

## ➤ 費協會會議紀錄快譯通：

### 1. 署長致詞

- (1) 風災造成中南部災情嚴重，醫界朋友若要前往災區服務請洽衛生署緊急醫療網以利資源調節。風災後仍有許多後續醫療工作，仍需醫界多予協助。
- (2) 台灣健保面臨重大危機，台灣每年醫藥衛生費用佔GDP的比例，及每人醫療費用都相較美國及OECD國家低廉。
- (3) 的確有醫療浪費存在，健保局效率也可再提升，但健保財務虧空跟保費多寡有關。現在公私立醫院遇缺不補、醫療人力吃緊、財團競相投資自費市場、外國藥廠撤離。
- (4) 就健保保費架構來說，民眾負擔僅有37%，健保制度設計是劫富濟貧，若要增加補助低收入邊緣戶保費，就必須要調整保費。
- (5) 健保行政成本相較國外很低，是台灣的寶。現在雖然不是保費調整適當時機，但為求健保財務穩定，還是希望各委員共識。
- (6) **全國勞工聯盟總會代表**：要漲保費除非先將北高兩市欠費收回。

### 2. 行政院衛生署醫事處介紹「我國醫療資源分布之規劃情形」([報告全文](#))。

- (1) **醫師公會代表**：每萬人口病床數低於30床以下的地區仍有9區。
- (2) **衛生署代表**：僅有三個地區，金馬、澎湖因人口並未明顯增加，增加病床需求不大，反倒是需提升增加在地醫療能力。至於南投因當地交通動線改變，是否需要這麼多床數，還要再評估。至於另五個病床數不足每萬人口30床，但核准床數高過30床的地區，會重新審視及清床，若該地區確有必要，對已核准卻無能力開床的醫院，必要時予以核減病床，重新開放給有能力經營的醫院👍。
- (3) **消基會代表**：就算總床數足夠，仍有民眾反映，只住得起健保全額負擔的病床，卻要等床位。建議調高健保病床比例👍。
- (4) **健保局代表**：不同地區民眾需求不同，中南部地區民眾可能覺得健保病床不夠，但在北部反而是特等病房床數不足，普通病房反而空著😡，民眾對健保病床的需求，因經濟能力有不同。
- (5) **地區醫院協會代表**：250床以下的醫院驟減，衛生署有否檢討原因？署立醫院既然有公務預算卻還是跟健保局申請健保費，請相關單位妥善處理。醫療網規劃以每萬人口35床為目標；以20床為不足；以50床為過剩，請說明原因。台北區500床以上醫院有17家，250-499床有14家，請說明原因，繼續開放下去，對健保是否公平？
- (6) **衛生署代表**：500床以上的家數自37家增加到81家，變動原因為經營競爭力，較具規模、較新的醫院，競爭力較強，250床以下的老舊醫院隨著社

會變遷競爭力相對較弱。都會區250床以下醫院不見得需要，但偏遠地區應優先保障，新挹注的菸捐經費對這部分會提出計畫。每萬人口20床以下的地區優先鼓勵，50床以上絕對不準增設，至於20-50床之間則視各地區需要。

- (7) **地區醫院協會代表**：垂直整合醫療系統本來就是衛生署應該做的事，台灣應重視社區醫療的重要性，鼓勵醫生到社區醫院支援，增加其競爭力，也可以降低500床以上醫院的壓力。
  - (8) **地區醫院協會代表**：疾管局要求的任務每家醫院都要執行，唯獨署立醫院有公務預算，這樣的補助合理嗎？立法院若是再編列預算，本人絕對會帶著私人醫院走上街頭抗爭。
  - (9) **衛生署代表**：醫學中心醫師至社區醫院支援費用並非衛生署可出面干預，可請醫師公會道德勸說。醫學中心評鑑已有特別著重協助提升社區醫療品質，期盼建立垂直整合、雙向轉診目標。今年為試辦，結束後會進行檢討，調整任務指標細項，明年正式實施醫學中心評鑑。至於核准病床問題，95年衛生署已清床一次，今年底將再度執行清床作業。
3. 台灣腎臟醫學會報告「**台灣透析現況及未來方針**」([報告全文](#))，台灣目前有五萬多位洗腎病人，每年成長6%。
- (1) **地區醫院協會代表**：有無審慎考量洗腎適應症及周延性，應加強換腎及急性洗腎病人脫離率。
  - (2) **腎臟醫學會代表**：脫離率大部分發生在大型院所或洗腎中心，慢性病人若急性惡化，經緊急處理後若能恢復，會讓病人停止透析。一但進入慢性階段，脫離率很低，大多在透析院所長期洗腎，建議鼓勵病人施行腎臟移植。
  - (3) **護理師公會代表**：目前健保在慢性腎臟病管理方案有支付照護費，包含護理照護，由醫護人員提供衛教及疾病管理頗具成效。照護人力應積極培訓，以提升照護品質降低成本。
  - (4) **腎臟醫學會代表**：目前衛教師希望逐漸擴展至非腎臟科醫師參與，也希望有更多護理人員參與這個計畫。
  - (5) **藥師公會代表**：雲嘉南地區洗腎人口比例偏高，可能與地下電台賣藥有關，韓國去年對大陸進口藥材不符品質部份銷毀78%，但台灣中藥材因重金屬或藥物使用不當問題卻頻傳，學會應加強宣導👉。
  - (6) **產業總工會代表**：大型醫院以不當手段爭食洗腎這塊大餅，以不當手段招攬病人，代表洗腎仍有一定利潤，雖然學會認為點值下降希望成立專責委員會有單獨預算，但似乎不見得有必要。請學會繼續合理管控醫療費用👉。
  - (7) **腎臟醫學會代表**：本會已努力將洗腎病人成長率自10%降低至6%，也努力對尚未進入洗腎階段之病人作用藥衛教。以專車接送洗腎病人僅有在

偏遠地區，對於不當招攬的問題，有紀律委員會處理。目前許多透析院所經營困難，無力經營(導致委外)，希望各委員協助洗腎有合理預算以利運作。

- (8) **全國勞工聯盟總會代表**：希望學會與健保局共同處理地下電台廣告的不當用藥問題以及透析院所不當招攬問題。健保局還應加強控管重大傷病醫療費用。
- (9) **腎臟醫學會代表**：台灣洗腎病人相較美國進入洗腎階段已經較慢了，大部分病人每星期要洗3次才能將尿毒排乾淨，醫師不會要求病人不必要多洗，洗的越好的病人可以存活越久，更可以重回工作崗位。
- (10) **消基會代表**：不是費用較高的服務就要成立獨立總額。若洗腎沒有利潤

怎麼會有這麼多人要投資👉?腎臟醫學會應和國健局共同努力，不要只是想增加經費。

- (11) **腎臟醫學會代表**：學會希望能成立獨立總額是希望能自主管理、自我約束，將洗腎病人成長率進一步下降，我們有心將防治做好，讓民眾都能接受衛教，但已在洗腎的病人仍須注意品質。
- (12) **地區醫院協會代表**：洗腎外包比率約20-25%，其中大多是洗腎耗材公司👎，應規劃因應之道。

#### 4. 行政院衛生署說明「**行政院核定之99年度全民健保醫療給付費用總額範圍**」、99年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額**非協商成長率案**

- (1) **主委**：下限部份屬非協商因素，是由人口結構改變率、醫療服務成本指數改變率、投保人口成長率等客觀因素計算而來，由行政院根據衛生署所提資料經討論後核定。下限到上限之間就是本會即將於9月總額協商的空間([報告全文](#))。
- (2) **醫師公會代表**：不同年齡層不同的醫療費用成長率、藥品類躉售物價指數有問題，供評估的藥品品項也與實際健保用藥不同，會造成扭曲。
- (3) **主委**：經行政院核定的範圍，本會無權更改
- (4) **全國勞工聯盟總會代表**：行政院核定多少錢給費協會協商?每年投保人數增加多少?
- (5) **主委**：上下限範圍為1.822%-3.5%，概括費用約為4,867億元至4,948億元，可協商的錢是80.21億元。健保費中約30%的收入由政府預算支出，這部分需經過立法院審核，其餘大多按照經建會所核定之上下限。
- (6) **全國勞工聯盟總會代表**：全國有800萬勞工朋友，我們兩位勞工代表來參加協商，費協會卻只能省80億元，這樣對嗎?
- (7) **主委**：下限是行政院已核定數值，費協會只能照辦無法更改，只能在上下限範圍內，就醫界所提提升品質、提供更多服務、新藥等協商項目，由付費者代表思考是否合理，是否願意埋單。

- (8) **產業總工會代表**：健保費自2千多億元成長至4千多億元，每年協商都是以前一年作為基礎，年年成長、99年總額成長範圍中87.11億元是由行政院藉公式算出來的，不需協商，其餘80.21億元則由本會委員協商，決定各總額共分配多少錢。
- (9) **牙醫師公會代表、地區醫院協會代表**：非協商因素中藥品、醫療儀器等物價成長的計算有不合理之處。
- (10) **醫師公會代表**：醫界已多次再衛生署召開的會議表達非協商因素不合理之處卻都不被接受，9月協商的時候，是否可用較正確的數字進行協商。
- (11) **醫學中心協會代表**：既然衛生署都已召開過4次會議討論，對醫界的質疑卻置若罔聞、未被採用，根本不知道是否有代為向經建會反映?若都不能改變，以後就不要找醫界談，衛生署怎麼定，醫界就接受，不要浪費大家時間。
- (12) **地區醫院協會代表**：建議說清楚是誰算的，總有個權責單位負責，冤有頭債有主，我們會向權責單位請教。
- (13) **醫師公會代表**：希望藉由本次會議，將實務現況及建議作成結論，經由適當管道反映。
- (14) **全國勞工聯盟總會代表**：請教健保局北高兩市欠費若歸還，是否就足以彌補財務缺口。
- (15) **健保局**：北高兩市欠費已累積多年，不論是否為欠費都已算進當年收入，付給醫療院所，欠費能否收回跟健保局向銀行借款額度有關，但與當年度健保能否平衡是兩回事。
- (16) **行政院主計處代表**：建議協商時應提供上下限保險支出，對健保財務收支預估影響。

##### 5. 本會重要業務報告：

- (1) **地區醫院協會代表**：「98年度增進偏遠地區健保醫療服務計畫」若有偏遠地區提出申請，請予開放，並建議將六龜和甲仙納入資源缺乏區
- (2) **健保局**：針對西醫基層無法涵蓋之鄉鎮，將再開放給醫院申請。

##### 6. 續討論「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」，是否列為99年度之總額減項

- (1) **醫師公會代表**：醫界並未承接總額，對於違規的醫療院所已有罰款，協商時又要再追扣，這樣是二度傷害，今年被扣的費用，會影響基期也影響往後。
- (2) **區域醫院協會代表**：醫師都是立意良善，為方便民眾才會違規，雖有行政上的疏失，但為這樣的疏失連年追扣費用十分不合理，只有少數的少數醫界才會違規。
- (3) **產業總工會代表**：醫界違規雖是少數但也有醫師提供小孩毒品還申報健保費用的誇張案例，這樣的錢總額當然要扣除，總共只扣1.2億，若不扣回來對社會大眾也難交代

- (4) **消基會代表**：根本沒有一事兩罰的問題，虛增的本來就要扣除👉。
- (5) **醫師公會代表**：若點值是一點一元，那扣除醫界不會反對，但現在違規扣款的錢不是回到總額，稀釋了當年總額點值，還要追扣兩年後的成長率，希望委員不要用懲罰性的行為傷害大多數守法的醫師。
- (6) **健保小組**：若依照民間團體的要求是希望所有違規扣款皆自總額基期扣除，但目前僅計算非總額舉發的費用，已經是各退一步了。本會協商一直很受外界關心，例如第五次藥價調查節餘150億元，付費者代表善意同意移列30億元提升醫療品質未自基期扣除，為此民間團體四處投訴，本會配合各單位提出許多說明與報告，至今仍有單位未接受本會說詞。
- (7) **地區醫院協會代表**：若醫院未接受專業自主事務委託，則不應減列👎。另外有時醫師違規醫院並不知情，因此需修訂特管辦法，增加違規醫師追扣擴及其財產，這樣兩全其美。
- (8) **主委**：各總額無論有無接受委託皆需發揮同儕制約的力量👉，健保違約扣款是否自總額基期中扣除並非扣不扣的問題，而是扣多扣少的問題，現在裁示，總額協商在即，援引97年協商扣款方式。
- (9) **醫師公會代表**：若將此列為減項，總額協商時的新增項目會沒有足夠預算執行，每年協商應該要有合理追扣額度👎。每年一直扣下去也很不合理。
- (10) **產業總公會代表**：每年的總額相都是累進成長，這部分的成長率有多高？難道不是重複計算👉？區區幾千萬得到社會認同及肯定，是為醫界做功德，違法就是要扣，每年都要扣。
- (11) **醫師公會代表**：總額預算若不夠，健保局就分各醫院總額，醫院預算不夠，就將額度給各醫師，醫師額度不夠，月底就不收病患👎，最後是大家都受害。
- (12) **消基會代表**：虛的總額本來就應扣除，總不能說點值一定要1點1元以上。每年總額基期以百分比累進成長，今年乾脆用實際數字，看會不會比較接近真實？
- (13) **醫學中心協會代表**：為什麼一個人犯錯，所有人都要接受懲罰？若說醫院都是灌水，那還需要協商嗎，不要協商好了。
- (14) **消基會代表**：這麼小的金額就要退出協商，那我們付費者面對這麼大的額度怎麼談，乾脆不用談了。
- (15) **醫學中心協會代表**：那就退出總額👎。
- (16) **農會代表**：若確實是違法的虛報健保醫療費用，當然要扣除，否則久而

久之會更加擴大。

- (17) **產業總公會代表**：醫界認為重複扣沒道理，那怎麼不想想成長率重複累進也沒道理，不是錢的問題是制度的問題，風災歸風災，總額協商歸總額協商，我很感謝醫界對風災的努力，但不能總額協商就放大水，健保

是永續的，我們要對全民交代👍。

- (18) **醫師公會代表**：主席以裁示方式，對於醫界所提出的問題沒有處理。  
(19) **主委**：我想，再討論下去也只是打轉。

7. **99年醫院及西醫基層之門診透析預算分配方式**：目前醫院及診所均有提供門診透析服務，目前雖為合併預算，但兩總額各需分配多少，涉及兩總額分配率。目前市場佔有率雖然漸有自醫院移轉到診所的趨勢，但醫院服務量仍較多。過去幾年醫院協商費用往往高於實際費用，診所相反。目前有三案解決方式甲.依收入占率分配；乙.依費用點數占率分配；丙.先依收入占率再依費用點數成長率微調，三案差距不大，但診所代表及醫院代表沒有共識

- (1) **產業總工會代表**：付費者代表沒能耐作仲裁者，請醫界團體自行衡酌，若無法有共識，就採折衷方案。  
(2) **消基會代表**：建議先有預估值，再依實際值作結算。  
(3) **學者代表**：建議醫院、診所、腎臟醫學會共管，包括審查及洗腎品質，連費用一起合併再依實際費用一起結算。  
(4) **醫學中心代表**：從92年起洗腎費用每年都相差10幾億，醫院每年都倒貼給診所，累計已逾50幾億，導致醫院本身重要的服務如手術點值不到0.9，不盡合理。  
(5) **健保局**：先有預估值再依實際值作校正實務運作上有困難，診所希望採甲案，醫院希望採丙案，是否先折衷以乙案試辦，待執行結果出來再據以調整。  
(6) **醫師公會代表**：醫院洗腎費用佔率自70%降至61%，是因為醫院附設門診透析診所，將費用移至西醫基層總額，如此一來也會排擠其他基層醫療服務。  
(7) **全國勞工聯盟總會代表**：建議採乙案。  
(8) **醫師公會代表**：不同意，採乙案醫院門診透析是負成長，基層是1.5%，這樣會排擠基層其他醫療服務。  
(9) **主委**：以未含括透析費用前成長率為協商基礎，應不致影響基層成長率。

**註：**

全文及表格內容皆摘錄自衛生署網站所公佈之**[費協會第151次會議紀錄](#)**。

連結路徑：

衛生署首頁 > 附屬機關 > 全民健康保險醫療費用協定委員會 > 委員會議紀錄 > 會議紀錄