

衛生福利部全民健康保險會
106 年度全民健康保險總額協商會議議事錄

中華民國 105 年 9 月 23 日至 9 月 24 日

106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105年9月23日上午9時38分至下午11時10分
及9月24日上午10時12分至10時52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

何委員永成 中華民國中醫師公會全國聯合會陳常務理事旺全(9月24日代)

何委員語

吳委員肖琪

李委員永振

李委員來希

李委員偉強

李委員蜀平

林委員至美 國家發展委員會陳專員靜雯(9月23日13:30~19:20代)

林委員敏華

林委員惠芳

邱委員泰源

侯委員彩鳳 中華民國勞工聯盟總會陳監事會召集人順來(代)

商委員東福

張委員文龍

張委員煥禎 中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠(9月23日19:00以後代)

張委員澤芸

莊委員志強

陳委員幸敏

陳委員義聰 中華民國牙醫師公會全國聯合會陳常務理事彥廷(9月24日10:30以後代)

陳委員聽安

黃委員偉堯

黃委員啟嘉

黃委員淑英

楊委員芸蘋

楊委員漢淥 台灣醫院協會林副秘書長佩菽(9月23日19:00~23:10代)

葉委員宗義

趙委員銘圓 全國產業總工會蔡顧問登順(代)

滕委員西華
謝委員天仁
謝委員武吉

肆、請假委員：
李委員成家
陳委員平基
羅委員紀琮

伍、協談代表
台灣醫院協會

中華民國牙醫師公會全國聯合會

中華民國中醫師公會全國聯合會

中華民國醫師公會全國聯合會

羅永達、張冠宇、
劉碧珠、林佩菽、
申斯靜、廖秋鐳、
潘延健、黃雪玲、
陳瑞瑛
陳彥廷、林敬修、
林世榮、翁德育、
羅界山、許世明、
邱煜偉、李楊鈞、
徐邦賢
張景堯、陳旺全、
施純全、黃蘭嫻、
許中華、胡文龍、
詹永兆、巫雲光、
柯富揚
黃振國、盧榮福、
吳國治、顏鴻順、
徐超群、陳相國、
張孟源、王宏育、
藍毅生

陸、列席人員

本部社會保險司
中央健康保險署

台灣腎臟醫學會

本會

梁組長淑政
李署長伯璋
蔡副署長淑鈴
龐組長一鳴
施組長如亮
陳理事長鴻鈞
林秘書長元灝
周執行秘書淑婉
張副執行秘書友珊
洪組長慧茹
陳組長燕鈴

柒、主席：戴主任委員桂英

紀錄：陳淑美、邱臻麗、
彭美熒、謝瓊慧、
劉于鳳

捌、主席致詞(略)

玖、106年度全民健康保險醫療費用總額協商－各部門與付費者

一、會議程序建議案(提案資料詳附件)：

(一)建議人：黃委員啟嘉。

(二)建議事由：有鑑於C型肝炎新藥之預算來源，涉及跨總額(醫院及基層)部門，爰提出程序事宜，建議於各部門總額協商開始之前，先討論確認C型肝炎新藥之預算來源後，才得據以進行各部門總額協商。

(三)結論：本次會議之議程安排，業經本(105)年第6、8次(105.6.24、105.8.26)委員會議議定，爰今日會議仍照既定程序進行。

二、醫院總額

(一)協商時間：

9月23日09：58~14：05(含付費者及醫院部門代表各

自召集內部會議討論約2小時14分鐘)。

9月23日14：06~14：45為門診透析服務費用討論時間。

(二)協商結論摘要：

付費者代表方案^註

- 1.一般服務成長率為4.442%，其中，醫療服務成本及人口因素成長率4.203%，協商因素成長率0.239%。
- 2.專款項目全年經費21,600.7百萬元。
- 3.門診透析服務成長率2.975%。
- 4.前述三項額度經換算，106年度醫院醫療給付費用總額，較105年度所核定總額成長5.881%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為5.493%。

醫院代表方案^註

- 1.一般服務成長率為5.289%，其中，醫療服務成本及人口因素成長率4.203%，協商因素成長率1.086%。
- 2.專款項目全年經費15,668.7百萬元。
- 3.門診透析服務成長率2.975%。
- 4.前述三項額度經換算，106年度醫院醫療給付費用總額，較105年度所核定總額成長5.257%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為4.871%。

註：付費者代表方案包含新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材)、C肝藥費及後天免疫缺乏病毒治療藥費等預算，醫院代表方案則建議前開項目費用移列在「其他預算」支應。

三、牙醫門診總額

(一)協商時間：

9月23日14：52~16：42(含付費者及牙醫部門代表各

自召集內部會議討論約34分鐘)。

(二)協商結論摘要：

- 1.一般服務成長率為2.340%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率1.922%，協商因素成長率0.418%。
- 2.專款項目全年經費為2,146.0百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，106年度牙醫門診醫療給付費用總額，較105年度所核定總額成長3.246%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為2.841%。

四、中醫門診總額

(一)協商時間：

9月23日16：47~18：47(含付費者及中醫部門代表各自召集內部會議討論約49分鐘)。

(二)協商結論摘要：

- 1.一般服務成長率為3.291%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率2.281%，協商因素成長率1.010%。
- 2.專款項目全年經費為377.2百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，106年度中醫門診醫療給付費用總額，較105年度所核定總額成長4.066%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為3.643%。

五、西醫基層總額

(一)協商時間：

9月23日18：55~21：34、22：06~22：31、22：53~23：10(含付費者及西醫基層代表各自召集內部會議討論約2小時20分鐘)，並於9月24日10：12~10：52再行協商(含付費者及西醫基層代表召開內部會議討論約35分鐘)。

(二)協商結論摘要：

- 1.一般服務成長率為3.963%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率為3.159%，協商因素成長率為0.804%。
- 2.專款項目全年經費為2,998.0百萬元。
- 3.門診透析服務成長率5.342%。
- 4.前述三項額度經換算，106年度西醫基層醫療給付費用總額，較105年度所核定總額成長5.157%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為4.789%。

六、其他預算

(一)協商時間：

9月23日21：35~22：05、22：32~22：52。

(二)協商結論摘要：

106年度經費11,263.9百萬元，較105年度增加905.0百萬元。

七、上述協商結論提送9月24日本會105年第9次委員會議確認。

拾、協商會議結束：9月24日上午10時52分。

105 年 9 月 23 日健保會

程序事宜

提案人：黃委員啟嘉

主旨：有鑑於 C 型肝炎新藥之預算來源，涉及跨總額(醫院及基層)部門，爰提出程序事宜，建議於各部門總額協商開始之前，先討論確認 C 型肝炎新藥之預算來源後，才得據以進行各部門總額協商。

說明：

一、中央健保署 105 年 8 月 18 日召開「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」，結論略以：

(一)與會代表認為 C 型肝炎新藥治療所需預算龐大，將擠壓健保總額，排擠其他的醫療服務，故無法在預算來源未確定前，取得一致意見讓 C 型肝炎新藥納入健保給付，且 C 型肝炎防治應由國家以『公共衛生政策角度編列預算處理』，而『非僅由健保負擔』，即使列為健保給付項目，預算亦應編列於健保其他部門總額，並納人民眾部分負擔的機制。

(二)建議 C 型肝炎新藥之預算來源可有下列四個選項，建議提交全民健康保險會討論及衛生福利部政策研議，若預算來源涉及健保給付部分且額度明確，新藥納入給付案再提本會議討論。

(A)公務預算

(B)公務預算+健保其他部門總額

(C)公務預算+健保其他部門總額+部分負擔

(D)健保其他部門總額+部分負擔。

二、但本次會議議程，不但未依前揭會議結論安排討論「C 型肝炎新藥之預算來源」案，而且在會議資料，將 C 型肝炎新藥項目直接編列至醫院與基層部門之專款項目，意圖直接進入各總額部門協商。此舉與前述 8 月 18 日藥品共識會議的結論大相逕庭、漠視此案跨二個總額部門的重大情事、嚴重違反程序正義，更索性架空

依健保法第 41 條召開的「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」，無視該會議中專家學者、被保險人、雇主…代表的集體智慧共識結論。假設今日醫院總額協商定案，第 4 場的基層總額即毋庸討論，要求基層一體適用嗎?!

三、本案關係的是「全體」被保險人的就醫權益，新藥治療所需預算龐大，雖經過相關醫學會所提建議，在依據嚴重性及急迫性設定之優先適用條件下，一年仍預估有 8,000 至 10,000 人，粗估一年健保申報金額可能高達 20-30 億元。因此前揭會議代表認為這筆龐大的費用將擠壓健保總額，排擠其他的醫療服務。民主社會制度下應尊重「法定會議」下多數人議決作成的決策。健保會身為協議訂定總額的法定會議，豈能不以最嚴謹的態度來討論，不管是資訊的透明化、還是行政政策措施改弦更張，都必須經過合理的程序賦予正當性；行政部門的行政決定過程應合理且經得起考驗，程序正義是實體正義的必要條件，當程序不符程序正義，行政的決定過程不合理時，其議決的結果就難以達到實質正義。

四、對於 C 型肝炎新藥之療效、安全性、成本效益，以及後續可減少之醫療成本、社會成本，本人認同應投入治療。惟健保資源有限，健保會依據健保法第 61 條協議訂定總額，亦應尊重依據健保法第 41 條召開的「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」依其職權所做出的結論。為維護民眾用藥及就醫權益，在不排擠重大傷病治療及分配正義之原則下，今日應先確認預算來源，再進行各總額部門協商，以示健保會嚴謹、慎重、勇於任事的態度，對全體被保險人負責。

壹、會議程序建議案與會人員發言實錄

壹、會議程序建議案「有鑑於C型肝炎新藥之預算來源，涉及跨總額(醫院及基層)部門，爰提出程序事宜，建議於各部門總額協商開始之前，先討論確認C型肝炎新藥之預算來源後，才得據以進行各部門總額協商」與會人員發言實錄

戴主任委員桂英

- 一、各位委員、健保署李署長伯璋、各位協談代表及所有列席的與會者，大家早安！現在進行今天的協商會議，本次會議因為有年度總額協商的重要工作，所以會議時間是一天半，議程在會議資料第1頁，原訂9點30分開始，因付費者代表於會前進行協調事宜，所以會議開始時間較晚，但不影響各部門的協商總時間。
- 二、依抽籤結果，由醫院部門先進行協商，建議按照原訂議程進行，各位委員有無意見？(有委員表示同意)。有二位謝委員舉手，先請謝委員武吉。

謝委員武吉

健保署有很多同仁適用勞基法，所以開會時間不能超過8小時，否則就違法，可罰2萬元到30萬元。基於此原則，會議時間應控制在8小時內。

戴主任委員桂英

謝謝，請謝委員天仁。

謝委員天仁

付費者因專業能力相較不足，歷來都會請專家學者協助指導，依我們剛才的協議意見，希望請吳委員肖琪、黃委員偉堯兩位教授協助提供協商的專業意見，先向大家報告，他們兩位已經不具有中立色彩，謝謝各位。

戴主任委員桂英

請何委員語。

何委員語

依勞基法第 36~38 條規定，公務人員不受勞基法規範，只要工時不超過 12 小時，就無所謂虐待行為。其次，若醫界會務人員適用勞基法，同意其 8 小時以後就可以離開。另依規定每月有 46 小時加班時數，只要截至今天為止，本月加班時數未超過 46 小時，就不構成違法，因此，醫院協會的會務人員若本月加班時數已超過 46 小時，今天不要加班，時間一到就可以下班，否則醫院協會將會被罰款。但健保會和健保署都不會被罰款，請放心。

戴主任委員桂英

謝謝各位委員的提醒，希望以後能慢慢改進、縮短會議時間，儘量不要協商到晚上，但本次會議已排定各部門協商時間，除非各部門協商非常順利，才可能節省時間。但感謝委員，健保會、健保署和各部門同仁都知道委員對各位的關心。

黃委員啟嘉

請問主席會議開始了嗎？如果會議已經開始，請優先處理程序問題。

戴主任委員桂英

黃委員啟嘉提出程序事宜，請參考所提供的書面資料，請黃委員說明。

黃委員啟嘉

一、這是健保制度長期以來存在的問題，總額預算由健保會進行協議訂定，但新藥納入健保給付，則是由全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱藥物共擬會議)決定是否通過。決定通過與否的人不決定預算，而決定預算的人不能決定新藥是否通過。兩者之間若無法互相配合，則今天通過的預算，將無實質意義，因為新藥可能不會納入給付。舉例來說，治療C型肝炎新藥(下稱C肝新藥)是最近非常熱門的議題，影響民眾健康權益很大，若未妥善處理，不僅無法保障C型肝炎患者，甚至會影響一般民眾就醫權益。

二、在藥物共擬會議，是有條件的通過C肝新藥納入健保給付，本

席也是共擬會議代表之一，依照當時的結論，預算來源必須為4個選項之一：第一是完全由公務預算支應；第二是公務預算加上健保其他部門總額(即其他預算)；第三是公務預算加上健保其他部門總額，再加上民眾部分負擔；第四是健保其他部門總額加部分負擔。若預算來源不是這4個選項之一，則參與共擬會議的代表並不同意將C肝新藥納入給付。

三、依今日的會議資料，健保署提出的方案已逕行將C肝新藥預算編在醫院及西醫基層總額中，雖然是以專款項目處理，但這與藥物共擬會議的結論不符。我擔心的是，當初藥物共擬會議是在有前提的情況下通過C肝新藥，若今日討論的結果與藥物共擬會議結論不符，能否執行恐有相當大的疑義。希望各位委員能審酌藥物共擬會議當初的結論，考量是否進行調整，請委員務必仔細考慮，謝謝大家！

戴主任委員桂英

謝謝，請何委員語。

何委員語

剛才有關程序問題的說明，不成道理，也不合理。首先，藥物共擬會議的權責，不能凌駕於法有據的健保會權責，共擬會議為健保署下設的組織，依相關辦法成立，屬於諮詢會議性質，並非如健保會法(健保法)有明定權責，希望不要凌駕本會權責，故付費者代表認為所提程序問題不成立，亦不違反健保法相關規範。

戴主任委員桂英

好，請謝委員天仁。

謝委員天仁

黃委員啟嘉所提的程序問題，是技術性干擾協商，是沒有道理的事情。今天的流程已經排定，請依照各部門排定流程進行，至於與各部門有關的事項，建議到各該部門再談就好。

戴主任委員桂英

謝謝各位委員，也謝謝黃委員啟嘉的程序提議。有關C肝新藥費用，於相關總額部門協商時，可請健保署說明究竟有無爭取公務預算，建議現在仍依照表定流程進行會議。

黃委員啟嘉

一、不反對前面兩位付費者代表的高見，共擬會議當然無法凌駕健保會，因為兩者是平行、互不隸屬的委員會。只是今天健保會通過的預算，若和共擬會議當初的結論有所牴觸，擔心預算執行會有困難，所以才會提醒各位委員，是否參考共擬會議當初的想法進行修正。無論委員是否同意修正會議程序，今天討論C肝新藥問題，可能會有下列幾個情況：

(一)同意修正，符合共擬會議結論，以便預算能夠順利執行，但聽完兩位付費者代表的高見後，大概不可能成立。

(二)今天不討論C肝新藥，先協商其他部分。但依過去健保會的傳統，如果今天沒有討論，代表無共識，只能兩案併陳送部裁決，所以也不成立。

二、因C肝新藥問題涉及預算執行，希望於討論各部門總額時能獨立思考，假若醫院接受與共擬會議不一樣的決議，希望討論西醫基層時仍應獨立考量，不宜和醫院的決定綁在一起。請各位委員能同意，西醫基層和醫院部門可有不一樣的思考方式。

何委員語

不同意黃委員啟嘉的發言內容，所提及共擬會議與健保會平行，那裡是平行？請把健保法拿出來詳細看一下。

謝委員天仁

主席！

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

有關西醫基層的相關事項，請於協商西醫基層總額時再談，建議照

規矩來，依所定流程，現在應該開始進行醫院總額的協商，今天不是委員會議。

戴主任委員桂英

請滕委員西華。

滕委員西華

一、對於 C 肝新藥要現在談或等到部門總額協商時再談，我沒有意見，但是對提案程序及法規面，我有不同的想法。所有全民健保給付的藥物，確實除自付差額特材須送健保會討論外，其他的項目都須在藥物共擬會議通過後進行議價，無須送健保會，過去也沒有出現共擬會議通過藥物，而健保會有意見的議案。也就是說，共擬會議是藥物給付的最終決策機制，具決定性，並非只有諮詢性質。這次是因為涉及在總額協商時是否匡列專款才送健保會，兩會間的權責顯而易見。

二、共擬會議通過的 C 肝新藥結論，嚴格講也違反其歷年來的決策機制，形同未通過給付。因為通過條件，除了須符合這 4 項前提之一外，而其中最優先選項公務預算支應，甚至與健保無關，會議結論還包括如果健保會不同意這 4 項前提之一，再送回共擬會議討論。

三、該 4 項前提中，先不論部分負擔是否涉及修法，其中 3 項前提，均涉及其他部門預算，確實會影響今天的協商。

(一)第 1 項前提(完全由公務預算支應)，是今天協商將 C 肝新藥費用全數刪除。

(二)第 2、3 項前提(公務預算 + 健保其他部門總額或再加民眾部分負擔)，則須考量，若納入健保給付，須編列多少預算成長率。

(三)第 4 項就更不用談(健保其他部門總額 + 部分負擔)，也就是健保會自行排除第 1~3 的選項。

四、同意何委員語及謝委員天仁的建議，C 肝新藥可以等到協商各部門總額時再討論，但是黃委員啟嘉提出的程序建議也未嘗不

可。除非於協商各部門總額時，再回到該 4 項前提，且考量排除前 3 項，只談第 4 項前提，因為現在看起來只能這樣，到目前為止，公務預算就是nothing(什麼也沒有)。

五、同意謝委員天仁的處理方式，但黃委員啟嘉提出的意見也沒有不對，該 4 項前提確實值得討論。如果我們有共識，認為C肝新藥財源必須併列公務預算，則今天 106 年度總額協商，不可能談定C肝新藥預算，謝謝！

戴主任委員桂英

謝謝，請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、請各位思考，有多少情況是健保會決議，經衛福部公告，須共擬會議調整支付標準，但也有一些新藥、新科技協商項目，沒有任何細項，多年來我們還是予以編列預算。因此，怎麼會有這個問題呢？以前怎麼從來沒提過？

二、建議不要在這個地方繼續打轉，協商會議就進行協商，C肝新藥議題到各總額部門協商時再一起談。今天不是委員會議，如果再就此議題一直討論下去，今天就沒時間協商了！今日的會議流程已經委員會議通過，請照議程進行！

戴主任委員桂英

請張委員煥禎。

張委員煥禎

我覺得不管是什麼會議，既然來與會，大家應該心平氣和。滕西華委員剛剛說對於黃啟嘉委員的提案也沒什麼不對，先給滕委員拍拍手，今天發言要互相尊重，黃委員啟嘉提程序問題，大家可以不通過，但是不需要批評他、謾罵他，我想這是最基本的素養，我們可以反對別人的意見，但不能反對別人「提意見」。

何委員語

權宜問題，我們剛才那裡謾罵他？講什麼批評他、謾罵他，我們

是就事論事。

謝委員天仁

我們是就事論事，表達意見。

張委員煥禎

請問我發言又沒有指哪位委員，你們為什麼要對號入座插嘴呢？

何委員語

這涉及權益問題，你侵害我發言的權利啊！我們那裡有謾罵？

戴主任委員桂英

各位委員，請冷靜。

何委員語

我們剛才發言那一句話是謾罵他？請指出來。

張委員煥禎

我發言，我可以講話吧！請勿插嘴，你可以等一下徵求主席同意後再發言。

何委員語

我是糾正你的錯誤。

張委員煥禎

你可以等一下再發言。

戴主任委員桂英

各位委員，請等一下...。

何委員語

因為你的發言牽涉到我發言的權利問題。

張委員煥禎

你就可以中間插嘴嗎？

何委員語

可以啊！因為發言牽涉到我的權利問題，我就可以發言。

張委員煥禎

你發言應該徵求主席同意，怎麼可以中途打斷別人發言，怎麼那麼沒有道理呢？

戴主任委員桂英

等一下再請兩位委員發言，先讓張委員煥禎發言完畢。

張委員煥禎

- 一、我覺得委員過去就是這樣，為什麼不允許別人發言？若認為不屬於程序問題，主席可以裁示，就照規定處理。我接受謝委員天仁的意見，如果表決，我甚至會贊成。
- 二、還記得去年協商門診透析預算時，謝委員天仁曾經提過，這是一種談判的氛圍，我只是提議，大家可不可以互相尊重！就算委員講的再沒道理，我們可以不通過，或在言語上評論沒有道理，這都沒有關係，但態度可以和緩一些，不要好像別人發言，就犯了滔天大錯。
- 三、請主席處理剛才黃委員啟嘉所提的程序問題；若不通過，也沒關係。

戴主任委員桂英

兩位委員要發言嗎，還是直接處理是否列入程序的問題？請何委員語。

何委員語

建議依照委員會議通過的協商程序進行，黃委員啟嘉所提的程序問題不予通過。

戴主任委員桂英

好，請謝委員天仁。

謝委員天仁

依照本會所通過的議程，你講的那些都不是程序問題，真正的程序問題，是9點半至11點半要進行醫院總額的協商，時間須要往前？

退後？或是該怎麼談。

張委員煥禎

是不是程序問題，應由主席裁決。

謝委員天仁

我現在就是在跟主席抗議啊！

張委員煥禎

我同意可以否決這不是程序問題，但不能說其他委員提出程序問題就是錯的。

戴主任委員桂英

黃委員啟嘉提出的程序事宜，經過大家熱烈的討論，建議依照既定程序進行，不變更。至於黃委員所關心的議題，在協商醫院及西醫基層總額時都會討論，屆時也還可再提出，這樣可以嗎？

黃委員啟嘉

可以。

戴主任委員桂英

謝謝，現在進行第一場次醫院總額協商。請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

還是要談程序問題，按照議程應該是 9 點 30 分開始進行協商，現在已近 10 點，又限定醫院總額協商時間 120 分鐘，請主席是否先宣布調整時間。

戴主任委員桂英

現在是 9 點 58 分，開始進行醫院總額的協商，時間仍為 120 分鐘！

貳、106 年度總額協商－「醫院總額」
與會人員發言實錄

貳、106 年度總額協商－「醫院總額」與會人員發言實錄

戴主任委員桂英

有關 106 年度醫院總額的協商方案，雖然醫界與健保署已於本(105)年 8 月 26 日「106 年度總額協商計畫(草案)會前會」向委員說明協商草案，不過按照慣例，還是請問醫院部門代表有無特別需要提出說明的事項？

楊委員漢淙

因為已經開了很多次的會前會，我們沒有另外的報告事項。本來協商是由雙方討論合意方案，但現在我們提出 5 項(醫院部門草案之一般服務協商項目)，竟得 5 個零(健保署意見成長率為 0%)，不曉得協商對我們的意義為何？

戴主任委員桂英

於會前會時的確已進行多次的報告及溝通，現在徵求各位委員意見，依往例，付費者及醫界代表會各自召集內部會議討論，今天有需要嗎？

謝委員天仁

看起來大家都沒有要說服對方！我看今天大概也談不成了，建議各自將方案寫一寫，再提出來就解決了。

滕委員西華

主席，請先確定是否醫院部門不打算簡報？

戴主任委員桂英

在會前會已經報告過了。

滕委員西華

今天不打算針對個別項目再進一步說明？之前沒說明過的部分，也沒有補充說明嗎？

楊委員漢淙

一、這些項目其實我們已經考慮再三，除向健保署長官說明過，也

已向本會非醫界委員簡報說明，項目及內容幾乎不變。

- 二、醫界提出的方案，主要希望大家能正視目前醫院的經營困難，但很顯然未能得到健保署的認同，所以我們提出的 5 個項目通通都掛零。付費者代表通常會有不同的主張，若有什麼意見希望提出，對於我們所提的項目，若有不清楚的地方，我們當然義不容辭，一定要補充說明。

戴主任委員桂英

謝謝，請醫院協會陳協談代表瑞瑛。

陳協談代表瑞瑛

- 一、今天會議資料的健保署意見，與其在會前會所提之版本，已有相當程度的改變，尤其是專款項目，是否請健保署說明，因為這對醫界非常重要。
- 二、本次醫院總額協商空間非常小，成長率從 4.203%(106 年度醫院總額成長率下限，即醫療服務成本及人口因素成長率)到 5.9%(行政院核定的 106 年度醫療給付費用總額成長率上限)，只有一點點，可成長的總額算起來也不過 60 幾億元。
- 三、請委員參看會議資料，健保署意見的專款項目共增加 71.469 億元，其中百分之 90 以上都是藥費；亦即從明(106)年起，醫院總額的資源，很多都用來治療 C 肝、愛滋病、血友病、罕病及器官移植，雖然「C 型肝炎用藥」編列 26.55 億元，卻是從原一般服務的 B、C 肝用藥的預算移列 9.43 億元，才變成 26.55 億元。請問明年以後要編列多少錢？後年能否有這筆預算尚無法知道，於明年編列後年預算時，勢必還是要想辦法。
- 四、為什麼今天醫院協會無話可說？因為未來態勢很明顯，吳委員肖琪和黃委員偉堯，兩位老師都是公共衛生專家，協助指導付費者代表，站在公共衛生立場，台灣的疾病只有 C 肝和愛滋病嗎？尤其是愛滋病用藥的費用，明年開始從 CDC (Centers for Disease Control, 疾病管制署) 公務預算轉由健保支付，怎能放在醫院總額的專款項目，這會影響醫院總額的成長率。

- 五、醫院總額可成長空間 60 幾億元，本來有很多屬於政策項目需要執行，但現在全部都沒有，只剩下DRGs(住院疾病診斷關聯群)，而且本項專款的編列也是數字遊戲，105 年編列 11 億元，因為沒有執行，所以明年改為 3 億元，減列 8 億元，變成原本專款項目可編列增加 79 億元，只剩下 71 億元，這就是數字遊戲啊！不知道付費者代表如何看待這件事情，如果付費者代表同意健保署的方案，我們還有什麼話說？健保署要醫院做什麼，只能照做，我們還能說什麼？
- 六、提醒付費者代表，從今天協商的最後決議，就可以看出 106 年以後健保署的政策是什麼？尤其對於醫院總額部門，健保署要我們做的是什麼？已經很清楚。所以要特別說明，請付費者代表再予考慮。

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

在大家各自研擬方案之前，有幾個問題詢問健保署：

- 一、健保署提供的資料中，「新醫療科技」(成長率 0.235%)預估增加的金額是 9.15 億元，但 105 年該項目金額約 18 億元，所以 106 年應該是負數才對，怎麼還增加？
- 二、「移列C型肝炎費用至專款項下」，須自一般服務減列C型肝炎用藥費用 9.43 億元，不清楚為何只有藥費的部分移列，而治療費用還在，請問是如何計算？看起來好像不是很合理。
- 三、最後一點，上次會前會大家都有提到基期的問題，請問 105 年編列「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRDs)」的 11.14 億元專款沒有執行，這筆費用有沒有自基期扣除？如果沒有扣除，表示基期含有這 11.14 億元的幽靈費用，會被算在成長率中。請健保署說明，以利付費者代表清楚了解。其他委員還有沒有問題要詢問健保署？

戴主任委員桂英

請何委員語。

何委員語

- 一、請教健保署，104 年初級照護的支出金額及占比為何？能否提供數字。
- 二、我昨天晚上算到 1 點多，但一直算不清楚，醫院總額部門的金額算來算去很難算，所以整個晚上都沒睡好，算到早上起來非常火大，希望了解 106 年的基期金額是多少？是 3,646 億 6,490 萬元嗎？因為我沒有讀書，不懂得數字，我一直在算總成長，一般服務加專款加透析預算，是不是 4,493 億 7 千萬元，但為何後面多出 1 百萬元？光多出那個 1，就算了將近 30 分鐘，再怎麼算都算不出來。【本會幕僚於當場已私下向何委員語說明】
- 三、急診品質提升方案 101~105 年 6 月的執行率只有 13.1%、15.3%、23.9%、59.6% 和 16.2%，為何那麼低？是否需要減列費用，請說明。

戴主任委員桂英

請問其他委員有無詢問？請潘協談代表延健。

潘協談代表延健

- 一、首先呼應陳協談代表瑞瑛的意見，今年健保署的方案將C肝與愛滋病用藥編列在專款項目，最大的問題在於，剛才西醫基層代表黃委員啟嘉也提到，這些藥物在西醫基層和醫院都會用到，但到底用多少，目前的計畫尚不明確，雖然健保署有提供補充資料，但並未見明確訂出對象和適應症，請教如何估算出會有 8 千名病人使用C肝新藥？人數若超出時如何因應？似乎完全沒有配套措施。
- 二、愛滋病用藥更離譜，原係由CDC(疾病管制署)支付費用，雖然立法通過明年轉由健保支付，但將其列在醫院總額的專款項目，納入醫院總額的成長率，非常不合理。過去的基期沒有該

項目，未來會成長多少，沒有人能夠掌握。這些藥物西醫基層及醫院都會用到，所以我們一再強調，若真的要支付這筆費用，這二個部分應列在其他預算，用多少就支付多少，如果人數沒那麼多，西醫基層和醫院部門也不會占便宜，如果超出也容易管控。

- 三、請委員參閱會議資料第 6 頁，健保署意見中，將C型肝炎用藥移至專款項目下，須扣除 9.43 億元的費用，請問健保署如何計算？目前估算可用C肝新藥之患者約 8 千人，和過去的C肝藥費 9.43 億元，兩者有無辦法兜在一起？過去C肝病人的每人平均藥費，本項只能計算C型肝炎藥費，其他費用不能納入計算，這部分的單價和頻率如何計算？不能因為明年要匡列 8 千人治療費用，就把所有C型肝炎病人所有的費用一併扣除，這部分請先釐清。

戴主任委員桂英

謝謝，請張委員澤芸。

張委員澤芸

- 一、因為是第 1 次參加這麼慎重的會議，尚不清楚何時發言較為恰當，但是身為護理團體代表，針對醫院總額有關「護理專業提升方案」，醫院部門草案編列 10 億元，但健保署意見卻是編列零元，看到此情形，總是有些話想說。
- 二、非常感謝所有委員過去對護理人力的關注，目前推動一般病床護病比和住院護理費用加成部分，的確看到了一些曙光和成果，不論從護理人力總空缺率或總離職率，104 年都較當初人力最緊迫的時期有逐步改善。事實上，在實施健保給付與護病比連動後，不管在鄰國日本或在台灣，都看到逐漸往正向的趨勢發展，如果在這個關鍵時刻沒有費用挹注，我們真的很擔心好不容易看到的曙光，會不會因此又熄滅了。
- 三、依健保署的方案，106 年擬朝擴大護病比加成級距及加成率方向研議，問題是如果沒有費用挹注，要如何執行？因此，請各

位委員支持，考慮編列相關預算，藉以繼續朝增加護病比級距及提升加成率的方向努力，以達到更好的效果。另外，偏遠地區護理人力的改善，也還有很大的努力空間，也希望能爭取一些費用，延續過去的做法，希望能得到各位委員的支持。

四、另外，依幕僚單位的意見，希望 106 年於提報各部門總額執行成果時，提報執行情形。特此提醒，過去呈現護理人力資料，所呈現的是總護理人力，即以醫院所有護理執業人數做為監測依據，建議於 106 年提報執行情形時，應能區分出一般急性病床的護理人力作為監測指標，而不是全院的護理人力，以利更清楚呈現健保預算用於提升一般急性病床護理人力的具體成效。以上說明，謝謝大家！

戴主任委員桂英

張委員澤芸有準備一份書面資料，請委員參閱。接下來請謝委員天仁。

謝委員天仁

我有一個善意的提醒，因為現在是醫院總額部門和付費者的協商，所以若非屬部門所允許的協談代表，原則上不適宜表示意見。部門要給他表示意見，我覺得OK，但這是協商氛圍蘊釀的問題，不要人家講得很火熱時，忽然丟進一塊冰塊，或冷了以後，忽然跳進一團火，我覺得這是節奏掌握的問題，希望主席能於程序上稍做控制。

戴主任委員桂英

剛剛有幾位委員已提出問題，請健保署回應。

李署長伯璋

一、謝謝主席與各位委員，針對C肝用藥問題，我先提供背景資料供委員了解。依健保署統計資料，B肝舊有病人的醫療費用，102年為 257 億元、103 為 323 億元、104 年為 369 億元、105 年上半年 204 億元，推估全年為 408 億元；C肝舊有病人的醫療費用，102 年為 181 億元、103 年為 215 億元、104 年為 234 億元、105

年上半年 123 億元，推估全年為 246 億元。而治療C肝的干擾素費用，102 年為 15 億元、103 年為 13 億元、104 年為 11 億元，干擾素的費用相對於C肝醫療費用，占率並不高。

- 二、實際上，干擾素並無法真正治癒疾病，變成是在養病人(指須不斷花費治療費用)。但現在研發出的C肝新藥，可大幅提升治癒率，衛福部在這樣的氛圍下，做出分階段將C肝新藥納入健保給付的決策，或許讓委員覺得未被尊重，向委員說明，最後我們仍將尊重健保會的決議。其實林部長一直在向主計長爭取公務預算，但公務預算不是今天提出，馬上就能變出來的，不論是颱風、地震、SARS、登革熱等重大事件，爭取從行政院的第 2 預備金支應，皆須作業時間，並非馬上就有的。目前林部長已將C肝防治當作國家計畫，未來將爭取公務預算。
- 三、陳協談代表瑞瑛提到HIV(Human Immunodeficiency Virus，人類免疫缺乏病毒)、C肝等防治，均屬國家政策，並不是健保署很笨，把它都攬來做。有人擔心日後會不會很多人從國外跑來台灣治療C肝，各位可以放心，外籍人士來台領有居留證明文件至少要 6 個月以後，才能參加健保。以上說明供各位委員做決策參考。
- 四、台灣的B、C肝及透析病人數，增加的速度非常可怕，我們養了很多病人。我也常向腎臟醫學會提及，8 萬 3 千多名透析病患的醫療費用點數高達 667 億點，約占總醫療費用的 10 分之 1，我們應有具體的作為，才能改變現況。C肝是慢性疾病，患者常能活 10 幾~20 幾年以上，依剛才報告的B、C肝的治療費用，可以想像未來負擔是很可怕的，未來誰當健保署署長都須面對這個問題。現在開始使用可治癒C肝的新藥，總是有個開始，量多少則是另一回事，以上簡單報告。

戴主任委員桂英

謝謝李署長，請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、剛李署長一直強調C肝治療 1 年花了多少錢，但你知道 1 年編多少預算嗎？101 年的醫院總額編列「加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」專款 19.22 億元，但用掉 31 億元以上，絕大部分的年度也約莫這個數字，只有今年與去年稍微降一點。預算僅編 19 億元，病人使用超出預算的部分，則是從醫院的其他服務來攤提。
- 二、106 年擬從一般服務減列 9.43 億元，移至「C型肝炎用藥」的專款，併入 26.55 億專款中。請問病人使用超過的部分，是不是得由醫院總額擠壓預算來攤提？依健保法第 26 條，新增給付項目且其會影響到支付標準，健保署必須有完整計畫，不能只是放話，卻讓醫界收拾結果。肝炎防治屬國家型計畫，試問有哪些國家型的計畫，是從健保的費用支應？國家型的計畫，本應由國家負擔其經費，現在卻便宜行事，難怪滕委員西華會提出整個程序都亂掉了。
- 三、另，向委員及李署長報告，從今年開始健保已入不敷出，雖然今年安全準備金還夠，但明、後年可能就需調整健保費率。B、C型肝炎治療是長年的計畫，健保從 94 年開始編列專款時，就一直強調治療的重要性，我們也願配合政策，但我們一直希望健保署能提出治療的效果，卻從未提出具體資料證明有明顯的療效，為了這模糊的療效，每年要由醫院總額承受 10 幾億元入不敷出的虧損。
- 四、C肝新藥這筆龐大費用，會擠壓到健保資源的使用，對醫院的其他醫療服務項目並不公平。上次會議，李署長也覺得我們的報告有道理，結果我們提出 5 項協商項目換來 5 個零，合理嗎？當然我也曉得健保署是不得不編零，否則擠不出 26 億多元的空間。
- 五、目前醫院經營很困難，護理界也說若不提供誘因，找不到護理人員的醫院還是找不到、關床的醫院仍然繼續關床。何況現在又有很多法令規定改變，使醫院經營皆會產生危機，你說有哪

項政策對醫院是利多的？沒有！醫院的人力成本是節節上升，有哪家醫院的人力成本沒有成長，署長也是來自醫院，應能體會醫院的壓力。醫院有 80% 的經費是來自健保，在這種情況之下，當醫院人力成本一直節節上升時，要怎麼辦？

六、我覺得需要顧及醫院經營的基本需求，醫界從頭到尾都沒講不用治療C型肝炎，只是對財源應有妥善的處理方式，不能簡單行事，以為編在醫院專款就可解決問題，就能對民眾或上級長官有交代，這樣的處理方式，老實講對醫院並不公平！

戴主任委員桂英

接著請健保署回應，剛才委員問了很多問題，健保署尚未回答。

謝委員天仁

請主席控制會議的程序，健保署尚未回答完，怎又跑回醫院部門發言。

謝委員武吉

主席，我先echo(附和)楊委員漢淙關於C肝的意見，基本上我不反對C肝的治療，但有些事須釐清。第一，接受C肝治療病人中有多少是愛滋病患者；第二，(鈴聲響)怎麼我講沒幾秒鐘，就按鈴了。

戴主任委員桂英

因為採分階段計時與提醒，第一階段「提問與意見交換」的時間為 30 分鐘，30 分鐘到了就按鈴提醒。

楊委員漢淙

醫院總額部門的協商時間不是 120 分鐘嗎？

戴主任委員桂英

對，是 120 分鐘。

楊委員漢淙

協商總時間既為 120 分鐘，則分階段提醒的鈴聲，可以移除。

謝委員武吉

第二，C肝新藥應正確用於應該治療的病人，因此，應先釐清C肝病人中有多少人是在因使用毒品而感染的，聽說衛福部有個專案辦公室，應提出正確資料，不然付費者代表也不知道是否要通過本項預算，這是一個很大的決策問題，不是一般的問題。

謝委員天仁

主席...。

戴主任委員桂英

現在先請健保署回答。

李委員蜀平

我已舉手很多次...。

謝委員天仁

抱歉，程序上面請健保署回答的問題，都沒回答，大家都一直插話進來，如何整合我們的方案。

戴主任委員桂英

李委員蜀平您...。

李委員蜀平

對不起，我馬上要去參加記者會，能否讓我先報告。

謝委員天仁

那請你先去參加記者會，就這樣子。

李委員蜀平

C肝的問題，我想說一個藥師...。

謝委員天仁

不用再談，照程序走。

李委員蜀平

大家都講那麼多，拜託，也讓我講一下。

謝委員天仁

沒有這種事啦！現在付費者正要聽取健保署的回答，之後就要內部會議商量我們的方案，沒時間等你說，請不要妨礙會議進行。

戴主任委員桂英

李委員蜀平，等一下一定有機會讓您發言，先讓健保署回答。

蔡副署長淑鈴

- 一、謝謝各位委員！今年在「新醫療科技」的處理方式，與往年不同，請委員參看會議資料的第 3 頁及第 8 頁，106 年「新醫療科技(包括新增診療項目、新特材)」(列一般服務)，預估增加 9.15 億元；新藥則列在專款項目，預估增加 11.48 億元。過去，新藥都是包含在「新醫療科技」中，列在一般服務，這次將「新醫療科技」拆成兩塊，是因醫院代表希望新藥的替代率能獨立處理，故本署是應醫院部門的需要而做調整。
- 二、何委員語提到初級照護點數，請參考今天桌上單頁的補充資料(100~104 年各層級醫院之門診初級照護件、點數統計)，有三層級醫院之初級照護的點數與占率。
- 三、楊委員漢淙提到 B、C 肝的問題，請委員參看指標要覽第 124 頁的「註 1」，有提到 101 年「加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」之預算為 35 億元，其中專款 19.22 億元、一般服務 15.78 億元。從 102 年至 104 年，申報點數都沒有超過 35 億點，故預算是足夠的，並非如楊委員所提有不足的情形。
- 四、106 年醫院總額部門的專款，大部分是因配合政策而編列，例如愛滋病藥費改由健保支應，是因「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」通過；「C 型肝炎用藥」，也是配合政策。這兩項費用再加上新藥移列後，3 項合計的費用占專款金額的比率，確實相當高。
- 五、106 年鼓勵繼續推動 DRGs，較 105 年減少 8.14 億元，是否會影響到基期，請醫務管理組同仁說明；C 肝與愛滋病，在醫院總額與西醫基層總額，如何拆列，請醫審及藥材組同仁說明。先做這樣的分工。接下來請醫務管理組說明。

張專門委員溫溫

各部門總額的計算分為一般服務與專款項目，一般服務是以前一年的醫療費用為基期，再乘以當年成長率；專款項目，則為零基預算，沒用完的額度，不會留到下年度，每年額度都是從零開始談。「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」屬專款項目，故不影響基期。以上說明。

施組長如亮

有關C肝藥費的移列，在會議資料第6頁有說明，102年起醫院總額將「加強慢性B、C型肝炎治療計畫」從專款項目移至一般服務。因104年醫院申報C肝藥費為9.43億元，故由一般服務減列9.43億元，移列至專款項目；至西醫基層之C肝藥費原就列於專款項目中。愛滋病藥費，則只編列於醫院總額部門中。

戴主任委員桂英

健保署是否已回答完委員提問，針對健保署的回答...

李委員來希

主席，護理師公會全聯會代表張委員澤芸的發言，並非無道理，但尚未回答。

戴主任委員桂英

健保署現正準備中。

李委員蜀平

趁這空檔，讓我先講一下。

戴主任委員桂英

李委員蜀平，請稍等。

蔡副署長淑鈴

有關「護理專業提升方案」，請委員參看會議資料第5頁，104年將原編於專款項目「提升住院護理品質計畫」的20億元移至一般服務，並納入基期，且每年隨醫院總額成長率成長。另105年醫療服

務成本指數改變率所增加之預算 91.605 億元，其中 18 億元用於調升住院護理費支付點數，亦已納入基期，加起來已超過 38 億元。因 106 年度總額的預算很緊，沒有太多空間，106 年擬擴大護比病加成的級距，但並未預設一定要增加預算，還須再研議、協商，當然「護理專業提升方案」是否再增加與算，尊重今天會議的決議，本署未有特別的立場，但今年確實沒有太多的空間可增列預算。

戴主任委員桂英

請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

請教使用干擾素治療C肝，1 個療程的費用為何？補充資料第 16 頁提到干擾素治療可能會發生貧血、掉髮等副作用、住院日數也可能會較長；但健保署還是沒提供使用干擾素治療須花多少錢，是 10 幾萬元？還是 20 幾萬元？如果干擾素和新藥花費差不多都是 20 幾萬元，但使用C肝新藥卻可避免後面的住院及副作用，就值得考量。干擾素治療的費用，是重要的關鍵數字。

戴主任委員桂英

有關吳委員關心的C肝用藥...，請李委員蜀平。

李委員蜀平

主席、各位委員及與會者，大家健康、大家好！我是蠟燭兩頭燒，請原諒，因為醫改會今天召開記者會討論醫院評鑑簡化縮減人力的問題。在此拜託委員支持 C 肝用藥的費用，因 C 肝是短空長多，若不治療，可能會轉變成肝硬化、肝癌，未來花費的健保費用會更多，9.43 億元是干擾素的費用，如果使用現有核准的 C 肝用藥，干擾素可以節省，而且健保署為了全國 C 肝的病人，已溝通廠商，把目前 C 肝的藥溝通到幾乎是世界最低，懇請各位委員為了讓 C 肝病人能提早治療，而且未來可以節省健保費用，請支持通過 C 肝用藥的費用。

謝委員天仁

抱歉，剛我已講過，若不是部門的協談代表，請不要就協商內容表示意見。

戴主任委員桂英

現在請健保署回答吳委員肖琪的問題。

李署長伯璋

干擾素治療，1 個療程約需 22~23 萬元，就目前而言，對C肝治療干擾素治療算是有效，但治癒率無法達到 100%(註)，但口服新藥，治癒率可達 90%、甚至 95%。有些病患因干擾素治療會有不舒服的情形，就抗拒繼續治療。剛也強調，C肝不像B肝會引起急性的肝衰竭，C肝病情進展不是很快，病人大部分是能忍則忍。

註：依據健保署提供之補充資料，以現行健保給付之長效型干擾素及ribavirin 合併治療C型肝炎，基因型第一型之治癒率約為 74%、第二型治癒率約為 89%。

戴主任委員桂英

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

我有個建議，當有人在發言時，希望其他委員不要講話，太多聲音會讓大家聽不清楚，會影響到開會的品質。若需私下討論，請小聲、或到外面討論，不要在裡面討論，否則，不僅我們聽不清楚說明，對發言的人而言，也會覺得不被尊重。從上午坐到現在，覺得很不舒服。希望大家能尊重會議的進行，尊重自己、也尊重大家。謝謝大家。

戴主任委員桂英

謝謝，「提問與意見交換」預定時間為 30 分鐘，目前已超過 12 分鐘，不過沒關係，全部都算在 120 分鐘以內。現在醫院部門與付費者雙方是否需要各自討論？或還有問題須再溝通？剛才楊委員漢涑也表達，若付費者代表對醫院部門草案有不清楚的地方，也可請他們說明。請問是否有需要請醫院部門或健保署說明之處？

謝委員天仁

若沒有要再請教的，我們就要進去討論了。

戴主任委員桂英

好。

謝委員天仁

我們討論時間需半個小時。

戴主任委員桂英

半個小時，是不是雙方...(羅協談代表永達舉手)，請問羅協談代表永達還有意見嗎？

羅協談代表永達

對！會議資料第7頁，我知道違規扣款係105年6月24日委員會議的決議，然本項的原意是希望發揮同儕制約的精神，但醫院總額是由健保署管理，醫界對同儕制約根本無法著力。在這種情況下，某家醫院做錯事，卻要所有醫院承擔，並不合理，尤其在106年預算這麼緊的情況下，還要再去扣醫院的費用。這項是醫界沒辦法改善、也無法承擔的項目，能否重新思考此項扣款，不應扣減醫院的費用、甚至還納入基期。

謝委員天仁

這部分，我可以回答。本項在之前本會討論106年度總額協商通則時已獲通過，現又再提出，你要大家如何處理呢？請大家尊重先前的決議，如果有問題，明年再繼續努力。

戴主任委員桂英

請潘協談代表延健。

潘協談代表延健

我的問題，健保署並未回應。我剛才詢問，會議資料第6頁，為何要扣減9.43億元的C肝費用？補充資料第15頁呈現，104年C肝病人數為10,757人，使用C肝藥品費用9.43億元，假設C肝新藥使用

人數匡列 8 千人，人數上就出現落差，不能將所有C肝病人的藥費都予扣減。此外，想進一步知道C肝用藥的平均單價，剛吳委員肖琪也有詢問，能否呈現單價與申報總數量。

戴主任委員桂英

請黃協談代表雪玲。

黃協談代表雪玲

請問健保署會議資料第 3 頁，新特材的部分，如何估算出 41 項植入物的替代率為 60%，每項的替代率不可能皆為 60%，能否提供這 41 項的替代物對照表供參。

戴主任委員桂英

這兩個問題，請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

請醫審及藥材組回答。

施組長如亮

有關潘協談代表延健的詢問，106 年將原C肝藥費從一般服務移至專款項目，以後凡是用干擾素、或干擾素失效後改用新藥者，均由「C 型肝炎用藥」的專款預算支應。

黃協談代表雪玲

連B肝的干擾素也移過來嗎？

施組長如亮

對，C型所有治療用藥都移到專款，以後還是有人需使用干擾素、或干擾素失效後需改用口服新藥。至特材替代率 60%...

楊委員漢源

對不起，請問專款額度為何？

蔡副署長淑鈴

9 億多元。【註：「C型肝炎用藥」專款編列 26.55 億元，從一般服務移列C型肝炎藥品費用至專款項目為 9.43 億元】

楊委員漢源

9 億多元能涵括所有的嗎？現在單以干擾素治療B、C肝，藥費就要 30 幾億元，只有今年才降到 30 億元以下，何況明年還有C肝新藥。

施組長如亮

在會議資料第 8 頁，「C型肝炎用藥」專款編列 26.55 億元。

李署長伯璋

讓我補充一下。

戴主任委員桂英

請李署長補充說明。

李署長伯璋

其實台灣的C肝病人數號稱有 50 幾萬人，我們會在健保會同意編列的預算額度內，設定使用新藥的標準，包括謝委員武吉提及同時罹患HIV及C肝，如該類患者未接受HIV的治療且有良好控制，則不會考慮納為C肝治療的對象，如同HIV病患登記作器官移植手術，若他並未接受HIV的治療，則根本不會被列入器官移植的waiting list(等待名單)。本署的立場是有多少錢，就做多少事，但若沒有錢，就先不要做也沒有關係。

楊委員漢源

「健保署會控制治療病人數量」這句話我聽了很多次，請問若是在控制總量以外，有病人罹患C肝且已治療相當多年，未來是否就變成自生自滅？

李署長伯璋

沒有，一樣會治療。

楊委員漢源

已沒有治療的預算，都被你們挪走了。

李署長伯璋

只是將用interferon(干擾素)的費用移列至專款。

楊委員漢淙

對啊，但治療要不要錢，也是要錢啊！

李署長伯璋

為何說干擾素與口服新藥，不一樣，因新藥的副作用小...。

楊委員漢淙

這我都了解。我現在問的是現行 1 萬多名的C肝患者，並無法全部被納入C肝新藥的治療範圍內，仍會有部分病人將繼續使用干擾素治療，所需的費用，要不要留...？

李署長伯璋

不論是干擾素或C肝新藥，都有治療標準，只要符合適應症...。

戴主任委員桂英

我知道楊委員漢淙的意思。請醫審及藥材組說清楚，目前你們只預估 8 千人使用C肝新藥，但是否從一般服務移列出 1 萬多人的費用？

施組長如亮

8 千人是我們預估會使用C肝新藥，原在一般服務的C肝藥費則移列至專款，加起來總共 26.55 億元。

戴主任委員桂英

1 萬多人中，有 8 千人將來會用C肝新藥治療，請問有沒有為這 8 千人以外需要治療的人保留治療費用？

施組長如亮

有。

戴主任委員桂英

請健保署於休息時間，向醫院部門說明清楚。

楊委員漢淙

請再等一下！健保署並未保留使用干擾素治療的費用。為什麼這樣說？因為單干擾素治療B、C肝，1 年就要 30 幾億元，現在挪走 9.43 億元，要我們從「新醫療科技」支應，但「新醫療科技」並未有此

項目，干擾素並非新的醫療科技，它已使用很多年了。

施組長如亮

不是啦！

戴主任委員桂英

這個議題一定要釐清，等一下付費者代表內部會議時，請健保署向醫界說明清楚，等到付費者討論完畢後，再向全體委員說明。這個議題，討論至此。

謝委員武吉

主席！

戴主任委員桂英

請謝委員武吉。

謝委員武吉

首先有關C肝新藥價格，目前談到 24.8 萬元是 3 個月的療程費用，還是 1 次的治療費用？健保署也沒說清楚。其次，補充資料第 21 頁，藥品替代率之定義提到，新藥可能替代當時使用的既有藥品「或其他的醫療服務項目」。新藥應該只有替代原有藥品，怎會替代其他項目呢？這不是畫蛇添足嗎！請健保署說清楚，才不會讓付費者誤會醫界。

戴主任委員桂英

謝謝，請健保署說明。

施組長如亮

C肝的治療藥費係以療程為單位，1 個療程約 24~25 萬元。

謝委員武吉

但是到現在為止，我沒有問，沒人曉得 1 個療程是多少。

施組長如亮

1 個療程約 12~24 週。

謝委員武吉

沒有 12~24 週，該用 24 週就用 24 週！

施組長如亮

跟藥品有關，目前有 4 個廠牌新藥，有的療程為 12 週、有的為 24 週，所以時間不同。

謝委員武吉

我再請教，衛福部核准的C肝新藥，必治妥、吉立亞、艾伯維這 3 個廠牌，對健保署的議價，是否均已同意，你們也沒說明。

施組長如亮

目前必治妥及艾伯維兩個廠牌已同意 1 個療程約 25 萬元，吉立亞則尚未同意降價。

謝委員武吉

都要講清楚啊。

戴主任委員桂英

所以是兩個廠牌已經完成議價，另一廠牌還在議價中。

謝委員武吉

還有替代率的定義。

滕委員西華

主席，健保署的回答，將C肝新藥從「新醫療科技」中的新藥拉出來，完全是錯誤的。會議資料明明顯示，從「新醫療科技」將「新藥」拉出來，不只有C肝藥品費用，而是將一般服務「新醫療科技」的成長率中，全部的藥品拉出來，拉出來的不是only for C肝(只有C肝)，我覺得這要澄清。

戴主任委員桂英

請健保署補充。

蔡副署長淑鈴

本署從一般服務「新醫療科技」中拉出來至專款的「新藥」項目，

未包含C肝用藥，「C型肝炎用藥」因金額較大，獨立另列一項專款。

戴主任委員桂英

謝委員武吉所詢替代率問題，請施組長如亮簡要回答。

施組長如亮

替代率的問題，在會前會已談論很久。特材的替代率，一直以來都是以 60% 估算；藥品的替代率，之前曾採用 80%，現有已有 modified(調整)，若屬創新的新藥，替代率則為 0。明年將委請專家學者進行替代率的方法學研究，但在尚未更改替代率的計算方式前，仍將繼續沿用以往的估算方式；若現在要求替代率不能用 60% 估算，我們不知道可以用什麼數字來處理，它真的是還滿複雜的。

戴主任委員桂英

謝委員武吉詢問補充資料第 21 頁：替代率的定義「新藥可能直接替代當時使用的既有藥品或其他的醫療服務項目」，請健保署回答。

施組長如亮

替代其他的醫療服務項目，係指吃藥後，可能可以取代手術、住院等其他非藥物的項目。

謝委員武吉

主席，我不能夠接受這說法。什麼「或」，對與錯，只是兩個字而已。

戴主任委員桂英

向委員報告，我們只是詢問健保署的看法，能否接受其說明，是另一回事。

謝委員武吉

但我現在要求，健保至今 21 年了，不對的就是要改善，不能一直錯下去。60%、80%，你都還說錯，你都在欺騙付費者代表，你們實在很可惡。

戴主任委員桂英

請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、我還是有很大的疑慮，首先，把原編列治療C肝的干擾素費用9.43億元，全部挪走，但C肝新藥要設定適應症才能使用，C肝新藥使用人數預估約8千人，其他被你篩掉的數千人，還是要繼續用原來的干擾素。第二，C肝新藥的療效被說成像神藥一般，但其治療效果並非百分之百，可能僅為80%、90%；當然一種藥品若能達到80%~90%的治療效果，算是很不錯，但絕對不是百分之百。
- 二、當這8千人開始用C肝新藥治療，可能治療3個月後，有些人仍有肝炎存在，這些病人可能會因C肝新藥治療無效而絕望，需再找別的方法治療，但又沒其他的方法，所以大概僅能再回頭使用干擾素治療，但錢從哪裡來？沒有！因為錢都被挪走了。健保署可能會說另由新藥新科技相關項目去支應(施組長如亮：不是啦！)，但新藥新科技現在編列的錢是減少了。
- 三、會提出這樣的問題，是因為從來都不清楚干擾素治療費用的經費在哪裡？這是我們一直疑慮的重點。病人若已經來到醫院，醫院要不要收治？當然要啊，因為醫院沒辦法將病人堵在門外，要不然是要跟民眾說，請到信義路的中央健康保險署找施組長詢問，是這樣嗎？還是要有治療干擾素的預算，不然就會擠壓到其他醫療服務項目。

施組長如亮

再向委員說明清楚，會議資料第8頁的專款項目「C型肝炎用藥」，包含所有C型肝炎病患的治療藥費均由此項支用。若採用消化系醫學會所建議給付優先順序，須經過干擾素治療，其療程約48週，療程結束後，仍治療失敗的病人，沒有其他可用的藥，才可以使用C肝新藥。另外，原來屬於C肝病毒基因型第2型的病人，並不適用C肝新藥，仍可用干擾素來治療，其治療費用也是由本項「C型肝炎用藥」專款項目支應。

戴主任委員桂英

施組長的意思是，會議資料第 8 頁的專款項目「C型肝炎用藥」26.55 億元，並非只有給付C肝新藥，還包括原來治療C肝的干擾素費用。接下來依剛才委員的建議，利用 30 分鐘召開內部會議，讓付費者及醫界各自協調內部方案。

滕委員西華

對不起，請等一下！這說法又跟以前不一樣了。我想要釐清疑問，給不給，我沒有差，但邏輯要先弄清楚。(戴主任委員桂英：要弄清楚是對的)，以下問題請教：

一、假使會議資料第 8 頁專款項目「C型肝炎用藥」，是包含以前的B、C肝炎治療計畫所使用干擾素的費用(戴主任委員桂英：只有C肝)，OK！C肝，但這樣怎麼會符合消化系醫學會的建議？應該有些病患還是需要優先用干擾素治療的吧？我說的有沒有錯？原本C肝使用干擾素治療的人呢？(李署長伯璋：原本C肝治療的人...)署長，請先讓我講完。目前C肝病人的治療就是以干擾素加雷巴威林(ribavirin)為主，消化系醫學會建議是前開治療失敗的，再來用C肝新藥。

二、但現在健保署將「C型肝炎用藥」拉出來後，又認為會有替代，替代的意思應該就是不用干擾素，而直接使用C肝新藥才對。這樣的話，「替代」的意思到底是什麼？目前「加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」中，若原本使用干擾素治療成功的C肝第 1 型病人(成功率 74%)及第 2 型病人(成功率 85%)，都會改成都不用干擾素，可直接用C肝新藥來治療嗎？這要先弄清楚。【註：會議資料第 8 頁中，健保署意見「由於新增藥品之副作用較原治療藥物小，預期將產生替代效應，故醫院部門自一般服務扣除 9.43 億元(醫院原B、C肝藥費係編列於一般服務)」】

戴主任委員桂英

先請施組長如亮回答。

施組長如亮

消化系醫學會建議本署對於C肝新藥之使用優先順序，是對用過干擾素、但治療失敗的病患，因為沒有別的藥可用，就可以用C肝新藥。

滕委員西華

那就不會有替代了啊？怎麼會有替代？(眾人議論紛紛)

戴主任委員桂英

好，請大家安靜。現在請李署長伯璋補充回答。

李署長伯璋

- 一、C肝病人若測出來是仍屬於病毒活性期，醫師通常會主動建議病人用干擾素治療，對於治療過程產生的副作用，醫師會勸病人儘量忍耐，有些病人能忍受，這當然是最好，但問題是有些病人治療到一半，就會放棄、不治療。現在這些病人有C肝新藥可醫治，因此我們才會提出此協商項目之建議。依據消化系醫學會提供的6項標準，若C肝病人干擾素治療後，血液中仍可測到C肝病毒時，應該給病人一個治療機會。尤其本署與廠商對C肝新藥的議價結果跟干擾素費用差不多，對廠商而言這是個市場，對病人來說更是個機會。
- 二、再就未來進行整體考量，目前C肝新藥市價約2百萬元，若病人想自費使用，財務壓力非常龐大。若能因而(健保納入給付)促使藥價下降，則可減輕自費使用新藥病人的財務負擔。例如我有位換腎的病人，因為不適合用干擾素治療，因此決定自費購買C肝新藥，結果花費160多萬元，不過完成整個療程後，就測不到病毒了。因為看到有這樣的治療效果，因此衛福部及健保署才會積極推動。
- 三、預算部分大家可以好好討論，我只是很誠懇的向委員說明，我看到台灣目前C肝的病人數還在上升，若不能有效治癒，健保10年後還再治療舊病人，則不只是干擾素問題，其他一般藥物或治療花費也會拖垮健保。

戴主任委員桂英

謝謝各位，接下來開始 30 分鐘的內部會議。付費者或醫界於召開內部會議時，若有需要，雙方都可以邀請健保署說明。

(付費者代表進行內部會議討論約 71 分鐘)

戴主任委員桂英

- 一、本段內部會議的時間已超過 1 小時，請付費者代表先說明，再請醫界代表。請同仁將雙方的討論結果投影至布幕，便當已發送，等候時間請大家先用餐。
- 二、請付費者代表先說明內部共識方案，請問由哪一位代表說明？請謝委員天仁說明。

謝委員天仁

主席、醫院部門代表的夥伴，這次討論所提出的付費者方案，是歷年來最費力的一次，或許不能讓所有付費者代表都滿意，但大家也都想辦法接受。希望醫院部門能多考慮我們的方案，說明如下：

一、一般服務之非協商因素(指醫療服務成本及人口因素成長率及增加金額)：

(一)金額照列，只是加註一些用途，希望藉此能看到分級醫療有一些曙光，而不是每次講到分級醫療，就只想調整付費者的部分負擔。我們認為應該要著手去做一些事情。因此，希望「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算約 89.674 億元，至少 60%用於調整重症項目之支付標準。

(二)另外，健保署應將整體調整方案送健保會備查，其意指核備，也就是委員如果對方案有不同意見，還是可以表示不同之意見。

二、一般服務之協商因素項目：

(一)原「新醫療科技(包括新增診療項目及新特材等)」，修改為「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」：健保署原建議將新藥的增加金額 11.48 億元放到專款項目，但

歷年來新藥與新科技都是放在一般服務中。我們認為仍應依照以前先例，將新增診療項目、新藥及新特材的預算都列在一般服務，因此，我們把新藥專款 11.48 億元移回一般服務，本項目成長率修改為 0.531%，編列 20.63 億元。

- (二)「配合勞動基準法調整，醫院資源配置全面調整政策」、「護理專業提升方案」、「調整醫管人員支付標準」、「因應原自費特材納入健保支付標準使用之調整項目」等 4 項，參考健保署所提建議，不需要增加預算，故所列成長率均為 0%。
- (三)「移列C型肝炎費用至專款項下」：我們認為C型肝炎使用干擾素治療，每人治療費用可能到達 27~28 萬元，大家考慮後，認為既然將「C型肝炎用藥」完全移到專款項目，我們考量不要全部減列 27 億元，才建議減列 15 億元，比健保署原先建議減列的 9.43 億元，多了 5.57 億元。所以付費者的方案是減列 15 億元，移至專款。
- (四)「強化醫療服務品質提升及密集度改變，強化資源分配機制」：依健保署原提意見，成長率為 0%。
- (五)「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」：依照本會之前通過的總額協商通則，及健保署原提意見，減列 0.227 億元(成長率為-0.006%)。
- (六)為了達到分級醫療的目的，我們在一般服務的「醫療服務成本指數改變率」，主張至少 60%預算，約 60 億元，用於調整重症項目之支付標準。則醫學中心或區域醫院相對在重症方面的收入會增加約 60 億元。為了達到分級醫療的使命，也希望醫學中心及區域醫院，初級照護的案件能適度減緩，將之下放至地區醫院或基層診所。因此，於一般服務項下註記協定事項，要求「醫學中心及區域醫院初級照護的案件數不得超過 105 年度之 90%，超過的部分，就不予分配」。不予分配的概念類似合理門診量，超過一定的數量就不支付的意思。

三、專款項目：

- (一)「新藥」剛才已說明本項移列到一般服務。
- (二)「C型肝炎用藥」：健保署建議預算 26.55 億元，我們同意金額照列，但列出附帶條件，註記於協定事項。第一，所有付費者擔心 101 年的狀況會再重複，希望應選擇對病人最有效益之治療方式，例如某位病人適合用C肝新藥，就該直接用，而不是全部病人都得先用完干擾素以後發現無效時，才能用C肝新藥。第二，我們要求政府應該編列相對比例的公務預算，還有訂定相關治療的執行計畫，送健保會討論通過。若政府未編列相對應的公務預算，則本項預算不得動支。第三，政府既然認為C肝新藥是國家型計畫，我們建議自 107 年度起全部由公務預算支應，當然 107 年度總額會在 106 年時，由第 3 屆新任的健保會委員協商結果決定，我們只是提出本項建議。
- (三)「罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費與罕見疾病特材」：健保署原建議增加金額 39.83 億元，但付費者只同意增加 35 億元，故本項預算修正為 124.525 億元，附帶的條件為：罕病藥費及罕見疾病特材預算共計 58.035 億元，不得與其他項物流用，也就是說在本項中，若其他項目預算不夠，也不能使用罕見疾病的 58.035 億元預算。
- (四)「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」、「醫療給付改善方案」：依健保署意見，金額照列。
- (五)「急診品質提升方案」：原列預算 1.6 億元，但實際執行往往不到 7 成，所以我們認為虛列的金額讓總額虛胖，故應予減除。因此本項減列 4 千萬，減列後預算為 1.2 億元。
- (六)「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」：本項 105 年預算編列 11.14 億元，但因健保署推動不及，該署自動提出減列 8.14 億元，僅編列 3 億元來推動第 3 階段DRGs，同意依健保署意見。

(七)「醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案」、「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」等 2 項：同意依健保署意見，維持 105 年度預算額度，不增加經費。

四、以上為付費者對 106 年度醫院總額所提方案，歡迎醫院部門指教。

戴主任委員桂英

謝謝付費者代表提出的方案，現在請醫院部門表示意見。請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

楊漢淙代表醫院部門代表發言，我們尊重付費者代表所提方案，其所提項目不只 1 項，且係花費比預計時間 30 分鐘多了 1 倍時間討論而得，付費者確實很用心討論，因此我們也需要約 1 個小時的時間來仔細研讀及討論。因此，必需到另個場地去討論，不然在這邊會被你們偷聽到(眾人笑)，或許不需要用到 1 小時，但至少需 35 分鐘，這也是合理的時間，我們預計大約下午 1 點鐘回到本會議室繼續開會。剛剛付費者討論這麼久很辛苦，都沒有時間上廁所，可趁此時間吃午餐及稍作休息。

戴主任委員桂英

可以嗎？醫院部門內部會議討論時間 35 分鐘，也算合理。請何委員語。

何委員語

在醫界代表進行內部會議之前，先報告一下：

- 一、首先對楊理事長漢淙一直為醫界爭取良好及合理的制度及利益，表示崇高的欽佩及尊敬(楊委員漢淙：謝謝！)。
- 二、謝委員天仁已將付費者代表的共識方案講得很清楚。這次付費者代表各自有非常多意見，通常的在會議上，意見講了 3 次別人還是不聽，可以拍桌子，但內部會議委員都講超過 3 次、都想拍桌子！委員各自的意見已經充分表達，而且討論時間也比

- 預定超過 1 倍。每個委員都有各自的立場、觀點及看法，表示健保會的付費者代表不僅有自己的看法，也越來越成熟及理智。
- 三、未來整個健保醫療的走向，除了受政府及主管機關的指導，及醫界期望的發展方向所影響之外，付費者代表的意見也可能會越來越強烈。所以未來整個醫療的發展，是否能朝向讓醫界、病患、社會、政府等各方面都能共贏的方向發展，彼此之間很有相關。另外，付費者代表對於付費者權益保障，也是越來越高漲，這點也請醫界能理解，因為付費者代表背後的壓力是越來越大，面對的要求也越來越多。
- 四、本次參與協商我感受到，現在的協商不同以往，已經不是誰說了算！因此綜合大家共同意見，提出了投影螢幕投影的付費者方案，建請醫界能予慎重研討，謝謝。

戴主任委員桂英

謝謝何委員語，請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、醫院部門前來參與協商的醫療團體相當多，包括醫學中心、區域醫院及地區醫院等各層級醫院，其經營方式、服務對象，甚至所面臨財務上的壓力，都不一樣，所以必須要有時間來溝通。
- 二、其實醫界一直很民主，雖然我個人沒有醫院，但身為理事長，必須尊重每個醫院層級意見，並從其中找到最適當的交叉點，這是我從事醫務管理 50 多年來，一向稟持的原則。我們尊重民主的機制，一定會讓所有與會的成員充分表達意見。
- 三、在醫院中，我們一直談以病人為中心。而在總額協商氣氛下，我們也不得不以付費者代表為中心，因付費者其實操縱了醫院的生與死，所以付費者要給我們什麼項目、就給我們什麼項目，我們好像也沒有太多選擇的權力。在協商的過程中，其實這並不是個很好的現象，但我們也接受了，所以我們並沒有人退席，還是一樣在此協商。接下來徵求主席同意，剛剛說要給醫界 35 分鐘討論，不過此段發言又過了 5 分鐘，希望從現在起，仍給

醫界 35 分鐘的時間召開內部會議。

戴主任委員桂英

現在由醫院代表召集內部會議，時間約 35 分鐘，幕僚已另商借 902 會議室，醫院部門代表如需使用可移駕到 902 會議室。也請本會同仁看看有無需要協助的地方，例如提供付費者版本。另在座委員可以開始用餐。

(醫院代表進行內部會議討論約 63 分鐘)

戴主任委員桂英

請同仁準備投影醫院部門版本，同仁準備好了嗎？

邱技正臻麗

準備好了。

戴主任委員桂英

謝謝醫院部門代表很用心的協調內部方案，是不是請楊委員漢淥代表說明？

楊委員漢淥

醫院部門由醫院協會林副秘書長佩菽代表發言。

林協談代表佩菽

謝謝主席及各位委員。剛剛醫院協會經過非常熱烈的討論，已有決議，我們拿出最大誠意，提出的方案總成長率低於行政院核定的成長率上限。說明相關事項：

一、有關剛剛付費者代表認為「醫療服務成本指數改變率」所增加的預算，應用於調整重症支付標準；我們還是主張非協商因素不應用來調整支付標準，這是我們的共識。

二、一般服務之協商因素項目：

(一)「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」：我們認為還是要移至其他預算，本項維持原案，成長率還是 0%。

- (二)「配合勞動基準法調整，醫院資源配置全面調整政策」：預估增加金額下修為 30 億元，成長率為 0.772%。
- (三)「護理專業提升方案」：維持原案，預估增加金額為 10 億元，成長率為 0.257%
- (四)「調整醫管人員支付標準」：醫管人員在整個醫療環境占很重要的角色，所以本項目仍維持，並編列成長率為 0.129%(預估增加金額下修為 5 億元)。
- (五)「因應原自費特材納入健保支付標準使用之調整項目」：配合健保署將原自費之過程面特材，納入支付標準包裹給付，預估增加金額編列 3 億元，成長率為 0.077%。
- (六)「移列C型肝炎費用至專款項下」：經過上午激烈的討論，我們認同移列C肝費用，包含干擾素部分，整個切離，全部移列至其他預算專款，並依健保署提供之資料，減列 9.43 億元，成長率為負 0.243%。從明年開始，所有C肝部分，均由其他預算的專款處理。
- (七)「強化醫療服務品質提升及密集度改變，強化資源分配機制」：同意本項放棄，成長率為 0%。
- (八)「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」：同意減列 0.227 億元，但僅同意當年(106)年減列，不應滾入基期。

綜上，一般服務成長率為 5.289%。

三、專款項目：

- (一)「新藥」：還是維持預算為 0 元。
- (二)「C型肝炎用藥」：仍堅持要移至其他預算，故維持本項預算為 0 元。
- (三)「罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費與罕見疾病特材」：我們仍建議愛滋病藥品費用應編列於其他預算，本項維持原案，預算仍維持原提之 94.355 億元。
- (四)「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」、「醫療給付改

善方案」、「急診品質提升方案」等 3 項則均維持原擬方案，即同健保署方案。

(五)「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」：還是維持原擬方案，建議暫時不推動 DRGs，預算為 0 元。因為今年 ICD-10-CM/PCS(國際疾病分類第十版臨床修訂/處置分類系統)才剛上路，還有許多地方需進行校正。此外，DRGs 相關資料，例如 DRGs 4.0 版本也未備齊。我們瞭解健保署目前很積極與醫院討論，但在相關配套還未齊備之情況下，故建議此項還是暫時刪除，維持減列 11.14 億元。

(六)「醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案」、「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」等 2 項均維持原擬方案，即同健保署方案。

四、醫院部門之一般服務及專款成長率合計為 4.966%。至於門診透析預算，則留待後續討論。謝謝。

戴主任委員桂英

謝謝林協談代表佩菽，醫院部門調整了很多項目，感謝各位。現在雙方都已經提出版本了，既然是協商，希望能有共識版本，而不需將決定權交給衛福部，請大家提供意見、互相協調。請林協談代表佩菽。

林協談代表佩菽

主席，剛剛漏了 1 項，現在補充報告。付費者代表方案中有關初級照護率部分(即付費者代表方案建議「醫學中心及區域醫院初級照護的案件數不得超過 105 年度之 90%，超過的部分，不予分配」)，因初級照護之定義尚有爭議，且過去的定義係在 ICD-9-CM 的基礎，目前已轉換進入 ICD-10-CM/PCS，應該重新校正與定義，何謂初級照護，所以對於付費者主張之附帶意見，醫院部門表示反對。

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

感謝醫院部門，看起來比我們更用心，調整的幅度相當大。我的看法是，為了解除大家的困擾，建議就不再討論了，因為雙方的方案實在差太遠，把此問題交給衛福部做出英明的決定。

戴主任委員桂英

這是謝委員的意見，請滕委員西華。

滕委員西華

基本上我們主談的謝委員天仁已經講了結論，但有些項目還是希望醫界能再思考一下。就DRGs項目，提出以下看法：

- 一、去年協商時，就已說好今年要全面推動，但因ICD-9-CM轉碼為ICD-10-CM/PCS的關係，因此大家同意延至今年7月1日實施。衛福部蔣前部長丙煌「呷緊弄破碗」(台語，比喻欲速則不達)，本來今年預定要導入第3~5階段，都沒有實施。
- 二、現在還以轉碼校正(ICD-9-CM轉為ICD-10-CM/PCS)為由，讓明年不實施全面導入DRGs，我覺得理由有點牽強。原本說轉碼需要半年完成校正，但到今年年底就屆滿1年了！剛剛醫院部門林協談代表佩菽提到，門診初級照護率還要再做1次校正。要用哪一個方案，我沒有特別意見，但用轉碼為理由不實施，我覺得是不好、有點牽強。
- 三、再次重申，本會105年度總額協商的共識結論明明就是：105年1月要全面實施DRGs。但後來延至105年7月實施，而且延期也是付費者爭取的，認為既然醫院還需半年做轉碼準確率的校正，就算被騙，也只是延後半年，不算損失，算是為了國家好。但因政治等因素，使得今年沒辦法全面導入DRGs。明年健保署本應往前推3步的，卻往後退2步！竟只剩推動第3階段而已。
- 四、綜上，我還是覺得再用轉碼校正為理由真的有點太牽強，我可以接受不要做，但用這個理由實在說不過去，協商105年度總額時，大家的承諾並不是這樣，請醫院協會再思考一下。

戴主任委員桂英

請蔡代理委員登順，再請何委員語。

蔡代理委員登順(趙委員銘圓代理人)

- 一、感謝醫界那麼用心，依討論的結果提出新的方案。醫界的付出及相關人員的努力，大家都肯定，讓台灣醫療享譽全球，相信大家都有感受到。不過健保最主要是照顧弱勢，有錢人擁有更好的資源，不一定需要用到健保，但弱勢者就一定需要用到健保，大家都能共同體認台灣健保的價值。但目前看到醫院部門不將「C型肝炎用藥」放在醫院總額，全部要移到其他預算，令人遺憾，不過醫院部門所提方案，我們仍予以尊重。
- 二、C肝新藥的出現，改善了過去干擾素治療的困擾，治癒率達 9 成以上、副作用更少，可減少處理副作用的費用。傳統干擾素治療藥費，再加上副作用治療費用，每人約需 35 萬元。但依目前C肝新藥議價結果，只要花 25 萬元，整體費用應該可以降低很多。因此建議健保會委員應優先由患者的角度來思考，從健保資源的效益來看，治癒C肝患者，可節省干擾素治療可能的副作用花費及後續治療肝癌、肝硬化之健保費用，有助於健保財務的管控。因此支持C肝新藥納入健保給付。
- 三、C肝新藥納入健保給付政策的價值，除了可有效治療患者外，同時也可預防肝癌、肝硬化的支出，減少大量的藥費。所以在專款項目編列 26.55 億元的「C型肝炎用藥」。依健保署目前規劃，將有 8 千名患者因減少副作用的發生，而可再減少醫療費用支出，也就是我剛剛說的，每位病患的醫療支出將由 35 萬元降到 25 萬元。以上是我的建議，還是希望醫界能夠再考量，能把「C型肝炎用藥」移到醫院部門的專款項目，照顧有需求的病人，謝謝。

何委員語

- 一、剛剛提過，我認為醫院部門爭取該團體利益並無不妥，跟我參加總統府年金改革委員會的經驗相仿，每個族群爭取自己的利

益是天經地義的事情，如同至理名言「人不為己、天誅地滅」。事實上，我也理解台灣醫院有其經營策略及方針，但因醫院除了健保收入外，還有民眾自費的收入，這部分資訊並沒有很完整的公開。有關勞基法調整，像我們企業界，都不敢要求政府補助，企業必須自己調整經營策略及方案，如何有效管理才是最重要的。另外，醫院的經營，不只是為了賺錢，醫學生在大學求學時，都有讀到醫生的天職、社會責任及義務，而不是完全為了利潤。剛剛跟干委員文男提到，我最近都在沒健保的醫院看病，最近一次就付了將近 2 萬元。雖然本次協商，我跟謝委員天仁、李委員永振被推為醫院總額付費者主談人，但我跟謝委員說，還是由他來指導好了，我怕我又開超速車。

二、在推動DRGs方面，據我瞭解，誠如滕委員西華所言，目前醫院申報ICD-10-CM/PCS編碼部分已經全部完成，而現今全世界都往DRGs的方向來走，雖然今年因政治因素而取消全面推動DRGs，但實施DRGs制度是全球未來必然趨勢，醫院部門完全沒有編列預算，較不合理。

三、總而言之，醫院部門代表與付費者代表兩邊所提方案內容有很大的差距，似無協商空間，剛剛謝委員天仁也提出送部裁決的建議，我是付費者代表的 3 位主談人之一，支持謝委員天仁的決定。請問李委員永振有無意見？

李委員永振

贊成。

戴主任委員桂英

請問還有沒有委員要說服對方或表示意見？請干委員文男。

干委員文男

既然大家已經花了這麼多的心力討論醫院部門總額預算，請醫界不要一味地拒絕，也不要這麼快就放棄，我的發言比較直接，再次拜託醫院部門再看看還有沒有可以相互討論的地方？否則我們就只能依照主談人的意見送部裁決。

戴主任委員桂英

請申協談代表斯靜。

申協談代表斯靜

- 一、本席第一次發言，有關兩位委員提到DRGs的問題，其實之前醫界從來沒有反對過實施DRGs，我們關心的是，於研擬導入第3~5階段的DRGs項目，是根據ICD-9-CM/PCS版本的資料進行推算，然而從今(105)年起，編碼已轉為ICD-10-CM/PCS版本，1項DRG的訂定，應該要根據ICD歷史數據資料訂定。ICD-9-CM/PCS與ICD-10-CM兩個版本的對照，因為1對多的情況下，約有幾萬筆到20、30萬筆的差異，不應單純以對照的方式認定。
- 二、若真要在今年推動DRGs第3~5階段，則應採用ICD-9-CM資料，就不應該在今年實施ICD-10-CM/PCS版本。過去醫界一再建議健保署，請於實施ICD-10-CM/PCS編碼1年後，已有準確的數據基礎後，再依之推動DRGs。目前採用ICD-9-CM/PCS版本，並與ICD-10-CM進行對照的處理方式，資料不準確，希望付費者代表能了解。以上說明。

戴主任委員桂英

先請葉委員宗義，再請兩位醫界代表。

葉委員宗義

- 一、今天討論的重點在於C肝用藥。剛剛已經討論那麼久了，我和張委員文龍是藥物共擬會議的代表，本案已在藥物共擬會議討論通過，並做成4點共識，如果本會都不採納，表示共擬會議的決議是假的。共擬會議有許多醫界代表，既然已達成共識，希望醫界也可以支持，況且付費者代表已有所讓步，不應該將預算都移列至其他預算。這是衛福部交辦下來的案子，我們很同情李署長，一上台就要處理這麼艱困的提案。
- 二、外界均期待C肝用藥的問題可以解決，希望大家可以再努力一

下，若不通過C肝用藥，對社會大眾恐無法交代。建議雙方各退一步，研擬最佳的對策，若能爭取公務預算挹注最好，例如從菸品健康福利捐提撥一部分經費挹注，將其分配健保險安全準備之比率由 50%調整回原來的 70%，就有 66 億元之財源，所有問題都可獲得解決。希望大家往這方面思考，共同商討解決問題的方法。

戴主任委員桂英

請劉協談代表碧珠。

劉協談代表碧珠

- 一、剛多位委員提到醫界的善意，C肝用藥納入健保是好的政策，但預算從哪裡來，應該要講清楚。其實醫界已做了很大的讓步，如果C肝新藥很有效，醫院部門當然同意編列預算，但希望能編列在其他預算。而藥物共擬會議的決議，由公務預算或其他預算支應是可以處理的，而且由健保署統一管理，1、2年後由健保署統計真正的花費，再放回醫院部門預算，不要一開始就放在醫院部門項目，每年都吃醫院部門專款的豆腐。所以，醫界釋出的誠意已達極限。
- 二、有關減少醫學中心及區域醫院初級照護比率問題，醫界也知道應該要做分級醫療。然而 105 年門住診ICD-10-CM/PCS編碼才剛全面上線，沒人知道在ICD-10-CM/PCS下初級照護的定義為何？在場的專家應該也沒人能講得清楚。如果健保署就ICD-10-CM/PCS下的初級照護，沒有與各個專科醫學會先溝通清楚，如何去推動分級醫療制度？所以，醫界認為設定初級醫療照護比率，目前尚不可行，但這是應該要做的事情，是未來努力方向，但無法一次到位。以上補充。

戴主任委員桂英

先請黃協談代表雪玲、楊委員漢淙，再請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、先提出程序問題，大家一直發言，實際上溝通卻沒有進展，只是浪費時間而已，因為兩方的落差實在太大！例如「配合勞動基準法調整，醫院資源配置全面調整政策」30 億元、「護理專業提升方案」10 億元、「調整醫管人員支付標準」5 億元等，金額如此龐大，這些都是不可能的事啊！
- 二、我們建議以醫療服務成本指數改變率去調整支付標準，以前也是如此，醫界卻說不能用來調整支付標準，這樣如何與他們協商呢？既然協商沒有前進或調整，建議到此為止，以免影響其他部門協商的進度。

戴主任委員桂英

剛剛幾位代表、委員已經舉手，先請這幾位發言後，再來看看如何處理。先請黃協談代表雪玲。

黃協談代表雪玲

- 一、建議「C型肝炎用藥」應編列在其他預算，因醫院和西醫基層的兩項專款費用可能會有轉移的情形。
- 二、其次是初級照護的問題，因為健保署用對照的方式把 ICD-9 版的初級照護診斷範圍對照出 ICD-10 版，醫界自行試算，使用 ICD-10-CM/PCS 的對照版本，本來以 ICD-9 版計算初級照護率可能只有 10%，現在用對照的 ICD-10 版卻變成 20%，這個意見已經反映給健保署很久了，以手術後回診為例，就屬於初級照護範疇，但民眾在醫學中心手術後，難道首次回診不應該到醫學中心回診嗎？所以，這個定義是有問題的。
- 三、至於編列「調整醫管人員支付標準」項目預算，係因健保署常常要求醫界變更編碼、申報方式及增加資料等，這些都需要投入人力，若無編列相對的預算支應，醫院如何執行？

戴主任委員桂英

若意見相同請不用再說明。請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

謝謝付費者代表給予相當多的指教，不過還是要說明，從事醫療工作者並沒有反對病人得到更好的治療，從頭到尾也沒有反對C肝的治療。但是今天談論重點在於「錢」，為什麼我們建議預算應該編列在其他預算，理由如下：

- 一、醫總額預算分為一般服務及專款兩部分，若將「C型肝炎用藥」編在一般服務，沒有人可以準確估算C肝治療須花費多少？無論是26億、30億或是50億，放在一般服務，就是要醫院團體總包，醫院部門沒有這麼大的財力承擔這個項目。醫院已經有太多經驗，很清楚新藥費用的成長，開始時金額可能不多，之後會變得很大。過去治療B、C肝所使用的干擾素，原來編列10億元用不完，之後成長到12億元、19億元，之後馬上成長到39億！費用成長到32億元以上，已經連續差不多5年了，費用就是如此成長，放在一般服務我們實在無法承受。
- 二、若有人說，可以編在專款，但是專款有上限，經費如果用完就沒有了。這樣，我們更擔心，後續還是有病人陸陸續續的前來治療，請問這個壓力會在誰的身上？當然是在醫院部門身上。也有人說，超過了就不要支付，講起來很容易，但是真正操作起來卻很困難。
- 三、付費者的版本想得很周到，認為106年先編在專款項目，等到107年再爭取公務預算。為什麼程序不反過來，106年先編列公務預算，瞭解這項費用使用情形、是否能訂出治療的優先順序，107年再來思考是否編在專款項目呢？所以，我們覺得放在醫院專款有困難，建議放在其他預算，仍然還是健保預算的範疇。
- 四、此外，健保財務問題更令人擔心！105年是健保財務出現收入小於支出的第1年，明年會更嚴重，在這種情況下，醫界應該怎麼辦？因為病人是直接到醫院就醫，而不是去找付費者代表，我們也注意到付費者版本的設計，已考慮到預算不足時，應如何處理，但我們考慮的層面更廣泛。
- 五、中午幕僚人員發送的資料顯示「加強慢性B型肝炎治療試辦計

畫」近年C肝新增病人數約 6、7 千人，原舊有的病人約 18,000 人，合計約為 25,000 人。健保署估算 106 年C肝新藥治療者約 8,000 人，25,000 人減去 8,000 人還有 17,000 人，請問這 17,000 人要如何處理？還有每年新增的病人要如何處理？編列 26.55 億元的預算足以支應嗎？這是我們不敢放在專款的主要原因。如果一定要放在專款項目也可以，由一般服務移列 9.43 億元C肝藥費至專款項下，若有不足，全部由其他預算支應，這種方式是我們可以接受的，因其在整個財務的操作比較合理。

戴主任委員桂英

請李委員偉強。

李委員偉強

- 一、個人是消化系專科醫師，也曾治療過 B、C 肝病人，請各位參考今年國健署的公告，國人 10 大死因，慢性肝炎、肝硬化及其併發症，已從早期的第 6 名逐漸下降到第 10 名，這是反映我國治療 B、C 肝的實證成效，相信好好治療，國人的肝病死亡率很快會掉到 10 大死因之以外。
- 二、不過，關鍵在於「錢」，綜合兩方的意見，可否請各位再思考一下，106 年先由其他預算編列預算，預算可以少一點，先前預估約 8,000 人，或可再減少一些人次，並按照消化系醫學會建議的治療標準，嚴格去篩檢明年的治療對象，第一年先試辦上路，107 年編列公務預算，配合衛福部專案中心共同處理，趕快造福民眾，預計 10 年之內，一定可以將 B、C 型肝炎及其併發症從國病去除，這對於臺灣國際名聲會有很大的效益。

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

我要告訴主席，付費者代表已提出建議，主席就應該做成決定，不能放任大家一直發言，我們是總額協商 7、8 年的老手，會不會談成，

心裡已經有數，不會成的事，多花 1 個小時討論，有意義嗎？兩者差距那麼大，沒有任何的前進，如果醫界說這個要、那個不要，或許還可以再談下去，但不是啊...。

戴主任委員桂英

謝委員的意見我充分了解。剛剛楊委員芸蘋舉手，是否要讓她發言？

謝委員天仁

講一下，可以啦！我只是告訴主席，當雙方代表已經提出這樣的要求時，主席就應該做決定，你看還有協商空間嗎？

戴主任委員桂英

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

我發言會儘量簡短，贊成剛剛楊委員漢淥所說，106 年 C 肝治療費用由公務預算支應，不知道健保署的意見為何？其實付費者代表也沒有意見...。

謝委員天仁

付費者主談的意見就是這樣，沒有要變更付費者原先所提的方案，所以，就不要再提了。沒有大家同意，怎麼可以自行這樣講呢？

戴主任委員桂英

謝謝兩位委員，大家已經充分表達意見，可惜沒辦法改變雙方所提的方案，只好決定兩案併陳衛福部決定。請社保司商委員東福準備處理後續事宜。醫院部門的協商到此結束。請問委員有沒有不同的意見？(多數委員回答：沒有)醫院部門討論至此。

(醫院與西醫基層總額之門診透析服務費用協商)

戴主任委員桂英

接著進行門診透析服務費用協商，現在進行提問與意見交換，請問腎臟醫學會陳理事長鴻鈞有沒有需要向委員報告的事項？

陳理事長鴻鈞

請林秘書長元灝報告。

戴主任委員桂英

請林秘書長元灝。

林秘書長元灝

- 一、主席、各位委員大家好！到今年為止，門診透析服務得到的預算，一直沒有明顯的增加，但實際上透析的成本每年都在增加，加上須因應政策改變，更加重我們成本的負擔，讓我們不斷的面臨許多挑戰。
- 二、希望委員支持，明年可以提升透析預算成長率。一方面配合衛福部推動的安全針具政策，加上透析病人平均年齡不斷升高，我們面對的疾病困難度持續增加，所以，希望健保可以支應足夠，甚至更多的預算，讓病友們得到更好的照護，並且配合政府推動相關政策，感謝委員。

戴主任委員桂英

謝謝林秘書長，請問陳理事長要補充說明嗎？

陳理事長鴻鈞

- 一、目前台灣每 330 人就有 1 人洗腎，65 歲以上老人平均每 77 位就有 1 位洗腎，洗腎的比率非常高，而我們照護品質又是世界最好，所以病人數不斷累積，控制病人數的成長很困難。腎臟醫學會一直非常努力推動慢性腎臟病的防治，也推動腎臟移植手術，希望控制新增病人數。但是因為病人年齡增加、糖尿病等因素，實際上很難控制透析人數成長。
- 二、今年特別提出安全針具問題，每年洗腎病人會使用約 2 千萬支的安全針具，數量非常可觀，所以，安全針具的費用是透析部門的大問題。

戴主任委員桂英

剛剛腎臟醫學會陳理事長鴻鈞及林秘書長元灝已提出補充說明，不知道在座的委員有沒有要請教？請干委員文男。

干委員文男

請問門診透析服務之品質指標部分，透析院所是否已將資料上傳健保署？

楊委員芸蘋

資料都有上傳。

干委員文男

請問陳理事長，為何我國透析盛行率還是居高不下？

陳理事長鴻鈞

因為我國對透析病人的照顧品質好，存活率是世界最高。我們盡力把病人照顧好，盡醫師的天職，因此，大多數透析病人都可以存活，但這並非我們不對。此外，我們也努力設法減少透析病人的增加，目前藉由推動的慢性腎臟病防治，透析發生率已逐漸下降，但已透析的病人因透析品質好，死亡率低，病人數一直累積，所以透析盛行率高。

林秘書長元灝

我再補充說明，已於今年 8 月份召開的「106 年度總額協商計畫(草案)會前會」時向委員說明，透析病人增加的原因，首先是台灣健保辦得太好，原本應死於心臟病、中風、敗血症或其他疾病病人，透過良好的照護，都存活下來。這些疾病與腎臟疾病是共病關係，病人雖然存活，但他們的腎臟功能持續衰退，最後需要透析。所以到我們手上的病人，年齡都往後延，平均年齡已經高達 65 歲，新增病人年齡大多在 60、70 歲以上，證明我國已將末期腎臟病的發生時間往後遞延。請委員了解，我們已很努力照護透析病人，也包括尚未進入透析的病人。

戴主任委員桂英

請林委員敏華。

林委員敏華

一、先做個背景說明，有人說透析的醫師是所謂的「敗戰處理的投

手」，也就是說不論是糖尿病、高血壓、心臟病及新陳代謝等沒照顧好的疾病，最後都會進入透析。若把責任全部都歸咎於透析醫師，似乎也不公平。

二、請教貴會提供的資料，簡報「降低住院及死亡率的費用需增加」中，提到洗腎中氧氣供應增加、EPO用量需要增加、洗後針劑治療和補充營養、加做檢驗以預防疾病惡化等，使費用增加，請說明理由。

戴主任委員桂英

請林秘書長元灝。

林秘書長元灝

感謝林委員敏華，剛剛已提到，不僅透析合併糖尿病的人數持續增加，且透析病人的平均年齡也持續增加，這些人透析時，很可能因為併發症而產生缺氧，使用氧氣的機會增加。此外，還有血壓變化，以及需補充營養等問題，都會增加照護成本，我們已將整體費用需求羅列於補充資料，本想將這些費用單獨列項，爭取預算補助，但考量總額預算有限，而未單獨列出。我們已經盡力照護病人且努力控制費用，希望明年可以提供透析服務足夠經費，至少補足安全針具的費用，這樣才不會排擠病人其他的醫療服務。

戴主任委員桂英

是否還有其他委員要詢問？請何委員語。

何委員語

依據健保署意見，編列醫院門診透析服務成長率 2.975%，西醫基層門診透析服務成長率 5.342%的成長率，透析服務預算的總經費變成 36,916.1 百萬元，於健保總額預算占比相當高。我們也發現醫療體系有問題，有些原本不必透析的病人都進入透析，透析服務總預算將近 370 億元，但會議資料說明欄只有簡短的文字說明，提供相關附表資料，透析服務預算應該還有很大的改善空間。

戴主任委員桂英

請陳理事長鴻鈞。

陳理事長鴻鈞

跟何委員報告，個人以腎臟醫學會理事長的身分保證，台灣絕對沒有不該透析的病患接受透析的情形。腎臟醫學會每年均會派員至各院所實地勘查，檢視有沒有不當的行為，健保署亦持續收集院所資料，學會也一直努力控制透析費用成長率，絕不允許不該透析而透析的情形發生。

林秘書長元灝

補充說明，目前新透析病人的門診透析重大傷病卡，每3個月需重新審查才能再換發新卡，且會連續審核多次，約1年後才會發放永久性重大傷病卡。健保署的管控是非常嚴格的，沒有不該透析卻透析的個案。少部分病人因為緊急狀況須透析，但後來腎臟功能恢復者，即會脫離而不必繼續透析。

戴主任委員桂英

請干委員文男。

干委員文男

已經花費許多時間交換意見，希望現在趕快進入協商。

林委員敏華

請問委員還有其他意見嗎？(未有委員表示意見)

戴主任委員桂英

好！如果委員沒有其他意見，提問與意見交換到此結束。現在進入門診透析服務費用協商，請問付費者代表需要召開內部會議討論嗎？(付費者代表表示不需要)

干委員文男

104年門診透析服務預算成長率是3.7%，105年是3.8%，106年度因為非協商因素成長率(醫療服務成本及人口因素成長率)很高，所以協商的空間相對很小，因此，建議成長率從3.7%開始談起。請問

門診透析服務協商代表是否同意？

林秘書長元灝

對不起，我們今年所提的預算需求成長率是 4.8%，不是 3.7%，也不是 4.0%。

干委員文男

付費者代表所提方案的成長率是 3.7%，建議從這裡開始談起。

林秘書長元灝

非協商因素成長率超過 4%，是包含許多風險因素在內，這些是應該給我們的，加上協商因素(安全針具)的需求是 0.8%，約計 2.9 億元，這些都是明年真正要用到病人身上的預算，不能偷斤減兩，如果不能給足，我擔心會排擠維持醫療品質的相關費用，請大家體諒醫界照顧病人的辛勞，希望可以給予 4.8%的成長率，我們提出的成長率是有根據並有實際需求，絕非亂喊價。

干委員文男

4.8%的成長率，付費者代表也會有意見，請問要以金額或是以成長率來協商？

林秘書長元灝

成長率協商較好。

干委員文男

以成長率來說，我們頂多只能給 3.9%。

林秘書長元灝

我們需要的是 4.8%，可不可以從 4.8%開始減起？

干委員文男

給予 3.9%的成長率，已經快要碰頂了！

林秘書長元灝

因為健保署所提的預算成長率(總成長率 4.0%)不對呀！預算沒有包含明年安全針具預算，健保署也承認沒有將此部分估算進去，不信

你們可以問他們。所以，若明年推動安全針具的政策，一定會排擠到洗腎的醫療品質。

干委員文男

我相信健保署是全國第一等的單位，提供的資料一定不會有錯。

林委員敏華

林秘書長，使用安全針具可能有替代效果的存在，原本進行透析就會使用針具，現在只是改用安全針具替代。剛剛干委員原本提出成長率 3.8%，後來考量安全針具問題，所以酌加成長率，補貼從使用一般針具轉換為安全針具的差額。

陳理事長鴻鈞

透析使用的針具，較一般針具粗很多，價差較高，而且 1 年要使用約 2,000 萬支左右。

林委員敏華

這部分我們都有考量到，也去徵詢其他委員意見，依目前委員的共識，最高的成長率是 3.9%，你們需不需要一些時間內部討論？若同意，今天就可以定案。

陳理事長鴻鈞

透析使用的安全針具與一般針具差價每支約 13 元，13 元僅是價差，而不是購買的價格。

林委員敏華

我們考量整個透析成本，經徵詢健保署專業意見，初步計算 3.9% 成長率是可以符合透析費用的需求。

陳理事長鴻鈞

3.9% 成長率是絕對不夠的。

林委員敏華

我知道你們會覺得不夠，你們一定是希望愈多愈好。

林秘書長元灝

去年說成長率 3.8% 就夠，還包含安全針具的預算，怎麼會夠。

林委員敏華

安全針具的政策是 106 年才要實施，所以我們 106 年增加 0.1% 成長率。

林秘書長元灝

兩案併陳衛福部決定，可以嗎？

林委員敏華

你們需不需內部討論？若同意付費者方案，今天就定案，若不同意就送部裁決。

林秘書長元灝

我們不同意付費者的提案，健保署提出 4.0%，我們確定明年這樣的預算一定不夠，希望成長率 4.8%，希望付費者代表從 4.8% 開始砍，但不可能降到 3.9%。

戴主任委員桂英

請蔡代理委員登順。

蔡代理委員登順(趙委員銘圓代理人)

- 一、其實去年已經一次給足安全針具的費用，費用已經滾入基期，所以費用已經累進成長。請問門診透析使用安全針具會爆量嗎？若有，表示洗腎病人會爆量，就不合邏輯了。
- 二、剛剛干委員文男提到要用成長率或是金額來協商，兩個都要談出來，不要以為今年成長率比去年小，其實以 105 年總額作基礎乘以成長率換算成金額是成長的。

林秘書長元灝

去年根本是呼嚨我們的，健保署也承認 105 年成長率 3.8% 並沒有內含安全針具的預算。大家看今年第一季的點值僅 0.79，就知道哪裡有內含，點值反而更低啊！105 年成長率 3.8%，根本是不足的，所以，今年我們強烈要求 106 年預算成長率一定要 4.8%，否則透析服

務無法做下去。

戴主任委員桂英

腎臟醫學會質疑 105 年門診透析預算成長率 3.8% 是否包含安全針具？請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

透析係採包裹式給付，因此未另計。

戴主任委員桂英

健保署已回答，委員有無其他詢問或意見？

干委員文男

這樣吧！最後一口價，就照健保署建議的成長率 4.0%，但是附帶條件是未來執行時... 請問目前透析業務有多少是外包經營？

林秘書長元灝

目前已無所謂外包的問題，均由醫師親自執行。

干委員文男

醫院與西醫基層的門診透析經費可互相流用，最後成長率就是 4.0%，已經是鍋蓋碰頂，不可能再多了。

謝委員天仁

健保署是最專業的，若委員凌駕其上，他們一定不太舒服。一般而言，我們不敢再作更動，也請你們幫幫忙，我們已提供健保署的最高價了。

林秘書長元灝

請問健保署能否同意加到 4.4% 或 4.5%？若同意，就談定。

干委員文男

健保署同意，委員也不會同意，去年才成長 3.8%...。

林委員敏華

即使健保署同意，委員也不會同意。都已按照健保署的最大值，健

保會很少這樣採健保署版本的上限。

陳理事長鴻鈞

剛才健保署已明確說明，去年因採包裹式給付，未算入安全針具。

林秘書長元灝

安全針具是新的政策，而且費用很高。

何委員語

我們向消費者宣導，未使用安全針具的洗腎診所就不要去。

林秘書長元灝

那是成本。

戴主任委員桂英

還有兩位委員要表示意見，先請楊委員芸蘋，再請張委員煥禎。

楊委員芸蘋

一、我認為二位協談代表也應釋出善意，付費者代表已將成長率從3.8%增至4.0%，已是最高極限，很有誠意了。門診透析服務預算相對較小，若還須送部決定，會讓人笑話。

二、剛才健保署也已說明，包裹給付已內含安全針具，不能再外加費用，也請二位協談代表溝通一下。

戴主任委員桂英

請張委員煥禎。

張委員煥禎

我想今天委員都可發言，因與會人員包含委員，並非如謝委員天仁所言，僅協商代表才可以發言。

謝委員天仁

門診透析屬醫院總額及西醫基層總額協商範圍，張委員煥禎係醫院部門協商代表，當然可以發言。

張委員煥禎

- 一、所以，我現在是以委員身分發言，我怕謝委員天仁等一下誤解議事規則修理我，先打預防針。
- 二、提出幾點建議，首先，剛才醫界透析代表提到利用點數，我認為大家應該考量去年的實際點數。我們參訪日本醫保局，其醫保局會考量實際付費情形，若今年給得多，很多人覺得好賺，就會有很多人執行，醫保局來年就會調降費用，我發覺他們這部分做得很好。當然，他們也比較守法。
- 三、我記得過去費協會時代，從來沒有對任何部門給予超過健保局建議的成長率，僅有一年對透析例外。當時透析預算經凍結 2 年成長率後，委員發現點值持續遞減，因此主動增加成長率，相信大家都有印象。當時大家都很理性，因此，建議應讓數據說話。
- 四、對包裹式支付項目，不能允許健保署任意增加內含項目。包裹式支付項目應衡平考量經費與服務內容，這個問題如不加以解決，將來會為健保署大開方便之門，當經費不足時，就以包裹式為由增加內含項目，這會影響醫療品質。應由健保署與醫界代表協議包裹給付項目內含，不僅是洗腎，外科也有包裹給付項目。建議未來考量包裹式支付項目的合理性，應請醫界表示意見。大家今天都是來學習，健保署的說法似是而非，委員若不熟悉包裹式支付項目，會認為有道理，但其實就是變相地未將安全針具納入。包裹項目的內含不應由健保署單方面認定，這樣成本計算會有問題。

戴主任委員桂英

謝謝，請干委員文男。

干委員文男

- 一、我認為張委員煥禎的說法也似是而非，若逕由健保署與醫療服務提供者協談，今天就不須健保會委員協商了。
- 二、對於付費者的提議，腎臟醫學會代表應該滿意。今年你們有主導權，不像去年由他人決定，既然有決定權，就應有自己的看

法。我們已經很有誠意提出最高的成長率，你們應該可以考量看看，並沒有強迫接受的意思。

三、若送部決定，付費者的附帶條件還會更多。成長率 4.0% 已是上限，我過去 2 年參加全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議，對許多問題已相當了解。你們 2 位再商量看看，儘快解決，以免浪費時間。

戴主任委員桂英

付費者代表的意見非常清楚，已經非常善意的支持健保署提出的成長率，希望腎臟醫學會代表能勉為接受。若能接受，協商就順利完成；若不能接受，則送部決定。我想部長也不太可能核定超出健保署建議的額度。

林秘書長元灝

這牽涉到醫療品質問題，因為過去幾年未給足成長率，透析預算受到排擠，醫療品質已節節下降。現在透析病人年齡不斷成長、疾病複雜度增加，我們今年原擬提出 4.2 億元的醫療品質照護預算也未提出。我們願吸收這筆費用，接受 4.0% 成長率，但不含安全針具在內，若明年要實施安全針具，應另提供特別預算。否則，就如張委員煥禎所說，什麼都內含，沒完沒了。我們可以同意 4.0% 成長率，但不含安全針具。

林委員敏華

安全針具是立法通過應執行的政策。

林秘書長元灝

所以，如果是這樣的話...。

戴主任委員桂英

請滕委員西華。

滕委員西華

一、包裹式支付或論病例計酬若有新增的新科技等項目，就應回頭調整支付標準，增加包裹或病例的金額，而非外掛。若認為原

有經費不足，應透過調整支付標準，透過利用率或點值的改變，協商時再考慮協商經費是否足以支應。況且，安全針具並非僅為病患，更重要的是防止醫護人員感染。

二、剛才陳理事長與林秘書長談到預算時，一會兒說醫療品質越來越好，一會兒又說沒給安全針具經費，醫療品質已經越來越差。我相信是愈來愈好，台灣對腎臟病患的照護好得沒話說，也投入非常大量、大量的經費在Pre-ESRD(末期腎臟病前期)、CKD (Chronic kidney disease，慢性腎臟病/慢性腎衰竭)、糖尿病及高血壓等防治上，都是為了防止病患進入透析。腹膜透析的使用率提高，也有助提升透析預算的利用效率。

三、因此，我建議沒有外掛，就是內含，若有不足，則回歸支付標準調整，明年度再看調整支付標準後的變化，論病例計酬或包裹式支付沒道理再做外掛。

戴主任委員桂英

請陳理事長鴻鈞說明。

陳理事長鴻鈞

請問健保署是否同意調整支付標準？若同意，我們就可接受。(付費者代表表示支付標準調整不在本次會議討論)這要先講好，否則我們同意預算，健保署又不同意調整支付標準。

干委員文男

目前透析病人多採血液透析方式，腹膜透析利用情形退步很多。腹膜透析不會影響病患工作，但血液透析每週3次，每次4小時，嚴重影響病患工作的生產力。今天只討論預算，已是最高成長率了，就看你們是否接受？若同意，事情就解決了，多說無益，徒增困擾。

林秘書長元灝

向干委員文男說明，首先，腹膜透析利用率低是因病患平均年齡提高，不適合的人變多，因此利用率變低。其次，以整體統計來看，腹膜透析費用絕不比血液透析低，甚至更高。鼓勵腹膜透析的原因，

一者是國家政策。

干委員文男

腹膜透析有社會附加價值...。

林秘書長元灝

那是因為腹膜透析病患的年齡層較低，平均年齡較血液透析患者少 10 歲，還可從事工作，同年齡血液透析病患的工作效率與腹膜透析並無差別。此事無須爭論，現在要討論的是醫療品質需要預算支持。

干委員文男

能否接受？希望透析服務預算能第一個談成，若不能接受，就送部裁決，你們斟酌看看，不必再多費唇舌。

林委員敏華

- 一、這場協商是今天最有可能達成共識的。(眾人大笑)是目前第 1 個有希望談出結果的，期望能有個好的開始！但並非要你們含淚吞下。
- 二、會議資料第 45 頁「表 1-23 100~105 年門診透析預算成長率」清楚呈現透析點值，從 102 年的 0.8224、103 年的 0.8274，至 104 年的 0.8308，平均點值是逐年提升，代表委員有考慮門診透析的立場，包括成長率部分。目前討論至此，預算已達極限，你們可再內部討論。

干委員文男

我方主談人已清楚表達，有考慮門診透析的立場。若送部裁決，也不可能再多，建議你們就歡喜接受。

林秘書長元灝

先回應林委員敏華，有關點值成長...。

戴主任委員桂英

請林秘書長暫停一下！在您發言前，謝委員武吉已先舉手，請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、大家已討論許久，我也很認真聽，建議腎臟醫學會不要再堅持己見，委員已很有誠意提供最高成長率 4%，希望不要再爭論。
- 二、有關調整支付標準，建議陳理事長鴻鈞在貴學會理監事會討論後再提出至另一個會議討論，本案討論就到此為止。

戴主任委員桂英

請林秘書長元灝。

林秘書長元灝

- 一、先簡要回應林委員敏華所提意見，平均點值之計算係包含腹膜透析保障點值 1 點 1 元的效果，但血液透析都是採浮動點值，今天爭論預算也都是為了血液透析。
- 二、我了解大家都很有誠意，依健保署意見，成長率 4% 不內含所有醫療政策(付費者代表紛紛表示不認同)，我們當然同意。

林委員敏華

不是這樣！

滕委員西華

健保署表示因為包裹式支付，故不另計，全部內含。

林秘書長元灝

不另計，但要另外調整支付標準(付費者代表表示調整支付標準不在此討論)。

戴主任委員桂英

請張委員煥禎。

張委員煥禎

- 一、建議未來腎臟醫學會平時多和委員溝通，不要到協商時才長篇大論，委員一時消化不了。委員都很熱心，腎臟醫學會平時可邀請委員一起看數據。
- 二、以我擔任委員十幾年的經驗，絕對不可能超過健保署建議的成

長率。雙方沒有對錯問題，因成長率 4.0%不是付費者代表訂的，而是健保署的意見。若兩案併陳，豈非請鬼抓藥單。(眾人大笑)衛福部必然核定自己人的建議，怎可能核定 4.1%呢？

何委員語

成長率 4.0%，含安全針具。

戴主任委員桂英

請張代理委員孟源。

張代理委員孟源(邱委員泰源代理人)

謹代表西醫基層，關於預算已討論許久，不再多言。呼應張委員煥禎所言，希望未來腎臟醫學會平時多和委員溝通，也希望腎臟移植能增加，讓這些病患能工作，甚至「增產報國」。希望明年起這方面能多加強，也能減輕透析服務費用的負擔。

干委員文男

李署長伯璋會前就說，腎臟移植可減少透析的利用，我們非常贊成，但須有器官來源，才能執行。言歸正傳，成長率 4.0%，含安全針具。剛才相關醫界代表都已說明清楚，就不要再浪費時間。今年腎臟醫學會當家作主，也是爭取多年，得來不易，建議就此同意。

戴主任委員桂英

雙方是否各退一步，就依付費者代表意見處理？

陳理事長鴻鈞

記得去年在此協商時，最後鄭主任委員守夏與各位委員希望我們含淚接受，並期許明年會更好。(付費者代表表示成長率已從 3.8%增至 4.0%已更好)若我們現在含淚接受，是否各位委員還是安慰明年會更好？(付費者代表建議腎臟醫學會代表接受)好，謝謝大家！

戴主任委員桂英

感謝腎臟醫學會、醫院及西醫基層代表(委員鼓掌)，謝謝大家！請牙醫部門協談代表入場。

(中場休息約 7 分鐘)

參、106 年度總額協商－「牙醫門診總額」
與會人員發言實錄

參、106 年度總額協商－「牙醫門診總額」與會人員發言實錄

戴主任委員桂英

現在進行牙醫門診總額協商，請大家入座，同仁開始計時。提問與意見交換時間 20 分鐘，牙醫部門草案在「106 年度總額協商計畫(草案)會前會」已向委員說明，請問牙醫部門代表有無特別需要提出說明的事項？請陳委員義聰。

陳委員義聰

主席、各位委員、長官，大家辛苦！自總額實施以來，大家公認牙醫部門為模範生，但可悲的是，牙醫門診總額占總額的比率卻愈來愈低，幾乎每年協商的成長率連行政院核定的低推估都達不到。因此，我曾在去年特別呼籲，品質保證保留款的成長率應該外加，不要算入今天協商的成長率中，也懇請委員不要再讓牙醫總額成長率有低於低推估的情形，否則，將來會沒人要當模範生，希望各位委員能夠成全。

戴主任委員桂英

謝謝陳委員義聰，請翁協談代表德育。

翁協談代表德育

主席、各位委員，大家辛苦！牙醫部門希望能在很順利的情況下，與各位委員達成共識。各位委員為了全國民眾健康努力，牙醫部門感同身受。今天牙醫部門提出資料，希望透過實際數據與委員交換意見，請委員參閱現場發送的 3 份單張資料。

一、「顎顏面骨壞死術後傷口照護」，請委員參閱「吃補骨雙磷酸鹽藥，顎骨壞死病例遽增」剪報，希望喚起大家重視，也是我們在一般服務所提項目。在病例人數上，健保署是利用現有病名進行推估，牙醫部門則根據口腔外科專科醫學會，針對現行對顎骨壞死病例所做的處置，進行人數推估，二者差別在於實際執行案例中，有些未必能找到適合的疾病代碼申報費用，因此，健保署的推估人數遠低於實際執行個案數。

二、「牙周病統合照護計畫」，主要回應去年委員的期許，提出「牙

周病統合照護計畫」納入一般服務之規畫期程，請參閱說帖及綠色單張。文獻顯示牙周病患者治療後，追蹤3年及6年分析，需在治療後一段時間，約5年後，再進行較為統合且穩定的服務。104年才開始執行該計畫後端的「牙周病支持性治療」照護項目。根據文獻，至少須追蹤3年，有完整數據再做討論，因此，時程至少要到109年。另，109年計畫執行院所及醫師數約60%，才較能符合民眾需求，之後才能提供更完整成熟的「牙周病統合照護計畫」。

三、一般服務「12歲牙結石清除」，請參閱第3份黃色單張，大家都認同必須執行12歲牙結石清除，問題在於如何推估件數與點數。我們透過實際的口腔及衛生狀況調查，列出乳牙及恆牙的齲齒盛行率，若能在12歲早期治療，如牙結石清除等，必能對預防齲齒有很大的幫助。我們在一般服務推動的主軸，就是希望早期治療及介入。

四、「加強全民口腔疾病照護」，適用於0~11歲學童，同樣引用黃色單張的數據。在0~11歲年齡層中，以4~10歲為大宗，其乳牙齲齒盛行率均高於13歲齲齒盛行率。目前經費推估上，唯一可以採用的數據是以13歲牙結石清除比率進行換算。13歲恆牙齲齒盛行率為76%，12歲為70.6%，代表兩者需求大同小異，我們根據這些數據推估，12歲牙結石清除的比率及使用次數應與13歲大致相同。另0~11歲利用率推估與13歲不同，係因4~10歲乳牙齲齒盛行率均高於13歲齲齒盛行率，僅在5歲前有稍微減少。我們也考慮到0~5歲兒童在處置時，不一定能和醫師配合。因此，在推估0~11歲執行率時，僅以13歲牙結石清除比率的一半，即20%估算。牙醫部門所提數據非自說自話，而是引用最新口腔健康調查及相關文獻誠實表述。

戴主任委員桂英

謝謝，請陳協談代表彥廷。

陳協談代表彥廷

- 一、謹就 105 年協定事項「協商 106 年度牙醫門診總額時，應提出成效評估及規劃納入一般服務之期程」提出報告，請參閱會議補充資料第 43 頁，國人因牙周病需基礎治療者約在 700 萬人以上，目前為止，「牙周病統合照護計畫」已提供 50 萬民眾相關醫療服務，但需求始終存在，我們在供給上仍持續努力以符未來需求，預估 109 年執行此項計畫院所占率及執行醫師數達 60% 左右，案件數可達 25 萬件以上，屆時民眾就醫便利性可相對穩定，如此，醫療需求才不致被壓縮。
- 二、104 年起提供牙周病支持性治療(牙周顧本計畫)，若後續能有長期性追蹤治療，可確保牙周病治療的療效，相關成效請參閱會議補充資料第 44~47 頁。接下來，請牙周病醫學會理事長林協談代表世榮補充。

戴主任委員桂英

請林協談代表世榮。

林協談代表世榮

- 一、在治療需求上，自 99 年推動「牙周病統合照護計畫」，截至 105 年 6 月，照護人次已將近 50 萬人次，但根據國健署 2007~2008 年調查報告，有 976 萬成年人有牙周病基礎治療需要，顯示需求與供給間仍有極大落差。
- 二、在計畫推行前，大多是醫師建議病人進行牙周病治療，部分採自費方式；現在有越來越多病人會主動要求醫師提供這項服務。我們在本週二也召開記者會，向民眾強調「牙周病統合照護計畫」為健保給付項目。
- 三、根據國外研究，整體牙周照護應包含支持性治療，亦即完成治療後，須持續追蹤，時程約每 3 個月 1 次。根據國外文獻顯示，有接受牙周病治療且定期回診的病患，平均每人每年減少 0.1 顆牙；有接受牙周病治療但未定期回診者的平均每人每年減少 0.2 顆牙，而未接受治療者平均每人每年減少 0.6 顆牙，治療成效顯著。牙周病支持性治療(牙周顧本計畫)自去(104)年開始實

施，至今未滿 2 年，因此，建議「牙周病統合照護計畫」不宜改變過大，也希望健保署繼續支持計畫的推行。

戴主任委員桂英

謝謝，牙醫部門已補充說明，付費者及專家學者委員有無提問或意見交換？請問付費者代表有無主談者？(付費者代表表示沒有主談者)請問想要如何進行？(付費者代表表示需內部會議討論)請問需要多久時間討論？(付費者代表表示需 20 分鐘)

謝委員天仁

付費者代表有沒有問題要提問？或者詢問健保署？(其他付費者代表表示沒有問題)

戴主任委員桂英

接下來由付費者代表進行內部會議，討論時間 20 分鐘。

(付費者代表進行內部會議討論約 20 分鐘)

戴主任委員桂英

委員均已就座，請付費者代表發言，請蔡代理委員登順。

蔡代理委員登順(趙委員銘圓代理人)

付費者代表經充分溝通後，達成共識如下：

- 一、一般服務之非協商因素(指醫療服務成本及人口因素成長率及增加金額)：成長率 1.922%，金額 745.6 百萬元。
- 二、一般服務之協商因素項目：
 - (一)「品質保證保留款」：成長率 0.3%，金額 116.4 百萬元。
 - (二)「12 歲牙結石清除」：尊重健保署意見，成長率 0.054%，金額 20.8 百萬元。
 - (三)「加強全民口腔疾病照護」：尊重健保署意見，成長率 0.1%，金額 38.7 百萬元。
 - (四)「顎顏面骨壞死術後傷口照護」：健保署意見與牙醫部門版本差距較大，但我們考量民眾確有需求，給予成長率 0.026%，金額 10.0 百萬元。

- (五)「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」：牙醫是模範生，扣款金額僅 9.0 百萬元，依往例扣減。
- (六)「新增支付標準預算執行率連 2 年未達 30% 者，扣其原編預算之 50%」：因 104 年預算執行率過低僅 6.1%，尊重健保署意見，扣款 15.1 百萬元。

三、專款項目：

- (一)「醫療資源不足地區改善方案」：委員向來關心偏遠地區弱勢照護，牙醫部門做得很好，依牙醫部門草案及健保署意見，金額維持 280.0 百萬元。
- (二)「牙醫特殊醫療服務計畫」：金額維持 473.0 百萬元。
- (三)「牙周病統合照護計畫第 1、2 階段」：牙醫部門認為 105 年推估執行率為 127.11%，不過照 105 年 1~5 月執行率來看，好像有點落差。我們覺得牙周病統合照護計畫很重要，從小把牙齒照顧好，牙齒比較健康，未來會降低就診率，所以我們比健保署建議金額(884.0 百萬元)多一點，為 972.4 百萬元，增加 88.4 百萬元。
- (四)「牙周病統合照護計畫第 3 階段」：付費者代表認為執行率偏低，但因為牙周病照護很重要，還是用最大誠意給予鼓勵，希望牙醫部門盡最大努力做好。健保署版本的金額較低(260.6 百萬元)，我們同意給予 320.6 百萬元，增加 60.0 百萬元。但有附帶決議，應於 107 年回歸一般服務預算，牙醫部門還有 1 年的時間因應。另外，我們用那麼大誠意來鼓勵牙醫做牙周病統合照護，希望不要有收自費行為，才不會辜負我們的好意，請牙醫部門一起努力配合。

戴主任委員桂英

謝謝，蔡代理委員已說明付費者版本，請問牙醫部門可否接受？付費者版本的金額已經超過健保署版本 1.5 億元左右。請陳協談代表彥廷。

陳協談代表彥廷

謝謝付費者代表給牙醫部門的支持。

- 一、「12歲牙結石清除」納入給付，屬行為改變，我們判斷「12歲牙結石清除」第1年的就醫人數，確如之前13歲剛納入牙結石清除的比率為38%，但13歲的兒童，牙結石清除比率會增至70%以上，行為改變後，實質上整體的洗牙比率會增加。當初是用目前可知的最低的牙結石清除38%編列預算，比較吻合實際狀況。
- 二、去年協商時，我們預估及爭取105年「牙周病統合照護計畫第1、2階段」執行件數為16萬件，若按105年1~6月的實際執行數等比率換算換算，105年執行數將達15萬8千件。但去年協商結果，105年度的目標值只有13萬件。因此，我們覺得估算之數值恐有低估之嫌。106年的目標值可能比105年實際執行還低2萬多件，若訂此目標值，擔心是否能符合民眾就醫需求。
- 三、有關11歲以下的「加強全民口腔疾病照護」，目前12歲以下小朋友的就醫率高於13歲以上，若把相關基本照護放進來，預估執行率會與洗牙相似為38%。考慮到年紀較小的兒童行為較難配合，所以執行目標(預估使用率)訂為20%，但健保署版本預估使用率8%，不知根據來源，所以希望付費者代表多予考量。
- 四、最後再強調一次，今年實際執行「牙周病統合照護計畫」達15萬8千件，是「105年」，不是「106年」，而擬訂的106年目標，卻比105年實際執行數低很多，不知在此情況下的醫療服務提供，會變成什麼樣子。

戴主任委員桂英

謝謝，請翁協談代表德育。

翁協談代表德育

- 一、主席及各位委員，謝謝各位委員對牙醫部門的支持，我知道已經比其他部門得到較優厚待遇，但我們協商談判了10幾年，

希望大家能站在實證的立場來協商。

二、針對「牙周病統合照護計畫」，剛才有委員提到將 105 年 1~5 月執行件數，推算 105 年的執行件數，但若只是以此放大，恐怕會失真，1~5 月的執行占率不到 5/12，因為 1、2 月有非常多天的連假。牙醫部門的數據是如何推估呢？根據以前每一年 1~5 月案件數所占比率推算，只有 37% 點多。

滕委員西華

主席、翁協談代表德育，我打斷一下，建議比照醫院部門，不要再講理論根據，直接把方案端出來，你們覺得不好，請問是多少才好，不要再重複 story(故事)，我們之前也請醫院部門不要再講理論根據。我們也是有根據才提出版本，這樣比較節省時間，不要再上一次課。

戴主任委員桂英

請盡量說明重點。

翁協談代表德育

我是怕大家忘記故事。

滕委員西華

沒忘，只是做不到；你要的我們都想給，但是沒有錢。(眾委員笑)

翁協談代表德育

一、「牙周病統合照護計畫第 1、2 階段」預估 105 年執行數 15 萬 8 千件，若各位委員說預算不夠、健保沒錢，這點很難說服牙醫部門，因為今年行政院核定成長率下限是 3.769%，在此非常不禮貌地向大家報告。105 年執行 15 萬 8 千件，不管再多的理由，106 年的執行件數都不應該比 105 年實際執行件數少，這是我們很卑微的要求。

二、「12 歲牙結石清除」，剛才一直強調有實證，根據健康調查狀況引述立論，若認為牙醫部門提出來的數據不對，可當場指正，牙醫部門一定努力改善。若非數據不對，為何有執行率之推估有 38%(牙醫部門以「13 歲牙結石清除比率」推估)與 20%(健保

署以「12 歲牙結石清除比率」推估)的區別呢？請各位委員指正。

三、「加強全民口腔疾病照護」，一樣是引用健康調查狀況數據，以現有 12 歲以下就醫人數及預估使用率 20%推估，若有不一樣的數據(健保署以 11 歲以下就醫人數及預估使用率 8%推估)，為何這麼低，也拜託各位委員給牙醫部門一個說法。還是強調，若今年健保沒這麼多預算，仍要拜託各位委員，這些是民眾需求，若認為民眾沒有需求，牙醫部門一定虛心領教；若認為民眾有需求，在預算許可的情況下，希望能酌增預算，請委員在健保署版本與牙醫部門版本之間，再多多考量。

四、「顎顏面骨壞死術後傷口照護」，已呈現很多說明，我們一定尊重各位委員對牙醫部門的期望。簡單而言，希望委員能酌增。我剛才講的立論若有不對，請各位委員予以指正。

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

每個部門的談判過程都一樣，都希望酌增預算。我們要表達的意見也都一樣，希望部門考慮付費者所提方案，好好退讓(眾委員笑)，大家才能前進。否則雙方都講一堆道理，結果你站東邊，我站西邊，永遠沒辦法握手。牙醫部門應該提出方案，有哪些項目可以退，其他部分如何調整，我們才可能協商。

何委員語

主席！

戴主任委員桂英

先請何委員語，再請楊委員芸蘋。

何委員語

我知道牙醫界在整個社會公共服務及公益服務都非常熱心參與，有委員說把牙醫的資料看得非常清楚，我也很努力把每一頁都看清楚，其中有評核委員對牙醫部門提出批評，本來我想對此提出減

項，後來考量每位委員都很熱心，所以委員沒有增加任何減項。其實在我的資料裡，針對評核委員的批評都有註記酌減 2、3 千萬元。今天所有委員都很熱誠，一致同意增加牙醫部門很多項目的經費，有些項目則尊重健保署版本。我參與協商 7~8 年來，每個人雖然有不同意見，覺得好像對牙醫部門非常關愛，這可能每個人都曾牙痛的關係吧！(眾委員笑)所以希望牙醫界的先進前輩們能接受付費者版本，再繼續努力。我們也一直考量將牙醫部門成長率提高到 3%，好多項目都超越健保署版本，但不可能每一項都提高，過去大都依健保署版本，今年付費者版本卻有多項超越健保署版本，所以希望你們能含笑接受(眾委員笑)。

戴主任委員桂英

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

各位委員大家好，其實何委員語已經講了我的想法，牙醫部門是模範生，你們所提的項目都沒刪減，反而增加金額，成長率從健保署 2.616%，提高到 3.000%，付費者代表已釋出最大善意，其實我們對每個總額部門的態度都一樣，只是因為牙醫部門做得很好，不忍心刪費用，所以你們不要含淚，應該含笑接受。另外，「牙周病統合照護計畫」應在 107 年回歸一般服務，牙醫部門一定要能做到，否則我們不會給那麼多費用，請再考量一下。

戴主任委員桂英

謝謝，請林委員敏華。

林委員敏華

付費者代表已提出最大誠意，剛才謝委員天仁也說付費者代表已有共識，建議牙醫部門可針對有問題的項目提出看法，(謝委員天仁：接受哪些，不能接受哪些)一項一項看，若都同意，我想很快可以達成協議。

戴主任委員桂英

謝謝，請干委員文男。

干委員文男

牙醫部門是模範生，但我們對各部門都一樣關愛。關於剛才所提「顎顏面骨壞死術後傷口照護」的問題，我們有考量過，提高經費到 10.0 百萬元；另外特別考慮「牙周病統合照護計畫」，希望民眾到老年時還能保有自然牙，也希望你們能訂出相關標準，並把這項標準列為指標，讓牙醫部門有所依循。我們根據健保署建議，提出付費者版本，牙醫部門有不滿意的部分，可以提出來。你們剛才的說明，我們都聽進去了，對各部門都一視同仁。

戴主任委員桂英

謝謝，請林委員惠芳。

林委員惠芳

再就牙醫部門剛才所提質疑，表達付費者代表的期許，說明為何如此思考，請牙醫部門考量可否笑納。

- 一、「12 歲牙結石清除」，我們覺得，一般服務也有提供洗牙，對小孩來講，牙結石清除未必是唯一手段，應加強健康教育及潔牙，在小孩無法自行處理(潔牙)以前，則是大人的責任。因為是新增項目，建議先做做看，再看推動之後牙結石清除與齲齒之間的關聯性，若成效良好，明年可增加經費，這是委員對新增項目的期許。
- 二、「顎顏面骨壞死術後傷口照護」，付費者代表內部討論認為，對需求人數健保署可能低估，未把骨鬆病人等因素考量進來，所以我們覺得這部分應增加預算，但也考慮此手術並非所有醫院、診所都有能力執行，大多在醫院執行，所以衡酌之下，酌予提高成長率。
- 三、「牙周病統合照護計畫第 3 階段」增加較多費用，因為過去第 1、2 階段階段的執行率都超過 100%，希望這些病人若有需要，可以完成第 3 階段，所以第 3 階段增加較高比例的費用。以上補充說明，請牙醫部門能體會，付費者代表很認真的思考這些協商項目。

戴主任委員桂英

謝謝，我想委員都已盡量考量，請問牙醫部門可否接受？不管是含淚或含笑。(眾委員笑)

陳協談代表彥廷

- 一、謝謝主委及各位委員厚愛。再說明一下，「加強全民口腔疾病照護」的金額實在太低，才造福 1 百多萬民眾，請大家再衡量一下，目前的就醫率蠻高，所以執行率會很高，我們可同意費用估算拿掉診察費，但仍有 96.7 百萬元的預算需求。
- 二、有關「牙周病統合照護計畫」，剛才有委員提到第 3 階段的執行率較低，事實上，第 3 階段預算執行率也超過 100%，除專款費用，還由一般預算彌補不足部分，執行率也是超過 100%。過往認為「牙周病統合照護計畫第 3 階段」與一般服務會有替代效應，所以扣掉部分費用，但其實替代效應已經過去，現在增加的部分都是新增需求。以此情況來看，再加上院所面臨民眾已經主動表示接受治療的要求，可否讓件數有適當成長？原本我們預估 106 年「牙周病統合照護計畫第 1、2 階段」是 20 萬件，105 年目標是 15.8 萬件，106 年希望能有適當成長，建議能成長到 17 萬件，對我們而言，明年執行時，才不會因為費用的排擠，影響到民眾的就醫權益。

滕委員西華

請直接講明你們要的經費，不要再上課，委員已經很疲勞了。

莊委員志強

對啊！這項要多少，直接講。

謝委員天仁

請說明哪項項目能接受、哪項項目不能接受，這樣我們才知道如何進退。

滕委員西華

對啊！不要上課，不然謝委員天仁也幫你們上一課，說明付費者有何困難，這樣很麻煩。

戴主任委員桂英

付費者代表已經非常清楚牙醫部門的意見，能接受的話請盡量接受，或者牙醫部門需要時間進行內部會議？(牙醫部門代表點頭)好，休息 5 分鐘。

(牙醫部門代表進行內部會議討論約 7 分鐘)

戴主任委員桂英

現在請牙醫部門代表說明，請陳委員義聰。

陳委員義聰

- 一、因為時間有限，我直接講重點，首先，牙醫部門之所以如此主張，最重要的是，協商因素部分，「新增 12 歲牙結石清除」及「加強全民口腔疾病照護」的計算方式，健保署的數據有問題，所以我們才會提出我們的主張，牙醫部門絕對沒有亂提需求。
- 二、「牙周病統合照護計畫」，牙周病學會理事長在此，可以證明實際上確有 700 多萬的民眾有需求，現在才只做到 50 萬件，遠遠不及需求。大家很清楚，牙周病甚至比蛀牙還可怕，只要能多保留 1 顆牙，病人咀嚼能力會變好，可降低植牙或做假牙的花費，是非常值得的投資，不知付費者代表為何急著在服務件數這麼少的情況下，明年就要納入一般服務？納入一般服務後會有很多後遺症。牙醫部門從不漫天喊價，但是向各位委員報告，「牙周病統合照護計畫第 1、2 階段」單是今年就提供服務將近 16 萬件，且每年幾乎有都有 3 萬件的成長。所以，明年納入一般服務的期程實在太快，給予預算可提供服務件數也太少！牙周病照護對全民非常重要，對降低醫療成本及民眾自費金額都有極大貢獻，非常值得投資，希望付費者代表能考量。
- 三、最後，希望至少讓牙醫部門的成長率達到行政院核定的低推估 (3.769%)，身為一個模範生，加上「品質保證保留款」0.3%成長率(評核結果之獎勵)都達不到低推估，對牙醫師非常不公平。

戴主任委員桂英

謝謝，現在螢幕已投影牙醫部門剛剛調整過的版本，不知付費者代表考慮後，有沒有要再調整的項目？

千委員文男

看看差多少錢。

李委員來希

牙醫部門覺得哪項該增加...。

謝委員天仁

螢幕已有呈現，醫界已經調整。

陳委員義聰

「牙周病統合照護計畫第 1、2 階段」今年預估近 19~20 萬件，但是牙醫部門已下修到 18 萬件，希望可以成全這個卑微的要求，我們已經下修，至於納入一般服務的期程，107 年真的太快...。

滕委員西華

那要幾年？

陳委員義聰

依我們今天提供的資料(106 年度牙醫總額協商因素項目及計畫說帖第 12 頁)，於 109 年納入一般服務可能較為妥當，牙醫部門提出的意見，希望各位能考量。

莊委員志強

不好意思，我們逐項來看牙醫部門調整後的版本，這樣比較快。

滕委員西華

「新增 12 歲牙結石清除」，建議先做做看。

陳協談代表彥廷

- 一、「12 歲牙結石清除」，調整為 39.8 百萬元，約減少一半經費。
- 二、「加強全民口腔疾病照護」，扣掉診察費後，經費也減少一半，為 96.7 百萬元。
- 三、「牙周病統合照護計畫第 1、2 階段」，建議增加到 18 萬件，

增加 5 萬件。

莊委員志強

請問牙醫部門原本要求「新增 12 歲牙結石清除」的經費是多少？(其他委員回答：55.9 百萬元)

李委員來希

現在是試辦。

莊委員志強

對啊！

滕委員西華

- 一、剛才醫院部門由謝委員天仁、何委員語等主談時提到，我們支持將非協商因素成長率（指醫療服務成本及人口因素成長率）用在調整重症的支付標準。牙醫部門所提「新增 12 歲牙結石清除」、「加強全民口腔疾病照護」2 項，都在強化預防未來發生疾病，金額高於我們同意的「顎顏面骨壞死術後傷口照護」金額(10.0 百萬元)，「顎顏面骨壞死術後傷口照護」屬於較重症之醫療服務。
- 二、我們對新增項目第 1 年試辦的信心還不足，不知未來執行情況會如何，且較屬預防保健層面，何況還沒提到預防保健資金配合及家長教育的部分，這部分要增加那麼多經費，我覺得比較困難。此外，牙醫部門表示「牙周病統合照護計畫」無法於 107 年回歸一般服務，需要 109 年才能夠回歸，我個人覺得太久，建議雙方折衷，若牙醫部門覺得經費不夠，我們可以考慮多給一些經費。
- 三、至於一般服務新增項目，牙醫部門要求這麼多經費，光憑口頭說明，沒有實際執行經驗，使用推估值預估經費，付費者代表很難說健保署推估的數據不對，牙醫部門的數據才對。另外，協商因素「新增支付標準預算執行率連 2 年未達 30% 者，扣其原編預算之 50%」，扣減 15.1 百萬元經費，這表示當初牙醫部門提出新增項目時，並未考慮到執行率可能被高估。大家各退

一步，若 106 年新增項目做得好，107 年的預算自然會疊上去。

四、若牙醫部門同意「牙周病統合照護計畫」以回歸一般服務為目標，如無法於 107 年回歸一般服務，可以討論是否於 108 年回歸，若需要增加服務件數，經費也可以再討論。我個人是反對 109 年才回歸一般服務，同意 107 回歸一般服務，若牙醫部門不同意，可討論 108 年回歸一般服務，若還是不同意，那就兩案報部裁定。

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

我們支持滕委員的意見，我覺得她講的很有道理，建議牙醫部門同意付費者代表提出「12 歲牙結石清除」(成長率 0.054%，預估金額 20.8 百萬元)、「加強全民口腔疾病照護」(成長率 0.100%，預估金額 38.7 百萬元)的建議，則我們可以接受滕委員建議的「牙周病統合照護計畫」於 108 年回歸一般服務，金額可以再商量。

戴主任委員桂英

付費者代表的意見很明確，若牙醫部門同意付費者版本「12 歲牙結石清除」(成長率 0.054%，預估金額 20.8 百萬元)、「加強全民口腔疾病照護」(成長率 0.100%，預估金額 38.7 百萬元)，則付費者可以再討論「牙周病統合照護計畫」的經費，但是附帶條件是 108 年要回歸一般服務。請牙醫部門表示意見(牙醫部門表示：需要 5 分鐘討論)，牙醫部門需要進行內部會議，休息 5 分鐘。

(牙醫部門代表進行內部會議討論約 5 分鐘)

戴主任委員桂英

現在繼續協商，請陳協談代表彥廷說明牙醫部門意見。

陳協談代表彥廷

一、我們沒有含淚接受，但期望將來能夠含笑接受，我們同意付費者版本(「新增 12 歲牙結石清除」成長率 0.054%，預估金額 20.8 百萬元；「加強全民口腔疾病照護」成長率 0.100%，預估金額

38.7 百萬元), 希望未來 3 年能夠逐年檢討新增項目的實際執行情況, 因為我們也不曉得未來的執行情形。

二、希望能酌增「牙周病統合照護計畫」案件數, 以前是推廣期, 現在已經有民眾知道這項醫療服務, 會主動要求接受治療, 這對健保而言也是正向的, 希望付費者代表能考慮同意增加「牙周病統合照護計畫第 1、2 階段」案件數到 18 萬件。我們原則上同意 108 年回歸一般服務, 目前仍有許多技術性問題需要克服, 我們會利用未來這段時間釐清相關問題, 避免影響民眾就醫權利。

莊委員志強

付費者同意「牙周病統合照護計畫」於 108 年回歸一般服務, 第 1、2 階段再增加 6 千萬元, 第 3 階段再增加 3 千萬元, 不曉得牙醫部門是否可以接受, 請問這樣的成長率是多少?

戴主任委員桂英

同仁已經呈現付費者代表接受各位說明後, 所調整的數據(專款總金額 2,136.0 百萬元, 增加 238.4 百萬元; 較上年度協定總額成長率 3.222%), 請問牙醫部門可以接受嗎? 應該可以了!

楊委員芸蘋

請陳委員義聰應該趕快含笑接受, 不要再討論了。

干委員文男

陳理事長, 我們已盡最大誠意, 同意再增加「牙周病統合照護計畫」經費, 也接受牙醫部門認為 107 年回歸一般服務太趕, 同意晚一年回歸一般服務, 將來滾入基期, 應該是足夠。我們已盡最大的誠意, 希望年老時能保有自然牙,

戴主任委員桂英

請莊委員志強。

莊委員志強

請問牙醫部門還需要時間討論嗎? 還是現在就做決定, 不需要再討論。

戴主任委員桂英

請陳委員義聰。

陳委員義聰

請給我們 3 分鐘討論。

謝委員天仁

3 分鐘OK！

戴主任委員桂英

好！牙醫部門現場進行內部討論，休息 3 分鐘。

(牙醫部門代表進行內部會議討論約 2 分鐘)

戴主任委員桂英

開始繼續協商，跟陳委員義聰說明，目前付費者版本的成長率，已經比健保署建議的版本高出 1% 以上。

陳委員義聰

依照目前付費者願意提供「牙周病統合照護計畫第 1、2 階段」的經費，大概只能夠執行 15 萬 1 千件，還不夠支應我們今(105)年執行的件數，若 108 年納入一般服務，我們非常堅持至少要 18 萬件，件數真的相差太多，希望付費者能多給我們一點考量。我們預估每年至少會有 3 萬件的成長，這會影響民眾就醫權益，希望付費者代表能夠再考量一下。

戴主任委員桂英

請問付費者代表還要考慮嗎？

莊委員志強

我們已經決定這個金額。

戴主任委員桂英

請問牙醫部門的意見。

陳協談代表彥廷

16 萬件真的是我們的底線。

楊委員芸蘋

陳委員義聰、陳協談代表彥廷，我覺得今年付費者真的已經釋出最大的善意，若是今年超出 16 萬件，我們明年一定會增加經費。

陳協談代表彥廷

今年的目標是 13 萬件，我們預估執行 15 萬 8 千件...。

楊委員芸蘋

今年決議的數據是這樣，若今年數據有超過，我們明年一定同意增加經費，明年再說。

陳協談代表彥廷

每年都這樣。

楊委員芸蘋

明年的討論空間就大一點，明年再說，就接受吧！

謝委員天仁

既然是專案，就應依照我們所編列的專案經費及牙醫部門所承諾的數量去執行，若認為無法做到這麼多數量，則請告訴我們大概多少件合宜，不見得一定要拼到 18 萬件，大家可以檢視執行率結果。

滕委員西華

謝委員講的有道理。

戴主任委員桂英

請何委員語。

何委員語

我們已經非常有誠意的一直增加經費，但我們不可能無極限的一直增加經費。有件事我一直很納悶，我全家人都是自費治療牙周病，一顆牙齒兩萬元。

林協談代表世榮

應該是假牙或牙周組織再生手術。

何委員語

我不清楚，但我們全家大小都是自費治療。我認為明年協商 107 年度總額時還有成長空間，若牙醫部門還再堅持，就不知道 107 年的

成長空間會有多少。當然不知道明年還會不會繼續擔任委員，但我們今年已經釋出很多善意。

戴主任委員桂英

請牙醫部門表示意見，陳委員義聰是理事長，承受壓力比較大，但還是要有結論。理事長請陳協談代表彥廷表示意見，請陳協談代表。

陳協談代表彥廷

我們的預估，今年真的可以執行 15 萬 8 千件。委員所編預算，106 年度的協商件數反而比 105 年執行件數低，這與實務差距太大，我不知道回去該如何向 6 分區幹部說明。

滕委員西華

我們已經增加 1% 成長率了！（與健保署建議版本比較）。

戴主任委員桂英

請翁協談代表德育。

翁協談代表德育

各位委員，我們非常瞭解，牙醫部門不是一個不懂得自愛的團體，但是我們希望大家考量牙醫部門面對內部執行牙周病統合照護計畫院所的壓力，今年 15 萬 8 千件是低推估，我們代表出來爭取經費...

莊委員志強

我剛剛估算過，「牙周病統合照護計畫」第 1、2 階段及第 3 階段經費，目前雙方約差 2.6 億元。

翁協談代表德育

這樣好了，16 萬件，請牙醫部門幕僚協助估算金額。

滕委員西華

根據牙醫部門提供的資料，預估 105 年「牙周病統合照護計畫第 1、2 階段」執行 158,769 件，採浮動點值，所以我們同意增加金額，但牙醫部門表示只有增加 1 千多件，執行 16 萬件，我們沒有辦法接受。本來第 1、2 階段要採浮動點值，我們因為不忍看到你們採

浮動點值，所以才同意增加金額，105 年執行 158,769 件，106 年增加經費後，才增加 1 千多件，實質上只是提高點值，並沒有增加服務量，牙醫部門應該要增加件數，16 萬件看不到牙醫部門的誠意。

謝委員天仁

提另一個思考方向，我們可以考慮用非協商因素的醫療服務成本指數改變率調整某些項目的支付標準，將之落入決議，讓你們某些項目的支付更合理。

翁協談代表德育

再確認一下，剛才付費者代表表示「牙周病統合照護計畫第 1、2 階段」再增加 6 千萬元(較 105 年度增加 148.4 百萬元)，第 3 階段再增加 3 千萬元(較 105 年度增加 90.0 百萬元)，請問付費者代表對我們件數的要求是多少？

滕委員西華

我們沒有要求件數。

翁協談代表德育

沒有要求件數，純粹以金額做推估？

滕委員西華

但你們要增加到 16 萬件，我才說只增加 1 千多件...

翁協談代表德育

我是指「增加到 16 萬件的金額」，所以應該要增加...

黃委員淑英

請問差多少？

翁協談代表德育

剩下差別 9 千件乘以 6,800 點。

戴主任委員桂英

請蔡代理委員登順。

蔡代理委員登順(趙委員銘圓代理人)

我們從頭到尾都沒有要求件數，我們希望能照顧到就醫者的權益，

強調不可以再收取自費。若採浮動點值，執行件數多，則點值會低一點；執行件數少，點值會高一點。牙醫門診總額研商議事會議會呈現執行數據，若執行件數多，點值較低，則明年協商時金額會往上加。

戴主任委員桂英

請陳委員義聰。

陳委員義聰

我們一直耗在「牙周病統合照護計畫」也不好，牙醫門診總額一直是模範生，加上品質保證保留款 0.3% 成長率後，成長率僅 3.222%，連行政院核定的下限都不到，懇求付費者代表能再增加 6 千萬元，讓我們回去可以稍微有交代。

滕委員西華

- 一、請牙醫部門自己回去做內部調控，我們支持謝委員天仁的說法，因為我們不想老了無齒。最後一次說明，若無法達成共識，就報部裁決。
- 二、依照牙醫部門方案之說明第 3、4 點(會議資料第 51 頁)，建議「牙周病統合照護計畫第 1、2 階段」增加 7 萬件，為 20 萬件，增加預算 476 百萬元，共 1,360 百萬元。與付費者建議的 1,032 百萬元，相差 2 億元，按照比例推估，不應該只有 16 萬件。我們不可能同意將 16 萬件列入決議，因為這等於是逼迫我們漠視「牙周病統合照護計畫第 1、2 階段」點值稀釋的問題。如同剛剛蔡代理委員所說的，請你們內部自行管控件數，以不傷害保險對象權益為原則。
- 三、至於你們是否真的只要做到 16 萬件，於評核會議時可再檢視執行效益，這也會影響 107 年度總額是否調高經費。108 年回歸一般服務，屆時不管是採包裹支付或逐項支付，都會涉及調整支付標準，108 年的基期一定很大，因為有調整支付標準，牙醫部門不會吃虧。牙醫部門要想清楚，如果一定要將執行件數列入決議，按照比例推估，一定要執行 17、18 萬件，若牙

醫部門堅持要列 16 萬件，則要求減少金額。

戴主任委員桂英

看來付費者代表已經沒有要再修訂，請牙醫部門陳理事長再考慮。

陳委員義聰

這樣好了...。

戴主任委員桂英

請大家安靜，陳委員義聰表示要發言，先請干委員文男發言。

干委員文男

108 年「牙周病統合照護計畫」會滾入一般服務，牙醫部門不要只看今年，要先做出件數，才能夠滾入基期，如同蔡代理委員登順說的。現在雙方只差一點點，大家要不要讓一點？(付費者代表表示不改變付費者方案)不要！那就是已經到達極限了。

戴主任委員桂英

剛剛陳委員義聰表示要發言，請陳委員義聰。

陳委員義聰

請大家再折衷一下，我們剛剛只要求增加 6 千萬元，現在再折半為 3 千萬元，讓我們回去可以交代。

戴主任委員桂英

請黃委員淑英。

黃委員淑英

個人認為，今天討論到這樣，付費者已經退讓很多，建議主席要做裁示，牙醫部門到底是接受或是不接受，請牙醫部門做決定。

戴主任委員桂英

謝謝，請何委員語。

何委員語

醫界每年都痛苦一次，付費者代表也每年痛苦一次，我們也期待明年不要再痛苦。請牙醫部門先進考量「牙周病統合照護計畫」今年就這樣處理，明年 107 年才有變動的空間，若真的做到那個量，明

年協商時可再提出來，在滾入基期前爭取較多預算，對你們才有利，這樣比較好。

戴主任委員桂英

陳委員義聰，您也看到付費者代表的意見已經很清楚，沒有付費者委員要發言了，就算發言也都是守住這個上限。請翁協談代表德育。

翁協談代表德育

感謝付費者對牙醫部門的支持，講到現在，若還不答應就不是人了。但最後一點請大家考量，同不同意我覺得都沒有關係。從 94 年到現在，幾個部門中，只有牙醫部門的就醫人數持續成長，我們都知道這並有沒有在獎勵範圍。此外，牙醫部門平均每人就醫次數持續下降，當然這也不在今天討論的範圍之內。付費者代表如果贊同牙醫部門處理總額、健保的方向，都是往正向的方向走，請酌予鼓勵，額度拜託各位委員卓處，我們牙醫部門一定接受，感謝！

戴主任委員桂英

謝謝翁協談代表，請問牙醫部門可以接受嗎？請問哪位委員要代表付費者發言？(付費者代表討論酌增預算)

莊委員志強

付費者同意「牙周病統合照護計畫第 1、2 階段」再增加 1 千萬元(較 105 年度增加 158.4 百萬元)。

干委員文男

好吧！請接受。

陳委員義聰

非常謝謝各位付費者代表，時間已晚，牙醫部門就協商通過，謝謝！

戴主任委員桂英

感謝各位！(委員鼓掌)請翁協談代表德育。

翁協談代表德育

我不是對協商結果有意見，大家不要誤會。只是提醒一下，牙醫部門對一般服務的成長率完全尊重付費者代表意見。但是我們剛剛也

建議，明年若執行量較多，建議以後可以增加費用，這意見能不能列入會議紀錄呢？建議在這兩項協商項目的後面增加備註。

謝委員天仁

列在會議紀錄OK。

翁協談代表德育

但列在會議紀錄不明顯，不容易找到。可以加在備註欄嗎？

滕委員西華

106年協商107年總額時，我們會針對實際執行情形考慮增加經費。

干委員文男

評核會議時就會看到牙醫部門的執行情形。

翁協談代表德育

我瞭解，但是這句話適合加在哪裡？

謝委員天仁

這部分不適合寫在協商結論的備註上，我們不可能對下一屆的健保會委員指指點點，放在會議紀錄拿來兌換就可以。

翁協談代表德育

可以兌換就好。

謝委員天仁

是啊！就是這樣。

戴主任委員桂英

今天協商的所有發言都會列入紀錄，謝謝各位，雙方協商代表都很辛苦。現在換場，休息5分鐘，請中醫部門協談代表入場。

(中場休息約5分鐘)

肆、106 年度總額協商－「中醫門診總額」
與會人員發言實錄

肆、106 年度總額協商－「中醫門診總額」與會人員發言實錄

戴主任委員桂英

中醫門診總額協商時間有點延遲，很抱歉。請委員及中醫部門協談代表就座，現在進行中醫門診總額協商，有 20 分鐘進行提問及意見交換。由於中醫部門草案已於「106 年度總額協商計畫(草案)會前會」報告過，請問中醫部門有無特別需要提出來，向付費者代表說明的事項？

黃協談代表蘭嫻

謝謝主席，請委員看到會議資料第 68 頁，請施協談代表純全補充說明。

施協談代表純全

主席、各位委員，針對「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自 103 年由專款移至一般服務後，於 105 年上半年執行率未達 8 成之扣款」協商項目，在此補充幾項說明：

一、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」自專款項目移列一般服務後，計畫執行率受到以下幾點因素影響：

(一)院所須將個案資料上傳至VPN(健保資訊網服務系統)，執行困難度較高，以至於部分服務漏列。

(二)103 年醫院新增之「提升急性後期照護品質試辦計畫」亦須上傳個案資料至VPN，其中一方登錄，另一方就無法登錄。

(三)計畫原來可至照護機構收案，移列一般後，未將之列入服務範圍，因此，院所無法至照護機構收案。

二、建議對於協商項目執行率不佳之扣款方式，各部門應有一致性原則，牙醫部門為「新增支付標準預算執行率連 2 年未達 30% 者，扣其原編預算之 50%」，中醫部門則為「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自 103 年由專款移至一般服務後，於 105 年上半年執行率未達 8 成之扣款」，這

部分對中醫部門似乎過嚴，請委員考量。

三、健保署對於預算執行率的計算方式與中醫部門不同，105 年已扣減 45 百萬元預算，故分母的計畫預算數也須扣除 45 百萬元，此處雙方不一致。

四、本項移列至一般服務的第 1 年，已經調降個案治療費用，因此比較執行率，應該比較人數、人次較客觀，說明如下：

(一)請參看會議資料第 68 頁，本項目中醫部門草案說明第 2 點，相較 102 年，105 年上半年收案人數目標執行率 44.84%，人次目標執行率 61.2%，預估 105 年全年人次目標執行率可達到 85%，上半年雖有 20% 落差，下半年應該可以補足。

(二)同項目說明第 3 點，總照護人數逐年攀升，可見並未減少相關醫療服務，尤其 105 年上半年照護人數已超過 102 年總照護人數。

(三)依會議補充資料第 36 頁「104~105 年腦血管疾病及顱腦損傷疾病申報資料」，相關疾病照護人數有一半以上符合收案條件，雖然收案率偏低，原因先前已說明，請委員放心，服務並未減少。

五、由於 105 年上半年人次目標執行率尚有 20% 落差，中醫部門提出配套方案，希望 106 年能至照護機構提供相關醫療服務，將擬扣款的經費，移列到這裡，讓我們將服務量補足。

戴主任委員桂英

謝謝施協談代表純全。

黃協談代表蘭嫻

接下來進行專款項目說明，請詹協談代表永兆說明「醫療資源不足地區改善方案」。

詹協談代表永兆

一、主席、各位委員午安！請先看到會議資料第 69 頁，專款項目「醫療資源不足地區改善方案」健保署意見說明第 1 點，105

年 1~6 月申報 31.3 百萬點(未包含獎勵開業保障額度)，執行率為 29.4%；再請委員參閱中醫部門於會上所提供之補充資料「103、104 年巡迴、開業之執行情形」，以 103、104 年第 1 季執行點數(分別為 35.7、46.8 百萬點)推算，105 年上半年執行率不只 29.4%，可能與健保署資料不含獎勵開業保障額度有關，因「醫療資源不足地區改善方案」經費支應巡迴計畫與開業計畫，推估 105 年上半年執行率應該有 45% 以上。

二、同項目之幕僚補充意見第 4 點，係以 105 年第 1 季資料推估 106 年全年需用經費，惟第 1 季申報點數向來偏低，推算金額與實際申報會有差距。建議以第 1 季巡迴計畫結算點數 12.6 百萬點，及其占率 23%，回推全年執行數約 54 百萬點，又中醫部門預計 106 年擴大 1/3 服務量，預估巡迴計畫預算須增加到約 73 百萬點，加上開業計畫全年執行數約 43 百萬點，106 年本計畫需要 121.5 百萬元，希望付費者代表能支持，畢竟經費不足就難以擴大辦理。

戴主任委員桂英

謝謝詹協談代表永兆。

黃協談代表蘭嫻

一、請委員看到會議資料第 69 頁，專款項目「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」幕僚補充意見第 2 點，103~105 年執行率皆有成長，中醫部門希望能介入重症病人之照護，提供更優質的醫療服務，期待付費者代表能支持增加經費。

二、有關「中醫提升孕產照護品質計畫」，104 年執行率 77%，105 年是開辦第 2 年，保胎率、助孕率都有成長，完全符合民眾期待，尤其助孕部分成效良好，服務人數超過 3 千人，希望能提升 106 年之預算，以造福更多民眾，請付費者代表多多支持。

三、接下來請何理事長永成說明「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」。

何委員永成

- 一、主席、各位委員，「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」是 105 年新增計畫，4 月開始執行，直到 9 月才能將資料上傳至 VPN，因此開辦之初，院所無法登錄入個案資料及生理評估量表，故實際執行量與申報量有落差，相信 106 年度計畫經費將嚴重不足，當點值降到 1.0、甚至 0.7 以下，我們擔心影響院所參與計畫的意願，因為 VPN 登錄實在不容易。
- 二、如果計畫推動成效良好，不只乳癌、肝癌需要中醫專案照護，未來不排除納入肺癌與大腸癌，醫療費用將逐年增加，希望能適度提升來年經費。
- 三、先前與健保署召開「預擬 106 年中醫門診總額協商因素與專款項目計畫會議」時，李署長伯璋曾蒞臨指導，亦非常支持本項計畫，在此也懇請付費者代表支持。

戴主任委員桂英

謝謝何委員永成，請問中醫部門代表有無其他補充說明？

黃協談代表蘭嫻

請胡協談代表文龍補充說明 106 年新增項目「中醫提升骨質疏鬆照護品質計畫」。

胡協談代表文龍

- 一、主席，各位委員，請看中醫部門於會上所發補充資料「中文結案摘要」，高雄長庚醫院收集近 10 年骨質疏鬆症患者資料進行 data mining(資料探勘)，其結論為中醫門診就醫者之非高創傷性脊椎骨折發生率為 20.15 人/10 萬人，非中醫門診就醫者為 520.536 人/10 萬人。即骨質疏鬆症患者經由中醫門診照護治療，可降低骨質疏鬆症患者脊椎骨折發生率並減少住院率。
- 二、基此，中醫部門提出「中醫提升骨質疏鬆照護品質計畫」，擬擴大計畫適用範圍，預計納入骨質密度 T 值(T-score，骨質疏鬆之臨床診斷標準)小於 -1.5 者，及高風險族群如女性更年期患者，以減少骨質疏鬆造成的非創傷性骨折發生率，提升國人健康

。

戴主任委員桂英

謝謝胡協談代表文龍。

滕委員西華

請問T值是小於 1.5，還是小於 2.5？

胡協談代表文龍

小於-1.5。

滕委員西華

T值是小於-1.5，還是小於-2.5？

胡協談代表文龍

原本骨質疏鬆的定義是T值小於-2.5，中醫部門希望...。

滕委員西華

中醫部門將標準放寬，T值是介於-2.5 至-1.5，或是小於-1.5？

胡協談代表文龍

T值小於-1.5，即擴大適用對象。

吳委員肖琪

請問中醫部門提供之補充資料「中文結案摘要」有無進行性別、年齡校正或標準化？

胡協談代表文龍

尚未進行校正，僅是初步data(資料)，是overall(整體數據)資料。

吳委員肖琪

理論上，統計數字應進行性別、年齡校正後再提出，否則容易產生誤解，以為只要經過中醫治療，即可減少非創傷性骨折發生率。

胡協談代表文龍

謝謝吳委員肖琪指教。

黃協談代表蘭嫻

謝謝吳委員肖琪。接著請許協談代表中華補充說明 106 年新增項目「中醫癌症患者日間留院照護試辦計畫」。

許協談代表中華

- 一、主席、各位委員，中醫部門基於病人照護療效提出「中醫癌症患者日間留院照護試辦計畫」，現有中醫醫療照護無法滿足部分癌症患者，希望藉此提供另一種照護機制，減輕癌症病患接受放射線治療、化學藥物治療(下稱癌症放、化療)的不適。此機制已行之有年，目前由病人自費負擔相關費用，依近年照護經驗及臨床資料顯示，這樣的中醫照護對癌症患者有實質助益，亦於國際期刊發表相關文章，因此，中醫部門透過相關研究計畫，擬具草案並完備照護流程，最後提出「中醫癌症患者日間留院照護試辦計畫」。
- 二、本計畫是針對未達住院程度的癌症放、化療患者，延長日間照護，經試算，5 日療程之醫療費用約需 1 萬 5 千元。我認為病患不應是 1 週 1 次的門診照護，而是需要整合性照護，包括中西藥併用、營養諮詢，及以中醫為主之療法，是提供連續性、整合式醫療服務的計畫，以上補充。

戴主任委員桂英

謝謝，請問委員有無需要中醫部門或健保署再補充說明？

吳委員肖琪

- 一、請教「中醫癌症患者日間留院照護試辦計畫」，有關日間留院有 2 點問題：
 - (一)第 1 點，依全民健康保險法第 51 條規定，日間住院不列入保險給付範圍，只有精神病照護不在此限，其他科別不行。
 - (二)第 2 點，如同意中醫辦理癌症病人日間住院，並支付病房費、病床護理費等，是否與政府推動癌症門診治療之政策背道而馳？其他科別是否會要求比照辦理，並以醫學中心住院相關費用 7 折支付？請委員仔細思考。

二、若同意癌症放、化療患者接受門診中醫治療後，因有癌因性疲倦、眩暈之可能而日間留院，此舉不僅觸及違法，而且其他所有癌症門診放、化療患者，是否也可以因眩暈疲倦而日間留院？想請教健保署，目前門診治療的癌症患者有多少人次？

戴主任委員桂英

吳委員請教的是所有門診治療的癌症患者人次，不限西醫、中醫或科別，請健保署回應。

蔡代理委員登順(趙委員銘圓代理人)

主席！

戴主任委員桂英

請蔡代理委員登順。

蔡代理委員登順(趙委員銘圓代理人)

請教「中醫提升骨質疏鬆照護品質計畫」，依健保署意見(會議資料第71頁，本項健保署意見第1點)，現行中醫治療骨質疏鬆已屬健保給付項目，為何中醫部門特別設立此計畫？是否照護上有特殊功能性？請中醫部門說明。

戴主任委員桂英

請中醫部門代表說明。

胡協談代表文龍

謝謝蔡代理委員登順指教。因現行中醫門診無法一次提供足夠且完整的照護服務，尤其在藥物及針灸推拿部分，中醫部門希望藉由計畫提升照護病人之功能及醫療品質。

黃協談代表蘭嫻

補充說明，目前骨質疏鬆症用藥中，有幾味高價藥材健保沒有給付，如單純以科學中藥治療難以完善照護。高價藥材如龜鹿二仙膠，其Evidence Base(實證基礎)顯示能明顯改善骨質密度、減少骨折發生率。因此中醫部門希望透過專款項目，讓民眾能接受更完整

的整合照護。

戴主任委員桂英

現在時間已經差不多了，請問付費者代表是否需要進行內部會議討論？(付費者代表表示：好)大約多久？(付費者代表表示須 30 分鐘) 付費者代表需要進行內部會議，現在休息 30 分鐘。

(付費者代表進行內部會議討論約 36 分鐘)

戴主任委員桂英

請付費者代表說明討論後的版本，請何委員語。

何委員語

主席、各位委員、各位中醫界先進，剛才付費者代表討論激烈，現在是民主時代，每個人都有意見，還好沒有拍桌，大家都很斯文。因中醫與西醫是不同體系、不同醫療照護模式，經過付費者代表用心討論後，由我來報告付費者代表方案，另有 2 項專款項目需請中醫部門說明後再討論金額。

一、一般服務之非協商因素(指醫療服務成本及人口因素成長率及增加金額)：「投保人口預估成長率」、「人口結構改變率」、「醫療服務成本指數改變率」，皆依健保署所列成長率百分比。

二、一般服務之協商因素項目：

(一)「品質保證保留款」：成長率為 0.1%，編列 22.8 百萬元。

(二)「其他醫療服務利用及密集度之改變」：本項於去(104)年總額協商時已同意 106 年編列 250 百萬元，付費者代表都有共識，沒有意見。

(三)「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」：依照本會 105 年第 6 次委員會議決議，減列 4.3 百萬元(成長率為-0.019%)。

(四)「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，103 年由專款移到一般服務後，於 105 年上半年執行率未達 8 成之扣款」：按比例應扣款金額為 78.5 百萬元，由於

付費者代表都非常支持中醫的發展，故扣款 38 百萬元，即原應扣款 78.5 百萬元改為扣款 38 百萬元，少扣 40.5 百萬元。

三、專款項目：

- (一)「醫療資源不足地區改善方案」：同意中醫部門建議金額，編列 121.5 百萬元。
- (二)「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」：同意中醫部門建議之金額，編列 133 百萬元，增加 20 百萬元。
- (三)「中醫提升孕產照護品質計畫」：因為付費者代表彼此有不同意見，請中醫部門稍後提出實證，說明計畫成效。
- (四)「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」：為 105 年新增計畫，同意健保署建議，金額維持 14.9 百萬元。
- (五)「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」：為 105 年新增計畫，同意中醫部門及健保署建議，金額維持 20 百萬元。
- (六)「中醫提升骨質疏鬆照護品質計畫」：為 106 年建議新增計畫，請中醫部門稍後詳細說明計畫內容，並提出相關實證數據及成效後，付費者代表再決定經費額度。
- (七)「中醫癌症患者日間留院照護試辦計畫」：也是中醫部門 106 年新增計畫，健保署亦支持本項計畫，但計畫所支付之日間暫留病床費及病床護理費是否違法？健保署同意編列相關費用(日間暫留病床費及病床護理費)，經費預估列在會議資料第 71 頁健保署說明第 3 項第(2)點，請健保署詳細說明，有否違法行為；因此，扣除日間暫留病床費及病床護理費 2 項支付項目後，先暫列 27 百萬元，於健保署詳細說明後再做最後決定。

四、最後總結，付費者代表很關心且牽涉確定金額之項目如下，大家都非常支持中醫發展，中醫有流傳 5 千年的醫術基礎，希望中醫部門清楚解釋相關問題，讓付費者代表理解。

- (一)「中醫提升孕產照護品質計畫」，請提出執行成效。
- (二)「中醫提升骨質疏鬆照護品質計畫」，請詳細說明計畫內容。

(三)「中醫癌症患者日間留院照護試辦計畫」，請說明有無違法問題。

戴主任委員桂英

謝謝何委員語說明付費者代表方案。請中醫部門說明「中醫提升孕產照護品質計畫」及「中醫提升骨質疏鬆照護品質計畫」，請健保署說明「中醫癌症患者日間留院照護試辦計畫」，先請中醫部門代表。

施協談代表純全

一、主席，各位委員，首先說明「中醫提升孕產照護品質計畫」：

(一)中醫部門於 105 年「全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會」(下稱評核會)有完整呈現相關成效，健保署也有針對收案案件做後續追蹤。依健保署資料，全國助孕成功率為 15.8%、全國保胎成功率為 65.5%，此為計畫初步成效。

(二)目前計畫僅執行 1 年多，未來會朝專家學者建議方向努力，惟須等衛福部「衛生福利資料科學中心」收錄本計畫數據，才能進一步分析應用，目前健保署僅就計畫收案對象追蹤保胎率及助孕率。

二、「中醫提升骨質疏鬆照護品質計畫」：

(一)目前中醫每日藥費 30 點，但骨質疏鬆症治療習慣使用高價藥品，如龜鹿二仙膠，國際上很普遍，因此如無特殊照護計畫，用藥劑量不足會影響照護結果。除提供完整治療外，也希望藉由計畫突破每日藥費 30 點之限制。

(二)另，計畫執行須搭配量表進行療效評估。

三、「中醫癌症患者日間留院照護試辦計畫」，雖然主席請健保署說明，容我在此補充幾點：

(一)中醫部門原本規劃日間住院，但大家認為目前趨勢是減少住院，因此轉以門診延長加強照護模式達到醫療效果，病患治療後仍可回家，享受家庭溫暖。設計上從住院改為日間延長

照護，屬於加強式照顧，我認為應該沒有法律上問題。

(二)對於計畫成本之估算，與健保署看法有不同，健保署以急診照護成本估算，因日間加強照護的時間較長，故病床費或病床護理費一定偏高，使用一般急診成本推算會低估，以上補充。

註：會議資料第 71 頁，健保署意見第 3 項第(2)點：日間暫留病床費及病床護理費，建議以醫學中心急性一般病床七折支付為 420 點(=598 點*0.7)及護理費七折為 510 點(=730*0.7)

戴主任委員桂英

請黃協談代表蘭嫻。

黃協談代表蘭嫻

補充說明「中醫提升孕產照護品質計畫」，資料顯示助孕成功率約 16%、保胎成功率約 65%，計畫有要求院所記錄患者基礎體溫資料，現在簡單向委員報告相關數據...

滕委員西華

- 一、黃協談代表蘭嫻，不好意思打斷您的發言，但這不是付費者代表想要的資訊，各項計畫的執行率等數據，在會議資料或評核會資料都有呈現。付費者代表希望中醫部門能提出對照組資料，即有無中醫介入之差別。不論男性或女性尋求助孕，很少僅看中醫，反而比較多單純看西醫，因此想了解中醫介入與否的差別，並排除西醫療效的影響。
- 二、付費者代表願意支持本項計畫，但希望有資料佐證中醫介入後之特殊成效，如果沒有，原本健保就有相關給付，中醫部門還是可照護此類患者。
- 三、付費者內部會議討論後提出協定事項，中醫部門如要繼續執行本項計畫，請補足實證資料說服付費者代表，顯示單純中醫介入後之成效，排除西醫影響。說不定患者經過西醫照護後才至中醫保胎，而之前西醫照護已經達到保胎效果了。對此，黃委

員淑英是專家，請黃委員補充說明。

黃委員淑英

- 一、我曾看過中醫部門相關報告，但忘了切確數據，調查結果是使用中醫助孕後的效果不高；而後，中醫部門分析健保資料，證明收案對象的助孕成功率及保胎成功率。我想表達的意思是，中醫部門自行調查的數據很低，使用健保資料分析的數據很高。
- 二、健保資料無從得知病患就醫情形，是中醫看不好再去看西醫，還是西醫看不好再去看中醫，所以健保資料的成功率，是否可視為中醫保胎成功，我不曉得。中醫部門的報告內容，沒有呈現如何釐清中醫跟西醫間的關係，我認為中醫部門沒辦法提供資料，且收集資料時效已經過了。中醫部門自行調查的數據很低有可能是中醫保胎不成功，所以孕婦又去看西醫，因此沒回應中醫的效果追蹤。
- 三、去年是第 1 年執行本項計畫，尚可接受目前的結果。但如果中醫部門想繼續執行「中醫提升孕產照護品質計畫」，一定要釐清前述的問題，不能單純分析健保資料，將收案個案的生產納為中醫的功勞。
- 四、保胎成功率以孕期超過 20 週之個案數為分子，老實講我無法接受，孕婦保胎是否成功，應該是要到小孩出生才算成功吧？如果 20 週就算保胎成功，請問完整孕期有幾週？

楊委員芸蘋

10 個月。

黃委員淑英

換算是 40 週，保胎 20 週就算成功，很難接受這個概念。

楊委員芸蘋

呼應黃委員淑英，付費者代表其實很支持「中醫提升孕產照護品質計畫」，但委員有各自的想法，身為女性，也希望台灣出生率高一點。從中醫部門的報告，我們很難釐清助孕、保胎效果是來自中醫

或西醫，請提出明確證據，否則計畫有點難通過。

戴主任委員桂英

謝謝，請施協談代表純全。

施協談代表純全

- 一、中醫部門提出「中醫提升孕產照護品質計畫」時，曾提供相關研究資料，研究顯示中醫介入能提高婦女受孕機率，甚至提高試管嬰兒成功率等。但就目前計畫而言，尚無法產出類似研究，中醫部門可以承諾明年總額協商會議提供。
- 二、現有資料欠缺對照組，健保署僅提供本計畫的個案資料，又計畫實施1年多，「衛生福利資料科學中心」尚未收載，我不清楚資料轉入的確切時間，但中醫部門可承諾，只要「衛生福利資料科學中心」有相關資料，就會進一步分析「有無中醫介入之差異」，但需要時間，沒資料我們也無能為力。
- 三、目前僅有描述性統計資料，如要有對照組或研究有無中醫介入之差異，需請健保署幫忙分析，或是請專家學者利用「衛生福利資料科學中心」分析，以上補充。

戴主任委員桂英

謝謝，請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

有關「中醫癌症患者日間留院照護試辦計畫」說明如下：

- 一、中醫部門另一個專款項目「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」，也有針對腫瘤患者手術、化療、放射線療法後照顧，本署會支持「中醫癌症患者日間留院照護試辦計畫」，是因為目前西醫癌症化療大都改為門診模式，癌症患者化療後身體不適就無法使用「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」給予照護，但病人最後還是可能因身體不適而到西醫住院。
- 二、健保確實不給付中醫住院，如果能讓癌症患者於化療後，在門診延長停留時間，以中醫輔助療法緩解患者化療後的不適，可

讓病人恢復快一點，有助於完成患者化療療程。本計畫以 package(包裹給付)方式，支付中醫用藥、針灸推拿及營養飲食衛教等費用，有別於「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」的支持療法，讓民眾多一種選擇。目前能提供本計畫服務之院所，主要是設有中醫部及病房的醫院，係以自費方式提供服務，本計畫即是取代自費部分。

三、嚴格來說，依健保法「日間住院」不列入健保給付範圍，精神病照護例外。所以中醫部門計畫名稱是寫「日間留院」。我認為服務內涵並未達到「日間住院」，只是延長門診時間，讓中醫師提供完整醫療服務，也許計畫名稱可再做修正，如門診延長照護。

四、對病人而言，package照護遠比單次門診好，因此健保署才會在某種程度上支持本項計畫，也提供民眾選擇的機會，以上補充報告。

楊委員芸蘋

如果改為留院休息照顧計畫呢？多久時間內算合法留院或是超過 4 個小時就算住院？休息有無時間限制？

何委員語

休息不算住院啦！

施協談代表純全

病患會回家。

干委員文男

我經常探望我的會員，現在都以門診進行癌症化療、放療，口腔黏膜會破，病人都沒辦法吃東西，只能吃冰淇淋，又沒病床可休息，我有很深的體會。

戴主任委員桂英

請黃委員淑英。

黃委員淑英

謝謝蔡副署長的說明，讓我茅塞頓開。建議計畫名稱使用「西醫門診病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」，是因門診化、放療的癌症患者無法使用「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」，所以才提出「中醫癌症患者日間留院照護試辦計畫」，計畫內容我可以接受，但計畫名稱看不懂，難以了解內涵。經蔡副署長淑鈴解釋，即本計畫是針對門診化、放療病人，不適用「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」者，至於計畫經費額度再商量。

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

健保署方向合理，因此，付費者代表認為不應支付日間暫留病床費及病床護理費，如果支付此2項費用，等同患者在醫院休息，似乎有點不妥。

滕委員西華

可以用包裹給付方式支付。

戴主任委員桂英

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、從民眾或醫療觀點，給予片段式，例如給予5次分段醫療，不如給予一次完整的醫療照護，我們必須要這樣思考。雖然門診成本較低，較節省醫療資源，但須考量病人常常往返的成本是很高的，也無法得到完整照護。如果package照護模式可真正緩解病人不適，反而是值得考慮的療法。
- 二、同意謝委員天仁的看法，付費者代表提出不支付日間暫留病床費及病床護理費，我給予某種程度的支持，表示沒有讓病人住院的意思。但病人不是只看一下門診，而是比門診時間稍微長一點，可能還是需要有休息之處，因此我認為可以折付，即不能完全給付日間暫留病床費及病床護理費，或是名義上不要有

這2項費用，我都能接受，讓民眾得到package的照顧才是重要的。付費者代表提到不支付日間暫留病床費及病床護理費，也是很好的建議。

滕委員西華

請教蔡副署長淑鈴，燒燙傷患者也是白天到醫院接受6個小時以上的照護，其形式如同日間留院，請問法律問題怎麼解決，計畫名稱為何？

蔡副署長淑鈴

- 一、關於燒燙傷的PAC(Post Acute Care，急性後期照護)，確實包含日間住院PAC，與法規有些扞格，但其屬於試辦計畫，現在也較少使用。當初是因八仙樂園粉塵爆燃事故，部分患者年紀非常小，比較適合回家休養。對於年紀大的傷燙傷患者，仍以住院PAC為主。
- 二、若比較住院與日間住院PAC，我們當然認為可以日間住院就不要住院，畢竟住院醫師非常忙碌，將不必要的住院改為day care(日間照護)，反而有助於醫院運作。在高齡化社會需要不同服務模式之轉變，彼此係互相替代，不是每個人都需要住院，提供大家一個思考方向。
- 三、至於「日間住院」不列入健保給付的規定，是20年前訂定的，其實現在也有檢討空間。

滕委員西華

是否可以將日間暫留病床費、病床護理費改為其他項目，例如照護費？

何委員語

主席，林委員敏華要發言。

戴主任委員桂英

請林委員敏華。

林委員敏華

除計畫名稱再議外，因計畫內容所含之病床費、病床護理費與全民健康保險法第 51 條衝突，可否請中醫部門內部調整相關支付標準？以中醫部門可接受的方式處理，惟不含病床費、病床護理費，改由其他項目支應，以上個人建議。

施協談代表純全

「中醫癌症患者日間留院照護試辦計畫」如獲委員支持，中醫部門會與健保署討論訂定相關支付標準，以包裹式支付方式處理法令問題。

蔡副署長淑鈴

大家如支持「中醫癌症患者日間留院照護試辦計畫」，建議名稱稍作修正。

戴主任委員桂英

請陳代理委員順來。

陳代理委員順來(侯委員彩鳳代理人)

如採包裹式支付，不能額外向患者收病房費。

戴主任委員桂英

請蔡代理委員登順。

蔡代理委員登順(趙委員銘圓代理人)

一、個人支持「中醫癌症患者日間留院照護試辦計畫」，患者放、化療後真的非常不舒服，吃不好、睡不好，中醫介入能緩和患者痛苦。由於目前中醫住院尚未納入健保給付，建議刪除病床費、病床護理費，計畫名稱修正為「中醫癌症患者門診延長照護試辦計畫」，如蔡副署長所言，是延長門診時間的照護計畫，使計畫名稱與內容吻合。

二、個人也支持「中醫提升孕產照護品質計畫」，台灣目前出生率太低，對不孕症患者有幫助，功德一件，個人支持。

戴主任委員桂英

請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

有關「中醫癌症患者日間留院照護試辦計畫」請大家再思考一下：

- 一、過去 20 年，國際間開始推 day surgery(日間手術)，台灣醫界也開始執行 day chemical therapy(日間化療)，現在為了中醫的少數個案而破例，若將來西醫基層跟醫院跟進(開辦西醫日間住院)，當各部門爭取經費時，請問對中醫部門好嗎？雖然改名稱叫「門診延長照護試辦計畫」，西醫也可以稱之為門診延長照護！
- 二、我們都了解 106 年健保經費將不足(保險收入少於醫療支出)，明明不該花的錢卻要花，好的計畫我是一定支持，然而理論上，現在連精神科都不推日間住院，而是轉往社區化發展了，患者可自行前往就醫，門診治療即可，為什麼要住院？
- 三、我只是提醒，如果明年醫院及西醫基層以門診延長名義申請經費，西醫有更多門診手術及門診化療，委員要不要支持？請大家慎思！

戴主任委員桂英

- 一、謝謝吳委員肖琪客觀、中肯的意見，請各位委員多加衡量。
- 二、請問委員有無其他詢問意見？剛才委員關心的其他兩項計畫還有沒有意見補充？「中醫提升孕產照護品質計畫」有沒有要修改？請何委員語。

何委員語

目前中醫協商項目只剩下 3 項專款項目，需雙方設法達成共識。第 1 項「中醫提升孕產照護品質計畫」，請中醫部門明年提出實證報告；第 2 項「中醫提升骨質疏鬆照護品質計畫」，請中醫部門提出詳細方案內容；第 3 項「中醫癌症患者日間留院照護試辦計畫」，健保署建議修正計畫名稱，建議可改為「西醫癌症患者中醫日間照護加強試辦計畫」，另病床費、病床護理費可否改為其他項目，請中醫部門提出修正後費用，付費者代表再行討論。

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

除何委員語所提 3 項專款項目之外，中醫部門對付費者版本的其餘協商項目有無意見？如無意見，請就這 3 項回應。

戴主任委員桂英

請何委員永成。

何委員永成

除了這 3 項專款項目外，補充說明「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」，此計畫是照護 2 種癌症疾病，亦是中醫強項，預算卻僅有 14.9 百萬元，比「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」20 百萬元少，預估 106 年經費將嚴重不足，建議適度調升經費額度，以符合實際需求。除了乳癌、肝癌，大腸癌及肺癌都是中醫照護強項，能幫助患者減少副作用、延遲疾病復發，請各位委員多加考量，能適度提升經費。

戴主任委員桂英

謝謝何委員永成的補充說明。

謝委員天仁

請具體提出增加額度。

施協談代表純全

以「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」目前執行率推估，經費一定不敷使用，至於療效之實證資料，之前已於相關會議提供過。

滕委員西華

依幕僚補充意見，「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」推估 105 年全年預算執行率僅 73.2% 而已。

施協談代表純全

因為本計畫 105 年 4 月才開始執行。

黃協談代表蘭嫻

105 年 4~6 月已執行 57.3%。

林委員敏華

建議中醫部門提出明確金額。

謝委員天仁

請針對各項專款項目回應。

干委員文男

有關「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」，健保署建議金額為 14.9 百萬元，中醫部門則是 30 百萬元，現在中醫部門的需求為何？維持原金額嗎？請提出具體數字。

施協談代表純全

維持中醫部門建議金額 30 百萬元，因 105 年執行率預期會超過 100%。

謝委員天仁

其他專款項目，請一併提出具體看法。

施協談代表純全

「中醫提升孕產照護品質計畫」執行率一定會超出預算，希望能維持中醫部門建議金額 52.8 百萬元，這是試算後的數據。

滕委員西華

請中醫部門代表先提出建議方案，付費者代表再進行內部討論。

戴主任委員桂英

請中醫部門代表針對每項協商項目提出完整、具體意見，所謂具體的意思是指有明確金額。

施協談代表純全

我們希望「中醫提升骨質疏鬆照護品質計畫」106 年可開辦，委員如對計畫不放心，中醫部門可酌減金額，修正為 20 百萬元。此外門診延長照護試辦計畫...

滕委員西華

不好意思，打斷一下！「中醫提升骨質疏鬆照護品質計畫」若改為 20 百萬元，可否加但書「請於 106 年 4 月底前提健保會核備後預算始得動支」？

施協談代表純全

沒問題，跟 105 年「學齡兒童過敏性鼻炎照護計畫」一樣。

吳委員肖琪

國民健康署 102 年 7 月出版「骨質疏鬆症臨床治療指引」，大家可上網查詢，其中第七節為「骨質疏鬆症之預防與治療指引(藥物類)」，請看第 123 頁，第九節「中藥(Chinese Medicine)」提到中藥治療的建議強度是C(註)，該節撰稿人為劉醫師華昌，證據既然不強，是否還要通過計畫？

註：「骨質疏鬆症臨床治療指引」有關建議強度之說明：國衛院參酌蘇格蘭學院指引網絡(Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SIGN)分類建議，將文獻依實證類別(對照試驗、世代研究、個案報告等)分為 8 個證據等級，由高至低為 1++、1+、1-、2++、2+、2-、3、4。撰稿人評讀文獻並區分證據等級，再依文獻證據等級做出建議強度，建議強度分 4 級，由高至低為 A、B、C、D，其中建議強度 C 指「證據主體由 2+ 之研究構成，可直接應用於目標群體，且所有的證據都有一致性的結果；或由證據等級 2++ 之研究所推論出」。

施協談代表純全

- 一、若無人進行研究，不僅沒有建議強度 C 的文獻，更可能為零文獻。建議強度 C 表示開始有人研究，但結果尚待驗證；如同付費者代表對「中醫提升孕產照護品質計畫」之效果存有疑義，其實當初協商時，中醫部門有提出實證資料。
- 二、當時劉醫師華昌所提文獻建議強度為 C，現在應該不只 C 了，未來有待中醫界提出新證據；105 年會通過「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」，就是因為有文獻呈現明確證據。

三、當累積足夠收案量，中醫部門一定會提出相關數據呈現結果，但需要時間，第 1 年開辦只有零星個案，亦缺乏對照組，以後會補強證據。建議強度有 C 級文獻也不容易，畢竟研究都是從零開始的。

謝委員天仁

意思是尚未有實證資料？或實證資料顯示效果不好？

戴主任委員桂英

表示實證資料不強，僅有 C 級而已。

施協談代表純全

但劉醫師華昌所收集的不是現今的資料，現在每天都有幾千篇文獻產出。

何委員語

中醫部門對「中醫癌症患者日間留院照護試辦計畫」有無其他意見？

施協談代表純全

經費太少執行有困難，因專款項目經費即使沒用完也無法留用，希望能編列足夠預算以順利執行。但我認為第 1 年開辦，從申請、資料審查到醫院真正執行，有時間落差，同意酌減經費，建議編列 45 百萬元。

戴主任委員桂英

請胡協談代表文龍。

胡協談代表文龍

一、請委員看到中醫補充資料「中醫治療骨質疏鬆症實證」，第 1 篇於 2016 年發表，屬 systematic review(系統性文獻回顧)，提及使用天然來源化合物及針灸，可有效防治骨質疏鬆。

二、另外補充資料「中文結案摘要」為高雄長庚醫院的研究結果，以 data mining 呈現近 10 年數據，顯示中醫介入可降低脊椎骨折發生率並減少住院率。

戴主任委員桂英

中醫部門已表達意見，付費者代表是否需要進行內部討論？(付費者代表表示需要)討論多久？(付費者代表表示須 10 分鐘)好，討論 10 分鐘。

李委員來希

不好意思，想再請教一下健保署，為何專款項目「中醫提升骨質疏鬆照護品質計畫」的建議金額為 0 元？

戴主任委員桂英

請健保署回應。

李署長伯璋

請張專門委員溫溫說明。

張專門委員溫溫

中醫部門先前報署的「中醫提升骨質疏鬆照護品質計畫」預擬內容提到，打太極拳可預防骨質疏鬆症，其實很多運動都可預防此疾病。目前西醫有明確治療方法，中醫部門所提計畫並未明確顯示其療法有效。

滕委員西華

最後一句聽不清楚，請再重述。

張專門委員溫溫

中醫部門所提計畫並未明確顯示其療法有效。

滕委員西華

所以中醫部門是建議骨質疏鬆症患者打太極拳？

施協談代表純全

當時計畫是將完整照護package，現在計畫內容已刪除太極拳療法。

戴主任委員桂英

請付費者代表進行內部會議，討論 10 分鐘。

(付費者代表進行內部會議討論約 13 分鐘)

戴主任委員桂英

請何委員語代表說明付費者的共識方案。

何委員語

今年委員都很熱情，剛剛又經過激烈討論，付費者代表意見如下：

- 一、「中醫提升孕產照護品質計畫」：同意健保署建議之金額，編列 47.7 百萬元，協定事項為「106 年應提出嚴謹療效評估報告，含有無中醫處置介入之比較」。現在有許多學士後中醫學系畢業的中醫師，希望他們能多參與研究工作，協助中醫全聯會提出實證報告。
- 二、「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」：由健保署建議之金額 14.9 百萬元，提高至 20 百萬元。
- 三、「中醫提升骨質疏鬆照護品質計畫」：能否提出更多實證資料，讓委員對計畫效果有信心？
- 四、「中醫癌症患者日間留院照護試辦計畫」，建議計畫名稱修正為「癌症放、化療患者中醫門診照護試辦計畫」，金額 27 百萬元，協定事項為「不支付病床費用及護理費用」。
- 五、以上為付費者代表共識方案，請問中醫部門可否接受？有無意見？

戴主任委員桂英

謝謝說明，請干委員文男。

干委員文男

請問今天中醫藥司有與會嗎？

戴主任委員桂英

本次委員會議並沒有邀請中醫藥司。請中醫部門表達意見。

施協談代表純全

「癌症放、化療患者中醫門診照護試辦計畫」之名稱，很難顯現與

一般門診之區別，建議改為「癌症放、化療患者中醫門診延長照護試辦計畫」。另，建議適用對象增加癌症手術患者，即癌症手術、放、化療患者。

謝委員天仁

剛才只提到癌症放、化療患者，怎麼臨時增加癌症手術患者？範圍又擴增了。

施協談代表純全

癌症手術患者也有類似問題。

何委員永成

文字修飾會更精準，主要還是經費問題！此計畫只有像長庚醫院、市立聯合醫院等醫院才能承辦，目前每年大約新進 350 名中醫師，進行 2 年負責醫師訓練，不論中醫、西醫都必須training(訓練)，但中醫沒有舞台，很多醫院在中醫方面的經營不是很好，都以自費為主，很多委員也提過，新進中醫師找不到醫院，希望能有訓練的機會。中醫住院都是由患者自費，醫院也是在做賠本生意，開放許多病床，卻招不到幾個...

干委員文男

請何委員永成直接提出中醫部門的建議金額。

何委員永成

請委員同意健保署的建議金額 45.6 百萬元，中醫部門就接受。

謝委員天仁

其他協商項目是否沒意見？

何委員永成

如果「癌症放、化療患者中醫門診延長照護試辦計畫」同意 45.6 百萬元，就沒意見。

何委員語

請注意，「中醫提升骨質疏鬆照護品質計畫」是不同意執行。

何委員永成

可以接受「中醫提升骨質疏鬆照護品質計畫」不同意執行，但「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」請再酌增 5 百萬元。

滕委員西華

「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」健保署原建議 14.9 百萬元，付費者代表方案已增加 5.1 百萬元，至 20.0 百萬元，何委員永成的意思是要再增加 5 百萬元？

何委員永成

對，20 百萬元再增加 5 百萬元，總共 25 百萬元。

謝委員天仁

就是「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」再增加 5 百萬元。就這樣，其他沒有了？

滕委員西華

中醫部門不需內部討論嗎？還是何委員永成代表即可？

何委員語

請讓我彙整一下。

戴主任委員桂英

請付費者主談代表發言。

何委員語

一、目前雙方意見如下：

- (一)「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」，付費者代表方案為 20 百萬元，中醫部門希望增加至 25 百萬元。
- (二)「中醫提升骨質疏鬆照護品質計畫」不同意執行，是否沒問題？(中醫部門代表：沒問題)
- (三)「癌症放、化療患者中醫門診延長照護試辦計畫」，付費者代表方案為 27 百萬元，中醫部門希望依照健保署建議金額 45.7 百萬元。

二、如此，僅剩 2 項專款項目需達共識。付費者代表同意「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」增加 5 百萬元。

謝委員天仁

「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」增加 5 百萬元，「癌症放、化療患者中醫門診延長照護試辦計畫」就別再談了。

何委員語

「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」增加 5 百萬元，「癌症放、化療患者中醫門診延長照護試辦計畫」呢？

謝委員天仁

不要再談了！

戴主任委員桂英

維持原來付費者代表方案，建議金額 27 百萬元。

謝委員天仁

差不了多少錢。

何委員語

「癌症放、化療患者中醫門診延長照護試辦計畫」只有醫院能執行？

何委員永成

對。

何委員語

中醫診所可否執行？

何委員永成

不能。

何委員語

協定事項可否增加以醫院中醫部門...。

謝委員天仁

先試辦看看再說，第 1 年試辦不需要太多經費。

何委員永成

現在北、中、南共有 3 間醫院可承辦，再加上慈濟...

干委員文男

先試辦，明年再談。

何委員永成

建議金額 40 百萬元，是否可行？請支持中醫部門的建議。

謝委員天仁

第 1 年而已，不要再提增加金額了，明年看執行成效再來檢討，好不好？

何委員語

「癌症放、化療患者中醫門診延長照護試辦計畫」預計 3 家醫院承辦，以後還會再增加醫院嗎？

何委員永成

有 3 家醫院已經在執行，目前是自費方式。

何委員語

未來會增加醫院嗎？

何委員永成

會，像義大醫院、慈濟醫院等。

謝委員天仁

試辦 1 年後看成效再檢討啦！

何委員永成

30 百萬元可行嗎？

何委員語

好，「癌症放、化療患者中醫門診延長照護試辦計畫」由 27 百萬元增加到 30 百萬元。

何委員永成

好，30 百萬元。

戴主任委員桂英

中醫部門協商完成，謝謝各位(委員鼓掌)！現在換場，休息 5 分鐘，
請西醫基層部門協談代表入場。

(中場休息約 8 分鐘)

伍、106 年度總額協商－「西醫基層總額」
(105 年 9 月 23 日)與會人員發言實錄

伍、106 年度總額協商－「西醫基層總額」(105 年 9 月 23 日)與會人員發言實錄

戴主任委員桂英

- 一、請委員及西醫基層協談代表就座。不好意思，因時間有點延遲，讓各位久等，在座的委員也一樣很辛苦，請問付費者代表可以開始了嗎？(付費者代表表示可以)
- 二、西醫基層部門有 25 分鐘進行提問及意見交換，依循先前協商方式，請部門代表先說明，由於各部門協商項目已於 106 年度總額協商計畫(草案)會前會報告過，請問西醫基層代表有無特別需要提出說明的事項？

黃委員啟嘉

- 一、首先向付費者代表表達敬意，醫界代表僅需參與 1 場總額協商會議，付費者代表卻要面對 4 個總額部門，為了民眾權益，從早上談到晚上，非常辛苦！無論如何，再次向各位委員表達敬意與謝意。付費者代表一向對西醫基層很友善，在此說明西醫基層部門的需求，接下來進入協商項目。
- 二、首先是專款項目「新藥」部分，醫院總額協商已於早上完成，醫院總額付費者代表方案，將「新藥」由專款項目移回一般服務之「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」項目，接下來請吳協談代表國治表達西醫基層部門看法。

吳協談代表國治

- 一、各位委員好，今年健保署釋出很大善意，將「新藥」項目編列在專款項目，然而在醫院總額付費者代表方案中卻移回一般服務，西醫基層部門希望維持在專款項目，有 2 項理由：
 - (一)第 1，新藥替代率幾乎產生在醫院端，基層替代率其實並不高。因為新藥而減少手術、診療處置等節省的醫療費用並非發生在西醫基層。
 - (二)第 2，西醫基層財務base(基礎)不如醫院總額大，難以承擔

風險，由過去的數據得知，新藥經過 5 年累計後，預算常不足以支應，容易造成點值低下。

二、請付費者代表考量基層base小，以及替代效果並非在基層產生，希望「新藥」項目能編列於專款項目。

黃委員啟嘉

一、第 1 個訴求，「新藥」項目如能放在專款項目，預算編列多寡西醫基層部門都能接受，只要放在專款項目，就能嚴密控管耗用。對於移列一般服務，我們持保留態度。

二、第 2 個訴求，不希望以「其他醫療服務及密集度的改變」經費涵蓋西醫基層醫療耗用。健保署草案以「其他醫療服務及密集度的改變」200 百萬元涵蓋西醫基層部門提出許多協商項目，西醫基層有不同看法。

三、首先說明一般服務之「放寬藥物給付適應症」項目：依據健保會 104 年 3 月委員會議訂定之原則(註)，對於放寬藥物給付適應症，必須仔細評估費用，並給予預算，請吳協談代表國治加以說明。

註：查 104.3.27 通過之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之處理原則」針對藥物給付內容調整之原則略以：

①引進新醫療科技：藥物(含新增品項及新增品項於 5 年內之給付內容調整)：依目前之推估模式，估計新藥物下年度所增加預算，納入「新醫療科技」協商因素項目。

②健保已給付 5 年以上藥物品項之給付內容調整：

A.對於財務衝擊較大之給付內容調整品項，彙整共同擬訂會議之結論，納入年度總額協考量。至於財務影響小之品項，建議共同擬訂會議可優先通過，以利時效。

B.本項之財務影響，可考慮納入「其他醫療服務利用密集度之改變」反映。

吳協談代表國治

一、西醫基層總額 104 年度有編列「放寬藥物給付適應症」項目之預算，但 105 年度則無編列預算。然而放寬給付適應症之藥品

實際上已在臨床使用，希望按往例編列相關預算。

二、於 105 年 6 月藥物共同擬訂會議已通過「眼科用藥〔新生血管抑制劑 aflibercept 注射劑(如 Eylea)〕，擴增適應症於 PCV(多足型脈絡膜血管病變型黃斑部病變)、中央視網膜靜脈阻塞續發黃斑部水腫所導致的視力損害、糖尿病黃斑部水腫所導致的視力損害等」，藥品費用金額龐大，衍生之醫療費用相當可觀，如未編列經費，對基層財務衝擊很大。

黃委員啟嘉

西醫基層向來提供物超所值的醫療服務，希望編列足夠預算，以持續服務民眾，懇請付費者代表考量對已經放寬藥物給付適應症部分，補足 511.1 百萬元經費，請黃協談代表振國補充說明。

黃協談代表振國

舉例說明最近藥品放寬給付適應症的情形：

- 一、糖尿病用藥 SGLT-2(sodium glucose co-transporters 2，第 2 型鈉-葡萄糖轉運蛋白)抑制劑，其為 2A 新藥，治療效果好，但健保核價高，1 顆約 31~33 元。隨著糖尿病盛行率逐年上升，病人選用效用好的新藥增加，以過去糖尿病新藥 DPP-4(Dipeptidyl peptidase-4，雙基胜肽酶-4 型)抑制劑取代 TZD(Thiazolidinedione，噻唑二酮類)使用 5 年情形，推估 SGLT-2 抑制劑使用率，預測未來 2、3 年內費用將有爆發性成長。雖然西醫基層部門保守估計「放寬藥物給付適應症」之經費，但我認為 SGLT-2 抑制劑未來成長率將大幅提高。
- 二、含 febuxostat 成分之高尿酸血症治療藥物，今年擴增給付於尿路結石及腎臟結石之慢性痛風病人第一線用藥，早期降尿酸用藥藥價 1 顆約 1~2 元，這個新藥 1 顆約 24 元，因而增加許多醫療費用支出。

黃委員啟嘉

其次說明一般服務之「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：為達成分級醫療，政策上希望將醫院慢性病患轉移至基層診所。目前西醫基層慢性病患 1 年醫療費用約 260 億元，建議增加 5 億元費用，約占慢性病照護費用的 2%，希望藉由這筆經費，將病人自醫院轉至基層診所照顧，請顏協談代表鴻順加以說明。

顏協談代表鴻順

- 一、主席、署長、各位委員晚安！不可否認，台灣已進入老年化社會，依據國發會推算，2025 年台灣 65 歲以上老年人超過 20%，將進入超高齡社會。隨著人口老化，對醫療帶來什麼衝擊？首先，慢性疾病增加，其次，醫療資源耗用也隨之增加，但我們不能因民眾醫療資源耗用增加而不治療，反之，要提供更完善的醫療照護。
- 二、感謝衛福部及健保署，近年大力推動分級醫療及壯大基層之策略。慢性疾病患者，應該到醫院或基層診所就醫？穩定的慢性病患者到基層診所就醫才是正確選擇，可節省健保資源耗用，老年人到就近診所就醫，不僅可近性高，年輕人也不用陪伴父母到醫院排隊，可投入國家經濟生產。我們非常贊成也支持壯大基層醫療的策略，讓基層醫療提供民眾更好的服務。
- 三、有關慢性病醫療耗用資料，請參看會議資料第 92 頁「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，西醫基層部門草案說明第 4 點，95~104 年基層慢性病費用年化成長率約 6.3%，以 104 年慢性病費用 263.2 億元計算，預計 106 年慢性病醫療費用約增加 16.5 億元，再扣除醫療服務成本及人口因素成長率中「人口結構改變率」已提列之經費 11.26 億元，請同意編列 5.2 億元預算，以提供民眾更多、更穩定的慢性病醫療服務。

黃委員啟嘉

- 一、接下來是「醫療資訊品質提升衍生之醫療費用」項目：本項金額雖不高，卻能有效提升民眾醫療品質，即加強慢性腎臟病以

及糖尿病照護之資訊整合，藉由嚴密的實驗室檢查，加強數據監控，提升醫療品質，對慢性腎臟症候群病患進行腎功能評估，對糖尿病或合併糖尿病患者進行糖化血色素評估等，預計增加檢驗費用 26 百萬元，請付費者代表支持。

二、請顏協談代表鴻順說明「因應預防保健普及所增加之服務密集度」項目。

顏協談代表鴻順

一、近年來，大家在報章媒體都可看到國健署大力推動各項預防保健相關廣告，包括成人預防保健、兒童預防保健、4 癌篩檢，以及產前檢查等 7 項，預防保健費用皆由國健署支付。

二、健保署近年亦大力推動整合式照護，一次就醫即能提供民眾整合性醫療服務，不需分科就診。因此，民眾至診所接受預防保健時，也會要求同時執行其他項檢查，或是解決身體不適等問題，醫師能拒絕嗎？當然不行！我們也希望提供民眾最優質的醫療照護，壯大基層醫療體系。由於預防保健概念普及，衍生出許多相關健保醫療需求，提供 2 項數據供各位參考：

(一)統計 100~104 年當次至基層執行預防保健，同時又做其他相關檢查，所耗用的醫療費用，以 104 年為例，扣除國健署支應項目後，其他衍生之醫療費用約 7 千萬點。

(二)有關四癌篩檢，以最簡單的概念思考，FOBT(Fecal Occult Blood Test，定量免疫法糞便潛血檢查)呈現陽性，接著必然會做大腸鏡或乙狀結腸鏡檢查。最近的統計資料顯示，100 年執行 2 萬 5 千件，104 年執行 4 萬 8 千件，成長 92%。又如乳房攝影檢查，有些婦女害怕疼痛，希望改做乳房超音波檢查，但該項費用由健保給付，100~104 年執行大腸鏡與乳房超音波 2 項檢查的醫療費用，共增加 1 億 4 千 5 百萬點，成長 105%。此外口腔癌篩檢，可能使用耳鼻喉內視鏡檢；產前檢查及子宮頸抹片檢查，可能會增加婦產科超音波檢查的醫療需求。

三、從以上資料可知，預防保健檢查之觀念已深植在國人的醫療觀念中，使得民眾預防保健服務利用逐漸增加，健保的醫療需求也隨之增加，懇請委員同意編列 7 千萬元，以因應預防保健普及增加的醫療服務密集度。我們會做更詳細的研究，後續提供大家參考，謝謝。

黃委員啟嘉

我想預防保健所衍生的醫療服務，常發生在基層診所，其所帶來的替代效果，或節省的醫療費用，如癌症末期治療，都不會發生在基層診所。因此，對西醫基層而言，純粹耗用基層的醫療費用，並沒有替代效果。接下來請黃協談代表振國說明「海外就醫自墊費用增加之成長」項目。

黃協談代表振國

- 一、104 年約有 2 萬人於海外就醫，多為 65 歲以下民眾，每人每年申報 3 件以上，費用之核付，以醫學中心平均費用為上限，平均每件核付高達 1,328 元；而西醫基層每件醫療費用申報 564 點，以平均浮動點值 0.92395 計算，約 521 元，兩者相差約 2.55 倍。
- 二、健保從 84 年開辦以來，國人在國內或海外就醫就存在這個不公平現象！民眾在國內就醫之醫療費用約 521 元，但海外就醫給付卻高達 1,328 元，2 者之間的差額，就是西醫基層部門所提之預算。若明年能制訂相關機制有效管控，我們樂觀其成。本項海外就醫自墊費用差額雖不高，但累積 20 餘年，對西醫基層而言，是沈重的傷害，希望各位委員能夠體恤西醫基層提供優質醫療服務，同時也給予適宜的鼓勵。謝謝。

黃委員啟嘉

- 一、向各位委員說明，西醫基層部門所提之一般服務預算項目包括：「放寬藥物給付適應症」511.1 百萬元、「因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響(含慢性病照護之增進)」520 百萬元、「因應預防保健普及所增加之服務密集度」

70.5 百萬元、「醫療資訊品質提升衍生之醫療費用」26.8 百萬元、「海外就醫自墊費用增加之成長」17.3 百萬元等。

二、有關專款項目，先請王協談代表宏育說明「家庭醫師整合性照護計畫」專款項目。

王協談代表宏育

- 一、首先謝謝委員對「家庭醫師整合性照護計畫」支持。本年 4 月 27 日健保會有 9 位委員到高雄參訪大岡山醫療群執業情形。也感謝健保署，於本年 9 月 2 日召開「家庭醫師整合照護計畫實施現況及擴大服務量能座談會」，討論很多如何拓展家庭醫師整合性照護計畫及壯大西醫基層，讓我們能夠社區化。主要有 2 個意涵，1 個是擴大收案對象涵蓋面，另 1 個是提高家庭醫師醫療品質。
- 二、請參看會議資料第 100 頁，感謝健保署願意增加本項預算，以擴大家醫群、增加收案對象及服務內容之涵蓋面。依健保署意見，106 年預算編列 15 億 8 千萬元，增加 4 億元，共要照護 313 萬位收案會員，平均每位會員分配約 530 元，但本計畫收案會員每人給付費用為 800 元，也就是給付費用低於 7 折，卻希望西醫基層做到 100 分的品質，真的有困難！所以很希望按照西醫基層部門提出的版本 16 億 7 千萬元，增加約 10%，即每位會員約 600 元，以提高醫療服務品質。
- 三、本項計畫從 99~105 年，每年預算約 11 至 12 億元，但 99 年才照護 131 萬位會員，104 年照護 248 萬會員、今年預估照護 250 萬會員。希望明年同時提高服務涵蓋面及醫療品質，故預算建議為 16.7 億元。我手上有本週日大岡山醫療群的團體衛教活動資料，共 200 多位收案會員參加，竟然有多達 19 位醫師和 18 位護理師到場參與，這種活動，可以「喚起」民眾注意自己的身體健康，少生病，不生病。而不是常生病，常看醫師，使用許多健保資源，這才是醫療群成立的最重要目的。所有紀錄皆呈現在我的臉書。

四、另外有關計分方式，已在本年9月2日健保署召開家庭醫師整合照護計畫實施現況及擴大服務量能座談會中說明，希望區分為都會型、非都會型、偏鄉型等。希望委員支持，增加醫療群專案預算，相信家庭醫師制度將會做得更好。

黃委員啟嘉

接下來請盧協談代表榮福說明「強化基層照護能力，含『開放表別』項目專款專用等項目」專款項目。

盧協談代表榮福

一、主席，委員晚安，有關「開放表別」項目，醫師公會全聯會提出「心臟超音波」及「杜卜勒氏心臟超音波」2項，非常感謝健保會委員於「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」上提案，然因程序不符，所以由健保署轉請醫師公會全聯會，依總額協商程序提出本項專款項目。

二、心臟超音波檢查是心臟科醫師診斷病情的重要依據之一，如同腸胃科醫師執行腹部超音波檢查，或婦產科醫師執行婦產科超音波檢查一樣，非常普遍。但以往心臟超音波檢查沒有列入C表，所以在基層診所病人若要做心臟超音波檢查，不是自費就是轉到醫院檢查。日前健保會多位委員認為這是民眾至診所就醫的障礙，於是我們主動提出將這兩項檢查從B表開放到C表，目前心臟科專科醫師約 1,700 位，在診所執業約 170 位，占 1/10，經統計上述 2 項檢查，醫院申報醫療費用約 13 億元，以醫院申報量 10% 預估西醫基層所需經費，約為 1 億 3 千萬元，謝謝大家。

黃委員啟嘉

接下來請徐協談代表超群報告「合理反映偏遠地區及提升弱勢照護族群照護品質，均衡醫療資源分布」專款項目。

徐協談代表超群

一、委員、與會人員晚安，我想透過「合理反映偏遠地區及提升弱勢照護族群照護品質，均衡醫療資源分布」項目，替偏遠地區

基層診所爭取一點經費！

二、目前偏遠地區診所約 443 家，另參加IDS (Integrated Delivery System，山地離島地區醫療給付效益提升計畫)約 100 餘家診所。實際上在偏遠地區執業的診所是愈來愈困難，其原因包括偏遠地區人口往都市遷移，相對病人數也愈來愈少，診所收入來源減少，營運就會遇到困難。再加上將來醫療專業人員納入勞基法，偏遠地區診所不易聘用相關人員，尤其是藥劑師或護理師等，他們寧願在都市內就業，也不願至鄉下工作，就算醫師有意願到鄉下服務，欲聘請合作的醫療人員也非常困難。

三、所以，參考牙醫總額，對於申報量低於一定金額以下之偏鄉院所，採保障點值。為能提供此誘因，讓在偏遠地區之西醫基層診所比照辦理保障點值，所需金額約 1.2 億元。此預算相對整體總額比例甚小，但可以鼓勵診所繼續留在偏遠地區服務，同時也鼓勵新進醫師願意到偏遠地區執業。這意義非常重大，也是表達政府注重偏鄉民眾醫療照護之政策。目前很多偏鄉地區診所逐漸轉回都市執業，是因為他們認為在偏鄉工作愈來愈沒有希望，若醫師離開，則偏遠地區民眾醫療怎麼辦？所以懇請委員們支持。

四、至於本項經費應放在一般服務或專款項目，我認為係屬點值保障，放專款項目會較為公平，若本方案有效，醫師願意留在偏遠地區，醫療資源增加後，偏遠地區數逐漸減少，本項所需之經費相對將逐漸減少。

黃委員啟嘉

由於時間關係，針對我們剛才的說明，請付費者代表表達意見。

戴主任委員桂英

請莊委員志強。

莊委員志強

請問剛才所提「開放表別」項目，有關心臟超音波檢查部分，是否為會議資料第 97 頁(西醫基層協談代表回答：對)，但這項預算卻編

列 10 億元。

黃委員啟嘉

有關「開放表別」項目，除了心臟超音波檢查部分，尚有其他項目。主要是考量為逐漸達成分級醫療，可能很多表別需開放至西醫基層診所執行，所以預算編列 10 億元，且此屬專款項目，有執行醫療服務才給付，沒做就不給錢。

莊委員志強

你們剛才不是說 1.3 億元就可以執行？

徐協談代表超群

- 一、補充說明，記得去年健保會希望西醫基層慢性病照護執行率以成長 20% 為目標，若以此推算，西醫基層總額所需經費約 52 億元，假設經費有限無法一次到位，改採分 5 年編列，則 1 年需約 10 億元。
- 二、本項專款主要用於推動分級醫療，包括開放表別項目，以增加西醫基層診所的服務能力與提高醫療品質，病人就會逐漸到西醫基層診所就診。此外，最近研議調整部分負擔之政策，也會讓病人逐漸轉移到西醫基層診所就診，編列此項費用，主要為因應未來病人增加所需。至於詳細執行細節，等到預算編定後，會研議如何運用，並安排優先順序加以執行。
- 三、「開放表別」項目編列於專款，可以每年檢討及評估執行情形，若經費不足則明年可再增加，反之則予減列。這是推動分級醫療的起步，不僅需要口號，也要有經費支援，如此西醫基層診所才能承受病人數的增加，若只增加病人數，無相關經費支應，無疑是稀釋基層點值，謝謝。

戴主任委員桂英

請問委員有無詢問？請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、請參看會議資料第 92 頁，適才西醫基層協談代表表示，105 年協定事項為「西醫基層慢性病照護執行率以成長 20% 為目

標」，請說明為何 105 年第 1 季與 104 年同期相較，慢性病門診就醫人數成長率 2.9%，慢性病門診申報次數成長率 2.4%，慢性病門診申報費用成長率-0.2%，慢性病有就醫者平均每人門診就醫次數及成長率-0.5%等，這些資料都頗重要。

二、非協商因素已反映人口老化、罹患慢性病的人口增多等，若有具體計畫，可讓慢性病人都不去醫院，而到診所就診，則我支持編列相關經費支應，但我們需要釐清相關問題。

黃委員啟嘉

回應吳委員肖琪的問題，請思考西醫基層慢性病照護執行率增加至 20%，需要多少費用？以目前西醫基層慢性病申報費用 260 億元推算，需再編列 50 億元的預算，才能增加 20%的照護率。

滕委員西華

請問慢性病照護執行率計算分母是什麼？是以西醫基層照護為母數，或以整體健保照顧的慢性病為母數？

黃委員啟嘉

是目前西醫基層照護的部分。

滕委員西華

那不對，慢性病照護執行率的分母應該以整體健保慢性病照護為基礎。

黃委員啟嘉

260 億元僅為西醫基層慢性病申報費用。

滕委員西華

我們認為慢性病照護執行率應從醫院總額切部分出來，醫院的初級照護率需下降，我們同意加強西醫基層的Primary Care(初級照護)，但不是以西醫基層為base(基礎)，而是以健保慢性病總人數為主，初級照護比率在西醫基層與醫院各多少，醫院總額中部分病人需要下來西醫基層。20%慢性病照護率定義需清楚，才能算出所需經費，這需要共識。

黃委員啟嘉

若要談慢性病照護執行率以成長 20% 為目標，是未包含於剛才所說 5 億元，這 5 億元是占 260 億元...。

滕委員西華

我們不要節外生枝，先談這 5 億元是什麼？

黃委員啟嘉

這 5 億元為現西醫基層醫療耗用 260 億元(西醫基層慢性病申報費用)的 2%。

滕委員西華

我想知道定義是什麼？

何委員語

等他報告完再問。

黃委員啟嘉

我已經報告完了。

戴主任委員桂英

請問委員有無詢問事項？

蔡代理委員登順(趙委員銘圓代理人)

- 一、剛才黃委員啟嘉所說慢性病成長率部分，聽起來頗奇怪，台灣人口老化成長速度沒那麼快，不可能 1 年成長 20%，哪有這樣的國家，人口老化每年成長 1% 就不得了，2025 年老年人口占率約達 20%，此成長率是依行政院國發會的推估。
- 二、健保每年都有編列慢性病醫療費用，且滾入基期；而且每年非協商因素包括人口結構改變率等費用，已反映足夠預算需求。不能每年重複提相同項目之預算，但對於每年滾入基期的金額都不提有失公平，1 年約十幾億元。等一下付費者代表內部協商，研議西醫基層今天所提之各項報告，希望西醫基層所提預算為 106 年實際計算執行的數字，不是用喊價的。

戴主任委員桂英

請何委員語。

何委員語

2019 年台灣人口成長率為負值，2026 年約為 2 千 352 萬人，2061 年約為 1 千 662 萬人至 1 千 927 萬人，顯示人口雖然老化，老年人比重增加，但未來人口數會下降，表示整體醫療費會下降。

黃委員啟嘉

我相信屆時非協商因素之「投保人口預估成長率」會呈現負值。

何委員語

請看會議資料第 97 頁，關於「新增跨表項目」預算，西醫基層未編列預算，健保署建議 4 億元，這項與西醫基層所提「強化基層照護能力，含『開放表別』項目專款專用等項目」，是否 2 項可整併為 1 項？

黃委員啟嘉

有關會議資料第 97 頁，健保署提報「新增跨表項目」4 億元與我們提報「強化基層照護能力，含『開放表別』項目專款專用等項目」10 億元有部分重疊，屬於同項預算，但我們與健保署對其執行內涵認知不一樣，所以分別呈現。

何委員語

我想請教健保署，前述 2 項是否需要併在一起？於「新增跨表項目」專款項目，健保署說明為：強化基層服務量能而編列 4 億元；而「強化基層照護能力，含『開放表別』項目專款專用等項目」專款項目，本會幕僚補充意見為：同上項說明，這表格怎如此呈現？是否 2 項併在一起？

黃委員啟嘉

何委員語的高見，我接受，就將這 2 項合併，但內涵有些不同，仍需要分別呈現或說明，至於內涵與金額需要再協商。

黃協談代表振國

請參看會議資料第 117 頁，有關西醫基層慢性病人...。

滕委員西華

我們先討論「新增跨表項目」好嗎？

何委員語

請參看會議資料第 97 頁，2 項若不整併，則「強化基層照護能力，含『開放表別』項目專款專用等項目」中的心臟超音波檢查等，健保署提報預算金額均為 0 元。

謝委員天仁

協商項目名稱採用西醫基層部門草案 OK，即項目名稱採用「強化基層照護能力，含『開放表別』項目專款專用等項目」。

黃委員啟嘉

好，沒問題。

干委員文男

這樣金額就差...。

滕委員西華

2 項已合併，金額還須再討論。

謝委員天仁

請教有關「強化基層照護能力，含『開放表別』項目專款專用等項目」說明 2.「整合醫療服務與轉檢項目，逐漸達成分級醫療目標」部分，意思是以前病人可能(轉檢後)都往醫院跑，不會回來基層診所，未來病人會回到基層診所，所以建議編列預算 6 億元？

黃委員啟嘉

對，是這個意思。

謝委員天仁

費用如何計算？

黃委員啟嘉

我認為不論分級醫療內涵未來如何制訂，都要回健保會討論，或報備修改哪些項目或內容，事實上預算通過，並不表示預算已經到醫界手中，因為專款的意義是...。

滕委員西華

黃委員，你沒聽清楚我們的疑問，我的問題是本來診所照顧的病人，只是開轉檢單而已，還是由醫院總額給付檢查費用，轉檢後病人仍回診所就診，為何需要增加 6 億元預算？

謝委員天仁

以往診所轉診的病人都不回診所，現在不轉診所以病人都回來？

黃委員啟嘉

有些病人在醫院就診後，沒留在醫院又回到診所就醫，當然會增加基層診所的醫療耗用。

顏協談代表鴻順

我稍微補充一下，基層開放表別，以心臟超音波檢查為例，本來心臟超音波檢查及結果追蹤都在醫院，現在因為基層可以執行心臟超音波檢查，所以病人從醫院移動到基層診所。其所耗用的醫療費用，絕對非僅有 1 次的超音波檢查，病人可能每半年或 1 年需做 1 次超音波檢查。長期下來，相關的診察費、藥費等費用將會增加。因此，費用的估算不僅只有計算檢查費，還包含是病人從醫院轉移到診所整體增加的醫療費用。

謝委員天仁

「新增跨表項目」已經處理此部分預算。現在分開討論，你們是認為本來在基層診所看的病人，因為轉診出去就不回來了，所以現在診所不轉診，只轉檢，檢查結束後又回到基層診所，這跟以前一樣啊？

顏協談代表鴻順

但是開放表別之後，本來在醫院的病人會有一部分就整個轉到基層來看診。

謝委員天仁

我知道，現在分開討論，表別歸表別，現在討論 2. 整合醫療服務與轉檢項目部分。

黃委員啟嘉

向謝委員天仁說明，依目前規定，轉檢所產生的醫療費用由西醫基層總額支應，非醫院總額支應。

滕委員西華

那就是轉檢的費用！那檢驗費呢？影像與病理檢查都算你們的嗎？是否請健保署說明。

謝委員天仁

這個部分，問一下健保署。

滕委員西華

那基層何必轉檢，都讓醫院總額執行，基層點值又能提高！

戴主任委員桂英

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、「強化基層照護能力」是目前的政策，藉由落實分級醫療，希望西醫基層照護的能力提升，將慢性病的追蹤或是輕症照護可以留在西醫基層照顧。
- 二、A、B、C表限縮西醫基層執業的範圍，所以若有需要進一步檢查的項目，西醫基層的醫師會請病人去醫院就診，這些病人就再沒回到西醫基層就醫。目前西醫基層許多醫師是專科醫師，有能力執行相關項目，期望開放表別，只要基層診所所有相關設備，就可以從事檢查工作；若無設備，則可安排病人轉診，檢查結果回到西醫基層醫師進行後續追蹤。這樣的安排可讓病人留在社區診所，不需要都往大醫院就醫，這是我們認為可以讓西醫基層的Primary Care(初級照護)壯大的一個方法。
- 三、目前A、B、C表，仍有許多醫療服務項目可以開放讓西醫基層醫師執行，應視經費、可執行醫師數、回推西醫基層轉檢費用而定，其中轉檢費用是由西醫基層總額支應。

滕委員西華

如果今天黃醫師啟嘉看一位病人，發現需要執行CT(Computed Tomography，電腦斷層掃描)，轉到花蓮慈濟醫院，這筆費用是由醫院總額或西醫基層總額支應？

蔡副署長淑鈴

看誰開立處方箋。

滕委員西華

若是西醫基層開立處方箋，就是西醫基層總額要給付，是這個意思嗎？

蔡副署長淑鈴

對，但我們不會開放CT...

滕委員西華

一、第二點，西醫基層診所若轉檢，病人會轉到醫院就診，檢驗費用要扣西醫基層總額，換做是我，當然不要！若不轉檢，病人直接去醫院檢查，西醫基層也不用多付錢，醫院也不會向西醫基層多要錢。我要弄清楚醫療服務改變率與新增項目，邏輯是否一致！應先釐清楚後，才能編列預算，誠如謝委員天仁所說，病人轉到醫院後，假設留在醫院不回診所，表示醫院總額多增加1位病人，醫院總額又沒跟西醫基層多要錢，相同的，西醫基層開放表別後，病人留在基層，居然多算1位病人的經費，若是如此，醫院總額須切一部分的經費，付費者不能兩邊都付錢。

二、並沒有要刻薄西醫基層，利用 ID(Identity，身分證字號或居留證號)歸戶，僅就醫次數增加，非病人數量增加，中醫、牙醫也是相同的，所以西醫基層欲增加醫療費用就是不合理，換言之，1位病人就醫3次，現在就醫5次，多出來的2次現在要多一點錢，請問邏輯有錯嗎？

黃委員啟嘉

我想落實分級醫療，本來就會增加西醫基層的醫療耗用，相對會減少醫院的醫療耗用。但在西醫基層總額不討論這個部分的原因是，

健保給付醫院急重症治療的費用原本就不足。因此，醫院可將多出來的經費，投入急重症治療，而非扣減其總額。

謝委員天仁

- 一、怎麼對醫院部門這麼好呢？(與會者笑)對我們好一點不是更好嗎！提個意見，為了要強化西醫基層照護能力，付費者代表在醫院總額部門協商時也提到，106 年醫學中心及區域醫院初級照護率若超過 105 年的 90%，超過部分就不予支付。這些不予分配經費，就會跑到地區醫院及西醫基層總額。我們需要合理考慮這些降下來的量，要有相關預算才合理。
- 二、「增加西醫基層照護能力，落實分級醫療的效果」是大家該努力方向，但也必須合理、師出有名！若西醫基層承擔醫院初級照護，就該刪減醫院經費，你們現在才提出來，但醫院總額已經談完，不知道如何刪減，怎麼辦呢？付費者還增加醫院總額治療急重症的預算。不過你們不用擔心，西醫基層想要編列預算的項目，付費者也都在思考，只是你們沒有告訴我們，西醫基層承擔醫院部分初級照護的責任，經費需從醫院總額刪減，現在該怎麼辦？

滕委員西華

醫院部門若將經費用於調整診察費，西醫基層也沒辦法，又管不到醫院總額。

戴主任委員桂英

是否還有需要請西醫基層協談代表再說明的項目(多位付費者代表回答：沒有)，健保署要補充說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、我再說明一點，健保署與大家想法不太一樣的地方。106 年將「開放表別」項目經費編列於專款，是方向性的策略，希望能讓西醫基層壯大，病人留在西醫基層，適才大家都談過。但是將經費放在專款，病人是否就真的留在西醫基層照護，是個問號，正因如此，我們還需要觀察。

二、再者，剛才談到，應該從醫院總額移列經費到西醫基層總額，請問要移列多少錢？沒人說得準，所以本署認為應該有 1 年的觀察期，需要 1 年之後評估醫院初級照護病人是否回到西醫基層，這樣才能有evidence(實證資料)估算醫院所節省的經費，再來思考這筆費用要用來調整急重症費用，或做其他處理。否則，突然刪減醫院的錢，結果病人仍不留在西醫基層，怎麼辦？對醫院部門也很不公平，所以我們認為就醫行為的改變，受到許多因素干擾與影響，較無法預測，建議以實證為基礎，再作下一個動作。

三、健保署同意急重症醫師應留醫學中心或區域醫院，繼續提供服務，也期望慢性病或輕症的病人留在西醫基層，但同時也需要經費讓西醫基層有壯大空間，這是西醫基層 106 年增加經費的理由。其次醫院總額如何處理，要等到明年此時看看狀況如何，再處理。否則現在一昧刪減，刪減多了也不對，給少了也不對。

滕委員西華

目前都沒有刪減醫院費用啦！

蔡副署長淑鈴

一、對，所以此時不宜談論刪減醫院總額。

二、另外「開放表別」項目不適合放一般服務項目，而放專款項目。後續的效益如何需要觀察，若真的病人都留在西醫基層，則預算不應該給西醫基層嗎？當然要給！這是本署編列預算時思考邏輯，供大家參考。

謝委員天仁

主席。

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、某個角度而言，需要有連動的條件，例如醫學中心初級照護的

服務量有沒有下來基層，當然要有連動的條件。醫學中心執行初級照護的量，低於基礎比較值的 9 成，則表示有下降。而經過一段時間後，西醫基層初級照護的服務量，有沒有高於基礎比較值，表示初級照護轉移到西醫基層，也就符合啟動支付的條件。

二、適才蔡副署長淑鈴所提事宜(1 年的觀察)，可以思考，但並非不能連動，技術上沒有那麼困難。只說預算先不要刪減，我認為健保署某種程度在保護醫學中心，讓西醫基層某個角度也吃虧了，不只我每個人都感受到了。

三、付費者的格局沒有那麼小，我們願意為分級醫療付出一些成本，並考慮合理連動基礎，也不宜捉得特別緊，也不會讓大家吃虧，因為吃虧就做不下去了。

戴主任委員桂英

謝謝，請黃協談代表振國。

黃協談代表振國

補充說明大家對於增加慢性病照護費用的質疑，請參看會議資料第 117 頁，表 4-11-1 西醫基層慢性病人之醫療利用概況顯示，雖然 105 年上半年人數成長率為 2.44%，但表 4-11-2 西醫基層 2 種以上慢性病人之醫療利用概況顯示，105 年上半年人數成長率為 5.59%，代表人口老化到某種程度，則多重慢性病人數將增加，雖然非協商因素對人口結構改變做醫療服務點數做校正，但對多重慢性病人增加並未充分反映，前述所說明資料，請大家參考，謝謝。

戴主任委員桂英

若沒有其他詢問，請問付費者代表進行內部會議需要多久時間？

謝委員天仁

1 小時吧！

滕委員西華

40 分鐘，時間到時請按鈴提醒，再告知還需要延長多久時間。

戴主任委員桂英

需要 1 小時嗎？

謝委員天仁

沒有啦，就 40 分鐘。

戴主任委員桂英

好，40 分鐘，謝謝。

(付費者代表進行內部會議，討論約 64 分鐘)

戴主任委員桂英

大家辛苦了！現在本會同仁正將剛才付費者代表的版本存入電腦，再投影到螢幕。請問由哪一位付費者代表說明？請蔡代理委員登順及滕委員西華，哪位委員先說明？

滕委員西華

蔡代理委員登順為主。

戴主任委員桂英

請蔡代理委員登順。

戴主任委員桂英

請問本會同仁準備OK嗎？(同仁表示已準備好)好，請蔡代理委員登順代表說明。

蔡代理委員登順(趙委員銘圓代理人)

主席、各位委員及西醫基層協談代表，大家晚安(與會者回答晚安)。今年西醫基層部門負責協商的總額主委，很用心帶領團隊準備非常豐富的資料，尤其專款項目比往年增加許多，所以西醫基層總額成長率是歷年來最高的一次。付費者代表內部會議也非常用心，逐項討論及溝通，付費者代表之共識如下：

一、一般服務之非協商因素(指醫療服務成本及人口因素成長率及增加金額)：

(一)尊重國發會核定之非協商因素成長率，投保人口預估成長率 0.113%；人口結構改變率 1.075%；醫療服務成本指數改變率 1.968%，整體醫療服務成本及人口因素成長率為

3.159%，增加 3,323.6 百萬元，是相當高的金額。

(二)協定事項「用以支付標準調整，應朝支付點數相對合理之方向處理」。過去支付標準調整，都以非協商因素來反映，且金額蠻大。

二、一般服務之協商因素項目：

(一)「品質保證保留款」：為鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康，有關「品質保證保留款」項目，105 年評核結果為「良」，成長率為 0.1%，編列 105.2 百萬元，尊重評核會評定結果。

(二)「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材)」項目：建議將專款項目「新藥」，納入「新醫療科技」項目。依健保署建議之新藥所需經費 62 百萬元，加上原編新增診療項目及新特材之預算 22 百萬元，同意編列 84 百萬元。

(三)支付標準調整「70-74 歲診察費加成」、「精神科診察費加成」、「外科診療處置項目」等 3 項：依健保署意見，不同意編列，建議以「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算，調整支付標準。

(四)「山地離島門診診察費」：依健保署意見，成長率為 0.095%，編列 100 百萬元。

(五)保障點值 1 點 1 元「夜診及假日看診」、「門診診察費第一階段」等 2 項：依健保署意見，不同意編列。

(六)「因法令改變所產生之結構性醫療成本增加」：依健保署意見，不同意編列，建議以「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算(20.706 億元)，調整支付標準。

(七)「配合安全針具推動政策之費用」：安全針具推動屬政府政策，自 102 年起以 5 年分攤編列 0.2 億元，106 年為最後 1 年。依健保署意見，成長率為 0.004%，編列 4 百萬元。

(八)「放寬藥物給付適應症」、「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)」、「醫療資

訊品質提升衍生之醫療費用」、「提升門診服務品質」、「失眠用藥之成長」、「因應預防保健普及所增加之服務密集度」、「海外就醫自墊費用增加之成長」等 7 項：與醫療密集度有關，建議以「其他醫療服務密集度的改變」支應，故不同意編列。

(九)「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目，依健保署意見，成長率為 0.19%，增加 200 百萬元。包括「慢性病照護之增進」5.2 億元、「醫療資訊品質提升衍生之醫療費用」0.268 億元、「放寬藥物給付適應症」5.111 億元、「提升門診服務品質」1.34 億元、「失眠用藥之成長」1.922 億元、「因應預防保健普及所增費用」0.705 億元、「海外就醫自墊費用增加之成長」0.173 億元、及配合分級醫療政策，預期基層就醫人次將會成長，同意預算編列 2 億元。

(十)違反全民健康醫事服務機構特約及管理辦法之扣款，同意依往例扣減。

三、專款項目：

(一)一、二案併案健保署所提「新藥」與西醫基層部門所提「新藥新科技(包括藥品、特材及新增項目)」，並移列至一般服務預算「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材)」項目。

(二)三、四案併案「新增跨表項目」與「強化基層照護能力，含『開放表別』項目專款專用等項目」：編列 600 百萬元，其中 400 百萬元用於「新增跨表項目」。另新增 200 百萬元，附帶條件：以 105 年度初級照護件數為基準，醫院初級照護件數下降 10% 且基層初級照護件數成長至少超過 5%，預算始得動支。

(三)「合理反映偏遠地區及提升弱勢照護族群照護品質，均衡醫療資源分布」：依健保署意見，不同意編列。

(四)「醫療資源不足地區改善方案」：依評核會意見維持續辦，

編列 180 百萬元，較去年減列 60 百萬元。

(五)「加強慢性B型及C型肝炎治療計畫(含C肝新藥)」：依健保署意見，編列 688 百萬元，較去年增加 288 百萬元。協定事項：C肝新藥 288 百萬元動支條件比照醫院總額辦理。

(六)「醫療給付改善方案」：依評核會意見維持續辦，編列 300 百萬元，增加 7.3 百萬元。

(七)「家庭醫師整合性照護計畫」：依評核會意見擴大續辦且增加經費，依健保署意見，編列 1,580 百萬元。

(八)「基層緊急處置」：依健保署意見，不編列預算。

以上報告，若付費者代表有其他意見，請補充，謝謝。

戴主任委員桂英

謝謝蔡代理委員登順，付費者意見已呈現在螢幕上。請滕委員西華補充。

滕委員西華

一、首先「家庭醫師整合性照護計畫」所新增費用，動支條件為「應擴大社區醫療群之服務量能，納入居家照護服務，及將醫療給付改善方案之適用對象(例如：糖尿病、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、氣喘等)納入照護範圍」，以強化基層服務量能。去年協商未刪減家醫計畫之預算，期待擴大服務對象，若實施多年都未擴大服務對象，是不合理的。

二、「醫療給付改善方案」於評估去年各方案執行情形後，微幅增加 7.3 百萬元。同意健保署建議，新增慢性阻塞性肺疾病(COPD)方案，請健保署與西醫基層總額相關團體協商各疾病方案經費如何分配。

三、「強化基層照護能力，含『開放表別』項目專款專用等項目」，同意西醫基層部門所提開放表別項目(心臟超音波、杜卜勒氏心臟超音波)133.2 百萬元，及健保署建議 106 年積極開放表別，故 2 項併列 4 億元。另外 2 億元，用以回應西醫基層部門所提服務人次數成長，其動支要件如蔡代理委員登順說明，不再贅

述。

- 四、「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目，新增 2 億元經費。請參看會議資料第 95 頁，剛蔡代理委員登順所述內容，在健保署意見說明 1.「基層團體建議之「慢性病照護之增進」5.2 億元等...7 項」全部刪除。本項新增 2 億元經費，僅用於配合分級醫療政策，預期基層就醫人次成長的部分。
- 五、「醫療資訊品質提升衍生之醫療費用」項目雖未編列預算，但建議納入品質保證保留款分配指標之一。
- 六、「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)」並未同意編列預算，理由為去年協商時已編列 2 億元，用於慢性病照護之增進，並以慢性病照護執行率成長 20% 為目標。但西醫基層總額並未達到目標，故不同意再編列經費。若未來慢性病照護人數增加，再研議是否新增預算，況且在今年協商項目「其他醫療服務利用及密集度之改變」及促進分級醫療相關項目，已增加預算，以上補充。

戴主任委員桂英

謝謝 2 位付費者代表的說明。請問西醫基層部門是否可接受？

黃委員啟嘉

先提出 1 個問題，「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目編列 6 億元，4 億元為開放表別，另 2 億元為增加初級照護。理論上西醫基層所有照護皆屬初級照護，基層初級照護 1 年的醫療耗用約 1,000 多億元，若要求西醫基層增加 5% 的初級照護，意味著需增加 50 億元經費，但付費者代表方案，僅增加經費 2 億元，意思是點值直接打 95 折，我們從字面上解讀是如此，不知道有沒有誤解含意。

滕委員西華

當然誤解，還有非協商因素成長率的預算。

黃委員啟嘉

西醫基層總額之非協商因素還需用以支應分級醫療費用？

滕委員西華

並非支應分級醫療費用，這本來就是用於西醫基層照護人數之成長。

黃委員啟嘉

若沒記錯，羅教授紀琮曾解釋，非協商因素意涵是，在全時等值同樣的條件下，因為外在環境改變，所造成需耗用的醫療經費。目前外在環境已改變，若額外再要求提供服務 5% 的病人數...

滕委員西華

2 億元也是額外增加的預算(指「強化基層照護能力，含『開放表別』項目專款專用等項目」項下，編列 2 億元，用以回應西醫基層部門所提服務人次數成長)。

黃委員啟嘉

瞭解！僅因預算增加 2 億元，西醫基層部門必須增加 5% 的醫療耗用，對西醫基層部門來說是沉重負擔。

謝委員天仁

常理來說，無論有無這 2 億元，106 年較 105 年西醫基層門診服務量會增加一定的比例，為強化基層照護能力，與醫院總額部門做一個連動，當西醫基層初級照護服務量超過 5%，且醫院初級照護件數交 105 年下降 10% 以上，就可動支 106 年所增加 2 億元。表示醫院初級照護服務量已移轉到西醫基層，這個服務量已經不是西醫基層正常的成長範圍。

黃委員啟嘉

一、其實付費者代表很清楚，西醫基層總額長期以來預算不足。若付費者代表已預期 106 年西醫基層可能增加 5% 的病人，這就是醫療服務密集度的增加！事實上 106 年非協商成長率僅約為 3%，須假設在醫療成本不增加的情況下，西醫基層僅能承擔增加 3% 的病人數，才能穩定點值。

二、若 106 年西醫基層成長 5% 服務量，則會同時增加 50 億元醫療耗用。

三、僅提出以上問題，並未表示不接受付費者的方案，西醫基層內部仍須討論，懇請給予西醫基層部門內部會議時間討論。

滕委員西華

若西醫基層成長 5% 醫療服務有困難，略修正為 3% 醫療服務，可以嗎？

黃委員啟嘉

個人無法決定，我們內部需進行討論。

滕委員西華

請西醫基層總額內部討論後再答覆。

謝委員天仁

付費者代表僅提供方案，請西醫基層協談代表討論。

滕委員西華

請西醫基層部門先討論，等一下討論後再說明醫界方案的理由。理解醫界對付費者所提之方案，會有不同想法及意見。

謝委員天仁

請告訴我們，那些項目可接受，那些項目需討論。

戴主任委員桂英

謝謝付費者代表的說明，請何委員語。

何委員語

- 一、適才與葉委員宗義討論，先確認幾件事，首先在「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材)」項目編列 22 百萬元，支應請問西醫基層執行C表「大腸或小腸鏡切片(每一診次)」，包裹支付「單一使用拋棄式生檢鉗或組織夾」是否有困難？(西醫基層部門表示沒有困難)
- 二、「新增跨表項目」編列 4 億元，包含開放表別「心臟超音波」及「杜卜勒氏心臟超音波」2 項，所需經費 133.2 百萬元。請問西醫基層部門代表，相關經費若已包含在 4 億元，應不會再因跨表問題而有所困擾，可直接執行吧？另外，B型肝炎檢驗

有無受限於表別而有執行問題？(西醫基層部門表示沒有問題)，OK！

戴主任委員桂英

謝謝，請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

西醫基層部門代表需 40 分鐘，請提前 10 分鐘通知我們。

藍協談代表毅生

委員晚安，補充 2 點，第 1 關於強化基層照護能力，以外科來說，換藥是一個革命性改變，以前是乾式換藥，拿優碘棉球自傷口上方塗到下方...。

滕委員西華

謝謝藍協談代表毅生，請先進行內部討論，再告訴我們整體所需預算，時間有限，不須逐項說明。

戴主任委員桂英

從現在開始 30 分鐘，時間到請幕僚同仁提醒。

(西醫基層部門代表進行內部會議討論約 50 分鐘，期間同時進行其他預算「提問與意見交換」)

戴主任委員桂英

請黃委員啟嘉說明西醫基層部門討論的結果。

黃委員啟嘉

一、各位付費者代表辛苦了，讓大家等太久。剛才我們內部討論很久，也盡最大的誠意。首先，在會上我們都會盡力為自己所屬職責爭取利益，但出去以後我們都還是好朋友。會議上要這樣把話要講出來，真讓我感到有點不好意思了。

二、適才我們沒有解釋協商項目，如支付標準調整 3 項，就不編列預算，一律刪除，沒有意見。但是有特別提出說明的項目，我們還是建議編列。首先是「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新材)」，...(多位委員要求依序逐項說明)。

三、好的，以下依照試算表逐項說明：

- (一)首先「非協商因素」及「品質保證保留款」項目，不再做解釋。
- (二)「新藥」項目：建議編列於其他預算，因為新藥之費用難以估控，但「新醫療科技的診療項目及特材」項目，則仍需編列 22 百萬元。
- (三)「山地離島門診診察費」及「支付標準調整：70-74 歲診察費加成；精神科診察費加成；外科診療處置」3 項預算為 0，均沒有異議。為節省時間，請再往下看，不要讓付費者代表等待太久。
- (四)「配合安全針具推動政策之費用」：依照健保署意見編列，沒有意見。
- (五)「放寬藥物給付適應症」：編列 511.1 百萬元，我們認為這部分的確是開放給付費者使用，所以建議仍然要編列。
- (六)「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)」：編列預算 520 百萬元，這部分的預算不管是增加多少%，其實也只占慢性病照護相關費用的 2% 而已，由於這是鼓勵西醫基層來做慢性病照護，請各位付費者代表委員能予以考量。
- (七)「醫療資訊品質提升衍生之醫療費用」：編列 26.8 百萬元，懇請付費者代表委員支持。
- (八)請保留「因應預防保健普及所增加之服務密集度」編列之 70.5 百萬元及「海外就醫自墊費用增加之成長」17.3 百萬元等預算，但「提升門診服務品質」及「失眠用藥之成長」項目之預算則刪除。
- (九)「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」：尊重健保會之前的決議減列預算。
- (十)接下來請看專款項目，「強化基層照護能力及開放表別」：因為擔心無達到付費者代表的期待，所以依照健保署意見，

「新增跨表項目」編列 400 百萬元。

滕委員西華

這部分在第一階段的協商，明明講好這 2 項合併，怎麼在內部會議討論後又改變？

黃委員啟嘉

這 2 項可以合併，但預算 400 百萬元全部支應「新增跨表項目」。

滕委員西華

我們的方案也是將 400 百萬元用於「新增跨表項目」啊！

黃委員啟嘉

因付費者方案在「新增跨表項目」加碼 200 百萬元，且因有額外的條件，我們知道做不到，就算做到，對我們而言反而是災難。

滕委員西華

也就是不要這 200 百萬元的意思？

黃委員啟嘉

- 一、因為我們做不到，只好不拿，我們並不是單方面要求增加預算，對於做不到的項目，我們也是會自動刪減預算的。
- 二、「合理反映偏遠地區及提升弱勢照護族群照護品質，均衡醫療資源分布」項目編列 123 百萬元，鼓勵基層醫師前往偏遠地區提供服務，代表我們的理想性，請大家支持。
- 三、其餘的項目均與健保署意見相符，唯一不同的是「加強慢性B型及C型肝炎治療計畫(含C肝新藥)」，與醫院總額部門想法一樣，我們建議編列到其他預算項下，依照「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」的決議辦理。希望「新藥」及「加強慢性B型及C型肝炎治療計畫(含C肝新藥)」的預算都移至其他預算。
- 四、以上是經過西醫基層協談代表 40 分鐘的討論結果，報告到此，謝謝大家願意耐心聆聽，請問各位委員有無其他詢問。我盡量將報告簡短，因為時間已經晚了。

滕委員西華

- 一、那我們就重頭再看一遍所有的項目。我先回應，其他付費者代表有意見再補充，付費者代表委員們可以嗎？(未有委員表示反對)。
- 二、首先，「新藥」項目移列其他預算的建議，很抱歉無法同意，因為醫院部門也是如此處理，絕對不可能另列專款，這項真的很難妥協，如果這裡同意西醫基層部門，那醫院部門怎麼辦？
- 三、請往下看(計時器鈴響)。「放寬藥物給付適應症」項目，大家已經爭論多年，以前都不曾同意，今年怎麼可能會給？

黃委員啟嘉

以前有給過7億元。

滕委員西華

- 一、那應該是很久以前的時候，很抱歉知道的有限。前2年為修訂黃斑部新生血管病變藥品(Lucentis)適應症所增費用爭論很久，最後也是沒有同意。「放寬藥物給付適應症」其實也是強化基層照護能力的一部分，所以傾向不再新增，因為你們所編列的額度也不小。
- 二、「就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響(含慢性病照護之增進)」項目，剛才「強化基層照護能力」要加碼200百萬元支應，你們不要，卻要在「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520百萬元。我們認為這部分的費用已包括在「醫療服務成本指數改變率」的預算額度內，這不是可近性提升的問題，而是服務量的問題，西醫基層的可近性原本就已經比醫院好，這理由有點牽強。
- 三、「醫療資訊品質提升衍生之醫療費用」項目，我們認為沒有理由，此項係屬醫療品質的問題，建議在「品質保證保留款」項下處理。剛才提到糖尿病要新增檢驗費用，但那不算是品質的問題，而是應該用其他的項目處理，例如可以在「強化基層照

護能力及開放表別」，如果你們覺得新增跨表的經費還不足以支應類似的問題，也應該提列其他的預算項目，而不是用醫療資訊這種項目來編列費用。你們以糖尿病為例，但那僅是單一疾病，也沒有併入糖尿病的醫療給付改善方案，不就等於為糖尿病又新增一筆費用，其實就名實不相符。

- 四、「因應預防保健普及所增加之服務密集度」項目，若編列預算，那麼國健署角色呢？
- 五、「海外就醫自墊費用增加之成長」項目，這跟我們有什麼關係？海外就醫的費用如果用基層總額核退的話，顯然是屬於emergency(緊急事件)，其實健保署已有嚴謹的海外就醫核退作業方式，西醫基層若以假設這些患者增加在基層就醫的次數，而因此增加費用，所增加的門診利用率就要回到「醫療服務成本指數改變率」項目之預算處理，以「海外就醫自墊費用增加之成長」編列預算，在邏輯上說不通啦！海外就醫的核退項目中，以生產為例，就算不在國外生，也會在國內生，不管在哪裡都還是要生啊！所以用海外就醫核退為由來新增費用，我覺得不太妥適！
- 六、簡單來說，你們所要求新增的項目，以目前的理由，都很難同意。但是剛才你們刪減的 200 百萬元，可以在想要新增項目之預算進行調整，剛才基層代表希望於「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 520 百萬元嗎？如果可以調整額度...，不過我們也提出協商條件，但勉強可以再討論，剛才付費者代表內部會議對這些項目也討論很久。

戴主任委員桂英

請蔡代理委員登順。

蔡代理委員登順(趙委員銘圓代理人)

- 一、「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，你們建議編列 520 百萬元，參看會議

資料第 92 頁，健保會幕僚補充意見，已經寫的很清楚，在 94~100 年、103 年及 105 年的一般服務已合計編列 58.861 億元預算(尚未包含納入基期之累計成長額度)，若再加上滾入基期的成長，投入至少超過 62 億元，每年的協商皆已反映慢性病醫療費用之成長。

- 二、剛才黃委員啟嘉一直講老人的人口成長，慢性病患人數每年成長 20%，我認為這是不合邏輯的，應該沒有成長那麼多，再說每年非協商因素「醫療服務成本指數改變率」也都編列預算反映，我想應該足夠的，所以我們認同健保署的建議，相關的費用可在「其他醫療服務密集度的改變」項目支應。

戴主任委員桂英

- 一、謝謝，請問其他委員有無補充意見？如果意見與剛才幾位委員類似，就毋須再補充(未有委員發言)。
- 二、付費者代表只同意在「強化基層照護能力及開放表別」減列 200 百萬元，其他項目維持，不增加費用，請問西醫基層代表可以接受嗎？

黃委員啟嘉

- 一、簡單解釋一下，關於慢性病照護，剛才蔡代理委員登順說每年成長 20%，其實不然，我們所編列 520 百萬元，僅占慢性病照護相關費用的 2% 而已，加上在非協商因素成長的 3%，加起來就是付費者代表認為的 5%，其實雙方的看法並無不同。每年慢性病照護的 260 億元，520 百萬元僅為慢性病照護相關費用的 2%。
- 二、雖然過去每年總額都有編列相關的預算，我也承認付費者代表長期以來對慢性病照護的十分關切，但每年編列的額度大約是 11~12 億元與實際耗用的 16~17 億元，大約會有 5 億元的差距。以我這幾年親身的經驗，這部分的缺口累積至今，應有超過好幾百億元的落差，當然大家在認知上可以有很多解釋，雖然非協商因素中已包含慢性病照護的費用，但其實預算並不足以因

應，而這 520 百萬元就是去補不足的額度。這樣的思維，未來西醫基層希望繼續張開雙手照護慢性病患者，不希望他們轉到醫院，也不希望因為預算不足，以致於照顧不到這些病患。

三、至於「開放藥物給付適應症」的部分，在 104 年 3 月也有請健保署開放藥品適應症的時候，要仔細評估並編足預算，但從這兩年所開放藥品適應症的經驗，所耗用的經費超過 5 億元，卻完全沒有預算挹注，所以我們才會編列相關項目及預算，希望能有更多的藥品能夠開放民眾使用，上述我們所認知費用與付費者代表有相當的距離，當然這是從我們的立場來看，不知其他的協談伙伴有無補充？

戴主任委員桂英

請黃協談代表振國。

黃協談代表振國

補充說明一下有關「新藥」及「放寬藥物給付適應症」項目，請參看會議資料第 114 頁(表 4-8 西醫基層新藥納入健保給付品項依新藥類別申報情形)，105 年 1~6 月開放 6 項 2A 類新藥，申報金額為 2.9 百萬元；請再看 101 年開放同樣是 2A 類新藥 15 項，101 年申報金額為 2.9 百萬元，累計至 104 年申報金額已經增加為 26.2 百萬元，105 年上半年申報金額已達 16.6 百萬元，可知 2A 類的藥品的成長率是相當高的，非如付費者所說，可用非協商因素的成長率涵蓋其成長費用，因為新藥使用所成長的費用倍數是相當恐怖的。

戴主任委員桂英

請吳協談代表國治。

吳協談代表國治

一、對於滕委員西華剛才所提，「新藥」部分可以比照醫院總額，但事實上西醫基層跟醫院是不同的 2 個總額，舉例來說以往「加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」2 個總額部門的處理方式就不同，都是有前例可循。

二、首先，西醫基層承擔風險的能力比較差，而替代率也不是發生

在西醫基層，請參看會議資料第 113 頁，99 年收載的新藥，累計至 100 年申報金額為 59.9 百萬元，在 4 年後增加許多金額，實際上的差額非常大，到底替代率怎麼算？所以懇請付費者代表委員讓「新藥」項目還是放在專款項目比較恰當。

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、主席！雙方之間有差異的細項，其實都跟密集度有關，我們是希望統籌放在「其他醫療服務利用及密集度之改變」討論，而你們是分項列出，當然金額有落差，但本質上還是醫療服務密集度的問題。
- 二、假如我們對於新藥及 C 肝新藥的堅持，你們無法接受，那再怎麼談也都沒有用，這項是大家必須面對的問題。付費者代表對各部門的協商是公平，如果我們不同意醫院總額編列於其他預算的訴求，卻同意西醫基層總額，我不知道該如何走出會議室的門，若無法跨越這個鴻溝，如何調整金額都沒有用，建議你們再思考看看，行就行，不行也難以勉強，整體預算可以再談，老實說今年的非協商因素成長已經不算低。現在已經很晚，大家再努力看看。

滕委員西華

- 一、我再補充說明，就是因為西醫基層部門與醫院部門承擔的風險有差異，所以以往「加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」是列在醫院部門的一般服務，而西醫基層則是列在專款項目。
- 二、其次「C 肝新藥」的動支方式，西醫基層與醫院部門並沒有不一樣。
- 三、如果西醫基層提供 C 肝新藥的服務，也就等同將患者留在基層診所，增加患者對基層診所的忠誠度，這與你們想要強化基層照護能力的理想相符，假如你們不接受，形同將 B、C 肝炎的病患送去醫院治療，民眾也會誤認為要比較昂貴的 B、C 型肝炎治療

要到醫院，如此一來，導致比較昂貴的治療去醫院，比較便宜的治療去基層診所，若是如此，不論將來如何去鼓勵民眾，有些病人是不會轉回基層診所，遑論買藥的差異，雖然我們都會跟病人說，藥品只要取得食藥署核發的許可證，健保給付的，在醫院與基層一樣好，但其實民眾還是不會有信心，因為一般病人還是覺得醫院的藥比基層的好，你們的作法，只有壯大基層的預算，並沒有強化基層的照護能力。

四、對於你們想新增的費用項目，我們並沒有特別的苛刻，除謝委員天仁一再強調「醫療服務成本指數改變率」及「其他醫療服務利用及密集度之改變」已經有相關預算外，我們也不可能額外再給像「因應預防保健普及所增加之服務密集度」的費用，預防保健費用之支應在健保法裡，本身有很大爭議，我們怎麼可能給這樣的錢，如果要用全包的方式來討論，就要以全新的支付制度來處理，也就是從論人計酬的角度思考。以上補充，也請您們再想一下，有哪些項目可以調整。

黃委員啟嘉

- 一、其實謝委員天仁談到一個重點，西醫基層是否能跨越「新藥」跟「C肝新藥」的鴻溝，我想這並不是單一因素可以決定，其他醫療服務利用與密集度改變額度的多寡，會影響到我們對「新藥」及「C肝新藥」的看法，因為在經費的管控上是以有餘補不足。
- 二、我必須老實說，因為沒有獲得完全授權，而我們內部也有很堅持的聲音(新藥及C肝新藥預算)，必須再與其他協談代表溝通、討論。就像付費者代表一樣，每個人意見不見得都一樣，也是要互相協調，可否再給我們1~2分鐘就這些項目再討論協調一下。

戴主任委員桂英

請莊委員志強。

莊委員志強

主席，其實付費者代表與西醫基層部門方案的差距約是3億6千萬元，金額不大，是不是請他們再討論看看有哪些項目可以再調整，因為時間已經很晚了，趕快討論一下。

滕委員西華

現在有爭議的也不只是金額，其實是編列的科目也有問題。

戴主任委員桂英

是不是同意讓西醫基層部門再討論幾分鐘？(未有委員表示反對)請雙方都再各自討論。

(西醫基層部門代表進行內部會議討論約26分鐘)

戴主任委員桂英

西醫基層協談代表請說明協商結果。

黃委員啟嘉

首先感謝付費者代表及所有長官，也向各位抱歉，剛剛謝委員天仁提出那個鴻溝(新藥及C肝新藥移列其他預算)，我個人持彈性態度，但我沒有獲得授權，在與所有夥伴討論後，決議是跨不過那個鴻溝，抱歉！所以西醫基層部門建議兩案併陳，對於「新藥」與「C肝新藥」，希望還是放在其他預算，對於其他的費用，請按照我們的方案送部長裁決，真的很抱歉，個人第1次擔任基層總額主委，無法協商成功，向各位及社會各界表示遺憾。

謝委員天仁

附帶跟你們提議，選擇兩案併陳，最後吃虧一定是醫界，因為原列金額付費者代表就不做任何調動，所以你們必須面對風險。

戴主任委員桂英

謝委員的意思是，若兩案併陳，付費者方案後來增加的預算就不加了？

謝委員天仁

對。

戴主任委員桂英

大家都了解了嗎？請邱委員泰源。

邱委員泰源

我個人以健保會委員個別委員提出不同意見，請看補充資料第 50~51 頁 106 年度總額協商程序「5.各方未能達成共識時處理方式(3)：個別委員對建議方案有不同意見時，得提出不同意之意見書，由健保會併送主管機關」，要據此提不同意見，請列入紀錄併送衛福部。

滕委員西華

澄清一下，今天您是西醫基層總額談判代表，有符合本會組成及議事辦法，以個別委員身分表示不同意見嗎？

謝委員天仁

他可能是要列在他們西醫基層部門方案內之不同意見書。

邱委員泰源

我想列個別委員意見。

何委員語

列在西醫基層總額協談代表方案內。

邱委員泰源

不是列在西醫基層代表內，是列在健保會委員方案，我是健保會委員。

滕委員西華

您可以在明天的委員會議紀錄確認時提出。

邱委員泰源

我今天都還沒講半句話。

滕委員西華

我們要確認的是，能不能用這個身分列意見書，不是不讓您講話！因為今天是協商會議，您今天是代表西醫基層部門協商，不是健保會委員，明天您可用健保會委員身分確認紀錄，提出不同意見。

邱委員泰源

我希望用健保會委員身分報告，請列入紀錄，可不可以請主席裁定。

謝委員天仁

抱歉！我先釐清，您是對西醫基層總額部門提的方案本身有不同意見嗎？

邱委員泰源

當然也有。

謝委員天仁

對啊！當然要列在西醫基層總額方案的不同意見，規定上允許這樣做，這樣就可以。

邱委員泰源

我是對兩個方案都有不同意見。

謝委員天仁

請不要對付費者方案有不同意見，對西醫基層部門方案提不同意見就好。

邱委員泰源

我提出不同意之意見書，其實這只是為台灣醫療尋出路，為民眾找幸福，不希望像現在這樣協商破裂而必須兩者選一。目前付費者代表與基層醫療服務提供者代表，兩方意見無法達成共識，為全體被保險人就醫權益及醫療品質，本席提出建議西醫基層總額以全聯會的版本做修正，將「其他醫療服務及密集度改變」相關之放寬藥品適應症，加強慢性病照護，預防保健衍生醫療費用、海外就醫自墊費用等預算，由 11 餘億元降為 8 億元，建議列入紀錄，併送部裁決。理由說明如下：

一、台灣只有落實分級醫療及加強基層醫療才是改善台灣醫療體系根本之道，台灣人口老化快速，每位老人至少有 1~2 兩種慢性病，這樣的疾病型態應著重於基層社區接受照顧。且台灣基層診所醫療服務可近性高，提供民眾物超所值的在地優質醫療

服務。慢性病在診所平均每次就醫費用約 1,200 元，醫院平均每次就醫費用約 2,900 元，醫院中心平均每次就醫費用接近 3,300 元。在老人愈來愈多的情況下，若沒有厚實的基層醫療，最後健保財務將無法負荷。因此，基層醫療絕對不能因健保限制而萎縮。

二、基層醫師在目前健保艱困、點值偏低的环境下，仍堅守崗位，提供高品質且多元化(預防保健、衛教等)服務，本席認為，為鼓勵基層、扶植基層，提供合適的全人照顧，應對基層診所長期以來默默付出給予肯定，同時一定要加強基層照護的實力，改變整個醫療體系，台灣才有希望。報告完畢。

戴主任委員桂英

謝謝邱委員泰源，委員的發言會列入紀錄，紀錄會一併送部。

滕委員西華

- 一、主席，不是這樣的，邱委員泰源的發言，我們百分之百尊重也理解，但是邱委員發言出現一種現象，邱委員也是西醫基層總額協談代表之一，西醫基層部門提出的方案，是經過醫師公會全聯會內部討論 2 次後，修改成螢幕上所呈現的方案。現在邱委員要推翻醫師公會全聯會修改 2 次後提出的方案，要以個別委員的身分提出意見，提出第 3 案，那之前就不需要協商了，我們也沒有 3 組協談代表啊！螢幕上的版本是醫師公會全聯會內部決定的方案。因為我們沒達成共識，因此，雙方提出醫界代表及付費者代表各自方案。
- 二、明天委員會議確認紀錄時，每位委員都可對協商結論表示不同意見，這沒有問題。但現在是協商會議，您要跳脫協談代表身分，再回到西醫基層部門原始提出之方案表示意見，沒有這個道理。
- 三、邱委員提出這些意見，意思是要將醫界代表內部討論且未達共識、未彼此說服的部分，變成另外 1 個方案。請問，若我們在座的每一個付費者代表都要另列方案，那就不會有付費者代表

共識方案了！若邱委員泰源欲另列方案又不報部，其原因不知是否要表示堅持的東西以對會員交代。但是協商就是這樣…。

邱委員泰源

我沒有必要對會員的交代而做事，是要對台灣所有民眾交代。

滕委員西華

對不起，我收回這句話。不是不讓您發言，但你們醫界已經討論出 1 個方案了，若此例一開，以後要怎麼協商？若說又要回到最原始提出的版本，那不就沒有結論了！剛黃委員啟嘉說，因為無法說服個別協談代表，所以要提出醫界方案，與付費者方案兩案併陳報部，這樣OK，大家互相尊重。

邱委員泰源

我只是依議事規則進行，只是一個意見陳述及報告而已，希望能幫大家走出另一條路。

戴主任委員桂英

請大家冷靜，已經進行到最後討論階段了！請何委員語，再請張協談代表孟源。

何委員語

- 一、請問邱委員泰源，您現在是西醫基層總額協商代表身分嗎？若不是，為何您參加西醫基層總額協談代表的行列？為何跟我們協商一整晚，您的身分是不是西醫基層總額協商代表，請先確認。
- 二、今天晚上是西醫基層部門與付費者代表的協商會議，協商內容是 106 年度西醫基層總額預算，誠如滕委員西華所說，今天協商到最後，西醫基層協談代表已提出 1 個方案，付費者代表提出 1 個方案，2 方案將併陳送部裁決。
- 三、再者您又脫離西醫基層協談代表的身分來發言，對於您的發言內容表達議異，且不適當。這是開了 22 年來健保總額協商的惡例，若此惡例一開，明年開始各部門的總額協商就無法順利

完成，因為只要有人說不承認協商所提的方案，即不承認醫界的方案，也不承認付費者方案，再以自己原來的版本另提出 1 個方案與我們協商，那我們整晚坐在這裡討論，是玩假的嗎？是把我們當傻瓜？不能這樣子！我要提出議異！

張協談代表孟源

主席！希望發言時能保持禮貌與尊重。

何委員語

我要表達對邱委員泰源的發言提出議異，發言內容請移明天的委員會議，而不是列入今天的協商紀錄。

戴主任委員桂英

請張協談代表孟源。

張協談代表孟源

一、大家晚安，已經很晚了，我也很想回家休息，就這個會議程序而言，邱理事長泰源確實是西醫基層協商代表。所以今天會議，他的發言是以西醫基層協商代表的身分列入會議紀錄。我想幫他說明，他是基於善意，剛才邱委員泰源的發言，是用很誠摯的心，希望台灣的基層醫療能夠更好。委員可以聽出來，他的聲音都有點顫抖，希望各位委員抱著寬容的心，他並非要推翻任何一個協商結論，僅是將整天的心得與想法說出來，並列入西醫基層總額方案的個人意見。

二、明天委員會議確認今天的協商結論時，邱理事長當然可以用健保會委員的身分再說一遍，這是一個小誤會。西醫基層總額的方案，就是黃委員啟嘉所提的方案，原則上沒變。邱理事長所說的唯一不同的是「其他醫療服務利用及密集度之改變」相關項目的金額，邱理事長是以協商與妥協的態度提出意見，以上補充說明。

謝委員天仁

您的意思是要改變西醫基層方案是嗎？

張協談代表孟源

沒有任何更改，邱理事長是以...。

邱委員泰源

補充一下！我還是以健保會委員身分發言，請列入紀錄，我絕沒有不承認任何方案，我尊重雙方所提方案，我認為若協商不成，總希望有機會再考慮一下，所以我提出意見供大家參考。健保署及衛福部都可以有意見，共同來思索，沒有不承認任何的方案，我要特別說清楚。我尊重、也知道大家都很辛苦，只是根據總額協商程序的規定，可以提出不同的想法讓大家參考，就是列入會議紀錄如此而已，謝謝。

戴主任委員桂英

請黃委員淑英。

黃委員淑英

基本上邱委員泰源現在是協商代表，並非健保會委員的身分。明天委員會議要以委員身分表達看法。我們都沒有意見，但是今天以委員身分發言並不妥當，不能列入紀錄。若以協談代表身分，可以說得通，但以委員身分是不當的。出席的委員好像沒有他的名字。

戴主任委員桂英

有，他是健保會的委員。

邱委員泰源

我的名字後面是寫委員，我也是健保會委員的身分，謝謝。

黃委員淑英

他現在是協談代表，不是嗎？

李委員永振

今天是協商會議，明天才是委員會議，問題在這裡！這席話若在明天委員會議說，是OK的。

邱委員泰源

沒關係，只是憲法規定不能剝奪人家發言的權利。

戴主任委員桂英

請何委員語。

何委員語

- 一、提程序問題，適才邱委員泰源說，這2個方案他都不接受，要恢復原來醫師公會全聯會的方案，請將錄音放出來聽，這已推翻2邊的方案，他要用醫師公會全聯會原來的版本，所以我要提出更正。
- 二、付費者代表也很關心全民健康及醫療，如果不是很關心，今天付費者代表何必坐到這麼晚！西醫基層已提出最後的方案(如螢幕)，所以兩案併陳。上午醫院部門協商，醫院協談代表也沒有推翻修正後的方案，恢復醫院協會原來所提出的方案啊！

張協談代表孟源

今天雙方的方案就是螢幕上所呈現付費者方案與醫界的方案，這是很客觀明白的。邱理事長不僅來自醫院也是基層，所以他是以協商代表的身分發言，發言內容如同主席裁示，任何人的發言都會列入紀錄，就如目前我的發言也會列在發言實錄裡，因為這是逐字稿，原則是這樣。他只是提出意見供參考，以他的所站的角度及位置表達身為醫界的感想與心得，希望能強化基層，能擴大分級轉診，目的如此而已。

謝委員天仁

請明天再提。

張協談代表孟源

明天可以再提。

戴主任委員桂英

- 一、今天很多的健保會委員也身兼協談代表，所以邱委員泰源也一樣，他是委員也是協談代表，所有協商的發言幕僚都會做成實錄。
- 二、再確認一下，今天雙方協商結論是兩案併陳，請確認螢幕上所列是否為雙方版本？

謝委員天仁

對啦！

戴主任委員桂英

如果是螢幕上的版本，那就沒問題。

黃委員淑英

付費者版本回到原來的版本。

謝委員天仁

我們沒改過！

戴主任委員桂英

付費者版本並沒有加碼，若這個版本沒錯，明天還會再確認一次，非常、非常感謝各位，雖然說很遺憾未能協商成功，但畢竟大家已盡了最大努力，會後大家還是好朋友，謝謝各位！

陸、106 年度總額協商－「西醫基層總額」
(105 年 9 月 24 日)與會人員發言實錄

陸、106 年度總額協商－「西醫基層總額」(105 年 9 月 24 日)與會人員發言實錄

【上午 10 時 12 分~10 時 52 分：由西醫基層及付費者代表委員召開內部會議討論後，進行西醫基層總額協商】

戴主任委員桂英

現在開始開會，請問黃委員啟嘉，您剛才提議要重新協商西醫基層總額這件事，現在情況如何？

黃委員啟嘉

剛經過付費者代表釋出善意，我們醫界提出方案如下：

- 一、專款項目「強化基層照護能力『開放表別』」：預算降至 2.5 億元。
- 二、一般服務項目「其他醫療服務利用及密集度之改變」：預算修改成 6 億元。
- 三、「新藥」(原編列專款預算 62 百萬元)放回一般服務項目(併入一般服務之「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」項目，成長率 0.080%，編列預算 84 百萬元)。(幕僚同步登打並投影於螢幕)

戴主任委員桂英

請雙方就螢幕上之數字，再檢查 1 次是否正確。

- 一、第 1 頁(螢幕顯示「醫療服務成本及人口因素成長率」3.159%、品質保證保留款成長率 0.100%)，有沒有問題？(委員表示沒有問題)若無問題，請看下 1 頁。
- 二、「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目，金額 6 億元；「新藥」移回一般服務項目；「強化基層照護能力『開放表別』」項目，預估金額降到 2.5 億元；「加強慢性B型及C型肝炎治療計畫(含C肝新藥)」項目，請看紅字之協定事項：C肝新藥 2.88 億元，動支條件比照醫院總額辦理；「家庭醫師整合性照護計畫」也有協定事項，請看紅字(螢幕顯示協定事項：應擴大社區醫療群之服務量能，納入居家照護服務，及將醫療給付改善方案之

適用對象，例如：糖尿病、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、氣喘等納入照護範圍)。

三、預估總金額設有公式，自動加總，請看最後一列「較 105 年度核定總額成長率 5.157%」，請問雙方有無修改意見？(未有委員表示不同意見)，那就協商通過，感謝大家(會場響起鼓掌聲)。請蔡代理委員登順。

蔡代理委員登順(趙委員銘圓代理人)

我是付費者代表推派擔任西醫基層總額主談者之一，感謝西醫基層付出很大誠意重新協商，付費者代表也給予最大肯定，為健保永續發展同意重新協商，如有機會取得共識亦是我們最大的期待，雙方為了全民健保未來會更好願意共同努力，以上謝謝。

黃委員啟嘉

一、在此也感謝付費者代表支持，很多事情我們都可以嘗試換個角度思考。我也常站在醫師角度思考及處理事情，也會站在付費者立場來思考問題，試著去思考對方想什麼，自己也會反過來站在不同角度思考。協商後，每個人回到所屬團體，都會面臨不同聲音和意見，有些人滿意，有些人不滿意。

二、個人覺得，在座每個人都盡己所能進行總額協商，所努力處理都非個人金錢。我們對民眾的權利都有一致性的共同目標，只是方法上、思維跟價值判斷上有所不同。最後再次感謝付費者代表釋出很大的善意，個人擔任西醫基層團體賦予的職務，我是以負責任態度來達成這次協商，謝謝大家。

戴主任委員桂英

謝謝黃委員啟嘉。

柒、106 年度總額協商－「其他預算」
與會人員發言實錄

柒、106 年度總額協商－「其他預算」與會人員發言實錄

戴主任委員桂英

目前西醫基層總額部門正在召集內部會議，我們可否同步討論其他預算，請問委員有無意見？希望大家可以早點回家。(多數委員回應：好)

滕委員西華

其他委員都沒進來。

戴主任委員桂英

為了節省時間，現在先處理其他預算。請幕僚同仁除了西醫基層部門委員外，邀請其他委員回到會場。

謝委員天仁

進行詢問就好。

戴主任委員桂英

幕僚已將其他委員請回會場，請問委員有無詢問意見，或先請健保署說明？

干委員文男

請健保署先說明。

滕委員西華

請就重點項目說明。

戴主任委員桂英

請健保署擇要說明。

張專門委員溫溫

一、請參看會議資料第 122 頁，第 2 項「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」，106 年增編 10 億元，其中 3 億元，是推估原來各相關服務成長的預算，包括助產所、護理之家照護、居家照護、精神疾病社區復健及安寧居家療護等，將近增加 3 億元；另為整合在宅醫療服務，放寬收案條件及增加服務密集度，106 年預算約增加 7 億元，這是增加幅度較大的部分。

- 二、會議資料第 123 頁，第 3 項「支應醫院總額罕見疾病、血友病藥費、器官移植、後天免疫缺乏病毒治療藥費、C 型肝炎藥費與西醫基層總額慢性 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」，因 106 年增加 C 肝新藥及後天免疫缺乏病毒治療藥費，是以 105 年醫療費用 10% 推估 106 年所需經費，建議增加 3 億元，故本項 106 年所需預算為 6 億元。
- 三、會議資料第 125 頁，第 6 項「提升 ICD-10-CM/PCS 住院編碼品質」，因 105 年已全面導入 ICD-10-CM/PCS，本項建議 106 年減列 1 億元。
- 四、會議資料第 126 頁，第 10 項「提升保險服務成效」，以總額預算 0.05% 編列，約增加 15 百萬元，故建議 106 年預算為 3.1 億元，以上為 106 年增減預算之重點說明。

戴主任委員桂英

謝謝張專門委員溫溫，請何委員語。

何委員語

請問「推動促進醫療體系整合計畫」項目，執行許多計畫，過去有關受虐兒童的相關試辦計畫，為何執行 1 年後就取消？目前台灣地區受虐兒童平均每月有 5 位以上死亡，1 年平均約 60 位以上之兒童死亡，顯示受虐兒童非常多，為何不再續辦相關計畫，請說明原因。

戴主任委員桂英

謝謝何委員語，請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

受虐兒童相關計畫屬衛福部社家署的計畫，非健保署的計畫。

戴主任委員桂英

謝謝蔡副署長的說明。過去健保沒有這個計畫，是別單位的計畫。

請問委員有無其他意見？

何委員語

是衛福部的計畫嗎？

蔡副署長淑鈴

對，是衛福部社家署的計畫。

戴主任委員桂英

請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

會議資料第 123 頁，「提升急性後期照護品質試辦計畫」預算 4 億元，我已經講了 3 年，請問本計畫一定須在區域醫院或地區醫院辦理，或可由護理之家辦理？

戴主任委員桂英

請健保署說明。

李署長伯璋

吳委員肖琪所提意見，「提升急性後期照護品質試辦計畫」原則上是由醫學中心下轉至區域醫院或地區醫院的模式，建議由護理之家辦理的意見，這部分本署會考慮。

吳委員肖琪

- 一、謝謝李署長伯璋，建議「提升急性後期照護品質試辦計畫」應朝居家社區化發展，其實醫院也有附設護理之家。
- 二、應思考PAC(Post-acute Care，提升急性後期照護品質試辦計畫)應放置在醫院急性病床？或是醫院附設護理之家？國外研究指出，執行PAC能減少住院日，而台灣推行PAC卻額外創造 42 天住院日！

李署長伯璋

護理之家非健保署簽約之醫療機構，本署再思考如何突破。不反對吳委員肖琪論點，PAC的病人大部分較穩定，應思考如何讓病人得到更好的照顧，放置醫院急性病床未必是最好的方式。

吳委員肖琪

好，謝謝。

戴主任委員桂英

謝謝李署長伯璋，請干委員文男。

干委員文男

會議資料第 126 頁，第 10 項「提升保險服務成效」，我記得前黃署長三桂答應要編寫一本英漢病名與藥名對照查詢手冊，不知進行如何？再者，健保醫療資訊雲端查詢系統是否已完全在基層診所推行，進度似乎停頓。

戴主任委員桂英

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

健保醫療資訊雲端查詢系統功能不斷擴充中，未來雲端服務不只藥歷查詢系統，而是整體醫療系統，包括檢驗、檢查報告、出院病摘、手術報告等，都會成為雲端分享的項目，故本署需要經費支援，希望委員繼續支持，至於委員所提中英對照手冊，應非本署承諾事項。

干委員文男

是前任黃署長三桂的承諾。

蔡副署長淑鈴

承諾什麼？

干委員文男

有關製作 1 份現用英漢藥名與病名對照手冊，因許多藥名在網路搜尋不到，藉此希望能提升醫療知識。

滕委員西華

藥費相關資訊在英漢字典上當然查詢不到。

干委員文男

不只費用，是中英藥名對照。

滕委員西華

英漢字典一定沒有。

干委員文男

連網路也搜尋不到？

滕委員西華

TFDA(食藥署)核准的藥品名，就會有中英對照的名字。

李署長伯璋

向干委員文男報告，藥典包含新藥、各藥廠的中、英文藥名，日後再贈送您 1 本。

干委員文男

謝謝！再請問健保醫療資訊雲端查詢系統功能將納入檢驗報告，目前執行情形如何？

李署長伯璋

自從上任後，發現健保署的健康存摺及雲端資料建檔方面，對醫療品質提升有極大的助益，已請資訊組加強改善各院所頻寬，並擴充功能，期望未來讓檢驗報告及藥歷等資料都能在雲端查詢。

干委員文男

請問基層診所運用健保醫療資訊雲端查詢系統之比率有多少？

李署長伯璋

經詢問醫界使用者，表示該查詢系統對病人助益很大，可降低不必要的醫療浪費，且系統功能持續改善。請黃組長明輝補充說明今年底會上線的部分。

黃組長明輝

原有雲端查詢部分持續推廣，新增功能正在開發，預計今年底檢驗報告將可上線。

戴主任委員桂英

請何委員語。

何委員語

請問第 3 項「支應醫院總額罕見疾病、血友病藥費、器官移植、後天免疫缺乏病毒治療藥費、C 型肝炎藥費與西醫基層總額慢性 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」，與第5項「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」，這2項經費是否都可用來支應B型及C型肝炎治療計畫專款不足費用？

張專門委員溫溫

「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」的動支標準，必須依健保會議定之適用範圍與動支程序辦理，第3項的經費是當各部門所編列之專款預算不足時使用，兩者不同。

謝委員天仁

請說明「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」之適用範圍與動支程序的規定，曾有案例未依適用範圍與動支程序就動支費用。

蔡副署長淑鈴

請問是指第5項「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」之適用範圍與動支程序嗎？

謝委員天仁

是的。

張副執行秘書友珊

向委員說明，有關「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」之動支，依規定須在本會委員會議討論通過後，才能執行。故本項經費之適用範圍與動支程序是在本會委員會議討論。之前於本會第1屆103年第11次委員會議曾經修訂通過，另依照本會105年第5次委員會議決議：於106年度總額實施前，宜參酌委員所提建議，檢討動支程序與評估指標。因此，106年將依本會所議定之動支程序辦理。

戴主任委員桂英

謝謝張副執行秘書友珊說明。有關健保醫療資訊雲端查詢系統執行進度，請健保署黃組長明輝說明。

黃組長明輝

有關于委員文男關心事項，該系統新增的部分，將於今年底上線，原系統功能持續推廣執行中，以上補充說明。

戴主任委員桂英

請問委員還有無意見？請何委員語。

何委員語

- 一、有關「高診次暨複雜用藥者藥事照護計畫」項目，未來如果C肝新藥上路，有無規劃管理服用C肝新藥病人之機制？C肝新藥費用 25 萬元，在坊間已有傳言，病人可能私下將門診拿到昂貴的新藥轉賣其他民眾，有無管制過程？
- 二、能否針對服用C肝新藥的病人進行訪查，這樣才能了解病人是否遵照醫囑服藥，或有轉賣藥物的情形，若無追蹤體系，這麼貴的藥一定會轉賣，這是很不好的現象，故如何追蹤使用C肝新藥病人的後續服藥狀況很重要且必須。

李署長伯璋

- 一、何委員語的建議很好，目前C肝新藥是用來治療病情較嚴重的患者，若他們連自己的命都不要，而將藥品拿去轉賣，要錢不要命，這是很奇怪的現象。
- 二、本署將思考如何克服這種行為發生，其實器官移植的藥品也很昂貴，是某些患者才需要吃，其中有些人在台灣跨院領藥，之後卻將藥賣到中國大陸，本署已注意這種情形，C肝新藥本署會再思考。

滕委員西華

- 一、報告署長，所有的病人都一樣，若沒親眼看見他們將藥吃下去，您能知道他到底是將藥吃了、賣了、丟了或送給別人嗎？若做不到，說這些要幹嘛！
- 二、處方藥在藥局也都能買得到，例如，您有辦法證明，我是將這些藥送或轉賣給黃委員淑英？所以就算是由藥師照護，也不可能做得到。對不起！就算是神明關懷也沒用。

李委員蜀平

主席！我要申訴。

戴主任委員桂英

請李委員蜀平。

李委員蜀平

- 一、之前在開 C 肝的研討會時，已明確向學者專家報告，「減 C 肝計畫」如果 C 肝病人疏忽治療，未找醫師看診，換成由醫療人員主動找病人治療，若健保署有這樣的想法，全國約有 8,000 家社區藥局都可以配合健保署，主動拜訪 C 肝病人請病人治療。
- 二、希望用 zone(區域)的概念，例如在各社區藥局 5 公里以內的範圍，C 肝的病人，可由藥師親自送藥，並看著患者服用，若健保署願意試辦此計畫，社區藥局藥師可以配合，因為病人的數量不是很大，之前在研討會上我也提出這個案子，請健保署參考。

戴主任委員桂英

謝謝，先請干委員文男，再請黃委員淑英。

干委員文男

- 一、有關「高診次暨複雜用藥者藥事照護計畫」，我記得謝委員武吉曾提及，在每個藥局前面都設有回收藥箱，病人可將不要的藥放置其中，但這些藥箱幾乎每 2 天就會放滿，甚至有些超過 1 萬元以上的藥品，到底是病人或是醫師浪費？我也親眼看過當日領取的藥品被丟到回收藥箱。
- 二、我一直在想，你們是否有辦法能透過檢視藥袋的方法，找出真正需要被關懷的病人？這些拿藥又不吃的病人，到底是誰的浪費，大家一直談浪費的問題，但只是口頭上說，卻沒採取真正的行動。
- 三、過去曾要求要有所作為，你們卻一直沒做到，這次若能通過預

算，希望能看到你們的行動，能整理出是哪些病人丟棄藥物。藥袋上有患者姓名，也有醫院的名稱，應可循線找出需要被關懷的病患，看看是誰在浪費。這個經費若能通過，你們可以做到什麼程度？

戴主任委員桂英

好！請大家等一下(多位委員同時發言)，接下來先請黃委員淑英。

滕委員西華

主席！程序問題。我已請黃委員淑英暫緩發言。因為要提出程序問題，建議逐項討論。例如，「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，大家有無意見？若沒意見就通過。目前是跳著討論，也沒討論到預算，實在是浪費時間，我們也不是在搏感情。

戴主任委員桂英

請大家暫停一下(多位委員同時發言)。

滕委員西華

目前雖然是一般詢問，但我的意思是，例如，「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」，大家有無意見，若有就請健保署回答，健保署解釋清楚後，沒問題就同意通過。若我們不同意，健保署提出修正後，大家可以提出這個經費要下修多少，或應附帶什麼樣的條件再給預算。

謝委員天仁

目前還沒討論到金額，只是利用空檔進行一般的詢問。

黃委員淑英

跳著問是浪費時間，等一下又要重頭來過一遍。

謝委員天仁

要節省時間是OK，但目前還沒談到費用，因為西醫基層的協商還沒結束。

滕委員西華

希望不要浪費時間，難道目前不能先進行其他預算的協商嗎？

謝委員天仁

要節省時間是沒有錯，不過目前還是一般詢問的程序，尚未討論計畫的預算額度，等到西醫基層的協商結束後，才協商其他預算的費用。

戴主任委員桂英

向各位報告，剛才進行的是詢問的程序，等到詢問差不多，會徵詢委員的意見，再逐項討論預算，或各位要關室討論？(多位委員回應：不需要)請問有無其他詢問？請黃委員淑英。

黃委員淑英

- 一、「高診次暨複雜用藥者藥事照護計畫」的立意良好，一方面可照顧病人，讓資源不要浪費，但剛才的討論，涉及病人個資問題，一個人生病可能看完醫師，在醫院藥局領完藥，就可回家休息，若還有社區藥局的專人送藥給他，不就讓大家都知道他生病了嗎？這可能也不是病人願意的事情。
- 二、病人其實有用藥自主權，為什麼他吃藥的時候要有人盯著，這個藥有毒到那個程度嗎？或是為了保障他的健康，才有理由規定需要專人看著病人服用，否則限制病人的自主行為或自主權，其實都是違反憲法的。

戴主任委員桂英

謝謝，請林委員惠芳。

林委員惠芳

請問「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」是否與「高診次暨複雜用藥者藥事照護計畫」有所連結或整合？因「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」的服務範圍有居家醫療照護，其實也包含藥事服務的部分，可是照護團隊似乎未見藥師，而「高診次暨複雜用藥者藥事照護計畫」也未見居家照護的服務。

戴主任委員桂英

謝謝，請謝委員天仁。

謝委員天仁

第4項「推動促進醫療體系整合計畫」，每項子計畫的執行率都偏低，請問問題在哪裡？請健保署說明。

戴主任委員桂英

謝謝，請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、我的問題也是第4項「推動促進醫療體系整合計畫」，先不提執行率偏低，或沒有執行預算卻照列的問題，請問為何將高雄氣爆及八仙塵爆病人的經費，列在第5項「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」裡？去年意外發生時，這些病患所需的醫療費用，這樣編列沒錯，但明年就不該再支用這項經費。請問這些病人的經費106年要續編在這項，或今年不再編列經費？
- 二、第7項「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」，編列預算11億元，請問是用於健保署原列說明的項目，例如，增加「上傳人工關節植入物資料獎勵金」等項目，或有其他新增項目？
- 三、第9項「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」，Pre-ESRD(末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫)有無增加病人數？去年協商時，曾要求增加照護的病人數，目前只呈現預算執行率，沒有收案數的資料，請問有無新增病人數？是哪類的診所在收案？去年也提到應讓家醫群及執行門診透析的診所來收案，以前腎臟醫學會也說過，門診透析的診所也會去收Pre-ESRD的病患，請問是哪些診所或系統在收案？

戴主任委員桂英

詢問的部分應該差不多了，接著請健保署說明。

龐組長一鳴

- 一、我倒著從後面的問題說明，有關Pre-ESRD的病患人數，請參

看會議資料第 137 頁，這裡有 105 年 1~6 月收案數，去年全年的收案總數是 22,273 人，而 105 年 1~6 月已收案 11,734 人，整個趨勢有增加，顯見經過相關各單位的努力，已獲致改善的效果。

二、謝委員天仁所關心第 4 項「推動促進醫療體系整合計畫」的執行成果，請參看會議資料第 135 頁，執行率偏低，主要是因「區域醫療整合計畫」在討論過程，醫界尚有不同意見，故 105 年未能執行，以致影響整個執行率。

戴主任委員桂英

請張專門委員溫溫。

張專門委員溫溫

一、有關滕委員西華所詢，高雄氣爆及八仙塵爆病人醫療費用的預算編列情形，請參看會議資料第 125 頁，第 5 項「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」是列出當年的執行情形，每年執行項目並不會都一樣。

二、該項預算的執行必須經過健保會同意，依據「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之適用範圍與動支程序相關規定辦理。

滕委員西華

這部分我瞭解，要請問的是 106 年高雄氣爆及八仙塵爆病人醫療費用是否還有編列？

張專門委員溫溫

相關的費用都是實支實付，「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」的額度是預備款。

滕委員西華

我的意思是，去年高雄氣爆及八仙塵爆的病人支用「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」沒有問題，但今年就不應再支用這項經費，但是今年在「提升急性後期照護品質試辦計畫」或其他

項目都沒見到相關經費的編列，若這樣，這些費用編到哪裡？請問清楚我的意思嗎？

戴主任委員桂英

他們沒聽懂。

滕委員西華

請問主席清楚我的意思嗎？都沒人聽懂我的意思？不會吧？我說的很清楚。

戴主任委員桂英

請參看會議資料第 124 頁「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」。

滕委員西華

我對這項預算沒有意見，請問原來高雄氣爆及八仙塵爆病人所需使用的預算編列在哪？因「提升急性後期照護品質試辦計畫」或其他項目都沒提到這筆經費，請問是要繼續編列，或就此不編列？

戴主任委員桂英

滕委員西華的提問是，106 年度高雄氣爆及八仙塵爆病人所需使用的預算編列在何處？請龐組長一鳴說明。

龐組長一鳴

高雄氣爆及八仙塵爆病人的醫療費用，106 年將回歸到一般服務支應。

滕委員西華

對！我的問題就是這個，病人還是可以繼續得到照護，預算是從一般服務支應嗎？

龐組長一鳴

一、沒錯，高雄氣爆及八仙塵爆的病人若有需要，還是會繼續給予照護，只是預算要從一般服務支應。

二、另外補充說明，委員關切「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」部分，這項在 106 年新增的服務包括以下幾項：

- (一)居家以及醫缺地區的服務，醫師都需要攜帶電腦前往，目前中華電信提供的專用系統叫做MDVPN，這系統的效果較好，因此需要鼓勵執行相關業務的醫療院所採用這個方案。
- (二)居家訪視需要醫師攜帶電腦以便刷卡傳輸資料，但目前仍有些不便，雖有紓解措施，但對實際願意攜帶機器前往的醫療人員，也需要有適當的鼓勵。
- (三)本署正與家庭醫師學會洽談建立電子轉診系統，未來醫師使用電子轉診系統上傳轉診資料，也會有適當的鼓勵；此外，配合未來長照政策的推動，本署正積極與醫界推動強化疾病申報系統，因為該系統缺乏復健的資料，所以將建立復健功能評估的申報系統，也會提供使用者適當的鼓勵。以上是「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」新增的內容。

吳委員肖琪

一、請參看會議資料第 124 頁，依照今年評核委員的意見，「提升急性後期照護品質試辦計畫」宜朝居家、社區型照護發展，建立單一核心評估工具。意思是希望比照美國CARE(Continuity Assessment Record and Evaluation，美國整合照顧評估工具)量表，不是以疾病別，例如中風或是不同種類疾病，各自發展各自的評估工具，而是建立能適用所有個案的單一核心評估工具。

二、希望健保署要朝此方向努力，這部分 106 年也要能做到。

戴主任委員桂英

有關其他預算的相關詢問，到此告一段落，等一下再逐項討論預算，接下來繼續進行西醫基層總額協商。

(進行西醫基層總額協商)

戴主任委員桂英

請問付費者代表，目前可否逐項討論其他預算？(委員回應：可以) 請參看會議資料第 122 頁，第 1 項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，請問委員有無意見？

滕委員西華

沒意見。

戴主任委員桂英

本項通過。第 2 項「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」，請問委員有無意見？

滕委員西華

有意見，本項建議匡列各項服務的預算，因為本項包含太多項目，包括助產所、護理之家照護、居家照護、精神疾病社區復健及安寧居家療護，及新增整合在宅醫療服務，若未做合理的分配，有些項目增加太快，就會吃到別的服務，所以要分項編列預算，請問是由健保署提列，或我們提列？

戴主任委員桂英

健保署要自己提？或由委員提？(健保署回應：自己提)

滕委員西華

可以在明日的委員會議上提供嗎？同意本項 106 年編列預算 50 億元，但請健保署列出分項預算。

戴主任委員桂英

- 一、第 2 項「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」通過，本項預算 50 億元，請健保署補列分項預算，並於明日提供。
- 二、第 3 項「支應醫院總額罕見疾病、血友病藥費、器官移植、後天免疫缺乏病毒治療藥費、C 型肝炎藥費與西醫基層總額慢性 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」，請問委員有無意見？

滕委員西華

「C型肝炎藥費」支用標準比照醫院總額部門。

謝委員天仁

不是，請將「C型肝炎藥費」文字刪除。

滕委員西華

請刪除。

戴主任委員桂英

同意將「C型肝炎藥費」文字刪除。

滕委員西華

106年本項就不增加3億元。

謝委員天仁

預算同105年，編列3億元。

滕委員西華

本項不增加預算，預算同105年。

謝委員天仁

不足時可動支「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目？

蔡副署長淑鈴

向委員報告，「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目，動支門檻很高。而第3項是用來支用血友病藥費、罕見疾病、器官移植、後天性免疫缺乏病毒治療藥費等專款不足之經費，有時專款的經費未估列精準，所以留個預備金，若未支用就沒用。

滕委員西華

若要留預備金，不同意支應「後天性免疫缺乏病毒治療藥費」及「C型肝炎藥費」。

蔡副署長淑鈴

同意將這2個部分拿掉。

戴主任委員桂英

- 一、同意，本項 106 年預算編列 3 億元，請將「後天性免疫缺乏病毒治療藥費」及「C型肝炎藥費」刪掉。
- 二、第 4 項「推動促進醫療體系整合計畫」，請問委員有無意見？

滕委員西華

- 一、第 4 項評核委員指導非常多，特別是「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」，但從 98 年至目前，病人照護數一直沒上升，可以同意編列這個金額，但病人照護數要提升，至於提升多少？請健保署先提，若不提，建議比照去年病人照護人數成長 20%。
- 二、「區域醫療整合計畫」原係「論人計酬試辦計畫」，經討論未獲共識，今年仍照編列。依會議資料說明，健保署還要繼續研議本計畫，可是完全沒方向。連DRGs(住院診斷關聯群)3 階段都放棄了，還要研議什麼！請補充說明研議的內容，若今年按照今年方案內容照列，肯定還是不會通過。「區域醫療整合計畫」，應併入「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」，一併考量。
- 三、PAC(Post-acute Care，提升急性後期照護品質試辦計畫)收案人數一直很少，執行績效也不是很好，支持今年PAC擴大其他疾病的範圍，早期推動腦中風的PAC時，健保署有豐富的說明，但現在PAC要增加心肺功能缺損，神經系統功能缺損，骨骼肌肉系統功能缺損疾病，健保署都沒說明，這 3 大功能缺損的病人，有可能演變為在宅醫療的長期臥床病人，請健保署說明這些缺損嚴重程度？為何PAC需要增加這些項目？顯然原來的腦中風PAC的經費一定會受到排擠。
- 四、有關腦中風PAC，我用親身經驗告訴你們，真的很難用！不但很少醫院願意參加計畫，醫院還會告訴病人不要選擇PAC，住一般慢性病房 28 天就好了，不再說後面的故事。腦中風PAC使用率偏低是有原因的，不思考如何提高執行率，而去擴大疾

病項目，補滿提高執行率，這思維有問題，是不對的。

五、過去健保署告訴大家腦中風PAC成效好，但是執行率一直沒有提升，腦中風病人還是在醫院奔波！病人還奔波且自力救濟，這是不對的。

謝委員天仁

請直接講如何改善。

滕委員西華

健保署若能提供相關計畫送健保會，才同意維持原列金額，若計畫沒送健保會同意，預算則不給。

謝委員天仁

請提出要求健保署提出計畫的時間就可以了。

滕委員西華

謝委員天仁的建議很好，要幾月前提出？

謝委員天仁

我沒有意見，可於 106 年的 4 月前提出。

滕委員西華

請健保署於 106 年 4 月前提報健保會，預算始能動支，可以嗎？此外，剛提的，比照美國CARE量表，建立能適用所有個案的單一核心評估工具。若 106 年無法規劃出來，至少朝向建立單一核心評估工具(非依個別疾病)邁進，因新增疾病項目很多。

戴主任委員桂英

第 4 項「推動促進醫療體系整合計畫」經費照列 11 億元，但有條件，條件不再重述，請問健保署同意嗎？

龐組長一鳴

說明一下，關於單一評估工具，健保署會努力，可是這部分像基礎科學的研究，若完全由健保承擔是有困難的，目前規劃的方向，是採用現成醫院習慣使用的量表，若要發展量表，且由健保進行國家

的基礎科學研究，這有點奇怪。

滕委員西華

其他部分的說明？

蔡副署長淑鈴

- 一、有關PAC計畫，事實上有規劃要擴大至其他疾病照護，最近就要召開會議討論。至於剛剛滕委員西華提及有些病人應該下轉而未下轉的情形，沒有進入PAC計畫，因為之前沒有強制下轉。這部分本署今年會列入討論。
- 二、目前「區域醫療整合計畫」是本署積極努力的計畫，執行率較差，是因「論人計酬試辦計畫」停辦1年，所以今年會重新啟動「區域醫療整合計畫」，計畫的proposal(提案)，會提供大家參考。
- 三、有關「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」，希望增加病人數，我們贊成這個趨勢，本項維持原預算，沒增加預算，請大家支持。

滕委員西華

我支持，本項不刪經費，但要列條件，請健保署提出計畫。

戴主任委員桂英

本項費用照列11億元，但有列條件。請問委員對龐組長一鳴有關CARE量表的說明，可以接受嗎？

吳委員肖琪

可以再了解一下，記得衛福部之前有相關CARE量表的版本。

蔡副署長淑鈴

有關CARE量表的意見，方向很好。事實上，PAC與長照量表最好一致，這是長期努力目標，本署會列為努力的方向。另外，希望健保署於明年4月提出計畫，這部分同意，說不定可以更早。

謝委員天仁

下面的項目請進行快一點。

戴主任委員桂英

第 5 項「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」，請問委員有無意見？

滕委員西華

第 5 項「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」、第 6 項「提升ICD-10-CM/PCS住院編碼品質」、第 7 項「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」、第 8 項「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」沒有意見。

戴主任委員桂英

第 5、6、7、8 項預算照列，沒有意見。第 9 項「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」，請問委員有無意見？

滕委員西華

第 9 項，雖然剛剛龐組長一鳴說明Pre-ESRD已增加收案數，這很好，但要求將「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」之適用對象，納入「家庭醫師整合性照護計畫」之照護範圍。

戴主任委員桂英

第 9 項經費照列 4.04 億元，並將滕委員所提要求列入。第 10 項「提升保險服務成效」，請問委員有無意見？

滕委員西華

第 10 項，106 年預算 3.1 億元，預算減列為 2 億元，因為執行率變差，104 年執行率只有 10% 多，所以減列。

張專門委員溫溫

補充說明，105 年 1~6 月執行 0.391 億元，可是至 8 月本項經費已執行 1.11 億元，全年已達 3.18 億元，因這項預算在去年總額協商的附帶決議，同意 104 年度未執行預算可於 105 年度續用，所以執行率會比目前所看到的更高，當年經費會達到 3.18 億元。

滕委員西華

怎會是 3.18 億元？105 年是給 2.95 億元。

張專門委員溫溫

因為計畫去(104)年執行較慢，去年未執行預算可流用至今年，所以整體預算會超過 3 億元。

滕委員西華

會超過 3 億元？(其他付費者代表表示同意)

戴主任委員桂英

本項請問委員是否同意？請干委員文男。

干委員文男

請問本項須執行的「健保藥品品質監測計畫」有無辦理委託？

蔡副署長淑鈴

已經委辦了。

干委員文男

經費夠嗎？

蔡副署長淑鈴

經費夠了，而且希望能快點有結果向大家報告。

干委員文男

106 年需要再執行嗎？

蔡副署長淑鈴

要看第 1 次的執行結果，再考慮是否要續辦。

戴主任委員桂英

也就是看今年的執行成果，若能在本項編列(健保藥品品質監測計畫)部分預算，健保署較有可能續辦。

干委員文男

這樣預算可以動用嗎？

蔡副署長淑鈴

可以，含在這裡。

干委員文男

請註記一下。

謝委員天仁

是否註記包含「健保藥品品質監測計畫」的費用 10 百萬元。

干委員文男

15 百萬元。

戴主任委員桂英

請註記費用包含「健保藥品品質監測計畫」，經費照列 3.1 億元。
第 11 項「高診次暨複雜用藥者藥事照護計畫」，請問委員有無意見？

滕委員西華

根據執行率，減列 1,500 萬元，106 年預算為 3,500 萬元。

戴主任委員桂英

可以接受嗎？

李委員蜀平

可以申訴嗎？

戴主任委員桂英

讓李委員蜀平說明一下。

李委員蜀平

一、抱歉！每次高診次計畫案都是排定最後一個討論，向各位委員報告，這好像不公平，現在報告這個計畫，目前因為健保署實施雲端藥歷查詢系統，該系統可查詢重複用藥，因此在 103 年、104 年各省了 80 幾億及 30 幾億元的藥費，還有藥師因藥師法第 11 條報備支援的問題，因此而影響執行率，並不是藥師不認真執行計畫。我們藥師們真的想用專業提升民眾的用藥安

全，拜託給我們合理的機會！而且我每次開會從早上坐到晚上，看到健保總額有 1,600 多億元的藥費及 100 多億元的藥事服務費，這些屬於藥師的費用，卻都不是由藥師管理，這樣合理嗎？而且藥師想發揮專業服務民眾，費用卻遭到刪減，這也不合理吧！

二、懇請滕委員西華體諒，藥事照護計畫因為碰到藥師報備支援問題及雲端藥歷查詢系統的推行，未來執行效果應會更嚴謹，所以預算應該要再增加，而且更應促成藥師與醫院及診所共同合作的精神，大家才能夠合作照護慢性病病人，節省健保費用。

干委員文男

不要再說了。

戴主任委員桂英

請讓李委員蜀平說明一下。

干委員文男

104 年的預算執行率只有 78%。

滕委員西華

105 年上半年預算執行率才 16.2%。

李委員蜀平

申訴一下，我們是 3 月開始接案，收案截止時間至 7 月，截止就不行再收案。所以開始由健保署釋出個案，一般都要到 4 月以後才能開始執行計畫，健保署指定照護個案，是一年看診大於 90 次的居家病人，與 1 天要吃 10 顆藥以上的機構病人。

戴主任委員桂英

請干委員文男。

干委員文男

這樣比較快，用 105 年的經費打 8 折，就是 4 千萬元。

李委員蜀平

我有二點拜託。

干委員文男

目前已經 11 點了，不是 2 點。

滕委員西華

一定要減列，我剛提 3,500 萬元，但干委員文男及謝委員天仁建議用 105 年經費打 8 折，這很合理，健保署的雲端藥歷查詢系統執行成效佳，本來這邊就會減少。

干委員文男

一定要減列。

李委員蜀平

我們很認真想要與醫院及診所互相配合，共同照護病人，那請給 4,500 萬元。

滕委員西華

就暫時給 4 千萬元，若不同意，就給 3,500 萬元。

楊委員芸蘋

申訴過了，就好了。

謝委員天仁

李委員您才講幾分鐘而已，就值 5 百萬元，拜託，好不好？

李委員蜀平

拜託各位委員，如果成績做得好，明年就多給費用，且編預算讓藥師可以與醫院及診所合作，一起參與慢性病照護。

戴主任委員桂英

本項預算 4 千萬元，若執行率超過 100%，明年可考慮增加經費。

李委員蜀平

而且要列為常態性的給付。

戴主任委員桂英

其他預算已經協商完成，謝謝大家。

黃委員啟嘉

等一下，對於剛剛謝委員天仁所提意見，我們回去很認真的討論，對於C肝新藥與新藥，還是希望能放在其他預算，所以這個鴻溝尚無法跨過去。(付費者代表紛紛表示不同意)

滕委員西華

你們若不在總額部門編列預算，而將這部分放在其他預算，我們就刪除經費，你們可能會沒經費，請想清楚。

戴主任委員桂英

一、目前討論的是健保署原列於其他預算的 11 項協商項目，剛剛已經討論完畢，謝謝大家！

二、接著繼續討論西醫基層部門總額，請林代理委員佩菽。

林代理委員佩菽(楊委員漢淥代理人)

醫院總額部門早上協商時，有提出 3 項移列至其他預算，是否其他預算部分亦應為兩案併呈，明列醫院部門的協商主張。

謝委員天仁

請弄清楚，其他預算主辦單位是健保署，健保署與付費者協商，你們剛剛沒在場，我們就逐項討論通過，怎會與總額部門有關係？

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

其他預算現在有健保署及消費者代表版本，但今早協商時，醫院部門也提出需編列在其他預算的項目，希望能將我們的訴求列到此，成為另一個案。若只是由健保署與消費者代表談，那其他人算什麼？我們還是要提出意見。

謝委員天仁

跟你們的意見沒關係，主辦單位不是其他的總額部門，主辦單位是健保署，健保署原編列在其他預算的內容，沒有這些項目，怎會有你們所提的部分？

戴主任委員桂英

一、向 2 位代理委員委員報告，因目前醫院總額協商結果是兩案併陳，您們建議列到其他預算的部分，會列在兩案併陳內容中，

一樣會陳報到衛福部，目前單純在討論健保署原列事項，請諒解。

二、接下來繼續討論西醫基層總額部門。