比心，我們大家有善良之心來照顧台灣民眾的健康，也請大家以愛護的心來照顧我們醫院同仁，這是最重要的宗旨與目標。謝謝！

童協商代表瑞龍

再補充 1 分鐘，1 分鐘就好。

鄭主任委員守夏

好。

童協商代表瑞龍

醫院部門的「醫療服務成本指數改變率」為 0.091%，牙醫與中醫分別為 0.260%與 0.477%，醫院服務成本理應較上開兩部門高，但成長率卻僅 0.091%，顯然有誤，其對醫院的影響很大，我們受傷太多，主席能否予以說明。

鄭主任委員守夏

一、醫院部門的「醫療服務成本及人口因素成長率」，102 年為 3.128%，103 年為 1.909%，104 年為 2.128%，有時高、有時低。林副教授文德正進行醫療服務成本指數的相關研究，曲司長同光也答應會再召開會議討論。其為落後指標，落後 1~2 年，這沒辦法，今年的數值較低，也許明年就會回升，沒人知道實際情形。

二、目前為止，因尚未有更好的計算方式，只能沿用以往算法，如果有醫院過去 1 年成本增加很多的明確資料，而不是 0.091%，則可請付費者代表於協商因素中酌予考量，童協商代表瑞龍應是這個意思，我替您說明了！時間已超過 30 分鐘，醫院代表如無其他說明，現在由付費者代表提問。先請莊委員志強，再請葉委員宗義。

莊委員志強

- 一、主席、各位委員，請參看會議資料第 36 頁「補足 102 年修訂 Statins、Lucentis 之藥品使用規範所增加的費用」健保署意見，「103 年藥品支付價格金額調降 56.7 億元，102 年因價量協議及逾專利期 1~5 年藥品檢討後所額外進行之支付價調降金額 26.03 億元」，藥價調降下來，為何健保署沒扣錢？人家要新藥，健保署卻不給，我覺得健保署應說明。
- 二、會議資料第 41 頁，「急診品質提升方案」，醫院部門建議減少 2 億元，為何健保署卻建議減少 1.6 億元。這部分也請健保署說明。

鄭主任委員守夏

請健保署說明。

施組長如亮

在藥價調整部分，節餘款主要用於擴增給付規定及調整支付標準，當然有部分會用於新藥；另每年醫院都會編列新藥、新醫療科技的預算，所以新藥預算和擴增給付規定是不同的兩個協商因素項目。

林組長阿明

「急診品質提升方案」原編列 3.2 億元，因一開始實施時係採較嚴謹的條件，之後和醫院協會及急診醫學會討論時，大家認為條件過於嚴謹，社區醫院協會也有提出意見，今年會再檢討計畫的執行內容，屆時執行率就不是現在的數值，支出可能會增加。今年各部門總額執行成果評核會議，評核委員建議該項預算減列，惟考慮本方案很重要，建議先減列一半預算，不要一下減太多，未來可能會朝放寬條件、提升品質及鼓勵病人上轉與下轉等方向進行修正。

鄭主任委員守夏

(醫界代表舉手發言) 請等一下，先請付費者代表提問，之後再請醫院代表發言。請葉委員宗義。

葉委員宗義

- 一、主席，我跟了您好多年，年度醫院總額的協商好像沒有一次有共識(多位與會者說：有!)，有喔！為何這樣說？因為今天問題的重點好像在新藥、新醫療科技，其廠商都是我們商業總會的會員，而此問題會產生很大的衝擊。醫院有醫院的問題，健保署也有他的問題，我代表參加「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」，要討論引入新藥時，沒有一次通過，因擔心費用太貴會衝擊到醫界，每次開會醫界都會說這個有問題、那個有問題。我們的會員常說賣藥給台灣的醫院真的很辛苦，問題非常多，倒不如賣給馬來西亞、新加坡，還更順利；他們也常講台灣健保很好，但可以更好，問題出在那裡？出在藥品這方面。
- 二、近日媒體報導，秀傳醫療體系涉嫌成立人頭公司賺取藥價差，102年國人吃掉超過22億顆胃藥；藥費占健保醫療費用很大比率，此問題若未妥善處理、未建立完善制度，民眾可能永遠沒有新藥、新醫療科技可用，只能用較舊的藥品，例如新的癌症用藥較貴，可能會發生僅有錢人可使用，一般人則無法使用的現象。為兼顧多方意見，希望檢討藥品問題，並建立良好的制度。

鄭主任委員守夏

謝謝葉委員宗義！請蔡委員登順。

蔡委員登順

針對醫界的說明，有幾點意見供大家參考：

- 一、楊委員漢源提到醫檢師、放射線師等人事費用也增加，他們是專業人員，而基本上，健保相關的支付項目都已包含專業醫療服務的費用，如檢查費、放射線診療費等，一再提出增加該類預算的訴求，似不合理。
- 二、謝委員武吉提到老年人口成長，其已於「人口結構改變率」反

映，今年成長率達 1.859%，夠不夠？已經很高了！相當於 60 幾億元，所以並非沒有考量老年人口的成長。

- 三、楊委員漢源提到「醫療服務成本指數改變率」成長 0.091%，有多少錢？我算一下有 3 億多元，雖然去年「醫療服務成本指數改變率」為負成長，但 10 年內最少有 40~50 億元，行政人員的人事費用也可用該部分的預算處理，但你們一直未處理，還反過來說人事成本增加很多。
- 四、其實每年都有編列這部分的預算，101 年醫院部門「醫療服務成本及人口因素成長率」為 3.003%，102 年為 3.128%，103 年略低，為 1.909%，104 年成長 2.128%，4 年加起來超過 300 億元，醫院總額談的動輒幾十億元、幾百億元，看得我們也心驚膽顫。「醫療服務成本及人口因素成長率」的費用，是否用在提升醫療品質、調整醫療專業人員或行政人員的薪資，我們並不曉得，不要一再說這些錢都沒給，因為每年都有編列相關預算，這點要先釐清。

謝委員天仁

- 一、醫院部門提的草案是近 3 年來最務實的，對他們願意以務實的態度面對問題，表示肯定！這很不容易。
- 二、有關「調整支付標準」，從上午第 1 場協商至今，付費者代表沒有同意任何一個部門編列「調整支付標準」的預算，每年都已編列「醫療服務成本及人口因素成長率」，醫界不去運用調整支付標準，該調的卻不調，現在反要我們再編列預算用以調整支付標準，怎麼說都沒道理。
- 三、如果有人欠你們錢，可能是健保署，應該調整卻未調，帳不應該算在付費者身上。醫院建議編列 25 億元，卻未說明擬調整項目，健保署倒臚列 3 大項。第 1 項及第 2 項，基本上尚可考慮，但第 3 項提及「依醫療資源耗用相對值表(RBRVS)調整支付標準」，尚有 1,754 項待調整，請健保署以後不要再提出這種項目，認為應調整就調整，剛剛牙醫部門也是達成相同的協

定，並落下「同意調整診察費的支付標準，但不編列預算，並應於104年完成相關調整」等文字，督促健保署也應比照處理。

- 四、藥品的部分，去年大家對 Statins 及 Lucentis 有不同意見，今年又再提出類似的協商因素項目，健保署對本項仍建議預算 0；老實講我們不像健保署那麼有經驗，健保署說可用藥價調降的 56.7 億元支應，某個角度，我為你們打抱不平，去年藥費超支 56.7 億元也是從醫療費用勻支，醫界代表一定很認同我的意見。所以帳要算清楚。
- 五、希望能先避開付費者代表及醫界代表雙方都有意見的項目，不要一方一直硬要列，另一方則硬不同意編列，最後只得破局收場。建議彼此能互相退讓，或可從其他協商項目來補，把問題解決。其他各總額部門總金額加起來，都沒有醫院多，這是很自然現象，總金額達 5,000 多億元，醫院就占 3,800 餘億元。你們提出一般服務要增加 180 幾億元，請再考慮。其他部分，看起來問題都不大，就這些項目，大家儘量折衝。

鄭主任委員守夏

請問付費者代表要繼續提問，或讓醫院代表先回應？請郭代理委員正全。

郭代理委員正全(翁委員文能代理人)

- 一、很難得聽到謝委員天仁講話這麼和藹可親，醫院占整個總額的三分之二，基本上無法像其他總額部門一樣談細項，僅能討論原則性、架構性的問題，大家應有此共識。
- 二、每次談到藥費調降多少，但後面增加的支出，卻隻字未提。以「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」為例，醫院自行吸收 20 幾億元，都不提。今天不談這個，我談的是大原則，總額是以預估的方式產出，但大家可能未注意，假如今天給醫院的總額很好，基本上點值會接近每點 1 元，事實上卻每況愈下，表示預估與實際值有差異。

三、我曾提出假如連續一段時間，點值真的很差，希望付費者代表出手時能軟一點，考量合理校正，謝委員天仁曾提到增加的預算是否會胡搞瞎搞，基本上健保有很多監控機制，應不至於如此。

四、最後請問大家，花那麼多醫療費用，在座諸位的身體狀況是否比以前健康？在座很多都已超過 60 歲，以前 60 幾歲的人根本不可能在此開會，表示醫療服務提供者把大家都照顧得非常好！

鄭主任委員守夏

60 幾歲者，可先休息一下，去散散步再回來(笑聲)。請羅協商代表永達。

羅協商代表永達

一、回應付費者代表的提問。首先是藥費部分，每年都會有兩個參考數字，一為健保署提出的藥價調降多少，另一為總藥費成長多少。為何有此差別，健保署估算藥價調整節餘款，是以過去該類藥品的使用量乘以新舊藥價差而得；但新藥引進及使用量增加，導致藥費增加的部分，卻隻字未提，故每年藥費都在成長，這是事實。每次提到這件事，醫界都吞不下去，因我們真的沒看到藥費有節省，那只是數字的計算而已。

二、楊理事長漢源提到人事費用增加，付費者代表提到已在「醫療服務成本及人口因素成長率」反映，但服務的單價不同，何謂服務的單價不同？以前一個護士照顧病人，薪水是 3 萬元，現在要 3.5 萬元、4.5 萬元，所以服務的單價不同，此現象在現行公式無法反映。護理人員人事費用占醫院人事費的 20%，3 年來幾乎每家醫院護理人員都加薪至少 20%，依此數據，光人事費用占總金額就已 4%，假如醫院總額 1 年有 3,500 億元，4% 就超過 100 多億元，現在給那一點費用，卻告訴我們已有編列預算，再次強調，服務單價真的不同。再加上朋比效應，護理

人員薪資增加，藥師等醫療專業人員、行政人員的薪水也都要跟著增加，我們知道這些都要不到錢，醫院只能用以前的利潤來補貼，這是事實。醫院的經營愈來愈困難，難道要等到最低點再來反省？恐怕到時會救不活！

三、再來是新藥部分，付費者代表剛有提到，很多藥商都說新藥不賣台灣，為什麼？因香港、新加坡、韓國、大陸，都以台灣的藥價作為參考價，若在台灣被調降，在那些國家就不知道要怎麼賣，所以很多新藥都不賣給台灣。明明已拿到衛福部的許可證，卻不向健保署申請納入給付項目，這樣的藥有多少？醫院估計約 7% 的新藥不願引進，所以只好一再換藥。編列這樣的預算，就是無法引進新藥，藥商也不願爭取納入健保給付，付費者代表知道這些嗎？不知道！我們所爭取的費用，也是為照顧民眾的健康。

謝委員武吉

主席！

謝委員天仁

可否先討論我剛才提出的方式？因為醫院總額有幾個項目，是付費者代表無法接受的，如果完全不給錢，你們一定覺得沒得談，我的意見是你們的項目，我們不能接受，但可以從其他協商項目編列預算，你們可否接受這樣的方式？如果不行的話，雙方永遠不會有交集。

謝委員武吉

主席！

鄭主任委員守夏

謝委員武吉先發言，或楊委員漢淙？

謝委員武吉

我先！今天開會彷彿回到東晉時代的謝安跟謝玄，剛郭代理委員正

全說謝委員天仁今天和藹可親，因為他穿的是無領襯衫，而且又是白色的，兩個姓謝的委員都穿無領襯衫，我穿黑色，一黑一白就叫黑白郎君。希望今天開會，可以像以前晉朝的謝安與謝玄一樣，能將總額談妥，讓協商有好的結果，這是我們的期待與希望。

鄭主任委員守夏

謝謝！請楊委員漢淥。

楊委員漢淥

- 一、基本上，贊同謝委員天仁的說法，我們不會像中醫或牙醫部門提出較細節的項目。剛剛也提出許多理由，從醫院的角度，最擔心的就是點值一直下降，現在浮動點值約在 0.83~0.9 之間。百貨公司只有在過年過節才會打折，但我們 1 年 365 天都在打折，這些話，我不僅在台灣講，在中國大陸或國外也這樣講。不要以為台灣的健保很好，醫院其實是經年累月在打折。
- 二、這種情況下，一定要讓總額增加，就預算編列的表達方式，是將偏低的項目拿出來討論，不是說沒編列人事費用及老年人口費用，而是預算成長的幅度不敷實際需求。以前醫院人事費用約占收入的 45%，現在的人事費用已超過 50%。以前可以 32,000 元月薪請到一個護理人員，現在 40,000 元還不一定請得到，所以要用保障薪資 1 年 60 萬元的方式招募護士。各位可能會說是我們自己要選擇此方式，但如果不這樣，就聘不到護士。護理人力不足，病房就開不了，大家可以了解有多少醫院在關床，並不是醫院院長要關，而是因護理人力排不出班，而必須關床。最近我去醫院訪視，發現有醫院是整棟樓的病房都關起來，如果各位是老闆，公司有個部門整個停擺，你的心情如何？
- 三、要強調的是，並不是非協商因素(醫療服務成本及人口因素)沒有列這些費用，而是所列的費用偏低。依蔡委員登順所言，非協商因素已經包含醫療服務成本，這些我都了解，但 103 年「醫療服務成本指數改變率」是負值，大概扣減 6 億元，104 年變

成正值(0.091%)，僅增加 3 億元，是這樣的情形啊！請各位思考，醫院經營成本增加這麼多，我並不是要更改非協商因素公式，也了解按照遊戲規則，非協商因素就是沒有協商的餘地，但各位可否高抬貴手，既然非協商因素計算得那麼緊，要修改公式也不知道要到何時？可否在協商因素上放鬆一點。講好聽一點，就是請各位高抬貴手，考量醫院在經營上面臨很大的困境，在座委員沒有人願意看到醫院經營不下去，但目前很多醫院都有很大的經營困境。何委員語經營企業很成功，一定能理解，投資那麼大，利潤卻在 3% 之下，可接受嗎？事實上，現在很多醫院的盈餘大約只有 1% 左右，我認為大家必須共同面對此問題。

四、有委員提到何以牙醫、中醫部門可接受預算調減，醫院卻不行？

我無意比較，但必須提醒，醫院總額在性質上真的跟其他總額部門不同。牙醫、中醫部門都有很大的自費空間，但醫院並沒有太多這樣的空間，我們的自費是來自醫學美容及高階健檢等項目，情況不一樣。很多醫院在虧本情況下，提供癌症治療，癌症用藥實在很貴，但當醫院發展到一定程度，若未提供該服務，老實講，就不是一家夠水準的醫院。大家可以瞭解，沒有一家醫院提供癌症治療是賺錢的，幾乎都賠本，但還是要做，我想這種現象需要大家共同了解與體諒。謝謝！

鄭主任委員守夏

謝謝楊委員漢淙，第一輪差不多要結束了。

蔡委員登順

我想回應楊委員漢淙的問題。

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

一、您講的我們都了解，你們說點值未達 0.9，從資料看來，平均點

值有達到，浮動點值有些分區確實未達 0.9。但我們要共同面對問題，以醫師數成長率而言，依今年評核會資料，88 年醫師人數是 27,922 人，102 年增加至 41,300 人，14 年來增加 13,378 人，成長率達 48%，投入這麼多醫師，對消費者當然是好事，因為就醫可近性增加，但付費能力沒有對等成長時，一定壓縮到醫師所得，這需要大家共同面對。

二、全台灣 2,300 萬人口，這幾年人口並未成長，都是靠新住民增加彌補人口的負成長，小孩生的少，老年的人口又成長，一消一長的變化都要列入考量。醫師人數成長這麼多，每個人都投入醫療市場，上次在西醫基層總額研商議事會議，我曾提出 1 年醫師增加 400 多人，診所增加 100 多家，會不會壓縮到醫師所得？當付費者無法承擔這麼高的醫療支出時，醫師要保持原來的所得水準有困難。醫師人數成長這議題只有政府能夠控管，因為人民有就業自由，過幾年若再增加 1 萬多位醫師，而人口數未成長，大家可以想想點值會如何？我只是拋出問題供大家思考。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、醫療體系中，藥品是個很大的問題，去年實施「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案，扣減 56.7 億元，那些錢不是付費者省的，而是健保相關制度透過藥品，將醫界的醫療費用挪至藥品，所以有本事的醫院會透過藥品把錢拿回來，沒本事的就只好吃虧！誰有本事透過藥品把錢拿回來，當然就是議價能力高的醫學中心，不過卻壓死地區及區域醫院，此問題我們都了解，但問題不是付費者造成的，卻要我們付出成本來解決，我認為不公平！因為錢還在整個 pool(總額)中，並未流失；今天如果是錢流掉，我們來想辦法解決。所以蔡委員登順才會反覆地講，我們不看醫院部門的浮動點值，而是看平均

點值，因為醫院可以透過藥品取得平衡。

- 二、本會與「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」之間，也有很多問題，就如剛才葉委員宗義所言，在共擬會議討論的項目，常常無法通過。這些問題，老實講並不是編列預算就能充分解決，我認為是整個架構應該重新調整，既然這樣，就不能將問題推到付費者身上，好像我們編列 15 億元，問題就能解決，我認為無法解決。
- 三、希望醫院代表能了解這些問題，楊委員漢淥是理事長，很清楚這些情況，有些人占到便宜，也有些人吃虧，但並不是付費者占便宜，如果是我們造成的，該補的可以在某些項目取得平衡，有進有退，這樣談才可能達成一致的協商意見。葉委員宗義是老資格，他的印象是醫院總額從未達成協商共識，但我印象中，近 6 年來曾有過達成共識，希望今天大家努力看看，把成長率拉近一點。
- 四、今年經濟成長率要達 3.5%，不是那麼容易，當然醫院今年很務實，成長率只編列 4.741%，沒有到 4.75%(上限)，讓我們很感動！但還是比經濟成長率高了點，因此我們可能會有些調整，希望盡量把數字拉近。建議主席等何委員語表達完意見後，請雙方再各自討論。

鄭主任委員守夏

好，請何委員語。

何委員語

- 一、謝委員天仁提到經濟成長 3.41%，這是我本來想發言的重點，因剛才商業總會的代表已經發言，我們工業總會也不得不發言。而且我今年很少講話，因為已經 60 幾歲，政府還發了張老人卡給我。
- 二、今年的經濟成長率，目前為止，政府公布的數據是 3.41%，明年 7 月 1 日基本工資將調高 3.81%。我知道經營醫院與經營工

廠一樣，賣的產品如果價錢太低、入不敷出，工廠就會倒閉。醫院提供醫療服務也等於在賣商品，如果收入不足以支應成本支出，醫院也經營不下去。所以每年協商總額時，愈來愈不敢講話，一年比一年感到心虛。我們也知道醫院面臨很多困難，醫院浮動點值 0.8 多，實際上很難經營，但如果平均點值為 0.93，等於是有 7% 的優惠。

三、以目前台灣的經營現況，外國好的醫療用品不願意賣給台灣是事實，國內的藥廠也很難經營，所以寧願把藥品銷售到東南亞國家或大陸，這也是事實，有很多藥廠老闆都是工總的理監事。

四、希望醫院部門代表能考量適度調整，讓今年協商圓滿達成共識。付費者代表每次發言的就那幾位，像我經營工廠，每天都在計算成本，賣一樣產品只要賠錢，就知道年底年終獎金可能會發不出來。為讓今天醫院總額的協商結果能夠很圓滿，請醫院代表能稍微調整，付費者代表也會再商量。

五、現在醫院經營的確會在各項目間挪來挪去，愈來愈理解醫院的經營困境，我反而不敢講很多話。請你們也考量那些項目可以調整，希望大家能有共識、圓滿解決！這才是好的方向。

鄭主任委員守夏

謝謝！請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

商總、工總都發言了，我們勞工朋友不講一下也不行。政府說今年經濟成長率 3.41%，最近勞工朋友的健保投保金額調漲 900 元，這是詐騙，並不公道！我問黃署長為何要漲價？他說是立法院決議，只要全國各公、民營事業機構月平均投保金額成長率達 4.5% 以上，就要調漲健保費，這與資方也有關，因為你們也要付錢，這件事情要妥善處理，看有無詐騙勞工。我也是替公會講話，資方也要付更多費用，投保薪資從 21,900 元漲至 22,800 元，調漲 900 元，每人

健保費多付 27 元，台灣政府變成有二種經濟成長，3.41%跟 4.5% 以上，此問題請健保署關心一下。

鄭主任委員守夏

是否請雙方先進行第一輪的內部討論，特別提醒，剛才謝委員天仁提議不要用「補足 102 年修訂 Statins、Lucentis 之藥品使用規範所增加費用」項目名稱。對於特別不好談的項目，請醫界稍微調整一下；RBRVS 是平常就會進行的調整機制，可否考慮不要用此名稱，並將預算編列至別的協商項目，稍微退讓。醫界如果願意這樣處理，付費者表示其他項目都好談，他們願意再進一點。請彼此能各讓一步，如果可以的話，雙方就各自帶開，關室密商 20 分鐘。

(付費者及醫院代表各自召開會議討論約 35 分鐘)

鄭主任委員守夏

請醫院協會先派代表說明，儘量照協商項目的順序慢慢講，請同仁配合修改數據。請林副秘書長佩菽。

林副秘書長佩菽

一、謝謝主席。經過醫院部門內部討論後，有下列幾項修正：

- (一)「新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)」，還是維持移列其他預算。
- (二)「補足 102 年修訂 Statins、Lucentis 之藥品使用規範所增加費用」，項目修正為「提升腦中風血管疾病之照護品質」，預算一樣 15 億元。
- (三)原本「強化醫療資源支付合理性」25 億元，改列至「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目，預算調整為 40 億元。
- (四)「配合安全針具推動政策之費用」，預算 2 億元。
- (五)「提升護理照護品質」，預算 20 億元。
- (六)「103 年導入第 2 階段 DRGs 所需費用之調整」，預算 3.87 億元。
- (七)「配合結核病政策改變之費用」，預算 0.36 億元，本項未修

正。

(八)「因應勞動條件改變，造成醫院營運成本增加之費用」，維持預算 20 億元。

二、綜上，一般服務成長率為 5.102%。專款專用項目，全部配合健保署原來規劃，並將「ICD-10-CM/PCS 編碼」之建置費用移列其他預算。與 103 年度核定總額相較，成長率為 4.482%。

鄭主任委員守夏

原先提出的成長率是 4.741%，現在調整為 4.482%。接下來請付費者代表說明。

謝委員天仁

一、代表說明付費者的方案，一般服務之協商因素項目：

- (一)「品質保證保留款」，健保署與醫院部門意見一樣，付費者也同意。
- (二)「新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)」，支持健保署所提方案，編列 22.88 億元。
- (三)「補足 102 年修訂 Statins、Lucentis 之藥品使用規範所增加的費用」，之前就已說明，這部分贊成健保署意見，不同意編列經費。
- (四)「強化醫療資源支付合理性」，醫院部門編列 25 億元，依健保署提供的相關資料，付費者同意編列 3.51 億元，因為不同意 RBRVS 調整部分，所以扣減 20 億元。健保署原編列 23.51 億元，我們只同意 3.51 億元。
- (五)「103 年導入第 2 階段 DRGs 所需費用之調整」，預算 3.87 億元，醫院部門與健保署意見相同，付費者也同意。
- (六)「配合安全針具推動政策之費用」，同意依健保署方案編列 1 億元。
- (七)「提升護理照護品質」，有鑑於護理單位相當弱勢，不同意編列在一般服務，建議比照去年協商的版本(103 年總額)，

列在專款項目，協定條件比照去年。

- (八)「其他醫療服務利用及密集度之改變」，醫院部門編列 20 億元，我們考量 Lucentis 及 Statins 的影響，同意編列 12 億元。
- (九)「配合結核病防治政策改變之費用」，醫院與健保署都編列 3 千 6 百萬元，這部分付費者也同意。
- (十)「ICD-10-CM/PCS 編碼」，本項費用移列至其他預算，所以預算 0。
- (十一)「因應勞動條件改變，造成醫院營運成本增加之費用」，因相關法規還在研擬中，付費者認為還未有編列的任何依據，且非協商因素每年都有相關預算，本項不同意編列。
- (十二)「違反全民健保醫事服務特約及管理辦法之扣款」照列。

二、專款項目：

- (一)「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」，醫院與健保署金額一樣，付費者也同意編列 39.72 億元。
- (二)「罕見疾病、血友病藥費」，醫院部門希望增加 5.62 億元，健保署的意見也認為要增加 5.62 億元，惟付費者代表認為罕見疾病最近幾年藥費確實有浮濫情形，所以不同意增加 5.62 億元，先照 103 年預算(78.15 億元)編列。
- (三)「持續推動醫療給付改善方案」，醫院與健保署意見一樣，我們也同意。
- (四)推動施行「急診品質提升方案」，健保署編列 1.6 億元，比去年 3.2 億元減少 1.6 億元，我們支持健保署所提方案。
- (五)「繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵」，已移列至一般服務，所以專款沒有這一項，我們也同意。
- (六)「提升住院護理照護品質」，我們要求從一般服務移回專款項目，這部分特別提出說明。
- (七)「醫院支援西醫基層總額資源不足地區改善方案」，健保署

編列 6 千萬元，付費者也同意。

(八)「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」，醫院與健保署都編列 8 億元，付費者同意照列。

(九)「ICD-10-CM/PCS 轉換」，已移列至其他預算。

三、依以上說明，104 年較 103 年核定總額之成長率為 3.427%。歡迎醫院部門就我們所提出方案表示意見，若認為有那些項目可以調整，或大家可再協商部分，請盡量提出，我們再來考慮。

鄭主任委員守夏

感謝委員天仁。現在雙方成長率分別為 3.427% 及 4.482%。有些項目雖然有調整，醫界方案的金額並未減少；或有些項目健保署原來同意，但付費者代表認為不應編列，就是「調整支付標準」項目。經費最大的 2 項，雙方意見還是不同，醫院代表那位要先發言。請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

請將投影螢幕的畫面稍微拉下來，從前面幾項開始，意見相同的項目，不用說明：

一、「新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)」，差別在我們希望移至其他預算，付費者方案是編列在一般服務項目。

二、「補足 102 年修訂 Statins、Lucentis 之藥品使用規範所增加的費用」，預估今年會增加 15 億元，謝謝付費者能夠考慮，將之列入「其他醫療服務利用及密集度之改變」。醫院方案的「其他醫療服務利用及密集度之改變」及「強化醫療資源支付合理性」項目，原分別編列 20 億元及 25 億元。別的項目暫時不談，這 3 項被大幅度扣減，若將之移至「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目，我們沒有意見，惟金額差距太大。

三、另外 1 項是「配合安全針具推動政策之費用」，編列 1 億元，因只有幾家廠商在賣安全針具，醫院幾乎無法按照原來的價格購買，都漲一倍以上，所以才會編列 2 億元。請問付費者能否

接受我們提出的費用。

四、「提升護理照護品質」項目，其實經過很多討論、考慮，現在醫院、護理界及健保署都同意執行這麼多年，應已穩定而可回歸至一般服務項目，付費者能否考慮？我們並未要求增加預算。現在護理品質的監測，已經透過醫院評鑑及相當多的機制處理。另外，過去幾年專款補助的方式，也增加護理部門相當多的行政作業，現在評鑑都是往減少行政作業的方向邁進，希望本項費用能回歸一般服務，之後滾入基期。今年醫院所增加的人員及調整的待遇，明年不可能減少，所以滾入基期是必要的。我們與護理部門及健保署都已充分溝通，建議本項納入一般服務項目。

鄭主任委員守夏

請楊委員麗珠。

楊委員麗珠

- 一、非常感激付費者代表一直非常照顧護理團隊，這幾年來挹注提升護理品質的專款計 75 億元，讓我們的就業率增加，從 52% 提升至 60%，這些費用多數用在增聘人力、提高薪資、獎勵金及大小夜班費，約占 76%。依勞動部近幾年調查資料顯示，護理人員平均薪資約調升 8.1%，真的要感謝付費者代表對我們護理團隊的支持。
- 二、104 年衛福部已將護病比列入醫院評鑑的重點項目，醫院必須每月提報數據，並長期監測，不符合者，2 個月內要提出改善，否則會被降級。推動護病比將採階段式進行，付費者委員關心的是要有有效的監測方法，本項費用若列入一般服務項目，在監控上，可將其納為本會持續監理的指標項目，請健保署每半年提報成果，那麼納入一般服務是可以考慮的方向。
- 三、這幾年來扣除各醫院因新增病房所增加之人力，實際約增加 6 千名護理人員，雖然還不如預期之目標，但人力確實有回流現

象，真的很感謝付費者委員們一直幫我們爭取預算！因護病比已透過國家政策列入醫院評鑑執行，建議將本項費用納入住院護理費採護病比給付連動方式，且有監測機制，這會是另一個新開始的好時點。以上補充，謝謝。

楊委員漢淙

付費者代表所提「因應勞動條件改變，造成醫院營運成本增加之費用」，不編列預算的意見，我們贊成，因相關法規尚未實施，本項原編列 20 億元。

謝委員天仁

現在還有哪些項目尚有差距？

郭代理委員正全(翁委員文能代理人)

- 一、剛才提到「補足 102 年修訂 Statins、Lucentis 之藥品使用規範所增加的費用」編列 15 億元，加上「其他醫療服務利用及密集度之改變」編列 35 億元；付費者代表目前同意編列 12 億元，假設能提高至 20 億元，差距會更小。
- 二、其次，「提升護理照護品質」，醫院已付出費用，不可能再調降薪資或扣減現有護理人員的福利。剛才護理界提到，已經制定護病比條件，本項能否回歸一般服務，否則每年都在討論此議題，造成醫界相當大的困擾。以上 2 點是差異較大的部分。

鄭主任委員守夏

付費者代表是否同意「提升護理照護品質」移至一般服務項目？

謝委員天仁

我可否更清楚確定，「補足 102 年修訂 Statins、Lucentis 之藥品使用規範所增加的費用」，好像只是換個項目名稱。

楊委員漢淙

剛剛是說不要將一種藥品列為協商項目，Statins 是預防心血管疾病的降膽固醇用藥。

謝委員天仁

- 一、現在有 3 個項目，就是「補足 102 年修訂 Statins、Lucentis 之藥品使用規範所增加的費用」15 億元、「強化醫療資源支付合理性」25 億元，移列至「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目，預算調整為 40 億元，加起來總共 55 億元。依楊理事長漢淙的意思，只同意原編列「因應勞動條件改變，造成醫院營運成本增加之費用」的 20 億元先不列，所以醫院方案是 55 億元，付費者方案是 12 億元，差距太大。
- 二、醫院方案的 55 億元是原版本，健保署在「補足 102 年修訂 Statins、Lucentis 之藥品使用規範所增加的費用」與「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目，原本編列預算是 0，付費者還編列 12 億元，如果要說服所有付費者，醫院代表須對這 55 億元適度退讓，我們才能做最後決定，看如何調整，連同「提升護理照護品質」的部分一起考慮。

楊委員漢淙

- 一、談到現在，大家其實都蠻有誠意，很有希望能夠談成的氣氛。差距只有幾項，「102 年修訂 Statins、Lucentis 之藥品使用規範所增加的費用」不是我們估算，是實質上發生的費用，如果規定不變，明年費用還會再增加，但醫院部門並未往上加。付費者將這些費用併入「其他醫療服務利用及密集度之改變」，基本上我們接受不必突顯特定藥品，但希望金額能反映醫界所提的意見。
- 二、其次是「提升護理照護品質」，列在專款項目已 4、5 年，漸趨穩定。醫院新聘護理人員，並調升護理人員薪資後，不可能明年再將增加的薪水調降，建議應回歸一般服務項目。明年要增加多少，是明年的事，至少應列入基期才恰當，不然今年有，明年沒有，醫院人力增加了，薪水也提高了，要怎麼辦？

謝委員天仁

有關「提升護理照護品質」，付費者的擔憂與醫院相同，我們認為護理人員基本上還是較弱勢而給予必要關心，若護理界也認為沒問題，付費者在某些狀況下，可考慮移至一般服務。楊理事長漢淥提到這3項有55億元，付費者編列12億元。醫院編列55億元，請問能縮減到什麼狀態？這樣雙方才能一起考慮相關事項。

鄭主任委員守夏

- 一、協商至今已經比較明確，因為這些協商因素項目都會滾入基期，所以預算編在哪個項目不是那麼重要。如果屬專款項目，就一定要執行，一般服務的各项預算則較難分開。
- 二、就事論事，針對這3項，醫界方案的55億元與付費者方案的12億元；還有1項需討論的是「提升護理照護品質」，預算20億元是否移列一般服務項目。請雙方再各自討論5分鐘，尋求內部共識。

(付費者及醫院代表各自召開會議討論約8分鐘)

鄭主任委員守夏

哪些項目還可稍微縮減？

楊委員漢淥

先請幫忙修正數字，剛剛我聽到謝委員天仁說「新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)」編列22.88億元，目前投影螢幕的數字是22.86億元，是否打錯字？

鄭主任委員守夏

因為一般服務是以成長率換算金額，故有些微差異。

楊委員漢淥

不應該為了成長率影響實際數字，應該以金額為主，「新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)」是2,288.0百萬元。「配合安全針具推動政策之費用」也一樣，剛才講的是1億元，不是9千8百萬

元。

鄭主任委員守夏

請同仁先記下來，由金額換算成長率。

楊委員漢淙

對於「提升護理照護品質」20億元，建議移列一般服務項目，剛才謝委員天仁好像不太堅持。

鄭主任委員守夏

謝委員天仁的意思是先談其他項目，如果氣氛很好，「提升護理照護品質」項目才改列一般服務。

楊委員漢淙

今年協商確實是幾年來氣氛最好的一次，現在差距是剛才那3項加起來的數據，這部分請謝委員武吉說明。

謝委員武吉

協商到目前為止，整體的態度、氣氛與笑容，都還保持得十分良好。現在差距是12億元與55億元，相信付費者絕對不會殘忍，你們也知道醫院的點值從未超過每點1元，在座大家的薪水也不可能打折到0.9、0.8，但是台北市醫院的平均點值才0.87，不要說我們醫院不退讓，建議醫院這3項可再降10億元(45億元)。

鄭主任委員守夏

謝委員武吉建議醫院版本從55億元調整為45億元，請同仁先將「提升腦中風血管疾病之照護品質」一項預算歸0；現在談的是「其他醫療服務利用及密集度之改變」，預算改為45億元。請付費者代表回應。

謝委員天仁

實在差太遠了，我們付不起。一開始討論時，對於「提升護理照護品質」項目，大家意見一致，希望列在專款項目。醫院部門建議的金額如能再考慮調整至更合適，付費者方案的金額也可稍微調整。

但醫院代表應知道，付費者的調幅不可能太高，連帶也可處理「提升護理照護品質」1項。剛剛已經送給醫院12億元，你們5分鐘只調降10億元，希望加減再考慮一下，不然等一下進去我會被罵說跳太快了！1億元、1億元增加，要談到幾時？

童協商代表瑞龍

請楊理事長漢淙說一下，這樣協商才會快！

鄭主任委員守夏

現在談嫁妝還是聘金？加一點少一點！

謝委員天仁

好像在菜市場買菜，你們如果讓大家覺得很乾脆，我就算講錯也不會被罵。請醫界再縮減一點，付費者也考慮再加一點。

謝委員武吉

要多降一點，那我們就降11億元，或者大家乾脆一點，雙方金額相加再除以2。

謝委員天仁

兩邊加起來除以2，我們比較困難，相減除以2談起來會比較高興！

楊委員漢淙

Statins 和 Lucentis 因為藥品使用規範所增加的金額要補足，15億元已經是最低，另外再加那2項，建議這3項編列40億元。

謝委員天仁

剛剛本來說兩邊金額加起來除以2，怎麼算也沒有40億元！我算術沒那麼差！剛是說不要兩邊相加，而是兩邊相減除以2。

蔡委員登順

你們剛才說45億元，加上付費者的10億元，是55億元，除以2也才27.5億元而已，怎會到40億元！

謝委員天仁

用減的比較好，兩邊的差距是 45 億元與 12 億元，相減後一人一半，剛好，這樣可以嗎？我們可再進去討論「提升護理照護品質」，希望能達到醫院的要求。

楊委員漢淙

現在都是用成長率(百分比)回推金額，整體計算下來，成長 4%；如果以 40 億元計算，成長率會超過 4%，所以應該將成長率降至 4%，再倒算金額看看。

謝委員天仁

你的意思是 104 年較 103 年成長 4%？

蔡委員登順

現在醫界方案總成長率是 3.641%。

楊委員漢淙

「其他醫療服務利用及密集度之改變」，本項編列 35 億 5 千元，可以吧！總成長率約為 4%。

謝委員天仁

我才編列 12 億元，你卻要 36 億元！

楊委員漢淙

12 億元連「Statins 及 Lucentis 因藥品使用規範所增加的金額」都不夠，等於另外 2 項未併入計算。

謝委員天仁

為了呼應你，我從 12 億元增加 3 億元，變成 15 億元。已經加 20 多%，醫界有減 20 多%嗎？

童協商代表瑞龍

我們從 55 億元降至 36 億元，所以不只 20%。

謝委員天仁

付費者是從 0 開始調整，醫院部門從 45 億元調整為 36 億元，只減少 9 億元，只有 20% 而已。付費者從 12 億元增加至 15 億元，是調增 20 多%。

鄭主任委員守夏

請大家參看投影螢幕。一般服務項目部分，醫院方案增加 140 億 9 千 3 百萬元，付費者方案增加 125 億 1 千 2 百萬元。如同剛剛所說，付費者 15 億元，醫院 36 億元，雙方其實有機會拉近，而且這些都屬一般服務項目，最後都會在一般服務預算中。付費者也已讓步，因為「其他醫療服務利用及密集度之改變」是全部混在一起的項目，不需特別監控，所以基本上今年付費者代表已經很客氣，雙方要不要再休息 5 分鐘，再協談一次。

童協商代表瑞龍

請主席仲裁，將兩邊拉近一點。

鄭主任委員守夏

必要時我會請專家學者及公正人士一起參與，現在再休息 5 分鐘，請雙方各讓一步，如果能夠談成，就是 6 年來第 1 次，非常不容易！

(付費者及醫院代表各自召開會議討論約 10 分鐘)

鄭主任委員守夏

各位委員請回座，現在換付費者先說明。請謝委員天仁。

謝委員天仁

最後一口價，「配合安全針具推動政策之費用」，我們同意再給 1 億元，合計 2 億元；「其他醫療服務利用及密集度之改變」由 15 億元增加至 20 億元；另外「提升護理照護品質」，同意移列一般服務項目，這是我們最後的方案。

楊委員漢淙

代表醫院部門感謝付費者代表的誠意，確實很實際，將「提升護理

照護品質」回歸一般服務項目；「配合安全針具推動政策之費用」改回編列 2 億元；現在的差距在「其他醫療服務利用及密集度之改變」，我們原來編列 36 億元，付費者建議 20 億元，可否再往上調升？不要一口價，醫院已降至 30 億元。

鄭主任委員守夏

醫界先降至 30 億元。

楊委員漢淙

付費者增加 1 億元，醫院變成減少 6 億元。

謝委員天仁

我們是增加 5 億元。

楊委員漢淙

你增加 5 億元，我減少 6 億元。

謝委員天仁

醫院的 Base (基礎)那麼大，如果照我的比例不只減這樣。

楊委員漢淙

因為我們確實很辛苦！

謝委員天仁

跟各位報告，實在有困難，坐我旁邊的蔡委員登順已經在跟我拉警報！說不能再 over (超過)了。

羅協商代表永達

這 1、2 年對醫界是不一樣的，僅新北市就增加 3 千多床，這部分我們都不敢講，因為屬政策，只能吞下去。每 1 億元對醫院的影響都很深遠，尤其 104 年對醫界整體來講，可以預期點值一定會非常緊縮，希望付費者能替我們多著想。

謝委員天仁

我這個人什麼不重要，信用最重要，已喊出一口價，大家可以接受

最好，不能接受我也沒辦法。剛剛已獲得付費者充分認同，授權就只到這裡，沒有給我任何彈性，旁邊也有人拉警報，我要怎麼辦？再說下去我也無法面對他們，我已經承諾不再進去內部討論了！

鄭主任委員守夏

- 一、剛才付費者方案是「配合安全針具推動政策之費用」增加 1 億元，「其他醫療服務利用及密集度之改變」增加 5 億元，總共增加 6 億元，這已非常不容易；醫界相對減少 6 億元，所以現在差異是 10 億元，就算兩案併陳，也差距不大。
- 二、還是重申，如果能有共識，非常難得，最主要也是因醫院部門與往年不同，很夠誠意。我想再試試看，協商時沒有所謂主席裁示，只有送部裁決，但我們的學者專家及公正人士委員是站在兩邊的中間，如果他們願意承擔此責任，可以幫忙，如果不願意就送部裁決。請何委員語。

何委員語

主席、各位委員、楊理事長漢淙及各位醫界代表，剛才我提到明年基本工資只調 3.81%，醫界方案調至 4%，已經比基本工資還高。今年經濟成長率只有 3.41%，付費者有共同看法，能提高當然盡量提高，希望今年醫院總額協商能夠很圓滿，最後增加 2 億元，總共 22 億元，不要再談，我們就圓滿解決，一般服務都會滾入明年基期，包括「提升護理照護品質」項目也是，明年如果再成長 3.5%，這 2 項就漲更多費用。醫院經營很辛苦，就含淚接受！圓滿解決！好不好？

蔡委員登順

- 一、何委員語已經釋出善意增加 2 億元，醫院如果接受，有些條件要事先講清楚，新醫療科技包括新藥品、特材及新增項目，104 年如果有引進新藥、新特材，不可再要求增加預算，因為本項就是要引進新藥品。今年僅就 1 項特材增加 3 百多萬元，醫界都不願意承受。要增加預算，話要先講清楚，沒道理！

二、「配合安全針具推動政策之費用」，本來預估 5 年 5 億元，同意醫界今年編列 2 億元，健保署會累算最後的費用，假設最後發現錢真的不夠，請將實際費用計算出，我們會按照該實際數據支付；如果沒有，照現在的算法是每年編 1 億元，今年我們同意先編列 2 億元。

三、「提升護理照護品質」要求移列一般服務，有幾項但書要列入，給付要連動，並於 104 年 4 月前由護理師公會及醫院協商將監測指標提報健保會審核通過後實施，這部分一定要有監理指標，以上 3 點附帶要求。

陳協商代表瑞瑛

向付費者代表說明，在藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議中，我們通過很多項目，尤其醫材，健保署核定的價格太低，廠商才會不願意接受，這是個問題。所以我們要求健保署可否改變核價方式，尤其醫材，並非與會代表不同意通過，而是我們通過很多品項，但真正納入給付的很少。

鄭主任委員守夏

我們瞭解。

楊委員漢淙

一、有關新藥、新醫療科技，藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議通過後，我們不可能還來這裡要求增加費用。

二、安全針具不是規定 5 億元，每年 1 億元，而是規定要使用安全針具，然後每年補助五分之一。剛才為何會說現在買不到，我不知道當初立法時有無問題，但醫院是被綁架，因為法令規定我們一定要用，一年要用五分之一，都有表格計算。醫院評鑑的護理委員就會查核相關部門，看有無使用五分之一、五分之一，現在已經第 2 年了。

三、安全針具有很多規格，加起來總共不到 10 家銷售，所以就集體抬價，現在是雙倍的價錢也買不到，所以才會要求本項費用

回歸行情，而不是把時間縮短，還是要 5 年。

四、感謝付費者代表，尤其是謝委員天仁，今天真的寬宏大量！何委員語也很能站在醫院立場，到底還有無調整空間？加 2 億元很少。

何委員語

我是最後版加出來的，他們等一下一定會罵我！我想今天就讓事情圓滿，安全針具已經多給 1 億元，希望今年圓滿解決，大家都興高采烈回去，認真工作比較要緊。

鄭主任委員守夏

請陳委員川青。

陳委員川青

一、剛剛何委員語未經付費者代表同意私加 2 億元，我有意見。不過希望醫界朋友共體時艱，因為額度都會滾入基期，恐怕來年景氣也不會那麼好，不知是否有機會加薪，我很擔憂台灣的經濟狀況。不過，既然何委員語已經提出，我們也支持，希望醫院也禮讓一步，大家互相體諒。

二、另外有個但書，會議資料第 36 頁，新醫療科技包括藥品、特材、新增項目，應該還有罕病特材，上次有個玻璃娃娃特材的提案，希望將該項目也包含在內。

楊委員漢淙

不行！因為罕見疾病我還有點了解，罕見疾病病人應該要照顧，由於其相關檢驗、材料及營養品等費用，另有法令規定，不要混到這裡來。罕見疾病的照顧，依據相關法規，規範得很清楚，我認為不能編列在此，不能將我們有限的費用移做他用，否則罕見疾病的相關預算做何用？建議不應該列在此項。

謝委員天仁

主席，我們可否段落分明。剛剛何委員語的建議，醫界到底有沒有同意？如果同意，才能再討論其他項目。

楊委員漢淙

好啦！那我們就勉強接受！（委員鼓掌）

謝委員天仁

剛才蔡委員登順所提係指須有相關監測指標，如住院護理照護、新醫療科技等項，需將指標的監測結果提報健保會，希望這些項目能做得更圓滿。

鄭主任委員守夏

剛才蔡委員登順所提的內容，請本會幕僚今晚加班整理出來，並於明天委員會議呈現文字，以確認今天的協商結果。

謝委員武吉

大家都很辛苦！感謝各位委員！尤其何委員語為了幫我們增加 2 億元，差點挨罵，非常感謝！今天能夠圓滿，6 年來醫院部門第 1 次在協商會議達成共識，對各位表示尊重與感激，謝謝大家！

鄭主任委員守夏

請陳委員川青。

陳委員川青

上次委員會議提到的玻璃娃娃，還未給付的特材項目，應該擺在哪一項？

鄭主任委員守夏

上次提案健保署已撤回，日後將由健保署再提案，並在委員會議討論。健保署在提案前會與醫界商量，還會向本會委員說明及溝通，因已撤案，所以今天不適合討論。

楊委員漢淙

幫忙說明，罕見疾病的法律規定與衛福部的幾個單位有關，但主管機關是國民健康署，不是中央健康保險署。

鄭主任委員守夏

完成醫院總額協商。休息 5 分鐘換下一場。

(中場休息約7分鐘)

鄭主任委員守夏

- 一、請委員就座！請委員直接參看投影螢幕，門診透析服務部分，在會前會已有共識，這部分若無特別意見，還需要報告嗎？付費者代表有無意見？直接談成長率好不好？(多位委員回應：好！)
- 二、印象中大部分的委員支持健保署方案，該署方案中，歸到醫院的成長率是 2.341%，西醫基層則為 5.557%，總成率 3.7%。至於醫界方案，醫院部門的成長率與健保署相同，但西醫基層不一樣，可否請西醫基層代表說明。

陳委員宗獻

不浪費大家時間，總成長率 3.7%與病人數成長率差不多，支持！

鄭主任委員守夏

如果沒有問題，就拍手通過！(所有與會者鼓掌)

干委員文男

非常感謝醫界，沒有浪費太多時間討論，透析總成長率是 3.7%，且能夠獲得支持。我知道你們的辛勞，但我認為透析的檢驗指標，似乎健保署能要到的資料不夠多，希望透析院所過去提報至腎臟醫學會的資料，該會能配合全部轉給健保署，因為日後可供學者研究，如血清鐵、總鐵結合力、血清運鐵蛋白、平均紅血球體積、紅血球生成素等指標，原來就有提報，很多學者向我反映都拿不到資料，還要向其他研究機構購買。

鄭主任委員守夏

今天腎臟醫學會的理事長有與會，請陳理事長鴻鈞。

陳理事長鴻鈞

腎臟醫學會真正有在管控病人，且用全世界最好的品質，維持全世界最好的存活率，病人數 1 年成長約 4%，已經好幾年預算成長率

都很低，總成長率 3.7% 會讓點值打折，但醫療服務不打折，點值打 8 折，恐怕會影響洗腎品質。

干委員文男

一般服務成本也都算進去，若能控制患者不要再增加，應該可以更好。

陳理事長鴻鈞

目前患者平均年齡約 65 歲，我現在 60 歲，以後也可能要洗腎，希望能維持更好的品質，因為患者年紀愈來愈大，很多人又有糖尿病，去年很認真地執行安寧療護與鼓勵換腎，但死亡率有開始增加的傾向，我們很擔心這部分。

林理事元灝

- 一、請委員容許我簡單報告。腎臟醫學會努力進行腎臟病防治，推展腎臟移植，尤其近親活體移植，102 年成效最佳，增加 100 多人；並推動安寧療護，鼓勵癌末或多重器官衰竭患者，不要再進行透析治療。已有慢性腎臟病患者簽署不接受透析治療，安寧療護變成他們的另一項選項。
- 二、我們也對現有透析品質進行管控及監測，不斷改善品質，台灣的存活率是世界最高，比歐美高很多，尤其是 60 歲以上的病人，台灣是世界奇蹟，但所花的醫療費用卻只有國外的一半。
- 三、這 10 年來透析預算一直降低，給付明顯不足，給付過低會造成老舊機器無法汰換、護理人力缺乏。剛才醫院部門提及護理人力加薪問題，洗腎室的護理人力已經 10 年沒加薪，造成有些護理人力跑到醫院工作；還有些單位已重複使用洗腎室的材料，這對病人不好。人才也逐漸出現斷層，有的醫院已開始招不到醫師，並開始用外籍醫師，擔心將來會否產生問題？
- 四、病人數的成長率，往年約 5%，但預估來年約為 3.7%，這是病人死亡率逐年增加的緣故，不是危言聳聽，因此些資料都源自健保署。實際上每年病人約增加 1 萬人，而死之病人 6 千多

人，所以形成病人成長率為 3.7%，不知是否意味病人的死亡率不能下降，如此大家所同意的預算成長率才足以支應需求。

五、非常感謝大家對我們的支持！往年給付年年降低，希望能恢復醫療品質，原期待預算能有 4.4% 成長，其中包含護理人力加薪問題，我們編列 2 億元調增護理人員薪資，以留住這些人才。現今有些門診透析院所的護病比，已由 1 比 4 變成 1 比 5，擔心會影響醫療品質。

六、另，希望推展偏鄉醫療，照護弱勢的慢性腎臟病患者，目前正號召全國腎臟科專科醫師推展這項活動，希望明年能在偏鄉地區設 20 個點推展，請委員能支持預算成長。實際上，這些病人都在生命交關，我們會用所有努力維持病人尊嚴，請委員在預算上能給予支持。

干委員文男

感謝腎臟醫學會的努力，剛才醫院與西醫基層都已同意總成長率 3.7%，無法再改變！你們又沒先說，這部分已協商完成，付費者也贊成此成長率，請醫院與西醫基層部門自行調整。

蔡委員登順

醫院與西醫基層部門成長率各為多少？請唸給他們聽。

干委員文男

醫院部門成長率是 2.341%，西醫基層是 5.557%，總成長率 3.7%，你們也都同意了！

鄭主任委員守夏

謝謝干委員文男。

張協商代表孟源

一、關於這部分預算，剛剛醫院與西醫基層部門雖然已談妥，個人不再贅述。但關於血液透析品質指標方面仍要呼應剛才干委員文男所提，我與干委員都是門診透析總額研商議事會議的委員，重點是門診透析研商議事會議中，從今年第三季開始往往看不

到透析重要抽血、檢驗指標的數據，希望腎臟醫學會下次能列入相關重要品質指標，這樣才能改善西醫基層的透析醫療服務品質。

- 二、由會議資料可看出，今年病人成長數有下降，這要歸功腎臟醫學會的努力推廣，在於「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(簡稱 early-CKD 計畫)」與「末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫(簡稱 pre-ESRD 計畫)」的照護，還有安寧療護的幫忙，請委員對這些計畫的預算給予支持，讓透析品質可以提升，死亡率下降，國人健康也可以更好。

鄭主任委員守夏

- 一、這是架構問題，健保會不會直接與腎臟醫學會協商，歷年都是透過醫院與西醫基層部門先溝通，據了解之前應該都有溝通，不至於沒溝通就逕自決定。若要高一點的成長率，通常是考量付費者多花錢買什麼，而醫界要承諾可以多做什麼，亦即，如果多給，可以多提供什麼服務，或多幫病人買到更好的醫療品質。
- 二、剛才干委員文男所提意見非常明確，以前透析院所願意提供資料給腎臟醫學會，為何現在不能提供健保署？健保署將資料公開後，可以供很多學者進行研究，對付費者及健保署都有監督及鼓勵作用。以後協商成長率時，請附上相關資料，說明已經很認真執行那些服務，也可協助說服付費者，讓他們願意多給一點成長率。
- 三、過去 5 年似乎有點虧待你們，但在之前的 10 年，則非如此，所以現在才願意恢復成長率 3.7%。若醫界做得很好，又能提出品質更改善的數據，會更好！目前已確定成長率，要變更有困難，今年協商確定就是成長 3.7%，如果明年能有更好準備，且事先向委員說明，或許可以有更好的成長率。請何委員語。

何委員語

- 一、首先對腎臟醫學會給予肯定，據我瞭解，人工腎臟的使用，國外是新品洗完就丟棄，國內有的使用3次以上，看過一些文獻，人工腎臟重新清洗後，且做良好消毒，仍可繼續使用。萬一清洗及消毒不全，就可能造成血液感染，會將其他病毒傳染給後面使用的人。
- 二、這些材料都由國外進口，有些透析院所係由非醫療人員投資經營透析連鎖店，這會排擠與傷害真正執行透析服務的醫師。為了保護醫師，我們也在考慮是否要抵制這些商業化的連鎖店，這是很難理解與監督的部分。
- 三、腎臟醫學會的醫師應該都很認真執行醫療作業，今年大家已經同意成長率3.7%，若未來能提供更多資料予付費者代表參考，明年協商總額時，會給予更多支持，這是很重要的一件事。
- 四、我參加協商4年，過去腎臟醫學會並未提供很周詳資料，去年我要求提供資料，才慢慢看到透析的相關數據，前2年都拿不到。干委員文男也希望腎臟醫學會能提供更充足的資料與成果給委員參考。

鄭主任委員守夏

謝謝何委員語。

陳理事長鴻鈞

這些資料我們全部都有，且非常完整，印象中好像沒有人來索取。相信台灣大部分的病人沒有重複使用特材，只有極少數有此情形，因為透析支付很差，有些人做不下去，若做不下去，則會轉賣給供應商，因為供應商成本很低，所以支付低會造成惡性循環，這也是我們所不樂見的。

張協商代表孟源

剛剛何委員語所提問題，腎臟醫學會陳理事長鴻鈞已回應，大部分的病人並未重複使用特材，也就是hollow fiber dialyser(空心纖

維透析器)使用一次就丟且不再重複使用，如此可減少感染等相關問題的發生，若真如此，則要獎勵。建議可在品質獎勵計畫中，把此項當作獎勵指標，這樣干委員文男在門診透析總額研商研商議事會議中，就可以處理此問題。

鄭主任委員守夏

- 一、這個意見很好，請健保署及腎臟醫學會討論。品質保證保留款應該分配給真正做得很好的院所，不是全部均分，此建議很好。若大家同意，透析服務的協商就到此，成長率確定是 3.7%。
- 二、接下來進行西醫基層總額協商，預估時間 100 分鐘，現在已經晚了 2 小時，原本預計下午 6 點 10 分協商完畢，然現在已下午 6 點 30 分。徵求各位意見，先用餐還是先協商？(委員回應：先用餐！)好，休息 20 分鐘用餐。

陸、104 年度總額協商－「西醫基層總額」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝各位委員及西醫基層的代表，現在是晚上 6 點 50 分，本場次表訂協商時間為 100 分鐘，以不超過為原則。今天的協商會議，除第一場次的中醫部門外，接著的兩場都沒有超過預定時間，希望西醫基層部門也能在時間內完成協商。
- 二、醫師公會全聯會備有簡報，請盡量把握報告時間，報告結束後再進行詢答。

黃協商代表啟嘉(報告「104 年度西醫基層總額協商草案」)

- 一、主委、各位健保會的委員、協商代表及醫界夥伴，大家好，我想借用一點時間來跟各位報告西醫基層部門對 104 年總額的看法。
- 二、請參看投影片第 2 張，有一句老話「計畫永遠趕不上變化」，我們投入的醫療資源往往趕不上民眾醫療需求的變化，很多非協商(醫療服務成本及人口)因素的預估，常與實際的需求存在很大落差，包含人事及藥品費用等。
- 三、(投影片第 3 張)以藥品成本為例，常看到某品項的藥品已經降價，但實際上民眾使用的藥費總金額卻仍上升，例如某藥品 1 顆由原價 100 元降為 80 元，但因降價後使用量增加，反而使總藥費上升。
- 四、(投影片第 4 張)96~102 年申報金額與實際預算所存在落差，96 年為 40 億元，至 102 年已接近 85 億元，7 年累計差距 379 億元；預估 103 年落差將達 100 億元。
- 五、(投影片第 5 張)103 年第 1 季的浮動點值已經降到 0.8592，平均點值為 0.9018，已屆臨界點，是最近 10 年來最差的 1 年。造成點值滑落的原因，主要是原預估的經費，往往不足以支應實際的需求。
- 六、(投影片第 7 張)以新藥為例，104 年健保署預訂編列新藥預

算 8,500 萬元，但歷年使用的新藥都超出原預估預算的 10 倍。98 年引進 40 項新藥，經費編列 27.2 百萬元，但 98 年支出 37 百萬元，至 102 年各該藥品計使用 393 百萬元，由此可見，新藥在引進後幾年，使用量都會高出預估值，因此，我們希望 104 年至少能以 3 倍來預估，建議增加預算 2.55 億元。

- 七、(投影片第 8 頁)往往新藥納入給付後，並沒有取代舊藥的效果，以 Lipitor 及 Crestor 兩項降血脂藥為例，Lipitor(舊藥)在 97 年度申報 17 億元，Crestor(新藥)於 98 年納入給付後，當年度申報 12 億元，但 Lipitor 仍然申報 17 億元，費用並未相對減少。
- 八、(投影片第 10 頁)有關慢性病部分，委員常常提到，人口結構的改變在非協商因素成長率中已有反應，可彌補人口老化造成慢性病需求的增加，但所有預測都是失真的，尤其是在一個不斷進步、服務越來越好的行業—全民健保，這個預測一定會被低估。94~103 年在人口結構改變率總共投入 56.49 億元，以照護慢性病，協商時也在西醫基層總額另編列 56.46 億元預算，但慢性病實際申報增加的點數卻高達 142.54 億點，幾年來累積超過 30 億元的缺口，造成點值嚴重滑落。
- 九、(投影片第 11 頁)西醫基層慢性病費用年化成長率為 7.61%，經過人口校正後，仍有 5.28%，醫師公會全聯會以 103 年費用 267.54 億元為基礎，104 年經過人口校正後，成長率為 5.28%，估計 104 年西醫基層慢性病及多重慢性病需增列 14.13 億元預算。
- 十、(投影片第 14~17 頁)有關適應症放寬的部分，不該用個案或個別藥品(如 Lucentis)的方式來處理，但放寬適應症的影響除藥費外，還會增加診察、診療及檢驗等費用，估計會衍生 5.884 億元費用。以 Statins 為例，在改變其適應症之後，醫療費用的成長率增加近 30%，Lucentis 的情況也相同。另，健保署擬自 104 年度起取消分裝藥的健保給付，也將造成申報費用的增加。
- 十一、其他配合政策方面，支付標準調整與配合政策推動項目，含基層院所及特約藥局藥師調劑費比照醫院調增 3 點、語言治療

診察項目調整、ICD-10-CM/PCS 編碼及配合安全針具推動等，都有增加費用。

十二、(投影片第 23 頁)慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫部分，造福民眾甚大，建議仍留在專款項目，專款專用，不要移列至一般服務預算下。

十三、(投影片第 25~26 頁)針對耳鼻喉科局部處置部分，希望能投入足夠的資源，讓相關科別的醫師可提供民眾耳鼻喉科局部治療的服務。

十四、(投影片第 28~29 頁)醫療法人設立的診所每年約有 9 億元費用，使西醫基層總額難以承擔，且不甚合理。

十五、(投影片第 30 頁)有關內科體系下非內科專科醫師(如神經內科及消化內科)未有加成，建議應比照內科專科醫師，將門診診察費加成 3.8%。

十六、(投影片第 31 頁)在基層護理費方面，需要挹注 6 億元。

十七、(投影片第 33 頁)在專款項目部分，家庭醫師整合性照護計畫需要增加 5.47 億元。以上，請協商代表一起努力，看如何讓民眾得到更好的照護服務，謝謝大家。

鄭主任委員守夏

謝謝黃協商代表啟嘉的報告，請問西醫基層部門代表還有無補充之處？請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

現在剛好 7 點，每年到這個時候，無論付費者或醫界委員都很辛苦。今天從牙醫、中醫到醫院總額部門的協商，我都有參加，剛才報告的內容也依西醫基層部門需求的先後進行說明，因此，既然之前三個總額協商過程，有「起點儘量不要超出大總額上限太高」的共識，就容我先主動刪除幾個項目，以利協商進行。

蔡委員登順

站在付費者立場我們同意。西醫基層部門是最後協商的場次，所以

一定了解今年總額協商的原則是各部門都不可超過行政院核定的上限 4.75%。

陳委員宗獻

我們先刪除「西醫基層總額開辦後因政策改變所設立之醫療法人診所(醫療機構代碼為 40 及 41 者)或醫院附設門診部(排除衛生所轉型)」...

鄭主任委員守夏

請同仁準備同步更新試算資料。請陳委員宗獻說明擬先刪除項目在今日會議資料的第幾頁？

蔣協商代表世中

在今天會議資料的第 67 頁。

陳委員宗獻

我們先刪除今天會議資料第 67 頁之「西醫基層總額開辦後因政策改變所設立之醫療法人診所(醫療機構代碼為 40 及 41 者)或醫院附設門診部(排除衛生所轉型)」、「基層護理費」，及第 68 頁的「扶植弱勢科別-內科體系非內科專科醫師加成」等 3 項協商因素。

黃協商代表啟嘉

請先刪除會議資料第 67 頁第 1 項「西醫基層總額開辦後因政策改變所設立之醫療法人診所(醫療機構代碼為 40 及 41 者)或醫院附設門診部(排除衛生所轉型)」9.101 億元、第 2 項「基層護理費」6.323 億元，及第 68 頁第 1 項「扶植弱勢科別-內科體系非內科專科醫師加成」0.116 億元。

陳委員宗獻

我們先刪除這 3 項，謝謝。

蔡委員登順

請問刪除此 3 項後，總成長率是否仍超過行政院核定的成長率上限？

鄭主任委員守夏

請委員參看目前螢幕的投影資料，經刪除上述 3 項後，目前西醫基層部門草案的成長率為 4.880%，而行政院核定上限為 4.75%。

陳委員宗獻

- 一、現在成長率已經拉近，是否開始協商？謝謝。
- 二、其他部門已達成的共通性決議，如「ICD-10-CM/PCS 編碼」移列其他預算，西醫基層部門比照辦理，不另討論。

鄭主任委員守夏

- 一、付費者代表是否還有其他意見或詢問？今天付費者代表曾提出「調整診察費」、「調整支付標準」及「適應症放寬」等 3 項不另給預算之原則，如西醫基層部門同意，則有助提高協商效率。
- 二、建議西醫基層部門將成長率調整至 4.75% 以下，以示誠意。

何委員語

請教西醫基層部門，健保署規劃將「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」專款移至一般服務預算，若付費者代表建議維持在專款項目，你們有何意見？

陳委員宗獻

對此沒有意見，我們認為該計畫放在專款項目是最公平的方式。

何委員語

瞭解。目前西醫基層部門草案的成長率還是很高，可否讓我們內部再「喬」一下，今天協商代表都是「喬」委會委員長，都在「喬代誌」（台語）。若西醫基層部門可再調整預算，使成長率不高於行政院核定上限，則協商速度將可加快。

鄭主任委員守夏

- 一、在此先跟各位說明，西醫基層部門 102、103 及 104 年的非協商因素成長率各為 2.101%、0.811% 及 1.154%，103 年最低。

過去 2 年(102、103)西醫基層部門的總成長率(較前一年度)分別為 2.818%及 2.391%。有時非協商因素成長率是非戰之罪，因為有些項目是落後指標，屬於事後反應。

二、西醫基層部門若想爭取 104 年成長 4%，有其難度，像上一場協商的醫院部門，雙方就先從上限 4.75%開始談起，請西醫基層部門參考。

三、付費者代表有無建議西醫基層部門先自行刪減的項目？或雙方就開始進行內部協商？請蔡委員登順。

蔡委員登順

一、就如何委員語所言，我們已經從早上協商到現在，也知道西醫基層部門等很久了，期待將付費者代表的立場表達後，儘速達成共識。

二、「新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)」乙項，基層部門與健保署落差很大，健保署依歷年新藥申報資料，以 5 年可能支出為基礎估算下年度將增加的額度，並作為每年新醫療科技的新藥額度，104 年建議新增 0.85 億元新藥預算。請西醫基層部門考量健保署意見。

三、「因應適應症放寬衍生費用」：

(一)健保署的意見為，因有類似療效之新藥納入給付、Lucentis 藥品支付價格調降，及配合藥品費用分配比率目標制試辦方案調降藥費等因素，建議不再增編預算。

(二)西醫基層部門建議本項編列 5.884 億元，但考量「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案已調降藥價 56.7 億元，建議西醫基層部門自動刪除本項。

四、「支付標準調整」：

(一)今天協商到現在，付費者代表立場一致，認為各部門每年都提出的調整支付標準預算，應以非協商因素成長的預算自行調整，建議不另編列預算。

(二)另評核委員建議「支付標準表係以點數反映相對成本，支付標準之調整應考量整體結構，若僅針對部分項目調整、加成，易導致失衡，或引發另一方爭議，而落入不斷局部修正支付標準的困境」，因此，前 3 場次協商時，付費者代表均未同意編列支付標準調整的預算。

五、西醫基層部門已主動刪除「扶植弱勢科別-內科體系非內科專科醫師加成」項目。至「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)」乙項，與非協商因素有直接相關，健保署說明也表示「因老年人口、慢性病之增加，每年於人口結構改變率已有反應；104 年之人口結構已編列成長率 0.997%，增加 9.79 億元」；雖然西醫基層部門提出「雖有反映，但因人口老化成長率較高，預算不敷使用」之看法，但人口結構改變率每年都有增加預算，且目前出生率低，老年人口成長，老少一長一消有互補效應，整體差異應不會太大。

六、「提升基層醫療照護暨平衡科別之合理發展-耳鼻喉門診局部處置」乙項，依幕僚補充意見，「西醫基層院所申報門診診察費，針對 4 歲以下不分科及 4~6 歲兒童專科醫師已有加成 20% 之點數」，已經給予預算。

七、剛才何委員語所提「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」要列在一般服務或專款項下，付費者代表內部會再討論；但個人認為醫院部門總額較大，而西醫基層總額相對較小，本計畫若列在一般服務，恐不易管控，但若列在專款項目，則較易控管，才不會有爆量的情況出現。我們也了解，西醫基層部門擔憂若列在一般服務，恐擠壓到其他服務的預算。

八、專款項目，尊重健保署意見。

鄭主任委員守夏

還有無特別需要請教或詢問之處？(未有委員表示意見)請雙方先各自帶開 20 分鐘進行內部討論，再回來會場協商。

(付費者及西醫基層代表各自召集會議討論約 32 分鐘)

鄭主任委員守夏

付費者代表已達成初步共識，請蔡委員登順。

蔡委員登順

一、西醫基層部門的金額雖然沒有醫院部門多，但因協商因素項目較多，本場次可能會進行得較為艱困。

二、付費者代表非常有誠意，經過內部長時間討論，考量西醫基層點值因素後，提出下列意見：

(一)非協商因素成長率，104 年西醫基層為 1.154%，醫院部門為 2.128%，所以在非協商因素成長率部分，比醫院部門少了 0.974%。

(二)「品質保證保留款」，同意給予 0.1% 成長率。

(三)「新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)」乙項，考量西醫基層特材使用量雖較醫院部門低，但仍有需求，給予 1.2 億元預算。

(四)對「因應適應症放寬衍生費用」、「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)」及「提升基層醫療照護暨平衡科別之合理發展-耳鼻喉門診局部處置」等 3 項，認為可合併為「其他醫療服務利用及密集度之改變」，健保署對此 3 項並未同意編列預算，但付費者代表願意給予 3 億元預算。

(五)「支付標準調整」如同先前所提，「醫療服務成本及人口因素成長率」應適度用於調整支付標準，尤其是人力或物價相關項目上，本項名稱並請修為「調整藥事服務費及語言治療診療項目」，同意給予 3.916 億元預算。

(六)有關「配合安全針具推動政策」，同意依照健保署意見編列 0.039 億元預算；另「ICD-10-CM/PCS 編碼」移列至其他預算。

(七)專款項目之「醫療資源不足地區改善方案」、「醫療給付改善

方案」2項，同意依健保署意見編列；「慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫」同意列於專款項目，且考量此計畫將放寬基層醫師參與資格及病患人數增加等因素，同意編列4億元預算。「家庭醫師整合性照護計畫」於評核會時，委員建議應確實評估成效，並建立更嚴格的擇優汰劣機制，即表示該項計畫之執行有許多改善空間，因此，同意依健保署意見編列11.8億元。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員登順說明，付費者代表已釋出善意，請西醫基層代表表示意見。

陳委員宗獻

針對「新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)」乙項，請蔣協商代表世中說明。

蔣協商代表世中

一、各位委員大家好，有關「新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)」乙項，請參看今天會議資料第81頁，相當於今天簡報資料第7頁。以94年為例，當年引進的藥品於95年申報59百萬元，但於98年已申報161百萬元；97年新醫療科技編列49.2百萬元預算，於97年引進的新藥，至101年已申報253百萬元；98年編列27.2百萬元預算，當年已申報41百萬元，至第5年(102年)更申報了393百萬元，之後年度都是一樣的情形，新藥實際支出的費用都高於原編預算的5~10倍。

二、請委員同意本項仍編列2.55億元。

鄭主任委員守夏

一、現在開始逐項討論，有關「新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)」乙項，西醫基層代表表示不做更動。

二、其他項目請西醫基層代表說明。

陳委員宗獻

我們瞭解醫院部門是將部分項目合併，也認同合併為一個大項在協商時較容易討論，但因項目的屬性不同，能否仍逐項討論？

鄭主任委員守夏

目前付費者已提出協商版本，建議將適應症放寬等項目合併為「其他醫療服務利用及密集度之改變」，因都會滾入基期，所以不致影響部門內部的管控。請西醫基層代表提出可讓步的項目及可減少的預算，以利後續討論。

陳委員宗獻

- 一、有關付費者代表建議「其他醫療服務利用及密集度之改變」乙項，因為西醫基層與醫院或牙醫部門的型態有很大不同，計有 12 個主要科別的醫師在基層提供服務，所以才會提出「提升基層醫療照護暨平衡科別之合理性-耳鼻喉門診局部處置」項目，此議題在基層內部爭議很大，我們也承受相當大的壓力，問題是為何一樣是治療小兒病患，因為小兒科閾值訂為 0.4%，所以只要超 0.4%，該科的治療費用就要直接被刪減。若要將「因應適應症放寬衍生費用」、「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)」及「提升基層醫療照護暨平衡科別之合理發展-耳鼻喉門診局部處置」等 3 項合併為 1 項，基層內部無法拆解預算，將會肇致其他困擾。
- 二、「提升基層醫療照護暨平衡科別之合理發展-耳鼻喉門診局部處置」乙項，是用來處理兒童罹患呼吸道感染的預算。兒童多不善擤鼻涕，往往造成更嚴重的病症，因此希望增加預算，以便將不予支付指標之閾值由 0.4% 提高至 5%。
- 三、有關慢性病照護的預算，我們列在「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)」項目，剛才報告時，為了節省時間，所以可能表達得不夠清楚，請容我再次提出說明。依前幾年的協商經驗，知道付費者委員的著

眼點包含：預算是否用於刀口上、經費是否浮濫或不足等。請再參看投影片第 10 頁，慢性病照護費用在西醫基層快速成長，年化成長率高達 5.28%，從 94 年至 103 年第 1 季，慢性病利用淨增加 142.52 億點，同期間慢性病預算編列 56.46 億點，雖然非協商因素成長率中的人口結構改變率也有 56.49 億點預算，但仍有差距，而新增點數與預算間的落差，就是西醫基層點值滑落的主因。

四、有關點值部分，因為平均點值包含藥費，西醫基層診所屬弱勢部門、議價能力較低，且西醫基層部門的藥費成本與醫院門也不同，許多科別如外科、婦產科等，並未有藥費或藥費比率較低，因此浮動點值較能反映真實情況。94 年浮動點值為 0.79，95 年時針對慢性病編列 16.76 億元，因此 95 年浮動點值回到 0.879；96 年又編列 13 億元，點值回到 0.936，預算編列與點值兩者間具有相關性。目前 103 年第 1 季浮動點值為 0.8592，是 94 年至 103 年間的第 2 低點，乍看點值 0.859 似乎沒有很大的差別，但實際上差距很大，因為浮動點值包含各種成本，國稅局是以健保核定點數的 78% 計算費用，22% 為利潤，當西醫基層點值下滑至 0.8592 時，我們的收入會剩下多少？這部分需要處理，因此懇請付費者代表能考量再給予額度，此 3 項可以合併，但希望耳鼻喉科局部處置部分，可以給我們明確的方向，若無預算，回去後就可跟全聯會的相關代表表示本項無預算，如此才能順利說服內部及進行預算的分配。

蔣協商代表世中

一、請委員參看投影片第 10 頁，再次說明，慢性病申請點數從 93 年的 102 億點左右，到 102 年的 244 億點，10 年間增加 2 倍多；若考量人口結構因素，也增加 1.67 倍以上，主要原因是人口結構因素不足反映人口老化所增加的費用。再者，人口老化因素僅占慢性病成長的 30~35%，還有 65% 是因盛行率及其他因素所造成。

二、94 年時，因為點值真的很低，所以於 95、96 年西基層總額，適度增加 30 億元預算，使浮動點值維持在 0.9 以上，但 101、102 年期間，西醫基層總額在此項未被增加預算，所以點值又開始下降，103 年才又增加 4.5 億元預算。懇請委員針對慢性病部分能給予預算。

鄭主任委員守夏

提醒一下，到目前為止，還未聽到西醫基層部門提出要減列的項目，請加快說明。

蔡委員登順

剛剛付費者代表已提出我們的協商版本，請西醫基層代表針對其內容逐項提出預算建議或說明，剛才所提到的慢性病或耳鼻喉科等現象屬執行細節，付費者代表無法對西醫基層內部的所有科別一一討論，你們可就新增的預算自行分配，並依循現行規定調整支付標準。

鄭主任委員守夏

其他項目是否需要討論？

蔡委員登順

可否針對協商方案開始談了？

鄭主任委員守夏

先請西醫基層代表快速地逐項說明，例如「本項很抱歉，我們很辛苦，無法刪減」等。目前西醫基層提出的方案，成長率是 4.7%，能否再下修？

蔡委員登順

剛提到「其他醫療服務利用及密集度之改變」預算不足，請西醫基層部門提出需要多少才夠的明確數字，才能繼續往下談。

鄭主任委員守夏

請西醫基層代表逐項說明，提出哪些項目可以讓步，否則似乎沒有

誠意。

李協商代表紹誠

主席、各位委員，為了協商順利，請先酌減「提升基層醫療照護暨平衡科別之合理發展-耳鼻喉門診局部處置」金額。

蔡委員登順

本項付費者代表已提議併入「其他醫療服務利用及密集度之改變」項下，請於內部自行調整。

陳委員宗獻

本項未經討論就刪除會出事情。

蔡委員明忠

先說明一下，「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)」及「提升基層醫療照護暨平衡科別之合理發展-耳鼻喉科門診局部處置」項目，我們的需求分別為 14.13 億元及 5.51 億元，2 項合計 19.64 億元，而付費者代表同意 3 億元。過去西醫基層總額曾於協商因素中，編列慢性病預算，也的確產生點值回升效果，但近年未增列預算，致與實際申報點數的差距變大，西醫基層總額無法再承受。我們會調降這 19.64 億元，但也希望委員能夠考量慢性病議題的重要性，再酌增預算。未來若可編列預算，西醫基層代表在此宣示，將依原項目提出的預算比率進行內部分配。我們願意調降，也會做好品質，請委員考量將預算調為 15 億元。

鄭主任委員守夏

先等一下。除了剛剛提到的 2 項以外，西醫基層代表都沒有說明其他協商項目，是同意付費者代表方案嗎？有共識就不用談，若有意見則請說明。

陳委員宗獻

「新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)」乙項，可以調降至 1.5 億元。

吳協商代表首寶

請參看今天會議資料第 81 頁，每年開放的新藥到第 4、5 年，都會有 5~8 倍的成長，新醫療科技的預算都不足以支應。

謝委員天仁

主席，我認為照目前的方式，雙方很難有交集，請西醫基層部門彙整提出可刪減的項目及完整方案，再來協商，不要提出一項就進入討論，這樣速度太慢。

蔡委員登順

建議西醫基層部門先整合內部意見，提出新方案後再討論。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

- 一、目前西醫基層部門似乎還沒聽清楚付費者代表提出的方案，我再重複一次付費者目前提出的協商方案。
- 二、付費者版本建議刪除「因應適應症放寬衍生費用」5.884 億元、「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)」14.13 億元，及「提升基層醫療照護暨平衡科別之合理發展-耳鼻喉科門診局部處置」5.511 億元，這 3 項共約 25.525 億元，改列在「其他醫療服務利用及密集度之改變」項下，預算 3 億元。其他項目則依照健保署的意見編列，西醫基層原減列的項目不需再討論。請問西醫基層代表，現在是否清楚了？

陳委員宗獻

我知道了！

何委員語

剛才蔡委員明忠提到 15 億元，不是，是 25.525 億元。

陳委員宗獻

少算了「因應適應症放寬衍生費用」588.4百萬元...。

何委員語

現在就是提 25.525 億元，但給 3 億元不夠，所以請問你們能調降多少？至於西醫基層內部要如何分配，請自行解決，不需在此討論。

鄭主任委員守夏

除了本項，後面還有無需要相互溝通的項目？是否都同意付費者方案？

陳委員宗獻

有關「家庭醫師整合性照護計畫(診所以病人為中心整合照護計畫併入)」部分...。

蔡委員明忠

健保署建議「家庭醫師整合性照護計畫(診所以病人為中心整合照護計畫併入)」減列 2 千萬元，希望不要減列經費，好讓西醫基層在今年努力執行計畫內容；在宅醫療的部分，讓我們先以這 2 千萬元來執行、試辦。希望付費者代表，尤其吳委員玉琴能夠支持，讓西醫基層部門先行啟動到宅服務。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

主席，我認為應該單純化，有關「家庭醫師整合性照護計畫(診所以病人為中心整合照護計畫併入)」，大家都覺得成效不佳，應該停辦，現只減列 2 千萬元，就不要再增加其他項目。這是付費者代表內部的共識，不要把內容複雜化。若不增加預算，又要新增內容，院所執行上恐有困難。

鄭主任委員守夏

除了剛才提出的 3 大項及「家庭醫師整合性照護計畫(診所以病人

為中心整合照護計畫併入)」外，是否還有其他項目需要溝通？目前雙方所提方案的成長率，西醫基層是 4.599%，付費者代表是 2.46%，差距比醫院總額場次大，請各自再討論 5 分鐘，整合內部意見後再次協商。尤其西醫基層部門應有適度回應，付費者代表已釋出善意。

(西醫基層代表自行召集會議討論約 7 分鐘)

鄭主任委員守夏

- 一、剛才自行召集會議討論時，付費者委員很明確的建議，「因應適應症放寬衍生費用」、「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)」，及「提升基層醫療照護暨平衡科別之合理發展-耳鼻喉科門診局部處置」等 3 項，不要細談個別預算，但西醫基層內部可自行調整，付費者代表不會對預算分配表示意見。
- 二、現在 25.525 億元及 3 億元的差距不知有無縮小？其他項目是否都無意見？家庭醫師整合性照護計畫是否還要討論？請西醫基層部門推派 1 位代表說明目前的方案內容，請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、「因應適應症放寬衍生費用」、「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)」，及「提升基層醫療照護暨平衡科別之合理發展-耳鼻喉科門診局部處置」等 3 項，我們同意合在一起談，剛才內部已有討論，原 25.525 億元調降為 20 億元。
- 二、「新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)」乙項，非常感謝付費者代表願意編列 1.2 億元，但我們認為 1.5 億元較為安全，只差 3 千萬元，希望委員支持。
- 三、「家庭醫師整合性照護計畫(診所以病人為中心整合照護計畫併入)」彼此差異較小。

蔡委員明忠

在此拜託委員，104 年度「家庭醫師整合性照護計畫(診所以病人為中心整合照護計畫併入)」還是編列 12 億元，不要減列。這是我們第 3 個訴求。

鄭主任委員守夏

一、好！我們就依雙方目前的方案開始討論。

二、「新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)」乙項，西醫基層希望 1.5 億元，付費者代表同意 1.2 億元，差 3 千萬元。付費者代表這邊是否願意提高？本項金額差異相對較小，可否達成共識？

蔡委員登順

先討論落差較大的「其他醫療服務利用及密集度之改變」，該項如果達成共識，則「新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)」相對容易達成共識。

鄭主任委員守夏

好，我們先從大項談起，「其他醫療服務利用及密集度之改變」乙項，醫界從原先的 25 億元下修為 20 億元，請問付費者代表是否願意酌加預算？請蔡委員登順。

蔡委員登順

一、剛才已經表達得很清楚了，有關「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)」乙項，老年人口、慢性病的增加，每年在人口結構改變率都有反應，付費者代表在協商時，很反對重複給錢，本項西醫基層一開始就編列 14.13 億元預算，覺得老年人口成長太快，預算不夠，但剛剛我也提出，小孩子出生率降低你們也沒有提要減列預算，一消一長落差額度會縮小。

二、今天我們會將這幾個項目併在一起討論，有其原因，因健保署並未同意就這幾個項目編列預算，付費者代表同意給予 3 億

元，已經釋出很大的善意。我再聲明一次，本項醫院部門亦沒有同意給予預算喔！

謝委員天仁

本項醫界從原先的 25.525 億元下修為 20 億元，付費者代表覺得彼此間的落差太大，還沒有必要另外召開內部會議討論，請西醫基層部門再考慮一下，若提出付費者可考慮的預算額度，有折衝空間，我們會再內部討論尋求共識。一次性的整體討論，進展才會快，否則像現在一項一項慢慢談、慢慢調降，要到何時雙方才能達成共識？

蔡委員明忠

一、跟委員報告，我們很真實地將實際狀況反應出來，也很感謝蔡委員登順提出的問題與意見，但投入的預算真的不夠，才會造成目前的差距，今天一直針對此項討論的原因在此，14 億元真的是不足的缺口，請委員考量。

二、我們是按照實際的數據推估，不是空口喊價，能夠調降的部分一定調降。慢性病部分我們已經調降了，耳鼻喉科局部處置及適應症放寬的問題也需要處理，所以真的需要 20 億元，仍請委員考量西醫基層部門的困難。雖然目前付費者的善意與我們需求的 20 億元，差距仍然很大，但還是希望委員能給予多點協助，謝謝！

二、我們是按照實際的數據推估，不是空口喊價，能夠調降的部分一定調降。慢性病部分我們已經調降了，有關耳鼻喉科局部處置及適應症放寬的問題，真的需要 20 億元，仍請委員考量西醫基層部門的困難。雖然目前付費者的善意與我們需求的 20 億元，差距仍然很大，但還是希望委員能給予多點協助，謝謝！

吳協商代表首寶

兒童與老年人的醫療費用差距 5~6 倍，1 個老人年平均醫療費用將近 7 萬多元，兒童約 1 萬多元左右，存在一定落差，並非委員所提一消一長可以抵銷。目前慢性病患者快速增加，2013 年台灣老年人

口比率已達 11.5%，醫療費用與慢性病發生率盛行率、人口老化等因素緊密相關，且慢性病醫療費用在西醫基層總額的比重較高，因此編列足夠的慢性病預算對點值的影響非常大。

鄭主任委員守夏

- 一、請西醫基層代表先暫停說明，讓付費者代表決定是否要再召開會議進行內部討論，若付費者代表不願意，我擔心協商到此就會停滯。
- 二、剛才付費者代表針對 3 億元與 20 億元間的差距，請西醫基層代表酌減，讓他們有動機考慮是否再進行內部討論。相信西醫基層代表的說明，無法完全說服付費者代表，因為相同的內容已經說明第 2 次了，付費者代表也不是聽不懂。

蔡委員登順

健保署建議的預算是 0，但付費者願意編列 3 億元，對西醫基層部門已有特別考量。如果健保署與西醫基層部門雙方建議的預算落差不大，相對容易達成共識，但目前雙方落差是 25 億元，這不是因付費者代表提出預算所造成的落差；如果西醫基層代表堅持本項要 20 億元，我想很難再談下去，請西醫基層內部再協調，若提出的數據可討論，付費者代表願繼續尋求我們的內部共識。

連委員瑞猛

主席。

鄭主任委員守夏

請連委員瑞猛。

連委員瑞猛

- 一、在此提出一個善意建議，請西醫基層部門純粹提數字，不要再解釋，否則應該很快就形成兩案併報衛福部裁決的局面。依今天協商的氛圍，送部裁決對西醫基層部門是不利的，目前似乎還有協商空間。
- 二、今天的解釋已經夠多了，但現在不是解釋的時機。本項目前西

醫基層提出 20 億元，付費者代表是 3 億元，請西醫基層代表再提出數字，讓付費者代表可再內部討論，否則在此僵持不下，馬上就會演變成送部裁決，至於裁決的結果會如何，相信大家心裡都有數。

鄭主任委員守夏

付費者代表這邊還有無意見？

謝協商代表坤川

我想發表一下意見。

鄭主任委員守夏

好，請說。

謝協商代表坤川

本身是內科醫師，個人認為慢性病的醫療需求增加，部分是因疾病年輕化的關係，造成費用暴增。請付費者代表了解，多重慢性病盛行率年成長高達 2.55%。依個人的看診經驗，我認為在健保開辦初期，大家因健康而期待醫界的分數可能只 60 分，到現在近乎 100 分，對醫界的要求可說超高標準。目前慢性病一直增加，也是因為人口老化所造成，若一直將預算打折，好像是不希望台灣民眾越來越長壽一樣，這是很奇怪的事情。

鄭主任委員守夏

一、剛才陳委員宗獻及蔣協商代表世中都有特別提到慢性病費用成長的部分，相信付費者代表都有聽進去，也知道這個情況，但現在要談的是總額成長率。簡單來說，就是付費者的付費能力與意願，跟讓醫界還能運作之間的折衝。

二、目前付費者代表認為本項 20 億元還是太高，不知西醫基層部門是否還有協商空間？剛才蔡委員登順也提到，他們願意再進去(內部)討論，但要西醫基層部門先釋出善意才行，彼此有善意才能再談下去。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、謝謝主席及各位委員，我參與健保總額及管理西醫基層總額領域，已經 10 多年，西醫基層服務品質進步很多，從照 X 光、抽血檢查都不被允許，到現在開放 400 多個項目；但因總額不足，醫生原來的自主空間已經被嚴重壓縮，原來想開甚麼處方就開，到現在 1 個病人只要 1 個月超過 10 次就醫，第 11 次不論何種原因，都要核減費用。這裡不是要討論細節，而是要表達，我們已經沒有多少工具和能力，可以讓西醫基層總額點值維持在 0.9，這也是全體健保會委員的責任，相信大家會同意我的看法。
- 二、以跌倒受傷的患者為例，我們只同意給予 6 次的門診費用，過去還需要人工核減，現在申報時電腦就會主動刪減，但跌倒受傷的患者怎可能就醫 6 次以內就痊癒？西醫基層部門已經苛刻到這種地步，讓受管控的開業醫師抱怨不斷。類似這樣的不予支付指標有 23 項。
- 三、我們面臨的困境是，目前點值已滑落至 0.8，而我們又沒有多少工具可以讓點值提升至 0.9，除非強迫大家週末都不開診，但這是不可能的事情，也不希望因此影響民眾就醫權益，我們已經無計可施了！包含西醫基層的合理門診量，原本看 25 天，可以用 30 天的合理門診量，都考慮改成看 30 天也要算 25 天的合理門診量，這些就是我們唯一能夠使用的工具。
- 四、「其他醫療服務利用及密集度之改變」乙項，調降為 16 億元，拜託付費者代表能夠同意。

鄭主任委員守夏

所以從一開始的 25 億元，變成 20 億元，現在降為 16 億元。請何委員語。

何委員語

- 一、主席、各位委員，基本上這 3 項合併後，付費者代表同意給予 3 億元預算，已經踏出一步了，去年協商時，西醫基層部門也

提出相同項目，都未獲得支持，而且今年非協商因素也有 1.154% 成長率，總額相對來說都有成長。

二、付費者代表會再召開內部會議進行討論，但也希望西醫基層代表可以再討論及調整方案。

鄭主任委員守夏

請雙方再各自帶開 5 分鐘進行內部討論，現在已經晚上 8 點半，希望可以在預定時間內順利完成協商。

(付費者及西醫基層代表各自召集會議討論約 13 分鐘)

鄭主任委員守夏

各位委員，請參看螢幕上雙方的最新版本，其他項目等一下再討論。

「其他醫療服務利用及密集度之改變」乙項，目前醫界是 16 億元，付費者是 3 億元，先請付費者代表說明。

蔡委員登順

一、剛剛付費者代表共同討論後，已付出最大誠意，西醫基層總額的點值有時 0.9、0.8，是很多因素造成的，我在上一場與醫院部門協談時，也提及醫生一年成長 400 多位，診所開了 100 多家，那麼多人投入醫療體系服務是好事，因可提高民眾就醫可近性，但相對地，每年增加很多人分食這塊大餅，可能影響點值、壓縮點值，這部分需要大家共同承擔。

二、人力問題需要國家政策整體管控，否則此問題今年稍有舒緩，明、後年又繼續發生。多一點醫療人才投入是可喜的事，但台灣人口並未相對成長，目前是由新住民在支撐人口數。剛剛提及要共同承擔，說不定哪天點值真的會低到 0.8，但付費者付費能力無法跟著成長，且說不定哪天健保費率會從 4.91% 調高到 7%、8%，這點請大家共同承擔及體認。

三、「其他醫療服務利用及密集度之改變」乙項要增加預算，我們已盡最大能力。請參看會議資料第 66 頁，健保署對「藥品給付規定之修正」的意見是，因「配合『全民健康保險要藥品費用分

配比率目標制』試辦方案，藥品支付價格調降金額 56.7 億元」等支付價調整效應，所以建議不須增編預算。這些內容我一開始就有唸給大家聽。健保會的幕僚補充意見也是如此，「Lucentis 屬近 5 年內納入給付之新藥，雖於 102 年 2 月 1 日擴增給付範圍，其增加費用已納入 104 年度新醫療科技預算之推估基礎，不宜重複編列」，另「Lucentis 支付藥價自 103 年 8 月 1 日起調降 14.3%」等，所以行政部門是不建議編列這筆預算，這些資料並非我們提供的。

四、經過內部協商後，付費者代表已經付出最大誠意，若我們開的價，西醫基層部門覺得無法接受，協商就此結束，即可報部裁決。一口價，再增加 3 億元。

鄭主任委員守夏

不知醫界是否還有再調降的空間？請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

一、唉！真不知該如何說起，今天出席的西醫基層代表特別多，共有 23 位，有在網路上指責、批評的，也有表示關心的，而且各科別代表都來了，我壓力真的很大。剛剛蔡委員登順提及藥費調降 56.7 億元，那是醫院與西醫基層總額 102 年超支的部分，是從醫院與西醫基層總額的其他服務再擠出來的，並沒有另外跟健保署拿錢。

二、藥費調降 56.7 億元，根據 101 年的資料推估，西醫基層大概占 15~16 億元。剛剛報告我們的缺口為 85 億元，是因為若沒有調降藥價，會不足約 100 億元，還好藥費有調降，所以不足的預算才降為 85 億元，這也是造成浮動點值 0.85 的主因，台北區的浮動點值甚至低到 0.79。

三、抱歉！現在時間很晚，我們儘量把握時間，請問主席能否用很短的時間，讓委員聽聽協商代表的看法，現場有外科、婦產科代表，他們若覺得今年還可再撐一下，我們就可以繼續談。

鄭主任委員守夏

剛剛付費者代表已將 3 億元調增至 6 億元，醫界仍維持 16 億元。

陳委員宗獻

剛才經內部討論後，今年最多只能不提「提升基層醫療照護暨平衡科別之合理發展-耳鼻喉門診局部處置」3 億元，所以可調降至 13 億元，這是維持西醫基層總額運作最基本的需求。

鄭主任委員守夏

醫界由 16 億元降為 13 億元。

陳委員宗獻

因此，不列「提升基層醫療照護暨平衡科別之合理發展-耳鼻喉門診局部處置」項目，就是執行兒童病患局部治療時，仍維持管控在 0.4%，即 1,000 個病人可以做 4 個，超出的部分就不申報，請大家放心，醫師們仍會進行治療，只是未申報，但這也是基層醫師抱怨之處，我們回去只好儘量說明。

鄭主任委員守夏

- 一、門診透析總成長率已經談定，目前付費者方案是 3.104%，醫界方案是 3.807%。跟各位報告，去年西醫基層成長率含門診透析為 2.391%，若不含門診透析，則為 1.678%。現在不含門診透析已是 2.534%，付費者版本的成長率比去年高很多，甚至總成長率已接近醫院部門，過去兩年很難得有這種狀況，以付費者代表的立場，也很難再加碼。
- 二、陳委員宗獻的說明表示「西醫基層部門已精打細算，並非漫天要價，目前的點值真的讓經營很辛苦，不然的話現場各科的代表都會吐苦水」等，只是若要如此，大概到晚上 10 點也談不完。
- 三、若西醫基層協商代表認為發言可以扭轉情勢的話，就可以發言。

顏協商代表鴻順

- 一、首先感謝主席及各位委員，大家已辛苦一整天，各位在此為台灣民眾的健康與醫療把關，令人敬佩。西醫基層代表會這麼努力爭取預算，是因為已面臨空前的危機，這幾年平均點值掉到 0.9，浮動點值 0.85，此時是關鍵時刻，我們擔心點值低落背後代表的意義是醫療品質開始滑落；品質一旦滑落，如同上一場門診透析協商提到的，點值掉到很低時，就可能發生重複使用特材這些奇奇怪怪的現象，導致全民皆受其害。
- 二、我們認為協商過程中，慢性病部分的預算長期被低估，除了慢性病患增加很多外，還有年輕化的趨勢，這些因素都會反映在點值。在此懇求委員，我們絕對有誠意為全台灣民眾的健康打拼，及提供最好的基層醫療，但也希望給予足夠的生存空間。

鄭主任委員守夏

付費者代表是否還有再談的意願？請干委員文男。

干委員文男

- 一、最辛苦的基層醫師們，我很尊敬你們，但還是奉勸一句，請含淚接受。付費者代表剛才進行了頗長的內部討論，也重新檢視協商方案，真的沒有少給西醫基層部門。很多問題不是付費者代表說說就能解決，有很多背後的原因及衍生的問題。
- 二、剛剛主席已報告過，去年協商的 103 年度西醫基層總額，含門診透析成長率是 2.391%，今年所協商 104 年度總額，不含門診透析已經 2.534%；今年非協商因素 1.154%，去年才 0.811%，相差近 0.3%，真的高很多了，再繼續談下去，也不見得會較高，所以請含淚接受。我們已經給很多預算，請西醫基層部門委屈一點；醫療服務密集度部分也有給予預算，無法一步登天，付費者真的付不起。

楊委員芸蘋

各位西醫基層代表，大家都是好朋友，都非常敬愛你們，給各位最

良心的建議，雖不滿意還可接受。知道你們都很不滿意，但目前狀況下，應該還可接受，所以請勉強接受，不然就算談到晚上 10 點，也不會有太好的結果，請再思考。我們已經盡力，今年西醫基層的成長率已經很高，比去年高很多，無法再提高了。

干委員文男

別人會吃醋！

楊委員芸蘋

別部門真的會吃醋，為了避免日後產生太多紛爭，協商就此結束，好不好？

干委員文男

你們應該滿意了！

陳委員宗獻

一、他們是吃不對的醋！因為我是管理者，知道口袋空間有多少，要將外科、婦產科執業的基本風險，管控在 10% 以內，需要 30 億元，今天談的額度還差很多，就算現在先不談這部分。今天談完後，接下來一年我們要處理一大堆困難。

二、預算能否多少再拉高一點？都暫不處理耳鼻喉處置議題了，至少讓我們有機會去平衡。

鄭主任委員守夏

請說明需要多少！

陳委員宗獻

再增加 3 億元可以嗎？

鄭主任委員守夏

增加 3 億元？

陳委員宗獻

再增加 3 億元，我們今天就結束。

鄭主任委員守夏

增加 3 億元在哪個項目？是將「其他醫療服務利用及密集度之改變」的預算由 6 億元變成 9 億元？

陳委員宗獻

不是。希望「新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)」預算能增 3 千萬元而變成 1.5 億元，「其他醫療服務利用及密集度之改變」再增加 2.7 億元；或「家庭醫師整合照護計畫」專款項目所談的扣減 2 千萬元能保留(即不扣減 2 千萬元)，「其他醫療服務利用及密集度之改變」改為增加 2.8 億元，剛有委員提到考慮這部分，就一次解決。

鄭主任委員守夏

付費者代表還願意再考慮嗎？請何委員語。

何委員語

主席、各位西醫基層部門的好朋友，第一，付費者不幫你們分配，所以不幫忙背書協商不願意給的部分；第二，我們給一筆整數，由你們自行分配，是這樣的方向。目前西醫基層代表提出 9 億元？

陳委員宗獻

再增加 3 億元，我們今天就完成協商。

鄭主任委員守夏

付費者這邊還需不需要 2 分鐘討論？

謝委員天仁

不需要。

鄭主任委員守夏

目前付費者方案的成長率是 2.346%，含門診透析的成長率是 3.104%；醫界代表方案，一般服務加專款項目的成長率是 3.563%，加上門診透析則為 3.807%。如果兩邊差距不大，我會詢問學者專家與公正人士委員的意見，但這不是他們的責任，不知

現場的 2 位學者專家及公正人士是否願意提供意見，請雙方再多加考慮。若 2 位不願意提供意見，則報部裁決。

陳委員錦煌

一年一度的協商，過去西醫基層總額都有達成共識，今天很高興醫院部門協商成功，而且差距不大，今天真的是調解委員，而不是健保會委員。希望西醫基層部門不要太堅持，「其他醫療服務利用及密集度之改變」能由 13 億元降到 8 億元，付費者再增加 2 億元，讓事情可以圓滿，在此拜託雙方各退一步。

鄭主任委員守夏

剛剛公正人士提出意見，請付費者代表再加 2 億元，不管是加在「其他醫療服務利用及密集度之改變」或「新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)」。看起來西醫基層代表似乎比較有意願，付費者代表這邊是否需要討論一下？休息 2 分鐘。

(付費者及西醫基層代表各自召集會議討論約 4 分鐘)

鄭主任委員守夏

各位委員請回座！現在「其他醫療服務利用及密集度之改變」乙項，付費者代表決定再加 1 億元，變成 7 億元，西醫基層代表願意降到 8 億元，是這樣嗎？請付費者代表先說明，請蔡委員登順。

蔡委員登順

基本上我們已經付出最大誠意，現在是晚上 9 點多，等一下還要再討論其他預算，實在沒體力再談，本來要就此結束，但主席請公正人士表示意見，公正人士是有掛牌的，所以要尊重，因此付費者代表將公正人士提出的價碼折半，再增加 1 億元，若醫界仍無法接受，就不再談了！

鄭主任委員守夏

請問西醫基層代表能否接受？

陳委員宗獻

是這3個項目合一的預算嗎？這項7億元我們接受，但「家庭醫師整合性照護計畫」與「新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)」等2項是否一併考慮？或就不處理了？

蔡委員登順

本來是想大塊的預算談好再討論剩下的部分，但本項已經絞盡腦汁，而且你們延長的時間太多，讓我們很為難，付費者代表也一直往上加碼，加到這也差不多了，這已經是3年來最漂亮的成長率，而且每年成長金額將滾入基期，分母變大，你們會多拿幾千萬，何必再計較這2、3千萬元，今年已經增加30多億元。

陳委員宗獻

報告主席，總金額我們接受，請確認僅支付這兩項？並未包含「提升基層醫療照護暨平衡科別之合理發展-耳鼻喉門診局部處置」項目，這部分必須說清楚，所以可以改為2項嗎？

鄭主任委員守夏

付費者代表同意嗎？內部是3項或2項，付費者代表剛已同意西醫基層內部處理即可。陳委員宗獻所提，是希望「其他醫療服務利用及密集度之改變」乙項落款所包含的項目嗎？

陳委員宗獻

若未特別說明，我怕之後內部會爭議不斷。

鄭主任委員守夏

- 一、要不要落款是否有共識？(付費者代表回應不要落款)請同仁將西醫基層「其他醫療服務利用及密集度之改變」乙項更新為7億元。
- 二、「新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)」是否要再增加3千萬元？(付費者代表回應沒有)，那就是1.2億元；家庭醫師整合性照護計畫，付費者代表也不再增加預算，現在付費者方案的總成長率是3.191%，西醫基層方案的總成長率是3.28%。

個人認為，今年付費者代表真的已經非常幫忙，希望西醫基層部門可以接受，就不用兩案報部裁決，可以嗎？跟各位保證，再談不會更好。

陳委員宗獻

休息 1 分鐘就好。

謝委員天仁

先講清楚，若不接受，就退回原方案內容。

陳委員宗獻

我了解！

鄭主任委員守夏

休息 1 分鐘，請把握時間。

(西醫基層代表召集會議討論約 1 分鐘)

陳委員宗獻

1 分鐘到，可以談了。

鄭主任委員守夏

西醫基層代表是否同意？

陳委員宗獻

對，整體數字可以接受，但要刪除「提升基層醫療照護暨平衡科別之合理發展-耳鼻喉門診局部處置」項目，該項預算是 0，本項預算純粹全體基層公用，我們才能處理。

鄭主任委員守夏

決議按照目前付費者方案通過，謝謝大家！

干委員文男

一、主席，拜託！請大家再坐一下，剛才付費者代表內部討論時，原要刪除「家庭醫師整合性照護計畫」的預算，我有幫忙求情，讓你們繼續做，但要看執行成效，最起碼目前家醫群中，忠誠

的患者有多少，若今年底或明年有機會參訪，請提供所有患者的名冊，讓我打電話詢問患者由哪位醫師照顧，若能正確回答，則萬事圓滿，不然編列這些錢都浪費了。剛才蔡委員明忠爭取不要扣減2千萬元，真的做不好是整個計畫都要刪除。坦白說，這個計畫目前的執行成效，所有人都不滿意。

二、「家庭醫師整合性照護計畫」104年繼續執行，但附帶條件是你們要認真做，真正的忠誠病人有多少人？有無效果？若無效果，明年再編預算也沒意義，拜託！

陳委員宗獻

這部分我們會努力。

鄭主任委員守夏

好，謝謝干委員文男。休息3分鐘後換場，接下來討論其他預算，請西醫基層協商代表離席，健保會委員請留下來。

柒、104 年度總額協商－「其他預算」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

其他預算的部分，在總額協商前的座談會已有初步討論，委員並已就較不清楚或有意見的地方詢問過健保署。今天桌上的補充資料，是健保署針對委員前所提出 24 個問題的說明。請健保署簡要介紹其他預算項下的各個計畫或方案，再請委員提問，接下來針對個別項目進行討論。大家如果不反對，就先請健保署說明。

蔡委員登順

好。(多位委員附和)

張專門委員溫溫

主席、各位委員，大家好！請參看會議資料第 87 頁。

- 一、第 1 項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」及第 2 項「非屬各部門總額支付制度範圍之服務(包括助產所、護理之家照護、居家照護、精神疾病社區復健、安寧居家療護所、藥師居家照護等經費)」，相較 103 年，預算並未變動，惟因外界多所關切，因此建議在不變更預算前提下，第 2 項增加「在宅醫療」。
- 二、會議資料第 89 頁，第 6 項「ICD-10-CM/PCS 編碼」原本編列於各部門總額項下，惟今天稍早已通過要改列其他預算項下，建議編列 2.5 億元，較 103 年增加 1.495 億元。
- 三、會議資料第 89 頁，第 7 項「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」，預算 22 億元，除透過提升頻寬，以鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊外，也將朝促進醫療院所上傳重要檢驗、檢查結果的方向努力，俾進一步改善品質，同時充實個人健康存摺的查詢內容，讓民眾可以掌握自身的健康狀態。其中鼓勵院所上傳重要檢驗、檢查結果部分，預估需 3 億元。
- 四、會議資料第 90 頁，第 10 項「提升保險人管理效率」，在此特別說明委員之前所關切之本項計畫法源依據。本計畫是依健保法第 96 條「本保險之財務收支，由保險人以作業基金方式列

入年度預算辦理」、預算法第 21 條「政府設立之特種基金，應訂定收支保管辦法」、及全民健康保險基金收支保管及運用辦法第 4 條，「本基金用途包括『保險給付支出』、『門診中心』及『其他有關支出』」等法規而編列，建議預算 2.85 億元。

李副組長純馥

主席，再補充說明。由於西醫基層總額的協商結果為，「西醫基層總額慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」項目，維持編列於專款，所以該專款不足部分，也要列在其他預算項下，因此建議會議資料第 88 頁第 3 項「支應罕病、血友病、器官移植專款不足及狂犬病治療藥費」名稱修正為「支應罕病及血友病藥費、器官移植、西醫基層總額慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費及狂犬病治療藥費」，預算仍維持 3 億元。

鄭主任委員守夏

謝謝健保署說明。為節省時間，等一下就逐項討論，在場委員，特別是付費者代表，對哪個項目有意見，就停在該項加以討論。委員可以參看會議資料或螢幕。

一、第 1 項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，預算 605.4 百萬元，有無問題？(未有委員表示意見)，本項通過。

二、第 2 項「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」，範圍包括助產所、護理之家照護、居家照護、在宅醫療、精神疾病社區復健、安寧居家療護所、藥師居家照護等服務，所需預算 3,768 百萬元。請問有無問題？

鄭主任委員守夏

請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

一、於 103 年 9 月 11 日第 3 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」，討論「提升急性後期照護品質試辦計畫」時，健保署打算再加碼，但今年該計畫在區域醫院僅

執行 700 多位個案，我認為還是應該開放護理之家承接(有委員提醒該計畫不在本項下)。

二、對不起，現在還在討論第 3 項！「提升急性後期照護品質試辦計畫」是在第 4 項。

吳委員玉琴

「在宅醫療」加進去了嗎？

鄭主任委員守夏

一、已經包含「在宅醫療」。

二、第 3 項「支應罕病及血友病藥費、器官移植、西醫基層總額慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費及狂犬病治療藥費」，預算 3 億元，委員有無詢問？請楊委員漢淥。

楊委員漢淥

一、請教一下，醫院總額也有編列「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」預算，我們從一開始就認為預算不足。當然本項所編列的 3 億元，應該只夠支應西醫基層專款不足部分，但不知從何角度考量，可以特別補足西醫基層，而未考慮醫院？並非反對補足西醫基層費用，只是不明白為何醫院總額就不需要。(謝委員天仁說明：因為西醫基層「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」係編列於專款項目)

二、過去醫院總額「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」項目，一直都編列 19 億元，但實際上每年都需約 35 億元，改列在一般服務項下後，還是一樣，一直吃我們豆腐，都吃好多年了！

鄭主任委員守夏

其他委員有無意見？

謝委員天仁

這部分如何處理？請健保署說明。原本健保署希望西醫基層總額的「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」回歸至一般服務，但依剛才的

協商結果，本計畫還是列在專款項目，現在會議資料的說明與實際情形有落差，請問如何修正？

張專門委員溫溫

102 年醫院總額之「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」專款項目移至一般服務時，預估所需費用為 36 億元，因為 101 年已有 15.78 億元係由一般服務支應，所以 102 年在一般服務增編 20.22 億元，合計仍為 36 億元。以 102 年執行資料觀之，大約支出 34 億元，都還在原先的預估範圍內。

謝委員天仁

您的意思是本項說明 3 的文字全部刪除？

張專門委員溫溫

對，因為依剛才的協商結果，已經通過將西醫基層總額之「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」維持編列在專款項目，預算 4 億元，不足部分由其他預算支應。所以其他預算的第 3 項「支應罕病及血友病藥費、器官移植、西醫基層總額慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費及狂犬病治療藥費」，總共編列 3 億元。

謝委員天仁

本項說明文字，如何修改？是否要包括「西醫基層總額慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」？

張專門委員溫溫

對！就是西醫基層總額之「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」專款不足時，由其他預算項下的 3 億元(第 3 項)支應。

謝委員天仁

對啊！所以「說明」不用更改嗎？

張專門委員溫溫

要！

李副組長純馥

就是刪除本項說明 3 之「104 年已建議回歸一般服務，建議修正項目名稱」文字。

謝委員天仁

了解！

陳委員宗獻

請問 3 億元足夠嗎？

張專門委員溫溫

足夠！

鄭主任委員守夏

請陳委員川青。

陳委員川青

有關剛才提到玻璃娃娃(即先天性成骨不全症)所需的罕見疾病特材，是否包括在本項？或其屬國健署管轄？請問健保署能否與國健署協調，請該署支應玻璃娃娃的特材費用？這是兩機關間的問題。

鄭主任委員守夏

請健保署與國健署協調，請問其他委員有無詢問？

楊委員漢淙

再次確認，因本項名稱為「支應罕病及血友病藥費、器官移植、西醫基層總額慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費及狂犬病治療藥費」，惟說明欄並未見「罕見疾病」相關文字，剛才又說治療玻璃娃娃所需特材費用應由國健署支應，現在執行情形到底如何？

林組長阿明

其他預算「支應罕病及血友病藥費、器官移植、西醫基層總額慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費及狂犬病治療藥費」項目，

係指專款不足之「藥費」部分，因為當初編列的專款就僅支應藥費。剛才陳委員川青所提罕病特材，請參看會議資料第 36 頁，醫院總額之「新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)」項目，健保署建議編列在一般服務，預算 22.88 億元，已將罕病特材 1,250 萬元編列在該項下。而醫院部門的協商草案則建議將「新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)」項目移至其他預算。

楊委員漢淙

沒有！剛才 22.88 億元已經講好，你們不能魚目混珠，我有特別提出 22.88 億元不包括罕病特材。

林組長阿明

但健保署原預估的 22.88 億元，已將罕病特材的 1,250 萬元納入，請委員參看會議資料第 36 頁...

楊委員漢淙

沒有！「新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)」項目，醫院部門原建議編列 25 億元，但現在照健保署編列的 22.88 億元通過。而且罕見疾病的費用很高，不能混在一起。

林組長阿明

只有包含罕病特材部分。

楊委員漢淙

沒有！罕病本應依「罕見疾病防治及藥物法」的規定辦理，怎能以此預算處理！

鄭主任委員守夏

一、請健保署同仁將會議資料提供楊委員漢淙參看，健保署方案之「新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)」項目，其說明 3.(1)列有「...(本項含罕病特材 1,250 萬元)」文字。協商醫院總額時，因為時間很趕，所以未逐項唸，付費者代表有看到相關文字，但楊委員漢淙可能並未注意，當時我也未及協助澄清，

不過，付費者代表同意的是健保署方案，因此有包含罕病特材的 1,250 萬元。此部分先暫時擱置。

二、現在回到「其他預算」第 3 項「支應罕病及血友病藥費、器官移植、西醫基層總額慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費及狂犬病治療藥費」，本項單指藥費，與之前各部門總額的費用不一樣。(陳委員川青：對！不一樣，只有藥費)所以編列 3 億元是足夠的，可以嗎？

謝委員天仁

可以！

鄭主任委員守夏

接下來第 4 項，「推動促進醫療體系整合計畫(醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫、論人計酬試辦計畫，及提升急性後期照護品質試辦計畫)」，預算 11 億元，較 103 年增加 1 億元。請問委員有無意見？請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、健保署說明第 1 點，「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」可以廢除，根本是沒有用的計畫，全部都在大醫院執行，小醫院根本吃不到；說明第 4 點提到「已內含垂直整合精神」，囉哩巴嗦一大堆，什麼計畫？都看不懂！

二、說明第 2 點「論人計酬試辦計畫：101 年至 102 年 6 月結算支用約 3.2 億元，建議 104 年維持編列 3 億元」，也是一樣，計畫內容也一樣沒用，可以廢掉。

三、說明第 3 點「全民健康保險提升急性後期照護品質試辦計畫」，評核委員的說明非常清楚，大家可以參看會議資料。剛才吳委員肖琪也提到，103 年 1 月至 8 月 31 日共收案 733 人，8 個月才收案 733 人，竟還要增加預算，太不像話，根本是非常不好的計畫，而且規定太嚴格，費用給的也特別低，因此大家都不想。

四、說明第 4 點「上述 3 項方案均已內含垂直整合精神」，但所提出的哪一項是叫做垂直整合的？完全沒有！

五、說明第 5 點「爰建議 104 年不編列『醫院垂直整合方案』預算」，請問「本會幕僚補充說明」欄之「2.(3)醫院垂直整合方案：未實施」。3 年來都未實施，健保署自己想做的才要做，而地區醫院提出要做的，健保署就不做！為什麼都不試試呢？應該要試辦看看。所以，對健保署說明的第 5 點，我絕對不同意！

鄭主任委員守夏

其他委員有無意見？健保署可否說明？請楊委員漢淥。

楊委員漢淥

一、名稱為「推動促進醫療體系整合計畫」，但說明第 5 點「爰建議 104 年不編列『醫院垂直整合方案』預算」，表示以前有編列預算。請問醫院如果不實施垂直整合，要在哪個部門實施？垂直整合可分為好幾個層次，若不包含醫院層級，難道要整合基層的大診所與小診所嗎？不是吧！我覺得說明第 5 點應刪除，至於「本會幕僚補充說明」欄，就不提了！反正只是補充說明，但應該試辦醫院間的垂直整合計畫。

二、據我瞭解，衛福部重大醫療政策中有一項就是醫院間的垂直整合，醫學中心被要求輔導一些小醫院進行垂直整合，而且自家體系的院所不算，所以有必要特別排除不做嗎？本項的預算增加，內容卻縮小，蠻奇怪！

鄭主任委員守夏

其他委員有無意見？請郭代理委員正全。

郭代理委員正全(翁委員文能代理人)

我認為還是要給地區醫院一點空間，因為需要垂直整合，這筆預算誘導醫院的醫師願意參與。費用雖不高，但至少還會有人願意參加試辦，若沒有編列這筆預算，醫院的醫師將會沒有誘因而更不願意參與。站在醫院立場，建議還是應該給予鼓勵。

鄭主任委員守夏

請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、大家都講垂直整合，其實由醫院下轉至護理之家，或轉至居家護理機構，也算垂直整合。
- 二、PAC(Post Acute Care，急性後期照護)的費用，我計算過，就現行計畫而言，中風患者若住院 1 個月，包括病房等費用，健保約須支付 8 萬多元，還不含藥費。剛才有委員說錢不夠，其實 DRGs(Diagnosis Related Groups，診斷關聯群)應配合 PAC 執行才對，可是中風列屬第 4 階段 DRGs。現在花這麼多預算試辦 PAC，預估照護 30,000 人，但實際收案僅 733 人，為何不嘗試下轉(轉至護理之家、居家護理機構)，而仍是要轉至區域醫院的急性病床？若轉至區域醫院急性病床，其實是過度使用醫療資源。

鄭主任委員守夏

其他委員有無意見？

謝委員天仁

- 一、整合是很好的方向，付費者從不排斥醫院實施垂直整合方案。但健保署並未編列 104 年預算，不知是從未試辦過，還是試辦過了，不具成效。從幕僚補充說明看來，好像從未實施過，我認為這部分值得檢討。
- 二、從某個角度而言，「提升急性後期照護品質試辦計畫」是希望可以解決醫學中心壅塞的問題，希望引導急性後期患者至不壅塞的院所。吳委員肖琪的研究認為，病床已過度供給，若能以這樣方式整合，或許會讓醫療更具效率，而不會讓病患在醫院急診暫留超過 48 小時。今年上半年醫院急診暫留比率增加很多，所以我認為整合的概念值得支持，只希望健保署務實規劃細部內容，以漸進方式逐步推展。

三、請健保署多花點心思，研擬適當方案，若一直沒有進展，會讓地區醫院認為是因健保署未實施垂直整合方案，而致使病患都不到地區醫院就醫。在可行範圍內，我們試著幫忙點火，後續當然要看地區醫院如何經營，不能幫忙點火之後，全部都賴在我們身上，這部分要先講清楚。期望健保署勉為其難進行細部規劃，至於預算部分，基本上我是支持的。

鄭主任委員守夏

其他委員有無意見？請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、感謝剛才謝委員天仁的一席話！謝委員天仁應該看到幕僚補充說明欄之「2.(3)醫院垂直整合方案：未實施」。該方案從未實施過，若不實施，怎麼知道沒有成效？委員要怎麼瞭解狀況？
- 二、台灣社區醫院協會已經出版兩本書，垂直整合照護方案確實有人已經做成功，是由醫學中心、區域醫院協助地區醫院進行垂直整合的成功案例，但他們是以自己的經費執行垂直整合方案。
- 三、之前連續3年均有編列預算，卻未實施，但今年健保署卻提出不要實施垂直整合方案，健保署不要怕嘛！既然已有可供大家參考的成功案例，請讓地區醫院也有生存空間，由大醫院的醫師到地區醫院提供服務，使小醫院有大醫師看診，大醫院可紓解病患人數，也不會那麼擁擠。建議一定要有垂直整合方案，並繼續編列預算。

鄭主任委員守夏

- 一、依剛才委員所提意見，整體來說，都是支持「醫院垂直整合方案」，請健保署說明過去是執行面有困難，或者有其他未能實施的原因。
- 二、在「推動促進醫療體系整合計畫」項下，「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」，評核會建議可稍微縮減預算；「論

人計酬試辦計畫」、「提升急性後期照護品質試辦計畫」等2項，剛才吳委員肖琪提到還是有些執行上的疑慮；健保署建議不編列「醫院垂直整合方案」預算等，這些請健保署說明。

林組長阿明

- 一、簡單說明。「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」，已依評核會建議縮減預算。
- 二、「論人計酬試辦計畫」，主要目的是改善論量計酬的缺失，及促進體系整合，所以還是應該持續推動。
- 三、「提升急性後期照護品質試辦計畫」：
 - (一)現在僅地區醫院及區域醫院可以承作，目前地區醫院的收案數占有所有案件的三成五左右；本計畫今年只試辦中風部分，明年還會持續擴大辦理範圍，應該可以抒解醫學中心的壅塞問題，這也屬垂直整合方案。
 - (二)吳委員肖琪提到能否推展至居家護理機構，在實施的這段期間，很多停留在醫學中心的病人，不願意下轉，很大的原因是病人對地區或區域醫院沒有信心，所以才會希望實施初期，要由一定層級以上的院所承作，畢竟這些病人常有多重疾病，如果一下子就推展至居家護理機構，擔心病人信心不足。所以推展至居家護理機構部分，可能須做為中長期的推動方向，短期還是以醫院為主。
- 四、至於剛才多位委員提到的「醫院垂直整合方案」，過去在支委會曾提案討論，依照地區醫院所提方案，是希望由大型醫院支援地區醫院，而且補助每診費用，但因過去討論時未達共識，後來也未繼續研議。今天委員有提出相關意見，站在健保署立場，原則上會尊重。

謝委員天仁

未編列「醫院垂直整合方案」預算，要怎麼執行？能否撥點經費試辦看看，救得活最好，救不活就沒辦法，我們已經努力過了！

鄭主任委員守夏

- 一、過去在學界討論「整合」，是非常理想的狀況，實務上要整合真的相當困難。20年前就已經提出 IDS(Integrated Health Care Delivery System，整合性醫療照護系統)，但其實喊錯了，根本不應稱為 IDS，因為要整合其實非常困難，需先有主責單位，負起所有整合的責任。
- 二、務實一點！現在美國才在推動合作醫療(Coordinated Care，合作醫療)，就是兩邊醫院的醫師先講好，知道病人會過來，就稱為合作，兩邊保有獨立性，財務也獨立。合者有利，才會形成合作，但「整合」要有人作主，其他人則須聽從主事者。
- 三、如果醫院之間要整合，假設以健保署的立場確實有困難，也許先不要求一步到位，由院所自行整合，但不要硬性強迫。建議可以稱為上、下游合作計畫，是個新想法，可以有合作關係，又可保有彼此間獨立性。請健保署思考有何適合方案，不要都不編列預算。
- 四、建議「推動促進醫療體系整合計畫」中，除目前所列的3項子計畫外，再加上「醫院間合作計畫」，不要稱為「醫院垂直整合方案」，也許健保署聽到這幾個字就害怕，還是怎樣？我不清楚。但請健保署先思考能否有個好計畫，讓醫療院所、病患都可接受。付費者代表並沒有說不做，所以可試試看。請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、過去健保署某分區業務組曾經實施過垂直整合計畫，確實要先有合作計畫，才能推動垂直整合方案。至於是否成功？我認為還不錯！那個人現在就坐在我對面，但我跟他不熟，但真的有成功，我認為他功不可沒！
- 二、至於垂直整合方案要改為何名稱，我不會堅持己見，但方案一定要繼續推動，誠如謝委員天仁所言，要給一條生路，有救活是好事，沒有活也是天命，這不只幫助地區醫院，對到該院就

醫的患者也會有很大的助益。

三、該方案實施後，並不只整合醫學中心、區域醫院與地區醫院，將來這些大醫院的醫師，如果對合作過的地區醫院信賴度夠，未來退休或轉業時，第一選擇就會是曾經合作過的垂直整合醫院。等一下我送主席一本書，您看完就會明白。

鄭主任委員守夏

一、既然大家都有默契，就將「醫院垂直整合方案」改稱為「大中小醫院間的合作計畫」，或繼續沿用「醫院垂直整合方案」都沒關係。總之，請健保署不要取消，還是保留在第4項計畫下。
(吳委員玉琴詢問：金額呢?)

二、大家對金額有無特別意見？是否維持1,100百萬元不變？(多位委員表示同意)但評核會建議酌減預算。

吳委員玉琴

去年有編列1.5億元預算嗎？

謝委員天仁

不然編列1億元試試看。

謝委員武吉

連續3年編列1.5億元都未實施。

鄭主任委員守夏

謝委員天仁提出以1億元試做看看，可以嗎？有個起頭比較重要。請干委員文男。

干委員文男

垂直整合執行到最後，都只是改個名稱而已，基本上就是大吃小。過去基隆海軍醫院與三軍總醫院進行整合，最後基隆海軍醫院就變成三軍總醫院的分院，結果現在病人都被接駁車載去台北就醫，原來的地區醫院，經過垂直整合後變成不存在，現在也請不到醫師。我認為原來的名稱不好，但醫學中心的合作計畫，倒可接受。垂直

整合都是大吃小，做不起來。

鄭主任委員守夏

名稱就不要用垂直整合，建議用「跨層級醫院合作計畫」(多位委員表示同意)，預算 1 億元。請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

「提升急性後期照護品質試辦計畫」去年有決議，希望病患能下轉至護理之家或居家護理機構，但健保署剛才回答，似乎「短期」內不打算這麼做，我們想知道「短期」到底多久？如果一直停在醫院層級，成本不會真正下降，建議長期仍應回到社區照護機構為宜。

鄭主任委員守夏

剛林組長阿明提到，如果銜接得起來，健保署就會做，現在是擔心病人接受度不高，但至少健保署已經知道委員的意見，不會排除社區機構，將來如果該機構來申請，資格審查時就列入考量。

林組長阿明

因為去(103)年的協定事項文字是「得包含地區醫院及醫院附設護理之家或居家護理」，建議今年仍比照辦理即可。

謝委員天仁

「推動促進醫療體系整合計畫」，預算共計 11 億元，如果「跨醫院層級合作計畫」預算需要 1 億元，那其他子計畫的預算也要分配好，請問健保署的意見？

林組長阿明

「推動促進醫療體系整合計畫」項目，整體預算不變，至於「跨醫院層級合作計畫」所需的 1 億元，可以由「提升急性後期照護品質試辦計畫」的預算移列。

吳委員玉琴

建議「提升急性後期照護品質試辦計畫」預算 4 億元。

吳委員肖琪

一再建議「提升急性後期照護品質試辦計畫」要往社區推動，主要是護理之家的人力要求低於區域醫院，加上現行醫院的護理人力不足，所以應該思考往下轉，上次也才會建議醫院附設護理之家也很適合接受下轉。建議健保署認真思考將護理之家或居家護理納入。

鄭主任委員守夏

兩位吳委員的意見，相信健保署已經聽到。

謝委員武吉

- 一、其實我很佩服吳委員肖琪，去年討論「提升急性後期照護品質試辦計畫」時，就已經提出要往護理之家及地區醫院推動。計畫執行後，收案的只有 733 人，成效並不好，但沒關係，還是要往前進，繼續進步，不管「跨層級醫院合作計畫」或何名稱，目的都是要救台灣百姓。
- 二、大陸衛生部副部長幾天前來台灣，特別到高雄來看我，兩人見面第一句話就是談垂直整合，且跟我索取有關垂直整合、分級醫療及雙向轉診的資料，我已經提供「醫院醫療資源垂直整合—勢在必行」及「社區醫院的定位與走向」等相關資料給他，我們台灣應該也要趕快落實健保法第 43 條。

鄭主任委員守夏

- 一、非常感謝！謝委員武吉可以提供對岸學習我們醫療體系的經驗。
- 二、第 4 項「推動促進醫療體系整合計畫」的預算分配為：「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」3 億元、「論人計酬試辦計畫」3 億元、「跨層級醫院合作計畫」1 億元、「提升急性後期照護品質試辦計畫」4 億元。
- 三、第 5 項「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」，預算比照 103 年，委員有無意見？(多位委員表示同意)
- 四、第 6 項「ICD-10-CM/PCS 編碼」，剛才已經同意將原編在各總

額部門合計 2.5 億元的經費，移列其他預算項下，可接受嗎？
(多位委員表示同意)

五、第 7 項「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」，委員有沒意見？(部分委員回應無意見)。請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

- 一、我跟其他委員一樣很支持本計畫，但每年都要編列 22 億元嗎？長期編列這麼多預算，真的是政策需要嗎？該計畫經費龐大，而唯一的廠商是中華電信，有無綁標問題？其價格是否最便宜？
- 二、是否每家醫院都認為自己可以達到健保署要求的獎勵標準？看起來棒子很多，但誘因不大。我上次提過，應該要有棒子，也要有足夠誘因，才能讓大家願意參加。真的很支持本計畫，因為透過即時查詢病患就醫資料，會節省很多費用，但現在都還未看到任何效果，就要每年編列 22 億元，真的很擔心預算繼續編列下去，到底有無效果？

張專門委員溫溫

- 一、補充說明，其實醫療院所也會擔心預算編列的持續性，因為他們要先自付頻寬費用，達到指標後，本署才會支付該費用，而且係採較嚴格方式。今年計畫經本署討論定案後，7 月才開始上線，所以執行率較低。
- 二、有關中華電信是否為唯一廠商這部分，其實合約到期後，必需對外公開招標，屆時一定是價格最優勢的廠商才可能得標。
- 三、因為頻寬費用每個月都要付，所以院所會擔憂預算是否今年編明年不編的持續性問題，因此建議以 5 年為期程，5 年後該計畫是否繼續，可以再考量。至於指標的訂定，本署會持續與院所溝通、討論，以免讓院所覺得好像看得到吃不到。
- 四、另外，未來也希望鼓勵院所將重要的檢驗、檢查結果上傳，因為這些資料都還未上傳。希望透過本計畫的鼓勵，提升民眾醫

療品質。

謝委員天仁

吳委員玉琴一直提到，本預算究竟須編到哪一年，剛才說是5年，那說明欄中就應列出，以讓委員了解，否則好像本預算是永無盡期的編列。

吳委員肖琪

再補充一個意見，若每年都要將重要檢驗、檢查結果上傳，將來如何評估？指標怎麼看？如果租了這麼大的頻寬，卻不會全然用到，則浪費了預算，很可惜。

張專門委員溫溫

- 一、有關頻寬的設定，除了考慮目前要求院所上傳的資料外，未來還希望院所上傳影像檔。亦即，在考量院所目前傳輸量的同時，也要慮及未來數位化審查之需求，所以頻寬必須達到一定標準。
- 二、至於是否需要這麼大的頻寬，因為院所也必須自行支付費用，舉例來說，假設院所已支付2萬元頻寬費用，但若未達標就不會有獎勵，而即使達標，院所也要支付一半費用，所以院所會考量自身需要多大的頻寬。另外，鼓勵上傳檢驗、檢查結果的部分，院所也必須達到所要求上傳的項目及數量，才會給予獎勵。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

- 一、以我的看法，應該不是5年為一期，而是終身期，因為如果不去補足頻寬的差額，那醫療院所為什麼，又憑什麼要上傳資料？所以，我的看法，不是5年為期，而是每年都應該編列，是無法斷絕的。

二、最重要的是應該要有預算執行目標，例如去年完成多少百分比，今年要再往前進多少、明年又要完成多少，用務實的方式編列預算，比較可行。不要每次都編列 22 億元，卻只支用幾億元，用不完又歸回安全準備。應該要訂定目標，例如今年要達到 40%、明年要達 60%，最後達 100%。我認為每年都要編列預算補助醫院差額，這是無可避免的。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

參加本計畫的基層診所不多，本人的診所 7 月才申請參加，當第一個實驗對象。但請健保署留意一下，前幾天中華電信到我診所拉 2 條線，我本來即有一條 VPN(虛擬私人網路)，月繳 430 元，現在拉 2 條線，一個月就要 7,436 元，一年需 89,000 多元。印象中 1 條線就夠，實在不懂現在為何需安裝 2 條，一條 60M，另一條 3M。經詢，中華電信現場佈線人員也不了解狀況，只知是公司要他們來施工。不清楚我的認知是對還是不對，所以健保署發包出去後，建議還是要注意品質。我只要 1 條線，為何安裝 2 條，問中華電信可否 1 條 3,500 元？答案是不行。

鄭主任委員守夏

請健保署說明。

林科長寶鳳

- 一、中華電信佈好線路後，會讓客戶先試用一段時間，等穩定後，才會將舊的 VPN 網路線移轉切換。
- 二、補助基層診所的是企業型光纖，頻寬為 2M，月租費 7 千多元，現在中華電信以相同月租費，提供院所超過 2M 的頻寬，表示其服務高於我們設定的標準。

李副組長純馥

企業型專線跟我們一般家用的不一樣。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

- 一、基本上贊成本計畫編列 22 億元，剛才說從開始到結束要 5 年，請教健保署，本計畫究竟能產生多少附加價值、省多少錢、以及所預期的成效。現在健保署可透過雲端藥歷，為民眾的用藥安全把關，1 季可以節省 9,000 萬元，1 年就省 3 億 6,000 萬元，本項都還未完成，就有附加價值？
- 二、健保署實不必用健保卡查詢民眾有無積欠健保費，而是應該趕快呈現本計畫的附加價值，等執行率達 100%，才能呈現真正的效果。

鄭主任委員守夏

- 一、請委員先暫停一下。健保署希望至少編列 5 年，原則上沒有聽到反對的意見。委員也許知道從 93 年至今，健保 IC 卡剛啟用時，是領先全世界，但現在比我們進步的國家至少有 7、8 個，韓國網路速度是台灣的 2~3 倍，價錢也比我們便宜，這一點當然也是中華電信要檢討之處。
- 二、對於這項投資不急著先要求能省錢，至少不要輸韓國，至少先讓大家願意上傳，以後就可以推動數位審查，減少重覆浪費，將來 CT(電腦斷層)、MRI(核磁共振)等影像資料，都可以串在一起。如果大家對本項沒有特別意見，就通過，並請健保署於 104 年 6 月提供成果報告，歷來都如此，尤其是新的專案。現在已超過 10 點，希望可以加快討論速度，謝謝！
- 三、會議資料第 89 頁，第 8 項「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」，預算 14.045 億元，本項預算與去年相同，委員有無問題？(多位委員表示同意)。

- 四、會議資料第 90 頁，第 9 項「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」，預算 4.04 億元，用於「末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」、「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(簡稱 Early-CKD 計畫)」及「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」，有無問題？(多位委員表示同意)好，本項通過。
- 五、會議資料第 90 頁，第 10 項「提升保險人管理效率」，本項我知道大家還有疑慮，先請健保署說明。

張專門委員溫溫

- 一、「提升保險人管理效率」係依據 104 年總額協商的政策方向「為提升整體醫療資源的使用效率，必須適度反映相關管理成本」而編列。目前每年申報件數，門診、住診已達 3.5 億件及 285 萬件，為維持整體的品質與效率，須建構一套完整、獨立的監控審查分析管理系統，並隨時因應資訊的進步而更新，以期透過電腦自動化審核及指標分析機制，快速回應外界對總額品質的要求，建議預算編列 2.85 億元。
- 二、之前委員提到法源依據，本項係依「全民健康保險基金收支保管及運用辦法」第 4 條，其規定包括保險給付支出、門診中心及其他有關支出等 3 部分，因此我們認為可以在「其他有關支出」部分編列相關預算。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁說明您的疑慮。

謝委員天仁

「全民健康保險基金收支保管及運用辦法」第 4 條所列的其他相關支出，應該還是要與保險給付有關，但本計畫屬於行政相關支出，不是與保險直接相關的費用，我認為適法性有問題。從某個角度而言，瞭解健保署在實務上遇到的困難，但反對編列本項預算，以免衍生健保署同仁沒有必要承擔的法律責任。建議尋求其他方式解決，不要因編列本項預算，而造成無謂困擾。

鄭主任委員守夏

本計畫會不會讓健保署同仁在法律上承擔過重的責任？這是謝委員天仁很善意的提醒；對健保會委員而言，也要確定沒有逾越法律授權。請健保署說明。

張組長鈺旋

- 一、謝謝委員提醒，本項「提升保險人管理效率」計畫是為建構一套完整的總額監控系統，主要目的在提升醫療品質，促使資源合理使用，並能符合健保法第 96 條規定對保險收支管理的必要性與目的性。「全民健康保險基金收支保管及運用辦法」第 4 條第 3 項規定，基金用途包含其他支出，以比較廣義的解釋，是可適用於本保險的行政與總務管理。
- 二、在此要特別舉出其他幾項類似的政府法規供委員參考，例如「菸品健康福利捐分配及運作辦法」、「醫療發展基金收支保管及運用辦法」、「管制藥品製藥工廠作業基金收支保管及運用辦法」，及「法務部矯正機關作業基金收支保管及運用辦法」等，這些政府作業基金的收支管理辦法中，都有提到基金用途可以用在其他有關支出，希望委員能予支持。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

不知本項計畫有無發函請法規單位解釋，如果有，我們認為依法辦理即可；如果沒有，萬一違法，健保會委員是否也要負起連帶責任？所以重點在，有無發函請衛福部法規單位解釋。只要於法有據，我們對預算沒有很多意見，只是怕通過後，變成所有委員犯法。

鄭主任委員守夏

請黃署長三桂。

黃署長三桂

- 一、感謝委員天仁及何委員語的提醒，本署係依據衛福部交付之 104 年總額協商政策方向「提升保險人管理效率：配合各項方案之推動及管理所需，適度反映相關管理成本」而編列本項預算。基本上，本計畫委員不反對，但有法律層面的疑義，考量時間已晚，除本計畫外，其他預算的各項計畫，委員也都已同意，因此徵求委員同意本計畫可否容本署將「提升保險人管理效率」計畫報衛福部同意後再執行？
- 二、本計畫因委員並未反對，但有法律層面的疑慮，所以本計畫可先徵詢衛福部意見；若經衛福部同意，應可解除何委員語的疑慮。請問是否可以此方式處理？

鄭主任委員守夏

- 一、可以嗎？(多位委員表示同意)本項計畫的落款文字是「本項計畫經費原則同意，須報經衛生福利部法制單位通過後始得動支」。
- 二、確定 104 年其他預算總金額為 113 億 1,690 萬元。委員還有無問題？請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、剛才第 3 項「支應罕病及血友病藥費、器官移植、西醫基層總額慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費及狂犬病治療藥費」列有「罕病」，就我認知罕病屬專款。
- 二、罕見疾病在衛福部分工是以國健署為主管機關，不知何時健保也包下罕病的藥品及特材，剛才討論醫院總額「新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)」項目，預算 22.88 億元，經幕僚解釋後，我有看到括弧內「包括罕病特材 1,250 萬元」的文字，惟建議可否將括弧的費用由該協商項目，移至其他預算的第 3 項「支應罕病及血友病藥費、器官移植、西醫基層總額慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費及狂犬病治療藥費」。

希望能夠清楚區隔罕見疾病的藥品及特材費用，既然已經明列罕病特材的費用 1,250 萬元，原列的部分就可不用寫。

三、我們不知道將來罕病的特材費用究竟支用多少？如果整筆移列至其他預算第 3 項，就會比較清楚，否則將來一討論到罕病特材時，說都有編列預算，反而讓事情更複雜，可否這樣處理？

鄭主任委員守夏

建議剛才好不容易達成的協商結果，最好不要變更；但罕病特材這個特殊案例，如果委員都同意，就可以挪動。

楊委員漢淶

剛剛...

鄭主任委員守夏

一、我知道，但這部分已有共識，而本項是非常獨立的項目，明天就是委員會議，可以再討論，但不是現在。可以嗎？(未有委員表示反對)

二、請李委員蜀平。

李委員蜀平

一、千億元的部分已經分配完，百億元的也拿走了，我們藥師還是在這裡苦哈哈，寂寞又孤單。在曲終人散前，請大家參看補充資料第 10 頁，有個建議是將「全民健保高診次民眾就醫行為改善方案-藥師居家照護」恢復單獨列項，資料裏也有問與答的說明，請委員參看。

二、上述意見只要委員同意，健保署並不會反對。我們未來要面臨高齡化社會，若本計畫對重覆看病、重覆拿藥的病患有幫助，請大家予以支持，將來也有助我們與國際接軌，謝謝！

鄭主任委員守夏

李委員蜀平所提，為補充資料第 10 頁，建議不要將「全民健保高診次民眾就醫行為改善方案-藥師居家照護」併入「非屬各部門總

額支付制度範圍之服務」，而是單獨列項，委員是否同意？本計畫有獨立預算嗎？

李委員蜀平

本計畫有獨立預算，為 5,400 萬元。

蔡委員登順

同意。

莊委員志強

是將第 2 項「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」中的藥師居家照護單獨列出嗎？

鄭主任委員守夏

健保署有無意見？

林組長阿明

原來本計畫就是單獨列項，因為計畫內容屬於居家照護的一部分，因此去年協商 103 年總額時才將之合併。

鄭主任委員守夏

- 一、有誰記得去年是哪位委員建議合併？(蔡委員登順回應：沒有)。
- 二、如果健保署在執行面沒問題，「全民健保高診次民眾就醫行為改善方案-藥師居家照護」就恢復單獨列項。請問有無臨時動議？

何委員語

中醫部門今天並未達成協商共識，因為他們提出的項目與額度，並未超過 104 年行政院核定的成長率下限，明天是否要繼續協商？

柯執行秘書桂女

- 一、中醫部門已表示，希望有再協商的機會，因此若委員不反對，明天委員會議前，可就中醫門診總額再行協商，之後再進入委員會議。去年牙醫部門也以此模式完成總額協定。
- 二、請委員明天早上 9 點半準時出席參加會議。

鄭主任委員守夏

非常謝謝大家，今天會議到此結束！