

全民健康保險醫療費用協定委員會
102 年度總額協商會議議事錄

中華民國 101 年 9 月 14 日及 15 日

102年度全民健保醫療費用總額協商會議議事錄

壹、時間：中華民國101年9月14日上午9時10分至下午8時15分
及9月15日上午9時10分至11時20分

貳、地點：中央健康保險局臺北業務組901會議室

參、出席委員：

王委員德明

何委員語

李委員明濱

林委員啟滄

陳秘書健民(代)

凌委員月霞

孫委員茂峰

孫委員碧霞

翁委員文能

郭秘書長正全(代)

許委員怡欣

連委員瑞猛

陳委員玉枝

陳委員宗獻

陳委員錦煌

黃委員建文

黃委員偉堯

葉委員宗義

葉委員明峯

廖委員本讓

蔡委員登順

鄭委員淑芳

鄭委員聰明

謝委員天仁

謝委員武吉

蘇委員清泉

肆、請假委員

陳委員紹元

簡委員慧娟

伍、協商代表

中華民國牙醫師公會全國聯合會

陳彥廷、劉俊言、
翁德育、黃茂栓、
連新傑

中華民國醫師公會全國聯合會

吳首寶、張孟源、
蔡明忠、黃啟嘉、
盧榮福

中華民國中醫師公會全國聯合會

施純全、鄭耀明、
張繼憲、彭堅陶、
巫雲光

台灣醫院協會

楊漢淙、陳雪芬、
童瑞龍、朱益宏、
張克士、謝文輝

陸、列席人員

行政院衛生署

中央健康保險局

梁組長淑政

黃局長三桂

蔡主任秘書魯

蔡組長淑鈴

沈組長茂庭

全民健康保險監理委員會

柯副主任委員桂女

台灣腎臟醫學會

陳理事長漢湘

本會

林執行秘書宜靜

張組長友珊

柒、主席：江主任委員東亮

紀錄：林淑華、張櫻淳、邱臻麗、
盛培珠、陳燕鈴、黃偉益、
方瓊惠

捌、主席致詞(略)

玖、102年度全民健康保險醫療費用總額協商—各部門與付費者

一、牙醫門診總額

(一)協商時間：

9月14日—09:30~10:55

(二)協商結論摘要：

- 1.一般服務成長率為0.981%，包含醫療服務成本及人口因素成長率0.381%，及協商因素成長率0.600%。原投保人口數年增率中之受刑人納保所增加成長率0.280%(101.3百萬元)移至專款項目項下。
- 2.專款項目全年經費1,205.8百萬元。

二、西醫基層總額(含門診透析服務)

(一)協商時間：

9月14日—11:21~13:12(含付費者自行討論約20分鐘)

9月14日—14:20~14:58：門診透析服務費用

(二)協商結論摘要：

- 1.一般服務成長率為2.494%，包含醫療服務成本及人口因素成長率2.101%，及協商因素成長率0.393%。原投保人口數年增率中之受刑人納保所增加成長率0.280%(262.4百萬元)，移至專款項目項下。
- 2.專款項目全年經費1,946.8百萬元。
- 3.門診透析服務成長率4.659%。

三、中醫門診總額

(一)協商時間：

9月14日—15:03~16:30(含付費者自行討論約20分鐘及中醫部門自行討論約5分鐘)。

(二)協商結論摘要：

- 1.一般服務成長率為2.587%，包含醫療服務成本及人口因素成長率2.460%，及協商因素成長率0.127%。原投保人口數年增率中之受刑人納保所增加成長率0.280%(57.1百萬元)移至專款項目項下。
- 2.專款項目全年經費285.5百萬元。

四、醫院總額

(一)協商時間：

9月14日—16:45~20:15(含付費者自行討論45分鐘、醫院部門自行討論35分鐘，及中場時間)。

(二)協商結論摘要：

付費者代表方案

- 1.一般服務成長率為4.690%，包含醫療服務成本及人口因素成長率3.128%，及協商因素成長率1.562%。原投保人口數年增率中之受刑人納保所增加成長率0.280%(903.7百萬元)，移至專款項目項下。
- 2.專款項目全年經費16,718.5百萬元。
- 3.門診透析服務成長率0.188%。

醫院代表方案

- 1.一般服務成長率為7.123%，包含醫療服務成本及人口因素成長率3.128%，及協商因素成長率3.995%。原投保人口數年增率中之受刑人納保所增加成長率0.280%(903.7百萬元)，移至專款項目項下。
- 2.專款項目全年經費12,560.5百萬元。
- 3.門診透析服務成長率0.188%。

五、其他預算

(一)協商時間：

9月15日－09:21~11:20(付費者自行召集會議約20分鐘)

(二)協商結論摘要：

102年度經費7,505.9百萬元，較101年度減少402百萬元。

六、上述協商結論提送第186次委員會議確認。

拾、協商會議結束：9月15日上午11時20分。

本會 102 年度全民健保總額協商會議
與會人員發言實錄

壹、「牙醫門診總額」

壹、102 年度總額協商—「牙醫門診總額」與會人員發言實錄

江主任委員東亮

- 一、各位委員、部門協商代表大家好。今、明兩天是費協會最重要的活動，會依照過去委員會已通過的程序進行協商。請大家參看「102 年度健保醫療費用總額協商參考手冊」，從第 3 頁開始，本會分別於 5 月 11 日、6 月 8 日第 182、183 次委員會議通過 102 年度的總額協商架構、原則、協商程序與協商會議進行方式等，誠如過去我向各位報告，協商過程係由付費者與部門代表協商，而非跟主席協商，主席的責任主要在控制時間和維持會議的運作。各位桌上有一份黃色單張，有一面是依照協商參考手冊第 10 頁，於第 183 次委員會議通過的協商會議之進行方式與原則，另一面是「102 年度總額協商暨第 186 次委員會議議程」，印有協商時間，請委員參閱。
- 二、首先進行協商的是牙醫門診總額部門，由黃理事長建文領軍，其亦為本會委員，另外有陳彥廷、劉俊言、翁德育、黃茂栓及連新傑等醫師擔任協商代表。
- 三、剛才已和大家說明，協商主要是由付費者與部門進行協商，有鑒於去年協商某部門時，付費者代表之間未達共識，兩案併陳送署裁決，結果大家都不愉快。所以今年 9 月 5 日付費者與政府機關代表委員座談會結束前 1 小時，由付費者代表們進行內部溝通，推派謝委員天仁、蔡委員登順、陳委員錦煌及何委員語擔任主談團。另因曾發生總額部門回答詢問時，很多人舉手發言且內部意見不一致，無法判斷部門意見的情形，所以，今日協商最後結果以主談團或總額部門領軍者的意見為主。
- 四、至於協商原則及進行方式，請同仁宣讀，讓大家清楚規則，我就遵守完成任務。

同仁宣讀 102 年度總額協商會議之進行方式與原則(略)

江主任委員東亮

對於第 183 次委員會議通過的協商會議進行之方式與原則，請問大家對文字有不清楚嗎？如果沒有就照此進行。另外，時間控制部分，可看牆上投影的時間。大致進行方式，第一階段先由牙醫部門補充說明，之後請健保局說明有關受刑人納保增加之預算，由各部門一般服務移到「其他預算」專案支用部分；接下來按照各部門所提協商項目，依序提問，若無提問則很快跳過，直到牙醫部門的 13 項協商項目，包括專案...

何委員語

提權益問題，在主席尚未宣布會議開始協商前，希望各單位提供以下資料，若未能提供，對協議會有很大障礙：

一、醫院部門

- (一)「新醫療科技」各學會所提新增診療項目共 212 項，及其他學會已提 67 項診療項目、「調整支付標準」之 5 大科於 101 年 1~6 月份分配情形、「調整住院護理費」於 100、101 年 1~6 月份支付情形，表列供委員參考。
- (二)提供「罕病及血友病藥費」、「推動施行急診品質提升方案」、「提升住院護理照護品質」等專款項目，於 101 年 1~6 月執行率，及「推動 DRGs 之調整與鼓勵」於 101 年 1~6 月執行成果。

二、西醫基層部門

- (一)明確列出「家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」於 100 及 101 年 1~6 月份經費執行情形。
- (二)明確列出「醫療資源不足地區改善方案」於 101 年 1~6 月執行情形。
- (三)明確列出西醫基層門診透析預算與增加金額，及 100 年執行成果、101 年 1~6 月執行情形。

三、牙醫部門「根部齲齒填補」增加預算乙項，請健保局列出 101 年 1~6 月預算執行與成果，及 102 年度不能增加預算的原因。

以上為未來 2 天開會，個人權益需得到的解答，及要求提供的資料。

江主任委員東亮

- 一、何委員語事先提出要求，以便各部門準備資料。
- 二、現已確定協商方式與原則，且時間投影在牆壁供參考，若沒有其他問題，首先從牙醫部門正式進行協商，請牙醫部門綜合補充說明。

黃委員建文

主席、局長、各位委員及長官大家早，牙醫部門請劉醫師俊言補充說明。

劉醫師俊言

- 一、各位委員及長官大家早。因時間關係，且之前報告過 2 次，其中，委員對某些問題非常重視，故以此方向進行報告。
- 二、我們的目標在盡全力保護民眾的自然牙，另一大目標是解決被保險人目前就醫問題：

(一)根部齲齒填補項目：101 年度協商時牙醫部門提出計畫，執行 413,700 件、預算 331 百萬，感謝委員支持，並考量曾發生牙周病統合照護計畫執行率不高之案例，建議先以預算 113 百萬執行，隔年視執行情形再討論是否增加預算。健保局於 101 年 4 月公告施行根部齲齒填補，依 101 年 4~6 月執行情形，預估至 12 月份(9 個月)可達 172.2%，推估全年執行率 236%，與當初提出計畫的執行件數及預算接近。因此，102 年度預估增加執行 125,000 件、經費增加 100 百萬，因為有醫療需求，今年希望增加 218 百萬。關於玻璃離子體充填(89011C)無明顯替代性的問題，本會一開始即表明因材料特性，玻璃離子體僅有部分替代性，約 10%。

(二)牙周病統合照護計畫：依健保局公告執行目標需達到 56,800 人，以第二階段(P4002C)施行件數認定執行率。101 年 1~6 月第二階段(P4002C)共執行 31,597 件，執行率 55.63%，依

此推估，101 年最少可達 68,000 件，達成率 119.7%，預計 102 年可達 76,800 件，雖與 97 年國健局統計需照護 300 萬人次相距甚遠，但已跨出重要的一步。99、100 年執行率不佳，所以次年協商被扣預算，但 101 年預估結果推估，執行數將比目標人數多 11,000~12,000 人，請委員秉持一貫精神給予鼓勵。對於原一般服務已支應全口齒齦下刮除術(91006C)之意見，本會回應為：牙周病治療一件為 10,000 點，當初考慮全口齒齦下刮除術(91006C)之替代性，僅以 6,800 點給付，餘 3,200 點由一般服務支付。經執行 3 年之資料分析，因牙周病病情輕重有別，發現全口齒齦下刮除術(91006C)並無替代性。

(三)乳牙複雜性拔牙：依現行支付標準表規定，目前僅能申報乳牙拔除(92055C)250 點，但困難性乳牙拔牙並無可申報項目，對於實際處置時間及相對風險，實在不成正比。例如：乳牙牙根斷裂、垂直齒裂，需麻醉、挖牙根、手術將牙齒切半再取出，實在不敷成本。

(四)新科技根管治療：目標希望提高根管治療成功率，並解決就醫及等待時間太長的問題。因為有的根管 90 度轉彎，傳統的不鏽鋼根管銼無法達成治療。

江主任委員東亮

因為時間關係，彙總說明即可。請健保局說明受刑人納保增加之預算移至其他預算之擬案。

蔡組長淑鈴

目前受刑人約 6 萬 5 千人，102 年度預算編列在「醫療服務成本及人口因素成長率」內，健保局有以下幾點理由，建議將各部門原編在非協商項目的受刑人納保增加的預算移至其他預算：

一、受刑人的分布與健保六分區投保人數的分布不同，若放在醫療服務成本及人口因素成長率，經費將依原投保人數分布分到六分區，則對受刑人人數較多的分區，預算不夠，對受刑人人數

較少的分區，預算則會過多，將影響各分區特約醫療院所到監所提供受刑人醫療服務之意願。

- 二、我們沒經驗，不知究竟受刑人將花費多少醫療費用，因此在完全無基礎資料情形下，建議 102 年各部門列於醫療服務成本及人口因素成長率中與受刑人有關之預算，能移至其他預算項下列為專款，俟執行一年，瞭解其於各分區之分布，再回歸各總額一般部門，期使預算能公平分配。建議牙醫部門約移列 1.01 億。

江主任委員東亮

從現在開始提問。

陳委員錦煌

- 一、剛才蔡組長淑鈴報告受刑人納保的款項，我不同意。以付費者委員身分報告，受刑人所用的，是全體百姓的錢，不論牙醫 1.01 億、中醫 5 千 7 百萬、西醫基層 2 億、醫院 9 億，共 13.1 億，都是以健保費支應受刑人納保的費用，我不同意。講嚴重一點，受刑人在監獄、看守所吃的四菜一湯，也都是我們的錢，受刑人搭飛機的交通費也是。以前吃飯的事就不談，現要侵犯到健保費，會影響工會很多勞工。
- 二、今年行政院核定總額成長率上限 6%，醫療費用會成長 300 多億，工會已準備到衛生署抗議，工會 800 萬勞工，費率 4.91% 與 5.17% 相較，會跟勞工多收好幾億，正想請健保局計算，所以等蔡組長淑鈴報告完，我才講，健保局想把受刑人納保的費用從總額切出去，我不同意，弄清楚這筆錢從哪裡來才重要，受刑人納保怎可吃掉健保的錢，請健保局說明。

謝委員天仁

釐清一下陳委員錦煌的意思，若放在各部門會吃掉各部門的預算，例如：假設法務部給 10 億，用掉 13 億，各部門支付不足時會吃到原來預算，健保局建議移至其他預算，可能因現在不知情況，所以

先匡住，經費夠不夠，都由其他預算解決，不會吃到各部門預算，這樣的做法，在初期對各部門比較公平。陳委員錦煌是另一種講法，認為受刑人納保的費用，不應由全民負擔，由法務部編列預算對全民來講不公平，對吧？

陳委員錦煌

我的意思是，不管法務部矯正署如何編經費，都是所有納稅人繳的錢，最起碼應以易科罰金、捲款潛逃追回的錢，政府應統計能否支應受刑人1年健保費，不能因修法通過，就由全民負擔，我代表付費者來開會，當然有意見。

江主任委員東亮

陳委員錦煌表達很清楚，重視錢從哪裡來，但現在要談錢怎麼分配。

陳委員錦煌

主席，你錯了，沒有錢怎麼分配！不給錢怎麼分配！

葉委員明峯

陳委員錦煌很關心錢的來源問題，意見很好，可以移請立法院參考，因為立法院審查政府所編列的預算，費協會功能在健保費合理分配。

江主任委員東亮

同意此看法。

陳委員錦煌

今天有付費者委員提出，將來衛生署或健保局在立法院回答相關問題才有立場。不知錢從哪來，怎可以把總額的錢切出去，不同意。

江主任委員東亮

暫時保留到其他預算再討論，可以嗎？

謝委員天仁

假使牙醫部門無意見，這部分...。

江主任委員東亮

通過與否，及通過多少。

謝委員天仁

了解，這牽涉總額部門的權益，若同意才挪移，部門也許認為法務部給 10 億，可能用 7 億而已，還有賺，所以要留在總額部門，就不會同意移列。

陳醫師彥廷

牙醫部門地區預算分配，已 100% 錢跟著人走，所以不會有蔡組長淑鈴所說，各分區沒有錢、沒分到人的問題，所以我們不同意移至其他預算。

謝委員天仁

牙醫部門不同意。

江主任委員東亮

沒關係，現在是提問與意見交換時間，之後再決定。接來是協商因素項目。

林執行秘書宜靜

第一項為品質保證保留款成長率 0.3%，係因評核結果優等，依第 185 次委員會決議酌予獎勵成長率。

江主任委員東亮

請問委員有意見嗎？

蔡委員登順

牙醫部門所提的協商項目共 8 項，不過依資料顯示很多總額預算重複，例如「調整支付標準表(13 項醫令)」，已反映在「醫療服務成本及人口因素成長率」，每年給予成長，應做內部調整，又如「新科技根管治療」...

江主任委員東亮

請問對「品質保證保留款」有問題嗎？

蔡委員登順

沒問題，之前已核定。

江主任委員東亮

好，逐項討論。

蔡委員登順

牙醫部門所提的 8 項協商因素都很類似，事實上，都同意有困難，請牙醫部門針對民眾口腔照護較重要項目說明，雖然我們內部已有共識，但可討論調整，是否依資料顯示，8 項幾乎都不能給，如健保局認為「新科技醫療」項目，新儀器治療時間短、效果好，為何增加費用。

江主任委員東亮

現在依牙醫部門提出的協商項目，逐項提問，若無疑問，再討論下一項。

蔡委員登順

看起來，這 8 項都不能給費用。

江主任委員東亮

先逐項詢問。接下來是「口腔癌統合照護計畫」，沒有詢問。好，請逐項唸，委員有詢問再討論。

林執行秘書宜靜

請委員翻到議程資料第 4 頁，第 3 項「重大傷病齲齒危險群牙齒保存計畫」，牙醫部門提出成長率 0.497%，預估金額約 1.8 億。

江主任委員東亮

請問付費者委員有無詢問？沒有，下一項。

林執行秘書宜靜

第 4 項「新科技根管治療」成長率 0.489%，推估金額約 1.77 億。

江主任委員東亮

對本項有無詢問？目前為詢問時間。

劉醫師俊言

請問可回應剛才蔡委員登順對「新科技根管治療」項目所詢意見嗎？

江主任委員東亮

可以。

劉醫師俊言

有關「新科技根管治療」項目，請委員參看今日牙醫部門補充資料第 38 頁，已附上包含時間及設備的成本分析資料，可見可降低時間成本，主要目的在增加根管治療成功率，文獻顯示可增加 17% 成功率，讓 17% 牙齒可以不被拔掉，後端也可減少病患很多醫療費用。

江主任委員東亮

請問付費者委員對於說明有無詢問？

蔡委員登順

再請教牙醫部門，「新科技根管治療」的器械設備反而不易損壞，可延長使用期限及次數，若品質更好，可思考從每年評核優等所獲得的品質保證保留款給予獎勵。

連醫師新傑

報告委員，有關新科技技術，主要功用在於較柔軟，而非耐用度，因為傳統以堅硬的器械，治療有彎度的根管時，易造成牙根穿孔破壞，保不住牙齒，新科技並非增加耐用度，而是其柔軟度可在彎曲的根管擴大充填面。

江主任委員東亮

請問還有疑問嗎？沒有的話就進行第 5 項。

翁醫師德育

回應蔡委員登順剛才提問，我們所訴求的新科技根管治療為不一樣的器械，不一樣的模式，所以會有不一樣的結果。

林執行秘書宜靜

第 5 項「乳牙複雜性拔牙」，牙醫部門所提成長率為 0.470%，推估金額 1.7 億。

江主任委員東亮

請問付費者委員對本項有無詢問？

謝委員天仁

請問牙醫部門，是否意謂其他支付標準都合理，只有這項不合理？因為訴求乳牙複雜性拔牙困難度高，支付 250 點不合理，所以表示其他項目都合理？若這樣，應落下紀錄，否則各部門都要求比照，一下這項不合理，明天又那項不合理，其實是相對值，每年都處理類似問題，老實講很煩，直接說哪些項目不合理，找健保局談，轉請健保局調整相關支付標準，至於是否給錢，我們再來考慮。

翁醫師德育

並非不合理，而是牙醫在操作過程發現類此案例很多，且越來越困難處理，與原支付標準表無關，係新增支付標準項目，將較困難的乳牙拔牙單獨列出。

陳委員錦煌

記得之前牙醫部門曾簡報兒童看牙需約束其行為，困難點在此，所以要求加成？本項與之前所提有無關係？兒童只是比較難配合看診而已，約束是妨害自由。

劉醫師俊言

我們現在都不敢約束小孩。

江主任委員東亮

謝委員天仁的意見很重要，牙醫部門的意思是本項技術的複雜度，與其他項目比較相對不合理？若不是，因為時間關係，接下來看第 6 項。

林執行秘書宜靜

調整支付標準共 13 項醫令，牙醫部門建議成長率 0.412%，預算 1.49 億。

江主任委員東亮

付費者代表有無詢問？

謝委員天仁

是新增項目？或是舊項目的支付標準調整？

陳醫師彥廷

舊項目。

謝委員天仁

與前項協商因素一樣，只有這幾項支付標準需調整，以後不能來吵其他項目，不然像西醫基層部門，之前給外、婦、兒科，現在又要求內科，每天都處理這些事，很煩，希望一次講清楚。

何委員語

所提調整 13 項支付標準，情形為何，請說明。

陳醫師彥廷

補充資料第 25 頁為健保局的意見，認為我們所提 13 項支付標準調整至 1~3 倍，且之前調整過，第 26 頁為我們的回應意見，雖然 89、93 年曾調整過，但係將外加項目變為內含，並未實質增加支付點數。另外，建議各部門類似的手術難易度能一致，例如：囊腫摘除術點數，自 87 年到現在都未調整，相較於西醫部門類似手術之支付，確實較低，可能因大部分在牙醫門診執行。單純齒切除術、複雜齒切除術包括智齒拔除，因為治療風險較高，希望有較高的支付點數。

江主任委員東亮

時間已用掉 24 分。

蔡委員登順

今天共協商 4 個總額部門，其中有 3 個部門提出調整支付標準，但

依健保局提供資料，歷年都有給醫療服務成本及人口結構改變的成長率，各部門可加以善用來調整支付標準，每年成長率那麼多，都滾入基期，錢到底用到什麼用途！其實可利用這些錢自行調整。大致上這部分我們有共識，都不會同意。

江主任委員東亮

好。

林執行秘書宜靜

第 7 項「根部齲齒填補」，為 101 年度新增項目，牙醫部門建議 102 年再增加 0.276%，預估金額 1 億。

江主任委員東亮

請問有無詢問意見？

何委員語

想了解去年編的預算，執行率達 175%，但健保局認為根部齲齒填補的材料與原填補材料無替代性，雖然新材料執行率為 175%，但舊材料玻璃離子體填補並未減少，為什麼？

劉醫師俊言

向委員報告，因為材料特性不同，其實去年協商時也說明，玻璃離子體大多用於充填乳牙，但複合體則用在牙根齲齒充填，結構並不同，兩者間只有極少替代性，統計結果替代性低於 10%。

林執行秘書宜靜

第 8 項「牙周病統合照護計畫」，牙醫部門針對一般服務建議增加 0.088%，3 千 2 百萬。

江主任委員東亮

有疑問嗎？

謝委員天仁

想瞭解，本來不是列於專款？現在一般服務又要成長，讓人腦筋打

結，不一樣嗎？

劉醫師俊言

報告委員，牙周病統合照護計畫每位支付 1 萬點，分兩部分，6,800 點列在專款、3,200 點列在一般服務。因為一開始認為全口齒齦下切除(91006C)3,200 點部分有替代性，所以該部分由牙醫總額的一般服務支應，6,800 點專案部分屬新增，不過依據我們統計結果，事實上並無替代性，因為需因應不同程度的牙周病。

江主任委員東亮

有詢問意見嗎？

蔡委員登順

依牙醫部門報告，101 年可執行 76,800 件，若能做到這麼多案件，看起來有成長，但牙醫部門仍希望牙周病統合照護計畫留在專款。以消費者立場，專款比較能直接感受牙周病照護的重要性，放一般服務可能牙周病照護有被排擠。

謝委員天仁

再請問，我實在聽不大懂，新增 1 億需拆成兩部分，6,800 點由專款支應，3,200 點由一般服務支應，原專款 3.843 億元有無此現象？

陳醫師彥廷

當初編列專款預算，原認為有替代性 3,200 點部分，由牙醫部門一般服務支應，但依 3 年的結果來看，並無替代性。

林執行秘書宜靜

說明一下，當初牙周病統合照護計畫估列 1 件 1 萬點，其中全口齒齦下刮除 3,200 點，為牙醫支付標準原有項目。

翁醫師德育

當初協商時提出牙周病統合照護計畫每件 1 萬點，但健保局不同意，認為原已有牙周病治療部分，因全口齒齦下刮除項目有替代性，所以只新增 6,800 點，3,200 點則由牙醫部門一般服務支付。不過，

現在資料看起來並無替代性，因牙周病統合照護計畫與原全口齒齦下刮除術是兩套不同標準及操作方式，並無雷同。

謝委員天仁

請健保局說明。

蔡組長淑鈴

以前無牙周病統合照護計畫時，治療牙周病也給付齒齦下刮除的項目，協商時認為此部分同為牙周病處置之一部分，過去已給付齒齦下刮除項目，尚未給付部分為第 1、2 階段，所以才編列牙周病統合照護計畫專款，牙醫部門認為由一般服務支應第 3 階段部分經費不足，希望增加，不過健保局認為原給付項目已包括齒齦下刮除，若服務量大到比原來提供多，才較有理由增加經費，以上說明。

謝委員天仁

本來沒專案計畫時，一般服務已含齒齦下刮除費用，未再增加經費，為何有牙周病統合照護計畫後，反而因為新增服務量，而要求一般服務新增 3,200 點？原本已有的部分，我不管。

翁醫師德育

向謝委員天仁報告，情況是舊的服務沒有減少，新增牙周病統合照護計畫的第 3 階段又增加。

謝委員天仁

第 3 階段的費用本來已在一般服務，沒有牙周病統合照護計畫前通由一般服務支應，不能因增加專案，而要求本來由一般服務支應部分也增加費用，這與列在一般服務的觀念脫節，抱歉，只能增加第 1、2 階段費用。

陳醫師彥廷

當時牙周病大都以自費處理。

謝委員天仁

符合健保法規定嗎？健保已給付項目怎可收自費！

蔡組長淑鈴

支付標準原有齒齦下刮除項目，當然不能收自費，但過去牙醫治療牙周病的收費，是以 package(包裹式)收費，健保局覺得民眾自費壓力大，希望編列專款由健保支付，牙醫界也同意，才增加第 1、2 階段專款費用，現在重點在第 3 階段的量，即原來內含部分，也許可能是因過去牙醫以 package(包裹式)收自費，較少申報支付標準的齒齦下刮除項目，現有牙周病統合照護計畫專款實施後，自費情況減少，而個案增加，造成第 3 階段的量較原本基期的量多。

謝委員天仁

從某個角度可以理解其一般服務費用會增加，但若照健保局書面意見，服務量達一定水準，建議移到一般服務，而牙醫部門希望本計畫第 1、2 階段在專案，應讓我們瞭解，對牙醫部門有何差異。

劉醫師俊言

本計畫開始時，執行醫師數很少，占全部牙醫師數約 10~20%，幾年努力下來，因給予很多獎勵措施，執行這項治療的醫師數上升到約 40%，若移至一般服務，獎勵不見了，好不容易改變的醫療行為、醫療生態，促使較多醫師願意投入牙周病治療的努力，將會前功盡棄。

何委員語

- 一、我曾私下訪問自賓州大學回台灣的牙周病教授，他拒絕詳談，因為他看自費，不加入健保，我問他自費治療牙周病要多少錢，他說：「要我治療，就是 2 萬」。目前健保支付 1 萬，不知第 1、2 階段為專案，是否第 3 階段也可併入，不要用一般服務支出？
- 二、想瞭解很多牙醫師不願意加入牙周病照護，是否因自費可收 2 萬 5 千元，健保才支付 1 萬元？而且如果牙周病治療太成功，牙醫師的生意會減少，所以最好健保局把牙周病治療經費都刪掉，牙醫師最高興。

江主任委員東亮

謝謝何委員語。

林執行秘書宜靜

第 9 項「磨牙套保護」，牙醫部門提出成長率 1.017%，推估金額 3.68 億。

江主任委員東亮

若委員沒有詢問就到第 10 項。

林執行秘書宜靜

第 10 項「違反健保特管辦法之扣款」，推估扣 1 千 4 百萬，係依第 183 次委員會議決議。第 11 項「醫療資源不足地區改善方案」專款，牙醫有兩項，執業計畫及巡迴醫療計畫，全年經費 2.292 億元，無新增金額。第 12 項「牙醫特殊服務」，全年經費 4.23 億元。

江主任委員東亮

付費者代表有無詢問？好，第一階段提問與意見交換用掉 37 分 18 秒。付費者需自行召開會議嗎？

謝委員天仁

不用。

江主任委員東亮

直接進入部門協商，現在開始。

蔡委員登順

從牙醫部門成長率項目表看來，健保局之前提供意見，同意給予口腔癌統合照護計畫 200 萬。

江主任委員東亮

我們一項一項討論，先談受刑人納保新增之預算由一般服務移至專款項目，因涉及衛生署、各部門及健保局三方面。

謝委員天仁

報告主席，牙醫部門比較沒那麼複雜，建議混項談，或許付費者委員認為只挑其中 2 項，其他全軍覆沒，因為健保局都不同意給，所

以直接一點，請牙醫部門針對較有把握、有道理的項目說明，自己好自為之。

江主任委員東亮

可以嗎？不過先解決受刑人納保部分，請問牙醫部門同意自一般服務移至其他預算嗎？

陳醫師彥廷

建議留在牙醫部門，列專款項目。

江主任委員東亮

列在牙醫部門的專案，不跟其他預算混在一起，這是一方案。請問付費者委員意見。

蔡委員登順

可同意牙醫部門提出的方法。

江主任委員東亮

健保局有無補充說明？

蔡組長淑鈴

若放在牙醫部門專款，意思非常雷同，專款若未用完，不能回到一般服務，規則如此。

蔡委員登順

專款本來就專用，不能流用，沒用完當然要收回，過去對專款的規定即是如此。

蔡組長淑鈴

若比照專款規則，與健保局建議非常類似，可以接受。

黃委員建文

牙醫部門建議「專案」，不是「專款」。

謝委員天仁

「專案」、「專款」意思一樣。

翁醫師德育

跟大家說明，牙醫部門的意思不是列於專案計畫，而是在一般服務中，以一個 topic(主題)計算受刑人於 6 分區運用情形，專門探討，即於一般服務列專案監督，本項成長率明定列於牙醫部門。

江主任委員東亮

分析一下，放在一般服務，若使用超過會吃到一般服務預算，放專款則不會吃到一般服務，沒用掉部分收回。

陳委員錦煌

我有意見，不同意由全民健保費支付，應告訴我立法院如何處理，法務部編預算也是來自全民的錢，告訴我錢怎麼來的，我才同意。

江主任委員東亮

現有 3 個選擇，列在一般服務、部門專款或其他預算。

謝委員天仁

沒有所謂一般服務的專案，請不要混淆所有體系及架構，以後無法解釋，拜託，別發明新名詞，每個部門步調都一樣，才知道遊戲規則，當不夠或剩餘時應如何處理。受刑人納保初期，我們認為應列專案計畫，比較合適。

翁醫師德育

牙醫部門希望放一般服務，因為本項屬於投保人口年增率，滾入基期，應於一般服務支應。

黃委員偉堯

主席、各位委員，本項雖以人為基準，不過剛才陳委員錦煌已講，若最後未定案的話，未來還要重新處理，建議以剛才所提兩案擇一，同時納入陳委員錦煌意見，一是全部列其他預算，由健保局統籌，另一是移至牙醫部門專款，不是移入一般服務。優劣分析如下：第 1，以上兩種方式皆可因應萬一受刑人費用不從健保支付，屆時只要將項目拿掉；但若放在一般服務，被拿掉將會很複雜，放專款直接

拿掉，預算切割比較清楚。第 2，若仍維持由健保支付，則可從第 1 年實務運作結果估計真正使用狀況，第 2 年要求滾入一般服務的立論會較強，以上建議。

江主任委員東亮

蘇委員清泉是部門代表嗎？

蘇委員清泉

- 一、因為剛才指名立法院，所以回應一下，且四部門都會談到受刑人納保問題。剛才陳委員錦煌詢問受刑人納保保費來源為何，費協會掌管支出，收入部分不是由費協會傷腦筋。本來要由法務部編預算，後來百姓有意見，所以目前受刑人接受醫療的經費，戒護就醫或診療所就醫皆由法務部編預算，現行已有支付，另長期慢性病者，大部分是家屬自費領藥送進去，所以有 2 筆開銷。
- 二、像陳前總統昨天戒護就醫的費用，由法務部編預算，若自己要求出去就醫，需自行付費。法務部目前支出的醫療費用約占健保所預估之 13 億元的一半，受刑人本身就醫，無選擇自由，反過來要家屬出錢，家人已被關，生病不能自由選擇就醫場所，難道很公平？現在既然行政院陳沖院長指定張政務委員善政負責處理，立法院會與他們一起妥善解決，大家不用擔心。
- 三、倒是支出面，中醫、西醫基層、牙醫、醫院部門看多少受刑人還搞不清楚，該切割多少也搞不清楚，我贊同黃委員偉堯所說，以特殊款項管理，1 年後看使用情形再切應較精準。

謝委員天仁

拜託蘇委員清泉，這部分並非您所能表達意見，前段說明部分可以，但受刑人納保預算要列哪裡，還沒輪到醫院部門，到時再講。我的看法是列在專款比較有說服力，列在一般服務會有點奇怪，請牙醫部門考慮看看。

江主任委員東亮

請問黃理事長建文的看法為何？

黃委員建文

我們同意列在牙醫部門專款。

謝委員天仁

黃理事長建文很英明，回去有面子，因為爭取到很大一塊預算。

江主任委員東亮

依付費者委員建議，接下來討論協商項目第 1~13 項一起談。

蔡委員登順

牙醫部門可提出與健保局看法不同，卻認為有必要做的項目，不過不可能全部給，先講清楚。

劉醫師俊言

有關「牙根齲齒填補」項目，去年委員說先以 113 百萬元做做看，結果超過原預估，執行 236%，所以建議 102 年本項經費為 101 年所提 331 百萬，增加 218 百萬。

江主任委員東亮

請先說明項次，否則委員不清楚。

劉醫師俊言

第 7 項「根部齲齒填補」。第 8 項「牙周病統合照護計畫」，我們已努力 3 年，本計畫對國人牙周病治療有一定效果，希望能繼續放在專款，因距離目標 300 萬人次還很遠，預估 102 年有能力增加 2 萬件，即目標自 56,800 人增加為 76,800 人。還有第 5 項「乳牙複雜性拔牙」，由兒童牙科醫學會提出，因支付差距太大，希望委員能考量酌增費用。

蔡委員登順

過去對兒童部分已加三成費用，還要重複加成嗎？

翁醫師德育

先就根部齲齒填補，較易有共識部分討論，謝謝。

江主任委員東亮

牙醫部門內部意見不太整合。

翁醫師德育

沒有不整合，只是依順序，第 1 項「根部齲齒填補」。

黃委員建文

先就「根部齲齒填補」、「牙周病統合照護計畫」，目前已執行項目先溝通。

江主任委員東亮

好，從「根部齲齒填補」開始。

蔡委員登順

根部齲齒填補保固期多久？不能 2、3 年就得重新填補，那生意就做不完。

翁醫師德育

目前支付標準表訂保固 1 年半，根部齲齒填補後脫落的比率，比一般齲齒填補高，因大多發生在老年人，口水少，失敗率較高，我們現在已成立分析其重複率的專案。

謝委員天仁

比電器還糟，電視保固 3 年，醫療技術才保固 1 年半，根部齲齒填補後可能 5 年、10 年都沒問題，這樣可以嗎？技術成熟了嗎？

陳醫師彥廷

跟委員報告，支付標準表附註規定：恆牙保固 1 年半，乳牙保固 1 年。

謝委員天仁

跟在座各位做個民調，一般齲齒填補後，1 年半就有問題的有多少人？3 年沒問題多少人？5 年沒問題多少人？是技術成不成熟的問

題。

陳醫師彥廷

文獻統計，銀粉充填平均可用 10 年以上，一般複合樹脂約 5~6 年，但根部齲齒複合體平均大約 2 年，我們會追蹤與文獻有何差別，以往就已在追蹤充填的品質。

謝委員天仁

可否等技術成熟再提。

陳醫師彥廷

已經 10 幾年了。

謝委員天仁

但效果好像不怎麼好。

陳醫師彥廷

支付標準表所訂年限是針對極端值。

江主任委員東亮

建議牙醫部門可以改支付標準。

翁醫師德育

向委員說明，台灣牙醫水準不錯，世界先進國家在根部齲齒填補脫落比率其實很高，2 年約 10~11% 左右，支付標準表附註規定是，不論任何理由，失敗了可重新填補，但不會給付，不是 1 年半一定會失敗，雖然保固 1 年半，但 2 年內脫落的機率幾乎是 0，最低責任保固。

謝委員天仁

這項很特別，卻用最低責任保固，感覺不值得，應讓人感覺服務很好，可以萬年久遠，付費者才會買，不然為何要買。

翁委員德育

世界其他先進國家已有數據可參考，若謝委員天仁關心，我們執行

1~2 年後，一定會列出重複比率供參。

江主任委員東亮

目前給付的費用包含脫落率在內嗎？

翁醫師德育

目前支付標準採 fee for service(論量計酬)，四部門總額支付標準的精神都一樣，有做就給錢。

謝委員天仁

能否調整保固時間？

翁醫師德育

希望謝委員天仁給我們機會，若要證明台灣牙醫比其他世界先進國家更進步，也要給我們一點時間，最重要能給予鼓勵。

謝委員天仁

可以給予鼓勵，但要提高技術水準，保固期改 2 年。

翁醫師德育

請問委員給的鼓勵有多少？

謝委員天仁

有誠意，什麼都可以考慮，沒誠意的話，付費者委員並非我所能控制。

翁委員德育

可否讓我們今年執行，明年再增加責任保固期，其實 101 年執行超過預算太多，以前大家覺得牙周病統合照護計畫執行很差，當年度就扣掉，但本項是，當初所提對象是 65 歲以上患者，後來非常尊重各位委員「不要有年齡限制」的意見，所以放寬適用對象，目前預估 101 年執行超過 236%，已吃虧太多，希望委員能先給我們鼓勵，明年一定做到委員的要求。

謝委員天仁

今年先給予鼓勵，但萬一明年的承諾是空殼，或是明年你躲起來，不來協商，不承認有說過，所以還是應先釋出善意，積極一點，說

出明年會做到什麼水準，我們考慮看看。

翁委員德育

一定比目前 1 年半責任保固期長，至於多久，目前真的無法計算，因為才做 1 年，無資料可以預估重補率。

江主任委員東亮

問個問題，你們思考看看，目前有 40% 醫師執行本項，若量愈大，技術愈成熟。量少時脫落或損壞情況比較嚴重，但可以考慮量大時，對牙醫部門是有利的。

劉醫師俊言

不好意思，先說明 40% 為執行牙周病統合照護計畫的醫師。回到根部齲齒填補部分，請問委員的意思是依 101 年預算(331 百萬)，保固期改為 2 年嗎？

謝委員天仁

現在談 102 年，再增加 1 億，可是 1 年半就脫落，我的意思是，技術不能提升嗎？讓我們覺得有價值，願意忍痛跟你們買，才有意義，若認為「我就只能這樣，你們自己考慮」，我們也接受。

翁委員德育

這樣好了，跟世界先進國家的數據一樣，2 年重補率 10%，執行 2 年之根部齲齒重補率降至 10% 以下。

謝委員天仁

重補的意思是壞掉再重做嗎？看起來不錯，合理，表示有誠意，我們商量一下。

鄭委員淑芳

根部齲齒填補項目自 101 年才新增，預算 1.13 億，預估執行率 175%，但健保局認為替代項目玻璃離子體並無明顯下降，因此，本項執行率估計是否覈實，還有疑義，需增加那麼多經費嗎？

翁醫師德育

根部齲齒填補複合體充填項目，健保局自 101 年 4 月 1 日才公告，

目前只做 3 個月，以此預估全年做 9 個月之執行率為 175%，若推估全年 12 個月，執行率 236%，且逐月成長，所以高推估會超過 236%。

葉委員明峯

建議大家注意時間分配效率，本項只增加 1 億，卻討論很久，是否給一點，比如 8 千萬，就算了，別再一直討論本項。

江主任委員東亮

另外「乳牙複雜性拔牙」、「牙周病統合照護計畫」呢？

謝委員天仁

健保局建議「牙周病統合照護計畫」移至一般服務，牙醫部門希望列在專款，並增加 6,800 萬，我覺得照 101 年執行率，可能超過預估量，可考慮增加經費，但還是放專款嗎？牙醫部門希望維持列專款，所以只能同意增加專案經費，一般服務支應第 3 階段部分不同意給。

蔡委員登順

照牙醫部門所提「牙周病統合照護計畫」專款增加的數字給，一般服務部分取消。剛才葉委員明峯所提關於「根部齲齒填補」增加預算 1 億部分，我同意給。

謝委員天仁

其他項目「乳牙複雜性拔牙」，照付費者委員意見嗎？通通不給，當然還在未定狀態，不可能先給，不然好像剝皮一樣，所有條件都要通盤考量，最後才說好或不好。

蔡委員登順

那就這樣，好不好？算算看。

謝委員天仁

我們之前整合討論過，若依所提「根部齲齒填補」增加 1 億，「牙周病統合照護計畫」列專案，金額也照牙醫部門所列，其他項目通通不給，可以接受嗎？這樣比較快，沒多少錢，趕快談一談，讓我們休息。

何委員語

「口腔癌統合照護計畫」之前健保局同意給 200 萬。

蔡委員登順

「口腔癌統合照護計畫」照健保局意見給 200 萬，好不好？

江主任委員東亮

各位，現在進入延長時間。

陳醫師彥廷

只有 200 萬無法執行「口腔癌統合照護計畫」的內容。

謝委員天仁

現在我們的方案是，同意「口腔癌統合照護計畫」200 萬、「根部齲齒填補」1 億、專款「牙周病統合照護計畫」6,800 萬，其餘通通不給，牙醫部門意見如何？

劉醫師俊言

現在癌前病變篩檢 1 年可篩出 9 千~1 萬人，其中 2,500 人左右變成口腔癌，本項的目的是要減少癌前病變轉變為口腔癌的數量，做得好的話，可降低將來的醫療費用，大部分需在醫院做，請委員評估。

何委員語

「口腔癌統合照護計畫」項目，建議給一半。

謝委員天仁

其他項目不要了？先確定要保留、有意見的項目，否則無法談。

劉醫師俊言

「新科技根管治療」項目，效果比較好，增加 17% 完成率，留住牙齒，病人將來可省下很多醫療費用，請委員考量。

謝委員天仁

只多「新科技根管治療」項目，沒有其他了？好。

鄭委員淑芳

有關品質保證保留款，第 182 次委員會決議累計最近兩年額度，其

他年度保留款則回歸一般服務，99、100 年大約回歸 2 億多品質保證保留款至一般服務，建議其他項目不再增列經費，因為已回歸 2 億 5 千萬元經費，可以統籌支應這些項目。因此，除「根部齲齒填補」1 億元、「牙周病統合照護」專款外，其餘項目統籌由品質保證保留款回歸一般服務之經費支應。

江主委委員東亮

請問主談團委員意見如何？

謝委員天仁

本來想給「口腔癌統合照護計畫」200 萬，你們不要，現在我們想一想，200 萬不給算了，否則沒意思，你們還有醫療服務成本及人口因素成長率，雖然是四部門最低的。

翁委員德育

「口腔癌統合照護計畫」只有 200 萬，沒辦法做那麼多事，我們回去研究，明年再提出更好的規劃來徵求經費支持。

江主任委員東亮

所以你們放棄「口腔癌統合照護計畫」？

翁醫師德育

希望委員再斟酌考量「乳牙複雜性拔牙」項目，因為真有事實需要。

謝委員天仁

「乳牙複雜性拔牙」1.7 億，目前最高只給到 1 億。

翁醫師德育

只要委員給我們鼓勵，都可以接受，「新科技根管治療」項目也一樣，只要有鼓勵，我們都概括承受，牙醫部門要的很簡單，希望委員多給鼓勵，因為牙醫部門的非協商因素成長率真的非常低。

謝委員天仁

剛才已講過，「乳牙複雜性拔牙」部分不可能給，因為各部門原則要一樣，所以這部分，你們自行考慮。我們的意見已整合過，剛才提出的方案已是最終方案，無法再做其他調整，因「牙周病統合照護

計畫」仍列在專款，也增加金額，都照你們意思給，是否其他部分依照委員意見來做，以後技術成熟或有充裕預算時，大家再來談，明年經濟成長率看起來不甚樂觀，所以能否請牙醫部門互讓一步。

翁醫師德育

主席，能否要求看一下現在成長率？

江主任委員東亮

可以。

林執行秘書宜靜

目前受刑人納保部分成長率 0.280%，請同仁改列專款，所以投保人口數年增率只保留人口增加部分，協商項目，品質保證保留款成長率 0.3%、根部齲齒填補增加 1 億，成長 0.276%，一般服務成長率合計，同仁試算後再向大家報告。專款部分，牙周病統合照護增加 6,800 萬，全年經費 452.3 百萬。

翁醫師德育

拜託各位委員聽我們的心聲，委員同意給 2 項，我們真的很感激，但對於歷年執行良好的「新科技根管治療」項目，希望再考量，因為根管治療好，缺牙數少，相對的將來病人自費的負擔會減輕，且新科技根管治療對民眾來講，應是功德無量，拜託委員再考慮。

蔡委員登順

「新科技根管治療」在支付標準表無法拆帳，到底用新的治療器械或舊的器械，看不出來，所以支付面有困難。我們經過整合的結果，認為「口腔癌照護計畫」對民眾很重要，萬一得病需要徹底治療，經過討論結果，牙醫部門提出 4 千 6 百萬，我們給一半，2 千 3 百萬，好不好？

謝委員天仁

抱歉，你們同意才給，不同意就收回，先說清楚。

翁醫師德育

口腔癌統合照護計畫真的很不容易做，我們提的預算，是醫院很老

實、一五一十，一點都沒有虛增，4 千 6 百萬不一定能執行，非常困難。

謝委員天仁

截長補短，先做看看，只是一個給錢的名目而已。

翁醫師德育

牙醫部門每年都很老實，每年都做做看，隔年都死得很慘，真的希望再考量 4 千 6 百萬，我們可以接受，但是打 5 折，去年根部齲齒打 3 折，真的對我們造成很大困擾。

謝委員天仁

新東西要讓人試用，覺得不錯，下次才會再給錢，太堅持沒法做。

陳醫師彥廷

「根部齲齒填補」、「牙周病統合照護」今年執行率都已超過，更別說明年度，試用結果良好，也沒有真正鼓勵我們。

謝委員天仁

哪個部門沒有超過！你告訴我。我們已相對考慮，委員每個都釋出善意，好不好？是否就此決定？

連醫師新傑

回應蔡委員登順所說「新科技根管治療」品質無法界定，其實專業 X 光可很清楚看出，且建議於支付標準嚴謹要求，引用新科技根管治療絕對能增加民眾牙齒的保存率。

謝委員天仁

最後問你們同不同意，不然要收回來，時間到了，沒差多少，先試試看，有問題明年再說。

黃委員建文

好，我們就努力「口腔癌統合照護計畫」，謝謝給我們機會。

謝委員天仁

謝謝。

江主任委員東亮

最後確認，宣讀一下。

林視察淑華

醫療服務成本及人口因素成長率為 0.381%，協商因素成長率為 0.536%，一般服務成長率為 0.917%，專款項目總金額為 1,205.8 百萬，總計成長率為 1.346%。

林執行秘書宜靜

同仁試算可能有問題，待會暫停時，我們將數字確定好，再跟大家確認。

江主任委員東亮

暫停 3 分鐘，讓同仁整理好再回來。

(中場休息 3 分鐘)

江主任委員東亮

請大家回到會場，還剩多少時間？

張組長友珊

使用時間 77 分鐘。

林執行秘書宜靜

牙醫部門原本協商時間 65 分鐘，得延長 20 分鐘，總計可用時間 85 分鐘。

江主任委員東亮

好，請宣讀。

林執行秘書宜靜

一、請大家參看螢幕，確認所有成長率。投保人口年增率 0.163%、人口結構改變率-0.129%、醫療服務成本指數改變率 0.347%，所以醫療服務成本及人口因素成長率 0.381%，其中受刑人納保部分移至專款。

二、協商項目共 3 項，品質保證保留款成長 0.3%，口腔癌統合照護計畫成長 0.064%，根部齲齒填補成長 0.276%，所以協商因素成長率為 0.6%，一般服務之非協商與協商因素成長率合計

0.981%。

三、專款項目共 4 項，醫療資源不足地區改善方案 229.2 百萬，牙醫特殊服務 423 百萬，牙周病統合照護計畫 452.3 百萬，增加 68 百萬，受刑人之醫療服務費用 101.3 百萬，專款項目合計 1,205.8 百萬。

四、總成長率相較已校正之基期費用成長 1.409%，相較 101 年核定總額成長 1.421%。

江主任委員東亮

雙方意見如何，接受嗎？

黃委員建文

可接受。

江主任委員東亮

好，感謝。付費者委員可以嗎？

謝委員天仁

可以接受。

江主任委員東亮

好，感謝各位。

本會 102 年度全民健保總額協商會議
與會人員發言實錄

貳、「西醫基層總額(含門診透析服務)」

貳、102 年度總額協商—「西醫基層總額」與會人員發言實錄

江主任委員東亮

各位委員及部門代表，現在我們要進入西醫基層總額部門的協商，根據目前的進行方式，在協商正式開始前，還是要請工作人員宣讀本會於 6 月 8 日第 183 次委員會議通過的總額協商會議進行方式及原則。我以前也講過，身為主席主要負責二件事情，一是控制時間，二是根據大家協商出來的原則，依大家對原則的遵守情形來維持秩序，現在請同仁宣讀會議進行方式及原則。

同仁宣讀 102 年度總額協商會議之進行方式與原則(略)

江主任委員東亮

各位委員對於協商會議之進行方式與原則有沒有不清楚的地方？如果沒有的話，我們就進行協商。西醫基層總額協商代表及成員，是由李明濱理事長領軍，他是主談，然後有陳宗獻、吳首寶、張孟源、蔡明忠、黃啟嘉及盧榮福醫師。付費者代表主談的有謝天仁、蔡登順、陳錦煌及何語委員，其他付費者委員都可以發言表示意見，但是因為雙方到最後要確認時，是以主談者為最主要的確認對象，不然部門內部如有不同意見，就會有問題。現在時間是 11 時 21 分，今年西醫部門總額的協商就此開始，首先請李理事長明濱對於西醫基層的部分做綜合補充說明，時間大概 5 分鐘。

李委員明濱

主席、各位委員、各位長官、代表，大家午安、大家好。先謝謝讓我們有機會說明，實際上全聯會基層代表在過去一年來討論很多，主要大概幾個原則，第一是配合國家衛生政策，第二是依照經建會相關決議，再來就是配合二代健保的實施，未來要推動的一些方向，更重要的，我們是站在民眾健康照護的需求、立場及可近性來考量，提出醫界實務的規劃。因為在費協會我們已報告過很多次，所以相關的資料就不再重覆，如果主席和各位委員同意的話，建議直接按照主席的安排，逐條討論，謝謝各位。

江主任委員東亮

謝謝李理事長，接著請健保局進行政策項目的補充說明。

蔡組長淑鈴

主席、各位委員，有關受刑人部分，在受刑人納保修法通過後，估計納保人數約 6 萬 5 千人，在 102 年總額架構中，是直接納入投保人口成長率，屬非協商因素，各總額均有列。考量受刑人分布情形，若金額放在非協商因素中，將來就會隨著投保人口分布六分區分配到地區總額，但是受刑人在各分區的分布與全國投保人口分布，有非常大的不同。明年是受刑人納保之第一年，我們不清楚受刑人會用掉多少醫療費用，而且將來會先行提供醫療服務的院所，主要是基層診所與醫院，我們也擔心未來恐怕用得多的分區預算不足，用得少的分區有剩餘之不公平現象，故建議 102 年西醫基層總額列在非協商因素中的 2.62 億，可否先以專款方式處理，等到穩定後再回到一般服務之分區預算。

江主任委員東亮

這部分西醫基層部門有無提問？

李委員明濱

原則上我們配合政策。

陳委員錦煌

李理事長說配合政策，但我的意思是，這部分的費用不應該使用全民健保，要看法務部如何支付這些費用。受刑人費用，西醫基層 2 億 6 千萬、醫院 9 億、牙醫 1 億、中醫 5 千 7 百萬，加起來 13 億 1 千萬，我的意見是財源比較重要。以前沒感覺，受刑人吃飯的錢，我們出都沒計較過，但現在要花 10 多億元，全民都會有意見，媒體也報導這些費用不應該由全民出，重點是看政府怎麼來支付這筆錢，請健保局和衛生署要注意這個問題。

江主任委員東亮

謝謝陳委員錦煌。現在是不是按照協商項目，從品質保證保留款開

始，付費者對本項有無詢問？若無，接著是新醫療科技，請說明。

林執行秘書宜靜

第 2 項是新醫療科技，西醫基層建議成長率 0.061%，增加金額是 0.57 億元，因為本項同時屬於 102 年衛生署交議的政策方向，所以請委員參閱議程資料第 19 頁，健保局建議意見，新醫療科技在基層部分增加 0.38 億元。

江主任委員東亮

付費者有無提問？如果沒有的話，就進到下一項安全針具。

李委員明濱

意見不一致是不是可以說明。

江主任委員東亮

可以，意見如果不一致請說明。

張醫師孟源

主席、各位委員大家好，新藥、新科技對國民的健康有很大的幫助，西醫基層很多新藥，往往第 1 年的估計和第 2~4 年累積的費用有落差，很多過去所稱的替代率，根本是高估，事實上編列的經費都是不足的。我們過去已經提供很多資料，這方面如果能夠引進更多更新的醫療技術或藥品、特材，能提升基層品質，有助於縮短西醫基層和醫院部門在照護上的差距，希望委員能支持西醫基層所提的 0.061%。

江主任委員東亮

請健保局補充說明。

沈組長茂庭

我們在估算新藥時，在新藥上市後，會有 5 年的時間來看它的成長，不是只看第 1 年，會看 5 年，然後計算 5 年的數字，醫院和西醫基層總額都是一樣的方式。其次，在基層部分，有些新藥引進後會含在簡表，所以不會增加費用，這是和醫院比較不一樣的地方。

江主任委員東亮

付費者這邊有無詢問？

何委員語

醫院總額部門自己只提 10 億，可是健保局竟然要給 16.77 億，西醫基層部門提 5 千 7 百萬，健保局建議 3 千 8 百萬，我想瞭解這二者有無連帶關係。

沈組長茂庭

醫院和西醫基層的新藥，我們都是以 5 年的數據來估算，醫院推估約 9 點多億，還要再加上新特材及新科技。醫院部門提出 10 億是因為只以第 1 年估算，二者的估算方法不太一樣。

江主任委員東亮

何語委員的問題是醫院和基層之間是不是有相關？

沈組長茂庭

一個新藥引進後，在醫院和基層都會使用，但大部分是用在醫院，基層用的比例會少一點，因為新藥大多用於重病或癌症治療，但基層還是會有一些。這些藥都一樣，只是大部分用在醫院，只有小部分在診所會用到。

陳委員宗獻

關於新藥部分，如果是癌症治療，大部分用在醫院，但是像最新一代糖尿病控制的藥，事實上不會有替代效應，因為糖尿病治療藥物，以口服藥來講，大約每 5 年就會失效，所以只能直接換藥，中間價格差距非常大，而且常常是第一階段用一個藥，最便宜的一塊多，第二階段會用 2 個藥，到第 10 年以後會用 3 個藥，沒有替代。

江主任委員東亮

付費者沒有詢問的話，我們就進到下一項安全針具。

林執行秘書宜靜

第 3 項安全針具，基層提出成長率 0.04%，增加 3.8 百萬元。請委

員同時參閱議程資料第 20 頁健保局擬案，一樣是增加 3.8 百萬元。

江主任委員東亮

金額相同，付費者有無詢問？沒有的話，下一項是新增跨表項目。

林執行秘書宜靜

西醫基層建議新增跨表項目成長率 0.012%，總共增加 9 項，推估增加金額 11 百萬元。

謝委員天仁

這是不是新增項目？

陳委員宗獻

這個部分是新增項目，原來基層不可以做，是讓外科醫師從醫院出來以後，有較寬的範圍，可以執行這些項目，因為放寬後，這些項目診所也可以做。

江主任委員東亮

好，還有沒有其他詢問，沒有的話進行第 5 項。

林執行秘書宜靜

第 5 項是支付標準調整，西醫基層提出 2 項，第 1 項是增加外科相關處置項目的支付標準調整，第 2 項是調整內科門診診察費。外科處置項目建議成長率 0.05%，增加金額 46.5 百萬元，調整內科診察費建議成長率 1.005%，增加金額 9.418 億元。請委員同時參閱議程資料第 19 頁，針對調整支付標準部分，健保局有提出建議，希望能配合醫院一起調整支付標準項目，建議金額 2 億元。

江主任委員東亮

先請西醫基層及健保局說明。

張醫師孟源

關於支付標準調整，在外科部分，我們知道經建會的決議為外科屬於艱困科別，所以有些外科的簡單處置，若能夠在外科基層診所執

行的話，也可以減少病人到醫院的就醫負擔，所以我們希望在外科處置方面，能酌量增加，費用非常低，只有 2 千 2 百萬元而已。另外在內科方面，內、外、婦、兒科為艱困科別，考量去年總額成長的限制，所以先調整外、婦、兒科，今年主要針對內科，一方面配合將來人口老化，對內科的需求包括慢性病、三高及重症病人服務量的增加，希望能提升內科在艱困科別上予以補助。

江主任委員東亮

付費者有無詢問？

謝委員天仁

支付標準調整的處置項目，好像是舊的項目加成，為什麼要加成？

蔡醫師明忠

跟委員報告，很多外科的處置，因為支付點數實在太低，在外科很多人幾乎都不做，希望委員同意加成 20%，由於委員有這個愛心，能夠讓病人就近在當地接受照護，提高病人就醫可近性，這樣病人不必到醫院，也能夠減少醫院急診室等待的量。我們希望能夠讓所有的外科醫生很清楚，由於委員關切這個問題，所以要基層醫師動起來，做這些處置，全部金額只有 2 千 2 百萬元，但可預見將來的效應，在醫院內部也可省下更多費用，對病人來講，則可減少周車往返及增加可近性，這是我們提出的原因。

謝委員天仁

這樣還是不太瞭解，是不是可以告訴我，現在調整點數的這些項目，因為比較難處理，所以支付點數低。就西醫基層部分，是否除了這些項目以外，其他項目的支付點數都標準了，不然像拔鵝毛一樣，每次拔一點，我們沒有辦法處理。

蔡醫師明忠

這些項目是真正能鼓勵外科醫師做的，這是強調的重點，其他很多項目大家都能去攤到，但是這些項目，例如肌腱縫合，不可能讓一般醫生去做，大部分強調的是在外科醫生。我們今年提出這 10 個

項目，外科醫學會也同意，希望在基層加成 20%，因為他們也看得到，若基層逐漸萎縮不做的話，這些病人湧到醫院以後，對醫院急診室的負擔量會非常大。其他項目支付標準的 RBRVS(資源耗用相對值表)合不合理是另外一回事，但眼前的 10 個項目對外科來講，是很立即讓外科感受到所有委員的重視，我們也要喚醒所有在基層的外科醫生，把我們能做、該做的拿回來做，這一點跟委員報告。

謝委員天仁

如果沒有做呢？現在我們聽你們提這些項目，其實最後的結果都在總額內，到那裡去沒有人知道。你告訴我這個項目要加，那個項目要加，結果加一加不見得有用，因為它萎縮了沒有人來啊！你的目的和訴求其實很容易，叫健保局調支付標準就好，和我們的錢一點關係也沒有，你的問題就解決了。

張醫師孟源

支付標準有分 A、B、C 表，這個項目是屬於 C 表，A 表是醫學中心和區域醫院，B 表是地區醫院，C 表是基層診所。剛蔡醫師提到的部分，例如肌腱縫合，C 表在西醫基層的給付本來就比較低，同樣是肌腱縫合，可能在不同的層級給付都不同，我們是希望縮短之間的差距。另外一個問題是，一方面 C 表西醫基層的給付本來就比較低，再來就是量又不多，所以這二個因素加起來會造成外科萎縮。支付標準有很多項，我們當然選擇目前最具迫切性的先提出，這樣才能夠實際增加到外科的給付。

謝委員天仁

就是說以後還很多就對了。

張醫師孟源

還是配合國家政策，以艱困科別為主。

陳委員宗獻

這是外科醫學會提出後，我們刪到最後剩下這些，原來比較多項，但我們覺得這些是較迫切可做的，可以減少急診室的壓力，而且一

定是外科專科才能做。不是說2千萬不多，而是這個意義在執行上，可以鼓勵外科醫師在基層診所多做這些項目。

吳醫師首寶

這些錢是放在特定項目內。

江主任委員東亮

再稍微幫忙說明，謝委員天仁的意思是，是否只有這些項目不合理，所以要調整，其他項目都合理，所以明年其他項調整就沒有。

謝委員天仁

是西醫基層所有的支付項目。

陳委員宗獻

外科部分。

謝委員天仁

這樣不行，改天又換別的科，我那有辦法應付，要調一次調，不然我們沒有辦法處理。每次都丟一點，最後大家一起成長，錢都是我丟的，但是你的醫療密集度沒有任何改變，這怎麼合理？

蔡醫師明忠

主要是針對眼前艱困科別先行處理，外科在整體作業來講，是萎縮到相當程度，從今天的補充資料第8頁，可以看到整體外科真的很糟糕，一個外科專科醫師受訓時間那麼長，到了基層以後又不做的話，是很糟糕的事情，我們希望委員的關心，讓我們來喚醒所有的外科醫師在基層能執行這些項目。

江主任委員東亮

就我的瞭解，付費者的意思是要調的話就一次調足。

謝委員天仁

老是這樣調，這個技倆已經用太多年，應該換一個新招數。

李委員明濱

很贊成剛才謝委員天仁的建議，針對有問題的部分要一起共同提出，現在就考慮到艱困科別，還有最近大家看到某個縣市，連很簡單的縫合就要送急診，大醫院也不願意做，讓病人轉來轉去。所以剛有提到我們提出的錢雖然不多，但是有宣誓意義，對民眾緊急傷害部分可以就近醫療。

江主任委員東亮

相信付費者代表大概也都很贊成這個意見，但是他們不知道未來還有什麼變化，因為牽涉到接下來的內科，是不是你們連內科也一起詢問。

蔡委員登順

過去認為艱困科別，婦產、兒科、外科，要做支付標準的調整，所以在 100 及 101 年已納入考慮，是認為有道理。剛謝委員天仁的意思很清楚，今天如果同意內科，明年是不是其他科也會要求？總額沒那麼多，每年都選擇幾個科來做艱困科別的訴求，未來總額更困難。如果有這個事實，整個醫療都屬艱困科別，倒不如一次處理，不要每年處理幾科，這樣非常不好。

盧醫師榮福

- 一、內科為艱困科別也不是我們創造出來，而是黃煌雄監察委員進行 2 年的健保總體檢所得出的結論。可以看今天西醫基層部門提供的補充資料第 4 頁，依內科醫學會的統計，每年招收第一年住院醫師時，也許醫學中心可以招比較多，但地區或區域醫院就招不滿內科醫師，依衛生署訓練容額資料，每年內科名額大約有 13%~17% 容額沒有用到。
- 二、一個住院醫師從 R1(第一年)進去，訓練 2~3 年以後到 R3，每年會有 20% 流失，因為做了 2 年內科醫師後，覺得這一科不好，不要繼續做而轉到別科，所以我們看到的情形是，內科醫師一直在流失。從補充資料第 5 頁可以看到，我們國家是往老年化方向走，在 2011 年 65 歲以上人口占 11%，到 2017 年則有 14%，

這樣再過 10 年、20 年以後，如果內科醫師一直流失，而老年人口一直增加，老人以後的醫療會沒有很好的內科醫師關照，基於老人還是讓內科醫師照顧，其醫療品質最好，所以才會提出這個項目。

謝委員天仁

內科到底怎麼樣艱困，能不能讓我瞭解？

盧醫師榮福

請大家看今天補充資料第 8 頁最後一欄，內科在第二列，平均每位醫師年收入約 437 萬，與其他科別比較，皮膚科是 620 萬，小兒科是 562 萬，因為小兒科 98、99 年有調整診察費，所以收入有增加，復健科可以拿到 950 幾萬。在四大科裡面，婦產科也是 4 百多萬，相形之下，復健科、骨科、皮膚科收入較佳，醫學生畢業會比較那些科收入較好，就會轉移過去。艱困科別就是大家在比較時，不會想來的科別，這就是艱困問題所在，因為大家會希望從事風險較低，病人進來又不用處理很多病的科別，所以才會造成內、外、婦、兒四大皆空的問題。

江主任委員東亮

- 一、還是要說明，過去衛生署都給總共 1,948 名專科醫師訓練容額，但每年畢業生大概只有 1,300 名，所以每科平均起來，都至少會有三分之一的缺額，剛用那種方式計算會誤導資訊。最近 2 年減少是因為 PGY1(畢業後一般醫學訓練)訓練期程延長的關係，所以這二年可加入專科醫師訓練總人數大幅下降。這種說法要澄清一下，免得以訛傳訛。
- 二、黃監察委員煌雄的意思是急重難症部分需要鼓勵，因為內科有較輕鬆的醫療，也有困難的醫療，所以不是同時提高，而是提高急重難症的部分。

張醫師孟源

- 一、主席講的內科專科醫師訓練容額部分非常正確，請看我們今天

的補充資料，真正重點容額是指 R1 住院醫師招收率，但我們要看的是 R1 升 R2 情形，就是我們今天補充資料第 4 頁，以 99 年為例，內科 R1 招收 403 位，第 2 年升 R2 時只剩下 329 位，等於有 5 分之 1 左右的內科住院醫師，在做完 1 年以後就離開內科系。盧醫師的說明是，因為內科系的養成，在住院醫師非常辛苦，而且訓練時間非常久。此外，對於內科的艱困科別，我們有做排除，因為總額預算的限制，所以內科醫學會提出的排除條件，例如排除做呼吸治療案件的內科醫師，另外洗腎因屬透析總額，所以也不包含在內，其他還有做安寧療護案件的醫師也排除。我國人口老化是不爭的事實，對於老年人口真的需要更多的內科醫師。

二、請看補充資料第 5 頁，從民國 95 年到 100 年，在西醫基層執業的內科醫師，很明顯愈來愈少，尤其在第 6 頁更清楚，西醫基層執業的內科醫師，從 95 年 16.4% 降到 98 年 14.5%，然後 100 年降到 13.9%。今天早上我看到一位老人家是內科病人，必須要有 2 個人扶著他才能夠來看診，假如西醫基層內科繼續萎縮，後輩必須要把老人家送到醫院，是相當大的負擔。

三、剛盧醫師也提到內科費用為什麼艱困，可以參看第 8 頁資料，其實真正的重點在於，醫師主要收入來源是診察費，診察費不是醫師全部拿去，還必須負擔房屋、水電成本還有其他醫事人員成本。第 8 頁診察費部分，平均每位內科醫師的診察費，是其他科例如小兒科的一半，和外科、婦產科差不多。醫師真正的收入在診察費，若除以 12，則平均一個月內科醫師的診察費低於 20 萬，還要負擔很多其他的人事成本，艱困的理由在此。

江主任委員東亮

好，請問付費者委員意見。

謝委員天仁

一、這份資料我還是看不太懂，剛才要我們看的那張表，內科平均每位醫師醫療費用，和其他科別相較下，比內科低的還有好幾

科，像精神科、泌尿科不是更艱困嗎？我沒有辦法感受到你艱困之處。

二、艱困科醫師提供的量降低，表示市場本身的需求量沒有那麼高，不然每位醫師的量應該會增加。邏輯很清楚，市場的量是萎縮的，他的量本來就少，量少要我們丟錢進去，這是什麼邏輯？我們怎麼對全國付費者說明？看的少反而要給更多錢，這是付費者應該承擔的責任嗎？還是醫界對於科別平衡的發展，大家應該共同承擔，或是衛生署為了醫療發展，要投入醫療發展基金，怎麼會來跟我們要錢呢？看愈少可以要更多，邏輯很奇怪，我們沒有辦法接受你們這樣的訴求，也沒辦法感受到他的艱困。

張醫師孟源

基層執業的內科醫師量少，是因為維持不下去，量就會減少，假如生意做得好，量會增加，所以從 95 年至 100 年，內科在西醫基層執業的比率愈來愈少。但病人並不是愈來愈少，就像盧醫師榮福講的，因為我們人口老化的情況和日本差不多，所以病人愈來愈多。西醫基層內科醫師收入主要靠診察費，和其他科別比較起來，每位內科醫師診察費甚至不到其他科別的一半，這就是為什麼內科無法成長，反而下降的主要原因。

江主任委員東亮

西醫基層的小兒科愈來愈多，但去年變成艱困科，所以付費者委員會覺得邏輯上無法講清楚，為什麼去年小兒科變艱困科，但收入其實是高的，而且人愈來愈多，所以如果單以這個數據，可能無法說服謝委員天仁。

陳委員宗獻

依補充資料第 4 頁，內科之所以呈現第 1 年住院醫師到第 2 年、第 3 年留下人數愈來愈少，離開比率達 20% 以上，主要是每個人看病時間愈來愈長，因為病人年紀大、併發症多，而且診察費低，風險又高，所以相對之下，造成 R1、R2、R3 愈來愈少的情況。基層和

醫院不同，基層是所有的內科醫師出來後，最後要走的那條路，在這種狀況下，又看到如果走內科，3年後變成總醫師，再2年變成主任醫師，最後再出來開業的環境很差，才會出現這種狀況。如果我們能對此做些改善，多少會引導長期以來一直扭曲的生態環境。

黃委員偉堯

接著剛才謝委員天仁的問題，想請教幾個問題：

- 一、關於支付標準表跨表部分，主要是外科，就剛才西醫基層的說明，是要幫醫院負擔一部分的外科病人，能不能估計預計會幫醫院總額負擔多少病人？醫院總額會減少多少服務量？我想病人的醫療服務需求在短期應該是固定，基層這邊增加，醫院那邊應該不會完全不變。
- 二、基層建議加成20%，因為是跨表項目，是否以地區醫院的支付標準為基礎。如果是，基層加20%，一定超過地區醫院的支付標準，因為是按照地區醫院的標準直接加成20%。這會產生什麼影響？可能要納入考量。
- 三、應思考專科的分別在基層醫療服務的提供重不重要？剛提到這些醫師不做內科後，是轉其他科繼續留在基層，還是就不執業了？可能需要瞭解。這些人也許變成耳鼻喉科醫師，也許有雙專科，但還是內科醫師，可以執行內科的醫療工作，這是基層醫療是否需要區別專科的考慮。根本問題是，本來找內科就醫的病人，是不是直接找耳鼻喉科醫師，亦即病人的總需求沒有改變，只是就醫的地方改變，有其他醫師可以提供相同的服務。所以就算增加內科診察費，對內科醫師人數的增加是否有所助益呢？資源投進去後還要看後面的效果。

陳委員宗獻

黃委員偉堯所提的加成20%，是從基層的支付點數加成。另建議調整項目多屬深部創傷處理，大部分都是外傷，比較不容易估計。

蔡醫師明忠

我們是針對現有個案來加成，並沒有新個案，希望能讓病人在基層就處理好，不必再到醫院，重點是，讓民眾在一次就醫中就完成處置，不必再舟車勞頓，到急診室等候，且加成部分並沒有新增多少，而是就現有個案。基層的觸角很廣，分布在全台灣很多地方，病人遇到緊急狀況，在基層可以馬上處理，就不需要舟車勞頓跑到醫院等候。

王委員德明

- 一、有個比較困惑的地方就是補充資料第 8 頁，平均每件診療費點數都很低，小兒科只有 8 點、內科 57 點、外科 142 點、復健科 987 點。剛西醫基層也提出流失的醫師很多，是那一區流失最多？還有這張表列有多項平均每位醫師費用的欄位，請供更詳細的說明。
- 二、西醫基層是不是因為醫師不夠，所以有些病患到醫院去，有沒有數字可以讓我們瞭解？

張醫師孟源

第 8 頁表格的第一欄是診察費，即平均每位醫師診察費；第二欄是診療費，就是一些手術、處置及復健治療等；第三部分是藥費，最後是加總的醫療費用，所以是全國一致。至於到底會不會有些應該屬於基層內科的病人結果到醫院去就診，當然有，我們在下一個部分有提到，希望配合國家的政策推動轉診，目前初級照護在三層級醫院都有，約 2 千 6 百萬人次，其實在基層就可以處理，下部分會談到。

江主任委員東亮

付費者委員如果沒有意見，我們就進行下一項。

林執行秘書宜靜

第 7 項在第 13 頁，提升基層醫療照護及平衡科別之合理發展，基層提出成長率 0.576%，建議增加金額 5.4 億元。

江主任委員東亮

付費者有沒有詢問？

謝委員天仁

這不是去年的項目嗎？今年又提出來。

江主任委員東亮

付費者委員沒有意見的話，就進行第 8 項。

林執行秘書宜靜

第 8 項，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)，基層提出的成長率 0.378%，推估金額 3.543 億元。

江主任委員東亮

對於這一項，付費者有沒有詢問？

謝委員天仁

基礎到底怎麼算出來？

張醫師孟源

就醫可近性及醫療服務密度增加時，我們當然已有先考慮到非協商因素，包括人口結構改變及醫療服務成本等。但本項的計算基礎為，慢性病案件數增加 6.6%，慢性病連續處方箋案件數增加 18%，慢性病連續處方箋占有所有慢性病費用約 52.4%，計算出慢性病增加 674 百萬，扣除今年非協商因素成長 0.762%，得到 0.378%。對於就醫可近性，除慢性病外，去年基層點值大幅下降，有些屬不可預期的風險，如類流感等因素，但這些都沒有列在裡面，我們主要針對慢性病加以說明。

謝委員天仁

基層所有的東西全部都增加，沒有減少的嗎？增加的只有這項嗎？

陳委員宗獻

整體門診案件數在 100 年增加 5.7%，協商指標要覽有列，其他部分像流感，我們有討論過，但沒有特別提出來，我們是針對壓力特別

大的部分，像慢性病人次每年的成長率都非常可怕。

江主任委員東亮

沒有詢問了嗎？

林執行秘書宜靜

第 9 項是其他預期法令或政策改變，基層提出的成長率是 0.747%，增加金額 7 億元。

江主任委員東亮

付費者有無提問？預期政策改變是糖尿病給付改善方案和推動二代健保。

陳委員錦煌

我比較關心轉診問題，可否請健保局說明，7 億中有多少費用與二代健保有關。

江主任委員東亮

健保局沒無補充？基層要不要說明？

陳委員宗獻

回答陳委員錦煌的問題，二代健保預計明年 1 月 1 日開始實施，但我們對實施二代健保有些擔心，就是我們的風險會不會發生，因為最近幾年來，在基層就醫的人數，從 3 年前的 1,877 萬人，到 100 年成為 1,966 萬 8 千人，這幾年的成長有一定幅度，大約為 1~2%。如果經過政策推動，其實政策推動有很大的影響力量，包括部分負擔、轉診制度，若給予更大誘因等，都會造成基層就醫人數成長。明年如果成長 7%，則絕對不是自然成長，因為自然成長都只有 1~2%，所以我們預估，費用成長可能約 5%，基本上是一種風險考量。

陳委員錦煌

二代健保如果明年上路，按照第 43 條規定要實施分級轉診，你們現在轉診率才 5%，我提出本案的目的在疏解醫學中心人滿為患及一床

難求的問題。二代健保法第 43 條是法令，如果健保局沒有辦法落實分級轉診，最起碼要先推動垂直整合，對於明年二代健保上路後，轉診到底要做到什麼程度，我想瞭解，請黃局長說明。

黃局長三桂

西醫基層的訴求和垂直整合是兩回事，西醫基層院所所講的是因為國健局在大力推動癌篩，在基層院所會產生後續可能的醫療費用，另外，二代健保上路後，要推動轉診制度，可能會有資源的移轉現象。就總額的概念醫療費用就會有移轉機制。

江主任委員東亮

黃局長三桂已答覆，陳委員錦煌可以嗎？

陳委員錦煌

我不內行，只知道到時候二代健保上路後，當然要根據立法院通過的第 43 條實施分級轉診，用意是節省醫藥費用，疏解醫學中心的病人，否則都一床難求，有的病人還睡在地板。如果這個計畫可以實施，相信醫療就可以分級，診所轉給社區醫院，社區醫院轉給區域醫院，區域醫院再轉到醫學中心，看病的人也會比較輕鬆，由內部轉診，就不會掛不到號。

江主任委員東亮

沒有其他問題的話，接下去進行第 10 項。

林執行秘書宜靜

第 10 項在議程資料第 15 頁，違反全民健保特管辦法之扣款，減列金額 53.1 百萬元，這是依委員會決議辦理。

江主任委員東亮

依會議決議就照這樣。

林執行秘書宜靜

接下來進入專款項目，第 1 項是醫療資源不足地區改善方案，全年經費 1.5 億元。

江主任委員東亮

和去年一樣。

林執行秘書宜靜

請委員再翻到議程第 16 頁，專款第 2 項是平衡城鄉發展醫療資源計畫，這是新增項目，基層建議 1 億元。

蔡委員登順

這幾個項目好像有重覆，偏遠地區、提升基層醫療照護、平衡科別合理發展，都是相同性質，因就醫可近性對就醫人數及醫療服務成本的影響，都是有關聯的議題，要提出這麼多細項嗎？提出這麼多項，當然費用就會增加。

江主任委員東亮

請西醫基層說明。

張醫師孟源

- 一、謝謝蔡委員登順，這二項確實有相當的關聯性。有關醫療資源不足地區改善方案，以往主要著重在巡迴醫療，一週 2 次，每次約 2~3 小時，我們今年提出的是醫療不足區在地醫療落地生根，希望醫療資源不足的地區，如山地鄉等，診所能夠進駐到當地開業，和當地居民生活在一起，所以希望保障點值及提升診察費，提供診所營運最基本的保障，這樣才能真正落實、改善資源不足地區的醫療服務。
- 二、另一項平衡城鄉發展醫療資源計畫，主要是針對東部地區，雖然目前已改善很多，但有些地區的醫療資源跟西部地區相較，仍嫌不足，所以希望補助這些主要在東部或偏遠地區的鄉鎮、縣市的診所。

江主任委員東亮

看起來付費者委員希望這二項計畫整合在一起。

蔡委員登順

不是，張醫師孟源既然講要鼓勵醫師到偏遠地區開診所，依你們的規劃，資源不足地區的問題就解決了，也不需要再編特別預算還加成，我想這部分等一下再協商看看如何處理，我們覺得有重覆。

黃委員偉堯

關於平衡城鄉發展醫療資源計畫，建議從制度面改善，目前六區總額分配是錢跟著人走，西醫基層好像很久都沒動，這部分如果提高依人口數分配地區總額的比率，是不是會改善一部分問題。如果錢跟著人走，醫師少，平均收入就會提高；其次，因為西醫基層是個別開業，新增醫師會比較容易到那些地區。

陳委員宗獻

其實我們在分配總額時，對東部有特別處理，所以一直以來，東部包括花蓮、台東的平均點值都超過 1，每位醫師的點值還是很高，遠大於西部。至於醫師少的原因是當地教育、生活環境等各項條件不好。本項計畫目前只針對台東縣，因為當初討論時，考量交通及實際狀況分析的結果，認為台東縣可能要再加把勁，只有點值超過 1，可能還是無法讓醫師進駐。

江主任委員東亮

謝謝說明。現在進入第 3 項。

林執行秘書宜靜

專款第 3 項，慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫，全年總經費 1.57 億元，和 100 年相同。

江主任委員東亮

如果沒有意見就進行下一項。

林執行秘書宜靜

第 4 項，醫療給付改善方案，全年總經費 2.12 億元，其中有一項請大家看一下補充說明第 3 點，健保局針對醫療給付改善方案中的高血壓試辦計畫，於 102 年停辦，建議減列 0.496 億元，請委員參考。

陳委員宗獻

贊成健保局的看法，高血壓試辦計畫明年停辦就扣掉。

林執行秘書宜靜

專款第 5 項家庭醫師整合照護制度試辦計畫，全年總經費 11.15 億元，第 6 項診所以病人為中心整合照護計畫，全年經費 2 億元。

江主任委員東亮

付費者委員這邊有沒有疑問。

陳委員錦煌

執行成果要讓我們知道。

陳委員宗獻

7 月份會報告。

何委員語

資料顯示診所以病人為中心整合照護計畫執行率都很低，100 年執行率 18%，101 年 1~6 月執行率才 11%。執行率這麼低，為什麼又編到 2 億？執行率那麼低，有什麼困難？如果執行率太低，要不要解散掉？

陳委員錦煌

剛提到試辦計畫要有成果讓我們瞭解。

張醫師孟源

- 一、執行率低主要是我們要求非常嚴格，每個診所以病人為中心確實要照護到病人有所改善，而且要求要填一份量表，必須完成量表後，才能申請初期的收案費用，收案費用也非常低，只有 200 點，然後還要看成效，是否能真正降低病人的醫療費用，達到某一標準後才有鼓勵。專款部分是實報實銷，對於沒有辦法達到這個標準的診所，我們也不會要他加入，所以執行率會逐年慢慢增加、推廣，我們寧願將有限的健保預算用在刀口上。
- 二、更希望今年能夠把這 2 個計畫合併，合併後讓其覆蓋率更高，

因為目前這 2 個計畫覆蓋率都不高，這也是為了配合二代健保法第 44 條的家庭責任醫師。在歐美各國都朝推廣家庭責任醫師的方向去做，我們希望將來能讓家家戶戶的病人，有任何需要，都能獲得家庭醫師的服務，無論在城鄉能夠形成一個群，或在偏遠地區單獨執業，都能提供相同服務，我們是非常嚴謹地在做這件事情。

江主任委員東亮

好，謝謝。其實執行率就是分子和分母，可能是分子太小或分母太大，所以請再考慮。目前已超過提問的時間。

陳委員錦煌

主席，這項預算編列 10 多億，但執行率這麼低，要不然不要做...。

江主任委員東亮

- 一、現在提問與意見交換時間結束，進入協商。
- 二、受刑人部分西醫基層部門同意納入專款，不再討論；品質保證保留款亦不需討論。請付費者代表針對西醫基層部門所提出的項目進行協商。請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、西醫基層部門提出這麼多項目，健保局建議部分項目少額同意，可否請西醫基層部門挑出幾項說重點明，以讓付費者代表考慮，否則原則上將依健保局的建議方案辦理。
- 二、部分健保局的意見，付費者代表亦不認同，例如外、婦、兒科等艱困科問題，已經連續 2 年投入 27.17 億改善這部分，現在又提出內科，若每年都玩這種遊戲，是把付費者的善意扭曲，讓付費者代表覺得像傻瓜一樣。
- 三、剛才也提到醫療服務密集度等有問題，但西醫基層部門仍請付費者同意投入預算，這部分我們不能接受。請西醫基層部門先挑出幾項重點進行討論。

李委員明濱

向謝委員天仁報告，這些項目已經是過去 1 年來，經由幾百項濃縮而成，以我的立場很難再挑出重點項目，建議逐項討論。

江主任委員東亮

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、西醫基層部門 102 年度之非協商因素已有 2.38% 成長率，最少成長 22 億，建議非協商因素內人口結構改變率所增加之費用，約 7.17 億，用來照顧慢性病患者及調整支付標準。
- 二、每年非協商因素成長的預算都滾入基期，金額每年成長龐大，最少都有 10 多億，建議部門應可做為支付標準調整之用，若有重疊之處，建議不要再提出，其他部門亦是比照此原則。
- 三、剛提到醫師人力不足部分，依照上次石處長崇良的報告，台灣醫師並非不足，而是分佈不均，多集中在大都市，偏遠地區才較缺乏，醫師不去偏鄉，就以此當指標操弄媒體，好像台灣對醫界很苛刻，應該不是如此。若 102 年度西醫基層部門得到高成長率，比醫院部門好，則可能醫院醫師都會出來開業，變成醫院找不到醫師，可能會有此失衡現象，也是隱憂，因此要如何取得平衡，需要大家共同關心。
- 四、西醫基層部門認為哪些項目對全民有利，一定要執行，或可改善醫療環境，及對醫師較公道等部分，可先提出讓付費者代表了解。

江主任委員東亮

剛才李委員明濱建議，希望可以逐項討論，我們就逐項討論...。

李委員明濱

已經從幾百項濃縮而成。

江主任委員東亮

逐項討論。受刑人、品質保證保留款已結束，從新醫療科技開始。

林執行秘書宜靜

先向各位代表說明，本項西醫基層部門建議增加 57 百萬，健保局建議 38 百萬，金額部分請討論。

謝委員天仁

- 一、我有意見，逐項討論在談判上並不是個很好的策略，還是以總額管制的思維進行。
- 二、西醫基層部門到目前為止沒有特別想說服付費者代表的項目，若如此，就混著談，我們認為哪些項目能接受，就提出討論。

江主任委員東亮

西醫基層部門有無優先次序？若有，則付費者代表願意保障優先項目，若無，則每個項目對付費者代表都一樣。

陳委員宗獻

先針對非協商因素進行說明，102 年度非協商因素成長率 2.387%，是包含受刑人，若扣除受刑人因素，則會較低，請付費者代表放心，壓力沒那麼大。

林執行秘書宜靜

若受刑人項目移列至專款項目，西醫基層部門 102 年非協商因素成長率為 2.101%。

陳委員宗獻

受刑人部分，我們非常有誠意，因為沒辦法估計，受刑人也無法到診所就醫，就像剛提到高血壓醫療給付改善方案停辦，預算減列一樣，合理的就是合理，我們是以這樣的態度來協商。

蔡委員登順

上一場牙醫部門也是將受刑人增加的預算移列至專款項目，相信其他部門也會比照處理。

陳委員錦煌

主席，我敢說受刑人到診所就醫是很稀少的，因為小病在監所內就可處理，嚴重的大病會送到醫院，這部分是多給的。受刑人不可能因為納入健保後，就隨便送到外面就醫，其戒護就醫勞師動眾，監所也很不願意。

李委員明濱

向陳委員錦煌報告，目前台北市與新北市的看守所是由基層院所支援提供服務...。

江主任委員東亮

目前受刑人增加的預算移列至專款項目確定，金額不會多也不會少。基層部門在協商項目是否有優先順序？最想保障的項目是哪些？

陳委員宗獻

目前所列項目都經過長期與各專科醫學會討論，因此很難區分順序，若真要排序，建議先討論調整內科、外科支付標準。

謝委員天仁

一、外、婦、兒科支付標準已經連續 2 年調整，投入 27.17 億，西醫基層去年投入 9 億，102 年度還要調整什麼？外科去年已調整，現在又提出部分手術要提高支付標準，隔天又提出另外幾項也太低要提高，請西醫基層部門提出保證，下次不會以調整支付標準為由爭取預算，這要列入紀錄。

二、這些項目應該是執行 RBRVS(資源耗用相對值表)時整體考量，而不是像拔鵝毛一樣，一年拔一點，每年都看到這項，久了這招已經不能用。部份外、婦、兒科服務量萎縮，我們有誠意，也已經投入預算調整，照理說基層不應調整這些項目，因為沒有這些問題，基層部門的專科制度並不明顯，一個醫師可能具備好幾個專科，什麼病都可以看，現在來爭取這項，老實說沒

有道理，醫療資源是有限的。

三、付費者代表支持很多項目，像陳委員錦煌一直支持分級轉診，希望基層的量能充足，但是西醫基層該爭取的不爭取，反而增取這些小項目，老實說我認為重心有點偏離，我的看法是這個項目不能再給。

盧醫師榮福

健保的制度扭曲到現在，我們才開始救，所以不是每年拔鵝毛，而是開始救的時候需要額外的資源投入。

謝委員天仁

扭曲本身...。

江主任委員東亮

各位，協商時間已到，目前進入延長時間 20 分鐘。請何委員語。

何委員語

主席，提議暫停 10 分鐘，讓付費者代表進行內部討論，因為西醫基層部門無法提出優先次序。

江主任委員東亮

好，請付費者代表至隔壁會議室進行討論，會議中場休息 10 分鐘。

(付費者代表自行召集會議討論約 20 分鐘)

江主任委員東亮

各位委員及部門代表，現在重新進入延長協商時間，還剩下 20 分鐘。付費者代表有無共識？

蔡委員登順

經討論結果，付費者代表建議方案如下：

一、新藥新科技乙項，成長率 0.041%，新增 38 百萬。

二、安全針具乙項，屬配合政策，成長率 0.004%，新增 3.8 百萬。

三、新增跨表項目乙項，成長率 0.011%，新增 10 百萬。

四、支付標準調整乙項，針對外科部分，新增 22 百萬；

江主任委員東亮

支付標準調整部分，之前健保局有提到會影響到醫院總額。

蔡委員登順

調整內科診察費乙項，付費者代表認為若內科調整後，高於外、兒、婦產科，則無法達到保障艱困科別的用意，這部分我們慎重考量，基本上內科這幾年沒有調整沒錯...。

謝委員天仁

補充說明，剛才付費者代表已形成共識，之前已經給予外、婦、兒科預算調整支付標準，102 年若再調整內科，將會抵消之前調整艱困科別的投入，若西醫基層部門可以承諾日後不再以調整科別支付標準為由增加預算，則可考慮給予某一額度內的費用。

李委員明濱

會提出調整特定科別，主要是去年已出現內、外、婦、兒科四大皆空的情況，去年西醫基層部門已提出外、婦、兒科的支付標準調整，因考量總額資源有限，才規劃將內科於今年提出，之後應該不會這樣...。

謝委員天仁

一、去年協商時，投入 9.1 億讓外、婦、兒科調整支付標準，今年單單內科就要 9.41 億，一科贏三科，老實說讓人看不下去；健保局建議的方案，所有支付標準調整也才 200 百萬元，此項目編列的預算太高。

二、其實支付標準的調整，不應涉及總額分配。若要付費者同意投入費用來調整支付標準，建議今年一次說完，以後將不予考慮。

蔡委員登順

一、開始協商時有提到，支付標準的調整應該可以用非協商因素所

增加的費用支應，每年都有 10、20 億，部門應有足夠的經費可以處理。

二、調整內科診察費部分，西醫基層表示其他 3 科去年已調整，內科多年未調整，故付費者代表同意給 1.5 億，好不好？

李委員明濱

這，再加一點點...。

謝委員天仁

您要承諾日後不能再以調整科別之支付標準為由增加預算！

陳委員宗獻

主要因為內科是大科，我們預定調整第一階段每天前 25 人的診察費 17%，1.5 億用來調整支付標準實在不夠，能否再高些？

謝委員天仁

一、如果這樣說，乾脆不要調，因為「沒感」，對不對？但不可能投入那麼多預算。照健保局建議方案，我們若將已同意的外科 22 百萬扣除，此部份只剩下 1.78 億，與 1.5 億差距很小，若 1.5 億都「沒感」，那 1.78 億也不會「有感」。

二、日後若再以調整科別支付標準為由增加預算，我們一毛錢都不會給。1.5 億都「沒感」，我們要怎麼給，要「有感」很難啦！「有感」要靠醫界內部科別平衡發展，而不是靠付費者一直投入預算，醫療服務密集度沒改變，要我們丟錢沒道理。

張醫師孟源

向委員報告，能否比照去年協商，外、婦、兒科調高 9%。

謝委員天仁

這樣計算要 4 億多。

張醫師孟源

一般而言...。

謝委員天仁

你們沒那麼艱困，我看你們的參考資料附表，收入其實還不錯，沒有那麼糟糕。

盧醫師榮福

那是沒有扣除成本，若扣除成本，內科醫師的薪水才幾萬元而已。

蔡委員登順

剛才有提到，今天若調整內科，則不能超過外、婦、兒科，調整後若內科與外、婦、兒科平行，會與未調整前一樣。剛才張醫師孟源提議 9%，付費者代表再退一步，部門也再退一步，調整支付標準給 2 億元，好不好？

江主任委員東亮

再下去我看付費者也不會讓步，時間只剩 11 分鐘。

李委員明濱

可以。

林執行秘書宜靜

再與委員確認，是目前支付標準調整乙項含外科處置項目，總共 2 億元？

張醫師孟源

應該是內科支付標準調整 2 億，外科支付標準調整 22 百萬，新增跨表項目 10 百萬。

謝委員天仁

支付標準調整 2 億，其中 22 百萬用於調整外科處置費用。

李委員明濱

分開會比較好處理，2 千萬而已。

陳委員宗獻

因為這 2 項性質完全不同，建議分開，這樣西醫基層內部比較好調整，總計應該 2.22 億。

謝委員天仁

一般服務的部分西醫基層有無意見？其他項目付費者代表都比照健保局建議方案。

張醫師孟源

轉診部分因為是配合政策...。

謝委員天仁

其他項目健保局都沒有建議增加費用。

江主任委員東亮

現在確認支付標準調整乙項，總金額 2.22 億，內含 22 百萬用於調整外科支付標準，以後報告時要分開嗎？

謝委員天仁

分開。

江主任委員東亮

好，這樣就清楚了。

謝委員天仁

一般服務這樣可以吧？

江主任委員東亮

因為是以成長率換算回金額，所以會有些微誤差。時間先暫停，先確認數字。

張醫師孟源

可否先說明這 2.22 億是...。

江主任委員東亮

不，你要說明的話時間就要計算。

林執行秘書宜靜

跟委員說明，因為我們日後是認成長率，當以成長率乘以西醫基層總額時，會有一點落差。

何委員語

差 10 萬元而已。

廖委員本讓

好啦。

謝委員天仁

一般服務這樣可以吧？

江主任委員東亮

重新開始計時。

陳委員宗獻

其他預期之法令或政策改變乙項，基於對民眾的照顧，糖尿病改善方案的導入，上次會議已經報告，現有糖尿病照護計畫收案至 4 萬多人後停滯，沒辦法提高的原因包含專業人員等因素，西醫基層部門希望能再多照護 3 萬名個案，由醫師進行個案管理，希望好的制度不要因為專業人員的缺乏而受限，經費 53.2 百萬，可否請委員考慮。

李委員明濱

就是原來試辦成效不錯，現在要再擴大。

陳委員宗獻

與未加入該方案的糖尿病患相比，若加入方案照護，則惡化為慢性腎臟病的比率較低。

謝委員天仁

本項健保局表示無法估計，個人認為若有需求，應放在其他部門。

陳委員宗獻

放在專款。

謝委員天仁

要放在專款？

陳委員宗獻

放在專款，到時可以結算，看到成績、人數。

謝委員天仁

本項編列 7 億元，付費者無法接受，太高了。

陳委員宗獻

沒有，只有 53.2 百萬。

謝委員天仁

不是 7 億元嗎？

陳委員宗獻

7 億中的第 1 項。

謝委員天仁

所以你只要 7 億中的第 1 項？

陳委員宗獻

不是，先談第 1 項。

謝委員天仁

不行先談，要一起談，要不然會談不完。

陳委員宗獻

還有初級照護的部分，可能委員會認為我們打高空，我們也贊成看到成果、變化，如放在專款項目，若明年度基層初級照護人數成長率高於今年，則超過部分才支用，沒超過部分不能支用。

江主任委員東亮

提醒大家，協商時間剩下 5 分鐘，建議先討論重要議題。

蔣醫師世中

建議仍將糖尿病照護方案的 53.2 百萬放在一般服務，至於推動二代健保政策部分，若需要編列專案，可以考慮移至專款項目。

江主任委員東亮

李委員明濱可以嗎？

李委員明濱

可以。

江主任委員東亮

付費者代表這邊可以嗎？

蔡委員登順

他講 53 百萬。

謝委員天仁

總共 53 百萬，7 億變 53 百萬。

陳委員宗獻

7 億中的第 1 項。

謝委員天仁

這樣要協商到什麼時候？

鄭委員淑芳

有關推動二代健保之政策乙項所增列的費用，剛剛健保局說明，如果西醫基層部門增加，則醫院部門應該要減列，只是經費移轉而已，因此在沒有任何具體推估的佐證資料下，難以由醫院部門移列經費，能否觀察 1 年的實際運作情形，下年度再考慮。

江主任委員東亮

付費者代表可以承諾嗎？

謝委員天仁

重點是部門沒有整體討論，只談 7 億中的一小部分，那其他部分呢？

張醫師孟源

各位委員，我們只希望增加糖尿病照護，即 53 百萬，剛委員提到目前看不出初級照護的移轉，西醫基層願意將這 6 億多放入專款項目，若有實際使用時才能支用，若未發生醫療需求，則回歸國庫，是一個折衷方案，既然要推動二代健保，我們有誠意放在專款，也希望可以戮力執行。

江主任委員東亮

剩下 3 分鐘。

謝委員天仁

我們的意思是本項放入其他預算，而非列在專款項目，其他預算內即有「其他預期政策改變及調整非預期風險」，委員會再來談，好嗎？

陳委員宗獻

這部分委員有共識，有變動可以計算...。

謝委員天仁

所以本項其他部分只要 53 百萬？

江主任委員東亮

請問李委員明濱，其他部分是否有意見？

李代表明濱

沒有。

謝委員天仁

若是如此，專案部分西醫基層部門有何意見？專款項目中「診所以病人為中心整合照護計畫」執行率太低，付費者代表認為經費 1 億

元即可，未來若有成效，再調整，否則執行率這麼低，沒有意義。
其他專款項目，依照健保局意見。

李委員明濱

可以。

謝委員天仁

那我們就成交了。

江主任委員東亮

我們就達成共識？時間先暫停，先確認成長率。

盛技士培珠

102 年度西醫基層總額結論：

一、醫療服務成本及人口因素成長率為 2.101%。

二、協商因素成長率為 0.393%，其中新醫療科技為 0.041%，配合安全針具推動政策為 0.004%，新增 9 項跨表項目為 0.011%，支付標準調整為 0.237%，含外科處置項目 22 百萬，其他預期之法令或政策改變為 0.057%，違反特管辦法之扣款為-0.057%。
一般服務成長率合計 2.494%。

三、專款項目金額合計 1,946.8 百萬元，其中醫療資源不足地區改善方案為 150 百萬元、慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫為 157 百萬元、醫療給付改善方案為 162.4 百萬元、家庭醫師整合性照護制度計畫為 1,115 百萬元、診所以病人為中心整合照護計畫為 100 百萬元、受刑人之醫療服務費用為 262.4 百萬元。

四、總計一般服務及專款項目成長率為 2.564%。

江主任委員東亮

繼續協商。

陳委員宗獻

品質保證保留款好像沒有列入。

江主任委員東亮

剛才沒唸到，但有計入。各位是否同意此共識方案，付費者代表是否同意？

謝委員天仁

可以。

江主任委員東亮

西醫基層部門李委員明濱呢？

李委員明濱

看起來很慘的樣子。

江主任委員東亮

不會啦，不會很慘。

謝委員天仁

不會啦，不要每年都那麼好。

江主任委員東亮

剩下 1 分鐘協商時間。

陳委員宗獻

有關慢性病照護部分...。

謝委員天仁

剛才不是只談 7 億中的 53 百萬，其他若有問題由其他預算「其他預期政策改變及調整非預期風險」經費支應。

陳委員宗獻

我們附帶決議中有一項是二代健保推動列入其他...。

江主任委員東亮

好，列入其他預算。

謝委員天仁

您不用擔心，我們說過的話不會反反覆覆，是有信用的。

蔡委員登順

剛才提到等二代健保推動後，再來看到底如何移轉，移轉比例高低，再來討論，目前二代健保尚未推動，還沒辦法預估。

江主任委員東亮

可以嗎？恭喜大家在剩下 6 秒鐘之前完成協商。

林執行秘書宜靜

接下來 1 小時是用餐時間，今日安排於小魏餐館，同仁會協助引導，請各位於下午 2 點 15 分回到會場，下個場次將討論門診透析服務，請醫院部門及西醫基層部門代表一同進入會場。

(中場用餐 60 分鐘)

(門診透析服務)

江主任委員東亮

接下來進入門診透析協商，時間 20 分鐘，請醫院部門、西醫基層部門及健保局說明後，再進行預算協商。醫院部門 5 位協商代表分別為：陳高級分析師雪芬、朱副院長益宏、羅院長永達、陳顧問瑞瑛、張院長克士；西醫基層部門的協商代表為張醫師孟源及陳委員宗獻。另之前委員會議有同意邀請腎臟醫學會陳理事長漢湘出席。現在正式開始，請醫院部門先說明。

陳高級分析師雪芬

醫院部門唯一不變的立場，就是希望能將兩部門的門診透析預算回歸個別的總額，若可回歸，則醫院透析成長率將與醫院總額成長率相同，對醫院的門診透析部門較公平。在此希望費協會委員了解，若持續目前的方式，早晚會逼使醫院將不應該外包的項目外包，對醫院門診透析的未來情況不是很好。醫院部門每年都提出希望門診

透析可以分道揚鑣，希望今天會議能決議落日條款，確定分開時點，因為除非讓門診透析預算回歸個別總額，否則成長率談多少對醫院門診透析而言，都是無意義的。

江主任委員東亮

感謝醫院部門代表，接下來請西醫基層代表說明。

張醫師孟源

- 一、主席、各位委員，本案前經多次費協會討論，洗腎屬於重大傷病，當初合併預算的立意，係希望將洗腎獨立出來、獨立照顧，維持其基本的服務品質。西醫基層部門唯一的請求就是維持現行的制度運作。
- 二、醫院部門一直認為吃虧，但事實不是這樣，基層洗腎病患人數新增速度比醫院快，而且分攤公式也改變多年，即依照協商當年度第 1 季醫院與基層門診透析醫療費用點數占率分攤下年度預算，因係採前 1 年占率做次年度預算分配，可能有 1 年落差，若醫院部門同意，西醫基層建議加入 1 個參數，以調整時間落差，如此醫院的占率會減少，基層的占率會提高，陳高級分析師雪芬所提醫院部門虧損的部分，也可藉由參數的調整得到平衡，門診透析仍可維持現行制度運作。
- 三、我國洗腎的死亡率是世界最低，洗腎的品質也是有目共睹。希望在現有的公式，加上參數，讓醫院與基層的分配能更趨公平。

江主任委員東亮

感謝西醫基層部門代表，接下來請健保局說明。

蔡組長淑鈴

- 一、有關門診透析部分，在 100 年之前，每年病患成長率為 6%，100 年起透過全國醫師的努力，透析人數淨增加率已下降為 4.2%，這些都是腎臟醫學會、基層與醫院醫師一起努力的結果。
- 二、101 年門診透析費用成長 1% 用於鼓勵非外包經營之院所，健保

局依切結書結果統計，發現不符合切結條件之外包經營院所約占 23%。

三、門診透析預算歷經 100 年零成長，及 101 年將 1% 成長率用於鼓勵非外包經營之透析院所，目前平均點值 0.82，在透析病患仍增加的情況下，建議可能需要給予適當成長率，以避免影響醫療品質。

江主任委員東亮

以上三方的說明已經很清楚，進入預算協商，請問付費者代表委員有無詢問？

謝委員天仁

請問部門對成長率有何建議？

江主任委員東亮

健保局有無成長率建議？

蔡組長淑鈴

沒有。

江主任委員東亮

請問醫院或西醫基層部門對成長率有何建議？

陳委員宗獻

建議仍應有適當成長，這 2 年成長率分別為 0% 及 1%，但病人數成長率約為 4%，不該讓點值一直維持 0.8，若覺得支付標準不合理，則應調整支付標準，但病人數增加為協商因素之一，增加的成長率應為病人增加的比率。

江主任委員東亮

是否還有其他意見？

陳高級分析師雪芬

希望今年醫院部門的成長率談多少，醫院的透析部分就應該是多

少，意思也就是醫院、西醫基層兩部門的門診透析預算分開，分開是我們唯一的答案。

江主任委員東亮

請謝委員武吉，請問您要代表自己或醫院部門？

謝委員武吉

請教一下，依會議規定我現在可以講話嗎？

江主任委員東亮

做為委員您可以發表意見。

謝委員武吉

但依協商會議之進行方式與原則，我不能講話。

江主任委員東亮

現在是醫院與西醫基層部門針對門診透析 102 年預算的協商時間。

謝委員武吉

以前楊主任委員銘欽任職時，為何我們都能夠說話，現在就不行。

江主任委員東亮

協商會議的進行原則是大家一起訂定的，身為主席要遵守本原則主持會議，您是委員，現在可以說話沒問題。

謝委員武吉

早上為何蘇委員清泉一說完話，甩頭就走？

江主任委員東亮

早上的情形是這樣，蘇委員清泉前段的發言是可以的，但他非屬牙醫部門的協商代表，所以無法對牙醫部門內部的項目表示意見，若協商到醫院部門，您會希望西醫基層部門的代表對醫院部門表示意見嗎？

謝委員武吉

請教牙醫部門有沒有牽涉到醫院部門，也有啊！

江主任委員東亮

部門內要先進行協商。

謝委員武吉

所以也應該要給他發言的機會。

江主任委員東亮

蘇委員清泉有發言，但因後面涉及對部門協商項目的建議，不宜在該部門協商時提出討論。例如協商醫院部門時牙醫部門提出意見，此時醫院部門是否允許我們討論牙醫部門委員所提之意見？

謝委員武吉

主席，你是不是認為醫界的委員都很沒水準，隨便提案。

江主任委員東亮

這跟有沒有水準沒關係，這是議事規則。謝委員武吉您對於門診透析部分有何意見要表達？

謝委員武吉

- 一、我的看法還是要尊重委員，因為委員都一樣大，聘書沒有分大小張。
- 二、健保局有對耗材、EPO(紅血球生成素)、藥水的價量進行調查，但為何沒有針對人工腎臟調查？已經說 10 多年了，健保局是否應擔負起相關責任？

江主任委員東亮

抱歉，現在只剩下 10 分鐘的協商時間...

謝委員武吉

現在的重點是...

江主任委員東亮

抱歉，您談論到健保局相關議題，但現在是進行醫院與西醫基層部門協商門診透析...。

謝委員武吉

我也是提出此問題讓你們了解...。

江主任委員東亮

調查是另外一回事，若委員會有決議，可列為附帶條件，我沒有意見，但現在是協商時間...。

陳委員宗獻

具體建議，102 年度門診透析預算成長率以病患增加率考慮，100 年就醫人數增加 4.3%，以此成長率開始協商。

江主任委員東亮

請醫院部門代表發表意見。

羅院長永達

一、主席、各位委員，還是存在一個結構性的問題，醫院成長比較少，還曾經負成長，醫院部門認為透析預算流到基層，對醫院部門不公平，實務面還面臨另一個困難，現在配合政府政策將透析服務回歸自己經營的機構，該機構很難與占總數 20% 多，已掌握通路，且有經濟規模的廠商競爭，目前透析點值 0.82，對醫院經營者更是雪上加霜，若此部分預算回歸醫院部門，則成長率至少有 3%，經營上自然比較不會有問題。

二、現在的成長率只是口惠實不惠，不會真正給醫院，我強調目前點值 0.82，對獨自經營的醫院，無法與有規模的廠商競爭。

江主任委員東亮

請健保局發表意見。

蔡組長淑鈴

今年 1% 成長率用於鼓勵非外包之透析院所，對點值的影響非常少。

較重要的是 102 年度的協商結果，若拉的太開，就會讓獨自經營的院所面臨更大的成本威脅。

謝委員天仁

去年協商時已有考慮，故給予非外包之透析院所 1% 成長率，面對實際環境的變動，付費者也認為不給予成長率不合理，現在的問題是到底要成長多少？你們沒有提出資料？

陳委員宗獻

4.3%。

謝委員天仁

4.3% 太高了，協商到目前為止，你們提的成長率最高，牙醫部門才成長 1% 多，西醫基層才 2% 多，你們一下子提出 4.3%，我的心臟沒有那麼強...。

陳委員宗獻

以 4.3% 做為討論基礎。

謝委員天仁

- 一、做為討論的基礎還可以，若是這樣說我可接受，但還是要考慮比照 101 年，保留 1% 的成長率用以鼓勵非外包院所，我們對非外包的定義相對來說已很寬鬆，有 70% 多的院所都符合，只有 20% 多未符合，代表外包的範圍更大，包含耗材、醫師等，我們很在意這部分，協商方向、主軸也在此，4.3% 有無彈性？我很肯定的說一定比 1% 高。
- 二、有關回歸各自部門的議題，現在提出已經太晚，協商架構業已確定，突然在協商時提出，付費者代表無法處理，若要回歸，是以後的事情。醫院說要拆開，我想為何不一家親？西醫基層與醫院整合為一個部門更好，也不用將門診透析分出。此議題建議先擱置，先談明年門診透析預算協商的條件與成長率。

朱副院長益宏

先不談成長率，想請問表 5，醫院部門與西醫基層的分攤比率之計算公式如何設定。

張醫師孟源

以 101 年度第 1 季的占率分攤。

朱副院長益宏

- 一、醫院部門的占率是持續下滑，以今年第 1 季沒有辦法反應全年的情況，這是第 1 點。
- 二、第 2 點，醫院部門代表主張兩邊分開，我同意謝委員天仁所提，今年沒辦法處理，但希望明年能處理，因為依健保法，總額部門本來就無透析，醫院歸醫院、基層歸基層，希望可以回歸到法制要求。也不能說沒有規定，是費協會自己把門診透析從醫院與西醫基層部門抽離後合併，成為另一個獨立總額。醫院部門希望分開，若今年真的沒辦法談，想請教分攤比率的百分比可否改變。
- 三、我們計算去年醫院部門門診透析的預算與收入，實付金額是吃虧的，若 102 年還是用此邏輯，則醫院還是吃虧，因此分攤的百分比還要加上預估調整的參數才行，不能只用 101 年第 1 季占率。

謝委員武吉

加上一個移動參數。

張醫師孟源

贊成朱副院長益宏所提意見，每年都會有 1 年的落差，我們若將每年落差的平均值，做為參數，則醫院部門所受的虧損就會減少，基層參數可以放大些，加權 20% 都沒有關係，讓醫院部門覺得公平。原則上以照顧病患為主，門診透析仍應合併預算。

林執行秘書宜靜

向委員說明，102 年門診透析服務預算合併醫院及西醫基層所協定

之費用並統籌運用，是在 5 月份委員會議通過，當時決議的分攤基礎即是以 101 年第 1 季兩部門透析費用點數占率分配計算，101 年第 1 季醫院部門占率為 58.41%，西醫基層占率為 41.59%，若要調整分攤公式，建議明年度請醫院部門提案。

陳高級分析師雪芬

- 一、醫院部門要表達：「我們每年都有提案」，同樣的一批人在會上都有提到，建議門診透析服務預算回歸各自總額，各自管理，現在弄得醫院也很難經營，大家不要不負責任，可以設定 1 年後回歸。因為照這樣的邏輯下去，就是醫院部門的門診透析預算都流到西醫基層部門，這是我們最不能接受的。
- 二、剛也提到，如果 102 年醫院部門成長率可以 4%、5%，則希望醫院的門診透析也可以成長 4 或 5%，為何要逼著我們點值變這麼差，這是我們希望分開的重要原因。

江主任委員東亮

提個建議案，剛才醫院部門代表的建議，列入明年健保會要討論的議題。

張醫師孟源

主席，我表示異議。依議事規則，協商會議主要的目的為協商 102 年度總額，各部門都非常清楚 6 月份委員會議的決議，謝委員天仁也說得很清楚，若有其他意見，要在委員會提案討論，尤其是涉及預算問題，若這樣，不是只有醫院部門會拍桌子，西醫基層要拍桌子也可以拍得很大聲。

陳高級分析師雪芬

我們還沒拍呢，拜託。

陳顧問瑞瑛

我們 6 月有提意見...

江主任委員東亮

請醫院部門推派 1 人發言。

朱副院長益宏

主席，我認為分開或合併不是費協會或以後健保會可以決定，健保法對總額部門規定得很清楚，怎麼可以由健保會或費協會將它合成一個總額？

江主任委員東亮

請謝委員天仁。

謝委員天仁

你提到法律部分，法律也沒有分醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診等部門，所以你們是否要大家快樂在一起？我覺得這是開放議題，以後再討論，目前協商架構已經通過。

葉委員明峯

主席，今日有邀請腎臟醫學會陳理事長漢湘出席，建議可否請他發表意見。

江主任委員東亮

請陳理事長漢湘。

陳理事長漢湘

- 一、感謝主席及各位委員，腎臟醫學會原則就是配合國家政策防治慢性腎臟病，病患成長率從以前的平均 10% 降到今年的 4.3%，是我們努力的結果。
- 二、上次會議我們報告時，大家非常重視外包議題，實際上腎臟醫學會沒辦法監控外包院所的醫師自主權，但對於透析品質，腎臟醫學會有 3 個委員會，其中透析委員會會定期到院所稽查品質，倫理紀律委員會可以對不符相關規定的醫師，給予懲戒。

江主任委員東亮

謝謝您，因為時間很短。現在延長一半的協商時間，10 分鐘，請在

10 分鐘內達成共識，若無法達成共識，則將報署裁決。

陳委員宗獻

目前討論的重點在醫院與西醫基層部門如何分攤預算，若以成長率 4.3% 暫估，再依據 101 年第 1 季占率計算，則結果如螢幕所顯示；若依張醫師孟源剛所提加入參數，則醫院部門成長率為 $2.447\% * (1 - \text{參數})$ ，西醫基層部門成長率為 $7.019\% * (1 + \text{參數})$ ，建議依此做適當調整。

江主任委員東亮

請謝委員天仁。

謝委員天仁

此部分之後再討論，因為成長率都還沒談成，談成後再提委員會確認如何分割。建議現在應集中討論透析部門 102 年度預算成長率及其附帶條件，大家可各自表述意見，付費者代表目前整合的意見，建議成長率為 2%，且 2% 成長率仍比照 101 年，用於鼓勵非外包之透析院所。

張醫師孟源

西醫基層部門接受。

江主任委員東亮

好，醫院部門呢？

陳高級分析師雪芬

還是一句話，現在只是吃醫院多或少的問題而已，若看剛的成長率 4.3%，就知道為何醫院代表會要求門診透析各自回歸，若回歸醫院總額，則我們的成長率會有 4% 或 5%，而不是現在的 2% 多，這樣切割實在沒有道理。

朱副院長益宏

一、醫院部門對總成長率 2% 沒有意見，但希望把醫院部門的分攤比

率 0.188% 拿掉，照謝委員天仁所說，今天不談分攤比率，所以希望先把個別部門成長率拿掉，目前這部分沒有共識，這是第 1 點。

二、第 2 點，希望依照主席剛才的裁示，於討論 103 年度總額架構時，能對門診透析預算重新考慮，希望列入會議紀錄。

三、第 3 點，剛才謝委員武吉提出要求健保局進行耗材及管路的價量調查，健保局沒有回應，不清楚有沒有進行，希望也能做成決議，明年度協商前，健保局要完成價量調查，並提出說明。

張醫師孟源

一、西醫基層部門贊成朱副院長益宏所提第 1 點意見，同意於明年度預算分配時加上參數調整，讓醫院部門不再覺得吃虧。

二、第 2 點，有關明年度預算要怎麼分配，建議回歸正常體制，由醫院部門委員在委員會提案討論。今天是總額協商，議事規則並無任何附帶條件，所以第 2 點意見我們反對。

三、至於第 3 點意見，贊成可以進行成本分析。

江主任委員東亮

有關朱副院長益宏所提第 2 點意見，是我們每年例行的討論事項，但今年醫院部門沒有提出。

陳顧問瑞瑛

有，我們有提出。

江主任委員東亮

沒有提案。

陳顧問瑞瑛

有，我們有提案。

江主任委員東亮

我們已於 101 年 5 月 11 日確認通過 102 年度總額協商架構，明年討

論總額協商架構時，請醫院部門注意。至於 2% 是否都可接受？

陳理事長漢湘

2% 成長率實在不敷成本，一定會造成醫療品質下降，建議可否 3%？

江主任委員東亮

對不起，現在是協商時間，您沒有建議權。若大家對 2% 沒有意見，我們就...。

謝委員武吉

對於謝委員天仁所提成長率 2% 我沒有意見，但是應再多方考量，包括偏遠地區，如枋寮、恆春、離島地區之透析院所，及自營、每月 500 人次以下之都會區院所，亦應給予保障、獎勵。

謝委員天仁

我們訂出一些原則，2% 成長率原則是給非外包之透析院所，但其細則為何、如何執行，可請健保局提出相關方案後，再於委員會確定。謝委員武吉所提偏遠地區及洗腎人數較少的透析院所，請健保局一併參酌。

江主任委員東亮

雙方可以接受嗎？

林執行秘書宜靜

向各位代表及付費者委員確認操作定義，101 年度門診透析預算新增 1% 成長率用於鼓勵非外包之透析院所，是否其費用壓入基期，不再有特定用途？僅 102 年新增 2% 成長率用於鼓勵非外包之透析院所？(付費者代表委員點頭)

江主任委員東亮

可以的話，就宣布協商結束。

朱副院長益宏

主席，那分攤百分比要拿掉...。

林執行秘書宜靜

再與代表確認，目前兩部門分攤基礎為 101 年第 1 季醫院與西醫基層部門占率，若要改變，則醫院與西醫基層各要分攤多少，我們沒辦法計算...。

張醫師孟源

再說明，在分攤比率後加上一個 1 年時間差的參數，細節可在透析聯合執委會討論。

朱副院長益宏

剛剛已經結論的事情，我不清楚林執行秘書宜靜為何要再詢問一次？委員會都已經決議將百分比拿掉。

江主任委員東亮

醫院及西醫基層兩部門分攤的百分比係依據第 182 次委員會議的決議辦理，現在不是委員會議，沒有權利拿掉分攤百分比，也沒辦法推翻；但西醫基層部門代表提出新增調整參數的建議，我認為十分合理，若醫院部門不反對，則調整後應更貼近原來的結果。

陳高級分析師雪芬

補充說明，醫院部門認為怎樣調整都無法反應我們過去所流到基層總額的預算，若能從源頭計算流失的預算回歸醫院，則醫院部門同意這樣的成長率。

謝委員天仁

現在不是委員會議，再怎麼說都沒有用，建議您尋求合理、適當、能產生效力的方式處理。可否今日協商到此，以後若有變動，再提委員會討論。

朱副院長益宏

剛剛謝委員天仁已表達今日只談 2% 成長率，不討論分攤機制，雖然第 182 次委員會議...。

江主任委員東亮

抱歉，協商時間已到。

朱代表益宏

主席能否讓我講完，別人講話您都沒有計時...。

江主任委員東亮

因為協商時間只剩 13 秒，我們現在沒辦法改變門診透析由兩部門合併預算的方式，但可以附加參數條件。如果你們不接受，就維持原議，如果你們接受，就可以加個參數。

朱副院長益宏

我覺得應該尊重我們的意見...。

謝委員天仁

協商架構之前已經在委員會決議通過，要推翻掉就要以另一個方式提議解決，怎麼會跟這部分有關係。

江主任委員東亮

好，協商時間已到。最後再問一次，2%成長率醫院部門接受還是不接受？

陳高級分析師雪芬

不接受。

江主任委員東亮

好，那我們就...。

張醫師孟源

主席，怎麼會不接受，剛剛朱副院長益宏已經說沒意見，而且已經在時效以外，已經失權。

江主任委員東亮

如果不接受的話，我們就送署裁決，謝謝大家。

本會 102 年度全民健保總額協商會議
與會人員發言實錄

參、「中醫門診總額」

參、102 年度總額協商—「中醫門診總額」與會人員發言實錄

江主任委員東亮

各位委員、中醫部門協商代表，接下來進行中醫門診總額協商。提問時間為 25 分鐘、協商時間 40 分鐘，必要時可延長 20 分鐘為限，比照前面的牙醫和西醫基層 2 場，向大家說明，在協商過程中，我負責控制時間和維持議場秩序，102 年度總額協商會議之進行方式與原則，前已於本會 101 年 6 月 8 日第 183 次委員會議決議，在正式進行協商前，先請同仁宣讀。

同仁宣讀 102 年度總額協商會議之進行方式與原則(略)

江主任委員東亮

現在進行中醫部門協商，請各位遵守協商方式和原則。中醫協商代表及成員，是由孫理事長茂峰領軍，他是主談，然後有施純全、鄭耀明、張繼憲、彭堅陶、巫雲光醫師。協商開始，先請中醫部門做綜合補充說明，時間約 5 分鐘。

孫委員茂峰

主席、各位委員，大家午安，請全聯會施特別顧問純全說明。

施特別顧問純全

- 一、中醫部門的項目，相對於其他部門簡單，希望能進行更順利。
- 二、中醫計畫規劃的核心目標，為提升醫療品質和健康照護。在一般服務項目，主要為支付項目改變，其中 2 項是從專款項目移列，小兒氣喘計畫的點值 100 年為 0.65，我們是依過去執行情形推估明年費用；第 3 項不孕症為新增項目；第 4 項為診察費計算公式不合理，希望能有調整機會，為何不合理？過去針灸傷科治療，健保卡蓋 1 格可以做 6 次，但診察費僅能申報 1 次，第 2~6 次醫師須親自診斷，不能申請診察費，卻被列入門診合理量計算，即診察費相對被打折，我們曾推算，針、傷科服務的病人數增加，支付點數反被打折，呈現不公平的現象，服務人次增加 10 人，支付反減少 100 點，服務人次增加 15 人，支

付僅增加 200 點。為讓針、傷科能正常發展，希望有機會調整設計上不公平的架構。

- 三、專款專用項目，我們有 4 項計畫，皆為原有項目，並未新增，費用皆依今年執行情形推估，是很保守的推估。1.醫療資源不足改善方案，增加 3.6 百萬元，預期增加 18 個巡迴醫療服務點。2.腦血管疾病西醫住院中醫輔助醫療計畫，推估增加 15 百萬元，其 100 年點值已降到 0.83。3.腦血管疾病後遺症門診照護計畫增加 63 百萬元，101 年第 1 季點值為 0.64。4.腫瘤患者住院中醫輔助計畫增加 5 百萬元，100 點值為 0.62。專款專用項目未用完額度，皆須繳回，我們完全參照實際執行情形推估。
- 四、上次(8 月 29 日)座談會初步交換意見時，有委員希望我們進一步說明腦血管之門診與住院計畫有何不同。其差異如下：
- (一)計畫目標不同，前者為針對住院的急性期及亞急性期，後者為針對出院後的復健期。
- (二)適用對象不同，前者為腦血管疾病診斷日起 6 個月內的住院患者，後者為發生腦血管疾病之診斷日起 2 年內患者。
- (三)申請資格也不同，前者為設有中醫部門之醫院，後者雖未限制院所資格，但對醫師資格有設限制，也有審查機制。
- 五、另治療成效，中風很早就被世界衛生組織列為針灸的適應症，已有很多相關報告，大概僅次於疼痛，在急性、亞急性期及後遺症的臨床照護實驗評估，在世界衛生組織可以找到很多相關報告。我們也有做相關評估，都是正面有效，例如長庚醫院投稿於 eCAM 研究報告指出，針灸能減少中風患者的死亡率和感染率；衛生署的委託計畫，針灸可減少中風復發，對年輕患者效果更好，且使用次數愈多，效果更好；另一研究為使用針灸與否的存活曲線分析，針灸對 2 次中風有保護作用；中國醫藥大學研究也指出有明顯療效。另中國醫藥大學還有更積極的計畫，以黃耆萃取物替代 t-PA(Tissue Plasminogen Activator，血栓溶解劑)，很多證據證實有效果，對腫瘤，尤其疲倦疼痛改善很

有效。因時間關係，相關資料請委員參閱。

江主任委員東亮

抱歉，因時間有限。本次和上次的說明內容不太一樣。

陳委員錦煌

修正診察費合理量計算公式，是要 3 百萬元，還是 3 億元？

施特別顧問純全

3 億元。

江主任委員東亮

接下來討論受刑人納保，預算是否從一般服務移至專款項目，請健保局說明。

蔡組長淑鈴

受刑人納保是二代健保法通過的條文。目前受刑人預估有 6 萬 5 千人，在討論明年總額時，預算係列為非協商因素的投保人口數成長率，故各部門的非協商因素成長率皆含這 6 萬 5 千人的醫療費用額度，但因目前監所收容受刑人在全國之分布與健保 6 分區投保人口分布有很大不同，如果費用仍保留在非協商因素，將來隨著各分區地區預算公式分配至分區總額，受刑人較多的分區經費將會不足，受刑人較少的分區則會有剩款，而且這 6 萬 5 千人要花多少費用，並無經驗數字。建議第 1 年不要列在一般服務，列為專款項目，等知道醫療費用分布後再合理回歸一般服務，對各分區的經營也較公平。

江主任委員東亮

謝謝健保局說明。牙醫及西醫基層部門，皆同意列為專款項目，其對預算金額並無影響。接下來對協商項目逐一提問。請問支付標準調整乙項，付費者代表委員有無提問？

蔡委員登順

今年中醫部門非協商因素成長率已 2.746%，在幾個部門中算是高

的，僅比醫院部門少一點。或許大家都很清楚，人口數成長、人口結構改變率、醫療服務成本指數改變率等之成長額度，就是作為支付標準調整之用，且其每年都已滾入基期，若醫界另外再提出增加費用的訴求，我們覺得有所不當。早上協商的部門，這部分我們都未同意，以上為付費者對支付標準調整的看法。

江主任委員東亮

目前尚未進入協商階段，請問付費者對此項內容有無詢問意見？

何委員語

請問受刑人移列後，成長率為多少？

陳委員錦煌

中醫師公會支付標準調整，增訂小兒腦麻及氣喘支付標準各 20 百萬元、中醫不孕症體質評估及針灸治療處置 32 百萬元、修正診察費合理量計算公式 300 百萬元，我覺得提出這些並不合理，坦白講，你們本來就有在看，這些都是多編的。

江主任委員東亮

其他付費者代表委員有無提問？沒有詢問，我們就進入協商。首先針對受刑人納保所增預算移列至專款項目的部分，這部分要經中醫部門同意。

孫委員茂峰

剛有委員問到移列金額為多少，我們想先確認一下。

林執行秘書宜靜

移列金額，請委員參看議程資料第 27 頁，中醫部門為 57.1 百萬元。

孫委員茂峰

這樣我們非協商因素成長率會變成多少？

林執行秘書宜靜

醫療服務成本及人口因素成長率，即非協商因素，原為 2.746%，變

為 2.460%，但其係是移到專款項目，並不會影響總成長率。

孫委員茂峰

如為公共政策，且其他總額部門也同意，我們沒意見。

江主任委員東亮

接下來為支付標準調整，剛付費者代表已表達。

施特別顧問純全

這部分補充說明，我們是支付項目的改變，屬新增支付項目，與支付標準調整不同。

- 一、小兒麻痺和氣喘，去年是專款項目，今年則移列至一般服務，故須增列其支付標準，只是從專款移列，要維持原照護內容，須增訂其支付標準，並非調高，希望委員支持。
- 二、不孕症乙項，現行中醫門診雖有支付針灸及診察費，但中醫的支付項目相對少，如要提供整合性照護，原支付標準是不夠的，希望能增列體質評估，其對將來受孕有幫助，並將針灸治療處置及診察費予以加成，以提高誘因，針灸介入可增加受孕，在國內外皆有實證基礎。
- 三、診察費合理量是用物理治療的計算方式，結構不對，對中醫針灸、傷科發展會有限制，希望能改變計算結構。

江主任委員東亮

這部分，付費者...

陳委員錦煌

記得先前有調高針灸處置費，將 100 點調高為 200 點，現在你們要變成 400 點，double(加倍)，我覺得這樣沒意思。小兒麻痺計畫，成效為何？到底醫好多少人，有無統計資料？你們要錢，最起碼也要拿出成果。中醫治好多少不孕症，西醫的人工受孕都生不出來，中醫有辦法嗎？要錢可以，如果能讓不孕症生出小孩，給你們錢有什麼關係。對這幾項我有意見，這些錢你們不用編。

施特別顧問純全

謝謝委員指教，中醫支付標準有很多不合理處，過去針灸處置如開藥，則要減少錢，承蒙委員協助做了調整，我們很感激。

陳委員錦煌

過去未開藥為 200 點，開藥為 100 點。

施特別顧問純全

是。

陳委員錦煌

那也是我幫你們爭取將開藥支付點數調為 200 點。不能這麼好心幫你們爭取後，還再要求增加 200 點，這樣沒意思。

施特別顧問純全

我們很感謝過去委員的協助，為何不孕症要有不同支付，因單一支付，其誘因不高，而專案計畫的支付標準不同於一般服務，如對不孕症針灸治療處置，調高為 400 點，醫師處置的意願就會提高。至於小兒氣喘及腦麻試辦計畫成效，我們曾報告過其療效評估，上次也報告過不孕症中醫治療的國內外研究結果，針灸介入可提高受孕率。

江主任委員東亮

提高多少百分比？

施特別顧問純全

30% 以上。

江主任委員東亮

即 10 人中有 3 個可以。

施特別顧問純全

是和對照組比較，提高 30%。

江主任委員東亮

謝委員天仁是對支付標調整有意見嗎？

謝委員天仁

不是只有我有意見，剛蔡委員登順也提到，支付標準調整如非新增項目，我們都不會贊成，不然會變成常常調整支付標準，今年要調整這幾項，明年又要調整那幾項，希望支付標準的調整，由健保局整體處理，到時如有需要，可再總檢討。從早上協商到現在，其他二個部門，我們也都不同意，除非特殊艱困科別，我們才會考慮。剛蔡委員登順也提到，這部分付費者不會接受。

施特別顧問純全

第 1 項小兒腦麻和氣喘，不是支付標準調整，是從專款移列到一般服務；第 2 項不孕症是新增項目；第 3 項是結構調整，可能我們表達方式，沒有讓委員清楚了解，其實 3 項是不同的。

黃委員偉堯

小兒腦麻和氣喘，我們可以看議程資料第 22 頁，本次評核會建議為停辦而非移列，且使用的人數在下降中，而且專案計畫的支付條件還較優惠。因此，移到一般服務後推估會分別再增加 15% 和 35% 的使用量，恐有疑慮。而且使用人數很少，無論停辦或回歸，一般服務的支付標準與預算應可容納。

何委員語

小兒腦麻和氣喘計畫，評核會建議回歸一般服務。中醫藥品調劑費很低，中醫師調劑 10 點、藥師為 20 點，比西醫的 66 點、45 點還低，比最低的日本 558 元低很多。我 8 月 22 日在台北市政府開會，會中有討論到少子化問題，並提到婦女不孕症的改善措施，支持中醫不孕症的費用，這是我的立場。至於其他部分，大家可再討論。

陳委員錦煌

補充說明，好嗎？

江主任委員東亮

鄭委員淑芳先舉手。

陳委員錦煌

好。

鄭委員淑芳

有關不孕症部分，依照健保法第 39 條規定，人工協助生殖技術不在健保給付範圍，這部分不應核給費用。

陳委員錦煌

小兒氣喘與腦麻計畫和不孕症，成果要拿出來，西醫診察費才 228 點，你們要 3、400 點，西醫那邊若來計較要怎麼辦，醫院總額部門還未談，不能因為你們，讓我們不好做人。不要這樣，我之前已同意針灸開藥給付 200 點，你們看我好欺負，又來要錢，變成 400 點，這樣有道理嗎？大家都稍微退一步，不能每樣都要，後面坐的都是醫界大老，很多醫院的代表，我看過他們的資料，診察費才 228 點。你們的績效、成果如何？不要這樣，我不同意。

江主任委員東亮

請問付費者的方案是什麼？

陳委員錦煌

我不同意給他們。

江主任委員東亮

不同意。

陳委員錦煌

他們提出的 372 百萬元，我不同意。

江主任委員東亮

付費者對其他項目之意見為何？或中醫界對所提出的 6 項計畫，是否有覺得那些需優先保留？

施特別顧問純全

再補充說明小兒腦麻和氣喘計畫，101 年協定是不再試辦，回歸一般服務，回歸應包含原本的預算，這樣原來的照護才能繼續執行，請委員支持，否則從專款項目移列後，原來的照護不能繼續執行，會影響病患的就醫權益。

江主任委員東亮

按評核會建議，回歸就是停辦的意思。

蔡委員登順

不是停辦，是回歸到一般服務來做治療，就按一般情況，沒有停辦。

何委員語

回歸一般服務，專案計畫停辦。

蔡委員登順

回歸一般服務。

江主任委員東亮

是否另外編列預算，中醫部門說回歸就是另外編列。

施特別顧問純全

是預算從專款項目移到一般服務，並非另外編列，即專款項目那邊是負的，一般服務這邊是正的。

江主任委員東亮

專案停就停了，高血壓醫療給付改善方案也是這樣。

蔡委員登順

再提個想法，他們的說明，我覺得有點道理，因小兒麻痺和氣喘，過去是專案計畫，現在回到一般服務，當然如原來就有，就不再增加費用，會建議從非協因素成長率做調整。移列，則多少要給一點錢，但今年給錢，明年以後不能回頭又再提出另一個專案，再移列回去。我建議給 30 百萬元。

陳委員錦煌

太多了。

施特別顧問純全

那是原來的預算數。

江主任委員東亮

不然 20 百萬元。

陳委員錦煌

你有沒仔細聽我講話，錢要花在刀口上，有需要的，我一定支持。但成果沒出來，我的意思是花錢有效果，我就會相挺。醫院診察費 228 元，你們要 400 元，等你們協商結束後，就換他們來要，他們也有治療不孕症。

江主任委員東亮

請問付費者的結論是什麼？

陳委員錦煌

蔡委員說要給 30 百萬元，我覺得...。

許委員怡欣

剛建議 30 百萬元，評核會報告 99 年執行情形，小兒腦麻計畫花了 19 百萬元，中醫提出 20 百萬元，是差不多；小兒氣喘計畫花了 12 百萬元，兩項加起來約 30 百萬元，不要增加到 40 百萬元。中醫部門說人數預計會增加 15%、35%，預估可能過於樂觀，之前收案人數才 2、300 人，人數雖有增加些，但 15%、35% 的增幅恐過大，30 百萬元看起來是合理的數字。

江主任委員東亮

這部分付費者是否需一些時間討論。

葉委員宗義

我是委員會推派到中醫門診總額支委會的代表，中醫評核結果是「可」，我想講些話鼓勵中醫界，希望中醫多加油，只有中醫部門是

可，很容易被人多講話。

江主任委員東亮

孫理事長茂峰有無補充？

孫委員茂峰

謝謝委員的鼓勵，跟葉委員宗義報告，我們並非每年都「可」，去年是「良」。100年我們沒有承辦總額專業自主事務，今年我們會努力，謝謝委員。

江主任委員東亮

所以本項是 30 百萬元，中醫部門呢？

孫委員茂峰

我們接受。

江主任委員東亮

好，接下來討論專款項目，共有 4 項計畫，要逐一談，或中醫部門覺得那項較重要先談？

施特別顧問純全

我們係參照目前執行狀況推估，摸著良心說，提得很保守，並未高估，其中有幾項計畫的點值在今年已降到 0.6，甚至可能會低於 0.5，如腦血管後遺症門診照護計畫。我們提出的數字，完全依照現行執行情形推估，健保局建議版本和我們落差不大，因公務單位須把關，故健保局一定會比我們估計得更保守。專款專用項目，沒用完就繳回，希望委員支持我們所提的。

江主任委員東亮

不只繳回，還會把執行率拉低。

施特別顧問純全

我們有評估過，提出的額度與現實狀況很接近，明年的執行率會很接近我們的預估值。如預算提得太高沒用完，讓執行率變低，對我

們也沒好處。希望專款項目，委員能給予我們支持，這4項都是舊案，沒有新案。拜託委員。

江主任委員東亮

付費者代表的意見為何？

陳委員錦煌

主席，我要針對腦血管疾病西醫住院的計畫詢問。我先前曾說過，是西醫住院6個月後，再回醫院看診嗎？

孫委員茂峰

會診。

陳委員錦煌

會診。我告訴你，你們編這條錢，我有調查過，中部有家醫院曾詐領3百多萬元，你知道嗎？就是彰基醫院，理事長你還假裝沒這件事，連公文我都有。中醫編這筆錢，我覺得沒需要，腦血管疾病去診所看就好了，何必一定要回到醫院，醫院發生詐領費用的事，難怪你們被評為「可」，很漏氣。腦血管疾病西醫住院中醫輔助醫療計畫原本45百萬元，你們要再增加15百萬元，就不要做好了，才不會有醫院詐領的事發生。

孫委員茂峰

- 一、違規項目是否和本項計畫有關係，或是因其他案件，我們並不清楚，謝謝陳委員錦煌提出這部分，我們回去後會再努力，針對會員違規部分，再加強同儕制約。
- 二、從 evidence-based(證據醫學)角度看，中風住院患者如在早期施予針灸治療，對病人是有幫助的，執行成效很好，我們剛也提出相當多文獻證實其有療效，今天也特別針對陳委員錦煌在8月29日座談會的要求，準備相關存活率資料，施特別顧問剛也有報告，你說有報告，今天就不會為難我們，我們今天有準備，再報告一次，也沒問題。這部分不是拿掉就算，也不是醫院拿這筆錢，重點是病患在急性期有這項照護對他們有好處，向委

員報告，謝謝。

江主任委員東亮

存活率增加多少。

施特別顧問純全

一、向各位報告，過去沒本項計畫時，健保有給付中風病患住院期間會診復健治療，但會診中醫則要自費，其實病患有此項醫療需求，也有效果，如拿掉本項計畫，則原病患可同時接受西醫復健及中醫治療，又會變成須自費中醫，反影響民眾就醫權益。

二、講 5 年存活率，對我們太嚴格，因才實施才沒幾年。

江主任委員東亮

實施 7 年了。

施特別顧問純全

沒有，沒那麼多年。我們用健保資料庫分析中風再發率，即二次中風，從存活曲線很清楚看到施予針灸與否有差異，其為衛生署委託計畫，審核人員有台北醫學大學前校長許重義教授，他以前是腦中風醫學會理事長、國衛院溫啟邦教授，醫學期刊 Lancet 台灣學者中以他投稿最多、台大公衛宋鴻樟教授、及國外的客座講座 Dmorisky 教授等人，證實是有效果。再補充一點，本計畫患者嚴重度較高，錢真的用在刀口上，請委員支持。

何委員語

主席，中醫是中國 5 千年來的醫術，我最近很用心研讀一本有關中醫的書，才發覺西醫興盛後，中醫被排擠、欺負，WTO(世界貿易組織)國家已發現全球有一半的人使用傳統醫學療法。支持健保局意見，醫療資源不足地區改善方案，增加 3.6 百萬元，腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫，增加 46 百萬元，腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫，增加 16 百萬元。

謝委員天仁

主席，建議休息 10 分鐘，讓付費者內部討論。

江主任委員東亮

現在時間 4 點 4 分，休息 10 分鐘。

(付費者代表自行召集會議討論約 20 分鐘)

江主任委員東亮

時間剩 24 分 45 秒，現在開始繼續協商，請付費者提出你們的方案。

謝委員天仁

一、本來以為中醫部門 30 分鐘就可結束，結果沒想到可以談這麼久，可見中醫部門累積很多「業」在裡面，大家想辦法要把它消除。付費者最後方案為：

(一)醫療資源不足地區改善方案，希望維持去年金額 74.4 百萬元，主要是認為長期進駐計畫的診察費加成沒有必要，沒有一個部門在原來地方執業，診察費還能加成，我們的方案和中醫界差距很少，只有 3.6 百萬元而已。

(二)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫，40 百萬元。

(三)腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫，依健保局建議，14 百萬元。

(四)腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫，希望在 100 百萬元範圍內。

二、這是我們的方案，看中醫部門意見如何。

江主任委員東亮

中醫部門需要時間思考嗎？可否接受，4 項計畫較 101 年增加 17 百萬元。

施特別顧問純全

主席、各位委員，腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫，

100 年點值只有 0.83，應有成長空間，現反而減了預算，它的支付將被打 7 折以上，請委員能再考慮，目前執行率是超過的。腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫，經費也不足，101 年第 1 季點值為 0.64，今年甚至可能會低於 0.5，預算數和實際發生數有很大差異，這兩個都是重點計畫，一個是急性期，一個是後遺症，真的是錢用在刀口上，希望委員能支持這兩項。腦血管住院能否維持原預算，我們要求增加 15 百萬元，其和推估的利用率差不多，腦血管門診則較我們提出的增加 63 百萬元，其點值快低於 0.5，再繼續下去恐會經營困難。請委員支持。

謝委員天仁

目前好像沒有那個部門像中醫這麼難談成，你不接受我們的方案，那就破局。前面已經說明我們的困境，你們這個部門很特殊，很多東西造成我們協商上的障礙，大家可能必須面對，要用時間慢慢消化。基本上我覺得減少的金額算低，從早上到現在，所有部門的專案計畫，核最多的就屬你們，你可以去看，減最少的也是你們，如不能接受，我也沒辦法。

葉委員宗義

有個意見，中醫提的項目和西醫照護重疊很多。全世界都在注意老人問題，尤其老年癡呆，這是中醫可以發揮的，但你們卻沒提出相關方案，如果有提出，相信委員多會贊成，幾 10 年後老年癡呆會變成問題，希望你們可以思考。

江主任委員東亮

這是付費者的意見，中醫部門代表意見為何？

何委員語

有幾點，第一、你們中醫界不夠團結，本身都在扯後腿。第二、希望每個專案計畫都有進度及成果表，在這個階段的成果為何，希望能製表。第三、明年度能提出每項專案計畫的效果。當然你們有些計畫預算執行率已超過，但讓全民有信心最重要，希望中醫界能自

強，且要有數據、科學化的作業程序，才能取得全民信賴，及費協會付費者委員的支持，這是我的建議。

江主任委員東亮

中醫部門有需要討論嗎？

孫委員茂峰

可否給我們 5 分鐘時間。

江主任委員東亮

可以。

孫委員茂峰

謝謝。

江主任委員東亮

請同仁帶中醫界到隔壁會議室討論。

(中醫部門代表自行召集會議討論約 5 分鐘)

江主任委員東亮

各位委員及部門代表，協商時間繼續。請孫委員茂峰說明。

孫委員茂峰

主席，各位委員，非常謝謝委員的指教，我們團隊努力不夠，虛心接受，該努力的部分我們會繼續。剛付費者的方案，我們接受，謝謝。

江主任委員東亮

感謝中醫部門及付費者代表，現在確認數字。

邱技士臻麗

102 年度中醫門診總額結論：

一、醫療服務成本及人口因素成長率為 2.460%，協商因素成長率為 0.127%，其中品質保證保留款為 0%，支付標準調整為 0.147%、違反特管辦法扣款為-0.020%。一般服務成長率合計 2.587%。

二、專款項目金額合計 285.5 百萬元，醫療資源不足地區改善方案為 74.4 百萬元、腦血管疾病後遺症門診照護計畫 100 百萬元、腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫 40 百萬元、腫瘤患者西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫 14 百萬元，小兒腦性麻痺及氣喘計畫移列至一般服務，受刑人納保所增醫療費用 57.1 百萬元。

三、總成長率為 2.177%，較 101 年度核定總額成長率為 2.187%。

江主任委員東亮

對以上共識方案，中醫部門及付費者代表，是否都能接受？

謝委員天仁

我們接受。

蔡委員登順

今年成長率 2.177%，比去年的金額還大。

江主任委員東亮

宣布中醫門診總額醫界與付費者代表達成共識，感謝各位。

本會 102 年度全民健保總額協商會議
與會人員發言實錄

肆、「醫院總額」

肆、102 年度總額協商—「醫院總額」與會人員發言實錄

江主任委員東亮

- 一、接下來的場次是醫院總額部門的協商。感謝楊漢淙理事長領軍醫院部門，其他協商代表為郭正全、蘇清泉、陳雪芬、童瑞龍、謝文輝、朱益宏及張克士等位。
- 二、依據今年 6 月 8 日費協會第 183 次委員會議通過，有關今年總額協商會議之進行方式與原則等決議，做為主席有兩個功能，一是控制時間，二是維持秩序，包括會議進行的方式及原則。
- 三、進入正式協商前，先請本會同仁宣讀「102 年度總額協商會議之進行方式與原則」。

同仁宣讀 102 年度總額協商會議之進行方式與原則(略)

江主任委員東亮

- 一、請問各位對於前述宣讀之進行方式與原則，有無不清楚之處？若無，則會議依之進行。
- 二、據此原則，門診透析的 20 分鐘在中午已經結束。接下來，醫院部門的協商有 85 分鐘，若在 85 分鐘內未完成協商，可再延長 23 分鐘，時間到時，我會提醒大家。
- 三、現在進行協商，時間開始計數。先請醫院部門綜合補充說明，5 分鐘。

楊理事長漢淙

- 一、這個漫長的協商，大家辛苦了。費協會最主要是對各部門總額進行協定，特別要強調是協定，而非審核。明(102)年健保總額的成長率，經過很多單位、眾人的努力，從 101 年的 4.7% 變成 6%，其中隱含許多意義。今天醫療體系面臨很多問題，大家也認為應該想辦法克服，我們當然瞭解這些問題不單是健保所引起，但不可諱言，健保是其中很重要的因素。除了健保，現在有很多工作壓力、醫療糾紛等也是因素之一，對此，總統昨日也於總統府召集會議，談論醫療糾紛等議題，主要是希望能克

服或緩和五大皆空的問題。

- 二、今天會議資料第 97 頁所提供數字，6%相當於增加 317 億，年度總額上限是 5,614 億。雖然費協會雖曾經討論過，各部門總額不能超過行政院核定總額的上限，但我認為這部分有商榷的餘地。行政院為何提高 102 年度總額上限，最主要是希望面對今天很多醫療問題，諸如五大皆空、六大皆空，以及工時、關病床、急重症、鄉村地區無法得到適當醫療等問題，如果我們沒辦法透過健保費用來有效解決，老實講，就未能達到預期目標。所以，我認為 6%不應視為各部門的上限，而是一個平均值，也就是所有部門的費用加起來不超過 5,614 億，費協會的功能是在 5,614 億內做適當分配，這在費協會組織規程即有詳細規定。
- 三、我要特別提出說明，今天面臨的這些問題，譬如五大皆空、六大皆空等，其實絕大部分都發生在醫院，這也是醫院部門提出訴求，拜託各位委員的地方。我們覺得很沈重的是，今天醫療體系的崩盤，其實也是醫院的崩盤，有些人不用「崩盤」而是以「走山」稱之，但不論如何，確實面臨相當多問題，甚至有人說以後台灣病人，要打玻尿酸也許容易，但要接受開刀可能不太容易，有很多醫院很難聘請到婦產科醫師，更有醫師要求不做接生，問題發生在那裡？可能不完全是健保，也有醫療責任的問題，但我相信健保的問題也不能排除。
- 四、前天小兒科醫學會的理事長打電話給我，提到今天在醫院的小兒科醫師只占總體小兒科醫師的 40%，該如何是好？記得以前擔任醫事處處長時，小兒科醫師在醫院的比率是 60%，有一年過年，還被一個住在虎尾的媽媽，在電視裡指著鼻子罵，醫政處長在做什麼？整個雲林縣竟沒有 1 家醫院有小兒科醫師，我想不可能，後來查的結果發現，醫院有小兒科醫師，但只有 1 個人力，沒辦法做值班工作，這其中的問題，我們都必須面對。
- 五、大家也曉得，今天有相當多醫院在關病床，或許有些醫院只是

沒有關到必須向衛生局登錄的程度，所以，從衛生局的資料來看，關床的情形可能沒那麼多，這個暑假我跑了一、二十家醫學中心及區域醫院，幾乎沒有一家醫院不須面對這個問題，他們說不是關病床，而是調整病床，但還不是一樣，這也是個活生生的例子。再以隔壁的台大醫院為例，現在去看看急診室，老實講看起來真的很辛酸。今年暑假跑了兩次非洲、兩次北京，在非洲看到很多病人躺在地上。我想如果做醫療做到這種情形，實在有夠悲哀，所以，大家今天要將心比心，應該沈重、慎重地思考，如何來克服這些問題。

六、今天確實有相當多的醫院面臨到健保給付的壓力，為何很多醫院要做自費醫療？老實講，醫院現在如果不做自費醫療，會很難維持。記得上個月到我大陸，現在很流行一句話，看病難、看病貴，而我們真的願意面臨這種「看病難、看病貴」的情境嗎？但今天已經慢慢地走到這種情況了。很多醫院花許多精神去做醫學美容、高級健檢、坐月子中心、開停車場、商店街，這是我們願意見到的嗎？這是核心醫療、是照顧病人的重要工作嗎？沒錯，有很多人需要這些服務，但病人更需要醫院能夠提供照顧重症、急症的醫療服務，所以，在這種情況下，如果硬要維持 6% 的上限，恐怕會有相當多的問題無法有效克服。

七、費協會很用心地將時間做詳細分配，以下先就醫院與健保局所提差距較大的項目，做個簡單說明：

(一)今年有這些問題須克服、解決，健保局要調整手術費、處置費支付點數等，我們通通贊成，但一下子這個項目、一下子那個項目，調來調去，經常是頭痛醫頭、腳痛醫腳，實在會產生很多問題。有人說小兒科醫師應該調高，但上次診察費調高 17%，即便有效果也很小，幾乎沒有太大效果，所以，又有人說小兒科醫師的門診要調高 50%，但如果這樣做，則小孩中耳炎，可以去看耳鼻喉科或小兒科醫師，但看小兒科醫師付 400 多元，看耳鼻喉科醫師只付 228

元，點值還要打 85 折，這樣合理嗎？所以我們第一個主張就是調整診察費，醫院部門的診察費確實長期偏低，兩年前即主張從 220 點調高到 228 點，但在健保點值 0.92、審查核刪 2% 及醫院申報自我斷頭 5% 情形下，醫院拿到的其實只有 85%，大約只有 190 幾元，不到 200 元，所以，我覺得應該稍微調高診察費，建議至少應調到 280 點。健保局對支付標準調整項目的建議經費是 50 億，但醫院部門則強烈主張，恐怕調到 70 億都不見得能夠解決問題，希望這部分投入的費用應該再多一點。

(二)在慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫部分，其實已經談論很久，1 年花 30 幾億，從健保整體 5000 多億來看，它或許不是占很大部分，但對這些項目的適應症、給付條件的開放，卻是由肝炎防治委員會訂定，醫療費用卻要我們照單全收，而收下來後，實際給的經費卻連一半都不到，另外一半還擠壓到總額一般服務費用部分。我知道有幾位先進覺得藥價砍幾次下來，足以支應，但請參看今天會議資料第 81 頁，100 年核增的新藥增加 70 億，99 年增加 92 億，98 年增加 80 億，省下的錢其實還沒有新藥增加的多，實際藥費是正成長，所以怎麼會有節餘？我覺得如果認為有需要，就編足經費，如果認為不需要，則取消。其實也有很多位腸胃科專家一直問我，到底有無客觀數據證明所花的費用得到適當療效？我不知道，因為我不是這方面的專家，但這也是合理的質疑。我們 3 年來，都將經費從醫院一般服務總額轉移到專款，明年我覺得專款應該編足，以免費用相互排擠，只會讓醫院點值降得更低。

八、有些評核委員也關注醫院部門每年所編預算的執行率，從各總額部門來看，醫院的執行率還算高，總額預算執行率大約 99.48%，也就是只有 0.52% 沒有執行，再細分部門或項目來看，執行率大概也都有 97% 以上。

九、拜讀過主任委員指導學生所寫，列於參考手冊第 44 頁的這篇文章，其實現在的費用確實很緊，我不想用偏低的說法，但醫師人力年成長 2.9%，病床年成長 2.4%，醫療保健費用年成長只有 2%，顯然長期在費用編列上有所不足。今年難得行政院也接受醫療上確實面臨困難的意見，因此，建議委員可否發揮智慧、運用決策力，倘若能將經費用於真正解決台灣醫療體系共同面臨的問題，將今天已甚為傾斜的現象，盡量挽回、扶正，如果能讓醫療機構健全地營運下去，對各位來講也是功德一件。以上綜合說明，敬請指教，謝謝。

江主任委員東亮

- 一、謝謝楊理事長漢淙的說明。
- 二、接下來是有關受刑人的部分，因為政策上明年要納進來，所以健保局對此有所建議，請健保局說明。

蔡組長淑鈴

- 一、受刑人納保是二代健保法通過的條文，目前全國受刑人大約 6 萬 5 千人，而 102 年總額的非協商因素，已將這些人計入投保人口數的成長率，所以，這部分的費用已經加在各總額部門內。
- 二、這些受刑人在各分區的分布與一般人口有很大不同，如果不做適當處理，則該經費將會隨六分區地區預算的公式分配，但因各分區受刑人所需的醫療服務有很大不同，直接隨六分區分配的結果，可能造成受刑人較多的分區，預算不足，受刑人較少的分區，又預算太多，形成不公平現象。
- 三、目前 6 萬 5 千人會用多少醫療費用，完全沒有經驗數字，因此，雖然所估預算是放在非協商項目，但建議第 1 年各分區預算先集中，放在專款項目，等到 1 年執行過後，知道大概的費用分布後，再公平回到一般服務，這樣對各分區可能會較公平。在醫院部門，受刑人所估金額約為 9.04 億元，建議放在專款項目，先看看實際的運用情形，103 年就可以合理地讓它回到一般項目，以上說明。

楊理事長漢源

同意，確實大家都沒有具體數字，且因為受刑人有行動上的限制，雖然保費收取沒問題，當然也可按照矯正地點做分配。尊重健保局的考慮，依健保局的建議方式辦理。

江主任委員東亮

這部分就照健保局的建議。

羅院長永達

在大家都沒有數字的情況下，未來萬一不夠用，怎麼辦？一定是用醫院總額去補，對不對？所以，如果是專款專用，必須先講好，如果超過這個金額，就不再支用。

江主任委員東亮

請健保局答覆。

蔡組長淑鈴

專款項目就如羅院長永達所提，可能會有太多或不足的情形，但現在並不知道這部分的經費是會太多或太少，就過去專款項目的處理方式，為了避免產生其他後遺症，如果不足，都是建議採浮動點值，也就是專款部分是以每點 1 元支應，但如果發生不足就採浮動點值方式處理。如果各位代表、委員也同意這個機制，即可直接寫入今天決議，以後用此方式執行，但如果用得比較少而有剩餘，就留下來。這部分大家可以再討論。

朱副院長益宏

確實須要討論，按照健保局的說法，這部分本來屬於各總額部門的非協商因素成長率，現在只是因為六分區使用不均的關係，另外拿出來讓六區統籌使用，所以，原則上，它的來源是一般服務的非協商因素，如果不夠，同意採浮動點值方式處理，但如果有剩，也應該回到六分區，因為原來就是其中的一部分，並非外加，沒道理用不完就直接拿掉，不回到六分區分配。所以，建議不足時，以浮動點值處理，但若有剩餘，最後一季也要歸回一般服務預算。

江主任委員東亮

請教楊理事長漢涑醫院部門的意見。

楊理事長漢涑

基本上，支持健保局的建議，但就我的觀念，所謂專款專用就是多退少補，但現在卻說，多了要還，少了要浮動，變成多退少不補，這樣似乎有點奇怪。既然專款專用，不是贏就是輸，贏歸你、輸也要歸你，不能說贏歸你、輸卻歸我，這沒道理。從一般觀念來看，受刑人的醫療利用應該不致造成健保很大的財務負擔，但如果直接讓分區再去分配，可能也會有不平之感，建議專款就要專用，多退就省下來，不足的也要補，因為受刑人就醫有其限制，不是想就醫就可以去，應該不會有浪費情形，但我們也確實不知道實際的醫療利用會如何。

謝董事長文輝

我們醫院也有看守所，也有戒護患者來看病，其實醫院看戒護就醫病人，會增加很多麻煩，所以我認為若要專款專用，以每點 1 元支付並不為過。因為真的會多很多麻煩，警察來，要戒護...等，都很費事，看一個病人要花很多時間，而且一開始大家都沒經驗，同意放在專款，但要按專款的常規，不足的也要補。

江主任委員東亮

請教黃局長三桂對此看法。

黃局長三桂

- 一、現已規劃依分區將矯正機關分群組由單一特約醫療院所團隊到各監獄或看守所提供醫療服務，所以，受刑人個別戒護到院所就醫的機會其實並不大。
- 二、透過第一年辦理，才能了解實際狀況會如何？所以，如果金額不是太大，為了管理方便建議移至專款，但如果不夠，則採點值浮動。

江主任委員東亮

請教付費者代表的意見。

謝委員天仁

這好像與前面三個部門所談的規則又不同，這樣變得很難調整，我們對這部分的處理一定要用相同的規則，既然是放在專款，當然也要依專款的特性處理，至於結果如何，則是在下年度，大家再去因應調整的問題。所以，我覺得既然這部分是以特約方式，由醫療院所去提供服務，假如大家都擔心有剩餘就會變成別人的，似乎不宜。至於不足時，當然要自己負責，浮動點值。

楊理事長漢源

浮動不是它浮動，是我們的點值。

謝委員天仁

沒有！專款是割開的，原來的規則就是這樣，應該要前後一致，對不對？

楊理事長漢源

可否請蔡組長淑鈴再講清楚。

江主任委員東亮

請蔡組長淑鈴再次說明。

蔡組長淑鈴

有關專款的處理原則，以經費 10 億元的專款為例，如果受刑人的醫療費用超過 10 億，則原本以每點 1 元支付的就會變成浮動點值，但如果只支用 8 億，剩下的 2 億就會留下來。專款原來的規則就是如此，早上也是這個說法，目前協商過的幾個總額部門也都同意。

朱副院長益宏

這就是醫院質疑的部分，雖然這筆經費列為專案項目，但其來源事實上是由非協商因素移列，本質屬非協商因素的一部分，因此，如果沒用完，也應該要回到非協商因素、回到一般服務內。雖然使用上像專款，但來源並非專款，所以我們主張沒用完，應回到當年度

的一般服務預算，在第4季處理。

謝董事長文輝

如果這樣，超過時採浮動點值，才公平合理，因為是我們的點值浮動。

謝委員天仁

抱歉！如果照醫院的講法，專案的規則就會變成好幾種，但這個項目，與前面三部門總額談的規則要相同，不可能不同。

楊理事長漢淙

一、我對專案的瞭解是，要我做這件事情，有剩錢就退回健保局，錢不夠，健保局就要再撥過來；與現在講的不同，有剩錢，拿回去，錢不夠，本來給1,000元，結果做1,100元的服務，但最後只給1,000元，虧的不就是我？因為又不能只給病患半包或九成的藥，或只開九成的刀，不能這樣搞，還是得提供全額服務。

二、如果要談專款，贏是你、輸也應該是你，這是一致性原則，但現在的說法豈不變成一般服務，有剩餘留在一般，不足就點值浮動，變成由醫院認了。

江主任委員東亮

這邊的專款與原來的專款不一樣嗎？

朱副院長益宏

不一樣，本來就不一樣。

陳高級分析師雪芬

不一樣。

江主任委員東亮

請教健保局。

黃局長三桂

這樣講好了，原來的專款一開始就協商一筆經費放在其他預算，但剛講的這筆經費，是放在各部門總額的專款項下。

楊理事長漢淙

因為蔡組長淑鈴之前的說明比較傾向於放在專款，所以剛尊重健保局意見同意放在專款，但如果還要醫院自負盈虧，有剩錢要拿回去，不夠錢要自行負擔，則建議還是放在一般服務，我們也可以接受。

謝董事長文輝

原則上，還是放在一般服務，但剛蔡組長淑鈴的說明也有道理，因為過去無此經驗，六分區的費用分布不同，雖照常態的六分區分配，但可以特別對本項費用，依六分區不同的情形，進行內部管理。錢放在一般服務，但從管理面由醫院與健保局針對本項特別處理。

楊理事長漢淙

放在一般服務，我們各分區再來考量分配及管理問題。

江主任委員東亮

- 一、現在的時間是進行詢答，至於如何做，待會兒協商時再談。
- 二、接下來逐項由付費者代表提出詢問後，再進行意見交換。首先是品質保證保留款，請問付費者代表有無詢問意見？若沒有，下一項是新醫療科技。

林執行秘書宜靜

有關新醫療科技乙項，提醒大家先看一下會議資料，第 29 頁是醫院部門草案，建議成長率 0.310%，增加 10 億元，第 35 頁則是健保局擬案意見，建議增加 16.77 億元，請大家併同參考。

江主任委員東亮

請問付費者代表有無詢問意見？請何委員語。

何委員語

醫院部門只提出 10 億，健保局則建議 16.77 億，就其內含項目來看，健保局擬案中，新增支付標準列 7 億，新藥 9 億多，新特材 0.73 億，

我們認為這三部分的金額偏高，不知道健保局為何給這麼高的費用，與醫院部門提出的 10 億，有很大差距。

蔡組長淑鈴

- 一、有關新增支付標準編列 7 億部分，因為去年蒐集各醫學會對新增項目的建議共計 212 項，各醫學會也同時建議金額及 1 年可能使用的數量，依此推算約須 7 億元。
- 二、醫院部門可能認為健保局過去所編新增項目之經費與實際支用數有些差距，本局在編列經費時，看的時間會較長，因為往往第 1 年的數據比較不準，由於實施的時間比較晚，譬如可能 4、5 月的給付協議會議才通過新增項目，7 月才開始實施，則實際執行只有半年。依過去經驗，因為是新增支付項目，大家都比較小心，也需有核價協商時間，所以事實上新增的第 1 年都會執行不滿 1 年；長期來看，新增項目會隨納入健保後的使用會愈來愈多，記得醫院總額部門對於長期是否超過原預估金額，也常有討論或要求了解。
- 三、站在民眾的角度，我們認為增加新支付項目就是減少自費項目，在還未新增前，這些項目屬自費，但隨著大家保費繳得多，似乎也應該幫民眾逐次購買原本自費的項目，避免自費部分不斷膨脹。
- 四、以上是雙方考慮的要點，而我們所提建議，不僅是項目，數量及額度均有所依據。至，新藥、新特材部分，則請沈組長說明。

沈組長茂庭

估算新藥、新特材時，因為一項新藥剛打開市場，第 1 年的金額都不會最高，依過去經驗，大概到第 5 年之前會逐漸升高，之後則開始下降，因此，在新藥、新特材部分，採用 5 年的金額估算。就醫院部門所提意見，好像歷年實際支用都沒有超過預算，但如果只看新藥剛進來第 1 年的費用，當然沒超過，但過去總額協商時，都是看過去 5 年的數據，早上協商西醫基層部門時，也是看過去 5 年數據。

江主任委員東亮

請教付費者代表對本項有無詢問意見？請何委員語。

何委員語

我認為健保局與衛生署偏心，對其他部門一直打壓，不讓他們調整支付標準，但對醫院部門已經有點圖利的樣態出來，很不應該。剛剛提到付費者自付額度很高，但實際上付費者的自付比例只有 22.11%，健保付了 77.85%，跟其他部門比較，自付並沒有偏高，所以這個說辭並不成立。

陳高級分析師雪芬

- 一、為何醫院很怕健保局編列這項經費，因為剛剛健保局講到，並認為可以在民眾自費部分做補救，但其實就 100 年醫院特材增加 12 億多的事實來看，健保局如果只編增加 0.73 億特材，可見對醫院根本就不重視，與何委員語的意見可能不太一樣，今天四個部門的總額，醫院的點值最低，你們對牙科特材或自費項目，有可能像修理醫院這樣來對待他們嗎？
- 二、對於健保局編列新增特材只有 0.73 億，其實我們很擔心，醫院部門在本項編列 10 億，實在是因為與健保局互相不信任所致，很怕健保局又要在其他部分吃掉醫院很多經費。到底要根據醫院協會提出的 10 億，或健保局建議的數字，最後還是請理事長決定。

江主任委員東亮

請教付費者代表對本項有無詢問意見？若沒有，進入下一個項目「調整支付標準」。

林執行秘書宜靜

有關調整支付標準乙項，醫院部門建議成長率 2.169%，增加 70 億元，第 35 頁健保局則建議調整支付標準 50 億元。

江主任委員東亮

請教付費者代表有無詢問意見？

謝委員天仁

醫院部門所編的 70 億到底要怎麼用？健保局的 50 億，到底在內、外、婦、兒及急診五科如何支用？可否先讓我們瞭解，否則這樣一包就 70 億，老實講，看了心臟真的沒辦法負荷。

楊理事長漢淶

一、對不起，讓謝委員天仁壓力那麼大。稍微簡單說明，我們這 70 億其實是分成兩部分：

(一)調高診察費，醫院現在的診察費是 228 點，各位手上也都有資料，西醫基層 320 點，牙醫、中醫等部門診察費都比醫院高，讓很多醫院的醫師心裡感到不平。現在五大皆空的醫師人力，其實真正缺的都在醫院，而非基層，雖然基層醫療可能也有點影響，但多數還是在醫院。以小兒科來講，原本醫院小兒科醫師占所有小兒科醫師的 60%，但今天只剩 40%，造成晚上、假日、急診都沒有小兒科醫師，很多媽媽不知道要把小孩抱到那裡就醫，因為很多診所假日不看診，這些情形都須考慮。而且剛也已說明，如果老是一科一科調整，弄到後來反而變得有點奇怪，並不是不應該調整，只不過現在 228 點，整體偏低而且已經好多年，所以，我覺得診察費必須要調整。如果從 228 點調高到 280 點，因為量很大，估計大概須要 40 億。

(二)另外 30 億，則預計調整手術、加護病房、處置等特定診療費。

二、但如果沒有錢，也沒辦法往下談細節，原則上，我們希望可以提高醫師診察費。

謝委員天仁

還是有些不太懂，你們說醫院門診診察費只有 228 點，基層診所所有 320 點，但基層門診有合理門診量機制，逐次遞減支付點數，請問醫院有算過平均數多少嗎？

楊理事長漢源

真正會用到平均數的應該很少，不過，醫院也有合理門診量，至於細節部分，請陳高級分析師雪芬幫忙說明。

陳高級分析師雪芬

醫院 228 點與西醫基層 320 點，兩者有很大差距。健保局當初調整時，應該有比較客觀的數據可以向委員報告，因為門診診察費有很多種組合，計算組合後的平均值，就可以知道醫院到底多少點，如果再進一步換算成元，則可計算與西醫基層、牙醫或中醫的差距，因為我們沒有其他部門總額的資料，所以，這部分請健保局幫忙補充說明。

蔡組長淑鈴

目前西醫基層與醫院合理門診量的算法、公式完全不同，醫院分二級，西醫基層分五級，逐級遞減支付。去年醫院未調 17% 門診診察費前，與西醫基層未調 9% 之前，加權平均計算兩部門的診察費差不多都是 267 元左右，但去年醫院外、婦、兒科調整 17%，西醫基層調整 9%，因此，目前兩部門的診察費已經不太一樣。但如果以真正投入來講，醫院的複雜度可能還是較高，所以可在這邊做考量，也就是說雖然目前的加權平均值是這樣，但還是可以有不同考量。

謝委員天仁

剛何委員語已經提到，健保局偏心醫院部門，由蔡組長淑鈴的說明，更可以證實，都已經調到 267 元了，醫院還說只有 228 元。

楊理事長漢源

我們每看一個病人是 228 點，怎麼會有 267 的數字呢？根本是不可能的事。

朱副院長益宏

最高是 228，怎說是 267？

陳高級分析師雪芬

講清楚點，怎麼會是 267？

羅院長永達

請健保局講清楚。

江主任委員東亮

請健保局再次說明。

謝董事長文輝

- 一、各位委員都很資深，參與費協會有相當久的時間，大家都是好朋友，也很清楚健保局其實做事一向公正，說偏心也都是偏向付費者較多，多年來都如此。今年健保局長官會如此講，我想委員也知道醫院真的很辛苦。
- 二、今天委員或許會質疑，政策要處理四大皆空、五大皆空，但如果調整支付標準，都被醫院拿去，怎麼行？我想可能要有個觀念，以提升住院護理照護品質方案來看，雖然今年 20 億專款的資料還沒出來，但去年 10 億專款的資料已經出來，醫院統計下來實質花費是 18 億。又，去年調整外、婦、兒科診察費 17%，沒調到急診，各位委員可能不知道，因為急診醫師不夠，全國醫院在這 1、2 年內，急診醫師的薪水從原來 30 萬左右，已經調高到 40 萬左右，還不見得請得到醫師。
- 三、現在的制度，健保局並沒有把手伸到醫院的每個細節，也沒辦法這樣做，所以其實是把所有醫療服務統包給醫院，而大、小醫院的情況不一樣，各地區醫院的情況也不一樣。有經營事業的委員應該可以瞭解，現在醫院很困難的地方是，這科醫師加多少、那科醫師加多少，其實都來不及餵，這也是為什麼我們會選擇調整診察費的原因，這是大小醫院都有的項目，找個名目，再集中由醫院自行管理，假設這家醫院缺小兒科，就大幅調高小兒科醫師的薪水。又以護理人員來講，如果所有護士都要加 3 成，實在沒辦法，因為在醫院門診、健檢單位的護理人員，不用輪值大、小夜班，以現在的薪水就有很多人要做，但

重症病房的護理人員，可能要增加很多薪水才能留住人。

四、我們只能找個名目，以符合政策宣誓反映醫師人力的問題，之後醫院自然就會放在最需要的地方，譬如護理人員部分，對重症病房的護理人員，可以調高 7、8 成薪水，真正辛苦的加最多，但沒需要的，就不增加，如此，醫院內部才能平衡。並不是我們在這裡指導或要求通通加 3 成，那樣實在沒法操作。現在以診察費這個名目，找個目標，最後還是讓醫院統籌，但如果政策上還要再增加某些項目的支付，當然沒問題。

五、大小醫院不一樣，大醫院現在缺的是住院醫師，其實大醫院內、外、婦、兒科醫師都有，只是做得很辛苦，醫療糾紛又多，年輕醫師看了會怕，沒人要進來做，但為什麼這些內、外、婦、兒科主治醫師還能留在醫院，因為即使健保支付沒調整，醫院也會調整薪水，讓他們繼續留下來工作。

江主任委員東亮

請大家留意時間，請楊理事長漢源。

陳高級分析師雪芬

主席，想先澄清一下 228 點。

蔡委員登順

主席，我們離你愈來愈遠，都看不到我們舉手。

江主任委員東亮

請付費者代表發言。

蔡委員登順

一、今年醫院部門的非協商因素就如同謝委員天仁剛所提，心臟如果不夠強壯，看了真的會怕。非協商因素成長 3.416%，金額大約 110 億，請教醫院部門，這 110 億做何用途？照理說，這筆錢可用來調整支付標準，每年的非協商因素都滾入基期，每年都有那麼多錢，如果認為診察費不夠，應該也可以用此項目經

費處理。

- 二、去年針對艱困科別，外、婦、兒科診察費已經調增 17%，如果手術費、處置費、麻醉費等項目真的沒調整，而今年要調，因為這屬艱困科別，我們也可以認同，但外、婦、兒科診察費已經調整過，今年如果還要再調，則重複，我們對這部分有疑慮。同意調整艱困的手術、處置費等，但診察費部分，如果醫院認為有需要調整，建議運用非協商因素成長率，這筆錢本來就是讓部門用在這種地方，今年 100 多億，去年 7、80 億，金額都非常大，可以用來改善此情形。

陳高級分析師雪芬

- 一、健保局說出 228 與 267 的數字，實在讓人很錯愕，我們是拜託健保局幫忙說明，不是拜託你們來幫倒忙，醫院都快要被害死了，每次健保局講出來的數字，都讓人非常錯愕，不知道是怎麼計算出來的。
- 二、向委員報告，醫院部門每次的說明都會呈現一張預算與醫療服務差距表，雖然你們可能覺得每次醫院部門都來哭窮，但從 91 年到現在，真正的事實是，每年醫院醫療服務與預算的差距是 300 多億。各位委員在這邊給我們 100 多億，我們很感謝，但還是不夠 200 多億，所以為什麼你們會覺得這是重複調整？我們的情形就是如此，非常、非常的不夠，成長率也只是彌補部分差距，所以沒有重複調整的疑慮。以上解釋。
- 三、至於剛剛有關診察費 228 元，還是請健保局幫忙算個數字，到底 200 多元與 300 多元的門診診察費，各種組合後的平均值是多少？請健保局幫忙提供資料讓委員瞭解。

謝委員天仁

- 一、剛剛楊理事長漢淙提到，幾乎沒有醫院沒有關床，既然有關床，為何醫療點數大幅增加？照理講同一時期關床，應該點數會適度下降才對，我們覺得很奇怪，你們怎麼這麼厲害。衛生署去查台大醫院的資料為 A 級，1 個人顧兩床已經超過明年 1 個人

顧三床的標準，水準已經超前，好像餐廳一樣，翻桌率特別高，1床的產值很高，才能夠涵蓋關床的量。這件事很詭異，呈現出這樣的現象，到底問題出在哪？關床又能創造出榮景，我們覺得不可思議。

- 二、剛剛蔡委員登順提到，付費者已經連續兩年丟錢調整外、婦、兒科，連兩年點火，難道要我們一直繼續點火嗎？量如果一直萎縮，支付標準提高，告訴我錢到底誰拿走？是其他科別拿走嗎？這不符合我們原來的目的。某個角度我們認為你們應該要務實地看這些資料，把各種不同的情況分開，不要攪和在一起。艱困科別的情況不一樣，我覺得要弄清楚。
- 三、急診的量為何變化這麼大，好像快速門診一樣。急診民眾自行部分負擔收取定額 450 元，門診收 360 元，閉著眼睛也要趕去急診，當然人滿為患。急診病人為何躺在地上？因為沒有床，把床關了就沒有床，這些不應該存在的現象，是你們以人為力量導引出的，某個角度並不合理。
- 四、我認為你們應該提出急診檢傷分類不合理，第四、五級沒有這麼急迫，把急診當作快速門診、VIP 門診一樣，那些沒錢的人怎麼辦。我的看法很簡單，急診的量這麼大，就把檢傷分類第四、五級讓門診處理，才能解決太擁擠的問題。我覺得某個角度，應該有個平衡點，大家互相調整，這才重要。

朱副院長益宏

- 一、剛剛謝委員天仁所講的問題太過單純化、太簡單。醫療費用成長等於病床數，所以減床時醫療費用就應該下降，但事實上，主委也很清楚，在座也有學者專家，全世界醫療費用的成長與病床數沒有這麼大的關係，還牽涉到如新科技、人口老化等很多因素，所以兩者不能畫上等號。
- 二、剛剛講到急診部分，急診檢傷分類第四、五級應該如何處理？我覺得在這邊無法討論，我們也希望衛生署規定醫院急診可以不看檢傷分類第四、五級，但醫療法規定，病患到急診就醫時，

醫院沒有拒絕的權力，很多事情並不像謝委員天仁講的，醫院誘導病患用更多費用。補充一些意見提供委員更多思考方向。

江主任委員東亮

請楊理事長漢淙。

楊理事長漢淙

- 一、剛剛蔡組長淑鈴講 267 元，可能是 228 點乘以 1.17，但那是針對外、婦、兒科加成 17% 的效果，不要以為醫院可以拿到 267 元，其實醫院真正只有拿到 227 點，比原來的 228 還少 1 點。問題是以現在醫師人力嚴重不足的情況，老實講是不夠的。我不是說用錢解決不了，而是用錢要夠多，才真正有效。所以小兒科這次才會提出可否從 17% 再往上調，衛生署也認為應該往上調，我也贊成，但錢從哪裡來？若只是在總額之間挪來挪去，我沒辦法。
- 二、跟各位坦白說，今天台灣的醫院，如果沒有事業外的部分，能夠維持財務平衡的醫院少之又少。試想經營一個行業，既然沒有利潤，投資成本又這麼高，又要每天面對司法威脅，真是情何以堪。很多醫院是靠什麼賺錢？長庚醫院靠股票，榮總靠停車場，這是正規收入嗎？不是，是事業外收入。
- 三、今天要求的不是 70 億元都放在調整基本診察費，但調整基本診察費是最基本。這費用可讓醫師待遇高一點，但不是只有醫師，門診不只有醫師在看，還有相當多成本需要去調整，若要量身訂做，我想是設計不出來的。所以就建議給一筆錢，讓醫院覺得缺哪科就自己去調。
- 四、剛剛提到急診，急診醫師一個月薪水約 40 萬元，醫院要維持急診 24 小時有醫師服務，需要 160 萬元，像臺大醫院需要更多醫師就要更多費用。

江主任委員東亮

稍微澄清，因為楊理事長漢淙講的和謝董事長文輝講的不同，你說

給總計讓醫院內部去協調。

謝董事長文輝

放在診察費中。

江主任委員東亮

放在診察費以後，還沒辦法自己協調，是不是這意思？

陳顧問瑞瑛

謝委員天仁不同意。

謝委員天仁

有些事情還沒有釐清，你剛跟我講這些資料是健保局提供，結果 267 點變成 227 元。

楊理事長漢淙

因為點值只有 0.9。

謝委員天仁

那是另外一回事，是你們衝量的結果，不是我們能考慮的。

楊理事長漢淙

一、我們沒有到街上拉病患，你這樣講我也接受，現在不管量，因為這是總額的精神。醫師是依照看多少病患來計算薪水，不能說這個被健保局砍掉我不管，大概沒辦法這樣做。

二、另外醫師的待遇在醫院是很複雜的，不是領單一待遇，有好幾種方式，一種是固定薪水，一種是固定薪水加 PF(績效獎金)，一種是保障薪。而各醫師要給多少 PF，各個 PF 的百分比都不同，醫院自己才有辦法調整。

陳高級分析師雪芬

如果照健保局拿出的資料，可以跟委員保證，真正的錢絕不是 268 點，常態上有幾個 400 多元，但那部分所占比率較少，比較多的是 228 及 120 點，我們很明白 228 與 120 點的區隔，所以希望真正的

量能出來，讓委員知道醫院的點值與基層不同，這是我們最終的訴求。常常健保局就是好學生，講的都是對的，我們也不反對，但要把量給我們。這樣比較容易跟委員澄清，事實不是那樣高的點數。

江主任委員東亮

你是說點數還是錢？

陳高級分析師雪芬

點數。

羅院長永達

針對點數的部分做個澄清。健保局把連續處方箋算一次對嗎？其實應該分成2次，因為看診兩次。事實上，如果沒有用連續處方箋，病患應該要看診2次，結果這樣的數目，造成醫院平均診察費變高，對我們並不合理，我們負的責任也是兩次以上，和基層診所看的診察費有明顯區別，所以我覺得有點混淆視聽。

謝委員天仁

這樣好了，要和你們談成，照我們的經驗大概很難，你們希望送衛生署裁決，我們不會幫衛生署背書。我看你們挑幾個可以說服我們增加費用的項目，最後由付費者協商，我們寫我們的條件，能接受就接受，不能接受就送署裁決，這樣比較省事。反正談不攏，多說也沒用。

謝董事長文輝

- 一、主席、各位委員，醫院也許很急、很辛苦，當然情緒比較激動，希望大家體諒。現在醫院五大皆空，再來可能六大皆空，事實就是如此，有辦法嗎？其實每個醫院都在思考，現在醫院的情況大家都很清楚，就是有問題，所以找辦法解決。
- 二、我們提加在診察費，你們會覺得為何不加在小兒、婦產科，其實醫院早就在因應，十年前醫院其實就對內、外、婦、兒科住院醫師主動大幅加薪，不然沒人要去，現在是因為醫院沒有能力再去調解。

三、我可以講，再兩三年後，一定會造成大醫院住院崩盤。現在林口長庚醫院招考 30 名住院醫師，實際報到只有 3 個，已經崩盤。所以今天很緊急向委員拜託，針對我們提的診察費，其實只是個標的，讓我們有空間去調整。

江主任委員東亮

提個問題讓你們去溝通，剛剛說得很好，錢進去後，你們自己會去調，但付費者委員因為沒有專屬項目，不知道你們要怎麼調，你們可以說明既然屬艱難科別，例如醫院部門有無不同醫院、不同科別的薪水調查，讓付費者委員理解錢給你們之後，分到那些艱困科別。

蔡委員登順

- 一、剛剛楊理事長漢淙有講一段話，還是要重申我們的規定，行政院核定的上限就是我們的上限，總不能把西醫基層、中醫、牙醫部門剩的錢都奉送給你們，這樣如何對別人交代。反過來如果你是中醫的一份子，會不會罵我們付費者委員。
- 二、如剛謝委員天仁所提，你們今天提出這麼多項，上限也很清楚，到底重點在哪幾項，對全民比較有利，也可以協助醫療提供者，幫助醫院解決大部分問題，這樣來談比較快。若有共識就非常幸運，若沒有共識，也沒辦法，就送署裁決。

江主任委員東亮

請何委員語。

何委員語

- 一、主席、各位先進，為了醫院總額協商，我昨天晚上看到一點多才睡。上帝跟我說歷任的署長及醫政處長，以後去報到時要好好處罰他們，因為在任期內沒有好好規劃台灣的醫療發展，才導致現在五大皆空，醫療資源如此困境，如果健保局主管不好，也要一起處罰。
- 二、昨晚想了一晚都睡不著，很想把錢都給你們，很同意給你們，可是困難點很多。整體國家經濟成長率今年要保 1% 都很困難，

但你們可以成長到 6.89%，這是很離譜的數字。坦白講我不敢修理醫院，因為每次我都是被醫院修理回來的。

三、主委給我一本會議資料，我看了一個晚上，思考醫療資源要如何分配才最合理。你們要求這麼高，錢沒這麼多，事實上我們有困難。你們故意弄這麼高，才要衛生署曲先生對外講健保費率一定要 5.17%，坦白講 8 月 31 日監理費協兩會聯席會後，我看報紙，剛好看到是日有陳冲院長的座談會，我六點半起來，七點就寫建議書，送給院長及經建會主委，當面跟他講，你們不能因為醫院策動提高總額經費，就說健保費率 5.17% 不能降到 4.91%，這樣對全民是政治欺騙，沒有誠信，若沒有政治誠信原則，下場會很難看，我會請上帝叫你們去。

謝董事長文輝

剛剛委員說成長率這麼高，在這時代本來就這樣。失業救濟、職訓、各種支撐制度都要在這時花更多錢。從以前的經驗，包括天災、地震、颱風每個重要時期，都是醫療在照護，是最主要花錢的地方。現在不景氣，坦白講生病會越多，越需要醫療照護。我們有很好的健保制度，若能投入較多費用，會較符合社會期待，最主要看大家有沒有體諒。

江主任委員東亮

請楊理事長漢淙。

楊理事長漢淙

一、確實大家看法有很大差距，我舉個很簡單的數目，供大家思考。當然今天有相當多的問題，不能只怪現在在任的人，以前做過的人都要怪，也包括我。我是全台灣有史以來，醫政處長做最久的，當了 8 年。健保開辦時，也負責健保規劃工作，費協會主任委員我也擔任過兩屆，在這裡不客氣的說，40 年來都參與有關工作。

二、今天確實有許多問題，老實說調診察費是個很痛苦的決定，但

若不調診察費怎麼辦？現在一直維持 228 點，醫師說我們比理髮師還便宜，一年門診就有 3 億 5 千萬次，只要一次多 50 元，就需要 180 億元，這邊列的調整診察費才 40 億元。你若問我會調哪些項目、科別，當然重要的會調整，這些需要細部作業。

三、若委員問我最堅持哪項，向委員報告，我只堅持這項一定要做，希望大家強烈支持我們調整診察費。老實講不是 70 億元就可解決所有問題，支付標準已經到不得不調的時候，但調整支付標準不是一兩天或一兩個月的事，須要長時間。

四、民國 78 年調整支付標準時，我是 5 位委員之一，我也覺得要調。我們必須要調整現行支付點數比較低、根本的項目，拜託各位支持。

謝委員天仁

可否請主席給付費者代表 15 分鐘討論，研擬我們的方案，大概就這樣結束好不好？

謝委員武吉

不知道可否發言。

江主任委員東亮

可以。

謝委員武吉

要是不能講再跟我說，早上到現在都沒有說什麼話，覺得很奇怪。每次費協會協商預算時，兩邊都劍拔弩張，好像要拿刀子互殺一樣，有需要嗎？我覺得不需要，醫院協會這邊提出的議案是調整診察費...。

江主任委員東亮

等一下，現在是用醫院協商代表身分，還是委員身分說明。

謝委員武吉

委員身分，醫院協會理事長也有說過，最主要...。

江主任委員東亮

現在委員部分只有付費代表可以說，進行部門協商，要分清楚。

謝委員武吉

你就叫我不要說話就好，我出去好了，不開會，可以嗎？一下子說我可以，一下子又說我不能說話。(拍桌，那我出去不開，可以嗎?)

江主任委員東亮

因為牽涉到是付費者委員或是...

謝委員天仁

謝委員武吉，你剛剛還規勸我們不要劍拔弩張。

謝委員武吉

主席一下子叫我可以講話，一下子叫我不能講話，看不懂啦！

謝委員天仁

你就講，我們在聽。

謝委員武吉

欺負人到這種程度，講這樣也不行，那樣也不行，奇怪耶。

謝委員天仁

你就用醫院代表身分說吧。

謝委員武吉

一、我不屑講，我覺得做主席要有主席的樣子。診察費我們要求的是合情合理，不是我們跟你要求就不公平，這件事希望向委員報告。

二、剛剛醫院協會理事長也有說明減床的事情，我們的服務量並沒有減少，為什麼會有減床發生，是因為護士難請，不是我們不聘請護士。

三、急診檢傷分類第四、五級的問題，是因為評鑑關係，不是因為大醫院想要用急診把民眾吸引過來。因為沒有落實二代健保法

第 43 條及一代健保法 33 條分級醫療制度的規定，又有評鑑需求，才會產生這種狀況。

四、至於醫師人力的費用，以前急診醫師的月薪約 30~35 萬，現在快要 50 萬，有些地區醫院聘請內科醫師月薪約 25~40 萬，沒這薪水醫師還不來，外、婦科也都一樣，月薪都約 30 萬起跳，各層級醫院都有這種聘請醫師的痛苦，這些現象很久了。

五、消費者代表可以提方案，不一定都要醫院提方案，兩邊都各提方案，再來尋求最好的謀和點，這才是我們今天開會的目標與理想。

六、另外我們有一位穿黑衣服的年輕人可否也讓他發言一下。

蔡委員登順

同意謝委員武吉所說，你們提你們的方案，我們提我們的方案，大家再來謀和，好不好？

江主任委員東亮

請張院長克士。

張院長克士

一、何委員語夢到上帝，我昨天隱隱約約一點多睡，好像看到華陀。還是要替醫生講點話，華陀說你要幫台灣卑微的醫生講話，畢竟我們只用了 GDP 的 6.2%，看了 15.5 次門診，美國是 GDP 的 17%，看 3.5 次門診。

二、我們的單價太低，去年用了 14 億多元，調 17%，我告訴院內醫生調了 38 點，不是 38 元，他說我不要，不要羞辱我。醫生當了 7 年學生，還要實習，從住院醫師第 1 年到第 5 年，之後考專科醫師，又要考次專科醫師，我們心臟科醫師幫病人看診、聽診、做超音波、看心電圖，這些知識及判斷加上風險，這樣下來不如 1 個理髮師理頭 500 元，點值還不用浮動。

三、很多醫師跟我講，我不要那個錢，不要健保羞辱我，我覺得這麼一點卑微的錢，即使再加上 70 億元又如何？平均看病 15.5

次，才用掉 GDP 的 6.2%，相較 OECD(經濟合作暨發展組織) 國家是很低比率。競爭力排行中，醫療環境不好，整體表現好，是因民眾口碑好，民眾口碑好是因為就醫沒有限制，早上看榮總，下午看台大，我覺得非常不合理。

四、醫師真的太卑微，這麼辛苦的養成過程，看 228 點還要點值浮動，被別人講話。現在醫院的醫療糾紛，救邱小妹妹的醫生 3 人，二審被判賠三千萬元，救人的賠三千萬，撞死人的賠多少？從 20 年前到現在，衛生署醫療糾紛的醫事鑑定多四倍，我感到很心寒。

五、現在多了這一點錢，6% 又如何？8% 又如何？這些錢給我們，還不足以彌補這幾年來的犧牲，而且我們真正拿到的才 85%，彌補一年都彌補不夠，更何況這 10 年來，多少醫療人的投入。我講很多，也很激動，抱歉，華陀叫我講的。

何委員語

這個月來都在看資料，為什麼你剛剛講的話，不寫來給我們看。剛剛說的話，為什麼不寫！昨天晚上一直要看醫院的資料，但都只是數字、圖表，因為我不會算數，所以看不懂。一個多月來都拿不到你們敘述的文件，坦白講別的部門送來的資料都這麼厚，我要你們的資料都要不到，你們講得很生氣，我也很生氣，很傷心啊！沒有說服我的文件，你們哪一句請付費者委員了解醫界的辛苦，都沒有。我想付費者自己決定好金額，每個人都在上面簽字，就讓衛生署裁決。

蔡委員登順

剛剛你講的，真的聽起來很感動。醫界讀書讀這麼久，對社會貢獻這麼大，濟世救人，當然要很高的待遇，我們認同。但是要高到什麼水準？大概沒有一個滿足點，老是拿理髮師來比，理髮師 1 小時理髮 1 人，理 500 元的頭大概是非常精華的理髮店，我都只有理 150 元的。

張院長克士

初診也有 1 小時的。

蔡委員登順

醫生平均 1 小時看幾個病患？

張院長克士

要看什麼科。

蔡委員登順

對嘛！所以不要老是說醫生比理髮師還不如，理髮師 500 元，我才賺 228 點，這比喻我們聽不下去。

張院長克士

有的醫生真的不願意這樣，我只是反映。

蔡委員登順

有些病患是複診，問一問病情，搞不好 3、5 分鐘就完成一個病患的診察。我們都認同醫生屬高所得，但要高到什麼程度，1 個月要幾百萬才滿足嗎？台灣的經濟環境不可能，對不對，要有個平衡點，你講得有道理，我們講得也有道理吧。

謝委員天仁

主席，程序問題，剛剛我們已經提過意見，暫時停止討論，付費者去研擬我們的方案，最後大家再來談，若時間內可以談成就談，談不成就送署裁決。

江主任委員東亮

醫界有沒有要另外協商版本？還是就照舊？

楊理事長漢淙

我們就照舊。

江主任委員東亮

休息 20 分鐘，讓付費者討論。

(付費者代表自行召集會議討論約 45 分鐘)

(中場休息)

江主任委員東亮

各位委員及醫院協商代表，現在回到協商會場，先將付費者版本給醫界看，再讓醫界回應。

張技正櫻淳

付費者方案：

一、102 年度醫院總額成長率一般服務之醫療服務成本及人口因素成長率為 3.128%。

二、協商因素成長率為 1.562%：

(一)品質保證保留款 0.1%。

(二)新醫療科技 0.418%，其中新增支付標準項目請健保局訂定相關項目、額度及時程，若未於時程內導入則扣減該額度。

(三)支付標準調整成長率為 1.022%，用於調整急、重、難症之支付項目，含手術、處置等費用。

(四)配合安全針具推動政策成長 0.031%。

(五)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 -0.009%。

一般服務成長率合計為 4.690%。

三、專款項目：

(一)慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫，全年經費 3,600 百萬元，編列專款 2,022 百萬元，及列於一般服務之 1,578 百萬元，若仍有不足，則由其他預算支應。

(二)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質，全年經費 3,672 百萬元。

(三)罕見疾病、血友病藥費，全年經費 6,864 百萬元。

(四)醫療給付改善方案，全年經費 499.8 百萬元。

(五)急診品質提升方案，全年經費 320 百萬元。

(六)提升住院護理照護品質，全年經費 2,000 百萬元。

(七)繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵，全年經費 387 百萬元。

(八)受刑人之醫療服務費用，全年經費 903.7 百萬元。

(九)醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案，全年經費 50 百萬元。

專款項目全年經費為 16,718.5 百萬元。

四、一般服務加專款成長率為 5.205%，較 101 年度一般服務加專款成長率為 5.214%。

林執行秘書宜靜

透析的部分也請呈現。

張技正櫻淳

假設透析的成長率是 2%，按照 101 年第一季醫院及西醫基層門診透析申報點數分攤，醫院部分的成長率為 0.188%，總成長率預估為 4.943%，較 101 年度核定總額成長 4.952%。

江主任委員東亮

現在還有協商機會，醫療部門要不要討論？討論 20 分鐘？

楊理事長漢淙

很像北京秀水街在殺價，我想這是我們應該要做的事情嗎？所以拒絕再討論。

江主任委員東亮

好，付費者這邊呢？

童副董事長瑞龍

事情在這邊討論，談不攏就送署的話，衛生署成立費協會幹嘛？

朱副院長益宏

醫院幾個代表都不想講，但我還是要講。今天上限 6% 是衛生署好不

容易說服經建會，還有監察委員黃煌雄也用了很多力氣，經建會才同意。結果拿到這邊來是這樣，我想付費者完全沒有體會到醫界所面臨嚴重的狀況，我們會依照楊理事長漢淙的指示，也沒什麼好講。

謝董事長文輝

- 一、比較可惜，就是說本來這和付費者繳的保費是兩回事，費協會的資源是從政府撥付，現在政府願意撥較多費用來服務民眾，以往與民眾費率多少不相干，明年以後可能會掛勾。就付費者層面，有更多的資源放在醫院，其實實際就醫的人很清楚，已經很慘的狀況，應該盡量把可以爭取到的資源放進去，今天不是大家做得很好，來這邊哭窮。我想委員都很清楚，也很內行，其實醫院這邊都不用說，是看付費者希望獲得多少服務。我們也要檢討，其實我們對民眾沒有管控，全世界沒有這樣的醫療保險制度，在這樣的制度下，用這樣的費用，其實大家還是很節省的，如果覺得不當的話，包括消費者委員也可以一起提出。
- 二、現在醫院是被挨打的，急診不能拒絕病患，檢傷分類第四、五級病患，醫療法規定不能拒絕病患，要我們怎麼辦？若訂個規定，要求第四、五級病患不能到急診，我們一定配合。你說有哪些浪費，只要不違背專業，我們都可配合。我覺得很可惜，這次大家都看到危機，讓急診室病患要躺在地上，大家一直關床。
- 三、現在大家要求合理工時，其實醫院的經營者何必這麼辛苦，做個好老闆，不要讓員工血汗。會苦撐著是因為有這麼大的量要服務，我覺得應該要盡量努力讓醫院可以拿最多，因就算拿最多還是不足，大家都很清楚，讓辛苦的醫院經營者可以繼續撐下去。

童副董事長瑞龍

- 一、各位委員，在座的醫界前輩，我今年剛好有機會評鑑醫院 6~7 次，北到基隆偏遠地區，南到恆春。這些醫院不要說婦產科、小兒科，通通都是主治醫師 24 小時自己值班，還能撐多久？為

何現在媒體一直報導內、外、婦、兒、急診科會崩盤，確實連有些醫學中心的婦產科主治醫師也要值班，小兒科早就都是主治醫師值班，因為已經沒有醫師。這些慘況，走了這麼多的醫院，下星期還要去訪查署立醫院，連有公務預算的署立醫院，也很難經營，私人醫院更不用講，沒有政府補助。

二、這些問題，要讓付費者知道，其實醫院不是只掛在嘴上說很難經營，不管北榮、台大也好，我想每個醫院都有其經營的高困難度。希望讓委員可以多支持我們，把事情談好，不要動不動就說送署裁決。

江主任委員東亮

付費者提出的，醫院內部可以互相討論，看有那些部分可以增加，這是協商的意思，有來有往。現在休息 20 分鐘，請醫院代表討論看看，哪些應該加碼，等你們討論後再回來協商，看與付費者版本的差距有多大，再進行協商，可以嗎？

楊理事長漢淙

現在看到上面列 3.128%，是非協商因素，非協商因素還要協商嗎？

江主任委員東亮

不用。

楊理事長漢淙

不用的話，為何這邊改了數字？

林執行秘書宜靜

把受刑人納保增加的費用移至專款。

楊理事長漢淙

現在減的是調整支付標準項目，對不對？你們提的原則，我可以接受，就是放在重症，但是金額，完全沒辦法接受，差距太大。

江主任委員東亮

你看要多少？討論一下再回來看有無協商空間。

楊理事長漢淙

剛剛我們提的是 70 億元，健保局幫我們提 50 億元，現在付費者是 33 億元，這 33 億元怎麼來？我們已經說明主要用來調整支付標準，你覺得今天要解決醫界的問題，33 億元就夠嗎？我都覺得 70 億無法解決問題，你又壓的這麼低，這數目我覺得差距太大。

江主任委員東亮

楊理事長漢淙，再問一次，是否你們先討論，總數要到多少才可以接受。

楊理事長漢淙

現在不是總數的問題，現在是連一個項目都差距很大。剛剛新醫療科技，基本上是把健保局提的和醫院提的加起來除起 2，我們沒意見。我幫護理界講一下話，護理乙項是 20 億元，與 101 年相同，在醫院工作的護士有 9 萬人，這 20 億元可以做什麼？1 個護士 1 個月調 1 千元，就要 10.8 億元。

謝委員天仁

楊理事長漢淙去年沒有來，去年已經講了，本來非協商因素…。

楊理事長漢淙

我知道你講的，但我沒辦法接受。

謝委員天仁

一樣啊！你沒辦法接受，我也沒辦法接受你的意見。

楊理事長漢淙

問題是打從有歷史以來，從來沒有要求醫院護理人員 1 年增加 3,000 人的，做不到。

謝委員天仁

我要講的是，衛生署評鑑後，人力標準都很好啊！全部都是 A、B、

C 級以上。

楊理事長漢淙

減了病床，當然會全部都是。

謝委員天仁

為什麼要減病床，表示做假。

楊理事長漢淙

沒有做假，是因為不想做假才減病床。

謝委員天仁

這樣的話怎麼會缺人力。

楊理事長漢淙

你的意思是病床可以減就是了。

謝委員天仁

你都已經減病床，我當然不能給你，拿了錢，又減床。

楊理事長漢淙

其實我們拿了錢並沒有減床，因為今年數字還沒出來，去年住院護理補助 10 億，醫院實質支出 18 億元，今年補助 20 億元，會付多少，現在才 9 月，還沒有資料，但我可以保證，真正付給護理同仁的費用一定會超過 20 億元，若付不到 20 億，你再幫我減錢。

謝委員天仁

我只是鼓勵你，不是什麼東西都要依賴我給你，非協商因素已經給一部分費用。

楊理事長漢淙

沒有依賴你要給我，我也繳了不少錢，怎麼會是你的錢呢？

謝委員天仁

我想楊理事長漢淙可能不太了解，協商如果大家不同意，就沒得談。

如果你認為雙方討論，有數字可以說服我們，你們到旁邊研究，一直講沒有用。

楊理事長漢淙

這我了解，我也做過兩任費協會主任委員。

江主任委員東亮

可否你們討論一下需要多少，再回來協商。舉個例子，去年 3,000 人，有沒有協商要降到 2,500 人？

謝董事長文輝

第 1 年 10 億元已經調過，第 2 年 20 億元都是專款，應該要涵蓋前面的 10 億元。

江主任委員東亮

協商就是兩邊，沒有絕對數字。

楊理事長漢淙

講我們的，不一定要退。

江主任委員東亮

你們需要討論一下，再來看怎麼調。

楊理事長漢淙

我們的版本早就提出來了。

謝委員天仁

假使我們不同意就不用談，不要浪費時間，我講的很白，你們沒有其他數字說服我們，就到此為止。

楊理事長漢淙

老實講剛剛已經說明，其實我最在乎的就是要解決人力分布不均的問題，這些項目我最堅持的就是支付標準調整，你會說我們支付標準調整沒有很詳細的計算，因為要先有費用，我們才能規劃，也要一段時間。剛剛已經說明，我沒有辦法以 30 幾億元來處理，但你的

原則我可以接受，把這些費用放在急重症、較缺乏的人力。這原則我們可接受，但費用希望委員能支持。

江主任委員東亮

假設費用在增加，你們要用什麼方法讓這邊可以接受？現在不能只有談錢，要談錢的價值，好比說這邊要再增加 10 億元，價值要怎麼呈現？

楊理事長漢淙

希望能增加 20 億元，從健保的 50 億元增加到 70 億元，內容你認為應該放在哪裡，我都可以接受，放在五大科、重症都可，而不是我現在講內科加多少、外科加多少，不是這樣。如果必須要有些指標讓大家監測，我也可接受。

何委員語

程序問題。

江主任委員東亮

請何委員語。

何委員語

程序問題，他們已經拒絕跟我們談，建議停止討論、談判，提議散會。

江主任委員東亮

再徵求醫院部門，是否需要討論你們的版本？

楊理事長漢淙

沒有每一項都照我們的意見，70 億元對我們很重要，別的項目可以調整，但要解決醫院所面臨的問題，數目已經很少。

江主任委員東亮

楊理事長漢淙，你們是否願意休息 20 分鐘，提出你們的新版本，看新版本有何條件、措施，這樣的話，付費者可以重新討論版本。因

為現在他們提出的版本你們不滿意，我可以了解，你們要不要有自己的新版本，如果你們討論出新版本就可以繼續。

楊理事長漢淙

差距很大，如果要討價還價，這實在是...。我們這是解決實質問題，現在弄個總成長率百分之四點多，那剩下的錢做什麼？歸回國庫？還是變成健保基金？我們本來是在行政院核定的上限內做總額分配，你要把這些錢給西醫基層或牙醫嗎？我不是說要把這些錢消耗掉，而是現在醫院所面對的問題，用這些可以解決嗎？

謝委員天仁

主席，我覺得反覆這樣講沒意思，已經告訴他程序上大家的意見就這樣，沒有新方案討論就到此為止。

江主任委員東亮

沒有新版本就協商結束，你們要不要提新版本？

楊理事長漢淙

既然大家這麼堅持，我們也沒辦法，就接受付費者的建議。

江主任委員東亮

就是兩個版本併陳，謝謝大家，今天的協商就到此。

楊理事長漢淙

就兩案併陳，沒有別的辦法，差距實在太大。不是不再考慮，是沒辦法接受，付費者代表也不能接受。

江主任委員東亮

你沒有提新版本，還不知道他們的接受程度。

楊理事長漢淙

我的版本是，你調其他項目，沒有太多意見，但支付標準調整，對我們很重要；另外，不能接受4%多的成長率，希望至少維持6%，可以不超過6%。

謝委員天仁

我們不知道細項多少？總要哪個減，哪個加，才知道你們的情況，不然怎麼談？沒有這種談判，協商是大家逐項談，看雙方能不能接受。

楊理事長漢淙

如果要這樣談也可以。新醫療科技我接受你們的 13 億元，支付標準調整希望維持 70 億元。

江主任委員東亮

70 億元有無附帶條件說服付費者。

楊理事長漢淙

附帶用於調整急、重、難症，我可以接受，沒有不接受。

江主任委員東亮

請問付費者代表，你們想法如何？

謝委員天仁

這不叫協商，他要求我們要達到這樣的水準，就不用講了。

楊理事長漢淙

不然你說怎樣叫協商。

謝委員天仁

只有我們退，你沒有退，和你協商幹嘛？

楊理事長漢淙

哪裡沒有退，你的條件我們也接受，這也是退，限制也是一種條件。

謝委員天仁

支付標準調整部分你們就堅持 70 億元。

楊理事長漢淙

新醫療科技我接受你們的意見，那不是你們調整的嗎？

謝委員天仁

這樣說不成，我沒辦法。

江主任委員東亮

我了解這件事，支付標準調整，付費者是 33 億元，醫院部門原來是 70 億元，有沒有中間折衝的空間？

楊理事長漢源

我沒辦法再往下調。

謝委員天仁

我們沒辦法往上加。

楊理事長漢源

那就沒得談。

江主任委員東亮

要不要考慮看看，因為剛剛聽到 30 億、40 億。

楊理事長漢源

百分比倒過來可以，我可以接受支付標準 40 億用在急重症。

江主任委員東亮

現在把支付標準調整分成調整一般與調整急重症。

謝委員天仁

我覺得浪費時間，你有新方案就提出來，大家一起看。

楊理事長漢源

你都不接受啊！

謝委員天仁

這樣一項一項講，我不知道整體的方案是什麼？我是將整體方案告訴你，本來就要這樣談，不然怎麼交叉討論，對不對？

楊理事長漢源

沒有一項一項，我沒有要調，已講過了。

江主任委員東亮

其他項目都接受，只有支付標準調整那一項不接受？

陳委員錦煌

楊理事長漢淙是否只有支付標準調整這一項不接受，其他都接受？還有沒有不接受的？一次說完。

楊理事長漢淙

慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫我們也有意見；另外，我要幫護理界講話，25 億元已經談很久，結果現在又降到 20 億元，可否用在調整住院護理費？至於受刑人納保新增費用部分沒有特別意見。

江主任委員東亮

所以現在是三項有意見。

楊理事長漢淙

對，第一個是慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫，可否建議按照需要，要不然就做到 20 億元就不做了。

何委員語

你們自己決定。

楊理事長漢淙

什麼我們自己決定，當然費協會委員要做決定。

江主任委員東亮

現在是協商，你提的方案是 20 億元嗎？

楊理事長漢淙

沒有，實質上需要 38 億元，若降到 35 億元，勉強可接受。但 22 億元明顯不夠，沒有 22 億這個數字。

謝委員天仁

這樣子沒辦法協商，要怎麼調整告訴我們，大家一起思考。不要現

在提一個，我們就出去討論一次，又提一個，我們再出去討論，不累死了，沒有這種道理，沒有人這樣協商。

江主任委員東亮

我們先確認，除了三項以外，其他都接受，是不是？

楊理事長漢源

對。再講一次，支付標準調整希望 70 億元，其中 40 億元就照付費者代表的要求，另外調整一般診察費 30 億元。

江主任委員東亮

大家在討論時，最好楊理事長您這邊方案也完整，對與付費者方案中間有差距的項目我們再調整。

楊理事長漢源

可以。

江主任委員東亮

是不是你們現在內部協商 20 分鐘。

楊理事長漢源

可以。

(醫院部門代表自行召集會議討論約 35 分鐘)

江主任委員東亮

一、趁工作人員在準備時，說幾句話，首先很感謝大家，因為這是第一次醫院部門進入第 2 回合談判，協商是件非常困難的事情，因為雙方一定有差距存在，醫院總額差距最大，也因為其總額度最高，所以大家對此特別重視。

二、其實在場的各位都知道，醫院正面臨生存的挑戰，從我們的資料也可了解，醫院在醫療密集度部分，需要我們去努力；但我也瞭解到一件很重要的事，付費者代表這邊，民眾薪水沒有增加，國家經濟今年又要面臨保 1% 的困境，明年會多少，也渾沌

未明。未來健保要收支連動，在 8 個月底監理費協兩會聯席會議中，付費者代表對於健保費率 4.91% 與 5.17% 間的差距，感到相當大的震撼，因此大家在討論時很辛苦。

三、在現實面，因為大環境因素，很難一次就補足，端看雙方如何努力，以達成共識。請問醫院部門的方案是否準備好了？先請楊理事長漢源說明。

楊理事長漢源

醫院部門代表修正方案如下：

- 一、非協商項目遵照大家的共識，把受刑人增加之預算移至專款項目，專款專用，多退少補。
- 二、新醫療科技乙項，雖然付費者代表很善意地提出 13 億，但從過去經驗，大約在 10 億左右，剛才健保局也有說明，是因計算基礎不同而有差異，醫院部門認為目前景氣狀況如此不佳，新醫療科技可以少引進些，不要節節上升。
- 三、支付標準調整乙項，對我們來說是很重要的項目，雖然剛才一直提到 70 億是我們的底限，但也降到 62 億，跟當初預訂調整的一般診察費略有不同，我們會把預算放在目前所面臨的五大皆空與急重症的重點措施，包含手術、處置及麻醉部分。
- 四、調整住院護理費乙項，健保局與衛生署已做過很多討論，個人建議維持 25 億，若醫院部門內較傾向 20 億，我也沒辦法，個人認為以目前護理的執業環境，在人員羅致上還需努力：
 - (一)今年的 20 億到目前為止雖然有改善，但效果仍不明顯，不僅是費用問題，有些是策略問題，我現在也是衛生署護理諮詢委員會的委員，提了幾個意見，包括：反對廢除專科學校、反對廢除護士考試，雖然專科學校的意見被接受，但護士考試還是被廢除，明年後就沒有護士考試。
 - (二)現在 1 年畢業 1 萬 3 千名護理學校學生，但考試及格率，護理師 30%，護士 30%，我認為多留個機會讓她們來考試，

但護理界的大老認為，護士太小，我說沒有小不小的問題，問題是我們是個封閉市場，沒有考上執照，根本就不能聘用。但她們還是堅持廢止護士考試，我則堅持若要廢除護士考試，至少要有配套措施，原本在會議時提到，護理師的考試以 60% 為錄取率標準，而不是分數，但我昨天看到會議紀錄傻住，上面寫：「可以改變為以某一百分比...」，根本不敢明寫數字，所以還有很多問題沒有解決，也是很無奈的現象。

五、螢幕上這個「2001」是什麼？剛才不是「2500」嗎？好了！反正我已經報告過，個人希望住院護理費的調整還是維持 25 億，但他們又調回 20 億。

江主任委員東亮

請同仁先將時間暫停。

楊理事長漢淙

慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫乙項，剛也有提到原本列 38 億，現在同意減為 35 億。其他專款項目大都接受健保局及付費者代表的意見，但這些數字比我們提的高，反而讓百分比上升，不是醫院部門再討論後提高的。

江主任委員東亮

好，是不是我們把重點...

童副董事長瑞龍

重點就是支付標準調整乙項由 70 億降為 62 億，慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫由 38 億降為 35 億，住院護理費 20 億。

江主任委員東亮

一、我再確認，醫院部門在付費者代表提議後，第 2 回合修正的版本有 3 點主要改變：1. 新醫療科技項目調降；2. 支付標準調整降為 62 億；3. 調整住院護理費，放在一般服務，降為 20 億。

二、請陳委員玉枝。

陳委員玉枝

- 一、主席、各位委員，看到今年行政院核定總額成長率，經建會評估的第 1 項就是改造護理工作環境、增加人力，我們非常敬佩經建會看到這個問題。剛才楊理事長漢源也非常重視這部分，在今年 5 月，衛生署邱署長文達親自召開護理改革小組會議，我也是委員之一，該會議有提出 10 大策略，其中第 5 項策略即是「102 年將持續編列『專款』，不低於 101 年，用於改善護理執業環境」。
- 二、5 月 7 日多家媒體都已報導相關策略，全聯會亦召集全國 24 個護理師護士公會理事長與學校主管進行座談，也將此訊息告訴大家，提高大家的士氣，鼓勵學生進入護理職場，帶動社會大眾對護理職場的遠景與期待。
- 三、向各位委員報告，8 月 8 日各大報都有報導 4 技 2 專護理類科，在第一天登記全都額滿，在此非常感謝各級醫院，運用今年的專款提高護理人員的待遇，舉例來說，醫院協會去年 4 月所進行的調查，在醫事人員中，護理人員的待遇是倒數第 3 位，但這 1 年來，每個醫院都加緊改善薪資，這個士氣、氛圍帶動大家對護理有願景與期待，我們也希望能落實署長的承諾，以不負重望。
- 四、委員非常關心，今年 20 億元到年底可以聘多少人，我在 8 月 29 日有提出請健保局粗略估算，因為各醫院已提報 1~6 月的資料，感謝健保局提供初步估算數值，在扣除因新增病床所新增的人數後，已新增 932 人，尚未列入實習護士約有 400 人，因實習護士尚未取得執照，所以不列計，預計到年底可望達到改善，這是本年度專款達到的效果。以上資訊請委員參考。

江主任委員東亮

謝謝陳委員玉枝。目前雙方方案中有 3 個項目不一致，調整住院護

理費部分，醫院代表方案是放在一般服務項目，20 億元。

楊理事長漢淙

我可以接受 25 億。

江主任委員東亮

醫院部門代表內需要有個指揮協調的窗口，否則我無法處理，本項先擱置。

朱副院長益宏

25 億，依照理事長的意見。

謝委員武吉

20 億就好，或者乾脆都不要。

江主任委員東亮

請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

- 一、主席，我看陳委員玉枝今天會睡不著，幫你看好面相了，護理專款計畫 99 年剩餘 0.24 億，100 年剩 1.2 億，101 年的執行概況還沒評估，委員不知道 102 年要用多少錢，等 101 年執行成效出來後，再來商議給多少，不要說 25 億，有需要的話，30 億也要給。
- 二、現在給了 20 億，反而還減病床、減護士！我們怎麼還會再符合您的意思？不可能的事情，即使馬總統英九來說也一樣，不能為了應付醫院評鑑，讓護士快跑、減病床，以免評鑑被降級！陳委員玉枝我知道您有責任有爭取護理專款預算，一開始 8.5 億不足，我也協助增加到 10 億，但 100 年還剩下 1.2 億，而 101 年也還沒看到結果，那我們當然認為照原有的金額編列即可，不要再增加，這樣比較公道。

江主任委員東亮

醫院部門對付費者的方案接受嗎？

謝董事長文輝

回到一般服務項目。

謝委員天仁

我們的方案是放在專款。

江主任委員東亮

付費者方案，住院護理費是列專款項目，20 億，醫院部門代表可以嗎？

謝委員天仁

醫院部門的指標為何？非協商因素也給很多錢，每年都沒有指標，年復一年，累積幾年之後又說，我們的護理人力短缺，你們再丟錢救我們！沒道理。

江主任委員東亮

- 一、住院護理費放在專款項目，20 億，雙方同意？
- 二、剩下 3 個項目，新醫療科技項目，付費者可以接受嗎？

謝委員天仁

我們只可能在醫院部門同意另 2 項的情況下，再考慮支付標準調整項目可微調。

江主任委員東亮

新醫療科技一項是否同意？

謝委員天仁

對這 3 個項目，我們的意見是這樣，新醫療科技一項要照付費者代表方案，我才考慮支付標準調整一項的費用。但支付標準調整要講清楚，不包含調整門診診察費，只能用在急、重、難症的手術與處置。

江主任委員東亮

醫院部門代表可不可以？支付標準調整只用在急、重、難症之手術與處置。付費者代表願意給多少？

謝委員天仁

醫院代表又還沒同意，同意了再講。

江主任委員東亮

還是你們要分開，支付標準調整分成 2 部分...

童副董事長瑞龍

基本條件要先講清楚，付費者代表是醫院同意新醫療科技一項維持 13 億，才會考慮微調支付標準調整的預算。謝委員天仁的意見是這樣，主席要講清楚，不然這邊聽不懂。

楊理事長漢淙

付費者代表的意思是，新醫療科技一項要調到 13 億，好，就增加到 13 億，但支付標準調整一項你要同意 62 億。

謝委員天仁

我是說條件同意，才會考慮增加支付標準調整項目的金額。

童副董事長瑞龍

你的版本要增加多少也講一下，這樣時間才會快，才會拉近，要不然一直停留在這裡。

謝董事長文輝

可能調到多少？

謝委員天仁

我已經說了，支付標準調整只用在急、重、難症的手術與處置費用，不含門診診察費。

江主任委員東亮

那部分你們要給多少？

謝委員天仁

那部分健保局的資料已經有了。

童副董事長瑞龍

健保局的資料是多少？

楊理事長漢淙

急診也是列在門診診察費，也不調嗎？

謝委員天仁

一樣啊，急診已經有急診品質提升方案。

謝董事長文輝

一、向謝委員天仁報告，你的想法可以理解，我們也覺得急重症項目很重要，但事實上醫院部門是選擇標的，看給多少資源再來調整，如果照付費者委員的意見，那地區醫院就半角都拿不到，地區醫院就垮了，若地區醫院垮掉，內、外、婦、兒科的空洞化一定會無法抑止，現在內、外、婦、兒科住院醫師薪水都提到很高，但還是沒有人要做，為什麼？除了很辛苦外，最重要是沒有未來。

二、我覺得不要定的這麼死，地區醫院的內、外、婦、兒科也沒有人要做，有人覺得生產不重要，但生產真的很重要，如果比較有彈性，醫院內部可以較平均分配，要不然雖然你想救內、外、婦、兒科，但住院醫師評估日後在醫學中心升遷機制受限，若往外發展，地區醫院也都消失，對醫師選科也會有影響。希望給我們這筆預算，設一個指標，我們盡量做內部調整。

謝委員天仁

我的看法是，要救的話，不是全靠付費者的力量。

謝董事長文輝

要不然要靠誰？

謝委員天仁

大家要一起分攤責任，我們負一半，部門負一半。艱困科別為何只有我們來負這個重擔！

童副董事長瑞龍

謝委員天仁，跟你拜託...

謝委員天仁

各部門本身要科別平衡發展，自我調整，很簡單的事情。

謝董事長文輝

對，所以不要這麼死，限定只能調整哪幾個項目，讓我們內部自我平衡。給我一個指標，我來做，你當然可以說，哪幾項一定要靠我們，也可以說，哪幾個空洞科一定要發展，或者醫院急診醫師的薪水要調到什麼水準，內、外、婦、兒科醫師薪資要調整到什麼水準，這些都是可以的。

江主任委員東亮

楊理事長漢淥，請教您，支付標準調整項目，急重症和一般要綁在一起，還是分開談？

楊理事長漢淥

- 一、綁在一起，要分開也沒關係。但是跟謝委員天仁說明，這個費用還是需要這麼多，像小兒科沒幾個住院病患，但還是需要調高支付標準，要不然醫院小兒科賺什麼，沒有一家醫院的小兒科是賺錢的，統統都賠本經營，小兒科真正重病的人數雖然不多，但是社會需要醫院有小兒科，提供急診與值班服務，所以一定要提高平常的診察費。
- 二、我知道謝委員天仁的意思，之前已經調過一次，您覺得調一次就不應再調，但事實是已經證明調高 17% 沒效。

謝委員天仁

已說過不可能全部由消費者負擔，這涉及整個醫療發展的問題。醫師看的人變少，還要我們丟錢給你，不是很奇怪？不能說看的少，還要丟更多錢。

楊理事長漢源

我們現在的支付標準根本沒有調整，要有一定的量才會有一定的收入，現在要解決這些問題，一定要讓醫院增加收入，對不對？你說要克服五大科的問題，沒有調整門診支付標準，只調住院部分，住院部分又能增加多少？

江主任委員東亮

提醒雙方，協商時間快到。在其他預算內有「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」，請雙方考慮。

童副董事長瑞龍

就 62 億，看要給我們多少。

江主任委員東亮

醫院代表說 60 億，付費者代表要給多少？

童副董事長瑞龍

62 億，因為就剩下支付標準調整這一項沒解決。

謝委員天仁

我知道啊，問題是其他 2 項...

童副董事長瑞龍

其它 2 項就照你們的意思。

江主任委員東亮

其它 2 項就照付費者方案。

謝委員天仁

這樣的話，我們支付標準調整一項，不含門診診察費，願意調到 40 億。

謝董事長文輝

這樣沒辦法。

謝委員天仁

沒辦法就沒辦法。

江主任委員東亮

醫院部門要不要再考慮，剩下 3 分鐘。這部分兩案併陳，你們的意思是不是這樣？

楊理事長漢淙

如果要兩案併陳，我們大概要重新提方案，但已經同意的部分我們不會再更動，只有支付標準調整這一項會更動。

童副董事長瑞龍

沒有啦！也要更動其他的地方。

蔡委員登順

慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫也不見得一致，依過去協商模式，都是列在專款項目，編列 20 多億，不足部分由藥價節餘款支應，再不足則由一般服務預算支應。

楊理事長漢淙

問題是沒有藥價節餘款！已經講了多少次。

蔡委員登順

依過去協商結果，都是這樣決議的。

楊理事長漢淙

過去協商決議我們就是認為不對。

童副董事長瑞龍

依健保局給付的藥價，小醫院已經買不到藥了。

朱副院長益宏

蔡委員登順，過去協商也不是像這次這樣。

謝委員天仁

我們先講清楚，醫院部門不同意我們剛提出的方案，那付費者這邊的方案也不會是後來談的方案，大家各自表述。

江主任委員東亮

暫停一下，給付費者代表這邊 5 分鐘協商，討論一下。楊理事長漢淥，就是支付標準調整這項兩案併陳？還是全部？

謝委員天仁

不是啦！我們改我們的。

江主任委員東亮

這樣兩邊都重新改？就是大家都重新提案，剛才討論的所有共識都不存在，是這樣嗎？

楊理事長漢淥

如果付費者代表主張要重新提案，我也沒意見。

謝委員天仁

你要重新提案，我也要重新提案。

楊理事長漢淥

我沒有要重新提案，我是說這個東西。

童副董事長瑞龍

我們沒有要重新提，只差那一項而已！

江主任委員東亮

所以其他項目大家認為有達成共識，是不是？我要確認的是這點。除了支付標準調整外，雙方是否有達成共識？還有慢性 B 型及 C 型

肝炎治療計畫，是不是？

楊理事長漢淙

那就大家再重新提案。

江主任委員東亮

大家再重新提案，付費者代表這邊有沒有意見？雙方都接受，那就重新提案。醫院部門什麼時候提出新方案？

童副董事長瑞龍

付費者代表只有 1 人嗎？那麼多委員都...。

林執行秘書宜靜

因為明天委員會議要確認今日協商結果，請醫院部門在 15 分鐘後提出新方案，否則明天會議無法進行確認。

江主任委員東亮

在此宣布協商結束，請雙方在 15 分鐘後將新方案送給林執行秘書宜靜。

本會 102 年度全民健保總額協商會議
與會人員發言實錄

伍、「其他預算」

伍、102 年度總額協商-「其他預算」與會人員發言實錄

江主任委員東亮

今天會議之進行，還是請同仁先宣讀協商會議之進行方式與原則，因為內容包括時間規定。昨天很抱歉，有委員在發表意見時，到某一個程度我會適當表示意見，是因為會議規範中，部門協商時，非該部門的代表不得提問及發表意見。請同仁再宣讀一次會議之進行方式與原則。

同仁宣讀 102 年度總額協商會議之進行方式與原則(略)

江主任委員東亮

稍微提醒一下，今天是協商其他預算，總共時間 60 分鐘。其他預算主要由健保局提案，依據會議之進行方式與原則，所有委員均可參與協談，這是跟昨天不一樣的部分，請大家能了解。接下來請健保局補充說明，時間是 6 分鐘。請黃局長三桂。

黃局長三桂

各位委員早安，有關 102 年其他預算共提出 10 個協商項目，大部分項目的金額跟去年一樣，只有 2 項不同：

- 一、第 6 項，增進偏遠地區醫療服務品質計畫，去年編 5 億，今年增編 1 億 7 千萬，總金額 6 億 7 千萬。
- 二、第 9 項，配合二代健保法施行全民健康保險提供矯正機關收容人醫療服務計畫，編列 8 千萬。另外還有各部門因受刑人增加之預算移列至其他預算，共 13 億 2 千 4 百萬。

所以 102 年其他預算共編列 94 億 8 千 1 百萬，至於詳細內容，於委員提問時，再一一說明。

江主任委員東亮

謝謝黃局長三桂，接下來是提問時間，從第 1 項開始，首先是山地離島地區醫療給付效益提昇計畫，健保局有無補充？資料在議程第 37 頁。委員如果沒有意見，第 2 項，非屬各部門總額支付制度範圍

之服務，健保局有無補充說明？

黃局長三桂

第 2 項非屬各部門總額支付制度範圍之服務，包含助產所、護理之家照護、居家照護、精神疾病社區復健、安寧居家療護等所需經費，本項費用共計 42 億 1 千 4 百萬元。

江主任委員東亮

委員有無提問？請何委員語。

何委員語

請問本項居家照護及護理之家照護，與未來的長期照護有無連結關係？

江主任委員東亮

請健保局回答。

蔡組長淑鈴

向委員說明，居家照護及護理之家照護與長期照護完全沒有重疊，因為本項全部屬醫療服務，而長照則是生活照顧為主。目前健保係針對在家或住在護理之家有醫療需求的病人，派醫療團隊提供服務，譬如出院後身上還留有三管(鼻胃管、尿管、點滴)的病人需要定期換管子，或臨終病人回到家中，需要安寧療護者，這些都需要由醫療團隊提供醫療服務，與長照之生活照護沒有關聯。

江主任委員東亮

補充說明，本項所指的居家照護及護理之家照護不屬於長期照護，但是長期照護病人需要前述這些醫療服務。請問委員有無其他詢問？如果沒有，進入第 3 項。

許委員怡欣

請問第 3 項專款不足之經費，是否包含醫院總額之慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫不足時的補充款？

黃局長三桂

本項編列 2 億，主要用來支應罕病及血友病藥費、器官移植及慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫，於編列預算不足時的補充款。如果沒有支用，就保留在全民健康保險基金。

謝委員天仁

有關慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫，昨天我們提議跟之前一樣，不足部分由一般服務預算支應。這裡編列 2 億，當然也可用以支應罕病及血友病藥費，但與慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫混在一起，我覺得有點奇怪，到底支用上無區隔，還是先不足的項目先支用？另外，既然慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫已經訂定不足部分由一般服務支應，為甚麼還要在這裏編預算？

江主任委員東亮

請健保局說明。

黃局長三桂

本項經費大部分是用以支用罕病及血友病藥費，特別是罕病這幾年來增加非常快速，其所需藥品價格非常高，依過去經驗，都是用在罕病及血友病藥費。如果委員認為不適合用在慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫，我們也同意刪除。

江主任委員東亮

好，請問有無其他詢問？沒有的話就進行第 4 項。

林執行秘書宜靜

請委員翻到議程第 38 頁，第 4 項推動促進醫療體系整合計畫，全年經費 950 百萬元，計畫包括第 1 項醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫、第 2 項論人計酬試辦計畫，及第 3 項醫院垂直整合方案。

江主任委員東亮

請問健保局有無補充？沒有。請問委員有無提問？請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

請健保局說明，甚麼是醫院垂直整合方案，參加的資格條件為何？

黃局長三桂

請委員參閱議程右邊的補充說明欄，實際上醫院的垂直整合有各式各樣的做法，並無一定要有統一做法。目前健保局除了醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫外，也在研議規劃基層與家庭醫師照護試辦計畫的整合，透過整合慢慢擴充及增加。以上補充說明。

陳委員錦煌

請問健保局，同一體系可以垂直整合嗎？

黃局長三桂

原則上同一體系可以整合，醫學中心、區域醫院、地區醫院當然可以整合，比如說健保局正在做的，如何疏散大醫院急診病人到區域醫院、地區醫院去就醫，這也是垂直整合的思考方式之一。

陳委員錦煌

- 一、當委員 4 年來，坦白說我承認比較偏心一點，照顧社區醫院。因為社區醫院在我當委員時，就告訴我被消滅 500 家，第一次聽社區醫院謝董事長文輝報告，就同情他們，因為社區醫院可帶給民眾很方便的醫療。坦白說我對醫學中心比較有意見，因為掛號困難，住院也很麻煩，這幾年一直籲請健保局、衛生署要落實分級轉診，若能落實，即可疏解病人掛號、看病、等住院床困難的問題，甚至電視媒體還報導病人睡在地上的情形，所以我希望健保局趕快依衛生署政策，落實分級轉診。二代健保法明年已經要上路，其中第 43 條明文規定落實分級轉診制度，不只轉診，還要落實分級醫療制度。
- 二、要落實分級醫療，最起碼先要進行垂直整合。據我了解，垂直整合醫院是否要跟健保局訂契約？如果是集團自己整合，有些小醫院就難以生存，會沒了，我的關心就白費。我說話很坦白，不怕人家說，因為謝文輝董事長當時向我報告，我剛當委員，只好傻傻的被他罵說頭腦僵硬，到現在，我了解社區醫院已經倒了 500 多家，所以在能力可及的範圍，希望盡量讓老百姓能

獲得社區醫院良好的醫療照顧，我的用意如此，並非社區醫院給我甚麼好處。

三、垂直整合的問題，據我了解，若一些教授、較大牌的醫師到社區醫院看診，不能1次就要價1萬2千5百元、或1萬3千5百元，說難聽一點，看診收入的掛號費、診察費都被他拿光了，醫院要賺甚麼！你們要有限制及規定，不能超過5千或6千元才行。局長，我是外行人比較不懂，你看這辦法可行嗎？可否說明。

黃局長三桂

陳委員錦煌的意見很好，但不是很清楚主要訴求為何，健保局還是會收集各界意見努力做，有關醫院垂直整合方案....。

陳委員錦煌

等一下，也拜託社區醫院理事長針對垂直整合表達一下意見，我已經說這麼多，你們也需要表達意見。

謝委員武吉

擔心不知可否講話，很怕講到一半又說不能講話，被掃地出門。有關垂直整合部分向委員報告：

- 一、有些醫學中心醫師到社區醫院支援，師一級支援1節約3~4小時，共1萬1千元、車馬費1千元、誤餐費5百元，共計1萬2千5百元，不論如何談價，他們都不處理。主治醫師支援1節7千5百元，車馬費1千元、誤餐費5百元，共計9千元；另外比較有良心的總計拿7千5百元。不論地區醫院請1萬2千5百元、9千元或7千5百元的醫師支援，前半年到1年之間，這些有心為民眾服務的地區醫院都還是賠錢。
- 二、其次，醫療設備及裝潢都需配合增加、改善，病人才較願意來就醫。以上費用問題，向委員報告。

陳委員錦煌

請問謝委員武吉，如果不付那麼多錢，難道不行？這是規定嗎？

謝委員武吉

他就不願意來。

陳委員錦煌

為什麼不來？

謝委員武吉

就不想來。

陳委員錦煌

錢太少，所以不要來。金額是健保局垂直整合規定的嗎？

謝委員武吉

不是。

陳委員錦煌

不來就對了。

謝委員武吉

是我們聘請他，但是他不要來。

陳委員錦煌

不來也沒辦法，要怎麼辦？

郭秘書長正全(翁委員文能代理人)

- 一、剛才陳委員錦煌關心的問題，我代表醫學中心補充說明，醫學中心也有一些部分科別醫師員額多，事實上也非常辛苦，我們希望促成這個制度，我想這樣做是對的。
- 二、陳委員錦煌關心醫學中心到社區醫院的垂直整合問題，整體經費，主要看個別醫院如何洽商，有些專科人力較缺乏，例如腦神經外科，這就不是師級的問題，而是本來就有市場的問題，但也有些專科人力比較多，反而是醫院要拜託醫師去支援別的醫院，這些都可以協調。
- 三、希望能以制度誘導，今天健保局提出這個建議，我認為非常好，

至少有個制度先開始。也希望區域醫院能與社區醫院交流整合，我們樂觀其成，以上補充。

江主任委員東亮

提醒大家，提問與意見交換時間有 25 分鐘限制，現在才進行到第 4 項而已。

陳委員錦煌

- 一、主席，請教一下，1 年才協商 1、2 天，我認為重要項目要先處理妥適，延一些時間不要緊，從老遠來，有些事情必須弄清楚才能回去。以勞工身分參加你們醫療相關會議，頭都快要爆了，不清楚的地方硬是問到清楚為止，說難聽一點，以前連特約是甚麼都不懂，一直到現在清楚了，才能詢問有關垂直整合的問題。若還沒有落實分級轉診，起碼要以垂直整合來救地區醫院、區域醫院。
- 二、我想了解垂直整合到底要做到甚麼程度？像謝委員武吉說的，若是師一級 1 萬 2 千 5 百元還不願意來，垂直整合也無效，該如何處理？你們應該訂定辦法，我看健保局要編預算補助才行，規定一定要來支援，才能落實。

江主任委員東亮

不好意思，主席就是要遵守時間規定，請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、推動醫療體系垂直整合，已經做好幾年，從 98 年 12 月開始，其中醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫，按計畫（議程資料顯示）102 年以後的重點為基層與醫院的整合。除上開計畫外，另外有新增「醫院垂直整合方案」，其內容可能不完全一樣，但都是以病人為中心。垂直整合方案預算另編列 1.5 億元，我不清楚中間差距在哪。
- 二、第 5 項是其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費，昨天協商西醫基層總額時，其中一項是我們非常關心的基層財務風

險問題。強調，所有醫療服務，一定要包含基層才是完整的垂直整合。二代健保已經明確規定要實施家庭責任醫師制度，一旦實施可能產生不小的財務衝擊，目前卻沒有編列預算因應。昨天協商時大家同意在其他預算編列風險基金，否則到時將無預算可支用。我計算後第4、5項經費已沒有剩餘，目前編列額度並未包含昨天講的預算，建議將西醫基層所提的額度編列在本項。

何委員語

建議健保局，針對醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫及醫院垂直整合方案，召開專案研討會議，討論過去執行的困難點、缺點及改善方式，推動專案。坦白說，我比陳委員錦煌更不懂，也搞不清楚前述2項計畫，所以希望了解這兩個方案的優缺點，如何改善會更好，及如何使醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所整合得更密切。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、主席，不好意思，打攪大家時間，向陳委員錦煌致歉，多年前的話讓您耿耿於懷。
- 二、誠懇希望委員能重視第4項(推動促進醫療體系整合計畫)及第6項(增進偏遠地區醫療服務品質計畫)，這是得以改變現行醫療結構的作法。昨天委員十分捍衛預算，盡量想要節省，但坦白說，不管是醫界部門提出的70億(醫院總額之調整支付標準協商項目)，或付費者委員提出的40億，對醫院而言，現行架構已經走到盡頭，問題一直出來，包括五大皆空、病患躺到急診室地上等問題，這個制度已經病入膏肓、很危險，所以不管70億或40億，都只是續命的針而已，有這個針，只是再拖下去，我覺得很無奈，或許消費者委員認為我們唬弄他們，說怎麼可能一年投入幾十億，總共近1百億，卻只是延命而已，但事實就是如此。
- 三、我認為第4項及第6項是全新的視野，希望委員能夠支持，看

能否產生質變。健保法規定要分級轉診，為何無法執行？因為就像陳委員錦煌所說，地區醫院倒光了，如何強迫患者到地區醫院就醫，所以一定要設法先讓地區醫院的情況得以改善。目前的問題是病人都集中在醫學中心，今天提出的醫院垂直整合方案，就是鼓勵醫學中心的醫師向下支援，若民眾知道有很好的醫師，甚至哪科的主任可以下鄉，民眾就會產生信心，不必遠地求醫，民眾會是最大贏家，不管健保局最後規定補貼支援醫師 5 千或 6 千元來積極改善的地區醫院，醫院本身仍然需從口袋掏錢出來擴充設備，例如新增 1 位心臟科醫師，醫院難道不必花幾百萬買心臟超音波來配合醫師看診？無心者就不會來申請，但對這些有心要改善的醫院需要鼓勵。

四、此制度一旦實施，民眾是最大贏家，若 1 位支援醫師，1 診看 50 位病人，就可造福 50 個家庭，因為不必奔波求醫。建議不要排除體系醫院，例如臺大醫院若要派醫師到該體系之一的金山醫院開診，急診 1 節沒有 1 萬元根本沒人要去，因為醫師是自由就業，我們鼓勵醫師到地方服務，民眾才是最大贏家，如此，民眾才有機會到附近的社區醫院看診，紓解大醫院的壓力。我認為這與第 6 項相同，會讓醫療體系產生質變。感謝健保局編列垂直整合方案 1.5 億，我覺得再多編 10 倍的經費都值得，如果真的可以改變就醫型態，非常值得投資。

江主任委員東亮

向各位報告，現在進入協商時間，提問 25 分鐘已經過了。

謝委員天仁

依健保局所提方案，扣除各部門受刑人增加之預算移列金額，102 年其他預算大約成長 2.5 億？

黃局長三桂

對，第 6 項(增進偏遠地區醫療服務品質計畫)增加 1.7 億，加上第 9 項，配合二代健保法施行全民健康保險提供矯正機關收容人醫療服

務計畫的 8 千萬。

謝委員天仁

- 一、在談前面四個部門時，付費者委員一直都在擲節預算，因為經濟景氣也不是很好，其他預算可否檢討、調整至預算不增加的情形，有無可能做到？
- 二、先聲明，在檢討預算時，有關促進分級醫療部分，經費應該維持。如剛剛所提，雖然有些方案可能不見得很理想，但我覺得值得投入預算，以促進分級醫療之推展。除此之外，請檢討其他預算可否零成長，否則會讓人質疑，為何其他部門砍那麼多費用，卻對健保局較寬鬆，這樣也不適當，這部分可否再檢討。

黃局長三桂

- 一、第 9 項二代健保法施行全民健康保險提供矯正機關收容人醫療服務計畫，預算編列 8 千萬，因為是第 1 年實施，不知道實際運作情形會如何，健保局建議先編列 8 千萬。
- 二、第 6 項(增進偏遠地區醫療服務品質計畫)增加 1.7 億，因為考量第 5 項的 10 億，可能會有剩餘款，如果委員堅持的話，則建議先編 5 億就好。

葉委員宗義

- 一、我的看法與謝委員天仁意見相同，因為昨天各部門預算都砍很多，若健保局自肥，又提高預算，絕對不行。能否與去年預算數相同，不要增加。
- 二、昨天、今天都有談到急診問題，急診病人已經滿到走道，據我觀察，急診還是以老年病人居多，可考量以提高掛號費來遏止這些現象，以利急診病症患者，以免造成一床難求。

蔡委員登順

針對第 6 項，增進偏遠地區醫療服務品質計畫，各部門都有到偏遠地區提供醫療服務，而且都編列特別預算，本項 100 年預算才 2 億，101、102 年的預算成長很高，在委員會也有報告方案的補助對象，

現在方案已實施，不知道 101 年使用金額有多少？剛才黃局長三桂講得很清楚，本計畫經費若有不足，可由第 5 項其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費流用，所以我支持編 5 億就好，不增編 1.7 億。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、如果維持去年型態，那就編 5 億，另外從 10 億(其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費)流用，這是今年的遊戲規則。如果照健保局原編 6.7 億，則不可由他項預算流用。
- 二、有一點特別需要釐清，請看第 1 項山地離島地區醫療給付效益提昇計畫，1 年 6 億多，這是一定要花的，而且需要一直花下去，為何？1 個月 1 千 8 百多個診次，1 年 2 萬 2 千多個診次，總共看 40 多萬名病人，每 1 診次平均看 21 位，如果是夜間急診或許看 3~5 人，但那是人權，因為山地離島不能沒有醫療，錢一定要花。這與第 6 項(增進偏遠地區醫療服務品質計畫)意義完全不同，第 6 項是指定要提供內、外、婦、兒科的門診及住院醫療服務，還要提供 24 小時急診，它的定位為何？以目前台灣的醫療狀況，每個鄉鎮要達到前述醫療標準並不可能，本計畫主要支撐 10~20 萬人生活圈內主要就醫的主責醫院，這些醫院都有急診，若不予經費支撐，只要各社區生活圈主責醫院一萎縮，大醫院的病人不只躺到走道，躺到街道都有可能，事實就是這樣，為何以前不會有這些問題，因為以前有 700~800 家地區醫院，這些地區醫院大部分都有看急診，所以感覺不到問題。若現在這些生活圈的主責醫院沒有顧好，一旦倒閉，對這 10~20 萬人的生活圈就醫就會面臨黑暗期。
- 三、我覺得本項是重要核心，需要投資更多經費，舉例說明，南投地區有 4 個生活圈，署立南投醫院是政府設立，從以前就有公務預算支應，醫院的土地、房子都是公家的，從 94~95 年 3~4 億的經濟規模，現在上升到 10 億，提供很多民眾的醫療需求。如果可以從各生活圈這些主責醫院中，都培養出像南投醫院一

樣規模的醫院，今天的醫學中心就不會擠爆，這就是所謂結構改變。

四、本計畫實施初期通過 37 家醫院，現在已經通過 39 家，初期通過的這 37 家，本來就都有設 24 小時急診，表示這些醫院本來就有急診，雖然補助的錢不多，但多少補助一些，內科沒增加半間，小兒科、婦產科...

蔡委員登順

謝董事長文輝，我們經費又不是不給，不必說那麼多，討論需要多少錢就好，因為時間不多。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

其實社區醫院協會也曾對所有符合資格的醫院進行詢問，為什麼急診患者不會增加....。

謝委員天仁

其實費協會委員對分級醫療很重視，當然陳委員錦煌較坦白，說他偏社區醫院，我則較偏健保，希望健保能永續經營，做得好。醫療可近性是我們一直關注的問題，所以言論始終一以貫之，您不用擔心，只要是對的，我們認為合理，這筆錢不會不給，您的意思我們都知道。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

從您剛才說的話，我知道您很支持，意思是這筆錢該給，不須多說明。

江主任委員東亮

請問這筆經費要給多少？請何委員語。

何委員語

今年已經從其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費的 10 億中，挪 1.7 億過來，不如明年就正本清源，第 6 項(增進偏遠地區醫療服務品質計畫)就編列 6.7 億，第 5 項(其他預期政策改變及調節非

預期風險所需經費)改為 8.3 億元，這樣明年就不需挪用，挪用又要提委員會通過。

江主任委員東亮

可以嗎？

何委員語

我認為做事情，要實實在在。

蔡委員登順

本項(增進偏遠地區醫療服務品質計畫)經費 101 年支用在 5 億以內，假設 102 年真有不足，我覺得可以從其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費的 10 億流用，但還是需要匡一下預算，流用以不超過 1 億元為限，請問局長，這樣是否可行？

黃局長三桂

尊重委員的決議。

謝委員天仁

健保局方案中提到，其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費可用於 102 年 RBRVS(資源耗用相對值表)調整不足預算之支應，這跟我們的原則相悖離，該項原則上我們不給錢，所以這部分要刪除。

陳委員宗獻

建議本項(其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費)經費，將昨天有討論但尚未處理的「二代健保實施家庭責任醫師制度之影響」明文列入，以實現昨天的決議。

江主任委員東亮

這樣可以嗎？將用於 RBRVS 調整不足預算部分之文字刪除。

謝委員天仁

要刪，因為悖離原則。

江主任委員東亮

但如果要調整 RBRVS，錢在哪裡？

謝委員天仁

對於 RBRVS 調整後有些支出增加需編經費支應乙事，我們本來就反對，原則上我們不給錢，至於行政費用本來就有，所以沒有問題。如果有個別艱困項目或特殊理由，認為需要增加預算，調整支付標準，才能有效推動的，再請提出。

黃局長三桂

第 2 項(非屬各部門總額支付制度範圍之服務)原編 42 億，健保局同意剛才委員的建議，將本項減列 5 億，因為實際上沒有使用到那麼多。

謝委員天仁

健保局提出的協商草案，102 年比 101 年多了 2.5 億。

黃局長三桂

剛才委員的意思是不希望預算比 101 年多，所以在第 2 項，原編 42 億，但實際上用到 26.15 億，為讓其他預算整體費用不要成長那麼多，健保局同意再減列 5 億，好不好？

謝委員天仁

這樣調整已經超過我們的目標值，很感謝。但預算也不能不夠，如果有不夠，委員會再來檢討。

郭秘書長正全(翁委員文能代理人)

主席，剛才謝委員天仁說的很重要，有關第 5 項(其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費)，委員關心 RBRVS 調整不足預算問題，他的顧慮是對的。建議本項暫時還是擺著，以備健保局真的需要這筆預算時，可以有財源支應，屆時若需動用預算，再到委員會報告。希望本項仍然保留，屆時若委員會覺得不適宜，預算則不動支，建議讓健保局有空間。

謝委員天仁

其實多此一舉，本項本身就是預期政策改變及調節非預期風險所需經費，本來就是彈性的，是看委員會認為是否跟原本預期有變動，再提出檢討，不需要特別提出，如果要列這一項，則可能要寫 50 項才完整，因為也許有 50 個可能的原因在其中。

江主任委員東亮

還有其他意見嗎？

蘇委員清泉

有三點向大家報告：

- 一、第一點，我看費協會砍預算，比立法院還厲害，本會期我絕對用這些辦法來砍衛生署及健保局預算，砍給你們看。
- 二、昨天黨團的幹部有跟總統開會，9 月份景氣有好一些，公賣局業績也有好一點。
- 三、葉委員宗義剛才所言有語病，你的意思是，老人躺在急診地上沒關係，是嗎？還要他們不要看診，或調漲部分負擔，這樣是不對的，要想辦法解決問題，而不是只調高費用，叫他們不要躺地上，叫人聽不下去，你是付費者代表，怎麼不為病人著想？反而砍經費砍到走火入魔。對生病的人而言，你們這些好手好腳的人，沒有資格去決定他們的未來及生命。

葉委員宗義

解釋一下，剛才所講是為醫療院所講話，我的意思是，為紓解大醫院急診壅塞，為何不增加大醫院的掛號費，讓病人願意去小醫院就醫，我的意思不是要讓病人躺在急診室，而是希望能想辦法解決問題，讓病人有尊嚴，不要躺在走廊上，請不要誤解。

謝委員天仁

建議蘇委員清泉，任何立法委員都可以砍健保局及衛生署預算，獨獨你不行，你要好好考慮。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

剛剛葉委員宗義講得很有道理，希望病人不要那麼可憐，躺在急診室，對政府及醫院的形象都不好。但現實問題是，很多老人家經濟並不好，為何要從鄉下跑到大醫院就診，還躺在地上，因為他家裡附近的醫院一直萎縮，你們又不予支撐。編個6億多，無法改善結構上的不公平，這些小醫院為何倒閉？舉個例子，內、外、婦、兒科醫師，在大醫院接受完訓練，基本薪水多少？15萬以內，到鄉下要求薪資25~30萬元，我們若能予以支撐，讓社區醫院健全起來，就能提供老人所需醫療。

何委員語

主席，回應一下蘇委員清泉：

- 一、第一點，就如謝委員天仁所言，其他立法委員都可以砍健保局及衛生署的預算，但你不能砍，坦白說，如果你砍健保局及衛生署預算，很抱歉！我一定發動中央委員連署罷免你，講真的，既然我們投票給你，我們就有權力連署，大家都是好朋友。
- 二、第二點。我們也並非都好手好腳，今天是跛腳來協商，說難聽一點，為了協商健保費用，昨天睡不到幾小時，一早5點就起來讀資料，心裡想依經濟景氣狀況，醫療費用應該成長多少？是從這個角度考量，假使經濟景氣好，醫療費用成長5%、6%、10%，都不要緊，但今年經濟成長率連1.5%都不知道得否保得住。我寫了一張聲明書，等下會議結束前，我要宣讀，為什麼？我們確確實實差點吐血，這兩天都睡不到幾個鐘頭，我心裡想，大家那麼辛苦為了分配錢，那麼歹命打拚個半死，所為何來？是責任跟義務，說實在的，你不要以為我沒有真的寫聲明書，如果聽我念完，會感動萬分，我與醫界無冤無仇，大家都是好朋友，一起吃飯，我也一直想辦法，也希望讓你們得到所需要的預算。所以請不要誤以為我們在處理預算時有甚麼個人恩怨、私仇，都沒有，我們考量的是，如何讓健保永續經營，如何照顧好台灣的健保制度，讓制度愈來愈好，如我常說，希望讓醫師能夠賺錢、醫療院所能夠生存，這是我來參加協商工作

秉持的目標。

江主任委員東亮

請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

- 一、剛才聽謝委員天仁說我比較關心社區醫院，我關心的原因是，若社區醫院可以照顧急重症，就可以紓解區域醫院及醫學中心的壓力，這是我的想法。在我任委員4年中，才會很用心要緊此事，因為我是勞工朋友的代表，來自弱勢，而你們律師都是看醫學中心的，那有像我們勞工去診所及社區醫院看病，無非是希望800多萬勞工朋友就醫方便，因為他們到大醫院可能會掛不到號，台大及長庚醫院都有代表在這裡，敢承認真的有掛不到號的情形嗎？你們一定也認同我真的沒有亂講話。
- 二、一直強調，要設法落實立法院通過的二代健保第43條，要做分級轉診制度，希望社區醫院儀器要好，醫師具有專科醫師以上資格，醫師素質好，老百姓才能夠到社區醫院就醫。這是我的感受，外行人意見就這樣，至於是不是師一級，不是我的重點。以社區醫院員榮醫院為例，最近我問張克士院長，你們醫院心導管到底救多少人？他說總共1百多人，在員林心導管能做得起來，怎會不好，像一些病人有緊急狀況，差幾分鐘就會死的，也是員榮醫院急診救的，對我們勞工朋友而言，就醫方便就好，不必掛不到號、等不到床，我的用意如此，所以不怕別人說我為社區醫院說話。
- 三、民國78~98年社區醫院倒了500家，對不對？謝董事長文輝那時罵我頭腦僵硬，那次你差點被我修理，記得嗎？還有向你道歉，所以我一直記在心中，心想你們真可憐，倒了500家，我沒有拿社區醫院甚麼好處，你說對不對？或許謝委員天仁會認為奇怪，我為何偏社區醫院，沒錯，就是偏，他們律師都看台大或長庚醫院，我們如果有診所、社區醫院可看，就滿意了，所以拜託健保局把垂直整合方案A、B案做好，不能....。

江主任委員東亮

陳委員再給您半分鐘，好不好？

陳委員錦煌

好。局長啊！聽說參加醫院垂直整合方案的條件有分 A、B 案？謝董事長文輝是不是這樣？

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

目前是大家提方案讓長官參考，討論中，尚未定案。現在協商經費，實際的執行方案，健保局很慎重....。

陳委員錦煌

對分級轉診，我是忍耐在心理沒講，你們牛步化，到現在都還弄不好，若還無法推動，至少垂直整合要先做，要大醫院一些醫師下到社區醫院服務才行，紓解大醫院病人才對。葉委員宗義說急診都是老人在看，不一定，年輕人也看急診，到急診病人年齡不分老少，他建議提高掛號費，提高掛號費其實對百姓很傷，我覺得不妥，為了掛號費，我3月才抗爭過。希望醫界也好、健保局也好，趕緊協調，落實健保法第43條，不要讓人一直追蹤，一點意義都沒有，衛生署代表鄭委員聰明，對轉診問題，衛生署也要關心，要落實，衛生署不做怎麼行。

江主任委員東亮

據我了解，大家對此事都很關心，但其實也面臨理想與現實的問題，如何讓現實與理想接近，是很困難的事情，所以還請大家多包容。我知道葉委員宗義的意思並不是要調高老人掛號費，其實是希望想辦法疏散大醫院的急診病人。再來是何委員語，我不知道這樣講適當不適當，他昨天跟我說，假如經濟好，成長率多少都沒問題，但在現今經濟不好的情況下，如何努力。我們現在剩下不到10分鐘的時間，請健保局把調整後的方案準備一下，我們等會兒進行討論，接下來...

陳委員錦煌

請教健保局，剛才所說的垂直整合 A、B 案中，希望大家都可以參加，這樣比較有效果，請局長答覆。

黃局長三桂

實在不知道委員說的什麼 A、B 案。

陳委員錦煌

你們不是要跟他們訂契約？

黃局長三桂

沒有啊！跟誰訂契約？

陳委員錦煌

你們要做垂直整合，不是要跟醫師訂契約？

黃局長三桂

沒這回事，委員一直說 A、B 案，我都不知道在說甚麼？

謝委員武吉

補充一下，A 案就是有參加個別醫院總額，B 案就是沒有參加個別醫院總額。但是垂直整合，屬 B 案的醫院支援助地區醫院的費用，就算入這間醫院本來的費用，這樣就不對。

江主任委員東亮

因為還沒實施，計畫公布沒？還沒。請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

主席、各位委員，先稍微離開本案，關於第 8，慢性腎臟病照護及病人衛教計畫，對其執行數，可否說明內容。看起來 101 年執行 1 億 2 千 7 百萬，有提到維持原來 101 年預算，102 年要再增加 4 千 5 百萬，這樣合起來是 1 億 7 千萬，但 102 年預算寫 4.04 億，與 1 億 7 千萬有差距，可否說明。另外有關第 2 點所列新增計畫，也請一併說明。

江主任委員東亮

請健保局說明。

蔡組長淑鈴

- 一、請委員翻開議程第 40 頁，有關第 8 項，慢性腎臟病照護及病人衛教計畫，整體預算編列 4.04 億，原來目的是繼續推動 Pre-ESRD 計畫(Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫)及 Early CKD 方案(初期慢性腎臟病醫療給付改善方案)，會編 4.04 億的原因是 Early CKD 方案在 100 年實施，才剛開始收案照顧，所以成長率很高，雖然 100 年只用 1.27 億，但到 101 年收案率增加，成長已高達 31%。
- 二、對於本項預算，本局考量委員及各界都希望能從預防的角度努力，減緩洗腎發生率，進而長期減輕健保負擔，所以這幾年腎臟醫學會為了配合 Pre-ESRD 及 Early CKD 這兩個腎臟病的預防衛教計畫，投入共同努力。包括 Early CKD 計畫連醫師公會全聯會都全體動員，確實整個醫界都投入預防工作，本項預算是用來做預防及衛教用，希望委員能支持寬編一點，因為陸續都在收案，目前都還在成長中，執行數大概達 1.6 億左右，但成長率高達 30%，所以需要多投入一點預防經費。
- 三、有關議程本項說明第 2 點，是針對洗腎品質進行監控，因為 99~101 年總額預算非常緊，曾經動用本署醫療發展基金支應品質獎勵款，去年及今年審議該基金時，審議委員認為本項不應由醫療發展基金支應，所以健保局建議將洗腎品質監控的獎勵款與 Pre-ESRD 及 Early CKD 兩個腎臟病預防性計畫共用這 4.04 億預算，經費都用在腎病初期預防或洗腎品質提升等用途，確實在前段投資，可預防後面洗腎病人的不斷增加，希望委員能夠支持。

江主任委員東亮

請黃局長三桂對整體經費...

連委員瑞猛

對不起...。

江主任委員東亮

請連委員瑞猛。

連委員瑞猛

對於第 7 項(全民健保高診次民眾就醫行為改善方案--藥師居家照護)，剛剛沒有機會表達，容我做個補充：

- 一、藥師居家照護這個方案，今年建請委員讓我們多做一點服務。本計畫是針對每年看病超過 100 次、看過兩家醫院以上，超過 13 張慢性病處方箋，或在 6 家院所看過病的個案，進行藥師居家照護，並將病人狀況整理好，向醫師稟告，提供醫師調整用藥的參考。
- 二、從 99、100 年推動兩年的數據看來，健保一共花費 2,807 萬，但這些被照顧病人的醫療花費節省 3,110 萬，若換算，花費 1 元，約有 32% 的效益。截至今年 7 月 14 日，收案人數已有 5,006 位，達到預定目標之 116%。希望 102 年將照護人數目標提升到 1 萬人，或許委員會擔心藥師有沒有能力照顧這 1 萬名個案，事實上藥師公會全聯會已經做了 3 年準備，目前藥師經過訓練、考試、臨床訓練已有 400 多位，我們有能力做到，所以在這裡拜託各位委員，這些病人其實很需要被照顧，事實上兩年下來，也沒有花到健保的錢，我們花了 2,807 萬，但省下 3,710 萬。
- 三、感謝大家支持，感謝醫師在方案推動過程中的接納和支持，我們將輔導個案今年的門診次數、醫療費用、診療費用與去年比較，發現不管從診療次數的下降、醫療費用的下降，藥品費用的下降，都可以看到努力的成效。

江主任委員東亮

剩下 2 分鐘。

連委員瑞猛

請委員支持明年預算編列 7,200 萬，讓我們照顧 1 萬人，向委員報告，雖然預算編列 7,200 萬，但應該不會花到健保的錢，我們願意承擔照顧這 1 萬人的責任，讓我們輔導這些看病超過 100 次、看過很多醫師的病人，讓我們幫忙整理病人用藥，提供醫師做為診斷的依據，並做修正。了解委員對預算編列都摳得很緊，但拜託委員能支持，讓我們來照顧 1 萬人，編列 7,200 萬，謝謝。

江主任委員東亮

可否請黃局長三桂往下說明預算項目。

許委員怡欣

主席，請問剛才付費者委員提到不要增加金額，但第 9 項，配合二代健保法施行全民健康保險提供矯正機關收容人醫療服務計畫，編列 8 千萬用在診察費 1 成的額外獎勵，請問該筆預算要歸零嗎？之前法務部就是這樣加成的嗎？

江主任委員東亮

請何委員語。

何委員語

剛才我有報告，昨天晚上我看醫院的資料看了 1 個半小時，早上 5 點起來，再將藥師居家照護整本報告資料看了一遍，看完後，我發現藥師公會全聯會確實做了很多事情，從藥師 32 小時的培訓，推動整個計畫，以及個案資料，發現本計畫對社會公益很重要，從個案說明中我發現：

- 一、第一，本計畫可以減少自殺率的發生，因為那些吃藥吃太多的人，每天都恍惚、家庭不融洽、產生很多衝突。
- 二、第二，建議藥師公會全聯會做完個案探討後，如果發現低收入、貧困家庭，應該跟慈濟功德會結合，讓他們去做後續的社會救助服務工作。
- 三、第三，支持本方案的原因是，發現藥師公會全聯會確實做了很多培訓、教育訓練、個案探討、活動舉辦等，以及經驗交換方

面也確實做得很完整，另外在教育訓練費或相關設備，3年來投下2,807萬，我認為是很務實地在推動這項工作，假使方案能使1萬個病人減少吃藥，我想可以減少藥費，而且對整體健康會有幫助，看完這些資料後，我採支持立場。

- 四、假使昨天能夠提供1本醫院相關的資料給我看，早上講那麼多的個案，能夠寫成文字，我會相當支持醫院的建議案，可是，到現在還是看不到醫院有哪些資料！希望未來醫院能提供很多書面資料供我們協商參考。

江主任委員東亮

各位委員，必須有個版本進行討論，先請健保局提出版本，我們再針對內容一項一項檢討，請黃局長三桂。

黃局長三桂

整理大家剛才所提的意見，逐項向大家報告：

- 一、第一項沒有改變(山地離島地區醫療給付效益提昇計畫，603.9百萬元)。
- 二、第二項(非屬各部門總額支付制度範圍之服務)原本編列42億1千4百萬，現在減列5億。
- 三、第三項(支應罕病及血友病藥費、器官移植、慢性B型及C型肝炎治療計畫專款不足之經費，200百萬元)、第四項(推動促進醫療體系整合計畫，950百萬元)沒有改變。
- 四、第5項(其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費)及第6項(增進偏遠地區醫療服務品質計畫)合併報告，剛才委員的意見是第6項編5億，但同意第6項經費若有不足可以動用第5項經費1億。向委員報告，目前第6項實際推動的情況，今年只有實施半年，已經使用3.1億，如果明年經費6億，顯然不足，所以健保局建議可否同意經費若不足可以動用2億，由1億提升至2億好嗎？因為實際狀況確實如此。也就是，第5項還是編列10億，但希望同意第6項經費不足時，可以動用2億

來支應，第 6 項仍然編列 5 億。

五、第 7 項(全民健保高診次民眾就醫行為改善方案--藥師居家照護)，剛才何委員語有表示意見，我們同意增加 3 千 6 百萬，變成 7 千 2 百萬。

六、之後的項目及預算無變動。

蔡委員登順

一、講起來，真的有點困難，藥師公會全聯會連委員瑞猛說沒有用到健保的錢，這筆經費就是健保的預算，怎麼會沒有用到呢？您說節省了多少錢，但我們沒看到量化數據！既然看診次數降低，那整個健保資源就不會缺那麼多，對不對？看診次數、用藥降低當然錢會省下來，如果這樣，我當然全力支持，不過看不到數字，那是你講的。如果講嚴重一點，意思就是醫師亂開藥，醫師不應該開那麼多藥要病人吃，如果醫囑是 1 天吃 3 顆，而藥師認為 3 顆太多，吃 2 顆就好，萬一病情加重怎麼辦？有無這樣的風險？不希望發生這種狀況，但我覺得這種情況也是有可能。

二、若如連委員瑞猛所說，計畫做得好，經費要增加，我一直不同意也不大好意思，去年談 101 年經費也沒有增加，若是一下子增加 1 倍，其他部門所有協商項目都沒有成長那麼快，本項如果這樣加下去，下年度不就要上億？增加 1 倍我有意見，但尊重其他委員的看法。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

今天的協商原則是覺得該砍就要砍，但該給就要給。關於藥師公會全聯會所提方案，理論上，台灣就是過度看診，拿很多藥，並不是一個醫師開很多藥，而是病人同時看很多醫師，醫師開藥時不清楚病人是否還服用其他藥。本方案輔導對象是針對一年看病 100 次以上的病人，這些人確實需要輔導，有些老人拿了 5、6 份藥，吃到自己都搞混。我覺得本計畫其實滿有意義，如果能夠慢慢輔導病人，人數擴增，這樣的投資是值得。1 週看 1 次門診，我都覺得過多，

應該支持本項，但預算多少？如果大家覺得太高，藥師公會全聯會可以再討論。

陳委員宗獻

- 一、基本上我認為，本案已在執行，100年執行率69.4%，就診100人次以上，輔導人數應該愈來愈少才對，故需要的量不一定要那麼多，這是第一點。
- 二、第二點，本方案推行當時的背景是98年，經過99、100年到現在，IC卡已可讀到病人在不同院所拿的藥，我就常從病患IC卡讀取就醫資料，並告訴病人這個藥不用再開、那個藥不要再吃。在這裡要鄭重聲明，目前資訊環境下，醫師都有在努力。在這部分，非常感謝藥師公會，但我認為額度不必再增加。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

請問健保局，目前就診超過100次有多少人？

葉委員宗義

- 一、這幾天開會，包括昨天的中醫門診總額協商，都希望能有創意來解決用藥安全的問題，現在有些病是因吃藥而出問題。藥師公會全聯會提出需增加1倍預算，如果本計畫能解決很多民眾用藥行為上的問題，我覺得這樣的預算還不夠。
- 二、另外，剛才委員對我的發言提出一些建議，諒解我的意思，再重新說明，如果醫界可以提出方案，解決大醫院病人擁塞問題，相信在座的付費者，不要說5億，10億也會同意，希望醫界能提出解決方案，這才最重要。如果能有創新方案解決問題，相信付費者會支持，請不要用政治語言來誤導。

陳委員錦煌

我覺得很慚愧，我們何委員語比教授還厲害，我擔任委員4年來，還不曾把資料看得如此仔細，他的資料，我看整張紙畫得紅吱吱(台語)，看得頭都昏了。藥師公會全聯會對於教育訓練也有認真做，資

料準備充分，何委員語的消息不是假的，我支持他的意見。但藥師公會全聯會要好好做，以後資料要整理好提供協商參考。

謝委員天仁

方向上我們支持，但我的意見與蔡委員登順相同，一般來講在預算編列時都會寬列，如果做得沒有那麼理想，明年就要面對人家的挑戰。我覺得景氣也不是那麼好，對其他項目我們也都在砍預算，只有這項一提出就要加1倍，可否檢討有無調整空間？如果有，我們付費者再交換一下意見，看要多少預算，再來處理，好不好？

連委員瑞猛

感謝蔡委員登順的關心，剛才的數字不是我講的，是健保局統計被照顧者這一年的就診次數、醫療費用等資料，與前一年比較的結果，是健保局給的，不是我們自己編的，這點我先聲明。只希望能擴大照護人數，1個人若看病超過6家院所，我們就會收案照顧。

江主任委員東亮

但如果分母變大，明年的達成率就低了。

蔡委員登順

既然資料是健保局提供，建請健保局說明成效到底如何？若真如此，那麼用藥量、看診次數會下降，健保利用會減少、點值會更好，對不對？我也樂觀其成。

連委員瑞猛

問題是被照顧的人數非常少，我們只有照顧一點點的人，但需要照顧的人還很多。

蔡組長淑鈴

以100年的經驗來看，與前一年資料比較，所照顧的病人門診費用下降10%，但住院費用的成效就比較不好。門診費用下降10%是確實有的效果。以上說明。

何委員語

藥師公會全聯會現在提出 6,000 萬，我也支持。最主要希望藥師公會全聯會跟慈濟功德會結合，為什麼？因為藥師照顧後，若有發現有低收入或困難家庭，就可以轉給慈濟功德會做後續照護，希望藥師公會全聯會的努力，不僅讓用藥減少，也希望促成社會公益網，這是很重要的概念。

江主任委員東亮

何委員，因為現在民間慈善團體很多，不宜指定某一團體。請問付費者委員對健保局所提，有哪些項目同意、哪些項目不同意？

謝委員天仁

- 一、其他大概沒有意見，只剩藥師居家照護及增進偏遠地區醫療服務品質計畫需討論。
- 二、有關增進偏遠地區醫療服務品質計畫，原來 101 年可支用預算 6.7 億，如果同意除 5 億外，再寬列 2 億可流用，是否意味原來的考慮有點不周到，我的看法是，可流用預算還是以 1.7 億為上限比較妥適。
- 三、至於藥師公會全聯會所提意見，可否給付費者 10 分鐘，讓我們討論。

江主任委員東亮

好，付費者要求 10 分鐘進行內部討論。

蔡委員登順

奇怪，謝委員武吉怎麼沒講話？去年講說哪家醫院亂開藥請提出，你們會自我管理。

江主任委員東亮

付費者要求 10 分鐘進去小會議室討論。請謝董事長文輝趕快說明。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

有關謝天仁委員所提增進偏遠地區醫療服務品質計畫預算問題，今年經過評估，有需要加入的醫院共 78 家，現只有 39 家參加，對今

年預算的使用，剛才已經報告過，至於為何需要寬列，是因預算其實不足，經過我們對社區醫院會員的調查，所有會員都覺得預算不足，所以沒有半家醫院是本來沒急診而新設急診的，所以我覺得 7 億仍不足以鼓勵醫院設急診，這樣大醫院急診地上躺的病人就不會減少，所以建議，第 6 項預算維持 5 億，若有不足，可以從其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費的 10 億融通，例如，屆時可能需要 2.5 億。我們希望 78 家都納入，現在只有 39 家參加。

江主任委員東亮

因為時間關係，我必須暫時喊停。

陳委員宗獻

既然付費者要召開內部會議，建議第 5 項其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費，再增加 2 億元，原因是原方案沒有估算到推動家庭責任醫師制度後所增加的費用，如果屆時對費用沒有影響，經費就不會支用，是否同意，也請付費者委員討論。

謝委員天仁

這很困難，我這邊好不容易減掉，你那邊又提增加 2 億，那我們不是時時都在調整！能不能以後再說，景氣看起來不怎麼理想，我們這也是不得已的措施。

江主任委員東亮

好，10 分鐘。

連委員瑞猛

有關藥師居家照護計畫，因為預算從 7,200 萬下修為 6,000 萬，所以照護人數需要下修，目標數改為 8,000 人。

(付費者代表自行召集會議討論約 20 分鐘)

江主任委員東亮

委員請就坐，正式進入協商，請付費者代表說明。

謝委員天仁

我們折衝很久，大家建議「全民健保高診次民眾就醫行為改善方案--藥師居家照護」一項成長 50%，預算為 54 百萬元，我們要求在輔導過程，如發現醫療機構有浮濫開藥或重複開藥的現象，應把資訊回傳給健保局，達到真正管控的效果。請問藥師公會全聯會，目標要輔導多少人？

江主任委員東亮

還有沒有其他項目？僅就這項，其他都可以了嗎？好。

連委員瑞猛

7,000 人。

江主任委員東亮

7,000 人，可以嗎？(付費者代表點頭)好。

蔡委員登順

希望效果能漸漸呈現出來，未來有效果，你要再增加預算，當然更好談，要有量化的數字，給健保局完全掌控。

連委員瑞猛

謝謝。

江主任委員東亮

時間還有 1 分 36 秒。

謝委員天仁

輔導結果提供健保局管理。

江主任委員東亮

其他項目是否就此定案？陳委員宗獻對預算還有問題嗎？

陳委員宗獻

第 6 項增進偏遠地區醫療服務品質計畫可能會動支到第 5 項其他預期政策改變的預算大概 2 億元，如果照 100 年執行 4.56 億推估，則 102 年其他預期政策改變經費總計會用掉 6.56 億元，若刪掉

RBRVS，其實空間只剩3億多元。西醫基層建議配合二代健保實施推動家庭醫師責任制度所增經費納入，如果沒發生，第5項預算就不會支用，在此編列預算只是做為風險調整基金而已，跟其他一定會發生的項目並不一樣，目前編列10億元太少，建議應該編列12億元較恰當。

江主任委員東亮

付費者委員這邊的意見呢？

謝委員天仁

如果財源充裕，寬列我們不會有太大意見，因為沒用完就流回健保，但今年情況較特殊，我們認為沒必要特別考慮這個問題，等經濟情況好一點，要寬列多少，都不是問題。我的看法還是維持原來10億元，其本身已有考慮您提的情形。

陳委員宗獻

- 一、昨天協商西醫基層總額，我們原來提的成長率為5點多，基層總額是模範生，很遵守會議進行原則，到最後當我講到「慢性病」3個字，主席宣布「僅剩下6秒鐘」，結束協商。後來，我發現下午醫院總額可以談到晚上8點多時，令我鬱卒很久睡不著覺，覺得自己當委員這麼久在做什麼，像菜鳥般。這種情況很不妥當。今天早上，我們要怎麼講？
- 二、現在講的是，西醫基層在其他預期政策改變項下，提議編列配合推動二代健保政策經費6億元，昨天說要移到其他預算協商時再談，我算起來本項預算明顯不足。如果二代健保照現況混下去，當然不會發生任何費用。但編列不夠，到時候真正落實家庭責任醫師，預算就會出問題。

江主任委員東亮

對本議題是否還有其他意見？

李委員明濱

我附議，不只是陳委員宗獻的意見，也是醫師公會的意見。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

基本上像這種預算，有發生才會有的，並不是編 2 億就會產生 2 億的費用，是可以考量給予較大彈性。

江主任委員東亮

其他委員有無意見，依照時間，我們今年協商部分，就到此結束。

連委員瑞猛

對不起，容許我發表一下。拜託付費者代表，有個問題，現在經濟很辛苦，但如有很重要的問題，是否值得大家思考。在用藥安全方面，每年約有 1 千 5 百億元的藥品進入人體，但 10 幾年從沒有人重視過，那種傷害其實很大，包括中醫藥品調劑費，中藥每張處方箋平均開立 7 天的藥品，中醫師親自調劑的調劑費每件僅 10 點、由藥師調劑也僅為 20 點。以這樣的調劑費用，中醫診所根本無力聘請藥師為民眾服務，何況中醫師應專注於疾病之診療，不應將時間用於繁瑣的中藥調劑業務。最可怕的是如果沒有聘請藥師，中醫師又無法親自調劑時，藥品由誰調劑？這樣的調劑品質對 2 千 3 百萬民眾的健康好嗎？健保局的統計數據指出臺灣每年要花費 1 千 5 百億元在藥品費用上。衛生署曾委託成大醫學院進行的研究結果指出，一張處方合理調劑時間介於 7 分 32 秒與 9 分 54 秒間。藥改會的研究報告指出醫院 1 個藥師每天要處理 400 多張處方箋，平均處理一張處方箋的時間僅有 1 分鐘，藥品交付到民眾手上前，卻還要執行處方確認、處方登錄、用藥適當性評估、藥品調配、再次核對...等步驟，交付到民眾手上的同時必須進行最重要的用藥指導。試問 1 分鐘的時間有辦法做到這麼完整的服務嗎？現行機制有很大的問題，我們對藥事服務費這部分從來不重視，如果付費者代表覺得很重要，能否在其他預算做點突破，提高藥事服務費，讓醫療院所充足人力來提供藥事服務，這對 2 千 3 百萬人民方有保障。以用藥制度嚴謹的美國為例，1994 年門診醫師處方總花費約 730 億美元，但因處方藥物治療問題所導致的傷害或死亡投入的醫療處理費用約為 766 億美元。依美國經驗保守推估臺灣的現況，去年因藥物使用不

當而投入的醫療費用，保證超過 1 千 5 百億元，死亡人數超過 2 萬人。請付費者代表考慮這件事，這是非常有意義的事情，應增加藥事服務費，以全面提升民眾的用藥安全和用藥品質。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、首先感謝各位付費者委員對第 4 項推動促進醫療體系整合計畫，第 6 項增進偏遠地區醫療服務品質計畫，沒有減預算，但我們很憂慮，拿這個錢責任很大，希望有效果。從今年用 6.7 億來看，剛講半年 3.1 億，全年 6.2 億，只剩下 5 千萬元，本來希望 78 家醫院進來，其實只有 39 家，就是一半，是不是其他家就沒辦法進來，這是第一點有關預算部分。
- 二、第二，每家上限 1,500 萬元，已經很明顯，之前 37 家原本就都有 24 小時急診的才會來申請，可見此上限太低，對增加 24 小時急診沒有誘因，增加 1 科、2 科很簡單，若整年營業額 5 千萬點，以每點 1 元支付，大概可以增加 350 萬元，再加 1 個科醫師，就可以多拿 700 或 800 萬元，當然醫院願意申請增加科別。我覺得本案可讓有在做 24 小時急診的醫院好過一點，但我們期待的政策目標可能達不到，因診斷及藥方雖然都對，但是，藥量下的明顯不夠。
- 三、向委員報告，明年、後年看到的可能還是這幾家醫院參與計畫，沒有增加，但至少讓這些醫院繼續活著，不然明年社區醫院家數可能更縮減。這種改變結構的方向，應要大大花錢，才有機會改變現況。很感謝委員至少這兩項都沒有刪減半毛錢。

蘇委員清泉

- 一、我要對門診透析預算表達意見。向付費者委員報告，今天是週六，週四腎友協會等相關團體去立法院請願，我還有開記者說明會，江主委及蔡組長都有去，為這件事情我還去找監察院黃委員煌雄，他對透析議題也很關心。目前透析患者 7 萬多人，其中 30% 有在工作，他們也是陳委員錦煌所關心的勞工，另 20% 多是有工作能力，但找不到工作，等於 50% 多的人有工作能力，

他們覺得權益受損，因沒人替他們在費協會發聲，故到立法院請願。

- 二、我將黃委員煌雄的 3 點結論供大家參考，第一，對多重器官衰竭，如臥床用呼吸器的病人，希望他們選擇安寧療護；第二，需洗腎有工作能力的人，要保障他們的權益；第三，醫療院所要有合理的利潤去增加設備及維持品質。向大家報告，腎友認為點值這麼低，會影響到醫療品質。據我了解，最近很多個人獨自經營的洗腎中心，點值 0.8 對他們已經很吃力，加上最近護理師的薪水一直調漲，若再給予那麼低的預算，甚至零成長，真的會出問題，也會影響勞工的工作品質。在這裡我一定要替他們發聲，否則又跑到立法院陳情，立法院再做決議推翻我們的協定，這樣對我們也不太好。我認為 2% 的成長不夠，宜再多一點，至品質該如何保障，就授權健保局去做。

陳委員錦煌

- 一、感謝蘇委員清泉。我本來只知道洗腰子(台語)，擔任委員後，才知道有血液透析、腹膜透析。講個笑話，我母親到虎尾天主教醫院看病，醫師說歐巴桑你要洗腰子，我母親聽到要將腰子拿出到外面洗，嚇壞了，因為不敢洗，所以病入膏肓過世。我是當費協會委員後才知道，血液透析是透過血液循環過濾，腹膜透析是將藥水輸入肚子過濾。
- 二、23% 的外包院所可延長病人生命，另 70% 多的非外包院所也一樣可以，你當立委可以提案，將外包合法化，全部外包，可以省很多錢。我聽說洗腎每次只要 2,900 元就夠了，健保何必還給到 3,500 元！外包若合法，讓洗腎通通外包沒關係，有外包公司還做到在香港股市上市！蘇委員清泉不能提要比 2% 成長率更高，這項我們已經協商定案。101 年成長 1%，102 年給 2%，等於增加 6 億多元了。

何委員語

可否提供建議？

江主任委員東亮

現在是交談時間，因委員會的確認資料還有最後 1 份要印。

何委員語

提供一些建議。

江主任委員東亮

可以。

何委員語

以下幾點建議：

- 一、希望未來醫院總額能夠區分為，急、住院總額，及門診總額 2 個總額執行，門診總額內含醫院門診、門診中心、分院門診。
- 二、住院部分，建議實施護理費自負額制度，即住院自負額加收護理處置費 10%，低收入戶提供鄉鎮區公所證明者，則免加收，由健保局依低收入證明書向政府福利部門收取。
- 三、對施行 X 光以上大型機器檢驗項目，收取 20% 自負額，低收入戶提供鄉鎮區公所證明者免收取，由健保局依低收入證明書向政府福利部門收取相關費用。因我們每年有 200 億元的檢驗費用，能夠收 20 億元或 40 億元回來，非常好。
- 四、對嬰兒及兒童之重要、困難之診治處置費用加成 20%，建議以下項目：嬰兒及兒童血液透析為急性腎衰竭及先天性代謝異常等疾病之處理方式、嬰兒及兒童連續性全靜脈血液過濾術為急性腎衰竭及先天性代謝異常疾病的處理方式、嬰兒及兒童腹膜透析為急性腎衰竭等疾病之處理方式、嬰兒及兒童骨髓穿刺、骨髓穿刺併骨髓切片、脊椎穿刺、新增食道多關腔阻抗檢查併酸鹼度檢查的疾病治療、重症及癌症兒童的處置、乙型重度海洋性貧血病患的處理，建議健保局能給予加成 20% 的診治費用。
- 五、希望慢性 B 型及 C 肝炎治療計畫，不要併入總額內，回歸一般服務。
- 六、藥事調劑費應重新評估，做個調整。以上建議，謝謝。

江主任委員東亮

何委員語的意見，就轉給健保局參考。委員是否還有其他意見？

陳高級分析師雪芬(翁委員文能代理人)

剛陳委員宗獻講的 10 億元部分，健保局之前所提 RBRVS，我們的意見和基層一樣，若兩部門都要調整，編 10 億元其實風險比較大，希望能夠爭取多一點，不管 1 億元或多少，至少是個鼓勵。

江主任委員東亮

資料還在印，等委員拿到資料後，就開始進入委員會議。會議議程中，各位手上有一本綠色封面的「102 年度總額協商結論」，但少了今天早上討論的其他預算，議程則在會議資料第幾頁？請林執行秘書宜靜說明。

林執行秘書宜靜

前已寄送 102 年度全民健保醫療費用總額協商暨第 186 次委員會議資料，第 91 頁為議程資料，另有一份黃色封面的第 186 次委員會議補充資料，委員如有缺漏，同仁會再補發。

江主任委員東亮

- 一、待會兒的委員會議請醫界部門及健保局確認昨天及今天的協商結論。
- 二、同仁準備資料中，我們先開會。本會應出席委員人數 27 人，現已出席人數達 22 人，正式宣布第 186 次委員會議開始。