

衛生福利部全民健康保險會
107 年度全民健康保險醫療給付費用總額
協商會議議事錄

中華民國 106 年 9 月 21 日至 9 月 22 日

107年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議事錄

壹、時間：中華民國106年9月21日上午9時30分至22日0時52分及
9月22日上午11時05分至下午14時16分

貳、地點：衛生福利部301會議室(台北市忠孝東路6段488號3樓)

參、出席委員：

干委員文男

王委員雅馨

古委員博仁

台灣乾癬協會柯理事長怡謀(9月21日15:26~21:26代)

中華民國藥師公會全國聯合會沈發言人采穎(9月21日
09:30~15:55代)

吳委員國治

吳委員榮達

中華民國消費者文教基金會謝名譽董事長天仁(9月21日
09:30~15:26、20:48~9月22日0:52代)

李委員永振

李委員育家

李委員偉強

周委員麗芳

林委員至美

台灣醫院協會潘秘書長延健(9月22日11:05~12:56代)

國家發展委員會曹專員毓珊(9月21日09:30~19:09代)、
國家發展委員會陳科長靜雯(9月22日上午11:05以後代)

林委員敏華

林委員惠芳

中華民國身心障礙聯盟滕秘書長西華(9月21日09:30~15:26、
21:26以後代)

林委員錫維

翁委員文能

台灣醫院協會林副秘書長佩菡(9月21日09:30~20:48、9月22日
上午11:05以後代)

商委員東福

張委員文龍

張委員清田

張委員煥禎

張委員澤芸

郭委員錦玉

陳委員平基

陳委員旺全

陳委員亮良

中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠(9月22日上午11:05以後代)
萬芳醫院護理部劉主任淑芬(代)

黃委員偉堯
黃委員啟嘉
葉委員宗義
趙委員銘圓
劉委員志棟
蔡委員登順
蔡委員麗娟
盧委員瑞芬
謝委員尚廷
謝委員武吉
羅委員莉婷

全國產業總工會曾常務理事小玲(代)
中華民國全國工業總會何常務理事語(代)

肆、協商代表

中華民國醫師公會全國聯合會

陳相國、黃振國、
張孟源、周慶明、
林恆立、徐超群、
盧榮福

中華民國中醫師公會全國聯合會

林永農、劉富村、
施純全、呂世明、
黃蘭嫻、詹永兆、
陳憲法、胡文龍、
柯富揚

中華民國牙醫師公會全國聯合會

許世明、陳彥廷、
連新傑、徐邦賢、
羅界山、翁德育、
劉經文、簡志成、
沈茂芬

台灣醫院協會

羅永達、朱益宏、
劉碧珠、張克士、
謝輝龍、陳瑞瑛、
潘延健、林佩菽

伍、列席人員

本部社會保險司
中央健康保險署

台灣腎臟醫學會

本會

梁組長淑政
李署長伯璋
蔡副署長淑鈴
龐組長一鳴
陳副組長真慧
盧理事長國城
林秘書長元灝
周執行秘書淑婉
張副執行秘書友珊
洪組長慧茹
陳組長燕鈴

陸、主席：傅主任委員立葉

紀錄：陳淑美、邱臻麗、
方瓊惠、劉于鳳、
陳思琪

柒、主席致詞(略)

捌、107年度全民健康保險醫療給付費用總額協商－各部門與付費者

一、西醫基層總額

(一)協商時間：

- 1.西醫基層總額：9月21日09：30~13：36(含付費者及西醫基層部門代表各自召集內部會議討論約1小時49分鐘)，及9月22日14：13~14：16(未盡事宜)。
- 2.門診透析服務預算：9月21日13：42~15：20為門診透析服務費用討論時間(含付費者及「西醫基層與醫院部門代表」各自召集內部會議討論約28分鐘)。

(二)協商結論摘要：

付費者代表方案

- 1.一般服務成長率為2.310%，其中，醫療服務成本及人口因素成長率1.757%，協商因素成長率0.553%。
- 2.專款項目全年經費4,214.4百萬元。
- 3.門診透析服務成長率4.624%。
- 4.前述三項額度經換算，107年度西醫基層醫療給付費用總額，較106年度所核定總額成長3.721%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為3.491%。

西醫基層代表方案

- 1.一般服務成長率為3.095%，其中，醫療服務成本及人口因素成長率1.757%，協商因素成長率1.338%。
- 2.專款項目全年經費4,335.4百萬元，C型肝炎藥費編列於其他預算。
- 3.門診透析服務成長率4.624%。
- 4.前述三項額度經換算，107年度西醫基層醫療給付費用總額，較106年度所核定總額成長4.484%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為4.253%。

二、中醫門診總額

(一)協商時間：

9月21日15：25~18：18(含付費者及中醫部門代表各自召集內部會議討論約1小時14分鐘)。

(二)協商結論摘要：

- 1.一般服務成長率為3.000%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率1.715%，協商因素成長率1.285%。
- 2.專款項目全年經費為492.2百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，107年度中醫門診醫療給付費

用總額，較106年度所核定總額成長3.699%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為3.432%。

三、牙醫門診總額

(一)協商時間：

9月21日18：27~21：19(含付費者及牙醫部門代表各自召集內部會議討論約55分鐘)。

(二)協商結論摘要：

- 1.一般服務成長率為1.706%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率1.341%，協商因素成長率0.365%。
- 2.專款項目全年經費為3,035.9百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，107年度牙醫門診醫療給付費用總額，較106年度所核定總額成長4.001%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為3.740%。

四、醫院總額

(一)協商時間：

9月21日21：24~22日0：52(含付費者及醫院部門代表各自召集內部會議討論約1小時24分鐘)，及9月22日14：10~14：13(未盡事宜)。

(二)協商結論摘要：

付費者代表方案

- 1.一般服務成長率為3.576%，其中，醫療服務成本及人口因素成長率2.642%，協商因素成長率0.934%。
- 2.專款項目全年經費26,729.7百萬元。
- 3.門診透析服務成長率2.622%。
- 4.前述三項額度經換算，107年度醫院醫療給付費用總

額，較106年度所核定總額成長4.736%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為4.491%。

醫院代表方案

- 1.一般服務成長率為4.234%，其中，醫療服務成本及人口因素成長率2.642%，協商因素成長率1.592%。
- 2.專款項目全年經費24,324.7百萬元，C型肝炎新藥移其他預算編列。
- 3.門診透析服務成長率2.622%。
- 4.前述三項額度經換算，107年度醫院醫療給付費用總額，較106年度所核定總額成長4.798%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為4.553%。

五、其他預算

(一)協商時間：

9月22日11：05~12：56(含付費者召集內部會議討論約54分鐘)。

(二)協商結論摘要：

107年度經費12,781.2百萬元，較106年度增加1,517.3百萬元。

六、上述協商結論提送9月22日本會106年第8次委員會議確認。

玖、協商會議結束：9月22日下午14時16分。

壹、107 年度總額協商—「西醫基層總額」
與會人員發言實錄

壹、107 年度總額協商－「西醫基層總額」與會人員發言實錄

傅主任委員立葉

一、大家早，現在開始今天的總額協商會議，第一場先進行西醫基層總額協商會議，會議開始。

二、請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

主席，請給付費者代表 10 分鐘，讓我們先召開內部會議。

傅主任委員立葉

接下來 10 分鐘時間，由付費者代表召開內部會議。

(付費者代表進行內部會議討論約 19 分鐘)

傅主任委員立葉

各位委員及協商代表，現在進行西醫基層總額協商。請問西醫基層代表有沒有要說明？

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

主席，付費者代表需要先提出說明，因專業能力相較不足，有需要商請專家學者提供專家意見，我們瞭解大概只有黃教授偉堯願意幫忙，他不對外發言，只在內部會議提供專家意見，因此無法再幫西醫基層或其他總額部門，這有意見衝突的問題。

傅主任委員立葉

一、請問黃委員偉堯願意參加付費者代表的內部會議嗎？(黃委員偉堯表示同意)。

二、那現在正式進入西醫基層總額協商，請問西醫基層代表有沒有要特別說明的部分？請陳委員亮良。

陳委員亮良

我個人推薦周委員麗芳參與付費者代表的內部會議。

傅主任委員立葉

陳委員亮良是想再邀請周委員麗芳加入付費者代表的內部會議嗎？請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我反對。

陳委員亮良

周委員麗芳曾擔任過台北市副市長，行政歷練豐富，為何意見都是你們在說，我都不能提，我也有我個人的意見。我也是委員，不能有意見嗎？

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

可以，但你的意見要跟大家...。

周委員麗芳

好啦，不要再爭論了...。

陳委員亮良

我還是堅決推薦周委員麗芳。

傅主任委員立葉

付費者代表需不需要再討論以取得共識？

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

周委員麗芳跟黃委員偉堯如果都接受...。

周委員麗芳

我為今天的會議做了很多準備，要來當公正的專家學者，所以沒關係，若是付費者代表間有不同意見，個人予以尊重。我會善盡職責，不管是付費者代表或是醫界代表，都請放心，我會扮演好公正的角色，謝謝。

傅主任委員立葉

請問付費者代表要請 2 位專家參與內部會議嗎？

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

那就 1 位...。

陳委員亮良

請問周委員麗芳，對於我的邀請，您不願意接受嗎？

周委員麗芳

謝謝陳委員亮良，因為付費者代表內部有不同意見，我都很尊重，請不要因此而阻礙會議進行，公正的專家學者還是有其角色，謝謝。

傅主任委員立葉

- 一、我想目前暫時請黃委員偉堯加入付費者代表的內部討論，之後付費者代表若有其他共識，屆時再來處理。
- 二、接下來，請問醫界代表有沒有要先提出說明的事項？

黃委員啟嘉

我是西醫基層總額協商代表的主談人，先跟各位尊敬的付費者代表致上最高的敬意，拜託大家協助西醫基層來照顧民眾健康，祝今天會議進行順利，謝謝。

傅主任委員立葉

付費者代表有沒有要詢問的事項？

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

西醫基層代表若不先說明，可能無從開始協商。或是有沒有付費者代表想要先詢問？

黃委員啟嘉

剛剛只是開場，我們正要開始說明...。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

西醫基層代表有沒有要補充的？

黃委員啟嘉

- 一、本段提問與意見交流時間 20 分鐘，請讓西醫基層代表先說明。
- 二、首先，在今日會議前，西醫基層內部已經開過很多次會議，站在民眾健康觀點，對於健保署建議 107 年將部分專款項目歸回一般服務，個人覺得不宜。若將專款項目回歸一般服務，醫生可能無法放手照顧民眾健康，而且預算不足都無法呈現，可能會對民眾健康造成威脅，所以我們對於專款項目回歸一般服務，採取非常保留而且不贊同的態度。
- 三、針對「新藥新科技」乙項，我們與健保署有不同意見，希望能

夠寬編預算，因為要照顧民眾健康，不希望太嚴格執行新藥審核，健保署方案編列 1.16 億元，我們認為不足，希望編列 3 億元預算。

四、針對一例一休政策對民眾健康服務造成的衝擊，請盧協商代表榮福說明。

盧協商代表榮福

- 一、大家早，一例一休修法通過後，對勞工加班費的規定非常強硬且僵化。若診所每週看診超過 6 天，看診的成本一定增加，但也因為規定僵硬，所以會增加多少錢無法好好計算，我們計算的結構是依照健保開辦時(民國 84 年)，李教授玉春設計診察費的執業總成本，分為用人成本、固定成本及變動成本；一般來說，一例一休的影響是在用人成本。經初步估計，若 1 個診所在休息日請護理人員加班，以看診 4 個小時/半天計算，1 個月增加 4,400 元；若看診 8 小時/1 天，1 個月增加 9,400 元，全年西醫基層總額需增加 26 億元左右。
- 二、請看會議資料第 2、3 頁，由健保署所提供的資料可看出，因一例一休造成看診成本增加，使得星期六平均看診率從 85% 降至 82%，星期日平均看診率從 23% 降到 20%。我認為這個結果是必然的，因為有診所認為不划算，醫師不願意在週末開診。目前還有 82% 的診所在週六看診，希望委員能體察人事成本的增加，給予預算補助。
- 三、若等各地勞工局進行勞動檢查，逐一查核診所有沒有依照規定發加班費時，將又會有一波診所取消週末看診。診所停診後就回不來了，這樣下來，周末看診率會越來越低，民眾周末就診會非常不便，希望付費者代表可以體察這個趨勢，在一例一休修法通過後，編列預算來補助休假日加班所增費用。

黃委員啟嘉

- 一、健保署認為「非協商因素」成長率增加的預算，可反映一例一休的影響。但我認為一例一休造成的衝擊，是需要增加人力、

增加醫療服務提供者人數，非協商因素並無法呈現。就我的理解，非協商因素的計算公式中，只有病人數成長才會增加預算，沒辦法反映醫療從業人員人數的增加。所以我認為「非協商因素成長率增加的預算可支應一例一休的衝擊」這個說法不成立。因法令改變造成醫療服務提供者人數增加，並不是醫療提供者的責任，是政府的責任。如果說這部分預算沒辦法補足，就會影響醫界對民眾健康的照顧，請付費者代表審酌。

二、就全聯會幕僚今早提供的資料，經參考主計總處「薪資及生產力統計資料查詢系統」網站資料，今年1~6月醫療保健服務人力與上年同期成長將近3%，在考量人力及薪資成長後，本會推估西醫基層整體人事成本約增加4.3%。107年的「醫療服務成本指數改變率」只有0.392%，而我們推估人事成本增加4.3%，扣除非協商因素所增加預算後，至少還有20億元左右差距。這部分也請各位付費者代表考量。

三、健保署針對「配合一例一休政策」，僅編列千分之一(0.1%)的成長率，試想若一例一休對產業的衝擊只影響千分之一的人事成本，社會上會產生這麼大的爭議嗎？從這一點來看，就知道千分之一跟實際是有相當的落差。

四、接下來討論「醫療服務密集度」相關項目，請張協商代表孟源先向各位報告分級醫療項目。

張協商代表孟源

一、各位委員大家好、大家早安。分級醫療是國家重要政策，去年衛福部所提出的六大策略中，第一為「提升基層醫療服務量能」，第二為「導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔」，第三為「調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務」，第四為「強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護」，第五為「提升民眾自我照護知能」，第六為「加強醫療財團法人管理」。

二、部長當時提出來這六大策略，西醫基層真的很喜歡，也非常歡

迎。但過去 20 年來西醫基層不斷萎縮，依健保署統計各層級門診件數占率，西醫基層的占率從 95 年的 70.2% 逐漸下滑，預估 109 年將僅占 64.8%，從 106 年版協商參考指標要覽中也可以看出。西醫基層也自我期許能照顧重症患者，但就像現在年輕人不結婚也不生孩子，即使告訴他：「快點生個孩子」，但問題是肚子都填不飽了，還會想要娶老婆嗎？

三、會議資料第 3 頁提到，歷年於協商因素(與慢性病照護及就醫人數相關之預算成長)已給西醫基層 65 億元預算。但請委員就 106 年版協商指標要覽第 117 頁跟 135 頁的資料作簡單比較，101 年西醫基層「就醫者平均每人門診就醫次數」9.41 次，醫院部門為 7.13 次，西醫基層 101 年「就醫者平均每人門診就醫費用點數」是 4,998 點，但醫院部門是 14,961 點，到 105 年差距更大，基層是 5,411 點，醫院是 17,776 點，相差快 3 倍。若病人在醫院可以得到這麼好醫療服務，怎可能願意到基層來，所以這就跟現在對年輕人說：「為什麼不多生幾個」一樣，問題是沒錢叫人家怎麼生。另將門診慢性病及慢性病連續處方箋 2 項點數合計後平均，101 年西醫基層的平均每件門診慢性病及慢性病連續箋點數約為 678.6 點，醫院約為 1,743.5 點，105 年西醫基層提高為 712.7 點，醫院是 1,890.3 點，相差了 2 倍。

四、西醫基層部門雖然一直想壯大基層，提供服務量能，但不給錢、不給糧、不給預算，要我們怎麼做？105 年協定事項要求「慢性病照護執行率以成長 20% 為目標」，請問病人會那麼傻，願意犧牲約 2,000 點的服務，跑去基層接受約 700 點的服務嗎？今天會議資料提到，過去給我們 65 億元，但協商參考指標要覽資料統計的結果就是如此。西醫基層真的需要各位委員的協助，我知道健保署也想要壯大基層，但對於我們(於「醫療服務密集度」相關協商項目)提出的 42 億元預算需求，健保署的建議金額都是「0」，我實在不知道這樣如何鼓勵壯大基層？希望各位委員能再考量，不能用過去已補助多少錢來計算，而需考量若要配合國家未來的發展方向，西醫基層是否需要協助。

謝謝。

黃委員啟嘉

- 一、剛才張協商代表孟源想強調的是，不是只有病人移動會造成資源耗用增加，若希望西醫基層的服務品質能提升到與醫院相同，則需要補足醫療資源缺口，這樣基層的服務品質才能逐漸接近醫院，讓醫院穩定的慢性病患者能下轉由基層來照護，把醫院的空間、資源留給真正需要的急重症，及需要特別照護的慢性病患者。
- 二、接下來，「藥品給付規定放寬」項目與新藥新科技一樣，放寬藥品給付規定，最重要是希望能夠讓更多的民眾，得到依照最新醫學觀念的藥物治療，對於給付規定放寬所帶來的資源耗用，希望各位委員能夠編列預算。
- 三、有關「老人視力照護品質」乙項，請吳委員國治說明。

吳委員國治

- 一、主席、各位委員大家好，我們知道影響老人視力最大的因素是白內障。台灣近視人口很多，但白內障手術執行率跟國外比起來，還有很大的成長空間。雖然非協商因素中，有編列「人口結構改變率」的預算，但觀察數年資料，事實上「人口結構改變率」沒辦法反映白內障手術費用的成長，中間存在落差。全聯會分析後認為，戰後嬰兒潮人口已經步入老年階段，過去許多病人不願意接受手術，但現在科技進步，有各種不同功能的人工水晶體可選擇，及小切口手術的引進，白內障手術方便，術後恢復快、效果又好，使民眾接受治療的意願增加。
- 二、西醫基層希望大力推行白內障手術，眼科診所可提供民眾可近的服務，而且門診手術在分級醫療政策下應加強push(推動)，讓民眾不用到醫院，可就近在診所進行手術。人口結構改變率與白內障手術需求增加，兩者之間的差距約 7,590 萬元，希望委員支持編列預算，以免排擠到其他一般服務的醫療需求。

黃委員啟嘉

有關「新興醫療疾病產生醫療利用提升」乙項，請黃協商代表振國說明。

黃協商代表振國

- 一、跟各位委員報告，我認為非協商因素中「人口結構改變率」是反映「社會、經濟跟人口的變遷」，跟人口結構的「健康改變率」不相等。因此單純從人口結構改變率，很難完全反映民眾健康問題的變化。如同吳委員國治所提，101~105年白內障手術有明顯的成長，在會議資料上也有說明。
- 二、第2個新興文明病就是精神方面的疾病。從民眾健康需求面發現，這幾年精神疾病相關費用高度成長，從醫療供給面來看，西醫基層精神科專科醫師成長較其他科別高，就醫可近性提高，民眾精神健康照護提升，但卻造成高度醫療耗用。針對這2個問題，基層提出120百萬元預算需求。

黃委員啟嘉

- 一、「人口結構改變率」是由歷史資料計算而來，但過去的資料無法預測每年醫療科技進步，以歷史資料為基礎推算的人口結構改變率，無法完全解釋目前的醫療耗用。過去健保署遇到類似的模糊空間，就以「人口結構改變率」來解釋，但醫界覺得與實際落差太大，因此請付費者代表在醫療服務密集度的相關項目上務必審酌。
- 二、有關「外傷服務密集度及照護品質」乙項，請徐協商代表超群說明。

徐協商代表超群

- 一、各位委員大家早，「外傷服務密集度及照護品質」乙項是壯大基層、達成分級醫療最重要的項目。如外科簡單傷口處置等部分外科處置項目，基層都可以執行，但病人都寧願跑到醫院掛急診。舉個簡單例子，假設早上起來準備早餐、削蘋果時，手指不小心割傷，若是小傷口可以自己止血，但若血流不止時，是不是要去醫院掛急診？或出門上班時，不小心摩托車擦撞跌

倒，小腿受傷，你知不知道旁邊的診所可以處理？很可能不知道，若去醫院掛急診，急診醫師看一眼，拿個紗布蓋在傷口上，就必須離開。為什麼急診醫師不繼續處理傷口？因為他需要去救治更危急的病人，若只是小病痛，病患只能在那邊等，等 1、2 個小時都有可能還在等，但若到診所治療，幾分鐘內就可以解決。

二、為什麼民眾不去診所治療呢？簡而言之，因為外傷處置耗工時且不敷成本，基層醫生也不願意執行。健保給付西醫基層傷口換藥是 66 點，初步小縫合是 350 點，醫師光買條縫線就要 100 多元，還有其他耗材、人力等成本，而傷口評估及處理可能要耗時半小時到 1 小時；可能原本在診間候診的病人有 10 幾個，等到外傷病人診療完成後，候診病人早不耐久等跑光光。為了處理 1 個外傷病人，讓候診病人流失，治療又不敷成本，試問醫師還願意執行嗎？

三、這類簡單外傷的治療，應該讓基層醫師有意願執行。建議比照分級醫療的概念，例如醫院執行重症有特別的加成，激勵醫院治療重症患者；同理，應該給西醫基層多一點預算，讓診所醫師覺得就算因為處理外傷而流失 1~2 個病人，但還是有利潤，就有意願執行。若給予更好的誘因，說不定部分診所還會掛上「專門處理外傷」的招牌，讓民眾知道小傷就近在診所治療即可，不用跑去醫院掛急診。而且這類外傷處理，不需限定外科專科醫師，每個醫學院畢業生都受過訓練，一般家醫科、內科或其他專科都可以執行。目前有提供此項服務的只剩下外科跟婦產科，外科因為是本科不處理外傷說不過去；婦產科因為病人少，只好多少做一些。若能提高誘因，讓每間診所都願意執行，一定有助分級醫療，希望能參照醫院給付重症加成的概念，給予西醫基層經費支持，讓診所也願意執行，請委員支持編列本項 200 百萬元預算，謝謝。

黃委員啟嘉

- 一、以上是一般服務預算部分，西醫基層認為與照護品質相關項目，都應由專款支應，才能看出實際執行情形，因為是專款專用，有提供服務才有專款的耗用，若沒有提供服務，預算就要回歸給民眾。所有論質項目宜列於專款，以進行嚴格的監控。
- 二、接下來是專款項目，請黃協商代表振國說明「糖尿病患者注射胰島素治療」乙項。

黃協商代表振國

- 一、各位委員大家好，105 年糖尿病醫療給付改善方案的照顧率只有 29%，不足 3 成，現行「糖尿病醫療給付改善方案」頗有成效，但 105 年國人 10 大死因中，糖尿病排名第 5 位，目前也有很多研究實證顯示，早期使用注射胰島素治療，可減緩後期併發症及其他健康問題。
- 二、因為要讓病人接受胰島素注射，有很多困難跟負擔，使民眾及醫護人員裹足不前。醫界願意鼓勵糖尿病患者早期注射胰島素，提升照顧品質，以維持病人健康及減少晚期併發症。若有 1 個計畫，讓醫師對尚未進入「糖尿病醫療給付改善方案」之患者，鼓勵其注射胰島素，也能獲得類似給付改善方案的品質鼓勵費用，相信會提升整體糖尿病患者的胰島素注射率。謝謝。

黃委員啟嘉

請吳委員國治說明「提升糖尿病眼底檢查照護率」乙項。

吳委員國治

- 一、各位委員大家好，於會議資料第 12 頁中全聯會已提供說明，糖尿病照護已經列入論質計畫，但因部分原因，如營養師等原因，收案比率只有約八成，完整照護率只有 44.5%；另經檢視健保署醫療品質資訊公開網後發現，105 年全年度糖尿病病人糖化血色素(HbA1C)執行率全國指標值為 92.5%，但眼底檢查執行率全國指標值只有 38.5%，我認為眼科醫師應有使命感，要提升糖尿病患者眼底檢查的執行率。
- 二、若將本項併入論質計畫，恐因外在因素限制，而無法提升眼底

檢查執行率，基層眼科診所所有足夠量能可提供服務，而病患點散瞳劑後，讓眼科醫師好好檢查，照護品質也較佳。目前規劃以全國糖尿病患人數為目標，推動眼底檢查，不限定論質計畫收案對象。

三、健保署擴充雲端病歷查詢內容後，可查詢相關檢驗檢查，全聯會已和眼科醫學會討論，若委員能夠同意本項預算，我們將請眼科醫學會在各鄉鎮設點，把照護cover(涵蓋)到全國，提升糖尿病眼底檢查執行數。

四、考量整體財務影響，本項預算編列在專款項目，未來計畫執行穩定後，再移列一般服務預算。希望各位委員支持「提升糖尿病眼底檢查照護」乙項，經費需 91.3 百萬元預算。

黃委員啟嘉

有關既有的項目「糖尿病醫療給付改善方案」部分，請陳協商代表相國說明。

陳協商代表相國

一、主席、各位委員大家好，向委員說明「糖尿病醫療給付改善方案」的建議，糖尿病照護及初期慢性腎臟病照顧計畫，是非常好的計畫，若確實執行，可以讓民眾、醫界及政府產生三贏的局面，目前「糖尿病醫療給付改善方案」的缺點是團隊組成，條件門檻太高、收案率太低，收案人數普遍不足。

二、西醫基層已經準備好要實施分級醫療，壯大基層以照顧民眾健康，因此反對把糖尿病及初期慢性腎臟病醫療給付改善方案納入一般服務預算。因若納入一般服務，恐落入像今年「家庭醫師整合性照護計畫」(以下簡稱家醫計畫)的窘境，家醫計畫是很好的計畫，因為健保署努力推動，民眾參與意願很高，造成收案人數過度擴張，產生美麗的錯誤。若再把糖尿病及初期慢性腎臟病醫療給付改善方案納入一般服務預算，也會造成美麗的錯誤。希望不要將此 2 項計畫納入一般服務預算。

三、西醫基層建議放寬「糖尿病醫療給付改善方案」的參加資格，

提升照顧率，以及修訂照護方案等，方案修正後一定會增加支出，希望委員支持增編預算，以上報告。

黃委員啟嘉

請盧協商代表榮福說明「氣喘醫療給付改善方案」修正建議。

盧協商代表榮福

氣喘醫療給付改善方案中「年度評估照顧管理費用」乙項，醫院與西醫基層執行項目完全相同，但支付不同，醫院支付 800 點，基層支付 400 點，基於同工同酬，建議將基層支付點數調高為 800 點。謝謝。

黃委員啟嘉

- 一、就專款項目做總結，糖尿病部分反對從專款挪到一般服務，健保署考量糖尿病患者照護品質提升後，可能會節省費用，但這個假設是錯誤的，品質提升不見得醫療資源耗用會下降。西醫基層的核心價值絕對不是為了省錢，我們的核心價值是要提升醫療品質，品質提升會造成醫療耗用增加，若移列一般服務，就會變成雙重增加(品質提升，醫療耗用也提升)。健保署的邏輯不見得對，其假設是錯誤的。
- 二、西醫基層核心價值是要提高品質，不是為了省錢。列於專款項目的原因是，如果醫師沒有執行，錢就歸還給付費者，不應該滾入基期，建議所有的論質計畫都放在專款項目，嚴密監控，這是我們對糖尿病及初級慢性腎臟病醫療給付改善方案的意見。
- 三、「開放表別」乙項，尊重付費者方案。本項 106 年編列 2.5 億元專款，預算沒用完就歸給付費者，107 年持續擴大開放表別，增編 2 億元，共編列 4.5 億元。再請徐協商代表超群說明「醫療資源不足地區改善方案」。

徐協商代表超群

- 一、本方案 107 年提列 3 項新增內容，第 1 是延長新開業診所的獎勵保障年限，目前獎勵方式是依照偏遠程度分級支付每月最低

保障額度，共保障 3 年，第 2 年起服務量須達保障額度的 45%，未達者以 60%核付。101~106 年總共有 11 家參與獎勵開業計畫，陸陸續續有些診所未達保障年限就退出，有些是保障期滿就結束開業，只有 1 家因業績超乎預期不需保障，還繼續留在當地執業。全聯會認為既然有 11 家參與，只開業 3 年就退場實在太可惜，就像當兵一樣，時間到就離開，對地方幫助有限。考量有些診所的基礎已經逐漸建立，若再給予 2 年保障期，讓診所在當地繼續經營，或許就能立地生根，所以建議保障年限延長 2 年，預估需 11 百萬元。

二、第 2 是論次計酬的部分，建議調整例假日支付點數，醫師增加 500 點，護理人員增加 300 點。一例一休實施之後，偏遠地區診所因無法支應員工加班費，很多診所例假日都休診。全聯會從去年開始鼓勵巡迴醫療團隊在例假日提供服務，以保障當地民眾就醫權益。這個部分對於偏遠地區診所例假日休診造成的衝擊有改善的效果。我認為巡迴醫療團隊願意犧牲例假日來服務民眾，我們應該多給一點鼓勵，也請委員支持這部分預算。

三、第 3 是希望保障醫療資源缺乏地區診所點值，依目前構想，約僅包含 46 個鄉鎮、155 家診所。醫院部門有相近的「醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」，已執行多年，用以保障偏遠地區醫院的點值；牙醫部門也有醫療資源不足的獎勵計畫，僅西醫基層沒有，但西醫基層診所對民眾的服務比牙醫診所或是醫院更為直接，建議西醫基層應該要比照牙醫、醫院總額，保障較偏遠地區診所的點值，本項經費只需要 56 百萬元。綜上，如只通過本項，方案僅需增編 7 百萬元預算，希望委員支持，增加少少的預算，讓偏遠地區民眾能得到更好的醫療照護。

黃委員啟嘉

關於 B 型及 C 型肝炎藥費，健保署建議將 B 型肝炎藥費移列一般服務預算，C 型肝炎藥費改編列於其他預算，但西醫基層建議 B 型及 C 型肝炎藥費應一起移列其他預算，這點再請盧協商代表榮福說

明。

盧協商代表榮福

- 一、我是胃腸科醫師，跟委員說明，目前我國B型及C型肝炎患者約3百多萬人，從民國73年新生兒全面施打B型肝炎疫苗以來，目前33歲以下民眾約有1%為B型肝炎帶原者，33歲以上的民眾有約20%為B型肝炎帶原者；總體來說，B型肝炎帶原者人數約200多萬。
- 二、現僅幾萬名患者接受B型及C型肝炎治療，還有龐大患者尚未治療，若預算列於專款，經費用罄則不執行，但放在一般服務預算，考量多數病患尚未治療，若一起進入療程，將嚴重排擠一般服務預算，西醫基層總額將無法承受如此大的財務衝擊。建議應列於其他預算，由國家來承受財務風險為宜。未來隨著老年人口慢慢凋零，需治療的人口會減少，未用完的預算還是會留下來，移到其他預算對民眾最為有利。

干委員文男

主席，逐項說明浪費許多時間，西醫基層代表已說明過久，付費者代表多已詳閱相關資料，我希望一項項來，若付費者代表有提問，西醫基層代表再答覆，如此會議進行才有效率。

黃委員啟嘉

目前家醫計畫尚未說明，是否從該計畫開始？

干委員文男

依序進行較好。

黃委員啟嘉

已經是最後1項了。

傅主任委員立葉

還是請按照順序。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

- 一、主席，我相信付費者代表已經詳讀會議資料，有的代表會議資

料已經劃線劃到不能再劃了，建議先讓付費者代表對有疑義處提問，西醫基層代表再來解釋，這樣雙方才會有交流、互動。

二、西醫基層代表一直單方面解說，但付費者代表的疑慮若沒有解除，就不會同意編列預算，本時段的重點應該在雙方溝通，應讓付費者代表提問，西醫基層代表回覆，之後就進入協商，這樣才有效率。

黃委員啟嘉

同意、同意。

傅主任委員立葉

我本來也想直接進入提問，但西醫基層代表認為應先說明。現在就請付費者代表提問。請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、我的手舉了很久主席都沒理我，都只看到謝代理委員天仁。
- 二、政府機關在審預算時都一項一項來，我認同干委員文男建議一項一項進行，這樣比較清楚，不然報告內容一下子第 1 頁，一下子又跳到第 13 頁，真的是有聽沒有懂。是不是我們照順序一項項來？

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

- 一、在付費者代表內部會議時，就會逐項討論項目及金額。
- 二、建議現在應請各位付費者代表針對疑問處提問，把疑問釐清、解除疑慮比較重要；西醫基層代表已逐項說明了，我們就不要再一個個講，這樣會浪費很多時間。若照此進行，中午 12 點以前都沒辦法結束。

傅主任委員立葉

現在開始提問，我相信付費者代表會按照順序逐項來詢問。請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、以付費者角度，尤其我來自雲林，對偏遠鄉鎮、醫療資源不足

的地區的需求感受很深，如果健保制度僅以人口數來分配醫療資源，雲林、嘉義等縣永遠都是醫療落後的地方。我肯定醫界的付出，畢竟台灣健保是世界驕傲。我對於幾個計畫有些疑問，請西醫基層代表再詳細說明。

- 二、106 年家醫計畫收案人數遽增，造成預算不足，107 年度預算編列是否妥適？以付費者的角度來看，健保支出當然越少越好，106 年度收案會員數暴增，到底問題出在哪？另外，我很認同醫療資源缺乏地區改善方案中，獎勵醫生下鄉開業部分，預估經費及預期有多少醫師、資源可到偏遠地區服務，請再詳細說明。
- 三、最近個人發現在雲林縣內，年長者想去眼科治療白內障，居然排隊排不到，掛號要等 1 個月，我一直投書抱怨，對老人的視力提升部分，若能提供更好的照護，則應給予預算，請再詳細說明。
- 四、有關糖尿病部分，我認為糖尿病是一種家族遺傳疾病居多，糖尿病患者很痛苦，因為要長期靠藥物、胰島素來維持血糖穩定，若血糖過低就馬上會休克。本項經費編列方式，是不是請詳細說明健保署與西醫基層代表方案的差異處。

傅主任委員立葉

請問付費者代表還有沒有其他提問？請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、請問健保署，如何判斷家醫計畫社區醫療群的執行績效？是用什麼指標來判斷優良績效？
- 二、西醫醫療資源不足地區改善方案，106 年 1~6 月預算執行率只有 26.1%，這算好的績效嗎？請健保署說明。
- 三、106 年度家醫計畫執行迄今，社區醫療群數及收案人數大幅增加，有沒有會員浮濫造冊的問題？健保署有沒有實地查核？若照護品質不盡理想，是不是應暫緩社區醫療群的成長，讓它做得好再擴大，而非盲目要求成長？對於付費者代表編列預算的

執行，健保署是預算管理單位，管理單位沒有把錢管控好，需要負很大責任，希望健保署答覆。

傅主任委員立葉

採統問統答方式，先由西醫基層代表回應後，再請健保署回應。請謝代理委員天仁。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

- 一、付費者代表也希望落實分級醫療，原本預期實施分級醫療後，門診量會由醫院部門轉到西醫基層部門，因此西醫基層要求增加預算，但若沒發生呢？過去預算編了，但實際上西醫基層門診量並沒有增加！但增編的預算已經滾入西醫基層的一般服務預算基期，這樣對付費者公平嗎？針對這個問題，西醫基層應該要提出合理的解決機制。
- 二、西醫基層贊同健保署「C型肝炎用藥(含C肝新藥)」編列在其他預算，連B型肝炎用藥費用也要一併移列，那是不是所有的藥品都移列，都讓健保署編列在其他預算好了！這樣合理嗎？
- 三、請健保署說明，為何C型肝炎藥費要編在其他預算？總額架構本身若沒有一定的邏輯跟道理，是很難運作的！去年醫界要求C型肝炎新藥要列在其他預算，健保署也隨之起舞，後來才改回來編在總額部門專款，但今年健保署又再次編列在其他預算，真的讓人覺得很奇怪！問題到底出在哪裡？編列在總額部門專款就不能運用嗎？若不能運用才能考慮移列其他預算，如果列在總額部門專款可以運作，為何明年要改列為其他預算呢？
- 四、一般而言，其他預算的項目應逐步回歸各總額部門，讓各部門自主管理才對！怎麼會讓C型肝炎藥費變成化外之地(意指編列於其他預算)，讓健保署管理呢？健保署會管理的比較好嗎？請健保署說明，讓我們了解。

傅主任委員立葉

付費者代表的提問就先到此，先請西醫基層代表回答後，再請健保署說明。

黃委員啟嘉

我先試著綜整一下 3 位付費者的提問，其中何代理委員語的問題...。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我是要健保署回答，不是西醫基層代表。

傅主任委員立葉

因為有些問題是針對西醫基層代表的提問，所以先請西醫基層代表回覆後，再請健保署說明。

陳委員亮良

我先提問的，請優先回應我的提問！

傅主任委員立葉

請西醫基層代表答覆完，再請健保署說明。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

但他剛才提到我的名字。

黃委員啟嘉

- 一、剛才有 3 位付費者代表委員提問，陳委員亮良的問題應是全部由西醫基層回答，謝代理委員天仁的問題則是西醫基層及健保署各回答一部分，至於何代理委員語的部分則應由健保署回答，這樣應該沒有錯吧？(未有委員表示反對)
- 二、依序回答委員提問，有關陳委員亮良所提的 3 個問題，第 1 個問題是有關家醫計畫執行量暴增，以致預算是否足夠及能否執行的問題，請黃協商代表振國回答。

黃協商代表振國

- 一、家醫計畫 104、105 年預算都是 11.8 億元，106 年增加到 15.8 億元，因健保署及社會大眾都很重視，在 106 年大力推行的結果，反而造成收案數暴增這個美麗的錯誤。
- 二、106 年家醫計畫的收案名單是健保署根據診所就醫病患紀錄，選取慢性病個案醫療費用最高的 90%，及非慢性病個案醫療費用最高的 30%，分派個案給院所，院所參與計畫後拿到名單再

進行收案，所以該計畫收案人數的增加，是因為參與醫師及診所大幅增加的結果。

黃委員啟嘉

請問委員有需要再詢問或補充？(未有付費者代表發言)好，第 2 個問題有關老人白內障照護品質部分，請吳委員國治說明。

吳委員國治

- 一、如前所述，目前白內障手術技術很進步且成熟，民眾接受手術後恢復清楚視力，「食好鬥相報」(台語，意指口耳相傳)。對部分民眾來說，以前可能會覺得人老了，視力還堪用就不開刀，但現在民眾要看的東西越來越多，對視力要求提高，而且會有群聚效應，例如民眾在某診所開刀後，覺得效果不錯，後續會介紹親戚朋友來治療，因此很多手術量增加，無法由「人口結構改變率」完全反映，前幾年慢性病照護也是如此。
- 二、有關「提升老人視力照護品質」經費估算方式，是以這 5 年來白內障的手術費用成長率，再扣掉「人口結構改變率」的差額做估算。

黃委員啟嘉

請問陳委員亮良還有疑問嗎？

陳委員亮良

有關老人視力提升等 2 項目，因鄉村老人特別多，他們期待有好的醫療服務，以付費者角度，在經費有限之下希望可以更深入偏遠地區，這是本席意見，希望在老人視力照護的經費編列，能夠更加落實。另外，我剛提的其他問題，也請再回應。

黃委員啟嘉

接下來請黃協商代表振國回答關於糖尿病相關項目的提問。

黃協商代表振國

- 一、目前的「糖尿病醫療給付改善方案」著重完整照護及定期檢查，包括檢查是否有併發症，但並沒有特別強調注射胰島素治療的重要性。

二、為何會如此？因為注射胰島素治療包含三難，醫生難、病人難、給付難，不管是民眾、醫療院所或醫師，都需設計誘因，才能提高院所願意從事這個高難度的挑戰，促進及保障民眾健康。說實話，提升糖尿病病患注射胰島素的比率，對西醫基層並無財務誘因，但我們還是願意去推動。

陳委員亮良

請問「糖尿病醫療給付改善方案」列於專款，是健保署意見嗎？

黃委員啟嘉

- 一、健保署建議將糖尿病及初期慢性腎臟病醫療給付改善方案移列至一般服務預算。但若移到一般服務預算會產生問題，假如醫師怠惰不做，等於是佔付費者便宜，因為預算已滾入基期，會年年成長；但放在專款項目，醫界就可以量力而為，依專款額度執行，若執行有剩餘，就可還給付費者，也不會讓付費者吃虧，這樣最公平。
- 二、這顯現西醫基層照顧民眾健康的決心及使命感，放在專款較能放手去做，不夠也可再跟付費者代表談，但若改列一般服務預算，最後若變成大家都不願意執行，將使民眾健康受損。謝代理委員天仁的問題稍後由黃協商代表振國回應，請問陳委員亮良，還有哪方面提問未充分回應？

陳委員亮良

- 一、「糖尿病醫療給付改善方案」部分也請健保署回應，西醫基層代表所提甚為合理，若用計畫的方式，似對民眾的糖尿病控管較佳。
- 二、另有關「醫療資源不足地區改善方案」，請問西醫基層如何鼓勵醫生下鄉執業，可提出明年度目標值嗎？會有幾人下鄉服務？這部分是我比較關心的。

黃委員啟嘉

請徐協商代表超群回應。

徐協商代表超群

- 一、「西醫醫療資源不足地區改善方案」中，有一部分是鼓勵新開業方案，最低保障額度是 1 個月 20 萬元(依地區偏遠程度分級，第一級 20 萬元，第二級 25 萬元，第三級 35 萬元)，包括診所申報費用及成本，但個人認為保障不足。20 萬元是包含所有成本的，扣掉診所的人事費用及其他開銷後，所剩無幾。尤其是人事費用，都會區聘請 1 位藥師大概要 5~6 萬元，但醫缺地區可能需要 7~8 萬元以上，同樣道理聘請護理人員，相對於都會地區成本也較高，所以醫缺地區新開業的診所，常做到一半就做不下去，因為不敷成本乾脆歇業。在保障額度部分，希望在現行方案保障新開業前 3 年之外，再多加 2 年的保障時間，讓已進入偏鄉執業的診所，可以繼續嘗試做看看。
- 二、更重要一項，希望保障醫療資源缺乏地區診所點值每點 1 元，此有鼓勵作用，因為若在大都會區開業，可能旁邊就有 4、5 家診所競爭，到偏遠地區開業，若能保障其每點 1 元，可能會讓年輕醫師有意願嘗試。因為相對於都市的高度競爭，醫師可能會考慮直接到偏遠地區開業，若環境適合就會繼續開業。醫療資源缺乏地區，都是極為偏遠的山上或海邊...

傅主任委員立葉

不好意思，因為協商的時間已經超時，發言請簡短。

徐協商代表超群

再講一句就好，為什麼醫院和牙醫對這樣的院所有保障，但西醫診所沒有類似保障？西醫基層診所對於民眾的醫療照顧更為直接，也應該有所保障！

黃委員啟嘉

- 一、徐協商代表超群就回應到此，接下來先回答謝代理委員天仁的問題。西醫基層所提 107 年方案，非考量就醫人口的移動，而是醫療品質的提升，希望同樣疾病的照護，基層醫療品質能與醫院相同。
- 二、謝代理委員天仁所提就醫人口移動部分，其實健保署另於其他

預算有編列 20 億元的風險準備，若真有移轉，健保署在其他預算還有 20 億元Asobi(壓縮比，日本外來語，指留有緩衝的餘地、彈性的意思)可以運用。不過基層所提「配合相關政策法令(分級醫療)，醫療服務利用增加所需之費用」乙項則是針對醫療品質的提升，這部分請張協商代表孟源說明。

張協商代表孟源

- 一、感謝謝代理委員天仁所提意見，費用列於一般服務或專款項目有不同意義，向委員報告，105 年西醫基層一般服務預算中，將門診慢性病及慢性病連續處方箋 2 項點數合計，約 199.76 億點。這次健保署提出「B型肝炎藥費回歸一般服務」項目移列至一般服務預算 2.8 億元，此類專款屬於特殊的例外情況，它回到一般服務後，與 199.76 億點相比，占率很低約 1%，為何B型肝炎相關費用要放在專款，原因在此，剛剛盧協商代表榮福也說明過。
- 二、西醫基層為何要特別提出「配合相關政策法令(分級醫療)，醫療服務利用增加所需之費用」項目，其係為提升醫療品質。以慢性病及慢性病連續處方箋費用為例，105 年西醫基層 2 項點數合計約 199.76 億點，醫院部門合計約 1,027.49 億點，105 年醫院每件門診慢性病及慢性病連續處方箋點數合計後平均約 1,890.3 點，西醫基層每件平均點數約 712.7 點。
- 三、為什麼西醫基層沒辦法把病人拉到基層就醫，就像武大郎拚不過西門慶，病人很聰明知道醫院財大氣粗，我們基層如何能拚的過他們呢？若要改變醫療服務現狀，讓病人能夠挪移，西醫基層需要得到協助，我們知道謝代理委員天仁是正義化身，希望能夠幫幫我們。

傅主任委員立葉

醫界已經回應完畢，現在請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、先回應何代理委員語對家醫計畫的詢問：

- (一)委員所提「家醫計畫今年收案人數這麼多，是不是有浮濫收案」，這點要特別向委員報告，這是因為今年積極推動分級醫療，希望壯大基層，所以大力鼓勵基層院所成立醫療群，與醫院成立上下游合作關係，有利於提供病人連續性醫療及雙向轉診。
- (二)於「落實分級醫療」政策目標下，各分區業務組全面展開相關行動，鼓勵全國各區診所儘量加入，今年新加入醫療群的數量確實有大幅成長，因為醫療群醫師增加，收案的病人數也大幅增加，收案數比本署原預期的人數還要多出 73 萬人，才造成家醫計畫之績效獎勵費不足。另外，今年新增的醫療群，預估明年還會再加收 53 萬名個案，所以要跟委員報告，並不是浮濫收案，而是為了配合政策，醫界大力支持，而讓民眾可以得到更好服務。
- (三)如何判斷服務績效，及給予獎勵款？家醫計畫內設計許多不同面向指標：
- 1.組織面指標占 44%，包括提供病人衛教，也就是若病人到醫院住院，診所醫師須到醫院提供共同照護門診及個案研討；此外協助病人轉診、提供 24 小時諮詢專線、參與 P4P (Pay for Performance, 論質計酬)計畫等，都納入指標評核。
 - 2.品質指標占 30%，包括潛在可避免急診率有無下降，可避免的住院率有無下降，及病人有無固定就診等 3 個指標。
 - 3.滿意度調查占 10%，院所會先自評，健保署也會去測量，所以是較客觀的評量。
 - 4.鼓勵基層醫師提供完整預防保健，占 16%，例如子宮頸抹片、成人預防保健、老人流感及糞便潛血檢查等等。
 - 5.以上評核指標，本署每年都會進行評核，參與院所若評核分數未達 65%，就要退出，若在 65~70%間就列入輔導，輔導期間該院所若無法提出具體計畫，到第 2 年若仍無法達到 70%，就需退出醫療群。也就是說，醫療群都要經過

擇優汰劣的過程，每年也有部分診所被汰劣。

二、其次，陳委員亮良詢問，本署為何把「糖尿病及初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」及「B型肝炎藥費」移列到一般服務，醫界代表對此也有意見，其實這是歷年評核委員的建議，對已經執行多年的試辦計畫，若達成熟階段，則應回歸一般服務，不要長期試辦下去。這3個計畫屬於普及性服務，也執行多年，所以本署才建議將這3個相對較成熟的計畫，移到一般服務。

三、謝代理委員天仁詢問為何將「C型肝炎用藥(含C肝新藥)」編列於其他預算，請黃專門委員兆杰說明。

黃專門委員兆杰

向各位代表報告，健保署 107 年將C型肝炎用藥移列其他預算，主要考量2點：

一、首先是預算分配問題，106年C型肝炎用藥專款預算分列西醫基層及醫院2個總額部門，預算編列時無法準確預估2部門實際使用量，但依目前執行結果，醫院部門該項專款已將用罄，但西醫基層的專款還十分充裕。經考量後，建議107年將2個部門的C型肝炎用藥專款統合運用，因此移列其他預算。

二、以往因治療C型肝炎的藥品副作用高，病人治療情形差，難得有C型肝炎新藥治癒率高達90%以上，因此希望盡快讓病人都能治癒，但考量整體C型肝炎病患人數眾多，若一次編足預算，對財務衝擊太大，因為無法一次編足預算，故採逐年編列方式辦理。本署考量應盡可能編列較充足預算，又不會影響目前醫療生態的方式，也許是較好的方式，故移列其他預算，以避免編列較大預算的同時，對目前的醫療服務造成太大的衝擊。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

若無其他詢問，在付費者代表進行內部協商之前...

傅主任委員立葉

還有委員要發言，先請葉委員宗義。

葉委員宗義

- 一、我的兩隻眼睛有青光眼、白內障等眼疾，所以我對這方面較關心，有關「提升老人視力照護品質」這項，其實大家去醫院看看就知道，眼科排隊排得最久，有時從早上排到晚上，眼科病人都以老人家為主，1個月至少要看1次。若民眾有眼疾都去醫院就診，不論是健保支出或民眾負擔等各項費用都比較高。
- 二、政府要推動分級醫療，鼓勵大醫院的病人轉移到西醫基層就醫。眼科的問題確實需要正視，老人的眼疾若沒醫治好而重複就醫，還是會造成醫療浪費。雖然目前健保署方案不編列預算，但個人贊成這個項目。我希望西醫基層能提出更好、明確的方案，等一下如果本項預算通過，希望能提出具有實際效益的眼科專案，這樣才有意義。而不要那種隨便分錢，你分5千、我分1萬的粗糙做法。對本項我暫時保留，一定要有好的執行專案。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

截至目前這個階段是屬於提問階段，付費者代表有任何疑義，可提出請西醫基層代表回答，等一下要進行付費者代表內部會議時，較容易做出相關判斷。目前時間已晚，付費者代表該進去協商出1個版本，在付費者代表進去內部會議前，請問西醫基層代表有沒有要調整或釋出善意，讓付費者代表比較好談？

黃委員啟嘉

先徵求付費者代表同意，可否讓黃協商代表振國用30秒時間說明。

黃協商代表振國

釋出善意絕對是有的，針對107年家醫計畫，原提出8.98億元預算，現在同意健保署所提的7億元；但針對今(106)年的點值低落，也就是美麗的錯誤這部分，健保署只編列3億元，經計算點值只能補到0.7，建議編列7億元，讓點值補到0.9，約等於106年西醫基層一般服務的浮動點值(0.9)。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

主席，我是請問基層代表是否要釋出善意，但他們的方案還是從頭

到尾都不動，以不變應萬變，現在付費者代表要召開內部會議了。

傅主任委員立葉

先等一下，何代理委員語還要提問，請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、針對健保署的回答，我還是聽不懂。第 1 點，關於家醫計畫照護率，97、98 年沒數字，99、100 年皆為 34%，101 年 39%，102~105 年間分別為 42%、43%、48%、47%，一直到今年上半年是 67%。如果今天 107 年經費通過了，但 106 年下半年沒做好，是不是又會降到 50%？為什麼家醫醫療群照護率會這麼低？我認為這有問題，如果家醫醫療群的照顧率沒達到 80~90% 以上，我認為沒有達到該有的績效。
- 二、第 2 點，家醫醫療群推動已久，西醫基層的門診量卻沒有下降，那家醫計畫有何成效？請健保署回應。

蔡副署長淑鈴

- 一、不知道何代理委員語提出的數據出處？(有委員表示數據在會議資料第 43 頁)委員所提的照護率資料，可參閱會議資料第 43 頁之「一、家庭醫師整合照護計畫近 10 年之照護人數及照護率統計」之「照護率」欄位，此表中 106 年 1~6 月的照護率是 67%，委員所說的應該是這張表格。本表中照護率定義，是指「照護人數」占「符合計畫收案條件人數」的比率，因為不是每家診所都有加入社區醫療群，事實上有參加社區醫療群的診所，個別收案率是高於目前所呈現的 67%，有些診所沒有參加醫療群，所以符合收案條件的照護人數，才會無法達到那麼高的比率，這是分母的問題。
- 二、參加家醫計畫的診所，是以本署提供符合收案條件的名單為分母，收案率多達 8~9 成，也有很多達到 9 成。再次說明，是因為不是所有診所都參加家醫計畫，故此表格呈現的照護率數據才會如此。

黃委員啟嘉

請問何代理委員語，您的提問還需要西醫基層這邊再補充說明嗎？
何代理委員語(劉委員志棟代理人)

不用。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

請主席再幫付費者代表詢問，西醫基層代表是否有要釋出善意？

黃委員啟嘉

有！有善意，「配合相關政策法令(分級醫療，醫療服務利用增加所需之費用)」乙項，預算從 12 億元降到 9 億元。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

了解，總是有釋出善意！

傅主任委員立葉

現在付費者代表需要進行內部會議，請問付費者代表需要多久時間？(有付費者代表回應 30 分)

(付費者代表進行內部會議討論約 45 分鐘)

傅主任委員立葉

付費者代表內部會議結束，請各位就座，繼續進行西醫基層總額協商，先請付費者代表說明付費者的版本。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

請再等一下，剛剛內部會議提出的版本，需印出紙本以利參閱及說明。

傅主任委員立葉

那就再等一下(約過 30 秒)。現在已有資料，請滕代理委員西華代表說明。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

由我代表付費者向大家報告付費者代表討論的共識結果，報告之後，若西醫基層代表提出其他意見，可再進行第 2 次討論。

一、一般服務之非協商因素(醫療服務成本及人口因素成長率)：成長率和增加金額，依健保署跟西醫基層的方案，金額照列。

二、一般服務之協商因素項目：

- (一)「新醫療科技」：同意健保署所編列的 1.16 億元，但不匡列項目及金額，全數依照藥物給付相關的法定程序辦理。
- (二)「因應勞動政策進步造成人事成本」：此項是醫界配合一例一休政策所提出的項目，但我們還是建議，若有影響，應該以非協商因素成長率去調整支付標準，不另外再補貼費用。
- (三)「藥品給付規定修正」：同意健保署意見，本項為 0。
- (四)「配合相關政策法令(分級醫療)，醫療服務利用增加所需之費用」：雖然基層願意將本項降至 9 億元，但我們認為健保署為推動分級醫療已另編列數項相關預算，故不再於此重複編列費用，本項為 0。
- (五)「提升老人視力照護品質」：參照健保署意見，本項費用已於人口結構改變率反應，若將來要新增老人眼科、前瞻性服務等醫療服務，應該回歸支付標準增修程序辦理，本項不編列預算。
- (六)「新興疾病(失眠、焦慮等)產生之醫療利用提升」：本項同前述「提升老人視力照護品質」，已於人口結構改變率反應，可運用該預算增修支付標準。依健保署意見，不編列預算。
- (七)「外傷服務密集度及照護品質」：依健保署意見，不編列預算。
- (八)「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」：付費者代表意見與西醫基層(列在其他預算)及健保署(列入一般服務之協商因素項目)都不同，本項 1.78 億元應移至西醫基層總額專款項目，本項為 0。
- (九)「糖尿病及初期慢性腎臟病品質支付」：兩項費用均移列。糖尿病醫療給付改善方案仍列於西醫基層總額專款，並擴大照護率，另初期慢性腎臟病醫療給付改善方案仍列於其他預算，本項暫不編列預算。
- (十)「B 型肝炎藥費回歸一般服務」：同意健保署意見，自 107

年起本項回歸一般服務，金額為 2.8 億元。

(十一)「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」：
同意健保署意見，減列 3,990 萬元。

三、專款項目：

- (一)「強化基層照護能力，及『開放表別』項目」：同意健保署及西醫基層所提，金額為 4.5 億元，增加 2 億元，106 年上半年開放表別的執行率不理想，因此本項應進行效益評估，並檢討所提新增跨表項目是否合適。
- (二)「鼓勵院所建立轉診之合作機制」：同意健保署意見，增加金額 1.29 億元。
- (三)「家庭醫師整合性照護計畫」：為反應 106 年收案數成長，增編 8.8 億元。請健保署執行計畫時，嚴格監控相關品質，不要浮濫收案，或有收案卻沒服務的情形。
- (四)「西醫醫療資源不足地區改善方案」：依健保署意見維持原編的 1.8 億元。
- (五)「加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」：B型肝炎藥費依健保署意見回歸一般服務，C型肝炎藥費改列於專款項目。本項金額為 0。
- (六)「醫療給付改善方案」：西醫基層方案維持 3 億元預算，健保署建議 0.79 億元(減列 2.21 億元，其中糖尿病醫療給付改善方案 2.17 億元回歸一般服務預算)，經付費者代表討論結果，糖尿病部分仍列於「醫療給付改善方案」項目內，再加上慢性阻塞性肺疾病等舊方案之經費後，預估所需經費 2.96 億元，並加碼 4 百萬元用於提升糖尿病照護品質，請西醫基層部門增加注射胰島素獎勵品質指標，以鼓勵使用胰島素的院所，本項金額共計 3 億元。
- (七)「壯大基層—提升基層照護糖尿病病人注射胰島素治療」：本項金額為 0。
- (八)「提升糖尿病眼底檢查照護率」：付費者代表認為可以利用

調整支付標準或是新增跨表預算處理，本項就不予增加，金額為 0。

(九)「品質保證保留款」：同意依健保署意見，編列 109.4 百萬元。

(十)新增「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」1.78 億元，列入專款項目。

(十一)新增「C型肝炎藥費」列入專款項目，金額為 4.08 億元，基層本項專款可與醫院部門之C型肝炎藥費專款互相流用。

四、西醫基層合計一般服務及專款，不含門診透析服務費用，成長率為 3.106%(較 106 年度核定總額成長率 3.368%)。

傅主任委員立葉

對於付費者代表版本，西醫基層代表有無意見？

黃委員啟嘉

請問 107 年家醫計畫新增之 8.8 億元預算如何分配於 106 及 107 年？

滕代理委員西華

請健保署及西醫基層部門自行商議。

黃委員啟嘉

請問可以讓西醫基層代表進行內部會議討論嗎？看來我們好像應該再加善意，但擔心提出我期待的善意版本，其他基層代表可能會把我打死(眾委員笑)，請容許內部會議討論。

傅主任委員立葉

現在由西醫基層代表召開內部會議 20 分鐘。

(西醫基層代表進行內部會議討論約 32 分鐘)

傅主任委員立葉

西醫基層代表內部會議已經結束，現在繼續協商，請西醫基層代表說明醫界版本。

黃委員啟嘉

一、先向大家致歉，我們花了很多時間討論，因為要統合內部意見實在不容易。已盡量刪減經費需求，非協商因素就不討論。

二、一般服務之協商因素項目：

(一)「新醫療科技」：跟付費者代表意見相同，不匡列特別項目費用，金額從 3 億元降到 2 億元。

(二)「因應勞動政策進步造成人事成本」：預算大幅刪減，金額降至 6 億元。

(三)「藥品給付規定修正」：因為本項是已經發生的費用，所以維持 1 億 3 百萬元。

(四)「配合相關政策法令(分級醫療)，醫療服務利用增加所需之費用」：由 12 億元降到 8 億元。

(五)「提升老人視力照護品質」：因為有許多付費者希望我們能提供此項服務，故維持原提金額 75.9 百萬元。

(六)「新興疾病(失眠、焦慮等)產生之醫療利用提升」：因為本項醫療利用很高，故維持原提金額 120 百萬元。

(七)「外傷服務密集度及照護品質」：我們希望推動分級醫療，擴大基層對外傷的服務，所以維持原提金額 200 百萬元。

(八)綜上，一般服務成長率降到 3.633%。

三、專款項目：

(一)「強化基層照護能力，及『開放表別』項目」、「鼓勵院所建立轉診之合作機制」：維持原提方案。

(二)「家庭醫師整合性照護計畫」：希望付費者代表同意補 106 年的 6 億元，加上 107 年的 7 億元，共新增 13 億元。

(三)「西醫醫療資源不足地區改善方案」：降到僅新增 7 百萬元，放棄原提草案中的前 2 點(新開業保障時間延長、巡迴服務之例假日醫護人員報酬點數增加)，剩下第 3 點(保障偏遠地區診所點值，每點 1 元)。

(四)「加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」：B 型肝炎藥費繼續

留在專款，C 型肝炎藥費則配合健保署建議移到其他預算。
(五)「醫療給付改善方案」：不希望包裹式呈現，希望分項列出，有關提升糖尿病病人注射胰島素治療部分希望 1 億元。

(六)「提升糖尿病眼底檢查照護率」：維持 91.3 百萬元。

(七)「品質保證保留款」：與付費者方案一致，維持 109.4 百萬元。

四、西醫基層總額合計一般服務及專款的成長率為 4.893%，加上門診透析服務費用(暫以總成長率 4% 估算醫院及西醫基層分攤費用)後總成長率 4.923%(較 106 年度核定總額成長率 5.156%)。

傅主任委員立葉

對於這個版本，請問付費者代表有沒有意見？

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

雙方差距太大。

滕代理委員西華

同意謝代理委員天仁所言，真的是差距太大，接下來不知道要怎麼繼續談？我們減列的項目，你們又加回去；我們加碼的項目，例如新醫療科技項目，你們繼續再加。如果還要再談的話，請問這是你們最終版本嗎？

黃委員啟嘉

請再讓西醫基層內部討論 10 分鐘。

滕代理委員西華

一、再 10 分鐘有沒有可能考慮修改？原本雙方金額就有差距，對於付費者代表刪除的項目，基層代表還是維持編列，項目和金額都有差距，若每個項目都如此，其實沒有太大的改變。特別是「新醫療科技」還比健保署所列金額高，家醫計畫也是一樣。此外，C 型肝炎藥費編列於總額部門專款，是付費者代表考量未來走向後，有共識的一致性協商原則，非僅金額而已。

二、目前雙方版本的差距，除了項目和金額 2 方面外，還跟付費者代表的協商原則有關。若西醫基層代表不考慮修正，請問其他

付費者代表還要再討論嗎？

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

雙方差太遠了，不知道要如何討論。

黃委員啟嘉

- 一、在召開內部會議前，我們就知道與付費者代表間有差距，因為針對西醫基層 107 年度方案所提需求項目，付費者代表版本的金額幾乎都是 0。僅「新醫療科技」乙項同意編列 116 百萬元，其他項目金額都是 0，實在不知哪些項目還可協商。在這種情況下，因為不知道哪些項目是付費者代表絕不會同意的，基層只能將原提需求自行刪減，但付費者代表版本幾乎每項金額都是 0，我們真不知該放棄什麼。基層其實已大幅刪減各項金額，如一例一休已從 26 億元減為 6 億元，這項或許最後會同意編列，不管付費者代表同意多少預算，但其他項目金額不能都是 0，若是如此，我們就真的不知應放棄何項。
- 二、若付費者代表堅持「非協商因素成長的預算即足以反映西醫基層 107 年度方案所提出之項目需求」，我真的不知道該如何處理。西醫基層內部對協商意見是合議制，雖然我是主談者，但並非個人意見就可決定所有事情，今日會議結束後還要面對所有會員，屆時若民眾健康照護出問題也要責怪我們，這責任實在太大。參與總額協商實在不好玩！付費者代表版本全部項目都給 0，我真的不知道要放棄哪一項。若有幾項金額是 0，有幾項有同意酌給預算，我們或許還可接受，但全都是 0，我真的無法接受。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

目前協商雙方都提出方案，健保署亦已加以說明，個人提出幾點意見：

- 一、針對家醫計畫，之前健保會已有討論，也做出決議，106 年度

收案人數超出預期的部分，係因政策因素所引起，故希望由衛福部或健保署協助籌措預算，相關經費應加以核實編列。107年度健保署擬增編 10 億元預算，其中約 7 億元用於 107 年，另 3 億元用於彌補 106 年之不足；西醫基層代表則建議 107 年度編 7 億元，但另需編列 6 億元以彌補 106 年之不足，西醫基層的訴求與健保署規劃差距為 3 億元。建請付費者代表將過去健保會的決議併入考量，健保會相關討論應有一致性與延續性。

二、配合一例一休政策，付費者代表刪減為 0 元，但健保署提出微幅成長(0.1%)的建議，這項政策對醫界服務成本有所影響，導致週末及夜間看診減少，對於許多雙薪家庭，特別是勞工及中產家庭無法經常請假，需要利用週末及夜間看診的民眾衝擊較大，希望在協商過程中，雙方能將民眾就診品質和醫療保障福祉放在心中。

三、在分級醫療與醫療服務利用及密集度之改變部分，雙方所提金額有很大的落差。討論過程中，西醫基層提出品質提升及促進的想法，如果全數預算刪減為 0，會不會使醫界喪失創新服務的動機。是否有其他可能方案，可給予醫界基本的種子基金，俾使其有機會落實提升品質的構想。以上初淺意見供參，謝謝！

傅主任委員立葉

其他委員有無意見？若沒有，付費者代表需要再內部討論嗎？

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

我認為雙方差距太大，再怎麼談也沒用。若照這樣緩步前進，大概談到晚餐後，還沒辦法完成西醫基層總額協商。

傅主任委員立葉

請王委員雅馨。

王委員雅馨

以民眾及病友的觀點提出以下幾點個人意見：

- 一、很多病友需要使用新醫療科技、新藥，以病友想法建議預算上可再調升。
- 二、一例一休政策確實影響到假日開診，因大部分病友在正常上班時間，不能一直請假在周間就醫，希望這部分也能進行調整。

干委員文男

現在是以全體付費者代表共識意見為準，不適合以病友身分提出意見。

傅主任委員立葉

謝謝王委員雅馨，以上意見是代表她個人的發言，請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、本次協商付費者代表與醫界代表差距頗大，付費者代表用心把關，西醫基層代表則努力爭取應有權利。若差距過大，要再重啟協商，事實上困難度很高。我試著從客觀角度試試是否能拉近兩邊的差距，若差距得以縮小，才有重啟協商的意義，若雙方仍各執己見，也予以尊重。
- 二、新醫療科技項目每年都編列很多預算，尤其對免疫療法高價新藥部分，只有估列3項藥品，共4項適應症的費用，這部分仍有放寬的空間。因癌症不只這幾項，若將其鎖定在這4項，目前討論的20億元應該足夠，若能放寬，總額還有機會再適度成長，看醫界與付費者代表願不願意再思考。目前是3項藥品4項適應症，還有很多癌症都沒有納入，若預算可通過，藥物共擬會議就可討論適用對象，這點給協商委員1個建議。
- 三、配合一例一休政策部分，爭議性頗大，付費者代表考量行政院長甫上任，修法方向尚未確定。但對此我向來都採不支持的態度，因醫師與工時並無直接關聯，醫師是按診療量計酬，可連續看診2、3天，隨後連休3、4天，也無機制可管控，醫師是自由業也是競爭的商業行為。至於相關護理、藥師人員成本在非協商因素中「醫療服務成本指數改變率」都有反映，包括房租、設備折舊及資本支出也都有包含在內。

- 四、一例一休影響較大的是加班費計算方式與過去不同，鐘點費可能加倍。依健保署資料顯示，基層診所假日看診一直在減少，這未嘗不是好事，讓國人知道週六、日部分醫師休診，若有需求應提早看診，非不得已才到醫院急診。對西醫基層來說，讓全國民眾知道因政府推動一例一休，診所假日休診，逐漸養成習慣是好事。不過，現在問題是付費者代表方案是 0，與醫界方案差距過大，我認為一例一休對醫界相關人員的加班費確有些微影響，這部分需重新思考，若按健保署方案，各部門應一視同仁，不能有差別待遇，以免造成更大困擾。若付費者代表能接受健保署所提方案給 0.1% 成長率，協商才有進展。
- 五、分級醫療部分，健保署於其他預算已編列 20 億元。會議資料第 3 頁可清楚看到健保署意見，建議不要重複編列預算。
- 六、西醫基層方案提出許多新增的項目，但目前一般服務預算都已涵蓋這些服務內容，如失眠、焦慮、白內障、氣喘及外傷服務密集度改變等。假設今年爭取預算未獲同意，在一般醫療服務還是要繼續提供，過去並未因沒有編列特別預算就不提供服務。所以，一般服務預算已涵蓋各種病症，若基層今年將這些項目特別臚列出來，明年又再另提 5、6 項來編列特別預算，我認為這樣並不公平。而且一般服務額度是累進成長，分母每年都滾入基期，金額一直擴大，不能為某些項目又另行編列費用。至於慢性 B、C 型肝炎藥費與糖尿病照護費用，因為藥費特別貴或醫療費用特別高，而特別編列專款預算還可接受，但其他輕症也要另外爭取預算，我認為不合理。
- 七、有關「醫療資源不足地區改善方案」，據基層代表說法，牙醫、中醫及醫院部門都訂有保障點值機制(註)，只有西醫基層部門沒有保障點值。若如確有此事，顯然不公平，建議付費者代表加以考慮，本項僅增加約 4,200 萬元。

(註：醫療資源不足地區開業院所點值保障，牙醫部門係自行從一般服務移列預算撥補，中醫部門無編列此項預算，醫院部門之「全民

健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」預算，過去係配合政策方向，編列預算支應至今。)

黃委員啟嘉

抱歉，能否請蔡委員登順重述有關分級醫療部分，因為剛才有些吵雜沒聽清楚。

蔡委員登順

請看會議資料第3頁健保署意見說明，配合分級醫療政策，健保署已在其他預算編列20億元，不需重複編列。

傅主任委員立葉

謝謝！

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

- 一、蔡委員登順是協商老將，他提的意見都是重點，若西醫基層代表能聽進去，大家都有協商經驗，也知道付費者代表不會這麼絕情，但雙方若落差過大，要付費者代表再討論也難有共識，建議西醫基層代表考慮看看，付費者代表還是會在密集度做適度反映。
- 二、蔡委員登順所提意見，付費者代表在內部會議時已有備案，但西醫基層所提項目像天女散花，很難處理。西醫基層提出那麼多項目，其實重點是預算，編列1項就夠了，列那麼多項，只是徒增雙方困擾而已。若西醫基層代表願意再調整，付費者代表會根據調整後方案再做內部討論，相信這樣雙方版本就會很接近。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、我剛才已經舉很多次手了，還以為主席沒看到我。我認為周委員麗芳的發言也很有道理。協商已陷入零和賽局，雙方差距太大，付費者代表再討論的空間有限，確實挑戰付費者代表的期待。是否請西醫基層代表釋出善意再討論一下？剛才公正人士

也說了很多，請西醫基層代表再去內部討論，釋出善意後，雙方才有再協商的空間。

二、目前已是零和賽局，大家都不要再浪費時間了，時間有限非常寶貴，我很怕會議開到半夜 2、3 點，找不到飯店休息。建議西醫基層內部討論稍做退讓，我們再繼續協商。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

我想差距太大也不好，我們彼此都退讓，雙方各自召開內部會議討論，剛才學者及公正人士也都這樣建議，給大家 10 分鐘再思考一下。

傅主任委員立葉

張協商代表孟源已舉手多次，我贊同雙方代表都再進行內部會議討論，但內部會議前先請張協商代表孟源發言。

張協商代表孟源

一、感受到大家對全民健康的用心，盡心盡力的討論。我要補充程序問題，剛才有病友團體代表提出病友立場，但協商程序仍需回歸法規面。根據會議資料第 181 頁(註)，協商雙方各自提出建議方案，但個別委員有不同意見時，可在明天委員會會議提出，因此希望如周委員麗芳、公正人士及乾癬協會代表意見，若協商破裂時也可提出意見書列入紀錄，以免明天委員會上再重複發言，浪費大家時間。

(註：「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」之委員會會議項下規定：依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，未能達成共識方案時，應將委員會會議確認之保險付費者代表委員、保險醫事服務提供者代表委員之建議方案，報請主管機關決定。至於個別委員對建議方案有不同意見時，得於建議方案確認後，提出不同意之意見書，由健保會併送主管機關。)

二、蔡委員登順提到分級醫療預算，剛提到武松打虎，因為西醫基

層很弱小，需要預算挹注。

黃委員啟嘉

我個人非常希望能夠達成協商，這是我最大的心願。是否我們都各自再內部討論？

傅主任委員立葉

雙方內部會議時間訂為 10 分鐘。

吳委員國治

對不起！我要呼籲一下，「新醫療科技」部分爭執點是替代率，健保署已委託學者研究，在研究成果提出前，懇請付費者代表能寬列。其次，一例一休部分，行政院院長都已宣布公務人員 107 年加薪 3%，也請納入考慮。至於「醫療服務利用及密集度之改變」部分，確實感受到付費者代表的善意，但這也是過去我們無法解釋而覺得委屈之處，也懇請付費者代表內部討論時，多替我們考慮，謝謝！

傅主任委員立葉

現在進行內部會議(何代理委員語表示要發言)，請問是內部會議前一定要說明的事項嗎？

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

有關張協商代表孟源剛剛的發言，我要提醒付費者代表委員，個人不同意見可列入委員會議附帶意見，但不能代表所有付費者代表意見，這點也希望西醫基層代表能清楚知道，我同意雙方再協商，本來談判就要有進有退。

傅主任委員立葉

現在雙方各自召開內部會議，會議時間 10 分鐘。

(雙方代表進行內部會議討論約 13 分鐘)

傅主任委員立葉

各位委員及協商代表，雙方內部會議結束，現在繼續西醫基層總額協商。請西醫基層代表先說明醫界版本。

黃委員啟嘉

- 一、剛才謝代理委員天仁表示細項太多，應予縮減，因此配合調整。首先，「新醫療科技」再減少 5,000 萬元，剩下 1 億 5,000 萬元；配合一例一休政策，依健保署建議的 0.1% 成長率，不再堅持。
- 二、「藥品給付規定修正」等眾多項目濃縮為「配合分級醫療及醫療服務利用增加」，以品質為導向，預算 8 億元，其他項目全數為 0，專款部分也大幅度縮減。
- 三、家醫計畫希望能在其他部分達成協商後再討論，本項需量入為出，要先徵求付費者代表同意，當其他部分達成共識後，再另找時間詳細討論。家醫計畫執行方式，行政單位有很大的空間，建議可重新研議，付費者、醫療提供者與行政單位之間需要有更長時間好好討論，建議將其分開處理。
- 四、除了家醫計畫外，其他專款項目大部分都取消。加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫費用沒有增加，仍維持在專款，不需滾入基期成長，我們覺得列在專款，易於監控，是最好的方式。
- 五、「醫療資源不足地區改善方案」納入點值保障，維持(較 106 年預算)新增 700 萬元；糖尿病注射胰島素及眼底檢查照護率 2 項歸 0，專款部分到此。
- 六、再請黃協商代表振國說明家醫計畫，基層內部會議討論時有歧見，並無共識。

黃協商代表振國

- 一、向各位報告，107 年家醫計畫預算編列較為複雜，因為不只有 107 年的家醫計畫需增加金額，還包括 106 年預算因已收案 514 萬會員而產生的不足費用，對此健保署分別編列(107 年)7 億元及(106 年)3 億元，付費者代表則減為 8.8 億元。考量明年會員數仍有成長，依家庭醫師醫學會內部計算，若依健保署方案的(107 年)7 億元加(106 年)3 億元版本，點值約 0.7，但往年點值都有 0.8 多，若以點值 0.8 計算，需要(107 年)7 億元加(106 年)6 億元預算。如縮減到(107 年)7 億元加(106 年)5 億元，點值約

0.75，因此懇請付費者代表審慎考量 106 年已經產生的費用。

- 二、請健保署說明 107 年家醫計畫是否還要收這麼多會員，我回去需要向全聯會報告，105 年收案數 260 萬人，是否在 260 萬人到(106 年收案數)513 萬人間找 1 個中間值，明年只收 300 或 400 多萬人，這樣預算就夠，若要再往上加，不知道怎麼做下去。若各界期望家醫計畫能持續成長，13 億元預算實在不為過。

傅主任委員立葉

再請付費者代表說明付費者版本。

滕代理委員西華

- 一、謝謝西醫基層協商代表！謹代表付費者向大家報告我們的共識。再次強調是我們的共識，而非我個人的意見。
- 二、我們有 2 個前提，若西醫基層同意，就會有後續各項目的改變。第 1 是同意配合一例一休政策不編列費用，第 2 是 C 型肝炎藥費列在西醫基層專款，而非移列其他預算，B 型肝炎藥費則回歸一般服務。以上 2 個前提，也懇請西醫基層再次考慮，因為這也是付費者代表對各總額部門的協商原則，並非針對西醫基層。
- 三、若前述 2 個前提成立，「新醫療科技」預算數維持健保署的 1 億 1,600 萬元；第 3 項至第 7 項，包括「藥品給付規定修正」、「配合分級醫療及醫療服務利用增加」、「提升老人視力照護品質」、「新興疾病產生之醫療利用提升」、「外傷服務密集度及照護品質」等，統於「其他醫療服務利用及密集度之改變」編列 2.5 億元，讓西醫基層自行規劃運用，項目不做設限；其他項目維持原本第 1 次提出金額。以上請西醫基層協商代表多加考慮。

傅主任委員立葉

針對這個版本，西醫基層代表意見如何？

黃委員啟嘉

- 一、剛走出會議室時，內部有討論是否要提出最後版本或是讓付費

者代表可刪減的版本。其實目前提出的內容已趨近最後版本，我們認為付費者代表原來的版本多數項目都是 0，應該將雙方的原始版本送請主管機關決定。這不是我個人可以決定的，西醫基層有很多醫療使命及民眾健康照護要執行，我沒辦法 1 人決定，一定要取得內部共識。

二、我已盡最大努力，仍無法滿足付費者代表期待，向大家致歉。剛才出來時，我已再三詢問，有一位理事長已返回高雄，不在現場，很多項目未經其同意，我還不知該怎麼處理。所以無法達到付費者代表期待，很抱歉！西醫基層還是回到原來的版本，送請主管機關裁決。

傅主任委員立葉

西醫基層代表要回復到第 1 個版本，那付費者代表呢？

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

我們也回到第 1 個版本啊！

傅主任委員立葉

我覺得很可惜，雙方都有釋出善意，落差也已縮小，是否雙方都採第 2 個版本？請周委員麗芳。

周委員麗芳

西醫基層已釋出很大善意，尤其在一例一休部分，已同意改採健保署建議。我個人認為，此部分的決定不只影響西醫基層，亦將衝擊稍後登場的牙醫、中醫及醫院總額部門，宜審慎思考與溝通。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

建議就以第 1 個版本送部裁決。

黃委員啟嘉

無論如何，還是要感謝大家。不管是付費者代表或專家學者，願意聆聽我們的需求，非常感謝。說實話，基層內部最大共識只能到這裡，其他部分沒有共識，這是比較困擾之處。

傅主任委員立葉

要提醒醫界，若維持第 1 個版本，稍後加上門診透析服務費用，會超過行政院核定成長率上限(5%)。

黃委員啟嘉

那我們回到第 2 個版本。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、謝謝主席，這次看到我了。為台灣健保大家都很努力進行總額協商，大家都在寫歷史，也為台灣未來醫療發展賣力。從付費者角度，非常肯定醫界付出。我也不希望協商完全沒有轉圜餘地。第 1 次擔任健保會委員在這裡以付費者立場與醫界協商，希望大家各退一步再思考一下，為台灣健保努力。
- 二、付費者代表已釋出非常大的善意，但善意像泡沫，又像煙霧彈閃燃就消失。我覺得會議開這麼久，不要議而不決，也不要協商完全沒空間。希望大家退一步再想一想，哪些計畫或醫療給付是消費者迫切需要的，我認為這是問題關鍵。
- 三、周委員麗芳特別強調，一例一休是全面性政策，若我們沒有給西醫基層，其他部門也都會是 0，形成零和賽局莫非就是協商的宿命？建議大家再內部討論，這是我以付費者立場殷切的期盼。

傅主任委員立葉

請謝代理委員天仁。我希望付費者代表也統由主談者發言。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

照表定時間，目前已超過本場次的延長時間，若有可能取得共識，當然設法談成，但問題是雙方落差太大，再談下去只是浪費時間。建議各自回去沈澱再說，我認為這樣較能解決問題。

傅主任委員立葉

除非是結論前必要發言，不然現在就先討論到此。請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、7、8年來參加協商會議，我每次都希望能協商成功，但付費者代表須以共同意見做成決定。在此回應公正人士，一例一休已進入修法程序，當初健保署在編列0.1%成長率時尚未啟動，目前立法、行政兩院都通知我們送交工商界版本，個別立委也來索取，我認為一例一休是未定數，另勞基法第84條之1也給予醫界彈性空間，這些都要考量進去。付費者代表並非毫無依據，因醫界可自行調整看診時間，若未來一例一休修法定案，後年尚有討論空間。

二、我認為付費者代表能給予的，都已盡量同意，但目前雙方落差相當大，又嚴重超時，贊成送部裁決。

干委員文男

請西醫基層代表確認，要選擇第1或第2個方案？

黃委員啟嘉

第2個方案。我們現有3個方案，最後提出的是第3個方案，之前提出的是第2個方案。

傅主任委員立葉

所以基層代表決定的最終方案是上一個，不是這個？

干委員文男

上一個是什麼？第3個方案是什麼？

黃委員啟嘉

現在是第3個方案。

傅主任委員立葉

一、干委員文男的提問很重要，所以我們澄清一下，西醫基層代表講的第2個方案，不是現在這個方案，而是上一次提出的方案。

二、健保會幕僚提醒，上一次提出的方案會超過行政院核定成長率上限(5%)。

張協商代表孟源

黃委員啟嘉所指的是雙方第 1 次內部討論後所提出的方案。

干委員文男

請問西醫基層的主談人是誰？誰可確定方案？

傅主任委員立葉

希望不管是付費者代表或西醫基層代表，雙方都由主談人代表發言，才不會眾說紛紜，請西醫基層代表。

陳協商代表相國

西醫基層最後決定的是一般服務成長率為 3.633%的這個方案。

傅主任委員立葉

所以不是最後討論的版本？但這個版本，加上門診透析服務費用，會超過行政院核定成長率上限(5%)。

干委員文男

透析還沒談！

林委員敏華

還沒加上透析，就已超過上限。

周執行秘書淑婉

一般服務加專款之金額，較 106 年度核定總額成長率已達 5.156%。

黃委員啟嘉

是第 2 次的版本...。

傅主任委員立葉

請問西醫基層代表現在可以決定最終版本了嗎？

黃委員啟嘉

請稍微等一下，給全聯會幕僚一點作業時間。

傅主任委員立葉

有人建議休息 5 分鐘，讓雙方決定各自最後的版本(謝代理委員天仁表示，需先看到西醫基層的版本)。

傅主任委員立葉

付費者代表表示希望先看到西醫基層的版本，才能決定付費者版本。

陳協商代表相國

請問健保會幕僚，現在螢幕上這個不是我們的第 2 個方案。

周執行秘書淑婉

不是，應該是請全聯會幕僚將方案給本會幕僚，再呈現在螢幕上。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

可以請西醫基層代表直接唸，可以嗎？

黃委員啟嘉

- 一、協商因素的成長率為 1.876%，其中「新醫療科技」2 億元，「配合一例一休政策」6 億元，一般服務我對一下螢幕上的數字，好，沒有錯。
- 二、螢幕請往下...專款的部分我們有做扣減。總成長率 4.923%，有在行政院核定的 5% 上限內，已加上門診透析服務預算以總成長率最高的 4% 暫估的分攤金額。

傅主任委員立葉

成長率最高只能 5%，現在的版本是 5.156%(較 106 年度核定總額成長率)，超過一點點。

黃委員啟嘉

行政院核定的上限，是指一般服務加上專款，再加門診透析的總成長率，不能超過 5%。現在全部加起來「總成長率」是 4.923%(註)，其中門診透析預算部分，已用目前最高的成長率(4%)來估計。

(註：計算「總成長率」之基期，其中 106 年一般服務基期費用已加入調整人口差值之 285.3 百萬元。)

陳組長燕鈴

向各位委員報告，行政院核定的成長率上限是以「較 106 年度核定總額成長率」來看，若用目前方案的總金額較 106 年核定總額成長率是螢幕最下方欄位的 5.156%(註)，已經超過行政院核定的成長率

上限(5%)。

(註：計算「較 106 年協定總額成長率」之基期，係以 106 年協定總額計算，基期未含調整人口差值之 285.3 百萬元，因分母較計算「總成長率」之分母小，故成長率較「總成長率」略高。)

黃委員啟嘉

再將「糖尿病病人注射胰島素治療」、「提升糖尿病眼底檢查照護率」2 項刪掉，「配合一例一休政策」的成長率修成健保署建議之 0.1% 成長率。這樣 OK 嗎？

傅主任委員立葉

確定了嗎？

黃委員啟嘉

這是目前西醫基層代表的方案。

傅主任委員立葉

好，目前螢幕上顯示，最後較 106 年度核定總額(門診透析服務費用暫以總成長率 4% 暫估)成長率是 4.626%。這是西醫基層代表的方案。請問付費者代表這邊的方案？

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、因為西醫基層代表修為第 2 個方案，付費者代表也用第 2 個方案。
- 二、我再念一遍，「新醫療科技」維持原先的 1.16 億元，且不匡列特定項目及金額，依照藥物給付的相關法定程序辦理。有關「配合一例一休政策」0 元、「藥品給付規定修正」、「配合分級醫療及醫療服務利用增加」、「提升老人視力照護品質」、「新興疾病產生醫療利用提升」、「外傷服務密集度及照護品質」等 5 項，統編列「其他醫療服務利用及密集度之改變」2.5 億元。「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」移列西醫基層專款，其餘都是跟第 1 次版本一致。較 106 年度核定總額(門診透析服務費用以總成長率 4% 暫估)成長率是 3.784%。

傅主任委員立葉

目前 107 年度西醫基層總額是醫界和付費者兩案併陳，如果雙方同意重啟協商，請在今晚 8 時前向本會提出以利安排。西醫基層總額的協商就到此為止。

黃委員啟嘉

再一次謝謝付費者代表，我們回去再好好討論一下。

傅主任委員立葉

謝謝各位，休息 5 分鐘之後進行門診透析服務費用協商。

(休息 5 分鐘)

(醫院與西醫基層總額之門診透析服務費用協商)

傅主任委員立葉

- 一、各位委員、協商代表，現在開始門診透析服務費用協商，特別拜託醫界代表及付費者代表，儘量各指派 1 位主談人，由主談人發言，其他協商的委員或代表儘量配合。如果有必要補充再發言，因為不是例行的委員會議，希望不要每位都發言，以節省協商時間。現在開始門診透析預算的協商討論。
- 二、腎臟醫學會有 1 份補充資料，已放在桌上，請各位先行參閱。相關資料相信委員們都已事先仔細閱讀，不需再做詳細說明。請問醫界代表，有沒有要特別補充的重點？沒有的話，就直接請付費者代表提問。請腎臟醫學會代表。

林秘書長元灝

- 一、主席、各位委員大家好，今天代表腎臟醫學會協商 107 年門診透析服務預算，希望各位委員能體諒腎臟科醫師照顧病人的辛苦，每一年的經費都非常拮据，現在所有成本指數都節節升高，因為病人年齡一直增長，糖尿病病患需要花費的成本更高。
- 二、看到健保署提出的甲案，成長率只有 2.35%，實在有點訝異，不知道這是什麼數字，若以非協商因素估計，透析病人數成長就有 3.5%，所以預算成長率 2.35% 我完全不能接受。另外，104、105 年平均每個病人所需增加的成本快 38 元，若加上非協商因素，實際上需要的成長率應該是 5.3%，我知道各位委員不會認

同(5.3%)，但跟大家報告，這是維持品質所需要的費用，絕對不是漫天喊價。

三、106 年門診透析服務費用總成長是 4%，實際上剛好夠用，105 年成長率 3.8%是不夠的。希望各位委員知道，門診透析服務的成本真的有升高，104、105 年下來增加的費用，不要講一例一休，光 105 年實施新勞基法，每人次透析成本就增加 15 元。EPO的使用，每人次增加 10 元，還有其他像透析藥水跟基本藥物，都內含在健保包裹給付內，這些成本也增加 12 元。並非病人越多成本就越低，而是資源耗用上，平均每人次透析的成本增加。

傅主任委員立葉

謝謝林秘書長元灝的說明，針對門診透析服務部分，付費者代表有沒有要提問的？

干委員文男

付費者代表要先進行內部會議討論。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我們需要先進行內部會議。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

抱歉，在召開內部會議前，我再問 1 個問題，健保署建議 107 年的成長率只有 2.35%，是不是？

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

有兩案，另一案是 4%。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

是不是請健保署說明提出兩案的理由？

蔡副署長淑鈴

跟各位委員說明，甲案是比照過去慣例，以醫院和西醫基層總額非協商因素成長率加權平均後得到 2.35%。乙案是因為去年成長率是 4%，所以提這兩案讓委員研究。

傅主任委員立葉

接下來由付費者代表進行內部會議，請問需多久時間？(付費者代表表示 10 分鐘)，好，時間 10 分鐘。

(付費者代表進行內部會議討論約 17 分鐘)

傅主任委員立葉

付費者代表內部會議已經結束，現在繼續協商門診透析服務預算。先請付費者代表主談人說明。

千委員文男

經付費者代表努力商議，考量若年年預算高成長，透析病人可能會成長得更快，希望能改變模式，在明年可以增加換腎人數，換腎後病人可回歸社會奉獻心力，請醫界在這方面多努力。滕代理委員西華有沒有補充？(滕代理委員西華表示沒有)從總成長率 2.7% 開始談，這樣比較快，不用浪費時間。

羅協商代表永達

參與協商會議多年，理論上醫院和西醫基層部門代表才是協商代表，腎臟醫學會僅是列席人員，應該是跟我們協商不是嗎？

周執行秘書淑婉

是。

羅協商代表永達

但現在好像是在跟腎臟醫學會協商，應該是問我們的意見，而不是問腎臟醫學會，這樣才對吧？

傅主任委員立葉

付費者代表是跟西醫基層與醫院代表協商沒錯，但有些是回應剛剛腎臟醫學會的說明。針對付費者代表的方案，醫界代表有沒有意見？

羅協商代表永達

一、在編列預算之前，西醫基層跟醫院部門已協商過，醫界清楚知道現在經費很拮据，我們願意在拮据的情況下，協助腎臟內科

的需求。

二、請各位參考當時我們考量的幾個數據，請看會議資料第 45 頁：

- (一)105 年透析人數成長率 3.5%，光人數就增加 3.5%，這是既成事實，106 年會成長多少，目前還沒有數據，但依據過去資料，不會低於 3%。
- (二)干委員文男提到換腎議題，這是很專業的問題，在台灣只要病人有機會，都會去做腎臟移植，但現在就是沒有腎臟可以移植，不知道該怎麼辦。健保署署長一直在推廣器官捐贈，成效也很好，但短期內要以換腎治療來取代洗腎治療，有實務上的困難，這是醫學專業問題，不是三言兩語可以講完。
- (三)關於點值，在久遠以前，不管是點數還是點值，都還算符合相關成本，可是這十幾年來，支付點數經多次調降，到現在一般血液透析 1 次(診療項目代碼 58029C)只有 3,912 點，目前點值只有 0.82，第 1 季約在 0.81，第 4 季約 0.82。在此情況之下，稍加偏僻地區，偏遠程度還沒到法定偏遠地區，每月透析人次在 500、600 人次以下規模的院所，根本沒辦法經營下去，之後醫師就會移到都會區服務，這樣的發展不是社會大眾所樂見。

三、基於以上種種現實的考量，醫院協會跟西醫基層部門代表協商時，訂出延續去年 4% 的概念，建議 107 年成長率維持 4%。

傅主任委員立葉

付費者代表有沒有要回應？

干委員文男

106 年的成長率上限比較高，但 107 年沒那麼高。依據會議資料第 45 頁，腹膜透析人數已減少，付費者代表對醫界期待很深，希望醫界多推廣換腎，也請健保署幫忙，不然都是養病人，不是在治病，再講下去就不好聽了。106 年門診透析服務總預算是 369.16 億元，總金額龐大，付費者代表討論後的共識是 2.7% 成長率。

張協商代表克士

- 一、剛才付費者代表的說法好像是增加預算會刺激消費，多給預算好像醫師就會鼓勵病人洗腎？從專業的角度來看，我是心臟科醫生，洗腎其實很多是心臟科的下游，洗腎的上游多半是三高，在美國大概有一半的透析患者是因為糖尿病造成，台灣的情形也很類似。大家都知道三高、糖尿病、心血管等這些病患越來越多，加上人口老化，平均壽命延長，罹患這些疾病的機會就增加，源頭的問題暫時無法解決，這些病患若控制不好，最後就會到下游洗腎。
- 二、台灣的腎臟科醫師素質不錯，提供的透析品質良好，延長病人的存活時間，結果進入洗腎的多、走的少，例如每年約有 1 萬個新病人，有 3,000 人死亡，洗腎人數就持續累積增加，而總額分配若不給予適當成長，點值就會變低；也就是服務品質好，點值反而降低，形同變相懲罰，這就是透析總額目前最大的問題：點值太差！腎臟科醫生都很在意，為何點值只有 0.8，相較其他部門總額，門診透析服務的點值特別差，實在是非常不合理。
- 三、姑且不算成本增加的部分，實際上光病人數造成的成長率就是 3.5%，所以希望最少有 4% 的成長，才能至少 cover(涵蓋)需求，才不會讓點值更低落。不能說透析品質好、存活病人多，又不給成長率，結果點值反而變差，這是不合理的。

張協商代表孟源

- 一、大家辛苦了，我完全認同張協商代表克士的說法，腎臟科醫師真的是非戰之罪，腎臟科醫師收治各種重大疾病、慢性病患者，尤其是罹患糖尿病、三高病患，遇到這種情形，就像早上西醫基層總額談到的醫療服務密集度跟分級醫療，沒有給預算，院所就沒辦法好好照顧慢性病患者，最後就是進入洗腎，造成每年增加很多透析病人，雖然醫界也一直想要減少洗腎人數，腎臟科醫師已經很努力，也減少許多無效醫療，但還是沒辦法。

- 二、如果一直讓門診透析的點值太低，會影響透析的品質，畢竟末期腎病病患也是我們的國人，雖然有些國家限制 80 歲以後就不予透析，或透析過幾年後不予給付，但這樣太殘忍，希望以人道的態度對待這些病患。在沒辦法全面改善基層、醫院慢性病患者照護品質之前，能給門診透析多一點預算，至少照顧這些重大傷病病人的基本權益，保障他們生命和健康權。

陳委員亮良

- 一、我今天也是主談人之一，付費者代表考慮、想法都非常多，大家都用心良苦。在此非常肯定醫界，尤其腎臟科醫生的付出，確實對台灣的民眾來說，能充分感受到醫界的貢獻。
- 二、基於健保署提出甲、乙案兩案，干委員文男負責提出協商結果報告，最重要的一點，總成長率是不包括一例一休的費用。既然是協商，剛剛聽到了醫療提供者很多的心聲，是不是也請健保署，針對甲案和乙案，再補充說明一下。醫界協商代表希望採乙案，付費者代表想要採甲案，但也提高到 2.7%，付費者代表是根據健保署意見認真的思考。

傅主任委員立葉

等一下再請健保署說明，先請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、健保署提出來的門診透析服務建議草案裡面，甲案總成長率是 2.35%，如果扣掉一例一休的 0.1%，是 2.25%。洗腎救了很多國人的生命，有些人多活了 10 年、15 年，這是大家有目共睹的。但剛才 18 個付費者代表在商議時，原來是要從 2.35% 談起，後來大家決定增加 0.45%，讓門診透析總成長率達 2.7%。主要是參考過去 1 年的醫療供給及洗腎人口成長情形。
- 二、歐美國家病患每週洗腎 2 次，較嚴重者是 3 次，但台灣一開始就是洗 3 次。另外在耗材方面，去年病友團體也提出可能有重複使用的現象；付費者代表一致同意 107 年總成長率 2.7%，先看醫界代表的想法後再談，早上西醫基層總額協商沒有達成共

識，但希望門診透析能夠有圓滿的結果。

謝委員武吉

- 一、早上坐到現在，都很認真在聽，西醫基層沒有成功，也有它的道理。現在腎臟醫學會的盧理事長國城，和前任陳理事長鴻鈞，都非常認真地率領腎臟科醫師照顧病患。記得我以前要當健保署門診透析研商議事會議代表時，當時的理事長全力反對我參加，因為我不是一個會乖乖聽話的人，當時我一進去就馬上要求要有洗腎的脫離率指標，結果在陳理事長之前的那位理事長，又把這個脫離率改掉，導致換腎的人數些微減少。但在陳理事長鴻鈞接任以後，又恢復脫離率指標。其實從脫離率指標就可以瞭解到洗腎的必要性，我們是在保護洗腎病患同胞生命財產的安全，以及提升醫療品質。
- 二、對於換腎，剛才羅協商代表永達已經提到，在台灣不是病患不想換腎，而是願意提供腎臟的人很少，排隊排很久，問署長應該就知道，病人不是不願意換腎，是沒有人願意捐出腎臟，換腎情形可以從脫離率指標來觀察。
- 三、剛才也有講到，106年病人成長率應該在3%以上，很感謝付費者代表將成長率從2.35%調整到2.7%，但是相較於病人成長率，這絕對會產生很大衝突。如果預算成長率不足，洗腎的品質會越來越差，我們家都沒有人洗腎，所以我有立場講話。拜託健保署報告一下，現在點值在0.82左右，如果成長率是2.7%，明年是否可能會降到0.79？畢竟過去也曾經降到0.79，如果腎臟醫學會帶領患者到台北靜坐，到時就會很麻煩了。
- 四、最後一點，醫院和西醫基層協商代表都同意4%成長率，門診透析最重要的是要提供有品質的服務，所以4%比較好。

陳委員亮良

是不是請醫界協商代表再思考一下，要不要再進行內部會議討論？

傅主任委員立葉

請健保署先補充說明甲、乙案的考量。

蔡副署長淑鈴

- 一、跟各位委員報告，本署提出甲、乙兩案，因為 4 個總額部門都有非協商因素成長率，唯獨門診透析服務費用沒有。門診透析服務費用是從醫院及西醫基層總額切出來統為運作，我們認為門診透析費用也應有成長率的底限，因此就以這 2 個總額(醫院及西醫基層)的非協商因素成長率加權平均後，得出 2.25% 做為低標。
- 二、請委員參閱會議資料第 45 頁，透析病人數確實有成長，腎臟醫學會也一直反映，非協商因素成長率所包含的人口結構改變率，不能正確反映門診透析病患數成長，本署也認同洗腎人口成長高於一般人口成長，因此比照去年的成長率，提出 4% 成長率的乙案，建議 107 年預算成長率可訂在這兩者(2.35%、4%) 之間，而本署也建議委員可考慮給予 4% 成長率。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

105 年病人數成長 3.5%，現在要求 4% 成長率，付費者代表直覺思考，人數只成長 3.5%，怎麼會要求要 4% 預算？醫界代表是不是也再考慮看看。

羅協商代表永達

- 一、會議資料第 45 頁羅列許多數據，包括病床數等，現在基本值是病人數成長 3.5%，剛剛有委員提到每周洗 2 或 3 次，這是很專業的問題，短時間內無法細說，未來請腎臟醫學會找時間跟委員解釋每周洗 2 或 3 次之緣由。
- 二、排除這些因素外，現在病人數成長 3.5%，再加上目前點值為 0.82，而一般血液透析 1 次(診療項目代碼 58029C)點數是 3,912 點，也就是說，支付點數已調降，而非支付點數增加的情況下，點值下降；目前是支付點數已調降，點值又下降。
- 三、剛才有人提到曾經做過調查，1 個透析診所或單位，至少要 600~700 個透析人次，才能夠生存，現在點值是 0.82，點數又只有 3,912 點，達不到這個規模，醫師就不願到非都會區設立

洗腎院所，將來變成洗腎病人要遠赴都會區洗腎。

四、考量上開因素，希望門診透析點值高於 0.82，剛才稍微試算，若成長率 2.7%，平均點值會降到 0.78 以下，若成長率有 4%，則點值最好時才有 0.83~0.84，不是全年平均值。目前做 100 點給 83 元，我覺得還算合理，所以回答謝代理委員天仁所說，為什麼不是 3.5%，是因為門診透析點值和支付點數都同時下降，所以，我們認為 4% 成長率是合理的。

干委員文男

請醫界代表先確定，要用甲案還是乙案談？

羅協商代表永達

乙案。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我要再請教健保署，甲案的 2.35% 和乙案的 4%，有沒有包含醫療服務成本及人口因素成長率？

蔡副署長淑鈴

有包含，是採用醫院跟西醫基層總額非協商因素成長率的加權平均。

干委員文男

現在付費者是用甲案(2.35%)來談，但醫界代表用乙案(4%)來談，所以雙方雞同鴨講。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

我提一下，不要老是談點值，我們這些老委員對歷史淵源都很清楚，支付標準點數偏高是很清楚的，不然點值已跌到 0.82，但為何床數還會增加，表示還有利潤，沒有利潤就會退出，這個邏輯很清楚，所以不要每次都說這個，我們聽太多次了，講這個是沒有任何建設性的。我剛剛說，透析人數增加 3.5%，成長率要考慮人數增加，這樣大家談起來比較容易！

傅主任委員立葉

請陳協商代表瑞瑛。

陳協商代表瑞瑛

- 一、大家都很辛苦，但我要講一點，健保署到底有沒有講實話，我不知道為什麼會突然冒出 1 個甲案，因為我們之前就已經談好，總成長率就是 4%，醫院跟西醫基層部門如何分配，都有講好怎麼算。
- 二、請看會議資料第 119 頁，健保會幕僚在醫院總額成長率項目表補充意見欄的備註，如果 C 型肝炎藥費 26.55 億元，仍然維持編列醫院專款，則健保署草案之專款項目金額合計為 24,546.7 百萬元，增加金額為 2,906.0 百萬元，那健保署草案的成長率是 4.227%，增加金額是 18,141.2 百萬元。所以我們可以推論，健保署為了編列 C 型肝炎用藥費用，要犧牲掉洗腎病人的費用，我覺得這是非常不應該，洗腎病人也是病人。
- 三、C 型肝炎藥費，健保署本來要編列在其他預算，但在座的各位委員大概不會同意編在那裡，今年 C 型肝炎藥費編列 30.63 億元(醫院總額 26.55 億元，基層總額 4.08 億元)，明年總數是 48.86 億元，要增加 18.23 億元，所以我們認為，從這張資料裡面可以看出，原本沒有什麼甲案，是為了 C 型肝炎藥費。這邊寫的很含糊，之前還沒正式協商，健保署跟我們談的時候寫的更清楚。
- 四、各位委員，尤其是付費者委員，大家對這個議題很熟悉，目前透析點值到底合不合理，如果大家認為點值 0.82 還可以，但如果降到 0.79、0.78，可能會造成小規模的洗腎中心關門。我只是提出，我覺得健保署沒有講實話，為什麼會有甲案，是因為 C 型肝炎藥費，我只能這樣講，健保署對不起，因為資料就寫在這裡。

羅協商代表永達

不好意思，我打個岔，可不可以給我們一點時間進行內部會議，參加過多年協商會議，但很多東西三言兩語真的講不清楚，我們也很

希望協商有結果，請讓我們跟腎臟醫學會討論，看他們的意見怎麼樣，再整合一下內部意見。

林秘書長元灝

對不起，先回應一下兩件事。

- 一、有關透析床數持續增加部分，因為門診透析每年增加 3.5% 病人，所以床數必須增加，不然病人將無處接受治療。另外，如果計程車的數目一直增加，那就代表計程車好賺嗎？當然不是，對不對？那是因為需求增加。
- 二、依門診透析病人數成長率給予相同成長率預算並不足夠；舉例來說，增加 1 萬個洗腎病人，扣除年中死亡後剩下 350 個，所以年終算起來是新增 3.5%，但年度中服務的新增病患人數成長高於 3.5%，所以預算成長 3.5% 是不夠的。

傅主任委員立葉

請問雙方協商代表要不要再進行內部會議討論，10 分鐘夠不夠？(協商代表表示同意)好，那現在就開始 10 分鐘的內部會議。

(雙方代表進行內部會議討論約 11 分鐘)

傅主任委員立葉

各位委員，協商代表已經就座，現在開始門診透析服務預算第 2 輪的協商。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

付費者代表主談人還沒入座。

傅主任委員立葉

我們再等 1 分鐘。(與會者說：回來了)好，是不是請醫界代表先說明？因為付費者代表這邊才剛入座。請醫界代表這邊先說明現在的版本好嗎？請張協商代表孟源。

張協商代表孟源

主席，各位委員，大家好，剛剛醫院、西醫基層代表跟腎臟醫學會代表一起討論，之前已經溝通很多，現在看到付費者代表提 3% 成

長率，醫界與腎臟醫學會代表希望 4% 成長率。我先做一個開場，謝謝。

傅主任委員立葉

4%，都沒有動啊！付費者代表請干委員文男說明。

干委員文男

我都還沒說 3%，你們怎麼會知道？(與會者提醒螢幕上已列出雙方版本)，你們再考慮一下，不要都不退。

傅主任委員立葉

是不是大家再互相退讓，往中間靠攏？

干委員文男

就直接協商成長率，不要再說明理由。

林秘書長元灝

我原本堅持要 5.35%，再扣掉一點成本，底線就是 4.5%，所以我要求的是 4.5%。剛才張協商代表孟源太快講，實際上我們真正要的是 4.5%，請看學會發的補充資料，將透析耗材的成本增加予以扣掉，還是要 4.5%，護理人員薪資一定要增加，不是因為一例一休的規定，而是 105 年修正的勞基法。

干委員文男

請問醫界代表誰是主談人？

羅協商代表永達

- 一、當然我們是正式協商代表，但說實在的，我們一直也很為難，這是屬於特殊專科的議題，我們要考慮很多的因素。當然也知道付費者代表提的問題是很久遠的故事。現在提出醫界最後底線是 3.8%，如果要解釋，我們可以解釋很多，光是人數增加就 3.5%，成本也是往上升等等因素。
- 二、在協商會議裡，很多委員都只看到最後成長率數字，但還有很多細節需要協商，所以我也跟腎臟醫學會及基層代表談到，可能真的需要退讓，但最後底線就是 3.8%。謝謝。

千委員文男

是不是再減一點，不要拖時間，如果我喊出來，付費者方案就直接定案，不再跟你們談，去年就是這樣，你們也知道，你們再減一點就可以了。

傅主任委員立葉

請專家學者盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

我想釐清一下，剛才兩邊講的案子似乎不太一樣，醫界代表是說針對乙案，付費者代表是針對甲案，所以這部分是不是要先釐清。健保署對乙案有落但書：「建議 108 年針對慢性腎臟衰竭末期(ESRD)病人，將已透析及腎臟移植病人之全部費用合併列為獨立預算」，所以協商內容，不只有費用成長率，還包括但書部分，醫界及付費者代表是不是同意先釐清這部分，再進行協商。

傅主任委員立葉

關於健保署提的但書，是否包含在付費者代表方案中？請滕代理委員西華。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、我代表說明，對付費者代表來說沒有甲、乙案的差別，就是協商門診透析服務費用成長率，甲案和乙案是健保署為了方便委員協商所提的參考成長率，目前付費者代表所提的成長率跟甲、乙案已無關係。
- 二、付費者方案初步建議成長率是 3%，後面有附帶決定，第 1 是不包括一例一休，第 2 是要加強腎臟移植，第 3 是針對健保署建議「108 年針對慢性腎臟衰竭末期(ESRD)病人，將已透析及腎臟移植病人之全部費用合併列為獨立預算」，請健保署加速與相關團體溝通。現在付費者代表方案就是 3%，加上後面的決議。最終是否為 3%，是由主談人與醫界協商代表決定，我只是附帶說明。
- 三、所以不要再去看甲、乙案，付費者代表現在提出 3%跟附帶 3

點決議，醫界代表提出要 3.8%。不管成長率協商結果為何，付費者代表都附帶上述 3 點決議。以上補充說明。謝謝盧委員瑞芬。

傅主任委員立葉

這樣很清楚，請羅協商代表永達。

羅協商代表永達

我想確認一下，有沒有包括腎臟移植？

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

沒有。第 2 點是要加強腎臟移植，費用不包括腎臟移植，第 3 是付費者代表同意健保署建議「108 年針對慢性腎臟衰竭末期(ESRD)病人，將已透析及腎臟移植病人之全部費用合併列為獨立預算」。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

付費者代表的意見請醫界代表再考慮看看，我們都已經進到 3%，你們是退 0.2%，為 3.8%，我提 1 個折衷意見是 3.4%，這樣最容易解決，可以考慮看看。

傅主任委員立葉

請公正人士蔡委員登順。

蔡委員登順

一、兩方的距離已經很接近，我站在公平立場表達意見，因為腎臟醫學會表示這幾年來他們點值始終不高，依會議資料，牙醫門診總額約是 0.95，中醫門診總額是 0.94，西醫基層是 0.97，醫院部門是 0.93，門診透析服務是 0.82，當然會造成如此差距有其前因，民國 100 年成長率給 0%，101 年給 1%，這 2 年把門診透析服務的總額拉下來，後來恢復正常的成長率，但是點值始終都偏低，無法回到 0.9 元以上，是否可考慮今年給高一點的成長率。

二、為了維持病人的洗腎品質，病人數一年成長 3.5%，包括耗材的漲價，設備的折舊等等，當然也要列入考慮。既然人數有成長，醫界代表希望 3.8%，付費者代表希望 3.4%，所以拜託付費者

代表這邊也要考量我剛剛所講這些因素，不要一直讓門診透析服務點值這麼低，現在是洗腎 1 次 3,912 點，乘以每點 0.82 元，才 3 千多元而已，點值得列入考慮，長期低於 0.9 元是不好的，應該還可以再讓一點。以上建議。

干委員文男

羅協商代表永達，你有沒有要減？直接講比較快。

傅主任委員立葉

是不是請雙方再折衷一下，兩者已經很接近。

羅協商代表永達

請給我們 3 分鐘時間內部討論。

傅主任委員立葉

好，接下來 3 分鐘時間讓醫界代表內部討論。

(醫界協商代表於會場內進行討論)

羅協商代表永達

我們剛算過很多基本數字，請委員支持成長率 3.7%，因為你們是 3.4%，我們是 3.8%，加起來除以 2 是 3.6%，請給予一點鼓勵，腎臟醫學會做了這麼多...。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

你們這樣退 0.1%，還是跟我們付費者差 0.2%，若這樣要一直跑進跑出會議室進行協商，會累死...。

羅協商代表永達

不會啦，我相信干委員文男及謝代理委員天仁絕對不會這樣子。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

我們沒有那麼高的授權。

干委員文男

你們再退一點比較快，快成了，不然我們快要吵架了。

羅協商代表永達

我怕我回去會被打死。

干委員文男

不會啦。

傅主任委員立葉

再讓醫界代表討論 2 分鐘。請周委員麗芳。

周委員麗芳

各位委員、代表，有關門診透析服務費用，我也很贊成蔡委員登順的意見，門診透析病患成長率已經是 3.5%，所以如果設在 3.5% 將是合理的。其實 3.5% 與 3.7% 非常接近...

干委員文男

我們沒有說過 3.5%。

周委員麗芳

因為剛剛西醫基層總額沒有談下來，如果雙邊均能釋放一點誠意，看看能不能從這裡開始，有個好彩頭。謝謝。

羅協商代表永達

3.5% 與 4% 合計除以 2 是 3.75%，我們退到 3.7%，我覺得這是合理合法的事情。

傅主任委員立葉

我認為可以認真考慮周委員麗芳的意見，因為剛開始是 4% 與 3%，中間剛好是 3.5%。請謝委員武吉。

謝委員武吉

我們這裡面有 2 位謝委員，另外 1 位謝委員剛有提示一些話，我們應該聽得懂，我這個謝委員是比較笨一點，1 個聰明謝，1 個笨謝，我建議大家不要再浪費這麼多時間，乾脆就 3.8% 與 3.4% 的平均 3.6%，這樣最好，不要再吵了。

干委員文男

3.5% 不是我們講的，是周委員麗芳說的，我們沒有那麼大的授權，請醫界代表再表示一下誠意，我們再來修正。

羅協商代表永達

我相信腎臟醫學會的會員，包括我們都認為洗腎人口成長率已經 3.5%，點值也只有 0.82，這給全世界看，大家都會覺得應該是從 3.5% 或 4% 開始談起，若這樣下去我們連一點立場都沒有，我們認為 3.7% 已經是降下來的數字了。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

已經很靠近了，不要這樣。

羅協商代表永達

對啊，就是很接近了，協商真的很辛苦。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

今天真的是沒有好彩頭，我從雲林來這邊，早上開會到現在，也希望站在付費者角度，盡量為台灣人民來考量，剛剛也覺得醫界有無奈之處，我們付費者有 1 個謝委員，醫療提供者也有 1 個謝委員，醫院協會也有這麼多委員，大家都很關切腎臟科這個領域。其實坦白講，剛剛在裡面大家也講到不高興，原則上我有感受到透析的重要性，不要再浪費時間，是不是請干委員文男宣布我們的底牌。

干委員文男

好啦，一口價，你也不要再加，我也不要再減，就 3.5%。去年也是一口價，今年時機比較不好，就 3.5%，你不要再講，我也不要再退。

羅協商代表永達

真的請委員高抬貴手，0.1% 對你們來說是 1 個數字，但這是很多院所生存的問題。

干委員文男

沒辦法，這是最高的一口價。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

雖然我一直希望盡量不要講話，但我們也從 2.7% 一直調升、調升、調升到 3.5%，所以也希望你們今年可以體諒，第 1 是不包括一例一休，第 2 是附帶 3 個建議案。而且 106 年給你們 4%，門診透析人口數只增加 3.5%，還有 0.5% 的空間，所以我們認為 3.5% 已經很合理，希望你們可以接受。若你們真的不願意接受，就送部裁決。

干委員文男

付費者代表已經展現誠意，從 2.7% 一直調升到 3.5%。

羅協商代表永達

不知道健保署為何讓我們從 2.35% 開始談，明明門診透析人口成長率是 3.5%，健保署拉這麼低讓我們談，天底下沒有談判的開始點是這樣的，如果從 3.5% 或 4% 開始談，結論怎麼會是 3.5%，這表示付費者代表一點誠意都沒有，但事實不是這樣。健保署今年這種方式，是有史以來沒有過，以 3.5% 跟 4% 來談，3.75% 是平均值，醫界已經往後退提出 3.7%，難得只差距這麼一點點，還要送部裁決？拜託一下啦。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

我建議盡快把問題解決，我們剛剛在裡面差一點就打架了。已經盡力幫忙，拉到這樣高，你們就幫個忙嘛。

羅協商代表永達

看到 3.7%，盧理事長國城已經滿臉恐懼，說不定回去就得辭職。

劉協商代表碧珠

若成長率 3.7%，透析的點值只能維持到跟今年接近，甚至可能還會更低的結果，剛剛付費者代表說門診透析好像有賺錢，所以透析病人與院所數一直增加，事實上，我相信腎臟醫學會與醫界都非常願意提供成本數據給大家看，目前真的是到極限，3.5% 是總人數增加率，但在會議資料第 45 頁，新發個案數從 104 年到 105 年成長率是 3.7%，血液透析與腹膜透析病人數成長率是一正一負，血液透析病人數有些可能因年紀大往生了，真正新發個案數說不定比 3.5% 更高，今天不是醫界不願意降，而是能降的空間很有限，所以在這裡

很誠懇拜託付費者代表，3.7%真的是我們的底線，若點值再降，我相信對病人照護品質一定有影響。

傅主任委員立葉

請雙方協商代表再想一下。

千委員文男

付費者代表立場是 3.5%，若醫界代表不同意就送部裁決。我們是從 2.7% 往上調，已經給予很高成長率。

傅主任委員立葉

李署長伯璋想發言，是否讓李署長伯璋說明？

羅協商代表永達

我先講 2 分鐘就好，請看會議資料第 45 頁，透析人數成長率 3.5%，事實上血液透析的成長率是 3.8%，腹膜透析有很多理由故呈現負成長，短時間講不完。因此，新發人數成長率超過 3.5%，這樣情況，要給我們 3.7% 以下，甚至為 3.5%，明年執行會比今年更吃力(台語，意謂艱難)，這是不合理的，請大家再想一下，3.7% 以下，連成本都不夠了。

傅主任委員立葉

請李署長伯璋。

李署長伯璋

- 一、各位委員，大家好，說實在的，台灣的洗腎病人多，的確是不得已的結果，因為糖尿病病人越來越多，我在好幾年前，就拜託腎臟醫學會一定要幫忙做衛教。在美國跟澳洲也在尋求解套，洗腎病人一直在增加，我們病人這麼多，還在成長，我一直都沒有預設立場，4% 就是至少維持現在病人成長的需求。
- 二、洗腎的存活率再怎樣都比不上換腎，所以付費者代表的附帶決議第 3 點，「108 年針對慢性腎臟衰竭末期(ESRD)病人，將已透析及腎臟移植病人之全部費用合併列為獨立預算」，請腎臟醫學會也要開始研議，也希望付費者代表給我 1 個機會，對醫界釋出善意，明年就會不一樣。

三、今年我們在內部討論時就認為 4%是成長所必要的，明年我們的態度可以比較嚴肅一點，希望病人數要下降，不能一直增加。現在台灣已經沒有醫師要進行換腎手術了，大陸又不能去，拜託各位委員稍微考慮一下，病人照護品質還是很重要，現在讓步一點沒關係，是不是可以幫腎臟醫學會一點忙，幫他們解套，這樣好不好？

傅主任委員立葉

請謝代理委員天仁。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

我要很誠懇的跟各位報告，付費者代表這邊已經不可能再做任何調整，因為調整下去，後面的所有協商都會發生重大問題。因為你們也有醫院部門代表在這邊，目前差距很小，不要因小失大。

傅主任委員立葉

付費者代表已經說 3.5%是他們的最終方案，醫界代表是不是可以接受？

羅協商代表永達

我們被授權，3.7%是我們的底線。

傅主任委員立葉

你們要因為差距 0.2%而兩案併陳嗎？是不是今年可以先接受這樣的結果？

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

主席。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、我是這樣認為，原來健保署給我們有兩案，甲案是 2.35%，扣掉 0.1%的一例一休，是 2.25%，乙案是 4%，扣掉 0.1%的一例一休，是 3.9%，2 個加起來是 6.15%，折衷是 3.075%，所以付

費者代表剛才從 2.5%、2.7%，一路拉到 3.4%、3.5%，已經超過這個折衷數了，3.5%是很合理的。

二、建議今年先這樣，剛才謝代理委員天仁已提到這是極限，我不想在這裡講花言巧語的話，我是直接了當的人，所以我們付費者最大極限是 3.5%，希望你們也慎重考量，明年做做看。

傅主任委員立葉

請問醫界代表可以接受嗎？

林秘書長元灝

一、我可不可以再提個意見，老實講，這與很多洗腎室的生存有關，現在因為給付過低，造成 3 種現象，1 個是每個洗腎室都缺護士。再來是新的醫師不再進腎臟科，現在不只是沒有醫師要執行換腎手術，而是沒有醫師要走腎臟科，這是未來的危機，醫學中心現在幾乎都找不到總醫師了。第 3 是可近性變得很低，很多人口較少的地區，開不起洗腎室，因為洗腎點值與給付都太低，院所會賠錢，甚至有的地方是收掉或合併，這 3 個現象代表接下來要面臨照護品質的問題。

二、請各位高抬貴手，我要承擔所有協商的責任，回去跟會員說我今天得到這樣的結果，他們有很多貸款須處理，還有治療沒辦法進行，該怎麼辦？希望大家再給我 1 個機會，3.6%就不再協商，這樣好不好？

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

主席，各位委員，大家好，剛剛付費者代表已釋出最大的誠意，大家在裡面商談已有共識，已經特別給予成長率了。我覺得整個健保經費是有限的，而且 3.5% 的成長，離當初的 2.25% 已經提高很多。18 名付費者代表是有共識才形成決議，最後的共識就是 3.5%，要跟醫界抱歉，也請你們要接受，好好地推動業務，等到明年還是有新的預算會編列。今天也希望一個好的 ending(結束)，我希望今天

這次協商可以成功。

傅主任委員立葉

其實 3.6%與 3.5%已經非常接近，是不是哪邊可以再讓步？

羅協商代表永達

我已經講了很多理由，雖然只差 0.1%，事實上對我們醫界來說有很大的意義，是不是乾脆就兩案併陳，我不知道最後是用 4%跟 3.5%，還是 3.6%跟 3.7%。

傅主任委員立葉

我想真的很接近，希望不要兩案併陳，有關 3.6%與 3.5%，是不是雙方再折衷一下？

干委員文男

羅協商代表永達認為要 4%，我們就回到 2.7%。

羅協商代表永達

健保署是始作俑者，我們從來沒有這樣，怎麼會提 2 點多的成長率呢...。

傅主任委員立葉

各位協商代表，如果退回去，又會把雙方差距拉大，因為兩案併陳的時候，結果很可能不如理想，所以是不是可以再協商一下？

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

如果醫界方案退到 3.7%，那付費者代表回到折衷的 3.4%，假使談不成，也已經努力到極限。

傅主任委員立葉

兩案併陳送部裁決的話，若部裁決 3.4%，醫界獲得的預算還是比 3.5%更少啊！

干委員文男

就 3.5%啊。

羅協商代表永達

那就兩案併陳。

傅主任委員立葉

那就 3.4% 跟 3.7% 兩案併陳，請雙方冷靜看看要不要重啟協商。

干委員文男

請問腎臟醫學會的意見？

林秘書長元灝

3.5% 就接受了。

傅主任委員立葉

謝謝你們，那就 3.5% (全場鼓掌)。

羅協商代表永達

他不是協商代表，預算是醫院總額這邊撥出的，他不能代表我們，我們可以徵詢他的意見，但是應由醫院及西醫基層代表做決定。

傅主任委員立葉

抱歉，應由協商代表作決定，目前腎臟醫學會同意 3.5%，請問醫界代表你們覺得呢？

張協商代表孟源

西醫基層保持中立，由醫院協會與腎臟醫學會去討論。

羅協商代表永達

我們還是堅持兩案併陳。

傅主任委員立葉

好，那就暫時兩案併陳，目前協商結果 3.4% 跟 3.7% 兩案併陳，附帶 3 點決議。請雙方再想一下，明天還有機會再協商。

干委員文男

不用等到明天，現在講一下，不要後悔，若將來後悔，再講也沒用了。差這麼一點點，就不要再計較。

羅協商代表永達

可以理解委員想要為預算把關，但我們也有我們的立場，我們後面也揹負很多壓力。

林委員錫維

腎臟醫學會已經同意 3.5%，西醫基層沒意見，醫院卻要堅持，所以醫院要拿 3.4% 就好，那付費者代表沒意見。

羅協商代表永達

我想請部長綜合考量，是否可以用這樣的預算做這樣的事。

干委員文男

好啦，你們堅持，我也沒辦法，就這樣。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

我要先講清楚，我們對門診透析服務預算絕對不重啟協商，因為剛才付費者代表間已產生重大衝突。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

一、對於剛才的結論，我沒有意見。

二、請健保署解釋，依會議資料第 45 頁，105 年透析人數成長 3.5%，重大傷病領證人數成長 1.8%，為什麼數據會有如此大落差？

龐組長一鳴

我簡單說明，首先是全年的數據與某一時點的數據會不一致，健保署係採用全年的數據，第 2 點是我們常講新發生人數的時候，是用新領證人數來看，第 3 點是透析人數還包括死亡人數，所以 106 年版指標要覽的資料會比較清楚，因為它有死亡率的趨勢，相關資料要綜合起來看。以上說明，謝謝。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

我認為付費者代表很有誠意，醫界代表也很努力，現在只有差 0.1%，我看大家不要再吵了，做個面子給主席跟署長，今年就 3.5%，但是明年拜託高抬貴手，這樣好不好？

張協商代表孟源

我們也支持謝委員武吉的 3.5%。

傅主任委員立葉

那就同意 3.5%，謝謝醫界代表(與會者鼓掌)，門診透析服務預算成長率 3.5%達成共識。

干委員文男

羅協商代表永達剛才說腎臟醫學會說的不算數。

傅主任委員立葉

張協商代表孟源也是協商代表，他也支持 3.5%。

干委員文男

這樣就有算數。

羅協商代表永達

謝委員武吉是正式委員，而且是我們的理事長，他說的算。

干委員文男

好，成交。

傅主任委員立葉

一、謝謝醫界代表，也謝謝付費者代表，門診透析預算成長率 3.5% 並附帶 3 點決議，達成共識。

二、休息 5 分鐘，接著進行下一場中醫門診總額協商。

(中場休息約 5 分鐘)

貳、107 年度總額協商－「中醫門診總額」
與會人員發言實錄

貳、107 年度總額協商－「中醫門診總額」與會人員發言實錄

傅主任委員立葉

- 一、各位委員、各位協商代表，現在開始進行中醫門診總額協商。今天中醫部門總共有 3 份書面補充資料，包括本會更新之「107 年度中醫門診總額醫療給付費用成長率項目表(草案)」、中醫全聯會提供之「中醫補充資料」以及「94 年及 106 年 6 大藥廠單、複方價格表」，請委員參閱。
- 二、會議資料各位委員都已詳細閱讀過，中醫部門代表對於協商草案有無補充說明？請陳委員旺全重點說明。

陳委員旺全

首先，非常感謝各位委員近期對於中醫部門的支持及指導，相關資料已陳送給委員，建議直接進行中醫門診總額協商，或付費者委員有無詢問事項？

傅主任委員立葉

補充資料不需再做說明，針對書面資料以外的部分，有沒有特別需要說明的事項？如果沒有，先請付費者代表提問，透過提問來說明。

陳委員旺全

我們還是就補充資料簡單說明，首先請負責針灸部分的陳協商代表憲法說明協商項目「提升中醫針傷醫療品質，調校針傷處置費暨增加護理人力(分二年調校)」。

傅主任委員立葉

書面資料已很詳細，請簡短扼要。

陳協商代表憲法

主席、各位委員，以下針對「提升中醫針傷醫療品質，調校針傷處置費暨增加護理人力(分二年調校)」簡短說明：

- 一、第 1 點，現行中醫針傷處置的支付標準結構不合理，針傷療程每次均需要醫師親自診斷與處置，但是第 2~6 次的療程並沒有支付診察費；另，針傷處置僅支付 210 點，遠少於診察費支付

的 335 點，因此需要改善支付標準結構，促使針傷醫療服務正常發展。

二、第 2 點，為了提升針傷處置整體照護品質，看診時聘有護理人員在場服務者，針傷處置費加計 20 點，以上 2 點請委員支持。

陳委員旺全

請柯協商代表富揚說明協商項目「藥費調校(分二年調校)」。

柯協商代表富揚

主席、各位委員，大家辛苦了，簡短說明中醫藥費問題：

- 一、中醫藥費問題，自中醫門診總額實施以來都沒有解決，如今越來越嚴重，影響中醫體系發展，台灣並沒有建立適合的中醫藥價指數，目前中醫藥價指數是採用行政院主計總處的調查(躉售物價指數-藥品類中藥製劑)。該指數在健保開辦前是調查 2 個品項，現在是 10 個品項，品項卻是由藥廠自願提供，並不符合統計學原理，前後不一致，難以比對。此外，健保資料庫顯示，中醫單、複方有 730 項，我們認為上述指數不具代表性。
- 二、請委員參看補充資料「中醫補充資料Q&A」第 3 頁，96 年~105 年「中國中藥材綜合 200 指數」年增率為 101.66%，但「躉售物價指數-藥品類中藥製劑」年增率才 6.73%，雙邊指數嚴重落差，不符實際情況。另外，目前藥費占中醫醫療費用 33.23%，但「醫療服務成本指數改變率」中「藥品費用」權重只占 20.15%，亦與實際情況不符合。
- 三、請委員考量編列「藥費調校(分二年調校)」預算，補足中藥藥費與實際的落差，也請委員參閱補充資料「94 年及 106 年 6 大藥廠單、複方價格表」，94 年~106 年複方漲幅介於 20%~179%，單方甚至漲到 1,471%。以上請委員多加考量，謝謝。

陳委員旺全

- 一、健保自 84 年開辦以來，中醫「每日藥價」沒有調升過(註)，已經 22 年了。
- 二、請黃協商代表蘭嫻說明協商項目「中醫急症處置」。

(註：105 年中醫門診總額運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算，調升「每日藥價」1 點，目前「每日藥價」31 點。)

黃協商代表蘭嫻

以下說明中醫今年會新增「中醫急症處置」的原因：

- 一、急症處置並非中醫現有的診療項目，民眾急診時如有中醫需求，則需要自費，因此今年中醫部門特別新設立此項目，希望能提供急診的中醫會診服務。
- 二、2014 年左右，中醫部門在彰化基督教醫院執行自費中醫急診會診研究，以急性下背痛及眩暈的急診病患為研究對象，治療結果陸續發表於 2015 年、2016 年的國際期刊，證明中醫急診會診在四肢骨骼、肌肉疼痛、急性下背痛及頸項痛等病痛有顯著效果。
- 三、中醫部門希望新增「中醫急症處置」，讓中醫門診的照護可以擴展到急診服務，期待縮短病人於急診室的留滯時間，舒緩急診壅塞，並緩解急診病患的疼痛問題，請委員多多支持。

陳委員旺全

請施協商代表純全說明協商項目「因應一例一休政策影響」。

施協商代表純全

- 一、一例一休政策主要是改變醫療機構的人事成本結構，由每 2 週 84 工時變成每 2 週 80 工時，影響 5% 工時，很難以原有的醫療成本維持運作。
- 二、現況只有 2 條路能走，不是新聘人員，就是加班；若以加班處理，就會衍生每小時 1.33 倍、1.66 倍的薪資問題，或更複雜的假日加班問題。然而，薪資卻不會調整，未來 1、2 年內的薪資調查是無法反應上述成本，這是屬於結構上的改變，懇請委員考量。

陳委員旺全

請呂協商代表世明說明專款項目「中醫癌症患者加強照護整合方案」。

呂協商代表世明

主席、各位委員大家好，今年為了整合癌症相關照護計畫，將「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫—腫瘤患者手術、化療、放射線療法」、「癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」，及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」3項計畫合併，其中「癌症患者中醫門診加強照護計畫」是由「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」擴增到所有癌症，依目前服務量推估，計畫所需費用如會議資料第54頁所列，希望各位委員支持，讓中醫能夠服務更多的癌症患者，謝謝。

陳委員旺全

請詹協商代表永兆說明專款項目「醫療資源不足地區改善方案」。

詹協商代表永兆

- 一、有關醫療資源不足地區的服務，我們希望能加強供給面並增加施行區域。感謝健保署提供的數據，106年1~6月「醫療資源不足地區改善方案」已執行6,779萬點，執行率約55%，因此今年可能採浮動點值。
- 二、明年將施行區域新增「僅1家中醫院所之鄉鎮」，若依中醫部門先前預估的121.5百萬元，是不夠的，健保署建議編列135.6百萬元，希望委員編列預算補足所需額度。

陳委員旺全

感謝中醫團隊的簡要說明，懇請各位委員提出指教，謝謝。

傅主任委員立葉

請問付費者代表有無提問？先請吳委員榮達。

吳委員榮達

我有2點請教：

- 一、第1點，請看會議資料第64頁表2-3「101~107年中醫門診總額『醫療服務成本及人口因素』(非協商)成長率及金額」，101~106年「醫療服務成本指數改變率」金額累計增加21.27億元。又，補充資料「中醫補充資料Q&A」提到「藥品費用」權

重占 20.15%，代表 21.27 億元中藥費也占約 20%，為何歷年沒有提出運用總額預算調整藥費的論述？

- 二、第 2 點，會議資料第 49 頁，協商項目「藥費調校(分二年調校)」中醫部門草案說明第 3 點，「每日藥費」由現行 31 點調升至 36 點，請問調升 5 點的計算依據與理由？

柯協商代表富揚

- 一、藥價調查是收集總額開辦以來的資料，誠如委員所提，101~105 年的藥費調整是遠遠不足。
- 二、「醫療服務成本及人口因素成長率」(非協商因素)中有 3 大項，其中「醫療服務成本指數改變率」與藥價有關，該指數項下又有 5 小項，只有「躉售物價指數-藥品類之中藥濃縮製劑」是調查中藥品項，目前權重是 20.15%，也就是非協商因素先分 3 大項、其中「醫療服務成本指數改變率」再分 5 小項，僅 1 小項與中醫藥價有關，非協商因素的成長其實沒有很大影響。
- 三、拉長觀察時間，我們看最近 10 年「中國中藥材綜合 200 指數」年增率為 101.66%，這只是中藥材部分，中藥還包含單方與複方，6 大科學中藥廠的複方，漲幅最小有 20%、最高有 179%，委員可以參考補充資料「94 年及 106 年 6 大藥廠單、複方價格表」，單方甚至漲到 1,471%，成長超過 10 倍。
- 四、「躉售物價指數-藥品類中藥製劑」計算公式與實際中藥價格落差很大，已不是非協商因素可以補足，希望能以協商因素調整支付標準，補足落差，否則中藥這塊大家都是賠錢在做。

陳委員旺全

請施協商代表純全補充說明。

施協商代表純全

- 一、剛才吳委員榮達提到「醫療服務成本指數改變率」金額累計有 21.27 億元，其中 20% 左右可以反應藥費，算起來只有 4 億元，而我們在 105 年時調整「每日藥費」，由 30 點調升至 31 點，調升 1 點增加申報點數約 4 億點(註)，可見中間落差之大。

二、今年先初步提出落差金額，從帳面來看，是 6%（「躉售物價指數-藥品類中藥製劑」年增率 6.73%）與 100%（96 年~105 年「中國中藥材綜合 200 指數」年增率 101.66%）的差距，希望能補足中間的差額，如無法一次編列，也請分 2 年調整。

（註：會議資料第 67 頁表 2-6「105 年中醫門診總額醫療服務給付項目及支付標準之增修訂」，「每日藥費」調升 1 點，自 105 年 4 月 1 日實施，105 年申報增加 261 百萬點。）

傅主任委員立葉

請問付費者代表有無其他提問？請何代理委員語。

何代理委員語（劉委員志棟代理人）

請讓付費者代表進行內部會議討論。

傅主任委員立葉

付費者代表需要進行內部會議，請問需要多久時間？（付費者代表：20 分鐘）現在休息 20 分鐘。

（付費者代表進行內部會議討論約 36 分鐘）

傅主任委員立葉

各位委員、各位協商代表，付費者代表的內部會議已經結束，我們繼續進行中醫門診總額協商，請付費者代表說明討論後的版本，請何代理委員語。

何代理委員語（劉委員志棟代理人）

各位中醫界先進大家好，付費者代表能感受到中醫部門的誠意，我們都瞭解中醫是國粹，以及對民眾健康的貢獻，大家很用心地交換意見，期望中醫部門有好的表現。以下向各位說明付費者代表方案：

一、一般服務中之非協商因素「醫療服務成本及人口因素成長率」，依照會議資料所列成長率不變動。

二、一般服務之協商因素項目：

（一）「提升中醫針傷醫療品質，調校針傷處置費暨增加護理人力（分二年調校）」：不予編列預算。

- (二)「藥費調校(分二年調校)」：不予編列預算。我們知道中醫藥價漲幅較大，但考量到部門間的衡平性，依健保署建議暫不編列預算。
- (三)「中醫急診處置」：移列專款項目。
- (四)「因應一例一休政策影響」：依付費者代表的共識四個部門都不編列預算。
- (五)付費者代表非常有誠意，新增「其他醫療服務利用及密集度之改變」，編列 150 百萬元，及新增「鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康」，編列 150 百萬元，以上 2 個項目，合計 300 百萬元，用途不明列於協定事項，由中醫部門自行運用於調整所需項目，如：藥費、針灸等支付標準。
- (六)「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」：依照本會 106 年第 4 次委員會議決議，減列 13.6 百萬元。

三、專款項目：

- (一)「醫療資源不足地區改善方案」：同意健保署建議的金額，編列 135.6 百萬元，增加 14 百萬元。
- (二)「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」：同意健保署建議的金額，編列 130 百萬元，減列 3 百萬元。
- (三)「中醫提升孕產照護品質計畫」：同意健保署建議的金額，編列 60 百萬元，增加 12.3 百萬元。
- (四)「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」：同意健保署建議的金額，編列 20 百萬元。107 年執行數如有超過 20 百萬元，108 年再另行考量。
- (五)「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」：移併其他專款項目，減列 25 百萬元。
- (六)「癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」：移併其他專款項目，減列 30 百萬元。
- (七)「中醫癌症患者加強照護整合方案」：同意健保署建議的金額，編列 94 百萬元。整合「西醫住院病患中醫特定疾病輔

助醫療計畫—腫瘤患者手術、化療、放射線療法」、「癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」，及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。

(八)「中醫急症處置」：編列 20 百萬元。

(九)「品質保證保留款」：依照本會 106 年第 7 次委員會議決議，由一般服務項目移列專款項目，編列 23.6 百萬元。

四、專款項目金額合計 483.2 百萬元，整體較 106 年度核定的總額成長 3.59%。以上是付費者代表非常有誠意，且經過充分意見交換後的共識，由我代為宣讀。

傅主任委員立葉

請中醫部門代表表示意見。

呂協商代表世明

我負責「中醫癌症患者加強照護整合方案」，經過精算，預算 94 百萬元只能服務乳癌及肝癌患者，無法含其他癌症病人，但中醫部門今年想要將所有癌症整合，目前的經費沒辦法承作，再加上「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」執行率有所成長，希望能編列 131.5 百萬元，麻煩委員再思考一下，造福更多癌症患者。

柯協商代表富揚

一、謝謝委員體恤中醫困難，目前同意編列的 300 百萬元只能調升「每日藥費」1 點，真的不夠反應，一旦預算編列下來，中醫部門勢必要調整支付標準，擔心會動用到非協商因素的預算貼補，一旦使用非協商因素的預算，點值恐怕會下滑。

二、建議「其他醫療服務利用及密集度之改變」及「鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康」，由原先各編列 150 百萬元，改為各編列 250 百萬元，讓我們更容易調整藥費，請委員協助。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

各位委員、各位中醫部門先進大家好，中醫是我們華人驕傲，也是國粹，付費者代表都非常重視，釋出很大善意，是否請中醫代表先討論一下再提出醫界方案。付費者代表已經釋出非常大的善意，看成長率就知道，希望你們提出項目的增減意見，讓我們參考。

傅主任委員立葉

請千委員文男。

千委員文男

中醫部門剛才只針對「中醫癌症患者加強照護整合方案」等部分項目提出意見，其他項目是不是都同意？(現場大笑!)假如不是，中醫部門應該有所表示。

陳委員旺全

- 一、長久以來，大家都認為非協商因素成長率所增預算已經有含括藥價成長因素，會前我特別向行政院主計總處朱主計長澤民請教「躉售物價指數-藥品類中藥製劑」計算問題，原本想發公文請他們提供相關市價調查的資料，以便總額協商參考，但他們與廠商有簽署保密協定，無法提供。
- 二、我只好再請教調查項目數，主計總處是請 6 家廠商各自提供販賣最多的 3 個複方，但有些廠商只願提供 1 方。接著，我又詢問調查品項為何，他們說「六味地黃丸」及「逍遙散」，計算躉售物價指數竟然就用 2 方，我認為主計總處只調查部分中藥品項，不夠客觀、公平，事實上中醫藥價確實成長很多。
- 三、請委員看會上所發補充資料「94 年及 106 年 6 大藥廠單、複方價格表」，第 1 頁編號 1「芎歸膠艾湯」，從 94 年的 340 元漲到 106 年的 950 元，漲幅達 179%。懇求各位委員，中醫藥費在非協商因素無法彌補的情形下，請委員高抬貴手，在協商項目協助我們面對問題。
- 四、剛才何代理委員語提到新增 2 項協商項目各 150 百萬元，希望能單獨編列 1 項 400 百萬元或 500 百萬元，因為編列 2 項在運用上非常不方便。付費者代表可能認為不要違反相關原則，但

考量實際需求，拜託各位委員高抬貴手。請其他協商代表補充。

施協商代表純全

- 一、感謝各位委員能考量中醫的處境與發展。我自 89 年就開始參加總額協商，一開始卡最久的就是中醫藥費，因為找不到適當、合理的指數，為了讓總額繼續下去，93 年起採用躉售物價指數，在指數第 2 次修正時，我要求要記錄但書，因為兩者的落差會越來越大，落差將來必須納入協商，非協商因素的指標屬於參考值，當參考值有落差，就要從協商項目來解決問題。
- 二、如果以「其他醫療服務利用及密集度之改變」解決中醫藥費問題，調升「每日藥費」1 點需要 260~280 百萬元，150 百萬元調升 1 點都不夠，我希望「其他醫療服務利用及密集度之改變」最少可編列 265 百萬元，讓我們至少可以調升 1 點。
- 三、中醫藥費問題很難一次解決，我們同意逐年解決，既然委員願意一起面對，建請在「其他醫療服務利用及密集度之改變」編列 265 百萬元，以調升「每日藥費」1 點。

傅主任委員立葉

是否請中醫部門代表先召開內部會議討論，提出醫界版本後再繼續協商？

林協商代表永農

- 一、我簡短補充，剛才很多數據我就不再重複，中藥廠與中醫界為了藥費問題頭痛已久。84 年總額開辦時「每日藥費」30 點，現在已經 106 年，1 包藥還是 10 點，可以吃嗎？
- 二、我再舉個例子，98 年時衛生署(衛生福利部前身)楊前署長志良強調中藥安全標準應更嚴謹，中醫界與中醫藥委員會(中醫藥司前身)聯手制定規範，現在中藥安全標準是比照歐盟，當時中藥廠唉唉叫，非常抗拒，他們私底下向我反應，中藥製程不像西藥，每次都須處理好幾個布袋、好幾噸的原料，中藥廠的儲藏室宛如學校大禮堂，整天 24 小時冷氣不斷，不然藥材就會發霉，藥費根本無法反應成本，以至於一直添加澱粉反而沒放藥

材，對中醫界殺傷力很大...。

傅主任委員立葉

不好意思，打斷林協商代表永農的發言，再講下去也無法達成協商共識，請中醫部門代表先進行內部會議，提出建議版本後再協商。

(中醫部門代表進行內部會議討論約14分鐘)

傅主任委員立葉

各位委員、各位協商代表，中醫部門內部會議已經結束，現在繼續進行中醫部門總額協商，請中醫部門推派代表說明方案。

陳委員旺全

一、感謝各位委員對中醫的體恤，以下幾點建議：

(一)剛剛提到「每日藥費」調升1點就需要265百萬元，希望「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目能編列265百萬元。

(二)有關「鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康」項目，我們未來會提升中醫品質，好好照顧民眾，希望能編列215百萬元。

(三)專款項目「中醫癌症患者加強照護整合方案」，本項是中醫部門按健保署意見，整合癌症相關計畫，付費者代表只同意編列94百萬元，短缺37.5百萬元，懇求委員能夠編足。

二、我們非常希望達成共識，懇求各位委員支持，讓中醫好好發展，感謝各位。

傅主任委員立葉

雙方落差已經縮小，請陳委員亮良。

陳委員亮良

主席、各位委員及中醫界先進大家好，付費者代表是否再進行內部會議？

傅主任委員立葉

付費者代表提出需要內部會議討論，請問需要多久時間？

蔡委員登順

請讓我先表達一下意見，再進行內部會議。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、雙方版本落差不大，期待中醫部門協商可以達成共識，中醫師對病情的診斷很重要，對症用藥更重要，中藥品質會影響病況改善時間，中藥品質如不佳，則可能延誤病情拖延治癒時間，勞民傷財。
- 二、中醫健保給付的是濃縮的科學中藥，20年來「每日藥費」都沒有調漲，維持30點，105年因為非協商因素成長率偏高，付費者代表要求調整「每日藥費」，本來是要求調升2點，怕影響點值，所以勉強同意調升1點，因此105年4月起「每日藥費」是31點。但近10年中藥材加倍漲價，但濃縮科學中藥費仍然維持每日31點，不合理。
- 三、最近到中醫診所看診，藥量看起來一樣，對於藥包內所含成分卻不清楚，我們常說虧錢的生意沒人做，高價中藥材不敢用，都用賦形劑或澱粉充量，品質堪慮，倒楣的是消費者。中藥品質非常重要，原先就醫2、3次就能治癒，現在都要就醫5、6次，藥效不佳受苦的是病患。
- 四、雖然「醫療服務成本指數改變率」預算可以調整藥費，但每年將近250位新進中醫師投入市場，成長額度都被新進中醫師賺取一半以上，再加其他服務項目的擴充及重症的增加，使用非協商因素成長率的額度來調整藥費是很困難的。
- 五、反觀醫院及西醫基層部門，他們運用非協商因素調整藥費也不容易，因此每年都有編列「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新材)」預算，而且新藥可以取代舊藥，被取代的舊藥額度也未扣減，繼續留在總額中。藥品的問題已多年被討論，但仍繼續編列高成長率。唯獨中醫部門20年來都沒有此項目，亦沒有編列藥費調整項目，只以「醫療服務成本指數改變率」做

調整，剛剛中醫部門代表也提到，金額很少無法反應，因調整藥費每日 1 元總額約需 2.6 億元，所以服務成本指數成長率無法支應。

- 六、醫院部門「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材)」項目，3 年共編列 61.92 億元，西醫基層總額則是 2.87 億元，但中醫門診總額 20 年來都沒有編列調整藥費的預算。中藥材一直漲價，藥費沒等同成長，中藥品質堪慮，受害的是病人，本案應加以重視。
- 七、為了病人用藥安全，如果付費者代表同意編列藥費調整預算，我建議請衛福部中醫藥司及中醫全聯會負起監督責任，不能編了預算還不清楚每包科學中藥的成分比例，應該避免病人吃到無效的賦形劑、澱粉，延誤病情。
- 八、如果以「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目調整藥費，監督機制可能難以運作，建議明確編列在用藥安全及品質提升相關項目，以利監督機制執行，以上是我個人看法，提供委員參考。中醫的藥品一定要有監督機制，否則若吃到無效的藥，傷害的都是病人。

陳委員旺全

對不起，中醫部門方案的「中醫急診處置」20 百萬元漏列了，請協助補上。

傅主任委員立葉

「中醫急診處置」維持 20 百萬元？(中醫部門：是)好，跟付費者代表的版本一樣。

葉委員宗義

中藥廠商也是我們全國商業總會的會員，他們常向會內反應有關中藥材問題，因此必須在此說明。我是「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」的委員，西藥有學名藥、原廠藥區別，中醫沒有，也無替代藥。中醫已經有好多年沒有調升藥費，早年中藥材來自大陸，比較便宜，但現在都被日本、韓國包了，價格變得

很貴，而且不賣台灣，逼你用便宜的，這點我們要特別了解。中醫跟西醫不一樣，中藥品質一定要提升。

傅主任委員立葉

請付費者代表進行內部會議討論方案。除非是內部會議前必要的發言，否則請稍後再提。

柯代理委員怡謀(王委員雅馨代理人)

- 一、不好意思，我想表達病友端的意見，現在大家很重視用藥安全，中醫是國粹，剛剛在內部會議時，付費者代表都非常用心，我也了解總額的協商空間有限。
- 二、「中醫癌症患者加強照護整合方案」已經編列 94 百萬元，預算已經很多了，再往上調升，可能需要更多的醫學實證，我知道癌症患者需要中醫輔助醫療，讓他們病情更緩和，這是兩難。
- 三、中藥材進口到底是用FOB(Free On Board，裝運港船上交貨價)還是CIF(Cost, Insurance, and Freight，成本、保險及運費已付交貨價)?科學中藥未必含有真正的藥材。蔡委員登順所提，也是民眾的心聲，無論協商結果如何，中藥品質絕對要監督，讓民眾更有信心，希望藉由中醫治療，可以讓病人的病情更快得到緩解，而且沒有太多的副作用，這需要共同努力。
- 四、以上表達病友端對用藥安全的關切，我只有一句話，就是人命關天。

傅主任委員立葉

現在請付費者代表召開內部會議。

(付費者代表進行內部會議討論約 15 分鐘)

傅主任委員立葉

各位委員、各位協商代表，付費者代表的內部會議已經結束，我們繼續進行中醫門診總額協商，請付費者代表說明現在的版本。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、剛才付費者代表們討論得很熱烈，討論到後來才發現沒有錢了，

周執行秘書淑婉提醒我們協商空間有限，實在很傷腦筋，以下是大家最後的共識：

(一)專款項目「中醫癌症患者加強照護整合方案」編列 100 百萬元，由原先的 94 百萬元再加 6 百萬元。

(二)一般服務項目「其他醫療服務利用及密集度之改變」及「鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康」維持各編列 150 百萬元，因為一般服務會滾入基期，明年還是有這筆錢。

二、最重要的一點，我們可以協商的空間很少，後面還有牙醫、醫院部門及其他預算待協商，希望中醫部門能加以考量。此外，還有「醫療服務成本指數改變率」226.4 百萬元可以運用，較 106 年度協定總額成長 3.615%，也算很高了，請問中醫部門代表有無意見？

傅主任委員立葉

先請干委員文男。

干委員文男

我補充說明，我們很想幫忙，但沒錢沒力就是沒辦法，今年協商空間實在不多。提醒中醫部門，中醫的利用率持續在下降，如果明年依舊偏低，可能總額成長就會有問題，特別提醒一下。我知道台中市中醫利用率很高，但其他縣市用得少就整個下拉，希望中醫能夠普及一點。

傅主任委員立葉

請問中醫部門對付費者代表方案有無意見？

黃協商代表蘭嫻

各位委員好，以下說明「中醫癌症患者加強照護整合方案」專款項目：

一、我們希望今年可以針對癌症做一連串服務，因此整合癌症相關服務，中醫部門提出的預算需求是 131.5 百萬元，健保署則建議 94 百萬元，但健保署的估算沒有包含子項目「癌症患者中醫門診加強照護計畫」擴增癌症類別的費用，也沒考量到預算執

行率的成長狀況，該計畫到今年第 2 季，預算已執行 53.6%。

- 二、我們希望癌症病人可以接受完整的中醫介入照護，從輕度、中度到重度，做到醫療服務一條龍，不放棄任何癌症病人。懇請委員補足「中醫癌症患者加強照護整合方案」預算，讓中醫部門把癌症計畫做得更好、服務更多癌症病友，讓他們在完整的醫療照護下，過有品質的生活，再度懇請經費編列能符合我們需求。

傅主任委員立葉

請柯協商代表富揚。

柯協商代表富揚

- 一、其實今天來這裡協商，對中醫界而言，壓力很大，尤其藥費是 20 幾年來的期盼，20 幾年來確實沒有調整藥費，中醫部門只希望可以調升 1 點，在「其他醫療服務利用及密集度之改變」編列 265 百萬元，只比原先的 150 百萬元多 115 百萬元，對其他部門而言是小錢，對中醫部門卻是救命的錢。
- 二、如照現況繼續持續下去，健保開立的中藥會有 2 種結果，一是藥量越來越少，或是因藥廠價格提高，擔心賦形劑越加越多。中醫部門是幫民眾爭取權益，不是為了自己，目前中醫界是用診察費貼補藥費損失，請能在「其他醫療服務利用及密集度之改變」編列 265 百萬元。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

主席、各位委員及醫界代表，我個人很欽佩今天中醫額外提供的補充資料，過往都認為中醫實證不足，但是今天提出的實證論述非常用心，尤其陳理事長旺全、林前理事長永農及柯秘書長富揚都提及藥費成本問題，甚至詢問主計總處怎麼計算指數，個人認為中醫所提出的成本論述有很高的參考性，值得肯定。以下提出 3 點意見供參：

- 一、中醫部門所提版本很溫良恭儉讓，據估計實際調整「每日藥費」需要 653.8 百萬元(註)，誠如中醫部門代表所言，僅卑微地請求能調升 1 點，希望能給予編列 265 百萬元。
- 二、「鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康」項目，中醫部門希望能編列 215 百萬元，付費者代表則主張維持 150 百萬元，我個人意見是可以給中醫發展的機會，但前提是要督促中醫拿出實證數據，以及提升醫療品質。
- 三、專款項目「中醫癌症患者加強照護整合方案」，雙方金額各 131.5 百萬元與 100 百萬元，中醫部門希望今年能擴大服務對象，也有創新想法，我們鼓勵各個部門創新，但前提是必須有監督機制。

(註：中醫部門推估，如將「每日藥費」由現行 31 點調升為 36 點，約需 1,307.5 百萬元，分 2 年調校，1 年約需 653.8 百萬元。)

傅主任委員立葉

請呂協商代表世明。

呂協商代表世明

- 一、主席、各位代表大家好，專款項目「中醫癌症患者加強照護整合方案」編列 94 百萬元，是不包含擴增服務對象的費用。我們整合「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫—腫瘤患者手術、化療、放射線療法」、「癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」，及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」，使病患能接受完整治療，更不能漏掉其他癌症患者，131.5 百萬元就是為了服務其他癌症類型的病患。
- 二、健保每年花在癌症病人的醫療費用相當龐大，中醫責無旁貸，希望能協助提供醫療服務，很多患者不只需要藥物，還需要心理層面的輔導。中醫治療癌症需耗費很多時間，為了讓願意從事中醫癌症治療的醫生投入，避免造成以後都是醫美的環境，懇請各位委員，讓從事癌症治療的醫師有更多機會服務患者。

傅主任委員立葉

請張委員清田。

張委員清田

- 一、大家好，中醫部門一直強調「每日藥費」調升 1 點，其實「其他醫療服務利用及密集度之改變」及「鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康」，可以讓中醫部門調整藥費，付費者代表已經釋出很多善意，你們卻一直說不夠，2 項加起來已經超出調升 1 點所需預算了，如果中醫部門做得很好，藥材品質也確實有改善，來年整體經濟情況好一點的話，可以再談。
- 二、有關專款項目「中醫癌症患者加強照護整合方案」，付費者代表編列的金額(100 百萬元)也比健保署建議的金額(94 百萬元)多，或者移一些預算到一般服務項目「其他醫療服務利用及密集度之改變」，畢竟現在也沒有多出來的預算，當然最好是不要移來移去。

干委員文男

「中醫癌症患者加強照護整合方案」是專款項目，不要移來移去。

吳委員榮達

- 一、我們要向中醫部門表達歉意，因為口袋沒有錢，沒錢就無法買東西。我們一開始討論時，編了比較高的預算額度，但是算下來覺得難以實現，不是不編列，是真的沒錢。
- 二、中醫部門代表的意思我們都瞭解，也能體會，但是真的協商空間有限，所以不要繼續浪費時間了，即使付費者代表再次進行內部會議，結論還是會一樣。因為我們真的沒錢，口袋沒錢是騙不了人的，希望大家可以互相體諒，不用浪費時間。

傅主任委員立葉

付費者代表很誠懇地做了說明，中醫部門代表是不是可以同意付費者的版本，請呂協商代表世明。

呂協商代表世明

- 一、非常感謝各位委員對中醫的支持，因為「其他醫療服務利用及密集度之改變」及「鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康」

是 2 個項目，我們無法將 2 個項目的經費都來調升藥費，若只用「其他醫療服務利用及密集度之改變」是真的不夠。

二、其實中醫部門的要求不多，其他部門成長率提高 0.1%，對占率最小的中醫部門而言，都是天文數字，我們要求的金額真的是九牛一毛，非常非常少的金額就能許中醫一個美好的未來，拜託委員多多幫忙。

傅主任委員立葉

請柯代理委員怡謀。

柯代理委員怡謀(王委員雅馨代理人)

一、付費者代表在內部會議討論得很辛苦，即使「其他醫療服務利用及密集度之改變」只差一些還是加不上去，畢竟協商空間有限。

二、在醫療實證上，我們常引用HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)的數據，各層級醫院通常都有HTA報告，實證醫學著重於結果。在中醫的癌症治療做出口碑和成果後，不要說增加 10 百萬元，20 百萬元都有可能。在多重治療下，癌症患者在醫院有不同用藥，病人面臨選擇上的困擾，我認為中醫的輔助療法是可以試行的，讓癌症病人得到希望。

三、另外，剛才有委員提到中醫使用率低，站在消費者的角度，希望中醫部門努力提升使用率，及各項相關指標，中醫是國粹，值得讓國人期待。

傅主任委員立葉

請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

一、從我們服務癌症病友的經驗上，中醫的使用率很高，也很受病友肯定，中醫輔助醫療不管是針對副作用緩解或是疲憊改善，都有其明確效果。

二、我也希望能夠多編列一些預算，但在內部會議討論時發現，協商空間確實有限，但並非不認同中醫在癌症治療上的貢獻，無

論在實證上或是臨床上，都有明顯的成效展現，期待未來有更多實證數據與結果。將來若預算許可，希望能讓更多病人有機會使用中醫師輔助醫療，以改善癌症相關症狀。

傅主任委員立葉

先請林委員錫維，再請何代理委員語及干委員文男。

林委員錫維

- 一、主席、各位委員辛苦了，有關各總額部門預算編列，在協商西醫基層總額時有很大爭議，但付費者代表一致肯定中醫在各方面的付出，我們也很想增加藥費調整的預算，在健保署不建議編列預算的情況下，已經很大膽的編列 300 百萬元來協助中醫部門了。
- 二、請問如果將「其他醫療服務利用及密集度之改變」及「鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康」2 項合併為 1 項，中醫部門是否比較好運用？再增加經費應該是非常困難，項目合併是否比較有幫助，假如有幫助，可以考慮將 2 個項目合併為 1 個項目。
- 三、雙方對「中醫癌症患者加強照護整合方案」編列經費只差 30 百萬元，希望中醫部門不要再強調不夠，付費者加了 300 百萬元應該比差了 30 百萬元重要吧！而且該項目也比健保署的建議增加了 6 百萬元，也請互相體諒，大家已盡力為中醫考量了。

傅主任委員立葉

請何代理委員語，再請干委員文男。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

主席，可否讓付費者代表有 3~5 分鐘的時間進行內部會議討論。

干委員文男

不用啦！

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我想先請問健保署，如果將「其他醫療服務及利用密集度之改變」

及「鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康」合併為 1 個項目，預算併為 3 億元，這樣是否有助於中醫部門運用？或是分 2 個項目也能執行，我們先瞭解再來決定怎麼處理。

傅主任委員立葉

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、向各位委員報告，不管 1 項或 2 項，基本上項目名稱並未涉及藥費調整，因「藥費調校(分二年調校)」沒有編列預算。
- 二、依付費者代表的說明，「其他醫療服務利用及密集度之改變」及「鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康」2 項，是希望中醫部門運用於調整藥費，但這 2 個項目名稱在其他總額部門也有協定過，預算並不一定用於調整藥費，所以不管 1 項或 2 項，都是各自解讀其關連性，除非落入文字表明用途。
- 三、基本上非協商因素的「醫療服務成本指數改變率」266.4 百萬元可用於藥費調整，再加上前述協商因素編列的 300 百萬元，所以調整藥費有 2 個預算來源(非協商因素及協商因素)。我認為項目數不是問題，但如何知道該項目是用於調整藥費比較重要。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

蔡副署長淑鈴的意思是落入文字嗎？

蔡副署長淑鈴

有文字當然比較好。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

OK，我們瞭解了。

傅主任委員立葉

是否在協定事項處理？請干委員文男。

干委員文男

- 一、現在付費者代表方案與中醫部門方案只差 100 百萬元左右，用數字講比較清楚。實際上，「其他醫療服務利用及密集度之改

變」及「鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康」2項，明年都會滾入基期，預算不可能再增編，因為協商空間已經到頂，再增加實在很困難，不是我們不編列。

二、請中醫部門勉強接受，不是你們不打拚，中醫的訴求很多，但醫療資源有限，就勉強接受吧。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

建議將「其他醫療服務利用及密集度之改變」及「鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康」合併為1項，編列300百萬元，並落入文字述明以調整藥費為優先，是否可行？

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

主席、各位付費者及中醫界先進，是否能給付費者代表3~5分鐘內部會議時間，討論一下該怎麼處理，稍後再做說明？

葉委員宗義

主席，我有問題要請教。

傅主任委員立葉

請葉委員宗義。

葉委員宗義

剛才一直提到沒有錢，我記得安全準備金還有好幾千億元，怎麼會沒有錢？向工商界收的保費就占1/3，現在說沒錢，那我回去要怎麼交代？我到現在還是不瞭解為什麼會沒有錢？(委員：會超過行政院核定的總額成長率上限5%)既然是總額上限的關係，那就講清楚，不要說沒錢。

傅主任委員立葉

因為付費者代表要內部會議，請委員除非有問題需要釐清再發言，

請中醫部門代表說明。

施協商代表純全

- 一、請大家考量一下，中醫部門的成長率離總額成長率上限 5% 還有一段距離，對我們說沒錢有點殘忍。
- 二、依委員所言，因「醫療服務成本指數改變率」已內含藥費成長因素，而我們希望能編列 265 百萬元調整藥費，如將「醫療服務成本指數改變率」中藥費成長因素約 20% 扣除，即 265 百萬元扣減 45 百萬元(註)，希望「其他醫療服務利用及密集度之改變」能編列 220 百萬元，以上請求。

(註：「醫療服務成本指數改變率」266.4 百萬元*20%為 53.3 百萬元，惟此處提出扣減 45 百萬元。)

傅主任委員立葉

- 一、所以中醫代表版本中的「其他醫療服務利用及密集度之改變」，由 265 百萬元調整為 220 百萬元。
- 二、「其他醫療服務利用及密集度之改變」與「鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康」2 項要合併嗎？

施協商代表純全

不用合併，我們會落實委員對中醫部門的要求，畢竟明年還要相見，大家不用擔心。況且有發言實錄，落入文字也許會有不同困擾，我們知道委員對中醫的期望，我們會努力做到。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

想釐清一下，你們的版本「其他醫療服務及利用密集度之改變」現在是調整為 225 百萬元(委員：是 220 百萬元)，調整為 220 百萬元，所以剩下 80 百萬元編在哪裡？原本付費者方案「其他醫療服務利用及密集度之改變」與「鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康」合併是 300 百萬元，扣除 220 百萬元，還有 80 百萬元。

施協商代表純全

「鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康」維持 150 百萬元，所以是 220 百萬元加 150 百萬元，這 2 項經費，醫界代表與付費者代表方案相差 70 百萬元。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

那「鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康」編列多少？

施協商代表純全

維持 150 百萬元，雙方版本差 70 百萬元。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

能否給付費者代表 3~5 分鐘內部會議討論？

施協商代表純全

拜託各位委員。

傅主任委員立葉

付費者代表進行 5 分鐘的內部會議。

(付費者代表進行內部會議討論約 9 分鐘)

傅主任委員立葉

各位委員、各位協商代表，付費者代表的內部會議已經結束，請付費者代表先說明目前方案。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、各位中醫部門代表大家好，付費者代表都很有心想給予中醫部門所需經費，但大家討論很久，因為行政院核定總額成長率上限的關係，經費所剩無幾，以下是我們最後的共識：

(一)專款項目「中醫癌症患者加強照護整合方案」，由 100 百萬元調升為 120 百萬元，比前一版本多 20 百萬元，更是比健保署建議的 94 百萬元多 26 百萬元。

(二)一般服務項目「其他醫療服務及利用密集度之改變」及「鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康」，應用於提升用藥品質，剩餘經費可自行運用於提升針傷醫療品質，因此在協定

事項註明「用於提升用藥品質」。藥費調升約使用 265 百萬元，剩餘 35 百萬元，由中醫部門自行運用，可用來調整中醫部門原先所提針傷醫療品質部分。

二、所有的付費者代表都很有誠意，希望中醫部門能理解，畢竟 300 百萬元明年會滾入基期，希望你們先試做看看，明年再討論。

傅主任委員立葉

請柯協商代表富揚。

柯協商代表富揚

- 一、感謝委員的協助，如何代理委員語所提，所編列的 300 百萬元，用於提升用藥品質，剩餘 35 百萬元用在針傷醫療品質。但針傷處置點數每調升 10 點就需要 215 百萬元，很難用來提升針傷醫療品質，如果能多編列預算，委員的 2 項要求就可以同時做到。
- 二、我們知道付費者代表很為難，但中醫界肩負 20 幾年來的責任，希望可以解決陳年疾病，畢竟 20 幾年來藥費都沒有調整，近年中藥不管複方、單方價格都漲很多，中醫部門一定會調整藥費。請委員多幫助中醫，讓我們能同時調整針傷處置支付點數，使從事針傷治療的中醫師，及接受針傷照護的民眾都能受惠，以上懇求。

傅主任委員立葉

- 一、其實付費者代表已經展現很大誠意，請問付費者代表，協定事項只註明「用於提升用藥品質」，是否要加上「優先」？讓中醫部門有彈性調配的空間。(委員：加上「優先」)好，協定事項修正為「優先用於提升用藥品質」，讓中醫部門可自行調整。
- 二、雙方差距非常小，請問中醫部門代表有無調整空間？請干委員文男。

干委員文男

我希望不要再浪費時間，才差一點，該給的都給了。

傅主任委員立葉

請施協商代表純全。

施協商代表純全

請將投影畫面往上移一點，目前一般服務成長率是 2.928%，在此有個請求，希望一般服務成長率能達到 3.0% 以上，讓理事長回去比較好交代，其他問題我們回去內部解決，以上請求。

傅主任委員立葉

差額是多少？1 千多萬元嗎？

施協商代表純全

請付費者代表成全一下，我知道付費者非常有誠意，而且離總額成長率上限還有些空間，期望一般服務能有 3.0%，只不過讓我們回去好交代，落差約 1 千多萬元而已，請付費者代表成全。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

難得看到雙方代表及委員間展現這麼大的誠意和共識，差距已經縮到 1 千多萬元左右，我個人認為可以加快速度，如果付費者代表給予一般服務成長率 3.0%，也算合理。

傅主任委員立葉

請柯代理委員怡謀。

柯代理委員怡謀(王委員雅馨代理人)

- 一、剛剛看了中醫部門給的補充資料，很感謝中醫界在治療上這麼用心，我向大家保證，剛才在付費者內部會議中，大家對陳委員旺全所領導的中醫團隊是非常肯定。
- 二、在預算編列上，專款項目「中醫癌症患者加強照護整合方案」已增加 20 百萬元，一般服務項目差距的金額也不多，至於有沒有再談的空間，或許可以考量介於中間值。
- 三、前面部門都已兩案併陳了，無論協商結果，站在病人立場還是要強調用藥安全，請中醫部門優先監督這部分。除此之外，希望雙方可以協調出最好的方案，最好可以達共識，只差 1 千多

萬元左右，衷心期盼。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

- 一、向各位報告，剛才內部會議我是持反對意見，是我做了讓步之後，才有往上調升的空間，現在我還是堅持看法，我不願意調升，如果要再進行內部會議，我也不願意進去了。
- 二、拜託中醫部門體諒付費者代表，我們面對的是全國所有民眾，而全民馬上就要面臨 108 年、109 年保費調升問題，請大家互相體諒，差距不是很大，就不要再浪費時間。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

主席、付費者代表、中醫部門代表、公正人士及學界代表，剛才在內部會議，我和吳委員榮達都快吵起來，我希望增編預算，而他堅持不能，因為我們協商空間真的有限，付費者代表已經討論多次，希望中醫部門能體諒，不要再堅持了。

傅主任委員立葉

中醫部門是否可以同意付費者代表方案？付費者代表已釋出最大善意，要為 17 百萬元僵持嗎？

干委員文男

請中醫部門接受！付費者代表再開內部會議，也不會有更好的結果，我不是恐嚇你們。

林委員錫維

真的夠了啦，鼓掌通過吧！

林協商代表永農

請體諒一下，才 17 百萬元。

吳委員榮達

換我們拜託你們。

林協商代表永農

吳委員榮達請不要這樣說，拜託一下，才 17 百萬元，你不要堅持，軟化一下，我向你拜託。各位委員也瞭解，整個中醫部門都是溫馴的綿羊，才差 17 百萬元，就成全我們，不要再堅持。我等一下還要請施協商代表純全補貼，他一下就同意降這麼多，請成全一下我們，拜託！我們要求也不多，如果今天是要增加 400、500 百萬元，委員不同意，我們也沒有話講。

陳委員旺全

主席、各位委員，中醫部門非常懇切地拜託各位，付費者可能覺得錢要用在實質上，我們真的會善盡監督責任，好好發揮本款項的價值，我們懇求各位，只差 17 百萬元，懇求各位委員成全，讓我們好好照顧民眾，這麼微薄的懇求，拜託各位付費者代表。

傅主任委員立葉

先請周委員麗芳，再請張委員清田。

周委員麗芳

主席、各位委員，我考量了各部門間的衡平性，也參考其他總額部門的一般服務成長率，中醫部門要求 3.0%，為了 17 百萬元，大會在此膠著，實在很沒價值，付費者代表是不是可再思考一下，以 3.0% 做為協商立足點的可能性。

傅主任委員立葉

請張委員清田。

張委員清田

澄清一下，西醫基層部門是兩案併陳，付費者代表方案的一般服務成長率是 2.310%，我們再進去內部會議討論一定會打架，明年我們會再加以考量。

陳委員旺全

大家都很會算錢，但這點小錢對中醫的幫助真的很大，懇求一下，

拜託拜託。

傅主任委員立葉

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

我覺得這 17 百萬元的差距不大，雙方對於用藥品質的提升有共識，我建議付費者代表給予中醫部門 3.0% 的一般服務成長率，17 百萬元的差距而已。

傅主任委員立葉

先請蔡委員登順，再請何代理委員語。

蔡委員登順

- 一、中醫用藥品質關乎全民健康及用藥安全，大家都同意編列預算，至於項目名稱，則尊重大家的決定。總額協商就是有進有退，原先中醫部門希望編列 265 百萬元，現在只要求增加 17 百萬元，其實金額並不大，雖有總額成長率上限 5%，但距 5% 尚有一些空間。
- 二、既然要中醫部門提升用藥品質，給予他們寬裕的預算，把藥的問題處理好，有助於全民健康，才是全民所希望的，請付費者委員斟酌，17 百萬元真的不多，希望雙方能達成共識，減少部長的困擾。

傅主任委員立葉

何代理委員語您是主談人，是否先讓林委員錫維發言，您最後再總結。

林委員錫維

時間很晚了，大家互相體諒吧！以下是我個人的意見，但是大家應該會同意，總金額不變，但是從專款項目「中醫癌症患者加強照護整合方案」移 17 百萬元到一般服務項目「其他醫療服務利用及密集度之改變」，是否可行？如果大家都同意，就可以吃飯了啦！

陳委員旺全

剛才公正人士及專家學者們也認為一般服務成長率可以到 3%，數字也比較好看，才差 17 百萬元。

林委員錫維

我有詢問過，好幾個委員不同意，我也不能處理。

林協商代表永農

拜託一下啦，17 百萬元而已。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、剛才專款項目「中醫癌症患者加強照護整合方案」增編 20 百萬元，現在移出 17 百萬元至一般服務項目「其他醫療服務利用及密集度之改變」。

二、現在「其他醫療服務及利用密集度之改變」調整為 167 百萬元，「中醫癌症患者加強照護整合方案」調整為 103 百萬元，如果中醫部門可以接受，就以這樣的版本處理，好不好？大家對於預算調整有共識，但再增加預算則有困難，最後總金額不變，沒有增減。

傅主任委員立葉

中醫部門代表能否接受？

林協商代表永農

請問從「中醫癌症患者加強照護整合方案」移多少到「其他醫療服務利用及密集度之改變」？

傅主任委員立葉

17 百萬元。

林協商代表永農

向各位委員報告，呂協商代表世明是專門治療癌症的，你們掛號都掛不進去，中醫在癌症治療上有一定療效，拜託不要再減了，才 17 百萬元，你們緊縮一下就有了，不要再減了。

傅主任委員立葉

先請李委員永振。

李委員永振

中醫部門最初版本的總成長率是 7%，我們都沒有計較，現在付費者代表主動編列許多預算，你們卻一直討一直討，為了 17 百萬元，難道要兩案併陳嗎？請考慮一下。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我補充說明一下，健保署建議的總成長率是 2.354%，剛好超過行政院核定的總額成長率下限 2.349%，多了一點點。我們已經調整到 3.699%，增加 1.345%，付費者代表已經很有誠意，希望中醫部門加以考量。

施協商代表純全

- 一、主席、各位委員，剛才委員建議從專款項目「中醫癌症患者加強照護整合方案」移出 17 百萬元到一般服務項目「其他醫療服務利用及密集度之改變」，讓一般服務成長率有 3.0%。
- 二、我提出另外 1 個建議，「中醫癌症患者加強照護整合方案」中的子計畫「癌症患者中醫門診加強照護計畫」，能否只增加 2 種癌症類型，即增加肺癌及大腸癌，而非全部癌症，避免專案的點值太快滑落，影響執行效能。將目前計畫的癌症適用範圍擴增 2 種常見的癌症類型，醫療耗用額度也能符合預算，可以適當執行，至於是否納入全部癌症，則日後再評估，是否可略微修正計畫？
- 三、亦即中醫部門同意將 17 百萬元從「中醫癌症患者加強照護整合方案」移到「其他醫療服務利用及密集度之改變」，但子計畫「癌症患者中醫門診加強照護計畫」的適用對象，由原先規劃全部癌症患者，修改為新增肺癌及大腸癌患者。

傅主任委員立葉

有關適用的癌症類型，請健保署和中醫部門再研訂，不限定只新增肺癌及大腸癌患者。

施協商代表純全

我們接受傅主任委員立葉的建議，收案對象再與健保署研議。

傅主任委員立葉

付費者代表同意嗎？

林委員敏華

好不容易快達成共識了，我們也不想讓他破局，「中醫癌症患者加強照護整合方案」專款項目，已由健保署建議的 94 百萬元增編至 103 百萬元，希望該計畫的延續性項目能維持，至於新增項目，則請健保署和中醫部門協調如何執行，不知道委員是不是同意？只差臨門一腳，希望能取得共識。

傅主任委員立葉

「中醫癌症患者加強照護整合方案」需涵蓋延續性項目，其餘請健保署和中醫部門研議，再報健保會同意。請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

中醫部門的方案是建議限制癌別，只增加肺癌及大腸癌，他們考量這是專款項目，因為疾病嚴重度不同，如果不限癌別的話，也許有些病人要用時，已經沒有預算了；但對病人而言，不限癌別才能讓不同診斷的癌症病人有使用中醫輔助醫療的機會，是否可以不限制癌別，減少對病人的排擠效應。

傅主任委員立葉

謝謝！請健保署和中醫部門研擬方案，再提報健保會討論，中醫門診總額達成協議了(眾人鼓掌!)。需要把數字再核對一遍嗎?(委員：唸一遍)請何代理委員語唸一遍。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、協商因素成長率：

- (一)「增加護理人力及提升中醫針灸醫療品質」：不予編列預算。
- (二)「藥費調校」：不予編列預算。
- (三)「中醫急症處置」：移列專款項目預算。

- (四)「因應一例一休政策影響」：不予編列預算。
- (五)新增「其他醫療服務及利用密集度之改變」：編列 167 百萬元(成長率 0.707%)，優先用於提升用藥品質。
- (六)新增「鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康」：編列 150 百萬元(成長率 0.635%)，優先提升用藥品質。
- (七)「違反特約及管理辦法扣款」：減列 13.6 百萬元(成長率 -0.057%)。

二、專款項目：

- (一)「醫療資源不足地區改善方案」：編列 135.6 百萬元，增加 14 百萬元。
- (二)「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」：編列 130 百萬元，減列 3 百萬元，包括腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷。
- (三)「中醫提升孕產照護品質計畫」：編列 60 百萬元，增加 12.3 百萬元。
- (四)「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」：編列 20 百萬元。
- (五)「乳癌、肝癌門診加強照護計畫」及「癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」併入「中醫癌症患者加強照護整合方案」，編列 103 百萬元，包括「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫—腫瘤患者手術、化療、放射線療法」、「癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」、「癌症患者中醫門診加強照護計畫」，請健保署與中醫部門研訂方案及其新增之適用對象，提報健保會同意。
- (六)新增「中醫急症處置」：編列 20 百萬元。
- (七)「品質保證保留款」：編列 23.6 百萬元。

三、專款金額合計是 492.2 百萬元，較 106 年度核定總額成長 3.699%。

傅主任委員立葉

中醫部門總額協商達成共識(眾人鼓掌!)。協商到此告一段落，大

家先休息 10 分鐘並用餐，稍後進行下一場牙醫門診總額協商。

(中場休息約 10 分鐘)

參、107 年度總額協商－「牙醫門診總額」
與會人員發言實錄

參、107 年度總額協商－「牙醫門診總額」與會人員發言實錄

傅主任委員立葉

- 一、各位委員，協商代表，現在開始進行牙醫門診總額協商會議。牙醫部門提供 1 份粉紅色單張補充資料「107 年特殊醫療服務計畫說明」，請委員參閱。
- 二、107 年度牙醫門診總額相關資料，已事先提供予委員參閱，請牙醫部門代表，就重點部分簡短補充說明。

謝委員尚廷

主委、署長及各位辛苦的委員們，大家晚安。首先，佩服委員的體力、耐力，已歷經 9 小時協商，我們等候非常久，終於輪到牙醫部門，我們會濃縮報告時間至 5 分鐘，有點吃虧，我們會把合理、必要的想法向大家報告，請翁協商代表德育用濃縮版重點報告。

翁協商代表德育

各位委員大家辛苦！我與謝委員尚廷從早陪著委員共同參與 107 年度總額協商會議，共同體驗委員的辛苦。有些話等 1 年，仍要跟委員報告。

- 一、前 2 年(105、106 年)牙醫門診總額協商因素成長率很低迷，這幾年評核會評核結果牙醫部門皆為優等，核予品質保證保留款成長率 0.3%，與非協商因素相加後，卻達不到行政院核定的低推估成長率，甚至還差一大截，這使牙醫部門的心靈受到很大的創傷。
- 二、第 2 個創傷是健保會委員會議的決議，107 年品質保證保留款不列入總額基期計算，也給我們一些震撼。剛才旁聽中醫部門協商，有委員提出一般服務成長率至少要有 3%，聽到該項建議心情更為沈重，因為牙醫部門提出的 107 年一般服務成長率僅為 2.527%。不知道該如何說。
- 三、牙醫是最早開始做總額的部門，秉持以實務為重，注重每個項目的合理性。每年牙醫部門一定照著總額協定事項，依照委員及健保署的意見及相關監測，共同執行歷年總額協定事項。今

年感謝健保署，自 99 年起推動牙周病統合照護計畫，101~105 年間執行率皆超過 100%，預計 101~106 年超支預算約 1,400 百萬元。感謝健保署看到我們的努力，在 107 年「牙周病統合照護計畫」增編預算，滋潤牙醫部門一半的心靈。

四、不針對各協商項目一一詳述，我們提出 107 年度牙醫門診總額協商項目輪廓非常清楚，可針對各項目合理性進行討論，很好談。因為上個部門協商時，有提到協商原則，我提出一些看法與委員分享，107 年度中醫門診總額扣除非協商因素成長率外，核予一般服務預算「其他醫療服務利用及密集度之改變」成長率 0.707%、「鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康」成長率 0.635%，合計 1.342%。牙醫部門希望於 107 年度牙醫門診總額一般服務預算也能比照辦理。可惜的是牙醫部門方案僅提出協商因素 1.186%，也未達到 1.342%，這些背景跟大家說明。希望協商談判時，各總額部門都能得到一致的公平性及衡平性。

傅主任委員立葉

付費者代表有沒有問題要提問？

吳委員榮達

請教一下，會議資料第 106 頁「表 3-12 牙醫特殊醫療服務計畫」，106 年 1~6 月執行率約 44.4%，但與粉紅色補充資料單張 106 年 1~6 月執行率約 51%，數據有差異，兩者差異為何？

翁協商代表德育

請牙醫特殊醫療服務計畫召集人羅協商代表界山說明。

羅協商代表界山

依據健保署提供牙醫特殊醫療服務計畫 106 年 1~6 月執行率約 51%，該數據較符合實際執行結果。

傅主任委員立葉

數據不同，計算上是哪裡有落差？等一下若有人能回答時再補充。請問付費者代表有沒有提問？

陳委員亮良

主席、各付費者代表、學界、公正人士及牙醫部門先進，大家晚安。請先讓付費者代表先進行內部會議討論方案，再來和牙醫部門進行協商。

傅主任委員立葉

付費者代表沒有提問了嗎？(未有委員表示要提問)現在由付費者代表進行內部會議。請問需要多久時間？(付費者代表表示：約 20 分鐘)付費者代表內部會議時間約 20 分鐘。

(付費者代表進行內部會議討論約 18 分鐘)

傅主任委員立葉

請委員就座，付費者代表內部會議已結束。請問，牙醫部門代表剛才是否也有召開內部會議討論新版本？(牙醫代表表示：沒有)請付費者代表說明。

陳委員亮良

特別感謝牙醫部門各位先進在第一線為民眾口腔健康把關，牙痛不是病，但痛起來要人命。107 年度總額可協商額度確實有限，經過付費者代表充分溝通後，達成共識如下：

- 一、有關牙醫部門提出「其他醫療利用服務及密集度之改變」項下，共有 2 個協商項目，項次 1.「106 年協商項目預算不足：12 歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護、顎顏面骨壞死術後傷口照護」及 2.「牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用」，對此 2 項健保署的意見是不建議新增費用，但付費者代表是將 2 個項目整合成「其他醫療服務利用及密集度之改變」1 個項目，增編 100 百萬元預算。
- 二、項次 3.「配合一例一休政策」：付費者代表共識，原則上各部門總額均不增編預算，本項金額是 0 元。
- 三、項次 5.「醫療資源不足地區改善方案」：比照 106 年度編列 280 百萬元。
- 四、項次 6.「牙醫特殊醫療服務計畫」：牙醫部門建議增編 80.1 百

萬元，全年經費編列 553.1 百萬元。付費者代表依照健保署建議，編列 473 百萬元。

五、項次 7.「牙周病統合照護計畫(第 1、2 階段)」：付費者代表依健保署意見，同意增編 521.6 百萬元，全年經費編列 1,564 百萬元。

六、項次 8.「牙周病統合照護計畫(第 3 階段)」：付費者代表依健保署意見，同意增編 238.2 百萬元，全年經費編列 588.8 百萬元。

七、項次 9.「品質保證保留款」：牙醫部門評核為優等，同意照列 119.1 百萬元。

傅主任委員立葉

謝謝陳委員亮良的說明。請問牙醫部門代表有意見嗎？

翁協商代表德育

一、首先，謝謝委員支持牙醫部門長期推動「牙周病統合照護計畫」，儘管近年該計畫預算不足，但牙醫部門仍心甘情願來照護國人的國病，推動牙周病統合照護計畫，感謝委員對本計畫全力支持，牙醫部門會配合協定事項，建立監測、成效評估指標等，並且一定會做到。

二、有關付費者代表方案的一般服務預算部分，因為上一場中醫部門剛剛協商完，印象非常深刻，有一些疑問想請教委員：

(一)「其他醫療利用服務及密集度之改變」，付費者代表增編金額 100 百萬元，換算成長率為 0.251%，但中醫部門的「其他醫療利用服務及密集度之改變」編列成長率 0.635%，不知道為何差距如此大。

(二)中醫部門編列「鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康」成長率 0.635%，但各總額部門，誰的醫療品質比較好？牙醫部門只有 1 年評核結果是優等嗎？評核委員可提供答案，事實上近 10 幾年，牙醫部門評核結果都是優等，但醫療品質相關預算，則給予牙醫部門提升醫療服務品質相關項目的成長率為

0%，我們絕對尊重委員意見。

(三)希望能針對牙醫部門編列各項目的合理性進行探討，給予努力的目標，我們要努力到什麼程度，才能獲得醫療品質相關項目的成長率。希望付費者給牙醫部門一個合理的答案，我們願意心甘情願去追尋。

(四)還是回到問題的基本面，等一下請允許牙醫部門代表進行內部會議約 3~5 分鐘，希望回來之後，能請委員回應剛才的幾個問題。

傅主任委員立葉

現在由牙醫部門代表進行內部會議，時間約 5 分鐘。

(牙醫部門代表進行內部會議討論約 5 分鐘)

傅主任委員立葉

牙醫部門代表內部會議結束，請牙醫部門代表說明現在的版本。

翁協商代表德育

在說明新的版本前，希望請委員先回應我剛才的提問，之後再來說明牙醫部門的版本。

陳委員亮良

一、牙醫部門從早上和委員一樣等到現在，有關剛才所提的問題，先跟牙醫先進說明，中醫部門協商時，付費者代表說明「其他醫療服務利用及密集度之改變」及「鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康」，優先用於提升用藥品質，係考量中醫藥品特殊性及其成本提升，才編列優先提升用藥品質的經費。

二、在行政院核定 107 年度總額範圍內，付費者能夠協商的額度非常有限，付費者代表所提出 107 年度總額成長率，較 106 年度核定總額成長率為 3.855%，也表示付費者代表非常有誠意，大家非常肯定牙醫部門對民眾的付出。

傅主任委員立葉

請牙醫部門說明醫界新的版本。

翁協商代表德育

謝謝陳委員亮良說明，聽完陳委員說明後疑問更大了，請回到一般服務項目，以下幾點說明：

- 一、項次 1. 「106 年協商項目預算不足：12 歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護、顎顏面骨壞死術後傷口照護」：中醫部門藥費苦哈哈而要調整，我們深表同意，但牙醫部門在 106 年協商時，本項目預算被低估，因此在 105 年 9 月委員會議決議落款，須檢討執行率，並納入下年度總額協商考量。因此，在今(106)年檢討該項目的執行率，106 年 3~6 月，3 個月的預算執行率已超過 100%，如推估全年預算執行率高達 500%。假如沿用中醫部門的協商原則，本項應照牙醫部門方案編列預算金額。
- 二、項次 2. 「牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用」：主要是民眾接受「牙周病統合照護計畫」完整治療後，為了維護後續療效，需有維護的費用，本項與接受「牙周病統合照護計畫」照護之人數、件數激增有關，也是所謂的「其他醫療服務利用及密集度之改變」，牙醫部門增編 222.1 百萬元，成長率 0.558%，請委員予以考量。
- 三、項次 3. 「配合一例一休政策」：尊重委員一致性的原則，各總額部門沒有的，牙醫部門也沒有，沒有第二句話。
- 四、項次 6. 「牙周特殊醫療服務計畫」：增編 80.1 百萬是有所本的，如會議資料所列，因擴大照護對象及範圍，對應所需之預算，若不增加預算，則無法執行新增項目，請委員予以考量。
- 五、前幾個總額部門的內部會議，甚至需三進三出，但牙醫部門很務實，不廢話。以上已針對各項目提出具體的訴求，如有需要的話，可以再進行內部會議。

陳委員亮良

- 一、有關項次 1. 「106 年協商項目預算不足：12 歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護、顎顏面骨壞死術後傷口照護」及 2. 「牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用」2 個項目，項次 1 的

部分，健保會幕僚補充意見，推估 106 年度預算的編列與執行率存有落差，換言之，即執行超過健保會編列經費，項次 2 也有預算執行結果與預算編列有差額的情形。

- 二、基於 107 年度健保總額成長率空間有限，非常想增編經費，但問題是 107 年健保經費額度不足，幕僚也提醒經費有限，沒有錢了，我們確實面臨行政院核定 107 年度總額上限的壓力。
- 三、目前牙醫部門針對項次 1、2 的預算都沒有鬆口，可否先提出醫界的預算金額，剛才內部會議都沒有討論嗎？因為對預算額度都沒有鬆口，是否先釋出誠意後，再進一步討論。

翁協商代表德育

- 一、委員辛苦了，我們知道 107 年總額經費有限，經濟拮据，牙醫也配合了 10 幾年，心甘情願，但不希望被視為理所當然。回應陳委員亮良的意見，剛才說明的很清楚，我們很務實的編列各項預算，並沒有放大預算，再來讓大家砍價。再一次的強調，牙醫部門很務實，談的是每個項目的合理性，合理性充足則編列預算，如不合理的話，不編列預算也沒有關係。
- 二、項次 1. 「106 年協商項目預算不足：12 歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護、顎顏面骨壞死術後傷口照護」的部分，106 年已經發生預算不足，若 107 年不編列充足的預算，106 年虧損 171 百萬元，107 年會持續虧損，而且還不包含執行數的成長，拜託委員多加考量。
- 三、項次 2. 「牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用」，106 年虧損 5 千多萬。考量 107 年「牙周病統合照護計畫」照護人數、件數增加，推估虧損高達 2 億多元，瞭解健保經費有限，不堅持編列本項經費。但希望能在會議紀錄上落款，若本項 107 年預算不足，則於下年度總額協商予以考量，牙醫部門絕對尊重委員的意見。
- 四、我們了解委員的意見，但也不希望發生砍價的情形，很辛苦啦！若每個部門都三進三出內部會議，做什麼呢？為什麼不輕鬆一

點、務實點、老實點，牙醫部門僅提出協商因素成長率 1.186%，加上非協商成長率 1.341%後，一般服務合計 2.527%。因此，剛聽到有其他總額協商代表提出希望一般服務成長率 3%，我都快哭出來了！不好意思，話講得有點大聲，但希望委員給予特別的考量。

五、大家都知道執行「牙醫特殊醫療服務計畫」很辛苦，是牙醫師公會全聯會拜託牙醫師去執行的，我們只有卑微請求，讓辛苦的牙醫師有充足預算執行計畫，不要牙醫師執行後，年度結算不到 1 點 1 元，還要被追扣經費，很難對熱情付出的牙醫師交代。本項是專款項目，如多編列預算，若沒執行完，預算也是收回，多編列一些經費可以給我們一點虛榮感。

六、請付費者代表針對我上述的說明，再行考量內部協商。牙醫部門進行內部會議討論，或許我剛才沒有提出預算底線，但訴求的輪廓是很清楚。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

一、我想若牙醫部門代表一步也不讓，會讓付費者代表沒動力再次進行內部會議，委員也是有意見的，請牙醫部門能再做退讓，都不退讓也不行的吧！請牙醫部門代表體諒一下，剛才付費者代表考量 107 年度健保協商的額度有限，也不希望因此而提高健保費率。

二、目前項次 1、2 是雙方差異的所在，付費者建議項次 1、2 整併成 1 項，及「牙醫特殊醫療服務計畫」是否再詳加考量。我們很肯定辛苦的牙醫先進執行本計畫，也得到醫療奉獻獎，再加上健保會委員也參訪「牙醫特殊醫療服務計畫」的執行情形，看得眼淚都快掉下來。

三、請牙醫部門再詳加考量付費者所提的意見，讓兩方有再協商的空間，若一步都不讓，付費者代表沒動力再行內部會議討論，

請提出具體意見後再行討論。

傅主任委員立葉

先請林委員錫維，再請柯代理委員怡謀。

林委員錫維

- 一、剛才陳委員亮良說得很清楚，就牙醫部門提出的訴求，付費者沒有特別砍費用，反而是健保署建議不增編預算的項目，付費者還編列費用，所以付費者代表已有考量牙醫部門的訴求，已展現我們的體諒和誠意。
- 二、現在牙醫部門對所編列的預算完全不動，就如陳委員亮良所講，付費者代表也不知道要進去談什麼。是否同意將項次 1、2 整併成 1 個項目，編列 100 百萬元？先表達意見後，雙方才有協商空間。若說預算都不能調整，什麼也不能談，不然大家坐在這裡，都不要動，這樣下去怎麼辦呢？請牙醫部門考慮一下，那些項目可以調整的，沒有提出任何新的版本，雙方根本不可能繼續協商。
- 三、陳委員亮良說明的很清楚，醫界不能一直加，否則到時候調整健保費率，被保險人保費又要漲價，付費者代表回去怎麼面對被保險人呢？我們沒有不給預算，也沒有砍任何的預算，對於健保署建議不增編預算的項目，付費者也編列了。至少牙醫部門要提出新版本或說明願意調整的項目，否則要付費者代表內部會議談什麼呢？這樣下去，根本不可能再繼續協商。希望兩方都能盡力的完成 107 年度總額協商，也能符合雙方的期待，請體諒。

柯代理委員怡謀(王委員雅馨代理人)

- 一、剛才付費者代表內部會議時，委員很肯定牙醫的努力，所以內部會議進行得很快。陳委員亮良也提到怎麼照顧偏鄉或弱勢民眾口腔照護。另外，考量現行總額已反應民眾口腔照護所需的經費，就民眾端部分，錢還是要花在刀口上。
- 二、在「牙周病統合照護計畫」的部分，希望能達到預防醫學的效

果，意即加強牙周病口腔照護是否能讓民眾保存更多的牙齒。但也不希望有衝量的現象，例如：署長推動分級醫療，致西醫基層量能增加等問題，不希望有衝量的現象，因為衝量很辛苦。但如要創造舉世第一的牙醫環境，總額的確需要更多經費挹注，請牙醫部門提出更詳實的說明。

三、項次 1. 「106 年協商項目預算不足：12 歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護、顎顏面骨壞死術後傷口照護」，以 106 年 3~5 月執行情形去推全年預算，是否完全妥適？本項原意係先解決兒童牙齒的問題，以後就不會再發生齲齒問題，提高牙齒的保存率，減少植牙等，但或許如果真的要賺錢的話，讓牙齒掉光將來再來植牙會更好賺。所以，我們也能體會牙醫部門執行兒童口腔照護的用心。

四、考量本項數據推估方式是否妥適，付費者代表釋出很多善意，照顧好病人，以後錢就花的少。對雇主而言，也希望員工健康，國家生產力也會提高，就能減少健保費用支出，付費者代表真的釋出很大的善意。最近，報載長庚醫院事件也顯示，醫療體系可減少不必要的檢查，內部都能自行管控，當然牙醫部門較少類似的問題，但醫院部門有許多醫療費用等問題需要檢討改善，都要設法開源節流。

五、前面總額部門協商時，健保預算已很吃緊，周執行秘書淑婉提醒 107 年度總額協商額度有限，陳委員亮良的說明也是實情。也希望牙醫部門內部會議能提出較優惠的版本，釋出更好的善意，讓牙醫門診總額協商能夠圓滿達成，不用兩案併陳報部裁決。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

一、首先，對牙醫部門表達我最高的敬意，一早謝理事長尚廷率領牙醫代表抵達會場，全程參與到現在，這樣的精神令人佩服。

- 二、再者，聽牙醫部門與付費者代表發言後，看到一線曙光，雙方沒有太大的差異。牙醫部門很明快、有效率及誠懇的提出方案，例如：項次 2.「牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用」，若 107 年度編列本項費用有困難，下年度再請優先支持；項次 3.「配合一例一休政策」，在各部門總額一致性原則下，也沒有意見；「其他醫療服務利用及密集度之改變」，付費者建議增編 1 億元，而牙醫部門預算則編列 0 元。
- 三、雙方的爭議在項次 1.「106 年協商項目預算不足：12 歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護、顎顏面骨壞死術後傷口照護」項目，此項目不是只有付費者代表的責任，是健保會要負起責任，因為，105 年 9 月 24 日健保會委員會議，那時我還不是委員，但是健保會運作有延續性，當次決議補充說明，於下年度總額協商時納入考量。健保會幕僚補充意見，並沒有寫不編列費用，而是「本項是否同意編列，請討論。若同意編列，107 年 7 月底前提執行結果」，健保署意見為「將觀察 2 年申報情形...」，但牙醫部門表達其真的撐不下去，經費不夠、點值低，會活不下去。健保會有必要延續會議決議，協助牙醫部門共同解決。牙醫門診總額協商需要解決本項的問題，但這不僅是協商雙方的問題，健保會亦應該提出解決對策。
- 四、很肯定牙醫部門對「牙醫特殊醫療服務計畫」的付出，經由實地參訪後真的很感動。我相信付費者代表也聽到牙醫部門提出的訴求，因考量健保經費額度有限，希望雙方能再進一步溝通。倒是項次 1.「106 年協商項目預算不足：12 歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護、顎顏面骨壞死術後傷口照護」，仍請健保會提出解決對策。

傅主任委員立葉

請問委員還有沒有意見？請謝委員尚廷。

謝委員尚廷

一、陳委員亮良及林委員錫維請我們要退讓，為展現牙醫部門協商

的誠意，我回應委員意見後，即進行內部會議。我們了解委員很關心整個健保財務的問題，不是因為牙醫部門提出的項目不合理。

- 二、牙醫部門編列的協商項目都有對應的執行項目，以利檢視每個項目與預算的合理及必要性，請委員參酌。若整併項目預算統包的話，執行成效為何，下年度恐不易檢視。牙醫部門希望能提出執行成果供委員檢視，若執行結果不好，如何處理，執行結果很好，也請委員參酌。因此，建議不要將項次 1、2 項目整併成「其他醫療服務利用及密集度之改變」1 個項目，建議項次 2.「牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用」編列成長率 0%，把項目分開逐項討論。
- 三、柯代理委員怡謀提到牙周病照護成效，待內部會議後，再請陳前主委彥廷向委員報告牙周病照護的必要及需要性。
- 四、感謝周委員麗芳看到牙醫部門的努力，協助協商項目的說明。在本次協商前，牙醫部門原來提出許多協商因素項目，經與健保署、健保會委員溝通後，經評估後就各項目的急迫性和必要性，僅提出 3 個協商項目，其他項目暫不提出，就是已經考量 107 年度總額協商成長率有限，也呼應林委員錫維所提的，簡化項目。
- 五、所提出的項目屬持續推動但預算編列不足的部分，如：牙周病統合照護計畫，截至今(106)年會超支 14 億元，項次 1.「106 年協商項目預算不足：12 歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護、顎顏面骨壞死術後傷口照護」，106 年超支 171 百萬元左右，這些項目所編列的預算都已執行完畢，希望明(107)年可增編所需預算。
- 六、請給牙醫部門代表約 5 分鐘左右進行內部會議，希望出來能給委員一個滿意的答覆，不用再進行第 3 次內部會議。

傅主任委員立葉

其實，雙方版本已經很接近，只有 3 個項目仍有差異。請問付費者

代表是否需要進行內部會議呢？或是雙方各自進行內部會議？(付費者代表表示不用，等醫界有新版本再談)請牙醫部門進行 5 分鐘的內部會議，提出新版本後供付費者代表參考，再行協商。

(牙醫部門代表進行內部會議討論約 8 分鐘)

傅主任委員立葉

牙醫部門內部會議已結束，請委員就座。請牙醫部門代表說明方案。

翁協商代表德育

一、牙醫部門接收到委員的指示，經內部會議後說明共識如下：

(一)項次 1. 「106 年協商項目預算不足：12 歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護、顎顏面骨壞死術後傷口照護」：堅持原編列之經費，成長率 0.440%，增加金額 175.2 百萬元，本項未來不論執行情形為何，盈虧自負，希望本項依照牙醫部門計算方式編列預算。

(二)項次 2. 「牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用」：原成長率為 0.558%，調整為 0.352%，增加金額為 140 百萬元。

(三)項次 3. 「配合一例一休政策」：預算 0 元。

(四)項次 6. 「牙醫特殊醫療服務計畫」：所列執行新增的醫療服務項目不變，但將居家醫療照護對象納入牙醫到宅服務部分，則尊重付費者代表的意見，納入其他預算考量，推估本項預算減少約 11 百萬元，本項預估增加費用由原 80.1 百萬元調整為 69.1 百萬元。

二、對於付費者代表希望將項次 1、2 整併成 1 項目部分，建議仍以單一項目編列預算較為合理，因為每個項目有其獨自預算執行率，未來亦較容易進行成效評估及檢討。

三、補充說明，項次 2. 「牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用」成長率 0.352%，增加金額 140 百萬元部分，本項醫療利用情形與「牙周病統合照護計畫」收案人數、件數息息相關，未來該項執行率會激增。因此，在此懇請委員，牙醫部門同意本項調降成長率為 0.352%，但希望明(107)年本項的執行成效，列為

108 年度總額協商因素考量，請委員共同檢視執行結果。也回應剛才陳委員亮良所提，牙醫部門提出的項目及經費都具合理性，但我們也願意配合在有限的健保經費下，採取折衷方案並給予善意的回應。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

主席，請讓付費者代表進行內部會議，時間約 5 分鐘。

傅主任委員立葉

接下來由付費者代表進行內部會議，時間約 5 分鐘。

(付費者代表進行內部會議討論約 12 分鐘)

傅主任委員立葉

委員及各協商代表，付費者代表已結束內部會議回到會場，請付費者代表說明新的方案。

陳委員亮良

付費者委員進行內部會議時，大家直搖頭，也很頭痛，不曉得該如何控管台灣的健保經費，付費者代表感受到很大的壓力，在有限資源下，付費者代表經內部會議共識後如下：

- 一、項次 1. 「106 年協商項目預算不足：12 歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護、顎顏面骨壞死術後傷口照護」：付費者代表同意編列 150 百萬元。
- 二、項次 2. 「牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用」：付費者代表間有不同的意見，但多數委員認為不宜增編預算，故本項費用金額為 0 元。
- 三、項次 6. 「牙醫特殊醫療服務計畫」：付費者代表肯定牙醫部門對先天性唇顎裂、顱顏畸形症患者及特定身心障礙者提供口腔照護服務的辛苦付出，也很高興看到牙醫師對弱勢患者的付出獲得肯定，獲頒醫療奉獻獎，付費者代表同意增編 11 百萬元，

全年經費編列 484 百萬元。

傅主任委員立葉

請問牙醫部門對付費者代表提出的新版本有意見嗎？請牙醫部門代表說明。

翁協商代表德育

一、謝謝付費者代表同意編列項次 1.「106 年協商項目預算不足：12 歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護、顎顏面骨壞死術後傷口照護」之九成經費，真的非常感激，牙醫部門銘感在心，感受付費者代表的善意。

二、拜託委員再考量項次 2.「牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用」，經費仍是 0 元。跟大家報告本項的重要性：

(一)本項是病人接受「牙周病統合照護計畫」第 3 階段治療且有療效後，需要有處置去維持治療的療效，使其不會惡化，這不是靠一般洗牙就可以解決。這些牙周病患者，需要提供特殊支持性治療去維持療效，雖然每次需支付點數 1 千點，較沒有罹患牙周病患者的口腔照護費用高一點，但花一點預算，就可以達到牙周病口腔照護良好效果。

(二)105 年國人的拔牙數較 104 年減少 7 萬顆牙，相信「牙周病統合照護計畫」具有成效，目前就已經顯現部分成效了，希望能再編列部分預算，讓該計畫的治療成效能繼續維持，懇請委員再多加考量。

(三)有關項次 1.經費不足的部分，剛才已經釋出最大的善意，106 年缺口約 58.9 百萬元，請酌編預算，不要讓缺口持續擴大，預計 107 年醫療利用增加，缺口達 2 億多元，106~107 年缺口合計近 300 百萬元，對牙醫部門是一筆不小的負擔。

三、項次 6.「牙醫特殊醫療服務計畫」：

(一)仍要提出抱怨，因為衛福部社家署於 106 年審核通過 7 家老人福利機構，並補助機構設置牙科治療室，希望我們能進駐提供牙醫醫療服務，牙醫部門非常樂於配合，但是預算在哪

裡？懇請委員能酌編預算。

(二)推估 106 年「牙醫特殊醫療服務計畫」執行率會超過 100%，將有財務缺口，僅增編 11 百萬元，仍無法補足缺口，如要執行新增列的牙醫醫療服務項目，將會很困難。

四、懇請委員再考量項次 2、6 酌編預算，經費不要控管得這麼緊。

謝委員尚廷

有關項次 2.「牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用」，請治療牙周病的專家陳協商代表員彥廷向各位再說明本項的重要性。

陳協商代表員彥廷

一、相信大家參閱過牙醫部門或專家學者發表許多「牙周病統合照護計畫」療效之實證資料，其成效包含：拔牙數、治療後牙周囊袋深度，都有一定程度的降低及改善，牙齒的保存數也是增加，未來仍須提供後續照護。

二、今年是牙周病照護很重要的一年，今年 4 月間，臺灣牙周病醫學會與各國牙周病學會共同簽署綠皮書提到，牙周病口腔照護經過有效的基礎治療後，經由持續追蹤及執行牙周病支持性治療，可以有效保存自然牙。

三、不管是國內、外的研究、經由健保署進行大數據分析，或是從奇美醫院、台北醫學大學附設醫院及台大醫院對於有接受「牙周病統合照護計畫」治療之 161 位病人，進行 3.8 年追蹤，發現牙周病患者持續治療及後續追蹤，可以幫助民眾保留更多自然牙。懇請健保會委員能協助牙醫部門幫民眾留下更多的自然牙。

謝委員尚廷

請羅協商代表界山補充說明「牙醫特殊醫療服務計畫」。

羅協商代表界山

一、關懷、照顧身心障礙者口腔健康是牙醫部門長期的目標及責任，姑且不論執行上的艱難，熱情是有限的，不能長期要求牙醫師單純憑著愛心去提供醫療服務，對弱勢族群的照顧尚未完

整及深入前，若對支付的點值打折，會讓現行執行本計畫的牙醫師感到挫折，也擔心未來願意投入照顧弱勢患者的牙醫師會越來越少，使政策推動更加困難。

二、我絕對贊成錢要花在刀口上，但對於沒有辦法為自己發聲的弱勢患者而言，這筆預算的挹注就是刀口。懇請大家關心弱勢族群的口腔醫療需求，牙醫部門願意付出，也希望委員能幫助我們把這項工作做好。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、建議刪除項次 1.「106 年協商項目預算不足」文字，現在是協商 107 年度預算，不談論 106 年度預算編列不足的內容，建議臚列 3 項照護的名稱，修正後項次 1 名稱為「12 歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護及顎顏面骨壞死術後傷口照護」，編列 150 百萬元。

二、牙醫部門確實表現良好，每年評核結果都是優等，牙醫醫療服務的照護品質都有不錯的評價。在「牙醫醫療資源不足地區改善方案」、「牙醫特殊醫療服務計畫」執行成效也非常好。此外，許多牙醫師熱心參與社會公益活動，甚至是國際性社團、公益性社團的會員。

三、付費者代表也很有誠意，希望能提供更多預算，但幕僚表示 107 年度健保協商空間只剩下 10 多億元，之後尚有醫院總額、其他預算，實在是不知道如何分配。請考慮付費者代表提出的新版本，經費受限，實在是件傷腦筋的事情，我們肯定牙醫部門的付出，希望你們再慎重考慮。

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

一、主任委員、各位委員，晚安！請問現在付費者提出的新版本，

較 106 年度核定總額成長率是多少？(幕僚表示：4.001%)。剛才牙醫部門代表談到中醫部門協商結果時，口氣酸溜溜的，事實上，107 年度中醫門診總額較 106 年度核定總額成長率為 3.699%，我們非常肯定牙醫部門的表現，也認同牙醫部門提出的項目及預算很務實。現在付費者提出的新版本，其較 106 年度核定總額成長率為 4.001%，已遠高於其他總額部門。

二、對於付費者代表提出 2.「牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用」預算為 0 元，若覺得對會員不好交代，個人建議可從項次 1.「12 歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護及顎顏面骨壞死術後傷口照護」所編列 150 百萬元中，挪移 50 百萬元給項次 2.「牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用」，2 個項目都有編列經費，皆大歡喜。

三、剛才何代理委員語也提到，付費者代表不是不願意給經費，也不是認為你們表現不好，牙醫總成長率已經很高，要再增加經費非常困難，請體諒付費者代表的難處，目前較 106 年度核定總額成長率已達 4.001%，成長率很高，請不要為這小事協商到三更半夜。謝委員尚廷所率領牙醫團隊很優秀，請多體諒付費者代表的立場。

傅主任委員立葉

依序請吳委員榮達、林委員敏華、李委員永振。

吳委員榮達

一、剛才牙醫部門表示少拔 7 萬顆牙，若每顆以 1 千元計算，減少 7 千萬元，付費者代表並沒有要求扣減這筆經費。牙醫部門也能自行運用「醫療服務成長指數改變率」所增經費，自行內部調整。

二、目前版本已較 106 年度核定總額成長超過 4%，拜託不要再浪費時間，付費者代表已達共識，版本就是這樣，不再進行內部會議。

傅主任委員立葉

請林委員敏華。

林委員敏華

- 一、剛才付費者代表內部會議時，有委員提到今(107)年健保署編列牙醫專款項目經費很大方，健保署同意依照牙醫部門所建議金額增編「牙周病統合照護計畫」第 1、2 階段及第 3 階段很多經費，付費者代表也沒有意見，這部分已釋出非常大的善意。
- 二、一般服務增編預算部分，付費者代表已盡最大努力給予很高的成長率，希望牙醫部門好好考慮。付費者代表內部會議已達共識，這是付費者委員最後的版本，不然就兩案併陳送部裁決。

傅主任委員立葉

依序請李委員永振、葉委員宗義及陳委員亮良。

李委員永振

補充 2 點：

- 一、同意何代理委員語所提，刪除項次 1. 「106 年協商項目預算不足」文字，但需避免明、後年類似情形繼續發生。
- 二、林委員敏華提到，付費者代表提出的版本，較 106 年度核定總額成長超過 4%，也較中醫部門成長率高，105、106 年度牙醫部門較前一年度核定總成長率分別為 3.463% 及 3.246%，107 年的成長率是近 3 年最高的！

傅主任委員立葉

請葉委員宗義。

葉委員宗義

- 一、再說下去，早餐都出來了(委員笑...)！非常感謝牙醫部門的努力付出，特別是「牙周病統合照護計畫」的執行成效良好，之前支付點數也從 3 千點提高到 1 萬點，已改善許多。
- 二、建議雙方再繼續協商，雙方互相體諒，不要讓主任委員難為，也不要各部門總額都兩案併陳送部裁決。曾有報導指出，牙周病與心血管疾病兩者有關連性，若沒有妥善治療牙周病，會影

響民眾的健康。建議雙方再行協商，達成共識，也給主任委員面子。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。還要繼續討論嗎？

陳委員亮良

- 一、拜託牙醫部門，付費者代表已盡最大誠意，付費者代表內部會議時，大家差點拍桌吵架。原則上，付費者版本的成長率已經超過 4%，也高於其他總額部門。
- 二、剛才林委員錫維提到，建議將項次 1.「12 歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護及顎顏面骨壞死術後傷口照護」所編列的 150 百萬元，分別於項次 1 編列 100 百萬元、項次 2.「牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用」編列 50 百萬元，不知道是否接受？

傅主任委員立葉

請牙醫部門代表回應。

翁協商代表德育

- 一、知道大家都很累，也不想增加大家困擾，但有些話一定要講清楚、說明白。自 88 年 7 月實施總額以來至今，牙醫部門執行成效如何？相信資深委員、健保會幕僚及健保署長官，大家有目共睹。
- 二、剛才付費者代表提到 107 年牙醫門診總額成長率超過 4%，已經很高。如果 105、106 年度牙醫門診總額總成長率都能高過行政院核定的低推估，我們在這裡哭什麼呢！為何 107 年度牙醫門診總額協商因素只增加 1 億多元經費，總成長率就超過 4%？是因為前 2 年「牙周病統合照護計畫」執行率嚴重被低估，如果 106 年度「牙周病統合照護計畫」是採 20 萬件估算所需經費，則 107 年度推估需增編經費僅為 300 百萬元，怎麼 107 年會需要增編高達 800 百萬元的預算呢？這是邏輯性思考的問題，抱歉，可能音量比較大聲一點。

- 三、曾拜訪健保會委員，其表示談事情要講求合理性。如果 105、106 年度「牙周病統合照護計畫」係依照牙醫部門所建議編列費用，能夠得到足夠的預算，107 年度牙醫門診總額成長率會這麼高嗎？抱歉，我恐怕無法接受付費者代表所提成長率已經很高的說法。
- 四、回到事情本質討論，懇請付費者代表編列項次 2.「牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用」的經費不要為 0，真不知道要如何表達。我不是要耽誤大家吃飯時間，但為什麼有療效的治療經費會為 0 呢？到底在鼓勵什麼？我同意吳委員榮達所說，沒有把少拔 7 萬顆牙的經費扣掉，但請同時將那被保留下來的 7 萬顆牙的價值回饋給牙醫部門，請將那些被保留下牙齒的民眾所節省的就醫交通往返的時間成本，回饋給牙醫部門，因為少拔 7 萬顆牙齒，咀嚼功能提升的價值，也請回饋給牙醫部門。
- 五、不好意思，說話比較大聲，訴求簡單、合理，不是跟大家討價還價，那種討價還價的時代已經過去，牙醫部門堅持的是要合理的編列預算。若付費者代表一直強調 107 年度牙醫門診總額成長率太高，請適可而止，如果前 2 年牙醫總成長率能達到行政院核定的低推估，那今年我真的感謝付費者的支持，感動到眼淚都要掉下來了，但還是回到事實面，就事論事討論。

謝委員尚廷

- 一、不好意思，我制止不了翁協商代表德育，真的很激動(眾多委員笑...)。前幾年，牙醫總成長率都低於行政院核定的低推估，以 106 年為例，行政院核定的低推估成長率是 3.769%，牙醫部門總成長率是 2.841%(註)。若 105、106 年度牙醫總成長率都能高於或等於行政院核定的低推估成長率，則 107 年牙醫門診總額總成長率也約 3% 或接近 3% 而已。

[註：106 年牙醫門診總額總成長率(一般服務+專款)為 2.841%，較 105 年度核定總額成長率為 3.246%。]

- 二、我擔任牙醫師公會全聯會理事長約 3 個月，還是新兵、菜鳥，

大家都知道我很容易入睡，但昨晚卻到凌晨 4 點還睡不著覺。我過去沒有參與總額協商、閱讀總額協商相關資料，但實際參與總額協商後，發現除牙醫外，幾乎沒有總額部門總成長率低於行政院核定的低推估成長率，甚至 106 年度牙醫門診總額總成長率 2.841%，與行政院核定低推估成長率相差近 1%。

三、感謝大家有看到「牙周病統合照護計畫」的執行成效及民眾需求。葉委員宗義回應牙周病與心血管疾病兩者有關連性，牙周病不只會影響心臟，因為會交叉感染，甚至影響到肺。因此，牙周病又被稱為沈默的疾病，若沒有治療，細菌會躲在牙周囊袋內繼續存在，會隨著血流到達全身各處，若病人有免疫方面疾病，例如：乾癬等免疫疾病，只要身體免疫力有問題，通常牙周病都很嚴重，甚至可能危害生命。參與總額之後，曾耳聞西醫是核心醫療，牙醫屬一般醫療，我真的很反對這種說法，牙醫並不是一般醫療，尤其是牙周病治療。

四、剛才有幾位委員，尤其是林委員錫維，都表示 107 年度牙醫門診總額總成長率超過 4% 很高，先不論前 5 年或 10 年，光講去年，如果 106 年度牙醫門診總額成長率有到行政院核定的低推估成長率，那麼付費者代表所提的 107 年度牙醫門診總額成長率是很合理的。牙醫實際執行「牙周病統合照護計畫」已超支 1,400 百萬元，我們接受付費者代表提到專案是零基預算的概念，預算執行完畢就沒有了，今年也沒有提出要求將過去超支的經費回補牙醫，107 年度牙醫門診總額總成長率 4.001% 僅是彌補去年、前年的不足，懇請委員再多加考量。

吳委員榮達

結論是什麼呢？

傅主任委員立葉

請問雙方要再努力協調共識版本嗎？

林委員敏華

牙醫部門結論呢？

林委員錫維

怎麼處理？

謝委員尚廷

先請付費者代表指點一個方向，讓牙醫部門再進行內部會議。柯代理委員怡謀要發言...

柯代理委員怡謀(王委員雅馨代理人)

- 一、不好意思，我直接發言，時間也很晚了，有關付費者代表提出 107 年度牙醫門診總額總成長率 4.001%，是令人振奮的結果。但這感覺對病友而言，很辛苦。記得前幾天在菜市場，看到賣苦瓜的老先生推銷苦瓜給一位太太，一直誇讚苦瓜很好吃，但是買菜的太太不想買，一直吵來吵去，結果苦瓜掉在地上。病人就像那個苦瓜，夾在中間，若治療方式得當，病情就會痊癒，反之，病人就會受害。醫療與生意買賣不同，生意買賣可漫天要價，也可就地還錢，這天經地義的事情，但人命關天，會有不可逆的狀況。
- 二、老人牙口不好，會產生咀嚼等問題，若牙齒問題沒能早期照護好，可能會誘發心臟、肺炎等其他疾病。治療乾癬用藥之一，叫做 Cyclosporin(環孢黴素)，署長是腎臟移植的權威醫師，一定知道該藥物用於器官移植病人，抑制排斥反應之用，後來用來治療乾癬，該藥物若使用不得當，也會產生腎臟或牙齒疾病，最後仍會繼續惡化或感染，雖然自體免疫疾病病患約 50 萬人，但整個治療資源配置長久以來卻也是失衡的。
- 三、所以，兩造雙方協商時，都要各退一步。不瞞謝委員尚廷，剛才付費者代表內部會議時，已盡力提出對牙醫部門合理的成長率，有共識不想再進行內部會議，並且已經給牙醫很大的支持了！部長是牙醫界的泰斗，一定也希望協商能圓滿，不用兩案併陳。
- 四、剛才牙醫部門也提到對於牙齒口腔預防保健的努力，並提出很好的成效，如：減少牙周囊袋深度，可保留 7 萬顆自然牙等成

效，甚至減少未來的醫療支出，也希望能提出實證數據加以佐證，以作為未來總額協商的參據。我僅以病友團體的角度做客觀的論述，就好比小說倚天屠龍記，付費者委員像手拿倚天劍，牙醫部門像手持屠龍刀，兩方比劃後，掉出一本真經，可以改善病友團體的身體健康，這正是我們需要解決問題的秘笈。不知雙方是否仍繼續協商，再請資深付費者代表協助提供意見。

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

我們也不知道要再繼續討論什麼，現場有許多資深委員，也有很多公道伯，請公正人士蔡委員登順，他過去是資深委員現在是公道伯，請他來講幾句話。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順。

蔡委員登順

今年協商，雙方都很認真各自把關。到目前為止，牙醫部門 107 年總成長率較以往高，很務實地編列預算。關於 107 年度牙醫門診總額成長率部分，個人建議若以 107 年牙醫協商的結果來看是歷年超標的預算，該給的成長部分已考慮周延，如還不滿意恐引起其他總額部門的不愉快，前面有協商破裂的總額部門，後面還有醫院部門待協商，大家都在看各個部門總額協商的結果，個人也認為付費者代表給 107 年牙醫門診總額成長率很適當，已經協商很久了，建議就採付費者代表所提方案。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

一、現在雙方的爭執點在於，是否支持「牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用」，我的想法是，付費者代表表示很支持，也給

予很多協助。

二、嘗試提出意見，牙醫部門建議「12歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護、顎顏面骨壞死術後傷口照護」金額是175百萬元，付費者委員願意給的金額是150百萬元，個人先拋出意見，牙醫部門所建議的175百萬元，是否請牙醫部門將金額分配到項次1.「12歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護、顎顏面骨壞死術後傷口照護」及項次2.「牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用」2項目。本款項的編列原因，是因為105年9月健保會有決議納入今年協商考量，若採此立論，是可以接受的，嘗試提出意見，但還是要看兩造雙方的討論與決定。

傅主任委員立葉

有關周委員麗芳的建議，不知道雙方意見為何？目前雙方所提版本很接近，而且牙醫門診總額的總成長率也達到4.001%，周委員麗芳建議的方式是...

周委員麗芳

我的意見是請牙醫部門將項次1.「12歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護、顎顏面骨壞死術後傷口照護」建議編列的175百萬元額度，分配於項次1.「12歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護、顎顏面骨壞死術後傷口照護」、項次2.「牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用」，實務是否可行，還是需請牙醫部門說明如何分配較為妥適。但前提是，若將經費分配於項次1、2，往後不能提出沒有編列足夠費用支應項次1，因為已經編列足夠預算。以上僅為供參意見，最終還是需取決於付費者代表與牙醫部門代表的協商決定。

傅主任委員立葉

請付費者代表表示意見。

陳委員亮良

我代表付費者主談牙醫部門，原則上，付費者代表的底線就是150百萬元，若牙醫部門無法接受，兩案併陳送部裁決。或者採行付費

者代表提出版本將 150 百萬元分配於項次 1.「12 歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護、顎顏面骨壞死術後傷口照護」及項次 2.「牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用」，請牙醫部門提出 2 項目額度為何，原則上，金額就是 150 百萬元，若沒辦法接受，兩案併陳送部裁決。

傅主任委員立葉

請問牙醫部門是否同意將 150 百萬元分配到「12 歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護、顎顏面骨壞死術後傷口照護」及「牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用」，且由牙醫部門分配。

翁協商代表德育

請給牙醫部門代表幾分鐘時間，進行最後 1 次內部會議，如果無法達成共識，就兩案併陳報部裁決。

傅主任委員立葉

好。

(牙醫部門代表進行內部會議討論約 10 分鐘)

傅主任委員立葉

各位委員、協商代表，請就座，牙醫部門已結束內部會議，請牙醫部門說明方案。

翁協商代表德育

- 一、牙醫部門最後的決定，項次 1.「12 歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護、顎顏面骨壞死術後傷口照護」成長率維持 175 百萬。
- 二、項次 2.「牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用」預算為 0 元，希望委員能重視本項且有但書，建議「將歷年執行成果及結果，納入 108 年度總額協商時考量」。請委員不要再說 175 百萬元統包這 2 項，以後都不再編列預算，我們無法接受這種說法，因為「牙周病統合照護計畫」於 108 年導入一般服務，但收案人數持續成長，到現在還在為 23 萬件經費奮鬥，希望委員能支持，真的很體諒大家的辛勞，也了解健保經費有限，

107 年度總成長率也稍微較往年高。

三、「牙醫特殊醫療服務計畫」部分，請羅協商代表界山再補充說明。

羅協商代表界山

大家都累了，執行牙醫特殊醫療服務而能獲得醫療奉獻獎，更應重視特殊需求患者，更顯示社會重視與關注，若「牙醫特殊醫療服務計畫」沒有足夠的經費編列，年輕醫師不會願意投入牙醫特殊醫療服務，也愧對這個計畫推動的目的。現在面臨問題是，沒有新加入的牙醫師，若點值又一再被打折，最後只有剩下年長牙醫師留下來提供身障者醫療服務。再次懇求各位，身障患者沒有辦法為自己發聲，是弱勢中的弱勢，我們更應該好好照顧他們，這也是我們的心願，真的拜託大家。

翁協商代表德育

「牙醫特殊醫療服務計畫」原來是增編 70 百萬元，現在調整為增編 60 百萬元，但所建議執行的新增醫療服務項目都維持，其中只有居家照護之牙醫服務仍列入其他預算考量，去年超支金額由牙醫部門自行概括承受。

傅主任委員立葉

請謝委員尚廷。

謝委員尚廷

一、項次 1 的經費額度，採周委員麗芳所建議 175 百萬元。

二、「牙醫特殊醫療服務計畫」請委員考量此項計畫原本就不容易執行，107 年新增加許多醫療服務項目，但預算僅增加 11 百萬元，恐不夠，拜託付費者代表再多加考量。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

一、非常肯定謝委員尚廷領導牙醫團隊，表現非常好，每年評核結

果都是第 1 名。我們很體諒各位的處境，但是健保資源是屬於台灣民眾的，誠如柯代理委員怡謀提到，台灣民眾使用醫療資源，深有感受，原則上，我們很有誠意，該給的都給了。

二、項次 1.「12 歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護、顎顏面骨壞死術後傷口照護」經費維持 150 百萬元。

三、項次 2.「牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用」則尊重牙醫部門意見，編列經費 0 元。

四、「牙醫特殊醫療服務計畫」仍維持增編 11 百萬元。我們肯定牙醫付出，以上是付費者代表最後的版本，如果無法接受，付費者代表的共識是兩案併陳送部裁決。

傅主任委員立葉

牙醫部門是否考慮接受付費者代表方案？雙方所提的方案，僅相差幾千萬元，請蔡委員登順。

蔡委員登順

截至目前，牙醫部門 107 年度總額協商的結果最成功，成長率也是最高，不應該看成長率，要看增加金額。107 年度的牙醫門診總額是 43,522.5 百萬元，106 年度是 41,848 百萬元，增加了 1,674.5 百萬元。不要只看百分比，已突破往年的成長率，成長率很高，謝理事長應該是暗爽在心裏，牙醫部門差不多可以接受了！兩案併陳送部裁決，不見得對牙醫比較有利。

干委員文男

主席！

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

一、其實剛才在付費者代表內部會議裡，也幫你們爭取金額，但因為我們都沒有錢可以給牙醫，所以出來後一句話都不敢開口。牙醫部門一向都是模範生，歷年協商都有達成共識。既然雙方都已充分溝通，不要為了這一點錢就兩案併陳送部裁決，請再

考量。不用為了這一點錢送部裁決，至於要我們承諾未來看執行成效的部分，以後再說。

二、不是我們不給預算，健保署項次 1、2 都沒編預算。跟你們講白了，就是沒有錢，才會坐在這裡雙方乾瞪眼，就請勉強接受吧。前面我都不敢說話，但到了雙方都沒共識要送部裁決的地步，我就跟你們說實話。

傅主任委員立葉

請翁協商代表德育。

翁協商代表德育

我們瞭解各委員處境。自從做總額以來，牙醫部門一直思索，在健保總額下，牙醫應該如何定位來增進國民口腔健康。早期尚未推行牙周病統合照護計畫前，牙周病治療是自費項目，由醫師向病患收取醫療費用，早期每個病患須自費約 2~3 萬元，相信資深委員歷歷在目。後來配合委員意見，提供牙周病統合照護計畫服務，不再是自費醫療服務項目，打折為 1 萬點支付，為了推行該計畫，牙醫部門真的受了太多委屈。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

主席，是不是問他們最後的方案為何？直接問能否接受方案，不要再講了，要講到幾點，已經Final的東西一直講要講到幾點，現在都已經 9 點了。

傅主任委員立葉

現在雙方差距不大，希望不要因為幾千萬元僵持不下。這次付費者代表給牙醫部門的成長率，比過去幾年都高，甚至可能是歷年最高。相信牙醫代表回去應該也很好交代，不要為了幾千萬元的差距，最後送部裁決。陳部長時中是牙醫界出身，這樣會讓部長很為難。請醫界代表考慮一下。

翁協商代表德育

各位委員...(柯代理委員怡謀表示要發言)

柯代理委員怡謀(王委員雅馨代理人)

- 一、不好意思，可以加入病友端的意見嗎？謝謝。因為我們剛才在討論的時候(謝代理委員天仁表示不要再講了，現在是等他們做決定的時候，我們自己又講...)
- 二、健保會的發言，絕對不是一言堂，以病人的角度，我們在國外有許多開會經驗，所以當中不會只有付費者的聲音，其實還有病人端所看到的醫療需求。但是我剛也講得很清楚，付費者代表不願意再進行內部會議的原因，是因內部會議氛圍就是經費很有限。
- 三、我們都知道預防醫學的觀念，病人的聲音告訴大家說，如果疾病不好好控制，未來會衍生後續的醫療費用，建議牙醫部門可以先回去思考，以後提出更好的指標說服大家。
- 四、就付費者代表方案，牙醫成長率不會再有協商空間，再次強調病患證據是國際間很重要的趨勢，我在國外講的 patient centered speech(以病人為中心的演講)概念也是這樣，我只是釋出病人端所觀察到的狀況，請參考。

傅主任委員立葉

請翁協商代表德育。

翁協商代表德育

- 一、不好意思，這是最後 1 次提出版本。各位委員，107 年度牙醫門診總額一般服務項次 1.「12 歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護、顎顏面骨壞死術後傷口照護」，牙醫部門堅持編列 175 百萬元，和付費者代表的方案差距真的很小。
- 二、專款項目「牙醫特殊醫療服務計畫」，如果只增編 11 百萬元，由我們自己決定如何配置，這樣我們就接受。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

主席，我們這邊已經宣示是最後的方案，牙醫部門要報部的版本怎麼改我們完全沒有意見，請趕快提出醫界版本弄好就送部了，付費者沒有新的意見出來。

傅主任委員立葉

- 一、付費者代表表示這已經是他們的最後方案，不會再做調整，如果醫界不接受，兩案併陳送部裁決。決定接受付費者版本還是另提醫界版本？
- 二、因為 107 年度成長率很不錯，個人建議先接受付費者方案，雙方達成共識，也不要打破往年牙醫部門都有達成共識的紀錄，況且成長率也比往年高。否則從謝委員尚廷擔任理事長開始就協商破裂，這是不是也是...(眾多委員笑)。

謝委員尚廷

- 一、報告各位委員，很佩服本會委員就事論事，強調每件事的合理和必要性，我們也是循此方向跟各位報告。
- 二、107 年度牙醫門診總額總成長率為 4.001%，是因為 106 年度牙醫門診總額成長率低於低推估將近 1%，牙醫部門承受非常大的壓力。
- 三、107 年「牙醫特殊醫療服務計畫」僅增加 11 百萬元，不知道編列預算的合理性為何？我也知道該預算是專款專用，但牙醫師去執行特殊醫療服務計畫後，點值被打折...

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

主席，都不用再談了。付費者已表達我們的方案是這樣，請牙醫部門調整你們的方案。即使不能接受付費者的方案，我們也尊重，把牙醫代表方案內容調整一下就OK，不要再講其他東西了，付費者沒有要再談。

傅主任委員立葉

我想牙醫代表應該可以再考量？因為兩案差距真的不大。

謝委員尚廷

請再給牙醫部門 1 次內部會議討論，好嗎？

蔡委員登順

謝委員尚廷剛才不是已經說是最後 1 次了？不是說不再進去了，進進出出、進進出出，信用好像有點問題喔。

傅主任委員立葉

請翁協商代表德育。

翁協商代表德育

不好意思，請給我們最後 1 次機會，如果沒有進去內部會議，就是破裂，兩案併陳(多位付費者代表表示同意)。

傅主任委員立葉

好，請牙醫部門利用 5 分鐘進行內部會議。請稍等，盧委員瑞芬發言。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

主席，我要表示意見，委員中公正人士只有 1 名，其他幾位是專家學者。原則上，專家學者不應該介入醫界與付費者的協商。我們今天會談的這麼辛苦，跟這件事有關，怎麼會這樣做呢？

傅主任委員立葉

協商會議中，專家學者是被諮詢才發言嗎？(謝代理委員天仁表示當然啊！)不好意思，盧委員瑞芬，請先讓牙醫部門進去召開內部會議。

(牙醫部門代表進行內部會議討論約 12 分鐘，委員持續討論協商議事規定)

周委員麗芳

我覺得健保會要尊重每位委員，盧委員瑞芬還是可以發言的，不是身為專家學者就不可以發言，主席是否可請盧委員瑞芬發言。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

這涉及協商節奏的問題，怎麼能隨便破壞人家協商的節奏呢？

周委員麗芳

協商的節奏是否指付費者代表進去內部會議的時候，在協商會議上，大家都可以發言。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

協商會議的對談過程就是節奏。

周委員麗芳

請問哪個法規規定專家學者不可以在協商會議發言？

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

哪個法規說我們在協商時，你可以插嘴？你告訴我啊！

周委員麗芳

請告訴我，哪個規定說專家學者不可以發言？

傅主任委員立葉

不好意思，真的要拜託大家，希望牙醫部門能達成共識...，要不然大家情緒都起來了。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

你沒有部門你講什麼話，我覺得奇怪，協商規則向來就是如此！

傅主任委員立葉

這可能與歷年協商慣例有關，本屆有新任委員，可能大家對協商過程委員的角色認知有所不同，就像早上付費者代表內部也經過磨合，這個部分以後可以在委員會議再討論...。

周委員麗芳

他們(牙醫代表)離開了，我一定要建議，如果專家學者在這個場合不宜發言，請下次協商會議時，不要讓專家學者來這邊枯坐乾等一整天。建議先釐清，協商會議時專家學者能否進行發言，從下屆開始，如果有明文規定專家學者不應該發言的話，請不需邀請我們來參加。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

本會對於協商的進行方式訂有相關原則，請翻開會議資料第 180 頁，5.相關原則規定(1)：「...惟非該協商場次之總額部門委員，可以提問與發表意見，但不參與預算協商」。

周委員麗芳

我們沒有參與協商預算！我們沒有進去會議室參與你們內部會議協商預算。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

現在就是協商預算啊！付費者代表內部會議裡，沒有人跟我們協

商。

傅主任委員立葉

這部分牽涉到協商相關規則的解讀，大家也在學習與磨合，何時可以發言或該怎麼發言，都還在學習過程。我本人也有責任，未事先釐清並告知專家學者發言的角色。按照以前的規定，專家學者是被諮詢才能發言，是嗎？

周委員麗芳

我跟盧委員瑞芬核對會議資料第 180 頁規定「...可以提問與發表意見，但不參與預算協商」，我們所做都是發表意見，並沒有參與協商一定要多少金額，而且我們一點影響力都沒有，所以我們根本就沒有介入協商，我們是發表意見。剛剛制止盧委員瑞芬發言，站在主席的立場，我覺得在委員會議中是不應該發生的，應該讓盧委員發言。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

一、以前謝委員武吉就發生過這種情況。協商醫院總額以外的其他總額部門預算時，謝委員說我連在現場都不行嗎？他要求要待在協商現場，我說你可以在現場，甚至提問也 OK。但進行「部門之預算協商」程序時，部門與付費者代表兩團隊間正進行對等協商，怎麼能沒經過雙方的同意，就介入發言呢？

二、剛才付費者已提出我們的意見(項次 1 及 2 計編列 150 百萬元)，公正人士已經提出，付費者代表的方案是這樣子，牙醫部門代表也沒有表示否決，在此情況之下，照理講主席要問醫界是否同意，但主席也沒問，反而是專家學者插句話說，建議額度改成 175 百萬元，讓付費者代表怎麼做呢？這不是介入協商是什麼呢？

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、過去 7、8 年來總額協商一直是這樣子，今天不是委員會議，

公正人士、專家學者可以進入協商會場，如果付費者有問題請教時，他可以發言、提出看法。因為付費者相對較弱勢，對專業醫療服務內容或項目，不是很清楚，需要請教專家。但是很重要，公正人士與專家學者不能談到預算金額，更不能提出項目的金額額度，這是絕對不能談的。

二、專家學者是付費者諮詢的對象，我們請教他們，提供協商項目相關內容、或其合理性的意見，但是絕對不能談金額出來，金額由付費者代表和醫界部門雙方協談，一退一讓、一退一讓達成的。但公正人士和專家學者絕對不能談金額，是被諮詢的對象，這是我的意見。現在牙醫部門已進入會場...。

傅主任委員立葉

本人也有責任，事先沒有非常清楚專家學者和公正人士代表發言的角色。剛才已再作釐清，這是依過去慣例所建立的協商程序，如果需要再討論的部分，建議下次再行檢討，今天就先按照 107 年度總額協商程序的規定進行。請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

- 一、因為後續還有 2 個部門要繼續協商，請主席明確告知我們可否發言？是否被諮詢時才可以發言？其實我剛才要發言的內容完全沒有牽涉到金額，只是要說，過去參與評核會的經驗，覺得牙醫部門真的做得很好，但也不用太求好心切，畢其功於一役，請他們參考酌調預算，我沒有要 Offer(試圖提供)任何金額。
- 二、請主席可否現在告訴我們什麼時候可以發言，因為協商程序規定寫明可以發表意見，若我們都無法發言的話，是不是現在就可以離開。

傅主任委員立葉

嘗試以我的理解綜整剛才的意見，專家學者和公正人士代表於「提問與意見交換」或「付費者或雙方協商過程被諮詢」時可以發言，惟僅提供專業意見，內容不涉及協商金額。這是累積過去多年協商的經驗，所訂下的協商程序通則或慣例，未來是否要維持，建議以

後再行檢討。

周委員麗芳

主席，我想釐清的是，所謂「涉及協商金額」，比方說付費者代表和醫界部門提出的版本，我們覺得彼此間有落差，建議他們再進去協商，這樣叫不叫「涉及協商金額」？我覺得這要釐清，因為我們從早上9點半開會到現在，如果說我們不能發言的話，除了黃委員偉堯被付費者邀進去提供意見，那我們2個是不是書包收一收，可以走了，沒必要從今天早上坐到現在，不是嗎？

傅主任委員立葉

請謝代理委員天仁。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

- 一、這問題以前就吵過了，所以才會訂定協商程序的相關原則。當時就講得很清楚，各總額部門協商時，同意所有委員在場，但不是參與該部門協商的委員，在「提問與意見交換」階段可以表示意見，但進入「部門預算協商」階段，已沒有委員要提問，雙方進入預算協商時，基本上，他們不能參與預算協商。
- 二、這涉及到要用什麼方式協商，本來協商的氛圍已經炒熱，結果被一吵整個都亂掉，剛才最明顯的就是蔡委員登順的發言後，主席都還沒徵詢醫界的意見，就有人先發表意見了，這樣叫我們怎麼協商呢？

傅主任委員立葉

- 一、我唸一下協商程序 5.相關原則(1)：「所有委員均可入場，惟非該協商場次之總額部門委員，可以提問與發表意見，但不參與預算協商」，所以可以提問和發表意見，但是進入預算協商後就不能參與。
- 二、進入協商之前，可以提問與發表意見，但當雙方協商金額時，公正人士或專家學者就不參與，暫時不發言，但進入預算協商時，若付費者或醫界提出諮詢，則可以提供意見。

周委員麗芳

遊戲規則要這樣訂我沒有意見，什麼時候叫做進入預算協商或許可以舉牌表示，要不然我們怎麼知道什麼時候正式進入協商，不可以發表意見，你們從雙方進來坐在這邊，不就是在談嘛，對不對？如果遊戲規則訂不清楚，都推到專家學者身上，我覺得這個是沒有必要的。

傅主任委員立葉

這不是專家學者的錯，有一半是我的責任，我對協商程序不是非常清楚。至於什麼時候正式進入預算協商，就我的理解中，就是雙方進行內部會議出來後就是預算協商了，至少我的認知是這樣子。

周委員麗芳

那專家學者都坐在這裡嗎？雙方不是都一直進去、出來嗎？如果從內部會議出來就叫做協商，那我們都不需要發言，為什麼叫我們來參與呢？不應該發開會通知給我們。

曾代理委員小玲(趙委員銘圓代理人)

主席，建議回到協商會議。

傅主任委員立葉

一、我們先回到協商會議的議程，各總額部門一開始協商時，於「提問與意見交換」的時段，就是還沒有進入預算協商，所有委員都可以提問和發表意見，但是開始進行內部會議時，就開始進入協商程序。

二、有關協商程序規則就先討論到此。請陳委員亮良。(牙醫部門代表結束內部會議回到會場)

陳委員亮良

主委、各位與會人員，會這麼激烈的討論，肯定是因牙醫部門受到各委員的青睞。我擔任這場次主談人，覺得很不好意思，讓大家坐這麼久，可能我的表述方式讓大家不清楚，但是付費者在協商時，真的釋出很大的善意，希望多多體諒，你們是醫療部門的佼佼者，評核會也是第1名，請牙醫部門做個回應。

傅主任委員立葉

請牙醫部門說明。

謝委員尚廷

非常謝謝委員、也向各位說非常抱歉，讓大家等待這麼久。牙醫部門的決定是，同意付費者代表提出的金額(有委員鼓掌)，還沒講完...(眾多委員笑)我們接受(陳委員亮良表示非常感謝!)，但我們希望能補充一些意見。請翁協商代表德育說明。

翁協商代表德育

一、各位委員，大家辛苦了！因為牙醫部門讓健保會大家心情不太愉快，這是我們的罪過，這點謝理事長尚廷回去會檢討(眾多委員大笑)。希望明年牙醫部門來協商時，氣氛比今年好一點，我們也樂見健保會所有委員及專家學者立場都一致，我們跟你們的立場也能一致，只是大家對經費怎麼挪動意見不同。

二、剛才謝委員尚廷已很清楚地表示，同意付費者代表所提方案，但不是含淚接受，因為真的沒有眼淚了。我們的意見如下：

(一)項次 1. 「12 歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護、顎顏面骨壞死術後傷口照護」，金額 150 百萬元，往後年度不能編列，同意。

(二)項次 2. 「牙周病支持性治療(91018C)所增加之費用」金額 0 元，同意，但希望本項能補充說明「歷年執行結果，列入 108 年度總額協考量」，不要一下把我們打死。

(三)專款項目「牙醫特殊醫療服務計畫」，預算增編 11 百萬元，接受。有關我們提出新增醫療服務項目相關的經費分配與執行細節，請授權牙醫部門與健保署共同討論，因為我們說不出來因為沒給錢所以不做，所以在有限經費下，讓我們與健保署排定新增服務項目執行的優先順序。

傅主任委員立葉

付費者代表是否同意？請陳委員亮良。

陳委員亮良

同意。其實我們每年都會考量一般服務及專款的每個項目。(多位委

員表示同意)

傅主任委員立葉

請參看螢幕，協定事項文字有無需要修改？

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、大家好，我不是故意刁難，因為付費者代表已有共識，協定事項不明定 108 年度的事情，前面 2 個已協商的總額部門，在協定事項也都未落款 108 年度的事情，至於明年牙醫部門要怎麼做，請內部自行調整。

二、我們知道牙醫部門的意思，但協定事項文字上不要提到 108 年，這樣對前面 2 個已協商的部門不好交代，這樣可以嗎？因為牙醫部門知道，付費者心裡也知道。

翁協商代表德育

不能寫 108 年，修改為「歷年執行成果，列入未來績效參考」可以嗎？(多數付費者代表表示：可以)

傅主任委員立葉

協定事項文字修改為「歷年執行成果，列入未來績效考量」，好，謝謝！請謝委員尚廷。

謝委員尚廷

牙醫部門從晚上 6 點半開始協商到現在已經 9 點多，超出預計時間 1 個多小時。非常感謝健保署長官、健保會委員、學者專家，尤其感謝付費者代表給我們這麼多指導。最後向大家說拍謝啦(台語，抱歉)！謝謝大家(與會者鼓掌)。

傅主任委員立葉

謝謝牙醫部門及付費者代表，牙醫部門的總額協商告一段落，休息 5 分鐘後，接著進行醫院部門總額協商。

肆、107 年度總額協商－「醫院總額」
與會人員發言實錄

肆、107 年度總額協商－「醫院總額」與會人員發言實錄

傅主任委員立葉

各位委員、協商代表，休息時間已結束，我們繼續開會。接下來進行醫院部門總額協商，我想各位委員都已事先詳細閱讀相關資料，因為時間比較晚，請醫院代表口頭簡短說明重點，謝謝。

翁委員文能

主席，各位委員，我是新任的醫院協會理事長，為節省會議時間，先請林副秘書長佩菽簡單說明醫院部門意見。

林協商代表佩菽

一、主委及各位委員，大家晚安。謹代表醫院協會說明「醫院部門 107 年度總額協商項目及成長率」。首先是「新醫療科技」，醫院協會針對新增診療項目及新特材，提出新增預算 9.86 億元。新藥部分，因為它不斷快速成長，以美國為例，美國在 2011~2015 年新藥快速成長，目前尚有 2,320 項新藥即將進入市場，其中 1/4 屬於癌症用藥。另外在癌症免疫療法部分，將納入給付範圍的新藥包括黑色素瘤或肺癌用藥，如果它的適應症擴大，將使我國健保財務風險大增，這是醫院部門覺得需要 Concern(關心)的地方。在健保財務穩定的前提下，為避免新藥的引進，而影響一般預算的使用，我們建議癌症免疫療法新藥比照「C型肝炎藥費」放到其他預算專款專用。至於新醫療科技的部分，我們參照健保署草案編列新特材及新增診療項目 9.86 億元，同意放在一般服務預算。

二、再來是關於「配合一例一休及住院醫師縮短工時政策」，雖然知道今天付費者代表對一例一休有不編列預算的共識，但因醫院部門情況特殊，不同於其他總額部門，所以還是提出 30 億元的預算。原因是醫院醫事人力配置，在門診、急診、住診比率大概是 20%、15%、65%，大部分還是在住診、急診 2 個部門；而一例一休對於人事成本的影響，在門診、急診、住診，分別是 12%、18%及 70%。對醫院部門來講，一例一休的影響

層面不在於週六、日診次下降，而是前述人員該放假而沒放假的出勤問題，造成出勤費用是原來的 2 倍，所以商請付費者代表對這項金額再加以考量。

- 三、有關「醫院與西醫基層風險調校」，因配合落實分級醫療，今年衛福部公告修正「醫療機構設置標準」，規定明年 3 月起廢止法人醫院附設院外門診。我們據此估算可能的影響，若以 4~5 百萬估算一般門診的月營運量，參考衛福部醫事司預計共 29 家醫院受影響，一年金額約 14.4~18 億元。我們考量國發會的最高成長率，所以只提了 15 億元。
- 四、有關「醫療資源整合獎勵方案」，考量國人就醫習慣朝口碑及品牌導向，為紓解大型醫院的就醫人潮，需適時地調整民眾的醫療行為，我們希望逐漸促進醫療體系之間的整合，因此編了 5 億元的預算，希望藉此鼓勵醫療資源整合。
- 五、其他的專款項目，大部分都跟健保署所提預算雷同。比較不同的是，我們建議「C 型肝炎藥費」如果放在專款，希望醫院專款能保留原來的 C 肝干擾素用藥 6.15 億元。至於「罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材」、「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」、「醫療給付改善方案」與「急診品質提升方案」等案，都是比照健保署意見編列。
- 六、關於「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」，醫院協會並非不願意推動，而是因為還有很多基礎措施需做校正，我們希望在穩定的情況下再來執行這項政策，所以明年暫不編列這部分預算。
- 七、至於新增項目「多重抗藥性病患治療費用」，我們認為應由疾管署編列公務預算支應，不應使用健保的預算，請大家再考量。醫院部門也同意編列品質保證保留款，以上。

傅主任委員立葉

針對醫院代表的方案，付費者代表有無詢問？請王委員雅馨。

王委員雅馨

請醫院代表說明一般服務「醫療資源整合獎勵方案」之執行方式，及本案與其他預算項下「跨層級醫院合作計畫」之差異？

傅主任委員立葉

其他委員有無詢問？(未有委員回應)如果沒有，請醫院代表回答。

謝委員武吉

- 一、剛才提到的「跨層級醫院合作計畫」和「醫療資源整合獎勵方案」兩者是不一樣的。前者每診只補助 3,500 點，每個月上限為 35 個診次，大家都認為應該再改善。我要跟各位委員說明，這 3,500 點已造成地區醫院無法承受的壓力，相同情況在醫學中心每診支付 6,000 點、7,500 點、9,500 點、甚至於 12,500 點，所以地區醫院都是虧損經營。其次，大型醫院醫師要到小型醫院看診，小型醫院一定要增加設備，以配合醫師的需求，醫師才肯來。雖然「跨層級醫院合作計畫」執行成果良好，但也讓地區醫院做到叫苦連天，因為支出很高。各位不要認為這 3,500 點是補助醫院，這 3,500 點是給醫生的，醫院一毛錢都沒有拿。
- 二、有關「醫療資源整合獎勵方案」，要把患者從醫學中心下轉到地區醫院，存在很多困難點，很多人都說是患者硬要留下來，怎麼也趕不走，但是如果我們拜託醫學中心院長不要限制他們患者不得下轉時，事實是有時在醫學中心的醫生跟患者說「我有在○○醫院支援，你去那邊看比較快」，但若醫生被人舉報，那就準備要受罰了。所以本方案的主要目標是鼓勵醫院釋出患者，我們用一點錢補貼醫院，讓醫院不覺得有損失，用小錢跟醫院博大筊(台語，意指賭博)，也可以鼓勵地區醫院、小醫院接受下轉的患者，可以落實轉診制度與分級醫療的政策，這也是大家最期待見到的，謝謝。

傅主任委員立葉

請問付費者委員有無提問？請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

- 一、剛才提到癌症免疫療法，醫院部門因為擔心其對健保財務衝擊

較大，所以希望比照C肝用藥列在其他預算專款項目，對此病友團體要表達相關想法。儘管免疫藥物所需費用較高，但如果併列在其他預算項下的話，我們覺得不太適合。因為列為專款項目，可能因此在使用上會受到限縮，在專款支用上會有排他性，所以我們覺得它應該留在一般服務項目裡，更重要的是應建立管控機制，儘早讓病友使用到突破性的藥物。

二、雖然免疫療法也有副作用，但如果有效的話，對長期存活率很有幫助。要反映的是，目前健保署是以4個適應症納入給付來預估藥費，病友團體認為應該將現在已經拿到藥證的適應症都納入、不該排除某些癌別，這樣對病友才是較公平的作法。至於要怎麼使用，則交由PBRs(Pharmaceutical Benefit and Reimbursement Scheme Joint committee，全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議，下稱藥物共擬會議)的專家，就藥物療效、對預算的衝擊及給付方式等進行討論，這樣對病友而言，是較公平、可行的作法，其實病友非常期盼可以很快使用到癌症免疫療法新藥，建議還是回到藥物共擬會議管控，其也會有後續的協商機制，若放在專款或其他預算，都是不符合病友權益的作法。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

關於蔡委員麗娟的提問，我也想請教健保署為何這次新藥新科技的編列方式會指定項目及擴大適應症？以前很少這樣做，為什麼這次會這樣做？我們認為新藥新科技預算的編列，就按照法令規定即可，藥物共擬會議通過什麼項目，就將其列為給付項目，這是健保署應承擔的責任，怎麼會弄到總額協商來，要付費者幫你們背書，我很好奇健保署為何這樣處理，可否清楚說明？

傅主任委員立葉

請健保署說明。

黃專門委員兆杰

一、主席、各位代表，大家好。向各位報告，新藥預算的編列方式，

一直以來都是用納入健保 5 年內，即藥物共擬會議已通過健保給付新藥的費用，並扣掉替代率後推估編列。

二、但是，現在面臨癌症免疫療法藥品的引進，我們發現它的費用遠高於以前的計算方式，在這樣的情況下，如果我們不預先編列經費的話，就會產生類似 105 年的情形，當時藥物共擬會議就已提出癌症免疫療法藥品納入健保收載，但是部分與會代表認為影響太大，無法納入給付，必須先有經費挹注，才能夠討論，故以兩案併陳報部的方式處理，部裁示必須做整體考量。在此情況下我們請 CDE(Center for Drug Evaluation，財團法人醫藥品查驗中心)的 HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)組幫我們評估，就目前已拿到藥證、許可證的藥品，評估其第 1 年需多少費用，所以我們依此編列這樣的費用，希望有助新藥的引進和使用。以上報告。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

一、對於「新醫療科技」項目，我們學法律的總覺得有綁標的感覺，署要怎麼引進新藥，健保法規定得很清楚，不用先提本會。即便藥物共擬會議已經通過，以前我們就講過，若在年度中發生藥物共擬會議通過要納為新藥，卻沒預算的情形，就依健保法第 26 條規定(註)，因給付範圍變更致影響保險財務平衡，就請健保署提案提本會進行審議，這法律已有規定；如果是年度開始前進行年度預算編列，根本無需寫這些文字，藥物品項的擬定，本來就是健保署權責，我們認為這樣做是讓委員背責任，沒有道理。

(註：健保法第 26 條規定，本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務之平衡時，由保險人擬訂調整保險給付範圍方案，提健保會審議，報主管機關轉報行政院核定後，由主管機關公告)

二、健保署建議新藥新科技需要編列 30 多億元，可以，但是如何支用以及擴大適應症等，就依法按照藥物共擬會議所通過的辦理，根本無須告訴我們。我覺得很怪異，因為沒有必要這樣做，

如果健保署是這樣的考量，我們可以如數編列，但不是因為指定這些項目，而是編列整體預算，署再依照法律支用。

陳委員亮良

主席、付費者代表、學者專家及公正人士和醫院各位先進，大家好，建議讓我們私下協商，因為預算書大家看了很多次，都已看到爛了，現在也快晚上 10 點，已經很晚了，是否先讓我們離席協商一下，再進一步討論，謝謝。

傅主任委員立葉

陳委員亮良建議召開付費者內部會議，請問王委員雅馨有要再提問的事項嗎？

王委員雅馨

我簡短說明，2 分鐘即可。健保署建議新藥新增 12.1 億元，我知道去年編 11 億元，很多病友只要給予適當的新藥治療，即可增加生活品質及生產力，可為國家社會貢獻許多，提升國家競爭力，這部分希望大家審慎考量，因為很多病友們很需要新藥新科技資源的挹注。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

在我們進去討論前，醫院部門是否有願意做調整的項目，請先提出，好讓我們一併考量。

李委員偉強

付費者代表提到在進行內部會議前，醫界可再提出看法。還是跟一例一休有關，從早上協商至今，我們知道前 3 個總額部門都沒編列相關成長率。提供一些資訊供付費者代表參考，前 3 個總額部門不會有住院病人，醫院部門的住院人力占 7 成，還有急診，這是前 3 個總額部門沒有的，且今年 8 月開始，對住院醫師工時的規定將更嚴格，所以醫院必須用更多的專科護理師來代替住院醫師，相對須要增加更多護理人力，這些因素請委員在思考一例一休產生的影響時，能多加考量，是否醫院該項成長率需比照其他總額部門為 0？或可給予成長率來反映住院人力和急診人力，謝謝。

劉協商代表碧珠

- 一、就一例一休部分，醫界非常希望付費者代表能夠審慎考量，醫院部門要肩負照護 2,300 萬人、每天 24 小時、365 天全年無休的責任。剛剛李委員偉強也提到，我們不僅人力成本增加，醫院具高度專業性，1 家 5 個人的機構，要增加人事成本，一定算的出來，但醫院因專業分工具有高度的複雜性，沒辦法調其他單位的人力，去支援人力不足的單位，在高度專業分工之下，醫院部門的人力是無法輕易調度，因此勞基法的修訂，對醫院部門所造成的人力成本影響，真的非常非常大。
- 二、基於醫療品質考量，我要呼籲付費者代表審慎考量此點，醫院部門與只有門診的部門是不一樣的，我必須強調這點。在各位付費者代表進去協商之前，我們誠懇的呼籲，問題並非像付費者代表說都不給成長率那麼地簡單，其後續的影響很大，各位都有可能是醫院未來要照顧的人，包含我們自己本身也是，在此替醫界提出誠懇的呼籲。

朱協商代表益宏

我也是醫界代表，想再針對 2 個項目補充說明。

- 一、首先是「新醫療科技」，基本上醫界是支持的；但我們不希望於引進的過程中，因為預算突然增加很多，而排擠到其他必要的醫療項目，這是我們最關心的點，這也是我們可以接受放在其他預算，或是放在醫院專款的原因。但若放在一般服務，則無法管控，因沒有管控目標，當某項費用成長很高時，就會壓縮到其他的醫療服務項目，造成醫療服務更血汗，這部分希望付費者代表能特別考慮。醫界並非反對引進新藥，病友代表的意見，我們也都充分尊重，但是拜託付費者代表能夠考慮藥品納入健保給付，當費用成長很高時，如同謝代理委員天仁剛提到的，必須要有處理機制，例如重啟協商或是其他方式，或是放在專款用完就沒有了等，個人覺得必須要作考量。
- 二、第 2 點是「醫院與西醫基層風險調校」，其係因醫事司規定明

年 3 月開始，要把 29 家原本屬西醫基層總額的醫院附設門診部移回到醫院總額。我們認為有兩種處理方式，一是列在醫院總額的協商因素補助，第二是若委員認為不應從協商因素處理，可採取基期移列的方式。這部分的基期費用原本列在西醫基層總額，105、106 年都在西醫基層總額，107 年 3 月以後會進到醫院總額，是否從 106 年 3 月後把西醫基層那塊的實際費用移到醫院總額，這也是一種方式，就不會呈現在成長率。若完全不處理的話，我覺得違反以前的協商經驗，原本在醫院總額的服務，若要移出，費用就會從醫院總額移出去，以前所有項目的移動，都會移列基期費用。因為本項是配合政府政策，政府已經規定明年 3 月前一定要執行，健保署也提供相關資料，如果付費者代表認為不要在成長率處理，我們拜託一定要採基期年移列的方式，不能完全不處理。謝謝。

周委員麗芳

雖然前面 3 個總額部門的一例一休，付費者代表給的成長率都是 0，但是一例一休確實不能一套制服給所有部門穿。醫院部門代表剛有提到，在假日不只有住院而已，還有急診，可能是車禍、心肌梗塞或中風等病人，需要立即處置，甚至是緊急開刀。如何防止人球在醫院間丟來丟去的情形，及維持合理醫療品質，我覺得這部分付費者代表等一下討論時，應將此嚴肅課題考量進去，謝謝。

陳協商代表瑞瑛

我要回應病友代表委員，癌症免疫療法的 3 個品項、4 個適應症，不是醫院協會提出來的，剛剛謝代理委員天仁講得很清楚，我非常支持謝代理委員的說法，我們事先並不知道是哪些藥品及適應症，是拿到版本才知道。至於預算如何編列，健保署說明是請 CDE 的 HTA 組試算過，我們要強調，為何要將新藥放在專款或其他預算，主要是放在專款項目可由健保署控管費用，不夠的時候他們可以適時提出處理方式。在此特別跟付費者代表說明，這不是我們提出的建議，是健保署提出的。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

剛剛付費者是希望醫界能否再調整相關項目，例如哪些項目可縮減一點，因為我們準備要進行內部討論了，若有的話先讓我們瞭解，這樣我們內部討論時會比較好談。請問醫院部門代表有沒有要調整的項目，若只是回應意見，可以不用再講了。

謝協商代表輝龍

- 一、針對兩部分做說明，一為「醫療資源整合獎勵方案」，想讓所有委員知道，在一般醫院，尤其是社區醫院，都是虧錢在做事，為何這樣說？例如我們要請醫學中心的醫師來幫忙，其實費用非常高，但這是社會責任，社區醫院務必要去做，像整合性的四癌篩檢也一樣。這些實際上都是增加醫院成本，但因為是社會責任，醫院必須要承擔，所以應該要適當調高費用。
- 二、人力部分，我想大家都很清楚，規模越小的醫院，人事成本越高，像藥師、護理人員等人力都是醫院評鑑必要的，當找不到人的時候，要符合評鑑條件，只有 2 個方式，1 個是關床，在無法關床的前提下，只能拼命找人，把人才留下來，只能調高薪水，我想這對醫院是傷害。希望付費者委員能考慮到一例一休對醫院的影響，醫院會增加很多人力成本，如果比照其他總額部門，都不編列預算的話，醫院的負擔會非常沈重。

傅主任委員立葉

先討論到這裡，接下來由付費者代表進行內部會議，討論時間 30 分鐘。

(付費者代表進行內部會議討論約 44 分鐘)

傅主任委員立葉

各位委員、協商代表，付費者代表的內部會議已經結束，付費者委員都已回到會場了，接下來進行醫院總額協商。首先請付費者代表說明。請謝代理委員天仁。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

在此說明我們內部達成的共識如下：

一、一般服務之協商因素項目：

- (一)「新醫療科技」：健保署匡列的金額為 34.16 億元，我們認為還須包含「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統」自付差額品項納入全額給付，所以再加計 0.24 億元，總計為 34.4 億元。
- (二)「配合一例一休政策及住院醫師縮短工時政策」：付費者貫徹一致的意見，不編列預算。
- (三)「醫院配合政策推動分級及疾病嚴重度費用之調整」：付費者不編列預算。
- (四)「糖尿病及初期慢性腎臟病品質支付」：比照西醫基層總額，原本編於醫院專款的項目，繼續放在醫院專款，原本編在其他預算的項目，就續列在其他預算，故本項亦為 0。
- (五)「醫院與西醫基層風險調校」：付費者認為這餅本就屬於西醫基層總額的，沒有調校的問題，所以是 0。
- (六)「醫療資源整合獎勵方案」：我們也認為不應該編列預算。
- (七)「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」：照健保署匡列的額度，減列 3.3 千萬元。

二、專款部分

- (一)「C 型肝炎藥費」：付費者仍然認為應列在醫院的專款項目，跟西醫基層總額一樣。依健保署編列的金額(總計 48.86 億元)，扣除西醫基層總額部分(4.08 億元)，醫院為 44.78 億元，增加 18.23 億元，這部分跟西醫基層總額同項目預算可以相互流用。本項假使西醫基層總額用的多，不足部分可以從醫院總額同項專款流用，相對地，若醫院部門 C 肝用藥的金額已用完，而西醫基層總額專款還有剩，則可以流用給醫院。
- (二)「罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材」、「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」：均依照健保署匡列的金額，分別為 139.605 億元、43.997 億元，這兩項預算不足的部分，由其他預算支應。
- (三)「醫療給付改善方案」：將原本打算移至一般服務的糖尿病

醫療給付改善方案，預算再加回來，總計為 10.78 億元。

- (四)「急診品質提升方案」：106 年為 1.6 億元，107 年也是 1.6 億元。
- (五)「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」：同意健保署意見，編列 10.88 億元，增加 7.88 億元。
- (六)「醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案」：同意醫界及健保署意見，編列 0.8 億元。
- (七)「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」：同意醫界及健保署意見，編列 9.5 億元。
- (八)「多重抗藥性病患治療費用」：我們認為應該用公務預算支應，不同意給予預算。
- (九)「鼓勵院所建立轉診之合作機制」：編列 1.29 億元。
- (十)「品質保證保留款」：照列 4.065 億元。

以上為付費者形成的共識方案。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

補充說明：

- 一、「新醫療科技」的部分，跟西醫基層總額一樣，不匡列特定項目與金額，依法定程序辦理。
- 二、「醫療給付改善方案」增加 0.805 億元，但我們不同意支付健保署所提「提升醫院用藥安全與品質方案」，故新增的預算並不包括這部分。
- 三、「鼓勵院所建立轉診之合作機制」為 1.29 億元，用於獎勵醫院下轉病人到基層，每件 200 點，不用在獎勵醫院接受基層上轉，因為獎勵基層上轉的獎勵費每件 200 點，已經編列在西醫基層總額。

傅主任委員立葉

對於付費者代表提出的方案，請醫院代表表示意見。

陳協商代表瑞瑛

請問「新醫療科技」部分，原本健保署匡列的新藥與癌症免疫療法，這兩項有沒有分開，是否同意健保署編列 24.3 億元，全算為新藥的預算？

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

是的，新藥包含癌症免疫療法，但不拆分個別項目與金額。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

付費者方案沒有指定任何項目、適應症，依法定程序辦理，由藥物共擬會議討論。

陳協商代表瑞瑛

所以新藥是 24.3 億元，不分開計算。了解，謝謝。

劉協商代表碧珠

- 一、看到付費者代表所提出的方案，不知道該怎麼談。我們一再強調一例一休對醫院部門所造成的影響，並不是空口說白話，這是實際上已經發生的影響，醫院約增加 3~4% 的成本，是跑不了的。醫院除門診外，還有急診、住院，肩負全國 2,300 萬民眾的急重症照護的重責大任。我不知道為什麼付費者不肯給因一例一休而增加的成本？到底為什麼？一直講我們血汗，卻又不願意支付該有的費用，叫醫院怎麼經營下去？根本不可能！
- 二、醫院不是只有門診，我們很大的壓力來自急診、重症與住院照護。剛剛也強調，醫院無法在不同的專科間互相支援，醫院增加的人力，絕對可以算得出來，單價跟人數都在增加的情況下，卻完全不反映一例一休的影響。醫院真的不是只開門診，我不知道這樣怎麼談，醫院代表今天不是來要求施捨，每年協商都給我們洗臉，我不知道怎麼談下去，真的！

朱協商代表益宏

- 一、我想請問付費者「醫院與西醫基層風險調校」，付費者的意見為 0，但確實在明年 3 月原來屬於西醫基層總額的醫院附設門診部，就會移到醫院來，付費者是認為不予調整，還是用基期挪動的方式來處理？因付費者只有說成長率是 0，但是沒有講

到基期要不要隨之調整。因原來那塊費用的基期是在西醫基層總額，現在因為政府法令規定要併到醫院，若不調整，變成基層診所基期就多了那塊，而醫院就會少了，這是很現實的問題。

二、請問付費者那塊基期也不用調整嗎？原來 29 家診所申報的費用已在西醫基層總額的基期，如果那塊不動，以健保署估計 1 年約 5 億元，意思就是西醫基層總額會增加這 5 億元，但醫院卻因這 29 家挪進來，西醫基層總額沒有相對挪錢進來，變成醫院總額要自行吸收這 5 億元，是不是這個意思？

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

一、我們的協商原則就是這樣，舉例而言，中醫部門因為藥材漲價，要以此理由要求增編預算，但我們認為那屬於醫療服務成本成長的問題，其已在非協商處理。一例一休也是一樣，明年薪資漲到什麼程度，會在「醫療服務成本指數改變率」反映，之前健保署也都是用這樣的方式在處理。

二、我們唯一能夠做的是，考量你們的醫療服務利用密集度可能有一點改變，可以考慮匡列一定的金額，有點類似補償的方式去處理，但不可能把我們所立的原則否定掉，相信各位都有豐富的協商經驗，對於付費者代表所立的相關原則，不可能因單一部門而改變。付費者若同意醫院總額這項，這樣其他部門總額都會回頭向付費者要求比照，這是不可能的事。

朱協商代表益宏

主席，基期挪動的部分，能否請付費者代表再說明一下，剛剛好像沒有說明到這部分。

傅主任委員立葉

是否先請蔡副署長淑鈴就總額基期移動的部分幫忙說明？

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

請補充說明。

傅主任委員立葉

請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

- 一、委員可能沒有看到今天桌上的補充資料，請委員參看補充資料，第 1 頁是中醫，請看倒數第 2 頁表 4 的部分。向委員報告，因今年 3 月 22 日衛福部發布修正「醫療機構設置標準」第 33 條，公立或法人所設立醫院的附設門診部，如果與醫院在同一個直轄縣市的話，且已領有開業執照，應該在修正施行 1 年內向所在地的主管機關申請廢止。意思是原本附設門診部屬獨立診所的性質，其原本的費用都在西醫基層總額的基期，現在必需廢止，變成醫院的一部分，其所有的醫療費用就應該跟著醫院申報。醫事司統計明年 3 月 1 日之後會有 29 家的費用要併同醫院申報，使用醫院總額的預算。這部分的變動，是因為法規修正，概念上是醫院的基期要擴大一點點，診所的部分應該要相對減少一點點，基本的精神是這樣。
- 二、本署估算這 29 家的門診部，全年費用為 4.75 億元，因是從明年 3 月 1 日開始，明年的影響只有 10 個月，所以是 3.96 億元(4.75 億元*10 個月/12 個月)，理論上這 3.96 億元應該回歸給醫院總額，現在這筆費用並未在醫院總額的基期內，理論上應從西醫基層總額劃過來。到了 108 年，就影響全年，需要再補 0.79 億元(4.75 億元-3.96 億元)給醫院，這樣就等於進行基期的調校。這項是因法規變更所造成的影響，理論上應該是要處理的。以上說明。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

我們已提出付費者方案，現在要看醫院代表的回應，大家可再進一步討論，這樣才會有進展，如果他們都不調整，我們一直調整也沒什麼意思。

潘協商代表延健

我想再補充說明：

一、一例一休部分：

(一)我們一開始就提到，醫院的狀況與中醫、牙醫、西醫基層完

全不一樣，剛剛周委員麗芳有提到，一套衣服不能套用在所有部門身上，這是絕對行不通的。我們有些醫院住院及急診占率超過8成以上，若以對醫院放寬會無法對其他3個總額部門交代為理由，我覺得這樣的說法比較說不通。

- (二)至於是否會在未來的非協商因素中反映，在前幾次的協商會前會，我們都曾表達過，成本係由價與量兩種因素組成，一般薪資的調整是屬於「單價」，「醫療服務成本指數改變率」是以年度間每人平均薪資的變化計算，故單價的變動會在未來「醫療服務成本指數改變率」中反映。但剛我們也提過，一例一休是因我們原來人力的工時、排班受限，而必須再多雇用人，所以這是「量」的增加。這多雇用的人，都是新進人員，不但不會增加單價，反而會因新進人員薪資較低而拉低單價，這是實際的狀況。有關一例一休項目，協商時雙方都可以考量是否接受，但身為醫院的協商代表，必須將這已發生的事實陳述出來。

二、「C型肝炎藥費」：

- (一)醫院部門非常贊成原來健保署的提案，把它放在其他預算，從今年的案例就可得知，醫院C肝的藥費已經用爆了，C肝藥費預算不足，會產生什麼結果？若放在醫院一般服務，可能會侵蝕到醫院一般服務的預算。依照付費者代表的方案，C肝藥費編列在專款，醫院與西醫基層總額同項專款可互相流用，當預算不足時，如何攤提？如果直接放在其他預算，若有不足，可從其他預算的其他項目抵用。
- (二)今年初因C肝用藥的反應相當好，而放寬適應症，導致預期今年預算將不足。如果效果逐步擴大，國家政策希望照顧更多的C肝病患，就更應該放到其他預算項下，才不會侵蝕一般服務的其他醫療服務項目，且不在醫院與西醫基層總額，也才不會有無法釐清的情況。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

主席，付費者已提出方案，醫界卻反覆一直說明，我們已經聽了很多次，心裡也有數了，是否也請醫界提出 1 個調整方案，你們如果要一再講這些，付費者也有很多可以講，例如 C 肝治癒後原本未治療後續會衍生的醫療費用都節省下來了，但我們並未扣一毛錢，大家若真要細算，會算不完。我的意思是說，我們已提出方案，好歹你們也去商量看看，哪些項目你們可以再調整，不然會談不下去。假如還要一直原地踏步的話，我們就再進去討論送衛福部的付費者方案，協商就可以結束。

朱協商代表益宏

付費者希望我們再修正醫界的版本，但在修正前，我覺得對於西醫診所這部分，剛剛健保署也解釋得很清楚，其實那不是協商的問題，而是原則性的問題，它不像一例一休或其他議題，付費者 1 個版本、醫界 1 個版本，大家可以再來談。個人覺得它比較像原來的利用在這邊，現在挪到另一邊利用，那麼預算就要跟著挪過來，付費者能否先處理這部分，我們再端出方案來。不然會變成明明不是協商的範圍，卻要我們內部再去討論，個人覺得並不適當。如果是可以協商的，我同意付費者代表的意見，我們會再端出 1 個版本，但如果邏輯上屬於不可協商的項目，能否先請付費者考量，這部分請先確定，至於其他項目我們再來談。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

我們的方案，一定是綜合考量你們所提出的內容，再提出善意的回應，不會都沒有考量，談判本來就這樣，你們要給付費者代表一些可以說服我們的意見，我們才能去做調整，如果沒有的話，你們一直反覆講這些內容，希望我們再做調整，要我們怎麼做呢？

朱協商代表益宏

這個議題不是綜合考量的問題，它涉及協商邏輯性、一致性的問題，今天如果這項也變成綜合考量，健保署算出來 5 億元，綜合考量只給 2 億元，我覺得這完全沒有邏輯性，是不對的、不通的。這部分先請付費者考量，然後其他的部分我們再做通盤考量；如果連這部

分都要變成通盤考量，到時再來考慮要給，還是不要給那麼多，只給一半，甚至一毛都不給，屆時若決議，是否衛福部預計回歸醫院總額的 29 家診所，家數應相對地減少，付費者代表說不要挪那麼多家，只要執行一半，如果衛福部可以做這樣的調整，當然我們也不反對，到時候綜合考量，衛福部再來做調整。但如果法令沒有這樣的彈性，付費者也不能做此要求。

傅主任委員立葉

聽起來付費者代表也不是完全不考量醫界的意見，而是希望醫界先針對目前的方案進行調整後，再一起考量，這樣可以嗎？請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、有關剛才醫院代表提到 2 項協商因素，我的考量與西醫基層部門協商時一樣，經費編列時，還沒有聽說一例一休將修法，所以健保署編列 0.1% 成長率，醫界當然也編列相關預算。但是賴院長清德已經通知工商團體，還有立法院，也要我們將一例一休新的版本送給他們，甚至葉宜津立委都打電話來要工商團體的版本。
- 二、上星期五工商團體已將新版本送相關部會，包括立法院及行政院，所以一例一休未來要怎麼改，還有很大的空間，真的不知道最後的結果如何。另外，醫界可以動用勞基法第 84 條之 1，依變型工時的相關規範，可運用雙週變型、4 週變型、8 週變型工時的調動，這是可由你們自行調整的空間。所以今年的協商，從西醫基層部門開始，就沒有編列一例一休的成長率，因為要看未來的修法情況再談。
- 三、有關「C 型肝炎藥費」，健保署在其他預算編列 48.86 億元，付費者版本則是在西醫基層總額編列 4.08 億元，其他全部編列在醫院總額專款，總預算並沒有減少，而是將其他預算的 48.86 億元分成兩部分，回到部門專款。只是西醫基層部門沒有增加，比照去年的 4.08 億元編列，醫院則編了 44.78 億元，比去年 26.55

億元多 22 億元左右，成長將近 1 倍，實際上明年 C 肝用藥執行上會不會成長近 1 倍，還不知道。付費者剛才討論很久，還請蔡副署長淑鈴參與討論，諮詢她很多看法及意見，本來我們有其他的附帶意見想要列入，但是請教蔡副署長後，就沒有列入。這是我們提出的版本，也請醫院代表研究 1 個版本。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

現在已經晚上 11 點 10 分，我想我們最多談到 12 點。要達到這樣的目標，一定是我們提出 1 個方案，如果醫院代表認為可以考慮，請他們再去調整方案，彼此再看看有沒有協商空間。但假使大家都不調整，我也可以接受，就是你們去寫你們的最終版本，我們寫我們的最終版本，然後趕快把這一段結束。這部分可能要麻煩主席稍微督促一下，不然醫院一直要說服我們，但我們的想法就是這樣。

傅主任委員立葉

醫院代表是不是願意再討論、提出 1 個新的版本？

林協商代表佩菽

- 一、針對一例一休部分，因為剛才委員有特別提到勞基法第 84 條之 1，要先說明，一直以來醫院都有密切注意醫事勞動政策的發展，正因為這部分並未完全定案，醫院不能冒這樣的風險。第 84 條之 1 是建構在醫師納入勞基法的情況下，才可以動用，但是目前醫院沒有這樣的條件，而且早就廢掉了，第 84 條之 1 是沒有辦法使用的，那是醫師納入勞基法之後才有可能動用，所以這部分對醫院來講，都還是未定數。
- 二、委員提到閣揆剛換，新政府可能要再調整一例一休，但事實上不可能有太大幅度的調整，對醫院來講，一例一休還是會使成本增加，還是會有風險，我們覺得這點有必要提出來討論。

劉協商代表碧珠

有關「醫院與西醫基層風險調校」，付費者代表也提到，有很多原則要堅持，但對於這種不需經過協商，就應該要進行西醫基層及醫

院總額間預算移列的原則問題，也是醫院部門堅持的部分。如果付費者版本沒有提出應如何處理，坦白講我們沒有辦法做任何的退讓。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

我看醫院部門也沒有任何意願要調整，這樣好了，我們去討論最後的版本，因為醫院不願意動，一直反覆在講這些事項。你們沒有提出任何調整的空間，我就不會去思考其他的部分。已經講得那麼清楚，談判不是你在原地不動，要求別人都要照你的方式做，沒有照你的方式就一直講一直講，這樣沒有人會接受。

朱協商代表益宏

其實醫院並不是不願意提出醫界版本，但剛才提出的「醫院與西醫基層風險調校」，這是原則問題，如果連這部分大家都要再來談，其實就已經失去協商的意涵。如果付費者能夠接受基期的調整，接下來醫院就會提出我們的版本，但不希望把這個項目列為談判的籌碼。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

醫院的意見我們已經充份瞭解，我們也認為醫界不會做調整，我們去討論最後的版本，大家最後的版本出來，雙方再看能不能互相接受，好不好？我們大概需要 20 分鐘的時間。

傅主任委員立葉

醫界代表覺得如何？先請滕代理委員西華，然後再請周委員麗芳。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

一、「醫院與西醫基層風險調校」項目，不管費用最後會不會編列預算，我們第 1 個端出來的版本就是這樣。剛才謝代理委員天仁的意思是，請你們內部根據你們堅持的部分談 1 個版本，包括「醫院與西醫基層風險調校」都可以，我們再來看怎樣處理，而不是僵持在這裡。因為你們沒有端版本，我們沒法商量，請你們去談 1 個版本，我們再針對你們提出的第 2 個版本，看看有沒有辦法再討論。

二、如果照現在這樣，彼此都堅持一例一休，大家就不用談了。不是風險調校的問題，你們可以根據想要的部分去擬方案，如果都不要也沒關係，我們也不用再協商，因為沒有辦法各自再退一步。請雙方再考慮看看，如果大家沒有要再考慮，就像剛才謝代理委員講的，我們也不用再想有沒有別的方式可以再談，意思是這樣，我覺得我們好像沒有把這部分弄清楚。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

我們已經講過，協商的過程主席要維持秩序。

周委員麗芳

我對協商原則有幾點意見，一是「醫院與西醫基層風險調校」，剛剛蔡副署長淑鈴講的很清楚，3.96億元是必要的支出，所以我覺得在有關協商的基礎上，這是一個基本的誠信原則。(謝代理委員天仁表示：付費者要去寫最後的版本)再來是有關於一例一休的問題，一例一休剛剛提到行政院有可能會修法，這不是不能解決，我們可以附帶決議，一旦有相關的修法，依據修法的部分，再來凍結預算支出...。

張委員煥禎

我覺得應該尊重別的委員在發言，謝委員，別的委員在發言，你聽人家講完嘛！要有風度一點。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

醫院部門代表還沒進來之前，剛剛在協商其他部門總額時，就已經討論過了，進入協商以後，專家學者就不能這樣做了。

張委員煥禎

主席已經允許周委員麗芳發言，若主席有錯，要去檢討主席，而不是糾正委員。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

我已經跟主席提醒了。

張委員煥禎

但主席沒有接受！

何代理委員語

剛才已經講過，專家學者和公正人士是接受諮詢的角色。

蔡委員登順

那我也要抗議，我們就不是委員嗎？只有你們可以講話？我們就不能講話嗎？規則在哪裡？莫憑空杜撰！

傅主任委員立葉

抱歉！這牽涉到以前的慣例。

張委員煥禎

周委員麗芳也是委員之一，怎麼會說是被諮詢呢？委員一樣大嘛！
(現場委員意見相左，委員同時發言，收音不佳)

傅主任委員立葉

請大家回座，現在暫時都停止發言，我們需要冷靜。我們還是回來討論協商的主題好嗎？

謝委員武吉

我有 1 個建議，從今天早上到現在，已經快半夜 12 點了，我都坐在這裡聽，每個總額部門都有協商代表，也有安排醫界內部會議的地方，醫院也應該要等同，要互相尊重。也給醫院協商的時間，才符合公平正義。

傅主任委員立葉

我們還是回來協商好嗎？有關協商程序的議事規則，因為有很多新委員，有些牽涉到協商慣例...。

張委員煥禎

對不起，主席，我覺得你應該讓委員講完，委員都還沒有講完，怎麼可以停止發言呢？大聲的人贏是嗎？周委員麗芳妳發言完了嗎？

周委員麗芳

當然還沒有發言完，麥克風被消音了(麥克風暫時失靈)。

張委員煥禎

主席怎麼連這個最簡單的...，她根本還沒有發言完，你怎麼...。

周委員麗芳

現在還沒有協商正式的預算，我是在發表意見，如果 1 個專家學者在這樣的場合中，連這樣的發言都被禁止的話，個人覺得並不適當。

朱協商代表益宏

主席並沒有同意付費者進去協商，付費者現在就離席，我不曉得這是什麼意思？如果是這樣的話，是不是現在我們要做什麼樣的決定，還是怎麼樣？因為主席並沒有宣布休息多久，然後大家來談啊！對不對？

張委員煥禎

主席完全被挾持了。

傅主任委員立葉

我們也請付費者代表回來好嗎？

張委員煥禎

我建議主席，付費者如果不回來的話，就散會好了。

蔡委員登順

我們的聘書都是衛福部聘發的，怎麼會對專家學者及公正人士限制那麼多呢？一樣是委員權利及義務是一致的，請互相尊重。

傅主任委員立葉

我們可以暫時擱置議事規則的爭議嗎？因為這牽涉到新舊委員對協商規則，以及協商慣例的認知不太一樣。我想還是回到協商的實質內容，剛才付費者已提出 1 個版本，是不是醫界也相對提出版本，這樣大家才可能慢慢朝中間靠攏，可以嗎？

張委員煥禎

主席，我希望把會議還原到剛剛周委員麗芳發言，你要裁定她停止

發言也沒有關係，請回來再做下一步的裁決好嗎？

傅主任委員立葉

請付費者先回座，因為還沒有宣布各自召開內部會議討論最終版本。

陳委員亮良

我想我們都很有誠意要把今天的總額協商談好，每個付費者有其背後代表的團體，有各自的思維和意見。既然要協商，就要透過協商的方式尋求共識。現在已經 11 點半了，個人體力也不支，很想打 119，原則上我想今天的氣氛都不是很好，晚上的氣氛也不是很好，是不是我們明天早上 11 點針對醫院部門的部分再行協商。

周委員麗芳

我覺得這個問題是必須被重視的，今天是第 1 天，明天是第 2 天，遊戲規則如果不改變，剛剛盧委員瑞芬發言被制止，我的發言也發生同樣的情形，我不知道專家學者在這個場合當中扮演的角色是什麼？而且剛剛討論的時候，把過去的慣例唸了一遍，沒有說我們不能發表意見，而且我發言到一半的時候，是被消音的。

傅主任委員立葉

沒有消音。

周執行秘書淑婉

可能是太多人按了。

傅主任委員立葉

請滕代理委員西華。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

一、我覺得現在有些混亂，因為剛剛周執行秘書淑婉告知說主席沒有裁示要進入協商，雖不是我引起，但我先代表付費者聲明，第一點是我們向公正人士致歉，剛剛語意上有誤會，並不是針對蔡委員登順，我想是誤會，雖然我不是當事人，但是做為協商代表，我們也要負責任，而且主席未能遵守自己適才在牙醫

總額結束前的裁示也有責任；第二點是有關醫院總額部分，再強調一次，我們願意再談 1 個版本，也聽到了你們的需要，因為我們想要再談 1 個版本，付費者代表再進去內部討論，你們也再去談 1 個版本，這樣可不可以？我們已經這麼晚了，一起努力盡量談出 1 個可以接受的結果，否則很可惜。

二、如果雙方再談出來的版本，還是兜不攏，那就會是兩種結果，一是就不談了，兩案併陳，或是明天再談，這樣好不好？因為我們確實要再談 1 個版本，所以請醫界也再去談 1 個版本，這樣可以嗎？

傅主任委員立葉

謝謝滕代理委員西華，這樣可以嗎？(醫院協商代表表示可以)

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

談出來之後，若真沒辦法一定要兩案併陳，或者是...(麥克風又沒聲音)。你看這是系統的問題，我也沒有按掉麥克風，一樣被消音。或者是我們要再談，如果談出來沒有共識，就按照以前的往例兩案併陳，或是等一下再決定是否明天再談，這樣好不好？事實上醫院總額已經談了三分之二，我們要再談 1 個版本，不然按照以前的情況，會這樣嗎？不會嘛！大家就兩案併陳了，對不對？張委員煥禎在點頭，所以我們再去各自談 1 個版本。

張委員煥禎

我尊重妳這樣的發言，但是我認為付費者代表要先進來，大家先還原讓專家委員講完，兩邊再出去協商，要彼此尊重。除非專家委員說沒有關係，我們可以出去，我們就出去，但還是應該讓專家學者講完，我們同意妳的說法。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

雖然對周委員麗芳很抱歉，但確實主任委員在牙醫門診總額協商結束前，有說如果進入協商程序後，專家學者就不再發言，但不包括公正人士。如果我們對此共識有誤解，主任委員必須澄清，因為確

實在協商牙醫門診總額末段，我們花了將近半小時爭執專家學者的角色，雖然對3位專家學者很抱歉，但當時確實是這樣。如果沒有共識，我沒意見，因為對我來說，我只是想把醫院總額談完，所以才希望不要堅持要不要再回來這件事，我們就把事情做好，好嗎？我們都是大人了。

傅主任委員立葉

向周委員麗芳致歉，在牙醫門診總額協商時，確實有這樣講，但是我剛剛忘記了，任何委員舉手，我就會直覺的請其發言。我想還是以協商為重，至於專家學者的角色，將來還有討論的空間，因為大家認知不一樣。

翁委員文能

我剛才也在場，不是專家學者不能發表意見，而是不能介入總額協商的金額，所以周委員麗芳只是要發表意見，應該讓她發表，如果付費者代表不同意，我總可以建議她發表學術上的意見吧！我聽到的是不能介入協商，但她要發表公正的意見，就學術立場，本來就可以發表。

傅主任委員立葉

先澄清一下，對於怎樣叫做介入協商，我覺得有不同的詮釋，剛才聽起來，很多舊委員就以前的慣例，是認為進入部門預算協商程序後，非協商該場次之總額部門委員就不能再發言，再發言就是介入協商程序，其他新委員對這點可能有不一樣的認知，所以我才說這部分是不是以後再來討論，我們今天還是以協商為主，好不好？請周委員麗芳。

周委員麗芳

一、可能要請主席仔細詳閱，會議資料第180頁，相關原則(1)寫得很清楚，所有委員均可入場，惟非該協商場次之總額部門委員，可以提問與發表意見，但不參與預算協商。我剛剛發言的過程，和預算協商一點關係都沒有，那是在談原則的時候。

二、再者，我必須再提醒一點，所有的委員分類中，專家學者和公正人士是列為同一類，在這一條當中，我們也是同一類，但不知道為什麼會把蔡委員登順公正人士獨立開來，所以我覺得主席還是必須正視這個問題。我個人事小，我和盧委員瑞芬今晚還會留在這個地方，是不希望醫院部門的談判，因為有委員中途離席，影響到他們的權益，但是不代表我們可以接受這樣子的對待。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

主席，請問我們可不可以進去內部討論，不然一半的付費者委員在外面，一半在裡面，總額怎麼談下去？

傅主任委員立葉

首先，向周委員麗芳致歉；其次，因為我們的條文並不是很清楚，只是講說不介入協商程序，但怎樣叫做介入協商程序，怎樣不被認為是介入協商程序，這部分尚有討論空間，但今天能不能先擱置這部分的爭議。

張委員煥禎

主席，這個問題在前年我也遇到過，並不是像主席講的新舊委員認知不一樣。因為當年我也是委員，但是我發言時被謝委員天仁制止，當時是討論西醫基層總額，但我不是以西醫基層代表的身份發言，而是以委員身分發言，所以當時的主席已經裁定委員都可以發言，只是進去協商時不要介入。但是如果協商時需要公正人士或專家學者委員，也可以請他們進去諮詢，這在會議資料第 180 頁第 3 點寫的很清楚，不是像主席講的說新委員不清楚，舊委員有這個規矩。3 年前我是當事人，當時已經澄清，任何 1 個委員，只要不是內部會議，都可以發言。

傅主任委員立葉

因為剛剛給我的訊息，是協商程序開始後，專家學者及公正人士被諮詢時才發言，但就張委員煥禎的說明，似乎不是這樣，表示舊委

員間也有不同的認知。我們以後再來討論這個問題好嗎？現在是否容許雙方各自再去談 1 個版本，希望還是以協商為重。醫界代表如果同意的話，付費者代表已經去召開內部會議了，也請你們談 1 個版本後，再回來協商。因為雙方的成長率已經非常接近，只是在部分項目有些差異，能否再調整一下？

(付費者和醫界代表各自進行內部會議討論 40 分鐘)

傅主任委員立葉

看起來兩邊的協商代表都已經回到會場，我們就回來繼續協商，我覺得應該很有機會達成共識。如果從最後總成長率來看的話，兩邊不但很接近，而且付費者給的成長率比醫界的版本還高，是不是內容上可以互相讓步，看看能不能有共識。我們要從那一邊開始先說明？因為剛才已輪到醫院提出版本，請醫院代表先說明現在的方案。

林協商代表佩菽

我們經過一番非常激烈的討論，以下從非協商因素逐項說明：

一、一般服務非協商因素之「醫療服務成本指數改變率」，原來健保署的方案有匡列項目，我們討論的結果是，醫療服務成本指數不匡列任何用途。

二、一般服務之協商因素項目，成長率為 4.405%：

(一)「新醫療科技」：尊重付費者的版本，但是因為癌症免疫療法的費用，我們真的沒有辦法掌控，建議癌症免疫療法 12.2 億元的部分挪到專款專用，所以「新醫療科技」編列 22.2 億元。

(二)「配合一例一休及住院醫師縮短工時政策」：我們有調整，從 30 億元下降為 25 億元。

(三)「醫院配合政策推動分級醫療及疾病嚴重度費用之調整」及「糖尿病及初期慢性腎臟病品質支付」等項，我們同意付費者代表的意見，成長率編列為 0%。

(四)「醫院與西醫基層風險調校」：認同健保署方案，在總額基

期部分做調整。

(五)新增「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目，編列 25 億元預算。

(六)「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」：-0.33 億元，認同健保署方案。

三、專款項目：

(一)「C型肝炎藥費」：同意健保署方案，編列於其他預算，但在醫院專款保留原C肝干擾素藥費 6.15 億元。

(二)「罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材」：尊重健保署及付費者方案，編列一樣的費用。

(三)「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」：比照付費者的版本。

(四)「醫療給付改善方案」：認同付費者代表的意見，將原本打算移到一般服務預算的糖尿病醫療給付改善方案，費用再挪回專款專用，再加上明年可能會有的成長率，編列 11.87 億元。

(五)「急診品質提升方案」：維持 1.6 億元。

(六)「推動住院診斷關聯群(DRGs)」：同意付費者版本，編列 10.88 億元，惟預算依推動時程慢慢導入。

(七)「醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案」及「醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」：比照健保署及付費者版本(分別為 0.8 億元及 9.5 億元)。

(八)剛才特別提到新增「癌症免疫療法」12.2 億元，因涉及到罕病及其他特殊疾病需要，我們還是覺得放在專款專用，對病人才會有比較好的保障，這部分還是比照健保署編列的 12.2 億元預算。

(九)「鼓勵院所建立轉診之合作機制」：我們討論結果是維持健保署版本 2.58 億元。

(十)「品質保證保留款」：比照原版本(4.065 億元)。

四、以上為醫院所提方案。

傅主任委員立葉

接下來請付費者代表說明付費者的版本。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

- 一、我們現在的版本和剛才的版本相較，只有 1 個項目有改變，即新增「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目，增加給醫院部門 4 億元，其他都照原來所列。
- 二、剛才醫院部門提出「其他醫療服務利用及密集度之改變」25 億元，不瞭解是和哪些項目有關，或是其他哪些項目調整後改列到本項，請醫院代表說明。

朱協商代表益宏

- 一、醫院的版本做了很大幅度的調整，也顯示我們的誠意，很多編列的想法，也依照付費者的建議做調整，當然還有一些我們認為沒有辦法吞下去，包括一例一休付費者不同意編列預算，但是對我們影響實在太大，所以還是編列預算，醫院代表這邊算是盡了很大的誠意。
- 二、現在看到付費者的版本幾乎沒有動，只增加 4 億元，跟我們原來的期望差距很大。若付費者版本像這樣什麼都不動，只增加 4 億元，包括剛才提到的「醫院與西醫基層風險調校」部分，本來就該調整，結果都不調整，實在不知道怎麼談下去。因為那根本不是協商項目，原本就該移列，而且是政策決定要移過來的部分，結果付費者版本也沒列，真的很令人失望，也枉費醫院代表剛才花了很大的心思做調整。

傅主任委員立葉

請滕代理委員西華。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、補充說明為什麼增加這 4 億元，不是像朱協商代表益宏所提，我們都沒有考慮風險調校的部分，原本風險調校是應該從西醫

基層總額移列，但西醫基層總額已經協商結束，我們並沒有做這樣的移列。因為原本病人就在西醫基層總額，但移列過來醫院總額後，病人和費用也移過來，變成兩邊不是只有 3.96 億元，而是西醫基層的 3.96 億元其實還在。

二、因為如此，我們認為不應以此方式進行風險調校，所以用等值的金額，以「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目增加這部分的費用。向朱協商代表報告，並不是我們沒有看到你們的需求，而是希望以這樣的方式處理，因為對醫院而言，門診部分由西醫基層總額移列到醫院總額，確實是屬於服務密集度的改變，也符合這個科目。

三、以上是我們做的調整，當然你們若覺得金額不夠，或是要反映其他成本的增加，我們可以再談看看有沒有空間。其實這次你們提的版本，比上次變動更大，假如連這部分都沒有共識，確實比較辛苦一點，很難再談下去，因為不是只有項目，還有搬動的部分。以上特別解釋風險調校部分，其他就不做說明。

朱協商代表益宏

對滕代理委員西華認為醫院方案變動太大，讓付費者覺得很難再談下去，做以下說明：

一、在剛剛整個談判過程中，付費者一直希望醫界也要提出 1 個版本，所以我們檢視所有的項目後，能讓步就盡量讓，能調整就盡量調整，當然變動就相當大。例如專款部分，付費者希望不匡列，我們也同意不匡列項目及金額，而是以總金額方式處理。另外，我們也特別把比較困難的地方，就是「癌症免疫療法」新藥部分列到專款。所以像滕代理委員講的，這是為什麼醫院方案變動很大的原因，相信付費者也不希望我們一成不變，提出只有少數變動的版本來和付費者談。當然醫院也不希望付費者幾乎是用一成不變的方式來和醫療服務提供者談。既然是談判，雙方就應該有一些誠意，有一些退讓，有一些妥協。從醫院立場看來，以 4 億元處理風險調校，個人覺得「其他醫療服

務利用及密集度之改變」項目有很多影響因素，會與實際發生的狀況不符，這是第一點。

- 二、第 2 點是剛滕代理委員提到西醫基層總額已經談定，但是基期的部分並沒有談，因為基期會在明天確認的時候才會提到，所以基期是沒有談定的。既然是基期的挪動，就應該那邊少，這邊多，才合邏輯。事實上四個總額都還沒有開始談基期，往年大家都沒有談，而是依循前例，以去年的費用做為基期，但明明這部分就是基期產生的變動，所以應該決議從基期去做調移，這和西醫基層總額談定與否沒有關係，硬要去扯因為西醫基層總額已經談定，所以那邊不能調整，也不太合理。因為我們認為，這部分不是協商因素，而是基期的改變，所以不希望用協商因素去編列，也不希望開這樣的討論先例。

潘協商代表延健

針對謝代理委員天仁詢問有關「其他醫療服務利用及密集度之改變」編列 25 億元，補充說明。原來我們的方案匡列「醫院配合政策推動分級醫療及疾病嚴重度費用之調整」26.4 億元，加上「醫療資源整合獎勵方案」5 億元，合計達 31.4 億元。經過所有的代表協商後，希望透過「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目來做調整，所以變成 25 億元。

傅主任委員立葉

請謝代理委員天仁。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

- 一、總額本來就有架構存在，所以也很清楚地告訴西醫基層與醫院總額的代表，「C型肝炎藥費」要列在部門專款，當然醫界會希望將它列在其他預算，不占醫院總額。以目前的情況，我們今天要達成共識的可能性，會因為「C型肝炎藥費」而受到限制，因為我們的原則就是這樣。假使你們也不可能調整，或許大家可以同意，你們寫的方案還蠻積極，我們可以考慮再調整目前的方案，使更符合你們的期待。我只能這樣講，最後還是

會有 2 個版本出現。

二、你們將「癌症免疫療法」列在專款，並非最大的問題，最大的問題是將「C型肝炎藥費」編在其他預算，因為如果將其放在醫院專款，總成長率就會超過 5%，你們未納入「C型肝炎藥費」，較上年度核定總額的長率就已經達到 4.953%，如果放進來，一定會超過上限 5%(註)。所以我才會講說，這部分如果大家不可能互相調整的話，這部分就會讓我們產生障礙，很難克服。

[註：醫院方案建議將「C型肝炎藥費」預算移列其他預算，若以健保署預估C型肝炎整體藥費 48.86 億元推估，醫院移列金額為 38.63 億元，醫院方案若加入此筆預算，則醫院總額(一般服務+專款+門診透析)較上年度核定總額成長率為 5.814%。]

傅主任委員立葉

請醫界代表回應。

林協商代表佩菽

一、「C型肝炎藥費」如果沒有放進來，醫院總額較上年度核定總額的成長率是 4.953%。

二、有關 107 年「C型肝炎藥費」，去年就有決議要相對編列公務預算，所以不是放在醫院部門，也不是放在其他預算，我們是依照去年的決議處理。這部分我們能同意健保署的方案，已經是很大的讓步。

三、剛剛提到「新醫療科技」22.2 億元部分，我們比照付費者版本，這個項目不匡列細項。

朱協商代表益宏

一、有關「C型肝炎藥費」，補充說明。在去年協商的時候，滕代理委員西華堅持在本(106)年編列時，要有公務預算，所謂公務預算，當然就是不在任何總額部門。但今年衛福部政策決定，還是要由其他預算編列，所以我們同意健保署的版本放在其他預算，較為合理。去年雖然有此決議，但包括在座滕代理委員，

都認為要推翻去年的決議，我個人認為這樣不好。不管是放在專款或其他預算，基本上就是專款專用的概念，醫院不會多用，也不會因為用不完，基期就變大，完全是專款專用。放在其他預算有好處，因為其他預算是由健保署管理，「C型肝炎藥費」開放是由行政院肝炎小組處理，適應症的開放也是政府的政策，放在其他預算由健保署管理，當然合理。

二、醫界方案是在衛福部新的裁示下，與去年健保會委員共識的妥協方案，若付費者認為去年的決議不合理，相信謝代理委員天仁當時也在場，當時「C型肝炎藥費」的決議，是滕代理委員的建議，且是逐字修正確定的，我認為要尊重，包括滕代理委員，不能像月亮一樣，初一、十五都不一樣。

傅主任委員立葉

請謝代理委員天仁。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

一、「C型肝炎藥費」本身若用公務預算，就沒有任何問題，既然已經編列預算，要由健保來負擔這筆費用，當然要看本來是編在哪個部門，就應由該部門發揮自主管理的能力，怎會放在健保署的其他預算？唯一會產生的問題是，預算分別編列在醫院與西醫基層總額時，會有某個部門額度未用完，某個部門預算不足的問題。

二、我們也設法解決問題，已經註明部門間預算可以流用，這合情合理，現實上沒辦法編列公務預算，若有公務預算，今年就不用吵這件事情，是不是？

傅主任委員立葉

請張委員煥禎。

張委員煥禎

一、這部分要先澄清，去年協商時，「C型肝炎藥費」放在醫院專款，但是付費者與醫界代表也都同意一定要有公務預算支應。很奇怪，去年沒編入公務預算就這樣使用，請健保會或健保署

先說明，為何未依照去年健保會的決議，是否有什麼困難，我們再來討論，好不好？

- 二、不能說是醫界的決議，這是大家的共識喔！若我沒記錯，可以先拿會議紀錄出來看一下嗎？先將這件事情釐清再討論，不然本來是雙方同意，健保會也做成決議，結果是健保署、衛福部未遵守決議，變成付費者與醫界代表在這裡吵這個問題，建議先釐清去年到底如何決議？為何沒照這個決議處理？好不好？

傅主任委員立葉

先請朱協商代表益宏，再請健保署回應。

朱協商代表益宏

- 一、向謝代理委員天仁報告，事實上，C型肝炎用藥醫院部門完全無法管理，包括適應症、如何開放、該怎麼用藥、甚至民眾的篩選，都是健保署在處理，整個管理權是健保署，請健保署說明什麼樣的病人可接受C型肝炎用藥，因為付費者代表誤認放在醫院部門的專款，醫院就可以管理。請健保署釐清這部分。
- 二、對於C型肝炎用藥適應症的放寬、該怎麼用藥，醫院部門甚至健保署可能都沒辦法完全處理，可能都是行政院在處理，既然不是醫院能夠管理及調整，放在醫院總額的專款項目本來就不合理。其他預算是由健保署管理，健保署是政府的一部分，放在其他預算合情合理。
- 三、我同意有公務預算最好，若沒有公務預算，要放在醫院總額，認為醫院可以管理，這部分完全不同意。不知道謝代理委員天仁怎會認為醫院可以管理，可以控制浪費。

傅主任委員立葉

謝代理委員天仁。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

請他們對照去年的資料，我印象很深刻，去年蔡副署長淑鈴問我，106年要求公務預算編列部分費用，當時落的文字是這樣，問我要多少才算數？我說只要有就好，當時說100萬元即可，但是指106

年當年度喔！也就是今年，因為雙方未達成一致的意見，就送衛福部裁決，部就刪掉，這不是我的問題。

張委員煥禎

請還原去年健保會的決議，我知道謝委員天仁是說送到部決定，事實上，在第2年...

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

有寫大家共同努力爭取。

張委員煥禎

沒關係，看一下會議紀錄。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

建議你們看一下，基本上若我們有答應，我們當然有責任，可是我們根本沒答應！

張委員煥禎

若有會議紀錄，可以看一下嗎？

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

現在說的不是公務預算，醫界認為「C型肝炎藥費」編在那邊合適，我尊重你們，但是付費者認為要編在專款，這部分沒辦法達成一致的意見，怎麼說都會破局。在這個情況下，我才會問你們「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目 25 億元，基本上是高了點，我想要再加，但不知道怎麼加，我認為形成共識的版本有困難，就報部裁決，好不好？

傅主任委員立葉

請健保署說明。

張委員煥禎

請提供去年的會議紀錄，將「C型肝炎藥費」的部分供我們參考。

傅主任委員立葉

在幕僚去找資料的同時...

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、朱協商代表益宏一再點名我，有關「C型肝炎藥費」這件事，您要消遣我沒關係，但若是我當部長，絕對編公務預算，我很serious(嚴肅)，不是開玩笑，但我不是部長啊！當初我非常堅持要有公務預算，且雙方都有共識，但反觀今年realistic(實際情形)是什麼？林前部長奏延裁決 106 年度總額預算時沒這段文字，也就是付費者代表要求對列一部分，當時討論到金額，我記得龐組長一鳴曾問我，對列是什麼意思？我說對列就是有列就好，就是剛剛謝代理委員天仁說的，本來我說要列一半，謝代理委員還問我，為何這麼堅持？主計總處會有意見，我就說有列就好，過程是這樣。
- 二、不管我們怎樣堅持，部長裁定了就是這樣，後來我們還開記者會罵他，怎麼可以不編公務預算，輕賤健保會的程序，去年沒人比我更生氣。要討論也是健保會的權責，但去年是部長自己放棄了醫院及付費者兩案的共同主張，弄了第 3 案，自己裁列專款，回憶是這樣，所以當時公告的文字確實沒這段。
- 三、今年協商我也堅持要有公務預算，但今年又是沒有！不要說主計總處有意見，若連預算數都沒有，會面臨兩難，如果要求列公務預算，則「C型肝炎藥費」就會沒有預算，因為這樣，所以才在西醫基層總額協商時，勉強接受回到部門總額的專款項目，否則會沒有錢可用。之前就告訴健保署，若編在其他預算，付費者大筆一揮，你們就沒有錢，現在你們反而告訴付費者代表，今天「C型肝炎藥費」沒錢，是因為付費者代表刪掉其他預算的 48.86 億元所致！
- 四、去年的決議是這樣，張委員煥禎及朱協商代表益宏的記憶都沒錯，林前部長奏延沒按照我們所提的兩案裁決，現在變成這樣，不管我們如何爭執都無用，謝代理委員天仁今年說的「C型肝炎藥費」就是這樣，需面對現實，不管是西醫基層或醫院總額，都是放在該部門總額的專款。謝謝大家給我 5 分鐘說明去年發生的事，向大家抱歉，我今年沒再堅持編公務預算，因為我有堅持，但沒堅持住。

傅主任委員立葉

滕代理委員西華已經說明得很清楚，還需要請健保署說明嗎？

朱協商代表益宏

請健保署說明，到底「C型肝炎藥費」醫院能做怎樣的的管理，包括適應症及患者的篩選，因為謝代理委員天仁認為醫院可以處理，所以放在醫院專款，但是我們認為醫院無法處理，完全是健保署或更高的層次在處理，請健保署澄清與說明。

傅主任委員立葉

請問健保署可以補充說明嗎？

蔡副署長淑鈴

- 一、有關謝代理委員天仁提到我的部分，稍作說明，剛剛聽滕代理委員西華的說明，就回憶起來了。當時因為你們決議的文字提到要有公務預算共同分攤，那時我的確有問謝代理委員天仁是什麼意思？他說有編就好，我們就放在心裡，因為那時不懂那個意思，後來懂了，也報部了，部裁下來，就是滕代理委員剛剛說的那樣，大概是如此。
- 二、剛剛委員詢問「C型肝炎藥費」可以管理嗎？事實上，健保署對於適應症，也都仰賴醫院的專家協助訂定。

朱協商代表益宏

但是醫院的專家不是醫院部門代表，是行政院請的一些專家訂定。

蔡副署長淑鈴

那些專家也都是醫院的專家！

朱協商代表益宏

不能這樣講，說所有的專家都是醫院的專家。

蔡副署長淑鈴

請黃專門委員兆杰說明。

黃專門委員兆杰

- 一、向各位代表說明，106年將C型肝炎新藥納入健保給付時，健保

署的作業方式是先請消化醫學會提供到底哪些適應症的病人，建議應該優先使用C型肝炎新藥，並於今年2月開始給付；後來看到實際使用人數較預期人數少，乃於5月再次請消化醫學會提供建議，並經藥物共擬會議通過後，再開放第2波的治療對象。

二、本署歷來都會請學會提供建議，應該優先開放哪些適應症的病人，再提到藥物共擬會議討論確認後，才開放給適用的病人使用。此外，本署還設有登錄平台，由各個醫院的消化相關專科醫師，依病人情況登錄，只要符合登錄平台所列的條件，填寫好資料，符合相關規定，就可取得號碼，即可開始使用C型肝炎新藥，以上補充。

傅主任委員立葉

請謝代理委員天仁。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

看起來「C型肝炎藥費」造成我們很大的障礙，所以大概很難有共識，假使醫院部門願意再釋出一點善意，我們的版本可以再做點調整。

傅主任委員立葉

請張委員煥禎。

張委員煥禎

衛福部或健保署請了專家擔任諮詢顧問，最後由健保署決定。對醫院或協商代表而言，不能說已經請消化醫學會提供意見，就等同於代表醫院。剛剛朱協商代表說的對，所有的諮詢顧問都是醫生，都是醫界，甚至護理、藥界，若請他們來就代表醫界，以後誰敢來。在法律上不是這樣，請他們當幕僚給建議後，由健保署公布，但不是在健保會，或在協商會議協商處理。剛剛謝委員天仁說這是個障礙，現在雙方講道理，我記得當時是要求相對的公務預算，不知道為何問謝委員天仁，卻沒問我，我認定相對是您出50，我出50，這才是相對，怎麼會謝委員說的就算，當然他是法律專家。

蔡副署長淑鈴

因為那是付費者提出的版本。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

文字不是我用的，是滕代理委員西華用的，我問她什麼是相對支出，她告訴我，有就好，我就這樣回復，這是當事人的爭議啊！

張委員煥禎

- 一、我不是律師，我們都知道什麼叫「相對」，既然律師認為有就好，以後我們就要多學學法律常識。我要提出，去年我們的堅持是有道理的，不能因為衛福部不接受我們用公務預算支應的要求，今年的道理就做了改變！我覺得衛福部不接受是另外一回事，應先將這部分釐清，為何公務預算可以不算，然後認為一定要算在醫院總額。
- 二、剛剛說到管理，列在醫院專款必須是醫院能管理的，但「C型肝炎藥費」不是，適應症放寬的原則全部都是健保署訂的，醫界只有執行，這與我們認定的專款專用不一樣，不能因為這樣，每次都不解釋就帶過去。不是說付費者不對，但是今天要針對有無公務預算，以及是否應該專款專用這2點澄清。若今年一定沒有公務預算，這部分就不討論，但是請先澄清「專款專用」的定義。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

這部分是不可跨越的鴻溝，既然有這樣的問題存在，雙方不可能達成一致的意見，與其這樣，建議大家就各自寫各自的版本，好不好？雙方已經努力過了。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

主席，因為現在快要凌晨1點了，剩下10分鐘，建議1點散會，現在兩案併陳進入最後的處理，再談下去也是沒辦法解決事情，我們年紀也大了，70歲了，請主席不要一直虐待我們，不要再拖下去，我是敢開到天亮，但這樣不好。

傅主任委員立葉

請林協商代表佩菽。

林協商代表佩菽

更正一下，「醫療給付改善方案」的金額為 11.87 億元，不是我們剛才提供紙本所寫的 11.37 億元。

傅主任委員立葉

看樣子醫院總額沒辦法達成共識，是否就兩案併陳？你們各自要提報的方案是什麼？是目前這 2 個方案嗎？(有委員回應：是目前這 2 個)。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

若他們要再調整，我們也可以調整，若他們不調整，我們就照他們的意見，也不調整。

傅主任委員立葉

請問醫院代表還有再調整的空間嗎？

翁委員文能

雙方都已經很努力的說明過了，實在很晚了，醫院部門同意以目前的版本陳報衛福部，謝謝。

傅主任委員立葉

那就依目前的付費者及醫界代表方案兩案併陳，很遺憾，協商沒能達成共識方案。請干委員文男。

干委員文男

請醫界體諒，時間拖那麼長，兩邊數據就差一點點，你們再釋出善意，我們再研究。若「C型肝炎藥費」放進去，又會增加很多成長率，希望你們再釋出善意，差一點點就圓滿了。

傅主任委員立葉

請朱協商代表益宏。

朱協商代表益宏

其實協商是雙方互相配合，若付費者不拿出版本，不能要求醫界一直拿出版本。剛剛提到差一點點，其實這 2 個版本，付費者只增加

一點點，但醫界是做了大幅度調整，這是事實，既然已經裁示兩案併陳，我們同意翁理事長文能的意見。

傅主任委員立葉

107 年度醫院總額暫時先兩案併陳。請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

建議健保署的其他預算明天上午 11 點再開會討論。

傅主任委員立葉

明天是 10 點開會。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

要提早至明天 10 點嗎？11 點好啦！原來表定是 11 點，其他的總額部門並沒有要求重啟協商。

傅主任委員立葉

周執行秘書淑婉提到，協商完幕僚還要處理資料，接著委員會議討論確認，時間太緊迫。

周執行秘書淑婉

因為明天下午 2 點鐘召開委員會議，若 11 點開會，預期 12 點多才會結束，幕僚還要再整理及印東西，壓力會很大。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

現在沒在場的付費者委員，需要聯絡他們明天早上 10 點來，因為他們只知道 11 點要來，不知道是 10 點，這點請你們負責聯絡。

周執行秘書淑婉

幾位住在飯店的委員，幕僚可以負責連絡。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

建議其他預算部分，可以在委員會的最後再做確認，給幕僚充分的作業時間，前面幾個談過的總額部門，明早就可先作業，好不好？

傅主任委員立葉

意思是其他預算的確認，可以留在委員會議的最後面進行。

周執行秘書淑婉

等一下同仁還會留下來繼續作業，幕僚會盡量配合明天 11 點開會。

傅主任委員立葉

好！明早 11 點進行其他預算的協商。

謝代理委員天仁(吳委員榮達代理人)

請問明天座位會不會更換？資料可以留下來嗎？

傅主任委員立葉

委員的座位不會更換，資料可以留在座位上，今天會議到此告一段落，雖然很遺憾醫院及西醫基層總額沒能達成共識，但非常感謝各位委員及協商代表的辛勞，謝謝各位！今天會議到此結束。

伍、107 年度總額協商－「其他預算」
(106 年 9 月 22 日)與會人員發言實錄

伍、107 年度總額協商－「其他預算」(106 年 9 月 22 日)與會人員發言實錄

傅主任委員立葉

各位委員，大家好，現在已達法定開會人數，開始今天的協商會議。現在要進行其他預算的協商，因為書面資料大家已先閱讀過，請問健保署有無重點補充說明？

蔡副署長淑鈴

沒有。

傅主任委員立葉

若沒有，請問付費者代表有無提問？(付費者代表回應：逐項討論)不需召開內部會議嗎？(付費者代表回應：不用)好，就逐項進行討論。第 1 項「C 型肝炎藥費」，請滕代理委員西華。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

第 1 項「C 型肝炎藥費」，因為付費者代表已將這部分放在相關總額的專款項目，所以 48.86 億元全數刪除。主席，請問我要逐項說下去嗎？

傅主任委員立葉

是否請健保署表示意見？

蔡副署長淑鈴

請全部說完，健保署再作說明。

傅主任委員立葉

好，請滕代理委員西華逐項說完。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

一、第 2 項「西醫基層總額轉診型態調整費用」，要扣除部分款項，因為昨天在協商醫院總額時，因醫院附設門診要回歸醫院總額需風險調校經費 3.96 億元，所以從本項扣除，此外因應推動分級醫療，西醫基層及醫院總額的「鼓勵院所建立轉診之合作機制」各編 1.29 億元，合計 2.58 億元，都是與轉診型態調整相

關的費用，這部分不重複編列，故扣除 6.54 億元，餘額是 13.46 億元，所以這項刪掉 6.54 億元。

二、第 3 項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，按健保署編列的金額照列。

三、第 4 項「非屬各部門總額支付範圍之服務」，健保署建議更名為「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務」。在協商牙醫門診總額時，提到牙醫的居家醫療照護要移列至其他預算，此外，也建議應將中醫與藥師居家醫療照護服務，同步納入居家醫療照護服務，所以增加一些費用，請健保署統一規劃。若將牙醫原編 1,864 萬 8 千元，再將中醫與藥師服務費用加進來，建議新增 3 千萬元，本項共增加 5.3 億元。另請健保署說明，去年本項有匡列細項費用，例如，今年精神疾病社區復健是否要匡列多少額度？

吳委員榮達

這項需要付費者大家有共識哦！

傅主任委員立葉

請問這項沒共識嗎？

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

沒關係！主席，請先等一下，讓付費者代表討論一下。

傅主任委員立葉

所以這項還沒有共識，請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我在這裡鄭重更正昨晚的發言，公正人士徵求主席同意後可以發言，專家學者應總額協商雙方諮詢，經主席同意後可以發言。我更正昨晚的發言，因為昨晚太累了，所以將公正人士談在一起。在總額協商中公正人士經主席同意是可以發言，以上是我的更正。

傅主任委員立葉

關於這部分，為利協商的進行，也尊重付費者代表過去的慣例，今

天先採這樣的規則。但我個人認為這部分的規則，可能委員之間的認知不一定完全相同，將來有值得檢討的空間。不過目前須以協商為重，暫時依慣例進行協商，大家是否同意？

蔡委員登順

我尊重何代理委員語的發言，請大家參考會議資料第 180 頁訂有協商共識會議進行方式的相關原則。希望大家照協商規則走，而且要互相尊重，我們是為全民健保在做事，大家何必爭得面紅耳赤，不惜翻臉惡語相向，可嘆！只要對全民及醫療體系有利，我們都願意努力，以上是我對這件事情的感想。

傅主任委員立葉

請林委員敏華。

林委員敏華

可否給付費者代表 10~15 分鐘的時間召開內部會議討論？

傅主任委員立葉

接下來由付費者代表進行內部會議，討論時間 15 分鐘。

(付費者代表進行內部會議討論約 53 分鐘)

傅主任委員立葉

付費者代表內部會議已經結束，現在進行其他預算的討論，請付費者代表先說明內部共識方案。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

不好意思，讓大家久等！歷年來付費者代表對於其他預算沒有像這屆付費者代表這麼關心過，我們針對績效的部分做了很多的討論，所以時間耽擱了。

- 一、第 1 項「C 型肝炎藥費」，金額全數為 0，因為已經全部回歸相關總額的專款項目。
- 二、第 2 項「西醫基層總額轉診型態調整費用」，減列 6.54 億元，因為在其他部分有編列相關預算，所以這部分增加 13.46 億元，有 3 個動支要件(註)，請大家參閱螢幕文字，我不再唸。

(註：協定事項：1.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足。2.為落實分級醫療，請中央健康保險署研訂醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件，當病人流動達一定門檻，方能相對動支一定比率預算。3.計畫提經健保會同意後，預算始得動支。)

- 三、第 3 項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，按照健保署的金額照列。
- 四、第 4 項「非屬各部門總額支付範圍之服務」，增加 2 千萬元，希望健保署整合牙醫、中醫及藥師居家醫療服務。因為去年針對各細項，如「精神疾病社區復健」有匡定各自費用，利用超過則採浮動點值，請健保署說明，明年是否還要匡定各項費用？
- 五、第 5 項「支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費、罕見疾病特材及器官移植專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」，因為醫院總額在「罕見疾病與血友病藥費、罕見疾病特材及器官移植」部分已增加 15.08 億元，其實去年本項也有編列經費，使用率不高，所以酌減 1 千萬元，協定事項請健保署積極協商罕見疾病的藥價，因為罕見疾病的藥價越來越高，不只導致健保財務負擔，病人的負擔也越來越重，因此酌減 1 千萬元，希望健保署積極協商合理藥價。
- 六、第 6 項「推動促進醫療體系整合計畫」，目前進行的 3 項計畫成效，不是非常傑出，所以減列 4 億元。協定事項希望預算盡量運用於推動轉診制度及分級醫療，並請健保署每半年向健保會提報執行情形，特別是「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」，及「區域醫療整合計畫」。
- 七、第 7 項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，減列 1.78 億元，預算為 8.22 億元，因為減列的部分已移列至西醫基層總額的專款費用。
- 八、第 8 項「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」，按照健

保署的金額照列，請健保署加強醫事服務機構網路的頻寬，檢討是否有頻寬不足導致無法即時查詢MRI(Magnetic Resonance Imaging，核磁共振攝影)，或影響資源共享平台成效的情形，請加強即時查詢執行率，並定期向健保會提出檢討報告。

九、第 9 項「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」，按健保署的意見金額全數照列。

十、第 10 項「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」，因為原擬移出至部門總額的費用已移回其他預算，所以預算仍維持 4.04 億元，使用項目(註)已列在螢幕的協定事項中。

[註：1.用於繼續推動末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫、初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)，及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。2.請加強推動初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)，並提升完整照護率。3.請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告]

十一、第 11 項「提升服務保險成效」，減列 1 千萬元，請健保署將所節制的浪費，及提升效益的影響，提至健保會報告，納入 108 年度協商減項。

十二、第 12 項「高診次者藥事照護計畫」，今年仍照列 4 千萬元，請加強藥物浪費的稽核與輔導，並請健保署與藥界針對高診次病患之藥事服務費研擬合理支付費用，而不是一再用專案方式處理病人的用藥輔導。

傅主任委員立葉

謝謝付費者代表的說明，請問健保署對付費者代表方案有無說明？請干委員文男。

干委員文男

對「高診次者藥事照護計畫」的預算我沒意見，但有關加強高診次病患用藥輔導，雖然原來都已訂有相關規範，但建議檢查所有藥局門前的回收藥箱，可以派工讀生去登記。我自己曾看見 2 天就回收很大一桶，很多藥物都沒服用，到底是醫師浪費？還是用藥人浪

費？這都是社會資源，都說是病人拿出來丟的，但若醫師不開藥，病人怎麼會有藥可丟？請給藥師多 1 項任務，藥袋上都有醫院及被保險人的名字，應該可以查出來處理，不然藥物浪費那麼多，這樣不可以。

傅主任委員立葉

請潘代理委員延健。

潘代理委員延健(李委員偉強代理人)

有關「C型肝炎藥費」，昨天我們在討論各部門總額預算時，醫院部門是兩案併陳，醫院代表方案希望「C型肝炎藥費」能維持健保署方案列在其他預算，所以這部分請求應該用兩案併陳的方式處理。在「其他預算」能部分納入醫院代表的意見，「C型肝炎藥費」採用原來健保署匡列的費用。

傅主任委員立葉

請問健保署對付費者版本有無意見？

蔡副署長淑鈴

- 一、第 1 項「C型肝炎藥費」，健保署尊重付費者代表的意見。
- 二、第 2 項「西醫基層總額轉診型態調整費用」13.46 億元，因為有些費用已經匡列在部門總額，這部分沒有意見，也同意協定事項的文字。
- 三、第 3 項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，依原來金額照列。
- 四、第 4 項「非屬各部門總額支付範圍之服務」，因為這部分是整合照護，有居家醫療照護、助產所、精神社區復健及轉銜長照 2.0 之服務。本項增列 2 千萬元，整合牙醫、中醫與藥師的居家醫療照護服務，這部分我們會努力。本署今年原建議增編 5 億元，是因為居家醫療照護一直擴大，且長照轉銜服務是政策推動的重點，過去曾發生費用不足的情形，造成點值浮動，謝謝能給我們增編預算。
- 五、第 5 項「支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費、罕見疾病特材

及器官移植專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」，減列 1 千萬元，但是「C型肝炎治療藥費」文字能否保留下來？因為這部分現在編列在專款，擔心費用不足，若保留文字，不夠時才可以有預算因應。減列 1 千萬元沒關係，但是「C型肝炎藥費」等文字可以保留下來嗎？不要刪掉。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

第 4 項的「精神疾病社區復健」是否要匡列費用？

蔡副署長淑鈴

第 4 項，因為居家醫療與轉銜長照服務都在擴大中，建議不要再匡列細項費用。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

但「精神疾病社區復健」去年有匡列費用啊！

蔡副署長淑鈴

- 一、建議都不要再匡細項了，專款項目中又匡細項費用，經費執行的彈性會小很多。
- 二、第 6 項「推動促進醫療體系整合計畫」，全年經費 7 億元，預算盡量用在推動轉診制度及分級醫療，及每半年向健保會提報執行情形。但希望 106 年的「區域醫療整合計畫」能留著，這部分是預留給要推動的項目，這項有保留嗎？

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

有，全部的項目都保留，只減列金額，未匡列細項費用。

蔡副署長淑鈴

- 一、所以第 6 項「推動促進醫療體系整合計畫」保留，並且不匡列細項費用，4 項計畫共用經費。謝謝。
- 二、第 7 項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，減列 1.78 億元，這部分同意。
- 三、第 8 項「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」，同意。
- 四、第 9 項「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」，同

意。

五、第 10 項「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」，同意。

六、第 11 項「提升服務保險成效」減列 1 千萬元，也同意。

七、第 12 項「高診次者藥事照護計畫」，仍維持 4 千萬元，同意，謝謝。

吳委員榮達

可以再說明第 5 項嗎？

蔡副署長淑鈴

第 5 項「支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費、罕見疾病特材及器官移植專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」，預算減列 1 千萬元，沒問題，但文字的部分，刪掉「西醫基層總額原慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」的文字，希望 C 肝藥費的文字可以保留，不要刪掉，因為 C 型肝炎藥費在醫院及西醫基層總額是編在專款項目，會優先支用部門總額的專款費用。

林委員敏華

補充說明，其實「C 型肝炎藥費」已在部門總額編列一筆預算了。而本項預算編列的目的是因為罕見疾病、血友病的用藥比較特殊，萬一其藥費不足時，可以支用。因此，希望支用順序將 C 型肝炎藥費放在最後，等確定罕見疾病及血友病的經費都沒問題了，真有剩餘，才能夠撥補 C 型肝炎藥費。

蔡副署長淑鈴

在協定事項落下文字好嗎？本項預算會優先支應罕見疾病、血友病及愛滋病不足的藥費...

林委員敏華

因為那是保命錢。

蔡副署長淑鈴

對！因為「C 型肝炎藥費」在部門總額有列專款項目，我們會盡量控管不讓預算超支，若真有不足，在支用優先順序上，C 型肝炎藥

費就列在最後。這樣可以嗎？

干委員文男

可以啦！

傅主任委員立葉

優先用於支應罕見疾病、血友病...。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

一、是優先沒錯，但去年只用了 1,500 萬元，去年HIV(Human Immunodeficiency Virus，人類免疫缺乏病毒)也編了 35 億元的藥費，在從寬編列的情況下，去年不足款的支應才會只有 1,500 萬元。因為這些項目在醫院總額已經編列預算，明年罕病、血友病、愛滋病等藥費在醫院部門已經增加了 15.08 億元，C型肝炎藥費也新增 18 億元，因此若C型肝炎藥費不足，至少會有 2 億元規模可以使用。

二、去年C型肝炎藥費專款之所以不夠用，是因為健保署放寬適應症，適應症已不可能再變回嚴格，所以今年又增編 18 餘億元，所以我們付費者不是很支持再用此項目的預算去補C型肝炎藥費的不足。

蔡副署長淑鈴

其他預算一直都有這個項目，過去是用來支應罕見疾病、血友病及器官移植專款不足之經費，後來又多了支應愛滋病及C型肝炎藥費不足之經費。沒錯，這些項目都有編列預算，但這是最後一道防線，是預備款的意思。本署完全同意優先支應原來的罕見疾病、血友病及器官移植後續治療，可以列入文字沒有問題。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

協定事項一定會寫罕見疾病、血友病、器官移植...等優先，但問題是那些人用不到這些經費，不支持再用於C型肝炎藥費。(部分付費者委員表示同意)

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

針對第 6 項「推動促進醫療整合計畫」，昨天我已先報告部分意見，應該大部分都已經報告過了，對於「跨層級醫院合作計畫」的執行情形，雖然看起來數字不是很好...。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

可以說大聲點嗎？聽不清楚。

謝委員武吉

- 一、我希望健保署可以改變，第 1 點，「跨層級醫院合作計畫」每診日補助金額，給醫師的費用是 3,500 元，希望健保署可以提升，因為請醫學中心與區域醫院的醫師來地區醫院支援，1 節的費用是 6,000 元、7,500 元、9,500 元到 12,500 元不等，若是每 1 診的患者人數是 3、5 人到 10 人以內，都是虧錢的，所以未來要落實跨層級醫院合作，費用需要調整。
- 二、第 2 點，健保署有規定每個月接受支援診日上限，今年已改為 1 個月 35 診日，以前更少一點。其實 1 個醫師或是 1 個科支援地區醫院，例如心臟科派 1 位醫師來支援，就是 1 節而已，這樣的效益不高，至少要調整到 1 個醫院每月 70 節以上才適當。
- 三、第 3 點，在此特別向各位說明，目前醫學中心與區域醫院都還是把患者扣住，要拜託他們讓初級照護的患者跟著醫生轉至地區醫院接受治療。之前總說患者不到地區醫院，是因為患者想要跟著原來的醫師，若該位醫生已至地區醫院支援，他的患者就可以一起過來，但不能讓醫師受到醫院的處罰。因為很多醫生向我說明，若他們告訴患者到地區醫院看自己的門診，醫院會處罰他們，這是大家可能都不知道的事實面，健保會要如何處理才能讓門診及住院轉診制度可以落實，這是很重要的一環。另外，要配合實施方式的改變，1 億元可能不夠，可否由其他項目挪部分經費過來。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

現在是健保署與我們付費者協商，是否趕快將協商內容定案，其他的寶貴意見，再另外處理。

傅主任委員立葉

謝謝！我也認為應該這樣，我們是否...。

黃委員啟嘉

我不是要發表意見，只是詢問。請問現在程序是付費者與健保署在協商，其他總額部門不能參與「其他預算」討論嗎？還是我們可以表達意見？我們對付費者提出的金額都沒有意見，但想要請教及確認部分事項。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

我們先將C型肝炎藥費處理完。

傅主任委員立葉

先將協定事項處理完，有其他意見再表達，好嗎？請李委員永振。

李委員永振

請問第5項所列「西醫基層總額慢性B型及C型肝炎治療」等文字，確認要拿掉或留著，我贊成拿掉。(有付費者委員回應：拿掉)

傅主任委員立葉

健保署說尊重付費者意見。

蔡副署長淑鈴

若一定要拿掉，那就拿掉，這部分原來的經費是編在部門總額的專款，若拿掉就一定要好好控管，不要發生經費不足的情形。

傅主任委員立葉

好，那就這樣處理。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

要重複一遍嗎？剛剛有代表提到「C型肝炎藥費」還是依照付費者原本的本，因為健保署也同意放在部門總額的專款，請將螢幕上剛才登打後面的協定事項文字(醫院建議C型肝炎藥費移列在其他預算)拿掉。

傅主任委員立葉

這項協定事項的文字刪除，現在看起來每個項目都已經達成共識。請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

依照議程，其他預算之協商，與會人員包含本會委員、健保署及社保司與本會幕僚，所以本會委員是否可以對其他預算之協商也表示點意見？

傅主任委員立葉

可以。

黃委員啟嘉

一、若可以，我有以下幾點需要確認，第1個是昨天西醫基層部門已經表達，關於C型肝炎藥費我們與健保署原提意見一致，是放在其他預算。

二、第2點是有關「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」(1.78億元)移列西醫基層專款，這點我們與付費者當初都同意從其他預算扣減。

三、第3點，Early-CKD我們也是維持列於其他預算，我代表西醫基層將以上意見再作一次確認。

傅主任委員立葉

好，接著請林委員錫維，再請陳委員亮良。(林委員錫維表示禮讓)

陳委員亮良

剛剛其他預算的協商，健保署有提供意見，這部分可否給付費者代

表 2 分鐘討論一下，整合意見後再定案。

傅主任委員立葉

是有關第 5 項「西醫基層總額原慢性B型及C型肝炎治療」等文字嗎？不是已經定案了嗎？

林委員錫維

對啦！就是這個問題。

傅主任委員立葉

好，接下來 2 分鐘時間，請付費者代表討論一下。

(付費者代表進行討論約 1 分鐘)

陳委員亮良

我們付費者代表達成共識，針對剛剛健保署的建議，第 5 項所列預算應優先使用罕見疾病、血友病等項目外，同意以 1 億元額度為上限運用支應C型肝炎藥費不足。

傅主任委員立葉

您的意思是在協定事項加入這些文字嗎？項目名稱保留「C型肝炎藥費」，支應C型肝炎藥費不足之經費頂多 1 億元，是這樣嗎？

林委員錫維

給健保署一個彈性啦！

傅主任委員立葉

協定事項增加 1 項「C型肝炎藥費專款不足之經費以 1 億元為上限」，這樣看起來每項都達成共識了。

潘代理委員延健(李委員偉強代理人)

請問現在報部是 2 個版本併陳嗎？

傅主任委員立葉

因為達成共識，只有 1 個版本。

潘代理委員延健(李委員偉強代理人)

因為第 1 項「C 型肝炎藥費」，昨天協商時，醫院部門的共識是兩案併陳，若其他預算沒有兩案併陳，明年有可能什麼都沒有。所以不能用其他預算的決定，來決定昨天兩案併陳的結果啊！這等於是間接裁示這個項目要列在部門總額專款啊！這個結果非常奇怪啦！

傅主任委員立葉

這也是請醫院與西醫基層部門再考量的地方。

- 一、第 1 點，若照您們現在的版本，沒有編列 C 型肝炎藥費的話，大家可能要考慮一下衛福部會怎麼裁定。
- 二、第 2 點，依現在的協商結果，醫界版本若再加上 C 型肝炎藥費，總體總額的成長率會超過上限 5%，醫院部門醫界方案不含門診透析預算，較上年度核定總額成長率也超過 5% (5.066%)。

黃委員啟嘉

這個議題沒有兩案併陳的可能性嗎？

傅主任委員立葉

沒有，因為付費者代表與健保署已經達成共識。

黃委員啟嘉

但是，醫界對這個項目沒有共識啊！

傅主任委員立葉

因為這是付費者代表與健保署的協商，而他們達成了共識。請滕代理委員西華。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、這個問題去年也有類似的情形(醫院代表方案將 C 型肝炎移至其他預算，付費者方案列在醫院專款，最後衛福部裁定列醫院專款)，其實我們有一再提醒，若醫界將相關項目放在其他預算，一旦付費者刪掉經費就沒了。我們很堅持不要放在其他預算，這個戲碼其實在去年已經演過 1 遍了。
- 二、其他預算本來就是由付費者代表與健保署協商與對談，若雙方

有共識，這部分沒有兩案併陳的問題啊！若部長不勾選，C型肝炎藥費就沒錢，我們已一再提醒，若將這個項目放在其他預算，就會有這種風險。當然我們相信部長不會讓這個項目沒有預算。

傅主任委員立葉

- 一、請醫院與西醫基層部門能不能再努力調整一下版本。試試看能否研擬出付費者可以接受的版本，最後若大家能有共識則皆大歡喜，若不能，至少要让成長率低於5%，不能超過行政院核定上限。此外，C型肝炎藥費也需處理。以醫界目前的版本，並沒有編列這筆經費，也請想想衛福部會如何裁定。
- 二、因為午餐時間已經到了，樓下餐廳已準備好午餐了，是否先請各位用餐，這段時間請醫院與西醫基層部門再考慮一下，好嗎？若可能的話，就再重啟協商。請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

現在討論的其他預算還沒定案嗎？

傅主任委員立葉

每個項目都已達成共識。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

請問第1項「C型肝炎藥費」的協定事項有將醫界建議的文字列入嗎？

傅主任委員立葉

醫界建議的文字未列入協定事項。

林代理委員佩菽(翁委員文能代理人)

向主席報告，這個項目會有問題，雖然說其他預算是以付費者代表與健保署協談為主體，但因為其中部分項目會涉及其他的總額部門，而醫院與西醫基層部門的醫界共識方案是維持健保署原本的版本，若紀錄上完全不呈現的話，我們不知道後續要怎麼處理，而且這樣對我們2個部門也不公平。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

因為今天這是委員會議...。

傅主任委員立葉

委員會議下午才召開，現在是進行「其他預算」的協商會議。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

在其他預算的協商，雖然是由付費者代表與健保署協商，但實際執行者是醫院與西醫基層部門，這2個部門都認為有問題，也都有意見，您們卻完全不管醫界到底能不能執行，天底下哪有這種對等協商的方式？醫界要提出嚴正抗議，這個項目應該用兩案併陳方式，不同意用這種方式強迫我們接受採部門專款的方式執行。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、向您報告，每位委員對所有協商過程的項目，若有意見，都可以在委員會議中表達贊成或不贊成意見，有沒有但書，我們都尊重。
- 二、這沒有醫界能不能執行的問題，這筆錢就是由醫界執行，就算列在其他預算也是一樣，我不懂這為何與醫界能不能執行有關係？因為這是付費者代表與健保署協商這筆經費的應用，部長要怎麼裁示是部長的智慧，在交辦時就要有這個智慧去處理。
- 三、對付費者代表來說，我們在107年度西醫基層與醫院總額的專款編列C型肝炎藥費。我們了解西醫基層與醫院部門不同意。但自從總額成立開始協商以來，就常會有彼此同意或不同意的項目，但不管雙方有沒有辦法達成共識，總額一直就是由醫界在執行！現在好像說我們不管醫界是否窒礙難行，我覺得也不致於這樣，因為付費者已經同意健保署編了48.86億元的經費(依照健保署估算的額度，較106年增加18.23億元)！

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

若是將48.86億元編列在部門總額的專款，為什麼不能編在其他預算？顯然每次都要吃醫界豆腐，長期以來都是這樣，您們強烈要求

經費不能編列在其他預算，但列在其他預算也是一樣可以執行啊！為什麼不在其他預算執行，非得吃醫界豆腐放在專款？我必須代表醫界提出抗議，我們不要長期被吃豆腐，總不能夠您們說不行放在其他預算就是不行，只要付費者說不行，醫界就什麼都必須要吞，我想天底下沒有這種事吧！

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

程序上，今天上午我們付費者代表與健保署已完成其他預算的協商，協定的內容已記錄在試算表中，至於醫界的意見，非常寶貴，可以在下午的委員會議確認協商結果時提出附帶建議案，程序上應該這樣，而不是在協商會議中想要加入您們的意見，這是我們付費者與健保署兩邊的協定事項。至於醫界代表的寶貴意見，可以在委員會議通過附帶決議，我們一定會很尊重的。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

昨天我就看出其他預算大家會不同調...。

干委員文男

說的太小聲了！

謝委員武吉

健保署同意將C型肝炎藥費放在其他預算，但付費者代表不同意，醫界的意見是與健保署一樣，若大家要這麼爭執下去，我認為不必要，可以在說明欄後面增加一欄，寫的清清楚楚，大家就不用爭執不休，說清楚講明白，做事應該要這樣，否則就不要做。

傅主任委員立葉

這部分可以在下午的委員會議，看是要再說明或是以附帶決議處

理。目前的版本是雙方協商有共識的結果，因為協商雙方未提到這樣的協定事項，所以就尊重協商雙方的意見，依目前版本提報下午的委員會議討論。我們也尊重醫界意見，以及表達抗議的權利，委員的發言會列入議事錄，或可在下午的委員會議進一步討論。因為現在已是用餐時間，是否我們...

謝委員武吉

我不能接受主席的說法，若現在可以將這件事情做完，下午就不必再吵一次，不是這樣嗎？

周執行秘書淑婉

幕僚建議在協定項目表不做處理，但可考慮在表單下面的備註，列出醫界剛才對於C型肝炎藥費建議的文字，以呈現醫界有這樣的反映。

謝委員武吉

應該併陳在協定事項...(多位委員表示意見)

傅主任委員立葉

因為這不是雙方的協定事項，但可考慮在表單下面備註，至少有呈現相關文字，但不是協定事項。請問加在備註欄好嗎？

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

請問付費者與牙醫門診總額代表協商時，中醫門診總額代表可以說我有意見，請加入備註事項嗎？

傅主任委員立葉

所以付費者代表也不同意以備註方式處理，那就下午委員會議再來處理好嗎？

謝委員武吉

這樣吃飯吃得下去嗎？萬一喝酒打架更麻煩。

傅主任委員立葉

不會這樣，請大家再想一下。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

難道不能先將醫界的意見備註出來，待下午委員會議再討論，必須要讓所有人聽到醫界的聲音，我們不願意再這樣子吞了，這件事我們還是要很強烈表達，希望要有個地方讓我們陳述意見，可以在表單下面備註。

傅主任委員立葉

是應該要讓醫界聲音被聽到，只是該用什麼方式處理。下午的委員會議可以用附帶決議或說明之類的方式來表達，這也是反映醫界聲音的方式。基本上，目前的協商結果列在協商文件，基本上應該是列出協商雙方的協定，若要加上第3方意見，比較奇怪。

謝委員武吉

我要對主席提出嚴正的抗議，主席每次都只看付費者代表那邊，都不看醫界代表這邊，舉了好幾百次手才要讓我們說話，難道這不是事實嗎？我不爽啦！

傅主任委員立葉

我並沒有不讓你們講話。

干委員文男

大家一直都在協商中，但現在是我們協商的時間，請您要體諒，有意見下午的委員會議再提出就好，有話慢慢說...。

謝委員武吉

我們吃不下了啦！

干委員文男

吃不下去，就用喝的啦！

謝委員武吉

連喝也不喝！

吳委員榮達

現在畢竟是我們付費者代表與健保署協商，對於醫界代表所表示的

意見，請健保署代為在備註內表示，好不好？由健保署代醫界表示意見。

傅主任委員立葉

我必須講，因為現在是雙方協商...。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

現在是有人不想讓我們達成協商，我們跟健保署已經講好了啊！

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

在付費者代表與健保署協商其他預算時，坦白講，我們不會介入牙醫、中醫門診總額的相關項目，因為在執行上與我們沒有直接關係。但這個項目實際是由醫院及西醫基層部門執行，我們當然要表達意見，我們不是無關的第3方，現在講的是醫院與西醫基層部門的事情，為什麼我們不能表達意見？我覺得沒有道理，所以我們還是要提。

傅主任委員立葉

再說一次，我覺得醫界有表達意見的權利，也有權利應該讓意見被聽到...。

干委員文男

場合不對啦！這樣我也要抗議。

傅主任委員立葉

一、有關要用什麼方式呈現醫界的觀點，因為這是協商文件，理論上應該載明協商雙方的協定事項，至於第3方的意見，可以在別的地方表達。我認為1個協商文件，就像2方簽約，在雙方的合約裡面，要加入第3方不同的意見，是不太妥適。我也希望醫界的聲音可以被聽見與表達，但是否用不同的方式與場合，可以嗎？

二、我完全沒有阻止醫界發言，剛才您們舉手，我也是立刻請您們發言。

謝委員武吉

但我舉了好幾次！

傅主任委員立葉

陳委員亮良也說舉好幾次手，我才請他發言，可是我覺得已經常常請他發言了，也擔心別的委員覺得我讓他發言太多次。真的要鄭重跟委員說，只要看到委員舉手，我都會請大家依序發言。請吳委員國治。

吳委員國治

主席，這是我第1次發言，我附議吳委員榮達的建議，健保署要有guts(膽量)，因為這是健保署提出來的，吳委員建議健保署代為表達也是很合理。現在付費者代表與健保署在協商，但我好像沒有看到協商的感覺。

傅主任委員立葉

請潘代理委員延健。

潘代理委員延健(李委員偉強代理人)

- 一、我再表達一個看法，雖然其他預算是付費者代表與健保署兩邊的協商，但因為合約裡面牽涉到西醫基層與醫院部門的權益，這就好像2個人在定合約，要決定從第3人口袋中拿多少錢出來，或是要放多少錢進去，我們是利害關係人，所以應該有權利可以表達意見，我們已經退縮到至少在備註欄呈現意見，讓我們的聲音可以表達出來。
- 二、下午委員會議的議事錄，沒人會看，即使是看了，也就只是委員曾經說過的話而已，這與協定項目表所代表的意涵完全不同。我知道2方協議已經達成共識，但我們這種最卑微的，只是將我們的意見表達上去，因為這關係到西醫基層及醫院部門的權益，我們是最切身的利害關係人，是否就將我們的意見表達在備註欄上，就這樣而已啊！

傅主任委員立葉

健保署可否代替醫界提出...。

蔡副署長淑鈴

- 一、在總額協商會議中健保署是列席單位，不是出席單位，我們尊重雙方協商結果。沒有錯，醫界代表所提到的C型肝炎編列方式是健保署的建議案，我們不參與協商，也沒辦法主導最後協商結果應該擺在哪裡，但我們尊重最後的協商結果。
- 二、現在的結果確實如醫界所言，今年在協商C型肝炎藥費時，這筆費用究竟要放在總額內的專款或是其他預算，大家爭執不下，所以才會有兩案併陳的結果。剛剛在進行其他預算協商時，對於第1項「C型肝炎藥費」當然也是尊重，因為我們沒辦法去主導昨天的每場協商，健保署都是提建議案，所以昨天的協商結果有甲案、乙案的話，我認為真的很適合在備註欄中稍微交代一下，這是讓雙方猜忌減到最低。
- 三、畢竟昨天兩案併陳的結果，並不是健保會可以處理，而是要陳報到主管機關決定。所以，讓醫界的意見能夠被表述，大家應該可以接受才對，因為只是備註。本表上面沒有辦法敘明清楚，在備註欄交代也是一個好的方法。至於決定權，在這裡已經僵持不下，就必須送到衛福部裁決，可否做以上建議？

傅主任委員立葉

健保署提出來的意見，就看付費者是否可以同意，在備註欄加註說明。如此一來還是一個經雙方協議的結果，付費者代表可以同意嗎？請葉委員宗義。

葉委員宗義

剛才醫界代表說出來了，其實我們並不是黑箱作業，其實協商最後結論是在委員會議確認，若要說他們的會員沒有看到資料，我們下午委員會議還可以翻案，協商的案子並不是定案，所以寫下去，在下午委員會議兩案併陳，若要翻案也是可以喔！是否這樣？因為我們並不是黑箱作業，所以還是希望雙方都要理性，按照程序走，其實協商會議與委員會議有差別，委員會議就是要確定協商內容，這

是很明確的，當然要面對的問題很多，本次的協商，西醫基層及醫院部門都沒有達成共識，當然會有很多麻煩的事情，所以要說協商成功，也不見得是成功，到下午可能還會有其他的問題產生，我認為還是須尊重協商已經結束，今天早上的協商是付費者與健保署協商，但下午委員會議是全體委員參與討論，性質就不一樣了。

傅主任委員立葉

謝謝，建議我們暫時先討論到此，下午委員會議確認協商結果時，若大家同意，可以在備註欄加註醫界的意見，或者是用其他方式處理，等下午委員會議再來討論及決定。現在不要因為這件事而卡在這裡，請大家用智慧想一想有沒有更好的方式處理，一方面能表達醫界的聲音，另一方面也不會破壞現有的協商共識。請蔡委員登順。

蔡委員登順

我有不同的意見要表達，有關昨天與今天協商的結果，針對協商的決定事項包括成長率、總額，在委員會議是不得翻案的，只能針對協定事項文字不清楚的部分可酌予調整修正，但決定事項的內容與成長率，是不能翻案的，如果今天破壞規則一旦可以翻案，那會議就沒完沒了，會一直開不完。這個原則大家一定要遵守，所以，請大家不要誤會可以在委員會議翻案，那是不行的。

傅主任委員立葉

- 一、謝謝蔡委員登順的提醒，金額數字與協定事項是不可以更改的，但要不要加備註，下午可以討論，那就先討論到這裡。
- 二、另外，周執行秘書淑婉提醒有關成長率超過 5% 上限乙事，拜託醫院與西醫基層部門再考慮一下，按照您們的版本兩案併陳，醫界的版本超過 5% 上限，最好能夠調整，若雙方同意也很樂意重啟協商，討論出雙方代表能夠接受的版本。請大家利用午餐時間再思考一下。協商會議進行到此，下午 2 點進行委員會議。

(中場休息 56 分)

(付費者代表進行內部會議討論約 20 分鐘)

傅主任委員立葉

- 一、各位委員，目前大部分委員都已經入座，在正式開始今天的委員會議之前，我們先再處理一點協商未盡事宜。
- 二、在午餐前，特別拜託醫院及西醫基層部門，考量是否有再調整的空間，因為依醫界原本的版本計算後，整體總額成長將超過行政院核定總額提出的成長上限 5%，不知道在午餐的這段時間，醫界是否有要調整版本？請醫院部門代表說明。

李委員偉強

- 一、各位委員大家午安，因為午餐前主席有提醒，醫院總額醫界版本編列的預算略高過行政院核定的總額上限，希望我們內部做調整。經討論後，我們決定將 107 年度醫院總額一般服務「其他醫療服務利用及密集度之改變」原編列 25 億元，減列 7 億元，降為 18 億元，較上年度核定總額成長率約為 4.798%，不超過行政院核定上限，這是醫院部門最後的版本。
- 二、醫界代表與付費者代表版本很大的出入是在「C 型肝炎藥費」項目，該項付費者代表版本是編列在醫院與西醫基層部門總額之專款，而醫界代表版本都是列於其他預算。
- 三、我們知道上午健保署與付費者代表有協商其他預算，結果可能是在其他預算中編列「C 型肝炎藥費」，若如此，則會讓昨天兩案併陳的醫界版本自動失效，這對醫界十分不公平，也有違協商的原則，因此我們必須鄭重聲明，醫界版本維持昨天的版本不變，但減 7 億元以免超過行政院核定的上限。

傅主任委員立葉

感謝醫院部門代表，請問西醫基層代表是否要修正版本？

黃委員啟嘉

西醫基層部門醫界版本也做修正，原版本 107 年度西醫基層總額成長率較 106 年度核定總額成長率為 4.562% (一般服務+專款+門診透

析)，將「外傷服務密集度及照護品質」從 2 億元降為 1 億元，減 1 億元後，較 106 年度核定總額成長率調整為 4.464%(一般服務+專款)，加上門診透析服務後，較 106 年度核定總額成長率是 4.484%。

(註：此成長率數據非最終兩案併陳版)

周執行秘書淑婉

幕僚需要再試算一下整體總額成長率是否超過 5%。

傅主任委員立葉

- 一、麻煩幕僚試算一下，經醫院及西醫基層部門調整版本後，共減少 8 億元，整體總額成長率是否超過行政院核定上限 5%。
- 二、醫院及西醫基層總額的醫界版本，就採醫界代表更新後的版本，並維持兩案併陳送部裁決。請劉代理委員碧珠。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

請問目前是在確認總額部門成長率是否超出上限，還沒有到總額協商結果的確認，是嗎？

傅主任委員立葉

對，會在正式委員會議確認 107 年度各總額部門醫療給付費用總額的協定結果。若沒有其他問題，就正式開始今天的委員會議。