

檔 號：

保存年限：

# 中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市安和路一段29號9樓  
承辦人：黃幼薰  
電話：(02)2752-7286#150  
傳真：(02)2771-8392  
電子信箱：bella@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會

發文日期：中華民國99年9月15日

發文字號：全醫聯字第0990002051號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：如主旨

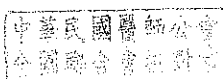
主旨：檢送100年西醫基層健保總額醫療費用協商成果報告乙份（如附件），請 查照。

說明：

- 一、100年度全民健保醫療給付費總額協商，業經衛生署全民健保醫療費用協定委員會於99年9月10-11日，假中華民國農訓協會天母會議中心舉行。本會由李理事長明濱率領基層總額各分區委員會代表出席。
- 二、協商結果西醫基層突破100年非協商因素僅有0.455%（其中「醫療服務成本指數改變率」竟為-0.767%）之限制，基層總額較99年成長1.679%（約增加14億），整體醫療費用約928億。
- 三、為利 貴會及醫師會員，了解本次協商過程及結果，檢送旨揭報告乙份；為響應節能減碳，旨揭報告全文（含附件）均刊登本會網站，敬請上網卓參。

正本：各縣市醫師公會

副本：基層總額支付各分區委員會



理事長 **李明濱**

第1頁 共1頁  
99. 9. 17 816

上網公告  
鄭華吟  
PP. 9. 17

## 100 年西醫基層健保總額醫療費用協商成果報告

基層總額較 99 年成長 1.679% (約增加 14 億元)，整體醫療費用約 928 億

100 年度全民健保醫療給付費用總額協商，業經衛生署全民健保醫療費用協定委員會於 99 年 9 月 10-11 日，假中華民國農訓協會天母會議中心舉行。本會由李理事長明濱率領基層總額各分區委員會代表出席，由西醫基層總額執行委員會蔣執行長世中代表報告。歷經 9 月 10 日本會與費協會委員就「慢性病照護之增進」項目預算無法達成共識，第一度協商破裂，本會復於 9 月 11 日提出修正草案，經與費協會委員幾番折衝討論後，協商結果西醫基層突破 100 年非協商因素僅有 0.455% (其中「醫療服務成本指數改變率」竟為 -0.767%) 之限制，基層總額較 99 年成長 1.679% (約增加 14 億元)，整體醫療費用約 928 億。

本會自 99 年 3 月起規劃、試算 100 年西醫基層成長率，召開會議研議

本次協商，由於非協商因素成長率長期失真低估，西醫基層非協商因素「醫療服務成本指數改變率」不但為各部門最低，且呈現負成長(-0.767%)，較醫院-0.353%、牙醫 0.865%、中醫 0.973%，高低相差高達 +1.740%，完全不符西醫基層實際醫療成本，協商困境實為歷年之最。本會自 99 年 3 月間即著手規劃、試算 100 年西醫基層成長率，召開基層總額執委會、專案小組會議，並於費協會協商會議召開前一周，密集召集協商代表，就協商會議可能出現之各種情形，進行沙盤推演，期協商順利，爭取合理之成長率。

茲就 9 月 10-11 日本會就「非協商因素」低估之說明，與費協會委員最爭議之本會建議及訴求，彙整如下，俾利會員了解 100 年西醫基層總額成長率之爭取與討論過程，有助於未來凝聚基層共識，推動費協會協定相關專案之執行。

### 一、「非協商因素」成長率 0.455%：

#### (一)「醫療服務成本指數改變率」-0.767%：

過去 3 年來，本會屢次向衛生署反映，有關人事費用薪

資採用主計處統計之「工業及服務業薪資指數」，而非採用「醫療保健服務業薪資指數」計算，係低估基層人事成本。根據過去 8 年(91~98 年)行政院主計處公布顯示，平均薪資人事費用成本「醫療服務成本指數改變率」高於「工業與服務業薪資指數」30%以上。

與各部門相較，西醫基層「人事費用」權重高達 52.25%(為各部門之冠)，導致近 5 年來(96~100 年)西醫基層「醫療服務成本指數」首次出現負成長(-0.767%)；完全不符合西醫基層聘用專業醫事人員人事費用成本。若採「醫療保健服務業薪資指數」計算，實際值應為 1.212%，兩者相差達 1.979%。事實上，即便人事費用不採實際值 1.212%正成長率，亦不應採用偏離事實的低估值-0.767%負成長率計算。易言之，100 年西醫基層總額成長率，在協商因素項目未談之前，基本上是「從負成長 0.767%(-0.767%)」開始談起。

此外，醫療服務成本採「躉售物價指數(WPI)-藥品類」計算「藥品費用」，其「調查品項」及「計算權重」完全不符合健保實際藥費成本結構，例如：WPI 調查之進口藥占 55.8%，但健保藥品中原廠藥占 61%以上；WPI 調查之癌症用藥僅占 0.11%，但健保癌症用藥占健保藥費 11%以上。在過去幾年造成基層「藥品費用」成本曾經呈現-0.07%至-6.94%不等之負成長，完全不符合西醫基層藥品費用成長。

## (二)人口結構改變率 0.886%：

- 1.100 年西醫基層「人口結構改變率」為 0.886%，計算基礎長期失真，未納入「不同年齡層每人費用變動權重」，無法真實反映老年人口醫療費用成長貢獻度。
- 2.衛生署曾於費協會第 161 次會議表示「...人口結構改變率在每年計算時，基期已採最新的每人年點數，而非採固定基期的方式，相較於委員所提希望納入每一年齡層的費用變化，已是折衷處理。」易言之，係採低估折衷處理方式；若採「不同年齡層每人費用變動權重」加權計算，99 年本項成長率短差達+0.161%成長率；加上由於「人口結構成長率」預估當年度年齡

組別點數成長率指標落後二年，造成當年度實際成長率長期失真，影響非協商人口改變率成長率預估的正確性。

3.本會建議應比照「投保人口年增率」回補方式予以校正，但未能獲得衛生署與委員們的同意。

## 二、「協商因素」編列 0.742%成長率：

### (一)「新醫療科技」：

1.協商前健保局與費協會幕僚表示，基於下列因素，100 年完全未編列「新醫療科技(包括：藥品、特材及新增項目等)」之成長率：

(1) 分析健保醫療費用資料，98 年第 6 次調降藥價影響西醫基層總額，自 98 年 10 月至 99 年 3 月，平均每月藥費成長已降至-6.0%，99 年第 1 季及第 2 季藥費成長率為-8.1%、-2.9%，健保局預估 98 年成長率約為-5.2%，100 年成長率約為 0.5%。

(2) 參考 96-98 年西醫基層藥費成長情形，3 年平均成長率為 1.05%，相較基層總額成長率，低了許多。

(3) 歷年協商預算數均高於實質申報點數，爰建議 100 年不增加成長率。

### 2.協商時本會說明：

(1) 健保總額含括診察費、診療費、藥費與其他項目等，基於總額精神，健保局與衛生署為平衡其他服務支付項目，已作了六次調降藥費，以維預算中平。

(2) 近三年(96-98 年)西醫基層整體藥費成長率(1.05%)低於基層總額成長率很多。雖然 99 年第 2 季整體藥費呈現負成長率(-2.9%)，整體醫療費用理應下降，但因第 2 季期間流行「B 型流感」，使得相關醫療費用反而增加 12-15%，易言之，整體醫療費用不但未因藥費負成長率，反而上升 3.82%，且高出 99 年度總額成長率 2.28%甚多，造成部分偏遠地區諸如南投、苗栗、屏東、澎湖外島等地區點值大幅下降至低於 0.9，造成當地基層醫師，提供相同醫療服

務，成本相對提高情況下，影響民眾就醫權益。

- (3) 分析歷年新藥新科技納入給付後之費用影響，多於第 2 年以後呈現 5-30 倍的費用成長，而非如費協會幕僚所言，因歷年協商預算數均高於實際申報數，爰建議 100 年不增加成長率。
- (4) 為保障被保險人用藥權益，凡有預期新增新藥新科技之給付，即應適度編列本項成長率。建議比照歷年適度編列「協商因素--支付項目的改變--新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目等)」成長率，參考單位藥費成長以 4.0% 計，其佔西醫基層費用約 26.88%，且新藥成長占整體藥費成長約 65%，換算建議編列 100 年基層總額「新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目等)」成長率 0.70%。

### 3. 協商結果

經本會前揭說明，並強調在低估新藥成長率與且新藥替代率仍無公認之正確計算方式前，為保障被保險人用藥權益，維護民眾健康，費協會委員由原傾向不予編列成長率，後同意編列成長率 0.113% (約 1 億)，作為 100 年西醫基層新醫療科技預算。

(二)「因就醫可近性提升，對就醫人數及費用成長之影響(含慢性病照護之增進)」：

1. 協商前健保局與費協會幕僚表示，考量下列因素，100 年完全未編列「因就醫可近性提升，對就醫人數及費用成長之影響(含慢性病照護之增進)」：

- (1) 有關慢性病照護密集度，已於非協商因素之人口成長率、人口結構改變率及新醫療科技項目多有所反映。
- (2) 自 94-99 年，已於一般服務預算中編列 47.65 億預算 (94-98 編列 43.21 億)，並滾入基期。
- (3) 98 年慢性病(含慢箋)案件數及點數已趨緩，與一般服務成長情形相近，此外，受第 6 次藥價調整影響，99 年第 1 季及第 2 季點數均呈負成長(-1.7%及-2.8%)，不建議增加成長率。

## 2. 協商時本會說明：

- (1) 自 91 年起，早期西醫基層慢性病醫療費用點數與件數均以 10% 以上幅度向上成長。近期雖有趨緩，但人數與件數仍以 4~5% 幅度成長。雖然本項成長率於人口成長率、人口結構改變率及新醫療科技項目或有所反映；惟在非協商因素長期低估「人口結構改變率」，未採「不同年齡層每人費用變動權重」計算，及預估指標落後二年之情形下，卻以人口結構改變率等已有反應為由，不予以編列慢性病成長率，顯有不當且不符實際成長。
- (2) 過去 5 年（94-98 年）43.21 億雖已滾入基期，但仍不足 25.2 億之差額。
- (3) 第六次藥費調降，雖造成 99 年第 1 季與第 2 季慢性病點數呈現負成長，但根據過去調降藥費結果顯示，藥費將於 99 年第 3、4 季起逐漸上升，至 100 年藥費將呈現正成長。
- (4) 分析慢性病每年人數與件數穩定以 4~5% 幅度成長，加上藥費正成長，預估慢性病整體點數快速成長是必然的趨勢，也反映出慢性病患者逐漸往西醫基層診所移動的就醫型態改變。分析 2006-2009 年西醫基層慢性病費用顯示，慢性病人數成長約 5%，其費用成長約 4.94%。以慢性病費用約佔西醫基層費用之 20% 計算，換算本項 100 年成長率約 0.988 %。

## 3. 協商結論：

本項在 9 月 10 日第一次協商時未能達成共識，9 月 11 日經本會再次提出修正建議，費協會委員同意編列成長率 0.445%（約 4 億），其中含括因糖尿病醫療給付方案，在一般服務預算中產生之檢驗費、診察費（約 1.3 億）、因 B、C 肝炎治療試辦計畫擴大辦理，專款預算不足部分由一般服務支應（約 0.87 億），及因推動 CKD 慢性腎臟病患醫療改善計劃（約 0.8 億）費用。

### (三) 小結

協商因素中，前述二項因費協會委員原建議不予編列成長

率，因此為本次協商最艱困之項目。其他協商因素項目或為配合政策及與醫院總額支付標準齊一，包括：「品質保證保留款」0.05%、「支付標準調整」0.021%、「提升急診照護品質」0.002%、「調整嬰幼兒處置支付點數」0.000%（約 6000 點）、「提升兒童復健治療照護」0.041%等，委員會多有達成共識（100 年基層總額成長率項目詳如附件三）；惟其中有關「調整兒童門診診察費」項目，本會代表與健保局堅持爭取不分科別調整兒童門診診察費，惟與會委員認為目前健保資源有限，且鑒於監察委員黃煌雄已提出內科、外科、婦產科、兒科為現行健保制度下的弱勢科別，爰 100 年先編列調整小兒專科 4 歲兒童門診診察費預算約 1 億，以照顧國家未來的主人翁。

### 三、專款項目維持 99 年編列項目及額度，另新增「診所以病人為中心整合照護計畫」

經費協會 7 月舉辦之評核會結論，基層總額各項專款計畫實施多達成效，經評核結果等級為「良」，爰委員會同意「BC 肝炎治療計畫」、「家庭醫師整合性照護計畫」、「醫療資源缺乏地區改善計畫」、「醫療給付改善方案」均維持 99 年編列額度。另新增「診所以病人為中心整合照護計畫」，編列預算 2 億，針對門診就醫次數過高者，以病人為中心之個案管理方式，提供整合性的醫療服務。

### 總結

100 年西醫基層總額醫療費用協商雖已告一段落，但相關協商結論仍有很多的計畫（包括 100 年新增「診所以病人為中心整合照護計畫」預算 2 億）等，需要進行後續規劃以利推動，本會將秉持基層為社區好鄰居之精神，朝全人照護之目標規劃相關計畫，俾使基層發揮厝邊好醫師之功能，提升醫療品質，照護民眾健康。

### 參考資料

一、100 年西醫基層總額成長率簡報。（附件一）

二、100年健保總額醫療費用協商會議西醫基層報告。(附件二)

三、100西醫基層總額成長率項目表。(附件三)