

衛生福利部全民健康保險會

105 年度全民健康保險總額協商會議議事錄

中華民國 104 年 9 月 18 日至 9 月 19 日

105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104年9月18日上午9時30分至下午10時05分
及9月19日上午9時30分至11時05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

何委員永成

何委員語

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

林委員敏華

侯委員彩鳳

張委員文龍

張委員煥禎

張委員賜

黃委員啟嘉

陳委員幸敏

陳委員健民

陳委員義聰

陳委員聽安

莊委員志強

楊委員芸蘋

楊委員漢淥

楊委員麗珠

葉委員宗義

蔡委員明忠

蔡委員宛芬

蔡委員登順

國泰人壽陳稽核襄理炳宏(代)

國家發展委員會沈科員書萱(9月18日09:30~19:00代)

中華民國勞工聯盟總會陳監事會召集人順來(代)

潘委員延健
滕委員西華
謝委員天仁
謝委員武吉
戴委員桂英
羅委員紀琮

肆、請假委員：
李委員成家

伍、協談代表

中華民國牙醫師公會全國聯合會

陳彥廷、林敬修、
林世榮、翁德育、
羅界山、蔣維凡、
連新傑、李楊鈞、
黃明裕

中華民國醫師公會全國聯合會

陳宗獻、周慶明、
趙堅、張孟源、
謝坤川、蔣世中、
吳首寶、徐超群、
王宏育

台灣醫院協會

羅永達、張克士、
林宗憲、廖秋燭、
謝文輝、劉碧珠、
嚴玉華、陳瑞瑛、
申斯靜

中華民國中醫師公會全國聯合會

李豐裕、張景堯、
施純全、黃蘭瑛、
巫雲光、詹永兆、
洪裕強、陳福展、
柯富揚

陸、列席人員

衛生福利部
中央健康保險署

台灣腎臟醫學會

本會

梁組長淑政
黃署長三桂
蔡副署長淑鈴
施組長如亮
龐組長一鳴
李副組長純馥
程副組長百君
張專門委員溫溫
陳理事長鴻鈞
林秘書長元灝
柯執行秘書桂女
范組長裕春
張組長友珊
魏組長璽倫

柒、主席：鄭主任委員守夏

紀錄：彭美熒、謝瓊慧、
邱臻麗、黃偉益、
陳淑美、方佳琳、
顏銘燦、盛培珠、
林淑華、李德馥

捌、主席致詞(略)

玖、105年度全民健康保險醫療費用總額協商－各部門與付費者

一、牙醫門診總額

(一)協商時間：

9月18日09:30~12:02(含付費者及牙醫部門代表各自
召集內部會議討論約41分鐘)。

(二)協商結論摘要：

- 1.一般服務成長率為3.046%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率2.512%，協商因素成長率0.534%。
- 2.專款項目全年經費為1,897.6百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，105年度牙醫門診醫療給付費用總額，較104年度所核定總額成長3.463%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為3.109%。

二、西醫基層總額

(一)協商時間：

9月18日12:31~15:46(含付費者及西醫基層代表各自召集內部會議討論約48分鐘)。

9月18日15:52~16:47：門診透析服務費用。

(二)協商結論摘要：

- 1.一般服務成長率為3.831%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率為3.441%，協商因素成長率為0.390%。
- 2.專款項目全年經費為2,112.7百萬元。
- 3.門診透析服務成長率4.498%。
- 4.前述三項額度經換算，105年度西醫基層醫療給付費用總額，較104年度所核定總額成長4.274%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為3.959%。

三、醫院總額

(一)協商時間：

9月18日16:48~18:28 (含付費者及醫院部門代表各自召集內部會議討論約31分鐘)。

(二)協商結論摘要：

付費者代表方案

- 1.一般服務成長率為5.022%，其中，醫療服務成本及

- 人口因素成長率4.395%，協商因素成長率0.627%。
- 2.專款項目全年經費16,124.8百萬元。
 - 3.門診透析服務成長率3.273%。
 - 4.前述三項額度經換算，105年度醫院醫療給付費用總額，較104年度所核定總額成長5.672%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為5.332%。

醫院代表方案

- 1.一般服務成長率為5.453%，其中，醫療服務成本及人口因素成長率4.395%，協商因素成長率1.058%。
- 2.專款項目全年經費15,010.8百萬元。
- 3.門診透析服務成長率3.273%。
- 4.前述三項額度經換算，105年度醫院醫療給付費用總額，較104年度所核定總額成長5.790%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為5.451%。

四、中醫門診總額

(一)協商時間：

9月18日18:54~20:43 (含付費者及中醫部門代表各自召集內部會議討論約40分鐘)、21:47~22:05，並於9月19日09:30~11:05進行協商(含付費者及中醫部門代表各自召集內部會議討論約25分鐘)。

(二)協商結論摘要：

- 1.一般服務成長率為3.401%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率3.207%，協商因素成長率0.194%。
- 2.專款項目全年經費為286.4百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，105年度中醫門診醫療給付費用總額，較104年度所核定總額成長3.927%；而

於校正投保人口數後，成長率估計值為3.566%。

五、其他預算

(一)協商時間：

9月18日20:44~21:43。

(二)協商結論摘要：

105年度經費10,358.9百萬元，較104年度減少958.0百萬元。

六、上述協商結論提送9月19日本會104年第8次委員會議確認。

拾、協商會議結束：9月19日上午11時05分。

壹、105 年度總額協商—「牙醫門診總額」
與會人員發言實錄

壹、105 年度總額協商－「牙醫門診總額」與會人員發言實錄

柯執行秘書桂女

各位委員、醫界前輩及所有與會人員，大家早！我們即將正式進入今天的協商會議，請委員就座，並請主席召開今天的協商共識會議。

鄭主任委員守夏

各位委員、醫界代表、健保署黃署長三桂、蔡副署長淑鈴及所有與會者，大家早！今天要辛苦一整天，希望不會協商到半夜。按照協商流程，第一場次是牙醫部門，剛剛付費者代表提議，在正式協商前，讓他們先協調四部門總額的協商方式，例如協商標準、流程、攻防等，請問牙醫部門代表是否同意？

柯執行秘書桂女

這段時間會扣除。

鄭主任委員守夏

請問牙醫部門代表有無不同意見？(牙醫部門協談代表回答：好！) 好，休息 10 分鐘。

(付費者代表進行內部會議，討論約 11 分鐘)

鄭主任委員守夏

各位委員、牙醫部門代表，大家好！請同仁準備計時。過去的協商方式是請部門代表先說明後，直接逐項協商成長率。請問付費者代表對今年的協商方式有何意見？請謝委員天仁。

謝委員天仁

剛剛付費者代表已經交換過意見，對各部門都分配了主談者，協商的方式由主談者決定，可採先報告後協商方式；若主談者認為之前醫界代表已經說明過，也可決定直接協商成長率。尊重各部門的主談代表。

鄭主任委員守夏

請問本場次有哪幾位主談者？(代費者代表回答：主談者為何委員

語)請問何委員，要採何種進行方式？

何委員語

若協商項目與過去相同，就循往例，希望牙醫部門針對新增項目說明就好。

鄭主任委員守夏

為節省時間，建議依循往例，若屬例行性項目且無太大爭議，就直接略過，暫不討論；若協商項目與健保署意見明顯不同，又需特別爭取，牙醫部門可補充說明。由於各部門的協商項目在 105 年度總額協商計畫(草案)會前會已報告過，建議可以逐項討論，從現在開始計時。請牙醫部門代表說明，請陳委員義聰。

陳委員義聰

主席、各位委員，大家早！非常感謝委員的指導，多年來牙醫部門雖獲得大部分委員認為屬總額的優等生，可是牙醫門診總額的成長率卻一直居各部門之末，去年也是如此。在這裡有個卑微請求，請對牙醫部門努力所獲「品質保證保留款」0.3%成長率，採外加而非內含方式，如果採內含，以後將沒人願意當優等生，不管今天的談判結果如何，希望大家能夠成全此點要求。

陳協談代表彥廷

主委、各位委員、各位先進，大家早！針對 105 年度協商因素項目逐項跟各位報告：

一、首先從感染管制項目提出說明，因為 SARS(Severe Acute Respiratory Syndrome，嚴重急性呼吸道症候群)的緣故，協商 93 年度總額時，加給各部門總額一筆感染控制費用，牙醫門診總額成長率為 0.88%，金額約 2.5 億元。由於牙醫醫療的特性，治療過程常常會產生氣霧(空氣中懸浮液體)，所以牙醫部門將這筆經費用於提升感染管制，經過 10 餘年努力，已經有將近 80%的牙醫院所依「牙醫院所感染管制 SOP(Standard Operation Procedure，標準作業程序)作業細則」執行其感控事項。有實

施感染管制 SOP 的牙醫院所可申報「符合加強感染管制之牙科門診診察費」285 點，未實施感染管制 SOP 的牙醫院所僅能申報「牙科門診診察費」230 點。

二、為回應國人及健保署期待牙醫院所能百分之百確保感染管制品質，牙醫部門透過各種努力措施，讓申報感染管制的院所逐年增加，並以百分之百為目標。

三、原來未實施感染管制 SOP 的牙醫院所，於施行後診察費申報點數會增加 55 點，將改變醫療服務利用及密集度，因此本項並非調整支付標準，而是醫療服務利用及密集度的改變。

鄭主任委員守夏

一、牙醫部門剛已針對感染管制特別提出說明，接下來就逐項進行協商，請委員將會議資料中 A3 大小格式的書面資料攤開，參閱其中各項協商因素項目，至於成長率及預估金額，則參看螢幕上的數據。

二、牙醫部門的「醫療服務成本及人口因素成長率」為 2.512%，這部分沒有問題，不必討論。協商因素請參看螢幕下方的各項，其中「品質保證保留款」暫不需討論。

三、「感控回歸一般診察費」項目，牙醫部門希望成長率 0.891%，健保署的意見是「0%」。請問先討論這項？還是全部的項目一起討論？尊重主談的何委員語想採取的協商方式，請何委員。

何委員語

牙醫部門只說明此項，是否表示其他項目不須再報告？若是如此，就可以開始協商。

鄭主任委員守夏

牙醫部門如果沒有其他需要特別說明事項，就開始協商...

陳協談代表彥廷

一、我們原先以為是逐項說明後再協商，既然是要全部說明，就一併說明其他項目。

- 二、「執行牙周病統合照護計畫衍生之其他服務利用密集度改變」，係 98 年協商「牙周病統合照護計畫」時，未將診察費、X 光檢查、麻醉及第 3 階段論質給付等經費納入，而由一般服務支應。經過多年努力，「牙周病統合照護計畫」的執行案件數遠超過當時預估取代原有項目(91006C，齒齦下刮除術(含牙根整平術))的數量，這部分經費的成長也遠高於一般服務的成長率，惟未支付任何相對預算。統計歷年申報量，累積至 104 年約 8 億點，預估 105 年將有 2.026 億點的費用，希望能將這筆費用納入 105 年度牙醫門診總額。
- 三、「加強 13 歲以下牙周控制基本處置」，係控制牙周病的致病原因，亦即控制牙菌斑。控制牙周病發生的支付項目(91014C，牙周疾病控制基本處置)僅適用 14 歲以上保險對象，不包括 13 歲以下兒童。由於目前兒童齲齒經驗指數偏高，且普遍有牙齦發炎的情況，希望能夠進行專業介入，並將牙菌斑移除做為臨床評估指標，預估費用 1.8525 億點。
- 四、「全民健康保險牙醫急診供給提升計畫」，「急診」不等同於「假日門診」，牙科急診設置不足，以健保申報的醫療利用並不高，這是因為根本沒有提供，或已由其他部分支應，但並非沒有需求。這些需求反映在滿意度調查的「牙醫診所例假日休診而造成就醫不便的比例」項目，該項目一直是民眾關切的重點之一。設置急診，目的是滿足國人在牙科急診的需求，但其與假日門診不同，我們希望的不是是開放假日門診。牙科急診的處置費(支付標準)必須考慮到牙科人力、物力的成本，目前的規劃是提供急診的醫院 25 家變成 30 家，至費用的估計包括 3 部分：牙醫急診基本處置費 3 千萬點、匱乏地區新增 5 家醫院之牙科急診設置費用約 2.5 千萬點、目前已有申報的 25 家醫院牙科急診費用約 1.06 億點，總計約 1.6097 億點。
- 五、「牙周病統合照護計畫」，依據衛福部國健署最近一次民眾牙周狀況調查，推估約有超過 9 百萬國人有牙周病基礎治療需

求。99 年迄今，「牙周病統合照護計畫」的執行件數不到 45 萬件，這些個案的重複率極低，並未有重複施作的情況。相較於以往，每年約成長 25%，本計畫 104 年 1~6 月案件的成長率趨緩，預估成長 8%。依據歷年經驗推估，105 年底高推估約新增 3 萬 5 千件，低推估約新增 1 萬件。

六、「牙醫特殊醫療服務計畫」，104 年上半年預算執行率約 45.7%，依照歷年經驗，上半年的執行率約占全年的四成多，預估 104 年執行率可達 95%；而這尚未包括至衛福部所屬 6 所老人之家的牙醫醫療服務費用，此 6 所老人之家的設備預估在 9 月底建置完成，10 月初可進駐提供牙醫醫療服務。如果明年本項計畫的經費沒有成長，勢必會排擠現行提供對象的醫療服務，因此希望本計畫能增加 3 千萬元。

鄭主任委員守夏

謝謝陳協談代表彥廷的說明。請何委員語。

何委員語

牙醫部門的報告結束了嗎？(牙醫部門回答：是的)請問「牙周病統合照護計畫」第 1 階段做到什麼程度，是處理牙齦膿包還是牙菌囊？如何執行？

林協談代表世榮

謝謝何委員語的提問，「牙周病統合照護計畫」是牙周病的基礎治療，執行牙齦下深部牙根整平，包含牙菌斑控制、口腔衛教指導、是否需要進行手術治療的再評估。

何委員語

請問「牙周病統合照護計畫」第 2 階段的治療內容，牙齦深度要做到什麼程度？

林協談代表世榮

剛剛說明的是「牙周病統合照護計畫」，包括第 1、2、3 階段的治療，第 1 階段包括檢查、記錄；第 2 階段為牙齦下深部處理；第 3

階段是評估治療情形。

何委員語

104 年「牙周病統合照護計畫」，第 1、2 階段經費為 8.5 億元，第 3 階段經費為 2.446 億元。請問各階段可以做到什麼程度？

陳協談代表彥廷

- 一、「牙周病統合照護計畫」分成第 1、2、3 階段，我們期待每一個案都可完成 3 階段的治療。計畫的治療對象為至少有 16 顆牙齒的全口牙周炎患者，其中 6 顆以上牙周囊袋深度大於 5mm。
- 二、第 1 階段為治療前 X 光檢查、牙周狀況檢查記錄、口腔保健衛教指導及牙菌斑指標統計，稱為治療前紀錄。第 2 階段為齒齦下刮除或牙根整平治療，常伴隨麻醉，並進行深度清潔，以及刮除牙齦下的牙結石。
- 三、根據組織學證據，第 2 階段治療後需觀察 3 星期以上再施予評估，故第 3 階段的設計，是在完成第 2 階段治療日起 4 週後開始評估，原本牙周囊袋深度 $\geq 5\text{mm}$ 的牙齒，至少 1 個部位深度降低 2mm 者且達 7 成以上，才算病情有改善。另外，牙菌斑指數也是我們關切的重點，病人的自我照護能力也要獲得提升，才算完成第 3 階段。

何委員語

請問第 3 階段做到何種程度？

陳協談代表彥廷

第 3 階段是完成整個牙周病基礎治療，除治療現有病因，還要控制未來疾病的復發。故第 3 階段的重點是提升病人自我照護能力，及檢視第 2 階段治療的成果。

何委員語

牙周病手術治療不包含在此計畫？

陳協談代表彥廷

是的，牙周病手術要根據病人病情、自我照護能力以及治療後病人全身的狀況，再決定手術治療是否確實對病人有幫助。不論病人是否適合手術治療，所有的牙周病治療後，後續都需要支持性治療。若病人需要手術治療，則屬於另外的服務項目；即使不符合手術治療條件，也需要進行支持性治療。

何委員語

請問牙周病手術治療屬自費項目嗎？

陳協談代表彥廷

目前健保有給付牙周病的手術治療，但有幾項服務需要自費。自費項目都會列在「牙周病統合照護計畫照護手冊」及院所張貼的公告中，包括牙周整形手術、牙周組織引導再生手術、牙周去敏感治療、牙周抗生素凝膠、牙周消炎凝膠等。

何委員語

請問「牙周病統合照護計畫」的案件數，醫院或診所何者的申報量較多？

陳協談代表彥廷

計畫剛開始執行時，診所施作的件數較多；惟自今年起，醫院的服務量開始提升，成長率與診所相當。目前醫院及診所約各占兩成及八成。

鄭主任委員守夏

請戴委員桂英。

戴委員桂英

剛剛牙醫部門提到，歷年各部門總額執行成果發表暨評核會議中，牙醫部門被評核為「優等」，建議鼓勵的經費採「外加」而非「內含」，請健保署說明「品質保證保留款」的獎勵方式。

鄭主任委員守夏

「品質保證保留款」的獎勵方式是由健保會決定，獎勵成長率後再列入各部門總額的協商項目中，從試算表看不出到底「內含」或「外加」。不過，此項目各部門不是年年都有，且成長率也不盡相同，所以概念上應該屬「外加」才對。而且本項成長率會滾入基期，這點比較重要。請謝委員天仁。

謝委員天仁

健保署建議「牙周病統合照護計畫」第1、2、3階段要回歸一般服務，假使回歸一般服務後，牙醫部門認為不敷成本，而提供少於列在專款項目時的醫療服務，這筆經費是否會被牙醫部門吃掉？

蔡副署長淑鈴

- 一、當初開始討論「牙周病統合照護計畫」時，是考量牙周病患者若能即早治療，牙齒會比較健康，將來的蛀牙率會下降，藉此計畫可提升口腔照護，讓後續的牙醫醫療需求減少。所以當時費協會(健保會前身)同意本項計畫，以鼓勵牙醫師執行牙周病統合照護計畫，但不代表之前健保未給付牙周病治療項目。相關牙周病治療項目都已列在支付標準。本項專款的目的是提供牙周病統合性照護，包括治療評估、牙周病治療，及治療成效評估等，當中有些項目已涵括在現有支付標準中，所以經費編列是以當時的支付標準來評估。
- 二、健保署之所以建議未來「牙周病統合照護計畫」回歸一般服務，是基於從預防角度來看，本計畫長期具有取代性，若牙周病治療效果好，將來牙醫照護的需求會減少，所以和往後的蛀牙及其他口腔疾病照護可互為取代，並非全部外生費用；牙醫部門則認為目前「牙周病統合照護計畫」仍未照護到所有的牙周病患者，且市場上還是存在很多自費治療牙周病情形，這是雙方訴求不同的焦點。本計畫何時回歸一般服務項目，由健保會討論與決定。

謝委員天仁

健保署說明以前的支付標準本就包含牙周病治療項目，但「牙周病統合照護計畫」涵蓋的範圍較大，所以要用專款方式管理。請問若計畫回歸一般服務，是否會回復以前所擔心的問題？這是我們的疑問，另請問健保署準備好將本專款回歸一般服務嗎？

蔡副署長淑鈴

現有的支付標準項目當然包括牙周病治療項目，例如：齒齦下刮除術(91006C)等，但係論量計酬支付。而「牙周病統合照護計畫」還包括事前及事後評估，如同剛才何委員語關切的第3階段，係評估治療結果是否符合計畫原先的期待，因此將治療結果之評估列入照護內容。目前第3階段的完成率相對較低，我們會關心是因根本沒有評估？或評估的結果不好(如牙周囊袋並未縮小)？期待各階段的執行成效都很好。牙醫部門認為，本計畫各階段的執行成效不可全歸責於牙醫師，也有病人因素，所以要求第3階段達到百分之百完成率有困難。雙方的看法都有道理。

何委員語

「牙周病統合照護計畫」分為第1、2、3階段，第1階段是檢查、評估、記錄，我一直認為有些初級治療的項目支付金額太高；第2階段包括刮除、牙根整平等醫療性治療，支付點數較合理。第3階段應該是執行更深入的治療，而不是要求病人提升疾病的自我照護，所以第3階段的支付金額應再考量。據我瞭解，實際上有執行第3階段的，都會要求病人自費。現在自費市場行情約1.5萬元~2萬元，健保僅支付1萬元，所以診所選擇不申報健保，直接要求病人全部自費，導致第3階段的執行率很低，因為許多牙醫師都建議病人選擇自費手術治療。我認為若將此計畫回歸一般服務，一定會產生非常大的問題，後果會很嚴重。請問其他付費者代表有無意見。

鄭主任委員守夏

請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

- 一、請問「牙周病統合照護計畫」及一般服務項目中，牙周病治療的執行費用各為何？
- 二、請提供新增牙周病病人數，及加入「牙周病統合照護計畫」的人數及比率。
- 三、「牙周病統合照護計畫」每年新增人數、照護率標準為何？計畫預期的涵蓋率，及何時可達成目標？
- 四、請牙醫部門說明希望編列在專款項目而非回歸一般服務的理由。

陳協談代表彥廷

- 一、一般服務項目中牙周病治療為「91006C」(齒齦下刮除術)，103年施行 5,972 件；「牙周病統合照護計畫」則為 109,244 件，若再加上其他局部處理，總共 15 萬多件。「牙周病統合照護計畫」涵蓋的案件數遠高於一般服務。
- 二、剛剛何委員語提到「牙周病統合照護計畫」第 3 階段完成率低，是因為不申報健保而向病人收取自費，但並非如此。有些是因病人病情未改善，致未達計畫要求，所以無法申報第 3 階段；另有部分原因是國人認為牙齒已經不疼痛而不回診。醫療服務提供者會透過各種管道，努力讓病人完成第 3 階段，所以，當初計畫的設計是以完成七成為努力目標。目前第 3 階段完成率約 86%，委員可從此數據看到牙醫部門努力的成果。
- 三、確實有些牙醫師在執行牙周基礎治療時，就向病人收取自費，這是因為當初協商將牙周病治療編列在專款項目時，估計完成治療約需 2~4 萬元，但最後決定支付 1 萬點，當中包括 3,200 點是原有的項目，故每個案件新增 6,800 點。若此計畫回歸一般服務，我們擔心會排擠其他的一般服務項目，各分區可能會為控管點值，而不像現在一樣提供鼓勵、輔導措施，讓牙醫師願意執行牙周病治療，民眾在這部分的醫療需求會因此得不到滿足。牙醫部門係將本項列為總額鼓勵的項目之一，若院所願

意執行，也在「品質保證保留款」中給予鼓勵費用。此外，今年「二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練」(牙醫 PGY)也將本項列入訓練項目，期待未來對牙醫師的養成教育，能使他們都有能力執行牙周病基礎治療。

四、至於牙周手術治療，涉及醫療判斷，目前醫院已有給付牙周手術，至於骨粉、牙周組織引導再生、牙周整形等項目，屬於美容類，故未納入健保給付，原因可能是擔心療效不明，或無法確定治療成果，不希望成為健保的財務負擔而未納入給付。

謝委員天仁

「牙周病統合照護計畫」第 1、2 階段執行較為穩定，有無可能回歸一般服務；而第 3 階段尚未成熟，暫時編列在專款。執行上有無窒礙難行之處？

蔡副署長淑鈴

一、牙醫部門與健保署的意見，焦點均在分母目前並不確定，整體牙周病人數及現行計畫涵蓋的範圍究竟多少，均不清楚。牙醫部門認為現在約有 15 萬件，但病人數很多，擔心若回歸一般服務，會排擠其他項目。但如何滿足所有牙周病人的醫療需要，目前一部分是納入「牙周病統合照護計畫」接受治療，一部分是用傳統的牙周病治療，還有一部分是向病人收取自費。

二、現在自費行情從 1 萬多元~2 萬多元，健保支付 1 萬元，等於打折支付。從牙醫師的觀點來看，如何向病人說明，何種情況納入「牙周病統合照護計畫」之治療，而有哪些項目要向病人收取自費，所以非常困擾，健保署也接過民眾類似申訴。的確，市場的行情高於健保支付標準，但市場行情是由供需決定，價格是否合理並未被評估。現在重點是牙醫部門擔心若全部涵蓋，對收自費的部分如何處理？

三、「牙周病統合照護計畫」第 3 階段是驗收第 1、2 階段的照護結果，若執行成效良好，病人的牙周囊袋深度會縮小，表示口

腔健康狀況有改善，就再支給一筆獎勵費用。第3階段執行率較低，有非常多原因，有部分是病人未回診，不一定歸責於牙醫師，牙醫部門自訂目標是七成，現在執行八成多，已達目標。

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、今年「醫療服務成本指數改變率」高達 2.369%，金額 8.882 億元，為歷來年最高。
- 二、牙醫部門今年提出「感控回歸一般診察費」，健保署的意見是其屬支付標準的調整項目。依照往例，各部門總額如果需要調整支付標準，都會建議由「醫療服務成本指數改變率」的預算來調整，所以歷年來付費者代表都反對支付標準調整項目。而且若同意本項調整，則牙醫的診察費將高於醫院及西醫基層總額部門，此舉會衍生困擾。
- 三、「牙周病統合照護計畫」分為第1、2、3階段，其執行成效應該是病人口腔健康獲得改善，並可減少後續的醫療費用才對，不然花費這麼多預算之目的何在。原來的醫療費用不但沒有減少，牙醫部門還提出「執行牙周病統合照護計畫衍生之其他服務利用密集度改變」項目，希望爭取預算。依剛剛蔡副署長淑鈴的說明，第3階段是驗收第1、2階段的成效，若成效有點問題，還可用第3階段補足，表示這些費用可以節省下來。若還衍生要求新編預算的項目，我想需要好好檢討「牙周病統合照護計畫」還要不要繼續執行。

鄭主任委員守夏

請陳委員聽安。

陳委員聽安

- 一、在沒有「牙周病統合照護計畫」之前，是以一般服務的支付標準項目治療，請問實施「牙周病統合照護計畫」後，病人自付

的部分有無增減，是否還需自費？

二、「牙周病統合照護計畫」實施前，難道沒有第 1、2 階段的治療？剛剛的討論聽來，第 3 階段是新增項目，結果好像不是很理想。可是一般的牙周病治療也需要檢查才對，例如檢查牙周病病情、膿包多大，也應有相對的支付標準項目。本計畫分為 3 階段，在我聽來，應該全部都屬第 3 階段才對，第 3 階段是評估治療結果有無改善。從書面資料看來，照護人數也不多，如同蔡副署長淑鈴所提，有部分屬病人的問題。

鄭主任委員守夏

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、從今天牙醫部門提供的書面資料，「牙周病統合照護計畫」第 1、2、3 階段，未來應朝論質支付，而非一直分階段並論量計酬支付，且還衍生自費問題。103 年牙醫院所約有 1,066 萬人就醫，不論是接受牙醫初診，或「牙周病統合照護計畫」，從執行件數來看，都可以再努力增加照護人數。
- 二、從文獻資料發現，有接受牙周治療的病人，將來在拔牙顆數或其他方面都會改善，亦即牙齒確實較健康，當然也可減少醫療費用。建議計畫朝論質包裹支付，如此也可減少收取自費的紛擾。
- 三、不贊成每年都以目前的方式編列經費，這樣明年還要評估執行率及預估牙醫部門第 1、2、3 階段要新增多少案件數，其實並無太大意義。納入計畫的 10 幾萬人與牙醫部門估計 900 多萬人，差距實在太大，建議設定照護涵蓋率做為努力目標。

鄭主任委員守夏

請牙醫部門簡短回答。

翁協談代表德育

關於「感控回歸一般診察費」，原來的支付標準是 250 點，牙醫部

門確實是運用「醫療服務成本指數改變率」預算，調整至 285 點，但這並非我們的訴求。牙醫部門的訴求是，94 年確實有一筆 2 億多元的預算，當年成長率 0.88%，推算至 104 年應為 3 億多元，目前執行感染控制的院所約 80%，申報的點數是 7 億多點，但預算僅 3 億多元，離院所執行率 100% 的目標，尚有 20% 差距。本項屬「醫療服務利用及密集度之改變」，並非調整支付標準，希望能編列一筆預算，以達到院所 100% 實施感染控制的目標。

陳協談代表彥廷

- 一、有關委員所詢，有無參加「牙周病統合照護計畫」，差別就在第 3 階段，其實並非如此。本計畫第 3 階段完成率的目標為 70%，實際執行為 86%，當然還有努力空間，但此結果並不低。
- 二、有關「牙周病統合照護計畫」實施前後自費項目的差別，當病人的嚴重度很高需要美容治療，可能是屬自費範圍。但絕大部分的牙周囊袋治療，都包含在本計畫，本計畫已大量增加接受牙周病治療的人數。

鄭主任委員守夏

現在時間已經差不多，請何委員語。

何委員語

- 一、牙醫部門對台灣醫療很有貢獻，特別是在社團服務的貢獻很大，對國人的牙齒保健相當有助益。我們在中南美洲會發現當地民眾張開嘴巴時，都會有缺牙，但台灣民眾的牙齒非常整齊、漂亮，這都是牙醫界的功勞。
- 二、今年各部門「醫療服務成本指數改變率」都有相當高的成長與預算，昨天聯準會(The Federal Reserve System，聯邦準備理事會)提及全球 CPI(消費者物價指數)都會負成長，台灣的 CPI 也是負成長，只有醫療服務正成長。
- 三、付費者代表認為「品質保證保留款」屬外加項目。
- 四、有關「感控回歸一般診察費」項目，同意評核委員所提「醫療

服務成本指數改變率所增加的預算，應用於調整支付標準」的意見。

- 五、支持健保署對「執行牙周病統合照護計畫衍生之其他服務利用密集度改變」項目的意見，為「牙周病統合照護計畫第 1 階段支付 1,800 點，主要進行牙周病檢查，高出一般服務提供齒齦下刮除之診察費(介於 230~285 點)甚多；第 2 階段支付 5,000 點，主要施行全口齒齦下刮除或牙根整平之治療，亦高過一般服務提供之全口齒齦下刮除費(3,200 點)甚多，所提之診察費、X 光費用及麻醉費應內含於該二項費用中」。
- 六、「全民健康保險牙醫急診供給提升計畫」，健保署認為「牙醫急診約 47% 與門診照護有關」，不同意支付本項費用，同意健保署的意見。
- 七、「加強 13 歲以下牙周控制基本處置」，現行支付標準已列有「牙周病緊急處置」及「牙周疾病控制基本處置」，同意健保署的意見。
- 八、「新增支付標準預算執行率連兩年未達 30% 者，予以扣回原編預算之 50%」，也同意健保署的意見，不曉得牙醫部門要提出哪些減項。
- 九、「醫療資源不足地區改善方案」，牙醫部門及健保署版本相同，都是維持目前經費。
- 十、「牙醫特殊醫療服務計畫」及「牙周病統合照護計畫」還未討論。不知牙醫部門有哪些項目可以減列。

鄭主任委員守夏

實質協商是雙方可就哪些項目各自讓步、釋出善意。請牙醫部門先說明，這樣付費者代表會比較好進行內部討論。請陳協談代表彥廷。

陳協談代表彥廷

- 一、「感控回歸一般診察費」，並非調整支付標準，而是「醫療服務利用及密集度之改變」。原來申報甲項目，因為多投入一些

資源後，改申報其他項目，但這 2 項都屬現行既有的支付標準項目，所以並非調整支付點數。預期未來有一定比率的院所可以達到目標，因此會新增一些費用，這部分可用分年達成目標方式推展。牙醫部門將達成率由 82% 調高至 88%，預算調整為 1.671 億元。

- 二、「執行牙周病統合照護計畫衍生之其他服務利用密集度改變」，牙醫部門的訴求是，原來「91006C，全口齒齦下刮除術」案件數並未明顯減少，對牙醫總額來說，幾乎都要新增費用。剛剛委員提及，做得不夠的數目，要當成減項扣減經費，我們沒有意見；但牙醫部門做得多的項目，希望也能用相同邏輯，支給一些費用。本項經費下修 50%，預算調整為 1.013 億元。
- 三、「加強 13 歲以下牙周控制基本處置」，歷年來委員認為，健保支付項目不應有年齡的差異，既然屬該做的疾病控制，希望能夠將 13 歲以下也納入，原預估 20% 的使用率下修為 10%，預估預算 0.926 億元。
- 四、「全民健康保險保險牙醫急診供給提升計畫」，牙醫部門希望目前已經提供急診的院所能有處置費。另外，目前有 7 個縣市沒有任何牙科急診，希望在 30 公里內都能有醫院牙科急診的前提下，初步先努力讓其中 5 縣市成立牙科急診，本項預算為 0.554 億元。
- 五、同意「支付標準預算執行率連兩年未達 30% 者，扣減原編預算之 50%」項目。
- 六、「牙醫特殊醫療服務計畫」，明年會開始全年度執行老人長期照顧暨安養機構的醫療服務，建議預算增加 0.3 億元。
- 七、「牙周病統合照護計畫」，低推估會新增 1 萬件，建議第 1、2 階段增加 0.68 億元，預算為 9.18 億元；第 3 階段增加 0.32 億元，預算為 2.766 億元。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

剛剛何委員語已經提出付費者代表方案，牙醫部門應聚焦就可再調整的項目回應，否則協商無法往前進展。

陳協談代表彥廷

報告委員，我們都往下調整了。

翁協談代表德育

經費都減半了。

鄭主任委員守夏

牙醫部門目前是保留所有項目，但金額都往下調整。

何委員語

請問「全民健康保險牙醫急診供給提升計畫」調降多少？

陳協談代表彥廷

調降為 5.54 千萬元。

何委員語

主席，就牙醫部門對金額的減列，付費者代表需要召開內部會議討論。

鄭主任委員守夏

同意付費者代表召集內部會議討論。目前牙醫部門保留全部的協商項目，與付費者代表的期望相差很大，也請牙醫部門內部再討論。休息 10 分鐘。

(付費者及牙醫部門代表各自召集內部會議討論約 24 分鐘)

鄭主任委員守夏

請委員、牙醫部門協談代表回座。請何委員語說明付費者代表的共識方案，請同仁協助投影數據。

何委員語

主席、各位委員、牙醫界代表！所有付費者代表在尊重多元意見

下，經過激烈討論，考量今年非協商因素(醫療服務成本及人口因素)成長率非常高，付費者代表的意見如下：

一、一般服務之協商因素項目：

- (一)「感控回歸一般診察費」，預算為「0」。
- (二)「執行牙周病統合照護計畫衍生之其他服務利用密集度改變」，預算為「0」。
- (三)「加強 13 歲以下牙周控制基本處置」，預算為「0」。
- (四)「全民健康保險牙醫急診供給提升計畫」，預算為「0」。
- (五)同意新增「其他醫療服務利用及密集度之改變」，預算 5 千萬元。

二、專款項目：

- (一)「牙醫特殊醫療服務計畫」，提供先天性唇顎裂及顱顏畸形症患者及特定障別之身心障礙醫療服務，新增老人長期照顧暨安養機構醫療服務，牙醫部門建議 4.73 億元，健保署建議維持 104 年經費 4.43 億元，付費者代表同意編列 4.73 億元。
- (二)「牙周病統合照護計畫」，付費者代表同意健保署意見，第 1、2 階段編列 8.5 億元，第 3 階段編列 2.446 億元。

三、付費者代表建議設定一些指標，讓「品質保證保留款」的院所核發率不要超過 65%；「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目預算可應用於調整「感控回歸一般診察費」、「執行牙周病統合照護計畫衍生之其他服務利用密集度改變」、「全民健康保險牙醫急診供給提升計畫」、「加強 13 歲以下牙周控制基本處置」等，同時也希望運用於鼓勵假日提供門診服務。另外，希望 3 項專款項目都能提出很好的執行成果。

四、付費者代表雖然未同意編列牙醫部門所提 4 項一般服務協商項目，但另編列「其他醫療服務利用及密集度之改變」5 千萬元；於「牙醫特殊醫療服務計畫」也同意增加 3 千萬元。共增

編 8 千萬元。

鄭主任委員守夏

目前付費者代表方案「較上年度協定總額成長率」為 3.179%，去年只有 2.140%，增加金額是...。

柯執行秘書桂女

目前增加金額為 11.113 億元，104 年增加金額為 7.364 億元。

鄭主任委員守夏

請問牙醫部門有無其他訴求？或者含淚接受？還是需再討論？請陳委員義聰。

陳委員義聰

請給我們 2 分鐘。

鄭主任委員守夏

好，2 分鐘讓牙醫部門進行內部討論。

陳委員義聰

好。

何委員語

去年協商牙醫門診總額時增加 7 億多元，今年增加 11.113 億元，比 104 年增加 4 億多元，總金額為 404.211 億元。

鄭主任委員守夏

請翁協談代表德育。

翁協談代表德育

一、謝謝付費者代表對牙醫部門多年來的支持，首先跟大家說明，從健保開辦總額以來，很少有「醫療服務成本指數改變率」高達 2.369% 的情形，多年來牙醫門診總額之「醫療服務成本指數改變率」一直都在「0」之間徘徊。「2.369%」是 2 年前的數據，今年「醫療服務成本指數改變率」的數據會在 2 年後反

映，所以明、後年會很慘。當 GDP(國內生產毛額)很低時，請醫界委屈求全、含淚接受，好不容易盼了 10 幾年，終於盼到「醫療服務成本指數改變率」達到高峰 2.369%。若委員認為這已算非常高，我們感到很委屈、無奈，10 幾年來就這麼一次，明年也沒有，大家都知道。所以，請不要用「醫療服務成本指數改變率」已經很高為理由，而說今年牙醫門診總額的成長率已經足夠，比去年還高，此點我們無法接受，因無法代表牙醫部門今年的努力。

- 二、若委員認同牙醫部門在健保的努力，則在資源足夠時，希望支持各項協商因素，尤其在一般服務項目，可以鼓勵各部門，做好健保業務，這是對醫界最實際的支持，也是我們很卑微的請求。請參看螢幕，一般服務項目成長率為「0」，我們很無奈。再次強調，我們對每個一般服務項目都有設定新計畫及目標，希望能在資源足夠時，多少給予一些支持，不要都沒有。
- 三、既然同意在「其他醫療服務利用及密集度之改變」編列 50 百萬元，希望能更貼近事實，不要與實際相差太遠。「感控回歸一般診察費」，當初給的成長率累計至今約 3 億元，但實際執行 7 億多點，不期待可給足 4 億元的落差，我們的目標設定在提升執行感染控制的院所數，而且打算增加感染控制項目，期感染控制的標準愈來愈嚴謹，對民眾有直接助益。希望委員能夠在資源上多給予支持，這是提升醫療品質、保護民眾最好的方式。
- 四、「執行牙周病統合照護計畫衍生之其他服務利用密集度改變」，「牙周病統合照護計畫」第 1、2 階段的 6,800 元費用中，並未包括 X 光、麻藥等，也未預期會增加這麼多案件的診察費。大家不全力支持無妨，至少半力支持。
- 五、「加強 13 歲以下牙周控制基本處置」，以前編列的是 14 歲以上民眾的經費，13 歲以下都未編列經費。根據衛生署國健局(衛福部國健署前身)最近一次公布的台灣地區 12 歲兒童口

腔健康狀況調查，12 歲恆齒齲齒指數(DMFT index)為 2.50，國健署雖然有給予預算支持，但金額極少，請問我們還有何資源可以提供 13 歲以下兒童的牙醫服務，以提升其口腔健康，希望委員酌加本項經費。

六、「牙周病統合照護計畫」：

- (一)105 年並未增加金額，我們非常無奈。本來牙周病治療自費需要 2、3 萬元，後來在蔡副署長淑鈴的鼓勵下，牙醫師公會全聯會努力推廣，告訴牙醫師不要做自費，大家都來做健保。第 1 年執行成效差，經過 2、3 年努力，說服治療牙周病的牙醫師一起努力執行「牙周病統合照護計畫」，雖然健保只支付 1 萬點，但為了民眾健康，還是請大家接受，慢慢地量愈做愈多。
- (二)99 年因為執行率不夠，當年就被扣減經費；近幾年執行率均超出目標值，但也未補給經費。我們瞭解這是政策，規定就是這樣。為了執行「牙周病統合照護計畫」，牙醫部門付出相當多，除面臨內部諸多牙周病專科醫師的挑戰，還得設法解決牙周病醫師收入減少的反彈等。
- (三)「牙周病統合照護計畫」做得愈多，後段的醫療資源利用會愈來愈少。根據衛生署國健局 97 年度「台灣地區 18 歲以上人口牙周狀況及保健行為之調查研究」，還有 9 百多萬人有牙周病治療的需求，但我們僅滿足其中的 6%。各位委員給予零成長，抹滅牙醫部門多年來在「牙周病統合照護計畫」的努力，坦白說，我們很沮喪，希望委員能夠再考量。

鄭主任委員守夏

很抱歉！牙醫部門似乎有說等於沒說，現在雙方版本是 4.356% 及 3.179%。健保署的方案不到 3%，付費者代表已經往上調升。請牙醫部門考量再往下減，協商才有可能繼續，否則無法再談下去。

翁協談代表德育

如果要以「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目執行前面所說的 4 項，希望預算能增加至 1.133%(金額 4.248 億元)，即再增加 1%。

何委員語

若牙醫部門同意這 4 項「0」，就可以接著討論「其他醫療服務利用及密集度之改變」。牙醫部門希望成長率改為 1.133%，雙方的金額差距仍很大。

鄭主任委員守夏

提醒一下，以前是協商到沒辦法時，才會同意編列「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目，因為完全無法管控數量、價格，所以是大家最不喜歡採用的項目。通常是緩和氣氛，為了拉近最後 1 公分，才會提出此項，是彼此讓步時才採用。再次提醒雙方，這是以前在非不得已時，才會採用的項目。剛剛付費者代表在召開內部會議時，已經過深入討論，現在所提方案對牙醫部門算是釋出相當善意，請雙方再考慮。

翁協談代表德育

主席！不好意思，剛剛太過激動，向各位委員致歉。希望能緩和一下氣氛，因為真的感覺很無奈。剛剛被交代，希望能保留每個協商項目，我們已經是每項都減半再打八折。「牙周病統合照護計畫」的最新版本，只新增 1 萬件，希望委員能再考量。

鄭主任委員守夏

若牙醫部門希望 4 項協商因素項目不要為「0」，就說個數據，看看付費者代表能否接受，才能繼續往下談。

翁協談代表德育

- 一、「感控回歸一般診察費」，預算 1.3368 億元。
- 二、「執行牙周病統合照護計畫衍生之其他服務利用密集度改變」，預算 0.8104 億元。
- 三、「加強 13 歲以下牙周控制基本處置」，預算 0.7408 億元。
- 四、「全民健康保險牙醫急診供給提升計畫」，預算 0.4432 億元。

五、「牙醫特殊醫療服務計畫」，預算增加 0.3 億元。

六、「牙周病統合照護計畫」，希望增加 1 萬件，維持牙醫部門編列的金額。第 1、2 階段增加 0.68 億元；第 3 階段增加 0.32 億元，預算各為 9.18、2.766 億元。

鄭主任委員守夏

請付費者代表考慮看看，都不給有兩種狀況，一種是覺得實在無法接受該項目，另一種則是不同意該項目之預算，這是兩種不同立場。請問 4 項協商因素項目，有無哪項可以酌增，或堅持都不編列。現在雙方成長率為 3.179%、4.158%，分別增加 11.113 億元、14.944 億元，差距將近 4 億元。請問付費者代表是否願意再增加預算。請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、再加以說明，讓牙醫部門充分瞭解剛剛付費者代表內部討論的結果。「感控回歸一般診察費」，我們是絕對不編列；「執行牙周病統合照護計畫衍生之其他服務利用密集度改變」，用此名稱，我們也絕對不編列；有涉及歲數的項目，向來的慣例，也是不編列。我們認為已經找不到可以編列的名目，才會採用「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目，所以是真的有困難。

二、大家應該異中求同，不要再反覆說明。如同意編列涉及歲數的項目，在其他部門的協商，將會帶來比照的問題；我們也很忌諱調整支付標準的項目，這些都會造成內部處理的困擾，希望牙醫部門能考慮。主談者何委員語已經盡了最大努力，希望讓牙醫部門有點空間；我不敢講完全沒有空間，但請不要各項目都要編列一點預算，這樣談到下午都談不完。請牙醫部門爽快點，讓大家可以早點休息。

鄭主任委員守夏

建議牙醫部門再內部討論 3 分鐘。再次重申，去年有所謂重啟協

商；今年向部長報告，付費者代表已經清楚表達不會再重啟協商，送部裁就是部長的責任。相信大部分委員都有參與去年協商的經驗，請何委員語。

何委員語

- 一、主席，前年協商總額時，雙方對「牙周病統合照護計畫」的預算編列差距 5 千萬元，於是隔天一早就該計畫再度協商，結果同意再編列 5 千萬元予牙醫部門。惟今年付費者代表已決定不再重啟協商。
- 二、本人 9 月 4 日已在行政院正式提案，並將提案陳給毛院長。105 年度總額若發生付費者代表及醫界代表兩案併陳情況，建請毛院長與蔣部長一定要尊重付費者代表的建議方案，如果裁定結果偏向醫界，我們絕對會召開付費方的記者會，並與工商團體共同連署，直接訴諸民意。
- 三、很有誠意地再次提醒，牙醫部門所提的 4 項一般服務協商項目，付費者代表已決定均不編列，請牙醫部門不要再提，也已經參考健保署的意見。
- 四、建議「其他醫療服務利用及密集度之改變」，由 5 千萬元增為 1 億元，讓牙醫部門調整運用。請牙醫部門在 3 分鐘內討論並決定，這樣講來講去，浪費很多口舌，部門代表一講又要生氣，可能使血壓會飆高；付費者代表如果一直講，也會生氣，血壓也會飆高，對雙方都不好。

鄭主任委員守夏

謝謝何委員語，我猜想這是付費者的最終版本，如果要送部決定，大概就是此建議方案，先休息 3 分鐘...

蔡委員登順

補充一句話...

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

剛剛何委員語已經講得很清楚，「其他醫療服務利用及密集度之改變」，是付費者代表考慮牙醫部門診察的時間較西醫長，西醫看診平均時間約 3、5 分鐘，牙醫可能需 10、20 分鐘，故將預算提高。

鄭主任委員守夏

先休息 3 分鐘，請牙醫部門內部討論看看，有無機會形成共識。

(牙醫部門代表自行召集內部會議討論約 3 分鐘)

鄭主任委員守夏

請各位委員、協談代表回座。請問牙醫部門的數據有無變動？

蔡委員登順

再次表達，牙醫部門表示對今年的成長率有點失望，但付費者代表已盡了最大努力。從整體資源看來，「牙周病統合照護計畫」的件數有增加，表示服務人數增加，是可考慮多支給一點預算...。

謝委員天仁

希望你們就接受！

蔡委員登順

希望今天總額協商，雙方能相忍接受。牙醫部門對「牙周病統合照護計畫」第 1、2 階段原建議版本為增加 2.38 億元，後來調降為增加 0.68 億元，健保署的意見是不增加，而付費者代表同意增加 0.34 億元。至於第 3 階段，件數有增加，牙醫部門原建議增加 1.92 億元，後來改為增加 0.32 億元；健保署的意見是不增加；而付費者同意增加 0.16 億元。上述 1、2、3 階段計增加 0.5 億元，表示付費者肯定牙醫部門有努力增加件數，因此願意再增加預算。

謝委員天仁

再補充一下...。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

何委員語有提到，付費者內部已經形成共識，今年不僅不再重啟協商，連協商會議也沒有第二次機會，對各總額部門也都會一樣的公平對待。牙醫部門不要期待這次談不成，等一下還有機會，沒有其他機會了！

鄭主任委員守夏

- 一、現在可以看到...。謝謝！我先說明，同仁現場操作電腦，大家都在看，難免會很緊張、壓力很大，請大家不要趕，可以嗎？雖然時間不多。
- 二、現在付費者代表版本已經提高至 3.435%(較 104 年度核定總額成長率)，「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目再增加 5 千萬元。先請問陳委員義聰可否同意？(牙醫部門代表提議再次召開內部會議討論)好，再休息 2 分鐘。牙醫是第 1 場次的協商部門，希望可以談成。

(牙醫部門代表自行召集內部會議討論約 3 分鐘)

鄭主任委員守夏

時間已經差不多，請陳協談代表彥廷。

陳協談代表彥廷

謝謝委員考量到牙醫門診的看診時間相對較長。很卑微的請求「其他醫療服務利用及密度之改變」項目能再增編 5 千萬元。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

- 一、並非針對本項發言，我看協商時間已經差不多，牙醫部門就不要再討論，付費者代表已經擠不出油了！之前已經再增編 5 千萬元了。
- 二、有關牙醫假日休診，希望牙醫部門在各行政區都能有

APP(application software, 應用軟體), 不要有些地區的民眾3天連假時都找不到牙醫看診, 這點請一定要做到。

三、協商結果就是這樣, 不可能再增加, 已經比去年好太多了。

鄭主任委員守夏

付費者代表前前後後已經增加5千萬元, 以個人協商經驗, 應是差不多了。牙醫部門可否勉強接受, 協商時間已延長40、50分鐘了, 希望能有好結果。請陳委員義聰。

陳委員義聰

牙醫部門今年的談判結果, 坦白講, 回去我會無法交代。整體看來, 一點都不像優等生該受到的待遇, 不曉得是否還有機會在哪個項目調整, 例如「牙周病統合照護計畫」或其他項目, 或剛剛干委員文男提到的牙醫急診, 希望能再增加一點預算, 讓我回去好交代。牙醫部門是第1場協談的部門, 希望協商順利。請委員就可考量的項目, 再稍微增加一點預算, 牙醫也會就國家整體財政共體時艱。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

基本上就是這樣, 付費者代表的共同意見很明確, 現在是多元時代, 付費者每個人都有各自的立場。今年經濟成長率連1%都很困難, 基本工資不可能調整, 明年經濟成長率要達到1.7%、1.8%也應很困難。目前為止, 國內的CPI是負成長, 出口已經連續7個月負成長, 7月份是-14.8%, 8、9月份更嚴重, 進口也已經連續8個月負成長。牙醫部門過去一直表現良好, 付費者代表一向非常尊重, 絕對不會有欺負優等生的情況, 牙醫部門過去的貢獻、表現, 都非常卓越。本次協商後, 相信你們會感到慶幸, 付費者代表對牙醫部門真的很不錯。回去不僅不能責罵理事長, 還要表揚才對! 如果有人要責怪理事長, 請打電話給我, 我來向他解釋。

鄭主任委員守夏

請滕委員西華。

滕委員西華

「牙周病統合照護計畫」若要新增部分費用，我對協定事項有期待，請牙醫部門於明年協商時，一定要提出未來幾年的成效評估，究竟何時可以回歸一般服務項目，不希望本計畫一直採專款方式。

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、如同翁協談代表德育所提，「醫療服務成本指數改變率」是歷年來最高，希望牙醫部門能運用於調整支付標準。
- 二、「牙周病統合照護計畫」已經再增加 5 千萬元，希望執行上要依照 SOP (標準作業流程)，且萬萬不可再向病患收取自費。

鄭主任委員守夏

謝謝！我先說明，若協商達成共識，相關協定事項會交由健保署執行；若協商未達成共識，則需送衛福部決定，部長所裁定的方案，也會將協定事項列入。依照過去經驗，部長十之八九都會採付費者代表方案，我們延長協商時間，希望能有好結果。可以感受付費者代表大概不會再增加預算，請問主談者何委員語還願意再增加嗎？

何委員語

- 一、我看很困難，9月4日陳給毛院長的書面建議案，已經寫得很清楚，如果裁定醫界方案，真的會沒完沒了，下次行政院顧問會議時，我會很大聲地表達意見。
- 二、牙醫部門今年增加的金額已經超過 12 億元，較去年(增加 7 億多元)多了 5 億多元。至於非協商(醫療服務成本及人口)因素項目，請牙醫部門有效運用。付費者代表已經額外支給「其他醫療服務利用及密集度之改變」1 億元，希望牙醫部門不要有委屈的感覺。

鄭主任委員守夏

現在的協定事項是付費者代表版本，若牙醫部門同意所建議金額，再來討論協定事項。若不同意金額，則協定事項會列在各自建議的方案。

陳協談代表彥廷

如果送部決定，是用現在這兩個版本？

鄭主任委員守夏

送部決定的話，現在的協定事項都是付費者代表版本。如果牙醫部門可以接受金額，再來討論協定事項。請問有無可能達成共識？

陳協談代表彥廷

所以送部決定是螢幕上呈現的兩個版本金額？

鄭主任委員守夏

是！

陳委員義聰

接受付費者代表方案與兩案併同報部決定，結果一樣？

鄭主任委員守夏

若接受，就不必送部決定。

何委員語

主席，若送部決定，付費者要求回復到健保署版本，所有項目通通不給。

鄭主任委員守夏

請翁協談代表德育。

翁協談代表德育

請回到協定事項的討論。剛剛干委員文男提到假日看診，我們也很想做到，請委員再酌加一點點預算，我們會協調各區提供假日看診服務，這是一項很艱鉅的任務，請考量再酌增一點預算，牙醫部門

就完全同意接受。干委員文男所提是很難達成的任務。

鄭主任委員守夏

請翁協談代表德育喊一個價格。

翁協談代表德育

5 千萬可以嗎？協定事項加上這項，是很難達成的任務。

鄭主任委員守夏

如果不增加預算就將協定事項取消嗎？請問付費者代表願意增加預算嗎？或將協定事項取消？

何委員語

主席！

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目再增加 0.11 億元，剛好 3 個 1。因為牙醫部門是第 1 個協談的部門，所以增加 1.11 億元。

鄭主任委員守夏

請問牙醫部門可以嗎？請陳委員義聰。

陳委員義聰

「11」不好看，建議「12」或「13」，大家各退一步。

謝委員天仁

不要再討論了，已經召開好幾次內部會議，幾趟跑下來，腳很痠。

滕委員西華

若不提供牙醫假日門診服務，就不增加預算？

何委員語

最近很喜歡「111」這個數據。

鄭主任委員守夏

陳理事長義聰可以嗎？

翁協談代表德育

預算金額部分，完全尊重委員意見，希望逐項討論協定事項。

鄭主任委員守夏

就逐項討論。

翁協談代表德育

「品質保證保留款」的協定事項「品保款院所核發率不超過六成五」，我們有疑慮，現在牙醫部門做的，有很多項...。

鄭主任委員守夏

請直接建議如何修改。

翁協談代表德育

各院所品質保證保留款的核發比率，有些符合 100%核發、有些是 80%、60%、40%、20%，有些院所則完全未符合核發條件。

陳協談代表彥廷

係指符合 100%核發條件的院所不超過 65%嗎？

戴委員桂英

付費者代表所提的核發率，係指不要人人有獎，有獎的不超過 65%。

翁協談代表德育

所謂不超過 65%，係指只要符合 20%核發條件也算有核發嗎？

柯執行秘書桂女

核發的院所數不超過 65%，獎勵的對象不超過 65%。

翁協談代表德育

付費者代表的意見是 35%的院所完全無法支領品保款？是這樣嗎？(付費者代表回答：對)不好意思，跟委員說明，牙醫部門的核發方式不大一樣，不是全有或全無。「品質保證保留款」的分配指

標有很多項，例如「牙周病統合照護品質」、「兒童牙齒塗氟保健服務」...等，有些是配合政策事項，總要讓院所可以在部分項目達到目標。

鄭主任委員守夏

這部分請暫停，建議本項協定事項改為「品質保證保留款之實施方案經健保會同意後執行」，在健保會報告，可以嗎？

何委員語

請將「65%」拿掉。

翁協談代表德育

所謂品質指標係指哪項，我們要在哪部分呈現？

謝委員天仁

我想主委已經提出建議，就尊重主委的提議。

鄭主任委員守夏

請牙醫部門與健保署討論「品質保證保留款實施方案」，再送健保會同意後就核發，可以嗎？(付費者代表及牙醫部門均回答：好)還有無其他問題？接下來討論「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目。

翁協談代表德育

可以接受「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目的協定事項文字。

鄭主任委員守夏

再來討論「牙周病統合照護計畫」第1、2階段...。

翁協談代表德育

有關「牙周病治療不應再收取自費」，其實牙醫部門已經表列牙周病治療可收取自費的項目，一直都是這樣執行，文字只列「牙周病診療不應再收取自費」，語意太空洞。

謝委員天仁

「牙周病統合照護計畫」編列預算範圍內所涵蓋的支付項目，牙醫部門就不能再收取自費。

鄭主任委員守夏

請同仁加上「本計畫內」文字。對其他項目還有意見嗎？最後成長率為 3.463%(較 104 年度核定總額成長率)，增加金額 12.223 億元。請陳理事長義聰。

陳委員義聰

謝謝主委及各位委員、專家學者的體諒，還是覺得很委屈，不過謝謝大家！謝謝！

鄭主任委員守夏

好，牙醫部門達成共識。休息 15 分鐘吃便當，時間已經落後許多。

貳、105 年度總額協商—「西醫基層總額」
與會人員發言實錄

貳、105 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

現在已超過 12 點 30 分，請委員及本場次西醫基層的協談代表入座，付費者代表的主談者是哪位？(付費者示意)是蔡委員登順及蔡委員宛芬，2 位都是蔡委員。請同仁開始計時，也請西醫基層部門代表簡短說明所提協商項目及增加金額，尤其是特別需要爭取付費者代表支持的項目。請蔡委員登順。

蔡委員登順

總額協商已歷經多年，委員及西醫基層部門代表應都已熟悉遊戲規則，部門所提項目及預算不一定會全數通過，第 1 場次的牙醫部門已超過表訂協商時間，且效率不佳。本場次為提高效率、節省時間，請西醫基層部門代表報告時，就能刪減的項目及預算先主動刪減，付費者代表依報告內容討論所提預算之合理性。

鄭主任委員守夏

請陳協談代表宗獻。

陳協談代表宗獻

- 一、第一道菜就要我們先瘦身。總額執行多年來，未曾遇過如此高的非協商(醫療服務成本及人口因素)成長率 3.441%，尊重經濟學家的精算結果，惟其屬於落後指標。自從實施總額支付制度以來，醫界生態改變很大，醫美專科變多、外科及婦產科變少，台北區醫美專科的執業醫師約 1,200 位，基層執業的醫師則約 1,600 位。我們視非協商因素的高成長率為危機也是轉機，希望利用 105 年度非協商的高成長率，能改善醫界生態。
- 二、誠如主談者蔡委員登順所述，先瘦身，不逐項宣讀，較重要的或金額較大的項目放在後面談，不知付費者代表是否同意？

蔡委員登順

建議依投影螢幕的項目，由上而下說明，請西醫基層部門就能刪減的項目及金額先主動刪減，雙方就可不必花太多時間討論。

鄭主任委員守夏

前 1 場次雙方都有意願促成共識方案，因此花很多時間討論，建議本場次依螢幕投影的項目逐項快速說明。付費者與西醫基層部門代表委員前已於 104.8.28 總額協商計畫(草案)會前會進行溝通，付費者已經了解西醫基層部門的需求。請協談代表說明願意主動刪減的項目及金額，後續付費者代表召集內部會議時，也會考量西醫基層部門的誠意。

黃委員啟嘉

西醫基層部門與健保署所提相同的協商項目及預算則不再說明，請參看「支付標準調整及開放適用表別」項目，所提增加金額與健保署意見相差逾 5 千萬元，請基層婦產科的協談代表先說明。

徐協談代表超群

- 一、「支付標準調整及開放適用表別」項目包括 2 子項，其中「28031C 大腸或小腸鏡切片(每 1 診次)包裹給付」所提列金額與健保署相同，故不再說明。
- 二、另一子項，開放「CA-125 腫瘤標記 (EIA/LIA 法)」項目適用表別，健保署係以 103 年申報件數成長率 2% 估算經費，嚴重低估。因 103 年「CA-125 腫瘤標記」是以 RIA(放射免疫方法)的檢驗方式，需在醫院執行，只有少數基層診所以跨表方式，執行 EIA(酵素免疫分析法)檢測方法，量並不多，以其申報量成長率 2% 估算經費，會嚴重低估。104.6.11 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬會議(下稱共擬會議)已通過開放適用表別，未來所有的基層診所都可以 EIA 法執行檢測，屆時申報件數將會大增。
- 三、幕僚補充意見引用長庚婦產通訊第 43 期所述「『CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)』不適合作為大規模卵巢癌篩檢工具」，在此澄清，臨床上並非用於大量篩檢，而是訂有適應症條件，如婦產科醫師發現病人有卵巢瘤 ≥ 4 公分，在尚不知是良性或惡性腫瘤時，在第一時間執行 CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)檢

測，以利判別。

- 四、醫師公會全聯會(下稱醫全會)的 2 種推估方式，一是以申報件數的 4 倍計算，而非以 103 年實際申報量推估；二是以過去開放基層適用表別的經驗值推估，西醫基層部門申報件數是醫院的十分之一，而非健保署的估算方式(成長 2%)。2 種推估方式算出來的數據差不多，西醫基層部門預估本項增加 6.916 千萬元。

陳協談代表宗獻

「CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)」所需金額，是醫全會與婦產科醫學會共同討論、估算，請參看醫全會補充資料第 14 頁的詳細說明。

趙協談代表堅

- 一、從事婦產科工作 36 年，開放西醫基層可執行「CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)」檢驗，是婦女朋友的福音。統計資料顯示，女性生理期發生經痛比率約有四分之一，現場也有不少女性委員及工作人員，本項要請委員高抬貴手。
- 二、女性因經痛至基層診所就醫，首先會安排超音波檢查，若子宮內膜異常充血、膨脹而擔心有其他病變時，則會安排檢測「CA-125 腫瘤標記」，若檢測值高，即可開立健保給付的藥物，此跨表項目將造福許多婦女同胞。請委員不要刪減本項預算，甚至可以多編。因為女性經痛不適而無法上班，將導致國民生產能力降低，請委員明察，謝謝！

李協談代表紹誠

再補充一點，健保署在召開「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」時，干委員文男及滕委員西華曾在會中表示，考量就醫可近性，希望開放西醫基層適用「CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)」表別並即早上路，以造福婦女朋友。上次在健保署召開「預擬 105 年西醫基層總額協商因素與專款項目計畫」會議時，確實未估算所需預算，經請婦產科醫學會表示意見後，該學會說明

若基層門診開放適用表別後，因民眾就醫可近性提高，其使用率將大幅提高。因此編列本項預算對婦女同胞是項福音。

陳協談代表宗獻

接下來是「合理反映偏遠地區及提升弱勢照護族群照護品質」項目，請參看醫全會補充資料第 7 頁，由醫全會協談代表說明。

王協談代表宏育

- 一、我來自高雄，澎湖縣隸屬健保署高屏分區業務組管轄，剛剛在 10 點 24 分接到澎湖縣醫師公會周理事長明河的 Line(通訊軟體)，表示澎湖極缺婦產科醫師，急徵婦產科醫師，詢問有無群內醫師意願至澎湖服務或支援。澎湖縣目前只有一家三軍總醫院澎湖分院，目前有 2 位婦產科醫師，其中 1 位是公費生，將於今年 10 月離開，將僅剩 1 位婦產科醫師，需要開刀、看門診，全年日夜無休，真的分身乏術。這個可以證明澎湖現在真的是缺醫師，那當然就是診察費不夠才會缺醫師。
- 二、其次，我是心路基金會董事，澎湖縣政府蓋了一棟大樓，無償供心路基金會使用，另外再提供 1.3 千萬元開辦費，請心路基金會協助提供縣民全日托育服務。心路基金會以為再貼個一、兩百萬就可以把事情做得很好，沒有想到冰箱、冷氣、置物櫃等等，都得從台灣運過去，「加上運費」什麼東西都比台灣本島貴！澎湖什麼東西都貴，那自然得多給一點診察費，否則診所怎麼夠用呢？
- 三、因為澎湖冬天風大，有時候騎車跌倒，加上澎湖的老人很多，很需要骨科的醫師，10 幾年前岡山空軍醫院的骨科徐政彥主任到澎湖去開業，結果這位骨科的大醫師禮拜五要坐飛機從澎湖飛到台南探視他的父母親，禮拜六再搭乘飛機到台北去看妻兒，禮拜天或禮拜一大早還要再坐飛機回到澎湖，飛機的費用昂貴，又有風險(想到復興航空的澎湖空難)，能夠不多給醫師一點診察費嗎？

陳協談代表宗獻

請參看會議資料第 25 頁，健保署意見：「山地離島各級距診察費優於一般診察費」，但還是不足夠。另外，安全針具不建議編列...

趙協談代表堅

再補充山地離島部分，以利委員了解該地區的情況。我民國 68 年畢業至今，當醫師已 36 年，常去山地區義診，剛才王協談代表宏育說明的是離島地區，跟大家報告，不知各位有無去過宜蘭四季村及南山村？是去旅遊，還是爬山健身？我則是去看診，從台北搭車約 7 小時才能抵達，曾在中國時報寫過 2 篇文章，其中一篇為山地區醫療資源缺乏的故事，有一次在看診前(上午 7 點)，有位小朋友跑來告訴我，因祖母走不動，無法前來看病，請我過去幫他祖母看病，我問他祖母在哪裡，他說隔壁，結果是走了 3 小時，醫療團隊以為我失蹤，還動員國軍尋找。希望委員多編列預算給山地區，山地離島屬於弱勢，拜託！請不要刪減預算，如果可以的話請加倍。

蔡委員登順

剛才已跟西醫基層部門代表建議，請先審視協商項目及預算，在可行範圍主動減列預算或刪除。104.8.28 已召開 105 年度總額協商計畫(草案)會前會討論，付費者代表大致清楚醫界訴求，無須再逐項說明。醫界所提預算，付費者代表不可能全部同意編列，請先說明能刪減的項目及預算。

陳協談代表宗獻

好的，「因應政策改變(將法定工時由雙週 84 小時縮減為一週 40 小時，並自 105 年 1 月 1 日實施)所造成人事成本費用(診察費加成未含山地離島)」項目，原編 13.549 億元，為共體時艱，本項刪減 3 億元。

黃委員啟嘉

向蔡委員登順報告，我們先快速瀏覽有共識的項目及預算，至於爭議的項目則再細談。

蔡委員登順

請您們先刪減預算，付費者代表就能召開內部會議，討論後即可提出付費者的建議方案。

陳協談代表宗獻

在付費者代表召開內部會議討論前，請容醫界再說明與健保署看法不一致的項目。「因應醫療照護整合政策暨服務效率提升成效」項目，係減項，雖然扣款金額不多，但這是原則問題。請參看會議資料第 28 頁健保署意見，醫界無法認同其看法，總額每點支付金額已經打折，就算是基層內部管控成效不佳，也已經用點值打折方式反映，實在看不出為何還要扣款。所陳述的理由，請委員參閱醫全會補充資料第 4 頁，請周協談代表慶明說明。

周協談代表慶明

本項雖然金額不大，但象徵意義大於實質意義，「因應醫療照護整合政策暨服務效率提升成效」項目若被扣款，在西醫基層部門內會引起軒然大波。有關基層診所努力配合健保署執行門診高利用保險對象輔導計畫，我舉個親身的實際案例，當我接獲健保署通知某病人為門診高利用的保險對象，我與護理長透過電話及實地訪視病人，了解原因並進行輔導、衛教，讓病人瞭解並謹慎使用健保資源。基層醫師很努力執行輔導計畫，並節省醫療費用，是正向結果，但卻減列西醫基層部門總額 3.12 千萬元預算，非常不公平！若真的因此被扣減總額，未來醫師會沒有執行各項計畫的動機。目前，基層醫師們對本扣減項目反映非常強烈並表示不公平，希望委員不要扣減本項。

黃委員啟嘉

「因應醫療照護整合政策暨服務效率提升成效」項目減列 3.12 千萬元，不是金額問題，而是精神問題，當西醫基層部門管控不良、服務量大增，造成總額不足時，也不曾回補費用；然而在西醫基層部門管控良好後，卻又用減項方式刪減預算，若此例一開，醫界不

會願意再做對的事，本刪減項目對醫界的衝擊相當大。

吳協談代表首寶

如果總額點值超過 1 元，醫界沒話說，但目前平均點值約 0.93，再扣款實在沒有道理，也非常不公平。

陳協談代表宗獻

舉個西醫基層部門管控良好的案例，個案騎車跌倒、犁田(台語)，傷患至外科診所換藥，在 1 個月內自第 9 次起的換藥，就不再支付醫療費用，請問是屬於管控還是成效？

鄭主任委員守夏

對本項還有其他說明嗎？請張委員文龍。

張委員文龍

付費者代表有個看法，總額協商雙方會呈現拉鋸戰，對的事要持續支持。有關會議資料第 28 頁減項部分，確實係依據政策方向執行，惟西醫基層部門依政策方向做了對的事情，卻要被扣款。雖然金額不大，在協商過程被刪減的金額可能比 3 千萬元更多，我認為應該要持續支持對的方向。

鄭主任委員守夏

本項不須再說明，2 位蔡委員已經清楚表達立場，有無其他項目需要提出說明。

陳協談代表宗獻

再說明「加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」、「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)」2 項。「加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」項目，不要求提高成長率及增加預算，只期望讓西醫基層部門在合理的財務範圍控管。該項計畫 103 年預算 2 億元，執行率 149%；104 年預算 4 億元，較 103 年增加 2 億元預算，係支應於請醫院部門支援某些地區基層診所治療 B 型及 C 型肝炎病患所增加的費用。「加強慢性 B 型及 C

型肝炎治療計畫」預算，包括慢性 B 型及 C 型肝炎治療藥物、帶原者治療，及未來新科技、C 型肝炎新藥的費用，是一筆天文數字，醫療實務上，完全無法以 4 億元執行 BC 肝計畫，建議本項仍列於專款項目，且不增加預算。

張協談代表孟源

「加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」104 年 1~6 月執行率為 52.5%，並不差，希望仍列於專款項目，若移至一般服務，擔心會對其他項目造成排擠作用。

陳協談代表宗獻

- 一、以上是對「加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」的訴求。接下來是「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，與牙醫部門之「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目類似，而西醫基層部門主要是慢性病照護。請參閱「全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽-104 年版」第 91 頁，近 5 年慢性病的件數及費用成長率逐年增加，平均約 4~5%，也是基層診所財務壓力的來源之一，為穩定西醫基層總額及基層診所的運作，仍須爭取協商因素項目的成長率。
- 二、另請參閱醫全會補充資料第 8 頁，93~103 年西醫基層總額於人口結構改變率合計編列 63.2 億元，惟實際需 134.6 億元，仍有缺口，以 103 年度慢性病費用(扣除人口結構改變率 1.025%，10.34 億元)推估，至少需增加 3.4 億元。

張協談代表孟源

美國 National Heart, Lung, and Blood Institute 發表一篇文章，對消費者、民眾的健康很重要，研究認為高血壓治療基準由 140mmHg 下降至 120mmHg，可以減少三分之一民眾罹患腦中風及心臟衰竭，同時降低四分之一死亡率。因為高血壓的定義調整及死亡率降低，未來基層診所慢性病人數會驟增，但會相對減少重大傷病及醫療費

用支出。若依新治療基準，會再增加四分之一成年人使用基層醫療服務，本項建議比照 104 年度「其他醫療服務利用及密集度之改變」之預算，編列 7 億元。

鄭主任委員守夏

剛剛協談代表所陳述的意見，與 2 位主談者的期望有落差。請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

- 一、先談「支付標準調整及開放適用表別」項目，支持基層診所開放「CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)」適用表別，期待可增進婦女健康，但幕僚補充意見，「CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)」對早期卵巢癌精確預測率不高，這部分也是付費者代表所關注的。請問臨床上因執行「CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)」檢驗，而確定為腫瘤的個案數有多少？請再說明醫全會估算數據為何是健保署的 4 倍，是用病人數初估？
- 二、有關提升醫療服務利用密集度部分，慢性病照護相當重要，老年人具多重慢性病是大家一直關切的議題，若將慢性病及多重慢性病照護好，則能降低醫療費用支出。希望西醫基層部門能成為慢性病照護的主要負責單位，請教西醫基層部門，慢性病及多重慢性病照護率各多少？
- 三、西醫基層部門認為減項不合理，請問哪個減項才合理？我想健保署也有站在醫界角度思考，從書面資料可看到健保署各項專案的諸多效益，如健保雲端藥歷查詢系統，能減少民眾重複用藥，提升用藥安全等，另請參閱第 26 頁，健保署逾專利期 5 年內藥品支付價調降之調整效益，103 年約 2.27 億點，104 年第 1~3 季約 4.78 億點等。選擇何項專案成效，作為「因應醫療照護整合政策暨服務效率提升成效」減項，可以再討論。請問健保署選擇「門診高利用保險對象輔導計畫」作為「因應醫療照護整合政策暨服務效率提升成效」減項的原因。
- 四、「家庭醫師整合性照護計畫」自 92 年開辦迄今 12 年，收案人

數及參與的院所數，都不足4成，也一直未呈現令人滿意的成效，請說明為何105年還要增加預算？請問「家庭醫師整合性照護計畫」有無增進慢性病照護率的評核指標，本計畫與提升慢性病照護要如何連結？另外請說明「糖尿病醫療給付改善方案」、「家庭醫師整合性照護計畫」、慢性病照護之增進等3項，預算上有無重疊？

鄭主任委員守夏

請問蔡委員登順是否一起詢問後，再請協談代表回應。

蔡委員登順

請協談代表先回應。

徐協談代表超群

剛才尚未針對專案項目說明，請容許我再花點時間說明「醫療資源不足地區改善方案」、「家庭醫師整合性照護計畫」的訴求及預算增加原因。

鄭主任委員守夏

付費者代表沒有提出意見，表示認同貴會說明及預算編列方式，建議就委員所提意見先予回應。

徐協談代表超群

先回應「CA-125 腫瘤標記(EIA/LIA 法)」部分，臨床上有2種檢測方法，一是RIA；一是EIA，前幾年已通過基層診所可以執行RIA檢測法，因RIA涉及放射線，一般檢驗所無法執行，所以仍需送醫院檢驗。至於4倍數據如何估算，係以20歲以上女性卵巢瘤盛行率五十五分之一估算人數，再乘以檢驗費用，約6.9千萬元；另一個算法是，以經驗值推計，預估開放基層適用表別申報件數約醫院的十分之一，估算經費約6.9千萬元。而健保署以103年成長率2%推算，費用嚴重低估。

趙協談代表堅

補充一下，「CA-125 腫瘤標記」RIA 檢測法因含放射線，對環境污染過大。為何「CA-125 腫瘤標記」對女性如此重要，分 2 點說明，第 1 點，病人身上有卵巢瘤，通常是安排超音波檢查，以先判斷屬良性或惡性，但超音波檢查會因角度問題而不易判斷，此時藉由「CA-125 腫瘤標記」檢測，做為診斷依據，若都未能確定良性或惡性瘤時，才考慮進行侵入性的腹腔鏡檢查。第 2 點...

陳協談代表宗獻

趙兄，委員有許多問題，因時間有限，我們「CA-125 腫瘤標記」就先說明至此。

趙協談代表堅

好的。

黃委員啟嘉

有關減項問題，總額精神是財務責任的委託，當醫療服務效率高時，所節省的金額可回歸到總額；當醫療服務效率低時，所浪費的費用也是由總額承擔，而醫界也要承擔總額每點支付金額下降的風險。醫界所努力之正向成效，應該回歸總額預算，以獎勵醫界繼續做正向的事，因此減項的設定不能違背總額財務責任制的委託精神。

陳協談代表宗獻

- 一、總額管控費用的手段很多，不予支付之審查指標，是有效且直接管控的手段之一，其他諸如專業審查、健保雲端藥歷查詢系統、不重複用藥等，也都是對醫界管控過度提供醫療服務的方法，其節省費用，實在不應列為減項。
- 二、調整藥品支付價格是藥品費用管控措施之一，目前也實施藥品總額支出目標制之試辦方案。舉例來說，藥費支出目標值 250 億點，當藥品申報費用為 270 億點，超出的 20 億點是由基層總額一般服務負擔，又因外科、婦產科用藥相對較少，會再由總額內部重新調控，與藥品總額完全是不同的調控機制。
- 三、「家庭醫師整合性照護計畫」，是以全人照護模式將病人託給

家庭醫師，慢性病及多重慢性病都是家庭醫師服務的項目之一；另外，可依病人需求提供轉診、掛號服務；24 小時諮詢服務 (call center) 也是重要項目，當病人半夜有醫療需求時，提供諮詢服務；進行基層與醫院垂直整合及同地區基層診所水平整合，並透過發放衛教單張，強化良好醫病關係等，都是該計畫的特性。

蔡委員登順

- 一、已經大致了解西醫基層部門的需求，再請教幾個問題。有關配合安全針具推動政策，是依據醫療法第 56 條第 2 項規定：「醫療機構對於所屬醫事人員執行直接接觸病人體液或血液之醫療處置時恐被感染，應自 101 年起，5 年內按比例逐步完成全面提供安全針具」，105 年為第 4 年，西醫基層部門反映推動上有窒礙難行之處，請健保署表示意見。
- 二、有關「加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」，西醫基層部門擔心該計畫回歸一般服務項目，將導致申報量增加，恐影響總額每點點值，提議比照去年仍列於專款項目，此部分稍後付費者代表召開內部會議時再討論。
- 三、至於「因應政策改變(將法定工時由雙週 84 小時縮減為一週 40 小時，並自 105 年 1 月 1 日實施)所造成人事成本費用(診察費加成未含山地離島)」項目，西醫基層部門自動調降至 10 億元。個人的看法是，2 週 84 小時工時縮減為單週 40 小時，實際上 1 週縮減 2 小時。我已經幫貴會估算過，分攤至所有工作日，1 天僅縮減 24 分鐘，請再思考需要這麼多預算嗎？

吳協談代表首寶

94~103 年基層的慢性病費用淨增加約 134.6 億元，每年以 7~8 億元趨勢成長，預算嚴重不足；再者，以總額預算與實際申報醫療費用來看，10 年平均有 70 億元缺口，103 年還有 80 幾億元缺口，預估 104 年至少還有 30~50 億以上缺口。綜上考量及未來基層的慢性病醫療費用一定會再持續增加，請多編列相關預算，讓基層

可以提供更好醫療服務。

張協談代表孟源

- 一、回應蔡委員宛芬提問，因基層診所屬全人照護性質且可能無次專科(胸腔專科、心臟專科、新陳代謝專科)協助診療，所以診治了相當數量的多重慢性病的患者大都在同一個診次中診療，但在診治 COPD(慢性阻塞性肺疾病)、糖尿病、高血壓病人後，僅能申報 1 次診療費。
- 二、多重慢性病與「家庭醫師整合性照護計畫」是有關係的，委員詢問「家庭醫師整合性照護計畫」成效，可分品質指標及財務指標說明；財務指標是針對會員於結算年前一年度門住就醫之診斷權重最高前 5 項，加上會員之年齡、性別等 7 變項，推估醫療費用，也就是社區醫療群登錄個別診所會員實際申報西醫門診醫療費用(AE)，和以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之差值(VC-AE)。個人所參與社區醫療群的申報費用為負值，(VC-AE)結餘約 3 百萬元。再者，績效獎勵費用採浮動點值支付，事實上預算編列是不足的。就品質來說，會員固定就診，使其會員住院率下降，因而節省的住院醫療費用，也相當可觀。家庭醫師制度是國家未來的政策方向，相信未來會更好。

鄭主任委員守夏

請健保署回應安全針具政策部分。

蔡副署長淑鈴

健保署意見如會議資料，安全針具之費用，係依據醫療法第 56 條第 2 項規定編列。

蔡委員登順

健保署的意思是安全針具政策目前仍沒有改變的空間。

蔡副署長淑鈴

是的。

何委員語

- 一、西醫基層部門非協商(醫療服務成本及人口因素)成長率 3.441%，部門提出之總成長率為 5.593%(校正投保人口後)，健保署則是 3.718%(校正投保人口後)，基層部門所提預算，不可能不刪減就通過。
- 二、不進行第二次協商是今年付費者代表一致的共識，若以兩案送主管機關裁決，應該要以付費者立場考量。本人係行政院政務顧問，於本(104)年 9 月 4 日行政院召開之政務顧問會議中，已向毛院長建議，105 年度總額協商，若發生付費者代表及醫界代表兩案併陳情況，請必須尊重付費者代表的意見，並請院長交付衛福部蔣部長。本場次 2 位主談者於會議開始，就提議貴會主動刪減預算，這樣比較好「喬」(台語)，使總額協商的結果順利圓滿。
- 三、今年台灣經濟成長率不到 1%，明年預測值 1.8%亦難達到；CPI(Consumer Price Index，消費者物價指數)年增率為負成長；外銷訂單也連續 7 個月呈現負成長，今年 7 月為-14.8%；另外，已連續 8 個月進口負成長；甚至昨日美國聯準會宣布，全球物價 CPI 年增率為負成長。全球經濟走勢皆如此，恐很難達到西醫基層的期待。

鄭主任委員守夏

建議付費者代表先召開內部會議，可能需要 2、3、4 次，早一點開始討論會較有效率。付費者及西醫基層部門代表都可邀請專家學者共同討論。

(付費者及西醫基層代表各自召集內部會議討論約 26 分鐘)

鄭主任委員守夏

- 一、請委員及協談代表回座，本場次主談者是蔡委員登順及蔡委員宛芬，西醫基層的協談代表可直接跟 2 位蔡委員對談，其他付費者代表有意見時，會先與主談者溝通，以此方式效率會較

高。

二、付費者代表方案成長率為 3.691%，增加金額 37 億元。請蔡委員登順說明。

蔡委員登順

對今天協商會議的過程，大家都非常慎重。付費者代表在內部會議時也充分討論及溝通，達成共識如下：

一、尊重行政院核定非協商因素成長率：投保人口數年增率 0.14%；人口結構改變率 1.025%；醫療服務成本指數改變率 2.272%。在此特別要求將醫療服務成本指數改變率所增加之預算 (22.928 億元)，用於調整支付標準，請西醫基層協談代表不要再以設備、人事、汙水處理費等因素，要求調整支付標準並給予經費。

二、協商因素成項目：

(一)評核結果為「良」級，依本會 104.8.28 委員會議決議，酌加成長率 0.1%，本項建議應檢討修訂分配方式，及以具鑑別度的品質指標為分配依據，逐步達成提升品質之實質效益，並實質鼓勵品質提升之院所。

(二)「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材)」項目，健保署意見與西醫基層部門草案相同，請遵循衛福部交付 105 年度總額協商政策方向：「落實新藥新科技的引進，確保保險對象權益：運用醫療科技評估工具，合理引進新的給付項目，提升醫療給付效益與品質，並減少民眾自付費用負擔」。

(三)「支付標準調整及開放適用表別」項目，付費者代表已充分討論，其中支付標準調整請運用「醫療服務成本指數改變率」所增加金額，不同意編列相關預算。關於「CA-125 腫瘤標記 (EIA/LIA 法)」開放適用表別部分，同意編列 2 千萬元，但請西醫基層部門進行內部管控。

(四)「合理反映偏遠地區及提升弱勢照護族群照護品質(山地離

島門診第一階段診察費)」項目，應融入「醫療資源不足地區改善方案」專款中，本項不同意編列。山地離島門診第一階段診察費，於後續專款項目再討論。

- (五)「配合安全針具推動政策」項目，尊重健保署意見，依法編列 4 百萬元。
- (六)「提升用藥品質所增加之費用」項目，同意健保署意見，不予編列。
- (七)「加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」項目，尊重西醫基層部門意見，仍列於專款項目。
- (八)「新增藥物給付適應症」項目，基層未列預算，健保署建議用非協商因素之預算。
- (九)「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，西醫基層部門建議本項編列 3.4 億元。老年人口及慢性病所增加的費用，每年總額(包含協商及非協商因素成長率)都給予相對預算。本項健保署未同意 105 年度編列，惟考量慢性病及多重慢性病醫療費用有實際需求，同意編列 1 億元，附帶條件為慢性病照護之涵蓋率需達 50%。
- (十)「因應政策改變(將法定工時由雙週 84 小時縮減為一週 40 小時，並自 105 年 1 月 1 日實施)所造成人事成本費用(診察費加成未含山地離島)」項目，是西醫基層部門草案中金額最大的一項。有關工時問題，剛才已經表達我的想法，2 週 84 小時工時縮減為單週 40 小時，實際上 1 週縮減 2 小時，分攤於工作日後，1 天縮減 24 分鐘，以此計算方式要求增加 10 億元，說不過去。依勞動基準法，是以小時計算加班費，而且醫事人員加班費不是以工時計酬，相關之醫師、護理人員及藥師都採論件計酬，其已包含在支付標準中，況且醫療團體是自由業亦是競爭產業，看診時間由醫師自行決定，跟工時無太大關連性，本項不同意編列預算。

(十一)「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」，依健保署意見辦理。

(十二)「因應醫療照護整合政策暨服務效率提升成效」項目，非常同意西醫基層部門意見，但囿於總額協商政策方向之規定，不宜在此討論，依政策指示扣款，列為減項。

三、專款項目：

(一)「醫療資源不足地區改善方案」，西醫基層部門建議本項增加 7 千萬元，因刪減前述「合理反映偏遠地區及提升弱勢照護族群照護品質(山地離島門診第一階段診察費)」項目之預算，爰以健保署編列 1.5 億元為基準，同意再增加 3 千萬元，用於反映偏遠地區診察費之不足。

(二)「加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」，同意西醫基層部門意見，編列於專款項目，避免產生醫療件數衝量問題而導致影響點值，造成一般服務費用受影響的疑慮。

(三)「醫療給付改善方案」，依健保署意見編列預算。

(四)「家庭醫師整合性照護計畫」，西醫基層建議金額增加，而健保署所列額度與去年相同，本項同意編列 11.8 億元。附帶條件，本計畫成效如不佳，則應退場。

蔡委員宛芬

「加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」，附帶條件：宜將服藥者檢測之病毒量列入通報項目，以利評估執行成效。另對慢性病照護之增進部分，除需增加慢性病照護之涵蓋率外，「糖尿病醫療給付改善方案」同樣要提升其涵蓋率達 50%，否則應按比例扣減。照護糖尿病之家庭醫師宜納入「糖尿病醫療給付改善方案」，以提升該方案之成效。

鄭主任委員守夏

付費者代表版本總成長率 4.046%，惟該總成長率包含門診透析成長率，但透析服務尚未協商。我們先逐項討論，請同仁將西醫基層

部門草案及付費者代表版本同時呈現在螢幕。請問西醫基層部門代表，哪些項目成長率或金額可以同意付費者版本，或還要再爭取。請西醫基層代表。

陳協談代表宗獻

- 一、同意「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材)」項目編列 8.3 千萬元；「支付標準調整及開放適用表別」項目，付費者代表所同意預算較健保署預估之金額低，希望有協商的空間。
- 二、「山地離島門診第一階段診察費」與「醫療資源不足地區改善方案」的涵蓋面不同，建議「合理反映偏遠地區及提升弱勢照護族群照護品質(山地離島門診第一階段診察費)」項目能酌予增加費用。
- 三、尊重「配合安全針具推動政策」項目之預算依法編列。
- 四、感謝付費者代表同意「加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」維持列於專款項目。
- 五、「新增藥物給付適應症」項目，醫全會雖未列預算，惟並非編列「0」元。因為適應症改變的影響非常大，前次由於高血脂症治療基準由 130mg/dL 下降至 100mg/dL，導致基層診所執行低密度膽固醇檢查費用逾 6 千萬元，本項請委員多加考慮增編預算支應。
- 六、有關慢性病涵蓋率之定義，應再討論其操作型定義。
- 七、「家庭醫師整合性照護計畫」與「糖尿病醫療給付改善方案」不盡相同。醫事服務機構需組成照護團隊才能取得參加「糖尿病醫療給付改善方案」之資格；而「家庭醫師整合性照護計畫」受限於計畫內容、資格條件規定，無法將已經納入計畫照護的糖尿病患，列為「糖尿病醫療給付改善方案」之成效。有關「糖尿病醫療給付改善方案」之規定，並非西醫基層部門所能決定。
- 八、有關「因應政策改變(將法定工時由雙週 84 小時縮減為一週

40 小時，並自 105 年 1 月 1 日實施)所造成人事成本費用(診察費加成未含山地離島)」項目，請王協談代表宏育說明。

王協談代表宏育

- 一、我從高雄岡山過來，今早 6 點起床，6 點 30 分出門。我兒子在高雄上班、岳父岳母住在台南，兩地都有登革熱流行疫情。個人曾在 9.12 的自由時報發表一篇文章「基層診所萎縮 1 隻蚊傳染 16 人」，當疫情發生時，要思考診所如何最早期發現登革熱病例，加以教育病人(蚊帳)隔離不再蔓延，當疫情大流行時，診所盡可能照顧輕症病人(A 級)，減少醫院一床難求的窘境，如此才不會讓民眾大小病都跑去醫院就醫。台灣冬天將減緩登革熱疫情。但到明年 3 月，疫情就會開始增溫，若第一線的基層診所醫師有能力「早期」把關、「早期」診治、「隔離」最初的登革熱病人，應可有效控制疫情。
- 二、今日搭乘高鐵北上途中，看到蘋果日報報導「登革熱塞爆急診護士連署罷工」，基層診所比大家想像中來的重要，先進國家的醫療體系，以基層診所占多數。民國 98 年，台灣 H1N1(新型流感)疫情發生時，大家對該疾病並不了解，均由疾管署統一管理及發配快篩試劑、克流感藥物。岡山醫療群自行請快篩試劑廠商教導如何使用，再請耳鼻喉科醫師教導基層醫師如何採取檢體，甚至到公共電視台分享基層診所處理 H1N1 疫情經驗，也寫過一篇有關 H1N1 疫情經驗的文章。可教育診所醫師，並供應公費克流感給基層診所，第一線治療罹患流感的民眾，而非所有流感民眾都到大醫院，所有流感民眾擠爆醫學中心，登革熱疫情亦復如此。若能給基層診所子彈(資源)，相信基層醫師願意承擔，也有能力把關，可以很快協助控制流感或登革熱的疫情，如此也可相對減輕醫學中心的壓力。
- 三、尊重蔡委員登順的意見，但依基層診所規模，一般都只聘請 1 位藥師及 1 或 2 位護士，明年起週休兩天，且包含一天休假日(可加班)，一天例假日(必休)，1 週工時 40 小時，診所若要假

日開診，則須增聘人員，且配合提供加班費，將大為增加醫療營運成本，可能被迫採取假日休診，將造成民眾不便，尤其鄉下地區。若達不到基本門診量時，就會歇業，最後將導致(尤其鄉下地區)基層診所萎縮，非國家民眾之福。

四、若不給予「因應政策改變(將法定工時由雙週 84 小時縮減為一週 40 小時，並自 105 年 1 月 1 日實施)所造成人事成本費用」預算，至少請提供弱勢照護族群或山地偏鄉診察費加成。醫全會補充資料第 7 頁，若未針對山地離島申報門診診察費的前 50 件案件加成，診所會越來越萎縮，民眾只好都去醫院看病。但台東、花蓮、台南等偏鄉民眾，則無醫院可就醫，偏鄉離島民眾實在可憐，敬請委員考慮用本項回補一點診察費。

五、根據「全民健康保險給付費用總額協商參考指標要覽-104 年版」第 1 頁醫療費用支出資料，103 年總額預算值：醫院(含門診血液透析)占率為 67.70%、西醫基層(含門診血液透析)占率為 19.90%。所以在台灣基層診所，包括洗腎診所，申請的經費不到健保總費用的兩成，不知道這個「西醫基層占率」是不是算世界倒數前幾名？如果這個趨勢繼續下去，台灣的醫療，將是頭重腳輕，重醫院輕基層，有嚴重的疾病當然到大醫院處理，萬一有大流行的疾病，診所式微沒有功能，所有的人都往大醫院擠，把急診塞爆了，也無法那麼多人住院，絕非國家民眾之福，所以懇請諸位委員對基層診所多多重視，多多給予扶持，萬分感謝。(何況輕症治療診所費用相對節約)

鄭主任委員守夏

到現在為止，西醫基層部門都還未主動刪減預算，不知如何繼續協商。付費者代表已經調整各項目的預算，目前雙方僅有 2 項達共識，其他項目及金額都未有共識。付費者代表已經了解西醫基層部門的訴求，建議部門主談者直接表述並具體提出數據，若雙方代表都很堅持，就很難往下協商。部門代表若只是各自表述，付費者代表也很難接招。請問西醫基層部門是否需要再召開內部會議討論。

陳協談代表宗獻

- 一、健保署在「提升用藥品質所增加之費用」、「新增藥物給付適應症」項目，建議預算編列為「0」元，但西醫基層仍認為有編列費用支應之需要，雖然金額較小，請委員能多予西醫基層協助。
- 二、「支付標準調整及開放適用表別」項目，預算編列 9.1 千萬元，其中「28031C 大腸或小腸鏡切片(每 1 診次)包裹給付」項目，於共擬會議已經通過，105 年若未編列預算，則很難從其他項目吸收，請保留本項預算 2.2 千萬元；另「CA-125 腫瘤標記」項目，編列預算 6.916 千萬元，若付費者代表認為婦產科醫學會高估，建議本項編列 4 千萬元。
- 三、有關「山地離島門診第一階段診察費」，是以每件診察費增加 20 點估算，預計增加 6.2 千萬元，本會需召開內部會議討論可否刪減金額。

謝委員天仁

付費者代表認為將提升山地離島的門診診察費編列在一般服務項目，會稀釋總額，建議移列於專款項目。104 年「醫療資源不足地區改善方案」預算為 1.5 億元，西醫基層部門建議 105 年再增加 7 千萬元，付費者代表已經先增編 3 千萬元，預算共計 1.8 億元；另外將提升山地離島診察費的預算移列至本項，所以又再增編 3 千萬元。

陳協談代表宗獻

合計增加 6 千萬元嗎？

謝委員天仁

是的，總共增加 6 千萬元，「醫療資源不足地區改善方案」預算 2.1 億元。

陳協談代表宗獻

預算 2.1 億元，增加 6 千萬元，同意「醫療資源不足地區改善方案」

項目之預算，回去也能向澎湖縣等其他偏鄉交代。

謝委員天仁

請幕僚同仁將「醫療資源不足地區改善方案」預算修正為2.1億元。付費者代表有考量提升山地離島地區的診察費，故已增編預算。所以1.8億元是執行「醫療資源不足地區改善方案」，另增編3千萬元用以提升山地離島診察費，此部分的費用不能與醫院流用。

徐協談代表超群

西醫基層部門之「醫療資源不足地區改善方案」，與醫院部門採一致支付方式，請再增編3千萬元，另外增編的3千萬元是用於提升山地離島診察費。

鄭主任委員守夏

請幕僚同仁將「合理反映偏遠地區及提升弱勢照護族群照護品質(山地離島門診第一階段診察費)」項目之增加金額改列為「0」。

趙協談代表堅

主席及委員好！小弟還是要替婦女同胞爭取福利，我覺得「CA-125腫瘤標記」項目僅編列2千萬元預算是不夠的。

鄭主任委員守夏

後面還有預算更大的項目尚未協商，稍後再回過頭處理「CA-125腫瘤標記」項目。請陳協談代表宗獻。

陳協談代表宗獻

「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)」、「因應政策改變(將法定工時由雙週84小時縮減為一週40小時，並自105年1月1日實施)所造成人事成本費用(診察費加成未含山地離島)」2項預算，由於西醫基層部門草案與健保署意見差距較大，請讓西醫基層部門召開內部會議討論。

鄭主任委員守夏

好的，是否雙方...

滕委員西華

請先確認專款項目。

鄭主任委員守夏

請問西醫基層部門代表，專款項目可否再刪減金額？還是尚需內部討論？

張協談代表孟源

一、「家庭醫師整合性照護計畫」之預算，同意維持去年額度。剛剛蔡委員宛芬很關心「家庭醫師整合性照護計畫」與慢性病照護之間的關係，必須跟委員報告，病患有加入照護計畫可以有指標評量照護成效。反之，退一步言即使病患未加入「家庭醫師整合性照護計畫」、「糖尿病醫療給付改善方案」或其他慢性病照護相關計畫，並不代表西醫基層診所沒有照顧病患，事實上基層醫療的照護都是全人照護為主軸。

二、每位開業醫師都有全科照護的能力，可以從其他指標項目評估執行成效，不一定需要將照護率提高至 50%。建議讓醫療回歸專業，不需強制規定計畫之照護率目標。

陳協談代表宗獻

接下來直接討論預算。有關「因應醫療照護整合政策暨服務效率提升成效」扣款，建議編列「0」元，如醫界同意本項減列項目，未來除將增加基層部門管理總額之困難度外，亦無法向會員說明，為何基層診所努力執行計畫並達到目標後，還要被扣款。

謝委員天仁

具一致性之項目，付費者代表須公平對待各總額部門，否則將造成各部門總額協商的困難度。「因應醫療照護整合政策暨服務效率提升成效」項目，在前面協商的部門已列為減項，若在此同意西醫基層部門的要求，後續協商將很難進行。大家對總額協商都很有經驗，至項目名稱則可再討論。

陳協談代表宗獻

牙醫部門也有減列？

謝委員天仁

當然依規定辦理，這是總額協商的政策方向之一，健保會是衛福部的任務編組單位，不可能與衛福部的政策打對台。

蔡委員明忠

可否請會務人員查一下，牙醫部門這部分總額有扣款嗎？

柯執行秘書桂女

西醫基層與醫院部門均編有「因應醫療照護整合政策暨服務效率提升成效」之減項，牙醫部門亦有類似名稱的減項。

陳協談代表宗獻

想了解牙醫部門配合政策方向所扣減的項目名稱與金額。

戴委員桂英

想澄清一下，請參看會議資料第 28 頁，健保署意見最後 2 行，「積極推動各項專款計畫節省醫療費用計 1.04 億元，其中 70% 回饋醫療院所，僅減列 30% 金額」。

蔡委員明忠

牙醫部門的減列項目為「新增支付標準預算執行率連兩年未達 30% 者，扣回其原編預算之 50%」，其是因執行未達標被扣款；西醫基層部門卻因執行成效太好，所以被扣款。本案例一旦成立，未來健保署為追求民眾健康所推行的任何政策，有那個部門願意配合，因為配合執行後反而要被扣款。以執行具成效為由，扣款 3.12 千萬元，未執行計畫的院所也會被扣款，非常不公平。尤其目前點值並非每點 1 元，僅約 0.93，還要再被核扣預算。請專家學者協助評估，當基層配合執行計畫具成效後，反過頭來被扣減費用，以後將沒有院所願意配合政策性計畫，因為得到的結果就是扣款 3.12 千萬元。此即為何西醫基層非常 care(在乎)本項扣減的原因。

陳協談代表宗獻

對「因應醫療照護整合政策暨服務效率提升成效」列為減列項目，非常在乎，比因應政策改變所造成人事費用增加更在乎，請委員再審慎考量。

謝委員天仁

此部分請健保署說明，因不止西醫基層部門列有減項。付費者代表認為刪減金額可再考慮，但不能與衛福部的政策方向相左，至於合不合理是另外的問題。

陳協談代表宗獻

請問健保署，若醫生未配合執行相關政策，能節省醫療費用嗎？

鄭主任委員守夏

暫停一下...

葉委員宗義

主席！資方絕對支持付費者代表的方案，雇主代表剛剛也提出減項的問題。總額預算若無限擴大，健保費率又無法調降，將導致其他單位覬覦總額費用，希望能有方法解決減項問題。就如同政府原應負擔健保總經費 36% 一樣，改變計算方式造成都由資方多負擔保費。建議健保署再考量。

鄭主任委員守夏

暫停一下，減項是衛福部總額協商政策方向之一，請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

一、104.8.28 總額協商計畫(草案)會前會已經宣讀過衛福部總額協商政策方向之一為「醫療照護整合暨服務效率提升成效，利益共享：七成用以獎勵醫療服務提供者，三成回歸保險對象」；換言之，有成效的專案，30% 應回饋民眾，70% 回饋醫療院所，事實上很多專案是有成效的，其成效部分來自民眾醫療行為的改變，當然醫師的努力也占很大比重。

二、以往執行專案所節省的經費，都是回歸總額。衛福部特別要求

健保署落實執行 105 年度總額協商的政策方向，行政院於審查衛福部所報總額範圍時，也有同樣指示。

三、過去並未執行本項政策，105 年是第一次，本署擔心影響總額協商過程的順利，更擔心醫界反應，所以選擇節省金額最少的專案計畫先行提列。可以理解醫界的看法，但我們也是配合執行衛福部總額協商之政策方向。

鄭主任委員守夏

有關本項，雙方於召開內部會議時皆可再討論，也可邀請專家學者共同討論。

蔡委員登順

付費者代表已揭露各項預算編列金額，西醫基層部門還有無哪些項目要再爭取，請一次說完；若要逐項談，可能談到下午 5 點還無法結束。

鄭主任委員守夏

請蔣協談代表世中。請直接提數據。

蔣協談代表世中

主席，2 位蔡委員(主談者)。

蔡委員登順

今年較豐富，還有加「菜」(兩位主談之付費者代表，剛好都姓蔡)。

蔣協談代表世中

感謝委員了解西醫基層慢性病照護案件的成長及其基層照護重要性。但編列 1 億元預算還是不夠，建議增加為 3 億元。102 年李副署長丞華在台日韓研討會中報告：以 1996~2011 年統計資料，醫療費用的成長必須同時考量年齡、世代等因素，非協商因素之人口結構改變率，是落後 2 年的指標，若以 1 年減少落後(未反映)的約 1.2~1.5% 之成長率費用；再者，統計近 10 年西醫基層慢性病累計的缺口約 134.6 億元；且人口結構改變率所增加的金額已經滾入基

期，但平均每年尚不足 3 億餘元，這也就是為何不能單獨以人口老化、人口結構改變來解釋其成長費用。「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)」項目，建議預算至少 3 億元。

鄭主任委員守夏

請提出數據即可。請張協談代表孟源。

張協談代表孟源

委員建議編列「新醫療科技」之預算，期望減少病人的自費負擔。報告個最新資訊，昨日全世界同步發表 1 項新藥，SGLT2(鈉-葡萄糖共同輸送器 2 型)能降低心臟衰竭、死亡率，此新藥估計數年後將占總額預算 35 億元，惟今年新藥新科技預算僅編列 8.3 千萬元，請問如何執行？相信媒體過幾天就會報導，病人至診間詢問可否服用該新藥？「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材)」項目，明年預算可否增加至 10 億元。

鄭主任委員守夏

西醫基層部門草案，就「新醫療科技」項目，本即編列 8.3 千萬元，與健保署預算相同，難道再修改數據？拜託一下(台語)。

張協談代表孟源

那就不包含 SGLT2(鈉-葡萄糖共同輸送器 2 型)新藥。

陳協談代表宗獻

不好意思！補充說明，醫界研擬 105 年度總額草案時，該藥尚未發表。

張協談代表孟源

若是明年新藥新科技預算僅編列 8.3 千萬元，請委員同意今年不要通過 SGLT2 新藥。

鄭主任委員守夏

協商會議不談特定新藥是否開放使用。請謝協談代表坤川。

謝協談代表坤川

- 一、付費者代表提出「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，預算1億元，似乎不合理。本身是內科醫師，人口老化之後，病患大多具有多重慢性病。雖然95~104年健保署因人口結構改變率，已編列66.99億元，如果未考量人口老化因素，平均每年也會增加約7億元，不過西醫基層部門只要求3.4億元。
- 二、依健保署104.8.7的召開「105年度西醫基層總額協商因素與專款項目計畫預擬會議」之說明，因應政策改變所造成之人事成本費用，將反映於107年度總額，但勞工工時的改變，如同八仙粉塵暴燃事件等突發狀況，不可能於107年反應105年的費用。且八仙粉塵暴燃事件或勞基法改變所造成的影響，都屬一次性事件，如果105年預算未能反映，西醫基層會有很多會員抗議，對士氣影響非常大。建議能多編列預算，回去好交代。

鄭主任委員守夏

了解。請謝委員天仁。

謝委員天仁

主席！必須提一下，付費者代表不可能接受「因應政策改變(將法定工時由雙週84小時縮減為一週40小時，並自105年1月1日實施)所造成人事成本費用(診察費加成未含山地離島)」項目。我已經說過，本項是各部門一致性的問題，若同意西醫基層部門編列預算，等一下醫院部門也要求編列，要如何處理？依據協商架構，本項會於2年後的非協商因素成長率反映，現在就要提前反映，處理上會有困難。建議不要再提本項，絕對沒有空間。

鄭主任委員守夏

了解。請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、工時的問題，西醫基層部門建議編列13億元預算，醫院部門

建議編列 54 億元。剛剛報告過，依照勞基法規定，加班費係按平日每小時工資加成三分之一或三分之二以上支付，沒有以分鐘計算。況且我也報告過，這對醫療人員完全沒有影響，因為是論件計酬，但診察費已涵蓋相關人員費用；行政人員可能也會增加 24 分鐘，但院所也已收取掛號費，足以支應。相關費用都已納入非協商因素估算，95~104 年非協商因素增加約 70 億元，都已滾入基期；假設今年成長率為 4%，就有約 2.8 億元滾入基期，母數變大了。就 105 年非協商因素成長率 2.272% 而言，將是以 70 億元乘上 2.272%，又是 1 億餘元納入母數中。所以不只談百分比，也應談成長金額。

二、西醫基層部門所建議「慢性病照護之增進」項目，付費者代表已有考量並編列預算。每年非協商因素所增加的金額，都可運用於調整支付標準，請向貴會會員說明，總額協商每年都有編列預算，平心而論，數字會說話。西醫基層部門希望增加多少金額，請提出數據，付費者代表內部會議時會再討論，請醫界也進行內部溝通，這樣協商進度會較快。如此爭執是沒有用的。

陳協談代表宗獻

- 一、「因應政策改變(將法定工時由雙週 84 小時縮減為一週 40 小時，並自 105 年 1 月 1 日實施)所造成人事成本費用(診察費加成未含山地離島)」，若整項刪除，衝擊相當大，內部會針對該項再討論。
- 二、「CA-125 腫瘤標記 (EIA/LIA 法)」是婦產科醫學會以健保署提供的數據推算，金額可再酌予考量，惟因不知全面開放適用基層後實際執行會增加多少費用，爰建議至少編列 5 千萬元。另建議「支付標準調整及開放適用表別」項目編列 7.2 千萬元。

鄭主任委員守夏

這種逐項協商方式太累了！可否雙方先各自內部溝通一下！10 分鐘。針對剛剛的爭議點，請付費者代表考慮那些項目可以再放寬；

也請西醫基層部門代表思考還有無可以減列的預算，現在尚有 17 億元差距，雙方差異仍然很大，請加油！時間 10 分鐘，請掌握！

(付費者及西醫基層代表各自召集內部會議討論約 14 分鐘)

鄭主任委員守夏

各位委員及部門協談代表，請入座。本場次安排 100 分鐘，現在已超過表定時間 30 分鐘，希望不要拖太久！請蔡委員登順或蔡委員宛芬 update(更新)數據，提出最新的版本。

蔡委員登順

- 一、剛剛內部已進行充分討論，相當關心且肯定西醫基層部門在醫療照護整合及服務效率提升的成效。因為減項屬政策指示，基於利益共享，30% 應回歸民眾，所以仍要減列預算 3.12 千萬元，但因為肯定西醫基層部門醫療服務的成效，所以撥補 3.12 千萬元至「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)」項目，因此，形式上並未扣減費用還是還給醫界，本項調整為 1.6 億元。
- 二、「開放適用表別」項目再增加 1 千萬元，計 3 千萬元。至於支付標準調整，不論那個部門，付費者代表都不同意再增加額度，過去幾年協商原則都如此，請多包涵！我們已經釋出最大誠意，希望儘速達成共識，以免時間拖太長，大家也太辛苦了！

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員登順！非常清楚。因為時間有限，無法讓所有出席的代表都充分發言，非常抱歉！稍後請直接提出數據。請陳協談代表宗獻。

陳協談代表宗獻

從會議資料第 24 頁開始，「支付標準調整」項目建議編列 7.2 千萬元。另「因應政策改變(將法定工時由雙週 84 小時縮減為一週 40 小時，並自 105 年 1 月 1 日實施)所造成人事成本費用(診察費加成未含山

地離島)」項目，再刪減 3 億元，建議編列 7 億元。

蔡委員登順

雙方差距太大，不用再談，建議直接送衛福部裁決！絕對不同意編列「因應政策改變(將法定工時由雙週 84 小時縮減為一週 40 小時，並自 105 年 1 月 1 日實施)所造成人事成本費用(診察費加成未含山地離島)」項目。剛剛已經談過工時改變影響不大，一天增加 24 分鐘卻要編列 7 億元預算，醫療人員是論件計酬，根本沒有影響，況且醫療團體是自由業亦是競爭產業，看診時間由醫師自行決定，跟工時無太大關聯連性，沒什麼好談的。我們也不會同意醫院部門編列此項預算，若無法達成共識，就送衛福部裁決。

陳協談代表宗獻

2 週 84 小時工時縮減為單週 40 小時，1 天看起來好像只差幾分鐘，實際上，醫療院所只要開診，就需人力，就須付支付費用，支應成本計算是目前雙方看法最大的差距。另外「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，仍希望編列 3.4 億元預算，因本項是維持西醫基層總額運作最低且穩定的需求。如果雙方差距那麼大，當然就不可能再談下去。我們願意刪除「因應政策改變(將法定工時由雙週 84 小時縮減為一週 40 小時，並自 105 年 1 月 1 日實施)所造成人事成本費用(診察費加成未含山地離島)」項目之預算。

謝委員天仁

協商速度太慢！我的意見是西醫基層就集中在「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)」項目調整預算，直接談金額，看能否達成共識，若不可能就再見，明年「再見」！

陳協談代表宗獻

外科的部分請蔡秘書長明忠說明。

蔡委員明忠

- 一、編列「提升用藥品質所增加之費用」項目之預算，主要是針對外科，建議項目名稱變更為「提升基層外科的緊急處置」。再次強調，有必要讓付費者代表知道這樣的狀況，協商會議總要有時間讓醫界說明理由，否則回去會被基層的外科醫師罵得很慘。
- 二、藥商製作的破傷風疫苗是每瓶 1cc，我們每次施打只需 0.5cc，但剩下的疫苗常不足 0.5cc，完全不夠施打第 2 位病人，且疫苗開封太久也會變質，所以破傷風疫苗的費用與實際費用就差 1 倍，可否容許名稱改變為「用藥品質所增加的改變及外科緊急處置之費用」，臨床上遇到外傷病患，沒有醫師敢不打破傷風疫苗，但是施打後，成本都是增加一倍，因此考量本項額度並不多，建議編列 3.65 千萬元。

蔡委員登順

請健保署查一下 103 年是否就已編列「提升用藥品質所增加之費用」項目預算，若已編列，就不能重複！本項我特別清楚，破傷風疫苗每瓶只用一半，當時是我說服付費者代表同意編列預算的。105 年不能再編列本項，沒有道理每年對同項目都編列預算。

蔡委員宛芬

對呀！而且已經納入基期！破傷風疫苗問題應該回歸藥廠處理，若是因藥廠製作的容量或包裝不符醫療使用，應該請藥廠改進，怎麼會變成要付費者遷就藥廠並且負擔醫療費用呢？這不合理。我認為應該請健保署轉知藥廠，讓藥廠知道所製造的產品並不符合臨床醫療使用，應該調整劑量。

謝委員天仁

拜託，這樣協商進展太慢了！螢幕所投影的項目，看預算差多少？能降多少？一句話，不要再扯 3.65 千萬元！預算請集中在「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，編列 1.6 億元，可否接受？付費者代表授權蔡委員登順主談，如果差太遠，那就算了！

蔣協談代表世中

首先，「新增藥物給付適應症」請移為專款項目，依實際使用情形，編列預算。新增藥物給付適應症是為提升醫療品質，如無相關預算支應，明年所有的新增藥物給付適應症恐都無法開放！其次，「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，建議至少編列 3.4 億元，本項包括醫療照護整合提升成效被扣減的預算...。

謝委員天仁

沒減列還倒加(台語)！要特別強調，付費者的立場是不可能同意編列支付標準調整項目，健保署建議「開放適用表別」項目，編列 1.729 千萬元，付費者已同意編列 3 千萬元，本來還只同意 2 千萬元。剛剛付費者代表內部會議討論時，決定多編列一些預算，希望民眾能有更紮實的西醫基層服務，所以加 1 千萬元，可能西醫基層代表還沒有發現。我要講的是，我們已經放寬並增編預算，現在你們又增為 3.4 億元，要如何談？若無法達成共識，真的要拍板定案了！意思就是送衛福部裁決！

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

- 一、西醫基層部門今天一直在爭取不列減項之「因應醫療照護整合政策暨服務效率提升成效」項目及不刪減預算 3.12 千萬元，本項為行政院核定的政策方向，我們無法改變，但雇主、付費者代表一直認為要支持基層服務，所以編列 3.12 千萬元於「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，以肯定西醫基層提升服務效率的努力。
- 二、謝委員天仁剛才所表述的意思，您們都聽不清楚，已經暗示了，

難怪雙方戀愛都不成功嘛！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，西醫基層代表覺得需要編列多少預算才合宜，可以討論，大家喬一喬(台語)，希望將事情解決！

陳協談代表宗獻

- 一、我們已釋出最大善意，就是刪減「因應政策改變所造成人事成本費用(診察費加成未含山地離島)」項目，本項刪除後，西醫基層部門就沒什麼成長率了！而且回去須面臨會員強烈的抗議，真的皮要繃緊一點(台語)。
- 二、關於將「因應醫療照護整合政策暨服務效率提升成效」項目扣減的 3.12 千萬元，回饋至「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)」項目。建議加註說明，避免未來總額預算執行時無限擴張。
- 三、關於「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，建議預算至少編列為 3 億元，加上回補「因應醫療照護整合政策暨服務效率提升成效」項目所扣減的 3.12 千萬元，2 項加起來預算調整為 3.312 億元。不然西醫基層部門共同努力執行專案具有成效後，卻被扣款，實在是無法向二萬多位西醫基層醫師解釋。

謝委員天仁

「提升用藥品質所增加之費用」項目及預算還在？

陳協談代表宗獻

Ok！一句話，刪掉。

蔡委員明忠

陳主委(西醫基層團體中的稱呼)的決定我們會支持，但還是要替外科醫師講話。基於付費者代表這麼用心，本項目刪除後，回去我會對外科負責。

陳協談代表宗獻

不用再來一趟，就這樣決定好不好？

蔡委員登順

就一口價，好不好？不要再多說了！

陳協談代表宗獻

就這樣！

蔡委員登順

不能就這樣，超過我被授權的額度。等一下換我被付費者代表指責，竟同意「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，預算 2.312 億元。

蔡委員宛芬

該預算數已經超出付費者代表授權的額度。

吳協談代表首寶

至少 2.5 億元啦！

陳協談代表宗獻

首寶兄，如果你要 2.5 億元，我寧可拿 2.312 億元，因為是數據代表意涵不同的問題。

謝委員天仁

我們沒有新的建議方案了！

蔡委員登順

我最後還加碼了！

陳協談代表宗獻

給我們 5 分鐘好不好？需要與外科協調。

干委員文男

主席，現在大致上已經定案。希望西醫基層部門大力推廣健保雲端

藥歷查詢系統，西醫基層部門目前的使用率僅 10%，附帶條件，健保雲端藥歷查詢系統明年應全部實施。

鄭主任委員守夏

可否先將金額確定後，再討論其他協議事項。現在雙方的金額還差多少？

陳協談代表宗獻

報告主委，除了討論數據外，我們另一項很大的疑慮是「新增藥物給付適應症」項目，建議將該項預算移列至「其他預算」，「新增藥物給付適應症」是經共擬會議各專家代表討論通過的項目才納入的。

蔡委員宛芬

這不合理！

謝委員天仁

如果依你們的邏輯，以後各部門全部消滅，健保署變成阿哥(台語)，全部項目都移列至其他預算。「新增藥物給付適應症」本來就屬西醫基層的服務項目。

蔡委員宛芬

病人本來用 A 藥，因適應症放寬，改成了 B 藥，健保還是支付一樣的錢，並未增加費用。

蔣協談代表世中

不是這樣！以高血脂症為例，本來低密度膽固醇高於 130mg/dl 以上才需要治療，現在修正為 100mg/dl 以上就需要治療；適應症放寬的類似品項，還包括心臟血管疾病的用藥，故本項應編列費用支應，並列在專款項目。

陳協談代表宗獻

本項的影響很重大，原因在於原本不需用藥，而因適應症改變後變

為需要用藥，因此請編列相關費用支應本項。

謝委員天仁

意思是沒有其他的項目要討論了！若不能接受付費者方案，就將剛剛調整的 7.12 千萬元還給我們，兩案併送衛福部裁決。

陳協談代表宗獻

協商至此，真的很沈重！因為已經接受「因應醫療照護整合政策暨服務效率提升成效」項目減列 3.12 千萬元。主席！可否給我們 5 分鐘時間討論，內部真的沒有共識。

鄭主任委員守夏

請問付費者代表，可以嗎？(付費者代表齊聲說：好)好，最後一次，休息 5 分鐘。

(西醫基層代表召集內部會議討論約 8 分鐘)

鄭主任委員守夏

請委員、協談代表入座，謝謝！已經花了兩個多小時，我想雙方都有誠意，現在只剩最後一點點差距，希望可以順利達成共識。請陳協談代表宗獻說明西醫基層部門最後的結論。

陳協談代表宗獻

抱歉！內部討論超過時間，原因來自內、外部的壓力，包括沒來談判及等一下會到場者。西醫基層部門建議再增加 3 千萬元，不論放在什麼項目，如慢性病照護之增進，或外科提升用藥品質所增加之費用，或開放適用表別(CA-125)等，結論就是增加 3 千萬元。本次的協商絕對不會只有付費者代表扛壓力，醫界的壓力也很大。至於為何會提出 3 千萬元，不是 2.5 千萬元，也不是 4 千萬元，是因為背後另外有個計算方式，對醫界內部才能交待。

蔡委員宛芬

意思是要求付費者再增加 3 千萬元。

陳協談代表宗獻

對！放在任何協商因素項目都可以。這部分是考量基層部門內部生態的問題。

黃委員啟嘉

剛才內部討論時壓力頗大！

鄭主任委員守夏

- 一、現在球回到付費者代表身上。請同仁幫忙一下，呈現雙方的建議方案，一般服務項目成長率：西醫基層部門為 3.971%，付費者方案為 3.831%；增加金額各約 41 億元、39 億元。
- 二、西醫基層部門希望再增加 3 千萬元，即付費者版本 39.647 億元再增加 3 千萬元。至於增加在哪個項目，西醫基層部門沒有特別意見。請問付費者代表要不要討論一下。一口價再增加 3 千萬元，西醫基層部門就同意定案。

謝委員天仁

可以考慮專款項目，山地離島部分可增加。

滕委員西華

「醫療資源不足地區改善方案」專款項目之山地離島診察費，本來就增加 3 千萬元，現在同意調為增加 6 千萬元。

謝委員天仁

您剛剛講的，加在任何項目都可以。

陳協談代表宗獻

您們的頭腦真的非常靈活，指的是增加在一般服務項目。

謝委員天仁

不能這樣反覆，剛才已經講了，加在任何項目都可以。如果這樣的話，我們原本同意編列「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，增加 2.312 億元，也要反悔，變回 1.6 億元。沒有人這樣談判的，已經開口，而我們也同意了！

滕委員西華

已經同意將 6 千萬元移至專款了！沒吃虧。

蔡委員明忠

剛才陳協談代表宗獻的報告已經非常為難，千萬不要讓我們西醫基層協談代表回去有生命之憂。真的拜託！3 千萬元列在一般服務項目，我們回去比較好交待。

謝委員天仁

不要就算了！

蔡委員宛芬

6.2 千萬元列在專款項目，是在回補你們一般預算點值，每點不足 1 元的差距，對西醫基層其實是好的，比你們原來要列在一般服務的 3 千萬元還要高。

蔡委員明忠

你知道我現在 care 的點是什麼嗎？目前的協商因素成長率是歷年來最低，過去從未低於 0.39%，但今年低於 0.39%。不希望落得今年談判是歷年最低的名號。委員的想法我們知道，但仍要拜託多多支持西醫基層！

蔡委員宛芬

面子拿不到，但拿到了裡子！

陳委員聽安

非協商因素今年的成長率比去年高很多，不能光算協商因素成長率，而不算非協商因素。

蔡委員明忠

非協商因素成長率歷年都是高高低低，且是以 2 年前的資料推估，從來不在我們可管控的範圍，今年花很多心血爭取協商因素項目費用。

謝委員天仁

本來談判者講話就要自行負責。

陳協談代表宗獻

「醫療資源不足地區改善方案」項目，目前編列費用已足夠，若將3千萬元加在該項只是空歡喜一場。醫界已經將因應工時政策改變所增加人事成本吞下來，否則依實務運作是非常需要預算挹注這些相關成本。

戴委員桂英

剛才已將原來列在一般服務項目「合理反映偏遠地區及提升弱勢照護族群照護品質(山地離島門診第一階段診察費)」的預算，移列至專款項目。

陳協談代表宗獻

協商到最後，幾乎都沒有 base(基期)嘛！我們心裡都知道。

謝委員天仁

協商因素的比例會稍微高一點，已經達到效果。

蔡委員登順

如果跟我講 base 問題，「加強慢性 B 型及 C 型肝炎治計畫」預算就回歸一般服務項目，base 更大，為什麼您們不願意？不要都挑好的。

鄭主任委員守夏

- 一、時間差不多了！個人建議，第一，剛才陳協談代表宗獻進來第一句話就講，3千萬元列在那裡都沒關係，真的話已經講出去。談判是大家一起，不會只有一個人負責。付費者代表後面有一票被保險人，大家都有壓力。
- 二、第二，所謂成本，現在勞動基準法修改工時，但2年內就會反映於非協商因素，假使醫療服務成本真的增加，日後一定會反映。現在除非改變遊戲規則，但也不會適用於今年，如果總額設定公式沒有變更，醫界的執業成本會延後2年反映，現在也

不會去挑戰總額設定公式。

三、相信兩邊都很有誠意及具智慧的讓步，醫界果決刪掉 title(項目)，但希望在別的項目多補一點預算，如果只差這項，兩邊可否各讓一步。

陳協談代表宗獻

一半一半。

鄭主任委員守夏

一半一半是什麼？剛剛3千萬元不是一口價？

陳協談代表宗獻

因為3千萬元都列在「醫療資源不足地區改善方案」項目，可能用不完，建議只放一半預算在本項。

謝委員天仁

- 一、請先確認西醫基層部門是否同意付費者所提方案，這已經是付費者最終版本。
- 二、若要送衛福部裁決，「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)」項目編列之2.312億元預算，就回復為1.6億元；山地離島診察費加成再增編的3千萬元也扣回，才能送衛福部裁決。請趕快確認，不要再拖時間了！行不行？一句話。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

我要求若送衛福部裁決，付費者代表現在同意增編的預算全部刪除，這是付費者代表的立場。

徐協談代表超群

我想釐清，「醫療資源不足地區改善方案」項目，付費者方案另外再編列山地離島診察費加成3千萬元，即本來編列6千萬元，現在

又再增加3千萬元作為山地離島診察費加成，故本項總共增加9千萬元，是這樣嗎？(付費者代表答：對啊！)

吳委員肖琪

提醒一下，該與醫院流用的預算還是要流用。

陳協談代表宗獻

就遵照遊戲規則跟醫院流用。醫界就接受3千萬元。

徐協談代表超群

確認一下，「醫療資源不足地區改善方案」項目再增加3千萬元，即山地離島診察費的部分再編列6千萬元。

陳協談代表宗獻

「醫療資源不足地區改善方案」編列費用支應何處，這要說清楚。

謝委員天仁

山地離島診察費的部分總共6千萬元。「醫療資源不足地區改善方案」，本來健保署編列1.5億元，我們同意增加為1.8億元，1.8億元加上山地離島部分的6千萬元，總共2.4億元。(滕西華委員等數位委員皆說：對！)

陳協談代表宗獻

另外6千萬元是加在「醫療資源不足地區改善方案」...？

滕委員西華

不對！6千萬元是加在山地離島診察費！

戴委員桂英

請問陳協談代表宗獻，會議資料第25頁，西醫基層部門草案「山地離島門診第一階段診察費」項目，是編列6.21千萬元，不是嗎？

鄭主任委員守夏

可否請滕委員西華將項目名稱及金額，清楚地敘述一次，並做成紀錄。再請問西醫基層部門代表接不接受？接受就可定案。

謝委員天仁

項目及金額都呈現在螢幕啊！

鄭主任委員守夏

請參看螢幕，等大家看完再說明。(眾委員各自討論)謝委員天仁剛剛的說明已經很清楚，請謝委員再幫忙將項目及數據釐清。

謝委員天仁

一般服務項目沒有問題，「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)」項目之預算，付費者最終版本是 2.312 億元，醫界還停在 3.312 億元。

陳協談代表宗獻

同意「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)」項目編列 2.312 億元。

謝委員天仁

西醫基層部門同意「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)」項目編列 2.312 億元；「開放適用表別」項目編列 3 千萬元。

鄭主任委員守夏

再來就是西醫基層部門要求增加的 3 千萬元，要加到那個項目。

陳協談代表宗獻

增加在「醫療資源不足地區改善方案」項目，由醫界內部自行處理、調整分配，可以嗎？

謝委員天仁

我們說明得很清楚，「醫療資源不足地區改善方案」預算 1.8 億元，山地離島診察費部分是 6 千萬元，專款專用。

徐協談代表超群

能否再寫明確一點？即「醫療資源不足地區改善方案」項目西醫基層與醫院部門採一致支付方式，增加 3 千萬元，另 6 千萬元用於山

地離島診察費。(眾委員各自討論)

鄭主任委員守夏

暫停一下，健保署表示執行面會有問題，請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、「醫療資源不足地區改善方案」項目，是用於過去習慣稱為「醫缺」的地區；但山地離島地區的經費則編列於其他預算，由「山地離島地區醫療給付效益提升計畫」支應。
- 二、「醫療資源不足地區改善方案」預算共 2.4 億元，包含醫缺地區預算 1.8 億元，再增加山地離島診察費 6 千萬元；變成「醫療資源不足地區改善方案」一部分用醫缺、一部分用山地離島的支付標準。
- 三、會議資料第 99 頁，105 年度其他預算協商項目表(草案)，「山地離島地區醫療給付效益提升計畫」(又稱 IDS)，健保署建議 105 年編列 6.054 億元，而該計畫是由醫院及西醫基層部門共同執行醫療服務，所以這筆預算是共用的。
- 四、所以西醫基層部門「醫療資源不足地區改善方案」項目的預算，不能同時包含醫缺及山地離島計畫的支付標準，這樣會完全亂掉。

滕委員西華

蔡副署長淑鈴，我們是要將原來西醫基層部門編列於一般服務項目之「山地離島門診第一階段診察費」6 千萬元，移列至「醫療資源不足地區改善方案」之專款項目。

張專門委員溫溫

說明一下，西醫基層部門草案，原來是要調整山地離島(例如澎湖、馬祖)的診察費，讓山地離島執業的基層醫師，其診察費的計算方式與非山地離島地區的診所不同；惟「醫療資源不足地區改善方案」可能也包含一些平地鄉資源較缺乏的地區，因此與山地離島定義的地區是不完全相同的。

蔡副署長淑鈴

「山地離島地區醫療給付效益提升計畫」、「醫療資源不足地區改善方案」所包含的是完全不同的地區，不會有重疊。

張專門委員溫溫

若這樣編列，會讓健保署無法作業。因為原來編列於一般服務項目的預算，可以用於調整山地離島的診察費；惟若將預算移至專款項目後，恐無法處理。

滕委員西華

一開始在「醫療資源不足地區改善方案」增加山地離島3千萬元時，健保署就應該先說明。

謝委員天仁

我覺得不會有問題。原先是在一般服務項目採加成方式處理，難道專款項目的服務不能加成嗎？

張專門委員溫溫

因為要對山地離島地區全部案件的診察費加成，而且有限定額度...。

謝委員天仁

額度用完就沒有了，專款的性質就是這樣。

張專門委員溫溫

診察費是列於一般服務項目，而院所每次去山地離島地區提供服務時都會產生醫療費用。

謝委員天仁

專款增編的預算，就用加成方式處理，為何不能執行呢？

鄭主任委員守夏

執行面問題，相信一定有辦法解決，只是比較麻煩！既然列於專款，本來就要擬訂執行計畫，執行面請健保署及西醫基層部門共同擬訂，還包含與醫院流用部分，會比較複雜。本項就確定，最後增加的3千萬元加在「醫療資源不足地區改善方案」項下，可以嗎？(未有

委員表示反對意見)

徐協談代表超群

請問可否在「醫療資源不足地區改善方案」專款項目，列入「山地離島的診察費加成 6 千萬元」文字。

鄭主任委員守夏

請健保署跟西醫基層部門一起研擬方案，以利執行。

蔡副署長淑鈴

「山地離島地區醫療給付效益提升計畫」(IDS)的診察費不是只有西醫基層在做，很多地區是由醫院執行。現在診察費加成的預算編列在西醫基層的專款項目，請問醫院部分的診察費加成，也要以此專款支應嗎？

謝委員天仁

預算是編列在西醫基層總額。醫院部門歸醫院總額！

蔡副署長淑鈴

那等一下醫院是否也要編列此項目？

謝委員天仁

並未請醫院部門也編列此項預算。

蔡副署長淑鈴

可是「山地離島地區醫療給付效益提升計畫」的團隊是由醫院與基層的醫師共同執行，所以健保署才將這筆經費編列在其他預算。

滕委員西華

這樣的話，西醫基層部門一開始也不能於一般服務項目編列 6.21 千萬元，支應山地離島的診察費啊！

蔡副署長淑鈴

那是西醫基層部門草擬的方案。

滕委員西華

那就需請教西醫基層部門，為何這樣編列？

陳協談代表宗獻

基層提出草案想法很簡單明瞭，就只有調高西醫基層診所的診察費，醫院部分則不調整。

謝委員天仁

有問題健保署應該老早就提出，現在有如快要結婚，都走進禮堂了，接近協商終點，要怎麼處理？就這樣過了！

滕委員西華

付費者代表的意思是，6千萬元編列於山地離島診察費部分，但現在健保署提出「山地離島地區醫療給付效益提升計畫」是醫院與西醫基層共同使用，醫院部門的執行面會有困難；剛剛西醫基層有說要增列「西醫基層診察費」幾個字，我們本來沒意見啊！如果不增列那些文字，就改為以西醫基層總額為原則，不要只匡定在西醫基層診察費，細節再請健保署及西醫基層總額部門去討論。

鄭主任委員守夏

- 一、預算部分，大家有誠意增加3千萬元，可考慮列在「醫療資源不足地區改善方案」或「醫療給付改善方案」？不只要比較好，還要考慮可否執行。或許可考慮改放於「醫療給付改善方案」，其亦為專款項目。
- 二、付費者代表可否同意讓3千萬元增加在「醫療給付改善方案」或「醫療資源不足地區改善方案」這2項，讓健保署及西醫基層部門討論時較有彈性。

陳協談代表宗獻

對「醫療給付改善方案」之成效，醫界與健保署的看法不一樣。

鄭主任委員守夏

所以西醫基層部門覺得預算編列於「醫療給付改善方案」項目不好。

陳協談代表宗獻

「山地離島地區醫療給付效益提升計畫」及「醫療資源不足地區改善方案」，有個共同特徵就是醫院與西醫基層部門都有執行。「醫療資源不足地區改善方案」，有些地區由醫院部門執行，但也有支用西醫基層部門「醫療資源不足地區改善方案」專款項目的額度。建議不要區分3千萬元、6千萬元，就是「山地離島地區醫療給付效益提升計畫」及「醫療資源不足地區改善方案」，醫院、診所採相同標準支用這9千萬元，如果同意，再來與健保署討論執行細節。

鄭主任委員守夏

建議比照牙醫部門，計畫送健保會通過後執行，因為現如要討論細節，時間不夠。原則先框列金額，健保署與西醫基層部門共同擬訂方案後，提報健保會通過後再開始執行，現在離年底還有3、4個月，可以好好研議方案內容。

陳協談代表宗獻

3千萬元、6千萬元費用就不要再切割...。

鄭主任委員守夏

細節部分請健保署與西醫基層部門討論，再提至健保會報告，文字就比照牙醫部門，專款項目計畫經提報健保會通過後始得執行。

徐協談代表超群

「醫療資源不足地區改善方案」，希望還是呈現比照醫院執行等文字...。

鄭主任委員守夏

超群兄，這部分涉及執行面，太細節部分付費者代表也不一定清楚；對我而言，也不確定西醫基層部門比照醫院支付醫療費用合不合理、能否執行。所以還是請健保署與西醫基層部門共同研擬方案，再送健保會報告。雙方都已經釋出善意，而且也非常努力了！

陳協談代表宗獻

因為本項預算是西醫基層部門協談的，而且是從一口價協商來的預算，而未來卻由醫院跟西醫基層部門一起支用。

謝委員天仁

沒有，西醫基層部門是歸你們管的。

陳協談代表宗獻

基層統籌該筆費用，這樣就好，謝謝！

鄭主任委員守夏

- 一、螢幕投影文字，「醫療資源不足地區改善方案」專款項目之協定事項：本項預算為 2.4 億元，其中 1.8 億元與醫院同項專款相互流用，計畫應於 105 年 3 月底前提經健保會同意後始得動支。
- 二、105 年度西醫基層部門總額較 104 年度核定總額成長率為 3.882% (不含門診透析)，金額增加 39.946 億元，約 40 億元。本場次進行至此，協商獲致共識，謝謝！休息 5 分鐘，下一場是門診透析服務，請同仁安排西醫基層代表、醫院代表及台灣腎臟醫學會代表陳理事長鴻鈞、林秘書長元灝入座。

(中場休息約 6 分鐘)

鄭主任委員守夏

- 一、請各位委員、醫界代表就座！希望今天的會議可以在晚上 9 點前結束，不要拖到 11、12 點，確定會議不可能開到凌晨，因為大家還要回家過夜。如果協商的氣氛很好，可能會多開 1 小時，氣氛不好或許會提早結束。
- 二、醫院代表及西醫基層代表各有 2 位入座，現在開始討論門診透析服務費用，若委員有需要請教的問題，可請腎臟醫學會補充說明。印象中去年門診透析服務部分，很快就完成協商，似乎沒有特別需要討論的項目。請委員直接參看投影螢幕所呈現的健保署草案，醫院部門成長率為 3.472%，西醫基層則為 4.699%，總成長率 4%。請問付費者代表有無問題？請干委員

文男。

干委員文男

請問陳理事長鴻鈞，這2年來的透析盛行率有無下降？

陳理事長鴻鈞

盛行率不會下降，但成長率有逐漸減緩、穩定的趨勢，因為病人照顧得好，會提高存活機率，加上新進入透析的病人，所以透析人數仍會逐年上升。

干委員文男

透析院所過去提報至腎臟醫學會的資料，現在是否有配合全部轉至健保署？

陳理事長鴻鈞

目前資料都提供給健保署了！

干委員文男

不要浪費太多時間討論，直接進入協商，談總成長率。

鄭主任委員守夏

謝謝干委員文男，委員手上有一份腎臟醫學會提供的簡報資料，先跟他們說聲抱歉，會議並未安排各部門的報告時間，因此請大家參閱。請問委員有無詢問？(部分委員回應：沒有)醫院與西醫基層部門有無補充說明，沒有的話，請問陳理事長鴻鈞有無特別需要說明的事項？

陳理事長鴻鈞

向大家報告，有關配合推動安全針具政策之費用，洗腎用的安全針具不同於一般針具，其針頭較粗，每支針價約差10元，每次進行透析時，病人需使用2支針具，一年需要用到約2千多萬支，全面使用安全針具後，推估費用增加2.2億元，希望委員能再提高一點成長率。

鄭主任委員守夏

- 一、使用安全針具係法律的規定，目前透析病人約有 7 萬多人，進行血液透析時，病人身上會插入 2 支針具，一進一出，一週透析 3 次，這部分請委員考量。
- 二、健保署確認提此草案時，是否有一併考慮安全針具所增加的成本。委員有無意見？(未有委員表示意見)直接進入協商，請問委員對此數據有無加、減？

干委員文男

數據呈現在螢幕上，請醫界先提出所能接受的成長率，大家再來討論。

陳理事長鴻鈞

安全針具 2.2 億元，換算成長率約為 0.6%，成長率能否再增加？

滕委員西華

雖然 Early-CKD(初期慢性腎臟病醫療給付改善方案)、Pre-ESRD(末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫)編列在其他預算項下，想請問兩項計畫預期達成的效益，及目前的執行成效，以及參與計畫的醫師與透析院所比率各多少？

陳理事長鴻鈞

謝謝滕委員西華，之前也有委員關心這部分，本來也不知道到底收案病人的比率有多少，經計算後，發現透過 Pre-ESRD 計畫收案照護的病人約占五成。

滕委員西華

五成病人的分母為何？

陳理事長鴻鈞

分母是台灣地區罹患慢性腎臟病第 3b 期或以上者，可被 Pre-ESRD 計畫收案照護的病人，該計畫收案率不高，原因在於許多病人不是由腎臟科醫師照護，尤其是糖尿病病患，因此無法掌握所有病人的病況，但在腎臟科看診的病人大部分都有納入收案。

滕委員西華

Early-CKD 方案的病人呢？

陳理事長鴻鈞

符合 Early-CKD 方案收案條件的病人大部分在其他科別接受照護，而非腎臟科。

張協談代表孟源

主席、各位委員，大家好！加強推動 Early-CKD 方案、Pre-ESRD 計畫，將來可減少進入透析的人數，剛剛陳理事長鴻鈞提及透析盛行率的成長有減緩趨勢，而病人數成長率也有稍微下降，但仍居世界前幾名，這是很大的問題，因此還需再加強推廣。另外，針對 Early-CKD 方案，醫師公會全聯會有努力推行，上次在門診透析預算研商議事會議報告，今年 1~3 月新收案約 6 萬人，估計上半年新收案將會達 12 萬人...。

滕委員西華

等一下，什麼 12 萬人？

張協談代表孟源

- 一、Early-CKD 方案之參與資格並無專科限制，內、外、婦、兒、家醫、神經科等醫師都可參與，估計今年上半年新收案數會達 12 萬人，所以 Early-CKD 方案確實有加強推廣，也謝謝腎臟醫學會的努力。
- 二、Pre-ESRD 計畫收案率可用盛行率估算分母，或以每年新增透析病人，回溯計算有多少人曾經納入該計畫。此外，持續推動本計畫也有好處，最近統計顯示 Pre-ESRD 計畫收案的病人，開始進入透析治療後，會較少後續的住院醫療費用，表示該計畫的執行成效，可減少透析初期的不穩定，及後續的醫療費用支出。

鄭主任委員守夏

委員還有無意見？通常協商是一邊說要增加，一邊說要減少，現在

看不出在進行協商。(與會者笑)

干委員文男

這樣啦！總成長率 3.5% 如何？

鄭主任委員守夏

請問付費者代表是否需要召開內部會議討論？(付費者代表回應：不用)好！付費者這邊，干委員文男已經喊出總成長率 3.5%，接著請醫界代表。

楊委員漢淙

透析病人約有一半是因糖尿病所導致，所以一定要做好慢性腎臟病防治與照護工作。照護部分的經費已經編列在其他預算的相關計畫，國健署也有投入經費，推動慢性腎臟病防治工作；至於門診透析服務部分，最近幾年透析點值大概維持在 0.82，當然不能說沒有浮濫等情形，但點值要多少才適當，我認為現在點值確實偏低，若降低總成長率，醫院分配費用的比例會下降，可是考量透析點值長期偏低，所以還是建議總成長率 4%。

鄭主任委員守夏

西醫基層代表這邊有無補充？

張協談代表孟源

贊成醫院協會楊理事長漢淙的建議，因為透析點值確實偏低。

謝委員天仁

補充一個意見，點值與支付標準有關，支付標準高，當然點值就低，長期下來，透析的支付標準算偏高，而且即使點值 0.8，院所也仍運作如常。去年協商也曾提出成長率 4%，經協定後為 3.7%，所以我的看法是成長率能否稍微再下降一點。

陳協談代表瑞瑛

剛剛腎臟醫學會提到安全針具部分，安全針具政策開始推動後，醫院評鑑就已納入安全針具項目，所以醫院洗腎室都已使用安全針

具。

蔡委員宛芬

亦即醫院的安全針具經費已經有使用在透析服務？

陳協談代表瑞瑛

因為配合安全針具推動政策，所以有編列相關預算，並且規定洗腎室、急診室、ICU(加護病房)等一定要使用安全針具。

干委員文男

我來開價，你們還價，成長 4% 是不可能，醫界降一點，我們再加一點，這樣協商進度才會快！

陳理事長鴻鈞

各位委員，現在使用的針具與安全針具價差約 10 元，一年約 2 千 2 百萬人次使用，所以衍生 2.2 億元費用。

鄭主任委員守夏

健保署目前正在確認成長率 4% 是否包含安全針具。據我所知「配合安全針具推動政策」所編預算，是涵蓋所有醫療服務，並未區分科別或部門總額，印象中楊委員漢涇抱怨過幾次，安全針具採購價高，預算根本不夠支用，但因為醫院評鑑規定須使用安全針具，所以只好犧牲點值。

羅協談代表永達

透析病人的病程為不可逆，屬於 close system(封閉系統)，當病人數成長率達 3.7% 時，即使預算成長 3.5%，明年點值還是會往下降，可是病人數仍繼續增加，老實講，這樣的成長率，就是希望明年點值往下降。

干委員文男

若認為 3.5% 成長不夠，就趕快提出個數據，但我們不可能同意成長 4%。

羅協談代表永達

跟委員報告，去年協商時，透析病人數成長率多少，預算就成長多少，目的是希望點值不要再往下降。點值一直下降，會影響院所經營成本，因此當病人數每年成長約 4%，點值只有 0.8 時，若預算才成長 3.5%，即表示透析點值會再往下降。

陳理事長鴻鈞

若沒有安全針具的問題，今天也不敢提出來，希望委員能支持。

干委員文男

這樣啦！退一步，比照去年成長 3.7%？

何委員語

主席，關於人工腎臟重複使用的問題，之前有新聞報導過，有些院所會使用 3 次以上，大醫院重複使用的情形或許少一點。現在透析市場非常龐大，院所會靠大量採購壓低價格，儀器設備雖然屬折舊性資產，但汰換需視耐用年限而定，剛剛干委員文男提出成長率 3.7% 也差不多了，如果再提高成長率，身為雇主代表，我會反對到底。

陳理事長鴻鈞

現在已經沒有重複使用人工腎臟的問題。

謝委員天仁

資料顯示，透析病人數成長率有下降，要求再編列安全針具費用 2 億多元，實際預算成長率增加不到 1%。去年協商透析預算時，同意成長 3.7%，是因為 102 年病人數成長率近 4%；但 103 年透析病人才成長 3%，另外 0.7% 成長率支應安全針具費用，應綽綽有餘。您們認為成長率應該多少較適合，沒關係提提看，以利大家盡快做最後決定，不要為了這零點幾百分比，喬(台語)這麼久。

鄭主任委員守夏

請謝委員武吉。

謝委員武吉

剛才委員講的都非常有道理，我認為大家都摸著良心說話。但我要在此提出，第一，國內人工腎臟等透析器材多仰賴進口，還沒有能力自製生產，請委員體諒。第二，以前都未考慮安全針具的費用，但院所勢必要更換成安全針具，請委員們予以考量。第三，透析點值曾降至 0.79，現在才回升至 0.82。所以，拜託何委員語，大家都很有良心，若 4% 不行，乾脆給 3.9%。

干委員文男

3.9% 太高了！3.7% 比較合理。

鄭主任委員守夏

請謝協談代表文輝。

謝協談代表文輝

洗腎的歷史背景，資深委員大概都了解，曾有段時間讓民眾觀感不好，所以有幾年透析預算是「0」成長，直到點值滑落至 0.8 多，比各部門低時，才又給予成長，還給透析服務者一點公道。誠如謝委員天仁所言，看病人數成長多少，成長率就再給多一點。再來，也替透析服務院所講句公道話，今天洗腎人口多，不是他們造成的。病人三高未控制好，亂吃成藥，最後沒辦法只有接受透析治療，所以責任不能完全由院所承擔，我認為可以再多給一點成長率，以補過去所砍掉的預算。

鄭主任委員守夏

請張委員煥禎。

張委員煥禎

一、今年評核會議透過腎臟醫學會的報告，可以看出他們對透析照護、品質做很多努力，這不是 3 年、5 年就可以有成果，但目前這部分確實有進步，而洗腎人口增加，不代表院所或腎臟科醫師就一定賺很多錢。現在點值 0.8，原本每點 1 元，打八折後，即使利潤再好，也幾乎沒有空間了！以前透析預算曾經「0」成長，這幾年應該要合理回補。

二、本身是內科醫師，非常同意大家剛剛所提意見，台灣洗腎人口愈來愈多，高血壓、糖尿病都是導致洗腎的主要原因，因為罹患高血壓及糖尿病的人變多，患者隨年紀增長，更容易引起腎病變。現在洗腎患者都能正常生活，真的很不錯，大家愈來愈長壽，平均餘命不斷上升。包含我們，進入洗腎的機率非常大，所以我覺得至少要合理回補，不能說透析病人成長 3%，預算就成長 3%，現在連物價都上漲，這部分也要考慮。

三、現在應該沒有重複使用人工腎臟的現象，剛剛說使用 3 次以上，還有哪家院所敢這樣做，都是洗完就丟棄，不這樣做，病人根本不會來。但像美國，只要做好消毒，是允許重複使用的；所以另一方面，若健保署允許重複使用，則能節省健保費。

鄭主任委員守夏

請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

安全針具部分還未解釋，剛剛請健保署確認，不知道現在可否解釋？聽起來，醫院代表是說安全針具的經費已有用在透析服務，請協助釐清。

蔡副署長淑鈴

安全針具是有特材代碼供院所申報該項費用，但有些診療項目如血液透析，採包裹式定額支付方式，其支付點數已包含特殊材料費在內，不須另外申報，因此即使使用安全針具，還是內含於包裹支付的費用中。

鄭主任委員守夏

之前協商沒有特別談過這部分，今天如果基於腎臟醫學會的訴求，願意多加給成長率，當然就能要求透析院所使用安全針具，委員可再多加考慮。大家還有無詢問？

陳理事長鴻鈞

法律規定 105 年完成全面提供安全針具，屆時執行血液透析醫療處置時，都要使用安全針具。

鄭主任委員守夏

安全針具部分是配合國家政策推動。

林秘書長元灝

再補充說明。實際上使用安全針具會導致成本增加，雖然透析採包裹支付，但因為現行點值這麼低，恐造成機器無法汰換，甚至沒有預算使用安全針具，又該怎麼辦？雖然每支針價差才 10 元，看似很小，但總金額非常龐大，每位病人一年要使用 3 百多支針，成本真的很高，希望委員能予以支持，而非就涵蓋在包裹支付中。再者，健保署應該很清楚，以非協商因素來看，透析預算本來應有 4% 以上成長，而安全針具的問題希望能透過協商達成共識，我們是被委託來照護這些患者，他們不是二等公民，我認為沒有理由這樣被對待。

鄭主任委員守夏

付費者代表還有無詢問？請干委員文男。

干委員文男

現在差距多少？(謝委員天仁回應：0.2%，蔡委員宛芬回應：3.7% 與 3.9% 的差距)總成長率由 3.7% 提高至 3.8%，包括安全針具。就這樣通過，不要再討論了！

張委員煥禎

應該是 3.7% 與 4% 的差距。3.9% 是謝委員武吉提出的。

何委員語

健保署提 4%，干委員文男一開始提 3.5%，我的意見是 3.75%，因為你們一直提到安全針具的問題，所以同意剛剛干委員文男所提的 3.8%。超過 3.8% 就不要談了！

謝委員天仁

坐上談判桌所表達的意見都有效力，不能說自己說的話不算數，隨便呼嚨大家，那就不要講話。付費者代表這邊，每位講出去的話都算數，我們都吞下去！不能說 3.9%是謝委員武吉說的，所以不算數。

張委員煥禎

不是謝委員武吉所提的不算數，我想說的是，那是他個人建議。我們今天坐在這邊，協商成這樣真的很悲慘，也很可憐，我覺得醫界沒有犯什麼錯，不需要付費者對醫界好像施捨一樣，大家講話的口氣、態度要彼此尊重，不要說 3.8%你們不接受，就不要談。我一方面是委員，另一方面是醫界代表，大家要站在對方的立場...

鄭主任委員守夏

好！了解，張委員煥禎可以...

謝委員天仁

我提一下，沒有人談判像你這樣。

張委員煥禎

那我可以發表意見嗎？

謝委員天仁

委員只是表達意見而已，不要把人家講成什麼樣子，而且那又不是重點。

張委員煥禎

不是，大家可以發表意見，我只是希望口氣上...

鄭主任委員守夏

兩位委員暫停可以嗎？拜託！拜託！

張委員煥禎

對不起啦！但還是要說，為何每次我們講話，就好像是我們不對！

鄭主任委員守夏

應該是付費者從早上協商到現在，已經談了兩場，多少有些默契，經過他們討論後，不論誰提出數據，都代表其他付費者同意才會提出。因為醫界並未進行內部討論，所以才會發生個別委員所提的，其他委員可能不認同的狀況，當然彼此都沒有惡意。

張委員煥禎

剛剛是以委員的身分發表意見而已。

楊委員芸蘋

主席！我知道張委員煥禎沒有生氣，只是口氣稍微硬一點。剛剛干委員文男表達的意思，是為了提高協商效率，不要耽誤時間，才會說超過 3.8% 就不要談了，沒有惡意，請大家息怒。

張委員煥禎

我也是委員，這點我同意，希望協商速度快一點，個人只是提出建議啦！

鄭主任委員守夏

好！現在付費者...

何委員語

主席，我還是有意見，今天你以委員身分來參與協商，還是以醫界代表來跟付費者談判，要弄清楚。

滕委員西華

到目前為止，總成長率已經從 3.5% 提升至 3.8%。付費者代表決定 3.8%，且內含安全針具的費用，當然我們知道醫界期望 4%。請問腎臟醫學會、醫院代表及西醫基層代表能否接受？若不行，請告知多少才可以，請您們討論一下，3 分鐘。對張委員煥禎不好意思，沒有別的意思，請不要再講了！

張委員煥禎

剛剛完全是以委員身份發言，腎臟醫學會是否答應，我沒意見。

滕委員西華

了解，沒關係。主席！能否裁示休息，讓醫界召開內部會議討論。

謝委員天仁

主席！我有意見，談判本來就是雙方在對立的狀況下，怎麼會上了談判桌，因為是委員，所以說的不算數。

張委員煥禎

我有說自己說的話不算數嗎？

謝委員天仁

你不是說你是委員。

張委員煥禎

我從來沒有提出任何一個數據。

鄭主任委員守夏

好！兩位委員拜託一下！

謝委員天仁

我只是告訴你，上談判桌講的就有效力。

張委員煥禎

我只是提出態度問題，希望大家都能互相尊重。

謝委員天仁

我認為談判過程中沒有所謂態度問題，談判是雙方展現自身的實力，跟態度有何關係...

謝委員武吉

主席！建議休息3分鐘。

鄭主任委員守夏

我們休息3分鐘。

謝委員天仁

談判中本來就有人扮黑臉，有人扮白臉，怎會叫人談判態度要慈祥，

還要和藹可親...。

鄭主任委員守夏

拜託兩位委員！

張委員煥禎

這是我的建議，要不要接受是你的事情...。

謝委員天仁

太誇張了！拜託好不好，不要再提那些廢話了！

鄭主任委員守夏

好！休息 3 分鐘。

(中場休息約 7 分鐘)

鄭主任委員守夏

請各位委員、代表入座，希望再幾分鐘就能達成共識，不曉得付費者代表溝通得如何？請問干委員文男剛剛休息 3 分鐘，有無新的共識？

干委員文男

看看醫界有何共識，付費者還是建議成長 3.8%，包含使用安全針具。

鄭主任委員守夏

請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

一、代表醫院協會發表意見，我知道病人成長率確實有 3% 多，但因為台灣透析品質、水準相當不錯，所以患者平均年齡有上升趨勢，而年紀愈大者，愈容易產生併發症，這點大家也很清楚。老實講，為何對透析沒有發表太多意見，因為對醫院而言，屬小部門，然而現在透析醫療服務競爭得很厲害，多數年紀大的患者出入得靠輪椅，若醫院不提供接送服務，洗腎室可能就沒工作可做。

二、總成長率已經談到 3.8% 或 3.9%，可否就 3.85%？這幾年來點值都在 0.82 情況下，的確偏低。

鄭主任委員守夏

楊委員漢源代表醫院協會，西醫基層代表這邊有無不同意見？

張協談代表孟源

意見一樣。

鄭主任委員守夏

好！現在醫界的意見一致，希望成長 3.85%。請何委員語。

何委員語

一、認同楊委員漢源所提，但因為太認同，所以還是堅持 3.8% (與會者笑)。我們知道醫界進步很多，但有進步就有節省經費，今天前兩場協商時我有提出，國內出口已連續 7 個月負成長，8 月份出口較去年同期衰退 14.8%，進口則連續 8 個月負成長，今年經濟成長率不到 1%。昨天美國聯準會宣布全球 CPI (消費者物價指數) 呈負成長，台灣也是大幅負成長，然而今年總額的非協商因素成長率非常高，在勞工基本工資無法調升情況下，考量整體均衡，不是要將成長率壓低，而是以經濟成長率估算，原預估成長 3.5% 是合理的，再加上安全針具部分，成長 3.8% 也很合理，這是我的看法。

二、至於今年執行結果如何，明年再看。實際上 104 年成長 3.7%，105 年如成長 3.8%，則增加了 0.1%，並非無成長，成長 0.1% 就增加 10 多億元？(多位委員回應：沒有！是 3 千多萬元) 增加 3 千多萬元才對。因為剛剛有聽到委員說差 10 幾億元，我還想說怎麼會差這麼多，所以當然要講出來讓大家笑一笑(一片笑聲)，不然等一下又要發脾氣，談判本來就是你來我往，誰先發脾氣，誰就先輸。

鄭主任委員守夏

干委員文男您是主談者，請說明！

干委員文男

贊同何委員語的看法，其實整體經濟狀況不佳，但透析服務已比往年好，若成長 3.8%可接受，但要再往上增加 0.05%不可能。請含淚接受，不！是快樂接受才對！

鄭主任委員守夏

付費者代表確定成長率 3.8%？(付費者代表回應：對！)好！付費者已經有共識，請問醫界代表是否願意接受？請張協談代表克士。

張協談代表克士

- 一、關於何委員語所提的經濟成長率，我事先也查過資料，其實我國截至目前並沒有負成長，依據主計總處公布的資料，GDP的成長率到目前為止為 1.56%，其實不是沒有成長，只是成長比較趨緩。
- 二、透析病人數量不斷增長有幾個原因，首先，我國實施全民健保制度，降低就醫的財務障礙，使病人可獲得完善的透析治療照護，但其他多數國家並無法如此。其次，國內執行透析服務的醫師與醫療團隊，提供良好的照護，使透析患者得以長期存活。最後，慢性腎臟病上游為三高，三高造成心血管疾病所占的死亡率約 28.3%，與癌症死亡率相當，這兩大類疾病占國人死亡率近 6 成。上游疾病所造成的末期腎臟病變，糖尿病就大約占四成多，上游不斷產生，加上不斷提升照護品質的結果，就是病人數量持續增加。
- 三、腎臟醫學會及所有腎臟專科的醫療團隊，努力提升品質的結果讓病人能存活更久，但若經費沒隨著增加而造成點值滑落，好像反而懲罰了他們。目前我國透析的醫療品質，在全世界算是相當優秀，點值差的原因在於病人數成長超過所給的預算，希望透析成長率可以跟品質連動，以免院所不敷成本而影響照護品質。

何委員語

主席！補充說明，他說我的數據錯誤，這點很嚴重，因為我是基本工資審議委員會的委員，國內 CPI 目前呈負成長...

張協談代表克士

我講的是 GDP...，目前主計總處公佈的是 1.56%。

何委員語

目前主計總處預測今年 GDP 有 1.56%，但台灣今年出口有衰退現象，因此第 3 季 GDP 可能負成長。我的意思是，今年 GDP 成長率要保 1 有難度。您剛才明明說 CPI 成長...

張協談代表克士

沒有，我是說 GDP。

何委員語

GDP 現在只統計到第 2 季，第 3 季還未有統計結果，我認為今年經濟情況不好，可能會延續到明年。

千委員文男

主席！付費者已有共識，很堅持 3.8%，包含安全針具。其他明年再說，趕快結束這一場，不要像其他部門談那麼久。你聽我說話，就知道我很乾脆，請勉強接受！

謝委員天仁

數據實在差距很小，才差 1 千 7 百多萬元，再分配至醫院與西醫基層兩總額部門，費用差距將更少，還要這樣堅持下去嗎？我覺得不是很好啦！老實講，我們已經有增加成長率，差那麼一點，大家協商這麼久值得嗎？

鄭主任委員守夏

好啦！是否勉強接受？(委員鼓掌)謝謝大家！

陳理事長鴻鈞

我們病人年紀都很大，依據資料顯示，新進洗腎病人平均年齡約 65 歲，照護這些病人真的非常辛苦，病人年齡比全世界都高，但品質

也是全世界最佳，當中我們付出很多努力，跟大家保證會盡我們所能，維持全世界最好的水準，可是點值太低的話，就不知能否繼續維持下去，還是希望成長率能稍微高一點，這樣我們就接受。

滕委員西華

陳理事長您也知道，以前透析預算都是成長1%、2%，後來看到大家很辛苦，所以逐步調升。今年非協商因素成長率很高，以致健保總額的成長率往上提升。腎臟病的相關照護如 Early-CKD 方案、Pre-ESRD 計畫做的好，我們也有看到成果，透析發生率有下降，而點值的問題，前幾年在預算成長率也有適度反應。可以攤開來檢討，若真的是預算成長率太低，造成點值被稀釋，以及陳理事長所提其他原因，使院所經營難以負荷，那就於次年度總額協商時再思考，如何以制度性措施反映，而非每年都調升成長率。謝謝！陳理事長鴻鈞辛苦您了！（笑聲）

鄭主任委員守夏

意思是，這群付費者代表一年後都還會參與協商，腎臟醫學會的兩位代表也可能還會坐在這裡，大家就互相容忍、各退一步，留下美好印象，讓明年協商可以有更好的結果，這樣可以嗎？好啦！陳理事長鴻鈞點頭了，謝謝！辛苦了！（委員鼓掌）。總成長率3.8%通過，並分攤至醫院及西醫基層部門。請張協談代表孟源。

張協談代表孟源

主席、各位委員！提出程序問題，剛好腎臟醫學會代表也在，請問其他預算項下的「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」可否先談？還是討論其他預算時再談？（多位委員表示：討論其他預算時再說）

鄭主任委員守夏

謝謝大家！請醫院協談代表入場，西醫基層協談代表可以離席。請付費者代表儘量不要移動，大家動作快一點。需要再休息嗎？醫院部門的協談代表若已在外面，請渠等入座。

參、105 年度總額協商—「醫院總額」
與會人員發言實錄

參、105 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

接下來進行第 3 場次的醫院總額部門協商。請問付費者代表之主談者是哪兩位委員？

滕委員西華

我與謝委員天仁。

鄭主任委員守夏

- 一、本場主談之付費者代表為滕委員西華與謝委員天仁。
- 二、去(103)年之協商會議並未安排部門簡報時間，即直接進行提問與意見交換，現醫院部門希望以所準備之簡報做說明，付費者代表是否願意讓醫院部門進行簡要報告，所用時間算入協商時間中？(多位付費者委員回答：可以)

謝委員天仁

建議無須報告全部內容，僅報告較重要的 3、4 項即可，否則不容易捉到重點，且討論時很難聚焦。前面兩場的協商已耗掉太多時間，希望本場次能將遞延的時間補回來。

鄭主任委員守夏

醫院部門的主談人應是楊委員漢淙，付費者代表從早上 9 點 30 就開始協商，到現在(下午 4 點 50 分)真的有點累了，所以請醫院部門代表精簡報告，若不是非要不可的項目，無須太強調，擇重要的項目說明較能加深印象。

楊委員漢淙

- 一、103 年第 4 季醫院平均點值為 0.9330、浮動點值為 0.8854。最近常去台南，南部登革熱疫情嚴重，台南地區登革熱患者已超過 1 萬人，最近幾天平均每天增加 500 多名患者，因此該區醫院的急診室被擠爆，住院病人相當多，導致其他一般疾病患者無法住院。雖然醫院住院病人很多，但申報的點數卻相對減少，

因為登革熱住院病患無需太多醫療服務，惟醫護人員仍需持續照顧病患、打點滴、注意有無併發症等，都累翻了！最後還導致護理人員大量離職。南部地區的區域醫院，空床率有 30%，這是第一點說明。

- 二、第二，因應勞基法之修訂，其主要修改第 84 條之 1，亦即本來對醫療單位有例外特殊規定，可以彈性工時、2 週工作 84 小時，惟自 105 年 1 月 1 日起通通取消，醫院必須嚴格執行每週工作 40 小時，此舉將增加醫院 5% 的人力，初步計算費用增加 50~60 億元，若排除公立醫院，約增加 30~50 億元。
- 三、有關護理人力部分，20 億元預算除以 10 萬名護理人員，即可計算每人薪水增加多少。現在醫院護理人力不足的問題依然存在，以區域醫院觀之，關床達 30% 者，已非少數個案。醫院的人力問題不只護理人員，現在也發生排擠效應，很多藥師、檢驗師也都不足，希望大家正視此問題。為節省時間，有關醫療服務成本及人口因素成長率，就不再多說，請林副秘書長報告醫院部門建議的協商項目及數據。

林副秘書長佩菽

- 一、主席、各位委員，謹代表台灣醫院協會秘書處報告。醫院部門已修正成長率，下修後，較 104 年度核定總額成長 5.8% (醫院門診透析成長率以 3.472% 估算)，剛剛醫院門診透析成長率已確定為 3.273%，故成長率隨著調整為 5.790%。
- 二、醫院部門建議的各項協商因素：
 - (一) 品質保證保留款：成長率為 0.1%。
 - (二) 配合勞動基準法下修每週工時 40 小時，整體醫務人員(扣除醫師)配置全面調整政策：增加金額從 54.87 億元下修為 24.32 億元。
 - (三) 提升護理照護品質：增加 10 億元。
 - (四) 配合安全針具推動政策之費用：增加 1 億元。

三、與健保署建議差距較大、較有爭議的部分在專款專用項目，「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」，醫院部門希望能暫緩推動，延後 1 年再實施。

鄭主任委員守夏

剛剛報告的表格內容，與會議資料呈現的醫院部門草案不同，不是非常容易瞭解...。

楊委員漢源

一、醫院部門與健保署不一樣的項目，在一般服務項目為：

(一)配合勞動基準法下修每週工時 40 小時，整體醫務人員(扣除醫師)配置全面調整政策：編列 24.32 億元。本項已經不斷減編，使能符合行政院核定 105 年度醫療給付費用成長率的上限(5.8%)。我們不希望一提出就被蔡委員登順說，不可能減列其他部門的預算來挪給醫院部門，去年蔡委員即提過，我一直記得，滕委員西華今年也提出同樣說法。

(二)提升護理照護品質：編 10 億元。

二、在專款項目部分，與健保署的差異在醫院部門未編列「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」預算。

鄭主任委員守夏

付費者代表有無詢問或請教？

謝委員天仁

一、無須詢問，直接進入協商。付費者代表有兩項絕對不同意編列，一為配合勞基法下修工時的項目，這部分對各部門總額均採同樣標準，不能有例外，否則付費者代表將很難自圓其說；二為提升護理照護品質項目，其從 98 年開始編列預算，至 103 年合計已編列 91.65 億元；104 年起移列至一般服務項目，滾入基期後，現在還要再編列預算，我們的立場很清楚，一毛錢都不會同意。至於其他項目，金額或可再調整，也可考慮另立項目編列預算。

- 二、早上跟蔡委員登順協調，去年我主談醫院總額，今年能否輕鬆一點，改主談西醫基層總額，不要老是讓我做壞人，他不同意，所以醫院部門又由我主談，沒辦法！我認為要談成，可能性非常非常低，本來的想法是付費者召集內部會議將建議方案列出，再看醫院代表能否接受，不接受就結束協商，將前面各部門多用的時間補回來。
- 三、還是先請醫院代表檢視哪些項目有調整空間，雙方直接就那幾項調整。至於「因應醫療照護整合政策暨服務效率提升成效」乙項，係衛福部之政策指示，必須配合，以免衛福部認為我們造反；在協商西醫基層總額時，雖有扣減該項成長率，但已在其他項目補回費用並清楚註記，代表肯定醫界努力、進步的成果。請楊委員漢淥就所認為成長率或預算可再增、減的項目，可直接協商，這樣速度會較快。

鄭主任委員守夏

請滕委員西華。

滕委員西華

剛剛醫界提到 DRGs 要延後 1 年推動，請楊委員漢淥能一併說明。

楊委員漢淥

- 一、與謝委員天仁的想法不同，我們很有誠意地非常期待今年能夠談成，但謝委員一開場似乎就沒有摸清醫院的性質。醫院與牙醫門診、西醫基層部門的情形完全不同，醫院無法休診、須 24 小時作業。為何燒燙傷患者不送去診所，登革熱患者都在醫院住院？颱風天一般人可以休假，醫院同仁則必須上班，基層診所不會有加班超過幾小時的問題，但在醫院則有此問題。
- 二、基層診所與醫院聘請護理人員的情形完全不同，醫院沒有護理人員，則必須關床，但診所不會發生此問題；診所負責醫師的太太還能幫忙，只要不進行手術，醫療機構設置標準並未規定其一定要聘請護理人員。醫院與診所的性質完全不同，我們在

提升護理照護品質上訴求增加 10 億元，是為了讓醫院能運作下去，以前是社區醫院一家家關門，很快會看到，有很多區域醫院、中型醫院會跟著關閉。

三、醫院部門並非反對實施 DRGs，只是希望時程能稍微延後，老實說，在台灣談 DRGs，我還算專家。為能與國際比較，我們必須改以 ICD-10-CM/PCS(International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification/ Procedure Coding System, 國際疾病分類第 10 版臨床修訂/處置代碼系統)之編碼申報費用。為何要晚一點實施 DRGs，因為改用 ICD-10-CM/PCS 編碼後，醫院即需配合修改電腦程式、疾病分類代碼等，院內都是同一批人在做這些事，可想而知若同時實施這兩項措施，衝擊有多大，醫院的人力將更吃緊、電腦作業系統也會更繁忙。健保署很認真地至各地辦了多場說明會，各種在會中反應的意見，請該署應慎處。

滕委員西華

抱歉！先打斷一下，楊委員漢淥所言，我完全了解，但請教個關鍵問題，ICD-9-CM(國際疾病分類第 9 版臨床修訂)轉換為 ICD-10-CM/PCS，目前 matching(配對正確性)的程度如何？我知道改用新編碼(coding)是很辛苦的事，您建議延後實施的理由，原因是從第 9 版轉為第 10 版，在轉碼過程會發生許多困難而將阻礙 DRGs 的實施？我們知道醫院部門很辛苦，能否省略這些鋪陳，直接說明延後實施的理由。

楊委員漢淥

簡單說，ICD-9-CM 的代碼長度為 5 碼，約 1.7 萬項診斷處置代碼；ICD-10-CM/PCS 代碼長度則為 7 碼，約有 15 萬項診斷處置代碼。可想而知其對應的差距有多大。接下來請張協談代表克士從臨床觀點補充說明。

張協談代表克士

一、ICD-9-CM 轉為 ICD-10-CM/PCS，為國際趨勢，醫院部門都願意配合政策共同推動。

二、在 DRGs 部分，醫院部門同樣願意配合政策；但在同時轉換 ICD-10-CM/PCS 與全面實施 DRGs 之際，依現況會遇到以下幾個問題：

(一)ICD-9-CM 轉 ICD-10-CM/PCS 後，某些 DRGs 無法歸類。

(二)ICD-9-CM 與 ICD-10-CM/PCS 之編碼規則及分類邏輯不一樣，當改成 ICD-10-CM/PCS 後，有些會找不到對應項目。

(三)據初步估計，約有 30%的住院案件偏離原有的給付，需再校正確認。

三、建議 DRGs 之全面導入應暫緩，待以上問題解決後再實施。

滕委員西華

健保署能否說明醫界代表所提問題？

鄭主任委員守夏

請健保署說明，從 ICD-9-CM 轉為 ICD-10-CM/PCS，及同時實施 DRGs 是否會產生問題？有困難？

林科長淑範

DRGs 在 ICD-9-CM 及 ICD-10-CM/PCS 的落點，醫界提到有 30% 個案的落點不同，此部分已委託台灣醫院協會進行研究。臨床上同一疾病，第 9 版與第 10 版的疾病碼代表的意義應該一樣，只是編碼方式不同，故理論上兩者在 DRG 的落點應類似。目前醫院協會尚未提出差距 30%的原因為何，是病歷寫得不清楚、或第 10 版的編碼有問題、抑或編審有問題？真正的原因需再進一步釐清。

潘委員延健

主席，請容我補充說明。從 ICD-9-CM 轉為 ICD-10-CM/PCS，有 30%的個案轉換後會有問題，與病歷書寫、編碼對照等可能都有關。會發生此問題，是因為醫院尚在摸索階段。轉換為第 10 版看起來好像大家都準備了，但實際上醫師、疾病分類人員也都還在學習中，

尚需一段時間磨合，提高以第 10 版編碼的準確度。日後全面實施 DRGs 時，希望能有準確的診斷，甚至未來能發展臨床路徑，故前階段診斷的對照正確性很重要；若前面分類錯誤，後面的歸類及臨床治療計畫，會完全亂掉，扭曲原來疾病於住院期間應接受的醫療照護及支付點數。延後實施 DRGs，係希望先提升以第 10 版編碼的正確率，DRGs 的推動期程分 5 階段，目前已實施第 1~2 階段，其對應到第 10 版也只是草案而已，後面第 3~5 階段，連第 9 版都還未做，更何況要直接跳至第 10 版。另外，第 10 版的正確率仍未知，未來支付正確性都是問號，對醫院存在很大的風險。

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、大家都很關心政策改變而影響工作時間，勞基法已公布，兩週工作 84 小時修改為每週 40 小時，1 週差 2 小時，1 天差 25 分鐘，依勞基法第 24 條規定，未達 1 小時無法計算加班，加班 1~2 小時，費用按工資再加給 1/3，加班 3~4 小時則按工資再加給 2/3。
- 二、很多勞工團體反映，因工時改變，明年國定假日從 19 日縮短為 12 日，形成變相減薪，這點醫界為何未提？應該說明真相。而且勞基法工時改變與醫療團體應無衝突，醫療是論件計酬，目前支付標準表所訂支付點數，涵蓋醫師、藥師、護理人員、醫檢師等相關醫事人員費用，雖未涵蓋行政人員費用，這部分可運用掛號費支應，況且醫療團體是自由業亦是競爭產業，看診時間由醫院自行決定，跟工時無太大關聯連性。
- 三、台灣實施週休 2 日已 7、8 年了，不是現在才改變，一般公司行號也採週休 2 日。因應勞基法工時改變不像醫界所想的影響那麼嚴重，須增編 20 多億元。不能因目前安全準備累計餘額達 2 千多億元，就想盡辦法要分配(用)完，這不是最好的辦法。
- 四、105 年度醫院總額，於醫療服務成本指數改變率及人口因素成

長率方面，增加了將近 200 億元，其中醫療服務成本指數改變率約增加 91 億元，本來就可用以調支付標準及人事相關費用。衛福部交付的政策方向寫得很清楚，「提升給付效益及支付效率，強化分配機制：善用『醫療服務成本指數改變率』項目之費用，調整支付標準，並可反映因制度影響所增加之人事成本，合理分配醫療資源」。再次強調，每週工時差 2 小時，影響並不大，且醫療服務成本指數改變率及人口因素成長率已有實質反應。

鄭主任委員守夏

付費者代表還有無補充？

楊委員漢淙

主席！我來說明一下。

鄭主任委員守夏

請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

現在平均每週工時 42 小時，2 週 84 小時；但醫院在人力計算上，須很精確，因採 3 班制，1 日 24 小時由 3 個人輪班，工作時段分別從上午 8 點~下午 4 點、下午 4 點~晚上 12 點、晚上 12 點~隔天上午 8 點；醫院 10 萬名護理人員，每週工時若減少 2 小時，並無法要求他們再多做 1~2 小時，故需增加 4,762 人力，光護理人員 1 年就須增加 33 億元；若再將其他醫事人員、行政人員計入，40~50 億元跑不掉。並非像付費者代表所提 1 天才增加 25 分鐘，延長一下即可，醫院無法這樣做。曾有政府部門的長官說，為何醫院交接班不能快一點，但各班的交接就是需要這麼久，若未交接清楚，可能發生後續醫療問題。醫院的工作時數即使只多 10、20 分鐘，都無法調整，希望大家了解醫院的特性。

謝委員天仁

主席，我想再確認醫院版本。剛剛提到「配合勞動基準法下修每週

工時 40 小時，整體醫務人員(扣除醫師)配置全面調整政策」需增加 24.32 億元、「提升護理照護品質」10 億元、「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」則為 0，其他項目是否均同意健保署所提意見？因在會議資料的醫院版本，有些項目是不同意的。

楊委員漢淙

以上是我們主要的訴求項目。

羅協談代表永達

大家說好先談大項。

楊委員漢淙

剛剛說先提 3 項重要項目。

謝委員天仁

健保署有編列新醫療科技項目，醫院部門則建議「0」。

楊委員漢淙

我們建議的金額不是「0」，而是希望編列在其他預算中。

蔡委員登順

再回應楊委員漢淙所提，勞基法未修法改變工時前，醫院即採 3 班制，並未因工時改變而變為 4 班制，而且沒有規定 1 週排 5 天班，那是醫院的慣例。醫院工作人員休假天數仍依過去慣例，1 天增加 25 分鐘，不致影響班次調動。但醫院要增加人力，付費者代表也不反對，且每年醫療服務成本指數改變率及人口因素成長率都有涵蓋人事費用等相關預算，10 年來說不定已累計了 5、6 百億元。

潘委員延健

一、再回應說明，很簡單的數據，1 天多 25 分鐘，排班 5 天就多 2 小時，剛好又回到 1 週 42 小時，若勞動部同意每週排班 42 小時，不強制週休 2 日，當然不會有問題。勞基法修改相關規定，所衍生的問題並非加班，而是醫院需多聘人力，因每個人無法排那麼多工時，不足的時數，需多聘人力，而非以加班方式處

理。

二、醫療服務成本指數改變率及人口因素成長率，無法認定是否已反映人事成本，因其為落後指標，105 年計算方式係採 103 年相較 102 年的平均薪資，係反映過去的成本，且採平均薪資。剛剛提到排班所增加的人數，是數量增加，兩者並不相同，不能直接相抵。

三、政府既然要推動政策，勢必產生成本，大家必須先認清此事實，然而成本由誰吸收？若強制推動，所增加的人力成本難道全部要醫院吸收嗎？請大家思考。

鄭主任委員守夏

先請楊委員麗珠

楊委員麗珠

剛剛聽到謝委員天仁說「絕不」，心情真的是跌到谷底！很感謝委員們一直以來對「提升住院護理照護品質」預算的支持，讓我們能藉此提升護理人員薪資，留住人力；這幾年來好不容易增加了 6、7 千人，已逐漸看到護理人力增加的效果。委員們十分關心因護理人力不足而關床，影響到病人的安全，我們護理團隊花了兩年時間收集資料，好不容易在去年爭取將護病比納為醫院評鑑重點項目，並自今年才開始實施護病比與住院護理費給付連動的機制。為何 105 年一定需再編列預算？因為制度在 104 年才剛啟動，以醫學中心為例若達到 1 個護理人員照顧 8.5 位病人，住院護理費的支付點數才加成 9% (增加 57 元 700 元/日)。懇請付費者委員們支持本項制度繼續編列預算提高加成額度，鼓勵醫院增加護理人力，讓護理人員照顧的病人數減少，病人的安全也會更好。讓護理人員照顧的病人數能真正達到委員們期望的目標，請委員們幫忙再予考量，謝謝！

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

- 一、自明年 1 月 1 日起勞基法將每週工時改為 40 小時，以前醫事人員並不適用勞基法。我在勞動部及勞委會的相關會議，已擔任 30 幾年委員，勞動服務法、施行細則等相關配套措施尚未提至立法院討論，現在就要編列這筆預算，我認為時間早了點。
- 二、每年的醫療總支出將近 1 兆，健保占 6 千多億元，不能用 1 兆的人力標準，來計算 6 千億元所需的人力，企業經營者會用不同的比例來計算。提出以上看法供參。

謝委員天仁

請問醫院代表對其他項目還有無意見，付費者需要召開內部會議討論建議方案，以有進一步的協商進展。

鄭主任委員守夏

請問醫院代表還有無希望再爭取預算的項目，請盡快說明。

羅協談代表永達

付費者代表建議先提 3 個重要項目，所以才將最重要的項目先提出。謝委員天仁所提新醫療科技項目，去年協商時我們即主張移列至其他預算，嚴格控管，因該項目充滿很多變數。請委員參閱會議資料第 64 頁健保署所提供的數據，以新特材為例，101 年剛收載時申報費用點數為 1.921 億點，102 年增為 6.948 億點，103 年增為 8.654 億點；至於藥品，每年均約有 50~60 億元的差額。健保署說有替代率問題，但因其中變數很多，致使醫界不敢答應新增任何新藥、新科技。今年還是秉持去年的訴求，希望將新醫療科技項目編列於其他預算。

謝協談代表文輝

- 一、再補充說明，本項爭議很大。會議資料第 64 頁健保署所提供的統計數據，每年新藥都有 50~60 億元差額，若編列在一般服務項目，則須由醫療院所承擔全部財務風險，我們承認有替代率，但沒人能明確提出替代率的正確數據，既然有風險，就不

應列在一般服務項目，而應列在其他預算，俟實施5年穩定後，再移回一般服務，穩定後當然就由醫界承擔責任。

- 二、很多新藥，第1年編列的預算都較實際支出高，例如104年新藥編列10億元預算，可能僅支用3、4億元，醫院也不想拿不明不白的錢，但第2、3年支出可能就會超過原編預算，所以應移至其他預算，待5年穩定後再移回，較無爭議。
- 三、初期無法得知替代率等風險時，應由大家一起承擔責任，單獨由醫院承擔不合理；如果移列至其他預算，大家都不吃虧。第1年若只支用3億元，也無須編到10億元預算；第2年支用11億元，若編列11億元，醫院也不會多拿一毛錢；等5年後穩定了再移回一般服務，對醫院的財務才不致產生太大衝擊，這樣也符合健保法第26條新增項目要編列足夠預算的精神。編列在其他預算，醫院也占不到便宜，花3億元就支付3億元，不會像編列在一般服務，花3億元卻要編列10億元預算。

鄭主任委員守夏

感謝委員文輝。新醫療科技項目於去年協商時即已討論，醫界代表說得很清楚，請付費者代表考慮。請問還有無補充？

楊委員漢淪

- 一、基本上醫院部門並不反對編列新醫療科技預算，但今年編列5億元，若僅支用1千萬元，未用完預算還要扣減；而明年若花費5億元，醫界卻要自行吸收，這沒道理。所以才建議先編列在其他預算的專款中，等穩定後再移回醫院的一般服務項目。
- 二、醫院部門與健保署版本，最大的差異有下列幾項，一為「配合勞動基準法下修每週工時40小時，整體醫務人員(扣除醫師)配置全面調整政策」所需增加之費用；二為「提升護理照護品質」。至於「配合安全針具推動政策之費用」係依法編列的項目，醫院部門與健保署相同，皆編列1億元。專款部分，除「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」外，基本上與健保署編列的預算完全相同。

鄭主任委員守夏

請健保署說明 DRGs 的部分。

龐組長一鳴

- 一、就 DRGs 補充說明，全世界實施 DRGs 的國家有兩個最基本原則，一為預算中平，另一為周延互斥。預算中平原則，就是不會因實施 DRGs 而影響對這類服務的總支出，但我國在總額支付制度下，還另編列預算鼓勵推動 DRGs，所以在台灣實施 DRGs 會增加健保支出。至周延互斥原則，就是所有臨床狀況，在 DRGs 分類下都可找到適當分組。
- 二、DRGs 的另一個特色為滾動式成長，剛剛醫界提到編碼從 ICD-9-CM 轉為 ICD-10-CM/PCS 的問題，全世界最近幾年都有遇到改碼的問題，且也同時實施 DRGs 及 ICD-10-CM/PCS。有爭議的技術細節部分，可透過討論、協商或參考其他醫令資料尋求解決方法。
- 三、昨天醫改團體大力要求同病同酬制度，DRGs 就是住院同病同酬的支付制度。若無住院同病同酬制度，則無法發展門診同病同酬制度，亦即，制度須循序漸進。站在醫療合理發展立場，也避免發生昨天醫改會發布新聞稿(健保應推「門診瘦身計畫」，別讓「醫學中心」淪為「輕症門診中心」!)所指情形，若制度能朝同病同酬發展，醫院即不會有像醫改會所批評的情形，建議明年如期實施 DRGs。

鄭主任委員守夏

剛剛的說明已很清楚，付費者代表還有無詢問？若無其他事項，請雙方就需要各自召開內部會議討論共識方案。其實兩造之間都知道對方在想什麼，所以即使再說明，幫助也不大。

楊委員漢淙

- 一、龐組長一鳴提到有爭議的技術細節，可透過討論、協商或參考其他醫令資料來解決，我相當認同，但之前並未有充分的時間

討論、協商，因此，希望能先充分溝通，晚一點再實施。昨天醫改會新聞稿提到的是門診問題，與 DRGs 無關，因 DRGs 只適用住院案件，其能縮短住院天數，尤其內科病人可能比外科病人減少更多的住院日，鄉下醫院的病人可能比城市醫院的病人減少更多住院日數，但住院天數減少的議題，應是付費者代表較擔心才對。滕委員西華亦曾多次表達、關切人球問題，不過台灣醫院的同仁都很善良，應不至於產生人球問題。

二、目前實施 DRGs 的項目約僅占住院費用 62%，癌症等重大疾病是排除，因此實施 DRGs 有何影響？我的回答是不會有影響，因都框列在總額內；但對個別醫院、個別專科有影響，這也是為何多數醫界認為不可全面實施 DRGs 的原因，因還須時間準備。

鄭主任委員守夏

謝謝！請大家把握時間。

林協談代表宗憲

一、主席、各位委員，大家好，我是心臟科醫師，就 DRGs 提出意見。高屏分區的資料顯示，明年 1 月若第 1~5 階段全面實施，會產生很多問題。影響最大的是外傷，點值會掉到 0.8，其為重症，燒傷也屬重症，還有內科等，此均影響第 1 線醫療人員的士氣，因 trauma(外傷)、burn(燒傷)點值全都變成 0.8 多。

二、其次，南部地區的點值又比北部地區差，當然這是依 ICD-9-CM 計算的結果。若明年 1 月全面推動第 1~5 階段 DRGs 項目，並以 ICD-9-CM 來計算，相信也同樣會產生問題。現在根本不知道由 ICD-9-CM 轉為 ICD-10-CM/PCS 對應的 DRG 編碼及支付點數，僅單純以 ICD-9-CM 設算，即對急重症的第 1 線醫療人員產生很大影響。登革熱治療屬內科系(註：登革熱的住院會排擠其他內科個案的住院，進而拉低整體的 CMI 值)，也受到很大的影響，何況還有從 ICD-9-CM 轉為 ICD-10-CM/PCS 的變數，醫界根本不知道未來在哪？醫療最重要的即是精準、精

確，但若不知道問題在哪，會讓醫界非常憂心。我們願意配合推動 DRGs，但現在看到的資料是這樣，更不要講 coding(編碼)的問題，及從 ICD-9-CM 轉為 ICD-10-CM/PCS 的問題。

鄭主任委員守夏

請陳代理委員炳宏。

陳代理委員炳宏(李委員永振代理人)

- 一、剛才大家都聚焦在一般服務費用的成長，現在煩請轉移至專款項目的預算經費，除了關注其健保資源使用的社會效益，我要提的是藥廠的社會公益。請參閱會議資料第 80 頁，「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」之預算，健保署與醫院部門同樣都編列 89.525 億元，相較 104 年增加 11.25 億元，成長率為兩位數非常顯著，達 12%；但比較同屬專款科目的「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」預算編列 41.62 億元，也才成長 4%。
- 二、參閱健保法第 75 條，罕見疾病用藥採購是不受該條文管制，而本項預算使用社會資源將近 90 億元，剛剛花那麼多精神在討論諸如每週工時，其或多或少會產生社會效益，但「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」本項幕僚補充意見欄之第 3 點評核委員意見指出，血友病已有人 1 年藥費高達 8 千萬元的案例；健保署意見欄預估本項 105 年需 89.525 億元，成長 12%，若繼續 12% 成長，推估 106 年該項預算會變多少？其經費將破百億元規模！希望討論過程，大家也能關注藥廠的社會責任，有否公益心、行公義。【註：健保法第 75 條規定，保險醫事服務機構申報之保險藥品費用逾主管機關公告之金額者，其與藥商間之藥品交易，除為罕見疾病用藥採購或有主管機關公告之特殊情事外，應簽訂書面契約，明定其權利義務關係】

鄭主任委員守夏

時間已差不多，請簡短發言。

劉協談代表碧珠

有關「因應醫療照護整合政策暨服務效率提升成效」項目，扣減醫院部門 1.17 億元，我們之前曾向健保署反映，必須向付費者代表說明...

謝委員天仁

不用再講了！剛剛已提過該扣的還是要扣，但會在其他項目補回並列明。

鄭主任委員守夏

請雙方各自召開內部會議討論 10 分鐘，盡量不要超過 15 分鐘。

滕委員西華

4 千多億元預算，需要 15 分鐘。

鄭主任委員守夏

好，15 分鐘。在各自召開的內部會議，若有需要，雙方都可邀請專家學者參與討論。

(付費者及醫院代表各自召集內部會議討論約 31 分鐘)

鄭主任委員守夏

請委員及與所有與會代表回座，付費者委員尚有人未入座？沒關係，主談者已入座。請付費者代表先說明，並請幕僚同仁投影付費者版本。從現在開始協商數據，不需再提理由或試著說服對方，因雙方都已了解彼此想法，效果不大，現在是想辦法讓雙方各退一步。請滕委員西華。

滕委員西華

大家辛苦了！先報告付費者代表的建議方案：

一、一般服務之協商因素項目：

(一)「品質保證保留款」，我們對各部門有一致性原則，獎勵對象不超過 6 成，以 6 成為上限，不是人人有獎，金額則照列。

- (二)「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材)」，同意依健保署意見，編列 18.535 億元，列在一般服務項目而非其他預算中。
- (三)「提升兒童照護品質」，不支持再增編列預算，成長率為 0%。
- (四)「配合安全針具推動政策之費用」照列(健保署意見)，預算 1 億元。
- (五)「提升護理照護品質」，這次很難再支持，故成長率為 0%。
- (六)「配合勞動基準法下修每週工時 40 小時，整體醫務人員(扣除醫師)配置全面調整政策」，也很難支持，故成長率為 0%。
- (七)「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」照列(健保署意見)。
- (八)「因應醫療照護整合政策暨服務效率提升成效」照列(健保署意見)；另新增「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目，肯定醫院照護病人的付出，增列 1.17 億元。

二、專款項目：

- (一)「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」照列(健保署意見)，預算 41.62 億元。
- (二)「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」照列(健保署意見)，預算 89.525 億元，不過有但書：因費用成長快速，希望健保署能於 105 年 6 月底前提出專案報告，以利檢視罕見疾病、血友病、類血友病是否有合理管理。
- (三)「醫療給付改善方案」照列(健保署意見)，預算 8.763 億元，但應再提升各計畫之照護率，每項疾病照護率應較 104 年增加(成長)50%，未達目標則按比例扣減。
- (四)「急診品質提升方案」照列(健保署意見)，預算 1.6 億元，希望能紓解醫學中心急診壅塞情形。
- (五)「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」，照健保署意見，

預算 11.14 億元，並請健保署於 105 年 6 月提出 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 之執行情形專案報告。

(六)「醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案」，預算 0.6 億元、「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」，預算 8 億元，均照列(健保署意見)。

謝委員天仁

再補充說明，「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材)」之協定事項，希望健保署於 104 年 12 月委員會議提報擬調整之相關項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度。

鄭主任委員守夏

付費者代表已說明所有協商項目、數據與協定要求，現再檢視一下雙方版本的差異。付費者代表版本，若再加上門診透析成長率，較 104 年度核定總額，成長率為 5.672%，幾乎達行政院核定的上限 5.8%，與醫院版本的成長率，非常接近。接下來請醫院代表說明。

楊委員漢淙

謝謝付費者代表體諒醫院的困難，把我們想做的通通刪掉，不要的項目通通加進來。我們認為最困難而希望大家能接受的項目，是勞基法工時調整之政策配合，其對醫院確實造成很大衝擊；醫院計算人力的方式與一般工廠不同，護理人力確確實實占醫院 40%，一旦護理人員減少，醫院只能關床，沒有第 2 條路可走，且政府法令及醫院評鑑的要求都很嚴格，但這兩項的成長率卻都是「0」。講白一點，原來醫院部門未列或列在其他預算的項目，通通搬回醫院總額，但我們剛剛費很多唇舌說明的兩大訴求，均未獲得付費者代表善意的回應。謝謝！

鄭主任委員守夏

所以醫院代表是沒有意見，還是不用再談？

滕委員西華

是沒意見，按照付費代表所提版本嗎？

謝協談代表文輝

感覺好像已沒什麼好說的！

鄭主任委員守夏

依主談者楊委員漢淙所表達的意見，請問醫院部門的意思是接受嗎？

滕委員西華

若不接受，請說明不接受哪一項。

謝協談代表文輝

剛剛已提過 2 項了！

楊委員漢淙

最主要的意見，是希望大家能考量勞基法工時改變及護理人力的費用，若付費者代表認為預算編列太高，我可以接受並略做調整。但現在付費者代表編列的預算為「0」，不曉得「0」代表什麼？「0」就是沒有，不是嗎？這 2 項是讓醫院順利營運很重要的項目，請付費者代表能再考慮一下醫院的困難。謝謝！

潘委員延健

主席！

鄭主任委員守夏

哪位先？(潘委員延健示意先讓謝協談代表文輝發言)請謝協談代表文輝。

謝協談代表文輝

一、醫院堅持這 2 點的原因如下：

(一)「提升護理照護品質」，預算雖已編列多年，但該項經費每年都全數執行，且衛福部也有調查，護理人員調高薪水的幅度約 5~6%，10 萬名護理人員調薪最起碼需要 40、50 億元，每年編 20 億元，缺的 20、30 億元從哪裡來？我覺得

應分年逐步調整至衛福部所調查的幅度。

(二)無法認同醫院可要求員工每天多工作 25 分鐘，而無須支給加班費的說法，這是不可能的事情，而且也無法彌補因法所規定的每週工時減少 2 小時。醫院 1 年 365 天，每天 24 小時都要排班，無法技巧性地週六、日休診，雖有醫療服務成本指數改變率及人口因素成長率，但其為落後指標，落後 2 年反應，且調查項目是薪資的單價，但本項是增加人力，人數增加後也無法反映其成本。在這裡討論這麼簡單與基本的問題，對羅委員紀琮而言，是很大的笑話，羅委員應不好意思開口。依現行計算公式，就是落後 2 年的指標，無法反映 105 年的實際情況，若說可於 105 年調整，是空口白話、欺騙社會。

二、這 2 項重點，若無法解決，我們也尊重付費者代表所面臨的壓力，覺得可以兩案併陳，不要浪費大家的時間。

謝委員天仁

我們同意這樣的意見，剛剛已談過，以醫院所提版本，我們絕對不可能同意。付費者代表的方案，比健保署編列的預算還多，我們參考健保署意見所提出的方案，若醫院不能接受，就兩案併陳，請衛福部決定。

楊委員漢涇

再嘗試說明，最近台南長榮大學護理系，開出若醫院捐助 100 萬元獎學金給 10 名學生，則保證畢業後可有 10 名護理人員去其醫院工作之條件，我估算 1 個人就要 10 萬元，心想應沒有醫院願意捐錢，但竟有 10 幾家醫院表達有意願。1 年編列 20 億元，看似很多，若以 10 萬名護理人員計算，1 人 1 年只有 2 萬元，1 個月只有 1,666 元。然而，醫院護理人員調薪的幅度遠高於此，仍聘請不到護理人員，對醫院來講是很大的壓力、困難，希望大家能體諒此事實。

鄭主任委員守夏

若付費者代表沒有再談的意願，醫界想再說服，似無太大機會。楊委員麗珠想扭轉情勢嗎？可以試試看！

楊委員麗珠

再補充說明。還是要拜託大家，今年才實施住院護病比連動的支付方式，目前確實尚無明確資料可看出我們努力將護理人員安排在住院一般病床的部分。但是從今年評核會議的資料，可看到 103 年比 102 年急性一般病房增加 273 名護理人員，但門診部分也增加了 243 人。我們希望能編列預算、提升住院護病比與住院護理費連動給付，運用於急性一般病房增加護理人力。拜託付費者委員們再多予考慮編列預算，並設定持續監測預算的支用情形條件，以激勵護理人員能進入職場並留在職場。

鄭主任委員守夏

我們在非常平和的氣氛中，決定兩案併陳衛福部決定。醫院部門討論至此，進行下個總額部門的協商。

謝委員武吉

主席，我都還未發言。

鄭主任委員守夏

並未規定每位委員都一定要發言。

謝委員武吉

我還是有話要說。在座委員、協談代表，今天辛苦了！主席剛說明要兩案併陳，在此陳述個人意見。今天既然無法達成共識，這是我們心裡的痛、也是心裡的苦，對雙方都一樣。要兩案併陳部長決定，我們心裡都在掉眼淚。社區醫院代表在此要提出方案，係真正考量及體恤社會經濟的現況與困境，尤其外界已經嚴重批評健保包山包海。依據二代健保修法主要的收支連動精神，必要時甚至可以減少給付項目及範圍，今天並未如此，至少也應維持現狀，以醫療服務成本及人口因素成長率為上限，不要再增加任何項目。我們提出的方案，請併陳衛福部，至少讓外界看到健保會委員及醫院代表，也

深刻體會社會大眾的艱辛萬苦，健保會的各位委員並非像不負責任的政客，拼命開支票，到頭來還是全民買單。我在這裡感謝各位，希望只列入醫療服務成本及人口因素成長率，其餘項目則不要再增加。

鄭主任委員守夏

這是謝委員武吉個人意見，因為醫院部門代表與付費者代表是對等協商，在將醫院與付費者版本報請衛福部決定時，會將謝委員武吉的意見列為個別委員的意見陳述。

何委員語

主席、各位委員，我在9月4日早上行政院政務顧問會議中，有提出10項書面建議，寫得很清楚，其中第二項係向毛院長及蔣部長建議，105年度所協商的總額若報衛福部決定時，請毛院長及蔣部長務必支持付費者代表意見，若未依照付費者代表意見，17位付費者代表所屬之工會團體、工商團體等，將聯合舉辦記者會，向社會大眾報告整個實際情況，我並會在下次的政務顧問會議中，會很大聲地向院長表達抗議。請將我的意見列入，謝謝！

鄭主任委員守夏

何委員語在每場協商都有做此宣示，並非針對特定總額部門。本場次協商至此，請大家休息、吃便當。請幕僚同仁邀請中醫部門的協談代表進入會場準備協商。

楊委員漢淪

我覺得協商用威脅語氣，不太好，我們尊重不同團體的不同意見，如果要用訴諸媒體的方式，大家都可以這樣做。

鄭主任委員守夏

休息30分鐘吃便當。等一下還有兩場次要協商，很抱歉！先說明，我們並未準備宵夜，必須把握時間。

**肆、105 年度總額協商—「中醫門診總額」
(104 年 9 月 18 日)與會人員發言實錄**

肆、105 年度總額協商—「中醫門診總額」(104 年 9 月 18 日)與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

- 一、中醫部門代表已就座，請問本場次付費者代表主談者是哪位？(吳委員玉琴舉手示意)付費方主談者為吳委員玉琴。現在開始進行中醫門診總額協商，請同仁準備計時。
- 二、按照慣例不進行報告，請中醫部門代表直接針對健保署草案有不同意見，或非常期望付費者代表支持的項目提出說明。前面場次付費者代表認為只要提出三項重點項目即可，有共識就通過。請中醫部門代表說明，盡量講重點。請施協談代表純全。

施協談代表純全

各位委員辛苦了！針對幾個重點補充報告。首先，中醫部門最關心的項目是「校正診察費合理量計算公式」，先聲明本項不是調整支付標準，而是處理制度的不公平。中醫療程(註：依支付標準，針灸、傷科及脫臼整復需連續治療者，同一療程以 6 次為限，實施 6 次限申報一次診察費)，都是由中醫師親自執行，每次療程都會進行診察及處置。但療程中第 2~6 次並未支付診察費，且處置費比診察費還低，處置費也設有申報合理量，30 人次以上打 9 折，45 人次以上就不支付。最慘的是還被納入合理門診量計算。

鄭主任委員守夏

對不起！打岔一下。如果沒看錯，健保署草案是同意編列 1.5 億「校正診察費合理量計算公式」項目，成長率 0.683%。

施協談代表純全

- 一、健保署雖同意編列預算，不過有但書，只同意編列 1.5 億元，且往後不再續編本項預算。若要 1 年就處理好本件歷史包袱，需要 4.5 億元額度，不是 1.5 億元(中醫部門草案為增加 4.5 億元，分 3 年校正，每年 1.5 億元)。
- 二、剛剛提及同一療程第 2~6 次未支付診察費，若同一療程第 1~6

次都支付診察費，則合計約需 32 億元；若療程中之處置費比照診察費予以調升支付標準，則約需 16 億元；若僅校正診察費之合理量計算公式(即針灸、傷科及脫臼整復同一療程第 2 次以後之就醫不併入每日門診量計算)，也需 4.5 億元。所以健保署僅同意編列 1 年 1.5 億元，該預算無法解決此歷史包袱，這是中醫部門與健保署想法上的差距。

- 三、關於「醫療資源不足地區改善方案」，中醫部門與健保署版本只差 4 百萬元，是差距最少的項目。跟委員報告，今(104)年第 4 季「醫療資源不足地區改善方案」的點值只剩 0.88，預算已不敷支用。
- 四、至於「學齡兒童過敏性鼻炎專案照護計畫」，健保署認為有法規適用的問題。跟委員報告，若屬試辦計畫性質，可以不受法規約束。衛福部對於中藥藥品設有規範，手邊是「台灣的中藥典」，雖然衛福部對「中藥材」尚未核發藥品許可證，只有核發「中藥製劑」(中藥藥品)藥證，並對中藥藥品所含的藥材，規範於藥典中。若本計畫可獲支持，中醫將針對水煎藥劑內含之中藥材予以詳細規範，並非如健保署所言沒有規範(註：健保署建議水煎藥劑應先取得衛福部藥品許可證，並納入健保藥價基準收載後再議)。
- 五、關於「第 9 章特定疾病門診加強照護--新增乳癌、肝癌」項目，目前只有實施腫瘤病患的住院會診，本項是希望讓這類病人在一般中醫門診也能繼續接受照護，與原來僅包括住院照護不同。
- 六、最後一項係「中醫住院試辦計畫」，建議編列在「其他預算」項下，因不屬目前「中醫門診總額」之範疇，所以沒有違法的問題。另外，健保法明訂可以給付中醫住院服務，只是一直未辦理，導致民眾若選擇中醫住院，則需自費。中國大陸有 65 萬張中醫住院健保病床，韓國有 1.5 萬張中醫住院健保病床，健保都有給付。中醫部門此次很保守地僅針對「腦中風」及「腫

瘤患者手術、化療、放射線療法後照護」兩種疾病，提出中醫住院照護試辦計畫，期紓解急重症病床的壓力，這兩種疾病的醫學證據最充分，所需要的預算也最少。經推算，預算應該不須 6 千萬元(中醫部門草案原提預算為 6 千萬元)，依照過去的經驗，完成行政程序後大概會拖到 4、5 月才實施，預算可再打 6 折，約需 3.6 千萬元，希望提供民眾選擇中醫住院的機會。

七、有關合理量的計算公式，中醫部門已經委屈 20 年了；而中醫住院部分，則是委屈民眾 20 年來都沒有健保給付。這部分請委員認真思考及支持，以上就與健保署有差距的項目提供補充說明。

鄭主任委員守夏

謝謝施協談代表純全的簡要說明，請問付費者代表有無需要請教？請謝委員天仁。

謝委員天仁

先請教健保署，對於中醫部門所提出「校正診察費合理量計算公式」項目，讓付費者代表有昨是今非的感覺。到底問題出在哪裡？去年健保署建議我們否決本項中醫部門提案，今年卻建議接受。到底問題出在哪裡？

何委員永成

去年健保署的意見也是同意編列本項預算。

施協談代表純全

去年健保署同意中醫部門的草案，可能中醫部門努力不夠，說明不夠清楚，所以在去年並未獲得委員支持。

謝委員天仁

現在還是不了解，為何處置不須列入合理量計算？一個人一天只有 24 小時，中醫師也要吃飯、睡覺，其他時間執行診察、處置職務，都需花費時間。為避免過度看診、處置，所以才會有合理門診量的設計。問題不在合理門診量，而是處置本身的支付標準是否合理。

合理門診量的觀念並沒有問題，如果一天執行 100 個處置，服務量是否過度？是否應該管理？應該正本清源，若是處置費或其他項目(如藥費)之支付不足，療程處置費只有 200 多元，又被列入處置費及診察費的合理量計算，變成拿少而合理門診量被多扣，問題的癥結應在此，所以並非合理門診量的問題，應該針對此問題導正。各部門的門診都設有合理門診量計算方式，為何中醫師花時間做處置，卻不納入合理門診量管制！請健保署說明到底問題出在哪裡？

李副組長純馥

- 一、先向委員說明，中醫處置並非沒有合理量，而是有另外一套計算邏輯。針對各項處置(針灸、傷科、脫臼整復)設有每月看診日平均申報量，所以是有上限，超過上限部分會先打折，最後不予支付。
- 二、過去這些年來，中醫計算門診合理量時，確實會對針灸、傷科及脫臼整復同一療程第 2~6 次的就醫，只支付處置費未支付診察費，且併入各階段的合理門診量計算。這樣確實造成提供內科及針傷科服務的中醫診所，在診察費的支付上低於單純只有申報內科案件的中醫診所。
- 三、如同西醫基層部門的合理門診量，中醫部門的合理門診量也是依照不同的門診服務量(人次)，分段支付不同的診察費(即人次較低部分診察費較高，依序遞減)。每段合理門診量可能有 25~30 個申報人次，目前是將同一療程第 2 次以後的就醫，併入合理門診量計算，但未支付診察費。對同時申報內科及同一療程案件的院所而言，可能各階段的申報人次只有 10~20 人次有支付診察費(餘人次為同一療程第 2 次以後的就醫)，就須跳至下一段計算診察費。這是目前不太公平之處，所以健保署同意「校正診察費合理量計算公式」項目，有申報診察費者才列入合理量計算。

謝委員天仁

還是不太了解，為何中醫師執行處置的人次不用考慮納入合理門診

量管理呢？

李副組長純馥

處置也訂有合理量加以管控，也有規定每月看診日平均申報量。

謝委員天仁

所以處置部分是在計算「處置合理量」後，在「診察費合理量」又重複計算一次？

李副組長純馥

對！

謝委員天仁

那健保署應該要彌補呀！（中醫部門代表表示：對啊！）

李副組長純馥

對！

施協談代表純全

我們真的被計算2次，其實療程中每次都有進行診察，若需作處置，則其費用的時間比診察還久，但處置費卻比診察費還低。診察費約310~320點，而處置費只有210點（針灸、傷科治療處置費）；且處置費210點還包含藥費，又被列入處置合理量及診察費合理量計算，所以被折算2次。

鄭主任委員守夏

請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

一、中醫部門是今天各部門總額協商的最後一場次，希望能很快討論出結果。謝委員天仁提及合理門診量部分，其實去年協商104年度中醫門診總額時，已於「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目，補給中醫部門1.2億元，由中醫部門內部調整。看起來中醫部門覺得還不夠，所以今年又重提，但是否需每年重提？這是付費者代表覺得需要考慮之處。

- 二、另中醫部門將「第9章特定疾病門診加強照護--新增乳癌、肝癌」項目列在一般服務，日後本項預算會直接滾入基期，都還不知道成效如何？怎會直接列在一般服務呢？這也是付費者擔心的部分。
- 三、至於「西醫住院病患中醫特定疾病加強醫療試辦計畫」專款項目，新增「脊髓損傷服務」，惟本項試辦計畫的預算執行率103年為78.2%、104年1~6月也只有42.0%，離100%尚有差距，需要新增預算嗎？中醫部門在原額度內提供脊髓損傷服務有困難？
- 四、有關「學齡兒童過敏性鼻炎專案照護計畫」，健保署指出水煎藥劑目前並未取得衛福部核發之藥品許可證。剛剛中醫部門也提到要符合法規，回歸中藥管理制度。請問中醫界要如何解套，明年有可能解套嗎？本案成立前提還是需符合法規，委員也無法同意違法的事。國家對於水煎藥劑的認可程度如何？這部分不是付費者的專業，還需請中醫界提出整體說明。
- 五、剛剛中醫部門提到「中醫住院試辦計畫」，將針對腦中風及腫瘤患者手術、化療、放射線療法照護等兩種疾病進行試辦。請問療程約需多久時間？中醫部門提及中國及韓國都有中醫住院病床，但如何管理？如何規範住院天數？會不會產生醫療資源濫用？剛才你們已經自行減列費用至36百萬元，雖然該筆預算不是很多，但委員關心的是如何善用這筆預算，有無相關的管理規劃？

鄭主任委員守夏

付費者代表還有無問題要請教？請謝委員天仁。

謝委員天仁

照健保署的說法，過去中醫部門合理門診量的計算方式錯誤，但總額本身並沒有錯誤。怎麼變成付費者還要貼錢？請告訴我邏輯何在？

鄭主任委員守夏

就我印象，應該與之前中醫傷科推拿不是由中醫師親自為之有關，支付標準當初會這樣訂，可能有其時空背景，後來規定中醫傷科推拿要由中醫師親自為之(註：前健保局於 100 年修正支付標準，傷科治療及脫臼整復等，限未設民俗調理的中醫院所申報)。印象中，這在 3、4 年前鬧得還不小，是否與此有關，付費者代表可以考慮。請施協談代表純全。

施協談代表純全

- 一、中醫部門建議新增的乳癌、肝癌門診加強照護服務，已有多篇實證醫學報告支持。近年來發現西醫住院的癌症病人會診中醫人數逐漸減少，有些是移至整合門診治療。所以中醫部門希望將原來的住院會診服務改至門診提供。此項新增的特定疾病門診照護計畫，與原來的「西醫住院病患中醫特定疾病加強醫療試辦計畫」不同。
- 二、對於水煎藥劑補充說明，世界各國都只有對水煎藥劑的炮製廠認證，但並未核發藥品許可證。炮製廠係依據國家制定的藥品標準認證，所以品質管理不會有問題。若委員同意編列本項預算，將邀集中醫藥司及中醫界，針對過敏性鼻炎所使用的藥材，依照藥典訂定細部規範，並提健保會確認。所以水煎藥劑雖然沒有藥證，但有國家藥典規範。本項預算為專款專用，若未用完也會留在健保基金。
- 三、關於「中醫住院試辦計畫」，會在西醫醫院附設的中醫部門試辦，因此，中醫病床一定會符合醫療機構的設置標準；收案條件也一定符合西醫收治住院的標準，這些將來都會被檢驗。通常腦中風住院療程平均約 7~10 天不等，由於住院收治標準與西醫住院相同，所以不會有社會性住院或因商業保險而住院的現象。現在很多符合西醫住院的病患，若選擇中醫住院，需要由商業保險或自費支付住院費用，對民眾而言是不公平的。如果本案通過，在這麼少的預算下，可讓民眾多一種住院選擇，

才是符合民眾期待的作法。因為試辦的成效將來都會被檢視，我們經過審慎考慮，特別挑選較具實證療效的兩種疾病試辦，不然做了兩年專案計畫後，若因無成效而被取消也不好，我們須要對歷史負責。

鄭主任委員守夏

請問付費者代表還有請教或需中醫部門再說明嗎？或者就先召開內部會議討論金額。請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

請問「第9章特定疾病門診加強照護--新增乳癌、肝癌」的預算是直接滾入一般服務的基期嗎？因沒有試辦過，並不清楚未來照護人數有多少？

施協談代表純全

中醫部門同意本項改列專款項目。

謝委員天仁

主席，我的問題，健保署還未答覆。剛剛講得很清楚，合理門診量的公式問題，造成個別中醫師分配健保總額的比值產生變動，但總額預算並未因此而少給中醫部門，只是有些人多分，有些人少分。既然總額沒有少給，為何要補給中醫部門？我要請問健保署此問題。

施協談代表純全

我可以回答嗎？

謝委員天仁

我要請問健保署，錯誤是健保署造成的。

鄭主任委員守夏

請健保署李副組長純馥。

李副組長純馥

校正診察費合理量的計算公式，會造成整體支付點數上升，但並沒

有產生醫師分配費用挪移的結果。原來只申報中醫內科案件的醫師診察費支付不受影響，而針灸、傷科等同一療程第2次以後的就醫，排除納入門診合理量計算後，其診察費的支付點數會上升。過去的計算方式確實讓中醫整體申報點數下降。

謝委員天仁

過去總額並未少給，為何現在要多給？這是中醫內部分配健保總額的比值產生變動，有些醫師多拿，有些醫師少拿的問題。不是總額變少了，就跟西醫一樣(以往西醫基層總額調整合理門診量天數，並未另給予總額成長率)。所謂過去點數下降是內部分配的結果，不是總額多寡的問題。

施協談代表純全

報告委員，是真的少給了！而且還滾入基期，在健保一開辦就少算了，當時刻意利用很多支付方式，降低診察費的支付，相對於各總額部門，中醫診察費的計費基礎較低。而且在實施中醫門診總額前就已經這樣，真的是少給了！並非內部分配的問題。

謝委員天仁

請健保署回答此問題。跟西醫基層的合理門診量一樣，修改每月看診日數的計算方式，當然會造成內部的比值變動，但並未影響總額；中醫部門的情況也一樣，針傷科做得多就多拿，屬內部科別的消長。

何委員語

傷科執行多的中醫師目前是少拿。

施協談代表純全

這是制度設計不公。

謝委員天仁

我要說的是校正合理門診量公式後，總額的餅一樣大啊！

龐組長一鳴

- 一、這有歷史因素，我來說明。健保剛開辦時，有些推拿業務並非由中醫師親自執行，後來醫療法重新解釋，規定傷科治療及脫臼整復需要由中醫師親自執行，現在都是按照規定辦理。從前有段時間，法規容許推拿業務由中醫助理執行。當時部分中醫診所會聘請中醫助理執行推拿業務，有些則由中醫師親自執行。因為請中醫助理執行推拿業務的診所，其推拿處置的申報量非常大，所以才會透過合理門診量的支付制度達到控制量的效果。後來中醫推拿政策有再改革，將不合理的部分取消，但配套措施未立即配合修改，才會衍生今天須調整合理門診量計算方式的情形。
- 二、建議中醫部門爭取本項費用時，應該具體說明改由中醫師親自執行推拿業務後，對於提升整體推拿品質的影響，如此對委員了解本案較有幫助。

蔡委員登順

當時協商 101 年度總額預算時，對於非中醫師執行推拿業務的部分爭議不斷，有些委員要求扣減 14.8 億元，有些委員則要求扣減 2.2 億元，最後是扣減 2.2 億元。依照中醫部門合理門診量的規定，服務量大的醫師，其門診診察費的支付點數會下降，即當每位專任中醫師每月看診日平均門診量在 25 人次以下者，每人次支付點數 320 點；超過 25 人次，但在 50 人次以下者支付 230 點；超過 51 人次，但在 70 人次以下者支付 160 點，傷科部分連續處方箋可看診 6 次，第 2 次開始沒付診察費但算診次量，是有些不合理。

謝委員天仁

我要把事情弄清楚，當時減列 2.2 億元，是因為量 down(降)下來(註：協商 101 年度總額預算時，100 年中醫傷科及脫臼整復之申報估約下降 4.4 億元，其節約之效益，一半回歸民眾，一半肯定中醫部門致力於自律管理之努力)。當初核扣的金額是中醫助理執行推拿所申報的部分，也就是不合法規部分，但並未核扣中醫師親自執行推拿的部分，若要將傷科推拿全部核扣則約需 14.8 億元，這點需要

釐清以免誤會。編列預算是一回事，道理還是要弄清楚。道理若弄不清楚，變成你欠我、我欠你，到最後大家都講不清楚，帳也算不清，此歷史錯誤會一直延續下來。健保署解釋了半天，老實說，我還是聽不出門道，不知道什麼意思。除非健保實施總額預算時，就少算服務量，才有可能需要回補。

何委員永成

對！

謝委員天仁

若不是這樣，憑什麼要補給中醫部門呢？要有個道理啊！

施協談代表純全

是這樣沒錯，當初確實有刻意壓低的歷史背景存在。

謝委員天仁

假若健保總額支付制度開辦時，中醫門診的總額就少算，回補才有道理。

何委員永成

對，謝謝！

鄭主任委員守夏

還有無其他問題要請教？

楊委員芸蘋

中醫部門提及健保開辦 20 年的委屈，到底是欠中醫門診總額多少錢？

施協談代表純全

20 年來的委屈，我們就承受了！現在已經無法講清楚，因為有不同的算法。若真的要回補，健保可能也很難承受那筆金額。所以中醫部門只要求校正合理量的計算公式。

鄭主任委員守夏

剛剛健保署私下說沒有 20 年，請健保署說明是否有 20 年。

施協談代表純全

幾年已經不重要！反正很多年了！

鄭主任委員守夏

一、委員既然有興趣，請問禁止非中醫師執行推拿已經幾年了？從禁止非中醫師推拿開始算起會比較明確。由非中醫師執行推拿本來就違法，但健保支付費用，究竟違法支付多久了？帳要怎麼算恐怕講不清了。

二、因為真的很難算清楚，所以中醫部門的意見是，不用算這麼清楚，看付費者代表是否同意。若委員沒有詢問，就各自召開內部會議。請問主談者吳委員玉琴，10 分鐘夠嗎？

吳委員玉琴

好。

鄭主任委員守夏

現在雙方分別召開內部會議，希望盡量能談成共識方案。討論 10 分鐘。

(付費者及中醫部門代表各自召集內部會議討論約 34 分鐘)

鄭主任委員守夏

雖然現在時間已晚，我們還是盡量協商，請付費者代表主談者吳委員玉琴說明付費者方案，請同仁於螢幕逐項列出數據。

吳委員玉琴

剛剛經過激烈討論，我們採取折衷方案。會議資料第 85 頁，非協商(醫療服務成本及人口)因素成長率之數據不會更動，但有些專款項目移至一般服務；103 年執行率偏低的部分，將列為減項。

蔡委員登順

一、補充說明，105 年度中醫門診總額之醫療服務成本指數改變率 2.643% 是歷年最高，非協商因素總計增加 7.044 億元，過去幾

年中醫部門的非協商因素成長率也都頗高。以前曾要求應該調整藥費的支付點數，但中醫部門都沒有調整，我也和何理事長永成談過，何理事長表示沒有預算可以調整藥費。

二、105 年度醫療服務成本指數改變率既然這麼高，且本項十幾年來累計預算相對可觀，加上中藥材近幾年來大陸每年調漲也貴了很多，希望中醫部門今年可以承諾，調整藥費的支付點數。如果藥費一直不調整，只是給病患吃很多賦形劑，會有療效嗎？若中藥的品質不好，連帶中醫的品質也會不好。沒辦法用或不敢用有效高貴的藥，藥廠只好多摻點麵粉。難道中藥是要讓病人吃飽，而不是讓病人痊癒嗎？請問何理事長藥費支付標準 105 年可以調整多少？請做個承諾。

何委員永成

報告蔡委員登順，明年藥費一定會調。

蔡委員登順

調整比率呢？

何委員永成

中醫部門整體藥費約 80 億元，目前每日藥費 30 元，若調高 3 元就要 8 億元，調 2 元需要 5 億餘元，調 1 元要 2.7 億元。向委員報告承諾最少調高 1 元，若預算夠的話，會盡量往上調。

謝委員天仁

沒有理由單單調整藥費，藥費本身是固定的，點值不會浮動。我的意思是調整支付標準時，診察費等相關費用也要跟著調整，沒有理由只調藥費。非協商因素已經核給成長率，各總額部門之協定事項都會落款「醫療服務成本指數改變率所增加之預算，應用於調整支付標準」。

吳委員玉琴

一、今年醫療服務成本指數改變率的成長率較高，希望中醫部門能運用於調整支付標準。

- 二、有關中醫部門所提「校正診察費合理量計算公式」項目，今年各部門協商時，都決定運用非協商因素的醫療服務成本指數改變率所增加預算調整支付標準，所以並未編列支付標準改變的相關項目。因此，同意於「其他醫療服務利用及密集度之改變」，分兩年編列調整門診合理量計算公式所需的4.5億元。因為104年度中醫門診總額已協定在「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目編列1.2億元，並滾入基期，所以付費者討論的結果是，105年編列8千萬元，106年編列2.5億元。
- 三、有關「第9章特定疾病門診加強照護--新增乳癌、肝癌」項目新增14.9百萬元，建議列於專款項目，而非一般服務。
- 四、「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」，扣減1.9百萬元，委員沒有意見。
- 五、剛剛協商牙醫部門時，有編列「新增支付標準預算執行率連2年未達30%者，扣回其原編預算之50%」減項。會議資料第85頁「103年腦血管疾病及顱腦損傷患者中醫特定疾病門診加強照護計畫，專款移列至一般服務後，執行率偏低(21.4%)」。另，「102年將小兒腦性麻痺、小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫，由專款移列至一般服務，已經2年，執行率明顯減少」。相同情況在牙醫部門已經將預算扣回，故建議比照牙醫部門，將「小兒腦性麻痺、小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」減列15百萬元。
- 六、「醫療資源不足地區改善方案」專款項目，尊重健保署意見，增加6百萬元。
- 七、「西醫住院病患中醫特定疾病加強醫療試辦計畫」，同意新增脊髓損傷照護，但因該項執行率未達100%，故不增加預算。
- 八、「中醫提升孕產照護品質計畫」，不增加預算，仍維持32百萬元。本計畫今年剛試辦，委員希望新方案有3年的試辦時間，3年期滿後，應提出完整的試辦成效，並在105年6月提出相關執行報告。通常新計畫第1年的執行率大都偏低，希望在提

出3年完整報告時，讓大家看到中醫部門努力的結果。

九、有關「學齡兒童過敏性鼻炎專案照護計畫」，委員討論得很激烈，因為水煎藥劑目前並無衛福部許可證，很難討論。後來採折衷方式，請中醫部門於105年6月底前提送相關論質計酬或論病例計酬方案經本會通過後，預算始得動支。本項先框列20百萬元，希望用論質計酬或論病例計酬方式辦理，不要再談水煎藥劑，問題太複雜。請中醫部門重新研提照護模式、方案，這是委員討論出的折衷辦法。

十、有關「中醫住院試辦計畫」，付費者代表尊重健保署意見，未編列經費。以上為付費者的共識方案。

鄭主任委員守夏

謝謝吳委員玉琴，現在請同仁將付費者與中醫部門的版本併列，從螢幕數據看來，差距已經很少。將「校正診察費合理量計算公式」改為「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目，另扣款項目比照牙醫部門。請中醫部門代表看看可否接受螢幕上的數據。請滕委員西華。

滕委員西華

補充一下，「第9章特定疾病門診加強照護--新增乳癌、肝癌」移列至專款項目，也應該要提出3年的成效評估報告，及預計達成的照護涵蓋率。有關「學齡兒童過敏性鼻炎專案照護計畫」主要是對水煎藥劑有顧慮，有關藥廠是否符合GMP(優良製造標準)，或病人使用上可能會導致的問題，就不多說。希望用論質計酬或論病例計酬方案包裹服務以避免爭議。對中醫部門來說，這也是比較新的支付模式。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

一、中醫部門這一兩年進步許多，慈濟大學學士後中醫學系今年有

首屆畢業生，有 90 幾位即將進入各大醫院實習。相信過去學徒制的中醫會慢慢凋零，新的中醫系畢業生會越來越多，整個知識水平、智慧、實驗、論證等各方面能力應該會越來越進步。所有付費者代表都希望中醫能持續成長、提升，讓社會可以看到中醫的進步。

二、剛剛主談者已經報告過，關於「學齡兒童過敏性鼻炎專案照護計畫」部分，由於中醫藥相關法規，對中藥飲片、方劑藥品許可證的認證，沒有明確規範。我本來向幕僚同仁書面申請，希望邀請中醫藥司長列席本次會議說明，同仁回覆我，往年總額協商沒有這種前例，打破此慣例以後會很麻煩，我也接受該建議。但希望以後健保會利用適當機會邀請中醫藥司長提出未來中醫在我國發展之政策方向。

三、委員對於「學齡兒童過敏性鼻炎專案照護計畫」的意見很多，干委員文男特別用心，建議編列 20 百萬元做做看。

四、「中醫住院試辦計畫」是中醫部門今年新提出的計畫，委員一下子也弄不清楚，到底西醫與中醫住院要如何區分？適合收治的疾病別為何？建議中醫部門明年協商 106 年度總額前，提出一個良好的中醫住院計畫供委員參考，讓委員可以深入了解，不然爭議很多，大家都有不同觀點。希望中醫在我國醫療體系中，可以越來越成熟、進步。

吳委員肖琪

請問會議資料第 85 頁之評核委員意見：「103 年將『腦血管疾病及顱腦損傷患者中醫特定疾病門診加強照護計畫』，由專款移列至一般服務後，執行數僅 36.4 百萬元(原預算 170.1 百萬元，執行率 21.4%)，建議應予檢討」。請問這部分到底是要減列 15 百萬元，還是減列 1 億元？

滕委員西華

應該是減列 15 百萬元(「小兒腦性麻痺、小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」試辦滿兩年，執行率不佳，減列 15 百萬元)；

至於「腦血管疾病及顱腦損傷患者中醫特定疾病門診加強照護計畫」移列未滿兩年，暫不減列。

吳委員玉琴

以兩年未達執行率才減列為原則。

謝委員天仁

跟兩年沒關係，中醫部門是由專款移列至一般服務。而牙醫部門的新增口腔癌統合照護計畫原本就編列在一般服務，兩者情況不同。

吳委員玉琴

專款項目應該不用減列，一般服務項目才要。

蔡委員宛芬

牙醫部門是「新增支付標準預算執行率連兩年未達 30%，扣其原編預算 50%」，其減列項目也是列在一般服務。

鄭主任委員守夏

請問付費者代表是否還需要再溝通？中醫部門代表有無需要再說明。簡單說，如果雙方都接受，就可以馬上定案。請問付費者代表對於減列金額是否需要再召開內部會議討論？

謝委員天仁

我們再看一下資料。

鄭主任委員守夏

請中醫部門代表對於那些項目可以接受，那些項目需要爭取及說明預作準備。休息 5 分鐘，請兩邊各自討論。

(付費者及中醫部門代表各自召集內部會議討論約 6 分鐘)

鄭主任委員守夏

請付費者主談者說明剛剛討論的結果，再請中醫代表回應。請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

剛剛付費者代表討論時提到，之前協商「腦血管疾病及顱腦損傷患者中醫特定疾病門診加強照護計畫」時，付費者就提醒中醫部門不要移列至一般服務，然而 103 年度由專款移列至一般服務後，執行數僅 36.4 百萬元，原預算 170.1 百萬元，執行率太低，付費者的共識是減列 133.7 百萬元。

鄭主任委員守夏

付費者代表的意見是，協商 103 年度總額時，中醫部門希望將「腦血管疾病及顱腦損傷患者中醫特定疾病門診加強照護計畫」項目從專款移列至一般服務，他們基本上是持反對立場，擔心移至一般服務後會減少服務量，經協商後勉強答應了！但現在看到的數據卻發現，移至一般服務後真的就減少服務，所以付費者代表的意見是要扣回。請中醫部門代表看哪些項目可以同意，而哪些項目還要再爭取。

施協談代表純全

關於「其他醫療服務利用及密集度之改變」的部分，建議將所需 4.5 億元預算，於扣掉 103 年度已編列並列入基期的 1.2 億元後，分 2 年平均編列預算，這樣比較好調整支付標準。若今年預算只有 0.8 億元，大部分的預算 2.5 億元分配在 106 年度，則會增加支付標準調整的困難度，相信在座委員都可以體會。

鄭主任委員守夏

請直接提出中醫部門的建議數據。

施協談代表純全

- 一、「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目，希望能以 4.5 億元扣減 1.2 億元後除以 2，即平均分配，105 與 106 年度各為 1.65 億元，這樣會較好調整支付標準。
- 二、於「小兒腦性麻痺、小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫」減列金額，對我們不公平。中醫院所 103 年在小兒氣喘、小兒腦性麻痺之整體服務人數及人次，並未比 102 年少，這是

實際算過的。雖然評核委員認為 102 年移至一般服務後參加專案的人數減少，所以建議應減列，但從健保資料庫所呈現的數據，小兒腦性麻痺與小兒氣喘在中醫門診整體的服務人次並未減少。

三、參加「小兒腦性麻痺、小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護計畫」（下稱小兒腦性麻痺及小兒氣喘專案）申報人數減少的主要原因有兩個，第一，因為參加的條件與資格管控太嚴格；第二，很多院所覺得申報專案的程序太繁瑣，所以未申報。但其實這兩種疾病在中醫門診的服務總人數並未有太大變化，我們覺得被減列金額很冤枉。

四、有關「腦血管疾病及顱腦損傷患者中醫特定疾病門診加強照護計畫」部分(下稱腦血管疾病及顱腦損傷專案)，有幾點需要提出討論：

(一)首先，本計畫移列至一般服務才 1 年多，因此只有第 1 年執行率未達預定目標，並非連續 2 年都未達到目標，所以與牙醫部門的情況並不相同。

(二)其次，在申報資料時碰到執行上的困難，現制下，須在 VPN(健保資訊網服務系統)登錄個案，可是常常無法勾稽，所以很多醫院申報資料時，乾脆就以一般門診服務項目申報，而不申報專案。但是從整體服務量顯示，腦血管疾病及顱腦損傷疾病的服務人數並未減少，最大的阻礙是登錄 VPN 的問題。

(三)再者，我們對專案的管控比往年嚴格，因為擔心收案數暴增，所以支付標準的規定比過去嚴格許多，這也使得醫院申報專案的意願降低。就腦血管疾病及顱腦損傷相關疾病而言，中醫部門的總服務量並未減少，被減列預算是很冤枉的事情。

(四)另外，也不能只看申請點數，因為支付標準已往下調整；所以應該綜整人數、件數等相關資料再評估執行情形。我

們也提供更多的服務量，但因為採 VPN 申報確實有技術上的問題，光從帳面上的數據來看績效是不公平的。

- 五、事先並不知道會臨時討論這 2 項減列項目，腦血管疾病及顱腦損傷專案轉入一般服務才 1 年多，可否先不扣款；而小兒腦性麻痺及小兒氣喘專案，請容許我們回去深入分析數據，再提供委員參考。中醫部門希望嚴格管控專案，結果造成申報專案的服務量變少，其實疾病的總服務量並未減少，我們有被誤殺的感覺，能否給我們一個機會，再好好準備資料及數據向委員報告。

鄭主任委員守夏

好，請問付費者代表有無意見？請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、還是不太了解此問題，為何總服務量沒有減少，但呈現的執行率這麼低？如果事實真如施協談代表純全所言，相信會影響執行率，但不應該有這麼大的差距，連評核委員都認為此情形很異常。
- 二、之前協商總額時，付費者代表明知這些項目從專款移列至一般服務會有問題，所以與中醫部門對是否移列有些爭論，之前就已針對此情形討論過了，所以今天有必要執行減列。如果中醫部門認為執行率沒有那麼低，那請提出正確的執行率，我們再請健保署了解差距有多大，這才對啊！

施協談代表純全

- 一、分兩個部分說明，首先，腦血管疾病及顱腦損傷專案，其實只有移入一般服務的第 1 年未達執行率，並非如牙醫部門有連續 2 年執行率不佳的情形；其次，我們真的面臨 VPN 登錄資料困難的問題，而不是刻意不執行，可以統計申報腦損傷及腦血管疾病的病人數來佐證。雖然今天手邊沒有數據，但就我們之前看到的資料，申報的病人數並未減少，只是申報專案的人數

減少而已。原因是醫師在登錄 VPN 時，要勾稽核對資料有困難。

- 二、建議列個但書，針對小兒腦性麻痺及小兒氣喘專案減列部分，請容我們跟健保署準備資料再報告後，如果還是覺得可歸責於中醫部門，我們就同意減列。

謝委員天仁

- 一、這件事情沒有所謂第幾年的問題。每年總額都有協定一般服務預算，如果是因為從專款移列一般服務，服務量就下降這麼多，今天若矇著眼睛讓本案通過，我們無法向所有的付費者交代。
- 二、假如中醫部門沒有達到預期的執行率，能夠自己列出改善方式，或許因為勇於面對問題，處理上還可以從寬。中醫部門不能只提移列一般服務才第 1 年，還未滿 2 年，且發生其他的情況等說法。今年已是第 2 年，上半年的執行率也才 13.1%，這都有資料為憑。表示之前評核委員不是隨便講講，問題出在哪裡，並沒讓我們清楚了解。我不認為短報的量會差那麼多，難道醫師都在做善事，不申報？

施協談代表純全

總服務量真的沒有改變！可以從疾病代碼統計疾病的申報總人數、件數。因為申報專案時，若 VPN 勾稽不到資料就無法申報，像我自己申報過一次就放棄了，所以很多醫師是放棄申報特定疾病門診加強照護案件，改用一般案件申報。總人數並未下降，可以從統計總病人數及總件數得知。

巫協談代表雲光

主席，各位委員好！有關腦血管疾病及顱腦損傷專案，想補充幾點說明：

- 一、102 年時，本專款執行率曾高達 130% 以上，健保署可協助提供相關數據佐證。當時計畫的收案標準是由中醫師臨床認定，惟因為執行率高達 130%，浮動點值結算掉到每點 0.7 多。因

此，中醫部門與健保署研擬改善方式，除了收案標準趨嚴外，對執行醫師的身分也嚴格把關。

二、103 年改由 VPN 登錄收案，須將病人資料登錄在 VPN，同時必須在醫院住院過，才容許收案。執行初期，此改變造成臨床醫師很大的困擾，首先，有時間落差，VPN 的病人資料與臨床實務登錄有落差，明明該腦血管疾病的病人已經出院，但 VPN 還抓不到資料。其次，在治療腦血管疾病病人時，因為有跨月申報的問題，所以很多醫師不得已只好將腦血管疾病及顱腦損傷專案改成一般案件申報，我們在計畫的執行上遭遇非常大的挑戰跟困難。

三、在此向委員報告，以申報 ICD-9-CM 代碼 430-437 之腦血管疾病個案來看，中醫的整體服務量並未減少，申報專案的件數卻減少，問題在於 VPN 操作上的困難，健保署專案負責窗口應該可以幫忙證明。我們也願意配合新的收案標準、新制度，努力突破，此現象已慢慢改善。在此懇請各位健保會委員，讓我們有空間緩衝。

謝委員天仁

可否請健保署...

鄭主任委員守夏

健保署的同仁已經在跑資料了，因為統計結果會直接影響預算，如果同仁現在馬上可以算出來的話，本項今天就可以定案；如果沒有辦法馬上算出來，可否先確定其他項目及餘額，等健保署算出來以後，再談本項減列金額？

謝委員天仁

可以啊！

鄭主任委員守夏

請健保署同仁現在趕快估算。

蔡副署長淑鈴

同仁已經在計算。

鄭主任委員守夏

請李副組長純馥。

李副組長純馥

- 一、補充說明，原本腦血管疾病中醫門診照護是採論量計酬的方式支付。當初將腦血管疾病及顱腦損傷專案導入支付標準時，改為包裹式支付方式(bundle payment)。為能提供療程式的完整服務，所以會將 2 週或 3 週的服務整合為包裹支付。實務上有些個案因為病情關係無法完成完整療程，也就不能以新的支付標準申報，只能回歸以一般的案件申報。
- 二、本署確實有嚴格管控申報案件，這幾年西醫推行 PAC(Post Acute Care，急性後期照護)，當這些急性後期病人還在住院期間時，如果想要接受中醫門診加強照護計畫，必須轉至中醫門診執行，因此服務量確有受到影響。事實上可以統計個案數是否有改變，以幫助了解實際狀況，現在沒有數據，需要時間重新跑統計資料。
- 三、有關收案條件，後來做了比較嚴格的限制，需要 2 年內(治療黃金期)新中風的個案才能收案，如果中風超過 2 年就要以一般案件申報。這部分跟原來的專案計畫內容有些不同，以上背景說明。另外，剛才中醫代表所提的執行率數字，在會議資料第 98 頁，「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」在 101、102、103 年的預算執行率都超過 100%。

鄭主任委員守夏

李副組長純馥的說明，跟剛剛中醫部門代表講的較接近，就是以 VPN 申報資料存在一些困難點，這部分所產生的件數差異跟付費者代表希望減列的金額可能會有關。

施協談代表純全

中醫部門有自己統計的數據。

鄭主任委員守夏

數據部分，健保署需要統計去年腦血管疾病相關 ICD-9-CM 申報的資料，並與 VPN 資料勾稽，這樣才能回答問題。健保署不確定樓下主機跑資料需要多久，現在無法立即算出來，建議減列的部分暫不談，先將其他項目確定，好不好？(多數委員回答：好)其他項目，付費者代表的方案剛才都已說明了，如果中醫部門都同意，就只剩減列項目待處理，請問中醫部門還有無補充說明？

施協談代表純全

剛才建議「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目之預算能夠平均分配在 2 年編列，這樣比較好調整支付標準。

鄭主任委員守夏

中醫部門的訴求是將原來分配在 105 年的 0.8 億元及 106 年的 2.5 億元，加起來除以 2，改為每年 1.65 億元。不曉得付費者代表能否接受這樣的調整？

謝委員天仁

哪個數據？

鄭主任委員守夏

「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目，105 年編列 0.8 億元，106 年編列 2.5 億元。中醫代表表示能否 2 年編列一樣的金額，即 0.8 億元加上 2.5 億元除以 2，105、106 年各編列 1.65 億元。

謝委員天仁

要向健保署說，可以不計較這筆費用，不過道理要講清楚，但該署剛才講的理由完全沒有說服我。該筆費用基本上是額外給的，請不要再說那是少算給中醫部門的錢。我們認為去年已經編列 1.2 億元，今年預計編列 2 億元，扣除去年列入基期的費用就是 0.8 億元，已經太高啦！健保署也只建議編列 1.5 億元，我不認為 105 年需 1.65 億元。

施協談代表純全

報告委員，我們接受今年 0.8 億元，明年 2.5 億元。但希望能將 0.8 億元加上 2.5 億元除以 2 後，平分到 105 及 106 年，因為這樣比較好調整支付標準。

謝委員天仁

這費用本就不是要用來調整支付標準，剛才已經講過，總額並未少給中醫部門。

何委員永成

並非調整支付標準，但只要合理門診量公式一改變，馬上會產生 4.5 億元的缺口，需要預算補足，否則一般服務的點值會立刻降下來。

謝委員天仁

再次表達，今年非協商因素的成長率很高，如果協商因素的成長率再拉高，那明年的成長率搞不好就會降低許多。成長率一下高、一下低，理事長也會很難對中醫界交代，我們是在幫您平衡。站在付費者的角度，希望總額預算能穩健地成長。

鄭主任委員守夏

請問施協談代表純全能否接受？謝委員天仁的意見是，今年的非協商因素成長率真的很高，請以整體總額的角度思考，如此對健保財務會比較穩定，如果可以維持原案的話，就繼續往下討論。

施協談代表純全

接受謝委員天仁的意見。

鄭主任委員守夏

好，謝謝！中醫部門的數據變成與付費者版本相同，請同仁同步修改。再繼續看後面的項目。

施協談代表純全

「醫療資源不足地區改善方案」專款項目，中醫部門草案與健保署

版本的落差只有 4 百萬元，該方案 104 年第 4 季點值只有 0.88，4 百萬元的預算只是對點值的合理反應。因為「醫療資源不足地區改善方案」的點值如果低於每點 1 元，並不合理，希望可以再增加 4 百萬元預算。

鄭主任委員守夏

付費者與中醫部門的預算分別是 102.5 百萬元與 106.5 百萬元，請付費者代表考慮是否接受中醫部門的預算增加 4 百萬元的要求。

吳委員肖琪

可否請中醫部門代表將有問題的部分一起說明？

施協談代表純全

其他的項目雙方沒有差距，只有「醫療資源不足地區改善方案」項目差 4 百萬元；另一項就是減列項目，就我手邊的數據，腦血管疾病跟顱腦損傷疾病的服務人數，103 年比 102 年多。

鄭主任委員守夏

- 一、腦血管疾病及顱腦損傷專案的部分，剛才已經有共識，等健保署同仁將數據計算出來後再一起看，所以請施協談代表純全先略過此項
- 二、依施協談代表純全的說明，除「醫療資源不足地區改善方案」項目差距 4 百萬元外，其他項目都一樣。請同仁將中醫部門版本的「學齡兒童過敏性鼻炎專案照護計畫」項目預算改成 20 百萬元。這樣就只剩「醫療資源不足地區改善方案」雙方所差距的 4 百萬元，減列項目等一下再說。

謝委員天仁

「醫療資源不足地區改善方案」雙方只差 4 百萬元，還需要討論嗎？

施協談代表純全

「醫療資源不足地區改善方案」屬專款項目。

鄭主任委員守夏

「醫療資源不足地區改善方案」為專款項目，付費者代表可以接受嗎？請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

金額確實不大，而且「醫療資源不足地區改善方案」的點值確實較低，剛才的討論過程，大部分付費者代表同意增加4百萬元。

鄭主任委員守夏

好，只剩下減列項目，就等健保署計算好再來討論。這部分不是結束，而是暫停，委屈中醫部門留下來，現在先談其他預算。中醫部門及施協談代表純全也可趁此機會準備相關數據及必要的解釋，接下來請健保署準備討論其他預算，中醫部門代表如果是健保會委員可以留下來，其他代表則請先離席。

(進行「其他預算」協商)

鄭主任委員守夏

其他預算已完成協議訂定，接著討論中醫部門未盡事宜，請同仁分送剛剛計算出來的資料，並請中醫代表進場，先休息3分鐘。

(中場休息4分鐘)

鄭主任委員守夏

請委員、各位協談代表入座，請問施協談代表純全準備好了嗎？請各位參看「102年及103年腦血管疾病就醫人數」這張表，並請健保署為大家說明。

蔡副署長淑鈴

請龐組長一鳴說明。

龐組長一鳴

要解讀這些資料需要智慧，施協談代表純全解讀資料最厲害。就剛才施協談代表純全所提內容，統計4個相關數字，分2年來看：
一、第1個數據是中醫院所曾經申報腦血管疾病的人數，102年為

21,678 人，103 年是 23,014 人，基本上符合剛才施協談代表所說，中醫院所照顧腦血管疾病的人數並未減少。

二、每個中風病人發病的時間距離現在長短不同，而「腦血管疾病及顱腦損傷專案」於 103 年由專款項目移列至一般服務後，增訂收案條件，必須是 2 年內中風的個案(治療黃金期)才能收案，符合收案條件的人數，102 年是 12,998 人，103 年是 13,661 人。

三、就申報專案的人數來看，可從 2 個角度檢視，第一是申報的所有收案人數，第二是申報收案且符合條件的人數，理論上這兩個數據應該不會差太多：

(一)專案申報收案人數，102 年為 5,172 人，103 年 1,799 人。

(二)專案申報收案且符合收案條件(2 年內新中風)的人數，因採取的條件更嚴格(2 年內新中風)，所以人數會更少。

四、施協談代表剛才講的概念上並沒有錯，中醫申報腦血管疾病的人數沒有減少。可是因為收案條件比較嚴格，必須是 2 年內新中風患者，才可以申報專案，符合收案條件的人數在 102、103 年分別是 12,998 人、13,661 人。但真正申報收案的人數，102 年為 5,172 人，103 年為 1,799 人，從這個數據看來，執行率偏低。

李副組長純馥

先說明一下，「腦血管疾病及顱腦損傷專案」在 102 年屬於專款項目，103 年移至一般服務(第 9 章特定疾病門診加強照護，新增腦血管疾病及顱腦損傷門診加強照護)，採包裹支付方式(註)，所以有些醫生選擇不申報專案，而用原有的一般案件申報。亦即某些病人符合收案條件，但醫師未採用新的支付標準代碼 C05、C06 申報。落差的產生是因為有些符合收案條件的病人，改採一般案件申報，以致申報專案的病人數減少。

註：支付標準代碼 C05、C06、C07 特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病及顱腦損傷：每二週限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之

後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。

鄭主任委員守夏

接下來請滕委員西華(滕委員西華示意請蔡委員登順先發言)。

蔡委員登順

基本上尊重健保署所提供的資料，資料當然是有憑有據，也算還給中醫部門一個公道，數據呈現的正如剛才施協談代表純全所言。腦血管疾病及顱腦損傷專案，102 屬專款項目，103 年移至一般預算，基本上，中醫院所服務的人數沒有減少，只是有些個案沒有申報專案，而以一般服務費用支應導致專案申報的人數減少，但我們的重點是要看服務人數...。

蔡副署長淑鈴

對不起！還是要符合收案條件的人數才能納入計算執行率，103 年執行率理論上只有 35%(專案申報收案人數 103 年 1,799 人、102 年 5,172 人，102 年人數為 103 之 35%)，所以相較 102 年是下降了。

戴委員桂英

對呀！下降了！

羅委員紀琮

還是下降了！

蔡委員登順

35%，還是下降了...？可是我看服務人數(中醫院所曾經申報腦血管疾病的人數)並未減少，反而增加。

鄭主任委員守夏

照護內容有沒有不一樣？請滕委員西華。

滕委員西華

因為當初試辦...。

蔡委員登順

102 年 21,678 人，103 年 23,014 人(中醫院所曾經申報腦血管疾病的人數)，人數增加呢！

滕委員西華

- 一、計畫支付方式採 bundle payment(包裹式支付)的原因，應該是希望腦血管疾病病人經過此療程後，會有較好的 outcome (成果)，而且 outcome 與原本 fee for service (論量計酬)時不一樣。但如果是因為 bundle payment 的標準太過嚴格，導致收案後無法完成整個療程，我們可以考慮不減列金額。
- 二、可否請健保署跟中醫部門討論 bundle payment 的標準否合理，否則院所還是會採一般論量計酬的方式申報，但包裹式支付其實會有比較好的成果。若是因為 criteria(標準)或 VPN 系統無法順利登錄的關係，致使大多數的病人無法申報包裹式支付，專案執行率還是會很低啊！我覺得這樣太可惜了！

謝委員天仁

健保署應該告訴我們減列多少預算才合理？

蔡副署長淑鈴

就申報收案人數來看，103 年減少了三分之二；如果就金額來看，現在同仁正在計算中。

鄭主任委員守夏

請施協談代表純全。

施協談代表純全

我覺得這樣講不公平！因為制度(計畫)在 102 年及 103 年之間做了很大的改變。103 年新實施的支付方式及收案條件，與 102 年完全不同，顯然我們並未刻意減少服務量，否則院所可以申報支付金額較高的專案，為何不申報？因為無法勾稽啊！應該要好好檢討此問題。

何委員語

主席！

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

腦血管疾病及顱腦損傷專案原來列在專款項目時，可以明確統計服務人數，現在移至一般服務，建議健保署與中醫部門應該重新擬訂收案標準，要不然會造成很大的誤解。既然中醫院所實際服務的人數有這麼多，建議不應該再減列此項目。

鄭主任委員守夏

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

同仁說會利用今天晚上好好計算，大家都非常在意減項，減列金額需好好精算，明天再跟大家報告，現在都這麼晚了！

吳委員玉琴

- 一、主席！我們剛開始看到資料時，的確預算執行率偏低，但中醫部門也提出說明，在服務量、服務人數上並未減少，可能是計算方式或在制度轉換過程有些狀況，才導致執行率只有 35%。
- 二、剛剛討論時，大部分的委員對是否減列保留彈性，因除考量若減列對中醫部門會不會太過嚴格，但也希望能把握一個原則，所有專款項目移列至一般服務時，執行率不能太低。看來中醫在服務人數上沒有問題，但預算執行率卻偏低，請中醫部門跟健保署討論應如何落實專案，以提升執行率。

鄭主任委員守夏

請戴委員桂英。

戴委員桂英

- 一、首先，這些統計數據可以這麼快計算出來，非常值得肯定！
- 二、其次，中醫部門對於腦血管疾病的照護當初在以專案方式執行

時，一定有其特別的服務模式，但移列至一般服務後，專案的執行數卻變少了。如果用收案條件變嚴格，因此以一般件申報來解釋執行數變少的現象，就失去原來專案的價值。服務的人數一樣，但服務的模式不一樣呀！所以個人贊成健保署的意見，仔細的評估減列金額應該多少，如果不減列預算，似乎非常說不過去。

蔡副署長淑鈴

補充說明腦血管疾病及顱腦損傷專案移至一般服務前後的差別。當時列為專案的目的，是提供中風病人以中醫門診治療的另一種診治模式，但對象為 fresh(新發個案)中風病人，而不是中風已久的病人(因為可能不具療效，再怎麼樣治療也不會改善，收治此類病人沒有意義)，所以收案條件才會設定 2 年內中風、fresh 的病人(自診斷日起 2 年內符合診斷要件之患者)，其支付的費用當然也比一般的腦血管疾病病人高。因此，真正符合腦血管疾病專案的人數一定比一般案件的人數少，條件的設定旨在確保提供有效益的服務，符合收案條件的人數的確會比較少。

謝委員天仁

我的意見是，「腦血管疾病及顱腦損傷專案」移列至一般服務後，執行上本來就應該符合專案規劃的初衷。請健保署說明到底要核減多少金額，如果中醫院所提供的是其他服務，就會跟專案的規劃不一樣啊！腦中風在剛發生時如果能加入中醫治療，會得到較好的效果，過了急性期就沒多大功效了！這部分應該算清楚，不能就這樣呼攏過去。

鄭主任委員守夏

請施協談代表純全。

施協談代表純全

我必須說明的是執行本專案的院所並未減少，因為專案的支付標準較高，院所沒有理由降低執行專案的意願。只是因為制度改變，使

用 VPN 申報發生勾稽不到的問題，導致院所放棄申報，而使得申報件數變少。否則在符合收案條件的人數沒有減少的狀況下，為何申報人數會減少？為何院所從有申報變成沒申報？103 年是使用 VPN 申報費用的第一年，有史以來的第一年，這是 VPN 的問題，不是我們做得少而申報少，這點需要釐清，原來做專案的院所沒有理由不做啊！

鄭主任委員守夏

請暫停一下。

何委員語

主席！可否讓付費者代表召開內部會議討論？

鄭主任委員守夏

- 一、我的建議是，需請健保署除了提供剛剛的利用件數外，還需再統計醫療費用資料；第二，請署協助確認剛才施協談代表純全所講 VPN 勾稽的困難是不是真的。
- 二、如果健保署也同意勾稽有困難，那麼至少有一大半的責任不在中醫院所；如果健保署認為勾稽沒有想像的那麼困難，似乎是付費者代表講得比較有道理。也就是原本專案的目的是提供病人較完整的照顧，所以支付點數較高，但此筆預算併入一般服務後，醫療院所反而不做「腦血管疾病及顱腦損傷專案」，而提供一般的門診服務，此點真的需要探討。
- 三、因為沒有足夠的證據，現在要談真的有困難。同意委員的建議，請健保署今天晚上跑資料，同時將剛才中醫部門代表講的 VPN 勾稽困難的問題，弄清楚以後，明天再討論，可以嗎？

施協談代表純全

再補充說明問題所在，第 1 是勾稽不到，因為通常要病人出院後一個月才勾稽得到，院所常常是做了專案，但無法申報，即使報了也會被剔除；第 2，只有當主病名為腦血管疾病及顱腦損傷才勾稽得到，如果列在次病名就勾稽不到；第 3，支付方式改變為包裹式支

付，若未完成整個療程，則無法申報，因為這3大原因，讓很多院所即使提供了門診加強照護服務，也無法申報。

蔡副署長淑鈴

請教施協談代表純全，若要申報「腦血管疾病及顱腦損傷專案」，為何要用次診斷，而不申報主診斷？很奇怪的事！

謝委員天仁

對啊！很奇怪！

蔡副署長淑鈴

若以「腦血管疾病及顱腦損傷專案」申報，可支付較高費用(2,200點)，為何不以主診斷申報？

鄭主任委員守夏

暫停！暫停！

施協談代表純全

VPN 勾稽病名時是「勾稽」主診斷，不是「申報」主診斷的問題。

鄭主任委員守夏

暫停一下！拜託！

謝委員天仁

請健保署查看看嘛！

鄭主任委員守夏

- 一、若現在討論有困難，建議雙方去吃宵夜(笑聲)。中醫部門已讓健保署知道所受的委曲，請健保署打電話去分區業務組確認，因第一線同仁或許會較了解真實狀況(與會者回答：好)。
- 二、現在雙方講法不同，相信付費者代表也無法決定。很抱歉！本案今天無法再談了(謝委員天仁：明天啦!)，明天委員會議之前，先處理本案。今天晚上很多人要加班了，我知道健保會同仁今天晚上要加班整理協商結果，供明天委員會議確認；另外，請中醫部門跟健保署針對資訊系統操作不順的問題，再溝通清

楚。

三、明天早上還是9點半開始嗎？是否需將會議時間提前，先談本案？(謝委員天仁：9點半就好，沒有其他未盡事宜要協商了！)好！明天會議還是9點半開始，先將中醫部門減列項目談定(委員回答：好！)。麻煩幾位中醫部門代表辛苦一點，明天再繼續談。今天的會議到此告一段落，謝謝大家！

**伍、105 年度總額協商－「中醫門診總額」
(104 年 9 月 19 日)與會人員發言實錄**

伍、105 年度總額協商－「中醫門診總額」(104 年 9 月 19 日)與會人員發言實錄

柯執行秘書桂女

各位委員、所有與會人員，大家早！昨天睡得好不好？幕僚同仁睡得很少，所以今天講話若有「走精」(台語，準確度走樣)，請大家多多包涵。現在委員人數已過半，請主任委員召開今天的會議。

鄭主任委員守夏

- 一、所有委員、健保署黃署長三桂、蔡副署長淑鈴、各位同仁及所有列席代表，大家好！還未進入正式委員會議之前，我們先延續昨天未結束的協商。今天的座位是照委員會議，而非協商會議的方式安排，但已特別向中醫部門何委員永成說明，中醫部門可有 3 位協談代表，不至於讓他 1 個人孤軍協商。
- 二、「腦血管疾病及顱腦損傷專案自 103 年由專款移列至一般服務後執行率偏低之費用減列」項目，昨天協商時，已知專案執行件數，但不知需減列多少，所以現在先請健保署說明，接著再請中醫部門代表說明，委員可就不清楚之處提問，都弄清楚了再協商。
- 三、請問健保署準備好了嗎？(蔡副署長淑鈴：等一下！)還沒好，健保署同仁還在樓下辦公室(黃署長三桂：請中醫部門先表示意見)，先請中醫部門說明。中醫部門今天提供一份補充資料，請各位委員參看。請問由何委員永成或施協談代表純全說明？

何委員永成

- 一、主席、黃署長三桂、蔡副署長淑鈴、各位委員、專家學者及各位長官，早安！(與會者：早！)感謝健保會再給中醫部門一些時間，讓我們有機會向大家說明。
- 二、關於昨天「腦血管疾病及顱腦損傷專案自 103 年由專款移列至一般服務後執行率偏低」的問題，說明如下：
 - (一)從昨天報告的背景資料可知，中醫對於治療腦血管疾病及

顱腦損傷有很好的效果，施副教授純全最近在國際期刊也發表了相關論文。

(二)為何 102 年該計畫(專款項目)之執行率可達 130~140%，做到預算都爆了，但 103 年移至一般服務後，執行上卻有這麼大的障礙？主要原因是我們把關卡設得更嚴，以為改用 VPN(健保資訊網服務系統)讀取資料，會比較客觀，但實際執行上很不順利，VPN 上線才 1 年多，使用的時間也不夠久。另外，當院所申報時，雖然患者已經出院 1 個月，可是 IC 卡卻讀不到資料。如果患者有多種疾病，醫院醫師下的第一個診斷可能不是腦中風，而是糖尿病、高血壓等其他診斷，只要腦中風被列為第二個診斷，就無法在 VPN 登錄及申報。

(三)以執行面來講，院所執行「腦血管疾病及顱腦損傷專案」比較有利潤，因為費用是採包裹式支付(C5~C7 支付點數 2,000~4,000 點)，但為何中醫師反而做只能申報 210 點的傳統針灸、傷科治療，而且超過合理門診量診察費還要再少 90 點？這樣根本不夠成本醫療院所還情願如此申報，實在有很多無奈，因為按支付標準規定，須在 2 週內完成針灸、推拿，還要開藥等專案服務(註)，有些中醫師的病人很多，沒時間推拿，覺得針灸就好；有些只做推拿，因為病人不願意針灸，諸如此類，很多原因讓專案的推動產生很大的障礙。

註：支付標準表：代碼 C05、C06、C07 特定疾病門診加強照護處置費--腦血管疾病及顱腦損傷，每二週限申報一次，照護處置費包括中醫醫療診察費、同時執行針灸治療及傷科治療。首次收案即需進行衛教及巴氏量表，之後每三個月至少施行衛教及評估巴氏量表一次。

(四)我們會與健保署開會討論如何克服問題、提升執行率，也會虛心檢討、趕快補救。在此懇請所有委員，給中醫部門

一個緩衝期，讓我們跟健保署研議改進對策。就設個目標值，明年若還達不到標準，願意接受懲處，這樣我們回去才可以對會員交代。

(五)再補充說明，中醫是非常弱勢的團體。藥品調劑費中醫師親自調劑只有 13 點，藥師調劑藥 23 點，請問成本夠嗎？以前醫院「五大皆空」問題，健保會、健保署投入約 444.472 億元(102~104 年度醫院總額所增預算的加總概數)，包含護理人力不足、「血汗醫院」問題，投入 65 億元(102~104 年度提升住院護理照護品質方案)，可是中醫院所聘請一位護理師，健保每診次支付費用只有 10 點(中醫看診時聘有護理人員在場服務者，一般門診診察費比未聘護理人員在場服務者多 10 點)，若一個月看 600 個病人，聘用護理師只被支付 6 千元，比血汗醫院還恐怖，實在困難經營。樣樣照健保支付，中醫在經營上會遇到很大困難，希望委員能了解。對於專家學者的建議，我們會虛心接受改進，也懇請所有健保會委員尊重中醫專業自主，以及願意改進的心意。老實說，中醫實在很委屈、很無奈，但即使是細姨(台語，姨太太)生的孩子，也不應該被奚落。謝謝！

鄭主任委員守夏

請施協談代表純全補充說明。

施協談代表純全

- 一、主委、署長、副署長及各位委員，大家早安！感謝委員關心，也非常佩服健保署的能力，昨天晚上那麼短的時間就算出數據。以我跑資料庫的能力，大概無法在那麼短的時間內完成，所以非常欽佩。昨天說明時，可能太心急，若有得罪之處，請大家多包涵！
- 二、補充幾點說明，扣款可能有幾個原因：第 1，編列預算後，執行率達不到目標值，顯然是當時編太多預算，而需扣回。但本

專案從專款項目移列至一般服務後，參加院所及執行量並未減少，所以無此問題。第 2，由專款項目移至一般服務後，為了拿錢刻意不做事，當然需要扣款，但從數據看來，服務量明顯未減少，因此也無此問題。

三、除去上面兩種可能，問題在健保署與中醫部門雙方出於善意，為了善盡管理責任，而用最嚴格的方式管理專案，但實務與執行有落差，透過 VPN 申報費用，沒有考量實際的執行面，造成很多院所最後只好放棄申報。

(一)個人經驗，病患剛從醫院出院，原本要以專案計畫申報，但無法登錄 VPN，為何如此？因為病患剛出院，尚未有申報資料，所以電腦抓不到病患的資料。

(二)昨天晚上同事也傳給我一個案例：一位急性心肌梗塞的病人，住院以後併發腦中風，中風成為第二診斷，雖然屬專案計畫照護的對象，但資料勾稽不到。諸如此類，我們的善意反而讓執行困難。我們與健保署都想要好好管理，善盡管理責任，沒有任何惡意。至於申報專案計畫的服務量不足，將來會與健保署研議如何改進。

三、專案的執行情形不能單看申報金額，應該看申報人數。因 102 年申報量暴增，執行率達 130~140%，專案結算點值只剩 0.6、0.7，很多院所抱怨。因此，擔心 103 年移至一般服務後會失控，所以修改很多支付標準，上半年可說是一團混亂，不過都是出自善意，且院所的服務人數還是不少。

四、在專款執行率高達 130~140% 時，並沒有補中醫部門預算，加上移列一般服務才 1 年，尚處於觀察期，請委員能保留此項預算，讓中醫部門與健保署雙方繼續努力，就當做是「留校察看」，之後再評估執行情形。

鄭主任委員守夏

謝謝何委員永成及施協談代表純全說明，現在請健保署說明？

(等待健保署將簡報及資料傳輸至會場電腦)

黃署長三桂

主委、各位委員，大家早安！不好意思，因為昨天晚上同仁加班跑資料到很晚，直到凌晨 12 點半才離開，電子檔還未完全接好，所以現先趕印書面資料供委員參考，非常抱歉！因為有些計畫執行情形複雜，一定要一面看資料，才有辦法說明。

龐組長一鳴

- 一、各位委員，非常抱歉！耽誤大家時間。中醫專案「腦血管疾病及顱腦損傷專案」，其照護範圍包含腦血管疾病、顱腦損傷等，病人數最多的是腦血管疾病，昨天的爭議點也在此，因此就「腦血管疾病」部分做說明。經對腦血管疾病進行所有醫令分析，雖也有推拿處置及用藥等醫令，但數量很少，絕大多數是針灸，所以就以「針灸」醫令為主來分析其服務量。
- 二、金額的問題有點複雜，一樣是針灸，專案計畫的針灸費用較高，一般的針灸費用較低。昨天施協談代表純全講得很清楚，中醫因某種原因，寧願選擇較低的一般針灸費用申報，所以不能單看費用。因此，今天將以「病人數」、實際執行「醫令數」及「費用情形」等面向來說明其執行情形。委員可從書面資料第 1 頁看到相關數據，計畫執行情形為：

(一)病人數：

1. 中醫院所「申報腦血管疾病人數」：第 1 年(102 年)21,678 人；第 2 年(103 年)23,014 人，基本上都是 2 萬多人。
2. 「符合收案條件人數」：第 1 年(102 年)12,998 人；第 2 年(103 年)13,661 人，人數差不多。
3. 「實際收案人數」：第 1 年(102 年)5,172 人；第 2 年(103 年)降至 1,799 人，昨天爭議點在於從專案移列至一般服務後，實際收案人數減少了，而施協談代表純全表達其整體的服務量、服務人數並未減少。從中醫院所「申

報腦血管疾病人數」看起來確實沒減少(102 年 21,678 人；103 年 23,014 人)。

(二)醫令量的執行情形：

- 1.首先看「收案人數的醫令申報數」，103 年收案個案平均每人針灸次數 32 次；102 年則為 25 次。103 年確實有增加，符合專案的精神，即提供高密度的針灸服務。
- 2.其次看「符合收案條件人數的醫令申報數」，102、103 年符合收案條件個案(中風 2 年內的病人)平均每人針灸次數是 21 次；而 102、103 年「中醫院所曾申報個案」平均每人針灸次數也是 21 次，不是刻意做出來，4 個數據恰好都是 21 次。此數據顯示中醫的針灸醫療利用很穩定，都是 21 次。102、103 年所有中醫針灸的病人，不論中風多少年，平均 1 年針灸 21 次；中風 2 年之內病人，平均 1 年針灸也是 21 次。
- 3.«未收案人數的醫令申報數»，今天增加一欄資料，把「符合收案條件人數»減掉「收案人數»，就是「未收案人數»，未收案個案平均每人針灸次數，102、103 年分別是 18 次、22 次，有所差異，但醫令執行總數差不多。

(三)醫療費用的申報情形：

- 1.«收案人數醫療費用»，102、103 年平均每人醫療點數為 20,268 點、19,708 點，顯示這 2 年收案人數的醫療費用差不多。
- 2.«未收案人數醫療費用»，102、103 年平均每人醫療點數為 10,965 點、11,250 點。
- 3.資料顯示，2 年間有收案的人數平均每人醫療費用差不多，但與未收案者的醫療費用則有些差距。收案者的醫療費用高於未收案者。

三、有關各醫院實際的執行情形：昨天施協談代表純全提到電腦系統或其他操作問題，我們初步從收案超過 100 人的院所來分析

(第 4 張投影片)，大部分院所第 2 年(103 年)的收案人數都較第 1 年(102)減少；有些原來收案數多的醫院，收案人數減到幾乎沒有，或乾脆就不做了；但也有少數院所的收案人數差不多，其中 1 家醫院是增加的。基本上，各醫院收案情形不太一樣，但不知因何緣故，大部分院所收案人數確實是減少了。至於本專案計畫的行政配套措施，請林科長淑範說明。

林科長淑範

因昨天中醫部門曾提到，收案人數減少原因中，部分是院所在 VPN 登錄時有障礙，因此讓大家不願意或不方便登錄。以下就 VPN 登錄行政作業部分，向委員報告。

一、本專案 103 年移至一般服務，計畫於 103 年 1 月 27 日公告，因為準備 VPN 登錄作業需要一段時間，所以健保署於同年 4 月中旬函請中醫師公會全聯會轉知院所，VPN 將於 103 年 5 月正式上線，請預為準備，並轉知登錄 VPN 時應注意事項：

(一)首次收案的個案，須至 VPN 登錄，因可能有申報資料勾稽的問題，所以收案後並未要求一定要當月或次月完成登錄，而是於收案後次次月底前進行補登錄即可，例如 1 月收案，3 月底前完成登錄即可，亦即院所有 2 個月的時間進行登錄。

(二)首次收案的病人還需登錄的巴氏量表評量結果，該量表之後須定期登錄，為每 3 個月 1 次。登錄的目的是為了評估病人接受針灸治療的特殊照護後，病況有無進步，依規定若 2 個月沒有進步就必須結案。

二、103 年 5 月 VPN 正式上線後，考量實施初期，大家還不太熟悉，所以 5~8 月資料的登錄日期，可延長至同年 11 月底。

三、中醫部門提到登錄時申報不便的情形，此情況只可能發生在出院當月或次月收案的個案。住院當月的資料是次月申報，所以次次月才能檢核，亦即登錄時間實際已放寬，院所有 2 個月期間可登錄。

龐組長一鳴

昨天施協談代表純全所提資料勾稽不到的問題，其實 VPN 可以補登，請同仁再說明清楚。

林科長淑範

有關補登作業，剛才已特別提到，收案之後不是當月或次月就需完成登錄，而是放寬到次次月底完成即可，其實有 2 個月時間可以讓院所完成登錄，第 3 個月才進行費用檢核。

吳委員肖琪

VPN 是 103 年 5 月上線，請問 1 月到 4 月收案的資料有無申報？如何申報？

林科長淑範

因為 1~4 月是行政準備期間，所以該期間收案的資料，收案當月份尚不用申報，5 月 VPN 上線後，若個案還在收案期間，則須於 5 月份申報。

謝委員天仁

請問 1~4 月收案，是用新方式或舊方式申報？或因為 1~4 月 VPN 尚未上線，所以這 4 個月比照舊的模式處理？

施協談代表純全

主席！請問可以補充說明嗎？

鄭主任委員守夏

請等一下，先讓健保署說明清楚，讓大家多了解。

謝委員武吉

請教中醫代表，巴氏量表資料容易取得嗎？應該不容易吧！因為巴氏量表是屬於西醫執行的項目。

龐組長一鳴

中醫師也可開立巴氏量表。

林科長淑範

關於謝委員天仁詢問 1~4 月收案的個案，資料是否需登錄 VPN，若 1~4 月收案個案，到 5 月還在收案期間，就要至 VPN 登錄個案資料。登錄之後，我們仍會檢核該個案 5 月份時，是否仍為 2 年內腦中風病人，此項一定會檢核。

鄭主任委員守夏

請問付費者代表還有無詢問？不清楚的部分都先溝通。請何委員語。

何委員語

聽起來似乎是 1~4 月已結案的個案就無法申報，對嗎？

林科長淑範

報告委員，並不是無法申報，而是健保署沿用舊方法讓院所申報。

何委員語

1~4 月的個案是用舊碼申報，那麼今天的統計表，舊碼申報的案件是否未納入統計？

林科長淑範

以舊碼申報還是會被列入統計，我們是以院所申報的醫令來跑資料，而醫令就是院所已執行且申報的項目。

鄭主任委員守夏

請施協談代表純全說明。

施協談代表純全

一、若沒記錯，本項作業從 102 年 11 月就已開始，雖然有緩衝期，但院所申報時仍然會碰到技術上的困擾，除了大型醫院外，很多院所會擔心若申報資料未被勾稽到，是否會被核扣。相信健保署在當初規劃時都是善意，沒有要讓院所申報不便；但實務上，確實有些當時沒考慮到的問題，因此我要強調，當初跟健保署規劃本案時，雙方是以審查從嚴的角度思考，強調錢要花

在刀口上，只是沒想到技術上的問題造成執行障礙，這點必須再向大家補充說明。

二、請參看第 2 張投影片「102 及 103 年腦血管疾病就醫人數與『照護計畫』收案人數及平均每人針灸醫令數」，其中 102 及 103 年收案人數的平均每人針灸次數，102 年為 25 次，103 年變成 32 次。過去曾以健保資料庫分析，研究結果已發表在國際期刊，顯示有針灸組(收案組)的疾病嚴重度，遠比沒有針灸組(對照組)高，所以這張投影片顯示，102 年「收案人數」的針灸次數相較於「中醫院所曾申報人數」是 25：21；103 年則變為 32：21，也就是說，可能要留較久、病況較嚴重的個案？因為資料容易勾稽，比較有機會申報；而病況較單純的，因為資料勾稽不到，較不會申報，造成收案數減少。

三、請再參看第 3 張投影片「102 年及 103 年腦血管疾病就醫人數與『照護計畫』收案人數及平均每人申報點數」，從 102、103 年實際收案人數的平均每人醫療點數來看，疾病嚴重度變高、針灸次數也變多，從 102 年 25 次增為 103 年 32 次；平均每人醫療點數卻從 102 年 20,268 點降為 103 年 19,708 點，表示修訂支付標準後，支付點數跟著減少，我們的出發點也是善意。102 年因為專案的核付點數掉到 0.6 多，未避免造成院所執行專案的心理障礙，因此跟健保署提出支付標準的修訂案，調低支付點數，希望能嘉惠更多的病患，數據顯示也是如此。因此，不能單看醫療費用點數的原因也在此。整體服務量是上升的，且上升幅度遠高於人口成長，所以並未減少專案部分。

鄭主任委員守夏

好，謝謝施協談代表純全。

謝委員天仁

一、若照剛才說明，103 年 1~4 月已完成收治的案件數，應該會顯現在統計資料，因為健保署也接受舊的方式申報。但健保署提供的資料中，幾家醫院 103 年收案人數都是「0」，很特別！

不應該是「0」，這些醫院怎麼可能全年都沒有收案。5月VPN開始登錄個案資料後，可能不好申報，但1~4月還是可按照舊方式申報，這些醫院怎可能都掛「0」，為何有此種現象？不合理呀！

二、這個現象在我看來是很詭異，當然也可能存在剛才說明的現象，總數看來好像有點受到5月VPN上線的影響，但前面的作業看來也有問題，否則1~4月的資料怎會都掛「0」？1~4月總會有採舊方式申報的個案，此部分請健保署說明，或中醫部門有何意見，可以提出來讓大家了解。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

一、主席、各位委員，有2點意見，第1，請健保署跟中醫部門重新協商「腦血管疾病及顱腦損傷患者中醫特定疾病門診加強照護計畫」的作業程序，以建立更方便、更良好順暢的作業模式。

二、講個案例，今(104)年7月跟幾位企業界朋友探望一位中風的前輩。這位前輩曾獲得美國艾森豪獎學金，也是麻省理工學院的畢業生，他們夫妻旅居美國多年，過去並不相信中醫。這位前輩中風後，在別的醫院拖了4個多月，有位何姓學者，也是美國生醫博士，去探望他時建議趕快轉到中醫進行針灸治療，因此夫妻2人便接受國立陽明大學傳統醫藥學研究所賴前主任的中醫治療，同時也做西醫復健，他自費1,800多萬元買一套復健設備，放在陽明醫院，因此不必到其他醫院排隊等復健，並持續接受賴前主任的中醫輔助治療及針灸。在中西醫雙管齊下治療後，狀況改善不少。去(103)年4月與今年7月我去探望他時，他的夫人說，除了西醫復健設備之外，非常感謝中醫治療。所以現在這位前輩的精神非常好，走路及手腳各方面的活動，都比過去進步很多。中風病人中醫治療的時間漫長，復健過程緩慢，因此，需要家人很有耐心地陪伴。這位前輩現在除

了持續西醫復健外，完全接受中藥及針灸等中醫輔助治療。

三、我認為中醫在台灣的醫療體系中情況較為特別，不應將其納入西醫制度規範，應另外建立一套完整的中醫制度，才是合理、合法，符合公平正義的方向。若主管機關認為中醫體制及行政作業都須依循西醫方式，則無法配合中醫的發展需求。那兩位在美國留學後歸國的夫妻，最終選擇相信中醫，當我去探望他們時，夫人當著企業界前輩們，說出這些經驗及看法，我也感到很訝異。建議主管機關應該提出建立中醫體制的政策。

鄭主任委員守夏

請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

請主席讓付費者代表討論 10 分鐘。

鄭主任委員守夏

等一下，健保署要補充說明。

蔡副署長淑鈴

由剛剛的討論，我發現大家似乎還不清楚專款項目移列至一般服務真正的意涵。為節省大家的時間，補充說明：

- 一、首先，腦中風的中醫治療一直都是健保提供的服務範圍，過去一直都有健保給付。大概在 99 年，中醫界提出應有專案，針對腦中風 fresh(新發個案)階段以包裹方式支付提供加強式針灸、推拿及用藥，效果會更好，於是為此編列專款。目前委員的爭議在於，103 年本項專款移列至一般服務後，是否因執行率太低而需考量扣款。從剛才龐組長一鳴報告的數據，可看到由專款項目移列至一般服務後，相關數據的變化。
- 二、剛才也說明 VPN 登錄情形，在 103 年 5 月之前，本項專款限定 2 年內發生的中風個案，給予加強式的針灸及相關處置，較為有效。但如何判斷是否為 2 年內中風的個案，當時是請中醫師依照病患的主訴自行判斷，但因此造成數量暴增。於是雙方

討論應有 recheck (複檢)機制,確認是否為2年內的中風個案,因此設計透過 VPN 與西醫檔案進行比對的檢核機制。原則上中風病人一定會接受西醫急診或住院治療,所以相關紀錄可驗證病人屬2年內新中風或是陳舊型中風個案。

三、這些數據的變化非常有趣。在 VPN 未上線之前,中醫服務的腦中風病人差距不大,差別僅在於有些病患進入專案,有些則否。專案部分,在 VPN 未上線之前,由醫師自行判斷收案,實際收案人數為5千多人; VPN 上線之後,人數減少,代表之前的暴量,有很多是陳舊性的中風也進入專案。目前的爭議在於103年5月 VPN 才上線,院所還不太適應,也還有些小問題,但收案人數確實變少。1.7億元由專款移列至一般服務,但收案人數偏低,執行數僅3、4千餘萬元,因此才有扣款的議題。

四、今天要解決此問題,剛才中醫界表示還有努力的空間,但 VPN 也有些問題,所以直接扣款是否合理?付費者代表則認為一般服務已編列1.7億元,但實際沒用那麼多。我認為討論的重點在於,究竟腦中風病患中屬於2年內新發生個案,期倚賴中醫加強復健的潛在 population(人口)究竟有多少?可能目前還有些待克服的技術問題,導致實際收案人數較預期略低。預算移列至一般服務後,已將包裹式支付納入一般服務項目。若希望有中醫需求的新發生個案依然能獲得服務的話,則可協商在此 range(範圍)內進行調整。我們認為腦中風新發生個案若願意嘗試中醫治療,健保應滿足其需求。這些建議請委員參考。至於大家一直強調的 VPN 問題,VPN 的目的僅在確認病患是否為2年內之新中風個案而已。以上補充說明,希望付費者代表稍後討論時,較能理解問題所在。

鄭主任委員守夏

請戴委員桂英。

戴委員桂英

在付費者討論前，因本人未參加去年協商，先請教 1.7 億元當時是以多少人為基礎估算出來。

蔡副署長淑鈴

可利用每人醫療費用 2 萬元來估算，1.7 億元除以 2 萬元...

戴委員桂英

就是以 1 個人單價 2 萬元來估算服務人數。

蔡副署長淑鈴

對！目前實證數據就是如此。若施協談代表純全認為並非如此，可再補充說明。

施協談代表純全

補充一下，102 年的量已暴衝到 130% 以上。經協商後，以當時實際執行的專款金額，全數移列至 103 年一般服務。各位從數據可以看到，102 年未收案人數平均每人針灸次數僅 18 次，103 年增至 22 次，原因為何？真的有人執行專案但未申報，數據才會有這樣的差距。這是第 1 年並非第 2 年發生的狀況，希望大家給我們一次機會，當作留校察看。第 1 年施行新的申報方式，有些混亂，大家都無惡意。

鄭主任委員守夏

還有問題嗎？

蔡副署長淑鈴

一、給大家一個建議，1.7 億元目前已納入一般服務，我們期待這筆費用真正用於 2 年內新發生的中風個案，使其得到加強式的針灸，這是所有人的共識。以目前實際資料每人醫療費用 2 萬元估算，約可服務 8,500 人。1.7 億元已由專款項目移列至一般服務，若未執行則預算會被稀釋。

二、103 年收案人數約 1,800 人，我們認為還有很多人可能符合條件，但因技術或 VPN 等問題未得到滿足，所以建議付費者代

表可以討論，應留多少空間給這類病人，明年協商時可以 recheck(再確認)追蹤結果，但不要現在就將預算全數扣除。我認為可能有很多未滿足或未申報的情形，需要留 buffer (緩衝空間)，追蹤後若發現預算不足，則明年協商時可以再討論，這樣處理比較簡單，否則不知要討論到幾點。

鄭主任委員守夏

謝謝！請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

一個小問題，去年編列 1.7 億元，是否就是以每個個案 2 萬元，乘以 8,500 人計算的？若是這樣，想請教龐組長一鳴，剛才蔡副署長淑鈴也說過，過去沒有參加專案的中風病人，仍然可以申報一般針灸 1 萬 2 千元，而參加專案的病人則可申報 2 萬元，每人費用只增加 8 千元，請問為何要以 2 萬元計算而非 8 千元？

施協談代表純全

當時是從專款預算直接移列的。

蔡副署長淑鈴

當時就是整筆專款預算直接移列。目前的收案病患是採包裹式支付，經過多年追蹤，包裹式支付醫療費用約 2 萬元。提醒各位委員，未進入包裹式支付者，有可能是新發生的中風個案，也可能是陳舊型的中風，健保向來都有給付中醫醫療服務(針灸、推拿、中藥)，只是沒有像專案一樣採包裹式服務。如同一般復健與 PAC(急性後期照護服務)的概念。

吳委員肖琪

在「中醫門診腦血管疾病及顱腦損傷申報資料」最左邊一行，中醫院所未參加本項計畫的申報人數為 21,678 人，每人 1.2 萬點(蔡副署長淑鈴表示同意)；目前收案每人 2 萬點，只增加 8 千點，所以，理論上應是 8 千點乘以 8,500 人，而非 2 萬點乘以 8,500 人。因為我對數字很敏感，所以昨天才看到說...

蔡副署長淑鈴

若這樣計算更精確，但健保署沒有這樣嚴格計算。

謝委員天仁

這樣的算法有些問題，原來中風就有相關的支付標準，已包含在中醫門診總額內。現在是外加進去，與原來的並無關係。

鄭主任委員守夏

現在請付費者代表召開內部會議討論，暫時休息 10 分鐘。

(付費者及中醫部門代表各自召集內部會議討論約 25 分鐘)

鄭主任委員守夏

付費者代表討論已告一段落，請主談者吳委員玉琴說明討論結果，請同仁同步修改螢幕上呈現的數據。

吳委員玉琴

一、針對去年由專款移列至一般服務的「腦血管疾病及顱腦損傷專案」，剛才經過付費者代表激烈的討論，差點因為沒有共識要訴諸表決，但最後未動用表決，因為我們向來都採共識決。本項因考慮 103 年執行上，確實有剛才討論的諸多問題，我們理解中醫部門的困難，但執行率偏低是事實，所以，仍認為應予減列，也讓其他部門瞭解，專款項目移列至一般服務，並非經費移轉後就放任不管，但因這是第一次會議，因此先採象徵性的扣款。

二、對扣款比率剛才有許多討論，最後大家的共識是 1.7 億元扣 25%，即 42.5 百萬元，同時提出附帶協定事項，105 年度預算執行率若未達 80%，將按比例扣款，是 104 或 105 年度？(有付費者委員表示 105 年度或都有)。104 及 105 年度按執行率比例...(其他付費者更正為 105 年度)，用詞再確認一下...

鄭主任委員守夏

104 年進行到何程度？稍後請健保署說明。

吳委員玉琴

我們是扣除 105 年度的經費，應該是看 105 年度的執行情況。這部分是大家的共識，這樣的扣款原則及附帶的協定事項，未來在其他部門也會比照辦理。

鄭主任委員守夏

這是付費者代表很不容易達成的共識。

戴委員桂英

插句話，明年協商總額時，看得到 105 年度的執行率嗎？或只有 104 年度？

蔡副署長淑鈴

先說明一下，104 年度只剩下 3 個月。

鄭主任委員守夏

若是 104 年度，目前已是 9 月，僅剩 3 個月。假設目前達成率是 30% 或 40%，要衝到 80% 有難度，這是事實，現在只剩 3 個月...(委員熱烈討論，提出傾向採前半年資料推估之意見)。用 105 年上半年推估，資料取得沒問題，至少不會只剩 3 個月。(多數委員請健保署表示意見)

蔡副署長淑鈴

我認為可採 105 年上半年資料推估，因為 104 年只剩下 3 個月，而今年 VPN 的問題都還存在，所以，建議讓中醫在年底前克服這些技術性問題，明年上半年再觀察執行情形。

鄭主任委員守夏

接下來請何委員永成。

何委員永成

一、主席、各位長官、委員好，對付費者代表的共識感到遺憾！中醫經營真的很困難，中醫醫院已從過去的 100 多家萎縮到現在只剩 11 家，為何如此？實在是入不敷出。剛才講過，藥品調

劑費中藥師調劑支付 23 點，而中醫師親自調劑也只有 13 點，護理費只有支付 10 點(中醫看診時聘有護理人員在場服務者，一般門診診察費比未聘護理人員在場服務者多 10 點)。

二、「腦血管疾病及顱腦損傷患者中醫特定疾病門診加強照護計畫」，在 99~102 年都列於專款項目，因為 102 年執行率超過 130%，造成點值只剩 0.6~0.7，實在不敷成本，因而 103 年許多院所退出計畫、不再參加；再加上配合健保署登錄 VPN，在操作上遭遇一些障礙；在我們努力解決困難之際，沒想到健保會委員卻給中醫最嚴重的懲罰，沒有申訴或留校察看的機會！畢竟此計畫移列至一般服務，才剛執行滿 1 年，應該給中醫界一些時間進行改善。

三、此外，健保對於針傷科處置支付不足，也是中醫部門昨天提出「校正診察費合理量計算公式」協商項目的原因。100 年因專業考量，要求傷科助理退出健保時已扣款 2.2 億(101 年度中醫門診總額協商因素中，「提升傷科及脫臼整復治療處置品質之效益」項目減列 2.2 億)，經過 5 年努力，健保給予中醫師親自執行針灸、傷科處置之支付仍未改善。今年雖同意增加 8 千萬元預算，但仍未補足所需預算。針傷科醫師生存面臨困境，未來中醫系畢業生可能難有意願執行針灸、傷科服務。個人對於制度上不支持中醫、不支持針傷科，感到非常遺憾！

四、雖然中醫部門尚有努力空間，但對此決定提出嚴重抗議。中醫界無法接受，希望委員能夠再給我們機會。拜託！謝謝！

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、談判本就有進有退，各有各的策略，付費者代表也是如此。對於已實施 4、5 年之久的「腦血管疾病及顱腦損傷專案」專案計畫，移列至一般服務後，卻出現這樣的狀況(預算執行率 103 年 21.4%，104 年上半年 13.1%)，付費者代表無法輕輕放下，

也許您們認為減列 25% 太多，但這已經是扣款的底線了。更何況昨天已同意於其他項目撥補預算(即「其他醫療服務利用及密集度之改變」編列預算 8 千萬元)，雖然個人不認為應該撥補這筆費用，但既然大家都同意，預算編了就編了！柿子不能都挑軟的吃，本來協商就有進有退。

二、昨天同意「其他醫療服務利用及密集度之改變」兩年編列 4.5 億元(即包含於 104 年編列且滾入 105 年基期之預算 1.2 億元，於 105 年編列 0.8 億元、106 年編列 2.5 億元)，我想這是意外，該項若以「校正診察費合理量計算公式」項目名稱編列預算，我是無法接受的。付費者為異中求同，最後同意編列 4.5 億元預算，僅減列 4.25 千萬元(腦血管疾病及顱腦損傷專案自 103 年由專款移列至一般服務後執行率偏低之扣款)。但你們卻認為對會員無法交代，應該要告訴會員「已拿到大筆的 4.5 億元預算，僅僅失去 4.25 千萬元，淨賺 4 億又 750 萬元，沒有吃虧！」，對中醫部門而言，沒有理由忽略不談。中醫部門說要提出嚴正抗議，我才真的要提出嚴正抗議呢！

鄭主任委員守夏

請施協談代表純全。

施協談代表純全

提出以下建議：

- 一、既然(腦血管疾病及顱腦損傷專案之扣款)已扣了 4.25 千萬元，則我們對「小兒腦性麻痺及小兒氣喘專案之扣款」減列額度 1.5 千萬元有意見。該計畫當初擔心執行數暴量，故特別調低診療項目的支付點數，因此，不應以預算執行率計算扣減額度，本項計畫之就醫人數已達目標之 7 成，建議減列 3 成(900 萬元)較為恰當，扣減 1,500 萬元是過多的。
- 二、若我們接受「小兒腦性麻痺及小兒氣喘專案」及「腦血管疾病及顱腦損傷專案」之扣款，可否於專款項目編列相對預算，作為保留款？以便在預算遭扣減的情況下，若這兩項計畫的服務

量恢復正常時，能有預算來挹注。這樣雙方都有空間，我們回去也好向會員交代，要求他們該做的服務要認真做，該申報的費用要認真報。且就專款預算而言，若該兩項計畫於一般服務之申報量未超出預算，自然就無法動用這筆專款，請委員同意。

謝委員天仁

- 一、我想有必要講清楚，付費者代表認為「腦血管疾病及顱腦損傷專案」當初估計預算的服務量，有灌水之嫌，所以現在才將灌水的預算額度收回一部分（減列）。當然，如果明年資料顯示申報量沒那麼少，則可考慮再編預算補回，這是公平的處理原則，毋須擔憂。
- 二、我們關心從專款項目移列至一般服務後，有無按照規矩執行，如果當初灌水衝量，申報許多非2年內新中風個案，使得預算執行率非常高，但轉至一般服務後，就未依照規定提供服務，那麼這筆預算就是多編的；原則很清楚，不用擔心，如果醫界依照規定提供服務，且申報量達到目標，明年再編列預算補回。

蔡委員登順

中醫界的辛苦可以理解，不過我們更希望健保資源的使用要見到成效，腦血管疾病及顱腦損傷計畫編在專款項目時確實做得很好，但轉入一般服務之後，執行結果卻慘不忍睹；不單中醫部門，也希望藉此告訴其他各部門，此原則以後都會比照辦理，這樣才有警惕作用。知道中醫部門不舒服，但建議還是接受，付費者代表在協商時也是意見分歧，最後的共識就是如此，請接受吧！

何委員語

- 一、主席、各位委員，我知道中醫界有很多困難與委屈，但還是希望中醫界能忍耐，剛才付費者協商時，大家意見不同，雖然沒有打架，可是已經有人站起來了，如果以我過去的個性，手就

伸出去了，但我沒有站起來。

二、健保會委員難為，前天看資料到凌晨 1 點半，昨天也看到凌晨快 1 點，我在思考健保會委員到底該扮演什麼角色？你說是財神爺嗎？又不太像，我想我們只是嘴巴財神，動動嘴巴談錢而已，連轉手都沒有。後來我再仔細一想，應該是嘴巴財鬼，因為每次談判時都有很多想法，鬼頭鬼腦。每位付費者代表都有自己的看法、想法、立場，大家有很多主意，這是我今年協商的感觉；在委員中，我與各醫療團體都保持一定距離，問心無愧，同時也大力支持應該做的事情。希望中醫界能忍耐，今年好好表現。

三、我一直希望衛福部能與中醫界共同為中醫的發展建立制度，建議健保會委員會議能邀請中醫藥司司長參與，我們需要了解政府對我國中醫發展的政策為何。

鄭主任委員守夏

謝謝何委員語！我們已經遠遠超出預期時間，通常補充協商沒這麼久的。付費者代表不太可能有新的版本，最後請問中醫代表...

施協談代表純全

有關「小兒腦性麻痺及小兒氣喘專案」的扣款，申報人數有達到 7 成，建議減列 900 萬元(3 成)，應以使用申報人數而非申報點數計算。

鄭主任委員守夏

請問付費者代表還願意再討論嗎？

蔡委員登順

「腦血管疾病及顱腦損傷專案之扣款」項目，其實也沒有按照預算執行比率扣減，因此「小兒腦性麻痺及小兒氣喘專案之扣款」，就不要提出按照執行率扣款之要求，如果都依照執行率扣款，會扣更多。

施協談代表純全

不是啦！這樣做會讓我們比較好交代，金額差一點而已。

蔡委員登順

我想沒必要為這幾百萬元在這裡討價還價，請認真執行，明年提出好成績比較重要。如謝委員天仁所提，若明年檢討，申報量有達到預定目標，甚至超出目標，就編列預算補回，付費者代表承諾事項都會記錄下來。

吳委員玉琴

- 一、對不起，我補充一句，付費者代表都是公平對待各部門。其實我們做了很大的讓步，只是沒有特別強調而已，在「校正診察費合理量計算公式」(該項目名稱改為「其他醫療服務利用及密集度之改變」)的部分，健保署只同意編列 1.5 億元，而我們卻同意增加到 4.5 億元，扣掉去年編列的 1.2 億元，分兩年編列(中醫協談代表：這部分我們再看一下)，這是付費者內部很努力溝通後才勉強有的共識，我們已經釋出很大的善意了！
- 二、另外，也希望讓各部門了解處理原則，計畫從專款項目移列至一般服務後，執行率如此低落，當然我們知道部分因素不是醫界的問題，所以才酌扣 25%，剛才還有付費者代表認為應減列 50%，建議中醫部門接受此折衷版本，大家已經釋出非常多善意了！請別再為幾百萬元討價還價，請接受吧！

楊委員芸蘋

還請相忍為國，含淚接受，不對，應是含笑接受！

鄭主任委員守夏

請同仁將投影螢幕拉到底，看最後差多少，目前中醫界版本是增加 8.4 億元，付費者版本增加 7.92 億元，差異非常小，最後請問中醫界代表，願不願意勉強含淚接受，要不就兩案送部裁決，實在花太多時間，對其他委員也不公平。

何委員語

- 一、補充一下，當年離家時，媽媽交代我，對醫師跟老師要非常尊

敬，所以來台北後，我對醫師跟老師向來都很尊敬，時常請醫師吃飯，但不敢接受醫界的任何禮物，這是我的立場。

二、還是要請中醫界的前輩接受協商結果，你們應該向會員強調，明年可名正言順的編列 2.5 億元預算，付費者代表已有共識，明年總額協商時，對此部分會予以支持。

施協談代表純全

是否接受，留給何理事長永成決定。我要拜託，剛才謝委員天仁講的那一段話，請納為實錄的一部分，讓我們回去好向內部交代，我知道謝委員講話算話，但醫界回去還得面對內部壓力，在此拜託！

謝委員天仁

一定會記錄的，只是我不像謝委員武吉，連一個字都要求記錄。

柯執行秘書桂女

昨天及今天，兩天的所有協商過程都會製成議事錄，每年總額協商的議事錄都超過 200 頁，會內同仁真的非常辛苦。委員的發言一定會記錄，請放心。

鄭主任委員守夏

好，最後請問何理事長永成能否接受？

何委員永成

主委、各位委員、各位長官，不好意思浪費大家寶貴的時間，雖說不是很滿意，但勉強接受。中醫已連續 2 年含淚接受，希望明年真的能讓我微笑接受，感謝大家，謝謝！（大家鼓掌）

鄭主任委員守夏

好，本場次協商完成。請李委員蜀平。

李委員蜀平

一、主席，我不是付費者代表，本來不應該講話，但想順著何委員永成剛才所說的，從健保開辦至今都未能解決的問題就是「中藥藥事服務費」，中醫師親自調劑中藥 13 點，藥師調劑 23

點，這非常不合理，違反台灣醫藥分業的政策，懇請各位付費者代表，在非占四大總額的經費下，另編預算，調高中藥調劑的藥師服務費。

二、中醫師真的很團結，要提供腦性麻痺照護，又要辦中醫住院，大陸的中醫還執行開刀，我們的中醫其實也可以申請執行開刀、MRI(Magnetic Resonance Imaging，核磁共振造影)、CT(Computed Tomography，電腦斷層掃描)等檢查，這是無限上綱的發展，以上報告，這要記錄喔！

鄭主任委員守夏

謝謝李委員蜀平，中醫部門代表可以離席休息。現在開始進行今天的委員會議。

陸、105 年度總額協商—「其他預算」
與會人員發言實錄

陸、105 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

- 一、接下來討論其他預算，請健保署準備。中醫部門代表可先離席，請問委員需要休息嗎？(多數委員回應：不需要)好！繼續進行會議。請同仁在螢幕上呈現「其他預算協商項目表(草案)」，需要請健保署報告嗎？(委員回應：不用)，直接進入協商。
- 二、請委員參看螢幕的協商項目，資料詳會議資料第 99 頁，接下來逐項討論，請問委員有無意見？

謝委員天仁

建議一項一項來看，沒有異議就通過，有問題再討論。

蔡委員宛芬

還是先討論一下？

謝委員天仁

不用吧！

鄭主任委員守夏

- 一、謝委員天仁的提議是希望讓會議更有效率，但委員若有疑問，還是可提出，必要時，也可召開付費者內部會議討論。
- 二、第 1 項「山地離島地區醫療給付效益提升計畫」，105 年維持 104 年預算未增加，請問委員有無意見？(多數委員回應：沒有)本項通過。
- 三、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、在宅醫療、精神疾病社區復健及安寧居家療護等所需經費)」，健保署希望 105 年度可增加 4.24 億元，預算計 41.38 億元，請問委員有無意見？

蔡委員宛芬

本項目包含數項子計畫，但在資料中看不出各子計畫的經費與執行

成效，究竟哪些子計畫需增加預算？真不知要如何協商。

鄭主任委員守夏

請參看會議資料第 99 頁，本會幕僚補充說明，雖未列出各子項的預算執行資料，但已呈現整體的預算執行率。

蔡委員宛芬

本項整體預算執行率，99 年為 74%，103 年也才 87.34%，不算高，105 年度為何還要增加預算？

鄭主任委員守夏

請健保署說明。

張專門委員溫溫

- 一、本署考量 105 年將放寬「安寧居家醫師訪視合理量」，計約增加 0.24 億元；另新增「在宅醫療」，估計照護人數為 4 萬人，以每次訪視費 2 千元、每年訪視 6 次計算，推估需增加 4.8 億元，暫以 4 億元估列。因此整體預算預估需增加 4.24 億元。
- 二、本項的預算執行率已達一定程度，建議增加預算，尤其用於鼓勵推動安寧居家療護部分，請委員支持。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

既然在「其他預算」項下編列安寧居家療護經費，那麼醫院部門這部分的支付會降低，為何健保署未建議在醫院部門適度減列相關預算？

李副組長純馥

安寧居家療護不一定都在醫院，有些是由護理機構提供服務，本項為跨部門服務性質，在實施總額支付制度之初，即列於其他預算項下。

鄭主任委員守夏

還有個重要原因，本項預算屬專款性質，未支用即收回。

謝委員天仁

但專款的占率也不宜太高，不能一直擴大。

鄭主任委員守夏

本項在 103 年度之預算執行率為 87%，若委員認為好像還夠用，就不需再增加預算；或許也有委員認為，執行率已經達 87%，增加預算可作為未來業務成長的緩衝，則可考慮增加預算，預算未支用會收回，對財務影響不大，這部分請委員決定。請滕委員西華。

滕委員西華

協商參考指標要覽顯示，專款占整體總額的比率，由 99 至 103 年逐年上升(99 年為 3.08%、103 年為 4.68%)。因此，其他預算的專款項目，如果沒有明確的證據與需要，應該跟各部門總額一樣，不宜再擴增。本項 104 年的預算是 37.14 億元，103 年預算執行率為 87%，估算仍約有 13% 的空間可運用，建議專款占率不宜再增加。

鄭主任委員守夏

健保署同意本項不增加預算？

吳委員玉琴

本項預算可用以增加在宅醫療的服務量，故提出不同看法。整體預算雖有 30 多億元，惟各子項服務都有匡列預算。今年推動在宅醫療的過程，因為服務人數有限，且只框列 1 億元經費，因此限縮申請對象，僅限中低收入戶申請；且因為服務對象分散在全國各地，致無法有效推動，執行上出了很大問題。因此，建議增加在宅醫療的預算，在此項目預算執行不完還可以收回。

滕委員西華

健保署可在本項預算額度內，調整各子計畫所需經費，將其他執行率差的項目，預算流用至在宅醫療。

張專門委員溫溫

104 年預算為 37.14 億元，推估全年費用約 36.9 億元，以目前的執行情況，預算可能無剩餘。105 年預算若未增加，將不足以支應新增在宅醫療服務人數所需預算。

滕委員西華

需要增加多少？各總額部門增加預算都須提出估算資料，健保署也要提出數據啊！

蔡副署長淑鈴

委員如果認為增加 4 億多元太多，可以減列。

蔡委員宛芬

請讓我們知道各子項目(計畫)的預算編列情形，不然怎知可以減列多少！

蔡副署長淑鈴

一、剛剛已說明，因為今年計畫尚在執行，103 年預算 37.68 億元，執行率 87.34%；104 年結算至第 1 季，推估全年約需 36.9 億元。

二、105 年估計新增 4.24 億元，主要用於擴大辦理在宅醫療，預估照護 4 萬人，委員如果認為所估算的照護人數太多，則可減列。

滕委員西華

新增 0.24 億元是用於在宅醫療嗎？

李副組長純馥

新增 0.24 億元是用於放寬安寧居家醫師訪視的合理量，與在宅醫療無關。

蔡副署長淑鈴

如果委員認為在宅醫療新增預算太多，即表示照護人數 4 萬人是高估了，那就看照護人數要減多少，減半嗎？

鄭主任委員守夏

原估照護人數 4 萬人，人數減半可以嗎？

謝委員天仁

減半好了！

楊委員漢源

- 一、健保署目前推動的在宅醫療，除了護理人員，醫師也可至病患家裡，提供行動不便的老年人醫療服務。考量有此需求的人口愈來愈多，且編列在專款，目前只是先粗估執行目標，屆時預算用不完，還是留在健保基金，若能將目標列高一點，計畫推動可能會更具成效。
- 二、支持健保署的提案，贊成讓他們試試看。行動不便的病人，護理人員無法協助處理太多問題，例如常見的褥瘡，還需要醫師給予傷口清創，才能解決病人問題。
- 三、現在有很多臨終病人選擇安寧療護，以前這類病人都在醫院接受照顧，現在則鼓勵其接受安寧居家照護，這是突破性的做法，很多國外醫師到台灣，很欣賞台灣的居家安寧照護。當服務量大時，經費需求相對就多，如果僅以小型計畫試辦，恐無法顯現成效。

鄭主任委員守夏

付費者代表考量，是否就健保署提出的新增預算額度(4.24 億元)予以酌減，惟 105 年預算額度仍較 104 年酌增。

蔡委員宛芬

103 年執行率為 87.34%(預算 37.68 億元)，全年結算約 32.91 億元，結餘約 4.7 億元，大於健保署 105 年擬新增之 4.24 億元，若將此筆節餘款全部用於執行在宅醫療，都還有剩餘。原本的預算額度已經足夠，只要再增加一點點預算，就可以做更多服務，是否需再增加 4.24 億元，這部分請大家討論。

蔡副署長淑鈴

向蔡委員宛芬報告，您看得是 103 年的數據，但以 104 年已有的結算資料推估該年需要 36.9 億元，每年費用都有增加趨勢，不能單

看 103 年數據。

謝委員天仁

這樣好不好，採折衷方式，105 年估列 40 億元。

蔡副署長淑鈴

可以！105 年預算編列 40 億元，即增加 2 億多元。

鄭主任委員守夏

- 一、「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、在宅醫療、精神疾病社區復健及安寧居家療護等所需經費)」，105 年增加 2.86 億元，整體預算為 40 億元。本項屬專款專用，建議委員不須花這麼多時間討論。
- 二、接下來討論第 3 項「支應醫院總額之罕見疾病與血友病藥費及器官移植、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」。

謝委員天仁

現在菸捐挹注健保的部分都要扣減了(衛福部於 104 年 8 月 20 日預告修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」草案，其中分配健保安全準備之比率由 70% 調降為 50%，預估 105 年起每年約減少 65 億元)，扣減下來的費用由國健署運用，所以協商項目中，該由各權責單位負擔的，就應該回歸。因此，我認為健保不應再支付本項下之「支應狂犬病治療藥費」部分。

鄭主任委員守夏

本項預算是部門相關專款不足時的預備費用。

蔡副署長淑鈴

「支應狂犬病藥費」不是專款不足的預備費用；「支應西醫基層總額慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足」等之費用才屬預備費用。

鄭主任委員守夏

剛剛謝委員天仁建議刪除「支應狂犬病藥費」部分，恐怕不適合現在就直接決定。因為若未規劃好後續的預算來源，會造成狂犬病藥費無人支付，恐有治療空窗問題。這部分請問委員有無意見？

謝委員天仁

擔心健保要永遠幫疾管署買單，行政部門已經要將挹注健保的費用收回了，我們也須將不應由健保支付的費用收回。照規矩來，這樣才合理。

鄭主任委員守夏

狂犬病藥費原來應該由 CDC(疾管署)編列預算支應。

謝委員天仁

所以我主張歸位，既然要這樣搞，就全部歸位！

鄭主任委員守夏

不知道我們單方做出決議有無效力。似乎應朝修改健保法著手，明列哪些項目健保不給付，這樣法制作業才對等。現在是談總額，此與愛滋病藥費於確診開始服藥兩年後之醫療費用要轉由健保支付的道理一樣，現在若不編列經費，就無預算可支用，實務上可能會出問題。請委員表示意見，本項是否要增加 1 億元？

滕委員西華

同意本項增加 1 億元。

鄭主任委員守夏

如果不同意增加經費，請健保署評估是否維持原編的預算額度。屆時若經費不足，至少可以顯示健保也沒錢。

滕委員西華

建議經費還是需要增加，雖然 103、104 年度經費有多估(預算執行率 103 年 40.4%、104 年 1~3 月 1.6%)，但 105 年度還是可以增加 1 億元，惟增加的經費優先用於支應醫院總額罕病、血友病與器官移植及西醫基層慢性 B 型 C 型肝炎治療計畫專款不足等部分，經費

用有剩餘才用於支應狂犬病藥費，此作法有無法律上的疑慮？

蔡副署長淑鈴

好像也不行。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

好啦！建議維持 104 年預算，因為有狂犬病之動物都愛咬鄉下人，不咬都市人(與會者笑)。

鄭主任委員守夏

- 一、「支應醫院總額之罕見疾病與血友病藥費及器官移植、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」，預算同 104 年度之 3 億元，不增加。
- 二、接下來討論第 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、提升急性後期照護品質試辦計畫、及跨層級醫院合作計畫)」，本項未增加金額，請問委員有無意見？

蔡委員宛芬

本項預算，金額雖然未增加，但「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」...

滕委員西華

會議資料所列評核委員意見，應該要 follow(遵循)，提報告吧！

蔡委員宛芬

健保署意見提及「論人計酬試辦計畫」在 105 年將修改為「區域醫療整合計畫」，請問確定要修改嗎？

蔡副署長淑鈴

確定！

蔡委員宛芬

一、我們還不知道轉型後的「區域醫療整合計畫」，及 104 年所新增「跨層級醫院合作計畫」等二項計畫的內容？其與「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」之關係為何？

二、評核會委員建議有些計畫須整合(註)，惟這部分並未有相關回應說明。另外，「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」預算執行率偏低，請健保署說明。

註：評核會委員意見：以人為中心之全人照護為健保的終極目標，應分階段逐步達成，因此不應再以疾病別分散式計畫提供服務，而應將「論人計酬試辦計畫」、「家庭醫師整合性照護計畫」、「醫療給付改善方案」等予以整合，提供全人照護。

鄭主任委員守夏

請健保署簡短說明。

蔡副署長淑鈴

一、「論人計酬試辦計畫」在明(105)年將轉型，名稱並修改為「區域醫療整合計畫」，所以今(104)年暫停執行，以準備下一期計畫，亦即「區域醫療整合計畫」取代原來的「論人計酬試辦計畫」，也以論人計酬的機制辦理。

二、「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」、「提升急性後期照護品質試辦計畫」(PAC)，應是委員較瞭解的計畫；至「跨層級醫院合作計畫」，主要是地區醫院若專科醫師不足，可藉本計畫申請其他層級醫院的專科醫師支援。以上各項計畫預算合計 11 億元，計畫之間並未 overlapping(重疊)。

謝委員天仁

評核委員的意見，希望將各項以人為中心的計畫整合，請問「區域醫療整合計畫」是將「論人計酬試辦計畫」、「家庭醫師整合性照護計畫」、「醫療給付改善方案」予以整合嗎？

蔡副署長淑鈴

一、論人計酬試辦計畫(將修改為「區域醫療整合計畫」)，是一個 pilot(試驗性)性質的計畫，院所團隊必須經由申請且通過評選

才能參加；目前參與「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」、「提升急性後期照護品質試辦計畫」的醫院，並非全部都可加入「區域醫療整合計畫」，因此這些計畫還是必須分立，讓沒有申請參加「區域醫療整合計畫」的醫院，能繼續執行「提升急性後期照護品質試辦計畫」、「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」。

二、參加「區域醫療整合計畫」的院所團隊，必須將其「提升急性後期照護品質試辦計畫」、「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」納入區域整合計畫中執行。而未參加「區域醫療整合計畫」的醫院，還是可持續進行其他的相關子計畫，不知道這樣說明委員是否清楚。

謝委員天仁

評核委員希望將各項計畫予以整合，「區域醫療整合計畫」就是評核委員所謂的計畫整合，而可提供全人式照護？

蔡副署長淑鈴

有整合，只是參加「區域醫療整合計畫」的院所須經過評選，並非各醫院皆會參加，說不定最後參加的院所團隊只有 2~3 個團隊。但所有參與「提升急性後期照護品質試辦計畫」、「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」的其他醫院，仍會持續進行各該計畫。本署同意評核委員的意見，理論上加入「區域醫療整合計畫」的院所團隊，應該將相關的試辦計畫整合在一起。

謝委員天仁

所以會融入其他計畫？

蔡副署長淑鈴

是的，會融入。

謝委員天仁

那與「家庭醫師整合性照護計畫」如何連結？

蔡副署長淑鈴

「家庭醫師整合性照護計畫」也會融入「區域醫療整合計畫」。

蔡委員宛芬

請問於西醫基層部門所協商的「家庭醫師整合性照護計畫」，與現在所提「家庭醫師整合性照護計畫」的關聯性為何？是否前面的計畫就不執行了？

蔡副署長淑鈴

- 一、「家庭醫師整合性照護計畫」也會融入，參加「區域醫療整合計畫」的團隊必須將大部分的基層院所納入，並建立家庭醫師的概念。
- 二、若真能試辦並推動「區域醫療整合計畫」，加入的院所團隊必須合併很多小計畫，以成為完整的整合計畫。但不是每家院所都可以參加「區域醫療整合計畫」，所以須保留原有計畫，讓這些子計畫持續進行，但彼此之間絕對不會重疊。完全同意評核委員所提「區域醫療整合計畫」必須融入其他計畫的意見，目前也是朝此方向進行。

謝委員天仁

建議這部分應該要敘明清楚，「區域醫療整合計畫」會融入相關子計畫，這樣才清楚。

蔡副署長淑鈴

這部分我們會再寫詳細一點，「論人計酬試辦計畫」105年擬修改為「區域醫療整合計畫」，參與計畫的團隊，應將相關子計畫合併融入。

鄭主任委員守夏

這樣應該比較清楚。請林委員敏華。

林委員敏華

請教健保署，提升「急性後期照護品質試辦計畫」104年將擴大納

入照護疾病範圍(如燒燙傷)，預算為 4 億元。今年發生八仙粉塵暴燃事件，不知經費是否夠用？有進行相關分析嗎？

蔡副署長淑鈴

已分析並將這部分費用估算納入，八仙粉塵暴燃事件是個特例，平時燒燙傷病人並沒有那麼多，本項預算已將該事件 499 位受傷病人的醫療費用通通估算納入。

鄭主任委員守夏

請謝委員武吉。

謝委員武吉

「跨層級醫院合作計畫」從今年 1 月份開始實施，但醫院評鑑時，發現有些醫院根本不知道有此計畫，所以並未參加。考量 105 年可能會有更多的醫院參加「跨層級醫院合作計畫」，上一項「支應狂犬病藥費及醫院總額之罕見疾病、血友病藥費、器官移植專款及西醫基層總額慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款所不足之費用」原草案是要增列 1 億元，已經決定不增列了，建議將該預算移由「跨層級醫院合作計畫」支用，增加 105 年「跨層級醫院合作計畫」的預算。

鄭主任委員守夏

前項已經討論過，直接討論本項即可。謝委員武吉建議「跨層級醫院合作計畫」除原編預算 1 億元，再增加 1 億元，請問付費者代表有無意見？

謝委員天仁

去年協商時，好像有說要給地區醫院 1 億元？

蔡副署長淑鈴

就是「跨層級醫院合作計畫」(預算 1 億元)。

謝委員天仁

該計畫都未執行嗎？執行不佳的原因為何？

謝委員武吉

計畫有執行，只是有些醫院不知道此計畫，參加的醫院家數太少，105年一定會有很多醫院參加，只編1億元是不夠的。

蔡委員宛芬

同項其他計畫的執行率也不高，經費應該足夠吧！

謝委員天仁

先做做看再說啦！

林委員敏華

「跨層級醫院合作計畫」，預算1億元，經費已經框列。

滕委員西華

請健保署告訴我們，如果依照謝委員武吉的意見，預算需要增加到1億元嗎？

張專門委員溫溫

說明「跨層級醫院合作計畫」的執行情形，104年符合參加資格的醫院有39家，照護人數1,976人，估計全年將執行1.5千萬元，目前1億元預算還足以支應。

謝委員天仁

好啦！既然夠用，本項「推動促進醫療體系整合計畫」，整體預算就先維持11億元。

鄭主任委員守夏

既然原來的執行率不高，應該不會一下子就增加太多。

謝委員天仁

下年度協商時再說。

鄭主任委員守夏

「推動促進醫療體系整合計畫(包含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、提升急性後期照護品質試辦計畫，

及跨層級醫院合作計畫)」，維持 104 年度之預算額度 11 億元，不增加預算。

謝委員武吉

有關「跨層級醫院合作計畫」的實際執行情形，我們只看到會議資料的說明，因為很多醫院都不知道有此計畫，相信明年參與的家數會增加很多。在此先聲明，如果大家認為「跨層級醫院合作計畫」1 億元夠用，那麼明年若有需要，就要拜託健保署多關心照顧。

鄭主任委員守夏

一、好，謝委員武吉的意見請列入實錄。剛剛謝委員天仁建議加上相關文字（「區域醫療整合計畫」應融入相關子計畫；參加計畫之團隊應將家庭醫師整合性照護計畫、醫院以病人為中心門診整合照護計畫等予以整合，以提供全人式照護），也請同仁記錄下來。

二、接下來討論第 5 項「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」，今年八仙粉塵暴燃案會支用本項經費，105 年預算較 104 年增加 10 億元，請問委員有無意見？

謝委員天仁

我認為不應該增加，目前各部門已實施總額支付制度，如果例外的預算一直增加，代表總額的預估不準確！從某個角度來看，本項預算不應寬列，如果寬列代表希望發生很多意外，此想法很糟糕！

鄭主任委員守夏

一、今年發生八仙粉塵暴燃事件須支用較多經費，本項經費支應該事件至今年年底，但不會支用 105 年的預算，因此，10 億元應該足夠。「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」不增加預算，維持 10 億元。

二、接著討論第 6 項「提升 ICD-10-CM/PCS 住院編碼品質」，請委員表示意見。

楊委員漢淙

本項預算用以推動疾病診斷編碼改用 ICD-10-CM/PCS(國際疾病分類第 10 版)，103、104 年均有編列，幕僚建議若 105 年續編經費，則 105 年 6 月底前須提送執行成果及成效評估報告。據了解因為有補助經費，現在很多醫院都已推動，健保署目前的作法是只要醫院有申報 ICD-10-CM/PCS(有效案件)就支付費用，但我認為醫院編碼的正確性有問題，認同評核委員認為的「應提升 ICD-10-CM/PCS 編碼的正確性」意見。本項健保署建議編列 1 億元，較 104 年減少 1.5 億元。我則建議明年度預算為 2 億元。

鄭主任委員守夏

健保署意見是編列 1 億元，楊委員漢源提議編列 2 億元，請問付費者代表的看法？

滕委員西華

原本以為健保署推動 ICD-10-CM/PCS 前置工作已經準備好了，所以相較於 104 年度減列 1.5 億元，只留 1 億元做為推動經費，處理其他收尾的工作，並於 105 年 1 月 1 日正式實施。原本同意健保署的意見，但依楊委員漢源提所言，好像還未準備好，請健保署說明經費編列 1 億元的原因。

鄭主任委員守夏

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

過去連續幾年都有鼓勵院所以 ICD-10-CM/PCS 申報，有申報就給錢(pay for reporting)。明年要全面上線，既然 Pay for reporting 已經鼓勵那麼久，因此有必要要求申報的正確性，所以 105 年才會再編列預算，要求編碼的正確性，這部分還須研擬執行計畫。ICD-10-CM/PCS 全面上線後，正確性很重要；編碼正確，申報的資料也才正確，這些都是計算 DRGs(住院診斷關聯群)重要的關鍵變項。

鄭主任委員守夏

預算 1 億元夠用嗎？

蔡副署長淑鈴

夠用。

蔡委員登順

健保署準備好了嗎？

楊委員漢涓

- 一、其實還沒有，我們現在幫醫院訓練員工申報 ICD-10-CM/PCS，目前醫院勉勉強強可以申報，但正確性真的有很大的問題！我一直強調，醫界不反對推動 DRGs(疾病診斷關聯群)支付制度，但為何醫院同仁一直很憂慮？因為 DRGs 要正式上路真的還有很多的問題。
- 二、既然健保署明年有那麼大的雄心要推動 DRGs，而且是全面實施，則鼓勵醫院提升編碼的正確性很重要，只編列 1 億元恐怕不夠，建議增加預算，醫院編碼如果正確，就補助費用，以此獎勵方式提升正確性。

鄭主任委員守夏

- 一、有關預算用途，剛才請教了健保署，該署對編碼正確率高之醫院，就給予獎勵費用，目前醫院大概 500 家左右，所以認為 1 億元已足夠，至於執行計畫則還需與醫界研商，獎勵標準也還未訂定。
- 二、請問委員是否同意本項預算 1 億元，或下個但書後多編點，例如計畫須送健保會同意後再動支，這樣就有緩衝機制，不用執著於編列 1 億元或 2 億元。

謝委員天仁

健保署既然這樣估算，就同意其意見，執行單位認為這樣就足夠，我們卻認為不夠，還要再增加預算，不是很奇怪？

鄭主任委員守夏

尊重付費者代表的意見。請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、請問健保署對醫院申報 ICD-10-CM/PCS 情形有無詳細了解？現在只要有申報都稱為有效率，申報 10 項就支付 10 項的費用，而不管其正確性，在此情況下，會有問題，必須再規劃。
- 二、如果醫院都能正確申報、做得很好，就不須再鼓勵，預算則予收回。明年不知何時會實施 DRGs，但也只有在 DRGs 實施前，才會需要支用這筆費用，以後就不需編列。

鄭主任委員守夏

如果沒有特別意見，就這樣決定。健保署的計畫也還未研擬，付費者的意見是有多多少錢做多少事。

潘委員延健

簡短補充，過去 2 年主要推動住院用 ICD-10-CM/PCS 申報，需要醫師在病歷上多書寫一些資料，最後再由疾病分類人員 coding(編碼)。但從今年 10 月開始，規定門診也要以 ICD-10-CM/PCS 申報，門診的作業與住院完全不一樣，門診全部由醫師 coding，門診醫師從今年第 4 季才開始投入 ICD-10-CM/PCS 編碼。姑且不論醫院在這部分做了多少規劃、管理，付出多少成本，但對醫師而言，又多了一項負荷，希望能給予醫師一點獎勵，鼓勵門診的醫師全心投入 ICD-10-CM/PCS 的 coding，預算額度請能考慮增編。

鄭主任委員守夏

付費者代表有無被說服？(付費者回應：沒有)。請謝委員武吉。

謝委員武吉

處理 ICD-10-CM/PCS 最辛苦的是地區醫院，為了正確申報編碼，需要接受訓練課程，地區醫院人力少、工作多，又要舟車勞頓，有時還須到台北、台中受訓，車馬費都是自己出，拜託委員寬容一下，幫忙地區醫院，提供我們存活的機會。

鄭主任委員守夏

- 一、「提升 ICD-10-CM/PCS 住院編碼品質」先編列 1 億元，預算過多也麻煩。到底正確率達何種程度才給予獎勵？現在都還沒有譜，就先編列 1 億元，以後如果真有困難或有需要，因為政策因素須推動，健保署可以依「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」的規定，提案至健保會討論。
- 二、第 7 項「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」，是有關雲端藥歷查詢系統補助頻寬的費用，105 年未增加預算。請蔡委員登順。

蔡委員登順

103 年預算執行率 0.39%，看到此數據就傻眼，金額還框列 22 億元，實在太離譜了！請健保署說明。

鄭主任委員守夏

請健保署說明。

張專門委員溫溫

- 一、103 年因為費用核算方式訂得非常嚴格，院所端執行上確實遇到一些爭議，所以 104 年即修正計畫內容。
- 二、103 年計畫主要是補助院所提升網路頻寬費用，但因為頻寬增加後，網路費用就會提升，醫療院所擔心該費用無法持續補助，未來須由院所自行支付，所以持保守態度。後來協商 104 年預算時，決定本項經費至少編列 5 年(協定事項：本計畫原則以 5 年為期程)，就是希望讓院所能夠安心，了解頻寬費用短期內仍會補助。
- 三、未來希望藉由頻寬加大以提升查詢速度，促使院所願意進行雲端藥歷查詢，甚至檢驗、檢查結果都能提供院所直接查詢，而這都需要有一定的頻寬作為基礎。建議繼續編列本項預算，讓院所能持續提升頻寬。雖然去年執行率較低，但今年執行率已經比去年高很多，第 1 季估計已支用約 6 千萬元。今年健保署

會再檢討、改進，希望明年院所能踴躍參加本計畫。

謝委員天仁

本計畫編列 5 年，沒有支用的費用仍會保留在計畫中？

張專門委員溫溫

我們採實支實付，如果沒有支用，會回到健保基金。

滕委員西華

同意本計畫編列 5 年，惟建議 105 年預算減列 50%。沒有道理別的專案執行率低就扣減經費，本計畫執行率明顯偏低卻不用扣減。105 年預算 11 億元(減半)應已足夠。

張專門委員溫溫

向委員說明，當時編列 22 億元，目標是全面上線，即全部醫療院所，包括藥局也都上線。如果還是以全面上線為目標，則預算無法減編 50%(由 22 億元降為 11 億元)。

滕委員西華

你們要求預算連編 5 年，且目標是全面上線，每年健保署都預定可執行 22 億元，惟從 103、104 年的執行率看來，均明顯偏低。付費者的標準一致，支持有效益的計畫，例如在宅醫療就同意新增預算。同意自 103 至 107 年共編列 5 年，往後 3 年還有經費持續挹注，105 年同意先編列 11 億元。

謝委員天仁

這樣好不好，既然執行率很低，105 年就減編，如果明年執行率提升，經費不足時，可再增加。最後預算的總數還是可以符合計畫執行的需求，我認為可以這樣處理。

蔡副署長淑鈴

一、謝謝委員！本項在一開始推動時確實有困難，但這是健保資訊系統邁向雲端的一個非常重要基礎建設，目前雖然執行率很低，但未來一定要達到全面推行的目標。以後所有的服務及資訊分

享都會透過雲端，所以現在就必須將高速公路(網路頻寬)建設好，這部分若因執行率低而要減列，則請能將剛剛謝委員天仁的建議列入，亦即，日後若經費不足，可再增編。

二、這部分確實影響很大，希望未來的服務都能走向雲端，此高速公路需要一直鋪下去，而且還要說服院所，其使用的 VPN(健保資訊網路服務系統)頻寬要足夠，現在執行率較差，同意本項預算先減半，但再過一年可能就要增編。

謝委員天仁

明年經費若不足，我想委員都會同意增編。

蔡副署長淑鈴

若明年同意增編，最多可以增編至 22 億元？

鄭主任委員守夏

今年減編為 11 億元並加個但書，若明年計畫擴展迅速致預算不足，則予以增編。

謝委員武吉

一、替健保署說一些公道話，103 年剛開始推動雲端藥歷查詢系統時，確實困難重重，連社區醫院協會都配合向會員、理監事說明，但院所還是不參加。醫院方面後來經過健保署各分區業務組召開相關會議，多方解釋，才慢慢開始起步。我想診所與藥局也應該會開始加入本計畫。

二、委員決定減編一半費用，謝委員天仁提及以後可以再增編，這是合理的。本計畫剛開始起頭，不是那麼簡單，說了還沒有人要聽，我親身經歷過程，所以要替健保署說話。

鄭主任委員守夏

感謝謝委員武吉！付費者代表並未質疑健保署不認真，只是預算編多了卻未支用，沒有意義。等真有需要，明年再協商所需預算。如果沒有特別意見，本項就討論到此。現在是晚上 9 點半，希望 10 點前會議可以結束。請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

希望可以像蔡副署長淑鈴所說，3年後雲端藥歷查詢系統可以正式全面上路，請問是百分之百嗎？

蔡副署長淑鈴

或許委員會覺得本項執行率不高，但其實現階段屬投資期，若雲端藥歷的服務做得好，可以減少重複用藥、檢查，後續的成本效益CP值很高，請大家不要吝於投資。

蔡委員宛芬

我們認為投資很值得，但請問3年後雲端藥歷查詢系統可否全面上路？

蔡副署長淑鈴

雲端藥歷早就全面上路了！只是現在院所VPN頻寬還不夠，希望能夠盡速建立。在健保署逐步推動下，醫院頻寬已經建置得差不多，現在是診所的問題，診所家數太多，推動上真的困難重重，我們還在努力中。

鄭主任委員守夏

一、105年度「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」預算編列11億元。協定事項：105年6月底前提送執行成果及成效評估報告。好不好？(多數委員回應：好)

二、第8項「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」，預算足夠嗎？會不會太多？(多數委員回應：不會)本項預算同104年度編列14.045億。

三、第9項「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」，105年預算與104年相較，並未增加，請問委員需不需要增加預算？

滕委員西華

「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」，經費已經編列非常多年，對預算部分沒有意見，但評核委員對本計畫每年都給予很多建議，例

如「糖尿病醫療給付改善方案」、Pre-ESRD(末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫)，都是各做各的，以及 Early-CKD(初期慢性腎臟病醫療給付改善方案)執行率也有待提升。建議加個但書，應該整合相關計畫，不要分開執行，否則這些年編了這麼多經費，有點可惜，可否將評核委員的意見列入但書。

鄭主任委員守夏

好！請參看會議資料第 103 頁的文字。

滕委員西華

「糖尿病醫療給付改善方案」也要整併，不要各做各的。

鄭主任委員守夏

- 一、應該是以院所為單位進行整合，如果院所同時有執行「糖尿病醫療給付改善方案」及「Early-CKD」，院所端應該要整合，請健保署依評核委員的建議整合相關計畫，且與品質獎勵扣連，並適度與「糖尿病醫療給付改善方案」連結。
- 二、接下來討論第 10 項「提升保險服務成效」，本項較 104 年預算增加 1 千萬元，請問委員有無意見？

滕委員西華

有意見！去年協定這筆預算時已經有非常多爭議，既然已經通過，現在的名稱是「提升保險服務成效」(原項目名稱為：提升保險人管理效率)。據了解今年藥品爭議非常多，如果 105 年預算可以增加 1 千萬元而為 2.95 億元，則要有但書，請健保署運用這筆經費，委託 TFDA(食品藥物管理署)以外的機構進行藥品品質檢驗，並進行上市抽檢，不能只仰賴 TFDA，買藥的人要知道自己所買的藥是否真有那麼好。

鄭主任委員守夏

我們曾經討論過，如果將過專利期的原廠藥與學名藥分別訂藥價，即無法鼓勵台灣藥廠好好做學名藥，政策的意涵並不恰當。本項 104 年預算為 2.85 億元，增加 1 千萬元，成為 2.95 億元。如果委員同

意滕委員西華的提議，且擔心新增1千萬元不夠，可以再增加預算。對於滕委員所提的建議事項，是否需要另外增加經費？

滕委員西華

依會議資料健保署的說明，104年預計下半年執行9千萬元，其實預算還是有剩餘，我認為雖然沒有執行到2.85億元，但還是同意增加1千萬元，至於明年預算2.95億元中，健保署必須撥部分的經費委託檢驗藥品品質；撥多少預算由健保署自訂，付費者沒有意見。

謝委員天仁

這部分我認為合理，現在衛福部對外表示原廠藥的藥效似乎比較好，為了退出健保的原廠藥，還要試辦藥品差額負擔計畫，很奇怪！是否代表國產學名藥的藥效可能不如原廠藥？這種情況下，為了維持應該有的保險服務品質，應該要檢測「健保給付的學名藥」與「原廠藥」，兩者藥效是否保持相同水準，不然很難對外交代，我認為這部分應該要做。

鄭主任委員守夏

依委員建議加上此協定事項，至於金額多少就由健保署自訂。請戴委員桂英。

戴委員桂英

其實委員關心的是用藥品質，相信每個人都可能是病人，也都會用到藥，如果這樣做，似乎健保署又要設個小藥檢局，請問健保署的看法呢？

鄭主任委員守夏

請健保署提供意見。

施組長如亮

過去健保會委員曾提到此部分，本署也曾向干委員文男解釋過。藥品的安全、療效與品質，屬TFDA(食品藥物管理署)的職掌，而且藥品的品質、療效不是利用檢驗就可以驗證，品質須從源頭及要求

整個製造過程，所以才會有 PIC/S GMP(優良產品製造規範)之規定。並不是將藥品拿來抽驗，就可以確定其療效與當初送 TFDA 查驗的藥品是否相同。我認為不能由健保署執行這件事，應該由衛福部要求 TFDA，做到真正為藥品把關的責任。

謝委員天仁

不是，您誤會了！現在不是對藥品的藥證取得有爭議，而是藥品已取得藥證，並通過健保給付後，市面上消費者拿到的藥品，到底有沒有符合原來應該有的水準。保險人本來就要幫忙檢驗，但可以將此工作委託第三人辦理。

施組長如亮

TFDA 本來就有做這件事的計畫。

謝委員天仁

TFDA 問題很多，不能被信服，健保署可以委外抽檢。

滕委員西華

施組長如亮的說明無法說服我們，食品也須經過食品藥物管理署核准，消基會也在抽驗食品的安全性，只是消基會無法檢驗藥品。全台灣四大醫學中心都設有臨床研究中心，對所採購的藥品進行抽驗，也有驗出品質有疑慮的藥品。藥品品質可能會變動，健保署都已經保證三同(同成分、同品質及同價格)，為何不能提出品質證明，證明三同政策是對的。健保的藥品採購者有責任告訴被保險人，您買的藥品品質沒有問題。

鄭主任委員守夏

一、付費者代表應該很有共識，個人也非常支持，至於計畫外包時，也歡迎消基會來標案，委員很客氣，沒有明訂多少經費。據我所知，驗一個藥品的 BA/BE(生體可用率/生體相等性)試驗，至少百萬元，如果 1 千萬元可以驗 10 種藥，其實也就夠了，就跟抽驗月餅、粽子一樣，這部分文字就列入協定事項。

二、最後一項「高診次民眾就醫行為改善方案-藥師居家照護」，先

請李委員蜀平表示意見。

李委員蜀平

- 一、尊敬的主委、所有委員及與會者，每次我都是醫事服務提供者最後發言的一位。希望以後不要安排我最後一位發言，這樣會惹的大家心情都很不好，很恨我！台灣約4萬位藥師，都是符合教、考、訓、用培育的專業人員，在醫療上，藥師與醫師是最親密的夥伴關係，與健保署也非常密切。健保總額中藥品約占1千6百億元，藥事服務費約100多億元，但在總額協商時，從來沒有給藥師講話的餘地，令人非常難過。
- 二、評核委員對本項計畫的意見，還有會議資料中健保署的說明，將本計畫寫得一無是處。別的計畫都可增加預算，本計畫預算卻變成「0」，到底是因為藥師專業發生問題，還是我太多話，我要去問神。藥師照護試辦計畫不光處理重複用藥的問題，還要到高診次病人家裡訪視，執行上有非常明確的SOP(standard operating procedure，標準作業流程)，還要與醫師溝通。對藥師居家照護計畫做這樣的核刪，實在不公平。
- 三、因應未來高齡化社會，長照制度上藥師照護一定不可或缺。我們的用藥是美國的7.7倍，但從來沒有一張死亡證明上寫病人因為用藥不當而死亡，美國一年還因用藥不當約死了19萬人，懇請所有委員支持，讓我們藥師能繼續執行本計畫，而且希望創造品質，及節省健保費後，能變成常態性服務、健康台灣。

滕委員西華

- 一、李委員蜀平您要說的我們都清楚。103年執行率92.64%，肯定藥師的辛苦，但評核委員的建議是計畫縮小，經費減少。建議預算就編列5千萬元，減列400萬元，若明年成效真的沒有改善，後年就不再編列。條件是藥師公會必須接受健保署直接派案，不能挑選個案。
- 二、請李委員蜀平考慮此建議，本項預算減列400萬元，105年預算5千萬元，如果明年再沒有具體成效，後年就不再編列預算。

謝委員天仁

明年我們會嚴格檢討，不要一下子就決定明年沒有具體成效，就此停辦，這樣藥師公會可能今年就不會好好做。

李委員蜀平

我還有講話的空間嗎？如果我們做好，明年就應增加預算，而且變成常態性給付，希望這個計畫也要透明，若健保署查核到藥師有浮報及不守法之情形，如果違反藥師倫理，我們會嚴格要求，甚至吊銷其藥師執照。也請各位委員幫忙，非常感謝署長、副署長，讓藥師有發揮專業的舞台！

鄭主任委員守夏

請同仁將文字呈現在螢幕，需依健保署提供之輔導對象名單收案。

李委員蜀平

寫嚴格一點，我們一定會做好。

鄭主任委員守夏

應該依健保署提供之輔導對象名單收案，若明年執行成效不佳，則停辦，這樣可以嗎？

謝委員天仁

明年嚴格檢討。

鄭主任委員守夏

好，明年嚴格檢討。

李委員蜀平

感恩，明年透明性檢討。

滕委員西華

是透明檢討，不是透明性檢討。

蔡委員登順

一、建議要增加輔導對象，不要老是找已經輔導過的病患，真的沒

有成效。

二、評核委員建議，照護對象應著重在行動不便的在宅者，那才是我們要服務的對象。以上兩點請藥師公會貫徹。

鄭主任委員守夏

一、蔡委員登順的建議，與剛才決議「應依健保署提供之輔導對象名單收案」意思相同且較明確。協定事項另外載明「若無具體成效，未來不再編列預算」。

二、「高診次民眾就醫行為改善方案-藥師居家照護」105 年預算 5 千萬元。請問委員還有無其他意見？(未有委員表示意見)那就定案。

三、總體而言，其他預算 105 年整體減列 9.58 億元，總預算為 103.589 億元。

四、接下來討論中醫部門未完成的事項，希望 10 分鐘可以談完。請同仁分送剛剛健保署試算的資料，請中醫部門協談代表入場。我們先休息 3 分鐘。

(中場休息約 3 分鐘)