

衛生福利部全民健康保險會  
109 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 108 年 9 月 26 日、27 日



# 109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108年9月26日9時30分至9月27日0時5分及  
9月27日上午11時2分至12時40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：(依委員姓名筆劃排序)

干委員文男

王委員棟源 中華民國牙醫師公會全國聯合會徐理事邦賢

(9月26日09：30~14：32代理)

何委員語

吳委員國治

吳委員榮達

吳委員鴻來

李委員育家 中華民國全國中小企業總會范行政長秋芳(代理)

李委員偉強

周委員穎政

林委員敏華

林委員錫維

邱委員寶安

翁委員文能

馬委員海霞

商委員東福

張委員文龍 中華民國工業協進會產業委員會楊委員玉琦

(9月26日21時41分至9月27日0時5分代理)

張委員煥禎 中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠(9月26日9時

30分至9月27日0時5分代理)

張委員澤芸

許委員美麗

許委員駢洪

陳委員有慶

陳委員旺全

陳委員炳宏

陳委員莉茵

黃委員金舜 中華民國藥師公會全國聯合會張秘書長文靜(9月27日11:02~12:40代理)

黃委員啟嘉 中華民國醫師公會全國聯合會羅副秘書長浚暉

(9月27日11:02~12:40代理)

葉委員宗義

趙委員銘圓

滕委員西華

蔡委員明鎮 台灣總工會陳副理事長錦煌(代理)

蔡委員登順

鄭委員建信

鄭委員素華

盧委員瑞芬

賴委員進祥

謝委員佳宜

謝委員武吉

羅委員莉婷

#### 肆、協商代表

中華民國醫師公會全國聯合會

王世晞、周慶明、  
徐超群、張孟源、

陳相國、黃振國、  
顏鴻順、盧榮福

中華民國牙醫師公會全國聯合會

沈茂棻、徐邦賢、  
許世明、陳彥廷、

黃福傳、連新傑、  
翁德育、簡志成、

羅界山

台灣醫院協會

朱益宏、林佩菽、  
陳志強、陳瑞瑛、  
廖振成、潘延健、  
劉碧珠、羅永達、  
嚴玉華

中華民國中醫師公會全國聯合會

呂世明、林永農、  
柯富揚、施純全、  
陳憲法、詹永兆、  
劉富村

#### 伍、列席人員

本部社會保險司  
中央健康保險署

盧副司長胤雯  
李署長伯璋 蔡副署長淑鈴(代理)

台灣腎臟醫學會  
本會

李組長純馥  
戴組長雪詠  
盧理事長國城  
周執行秘書淑婉  
洪組長慧茹  
邱組長臻麗  
陳組長燕鈴

陸、主席：周主任委員麗芳

紀錄：陳淑美、盛培珠、  
方瓊惠、劉于鳳、  
陳思縉、廖尹嫻

#### 柒、主席致詞

一、各位委員、各位與會代表，大家早安！今天召開的「109年度全民健保醫療給付費用總額協商會議」，可說是本會年度內最重要的大事，依行政院核定的109年度總額範圍成長率下限為3.708%、上限為5.5%，本次協商關係到未來一整年全民健保的發展，在座的各位對全民健保及各醫療部門間的未來發展擔負很重要的角色和責任，我

們對今天的總額協商賦予非常高的期待。我們將在行政院核定的總額範圍間進行109年度總額協商。

二、其次，介紹新任委員，歡迎藥師公會全國聯合會黃理事長金舜。

捌、109年度全民健康保險醫療給付費用總額－各部門總額協商代表與付費者代表協商結論

一、西醫基層總額

(一)協商時間：

- 1.西醫基層總額：9月26日09：30~12：59(含付費者及西醫基層部門代表各自召集內部會議討論約2小時)。
- 2.門診透析服務預算：9月26日13：01~14：32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32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3.505%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率3.465%，協商因素成長率0.040%。
- 2.專款項目全年經費為6,148.9百萬元。
- 3.門診透析服務成長率4.126%。
- 4.前述三項額度經換算，109年度西醫基層醫療給付費用總額，較108年度所核定總額成長3.927%。

#### 西醫基層代表方案

- 1.一般服務成長率為4.077%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率3.465%，協商因素成長率0.612%。
- 2.專款項目全年經費為7,398.9百萬元。

3.門診透析服務成長率4.126%。

4.前述三項額度經換算，109年度西醫基層醫療給付費用總額，較108年度所核定總額成長5.301%。

(三)109年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配，付費者代表方案及西醫基層代表方案(草案)，如附件一。

## 二、牙醫門診總額

(一)協商時間：

9月26日14：33~18：04(含付費者及牙醫部門代表各自召集內部會議討論約1小時33分鐘)。

(二)協商結論摘要：

1.一般服務成長率為3.559%。其中醫療服務成本及人口因素成長率2.430%，協商因素成長率1.129%。

2.專款項目全年經費為1,172.1百萬元。

3.前述二項額度經換算，109年度牙醫門診醫療給付費用總額，較108年度所核定總額成長3.876%。

(三)109年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配(草案)，如附件二。

## 三、醫院總額

(一)協商時間：

9月26日18：06~21：39(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38分鐘)，及9月27日11：02~12：40分討論未盡事宜(含付費者及醫院部門代表各自召集內部會議討論約48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5.471%。其中醫療服務成本及人口因素成長率4.687%，協商因素成長率0.784%。

- 2.專款項目全年經費為30,435.4百萬元。
- 3.門診透析服務成長率2.533%。
- 4.前述三項額度經換算，109年度醫院醫療給付費用總額，較108年度所核定總額成長5.438%。

#### 醫院代表方案

- 1.一般服務成長率為5.471%。其中醫療服務成本及人口因素成長率4.687%，協商因素成長率0.784%。
  - 2.專款項目全年經費為30,668.4百萬元。
  - 3.門診透析服務成長率2.533%。
  - 4.前述三項額度經換算，109年度醫院醫療給付費用總額，較108年度所核定總額成長5.485%。
- (三)109年度醫院醫療給付費用總額及其分配，付費者代表方案及醫院代表方案(草案)，如附件三。

#### 四、中醫門診總額

##### (一)協商時間：

9月26日21：41~22：32(含付費者代表召集內部會議討論約25分鐘)。

##### (二)協商結論摘要：

- 1.一般服務成長率為4.696%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.092%，協商因素成長率1.604%。
- 2.專款項目全年經費為840.4百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，109年度中醫門診醫療給付費用總額，較108年度所核定總額成長5.393%。

(三)109年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配(草案)，如附件四。

#### 五、其他預算

##### (一)協商時間：



9月26日22：35~9月27日0:05(含付費者代表召集內部會議討論約45分鐘)。

(二)協商結論摘要：

109年度經費15,684.2百萬元，較108年度增加1,493.0百萬元。

(三)109年度全民健康保險其他預算及其分配(草案)，如附件五。

六、上述協商結論提送9月27日本會108年第7次委員會議報告。

玖、協商會議結束：9月27日上午12時40分。

一、109 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配(草案)

(一)總額設定公式：

■ 109 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 108 年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1+109 年度一般服務成長率)+109 年度專款項目經費+109 年度西醫基層門診透析服務費用

■ 109 年度西醫基層門診透析服務費用＝108 年度西醫基層門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後108年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會108年第3次委員會決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

(二)總額協商結論：

經西醫基層代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及西醫基層代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定。

付費者代表方案：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，依協定事項辦理，並於 109 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.一般服務成長率為 3.505%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 3.465%，協商因素成長率 0.040%。

(1)醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,024.4 百萬元)：

①優先用於急重難症、藥品基本價、藥事服務費、基層診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施等支付標準之調整。

②請中央健康保險署整體評估各科別之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於 109 年 7 月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。

(2)各項協商因素及建議事項如下：

①新醫療科技(包括新診療項目、新藥及新特材等)(0.041%)：

A.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並依本會 108 年第 3 次委員會議決議，未來於總額協商前，應提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。

B.請中央健康保險署於 108 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未於時程內導入者，則扣減該額度；另於 109 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

②藥品給付規定範圍改變(0.029%)：請於 109 年 7 月底前提報執行情形(含修訂項目及申報費用)。

③違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.030%)：

A.為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。

B.本項不列入 110 年度總額協商之基期費用。

2.專款項目全年經費為 6,148.9 百萬元：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 108 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 108 年 12 月底前完成，且均應於 109 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(1)西醫醫療資源不足地區改善方案：全年經費 265.4 百

- 萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。
- (2)全民健康保險西醫基層總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫：全年經費 0 元。
- (3)偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(109 年新增計畫)：
- ①全年經費 50 百萬元。
  - ②試辦期程：試辦○年。
- 執行目標：提升偏鄉地區產婦的醫療照護可近性。
- 預期效益之評估指標：計畫執行地區提供生產服務之基層診所至少維持 108 年家數，及基層生產服務量較 108 年增加。

幕僚補充說明：

- 1.依 109 年度總額協商原則規定，新增計畫應於協商時提出試辦期程、具體執行目標及預期效益(含評估指標)。
- 2.有關試辦期程，係於試辦一段期間後，進行檢討退場或納入一般服務。故請列出規劃之試辦期程，如：試辦 3 年進行評估。
- 3.以下各總額部門比照辦理。

- (4)家庭醫師整合性照護計畫：
- ①全年經費 3,100 百萬元。
  - ②請中央健康保險署強化收案管理機制並加強效益評估。
  - ③請中央健康保險署於 109 年 6 月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含家庭醫師整合性照護計畫)」之專案報告。
- (5)強化基層照護能力及「開放表別」項目：
- ①全年經費 820 百萬元。
  - ②請中央健康保險署於 108 年 12 月委員會議說明擬調整之項目與作業時程。
  - ③請檢視各開放表別項目的適當性及建立適應症規

範，並加強監督查核機制，以避免與醫院部門重複執行。

- ④請中央健康保險署於 109 年 6 月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含強化基層照護能力及「開放表別」項目)」之專案報告。

(6)C 型肝炎藥費：

- ①全年經費 406 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。
- ②本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式。
- ③請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。

(7)109 年使用 C 型肝炎新藥後所需之檢測費用：全年經費 0 元。

(8)醫療給付改善方案：

- ①全年經費 459 百萬元。
- ②辦理原有之糖尿病、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病等 7 項方案。
- ③請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。
- ④請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。

(9)鼓勵院所建立轉診之合作機制：

- ①全年經費 258 百萬元，預算如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
- ②請中央健康保險署持續監測病人流向及執行效益，於 109 年 6 月底前提出「分級醫療各項策略之執行

成效(含鼓勵院所建立轉診之合作機制)」之專案報告。

(10)網路頻寬補助費用：

- ①全年經費211百萬元，預算如有不足，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。
- ②請檢討並加強西醫基層院所參與率，109年度應達成參與院所數100%之目標。
- ③請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於109年6月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。

(11)罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材：

- ①全年經費 110 百萬元。
- ②本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。
- ③請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

(12)因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用：全年經費 11 百萬元。本項依實際執行扣除原基期點數，併入一般服務結算。

(13)新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

- ①全年經費 178 百萬元。
- ②本項預算依六區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算。

(14)品質保證保留款：

- ①全年經費280.5百萬元。
- ②原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2百萬元)，與109年度品質保證保留款(280.5百

萬元)合併運用(計385.7百萬元)。

- ③請中央健康保險署與西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款實施方案之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

(15)內科人才培育照護醫療費用：全年經費 0 元。

### 3.門診透析服務：

(1)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(2)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：

先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

(3)門診透析服務總費用成長率為 3.25%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 4.126%。

(4)請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。

(5)請持續推動腎臟移植，提升腹膜透析使用比率，並研議利用雲端藥歷進行用藥管理，審慎開立止痛類藥物。

(6)請中央健康保險署檢討慢性腎衰竭病人進入透析治療之條件。

4.前述三項額度經換算，109 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 108 年度所核定總額成長 3.927%。各細項成長率及金額如表 1。

### 西醫基層代表方案：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，依協定事項辦理，並於 109 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目

則包含前 1 年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.一般服務成長率為 4.077%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 3.465%，協商因素成長率 0.612%。

(1)醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,024.4 百萬元)：

①比照107、108年本項協定事項，醫療服務成本指數改變率所增加之預算，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數。

②為符合非協商預算原則，不應再附加任何前提。

③補充說明詳附件1。

(2)各項協商因素及建議事項如下：

①新醫療科技(包括新診療項目、新藥及新特材等)(0.172%)：

A.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並依健保會 108 年第 3 次委員會議決議，未來於總額協商前，應提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。

B.請中央健康保險署於 108 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未於時程內導入者，則扣減該額度；另於 109 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

C.補充說明詳附件 2。

②藥品給付規定範圍改變及相關醫療服務密集度之增加(0.470%)：

A.其中分列兩項：

(a)藥品給付規定範圍改變(0.272%)，補充說明詳附件 3。

(b)擴大 C 型肝炎治療衍生之醫療服務費用(0.198%)，補充說明詳附件 4。



B.請中央健康保險署於 109 年 7 月底前提報執行情形(含修訂項目及申報費用)。

③違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.030%)：

A.為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。

B.本項不列入 110 年度總額協商之基期費用。

2.專款項目全年經費為 7,398.9 百萬元：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 108 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 108 年 12 月底前完成，且均應於 109 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(1)西醫醫療資源不足地區改善方案：全年經費 265.4 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(2)全民健康保險西醫基層總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫(109 年新增計畫)：

①全年經費 100 百萬元。

②試辦期程：試辦○年。

執行目標：提升偏鄉地區醫療可近性。

預期效益之評估指標：計畫執行地區之開業診所家數至少維持 108 年家數，及就診人次較 108 年成長。

③本項經費不得與「西醫醫療資源不足地區改善方案」重複補助。

(3)偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(109 年新增計畫)：

①全年經費 50 百萬元。

②試辦期程：試辦○年。

執行目標：提升偏鄉地區產婦的醫療照護可近性。

預期效益之評估指標：計畫執行地區提供生產服務之基層診所至少維持 108 年家數，及基層生產服務量較 108 年增加。

(4)家庭醫師整合性照護計畫：

①全年經費 3,680 百萬元。

②請中央健康保險署強化收案管理機制並加強效益評估。

③請中央健康保險署於 109 年 6 月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含家庭醫師整合性照護計畫)」之專案報告。

④補充說明詳附件 5。

(5)強化基層照護能力及「開放表別」項目：

①全年經費 990 百萬元。

②請中央健康保險署於 108 年 12 月委員會議說明擬調整之項目與作業時程。

③請檢視各開放表別項目的適當性及建立適應症規範，並加強監督查核機制，以避免與醫院部門重複執行。

④請中央健康保險署於 109 年 6 月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含強化基層照護能力及「開放表別」項目)」之專案報告。

(6)C 型肝炎藥費：

①全年經費 406 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。

②本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式。

- ③請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。
- (7)109年使用C型肝炎新藥後所需之檢測費用：建議編列於一般服務預算「藥品給付規定範圍改變及相關醫療服務密集度之增加」。
- (8)醫療給付改善方案：
- ①全年經費459百萬元。
  - ②辦理原有之糖尿病、氣喘、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病等7項方案。
  - ③請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。
  - ④請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。
- (9)鼓勵院所建立轉診之合作機制：
- ①全年經費258百萬元，預算如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
  - ②請中央健康保險署持續監測病人流向及執行效益，於109年6月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含鼓勵院所建立轉診之合作機制)」之專案報告。
- (10)網路頻寬補助費用：
- ①全年經費211百萬元，預算如有不足，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。
  - ②請檢討並加強西醫基層院所參與率，109年度應達成參與院所數100%之目標。
  - ③請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於109年6月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。

(11)罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材：

①全年經費110百萬元。

②本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算支應。

③請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

(12)因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用：全年經費11百萬元。

(13)新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

①全年經費178百萬元。

②本項預算依六區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算。

(14)品質保證保留款：

①全年經費280.5百萬元。

②原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2百萬元)，與109年度品質保證保留款(280.5百萬元)合併運用(計385.7百萬元)。

③請中央健康保險署與西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款實施方案之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

(15)內科人才培育照護醫療費用(109年新增計畫)：

①全年經費400百萬元。

②不同意由醫療服務成本指數改變率所增加之預算支應，補充說明詳附件6。

本項請依協商原則，提出試辦期程、具體執行目標及預期效益(含評估指標)，以落實計畫目的。

試辦期程：試辦○年。

執行目標：\_\_\_\_\_。

預期效益之評估指標：\_\_\_\_\_。

### 3.門診透析服務：

(1)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(2)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：

先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

(3)門診透析服務總費用成長率為 3.25%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 4.126%。

(4)請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。

(5)請持續推動腎臟移植，提升腹膜透析使用比率，並研議利用雲端藥歷進行用藥管理，審慎開立止痛類藥物。

(6)請中央健康保險署檢討慢性腎衰竭病人進入透析治療之條件。

4.前述三項額度經換算，109 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 108 年度所核定總額成長 5.301%。各細項成長率及金額如表 1。

5.上開協定事項要求應提出試辦期程、執行目標及預期效益(含評估指標)，部分項目資料(如劃線處)尚待補正，請各總額部門於 10 月 7 日前提出，俾利於本會第 8 次委員會議(108.10.25)併同本案決議進行確認。

表1 109年度西醫基層醫療給付費用協定項目表(兩案送主管機關決定)(草案)

項目	付費者代表方案		西醫基層代表方案		
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
<b>一般服務</b>					
<b>醫療服務成本及人口因素成長率</b>		<b>3.465%</b>	<b>4,019.8</b>	<b>3.465%</b>	<b>4,019.8</b>
投保人口預估成長率		0.346%		0.346%	
人口結構改變率		1.363%		1.363%	
醫療服務成本指數改變率		1.745%		1.745%	
<b>協商因素成長率</b>		<b>0.040%</b>	<b>46.0</b>	<b>0.612%</b>	<b>710.5</b>
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材)	0.041%	47.0	0.172%	200.0
其他醫療服務利用及密集度之改變	藥品給付規定範圍改變	0.029%	34.0	0.272%	316.0
	擴大C型肝炎治療衍生之醫療服務費用	0.0%	0.0	0.198%	229.5
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.030%	-35.0	-0.030%	-35.0
一般服務成長率 (註1)	增加金額	3.505%	4,065.8	4.077%	4,730.3
	總金額		120,076.3		120,739.9
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>					
西醫醫療資源不足地區改善方案		265.4	48.3	265.4	48.3
全民健康保險西醫基層總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫(109年新增計畫)		0.0	0.0	100.0	100.0
偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(109年新增計畫)		50.0	50.0	50.0	50.0
家庭醫師整合性照護計畫		3,100.0	220.0	3,680.0	800.0
強化基層照護能力及「開放表別」項目		820.0	100.0	990.0	270.0
C型肝炎藥費		406.0	0.0	406.0	0.0
109年使用C型肝炎新藥後所需之檢測費用		0.0	0.0	0.0	0.0
醫療給付改善方案		459.0	59.0	459.0	59.0

項目	付費者代表方案		西醫基層代表方案	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)
鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.0	0.0	258.0	0.0
網路頻寬補助費用	211.0	0.0	211.0	0.0
罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材	110.0	0.0	110.0	0.0
因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	11.0	0.0	11.0	0.0
新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	0.0	178.0	0.0
品質保證保留款	280.5	-47.6	280.5	-47.6
內科人才培育照護醫療費用(109年新增計畫)	0.0	0.0	400.0	400.0
<b>專款金額</b>	<b>6,148.9</b>	<b>429.7</b>	<b>7,398.9</b>	<b>1,679.7</b>
<b>較 108 年度核定總額成長率(一般服務+專款)(註 2)</b>	增加金額	4,495.5	5.473%	6,410.0
	總金額	126,225.2		128,138.8
門診透析服務成長率	增加金額	731.7	4.126%	731.7
	總金額	18,465.8		18,465.8
<b>較 108 年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)(註 3)</b>	增加金額	5,227.2	5.301%	7,141.7
	總金額	144,691.0		146,604.6

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為116,010.1百萬元(含108年一般服務預算115,770.4百萬元，及校正投保人口預估成長率差值193.7百萬元與加回前1年度違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款46百萬元)。

2.計算「較108年度核定總額成長率(一般服務+專款)」所採基期費用為121,489.6百萬元，其中一般服務預算為115,770.4百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值193.7百萬元及未加回前1年度違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款46百萬元)，專款為5,719.2百萬元。

3.計算「較108年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)」所採基期費用為139,223.7百萬元，其中一般服務預算為115,770.4百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值193.7百萬元及未加回前1年度違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款46百萬元)，專款為5,719.2百萬元，門診透析為17,734.1百萬元。

4.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

## 附件 1

109 年西醫基層「醫療服務成本指數改變率」預算(20.244 億元)，付費者建議優先用於「急重難症、藥品基本價、藥事服務費、基層診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施等支付標準之調整」以及「請健保署整體評估各科別之支付標準朝成本結構相對合理之方向，調整醫療服務支付標準」本會意見。

- 比照 105-108 年本項協定事項；醫療服務成本指數改變率所增加之預算，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數。
- 為符合非協商預算原則，不應再附加任何前提。

## 一、有關「藥品基本價」之支付標準調整

1. 主管機關交付之 109 年度總額協商政策方向，僅有「善用醫療服務成本指數成長的預算，調整支付標準與藥品基本支付價(基層增加約 6~8 億元)」，並未包括健保署自提的其他眾多項目。
2. 109 年醫療服務成本指數改變率各項預算增加額度，藥品費用僅有 4.85 億元，低於實際影響 6~8 億元。

項目	成長率/占率	增加金額預估值 (百萬元)
醫療服務成本及人口因素成長率	3.47%	4,019.8
投保人口預估成長率	0.35%	
人口結構改變率	1.36%	
醫療服務成本指數改變率	1.75%	2,024.4
人事費用	54.58%	1,104.9
藥品費用	23.95%	484.8
醫療材料費用	6.37%	129.0
基本營業費用	6.28%	127.1
其他營業費用	8.83%	178.8

## 二、有關「基層診所設立無障礙設施」之支付標準調整

1. 診所無障礙空間，醫療院所一直都有在改善，但需考量醫療服務成本指數並未包含無障礙空間設立之成本。
2. 獎勵措施礙難推行：
  - (1) 法規面尚未完善，設置標準並不明確。容易於新設立醫療院所推動規劃，但



舊院所推動上難以執行。

- (2)獎勵所需預算未有規劃，基層診所家數眾多，需要多少預算才能達到鼓勵的效果？
- (3)如有獎勵之需要，不應由健保編列預算支應，應由相關單位給付(社福)。
- (4)反對本項「包裹」於協定事項中，對未來醫療規劃並無助益。

三、有關「藥事服務費」、「離島假日開診」、「急重難症」之支付標準調整

- (1)支付標準調整均於健保署「醫療給付項目支付標準共同擬訂會議」研議，應尊重該會議處理原則及各總額部門調整步調。
- (2)健保署如需於本次協商會議通過上述三項調整內容，亦應提出整體的適切方案與經費預算規劃。
- (3)過去幾年醫院調整急重難症支付標準項目，涉及基層(C表)的都要一併調整，但發現有許多C表都沒有執行率，該類支付標準項目，就該回歸為B表。

四、非協商的協定事項及運用應回歸到行政院政策指示，而非隨意直接指定項目，整項包裹通過，沒有財務評估及方案，否則若如103、104年西醫基層總額醫療服務成本指數改變率為「負成長」時，要如何因應支付標準的改變？

五、付費者代表已要求由醫療服務成本指數增加預算支應前述5項之支付標準，另又要求增加「請健保署整體評估各科別之支付標準，...調整醫療服務支付標準」文字，實不符合非協商預算之精神。

## 附件 2

新醫療科技項目應及早提出，編列充足預算，建議編列 2 億元(成長率 0.172%)

配合 109 年度健保總額政策目標：持續引進新藥物及新科技，增進健保給付價值，提升醫療給付效益與品質，減少民眾自費負擔。

1. 數年來總額預算編列核心目標之一，持續引進新藥物及新科技，增進醫療服務價值。請健保署協商時提出 109 年新藥、新診療項目及特材之項目及費用。
2. 新藥引進為提供民眾就醫需求及疾病治癒之重要且必要之醫療支出，新藥引進後，非完全取代舊藥，第三年開始新藥費用逐年倍數成長，建議應編列足夠之新藥預算支應，較有空間能納入新藥，及支應後續用藥成長。
3. 健保署「健保新藥預算預估模式研究」，以糖尿病用藥為例，所執行的研究結果不具參考價值，說明如下：

- (1) 糖尿病用藥是近年新藥產生最多的議題。
- (2) 研究僅比較 Metformin(降血糖藥)加一個老藥(Repaglinide，屬於 SU 類，Sulfonylurea)，以及 Metformin + Linagliptin (DPP-4 抑制劑)，沒有考慮到其他同類的降血糖用藥群(如：DPP-4 抑制劑還有 Sitagliptin、Vildagliptin、Saxagliptin 等)，不能僅用簡單的模式，以偏概全。

### 2A 新藥(以抗血栓藥品 RIVAROXABAN & TICAGRELOR 為例)與 2B 新藥(以糖尿病藥品 METFORMIN/REPAGLINIDE & METFORMIN/LINAGLIPTIN 為例)之替代率驗證結果 (成大研究)

新藥品項	Rivaroxaban Ticagrelor		Metformin/Repaglinide Metformin/Linagliptin	
	現有替代率	研究結果	現有替代率	研究結果
類別	2A		2B	
102年度(上市第一年)	60%		0% 90%	100%(>100%)
103年度(上市第二年)	70%		51% 100%	100%(>100%)
104年度(上市第三年)	80%		96% 100%	100%(>100%)
105年度(上市第四年)	90%		97% 100%	100%(>100%)
總計			81%	100%

資料來源：健保會 108.7.26 會議資料

4. 台灣醫院協會研究顯示，新藥替代率與健保署替代率套用公式相悖

類別	核價分類	BIA 預估財務影響	實際藥費	年分	預算替代率	實際替代率
降尿酸藥品 Febuxostat	2A	第一年：3,600 萬 第五年：1.69 億	第一年：294 萬	2012	60%	-521.4%
			第二年：3,889 萬	2013	70%	-22.3%
			第三年：1.44 億	2014	80%	25.5%
			第四年：2.33 億	2015	90%	32.6%
黃斑部病變藥品 Ranibizumab	2A	無	第一年：1.18 億	2012	60%	-0.42%
			第二年：1.87 億	2013	70%	0.06%
			第三年：5.41 億	2014	80%	0.52%
			第四年：5.9 億	2015	90%	-17.26%
			第五年：6.8 億	2016	NA	NA
黃斑部病變藥品 Aflibercept	2B	第一年：5,500 萬 第五年：1.6 億	第一年：2,100 萬	2014	90%	-219.1%
			第二年：1.69 億	2015	100%	-71.2%
口服抗凝血劑 Dabigatran	1	第一年：4,000 萬 第五年：8.1 億	第一年：510 萬	2012	0%	-120.7%
			第二年：2.48 億	2013	0%	-65.2%
			第三年：3.91 億	2014	0%	-134.0%
			第四年：4.37 億	2015	0%	-381.9%
口服抗凝血劑 Rivaroxaban	2A	第一年：0.96 億 第五年：8.22 億	第一年：550 萬	2012	60%	-1954.6%
			第二年：8,100 萬	2013	70%	-328.5%
			第三年：2.61 億	2014	80%	-86.9%
			第四年：4.65 億	2015	90%	-8.1%

類別	核價分類	BIA 預估財務影響	實際藥費	年分	預算替代率	實際替代率
肺癌標靶治療藥 Afatinib	2B	第一年：2,400 萬 第五年：8,800 萬	第一年：5,820 萬	2014	90%	-130.1%
			第二年：3.16 億	2015	100%	42.0%
口服降血糖藥 DPP4i	2B	無	第一年：3.91 億	2009	90%	17.2%
			第二年：10.43 億	2010	100%	-89.2%
			第三年：16.12 億	2011	100%	167.5%
			第四年：23.71 億	2012	100%	-23.1%
			第五年：32.76 億	2013	100%	-22.5%

資料來源：健保會 108.7.26 會議資料

5. 延續糖尿病的議題，隨著人口老化和生活型態及飲食方式改變，近年來糖尿病已高居國人十大死因前五名，國內糖尿病的發生已有愈來愈年輕之趨勢，據估計，台灣糖尿病患人口已達百萬之譜，其中九成以上屬於第二型糖尿病。

以 105 年為例，西醫基層新醫療科技預算為 8500 萬元，於 105 年中開放 SGLT-2 新藥(DAPAGLIFLOZIN 和 EMPAGLIFLOZIN)用於治療第二型糖尿病，第一年因藥品實施時間不足一年未執行完畢，但截至 107 年底，西醫

基層五年新藥預算卻已不足支應兩項藥品(詳下表 1)，而該藥於會前 HTA 財務評估每年花費約 2.4 億-13.2 億元(醫院+基層)。

表 1：西醫基層 105 年-107 年 SGLT-2 藥費申報情形

生效日	新藥分類/ 分組名稱	品 項 數	給付 價格	藥費申報金額(單位:元)		
				105 年	106 年	107 年
105/05/01	DAPAGLIFLOZIN , 一般錠劑膠囊 劑 , 5.00-10.00 MG	2	30.2	17,892,616	85,711,994	140,136,564
105/05/01	EMPAGLIFLOZIN , 一般錠劑膠囊劑 , 10.00-25.00 MG	2	32.3	11,472,751	54,587,195	98,502,996
合計				29,365,367	140,299,189	238,639,560

108 年 7 月，健保署為增加病患用藥選擇，開放 GLP-1 類注射劑(Soliqua) 新藥，該藥含 lixisenatide 及 insulin glargine 成分，一針具兩效果，而依據 HTA 評估每年約花費 700 萬-2000 萬元，考量現今因人口老化、糖尿病愈發普及之情況，於基層院所治療糖尿病亦為常態，未來該項藥費支出恐再超出原編列之預算。

而近期全球最大糖尿病藥廠諾和諾德 (Novo Nordisk) 宣布一款全新 GLP-1 口服藥物將進入市場，其研究顯示可大幅改善患者血糖情況，且針對不願注射治療患者更是一大福音，為醫界及民眾所樂見之藥物。本會憂心，若 109 年未編列足以支應之相關預算，若有類似此類民眾及醫界引以期盼之藥物進入市場，醫界恐因無預算，以致無法接受此類藥物納入健保。

6. 新藥引進並非只有使用五年，第六年之後的藥費耗用應一併追蹤，人口結構改變率不足反應之預算，應於下年度總額持續編列。
7. 以五年為計算期，97-103 年開放之新藥已收載 451 項，所編列的預算有 22.55 億元，但所耗用藥費卻達 47.65 億，平均一年短絀 2.5 億元，建議每年至少應編列 2-3 億預算方足以支應(下表)。

西醫基層總額歷年新藥新科技預算使用情形(百萬元)

收載年度	當年度預算	5年預算	收載項數	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	申報合計	5年差值 (預算-申報)
97	49.2	246	63	4.0	41.0	115.5	192.5	252.9							605.9	-359.9
98	27.2	136	40		41.0	135.5	235.6	308.2	393.2						1,113.5	-977.5
99	99.9	500	55			19.0	59.9	127.0	191.5	238.2					635.6	-136.1
100	101.5	508	48				16.7	86.3	144.7	199.2	233.5				680.4	-172.9
101	34.6	173	70					32.6	170.7	296.1	379.1	466.7			1,345.2	-1,172.2
102	38.4	192	29						2.1	13.6	35.2	44.9	63.7		159.5	32.5
103	100.2	501	44							2.6	18.9	43.6	69.0	91.0	225.1	275.9
97-103 年合計	451	2255		4.0	82.0	270.0	504.7	807.0	902.2	749.7	666.7	555.2	132.7	91.0	4,765.2	-2,510.2
104	120	600	40							2.4	9.1	21.9	39.7		73.1	526.9
105	83	415	26								35.1	175.2	328.9		539.2	-124.2
106	62	310	42									5.0	25.0	30.0	280.0	
107	116	580	51											42.1	42.1	537.9
97-107 合計	832	3,580		4.0	82.0	270.0	504.7	807.0	902.2	749.7	669.1	599.4	334.8	526.7	5,449.6	-1,289.6

105年第一年雖僅申報35百萬元，  
但累計三年所申報金額卻已超過5年所編列之預算約125百萬元，  
依此成長趨勢未來恐持續排擠健保其他醫療項目服務

### 附件 3

放寬藥品適應症，建議編列 3.16 億元(成長率 0.272%)

配合 109 年度健保總額政策，建議編列放寬藥品適應症而增加照護率等費用。  
(已排除人口老化因素，所造成保險對象其他醫療服務利用及密集度的影響)。

1. 108 年編列 2 億元因應『107 及 108 年藥品給放寬適應症付』之費用。以降血脂藥物類為例：108 年「放寬較高風險分級之冠狀動脈粥狀硬化病人(1.有急性冠狀動脈症候群病史 2.曾接受心導管介入治療或外科冠狀動脈搭橋手術之冠狀動脈粥狀硬化患者)使用其藥物之治療目標值 LDL 檢查值降為『 $\geq 70\text{mg/dL}$ 』即可開藥」。此給付規定修改，不僅藥品使用者增加，更是增加 LDL 檢查使用情形。
2. 每年均修正數十項藥品給付規定，使民眾得到最佳藥物治療，但財務亦有遞延效應，無法及時反應，經排除人口結構改變率成長，所造成保險對象其他服務利用及密集度的影響後，理應編列充足預算支應。
3. 統計 103-106 年共修正 113 項藥品規定，每年修訂後的藥品費用可增加 1400 萬~2.86 億元，成長率最高達 12%，扣除人口結構改變率 1.363%，建議編列 **3.16 億元**。[2.86 億\*(1+12%-1.363%)]。

修正年度	修正品項	藥品費用增減情形—申報年度(百萬)						修正後增加費用(百萬)
		102年	103年	104年	105年	106年	107年	
103	15	2.9	.27	-.26	2.2	8.7	3.4	14
104	33	90	63	42	38	59	49	188
105	33	89	52	58	83	124	78	286
106	32	161	69	16	25	59	25	84

## 附件 4

擴大 C 型肝炎治療衍生之醫療費用，建議編列 2.295 億元(成長率 0.198%)

109 年度健保總額政策目標：配合國家 2020 年 C 肝根治旗艦計畫，基層願意一起努力；建議同步編列其所衍生之醫療費用

1. 西醫基層完全配合國家 C 肝完治計畫，相關檢驗檢查預算應同步編列：考量 C 肝政策推行及相應配套逐漸改善，預期在基層治療 C 肝的民眾將逐漸增加，除藥費已有專款編列，其餘相關檢驗檢查追蹤等醫療耗用，相較於一般 C 肝病人的追蹤，明顯增加(如下圖)，故建議應同步編列預算，把病人留在基層，方便就醫，持續照護。
2. 為鼓勵基層醫師加入照護，稅賦規定配合實務情形，也進行檢討並修正：財政部於 108 年 4 月 12 日公告，基層診所報稅時有關 C 肝口服新藥成本計算之認定，從 80%調整為 96%。此舉將大幅減輕基層診所醫師因治療 C 肝病人而增加藥費收入的稅額負擔，同時排除因參與 C 肝治療而被抽審的因素，更能鼓勵基層醫師投入 C 肝治療行列，進一步落實分級醫療政策。
3. 完整的 C 肝治療流程(下圖)，包括 3 大階段：  
(一)3 大階段包括：(1)C 肝評估：針對確定 C 肝病人，先進行 12185C<sup>1</sup>(HCV RNA 定量)與 12202B<sup>2</sup>(HCV RNA 基因型)檢查。(2)用藥治療前評估：當第一階段檢驗為陽性，則進入相關檢查，評估是否適合用藥，並等待新藥之取號。(3)用藥治療期及完治：進入用藥治療後，每 4-12 週需定期追蹤，治療結束第 12 週，再進行相關檢驗確認完治。總檢驗檢查費用達 13,400 點。



1 12185C 核糖核酸類定量擴增試驗 2,200 點，即 HCV RNA 定量

2 12202B 即時聚合酶連鎖反應法 2,450 點，即 HCV RNA 基因型檢查

## (二)相關檢驗檢查費用說明：

- (1) 為達成國家 C 型肝炎旗艦計畫，針對 C 肝病人，首先進行第一階段 C 肝病人的病毒 RNA 及基因型檢驗，其中約有 30~50% 病毒 RNA 會呈現陰性。該次內含的二種檢驗，費用加總為 4,900 點，但扣除其中 12202B( 2,450 點)已於 108 年 4 月 1 日起開放基層適用(由跨表專款預算支應)，因此本階段之預算一人為 2,500 點(4,950-2,450)。
- (2) 針對第一階段檢驗為陽性之病人，則進入第二階段用藥治療前評估，本階段相關檢驗費用為 1,840 點。
- (3) 通過第二階段評估確認符合用藥規定，則進入第三階段用藥治療期及用藥後追蹤檢查，本階段相關檢驗費用為 6,610 點。
- (4) 前述完整治療(1~3 階段)之總檢驗檢查費用達 13,400 點，再扣除已由專款支應的 12202C (2,450 點)，總費用亦達 10,950 點。相較過往 C 肝病人僅每半年追蹤乙次，的確是增加相關檢驗檢查追蹤的醫療耗用。
- (5) 惟健保署僅預估前圖所示★之兩次檢驗費用(2200 點\*2)。

### 4. 「用藥治療人數」預估：

- (1)108 年 1-3 月有 1,453 人在基層診所接受 C 肝治療。今年 4 月初放寬稅務規定、審查及藥品給付規定放寬，4-7 月治療人數增加 1,940 人(人數成長 13%)。
- (2)考量 108 年 19 億預算加注及前述配套措施的放寬，推估 108 年基層治療人數可達 6,300 人(相較 107 年治療人數成長 3 倍以上)，109 年有望成長 2 倍以上。

### 5. 財務預估：以「用藥治療人數 6,300 人」計算

本項費用包含(1)C 肝病人進行第一階段 C 肝評估檢驗(2)經第一階段檢驗為陽性，且符合第二階段用藥評估，進入用藥治療期，且完成用藥治療後第 12 周之追蹤檢驗，並排除人口結構改變率，約增加 **2.295 億元**。  $(((8,450 \text{ 點} * 6,300 \text{ 人}) + (2,500 \text{ 點} * 6,300 \text{ 人} / 50\%)) * (1 + 200\% - 1.363\%))$ 。



## 附件 5

### 全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫，專款項目增編列 8 億元

#### 1. 訴求：

本會原新增「提高每位醫師收案人數上限」及「鼓勵照護 3 種以上慢性病之會員」等建議，人數成長部分，考量 106 年成長達 58.78%，故近三年(106-108)平均收案人數成長率採較低兩年(14.82%)推估，109 年欲達合理點值 0.95，預算需增加 12.11 億元。

陸續與健保署、健保會討論後，本會考量因總額預算成長空間有限，109 年將以提高醫療品質方式，採精實計畫做規劃，增加之預算由原 12.11 億元降為 6 億元。即便增加 6 億元預算，且收案人數在低成長情況下，點值推估仍會低於 0.8，遠低於近五年(103-107)平均點值 0.81。

另本會依據委員建議，優先獎勵健康管理成效績優之醫療群，故增編獎勵費約占總預算之 5%，增加 2 億元；與前述建議增加之 6 億元相加，合計約 8 億元。

#### 2. 收案會員

經健保署表示 108 年收案人數已達 545 萬人，較 107 年增加約 72 萬人，成長率 15.2%。近 3 年，本計畫之收案人數不斷超出預期，以致家庭醫師點值低落，平均落在 0.74 元，**估計 108 年點值將創新低**。

為優化本計畫品質，108 年聚焦於提升多重慢性病患者照護品質，近年在醫界努力下，符合收案條件之民眾，多數已納入本計畫照護範圍，因此本會建議 109 年朝精實方向發展，以提升醫療品質。如以 108 年目前收案會員人數加計 10% 成長率推估，109 年會員人數約達 600 萬人。

年	收案人數	成長率	點值	預估值	備註
105	2,603,757	-	0.70	-	-
106	4,134,238	<b>58.78%</b>	0.737	3,414,148	超收 720,090
107	4,730,740	14.43%	0.791	4,714,238	超收 16,502
108	5,450,000	15.20%	本會推估 0.715	5,100,740	超收 349,260

註：106-108 年年平均成長率為 29.2%

## ➤ 歷年家醫計畫執行情形

### ■ 103-107年家醫計畫執行情形

項目/年度	103	104	105	106	107	108	109推估
預算數(百萬元)	1,200.0	1,180.0	1,180.0	1580.0+ 450.0	2880.0- 450.0	2,880.0	
預算執行數(百萬元)	1,197.3	1,180.0	1,180.0	914.9	2,430.0		
預算執行率	99.78%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%		
執行社區醫療群數	389	426	414	526	567	605	
退場	9	49	24	1			
新加入	20	46	37	136	46		
診所數	2,890	3,035	3,057	4,063	4,558	5,052	
醫師數	3,527	3,709	3,789	5,182	5,924	6,666	7,408
新加入醫師		182	80	1,393	742	742	742
收案人數	2,235,088	2,484,646	2,603,757	4,134,238	4,730,740	5,450,000	6,000,000
較需照護名單人數	5,158,654	5,158,097	5,510,363	6,144,246	6,101,880	6,360,000	
參與診所占率	28.5%	29.7%	29.90%	36.61%	43.60%	48%	
參與醫師占率	24.1%	24.9%	25.04%	33.73%	37.81%	42%	47%
交付名單收案在較需照護群占率	33.22%	38.60%	38.61%	49.68%	55.05%	63%	

### ■ 103-107年績效獎勵金點值

年度	較需照護名單數(A)	收案人數			交付名單收案數占較需照護群占率(B/A)	總預算數(億)	點值
		交付名單收案數(B)	自行收案數(C)	合計(B+C)			
103	5,158,654	1,713,510	521,578	2,235,088	33.22%	12.0	0.84
104	5,158,097	1,990,883	493,763	2,484,646	38.60%	11.8	0.99
105	5,510,363	2,127,690	476,067	2,603,757	38.61%	11.8	0.70
106	6,144,246	3,052,652	1,081,585	4,134,237	49.68%	15.8+4.5	0.74
107	6,101,880	3,359,025	1,371,715	4,730,740	55.05%	28.8-4.5	0.79

雖參與本計畫之醫師數或收案人數皆不斷上升，但卻因預算限制，**績效獎勵金採浮動點值支付，點值因此有逐年遞減之趨勢。**

此筆費用本用以獎勵家庭醫師執行家醫計畫，惟**自105年起點值持續低於0.8元**，對於認真付出及提供高醫療服務品質之醫師無疑是一種打擊，未來恐將影響醫師提升品質之意願。

## ■ 103-107年會員滿意度調查結果

年度	分區電話 抽測通數	施測項目		
		健康諮詢 及衛教	對會員健康狀 況的了解程度	對家庭醫 師整體性
103	3,895	98.0%	98.0%	98.0%
104	4,440	99.3%	99.4%	99.3%
105	4,172	99.2%	99.2%	99.1%
106	5,272	99.5%	99.5%	99.5%
107	5,398	99.3%	99.4%	99.3%

- 家庭醫師歷年不間斷提供服務，呈現在會員滿意度中，歷年皆達**98%以上**，在分級醫療中扮演著「厝邊好醫師」的角色。



提供24小時電話諮詢服務：38,119通/年  
辦理社區衛教：2,127場/年  
參與社區衛教人數：73,462人/年

### 3. 鼓勵朝精實方向發展之醫療群，優先以提升會員健康管理成效(VC-AE)[註]作為獎勵

依據健保會委員建議，本會將總預算之5%(36.8億元,28.8+8)，約2億元預算，運用以下兩部分：

- (1) 當 VC-AE 數值為正值時，即該醫療群之「健康管理成效鼓勵」部分皆予以一點一元獎勵（原為浮動點值）。目前獎勵上限為 275 點，實際差值另額外回饋績優醫療群，約 1.8 億元。[註：實際申報西醫門診醫療費用(AE)；以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)]
- (2) 因應人口老化與雙向轉診，多重慢性病照護成效增加，約 0.2 億元。

### 4. 8 億財務預估：

- (1) 個案管理費：545 萬人\*1.1\*250 元=15 億元。
- (2) 績效獎勵費[註]：以 28.8 億元預算為基礎，扣除個案管理費，本會期望浮動點值 0.95，為 17.91 億元，並加計 10% 成長，約 19.7 億元
- (3) 總預算：15 億元+20 億元+2 億元=37 億元-108 年預算 28.8 億元=8.2 億元(增加)

註:108 年家醫計畫預算為 28.8 億元，扣除個案管理費 545 萬人\*250 元(13.625 億元)後，餘 15.175 億元。推估 108 年點值約 0.72，推估回一點一元，應餘 21.07 億元，本會期望點值為 0.95，則應餘 20 億元。

## 5. 健保署 2.2 億元財務預估基準失真

(1)108 年本項預算增加 4.5 億元，其中 2 億元用於增加收案會員人數，前述提到今年增加 72.7 萬人，平均每人 275 元。又以支付每人 550 元編列 109 年預算，其實 108 年短編 2 億元 $[72.7 \text{ 萬人} * (550 - 275)]$ 。

(2)另健保署以 103-105 年平均成長率 7%推估收案人數，但 106-108 年平均成長率為 29.2%，若以 107-108 年平均成長率計算，也有 14.8%，收案會員人數成長所增加的財務至少編列 4 億元 $[(545 \text{ 萬人} * 14.8\%) * 90\% * 550 \text{ 元}]$ 。

(3)本項預算，合計(1)(2)，加上多重慢性病照顧增加 0.2 億元，以及鼓勵績優醫療群 2 億元，109 年預算其實應編列 8.2 億元。

## 6. 另檢附家醫計畫享譽國際之文獻參考資料

## 全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫

- 一、家醫計畫旨在於提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護，同時兼顧家庭與社區健康服務，落實全人、全家、全社區的整合照護。
- 二、因此，家庭醫師為提升醫療服務品質提供多項服務，如多重慢性病之整合、預防保健、老人流感注射、子宮頸抹片檢查等。依據文獻<sup>註</sup>分析(健保資料庫 2013 年至 2015 年)，可見收案會員和非會員照護比較如下：

項目	收案會員	非收案會員
慢性病和合併症患病率	35.2%	35.5%
<b>醫療資源的使用情況</b>		
門診-每年就醫次數	15.9 次	17.9 次
急診-每年就醫次數	1.69 次	1.74 次
住院-每年住院次數	1.71 次	1.74 次
<b>預防保健</b>		
成人預防保健檢查率	49%	19%
子宮頸抹片檢查率	29%	22%
老人流感注射率	42%	28%
糞便潛血檢查率	43%	31%

註：Chyi-Feng Jan, et al., A 10-year review of health care reform on Family Practice Integrated Care Project-Taiwan experience. Family Practice, 2018. 35(4):P.352-357.

- 三、由上述統計數據可見，參與計畫患者獲得之醫療照護較未參與計畫患者高，且歷年醫療群品質指標近八成評核等級皆達 80 分(良好)以上；同時健康管理成效(VC-AE)亦近八成醫療群達目標，其中超過 275 點之醫療群則佔七成。由此可見，醫療群平時除著重於民眾預防保健之服務，更致力於提升全人、全社區及多重慢性病整合。

健康管理成效	107 年(群)	佔率
超過 275 點	401	70.72%
0-274 點	30	5.29%
<0	136	23.98%
合計	567	100%

## 附件 6

### 內科人才培育照護醫療費用，建議編列 4 億元

1. 台灣人口急速老化，各種慢性病、代謝症候群日益增加，國家需要更多優秀的內科專科醫師來照顧國人健康。
2. 內科範圍廣，養成時間長，訓練過程艱辛職業風險高，被醫學生視為畏途，招收新血困難，目前四大皆空的科別，只剩下內科連續 8 年招不滿住院醫師，必須一招、再招、三招才勉強達到容額 85% 左右，而且內科第一年住院醫師升第二年或第二年住院醫師升第三年住院醫師又會跑掉一部分，使得病房照護人力不足而影響病人照護品質甚至危害病人生命，而最終不利醫療生態的健康。
3. 大幅提高內科專科醫師之診察費是拯救內科危機，強化醫療照護品質，健全醫療生態有效且必要的良方，101 年在成長率項目「扶助弱勢科別」項下，外、婦、兒等艱困科別在第一段診療費獲得 9% 的加成，內科至 102 年則只獲得 3.8% 的加成，建議今年編列 4 億預算，以強化內科專科醫師診察費。

## 二、109 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配(草案)

### (一)總額設定公式：

109 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 108 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+109 年度一般服務成長率)+109 年度專款項目經費

註：校正後108年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會108年第3次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

### (二)總額協定結果：

- 1.一般服務成長率為 3.559%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.430%，協商因素成長率 1.129%。
- 2.專款項目全年經費為 1,172.1 百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，109 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 108 年度所核定總額成長 3.876%。各細項成長率及金額，如表 2。

### (三)總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 109 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。

#### 1.一般服務(上限制)：

(1)醫療服務成本指數改變率所增加之預算(747.5 百萬元)：

- ①預算優先併入「全面提升感染管制品質」項目使用。
- ②其餘預算用於藥品基本價、牙醫診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施、藥事服務費等支付標準之調整。

③請中央健康保險署整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於 109 年 7 月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。

(2)牙周病統合治療方案(107 年前稱牙周病統合照護計畫)(0%)：

①本項於 108 年導入一般服務；109 年度預算，若執行率未達 8 成，將按比例扣款。

執行目標：\_\_\_\_\_。

預期效益之評估指標：\_\_\_\_\_。

②請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體，持續監測醫療利用情形，並加強管理與監督機制。

(3)顎顏面外傷術後整合照護(0.032%)：

①本項預算新增給付項目不得與醫院總額現行支付標準重複申報。

②請依協商原則，提出具體的執行目標及預期效益(含評估指標)，以呈現照護品質之提升。

執行目標：\_\_\_\_\_。

預期效益之評估指標：\_\_\_\_\_。

(4)全面提升感染管制品質(1.136%)：

①本項預算併醫療服務成本指數改變率所增加之預算使用。

②用於全面提升感染管制品質，所有申請門診診察費者，均應符合加強感染管制標準，並提高訪查抽樣的有效性，另請加強落實院所加強感染管制作業之管理與輔導。

執行目標：牙醫院所執行進階感染管制達 100%。

預期效益之評估指標：\_\_\_\_\_。



③請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體於 108 年 12 月底前完成具體提升感染管制品質規劃(含確保全面符合感染管制之管理機制)，並提報委員會議。

④109 年度預算，若執行全面提升感染管制品質未達 100%之目標，將按比例扣款。

(5)醫院夜間急診加成服務(0.023%)：請依協商原則，提出具體的執行目標及預期效益(含評估指標)，以落實照護品質之提升。

執行目標：\_\_\_\_\_。

預期效益之評估指標：以下指標較前 1 年改善

①申報案件數

②申報點數

③就醫人數

④平均每就醫人費用點數

⑤平均每件費用點數

(6)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.062%)：本項不列入 110 年度總額協商之基期費用。

2.專款項目：全年經費為 1,172.1 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 108 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 108 年 12 月底前完成，且均應於 109 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(1)醫療資源不足地區改善方案：全年經費 280 百萬元，

辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

(2)牙醫特殊醫療服務計畫：

- ①全年經費 647.1 百萬元。
- ②辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者、老人長期照顧暨安養機構。
- ③108 年原編列於其他預算之居家牙醫醫療服務費用，其 109 年費用由本項支應。
- ④新增調整特定身心障礙者診察費與醫療團提供護理之家之牙醫醫療服務。

(3)牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫：

- ①全年經費 7.8 百萬元。
- ②請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體妥為規劃本計畫執行方式(含 2 個試辦點、適應症與支付方式等)。
- ③請依協商原則，提出試辦期程、具體執行目標及預期效益(含評估指標)。

試辦期程：○年。

執行目標：\_\_\_\_\_。

預期效益之評估指標：試辦計畫滿 1 年後之以下指標較前 1 年改善。

A.申報案件數

B.申報點數

C.就醫人數

D.平均每就醫人費用點數

E.平均每件費用點數

(4)網路頻寬補助費用：

- ①全年經費 136 百萬元，預算如有不足，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻

寬補助費用」預算支應。

- ②請檢討並加強牙醫院所參與率，109 年度應達成參與院所數 100%之目標。
- ③請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於 109 年 6 月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。

(5)品質保證保留款：

- ①全年經費 101.2 百萬元。
  - ②原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)，與 109 年度品質保證保留款(101.2 百萬元)合併運用(計 217.6 百萬元)。
  - ③請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款實施方案之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。
- 3.上開協定事項要求應提出試辦期程、執行目標及預期效益(含評估指標)，部分項目資料(如劃線處)尚待補正，請各總額部門於 10 月 7 日前提出，俾利於本會第 8 次委員會議(108.10.25)併同本案決議進行確認。

表 2 109 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表(草案)

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
<b>一般服務</b>			
<b>醫療服務成本及人口因素成長率</b>	<b>2.430%</b>	<b>1,069.7</b>	1. 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1。 2. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(747.5 百萬元)： (1) 預算優先併入「全面提升感染管制品質」項目使用。 (2) 其餘預算用於藥品基本價、牙醫診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施、藥事服務費等支付標準之調整。 (3) 請中央健康保險署整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於 109 年 7 月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。
投保人口預估成長率	0.346%		
人口結構改變率	0.379%		
醫療服務成本指數改變率	1.698%		
<b>協商因素成長率</b>	<b>1.129%</b>	<b>496.9</b>	請於 109 年 7 月底前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
鼓勵 醫療 品質 及 促 進 保 險 對 象 健 康	牙周病統合治療 方案 (107年前稱牙周 病統合照護計 畫)	0.000%	0.0	1.本項於108年導入一般服務 ；109年度預算，若執行率未 達8成，將按比例扣款。 執行目標：_____。 預期效益之評估指標：__ 2.請中央健康保險署與牙醫 門診總額相關團體，持續監 測醫療利用情形，並加強管 理與監督機制。
	顎顏面外傷術後 整合照護	0.032%	14.0	1.本項預算新增給付項目不 得與醫院總額現行支付標 準重複申報。 2.請依協商原則，提出具體的 執行目標及預期效益(含評 估指標)，以呈現照護品質 之提升。 執行目標：_____。 預期效益之評估指標： _____。
	全面提升感染管 制品質	1.136%	500.0	1.本項預算併醫療服務成本指 數改變率所增加之預算使用 。 2.用於全面提升感染管制品 質，所有申請門診診察費者 ，均應符合加強感染管制 標準，並提高訪查抽樣の有 效性，另請加強落實院所加 強感染管制作業之管理與 輔導。 執行目標：牙醫院所執行 進階感染管制達100%。 預期效益之評估指標：_。 3.請中央健康保險署會同牙醫 門診總額相關團體於108年 12月底前完成具體提升感 染管制品質規劃(含確保全 面符合感染管制之管理機 制)，並提報委員會議。 4.109年度預算，若執行全 面提升感染管制品質未達 100%之目標，將按比例扣款。

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
其他 醫療 服務 利用 及 密 集 度 之 改 變	醫院夜間急診加 成服務	0.023%	10.2	請依協商原則，提出具體的 執行目標及預期效益(含評 估指標)，以呈現照護品質之 提升。 執行目標：_____。 預期效益之評估指標： <u>以下 指標較前1年改善</u> 1.申報案件數 2.申報點數 3.就醫人數 4.平均每就醫人費用點數 5.平均每件費用點數
	其他 議 定 項 目	違反全民健康保 險醫事服務機構 特約及管理辦法 之扣款	-0.062%	-27.3
一般服務 成長率(註1)	增加金額	3.559%	1,566.6	
	總金額		45,589.2	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方 案，屬延續型計畫者應於 108年11月底前完成，新增 計畫原則於108年12月底 前完成，且均應於109年7 月底前提報執行情形及前1 年成效評估報告。
醫療資源不足地區改 善方案		280.0	0.0	辦理牙醫師至無牙醫鄉執 業及巡迴醫療服務計畫。
牙醫特殊醫療服務計 畫		647.1	113.1	1.辦理先天性唇顎裂與顱顏 畸形患者、特定障別之身心 障礙者、老人長期照顧暨安 養機構。 2.108年原編列於其他預算 之居家牙醫醫療服務費用， 其109年費用由本項支應。 3.新增調整特定身心障礙者 診察費與醫療團提供護理 之家之牙醫醫療服務。

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
牙醫急診醫療不足區 獎勵試辦計畫(109年 新增計畫)	7.8	7.8	1.請中央健康保險署與牙醫 門診總額相關團體妥為規 劃本計畫執行方式(含2個 試辦點、適應症與支付方式 等)。 2.請依協商原則,提出試辦期 程、具體執行目標及預期效 益(含評估指標)。 試辦期程:○年。 執行目標:_____。 預期效益之評估指標:試 辦計畫滿1年後之以下指 標較前1年改善 (1)申報案件數 (2)申報點數 (3)就醫人數 (4)平均每就醫人費用點數 (5)平均每件費用點數
網路頻寬補助費用	136.0	0.0	1.預算如有不足,由其他預算 「獎勵上傳資料及院所外 其他醫事機構之網路頻寬 補助費用」預算支應。 2.請檢討並加強牙醫院所參 與率,109年度應達成參與 院所數100%之目標。 3.請中央健康保險署對於資 料上傳獎勵金與網路費之 運作,於109年6月提出未 來規劃與期程(含退場),並 評估將檢驗資料上傳與申 報資料結合之可行性。

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
品質保證保留款		101.2	-17.9	1.原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)，與 109 年度品質保證保留款(101.2 百萬元)合併運用(計 217.6 百萬元)。 2.請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款實施方案之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。
專款金額		1,172.1	103.0	
較 108 年度核定 總額成長率(註2) (一般服務+專款)	增加金額	3.876%	1,669.7	
	總金額		46,761.3	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 44,022.4 百萬元(含 108 年一般服務預算 43,947.6 百萬元及校正投保人口預估成長率差值 72.9 百萬元與加回違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 2.0 百萬元)。

2.計算「較 108 年度核定總額成長率」所採基期費用為 45,016.7 百萬元，其中一般服務預算 43,947.6 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值 72.9 百萬元及未加回違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 2.0 百萬元)，專款為 1,069.1 百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以健保署結算資料為準。



### 三、109 年度醫院醫療給付費用總額及其分配(草案)

#### (一)總額設定公式：

■ 109 年度醫院醫療給付費用總額＝校正後 108 年度醫院一般服務醫療給付費用×(1+109 年度一般服務成長率) +109 年度專款項目經費+109 年度醫院門診透析服務費用

■ 109 年度醫院門診透析服務費用＝108 年度醫院門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後108年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會108年第3次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

#### (二)總額協商結論：

經醫院代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定。

##### 付費者代表方案：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依協定事項辦理，並於 109 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1.一般服務成長率為 5.471%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.687%，協商因素成長率 0.784%。

(1)醫療服務成本指數改變率所增加之預算(10,384.6 百萬元)：

①優先用於急重難症、藥品基本價、藥事服務費、急重症護理費、住院醫師納入勞動基準法等支付標準之調整。

②請中央健康保險署整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，如：推動分級醫療、壯大社區醫療服務，及門診減量配套措施，並於109年7月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。

(2)各項協商因素及建議事項如下：

①新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.723%)：

A.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並依本會108年第3次委員會議決議，未來於總額協商前，應提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。

B.請中央健康保險署於108年12月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；另於109年7月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

C.請中央健康保險署檢討免疫療法藥品適應症，如：檢討癌症提早期別適用之可行性，以利用及早治療增進病人治療效益，並於109年5月底前提報檢討結果。

D.附帶建議：請中央健康保險署規劃免疫療法藥品還款計畫回饋金使用於新醫療科技項目。

②藥品及特材給付規定範圍改變(0.068%)：

A.請中央健康保險署提出定期監測報告。

B.請中央健康保險署於109年7月底前提報執行情形(含修訂項目及申報費用)。

③推動分級醫療，壯大社區(0%)

④門診減量(0%)

⑤違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.007%)：

A.為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。

B.本項不列入110年度總額協商之基期費用。

⑥區域級(含)以上醫院門診減量措施：

A.為落實分級醫療與轉診制度，持續推動區域級(含)以上醫院門診減量措施，自107年起以五年降低10%為目標值(以106年為基期)，並定期檢討。管控方式由中央健康保險署處理。

B.請中央健康保險署定期檢討門診減量措施執行情形及成效，並於109年6月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含醫學中心及區域醫院門診減量措施)」之專案報告。

2.專款項目：全年經費為30,435.4百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於108年11月底前完成，新增計畫原則於108年12月底前完成，且均應於109年7月底前提報執行情形及前1年成效評估報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(1)C型肝炎藥費：

①全年經費4,760百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。

②本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式。

③請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替

代效益或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。

(2)109 年使用 C 型肝炎新藥後所需之檢測費用：全年經費 0 元。

(3)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：

①全年經費15,545百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。

②請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

(4)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

①全年經費5,027百萬元，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。

②提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

(5)醫療給付改善方案：

①全年經費1,187百萬元。

②辦理原有之糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等9項方案。

③請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。

④請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。

(6)急診品質提升方案：

①全年經費160百萬元。

②請精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅

塞情形。

(7)鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

- ①全年經費868百萬元，導入第3~5階段DRGs項目。
- ②本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。
- ③請加速落實第3~5階段DRGs項目的執行。

(8)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

- ①全年經費80百萬元。
- ②本項得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(9)全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：全年經費 950 百萬元。

(10)鼓勵院所建立轉診之合作機制：

- ①全年經費689百萬元，預算如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
- ②請中央健康保險署建立管控機制，持續監測病人流向及執行效益，於109年6月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含鼓勵院所建立轉診之合作機制)」之專案報告。

(11)網路頻寬補助費用：

- ①全年經費114百萬元，預算如有不足，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」支應。
- ②請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於109年6月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。

(12)品質保證保留款：

- ①全年經費1,055.4百萬元。
- ②原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7百萬元)，與109年度品質保證保留款

(1,055.4百萬元)合併運用(計1,444.1百萬元)。

- ③請中央健康保險署與醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款實施方案之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

(13)因應 108 年 9 月住院醫師納入勞基法:全年經費 0 元。

### 3.門診透析服務：

(1)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(2)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

(3)門診透析服務總費用成長率為 3.25%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 2.533%。

(4)請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。

(5)請持續推動腎臟移植，提升腹膜透析使用比率，並研議利用雲端藥歷進行用藥管理，審慎開立止痛類藥物。

(6)請中央健康保險署檢討慢性腎衰竭病人進入透析治療之條件。

4.前述三項額度經換算，109 年度醫院醫療給付費用總額，較 108 年度所核定總額成長 5.438%。各細項成長率及金額如表 3。

### 醫院代表方案：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依協定事項辦理，並於 109 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商

考量。

1.一般服務成長率為 5.471%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.687%，協商因素成長率 0.784%。

(1)醫療服務成本指數改變率所增加之預算(10,384.6 百萬元)：

- ①醫院部門反對應用醫療服務成本指數改變率調整各項支付標準項目，但礙於現行狀況配合政策同意醫療服務成本指數改變率所增加之金額，優先配合用於急重難症、因應門診減量政策配套調整、推動分級醫療壯大社區醫療服務及因應住院醫師納入勞基法等支付標準之調整。
- ②考量醫院部門所屬醫療暨醫事人員皆有調整服務點數之機會與權利，應通盤考量所有醫事人員之專業服務費用，爰不同意直接匡列藥事服務費及急重症護理費。
- ③反對匡列使用項目於藥品基本價。
- ④請中央健康保險署整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於109年7月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。

(2)各項協商因素及建議事項如下：

- ①新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.723%)：
  - A.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並依本會108年第3次委員會議決議，未來於總額協商前，應提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。
  - B.請中央健康保險署於108年12月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未於時程

內導入，則扣減該額度；另於109年7月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

C.鑑於藥品還款計畫回饋金部長已裁示回歸各總額部門。爰反對新醫療科技之附帶建議：「免疫療法藥品還款計畫回饋金使用於新醫療科技項目」。

②藥品及特材給付規定範圍改變(0.068%)：

尊重付費者就本項預算之主張，下修原5.41億之預算至3億元，請責成健保署應每半年提出監測報告。另請中央健康保險署於109年7月底前提報執行情形(含修訂項目及申報費用)。

③推動分級醫療，壯大社區(0%)：同意應用非協商因素之醫療服務成本指數改變率所增加之金額予以合理反應。

④門診減量(0%)：門診減量政策應合理調整支付標準配套，同意應用非協商因素之醫療服務成本指數改變率所增加之金額予以合理反應。

⑤違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.007%)：

A.為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。

B.本項不列入110年度總額協商之基期費用。

⑥區域級(含)以上醫院門診減量措施：

A.有關落實分級醫療與轉診制度，持續推動區域級(含)以上醫院門診減量措施，因醫院部門各層級訴求不一，以下忠實呈現其意見轉呈衛生福利部裁示。

■醫學中心：為配合政府政策，鼓勵輕症病患優先至基層院所就醫，落實分級醫療，醫院不得不祭出應變管理機制，採取因應措施。在臺灣自由就醫之環境下，恐無法



於短時間內透過門診減量政策導引民眾正確就醫觀念，且考量門診減量的幅度將逐年提高，台灣醫學中心協會建議以10年降低10%為目標值作為配套，緩解門診減量之衝擊。

■區域醫院：「區域醫院」與「醫學中心」的功能與任務不同，「區域醫院」門診減量比率應為「醫學中心」之50%。

■地區醫院：109年醫學中心、區域醫院門診件數持續降低2%，即不得超過106年之94.12%(98%×98%×98%)，超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配。但須考慮特殊形態之區域醫院，有其社區醫療之功能，請中央健康保險署與醫院團體協商予以適度放寬執行期限。

B.請中央健康保險署定期檢討門診減量措施執行情形及成效，並於109年6月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含醫學中心及區域醫院門診減量措施)」之專案報告。

2.專款項目：全年經費為30,668.4百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於108年11月底前完成，新增計畫原則於108年12月底前完成，且均應於109年7月底前提報執行情形及前1年成效評估報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(1)C型肝炎藥費：

①全年經費4,760百萬元，本項經費得與西醫基層

總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。

②本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式。

③請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)。

(2)109年使用C型肝炎新藥後所需之檢測費用：

①全年經費233百萬元。用於C型肝炎新藥療程結束時及結束後第12週之2次RNA病毒量定量檢測費用。

②本項依實際執行情形，併一般服務費用結算，至預算用完為止。

(3)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：

①全年經費15,545百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。

②請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

(4)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

①全年經費5,027百萬元，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。

②提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

(5)醫療給付改善方案：

①全年經費1,187百萬元。

②辦理原有之糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、

B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等9項方案。

③請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。

④請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。

(6)急診品質提升方案：

①全年經費160百萬元。

②請精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。

(7)鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

①全年經費868百萬元，導入第3~5階段DRGs項目。

②本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

(8)醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

①全年經費80百萬元。

②本項得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(9)全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：全年經費950百萬元。

(10)鼓勵院所建立轉診之合作機制：

①全年經費689百萬元，預算如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

②請中央健康保險署建立管控機制，持續監測病人流向及執行效益，於109年6月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含鼓勵院所建立轉診之合作機制)」之專案報告。

(11)網路頻寬補助費用：

①全年經費114百萬元，預算如有不足，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網

路頻寬補助費用」支應。

- ②請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，提出未來規劃與期程，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。

(12)品質保證保留款：

- ①全年經費1,055.4百萬元。
- ②原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7百萬元)，與109年度品質保證保留款(1,055.4百萬元)合併運用(計1,444.1百萬元)。
- ③請中央健康保險署與醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款實施方案之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。

(13)因應108年9月住院醫師納入勞動基準法：全年經費0元。同意應用非協商因素之醫療服務成本指數改變率所增加之金額予以合理反應。

3.門診透析服務：

- (1)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
- (2)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。
- (3)門診透析服務總費用成長率為3.25%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為2.533%。請健保署應就醫院部門與西醫基層部門預算移轉部分進行適度校正。
- (4)請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。

(5)請持續推動腎臟移植，提升腹膜透析使用比率，並研議利用雲端藥歷進行用藥管理，審慎開立止痛類藥物。

(6)請中央健康保險署檢討慢性腎衰竭病人進入透析治療之條件。

4.前述三項額度經換算，109 年度醫院醫療給付費用總額，較 108 年度所核定總額成長 5.485%。各細項成長率及金額如表 3。

表 3 109 年度醫院醫療給付費用協定項目表(兩案送主管機關決定)(草案)

項目	付費者代表方案		醫院代表方案		
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
<b>一般服務</b>					
醫療服務成本及人口因素成長率		4.687%	20,658.9	4.687%	20,658.9
投保人口預估成長率		0.346%		0.346%	
人口結構改變率		1.970%		1.970%	
醫療服務成本指數改變率		2.356%		2.356%	
協商因素成長率		0.784%	3,453.5	0.784%	3,453.5
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.723%	3,186.0	0.723%	3,186.0
其他醫療利用及密集度之改變	藥品及特材給付規定範圍改變	0.068%	300.0	0.068%	300.0
其他預期之法令或政策改變	推動分級醫療，壯大社區	0.000%	0.0	0.000%	0.0
	門診減量	0.000%	0.0	0.000%	0.0
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.007%	-32.5	-0.007%	-32.5
一般服務成長率(註 1)	增加金額		24,112.5		24,112.5
	總金額	5.471%	464,885.7	5.471%	464,885.7
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>					
C 型肝炎用藥		4,760.0	0.0	4,760.0	0.0
109 年使用 C 肝新藥後所需之檢測費用		0.0	0.0	233.0	233.0
罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材		15,545.0	310.6	15,545.0	310.6
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質		5,027.0	314.2	5,027.0	314.2

項目	付費者代表方案		醫院代表方案	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)
醫療給付改善方案	1,187.0	0.0	1,187.0	0.0
急診品質提升方案	160.0	0.0	160.0	0.0
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	868.0	0.0	868.0	0.0
醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	80.0	0.0	80.0	0.0
全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	950.0	0.0	950.0	0.0
鼓勵院所建立轉診之合作機制	689.0	0.0	689.0	0.0
網路頻寬補助費用	114.0	0.0	114.0	0.0
品質保證保留款	1,055.4	648.9	1,055.4	648.9
因應 108 年 9 月住院醫師納入勞基法	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>專款金額</b>	<b>30,435.4</b>	<b>1,273.7</b>	<b>30,668.4</b>	<b>1,506.7</b>
較 108 年度核定總額成長率(一般服務+專款)(註2)	增加金額	25,386.2	5.621%	25,619.2
	總金額	495,321.1		495,554.1
門診透析服務成長率	增加金額	548.6	2.533%	548.6
	總金額	22,207.1		22,207.1
較 108 年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)(註3)	增加金額	25,934.8	5.485%	26,167.8
	總金額	517,528.2		517,761.2

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為440,771.1百萬元(含108年醫院一般服務預算440,017.6百萬元，及校正投保人口預估成長率差值723.7百萬元與加回前1年度違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款29.8百萬元)。

2.計算「較 108 年度核定總額成長率(一般服務+專款)」所採基期費用為 469,179.3 百萬元，其中一般服務預算為 440,017.6 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值 723.7 萬元及未加回前 1 年度違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 29.8 百萬元)，專款為 29,161.7 百萬元。

3.計算「較 108 年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)」所採基期費用為 490,837.8 百萬元，其中一般服務預算為 440,017.6 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值 723.7 萬元及未加回前 1 年度違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 29.8 百萬元)，專款為 29,161.7 百萬元，門診透析為 21,658.5 百萬元。

4.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

#### 四、109 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配(草案)

##### (一)總額設定公式：

109 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 108 年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1+109 年度一般服務成長率)+109 年度專款項目經費

註：校正後108年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會108年第3次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

##### (二)總額協定結果：

- 1.一般服務成長率為 4.696%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.092%，協商因素成長率 1.604%。
- 2.專款項目全年經費為 840.4 百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，109 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 108 年度所核定總額成長 5.393%。各細項成長率及金額，如表 4。

##### (三)總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 109 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。

##### 1.一般服務(上限制)：

(1)醫療服務成本指數改變率所增加之預算(523.7 百萬元)：

- ①其中 200 百萬元併入「提升用藥品質」項目使用。
- ②其餘預算優先用於中醫診所設立無障礙設施等支付標準之調整。
- ③請中央健康保險署整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於 109



年 7 月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。

(2)提升用藥品質(1.719%)：

- ①請依協商原則，提出具體的執行目標及預期效益(含評估指標)，以落實科學中藥用藥品質之提升。

執行目標：\_\_\_\_\_。

預期效益之評估指標：\_\_\_\_\_。

- ②本項應以新增收載健保藥品給付品項為優先考量，請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，於 108 年 12 月底前提出擬新增藥品給付之品項及提升用藥品質規劃，並提報委員會議，方得調升藥費。

(3)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.115%)：

- ①為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。

- ②本項不列入 110 年度總額協商之基期費用。

2.專款項目：全年經費為 840.4 百萬元。

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 108 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 108 年 12 月底前完成，且均應於 109 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協考量。

- (1)醫療資源不足地區改善方案：全年經費 135.6 百萬元，辦理中醫師至無中醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

- (2) 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：全年經費 204 百萬元，包含腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷等 3 項。
- (3) 中醫提升孕產照護品質計畫：全年經費 90 百萬元。
- (4) 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：
- ① 全年經費 22 百萬元。
  - ② 請依據臨床證據評估實施成效，檢討退場或回歸一般服務。
- (5) 中醫癌症患者加強照護整合方案：
- ① 全年經費 194 百萬元。
  - ② 包含癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫、癌症患者中醫門診延長照護計畫、特定癌症患者中醫門診加強照護計畫。
  - ③ 請整合 3 項癌症患者照護計畫，落實全人照護，並依據實證醫學，訂定有效醫療指標與獎勵誘因。
- (6) 中醫急症處置：
- ① 全年經費 10 百萬元。
  - ② 請依據實證醫學，訂定有效醫療指標與獎勵誘因。
- (7) 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：
- ① 全年經費 50 百萬元。
  - ② 請依協商原則，提出試辦期程、具體執行目標及預期效益(含評估指標)。
- 試辦期程：○年。
- 執行目標：\_\_\_\_\_。
- 預期效益之評估指標：A.慢性腎臟病(CKD)分期較新收案時改善 B.腎絲球過濾速率(eGFR)較新收案時改善 C.腎功能指標改善(eGFR 下降速率)
- (8) 網路頻寬補助費用：

- ①全年經費 74 百萬元，預算如有不足，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」預算支應。
- ②請檢討並加強中醫院所參與率，109 年度應達成參與院所數 100%之目標。
- ③請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於 109 年 6 月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。

(9)品質保證保留款：

- ①全年經費 60.8 百萬元。
  - ②原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8 百萬元)，與 109 年度品質保證保留款(60.8 百萬元)合併運用(計 83.6 百萬元)。
  - ③請中央健康保險署與中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款實施方案之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。
- 3.上開協定事項要求應提出試辦期程、執行目標及預期效益(含評估指標)，部分項目資料(如劃線處)尚待補正，請各總額部門於 10 月 7 日前提出，俾利於本會第 8 次委員會議(108.10.25)併同本案決議進行確認。

表 4 109 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表(草案)

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
<b>一般服務</b>				
醫療服務成本及人口因素 成長率		3.092%	781.9	1. 計算公式： 醫療服務成本及人口因素 成長率=[(1+人口結構改變 率+醫療服務成本指數改 變率)×(1+投保人口預估 成長率)]-1。 2. 醫療服務成本指數改變率 所增加之預算(523.7 百萬 元)： (1)其中 200 百萬元併入 「提升用藥品質」項目 使用。 (2)其餘預算優先用於中 醫診所設立無障礙設 施等支付標準之調整。 (3)請中央健康保險署整 體評估醫療服務之支 付標準，朝成本結構相 對合理之方向調整，並 於 109 年 7 月底前提報 執行結果(含調整項目 及申報增加點數)。
投保人口預估成長率		0.346%		
人口結構改變率		0.666%		
醫療服務成本指數改變率		2.071%		
協商因素成長率		1.604%	405.5	請於 109 年 7 月底前提報各 協商項目之執行情形，延續 性項目則包含前 1 年成效評 估；實施成效並納入下年度 總額協商考量。
保險給付 項目及支 付標準之 改變	提升用藥品質	1.719%	434.6	1.請依協商原則，提出具體 的執行目標及預期效益(含 評估指標)，以落實科學中 藥用藥品質之提升。 執行目標：_____。 預期效益之評估指標：_____ _____。

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
				2.本項應以新增收載健保藥品給付品項為優先考量，請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，於108年12月底前提出擬新增藥品給付之品項及提升用藥品質規劃，並提報委員會議，方得調升藥費。
其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.115%	-29.1	1.為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。 2.本項不列入110年度總額協商之基期費用。
一般服務 成長率(註1)	增加金額	4.696%	1,187.4	
	總金額		26,475.1	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於108年11月底前完成，新增計畫原則於108年12月底前完成，且均應於109年7月底前提報執行情形及前1年成效評估報告。
醫療資源不足地區改善方案		135.6	0.0	辦理中醫師至無中醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 1.腦血管疾病 2.顱腦損傷 3.脊髓損傷		204.0	22.0	
中醫提升孕產照護品質計畫		90.0	25.0	
兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫		22.0	12.0	請依據臨床證據評估實施成效，檢討退場或回歸一般服務。

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
中醫癌症患者加強照護整合方案	194.0	28.0	1.包含癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫、癌症患者中醫門診延長照護計畫、特定癌症患者中醫門診加強照護計畫。 2.請整合 3 項癌症患者照護計畫，落實全人照護，並依據實證醫學，訂定有效醫療指標與獎勵誘因。
中醫急症處置	10.0	-10.0	請依據實證醫學，訂定有效醫療指標與獎勵誘因。
中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(109 年新增計畫)	50.0	50.0	請依協商原則，提出試辦期程、具體執行目標及預期效益(含評估指標)。 試辦期程：○年。 執行目標：_____。 預期效益之評估指標： <u>A.慢性腎臟病(CKD)分期較新收案時改善 B.腎絲球過濾速率(eGFR)較新收案時改善 C.腎功能指標改善(eGFR 下降速率)</u>
網路頻寬補助費用	74.0	0.0	1.預算如有不足，由其他預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」預算支應。 2.請檢討並加強中醫院所參與率，109 年度應達成參與院所數 100%之目標。 3.請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於 109 年 6 月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
品質保證保留款		60.8	37.2	1.原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8 百萬元)，與 109 年度品質保證保留款(60.8 百萬元)合併運用(計 83.6 百萬元) 2.請中央健康保險署與中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款實施方案之發放條件，訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。
專款金額		840.4	164.2	
較 108 年度核定 總額成長(註 2) (一般服務+專款)	增加金額	5.393%	1,351.6	
	總金額		27,315.5	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 25,287.6 百萬元(含 108 年一般服務預算 25,241.5 百萬元及校正投保人口預估成長率差值 41.8 百萬元與加回違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 4.2 百萬元)。

2.計算「較108年度核定總額成長率」所採基期費用為25,917.7百萬元，其中一般服務預算為25,241.5百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值41.8百萬元及未加回違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款4.2百萬元)，專款為676.2百萬元。

3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以健保署結算資料為準。

## 五、109 年度全民健康保險其他預算及其分配(草案)

### (一)總額協定結果：

- 1.109 年度其他預算增加 1,493 百萬元，預算總額度為 15,684.2 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如表 5。
- 2.請中央健康保險署依協定事項辦理以下事宜：
  - (1)於 109 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估資料；實施成效並納入下年度總額協商考量。
  - (2)屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)，其中延續型計畫應於 108 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 108 年 12 月底前完成，請依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。

### (二)預算分配相關事項：

- 1.基層總額轉診型態調整費用：
  - (1)全年經費 1,000 百萬元。
  - (2)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。
  - (3)請持續檢討醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件，訂定合理的動支標準，當病人流動達一定門檻，方能相對動支一定比率預算。
  - (4)本項動支方案應於 108 年 11 月底前完成相關程序，方案(含經費動支條件及相關規劃)應送全民健康保險會備查。
- 2.山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：全年經費 655.4 百萬元。
- 3.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：



- (1)全年經費 6,170 百萬元。
  - (2)本項預算不含移至牙醫門診總額「牙醫特殊醫療服務計畫」項下之居家醫療牙醫服務(20.13 百萬元)。
  - (3)本項醫療點數以每點 1 元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。
- 4.支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及狂犬病治療藥費：全年經費 290 百萬元。
  - 5.支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費：全年經費 3,000 百萬元。
  - 6.推動促進醫療體系整合計畫：
    - (1)全年經費 400 百萬元，用於「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」，及新增「遠距醫療會診費」。
    - (2)請中央健康保險署檢討三項計畫在分級醫療政策下之定位及成效，並配合修訂計畫內容。
  - 7.調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費：
    - (1)全年經費 822 百萬元。
    - (2)經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。
  - 8.獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用：
    - (1)全年經費 936 百萬元。
    - (2)四部門總額「網路頻寬補助費用」預算如不足時，由本項預算剩餘款支應。
    - (3)請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於 109 年 6 月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。
    - (4)請於協商次年度總額前檢討實施成效，將節流執行

效益，適度納入 110 年各部門總額協商減項。

9.提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：

(1)全年經費 1,653.8 百萬元。

(2)請中央健康保險署檢討本計畫醫療利用之適當性。

10.慢性腎臟病照護及病人衛教計畫：

(1)全年經費 427 百萬元。

(2)請增加「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」(Early-CKD)及「末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫」(Pre-ESRD)之收案率。

(3)請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。

11.提升保險服務成效：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請建立本項提升保險服務成效之評估指標。

12.提升用藥品質之藥事照護計畫：全年經費 30 百萬元。

表 5 109 年度其他預算協定項目表(草案)

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
其他預算(全年計畫經費)			<ol style="list-style-type: none"> <li>請於 109 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估資料；實施成效並納入下年度總額協商考量。</li> <li>屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)，其中延續型計畫應於 108 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 108 年 12 月底前完成，請依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。</li> </ol>
基層總額轉診型態調整費用	1,000.0	-346.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>請持續檢討醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件，訂定合理的動支標準，當病人流動達一定門檻，方能相對動支一定比率預算。</li> <li>本項動支方案應於 108 年 11 月底前完成相關程序，方案(含經費動支條件及相關規劃)應送全民健康保險會備查。</li> </ol>
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	655.4	0.0	
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	6,170.0	150.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>本項預算不含移至牙醫門診總額「牙醫特殊醫療服務計畫」項下之居家醫療牙醫服務(20.13 百萬元)。</li> <li>本項醫療點數以每點 1 元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。</li> </ol>
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及狂犬病治療藥費	290.0	0.0	
支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費	3,000.0	1,630.0	

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
推動促進醫療體系整合計畫	400.0	-100.0	1.用於「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及新增「遠距醫療會診費」。 2.請中央健康保險署檢討三項計畫在分級醫療政策下之定位及成效，並配合修訂計畫內容。
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	822.0	0.0	經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。
獎勵上傳資料及院所外其他醫療機構之網路頻寬補助費用	936.0	136.0	1.四部門總額「網路頻寬補助費用」預算如不足時，由本項預算剩餘款支應。 2.請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於109年6月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。 3.請於協商次年度總額前檢討實施成效，將節流執行效益，適度納入110年各部門總額協商減項。
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,653.8	0.0	請中央健康保險署檢討本計畫醫療利用之適當性。
慢性腎臟病照護及病人衛教計畫	427.0	23.0	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.請增加「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」(Early-CKD)及「末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫」(Pre-ESRD)之收案率。 3.請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。
提升保險服務成效	300.0	0.0	請建立本項提升保險服務成效之評估指標。
提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	
<b>總計</b>	<b>15,684.2</b>	<b>1,493.0</b>	

壹、109 年度總額協商—「西醫基層總額」  
與會人員發言實錄



## 壹、109 年度總額協商—「西醫基層總額」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

一、各位委員、各位與會代表，大家早安！今天召開的「109 年度全民健保醫療給付費用總額協商會議」，可說是本會年度內最重要的大事，依行政院核定的 109 年度總額範圍成長率下限為 3.708%、上限為 5.5%，本次協商關係到未來一整年全民健保的發展，在座的各位對全民健保及各醫療部門間的未來發展擔負很重要的角色和責任，我們對今天的總額協商賦予非常高的期待。我們將在行政院核定的總額範圍間進行 109 年度總額協商。

二、其次，介紹新任委員，歡迎藥師公會全國聯合會黃理事長金舜。

黃委員金舜

大家好！（委員鼓掌歡迎）

周主任委員麗芳

非常歡迎加入健保會，黃委員金舜的大名和今天會議有關，黃金就是預算、錢，舜與順同音，代表今天的協商一切都會順順利利，開始進行今天的會議。

林委員錫維

主席。

周主任委員麗芳

請林委員錫維。

林委員錫維

各位大家早！我們付費者代表需先至對面會議室進行內部會議。

周主任委員麗芳

一、林委員錫維提出付費者代表需要先進行內部討論，請儘快回到會場。

二、請問大概需要多久時間？

林委員錫維

10 分鐘以內。

周主任委員麗芳

10 分鐘，好，謝謝。

(付費者代表進行內部會議討論約 13 分鐘)

周主任委員麗芳

今天第 1 個協商的部門是西醫基層總額，現在開始進行「提問與意見交換」，先請西醫基層協商代表先進行 3 分鐘的說明，接著進行提問。請委員儘速就座。

黃委員啟嘉

請問付費者委員都回到座位了嗎？請問付費者委員誰是主談人？

周主任委員麗芳

我們等何委員語入座再開始。

黃委員啟嘉

主席，我想釐清一下，剛才提到進行 3 分鐘說明，請問是所有說明總共 3 分鐘，還是每位協商代表各 3 分鐘？

周主任委員麗芳

整個西醫基層總額部門的說明總共 3 分鐘。

黃委員啟嘉

好。請問付費者委員都入座了嗎？請問主談委員是哪位？

林委員錫維

本場次的主談人是何委員語和陳委員炳宏。

黃委員啟嘉

2 位主談人都是非常資深的委員，學長何委員語和陳委員炳宏都是令人非常敬重的委員。我們西醫基層簡短 3 分鐘說明協商訴求：

一、非協商因素項目：

(一)今天既然是進行總額協商，對於非協商因素(醫療服務成本指數改變率所增加之金額)，主管機關交付之 109 年度總額協商政策方向中只有提到「調整支付標準和藥品基本支付價」，並沒有提及其他項目。事實上，我看健保署對於非協



商因素的建議意見(註：健保署建議：「醫療服務成本指數改變率所增加之金額，建議優先用於急重難症、藥品基本價、藥事服務費、基層診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施等支付標準之調整」)中所提到的項目，都可藉由全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱共擬會議)進行詳細的討論。

(二)我能理解健保署的期待，但我覺得在今天這個協商總額預算的會議並沒有辦法進行討論的，這些內容應該在共擬會議或總額研商議事會議中討論。接下來直接進入協商因素的部分。

二、協商因素項目：有關「新醫療科技」部分，分別請吳委員國治針對特材，黃協商代表振國針對藥品，向付費者委員說明。先請黃協商代表振國。

黃協商代表振國

藥品有 2 個部分，1 個是「新醫療科技」、1 個是「放寬藥品適應症」。

一、新藥：近年來新藥的發展非常迅速，以糖尿病為例，每年都有新藥和新的治療方式，所以西醫基層所提的預算，是因應 109 年所需經費，希望嘉惠民眾使其得到較佳的藥物治療而編列。

二、放寬藥品適應症：放寬適應症的藥物一般都是療效不錯的藥物，且事實上有更多的民眾有使用該藥物的需求，所以這個預算希望能維持去年的額度。謝謝。

吳委員國治

一、有關特材的部分，我記得今年 9 月在健保署第 40 次特材共擬會議，對自付差額特材核價方式有做一些改變，當次會議決議不溯及既往，已收載的 10 類自付差額特材，仍維持原健保給付上限，可是目前無法確認未來在西醫基層會不會納入新的特材。

二、西醫基層總額如果 109 年度沒有引進新特材的話，要臚列清楚

特材編列的預算是 0 元。

(註：109 年西醫基層總額西醫基層部門草案及健保署意見中，「新醫療科技」內皆未編列特材預算)

黃委員啟嘉

- 一、健保制度在大家追求全民有保的同時，也追求品質。新醫療科技的經費對於全民健保品質影響非常大，所以懇請付費者委員支持西醫基層「新醫療科技」項目增加 3 億元的訴求。
- 二、關於「藥品給付規定範圍改變及相關醫療服務密集度之增加」，主要的訴求有 2 項，1 項是放寬藥品適應症，另 1 項是擴大 C 型肝炎治療衍生之醫療費用，C 型肝炎治療是陳部長時中關注的政策，因此先請王協商代表世晞說明。

王協商代表世晞

- 一、主席、各位委員大家好，C 型肝炎治療是國家政策，106 年開始第一代 DAA (direct-acting antiviral agent，直接作用抗病毒藥品，亦稱為 C 型肝炎口服新藥) 小分子藥物治療時，曾發生 3 例死亡案例，因此往後在開始治療後，就遵循國家 C 型肝炎旗艦計畫辦公室的要求，在治療前、中、後皆須按照規定進行很多檢驗。目前沒有額外編列這些檢驗項目的費用，預估 1 個人的檢驗費用約 1 萬多點。按照去年和今年的比例，特別是經過今年基層診所稅務方面改善後，西醫基層 C 型肝炎治療的人數應該有大幅的成長，懇請委員支持於明年一般服務預算內編列相關衍生的費用。
- 二、說明醫界面臨的問題，以往病人都是等到肝硬化時才治療，但今年開始只要檢驗 Anti-HCV (C 型肝炎病毒抗體) 呈陽性，就要進行治療。以平均檢驗 2 個人有 1 個陽性病人來看，治療 1 個 C 型肝炎的病人，同時要花費 2 個人次的檢驗費來檢測病毒量，目前檢驗費用被低估，懇請委員將此列入考量。
- 三、C 型肝炎治療對國家、個人有很大的影響，我們投入這樣的預算可減少因 C 型肝炎併發症，如肝病、肝癌、肝硬化所衍生的費用，

這部分也懇請委員一併考量。

黃委員啟嘉

再請顏協商代表鴻順補充說明C型肝炎治療部分。

顏協商代表鴻順

- 一、C型肝炎治療是國家旗艦型計畫，有可能是繼B型肝炎治療之後，成為台灣在國際醫療衛生上非常重要的成就。剛才王協商代表世晞已強調C型肝炎治療對病人、社會的意義和價值。
- 二、在預算的部分，我們在一般服務編列 2.295 億元預算。之前有委員提到：「過去在進行C型肝炎治療時，已經有做相關的檢查了」，要跟大家報告，1 個穩定的C型肝炎病人，在診所平常是半年追蹤 1 次，但若進入C型肝炎新藥治療，治療半年內須進行 4 次檢查，服務密集度會大幅的增加。且就如同剛剛王協商代表世晞所言，為了病人的安全，所有檢查項目都有詳細的規範，絕對不是如大家所認為的，都是平常就有在做的檢驗，完全不是，其服務密集度增加非常多。
- 三、再來請委員看到會議資料(大表)第 12 頁，健保署光是編列C型肝炎RNA病毒量定量檢測的費用(2 次)就不足，因為健保署僅針對C肝病人編列 2 次RNA檢驗費用。但是我要請問，針對C型肝炎病人的確診，可以用眼睛就看得出有沒有帶RNA的病毒嗎？當然看不出來啊！那要怎麼辦？就是需要檢查。有關檢查的費用，剛才王協商代表世晞也提到，檢驗 2 個病人只有 1 個檢驗結果是呈陽性，所以這部分的費用也短列。經過我們詳細的計算，編列的費用是 2.295 億元，以上報告，謝謝。

黃委員啟嘉

因為時間的關係，現在進入專款項目的說明，專款部分「家庭醫師整合性照護計畫」...

周主任委員麗芳

原先是預計整個部門用 3 分鐘做重點說明，現在已經說明 6 分鐘了，是不是請用 1 分鐘做總結。因為「提問與意見交換」的時間是 25 分

鐘，現在只剩下 18 分鐘。

黃委員啟嘉

好，請黃協商代表振國盡快說明「家庭醫師整合性照護計畫」。

黃協商代表振國

- 一、跟各位委員報告，在 108 年已有 6,660 位醫師加入「家庭醫師整合性照護計畫」，以每年增加 742 位醫師來估算，明年大概會有 7,300~7,400 位基層醫師參與本計畫。
- 二、目前本計畫照顧的家戶會員人數是 545 萬人，以這 2 年的成長率 15% 來估計，明年會員人數大概可以到達 630~640 萬人，而這些會員都是醫療資源耗用較高的病人。
- 三、我們呼應委員期待，希望明年執行重點在質的提升而不只是量的增加，所以把會員成長率從 15% 下修到 10%，希望能照顧到 600 萬的家戶會員。誠如我們估算，明年的預算是真的缺少非常多，以目前來講需要增加 6 億元的基本照護費，另為提升品質，希望再增編品質獎勵措施預算約 2 億元。

黃委員啟嘉

請盧協商代表榮福說明「內科人才培育照護醫療費用」。

盧協商代表榮福

- 一、我來自高雄，跟大家報告今年內科住院醫師招生的情況，高雄有 4 家大型醫院，有 1 家今年要招收 21 個第 1 年住院醫師(R1)結果來了 6 個；另 1 家要招收 4 個來了 1 個；第 3 家要招收 7 個結果來 5 個；第 4 家要招收 17 個來了 13 個，整體招收比例大概約 51%。
- 二、內科住院醫師招收結果直接影響未來內科醫師人數，缺乏內科醫師對於住院病人照護和民眾健康影響非常大，所以我們今年才會提出這個項目。以前我擔任第 1 年住院醫師時，後面有第 2 年、第 3 年、第 4 年的住院醫師 cover(照應)，現在第 1 年住院醫師、第 2 年住院醫師如果短缺，後面由誰 cover？就是主治醫師了，中間有很大一塊斷層，這對住院病人照護而言是非常

危險的。

三、今天特別提出這個項目，呼籲大家重視這個危險的狀況，內科醫師人力的缺乏對於醫療品質影響很大，因此我們提出「內科人才培育照護醫療費用」這個項目。

黃委員啟嘉

接下來針對「西醫醫療資源不足地區改善方案」和「全民健康保險西醫基層總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫」，請徐協商代表超群說明。

徐協商代表超群

關於偏鄉醫療共有 3 個專案計畫：

一、西醫醫療資源不足地區改善方案：我們原編列的金額和健保署編列的金額是不一樣的，原本我們認為 109 年執行內容若沒有改變，就照原來的預算即可，但在 8 月份的西醫基層總額研商議事會議，發現因醫療資源缺乏地區定義改變，使 108 年醫療資源缺乏地區涵蓋鄉鎮擴大，導致 108 年巡迴醫療論次計酬服務的點值可能會降到每點 0.54 元左右，因此希望 109 年能夠補足預算缺口，後來請健保署精算需要的經費，所以我建議照健保署編列的預算額度。

二、(計時鈴響)還有 2 個專款項目要說明，可否請主席再給我幾分鐘簡短說明。

周主任委員麗芳

幾分鐘真的沒辦法，拜託 30 秒簡短說明，謝謝。

徐協商代表超群

「全民健康保險西醫基層總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫」，主要是醫師的人力都集中在都會地區，偏鄉則是愈來愈慘。目前政府只有在非常偏遠的醫療資源缺乏地區給予獎勵，對於中間一些不山不市，不是山地也不是都市的鄉鎮醫師逐漸在萎縮，卻沒有被注意到。所以提出這個方案，希望做分級，讓愈偏僻的鄉鎮的醫師得到愈好的給付，這樣才可以分散醫師人力，我想這是非常重

要也是很好的政策。

周主任委員麗芳

好，謝謝西醫基層協商代表的補充說明，接下來進行「提問與意見交換」。

黃委員啟嘉

請付費者委員提問，請問何委員語有無意見？

何委員語

我們要先進去開會。

周主任委員麗芳

付費者委員要先進行內部會議？

何委員語

對，先進行內部會議，以免浪費時間。

林委員錫維

請付費者代表全員到對面的會議室開會，謝謝。

(付費者代表進行內部會議討論約 56 分鐘)

周主任委員麗芳

一、歡迎付費者委員回到現場，我們在場的各位正引領企盼。請付費者委員就座之後，開始進行提問與意見交換。

二、請付費者委員提出意見，本場次的主談人是何委員語和陳委員炳宏，我們先請何委員語。

何委員語

經過激烈的討論後，付費者代表方案為：

一、非協商因素：沒有問題。(註)

二、一般服務之協商因素：

(一)項次 1「新醫療科技」：依健保署意見，增加 4,700 萬元。

(二)項次 2「藥品給付規定範圍改變及相關醫療服務密集度之增加」：也是依健保署意見，增加 3,400 萬元。

### 三、專款項目：

- (一)項次 4「西醫醫療資源不足地區改善方案」：依健保署意見，增加 4,830 萬元(全年預算 2.654 億元)。
- (二)項次 5「全民健康保險西醫基層總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫(109 年新增項目)」：依健保署意見，不編列預算。
- (三)項次 6「偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(109 年新增項目)」：依健保署意見，不編列預算。
- (四)項次 7「家庭醫師整合性照護計畫」：依健保署的意見，增加 2.2 億元(全年預算 31 億元)。
- (五)項次 8「強化基層照護能力及『開放表別』項目」：付費者代表同意增加 1 億元(全年預算 8.2 億元)。
- (六)項次 9「C型肝炎藥費」：不增編預算，全年經費為 4.06 億元。
- (七)項次 10「109 年使用C型肝炎新藥後所需之檢測費用(109 年新增項目)」：付費者代表共識為不編列預算。
- (八)項次 11「醫療給付改善方案」：依健保署意見，增加 5,900 萬元(全年經費 4.59 億元)。
- (九)項次 12「鼓勵院所建立轉診之合作機制」：依健保署意見，不增加金額(全年經費為 2.58 億元)。
- (十)項次 13「網路頻寬補助費用」：依健保署意見，不增加預算(全年經費為 2.11 億元)。
- (十一)項次 14「罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材」：依西醫基層及健保署意見，不增加預算(全年經費為 1.1 億元)。
- (十二)項次 15「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症後群照護衍生費用」：不增加預算(全年經費為 0.11 億元)。
- (十三)項次 16「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」：不增加預算(全年經費為 1.78 億元)。

(十四)項次 17「品質保證保留款」：減列 0.476 億元(全年經費為 2.805 億元)。

(十五)項次 18「內科人才培育照護醫療費用(109 年新增項目)」：依健保署意見，不編列預算。

四、以上是付費者代表的意見，接下來再請另一位付費者代表主談人陳委員炳宏補充說明。

(註：當時付費者代表方案中，醫療服務成本及人口因素成長率之協定事項文字為：1.醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,024.4 百萬元)優先用於急重難症、藥品基本價、藥事服務費、基層診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施等支付標準之調整。2.請中央健康保險署整體評估朝成本結構相對合理之方向，調整醫療服務支付標準，並於 109 年 7 月底前提報執行結果，請含調整項目及申報增加點數)。

陳委員炳宏

有關西醫基層代表爭取的新增專款項目(項次 18)「內科人才培育照護醫療費用」，付費者代表建議由「醫療服務成本指數改變率所增加之預算」支應，亦建請於協定事項中納入人才培育相關措施，以上補充。

周主任委員麗芳

其他付費者代表是否還有其他補充說明？

林委員錫維

沒有需要補充的。

周主任委員麗芳

如果沒有補充說明，請西醫基層協商代表表示意見。

黃委員啟嘉

因為目前付費者代表提出之版本與西醫基層部門提出的版本落差很大，請容許西醫基層進行內部討論。

周主任委員麗芳

西醫基層協商代表要進行內部會議。



(西醫基層代表進行內部會議討論約 16 分鐘)

周主任委員麗芳

西醫基層協商代表已結束內部會議回到現場。請各位委員就座，請說明討論結果。

黃委員啟嘉

主席、各位健保會委員及敬愛的付費者代表，我們經過詳細的討論，也非常鄭重的參考付費者代表的意見後，凝聚了一些共識。首先就非協商因素的部分，請吳委員國治向大家說明。

吳委員國治

- 一、剛剛付費者代表有提到希望將「內科人才培育照護醫療費用」的預算移由非協商因素(醫療服務成本指數改變率所增加之預算)支應，不過對於目前付費者代表於非協商因素項目所訂的協定事項，希望可以參照這幾年的文字陳述：「醫療服務成本指數改變率所增加之預算，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數」，這是 1 個大原則的宣示。
- 二、基本上，在給付項目的處理原則共有三個層次，第一層為衛福部的政策指示，第二層為健保會總額協商費用的配置，第三層為細節執行，於健保署相關會議中，由我們和健保署討論。若健保會在協商時就指定相關用途，並非我們所樂見，既然是非協商因素，就不應該將上述項目加諸於此，這是不妥的事情。
- 三、尤其「藥品基本價」是政策改變所帶來的影響，我查過西醫基層的醫療服務成本指數改變率中，藥品的權重占約 24%，109 年醫療服務成本指數改變率所增加的金額約有 20 億元，算起來藥品的部分占不到 5 億元，但依健保署第 1 次報告，藥品基本價對西醫基層總額的影響為 8.56 億元，第 2 次報告估算影響為 6 億元，錢根本不夠。
- 四、有關「基層診所設立無障礙設施」，沒有明確訂定金額，這個項目會排擠到整體預算。醫療服務成本的上漲是由基層所有院所共同承擔，希望這些與支付標準調整相關的項目，能讓我們

好好與健保署再討論，例如：「急重難症」支付標準調整，基層是否真的要與醫院用一樣的支付標準？就我瞭解，在西醫基層中很多與急重難症相關的支付標準項目 C 表(泛指可於基層院所及各層級醫院執行項目)，在基層申報量為 0，應該檢討這些項目是否回歸 B 表(泛指可於各層級醫院執行項目)，因為這些項目在基層根本不可能執行。另外，老實說有些調整的理由只是因為在醫院部門調整了，西醫基層就要一起調整，而非急重症。但在醫院部門調整支付標準時，醫院 3 個層級間都有爭議了，而基層有 10 幾個科別，內部爭議性更大。

五、另外，有關「藥事服務費」、「離島假日開診之相關獎勵措施」等都是支付標準項目，應該是由我們與健保署好好坐下來談。因此，希望在協定用途上有個原則性宣示即可，不要指定一定要用在什麼地方，尤其西醫基層總額是第 1 個協商的部門，直接落下文字，會影響到其他總額的想法，並不是很理想。

六、另外要特別提出來的是，103 及 104 年西醫基層總額醫療服務成本指數改變率為負成長，是否到時候又要扣掉呢？所以，有 1 個大原則的方向來調支付標準就可以了，不要在裡面加諸一些一定要執行的項目，以上報告。

黃委員啟嘉

非協商因素的部分，西醫基層希望如過去一樣處理，既然是非協商因素，就不要在協商會議中加註太多內容。

周主任委員麗芳

一、我先確認一下，剛剛吳委員國治所提的是會議資料(小表)第 23 頁，107 年度協定用途的文字：「醫療服務成本指數改變率所增加之預算，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數」嗎？(黃委員啟嘉：對)

二、好，請黃委員啟嘉繼續說明。

黃委員啟嘉

一、說明西醫基層部門的修正方案，協商因素一般服務預算部分，

對於「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材)」金額有做刪減，從3億元降至2億元，其他部分我們認為都是維持醫療品質之必要項目，維持不變。

二、專款部分，有修改部分說明如下：

(一)「西醫基層總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫(109年新增項目)」：建議由3億元降至1億元。

(二)「偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(109年新增項目)」：建議由1億元降至5,000萬元。

干委員文男

請黃委員啟嘉說明是第幾項，以便大家能清楚瞭解。

黃委員啟嘉

一、剛說完的專款部分是第5項及第6項。

二、有關「強化基層照護能力及『開放表別』項目」，尊重健保署意見，增加金額由4億元降至2億7千萬元(總預算9.9億元)。

何委員語

請等一下，第5項可否再說明清楚？

黃委員啟嘉

一、第5項「西醫基層總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫(109年新增項目)」：本來西醫基層部門草案是提3億元，現在降至1億元。

二、第6項「偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(109年新增項目)」：本來西醫基層部門草案是提1億元，現在降至5千萬元。

三、第8項「強化基層照護能力及『開放表別』項目」：增加金額由本來的4億元降至2億7千萬元。

何委員語

第5項降了1億元？

黃委員啟嘉

一、第 5 項由 3 億元降到 1 億元，也就是 3 億元減 2 億元變成 1 億元。

二、第 6 項是 1 億元減 5 千萬元，降為 5 千萬元。

何委員語

第 5 項的部分請再重複一次？

黃委員啟嘉

第 5 項本來西醫基層是提 3 億元，減了 2 億元，剩下 1 億元。

何委員語

本來第 5 項是提 3 億 9 百萬元，降了 1 億元？(黃委員啟嘉：是降了 2 億元)所以是剩下 1 億元。

黃委員啟嘉

請會務人員配合討論，協助移動螢幕畫面。

何委員語

再來是第幾項？

黃委員啟嘉

專款部分第 6 項，請會務人員協助移動螢幕畫面。

何委員語

第 6 項從 9,980 萬元降至 5,000 萬元？

黃委員啟嘉

對，剩 5,000 萬元。

何委員語

好，請繼續。

黃委員啟嘉

一、第 8 項「強化基層照護能力及『開放表別』項目」：增加金額從 4 億元降到 2 億 7 千萬元。

二、其他沒有變動金額的項目，有幾個需要補充說明的部分，我等一下再說明，以上先說明有改變的部分。

何委員語

還有沒有其他的變動？

黃委員啟嘉

有關「家庭醫師整合性照護計畫」，請顏協商代表鴻順再跟大家說明一下。

顏協商代表鴻順

- 一、家醫計畫是近幾年來在基層認真執行也非常受到肯定的計畫，今年有 6,600 多位醫師照顧了 500 多萬台灣的民眾，對於明年費用的編列，我們覺得健保署的資訊可能有點偏差，請參閱會議資料(大表)第 9 頁健保署意見第 2 點：「108 年度本計畫預算增加 4.5 億元...其中約 2.5 億元使用於多重慢性病人門診整合費用，餘 2 億元用於增加收案會員人數，108 年增加 72.7 萬人」。
- 二、請注意這 2 個數字：2 億元及 72.7 萬人，相除後每個人預算約為 275 元，但是請看到同頁健保署意見第 4 點，在編列 109 年預算時每人費用估算為 550 元，但今年(108 年)卻只編了 275 元，這中間的差異顯示，其實今年就已經短編了 2 億元，換句話說，如果明年繼續照顧這些人，又是少 2 億元，即每年都少 2 億元，這是第 1 個短編的部分。
- 三、請再看健保署意見第 4 點，對於明年成長的預估：「假設 109 年收案人數增幅與 103~105 年平均成長率相同(7%)」，請問為什麼 109 年是以 103~105 年的平均成長率來預估，而不是拿 106、107 及 108 年的成長率來預估？因為 106、107 及 108 年成長率平均值是 29.2%，就算以今(108)年來講也有 14.8%，因此成長率的部分也是低估，如果以過去這 2 年的平均值來講，這部分經費需要 4 億元。
- 四、所以，去年短編 2 億元，那今年又短編 2 億元，再加上會員人數預估短編 4 億元。至於多重慢性病照護增加 0.2 億元的部分我們是贊成的，所以我們全部加總才會提出增編 8 億元的主張。

其實，從健保署提出的數字，就可以推算出西醫基層為什麼會提出這樣的主張。

黃委員啟嘉

最後，西醫基層代表所提的一般服務加專款，成長率為 5.473%，請付費者代表看看有沒有問題，隨時提出來。

周主任委員麗芳

- 一、謝謝西醫基層代表所提出來的修正方案，先請付費者代表表示意見，等一下也會請專家學者及公正人士表示意見。若付費者代表暫時沒有意見，專家學者及公正人士可以先提出建議。
- 二、請黃委員金舜。

黃委員金舜

- 一、主席、付費者代表及所有委員大家好，我是藥師公會代表，西醫基層總額「醫療服務成本及人口因素成長率」部分，健保署的意見提到建議優先用於「藥事服務費」。
- 二、健保開辦 20 幾年來，藥事服務費才在 104 年調整 3 點，10 幾年來整體物價波動，包括房租及水電等成本都已提升，而過去藥師只有單純提供調劑，現在的藥事服務還包括用藥安全評估等工作，整體而言藥師增加很多的責任。希望在座所有的付費者代表及委員，支持附帶決議優先調整藥事服務費。

周主任委員麗芳

請問付費者代表或專家學者及公正人士還有沒有意見？對剛剛西醫基層提出的修正版本，付費者代表意見如何？

林委員錫維

目前雙方版本差距很大，付費者代表需要再進行第 2 次內部討論才能決定。

周主任委員麗芳

好(吳委員榮達表示要發言)，請吳委員榮達。

吳委員榮達

剛才西醫基層協商代表提到跟健保署計算有出入的部分，是不是可以請健保署補充說明，有關家醫計畫西醫基層剛提到的每人費用是275元，但我看健保署資料還是以550元計算，請問差異為何？可能要先釐清，付費者代表才有辦法進行內部討論。

蔡副署長淑鈴

一、說明家醫計畫專款經費的用途：

(一)個案管理費：每人支付250元/年。

(二)績效獎勵費用(每人支付550點/年)包含：(1)品質提升費用，及(2)健康管理成效鼓勵費，即VC-AE(註)。

[註：家醫計畫對健康管理成效鼓勵：社區醫療群登錄個別診所會員(排除居家醫療照護整合計畫之個案)實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之間差值回饋社區醫療，撥入執行中心帳戶或診所，VC-AE平均每人275點為上限(以群方式統計)]

二、經費結算的順序是：個案管理費先以每點1元支應，再計算績效獎勵費用的品質提升費用與VC-AE(註：即績效獎勵費用採浮動點值支付)。剛才西醫基層協商代表提出爭議點是本署以2億元支應109年增加收案會員費用。事實上，死亡或者是中途退出的個案，其個案管理費會打折支付，所以不見得最後每個會員平均費用都需花費到550點。

三、因此，108年的預算增加4.5億元，在會議資料(大表)第9頁本署意見第2點提到的數字，基本上是當時的估計，但實際上，如：多重慢性病人門診整合費用，並沒有使用那麼多預算，而這些預算都是可以互相勻用，以上補充說明。

周主任委員麗芳

請問是否還有委員需要提問？如果沒有，就請付費者代表進行內部會議討論。

林委員錫維

付費者代表請移駕至對面會議室進行內部討論。

(付費者代表進行內部會議討論約 18 分鐘)

周主任委員麗芳

感謝付費者代表又經過一番討論，重新回到會場，請付費者代表向大家分享本次的討論結果。

何委員語

主席、各位委員以及西醫基層的協商代表午安，每位付費者代表都很用心、用力及慎重地討論，依討論結論提出第 2 版的付費者方案，說明如下：

一、有關「醫療服務成本指數改變率所增加之預算」協定事項：

(一)依健保署建議，「醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,024.4 百萬元)優先用於急重難症、藥品基本價、藥事服務費、基層診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施支付標準之調整」。已列入剛剛黃委員金舜所建議的藥事服務費部分。

(二)付費者代表另建議「請中央健康保險署整體評估各科別之支付標準，朝成本結構相對合理之方向，調整醫療服務支付標準」。

二、一般服務之協商因素項目：

(一)項次 1「新醫療科技」：維持增加 4,700 萬元。

(二)項次 2「藥品給付規定範圍改變及相關醫療服務密集度之增加」：維持增加 3,400 萬元；其中「擴大 C 型肝炎治療衍生之醫療服務費用」不編列預算。

(三)項次 3「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」：照健保署及西醫基層協商代表所提，減列 3,500 萬元。

三、專款部分：

(一)項次 4「西醫醫療資源不足地區改善方案」：雙方已達成共識，增加 4,830 萬元(全年經費 2.654 億元)。

(二)項次 5「全民健康保險西醫基層總額弱勢鄉鎮提升醫療可近



- 性獎勵計畫(109年新增項目)」：付費者代表方案維持0元。
- (三)項次6「偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(109年新增項目)」：付費者代表同意全年經費編列5,000萬元。
- (四)項次7「家庭醫師整合性照護計畫」：付費者代表一致共識，同健保署意見，增加2億2千萬元(全年經費31億元)。
- (五)項次8「強化基層照護能力及『開放表別』項目」：付費者代表方案同意增加1億元(全年經費8.2億元)。
- (六)項次9「C型肝炎藥費」：增加0元(全年經費4.06億元)。
- (七)項次10「109年使用C型肝炎新藥後所需之檢測費用」：付費者代表方案維持0元。
- (八)項次11「醫療給付改善方案」：雙方已達成共識，增加5,900萬元(全年經費4.59億元)。
- (九)項次12「鼓勵院所建立轉診之合作機制」：雙方已達成共識，增加0元(全年經費2.58億元)。
- (十)項次13「網路頻寬補助費用」：新增0元(全年經費2.11億元)。
- (十一)項次14「罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材」：雙方已達成共識，增加0元(全年經費1.11億元)。
- (十二)項次15「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」：雙方已達成共識，增加0元(全年經費0.11億元)。
- (十三)項次16「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」：增加0元(全年經費1.78億元)。
- (十四)項次17「品質保證保留款」：依委員會議決議(全年經費2.805億元)。
- (十五)項次18「內科人才培育照護醫療費用(109年新增項目)」：付費者代表方案維持0元。

四、以上為付費者代表修正後方案，較 108 年度核定總額成長率(一般服務+專款)為 3.898%。

周主任委員麗芳

請問陳委員炳宏是否有需要補充？(陳委員炳宏表示沒有)接下來請西醫基層代表表示意見。

黃委員啟嘉

感謝付費者代表的寶貴意見，我們也需要進行內部討論以尋求共識。

周主任委員麗芳

現在由西醫基層代表進行內部會議，請付費者代表先用餐。

(西醫基層代表進行內部會議討論約 17 分鐘)

周主任委員麗芳

一、西醫基層代表已結束內部會議回到會場，期待雙方能夠達成共識。

二、請西醫基層代表說明討論後的方案內容。

黃委員啟嘉

一、我現在的心情蠻沉重的，剛才內部會議西醫基層協商代表也經過很熱烈的討論，針對付費者代表所提出第 2 個版本，以我過去 10 年參與總額協商的經驗，無論是幕僚或是協商代表的身分，第 1 次看到付費者代表方案的成長率低於健保署建議方案，因此我無法說服同儕接受目前付費者代表所提方案。若要再分項論述其必要性，需要很多的時間，沒辦法在這裡說明。

二、有 1 個原則我們必須強調，關於非協商因素的協定事項(醫療服務成本指數改變率所增加之預算用途)，我們的立場是「應運用於檢討支付標準之合理性」，這已涵蓋了很多調整支付標準的面向，也有其他很多相關的會議可以進行討論，但我們認為不應該列在年度總額協商的協定事項內。

三、目前我們討論的是「協商因素項目」，並不是討論「非協商因

素」。對於衛福部的相關政策，我們都可以在其他會議中充分討論及調整，但若在非協商因素設下前提，這是前所未有的事情，因此我們非常堅持西醫基層代表方案中，一定要呈現我們對於「醫療服務成本指數改變率所增加之預算」協定事項的附加說明文字。

四、有關西醫基層部門對醫療服務成本指數改變率所增加預算的附加說明文字如下，請健保會幕僚協助於螢幕上呈現。以下 2 段文字為西醫基層部門之立場，其中第 1 段文字內容已涵蓋很多調整的方向，可於其他相關會議中進行支付標準調整討論。

(一)比照 107、108 年本項協定事項，醫療服務成本指數改變率所增加之預算，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數。

(二)為符合非協商預算原則，不應再附加任何前提。

五、其他項目都與付費者代表詳細的說明過，但無法得到認同。我們也不知道付費者代表在哪個項目還有可能增加預算，也不知道該刪減哪個項目，因此內部討論無法取得共識，很抱歉西醫基層部門仍維持上一個版本。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、首先感謝周執行秘書淑婉，今天的午餐很好吃(周執行秘書淑婉回應：謝謝)，我過去 2 年參與健保會相關會議都自行攜帶餐盒、水果及巧克力等，今天感覺特別不一樣。

二、請西醫基層代表好好檢視健保法相關條文，健保法中給予付費者代表對於醫療項目不平衡的狀況，可以採取促進醫療平衡發展的責任，在 109 年度總額協商原則中也提到，付費者有責任促進各總額部門各項目之衡平發展，以嘉惠病患。剛才西醫基層代表的發言已違反相關條文及 109 年度總額協商原則的內容。

三、付費者代表過去 2 年沒有特別要求「醫療服務成本指數改變率所增加之預算」的協定事項內容，不表示今年付費者代表就不能有相關意見。

四、我非常重視本次會議，尤其在西醫基層總額部分，大家可以來看我的議程資料，上面滿滿都是我用紅筆加註的內容，也自行搜尋相關資料。前面協商時我不太想發言，因為覺得講了也沒用，感覺你們就是要送部長裁決。我花了很多心血研究西醫基層部門方案，也做了很多筆記，中秋假期都沒有外出，都在專心研讀資料。

五、最後，健保署提出的建議方案中有相關建議文字，為何付費者代表不能將之列入？付費者代表沒有在非協商項目中直接匡列細項用途之金額，但為考量醫療科別衡平發展(提出建議優先使用項目)，這是我們付費者的權利跟責任，若脫離此權利與責任，則付費者代表在總額協商中似乎就沒有功能。

六、我再簡單補充付費者代表方案：

(一)項次 8「強化基層照護能力及『開放表別』項目」：這 2 年都有編列預算，但健保署已建置完成健保醫療資訊查詢系統，可預見未來重複檢驗/檢查會減少，民眾若先到醫院檢查，經雲端系統查詢後，就不會重複進行，除非大家都直接到基層檢查，那就另當別論。

(二)項次 4「家庭醫師整合性照護計畫」：

1.本計畫自 92 年起開始執行，已投入近 200 億元經費，但還沒提出具體成效報告及未來發展方向，而在健保醫療資訊查詢系統執行後，應可減少民眾醫療費用。

2.依健保署資料，107 年收案會員計 473 萬人，其中會員死亡約 3.2 萬人，因故中途退出計畫之會員約 3.8 萬人，合計約 7 萬人，約 1.48%收案會員脫離計畫。

3.黃協商代表振國提到有 6,600 多位醫師參與本計畫，我看到的資料是 5 千多位，相差近 1 千人。若西醫基層代表希

望增編預算，請再補充具體成效、降低的醫療費用等資料，來說服付費者代表。

(註：依會議資料(小表)，家庭醫師整合性照護計畫參與醫師數 107 年為 5,924 位，108 年 1~3 月為 6,666 位)

七、我贊成 109 年度西醫基層總額以兩案併陳送部長裁決。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、我想付費者跟西醫基層代表都已各自進行 2 次內部討論，多數項目已達成共識，何委員語也再次說明付費者代表的共識。
- 二、是否請西醫基層代表針對部分未達成共識的項目，再加以考量，以拉近雙方差距，否則這樣就送部裁決，似乎也不太好，是否請雙方再談一下？

黃委員啟嘉

- 一、我想剛才何委員語把健保會委員的職責說得非常好，但健保會委員若想要達成剛才所提的功能，以我過去的認知，主要是以協商因素項目來處理，而不是放在非協商因素項目。
- 二、非協商因素項目中當然有反映成本的部分，未來會在健保署的共擬會議中討論，因此我們提出的協定事項建議文字是「運用於檢討支付標準的合理性」。我們認為文字不需要寫到這麼詳細，會干涉到很多執行細節，因為支付標準調整都會在相關會議進行討論。既然稱為非協商因素，就不該在協商過程中指定用途。
- 三、何委員語說的話都對，健保會委員有相關權利，未來在正式委員會議中，各位委員也可以正式提案要求西醫基層部門執行。在此跟何委員語說明，總額協商過程中，並未剝奪健保會委員這些功能與責任，但依目前付費者代表的版本，協商項目部分增加的預算不多，會弱化這方面的角色。
- 四、有關家庭醫師整合性照護計畫部分，請黃協商代表振國補充說

明。

黃協商代表振國

一、感謝何委員語的指導，有關參與醫師數與照護人數，我相信健保署有完整的資料，再請健保署提供即可。

二、補充說明計畫執行成效：

(一)近年已在國際學術期刊發表幾篇相關研究結果，因為屬於執行細節，會後再寄給有興趣的委員參酌。

(二)以 107 年執行成果為例，567 個醫療群的醫師都努力整合會員健康問題，落實全人、全家及全社區照護，107 年度健康管理成效部分，雖有約 24% 醫療群的健康管理成效鼓勵 VC-AE 為負數，但有 76% 的醫療群 VC-AE 為正值，其中更有 70.72% 醫療群 VC-AE 超過 275 點。

周主任委員麗芳

請葉委員宗義。

葉委員宗義

一、會議進行到現在已 3 個多小時了，若照這種速度協商，恐怕到明天都還沒辦法完成協商，我非常佩服黃委員啟嘉，也先預祝您競選順利、高票當選。

二、付費者代表今天早上才決定各場次的主談人，西醫基層部門由保險付費者的雇主代表何委員語及陳委員炳宏擔任。本場次協商到現在，我感覺何委員語有些委屈，因為似乎有人對他不滿，但我認為本會不能少了何委員語。

三、上次委員會議我也提到，依協商公式，109 年度總額非協商金額高達 265 億元，將直接給各總額部門，非協商的金額即使送到總統府也沒辦法更改，而本會可協商空間僅約 117 億元，協商空間有限造成協商困難，但我希望即使協商不成，大家之後還是好朋友。

四、雖然雙方代表已表達要兩案併陳送部裁決，我希望不要讓主任委員及健保署為難，不要第 1 個部門協商就破局，請雙方再考

慮一下。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

我想雙方目前差距非常大，達成共識的機會不高，在此提出 2 點建議，雖然最後可能還是兩案併陳，但看看能否縮小差距：

一、有關「醫療服務成本指數改變率所增加之預算」的協定事項內容，目前付費者代表方案主要內容是依健保署的建議，以衛福部政策項目為主，但是否需羅列所有政策項目？有沒有可能修改為「在多少的比例範圍內優先用於...」，其他部分再於共擬會議中協調。

二、項次 5(全民健康保險西醫基層總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫，109 年新增項目)及項次 6(偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫，109 年新增項目)2 項計畫的施行區域有高度重疊，建議可在總經費不變的情況下整併執行。

周主任委員麗芳

請蔡委員登順。

蔡委員登順

一、我認同吳委員榮達所說，目前雙方版本差異頗大，但西醫基層協商代表強調「醫療服務成本指數改變率所增加之預算」不能指定用來調整支付標準，我想這是不對的說法。「醫療服務成本指數改變率所增加之預算」應用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數，人事成本，藥品及耗材成本，營業費用等都可於在支付標準中適度反映，非僅能調整診察費而已，因此涵蓋範圍很大。

二、104~108 年西醫基層總額非協商因素項目(醫療服務成本及人口因素成長率)增加之金額高達 125 億元，西醫基層部門若要調整支付標準，委員絕對會尊重，非協商因素項目所增加之金額，部門只要內部達成共識，都可以調整相關支付標準，建議應好

好運用醫療服務成本指數改變率所增加之預算。

三、目前付費者代表提出「醫療服務成本指數改變率所增加之預算」的協定事項內容，主要是以衛福部政策為主，因此今天不管雙方有無共識，相關政策仍要繼續推動。例如：在設立無障礙設施部分，仍應逐步積極推動，並請相關單位將設置標準做明確的規範，以利遵循，我建議不能暫緩，雖然無法一步到位，但仍要逐步落實。台灣已經是 1 個非常文明進步的國家，應提供身心障礙民眾更友善的就醫環境，建議此部分仍應持續推動。

周主任委員麗芳

請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、主席、在座各位大家午安，在此提出個人淺見及呼籲，健保總額已經高達 7,000 多億元，我以勞工代表的身分，請大家思考錢從哪裡來？
- 二、目前有參加勞保的勞工約 1,080 多萬人，還包含職業工會無一定雇主及自營作業者的 250 萬人，每個月的收入並不穩定。非協商因素項目成長率是用公式計算出來的，健保總額一直往上成長，我認為很快就會突破 8,000 億元，請大家好好的思考，這些勞苦功高繳交保費的勞工們謀生不易，但我們現在討論的方式並不是「量入為出」，大家一直在談要增加多少錢，然後再去提高保費，我呼籲雙方都要審慎思考。
- 三、我現在說的話和協商項目金額沒有相關，但與整個健保財務平衡、調漲保費有密切相關。目前西醫基層代表對付費者代表方案不滿意可能要送部裁決，我認為明天早上還有 1 個空檔，是否請西醫基層代表今天回去後再思考，不要堅持要那麼快、那麼多的金額成長。
- 四、9 月協商會議過後，馬上就要進行健保費率審議，說不定在民國 110 年就要調高健保費率，這對勞工來說是很大的壓力。在此呼籲、懇求西醫基層代表再審慎思考，是否一定要這樣高的



成長、是否有哪些項目可以調整，可以利用明天早上的空檔來處理，不要第 1 場協商就破局，讓後面的場次更難協商。

周主任委員麗芳

我想本場次討論至此已接近尾聲，先請專家學者及公正人士發言後，再請西醫基層代表一併回應。請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

- 一、主席、各位好，目前雙方版本中，金額差異最大的項目是項次 7「家庭醫師整合性照護計畫」，雙方差距 5.8 億元。因為是專款計畫，某種程度上是有多多少錢做多少事，而此計畫成效亦有討論空間，尚無定論。是否請西醫基層代表考慮先放慢腳步、縮小執行範圍，讓雙方差距得以減少。
- 二、我也贊同吳委員榮達的意見，建議項次 5(全民健康保險西醫基層總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫)及項次 6(偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫)2 項專款新增計畫合併執行，於同意的預算範圍內金額可相互流用。

周主任委員麗芳

請吳委員國治。

吳委員國治

- 一、感謝付費者代表對於非協商因素的指教，但因事涉 4 個總額部門協定事項的擬訂，西醫基層部門的決定，會影響 4 總額部門的步調，我們還是認為應該是在健保署相關會議好好溝通。
- 二、請看今天協商會議資料(大表)第 1 頁，健保會幕僚補充意見第 1 點：「『善用醫療服務成本指數成長之預算，調整醫療服務支付標準與藥品基本支付價』係主管機關交付之 109 年度總額協商政策方向」。上面除了調整支付標準之外，只有提到藥品基本支付價，並沒有包含其他項目。
- 三、很多委員都很重視程序，而在程序上所有的支付標準調整都應該要有整體的預算跟規劃。請看今天會議資料(小表)第 177 頁，西醫基層總額醫療服務成本指數改變率計算公式中，藥品費用

僅占約 24%，109 年醫療服務成本指數改變率所增加之預算約 20 億元，按比例換算下來藥品費用約 4.8 億元，但之前健保署推估調整藥品基本支付價對西醫基層的影響卻高達 6~8 億元，其影響遠超於所增加預算幅度，預算上顯有不足。

四、有關診所設立無障礙設施部分，依過去協商的經驗，很多項目常以包裹方式處理，但這對我們來說很痛苦。因為一旦包裹處理後，該項目會被認定已經包含在總額內，之後很難再爭取預算。因此若將「診所設立無障礙設施」列入非協商因素的協定事項文字內，以後恐會被認定相關費用已經包含在總額內，不能再爭取預算。

五、我認為「以健保經費來協助設置無障礙設施」有討論的空間，且身心障礙的類別繁多，如：視障、聽障等，很難全面滿足，目前西醫基層院所都有在努力，我們希望鼓勵成立標竿診所，但老舊診所不易進行翻修，新設立的診所較容易具備無障礙設施。西醫基層部門仍會往這個方向努力，並非沒有落下文字我們就不會配合執行。

六、另請主委裁示，有關西醫基層部門對於協定事項的補充說明能一併附在紀錄中。

周主任委員麗芳

請徐協商代表超群。

徐協商代表超群

一、我今天要為偏鄉醫療說幾句話，大家都知道目前醫師都集中在都會區，偏鄉地區醫師非常少，這跟都市化、人口集中等因素相關，而偏鄉地區生活條件較匱乏，也不易吸引醫師投入服務。目前西醫醫療資源不足地區改善方案中有補助醫療資源不足地區診所，但在一些介於都市及偏鄉間的弱勢鄉鎮，一點鼓勵都沒有，那些弱勢鄉鎮的醫師都經營得很辛苦。

二、我在幾周前遇到 1 位雲林縣褒忠鄉的開業醫師，他表示在剛開業時，該鄉有 6 間診所，現在只剩 3 家，因為經營困難，他也

正在評估，若真的不敷成本，就會考慮歇業，我認為這是偏鄉地區的悲哀。

三、因此我提出「全民健康保險西醫基層總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫」，將弱勢鄉鎮分為 A、B 二級，考量偏遠情況同工不同酬，做同樣的事情，越偏僻地區給付越好。這是醫療制度的建立，也是要長久執行的計畫，我認為這是解決目前醫師集中於都會區的最好方法。像這種醫療政策應該由政府提出，不應該由我提出計畫與預算，會容易讓人誤會是在圖利我自己。

四、今天各位委員若同意執行本計畫，相關效益不會在 1、2 年內看得到，但是 5、10 年後一定可以看到成果，數十年後各位委員或許已不是健保會委員，但是委員今天的決定可以影響整個醫療體系，建立好的醫療政策，會造福偏鄉民眾，所以希望各位委員能夠支持這個方案，謝謝。

周主任委員麗芳

請張協商代表孟源。

張協商代表孟源

一、主席、各位委員，我簡單說明項次 8「強化基層照護能力及『開放表別』項目」，剛才多位委員都提到勞工生活很辛苦，我們一樣來自基層，完全能夠體會。根據統計，台北都會區有將近一半的病人未曾至台大醫院或是大型醫學中心就診，都是在基層診所由開業醫師看病。

二、開放表別是衛福部的便民政策，讓有些原來在診所不能進行的醫療行為可以在診所完成，如：乾癬病患定期照光、心臟病病患心臟超音波檢查等，原本只能在醫院執行，而醫院的醫療費用與部分負擔又比較高，現在在診所就可以進行。另外，流感、發燒病人，也不適合趴趴走到大醫院就診。

三、本項我們本來提出新增 4 億元，後來同意降到健保署估計的 2 億 7 千萬元。因為健保署估計開放表別後，執行量會隨著開放

年度逐漸增加，就像藥品開放一樣，第 1 年度執行率不高，當第 2、3 年民眾熟悉後，就會在基層接受服務，就能達到分級醫療、分級轉診的目的，也能同時照顧社會較弱勢、沒辦法到醫院的民眾。希望委員能在開放表別項目支持我們的提議，本項已經調降為僅增加 2.7 億元。

周主任委員麗芳

針對剛才的說明，再次詢問付費者代表或西醫基層代表，有無需要再開內部會議？(付費者代表表示：沒有)

黃委員啟嘉

西醫基層的代表應該也都充分表達意見了。

黃委員金舜

主席，我可否表達意見？

周主任委員麗芳

好。

黃委員金舜

目前台灣共有目前有 4 萬名藥師、8,000 間藥局，但長期的醫療資源分配對我們相當不公平。這次好不容易健保署建議調整藥事服務費，付費者代表也表贊同，我們深表感謝，希望西醫基層的代表也能考量我們的苦處。

周主任委員麗芳

一、本案我們已討論 3 個小時，對於第 1 個進行總額協商的部門未能夠達成協議感到非常遺憾。有關剛才吳國治委員特別問到協定事項的補充說明...(何委員語表示欲發言)。

二、請何委員語。

何委員語

一、剛才林委員錫維說明天早上可以再協商，是不是可行？明天早上照理說只能討論調整部門單 1 項目預算，應該不能再全部協商。

二、想再請教，剛才基層代表有提到專款第 5 項(全民健康保險西醫基層總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫)及第 8 項(強化基層照護能力及「開放表別」項目)，如果這 2 項金額付費者代表願意調整，你們會答應嗎？如果這 2 項調整金額，你們還不答應，那我們就...。

黃委員啟嘉

剛剛西醫基層部門這 2 位發言的協商代表並未取得內部共識，他們是就單項提出來個人意見，但是雙方協商必須就整體方案達成共識。

何委員語

所以縱使付費者代表對這 2 項能再給予考量也沒有用，是嗎？

黃協商代表振國

- 一、感謝何委員語能接受我們的想法，今天雙方版本的差距實在有點大，也感謝您對於這 2 項專案的關愛。但西醫基層部門希望我們的服務是全方位的，今天原本也不想佔用各位太多時間。
- 二、我想強調的是，其實壯大基層能節省醫療費用、照顧更多人，投入預算到基層相對會比至醫院總額更適當，如果有什麼指教，歡迎何委員語隨時跟我們連繫，我們願意聆聽您給我們的指導，讓我們多多學習，謝謝。

何委員語

不只是我個人，付費者代表共有...。

黃協商代表振國

因為我發現您今天準備最豐富，以後我們會更用心來針對您的指教來學習，謝謝。

何委員語

所以第 5 項跟第 8 項專款，縱使付費者代表有調整的空間，你們也不會接受，這樣我們也就不必再進去內部討論了。

吳委員國治

報告何委員語，並不是這樣。單項可以討論，可是西醫基層總額的

方案是一個整體，像 C 肝的檢驗費用，連健保署都建議編列的預算(註：健保署建議「109 年使用 C 肝新藥後所需之檢測費用」專款編列 0.222 億元)，付費者代表方案都是 0，這怎麼能讓西醫基層接受呢？

何委員語

你們已經同意 C 肝檢驗費用歸零，怎麼還提出來？

吳委員國治

我們是列在一般服務預算。

何委員語

但你們上 1 個版本這項預算是編列 0 元。

黃委員啟嘉

我們是將擴大 C 型肝炎治療衍生之醫療費用(含檢驗費用)列在一般服務的第 2 項內(註：西醫基層部門草案項次 2「藥品給付規定範圍改變及相關醫療服務密集度之增加」中「擴大 C 型肝炎治療衍生之醫療費用」編列 2.295 億元)。

何委員語

那是你們原來的規劃啊！我們不是這樣談的。

吳委員國治

我們一開始就把 C 肝檢驗費用列在一般服務。

黃委員啟嘉

我們的方案本來就把這項放在一般服務，但付費者代表依健保署意見將這項移到專款討論，而健保署這項專款預算又編列得非常少，然後付費者代表版本則是完全歸零，應該說我們本來就是編列在一般服務預算裡面。

何委員語

關於專款第 5 項、第 8 項，你們的意思是之前協商代表講的是個人的想法，所以講了也是沒有用？

黃委員啟嘉

應該這樣說，2位協商代表所說是我們內部共識沒錯，但若第5及第8項與付費者代表達到共識後，是否就表示我們接受付費者代表方案，這並未達共識(多位西醫基層協商代表：對啦！)

何委員語

那我們就不必再進去開內部會議了。

周主任委員麗芳

剛才付費者代表說有些項目也許還可以再考量，縱使是要兩案併陳，如果雙方願意再考量的話，我覺得還是可以聽聽看付費者代表的意見，請問付費者代表願意再進去討論一下嗎？

何委員語

如果不可能達成共識，我們就不要浪費時間，就兩案併陳，因為感覺西醫基層代表也希望送給部長裁決。

吳委員國治

報告何委員語，我們的意思不是這樣。我們是覺得像C肝的相關費用，原來我們列在一般服務預算，結果因為健保署的意見，被列在專款項目進行討論，而健保署僅編了一些預算，最後到付費者代表方案完全歸零，這跟我們的預期完全是不一樣，而且金額差距這麼大，我們怎麼接受？雖然就某些單項有共識，可是整體而言，其他的項次並沒有再討論。

張協商代表孟源

非常謝謝何委員語，如同吳委員國治所說，剛才講到的第5、8項確實是我們內部共識，但西醫基層是一個群體、是團體來協商，我們很謝謝何委員語對我們單項的支持，但我們還是要遵照大家共同的決策，再次感謝委員支持，謝謝大家。

周主任委員麗芳

請葉委員宗義。

葉委員宗義

我認為現在兩方的差距已經漸漸拉近了(眾委員：沒有啦！)，我還

是希望多一點時間給雙方溝通。

黃委員啟嘉

葉委員宗義，我覺得我們的交情和友情的確是越來越靠近，但是我們雙方的協商內容還是有距離。

周主任委員麗芳

一、再跟付費者代表確認，基層協商代表剛才有再補充說明專款第 5 項(全民健康保險西醫基層總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫)及第 8 項(強化基層照護能力及「開放表別」項目)，暫且不論是否要兩案併陳報部裁決，如果付費者代表聽了之後，覺得還有哪些項目有可能再調整會更合理的，雖然我平時很講求效率，但牽涉到整個醫療服務的品質，今天既然要協商，時間該花就花下去。

二、再次請問付費者代表，先不考慮是否會兩案併陳，剛才聽完之後，如果認為有哪些項目，還有再考慮的可能性，願意再討論的話，請告訴我。

何委員語

如果不可能有共識就不要再浪費時間了。

周主任委員麗芳

一、本案就是兩案併陳報主管機關決定，有關西醫基層協商代表所提出的補充說明，我們也會一併、如實地記載，也請西醫基層協商代表說明，沒有辦法接受付費者代表所提版本的理由。

二、明天早上委員會議在 11 點鐘開始，請問西醫基層代表方案需要在何時提供給幕僚？

陳組長燕鈴

明天早上就要印出紙本於委員會議確認。

周主任委員麗芳

那今天晚上最晚幾點要提供給本會幕僚？也要給基層部門一些作業時間。



陳組長燕鈴

現在時間已是中午，下午給我們好嗎？紀錄格式已經提供給總額部門了。

周主任委員麗芳

因為格式已經提供了，依照目前的協商進度，看起來會議到晚上 8 點還會在進行中。希望這是唯一 1 個兩案併陳的部門，今天晚上 8 點鐘之前，請西醫基層代表提供建議方案及補充資料，我們會完整地陳報主管機關。

何委員語

主席，付費者代表要求「醫療服務成本指數改變率所增加之預算」的協定事項要依我們的文字如實呈現。

周主任委員麗芳

- 一、既然是兩案併陳，我們會將兩方的意見如實陳報，明天也會在委員會議中再次確認雙方版本及文字內容。
- 二、本案討論至此，謝謝西醫基層代表，謝謝大家的努力。

黃委員啟嘉

非常感謝付費者代表，謝謝你們願意聆聽我們的意見，未來我們仍將攜手為全民的健康把關、友情將會日久彌堅。

周主任委員麗芳

如果西醫基層代表回心轉意的話，今晚 8 點以前我們都等你們，好不好？現在繼續進行下一場西醫基層與醫院總額之門診透析預算協商。

(醫院與西醫基層總額之門診透析服務費用協商)

何委員語

主席，下一個議程是門診透析預算，付費者代表的主談人是干委員文男與張委員文龍，其餘委員為協談人。

周主任委員麗芳

請門診透析協商代表儘速就座。

千委員文男

各位付費者委員，我們是不是先開內部會議？

周主任委員麗芳

請等一下，先讓協商代表報告，請門診透析協商代表儘速就座。接下來進行西醫基層與醫院總額門診透析預算協商，請門診透析代表先進行 5 分鐘的說明。

盧理事長國城

- 一、可以先請幕僚把投影片放出來嗎？(周執行秘書淑婉：已經提供書面資料給委員了，口頭說明即可。)向大家簡單說明，透析病人之所以這麼多，原因簡單來說，一個是國內高血壓、糖尿病患者多，其占了洗腎病人 60%，另一個重要因素是老化問題，最後當然可能跟國內透析的死亡率低、還有換腎的不足都有關係。
- 二、我們在Early-CKD(初期慢性腎臟病醫療給付改善方案)或Pre-ESRD(全民健康保險末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫)衛教的努力，使得台灣的末期腎臟病增加率已經在全世界前十名之外，且透析病人第 1 年存活率跟第 5 年存活率都遠優於美國跟歐洲。
- 三、門診透析預算的成長率自 96 年來，都低於實際病人的成長率，所以到 102 年時，點值也掉到 0.78，雖然這 2 年預算稍微合理，但點值仍然持續偏低。
- 四、關於腹膜透析，台灣大概有 8%的透析患者使用腹膜透析，日本、美國則分別是 3%、7%，所以台灣腹膜透析比率還是相對多的。由於腹膜透析有其限制，比較適合沒有糖尿病的病人、女性、年輕人或體重稍輕的人，因為台灣透析患者中糖尿病患者占了近 50%、平均年齡又在 66 歲以上，所以適合做腹膜透析的比率相對較低，但是我們還是高於日本、美國。
- 五、近年維持透析品質的成本也不斷增加，包括人工腎臟、藥物、透析藥水都隨著時間增加成本，假如預算不足，可能也會使透

析的就醫可近性逐年下降。此外，RO(Reverse Osmosis，逆滲透)的設備認證、床數的限制、污水處理的費用等等，會讓基層透析醫療院所經營相對地更困難。

六、我們希望能有 1.9%的預算成長維持經營成本，此外，近年透析病人的成長率約為 3.09%，醫院或西醫基層成長率則小於 0.3%，即透析人口的成長幾乎是一般就醫人口的 10 倍，所以我們認為有必要在預算上合理的反映透析病人的成長率。

七、假如透析預算不足，可能使人才培育出現斷層、外包的狀況更明顯、醫療可近性越來越差，病人接受手術或一般門急診、住院等的費用可能也會相對增加。因此，合理的透析預算會提升病人的照護品質，也可以適當節省病人在其他門、急診及住院等的醫療費用。

八、所以考量醫療品質跟透析病人人數成長率，我們希望門診透析預算能有 4%的成長率，或是將西醫基層及醫院成長率的平均值，做為門診透析成長率的參考，以上報告。

周主任委員麗芳

其他協商代表有無補充？請羅協商代表永達。

羅協商代表永達

一、我剛看了一下各位委員手上的資料，今年協商門診透析預算的情形，好像跟往年不大一樣，因為前年跟去年健保署都有提供相關數值做為參考，比如說低推估的百分比，或非協商因素當中的一些因素，可是這次健保署好像沒有提供相關數據。

二、今年無論是醫院總額或是西醫基層總額的非協商因素，都遠遠超過剛才盧理事長國城所講的 3.5%~4%這個數字，醫院目前非協商因素至少都還有 4.687%，西醫基層為 3.465%，健保署規劃草案時並沒有把這個數據提供給各位委員，但我想這個數據是稍後進行協商很重要的基本參考。

周主任委員麗芳

接下來請付費者代表提問，請林委員敏華。

林委員敏華

想請教腎臟醫學會代表，腎臟科會有 Pre-ESRD 跟 Early-CKD 個案用藥情形的資料嗎？還是只是單純做衛教？另一個問題是謝委員武吉常常關心的洗腎集團問題，不知道腎臟醫學會針對這個情形，有沒有什麼積極的作為？

盧理事長國城

- 一、關於Pre-ESRD跟Early-CKD的部分，它本身是屬於衛教計畫，並沒有包含藥物及其他特殊治療，但有包含檢驗。衛教內容主要是提供病人用藥安全及飲食控制等健康生活行為，因為慢性腎臟病的惡化與使用藥物及飲食關係非常密切，因此衛教著重在用藥安全及如何從飲食進行防治，配合相關檢驗，但藥物治療不在這個衛教計畫之內。
- 二、過去因為有些歷史因素，讓某些透析醫療院所，尤其是基層的醫療院所及少數的醫院，有所謂的外包行為，至於外包行為對透析會產生什麼影響？這個當然是可以討論，以學會的立場來講，預算分配上，著重的還是在於醫療照護品質，若打算對外包及非外包院所在預算分配上有差異性處理的話，我們尊重委員的見解。

周主任委員麗芳

請問還有無委員要提出詢問？請鄭委員建信。

鄭委員建信

剛才聽到腎臟醫學會說明腹膜透析人數沒辦法成長的原因，可能是因為糖尿病或高血壓患者占透析人數很大比率，但是從會議資料(大表)第20頁「附表-2 歷年門診透析醫療服務利用及供需概況」來看，每年度透析人數都有成長，而血液透析從103年開始，每年點數都有3%以上的成長率，但是腹膜透析，除了103年成長率最高是2.4%外，之後幾年似乎沒有變動，是否可以請醫學會說明原因。

盧理事長國城

- 一、有關腹膜透析占率相對較低的原因，其實如同我們剛剛報告的，

依據最新的報告，使用腹膜透析的比率，台灣是 8%，日本是 3%、美國是 7%，全球各國腹膜透析的占率普遍都是逐年下降，因為它要灌糖水到肚子，雖然對年輕的、沒有糖尿病且需要工作的患者而言是很好的選擇，我們也希望極力推行。但是全球腹膜透析的使用壽命平均大概是 3.5 年，之後可能因為腹腔感染發炎、纖維化而停止腹膜透析，即使有些人因個人照護情況良好，可以到 10 多年。

二、我想腹膜透析應該是要以病人為中心，進行專業的考量及評估，因為腹膜透析病人需要花時間照顧自己，相對地要耗費比較多心力，所以全球腹膜透析病人一直往下降。即便像美國土地這麼廣大的國家，但是它的腹膜透析也只有 7%，也是逐年下降。各國的醫學會也一直在討論如何提升腹膜透析比率，但現實看起來，全球血液透析的病人都是大約以 3% 成長，腹膜透析一直在下降。

三、如同剛才所提，腹膜透析僅適合沒有糖尿病的患者，可是我們新增的透析個案中，將近有 48%~50% 是糖尿病患者，而且平均年齡已達 66 歲。腹膜透析患者約比血液透析患者年輕 11 歲左右，但兩者的長期存活率是差不多的，腹膜透析的確會有比較好的生活品質，因為病人本身就比較年輕。台灣腹膜透析的占率相對高於日本及美國，但不可諱言，全球的趨勢都是往下降。

周主任委員麗芳

依序請何委員語、干委員文男。

何委員語

我要請教目前在無效醫療的範疇裡，包括末期安寧、長期住院的病患，有多少人繼續在做透析？有沒有明確的統計數字？第 2 點，透析人口眾多，而且每星期須做 3 次透析，使用量那麼大，相關醫材價格應該下降才對，而且醫材現在已經發展到可以重複消毒使用，請問可以重複消毒使用的醫材占比是多少？

盧理事長國城

- 一、無效醫療一般是指長期呼吸治療、臥床或中風沒有意識的病人，依據健保署的統計數字，同時併用呼吸器及住院透析 90 天以上者，這幾年都維持在 1 百多人左右，大部分佈在區域醫院，少數在地區醫院與醫學中心。即便我們也鼓勵無效醫療轉以安寧處理，但因為牽涉到法律及家屬的認同，也常常是跨科會診，而且家屬可能因為跨科，會以為這是最後的一線希望，沒有辦法完全把這 1 百多人完全轉到安寧。
- 二、透析病患每週要洗 3 次或 2 次，其實就像高血壓、糖尿病的病人也可以少吃一顆藥，病人還是可以存活，但是長期來講，有引發併發症的疑慮，生活品質不會太好。
- 三、過去或許有人工腎臟消毒後重複使用的情形，但這幾年，台灣幾乎沒有重複使用人工腎臟的案例，即使有也可能是個位數。雖然舊型的人工腎臟價格可能會下降，但因醫療科技的進步，使得各種人工腎臟的材質也有所改善，新型人工腎臟生物相容性更好，洗的尿毒素種類更多，價格反而變高。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、我們把話講清楚以後，談數字比較快，也不要再來來回回，我希望把我們講過的話記錄下來，將來在文字上也可以有所依據。透析病人是有進無出，本來以前還有每週洗 1 次、洗 2 次的，現在都是固定每週 3 次，所以讓相關預算一直增加。我們也請醫事服務提供者研究，為什麼在雲嘉南地區洗腎的情形會這麼嚴重，但是我們還沒有看到相關數據。
- 二、一個人一生的時間有多長，每週洗腎 3 次，每次都 3、4 個小時，這樣生活品質也不好，所以我們倡議提高腹膜透析比率，腹膜透析患者才有生活品質，要上班也是可以，不然連看電影都有困難。
- 三、目前為止，我們的器官移植沒有特定機構媒合，透析病患即使

想要換腎，但提供者不多，應該請醫院積極撮合換腎。最重要的一點是，傷肝、傷腎的藥還是一直無限制地開，民眾吃多了之後，腎壞了就要洗腎，所以造成台灣透析的高盛行率，一年一年成長，我看了也難過。

四、剛才有委員提到說以前洗腎有連鎖團隊，但連鎖經營成本應該會降低，但事實上卻沒看到成本降低，這是我們最有疑慮的地方，請健保署及醫療提供者能夠參考我們的意見。希望後面討論能進行快一點，直接就數字來討論。

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

一、謝謝何委員語剛才提及大家關注的無效醫療，而干委員文男亦提到透析病患只進不出，我再提出一個補充，請參閱會議資料(大表)第 19 頁最右欄下方，洗腎總人數居高不下，已突破 9 萬人，這也是前面幾位資深委員關注的問題。請再參閱第 21 頁「附表-4 透析患者存活率」，感謝幕僚提供較新年度的數字，台灣第 5 年存活率是 54.6%，上次腎臟醫學會在總額協商會前會提供的前期數據是 56.2%，也就是存活率沒有進步。

二、在門診透析預算成長率 3.5% 高於透析人數成長率的情況下，如何讓資源有效配置、做好前端療效追蹤，相形重要。大家剛才討論的都是過去既成事實，而未來如何持續改善？例如，我們追蹤急性腎衰竭的案例，確實有急性腎衰竭患者初期經過幾次洗腎後，後續透過落實自主管理，其腎功能是可以恢復正常；若有這方面治癒的統計，敬請提供給大家參考，讓我們在拿捏預算的時候，能做到更有效的醫療資源配置。

周主任委員麗芳

葉委員宗義發言之後，請問其他付費者代表或公正人士委員有沒有要發言？請葉委員宗義。

葉委員宗義

- 一、門診透析預算在整個總額裡占率很小，但是委員都非常關心，常常在委員會議裡談到透析的問題。尤其是討論到透析增加預算後，是否會有單位為了消化預算，從每個月洗 1 次，變成 1 個月洗 3 次、最後變成 1 星期洗 3 次，因而傷害到透析患者，對於這點委員有所疑問。
- 二、很多東西都有替代品，例如眼睛的水晶體，不知道透析是否能研究換人工腎臟呢？如果這個技術能提升的話，我相信在座的委員都會非常支持透析。因為洗腎洗幾十年很痛苦，為了讓生活品質提升，我們希望能在這方面加強，讓進入透析的病人能痊癒，不用洗腎，這是我的建議。

周主任委員麗芳

請醫界回應，請張協商代表孟源。

張協商代表孟源

- 一、從各位委員的發言顯示付費者委員，跟我們醫生一樣關心弱勢的洗腎病人。剛才干委員文男說透析病人只進不出，我覺得不出的原因最重要的是移植人數太少，在歐美接受移植的比例可能有三成，在台灣腎臟移植的比例可能不到 3% 或 5%，所以如何避免進入透析才是重點。
- 二、剛才有委員講到止痛藥對於Pre-ESRD跟CKD的影響，我知道腎臟醫學會及健保署已經有發函給全國基層診所，針對慢性腎臟病第 5 期患者建議停止使用止痛藥、慢性腎臟病第 4 期的患者減少或慎重使用、第 3A 跟 B 期的患者使用前要小心注意，這些警語我們也都有在做。
- 三、為什麼雲嘉南地區洗腎的人這麼多，原因其實很多。如何避免慢性腎臟病患進入洗腎？依據國衛院的調查，約有 1 百多萬人有潛在的慢性腎病，比較嚴重的第 4、5 期大約有 20 多萬人，現今洗腎有 9 萬多人，未來 5 年、10 年後，可能這 20 萬人，還有因為老化因素會有更多人進入洗腎，所以我們一直致力於腎臟病的早期預防與治療。



四、剛才有委員提到腎臟病的早期治療是不是只要強調營養？不是的，假如這樣的話，真的太對不起腎臟病第4期、第5期的病人。腎臟病第5期跟第4期的病人一年的醫療耗費可能不到10萬元，但假如進入洗腎，醫療耗費可能約為70萬元，假如接受移植，醫療耗費約為30萬元，所以說假如能夠讓病人離開洗腎，或保留原來的腎功能，對他的生活品質是好的，所以希望各位委員能夠支持透析預算，同時兼顧到前端慢性腎病的照護及後端的醫師鼓勵。

周主任委員麗芳

請盧理事長國城。

盧理事長國城

一、謝謝諸位委員的提問。針對雲嘉南地區洗腎偏高這部分，我們知道有很多急性腎損傷的病人，經過長期追蹤發現，最後可能會罹患慢性腎臟病，甚至經過很多年之後，可能有30%~40%病人會進入尿毒的這個病況。

(一)在全球溫室效應下，空氣汙染及碳排放增加，目前全球統計發現，在赤道跟南北迴歸線以內地區，天氣越熱、空污越嚴重的地方，也是引起腎臟病的可能原因。因為流汗多，今天缺一點水、明天缺一點水，反覆發生水分不足，即使環境再好，最後仍會罹患慢性腎臟病。世界衛生組織跟國際腎臟醫學會也一直在探討這個問題，目前發現新增腎臟病的區域都是在比較熱的地方，包括中南美洲、亞熱帶還有台灣。

(二)所以我想雲嘉南地區腎臟病病患的增加，除了空氣汙染、微量金屬汙染等因素，溫室效應帶來的溫度上升，也使這些常在高熱工作環境的民眾，例如在田裡面工作的農夫或是蓋大樓的工人，高溫又脫水，且同時可能接觸到比較多的污染源，如農藥、蓋大樓所需要的化學製劑等，腎臟病是多重原因累積出來的。

二、至於前端Pre-ESRD跟Early-CKD預防怎麼做，進入透析前，大概

有 56%~60%左右的患者會加入Pre-ESRD衛教計畫，而Early-CKD因為比較早期，可能由不同科的醫生追蹤照顧，如家醫科、糖尿病科、一般內科等，轉介到腎臟科的部分相對比較不足，所以參加的人較少。但是即便如此，從近年統計資料中可以發現，Early-CKD原本收案時是第 3A期，追蹤 1 年、半年或 2 年後可能好轉變第 2 期，第 2 期繼續追蹤可能變第 1 期，大約有 20%的收案對象期數可以下降，表示這些計畫對參加計畫者是有改善作用。

三、有關給了透析合理的預算之後，會不會反而使得更多病人來洗腎？我想進入透析是以腎絲球過濾速率(eGFR)為指標，就是所謂的腎功能到底剩下多少。

(一)以美國來講，可能在腎功能剩下 12%時，就進入透析治療，早期每週可能做 1 次~3 次透析；可是在台灣，過去進入透析者的腎功能大概都平均在 4.6~5.12%，也就是腎功能不到 5%的情況下，才會進入透析，所以是相對比其他國家晚進入透析。

(二)腎功能還剩 5%以上就進入透析是極少數的情形，例如有糖尿病或高血壓引起的心臟病變、或有腸胃症狀、中樞神經腦部的合併症，雖然腎功能不見得那麼差，可是因為合併其他的疾病，使得患者無法忍受尿毒或水分的堆積，所以在腎功能剩下 8%或 7%就需要開始透析。

(三)台灣平均大概都在腎功能剩下 5%左右進入透析，跟美國平均 12%相比，我們是在比較後期才進入洗腎。因為相對進入透析的條件比較嚴格，所以台灣 1 週洗 1 次或 2 次病人的占比相對下降。

周主任委員麗芳

請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、非常感謝前面幾位委員對我的點名，剛才洗腎總額有關Pre-

ESRD跟Early-CKD的問題，大家都已經說明過了，對於腎臟移植這方面，我們應該要給腎臟醫學會正面的鼓勵。

- 二、署長是換腎專家，自從他上任以後，我們整個洗腎的總額裡面，腎臟移植的置換率提升了非常非常多，這可能是理事長以後要向各位委員提出報告的。也有委員關心安寧療護這方面議題，我們健保署其實也管控得非常嚴，不是隨便就可以讓洗腎總額可以這樣胡搞亂搞，我們也要給健保署一個正面的肯定。
- 三、但是我這裡有資料，我們的醫院和診所中，醫院是屬於醫院的，而診所也是有自己獨資的，總共占了55%。屬於集團有分兩種，一種是醫師的集團，醫師的集團我們就請健保署要注意，它的人的轉換費用這一點，我已經在健保會提醒了好幾次，由於個資法的關係，我手上的資料不會給你們。
- 四、這裡我已經收集了很多，屬於醫師集團占了17%。我們應該要考量到人的費用問題，不是醫療費用的問題，人的費用是另外一種費用的問題，這是醫師集團的，總共有16個集團；另一種集團是與公司合作或者是管理的，像有佳醫集團、佳特集團、杏昌集團、宏醫集團、德維特集團、聯強國際集團、彩新集團、費森尤斯集團，總共有6、7家集團，這些我們剛才也有委員提到說，要怎麼樣管理，這我們應該也要審慎地考量一下。
- 五、我在這裡有幾點建議，剛才這是對於管理方面的，那現在有兩點建議：
  - (一)對於穩定性透析的患者，是不是要比照分級醫療轉診制度往下轉，這樣比較好一點。偏鄉百姓也不用每天爬山涉水去洗腎，這是我們應該要考量的一點。
  - (二)第2點就是我剛才講到，醫院和診所所有55%，醫院是屬於比較大的，沒有關係，還有20%~30%的，屬於個人獨資的透析診所，我們透析的總額平均的費用是在0.82左右，但是它的暫付款是只有0.7而已，我希望這對於屬於獨資的那些醫療院所，我希望健保署也能夠給予審慎地評估，應該是他的

暫付款，是不是以當時劉見祥總經理和我們大家一起談的，暫付款是以減少 10%，如果 0.82 暫付款就給到 0.72，不要用 0.7 來計算，這是我的建議，謝謝。

周主任委員麗芳

請羅協商代表永達。

羅協商代表永達

- 一、我想所有的委員都很擔心 3 件事情：第一、浪費，第二、無效醫療及品質，第三、錢超過上限怎麼辦。
- 二、浪費的部分，剛剛盧理事長國城跟很多先進都有解釋，有關於管制指標，台灣的管理指標是由腎臟醫學會所建立出來的，我所知道的，台灣是全世界做的最好的透析指標資料庫。所以剛剛委員所提到的，包括無效醫療、所有檢驗項目的檢查及死亡率的監測，事實上都納入監測指標，每次在門診透析預算研商議事會議也都有檢討管控，因此請各位委員放心。
- 三、有關如何減低門診透析總人數，現在的門診透析預算研商議事會議中，成大宋教授俊明領導了包括腎臟醫學會、相關醫療院所組成的一個團隊，思考如何減少未來洗腎病人數、盛行率及發生率。我想這些都是全世界絕無僅有的。
- 四、剛剛先進也提到兩件事情：
  - (一)有些問題與整個大環境有關，包括地球暖化的問題，有些是我們把糖尿病病人照顧得太好了，以前可能存活 10、20 年就過世，現在可以存活 20、30 年，造成洗腎病人增加，這有些現象是不可避免的，不能倒果為因，說增加預算會害更多病人要洗腎，正好相反，這些病人能活著，本身就有很大的意義。
  - (二)現在要給的預算，要保證有幾個數字，比如說現在透析點值約在 0.82~0.86，去年是因為很多特殊的關係，事實上，所謂的 0.82~0.86 是因為點數先減下來，點值才上升的，不是放著點值自己就會升上來的。在這樣的情況下，必須要維持一

些基本的醫療品質，這是我們最在意的，也是今天談的重點。

五、剛剛委員談的問題，我想健保署都可以給一個很好的解釋，或是有相關資料可以提供給委員參考，不過還是回來談，如何有比較足夠的經費，支撐台灣目前已建立這麼好的洗腎環境。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

這句話不是針對你們，是針對整個醫界來講，現在有雲端藥歷，醫師、藥師都可以線上查閱醫囑開立情形，這些方面可以再加強。雲端藥歷費了很多心思才建置完成，這是我們最大的期望，如果藥師的功能發揮了，能夠減少洗腎病人，點值也會跟著提升，預算也可以多一點，不然用衝量，衝到底也是沒用。

周主任委員麗芳

接下來付費者代表要進行內部會議。

(付費者代表進行內部會議討論約 26 分鐘)

周主任委員麗芳

各位委員、各位協商代表請就坐，很感謝幕僚同仁幫大家準備了蛋糕及仙草。先請門診透析預算付費者的主談人，干委員文男、張委員文龍，向大家提出修正的版本。

干委員文男

一、各位辛苦了，我們討論了很久，壓力也很大。希望無窮但資源有限，希望你們不要期盼太高，因為今年的總額可協商空間很小，大家心裡都有一個底，雙方再盡量考慮。

二、付費者代表剛剛經過長時間的討論，還是有很多意見，包括病人進入洗腎的條件是否太寬鬆，造成其實可以不用洗腎的人也去洗腎，因此我們希望把檢討慢性腎衰竭病人進入透析治療的條件，納入協定事項。

三、我們接下來就講總成長率數據就好，不要再講太多，請問誰是

主談人？(羅協商代表永達舉手)好，你是主談人。經過我們討論，決定總成長率 3%。

#### 羅協商代表永達

- 一、跟干委員文男報告，其實腎臟醫學會向我們提的成長率是 4%，我跟他們說今年情況非常特殊，要 4%恐怕真的很困難，但是今年有幾個數字也請委員參考：醫院光非協商因素就達 4.6%以上，為什麼？因為人口真的變老，而且老人有很多共病，除了專案計畫照顧的疾病外，其他的醫療費用需求都是包括在這個數字裡，現在非協商因素中的人口老化、物價指數改變，門診透析也都一樣要面對，在這個情況之下，如果門診透析總成長率太低的話，無法照顧現有 3.1%的病人成長，甚至也無法顧及人口老化、物價指數調整的改變。
- 二、所以我們當時就講，如果依照腎臟醫學會要的總成長率 4%，依現有整個的氛圍，大概很困難，因此我們和他們達成一個共識，就是總成長率 3.5%，考慮到人數成長跟整個實際情況，已經降到 3.5%了。

#### 干委員文男

協商是這樣，不希望大家繼續堅持在一個數據，這樣好了，我們再加 0.1%，總成長率 3.1%，跟去年一樣。

#### 羅協商代表永達

- 一、跟干委員文男解釋，透析病人成長率就已經 3.1%，也就是說其他東西包括物價指數都沒有，當然我也跟腎臟醫學會講說，不可能什麼都要得到，但總要象徵性的在人數成長之上再給一點成長率，去年也是這樣啊！去年談的時候，人數成長率是 3%，所以總成長率給 3.1%。
- 二、說實在的今年物價及人事成本都增加很多，總成長率至少要 3.4%，加個 0.3%給他們，如果付費者代表可以接受的話，我也請腎臟醫學會看看能不能接受總成長率 3.4%。總是要有一個理由，讓他們可以回去向會員說明。透析人數成長就是 3.1%，加

上維持品質及因應人口老化，大家從非協商因素當中就可以看到這個數字，光物價指數加上人口老化的程度，非協商因素的成长率就已經這麼高了，不可能完全都不給他們，是不是可以從 3.1%再往上加一點？讓門診透析品質能做一些完整的規劃與照顧病人。

干委員文男

你是主談人，以你的意見為主啦！

羅協商代表永達

3.4%啦！

干委員文男

3.4%有困難啦！我實在跟你講，我每年協商都很快，就不要再講太多。

吳委員國治

請參閱會議資料(大表)第 21 頁，門診透析新發個案的年紀，幾乎都是人口老化因素進入透析的，另外在腎病的防治上，是可以看出些微的效果，所以人口老化反映透析人口的成长，我認為就像羅協商代表永達講的，其實只加這一點點其實不夠，是不是能夠再加一點？

干委員文男

好，那不然這樣，我再加 0.1%，總成长率 3.2%。請你們快一點決定，不要再談那麼多了。

羅協商代表永達

給我們 10 分鐘時間，我們進去討論一下。

干委員文男

去年就是這樣的協商方式，我沒有和你講這麼多，你們講那麼多。

羅協商代表永達

我了解，我和你講了 10 幾年，你很阿莎力(台語，意指乾脆)，但是我們總是要有一個交代，10 分鐘讓我們討論一下。

何委員語

不應該這樣子啦！3.1%請你們自己去調整。

羅協商代表永達

剛剛干委員文男說 3.2%。

(醫界協商代表進行內部會議討論約 3 分鐘)

周主任委員麗芳

各位委員、各位協商代表請入座，很感謝醫界協商代表已經回到現場，而且是面帶笑容，我們期待有好的結果。請醫界協商代表說明。

張協商代表孟源

經過討論，我們請醫院部門羅協商代表永達一起代表西醫基層部門，我們和他同進退。

羅協商代表永達

我剛剛一直勸他們，今年情況很特殊，但是總成長率 3.2%他們也沒辦法接受，這樣好了，你們再加一點，3.3%，他們也同意，但說實在，用 0.1%去做品質是一個安慰獎而已。

干委員文男

這樣我有困難啦！而且權限沒有到那個地方，你知道這幾年來，我跟你們都一下子就講好了，沒有第二回合，何況我也已經主動加到 3.2%。

羅協商代表永達

剛剛我解釋過，這次協商空間很小，包括協商的成長率上限及醫院總額，其實我們都受到很大的限制。

干委員文男

你如果說醫院總額，醫院總額的非協商因素的成長率很高，不要再講這麼多。

羅協商代表永達

不是，跟這個沒關係，我現在要說的是...

干委員文男



我們講數據啦！

羅協商代表永達

對，因為 3.1% 是基本的人數成長，其他連成本都無法包含進去，我們也不忍心看門診透析的點值一直往下降，我剛才也強調，他們是因為點數減下來，點值才上升的。

干委員文男

點數下降當然點值就會提高。

羅協商代表永達

干委員文男，就 3.3% 啦！不然說實在的，恐怕也要兩案併陳了。

干委員文男

3.2% 啦！你們再考慮一下，乾脆一點。

羅協商代表永達

我剛剛好不容易說服他們，我們從來沒有同意從總成長率 3.5% 降到 3.3%，真的從來沒有這樣過，但干委員文男跟我說，要用以前的方法談...。

干委員文男

我也是這樣啊！你去年講多少...。

羅協商代表永達

我去年沒參加，去年我去評鑑，你們就再加一點。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、醫院部門今年非協商因素增加 206 多億元，這是相當高的金額，醫療服務成本指數改變率成長很多，10 幾年來也沒有像 109 年成長率這麼高的。這個部分已經有很大的成長了，現在在其他協商項目，又要加成長空間，這已經是雙重的成長，所以我們建議，門診透析總成長率就是 3.2%。

二、另外，建議健保署要嚴格管控病人進入洗腎的條件，這很重要，

如果腎功能不佳，不應該立刻進入到洗腎，這需要全面管控的。

- 三、有關洗腎業務外包，健保署也應該訂出一個規範，嚴格管控洗腎品質。所以我認為門診透析總成長率 3.2% 已經是一個很合理的成長空間，因為今年非協商因素的醫療服務成本指數改變率，已經成長太多了。

#### 朱協商代表益宏

- 一、跟各位委員報告，其實現在門診透析的協商，數字已經蠻接近的了，但是醫療提供者這邊，我們一開始提總成長率 3.5%，經過剛剛第一輪討論後，我們也降到 3.4%，那付費者代表這邊，也是從剛開始 3%，後來提到 3.2%，其實就只差一點。
- 二、我認為是不是大家就各退一步，就是剛剛羅協商代表永達表講的 3.3%，這樣這場協商也不會拖很久，是不是請付費者代表再內部討論一下，沒有差多少錢，我認為這個談判過程中，大家都有誠意、互相各退一步，因為雙方最後的數字是 3.2% 和 3.4%，就各退一步 3.3%，誰也沒占誰便宜，看這樣子可不可以。

#### 羅協商代表永達

- 一、謝謝何委員語的指教，因為這是分科，非協商因素是因應事實的發生，不是誰去創造或是我們要去爭取，老化是既成的事實，這些成長率沒辦法帶到門診透析，所以我們只是跟各位委員報告，門診透析的病人也是同樣的情形，但是不能說因為醫院總額的非協商因素很高，就可以用這筆錢支應，因為這是沒辦法挪移給門診透析的，這是兩碼事情，非協商因素很高只是反映國人老化的事實。
- 二、我們現在在爭取的，其實某種程度是腎臟內科的尊嚴，人數成長就已經 3.1%，那消費者代表要告訴所有洗腎的腎友，希望給門診透析維持多好的品質？我們所有人都必須對這些腎友有一個交代，或是給洗腎病患一個保證，我想這是很重要的一件事情，用 0.2% 的成長率提升品質，老實說這也只是象徵性的意義，可是這也是腎臟內科醫師的尊嚴，所以拜託各位委員，能

夠多替他們想一想。

張協商代表孟源

大家談的數字都已經很接近了，如果總成長率能夠 3.3% 的話，我認為洗腎品質會比較穩定。另外何委員語有提到，如何減緩進入洗腎，我也認為非常重要，不然洗腎病人一直增加也不行，所以我們是希望明年有比較好的預算，能夠用在照護透析前的慢性腎臟病病人，因為剛剛盧理事長國城也提到，病人因為貧血、營養不良，不得不去洗腎，假如在透析前的慢性腎臟病第 4 期或是第 5 期，就可以給病人注射紅血球生成素，改善他的貧血及營養狀況，也可以替國家省下很多醫療費用，因為洗腎的費用較高，慢性腎臟病照護的花費較低，假如能投入預算幫助這些透析前的慢性腎臟病病人，將來洗腎人數就不會增加這麼多，希望各位委員能夠支持。醫界代表提的總成長率 3.3%，真的相差不多，我們西醫基層部門支持醫院部門。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

我看總成長率 3.2%，請你們含淚接受。我跟你們說，以前都照數據談，很快就決定了，不要再拖下去。其實慢性腎臟病前期，也有很多食療方法可以用，例如我醣化血色素 9.7，嚇死人，我用地瓜葉打牛奶，吃了一兩個月後，降到 6.7，這不是假的，就是說食療也是可以作為輔導病人的參考。所以不要再講了，總成長率就 3.2%，這樣好不好？

羅協商代表永達

我想醫界方面包括盧理事長國城，都承受很大的壓力，我相信增加的這 0.1%，後面代表很多的意義，不管是品質還是老化，明明就存在的事實，不能夠忽視。

干委員文男

你們再退一點啦！你們再退一點就好啦！

羅協商代表永達

我們已經從 3.5%退到 3.3%了。

干委員文男

我們也是從 3.0%加到 3.2%了。你知道我沒有要講那麼多啦！

羅協商代表永達

我知道，但是我們總是回去要有個交代...

干委員文男

不會啦！如果回去被他們罵、被他們打，你來找我啦！

羅協商代表永達

這個回來找你也辦法啦，不騙你，我被罵的時候，已經減下去了。

周主任委員麗芳

謝委員武吉要發言，請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、剛才聽了干委員文男和羅協商代表永達講的一番話，還有朱協商代表益宏也講了很多，我的醫院沒在洗腎，但是我要講句公道話，第 1 個，洗腎是包裹式(支付)，整包包起來的，並不是說那個可以分類的。

二、第 2 個，請看會議資料(大表)第 20 頁，我們的醫院總額和西醫基層的總額，(點值)平均都在 0.92 以上，但是洗腎的點值就是在 0.8 多，0.84、0.85 左右，所以我是感覺，干委員文男如果能夠在可能的範圍裡面，我相信委員也都是和大家一樣，跟醫界一樣是仁心仁術啦！也應該會用 3.3%給各位啦。

周主任委員麗芳

付費者代表要再討論一下嗎？

干委員文男

好，那我們內部會議討論，研究看看。

(付費者代表進行內部會議討論約 3 分鐘)

干委員文男

跟各位報告，我們付費者代表決定總成長率還是維持 3.2%。

羅協商代表永達

沒關係，腎臟醫學會這邊有一個數字想要補充報告，就是門診透析的老化程度比一般的老化程度更高，而且很多病人都有共病，因為洗腎是用包裹式支付，所以無論是醫院總額或是西醫基層總額，他們看到現有的數字，認為目前基本需求都已經這樣子了，所以還是堅持總成長率要 3.3%。

干委員文男

這樣啦，快一點，不要再拖了，你們再退一點就好了。

周主任委員麗芳

付費者代表現在的版本是多少？

干委員文男

總成長率 3.2%。

謝委員武吉

兩邊都不要有爭執了，各退一步啦，就 3.25%，這樣就好了啦。

周主任委員麗芳

請問雙方代表，有可能各退一步嗎？

羅協商代表永達

腎臟醫學會盧理事有點頭，同意總成長率 3.25%。(付費者代表同意，現場熱烈鼓掌)

干委員文男

該注意的地方還是要注意，希望透析人數能夠減少，不要再增加了。  
謝謝理事長高抬貴手，我們也很忍耐啦！

周主任委員麗芳

非常感謝，我們謝謝付費者代表的誠意，也很感謝醫界代表的體諒，門診透析就達成共識，恭喜透析部門，接下來進行牙醫門診總額協商，請牙醫協商代表入場。



貳、109 年度總額協商－「牙醫門診總額」  
與會人員發言實錄





## 貳、109 年度總額協商－「牙醫門診總額」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

歡迎牙醫門診總額協商代表進場，請牙醫協商代表 5 分鐘重點說明。  
先請林委員錫維。

林委員錫維

即將開始 109 年度牙醫門診總額協商，付費者委員仍推派 2 位擔任主談人，分別是陳代理委員錦煌及邱委員寶安。

周主任委員麗芳

牙醫門診總額協商，付費者代表 2 位主談人是陳代理委員錦煌及邱委員寶安。請牙醫部門進行 5 分鐘的報告。

許協商代表世明

一、主席、各位委員，午安！首先針對我們原先所提方案有異動的部分向委員簡要報告：

(一)協商因素「第 4 項，全面執行感染管制：新增高速手機(含洗牙機頭)進高溫高壓鍋完全滅菌」，我們接受健保會的建議，名稱修改為「全面提升感染管制品質」。

(二)專款項目「第 9 項，牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，原來只有嘉義 1 個試辦點，但就在這幾天，雲林也表達願意參與此計畫，因此現在變成 2 個試辦點。

二、關於健保署、各位委員及健保會所提的意見，接下來請徐醫師邦賢簡要的向大家回應說明。

徐協商代表邦賢

簡要報告牙醫部門所提出的 109 年度牙醫門診總額協商成長率項目：

一、第 1 項，「牙周病統合治療方案」：

(一)承蒙委員的支持，該方案於 108 年度導入一般服務，並給予充足的預算。因為一些緣故，執行率可能未達預期，我們也很誠懇檢討目前執行的情形，很務實提出低、中、高目標的

推估案件數，請委員參閱桌上的補充資料。

(二)我們為了要讓此計畫普及於全民醫療服務，在 101~106 年也用牙醫總額一般服務費用補貼不少費用，請參閱補充資料就不再贅述。既然執行率不佳就應該要改善，發揮同儕制約的精神，改善措施除既有民眾就醫率外，期望透過品質保證保留款的獎勵金鼓勵牙醫師參與，也有訂定相關的目標數。

二、第 3 項，「高齲齒率病患牙齒保存服務」：本項是針對高齲齒率患者的照顧，如補充資料就不再贅述。

三、第 4 項，目前最重要的重點項目「全面提升感染管制品質」：

(一)重點說明請參閱補充資料第 3 頁，我們提出的成本項目，包括人事及耗材，估算每人增加成本以 39.23 元計算，所需的費用約 1,397.1 百萬元，為什麼只提列 1,137.7 百萬元？因為我們不希望提出的總成長率高於高推估，因此才提出 1,137.7 百萬元。(註：行政院核定「109 年度醫療給付費用總額範圍」之高推估值為 5.5%)

(二)健保署提供的寶貴意見，請參閱補充資料，都有詳細的陳述，向各委員、先進報告，我們是新增消毒的項目，不是原有的項目再做改善，新增項目就是高速手機進高溫高壓鍋因而產生的成本，其實醫療服務成本指數改變率並無法反映，包括新增項目產生的人力，這也無法呈現的，補充資料有詳細的說明，請委員參閱。

(三)如何確保所有院所都符合全面提升感染管控？請參閱補充資料第 4、5 頁有相關陳述，不合格院所，將依照現行全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第 29 條辦理，這也是法規的明文規定。

四、第 2 項，「顎顏面外傷術後整合照護」：手術後的整合照護，如同補充資料所列，我們估算的成本是約 14 百萬元。另外，回到剛才提到第 4 項「全面提升感染管制品質」，我們估算的成本約

1,397.1 百萬元。

- 五、第 5 項，「醫院夜間急診加成服務」：請參閱補充資料第 5 頁，對於現在已經有提供急診服務的牙醫師，需要給予支持讓他們可以繼續維持下去，因而提出本計畫。
- 六、專款項目，第 9 項，「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」：誠如我們協商代表許主任委員世明所提，除嘉義以外，很高興雲林也表示很想要參與試辦。
- 七、第 8 項，「牙醫特殊醫療服務計畫」：重點在於我們希望到宅牙醫醫療服務的適用對象(特定身心障礙者、失能老人)能回歸牙醫特殊計畫，才能照顧到原有的患者，而加入其他預算後的新患者我們也都希望能一併照顧。以上是我們今年所提出的協商項目，謝謝。

周主任委員麗芳

請王委員棟源。

王委員棟源

主席、各位委員，大家好！我想牙醫部門盡量把服務送到弱勢民眾或還沒有提供牙醫服務的部分如：急診、特殊醫療服務等，我們希望盡一份社會責任，也感謝委員一直支持我們，謝謝大家。

周主任委員麗芳

請付費者代表提問。請林委員敏華。

林委員敏華

請教牙醫部門協商代表幾個問題：

- 一、第 5 項，「醫院夜間急診加成服務」：會議資料(大表)第 29 頁，就我所知約 90%牙醫師都在基層診所，今天提出的訴求是對於醫院牙醫師提供急診服務給予加成，是否可以說明現在醫院牙醫師擔任什麼角色、為什麼病人會到醫院急診去接受牙醫服務？
- 二、第 8 項，「牙醫特殊醫療服務計畫」之到宅牙醫醫療服務：補充資料第 6 頁有提出很多理由，請問有沒有相關的名單或資料可

供委員做檢視？如果編列經費的話，我們明年可以從健保署或你們提供的相關資料作檢視是否確實如你們所提。

周主任委員麗芳

採統問統答方式，所有問題提問完後，再一起回答。有沒有其他問題？沒有的話，請牙醫部門代表回應。

簡協商代表志成

先就牙醫特殊醫療服務計畫之到宅牙醫醫療服務部分向大家報告：

- 一、今(108)年 6 月份開始將中醫、牙醫及藥師服務整併至居家醫療照護整合計畫中。去(107)年牙醫到宅牙醫醫療服務執行 1,941 人次，今年 1~7 月牙醫部門原本照顧的個案已經執行約 1,400 多人次，但由西醫師轉介只有 9 例，如果要回歸由西醫師轉介或與西醫組成團隊的話，牙醫到宅服務量能一定會萎縮。
- 二、部分需要照顧的病患並不屬於西醫團隊照護個案，而牙醫師要提供病患服務的話卻必須要加入西醫團隊，這反而變成執行到宅牙醫服務的瓶頸，所以才希望原來由牙醫部門提供的到宅牙醫醫療服務能夠回歸到原來的「牙醫特殊醫療服務計畫」，再加上居家醫療照護整合計畫，才能照護更多的對象，也能提供更好的服務。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

請問，第 2 項，顎顏面外傷術後整合照護，是不是手術都在醫院執行？(牙醫協商代表：在醫院)

周主任委員麗芳

付費者代表需要內部會議討論嗎？(付費者代表：需要)需要多久時間？10 分鐘或 20 分鐘？先 10 分鐘...(付費者代表：20 分鐘)付費者內部會議時間 20 分鐘。

(付費者代表進行內部會議討論約 36 分鐘)

## 周主任委員麗芳

請各位委員、協商代表盡速入座，付費者代表已經回到會場。本場次的主談人是邱委員寶安及陳代理委員錦煌。接下來請付費者代表的主談人向大家說明最新方案。請主談委員說明。

## 林委員敏華

不好意思，臨時被陳代理委員錦煌指派任務，委請我代為宣讀付費者代表方案：

一、非協商因素：依照行政院核定的數值，不必協商，依照螢幕上所列的數值。

二、協商因素項目：

(一)第 1 項，「牙周病統合治療方案」：經過付費者委員充分討論，並參採健保署意見，本項先留校察看，但協定事項為 109 年預算中，若執行率未達 8 成，將按比例扣款。

(二)第 2 項，「顎顏面外傷術後整合照護」：依照健保署所提意見，編列預算 14 百萬元。

(三)第 3 項，「高齲齒率病患牙齒保存改善服務」：依照健保署所提意見，不編列預算。

(四)第 4 項，「全面提升感染管制品質」：同意依牙醫部門所提以每人次增加成本 39.23 元計算，但必須扣除健保署所提的醫療服務成本指數改變率所增加之預算 747.5 百萬元，編列預算 400 百萬元。

(五)第 5 項，「醫院夜間急診加成服務」：參採牙醫部門所提意見，編列預算 10.2 百萬元。

(六)第 6 項，「違反特約及管理辦法扣款」：扣減 27.3 百萬元。

三、專款項目：

(一)第 7 項，「醫療資源不足地區改善方案」：健保署與牙醫部門意見一致，編列經費 280 百萬元。

(二)第 8 項，「牙醫特殊醫療服務計畫」：牙醫部門所提增編經

費 109.1 百萬元，但付費者代表則同意增編經費 113.13 百萬元，新增到宅牙醫醫療服務、調整身障診察費及醫療團提供護理之家之牙醫醫療服務。

(三)第 9 項，「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」：依照健保署所提意見，編列經費 3.9 百萬元。

(四)第 10 項，「牙醫特定身障者社區醫療照護網試辦計畫」：依照健保署所提意見，不編列經費。

(五)第 11、12 項分別為網路頻寬補助及品質保證保留款，牙醫部門與健保署意見一致，金額如螢幕上所列。以上簡要報告。

周主任委員麗芳

主談委員有沒有補充說明？

許委員美麗

第 8 項牙醫特殊醫療服務計畫是不是寫錯？(林委員敏華：沒有)

周執行秘書淑婉

沒有錯。

陳組長燕鈴

第 8 項採用健保署估算的金額 93 百萬元，再加上由其他預算到宅服務移撥回牙醫門診總額的金額 20.13 百萬元，兩項合計增加金額合計 113.13 百萬元。

周主任委員麗芳

主談委員是否需要補充？付費者代表有沒有要再補充說明？沒有的話，請牙醫部門協商代表提出意見。

許協商代表世明

首先，謝謝付費者代表們在很多項目給予我們支持，但是第 4 項「全面提升感染管制品質」，希望本項再增加一些預算，事實上要全面落實及執行的話，以目前同意編列的預算，執行面上會有困難。其實要推動這項措施，在我們會內的很多醫師也並不是這麼支持，如果

經費不足的話，真的很難落實。接續請翁醫師德育補充說明。

翁協商代表德育

- 一、主委、各位委員，我們看到付費者方案的數值，真的非常感謝健保會委員。但是其中有一個小誤會，必須向大家說明清楚，剛才林委員敏華所提，同意全面提升感染管制品質是採用我們牙全會的數值，每人次增加成本是 39.23 元，換算所需預算不是 1,137.7 百萬元，而是 1,397.1 百萬元。
- 二、我向大家說明為什麼預算 1,397.1 百萬元，但只提列 1,137.7 百萬元呢？因為我們編列 109 年度總額各項協商因素成長率時，給自己設下不要讓付費者委員為難的前提，109 年總成長率不超過高推估，超過高推估的部分我們自己先刪減。所以我們估算成本所需經費是 1,397.1 百萬元，而不是 1,137.7 百萬元，在此向大家說明，另外在我們提供的說帖及補充資料都說明的非常清楚。關於每人次增加成本 39.23 元，我們非常感謝付費者委員認同牙醫部門所提的成本分析，現在發生小誤會就是 1,137.7 百萬元與 1,397.1 百萬元兩者的差異。

周主任委員麗芳

其他的部分是否補充？

許協商代表世明

再補充說明，關於「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，原來只有提出 1 個試辦點，編列經費為 3.9 百萬元，剛在會上臨時提出更新，因為雲林縣也有願意加入此計畫，懇請委員同意再增加 1 個試辦點，編列經費為 7.8 百萬元，在此向委員說明。

周主任委員麗芳

牙醫部門對其他的項目有沒有意見？

翁協商代表德育

主席，可以逐項審閱嗎？因為我們桌上沒有電腦螢幕可以看最新方案，只有會議資料(大表)，另外投影螢幕上的文字也看不清楚，懇請逐項審閱、逐項念，讓我們核對。

周主任委員麗芳

可以。先請干委員文男。

干委員文男

- 一、在逐項審閱前，我先提醒牙醫部門幹部們，你們爭取全面提升感染管制品質的預算費盡心力，但也怕你們拼命爭取預算，但執行率無法達成，你們將如何解決？
- 二、付費者代表方案的協定事項也有提出相關的要求。如果牙醫診所沒有按照感染管制標準去執行，將按比例扣款，這是很公平的事情啦。我知道許多人民團體都有類似的現象，上面的很勤勞很拼命地爭取，但提到扣錢的話，下面的就把你們罵到臭頭。我們就將這些要求落入協定事項，你們也有依據可以去執行，爭取這項目的過程很辛苦，既然爭取到就要好好珍惜，大家要落實執行。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

提供部分意見供付費者代表與牙醫部門雙方參考：

- 一、關於付費者代表最新方案的第 5 項「醫院夜間急診加成服務」與第 9 項「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，即使牙醫部門在第 9 項臨時提出要再新增雲林縣 1 個試辦點，但此兩項均為急診的牙醫服務，請付費者代表考量將 2 項整併成 1 項，因為是與醫院合辦，也就沒有急診不足區的問題。現在提出試辦的嘉義基督教醫院及雲林台大分院，先不論對鄰近居民而言，是否為醫療資源相對豐富或不足的醫療區，如果用於發展牙醫夜間急診服務，建議付費者代表將第 5 項與第 9 項合併，並採納第 5 項的額度編列 10.2 百萬元。
- 二、如果這 2 項合併，不論要找幾家醫院或發展哪種型態的急診加成均可以納入考量，一個急診方案不應該分成 2 個不同名目推動，未來牙醫部門也能在試辦過程中找不同的醫院去推動及發



展不同的照護模式，109 年試辦後提出報告供委員協商 110 年度總額參考是否繼續支持。否則同樣事情卻用不同名目編列費用，付費者代表將來也無法去稽核成果，等於全靠總額部門決定採用何種科目辦理醫療服務，我覺得不妥適，請付費者代表再重新考慮。

周主任委員麗芳

剛才牙醫部門提出希望逐項討論，請林委員敏華逐項宣讀付費者方案，若醫界沒有意見就進入下一項。如果沒有意見，由付費者代表帶著大家逐條審閱。

林委員敏華

一般服務成長率，第 1 個非協商因素，由社保司報行政院核定的數值就不再贅述。

周主任委員麗芳

請大家參閱協定事項如紅色字體。協定事項說明：1.優先併入「全面提升感染管制品質」項目使用。2.其餘預算用於藥品基本價、牙醫診所設立無障礙設施、離島假日開診、藥事服務費等支付標準之調整。請問牙醫部門是否有意見？

翁協商代表德育

請問這個協定事項只有今年有呢？還是以後每年都是這樣做呢？這是第 1 個疑問。第 2 個，109 年度醫療服務成本指數改變率所增加的金額 747.5 百萬元，剛才付費者委員支持的全面提升感染管制品質預算 400 百萬元，換言之，我們提出 1,137.7 百萬元扣減醫療服務成本指數改變率 747.5 百萬元，就沒有醫療服務成本指數改變率的額度了，既然沒有預算要如何調整藥品基本價、牙醫診所設立無障礙設施、離島假日開診、藥事服務費等支付標準，這些調整的項目等於沒有，是否還需要明定這些協定事項？

周主任委員麗芳

牙醫部門提出的意見，請付費者代表先記下來，後續一併討論。請林委員敏華接續逐項說明。

林委員敏華

協商因素成長率部分：第 1 項「牙周病統合治療方案」，付費者委員方案是依照健保署意見，暫時不予以扣款，但請 109 年執行率應達 8 成，如果沒有達到的話，將按比例扣款。

周主任委員麗芳

請參閱協定事項說明，109 年度預算中，若執行率未達 8 成，將按比例扣款。請問牙醫部門是否同意？(牙醫部門代表：同意)牙醫部門同意。

林委員敏華

第 2 項「顎顏面外傷術後整合照護」，牙醫部門提出編列 15 百萬元，付費者代表方案是參採健保署意見，編列預算 14 百萬元。

周主任委員麗芳

協定事項，與現行醫院支付標準不重複申報，請問牙醫部門是否同意？(牙醫部門代表：同意)牙醫部門同意。請林委員敏華接續說明。

林委員敏華

第 3 項「高齲齒率病患牙齒保存改善服務」，付費者委員依照健保署意見，不同意編列此項經費。

周主任委員麗芳

請問牙醫部門是否同意？(牙醫部門代表：同意付費者的方案)

林委員敏華

第 4 項，「全面提升感染管制品質」：剛才付費者委員內部會議討論很久，編列預算 400 百萬元。

周主任委員麗芳

關於第 4 項「全面提升感染管制品質」編列預算 400 百萬元部分，剛剛牙醫部門懇請付費者代表再增加預算。如果付費者代表之後有第 2 次內部會議討論的話，也請納入考量，本項目雙方有不同意見。請干委員文男。

干委員文男

剛才我有提到第 4 項「全面提升感染管制品質」，要讓你們幹部好執行，以後要扣錢的話，才不會說你們幹部怎麼樣。如果沒有做到的話，就會按照比例扣款。要不然你們幹部不管怎麼做都會被罵，沒做也被罵，做也被罵，你們爭取預算的過程很辛苦，但要拿這筆預算也沒那麼簡單。同樣是人民團體，我知道這樣寫你們會比較好做事。

周主任委員麗芳

剛剛干委員文男所說明的是協定事項：109 年度預算中，若未達執行全面提升感染管制品質目標，將按比例扣款。請問牙醫部門是否同意？(牙醫部門代表：同意)同意協定事項文字。

翁協商代表德育

說明前，先回應干委員文男所提的問題：

- 一、首先，感謝干委員文男，真的很體貼牙醫部門，在此也向所有付費者代表報告，事實上我們提出全面提升感染管制品質，內部經過一番激烈的爭論，甚至上週星期日我們幹部們大家仍有不同的意見，他們認為為什麼牙醫部門這個人民團體，居然可以靠著同儕制約讓全部院所都執行感染管制，連公務體系都不敢強制所有院所執行感染管制，為什麼我們小小的牙醫部門可以做得到？
- 二、討論過程中，許多醫師會提到在總額協商會議，付費者代表不會編列很高的成長率讓我們達成這件事情，所以我們真的很煎熬。幸好星期日牙醫師公會全聯會的理事會上，王理事長棟源及許主任委員世明一肩扛起責任，認為爭取多少預算是一回事，但牙醫部門應該做的事情一定要來完成。
- 三、懇請付費者代表，每人次增加成本費用真的是 1,397.1 百萬元，不是所提列 1,137.7 百萬元。拜託大家。至於剛才干委員所提的問題，如果會員不能達成目標我們該怎麼辦？事實上這就是我們牙醫部門面臨到最大的難題，預算通過後才是我們困難的開始，謝謝干委員文男的提醒。事實上有很多我們想要做的事

情...。

干委員文男

協定事項是為你們解套，不是為我們解套，請不要再講了。

周主任委員麗芳

協定事項為，若執行率未達標部分，將按比例扣款。

林委員錫維

主席，程序問題，我認為盡速將付費者方案所有項目都說明完後再討論。

周主任委員麗芳

一、剛剛干委員文男所提協定事項文字，若執行率未達標將按比例扣款此段文字先放入。至於預算額度，則請付費者代表納入內部會議討論。

二、接續第 5 項「醫院夜間急診加成服務」，剛剛滕委員西華建議將第 5 項與第 9 項合併成 1 項，還是取決於付費者代表的決定。付費者代表如何處理第 5 項與第 9 項，要維持你們原先所提方案，還是將滕委員西華的建議納入考量呢？

林委員敏華

第 5 項「醫院夜間急診加成服務」，剛才在內部會議討論時，委員提出請牙醫部門確認所提的夜間急診時間為晚上 9 點到隔天早上 9 點的資料是否正確？

許協商代表世明

我們提出是晚上 9 點到隔天早上 9 點，主要是因應多數診所沒有執行業務的時間，多數診所約晚上 9 點關診，第 2 天早上 9 點開診，我們希望急診加成時間能涵蓋診所休息的這段時間。如果要比照西醫修改為晚上 10 點到隔天早上 8 點，我們也可以接受，但我們認為晚上 9 點到隔天早上 9 點比較符合現實狀況。

林委員敏華

剛才委員也有提到健保署對於第 5 項的意見是，建議參照西醫急診

加成時間是晚上 10 點到隔天早上 6 點。如果要比照西醫的話，等一下我們內部會議再討論...(干委員文男、陳委員錦煌：照牙醫部門所提時間)請牙醫部門給個確定答案，是原提方案或比照西醫？

許協商代表世明

我們認為晚上 9 點到隔天早上 9 點比較符合現實需求。

林委員敏華

我們接受你們的回答。本項同意採牙醫部門的方案，編列預算 10.2 百萬元。(牙醫部門代表：同意。)

周主任委員麗芳

第 8 項(牙醫特殊醫療服務計畫)，應該沒有問題啦！另外剛才滕委員西華對於第 9 項「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」所提建議，請付費者內部會議討論時納入考量。

林委員敏華

第 9 項的部分，剛剛公正人士滕委員西華建議的部分，等一下內部會議討論會納入考量。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

第 8 項「牙醫特殊醫療服務計畫」，付費者代表所提方案，將其他預算之在宅牙醫醫療服務預算約 20.13 百萬元移入本項嗎？這就表示以後不再是全人在宅醫療服務，因為如果將在宅牙醫醫療服務從其他預算「居家醫療照護整合計畫」拆出來，那西醫基層是否也要拆出來，其他的中醫也要拆出來？依照健保署的意見，原規劃是採全人照護的概念，所以統籌於其他預算提供完整照護，但是現在把到宅牙醫服務 20.13 百萬元拆出來，移入牙醫部門總額內，那麼中醫、西醫基層等全部也要拆出來嗎？這是付費者委員要的結果嗎？

林委員敏華

回應盧委員瑞芬，內部會議討論本項時，付費者委員考量牙醫部門

反映執行牙醫在宅醫療面臨很大的問題，如果西醫師不同意轉介的話，牙醫師無法進行處置，考量此狀況恐不利於被保險人就醫權益，所以接受牙醫部門所提意見，把其他預算的到宅牙醫醫療服務拆出來，特別做處理。至於盧委員瑞芬所提意見，我們內部會議討論也將納入考量。

周主任委員麗芳

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、尊重付費者代表所共識的總額，不過剛才翁協商代表德育所提，109 年的醫療服務成本指數改變率已經用於感染管控，沒預算再去執行其他項目。基本上，這些協定事項屬於政策對四大總額部門都有同樣的要求。醫療服務成本指數改變率可以反映很多成本項目，包括人事成本、藥費、加班費、營業費用，藥品及耗材成本等都可以反映。即使今年用於全面提升感染管制品質，但預算是具有持續性的而且會累進成長。
- 二、近 6 年單就醫療服務成本指數改變率就成長約 28 億元，104 年 0.96 億元、105 年 8.88 億元，106 年 7.47 億元、107 年 4.63 億元，108 年-1.84 億元是負成長，但 109 年成長 7.48 億元，這些費用會滾入基期累進成長。政策要求診所要設立無障礙設施，這是先進國家民眾就醫場所的基本設施，也能提高醫療品質，並不是只要求牙醫部門，對 4 個總額部門都有同樣的要求。建議付費者委員要將這些文字落入協定事項，或協定事項如會議資料表列，這是政策要求，需要推動，以上補充說明。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、關於「牙醫特殊醫療服務計畫」，其中 20.13 百萬元在宅牙醫醫療服務，請參閱會議資料(大表)第 69 頁，本會幕僚補充說明第 6 點(1)：「牙全會建議將居家牙醫醫療服務之「特定身心障礙

者」、「屬失能老人長照補助辦法之補助對象」，移列至牙醫特殊醫療服務計畫，若同意其建議，則需相對扣除移出之經費(健保署估算額度 20.13 百萬點)」，如果 20.13 百萬元移入牙醫總額，與剛才公正人士提到西醫基層、助產所、精神疾病社區復建及轉銜長照 2.0 服務的連結關係為何？這是第 1 個問題。

二、第 2 點考量居家醫療照護中，牙醫較特殊，需要搬運醫療器材到病患家中才能提供到宅牙醫醫療服務，不像西醫或其他服務，不需要搬器材也能提供到宅服務，牙醫部門為何建議將到宅牙醫醫療服務從其他預算移列出來，請說明。

周主任委員麗芳

先請盧委員瑞芬，再請牙醫部門說明。

盧委員瑞芬

延續剛才我所提之第 8 項「牙醫特殊醫療服務計畫」，及健保署建議第 10 項「牙醫特定身心障礙者社區醫療照護網試辦計畫」，性質相同，建議合併處理，將第 8 項與第 10 項合併，因為剛才付費者代表並未提出意見，是否也請納入考量。

周主任委員麗芳

第 10 項「牙醫特定身心障礙者社區醫療照護網試辦計畫」，付費者委員方案編列預算為 0，請問牙醫部門有沒有意見？

簡協商代表志成

一、補充說明，牙醫部門並不是建議將全部到宅牙醫服務都移出「居家醫療照護整合計畫」。居家牙醫醫療服務適用對象有 4 類(註)，第 1 類是特定身心障礙者，第 2 類是失能老人且清醒時百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，這 2 類是原本牙科就已經在執行的到宅服務，因為納入居家醫療照護整合計畫，增加第 3、4 類屬於居家醫療及出院準備病人，未來此 2 類病患仍留在居家醫療照護整合計畫，並沒有移出來。

二、前 2 類病患原本牙醫師可自行收案提供服務，但自從加入居家醫療照護整合計畫後，首先，病患可能不屬於居家醫療照護整

合計畫的收案對象，其次，牙醫師可以自行收案，但若要提供到宅牙醫服務，則要加入西醫團隊。因此，地方牙醫師也反映有西醫居家團隊要求只做該團隊的照護對象，不要做其他團隊的照護對象，這是實務面臨的困擾。我們才會提出將原來牙科就已經提供的照護對象移回來，若需要配合居家醫療照護整合計畫的照護對象，也會配合執行，這樣才能照顧更多的病人，否則不在居家醫療照護整合計畫的病患我們就無法提供服務。

[註:108 年全民健康保險居家醫療照護整合計畫之居家牙醫醫療服務收案條件：1、「本計畫居家醫療、重度居家醫療、安寧療護階段之病人」2、「出院準備及追蹤管理費(02025B)申報病人」3、特定身心障礙者(包含：肢體障礙(限腦性麻痺及重度以上肢體障礙)、重度以上視覺障礙、重度以上重要器官失去功能，以及中度以上之植物人、智能障礙、自閉症、精神障礙、失智症、多重障礙(或同時具備二種及二種以上障礙類別)、頑固性(難治型)癲癇、因罕見疾病而致身心功能障礙、染色體異常或其他經主管機關認定之障礙(須為新制評鑑為第 1、4、5、6、7 類者)等。4、「失能老人接受長期照顧服務補助辦法」之補助對象(以下稱失能老人)]

周主任委員麗芳

剛才盧委員瑞芬提到第 10 項「牙醫特定身心障礙者社區醫療照護網試辦計畫」，付費者委員方案編列預算為 0，請問牙醫部門有沒有意見？

許協商代表世明

牙醫部門同意付費者代表的方案，不編列經費。

周主任委員麗芳

請主談人陳代理委員錦煌。

陳代理委員錦煌(蔡委員明鎮代理人)

付費者代表方案第 4 項「全面提升感染管制品質」編列經費 400 百萬元，牙醫部門是否同意？如果同意，我們就不用再進行內部會議。

許協商代表世明



我們認為第 4 項「全面提升感染管制品質」的經費仍有所不足。

陳代理委員錦煌(蔡委員明鎮代理人)

付費者委員需要 10 分鐘召開內部會議。

周主任委員麗芳

現在進行付費者代表內部會議 10 分鐘。

(付費者代表進行內部會議討論約 17 分鐘)

周主任委員麗芳

付費者代表內部會議已經結束。請各位委員、協商代表盡速入座，付費者代表已回到現場。請幕僚先將付費者方案播放在螢幕上，再請付費者代表說明最新方案。

林委員敏華

經過內部會議後，付費者代表方案調整幅度沒有太大，為讓大家了解，逐項向各位說明：

一、非協商因素：「醫療服務成本指數改變率」的協定事項，與之前方案相同。(註：所列協定事項為 1.預算優先併入「全面提升感染管制品質」項目使用。2.其餘預算用於藥品基本價、牙醫診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施、藥事服務費等支付標準之調整。)

二、協商因素項目：

(一)第 1 項，「牙周病統合治療方案」：沒有修正，本項剛才牙醫部門也同意。

(二)第 2 項，「顎顏面外傷術後整合照護」：沒有修正。

(三)第 3 項，「高齲齒率病患牙齒保存改善服務」：維持原方案，沒有修正。

(四)第 4 項，「全面提升感染管制品質」：付費者委員考量牙醫部門提到「醫療服務成本指數改變率」沒有預算可用於藥品基本價、基層診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施、藥事服務費等支付標準之調整。付費者委員共識決議，全面提升感染管制的費用是以每人次成本增加 29 元計

算，預算不足部分，由「醫療服務成本指數改變率」支應，編列預算維持 400 百萬元。本項與付費者第 1 版方案不同之處。(註：所列協定事項為 1.以每人次增加 29 點計算。2.部分預算由醫療服務成本指數改變率所增預算支應。3.109 年度預算，若執行全面提升感染管制品質未達 100%之目標，將按比例扣款。)

三、專款項目：第 9 項，「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，牙醫部門表示再增辦雲林 1 個試辦點，原編列經費由 3.9 百萬元調整為 7.8 百萬元。

四、主要修正第 4 項及第 9 項，其餘與付費者第 1 版方案相同。

周主任委員麗芳

請牙醫部門代表對於付費者代表最新版本提出意見。

許協商代表世明

一、「醫療服務成本指數改變率」的協定事項部分，我們有所疑慮，也不完全認同，這屬於各部門總額的共同協定事項，若每個部門都同意的話，牙醫部門也同意，但我們仍有些疑慮。

二、第 4 項，「全面提升感染管制品質」：目前編列的預算對於在全面落實或執行上真的會有困難，即使依照我們所提 1,397.1 百萬元，執行上也是會很辛苦，如果預算只有這樣的話，我們在執行上真的很難落實，懇請付費者委員能多予以考量，再增加預算。

三、其他部分，牙醫部門都同意。

周主任委員麗芳

付費者代表的看法如何？沒有辦法？請問付費者目前的方案已經是付費者代表的底線嗎？(付費者代表：是)請問牙醫部門是否能夠勉為其難、含淚接受？

翁協商代表德育

一、感謝健保會委員對牙醫部門的支持，我們真的很抱歉，必須再次重申牙醫部門推動全面提升感染管制品質需要花費很多的成本及人力，我們也精算過相關的成本，也請健保署檢視我們

成本分析內容，健保署估算每人增加成本 29 元，至於是否要扣除「醫療服務成本指數改變率」所增加的預算，我們牙醫部門並沒有反對，但懇請大家接受我們增加成本是 1,397.1 百萬元，若照目前付費者代表編列預算，我們沒有辦法接受。

二、關於「醫療服務成本指數改變率」之協定事項，各總額部門立場一致，牙醫部門與其他總額部門一致，假如其他總額部門都同意，牙醫部門也同意；若其他總額部門都不同意，牙醫部門也不同意，在本項的協定事項，牙醫部門同其他總額部門協定事項辦理。

三、請容牙醫部門進行內部會議討論，再將我們的底線向大家說明。

周主任委員麗芳

牙醫部門代表內部會議討論 10 分鐘，可以嗎？(牙醫協商代表：10 分鐘)請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

有關「全面提升感染管制品質」部分，可否請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

一、關於全面提升感染管制品質部分，請委員參閱會議資料(大表)第 27 頁，健保署意見說明第 3 點，估計每人增加成本 29 元，109 年約需 931 百萬元，建議優先以「醫療服務成本指數改變率」的 747.5 百萬元支應，健保署建議編列 183.5 百萬元，前提是每人增加成本 29 元，約 931 百萬元。現在付費者代表主張編列 400 百萬元，931 百萬元扣減 400 百萬元，差額 531 百萬元由非協商因素支應。

二、當時我們希望牙醫部門能先善用非協商因素的 747.5 百萬元支應，不足的 183.5 百萬元才用協商因素費用支應，現在的結果卻是相反的，本署尊重協商結果，即若全面提升感染管制品質所需預算 931 百萬元扣減協商因素編列 400 百萬元，差額 531 百萬元由醫療服務成本指數改變率 747.5 百萬元支應，所剩額度是否足以支應政策所需要調整的費用，包括藥品基本價、無

障礙設施或離島假日開診、藥事服務費等，我們也不確定。感謝大家支持健保署所提每人次增加成本 29 元，及協定事項第 3 項「若執行全面提升感染管制品質未達 100%之目標，將按比例扣款」，部長也很堅持，感謝大家。

周主任委員麗芳

牙醫部門內部會議討論 10 分鐘。

(牙醫部門代表進行內部會議討論約 21 分鐘)

周主任委員麗芳

各位委員及協商代表請入座，牙醫協商代表已經回到現場，請牙醫部門說明最新版本。

翁協商代表德育

主委、各位委員，我們只有修正 2 個項目：

- 一、非協商因素之「醫療服務成本指數改變率」協定事項，建議修正為「109 年度全部併入全面提升感染管制項目使用」。等一下會將修正方案資料印給大家。
- 二、第 4 項，「全面提升感染管制品質」：建議編列預算 649.6 百萬元，成長率 1.476%，協定事項為每人次增加 39.23 元，總需預算 1,397.1 百萬元，本項新增預算先以醫療服務成本指數改變率 747.5 百萬元支應，先向大家說明這也是健保署同意的原則，我們依照健保署的原則修正這個項目，不足之 649.6 百萬元由本項支應。
- 三、其他部分，牙醫部門都同意，僅上述 2 點意見有所不同。

周主任委員麗芳

一、牙醫部門剛才提出 2 項意見：

- (一)非協商因素之「醫療服務成本指數改變率」協定事項為 109 年度全部併入全面提升感染管制項目使用。
- (二)第 4 項「全面提升感染管制品質」增加金額為 649.6 百萬元，協定事項為每人次增加 39.23 元，總需預算 1,397.1 百

萬元，本項新增預算先以醫療服務成本指數改變率 747.5 百萬元支應，不足之 649.6 百萬元由本項支應。

(三)除上述 2 項外，其餘項目全部接受付費者代表所提方案。

二、請付費者委員表示意見，雙方主要差異在於第 4 項的預算額度，付費者代表方案 400 百萬元，牙醫部門方案 649.6 百萬元。

陳代理委員錦煌(蔡委員明鎮代理人)

雙方金額相差多少？

周主任委員麗芳

牙醫部門建議 649.6 百萬元，付費者方案建議 400 百萬元，雙方差距 249.6 百萬元。

滕委員西華

最主要的差異在於牙醫部門以每人增加成本 39.23 元計算編列本項經費。

周主任委員麗芳

現在雙方相差 249.6 百萬元，牙醫部門協定事項是先以醫療服務成長指數改變率 747.5 百萬元支應，不足部分由本項支應，現在僅本項未達共識，相差 249.6 百萬元。請付費者委員表示意見？請陳代理委員錦煌。

陳代理委員錦煌(蔡委員明鎮代理人)

建議不要再討論了，雙方才相差 249.6 百萬元而已，請牙醫部門再考慮接受付費者代表方案 400 百萬元，先做做看。

王委員棟源

關於全面提升感染管制品質，上星期日我們召開理事會議也有討論本項，翁協商代表德育將新增高速手機消毒進高溫高壓鍋完全滅菌的相關成本說明得非常清楚，也經過健保署檢視後我們也調整每人增加成本為 39.23 元，如同干委員文男所說，我們未來會要求全部會員全面執行，牙醫部門也面臨很大的挑戰，當日有理事提案要否決本項目，我向他們表示這是社會責任，全面提升牙醫醫療品質，

一肩扛起責任，將本項目提案到協商會議。目前付費者委員同意編列的預算讓我們回去無法向會員交代，懇請付費者委員給予支持。

周主任委員麗芳

請林委員敏華。

林委員敏華

- 一、牙醫部門一直以來都是模範生，評核會成績名列前茅，付費者委員一開始就對牙醫部門釋出非常大的誠意，多數項目也都參採牙醫部門所提建議編列相關的預算，部分項目甚至加碼預算，其他總額部門會很羨慕牙醫部門。
- 二、第4項「全面提升感染管制品質」，健保署認為付費者委員編列太多預算，付費者委員已釋出很大善意，而且部長也是牙醫背景，截至目前也只有門診透析完成協商共識，或許牙醫部門對此協商結果不是很滿意，但仍請牙醫部門儘量考慮接受，目前雙方僅相差249.6百萬元，占牙醫門診總額預算的比例不高。建議明年視執行結果再行檢討，若真的如牙醫部門所說差距很大，或許明年協商時再提出，付費者委員也會納入考量。

周主任委員麗芳

請牙醫部門表示意見。

翁協商代表德育

- 一、謝謝委員的支持，但我們仍要向付費者委員致歉，牙醫部門也已經釋出許多善意，首先，理事長領導牙醫團隊，我們是帶著熱忱來協商，熱忱在於讓病人就醫安全得到百分之百的保障。儘管牙醫理事們都反對的情況下，理事長仍一肩扛起責任，我們是真的抱持熱忱來，希望委員能體諒我們的用心，但預算不夠我們真的沒有辦法執行。
- 二、關於本項新增項目預算能否由醫療服務成本指數反映呢？各位委員沒有感受到我們的體貼嗎？我們完全不去爭論這事情，所需總成本1,397.1百萬元，已經扣除「醫療服務成本指數改變率」747.5百萬元支應全面提升感染管制品質，牙醫部門已經展

現十足的善意，若大家沒有辦法達成共識，也真的感到抱歉。

周主任委員麗芳

我們仍希望牙醫部門能達成共識，去年經驗是第 1 輪沒達成共識，深夜又趕回來協商才達成共識，希望今年一次就達成共識。請教主談人陳代理委員錦煌、邱委員寶安、林委員敏華對於牙醫部門代表回應是否有其他看法？

陳代理委員錦煌(蔡委員明鎮代理人)

健保署建議 183.5 百萬元，我與林委員敏華增加 216.5 百萬元，最後編列 400 百萬元，是精算過後的數值，建議先執行看看，明年再檢討。留得青山在，不怕沒柴燒，不要現在就破壞和諧。

周主任委員麗芳

牙醫部門提出非協商因素的協定事項是「109 年度全部併入全面提升感染管制項目使用」，請問付費者委員是否同意？

滕委員西華

建議改成優先，否則完全沒有空間，萬一有政策要推動的話，怎麼辦？

周主任委員麗芳

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

「醫療服務成本指數改變率」協定事項有包含幾項政策因素如：藥品基本價、藥事服務費、無障礙設施、離島假日開診等項目，都是政策的要求，這些政策項目牙醫部門所需的經費可能很少，但還是會用到這些項目，不像西醫基層需要較多經費支應，因此建議付費者方案的協定事項第 2 點文字要留著。

周主任委員麗芳

請牙醫部門表示意見。請問付費者委員需要再進行內部會議討論嗎？(付費者代表：不需要)付費者代表不進行內部會議。牙醫部門有沒有其他意見？

許協商代表世明

感染管制與其他項目性質不同，推動感染管制是無法打折的，不能只做一半，或錢少就只做三分之二。牙醫部門很負責任的提出攸關病人就醫安全的方案，但需要充足的預算才有辦法要求所有牙醫院所執行，若預算不足，推動上會很困難，沒有辦法拿多少錢做多少事，感染管制只能全有或全無，沒辦法只做一半、三分之二或五分之四，在此向付費者委員致歉，但這是我們的堅持。

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

我們尊重協商結果，但付費者委員方案的協定事項第3項「若執行全面提升感染管制品質未達100%之目標，將按比例扣款」，一定要落實，因為牙醫部門方案沒有落下這個協定事項，我剛也向大家說明部長請我們一定要堅持並落實。

許協商代表世明

我們同意增列協定事項。

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

關於全面提升感染管制品質部分，感謝牙醫部門退讓誠意，付費者代表對牙醫部門也釋出善意；而牙醫部門原建議全面提升感染管制品質編列預算11.377億元，雖願意下修至6.496億元，減少4.881億元，但又主張「醫療服務成本指數改變率所增加之預算」7.475億元挹注於此項目，換言之，協商過程中，一減一增，仍未調降全面提升感染管制品質的預算，建議回歸健保署的29元/每人次編列預算基礎，雖然雙方估算的每人次成本相差10點，但仍請牙醫部門再考量。

周主任委員麗芳

現在是關鍵時刻，預算僅相差249.6百萬元，真的要兩案併陳嗎？



請雙方再思考。請何委員語。

何委員語

- 一、健保署估算每人增加成本 29 元，牙醫部門估算 39.23 元，兩者主要差異為何？
- 二、現在雙方相差 249.6 百萬元，若雙方願意再協商，只對 249.6 百萬元部分再行協商，其他部分已經定案？(周主任委員麗芳：是)請健保署及牙醫部門解釋每人增加成本的差異在哪裡。

周主任委員麗芳

請牙醫部門說明。

翁協商代表德育

感謝付費者委員給牙醫部門說明的機會，計算成本的過程中也與健保署充分溝通，健保署不認同新增高速手機的成本，在此簡要的向大家解釋：

- 一、以前牙醫高速手機器械的處理方式為消毒，即使用完後先執行表面清潔，浸泡於藥水中進行消毒。現在有更好的消毒方法，高速手機結構上有管路、有水、有氣，除了清潔及消毒外，需要包裝送到高溫高壓鍋完全滅菌，滅菌所花費的時間非常久，至少約 1、2 個小時。以前的消毒方式，使用很少量的高速手機就足夠因應開診的需求，但如果要進行高溫高壓鍋消毒滅菌，則需要添購高速手機才足夠開診使用，為因應此項措施，第 1 個面臨的挑戰是全部院所需要大量購置高速手機的成本，如果沒有做高溫高壓鍋滅菌，就不會增加這項成本。但因為要執行完全滅菌，就會增加成本。
- 二、其次，進高溫高壓鍋完全滅菌前，高速手機需要先以包裝袋包裝妥，需要封口袋、貼指示劑，指示劑是用來確定每支高速手機均已徹底滅菌，達到零交叉感染，這是我們的堅持。
- 三、以高溫高壓鍋進行滅菌容易損壞高速手機，但我們沒有計算高速手機的折舊成本，僅提列潤滑油的耗材成本，因為會使用大量的潤滑油，手機潤滑油平均每人每次成本約 4.08 元，高速手機

每人次成本增加 5.65 元，合計每人次成本增加約 10 元，我們提供非常精準的成本分析。再次強調，這是成本，沒有盈餘，所有成本全都付給廠商或增加助理人力，醫師無法從滅菌的過程中獲利，這些成本真的無法打折，在此向各位委員致歉。

周主任委員麗芳

謝謝翁協商代表德育說明，現在雙方的差距是 249.6 百萬元，請健保署說明每人次增加成本 29 元的計算方式。

蔡副署長淑鈴

一、我們提出每人次增加成本 29 元，是尊重牙醫部門提供執行感染管制作業流程的所有步驟做計算，包括封口裝、指示劑、高溫高壓鍋消毒及其他人事成本等，牙醫部門列舉的成本項目，我們全部納入計算，牙醫部門計算每人次增加成本 39.23 元。最初健保署估算每人次增加成本是 34 元，因為從泡消變成高溫高壓鍋消毒，原泡消的成本也應納入計算，須扣減原來的泡消成本 5 元，最後變成 29 元，這是健保署計算的邏輯，牙醫部門所列舉的成本項目我們都納入計算。

二、尊重最後預算協商結果，希望牙醫總額部門能夠確實做到承諾，因為牙醫診所沒有確實高溫高壓消毒，民眾並不知道，我們才會要求付費者的協定事項第 3 點要保留，畢竟涉及支付標準調整與全部院所直接相關，也將相關成本納入計算，但如果牙醫院所無法百分百做到，也不需要編列這麼多預算，預算滾入一般服務，每年都會累進成長，以上說明。

周主任委員麗芳

關於健保署意見，牙醫部門是否要回應嗎？請翁協商代表德育。

翁協商代表德育

一、首先，我們與健保署所計算成本的最大差異在於，健保署不採用新增高速手機(含洗牙機頭)的成本，健保署認為這是設備成本，理應由醫療院所自行負擔，我們的理由很簡單，今天若不進行高溫高壓滅菌，只做消毒的話，就不會增加這些成本。

- 二、第 2，我們有耗材的成本，如封口袋、指示帶、手機潤滑油等，每人次增加約 4.08 元，健保署認為這本來就是我們應該要做的，因此，健保署也不採用，所以又少了 4.08 元。
- 三、現行消毒與高溫高壓滅菌的差別為何呢？不是做高溫高壓滅菌就不用消毒，還是得要清潔與消毒，還是得先完成消毒的流程，後面再加入高溫高壓滅菌，主要是高溫高壓滅菌增加很多成本，因此才會提出本項訴求。
- 四、也請大家原諒我們，不是我們不講道理，大家或許會質疑為何列舉的成本都不能打折？因為這些成本是經過精算，也讓會員知道這些成本，會員接受才會提到這裡討論，剛才王理事長棟源也提到不是全部會員都接受，即使本項通過，回去還是要面對所有會員。剛才蔡副署長淑鈴說得很好，我們如何承諾每家醫療院所都能夠徹底執行高溫高壓滅菌，這才是我們困難的開始。
- 五、牙醫部門為何要攬下這項工作？很簡單，高溫高壓手機完全滅菌所需費用平均每人次成本約增加 39.23 元，先不提增編預算 649.6 百萬元，醫療服務成本指數改變率的預算 747.5 百萬元還是存在，我們可以用這筆預算來調整其他很多項目。我們提出這個新項目約需 1,397.1 百萬元，還要拿醫療服務成本指數改變率的預算去補貼。
- 六、事實上，我們新增預算額度 649.6 百萬元，要去承攬每人次成本 39.23 元的工程，不知道大家曉不曉得我們的善意，回去要說服會員真的很困難，成本 39.23 元還要用醫療服務成本指數改變率的預算 747.5 百萬元去完成這件事情，其實新增預算才 649.6 百萬元，懇請各委員，我們牙醫部門不是不講道理，也請大家體諒與成全，我們在這個項目已投入非常多精力。

周主任委員麗芳

- 一、剛才翁協商代表所提的核心重點，讓我非常感動，若不執行高速手機(含洗牙機頭)進高溫高壓鍋完全滅菌的話，醫療服務成

本指數改變率的 747.5 百萬元可以用來調整很多項目，但為了執行全面提升感染管制品質，必須用醫療服務成本指數改變率成本 747.5 百萬元支應，感謝牙醫部門。

二、回歸核心問題，為了雙方 249.6 百萬元的差異，剛才牙醫部門與健保署均已補充說明，請問付費者代表是否需要幾分鐘時間再考慮調整，讓彼此有轉圜空間。請付費者代表表示意見。

陳代理委員錦煌(蔡委員明鎮代理人)

我們都不用啦！

周主任委員麗芳

都不用，請王理事長棟源。

王委員棟源

主席，感謝各位委員支持，在預算不足支應成本的情況下，我承擔太大的風險，感謝委員，建議兩案併陳。

周主任委員麗芳

經過雙方不斷溝通與努力下，但我仍感到有點挫敗，從今天早上到到下午 5 點，只有門診透析服務預算達成協商共識，不過仍很感謝雙方的努力。

干委員文男

主席！

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

一、補充說明，我們明年還是擔任委員。牙醫部門提出明年的規劃讓我們頗期待，我也知道牙醫部門很努力推動各項業務，但現在雙方差距僅 249.6 百萬元，不要因此協商破局兩案併陳。

二、剛才付費者代表內部會議，大家都試著幫你們解決問題很快取得共識，感情留一線，日後好相見(台語，意謂宜懂人情世故)，建議牙醫部門含淚接受，如果明年真如牙醫部門所說的情形，

明年再來檢討。現在不是差距 4、5 百億元，只有相差 249.6 百萬元，我想即使送給部長裁決也可能裁決不下去。

三、牙醫部門要承擔起責任，我知道你們很認真推動，但付費者委員也有把你們的話聽進去，如果有問題明年再來檢討，現在差距不是很大，只差 249.6 百萬元，建議先接受，為了一點差距這樣印象不好，還是要日後好相見。

周主任委員麗芳

如同干委員文男所言，現在差距真的很微小，明年開始啟動，先把業績做出來，若做出成效，我相信明年協商委員絕對加倍支持。牙醫門診總額這麼多的預算，只相差 249.6 百萬元而協商破裂，太令人惋惜，建議理事長再考慮一下。先請林委員錫維，再請何委員語。

林委員錫維

一、大家辛苦了！剛才干委員文男也談到，我們非常支持牙醫師，也展現最大善意，牙醫部門協商代表也表示部分醫療院所不願意配合執行全面感染管制，因為作業程序複雜，或許可朝想做的先做，不要一次就編列這麼多預算，只相差 2 億多元而協商破裂，還要送請你們敬愛的部長去傷神？不要協商破局，先做看看以後才知道問題所在，如果明年協商需要多少預算或執行面有何困難，再來檢討。今年該給都給了，剛才公正人士委員私下也說你們對牙醫部門這麼好，我們公正人士都沒講話，若付費者代表有決議，他們也沒有意見。

二、關於第 5 項「醫院夜間急診加成服務」及第 9 項「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，我原本要提出意見，但是全面提升感染管制品質這項目能夠解決，就不要再提了。建議牙醫部門或許協商結果不盡滿意，至少還能夠接受，不要說含淚接受，目前雙方版本已經很接近共識，先執行明年再來檢討，剛才干委員文男也提到，明年我們還是擔任委員，會相挺，不要為了這件事情去打擾部長，很沒意思！現在不是相差 10、20 億元，在此呼籲牙醫部門接受，我們付費者代表已展現很大的善意。

三、有關高溫高壓手機完全滅菌所需費用平均每人次增加成本 39 元或 29 元部分，之後牙醫部門與健保署還需要再討論，現在各講各話，我們也不敢下定論是採 39.23 元或 29 元，我認為牙醫部門再思考看看，若能協商成功，王理事長棟源雖然可能會被會員罵，但也是功德無量。

周主任委員麗芳

剛才林委員錫維意思，可以不用全面實施，有多少錢做多少事。請何委員語。

何委員語

一、主席，林委員錫維發言需要負百分之百的責任，因為干委員文男在協定事項是要求全面執行感染管制，表示要百分之百完成。

二、牙醫師對社會公益服務很盡力，社會公益服務形象也非常好，我認為差距僅 249.6 百萬元，或許你們可考量 2 件事情：第一，希望能夠接受明年義務服務 1 年。其次，將「全面」2 個字，你們自己承諾多少是 80%、85%、90%或 100%，你們可以自己決定。如果你們接受付費者代表方案，或許可以修正部分文字。如剛才林委員所言，你們可以做到多少就算多少，避免明年總額評核會議發生原本規劃全面 100%執行感染管制，實際只做到 80%，評核結果由「優等」降到「可」，就麻煩了！成效可能與評核有關，請你們再考慮！

三、請牙醫部門決定 2 件事情，第 1 點額度，第 2 點是「全面」2 個字是否修改，請你們先討論如何才能接受或執行。

周主任委員麗芳

請林委員錫維。

林委員錫維

剛才何委員語所提意見，若牙醫部門能提出執行感染管制比率修正的話，沒有意見。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

2 點意見供大家參考：

- 一、第 1 點，贊同付費者代表所言，第 1 年全面百分之百執行感染管制，似乎不太可能，建議按執行比例給予費用，若雙方僵持在 249.6 百萬元導致協商破裂，實屬可惜。
- 二、第 2 點，關於第 8 項「牙醫特殊醫療服務計畫」，即使兩案併陳，但該項涉及其他預算，部分內容尚待釐清。其中包括 20.13 百萬元屬於在宅牙醫醫療服務經費，目前健保署也編列在其他預算。剛才牙醫部門提到是將其他預算居家醫療照護整合計畫之居家牙醫醫療服務的 4 類對象挪移 2 類對象到牙醫專款計畫，則在其他預算需扣減預算，要扣減多少，而健保署執行上是否有困難。即使兩案併陳，牙醫部門同意金額，但內容仍待釐清，建議請健保署說明目前雙方協定的結果，是否有其他意見。

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

- 一、牙醫部門與付費者代表均同意「牙醫特殊醫療服務計畫」納入在宅牙醫醫療服務預算 20.13 百萬元，則表示其他預算中的所有在宅牙醫醫療服務全部搬過來，不是只有 2 類病患，這需要請雙方了解及確定。
- 二、健保署不支持居家牙醫醫療服務的 4 類照護對象移過來牙醫專款計畫，希望仍維持在其他預算。未來居家醫療病患仍需要牙醫服務，編列於其他預算係以全人醫療為考量。預算移來移去，服務仍要持續提供，最有效率的方式是留在其他預算，如果硬要將其他預算之居家牙醫醫療服務移出來，不是只有 2 類患者，而是 4 類的居家牙醫醫療服務照護對象都要移出。

周主任委員麗芳

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、協商過程很漫長，大家很認真、絞盡腦汁！目前雙方協商僅相差 249.6 百萬元，付費者代表也有做了讓步。剛才何委員語提到，全面執行感染管制是 100% 要去執行，但建議可修訂協定事項之「全面」2 字，牙醫部門會比較好做事，壓力也不會那麼大。
- 二、上次溝通會議時，我私下請教王理事長棟源，現行也有感染管制機制，執行率也沒有達到 100%，我認為未達成率約 10%，當時王理事長棟源表示沒有那麼多，可能約 5%，中間還是有所落差。既然付費者代表方案不再增加額度，但可以調整執行率，我認為牙醫部門應該要接受，因為付費者委員給你們更大的彈性空間，我們希望模範生要有模範生的榜樣，讓大家尊重，建議牙醫部門接受付費者方案。

周主任委員麗芳

- 一、剛才委員所提意見非常務實，尤其第 1 年全面執行感染管制，建議修正執行率，如 8 成，在預算不變情形下，按照所提成本，調整執行率。
- 二、付費者委員已經提出折衷、合理的建議方法，牙醫部門也許不用召開內部會議，現在可以回答你們的決定。請翁協商代表德育。

翁協商代表德育

- 一、主席、各位健保會委員，剛才委員所提建議讓我們感受到委員們對牙醫總額部門寵愛有加，這種條件，我們怎能不答應呢？我們一定會答應的。
- 二、今天提出全面提升感染管制品質，只有 1 個要求，就是「零交叉感染」，這是我們的責任，健保署也一直支持我們，病人到牙醫診所就診，部分醫療院所有落實感染管制措施，部分醫療院所沒有，我們如何保障民眾就醫權益與安全？因此，我們才



會提出全面提升感染管制品質，成本不打折，這是很艱難工作，就醫療專業及健保署的認知這本來就是應該執行的，我們也會保留空間，不知這個理想是否能達成？因為大家對於我們的執行能力存有疑問，我也不敢講太滿，請容牙醫部門內部會議 5 分鐘。

周主任委員麗芳

牙醫部門會議時間 5 分鐘，期待好消息。

(牙醫部門代表進行內部會議討論約 4 分鐘)

周主任委員麗芳

感謝牙醫總額部門高效率完成內部會議，協商代表已經回到會場，大家等著聆聽你們的好消息。請許協商代表世明。

許協商代表世明

- 一、主席，各位委員，非常感謝委員提出善意的回應與建議。剛才召開內部會議討論，不用全面執行感染管制可以解除我們幹部的壓力，但是討論過程中，認為防疫不能有破洞，不能要求 70% 院所執行感染管制，另外 30% 不用執行，這對到 30% 沒有執行感染管制醫療院所就醫的民眾是不公平的，我們真的承受很大壓力，希望把這件事情做好。
- 二、剛才也提到，委員同意編列這筆預算，是我們真正承擔困難及責任的時候，我們同意若做不到的話則扣減相關費用，但以現行條件下，我們沒有正當理由說服會員一定要做，我們要強制他們做，若沒做到要核扣費用，甚至加強查核，最後還是由我們來承擔這些責任，若要做好這件事情，懇請委員能給予充足的預算。

周主任委員麗芳

感謝牙醫部門，經過內部會議後還是回到原點。剛才付費者代表也表明目前預算額度是極限，再增加預算額度也有困難，我們只能含淚...。請陳代理委員錦煌。

陳代理委員錦煌(蔡委員明鎮代理人)

一、我講一下我的心聲，我是老委員，如果是 12 年前，你們早被我罵了。以前牙周病統合照護計畫的預算，第 1 年開始編列預算 384.3 百萬元，當時執行率僅約 17%，執行不佳，當時蘇理事長鴻輝被我罵的很慘！但現在牙周病統合治療方案預算已高達 28.08 億元。建議就先做做看，不要堅持，否則到時候沒做到 100%，會被檢討啦！

二、健保署建議編列預算 183.5 百萬元，我們增加預算編列 400 百萬元，我是主談者真的很不想跟你們說話，若你們還是這麼堅持，大家就按規矩辦事。先做看看，可能部分院所要做，部分不願意做的，也不知道執行情形如何。

周主任委員麗芳

請謝委員武吉。

謝委員武吉

其實大家都很辛苦，從早上 9 點 30 分協商到現在下午 5 點多。剛才陳代理委員錦煌一席話，我感受很深，陳代理委員語重心長，我希望牙醫部門先做做看。請問一下，醫院部門有沒有做感染管制？我們是否有拿一毛錢？我們沒有喔！現在付費者代表同意編列預算，呼籲你們尊重陳代理委員錦煌，忍痛接受，大家共襄盛舉，明年可能會更好。

周主任委員麗芳

請問牙醫部門是否回心轉意？請王理事長棟源。

王委員棟源

主席、各位委員，在預算不夠的情況下，讓防疫有空窗或漏洞，使得牙醫部門無法全面要求品質，這不是我們要的，我們也沒辦法這樣做，我們還是會要求全部會員都做好感染管制，至於做不到的院所，該扣減費用就扣減費用，謝謝！

周主任委員麗芳

對於本案，我們還是感到有點失落。

吳委員榮達

主席，最後一次發言。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

我本來不想講話，但忍不住講一下。我認為要考慮到健保財務，就付費者代表而言，一定將量入為出納入考量，健保財務這麼吃緊的情況下，同意編列 400 百萬元，付費者代表已釋出十足的誠意，建議牙醫部門勉強接受，就部門總額間的衡平性，也請你們要體諒付費者代表需兼顧健保財務平衡的壓力，請你們多加考量。

許協商代表世明

- 一、多位委員提出意見，讓我們不知道如何決定，我們再次強調，其他治療項目可以試做，但新增全面提升感染管制項目，站在醫療專業上，真的無法抱持先試試看做不好再來講的心態，我們下定很大決心，既然要做，就是要全面做好。
- 二、我們幹部已經做好心理準備，回去一定要被會員責備，或等一下在即時通群組上有些人就開罵，我們都會承擔，單以這項費用，委員很鼓勵牙醫部門也認同感染管制很重要，懇請付費者委員能否在預算上再給予支持。我們希望全面執行感染管制，不能打折去做。

周主任委員麗芳

關鍵時刻，休息 3 分鐘，屆時再給我們答覆。

(中場休息約 16 分鐘)

林委員錫維

主席，休息時間超過 3 分鐘。請各位委員及協商代表盡速入座。

周主任委員麗芳

- 一、大家高度關切本案，牙醫部門一直是我們的模範生，為了些微差距而無法達成協商共識，實屬不宜，應該要讓這個模範生持續扮演領頭羊的典範角色。

二、請問付費者代表是否需要再召開內部會議(付費者代表：好)，時間限定 5 分鐘。

(付費者代表進行內部會議討論約 15 分鐘)

周主任委員麗芳

一、委員、協商代表請入座，付費者代表也回到現場，很感謝他們，協商到現在已經一整天了，付費者代表是會場中最忙碌的一群。

二、請付費者代表主談人向大家宣布付費者代表最新方案。

林委員敏華

主席、各位協商代表，大家也很累了！首先，感謝主席用心促成，期使達成所交付總額協商的任務，經過雙方不斷折衝，付費者委員同意再增加 100 百萬元，編列預算 500 百萬元，這是付費者代表最終方案，希望牙醫部門能夠接受。

周主任委員麗芳

感謝付費者代表。

林委員敏華

第 8 項「牙醫特殊醫療服務計畫」，剛才健保署參與付費者代表內部會議，若居家牙醫醫療服務只移 2 類對象的話，健保署表示這樣無法管理或執行，修改為原其他預算的居家牙醫療服務(共 4 類)全部移到牙醫特殊醫療服務計畫，經費不變(20.13 百萬元)。

周主任委員麗芳

請牙醫總額部門表示意見。

林委員敏華

再次補充說明，第 4 項「全面執行感染管制」：新增高速手機(含洗牙機頭)進高溫高壓鍋完全滅菌)，仍要求執行率是 100%。

許協商代表世明

一、非常感謝委員對於我們的支持，雖然離我們心中的目標值仍有點差距，但我們願意接受，非常感謝各位委員的支持，雖然預

算沒有到百分之百編足，但我們的承諾不變，仍會以原規劃的 6 億多元的目標來執行。

二、第 8 項「牙醫特殊醫療服務計畫」，全部居家牙醫醫療服務(共 4 項)照護對象，從其他預算移至本計畫，我們同意。

周主任委員麗芳

請投影螢幕，牙醫部門總成長率 3.876%。我們很感謝...

翁協商代表德育

對不起。

周主任委員麗芳

還有其他意見？

翁協商代表德育

還需要討論 2 項協定事項：第 4 項全面提升感染管制品質，我們希望今年本項預算全數用於全面支應調整感染管制的點數，目前呈現每人次增加成本 29 元，中間有所落差，若增加成本的點數不高，真的很難要求醫療院所全面執行，希望大家能夠成全，建議先以醫療服務成本指數改變率預算 747.5 百萬元支應，不足之 500 百萬元，由本(第 4)項支應。

周主任委員麗芳

這是有共識，優先以醫療服務成本指數改變率預算支應。

干委員文男

全面執行感染管制，是明年預算，明年執行，不是今年執行。因為都講今年，這要釐清楚。

周主任委員麗芳

是 109 年執行。

翁協商代表德育

是 109 年。

周主任委員麗芳

再複述牙醫部門建議的協定事項，每人次增加 39.23...

翁協商代表德育

39.23 這段文字都不要了

周主任委員麗芳

這段文字就不要寫。從本項開始。

翁協商代表德育

對。

周主任委員麗芳

本(第 4)項先以醫療服務成本指數改變率 747.5 百萬元支應，不足之 500 百萬元，由本項支應。

翁協商代表德育

對。

周主任委員麗芳

非常感謝付費者代表花費這麼多心思成全本案，也感謝牙醫部門含淚接受，你們的努力及願意為民眾付出的心意，我們都感受到，本案圓滿達成協商共識，再次感謝大家。請王理事長棟源。

王委員棟源

感謝主席及各位委員的抬愛，牙醫部門非常感謝您們，謝謝！

周主任委員麗芳

接著進行醫院總額協商。

參、109 年度總額協商－「醫院總額」  
(108 年 9 月 26 日)與會人員發言實錄





## 參、109 年度總額協商－「醫院總額」(108 年 9 月 26 日)與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

接下來進行第 3 場次的醫院總額協商，請醫院協商代表入座，請利用 5 分鐘進行說明。先請翁理事長文能。

翁委員文能

主席，各位委員，各位健保署長官及同仁，大家晚安！現在進入醫院總額協商。為節省時間，請參閱會議資料(大表)，我們的預算編列大致與健保署雷同，以下僅提出其中不同的 3 項：

- 一、「推動分級醫療，壯大社區」：預估增加金額 5 億元。
- 二、「門診減量」：由於最近 2 年推行門診減量，我們希望提出相對預算支應，預估增加金額 10 億元，相關內容請參閱大表內的說明。
- 三、「因應 108 年 9 月住院醫師納入勞基法」：由於醫院增加很多人事成本，預估增加金額 94 億元。
- 四、其餘各項目與健保署編列預算內容相同，以上是我的簡單報告，其他部分則請醫院各層級代表表示意見，謝謝。

周主任委員麗芳

醫院各層級代表是否要補充說明？請朱協商代表益宏。

朱協商代表益宏

- 一、各位委員好，我是台灣社區醫院協會理事長，先針對台灣醫院協會草案之「推動分級醫療，壯大社區」編列 5 億元做說明。推動分級醫療是衛福部非常重大的政策，部長也在很多場合宣示推動分級醫療，包括區域級以上醫院每年門診減量 2%，就是希望輕病及慢性病等都能夠回歸到社區醫療院所治療。
- 二、健保署近 2 年配合這項政策，有關壯大社區部分，也推動相關支付標準調整，包括地區醫院假日門診診察費加成 30%，今年也預計再將地區醫院夜間門診診察費加成 10%，主要是希望實施分級醫療後，民眾於假日及夜間就醫，不會有不方便的情況。

社區醫院協會非常配合政府的政策，但發現健保署雖然調整上開支付標準，但實際上仍不足以支應開設假日及夜間門診的相關成本。

- 三、因分級醫療剛開始推動，在下轉至地區醫院假日及夜間門診的患者還不足的情況下，對於地區醫院而言是咬牙苦撐。政府的政策既然是美意，也不應該讓地區醫院為了支持政府政策而賠本。希望各位委員能體恤地區醫院的經營未達一定規模，且轉診制度尚未完全落實的情況下，能就地區醫院推動分級醫療這部分，編列 5 億元的預算以補助部分費用。

周主任委員麗芳

其他醫院層級代表是否還要說明？請劉協商代表碧珠。

劉協商代表碧珠

- 一、主席，各位委員，大家晚安，大家辛苦了！醫院部門在這 1、2 年推行門診減量措施，區域醫院代表在很多場合都提出意見，現行的門診減量措施，其實造成醫療結構很大的改變。健保署於實施門診減量措施後，要求區域級以上醫院將門診病人下轉，並調整部分急重症支付標準點數及住診診察費等，相關議案仍在健保署同步討論中。
- 二、事實上我們都知道總額就這麼多，調整某些支付標準項目的點數後，相對影響的就是點值。對提供住院照護的高成本部門，若其點值相對低於門診點值，並不合理。因此，我們認為在門診減量的措施配套中，應相對補助提供住院服務的醫學中心、區域醫院或地區醫院，優先保障住院診察費每點 1 元。但若運用非協商因素的預算去調整支付標準，則支付點數調整越高，點值越低，所以應合理編列部分預算用於保障住院診察費。若全額補至每點 1 元，1 年最起碼需要 22 億元，考量整體健保資源有限，我們建議先編列 10 億元，優先支應住院部門假日診察費保障每點 1 元。

周主任委員麗芳

醫院各層級代表是否都完成補充說明？接下來請付費者代表提問，請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、大家好，今天從早安、午安到晚安，大家都非常辛苦！之前的門診透析預算與牙醫門診總額已順利達成共識，希望醫院總額也能夠順利協商達成共識。去年的協商大家都非常配合，希望醫療提供者能給予病人更完善的醫療服務，非常感謝大家的付出。
- 二、本場次的醫院總額協商，付費者代表由趙委員銘圓及鄭委員建信擔任主談人。請大家共同努力，順利完成協商。

周主任委員麗芳

付費者代表主談人是趙委員銘圓及鄭委員建信，請委員提問。

趙委員銘圓

付費者委員希望直接召開內部會議。

周主任委員麗芳

請付費者代表利用 20 分鐘召開內部會議。

(付費者代表進行內部會議討論約 73 分鐘)

周主任委員麗芳

各位委員，各位協商代表，請大家入座。感謝付費者代表經過慎重的討論後，已回到會場，現在請主談的趙委員銘圓及鄭委員建信說明，先請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

主席，醫院部門的協商代表及幕僚人員，大家都辛苦了。本以為之前針對 109 年度總額協商草案，已經開過很多場會前會先行瞭解及溝通，沒想到還是協商到晚上 7 點 30 分，才終於進入醫院總額的協商。以下將付費者代表內部會議協商結果，向醫院部門各位好朋友簡要報告：

- 一、非協商因素部分主要是依照健保署意見，協定事項包括：

- (一)醫療服務成本指數改變率所增加之預算(約 103.85 億元)，優先用於急重難症、藥品基本價、藥事服務費、住院醫師納入勞動基準法等支付標準之調整。
- (二)請健保署整體評估朝成本結構相對合理之方向，調整醫療服務支付標準，如推動分級醫療壯大社區醫療服務、門診減量配套措施，並於 109 年 7 月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。

## 二、一般服務之協商因素項目：

- (一)「新醫療科技」：成長率依醫院部門與健保署意見(成長率 0.723%，31.86 億元)，協定事項為「請健保署檢討免疫療法藥品適應症，如檢討癌症第 3 期的適用可行性，以利即早治療增進病人治療效益，並於 109 年 5 月底前提報檢討結果」。另附帶建議為「請健保署規劃免疫療法藥品還款計畫回饋金使用於新醫療科技項目」。
- (二)「藥品及特材給付規定範圍改變」：成長率 0.068%，金額為 3 億元。
- (三)「在維持醫療服務水平不變下，平衡醫師納入勞基法政策施行對醫院所產生的作業衝擊」、「推動分級醫療，壯大社區」、「門診減量」，這 3 項都是不編列預算。
- (四)「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」：成長率依醫院部門與健保署意見(成長率-0.007%)。
- (五)一般服務成長率的協定事項，包括：
  - 1.依衛福部政策，為落實分級醫療與轉診制度，持續推動區域級(含)以上醫院門診減量措施，自 107 年起以 5 年降低 10%為目標(以 106 年為基期)，並定期檢討。109 年醫學中心、區域醫院門診件數持續降低 2%，即不得超過 106 年之 94.12%(98%×98%×98%)，超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配。
  - 2.為利分級醫療與轉診制度之順利推動，請健保署定期檢討

門診減量措施之執行情形及成效，並於 109 年 7 月底前提出專案報告。

### 三、專款項目：

- (一)「C 型肝炎用藥」：依醫院部門與健保署意見，維持 108 年額度 47.6 億元。
- (二)「109 年使用 C 肝新藥後所需之檢測費用」：本項雖然醫院代表建議改為 6,500 萬元，但這部分我們不同意編列預算。
- (三)「罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費與罕見疾病特材」：依醫院部門與健保署意見，編列 155.45 億元(增加 3.106 億元)。
- (四)「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」：依醫院部門與健保署意見，編列 50.27 億元，增加 3.14 億元。
- (五)急診品質提升方案：依醫院部門與健保署意見，維持 108 年額度 1.6 億元。
- (六)「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」：依醫院部門與健保署意見，維持 108 年額度 8.68 億元，協定事項為「請加速落實第 3~5 階段的執行」。
- (七)「醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案」：維持 108 年額度 8 千萬元。
- (八)「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」：也是維持 108 年額度 9.5 億元。
- (九)「網路頻寬補助費用」：維持 108 年額度 1.14 億元。
- (十)「鼓勵院所建立轉診之合作機制」：維持 108 年額度 6.89 億元。
- (十一)「品質保證保留款」：依評核結果為 10.554 億元。
- (十二)「因應 108 年 9 月住院醫師納入勞基法」：本項不編列預算。

(註：螢幕顯示之付費者方案，除主談委員口述外，尚包括「醫療給付改

善方案」全年經費同 108 年額度 11.87 億元。)

四、合計較 108 年核定總額成長率為 5.438%，預估增加金額為 259.348 億元。

周主任委員麗芳

謝謝趙委員銘圓的說明，請問鄭委員建信是否要補充？(鄭委員表示沒有)。請醫院協商代表回應付費者代表所提版本。

翁委員文能

以下分幾個部分說明，先請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、謝謝趙委員銘圓帶領所有付費者委員，對醫院總額這個龐大的費用細心研討，雖然方才付費者內部會議時間比較長，但我們還是耐心等待，希望大家都能圓滿完成重大的任務，達成目標及理想。

二、在此我要向各位委員報告，今天醫院協會是由翁理事長文能帶領 3 個層級的理事長、協商代表及工作人員。醫院協會在翁理事長帶領下，是非常團結、非常尊重各位委員意見的一個團體，今天我們所提各項目的成長率及費用，大部分都和健保署一樣。所以各項目的數據，多是由健保署計算及提供，並非醫院協會所計算。不過在此須向各位報告，有三個項目我們已主動改變：

(一)對於剛才趙委員銘圓所提出的一些說法，我想強調醫院在這部分還是非常善意。本來我們是非常反對「醫療服務成本指數改變率」用於支付標準的調整，但礙於現狀及政府政策，我們同意「醫療服務成本指數改變率」所增加的預算，優先用於急重難症支付標準的調整，至於額度多少，以後再討論。

(二)協商項目「推動分級醫療，壯大社區」是為了落實分級醫療及轉診；而「門診減量」是區域級以上醫院每年門診件數減少 2%政策的配套，和趙委員銘圓的說明都一樣，「門診減量」之配套與因應措施，我們也是配合剛剛趙委員所談，主要是

文字部分要如何配合。

(三)因應住院醫師納入勞基法支付標準的調整，我們也都有納入思考。

三、今天的討論和協商，醫院部門應該是比較容易看到成果的部門，很希望今天能和委員們在短的時間內，一起完成醫院總額協商的重大任務、目標及理想。

周主任委員麗芳

剛才付費者委員所提的項目，請問醫院代表是否都同意？還是有哪幾項有不同意見？請醫院代表具體說明。

翁委員文能

先從新藥開始，請潘協商代表延健說明。

潘協商代表延健

非常感謝委員的努力，對大部分預算持肯定態度，提出兩點意見：一、「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材)」，對本項預算沒有意見，不過對該項目之說明，須再予澄清：

(一)請參閱會議資料(大表)第 39 頁，109 年度新藥預算之計算方式，目前採用的公式，第 2A 類藥品第 1 年替代率 60%、逐年增加 10%，直到 90%。第 2B 類藥品第 1 年替代率則是 90%，再來就百分之百。有關替代率部分，我們今年也承接了健保署的委辦研究，雖然研究期間較短，藥品種類也不是那麼多，但從中發現替代率與目前設定的公式不一樣。健保署對於本項的計算內容與說明，已清楚的列出計算方式及品項，我們予以尊重，但希望針對這個公式，未來能有繼續研究、檢討的機會，對新醫療科技的替代率部分，我們仍持保留態度。

(二)新藥收載後，過去都以 5 年來核算其新增費用，從第 1 年加到第 5 年，但我們也發現第 5 年之後，第 6、7 年都有可能持續增加，而且後面的金額比較高。希望未來在計算財務衝擊時，能夠充分納入計算。綜上，我們對於本項金額沒有異

議，但對說明部分持保留的態度。

二、有關「109年使用C肝新藥後所需之檢測費用」，我們曾經表達過，這是配合C肝新藥治療時，必須執行的檢測費用。今年開始執行C肝新藥至今，7月份就已將全年的額度用完，可知醫院端非常努力執行。要根除任何一項疾病，一開始都很好做，但是超過一半後，慢慢就進入深水區，病人並不是隨手找就有，而是需深入社區進行篩檢，將病人找出來。所以，檢測費用對醫院相當重要，若未有額外預算支應，對於為落實根除台灣C型肝炎而努力執行的醫院，反而是一個懲罰。因為多做就會產生檢測費用，稀釋醫院總額整體點值，在同儕間或許會有微辭。為讓醫院配合根除C肝政策時，能放心徹底的執行，在此呼籲，能否再考量納入此項檢測費用。況且我們原提的經費是2.33億元，現已調整為6,500萬元，若直接以金額換算，大概也只夠涵蓋約1萬人左右。以上對C肝治療再次完整陳述，希望委員對C型肝炎檢測費用，能再重新考慮。

周主任委員麗芳

剛才醫院代表提到醫院部門原提預算2.33億元，現已修正為6,500萬元，請翁委員文能。

翁委員文能

有關C肝檢測費用方面，請此領域的專家李秘書長偉強補充說明。

李委員偉強

- 一、有關C肝檢測費用，稍早在健保會討論過，醫院也都盡量執行。因為C肝檢測費用很高，一個人要9千多元，所以健保署並不反對編列該項預算，也編列了2.33億元，希望大家能支持。
- 二、若大家真的覺得有困難，在此提供一個折衷方案供參。目前專款項目「C型肝炎用藥」已編列47.6億元，是否能內含檢測費用。類似於洗腎的包裹給付，病人除洗腎本身的費用外，也包含洗腎前後的驗血費用，等於是論人計酬的概念。C肝新藥每



人治療費用為 20 多萬元每人若再加上 8、9 千元的檢測費用，可視為一個整體包套費用。以上提供各位委員在不額外增加預算下的做法。

三、呼應剛剛翁委員文能所提，C 型肝炎治療很熱門，明年開始除了擴大適應症、人數會越來越多之外，我們才開始要面對新的一群人，坦白說這些是平常不容易出現的病人。例如在特殊管道得到 C 型肝炎的病人，基本上這群人不會主動至醫院或自動出現，需要特別到社區或特殊的場合，請他們出來治療，所以需要花費額外費用做檢測。

四、我們也不希望這些檢測費用，排擠到其他非 C 肝病人的治療，這不是筆小錢，因此我們希望編列這筆 2.33 億元的預算，或是在 47.6 億元的 C 肝專款內，將 C 肝治療前後所需的檢測費用都包裹起來，請委員整體考量。

周主任委員麗芳

請林協商代表佩菽。

林協商代表佩菽

剛才謝理事長武吉已針對「醫療服務成本指數改變率」協定事項已表達醫院部門的意見。剛才看了付費者委員版本及相關資料，我們建議優先用於「藥品基本價」及「藥事服務費」支付標準調整這 2 項先刪除。剛才我們內部已討論過，還是不贊同將這部分放進去。希望該項預算優先用在急重難症、推動分級醫療壯大社區醫療服務及門診減量配套部分。

周主任委員麗芳

雖有委員示意發言，請先讓林協商代表佩菽將意見講完。

林協商代表佩菽

「藥品及特材給付規定範圍改變」項目，我們原先是尊重健保署計算的數字(5.41 億元)，但今天付費者建議下修為 3 億元，我們希望能加註「應提出定期監測報告」，讓預算可妥適運用。

周主任委員麗芳

請嚴協商代表玉華。

嚴協商代表玉華

大家晚安，我是區域醫院協會副秘書長。有關付費者委員在一般服務成長率的協定事項文字，對於落實分級醫療、轉診制度的門診減量措施，區域醫院協會在很多場合都一直在反映，也提過很多次訴求，區域醫院與醫學中心功能及任務本來就不一樣，希望委員能同意區域醫院門診減量的比率應為醫學中心的一半。

周主任委員麗芳

請朱協商代表益宏。

朱協商代表益宏

- 一、關於剛剛付費者所提新醫療科技的「附帶建議」，我們認為不寫會比較適當，因為新藥引進以後，若預算超支，其實是吃到一般服務的總額。新藥費用超支後，依廠商與健保署所簽訂合約，第2年會有一筆回饋金，該筆回饋金應該要回到一般服務，因為錢已經先從一般服務總額扣掉，用於墊支所超支的費用，所以沒道理這筆回饋金回到健保後，又用於新醫療科技。
- 二、換句話說，之前醫院已經先墊支的部分，拿到廠商歸還的錢後，不但不還給醫院，反而又要支出給其他新藥，造成更多困擾，且與原來健保署與廠商協議的還款計畫精神背道而馳，所以我們認為這樣的附帶建議不太妥當。

周主任委員麗芳

醫院代表是不是都發言完了，還有意見嗎？請李委員偉強。

李委員偉強

- 一、醫學中心協會2週前開過理監事會議，主要針對門診減量進行討論，雖然還沒有正式文字紀錄，但大家已有共同的想法，在此將理監事會的決議向大家報告。我們希望配合門診減量政策是無庸置疑，問題是5年要減10%，每年需減少2%，現在進度已減了4%，我們也一直很努力推行。
- 二、希望藉此機會提出建議，將5年減10%的時間延長為10年，

也就是修正為 10 年減 10%。我有責任在此提出這項意見，並希望納為會議紀錄的一部分，供大家參考，讓事情進行的更順利。

周主任委員麗芳

請朱協商代表益宏。

朱協商代表益宏

- 一、有關門診減量 2%，付費者版本落實於文字，109 年相較於 106 年須減至 94.12%。我是台灣社區醫院協會理事長，社區醫院支持衛福部門診減量政策。
- 二、但我們也認為，部分比較特殊的區域醫院，可能因為地理環境或民眾就醫習慣，除了擔負急重症照護的角色外，也擔負了社區醫療的角色，所以我們認為，針對部分區域醫院，可請健保署檢討實施的時程是否予以延長。
- 三、雖然衛福部的規劃是 5 年要減 10%，不過我們認為，對於部分區域醫院，考量其地理環境或就醫特殊性，希望付費者也能考慮讓這類型的區域醫院，能因為其服務特性，給予較多的彈性。希望能延緩該類區域醫院門診減量的時間，例如原來每年要減 2%、分 5 年達到 10%，改為分 6 年、7 年、8 年或更長的時間，達到衛福部訂定門診減量 10%的目標。

周主任委員麗芳

醫院代表是否都發言結束？請翁理事長文能。等到醫院及付費者雙方代表回應結束後，再請公正人士及專家學者發言。

翁委員文能

- 一、代表醫院協會發言，關於三層級醫院對「門診減量每年減 2%，5 年達到減 10%」的意見，希望三種不同意見都能記錄下來讓衛福部知道。
- 二、「藥品及特材給付規定範圍改變」，健保署原編列 5.41 億元，現在付費者版本下修為 3 億元，能否請健保署說明。因為當初 5.41 億元是由健保署計算及估列，我們不適合回應，但提醒健保署

注意預算是否有超支情形。

三、最後謝謝各位付費者代表的建議跟指教，推動 C 肝新藥治療是國家的政策，我們也全力支持，但實際上因 C 肝新藥而造成新的檢驗費用，是確實存在的，一定要編列預算支應。雖然西醫基層總額付費者代表方案也是沒有編列該筆預算，但是費用確實有產生，而且健保署也編列預算，這是我們與健保署的共識，這部分仍請付費者代表能支持，這是我們的底線。

四、或可考慮剛剛李委員偉強建議，將 C 肝新藥費用內含所衍生新的檢驗費用，以包裹方式處理。以上是醫院協會的建議，希望大家能支持。

周主任委員麗芳

依序請滕委員西華、吳委員榮達、蔡委員登順及黃委員金舜發言。

滕委員西華

一、對目前所提金額、項目沒有意見，僅對「新醫療科技」的協定事項，提供建議文字供付費者委員參考。目前螢幕呈現之付費者版本協定事項為「請健保署檢討免疫療法藥品適應症，如：檢討癌症第 3 期適用可行性，以利即早治療增進病人治療效益」等文字，向付費者委員報告，建議只要寫到「檢討免疫療法適應症」就好，後面不要寫，有 4 點原因說明如下：

(一)很多癌症不是只有分 3 期或 4 期，還有其他癌症期別的分類法。

(二)有些癌症在第 3 期，還有 2 線標靶藥物可使用，並不是一定要用到免疫療法。很多國家免疫療法合併標靶治療，但也有像我國，是不能合併標靶治療。

(三)適應症可能還需考慮如 PD-L1 生物標記表現量的問題，因其與適應症有關，而不一定與癌症的期別有關。

(四)只關注癌症期別，其實只是免疫療法一個非常小的爭點而已。如果付費者代表對免疫療法的適應症有不同的想法，文字應該落在前面一段就好，而不需指定即早進入治療。現在

全球對免疫療法，一直有新的研究結果及數據，不一定即早治療就是好，也可能有更經濟、更好的治療，因為免疫療法相對副作用也很大。若我們做這樣的建議，不僅與健保署藥物共同擬訂會議在權力義務上有所衝突，此建議也不符合免疫療法在科學上的證據。

二、建議付費者代表考慮協定事項就寫到「檢討免疫療法適應症」就好，譬如放寬生物標記表現量也是一種放寬適應症，比較符合現況。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達(吳委員表示沒意見)，請蔡委員登順。

蔡委員登順

一、剛剛醫院協會提到「醫療服務成本指數改變率」所增加預算的使用，會議資料(大表)寫得很清楚：「『善用醫療服務成本指數成長之預算，調整醫療服務支付標準與藥品基本價』及『適度反映因醫療政策或相關法令之改變所增加之費用，如因應住院醫師適用勞動基準法所衍生營運成本之增加』」，這些都是主管機關交付的 109 年總額協商政策方向。

二、此外，人事成本、藥品及耗材成本、基本營業費用及其他營業費用，都有相關的規定，什麼可以納入或什麼不能納入，都規定的很清楚。而且醫院部門「醫療服務成本指數改變率」所增加的預算，每年的成長都很高，109 年就達到 103.85 億元，當然涵蓋的範圍就會比較廣。拜託醫院協會一定要遵守相關規範，以上建議。

周主任委員麗芳

請黃委員金舜。

黃委員金舜

剛才付費者代表提到「醫療服務成本指數改變率」協定事項內容，我是藥師公會代表，沒有特別意見。關於藥事服務費，檢視西醫基層醫療方面，健保署已看到 4 萬名藥師 14 年來，藥事服務費沒有

提升半毛錢，藥師的委屈也來自工作內容的增加，過去只須調劑，現在還要做很多的項目，包括藥物諮詢、藥物評估、藥物的配服禁忌等。在座的委員應該要好好思考，不要讓 4 萬個藥師長期受到這種委屈及不公平的待遇。

周主任委員麗芳

剛剛翁委員文能特別請健保署就「藥品特材給付規定範圍改變」調整為 3 億元部分提供意見，請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

一、關於「藥品特材給付規定範圍改變」預算付費者代表調整為 3 億元，本署原編列 5.41 億元，這部分確實是計算出來的結果，也有所依據，再次說明。

二、另外補充對「新醫療科技」協定事項之意見：

(一)所提「檢討免疫療法的藥品適應症」，其實不是由健保署檢討，本署是尊重藥品仿單的適應症，而不是由我們指定藥品要用在怎樣的狀態。一般而言，仿單會寫出此藥品是適用於何種病患適應症，或是依病人 Biomarker(生物標記)表現決定使用，我們是尊重仿單。

(二)協定事項提到「如檢討癌症第 3 期適用的可行性」，若逾越仿單內容，就不具備可行性；若是依照仿單所規定的適應症，也在健保署通過，當然就是按照仿單的適應症。目前向我們提出申請納入健保新藥，還是依仿單通過的適應症為主。

周主任委員麗芳

請問蔡副署長，對「新醫療科技」項目的「附帶建議」有沒有意見？

蔡副署長淑鈴

有關「新醫療科技」項目的附帶建議「請健保署規劃免疫療法藥品還款計畫回饋金使用於新醫療科技項目」，目前本署的 MEA(Managed Entry Agreements, 藥品給付管理合約)或其他新藥返還款，都是回到醫院總額，沒有指定用途，目前的作法是這樣。

周主任委員麗芳

剛才醫院部門代表已提出他們的看法，重點聚焦如下，稍後再由付費者委員逐項檢視及回應：

- 一、首先是「醫療服務成本指數改變率」的協定事項，剛才醫院代表建議刪除「藥品基本價」及「藥事服務費」；另藥師公會理事長黃委員金舜則是建議保留「藥事服務費」。
- 二、針對「新醫療科技」的協定事項，剛才委員、蔡副署長及醫院代表都有表示意見，有人建議刪除協定事項及附帶建議；也有人建議僅保留「請健保署檢討免疫療法適應症」文字，相關意見提供付費者參考。
- 三、有關「藥品及特材給付規定範圍改變」，剛剛醫院代表對金額沒有意見，健保署則表示估計需編列 5.41 億元，再請付費者併同考量。
- 四、接下來爭議較大的項目為「109 年使用 C 肝新藥後所需之檢測費用」，醫院代表已由 2.33 億元降到 6,500 萬元；若無法編列檢測費用，另一個折衷方式則建議將「109 年使用 C 肝新藥後所需之檢測費用」6,500 萬元，含括在「C 型肝炎用藥」47.6 億元內，該項預算除 C 肝藥費外，亦可支應檢測費用。
- 五、感謝翁理事長文能及醫院代表，其實有好幾個項目醫院部門都已經退讓，包括「推動分級醫療、壯大社區」、「門診減量」及「住院醫師納入勞基法」原先編列之預算，他們都願意吸收，並以「醫療服務成本指數改變率」所增加的預算支應。對於他們這麼有誠意的協商，表示感謝。
- 六、請付費者代表針對這幾項表達你們的看法。

#### 趙委員銘圓

- 一、謝謝醫院協商代表，不愧是大老，處理事情也很明快。有關 C 肝檢測費用，6,500 萬元對醫院總額來說非常小，可謂九牛一毛。但為何我們仍不同意編列，其實是有理由的。相較過去使用干擾素治療 C 型肝炎，以 C 肝新藥治療在相關併發症費用節省約 3.7 億元，應足以支應新增的檢驗費用。這也是剛剛付費

者討論過程中，雖然覺得 6,500 萬元對醫院部門是很小的預算，但付費者仍不同意編列的原因。

二、朱理事長益宏認為藥品回饋金應回到醫院總額，但付費者則認為應該要挹注到免疫療法使用。對於剛剛醫院代表所提意見，稍後付費者進行內部會議時，會再討論、回應。

三、有關免疫療法，目前對肝癌免疫療法的規定非常非常嚴苛，嚴苛到什麼地步？要符合下列 4 項條件，包括：已做過 3 次栓塞、肝腎功能要維持一定程度、還要用過第一線標靶、用藥後病人身體反應不能太差及切片符合晚期肝癌條件等。這些給付規定與 C 肝新藥相比，真的是天壤之別。以上屬個人意見，供健保署參考，只是覺得不該這樣對待晚期肝癌病人。

四、對於剛才醫院代表的意見，其他付費者還有沒有委員想回應？

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、對於「醫療服務成本指數改變率」協定事項，我認為還要加入急重難症護理費，而藥品基本價及藥事服務費都要維持。我認為付費者在這部分已經很客氣，今年的付費者是很弱勢的團體，11 年來的總額協商沒有像今年這麼弱。過去 3 年對於「醫療服務成本指數改變率」都會備註多少金額用於急重難症、加護病房及住院等支付標準調整，但今年付費者完全放棄健保法賦予平衡性的權責。

二、免疫療法現在是癌症第 4 期才開放給付，病人已經快死亡，而且申請時間很長，最快要 30 天、最慢 43 天才核准。對於這些第 4 期癌症患者而言，已經喪失免疫力，也可能發生敗血症或器官衰竭，這時候才來做免疫療法有什麼用？但是還好上次健保署的簡報數據顯示，病人存活率還有 20%，若即早於第 3 期使用免疫療法，則存活率會提高至 50% 以上。目前歐美國家若第 1 期就使用免療法，存活率是 87% 至 93%，第 2 期是 60%、



70%。因此，我們建議「檢討癌症第3期適用的可行性」，並非要求第3期就使用免疫療法，而是希望健保署能依仿單進行檢討。我們已給予很大彈性，先評估適用的可行性，再決定是否給付，如果付費者連這樣的要求都放手，那乾脆回家睡覺。

三、有關「區域級以上醫院5年降低門診10%」，剛才我在付費者內部會議也提到，之前衛福部林前部長奏延找我和謝前委員天仁喝咖啡，我們被誤導。因為目前醫院本來就分三層級，推動門診減量政策就應該分三層級來執行，怎麼現在是分成二層級？剛才聽到朱理事長益宏所言，他認為可將集中於5年內完成目標的期間往後延長，我覺得是很好的建議。我們都很支持分級醫療，但推動方式要合情合理，若付費者違背自己的良心，不能合情合理的推動醫療結構改革，坦白講有虧委員職守。我11年來一直兢兢業業，講求合法之外也要合情合理。所以我認為區域醫院部分，或可考慮朱理事長益宏的建議，目標同樣是減少門診10%，但執行的總年限予以延長，也是可考慮的方向。

四、「109使用C肝新藥後所需之檢測費用」，剛剛主談人趙委員銘圓已經講過，不宜再編列費用，因為使用C肝新藥已節省3.7億元。

五、「因應108年9月住院醫師納入勞基法」項目，醫院代表已經同意由「醫療服務成本指數改變率」所增加預算支應。事實上，付費者只要看到健保署對預算額度的建議為0，多數會支持。健保署雖然依其專業提供付費者建議方向，但付費者自己也會思考各項目編列的合理性，這是很重要的觀點。

六、對於付費者這次所提方案，雖然醫院代表還有一些意見，但我認為我們已經提出合情合理的方案，況且給醫院部門的成長率已高達5.438%。

周主任委員麗芳

謝謝何委員語的意見。有關門診減量執行方式，翁理事長文能特別提到要記錄三個層級醫院的意見。請地區醫院、區域醫院、醫學中

心代表將各自訴求再陳述一次，以利付費者代表瞭解各層級對門診減量方式的訴求。先請地區醫院。

朱協商代表益宏

奉主席指示再次說明。有關門診減量年減 2% 的政策，地區醫院的主張是按照付費者意見，但對部分型態的區域醫院，因為有一些特殊狀況，建議 5 年降 10% 的期限酌予延長，並請健保署針對哪些型態區域醫院，於年底前提出調整方案。

周主任委員麗芳

請問朱理事長益宏，您建議「延長為 10 年減 10%」嗎？

朱協商代表益宏

我的建議是延長年限由健保署來協商，原來是 5 年降 10%，但部分區域醫院要減為 6 年、8 年或 10 年，由健保署以專業管理者角度，考慮延長多少年限，由醫院再與健保署協商。

周主任委員麗芳

地區醫院的意見是，對於部分特殊型態的區域醫院，由健保署與醫院代表協商，可能延長為 6~10 年的方式。接下來請區域醫院代表。

劉協商代表碧珠

- 一、區域醫院對門診減量的訴求，其實我們在很多場合已提過很多次，本來今天不想再重複陳述。衛福部的八期醫療網計畫，本來就明定三層級醫院各有不同角色任務及功能，區域醫院還是以提供服務為主，但現行的門診減量政策，是將醫學中心與區域醫院放在一起，用同樣的標準去要求門診減量，這怎麼樣都說不過去。
- 二、各層級有不同的訴求，今天在推動門診減量時，只是用評鑑等級去看這件事情，但其實醫院大小規模與評鑑等級沒有絕對相關。以門診減量這件事來說，若認為全國門診就醫次數過高，應該是全國一起減，而不是像現在的政策一刀切。我們在不同場合不斷呼籲，也不確定政府政策接下來要怎麼走，5 年要減 10% 殺傷力很大，區域醫院紛紛降級的趨勢已顯而易見，而且

降級家數不斷增加，對整體醫療生態將造成很大的衝擊。

三、因此，我們的訴求還是維持理監事的決議：「區域醫院層級門診減量比率應為醫學中心的一半，不應該與醫學中心一模一樣的比率」。我們的訴求就是簡單這兩行字，不再贅述。

周主任委員麗芳

請醫學中心。

李委員偉強

一、某種程度來說，在座都是付費者代表，門診減量政策已經進行一年半，大家或多或少來自親朋好友的反映，會慢慢感受到看病的影響。我建議在不影響民眾就醫權益前提下，讓政策能夠緩步前進及穩紮穩打，是基本的前提。

二、有關「109年使用C型肝炎新藥後所需之檢測費用」，剛才委員提到干擾素治療，現在C肝病人因為有更好的口服新藥，治癒率也高達95%，因此使用干擾素的病人比較少，誰願意每天打針？吃藥多簡單，而且治癒率這麼高。不過干擾素藥費並不是專款專用，而是在一般服務下與所有藥物的費用一起使用，雖然干擾素用量減少，但同時還是有很多疾病使用健保藥費，並不是可以將干擾素費用，改用在檢驗檢查。

三、因此，2.33億元是經過精算後，明年可能需要的檢驗費用，都是用於照顧C肝病人所需的前、中、後之檢測費用，是否能將其併入「C型肝炎藥費」47.6億元，我剛計算過，檢測費用大約占4.5%~4.8%的費用，也就是100元中有4~5元是用在檢驗部分，會使使用新藥的病人數約減少700位，影響相當有限。所以我建議將2.33億元併入「C型肝炎藥費」47.6億元中，專門用於C型肝炎病人使用新藥後所需的檢測費用。

周主任委員麗芳

整理一下，所以李委員偉強的訴求有2點，第1點是將C肝檢驗費用6,500萬元，併入「C型肝炎藥費」47.6億元。

李委員偉強

健保署估算的是 2.33 億元，不是 6,500 萬元。

周主任委員麗芳

- 一、所以你們是希望原編的 2.33 億元納入「C 型肝炎藥費」47.6 億元，而非以 6,500 萬元納入。
- 二、有關三層級醫院對門診減量 5 年減 10%之意見，您剛才未表達具體意見，所以醫學中心層級接受 5 年減 10%嗎？

李委員偉強

- 一、其實門診總量減 10%是當初就同意的目標，現在要討論的是幾年達成這個目標，可以更彈性一點，是不是一定要 5 年達成？建議應該保留彈性，是針對整體給予彈性，或給予某些醫院彈性？還是針對某些區域醫院給予彈性？但這些都不是在今天這個會議可以討論。
- 二、本案最早是健保會於 2 年前提出的附帶決議，現在已執行 1 年半近 2 年，可以好好再討論一下。門診減量的目標還是不變，但時間是不是可以延長一點，其實真正的影響還是民眾就醫行為的改變，這需要更長的時間調整，請付費者代表多加思考。對大家來說，如同剛才何委員語所說，除了合法之外，也要合情、合理，不能影響病人權益，但總目標還是不變。

周主任委員麗芳

三層級醫院的意見，都提供給付費者代表參考。

朱協商代表益宏

幕僚剛才誤解我的意思，請修訂螢幕上的文字。我講的是針對部分特殊型態的「區域醫院」，不是「區域」。然後是與「醫院」代表協商，不是與「區域醫院」代表協商。雖然只有幾個字，但意義不太一樣。

周主任委員麗芳

請將你們的訴求一併寫上去。請吳委員榮達。

吳委員榮達

一、區域級(含)以上醫院門診每年減量 2% 已實施 2 年，政策是否要做改變，應該在委員會會議討論，而不是在今天協商年度總額的時候，在協定事項提出討論。

二、就付費者代表而言，過去的慣例是個人的發言不宜和付費者代表內部會議的結論不同，何委員語的意見，應該先取得付費者代表的共識後再發言。

張委員澤芸

藉此機會感謝何委員語及各位付費者代表，看到護理專業的貢獻及努力，希望將護理費相關支付標準的調整，納入「醫療服務成本指數改變率」的協定事項。護理師公會全聯會在此也再次請託，拜託大家考慮。

周主任委員麗芳

請謝委員武吉。

謝委員武吉

非常感謝大家對藥事服務費及剛才提到有關護理費的發言。其實一家醫院的生存及建立，一定有其基本的人力，而且醫療機構設置標準都規定的很清楚，所以護理費及藥事服務費都不應該納入協定事項。我們要有大肚量、大方向及大眼光，應該改成所有醫療及醫院相關的人員全部包含在內，才是非常有遠見的健保會。

周主任委員麗芳

醫院代表的回應及剛才幾位付費者代表、公正人士與學者代表委員的意見，都交給付費者參考。請何委員語。

何委員語

謝謝吳委員榮達的指教，我剛才的發言只是建議，並沒有落入文字。我們既然已經談到這裡，建議付費者代表召開內部會議。

周主任委員麗芳

請付費者代表再進行內部討論。討論時間 10 分鐘好嗎？因為雙方的意見已經很聚焦了。

千委員文男

不需要 10 分鐘，5 分鐘就可以。

周主任委員麗芳

好，針對剛才提出的幾項意見，請付費者帶進去討論。

(付費者代表進行內部會議討論約 18 分鐘)

周主任委員麗芳

各位委員請入座，付費者代表已經回到現場，請主談委員說明討論的結果。

趙委員銘圓

說明我們剛才討論的結果：

- 一、「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算優先用於支付標準之調整項目，在藥事服務費後面增加 1 項急重症護理費。
- 二、對於「藥品及特材給付規定範圍改變」項目，因為醫院總額預算已經高達 5 千多億元，我們還是建議維持 3 億元。
- 三、針對「109 年使用 C 型肝炎新藥後所需之檢測費用」，我們討論的結果還是不同意編列，也不同意併入「C 型肝炎藥費」專款項目。

周主任委員麗芳

針對付費者代表重新協商的結果，是不是再聽聽看醫院代表的意見，請翁委員文能代表發言。

翁委員文能

現在已經是快晚上 9 點，大家辛苦了，代表醫院協會說明我們的立場：

- 一、同意「藥品及特材給付規定範圍改變」預算編列 3 億元，若健保署認可的話，因為預算是他們編列的，但是請付費者代表及專家委員協助監督，請健保署管控預算不要超支，並適時提報執行情形。
- 二、關於「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算優先調整的項

目，剛才又增加 1 項急重症護理費，我同意，如果增加急重症藥事服務費我也同意。因為醫院的專業人員除了藥師以外，還有醫檢師、放射室治療師、呼吸治療師、營養師、社工師、心理師等 10 幾類，這些師字級醫事人員，應該都有調整服務點數的機會，若單獨調整藥事服務費，醫院協會站在代表所有師字級醫事人員的立場，很抱歉不能同意。若最後的協定事項這樣寫，請註明醫院協會的反對意見，若要調整，所有師字級醫事人員都要有機會調整。剛才藥師公會理事長說藥事服務費 14 年都沒有調整，但我們查的結果是 4 年前調過，雖然只調了 3 點，但有更多的醫事人員根本都沒有調整過，這部分我們一定要說明。

三、有關「109 年使用 C 型肝炎新藥後所需之檢測費用」項目，是我們最堅持的項目，明明專業的健保署都認為應該要編列這些經費，今年沒辦法編列本項費用，因為上次提出時被告知預算已經完成協定不能更動，但明年的預算一定要列進去。後年如果使用 C 型肝炎新藥的人數愈來愈少，或干擾素的使用愈來愈少，我們也同意不再編列預算。但明年將大量使用 C 型肝炎新藥，會衍生比今年更多的檢驗費用，我們很堅持一定要編列預算支應。原本編列的 2.33 億元是依據健保署的計算結果，後來改成 6,500 萬元，是為了不要超過總成長率上限 5.5%，所以才下修為 6,500 萬元。如果真的要計算，應該是 2.33 億元。因為「藥品及特材給付規定範圍改變」已經調降 2 億多元，理論上 C 肝檢測費用應該有空間往上調整。本項我們很堅持，因為是依據專業的計算結果，我認為該付的錢就要付給所有醫院同仁。接下來請其他協商代表補充說明。

周主任委員麗芳

請朱協商代表益宏。

朱協商代表益宏

一、對於「醫療服務成本指數改變率」所增加預算優先調整的項目，

我們認為應刪除藥品基本價，但付費者方案還是列入，這部分還是有爭議，建議也要反映醫院協會不同意藥品基本價使用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算去支應。

二、對於「新醫療科技」的附帶建議，剛才我們也表達的很清楚，認為這部分不宜列入，但很遺憾付費者代表方案也未考慮。

周主任委員麗芳

我們現在聚焦在幾項上面，首先是醫療服務成本指數...

翁委員文能

主席，醫院協會還有 1 位代表要補充說明。

周主任委員麗芳

好，醫院協會代表請說明。

劉協商代表碧珠

對於「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算，雖然我們原來提出用於門診減量配套措施，保障假日住診診察費點值，雖然有納入協定事項，可以進行支付標準的調整。但希望寫法可以更明確，因為協定事項的每個字，健保署都是逐字執行，後續都沒有談的空間，所以在此我們還是要提出訴求。在整體醫院門診減量措施，「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準部分，我們希望落入的文字為「如：推動分級醫療，壯大社區醫療服務，門診減量政策下應合理保障住診診察費點值的配套措施。」

周主任委員麗芳

一、剛才的文字醫院代表有共識嗎？有共識就先寫上去，讓付費者代表看一下，大家再針對這些內容討論。現在最核心的重點，是剛才翁委員文能所提，他們比較堅持的是「C型肝炎新藥所需之檢測費用」，今年沒有辦法編列預算，但明年希望能編列，若後年有實證資料顯示成本有下降的空間，他們也同意不再編列。現在的差距就是本項的 6,500 萬元，剛才我也詢問過翁委員文能，他表示如果 109 年未編列本項預算，就要兩案併陳。所以本項的處理方式，一是編列 6,500 萬元，二是併入「C型肝



炎藥費」，將是今天醫院總額協商會不會兩案併陳的核心關鍵，請大家針對這個部分，雙方再交換意見。

二、有關「醫療服務成本指數改變率」所增加預算的協定事項，剛才翁委員文能表示並不反對藥品基本價與藥事服務費的調整，但是希望各類醫事人員服務費有一視同仁的做法，大家都有機會調整，這部分也請付費者代表考量，是否接受醫院代表的回應。

三、有關「新醫療科技」項目的附帶建議：「請中央健康保險署規劃免疫療法藥品還款計畫回饋金使用於新醫療科技項目」，醫院代表建議刪除。

四、針對以上幾點，請付費者代表最後再予考量，特別是「C型肝炎新藥後所需之檢測費用」，將是今天是否兩案併陳的重點，請付費者代表說明。

趙委員銘圓

付費者的意見剛才都已經都講過，現在是晚上9點，後面還有2個部門需要處理，我們還是維持原結論。不過針對「藥品及特材給付規定範圍改變」，剛才有做成協定事項，請健保署提出定期監測報告。其他部分都不改變。

周主任委員麗芳

「新醫療科技」項目的附帶建議也不變動嗎？

趙委員銘圓

都不變動。

周主任委員麗芳

好，這是付費者代表提出的最後版本，請翁委員文能表示意見。

翁委員文能

一、尊重付費者代表委員的意見，但也希望尊重我們的意見，包括對「醫療服務成本指數改變率」協定事項的意見，也要列入醫院部門的版本，會後再提供給主席。

二、2025 年根除C型肝炎是部長的政策，我們表示尊重，醫院協會配合政策，但該付的費用就應該付，我們最後的底限有兩項，一是「109 年使用C型肝炎新藥後所需之檢測費用」另外編列，我們原編列 2.33 億元，但因 109 年度總額的協商原則規定各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值，所以才改為 6,500 萬元。但剛提到「藥品及特材給付規定範圍改變」砍了 2 億多元，所以可編列的預算額度應該不止 6,500 萬元。若付費者代表不同意編列，則希望能內含在「C型肝炎藥費」專款項目，預算編列 47.6 億元，本就應該將所增加且一定要做的檢測費用納入。

三、同意兩案併陳讓部長裁示。

朱協商代表益宏

關於剛才區域醫院有代表提出將保障住診診察費點值列入「醫療服務成本指數改變率」協定事項，可能要再考慮，因為包括付費者代表都認為保障點值茲事體大，如果要保障點值，醫院總額研議方案就已敘明因為地區醫院是弱勢，應該從優支付，保障地區醫院點值每點 1 元。如果要將保障住診診察費點值納入協定事項，地區醫院可能會有不同意見。

周主任委員麗芳

請翁委員文能。

翁委員文能

因為我們三個層級有不同看法，能否請健保署表示意見？包括 C 肝檢測費用部分，因為滿專業的，希望聽聽健保署的專業意見，他們有很多資料。

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

有關「109 年使用 C 型肝炎新藥後所需之檢測費用」，本署編列 2.33 億元，具體說明詳醫院總額協商資料。因為醫院代表方案的總成長

率超出行政院核定範圍的上限值，所以將本項預算調降為 6,500 萬元，但另一個訴求是併入「C 型肝炎藥費」專款項目，內含 2.33 億元。假定如此，相對而言就會有 1,456 位病人無法服用 C 型肝炎新藥，病人權益反而受損。

周主任委員麗芳

有關住診診察費保障點值部分，醫院內部似乎還有不同意見，文字暫時先不納入。目前看來雙方較難取得共識的項目，主要是「C 型肝炎新藥後所需之檢測費用」，依蔡副署長淑鈴的說明，若將其併入「C 型肝炎藥費」，2.33 億元的檢測費用，會排擠 1 千多位 C 肝病人的治療。若額外編列檢測費用 6,500 萬元，付費者代表也表示有困難。因為整體醫院部門這麼龐大的預算，又談了那麼久，最後如果破局相當可惜。最後，再請問付費者代表，針對醫院代表比較關切的 6,500 萬元部分，還是維持不同意嗎？請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

我想我們還是維持不同意，因為西醫基層部門我們都沒有同意，同意醫院部門不是很奇怪嗎？另外因使用 C 型肝炎新藥所節省的費用為 3.7 億元，應該有部分可以用來支應其所衍生的檢測費用。醫院總額已達 5 千多億元，能否不要因為這 6,500 萬元而僵持不下，有失醫界大老的風範，還是希望可以儘快結束這個階段的協商。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

剛才主談人已經講過，「109 年使用 C 型肝炎新藥後所需之檢測費用」我們在西醫基層也沒有編列，今天晚上付費者召開多次內部會議，而醫院代表多坐在會場。因為資源有限，我們也沒辦法，醫院總額就拿了 5 千多億元，我們也沒錢了，醫院內部是否也自行協商看看如何處理。光是「醫療服務成本指數改變率」所增加的預算就有 1 百多億元，可以做很好的運用，其他項目我們也沒有砍預算，不然先砍 1 億元再給 6,500 萬元，誰比較划得來？5 千多億元的總

額預算，才差 6,500 萬元，光利息就不夠了，請醫院代表考量。

周主任委員麗芳

- 一、剛才付費者代表也是語重心長，因為今天一早西醫基層在協商過程當中，對「109 年使用 C 型肝炎新藥後所需之檢測費用」項目的把關確實很嚴格，絕對沒有厚此薄彼，因為對西醫基層也是同樣的處理方式，不管是今天上午，或是現在已經是晚上 9 點，態度都是始終如一，絕對不是針對醫院特別的刁難，確實是一視同仁。
- 二、其實醫院在這 1 年當中表現的很優秀，去年也非常優秀，評核結果也第 1 次獲得「優」級，各位委員對醫院的肯定不在話下。大家對醫院代表都如此器重與稱讚，不知是否能有一點轉圜，這麼大的預算，為了 6,500 萬元無法達成共識，實在是太可惜。懇切拜託醫院部門 109 年度先試著執行看看，因為有實證數據，可以觀察數據的變化，因為今年付費者代表是一視同仁在處理，建議不要為難付費者代表，確實他們也有難處。
- 三、接下來請蔡委員登順。

蔡委員登順

相對 5 千 1 百多億元，6,500 萬元是非常小的金額，而且翁委員文能上任後第 1 年就與付費者代表達成共識，今年又獲得評核會的優等，品質保證保留款獎勵金約 12 億元，成績很亮麗，所以今年如果再達成共識，將創造醫院最珍貴的紀錄。希望給付費者代表一點空間，總成長率已經達到行政院核定範圍的上限 5.5%，總是要留一點空間，誠懇的呼籲醫院代表。

周主任委員麗芳

翁委員文能和各位醫院代表，是不是拜託你們再予考量。

翁委員文能

- 一、再補充說明，「109 年使用 C 型肝炎新藥後所需之檢測費用」不是 6 千多萬元，而是 2.33 億元。今天早上西醫基層協商時我也在場，對於各位付費者不予編列該項預算的判斷，我也不以為

然，如果我能發表意見，我會認為不應該全部刪除。今年本來要提出這筆費用，後來大家認為 108 年預算已經通過，建議下次再提。我回去跟醫院協會的同仁提這件事，他們認為我失職，所以今年協商我信誓旦旦說一定要給我們一個公平的回應。

- 二、這次我們特別提出來，如果付費者代表同意編列「C型肝炎新藥後所需之檢測費用」，建議西醫基層也比照辦理，也許他們就願意接受付費者方案，因為健保署都已經編列預算。本項預算不是只有 6 千多萬元，而是因為我們不能超過 5.5% 的成長率上限，才自行下修，再加上「藥品及特材給付規定範圍改變」又被砍 2 億元，應該還有空間給使用 C 型肝炎新藥後所需之檢測費用。
- 三、藥事服務費大家好像避而不談，但必須將我們的意見寫上去。我們不反對調整藥事服務費支付標準，但是其他有證照的醫事人員，包括護理師、物理治療師、呼吸治療師等十幾種，都應該有機會調整。若沒那麼多預算，我贊成重點調整，建議要修訂協定事項。不用提什麼大老不大老，我們是專業導向，拿多少錢做多少事。
- 四、反過來說，「使用 C 型肝炎新藥後所需之檢測費用」明明是專業費用，只有一點點錢，也不會超過 5.5% 成長率上限，為什麼不給這些勞苦功高的醫院？大家知道我們的醫療保健支出占 GDP (Gross Domestic Product, 國內生產毛額) 比率為百分之 6 點多，在 OECD (Organization for Economic Cooperation and Development, 經濟合作暨發展組織) 國家平均約 8~9% 算最低標，執行的成績是大家努力的結果。各位委員為何不反過來想，我們已經從 2.33 億元降到 6,500 萬元，為什麼還不給，我們回去也可以向醫界同仁交待，健保會知道我們今年已經吃虧了，所以明年補給我們，下一年度如果計算結果是不應該拿這筆錢，我們也不會拿。所以反過來說，雖然費用不多，但為何不讓這些勞苦功高的醫療同仁，也覺得心服口服。對不起，我代表所有的醫院代表，最終結果如果是送部決定，也要讓部長知道醫

界的意見。

周主任委員麗芳

請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、如果這些錢是衛福部要付，或是健保署有這麼多錢，我們都沒意見。醫院部門的非協商因素成長率增加金額已經是 206.589 億元，有沒有考慮這些錢從那裡來？只探討費用不足的問題，但根本沒有去探討有沒有那麼多財源。我是勞工代表，我認為非協商因素已經增加很多錢，只是差了幾千萬元，你們還是這麼堅持。
- 二、說難聽一點，醫界看不起我們這些委員，如同何委員語所提，你們連內部討論都沒有，說怎樣就是怎樣，我們都得聽你們和健保署的，這樣根本不需要這些委員，你們和健保署或衛福部協商就可以。我們了解醫界整天都在救人，我們也很感恩，但沒有差那麼一點錢，是不是拜託醫院代表，而且這些勞工朋友也不是很有錢，再加上現在健保經費拮据，總額越來越大，未來很有可能調漲保費，勞工朋友們生活不易，有些人每個月只賺 2、3 萬元，我本來不想說這些話，但雙方只差這一點錢，你們討論都不討論，請大家將心比心，不要再堅持，我向各位拜託。

周主任委員麗芳

休息 3 分鐘，請醫院代表進行內部會議。

(醫院代表進行內部會議討論約 17 分鐘)

周主任委員麗芳

醫院代表內部會議已經結束，請翁委員文能說明討論結果。

翁委員文能

- 一、大家辛苦了，我必須澄清一下，有委員認為醫院代表沒有進行討論，其實在付費者代表內部會議時，我們也在外面討論，只是我們人不多，意見又一致，醫院代表還是有討論。

二、剛剛再次討論，醫界方案大致沒有改變：

(一)在C肝部分，我們是努力配合國家政策，然而 108 年的檢驗費用已經損失，因為上次錯過提出的時機，現在我們提出的「109 年使用C肝新藥後所需之檢測費用」預算，亦有經過健保署的數據分析，不論預算多寡，都是用在病人身上，是必須的費用。我國國民醫療保健支出占GDP約 6%，OECD 國家約 9%，美國約 18%，醫療費用這麼低，其實醫院經營得很辛苦，尤其C肝治療是配合政府政策，做該做的，算該算的。

(二)有關非協商因素的協定事項，醫院代表授權我向各位委員說明，我們的理念沒有太大改變，意見已經用文字表述，付費者代表方案如果沒有改變，請將我們的意見交由衛福部裁定。

周主任委員麗芳

翁委員您代表醫院部門所提，是希望兩案併陳，或是含淚接受，但將意見記錄下來？

翁委員文能

我們也不想兩案併陳，但付費者代表方案若未再調整，也只能如此，很抱歉。

周主任委員麗芳

一、付費者代表也是希望兩案併陳？(付費者代表表示：對！)我做兩案併陳的決議很容易，只是付費者代表與醫院代表好不容易談到只剩一點差距。自翁理事長上任以來，大家已經建立良好的默契，我跳脫主席的身分表達我的看法，我個人非常希望今天醫院部門能夠達到共識，醫院部門是所有部門中預算最多，是一個指標性的部門，是領頭羊。

二、付費者代表已經陳述無法增加預算的原因，如果沒有編列預算，對醫院部門是相當委屈，但站在領頭羊的角色，拜託醫院部門辛苦一點，畢竟預算真的很有限，誠如翁委員文能所言，將來

實證資料出來後，再依使用情況進一步調整，我想付費者代表也能與各位溝通。

三、時間已經很晚了，我最後一次向醫院代表及翁理事長拜託，7千多億元的預算，全國都在看，每位用到健保的民眾都很關心，我也希望讓大家看到健保會的效率與和諧，我已經盡了最大的努力，接下來拜託翁理事長做最後的決定。

#### 翁委員文能

原本主席給我們3分鐘內部會議的時間，最後我們討論了十幾分鐘，醫院代表授權我向各位說明，除非付費者代表方案有調整，否則就兩案併陳。

#### 周主任委員麗芳

一、非常感謝醫院部門各位代表，協商結果是兩案併陳報主管機關決定，本場次在此告一段落，接下來進行中醫門診總額協商。

二、不好意思，我忘記提醒醫院部門，有關本次未達共識之項目，請比照西醫基層部門，提供論述意見給健保會幕僚同仁，請問最快什麼時候可以提供？(幕僚：已經提供)好，謝謝！



肆、109 年度總額協商－「醫院總額」  
(108 年 9 月 27 日)與會人員發言實錄



## 肆、109 年度總額協商－「醫院總額」(108 年 9 月 27 日)與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

- 一、各位委員、各位與會代表，大家好！感謝所有委員、各醫療部門協商代表，還有健保署及本會幕僚同仁，大家真的非常辛苦！昨天歷經一整天馬拉松式的總額協商，委員們為了妥善分配 109 年度醫療給付費用總額，每一位都善盡職守，非常感謝大家，讓一切都相當圓滿。
- 二、在委員會議進行之前，先請趙委員銘圓表示意見，剛才趙委員提到，醫院部門的協商可能還有些事項需要再處理。

趙委員銘圓

我認為應該依付費者代表的共識來處理。稍早謝委員武吉提到，醫院部門協商代表想與付費者代表再次溝通，所以看付費者代表有無意願，有意願再談，若大家認為沒必要，那就不需要再談，請問付費者代表的意見？

干委員文男

繼續談能否達到共識？若不能，就不要再談。

周主任委員麗芳

今天早上謝武吉委員與趙委員提及，醫院部門協商代表有意願再次溝通，詢問付費者代表的意願。畢竟我們都希望今年總額協商能夠順利，彼此間也都有善意，如果付費者代表有意願，雙方就再溝通一下，經過一晚上的沉澱，以及昨天一整天的辛苦協商，建議能再討論一下。請葉委員宗義。

葉委員宗義

以前也會有這種情形，今天既然已經發生，建議依循過去的模式再次協商。

何委員語

依照過去的慣例，我們同意在第 2 天早上針對單項協商，這是過去十幾年的慣例，不是全部重啟協商。建議依以往慣例處理，針對要

調整的項目協商。

周主任委員麗芳

感謝葉委員宗義及何委員語的說明，既然有過去的慣例，是否我們就針對要調整的項目進行協商？請陳代理委員錦煌。

陳代理委員錦煌(蔡委員明鎮代理人)

- 一、不是全部重啟協商，也要看對方的誠意夠不夠！我是台灣總工會的代表委員，我們有 220 萬的會員，請你們要注意，我是大股東，我們有 220 萬的會員繳健保費，請你們要特別尊重委員，不然協商是不會有共識的。
- 二、等一下就看你們的誠意，我們是不會含淚接受的！主委說要含淚，含什麼淚，我們是含著不爽，醫院部門有 5 千多億元的預算，最後只差 6 千多萬元，是在堅持什麼？我個人是非常不爽快，6 千萬元只是九牛一毛而已，不要再這樣了。我是新來的老委員，這是第 8 年了，請互相尊重，我再次強調，台灣總工會代表了 220 萬會員。

周主任委員麗芳

- 一、感謝各位委員的意見，不論是協商總額或是健保會委員會議，健保會的和諧、團結及相互尊重是非常重要的。
- 二、幾位委員也表示願意再溝通，是否付費者代表與醫院部門協商代表開始再次協商？

趙委員銘圓

付費者代表是否需要先進行內部會議，或是先看醫院代表方案再做決定？

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

台灣總工會代表 220 萬的會員，但我認為 19 個付費者代表，是代表全臺灣 2,348 萬人，這點很重要，我們 19 個付費者代表，就是代

表全部付費者。

周主任委員麗芳

請林委員敏華。

林委員敏華

請問主席，是否請醫院部門協商代表出席？

周主任委員麗芳

醫院部門協商代表在會議室外等候。

林委員敏華

因為昨天雙方有幾個爭執點，能不能先請醫院部門說明，哪些項目需要付費者代表再次考慮，付費者代表再就這些項目重新討論，若大家都有共識，預算也還有空間，付費者代表再進行內部會議。

周主任委員麗芳

麻煩幕僚同仁請醫院部門協商代表進場。

陳代理委員錦煌(蔡委員明鎮代理人)

請醫院部門協商代表進來，在這邊公開談就好，不要進去內部會議了！

何委員語

主席，依據 109 年度總額協商的規則條文，條文寫得很清楚，如果協商不成，隔天要求要重啟協商，是針對單項沒有共識的部分重啟協商，不是全面重啟協商，我認為依據總額協商條文來處理比較不會有爭議。

周主任委員麗芳

謝謝何委員語的說明。

李委員偉強

各位委員大家好，我們今天特別提早來，目前翁理事長文能正與醫院三層級代表做最後文字的確認，我們希望能針對差異的部分進行討論溝通，把昨天剩下的小差異補回來，現在正在酌修文字，很抱歉，影響大家開會的時間。

周主任委員麗芳

大概需要多久時間？5分鐘？

李委員偉強

10分鐘。

周主任委員麗芳

那就麻煩大家稍後10分鐘，醫院部門很慎重在討論。原本想先確認其他部門已有共識的內容，但幕僚擔心會議程序會亂掉，所以還是請大家先稍後，各位委員也可趁此機會交流意見。

周執行秘書淑婉

幕僚已整理昨天各部門總額的協商結論，並放置在各位委員桌上，請委員先行參閱資料，看看協定事項有無缺漏。

(醫院總額部門進行內部會議討論約10分鐘)

周主任委員麗芳

各位委員，很感謝醫院部門代表願意重新來跟付費者代表對話，我這邊也要再次的重申，健保會是最和諧，也是最能夠相互體諒、相互包容與合作的。在這樣的基礎之下，大家共同針對昨天我們協商的未盡事宜，彼此交換意見，因為付費者代表想先聽聽醫院部門目前的想法，大家盡可能看怎麼樣能夠把彼此的落差慢慢說盡。是不是拜託醫院部門先做說明？謝謝。

翁委員文能

經過了一個晚上的休息，我們跟醫院協會的同仁，也做了一些討論，也謝謝主席，在中間給我們很多建議及提示，我是覺得現在的差異點，很多是原則問題，而不是金額問題。有些原則我們還是應該要堅持，因為有多少錢做多少事，是我們一向的原則，該有的金額就該有，不該有的金額我們一毛錢也不敢多拿，但是總額分配，有一些基本原則也不應該違反，所以我們自己檢討一下，有幾項建議希望各位委員能夠聽進去，我們願意重啟協商。這部分先請醫學中心協會的李秘書長偉強報告一下。

## 李委員偉強

抱歉讓大家久等，理事長要我把想法跟大家報告一下。昨天無法達成共識的因素，主要有C型肝炎所需檢測費編列的預算 2.33 億元，還有非協商因素中所列的一些優先調整支付標準的項目，我們做了一些修正，昨天兩案併陳的原因，主要是對上述因素的看法不同，不過我想，經過剛剛一些討論，我們做以下建議：

- 一、第 1 個，原來的版本所提的 3 項預算，如住院醫師納入勞健保產生相關預算約 90 億元，壯大基層是 5 億元，分級醫療配套是 10 億元，總共需要 105 億元，我們就不要列了，因為編列這些項目預算會超過總額上限，我們同意這 3 項併同急重難症，一起放在非協商因素，總共是 4 個項目。
- 二、另外，針對藥品基本價部分，因為藥品基本價在醫院總額的研商議事會議討論過，補藥品基本價要花滿多錢，估算對醫院影響約 20 億元左右，比西醫基層多很多。既然要調漲藥師、護理師的費用，我們醫院還有很多其他醫事人員，不可以只列一、兩項，應該一起考量。我們提出的版本是第一優先用於急重難症、分級醫療配套、壯大基層、因應住院醫師納入勞基法的費用，都沒有增加費用，只是列在非協商因素的協定事項中。為了盡快跟大家做討論，今天早上提出以上方案。
- 三、我們可以考慮不要編列「109 年使用C型肝炎新藥後所需之檢測費用」的 2.33 億元，坦白說，這筆錢相對於整個醫院總額的預算，有些委員認為這 2.33 億元算起來並不是很多，但我們認為這個費用是真的會發生，明年 109 年C型肝炎的治療工作，因為很多病人在前 2、3 年都治療過，現在必須要深入到社區去找其餘個案，病人不會主動來，實務上確實需要花很多檢查、篩檢費用，我們覺得這是確實會發生的費用支出，因為昨天後面還有一個其他預算要協商，我們希望可以用其他預算支應一部分，應該也是可以考慮，可能到時候大家或健保署考慮看看，從那邊支應較為合適。但至少醫院總額部門同意不將這 2.33 億元列

在上面，這是第 1 點。

四、對於剛剛所提到的非協商因素，我們相對提出 4 項用途，是不是請委員同意我們這 4 項用途，這樣就會是最後的協商結果，我們沒有列出 2.33 億元，進而解決大家昨天對預算額度的唯一差異。至於非協商因素的這 4 項，這跟我們昨天討論的差不多，其實差異並不大，是不是請在座所有付費者代表做個考量，我們盡量讓事情朝向圓滿結果發展，不知道有沒有要補充？

潘協商代表延建

剛剛李秘書長已經說明得很清楚，就 C 型肝炎所需檢測費 2.33 億元的部分，我補充一下，我們因為考量整體平衡，所以也同意可以不要列，但是在其他預算中，針對 C 型肝炎藥費專款不足的經費增編了 30 億元預算，增加非常多 C 肝病人的治療，昨天我們也跟大家報告過，因為接下來要治療的 C 肝病人是隱藏在一般的民眾裡面，必須要經過篩查，而且是從一般民眾裡面去做篩查，可能在幾位民眾裡面才找得到一位 C 肝病人。對這一塊，是不是在其他預算中，能夠在相關預算後面註解增加 3 億元，把 C 肝用藥增加的相關篩檢費用涵蓋進去，這樣整體就有一個平衡，以上補充。

翁委員文能

另外我再補充一下，我們三層級醫院都對門診減量 2% 有不同的意見跟想法，希望各位委員在這一次協商結果，做出附帶建議或提示，將三層級醫院的不同意見文字化，讓部裡面參考，這是我們做最後的追加，希望各位委員聽到我們報告可以考慮一下，謝謝。

周主任委員麗芳

好，我們謝謝醫院部門的說明，請謝委員武吉。

謝委員武吉

各位委員，其實今天早上讓各位久等了，我們醫院協會這邊也是很早，10 點就來了，我吃完飯在飯店等車與趙委員銘圓有談過差 5~6 千萬大家好好協商，其實我們也是很善意的，不要為了一點點的意見不同，讓大家傷了和氣，做得不是很好，希望可以很圓滿的來協



商，我希望大家可以冷靜來思考一下，大家要如何落實這最完美的一段。

周主任委員麗芳

請劉秘書長碧珠。

劉協商代表碧珠

我想我還是要再確切的表達一次，關於C型肝炎用藥所需的檢測費2.33億元，剛剛李秘書長說同意不編列，但我們剛剛討論，這檢驗費用是本來就是會發生的費用，我們政府政策編列C肝藥費預算，卻不編應該要做的檢查費預算，變成這些費用還是回到醫院總額部門，用我們醫院總額的預算額度，相對就是再次稀釋醫院部門總額的點值。剛剛我們大家的共識是說，如果今天在專款裡面不編這個檢驗費用的預算，就移列到其他預算相關項目的30億元項下勻支，而不是不編列，我想意思是醫院部門還是認為檢驗費用應該要列進來，我必須明確的表達剛剛我們內部的共識，而不是不編列。

周主任委員麗芳

- 一、謝謝醫院部門代表的說明，至少醫院部門剛剛很清楚的表達，在醫院總額原來所提的2.33億元，目前釋出最大的善意，不予編列。
- 二、剛剛提到，在非協商的協定事項當中，醫院代表有提出4項優先用途，接著就看付費者代表的意見，請問主談人趙委員銘圓，需要進去討論嗎？

趙委員銘圓

那我們付費者委員先到會議室討論好了。

何委員語

我們再商談一下。

(付費者代表進行內部會議討論約38分鐘)

周主任委員麗芳

請各位委員入座，付費者代表充分討論後已回到現場。各位付費者

代表辛苦了，是不是請趙委員銘圓，跟我們說明一下付費者委員的看法。

#### 趙委員銘圓

- 一、謝謝主委，還有我們在座的各位委員，大家辛苦了。剛剛經過大家的充分討論，並字字斟酌醫院所提出的修正文字，經過這樣子過程，我們最後仍認為還是維持原來的文字，針對醫療服務成本指數改變率，裡面所有的文字，我們大家一致的共識，就是按照原來的文字。
- 二、至於C型肝炎所需檢測費，不管是 6,500 萬元或者是 2.33 億元，醫院部門是想要用健保署的其他預算處理，這部分就請健保署自己考量。

#### 周主任委員麗芳

非常感謝，我要再次感謝我們付費者代表，昨天到今天一直付出努力，希望對於這次的總額協商能夠順利圓滿，我再次表達個人感謝之意，謝謝大家。接著請問醫院代表這邊，是不是可以來接受？

#### 翁委員文能

因為剛剛醫院部門修正文字所列內涵與原來的文字是不同的，我們一開始就已說明，其中有 2 項不應該用非協商因素來處理。1 項是藥品基本價，另外 1 項就是單獨編列一種專業人員的服務費補助，站在醫院立場，我們不能同意，因為醫院專業人員的類別，並不只有藥師，還有護理師、醫檢師及各種師，大概有 10 幾個種類，不能只單編一種，應該說所有種類的專業人員均須被通盤考量後，再來確定哪幾類需調整支付費用。這一項我們認為是費用編列的原則，原則上不能接受。

#### 周主任委員麗芳

目前的問題點是這一塊的文字部分對不對？其實大家已經很接近了啦，就剩文字的部分。剛剛翁理事長特別提到藥事服務費，因為醫院裡面的醫事服務人員種類很多，若只有獨厚寫一類人員，感覺是比較侷限，針對他剛剛所提的意見，不知道付費者這邊是不是思

考一下？他剛剛的意思並不是反對，要調都是可以，但因為站在醫院管理者的角度，醫院有這麼多醫事服務人員，這次協商只寫一類的人，是不是可以有什麼轉圜，醫界並不是反對，要調也是可以的，這是他們的想法。雙方看法已經很接近了，昨天談到今天，可不可以再努力一下，請鄭委員建信。

#### 鄭委員建信

- 一、主委，付費者這邊想做一下回應，其實在討論過程中，大家有仔細看到醫院的文字，但是我們後來細看原來付費者下的文字，其實也有考慮醫院的立場，我們寫的是「優先」支付在急重難症、藥品基本費、藥師服務費、急重症護理費、因應住院醫師納入勞基法等支付標準的調整，其實這樣的條文，如果醫院要支付其他醫事人員費用，並不會沒有空間，只是我們大家覺得，有一些重點調整項目希望可以放在文字上。這是基於付費者立場，希望醫院代表可以理解，自始沒有限制醫院優先項目之外其他項目的使用空間。
- 二、有關「醫療服務成本指數改變率」協定事項，醫院方案的第3點是反對匡列使用藥品基本費，但我們還是希望放進去。另外，第1點前段(註：文字為「醫院部門反對應用醫療服務成本指數改變率調整各項支付標準項目，但礙於現行狀況配合政策同意醫療服務成本指數改變率所增加之金額，…」)，我們當然知道醫院想要表達一些想法，但我們覺得這部分，大家也是想要達到一定共識，若藉此表達立場，是不是有直接的幫助，請再思考。其實就這樣放進去，應該也是有空間，只是說，因為那是醫院的想法立場，是不是要透過這樣的文字大家取得共識，是比較可惜。

#### 翁委員文能

- 一、我剛剛講，所有的醫事人員包括護理、藥師都一樣，都很重要，其他十幾項都一樣很重要，想請問為什麼特別要優先調整藥事服務費，假如拿回去可以說服醫院所有同仁，我就可以接受，

請問為什麼？

二、其次，藥品基本費，我們也是反對，剛剛沒有解釋。其實我們是反對這1項。因為這1項費用放在這裡，就是很奇怪，也要請教為什麼要放在這裡？若可以說服我們的話，我們可以接受。

周主任委員麗芳

感謝大家都是在理性溝通，彼此之間沒有成見，只不過協商後需要對代表團體及社會大眾解釋。所以，剛剛翁理事長的問題，是不是拜託付費者代表回應，他剛剛問的問題，一個是為什麼只獨列藥事服務費，他們認為可以再做一些考量，再來是藥品基本價的部分，是不是也請回應為什麼需要優先。

趙委員銘圓

一、其實我們也想反問一下，為什麼藥品基本價不可以優先呢？對不對？我想醫院總額5千多億元預算，對於護理的部分，為了改善血汗護士所編列的預算，每一年都滾入基期預算每年成長，但這些錢真正有到住院護士的手裡嗎？有到輪三班護士的手裡嗎？

二、針對這案子我們付費者也曾提案，我們本來一直希望，醫院是不是應該是把部分的利潤分享給在基層從事工作的人員，不管是護理師或醫生，而不是通通被醫院拿走。這不是我們講的！這是李伯璋署長在委員會上提出來的，我想各位委員都有聽到。付費者大家的想法是，對這些比較不是屬於核心技術的專業人員，也應該給他一些適度的鼓勵跟獎勵，這是我們的意見跟看法。

周主任委員麗芳

我們先讓公正人士發言，請吳委員榮達。

吳委員榮達

一、有關急重症護理費的部分我想表達兩個意見，第1個，沒記錯的話，前一、兩年已經編一筆滿大的預算給護理師了(註)如果說真的體恤這些從事醫事服務的人員，我們看一下，現在護理人

員原則上是三班制，如果看住院醫師，大家可以去現場看什麼是真正的過勞，住院醫師還比護理師血汗，我真的是這樣認為。住院醫師包括PGY(Post Graduate Year，畢業後一般醫學教育訓練)真的是過勞到過勞了。所以我覺得某一項獨厚於護理師，難怪醫院部門有他們的考量。真的是要做全面性考量，不要單對於護理師，在前一、兩年真的已經給過滿大筆的預算了，這是第 1 點。

(註：1.107 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,698.2 百萬元)，優先用以提升重症護理照護品質(如加護病房)及持續推動「護病比與健保支付連動」；2.108 年醫療服務成本指數改變率所增加之預算，12 億元用於調升急重難症等相關支付標準。)

二、第 2 點，藥品基本費的部分，我不了解就不談，但這些協定事項，不管就付費者或醫院部門來說，重點是主管機關健保署可行性如何，應該先聽聽健保署的意見才對。

周主任委員麗芳

請張委員澤芸。

張委員澤芸

我們要再次感謝付費者代表，還有公正人士跟醫院協商代表，多次提到護理專業，做為護理專業代表，一定要在這邊表達我們的感謝。

一、剛才我們翁理事長問到一個問題，護理人員為何要優先的被看到，我想就一個專業立場表達，在急重難症照顧中，急診開始，到加護病房都可以看到護理人員。我要表達的是，對於病人的照顧，基本上 24 小時都有護理人員的身影，這是不容置疑的。

二、吳委員榮達也提到，感謝過去健保會委員給予很多關注，在護理專業上挹注一些費用，的確我們的支付標準有調整，但上次的調整放在是一般急性病房，現在這次是優先放在急重難症護理費，這是不同的，上次是調整住院一般病房的住院費用。我可以理解醫院協會需要兼顧各類專業職系的立場與用心，但誠如付費者代表版本，上面寫的是「優先用於」，後面還有「等」，

我想很多地方應該是不衝突的，站在專業的立場，一定要在這裡說明與感謝。

周主任委員麗芳

剛剛公正人士也提到的部分，請主管機關健保署回應一下。

蔡副署長淑鈴

- 一、我說明一下支付標準表中，有針對不同的執業別給付服務費的只有醫師診察費(包含門診診察費及住院診察費)、住院護理費及藥師服務費。住院服務的給付項目，除了住院護理費之外，還包含ICU(Intensive Care Unit，加護病房)，及其他的類別的服務，包括檢驗師、放射師、物理治療師、職能治療師、心理師等，但這些其他專業類別人員，沒有單獨列服務費，例如物理治療部分，並沒有物理師治療師費。但這些成本包含在哪裡？其實是包含在醫療服務項目中，例如服務項目「平衡木的物理治療訓練」，物理治療師的成本就含括在這裏面。理論上，現在醫療服務給付項目支付標準，已涵蓋醫院僱用專業人員的成本，若調整的是某類別醫療服務項目，那一類人員的費用就會含括在裡面。
- 二、過去以來，醫療服務成本指數改變率的預算有用於調整支付標準，比較具指標性的項目是醫師診察費、護理費，還有藥師服務費也調升過，只是近年的急重症項目調整，比較沒有調到藥師服務費而已。109 年度的協定事項有優先用於急重難症，所謂的急重難症，是非常廣泛的概念，急重難症相關項目太多了，對不對？而且每個項目裡面都有醫師、護理師及相關醫護人員的貢獻，整體支付標準的調升，其實都在反映這些成本的增加，包括急重難症的照顧成本、照護強度、照護時間、照護內容難易度增加等等，所以這些急重難症的相關成本，會不斷的調整及修正。
- 三、有關剛才提到的藥品基本價，去年有一些原廠藥退出台灣，是因為我們的基本價藥價過低而退出，所以後來政策上決定把基

本價調高 5 毛錢，調高的用意是希望讓台灣人民需要的這些基本藥品，能夠沒有缺藥的危機。這是我們去年做的一個調動，但還沒生效，因為這部分涉及到的經費，醫院總額跟西醫基層總額加起來將近 30 億元，我們認為這部分也是成本的調整，所以建議列在醫療服務成本指數改變率的優先支用項目。

- 四、另外，有關基層診所設立無障礙設施，這部分醫院部門沒有提到，但診所部分(西醫基層總額、牙醫門診總額、中醫門診總額)我們也都建議列入。因為身障人士認為到基層有就醫障礙、不太友善，但不是每一家診所都需要有無障礙設施，所以我們認為，將來對於無障礙設施部分，可能在成本上要做一點調動，也將其列在醫療服務成本指數改變率的預算中。所以這幾項在醫院總額、西醫基層、中醫、牙醫部門本署都一樣列入，屬於共同的部分。但是像藥品基本價這一類項目，真正影響最大的是使用西藥最多的醫院部門，至於西醫基層，中醫、牙醫用的藥很少，即便列入，影響不大、金額也很有限。
- 五、建議醫院部門將急重難症列為優先調整項目，所以協定事項第 1 項建議還是保留。至於醫院部門提出住院醫師納入勞基法要 94 億元，這筆預算金額很大，我們也認為可以用今年的非協商來逐步反應，也吻合這個項目的基本邏輯。
- 六、第 2 項是翁理事長提出，有關配合分級醫療，三個層級所建議的一些資源配置配套措施，我們也建議可以列入，這是指導性質，因為這些沒有明定那些項目要調整，可以透過之後的會議檢討如何做有效的資源配置，讓分級醫療可以推動下去，大家願意在這裡面分工合作。以上說明。

周主任委員麗芳

謝謝，請林委員錫維。

林委員錫維

大家辛苦了，午安。事實上醫療服務成本指數改變率的協定事項中，只有三項優先調整項目(藥品基本價、藥事服務費、急重症護理費)

醫院方面認為有礙難行，我們也認為不能理解。剛才蔡副署長講得非常清楚，在醫療服務成本及人口因素成長率有 206 億元預算，可讓這些項目優先調整。既然有困難，那我們也盡力了，現在只差在協定事項裡面加這 3 項，假如說醫院方面還是不同意的話，那我們認為也是...欸，因為是大家做這樣一個決議，那假如說真的不同意，我們真的非常抱歉，那就兩案併陳送部裁決，我的意見是這樣。我們趙委員銘圓還有意見要表達。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

主席我想這個案子從昨天到現在，已經討論很久了，我建議停止討論。按照大家的意見，我們付費者意見就是這樣，不希望再討論了，浪費時間，因為還有很多事情都還沒有討論。

周主任委員麗芳

趙委員，我們先不要停止討論，還有公正人士要發言，先聽一下。

周委員穎政

一、謝謝各位，參加這個會議我終於有發言的機會。因為我是第一次參與，我覺得有點奇怪的是，大家想想看醫療服務成本指數當初是怎麼規劃出來的？應該回到當初產生這個指數的目的，這是一個非協商的因素，我們用的其實是歷史資料，但好像不是在預測未來醫療服務成本會怎麼改變，而是用過去的歷史資料，過去醫療服務成本已經改變了多少，概念上並不是去年已經改了，現在補回去。所以各位提到那幾個項目，應該是說用歷史資料發現有些目前在支付標準付得不夠的項目，要透過醫療服務成本指數增加的預算補回去。現在我們的討論，好像是在預測未來會發生什麼，多出一筆錢要投入哪些方面。我不知道，我覺得有點小奇怪。

二、如果大的討論架構沒有改，我不太認為這是新生出來的一筆錢，應該是要解決過去已經偏離事實的東西，要先解決掉，是不是



這個概念才對。如果大家對大架構沒有共識，這樣討論下去好像是雞同鴨講，蘋果橘子，永遠不會有結論。

周主任委員麗芳

許委員美麗還有意見。

許委員美麗

- 一、我要說明的是，在協定事項列出的項目並沒有匡列預算，而是建議「優先使用」，這些備註對於醫院不會產生非常大的影響，結論是這些費用都是醫院應該要支出的，只是就付費者的立場，認為有幾項希望你們考量優先調整的項目，並沒有增加醫院的負擔。
- 二、其次，健保署剛才已經說明，所有服務費，只有藥事服務費、護理費、醫師診療費等項目列在支付標準中。我們希望這些非常辛苦的人員，應該稍微優先其他人獲得該支付他的費用。有關因應住院醫師納入勞基法的部分，也希望優先考量。醫院的經營主要來自於人力的貢獻，很多醫療專業人員的費用都含括在許多診斷、診療的醫療給付項目中，建議你們優先考量辛苦的醫護人員、藥事人員的立場。這些備註的文字沒有增加任何人的負擔，只是建議運用醫療服務成本指數改變率的經費時，請優先考慮這個人。在法律上都沒有產生增加任何人負擔的法律效果，所以我實在不太清楚醫院代表堅持什麼。
- 三、當然醫界有你們要堅持的立場，或是考量回去怎麼向團體交代。各位都清楚，健保會所有的會議都逐字記錄，所有的發言都記錄在記錄中。你要對得起自己的立場、職責，從會議記錄就可以看得到你所有的發言，大家都為自己的職責盡責，所有發言都在紀錄裡面。至於落下的文字，只是就我們取得共識的部分文字化，讓以後的人清楚有共識的內容，所有經過共識的程序與發言都會紀錄在會議記錄裡如實呈現。
- 四、今天付費者代表沒有說一定要協商通過，只是昨天經過那麼艱辛的 15 小時協商會議之後，今天為了這幾個落下的文字而協商

破裂，那麼誰該對他的職責負責？希望我們與會者要加以考量。今天的協商如果涉及權責義務部分，當然要堅持，但如果只是些文字上的落字，意義並不是這麼重大。我們把各自的發言放到會議發言實錄，而協定事項以最簡要的方式落下文字、達成協議，也不會枉費大家耗費兩天的精神與職責，希望雙方都冷靜考慮這些問題。

周主任委員麗芳

非常感謝！請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

我想是不是可以停止討論了？因為我們已經浪費很多時間，實在是討論太久了，就為了這幾個字一直打轉，浪費時間，後面還有多少人要發言。

周主任委員麗芳

既然都談到這邊了，還有兩位委員舉手要發言，我們相互尊重一下，聽聽看他們的意見，請翁委員文能。

翁委員文能

我也同意趙委員銘圓所提結束討論的建議，不要緊...，先讓他發言（張委員煥禎舉手）。

張委員煥禎

我現在講的不是協商金額的問題，而是有關總額協定事項，我覺得有些觀念大家要釐清，我覺得消費者也沒錯，我只說一件事情。

一、當時總額中協定護理相關預算，要求這些預算一定要用在護理人員身上，現在要把藥師服務費給誰，只是落下文字，其實都不是真正給這些人員。不管健保有沒有給護理費、有沒有給藥師服務費，各醫院聘請員工時是不管這些的，而是會依據市場行情，認為在醫院服務要給多少薪水。今天有沒有給護理費，員工是不管的，給得再多也都不管，就算健保會補助 1 個月 1 萬元，他也不會管，他在意的是如果薪水沒有 5 萬元，那就去基層診所，如果基層診所沒有給 6 萬元，那就去當校護。他們

重視的是薪水的高低，他可以拿到多少錢。

- 二、消費者也沒有錯，我只是想讓你們了解醫院、醫療機構甚至診所，醫療院所付的薪資，是不管健保名目，而是依現在市場行情，別人給多少，員工就要多少，這跟有沒有給藥師服務費、急重症服務費沒有關係。這些只是增加一點收入，讓醫療院所可以調整。事實上，員工的要求遠比這個高。多年來，我都想釐清這一點，難道健保沒有給藥師服務費，藥師就沒有這些錢嗎？健保多給，他就可以拿到嗎？我們最常被責怪的就是這些錢為何沒有發他們，但其實不是沒有發，而是早就給在薪資了，現在只是補足之前的不足，趁此機會跟大家溝通一下。

#### 周主任委員麗芳

- 一、謝謝，經過大家充分討論，許委員美麗也從法律觀點，告訴大家，醫療服務成本指數改變率的協定文字只是一個建議性質。對於剛剛醫院代表表達，有幾個意見希望報主管機關參考，有沒有可能這樣處理：
  - (一)有關三層級醫院對門診減量政策的執行意見，有沒有可能，就是把你們的意見報請主管機關參考。
  - (二)有關醫療服務成本指數改變率的協定文字部分，其實只是建議性質，是不是可以重新思考？不要為了一個建議性質的文字而使談判破裂，因為這只是建議性質。
- 二、剛剛許委員美麗也提到，雙方都會陳述意見，我們也會報給主管機關參考，是不是可以用這個方式處理，讓我們這次協商圓滿，剛剛提到三層級醫院對門診減量政策的意見，也報給主管機關參考。

#### 翁委員文能

- 一、抱歉，耽誤大家時間，我也覺得講太多，雙方意見都已充分表達，謝謝周委員穎政，我覺得他講得最清楚。這樣講下去雞同鴨講，假如周委員能幫我們協調，我非常樂意，但沒關係，因為時間因素，大家的意見也發表得差不多了。

二、剛才主席有個建議，假如付費者委員堅持，是否一個版本是付費者的文字，一個版本是醫院部門的文字，兩個版本並列，這樣我們可以接受。但請問主席可以這樣嗎？我不知道，因為從來協定事項沒有併列兩種版本的。

三、假如不能併列的話，我覺得就依趙委員銘圓的意見，不要浪費時間再討論，因為我們都溝通過了，就是兩案併陳，我覺得應該可以啦，謝謝！

何委員語

主席，你主持會議現在已經脫離實際狀況，這是總額重啟協商的一部分，主席不能下任何定論。

周主任委員麗芳

我是提出建議。

何委員語

一、總額協商是付費者跟醫界代表達成共識，或無法達成共識的過程。我們付費者代表共識的文字版本是這樣子，就請幫忙把我們的版本送給部長看，醫事服務提供者有他自己的版本，尊重他們要怎麼寫，請健保會也將他們的版本送給部長看。部長看完之後會做裁決，他的裁決我們都尊重。

二、現在還是在協商時間，不是委員會議時間，主席不能下任何定論。既然是協商，有兩個版本，醫界的任何意見都可以附上去，我們付費者意見也可以附上去。別忘了，以前費協會協商，15位付費者委員的最後版本，是將14個委員共識決定的內容，附帶另1個委員的不同意見書，一起送主管機關裁決。所以我認為主席不能做裁決，我們建議停止討論，整個協商告一段落，送部裁決。

周主任委員麗芳

好，現在停止討論。醫院總額部分就是送部裁決，現在確認最後的版本。針對大家有歧見的部分有不一樣的想法，剛剛醫院代表一開始有先提到，原先的2.33億元可以讓步，所以現在雙方的差距，就

是文字的差異而已嗎？要跟付費者代表確認，是這樣嗎？兩案併陳主要就是協定事項的文字差異而已，是不是？

何委員語

還包括我們協商的金額，請幫我們將整個版本送部裁決。醫事服務提供者要怎麼送他們的版本，我們無法決定，但請將我們付費者的版本，完完整整全部送部裁決。

周主任委員麗芳

好，那再次請問醫院部門的決定為何？

翁委員文能

醫院部門的版本，也請按照我們所提版本，完完整整送部裁決。

周主任委員麗芳

這樣子的話，很感謝大家再次討論...

趙委員銘圓

主席！我想主席也辛苦了，因為大家的共識就是這個樣子。不過我要重申，針對使用C肝新藥所需檢測費用 2.33 億元，無論是放在哪個預算項目，我們付費者代表是完全不同意的。

周主任委員麗芳

- 一、好，謝謝，雙方都表達非常清楚了，我們就確定醫院總額還是採取兩案併陳的方式，報陳主管機關決定。
- 二、接著進入今天委員會議的議程，謝謝。



伍、109 年度總額協商—「中醫門診總額」  
與會人員發言實錄





## 伍、109 年度總額協商－「中醫門診總額」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

歡迎陳委員旺全及中醫部門協商代表，請入座。因為前面場次的協商時間延遲，讓陳委員旺全從早上等到現在，很抱歉。現在開始進行中醫門診總額協商，請付費者代表林委員錫維說明。

林委員錫維

各位協商代表辛苦了，已經快 10 點了，請中醫部門直接提出訴求，我認為不需要再召開 2、3 次內部會議，應該很快就能達成共識，中醫場次的主談人是干委員文男與葉委員宗義。

周主任委員麗芳

主談人是干委員文男與葉委員宗義，接下來先請陳委員旺全 5 分鐘簡短說明。

陳委員旺全

一、主席、兩位主談人、各位委員、各位專家學者以及公正人士，大家好。今天主要協商的重點是藥費調整，因為藥價一直在漲，請各位委員看會上所發補充資料「藥費調整補充資料」：

(一)中藥材近一年價格漲幅，最高已達 125%，最低也有 63%，由於中藥材大多從大陸進口，因為天災地禍的關係，不是人禍，造成藥價調升，雖然行政院主計總處有調查科學中藥藥價，但不是非常完整，我這 3 年來一直在中醫師公會服務，我認為藥價如果不能真實反映成本，對人民的健康照護會有很大的問題。

(二)我們聽從健保署的建議，將幾味目前需要患者自費的藥品品項納入健保給付。

(三)目前臨床常用但高價的複方，我們會請廠商盡快申請健保字號。

二、我們希望能編列「每日藥費」調升 2 點的預算，其餘項目可依健保署意見。如果藥費調升的預算編列較少，就請委員考慮新增「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」的預算，本項是配合

政府降低末期腎病發生率之策略，健保署非常努力，健保對民眾的健康照護是世界第 1 名，但腎病也是世界第 1 名，糖尿病是世界第 8 名，對此，我們研擬了相關的慢性腎臟病照護計畫，期能以中醫來改善現況，以上是我們主要的訴求，拜託各位。

三、再補充一點，我陳旺全以後不會再用調升藥費點數來拜託各位了。

周主任委員麗芳

付費者代表請提問，或是付費者代表已有腹案？請干委員文男。

干委員文男

請中醫部門直接談數字，不用再針對項目說明，直接提出你們的訴求。以下 2 點請教：

- 一、第 1 點，目前沒有藥品許可證的中藥，需要多久時間才能納入健保。
- 二、第 2 點，雖然知道「每日藥費」要調升 2 點，也列出欲納入的單、複方項目，但可能有些委員對中醫不是很了解，請你們簡單說明，欲納入的幾味藥是高價藥還是常用藥，以及使用後對疾病療程的影響。

陳委員旺全

- 一、我們會以目前已取得藥證的科學中藥為優先，請廠商盡快向健保申報代碼，「藥費調整補充資料」已列出中醫師常用且臨床效果不錯的藥方，因屬高貴藥材，目前民眾需自費使用，我們會優先處理這一類。
- 二、至於目前尚未有藥證的中藥，我們沒有辦法處理，這需要藥廠向衛福部中醫藥司申請字號，我們會與藥廠協商，請他們盡力幫忙。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

你們沒有辦法的事情很多，我想提醒一下，目前我們已經在使用 ICD-10-CM/PCS(國際疾病分類第 10 版臨床修訂/處置分類系統)，世界衛生組織已將傳統醫學納入全球醫學綱要第 11 版，未來編製 ICD-11 是健保署負責還是中醫部門負責？

陳委員旺全

向各位委員報告，健保開辦之初就已納入中醫，中西醫病名對照本來就有，未來 ICD-11 的編制，我們會努力與相關單位配合。

干委員文男

是中醫部門處理還是健保署處理？

陳委員旺全

相關細節會與健保署協同處理。

干委員文男

請教健保署，目前是使用 ICD-10，請問什麼時候改用 ICD-11。

陳委員旺全

世界衛生組織於今年 5 月才將傳統醫學納入全球醫學綱要第 11 版。

干委員文男

我們應該要盡速完成，做世界風範。接下來請其他委員發問。

周主任委員麗芳

請葉委員宗義。

葉委員宗義

一、抱歉，我也是主談人之一，讓我講一下。我是代表中華民國全國商業總會，今天原本沒有打算當主談人，當健保委員的這十幾年來，這只有 2 年擔任中醫部門的主談人，主要是因為中藥公會是我們的會員，而且我與張委員文龍是「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」的代表委員，藥物共擬會議中從來沒有人提過中藥。

二、中醫在大陸有其地位，不是有權威，有權威與有地位不同，現在西醫意識抬頭，剛剛有部門預算達好幾千億元，只差幾千萬

而沒有共識，中醫才 200 多億元，預算相對實在很小，我想中醫部門只有藥價問題，我知道外頭藥材漲到什麼程度，畢竟我來自商業總會，我知道這個問題。

三、中醫納入健保很久了，直到去年，我開始感覺中醫的進步，朝著發揚光大的方向努力，我認為應該給予支持，要鼓勵中醫站起來，才不會完全只靠西醫，中、西醫是相輔相成的，有一定的道理。

四、我很感慨，台灣的藥有很多問題，不是太貴就是買不到，很多中藥材來自中國大陸的藥，往往要跟日本、新加坡競爭，問題很嚴重，台灣要買什麼，常常買到次級品，而且還比較貴。今天在此特別提醒委員，我們還是要注重中醫，不然以後問題更多。

五、在會議資料(大表)中，中醫部門草案與健保署建議方案大概差 4.3 億元，差距不大，我研究了一下，差異主要在於一般服務的「提升用藥品質」項目，既然雙方差距不大，建議不用進行內部會議，在此直接針對此項目討論。

干委員文男

建議付費者代表進去開會討論，讓大家表述意見。

周主任委員麗芳

付費者代表進行內部會議討論 5 分鐘，請盡速回來。

(付費者代表進行內部會議討論約 25 分鐘)

周主任委員麗芳

付費者代表已回到現場，請主談人說明方案。

干委員文男

大家辛苦了，尤其陳委員旺全一大早就到會場，經過付費者代表討論，向各位說明付費者代表方案：

一、醫療服務成本及人口因素成長率 3.092%，約 781.9 百萬元。

二、一般服務項目：

- (一)第 1 項「提升用藥品質」：依中醫部門意見調升「每日藥費」2 點。額度部分，健保署建議 134.6 百萬元，付費者代表討論後擔心日後運作困難，再增編 300 百萬元(本項預算編列 434.6 百萬元)，並從醫療服務成本指數改變率所增加之預算(523.7 百萬元)拿 200 百萬元支應。
- (二)第 2 項「提升中醫護理照護品質」：沒有編列預算。
- (三)第 3 項「中醫年長者醫療品質提升」：沒有編列預算。
- (四)第 4 項「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」：依健保署所列額度扣減 29.1 百萬元。

### 三、專款項目：

- (一)第 5 項「醫療資源不足地區改善方案」：不增編預算。
- (二)第 6 項「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」：增編 22 百萬元。
- (三)第 7 項「中醫提升孕產照護品質計畫」：增編 25 百萬元。
- (四)第 8 項「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」：增編 12 百萬元。
- (五)第 9 項「中醫癌症患者加強照護整合方案」：增編 28 百萬元。
- (六)第 10 項「中醫急症處置」：原先編列 20 百萬元，此處減列 10 百萬元。請中醫部門加強推動，並與健保署一起輔導醫院。
- (七)第 11 項「網路頻寬補助費用」：不增編預算。
- (八)第 12 項「中醫慢性腎病門診加強照護計畫」：編列 10 百萬元，來自「中醫急症處置」減列額度，先試辦，明年 7 月評核時要提出成效。
- (九)第 13 項「品質保證保留款」：依所列額度編列。

四、專款金額總計 840.4 百萬元，總成長 5.239%，大部分項目已依中醫部門意見，請問有付費者代表有無補充說明？

陳委員旺全

一、「中醫急症處置」公告實施不久，執行率不是很好，這是我的責

任，我會繼續努力推行溝通。

二、「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」是配合政府政策所研擬，委員是從「中醫急症處置」減列 10 百萬元做為此項預算，在此向各位委員懇求，為了讓臺灣遠離腎病世界第 1 名的污名，不要只編 10 百萬元，我們原本是編列 50 百萬元，為了爭取本項預算，計畫草案先前已陳送給各位委員參閱，希望利用中醫來改善台灣腎病防治。

千委員文男

各位委員，中醫部門要求「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」編列 50 百萬元，即 10 百萬元再增加 40 百萬元，請健保會幕僚先算一下總成長率。

陳委員旺全

拜託各位委員，編足預算才能真正照護民眾。

千委員文男

一、若依中醫部門編列 50 百萬元的訴求，總成長率多少？(經幕僚試算，螢幕顯示總成長率 5.393%)5.393%，成長率比先前增加約 0.15%。

二、「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」增編 40 百萬元，總成長率 5.393%，請問各位付費者代表是否同意？

葉委員宗義

只有「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」有問題，其他項目呢？

林委員錫維

中醫部門其他項目有無意見？

陳委員旺全

沒有意見，其餘項目都比照健保署。

葉委員宗義

只剩「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」就定案了？

林委員錫維

若無其他意見，我個人支持，看其他付費者代表有無意見。

陳委員旺全

其他項目沒有意見，都比照健保署。

干委員文男

請儘量減少中藥自費品項。

林委員錫維

滕委員西華要表示意見。

陳委員旺全

我們一定會朝這個目標來努力。

滕委員西華

- 一、建議付費者代表需考量每個部門的協商一致性，我們在牙醫總額花了很多時間協商，希望「全面提升感染管制品質」優先使用醫療服務成本指數改變率所增加之預算，健保署也是建議中醫的「提升用藥品質」先以醫療服務成本指數改變率所增預算支應。
- 二、然而，中醫部門在「提升用藥品質」編列的預算比健保署建議的額度更高，並且醫療服務成本指數改變率所增預算中只拿200百萬元併入使用，我覺得有違協商一致性的原則，200百萬元不到醫療服務成本指數改變率所增預算的50%，而牙醫總額卻是要求100%使用，更何況中醫總成長率已高達5.393%。「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」預算是否要增編我沒意見，但我認為協商原則應該一致，往年調升藥費也是優先使用醫療服務成本指數改變率所增預算來支應，不足部分則於一般服務項目編列經費，這些經費將來都會滾入基期成長。
- 三、請付費者代表重新審慎考量，只拿不到50%的醫療服務成本指數改變率所增預算來支應「提升用藥品質」，是否符合長期以來的協商原則？

干委員文男

謝謝滕委員西華的提醒，滕委員的意思是，醫療服務成本指數改變率所增預算併入「提升用藥品質」項目的額度太少，請問大家有無意見？或是依原本的方案(部分委員回應：依原本的方案)，那就依於原本的方案。

周主任委員麗芳

請蔡委員登順。

蔡委員登順

尊重付費者代表所同意的成長率，但我提出一項建議，為了病人用藥安全，建請衛福部中醫藥司及中醫師公會全國聯合會負起監督責任，不能編列了「提升用藥品質」預算，卻還不清楚每包科學中藥的成分，應該避免病人吃到太多賦形劑，延誤病情，中藥是中醫的武器，所以請特別加強中藥品質管理。

周主任委員麗芳

謝謝蔡委員登順的寶貴意見，對於付費者代表所提方案，中醫部門也欣然接受，是否已達成共識？請問中醫部門接受嗎？

陳委員旺全

接受！非常感謝各位委員、周主任委員麗芳，以及健保署所有同仁，本人歷經滄桑，幸好大家都安然無恙，希望大家都能幸福健康，非常感謝各位！

周主任委員麗芳

非常感謝雙方協商代表的努力！不好意思，時間耽誤到這麼晚，中醫門診總額協商順利達成共識，接下來進行其他預算協商。



陸、109 年度總額協商－「其他預算」  
與會人員發言實錄



## 陸、109 年度總額協商－「其他預算」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

現在進行其他預算協商，請各位委員就坐。

林委員錫維

其他預算的主談人是我及馬委員海霞，希望大家有始有終，平常心將這個會議開完，很圓滿的結束，拜託大家！

周主任委員麗芳

主談人是林委員錫維和馬委員海霞。請健保署簡短說明。

劉專門委員林義

- 一、其他預算協商項目共有 12 項，其中 4 項增加預算將逐項說明，未增加預算的部分就不多加說明。
- 二、第 3 項「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」，本項依據歷年成長率推估，約增編 3.825 億元，詳細的預算成長推估臚列在大表說明，其中居家醫療照護以 15% 成長率預估；助產所的預算一直維持在 500 萬元，維持原預算 500 萬元；精神疾病社居復健歷年成長率為 10%，以 10% 成長率預估；轉銜長照部分因為從今年才開始推動，所以成長率較高。

干委員文男

建議健保署逐項說明。

林委員錫維

這樣也可以。

周主任委員麗芳

請繼續。

劉專門委員林義

請委員參看會議資料(大表)其他預算的健保署建議及費用說明：

- 一、第 68 頁，第 3 項「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」，依照過去成長率預估，本項增編 3.825 億元。

- 二、第 70 頁，第 5 項「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費」，有關 C 型肝炎用藥部分，因 C 型肝炎在今、明年治療將達到高峰，明年尚需再治療 18,500 人，需增編 27.4 億元。
- 三、第 72 頁，第 6 項「推動促進醫療體系整合計畫」，本項包含 3 個計畫「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」、「急性後期整合照護計畫」，預估整體經費將有結餘，因最近在發展「遠距醫療會診費」，預估本項結餘經費可用來新增「遠距醫療會診費」，建議依照 108 年的預算額度 5 億元編列，不增加預算。
- 四、第 8 項「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」，因健保署目前推動獎勵上傳資料項目一直增加，預估明年需增編 1.36 億元。詳細的推估情形請參看第 74 頁的說明，108 年資料上傳獎勵金預算是 6.5 億元，109 年將再新增 512 項檢驗檢查結果即時上傳獎勵項目，這部分建議編列 7.84 億元，較 108 年增編 1.34 億元，另增編 0.02 億元，用於偏鄉巡迴服務所需行動網路月租費，本項共增編 1.36 億元，本署也會逐步考量將檢驗上傳與申報資料結合的可行性。
- 五、第 75 頁，第 10 項「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」，本項分成 3 部分，慢性腎臟病分 1~5 個階段，1~3a 期由「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)」收案照護，3b~5 期由「末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」收案照護，依照這 2 個計畫的收案成長率預估，本項需增編 0.73 億元，第 76 頁有詳細的預估情形。
- 六、第 77 頁，第 12 項「特殊族群藥事照護計畫」，本署與藥師公會全國聯合會溝通過，建議本項計畫名稱修改為「提升用藥品質之藥事照護計畫」，經費不變。

周主任委員麗芳

謝謝健保署說明，付費者代表要表示意見，或內部會議討論？

林委員錫維

付費者要先詢問嗎？

周主任委員麗芳

請干委員文男、陳委員炳宏。

干委員文男

先談啦！

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

- 一、感謝健保署提供 9 月 3 日座談會的補充說明資料，擬聚焦在 C 肝新藥費用，這屬於重大計畫案，依照國家預算法，應先行提出效益分析。請參看會議資料之參考資料第 196 頁，「C 型肝炎用藥」健保署說明，有關該新藥「若延伸至 2050 年時」的效益分析，係預測距今 31 年之後，亦即經歷 8 次大選，試問未來該由誰來確認這效益分析是否合理？政策成本歸誰？
- 二、依會議資料(小表)第 197 頁健保署說明，從中我們概算 C 肝新藥費用相較「傳統干擾素及併發症醫療費用」長期可節省約 6.11 億元(醫療費用節省 274.30 億元-增加藥費 268.19 億元)；另請參看第 201 頁，C 肝人數及費用推估模擬過程，右欄是原干擾素治療情境，模擬的治療人數長期均是每年 8 千人？其實在研發干擾素時有提報它的療效，而我們先暫用該模擬推估，將前述節省 6.1 億元除以整個 C 肝新藥費，即 2017 年至 2025 年累計投入 415 億元經費，預估其節費效率約 1.5%；如果能再將傳統干擾素的療效或治癒率納入合理推估，我們認為新藥預期節費效益可能不會如期而至。
- 三、C 肝新藥費模擬至 2025 年，治癒 C 肝功德圓滿之後，是否如

第 201 頁表列所示，2026 年就不再編該預算？希望大家關注這點，2026 年若要再編列預算要如何處理？我們消滅 C 肝的里程碑有沒有提供保固期？請大家再慎思，預算該如何回歸常態的合理配置。

周主任委員麗芳

請問委員還有沒有要提問？請何委員語。

何委員語

- 一、針對第 1 項「基層總額轉診型態調整費用」編了 13.46 億元，我發現衛福部的政策很奇怪，推動醫學中心及區域醫院門診減量，卻沒減少健保醫療的支出，健保署除了增加地區醫院、西醫基層診所的門診量外，還編了很多預算用來補助提高地區醫院的門診診察費，以及地區醫院與西醫基層的財務補助款，健保署的其他預算三分之二是推動整個醫療政策，三分之一變成私房錢，私房錢就當成善財童子喜歡哪邊就散哪邊的財源，這是我長久以來的觀察。
- 二、第 2 項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，我早上在西醫基層部門協商時也說了，山地離島地區孕產婦的產檢很多都由衛生所的助產士、護理師及主任執行，但衛生所主任很少參加產婦專科訓練，因這個要訓練半年。

周主任委員麗芳

請幕僚處理電腦螢幕。(電腦過熱，臨時當機)

林委員錫維

健保署現在不用答覆，我們先進去內部討論相關金額，這些我們大概都知道。

周主任委員麗芳

現在電腦需要時間處理，請付費者代表趁這個時間進去內部討論。

林委員錫維

快 11 點，大家掌握時間。

(付費者代表進行內部會議討論約33分鐘)

周主任委員麗芳

非常感謝付費者代表，今天真是馬拉松式的協商。捷運約至12點就沒車了，我們可否趕個進度，讓委員可以順利返家，請付費者代表說明目前討論的結果。

林委員錫維

各位晚安！剛才付費者代表在裡面逐項討論，雖有減少預算，但仍較去年增加10億元以上，因現在時間很晚，我若再繼續唸完12項，大家會想睡覺，女生的聲音比較好聽，請馬委員海霞報告。

周主任委員麗芳

請馬委員海霞。

馬委員海霞

主委、各位委員及所有夥伴大家辛苦了！我很快將剛剛大家討論的結果向大家報告，第1項「基層總額轉診型態調整費用」，維持原預算(13.46億元)，第2項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，維持原預算(6.554億元)。

滕委員西華

第1項「基層總額轉診型態調整費用」，金額好像不一樣。

馬委員海霞

對不起我看錯了，第1項「基層總額轉診型態調整費用」減列3.46億元，第2項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，維持原預算(6.554億元)，第3項「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」，維持原預算(60.2億元)。

滕委員西華

請唸數字大家比較清楚。

馬委員海霞

一、第1項「基層總額轉診型態調整費用」，10億元。

- 二、第 2 項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」，6.554 億元。
- 三、第 3 項「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」，60.2 億元。
- 四、第 4 項「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」，2.9 億元。
- 五、第 5 項「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費」，27.4 億元。
- 六、第 6 項「推動促進醫療體系整合計畫」，3.5 億元。

#### 林委員錫維

- 一、接著換我說明，第 5 項「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費」，以 108 年的預算(13.7 億元)加一倍，109 年預算為 27.4 億元。
- 二、第 6 項「推動促進醫療體系整合計畫」，因執行率不高，所以減列 1.5 億元，109 年預算為 3.5 億元。
- 三、第 7 項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，維持 108 年預算(8.22 億元)。
- 四、第 8 項「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」，依健保署提出來的預算額度，增編 1.36 億元，109 年預算為 9.36 億元。
- 五、第 9 項「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」，109 年預算與 108 年一樣(16.538 億元)。
- 六、第 10 項「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」，健保署本來要編列 4.77 億元，增編 0.73 億元，但付費者予以酌減 0.5 億元，也就是增編 0.23 億元，109 年預算為 4.27 億元。
- 七、有關第 11 項「提升保險服務成效」，依健保署所提預算編列 3 億元。
- 八、第 12 項「提升用藥品質之藥事照護計畫」，依健保署預算編列



3 千萬元。整體數據較去年增編 10 億多元，但與健保署所估列增加預算(增加 33.315 億元)，相差約 23 億元。

周主任委員麗芳

說明得很清楚，現在請健保署對付費者代表所提意見給予回應。

蔡副署長淑鈴

- 一、雖然時間很晚了，我們仍要表達意見，本署所編的其他預算費用都非常接近實際值，若費用短少，最後就採浮動點值，對於參與照護計畫的人會減少支付。
- 二、第 1 項「基層總額轉診型態調整費用」，付費者委員予以減列 3.46 億元(預算為 10 億元)，這部分本署原編列 13.46 億元，今年約用 5、6 億元左右，但經費使用在成長中，這部分若減列，未來在推動分級醫療上會受到影響。
- 三、第 3 項「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」，本署原編列 64.025 億元，增編 3.825 億元，因為這是現在的業務重點，希望能推動居家醫療照護，特別是居家安寧照護，這部分經費請務必要保留。
- 四、第 5 項「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費」，增編 27.4 億元，明年是 C 肝治療的高峰，有 58,500 人需要治療，若減列經費，有些病人會沒辦法接受治療。
- 五、第 6 項「推動促進醫療體系整合計畫」，付費者委員予以減列 1.5 億元(預算為 3.5 億元)，因為有項新的「遠距醫療業務」需要推動，這是因應偏鄉醫師或專科醫師不足所需的搭配，本署照 108 年度預算編列，純粹以本項的結餘支應遠距醫療，並沒有新增費用，若減列 1.5 億元，可能無法推動遠距醫療。這是部長希望我們推動的新政策，所以本項不能減列。
- 六、第 10 項「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」，付費者委員予以減列 0.5 億元，這會讓 Early-CKD 計畫點值變成浮動。大家期待做好腎臟病預防工作，不要進展至洗腎，因此希望 Early-CKD 增加收案數，讓這些病人即早接受照護。如果預算減少，也會

造成影響。預算減列的影響，除了 C 型肝炎藥費，只是讓未來治療的病人往後擱之外，其他項目預算減列，都會讓現有的病人受到影響。

周主任委員麗芳

謝謝蔡副署長淑鈴的說明，付費者代表站在醫療資源運用效率的觀點分配預算，但剛剛健保署蔡副署長也提到，這些預算若不足會讓有些業務及民眾受到影響，請付費者代表再加以考量，尤其是很多 C 肝病人沒辦法接受治療，是不是有些彈性空間？

林委員錫維

蔡副署長淑鈴辛苦了！第 1 項「基層總額轉診型態調整費用」，健保會幕僚說明 108 年推估執行率約 36.8%~44.6%，不超過 50%，我們編列了 10 億元只減列 3.46 億元，您仍說不夠？一定要給足額嗎？您沒說是不是同意或增加多少？只說這個不能減、那個不能減，接下來要如何協商？我也聽不懂，請再詳細敘述，讓委員聽得懂。

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

第 1 項「基層總額轉診型態調整費用」，今年確實執行率不高，約用 4~5 億元，今年預算 13.46 億元，減列 3.46 億元明年是夠的，但是未來分級醫療有成效時，會呈現不足。

周主任委員麗芳

我們逐項討論，這項健保署同意付費者代表的意見，大家有共識。

蔡副署長淑鈴

第 3 項「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」，其中居家醫療照護、精神疾病社區復健及轉銜長照是目前的重點工作，且經費在成長中。我們原本增編 3.825 億元，但是剛剛居家醫療牙醫服務已移至牙醫部門，減列 2 千萬元，建議改成增編 3.62 億元。居家醫療是高齡化社會所需，目前不管是衛福部或健

保署都將居家醫療當成重點工作，也需要被鼓勵，可否保留這個預算？建議減列 2 千萬元，增編 3.62 億元。

周主任委員麗芳

現在逐項說明，這項付費者代表不增加預算，健保署建議增編 3.62 億元，等一下請付費者代表表示意見。請說明第 5 項。

蔡副署長淑鈴

第 5 項「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費」，原本署建議增編 27.14 億元，付費者僅同意增編 13.7 億元，幾乎減半。有些 C 肝病人將沒藥治療，明年也可能會有停藥的情形，大家覺得預算不足要減列這個預算，這會讓病人晚一年治療，大概會有這樣的結果。

周主任委員麗芳

大家考慮到預算有限，但這些錢也是花在刀口上，是不是能夠讓 C 肝病人盡速接受治療，也請付費者代表思考。

蔡副署長淑鈴

第 6 項「推動促進醫療體系整合計畫」，本項有 3 個計畫，包含「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」、「急性後期整合照護計畫」，有些計畫剛修訂內容或擴大適應症，初期推動較緩慢，考量本項有些結餘，所以將「遠距醫療會診費」納入本項。因城鄉差距大，希望新增計畫，推動遠距醫療，若委員減列 1.5 億元，會讓新計畫無法推動。

周主任委員麗芳

這項差距是因健保署將「遠距醫療會診費」納進來，所以健保署建議不要減列經費。

蔡副署長淑鈴

第 10 項「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」，本署發動所有基層醫師提早介入初期腎臟病人的照顧，本署考慮成長需求，建議增編 0.73 億元。若本項預算減列，這些服務的點值會變成浮動點值，到時會

無法照常支付。

周主任委員麗芳

付費者代表需要幾分鐘再討論一下嗎？

林委員錫維

在座的付費者代表有無要補充說明？

周主任委員麗芳

請楊代理委員玉琦。

楊代理委員玉琦(張委員文龍代理人)

我們商業上做專案，如果執行率那麼低，預算編列會被退回去，下次就領不到原本的額度。但是為什麼健保這些執行率低的專案，卻永遠看不到罰則，執行率那麼低預算仍可照樣通過？請問明年度再看這些計畫，是不是可提高執行率？

蔡副署長淑鈴

當然！當然！

楊代理委員玉琦(張委員文龍代理人)

每年協商時，看到其他預算有些計畫的執行率都不高，當然並不是每一項都不高。

蔡副署長淑鈴

請問哪些計畫執行率不高？我們大概只有第6項「推動促進醫療體系整合計畫」的執行率不高。

吳委員榮達

對！除第6項外，還有第3項「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」的執行率也不高，108年1~6月的執行率才43.4%。

蔡副署長淑鈴

我報告一下，第3項「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」，108年1~6月的執行率是43.4%，全年就

會達到 80%~90%，對於正在推動中的計畫，80%~90%的執行率為什麼不高呢？

楊代理委員玉琦(張委員文龍代理人)

不是，我是說例如第 4 項「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」及第 12 項「提升用藥品質之藥事照護計畫」，第 12 項的執行率幾乎是 0%啊！

蔡副署長淑鈴

- 一、我來說明一下，第 4 項(支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及狂犬病治療藥費)、第 5 項(支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費)及第 7 項(調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費)，這些都是預備款性質，所以執行率為 0%是最好的。
- 二、以第 7 項為例，這是用於發生天災人禍時才會需要用到的預算，萬一遇到像「八仙塵爆」或是其他重大災難等意外，才會用到這筆預算，所以預備款執行率低，才是老天保佑我們，這筆預備款，是備不時之需用的。
- 三、第 4 項「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及狂犬病治療藥費」，這些很多都是藥費及器官移植的費用。在醫院及西醫基層總額都有編列相關費用，但是擔心不足，因此在這邊編列預備款。若委員認為第 4 項及第 7 項的執行率偏低，那是必然的，若這些項目執行率高，就表示前面總額部門的預算編列不足。

林委員錫維

好啦！蔡副署長淑鈴您講的我們也都聽進去了，現在您只同意我們減列第 1 項的預算額度。但是其他的第 3 項「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」、第 5 項「支應醫院

及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費」、第6項「推動促進醫療體系整合計畫」等，您還是非常有意見，是否請付費者代表委員再到會議室，重新對這3項計畫討論一下，並交換意見。

周主任委員麗芳

請許委員美麗。

許委員美麗

剛才蔡副署長淑鈴提到的第3項「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」，其執行率約85%，如果執行率只有85%，為何109年還要增加3.62億元呢？

蔡副署長淑鈴

因為這裡只有上半年的資料，日數比較少，今年執行率應該會接近90%以上，明年的服務也是處於成長狀態，所以我們才會多編一點費用。

許委員美麗

依我們的計算，這項計畫的執行率是8成。

蔡副署長淑鈴

8成嗎？

許委員美麗

8成5。

蔡副署長淑鈴

您是以上半年支出乘2的概念計算，但一般來說，後半年的支出一般會比前半年多。

林委員錫維

這樣啦！

蔡副署長淑鈴

對不起！再補充一下，請參考第3項「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」的預算執行情形，歷年都有增編預算，而且執行率都維持在80%~90%之間。

林委員錫維

我們都希望都能達成協定，在場的專家學者或公正人士是否能請您們提供一些意見？給我們帶進去參考，以便做出決定。

周主任委員麗芳

請公正人士吳委員榮達。

吳委員榮達

- 一、第 6 項「推動促進醫療體系整合計畫」的執行率確實非常低，針對這部分，付費者代表可以再考量一下。
- 二、第 3 項「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」的執行率，108 年應該會有 9 成左右，但若 109 年度維持 108 年度的預算額度，應該還是有多給一點點，請付費者代表再斟酌，以上是 2 個建議。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、關於第 3 項「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」，確實是目前政府推動的重點方案，但預算成長率可以再審慎評估；若以健保署所提的方案，付費者代表可考量再酌減 4、5 千萬元，也不會影響到原本預估的業務成長。除了已挪至牙醫部門的 2 千萬元外，長照部分我覺得也有高估，正如剛才吳委員榮達所說，108 年度預算額度應該也有寬編，健保署可以考量酌減幾千萬元，應該也是可以接受。
- 二、第 6 項「推動促進醫療體系整合計畫」，雖然說我們要做遠距醫療，其原本的目的應該是在加強對偏遠地區及山地離島的照護，但是在第 2 項「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」也要做遠距醫療。

蔡副署長淑鈴

沒有。

滕委員西華

有啊！在書面資料有提到。

蔡副署長淑鈴

推動遠距醫療是政策方向，但是並沒有估算相關預算。

滕委員西華

- 一、因為政策要做嘛！所以那邊的錢就會加進去。其次，第6項所估列的高齡者及多重慢性病患者遠距醫療會診費，其實這些病人是家醫群計畫的收案對象，所以，我認為也不適合將他們納為遠距醫療的對象。
- 二、在宅醫療、居家醫療的推廣就是要補足此類無法外出就醫者的需求。即使如此，就算我剛才講的那些理由都不算，分級醫療也編列很多轉診的預算，而且按照遠距醫療的執行情形，目前付費者代表建議減列的1.5億元，我覺得也不影響其執行率。如果我們要做遠距醫療，按照目前的執行率，就算沒有要減列到付費者所提出的1.5億元，至少也可以一定程度的減列幾千萬元，請健保署考慮接受付費者代表的意見。

周主任委員麗芳

請問盧委員瑞芬及蔡委員登順是否有意見表示？(2位委員均表示無意見)，請林委員錫維。

林委員錫維

依據公正人士的意見，健保署的預算還是有點高估啦！

周主任委員麗芳

那請付費者代表再內部討論一下，看看5分鐘能否回來？

(付費者代表進行內部會議討論約12分鐘)

周主任委員麗芳

現在付費者代表已回到會場，希望我們今天就能完成協商，現在還剩約4分鐘就午夜12點了。請召集人林委員錫維儘量在4分鐘內，說明您們討論後的結果，希望我們能今日事今日畢。



## 林委員錫維

再幾分鐘就是隔天了，我們知道健保署非常努力，也感謝健保署為民眾健康把關，所以也釋出善意，調整如下：

- 一、第 3 項「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」的新增預算，再增加 1 億元。
- 二、第 5 項「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費」的新增預算，109 年原本編列 27.4 億元，現在同意加到 30 億元，也就是再增加 2.6 億元。
- 三、第 6 項「推動促進醫療體系整合計畫」，大家都認為沒有必要再增加預算。
- 四、剛才幾位公正人士也覺得健保署原提預算有點高估，但我們還是體諒健保署的努力及付出，所以針對以上 3 項計畫，我們付費者代表重新調整協商金額，我再綜整一下，109 年度其他預算的第 3 項計畫增加 1 億元(預算為 61.2 億元)，第 5 項 30 億元(增加 16.3 億元)。
- 五、現在已經午夜 12 點，蔡副署長淑鈴您雖不滿意，但希望您能接受，謝謝！

## 周主任委員麗芳

付費者代表已展現相當誠意，剛才也大幅加碼了。請何委員語。

## 何委員語

- 一、剛才我們主談人已表達得很清楚，我再補充一下。有關支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費，西醫基層已編列 4.06 億元及醫院總額編列 47.6 億元，加上其他預算編列的 30 億元，合計 81.66 億元，占 109 年度醫療費用總額成長率 1.1% 以上，以單一項目來說，確實是預算占比相當高，整個是傾斜的。
- 二、當然，C 型肝炎的治療，是我們大家重視的，但新光醫院的院長也曾講過，C 型肝炎的重症患者都已經接受治療了，接下來主要是治療中、低度患者，變成醫院要去找人來接受治療，這些其實也是很麻煩，表面上看起來是德政，但實際上還得自己去

找病人，確實也不容易找人。

三、另外，WHO(World Health Organization，世界衛生組織)宣示要在 2030 年全面根除C型肝炎之願景，全世界只有臺灣承諾在 2025 年達成。其實 2025 年離現在還有 6 年的時間，我們當然希望能夠順利完成，並成為WHO的模範國，這個方案一直做下去，C型肝炎病患人數一定會變少，但希望 109 年可以就西醫基層的 4.06 億元、醫院的 47.6 億元以及健保署的 30 億元，總共有 81.66 億元先執行，將這些預算用於治療C型肝炎病患，依我的看法這樣應該可行。

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴表示意見。

蔡副署長淑鈴

- 一、謝謝大家的辛苦，我們可否再微調一點。建議第 3 項「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」的新增預算，再增加 0.5 億元，就是增編 1.5 億元。
- 二、第 6 項「推動促進醫療體系整合計畫」，本來是要減列 1.5 億元，可否只減列 0.5 億元？這樣就好，其他我們都尊重委員意見。

林委員錫維

不要再進去討論了啦！都已經超過 12 點了。

蔡副署長淑鈴

第 6 項「推動促進醫療體系整合計畫」要推動遠距醫療，可否酌減 0.5 億元就好；第 3 項「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」，增加 0.5 億元，即共增加 1.5 億元。

周主任委員麗芳

請公正人士蔡委員登順。

蔡委員登順

蔡副署長淑鈴所提的要求，基本上都只是微調而已，而且也都是用

於相關預算，若是這些錢沒用完還是留在健保署，並非如同其他 4 大總額部門，若預算沒用完，就會流入一般預算分配掉；其他預算的這些錢，如果沒用完會留在健保署，所以我認為預算寬列一點還是無妨，大家再思考看看，不要再進去討論啦！這樣處理就好。

林委員錫維

公道伯您現在意思是怎樣？給他們？

蔡委員登順

對，可以給。

周主任委員麗芳

公道伯都講話了。

蔡委員登順

因為沒用完的預算，並不會像其他 4 大總額部門的一般預算，浮動點值提高就分配用掉了，他們這個不會啊！還是留在健保署。

何委員語

剛才討論的是第 3 項及第 6 項吧？

蔡副署長淑鈴

是的，現在針對第 3 項及第 6 項。

干委員文男

所以健保署是同意第 5 項「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費」的預算額度嗎？

蔡副署長淑鈴

是的，第 5 項我們同意。

蔡委員登順

第 6 項「推動促進醫療體系整合計畫」就不要扣那麼多，原來要減列 1.5 億元，改減列 0.5 億元就好，少減列 1 億元。

蔡副署長淑鈴

對！另外第 3 項「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」，再加 0.5 億元。

蔡委員登順

這樣就差 1.5 億元。

蔡副署長淑鈴

對，再增加 1.5 億元，就是微調一點。

林委員錫維

不要再一直加了！好啦！好啦！第 3 項「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」要加多少？

蔡副署長淑鈴

請再加 0.5 億元。

何委員語

第 3 項調整後就是 61.7 億元？

林委員錫維

再加 0.5 億元嗎？這樣是多少？

蔡副署長淑鈴

第 3 項是 61.7 億元。

林委員錫維

第 6 項「推動促進醫療體系整合計畫」呢？

蔡副署長淑鈴

第 6 項是 4.5 億元。原編 5 億元，建議減列 0.5 億元，剩下 4.5 億元，因為我們有新增「遠距醫療會診費」。

林委員錫維

好啦！第 6 項「推動促進醫療體系整合計畫」，減列 1 億元，本來要減列 1.5 億元；不然您們增加這麼多，應該您們退一點，我們加一點，雙方各自進退，好了啦！不要再講了，大家都累了！

蔡副署長淑鈴

第 6 項預算 4 億元，真的已經太晚了。

林委員錫維

- 一、這只是我這樣建議，還要看大家有無意見？第3項「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」，61.7 億元；第6項「推動促進醫療體系整合計畫」，4 億元。
- 二、請問付費者代表們有無意見？(委員表示無意見)，好啦！很晚了，就聽蔡副署長淑鈴的意見。

蔡副署長淑鈴

沒有啦！我們都聽各位委員的意見，謝謝大家！

周主任委員麗芳

- 一、感謝各位委員，我們馬拉松的討論，總算完成所有的協商項目，各位的資料可以先放在桌上，明天的會議還是在這個會議室。衷心感謝所有委員，也感謝幕僚及健保署同仁，一切都很圓滿！明天記得上午 11 點回到這邊繼續開會，再次感謝大家，回家的時候，請注意安全，我們一起掌聲鼓勵同仁！(與會者鼓掌)。
- 二、另外，醫院總額今天未能達成共識，但是他們也很有誠意，明天上午 10 點 30 分，會再舉行內部會議討論，屆時如果醫院部門可以形成共識，也許醫院總額就有機會達成共識。
- 三、明天 11 點正式會議時，如果醫院部門提出修正版本，我們就繼續協商，將剩餘部分完成。

何委員語

是 10 點半還是 11 點？

周主任委員麗芳

10 點半是醫院部門的內部會議，正式會議是 11 點開始。

周執行秘書淑婉

10 點半是醫院部門的內部會議，其他人員不用參加。

何委員語

他們要找我談啊！

周主任委員麗芳

要找您談，好啦！

何委員語

所以是 10 點半還是 10 點？

周主任委員麗芳

醫院部門的內部會議是 10 點半，他們先談，本會 11 點正式召開會議，若委員同意就可以再談，因此醫院總額也有可能達成共識，明天請大家再共同努力，謝謝！