

全民健保醫療費用協定委員會
第 164 次委員會議事錄

中華民國 99 年 10 月 8 日

全民健康保險醫療費用協定委員會第 164 次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國 99 年 10 月 8 日上午 9 時 30 分

貳、地點：中央健康保險局臺北業務組901會議室

參、出席委員：

李委員明濱 蔣副秘書長世中(代)

孟委員藹倫

林委員永農

林委員啟滄 施幹事金蓮(代)

張委員惟明

莊委員淑芳

許委員怡欣

連委員瑞猛

陳委員玉枝

陳委員宗獻

陳委員明豐

陳委員錦煌

黃委員美娜

黃委員偉堯

黃委員碧霞 曾科員淑娟(代)

葉委員明峯

廖委員本讓

劉委員志棟

蔡委員登順

謝委員天仁

謝委員武吉 謝榮譽理事長文輝(代)

戴委員龍輝

蘇委員清泉

蘇委員鴻輝

肆、請假委員：

葉委員宗義

劉委員清芳

伍、列席人員：

行政院衛生署
中央健康保險局

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

全民健康保險監理委員會
本會

陸、主席：楊主任委員銘欽

紀錄：林淑華、謝妙芬

柒、主席致詞

謹代表本會向林委員永農表達謝意，因渠擔任中醫師公會全聯會之理事長任期已屆，今日為其最後一次以理事長身分出席委員會議。期於卸任後，仍能持續關心總額之推動。

捌、報告事項

第一案

案由：確認本會上(第 163)次委員會議議事錄，請 鑒察。

決定：確定，並同意 100 年度全民健保醫療費用總額協商會議與會人員發言摘要併同第 163 次委員會議議事錄上網公開，以利外界瞭解協商過程。

第二案

案由：本會上(第 163)次委員會議決議事項辦理情形及重要業務報告，請 鑒察。

決定：

- 一、本會上(第 163)次委員會議決議事項辦理情形，除「請健保局於 12 月份委員會議進行『門診透析服務支付標準之合理性探討及醫療院所管理情形』專題報告」案

繼續追蹤外，餘結案。

二、台灣腎臟醫學會來函建請重新審查 100 年度門診透析服務費用成長率之合理性乙節，因未有委員提出復議案，爰維持原協商結果。

三、餘洽悉。

第三案

案由：「100 年度各部門醫療給付費用總額協定分配相關事項」報告，請 鑒察。

決定：

- 一、「100 年度各部門醫療給付費用總額分配相關事項」內容確定(如附件一)。
- 二、100 年度各部門總額協定事項之相關計畫與後續須辦事宜完成時程表如附件二，請各權責單位依進度辦理所掌相關事項。至相關計畫之完成時限，若有特殊情形提經委員會議同意後，得予延長。
- 三、請中央健康保險局於有完整一年 DRGs 申報資料後，至本會進行 DRGs 制度及實施結果之專題報告。

第四案

案由：中央健康保險局新任局長之施政報告，請 鑒察。

決定：洽悉。

第五案

案由：中央健康保險局報告「中醫門診總額一般服務費用分配方式試辦計畫」執行結果，請 鑒察。

決定：洽悉。

第六案

案由：中央健康保險局報告「醫院與西醫基層財務風險監控情形」，請 鑒察。

決定：洽悉。

第七案

案由：中央健康保險局報告「醫療費用支出情形」，請 鑒察。

決定：洽悉。

玖、臨時報告事項

案由：中央健康保險局報告「簡表日劑藥費應予檢討並循法定程序處理案」之辦理情形，請 鑒察。

決定：洽悉。

拾、討論事項

第一案

提案單位：本會第一組

案由：100 年度牙醫門診總額一般服務費用分配案，提請 討論。

決議：

一、地區預算：

(一)地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：預算 100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

二、是否比照 99 年度模式，自一般服務費用移撥一部分金額用以辦理「牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」，以及「醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用」額度於各區之分配方式，請牙醫門診總額部門研提方案，於下次委員會議討論。

三、其他：

(一)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。

- (二)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險局會同牙醫門診總額受託單位議定後，於99年12月底前送本會備查。

第二案

提案單位：本會第一組

案由：100年度中醫門診總額一般服務費用分配案，提請討論。

決議：

一、地區預算：

(一)地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

- 1.考量99年試辦計畫已將「人口占率」納入分配參數，符合促進各地區民眾就醫公平性之政策目標，且採行「先分配預算，再進行分區管理」模式，亦使醫療利用成長情形得以控制趨於合理，爰同意100年度中醫門診總額地區預算分配方式，續以99年度模式繼續試辦。至試辦計畫內容由中央健康保險局會同中醫門診總額受託單位擬訂，送請衛生署核定後據以施行。
- 2.應設法提高資源較不足區醫師數及加強民眾之醫療服務。若東區預算繼續獲保障，則應相對提升服務，並設「點值上限」，超出上限值部分，應運用於其他服務計畫，使東區民眾得到實質服務。
- 3.試辦計畫須以不影響民眾就醫權益為原則，爰應持續按季監控民眾就醫公平性與醫療資源分布等指標。

二、其他：

- (一)藥品以每點 1 元核算，自地區預算預先扣除。
- (二)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，請中央健康保險局會同中醫門診總額受託單位議定後，於 99 年 12 月底前送本會備查。

第三案

提案單位：本會第一組

案由：100 年度西醫基層總額一般服務費用分配案，提請 討論。

決議：

- 一、請西醫基層總額部門依本會第 154 及 157 次委員會議決議原則及參酌委員所提建議，研提地區預算分配方案，並於取得內部共識後，提下次委員會議討論：
 - (一)為利制度穩定性，標準化死亡比(SMR)及西醫基層門診市場占有率(Trans)若仍採數年加權平均值，則所採用年度及各年權數比率，應有一致性標準；且其採計之年度，應逐年更新。
 - (二)分配公式中之人口占率(R 值)分配比率，若經試算對各區之影響不大，建議 100 年度應予調增。
 - (三)為符合促進各地區民眾就醫公平性之政策目標，建請討論未來 5 年(101 至 105 年)之人口占率(R 值)預定目標值，惟未來各年度協商時，仍可視實際運作狀況，進行調整。

二、其他：

- (一)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。
- (二)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請中央健康保險局會同西醫基層總額受託單位議定後，於 99 年 12 月

底前送本會備查。

第四案

提案單位：本會第一組

案由：100 年度醫院總額一般服務費用分配案，提請 討論。

決議：

一、原則尊重醫院部門代表所建議之分配方式，惟仍須取得內部共識，另並請研訂未來 5 年(101 至 105 年)之人口占率(R 值)預定目標值，俾符合促進各地區民眾就醫公平性之政策目標。相關分配事項，請醫院總額部門提下次委員會議討論。

二、地區預算：

於扣除品質保證保留款及專款項目預算後，用於計算地區預算所採之門住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

(一)地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.門診服務(不含門診透析服務)：預算暫以45%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，55%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

2.住診服務：預算暫以40%依各地區校正人口風險因子後保險對象人數，60%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

3.各地區門住診服務，經依1、2計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

三、其他：

- (一)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。
- (二)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險局會同醫院相關團體議定後，於99年12月底前送本會備查。

第五案

提案單位：本會第一組

案由：全民健康保險藥品費用支出目標及其分配方式案，提請討論。

決議：鑑於本案涉及諸多複雜議題，為求決策之周延性，請幕僚多方收集相關意見後，再掣案提會討論。

拾壹、散會：中午12時30分。

100 年度各部門醫療給付給付費用總額分配相關事項

一、牙醫門診總額分配相關事項(詳表1)

(一)一般服務(上限制)：

1.品質保證保留款(0.250%)：

(1)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99年11月底前完成相關程序，並於100年6月底前提送執行成果報告。

(2)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。

(3)請中央健康保險局會同牙醫門診總額受託單位，於100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，並應建立民眾自費監控機制，及改善假日休診造成民眾就醫不便情形。

2.新增複雜型顱顎障礙症治療及追蹤(0.105%)。

3.牙周病統合照護計畫(-1.093%)：

(1)本項計畫384.3百萬元移列至專款項下。

(2)99年度所編經費384.3百萬元，其未執行之額度，於99年第4季一般服務費用扣除。本項減列並不影響100年度所採之基期費用。

4.加強提升初診照護品質計畫(0.0%)：

於93至97年等各年均給予成長率並已納入基期，仍應持續推動與監測，並請於100年6月底前提送完整之成效評估報告。

5.醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用(0.282%)：

將原列專款項目之論量計酬費用移至一般服務項下。

6.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 3.2百萬元(成長率-0.009%)。

(二)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受託單位訂定後，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 99 年 11 月底前完成，並於 100 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.牙醫特殊服務：

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。

2.醫療資源缺乏地區改善方案：

(1)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。

(2)至少新增10處社區巡迴醫療站，並擴大辦理巡迴醫療服務，除提供學童口腔照護外，應增加當地民眾之使用率。

3.牙周病統合照護計畫：

(1)為能確實執行牙周病照護，本項計畫由一般服務移至專款項目，全年經費384.3百萬元。

(2)照護人數至少56,800人。

(3)應持續監控病人自費情形。

二、中醫門診總額分配相關事項(詳表2)

(一)一般服務(上限制)：

1.品質保證保留款(0.050%)：

(1)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 99年11月底前完成相關程序，並於100年6月底前提送執行成果報告。

(2)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。

(3)請中央健康保險局會同中醫門診總額受託單位，於100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，並應增加結果面指標及改善民眾自費情形。

2.醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用(0.337%)：

將原列專款項目之論量計酬費用移至一般服務項下。

3.調整開有內服藥之針傷科治療處置費(0.257%)。

4.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10.8百萬元(成長率-0.055%)。

(二)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中醫門診總額受託單位訂定後，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99年11月底前完成，並於100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.醫療資源缺乏地區改善方案：

(1)全年經費74.4百萬元。

(2)辦理無中醫鄉巡迴醫療服務計畫與執業計畫，及鼓勵偏遠地區中醫師長期進駐之診察費加成。

(3)鼓勵偏遠地區中醫長期進駐之診察費加成方式，屬新增項目，為審慎使用資源，其方案內容應嚴訂符合偏遠地區之條件及建立成效評估指標。原則試辦一年，視執行成效，檢討是否續辦。

2.原三項延續性計畫：

(1)依計畫性質分列四項，經費為：

a.腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫，全年經費45百萬元。

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，全年經費10百萬元。

c.小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫，全年經費20百萬元。

d.小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫，全年經費10百萬元。

(2)其中兩項西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫，限由設有中醫門診之醫院申請，經中醫門診總額受託單位審查，送中央健康保險局審核通過後實施。

(3)前開計畫已實施多年，請提出執行成果及療效評估報告，包括歷年醫療利用情形，及計畫未來改進方向。

3.腦血管疾病後遺症門診照護計畫：

(1)全年經費90百萬元。

(2)應限定執行院所，執行期間以治療黃金期為限。

(2)應建立療效評估指標(含健康及品質改善指標)，並提送成效評估報告。

三、西醫基層總額分配相關事項(詳表3)：

(一)一般服務(上限制)：

1.品質保證保留款(0.050%)：

(1)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99年12月底前完成相關程序。

(2)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質。

(3)請中央健康保險局會同西醫基層總額受託單位，於100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(0.113%)。

3.支付標準調整：

(1)新增5項跨表項目及調整山地離島地區門診藥事服務費(0.021%)：預定新增5項跨表項目，應於99年12月底前完成相關程序(含適應症之訂定)，若未能於年度開始時實施，則扣減本項成長率。

(2)提升急診照護品質(0.002%)。

(3)調整嬰幼兒處置支付點數(0.000%)。

(4)提升兒童復健照護品質(0.041%)。

(5)調整小兒專科4歲兒童門診診察費(0.111%)。

4.因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響(含慢性病照護之增進)(0.445%)：

應積極配合推動及執行醫療給付改善方案、慢性B型及C型肝炎治療計畫及慢性腎臟病照護計畫，若執行不佳則列入檢討。

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37.2百萬元(成長率-0.041%)。

(二)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受託單位訂定後，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99年11月底前完成；新增方案原則於99年12月底前完成；若有特殊情形經提委員會議同意後，得予延長。各計畫之執行成果或成效評估，應於100年6月底前提報至評核會議(新增方案僅需提供計畫內容及初步執行結果)；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：

(1)全年經費157百萬元，不足部分由一般服務支應。

(2)本計畫自93年試辦迄今，已實施7年，應提出完整之成效評估報告(含藥物療效及延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。

2.家庭醫師整合性照護制度計畫：

(1)全年經費1,115百萬元。

(2)應對各家醫群進行評比，落實退場機制。

3.醫療資源缺乏地區改善方案：全年經費100百萬元。

4.醫療給付改善方案：

(1)全年經費300百萬元(繼續推動原有5項方案)。

(2)應訂定各方案照護率之目標值，並增加相關誘因及檢討運作機制，以提高收案數與照護率。

(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。

5.診所以病人為中心整合照護計畫：

(1)全年經費200百萬元。

(2)對於門診就醫次數過高者，以個案管理方式，提供整合性醫療服務。

(3)應排除已參與家庭醫師整合性照護制度計畫及醫療給付改善方案之個案。

(4)應訂定成效指標，並依達成情形支付費用。

(三)門診透析服務(上限制)：

- 1.西醫基層本項服務費用成長率為 3.367%。
- 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 0%。
- 3.Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教併入其他預算項下之「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」執行。
- 4.應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。

四、醫院總額分配相關事項(詳表4)：

(一)一般服務(上限制)：

1.品質保證保留款(0.050%)：

- (1)依醫院總額品質保證保留款實施方案支付。該方案請於99年12月底前完成相關程序。
- (2)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質。
- (3)請中央健康保險局會同醫院總額相關團體，於100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，並改善民眾自費情形。

2.新醫療科技(0.309%)：

其中新增支付標準項目成長率0.100%(約3億元)，由中央健康保險局訂定相關項目之額度與開放時程，若未於時程內導入，則扣減該額度。

3.配合新制醫院評鑑(0.075%)：

配合衛生署新制醫院評鑑政策，對評鑑結果符合條件之地區醫院，其住院病房費與護理費比照地區教學醫院之支付點數。

4.99年推動 DRGs 所需費用之調整(0.100%)：

- (1)已配合第一階段導入，併99年醫院總額一般服務費用結算，爰100年於一般服務計列成長率。
- (2)係99年鼓勵第一階段155項DRGs導入之誘因，若因故停止執行，則須扣減成長率。
- (3)請中央健康保險局於有完整一年DRGs申報資料後，至本會進行DRGs制度及實施結果之專題報告。

5.推動安寧共照醫療服務(0.012%)。

- 6.提升兒童復健照護品質(0.065%)。
- 7.基本診療項目調整(0.491%)：
優先考量外科、婦產科及小兒科診察費之調整，其調整項目及幅度，由中央健康保險局會同醫院總額相關團體議定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。
- 8.配合國健局辦理預防保健項目，部分之確診可能對醫療費用造成影響(0.043%)。
- 9.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81.7百萬元(成長率-0.027%)。

(二)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醫院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99年11月底前完成，並於100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考量。

1.慢性B型及C型肝炎治療計畫：

(1)全年經費1,282.0百萬元，不足部分由一般服務支應。

(2)本計畫自93年試辦迄今，已實施7年，應提出完整之成效評估報告(含藥物療效及延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。

2.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

全年經費2,881.7百萬元，不足部分由其他預算支應。

3.罕見疾病、血友病藥費：

全年經費4,782.0百萬元，不足部分由其他預算支應。

4.醫療給付改善方案：

(1)全年經費487.3百萬元(繼續推動原有6項方案)。

(2)應訂定各方案照護率之目標值，並增加相關誘因及檢討運作機制，以提高收案數與照護率。

(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。

5.提升住院護理照護品質：

(1)全年經費1,000.0百萬元。

(2)應檢討修訂方案，及研議更多適用之住院護理品質指標。

6.100 年繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵：

(1)全年經費300.0百萬元。

(2)依第二階段實際導入實施之季別，併醫院總額一般服務費用結算。

7.醫院支援西醫基層醫療資源缺乏地區之方案：

(1)全年經費50百萬元。

(2)配合支援西醫基層醫療資源缺乏地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。

(三)門診透析服務(上限制)：

1.醫院本項服務費用成長率為-2.102 %。

2.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 0%。

3.Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教併入其他預算項下之「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」執行。

4.應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。

五、其他預算分配相關事項(詳表5)：

(一)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 100 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。

(二)非屬各部門總額支付制度範圍之服務：全年經費 3,703 百萬元。
1.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。
2.調整精神復健機構(住宿型機構)全日復健治療之支付標準。

(三)支應罕病及血友病藥費、器官移植專款不足之經費：全年經費 200 百萬元。

(四)健保 IC 卡登錄及上傳資料品質提升計畫：雖自 100 年度起不再編列本項費用，惟請中央健康保險局及各總額部門仍應依相關規定，持續提升健保 IC 卡登錄及上傳資料之品質。

(五)推動促進醫療體系整合計畫：全年經費 800 百萬元。

1.本項依衛生署政策方向執行。

2.請於 100 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。

(六)其他預期政策改變所需經費：全年經費 500 百萬元。

- 1.新增醫藥分業地區所增加之費用。
 - 2.若須動支本項經費以因應其他政策，應報經衛生署核可。
- (七)增進偏遠地區醫療服務品質計畫：全年經費 200 百萬元。
- 1.本項應與衛生署相關計畫相互整合，俾資源運用達最大效益。
 - 2.計畫執行方案須於 99 年 12 月底前完成相關程序，並於 100 年 6 月底前提送初步執行結果。
- (八)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 4,300 人為目標，並於 100 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。
- (九)慢性腎臟病照護及病人衛教計畫：全年經費 404 百萬元。
- 本項計畫執行方案須於 99 年 12 月底前完成相關程序，並於 100 年 6 月底前提送初步執行結果。

表 1 100 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)	協定事項
一般服務			
醫療服務成本及人口因素成長率		1.006%	照衛生署報奉行政院核定數值計列。
投保人口數年增率		0.336%	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 = $[(1 + \text{投保人口數年增率}) * (1 + \text{人口結構改變率} + \text{醫療服務成本指數改變率})] - 1$
人口結構改變率		-0.197%	
醫療服務成本指數改變率		0.865%	
協商因素成長率		-0.465%	
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.250%	<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 99 年 11 月底前完成相關程序，並於 100 年 6 月底前提送執行成果報告。 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受託單位，於 100 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，並應建立民眾自費監控機制，及改善假日休診造成民眾就醫不便情形。
支付項目的改變	新增複雜型顱顎障礙症治療及追蹤	0.105%	
	牙周病統合照護計畫	-1.093%	<ol style="list-style-type: none"> 本項計畫 384.3 百萬元移列至專款項下。 99 年度所編經費 384.3 百萬元，其未執行之額度，於 99 年第 4 季一般服務費用扣除。本項減列並不影響 100 年度所採之基期費用。
	加強提升初診照護品質計畫	0.000%	於 93 至 97 年等各年均給予成長率並已納入基期，仍應持續推動與監測，並請於 100 年 6 月底前提送完整之成效評估報告。
	醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用	0.282%	將原列專款項目之論量計酬費用移至一般服務項下。
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	-0.009%	
一般服務成長率		0.541%	

專款項目(全年計畫經費)		
牙醫特殊服務	423.0	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。
醫療資源缺乏地區改善方案	229.2	1.辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。 2.至少新增 10 處社區巡迴醫療站，並擴大辦理巡迴醫療服務，除提供學童口腔照護外，應增加當地民眾之使用率。
牙周病統合照護計畫	384.3	1.為能確實執行牙周病照護，本項計畫由一般服務移至專款項目。 2.照護人數至少 56,800 人。 3.應持續監控病人自費情形。
專款金額	1,036.5	
總成長率^(註) (一般服務+專款)	1.607%	
較 99 年度協定總額成長率	1.783%	

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 2 100 年度中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)	協定事項
一般服務			
醫療服務成本及人口因素成長率		1.893%	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
投保人口年增率		0.336%	
人口結構改變率		0.579%	
醫療服務成本指數改變率		0.973%	
協商因素成長率		0.589%	
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.050%	1.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 99 年 11 月底前完成相關程序，並於 100 年 6 月底前提送執行成果報告。 2.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。 3.請中央健康保險局會同中醫門診總額受託單位，於 100 年 6 月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值檢討修訂，並應增加結果面指標及改善民眾自費情形。
支付項目的改變	調整開有內服藥之針傷科治療處置費	0.257%	將原列專款項目之論量計酬費用移至一般服務項下。
	醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用	0.337%	
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	-0.055%	
一般服務成長率		2.482%	

專款項目(全年計畫經費)		
醫療資源缺乏地區改善方案	74.4	1.辦理無中醫鄉巡迴醫療服務計畫與執業計畫，及鼓勵偏遠地區中醫師長期進駐之診察費加成。 2.鼓勵偏遠地區中醫長期進駐之診察費加成方式，屬新增項目，為審慎使用資源，其方案內容應嚴訂符合偏遠地區之條件及建立成效評估指標。原則試辦一年，視執行成效，檢討是否續辦。
腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫	45.0	1.限由設有中醫門診之醫院申請，經中醫門診總額受託單位審查，送中央健康保險局審核通過後實施。 2.請提出執行成果及療效評估報告，包括歷年醫療利用情形，及計畫未來改進方向。
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	10.0	
小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫	20.0	請提出執行成果及療效評估報告，包括歷年醫療利用情形，及計畫未來改進方向。
小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫	10.0	
腦血管疾病後遺症門診照護計畫	90.0	1.應限定執行院所，執行期間以治療黃金期為限。 2.應建立療效評估指標(含健康及品質改善指標)，並提送成效評估報告。
專款金額	249.4	
總成長率^(註) (一般服務+專款)	2.370%	
較 99 年度協定總額成長率	2.551%	

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 3 100 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)	協 定 事 項
一般服務			
醫療服務成本及人口因素成長率		0.455%	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
投保人口年增率		0.336%	
人口結構改變率		0.886%	
醫療服務成本指數改變率		-0.767%	
協商因素成長率		0.742%	
醫療品質及 保險對象健康 狀況的改變	品質保證保留款	0.050%	1.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99年12月底前完成相關程序。 2.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質。 3.請中央健康保險局會同西醫基層總額受託單位，於100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)	0.113%	預定新增5項跨表項目應於99年12月底前完成相關程序(含適應症之訂定)，若未能於年度開始時實施，則扣減本項成長率。
	開放5項跨表項目及調整山地離島地區門診藥事服務費	0.021%	
	提升急診照護品質	0.002%	
	調整嬰幼兒處置支付點數	0.000%	
	提升兒童復健照護品質	0.041%	
	調整小兒專科4歲兒童門診診察費	0.111%	
其他醫療服務及密度的改變	因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響(含慢性病照護之增進)	0.445%	應積極配合推動及執行醫療給付改善方案、慢性B型及C型肝炎治療計畫及慢性腎臟病照護計畫，若執行不佳則列入檢討。
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	-0.041%	
一般服務成長率(%)		1.197%	

專款項目(全年計畫經費)		
慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫	157	1.不足部分，由一般服務支應。 2.本計畫自 93 年試辦迄今，已實施 7 年，應提出完整之成效評估報告(含藥物療效及延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。
家庭醫師整合性照護制度計畫	1,115	應對各家醫群進行評比，落實退場機制。
醫療資源缺乏地區改善方案	100	
醫療給付改善方案	300	1.應訂定各方案照護率之目標值，並增加相關誘因及檢討運作機制，以提高收案數與照護率。 2.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	1.對於門診就醫次數過高者，以個案管理方式，提供整合性醫療服務。 2.應排除已參與家庭醫師整合性照護制度計畫及醫療給付改善方案之個案。 3.應訂定成效指標，並依達成情形支付費用。
專款金額	1,872	
(一般服務+專款)成長率	1.501%	
較 99 年(一般服務+專款)成長率	1.679%	
門診透析服務成長率	3.367%	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 0%。 2.Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教併入其他預算項下之「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」執行。 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。
總成長率^(註) (一般服務+專款+門診透析)	1.716%	
較 99 年度協定總額成長率	1.874%	

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 4 100 年度醫院醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 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		2.053%	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
投保人口年增率		0.336%	
人口結構改變率		2.064%	
醫療服務成本指數改變率		-0.353%	
協商因素成長率		1.118%	
醫療品質 及保險對 象健康狀 態的改變	品質保證保留款	0.050%	1.依醫院總額品質保證保留款實 施方案支付。該方案請於 99 年 12 月底前完成相關程序。 2.金額應全數用於鼓勵提升醫療 品質。 3.請中央健康保險局會同醫院總 額受託單位，於 100 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 改善民眾自費情形。
支付項目的 改變	新醫療科技(包括藥 品、特材、新增項目等)	0.309%	新增支付標準項目成長率 0.100%(約 3 億元)，由中央健康 保險局訂定相關項目之額度與開 放時程，若未於時程內導入，則 扣減該額度。
	配合新制醫院評鑑	0.075%	配合衛生署新制醫院評鑑政策， 對評鑑結果符合條件之地區醫 院，其住院病房費與護理費比照 地區教學醫院之支付點數。
	99 年推動 DRGs 所需費 用之調整	0.100%	1.已配合第一階段導入，併 99 年 醫院總額一般服務費用結算，爰 100 年於一般服務計列成長率。 2.99 年鼓勵第一階段 155 項 DRGs 導入之誘因，若因故停止 執行，則須扣減成長率。 3.請中央健康保險局於有完整一 年 DRGs 申報資料後，至本會 進行 DRGs 制度及實施結果之 專題報告。
	推動安寧共照醫療服務	0.012%	
	提升兒童復健照護品質	0.065%	
	基本診療項目調整	0.491%	優先考量外科、婦產科及小兒科 診察費之調整，其調整項目及幅 度，由中央健康保險局會同醫院 總額相關團體議定後，依相關程 序辦理，並送費協會備查。
	其他醫療服 務及密集度 的改變	配合國健局辦理預防保 健項目，部分之確診可能 對醫療費用造成影響。	0.043%
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	-0.027%	

項 目	成長率(%)或金額(百萬元)	協 定 事 項
一般服務成長率	3.171%	
專款項目(全年計畫經費)		
慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫	1,282.0	1.不足部分由一般服務支應。 2.本計畫自 93 年試辦迄今，已實施 7 年，應提出完整之成效評估報告(含藥物療效及延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	2,881.7	不足部分由其他預算支應。
罕見疾病、血友病藥費	4,782.0	不足部分由其他預算支應。
醫療給付改善方案	487.3	1.應訂定各方案照護率之目標值，並增加相關誘因及檢討運作機制，以提高收案數與照護率。 2.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。
提升住院護理照護品質	1,000.0	應檢討修訂方案，及研議更多適用之住院護理品質指標。
100 年繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵	300.0	依第二階段實際導入實施之季別，併醫院總額一般服務費用結算。
醫院支援西醫基層醫療資源缺乏地區之方案	50.0	配合支援西醫基層醫療資源缺乏地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。
專款金額	10,783.0	
(一般服務+專款)成長率	3.319%	
較 99 年(一般服務+專款)成長率	3.496%	
門診透析服務成長率	-2.102%	1.與西醫基層部門同項服務合併運作，兩部門合計費用成長率 0%。 2.Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教併入其他預算項下之「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」執行。 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。
總成長率^(註) (一般服務+專款+門診透析)	3.007%	
較 99 年度協定總額成長率	3.173%	

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 5 100 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 100 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。
非屬各部門總額支付制度範圍之服務	3,703	534	1.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。 2.調整精神復健機構(住宿型機構)全日復健治療之支付標準。
支應罕病及血友病藥費、器官移植專款不足之經費	200	0	
健保 IC 卡登錄及上傳資料品質提升計畫	0	-388.3	雖自 100 年度起不再編列本項費用，惟請中央健康保險局及各總額部門仍應依相關規定，持續提升健保 IC 卡登錄及上傳資料之品質。
推動促進醫療體系整合計畫	800	0	1.本項依衛生署政策方向執行。 2.請於 100 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。
其他預期政策改變所需經費	500	0	1.新增醫藥分業地區所增加之費用。 2.若須動支本項經費以因應其他政策，應報經衛生署核可。
增進偏遠地區醫療服務品質計畫	200	0	1.本項應與衛生署相關計畫相互整合，俾資源運用達最大效益。 2.計畫執行方案須於 99 年 12 月底前完成相關程序，並於 100 年 6 月底前提送初步執行結果。
全民健保高診次民眾就醫行為改善方案--藥師居家照護	36	26.76	本項以輔導 4,300 人為目標，並於 100 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	404	本項計畫執行方案須於 99 年 12 月底前完成相關程序，並於 100 年 6 月底前提送初步執行結果。
總計	6,446.9	576.46	

註：採支出目標制，由中央健康保險局管控。

附件二

100 年度各部門總額協定事項之相關計畫與須辦事宜完成時程表

部門	工作項目	權責單位	完成時限
牙醫門診總額	依法定程序辦理相關事宜，並送會備查 1. 牙周病統合照護計畫 2. 牙醫特殊服務實施方案 3. 醫療資源缺乏地區改善方案 4. 品質保證保留款實施方案	中央健康保險局 牙醫門診總額受託單位	99 年 11 月底前
	5. 新增複雜型顱顎障礙症治療及追蹤		99 年 12 月底前
	提報執行情形(初步結果/成果/成效評估) 1. 新增複雜型顱顎障礙症治療及追蹤 2. 加強提升初診照護品質計畫 3. 牙周病統合照護計畫 4. 牙醫特殊服務實施方案 5. 醫療資源缺乏地區改善方案 6. 品質保證保留款實施方案		100 年 6 月底前
	檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值，並應建立民眾自費監控機制，及改善假日休診造成民眾就醫不便情形		
中醫門診總額	依法定程序辦理相關事宜，並送會備查 1. 四項延續性醫療照護試辦計畫 2. 腦血管疾病後遺症門診照護計畫 3. 醫療資源缺乏地區改善方案 4. 品質保證保留款實施方案	中央健康保險局 中醫門診總額受託單位	99 年 11 月底前
	5. 調整開有內服藥之針傷科治療處置費		99 年 12 月底前
	提報執行情形(初步結果/成果/成效評估) 1. 調整開有內服藥之針傷科治療處置費 2. 四項延續性醫療照護試辦計畫 3. 腦血管疾病後遺症門診照護計畫 4. 醫療資源缺乏地區改善方案 5. 品質保證保留款實施方案		100 年 6 月底前
	檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值，並應增加結果面指標及改善民眾自費情形		

部門	工作項目	權責單位	完成時限
西醫基層總額	依法定程序辦理相關事宜，送會備查 1.慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫 2.家庭醫師整合性照護制度計畫 3.醫療給付改善方案 4.醫療資源缺乏地區改善方案	中央健康保險局 西醫基層總額受託單位	99 年 11 月底前
	5.新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目) 6.支付標準調整 (1)開放 5 項跨表項目 (2)調整山地離島地區門診藥事服務費 (3)提升急診照護品質 (4)調整嬰幼兒處置支付點數 (5)提升兒童復健照護品質 (6)調整小兒專科 4 歲兒童門診診察費 7.診所以病人為中心整合照護計畫 8.品質保證保留款實施方案		99 年 12 月底前
	提報執行情形(初步結果/成果/成效評估) 1.新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目) 2.支付標準調整 (1)開放 5 項跨表項目 (2)調整山地離島地區門診藥事服務費 (3)提升急診照護品質 (4)調整嬰幼兒處置支付點數 (5)提升兒童復健照護品質 (6)調整小兒專科 4 歲兒童門診診察費 3.慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫 4.家庭醫師整合性照護制度計畫 5.醫療資源缺乏地區改善方案 6.醫療給付改善方案 7.診所以病人為中心整合照護計畫		100 年 6 月底前
	檢討增修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		

部門	工作項目	權責單位	完成時限
	依法定程序辦理相關事宜，送會備查 1.慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫 2.提升住院護理照護品質計畫 3.醫療給付改善方案 4.醫院支援西醫基層醫療資源缺乏地區方案	中央健康保險局	99 年 11 月底前
	5.新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目) 6.配合新制醫院評鑑調整相關支付點數 7.推動安寧共照醫療服務 8.提升兒童復健照護品質 9.基本診療項目調整 10.品質保證保留款實施方案		99 年 12 月底前
醫院總額	提報執行情形(初步結果/成果/成效評估) 1.新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目) 2.配合新制醫院評鑑調整相關支付點數 3.推動安寧共照醫療服務 4.提升兒童復健照護品質 5.基本診療項目調整 6.推動 DRGs 支付方案 7.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 8.罕見疾病、血友病藥費 9.慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫 10.提升住院護理照護品質 11.醫療給付改善方案 12.醫院支援西醫基層醫療資源缺乏地區之方案	中央健康保險局	100 年 6 月底前
	檢討增修醫療服務品質指標項目及監測值，並改善民眾自費情形		

部門	工作項目	權責單位	完成時限
跨 部 門	依法定程序辦理相關事宜，送會備查 1.修訂精神復健機構(住宿型機構)全日之復健治療支付點數 2.山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 3.推動促進醫療體系整合計畫 4.增進偏遠地區醫療服務品質計畫 5.全民健保高診次民眾就醫行為改善方案--藥師居家照護 6.慢性腎臟病照護及病人衛教計畫	中央健康保險局	99年12月底前
	提報執行情形(初步結果) 1.山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 2.推動促進醫療體系整合計畫 3.增進偏遠地區醫療服務品質計畫 4.全民健保高診次民眾就醫行為改善方案--藥師居家照護計畫 5.慢性腎臟病照護及病人衛教計畫		100年6月底前
	檢討增修門診透析服務醫療服務品質指標項目及監測值		

本會第 164 次委員會議
與會人員發言摘要

壹、報告事項第二案「本會上(第 163)次委員會議決議事項辦理情形及重要業務報告」與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

請林執行秘書宜靜報告。

林執行秘書宜靜

- 一、請參看議程資料第 18 頁，上次委員會議決議(定)事項需追蹤事項共 2 項，其中安排健保局新任戴局長桂英進行施政報告乙案，已列入本次會議報告事項第 3 案，爰建議結案；另請健保局於 12 月份委員會議進行「門診透析服務支付標準之合理性探討及醫療院所管理情形」專題報告，健保局同意配合辦理，建議於 12 月份報告後結案，本項繼續追蹤。
- 二、衛生署於最近 2 個月，密集於北、中、南地區舉行 12 場二代健保修法草案較具爭議性議題之座談會，包括：差額負擔、藥價問題、保費新制及費基內涵等，並邀請監理及費協兩會委員參加。衛生署對此非常重視，相關說明會之與會人員發言均將製成會議紀錄，並作為 12 月份立法院審議修法條文時之重要參考資料，歡迎委員踴躍參加。
- 三、台灣腎臟醫學會於本會 9 月協商後，來函認為 100 年度門診透析服務費用零成長，將對醫療服務產生很大影響，其訴求如下：
 - (一)中醫、牙醫、西醫基層及醫院各部門總額，皆有非協商因素成長率，惟透析服務無非協商因素成長率，並不公平。
 - (二)99 年第 2 季門診透析點值已降至 0.86，為各部門總額最低，不利重大傷病透析病患之治療。
 - (三)腎臟醫學界配合政府政策，對腎臟病防治之推動不遺餘力，例如：近幾年推動 pre-ESRD 之成效良好，腎臟醫學會努力達成各界期望，惟欲達透析人數零成長之目標，並非一蹴可及，故希望對透析服務預算之成長，仍能予以支持。
- 四、100 年度總額協商後各界反應不同意見，依委員會共識之協商

原則，年度總額成長率經協定後，不能再以任何理由或方式變動，惟門診透析服務費用零成長之情況，確實較為特殊。於此請問委員對腎臟醫學會之陳情訴求，是否願意提請復議。幕僚立場僅是將各界之申訴向委員說明。

五、衛生署及健保局近期公布之相關資料如附錄一至七，請參考。

楊主任委員銘欽

謝謝。請問委員對此有無詢問？

謝榮譽理事長文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、腎臟醫學會所提質疑洗腎人數成長 $>5\%$ ，明年度費用卻無成長，不符合公平正義，也不無道理，因為引進醫療材料至台灣的代理商需要賺取利潤，醫療院所的經營也需有利潤，如一直壓低點值，將會壓縮醫療院所經營空間，最後導致洗腎服務全由代理商控制。目前代理商家數不多，雖不知其實際利潤，但市場價格在伯仲之間。俗話說：賠錢生意沒人做，所以應還能承受，而代理商因上市櫃股價還有操作的空間和利益，例如：杏昌、佳醫等上櫃、上市公司，每股股價都挺近百元以上，因此即使洗腎上無實際利潤空間，代理商也還有其他可操作的利益可以期待。
- 二、若政策希望透析服務仍由醫療院所承做，在點值一直下降的情況下，衛生署應盡力管控藥品、材料代理商提供給醫療院所的成本，否則將迫使醫療院所無法運作。若腎臟醫學會站出來，向社會大眾宣布其明年成長率為零，我們說得過去嗎？
- 三、為何台灣洗腎病人如此多？地下電台猖獗，販賣不明藥品，是根本問題，衛生署應教育民眾改變買藥、吃藥習慣，以降低新進入洗腎人數。若洗腎人口繼續成長，且其年紀也越來越大，醫療費用一定逐年增加，目前透析醫療服務採包裹式支付費用，所以如果費用不增加，醫院只能從降低成本著手，包括拱手讓代理商來做。
- 四、我覺得應整體考量洗腎問題，贊成將上述所提意見變成復議提

案，大家深入討論，從根本解決問題，包括：管控民眾藥物使用、加強慢性病治療(如糖尿病、高血壓後續可能引發洗腎問題)等。

陳委員錦煌

- 一、剛才謝榮譽理事長文輝所提與我意見差不多，但有關來函資料，本人前對此議題已覺反感，相關單位還來要錢。
- 二、杏昌、佳醫集團好像是賣儀器設備及負責洗腎外包業務的。本人聽說，每次透析，健保支付點數是 4,017 點，乘上點值，以前約可申請 3,800 元，現在大概是 3,500 元，但這些外包公司，每人每次洗腎可抽成 600 元，全國洗腎人口約 62,000 人，每人一年約洗 156 次，算下來費用不少。
- 三、此外屬醫德問題，民眾不一定需一直洗腎，若醫德夠，應該讓病人不需每週洗 3 次，太過頻繁對出國、做生意、工作的人，都將帶來不便。醫界應有倫理道德，不要只為了賺錢，醫界請注意聽，這是我心裡的話。所以勿再要求成長率，不可能再提高，其實我還想降低。
- 四、已請健保局於 12 月份進行門診透析專題報告，希望可以讓大家瞭解現況。
- 五、日後腎臟醫學會除學術議題，例如蒞會報告現行腎臟醫療技術的進步，讓洗腎可從每週 3 次減為 2 次等外，其餘事項均須經委員會同意，如果是來要錢，不滿意從 3,800 元降至 3,500 元，或者要增加洗腎次數，則不同意。以上雖為外行話，但請大家聽進去。

謝委員天仁

- 一、腎臟醫學會來函所提非協商因素部分，非費協會所能決定，而屬醫院或西醫基層部門總額內之預算切割，是否要將非協商因素成長融入透析小總額中，是自家帳要算清楚，不是提到費協會處理。
- 二、9 月協商時，健保局的建議方案即為零成長，該局的資訊相對

應最合理、可靠，如果有問題，健保局也應說明，若健保局都沒說話，大家就會認為專業上應該沒有問題。這部分我覺得應該檢討各項因素，帳要算清楚，不要算到費協會這邊來。

陳委員錦煌

我剛才忘記提到，希望可以提供全國洗腎之醫院、診所資料。

楊主任委員銘欽

戴局長桂英點頭表示可以。

蘇委員清泉

- 一、醫療提供者與付費者代表基本在立場上是對立的，所以付費者代表希望將費用壓低，也可理解，是替百姓把關，理由很充分。所提醫界無道德、倫理等，醫界也可接受，因為真的會抓到一些不三不四的醫師，但要向大家報告，不能因為一、二位壞醫師，就認為全部的醫師都壞，正如不能因為一、二位檢察官被收押，就認定司法界都壞，也有律師收賄被抓去關、判刑，但能說所有律師都壞嗎？這點無法接受，大家要互相尊重，剛才付費者所提理由，我都聽進去。
- 二、向付費者代表報告，我並非腎臟科醫師，是心臟外科。腎臟病人不論進行換腎、腹膜透析、血液透析，只要進入腎臟病末期，國家都要付出很大代價。換腎後病人的照顧、服用抗排斥藥、每個月抽檢抗排斥藥濃度追蹤等，一年約需 40 萬元；血液透析病人一年 40~50 萬元；腹膜透析更貴，一個月要花 5 萬多元。現在外傳腹膜透析藥水一包 300 多元，是因國外廠商與健保局關係很好，所以核價較高，這件事經向健保局報告，健保局嚇得要命，怕不實傳言會傷害該局名譽。
- 三、其實最應該做的是預防腎病前期病人(CKD、pre-ESRD)，約 5~6 萬人進入洗腎。為何台灣洗腎病人多？因為照顧得太好，死亡率比英國還低，病人當然越來越多，所以換個角度，應該是台灣醫師盡心盡力將病人照顧得好。加拿大不幫 75 歲以上病人

洗腎，因評估社會成本付不起。但台灣全民健保包山包海，我擔心健保支付價格一直降低，到最後醫院、診所都不洗腎，全部由外包公司承包，都是些上櫃、上市公司，這樣好嗎？醫師變成受僱、當人頭，如此好嗎？聽說外商都在喝紅酒，我們卻拼得流鼻血，如此好嗎？

四、地下電台的問題，因我曾參與選舉，很清楚。屏東種蓮霧的農民，他們的收音機是電台送的，只能聽 4 個頻道，可做 3 件事：點歌、罵政府及賣藥。賣藥最嚴重的地區是屏東、高雄、嘉義、台南等地。雲林縣一年地下電台賣藥，非正式統計約 21 億元，屏東縣約 20 億元。我親眼看見，地下電台所有東西都上貨車，到處開，天線一架就開始播，涵蓋範圍達 7 公里遠。大家應從不同面向來看待洗腎問題，光砍價格沒有用。

楊主任委員銘欽

- 一、本案處理方式是：若有委員提出復議，經徵詢有無委員同意連署，成為復議提案；若無提請復議，則維持原決議，100 年度門診透析零成長，送署核定。
- 二、剛才謝榮譽理事長文輝提到要復議，但所提議案涵蓋層面較廣，不僅針對成長率，包括導致末期腎臟疾病之病因防治及照顧情形等都納入，請問謝榮譽理事長文輝是否要針對本案提請復議？抑或另外提案？

謝榮譽理事長文輝(謝委員武吉代理人)

我認為洗腎費用占健保資源很多，是很嚴重的問題。費協會委員為各界代表，應以更高更遠的視野討論。不過，腎臟醫學會已提出觀點，希望衛生署、健保局及費協會能以此為起點，延續成為重要議題，深入探討。

楊主任委員銘欽

本案其實很單純，即是否要重新討論 100 年度門診透析服務成長率，若要，就請委員提請復議並連署。剛剛多位委員發言，已了解

彼此立場。至謝榮譽理事長文輝所提議題，則需另外討論。

謝榮譽理事長文輝(謝委員武吉代理人)

送署裁決。

蔡委員登順

9月協商結果係經大家集思廣益所做之決定，不要輕易更改，否則對往後協商將造成更大困擾，致各部門總額於協商後，如果不滿意均可要求重新提案再議，則問題更擴大，不符合本會體制。況且，健保局將於12月份進行門診透析專題報告，屆時委員可據以評斷。個人建議為建立本會公信力，不宜變動成長率。

楊主任委員銘欽

謝謝。大家都贊成本案不再討論。本報告案若無進一步詢問則洽悉。

貳、報告事項第三案「『100 年度各部門醫療給付費用總額協定分配相關事項』報告」與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

本案同仁宣讀後，請各部門總額代表確認內容是否恰當。宣讀前，請林執行秘書宜靜說明有無需特別注意之處。

林執行秘書宜靜

上(第 163)次委員會議因時間較匆促，僅確認各總額之成長率，本次主要請委員、各部門及健保局協助確認 100 年度總額協定分配相關事項。另，議程資料第 21 頁說明三，對協定承諾事項所安排之完成時程表(請參閱議程資料第 40~43 頁之附件二)，亦請各總額部門及健保局確認是否適當。

楊主任委員銘欽

謝謝。請宣讀。

宣讀牙醫門診總額分配相關事項(略)

楊主任委員銘欽

請問蘇委員鴻輝，對文字內容有無修正？時程是否恰當？

蘇委員鴻輝

目前看來，大致都可接受。

楊主任委員銘欽

謝謝。關於議程資料第 23 頁，連續性計畫應在 99 年 11 月底前完成，並於 100 年 6 月前提報成效及成果評估報告，有無問題。

蔡組長淑鈴

延續型或品質保證保留款計畫都需於 11 月底前完成，由於相關計畫數很多，多數計畫之修正或新增，均需與相關專家與團體協商，健保局雖已安排將召開各部門總額支付委員會議，但不一定能如期達成協議，本項要求可能會約束到部分不能如期完成修正或新增的計畫，建議完成時程保留彈性，若屆時無法完成，可向費協會提報預

定完成時程。

楊主任委員銘欽

- 一、循往例辦理，仍載明 11 月底前完成，如此可清楚這段時間應做之相關事項，但加列整體性原則：若有特殊情形，無法依限完成，提經委員會議同意後，得予延長。
- 二、請宣讀中醫部門。

宣讀中醫門診總額分配相關事項(略)

楊主任委員銘欽

請問林委員永農有無需修正，若無，請問委員有無意見？

陳委員錦煌

「調整開有內服藥之針傷科治療處置費」成長率 0.257%，金額約 5,000 多萬元，請問無中醫師執照卻執行推拿處置之傷科助理，係為這 5,000 萬元而在抗爭嗎？

楊主任委員銘欽

金額指增加部分。

陳委員錦煌

一年到底多少？健保局應該知道。

黃副局長三桂

傷科治療處置費一年約 18 億。

陳委員錦煌

- 一、難怪要抗爭，我以為僅 5,000 萬而已。
- 二、傷科治療需成長 5,000 萬？無中醫師執照而執行推拿，健保已規定不給付，為何又列成長率？衛生署規定不給付，但健保局支付的有多少？醫療院所申請多少？可否請健保局提供資料。

楊主任委員銘欽

陳委員錦煌發言有 2 個重點，其一為今年 3 月份時的提案。

陳委員錦煌

報告主委，我是於3月份提案，但健保局或衛生署在更早前就規定，無中醫師執照執行推拿處置者，健保不給付。因屬醫療浪費事宜，付費者代表需要瞭解。

楊主任委員銘欽

請林委員永農說明錢用於何處。

林委員永農

向陳委員錦煌報告，增加的5,000萬元與傷科無照助理人員執行推拿醫療行為不同，而是在本次協商時，曾向付費者代表說明過，如病人進行針傷科治療，若未開內服藥，健保支付處置費為200點；而有開藥的針傷科處置，反而僅支付100點。以96年資料顯示，損失達1億5千萬元，97年協商才開始給予7,500萬成長，尚不足7,500萬，故本次協商提出應補給中醫部門7,500萬。協商時謝委員天仁提出由中醫部門自行吸收3,800萬，我退而求其次要求5,000萬，此部分屬針灸、傷科處置費用，與未有執照執行傷科推拿不同。

陳委員錦煌

非常抱歉，當初是我同意給5,000萬，是因為針傷並開藥，處置費卻只支付100點。

楊主任委員銘欽

是那項費用沒錯。

陳委員錦煌

外行人問錯，較不會被笑。對林委員永農表示抱歉，因誤想成之前傷科已規定無執照執行者不給付，為何又可成長0.257%，將近5,000萬，所以才提出關心。

楊主任委員銘欽

謝謝陳委員錦煌釐清，大家更清楚是何項費用。若無進一步討論，中醫部門就此確定。請宣讀西醫基層部門部分。

宣讀西醫基層總額分配相關事項(略)

楊主任委員銘欽

請問陳委員宗獻及蔣副秘書長世中對此內容有無修正意見？若無，請問其他委員有無意見(未有委員表示)，如果都沒有，西醫基層部門就此確定。請宣讀醫院部門。

宣讀醫院總額分配相關事項(略)

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。請問醫院部門代表對此內容有無修正意見？

謝榮譽理事長文輝(謝委員武吉代理人)

目前 DRG 尚在討論，細節部分有進展，健保局所提實務之困難應可解決，故關於 DRG 部分並無問題。

楊主任委員銘欽

謝謝。其他委員對醫院部門有無修正意見或詢問？

陳委員錦煌

個人有感於外、婦、兒科 3 科較無生意，尤其診所，不是替他們講話，但聽說現在婦產科診所會改看老人、內科，實在可憐，本來台大畢業的專科醫師，卻沒病人看。現在沒人要生小孩，連學校都快倒閉，我一個姪子要轉到別校，還被詳細詢問，因為若減班，老師就沒工作；兒科也是，沒有小孩當然生意不好。所以請健保局考量給予外、婦、兒科鼓勵。

楊主任委員銘欽

謝謝。我想健保局會持續注意此事。

蔣副秘書長世中(李委員明濱代理人)

一、呼應陳委員錦煌所提，謝謝對內、外、婦、兒四大科的關心。這些科別確實面臨困境，願意從事這些科別的醫師少，原因除了需值班較多、醫學訓練過程較重、醫療工作負擔過大外，還因需較常面臨醫療糾紛，醫師相對承擔的責任重大。

- 二、建議除在醫療支付方面給予鼓勵外，最重要的是衛生署在政策上應有配套措施，才能根本解決科別失衡問題。目前我在小兒科看診，7個兒童中即有1個是外籍之子。將來我們兒童看小兒科，甚至婦女至婦產科，可能會面臨需給外籍醫師看診的情況發生。
- 三、德國出生率與台灣差不多，生育率大約1.03，幾年前就認定人口政策為國家重要施政項目，不生孩子已經發生嚴重影響了國家的競爭力，擔心進而造成滅種等失衡情況，希望政府政策能早日導入相關支付標準或專案鼓勵措施。

楊主任委員銘欽

醫院部門就此確定。請宣讀其他預算。

宣讀其他預算分配相關事項(略)

楊主任委員銘欽

請問健保局有無修正意見？

戴局長桂英

確認。

楊主任委員銘欽

請問連委員瑞猛有無修正意見？若無，本案確定。

陳委員宗獻

請參看議程資料第29頁(五)推動促進醫療體系整合計畫，是否已執行滿一年？記得健保局之前報告有列出計畫期程，初期係希望同院所內部科別整合，未來逐漸推展至院際間之垂直整合，明年度內容是否改變？建議應朝垂直整合方向前進，才能達到醫療整合目的。

楊主任委員銘欽

請參看議程資料第39頁，推動促進醫療體系整合計畫係健保局提出之方案，協商時即說明會朝垂直整合之方向邁進，若陳委員宗獻希望納入文字，可否請健保局建議如何修正。

陳委員宗獻

僅記載「本項依衛生署政策方向執行」，較模糊，到底需幾年達成醫療體系整合，達到全人照護或論人計酬，我認為本項協定事項內容應註明清楚。

戴局長桂英

下一個健保局的報告內容第 34 張投影片，已寫入本項未來工作方向，有提及持續推動門診整合計畫，及推動論人計酬、垂直整合試辦計畫，方向也是朝向垂直整合。

林執行秘書宜靜

戴局長桂英所提，係今日健保局新任局長施政報告之簡報內容。

楊主任委員銘欽

既然健保局也是朝垂直整合方向前進，陳委員宗獻對文字部分應不需修正。

陳委員宗獻

文字沒問題，但未來討論時，請健保局多方溝通。

楊主任委員銘欽

文字部分不更動，以保持彈性。本案洽悉。接下來請健保局戴局長桂英進行施政報告，本案係因應陳委員錦煌所提，讓大家瞭解健保局未來的方向。

參、報告事項第四案「中央健康保險局新任局長之施政報告」與會人員發言摘要

戴局長桂英報告全民健保的現況與展望(略)。

楊主任委員銘欽

報告內容相當豐富、詳細，但由於時間有限，本案建議討論 5 分鐘。

陳委員錦煌

健保財務總收入 3,000 多億元，醫療給付 4,000 多億元，是否已納入政府欠費部分？

戴局長桂英

此為應收保費，係假設政府未欠費的情形估算。

陳委員錦煌

所以台北市政府欠費 370 多億、高雄市 190 多億，及台北縣 70 多億都已納入計算，另雲林縣有無欠款？記得之前好像欠繳 3 億？

戴局長桂英

現地方政府因財務劃分方式改變，雲林縣部分已解決。

陳委員錦煌

- 一、再請問局長，二代健保後農民、漁民或工人，如何繳納保費？向職業工會投保屬無固定雇主者，現行制度以投保薪資計算，例如本人屬第二類保險對象，年資較久，所以薪資申報 43,900 元，健保局據此計算應收保費。以前農會、漁會或工會幫忙負擔 7 成保費，擔心二代健保修法後，要變成自己繳全額保費。
- 二、剛才局長報告二代健保時很有自信，但我聽說立法院不會通過二代健保修法案，五都選舉後會變卦。講良心話，全民健保照顧 2,300 萬人，真的很便宜，若真要實施二代健保，衛生署一定要規劃相關配套措施，目前規劃方案將會瓦解工會組織，造成社會大亂，工會會抗議。以後工會無健保補助之行政處理費用 25 元，將何去何從，需考量社會成本，別讓工會群起抗爭。

三、健保局希望二代健保修法案趕快通過，不過據瞭解立法院版本費率是 2.3%，衛生署提 2.7%。剛局長報告說可能會通過，不能說一定會通過。請局長回應未來工會要如何收繳保費？以何為依據？

戴局長桂英

- 一、二代健保修法案雖然立法院朝野立委有共識，預定於 12 月初立法院院會討論，但法案要通過還有相當難度，因為立委會依社會脈動處理，瞭解陳委員錦煌的提醒，但健保局為執行單位，因為法案可能通過，所以須預做準備，剛才委員所提問題，皆有待解決。
- 二、有關工會收取保費問題，二代健保的原始設計是不管所得多少，都需繳保費，即每人下限金額，若此方案通過，則較可能由工會幫忙收取每人下限保費。但之前討論過程中，每人保費下限的方案，似乎尚未完全認同，故仍有許多變數。因此，即使現在很想答復陳委員錦煌意見，但有難度，因尚不知法案通過之版本，會如何設計收取保費，陳委員錦煌的提醒，雖然難度非常高，但為使制度更合理，健保局會全力以赴。

陳委員錦煌

二代健保以後採家戶總所得收費，全國 4,000 多個工會，到時候很多人會沒工作，問題很大，行政院應注意，不能隨便處理。以後工會是否還會收到健保局的行政補助費用？現在便利商店很方便，民眾為何要至工會繳錢！別以為勞工朋友現在很安靜地在看戲，需考慮是否為風雨前的寧靜。昨天開會聽說，若二代健保法通過，一個工會要出 20 台車抗爭，行政部門要未雨綢繆。

楊主任委員銘欽

請戴局長桂英簡要回應。

戴局長桂英

若依行政院版設計，每人仍有最低下限，則較可能由工會繼續代收保費。

陳委員錦煌

你聽不懂我的意思，以後沒有投保單位，怎麼收？

戴局長桂英

可於施行細則設計如何請工會代收。

陳委員錦煌

如何代收？以家戶總所得收取保費，與會員的計費方式不同。

戴局長桂英

總所得是於次年結算，例如：102 年開辦後，有所得者就源扣繳，無所得且應繳下限者，則可由代收單位先代收，健保局於次年 5 月拿到稅收資料後，再沖抵先前已繳費用，不過這也僅為構想之一。

陳委員錦煌

工會是比照勞保薪資收取保費，無雇主者，沒有固定所得，勞保薪資如何訂？如何得知家戶總所得？又如何認定繳交保費的級數？係以基本數或依現行投保金額，需說明清楚。

戴局長桂英

由於每人下限之設計大家仍覺得有疑義，故現有另一種聲音出現，即以現有社會保險的投保金額設算，如工會會員現有勞保，若投保金額為 34,000 元，即以此計算所得，因結合現行社會保險，較有可能請工會為代收單位，但因為立法過程還有變數，現所舉的例子都不算數，等法案通過後，健保局會依通過之條文再模擬規劃作業方式。

陳委員錦煌

- 一、很困難對吧！剛好有此機會，我當委員，你當局長，大家一起探討，再回去收集相關資料。
- 二、以家戶總所得計費，若認定太低，例如年資較久者，現以 43,900 元加保，但以後若家戶總所得算出每月實際所得僅 21,000 元，差距很大，會影響日後勞保退休金的計算。請局長注意此確實會發生的情況。

楊主任委員銘欽

謝謝委員提出非常實際的狀況，對健保局而言，若未先考慮，執行會出問題。接下來請蘇委員清泉發言，請盡量簡短。

蘇委員清泉

我在醫界不只會醫病，對社會公共議題也非常關心。陳委員錦煌所關心的問題很簡單，一句話，就是政府負擔太少，政府負擔部分由33%降至26%，雇主負擔35%，剩下的就要民眾出錢。政府在公共建設花費太多，交通部一年發包工程約6,000多億、經濟部水利署花錢做堤防，塌了再做、做了再塌，每年都花錢，如將之節省下來就夠了。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝大家關心，剛才局長提到一句很重要的話，即二代健保法尚在討論中，大家的意見都很好，在此提醒委員參看議程資料第19頁，衛生署將召開多場二代健保溝通說明會，大家所提意見，在說明會時提出，會有更多人聽到，集合更多人智慧，可得到更圓滿的解決方式。本報告討論到此，洽悉。
- 二、今日有5個討論提案，接下來報告案為「中醫門診總額一般服務費用分配方式試辦計畫」執行結果，由於已於會前提供資料，請問委員是否同意不進行報告，參看資料即可。
- 三、報告案第6案「醫院與西醫基層財務風險監控情形」，本次也已於會前提供資料，不需進行口頭報告。
- 四、報告案第7案「醫療費用支出情形」，亦不需進行口頭報告。請問委員是否同意各報告案洽悉。
- 五、另桌面有臨時報告案資料，請同仁宣讀。

肆、臨時報告案「中央健康保險局報告『簡表日劑藥費應予檢討並循法定程序處理案』之辦理情形」與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

- 一、本案係陳委員錦煌及付費者代表於今年3月份提議應予調降簡表日劑藥費案，經健保局會同相關總額部門討論後，陳請署長核定，每日藥費自25元降為22元，今日到會報告，請委員予以支持，健保局才能依法定程序進行公告。
- 二、請問對本案有無詢問？若無，謝謝委員對本案的支持與關心，請健保局循法定程序公告。

伍、討論事項第一案「100 年度牙醫門診總額一般服務費用分配案」
與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

蘇理事長鴻輝對本案有無需補充之處。

蘇委員鴻輝

下列三點說明，至於最後兩項，牙醫師公會全聯會將於 11 月份委員會議提出方案：

- 一、品質保證保留款依本會決議自 99 年開始採累計方式計算，全聯會建議將 99 年品質保證保留款與 100 年(0.25%)品保款成長率累計使用，此點與委員會決議相符。
- 二、至於是否比照 99 年自一般服務費用移撥 5,000 萬元用於醫療資源不足且點值低地區獎勵方案，全聯會則尚未達成共識。
- 三、醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用移至一般服務項下部分，因醫缺方案在各區有不同支用情形，預算將如何分配至六區，全聯會將另討論訂定。

楊主任委員銘欽

謝謝蘇委員鴻輝說明。其他委員對本案有無建議？

蔡委員登順

議程資料第 103 頁之表 1，牙醫師人數由 90 年至 98 年成長 2,567 人，與全國人口的成長不成比例，令人擔憂。健保醫療支出如要滿足牙醫師數的成長，將會愈加困難，建議政府應建立牙醫師人數控管機制，若毫無管理，未來對健保費用的上漲，將形成很大壓力，並造成供需失衡。

楊主任委員銘欽

謝謝蔡委員登順就供給面部分提出建言。

蘇委員鴻輝

關於蔡委員登順提出牙醫師數成長的問題，目前牙醫師公會全聯會已與衛生署、教育部討論未來適當之牙醫系學生招生人數。

楊主任委員銘欽

謝謝蘇委員鴻輝說明，大家對牙醫師數成長應予控管，具有相同共識。100 年度牙醫門診總額一般服務費用分配案決議如下：

- 一、預算 100% 依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。
- 二、是否比照 99 年度模式，自一般服務費用移撥一部分金額用以辦理「牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」，以及對「醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用」額度於各區之分配方式，請牙醫門診總額部門研提方案，於下次委員會議討論。
- 三、其他：
 - (一)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。
 - (二)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險局會同牙醫門診總額受託單位議定後，於 99 年 12 月底前送本會備查。

陸、討論事項第二案「100 年度中醫門診總額一般服務費用分配案」
與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

提案之擬辦建議兩方案，方案一較嚴格，即回歸衛生署規劃之分配架構。方案二即以 99 年分配方式繼續試辦。針對議程資料第 111 頁所列幾點建議加強事項，林委員永農有無意見？

林委員永農

- 一、關於中醫門診總額地區預算分配方案，今年開始依健保局建議，費用採事前分配並加入人口占率因素，實施結果，各區點值管控都很合理，加上以前所採行的相關管控措施，醫療利用情形也很穩定。
- 二、昨天下午中醫師公會全聯會特別邀集六區代表討論地區預算分配方式，經整合六區意見，一致決議採行方案二，即繼續以 99 年分配方式續辦。

楊主任委員銘欽

謝謝林委員永農說明對中醫門診總額地區預算之分配，各區已有共識採方案二。其他委員有無詢問？

陳委員錦煌

剛剛黃副局長三桂說明傷科費用目前每年支出約 18 億，請林理事長永農注意，再次強調需具有合格醫事人員資格者進行推拿處置，才同意由健保給付，若是推拿師等，則強烈反對給予費用。可否請中醫師公會全聯會或健保局，提供歷年那幾家醫療院所申請最多費用之資料供委員參考。

楊主任委員銘欽

謝謝陳委員錦煌對本案的關心，健保局一定會依法執行。至於資料部分，請健保局就可提供範圍給予委員個人參考，不於會中另做討論。

林委員永農

建議 100 年度還是以 99 年分配方式繼續試辦，人口占率維持 5%。

楊主任委員銘欽

了解。其他委員有無補充意見？若無，則 100 年度中醫門診總額一般服務費用分配案決議如下：

一、分配方式：

- (一)考量 99 年試辦計畫已將「人口占率」納入分配參數，符合促進各地區民眾就醫公平性之政策目標，且採行「先分配預算，再進行分區管理」模式，亦使醫療利用成長情形得以控制趨於合理，爰同意 100 年度中醫門診總額地區預算分配方式，續以 99 年度模式繼續試辦。至試辦計畫內容由中央健康保險局會同中醫門診總額受託單位擬訂，送請衛生署核定後據以施行。
- (二)應設法提高資源較不足區醫師數及加強民眾之醫療服務。若東區預算繼續獲保障，則應相對提升服務，並設「點值上限」，超出上限值部分，應運用於其他服務計畫，使東區民眾得到實質服務。
- (三)試辦計畫須以不影響民眾就醫權益為原則，爰應持續按季監控民眾就醫公平性與醫療資源分布等指標。

二、其他：

- (一)藥品以每點 1 元核算，自地區預算預先扣除。
- (二)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，請中央健康保險局會同中醫門診總額受託單位議定後，於 99 年 12 月底前送本會備查。

柒、討論事項第三案「100 年度西基層總額一般服務費用分配案」與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

會議開始前，蔣副秘書長世中向本人提到，西醫基層部門將於本(10)月 24 日邀集六區代表討論 100 年度西醫基層總額地區預算分配方式，故今日會議先就原則性交換意見，以供西醫基層內部討論時參考。

陳委員宗獻

- 一、非常感謝費協會幕僚提供相當多且有用的資料。議程資料顯示，各區點值穩定度仍不相同，台北、北區、中區點值較低，但從利用狀況來看，顯然仍有可改善空間。門診平均就醫次數原本較低的分區為台北、北區，現在這幾區反較有成長，整體看來需求面有產生變化，過去的調整公式也是朝此方向進行。
- 二、請參看議程資料第 125 頁表 1-1、1-2，依此兩表的估算，顯然在六分區會產生許多不一樣的看法，需要取得內部共識。基本上，如果能不變動 R：S(65%：35%)值，西醫基層內部較能取得共識。若欲調高人口占率，因中間的差距相當大，各區不易獲得共識。因此希望仍維持 65%：35%的原則，再依之進行分配參數採計細節之內部討論，待取得共識後，提報 11 月份委員會議。

楊主任委員銘欽

西醫基層希望爭取 R：S 值維持 99 年的 65%：35%，會較易取得內部共識。其他委員有無建議？

黃委員偉堯

以下四點建議：

- 一、標準化死亡比(SMR)及西醫基層門診市場佔有率(Trans)的計算基準，幾年來的計算方式都不太一樣，建議公式所採用年度及各年加權比率，應有一致性標準，使公式具穩定性。
- 二、標準化死亡比(SMR)及西醫基層門診市場佔有率(Trans)計算採用之數據年度，應隨著年代的進展，採用最近年度資料，不論

是最近的 1 年或 3 年平均皆可，使能較符合現況。

- 三、個人建議地區預算分配後，不要因某區出現差異，或有爭議，就對單一地區採補助費用的方式處理，此舉將衍生不必要的結果，應盡量避免對單區例外處理。
- 四、西醫基層總額人口占率 65%，已維持多年未動，建議可試算人口占率增加，對分區差異有多少，若影響不大，建議可往前進，也符合錢跟人走的概念，讓六區逐漸朝向以人口占率分配方向進展。

楊主任委員銘欽

謝謝黃委員偉堯給予以上四點建議，請西醫基層部門內部協議時列入參考。

蔣副秘書長世中(李委員明濱代理人)

- 一、謝謝黃委員偉堯建議，西醫基層內部希望以和為貴。
- 二、目前地區預算分配公式出現很大問題，包括標準化死亡比(SMR)是採計戶籍人口，但健保資料是用投保人口歸類，再加上西醫基層門診市場佔有率(Trans)應該在分配總額前就處理，而非分配後發現因某區新開設醫院，影響到西醫基層時再處理。這些公式問題加總起來會衍生更多疑慮。
- 三、西醫基層部門也希望人口占率往前進，不要吵來吵去，將總額公平分配至各區，讓民眾獲得更好的醫療照護，這是西醫基層未來努力方向。目前依「各地區校正風險後保險對象人數」(R值)分配，一直停留在 65%，也是為使各區更和諧。

楊主任委員銘欽

其他委員有無建議可供西醫基層參考？如果沒有其他意見，則：

- 一、請西醫基層總額部門依本會第 154 及 157 次委員會議決議原則及參酌委員所提建議，研訂地區預算分配方案，並於取得內部共識後，提下次委員會議討論：
 - (一)為利制度穩定性，標準化死亡比(SMR)及西醫基層門診市場佔有率(Trans)若仍採數年加權平均值，則所採用年度及各年權數比率，應有一致性標準；且其採計之年度，應逐年

更新。

- (二)分配公式中之人口占率(R 值)分配比率，若經試算對各區之影響不大，建議 100 年度應予調增。
- (三)為符合促進各地區民眾就醫公平性之政策目標，建請討論未來 5 年(101 至 105 年)之人口占率(R 值)預定目標值，惟未來各年度協商時，仍可視實際運作狀況，進行調整。

二、其他：

- (一)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。
- (二)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請中央健康保險局會同西醫基層總額受託單位議定後，於 99 年 12 月底前送本會備查。

捌、討論事項第四案「100 年度醫院總額一般服務費用分配案」與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

請醫院代表表示意見。

謝榮譽理事長文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、醫院的情況與各總額部門類似，在進行內部協調時都面臨挑戰，有些問題相當具爭議性，例如議程附件所列試算結果，好像R值往前進，對各區影響並不大，但實務上，六分區之管理差異性非常大，例如高屏分區，斷頭措施非常嚴格，這也是為何 97、98、99 年醫院總額地區預算分配之人口占率都一直維持不動，因在內部溝通確實產生很大爭執，無法說服其他地區。
- 二、個人認為要處理本問題，與其他三部門總額一樣，於問題釐清前，人口占率不宜貿然前進，不然各分區將產生公平性問題，希望 100 年還是維持 99 年比率。我們支持錢跟著人走，但要怎麼算才合理，讓錢真的跟著人走，產生良好醫療效益，才最重要，會配合各總額部門一起努力。

楊主任委員銘欽

謝榮譽理事長提到比照其他三總額部門，但各部門情況都不盡相同，應比照那個部門？

謝榮譽理事長文輝(謝委員武吉代理人)

建議維持 99 年的人口占率比例。

楊主任委員銘欽

謝榮譽理事長意思是比照中醫門診總額的分配方式？因西醫基層總額尚未定案。

謝榮譽理事長文輝(謝委員武吉代理人)

我認為西醫基層總額代表很客氣，地區預算分配公式的問題很大，要採計資料，非我們討論就能決定，還是需交由衛生署及健保局處理。預期最後西醫基層部門明年度也將仍沿用 99 年人口占率分配比

率。

楊主任委銘欽

- 一、這部分需由西醫基層總額部門討論。謝榮譽理事長代表醫院總額部門的意見是，100 年度門診及住院地區預算分配之人口占率比率，仍沿用 99 年數值，請問其他兩位醫院代表贊成嗎？(另兩位醫院代表點頭表贊成)
- 二、其他委員對醫院總額部門有無建議。

黃委員偉堯

針對人口占率部分提供建議：

- 一、住院部分，因病人來源多屬重病，較不屬地區性問題，所以可以接受人口占率維持原比率。
- 二、門診部分，民眾現在較少南北跨區，大都選擇在地就醫，建議門診部分之人口占率可適度往前進。

楊主任委員銘欽

其他若沒有特別建議，原則尊重醫院部門的決定，黃委員偉堯由政策角度思考，建議人口占率可酌予前進，不過這也是醫院部門較為難之處。

戴局長桂英

依健保局各分區跟醫院部門代表平日之連繫，北區代表一直認為其人口成長非常快，所以在此詢問，醫院內部的意見是否都已整合？會否發生決議後，北區代表再找人陳情之情事。

謝榮譽理事長文輝(謝委員武吉代理人)

其實每個公共政策、事務都不可能達到百分之百的人都同意，若真要百分之百同意，則討論事項第五案藥費總額也不需討論，因藥界本身也沒有統合意見。身為醫院各層級代表之一，會與大家共同討論，綜合所有意見，討論出衝擊、傷害最小的方案。如同黃委員偉堯所提，將人口占率當成重要的議題進行內部溝通、協調，希望在影響最小的情形下達成共識，醫院內部會繼續努力。

戴局長桂英

容我補充說明，剛主席已先裁示尊重醫院總額部門意見。我只是提醒錢跟著人走政策執行時，需先做好內部溝通、說明，朝更合理的方向訂定。當分區的人口增加時，應納為考量因素，屬合理訴求。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝戴局長提醒。為讓剛才之決議更周延，醫院總額門診、住院人口占率比例，原則尊重在場三位醫院代表意見，但仍請於醫院內部進行溝通，提下次委員會議確認。
- 二、請西醫基層與醫院部門代表參閱議程資料之擬辦，請於內部會議時，除討論 100 年地區預算分配之人口占率比率外，併同討論未來 5 年之人口占率預定目標值。

謝榮譽理事長文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、對戴局長桂英所言，容我補充說明，北區人口增加，繳交之健保費也增加，應當錢跟著人走分配多點預算，聽起來似有道理，但以目前醫院地區預算的分配方式，經公式調校後，並非保費繳愈多的地區，就可分配到較多預算，正如保費繳多的富人，也不會得到較好的健保服務。
- 二、通常就業機會較多的地區，例如北區有科學園區，其人口增加也會較多，但其醫療需求不一定相對增加，反觀南投縣人口雖然減少、保費收入減少，但人口老化程度增加，所以醫療需求反而提高，這些因素都應綜合納入資源分配的考量，人口數多寡並非唯一考量因素。
- 三、地區預算分配所需考量的因素很複雜，現行分配公式不一定能完全反映實際醫療需求，若完全依照公式分配，於實務執行時會有困難。為求周全，我們內部會仔細研議，對戴局長桂英所提人口數成長因素，也會攜回考量。

陳委員宗獻

在此提醒大家注意，北區雖然人口成長率較高，但不論在醫院門診或住院，其每人就醫次數及點數，都是各區中最低，但預算成長卻最高。參考議程資料第 144 頁，北區平均點值及浮動點值都高於全

局平均，所以預算分配上，並無大問題。

楊主任委員銘欽

今日四部門總額之地區預算分配方式，除中醫門診總額部門已確定外，餘牙醫門診、西醫基層及醫院部門，均請於內部討論共識後，提 11 月份委員會議確認。

玖、討論事項第五案「全民健康保險藥品費用支出目標及其分配方式案」與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

- 一、本案內容相當複雜，先簡單說明。藥費成長很快，目前一年約為 1,250 億元。控制藥費方式有兩種，分別可從單價、數量著手。單價部分，健保局藉由藥價調查調整費用，現在每 2 年調查一次；數量部分，可透過審查或訂定用藥規範等方式控制。
- 二、近幾次藥價調整經驗發現，當調整藥價後，有段期間，藥費會下降，但經過一段期間，藥費又會回到一定水準。第 6 次藥價調整至今近 4 季，藥費仍呈現下降，效果似較持久，但也引發一些後續現象，例如有些原廠藥商表示因健保支付藥價已低於總公司所同意價格，無法再出售該藥品，而台灣地區就買不到該藥；或者有些醫療院所，會考慮換由其他品項藥物替代，民眾就無法使用原本習慣的藥品。
- 三、全民健保法規定，得設門診藥費支出目標，至於細節部分，法規並未詳述。本案在本會係第 3 次提出討論，今日需徵詢委員意見，衛生署大方向是希望本會規劃藥費支出目標，至於是否僅限定門診或包含住院，可由委員會決定。
- 四、請大家參看議程資料第 147 頁擬辦意見。委員是否同意先設定虛擬之藥費支出目標值，視執行一段期間後，依實際數值檢討虛擬目標值之設定是否恰當。這部分需請委員支持，並表示意見。其次，需請健保局與相關總額部門議定涵蓋範圍及目標值，至於超出目標值的費用應如何分配，可於實施一段期間後再討論。
- 五、今天主要討論是否設定虛擬之藥費支出目標值，俟有具體數據後，再作為往後階段的討論依據。

謝委員天仁

- 一、本案相當複雜，個人覺得值得再探討其利弊得失，現在就進行表決，有些太快。本案精神基本上是希望框住藥費總額，但將原來藥價調整產生的問題，由大家共同承受，個人並不認為對

於降低藥價會有所貢獻。

- 二、主席提到藥費成長太快，但自健保開辦以來，藥費占率都維持25%上下，並未太快。民間認為藥價的問題，例如幾百億藥價黑洞，本方案可否解決，個人認為相當有限，如果無法解決藥價差問題，則僅是將部分風險，交由大家共同承擔。
- 三、9月份協商會議，本人特別注意藥價節餘款議題，健保局也告知第一年有效果，但後來就無效，這部分可理解，因在不敷成本情況下，部分藥品會退出市場，也就沒得減價，再由具有相同療效的藥品順勢進場，成為循環遊戲。以行政角度來看，是在做傻事，實際並未節省費用。
- 四、建議方案，或許在某個角度來看會有效，因可由全體藥業共同承擔調降的風險，但框列藥費總額，不僅止於訂定虛擬藥費總額，未來長期將會發展成為另一總額部門，是否符合現行生態，值得審慎考慮。
- 五、建議決定前，應召開多次座談、研討會，將整體利弊得失分析得更清楚，這樣所下的決定才較符合需求。個人認為本案並未具有急迫性，不需現在決定，應慎重考慮。

楊主任委員銘欽

謝謝委員天仁的意見。

蔣副秘書長世中(李委員明濱代理人)

贊同謝委員天仁的看法。本案茲事體大，應詳加討論利弊得失。針對藥費支出目標提出下列質疑：

- 一、衛生署認為當初函釋合法，但依據全民健保法第49條規定，係總額得分地區訂定門診藥品費用總額之規定，今日所擬方案尚包括醫院門診、住院部分，與健保法規定不符。
- 二、依據全民健保法第50條，超出門診藥費目標總額一定比例，應自當季門診費用總額扣除。現在不僅藥費，其他項目的費用，也全部由醫界概括承受。如所定的支出目標額度不夠，不足部分仍需由醫界承受浮動點值，只有藥費採每點1元，超出的部分則於次年調降藥價。同為健保法對總額之規範卻有不一

致的情形，有的是上限制，有的卻是目標制。至於要如何分配、切割才最公平，需經過討論。

楊主任委員銘欽

謝謝蔣副秘書長世中的意見。

陳委員宗獻

- 一、非常贊同前面兩位委員意見。藥費總額就像一個水池，水池要挖多大，才能養魚，是需考量之處。現在藥品費用的問題，水池上游會流下來要養的小鯨魚，即是新藥，但小鯨魚每年成長速度很快，5年後大到水池已無法容納，該如何處理？有兩種方法：一是將小鯨魚移至其他地方，一是洩洪。
- 二、移至他處，即自其他項目扣減，如此誰會受傷？恐怕是小兒科、婦產科、外科，因這些科別點值浮動大時傷害最大。付費者代表也擔心這些科別，會因點值浮動而被消滅。至於洩洪至何處？即扣減藥價，結果國產藥退出市場，進口藥也退出。但若水池挖太大，也有問題，會排擠其他醫療服務之預算。個人認為本案工程浩大，應多召開幾次會議討論，讓大家更了解。

楊主任委員銘欽

謝謝陳委員宗獻的意見。

陳委員錦煌

醫師公會對本案也有意見，建議暫時保留。

楊主任委員銘欽

- 一、委員建議本案保留，其他委員若無意見，本案就先保留。
- 二、本案因涉及諸多複雜議題，為求決策之周延性，請幕僚多方收集相關意見後，再掣案提會討論。
- 三、今天會議到此結束，謝謝大家。