

全民健康保險醫療費用協定委員會
101 年度全民健保醫療費用總額協商
暨第 175 次委員會議事錄

中華民國 100 年 9 月 16 日至 9 月 17 日

全民健康保險醫療費用協定委員會
101年度全民健保醫療費用總額協商暨第175次委員會會議紀錄
(待第176次委員會會議確認)

壹、時間：中華民國100年9月16日上午9時30分~9月17日下午12時20分

貳、地點：中華民國農訓協會天母會議中心508會議室

參、出席委員：

9月16日

9月17日

何委員語	何委員語	何委員語
李委員明濱	李委員明濱	李委員明濱
林委員啟滄	陳秘書健民(代)	陳秘書健民(代)
凌委員月霞	凌委員月霞	凌委員月霞
孫委員茂峰	孫委員茂峰	孫委員茂峰
孫委員碧霞	孫委員碧霞	孫委員碧霞
張委員惟明	張委員惟明	(請假)
莊委員淑芳	莊委員淑芳	莊委員淑芳
許委員怡欣	許委員怡欣	許委員怡欣
連委員瑞猛	連委員瑞猛	連委員瑞猛
陳委員玉枝	陳委員玉枝	陳委員玉枝
陳委員宗獻	陳委員宗獻	陳委員宗獻
陳委員明豐	陳委員明豐	陳院長特助瑞瑛(代)
陳委員錦煌	陳委員錦煌	陳委員錦煌
黃委員建文	黃委員建文	黃委員建文
黃委員偉堯	黃委員偉堯	黃委員偉堯
黃委員碧霞	(請假)	(請假)
葉委員宗義	葉委員宗義	(請假)
葉委員明峯	(請假)	葉委員明峯
廖委員本讓	廖委員本讓	廖委員本讓
劉委員清芳	曾簡任視察錦春(代)	曾簡任視察錦春(代)
蔡委員登順	蔡委員登順	蔡委員登順

9月16日

謝委員天仁 謝委員天仁
謝委員武吉 謝委員武吉
蘇委員清泉 蘇委員清泉

9月17日

謝委員天仁
謝委員武吉
蘇委員清泉

肆、列席人員：

行政院衛生署
中央健康保險局

全民健康保險監理委員會
本會

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

伍、主席：楊主任委員銘欽

紀錄：林淑華、張櫻淳、
邱臻麗、盛培珠、
陳燕鈴、黃偉益

陸、主席致詞(略)

(9月16日－101年度全民健康保險醫療費用總額協商會議)

柒、101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16日－09:40~11:20。

(二)協商結論摘要：

1.一般服務成長率為2.254%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率1.659%，及協商因素成長率0.595%。

2.專款項目全年經費為1,036.5百萬元。

二、醫院總額(含門診透析服務)

(一)協商時間：9月16日－11:40~16:05(中場用餐60分鐘)。

(二)協商結論摘要：

- 1.醫院部門及付費者與政府機關代表，經以醫院部門及健保局擬具之草案進行協商後，未能達成共識，爰依雙方意見，兩案併陳衛生署裁決。
- 2.門診透析服務成長率-0.350%，與西醫基層部門同項服務合併運作，兩部門合計費用之成長率為1%。

三、中醫門診總額

(一)協商時間：9月16日—16:15~17:55。

(二)協商結論摘要：

- 1.中醫部門及付費者與政府機關代表，經以中醫部門及健保局擬具之草案進行協商後，未能達成共識，爰依各方意見，三案併陳衛生署裁決。
- 2.專款項目全年經費為241.4百萬元。

四、西醫基層總額(含門診透析服務)

(一)協商時間：9月16日—18:55~21:00。

(二)協商結論摘要：

- 1.一般服務成長率為2.999%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率1.895%，及協商因素成長率1.104%。
- 2.專款項目全年經費為1,834百萬元。
- 3.門診透析服務成長率3.048%。

五、其他預算

(一)協商時間：9月16日—21:05~21:55。

(二)協商結論摘要：

101年度其他預算增加1,461百萬元，預算總額度為7,907.9百萬元，採支出目標制，由中央健康保險局管控。

(9月17日—召開第175次委員會議)

捌、報告事項

第一案

案由：確認本會上(第 174)次委員會議議事錄，請 鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(第 174)次委員會議決議(定)事項、歷次委員會議未結案件辦理情形及重要業務報告，請 鑒察。

決定：本會上次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形，除「請中央健康保險局儘速邀集相關醫事團體，釐清十大初級照護疾病與支付標準項目相關性之事宜」及「請中央健康保險局儘速檢討住院病患至他院轉診、轉檢等相關規定」兩案繼續追蹤外，餘結案並洽悉。

第三案

案由：中央健康保險局報告「醫療費用支出情形」，請 鑒察。

決定：書面資料請委員自行參閱。另請中央健康保險局於下(第 176)次委員會議報告中醫醫療費用及傷科處置等申報情形。

玖、討論事項

第一案

提案單位：本會第一組

案由：101 年度牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院部門及其他預算醫療給付費用總額協商因素項目及成長率案，提請討論。

決議：

一、101 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配

(一)總額設定公式：

101 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 100 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+101 年度一般服務

成長率)+101年度專款項目經費

註：校正後100年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依費協會第114次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。

(二)總額協定結果：

- 1.一般服務成長率為2.254%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率1.659%，及協商因素成長率0.595%。
- 2.專款項目全年經費為1,036.5百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，101年度牙醫醫療給付費用總額，較100年度所協定總額成長2.264%；而於校正投保人口後，成長率估計值為2.190%。各細項成長率如表1。

(三)總額分配相關事項：

1.一般服務(上限制)：

(1)品質保證保留款(0.300%)：

- a.依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於100年11月底前完成相關程序，並於101年6月底前提交執行成果。
- b.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自99年度起採累計方式計算。
- c.請中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體，於101年6月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，並改善民眾自費及假日休診造成民眾就醫不便情形。

(2)根部齲齒填補(0.319%)：

- a.本項預算未能執行之額度，自當年度一般服務費用扣除，並不列入次年度之基期費用計算。
- b.上述預算執行額度，應以新增項目之差額計算。
- c.執行率之計算細節及相關支付標準之修訂，請中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體議定，並循

法定程序處理。

(3)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款為8.5百萬元(成長率-0.024%)。

2.專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於100年11月底前完成，並於101年6月底前提報執行成果及成效評估報告至評核會議；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(1)醫療資源不足地區改善方案：

- a.全年經費229.2百萬元，辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
- b.為鼓勵牙醫師積極參與提供醫療資源不足地區之醫療服務，可考慮適度合理調整論次(或加成)之支付誘因。

(2)牙醫特殊服務：

- a.全年經費423百萬元，辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者牙醫醫療服務。
- b.為鼓勵牙醫師積極參與及提高服務人數，建議增加支付誘因，並擴大適用障別至接受牙醫服務有障礙之族群。

(3)牙周病統合照護計畫：

- a.全年經費384.3百萬元，照護人數至少56,800人。
- b.應提高執行率，並持續監控病人自費情形。

二、101年度醫院醫療給付費用總額及其分配

(一)總額設定公式：

■101年度醫院醫療給付費用總額＝校正後100年度醫院一般服務醫療給付費用×(1+101年度一般服務成

長率)+101年度專款項目經費+101年度醫院門診透析服務費用

■101年度醫院門診透析服務費用=100年度醫院門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後100年度醫院一般服務醫療給付費用，係依費協會第114次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。

(二)總額協定結果：

1.付費者代表方案：

(1)一般服務成長率為3.865%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率3.003%，協商因素成長率0.862%。各項協商因素及建議事項如下：

a.品質保證保留款(0.100%)。

b.新醫療科技(0.318%)。

c.調整支付標準(0.399%)：經費應用於調整外科、婦產科及兒科等艱困科別之支付標準，俾提升艱困科別醫師之待遇。

d.確保血品安全與品質(0.064%)：用於增加血液核酸擴大檢驗(NAT)之費用。

e.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款為59百萬元(成長率-0.019%)。

(2)專款項目全年經費為14,512.5百萬元。各項目之經費及建議事項如下：

a.慢性B型及C型肝炎治療計畫：全年經費3,500百萬元，包含所編列專款1,922百萬元，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。

b.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：全年經費3,484.7百萬元，不足部分由其他預算支應。

c.罕見疾病、血友病藥費：全年經費5,649百萬元，不足部分由其他預算支應。

d.醫療給付改善方案：全年經費499.8百萬元，用於繼

續推動原有6項方案，並新增「推動呼吸照護醫療給付改善方案」。

e.推動施行急診品質提升方案：全年經費320百萬元。

f.提升住院護理照護品質：全年經費2,000百萬元，應著重在增加護理人力，並以101年年底較100年年底淨增加3,000人為目標值。

g.繼續推動DRGs之調整與鼓勵：全年經費587百萬元，依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

h.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，配合支援西醫基層醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。

(3)門診透析服務成長率-0.350%，與西醫基層部門同項服務合併運作，兩部門合計費用之成長率為1%。

(4)前述三項額度經換算，101年度醫院醫療給付費用總額，較100年度所協定總額成長4.683%；而於校正投保人口後，成長率估計值為4.609%。各細項成長率及金額如表2。

2.醫院代表方案：

(1)一般服務成長率為4.210%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率3.003%，協商因素成長率1.207%。各項協商因素及建議事項如下：

a.品質保證保留款(0.100%)。

b.新醫療科技(0.318%)。

c.調整支付標準(0.399%)：優先調整內科、外科、婦產科、兒科等羅致困難科別之支付標準。

d.確保血品安全與品質(0.064%)。

e.保險對象服務利用率及密集度成長(0.345%)：醫療機構設置標準新修訂人力標準補足人力、ICD-10之導入、申報格式XML修訂。

- f.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款為59百萬元(成長率-0.019%)。
- (2)專款項目全年經費為13,487百萬元。各項目之經費及建議事項如下：
- a.慢性B型及C型肝炎治療計畫：全年經費3,040百萬元，不足部分由其他預算支應。
 - b.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：全年經費2,700百萬元。
 - c.罕見疾病、血友病藥費：全年經費4,800百萬元。
 - d.醫療給付改善方案：全年經費290百萬元，用於繼續推動原有6項方案。
 - e.推動施行急診品質提升方案：全年經費320百萬元。
 - f.提升住院護理照護品質：全年經費2,000百萬元。另醫院代表表達反對付費者代表對目標值訂定之意見，並建議宜由支付標準著手，以達提升護理人力之目標。
 - g.繼續推動DRGs之調整與鼓勵：全年經費287百萬元。
 - h.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。
- (3)門診透析服務成長率-0.350%，與西醫基層部門同項服務合併運作，兩部門合計費用之成長率為1%。
- (4)前述三項額度經換算，101年度醫院醫療給付費用總額，較100年度所協定總額成長4.696%；而於校正投保人口後，成長率估計值為4.622%。各細項成長率及金額如表2。

三、101年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配

(一)總額設定公式：

101年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後100年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1+101年度一般服務

成長率)+101年度專款項目經費

註：校正後100年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依費協會第114次委員會決議，校正投保人口成長率差值。

(二)總額協定結果：

1.中醫部門方案：

- (1)一般服務成長率為3.888%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率3.297%，及協商因素成長率0.591%。
- (2)專款項目全年經費為241.4百萬元。
- (3)前述二項額度經換算，101年度中醫門診醫療給付費用總額，較100年度所協定總額成長3.881%；而於校正投保人口後，成長率估計值為3.800%。各細項成長率如表3。

2.付費者代表方案：

方案一(謝委員天仁、蔡委員登順、廖委員本讓、葉委員明峯、林委員啟滄、黃委員偉堯、許委員怡欣、莊委員淑芳、劉委員清芳、凌委員月霞等委員建議)：

- (1)一般服務成長率為2.249%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率3.297%，及協商因素成長率-1.048%，項目如下：
 - a.品質保證保留款(0.1%)：
 - (a)依中醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於100年11月底前完成相關程序，並於101年6月底前提交執行成果。
 - (b)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自99年度起採累計方式計算。
 - (c)請中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體，於101年6月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，應增加結果面指標，並改

善假日休診造成民眾就醫不便及自費情形。

b.提升傷科及脫臼整復治療處置品質之效益(-1.113%)：

本項係參考100年上半年中醫傷科及脫臼整復之申報情形，推估100年全年較99年減少444百萬點，其節約之效益，一半回歸民眾，一半肯定中醫部門致力於自律管理之努力，爰減列成長率-1.113%(222百萬元)。

c.違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款為7.0百萬元(成長率-0.035%)。

(2)專款項目全年經費為241.4百萬元。

(3)前述二項額度經換算，101年度中醫門診醫療給付費用總額，較100年度所協定總額成長2.261%；而於校正投保人口後，成長率估計值為2.182%。各細項成長率如表3。

方案二(陳委員錦煌建議)：

(1)一般服務成長率為-4.092%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率3.297%，及協商因素成長率-7.389%。其中「提升傷科及脫臼整復治療處置品質之效益」乙項，減列成長率-7.454%(1,487百萬元，參考費協會第170次委員會議「中醫門診總額地區預算試辦計畫之季監測情形報告」所列99年較去年同期針灸傷科及脫臼整復案件減少之點數)。

(2)專款項目全年經費為241.4百萬元。

(3)前述二項額度經換算，101年度中醫門診醫療給付費用總額，較100年度所協定總額成長-4.006%；而於校正投保人口後，成長率估計值為-4.081%。各細項成長率如表3。

(三)專款項目協定結果：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健

康保險局會同中醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於100年11月底前完成，並於101年6月底前提報執行成果及成效評估報告至評核會議；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1. 醫療資源不足地區改善方案：

(1) 全年經費74.4百萬元。

(2) 請中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體檢討修正方案內容。

2. 中醫照護計畫：

(1) 全年經費85百萬元。

(2) 用於四項延續性計畫：

a. 腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫。

b. 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。

c. 小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫。

d. 小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫。

(3) 應訂定各項計畫之目標預算，及檢討修訂方案內容，含收案條件、執行方式、評估指標等。

(4) 小兒腦性麻痺、小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫，自102年起不再試辦，回歸一般服務。

3. 腦血管疾病後遺症門診照護計畫：

(1) 全年經費82百萬元。

(2) 應檢討修訂計畫內容，訂定更嚴格之收案標準，執行期間以治療黃金期為限，並建立療效評估指標等。

四、101年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

(一) 總額設定公式：

■ 101年度西醫基層醫療給付費用總額 = 校正後100年度西醫基層一般服務醫療給付費用 × (1 + 101年度一

般服務成長率)+101年度專款項目經費+101年度西醫基層門診透析服務費用

■101年度西醫基層門診透析服務費用=100年度西醫基層門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後100年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依費協會第114次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。

(二)總額協定結果：

- 1.一般服務成長率為2.999%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率1.895%，及協商因素成長率1.104%。
- 2.專款項目全年經費為1,834百萬元。
- 3.門診透析服務成長率3.048%。
- 4.前述三項額度經換算，101年度西醫基層醫療給付費用總額，較100年度所協定總額成長2.986%；而於校正投保人口後，成長率估計值為2.915%。各細項成長率如表4。

(三)總額分配相關事項：

1.一般服務(上限制)：

(1)品質保證保留款(0.1%)：

- a.依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於100年11月底前完成相關程序，並於101年6月底前提交執行成果。
- b.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自99年度起採累計方式計算。
- c.請中央健康保險局會同西醫基層總額相關團體，於101年6月底前完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值，並改善假日休診造成民眾就醫不便情形。

(2)新醫療科技(0.038%)。

(3)新增10項跨表項目(0.037%)：

- a.應於100年12月底前完成相關程序，若未能於年度開始時實施，則扣減該項目成長率。
 - b.其中婦產科4項跨表項目(19百萬元)執行情形列入檢討，並同時監控醫院與西醫基層之申報量。
- (4)調整支付標準(1.0%)：經費應用於調整外科、婦產科及兒科等艱困科別之支付標準，達提升艱困科別醫師待遇之目的。
- (5)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款為64.9百萬元(成長率-0.071%)。

2.專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於100年11月底前完成，並於101年6月底前提報執行成果及成效評估報告至評核會議；實施成效並納入下年度總額協商考量。

- (1)慢性B型及C型肝炎治療計畫：全年經費157百萬元。
本項預算不足部分，由其他預算支應。
- (2)家庭醫師整合性照護制度計畫：
- a.全年經費1,115百萬元。
 - b.應研擬更嚴謹的評估機制做為退場條件，擇優汰劣，確實落實成效不佳醫療群的退場機制，以利與醫院垂直整合，提供優質醫療服務。
- (3)醫療資源不足地區改善方案：
- a.全年經費150百萬元。
 - b.修訂方案，建議每位醫師每週巡迴診療次數上限可由2次增為3次。
- (4)醫療給付改善方案：
- a.全年經費：212百萬元(原5項方案)。
 - b.糖尿病方案應增加相關誘因及檢討運作機制，以提

高收案數與照護率，且同一個案之衛教期程應訂定年限。

c.氣喘、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者方案，應重新檢討，訂定較嚴格之收案條件。

d.照護結果及成效評估報告應包含健康改善狀況之量化指標。

(5)診所以病人為中心整合照護計畫：全年經費200百萬元。

3.門診透析服務(上限制)：

(1)西醫基層本項服務費用成長率為3.048%。

(2)與醫院部門同項服務合併運作，兩部門合計費用之成長率為1%。

(3)應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。

(4)為確保透析醫療品質，相關耗材不得重複使用。

(5)配合衛生署核心醫療業務不得外包之政策方向，請於中央健康保險局門診透析聯合執行委員會討論，如何運用本年度新增預算鼓勵非外包經營之透析院所，相關規定應經費協會確定，預算方可動支。

五、101年度全民健康保險其他預算及其分配

(一)101年度其他預算增加1,461百萬元，預算總額度為7,907.9百萬元，採支出目標制，由中央健康保險局管控，各細項分配如表5。

(二)預算分配相關事項：

1.山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：全年經費603.9百萬元。請於101年6月底前提送執行成果。

2.非屬各部門總額支付制度範圍之服務：全年經費4,214百萬元。用於助產所、護理之家照護、居家照護、精神疾病社區復健、安寧居家療護，及調整呼吸器試辦計畫居家收案條件等所需經費。

3. 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：全年經費200百萬元。
4. 推動促進醫療體系整合計畫：全年經費950百萬元。
 - (1) 用於醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫、論人計酬試辦計畫，及新增之醫院垂直整合方案等三項。
 - (2) 醫院垂直整合方案之推動，依衛生署政策要求，其執行計畫應確實達到整合的目標。
 - (3) 100年已實施之方案，請於101年6月底前提送執行成果及成效評估報告。新增方案原則於100年12月底前完成相關程序，並於101年6月底前提送初步執行結果。
5. 其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費：全年經費1,000百萬元。
 - (1) 含新增醫藥分業地區所增加之費用。
 - (2) 除上述用途外，本項經費之適用範圍、動支條件及相關程序等，另掣案提會討論。
6. 增進偏遠地區醫療服務品質計畫：全年經費500百萬元，不足部分由前項5之經費支應。
 - (1) 用於離島醫院及肩負偏遠地區(含山地鄉)民眾於該地區或鄰近地區主要急性就醫醫院，與偏遠地區急性醫療主責醫院之點值保障。
 - (2) 依衛生署政策要求，本項計畫應訂有相關必要執行項目，上述醫院應提供24小時急診、內外婦兒(至少2科)之門診及住院醫療、檢驗檢查主動通知等，並深入社區加強預防保健服務。
 - (3) 方案原則於100年12月底前完成相關程序，並於101年6月底前提送執行成果及成效評估報告。
7. 全民健保高診次民眾就醫行為改善方案--藥師居家照護：全年經費36百萬元。本項以輔導至少4,300人為目

- 標，並於101年6月底前提送執行成果及成效評估報告。
- 8.慢性腎臟病照護及病人衛教計畫：全年經費404百萬元。
- (1)用於推動「pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫」及「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」。
- (2)請於101年6月底前提送執行成果及成效評估報告。

第二案

提案人：陳委員錦煌

案由：最近報紙又報導「假住院真詐領」的醜聞，且報導指出是台南地檢署、雲林地檢署及衛生署疾管局三個單位合力偵辦，應該要求公立醫院主治醫師（含以上人員）全部都要辦理財產申報與登記，這樣才可以有效防杜公立機關醫師詐領案，提請討論。

主席裁決：移至下次委員會議討論。

第三案

提案人：陳委員錦煌

案由：近期媒體報導「台大醫院誤移植愛滋器官」乙案，嚴重傷害民眾對於醫療體系運作的看法及信用度，應該提出檢討，以建立民眾信心，對於該案所發生之相關醫療費用及賠償，應該由台大醫院負責，不應該用全民健保費用替台大醫院負擔案，提請討論。

主席裁決：移至下次委員會議討論。

第四案

提案人：謝委員武吉

案由：有關現行「全民健康保險法」第33條(二代健保法第43條)之規定一分級醫療及轉診制度乙案，建請健保局儘速落實實施案，提請討論。

主席裁決：移至下次委員會議討論。

拾、散會：9月17日下午12時20分。

表 1 101 年度牙醫門診醫療給付費用成長率項目表

項目		成長率(%) 或金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
一般服務				
醫療服務成本及人口因素成長率		1.659%	587.0	照衛生署報奉行政院核定數值計列。 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率＝ 【(1+投保人口數年增率)*(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)】－1
投保人口數年增率		0.190%		
人口結構改變率		-0.128%		
醫療服務成本指數改變率		1.594%		
協商因素成長率		0.595%	210.5	
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.300%	106.1	<ol style="list-style-type: none"> 依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於 100 年 11 月底前完成相關程序，並於 101 年 6 月底前提送執行成果。 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自 99 年度起採累計方式計算。 請中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體，於 101 年 6 月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，並改善民眾自費及假日休診造成民眾就醫不便情形。
支付項目的改變	根部齲齒填補	0.319%	113	<ol style="list-style-type: none"> 本項預算未能執行之額度，自當年度一般服務費用扣除，並不列入次年度之基期費用計算。 上述預算執行額度，應以新增項目之差額計算。 執行率之計算細節及相關支付標準之修訂，請中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體議定，並循法定程序處理。
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.024%	-8.5	
一般服務成長率		2.254%	797.5	

項目	成長率(%) 或金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
專款項目(全年計畫經費)			
醫療資源不足地區改善方案	229.2	0	1. 辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。 2. 為鼓勵牙醫師積極參與提供醫療資源不足地區之醫療服務，可考慮適度合理調整論次(或加成)之支付誘因。
牙醫特殊服務	423.0	0	1. 辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者牙醫醫療服務。 2. 為鼓勵牙醫師積極參與及提高服務人數，建議增加支付誘因，並擴大適用障別至接受牙醫服務有障礙之族群。
牙周病統合照護計畫	384.3	0	1. 照護人數至少 56,800 人。 2. 應提高執行率，並持續監控病人自費情形。
專款金額	1,036.5	0	
總成長率^(註)(一般服務+專款)	2.190%	797.5	
較 100 年度協定總額成長率	2.264%	824.1	
總額預估值	37,216.5		

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

表 2 101 年度醫院醫療給付費用成長率項目表(送署裁決版)

項目	付費者代表方案		醫院代表方案		
	成長率(%)或金額(百萬元)	增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	增加金額(百萬元)	
一般服務					
醫療服務成本及人口因素成長率		3.003%	9,324.6	3.003%	9,324.6
投保人口年增率		0.190%		0.190%	
人口結構改變率		2.017%		2.017%	
醫療服務成本指數改變率		0.791%		0.791%	
協商因素成長率		0.862%	2,676.6	1.207%	3,747.9
醫療品質及保險對象健康狀態的改變	品質保證保留款	0.100%	310.5	0.100%	310.5
支付項目的改變	新醫療科技(包括藥品、特材、新增項目等)	0.318%	9,87.4	0.318%	9,87.4
	調整支付標準	0.399%	1,238.9	0.399%	1,238.9
	確保血品安全與品質	0.064%	198.7	0.064%	198.7
其他醫療服務利用及密集度的改變	保險對象服務利用率及密集度成長	0.000%	0.0	0.345%	1,071.3
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.019%	-59.0	-0.019%	-59.0
一般服務成長率		3.865%	12,001.2	4.210%	13,072.5
一般服務金額預估值		322,511.9		323,583.2	
專款項目(全年計畫經費)					
慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫		1,922.0	6,40.0	3,040.0	1,758.0
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質		3,484.7	603.0	2,700.0	-181.7
罕見疾病、血友病藥費		5,649.0	867.0	4,800.0	18.0
醫療給付改善方案		499.8	12.5	290.0	-197.3
急診品質提升方案		320.0	320.0	320.0	320.0
提升住院護理照護品質		2,000.0	1,000.0	2,000.0	1,000.0
繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵		587.0	287.0	287.0	-13.0

項目	付費者代表方案		醫院代表方案	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)
醫院支援西醫基層總額醫療資源 不足地區改善方案	50.0	0.0	50.0	0.0
專款金額	14,512.5	3,729.5	13,487.0	2,704.0
(一般服務+專款)成長率	4.896%	15,730.7	4.910%	15,776.5
較 100 年(一般服務+專款)成長率	4.974%	15,970.7	4.989%	16,016.5
門診透析服務成長率	-0.350%	-65.1	-0.350%	-65.1
總成長率 ^(註) (一般服務+專款+門診透析)	4.609%	15,665.6	4.622%	15,711.4
較 100 年度協定總額成長率	4.683%	15,905.6	4.696%	15,951.3
總額預估值	355,563.6		355,609.1	

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

表 3 101 年度中醫門診醫療給付費用成長率項目表(送署裁決版)

項 目	中醫部門方案		付費者代表方案一		付費者代表方案二		
	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加 金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加 金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加 金額 (百萬元)	
一般服務							
醫療服務成本及人口因素成長率	3.297%	657.7	3.297%	657.7	3.297%	657.7	
投保人口年增率	0.190%		0.190%		0.190%		
人口結構改變率	0.543%		0.543%		0.543%		
醫療服務成本指數改變率	2.558%		2.558%		2.558%		
協商因素成長率	0.591%	117.9	-1.048%	-209.1	-7.389%	-1,474.1	
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.100%	19.9	0.100%	19.9	0.100%	19.9
	中醫傷科標準作業流程	0.526%	104.9	0%	0.0	0%	0.0
醫療服務效率提升	提升傷科及脫臼整復治療處置品質之效益	0%	0.0	-1.113%	-222.0	-7.454%	-1,487
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.035%	-7.0	-0.035%	-7.0	-0.035%	-7.0
一般服務成長率	3.888%	775.6	2.249%	448.7	-4.092%	-816.3	

項 目	中醫部門方案		付費者代表方案一		付費者代表方案二	
	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加 金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加 金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加 金額 (百萬元)
專款項目(全年計畫經費)						
醫療資源不足地區改善方案	74.4	0.0	74.4	0.0	74.4	0.0
腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫	85.0	0.0	85.0	0.0	85.0	0.0
腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫						
小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫						
小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫	82.0	-8.0	82.0	-8.0	82.0	-8.0
腦血管疾病後遺症門診照護計畫						
專款金額		241.4		241.4		241.4
總成長率^(註) (一般服務+專款)	3.800%	767.6	2.182%	440.7	-4.081%	-824.3
較 100 年度協定 總額成長率	3.881%	783.4	2.261%	456.4	-4.006%	-808.6
總額預估值	20,966.8		20,639.9		19,374.8	

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

表 4 101 年度西醫基層醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
一般服務				
醫療服務成本及人口因素成長率		1.895%	1,724.2	照衛生署報奉行政院核定數值計列。 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 =[(1+投保人口年增率)*(1+人口結構 改變率+醫療服務成本指數改變 率)]-1
投保人口年增率		0.190%		
人口結構改變率		0.716%		
醫療服務成本指數改變率		0.986%		
協商因素成長率		1.104%	1,004.2	
醫療品質及保險對象健康的改變	品質保證保留款	0.100%	91.0	<ol style="list-style-type: none"> 依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於 100 年 11 月底前完成相關程序，並於 101 年 6 月底前提送執行成果。 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自 99 年度起採累計方式計算。 請中央健康保險局會同西醫基層總額相關團體，於 101 年 6 月底前完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值，並改善假日休診造成民眾就醫不便情形。
支付項目的改變	新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)	0.038%	34.6	
	新增跨表項目	0.037%	33.7	<ol style="list-style-type: none"> 新增 10 項跨表項目，其中婦產科 4 項跨表項目(19 百萬元)執行情形列入檢討，並同時監控醫院與西醫基層之申報量。 應於 100 年 12 月底前完成相關程序，若未能於年度開始時實施，則扣減本項成長率。
	支付標準調整	1.000%	909.9	調整外科、婦產科及兒科等艱困科別之支付標準，達提升艱困科別醫師待遇之目的。
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.071%	-64.9	
一般服務成長率		2.999%	2,728.4	

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
專款項目(全年計畫經費)			
慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫	157	0	本項預算不足部分，由其他預算支應。
家庭醫師整合性照護制度計畫	1,115	0	應研擬更嚴謹的評估機制做為退場條件，擇優汰劣，確實落實成效不佳醫療群的退場機制。
醫療資源不足地區改善方案	150	50	修訂方案，建議每位醫師每週巡迴診療次數上限可由 2 次增為 3 次。
醫療給付改善方案	212	-88	1. 糖尿病方案應增加相關誘因及檢討運作機制，以提高收案數與照護率，且同一個案之衛教期程應訂定年限。 2. 氣喘、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者方案，應重新檢討，訂定較嚴格之收案條件。 3. 照護結果及成效評估報告應包含健康改善狀況之量化指標。
診所以病人為中心整合照護計畫	200	0	
專款金額	1,834	-38	
(一般服務+專款)成長率	2.897%	2,690.4	
(一般服務+專款)總額	95,550.0		
門診透析服務成長率	3.048%	373.8	1. 與醫院部門同項服務合併運作，兩部門合計費用之成長率為 1%。 2. 應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。 3. 為確保透析醫療品質，相關耗材不得重複使用。 4. 配合衛生署核心醫療業務不得外包之政策方向，請於中央健康保險局門診透析聯合執行委員會討論，如何運用本年度新增預算鼓勵非外包經營之透析院所，相關規定應經費協會確定後，預算方可動支。
總成長率^(註) (一般服務+專款+門診透析)	2.915%	3,064.2	
較 100 年度協定總額成長率	2.986%	3,137.0	
總額預估值	108,187.9		

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

表5 101年度其他預算項目表

項 目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	603.9	0	請於101年6月底前提送執行成果。
非屬各部門總額支付制度範圍之服務	4,214	511	用於助產所、護理之家照護、居家照護、精神疾病社區復健、安寧居家療護，及調整呼吸器試辦計畫居家收案條件等所需經費。
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	0	
推動促進醫療體系整合計畫	950	150	1.用於醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫、論人計酬試辦計畫，及新增之醫院垂直整合方案等三項。 2.醫院垂直整合方案之推動，依衛生署政策要求，其執行計畫應確實達到整合的目標。 3.100年已實施之方案，請於101年6月底前提送執行成果及成效評估報告。新增方案原則於100年12月底前完成相關程序，並於101年6月底前提送初步執行結果。
其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費	1,000	500	1.含新增醫藥分業地區所增加之費用。 2.除上述用途外，本項經費之適用範圍、動支條件及相關程序等，另掣案提會討論。
增進偏遠地區醫療服務品質計畫	500	300	1.用於離島醫院及肩負偏遠地區(含山地鄉)民眾於該地區或鄰近地區主要急性就醫醫院，與偏遠地區急性醫療主責醫院之點值保障。 2.依衛生署政策要求，本項計畫應訂有相關必要執行項目，上述醫院應提供24小時急診、內外婦兒(至少2科)之門診及住院醫療、檢驗檢查主動通知等，並深入社區加強預防保健服務。 3.經費若有不足，由前項經費支應。 4.方案原則於100年12月底前完成相關程序，並於101年6月底前提送執行成果及成效評估報告。
全民健保高診次民眾就醫行為改善方案--藥師居家照護	36	0	本項以輔導至少4,300人為目標，並於101年6月底前提送執行成果及成效評估報告。
慢性腎臟病照護及病人衛教計畫	404	0	1.用於推動「pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫」及「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」。 2.請於101年6月底前提送執行成果及成效評估報告。
總計	7,907.9	1,461.0	

註：採支出目標制，由中央健康保險局管控。

本會第 175 次委員會議
與會人員發言實錄

- 壹、討論事項第一案
貳、報告事項第一案及報告事項第二案

壹、討論事項第一案「101 年度牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院部門及其他預算醫療給付費用總額協商因素項目及成長率案」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

- 一、各位委員大家辛苦了。今天主要有 2 項主要工作，一為確認昨天(9 月 16 日)協商結果，另為召開第 175 次委員會議。按平常委員會議進行順序，係先進行報告事項再進入討論事項，但徵求委員同意，趁大家記憶猶新時，先進行討論事項第一案，即確認昨日協商結果？(委員點頭)好，謝謝委員同意。
- 二、桌上有一份資料，是費協會同仁昨天晚上熬夜整理出的四部門總額及其他預算的協商結果。確認的方式是逐項唸過，例如牙醫部門唸過，文字確認後，就請牙醫部門代表表示「確認」，若需修正文字，就可藉此機會提出。另外，雖然是以電腦運算，但有時可能有公式套錯等因素，所以還是請大家注意金額數字。
- 三、請同仁宣讀牙醫部門的協商結果。

林視察淑華：宣讀現場發送之牙醫門診總額協商結論(略)

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。表格內容請牙醫部門幫忙確認，協商結論剛剛已宣讀，不再重複，請問牙醫部門對文字部分有無修正意見？

黃委員建文

- 一、主席、各位委員，首先謝謝大家，昨天辛苦了，給牙醫部門很多指導。
- 二、專案部分我們都接受，但「根部齲齒填補」協商項目，昨天討論的時候，其實費用已扣除原有材料的額度，所以以 113 百萬除以 800 元/顆計算執行率，委員同意讓我們做做看。此外，預計執行率會較高，費用一定不夠，所以超過部分我們會自行吸收，等到明年度有機會再談。

楊主任委員銘欽

請問文字部分如何修正？

黃委員建文

「根部齲齒填補」的(2)，不須列執行率應扣除現有材料的部分，因為昨天協商時，已是扣減後的數字，本來建議編列 300 多百萬，已扣掉填補現有玻璃離子體的材料費用，經再討論，委員同意編列 113 百萬。

楊主任委員銘欽

請委員參看牙醫部門第 1 頁最下端之(2)，昨天協商結果，牙根齲齒填補一顆單價以 800 元計算。

黃委員建文

本項當初是以牙醫部門所提約 331 百萬，扣掉玻璃離子體的費用後，最後同意編列 113 百萬。

楊主任委員銘欽

請健保局說明。

蔡組長淑鈴

- 一、昨天討論本項，費用下降是因為預估填補率由 10% 降為 5%，後來又降為 4%，純粹因為預估填補率下降之故。
- 二、至於執行率，根部齲齒填補一顆 800 元，需扣掉健保原給付的玻璃離子體費用，因為複合體為一替代性材料，文字陳述主要是要把原來替代的項目費用扣掉後，以此計算執行率。

楊主任委員銘欽

對昨天所談結果，可能大家的認知需再拉近。請牙醫代表陳醫師彥廷。

陳醫師彥廷

昨天最後討論的意思係指：以 113 百萬執行根部齲齒填補，是外加的工作量。

楊主任委員銘欽

就是差額。

陳醫師彥廷

對，我們會後再與健保局討論這部分。

楊主任委員銘欽

不行，現在要確定文字。

陳醫師彥廷

因為文字是「扣除」，但我們認為 113 百萬是新增的部分，不然成長率無法認定。

楊主任委員銘欽

雙方在認定上有不同解釋，健保局的意思是，計算單價時應以新材料減掉既有材料的價差。

陳醫師彥廷

但實際上的工作量增加，醫令數會增加。

楊主任委員銘欽

以價、量分開來看，「量」是否以 4% 填補率認定？

黃委員建文

昨天同意根部齲齒填補項目之費用以 331 百萬的 40% 計算。因為委員建議牙醫部門，不要堅持那麼高的金額，建議先給 50% 費用讓我們試著做看看，後來降到 40%，所以才以 113 百萬落定，也就沒有再提填補率的要求。

楊主任委員銘欽

沒提到 4% 填補率。

黃委員建文

費用已降為牙醫所提的 40%，現在又要求單價下降，實在太低，其實「牙根齲齒填補」屬牙科的新科技項目，所以希望以 800 元支付。

楊主任委員銘欽

800 元是包含填補 1 顆根部齲齒的全部費用嗎？請戴局長桂英說明。

戴局長桂英

一、謝謝黃委員建文的說明。

二、對昨天所談的「根部齲齒填補」項目，健保局的認知是，委員支持此協商項目，不限制只有高齡者可進行根部齲齒填補，大家共同的想法是增加的費用，用在目前根部齲齒填補新材料與既有材料的差距。如果服務量乘以差距的總數，剛好用掉 113 百萬的話，不用扣回；如果低於 113 百萬則要扣回，這是昨天確認的內容，相信大家都還記得，文字部分若有不妥可建議如何修改。

楊主任委員銘欽

請陳醫師彥廷。

陳醫師彥廷

現在瞭解局長的意思，執行量應指加上現有的量，但我們對於「現有根部齲齒填補的量」主張，與健保局截然不同，就是所謂「替代」部分，但這部分不是扣除，應是最後執行量不到 113 百萬的部分再扣除，所以至少需執行 113 百萬，量的計算是除了現有執行的，再加上被替代的額度。

楊主任委員銘欽

意思是指新的與被替代的材料？

陳醫師彥廷

例如有 2 萬顆原以玻璃離子體填補的，改以複合體填補，加上現有的數量計算，最後執行率為百分之百。

楊主任委員銘欽

有關執行的認定，請蔡組長淑鈴回應。

蔡組長淑鈴

- 一、有 2 件事未確定，一是新增支付項目，牙醫部門提出成本 800 元部分，我們還沒有任何討論，此部分尚須經成本分析並送全民健保醫療給付協議會議討論通過之程序。
- 二、二為替代部分，本項目前未納入支付標準，現行牙根蛀牙的病人看牙醫，主要係以玻璃離子體填補。現在牙醫部門提出玻璃離子體的固著性較差，有更好的複合體材質可改進，健保局願意進一步對牙根部齲齒填補更換較好的材質，而且不限老人，只要牙根部齲齒病患都可使用新的填補材料，且比現行玻璃離子體更能附著，也更能保固牙齒，以減少拔牙及自費做假牙等情形，這是可被接受的原因，所以需扣除現有材料費用。
- 三、現有支付標準有玻璃離子體填補項目，只是現在更換另一種材料，費協會幕僚意見也提到：現有材料有替代情形，不宜以全新材料推估費用，所以協定事項才會呈現「預算執行額度之計算，應扣除現有支付標準已可使用之填補材料額度」。

楊主任委員銘欽

好，雙方的說明都很清楚，我只是再提醒，不管上(第 174)次委員會議或消費者內部座談會議，都訂有原則：以新科技取代舊科技的話，則僅支付新增加差額的費用，而不是支付預估新科技的全部費用，否則原本項目的費用仍留在部門基期，好像送了舊項目的費用。這部分可以嗎？

陳醫師彥廷

所以文字敘述不是「預算執行額度之計算，應扣除……」，不是扣除，執行額度是補回原來的，才正確。

楊主任委員銘欽

不講扣除，文字是否改為「執行額度之計算，應以新增項目之差額計算」？其實重點是新增差額部分，「扣除」看起來太怵目驚心，可以嗎？請幕僚同仁更改文字為「上述預算執行額度，應以新增項目之差額計算」。

黃委員建文

當初是希望填補根部齲齒 800 元/顆。

楊主任委員銘欽

這部分不在今天討論範圍，牙醫部門可提出相關事證與健保局在支付委員會討論，我們都支持，沒問題。

黃委員建文

對執行率的計算還是有疑問，當初是以 65 歲以上預估。

楊主任委員銘欽

年齡限制已經刪掉，所以範圍很廣。

黃委員建文

所以執行率只要超過原有玻璃離子體的填補量？

楊主任委員銘欽

不是，是金額。

黃委員建文

一、執行率是否為超過原有玻璃離子體的填補量？以 113 百萬除以 800 元/顆，等於 14,125 顆，基本上要填補超過這數字。這樣就很好計算，我們一定會超過這個額度，超過的部分會自行吸收。這樣跟委員溝通會很清楚。

二、當然健保局的考量，我們會尊重，只是執行率部分，昨天委員的意思是先以這些費用做看看，要是有多做，以後再說。希望釐清執行率之計算方式，以後才不會有爭議。

楊主任委員銘欽

請蔡組長淑鈴。

蔡組長淑鈴

一、兩件事混在一起，首先，黃委員建文提到的一顆 800 元，此需依新支付項目納入給付之程序進行，以決定支付標準是否為

800 點，支付標準需在醫療給付協議會議訂定，這部分先說明。

二、其次，假設複合體填補為 800 元/顆，但今天談的是新增預算額度，如剛才所補充，預算中有關玻璃離子體填補部分已在給付範圍內，所以，就新增預算而言，應扣除已給付的部分；若就填補個別牙齒之單價，同意黃委員建文以 113 百萬除以 800 元/顆，得出執行顆數的算法。

黃委員建文

所以，以 113 百萬減以前玻璃離子體的費用，再除以顆數，執行率就很清楚，我們同意，但這樣界定，會不會又...。

戴局長桂英

請參看今日資料第 2 頁「(3)執行率之計算細節及相關支付標準之修訂，請中央健康保險局會同牙醫門診總額受託單位議定，並循法定程序處理」，所以，這部分建議不在此討論。

楊主任委員銘欽

其實剛才黃委員建文最後那句話講得很清楚，計算執行率時，分母是核定的價格減掉原有價格。

黃委員建文

好，以後再與健保局一起討論。

楊主任委員銘欽

- 一、還有其他文字需修正嗎？沒有，好。
- 二、專款項目「牙醫特殊服務」，因為牙醫部門近幾年積極照顧身心障礙民眾，但其中有些爭議，到底哪些身心障礙民眾在需使用牙醫服務時有困難？例如肢體殘障者，坐牙醫治療椅時其實沒有特別的困難；有些看不見、失明的身障者，看牙醫也不會有困難，有困難的是像腦性麻痺、植物人，就需要多些耐心、愛心照顧，所以雖然支持協商結論「(2)擴大適用障別相關規定」的觀念，但希望在此有較明確的文字，委員是否同意修改為「並

擴大適用障別至接受牙醫服務有障礙之族群」，避免擴大至看牙醫不會有困難的身障者，當然有無困難是主觀認定，但希望協商內容係以就醫困難者為主。其實牙醫部門最清楚，哪些身障者無法服從醫師指示，所以可提出相關建議族群。

三、將「至接受牙醫服務有障礙之族群」落於協定事項，會較清楚，請問委員是否同意？(委員點頭)可以，好，請問牙醫部門對其他事項都可確定嗎？

黃委員建文

可以，謝謝。

楊主任委員銘欽

另外，剛剛「牙醫特殊服務」專款項目的最後一句「送費協會確定」，過去方案是健保局會同牙醫總額受託單位議定後就可執行，並不需送費協會確定，請問委員，議定內容是否需送費協會確定？請問謝委員天仁。

謝委員天仁

如果很明確的話，當然可以，有疑義再送費協會。

楊主任委員銘欽

「送費協會確定」的文字先拿掉。

謝委員天仁

對。

楊主任委員銘欽

一、好，大家不反對，請將「送費協會確定」文字刪除。若真的需送費協會討論，我們還是會接受。牙醫部門協商結果確定，謝謝。

二、接著進行醫院部門，分為付費者方案與醫界方案，因為昨天未達共識，醫院很有誠意，會後還針對所提版本修正3~4次，目的係希望拉近與付費者版本的距離，等下看看，若大家覺得雙

方版本蠻接近的，願意再討論也可以，不過是由委員共同決定。

三、請宣讀醫院部門協商金額及相關事項。

張技正櫻淳：宣讀現場發送之醫院總額協商結論(略)

楊主任委員銘欽

一、請大家參看醫院資料第 4 頁，對照付費者與醫院代表兩方案：醫院的訴求在一般服務之「其他醫療服務利用及密集度的改變」協商項目，希望 101 年增加 1,071.3 百萬，但昨天付費者代表並未同意，其他部分則一樣。

二、專款部分，雙方有些差距：

(一)最大差距在「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」，昨天付費者代表意見為預算 1,922 百萬；醫界原提 3,360 百萬，現下修為 3,040 百萬，不足部分由一般服務支應。

(二)「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」，醫院部門經費編列較緊，認為不用那麼多，金額 2,700 百萬；付費者代表則根據健保局的估計，金額較高為 3,484.7 百萬。「罕見疾病、血友病藥費」醫院部門為 4,800 百萬；付費者代表為 5,649 百萬。

(三)「醫療給付改善方案」，醫院部門所提的金額亦相對較低。

(四)「急診品質提升方案」，醫院部門新修版本與付費者所列相同，均為 320 百萬。

(五)「提升住院護理照護品質」，與付費者版本相同，均為 20 億元。

(六)「繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵」，雙方編的金額差距較大。

三、昨天醫院部門提出好幾個版本，最新的版本越接近付費者的意見，請問付費者代表是否要再修正所提版本，或就此確定？

謝委員天仁

一、昨天會後我們交換過意見，看起來差距還是很大，我的看法是，今天是假日，不要再談了，送署裁決。

- 二、昨天已交換過意見，也跟主委報告，付費者釋出的善意在哪裡。醫院部門將費用集中在慢性 B 型及 C 型肝炎專款與醫療利用密集度協商項目，去年協定事項的紀錄寫得很清楚，慢性 B 型及 C 型肝炎專款編列 12.82 億元，但預期會用到 28.6 億元，差距約 16 億元，不足部分由一般服務支應。
- 三、委員會也討論過，超過 28.6 億元時會再考慮，所以合情合理，現在卻全部不算數，要求專款補到 30 多億元，我們無法接受。今天是假日，大家想趕快結束會議，免得談不定，浪費時間，建議送署裁決。

楊主任委員銘欽

好。請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、不反對謝委員天仁的意見，相信他也不致反對我的意見，但對於醫院部門結論第 2 頁，「提升護理住院照護品質」專款全年經費 20 億，對「應著重在增加護理人力，並以全年淨增加 3,000 人為目標值」文字部分，須進一步說明。昨天曾與蔡委員登順溝通，費協會委員並沒有這個意思，完全是護理師公會全聯會的意見，我們也並無此意，請取消此段文字。
- 二、請護理師公會找人給我們，如果找得到，我們就答應，如果找不到，那是公會的事，文字寫下去，會變成是醫院的責任，請刪除這段文字，我們不能接受，昨天就已提出，如果硬要寫下去，大家就弄到晚上再來，好不好？
- 三、另外，醫院部門資料第 2 頁「4.前述三項額度經換算，101 年度醫院醫療給付費用總額，較 100 年度所協定總額成長 4.683%；而於校正投保人口後，成長率估計值為 4.609%」，這段文字是什麼意思？講清楚。
- 四、昨天也跟謝委員天仁、蔡委員登順、陳委員錦煌都講過，醫院部門代表的這些人可能不太會講話，能力差，所以我們想爭取

的部分，就較少，在調整支付標準部分，昨天就說過，你們給西醫基層成長率 1%(9.1 億元)，對不對？但給醫院才 12 點多億元，這種公平合理嗎？拜託一下。謝委員，我在講話，你也注意一下，你也要公平一點，大家都是西醫，難道也有大小之分？應該沒有吧！律師也沒有大小之分，你是律師，也沒有大律師、小律師之分啊！

蔡委員登順

- 一、今天看到醫院版本的數字，有點訝異，雙方的誠意有落差。我是覺得消費者這邊已經盡最大誠意，總成長率 4.683%，昨天也講過，雙方版本總額差距 5 千萬，我說留一點錢讓我坐車回家，你們真的也不肯，一定要拿到上限，現在醫院的版本，較付費者版本多約 4,500 萬，如果要算到滿，我也會算，違規部分在前面扣與在後面扣，是不一樣的，如果把違規扣款加進去，你們要的已經超過上限 4.7%，是 4.715%，而西醫基層、中醫、牙醫部門則差異不大，因為與上限 4.7% 還差很多。在前面扣，等於是把那些錢還給你們，違規扣款等於沒有執行。
- 二、不曉得健保局的立場，能夠接受嗎？過去有決議，不管怎麼樣，最大誠意也只能達到行政院核定的上限，如果還要再給成長率，那就超過 5%。這部分，個人無法接受，因為 4.683% 距上限 4.7% 也只有 5 千萬而已，再加違約扣款應扣而沒扣，如果醫院部門都沒辦法答應，又做了那麼多調整，尤其是 B、C 肝專款調整幅度過大。基於這些理由，所以不能接受。

謝委員武吉

不能接受，沒關係，剛我第一句就講過，不反對謝委員的意見。一樣都姓謝，我不會反對來反對去，又不是要拆吃入腹(台語)，不可能的事。所以剛剛是我們痛苦的申訴，你們的做法讓我們痛苦指數升高，知道嗎？拜託你們，不要再讓我們痛苦指數升高，我的意思是，你們要給的公平、合理，那有同樣是西醫，醫院穿襯衫，西醫基層就穿西裝，不應該如此，只是要求公平對待而已。明年再談，要用

相同標準，不能老是增加醫院的痛苦指數，所以一開頭就說了。我每次講的第一句話都是最重要。

楊主任委員銘欽

所以要注意聽。不知付費者代表有無其他補充說明？

何委員語

主席、各位先進，昨天有提到，有些專款項目的執行率都未達到，可以把未達到的部分，金額轉換到 B、C 肝專款。但醫院今天提出的版本，在 B、C 肝專款就編 3,360 百萬，與我們的觀念落差太大，這叫不合情、不合理又不合法，既然這樣，我們就不再談了，送給健保局處理。

楊主任委員銘欽

大家彼此表達各自立場，我的角色原是希望把雙方的看法盡量拉近，既然有這麼大的落差，也沒有關係。醫院提出的版本，最大的落差在 B、C 肝專款及醫療利用密集度的改變兩項，其他部分與付費者版本還算接近，即便送署裁決，對署來講，應該相對較容易處理。

謝委員武吉

我們就遵照主席及同姓謝的謝天仁委員意見，否則就成了兩個謝委員，各唱各的調，這樣不好，就照此結論，兩案送署裁決。

楊主任委員銘欽

謝謝。

戴局長桂英

謝委員武吉應係指螢幕上已修改數字的版本。

楊主任委員銘欽

- 一、是，醫院部門是依螢幕上已修改過數字的版本。
- 二、另，剛提到提升護理照護品質專款的目標值部分，請陳委員玉枝表示意見。

陳委員玉枝

主席、各位委員，有關醫院部門第 2 頁資料：「(6)提升住院護理照護品質：全年經費 2,000 百萬元，應著重在增加護理人力，並以全年淨增加 3,000 人為目標值」。在此說明，建議刪除「全年」兩字，但在目標值後面寫「含 100 年及 101 年」。為何做此修正？因為健保局於上次評核會曾說明，此方案 99 年較 98 年增聘 1,184 人，預估今(100)年可能較 99 年增加 1,400~1,500 人，所以在可行性，還有昨天各位委員也提到聘護理人員與薪資調整有關，所以建議，100 年已經聘了，延續 101 年也繼續聘用這些人，考量比較可行的情況下，做這樣的修正，也就是以 3,000 人為目標，是 100 年加 101 年所增聘的人員總數，因為今年如果有沒聘的，可能明年就要再加聘，因明年增加 10 億，所以是用這樣的建議來修正，大家可否同意？

謝委員武吉

我還是反對到底，這沒道理，昨天蔡委員登順也說，這不是他們委員的意見，護理師公會的意見，能夠代表費協會委員的意見嗎？我昨天也提到社區藥局的問題。費協會憑什麼規定要 3,000 人？你們如果要寫自己寫，這一項只是護理師公會的提案要求，所以要自己負責，跟我們沒關係。以前我們還是初中同學時，我是全年級的班長，妳都還沒有那麼會講話，現在怎麼那麼愛爭辯？

謝委員天仁

- 一、跟我同姓謝的謝武吉委員很會講話，沾親帶故還會討人情。其實我們的差距並不是那麼大，你們回去運用智慧好好想想，B、C 肝專款不足的部分，也是用一般服務支應，錢放在那裡，其實一樣，醫界委員的意思一定要放在 B、C 肝專款，但金額實在太龐大，龐大到我們出去都無法面對社會，讓我們無法生活，這點請你們再考慮。
- 二、付費者代表的版本，有個地方應該加註，如果沒加註，我相信監察院一定會來查我們。「調整支付標準」部分，剛謝委員武吉也提到只給醫院 12 點多億，他很不滿，給西醫基層成長

1%(9.1 億)，給醫院只有 0.399%，其實去年已經給醫院 14.78 億。對「調整支付標準」0.399%，我覺得後面應該要載明我們的目的，在「經費應用於調整外科、婦產科及兒科等艱困科別之支付標準」之後，加上「達到艱困科別醫師待遇提升的目的」，這段文字不寫，監察院一定會查我們，說我們錢都亂用。

楊主任委員銘欽

一、請參看投影螢幕所顯示，於「經費應用於調整外科、婦產科及兒科等艱困科別之支付標準」後面，增加「俾提升艱困科別醫師之待遇」等文字，將目的寫得更清楚。

二、回到剛有關提升護理照護品質部分，請教其他委員的意見。

陳委員玉枝

其實醫院部門資料第 2 頁所列文字，係付費者委員代表討論得出的版本，並非護理師公會的版本，所以應予尊重。而且主要是在考量人力部分，所以應將費用用在真正提升護理人力的目的，以上說明。

謝委員武吉

我們不同意。

楊主任委員銘欽

這部分這樣處理，我知道醫院代表不同意這一點，所以在這裡加註「醫院代表不同意」的文字，因為這是付費者代表的版本。

謝委員武吉

昨天付費者代表明明說這不是他們的版本，而是護理師公會拿給他們的版本，既然是護理師公會的版本，怎可直接作為付費者代表版本？這不對。

陳委員玉枝

那是付費者代表自己研判的結果。

葉委員明峯

我昨天雖未到場，但瞭解這樣的表達會有一點 misleading(誤解)，如

果要兼顧護理及醫院團體的意見，建議可修改為「全年經費 2,000 百萬元，以增加護理人力為用途」，之後的文字拿掉就好。如此，意思一樣，最終目的就是要增加人力。

謝委員天仁

抱歉，指標要寫清楚。因為我們 98、99 年都已經投入 8 億多的經費，100 年也有 10 億，都沒有什麼成效出來，再不寫清楚，我們又花 20 億下去，沒有意義，丟錢沒達到目的，那幹嘛丟錢進去，護理人員又上街頭，我們豈不被罵到臭頭。我覺得指標一定要訂清楚。

蔡委員登順

昨天葉委員明峯因公出國不在場，或許聽聽孫委員碧霞提到勞委會調查護理人員的工作情形，你就會支持此做法，主要就是要調整人力，人力不調整，護理人員會過勞，光調整待遇不見得能解決問題，首要是解決人力問題，有剩餘再解決待遇問題。我認為要按這個步驟做才對。

葉委員明峯

請教陳委員玉枝，這 20 億能夠聘足多少人？3,000 人？

陳委員玉枝

如果以年薪 60 萬推估，是 3,000 人。

葉委員明峯

這 3,000 人是 100 年及 101 年合起來？

陳委員玉枝

是。

葉委員明峯

就這樣就對了，假如...。

陳委員玉枝

原來是寫 20 億，一年請 3,000 人，而昨天醫院協會代表也提到，今

(100)年 10 億，已經聘請的人力，明(101)年要繼續延續，所以我剛剛建議修正成比較合理、可行的文字，兩年加起來 3,000 人。

葉委員明峯

就是用 20 億來聘請 3,000 人的額度，對不對？

陳委員玉枝

對，但不限 101 年或 100 年聘請的人力。

葉委員明峯

這我聽懂，就是今年聘的，明年還算在內，否則的話，還要再補，對不對？

陳委員玉枝

對，等於明年補 1,500 的人力。

蘇委員清泉

有個質疑，請陳委員玉枝跟我們講清楚，譬如說 100 年及 101 年要增加 3,000 人，是用 99 年做基礎計算新增加的人力？我們搞不清楚，護理人員從北部 A 醫院跑到南部 B 醫院，對我們來講是新的。你要講清楚，譬如現在是 9 萬人在執業，兩年後要變成 9 萬 3 千人執業，增加 3,000 人到職場，是這樣計算？還是要如何統計？

謝委員武吉

這是專款專用，不是一般服務。今天是不是馬先生答應你們要多 10 億？是不是？講清楚！

葉委員明峯

醫院協會應該要...。

謝委員武吉

讓我把話講完。第一點我要問這是不是專款專用？還是一般服務？既然是專款，明年如果沒編列預算，增聘的這些人力，如果明年被遣散，是你們要負責遣散費嗎？如果由你們負責，可以啊！要玩，

大家一起玩。

葉委員明峯

這應該沒有遣散費的問題吧？

謝委員武吉

怎麼沒有？今年有錢聘，明年沒錢就沒辦法聘，不遣散能怎樣？

葉委員明峯

請教陳委員玉枝，這應該都是約聘人力，在契約上應該會寫清楚吧？

謝委員武吉

這是勞委會的規定，用這樣的方式叫我們來當壞人，對嗎？不對吧！

孫委員碧霞

依勞基法規定，是要發給資遣費沒錯，但是這個經費...。

葉委員明峯

這類聘用人力是定期或不定期？一定是一年一聘。

孫委員碧霞

不是一年一聘，應該算是不定期。

葉委員明峯

所以，將來若終止合約，還是要給資遣費？

楊主任委員銘欽

我想這 20 億的專款確實有其時空背景，能不能持續編列下去，不能保證。昨天也有委員提到，根本上要解決護理人力的問題，應該是從支付標準表去調整，才有辦法長久。剛蘇委員清泉的提問，請陳委員玉枝回應。

陳委員玉枝

蘇委員清泉所提，是這樣子，因為我們前兩年編列 8.325 億時，有對聘用人數進行統計，健保局於上次評核會，提到 99 年較 98 年總體增聘 1,184 人進入職場，100 年也一定會跟 99 年比較，只是還沒

有結算，但是 100 年的支付方式，護理人力有加入計算 part-time(部份工時)，所以這個數字如果要與 100 年比較，可能基礎點較不一致，所以，蘇委員提出這樣的意見。可否建議，因為錢是用在 101 年，所以可以用「101 年年底增聘的護理人員以 1,500 人為目標」，這樣會不會更清楚？請各位委員參考。

蘇委員清泉

昨天勞委會孫委員碧霞所說的每句話，我都仔細、用心地聽。勞委會一天到晚找我們麻煩，而自己推出的案子也都很差，短期就業八百壯士都是用他們的錢，6 個月、9 個月結束，那些人就沒頭路。八百壯士就一天 8 百元。只是撒錢而已，聘下去要長長久久，不是今年有錢聘，明年沒錢解聘，不是一年一聘的問題，開玩笑，一個人進來，我們就得幫他做生涯規劃、培訓、退休準備金...等，現在像在飲毒藥似的，這不對。要的話，釜底抽薪，就像剛剛主委所說的，就把護理費切開，算清楚，你們護理師公會有辦法就找總統，切開看你們多少錢，自己拿去，就像藥師，為什麼藥師公會愈來愈有力，去 lobby(遊說)或做什麼都好，就是藥師服務費、慢箋調劑等，爭取到他們的金額後，就自己去處理。護理人員的數目最多，比醫師還多，你們有辦法就把它完全切開，我也向護理師公會理事長建議過，這樣最釜底抽薪，不然像這種吃鴉片、止痛藥的做法，沒用的。

楊主任委員銘欽

- 一、充分瞭解醫界代表實質上的困難，先表達我的意見，文字上也會留下紀錄。
- 二、陳委員玉枝也特別提到，是不是改成這樣會較好，但後面的附註還是要，而且還要再加一點，如果要讓醫院護理人力配置有適當改善的話，還是應該從支付標準制度方面著手，我也很擔心這個錢如果以後沒有的話，這些護理人員要怎麼辦？

孫委員碧霞

- 一、昨天發言是針對現在護理人力因為結構性的問題，造成工時長、薪資低、人力不足，所以支持這個專款計畫。同時，這個計畫是獎勵性質，因此，增聘人力所需經費應該大部分由醫院一般服務費用支應，不是全部用專款。此外，這個專款也不是用作臨時短期人力計畫。
- 二、如果全部增聘人事費都用專款支應，不是很合理，因為人事費本來就應該回到原來醫療費用作分配處理。適用勞基法的護理人員，工作性質屬繼續性，不符合臨時性、短期性或季節性，所以不應簽定期契約。護理人力不足及勞動條件之改善，要回到整體結構面解決，不能只靠專款，如果把它全部用作聘僱人力，可能就會替代現有的人事成本，不太合理，因為人員會有流動，因流動遞補人力而支用專款，並沒有增加人力，所以使用專款應設定比較的基期，相關補助標準建議另行研議訂定。

謝委員天仁

醫院總額部分，醫界與付費者雙方沒有達成協定，所以各自有各自的版本，既然各有版本，醫界委員是不能隨便要求要在付費者版本上加註或修改，可以將發言做成紀錄，就是我的意見你不同意沒關係，再以發言紀錄表達，送署裁決，怎麼可以在我們的版本加註應該如何處理！應該尊重我們的原意才對。你們的發言自然有其他地方可紀錄，沒問題，但不容許在我們的版本，隨便指指點點，要尊重我們！所以，不同意在付費者版本上面做任何修改，要照我們原來的建議送署裁決，3,000人就3,000人。

楊主任委員銘欽

瞭解，謝謝謝委員天仁的指正。如果醫界代表認為剛那些附註文字有必要的話，建議挪移至你們的版本加註，我們還是應該尊重付費者的版本。

謝委員武吉

- 一、我昨天下午開會就針對這增加3,000人有意見，費協會真的有

能力處理嗎?我相信費協會不能去決定這件事，雖然謝委員天仁是律師，但我家是律師世家，台北市律師公會理事長是我親伯父，我伯父他們三兄弟是讀京都大學法律系畢業。我昨天就對這3千多人的提議，提出反對，所以也要尊重我們反對的理由。

二、另一點，你憑什麼要增加這3千多名護理人力，這是品質提升方案，品質提升方案是用在護理人力的提升嗎？不對吧！如果某家醫院護理人力已經足夠，那麼就不用做品質提升方案？難道這家醫院就因而無法拿到獎勵金嗎？所以這完全是為了他們要回去交代說已經為團體爭取了什麼。我們不要爭功，不要諉過，應該要依事實面處理才對。我們所要做的是要向社會大眾說這些工作，我們已經有在做了，要討論應該如何處理才是最好的辦法，今天他們提一個 proposal(計畫案)出來，就硬要我們依照這個 proposal 來做，沒道理。

楊主任委員銘欽

謝謝謝委員武吉把意見表達得很清楚。請陳高級分析師雪芬發言。

陳高級分析師雪芬

一、我們醫界是善意，像這樣的寫法是要怎麼執行？我們真的不知道。在人力上，本來就不是我們訂個指標，希望大家往這個方向做就可以達到，謝委員武吉所提的問題也是我們醫界的顧慮，這筆錢花下去到底有沒有什麼作用？這會是費協會委員共同的要負擔的責任。對醫院來說，我們對這一段堅持要這樣寫，要做個提醒，因為這樣訂，執行時會爭議不休，這是第一點要表達的意見。

二、有關專款部分，很遺憾委員認為彼此差距太大。從昨天到今天，我們所在意的是，既然大家這麼尊重費協會的決議，我們也應有使命感，本來編列的每一分錢，將來也都會花在刀口上，那為何我們已經提出很多事證，不管是罕病，或是醫療給付改善方案，或是器官移植，實際上不用花到那麼多錢，有委員也贊成這樣的說法，但還是要編這麼多？這是我們非常不能理解的

部分。

- 三、最後要表達的是，我們只是希望能在專款這部分擰節一點編列，將金額補到 B、C 肝治療計畫，若大家不能接受 B、C 肝這種編法，則我們希望能在(一般服務)醫療服務利用密集度予以反映，我想這是最後一次表達，雖然還是兩案併陳送衛生署，不過我希望讓委員瞭解，醫院不是像你們想像的那樣不嚴謹，只是希望預算編列的分配能夠接近事實一點，以上補充

楊主任委員銘欽

謝謝陳高級分析師雪芬。接著請朱副院長益宏發言。

朱副院長益宏

現在是兩案送署，我們直接修正醫院的版本：

- 一、修正提升住院護理品質部分內容，把剛才(在付費者版本)修正文字的部分，直接移到醫院版本，即反對訂定目標值，建議在附表說明欄一併列入，這是第一點。
- 二、有關 B、C 肝炎治療計畫部分，剛剛謝委員天仁也特別提到，雖然去年的 B、C 肝費用不足額由一般預算支應，但是我在昨天會議討論也有向謝委員報告，B、C 肝計畫從開始執行至今，只有去年不足額是從一般預算支應，其他年度都是足額編列，且說明如果不夠由其他預算支應，大家可以去看以前的會議紀錄。所以送署裁決的醫院版本修訂為：「全年經費 30.4 億元，不足部份由其他預算支應」，回歸到以前的原則，費協會從一開始有 B、C 肝治療計畫，協定的原則就是這樣。

楊主任委員銘欽

我們尊重醫院部門的修正。謝謝謝委員天仁剛剛的指正，我的做法不恰當，因為是兩個版本，所以應尊重各個版本的內容。請教謝委員天仁，有關 3,000 人為目標之決議，對陳委員玉枝剛剛所提加註「100 年及 101 年」等文字，是否同意？付費者版本的文字是完全不改？或是同意陳委員玉枝的建議修改？

謝委員天仁

- 一、第一點我要講的是，透過支付標準去調整，一點意義都沒有，因為現行並不是跟護理人員分紅，所以不論支付標準如何調高，錢也不會跑到護理人員身上，沒有任何意義。所以我比喻說我們只是在負責做點火的工作，我們丟錢去做點火，但不是我們丟錢下去所有相關的薪資都要我們費協會去措，實際上我們希望醫院配置合理適當充足的人力，每一個護理人員在執行醫療職務時，本來就有支付護理費，既然如此，可能在他人力配置沒有那麼充足時，護理人員超時工作的情況下，為了保障病人的醫療品質，站在費協會的立場，我們當然要丟錢去做點火的工作，這是我們的目的，但不能說我們幫忙點火之後，就什麼事都要找費協會負責，薪資不夠全部都要我們措，我覺得這是有點開玩笑，我們是在提升品質。
- 二、有關提升住院護理品質項目，護理師公會全聯會提給付費者的資料就是寫全年淨增加 3,000 人，全年經費 20 億，若 2 個年度只是增加 3,000 人，那 10 億就好，因為你的資料上也寫，99 年增加 1,184 人，如果是這樣，所要的這些錢顯然是過多，哪有說 1 個年度變跨兩個年度，費協會是年度制，如果你的要求是這樣，那很抱歉，照你的意思去調整，全年預算縮減變成 10 億。

葉委員明峯

剛才謝委員天仁的說明大概有一點誤解，應該是 101 年度終了增加 3,000 人為目標，是時間點的問題。我們雇用員工，今年用 1 個，到明年如果那個離開再用 1 個，等於只用 1 個而已。舉例來說所謂 3,000 人是指到年度終了時有 3,000 人，假若原來是 1,500 人，再加 1,500 人，累積到第 2 年年底就有 3,000 人才對，因為一定要用下去，而且錢一定要花，所以應該是以 101 年度終了時增加 3,000 人為目標。這是年底的存量，若 3,000 人是一年內的流量，就會有問題，因為會達不到。

楊主任委員銘欽

我們現在的工作是讓文字上盡量清楚，如果做修正可以清楚一點的話，付費者代表還是可以做修正。

謝委員天仁

抱歉，昨天健保局已經講過，這個文字是因應健保局所提，全年就是 101 年年底跟 100 年年底兩年比較有無淨增加 3 千人，我認為這已很清楚，若還認為不清楚，可以寫成全年(100 年年底跟 101 年年底比較)淨增加 3,000 人為目標值，這樣可不可以？

陳委員玉枝

可否請健保局說明？

蔡組長淑鈴

- 一、陳委員玉枝的提議是，以年薪 60 萬估，101 年若增加 10 億，只能增加 1,500 人而已，這是確定的。但昨天陳委員說帖上寫 3,000 人係以 20 億來估。
- 二、另外，委員垂詢說如何進行比較，我們的建議是，先決定以哪一個時點做比較，如果擔心年底會有取巧的問題，那就用整年每個月平均，任何算法技術上都可行。若陳委員建議要用全年增加值，以全年 60 萬是可以找到護士的標準來算，恐怕 10 億只能增加 1,500 人而已，這一點要讓大家理解。那 3,000 人，就是 2 年 20 億元加起來要有 3,000 人，這應該也是合理。

楊主任委員銘欽

謝謝說明。我想剛剛蔡組長的說明跟大家的認知是接近的。文字上如果是寫 100 年及 101 年年底合計增加 3,000 人為目標，可以嗎？

謝委員武吉

我還是要提出幾個非常重要的問題：

- 一、第一，如果這專款沒有的時候，這些人的遣散費用怎麼處理？請回答，這點絕對要寫入會議記錄，由護理師公會全聯會來負

責遣散費用。

二、第二，這是住院護理照護品質的專款，如果這家醫院護理人力已經充足，依這規定，變成他就無法拿到護理照護品質獎勵方案的費用，對這些人力已經充的醫院公平嗎？請列入會議記錄。

楊主任委員銘欽

列入會議紀錄，這個沒有問題。

謝委員武吉

不管怎樣也要鼓勵到他們，這才合理，我們不要專門為某些人講的話就要全部來負責任，哪有這回事！

楊主任委員銘欽

謝謝。剛才謝委員武吉的關心列入會議記錄。有關護理的部分就討論到這邊告一段落。另外(4)醫療給付改善方案部分，請局長發言。

戴局長桂英

因為上次在黃監察委員煌雄的基金會跟公共衛生學院合辦的第三波醫療改革研討會討論結果，與會專家希望呼吸照護醫療改善，不局限在 RCC，所以付費者代表可否同意，(4)醫療改善給付方案，新增「推動呼吸照護中心(RCC)醫療給付改善方案」，將決議文字中的「中心(RCC)」拿掉，改成「推動呼吸照護醫療給付改善方案」？

楊主任委員銘欽

如果大家同意的話就修正。好，這是醫院部門醫院版本及付費者版本的修正內容，接下來請看...，請陳高級分析師雪芬發言。

陳高級分析師雪芬

對於第(4)點，醫院這邊覺得很錯愕，這會有什麼影響，健保局可否補充說明讓我們安心一點，是否將來會暴增讓經費不夠用？做此修正的理由何在？

楊主任委員銘欽

修正後就包括 ICU(加護病房)，不只限 RCC(呼吸照護中心)，看用呼吸器的人是否可以早日脫離呼吸器，這是為什麼決議文字拿掉 RCC 的原因，這樣說明可以嗎？

陳高級分析師雪芬

醫院都很務實的在經營，我們認為你們不只是點個火，這個過程是連房子都要被你們燒掉了，所以你們現在叫我們要這樣那樣做，認為只要有這樣的誠意，把錢丟出去了，就會成功，我們很反對這樣的說法。

朱副院長益宏

- 一、這部份要回歸我們醫院的版本，醫院的版本是沒有新增，只有繼續原有 6 項方案，所以預算金額才會減下來，這部分如果消費者版本加註本項，則醫院版本只有延續計畫，沒有新增，這在醫院版本要加以說明。
- 二、有關新增「推動呼吸照護醫療給付改善方案」，其實在會議前健保局與醫界就沒有特別的共識，我覺得如果是局裏要推的方案，照理說送費協會之前應該要與醫療服務提供者先要有共識再提會比較好，不然這個方案長成什麼樣子醫界也不知道，就在這裡提出來，到時候推動時，如果署是裁健保局方案，那推動是否叫醫界埋單？這非常不好。以前費協會有個慣例，提方案時就要有執行的辦法，執行的辦法也必須要先協商，但現在都沒有，就是局提方案，到時候局去執行，醫界如果不配合呢？這都會產生很多問題。麻煩在醫界版本加註，持續推動原有 6 項方案。

楊主任委員銘欽

請看螢幕投影，「用於持續推動原有 6 項方案」，可以嗎？這是醫界版本的文字。

朱副院長益宏

可以。

楊主任委員銘欽

謝謝補充說明。接下來是中醫部門。

陳委員錦煌

醫院就講了 1 個半小時。

楊主任委員銘欽

還是我們要休息一下？

陳委員錦煌

不用休息，快一點，都花了 1 個半小時！

楊主任委員銘欽

請宣讀中醫部門協商結果。

邱技士臻麗：宣讀現場發送之中醫門診總額協商結論(略)

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。請問中醫部門對文字有無修正意見？

孫委員茂峰

一、請問付費者的版本(「提升傷科及脫臼整復治療處置品質之效益」協商項目之減列金額)是依據昨天健保局戴局長所提供的數據，我們昨天晚上回去查了一下，事實上 100 年第 1 季服務人次是 888 萬人次，比 99 年還要多，100 年第 2 季服務人次為 956 萬，比 99 年的 911 萬還要多，服務人數則為 328 萬比 322 萬，故 100 年第 1 季及第 2 季，不論服務人次或人數，都比 99 年第 1 季及第 2 季還要多。昨天戴局長桂英所舉數據是僅將傷科擷取出來，當作計算的標準。我們昨天報告時也提到，中醫支付標準規定，針灸、傷科及脫臼整復如同時治療處置，因同屬療程治療，一次限擇一申報，既然有擇一申報的情況，只擷取傷科部分的服務人次及人數，這樣的計算標準，基本上這個數字是有疑義的。

二、下半年(醫療利用數據)事實上還沒有產生，我們認為在計算上

有疑義，下半年的推估，如果按照第 1 季及第 2 季的趨勢，服務人數及人次是往上升的，不會有這樣的數字出現，這是我們對付費者代表方案所提的一點點看法。

三、我們非常尊重也感謝昨天很多委員對中醫界所提出的指導，不過一定要表達的是，基於信賴保護原則與程序正義，從民國 80 幾年開始，衛生署公布一個公文，我們就配合執行，不論就法、理、情來看，我們都是根據這樣的目標執行。跟各位委員報告一個題外的情形，這件事情延宕了 10 幾年到現在沒有解決，9 月 11 日推拿整復師協會創黨，成立政黨，其訴求有一項就是「政府機關非法讓我們退出醫療院所」。這事件 10 幾年來，並沒有非法的情況，只是法令規章不完整，昨天謝委員比喻說是做小偷被抓到，但問題是，中醫界之前所做的行為並無不合法，在這種情況下，列為減項，我們認為這是不符合信賴保護與程序正義。去年衛生署公告緩衝期，健保局也馬上宣告 5 月 1 日起(中醫醫療院所)不可以設民俗調理區，我們中醫團體也是配合執行。

楊主任委員銘欽

對不起，孫委員茂峰，這些其實我們了解，現在是確認文字內容，並不是在協商。

孫委員茂峰

文字部分，我們認為付費者版本，由戴局長提出數據的部分，能否有個比較確實的數據，因為這與我們昨天查到的不一樣。

楊主任委員銘欽

剛剛確認醫院部門時，謝委員天仁特別提到，對付費者版本，如果付費者委員沒有特別提出修改，那醫界部門是不適合加以更改，但孫委員茂峰發言部分，可以放在醫界版本，納入送署裁決內容，可以嗎？您剛剛所講的文字蠻多，能否等一下請您寫成書面文字，給同仁打字後，我們再看一下。請問對中醫部門的版本有無要修正？

孫委員茂峰

如果主委同意的話，在我們中醫部門的版本用文字加註。

(備註：會後經向孫委員茂峰確認，中醫版本無需修正)

謝委員武吉

請問孫委員茂峰，剛才講的謝委員是哪一位？這裡有兩位謝委員，要說清楚，不然我不知道，會緊張啊！

孫委員茂峰

不好意思，我剛才說的是付費者代表謝委員天仁。

謝委員武吉

是謝天仁委員，不是說我，要聽好。

楊主任委員銘欽

請孫委員繼續。

孫委員茂峰

我只是引述昨天您(謝委員天仁)所講偷東西那一段的比喻，針對這一段提出不一樣的看法。

謝委員天仁

昨天講過，我們都聽到，可以各自表述嘛，像醫院部門，我們也不敢講醫院講的一定是錯的，各自表述，互相參考。

孫委員茂峰

我再補充一點，對不起，必須要引用兩位學者專家昨天的意見。昨天兩位學者專家雖然不同意在傷科及脫臼整復標準作業流程項目增加款項，但至少也不贊成列減項，不知道這樣講對不對？似乎昨天專家學者不贊成列減項，如果兩位老師不反對的話，建議列入我的發言紀錄。

楊主任委員銘欽

昨天的協商都會有記錄。

黃委員偉堯

剛剛孫委員茂峰提到，關於增、減項部分，我們並沒有表達態度，只是考慮到適法性，即衛生署 99 年 3 月 3 日的函示，應該要納入考慮，那是後面公告的法令。

楊主任委員銘欽

若要加註文字，請孫委員茂峰再提供給我們。請問付費者代表對付費者版本有無文字修正？只是修正文字，沒有要協商。

陳委員錦煌

主委，稍等一下，再重說一遍，我剛才都沒聽到，這不能開玩笑，以後開會不要旁邊有人來跟我講話，我會聽不清楚。

楊主任委員銘欽

先摘要，再請孫委員茂峰補充，剛剛孫委員覺得他有找到新的數據，因所講的內容有很多數據，所以我建議相關的訴求，請他用文字寫下，請同仁打字投影出來後再看，重點是這樣。剛才孫委員所講的，有一些是重複昨天的內容，因為今天沒有要再協商，所以那部分請他不用再報告，只將想要加在醫界版本的文字寫給我們。

陳委員錦煌

一、我對中醫傷科的看法是這樣，前屆理事長林醫師永農任職 6 年，孫理事長茂峰時任執行長，應很熟悉相關規定。自 86 年衛生署即規定「中醫醫療院所為病人從事推拿業務，非由中醫師親自為之者，全民健康保險不予給付」，若不是中醫師親自執行，健保不予給付，健保局有無和你們掛勾，我不清楚。86 年至今已 14 年，這塊都沒人敢處理，浪費健保資源已達百億以上，95 年申報費用點數為 17 億多，平均每件 540 點，96 年 18 億多點、97 年 19 億點、98 年 20 億多點，99 年健保局開始查核時，針灸、傷科及脫臼整復的申報點數開始降低，較去年同期減少 14.87 億點，我有相關數據，並未冤枉你們，也非亂說。

二、本想請謝律師天仁協助追討，從 86 年非中醫師親自執行卻申報

推拿的費用，後來想說以前的就算了，才根據 100.4.8 費協會第 170 次委員會議健保局報告「中醫門診總額一般服務預算分配方式試辦計畫」資料，提出減列 14.87 億點，節省的錢是給民眾，又不是給我陳錦煌，14.87 億，白紙黑字寫得很清楚，你們應要接受，節省的錢還給我們，有錯嗎？有什麼困難，你們還要繼續污下去嗎？這樣很沒意思！

三、專案計畫，你們若要繼續執行，我並沒意見。若因中醫師親自執行傷科須提高支付點數，經健保局、費協會同意，我也沒意見，但不能發現中醫師親自執行傷科費用有節餘卻不處理！該還給民眾的錢就該還，我是付費者代表，代表 900 多萬勞工來開會的。至於誰說只減列 2.22 億元，我要告他圖利，什麼兩個版本，不要再惹我生氣！我對醫界沒有成見，只是主張省下來的錢，要還給民眾，你們應不好意思，已污 10 年了，不要再這樣。

四、據我所知，中醫有些人開設很多家中醫院所，甚至有人開設 7、8 家，現在健保局開始稽查非中醫師親自執行推拿，就在醫院或診所旁邊開設民俗調理，推拿、按摩有冷氣吹很舒服，像我 60 多歲的阿伯去，他們就會說不用推拿，買瓶 6,000 元的補藥效果比較快，還可抽 3 成，我都有調查，那天我也要去捉，若被我捉到，健保局不處理，我就找健保局算帳。孫博士，你知道我的意思嗎？不要再堅持這些。

孫委員茂峰

陳委員錦煌，我很感謝你...。

陳委員錦煌

等一下，我手上這份資料不讓大家看不行，費協會補充資料第 17 頁，98 年針灸申報件數 14,310 件、99 年 15,351 件，98 年傷科 10,823 件、99 年降為 5,161 件，健保一不給付非中醫師親自執行，傷科案件數就大減，降低 50% 多，我講話都有數據。我與孫委員互不相識，孫委員你認識我嗎？

孫委員茂峰

我認識。

陳委員錦煌

你認識我，我們只是委員的關係，並不認識，我沒得罪你，你和我也沒有仇恨，純粹是用數據說話。

孫委員茂峰

我知道。

陳委員錦煌

這些錢，你們要還我們，其餘說什麼，我都聽不懂啦。

孫委員茂峰

請給我解釋說明的機會。有時也會有沒聽清楚的時候，包含昨天協商時，委員提到專案計畫限定只有醫院能做、基層不能參加等，經我解釋後，委員也能了解。

陳委員錦煌

我也有同意給啊！

孫委員茂峰

所以，有時委員您也會弄錯，請給我們解釋的機會，若我...。

陳委員錦煌

你說我弄錯？

孫委員茂峰

抱歉，我說錯，是我們解釋不清楚。

陳委員錦煌

我是衛生署聘的勞工代表，你要弄清楚！

孫委員茂峰

我了解，你代表 900 多萬勞工。

楊主任委員銘欽

孫委員茂峰，文字上...。

孫委員茂峰

我想簡單回應一下...。

謝委員天仁

現有三種版本，主席本想能否有機會彼此折衷，達成共識。我的看法，醫界和我們的想法天差地遠，無須再多講，多講並無意思，如果你認為在會上的發言內容，其他中醫師不知道，可將這 2 天的錄音內容燒錄成光碟送給會員，沒必要硬再說這些話，已談不成，就送署裁決。

陳委員錦煌

請教一下，付費者代表有 2 案，我堅持減列 14.87 億元，哪些人贊成減列 2.22 億元？必須具名，我不怕得罪你們。

楊主任委員銘欽

陳委員錦煌是要...。

陳委員錦煌

除剛提到減列 14.87 億元，要再加上 1.05 億元，總共扣除 15.9 億元。

楊主任委員銘欽

陳委員的意思是，付費者有 2 個數據，一為減列 14.87 億元，是陳委員提議的...。

陳委員錦煌

還有昨天提到的以 99 年傷科處理 525 萬人次推估之 1.05 億元，也不能給他們。

楊主任委員銘欽

中醫界提出的協商項目「中醫傷科標準作業流程」新增預算 1.05 億，付費者並沒同意給他們。陳委員的意思是，詢問有那些委員同意減列 2.22 億元嗎？

陳委員錦煌

其他委員若覺得減列 2.22 億元有道理，就具名一下。

楊主任委員銘欽

請問委員是否同意具名？

葉委員明峯

我認為付費者代表方案二，若專屬陳委員錦煌建議，可在後面加上括弧(陳委員錦煌的提案)，方案一則無須特別註明，應是其他付費者委員的共識...

陳委員錦煌

說什麼！送衛生署變成用表決，開玩笑，什麼一案、二案。主席，你不要把我當成不會開會，有時我只是不想講而已，我也當過民意代表，不要搞不清楚狀況！

楊主任委員銘欽

陳委員的意思是希望送署的版本，付費者僅有一案？

陳委員錦煌

衛生署看到會想，委員才幾位，怎會這樣！

楊主任委員銘欽

這個案子其實很單純。委員的建議有 2 個數字，將並陳署長參採。

陳委員錦煌

要具名，你聽不懂嗎？

楊主任委員銘欽

有需要具名嗎？

陳委員錦煌

要！我要讓大家知道，我也要了解，是誰同意僅減列 2.22 億元。費協會的協商機制並沒有表決，但協商過程中，委員應支持付費者的建議，若不支持，就應具名。

孫委員茂峰

這些原則與會議規範，我們都尊重，尤其是陳委員錦煌講的。只是剛陳委員提到，我覺得有些事情的真相，須澄清。陳委員提到我們先前違法、不合法的請領健保費用等，衛生署 88.7.29 的公文...

陳委員錦煌

我們監察院見面好了。

楊主任委員銘欽

孫委員...

孫委員茂峰

讓我把衛生署的公文說明清楚，就一句話，好不好！

陳委員錦煌

我以前就聽聞，規定非中醫師不得執行推拿，昨天也問過健保局蔡組長，推拿是不是醫療行為。是醫療行為，一定要醫師執行，有錯嗎？

孫委員茂峰

醫療，也有輔助行為...

陳委員錦煌

什麼輔助，不要再辯了！

楊主任委員銘欽

本案停止討論。請問謝委員武吉要說的，和本案有關嗎？

謝委員武吉

我聽了陳委員錦煌和孫委員茂峰的一席話，基層和醫院都覺得心有戚戚焉，我們被健保局修理，都還不知道。推拿屬醫療行為，自健保開辦至今，西醫的密醫若被健保局捉到，不僅被扣罰，還要移送法辦，被判刑、被關，對我們實在很不公平。中醫減列 14 億元，係以 99 年做基礎，那我們以前被健保局扣的，拜託要還給我們；另，

法律上的問題，也要還我們清白，才符合社會的公平、正義、合理。
請將我的要求，列入紀錄。

楊主任委員銘欽

孫委員茂峰，不好意思，本案就這樣處理。如果你想修正中醫版本，請提供書面修正意見給本會幕僚，俾配合修正。

孫委員茂峰

主席，我想說一句話。中醫是小總額，我並不想給大家帶來那麼多麻煩，或浪費大家的時間。但同樣身為委員，連發言或對於其他委員的意見做回應或解釋的機會都沒有的時候，真的覺得很遺憾。陳委員所說的某些部分，我們覺得有些誤解，剛僅是嘗試用數據或公文說明，最起碼讓大家知道來由，但卻沒獲得發言的許可，我們覺得很遺憾。

楊主任委員銘欽

抱歉，今天委員會議僅針對昨天協商結論作確認，並無多餘時間可進一步討論實質內容，主要是針對文字做修正或確認。我剛說終止討論的意思，是不再討論中醫師親自執行傷科的議題。孫委員茂峰如覺有進一步說明的需要，可整理相關資料，提案討論。

謝委員武吉

再補充一下，剛我提的，要列入會議紀錄，並請衛生署回答。

楊主任委員銘欽

會列入會議紀錄。接下來進行西醫基層部分的確認。

陳委員錦煌

等一下！主席，請教一下，付費者委員兩案併陳，要怎樣處理。

楊主任委員銘欽

我想還是兩案併陳。

陳委員錦煌

具名，你當沒聽到喔！

楊主任委員銘欽

具名...。

陳委員錦煌

我主張減列 14.87 億元，是誰同意減列 2.22 億元，要具名。

謝委員武吉

具名，就具名，已 11 點 10 分了。

謝委員天仁

主席，程序問題。

楊主任委員銘欽

好，程序問題。

謝委員天仁

既然陳委員錦煌一再堅持要求具名表決的方式，我的看法是儘量尊重，就進行具名表決，以免影響議事程序，致無法繼續進行，不知其他委員意見如何？

陳委員錦煌

付費者不要有兩案併陳，免得衛生署裁決時說，怎會有兩案。

楊主任委員銘欽

好的，委員是否同意具名表決？就是舉手表示贊同哪一案。

陳委員錦煌

沒有表決，具名就好。

廖委員本讓

昨天討論時，付費者委員同意健保局所提的方案，減列 2.22 億元，但陳委員錦煌不同意，所以才陳委員一個案，其他付費者委員另一個案。

陳委員錦煌

2.22 億元，你是做什麼人情給人家，是昨晚和人家談定的嗎？

廖委員本讓

那並非昨晚講的。

謝委員天仁

是昨天下午討論的。

廖委員本讓

是昨天下午討論的結論，都有紀錄。

蔡委員登順

既然陳委員錦煌堅持，我們也尊重會議程序，剛廖委員本讓也提到，減列 14.87 億元是陳委員的主張，他講得很清楚，看是否有委員要附和他的意見，如沒有人表達，就是大多數贊成減列 2.22 億元。

陳委員錦煌

這樣也可以，將來在全國勞工聯盟總會開會時，我會公布誰贊成減列多少錢，讓大家知道。

楊主任委員銘欽

第一次有委員要求採具名的方式。

陳委員錦煌

報告主委，將來我在全國勞工聯盟總會的理事會，會提出報告。中醫傷科節餘 10 幾億元，那個單位的代表支持減列多少錢，我要公布，怕什麼，不要緊，來啊，試試看，要確認並具名！當委員來開會，你們在做什麼，要搞清楚狀況，不要圖利他人。

楊主任委員銘欽

委員係根據既有的數據判斷，如陳委員錦煌堅持要知道哪幾位委員贊成減列 2.22 億元，哪幾位則贊成減列 14.87 億元...

陳委員錦煌

看那個團體贊成減列 2.22 億元，來，都把他寫出來。

謝委員天仁

逐一表達。

楊主任委員銘欽

就逐一表達意見，是否從謝委員天仁開始。

謝委員天仁

昨天我已充分表達意見，認為這部分確實應列為減項，至於減列金額，則依健保局的試算，健保局提出的是 2.22 億元，我代表消基會，同意。

蔡委員登順

基本上，我們支持減列 2.22 億元是有依據的，健保局預估 100 年傷科及脫臼整復的費用，較 99 年減少 4.44 億元，我個人認為其效應，一半應回歸民眾，一半應回歸中醫界自律管理的努力，所以減列一半金額，為 2.22 億元，是基於這樣的理由，並非隨便亂減，確有依據。

陳委員錦煌

我是依據 99 年醫療費用點數較去年同期減少 5.8%，主要為就醫人數減少 3%，致件數減少 4.1%，其中又以針灸傷科及脫臼整復案件之點數減少 44.7%(14 億 8,710 萬點)為大宗，以上是健保局的報告資料，不是我自己說的。健保局你們要注意一下，你們說減 2.22 億元，當心我告你們。費協會第 170 次委員會議，白紙黑字寫得很清楚 14.87 億，你們現卻提出 2.22 億元，一定要說明清楚。我身為全國勞工聯盟總會代表，主張節餘的錢一定要歸還民眾，才不會每年都要增加健保費。一定要扣 14.87 億元，全國勞工聯盟總會主張這樣。

廖委員本讓

昨天我已表達過我的立場，中醫師公會也已提出說明，後有法令禁止由助理執行推拿，傷科的費用點數減少 40% 多，因為那是 99 年

的資料，有無違法是依當時的法令，並非現在。我同意依現在健保局的預估值，減列 2.22 億元。

葉委員明峯

有兩位委員已離席(葉委員宗義、何委員語)。我代表工商協進會，昨天未出席會議，因工商協進會有公務行程至南京參加兩岸企業高峰會議，昨晚才回來。剛聽了本案相關說明，也了解 2.22 億元係經健保局試算，我贊成這個數據。

陳秘書健民(林委員啟滄代理人)

我是漁會代表，林委員啟滄有事未出席，由我代理。我認為要減列，至少減 2.22 億元。

黃委員偉堯

我附議謝委員天仁及蔡委員登順的建議。

許委員怡欣

我也附議謝委員天仁的建議，謝謝。

孫委員碧霞

這件事有點為難，現在是決定 101 年中醫門診總額應分配多少，因為落實中醫師親自執行傷科後，的確減少支用，所以明年度必須減列費用，應該減多少，健保局已有估算，但陳委員錦煌從維護勞工權益立場，主張要減更多費用，兩個版本的金額都有依據，建議再精算後請衛生署決定。

莊委員淑芳

對這個案子，我一直想說中醫師要自律，很好，但從銓敘部的立場，自從衛生署函釋後，必須由中醫師負責所有推拿工作，有些中醫院所只有一名中醫師，一天要負責 100 多個推拿，幾個禮拜下來，可能會過勞死，健保局可能要面對中醫師人力夠不夠的問題。中醫界因署的公文必須進行自我管理，是很好，故我贊成昨天議定的 2.22 億元。

曾簡任視察錦春(劉委員清芳代理人)

個人贊成莊委員淑芳的意見，謝謝。

凌委員月霞

把過去的錢追回來，不曉得實際執行有無困難，且健保局的相關規定是 100 年行文，考慮到適法性及健保局的作業問題，我傾向減列 2.22 億元。另，由中醫師親自執行推拿，因執行的時間會變長，服務量相對就會減少，但中醫師親自執行所耗費的心力會較多，在支付標準上或可酌作調整。

楊主任委員銘欽

我自己是主席，雖應保持中立，但我也表示贊成，應有扣減，在沒有更多數據之下，贊成用健保局所提供的數字。但還是請中醫師公會參考，這是在僅有的片段資訊下所做的決定，中醫師公會可整理更完整的資料，俾利送署裁決時，能有更多資訊供參考。

陳委員錦煌

尊重各委員的意見，但我會把大家的意見公布出來，沒辦法，包含消基會。

楊主任委員銘欽

沒關係，我們的紀錄本來就是公開的...。

陳委員錦煌

在全國勞工聯盟總會開會時，我會公布誰贊成 2.22 億元，我是職業工會的，贊成 14.87 億元，大家各自表述，無所謂，包含勞委會的意見，我都尊重，我也會跟王主委講，你們就是這樣，我尊重你們就對了。為了避免浪費健保費，我必須看緊，扣下來的錢又不是給我陳錦煌，我參加費協會是賠錢，花自己的錢來和你們開會，來顧健保的費用，你們一定要如此，我就要把大家一一公布，看你們有多清白，沒關係，尊重你們的意見。請健保局戴局長說明，為何是 2.22 億元？

蔡委員登順

大哥，開會，不要這樣啦，互相尊重，好嗎？

陳委員錦煌

我管不到這麼多，要怎樣，我都沒關係。

蔡委員登順

你不能一個人硬壓大家，要互相尊重！

陳委員錦煌

我有不尊重你嗎？我尊重你的發言，這樣不行嗎？

蔡委員登順

你要怎樣做，儘管去做，何必恐嚇我們。

陳委員錦煌

我正式抗議。

蔡委員登順

我也抗議，我告訴你，我也屬全國產業總工會代表。

陳委員錦煌

主席，請局長說明為何是 2.22 億元？

楊主任委員銘欽

這個案子...。

蔡委員登順

大家都表達過，就好了。

葉委員明峯

主席，大家都已表達，就不要再討論了。

陳委員錦煌

我為什麼不能說！

楊主任委員銘欽

陳委員...。

蔡委員登順

不要恐嚇人啦！

陳委員錦煌

恐嚇，也沒關係，不然，是要怎樣！

楊主任委員銘欽

本案到此，如果有需要，晚點有機會再說明，還須確認西醫基層及其他預算。

蔡委員登順

委員代表不同團體，請大家互相尊重！

陳委員錦煌

你們要減列 2.22 億元，有尊重我嗎？

蔡委員登順

我不能有我個人的意見嗎？

陳委員錦煌

可以啊！

蔡委員登順

所以，我說出個人的意見啊，我尊重你，你也要尊重我嗎！

陳委員錦煌

我為何不能公布大家的意見！

蔡委員登順

你要做就去做，不用在這裡恐嚇大家。

陳委員錦煌

我哪有恐嚇！

蔡委員登順

很多人都有聽到，有無道理，大家會公評。

陳委員錦煌

沒關係，你們所屬單位的代表若認為錢可以給中醫拿去亂花，尊重你們，但我就是不同意。

謝委員天仁

我插一句話，去年協商時我已要求整個協商的發言摘要要公開，900多萬勞工上網可以看到會議紀錄，陳委員不用擔心。

陳委員錦煌

怎麼能亂來，14.87 億元就是要還給健保局，也不是我要拿回去，我也沒辦法拿回去。現在先還給健保局，中醫以後再重新開始。試看看，沒關係啦，什麼恐嚇！

楊主任委員銘欽

陳委員錦煌已表達很清楚，接下來進行西醫基層總額部門的確認。

陳委員宗獻

建議休息 5 分鐘，好嗎？

謝委員武吉

剛好像待在苦牢。

楊主任委員銘欽

有需要休息 5 分鐘嗎？好，休息 5 分鐘。

(休息 5 分鐘)

楊主任委員銘欽

請大家就座。請參閱西醫基層的第一頁，請宣讀。

陳專員燕鈴：宣讀現場發送之西醫基層總額協商結論(略)

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。請問基層代表對昨天的共識會議結論文字有無修正？

陳委員宗獻

基本上所有數據和相關資料都符合昨天的內容，但是有關 B、C 肝

炎治療計畫之「(1)本項預算不足部分，由一般服務支應」，我們昨天沒有談到。

楊主任委員銘欽

剛剛宣讀時已修正為「不足部分，由其他預算支應」，請參看投影螢幕上修正後文字。

陳委員宗獻

已經修正了，謝謝。

李委員明濱

那我們接受，紀錄確定。

楊主任委員銘欽

西醫基層部門紀錄確定，現在進到今天的正式議程。

林執行秘書宜靜

還有其他預算。

楊主任委員銘欽

對不起，還有其他預算，太想要散會，累了、累了。

陳院長特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

主席，可以發言嗎？

楊主任委員銘欽

請陳院長特助瑞瑛。

陳院長特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

我實在很疑惑，西醫基層 B、C 型肝炎治療計畫 101 年編了 157 百萬，因為計畫內容沒有改變，所以比照 100 年，這部分沒有意見。可是為什麼現在的結論，本來健保局建議從專款移到一般服務，現在還是在專款，但不足部分為什麼西醫基層可以從其他預算支應，而醫院部門則要從一般服務支應？這不合理，如果是因為有藥價節餘款，西醫基層也有節餘。但原來書面的決議，101 年 B、C 型肝炎

治療計畫編了 157 百萬，不足部分由一般預算支應。但今日投影畫面呈現的決議是，不足的部分由其他預算支應。但醫院部門 B、C 型肝炎治療計畫預算不足時，仍是由一般預算支應，是否有誤？

楊主任委員銘欽

這部分當然有一些歷史背景，前 2 年有一些經費是從一般服務的藥價節餘款支應。101 年大家可以看一下醫院部分第 1 頁最下面，若照過去編下來，專款和一般服務加起來 35 億，如果還不夠的話，由其他預算支應。

陳委員錦煌

我有意見，今天已經有委員先離開了，昨天的協商工作就應該依照昨天的結論記錄，不能再變更，不然像葉委員宗義等今天不在，若紀錄再變更就是不尊重委員。未盡事宜應該昨天就解決了，議程安排的討論時間是 7 點 40 分至 10 點，結果會議開到晚上 10 點，今天又討論這些，而且部分委員已經離開，現在還要講什麼，有什麼好講的。

楊主任委員銘欽

現在是委員會議。

陳委員錦煌

那還要講什麼，有什麼好講的，直接確認就可以了。

李委員明濱

是不是西醫基層部分我們接受、確定，剩下的案有意見的話就回歸到各部門談，不要弄亂程序。

陳委員錦煌

對，在這裡談浪費我們的時間。

楊主任委員銘欽

剛剛的說明，主要是回應陳主任瑞瑛的問題。

謝委員武吉

西醫基層的 B、C 型肝炎專款原來寫的是，不足部分由一般服務支應，為何改為由其他預算支應。

楊主任委員銘欽

昨天在協商的時候沒有講到一般服務的部分，基層歷年來都沒有講到一般服務部分，因為不會用到。

謝委員武吉

主席能夠確定嗎？如果用到的話就拿你的薪水來補。應該和醫院一致都用一般服務支應，不然就是醫院也改成其他預算支應。

陳委員宗獻

各部門協商有各自的狀況，我們協商的狀況是採實支實編的精神，所以和醫院部門不一樣，每項都要比照也很困難。

楊主任委員銘欽

基層是基層，醫院因為過去有其歷史背景，我先說明到此。進到其他預算部分，請宣讀。

陳專員燕鈴：宣讀現場發送之其他預算協商結論(略)

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝宣讀。剛剛西醫基層有一段文字昨天協商時並沒有講到，是評核委員的意見，我建議刪除，就是西醫基層 B、C 型肝炎治療計畫的「(2)本計畫自 93 年試辦迄今，已實施 8 年...」，這段文字，昨天沒有在我們協商的範圍內，建議刪除。
- 二、其他預算部分，蔡組長淑鈴發現第 2 頁「(八)慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」之 2 項方案經費有分列，健保局建議不要切割，這樣彈性大一點，可否將金額部分刪掉。此外，戴局長桂英有另外的項目要向大家說明。

戴局長桂英

- 一、謝謝各位委員支持健保局提出來的其他預算分配方式，因為昨天協商時間已經很晚，其實對於其他預算「(六)增進偏遠地區

醫療服務品質計畫」部分，我們原來希望預算為 930 百萬元，當時沒有花很多時間向大家報告，因為這個方案衛生署在監察委員的全民健保制度總體檢報告出來之後，列為很重要的計畫，希望對於比較偏遠的醫院，採保障點值等方式，強化其功能，尤其是對當地民眾醫療服務不可替代的醫院。昨天我的說明，原來是 15 家，感謝 100 年有 2 億的預算，但 2 億本身是不足的，會用到「其他預期政策部分」的費用。

- 二、今年衛生署很重視的百年醫療改革近期計畫，就是今年開始規劃，明年要實施的計畫，希望我們推動到 40 家，建議(六)可否還是維持原提報金額 930 百萬元。如果委員覺得總預算額度不適合再變動，建議將「(五)其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」的一部分預算調整至第(六)項，因為(六)是政策已經明確要推動的事項，(五)則是預留其他預期政策改變所需經費，可否做這樣的調整？謝謝。

楊主任委員銘欽

謝謝局長的說明。今天雖然是協商結果的會議紀錄確認，不是在協商，因為協商已經結束，但局長覺得這個部分昨天沒有說明清楚，所以再爭取各位委員的支持，如果大家覺得調整總數不好的話，可以從第(五)項做調整，各位委員的意見如何？請朱副院長益宏。

朱副院長益宏

- 一、我是台灣社區醫院協會代表，我想監察院黃煌雄委員這次提出的報告，很大的一個關鍵就是在比較偏遠地區的醫院沒有內外婦兒科，沒有 24 小時急診功能，導致病人往大醫院、醫學中心湧入，使台灣的醫療網產生很大的問題。
- 二、健保局其他政策和剛所提到衛生署政策，皆有特別就增進偏遠地區醫療服務品質提出一個計畫，個人覺得很高興，而且在今年編了 2 億，聽說到 8 月已經花了大概 1 億 8 千至 9 千萬元，所以預算不足，而且今年只有 15 家醫院納入這項計畫。若今年署預計要有 40 家醫院的話，大概成長 3 倍，2 億不足的話，

至少需要 7 億 5 千萬左右。

三、呼籲各位委員站在社區醫院的立場，支持本案，不然前面我們談的再多，偏遠地區靠一些社區醫院維持，不給他支持的話，最後整個醫療網還是垮台。剛提到護理人力要怎麼增加，什麼東西要怎麼增加，最後在偏遠地區這個醫療網一垮掉的話，再來個 921 地震、88 水災，整個地區就會變成無醫鄉。

楊主任委員銘欽

謝謝說明。主要是付費者代表這邊的意見，請謝委員天仁。

謝委員天仁

其實昨天有考慮到，本來的作業如果這些偏遠地區醫院經費不足，也是從「其他預期政策改變」經費去平衡，也就是說「其他預期政策改變」預算本身就是保留一個彈性，把錢放在這邊或那邊其實一樣，所以這部分我覺得還好，可以互相調節，應該不成問題。

陳委員錦煌

我看多 1 億好了，我們勞工也很關心偏遠地區，我看給 8 億 3 千萬元好了，我也要做人情給人家。

謝委員天仁

目前只有 5 億而已。

陳委員錦煌

現在已有 2 億回歸到該項預算，剛醫界也擔心經費不足，就補到足。

楊主任委員銘欽

所以陳委員錦煌支持補到 9 億 3 千萬元。請蔡委員發言。

蔡委員登順

剛謝委員天仁已經講的很清楚，「(五)其他預期政策改變所需經費」預算從 5 億變成 10 億，已經增加 5 億，第(六)項本來是 2 億，後來編至 5 億，這二項經費可以互通的，不夠時可以流用。附帶要求，拜託健保局好好管控，這項金額很大，偏遠地區人口少，但確實有

此需求及必要性，拜託健保局要訂定管控指標，定期至委員會議報告。

葉委員明峯

贊成局長修正增加的意見，剛陳委員錦煌建議再加，如果大家支持，我也不反對。

楊主任委員銘欽

前面已提過，現在進行的是昨天協商結果的確認，原則上只做文字修正，如果有錯誤地方我們做修正，而不是進行實質協商。本項是有委員支持，也認為這樣的制度對國民的健康有幫助。是否還是先確認，在經費上並沒有要修正，但剛剛委員提到，如果有不足的部分，可以從第(五)項經費支應。

廖委員本讓

現在只做文字修正，如果第六項經費不足，就從第(五)項其他預期政策改變項下經費撥過來即可。

謝委員天仁

我們只做文字修正，不應該做實質變動。

楊主任委員銘欽

這部分紀錄確定，畢竟現在不是協商，而且經費是有來源，我們把文字列入紀錄，請大家看一下投影螢幕，第(六)項增列「不足部分由前項(五)經費支應」，這樣萬一不只 7 億、8 億，也還有經費可支用，這部分沒有其他修正意見的話就確定。請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

剛才主席提到西醫基層 B、C 型肝炎治療計畫關於(2)的文字刪除，那段文字提醒我一件事，就是之前在評核會時大家很關心該計畫的成效，因為本項計畫金額很大，爭議也很大。至於成效當然有短期和長期成效的差別，雖然這段文字刪除且長期成效評估不易，但建議健保局至少能先蒐集短期成效的資料，評估其實證效果。不然我

們花了這麼多錢，還是不知道到底效果如何？希望執行面能夠評估成效。

楊主任委員銘欽

謝謝黃委員偉堯的提醒。請執行秘書發言。

林執行秘書宜靜

跟各位委員再請託一下，因為我們在做紀錄時，發現有個地方幕僚不是很確定，所以跟大家再確認一次，就是在醫院總額部分，「提升住院護理照護品質」，目標值請大家再看一下，目前是寫「101 年年底較 100 年年底淨增加 1,500 人為目標」，有部分付費者認為我們寫的不對，是以 3,000 人為目標，所以還是提出來再確認一次，謝謝。

謝委員天仁

本來昨天講的是 3,000 人，如果改成 1,500 人，已經涉及協定條件本身的變更，而不是文字確認，我們要提醒護理師公會，這東西不能隨便變動，你們如果認為 3,000 人做不到，就應該調降經費才對，你們提出來的說帖資料是這樣寫的。

葉委員明峯

陳委員玉枝所講的 3,000 人，是講 20 億可以雇到 3,000 人，我們現在只有增加 10 億，原來就有 10 億，應該講清楚才對。

謝委員天仁

我們是給 20 億，怎麼會只有 10 億。所謂的專款是以年度計算，既然以年度計算，我們給的就是 20 億。

葉委員明峯

差量是後量減前量，在表達的時候還是以原來有多少減出來的差量，但是以年度基礎來看是對的。

楊主任委員銘欽

我想源頭當然跟護理師公會所提出的說明有關，因為文字上是這樣敘述，所以付費者委員根據敘述來做決定，現在謝委員天仁覺得當

時他做這樣的決定，是以全年 3,000 位為目標值。

蘇委員清泉

去年 10 億聘了 1,800 多位護理人員，今年編 20 億，只多 10 億，但是要比去年多 3,000 位，合計約 4,800 位，如此一來，會比外勞薪水還低，可能無法執行。

楊主任委員銘欽

現在可否再商量一下，再確認文字，我想謝委員天仁還是很堅持昨天的協商結論。

葉委員明峯

要務實的將結論寫出來，否則根本不能執行。

陳委員玉枝

- 一、感謝謝委員天仁。我們當初是說調查現在的缺額大概有 5 至 8 千人，所以如果以 20 億，每人年薪 60 萬來看的話，約略可以補到 3% 的缺口，大約 3,000 人，這是我們的想法。
- 二、昨天醫院協會的代表有提出，100 年本來就有 10 億，也陸續在請人，若明年增加 10 億，人頭和薪資是相輔相成，有時候也要提升薪資才請得到人，所以今年請的明年繼續延聘，明年 20 億再增加 1,500 人，這樣 2 年合計以 3,000 人為目標較為可行。
- 三、我也打電話與護理師公會全聯會理事長討論，說明昨天協商時，醫院代表提到今年請的，要繼續請下去，因此今天早上才會說，如果 100 年加上 101 年連續下來，以 3,000 人為目標值，我第一次發言是這樣的意思。後來因為謝委員天仁提到預算是 一年一年談，不要提 2 年，才會將紀錄文字改為 101 年較 100 年底增加 1,500 人為目標值，整個過程是這樣。

謝委員天仁

如果照你的邏輯，只要你增加人，以後每年都要給你幾 10 億元，那開玩笑。我已經講過，這只是一個點火的功能，費協會本身在投東

西，鼓勵醫院配置多點人力，就這樣。如果照你的邏輯，今年 10 億元，明年還要再加 10 億元，現在要請 3,000 人，後年還要給 30 億元，不然無法維持，這樣下去還得了，這不是我們原來的本意。

葉委員明峯

我想這樣子質疑陳委員玉枝，她也有困難，應該是大家同意給 20 億元，但健保局要基於醫事人力合理化，以後年度應考慮如何將增加的人力納編，俾能負責永續薪資的支付。因此，本人認為最後應該回歸到健保局及衛生署去思考如何根本處理這問題。

陳委員玉枝

我覺得本意是符合謝委員天仁及各位委員的意思。醫院基本上就應該聘人的前提下，可是覺得業務量需要、病人的嚴重度增加、老人多重疾病照顧的需求等，使得護理人力的工作負荷量重，希望能夠鼓勵多聘一些護理人員，緩解工作負荷量，提供病人更安全的照顧。我本意一直是這樣沒變。只是說醫院拿了這獎勵金，有無去聘請人員，所以要有人力目標值，與謝委員所說的意義是一樣的，您要支持的本意一直是這個方向。

陳委員錦煌

- 一、我的看法是這樣，101 年 20 億元我同意，但若 102 年沒有這筆預算，醫院已經聘用的員工該怎麼辦？雇主與員工來陳情，那不就我們每年都要付你們這筆錢，拿健保的錢給醫院聘護士，這樣我有意見。
- 二、老實說選舉前來做這些事情，要好好規劃一下，勞委會有職訓局，我聘一個臨時工 6 個月，那些錢都由勞委會來處理，6 個月一到，雇主就沒事情，我也不用麻煩。你現在 3,000 人或 1,500 人也好，受聘到醫院後，有預算就繼續經營，若以後沒有預算，醫院要自行吸收，若吸收的中間醫院和聘用者還訂契約的話，要怎麼處理？到時問題又跑出來，這些都要算清楚，不要護理師公會開大會，總統跑來喊爽的，像蘇清泉委員所說喊爽的。

三、萬一 102 年沒有這筆預算時怎麼辦？要是醫院不再聘用這些人怎麼辦？這些都是問題。不是你今天代表公會來，把錢帶回去就可以交代，不能一勞永逸，這真的不是在開玩笑。勞委會看要不要配合職訓局，編列公務預算，固定專款，不用煩惱，不用每年來費協會，就用這條說今年要編列多少錢，不然聘不夠。應該要有個常設機構，不能都是臨時的，明年要是委員不爽快時，不就沒有這筆預算。我想的比較長遠，醫院欠缺護士，護士有執照，應該叫職訓局或衛生署編列一些經費，來補助醫院，這樣比較實在。如果欠缺護士，請勞委會修法引進大陸護士進來，他們經過對岸衛生部考試通過，我們聘請來當護士，相信他們的工資應該不用這麼高。不需要引進醫師進來，如果引進醫師，那本地醫師就沒工作了，對岸醫師工資更便宜。你們可以朝這方向考慮看看，多管齊下。不要想一次 10 億元拿回去，明年要是沒有這筆預算要怎麼辦？這些都是問題，請大家思考看看，不是只有喊爽的。

楊主任委員銘欽

請孫委員碧霞發言。

孫委員碧霞

再次澄清護理照護品質專款計畫不應作為短期用人計畫。本來，醫療機構應該要配置充足的護理人力，現在因為人力不足，工作超時，待遇低，導致惡性循環，甚至有些醫院宣稱和護士約定是責任制，工作時間很長，不給加班費，這是違法且不合理的。因為會影響到醫療品質，本委員會特別編列專款來鼓勵醫院改善，但不應因此把專款取代原來醫院該負擔的人事成本，更不能只增聘臨時人力。所以，支用專款要有配套措施，也許是部分補助的概念；醫院用人，已提供服務費用支應，醫院有了這筆獎勵金進來，可以給予護理人員比較好的待遇，並且增加人力，同時，醫院也不宜進用六個月短期人力，再次強調是長期用人，要有配套解決人力不足的問題，不是只靠專款。

楊主任委員銘欽

謝謝。請謝委員天仁發言。

謝委員天仁

大餅每年都在增加，請各位看看今天的資料，今年醫院部門可能增加 140 到 150 幾億元，若增加 150 幾億元，不用增加護士嗎？當然要，我們又點火給他一些相關資源，當然他就聘用了，餅越來越大，護士可能越來越少嗎？今天聘請一些人，明年就叫他走路，因為沒有再編 20 億元，有這種邏輯嗎？多的錢醫院怎麼消化運作？我認為這些邏輯運作大家應該要思考，費協會不是全部埋單，我們只是做點火的工作。就像勞委會所提促進就業方案，失業率這麼高，6 個月去做，等景氣起來以後，有些人就卡位在那邊了，技術上就是這樣的意義。我們也是，餅本身也變大了，比企業更明顯，企業有些還不見得經濟復甦，我們每年都增加，每年成長率很少低於 3%，每年多 100 多億元，怎麼可能護士沒辦法消化。我認為不能今年給你 10 億元，明年說 10 億元一定要有，然後再加 10 億，之後變成 30、40、50、60 億元，那我們就倒了。所以我認為這些指標本來就是這樣，相關的細節，應該請護理師公會和健保局再規劃，然後提到委員會讓大家確認。

楊主任委員銘欽

- 一、好，這部分就先確認，「以 101 年年底較 100 年年底淨增加 3,000 人為目標值」。
- 二、接下來進行委員會議的其他事項。先徵詢討論案之提案委員，陳委員錦煌及謝委員武吉，是否同意移至下次委員會再討論？(陳委員錦煌及謝委員武吉點頭表示同意)謝謝。
- 三、現在召開第 175 次委員會議，到目前為止，已處理討論案第一案，可否請大家忍耐一下，將宣讀會議紀錄及處理追蹤事項後就結束。請同仁宣讀第 174 次委員會議紀錄。

貳、報告事項第一案「確認本會上(第 174)次委員會議議事錄」及報告事項第二案「本會上(第 174)次委員會議決議(定)事項、歷次委員會議未結案件辦理情形及重要業務報告」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。請問委員對 174 次委員會議決議有無文字修正意見？若沒有要修正，紀錄就確定。接著進行報告事項第二案，請執行秘書報告。

林執行秘書宜靜

- 一、請翻開議程資料第 67 頁，有幾項追蹤事項向大家說明。第 67 頁為第 174 次委員會議追蹤情形，總共有 3 項，第 1 項請各部門研提協商草案，已納入議程內容，建議結案；第 2 項委員提案，第 1 部分有關急診照護的建議請衛生署通盤檢討，已於 8 月 24 日函請衛生署參考，建議結案；第 3 項是針對十大初級照護疾病及其支付的問題，這部分已請健保局辦理，目前健保局正分析各層級醫院十大初級照護疾病的申報情形，並續辦後續事宜，會另案提供，故本項建議繼續追蹤。
- 二、第 68 頁，有 2 項歷次會議追蹤情形，第 1 項是門診透析服務費用於 101 年度在西醫基層與醫院總額之分攤方法，健保局已於 8 月份提透析執委會討論，也已應用在 101 年度總額協商，建議結案。第 2 項為委員提案，建議健保局儘速檢討住院病患至他院轉診與轉檢等相關規定，健保局在 8 月 31 日有召開會議檢討，相關程序會繼續辦理，本項建議繼續追蹤。以上說明。

楊主任委員銘欽

- 一、各位委員對於報告事項有無詢問？如果沒有的話，則依幕僚建議處理，餘洽悉。
- 二、議程資料第 73 頁報告事項第三案是健保局表定口頭報告「醫療費用支出情形」，今天時間已晚，桌上有一份健保局提供的支出

情形報告資料，請大家參看。可以嗎？若有詢問，就於下次會議提出。

陳委員錦煌

今天大家趕著要回去，同意不要報告，但是下個月要報告，我要順便了解第 170 次委員會(4 月 8 日)議程資料第 49 頁之 99 年中醫醫療費用申報分析摘要，請算清楚讓我了解，不要說我冤枉他們，大家算清楚。

楊主任委員銘欽

陳委員建議 10 月份再來報告？

陳委員錦煌

對，看到底是什麼情形，請算給我聽，不要說我來這邊開會隨便講話，這樣就沒意思。局長，這樣你有沒有聽到？

戴局長桂英

您剛剛那一份資料有看到了。

陳委員錦煌

下個月跟我報告，剛剛跟你問，你說你忘記了，不是不會啦。

戴局長桂英

我說那是實際的數據沒錯，但要怎麼扣是需要討論。

陳委員錦煌

我知道你暫時忘記，下個月記得報告。

楊主任委員銘欽

討論事項第二、三案是陳委員錦煌提出來，第四案是謝委員武吉提出，剛剛徵詢提案委員意見，同意移到下次委員會討論，感謝兩位提案委員。接下來用餐時間。請各位委員給自己一點掌聲，大家都辛苦了，特別感謝健保局同仁花很多時間整理資料，謝謝。

本會 101 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、101 年度總額協商－「牙醫門診總額」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

- 一、健保局局長、組長及同仁，還有今天協商重頭戲的各位主角－委員及醫界代表大家早安，現在開始協商會議。
- 二、開始前，請執行秘書先報告今天的流程，有些醫界代表可能協商完畢後會先行離開，但大部分付費者及政府機關代表需要一整天。另外，桌面上有些補充資料，一併請執行秘書向大家報告。

林執行秘書宜靜

- 一、各位委員及貴賓大家早，今天會議分五個場次，第一場為牙醫門診總額、第二場為醫院總額、第三場為中醫門診總額、第四場為西醫基層，最後場次為其他預算。
- 二、先向委員說明，今年協商方式與往年不同的是各部門不進行簡報，直接進入逐項討論，以爭取最多時間進行協商。
- 三、再向各位說明，補附資料「101 年度全民健保醫療費用總額協商暨第 175 次委員會議補充資料」的內容，係按總額別區隔，主要來源之一為委員詢問，希望健保局提供答案，經本會請辦健保局後整理；另外，本會針對協商項目，請健保局提供數據，也一併整理，俾利討論時參考。協商過程中，部分參考資料來自補充資料，可一併參看。

楊主任委員銘欽

謝謝執行秘書。接下來開始第一場牙醫門診總額部分，主要由黃委員建文及幾位牙醫界醫師代表協商。開始前，請問黃委員建文是否需要向大家重點報告，或開始逐項討論？

黃委員建文

- 一、主委、戴局長、在場所有費協會委員及健保局長官，大家早、大家好。全民健保開辦以來，尤其實施總額後，讓我們得到很多費協會委員的支持，及老師的指導，還有健保局長官給我們

很多提示，讓我們十多年來對牙科健康的增進很有成效，但是人口結構已邁入老年化，如何與先進國家並駕齊驅，讓國民能維持最低牙齒數 20 顆的目標，是牙科部門一直努力的方向，所以 101 年牙醫總額提出的協商項目，唯一的目標是盡最大努力保留自然牙，並發揮健康的功能，也是明年牙科很重要的目標，希望在委員的支持下，能讓牙科在未來達到相當成效。

- 二、今年所提一般服務項目有四項：高齡族群根部齲齒填補、根管治療難症特別處理、4~6 歲兒童處置加成、懷孕婦女照護；專案部分有三項：醫療資源不足地區改善方案、牙醫特殊服務、牙周病統合照護計畫。
- 三、很感謝主委前些日子特別安排我們與付費者、學者專家溝通。為了不浪費時間，不再做太多報告，逐項討論，請委員多支持，謝謝。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝黃委員建文。現在進入討論協商，請委員參看今日會議資料，牙醫部門由第 3 頁表 1 開始。
- 二、剛剛黃理事長已簡要地向各位說明所提出的協商項目。一般服務的「醫療服務成本及人口因素」，已於之前委員會議確認過，今天不再協商；「品質保證保留款」是依評核結果，牙醫部門獲得 0.3% 成長率，亦經會議確認，今天也不協商。
- 三、由「支付項目的改變」開始，第一項「高齡族群根部齲齒填補」：
 - (一)牙醫部門之前有 2 次機會向委員說明，今天委員對之前的說明，如有不清楚部分可再提問，經牙醫部門說明後，再決定支持或照健保局建議的草案。健保局建議草案是不增加，在既有的支付點數調整。
 - (二)表 1 分為 3 部分：牙醫部門草案、健保局草案及費協會幕僚補充意見，供各位委員參考。
 - (三)請問付費者及政府機關代表有無提問？稍等一下，委員再看

看。這樣好了，若想先詢問別的部分也沒關係，因為都在協商範圍內。請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、請問黃委員建文，「高齡族群根部齲齒填補」為何只針對高齡族群？年輕人就放爛，然後再進行植牙或其他自費項目？就牙齒的照顧而言，角度很特別，應該在越年輕時多加照顧，效益越高，所提是否與一般國民的感覺有落差，可否讓我們瞭解。
- 二、以牙醫部門的計算，給新的支付項目，但舊的可能被替代，本會幕僚補充意見也提到，差距多少？試算過嗎？都應該讓我們瞭解，我們才能跟你們談相關問題。

楊主任委員銘欽

請黃委員建文。

黃委員建文

謝謝謝委員天仁的指教。請牙醫總額執委會主委陳醫師彥廷說明。

陳醫師彥廷

- 一、第一個提到的問題是年齡，其實因為發現高齡族群有很多根部齲齒的問題，宜儘早治療。發生根部齲齒主要是因病情，可能隨著年齡漸長或系統性疾病、用藥等因素造成，所以實際上實施時，年齡不是考量因素，只是年齡較長者，較易出現問題。所以本項主要以病情為主，不以年齡為限制，基本上根部齲齒應在最早階段就介入，上路時不宜以 65 歲為限制。
- 二、有關替代性問題，複合體材料是一個較新的發展，現階段對根部齲齒，在早期無明顯症狀，都保守性處理；較明顯有牙根敏感現象時，才會填補。
 - (一)目前較類似的材料是玻璃離子體項目，而不是所有填補的項目，故替代性應以玻璃離子體部分考量較正確。
 - (二)健保局提供的補充資料，以根部齲齒發生率 30%推估量，其實盛行率不是以現在做的量 30%計算，應以牙齒數量乘以齲

齒率(例如有 20 顆牙、齲齒率 5%， $20*5\%=1$ ，1 顆)，本項是針對目前多數未填補的量來治療。

謝委員天仁

還是不大瞭解，目前未填補的量，若不給付新材質，還是用玻璃離子體材質填補，仍會耗用總額；若支付新項目，改用新材質填補，不用玻璃離子體，替代性效果會出現。不扣掉差額，當作新項目，費用全部給，有重複給付的問題。

陳醫師彥廷

以 99 年度執行玻璃離子體的總數量試算：65 歲以上共有 985,000 人，乘以 14 顆(平均剩餘齒數)、根部齲齒盛行率 30%、預估填補率 10%，及乘以 800 元/顆($985,000*14*0.3*0.1*800=330,960,000$)，扣掉執行玻璃離子體充填(89011C，400 點)的一半，醫令數是 88,257($400*0.5*88,257=17,651,400$)，增加金額約 313 百萬($330,960,000-17,651,400=313,308,600$)，成長率 0.89%，即扣除玻璃離子體一部分之費用。

楊主任委員銘欽

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、主委、健保局官員及今天與會所有委員，大家早。剛剛謝委員天仁也提出這個問題，請牙醫重視。假如過去給的材料費 10 元，現改變新的材料是 12 元，當然要扣掉 10 元，這樣算比較快。
- 二、我一直強調，每年都有「醫療服務成本指數改變率」，每年都滾入基期且累計成長，所以縱然材料有改變，健保局已每年都給費用了。不只牙醫部門，四個部門都一樣，不能因為材料改變，而一直重複要錢，這樣的話，健保資源始終都不足。希望能由一般服務預算增加，把點值提升，以此達到服務品質提升，比較有實際效益。這些本來就應該做的，不是老年人口牙

齒有問題，沒特別預算就不看？不能這樣做，以上建議。

楊主任委員銘欽

其他委員有要提問或釐清嗎？請何委員語。

何委員語

主委、各位先進、代表大家好，提出幾個意見：

一、專案計畫：

(一)「醫療資源不足地區改善方案」，99 年度執行率 100%，可是 100 年預計只有 70%。「牙醫特殊服務」99 年執行率只有 58%，100 年大概只有 57%。

(二)「牙周病統合照護計畫」99 年執行率只有 13%，100 年執行率可能只有 19%，表示牙醫師公會對整個專案計畫似乎不太重視，尤其牙周病統合照護計畫的執行率非常偏低，我認為政府不應該再比照去年一樣編列費用。

(三)假如去年度執行率 70%，今年應將不足的 30%，減掉 15%。若牙周病統合照護計畫 100 年預算執行率只有 29%，討論 101 年經費時，差距有 71%，應該要減 35.5%的金額，且列為缺點紀錄，這樣才是，否則牙醫界只注重自己的生意，對專案計畫的推動及社會責任的負擔，並未完全呈現。

二、非常感謝牙醫師公會將所有收費項目都提供給我，但是若能在診所的明顯處公布收費項目，對全體民眾是一大福音，也是個好現象，表示牙醫是很負責任的醫界表範。

楊主任委員銘欽

謝謝何委員語。何委員語已先提到專案計畫的部分，剛才是從一般服務先討論，不過沒關係，可綜合詢問及回覆。「牙周病統合照護」資料在議程第 5 頁，何委員語提到從過去執行情形來看，101 年度是否有把握做到較高執行率，請牙醫界回答。

陳醫師彥廷

何委員提到牙周病統合照護的執行情形，99 年的實際執行率是

17.31%，但委員剛才提到 100 年執行數字，其實只有 1~5 月的支出，我們預估今(100)年 1~12 月的預算執行率在 60~70%之間。今年已擬一些能提高執行率的方案，預計明(101)年可以接近 100%執行率。

楊主任委員銘欽

請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

- 一、主委及與會朋友大家早。個人的看法，牙醫師公會有 13,000 個醫師，之前在蘇醫師鴻輝任理事長時，我同意給牙周病統合照護的費用，希望不只醫院可以做，診所也要試看看，讓百姓方便，但執行率很慘，99 年度執行率只有 18~20%，當時蘇醫師鴻輝很氣，回去一直加強，應該沒有好臉色。今天資料第 5 頁的健保局草案說明，100 年 1~5 月牙周病統合照護的預算執行率只有 29%。
- 二、對牙醫提出新項目「高齡族群根部齲齒填補」，預估增加 331 百萬，我替你們想，若做不到，不要一下子提這麼高，否則無法達到高執行率。理事長任內拿到高成長金額，面子很好看，但是到明年協商時，執行率才 20%，還得被唸，就很難看了。雖然支持牙醫提這個項目，說話自私一點，因為我 61 歲老人了，自己可能會用到，但希望預算要精準一點，健保局只同意給 5.7 百萬，不能只要預算，需看可否達到執行率。
- 三、牙醫師分 3 類：專門做植牙、專門訓練做牙周病照護，還有都不做的，我講的有沒有公道？牙醫的訓練我不懂，但很多是難賺的就不做。聽說牙周病統合照護要照相 20 次，給付 8 千多元，大家覺得這項很難賺，植牙一顆 5 萬起跳，大家當然選好賺的。你們來這裡拼，想多拿一點預算，被唸得要死，有的醫師還不做，對你們來這裡拼命爭取預算來說，很不公道。我們好意要給牙醫做，卻有人不做，應該調查哪幾家有配合做，統計一下。
- 四、健保局草案說明，「牙周病統合照護計畫」100 年 1~5 月執行率

只有 29%，牙醫部門怎麼預估到 50% 幾，差那麼多？健保局算錯嗎？我的意思是要做可以，但是要有執行率，不能只要錢，協商時會被唸。

- 五、現在健保局同意給付「高齡族群根部齲齒填補」5.7 百萬，希望先考慮看看。我們也考慮若要給付，到底多少較適當。如蔡委員登順所說，「醫療服務成本指數改變率」已經給了，不要再一直加，暫時先說到此，讓你們思考一下，不要立刻決定，這是個人意見。

楊主任委員銘欽

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、蔡委員登順及我之前的提問，我不認為牙醫有答覆，因為數據仍是 65 歲以上老人就醫人口數。相信在座很多不到 65 歲，而有類似症狀的有一定比例，但大家都有經驗，可能填補不到 1 年，材料就不見了。
- 二、當牙醫同意將年齡限制拿掉，但試算基礎以 65 歲以上人口數計算，我要問，用複合體材料填補，到底可撐多久？若原來材料填補撐 1 年，複合體填補只撐 1 年半，換湯不換藥，能否告訴我們，效果可達到什麼狀態？讓付費者信賴，講白一點，能不能保固？

蘇醫師鴻輝

- 一、謝謝委員指教。為何當初限定 65 歲以上，因為是好發的年齡層。我們也同意應以疾病發生為主，而不以年齡層限制醫療，這點會在支付標準妥善安排。
- 二、複合體是近 4~5 年左右才出現的新科技項目，修改以前材料的不舒適及不耐用性，但因為是新材料，所以很難從文獻上找到保固期會增加多久，以目前觀察到的情形，使用率超過 3 年以上，有 7 成的存活機會非常高。但為配合民眾的醫療需求，在

支付標準訂定使用(保固)期間，不會拉這麼長，萬一民眾需要再治療會受限制，我們會取得平衡。新科技比原來的材料，除了可承受更多耐用性，主要原因是對牙髓神經的刺激性低，可增加有牙根齲齒的牙齒使用年限。

三、以上就目前可蒐集到的資料答覆謝委員天仁的提問。

楊主任委員銘欽

一、本項已討論 20 分鐘，暫時告一段落。

二、目前仍在詢問及回答階段，尚未進入協商，若有不清楚，請牙醫部門多做說明。

三、進入第 2 項「根管治療難症特別處理」，牙醫部門提出增加 208 百萬，健保局建議不再給成長率，請問付費者及政府機關代表有無詢問？請謝委員天仁。

謝委員天仁

根管治療難症特別處理，只是疾病處理程度的問題。處理比較簡單，支付少一點，處理比較難，支付多一點，有必要增加預算嗎？調整支付標準就解決相關問題，量看起來也不大，預估需要 208 百萬嗎？

楊主任委員銘欽

牙醫部門有無特別回答？

陳醫師彥廷

提出根管治療難症特別處理是因為引用新科技設備，可使目前無法存留的牙齒，做根管治療的數目增加。由於採用新科技，讓原本無法治療成功的牙齒可治療成功，這些牙齒原本要被拔掉，關鍵在此，所以不是支付點數的調整，而是引進新設備後，鼓勵會員採用，提高根管治療成功的比例。

楊主任委員銘欽

請謝委員天仁。

謝委員天仁

看起來好像很特別，但更新設備是競爭，卻要把競爭轉嫁由健保承擔。每個消費者看病一定會找設備比較新的牙科診所，這是自然競爭的結果，不能要健保給錢讓你們競爭，聽起來邏輯不通。

楊主任委員銘欽

請翁醫師德育。

翁醫師德育

- 一、回答謝委員天仁的問題。主要因為有新器械，可以取代舊有器械，例如旋轉式鎳鈦金屬根管銼、超音波根管沖洗機及熱充填根管系統，都是以前支付標準項目沒有的，所以可解釋為新科技產品。
- 二、新的器械可讓原本沒機會保留的牙齒，有更大的機會被保留，就是擴大根管治療的適應症。原本傳統器械無法治療的病例，使用新科技設備都可治療，最重要，也可減少患者治療過程中的不適，所以希望挹注支付點數，幫忙牙醫師，也造福民眾。

楊主任委員銘欽

了解，兩位說明已夠清楚。請陳醫師彥廷。

陳醫師彥廷

- 一、委員提到競爭，其實治療這些牙齒的競爭對象，是跟自費競爭。若牙齒無法治療成功，最後是拔掉，在拔掉與留下之間拔河。根管治療目前在牙科，算是較艱難的次專科，在研究所考試很容易被錄取。
- 二、競爭並不是指哪家診所可把牙齒留下，是希望更多能提供這項醫療服務的院所，有辦法留下牙齒。其實競爭對象是自費部分，所以需鼓勵牙醫師願意做困難的根管治療。

楊主任委員銘欽

下一項「4~6(含)歲兒童處置費加成」。四個部門都提出兒童加成的訴求，過去協商時，對年齡加成部分，都通案處理，牙醫是第一個

協商的部門，可以先交換意見，做出通案性原則。除了請牙醫部門說明為何要特別加成外，請問有無追加其他問題？若暫時沒有，請牙醫部門先回應，為何針對 4~6 歲特別加成。

陳醫師彥廷

兒童早期看牙的經驗非常重要，去年也曾提出以束縛帶約束，有委員覺得不人道。今年希望鼓勵牙醫師要有耐心，多與小朋友溝通，運用行為管理技巧(TSD)：說明(Tell)、展示(Show)、操作(Do)，透過可接受的語言，引導接受牙科治療，相較於其他年齡層，所花的時間比較多。在此階段建立經驗，有助其日後維持口腔健康。

楊主任委員銘欽

請問委員有增加問題嗎？請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

- 一、搞不懂什麼是「兒童」，什麼是「小孩」？醫界今年都提出對 4~6 歲兒童加成。所謂兒童是看表演或進入遊樂場所免費，或搭捷運免費(身高 1 公尺以下)的是兒童。可以亂跑的小孩子，那要花錢。我之前開付費者會議也請教過：如何定義「兒童」、「小孩」、「小兒」、「小兒童」？
- 二、說個公道話，小兒科看 4 歲以下兒童比較辛苦，因為聽不懂、愛哭，打針時會反抗，父母得費力抓住，我比較同情。幫 5~6 歲看診，已經會講話、知道意思了，「這裡痛」、「打這裡比較不痛」、「不要打針，吃藥就好」，就不能說是兒童，18 歲以下都未成年，醫界今年都提 4~6 歲要加成，我感到很莫名其妙。
- 三、牙醫也辛苦，小朋友還沒看到牙齒就哭得唏哩嘩啦。只有我孫子最勇敢，幫他洗牙說「不會痛」，很少小孩這樣。講公道話，我是付費者委員，該給的會給，不該給的就不能給，不然來做什麼，沒意思，但醫界要配合，不能說要錢、給錢才爽快，這樣不是朋友，各位醫界朋友，知道我的意思吧！請認定到底幾歲才是兒童。

楊主任委員銘欽

謝謝陳委員錦煌。請葉委員宗義。

葉委員宗義

若免費的才是兒童。我跟何委員語不只是消費者代表，還有雇主的身份，我們講話內容，可能跟你們比較不同。有個感覺，協商項目都注重小孩，但現在全世界趨勢都在關注老人，不是小孩，老人人口成長很快，會變成失智症、癡呆，但很少提到老人，只往小孩方面想，對老人不公平，因為我將近 70 歲了，今天我們討論的，怎麼都是兒童，醫界沒有生意腦筋，以後要賺的錢在老人這方面，不在小孩，這點提醒大家注意。

楊主任委員銘欽

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、請教牙醫部門，為何是處置費加成？其他各部門都提診察費加成，是否因為處置費金額很大？牙醫部門異軍突起，請考慮合理性及平衡性，否則以年紀的處置費加成後，金額變很大，對其他部門不公平。
- 二、其實付費者委員之前已有共識，基本上認為，目前已加成到 4 歲了，原則上 5、6 歲部分都不考慮。請牙醫部門考慮，其他部門都是診察費加成，只有牙醫提處置費加成，讓我們看不懂，有無調整的可能，原因為何？讓我們瞭解。

蘇醫師鴻輝

- 一、牙醫部門主張處置費加成，主要是因困難點在處置過程，需維持其配合願意。當然希望更多小朋友像陳委員錦煌的孫子一樣，可以很勇敢、快樂地看牙，但這需要醫師誘導，每個小朋友心理發展程度不同，有些家庭從小訓練，但更多小朋友沒辦法與醫師配合，第一次或小時候的看牙經驗非常重要，對以後的心理成長及願意配合治療的態度，有相當大幫助。

二、委員所提高齡者部分，其實牙醫部門提的第 1 項就與高年齡層有關，但仍希望及早治療，不要真的等到年紀大時再補救。有關失智症部分，在 10 月 2 日開始，由衛生署補助連續 4 場教育訓練，重點就在訓練牙醫師對於失智老人的處置。其實牙醫界已非常努力衝這部分，且會連結到牙醫特殊服務，每年都針對不同障別、年齡層產生的問題進行學術再教育。以上回答委員所詢的幾項問題。

楊主任委員銘欽

下一項「懷孕婦女照護」，上次牙醫部門報告時提到，目前健保半年可洗牙 1 次，牙醫認為教科書寫 3 個月洗牙 1 次可能更好，但委員認為，每 3 個月洗牙 1 次，對懷孕婦女而言很辛苦。請牙醫部門再說明，是否一定要，或可考量懷孕婦女的辛苦，每半年洗牙 1 次就好，再以口腔保健加強，以上是委員提出的看法，只是還原讓大家參考。牙醫部門有無代表要回應？

陳醫師彥廷

- 一、重點是孕婦在懷孕階段，牙齦因為荷爾蒙的變化，造成口腔組織較易腫脹，所以對刷牙行為是退縮的，不敢好好刷牙，怕容易流血、敏感。若維持現狀，孕婦可能等到會痛，要根管治療，或牙齒搖動到牙周病中、後期階段，才跑去看牙醫。若牙醫能常規介入，比例可達 9 成。現在當然也有做，都是因痛了才來，只能進行根管治療或其他處置，且懷孕階段不能完整根管治療，因為可能要照 X 光片、用藥問題等，基本上是為了減少嚴重需要治療的情形發生。
- 二、另一方面，文獻上也提到懷孕婦女牙周病對新生兒的影響，包括早產率高、早產兒體重過輕等，對新生代而言，做些努力就可降低影響。

楊主任委員銘欽

- 一、該項不只對孕婦，對新生兒也有影響。

二、下一項「醫療資源不足地區改善方案」，請看本會幕僚補充意見：

(一)以前牙醫部門到醫療資源不足地區執行醫療服務，由專款支應論次的費用及實際診療服務費用。後來 100 年協商時，將論量計酬部分回歸一般服務，比較合理，將到醫缺地區看診 5 個或 10 個的醫療費用，都回到一般服務。

(二)專款只編列論次費用，若無增加次數，其實與過去一年一樣。健保局及本會幕僚補充意見都建議維持 100 年的預算，並無「減」的意思，因為一部分費用已移到一般服務，再滾入基期，跟著成長。

三、請問牙醫部門有無說明？對不起，先詢問委員有無詢問，然後再請劉醫師俊言回應。請問委員對我剛才的說明了解嗎？若沒有詢問，請劉醫師俊言補充說明。

劉醫師俊言

一、主席、各位委員及長官大家早。首先謝謝委員過去對醫療資源不足地區改善方案的支持。

二、關於何委員語所提醫療資源不足地區改善方案的執行率，在此向大家報告：100 年 1~6 月使用經費達 130 多百萬，較 99 年執行 110 多百萬，已多出近 15%。謝謝大家支持，服務人次的部分是持續增加。

三、另外，關於費用部分，去年協商時，本來健保局草案是維持經費 220 百萬，將費用切為一般服務及專款項目，分別為 99 百萬與 129 多百萬。因為費協會委員希望加強對醫療資源不足地區的服務，多做一點，所以協商時多 100 百萬，當時可能因時間關係，完全加在專款項目。事實上，以 99、100 年的經驗來看，一般服務支付論量部分，專款項目支付論次及加成部分，而論次與論量有連動性，不可能次數增加，量不增加，根據 100 年 1~6 月的使用經驗，量與次之間，約為 1:1，也很接近健保局 99 年切的比例。因 100 年增加的 100 百萬專款未切為一般

服務及專款，列在專款的部分無法動用，幸負責協會委員的好意。在此並無要求增加預算，只希望去年新增 100 百萬中，能切一部分到一般服務，就可以把所有費用都用在刀口上。

楊主任委員銘欽

- 一、了解。牙醫部門希望去年增加的費用，能切一部分到一般服務，重點並無要求增加預算，只是從專款項目調整到一般服務。
- 二、其他議定項目「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」，已在會議中確定，今日不必再協商。
- 三、請參看議程資料第 5 頁：
 - (一)「醫療資源不足地區改善方案」，剛才牙醫部門已說明，希望移撥 50 百萬到一般服務。
 - (二)「牙醫特殊服務」項目，剛才委員提到失智症民眾，請牙醫部門代表稍微說明執行率部分。

羅醫師界山

- 一、主席、委員大家好。有關身障部分的執行率，要達成不會有太大問題，但方案中有個較特別的排外條款，我們將醫療型態可能較有問題的醫生排除，希望執行身障者服務的醫師，都要有高度的道德標準，主要因身障病人接受醫療服務時，無法自己說出醫療需求，醫師要幫忙決定所提供的服務，所以只要醫療模式較有問題者，並不希望其進入身障者服務。
- 二、至於執行率問題，若開放很多教養機構可以做，量一定會衝出來，畢竟身障人數的量相當多，但執行服務的層面並未擴大，所以要提高執行率，最重要是擴大障別及提供加成。
- 三、雖然大家認為執行身障者牙醫服務已到達瓶頸，但身障者牙醫服務在牙醫界被認為是困難度及風險最高，大家最不願意做，只剩下一一些人願意，如何將這些人留下來，不再流失，非常重要。
- 四、可能有人認為選容易的病人看診就好，如植牙之類的，何必冒

大風險看身障病人，但身障病人在社會上屬弱勢族群，應花更多心思照顧，所以建議提高加成，鼓勵願意留下來的醫師，得到合理給付。並建議適用對象應擴大障別。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝羅醫師界山說明。本項牙醫部門提出 423 百萬，與去年一樣，沒增加，健保局意見是維持。本會幕僚補充意見列出評核委員意見：因執行率並不高，雖支持本項，但建議減少經費。
- 二、羅醫師界山剛才提到，因為照顧弱勢，需鼓勵醫師從事高風險、困難度高的服務，所以要加成。不過加成不在此談，是在總額支委會討論。請問委員對羅醫師界山的回應，有無詢問？

謝委員天仁

請教健保局，列專案項目的金額一樣，但執行率偏低，有刺激執行率的方法嗎？費協會負責分配，若只訂 423 百萬通過，執行率又低，每年就只能乾瞪眼，是費協會應該做的嗎？健保局應該讓我們了解，否則好像有些事合不攏，艱困科別給的錢，健保局說管不著，這樣未落實費協會給錢的真正目的，應讓我們了解問題出在哪裡。

戴局長桂英

謝謝委員，健保局針對第 5 頁的說明，共有 3 項：

- 一、「醫療資源不足地區改善方案」本會幕僚補充意見，100 年度預算 229 百萬，第 1 季支用 65 百萬，執行率 28%。按第 1 季執行率乘以 4 倍，100 年的預算可能可以執行完畢。
- 二、「牙醫特殊服務」執行率偏低，本項服務對象為先天性唇顎裂及顱顏畸形患者，或特定障別的身心障礙者，健保局有義務與牙醫師公會共同努力，看是否還有身障者有醫療需要而尚未得到服務者，應該予以強化。由於本項為專款專用，未用完回歸健保安全準備金，所以才建議由健保局與醫界努力找出未接受服務者予以照護，101 年暫時維持 100 年之費用額度。
- 三、「牙周病統合照護計畫」99 年的執行率很低(17.31%)；100 年執

行率看起來可達 6~7 成，不論是以健保局 5 個月的資料(29%)推估達 7 成，或以費協會 6 個月的資料(33.3%)推估達 6 成，執行率看起來還是低，不過牙周病是預防避免老年人無牙齒的最重要照護，值得再努力，且考量執行率已有進步，且進步幅度頗大，101 年度能否仍維持去年相同預算？健保局有義務共同對牙周病人、弱勢民眾，對服務不夠的部分，加以發掘。

楊主任委員銘欽

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、我的問題似乎還是沒解決。牙醫特殊服務的執行率假設 60%，表示大概只用 200 多百萬，我的意思是，牙醫師的意願相對低，照護面相對小，比如對輕、中、重度分別加成，但加成比例是否不足？誘因不足，有無可能再考慮調整相關加成，列在專案指標，才有鼓勵效果。
- 二、有些專案很特別，是部門想做，所以會儘量推動，很努力做；但有些是專家學者認為應該做的，但部門認為無利可圖，所以執行率相對偏低，從某個角度而言，費協會委員必需知道問題所在，創造誘因。既然費協會想做，應該想辦法丟誘因進去，健保局能否考慮相關加成支付，適度調整，若可以，就寫進協定事項。

楊主任委員銘欽

謝謝謝委員天仁。過去也有這樣做，所以執行面應該可行，到此先告一段落。請何委員語。

何委員語

- 一、剛剛葉委員宗義說我們代表資方，但其實我是從傭工、童工及工人做起，後來才創業當老闆。
- 二、很支持醫療資源不足地區改善方案及牙醫特殊服務，但我認為既然是全民所繳的費用，我們有義務讓它有效地發揮。一直強

調，我當費協會委員，一定合情、合理、合法，該給的就給，不該給的就不給。有些案子，我會在監理會提案，因為費協會主委不同意我們提「錢」以外的事情。我的意思是，費協會給專案款項，醫界應該達成目標。針對醫療資源不足地區改善方案、牙醫特殊服務及牙周病統合照護，我將在監理會提案，若未達到目標，明年度的預算就要扣減，還要記缺點，表示費協會給的專款，未有效落實執行，這是很重要的一點。

三、牙醫很多自費項目，牙醫師公會應道德勸說，該給健保的就給，不應把健保的模糊地帶轉到自費，這是道德、醫德、良心的問題。

四、希望對全民提供好的健康發展環境，及照顧全民的目標，這點我很在意及堅持，跟醫界朋友講，我的個性不會吃你們一塊糖，我出錢、出力幫忙很多人，希望醫界也發揮這種觀點。

楊主任委員銘欽

謝謝何委員語，請葉委員宗義。

葉委員宗義

請教牙醫部門，如何分別特殊弱勢族群，請說明。

羅醫師界山

跟委員報告，判斷身障的基礎，是以領有身心障礙手冊的對象為主。目前牙醫特殊服務適用對象限定在醫療需求較高的人，限定在 9 大障別，例如智障、腦性麻痺等治療難度較高者，有些障礙別尚未納入，內政部身心障礙類別一共 16 大類，現在牙醫特殊服務限定 9 大障別，所以是「特定障別之身心障礙者」。

葉委員宗義

有無包含老人？

羅醫師界山

老人若領有身障手冊，也在牙醫特殊服務範圍。

楊主任委員銘欽

好，第一階段詢答告一段落。請問付費者代表需要聚起來談共識嗎？

蔡委員登順

- 一、「醫療資源不足地區改善方案」，同意健保局說明，支持健保局意見，及評核委員意見：維持續辦，經費不變。
- 二、「牙醫特殊服務」，原則同意支付與去年相同費用，雖然 99 年執行成效不好，但我認為還有很多改善空間，要修訂支付標準，提供誘因讓更多醫師願意投入照顧弱勢族群的方案，不然空有預算，沒人執行，對弱勢團體是傷害。

楊主任委員銘欽

- 一、現在直接進入協商，較有共識的部分，也會再確認一下，若大家認為可以，就確定。
- 二、專款部分，希望牙醫界能提高誘因、給予鼓勵，在醫療資源不足地區改善方案部分，牙醫界說明只是預算挪移，不增加、減少，這部分是否有共識？

謝委員天仁

- 一、醫療資源不足地區改善方案部分，較傾向支持健保局意見，因為量的部分本來就在一般服務，以大餅的方式處理，不能都不去看這些人，就不會吃到我的量，邏輯不通，所以去年健保局切論量部分回歸一般服務是合理的。
- 二、基本上我認為不應把專款挪到一般服務，逐步侵蝕專案費用，擴大總額大餅，這不合理。真正要做得更好，應該將論次的金額適度調高，某個角度可落實鼓勵醫師到醫療資源不足地區服務，民眾能得到相關照顧才對，因為有更多醫師願意去，量的部分，牙醫部門自己承擔。

楊主任委員銘欽

請黃委員建文。

黃委員建文

謝謝謝委員天仁的指導，我們願意接受委員的鼓勵。

楊主任委員銘欽

接受健保局草案嗎？前面所提由醫療資源不足地區改善方案專款移一部分論量費用至一般服務部分，也同意不移列了嗎？

蘇醫師鴻輝

希望決議增加論次、加成鼓勵部分。

謝委員天仁

或者牙醫部門提供意見，寫在指標中。我覺得可以接受，適度、合理鼓勵醫師到醫療資源不足地區服務。

楊主任委員銘欽

「牙醫特殊服務」項目，聽起來大家都很肯定，希望繼續執行，只是如何鼓勵。

蔡委員登順

本次牙醫部門先協商總額，陸續還有 3 個部門要協商，可能都會有相同看法，希望資源充足，增加在一般服務，以提升點值，不要每年新增加項目，反而稀釋點值，對未來發展不利。希望一般服務的預算能編列充裕，讓醫界得到應有點值，對未來的發展方向才較明確、有利。

楊主任委員銘欽

對「牙醫特殊服務」項目支持嗎？(委員點頭)好，本項確定。

陳醫師彥廷

請將謝委員天仁提到增加誘因、調整加成也放入決議。本項牙醫部門提出 3 個主張：依據特殊需要的病情擴大適用障別、希望納入早期療育、針對不同病情有不同加成成數。以上回應謝委員天仁的建議。

楊主任委員銘欽

一、還是請牙醫界與健保局再討論，但可以決議：有關適用對象及誘因部分，請牙醫總額部門與健保局協商。決議保留較大彈性，不要寫得太死，但基本原則還在。

二、「牙周病統合照護計畫」項目，委員同意嗎？

謝委員天仁

可否問一下牙醫部門，認為加成需求多少？大概只能訂最低限度，其他細節到牙醫總額支委會協調，若牙醫部門認為需要訂的話，我的意見是這樣。

楊主任委員銘欽

謝委員天仁歷來一致的原則是希望專款專用的條件、指標及結果很清楚，所提加成的百分比，若牙醫部門一下子無法有很好說明，可於明天確認時再提，可以嗎？就是加成百分比的數據。

羅醫師界山

其實算過成本，成數很高，不過不敢提，只希望有足夠誘因留住醫師，繼續執行。

楊主任委員銘欽

委員希望牙醫部門提最高數據，若現在無法回答，建議會議結束後再討論。現在方案規定，最高加成已達7成。

蘇醫師鴻輝

今年牙醫特殊服務訪視，各醫院表達成本分析結果都是虧損，對於極難度個案，還要上麻醉等，明天會提出成本分析。

戴局長桂英

牙醫代表好像擔心決議若沒寫「加成數」，健保局到時後無法協調，但主席剛才決議也很好，增加誘因、障別的部分到牙醫總額支委會討論，雙方再協調，應該就可以，一定要費協會寫明加幾成嗎？

楊主任委員銘欽

因為是委員建議。

謝委員天仁

其實這涉及費協會的權責問題，我來費協會3年多，看到有些權責分不清楚，應弄清楚，若屬健保局或支委會權責，他們就去做，我們不會有意見，但若屬費協會權責，就有權利決定如何分配，因為要落實協定目的。當然也可以授權由支委會決定，或支委會決定後報費協會決議，也是個方式，但歷來都沒有報費協會，我認為不對，變成支委會把費協會幹掉，只是希望你們先協商，但就擅自決定了。我要弄清楚現在的情況，也讓委員瞭解，這是費協會權限，不是支委會或健保局的權限。

楊主任委員銘欽

- 一、剛才羅醫師界山特別說，要一下子就提出數字，可能有點風險，是否照謝委員天仁意見，修正決議為：授權支委會討論，但要到費協會報告，費協會要確定、確認，不只備查。
- 二、「牙周病統合照護計畫」，委員覺得執行率不佳，但牙醫部門表示會越來越上軌道，若上軌道的話，目前預算總額是可執行完畢，請問委員是否支持？(委員點頭)可以，委員支持，所以這項無異議。

蔡委員登順

本項當然支持，但我曾經表示，牙周病統合照護計畫做得好，民眾的牙齒就比較健康，整體就醫人數會下降，相對的，因為得到實質效益，就醫人口減少，量降下來，點值能更好，不一定總額要成長。

楊主任委員銘欽

請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

請問局長，健保局草案說明：100年1~5月執行率29%，100年剩下7個月，後續還71%要執行，敢負責嗎？

戴局長桂英

- 一、謝謝陳委員錦煌關心。我是以5個月執行29%，若執行12個

月，可能到 69.6%，大約 7 成，還差 3 成，剩下的 3 成需要更努力，不然 100 年執行率就只到 7 成。

二、尚有許多牙周病人待治療，如果早期發現、早期處理，對保全牙齒較好。的確，以目前執行之數據推估，全年大概最多執行 7 成，剩下 3 成，還有幾個月，可能會再提升，需要健保局與牙醫界互相幫忙，或許健保局再多點宣導。

陳委員錦煌

一、我不是逼牙醫部門，99 年才執行 17%，100 年 1~5 月才執行 29%，錢給你們，就要好好推行，要有執行率。本來我是要扣 128 百萬，因為沒用那麼多，348.3 百萬扣 30%，就是 128 百萬。沒用那麼多錢，編那麼多，常要被罵做什麼，我有意見。

二、當初我出面要讓你們做牙周病統合照護計畫，考驗 2 年，執行顯示沒用那麼多，不是不讓你們做，要搞清楚，但不能編好看，執行率不好，常被我唸，我也不好意思。

三、健保局建議 101 年維持 100 年費用，我不同意，去年已經說了，今年執行不好就要扣錢，以後我說話，你們才會怕！

楊主任委員銘欽

從前面的協商因素項目開始，請參看議程資料第 3 頁「高齡族群根部齲齒填補」，健保局草案，對於牙醫所提 4 項協商項目，都建議不新增費用，請問付費者代表，對 4 項，是否提出不同見解？或支持？

陳委員錦煌

一、沒給錢，他們怎麼會做，錢給他們都做不來了，拜託一下，牙周病統合照護計畫給 384.3 百萬都做不到，沒錢怎麼要做，很現實的。請問可以殺價嗎？個人認為高齡族群根部齲齒 331 百萬太多，不一定要 331 百萬，數字好看，黃委員建文剛當選理事長，提出新項目，要是執行率不夠，明年開會被罵，面子又掛不住。講坦白話，我之前都預先講了，蘇前理事長鴻輝應該相信我講的話，以後會印證。

二、不必 331 百萬，先給一半做看看，若老人牙齒照顧得好，需要預算再編，健保局只同意 57 百萬，這我外行，所以認為先給一半看看，不必 331 百萬，一半差不多 100 多百萬，做得起來，老人服務得不錯，照顧到根部齲齒可以不用拔、植牙，是好事。別聽一些縣長為了選舉，說老人補牙不用錢，騙人不好。以上個人意見，別的委員也有意見。

楊主任委員銘欽

陳委員錦煌的意見是有些項目要鼓勵，但金額不能那麼多，金額的部分，等下再一起討論...。請何委員語發言。

何委員語

直接說我的意見，不繞圈子。請健保局提供老人延長的歲數，增加多少人數，依照比例給錢，這是我的觀點。平均餘命越來越長，可能去年平均 78 歲，今年 80 歲，78 歲與 80 歲中間增加多少老人，以增加的人口換算應該給多少錢。

楊主任委員銘欽

請廖委員本讓。

廖委員本讓

同意牙醫部門提的高齡族群根部齲齒填補項目，但剛才有委員提議給一半，好像沒有參考數據。我認為不是只談多少錢，看起來健保局原來認為不必新增，今天補充資料預估 5.7 百萬，但要請問牙醫部門的意見，也提個數據，是否健保局的數據不妥，這個問題解釋清楚，再決定數據。

陳委員錦煌

- 一、先說明，牙醫師公會要算好，提出 331 百萬，現在委員在意的是預算執行率，不能只要錢，之後執行率不夠被唸，沒意義，理事長回去再罵理監事，怎麼各區都不動，真的，考慮好一點。
- 二、我沒堅持要給一半，夠用就好，拿多了只是好看，不要只來這裡搶面子。牙周病統合照護計畫 384.3 百萬，怎麼做都做不到，

第 1 年執行 17%，第 2 年 1~5 月才執行 29%，做不出來只要錢，不要引起我的困擾，算精準一點。

楊主任委員銘欽

謝謝陳委員錦煌。下一位委員發言前，請各位委員參看第 6 頁 100 年牙醫總額協商項目執行情形，支付項目的改變「新增複雜型顱顎障礙症治療及追蹤」項目，當時同意編 36.9 百萬，100 年 1~6 月實際使用 2.28 百萬。依過去經驗，新支付項目可能執行都不會那麼快，所以剛委員提到，雖支持本項，但費用不需那麼多。請謝委員天仁。

謝委員天仁

我剛提過，本項應將 65 歲以上的限制拿掉，沒有年齡限制，反正只要根部齲齒填補，就照規定做。牙醫部門還是預估執行率 10% 嗎？若仍估 10%，指標要訂 10% 以上，不然錢給你們，沒做就分光，沒道理，應實事求是，本來要照顧民眾，沒照顧卻把錢分掉，怎麼可以。

陳醫師彥廷

委員提到適用年齡往下降，則分母會變大，原執行率 10%，分母是用 65 歲以上就醫老人為計算基礎，當然也可用執行醫令數來看完成數量，但因為現在沒有參考數字，無法直接計算，不過較低年齡層的需求量是沒有老年人口那麼高。

謝委員天仁

- 一、付費者代表都認為，大家年齡層不一樣，每個人需求也不一樣，可以代表不同年齡層的想法，可能 30、40、50 歲就用到，所以刪除 65 歲限制。
- 二、大家的意思是要做到才給錢，所以不管給多少錢，抱歉，都要註記若未達到目標，錢就要收回。

蘇醫師鴻輝

- 一、謝謝各位委員的好意。主委剛才談到新項目上軌道需要一段時間，所以建議第一階段先以 5% 預估填補率，作為費用計算基

礎，與陳委員錦煌所說類似，大概一半的預算，做 1、2 年有數據後再討論。

二、至於謝委員天仁擔心執行率，明年就會呈現執行狀況，其實已經有慣例，做不到、差距太遠或大家認為不合理部分，我們同意扣回。

楊主任委員銘欽

請何委員語。

何委員語

健保局醫療服務成本指數改變率已增加費用 565 百萬，也算有成長，現又編 331 百萬，與原已成長 565 百萬相比非常高，我認為不妥，所以不是以 10%、5% 作業，應慎重地重新評估，原已增加 565 百萬，本項再增加多少錢，是否合理？合情、合理是很重要的方向，以上是我的建議。

楊主任委員銘欽

各位委員，對不起，原訂時間是協商到 11 點，現在時間進入延長，總共可以 100 分鐘，剩 18 分鐘。請張委員惟明。

張委員惟明

主席及各位委員，剛才牙醫部門提到承諾可以扣回，但本項屬一般服務，會滾入基期，能否扣回？是否承諾由基期扣回，屆時即可從推估的基礎減掉？照以往的方式，一般服務滾入基期就分掉了，若做不到標準，僅能作為下年度協商參考，本項可否直接扣回？先請確認。

楊主任委員銘欽

請健保局說明。

戴局長桂英

委員所提是實情，依一般過去的慣例，並無扣回，本次是否做成決議「若未達執行目標要扣回」，就看委員會決議。

楊主任委員銘欽

去年一般服務的牙周病統合照護計畫有扣掉，所以可指定項目，若執行率未達多少百分比，自基期扣回。好，牙醫界也同意。

蘇醫師鴻輝

因為數據關係，屆時可能以預算執行率呈現，本項需做健康調查。

楊主任委員銘欽

因為時間開始緊迫，剛才有委員表示支持本項，金額 331 百萬太高，請牙醫部門提個數字，我們再管控。

黃委員建文

謝謝委員，建議以執行 5% 為數據。

楊主任委員銘欽

有委員覺得太高，能否再依照過去慣例。

謝委員天仁

- 一、建議實事求是慢慢來，有做到再拿，大家都沒話講，每次會議陳委員錦煌已經把歷史唸了幾次，留下一個印象，要多用少，跟我們感覺落差很大，不要這麼急，先做做看，好不好？
- 二、照這個方式協定，在法律上都可約定，約定一般服務及特殊服務不滾入明年基期，今年沒有做到的部分，明年也要扣回，表示牙醫界貫徹提出方案的決心，做給其他部門看看。
- 三、希望所提數字要做得得到，建議不要提這麼高，先試試看。

楊主任委員銘欽

是否再調整一下？

黃委員建文

既然委員給我們這樣的建議，我想我們有決心，是否估四成，降一成。

謝委員天仁

130 多百萬，是否能做到 40%？不要為了理事長今天出去暫時一年不被罵，以後若要扣回來，我跟你講，被罵的情況更嚴重。

楊主任委員銘欽

謝委員天仁也要我們注意，800 元一顆是全部的金額，還要扣掉現在已經在治療的部分，實際上是差額，所以執行的金額，會比牙醫部門想像中還要低很多，謝委員天仁沒有講數字，希望牙醫部門提一個更合理數字。

何委員語

主席。

楊主任委員銘欽

是，何委員語。

何委員語

醫療服務成本指數已經增加 565 百萬，希望用 565 百萬的 20% 執行本案，看明年執行成果是否很適當，原來已增加 565 百萬在這部分，再增加 20%，等於 110 多百萬，我認為這樣是比較合理的觀點。

謝委員天仁

還是偏高！不要明年回來協商時，被扣得很痛，應該就做得到的數字考慮，不要把目標訂這麼高。

楊主任委員銘欽

何委員語的意思，是不增加經費嗎？

何委員語

我的意思是以原來增加的 565 百萬乘以 20%。

楊主任委員銘欽

醫療服務成本增加 565 百萬，並沒有指定項目，屬於成本及人口增加部分。

何委員語

565 百萬乘以 20% 是 113 百萬，先以這些錢做看看。

楊主任委員銘欽

內含嗎？

何委員語

沒有，是外加，從原來 332 百萬，變成 113 百萬。

陳委員錦煌

好，就這樣，113 百萬。

楊主任委員銘欽

其實還是蠻高。

葉委員宗義

你們好就好啦！

楊主任委員銘欽

好，113 百萬，若未達執行目標，將來還要扣回。下一項「根管治療難症特別處理」，請問委員支持這個項目嗎？

謝委員天仁

牙醫部門先講清楚，要是沒做這麼多的話，錢是否全部都扣回？可否請健保局表示意見。

戴局長桂英

- 一、第一個要先釐清，不管協商出來額外加的費用多少，若未達執行目標要扣回。
- 二、除了要扣回外，到底要扣多少，還需注意替代成本的問題，也就是本會幕僚意見，因為現在估計 1 顆會花 800 元，但如果不用新的材質，現在 1 顆已付好幾百元。剛剛也提到預估填補率會下降，也不必特別訂填補率，到時就按照實際執行數字，至於執行率，會再與牙醫界確認，但扣回要考慮到替代成本，所以扣回不是指 1 顆 800 元，這些因素都要考慮。

謝委員天仁

之前用玻璃離子體材質已經給了，現在要用新的複合體材質，當然沒有做的部分，要把金額全部扣回，可以吧？鼓勵牙醫部門可以達成。

黃委員建文

同意。

楊主任委員銘欽

- 一、下一項「根管治療難症特別處理」，有沒有委員支持本項？(委員搖頭)沒有委員支持。
- 二、「4-6(含)歲兒童處置費加成」項目，剛剛陳委員錦煌提到，請蔡委員登順發言。

蔡委員登順

不管中醫、西醫、牙醫看病都有難易度，有的比較簡單，有的比較困難，基本上應該概括承受，醫界認為 4-6 歲比較困難，而且花的時間比較長，但是看成人的時間比較短，或複診看的時間更短，那就應該扣回來？可能嗎？診察都是以次數計算，不是對牙醫部門特別，等一下談另外三個總額都一樣，我不支持加成。

楊主任委員銘欽

有沒有其他委員支持本項？(委員搖頭)沒有委員支持。

陳委員錦煌

- 一、兒科、內科、婦科、外科加成是因為看診比較麻煩。現在不是牙醫特別拜託我，4-6 歲加成部分，我統一處理。
- 二、看診小孩比較困難，就給予鼓勵，這麼小的小孩看牙醫都唉唉叫，以前我們看過影片，還要綁手綁腳。我的意思並不是要大家都一樣，說難聽點，皮膚科看 4-6 歲幹嘛加成，不是每一科都要加成，要鼓勵醫界，因為現在小孩比較少。我個人的意見，看牙科的小孩真的比較兇，也不好拔牙，哭叫媽媽，又沒有打

麻醉劑，是否考慮給予鼓勵？但不需到 5、6 歲。個人認為 4 歲以下還不太會講話，5 歲已經比較聰明，所以 6 歲也不用加成。醫院、中醫部門也提 6 歲加成，怎麼可以這樣，6 歲不用加成，請大家再考慮。

楊主任委員銘欽

謝謝陳委員錦煌，現在有加成的是 1-3 歲嗎？還是 1-4 歲？現在處置費 48 個月以下已經加成，請討論 49 個月以上，請許委員怡欣。

許委員怡欣

請問議程資料第 4 頁，本會幕僚補充意見第 2 項，現行支付標準西醫治療處置之一般及創傷處置費，最後一行，年齡在二歲至六歲者，依表定點數加計百分之二十，請問確實是二歲至六歲嗎？

楊主任委員銘欽

只限西醫基層。

許委員怡欣

所以只限西醫基層，不是二歲至四歲，而是二歲至六歲。

楊主任委員銘欽

謝委員天仁言。

謝委員天仁

- 一、支持蔡委員登順的意見。難易度本身是相對，用支付標準處理即可，每次難度一高就加錢，這樣不是很奇怪，相對的，支付標準是健保局的權責，健保局可以因應做適當調整，不是每一次都要丟錢去調整支付標準，調不完的，扭曲以後，結果也會很難處理。
- 二、我提外、婦、兒科，不是因為年紀小所以加錢，是因屬艱困科別，為了維持科別間的平衡發展，所以給錢讓醫師願意投入，是這樣來的，不是因為看診有難度而加錢。所以我的看法是用年紀要求加成處置的部分，基本上我都反對。

楊主任委員銘欽

本項有贊成也有反對意見，我們再多聽一些意見。

葉委員宗義

通常這年齡層的牙醫治療比較沒有問題，老人、智障、癡呆比較有問題，到底哪個比較嚴重？

楊主任委員銘欽

牙醫特殊服務有加成。本項因考量科別間平衡，委員不贊成。

翁醫師德育

回應蔡委員登順的意見，事實上，不是大部分的醫師願意執行小朋友的種種治療項目，舉例而言，乳牙填補項目大約有百分之二十幾的醫師，一整年都沒有執行過，一半的醫師每天填補不到一顆乳牙，而6歲以下的兒童，牙科醫師幫他們處置，相對困難，所以用年齡呈現。假如委員認為預算太足了，我們願意縮減，但是希望能達成效果。

楊主任委員銘欽

- 一、請問委員對剛剛的說明有無回應？對於4-6歲加成支持嗎？還是維持原意不加成？沒有，本項就先不支持。
- 二、最後一項是「懷孕婦女照護」，委員支持嗎？沒有委員支持。
- 三、牙醫部門到此告一段落，剛剛討論「高齡族群根部齲齒填補」項目，把「高齡族群」幾個字拿掉，即「根部齲齒填補」項目為113百萬。

何委員語

- 一、我再補充幾句話，「牙周病統合照護計畫」項目依局長所說，今年可能達成70%，70%換算下來只有260多百萬，現在卻編384.3百萬，我覺得很不合理。
- 二、我認為依260多百萬再增加一些就好，以300百萬看看明年能否達到，今年執行70%，只能達到261多百萬而已，如果明年

300 百萬可以達到，再增加，這是我認為比較合情合理的觀點。

楊主任委員銘欽

不過，因為是專款專用，若用不完，本來就不會被支用，何委員語是希望用比較合理的方式。

蘇醫師鴻輝

第一年執行 17%，第二年執行 7 成，預估 101 年應該可執行 9 成左右，建議還是不要刪減，因為恐怕影響被保險人的就醫權益，認為專案已經用完，暫緩執行。

楊主任委員銘欽

如果委員有這樣強烈的意見，當然我會建議牙醫界再稍微調整一下。

何委員語

如果執行 70%，換算下來只有 269 百萬。

楊主任委員銘欽

跟何委員語說明，趨勢圖一直持續往上爬。

何委員語

是沒錯，但今年只能完成 269 百萬，或許還達不到，如果達不到，明年給 300 百萬已經很合理，已有成長。

楊主任委員銘欽

謝謝何委員，我想還是可以給原本的數字，若沒有達到，也不影響。

蔡委員登順

我看還是這樣，本來就一直鼓勵牙醫部門做牙周病統合照護計畫，也希望執行率可以百分之百，我一直強調，牙周病照護做好，全民的牙齒健康會更好，之後看病的人會減少。這是專款，以後沒做到可以扣回，一般服務沒辦法扣回，所以看執行率，既然 99 年與 100 年看起來持續成長，從數字可以看出，期待牙醫部門在 101 年一定要做到，如果沒有做到，就如何委員語所說，增加預算數字好看，

而執行率低，反而對牙醫部門是傷害。

楊主任委員銘欽

對不起，時間控制不是很好。牙醫場次到此告一段落，請問牙醫界對協商結果可以接受嗎？

黃委員建文

可以。

楊主任委員銘欽

- 一、請大家鼓掌通過。明天委員會議會繼續處理協定事項的文字部分。
- 二、各位牙醫同仁，對剛剛所討論的事情，等一下在場外，可以將希望落定在協定事項草案的文字，於明天會議時提出建議。謝謝各位，休息 10 分鐘。

本會 101 年度全民健保總額協商會議
與會人員發言實錄

貳、「醫院總額(含門診透析服務)」

貳、101 年度總額協商－「醫院總額(含門診透析服務)」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

各位委員好，現在開始第二場次有關醫院部門總額的協商。開始之前陳委員明豐有幾件事情想跟大家報告，請陳委員。

陳委員明豐

主席、各位委員，首先為我們(台大)醫院的事情跟大家鄭重道歉，對不起！這件事情各位在報紙上看到，很多屬於溝通上的失誤，這個失誤，引起這麼大的事件，我們也覺得非常痛心，所以也很快地檢討醫院相關措施，衛生署也迅速對我們醫院做出處理，希望我們按照署重新設計的 SOP(標準作業流程)來做，其實後來我們在處理過程，也發現衛生署設計的器官捐贈移植登錄中心的相關規範，有些部分無法符合現實要求，所以後來再跟衛生署溝通，請他們改善全國的登錄作業流程，署也有做出新的規範。當然這件事情醫院有錯，我們絕對承認這個錯誤，也在改善中，希望以後不要再發生類似情事，杜絕這類事情的發生。最後再度跟大家抱歉，請大家多多指教。

(門診透析服務)

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝陳院長的說明，希望這個事件的發生，能夠讓醫界看到一些可以再改善的問題，那也是費協會委員一直希望提升品質的部分，謝謝院長說明。
- 二、討論醫院總額部門之前，跟大家報告一下流程，因為接近中午用餐時間，所以可否先討論醫院與西醫基層共同的部分，即門診透析服務，談完以後，如果餐廳準備好，我們就先用餐，再回來繼續討論。
- 三、也跟大家報告，付費者委員同意邀請腎臟醫學會陳理事長漢湘至現場列席，歡迎陳理事長。理事長今天的目的，主要是列席

備詢，如果委員有什麼疑問要詢問，再請陳理事長說明。

四、首先進行門診透析服務，請參看議程資料第 28 頁，簡單說明，101 年門診透析服務的建議案，醫院成長率為-0.350%，基層為 3.048%，將這兩筆預算加起來，合計門診透析成長率為 1%。請參看表 2-11 的左邊第二欄，下面加粗的字體為 1%，這部分是健保局跟醫院及基層兩總額部門事先討論過的草案。特別說明，醫院這邊成長率為負值，並不是說做得不好、要減錢等，因為從歷史資料來看，醫院所提供門診透析的個案數，過去有慢慢在減少，跑到哪裡去呢？這些民眾可能到住家附近的診所去洗腎，所以診所那邊的洗腎人數會增加，這個成長率加減的意思是這樣，不是因為監察委員表示費用太多，所以要扣錢，跟這個沒有關係。洗腎每年都會有新的個案成長，總成本也會增加，所以今天就是來討論、協商，看我們 101 年願意支持洗腎的成長率為多少？去年的成長率為 0%，表示費用完全沒有成長，但長久以後，可能也會對洗腎部分造成影響，因為費用沒有成長，但總洗腎人數在增加，換算回來就變成每點點值被稀釋、往下降，意思就是報 1 元，可能只拿 0.8 多元的情況，長期以往，恐怕會對一些自行執業的洗腎診所，造成不好的狀況，以上為背景說明。

五、請問付費者與政府機關代表有沒有要詢問？可能需要請健保局或腎臟醫學會回應。請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

一、洗腎部分，我今年準備要省 30 億，100 年費用是 30,868 百萬元，醫院這邊的預算，我要減少 20 億，診所減少 10 億，扣減的理由：因為洗腎服務有外包廠商夾在中間，在費森尤斯 (FMC)、佳特、佳醫等集團和一間連什麼的，我忘記名字，這四間都是外包公司。跟各位說明，我當委員兩年多，都在追洗腎的事情，洗腎有領証的人數共 6 萬 8 千多人，假設外包占七成，或說五成就好，你們算一下，洗腎一週洗一、三、五或二、

四、六，1 個人 1 年可以洗 156 次，假如 1 次可以省 620 元，6 萬 8 千多人，總共可以省 66 億多，外包公司跟診所和醫院拿 2,900 元，健保支付 3,520 元，價差尚有 620 元，最近有人跟我說：「委員，今年如果刪洗腎費用，材料再回收使用，這樣好嗎？」這種事情怎麼辦？理事長你知道我的心聲嗎？我說這些都是有數據的。所以希望 101 年的預算要減少 30 億，你們自己吸收，這是我個人意見，我算出來的，連數字和原因都已經跟你們說明，可以省 60 幾億，這就是為什麼我對洗腎有意見。

二、洗腎外包公司的做法很不厚道，有賺錢就好，不好就從醫院清出來時，把機器都用壞掉，也有人跟我告狀，希望衛生署、健保局對這部分想辦法杜絕，不能外包，讓醫院、診所賺錢，我們甘願，但不要給外包公司賺，所以我個人建議預算刪 30 億，其中醫院 20 億，診所 10 億。

楊主任委員銘欽

謝謝陳委員錦煌，其他委員有無要表示意見。請何委員語。

何委員語

主委、各位先進、醫師代表、各機關的先生小姐，大家好。就我的瞭解還有訪問，美國洗腎患者是一個禮拜只能透析 2 次，除非很特殊，經過血液檢驗，生化指數超過一定數值後，才可以洗 3 次，為什麼台灣人就一定每週洗 3 次？能不能改為 2 次？我不知道，因為我對醫療方面的知識很淺薄，假使說能夠改跟美國一樣，一週洗 2 次，有特別需要的人才洗 3 次，而且洗 3 次的人一定要經過血液檢查，確定指數超高才可以，如果這樣做，洗腎服務可能可以至少減少 30% 或 25% 的費用。美國人都可以，台灣人為什麼不可以？是台灣人的體質比較差嗎？或者說我們的體質與美國人不一樣？他們吃牛排，我們吃稻米。在此提出這個看法。

楊主任委員銘欽

請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

何委員語說的這點，我也很有同感。美國沒有外包公司，不過台灣有，洗一次抽成 620 元，洗越多次賺愈多。6 萬 8 千多人，若每次省 620 元，一年 156 次，共可節省 60 幾億，對不對？人家外國是先進到從每週洗 3 次變 2 次，你們不是，在推廣洗腎，1 次沒多久變 2 次，2 次變 3 次，就要去大陸騙腎臟來換才會好。刪 30 億啦！

楊主任委員銘欽

謝謝陳委員錦煌、何委員語。請陳理事長漢湘說明。

陳理事長漢湘

- 一、首先謝謝陳委員錦煌的質問。有關於外包家數，我們有正確的統計，真正外商在經營的透析室，現在總共有 127 家，佔總透析院所家數 565 家的 22.5%，但以病人數來講，他們所占的病人數是所有病人的 14.65%，這個是真正外商在經營的院所，但是有些院所只是跟廠商簽訂通路、耗材等合約，這應該不是所謂的外包，只是利用外商通路成本會比較便宜。所以外包公司在台灣的比率應該不高，這是第一點。
- 二、至於是不是病患可以每週僅洗 2 次？我想這或許是誤會，美國也都一定洗 3 次，甚至我們現在的發展，就是希望病患可以在家每天透析。如果血液透析改成 2 次，一定會影響醫療品質，這是絕對的，因為現在絕大部分病人都經過 3 次足夠的透析。對病患血液值都有評估，即洗腎前的尿素氮、肌酸酐，洗腎前如果肌酸酐小於 5，或尿素氮小於 50，且病人還可以尿的話，應該可以減 1 次，但尿液應該最少 1 天要將近 1000c.c. 才可以減 1 次，假如洗腎前的尿素氮、肌酸酐都在 10 左右或以上，且病人沒有尿的話，一定要維持 3 次，2 次的話很容易引起肺水腫、代謝性酸中毒等。委員所提，我想這一定是誤會，美國絕對沒有規定只洗 2 次，都是洗 3 次，甚至有在家透析一週洗到 5 次的現象。

楊主任委員銘欽

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、透析的問題很令人頭痛，連我都不知道基準點應該要抓在哪裡。現在如果把錢一直壓住，產生的後果就是醫院一直外包，經營不下去，反而產生反淘汰的情形。醫療如果太商業化，那就沒有明天了。站在費協會委員的立場，我們認為衛生署必須要重視這個問題，在某的角度上，要去面對這樣的現象，外包公司規模越來越大，成本當然越來越低，若他們越降低透析預算，外包公司的存活力越強，到最後如果全部讓外包公司掌控，要跟他們談費用，大概就很難。
- 二、監察委員認為洗腎的費用還是偏高，問題是每年有 5% 洗腎人口在增加，而 Pre-ESRD 計畫的成效好像還沒有出來，所以我還是傾向支持健保局所提方案，1% 成長率因為無法不面對洗腎人口增加的問題，大家都得面對這樣的現實，除非我們在管理上有其他機制出來，譬如說把醫師自行執業與外包經營切開處理，你要外包，那抱歉，支付標準比較低，不外包，則支付標準較高，除非敢這麼做，否則我認為越壓抑費用，情況會越糟糕。

楊主任委員銘欽

補充說明，對於謝委員天仁所提，可否以支付標準做管控，曾經有段時間血液透析支付標準點數會依服務量而打折，有一點像門診合理量，就是當一個單位的洗腎服務量超過某個數字的話，支付點數就會打折，這是曾經有過的做法。當然現在如果要這麼做，還需要到透析執行委員會討論，我先向大家回應過去曾有這樣的做法，請張院長克士。

張院長克士

- 一、主委、委員、各位先進，呼應陳委員錦煌及謝委員天仁的見解。

剛好我們醫院也有遇到這樣的問題，我們先前是伍倫醫院，後來經轉型為醫療社團法人並改名為員榮醫院，之前也曾跟佳特公司有合約，我接手後就把它收回，這過程血淋淋，對病人是非常糟糕的結果，我們拆夥，收回由醫院自己經營，結果外包公司就把病人全部帶走，把我們的洗腎機全部破壞，這就是陳委員錦煌所提到的，剛好我們醫院有遭遇這種情形，他們完全不顧病人安危，因為我們很多病人是在 ICU(加護病房)、RCW(呼吸照護病房)插管的病人，他們是走不了的，所以廠商這種舉動非常可惡。雖然陳理事長漢湘說，這只占 22%的院所，但我想應該還有更多，就算是 22%，還是壟斷，寡占如果達 18%以上，公平會就可以介入調查了。

- 二、我覺得透過健保局或衛生署的管理機制，甚至可以在費協會這邊做成決議，規定適當的給予節制。例如，跟醫院評鑑連結，規定核心醫療業務不可以外包，我想這就可產生很大的壓力。現在的情況就如謝委員天仁所講，因為外包公司壟斷市場，不但有耗材通路，連血液透析器、洗腎機的通路，都是他們的，甚至醫生都變通路，都被掌控。這樣的情況下，醫院沒有這些通路的優勢，醫師又被他們把持，所以經營上相對困難。
- 三、陳錦煌委員所講的，是為健保財務把關，努力的找了很多資料，但就如謝委員天仁所言，壓低透析費用，醫療院所的經營會更困難，點值下降的話，就更無法與外包公司競爭。
- 四、洗腎有很大的問題是來自於上游，因為洗腎的上游是糖尿病、CKD(慢性腎臟病)、Pre-ESRD(慢性腎臟病前期)，甚至高血壓、高血脂等疾病，這些一定要做很好的管控，而且民眾的預防保健、衛生教育也很重要，此外就是藥物濫用，還有就是台灣的腎臟移植比率實在太低，如果能夠鼓勵捐贈器官，我想這個情況會改善很多。

楊主任委員銘欽

請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

今天若沒談好我會睡不著覺，2年多來，我對洗腎問題很注意，為何要讓外包公司賺，讓診所、醫院自己賺，我都歡喜，但我不愛讓洗腎公司股票在香港上市。我是勞工代表，你看我都還要去了解這些事。總額分300多億，是要給醫院跟診所去照顧洗腎患者，不是要給洗腎公司。我知道洗腎外包公司有4家，在香港上市。我的意思是這樣，你們聽清楚，不要想說，奇怪，為何一開始我就建議刪減30億，我不這樣做不行，剛才陳理事長漢湘說，外包公司照顧的洗腎病人大概有5,000多人，若發包出去也有4~5億的錢，4~5億不是錢嗎？鄉鎮公所一年的預算也沒有5億，5億很多的，我知道醫生比較富有，5億看起來像50萬元，我們一輩子也賺不到5,000萬。請健保局局長說明，到底該如何解決，不然，都讓外包公司處理，那到底醫院、診所與你們特約要用什麼？還有衛生署也該處理這件事。

楊主任委員銘欽

謝謝，請謝董事長文輝。

謝董事長文輝

- 一、改革就像翻修房子一般，若現在這房子還繼續使用，要改造就困難很多，需思慮很多地方，假若今天洗腎是第一年剛要進入健保，那很簡單，我們今天談一談，調整後就行，但現在很困難，因為有既成事實的因素在裡面。
- 二、向大家報告為何洗腎服務醫院與診所不自己經營，很同意謝委員天仁所說，以前只要外面一攻擊，就調降支付點數，將費用減少，但減的結果是什麼？就是砍掉醫院經營者的空間。洗腎服務是有進入門檻的，第一，要買機器、器材、透析耗材，必須向這幾間公司買，所以這一段的主控權是捏在他們手裡。其次，健保支付與廠商賣價中間，即醫院與診所經營的空間，砍經費，越不想讓外包獲利，但最後卻變成不外包根本無法經營，因為耗材那一段的利潤多少不知道。而且因為沒有幾間公

司，他們之間又非常合作，每家醫院叫他們報價，會發覺大同小異，甲公司、乙公司、丙公司報的價格都差不多，院所根本沒有辦法！所以若預算一直壓低，低到醫院、診所都沒有空間，就只好全部外包。就如剛才陳委員錦煌說的，外包公司上市變成財務操作，股票上漲，例如從 50 變 100，還可以從其他地方賺錢...

楊主任委員銘欽

我要提一下，我們有時間控制。

謝董事長文輝

我現在提一個處理辦法，但這是需要勇氣才能執行，因為洗腎耗材只是醫療的一小部分，若是以前提的，包含藥物等全由健保局購買，可能造成國際貿易紛爭，在公平貿易上會遭受攻擊，但若只是洗腎這一小塊，其實可以，健保局針對單一項目，向國外詢價，詢價後訂出公定價格，這才能真正把廠商導控部分壓低，醫院才有經營空間。其實台灣要解決這個問題，唯一可以考量的就是，由健保局對這些單一的少部分項目，向國際市場招標，用此價格再加一些空間讓醫療院所經營，就可以把中間，目前被壟斷的部分解決，這真的要很嚴肅的思考，才有辦法救，不然現在有這麼多患者在洗腎，我們承受不了做不下去，讓他們停擺的後果。建議健保局可以積極考慮，只針對洗腎這一小部分的耗材、機器去採購，單一價格保障院所，但為了市場，也可以容許廠商進來，但只能比健保局所訂的價格低，。

楊主任委員銘欽

請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

這件事我很關心，看是要乾脆給外包公司做，還是要給診所及醫院做，說清楚！付費者委員的錢不是砂螺殼，不容像署立醫院有收回扣的空間，買 CT 的機器要 1,500 萬，別人 700 萬就買得到，不然怎

會被抓去關！要外包去外包沒關係，但是健保局要處理好，與診所及醫院的契約要訂好，不要拿被保險人的錢開玩笑，股票還上市，這我不同意。

楊主任委員銘欽

剛才陳委員宗獻有表示要發言，先請陳委員，再來是何委員語。幾位委員發言後，再請健保局回應。

陳委員宗獻

外包與外商不一樣，外包的比例與外商的比例也不會相同，外包可能很高也不一定。如果將外包的洗腎診所及醫院，與非外包的洗腎診所及醫院切割開，這是謝委員天仁跟陳委員錦煌非常關心的事，其實幾年前，基層曾經發生過類似的情況，處方簽如果在診所外面調劑，在社區藥局調劑與在診所自己開的門前藥局調劑的支付點數是不同的，但如何證明是社區藥局而不是門前藥局，健保局讓我們法院公證，保證那是社區藥局，不是我自己開的門前藥局，才可以領比較高的支付點數。若我領了比較高的費用後，結果證明是我開的門前藥局，就進入司法程序，那時曾經發生很大的風波。所以不是沒辦法處理，這也是辦法，只是洗腎要這樣做嗎？要靠大家的智慧考量。

楊主任委員銘欽

先請何委員語，再請葉委員宗義。

何委員語

一、各位先進大家好，剛剛腎臟醫學會理事長說，總共有 127 家外包，佔總家數 22.5%，換算病人數就占了 15,300 人。第二點，他說美國每週都洗腎 3 次，但我請教住在美國的醫學博士，他講是洗 2 次，除非他騙我，要不然就是理事長說謊，我會再去收集資料，再請教美國的醫學博士，查證那邊的情形，他有特別講一定要血液檢驗，超過一定數值才可以洗 3 次，這我會去弄楚。

二、我認為醫院協會應該出來做點事，外包公司既然聯合壟斷材料價格，你們可以將其移送行政院公平交易委員會處理，要求反托拉斯，怎麼都不做。我是眼鏡公會，當初玻璃眼鏡片，台灣有一家廠商要拉高價錢，我們就聯合向國外採購以更低的價格購買進來，抵制台灣這些廠商，所以醫院協會應該要做點事情。可以聯合採購更便宜的耗材，分送給所有醫院，大家來登記，依年度須用量，統一向國外採購，統一殺價、進口，幫所有醫院造福，像我們當公會理事長的，就都要去做這些事情，所以我認為醫院協會應該找一些好的秘書長、好的幹部出來，造福醫院，也嘉惠洗腎患者，更可以幫政府省很多洗腎的費用。

楊主任委員銘欽

請葉委員宗義。

葉委員宗義

現在兩方面好像都以商業的角度講話，繞著外包、內包的問題。我的觀點是，外包公司到底合法還是不合法？如果不合法就變成密醫，如果合法就要加強管理，這是健保局重要的職責。一定要朝保障民眾健康的方向努力，外包與否，對洗腎民眾的醫療品質，權益會有什麼引響，這才是我們要注意的前題。這是我的建議。

楊主任委員銘欽

請廖委員本讓。

廖委員本讓

我很同意何委員語及葉委員宗義的立場，考量就醫人數成長 5%，同意給予費用成長 1%，我與謝委員天仁看法一樣，最重要的是還病人的健康，錢不能一直減下去，沒錢，服務品質就會變差。另外，就如葉委員所說，到底外包合法與否？如果合法，那你是要怎樣，你有本事處理他嗎？如果不合法，又該如何處理？這是大問題，但應該不是我們現在需要討論的。

楊主任委員銘欽

請問蔡委員登順有沒有意見？因為本來表訂時間只有 10 分鐘，已經討論 30 幾分鐘。

蔡委員登順

- 一、在費協會，這是爭議性很大的問題，討論過無數次了。陳委員錦煌一直很在意外包商侵蝕醫界的大餅，本來總額就不是很多，大家一直吵說點值不好，利益又給外商分走，在費協會看來，這樣做是不對的。我們期待可以導正過來，至於陳委員剛才說要砍 30 億，這落差太大，我就不方便表達數字。一邊要求成長率、一邊要砍 30 億，這中間當然可以協商。
- 二、我的看法是，為了要好好照顧洗腎病人，因為一旦洗腎，後半輩子可能需依賴洗腎過活，今天若再將預算刪減，可能醫界也做不下去，反而鼓勵外包，淪落被外界掌控，而且對腎臟病人也不好，所以個人支持健保局提出的方案，但可否有個附帶決議，即給予成長的部分，是用來支付醫界自己經營透析部分，調整支付標準，如陳委員宗獻講的。要簽切結書，反對成長的部分再去支付外包商，用這方式鼓勵醫界自己經營洗腎中心，這樣品質才能夠確保，以上建議。

楊主任委員銘欽

請朱副院長益宏。

朱副院長益宏

- 一、有關外包，要先向委員說一下什麼是透析外包，目前透析外包的品項包括有儀器與衛耗材，透析外包廠商由於他是製造商，製造耗材、藥水，去包洗腎中心的目的是為了保證自己的耗材、藥水能夠被使用，所以主要利潤來源在耗材、藥水這邊，製造成本可能才 10 塊錢，但是賣給醫院 20、30 塊，議價，若是完全開放的市場，醫院可以靠市場競爭，把價格壓下來，但因為它是寡占，在台灣只有 3、4 家，所以個別醫院沒有能力去把價錢壓下來。廠商不管有無包辦洗腎中心，就算不是外包

廠商，在耗材這邊的利潤，一樣還是賺錢，一樣可以在香港上市。

二、非常同意幾位付費者代表講的，看他在香港、美國上市，每年賺 20%、30% 的利潤，為什麼我們還要把錢拿出去！所以重要的是，在這寡占市場中，個別醫院沒有能力議價，必須政府出面，不管衛生署還是健保局，必須統一議價，議定一個比較低的價格，這是健保局有能力可以執行的。定價壓低之後，當然有盈餘的部分再把他放到醫師洗腎的服務費(Physician fee, 醫師費)這邊，或是把其他部分放在醫院做 Renovation(裝修)，這樣才能導正為良性循環。不然就算大家說不准外包，但廠商還是寡占，台灣就只有 3~4 家在賣耗材、藥水，一樣賺錢。我建議費協會可以做成決議，要求健保局訂定耗材、藥水的支付標準，單獨將這一塊拿出來，且將成長率 1% 設定為醫師診療費所用，因為現在透析的支付方式是統包，將來把他分可拆細項，將該給醫師的利潤給醫師，等到耗材、藥水成本降低之後，再將降下來的錢放到醫師費，這才有辦法導正制度。

謝董事長文輝

像剛剛講的，若是外包給你降費用，但是市場掌握在他們手中，我就將另一邊的價格稍微調整，錢就又拿回來了。最根本的處理方式就像朱副院長益宏講的，一定要徹底解決耗材的問題。

楊主任委員銘欽

謝謝，請陳理事長漢湘。

陳理事長漢湘

補充說明，剛剛陳委員說 4 家外商，其實只剩 2 家。佳醫公司(佳醫健康事業股份有限公司)在 96 年時因為健保給付不是很好，把 51% 股份賣給 FMC(台灣費森尤斯醫藥股份有限公司)，現在 FMC 總共經營 105 家洗腎中心；另外有一個叫 ARC(新加坡商亞洲透析股份有限公司台灣分公司)也將 22 家洗腎中心賣給 FMC。除了 FMC，另外一

家叫 Tory(杏昌生技股份有限公司)的日商，擁有 22 家洗腎中心，因為健保給付不好，經營不善的私人透析診所才會丟給他。點值已跌到 0.82，外商即便通路比較便宜，但利潤也很微薄。

楊主任委員銘欽

剛剛幾位提到支付標準，或建議統一採購部分，有些與健保局業務有關，是不是請健保局針對可以回應的部分先回應。

陳委員錦煌

請教理事長，聽說你們有開會說，如果點值沒有再提高，你們耗材就要回收再用，對不對？

陳理事長漢湘

不會！絕對不會！

陳委員錦煌

有人告訴我，如果不給他，耗材要回收再用！我說怎麼這麼恐怖，不要這樣好嗎？

陳理事長漢湘

絕對不會！

陳委員錦煌

暫時不公布是誰跟我講的，是醫界朋友，如果你不相信，我私底下再跟你說。我聽到後就很不高興。

陳理事長漢湘

我想這應該是醫師個人行為，我們會呼籲...

陳委員錦煌

他說如果點值不高一點，他們要回收再用，我說這是裝肖維，到底是在恐嚇什麼！你們醫界這樣跟我說，我今天才故意說出去，試看看。

楊主任委員銘欽

請健保局回應。

戴局長桂英

一、因為今天有這個平台，大家都表達很關心其實陳委員錦煌只是關心錢讓廠商賺走了，去外國上市，並不是針對我們醫界，這些病人都還是靠醫界幫忙照顧。

二、先說明為什麼健保局主張 1% 成長率：

(一)因為洗腎總額跟其他總額不一樣，沒有「非協商因素成長率」，別的總額都有「非協商因素成長率」，像人口結構改變、醫療服務成本改變的成長率，但是洗腎這一塊沒有，這是第一點。

(二)第二點，99 年透析病人數成長 5.7%，而且 100 年透析費用成長率是 0%，如果未來 101 年比 100 年病人數成長仍是 5.7%，恐怕整個狀況會不好，現在預算是 308 億，如果有 5.7% 的病人數成長，算下來可能需要 326 億，但現在只有給 1% 成長，就是 311 億，大概 95 成，也是在控制讓它下降。

(三)第三點，我們也跟謝委員天仁一樣擔心，如果這一次再不給成長率，會不會把醫療院所的經營都趕往委外廠商那裡。

三、剛剛大家建議，有無方法解決外包問題。醫院核心業務不外包，衛生署醫事處已經納入政策，在醫院評鑑上，列為評鑑條件。診所因為還沒有評鑑，剛剛腎臟醫學會理事長也提到，診所態樣有很多種，有的只是跟廠商簽約耗材部分，有的是連醫師都被雇用，我們是不太希望醫師被特材商雇用，但因其屬於僱傭關係，很難要用健保法來規範。

四、至於藥水、耗材可否統一採購，或統一議價，健保局至今尚無對藥品、耗材做過統一採購，但的確有對多項藥品、特材有定價格，所以是不是未來再跟醫界商討清楚，但這並不在費協會談論總額範圍。洗腎目前是論次支付費用(含所有耗材)，從健保開辦一直延續到現在，對血液透析並沒有逐項列價，若要改成逐項列價，則須界定清楚有哪些項目，逐一列出健保價格。

健保若有列出價格，醫療院所就會去議價，我們可以朝這方向來努力。

五、回歸總額部分，可否支持 1% 成長？主要考量兩個因素，第一，洗腎沒有非協商因素成長率，第二，洗腎病人數的確有成長，而且洗腎病人大部分都是還有工作能力的人，只有少部分屬末期，對有工作能力的病人，我們希望他們的生活能夠不受影響。

楊主任委員銘欽

這個案子我們討論到這邊告一段落。可否這樣處理，為了維持門診血液透析良好的品質，避免擴大外包程度，剛剛陳委員錦煌特別講到，為了避免擴大外包，要讓本土、自己經營的洗腎中心或醫院，能夠好好做下去，建議還是尊重健保局與醫界提出的 1% 成長率。至於這 1% 成長率要如何做，才能夠讓本土的醫療服務提供者得到比較多的鼓勵，如果是外包則不鼓勵，該怎樣做，還需了解實務的做法，才有辦法下結論。剛才戴局長有提到可以逐項列價，讓醫界跟廠商議價，何委員語也提到可以聯合採購，議價空間就會出來。陳委員錦煌擔心拿我們的錢去做商業性質，這部分就可透過醫界集體的力

量做一些管制。

陳委員錦煌

你們應該要感謝我，我替你們出力。我和何委員語是因為聽說，健保費明年要漲價，8~9 百萬勞工希望健保費能穩定，不要常常說費率要漲到 5 點多。我是替你們想辦法，不要說奇怪我今天發瘋，一下子砍 30 億！如果沒說要砍 30 億，也不會有這麼多聲音出來。主委！吃飯卡要緊！

楊主任委員銘欽

好，吃飯之前讓許委員怡欣先發言。

許委員怡欣

講到品質，因為我們都很關心品質部分，希望未來品質可以更好。上次在評核會才知道，雖然洗腎相關監測值資料都有收集，但資料

並不在健保局檔案，而是在腎臟醫學會那邊。希望未來這些資料也可以轉到健保資料庫，讓健保局及更多學者可以來看，到底品質怎麼做會比較好，可以再往前推進。我支持剛剛主席的決議，但希望在品質這一塊能夠更公開、透明。

楊主任委員銘欽

這個部分，補充說明，剛剛執秘有跟我提說，8月份的透析聯合執委會已經確定洗腎資料會上傳到健保局資料庫。還有，剛剛陳委員錦煌講，有人放話說要回收使用，這個萬萬不可！我想可以列入決議，雖然成長率不是很高，但品質還是要顧到，不能危害病人品質。請蔡委員登順發言。

蔡委員登順

這個案子要做成決議了嗎？

陳委員錦煌

還沒！還沒！吃飽飯再說！

楊主任委員銘欽

這1%成長率已經決議。

蔡委員登順

那就同意1%，但是我剛才講的，應針對經營透析的醫療院所，調整其支付標準表。

陳委員錦煌

我已經兩天沒吃飯了，餓得要死！

楊主任委員銘欽

陳委員錦煌這個案子你覺得還沒確定嗎？還有意見是嗎？

陳委員錦煌

我還有意見。之前有要給時間，今天來不及，我不管。

楊主任委員銘欽

對不起，時間控制得不好。那大家就先用餐。

蔡委員登順

剛剛我也表達，希望成長部分要調整支付標準，但只用在自己經營洗腎的醫療院所，剛剛陳委員宗獻也講了，可以寫切結書，但外包的洗腎中心，就不適用調整支付標準。

楊主任委員銘欽

謝委員天仁也贊成這樣的意見。好，那我們先用餐，謝謝各位。

林執行秘書宜靜

謝謝各位貴賓，各位委員。現在是用餐時間，按照表定時間是 1 小時，麻煩各位貴賓在 1 點 25 分回到會場。

(中場用餐 60 分鐘)

楊主任委員銘欽

多數付費者委員已回到會場，為把握時間，建議接續上午場次的協商。中午用餐前，門診透析服務最後議定 1% 成長率，但尚缺附帶決議，還未達成共識，因為很多委員十分介意洗腎外包問題，請大家集思廣益，看看費協會可否落下一些附帶決議，協助自行執業的診所與醫院能獲得較多的鼓勵。

謝委員天仁

請教目前洗腎一個 package(包裹套裝)多少點數？有無可能從 package 切出耗材部分，另訂健保價格？又，如果下一個附帶決議，支付點數必須切出耗材的健保價格，才能動支所給的成長率，如此，對醫界可有幫助？我認為必須大家合作去解決此問題，否則自營洗腎部分大概會愈來愈小，外包情況則愈來愈惡化，因此，想聽聽醫界代表的看法。

張醫師孟源

關於洗腎耗材，Hollow Fibers(註：空心纖維透析器，俗稱人工腎臟)在台北區已經沒有重複使用情形，陳委員煌錦不必擔心。洗腎相關

耗材，因科技進步，人工腎臟一般差不多 300 多元就可以買到相當不錯，400 多元可買到更高級，較低的則約 200 多元，但多數應是用 300 多元的人工腎臟，再加上 (Tube，管路)及藥水各約 100 多元等，若都用最好或中等程度以上的耗材，則合計大約 500 元或再多一點。

謝委員天仁

現在想要得到獲知的結論只有一個，即：前面所建議的附帶決議，究竟不可行？有無效果？如果沒有其他方法，我們也就不用在這邊多傷腦筋了。

楊主任委員銘欽

大家如果暫時還想不到更好的方法，今天陳理事長漢湘提到腎臟醫學會也進行相關會員調查，可否…。

朱副院長益宏

剛謝委員天仁所提耗材能否拆得出其健保價格，必須看健保局，我認為拆出則對醫界有幫助，可以確定耗材成本及給付價格，未來進行調價時，譬如降耗材費用，也可以不必降整體支付標準，而是移到其他項目。可能還是要看健保局能否拆分？如果今年都沒辦法做到拆分，則此成長率反而會卡住。我想醫界的意見與幾位付費者委員一致，若不給成長率，可能影響到洗腎病人。

羅院長永達

如果將整個洗腎 package 拆開，就如同買車子，當輪胎、方向盤等零件分開計價，合起來肯定比買一輛車子貴，這也是當年以 case payment(包裹支付)的最重要原因。不管如何調查，所得成本分析絕對不會準確，variation(差異性)也會非常大，且拆開後，若有人證明某項目不足成本時，補或不補又是一個問題。簡單說，case payment(包裹支付)是截長補短的概念，錢就這麼多，自己想辦法管理，但一旦全拆開後，醫界很容易證明某些項目成本不足，屆時補或不補？如果不補，明明就不划算，該怎麼辦？屆時費協會反而須

面臨另一個麻煩問題，所以，拆或不拆須再詳加討論。所有 case payment 當初都是截長補短的原則，裡面包裹了很多項目，好壞自己管理，但只要一拆開，長的不會說，短的一定講，如果短的要補，屆時會很麻煩，這是我認為拆開不太可行的原由。

楊主任委員銘欽

一、考量議事效率，暫時先建議一個附帶決議文字，若大家覺得可行，則門診透析部分就可先結束。門診透析服務成長率 1%，附帶決議則建議：

(一)為顧及照護品質，洗腎耗材應避免重複使用。這是剛陳委員錦煌特別提到的部分。

(二)有關自營作業或受雇於廠商執行洗腎服務部分，希望腎臟醫學會於門診透析聯合執行委員會上，提出有效鼓勵本土自行作業之醫療服務提供者的具體計畫，經送本會認可後，才能動支該成長金額。

二、戴局長桂英向我表達這部分恐有困難，但因為幾位委員剛有提到，希望這 1%不是直接給，而是有附帶條件的成長，大家很關心若沒有附帶條件，變成不論自營或受雇、外包都一樣，則可能無法看到原預期效果。但健保局若認為此附帶決議有執行上的困難，大家當然還可再想想，不過目前看來暫時還沒有更好的突破。

三、後面還有很多表定程序要進行，先議定門診透析服務成長率 1%，動支條件則再思考一下，這部分先保留。若同意，則先謝謝腎臟醫學會陳理事長漢湘，從早上到現在一直在會場提供相關說明，也請理事長及學會幕僚同仁再思考，提供我們一些比較具體可行的方法，俾能向您請教。

(醫院總額)

楊主任委員銘欽

一、接下來進行醫院的協商。原表定時間，洗腎部分只有 10 分鐘，

按螢幕計時，已經用了 59 分鐘，可能對醫院部門不公平，因此，徵詢各位委員，醫院的協商時間能否重設？若同意重設，則原本醫院(含門診透析)的表定時間為 115 分鐘，扣除門診透析的表定時間 10 分鐘後，為 105 分鐘。請將計時器歸零，重新計時，預計醫院部門協商時間 105 分鐘。

二、為加快議事，請參看議程資料第 14-17 頁醫院總額部分，逐一項目，若大家覺得沒什麼異議，有共識，可支持，則予通過，儘量將時間留給還須再凝聚共識的部分。

三、自第 14 頁開始：

(一)「醫療服務成本及人口因素」部分，於前次委員會議已確認，不必再討論。

(二)「品質保證保留款」乙項，之前也已確定，不必再討論。

(三)「新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)」乙項，醫界與健保局的版本一致...。

四、對不起暫停一下，醫院協會有新版本。

林執行秘書宜靜

向委員說明，醫院協會今天另有提供一份新資料，其簡報第一頁是彩色的，裡面則有夾一張 A3 的大表，為今天新提供的建議方案。

楊主任委員銘欽

不過我看這份資料與原本議程所列內容一樣，不一樣嗎？我是指「新醫療科技」乙項，988 百萬的數字相同，是其他內容不同嗎？先請醫院部門代表說明。

陳高級分析師雪芬

一、基本上，非協商因素(係指醫療服務成本及人口因素)不用再討論，至協商部分，今天所提版本與前次相較，較大的不同在於：

(一)「提升護理住院照護品質」部分，要跟各位委員報告，從 98、99、100 年，幾年下來，醫院在護理這部分的成本其實已增加非常多，當然除了護理外，也還有別的成本，所以我們認為

這一項應列在一般，就是將這 10 億放回一般服務預算。現在還不知其他委員對這部分的意見，但若大家認為須再多編 10 億於提升護理照護品質計畫，則建議能列於其他預算項下，醫院也會支持該計畫。

(二)有關「急診品質提升方案」，建議刪除，主要是因為目前醫院評鑑已有規範，不須再於總額上疊床架屋。

(三)上述是說明與上次版本最大不同之處。至，其他協商項目則等待會討論到該項時，如有必要，再提出說明。

二、醫院還是要再次表明，就目前我們看到 100 年的狀況，100 年醫院(含洗腎)的預算為 3,399.6 億，但不論 A 推估或 B 推估的數字都顯示，醫院總額基本上會低於實際成長。醫院部門最核心的醫療業務是門、急診及住院服務，所以，醫院協會的基本立場是，今年的缺口大概已經知道，將高於 400 多億，是很確定的狀況，因此，希望委員會於協談醫院部門時，能多考慮醫院的核心價值，即門、急診及住院等一般服務，多幫助核心服務，使其品質不致崩盤，這是最重要的部分，至於專案項目，還是希望務實編列。以上補充報告。

楊主任委員銘欽

謝謝陳高級分析師雪芬的說明。今天醫院所提版本的變動重點係在「提升住院護理照護品質」乙項，將其自專款提列到一般服務，其餘各項則與議程資料的大表相同。

陳高級分析師雪芬

是。

楊主任委員銘欽

接下來仍繼續逐項討論，如有共識則通過：

一、「新醫療科技」其實很難精算到底需多少，依照過往經驗，會在本項反應新年度還是可以有新藥、新科技等引進。此項醫院部門與健保局的版本一致，皆以 9.88 億估算，請問委員支持與

否？若無其他意見，有共識，則本項通過。

- 二、「調整支付標準(含重新評估支付標準 RBRVS 及調高 5-6 歲兒童門診診察費)」乙項，要用於改變支付標準，健保局版本建議增加 12 億多，醫院版本則未提列金額。

陳高級分析師雪芬

- 一、醫院內部對此項已多次討論，但先向各位委員說聲抱歉，我們之所以沒提列，並不是不要成長率，而是不認同健保局在括弧內所寫「RBRVS 重新評估」等事由，醫院當然同意調整支付標準，但應用於剛所提醫院的門、急診及住院等核心業務，這部分並不違背我們的基本原則，只是不希望用粗糙的方法，硬要醫院配合調整支付標準中的某一段。
- 二、其實所謂的 RBRVS 就是成本分析，到底那些項目不足，回歸大項就是「調整支付標準」，但至於該如何調整，我們認為不應照健保局提出的方式，30 幾個專科全部一起來，似乎是讓大家來搶這個餅。此做法對醫院內部管理，造成很大困擾，一則是短時間內不可能做出這些成本分析，並就全部的支付標準調整；另外，則是健保局希望醫院協助計算成本，但又將 12 億經費的訊息往外拋出，已造成醫院管理方面很大困難度。因此，不是醫院不要這個成長率，而是認為其內容不應如此作為。作為醫界其他伙伴或可就此項再幫忙補充說明。

謝董事長文輝

- 一、大家其實有共識要調支付標準，尤其是四大科空洞化的問題，非常願意朝這方向努力。這次健保局要調整 12.4 億，金額很少，但醫院比較有意見的，其實是前面所謂 RBRVS 成本分析，因為健保支付標準從來就不是以成本分析為基礎，一開始就是沿用勞保，完全不用成本分析，如果健保以成本分析為基礎，坦白說今天醫院總額要給的，還得多出 50% 以上。
- 二、除考量 RBRVS 的作業時間還須很長之外，對健保局草案最無法認同的地方是，其推估這次 RBRVS 調整需 24 億，卻只編 12

億預算，其他錢要從那兒來？健保局草案說明第3點提到「部分可由『醫療服務成本指數改變率』增加之24.6億支應，建議編列12.4億」。由此可知，這次健保局實質上要調整的是24.8億，但醫療服務成本指數屬非協商因素，本就是反映醫院成本墊高所支出的，醫院的錢並未增加，所以，我認為應該回歸實際，12.4億的成長就是12.4億，很單純地用在調整支付標準，委員當然也可指定要用於四大科或是那些科別的調整。

三、剛牙醫部門協商的後段，本人也在會場，聽到有委員表示，部分科別較困難需調增，部分科別較輕鬆則需扣減，應由總額部門內部自行調整，不應再增加總額成長率，但我要向各位委員報告，醫院部門已無空間自我調整，因為就如剛報告所提，醫院整體的差距是400億。何以現在牙醫系錄取分數會高過醫學系，很簡單，因為醫院核心業務被大家認為是健保比例最重的部門，幾乎全含括在健保給付範圍內，少有自費空間。過去勞保時代，何以勞保費用這麼低，醫院還能做幾十年，其實是因為那時勞保只占醫院收入的一小部分，約30%，其餘70%都是自費收入，老實說，當時勞保部分，醫院是加減做，支付不合理還不要緊，因為有自費空間，醫院可以自己訂價。

楊主任委員銘欽

發言請盡量著重在此項議題，不要偏離。

謝董事長文輝

編12.4億預算調整支付不足部分，醫院當然很感激，大家可以指定用途，用以調整四大科及其他支付不足項目，如此，明年1月即可開始支用，但不應像健保局說明所稱，將調整24.4億，但其中的12億由醫療服務成本的非協商因素支應，因為醫療服務成本是反映我們墊高的成本，如薪水提高等，是立即要花掉的錢，不可能有節餘可支應其他，所以，建議此項應明確地回歸，12.4億就是12.4億，很單純地指定用於調高付費者所關注的部分，別再提什麼成本分析，健保的支付標準，從古早一開始就沒有，也從來不曾以成本分

析為基礎。

謝委員天仁

- 一、某些意見與醫院部門相近，我認為 RBRVS 是一個相對值的調整，不管如何調，費協會都沒有理由丟錢進去，全是相同的健保醫療服務，今年這樣調，要丟錢，5 年後再調，又要再丟錢，實在很奇怪。RBRVS 的調整不應影響費協會期望投入的相關資源，我們比較關切的兒科、婦產科及外科等艱困科別(去年未將內科擺進去，只擺這三個艱困科別)，應可丟錢進去，以調整其相關支付標準，這是費協會應考慮，也是我們所有人都須面對的問題。以此角度來評估大約須多少經費，而經費訂定後，也希望相關指標要訂出來。
- 二、昨天消基會開記者會，今天一大早接到黃煌雄監察委員關切的電話，其表示費協會既已丟錢給艱困科別，為何還有 4 成多的醫師說沒領到這些錢，實際情況究竟如何？是不是健保局也管不著？因此，我認為費協會如果又沒訂定任何指標，則錢一旦丟下去，豈不是肉包子打狗，有去無回！
- 三、這部分應落實到費協會原先協定的目的，當初協定的目的就是要給這些艱困科別，但調查後發現，今年所編的 14.78 億中，有 3.2 億是通通有獎，診察費由原來的 222 元調整至 228 元，全部都調增 3%，為什麼要花 3.2 億在這部分？原先費協會是要優先調整艱困科別，但最後執行上卻似與費協會意旨有些出入，令人不解。因此，依我們付費者前幾天的共識，今年大概就是以這樣角度與原則來看待這個協商項目。
- 四、至，有關 5-6 歲兒童門診診察費加成部分，剛於牙醫部門協商時，大家都已反對，其餘部門也一體適用，所以這部分以後看看再說。
- 五、最後，以我剛所說明的這個角度切入，就這三個艱困科別(兒科、婦產科、外科)，請教健保局認為需多少預算數？

楊主任委員銘欽

請教其他付費者代表對此項目，有無其他詢問意見？

何委員語

費協會既已決定此費用係要用於這三個艱困科別，就一定要指定給這三個科別，醫院不應再挪用到別的地方，若有挪用，則等於是失信於我們，似有瀆職之嫌，所以，我們反對挪用的作法，堅持這 12.4 億必須在這三個艱困科別來運用。

陳委員錦煌

四科。

何委員語

四科、這四科，我們陳大委員說四科，我就同意四科。

楊主任委員銘欽

可能還須請健保局就實務面想想看可以怎麼做。我曾看過前兩天消基會的一些調查結果，但只有調查兒科醫師，其他外、婦產兩科則表示不方便回答。

陳高級分析師雪芬

- 一、銜陳院長明豐之命，向各位委員解釋。去年的 14 億多，已完全反應在支付標準，即調高這些科別的門診診察費，這部分健保局與醫界都已經做了，並不是沒有。
- 二、早上看報紙時，也感到很訝異，其實每家醫院的醫師費，不論 PPF(私人醫師費)或 PF(醫師費)，前者是完全變動薪資，後者則是部分固定薪資外加部分變動薪資，但不管是那一種薪資制度，原則上醫師診察費都是 100% 給醫師，在源頭就這樣處理，今天我還特別帶資料來，在我們醫院電腦系統確實就是直接滾入醫師費，但如果你們問個別的醫師個人，其實他們很難弄清楚計算方式，必須翻資料向他們一一解釋，譬如原本 220 元，現在變 228 元，再乘上加提成比率，真的就是算入醫生費。但現實是，醫師不會也很少弄得清楚，因此才造成誤解，以為沒拿到，在此必須鄭重向各位委員特別報告並解釋清楚，不能解

釋成醫院沒有給醫師。

謝董事長文輝

就 100 年度的方案醫師是無感的，為什麼醫師會無感？黃煌雄監察委員的健保總體檢報告提到，內、外、婦、兒科的技術費用應調高 50%，所以，診察費由 222 元變成 228 元，當然沒感覺。依黃煌雄監委調查，須調整 50%，即假設原本 100 元，則應調為 150 元，然而，內、外、婦、兒科若按此調幅，所需經費至少 250 億，問題是我們沒能力一下子調 250 億。今年 12.4 億再下去，直接指定調那 3 科，我相信醫師還是沒什麼感覺，這 12.4 億對照黃煌雄監委報告所提的 250 億，僅約 5%，是 50% 的 2.5%，也就是 100 元只多 2.5 元，拿去問醫師，肯定沒感覺。所以，我認為雖希望多給一點讓醫師有感，但現在無感的主要原因是，整個數目太龐大，但健保資源有限，實無能力多給。

郭特助正全

- 一、其實所謂的內、外、婦、兒，並非只有 4 科，基本上包含 2、30 科，外科有 10 幾科，內科也 10 幾科。我也承認小兒科確實不好，但醫院對有些較不好經營的科別，事實上是用其他的來補貼，以早期的小兒科為例，醫院每個門診都給 100、200 元，比其他科別都多，而早期精神科也有類似情形。其實大家不要以為內科系就比較好，有些科，例如血液腫瘤科，其需求很高，但醫師非常不足，又沒有任何 procedure(處置項目)，事實上是很艱困的科別，醫院內部也會自行微調，以維持正常營運。去年有調整，我也認為健保局執行的是對的方向，例如兒童加成這一段是看得到的。事實上，醫院也有些回饋，但並不是要給婦產科就全給婦產科，而是就婦產科裡面某些較不好的，多考量，某些較好的，就不再多做考量，而是挪到其他較不易的科別。
- 二、就健保局今年編列此項的預算，個人認為要靠 RBRVS 來分配恐有困難，但也不能將所有冀望全放在診察費調整，因為國內

醫院醫師費制度與國外不同，國外醫生拿 RBRVS，醫院則拿 DRGs，但國內的作法是反正一筆費用就給醫院自己去管。以診察費來講，住院診察費因已明訂 100% 給醫生，但門診診察費，還有護理費等一堆雜七雜八的費用含括在內，若此項目僅用於調整診察費，則醫院會面臨一個問題，同樣是診察費，為什麼他拿 258 點，另外一個拿 228 點，讓醫院在管理上非常困難，很難做到平衡。從其他角度來看，醫師的收入係來自門診、急診、住院、手術、檢查等服務，除了診察費，還有其他處置費用，因此，建議這 12 億多不一定要擺在診察費，健保局今年討論相對值或某些項目時，可針對這些艱困科別的 procedure(處置)，予以調高，保證 100% 費用一定可歸回該科，別科拿不到。就小兒科而言，健保局的做法也不錯，分齡加成的方式，也一定會歸回小兒科，其他科也拿不到。

三、建議不要規定非以 RBRVS 調整不可，我們對於 RBRVS，以前已做過一次，工程實在浩大，不是那麼簡單。第一次做，各專科都在不是很清楚的情況下，認真填寫，但現在大家都知道這會影響收入，所以，我實在不相信這次做出來的結果，能讓大家滿意。醫院很擔心該拉下來的，拉不下來，該上去的都上去了，今天假設編 12 億，執行結果卻增加 50 億點，這只是讓醫院的點值稀釋而已，所以，建議可編 12 億多，但針對付費者代表或立委、監委的期望，用於調整特定科別的某些 procedure，相信健保局也清楚那些 procedure 是那些科別在用，如此，即可將經費實質回歸到那些科別。

楊主任委員銘欽

剛郭特助正全的意見是，建議此經費不限調整診察費，去年是給門診診察費，但現在這個錢是建議用來調整處置、手術、檢驗(查)等診療項目，在此補充說明。

蘇委員清泉

一、大家看到的醫學中心以位於都會區居多，只有一家慈濟醫院在

花蓮，其他偏遠地區，譬如雲林，我們陳委員錦煌對雲林很敏感，我都不太敢講，雲林以前小兒科只有若瑟醫院在看，衛生署為此也非常煩惱，同樣的，從高屏溪高屏大橋下去到鵝鑾鼻，只有我們安泰醫院有 24 小時的小兒科門、急診及住院服務，而為了讓小兒科可以 24 小時提供服務，醫院必須聘請 7 個小兒科醫師，小兒科醫師很難聘請，醫師愈少就愈難經營，醫師愈多愈有人願意來，為什麼？因為比較輕鬆，否則 24 小時忙值班忙到頭暈，有時還得到小琉球支援，真是很累。向大家報告，我們醫院 7 個小兒科醫師，個個保障薪水 25 萬元起跳，值班費另計，但沒有任 1 個業績超過 25 萬，因為大家愈生愈少，以前小兒科急診一個月 600 人次，現在只剩 300 人次，要如何經營？但醫院還是堅持做下去。我們也知道小兒科醫師很辛苦，如果派去山地離島，也額外再給錢，健保局支付的出診費，如果高醫、長庚醫師去，醫院還跟醫師抽成，但我們醫院都不敢，健保局給每次 5,000 元，5,000 元都給醫師，接下來怕他們搭船出意外，還幫他們買保險等，所以，其實醫院的這些付出，實無法單用此項經費來計算。

- 二、以 12 億多調整，分到四大科，其實每一科都只能調一點點，實際上對醫師問卷調查，他們也真的不太容易搞清楚，最簡單的方法就是，直接調高診察費，並明確地寫下來內科加幾點、外科加幾點...，這樣讓醫師較有感覺，如果醫院要向醫師說明或是談抽成，都很簡單清楚，比較好做。但要調整這四科，若只編 12.4 億實在太少，大家可以稍微倒帶回想一下，其實去年原建議 40 幾億，但被一直砍到剩 14 億多，12.4 億實在不夠，看能否多一倍、二倍或三倍，這是我建議的折衷方式。

楊主任委員銘欽

- 一、請參看本會幕僚補充意見第一點，此項係「署交議 101 年度總額協商的政策方向」，當然健保局也須配合辦理。
- 二、就剛聽到幾位醫院代表的發言，整理如下，供大家參考：

(一)不反對此項協商因素，但希望金額方面不要動到非協商部分，預算多少就多少，並建議也可反應在特定科別的處置、檢驗、檢查等診療項目的調整。

(二)謝董事長文輝也提到，若全面調整則每個支付項目可調增幅度只有一點點，醫師可能比較沒感覺。

三、綜合之前大家對此項目的討論意見，支持編列此項協商因素，至於金額多少，範圍到那裡，還可再談，建議先暫時保留，先就較無歧見的項目處理後，再回過頭討論。

謝委員天仁

醫界當然會講對個別醫師無感等云云，但其實這並不是費協會須面對的問題。費協會要問的是目的達到了沒，曾向健保局詢問，健保局也表示費用係支付給醫院，醫院內部如何分配給醫師，不知道也管不著，但錢是費協會希望達到某個目的才丟下去的，並不是要丟錢給醫院，我相信醫院也瞭解付費者的目的，所以不管是有感無感，重點在目的是什麼，指標要明訂，爾後大家就提議的金額，看看能否接受？可接受就過，若還是不足，以後可以慢慢再來編，不可能一次補那麼多，預算沒那麼多，這是大概的想法。我們的目的是希望三個艱困科別的醫師待遇，可以因為總額的投入而獲得調整，希望要有這樣的指標出來。

謝董事長文輝

- 一、剛蘇委員清泉所提，是醫院現在普遍的實況，長期是靠較有利的科補貼這些科別，但這一次無論多少錢，費協會都應該編，因為這是一個態度，是我們對四大科空洞化問題，向社會正面宣誓未來會投入資源幫忙，明年或許資源只有 12.4 億，但未來會朝這方向努力。此舉可讓醫師有個鼓舞力量，以後會愈來愈好，讓他們現在就願意投入這四大科，這是很重要的宣誓意義。
- 二、內、外、婦、兒四科中，內科中有些次專科因為在某些技術性部分，讓它的收入很好，成為很紅的科別，外科裡面也有很紅的科，像整型外科等，所以，希望此項經費可以 focus(著重)在

內、外、婦、兒等比較基礎的科系，用在診察費他們都拿得到，不過，對醫院而言，其實都只有一點點，還是得截長補短。但此項具宣誓意義，當然也希望未來費協會每年均以此為目標，每年加碼，一直加到醫師有感，就像黃煌雄監委所講的 250 億，這是我們的期待。

黃委員偉堯

- 一、艱困科別的問題點不在健保總額，而是專科醫師訓練容額有偏差，導致專科醫師無法均勻地分布在各科應有的人數上，這才是根本原因，健保總額貼補再多錢，還是會有困難，且效果有限。
- 二、醫界剛對健保局將推 RBRVS 提出幾個質疑，譬如無法做到成本分析、專科醫學會不會攤出真正成本等。大家所提問題的癥結點，其實都是因為支付標準表的結構扭曲。現在健保局既然有意重新評估，我認為醫界應盡量配合，而真正有成本結構資料的是醫院，不是專科醫學會，如果醫界能拿出真正的成本，供健保局處理科別間的調整，將獲利科降下來，或許就能幫助所謂的艱困科別。整個支付結構改變後，我們也就不須在這裡附加這些補救措施；否則，如果不斷地只對幾個科添加，日後若還是人數不足，繼續艱困，我們再丟錢進去，人還是進不去，仍舊無法有效解決問題。癥結點既為支付標準成本結構不均，則建議應朝其根本結構做調整，如此，才比較有可能獲得改善。

楊主任委員銘欽

- 一、因為後面還有很多項目，所以有關「調整支付標準」乙項，必須暫時擱置，我們先往下看下去。
- 二、下一項「調整 NAT 檢驗費」，係為確保血品安全與品質的費用，此檢驗方法可縮短愛滋病及 B、C 型肝炎檢查的空窗期。
 - (一)請參看議程資料第 14 頁，健保局草案說明，預估本項成本每年 3.5 億，這屬於支付標準的一部分，無法放在其他預算，說明中並寫到血液基金會規劃每年將自行提撥 0.6 億，至於差額

2.91 億，則由健保籌措。

(二)此項目於付費者代表討論會議時，提及血液基金會為何只自行吸收 0.6 億？能否要求他們吸收更多？譬如 1 億。當然，我們不曉得基金會的財務狀況，但若可以多吸收一點，總額自然可少支付一些，請教付費者委員有無其他須再補充事項。

羅院長永達

- 一、在捐血中心還未做 NAT 篩檢前，本人曾於健保醫院總額支付委員會，請教捐血中心主任，亞洲地區 5 年內因輸血感染愛滋病機率有多少？其回應，5 年內只有 2 例，而台灣一個都沒有，續請教原由，表示之前即有很多控管措施。這 2 例後來的賠償金額，平均每人賠償 2,000 萬台幣。這是當時我在健保局支委會詢問捐血中心主任的情形，有跡可供查證。
- 二、其實整個醫療界須預防的事，真的很多，如果每年編 3.5 億，5 年就是 17、8 億，但在台灣因輸血感染愛滋的機率，5 年內是零。就為避免這種情形，每年丟 3.5 億，有無效益？值不值得？須再好好考慮。當然，最近因為有愛滋器官移植的問題，突然間大家覺得很害怕，但醫療經濟本就應把錢花在刀口上，這乙項是不是現在最重要的刀口？我們認為照以往的管控措施，假若真有一天發現更多危機時，屆時再編都還來得及，否則，現在一旦編下去，是每年滾入基期。
- 三、剛主席提及血液基金會的財務狀況，於健保局醫院總額支付委員會，曾提供其財務狀況，坦白說，若真要編列此項預算，我們認為血液基金會不應只負擔 0.6 億，即便全數吸收，也應該有能力。

何委員語

付費者會議討論時，是希望血液基金會自行負擔的部分提高到 1 億，這裡則編 2.51 億，這是我們之前的共識。

楊主任委員銘欽

剛羅院長永達提到另一個問題，即這個項目是否一定要編？請健保局說明。

戴局長桂英

記得上次衛生署的報告，也有提到此項是政策事項。編列此項協商因素的原因是，上次向付費者委員報告時，簡報的投影片資料即提到，NAT 可縮短檢驗愛滋病、BC 肝的空窗期，簡報書面資料已詳列天數，由多少天減為多少天，就不再重複贅述。

陳委員錦煌

最近發生愛滋器官移植事件，須多了解一下。請教陳委員明豐，檢驗愛滋病，幾天可知結果？老實說，不是做這個行業，也聽不懂血液基金會要做什麼 NAT 檢驗，這裡說可以縮短愛滋病檢驗時間，但到底檢驗愛滋病，多久時間可檢驗出來？以腫瘤開刀手術，冷凍切片檢查，30 分鐘即可知結果，而愛滋病檢驗到底要多久才能知道？我知道這問題與你們這次作業錯誤的事件無關，但起碼要告訴我們，愛滋病多久時間可檢驗出來，希望能瞭解。

陳委員明豐

愛滋病的感染，因為前面有空窗期，如果用西方墨點法，空窗期大概可縮短至 2 星期或 12 天左右，如果用現在最普遍的抗體檢驗方法，大約是 1 個月左右的空窗期，也就是有些檢驗方法可以縮短空窗期，但也不是完全沒有，不可能今天感染，明天馬上可驗出，從感染到可驗出中間，有一定的時間。

陳委員錦煌

既然不可能，為什麼台大會這麼離譜，直接就做移植了！

陳委員明豐

那是溝通上的錯誤，因為器官捐贈者本來就是愛滋病患者，且就醫已長達兩年。

陳委員錦煌

奇怪了，既然他有愛滋，還做器官移植。

黃委員偉堯

插個話，陳委員錦煌的問題應是，愛滋病患要驗血確定，其檢驗過程要多久時間？而不是說感染後的空窗期多久。

陳委員明豐

如果用一般的抗體檢驗方法，大約 2 個鐘頭就可知檢驗結果，用 PCR 則大約 4-5 個鐘頭。所以，如果已確定感染，要檢驗出來並不困難。(註：PCR，polymerase chain reaction，聚合連鎖反應，是一種檢驗方法，主要是利用基因片段放大技術，達到容易偵測病毒量的方式)

陳委員錦煌

2 個鐘頭就可知到底有或沒有，當然也不是院長做這項檢驗，你只是負責人，那麼在檢查報告中間，要通報到開刀房，這個過程出錯，對嗎？

陳委員明豐

對。

陳委員錦煌

那我就瞭解了，愛滋病檢驗不用 20 天、18 天、14 天，不可能在那裡等，速度那麼慢，要怎麼進行移植。不懂的是，這個人已往生，但要捐贈器官供移植，檢驗速度可以多快，這我想瞭解的，若沒問清楚，怎麼知道 2 鐘頭就可檢驗出來。但這裡說檢驗要 20 天左右，所以還要再縮短，是不是這樣？

陳委員明豐

這裡所說的空窗期是指，這個人受到感染後，多久時間或幾天後，才可用檢驗方法檢測出來，是要縮短檢驗的空窗期。

陳委員錦煌

如是這樣，我覺得不應該再提這個案。

許委員怡欣

想先確認一件事，本來也有其他的檢驗，所計算的 3.5 億是否已調整過差額，就如同剛剛的牙齒填補一樣？沒有，好。另，對此項目有無相關指標，預計做多少人次或多少量？接下來，若未達指標，會不會比照剛牙醫部門所講，就沒做到的部分要扣除？以上請教。

楊主任委員銘欽

- 一、再講清楚一點，有人捐血，要知道這個人所捐的血安不安全，有沒有已感染 B、C 型肝炎或愛滋病等病毒，若檢驗後確定安全，才能輸血給別人或做成血液製劑。現在的檢驗方法，可驗到病毒的空窗期久一點，但如果改用 NAT 檢驗方法，則空窗期可縮短，但還是可能有空窗期。
- 二、剛羅院長永達也提到，過去幾年發生因輸血感染愛滋的機率並不高，看來此項目似乎不是最緊急，而且也非政策指示項目。改做 NAT 或許會比較有保障，但現在也不是沒有其他方法對血品篩檢愛滋病毒。

蘇委員清泉

既然大家如此關切愛滋病，而我們安泰醫院又是台灣前三名開始做美沙酮(冬)減毒服務的醫院，向大家補充說明如下：

- 一、台灣目前愛滋病潛在帶原者約 18 萬人，衛生署列管者約 6 萬人，目前治療中則僅約 6,000 人，其中屏東看守所由我們醫院負責，該看守所被追蹤列管的愛滋病患者約 50 人，治療中的約 20 人。向大家報告，依現行法律規定，必須經病人同意，才能對病人做愛滋病(HIV)檢驗，但其他如梅毒、淋病等性病，不須經病人同意就可檢驗，為何有此差別？是因為愛滋病的病友聯盟去遊說立法，現在愛滋病病人權益已無限上綱，一下子說要保護隱私，一下子又說應該掀出來，兩方意見在角力。若依個人意見，只要外傷有流血的患者，一到急診室就要驗 HIV，因為很可能傳染給別人，包括醫護人員，而且愛滋病帶原者愈來愈多，在泰國就有約 40% 的人感染愛滋，台灣還沒那麼嚴重。
- 二、帶原嚴重與否，即牽涉到 HIV 要不要大量篩檢，今天編此預算，

係為了迎合捐血中心，以前空窗期 60 天，後來變成 45 天，現在因為檢驗技術進步，想要縮短至 12 天，但這筆錢卻要我們付，不知是何道理？況且，萬一病人輸血出事，血液基金會都已對醫院預先扣 1%，做愛滋病防治基金，醫院本來就已支付這部分費用。

楊主任委員銘欽

剛提到此項目究竟是否屬政策指示項目？若是政策要求，應該要編，若政策沒有要求，則可另做討論。請衛生署代表說明。

梁組長淑政

此項目於衛生署 101 年度大總額報行政院核定的範圍裡，係屬政策項目，在經建會審查時，亦為政策項目。

謝董事長文輝

當時在報行政院大總額時，雖然是政策項目，但報行政院時的成長率多少？比 4.7% 高，所以報院的成長率已被刪減，當然相對地要調整，譬如原本報 10 件，預算 10 億，結果行政院只通過 8 億，原本的 10 件當然可以拿掉 2 件，合情合理。所以，報出去的成長率本來是 5.0%，現在核給 4.7%，少的 0.3% 有沒有超過此項經費，若已超過，理所當然可拿掉，這很明確。

楊主任委員銘欽

- 一、此項目先討論至此，到底要不要編？剛衛生署代表有澄清，報行政院時，是有這個政策項目，但醫院有不同看法，仍有須再討論處，先暫予保留。
- 二、下一項「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」，健保局向付費者委員說明時表示，此計畫已實施多年，希望回歸一般服務項下，不再列專款專用，當時付費者代表原則上也同意此作法。瞭解醫界希望預算編足的想法，但對於放哪邊，請討論。

陳高級分析師雪芬

醫院今天所提供資料，於 B、C 肝部分編列 35 億，就是要認這個帳，

不希望被模糊化或編列不足，而後又用其他方式處理，其實就是希望面對問題，直接編列 35 億，補充說明，希望大家能夠瞭解。

謝董事長文輝

- 一、不宜編在一般預算是醫院內部共識，基於費協會以前習慣，如果一個項目做個幾年，穩定了，我們都覺得差不多，再放回一般服務，這是以前大家的共識原則。雖然 B、C 肝治療已做好幾年，但今年才新開放適應症、新療程，一用就遠超過原編預算，還處在一個不是很穩定的狀況，所以還是應該放在專款專用。未來，用現在新開放的標準，實施幾年後，若經檢討認為穩定，才回一般，這才符合費協會長期以來的共識原則。
- 二、今天強要放回一般，我認為不適宜。放在專款，明年執行後是增或減，仍會檢討處理，以今年為例，費協會上次即為此計畫經費不足，已經決議保留個空間再討論，今天若放在一般服務，明年這個時候又得再拿出來檢討不足支應問題，所以，建議還是維持本來的原則，未穩定項目應維持編在專款項目。
- 三、計畫經費發生不足支應，也不應該要醫院負責任，因為這是健保局開放新的遊戲規則，既然已開放，應過幾年穩定後，屆時，我想醫界代表也一定同意放回一般服務。

楊主任委員銘欽

- 一、醫院部門對此項 B、C 型肝炎治療計畫之相關意見已清楚說明，但現在還不急著決議，只是先逐項看過去，有意見的部分，暫時保留，讓大家想一想，至於沒有意見、有共識部分，則可直接通過。
- 二、請參考下一(第 15)頁，接下來是醫院部門提出的兩項：「保險對象服務利用率及密集度成長」金額 154 億、「配合國家醫療政策所產生成本」(此即上次衛生署醫事處處長向付費者代表說明有關人力設置比例等調整部分)，列 70 億。請教付費者代表對這兩項有無詢問意見。

陳高級分析師雪芬

先向大家補充說明醫院臚列這兩項的原由及其計算方式：

- 一、這裡所編的 154 億，除剛所提是基本診療項目的調整外，主要係考量醫院的核心是門、急診及住院服務，在這一般服務中忠實反應，對醫院核心業務才有保障，但如果問金額是如何估算出來的？今天未特別向各位報告的原因是，我們非常清楚知道 100 年上半年醫院醫療費用的成長率十分驚人。
- 二、就「配合國家醫療政策所產生成本」乙項，另提出說明如次：就醫院目前配合國家衛生政策部分，如設置標準修改、護理人力配置或其他醫事人員評鑑要求、薪資增加等，估算已遠超過 200 億，但知道總額不可能一年完全消化掉，所以才建議編列 70 億。其實醫院內部有討論與計算過，還包括醫院設置標準修正後之電腦程式修改，或其他配合新政策等所增加的許多成本，都還未納入計算完全反應出來。
- 三、以上，就這兩項補充說明，若有不足，請其他醫界代表再幫忙補充。

羅院長永達

- 一、當知道這次的 ceiling(上限)是 4.7%，非協商因素是 3.003% 時，算一算只剩 1.7% 的空間，因此，當然就會先考量對醫院最重要的部分。其實有很多東西很不得已，大家應該也清楚，缺口一開始就是 3、400 億。
- 二、就人事調整部分，稍微估算：整個醫院總額約 3,400 億，以護理人力配置要求，由每 4 床 1 人改為每 3 床 1 人推算，就須 178 億多；馬總統要求各執業醫事人員的人事成本至少加 3%，又要 46 億多，加這加那一大堆。
- 三、這種情況就好比喝酒，一杯酒要給 20 個人喝，每個人可能喝不到一口，該怎麼辦？只好拿一個水缸，將酒倒在水裡，每個人都喝得到這淡而無味的酒，有沒有酒味不知道，但是有喝到。所以，醫院那時的想法是，剩下的 1.7% 全都倒進去，今年

至少先這樣過去。但是上次(9月2日)與付費者代表交換意見時，付費者委員認為醫院仍應一一臚列項目出來，所以才有剛陳高級分析師雪芬所說明，一項金額 70 億，一項金額 154 億之建議，主要是希望將所剩的 1.7% 空間填滿。

四、說實話，即便這 1.7% 全填滿，對醫院還是不夠，因為除了剛提的人事費用增加外，健保局還要求我們明年診斷碼改用 ICD-10、申報格式改成 XML，其實 DRGs 第二階段若真的上路，醫院光是改電腦程式，都須額外花費很多錢。當年健保 IC 卡上線時，總額對醫界還有一些補貼，明年什麼都沒有。就這些零零總總加起來，遠超過 1.7%。所以，很多東西在跟委員協談過程中，醫院也很無奈，我們只能說明為什麼這樣編列，順便讓大家瞭解包括剛提到的艱困科別等，醫院都已經截長補短到削肉見骨了。

謝董事長文輝

- 一、我在費協會早期即已擔任委員，醫院一開始也曾很理性地提出相關訴求及經費，譬如：協商因素中應包含政策改變，因為這是遊戲規則改變。原本可能只要一個杯子，現在規則改變，要求二個杯子，另一個多出來的杯子，非常合理就須有額外資源挹注。單就醫事人力調整而言，大家也認為其對醫療品質很重要，但依現況，光要調整符合醫院設置標準，我們就要增加 200 多億，實在不知該如何列？因為成長率也只剩 1.7%。
- 二、接下來的結果，不論委員有多幫忙，其實成長率最多也就是達到上限，坦白講，醫院就算拿了這些回去，也就是依這些米下去煮飯，只能這樣，也很無奈。當時列這 70 億，其實我們原本也想不用列了，列了又如何，實際需要是 200 多億，但只有 70 億，能做什麼。所有醫院經營者都已不知道下一步該怎麼走，也不知道能做幾年，做到無法做時，只好結束。

蔡委員登順

- 一、醫院部門的編列方式等於是告訴我們，今年 4.7% 成長率，乾脆

分配就好，也不用協商了，再協商也沒意義，因為單是此項的估算數字就 200 多億，就算 4.7% 全給，也不過 140 多億。

二、希望大家共同思考，假設從事醫療服務的有 25,000 人，點值 0.9，再依蘇委員清泉剛所說一個醫生平均賺 25 萬，若醫生變成 30,000 人時，點值如果一樣 0.9，25 萬就會變成 20 萬，醫生會認為賺得不夠，所以要爭取更大的餅，我也希望未來經濟情況會變好，大餅會更大，大家可以分配比較多。瞭解醫院部門希望成長率都放在一般服務，讓點值好看一點，在此也拜託你們，不要增加那麼多細項，少編一點細目，資源放一般服務比較實際，細目再多也沒用，總額就這麼多而已。

謝董事長文輝

這也是我們的看法。

蔡委員登順

當然，這是個人意見，所以我問其他付費者委員意見，要不然，今年 4.7% 成長率，分一分就好，不要再協商了。

謝董事長文輝

我們的看法其實也是非協商因素以外，就這 1.7% 全都給醫院。

謝委員天仁

不是這樣，部分項目還是會有不同意見。

楊主任委員銘欽

請大家等一下。必須控制時間，我的壓力很大，我的總額是協商時間的總額。剛剛黃委員偉堯舉手請求發言，先請他表示意見。

黃委員偉堯

就這兩項，表達個人看法與建議：

一、有關「配合國家醫療政策所產生成本」乙項：

(一)在人事調薪部分，如果要編，也不會放在一般服務，且頂多只能一年，因為牽涉到非協商因素，而今年調薪並不只是醫

界調薪，其他行業也調薪，因此，明(101)年計算次一年(102年)的非協商因素時，會反映這 3%人事調薪，成長率會跟著跳上去，本項若放在一般服務，至 102 年滾入基期，等於醫界調薪是別人的 2 倍，也就是 6%，而且是在總額裡面直接就提出去。

(二)關於醫療機構設置標準部分，請勿與醫院評鑑混為一談，設置標準歸設置標準，評鑑歸評鑑，這是兩個層次。設置標準係針對所有醫院的下限標準，是成立一家醫院必須滿足的基本條件，所以，相較於新的下限標準，原則上會有人力差異的，大概只有一部分的地區醫院。至於醫院評鑑標準則是要要求更好。兩者間的不同是我們還須再考量的。

二、另，「保險對象服務利用率及密集度改變」乙項，因未見任何說明，無法提出看法。

蔡委員登順

剛剛話還沒說完，請讓我補充說明。剛講的不可能，因為有幾個重點都不能省略，如：政府為國民健康特別編列的項目一定要做，政府對弱勢團體(如罕見疾病等)也應特別照顧。醫院缺額愈來愈大，所以我才建議，以後醫院部門編預算時，除政策編列的項目外，其他的也不用估那麼多，否則實在談不下去。

楊主任委員銘欽

剛蔡委員登順的意見，大家都瞭解。接下來，請朱副院長益宏簡短發言。

朱副院長益宏

一、回應剛黃委員偉堯所提。醫院部門提的協商項目就是指醫療機構設置標準的調整，光護理人力即增加 25%，原每 4 床 1 個，現在增為每 3 床 1 個，護理師代表委員也在場，應可證實此數字。就因護理人力乙項即增加 25%，所以才會有如此高的金額，但須強調這是依設置標準，並非評鑑標準，在此先予澄清。

二、主席剛多次提到政策指示項目，包括 NAT 是否為政策要求？事實上，醫院部門所提此項即是政策要求，調整人力設置標準是衛生署的政策要求，既是政策要求，理應優先處理，這是不是政策要求？衛生署代表也在會場，應可幫忙說明。雖然人力設置標準非健保所管，而是醫事處所管，但還是衛生署架構下的一項政策要求，只是可能未提至經建會說明，但我認為這基本上就是政策要求，所以我們才會如此積極地爭取這部分。

楊主任委員銘欽

一、本項先交換意見至此，再往下看，下一項是「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」，是之前即已議定的項目，不再討論。以上為一般服務之協商因素項目。

二、接下來是專款項目，第一項「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」，前已交換過意見；下一項是「鼓勵器官移植及術後追蹤照護品質」，醫院部門建議減 2 億，請問是否係考慮務實的關係？

陳高級分析師雪芬

針對這幾項專款專用，特別補充說明，全都因為我們只求務實編列。

楊主任委員銘欽

請等一下，先將專款專用整個看過。

陳高級分析師雪芬

醫院部門要堅持我們所建議數字，因為與健保局方案差很多，如果按照費協會的協商原則，專款不能流用的話，則希望能務實編列預算。

楊主任委員銘欽

剛的意思是，專款專用部分可以先整個看過後，再來交換意見。請看「鼓勵器官移植及術後追蹤照護品質」及「罕見疾病及血友病藥費」兩項，因醫界有實際執行經驗，故建議這兩項都要減列，一項減 2 億，一項減 4 億，請教此數字是否為醫院估算的結果？

朱副院長益宏

所提數字是醫院估算結果，當然所有數字還是在健保局，健保局也可再說明，健保局是照 100 年預估，但 100 年還沒結束，實際發生數也還未知，所以很單純，就是一個數字問題。

楊主任委員銘欽

- 一、所以這兩項都支持編列，但到底金額多少，還可再討論。
- 二、下一項「持續推動醫療給付改善方案」，這是論質計酬部分，其中新增乙項「推動呼吸照護(RCC)的論質專案」。健保局向付費者代表說明時提到，此項專案是以鼓勵為主，當然希望盡量能有多一點醫院參加，但實際上有多少醫院加入，須看鼓勵的結果，我們瞭解這是一個可能會用到的金額。
- 三、接下來「推動施行急診品質提升方案」，此為新增的專款項目，我們可先交換意見。健保局向付費者代表說明時，也稍有提及，但不知付費者委員是否需健保局再進一步說明？請大家參看議程資料第 15 頁最下方的項目，請問有無委員須健保局再說明？如果沒有，則請醫院代表對此項表示意見。

朱副院長益宏

- 一、健保局曾與醫界談過此方案，這 3.2 億主要是要疏解醫學中心急診一床難求的問題，但健保局提出的方案執行是有問題，醫院提出問題，健保局卻又不接受；另，衛生署於醫療發展基金編有 3 年 1.5 億的預算，也是要處理此問題。曾與衛生署醫事處石處長討論健保局所提方案，醫院提出方案執行問題及相關意見，他也認同方向應再做調整。我們是認為這 3.2 億加下去，其實對於疏解醫學中心急診待床問題並沒有幫助，陳委員明豐也在會場，可代表醫學中心進一步說明。
- 二、如果放 3.2 億經費下去，但卻對疏解大醫院急診床位沒幫助，等於是錢沒用在刀口上。況且急救責任醫院要在多少時間之內，做多少處置，在醫院評鑑已有相關規範，現在是拿評鑑的

規範，由健保另外編一筆錢獎勵。我支持急診床位應做疏解，但健保局的方案，我們認為執行會有些問題。

楊主任委員銘欽

- 一、因為這是新方案，付費者委員對方案的詳細內容及將來可能的執行成果，可能不是很清楚。剛聽醫院的說明，是認為這個方案還可再做些調整，當然，如果方案調整，所需金額可能也會有些不同，暫時先保留。
- 二、下一(第 16)頁，「提升住院護理照護品質」乙項，剛醫院已有說明，希望將這 10 億移到一般服務，但沒有建議增加 10 億，101 年仍維持 10 億嗎？

陳高級分析師雪芬

我們一定要幫護理界講一下，有沒有增加 10 億，不是醫院可以決定，因為付費者在這裡。就原來的 10 億，我們建議放到一般服務，但如果委員對護理那一端覺得有需要再給，則建議在其他預算項下編列，不管 10 億或多少錢，我們都樂觀其成。

楊主任委員銘欽

謝謝說明。醫院的意見是，如果真要加到 20 億，你們建議 10 億在醫院一般服務，10 億在其他預算。

陳委員玉枝

- 一、護理師護士公會全聯會非常贊成健保局方案所編列的 20 億元，主要是因為黃煌雄監察委員查訪全國 200 多家醫院後，得出幾個重點：衛生署長期以來，對護理人力的不足，都未積極謀求有效的解決措施，所以一定要衛生署提出改善措施。又，他調查醫院白班每位護理人員照顧 7~12 位病人，小夜班 10~16 位，大夜班 12~27 位，護理人力在此捉襟見肘的困境下，工作負荷太沈重，也影響照護品質。
- 二、最近勞檢所到每家醫院抽查護理人員排班是否符合規定，違規者開罰，等一下或許勞委會委員可補充。護理人力不足時，會

影響病人照顧的安全性，所以今年 5 月份，出現血汗醫院，第一次有護理人員走上街頭，是很不得已的。我們很敬佩健保局已經看到，須由政策上改善護理人力的配置，也支持編列 20 億。

三、不贊同撥 10 億到一般服務，其原因為：

(一)引用剛謝董事長文輝的說法，他說四大困難科加一點點沒感覺，而「提升護理照護品質」乙項正如謝董事長所說，若 10 億拿一部分放到一般服務，結果是杯水車薪，看不到提升護理人力的效果。且這 20 億的專案也因為現在還不穩定，若在一般服務，醫院收到費用後，更不會拿來提升護理人力的聘用。

(二)今年 8 月 25 日護理師公會收到一家醫院護理主任的來信，其表示太感謝費協會委員的支持，院長將全數獎勵金都拿給護理部主任做人力規劃，讓他感覺非常窩心，終於看到這樣的提升措施。這就是因為今年 10 億的分配，其獎勵金辦法要求這 10 億必須用於提升護理人力及其獎勵措施，且於今年結束後 3 個月內，有獲獎勵金的醫院，必須提報健保局該獎勵金之用途，看是否用在原定用途，健保局會去瞭解，如果沒有，要輔導，輔導不成，必須將獎勵金扣回。正因為如此，醫院院長才將獎勵金讓護理部主任用以評估人力及增聘人力，若放在一般服務，方案可能變成沒有預期的效果。

四、從健保局對過去兩年的評估，透過委員的支持，已經陸續增加 1,184 位護理人力，已顯見慢慢地有效果，特別是今年，已有 80% 的醫院係將獎勵金用於提升護理人力，基於這些初步成果，敬請各位委員支持 101 年方案編列 20 億，否則，未來有病人、有醫師，卻沒有護理師。

蔡委員登順

表達一下我的意見。

楊主任委員銘欽

等一下，有好幾位委員均舉手要求發言，先請孫委員碧霞表示意見。

謝董事長文輝

- 一、就陳委員玉枝所言，必須先做個澄清，其他委員才會較清楚。當然支持放專款，所以今(100)年是放專款。但此專款對醫院的影響是，包括醫院評鑑時委員也問，醫院拿多少獎勵金？如何調整護理人力？如何調增薪資？所以今年 10 億應該放回一般服務，明年則是另新增 10 億，否則，明年的 20 億必須是今年做的成績，再加上明年的。
- 二、現在問題是，如果今年只編 20 億，應變成兩個步驟，今年的 10 億滾入一般，因為今年增聘的護理人力，已經進到醫院基礎，每年新編 10 億，每年就會多出這些人力在基礎中，所以，護理師公會要求編 10 億放在專款，我沒意見，但去年的 10 億，必須回歸到醫院的基礎。就如陳委員玉枝剛所說，健保局會去瞭解，醫院如果沒用於所指定用途，獎勵金會扣回，所以，醫院已全部放下去了。若沒增聘人力，評核不會過，要被扣錢，所以，醫院都怕得要命，很多醫院現在都還得增設一個專項說清楚。今年執行的部分真的已經都進去，所以，今年的這 10 億，當然應該在 101 年放回一般服務。
- 三、另，新編的 10 億，因為未來還要追有沒有執行，所以列專款，但如果今年的部分不回歸一般，以後帳很難算清楚，若經 10 年都累計在專款，那可糟糕了，醫院不就得從 10 年前開始累計增聘的護理人力，才可能達到總額。所以，我認為現在是為了讓它落實執行，今年已執行，已經聘請的，就應滾入基礎，101 年回到一般服務。

楊主任委員銘欽

好，我們瞭解，請孫委員碧霞發言。

謝董事長文輝

我必須講清楚，這是落實陳委員玉枝所講的精神。

孫委員碧霞

- 一、代表勞委會參加費協會，基本上支持「提升住院護理照護品質計畫」，不過，也提一個結構性問題，供大家參考。
- 二、勞委會歷年來針對工時做勞動檢查，醫療院所是檢查重點，從97、98、99到100年均進行專案檢查，護理人員超時工作非常嚴重，且有幾個特性：第一是薪水低，尤其是中南部地區；第二是工時很長，超過12個小時，或是加班不給加班費，強迫補休，甚至有些合約直接寫一律補休，已違反勞基法規定，也形成惡性的循環。前一陣子超時、血汗醫院等議題披露之後，護理人員陳情案件如雪片般地飛來，甚至有些立法委員住院時，護理人員也向其抱怨，而立委就在立法院質詢本會要求檢查；監察院也為此約詢本會，護理人力的改善刻不容緩。
- 三、剛才發現，原來從98年開始即編列此專案計畫補助，顯然計畫的指標，應再明確一點，否則效果不易落實。
- 四、護理人員勞動性條件低落是結構性的問題，而勞動條件的改善，不應只靠這所謂的10億、20億，而是應在源頭，即整個支付標準部分應做適當分配。如果有一個品質提升計畫，或許可以有一些助益，但計畫的指標要更明確；可以是增聘人力，但增聘人力不能從表面看今年新進多少人，因為原有的人員會流動，應該在某個基礎上計算新增聘的人數。當然指標也可以是加薪，原本薪水多少，加了多少等，如此效果才會出來。
- 五、本計畫不建議放在一般服務，因為可能會被稀釋掉，建議放在專款項目，並希望要有非常明確的指標。計畫已執行到第四年，執行成果也應向費協會報告，希望這部分能夠真正落實，以改善護理人力及勞動條件。

楊主任委員銘欽

請謝委員天仁。

謝委員天仁

其實在付費者代表座談會中，大家的意見跟剛剛孫委員碧霞是一致的，希望屬專款的項目，要訂定指標，沒有指標的話，像剛剛陳委員玉枝提到增加 1,184 人次，假設一個人薪水一年 40 萬，大概幾億而已，你們這麼滿足，我覺得很奇怪，金額看起來很有限，對護理師公會在執行面的落實，我始終有意見。我認為你們的要求，好像跟費協會的期待落差很大。我認為最終還是要訂定指標，希望依指標看待遇調整多少，或人力與病床比達到何種狀態，兩者擇一我都可以接受。若沒有指標，我覺得連專款都不應該編，肉包子打狗，有去無回。

楊主任委員銘欽

請朱副院長益宏。

朱副院長益宏

我想幾位委員可能不是很清楚，請容我向委員們說明，這項屬專款，沒有滾入基期，是每年編列才有錢，沒編就沒有錢。去年已經用掉 10 億元幫護理人員加薪，錢花掉，指標也都達到，今年沒有錢，醫院是否就要減回來？所以如果屬延續性政策，今年就要續編嘛，如果只編 10 億，變成完全跟去年條件一樣，事實上只是延續去年的政策繼續做而已，是這個概念。如果今年還希望用新的(指標)，我剛剛講，依衛生署政策(醫療機構設置標準)，單單護理人力就增加 25%，政策上已經要求醫院要增加人手，光 10 億元夠不夠？事實上不夠，其實醫院協會所提版本，在醫療機構設置標準新修訂所增加的部分就有編列，本來就應編足處理。

楊主任委員銘欽

是否本項就先這樣，大概意見也交換清楚。時間上可能要稍微掌握。

陳委員錦煌

- 一、護理師公會之前編專款 8 億 5,000 萬，今年變 10 億，對不對？
我明察暗訪，長庚醫院護士的薪水，日班約 3 萬 5,000 元，小夜班約 4 萬元，大夜班約 4 萬 5,000 元，但是不好意思，這筆

20 億元不是拿來當薪水，是要當作獎勵金。

- 二、我那天在台中，有個護士團體跟我抱怨，10 億他們一人才得到獎勵金 5,000 元，1 個月分下來才多 400 多元，不稀罕！今天無論是專款或不是，我都反對，就是健保的錢，關專款什麼事。
- 三、問題是現在給 10 億，明年是否還有這筆錢，不知道，怎麼辦？但是明年有無這筆錢，我不管。我提議請健保局對醫院聘多少護士，增加多少護理人員，要訂出指標，把報表做出來。醫學中心、區域醫院、社區醫院各增加多少人？都要做出報表，按月送到費協會，這樣才可以。不然你們在做什麼我都不知道，去到台中會場，人家說哪稀罕這筆錢，沒什麼價值，也沒什麼人情，你懂嗎？台中的(護理師公會)說準備要組工會，意思是要抗爭，組工會去警察局申請一星期後才能開始抗爭，護理師公會不爽快，要抗爭了。
- 四、不管要不要抗爭，希望這次 20 億元如果通過，要好好把計畫、指標做出來，看什麼病拿多少錢？有多少用到護士身上？要讓護士感覺到獎勵金，才不會全國 20 幾萬有執照的護士，真正執業才 10 幾萬人，沒有人要做，因為很辛苦，有的嫁給醫師、高科技新貴等有錢人，就不用工作了，所以護士就缺乏。假設護士薪水每個月可以高到 10 萬，他們就都會回來執業，不騙你。之前說護士薪水像外籍勞工，真是被你們誤導。
- 五、希望 20 億元拿去，指標要做出來，按月送到費協會讓委員知道，這樣我就同意。照顧要到護士身上，她們非常非常辛苦。中國醫藥大學附設醫院的護士 1 人要照顧 10 床，我太太住院期間，護士不知道我是誰，我問她照顧幾床，她說這排都是，我出去一數，有 10 間，她說沒有，還差 3、4 間。所以護士的辛苦大家要給予體諒。希望如果拿到這筆專款，護理師公會要跟所有的醫院規範，並且好好執行，這樣我就同意。

楊主任委員銘欽

請黃委員偉堯，再請蔡委員登順。

黃委員偉堯

- 一、關於本案我有三點意見，第一點是護理人員負擔過重，護理人力不足是事實，所以我比較傾向增加人力，而不是加薪或加發獎勵金。其實護理人員負擔過重，加薪後還是一樣負擔過重，因為一個人的工作負擔是有極限的。但人力增加後，就可以分擔現有人力的工作，其他人可能就願意在不調升薪水的狀況下，來進入護理工作，這是我對本案的基本看法，供大家參考。
- 二、第二點，關於放在專款或一般服務，謝董事長文輝所提也是實情，今年已經聘了護理人員，如果還放在專案，確實今年的10億就吃掉明年的10億，我同意；不過在現實面，上次護理師公會的報告指出，大部分是增加在臨時護理人力或加薪，並非正職人員。因此，我才說不同意採加薪方式，因為加薪後就回不來，對護理人力工作負擔改善不大，所以比較傾向採取增加人力方式。除非變成專職護理人力，那我覺得放在一般服務就沒話講，因為屬於長久型人力，但還是要追蹤會不會被辭退，這也是一個問題。
- 三、朱副院長益宏剛剛提的醫療機構設置標準，我必須補充，朱副院長說護理人力增加25%，設置標準的護理人力規定是增加25%沒錯；但目前情況是，80%以上的醫院是符合新制設置標準，如果先不管這80%的醫院，只針對落在新設置標準以下與舊設置標準以上的醫院，護理人力不足要增加費用的部分，因屬政策改變而多出來的，這部分我們應該要加費用進去。應該把狀況說清楚，但不要一直提出全部醫院增加25%護理人力，因為很多醫院早已經滿足這個標準。所以我才說設置標準不要與評鑑標準混為一談，那部分是不能以這樣的方式拿到健保來談的，評鑑標準是用來評鑑醫院的品質與等級。

蔡委員登順

- 一、關於護理人力部分，我支持黃委員偉堯所報告，最主要要增聘

人力，才能解決超時工作壓力的問題，品質才能提升。

二、至於護理人力薪資，應該從醫療服務成本指數改變率去適度調整，每年都有編成長率，而且還累進成長，健保 86 年到現在，已經成長多少！你們回去自己算看看，你們對醫事相關人員的薪水，也沒有適度調整，開醫院要有良心，不能將醫事人員薪水都壓得特別低，生活不好過，在醫院工作情緒不好，會影響醫療品質，所以應該由這筆費用來做適度調整，以上建議。

楊主任委員銘欽

還沒有進入真正協商，因為時間關係，說明的部分先告一段落，付費者委員有無需要商量一下，我們先暫停。

謝董事長文輝

付費者委員進入共識協商前，我先說明，調高護理人員的薪水或獎勵金，這是去年的決定，我們照著做，要認帳啊！如果明年再增加 10 億，要放在增加人力部分，可以談。現在薪水也調了，人也增加了，今年如果 20 億元都放在專款，到時確認 101 年成效時，只能確認 10 億，因為其中 10 億已經用掉，大家要先講清楚，不能到時候編 20 億，就要跟我算 20 億的帳，勢必又成為日後的爭議點。

蔡委員登順

薪水調整，我們本來就有給你們錢，醫療服務成本指數改變率就是要調整相關醫事人員薪水。

謝董事長文輝

去年沒有講清楚。

蔡委員登順

醫院醫療服務成本指數改變率每年都列入非協商因素，民國 91 年到現在累進成長多少？數字應該很龐大。

謝董事長文輝

沒有錯，每年都有編，但去年護理專款的 10 億，是講增加人力或調

整薪水，薪水太低沒有人要做，我們已經照大家的意思調整了，去年不能算今年的帳。

蔡委員登順

單單醫療服務成本指數改變率這項今年就成長 23 億，對不對？

楊主任委員銘欽

這部分我們已經充分交換意見，我邀請付費者代表與政府機關代表委員到 503 會議室。

謝委員天仁

我們這邊人比較多，有 18 位，可否請醫界代表移駕，讓我們協商一下。

楊主任委員銘欽

有沒有可能請...。

何委員語

後面還有兩項專款，為何不全部談完再協商，這是程序，不然有的委員中途又跑掉了。

楊主任委員銘欽

謝謝何委員語。因為擔心時間關係，既然何委員提到我們就看一下，「推動 DRGs 之調整與鼓勵」部分，若有新增導入的話，健保局編列增加 287 百萬，若沒有導入，錢會扣減，這項是配合政策導入，費用才會支應。

戴局長桂英

「推動 DRGs 之調整與鼓勵」部分，拜託各位委員支持，建議還是編列，今天衛生署副署長及健保局才被監察院約詢，詢問 DRGs 延遲導入的理由是什麼。健保局找消費者討論特材如何處理的事，就是我們希望能夠處理相關事宜，促使 101 年 DRGs 第二階段可以好好上路，所以還是拜託委員支持本項，謝謝。

楊主任委員銘欽

謝謝說明。最後一項「醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」，健保局希望編 5,000 萬，醫院說不用這麼多，依照實際結算資料編列，只要 2,800 萬就可以，務實一點。我們需要一些時間討論付費者及政府機關代表委員的共識內容。

朱副院長益宏

補充「推動 DRGs 之調整與鼓勵」項目，也讓付費者知道醫界的想法。基本上醫界並不反對 DRGs，但我們預期實施期間會有很多問題，明年需要與健保局密切討論這個問題，談完再編，事實上明年可能也不會有共識，所以應該先不要編列本項，等醫界與健保局有共識後，後年再編列。

楊主任委員銘欽

我想大家已經充分交換意見，可否請醫界代表先移駕，到外面用點心，也可以交換意見，會場就留給付費者與政府機關代表委員，我們討論時間約 15 分鐘。

(休息 30 分鐘)

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝各位醫界代表在外面休息等待。剛剛付費者及政府機關代表討論出建議版本，現在要與醫院代表溝通、協商。原本表定 115 分鐘協商時間已到，現在進入延長時間，有 25 分鐘，按照本會過去規定，若 25 分鐘內無法有共識，就兩案併陳署長裁決。
- 二、基本上，剛剛討論的版本是尊重健保局的建議，請參看投影螢幕最下面所呈現的百分比，因為之前有講過一個原則，各總額部門成長率不能超過行政院核定大總額的上限(即 4.7%)，目前加上門診透析服務後成長率為 4.683%(相較 100 年協定總額)，並未超過 4.7%。原來委員會曾討論，是指不包含透析部分的成長率不要超過上限，剛剛大家覺得醫院經營也很辛苦，所以調整之前的原則，包含一般服務、專款及門診透析後成長率不超

過 4.7%，先跟委員報告。

三、我會從頭說明，醫院部門可以提出討論，哪些可以接受，那些不能接受：

- (一)第一項「新醫療科技」，雙方是一樣。
- (二)「調整支付標準」，剛剛討論給 12 億多。醫界代表希望內容不要呈現原括弧內的文字(即，含重新評估支付標準 RBRVS...)，並未列出，也沒有提到要從醫療服務成本及人口因素成長率支應等，這邊純粹編列 12.4 億。
- (三)「確保血品安全與品質」，後來發現是政策，一定要編列，最多就是 2 億。
- (四)「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」，尊重醫院代表剛剛所說，還是放在專款，但金額等一下再說明討論；「提升住院護理照顧品質」也維持放在專款。
- (五)「保險對象服務利用率及密集度成長」與「配合國家醫療政策所產生之成本」，這部分沒有獲得支持。
- (六)「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」照舊。
- (七)「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」，預算依照大家估計，為 35 億元，其中 15.78 億由一般服務支應，所以專款編列 19.22 億。
- (八)「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」、「罕見疾病、血友病藥費」、「持續推動醫療給付改善方案」及「推動施行急診品質提升方案」等項，都是尊重健保局所提數據。
- (九)「提升住院護理照顧品質」專款，請大家參看投影畫面的紅色字，「應著重在增加護理人力，具體目標是 101 年度 20 億元，應淨增加 3,000 位護理人員」。這是根據護理界所提的說帖，上面提到以平均薪資 60 萬元估算，可以聘到 3,000 位護理人員，但能否聘到 3,000 位可以討論。
- (十)「推動 DRGs 之調整與鼓勵」與「醫院支援西醫基層醫療資

源缺乏地區」，也是尊重健保局所估數據，以上說明。

四、現在請醫院代表對付費者的方案，提出你們覺得還可再討論的項目。請郭特助正全。

郭特助正全

- 一、就「提升住院護理照顧品質」部分，表達一些意見。因為醫事團體不只有護理人員，當然護理團體跟整個醫院的工作最貼近，而且最密切。但事實上還有很多藥師、檢驗師、放射師等人員，今天如果同意以專款項目來提升，以後有樣學樣，所有醫事團體都會來要求，醫院從健保局拿費用在內部做合理分配時，在運作上，這樣的執行方式醫院會亂掉。
- 二、委員可以調查一下，很多機構配合、響應馬總統的號召，大概都有調薪，基本上護理人員調薪都比其他醫事人員還多。我們原來想法也是尊重護理師公會，這些錢本來是他們爭取來的沒錯，但希望 10 億就回歸，因為我們擔心，今年 10 億、明年 20 億，後年是否還有？配合這兩年來護理界努力爭取，費協會委員也有共鳴，所以我們原來希望把這筆錢放在基本費的一般服務；另外 10 億，為何要留 10 億，是要讓護理界看到。今年大家都有調薪，捫心自問，護理人員應該不敢講沒有調薪。原來我們的想法是好意，希望兩全其美。但今天決定這樣做，我想明年換藥師出來抗爭，也要多 2 億，醫檢師也要多 1 億，這樣醫院在運作上會有很大困擾，希望委員能幫我們考慮。

楊主任委員銘欽

請張院長克士。

張院長克士

- 一、主席、各位委員，剛剛看到如果 10 億分到醫院部門，我們醫院為 200 床之地區醫院，大概可以分到增加 2 名護理人員，杯水車薪。剛剛主委有講到一個重點，不是不要請，而是請不到，我們醫院在員林鎮，號稱台灣第一大鎮，也請不到人，最嚴重

時曾因人力而關閉一半的急性病房，後來加薪，不是馬總統的 3%，而是 12.6%，但是病房還是聘請不到護理人員。今天很高興聽到陳委員錦煌透露長庚醫院的薪水，讓我很高興，因為我們薪水比長庚還要高一點，算一算病房護士約有 46,000 元，但還是請不到人。

二、護理界的前輩也在這裡，我不曉得到底要怎麼樣增聘護理人員？我們的工作環境、薪水都沒有比較少，但就是聘不到。台灣現在有 22 萬護理人員，13 萬人登記執業，但真正就業的只有 9 萬多，不到 10 萬人，為何會這樣？有些人去當空姐，有些同仁景氣好就去賣雞排，寧可當空姐、賣雞排，就是不當護理人員，不想輪三班。為此，我把三班的條件大幅增加一倍，如果包夜班可以到 55,000 元的薪水，但還是請不到人，這是我痛苦的部分，如果因此要關病房，甚至關掉一半的急性病房，是很嚴重的衝擊。現在談了老半天，護理界覺得永遠不夠。對我來講，換算薪資的話，只能 1 年請 2 個人，真的沒辦法改善，我覺得好像是選舉前在喊爽的。

楊主任委員銘欽

接下來發言可否盡量針對付費者版本，看有沒有什麼地方雙方可以拉近一點共識。請朱副院長益宏。

朱副院長益宏

一、如果費協會最後決議要增加人力的話，我認為不可行。因為找不到人不是百分之百醫界的責任，文字如果寫上去，就變成找不到人是醫界責任，這擔子太重了，我覺得要考慮。

二、「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」部分，照健保局預估，本來就需要 35 億，100 年已經編不足，委員會還要再討論有無其他節餘款可挹注，結果 101 年還是編不足，還是要醫院吸收。不曉得衛生署的政策是怎麼回事？100 年已經碰到問題，還要找錢來補，結果 101 年健保局的意見還是編這樣，醫界吞不下去。如果這樣，就編 18、19 億元，不夠就不要做。讓付費者

知道國家沒有錢所以編不足，要不然就是不要開放太多適應症，要開放適應症又要醫界買單，我不知道要怎麼講。

楊主任委員銘欽

請陳高級分析師雪芬。

陳高級分析師雪芬

- 一、對專款部分還是要提出醫院的看法。不曉得健保局在器官移植編了 34 億多，罕見疾病編了 56 億多，真的有精算符合實際發生的費用嗎？還是要提醒付費者，雖然你們一直最支持健保局所提所有建議，現在的狀況我們要怎麼說，就是編得很浮濫，但都沒有人要管，我們一直強調每一分錢都很珍貴，要顧最基本的，希望在這邊編少一點，把錢編到「保險對象服務利用率及密集度成長」項目，今天我們醫院坐在這邊怎麼都是白費心，你們和健保局早就協商好，然後要我們含淚把它吞進去。還是希望付費者幫我們把關。
- 二、「推動施行急診品質提升方案」，我們也提出訴求，但還是編 3 億多，在座很多人都有實務經驗，知道那樣的作法完全沒用，請列入會議紀錄，照健保局的方式，對改善急診的擁擠是沒有用的，我們不要這筆預算這樣編列。

謝委員天仁

沒有提出大家認為可以增減的方案，我覺得這樣各自表述沒有意義，與其這樣，不如大家回去再冷靜思考。

蔡委員登順

- 一、剛剛醫界表達「提升住院護理照顧品質」部分，認為提升人力對你們也造成很多困擾，剛剛有談到，因人力不足造成護理人員工作超時，一個人照護病床數太多。所以去年 10 億，今年 20 億，就是希望讓你們增聘人力，假設多增聘的人力與調薪掛勾，到底要增聘多少護理人力這部分，我建議可以再討論。
- 二、不過要跟你們報告，診察費就包括護理費，剛剛一再強調，每

年醫療服務成本指數改變率都有 20、30 億成長，這筆龐大的錢你們到底每年用到哪裡？要調整相關醫事人員的薪水，不只護士、藥師，還有相關醫事人員。這筆錢本來就是用到這地方，累進成長，錢數很大，我希望大家從各方面思考。你們覺得薪水和人力要掛勾，我們同意討論，看怎麼樣能請到護士，提升醫療品質，這也是我的期待。

楊主任委員銘欽

先請謝董事長文輝，再請朱副院長益宏。

謝董事長文輝

- 一、主席、各位委員，如果要把 20 億元放在「提升住院護理照顧品質」專款，還是誠懇的拜託各位，不要今年做了以後不認帳。應該要以 10 億訂指標，如果今年沒有進入一般服務，事實上 20 億中有 10 億是履行今年的承諾，另外 10 億才是用在增加人員或調薪。調薪也是不得已，老實說，就算今年總額沒有編，醫院還是會調薪，不然做不下去，因為護士一直離職，也只能這樣。
- 二、舉個例子，草屯鎮是全國次醫療區，算後段班倒數二、三名，每萬人口急性病床 15 床，我們醫院把本來關起來的病床再增加，但是聘不到護士，我還怕原有的護士跑掉，所以也要加薪，本來一個護士工作 5 年，調薪 8,000 元，現在第一年就直接調 8,000 元，但還是聘不到，所以我覺得指標如果以 20 億要聘 3,000 個護士，至少要變為淨增加 1,500 人才是。

蔡委員登順

護理師公會告訴我們 20 億是淨增加 3,000 個護士。

謝董事長文輝

如果要算這筆帳，我覺得指標應該要用一半，10 億當作標準，另外 10 億，我們都要參加評鑑，健保局也要看每家醫院怎麼用，沒有的就要扣回去。如果把他放到人數上，醫院有可能拿不到錢，但又需

要加薪，現在調薪是不得已，請不到人就要調薪。

楊主任委員銘欽

請謝委員武吉，再請朱副院長益宏。

謝委員武吉

- 一、早上有特殊狀況不能參加，第一點，費協會要這樣討論，我蠻贊成，但還是要問主席一句話，到底費協會所承擔的是社會保險還是社會福利保險？今天一定要釐清楚。如果是社會福利保險，政府就要拿錢出來，不是讓我們在這裡討論，一定要先釐清才能再談下去。
- 二、第二點，「提升住院護理照顧品質」增加 10 億元，就要增加 3000 人，可能嗎？費協會有權力規定這件事嗎？那比中華人民共和國的共產黨還要壞，我們真的可以獨斷獨行嗎？應該要用和諧、公平正義的原則來處理。
- 三、診察費去年 228 點，好像包山包海，醫師費、護理費、場地費、水電費、電腦費，還有紙費，228 點夠嗎？不用聽別人講，大家要摸著良心講。坦白說，現在要醫院評鑑，我怎會不知道這些事情，要合情合理來討論，不是護理界講的就對。
- 四、DRGs 喊了兩年，到今年都還沒有推動，責任在誰？明年又編「推動 DRGs 之調整與鼓勵」，今年 DRGs 沒有推動，現在討論也全部都已經卡住了，原因在哪裡？健保局的責任非常大，因為健保局沒辦法和醫界溝通、協商。為什麼不趕快解決呢？這部分沒有辦法讓人接受。我今早到台北某家醫院評鑑，醫院反應收治斷手與斷腳的病患，健保局 DRGs 卻只能申報一次，健保局說這樣公平、合理，攬在一起算，這些項目醫院都要有成本，怎能這樣算。
- 五、最後，成長率 4.683%，剩下的(係指與上限 4.7%之差距)要拿到哪裡用？拜託主席說明，尤其第一點一定要說清楚。

楊主任委員銘欽

請朱副院長益宏。

朱副院長益宏

現在比較大的爭論點在專款部分，「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」不足 16 億左右，要從一般服務挪用，所以專款只有編 19 億元，具體建議「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」，是否依照醫院協會所編 26.705 億，與健保局所編 34.847 億元，中間差了 8 億多。另外「罕見疾病、血友病藥費」健保局編 56.49 億，醫院協會編 43.785 億，這些都是醫院協會認為，編列費用但事實上卻用不完，我們覺得這些錢可以省下來。另外，「推動醫療給付改善方案」也一樣，醫院協會編 2.877 億元，健保局編 4.998 億，如果做不到就把他省下來，然後放在「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」那邊。「推動施行急診品質提升方案」，我們認為健保局的方案有問題，也建議把這筆錢放到「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」支應。再者，「推動 DRGs 之調整與鼓勵」有 3 億餘額，明年也可以放到「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」，這樣加一加，剛剛算出來約有 13 億多，專款可以移 13 億多到「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」，跟剛剛還差 16 億(由一般服務支應)，剩下 2、3 億，醫院再從一般服務吸收，我認為這樣比較可行。

蔡委員登順

- 一、剛剛講得很清楚，提升住院護理照護品質，增加 3,000 位護理人員的目標還可以談，不是我們鴨霸，拜託我不是這樣講，從開始就說人力我們要求 3,000 人，如果人數太多與薪水有關，那到底要訂多少指標才可以？20 億可以聘 3,000 人，不是我們講的，是依護理師公會的說帖，所以我說可以再討論，已經講得這麼清楚，不要在那邊打轉，浪費時間。
- 二、今天為了達成共識，付費者代表已經付出最大誠意，醫院成長率已最高了，行政院核定上限 4.7%，不是 4.7% 都要給你們，不然牙醫、中醫都不用協商了，直接給 4.7% 的成長率，那都天下太平，總要有點落差，才叫做協商。過去有一年談成長率，

醫院要 4.99%，付費者代表僅同意 4.9%，落差 0.09%，協商破裂也是送署裁決。不可能達到你們的需求，也請你們原諒，我們有各自的立場，有一點落差總是要的。

楊主任委員銘欽

剛剛有幾位委員很具體談到，我們可以拉近歧見的地方，想請問這邊幾位付費者委員的意見。

葉委員宗義

費協會對醫療很照顧，我在企業界工作，也是聘有員工、技術人員等，但從來沒有人會關心員工的事情，今天護理人員已經提出，醫界也講那是他們的家務事，我感覺這問題應該由他們自己解決。聘得到就聘，聘不到就關門，這是他們的家務事，我們有必要關心這麼多嗎？這是我的觀點。

楊主任委員銘欽

對不起，先打斷一下，請問付費者及政府機關代表委員，剛剛醫界委員提到可否將議程資料第 15 頁專款部分的數字，不要採健保局版本，而是用醫院協會所提的數字，這樣他們認為比較務實，而且有些錢扣下來，可否將錢放到「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」專款，他們也不要求百分之百編足，就是將部分專款的費用編過去，醫院成長率為 4.683%，與行政院上限 4.7% 中間的 5,000 萬，可否也放到「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」，委員可否接受？

謝委員天仁

99 年及 100 年「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」都已經在做，99 年不足部分由藥價節餘支應，100 年預估 28 億多，編列 12 億多在專款，不足的部分由一般預算支應，怎麼可能到今年要我全部編足！那以前從藥價節餘、一般服務融到大餅的錢要怎麼辦？

朱副院長益宏

這都是專款。

謝委員天仁

去年跟醫院部門的約定，不足的部分由一般服務費用支應，講這麼清楚，可以把去年協定條件拿出來看。我的看法是健保局提的草案延續 99、100 年，原來就有部分費用由一般服務支應，所以金額要放到裡面，然後從中扣除。所以最後估計 35 億，其中 15.78 億列在一般，不足費用在專款編列 19.22 億。

何委員語

- 一、主席、各位先進，依照過去專款執行看起來，我贊成議程資料第 15 頁，像罕見疾病及血友病藥費大概有 47 億到 48 億左右，如果不必增加這麼多，可以轉換到 B、C 型肝炎治療。但剛剛提到「推動 DRGs 之調整與鼓勵」可以不給，改為零，我反對。
- 二、另外「提升住院護理照顧品質」，請多少護理人員是護理師公會建議，提供我們參考，我們不是共產黨，不會決定多少人。但你們醫院缺人，為何沒有找勞委會職業訓練中心及員工就業中心協助聘請，表示醫學會方面太沒有肩膀，政府機關可以用的，你們應該正式函文請勞委會、人力就業中心協助招攬，都不動腦筋，怎麼會請得到人。
- 三、對於護理師公會的提議，你們應該要疼愛有加，對這些女孩子護理工作同仁，當然也有男孩子，應該要特別關心、照顧。我也是資方代表，很照顧勞工，一樣的心理。剛剛勞工代表講了很多，我認為某部分我贊成，某部分不可以調整。另外「醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案」不可以減少。這是我的淺見。

楊主任委員銘欽

時間也到了。剛剛看起來好像有一點希望，不過委員覺得這也不是最恰當的方法，所以目前醫院部分，協商沒有達成共識，明天會提兩案併陳到委員會確認，還是有機會再拉近雙方意見，醫院代表可以在明天委員會討論時，就壓入附帶決議的文字部分，再集思廣益，譬如「提升住院護理照顧品質」20 億的部分。

蔡委員登順

醫院總額 3,000 多億，還差 5,000 萬嗎？留一點錢給咱們委員坐火車回家，要讓我們走路嗎？

楊主任委員銘欽

沒關係。

謝委員武吉

你走路，我們也要走路。

朱副院長益宏

- 一、跟蔡委員登順報告，如果今天付費者代表版本同意只差 5,000 萬，我也不會計較。重要的是，健保局在某些專款專用項目，編得較寬鬆，我們覺得錢應該用到刀口上，所以希望盡量預估準確，多的資源就可以放在「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」。
- 二、也跟謝委員天仁報告，「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」做到現在，從來沒有從一般服務去挪用，都是編足額，預算執行率不到 50%，只有在去年和前年發生這個狀況，去年的講法是由藥價節餘款支應，今年藥價節餘款事實上也產生一些問題，所以衛生署才交議另一個案子，後續還要再繼續討論。所以往年都是編足額，當然我們希望今年也編足，但如果真的空間只差一點點，比如說 2、3 億，醫院也不希望在已經很接近的情況下送署裁決。但醫界已經退到這樣，如果付費者代表還是沒有辦法同意，我覺得健保局臚列了這些專款，到年底花不完，就是浪費，如果最後「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」用一般服務支應，擠壓到診療項目、重症醫療，影響醫療品質，也不是付費者樂見。

蔡委員登順

接續朱副院長益宏的話，其實錢沒用完全是回到基礎，沒有浪費。我希望國人健康，少看病不一定要把錢用完，用完表示國人健康不

好，對不對？

楊主任委員銘欽

請陳委員玉枝。

陳委員玉枝

主席、各位委員，要講幾句感動的話。像剛剛謝委員天仁、蔡委員登順、陳委員錦煌、何委員語等，都提到關鍵點，就是長期以來，護理人力不足，聘不到護理人力，醫院要怎樣留住護理人員，不是只有就現有人力加薪就能解決，還有如何留任及員工管理等很多問題，所以各機構可能要評估為何招不到人？要從那種策略做好留任？你們每次都說護理人員最辛苦，這時候就是我們大家一起努力，讓我們有更好的遠景。

楊主任委員銘欽

醫院部門我很抱歉，沒辦法帶著大家得到共識，不過還是覺得送署裁決的兩個版本，有機會可以讓...。

蔡委員登順

剛剛朱副院長也同意，距醫院的要求僅差 5,000 萬元，勉可接受。

楊主任委員銘欽

不只這樣，剛剛也有委員提到前面的部分。

朱副院長益宏

要從一般服務去擠壓，真的會影響 10 幾億。

楊主任委員銘欽

對，不是只有 5,000 萬，是好幾億。就先這樣，謝謝各位。

謝委員武吉

剛剛何委員有問，我也想問「推動 DRGs 之調整與鼓勵」專款專用多 2.87 億，到底怎麼樣算出來？我不知道，請健保局說明。我一開始坐下來就說，今天早上有事不能來，下午才來，也不是輕輕鬆鬆

在過生活，是很痛苦的，好像乞丐一樣。所以 5.87 億應該要回到以前，變成 3 億，整個給「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」使用，不夠的部分才以一般服務支應，這我們比較同意，否則試辦計畫的適應症開放，應該要找我們一起討論。如果都堅持不肯，我要求「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」在這邊決議，用完 19.22 億時，就停藥不要做了，應該可以吧！我們不是共產國家，卻執行計畫經濟，竟然做社會主義國家的事情，這是可恥的。最後一點，拜託主席，我之前問的第一個問題，到底是社會保險還是社會福利保險？

謝董事長文輝

他沒辦法回答啦！

謝委員武吉

也是要說啊！

楊主任委員銘欽

請謝董事長文輝最後一次發言，然後我們要休息了。

謝董事長文輝

剛剛醫院代表發言就是為雙方能夠達成共識版本，醫院專款專用的這些項目，當然現在健保局與醫院協會編的費用互有爭執，可否先就明年醫院專款專用部分，如果有節餘款，允許流用到「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」，就是這個意思。如果不是這樣，就沒有辦法。本來有個原則是一般服務與專款專用預算不能流用，但是請算給我們看，什麼時候有這筆 15.78 億？雖然說是藥價節餘款，99、100 年藥價真的有節餘這些錢嗎？沒有，反而超過！所以請算給我們看，101 年要如何從藥價節餘 15.78 億支應，完全沒有這筆錢。

楊主任委員銘欽

建議明天委員會議看附帶決議文字時，可以討論是否放進去。請陳委員明豐。

陳委員明豐

付費者代表及各位委員，剛剛我們已經有比較靠近的結論，就是「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」部分可否再協商，因為 B 肝、C 肝是很重要的疾病，放寬適應症後增加很多病人，是否大家共同體諒，可以商量的部分，繼續商量，大家和諧，這是我一點點期望。

楊主任委員銘欽

請何委員語。

何委員語

主席、各位先進，我看罕見疾病、血友病藥費，101 年編列 56.49 億，98 和 99 年都是 47.82 億元，98 年執行率 80%，99 年執行率 91.5%，100 年預算 47.82 億元，1~6 月已支出約 23.71 億元，乘以 2 的話，一年大概 46 億，多估一點約 50 億，現在編 56.49 億，不曉得明年成長會多少？建議這邊可以少部分挪到「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」支用。

楊主任委員銘欽

因為討論時間已經到了，若大家覺得還有商量餘地，沒關係我們再討論，但現在必須往下個部門進行，就先謝謝各位。謝委員武吉一直要考我的問題，答案一樣，是社會保險，但裡面有些是配合政策。

謝委員武吉

還是社會福利保險，直接講就可以了。

楊主任委員銘欽

休息 10 分鐘。

本會 101 年度全民健保總額協商會議
與會人員發言實錄

叁、「中醫門診總額」

叁、101 年度總額協商－「中醫門診總額」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

請委員參看議程資料第 31 頁，101 年度中醫門診總額醫療給付費用成長率項目表，我們逐項確認，有共識的部分，可很快地看過去，沒共識的部分，等會再回頭協商。中醫部門協商時間總共 65~75 分鐘，希望無須用完所有時間，這樣大家會比較輕鬆一點。

謝委員武吉

現已超過表訂時間，中醫協商完後，等一下西醫基層就不用協商了。

楊主任委員銘欽

時間沒控制好，抱歉。

謝委員天仁

主委已掌控得很好了，我們同意協商時間往後挪。

楊主任委員銘欽

- 一、我時間未控制好，要檢討，也請委員多包涵。中醫的醫療服務成本及人口因素成長率、品質保證保留款及違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款，前已確認，今日無須再討論。
- 二、中醫部門有另寄送「調整 4-6 歲兒童門診診察費」、「中醫傷科標準作業流程」協商項目之相關補充資料給委員參考，委員應已收到。
- 三、「調整 4-6 歲兒童門診診察費」協商項目，於牙醫、醫院兩總額部門的協商過程中，兒童加成並未獲得付費者委員的支持，以通案原則來看，委員是不會特別同意，先讓中醫部門了解，如確有需要，等會可向委員說明。「中醫傷科標準作業流程」，中醫界提出 1 億 4 千 9 百萬元，健保局建議醫療服務成本及人口因素成長率已給予費用，可用於支付標準之調整。
- 四、專款項目之「醫療資源不足地區改善方案」，中醫部門與健保局的額度相同。另，請參考本會幕僚補充意見，於 100 年增列

鼓勵偏遠地區中醫師長期進駐服務試辦計畫(診察費加成20%)，預算50百萬元，依健保局統計100年1-6月符合之醫師有71位(數字如有增減，中醫部門可再補充)，執行數為9.20百萬元，考量牙醫及西醫基層醫療資源不足地區改善方案，並無此項鼓勵措施，101年度是否仍繼續編列，可以討論。這部分有2個重點，101年的預算是否核實編列，及子計畫的項目是否仍繼續維持。

五、專款項目之5項中醫照護試辦計畫，中醫部門建議經費流用，健保局建議各計畫仍於原編預算內勻支，但經費可互相流用。過去曾協定可流用，但設有上限，以避免某些計畫的預算完全流到其他計畫，與原本核定該專款計畫的意旨不符。

六、先開放詢問，再請中醫部門回應。請問其他委員有無須請教中醫部門的事項？

陳委員錦煌

「中醫傷科標準作業流程」協商因素，健保局好像同意成長1億500萬元。

廖委員本讓

沒有，那是醫界版本。

陳委員錦煌

就寫在這裡，健保局沒反對，就表示贊成。

楊主任委員銘欽

健保局沒有同意。

廖委員本讓

健保局寫0%。

陳委員錦煌

9月13日付費者座談會當天，我曾問過健保局，健保局好像也同意，並未把該項目取消。

楊主任委員銘欽

健保局建議成長率為 0%。

陳委員錦煌

- 一、請問中醫傷科的問題，99 年就醫人數減少 3%，件數減少 4.1%，其中又以「針灸、傷科及脫臼整復案件」之點數減少 44.7%，這筆費用有 14 億 8,710 萬點，這是 100.4.8 費協會的會議資料，我都有仔細看。99 年費協會就通過，中醫傷科沒有中醫師親自執行，不能給付。
- 二、剛才提到減少 14 億 8,710 萬點，你們的錢應被收回來，為何還再來要 1 億 500 萬？86 年衛生署公文就說，若未由中醫師親自執行推拿，健保不給付，到現在 100 年，總共 14 年，你們仍繼續由非中醫師執行推拿，每次給付 200 點，健保局是不是圖利你們，健保局醫管組到底在做什麼？86 年張博雅署長時代就已行文這筆錢不能給付，健保局卻沒嚴加控管，最近的資料我都有在看，95 年申報費用點數為 17 億多、96 年 18 億多、97 年 19 億、98 年 20 億多，99 年差不多 20 億，我覺得健保局有問題。
- 三、你們現在還編傷科處理 525 萬人次，支付點數增加 10%，要 1 億 500 萬元。我都要扣 14 多億元，你們還提出要加 1 億多元，怎麼可能給？我都有數據，不是亂說。孫理事長茂峰，我手上這份資料你們有嗎？有看到嗎？你們應被扣減 14 億 8,710 萬點，還來要什麼錢！你們的點值每點 1 元多耶，不是 8 角多。中醫傷科這部分，我覺得要扣掉 14 多億元，不能給你們。

楊主任委員銘欽

謝謝陳委員錦煌，其所關心的主要為傷科的部分。今天會場有補充資料，請本會幕僚同仁確認孫委員茂峰及施特別顧問純全是否也有此份資料。剛陳委員講的數字，請參考補充資料第 18 頁。請中醫部門回應。

施特別顧問純全

主席，各位委員，感謝各位委員的指教。這個問題有點複雜，徵詢委員的同意，能否發送我們準備的資料，或讓我們有說明機會，可以將這件事說明得更清楚。可否使用投影片，會比較清楚。

楊主任委員銘欽

可以。

施特別顧問純全

陳委員可否給我們機會說明。

楊主任委員銘欽

現在是在爭取預算，醫界必須有充分的理由說服付費者，請儘量說明清楚，為何還要再支持你們給這筆費用。準備播放投影片同時，請教其他委員有無垂詢。

陳委員錦煌

主席，不要再浪費時間了，還有西醫基層要討論，每個總額部門協商都超過原訂時間，先前我就提議安排 2 天的會議好好審查，大家充分討論，甚至辯論都可，你就沒處理好。中醫原本應該 2 點 15 分開始，現在 4 點多了，西醫基層代表還在等，要挑燈夜戰喔，別想！我不會同意，不會被你拐了。

楊主任委員銘欽

抱歉！

陳委員錦煌

我問中醫部門一句話就好，99 年針灸、傷科及脫臼整復案件的點數減少 44.7%，約 14 億 8,710 萬元，你們應該還錢給我們，為何還提出 1 億 500 萬元，我搞不懂。

施特別顧問純全

可否給我們 5 分鐘的時間...。

陳委員錦煌

費協會 4 月份委員會議的資料就有相關數據，還要什麼錢，我不懂。

施特別顧問純全

- 一、可否給我們一點時間說明。這個案子其實有點複雜，單看某些數據，無法獲知事情全貌，可否容我稍做說明。委員剛提的 86 年的公文，是中醫藥委員會希望提升醫療品質，而要求由中醫師親自執行傷科處置，故衛生署於 86 年規定「中醫醫療院所為病人從事推拿業務，非由中醫師親自為之者，全民健康保險不予給付」；但當時對「親自執行」之定義，並未講清楚，直至 88 年衛生署才明文規範中醫師應做的部分、助理可做的部分，即後續的推拿手法及包紮可由助理協助。
- 二、後因時代演變，93 年修正醫療法，規定不能再有臨床助理執行醫療業務，原合法可用的助理，變成法律上沒有依據，衛生署為解決這個問題，於 97 年規範須由具合法證照的醫事人員執行，助理做的屬民俗調理，不能申請健保給付，兩者作業動線亦須有所區隔。
- 三、健保局為此召開一系列會議，中醫界也很努力配合，與健保局共同擬訂相關規範。後來我們內部認為中醫院所設民俗調理區有點不倫不類，也希望好好解決這問題，故衛生署在 99 年 3 月 3 日行文，重申 97~98 年所發的文，有關中醫診所內醫療業務之執行與得設置民俗調理作業場所，兩者之執行及其作業動線，僅需有所區隔部分等相關闡釋，即日起停止試用。但因涉法律信賴保護原則，及署基於實務管理之考量，准許有緩衝期，101 年 4 月 30 日前，可繼續由原容留之民俗調理人員從事民俗調理服務，但不能申請健保給付費用，否則就違法。
- 四、後健保局更嚴格的規範，100 年 5 月 1 日起，限未設民俗調理之中醫院所，才能申請傷科、脫臼整復治療處置的費用，如有設民俗調理者，不能申請給付，不是不給付，是不能申請，但民眾來，我們還是要照做，不能拒絕，也不能收自費。
- 五、中醫支付標準另有許多規定，例如：針灸、傷科及脫臼整復如

同時治療處置，一次限擇一項申報，不得同時申報；每位專任醫師每月看診日，平均針灸、傷科及脫臼整復合計申報量超過 46 人次以上，支付點數為 0；開內服藥之針灸、傷科及脫臼整復處置費，超出 30 人次部分，5 折支付。有些院所就選擇乾脆不申報針灸、傷科、脫臼整復，只申報藥費，故案件數並無法完全反映實際醫療利用情形。

六、中醫點值已非 1 元，降到 0.8、0.9 多，為此我們也進行多項管理措施，訂有不予支付指標，例如同一院所同一患者同月看診次數超過 8 次以上的部分，診察費不予支付，不予支付是不給醫師費用，但民眾來就醫，還是要幫他看病，只是在費用的申報上看不到；同一院所同一患者同月針傷科處置次數大於 26 次者，也不能申報；另還有其他指標，如隔日不能申報診察費、針傷科處置次數每月大於 15 次等。

七、相關統計分析如下：

(一)針傷科處置次數每月超過 15 次以上：92 年有 45 萬件，99 年剩下 1,853 件，並非沒有這類的醫療行為，而是院所未申報。

(二)隔日申報診察費之件數：從 92 年 35 萬件，到 99 年的 3 千件，乃因我們的管理措施，故有些院所沒有申報。

(三)申報診察費超過 6 次：從 92 年 3 萬多件，到 99 年 247 件，也是同樣的未完全被反映。

(四)中醫門診人次及人數：若從就醫情形來看，2010 年雖較 2009 年略少，但比 2008 年多，且仍維持過去以上的水平。若按季別來看，2011 年第 1 季仍同樣維持在過去的水平以上，第 2 季還比去年同期多。可獲知整體就醫情形並未減少，乃因申報規定，導致案件申報情形產生不同的轉變。

八、中醫針傷科支付標準偏低，及中醫師親自執行定義不明，在實施中醫門診總額前即已存在，李前主委玉春過去演講時也提過這些問題。當時衛生署中醫門診總額支付制度規劃白皮書提到，希望「未來可訂定較嚴格的『親自執行』規範，所節省的

費用亦可用於調整傷科或針灸之支付標準」。嚴格來講，現在的規範，比當時擬做的更嚴格，推拿已要求由中醫師全程處理，若違反規定者，會透過共同制約。綜上，中醫門診醫療服務給付項目並未改變、醫療服務量也未減少、民眾滿意度調查與前一年相較也無統計上差異，要求中醫師全程執行，品質比過去更好。推動的過程其實非常困難，中醫師公會不斷配合政策，實不應被列為減項而扣減費用，這樣對我們並不公平。

九、我們提出的中醫傷科標準作業流程，並非只是支付標準調整，而是更高的品質提升，希望能比照過去針灸標準作業流程，有一套完整作業，我們也遵照 100 年 9 月 2 日醫界與付費者座談會中，付費者委員的指示，將規劃草案送給委員參考，希望未來傷科與針灸一樣有標準作業程序，且並非通通有獎，仍必須經審查認證通過，其為品質提升方案，而非僅申報數量或單價提升而已。基於品質提升理念，希望能增加少部分預算，讓它推動的更好。過去我們配合政策，也希望能給我們一些鼓勵。以上說明。

楊主任委員銘欽

謝謝施特別顧問純全，剛...。

陳委員錦煌

主席，我要請教蔡組長，推拿是不是醫療行為？告訴我一下，推拿是不是醫療行為？

蔡組長淑鈴

推拿在中醫，也是醫療的一種。醫療法和健保相關規定，也都要求由中醫師親自執行。

陳委員錦煌

一、好，有聽到喔，推拿也是醫療行為。如果是醫療行為，由助理做，就變成密醫了，不要鐵齒，法令不是我訂的。你們報告的資料，從過去都是助理在做，當初開始注意，你們才規定 99

年起非由中醫師親自執行的傷科處置，不得申請健保給付，這都有白紙寫黑字，我沒有亂說。

- 二、再來，談中醫建議的協商因素項目「中醫傷科標準作業流程」。我手上這份資料你們有嗎？要談判，你們也要準備資料來啊！98-100年針灸、傷科、脫臼整復及一般案件之申報情形，因針灸須有醫師的技術才能作，申報件數就都沒下降，98年有1,431萬件，99年增加到1,535萬件。

楊主任委員銘欽

陳委員請等一下，現在所說的是今天的補充資料第17頁。

陳委員錦煌

- 一、大家看清楚一點，免得說我在亂講。針灸必須由中醫師執行，以免不小心發生差錯，就麻煩了，所以它的利用情形都沒有下降。傷科案件，98年為1,082萬件，99年就變成500多萬件，因助理不能做，就變成minus(負值)，少了50%，表示少了一半的錢。99年第1季傷科件數-28.6%、第2季為-61.4%、第3季為-60.5%、第4季為-57.3%，100年第1季為-52.2%、第2季為-17.8%；脫臼整復，98年1萬1,000件，99年剩7,000件，又是負成長，為-35.7%。因健保局在捉，你們不敢再讓助理做，件數就降下來，自然就負成長。你們有什麼話好說的，還在那裡強辯，我連看都不想看。
- 二、要提高你們醫師的格調，醫學院讀了7年書，難道與推拿助理同格調，在那裡幫人家按摩腳嗎？要有格調！我也很高興，看你們以後能不能調整好，由中醫師親自執行，你們要提高處置費，我也可接受。從86年至今，密醫申報了多少健保費用，14年下來，不知道幾百億元，我都有數據。95年申報費用點數為17億8,400萬，96年18億7,900萬、97年19億多、98年20億多，99年9億多，你們為什麼浪費我們的錢！中醫師你們摸摸良心，不要胡亂來。今天竟還提出1億500萬元的要求，這樣有意思嗎？健保局都沒在控管，互相掛勾！我審預算

從來沒審到這麼生氣，你們太超過了！

三、86年的公文已說推拿是醫療行為，必須由中醫師親自處置。你們不是啊，台北縣市、桃園、台中，開了很多間在做推拿還兼賣藥，一罐 6,000 元，說買回去可通血路，病就好了，你們敢發誓說沒有這樣嗎？我堅持照費協會 100.4.8 委員會議的報告資料，扣減 14 億 8,700 萬，且 1 億 500 萬元也絕不能給你們。

楊主任委員銘欽

陳委員錦煌的意見表達很清楚，要列為減項，因過去雖然法沒明文禁止，但若把由助理所做的費用滾入基期，不合理，故建議減列 14 億 8,700 萬。另協商因素「中醫傷科標準作業流程」，也不贊成給予成長率。其他委員有無垂詢？

陳委員錦煌

除不給 1 億 500 萬元，還要扣 14 億 8,700 萬元回來，中醫由助理推拿卻請領健保費用，已 10 多年，很不夠意思。先調整一次，中醫以後再好好處理，比較重要。

楊主任委員銘欽

先把陳委員提議的數字 14 億 8,700 萬元記下來。

陳委員錦煌

14 億 8,710 萬，而且點值還每點 1 元，不是 8、9 角。

楊主任委員銘欽

我們可以再來協商。

陳委員錦煌

不用協商了，有什麼好協商，我本來還要追究健保局圖利他人的責任。

楊主任委員銘欽

好，有委員表示不同意給中醫傷科標準作業流程，並要再扣減費用 14 億 8,700 萬元，其他委員有無意見，如要對專款項目表示意見或

詢問，亦可。

陳委員錦煌

說個公道話，我並未亂說，要能讓大家心服口服。腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫，非得在醫院，診所不能做嗎？我太太肺腺癌開刀後，現也吃中藥，反對只有醫院可執行，理事長你明白我的意思嗎？一定要開放到診所，4項試辦計畫經費8,500萬元，不能只有醫院能做，讓大家都一起賺錢。另，中醫有辦法看小兒麻痺嗎？

孫委員茂峰

是小兒腦性麻痺。

施特別顧問純全

小兒腦性麻痺。

陳委員錦煌

腦性麻痺，中醫看的好嗎？是否有相關資料。

孫委員茂峰

我們在評核會議曾報告過。

陳委員錦煌

評核會議，費協會較沒關係，評核會比較大喔！

孫委員茂峰

評核會議也是費協會舉辦的。

陳委員錦煌

我不知道，我也不了解！

楊主任委員銘欽

曾報告過。

陳委員錦煌

有多少人被醫好，有指標嗎？下次會議能否說明，剛有授權我可講

半小時，因都沒委員要發言。主席，你不要緊張。小兒氣喘計畫，孫理事長我聽說是你的專長。

孫委員茂峰

不是。

陳委員錦煌

但我聽說你是該計畫的召集人。

孫委員茂峰

我做的計畫是腦性麻痺。

陳委員錦煌

氣喘呢？聽說是你們醫院在做。

孫委員茂峰

是彰化基督教醫院的一位主任負責擔任召集人。

陳委員錦煌

5項試辦計畫，你們總共要1億6,700萬元？

孫委員茂峰

可否容我就陳委員錦煌所提問的部分回應。腦血管疾病的部分，分為住院及門診兩項計畫，原因如下：病人於中風急性期時，會先住院治療，大家也知道西醫住院會診中醫，健保並未給付，民眾須自費。我們希望在中風急性期住院治療期間，藉由早期介入針灸治療，協助其早日恢復，乃提出住院照護計畫，後考量病情穩定出院回家後如須繼續復健，可就近於診所接受照顧，爰再提出門診照護計畫，讓基層診所也能照護已穩定的腦中風病人，並於99年開始實施，編列9,000萬元預算，比住院計畫的4,500萬元還多。兩項計畫，實並不相同。

陳委員錦煌

拜託，不要再騙我了！我是內行人。我從2月開始，因太太生病，

已進出醫院多次，至今還需常跑醫院。一般西醫住院患者如想吃中藥，都會覺得對醫師不好意思，你們去幫病人針灸，對西醫不會不好意思嗎？怎麼有可能！

孫委員茂峰

健保有此項計畫，目前確有照計畫在進行。

陳委員錦煌

病人住院接受西醫治療，你們真的去幫忙！

孫委員茂峰

確實如此，我們除針灸，也開藥。

陳委員錦煌

請問現場有沒有西醫代表，真的是這樣嗎？你們不會不好意思嗎？我們光想煎中藥拿去給病人喝，就覺得對醫師很不好意思了，你們現在服務這麼好！

孫委員茂峰

確實有，因有該項計畫，患者有這樣的需求，在...。

陳委員錦煌

是在你們中國醫藥大學附設醫院住院的病患才可以嗎？

孫委員茂峰

不是，只要大型醫院都可提供這樣的照護。以前住院病患如想看中醫或吃中藥，必須自費，或像委員說的，病患會很不好意思，而遮遮掩掩。然中醫介入中風治療確實有效，故在5、6年前，健保局也支持、同意住院期間可以施予針灸並服中藥。3年前，我們認為病情穩定回到家或至養護中心後，可就近到基層診所接受照護，不要只有醫院能做，故辦理門診計畫，這部分，和陳委員剛所提的精神一致。

陳委員錦煌

所以住院時，西醫可請領健保費，你們也可以。

孫委員茂峰

沒有。

陳委員錦煌

怎麼沒有！

孫委員茂峰

不是，是會診。

陳委員錦煌

會診，難道不用錢。

孫委員茂峰

我們只請領會診費用。

施特別顧問純全

只有請領會診費。

何委員語

- 一、主席、各位先進，中醫界的好朋友，你們心裡應該很緊張，不用緊張，其實陳大委員是聲音很大，心很軟，他太太都接受中醫治療，表示他信任中醫。
- 二、對非中醫師卻執行傷科處置者，中醫師公會應大力檢舉、掃蕩，讓衛生署大力去捉。我要提的是腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫，我很支持，監理會勞工代表的干委員文男，因中風經中醫調理恢復不錯，一直跟我說要多支持中醫。我認為也可推動不孕症中醫調理計畫，很多婦女因工業發展、生活緊張、環境品質不好，體質較不易受孕。我認為西醫為本、中醫為用，是很適當的，我也不太喜歡吃西藥，我都吃中藥，7月28日檢查，我的高血糖、高血脂、高血壓完全恢復正常，中醫界應該努力、爭氣一點，以前你們都叫國醫，現在都不敢這樣叫了，應要積極推動你們的醫療計畫才對。

三、你們的專款項目計畫，我都很支持，但為何腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫，你們要減少 8 百萬呢？衛生署也不能給他減少 8 百萬，如以干委員的案例，中醫也貢獻很多，自己要有信心，不要讓西醫比下去，我知道你們和西醫站在一起，好像矮一截一樣，不應該，要更加有信心才對。

孫委員茂峰

謝謝何委員語。

陳委員錦煌

這樣啦！不耽誤大家的時間，既然扣你們那麼多錢，專款項目，已有委員提議，我全部都同意。該給你們經費去做事的，就應給你們，醫界沒人敢說我是壞人，不當給付的，就絕不能給，中醫界怎能這樣，錢都被密醫請領走了，最主要就是氣這個。14 多億元一定要扣掉，回歸正常後，你們想做什麼，都好講話，但這項你若仍堅持，我絕不同意，我若不同意，你們就無法通過，我是勞工代表，請你們要忍耐，每個人都有各自不同的立場。專款項目，我本有意見，現同意你們的版本，這樣你們總可接受了吧！這是個人意見，其他委員意見如何，我不知道。

楊主任委員銘欽

多聽幾位委員的意見。

許委員怡欣

我知道陳委員錦煌很會為民眾的荷包把關，過去我也都支持陳委員的建議，但這次，因這是 99 年 3 月 3 日才有明文規定，中間其實有灰色地帶。我覺得過去有其歷史包袱，是否以後就不要再由助理做即可，先不要追扣，因其在之前也非完全非法，仍有很大爭議空間，在此就不討論合法或非法。

謝委員天仁

原本推拿人員執行的可申請健保給付，現規定一定要中醫師親自執行，健保不給付推拿人員做的，你們就改收取自費。如像許委員怡

欣說的，會產生一種現象，健保總額大餅繼續吃、自費繼續收，這會有重疊。邏輯上，我覺得陳委員錦煌說的有道理，由中醫師親自執行，是沒問題，這量有多少，以前由推拿人員做的現不能做，量又減少多少，我認為應該面對，將其合理計算出來。陳委員說是14億，希望健保局也能提供試算，究應為多少錢？我認為扣減是無法避免的事，合情合理。

陳委員錦煌

本來中醫針灸又開藥只給付100點，上次我也跟健保局說不能這樣，應給你們200點，我也是有幫忙你們，不是一定要扣你們的錢，不要和我討價還價，我會更生氣。我認為不應該給密醫做的錢，要扣回來，錢要給你們中醫師做，我都甘願，懂嗎？以後你們因親自執行，想調升支付標準，都可再談，但你們絕不能用密醫來請領健保費用，讓密醫推拿，小心推不好衍生一些事情。要提高你們的水準，我的意思很簡單，連100.4.8委員會議資料都還特地帶來，免得講錯數據不好意思。99年針灸、傷科及脫臼整復案件之醫療費用點數已較去年同期減少44.7%，就是14多億，這錢應還給我們。

陳監事長俊明

我要解釋說明一下。事實上，本來就是中醫師親自執行，只是後續工作才交由助理做，並非如同外界所想，完全由推拿人員執行，這樣有點扭曲中醫的服務品質。我們也在提升中醫師親自執行的水準，委員可去調查，由中醫師全程親自執行的比例已愈來愈高，若說完全由推拿師傅在做，對中醫界並不公平。

陳委員錦煌

不要浪費大家的時間，這個時段本應討論西醫基層，主席不知怎麼了，比原預定時間晚了2小時。我主張扣減，你們若不願意，就直接送衛生署裁決即可，無須再多說。

黃委員偉堯

一、主席，各位委員，傷科這部分的確錯綜複雜，還涉及法律。如

依許委員怡欣所提，中醫界應先自清，這很重要。2年前我曾看過一則電視新聞報導，訪問一位台北市上班族中午去那裡，他拿著健保卡說「我剛去做免費推拿」，我想監察院會開始調查，可能從那個案例開始，陸續也開始釐清相關問題，及做了很多的法令解釋。如同陳委員錦煌提及傷科的利用，去年已降下來，施醫師純全也提到李老師玉春曾說，親自執行界定清楚之後，可把降下來的費用作為調整支付標準，但這需要你們提出自清的誠意，及明確的操作方式。

二、對專款項目的看法如下：

- (一)「醫療資源不足地區改善方案」，第3項鼓勵偏遠地區中醫師長期進駐服務試辦計畫，診察費加成20%，和牙醫、西醫基層不太一致，當初同意試辦1年，建議今年能否取消，和其他總額部門作法一致，會比較好。
- (二)5項照護試辦計畫，第3項小兒腦麻計畫和第4項小兒氣喘計畫，已執行多年，應屬穩定，且相關規範都很明確，改併入一般服務，應仍能順利執行。專案計畫若執行好，就移到一般服務，執行不好，就撤掉，是我們對專案計畫的期許之一。
- (三)專款項目的經費流用，我不太能接受，各專案計畫的性質與目的並不相同，理應不能流用。反覺得第1項的腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫，和第5項腦血管疾病後遺症中醫門診照護，可整合為一項計畫。第2項計畫，則建議仍可維持原案。

孫委員茂峰

- 一、首先謝謝陳委員錦煌長久以來對中醫界的關心，我們有不如理想的地方，有過就一定改進。中醫協商時間有65~75分鐘，前面總額部門的協商時間延誤，不應算在中醫部門頭上，請委員讓我們有說明的機會。
- 二、黃委員偉堯所提的部分，我們有訂評估指標，與健保局討論過程中，健保局長官也考慮到計畫如今年忽然喊停，這些患者的

照護權益恐會受到影響，我們也同意在 102 年逐漸將其回歸到一般服務，但 101 年繼續試辦，不知道黃委員能否支持這樣的想法。

三、至於何委員語所提不孕症中醫調理計畫，向委員報告，在協商因素項目中，我們原有提出這樣的計畫及構想，但因健保局長官有其考量，並不支持，沒關係，明年我們會繼續努力。

何委員語

這樣健保局長官，違反馬總統提升生育率的政策，有些不孕的婦女，經中醫調理，就能懷孕，我覺得中醫應提出關於不孕症的計畫，是衛生署哪位長官反對，我立即上書給馬總統。

楊主任委員銘欽

謝謝何委員語的建議，惟研提新方案須時間構思，也須試算費用，不太合適要求中醫界立即提出一項新方案，請針對目前的協商草案討論。剛有部分事項尚未說明，鼓勵偏遠地區中醫師長期進駐服務試辦計畫，是否繼續維持？

施特別顧問純全

一、我們會遵照今天會議結論，在不超出原預算下，做細部修正。鼓勵偏遠地區中醫師長期進駐服務試辦計畫，係源自去年協商結論，才會做那樣的調整，我們原規劃的內容不是這樣，如大家對現在的執行方式有疑慮，我們會檢討，當然我們也可恢復原來的方式，這部分能否授權由健保局與醫界再討論，哪種方式對無醫鄉民眾的照護會比較好。

二、5 項試辦計畫，我們之前與健保局的共識是預算可互相流用，黃委員偉堯擔心會不會流用到最後，某計畫的預算全被流到其他計畫，可否容許我們在預算不減、互相流用的精神下，訂各計畫的目標預算及其監測範圍。事實上，我們內部有擬目標預算，但未與健保局討論，貿然提出不太合宜。

三、希望大家對傷科的問題能有較多的包容，我們已很努力，現在

真的是在醫界自律、自清下，逐步把原來總額初期所說的定義不明，改為中醫師全程操作。中醫師全程操作的支付點數，不應為 200 點，原本有開內服藥的支付點數還會被減為 100 點，後才修為 200 點，去年陳委員錦煌也有幫忙，但 1 個月開藥超過 30 人次的部分，仍是 100 點。最早的規劃，是親自執行所節省的費用可回歸於預算調整，點值的變動，也算調整，不能單看某一項目服務量的變動。中醫院所設民俗調理區，衛生署雖容許可至明年 4 月 1 日，但若有設民俗調理區，就算由中醫師親自執行，也不能申請健保費用。非診所的部分，我們管不到，但診所的部分，我們承諾一定會認真地處理，因這是歷史共業，請大家多包涵。希望能照總額初期規劃的精神，將減少的費用用於調整支付標準過低的項目。支付標準項目仍在，被列減項，是件很奇怪的事情。請陳委員能體諒，並高抬貴手，不要列減項，我們承諾會做更多改善。

謝委員天仁

- 一、專案部分，我贊成黃委員偉堯說的，中醫比較特別，以往我們都堅持專款計畫的預算不能相互流用，各計畫都有其預期目標，流用會發生柿子挑軟的吃，某些專案計畫就不做了。我認為應精確估計，照計畫繼續執行，費用無須流來流去，給了 5 項專案費用，結果只做 4 項，或其中 1 項只做一小部分，我覺得這樣並不適宜。向來都主張專案應讓它達到目的，否則就失去列為專案的意義了。
- 二、剛中醫界抱怨，中醫師親自執行的支付標準過低，其實健保局本身就可進行檢討，今年中醫醫療服務成本及人口因素成長率為 3.297%，很高的數值，可用來調整支付標準，不應把它變成一種藉口。
- 三、沒有規定協定每年只有增加成長率，卻沒有減少，沒有這種道理，該減的就應減，你不能說係因為以前法規不清楚，故這些費用仍都應該是我的，費協會委員也不應該有這種想法，對就

對，不對就不對，量明顯降下來，如果本來就由中醫師親自執行，照給，我們當然沒問題。你們要面對現實，愈不讓人家減，人家愈會認為這件事不合理，最後就是協商破裂。請健保局估算，把差額算出來，讓中醫部門能心服口服。你們認為不要減，這種想法，我不能接受，陳委員錦煌說的，某個角度來講，我認為是有依據。

陳監事長俊明

- 一、必須說明，為讓服務更加完整，才會請助理協助，並非中醫師完全都沒做，這是讓大家誤解的地方。中醫的服務品質要提升，中醫師親自執行的比例會愈來愈高，在初期沒有明確定義下，確有助理幫忙，但現在定義明確，已全程由中醫師親自執行。
- 二、腦中風西醫住院中醫會診，中醫的參與有助病人早期康復，若沒早期康復，拖愈久，醫療費用愈多。所以，絕對不要砍西醫住院中醫會診這部分預算，目前執行率已超過 100%。

陳委員錦煌

主席，我看中醫界硬要的意思，好像不給你們，不知道會怎樣。向大家報告，99 年醫療費用點數較去年同期減少 5.8%，主要為就醫人數減少 3%，致件數減少 4.1%，其中又以針灸、傷科及脫臼整復案件之點數減少 44.7%，金額為 14 億 8,710 萬。法令規定助理不能做，要你們把錢還給我們，有什麼不對！剛提的數據，是 100.4.8 委員會議健保局的報告內容，不是我自己去印來的，並未誤會你們，以後你們照樣有錢可領，為什麼不願意還我們，還硬要，我搞不懂。

楊主任委員銘欽

剛有其他委員提問，如要扣減，金額應為多少？這部分請健保局說明。

陳委員錦煌

簡單，將沒用的錢扣還給民眾即可，又不是說連以前的也要追扣，

要扣減 20 億元，而是 99 年確實沒用到的錢還給我們，有什麼不對。你們有什麼問題嗎？一直強辯，很沒意思。

楊主任委員銘欽

再繼續討論下去，可能仍在這個問題上打轉，這樣好了...

陳委員錦煌

送衛生署裁決好了。

戴局長桂英

- 一、其實陳委員錦煌的用心，中醫代表也知道。許委員怡欣剛也提到，過去助理人員執行，是在醫政法規容許的情況，真正不容許是 100 年 1 月 28 日健保局公文規定，設有民俗調理區的院所不能申報傷科及脫臼整復治療處置費用，也要感謝中醫界共同配合自主管理，建議可參採 100 年的效益。請委員參看今天的補充資料第 17 頁，100 年 1-6 月傷科及脫臼整復申報點數為 348.01 百萬點，減少 39.0%，即 100 年上半年較去年同期減少 2.22 億。
- 二、陳委員的關心是合理的，如要兼顧委員的關心及總額專業自主管理的精神，建議可將節省下來的費用，一半回歸民眾，一半回歸醫界自主管理的貢獻，可能較合理。這是我的意見，但仍須尊重委員的討論。

楊主任委員銘欽

好...

戴局長桂英

補充說明，半年是 2.22 億元，陳委員關心前面還有好多年，但明確的規定設有民俗調理區的院所不能申報傷科費用是在 100 年年初才有。

謝委員天仁

主席...

陳委員錦煌

主席，局長，抱歉，謝大律師，我講一下。

謝委員天仁

抱歉，讓我講一下，目前多談也無益，建議能否讓付費者代表交換意見，大約 15 分鐘。

楊主任委員銘欽

好，施特別顧問純全說明後，讓付費者委員交換意見。

施特別顧問純全

我要說明的是，不能單從傷科的量來看，一般案件的服務量其實增加，乃因申報規定所致，故醫師即使有做也不能申報，實質服務量並未減少，且看中醫的人次、人數也都未減，不應該被扣款，其僅為項目的申報問題，且民眾也未抱怨，我想應把那空間留給我們改善用，再次懇求。

楊主任委員銘欽

時間暫停 15 分鐘，讓付費者委員討論，請醫界代表先至 503 教室休息。

(休息 15 分鐘)

楊主任委員銘欽

一、向中醫總額代表說明，原則上，付費者與政府機關代表委員支持陳委員錦煌所提應扣款的精神，但對扣款金額，有不同見解，故有方案一及方案二。方案一，扣減 2.22 億元，是戴局長剛提的，係以最近 1 年的資料為基礎；方案二，扣減 14.87 億元，是陳委員錦煌依據 100.4.8 委員會議的報告資料所估數據。那個數字合理，各有它的道理存在。中醫界剛表示無法接受，我們會把中醫界的版本及付費者委員的版本，共三個版本，一併送署裁決。

二、另，「4-6 歲兒童門診診察費」，及「中醫傷科標準作業流程」，

兩項都不支持。專款項目，全都支持，小兒腦麻和氣喘計畫，孫委員茂峰剛有同意 101 年是最後一年辦理，故我們會將其壓入決議，102 年起不再試辦，回歸一般服務。請中醫界表示對以上說明的看法。

蔡委員登順

過去針灸、傷科處理有很多為人詬病之處，且社會大眾也都有這樣的感受，或許因病人太多，才由未具中醫師資格者協助推拿，這也被檢舉過，所以後來才會規定要求由中醫師親自執行。現在數字也顯現，陳委員錦煌覺得過去不對的，非中醫師親自推拿的部分扣回。我們內部有兩種意見，對陳委員的意見，我們也尊重。請中醫部門表達，能不能扣？願意扣多少？或許也是一種協商方法，如果中醫認為不能扣，就記錄下來，送署裁決，因大家意見不同。未來，我認為推拿還是應回歸醫療體制，不要再發生詬病，以免浪費醫療資源。以上建議。

何委員語

陳委員錦煌為付費者把關，他的意見很好，我們也尊重。剛蔡委員登順也有表達，現今社會對中醫推拿，仍有不同看法與疑慮，主席剛有提到扣 2.22 億元或 14.87 億元，今年中醫有增加 6 億 5,770 萬元(註：醫療服務成本及人口因素成長率預估增加金額)，建議應再減 3 億 5,770 萬元，只能成長 3 億元，這是我代表資方立場的意見。

楊主任委員銘欽

謝謝何委員語，但我們不會更動醫療服務成本及人口因素的成長率，因其為衛生署報奉行政院核定之數值。請施特別顧問純全。

施特別顧問純全

- 一、主席、委員，感謝各位的指教。除減項外的部分，我們都接受。且減項部分，委員間的意見也不一致。
- 二、必須再重複說明，也希望能紀錄下來：

(一)首先，我們的服務量並未減少，人次、人數都沒減少，不能

單依某項服務量的減少，就決定做為費用減項。

- (二)若因專業自主管理致服務量下降，而變成減項，對中醫團體未來推動自主管理時，會有衝擊，且與總額精神完全背道而馳。
- (三)過去由助理協助，係經衛生署公告合法，並非不合法，去年曾和署長談過。我們認為其不應被列為減項，反應為加項，因我們配合政策，共同解決長久以來不易解決的問題，若這個政策是錯的，同意謝委員天仁所提，就扣掉，但我們做了對的事情，卻被扣錢，與政策推動的方向不一致，且在署的中醫總額規劃報告，就是規劃要愈來愈嚴格，由中醫師親自執行，所減少的服務量(且目前看來並沒有什麼減少)，應用於回饋調整支付標準，而非減項。
- (四)雖委員並未同意中醫傷科標準作業程序的協商因素項目，但我們同意在預算未增加的情形下，推動傷科標準作業程序，以提升傷科品質。
- (五)列為減項與剛所談的原則，包含署的規劃，都不一樣。對此我們覺得很遺憾，無法接受減項，減項是否符合署裡原先的規劃？我們同意就這項送署裁決，看與他們原來的規劃有無一致。

楊主任委員銘欽

- 一、送衛生署裁決係送完整版本，專款項目，除小兒氣喘和腦麻計畫有加但書外，餘同意中醫草案。
- 二、特別說明，2.22 億元，係依據健保局資料，100 年上半年較去年同期減少 2.22 億元，若直接乘以 2，全年就是 4.44 億元，剛戴局長桂英表示，很肯定中醫界自律管理，委員也同意扣減一半回歸民眾，另一半表示對中醫自主管理的肯定，我們會將之紀錄於送署版本。委員雖有這樣的意見，最後仍要由署長決定。經過相當激烈的討論，大原則為，某些項目的服務量明顯降低，就應扣減，施特別顧問純全剛也講得很清楚，申報量雖

有下降，實際並不是，這些你們都可向衛生署說明。

謝委員天仁

我須說明，今天並非因中醫部門管理好而被扣錢，我覺得施醫師純全的說法有邏輯上的問題。你們管得好的部分，我們並未動，我們動的是由推拿助理人員做的部分，法規定要中醫師親自執行，你們親自執行，健保給付沒問題，但以前就存在由中醫師、推拿助理人員做的兩種現象，我們只是認為應要適度調整，不能因你現在支持對的事情，以前有疑慮的，就都可以不管，不能你偷東西後再去警局自首，就可以既往不究，不能這樣！而是某個程度上，因你們有做好，我們才適度給予鼓勵，故僅減列 2.22 億元，本來應扣 4.44 億元，這是所有委員的意見，也因你們配合政策，我們才相對少扣，且我們也考慮到中醫師親自執行後，未來數量可能會增加，也為你們預留後路。今天你們扣減，回去很難交代，沒錯，但協商也要看餅的本身，有些地方多給，某個程度應適度調整，並無所謂對錯問題。

陳委員錦煌

- 一、向醫界的朋友說明，我是全國勞工聯盟總會派來當費協會委員，或派去參加其他會議，會後理事會及會員代表大會都會安排報告，我是秘書長，理事長是侯彩鳳立委，她會要求我向她報告，台灣總工會理事長為董文雅，我也是總工會的秘書長，會後我必須在理事會一一報告，還會做成紀錄。
- 二、講難聽一點，這幾年你們詐了那麼多錢，還不知道我們在想什麼，我們可是會藉機做文章。今天我很客氣地跟你們說錢還給我們就算了，你們還不甘願。坦白講，本來要找律師告健保局圖利你們，謝委員天仁也說過，不合法的事就是圖利他人，這種事我也很害怕，用不到的錢，你們就大方點讓我們收回來，再慢慢規劃。結果你們不是，用不到的錢，你們還硬要，是怎樣，只有你們有公會，我工會的規模比你們還大，若要抗爭，我們的人數比你們還多，且你們也沒那麼會抗爭，不要來這套。

三、就想開一點，不要以為從 86 年可以用助理推拿直到現在才被發現，長久以來的瘤，開刀拿掉就好，這樣你們公會幹部也好做事，但卻那麼強硬，我就是堅持要扣這些錢，其他委員的意見，我不便評論，但聽得懂的人就會說，確實用不到這些錢。你們也要軟一點，調整一下，這樣做才漂亮。但你們不是，被捉到，還不願意被扣，送衛生署做啥，好，沒關係，大家來較量一下。

謝委員武吉

是否由中醫師親自推拿這件事，個人也很同情。我支持中醫，但有附帶條件，要還我們公道，健保局扣我們的錢要還，否則就比照辦理。西醫有 17 家密醫，其中診所與區域醫院各 3 家、地區醫院 11 家，每家都被健保局弄得走投無路，關門的關門、賣的賣、逃的逃。

孫委員茂峰

- 一、謝謝付費者委員，尤其是陳委員錦煌給我們很多指導。向陳委員報告，其實中醫界沒本錢可動不動就抗爭，是講理。道理上，大家見解不同，也請你多包涵。
- 二、謝委員天仁也提到，總不能當小偷自首，以前偷的就既往不究，但兩者有差別，偷東西很明確是違法行為，但傷科的後續推拿手法可由助理人員執行，係經衛生署公告許可，這是我們強調的重點，並未硬拗，在此特別向委員說明。
- 三、對減項，我們有點遺憾，真的不是幾億的問題，我們如真有錯，會反省，這幾年來傷科問題從前任理事長開始重視，我們努力配合政策，民俗調理在明年 4 月也將完全從中醫院所撤出，這部分就算沒功勞，但我們配合政策，解決長期以來的問題，卻被列為減項，實在有待商榷。剛學者專家代表也提到，政策或法規有不明確的地方，再次強調並無不法，在無不合法的情形下，你說我們硬拗，是見仁見智的問題。就減項這塊，希望能有更多專家學者或社會賢達、先進，包括陳委員對我們中醫多所愛戴及指教，非常感謝，就減項這塊，希望還能有一點空間，

謝謝。

楊主任委員銘欽

謝謝孫委員茂峰的說明，各位的發言內容皆會記錄下來，並將相關資料送署，中醫界也可提供相關資料供署參考。中醫部門討論告一段落，很抱歉，無法達成共識。目前時間為 5 點 55 分，6 點 50 分開始討論西醫基層。請大家先用晚餐，謝謝。

本會 101 年度全民健保總額協商會議
與會人員發言實錄

肆、「西醫基層總額」

肆、「101 年度總額協商—「西醫基層總額」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

- 一、時間已經很晚，希望用最有效率的方式完成協商，最好是我們能達成共識。
- 二、請參考議程資料第 39 頁，我事先看過，有些醫界提出的協商項目，與健保局的版本一樣，如果委員也支持，就會比較快通過，對於意見不一樣的項目，我們再花時間討論：
 - (一)「品質保證保留款」之後，第 1 項「新醫療科技」，雙方數字一樣，所以我們支持，如果沒有反對，就先通過，有意見再回來討論。
 - (二)第 2 項「新增跨表項目」，醫界提出的經費是 2 千 900 萬，健保局則編列 3 千 400 萬，比醫界還多 500 萬，差異的部分等一下請西醫基層說明，是不是可以執行。
 - (三)第 40 頁「支付項目的改變」，醫界列了 5 項，包括「內、外、婦、兒支付標準」、「外、婦科門診診察費」、「4-6 歲兒童診察費加成」，3 項合計 1749.4 百萬元，健保局則將這 3 項合計為 10 億。第 4 項「75 歲以上老人加成 20%」，醫界編了 9 千 200 萬，健保局則不支持。付費者代表內部協商及與其他部門協商時，對於依照年齡，尤其是老人部分不予支持，和健保局看法一樣。
 - (四)「慢性 B、C 型肝炎治療計畫」，健保局建議回歸一般服務，不過剛剛在醫院部門，雖然沒有達成協議，但 B、C 肝是編再專款，金額不變。
 - (五)「其他醫療服務及密集度的改變」，醫界提出的訴求，包括「放寬兒科門診局部處置申報規定」3 億 5 千萬，及「糖尿病病人注射胰島素治療」5 千 600 萬，對該 2 項健保局建議不宜視為新增項目，或需提出證據，所以沒有支持。
 - (六)第 41 頁「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」

不需再討論。

(七)專款部分：「慢性 B、C 型肝炎治療計畫」如果大家贊成，還是比照醫院編在專款，金額不動；「家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」，雙方金額一樣，如果委員同意，就採計所列金額；「醫療資源不足地區改善方案」，也是比照去年；「醫療給付改善方案」，健保局建議減列 8 千 800 萬，因為考慮到執行情形；「診所以病人為中心整合計畫」，西醫基層提出至少比照 100 年經費 2 億元，與健保局提出的數字相同。

三、門診透析部分，早上已經討論過，成長率為 1%，按一定比例分配至西醫基層總額。等一下討論時，跟過去一樣，不會把洗腎納入上限成長率考量，分開討論。能否先請西醫基層回應，剛提到你們的訴求與健保局建議案有落差的部分，有無再思考，也許有些部分可以接受健保局的建議案，那位代表先說明？請張醫師孟源，其他醫師再補充。

張醫師孟源

- 一、委員辛苦了，忙了一天。剛主席已說明，我們有很多項目與健保局相同，就不再浪費委員的時間，針對有差異的部分，再補充說明，這樣會議進行會較快。
- 二、請委員參看今天西醫基層部門發的簡報資料最後一頁(第 32 頁)，很感謝 9 月 2 日各部門總額座談會時，葉委員明峯提到希望「醫療資源不足地區改善計畫」能加強辦理，因為很多醫缺區醫療利用供給不足，故我們希望巡迴醫療能從每週 2 次增加為 3 次，讓偏遠地區民眾能增加接受醫療服務的機會，所以希望醫缺部分的經費能酌予提高。另外，針對「診所以病人為中心整合照護計畫」，希望能擴大收案對象，讓更多以病人為中心的服務能擴大實施。

楊主任委員銘欽

打岔一下。張醫師孟源剛提到第 41 頁醫缺改善方案希望能加強辦理，能否提出具體數字，可讓委員作為協商參考。

張醫師孟源

希望至少增加至 1.5 億。

楊主任委員銘欽

那巡迴點增加多少，能否說明？

陳委員宗獻

主要是巡迴次數由 2 次變成 3 次。

楊主任委員銘欽

等一下如果有增減，麻煩講一下數字，張醫師請繼續。

張醫師孟源

請委員從議程資料第 39 頁開始討論，「新醫療科技」部分我們贊成健保局建議案，增加 0.038%；「新增跨表項目」因當初我們計算時較嚴謹，經參考健保局資料，同意健保局意見，成長 0.037%。

陳委員宗獻

健保局的項目比較多。

楊主任委員銘欽

剛講到較嚴謹的意思是本來預估使用量可能少一點，你們覺得那個數字可能性較高？

張醫師孟源

應該是健保局的數字。因為我們估計增加費用都非常謹慎，但後來發現婦產科對於婦女的一些手術及診療項目，對於基層的品質確實可以提升，所以贊成健保局的意見。

楊主任委員銘欽

接下來請說明 3 項支付標準調整項目。

張醫師孟源

一、在支付標準調整方面，就如主席剛才說明，針對 3 項支付標準調整，西醫基層算出 17 億 4,990 萬，但健保局計算為 13 億 6,200

萬，如果可以的話，建議依據健保局草案資料說明 4，以 13 億 6,200 萬為主，不要再扣減從「醫療服務成本指數改變率」支應的預算。我們很願意將這些費用放在弱勢科別，對於內、外、婦、兒這些弱勢科別，西醫基層的營業方式是直接給付給醫師，所以對弱勢科別的輔助絕對會有很大的幫助。

二、關於「75 歲以上老人診察費加成」，請委員參看基層補充的資料，因為老年人口很多屬於多重疾病、多重藥物使用及多重檢驗者，而且我們國家慢慢邁入老年化社會，今年委員也提到，應該要增加對老人的關懷和照顧，若對於 75 歲以上老人的診察費能夠增加，相信對老年人口的照護一定會有幫助。

三、「慢性 B、C 型肝炎治療計畫」我們決定列入專款，希望對於 B、C 肝治療能夠有持續性，專款採實支實付，這樣才能節約國家的健保資源。

楊主任委員銘欽

一、「放寬兒科門診局部處置申報規定」與「糖尿病人注射胰島素治療」，之前在會上都有報告過，如果委員有再詢問，再補充說明。

二、第 41 頁「醫療給付改善方案」基層編 3 億，健保局編 2 億 1,200 萬。

張醫師孟源

尊重健保局意見。

楊主任委員銘欽

謝謝西醫基層的補充說明。先請問付費者代表，對於協商項目的金額，西醫基層表示願意調整，有些還需要爭取支持，先開放委員詢問。請謝委員天仁。

謝委員天仁

「新增跨表項目」，本來醫院部門在做，因為跨表的關係，基層也可以做，大概挪了 3,400 萬要給你們，問題是消費者會跟著就跑到基

層這邊嗎？萬一沒有呢？你們和醫院之間怎麼拆帳？這邊加給基層費用，醫院那邊我一定要扣回來。或者不管預估多少，3,400萬可能到基層這邊只有2,000萬，那當然只給2,000萬，而且這2,000萬要從醫院那邊扣回來。不能這邊給，那邊又不扣，如果病人沒有過來的話，3,400萬你們就分掉了，是不是要有個比較合理的機制？我們當然希望跨表，讓有一些病人可以到基層就診就醫，但希望是一回事，消費者本身的選擇又是一回事，是不是可以讓我們瞭解一下。

李醫師紹誠

跨表主要分幾個方向，一是如果這項跨表在基層做了之後，得到的結果基層醫師沒辦法治療，那這項跨表就沒有意義，因為檢查出來若是不正常，這個人還是要再回到醫院，醫院還要重新再做一次，這就浪費醫療資源。基層爭取的部分是，這個人在基層做了跨表的檢驗項目，查出有問題後，醫師也可以給病人後續治療。例如基層說明第2項的(8)鋰鹽，以前病人到了基層後，我們不知道血中濃度多少，應該如何調整其精神疾病用藥，這時若幫病人做鋰鹽檢驗，即可以知道如何調整病人的用藥劑量。我們不會貿然去做一些在基層做了之後，到醫院又得重覆做的資源浪費。

謝委員天仁

再請問，本來沒有在你這邊看，是在醫院看，現在跨表讓病人可以在你這邊檢驗及治療開藥，如果都在基層治療，醫院是不是要扣費用？萬一病人沒有來基層，只在醫院看診呢？這是相同的問題。基層和醫院部門如何處理，總要給我一個機制，不能說一樣的人、一樣的病，因為一個跨表，就要多給3,400萬，那不是醫療浪費嗎？

徐醫師超群

一、西醫基層部門提出的新增跨表有8項，其中有4項涉及婦產科，因為我本身是婦產科醫師，可以針對這些項目解釋。這4項看起來都是比較簡單而且基層醫師可以做的，因為過去基層不能做，所以讓醫院的婦產科醫師下到基層來，幾乎沒有發揮空

間。跟婦產科醫學會討論過後，開放幾個簡單的處置在基層做，費用大約以總量的 10% 預估，以前新增跨表大概也都以總量 10% 推估。

二、依過去跨表的做法，費協會這幾年來討論都沒有從醫院總額切出來給基層，所以委員這次提出的構想，其實幕僚補充意見也有說明，因這部分牽涉到跨總額部門的討論，可能沒有辦法單靠基層承諾，仍需委員在與醫院協商時就本項進行討論。至於費用如何計算，主要依歷年經驗來推估基層的量。

楊主任委員銘欽

因為醫院已經談過，現在醫院只有一位代表在這裡，可能需要再仔細想想。

李委員明濱

就精神科部分加以補充。精神科現在躁鬱症很多，都在門診治療，按嚴格的治療標準流程就一定要定期抽驗鋰鹽等 4 項，不然會中毒。現在基層不能檢驗，就要依賴臨床經驗，所以病人不會跑到醫院，還是在門診看診。所以增加本項跨表，主是依品質指引就應該要用，而不是在基層不能用就跑到醫院，主要是以前應該要用，但沒注意，現在回歸正常標準作業程序。

楊主任委員銘欽

- 一、請參看第 39 頁健保局草案說明第 2 點的最後一句話：「婦產科 4 項費用 19 百萬元，宜由醫院總額預算移撥支應」，這對醫院部門就很敏感，為什麼從醫院這邊撥過去？雖然醫療服務確實過去了，但醫院會說這項沒跟我們討論過，會有爭議。其他 6 項是新增項目，包括李委員明濱提到的鋰鹽等，都較沒有爭議。
- 二、我們先討論金額，如果按照過去的經驗以 10% 估計，但剛委員問到，萬一病人沒有過來基層，雖然金額不大，但錢好像就送給你們了，可否有個管控機制？

謝委員天仁

我們的意見很清楚，在你們這邊做，當然錢就應該給你們，再從醫院端扣回來，所以我們要跟你們談的是，如果能形成共識，就會回頭要求醫院部門適度調整，不跟你們講好也不行，也要你們同意這種做法才能跟醫院講。

張醫師孟源

我們同意依據健保局估算，婦產科 4 項跨表為 19 百萬，假如在基層做，醫院部分我們也贊成委員意見，可以在附註補充說明。

陳委員宗獻

可不可以分成二部分處理：(一)第 1-6 項屬檢驗部分，等於增加品質，病人也不是從醫院過來，比較簡單；(二)後面 4 項婦產科項目的調整機制，則需二個總額部門都同意才行。實際執行最常發生的狀況就是，醫院沒有減少，就像慢性病一樣，基層也沒有減少，二個部門都上升也有可能，因為可近性增加的關係。例如病人有子宮肌瘤，因為一直習慣在基層看診，從來沒有去醫院，當然也不會在醫院開刀，但若基層的婦產科醫師有足夠的訓練，也可以做，病人可能就在基層處理。所以中間重覆的部分，真的不容易定義。

楊主任委員銘欽

有關基層這一項 3,400 萬就照列，前面 1,500 萬部分比較不會有問題，後面 1,900 萬部分需要有某種程度的監控。金額先確定。

謝委員武吉

本項要從醫院扣錢，我沒辦法同意，這是大家都在做的工作，為什麼要扣醫院的錢？我提出反對，否則醫院如果做到中醫或牙醫，不就也要扣他們的錢給醫院總額？寫這樣沒道理，反對。

楊主任委員銘欽

謝委員武吉的意見先列下來。我再重申，本項目與金額確定，至於剛討論的 1,900 萬，真的要很小心、好好的協商。第 40 頁這邊委員有無要提出詢問？

謝委員天仁

「支付項目的改變」第 1 項「重新評估支付標準 RBRVS(內外婦兒)」基層要調整的是處置費嗎？還是診察費？第 2 項「調整門診診察費(外、婦科)」也是調診察費？

李醫師紹誠

第 1 項「重新評估支付標準 RBRVS(內外婦兒)」，目前健保局通知全國 37 個醫學會，正在進行當中，這部分不清楚將來費用會如何分配？

謝委員天仁

- 一、剛剛在醫院部門協商時，我們已經表達意見，除了艱困科別以外，RBRVS 的調整，原則上費協會不介入，也就是不另外給錢，艱困科別我們會再考慮，但僅限外、婦、兒科，我們認為內科沒有那麼艱困，或許有些少數科別可以提出，但如果把內科全納入，就包山包海。所以這部分有必要再檢討。
- 二、另外，門診診察費基層部門不是本來就比醫院高？醫院經 100 年協商同意調整後，現在診察費加成後大概只有 260 多元，但基層診察費是 320 元。

吳醫師首寶

如果考慮門診合理量，平均來看基層診察費也大概 220 元左右，因為有的到 190 元，有的 50 元、320 元，所以平均差不多 220 元。

謝委員武吉

西醫基層支付標準調整編列預算為 9.1 億元，但醫院部門同樣提出支付標準調整，卻僅編列 12.4 億元，完全沒有比例原則可言，補充說明醫院診察費的情況，我們是 222 元乘以 17%(外、婦產、兒科加成 17%)，差不多 266 元，但醫院也同樣有折付，希望醫院支付標準也應該調升至與基層一致，這樣雙方都能夠接受。

楊主任委員銘欽

現在討論的是西醫基層。剛謝委員天仁提到 RBRVS 部分我們不介

入，對於診察費加成部分，因為醫院門診去年對外、婦、兒科有加成，所以剛謝委員天仁的意思是，針對罹致困難的幾個科，我們可以考慮加成。另，有關「4-6歲兒童加成」部分呢？

蔡委員登順

兒童加成部分，因為前面三個部門都已經談過，西醫基層部門大概心裡也有數。基本上我們認為4歲以上兒童的自主性已經很高，一般來講看醫生也會配合，不致花費太多時間。況且看個門診正常情形難易都有，應該以概括承受的態度處理。以4歲以上包括成人來看，一個病人可能2、3分鐘就看好，也可能10幾分鐘，這是個概括數字，所以我們認為醫療處置上，應該概括承受，不應針對這部分特別提出費用。如果今年4歲同意了，明年變成5歲、6歲，每年一直加上去，不合邏輯。我們在其他三個總額部門都已談過，目前不贊成這部分再加成。

楊主任委員銘欽

剛剛有委員詢問，西醫基層有幾個科，像婦產科我們知道執業情形大概不是很好，有些醫師都已經轉別的專科了，兒科的部分如何？能否稍加說明，讓委員參考。

張醫師孟源

- 一、兒科是真的需要補貼，屬弱勢科別，而且因為新生兒需要專科醫師照顧，但很多地方根本沒有兒科急診，這是大家都知道的事情。我們提議真正的目的，不是說小孩哭哭鬧鬧，醫師要花很多時間處置，而是要支持兒科，因為以委員的高度，應該考慮到整個長遠的醫療制度，所以我們也贊成針對弱勢科別加以補助。
- 二、另外在支付標準方面，要向委員解釋，RBRVS我們希望針對兒、婦產科，也是弱勢科別，調高支付點數。我們知道小兒科以往都是自費，但自從有健保後，他們也納入健保，但支付標準都偏低，不管在醫院或基層，很多小兒科的處置，支付的費用都

偏低，所以也希望委員對於兒科等弱勢科別，能給予一點補助。舉例來說，打新生兒 IV(靜脈注射)時，因小孩的血管很細，並不好打，但處置費可能才 15 元，非常低，買一杯飲料都不只 15 元，所以兒科、婦產科在支付標準的處置費都是很低的。

楊主任委員銘欽

健保局草案的第 1 點提到，重新評估支付標準之 RBRVS，其實就是支付標準相對值表，優先調整兒科、婦科、外科等需要鼓勵或保障科別及處置，需要 3.37 億元。意思是對這些艱困科別調整其支付標準表，希望能爭取預算，而不是預算中平。第 2 點是婦科和外科希望能夠比照醫院，診察費加成 17% 各位委員對這樣的訴求意見為何？

蔡委員登順

對於 1-4 歲兒童診察費都有加成，所以基本上這部分都已經照顧到了，考量整體資源不是很寬裕，所以目前尚無法擴大照顧。

楊主任委員銘欽

蔡委員登順指的是第 3 小點。

謝委員天仁

這看起來好像有落差，我們以前是講兒科，現在第 2 點把兒科拆掉，兒科診察費不在第 2 點裡面。

吳醫師首寶

這裡講的主要是小孩子(4-6 歲)看病，不論內、外科。

謝委員天仁

剛剛在醫院部門已討論過，我們針對外、婦、兒科去做調整，而你們是用年齡去篩選，所有的科別都包括在內。我們是依科別，從這些艱困科別去投入相關的資源。若以年紀去分配，剛蔡委員登順已經講過，我們對各部門標準都是一樣的，都不考慮。

楊主任委員銘欽

其他委員對本項有無意見？大家對於這部分有無需要凝聚共識，是不是同意？請何委員語。

何委員語

- 一、支付標準 RBRVS 能不能列表？就是外科裡面有那些是不必加的？那些是要加的？內科裡面有那些科是可以加的？那些科是不加的？有比較明確的列表出來，我們認為這樣子處理比較合情合理。
- 二、第 2 項調整門診診察費部分，除外科、婦科之外，應該還要加上兒科。今天在別項的討論，也有醫師提到兒科支付標準確實偏低，我是比較支持兒科應該給一些診察費加成，這裡只列外科、婦科，應該加一個兒科。
- 三、有關 4-6 歲部分，因為我們付費者委員有共識，所有科別都不用年齡來做調整，但後面還有一個其他醫療服務密集度改變部分，有一項兒科門診局部處置申報規定，等一下你們提出訴求，我們再酌予考量。

楊主任委員銘欽

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、綜合各位委員對這 3 項支付標準調整的看法。有關 RBRVS 部分，跟各位委員報告，我們現在並沒有資料，因為那還要等健保局跟各醫學會討論設定支付標準基準項目，然後做出相對值，所以那部分健保局比較瞭解。
- 二、關於兒科部分，原來我們是認為以年齡切割會比較好，爭議也比較少，但如果大家的共識是認為就兒科的部分以艱困科來處理，那我們也同意再限縮回來小兒科部分。舉例來說，就像我的診所在申報的時候，我有二個醫師，一個是小兒科，我是家庭醫學科，但在申報時會顯示是否確定為小兒科，我診所大概有 20%~30% 服務量是他的，75% 是我的，那我這部分就沒有加

成，所以我們和其他部門總額不同，可以切的很清楚。

謝委員天仁

剛何委員語也提到，在第 2 點我們認為應該加進去兒科。兒科診察費如果加進去的話，比照外、婦科以加成 17% 計算，需增加之點數大概是多少？

吳醫師首宝

18 歲以下都算兒科，所以量非常大。

楊主任委員銘欽

蔡醫師明忠和吳醫師首宝意見一樣，提醒我們如果小兒科進來的話，量會很大。

張醫師孟源

其實我們是覺得假如針對兒科輔助，應該是比照婦科和外科，放入第 2 點，委員講的是對的。至於到底量有多少，因為基層都是非常謹慎的估計，所以這部分的量我們沒有計算。

蔡組長淑鈴

有一點不太一樣，我說明一下，西醫基層講的是就醫科別，不是兒科專科，但付費者委員好像希望是兒科專科醫師，這裡的定義並沒有講清楚。

楊主任委員銘欽

因為我們之前有談過，如果是在小兒科專科醫師這邊的加成，目的是為了要鼓勵或是吸引更多的醫師願意選擇從事小兒專科，所以還是要限定在專科。

黃醫師啟嘉

一、剛陳委員宗獻提出來 4-6 歲限小兒專科，比第 2 項婦、外科加小兒科，還要更節省需增加的費用。因為婦外加上小兒科，是沒有限制年齡。其實婦外和小兒科間有很大的差異，就是婦外科除了診察費以外，還有處置費用可以申請，但小兒科主要的

費用就是診察費，所以小兒科門診次數比婦外科多很多，如果把小兒科納入第 2 項保障，而不是 4-6 歲限小兒科專科醫師來申請，費用可能會比付費者代表今天想的要多很多。目前我們是沒有估算出來，所以基層也不敢提出這樣的訴求。

二、回到剛陳委員宗獻講的，第 3 點 4-6 歲，如果大家還是要以小兒專科，我們就限制在小兒專科才有加成，這樣的費用當然會比 4.8 億再省一些，對消費者代表來講，是不是比較善盡把關責任。

楊主任委員銘欽

我們現在其實不是在省錢。

張醫師孟源

我簡單計算一下，假如限兒科而且我們願意再限年齡，18 歲也沒關係，兒科 18 歲以下，一個月申報量大概 120 萬件，乘以 12 個月，大概是 1,440 萬件，假如調整診察費 17%，算起來大概是 4 億 3 千萬左右，這是大略的估計。

楊主任委員銘欽

這部分因為健保局在還試算當中，暫不討論先跳過。基本原則是，剛幾位委員是說，如果要鼓勵的話，應該是鼓勵現在比較少人去從事的專科，小兒專科、婦產科、外科是列在裡面的。我們往下看，第 4 點 75 歲以上老人，大家有共識，這個是不支持。委員有無要發言？請蔡委員登順。

蔡委員登順

這在 9 月 2 日與醫界的座談會，我已經有提出意見，這部分已經在人口結構改變率呈現，而且每年都有成長率，也滾入基期每年累進成長，不能再增加項目又重覆給錢。所以老年人口部分，基本上診察費及其他費用都已列入非協商因素。

楊主任委員銘欽

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、之前我們準備的資料是以年齡為準，就像小兒科一樣，但其實我們在內部討論時，對於老人的照顧，也做了很詳盡的報告，只是因為時間的關係，沒辦法一一詳述。我們原來提的是「周全性老人評估照顧」，這是世界家庭醫學會裡面規定的，就是篩檢適合的病人，將這些病人納入周全性整合照護。其標準評估表格和處理方式總共有 7 種，包括急性功能衰退、多重老年症候行為差異、多重複雜疾病等，其他還有年齡 80 歲以上，就自動進入適合周全性老人照顧。
- 二、周全性老人照顧該做的事情，其實和我們一般在門診診療模式不同，例如有一個老人家來看診，主訴咳嗽，醫師聽一聽就開個感冒藥。事實上，因為老人來都帶了一大堆問題，尤其是 80 歲以上，這個部分常常被忽略，所以我們預期所有的老人，他的家庭醫師至少每年要幫他做一次總檢查，不是例行性的健檢，而是例如便秘、皮膚炎、有沒有痔瘡、失智、耳朵聽力等問題，像很多的婦人有尿失禁都不敢講，沒有治療，也不敢出門，就被閉鎖起來。對這些病人我們如果透過周全性照護，應該可以讓疾病問題調早發現，對民眾健康維護有很大的幫忙，跟現有的照護是不相同的，也沒有重疊。

楊主任委員銘欽

謝謝說明。這其實這二、三年都有在提這樣的概念。

陳委員宗獻

原來是 75 歲以上大概有 100 萬人口，80 歲以上只剩下一半約 56 萬人。

蔡委員登順

我一再強調，人口結構改變率已經都呈現，而且每年都有反映，並且是累進成長，費用都已計算進去，陳委員宗獻講的問題我認為都對，不過錢已經給了。

楊主任委員銘欽

如果沒有委員支持，我們就先這樣。B、C 肝治療計畫已討論通過了，接下來是 2 項服務密集度的改變，目前健保局是不支持，委員有沒有人要支持這 2 個項目？上次陳委員宗獻有特別報告糖尿病人胰島素注射部分。

陳委員宗獻

- 一、健保局提出詢問，一是使用胰島素可否降低洗腎比率，有沒有文獻佐證；其二使用胰島素是否降低口服藥物費用，有無證據。我有準備簡報資料，能否允許我報告 2、3 分鐘？
- 二、請大家參閱今天基層補充資料第 18 頁，論証之一、大多數口服藥不宜用在腎功能不佳的病人：現在口服糖尿病藥物總共有 6 大類，其中有 3 類是不能使用的，尤其是第 1 類的 Metformin(雙胍類)是禁忌，舊的降血糖劑不宜。第 4 項 Acarbose(α -糖苷酶抑制劑)是減少糖份從腸胃道吸收，有的也認為是禁忌。論証之二、病人拒絕注射，仍在勉強用口服降糖藥：台灣 2009 年內科學誌裡面有一篇報告，約 30.8% 糖尿病人已經有微蛋白，應考量用胰島素。所以醫師會遇到一個困境，如果病人已經有微蛋白，但尚未進入洗腎階段，我們只能選第 3、5、6 類口服藥物，第 3 類是有的可以用，有的不能用，第 5 類可以用，但要注意水腫或鬱血性衰竭，第 6 類是新藥很貴，一顆藥大概等於一天胰島素注射費用。因為不想使用胰島素注射，以致於繼續使用口服藥 Acarbose，結果會影響到肝功能，不只是影響腎臟，腎臟愈糟糕的，影響肝功能愈嚴重，所以這都是兩難的地方。
- 三、論証之三：請翻開第 20 頁，降血糖藥物大概 6 年就會遞減到無效。論証之四：再看第 21 頁，HbA1C(糖化血色素)每降低 1% 可以減少 40% 眼睛、腎病變風險，當如下狀況口服藥無法再降低 HbA1C 時，注射胰島素便是唯一的治療途徑。一般胰臟的 β 細胞，其主要功能是分泌胰島素，但就像第 22 頁的表所顯示，

病人開始發現是糖尿病且開始治療時，只剩下 50%功能，經過 6-10 年後就進入第 3 期，幾乎是枯竭了，枯竭以後在 6 種口服藥裡雖然也有胰島素促進劑，促進胰島素的分泌，但沒有作用，因為 β 細胞已經枯竭了，所以再促進也沒有用。

四、我們再看第 23 頁，胰島素的量只要增加，HbA1C 就可以一直減少，可以降至很低，包括 Metformin、Sulfonylurea、GLP-1Analog 等 3 項藥物都不適合使用，而 TZD 和 DPP 是蠻貴的，所以除了藥物副作用以外，加上價格的考慮，用胰島素注射會比較好。問題是：台灣胰島素注射率太低，通常國外糖尿病有 40% 是用胰島素治療，但國內則有 92% 是用口服藥物，其中醫院約 20%，基層約 1% 多用胰島素。依臨床指引，胰島素做為起始治療，包括消瘦的病人、有潛在腎臟疾病、口服降血糖藥失效、懷孕、重症或住院及第一型糖尿病，這些部分是一開始就要用胰島素，但是我們沒有用。

五、當我們在用三種藥合一都無法控制血糖，甚至於腎臟功能都有問題，我們還勉強在用。病人拒絕打針，為什麼連醫師都缺乏動機勸導胰島素注射？因為胰島素的注射太麻煩了，病人不容易接受，醫師要花很多時間教他怎麼打針。以前的胰島素要自己抽，容易因為劑量抽錯，導致低血糖休克，家裡如果沒有其他人同住，病人就有低血糖休克危險，所以這個問題很嚴重，醫師也不敢鼓勵。為什麼現在試行推動？因為現在藥已經很進步了，有新藥品，1 支約幾千元，一個月用量，如果劑量沒有很大的話，改用胰島素注射針非常的細，病人應較能接受。所以如果能慢慢讓醫師放心敢推動，而病人也願意接受，在這種情況下我們沒有花很多錢，但可以讓病人延緩進入洗腎，因為 HbA1C 可以下降。

楊主任委員銘欽

現在可能有一個問題需要解釋，現在提出的訴求是每位支付 2800 點，現在診所也可以開胰島素用藥？

陳委員宗獻

是，沒有人在開，因為實在是太麻煩而且難被接受。

楊主任委員銘欽

所以 2800 點的意思是鼓勵醫師提供病人衛教等相關事項嗎？

陳委員宗獻

病人可能會不願意，醫師必須幫病人衛教，要勸導病人。

楊主任委員銘欽

所以胰島素本來就可以開。

陳委員宗獻

可以開，只是開不出去，但對病人真的有幫助，我們要讓醫師先願意這樣做。

楊主任委員銘欽

就是有點像新的服務項目，希望讓醫師做衛教鼓勵病人注射，但這算是新的支付項目嗎？

陳委員宗獻

不是新的支付項目，只是沒有人願意去碰觸，因為實在是太麻煩。

楊主任委員銘欽

原本就有一個支付項目可以申報，也許推廣後會有更多人使用，所以費用會增加。

陳委員宗獻

根據長庚大學的報告，大概會有 30.8% 糖尿病人有微蛋白，但其中如果有四分之一進入到嚴重階段不宜再用口服降血糖藥，估計約 10 萬人，但我們只先推動少量。

楊主任委員銘欽

所以這屬於獎勵金性質，我們先釐清。各位委員有無意見，請何委員語。

何委員語

我不是談胰島素這項，我講前面放寬兒科門診局部處置申報規定。

楊主任委員銘欽

我們先把胰島素這項講完好了。

陳委員錦煌

我想瞭解一下，請問陳委員宗獻，注射胰島素有什麼好處？有什麼效果？有什麼目標？注射胰島素後如果比較不會洗腎，可以省錢，我就會有興趣。一年注射胰島素總共有多少人？現在提的是 2 萬人很嚇人，費用須要 5 千 6 百萬，一下子要推 2 萬人，不知過去有沒有紀錄，一年注射胰島素有多少人？因為注射胰島素使糖化血色素降低而不用洗腎的人數是多少？有沒有資料？不然光給錢也沒啥意思，能否說明清楚，不然我們都是外行。

張醫師孟源

- 一、向委員補充說明，健保局說明第 1 點提到使用胰島素可以降低洗腎的比率，應該倒過來說，腎臟功能需要洗腎的病人不適合用口服降血糖藥，陳醫師宗獻提出來是仁心仁術，希望少吃藥，不要吃那麼多藥，該打針就打針，國外胰島素注射可能達 20%，甚至更高，國內只有 2% 很低。
- 二、健保局第 2 個問題是，使用胰島素是否降低口服藥物費用，絕對是會的，因為胰島素比較便宜，而且長期使用費用會降低，因為陳醫師剛已報告過，口服降血糖藥物經常要用 3、4 種，腎臟都不好了，還吃 3、4 種藥，真的是對病人也不好，口服藥物醫療費用也很高，因此如果能夠鼓勵醫師轉移到用注射，和國際接軌，將來對於腎臟功能的照護及對糖尿病的照護是有幫助的。

楊主任委員銘欽

這部分的說明我們都瞭解，只是性質有點怪，請看本會幕僚補充意見，本項如具必要性，建議納入糖尿病給付改善方案考量。例如推

廣注射胰島素，避免腎臟功能惡化之獎勵金等，放在那裡可能比較合適，放在這邊感覺上怪怪的。

陳委員宗獻

- 一、陳委員錦煌剛提到的問題，注射胰島素的確可以降糖化血色素，只要降低糖化血色素就可以降低洗腎的比率，這是相關的。降糖化血色素是量的問題，如果打多一點就降多一點，注射少一點就降少一點，那個部分是一定可以達成。
- 二、至於是否應列在試辦計畫裡面，不一樣的地方在於，參加試辦計畫的人數很少，原因是因為試辦計畫有其他限制，要求需有衛教師、營養師等，是一個團隊合作，而本項則是大家一起來推動，如果病人不適合再用口服降糖藥，就必須面對問題去處理，因為這裡面的藥真正可用的就只有增敏劑，胰臟都已經沒有胰島素了，所以只有增敏劑一種藥可以用，但光一種藥是控制不下來的。

黃委員偉堯

關於胰島素注射有幾點提供參考：

- 一、看起來用胰島素會替代原來的糖尿病口服用藥，所以理論上費用差異不大，因為剛也提到甚至有些新藥無效，但它一天口服藥的費用等於胰島素費用，所以成本落差不大。
- 二、前次會議陳委員宗獻提到推動胰島素注射有一個困境，就是病人不肯用胰島素，喜歡吃藥，但吃藥某個程度上是無效的，這狀況看起來是不太好的。但回頭來想，因為西醫基層總額現在也是自主管理，如果這已經是一個無效或不佳的治療模式，只因為病人來我這裡，例如陳醫師會告訴病人應該打胰島素不要再吃藥了，所以病人不來了，跑去別的醫師那裡，表示我們的醫療出了問題，因為有的醫師明知道有問題還是繼續給藥。
- 三、所以在管理措施方面，是不是應該在審查面加強，例如病人已經達到注射胰島素的適應症了，醫師如果還開藥給他，是否要

有一個制約機制，讓這類病人該注射胰島素就注射，而且支付標準也有支付，此時應可提升胰島素的使用率，如果以醫學角度是合理應該的話。照這二套方式來進行，應該可以提升到某種程度，以上就陳委員宗獻所提供的訊息提供建議。

楊主任委員銘欽

這部分聽起來本來就是可以給，只是希望能鼓勵多做一些。

蔡委員登順

從這樣的論述聽起來，注射胰島素就少吃藥，相對的胰島素這邊增加費用，口服藥費用就可節省呢？病人可以不要吃藥，不要增加腎臟的負擔，相對是節省費用，二邊差異到底多大？

陳委員宗獻

- 一、先講量，糖尿病人在基層約 75 萬人，如果依內科醫誌 2009 年的統計正確的話，這 75 萬人裡面約有 30 萬人面臨腎功能下降的階段。我們要考慮的是，這些腎臟功能下降的病人繼續吃藥嗎？為了讓病人接受胰島素注射，在國內外都不容易，國外甚至於有特定專門研究機構，研究病人拒絕胰島素的因素，包括統計醫師和病人的行為。所以處方病人胰島素注射，極為困難，只要強力要求，病人就離開，在醫院診所轉一圈，經過好幾個月再回來，病情變的更糟糕，但還是不打。因此，沒有政策特殊介入，情況很難改善。
- 二、醫師必須肯付出更多的時間，門診時花個 20 分、30 分鐘，事後還要繼續追蹤，隨時調整注射劑量，劑量調整好之後還要教病人打，讓他肯自己打，這整個過程大概需要 2、3 個月的時間。胰島素藥費支付標準表有，但就是不會被利用，也很不容易被利用。所以訂 2800 點，是衛教及推動點數，希望給醫師足夠的誘因去推動。

楊主任委員銘欽

金額 5,600 萬是不高，但我們也討論蠻久了，可否先放著，因為看

起來委員們並沒有很積極支持這個項目。另外尚有「放寬兒科門診局部處置申報規定」3億5,000萬，何委員語也特別關心，請何委員語對這個部分表示意見。

何委員語

- 一、針對兒童部分，最近好多不同科別的醫師都告訴我，兒科真的受到很大的委屈，而且費用確實偏低。像內科理事長就傳真給我，我跟他也不認識，但他們認為對於兒科專科好像有歧視待遇。所以我認為放寬兒科門診局部處置申報規定，應該適度給予一些費用，才能彌補這些兒科醫師的處置費用。
- 二、最重要的一點是，父母親把孩子抱去看醫師，如果鼻子塞住，要求兒童專科醫師幫忙抽一下鼻子，醫師也不能不幫他抽，這是摸蛤兼洗褲的工作，所以我認為應該要給適度的經費。至於該多少經費，不曉得醫界朋友怎麼想，我認為120萬次乘以12個月等於1,440萬次，最少應該給1億4,400萬的處置費補助，這是我的建議。

楊主任委員銘欽

謝謝何委員語，那一位代表回應？請蔡醫師明忠。

蔡醫師明忠

謝謝何委員語對於本項的支持，提出本項的用意是對於弱勢科別予以協助，尤其像剛何委員所講，實在是醫界的痛。過去我們針對處置有做這樣的規定，並對於健保局和費協會幕僚意見，答復如下：

- 一、兒科處置依過去經驗，都是做了之後，受限於不予支付指標的因素，根本沒有辦法申報。剛何委員語也提到，這對兒科而言是很大的不公平。
- 二、至於給付兒科後是否會造成耳鼻喉科相同處置數量的轉移，對不起，不會！因為六四的比例都已經固定存在，過去四成完全沒有給付的情形下，兒科還是在做，只是沒有辦法申請費用。今天很卑微的提出來，不管給多少，健保局試算是3.5億，我

們也知道 3.5 億真的很多，但到底要給多少能幫助兒科這個最弱勢的科別，希望委員能夠斟酌。

楊主任委員銘欽

這部分大家可以看一下健保局草案的說明，第 1 點是如果放寬，不是只有診所，連醫院兒科也需放寬。

蔡醫師明忠

對於醫院部分，坦白講我們沒有辦法干涉，但必須強調，整體費用醫院可能須經內部科別重分配，但對基層而言，每一分錢都會直接到兒科醫師身上，而這是他們非常強調，也很希望得到的項目。

楊主任委員銘欽

突然想到一點，醫院兒科不會有耳鼻喉科的設備，但診所裡面有可能有。

蔡醫師明忠

兒科診所有耳鼻喉科的設備，所以要向各位委員報告的是，將來不管給不給付，兒科都在做，不會因為兒科做了，導致耳鼻喉科量減少，這是不可能的。

楊主任委員銘欽

所以現在已經有給付，閾值是 0.4%。

蔡醫師明忠

0.4% 會造成兒科醫師根本不敢申報，為什麼健保局的數據是 0.09%，因為醫師根本不知道上限值在那裡，或達多少以後變成不予支付，醫師根本不知道。0.4% 坦白講很低，在很低的情況下，久而久之，最後乾脆就不報了。

楊主任委員銘欽

健保局第 2 點的說明是上限 0.5%。

蔡醫師明忠

上限是 0.4%，再次強調，本來兒科醫師都一直有在做，但不敢報，也不知道要不要報，因為根本不知道上限在那裡。

楊主任委員銘欽

健保局草案第 2 點提到，目前基層小兒科申報耳鼻喉科局部處置比率平均是 0.09%，但上限是 0.5%，上限已經在那邊了，是他們不知道沒有報。

蔡醫師明忠

不是，根本不能報，因為 0.5%，坦白講，0 到 0.5 差多少？耳鼻喉科是 30%，一個是 30%，另一個 0.5%，30%是合理的，但 0.5%是不合理的。

楊主任委員銘欽

你是說 100 次裡面只能報 0.5 次？

蔡醫師明忠

對，很簡單，醫師要想我這次到底能不能報！

楊主任委員銘欽

了解，剛誤會了，所以你的意思是小兒科醫師看 200 個病人只能申報 1 個，現在你們是爭取 200 個可以做到 40 個。請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

- 一、關於這點想做一點補充說明。30%和 0.5%理論上是西醫基層內部自己科別間的控管措施，所以原來的量已經在那裡，原來的費用也在那裡，是因兒科和耳鼻喉科之間要去拆的時候，內部自己設的規範，兒科要放寬的話，原則上應該是內部自行調整，但現在反而轉移到總額又要擴增出去，這樣會變成原來扭曲的部分，我們沒有動它，這部分放寬就從總額增加，跟我們現在講支付標準表，有異曲同工的狀況。
- 二、弱勢科別確實是我們要去考慮的部分，這是現況大家都很關心的，但我認為健保局推動 RBRVS，是從根本解決科別間的落差

問題。現在我們一直在解救弱勢科別，可是那些其他占優勢的科別呢？完全沒有做任何處置。所以扭曲的繼續扭曲，弱勢的我們補給它，這樣子就一直不斷的增加費用。剛 RBRVS 為什麼不增加金額的原因，是因為要內部結構調整完，再來看它的整體變動情形；但現在我們不是，只要增加弱勢科別費用，對於已經占優勢的科別，繼續維持原來的狀況，這在公平或在合理上，值得去思考。

謝委員天仁

贊成黃委員偉堯的意見。你們內部怎麼樣去做限制是你們內部的問題，不應該在把限制取消時，要我們去買你取消限制的錢。艱困的部分我們已在艱困科的診察費用加成，但本項我認為沒有什麼說服力。如果要回歸到兒科，就在兒科那邊思考，屬於內部管控的事情，不應該拿出來挖錢，這樣比較合理。

楊主任委員銘欽

請參看健保局草案的第 3 點，這部分是不予支付指標規範，並不是支付標準新增或變動，所以該措施執行而減少的申請點數，並沒有扣減總額，而全數於點值反映，如果放寬規範，也不應新增預算。聽起來剛剛委員是認為有此需要的話，可以酌予放寬，但應該在總額內調整，而不是增加金額。請問何委員語你覺得這樣可以嗎？

何委員語

我覺得剛才黃委員偉堯講的聽起來很有理，但以實際人情事故來講是不合理的。我今天帶一個小孩去看小兒科，鼻子被阻塞了，兒專醫師說你抱去給耳鼻喉科醫師看，我會馬上罵出來，說你做什麼兒童專科醫師，連這個都不會做，還要麻煩我找耳鼻喉科再掛號，等醫師有空再幫他抽鼻涕，這樣在人情事故上是不合理的，雖然理論上看起來合理。所以我的意思是，當然沒有辦法給他 3 億 5,000 萬，但我認為 1 億 4,400 萬是很合理的人情事故，合情合理的作業程序。

謝委員天仁

你可以放寬，把限制拿掉不就好了？一樣可以申請耳鼻喉科應有的相關支付。不是我們去限制，而是他們內部自己把他卡住，去小兒科那邊看抽痰不支付，是他們自己卡住，可以把限制拿掉，但我們一毛錢也不用付。為什麼你拿掉我要拿錢給你？道理在那裡？我覺得還是在艱困科別上面考慮，沒有理由在這個地方變成，你先前設了那些障礙以後要我們買單，邏輯不通。建議你把限制拿掉。

楊主任委員銘欽

就是把限制拿掉，本來就可以申報，不必另外再編費用進去。

陳委員宗獻

理論上看起來是這樣，但執行有困難，因為現在點值大概 0.91，有時候浮動點值會到 0.87，如果我們把它拿掉，就會變成科別間的移動，委員也知道，會從別科移動到這裡。所以在預算中平下，我們沒有動的本錢，因為只要一動，像外科大部分是浮動點值，因為外科的用藥比較少。而放寬這一項，申報服務量上升，連帶點值會降低，所以會有困難。

楊主任委員銘欽

我想等一下付費者代表內部先協調一下，不曉得剛健保局對小兒專科分析的資料出來了嗎？請蔡組長淑鈴說明。

蔡組長淑鈴

基層醫師為初級醫療，並不像醫院強調專科，因此會有婦產科醫師也看內科病人，兒科專科醫師也看大人之情形亦均合法。剛委員的意思是，若門診診察費加成只限兒專，不管他看診何類病人，若加成 20% 需要 12 億。如果每年都不斷的用這種方式加成給付，未來健保門診診察費會失焦，就像黃委員偉堯剛剛講的，應有整體考量。

張醫師孟源

各位委員對弱勢科別的支持，衷心感謝，我們也認為在診察費方面應該要設限，跟醫院不一樣的地方是，我們要让真正弱勢科別有感，設限在婦產科和外科專科醫師。其次是兒科專科醫師，我們也設限

在 18 歲以下，因為 18 歲以下才是他的專業，小兒科的定義在 18 歲，假如根據 18 歲以下來計算，就不會像健保局估計的那麼多。

楊主任委員銘欽

這個部分等一下付費者代表委員之間討論的時候再來看。現在時間已經用掉 76 分鐘，最後這一頁我們先看一下。第 41 頁「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」經費已經討論通過；「家庭醫師整合性照護計畫」，如果委員沒有意見的話，就通過；「醫療資源不足地區改善方案」剛基層提出希望巡迴診療由 2 次變成 3 次，費用增加 5,000 萬，變成 1 億 5,000 萬，這部分做得到嗎？委員對於西醫基層希望爭取醫缺部分增加預算，有沒有要詢問？現在鄉鎮數執行率為 97.3%，預算執行率是 8 成。

蔡組長淑鈴

- 一、這一項可能委員不是聽得很懂，2 次變 3 次是什麼意思？意思是每週論次 2 次，希望變 3 次。現在醫師如果去巡迴醫療，原來限定一個星期上限 2 次，此項規定之目的是因為巡迴醫療的醫師自己也有診所，我們希望他利用一個星期的某個時段進行巡迴醫療，並能兼顧診所看診。
- 二、現在基層希望如果要出去巡迴的醫師，每週再多給 1 次，即修正為每週可有 3 個時段，整體預算希望增加 5,000 萬。這個部分我們認為屬專款項目，將來如果並非所有醫師均願意 1 個星期巡迴醫療 3 次，就不會用到 5,000 萬。
- 三、另外我們覺得醫缺之巡迴醫療也是要鼓勵，因為城鄉差距大，在偏遠地區開業不易的情況下，巡迴是第二個選擇，我們認為可以列著，再看看執行率，如果執行率不高，明年專款再列減項，這是健保局的意見。

楊主任委員銘欽

謝委員天仁這裡有一個詢問，出去 1 次論次多少錢？

徐醫師超群

1 次是 4,500 點，假日多加 1,000 點，變成 5,500 點。

蔡組長淑鈴

1 週 2 次，看病的費用另計，專款所列是論次費用。

楊主任委員銘欽

好，後面幾項大概都談過，「醫療給付改善方案」，健保局建議依執行情形減 8,800 萬，西醫基層部門剛已表示同意。最後一項「診所以病人為中心整合照護計畫」，應該也同意。

謝委員天仁

「診所以病人為中心整合照護計畫」和「家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」，是否有些地方應該整合？有沒有重疊部分？

黃醫師啟嘉

凡有參加其中之一的計畫，他所有的病人都不能參加另一個方案。

謝委員天仁

我知道，我的意思是為什麼不把它整合起來，要變成二個計畫？

黃醫師啟嘉

- 一、診所的性質有很多種，診所在開業現場呈現出來的狀態和醫院不一樣，一致性不像醫院那麼好，所以有些診所可能參加群體式的家庭醫師整合照護計畫比較合適，有些診所可能沒有辦法參加，或許是因受訓的關係，或是因整合的關係而無法參加，就比較適合參加以病人為中心的模式。
- 二、多元化模式，其實是對病人最好的照顧，如果一定要一致的話，有時候質性的東西，硬要用量化的方式管理，會造成很大的問題。因為基本上看病或診所的行為模式，具有相當多元性的質性醫病關係，如果把它全部整合，有時候反而對病人的利益會有傷害。

謝委員天仁

這樣分別有什麼實益，可否讓我們瞭解一下？

陳委員宗獻

家庭醫師整合照護計畫基本上必須要團隊，垂直整合以外，還必須平行整合，同一個區裡面至少要有 7 家診所，還要包括幾個專科。但有些地方，例如霧峰，診所總共就是那些，除非全部都參加，不然就沒辦法，會變成有些地區因為診所數的關係，有些是因為距離很遠，也不能成為一個團隊。所以對有些醫師，他的病人在這些診所都屬於忠誠病人，一直在這個地方看診，健保局就幫我們指定病人，提供收案名單，醫師不可以選擇，這些名單當然根據一些條件設定而來，在這些規則下篩選出來的名單，如果並未列入家庭醫師整合照護計畫裡面，就可納入診所以病人為中心整合計畫，這樣這些病人也可以接受全人照護。

何委員語

慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫，現在改為專款，但到目前為止，大概只可能完成 66%，因為 100 年第 1、2 季執行率才 33%。另外家庭醫師整合性照護制度試辦計畫，99 年編 11.15 億，執行 7.7 億，70%；100 年預算 11.15 億，到 6 月份執行率才 10%，是資料有錯誤，還是真的只執行 10%？那 100 年可能只執行 20%，頂多完成 25%，為什麼要編 11 億 1,500 萬，編這麼多？

張醫師孟源

向委員說明，家庭醫師整合性照護制度計畫是根據社區醫療群的表現，看他的醫療服務品質及對醫療費用有無節省再決定支付多少獎勵費，不是有收案就有錢，而是要 pay for performance(依執行績效付費)，表現良好才有後面的績效，所以前面月份支付的收案費用很低，預算執行率只有 10%，要到年底結算，績效好才給獎勵，績效不好就沒有。因為是專款，沒用完就會扣掉，所以基層願意放在專款，委員可以看到，執行之民眾滿意度達 96%，我們願意用我們的表現獲得民眾認同，最後年終結算才做獎勵。

何委員語

今年會超過去年的 7.7 億嗎？如果今年不會超過 7.7 億，為什麼要編那麼高？

陳委員宗獻

是因為計畫執行會有時間落差，整體計畫費用的 30% 是基本操作費用，其餘的 70% 要到年底才能結算，依據節省多少醫療費用及預防保健、24 小時諮詢專線等各項績效指標都有達到目標，才能計算費用，所以 99 年到今年年中才結算，因為必須年度結束後才有完整資料。去年執行率為什麼比較低，是因為 99 年第一次修改計畫，將原來由醫師自己挑選收案對象，改由健保局指派，100 年執行率應該會提高才對。

楊主任委員銘欽

我想委員和醫界代表先溝通到這裡，是不是請各位先休息，讓我們把付費者委員的版本整理一下，再邀請各位進來。

(休息 20 分鐘)

楊主任委員銘欽

跟西醫基層代表報告剛剛付費者代表討論共識的版本：

- 一、請參看投影螢幕「新增跨表項目」，剛剛提出 3,400 萬元，其中 1,900 萬是屬婦產科的部分，同意增加，但要列入監控，不要由醫院總額那邊移撥、切割，這樣比較單純。
- 二、「支付標準調整」，決議前 2 項合計 8.82 億(3.37+5.45)，係針對外科、婦科、兒科等艱困科的調整，但是希望保留空間，讓醫界與健保局再去協商如何調整，當然費協會有調整的基本原則。至於 75 歲以上老人加成部分，並未獲得支持。
- 三、「放寬兒科門診局部處置申報規定」部分，因為剛才討論的結果是，其實基層內部可以自行討論放寬規定，所以沒有支持增加成長率。
- 四、「糖尿病人注射胰島素治療」，如果 2,800 點只為了鼓勵醫師指導病患採用胰島素注射，則沒有獲得支持。剛剛陳委員錦煌以

為連針、藥品都有包括，這樣的話他願意支持，可是從基層代表剛才的解釋聽起來，好像沒有，藥品要另外花錢。

五、「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之特款」維持。

六、專款項目「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」、「家醫醫師整合照護計畫」，基層與健保局預算一樣；「醫療資源不足地區改善方案」部分，尊重剛剛張醫師孟源所提，編 1.5 億元；「醫療給付改善方案」、「診所以病人為中心整合照護計畫」兩項，基層與健保局預算也是一樣。

七、西醫基層 101 年如果沒有包含透析服務，成長率 2.867%，跟 100 年協定總額相較，成長率 2.948%；如果包含透析，就是投影螢幕最下面綠色的數字，成長率 2.959%(相較 100 年協定總額)，這是付費者版本。請問西醫基層代表，對於這個版本有沒有覺得要再商量的部分？

張醫師孟源

很謝謝各位委員，關於「支付標準調整」部分，我們知道是根據健保局的估算。

楊主任委員銘欽

是指 8.82 億元。

張醫師孟源

對，實際上健保局的資料是 13 億 6,200 萬，怎麼會只有 8 億？而且剛剛說小兒科是指 18 歲以下，這樣的金額可能產生補助某些弱勢科別，但實際上侵蝕到基層總額，不了解項目是怎麼來的？

謝委員天仁

剛剛已經講過，RBRVS 部分我們認為那是支付標準項目間相對之調整，所以不丟錢，這可以瞭解。還有年齡加成部分，原則上也不丟錢，所以本來只有第 2 項(調整外、婦科門診診察費) 5.45 億，我們已經額外增加約 3.37 億，至於相關艱困科別的支持標準調整，就交給健保局作業，跟 RBRVS 無關。跟你們的建議，基本上我認為差

距不大。

楊主任委員銘欽

請吳醫師首寶。

吳醫師首寶

請教是在 8.8 億裡面調整，還是要調整 20%？而且是涉及三科，如果是這樣的話，會吃到其他科的總額。

楊主任委員銘欽

我們沒有講 20%。

吳醫師首寶

所以沒有說要調 20%，只有說由 8.8 億去調整。

楊主任委員銘欽

剛剛委員覺得，希望能夠補助到 8.82 億這個程度，沒有辦法如大家所願，增加那麼多額度，所以也不可能調整 20%，或者 17% 等，這部分還需要再討論，希望基層這邊也可以接受。

吳醫師首寶

不能再多加一點嗎？因為既然要調整，也算 RBRVS 的 modify(修正)方式。

謝委員天仁

跟那個無關，如果是 RBRVS，我們錢就要扣回來。

吳醫師首寶

那就不要用 RBRVS，而是用多加百分比的方式來調整。

謝委員天仁

沒有沒有，該講的艱困科別，我們都已經考慮過了。

楊主任委員銘欽

你會發現我們把 RBRVS 幾個字拿掉，只有「支付標準的調整」，其實跟之前醫院的情況類似，請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

糖尿病部分，2,800 點是一個年度的錢，至於 2,800 怎麼算？就是比照糖尿病照護計畫，因為也是進行衛教，所以收案支付 1,600 點，結案的費用沒有算進去，因為沒有所謂結案。就是 3 個 400 加一個 1,600，共 2,800 點。不是藥物費用，而是以推動胰島素的注射比率改善糖尿病醫療品質。

楊主任委員銘欽

請謝委員。

謝委員天仁

給你們一些建議，看起來剛才陳委員宗獻提到的那個針劑蠻特別，如果認為要有利潤，基層可以跟針劑提供者談一談。但在現在基層提議的內容，好像變成 promotion(促銷)他的東西，然後我們付錢給你來多用，對嗎？

陳委員宗獻

可能有點誤會，有關胰島素注射，因為時間關係，沒辦法做很清楚的報告，其中還涉及要先打 NPH(中效胰島素)及 RI(短效胰島素)，就是短效與中效型注射，還有比較緩和的類型等，專業上蠻複雜的，沒辦法簡單說明。讓委員感覺好像在 promote(促銷)哪家公司產品，實在誤解了。整個糖尿病治療標準流程程可分為七個階段，如第一階段，病患健康行為，第二階段，用藥治療。第四階段至第七階段，是針對多重口服結合藥物無法繼續給藥時，進到打胰島素的階段，也有其指標和流程，並非簡單的打某類胰島素。

楊主任委員銘欽

了解。委員剛剛討論認為現階段不支持，可否請西醫基層代表對剛剛付費者所提的案子表示可否接受？

張醫師孟源

大家好，很感謝委員對於小兒科、外科、婦產科的支持。我們剛剛提到的小兒科是指 18 歲以下，金額不只這些，希望委員能夠再斟酌

實際情況，可否根據我們提供的 18 歲以下小兒科的件數與數量估計，應該要 4.69 億才夠，再加上健保局估算的 5.45 億，總計 10.1 億。既然我們有心願意扶助這些科別，就應該把金額估算準確，這樣計算下來與健保局估計的 10 億差不多。

謝委員天仁

我們剛剛是以金額來考慮補助這些艱困科別，這些錢用了以後，調整多少百分比，是另外一回事，我們認為不見得要跟醫院上次艱困科別一樣的調整比例，雖然原來版本是以醫院 17% 的調整方式估算。老實講，今天從早上談到現在，你們都坐在這邊看，得到最多的就是你們，這麼大方還給你們 8.8 億。

楊主任委員銘欽

西醫基層部門可否接受？

蔡醫師明忠

是不是請委員再考量，因為剛剛何語委員所提的 1.4 億元(指「放寬兒科門診局部處置申報規定」)沒有了，所以對於支付標準調整小兒科部分，建議可以再酌量放寬，非常感謝委員對於弱勢科別的照顧，我們很希望至少就比照健保局原本規劃的 10 億來處理，對於外、婦科，我們沒有什麼意見，但是小兒科方面，請委員再斟酌，能否再多補 1.2 億。坦白講，健保局原本也是估 10 億，能否請諸位委員再斟酌考量，謝謝，拜託！

謝委員天仁

剛剛提到的把 4-6 歲兒童加成的部分算進去，犯了我們蔡老大(蔡委員登順)的禁忌！沒有人敢這樣做主張的，我們已經盡其可能的調給你們了。

楊主任委員銘欽

因為西醫基層的協商時間是 95 分，請掌握時間。

蔡醫師明忠

不知道委員在這方面可否考量？坦白講，小兒科真的屬弱勢科別。

楊主任委員銘欽

請黃醫師啟嘉。

黃醫師啟嘉

這樣子，10 億我們完全用在小兒科、外科、婦科，重新計算這三個科別應該加成的件數與比例，所以跟蔡委員登順所提不應該針對 4-6 歲兒童加成的觀念一致，不會抵觸，我想 10 億應該是給這三個科別一點空間。

謝委員天仁

我們已經把你們第 2 項(調整外、婦科門診診察費)加起來，你又要跨到第 3 項(4-6 歲兒童加成)。

黃醫師啟嘉

沒有，沒有，第 3 項完全刪除，我們是把第 2 項多加一個兒科而已。

徐醫師超群

報告委員，其實我們實際估算小兒科部分應該是 4 億多，健保局估算 3 億多，3 項加起來總共 10 億多。

楊主任委員銘欽

了解，數據在議程資料有呈現。

徐醫師超群

折衷的話，可否就取個整數 10 億，這樣比較好算。

蔡委員登順

我看你們一直非常在意、關心小兒科，這麼關心，這麼照顧，我提一個想法，小孩現在出生率低，希望得到很好的照顧，建議調整支付標準，這項就給你們 1% 成長率，約 9.1 億。

張醫師孟源

謝謝各位委員。

楊主任委員銘欽

好，謝謝。

謝委員武吉

我覺得委員對我們醫院太不公平，拜託！你們才給我們 12 億，醫院占總體總額的比例有多大？拜託幫我們算一下。

蔡委員登順

剛才已經說了，醫院部門成長率與 4.7% 僅差 5,000 萬元，剩一點錢給咱們委員坐車回家，你也別全拿。

謝委員武吉

沒有啦！不然我們兩個一起走路回去好了！

蔡委員登順

你有膽別跑喔！

楊主任委員銘欽

請何委員語。

何委員語

對放寬兒童門診局部處置申報規定的部分，我是支持給 1.44 億，但因為黃委員偉堯，還有其他付費者委員的意見，所以希望由基層內部自行調整。建議兒科醫學會應該把耳鼻喉科的費用，調 3% 過來，如果沒有調整，我現在請費協會參加基層支委會的代表，廖委員本讓幫忙，拜託他時常追蹤，看是否有調整。耳鼻喉科最少調 3% 過來給兒科，好不好？

蔡醫師明忠

感謝委員，不過我們強調一點，因為診察與診療是兩個項目的費用，原本我們覺得可以幫忙小兒科在診療部分增加一點，但各位委員已經很慷慨的增加診察項目，所以對於內部調整，我們會思考，對於行之有年的支付制度，我們也會再檢討。至於何委員語建議的部分，我們真的感謝，但是執行面會有困難，我們為什麼今天要提出這項，

簡單講，就是要從別科去挖錢，在現有制度比較困難，謝謝委員關心。

楊主任委員銘欽

一、再次釐清，這一項是支付標準的調整，不是只限診察費。

二、張醫師可否用麥克風跟我們講一聲，是否接受？讓決議比較明確，還是請李理事長明濱？

李委員明濱

謝謝主席跟各位委員給我們時間，讓我們學習很多，我也代表民眾謝謝大家，因為不只為我們醫生而已。按照委員的指示，我們也會自行監控，謝謝。

楊主任委員銘欽

你沒有說是否接受？

李委員明濱

接受。

楊主任委員銘欽

謝謝。最後進行其他預算的討論。

本會 101 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、101 年度總額協商－「其他預算」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

一、其他預算一共有八項：

- (一)第一項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，預算與 100 年一樣是 6 億 390 萬。
- (二)第二項「非屬各部門總額支付制度範圍之費用」，像助產所、護理之家等，我想這部分應該支持。
- (三)第三項「支應罕病及血友病藥費、器官移植專款不足之預算」，編 2 億元，也是跟以前一樣。
- (四)第四項「推動促進醫療體系整合計畫」，用於醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫、論人計酬試辦計畫，與醫院垂直整合方案。100 年編 8 億，101 年編 9 億 5,000 萬，增加 1 億 5,000 萬，本項等一下可以討論。
- (五)第五項「其他預期政策改變所需經費」，編 5 億元，在 9 月 2 日醫界與付費者座談會時，西醫基層代表張醫師孟源提到，是否應該在其他預算編列經費，以備萬一有臨時事情發生時，才有錢可作為緊急支應，當時討論到，最好不要用安全準備或預備金這樣的名詞，個人建議，委員可以考慮在其他預期政策改變所需經費這一項，目前編 5 億元，酌予增加，以備臨時之需，當然這是個人建議。
- (六)第六項「增進偏遠地區醫療服務品質」計畫，100 年編 2 億，101 年編 9 億 3,000 萬，增加 7 億 3,000 萬，增加幅度很大，恐怕需要討論。
- (七)第七項「藥師居家照護計畫」，原本編 3,600 萬，剛才連委員瑞猛提供說帖，希望再增加 1,200 萬，等一下再說明。
- (八)最後一項「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」，維持 4 億 400 萬元。

二、第一項可否不用討論，尊重健保局建議，因為屬健保局執行的

費用，第二項是否也尊重，如果委員認為可以的話，第三項也尊重，以備不時之需。第四項請健保局說明多編 1 億 5 千萬的原因，請委員看可否支持。先請葉委員宗義發言。

葉委員宗義

其他預算是健保局的部門，是不是？

楊主任委員銘欽

健保局執行的案子。

葉委員宗義

那就與他們(指醫界)都無牽連了？

楊主任委員銘欽

仍是有關。

廖委員本讓

也是要醫界配合執行。

葉委員宗義

一、從早上到現在談醫界的預算，都是刪減、砍別人的預算，那我們也不能自肥，也要刪減一下。

二、第四項及第六項為什麼金額增加這麼多？健保局也不能自肥，也要減一下！

楊主任委員銘欽

請葉委員宗義表達看法。

葉委員宗義

我感覺第四項及第六項金額太多，減一半好不好？

戴局長桂英

我逐項說明：

一、先說明第四項「推動促進醫療體系整合計畫」，100 年經費有 8 億，這 8 億中有 5 億預定執行「醫院以病人為中心門診整合照

護計畫」，另外 3 億預備執行「論人計酬試辦計畫」。論人計酬試辦計畫從 100 年 7 月才開始，可能 3 億元用不完，用不完的經費就回到健保安全準備金，不會浪費掉。

二、「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，上次辦過觀摩會，有監理會委員在場，還蠻肯定的。本來需看多科門診的民眾，試辦計畫實施後，到醫院看病，變成可以一次完成，不必掛很多科，也會減少一些重複用藥、重複檢查的問題。

三、101 年健保局提議增加 1.5 億元，因為費協會多次有委員提到，醫院間的垂直整合做得少。在家庭醫師整合性照護制度試辦計畫，其整合是包括 5~10 家診所，背後有支援醫院；但在醫院方面，也有分大、小醫院，小醫院通常位在比較偏僻的地方，新編的 1.5 億元是希望能整合大醫院支持小醫院。當然方案的執行模式需要再與醫界討論，如果有爭取到預算，為讓經費用在刀口，委員如認為這是新計畫，也可以要求健保局先將方案提到費協會報告後再實施，我們也做得到。

楊主任委員銘欽

請何委員語。

何委員語

請問局長，這裡寫 100 年經費上限 3 億，但 100 年編 8 億，計畫以推動 3 年為原則，那這次編 9.5 億是要做 3 年計畫嗎？還是只做 1 年，剩下的撥入節餘款。

戴局長桂英

這是本會幕僚所提，就以幕僚補充意見的內容說明：

一、請參看第四項「推動促進醫療體系整合計畫」本會幕僚補充意見第 1 點(1)，就是剛剛講的「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，預計 5 億，因為 99 年執行數是 4.5 億，所以 100 年預計 5 億，健保局預計未來 101 年也是 5 億。

二、第 1 點(2)，「論人計酬試辦計畫」是 100 年 7 月才開始實施，

承辦這個計畫的醫療團隊需承擔壓力，若執行未達理想，需要承擔財務風險，和以前其他試辦計畫不用承擔風險的情況不同。健保局啟動此計畫是戰戰兢兢，100 年經費雖然為 3 億，估計本年度用不完。

三、有關 101 年新增大、小醫院間的醫院垂直整合方案，本項衛生署至費協會報告(101 年度大總額範圍)時，已列在衛生署的政策方向，以上補充說明。本項健保局希望能增加 1.5 億。

楊主任委員銘欽

請謝委員天仁發言。

謝委員天仁

一、「其他預期政策改變所需經費」，大概是源自原有的，但需要因應有些不可預期的支出，我的看法是，編 5 億可會不夠，建議編 10 億，但希望寫出「動支的指標」，「政策改變」有時候太抽象了，像 H1N1(新型流感)是政策改變嗎？我覺得不太合，要寫出來、弄清楚，不要四個部門大家全部衝來搶這筆預算，要將條件寫清楚，在合理範圍內，由委員會來審，這樣才比較合理。

二、第六項「增進偏遠地區醫療服務品質」，好像金額增加很多，增加 7 億 3,000 萬，總數為 9 億 3,000 萬，成長幅度為 365%，請健保局說明，讓我們了解有必要增加這麼多嗎？

楊主任委員銘欽

在健保局回答之前，張委員惟明好像有類似的問題要詢問。

張委員惟明

剛才提到「其他預期政策改變所需經費」，以往大概 5 億，因為是由健保局執行，原則上我們尊重健保局透過衛生署核定的程序來辦理。但如果本項金額要提高，建議條件應該先訂出來，還有動支程序，應先提報費協會，經過委員會審議確定後，再陳報衛生署。

楊主任委員銘欽

謝謝。

戴局長桂英

一、有關第五項「其他預期政策改變所需經費」，委員考慮到有時會遇到不可預期的事情，如果多數委員同意由 5 億元增加到 10 億元，我們願意將來擬訂動支條件，並把動支條件報到費協會審議，審議完畢之後，作為未來可否動支的依據。感謝委員提醒，在費協會審議完畢後，也要報署。

二、有關第六項「增進偏遠地區醫療服務品質」說明如下：

(一)的確第六項增加不少預算，因為原來 100 年的預算 2 億，是去貼補離島地區、或有些山地離島鄉本身沒有醫院，但山地離島鄉附近有醫院，這些醫院因為扮演偏遠地區治療的重要角色，所以把預算用來貼補這些醫院的點值，保障 1 點 1 元，好讓這些醫院不會很難經營，醫院如果還繼續留著，偏遠地區的居民就可以就近就醫，不用跑很遠。因為 100 年預算只有 2 億，所以只有核可 15 家醫院，但執行結果 2 億還不夠，會超過約 1 億，可能需要再動支其他費用，這時就需動支前述的第五項經費。

(二)若只做這 15 家，各位知道像恆春地區離大醫院也很遠，因為不是離島，也不是山地外圍鄉鎮，所以 100 年就無法列入，像這些比較偏僻地方的醫院，希望 101 年也納入協助，並且會要求內、外、婦、兒科至少要兩科有專科醫師，而且希望能提供 24 小時急診，要符合標準，才以保障點值處理，至於保障點值是保障到每點 1 元，還是保障到全國平均點值，或者比全國平均點值多一點，要看預算通過多少，再跟醫療院所代表討論方案，奉准後才會動支。

楊主任委員銘欽

請黃委員偉堯發言。

黃委員偉堯

主席、各位委員，關於第六項一直有個疑問：

- 一、沒有印象去年有討論到這個方案的內容，很好奇為什麼突然有這個案冒出來，去年協商好像都沒有看到相關內容，想瞭解本案的來源，這是第一個問題。
- 二、剛剛戴局長也提到，這是第一次用補貼的方式進行，還是之前也有類似做法？這部分可能也需要討論。
- 三、剛剛提到山地離島，我記得有實施類似 IDS 的計畫，例如阿里山 IDS 等，不知道與本計畫的關係為何？進行方式？剛剛提到本計畫也是要協助山地離島附近地區，不知道操作上有什麼差別，如果是一樣的性質，則我們考慮本項預算時須多加衡量。以上是我提出的疑問。

蔡組長淑鈴

- 一、先釐清黃委員偉堯的提問，其他預算的第一項就是山地離島的 IDS 計畫，該項會繼續辦理。IDS 計畫就是把醫療送到山地離島鄉，即會有一個本島的醫院去承接山地離島服務，但是本島的醫院本身不一定位於山地離島附近，可能位在城市，這是第一項的情形。
- 二、有關第七項「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」，係因 100 年已公告之「增進全民健保醫療資源不足地區之醫院點值保障方案」，適用醫院計 15 家，主要為離島或肩負鄰近山地鄉具備急性醫療功能，且距離最近醫學中心車程達 50 分鐘以上者，101 年增編經費，是因同樣在偏遠地區還有其他醫院可能也有相同情形，若補助醫院範圍再放大，讓更多偏遠醫院可以經營，並落實在地醫療。因此再行編列 3 億元，合計共 5 億元以為支應。

黃委員偉堯

請問這邊的點值補貼是那家醫院全部的點值都補，不是只有山地離島居民才補？

蔡組長淑鈴

是全部補。

黃委員偉堯

我們還是沒有看到監測指標，比如說健保局提到的急診，是否真的 Full Run(全天服務)等。

蔡組長淑鈴

100 年度的 15 家，係因該等醫院為支撐在地民眾醫療的醫院，所以沒有設條件，直接補到每點 1 元，但 101 年要擴大範圍，希望拿到每點 1 元的醫院必須負有義務，即議程所列：必須提供預防保健服務、24 小時急診、內外婦兒門診及住院醫療、檢驗、檢查主動通知等服務。

楊主任委員銘欽

先請許委員怡欣，再請陳委員宗獻。

許委員怡欣

- 一、請教第六項「增進偏遠地區醫療服務品質」，99 年也是編 2 億經費，不過預算執行率 14%，100 年度補貼 15 家醫院，我支持這樣的立意，只是沒有看到這 2 億於 100 年使用情形的資料，可否補充。
- 二、101 年從 2 億提高到 9.3 億，立意良好，但是對經費增加的原因，可否多點說明。

林執行秘書宜靜

先向許委員怡欣解釋，目前 15 家醫院，100 年 2 億經費，於第 1 季已執行 8 千多萬，所以剛剛健保局才說全年下來 2 億也不夠支用。

蔡組長淑鈴

補充一下，剛剛有問到 99 年的錢用到哪裡？因為 99 年還未補貼這 15 家，99 年的費用是用在醫院支援西醫基層的醫缺方案，因為有些醫缺地區，基層無法去，就由醫院提供服務，100 年移至醫院部門獨立出來後，就沒有該項目，所以科目在這 2 年間互換，100 年的 2

億是完整的項目。

陳委員宗獻

與黃委員偉堯有一樣的想法，點值保障包括所有的醫療服務，也包含原來附近居民的服務。其實偏遠地區服務品質，國外有些是只補貼從山上下來的居民。以台灣現在的狀況舉例來說，如果埔里基督教醫院有在這 15 家中，這很好，可以讓埔基容易生存，但其實並不知道埔里地區可不可以養 2 家醫院，如果從山地離島，例如從霧社下來，到埔里，其實再 1 小時就可以到台中榮民總醫院、中國醫藥大學附設醫院，台灣就是有這種特性，所以這 15 家，當時是精挑細選，現在怎麼選？有沒有個標準？

蔡組長淑鈴

當時 15 家也係經本局實證數據分析結果，以南投來講，有埔基(埔里基督教醫院)、埔榮(埔里榮民醫院)，還有竹秀(竹山秀傳醫院)。依據數據，該三家醫院為仁愛鄉、信義鄉及和平鄉居民主要看病醫院，且均為急性綜合型醫院，故非 RCW(呼吸照護病房)醫院，也不是精神科醫院，而是綜合型醫院。如果沒有這些醫院，山上的居民辛苦下山，若還要奔波到市區，路途很遠，所以我們認為在這些地區的醫院一定要留下來，醫院持續經營對民眾有利。

陳委員宗獻

再問一個問題，南投就是埔基、埔榮跟竹秀，竹秀是在竹山，如果再把它擴大，會擴大到哪裡？我的意思是，可能擴大到都市跟鄉村的交界點，是不是這樣？

楊主任委員銘欽

我看這樣好不好，問得很細，有些資料今天並沒有準備給大家看，如果有計畫書，一看就會很清楚。本項也屬政策指示項目，剛剛我們談到，這是需要存在的項目，為了要讓這些醫院存在，以肩負山地鄉醫療照護工作，現在大家討論的是，到底要不要成長這麼快。

謝委員天仁

剛剛第五項「其他預期政策改變所需經費」，你們經費不夠，也是從那邊撥過去，比如說這項經費 100 年 2 億不夠，也是從第五項移撥，所以是不是以第五項作為調節基礎，這邊就不要編列那麼多。

楊主任委員銘欽

一下子增加 365% 好像蠻高的。

謝委員天仁

很特別。

楊主任委員銘欽

今年第 1 季使用 8 千多萬。

何委員語

請教一下，謝委員天仁很慷慨，第五項送了一大塊預算 10 億，多了 5 億，我不反對。可是從 95 年到 98 年，執行率都只有 36%，只有 95 年為 59%。偏遠地區的經費，剛才葉委員宗義說自肥太多了，應該可以減，如果將 2 億提高到 5 億，之前第五項已增加 5 億，若第五項編 10 億，那麼第六項改為 5 億，說不定會比較好看一點。

楊主任委員銘欽

一、這樣有個彈性，可以嗎？(委員未表示反對)

二、有關第七項「藥師居家照護計畫」請連委員瑞猛發言。

連委員瑞猛

一、主席，委員及與會先進，大家從早上開到現在應該相當累了，容我花個幾分鐘說明。有關第七項「藥師居家照護計畫」部分，感激委員還有健保局全力支持。在去年，我們在高屏及台北分局推動的績效，一共輔導 808 人，比較個案去年與前年的醫療利用情況，執行結果門診就醫次數下降 29%、門診醫療費用平均也下降 20%。

二、99 年這個計畫健保局一共花費 379 萬元，而被照顧的這些人，整體門診醫療費用節省 1,266 萬元，所以等於花 1 塊，省 3.3

塊，錢還算事小，主要是去年照顧對象為 1 年門診看病超過 200 次的病人，這樣的人真的很需要被照顧，憑良心講，整個醫療體系當中，這一環比較弱，能有藥師幫忙，將所有用藥做整理，看看有哪些是不必要、重複的部分，並且提供給醫師，作為看診時參考。在這過程，很感激醫師能參考藥師提供的意見做部分修正，所以一年下來，憑良心講績效還算不錯。

三、100 年在大家支持下，將計畫擴大到全省，本來目標是預計輔導 4,300 位個案，到目前已經收案 4,072 位，達 95%。

四、因為去年只在高屏跟台北區推動，今年已經擴大到全國，所以明年我們應該更有經驗，可否再擴大照顧需要被照顧的被保險人，我們提議，明年只要看病超過 80 次、平均 1 個月看病超過 7 次的被保險人，將這些人加以照顧，藥師公會有這樣的能力，所以懇請委員幫忙，讓本計畫能增加 1,200 萬經費，可以多照顧 1,500 人，拜託委員給這個機會，藥師公會願意來建立這樣的機制。

楊主任委員銘欽

謝謝，那委員...

陳委員錦煌

請教連前理事長瑞猛，你們要錢，但理事長都沒來報告。

連委員瑞猛

不必啦，我是費協會的代表委員。

陳委員錦煌

最起碼禮貌上也要來啊！錢較少他不要來或是怎樣？

連委員瑞猛

不是不是！因為藥師公會指派的委員代表是我。

陳委員錦煌

我的意思是他太大牌啦！他都專門講別人，真大牌啊！吃飽太閒講

人間話，他太大牌啦！

連委員瑞猛

這我回去再轉告他。

陳委員錦煌

你也不要講出來，你知道意思吧！

連委員瑞猛

我知！我知！我知！

陳委員錦煌

他吃飽太閒太大牌啦！

連委員瑞猛

是。

陳委員錦煌

你知道我的意思！應該叫他來報告，請理事長來。

連委員瑞猛

這…。

陳委員錦煌

對吧，是公會要錢，不是你要的。

連委員瑞猛

不好意思，是因為…。

陳委員錦煌

我有一句話跟你說，如果他不多話，你報告就可以，那就從中教訓他啦，知道嗎？叫他安靜一點，不要黑白講話！

連委員瑞猛

是。

葉委員宗義

- 一、剛才我說不能自肥這個問題，剛剛也有人提到，但我有個觀念，費協會每次都在編預算、為了錢在那裡忙來忙去，從來沒有人為了國人的疾病提出要如何預防、要怎樣解決，很少人提到這個問題。
- 二、對於藥師進行居家照護，這部分當然我支持。但是我想提另外一、二個問題，現今世界各地都注重老人問題，另一個就是有關失智的問題，智商的問題沒人關心，我很感佩李明濱教授，他們學會專門關注失智症預防，怎麼不曾有人提出這個計畫，編預算預防失智問題、預防老人問題。我為什麼特別堅持支持老人問題，因為預防勝於治療，治療只是照顧而已，不會好，這是我唯一的感覺。李明濱理事長他們那個失智症學會確實對老人的問題很有幫助，是否應該編一點預算處理這些問題，這是我的建議。

楊主任委員銘欽

請謝委員武吉

謝委員武吉

- 一、對高診次藥師居家照護方案，多給 1,200 萬，我持反對意見！為什麼？第一點，到底收案的 4,072 人，去年並無報告從哪裡發生？到底是西醫基層？還是醫院？還是中醫？都沒有講，發生的標的物沒有說清楚，我認為應該要先釐清，並不說要做多少，有做多少，就算達到目標，不能夠這樣，我認為還要再減項才對，沒有標的物，所以應該要列減項。
- 二、第二點，我去大陸時，愛看 CCTV(中央電視台)電台，CCTV 電台都在播報當地新聞。最後有一個廣告是向老百姓說明，如果有心臟胸悶或心痛時，要趕緊找心臟科醫師看病，底下並無註明是哪家公司廣告，所以是政府廣告。但我們健保局、衛生署，健保局有做一點點，只有戴局長上任時有一點，我都有注意，但從來沒有向大陸那樣做。
- 三、以下的話先向連前理事長瑞猛，說聲不好意思，本案我絕對持

反對意見，因為你沒有提出我說的那些資料，只說目標值達到多少，隨便提資料我也有。我有個研究計畫，2 天前，8 月 8 日就把公文給對方了，但是對方 8 月 16 日正式公文才出來，18 日我收到文，要我 20 日開三場公聽會，我每場都有 100 多人參加，像這樣，若是給我謝武吉做，保證 3 個月就完成！本項給我做好不好？由我們台灣社區醫院協會來做。

楊主任委員銘欽

請蔡委員登順。

蔡委員登順

連委員瑞猛在費協會一向都非常客氣，專業受人尊重，基本上，去年連委員提這個案時，雖然我們當時有些意見，但還是支持他。不過以你提供的補充資料顯示，投影片第 26 頁，寫得很清楚，門診就醫總次數平均下降 29%，其中 86% 個案平均下降 37%；在門診醫療費用平均下降 20%，其中 86% 個案平均下降 27%，已達到本計畫題目所稱，改善高診次民眾就醫行為的意義。若能如此是很好，醫院醫療量則會下降，點值應該上升才對，怎麼常在喊點值不好，這門診下降的比例嚇人，是你提供的資料呈現的數據，事實上有沒有這樣的效果？我還是有很大疑問。

連委員瑞猛

- 一、去年在高屏跟台北區推動，實施對象是 1 年看病超過 200 次的病人，這樣的病人，光收案就非常不容易，若將假日扣除，幾乎每天都在看病，這種情況下，會有多少用藥量？藥師幫忙整理後，跟醫師報告，就診時，醫師可以做修正。因為 1 年就診 200 次，實在很嚴重，所以會有這樣的數字呈現，這些屬較異常的狀況。
- 二、今年推展到全國，對象改為看病超過 100 次者。剛才也向委員報告，希望明年能將條件改為 80 次，因為我們已將體系建置完成，可以服務這些病人，包括藥師訓練、系統建置及相關部

分都已有經驗，這些病人比較特別，需要被照顧。藥師照護計畫重點並不是在調劑，而是將藥品整理，例如有病人看診很多次，1次要吃20多顆藥，如何吃得下去！病人看完病後，這些藥到底是吃，還是沒吃？事實上都有這些問題。藥師幫他整理藥物後，還送藥盒，便利病人用藥，做了很多工作。去年健保花了300多萬，藥師公會花100多萬建立此系統。健保在藥品1年花費1,300多億，藥品相關機制較欠缺，真的感謝大家支持建立防護網，醫師那麼忙，一定要有人整理給醫師參考、修正。

蔡委員登順

把話講完，既然可以下降到這個程度，但因醫界也表示存疑，醫師本身應最清楚，所以我們更會存疑。資料顯示，今年半年才用860萬而已，乘以2，也不過1,700多萬，一年3,600萬經費，應綽綽有餘。

連委員瑞猛

- 一、向委員說明收案對象，是健保局把看病超過一定次數的病人名單交給藥師公會，藥師才跟病人談如何照顧，完成後再將結果向醫師報告。拿到名單後，藥師要先接案，與被保險人接觸後，說服他，這是很辛苦的工作，所以有的個案1年需輔導8次，有些則不必輔導到8次就可結案。
- 二、向各位報告，本會所提101年4,800萬預算，主要是用來增加照顧人數，如果沒有這些金額，就無法達到照顧原來4,300位，再增加1,200位，每位輔導8次所需預算。除了剛開始接案，後續還有輔導所需費用。

蔡委員登順

既然數字顯示才用860萬，1年也才用1,720萬，建議若101年做得很好，錢不夠用，屆時再來談成長率，這樣比較有意義。100年預算用不到1半，現在談又要加1,200萬，大家的意見不知道如何？

我的看法，今天談這麼久了，也砍別人的預算，對這筆預算還是要慎重。

楊主任委員銘欽

好，就先這樣處理。

連委員瑞猛

錢是用不完，主要是希望增加人數，經費 3,600 萬可以，但建議增加照顧人數 1,500 位，因為基本上 1 個人可以受照顧 8 次，但通常不需要，增加人數就好，金額不增加我們沒意見，因為錢本來就用不完。

楊主任委員銘欽

如果是這樣，我想沒有問題。

陳委員宗獻

這個計畫實在做得太好了，我們很想釐清一下，所謂高診次，家庭醫師整合照護計畫也有高診次，醫院在促進醫療體系整合部分也做得很好，該方案讓門診次數降低，由同一科照護病人。要釐清本項到底屬於哪個部分，如果屬於醫院高診次，就納在醫院，不能再撥到其他預算來；若屬於基層的家庭醫師照護計畫中高診次部分，就在基層做。可以由藥師改變就醫行為，講起來也真不容易，所以建議名稱改為全民健保高重複用藥，因為用藥部分是藥師公會關切的角度。

楊主任委員銘欽

剛剛與健保局交換意見，收案對象應該沒有重疊。

謝委員武吉

一、其實我們不是故意刁難連理事長瑞猛，大家都是好朋友，但是你剛剛所言，對西醫有一些傷害，也是對健保局嚴重的傷害，健保局受傷最嚴重，我們是沒差，你剛剛所說，講難聽一點，等於是這些醫療院所胡亂開藥，乾脆列表出來，讓我們知道是

哪幾家，就可以自動去改善，列明醫療院所名單，讓我們藉自我管理來處理。

二、至於為什麼說到健保局，病患告訴我們，就醫只要超過一定次數，健保局就會打電話關心，若是這樣，拜託，健保局的公務預算要減少！不必打電話去關心，藥師公會已經做得這麼好，所以連理事長提到的高診次部分，事實上對醫界是嚴重的傷害，又打了健保局很大的巴掌，你們所做沒有功能性，我認為應該好好處理。到底執行至今，99年所做的剩多少錢？減少多少錢？到底哪幾家醫院？我剛才說的標的物，你都沒有說清楚，剛才蔡委員登順講得非常講道理，現在是800多萬，1年頂多1,700多萬而已，這是合理價格，以後要談再說。

謝委員天仁

我拜託大家麥擱講啊！再講下去，對我們造成傷害，快要睡著了！拜託連委員瑞猛，健保局就說3,600萬，不要再增加了，做做看，成效出來再談。

楊主任委員銘欽

最後一項「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」，大家若沒有意見，就照列通過，好不好。

謝委員武吉

主席！到底是3,600萬，還是蔡委員所提1,800萬？

楊主任委員銘欽

3,600萬，請何委員語。

何委員語

我支持3,600萬，其實不是傷害醫生，也不是傷害健保局，實際上在民間，在我未加入費協會委員前，工總每次談到健保虧損時，第一句話就是浪費醫療、浪費藥品，因為有一大票人相約去醫院吹冷氣、喝茶、掛號、拿藥，實際上是有一群人專門在拿藥，與醫師無關，也與健保局無關，是某些老百姓吃飽閒著到醫院拿藥，我認為

這些行為需要改變，也很贊成 3,600 萬做看看。

楊主任委員銘欽

各位委員，其他預算部分就只有第五項從 5 億變 10 億，第六項由 2 億變 5 億，第五項動支原則，協調結果是由本會幕僚擬具草案，提會討論。好，協商到這邊告一段落，謝謝各位！請張惟明委員。

張委員惟明

除了原則外，實際上要動支時，也要提到費協會。

楊主任委員銘欽

我們會擬具辦法草案提會討論，謝謝各位。