

■ 98/09/11-12 費協會第152次會議

➤ 9/11議程：

- 一、主席致詞
- 二、99年度全民健康保險醫療費用總額協商

➤ 9/12議程：

- 一、報告事項
 1. 151次會議決議事項辦理情形報告
 2. 本會重要業務報告
- 二、討論事項
 1. 各總額及其他預算協商事項及成長率案

➤ 152次會議(9/11)委員發言、提案、出缺席統計表：

	付費者代表及 學者專家(9名)		醫事服務 提供者代表(9名)		相關主管機關 代表(9名)		健保 小組/ 健保局	合計
	付費者代表	學者專家	醫師	醫事人員	機關代表	主委		
代理	1人		2人		3人 			6人
請假(沒有代理)					1人 			1人

醫改會製表(依據費協會網站98/10/14公佈之會議記錄發言摘要內容統計)

➤ 152次會議(9/12)委員發言、提案、出缺席統計表：

	付費者代表及 學者專家(9名)		醫事服務 提供者代表(9名)		相關主管機關 代表(9名)		健保 小組/ 健保局	合計
	付費者代表	學者專家	醫師	醫事人員	機關代表	主委		
提案 討論							1案	1案
發言	40次		49次	1次	17次	69次	33次	209次
代理	1人		2人		2人 			5人
請假(沒有代理)	1人 				1人 			2人

醫改會製表(依據費協會網站98/10/14公佈之會議記錄發言摘要內容統計)

➤ 費協會會議紀錄快譯通：

■ 9月11日

一、 主席致詞

1. 今明兩天將進行99年度健保總額協商，與醫界及民眾息息相關，各位與會者肩負重任，需付出無比心力，才能完成此艱難任務。
2. 工商協進會及全國工業總會前推薦代表，因兼具醫藥背景而備受社會關注，經衛生署函請調整，該兩會已重新推薦 .

二、 99年度各部門總額及其他預算協商事項與成長率(詳細項目表)：

1. 中醫門診醫療給付費用總額及其分配結果：

- (1) 非協商因素(投保人口年增率、人口結構改變率、醫療服務成本指數改變率)較去年成長 0.998%
- (2) 協商因素：
 - i. 品質保證保留款成長0.05%，應以促進醫療品質為方向訂定監測指標，並檢討民眾滿意度下降的項目，避免浮濫發放 .
 - ii. 扣除違反健保特管辦法之扣款，使成長率較去年減少 0.013% .
- (3) 專款專用項目2億6千5百萬(時限內未執行完畢不得挪用它處，除非經委員會議同意之特殊情形得延長時限，試辦計畫間得互相挪用15百萬；實施成效納入往後協商考量)：
 - i. 資源缺乏地區改善方案(9千萬)-鼓勵中醫師至資源缺乏地區提供服務，並加強推動無中醫鄉職業計畫
 - ii. 「腦血管疾病及腫瘤患者經手術、化療、放射線療法後，住院期間中醫輔助醫療試辦計畫」、「小兒腦性麻痺中醫門診照護試辦計畫」、「小兒氣喘緩解期中醫門診照護試辦計畫」(共8千5百萬)
 - iii. 「腦血管疾病後遺症中醫門診照護試辦計畫」(9千萬)
- (4) 總計中醫門診醫療給付費用總額較98年成長2.063%

2. 醫院醫療給付費用總額及其分配結果：

- (1) 非協商因素(投保人口年增率、人口結構改變率、醫療服務成本指數改變率)較去年成長 2.312%
- (2) 協商因素：
 - i. 品質保證保留款成長(0%)，應新增及檢討促進醫療服務品質指標，並改善民眾自費情形 .

ii. 新增支付標準項目(3億元)、骨骼造影改用NaF18(3.9億)，若未實際改用達8成，則予以扣減未達成之差額。

iii. 通過新制醫院評鑑之地區醫院其病房費及護理費比照地區教學醫院(提高0.069%成長率)

iv. 配合衛生署實施急診採五級檢傷分類政策，調整支付標準(提高0.172%成長率)

v. 調高新生兒中重度病床護理費、嬰幼兒處置費等點數(提高0.172%成長率)

vi. 扣除違反健保特管辦法之扣款，使成長率較去年減少0.018%。

(3) 專款專用項目100億5百5拾萬(時限內未執行完畢不得挪用它處，除非經委員會議同意之特殊情形得延長時限；實施成效納入往後協商考量)：

i. 慢性BC肝炎治療計畫(622百萬)，不足部分由當年度藥價調查節餘款優先支應。

ii. 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(2881百萬)

iii. 罕見疾病、血友病藥費(4782百萬)

iv. 醫療給付改善方案(587.3百萬)，應訂有各方案照護率目標值，定期檢討，建立未達目標之處理與退場機制。

v. 提升住院護理照護品質(832.5百萬)

vi. 推動DRGs之調整與鼓勵(300百萬)

(4) 門診透析服務成長率(-0.582%)。與西醫基層同項服務合併運作，合計成長率2%，其中0.16%用於品質改善計畫，包括「加強推動Pre-Esrd」、「提升門診透析醫療服務品質」。

(5) 總計醫院醫療給付費用總額較98年成長3.256%

3. 西醫基層醫療給付費用總額及其分配結果：

(1) 非協商因素(投保人口年增率、人口結構改變率、醫療服務成本指數改變率)較去年成長 1.032%

(2) 協商因素：

i. 品質保證保留款成長(0%)，應新增及檢討促進醫療服務品質指標，並改善假日休診造成民眾不便情形。

ii. 新增健保給付項目(0.113%)、支付標準調整(0.014%)，若未能於年度開始時實施，則予以扣減。

- iii. 鼓勵西醫基層對慢性病照護之增進(0.389%)
- iv. 扣除違反健保特管辦法之扣款，使成長率較去年減少

0.085% 

(3) 專款專用項目1575百萬(時限內未執行完畢不得挪用它處，除非經委員會同意之特殊情形得延長時限；實施成效納入往後協商考量)：

- i. 慢性B、C型肝炎治療計畫(60百萬元)
- ii. 家庭醫師整合性照護制度計畫(1115百萬元)，加強檢討及落實退

場機制，掌握退場原因，檢視退場者重新加入方案比例 。

iii. 醫療資源缺乏地區改善方案(100百萬元)

- iv. 醫療給付改善方案(300百萬元)，含原有3項及新增2項方案，應訂有各方案照護率目標值，定期檢討，建立未達目標之處理與退場機制



(4) 門診透析服務成長率(6.428%)。與西醫基層同項服務合併運作，合計成長率2%，其中0.16%用於品質改善計畫，包括「加強推動Pre-ESRD」、「提升門診透析醫療服務品質」。

(5) 總計西醫基層醫療給付費用總額較98年成長2.742%

4. 牙醫醫療給付費用總額及其分配結果：

(1) 非協商因素(投保人口年增率、人口結構改變率、醫療服務成本指數改變率)較去年成長 0.019%

(2) 協商因素：

- i. 品質保證保留款成長(0.25%)，應新增及檢討促進醫療服務品質指標，並應建立民眾自費監控機制，改善假日休診造成民眾就醫不便

情形 

- ii. 牙周病統合照護計畫(1.11%)，照護人數至少63,200人。方案應包括照護內容、支付方式、預期效益、評估指標、不得再要求民眾自費

等相關規範 。

iii. 正子造影(0.014%)

- iv. 提升初診照護品質計畫(0%)，應訂定更嚴謹實施方案，包含收案條件、支付方式、長期評估指標等。

v. 扣除違反健保特管辦法之扣款，使成長率較去年減少

0.004% 

- (3) **專款專用項目651.3百萬**(時限內未執行完畢不得挪用他處，除非經委員會同意之特殊情形得延長時限；實施成效納入往後協商考量)：
- i. **牙醫特殊服務(423百萬元)**—服務對象：先天性唇顎裂與顛顏畸形患者、特定障別之身心障礙者，並應一併檢討修正加成規定、麻醉使用及支付標準。
 - ii. **資源缺乏地區改善方案(228.3百萬元)**，辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫(包含馬祖地區牙周病照護網)；應持續檢討施行地區及退場機制，以使資源利用更具效益。
- (4) 總計**牙醫醫療給付費用總額較98年成長2.515%**

5. 其他預算：

- (1) **山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(603.9百萬元)**
- (2) **助產所、護理之家、居家照護、精神疾病社區復健、安寧居家服務(3169百萬元)**
- (3) **支應罕病及血友病藥費、器官移植專款不足經費(200百萬元)**
- (4) **健保IC卡登錄及上傳資料品質提昇計畫(388.3百萬元)**，依93年度協定結果編列，可編至99年度，上傳正確率應逐年提昇。
- (5) **推動促進醫療體系整合計畫(800百萬元)**。
- (6) **醫藥分業地區所增加的费用(500百萬元)**
- (7) **增進偏遠地區醫療服務品質計畫(200百萬元)**，英語衛生署相關計畫相互整合，俾使資源運用達最大效益。
- (8) **健保高診次民眾就醫行為改善方案—藥師居家服務(9.24百萬元)**
- (9) 總計其他預算**5870.44百萬元**。採支出目標制，由健保局管控。

■ 9月12日：

一、報告事項

1. 151次會議決議事項辦理情形報告

- (1) **醫師公會代表**：有關「違反特管辦法之扣款」，共識決議應補充「明年亦需檢討並有更合宜處理方式」

2. 本會重要業務報告

- (1) **全國勞工聯盟總會代表**：請健保局說明為何家醫計畫從原本的9.15億元，多出1.69億元。
- (2) **健保局**：97年家醫整合型照護計畫在經費與實際執行間有落差，是因為轉型為回饋型醫療群的情形較預期增加許多，經計算節省醫療費用約7.79億元，回饋金依原協議需支付5.67億元，以致執行超支1.69億元，造成原列專款不足，已報請衛生署核定，同意由健保局動用「其他預期政策改變所需經費」來支應。

- (3) **工商協進會代表**：對經費流用有無相關規範?
- (4) **健保局**：目前無規範超支時可動用其他預算的比例，只要超支都要報署核定。
- (5) **工商協進會代表**：健保局過去是事業單位，現將改制為行政機關，但仍應視作準事業機關來運作才有效率，若管理制度僵化，恐將產生諸多問題，避免因冗長的行政流程而影響運作效能。建議健保局研擬其他預算流用制度之方案，經委員會決議後報署核定，署可就不合理處作必要調整。讓健保局有彈性運用的空間，也尊重主管機關的決策。
- (6) **全國勞工聯盟總會代表**：健保局於協商預算時應說清楚來龍去脈，才能讓委員深入了解並充分討論。
- (7) **漁會代表**：衛生署既然逕自同意家醫計畫費用超支動用其他預算因應，為何又函示建請依總額協定精神，各部門在協定的總額預算內妥為運作?大家都同意不能超過預算，但超過預算衛生署還是同意，這樣大家在這裡協商預算不等於是白講?
- (8) **主任委員**：其他預算本來就邊有一項「其他預期政策改變所需經費5億元」，就是怕在政策執行過程中，有不可預料到的事情發生，但也須再次強調，期許未來都在總額預算範圍內運作。

二、討論事項

1. 各總額及其他預算協商事項及成長率案

- (1) **健保局**：針對「各項計畫或執行方案，除具充分理由經委員會同意，於均須於98年11月底前完成相關程序，否則扣除已協定之預算」，時程可否稍作調整?否則無論醫界或健保局，有些作業實在無法於11月底前完成。
- (2) **費協會執秘**：過去就是因為計畫拖延執行，造成預算執行率低，故要求須在年度總額實施前提出計畫。也訂有「除具充分理由經委員會同意，可予延期」的例外原則。
- (3) **醫師公會代表**：延續型計畫可於11月底前完成，新計畫則以12月底前完成為原則。
- (4) **主任委員**：請健保局先將各計畫預定時程列出，讓委員檢視合理性。希望大家辛苦協定出的預算，能充分有效的被運用。
- (5) **地區醫院協會代表**：「增加新藥新醫療科技等給付項目」，一年究竟要增加幾百項?
- (6) **健保局**：此項預算綜合考量新藥新科技的成長，及舊藥之藥價降低等因素結果，依過去經驗藥費總額成長率同步成長。概念上「新藥新醫療科技」的預算，是擔心總額成長率不夠時的加成或補貼。往年若未作藥價調整，藥費成長將稍高於總額成長。
- (7) **醫師公會代表**：未來實施藥品費用支出目標制，藥價調整依據年度超出藥品支出目標數額來作調整。因此若新藥暴增30%，次年藥價就要調降

30%。新藥對費用的影響非常大，而且替代率不可能超過80%。台灣健保納入許多世界各國還沒納入健保的孤兒藥，我認為並不是孤兒藥不能健保給付，而是須符合給付機制。

- (8) **地區醫院代表**：應該要追蹤新藥引進後7年間，每年支出情形。
- (9) **健保局**：總額實施後新收載的特材品項明顯偏低，新藥則維持在1/4，**實施藥品支出目標制後，新藥引進速度會明顯下降**，但這是整體社會必須面對的現實狀況。

2. 確認中醫門診總額協商結論：

- (1) **中醫師公會代表**：新增之醫療照護試辦計畫專款，應可以和三項舊計畫互相流用，增加預算彈性，服務更多病人。
- (2) **勞委會代表**：期待中醫好好執行計畫，同意專款預算彼此流用。
- (3) **工商協進會代表**：應訂定部門別之「預算流用制度」
- (4) **消基會代表**：若4項計畫專款可流用，可能所有預算集中於某一計畫，難以

評估各計畫成效，不贊成流用。🤔

- (5) **勞委會代表**：若擔心預算流用影響個別計畫執行成效，可要求中醫明年對各計畫分別提出成效報告。
- (6) **產業總工會代表**：「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」，病患可於出院後接受到門診的針灸及傷科服務，希望能做出成效，未來才有可能考量是否列入一般服務(總額基期)。
- (7) **衛生署代表**：建議中醫部門設定一個可流用的定額，不可無限制流用。
- (8) **費協會執秘**：歷年來費協會所辦之各部門總額評核會議，專家學者對中醫試辦計畫的成效多保留，也建議適度刪減經費。現在執行成效被質疑的計畫，經費不但未配合酌減，反而是未執行的2成經費又要可流用至其他計畫，這樣

妥當嗎？請委員三思🤔

- (9) **醫師公會代表**：預算的支用應該給點空間，若每個計畫額度都定死，可能某個計畫預算不夠用、某個計畫因為使用不多而預算被收回。至於執行力如何，則需看中醫的整體表現
- (10) **行政院主計處代表**：記得委員會曾經討論，未來於評核各協商項目時，宜有客觀標準，且需建立評核指標。中醫這四個計畫項目，到底要達成什麼目標？如何評核計畫執行優劣？預算流用之後，會不會造成預算只集中於某一項？委員會關心的是，同意給予某項計畫特定預算後，到底有無達到當初所

承諾的預期目標，所以應該要先建立評核指標。🤔至於預算流用問題，若是計畫間有相關性，也許可以考慮放寬某些條件，或某些項目已達到當初所要求的目標，則可考慮剩餘預算適度流出，但如果是單獨指定專款用途，且

計畫無相關性，則預算流用，將無法達到專項給錢並指定用途的目的。

- (11) **衛生署代表**：中醫部門過去試辦計畫預算常與執行數有很大的落差，建議依實況早一點將所需的預算估算出來，讓執行結果符合預期。
- (12) **中醫師公會代表**：同意對預算使用訂立某些規範，如預算執行率必須達70%，其餘少部分經費可以互相流通，這樣在經費處理上會比較方便
- (13) **消基會代表**：資料顯示三項延續性計畫，若預算30%流出，則只剩5千9百多萬，依據去年經驗根本就不夠用，專案有其需達到的目標，預算不能不足，預算不足會有公平性的問題，所以保留下來的錢絕對不能比去年低，這是應該遵守的大原則
- (14) **費協會執秘**：各部門總額對專款專用項目有「專款不得流用、預算沒有用完就收回」的通案規範，若中醫可准予預算全部可流用，則將破壞此平衡原則。本來8千5百萬預算，就是用來辦理三項延續性計畫，怎可以將預算流出給新計畫使用 
- (15) **醫師公會代表**：中醫這四項疾病醫療照護試辦計畫之利用量很難預計，有時求診病人可能同時患有兩種疾病，這些計畫本來就不應放在專款，現在既已列入專款，只好在某個範圍內給予彈性，這樣會比較好
- (16) **消基會代表、產業總公會代表、勞委會代表**：要求三項延續性計畫的預算執行率，不得低於97年的執行數，其它金額可以流用。
- (17) **主任委員**：三項延續性試辦計畫與「腦血管疾病後遺症門診照護計畫」之預算，於15百萬額度內得相互流用。
- (18) **健保局**：各部門半年的執行情形，需到8月份以後才有資料。現在決議，幾乎都壓6月底提報執行成效，這恐怕沒有辦法執行
- (19) **費協會執秘**：費協會固定於每年7月舉辦各總額部門執行情形評核作業，所以須於6月份提報各計畫之執行資料。將提報時間延後，則評核會需延後舉辦，總額共識協商會議也只好跟著延後。但實務上，共識營不可能等到10月再舉辦。
- (20) **主任委員**：98年7月或8月所辦的評核會，主要看的是97年1整年的績效，對於協商總額時所承諾當年度要做的專案，不管有幾個月的資料，也須提出報告。也許只有階段性的結果，舉例而言，某項計畫目前收案進度雖只有20%，可於報告中說明，進度雖有落後，但其未來的改善措施如何
- (21) **主計處代表**：有關具體實施方案之決議部分，建議加註：「含預定達成目標及評估指標」等文字，以提醒計畫內容需包含這些項目。請其他部門同樣註明 

3. 確認西醫基層總額協商結論：

- (1) **醫師公會代表**：建議一般服務之「慢性病照護之增進」乙項，不訂定照護目

標值，而於「醫療給付改善方案」專款項下，訂定各方案照護率目標值

- (2) **健保局**：「慢性病照護」於一般服務預算成長率0.389%，換算成金額約增加3億多，目的是希望西醫基層增加對慢性病人的照護，為免資源未用於此目的，故建議還是有個目標值比較好
- (3) **健保局代表**：「醫療給付改善方案」專款項下，列有「3.定期檢討論各方案之執行成效，並建立未達目標之懲罰機制」等文字，但目前在醫療給付改善方案，均是針對「好的」給予鼓勵，至於是否要對「不好的」給予「懲罰」，建議文字修正為「建立未達目標之處理及退場機制」

4. 確認牙醫總額協商結論：

(通過，無討論)

5. 確認醫院總額協商結論：

- (1) **主任委員**：共識是，專款總金額為10005.5百萬元，如此，99年度一般服務加專款的預算，較98年協定額度，剛好成長3.5%。請問健保局是否已有腹案可供委員討論。
- (2) **健保局**：昨日協商通過將「醫療給付改善方案」預算由原提之8.462億元刪減成5.873億元，新增方案也由預定之7項改為2項，本項其實是衛生署政策，未來將因沒有經費而無法落實。

專款項目除醫療給付改善方案有提新增方案外，其餘各項皆是進行中的計畫，要再減8.6多億元，難度很高，二個方案，供參考：

第一案：將8.6多億元，於下列三項專款項目各減2.875億元，即：「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」預算額度調為25.942億元、「罕見疾病、血友病藥費」調為44.945億元、「提升住院護理照護品質」調為5.455億元；惟為避免因預算不足，致影響重症患者就醫權益，需有配套措施，即於其他預算項下「支應罕病及血友病藥費、器官移植專款不足之預算」，再增加3億元、「其他預期政策改變所需經費」也加3億元。

第二案：專款所列「慢性B型及C型肝炎治療計畫」預算全數刪除，移至一般服務項下，所需經費由今年度實施之藥價調整節餘款支應。

- (3) **產業總公會代表**：支持第二項方案。因為「慢性B型及C型肝炎治療計畫」主要是給付治療用藥，今年度調整之藥價調查節餘款約100多億元，應可由此彌補其不足，對病患就醫權益的影響也比較小。
- (4) **護理師公會代表**：預算之刪減應以對病患就醫權益的影響較小為考量，第一案會刪減到「提升住院護理照護品質」計畫2.875億元，長久以來醫院護理人力不足，直接影響病患安全及照護品質，此計畫是為改善護理人力之不足，若刪減預算，將影響對廣大民眾的照顧
- (5) **醫學中心代表**：支持健保局所提第一案，若發生專款額度不足，則由其他預

算項下支應。希望不要再減一般服務預算額度，醫院部門代表也反對將「慢性B型及C型肝炎治療計畫」移到一般服務項下

- (6) **區域醫院代表**：從昨天開始，付費者委員就一直刪減預算，好像非常有成就

感，但實質上，未來吃虧的一定是病人，尤其會造成偏遠地區的醫院更無法經營下去。

- (7) **地區醫院代表**：對不起，昨日有事無法參加協商會議。請費協會說明，行政院經建會核定的大總額上限成長率3.5%，金額是多少？現在費協會協商結果，離上限尚有多少空間？

- (8) **消基會代表**：協商本身要按照大家已經決議的原則，不能又回頭去檢討推翻原有的決定，等於是重新再協商，程序會亂掉。並不需要去檢視其他的總額部門成長率是多少，或討論若有剩餘空間，醫院總額的成長率可否再拉高



- (9) **費協會執祕**：協商結果，到目前為止，已用掉4,939.3億元，離行政院核定之上限金額僅剩8.7億元的空間。

- (10) **產業總工會代表**：付費者委員要表達一下心聲，從昨日談到今日，並非很有成就感，其實相當煎熬。民眾很感激醫院對照顧全民身心健康的投入，但整體經濟狀況不好。付費者委員沒辦法將牙醫、中醫門診、西醫基層之

協商剩餘款，全部給醫院，這對他們不公平，無法交代。付費者委員已盡最大誠意，同意醫院總額今年可達到經建會所核定3.5%的成長率

- (11) **全國勞工聯盟總會代表**：我是勞工代表，雖然不懂醫療，但仍很有良心的站在醫界立場，替大家著想。昨晚還特別打電話，請中醫代表回來再談，就是希望能將所有的醫療服務預算談妥，明年可以好好營運，造福所有民眾。在此請醫界代表能尊重勞工代表，尤其籲請協商代表委員，務必親自

出席，不要重要時刻不出席，讓幕僚代表，今天又在那邊反對。

- (12) **醫學中心代表**：我沒反對昨天協商結論，而是支持健保局所提第一案。忙的話，還是會請代理人出席，這一切皆符合費協會會議規範

- (13) **消基會代表**：既然醫院部門那麼擔心將「慢性B型及C型肝炎治療計畫」移到一般服務項下，那建議還是維持放在專款項目，「慢性B型及C型肝炎治療計畫」14.84億元，減掉8.62億元後，剩下預算6.22億元，並加註文字：「不足數，由當年度的藥價節餘款優先支應」。這方式至少可以解決問題，而且又不必挪動其他專款項目的額度

- (14) **健保局**：同意，但建議文字修正為：「不足部分，由一般服務之藥價節餘款支應」。事實上，藥價節餘款都滾入一般服務部門。

- (15) **醫學中心代表**：本人是理性來協商，真的很不希望為了某些事情，大家吵成這樣。建議文字上還是寫「由藥價節餘款支應」，不要寫什麼「一般服務」等字眼，好像仍要減到一般服務的預算，這會讓醫院代表心裏覺得不舒服。
- (16) **消基會代表**：並未限制由那裡的藥價節餘款支應，包括一般服務，比健保局所言文字更廣，而是一般服務或其他地方的藥價節餘款都可以。支用問題，應由健保局處理，文字上不用特別考慮。
- (17) **產業總公會代表**：我們這種處理方式，用藥價節餘款去補不足，到最後錢仍是回到醫院，換算醫院實質成長率，說不定都有3.6%、3.7%。

6. 確認其他預算協商結論

(通過，無異議)

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152次會議議事錄。

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

<http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/99%e7%b8%bd%e9%a1%8d%e5%8d%94%e5%95%86%e6%9a%a8152%e6%ac%a1%e5%a7%94%e5%93%a1%e6%9c%83%e8%ad%b0%e8%ad%b0%e4%ba%8b%e9%8c%84.pdf>