

「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」103年第3次

會議紀錄

時間：103年8月21日下午2時

地點：中央健康保險署18樓會議室(臺北市信義路3段140號18樓)

主席：蔡副署長魯

紀錄：李健誠

出席代表：

王代表正坤	王正坤	陳代表威仁	蘇美惠 ^代
王代表錦基	戴昌隆 ^代	陳代表炳榮	陳炳榮
古代表博仁	古博仁	陳代表晟康	(請假)
何代表活發	(請假)	陳代表雪芬	陳瑞瑛 ^代
余代表忠仁	(請假)	陳代表夢熊	夏保介 ^代
吳代表國治	吳國治	陳代表聰波	(請假)
吳代表進興	呂振富 ^代	彭代表瑞鵬	彭瑞鵬
李代表昭仁	鄭英傑 ^代	黃代表永輝	黃永輝
李代表紹誠	李紹誠	黃代表啟嘉	黃啟嘉
周代表慶明	周慶明	楊代表芸蘋	楊芸蘋
林代表正泰	(請假)	羅代表世績	羅世績
林代表阿明	林阿明	潘代表仁修	潘仁修
林代表昭吟	林昭吟	蔣代表世中	蔣世中
林代表義龍	林義龍	蔡代表明忠	蔡明忠
徐代表超群	徐超群	蔡代表登順	蔡登順
張代表志傑	張志傑	鄭代表悅承	(請假)
張代表孟源	張孟源	盧代表榮福	盧榮福
張代表金石	陳相國 ^代	賴代表明隆	賴明隆
張代表嘉訓	張嘉訓	謝代表武吉	謝武吉
梁代表淑政	梁淑政	藍代表毅生	藍毅生
莊代表維周	莊維周	嚴代表孟祿	(請假)
連代表哲震	連哲震	蘇代表清泉	蘇清泉
陳代表宗獻	陳宗獻		

(依代表姓氏筆劃排序)

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司

衛生福利部全民健康保險會

中華民國醫師公會全國聯合會

台灣醫院協會

中華民國藥師公會全聯會

物理治療師公會全聯會

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

本署醫審及藥材組

本署資訊組

本署企劃組

本署醫務管理組

葉青宜

方瓊惠、邱臻麗

吳春樺、陳哲維、陳宏毅

程嘉蓮、劉俊宏

何宛青、吳心華、王楨強

王韻婷

李建志

賴香蓮、范貴惠

陳祝美

李菁萍

龔川榮

陳惠玲

李名玉

王本仁

姜義國

詹孟樵

張溫溫、劉林義、甯素珠、

楊秀文、洪于淇、劉立麗、

歐舒欣、張桂津、李月珍、

鄭正義、邵子川

一、主席致詞：(略)

二、確認「103年第2次會議」會議紀錄。

決 定：確認。

三、報告事項：

(一)案 由：本會103年第2次會議結論事項辦理情形。

決 定：洽悉。

(二)案 由：西醫基層總額執行概況報告。(全聯會)

決 定：洽悉。

(三)案 由：西醫基層總額執行概況報告。(健保署)

決 定：洽悉。

(四)案 由：西醫基層總額103年第1季點值結算結果報告案。

決 定：西醫基層總額103年第1季點值確認(如附表)，將依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.8083	0.8766	0.8488	0.8731	0.9044	0.9860	0.8592
平均點值	0.8740	0.9143	0.8964	0.9136	0.9333	0.9810	0.9018

(五)案 由：102年西醫基層總額品質保證保留款核發結果報告。

決 定：洽悉。

四、與會人員發言摘要，如附件。

五、散會：下午3點45分。

本會 103 年第 3 次會議與會人員發言摘要

報告案第二、三案「西醫基層總額執行概況報告-(中華民國醫師公會全國聯合會、中央健康保險署)」與會人員發言摘要

蔣代表世中

針對點值的問題，於100年12月9日的全民健保費用協定委員會中有提到風險基金的概念，當時是因為100年第1季受H₁N₁的影響，造成點值下降至0.9以下，加上醫療費用較去年同期高達10%以上的成長，所以才訂立此風險基金的條件，其條件有二：

- 1.總額部門點值低於0.9。
- 2.當季點值與去年同期比較降幅達5%以上。

從近幾季來看，西醫基層總額的點值降幅都在4.5~4.7%左右，還未能達成風險基金使用的5%門檻，所以我要提出幾點說明：

- 1.平均點值無法真正反映實際醫療服務情形，其中多是受藥費影響。
- 2.浮動點值事實上都已經超過5%以上的降幅。
- 3.綜上，西醫基層提供的服務量確實有在增加，但是每年總額費用的成長率真的太低，而風險基金都無法使用，使得現在西醫基層點值低落至將近0.8的水準，因此，建議未來是否在健保會提案將風險基金的使用條件以浮動點值來修改，可再考量，而且近幾年總額成長率僅1~2%，與事實上的醫療提供不成比例，以上報告。

蔡代表登順

醫界常說點值不好，但從現有資料來看是可以作很多分析的，也希望醫界與消費者共同來面對這些問題，以健保署報告投影片第7到10張來看，103年6月醫師數的成長較去年同期增加355位，成長率為2.47%，而診所一年則是增加118家，成長率1.18%，但是投保人口的成長僅有0.46%，相對來說差距約為5倍，若要滿足醫界的醫療費用，付費能力無法等同成長，這是需要大家共同來面對及承擔，不能一直要求付費方配合醫界醫療服務提供的成長，這非常困難，除非國家有很大的

經濟能力來支應，不然僅靠消費者，點值成長是有困難度的。當然這不是只有西醫基層部門才有的問題，四大部門都面臨相同的挑戰，例如牙醫醫師數一年也增加300多位，也遭遇相同的困境。因此，過去也談過，醫界是沒有退場機制的，不管醫師年齡幾歲，只要身體健康就可以從事醫療工作，這屬於憲法賦予人民的工作權，若從反向思考，我們無法有效讓醫療費用成長合理化，整個總額也無法依醫師數成長比例等同成長，這也是造成點值低落的原因之一，其他像是人口老化、服務成本指數改變率(每年非協商因素均有成長率)，亦會增加醫療費用，但絕對無法彌補5倍成長的差距，所以總額協商要達到醫界的滿足點，是遙不可及的。

蘇代表清泉

謝謝蔡委員的指正，有些說明需要向各位報告，醫師近十年來，包含診所及醫院的醫師，薪資是完全沒增加，而且有愈來愈少的趨勢，所以總額費用的成長，如同蔡委員所說是增加在人口老化、癌症病人增加、新醫療科技、新藥物等，光是心臟外科放置一支胸主動脈支架一支54萬點，腹主動脈支架一支46萬點，所以新醫療科技對於費用的衝擊是非常驚人的！而其他如放射、檢驗、藥事、護理等等人員，要求薪水愈來愈高，護理師要求的薪水一年就要65到70萬元，藥師最近也要求起薪80萬元，光是這些費用都已花盡，最新的檢驗師也來要求檢驗處方箋要釋出，各個醫事團體都在為自身的利益爭取，所以要說費用成長都是醫師領取，這是不對的。所以最後還是回歸到各式醫事人員的人事費用上。

接著，我要說一個案例，早上接了一個陳情案，自來水公司的員工要打Lucentis，結果高雄榮總要求其自費，病患也試著去申請醫療費用，但最後被退回，所以現在就來找我要申覆，為什麼會提這個案例？只是要表示費用持續不成長，最後受害的還是病患，基層也發函給各院所若要使用此藥物，一定要嚴格遵守，所以我建議應該比較經濟

成長率，讓總額有些許的成長，最後受益者還是全國一般民眾以及醫療從業人員的薪資，經建會核定的成長率就是1~4%，但最後協商成長率都只有1~2%，造成醫界快支撐不住，在美國完全是不同的情形，他們都鼓勵新醫療科技多加使用，讓大家生活過得好，薪水都很高，相對我們一直省，這會是好事嗎？也可以請健保署去查醫師的薪水，從國稅局去查，或是從立法院來調，都是可行的方法，以上請各位付費者代表能夠幫忙，謝謝。

陳代表宗獻

在總額協商的過程中，從來沒有討論過供給面，當然也沒有從醫師增加的角度與診所增加的比例來談論總額費用，醫界都是從需求面來提出訴求，也就是提供多少的醫療費用，其中有新醫療服務、提升品質面、新增加品項等等作討論，但是臺灣現行的健保相當奇怪，是個非常慷慨的健保，醫療服務提供者提供全年無休的服務，時間、部分負擔都沒有代價，部分負擔維持在那麼低的水準，造成急診室擠爆現象，勞工就只能躺在走道，所以我要提出的是「需求彈性」，依照現況來看，重大傷病與罕見疾病就耗費相當大比例的醫療費用，像是重大傷病30%，完全沒有部分負擔，也沒有人討論解決之道，所以醫療費用成長不斷的限縮，是影響醫師薪水嗎？其實不是，是會影響病人權益的，醫界和健保署與民眾間是合作夥伴的關係，我剛剛參加共同給付會議，90多頁的會議議程都是在討論新藥，裡面只有2、3項沒有通過，其中有個治療攝護腺癌的藥物，推估費用要5億元，但預期只能增加病人4.5個月的生命，而健保也是支付，所以錢並非醫師領走，而是健保總額的分配，需要大家理性的去思考。

蔡代表登順

今天是不談總額協商的，只是點出問題點，從剛剛的言論來看，醫界捍衛醫師的權益是天經地義的，只不過變成醫界提供的服務，要消費者全部買單，若從資料第12張投影片來看，西醫基層第1季提供的服

務平均每件點數門診成長1.4%、住診成長0.5%，門住診則是1.5%，但醫師數的成長率為2.47%，所以醫師的成長率是比需求成長還要高的，就無法滿足醫界的需求，過去可能一個月能賺50萬，現在就不行了，所以點值無法達預期，這部分需要大家共同來面對承擔。

陳代表宗獻

醫師成長率是教育部管轄的，全聯會無法可管，但是醫師成長率並非總額談判的因素。

楊代表芸蘋

就陳述事實來看，我們都認同蘇代表與陳代表的講法，也知道醫界都會為病患及一般民眾著想，享受最多醫療照護的也是勞工，所以我們也不願意一直壓低預算，該給的預算一定會給，但可能也無法達到各位的期望，從去年協商的經驗來看，我一直懷疑總額的支付制度到底對不對？這是值得深慮的問題，因為這筆預算也非付費者或醫師拿走，但費用為何一直成長，我認為是政治問題，而是否制度面也有問題？我認為總額協商後應該研究一下此問題，不過我們是相當支持西醫基層團體的。

黃代表啟嘉

事實上臺灣健保屬於公醫制度，在國外公醫制度對於供給面都有在控制，只有臺灣健保是沒有供給面的控制，醫師數增加就等同醫療服務密集度的增加，供給面的問題消費者不買單是可以理解的，但供給面的增加對消費者是有好處的，因為隨著供給增加，民眾的滿足度會比例上升，因為每個人都會有醫療需求，醫生變多也就是方便性增加，消費者就享受到相關利益，除非在醫療利用率上，政府要有比較宏觀的制度就醫療利用面來控管，也就是今天健保要提供什麼樣的服務，例如今天收費是陽春麵的價錢，是不是給陽春麵的服務就好，還是應消費者或民粹的要求，要給予牛肉麵？結果給了牛肉麵只拿回陽春麵

的錢，醫界點值絕對不夠。所以兩個團體在對等談判時，需要多少就給多少，醫界是很樂意承擔民眾健康福祉的需求，重點是能夠就需要和資源作一個平等的協商。

王代表正坤

從醫務管理角度來看，民眾會關心三個面向：

- 1.醫療可近性：民眾會關心住家附近有沒有診所或醫院，醫師提供的服務時間是不是24小時愈多愈好，可近性愈好，醫療支出就愈多。
- 2.醫療品質：民眾會希望得到最好品質的照護，醫療品質要作好，就需要花許多心力去執行衛生教育、費用或是比較昂貴的檢查、治療，醫療品質上升，代表費用也會增加。
- 3.醫療費用：消費者最關心的「費用」，則是最不希望增加的。

所以以上三點是互相拉扯，如同陳宗獻代表講得很好，臺灣的健保是最慷慨的健保，只要民眾有孤兒藥不能給付、可近性不好等情況，向政治人物陳情，就可以得到給付或是醫師不間斷的服務，但這些都需要費用上等比例的支出。另外隨著人口老化、急重症疾病增加，費用一定比年輕人口要上升，而醫師人數增加2%，用較宏觀的角度來看，全國教育部招收醫學生是採總量管制的，但為什麼基層診所會增加？因為在臺灣開診所是醫師的最後歸宿，醫院名醫或要退休的醫師，只要身體還健康、頭腦還清楚，就會出來開業，所以這也是醫院和診所端兩部門在移動的，若要看服務量有沒有作轉移，還是要看實際的數據。

蔣代表世中

先肯定蔡委員和楊委員這幾年在西醫基層總額談判上有很大的貢獻，今天談到醫師數的上升，代表密集度和可近性的增加，對於民眾也是品質的增加和改善，我認為總額談判應該採量出為入的方式，若費用都只有1%成長，但服務量都有2.5%以上的成長，而GDP都有3%以上的成長，如果持續這種情形，未來將要以量入為出的方式來限縮，

雖然這對於民眾會有不便，但也是不得不要採取的方式，希望今年總額談判能給予更多的成長。

謝代表武吉

我到現在仍無法了解臺灣健保到底是「保險」還是「福利」？因為健保什麼都包，什麼都給付，在健保開辦前，我就提過「健保制度是計畫經濟下社會主義的共產制度」，而大陸的醫療制度是屬於「共產制度的經濟制度」，這是讓人非常想不通的事情，剛剛楊委員也提出，總額制度是需要檢討的，需要改進的地方太多了，今天所講的醫師數增加，也並非醫界強迫增加的，因此仍需要持續改善；第二點，我們有教育民眾嗎？宣導就醫的正確知識，一張健保IC卡就可以到處就醫，所以我們沒有教育民眾就醫習慣的改變，健保會委員也應該考量這個部分，要去落實健保法第34條的分級醫療轉診制度，將於明(8/22)日健保會上談論；第三點，103年第2季的預估點值為0.8969，健保會曾提過要有檢討改善的方案，如果點值超過5%或10%以上的降幅，就一定要補救，但我看健保會都沒在執行；第四點，醫師有沒有被尊重？這是最重要的一點，為什麼現在要有補救方案來保護醫師和醫護人員？現在的醫師和以前比較相差太大了，現在的醫師所賺的錢都不是自己拿去，而是需要去支助另外一群人或是在照護人民的生命財產安全，我希望我們都能互相了解、體會和愛護，並非是死要錢的一群人。

李代表紹誠

臺灣的健保品質是世界公認第二好的，但是收入面卻是倒數第二低，這樣是違反經濟原則理論的，也沒有人出來說明這是什麼原因，連諾貝爾得主也誇讚臺灣健保，並指出醫療支出面是可以再提高的，但等到總額談判時好像就完全是另一回事，未來是否可安排相關的專家來解釋，不然醫界背後已經有另外一群聲音，即將瀕臨沸騰點，尤其臺北分區的點值那麼低，不知道臺北地區能否繼續讓基層的醫師不吭聲

，一些年輕的醫師都對檯面上的醫界代表相當感冒，覺得醫界都沒在爭取，但每年我們都有提出討論，卻沒有可以真正解決問題的方法。

林代表昭吟

從醫師公會的報告中，精神科在103年4到6月成長很快，這是否是特殊的事件引起，或是這已經是長期趨勢，造成第2季有些區已經有20%左右的成長，過去幾季大多在10%左右的成長，是否在後續的會議中能持續監測這些數據，再來作討論。第二個問題是，安全針具的執行比率0.28%似乎非常的低，原因為何，是否日後在分配預算時要再作調整。

王代表正坤

精神科的費用成長從資料上來看是個趨勢成長，因為精神科的費用成長已經持續成長了三年，所以現在精神科分科總額相較三年前應該是有2到3倍的成長，所以在這種情況下應該去想點對策來研究是在哪方面的醫療利用增加太多，另外情形就是北部有在開設連鎖精神科診所的集團，去邀請醫院的精神科醫師離職開設診所，所有的管理和投資由財團負責，醫師只要負責看診即可，所以也會造成精神科費用增加，以上報告。

林代表昭吟

精神科的成長率已經監測許久，目前的數據是比較特別，可以繼續作觀察。從剛剛醫療費用的分析來看，骨科和復健科有成長，而婦產科幾乎是零成長，甚至於負成長，相較下精神科成長相當快速。剛剛有提到教導民眾如何去使用醫療資源等等，建議健保署可以利用媒體來報導醫療利用執行的情況，可以讓民眾更了解自己繳了許多保費，到底用在什麼地方，也許民眾了解後會更願意去支付更多費用。

張代表嘉訓

第一個，基層醫師和診所成長數遠遠高於醫療花費成長數，這是不是

表示醫界創造了很多醫療需求？所以點值就無法提升，如果是這樣的邏輯對醫界是非常不公平的，因為醫界是無法控制醫師和診所的成長數，這是全國醫療人力或教育面的規劃，除非有機制來控制醫師執業和診所開張，但這是不可能的！我認為這兩者之間是沒有太大的關係，因為基層醫師和診所數的成長，個體獲得的收入是下降的。第二個，總額資源分配是否合理？從資料上來看，臺北區核減率第一名，但點值卻是最底的，難道是臺北區控管不好嗎？所以總額R、S值的公式分配，當初設計時到底有無問題？臺北區的資源就是有限，再怎麼管控都沒有用，這季浮動點值已經到0.8，世界上沒有一種行業是付出1元，只拿8毛回來，拿我婦產科診所為例，一個月6、700個病人，租金8到9萬，人事費用5萬，水電一個月約20到22萬，還有聘請兩位護士，每個月診所向健保申請25到27萬，所以收入大約是多少？所以醫界沒有想像中那麼好，以婦產科來看的話真的是不好，臺灣醫療品質那麼好，事實上是犧牲很多醫界的權益；最後回應安全針具的問題，這幾年都編列390萬元，執行率只有0.28%，原因出在安全針具的使用上仍有問題，並非實際上那麼地好用，對於醫護人員也非那麼安全，加上法律是規定105年才開始全面提供，所以我認為大家使用的意願還不高，在經費的編列上則可以再作討論。

藍代表毅生

中區實施科管理，從全聯會簡報第19張開始，精神科、骨科、內科、外科等資料，有個疑問是註3.提到本表所稱科別係指「就醫科別」，但是在中區的虛擬科別管理，以我外科醫師為例，感冒內科我也是申報03，也就是寫入外科別，同理其他科如家醫科在處理外科時，也是寫入02家醫科，這樣的情形會不會使得中區與其他分區來比較，在診察費部分會相對較高，所以不管是外科、眼科等等，在每件的診療費上，相對中區都是提高的，可是再從整體表現來看，中區在藥費等成長都是排名5到6名，就只有單科診療費上變得非常的高，所以我要提

出是否是因為中區實施虛擬科管理，把真正的科別係數來表現，但在其他分區，則是不同的作法，這樣在數據上的比較是否就有差距，以上報告。

黃代表啟嘉

剛剛提到復健科、骨科等等的成長，是可以提出新的問題，就是過去沒有的醫療需求出現，以我轄區精神科成長速度很快來講，經過討論後了解是，精神科就是個老人病，也就是壽命增加後產生了新的疾病，所以今天精神科在衛福部的體制內，是編列在口腔及心理衛生司之中，而非在醫事司之下，可見心理衛生的問題是過去沒有涵蓋的，而精神科成長快速下，是否應該給予一筆費用讓醫界來提供這樣的服務，因為這是人口老化造成的，而復健科和骨科也會有相同情形，都是老年人利用率愈來愈高，而少子化下婦產科和小兒科則逐漸減少，這都是社會變遷下造成的，但少子化下降的費用是無法補足老年人口醫療費用的成長，而這到底會增加到什麼程度，社會和健保署都沒有給予一個標準，也就是給予多少的資源，醫界就給予對等的服務。

陳代表宗獻

中區是採科管理方式進行，所以每季都會檢討科別超支多少，例如規定點值要達到0.92，那這個科別要負擔多少？精神科過去的資料，人數成長約18%，其中診所成長16%，在這種情形下，精神科的科管理就會針對較昂貴的藥物，請新開業的診所一個月只能使用7顆，申報在70到80萬的診所，曾經有一季每家診所要貼補20點，就是用如此方式在縮減申報。

蔡代表登順

今天會提出醫師數成長這個議題，是希望大家共同來承擔，若醫界供給的成長，付費者的付費能力和國家的經濟跟著成長，當然樂觀其成，但現在的結果並非如此，醫師數成長如此快速，我們擔心總額無法

滿足醫師數成長的時候，就變成資源分配的問題，所以我是善意的提醒，這種情形在未來是會發生，畢竟臺灣人口未必會跟著成長，到時該如何處理？是需要大家共同來思考。當然可近性和品質上升，對民眾當然是好事，但是醫師數多了，為了維持一定的收入水平，會不會有衝量問題？製造醫療需求的假象，或許就有少數醫生會作這種事情，因此目前的機制醫界覺得不公平，但我還是希望能把問題拋出來，希望大家不要有惡意解讀。

謝代表武吉

剛剛張理事長估計診所營運的費用說明，可能有一些錯誤，因為沒有將折舊和應提撥的稅金算入，所以診所一個月的營運是沒有賺的，補充說明是怕有人故意曲折扭曲醫界的經營，就糟糕了。而安全針具的問題，我是來自醫院層級，也是常務評鑑委員，包括醫院部門要購買安全針具，其購買價格均高於健保支付價格6到7倍，建議林代表可以向公平交易委員會指正，這是有壟斷的行為，甚至有時候連出貨都不出貨，所以這一點要幫我們醫界請命，以達成目標和理想；最後，我想針對人事增加的部分，我認為醫界也是要有休息的時間，建議全國醫師納入勞基法，大家上班時間都是40小時，而且現在勞檢所也都有到診所作檢查，去稽查上班時數，102年12月31日有記者來訪問我，我就有提過若是費用不足，醫界就應該適度休息，讓自己的生活品質提升，謝謝。

主席

若沒有其他代表有不同見解的話，報告事項第2及3案就先討論到這，進行下一案。

報告案第四案「西醫基層總額 103 年第 1 季點值結算結果報告案」與會人員發言摘要

謝代表武吉

健保會有通過總額部門點值變化幅度超過5%，就必須採取相關的分析及檢討措施，目前西醫基層總額北區和中區的平均點值已經到0.87和0.89，這該如何處理應該提案到健保會，另外全區平均點值降幅已經超過5%，這也是應該檢討改善的。

主席

好，如果沒有其他提問的話，103年第1季點值結算確認，並依據健保法第62條規定辦理公布及結算事宜。

張專委溫溫

依照品質確保方案，西醫基層是正負10%，跟醫院部門不同，並且是以整體點值來看。

謝代表武吉

提案人是我，所以我很清楚，請健保署回去看健保會的結論，並提出該如何檢討改善。

張專委溫溫

好，下一次我們會就西醫基層的部分，會去分析這幾年來醫師、科別、收入等等，或是疾病類型變動，為什麼會造成點值下滑的原因分析，並在完成分析後進行報告，請大家集思廣益問題出在何處，可以共同作檢討，以上說明。

陳代表宗獻

謝代表所提應該是費協會第178次決議的「非預期風險」提撥基金，內容為不可預期因素造成總額於該季全區平均點值在0.9以下，並且跟去年同期比較相差5%以上，即可提出檢討，而且其他部門是有編

列預算20億元，這個部分委員會都可以注意並再作相關處理。

主席

好，有關健保會的決議健保署會予以尊重跟執行，另外張專委已經報告在下一次11月份的會議，西醫基層費用會去作分析，包括近年來科別的移動相關變化，大家一起來看看有哪些因素是可以作管理的，我們會試著再去分析。針對第四案報告，如果沒有其他的問題，就依據健保法第62條規定辦理公布及結算事宜。

**報告案第五案「102年西醫基層總額品質保證保留款核發結果報告」
與會人員發言摘要**

主席

如果沒有意見，就確定核發本保證保留款，並依照說明六規定，有核定不核發品保款之院所，若提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發者，將依程序辦理補付作業。

沒有臨時動議的話，本會議就結束，謝謝大家。(103年8月21日15時45分)