

衛生福利部全民健康保險會
第2屆104年第4次委員會議事錄

中華民國 104 年 5 月 22 日

衛生福利部全民健康保險會第2屆104年第4次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國104年5月22日上午9時30分

貳、地點：本部201會議室(台北市忠孝東路6段488號2樓)

參、出席委員：

干委員文男

曲委員同光

何委員永成

何委員語

吳委員玉琴

吳委員肖琪

李委員永振

李委員蜀平

林委員至美

林委員敏華

侯委員彩鳳

張委員文龍

張委員煥禎

張委員賜

黃委員啟嘉

陳委員幸敏

陳委員健民

陳委員義聰

陳委員聽安

莊委員志強

楊委員芸蘋

楊委員漢淙

楊委員麗珠

葉委員宗義

蔡委員明忠

蔡委員宛芬

蔡委員登順

潘委員延健

桃園市八德區公所賴管理員維哲(代)

中華民國醫師公會全國聯合會陳常務理事宗獻(12:18以後代)

佑民醫療社團法人佑民醫院謝董事長文輝(13:35以前代)

台灣醫院協會林副秘書長佩菽(14:20以後代)

台灣大學附設醫院護理部林副主任綉珠(10:00以前代)

中華民國醫師公會全國聯合會陳常務理事宗獻(10:50-12:18代)

滕委員西華
謝委員天仁
謝委員武吉
戴委員桂英
羅委員紀琮

台灣社區醫院協會朱監事長益宏(代)

肆、請假委員：
李委員成家

伍、列席人員：
本部社會保險司
中央健康保險署

本會

朱簡任視察日僑
黃署長三桂
龐組長一鳴
施組長如亮
柯執行秘書桂女
范組長裕春
張組長友珊
魏組長璽倫

陸、主席：鄭主任委員守夏(11點42分後由吳委員肖琪代理)

紀錄：陳燕鈴、方佳琳

柒、主席致詞

各位委員、黃署長及所有與會人員，大家早！

今天會議場地比較小，請委員委屈一下，下次會議應可再回到長久以來使用的 301 會議室舉行。本人本職為台灣大學公共衛生學院某研究所所長，今天必須在 11 點半離開，以參加教師評審委員會會議，為所內老師的升等說明，此事是身為所長者之職責，且涉及同仁權益，還請各位委員見諒。後續的會議並情商吳委員肖琪代為主持。

捌、議程確認

決定：確定。

玖、例行報告

第一案

案由：確認本會上(第3)次委員會議紀錄，請鑒察。

決定：

一、對報告事項第三案「105 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)諮詢案」，依委員意見，增加如下事項：

(一)決定一、付費者委員意見，除原列三點外，新增第(四)點，為：「請醫院代表應說明為何改變醫療服務成本中人事成本指標之選擇」。

(二)醫事服務提供者委員於上次會議所提之書面意見，函轉衛生福利部參酌。

二、餘確定。

第二案

案由：本會上(第3)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請鑒察。

決定：

一、上次委員會議決議(定)事項辦理情形洽悉。

二、委員建議事項提供中央健康保險署參酌：

(一)我國對藥品供應及缺藥處理情況，請在今年之總額評核會議或7月份委員會議將提報之藥品相關專案報告中一併說明。

(二)「全民健康保險居家醫療整合照護試辦計畫」應朝以病人為中心，提供最佳整合服務方向來規劃。

第三案

案由：104年4月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：洽悉。

拾、討論事項

第一案

提案單位：本會第三組

案由：105 年度總額協商架構案，提請討論。

決議：

- 一、訂定 105 年度總額協商架構如附件一。
- 二、建請衛生福利部於本(104)年年底前，召開「醫療服務成本及人口因素計算方式」檢討會議，並能利用實證資料檢視計算方式之合理性，以期 106 年度總額之設算更符合各界期待。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：105 年度總額協商通則案，提請討論。

討論過程之說明：

- 一、本案經依幕僚擬具之草案進行討論，代理主席建議初步結論為：「除保留下列 3 點外，其餘先通過」。
 - (一)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款：
列為協商減項，但僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件(協商因素之 3)。
 - (二)各部門總額成長率則不得超過行政院核定範圍之上限值(其他原則之 2)。
 - (三)健保節流措施之實際效應，應自總額扣除(其他原則之 4)。
- 二、在場委員均十分努力反覆討論上述 3 點通則，惟一直未能突破，議案進行至下午 1 時 22 分時，戴委員桂英提出散會動議，並經羅委員紀琮附議，散會動議成立。
- 三、散會動議之處理

- (一)本動議經在場委員認可，採唱名表決方式處理。
- (二)本次會議出席委員計 33 人，經清點現場委員人數計 26 人。
- (三)表決結果：11 人贊成、9 人反對、5 人無意見(主席不參與表決)。

四、醫事服務提供者代表之委員認為，依表決結果應散會；付費者代表之委員則認為，贊成散會人數未超過在場委員之半數(13 人)，散會動議未通過，應繼續開會。(多數醫事服務提供者代表之委員離席)

五、本案於醫事服務提供者代表之委員離席後，繼續討論，並獲致決議。

決議：

- 一、訂定 105 年度總額協商通則如附件二。
- 二、本案係對草案中「其他原則」之第(一)、第(五)、第(六)點做修正。
 - (一)第(六)點併入第(一)點中，作為但書規定。修正後內容為：「年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
但書：醫療費用總額經衛福部核定後，對已協定各項目金額之增減應正式提案，在本會議決前，並應再經總額部門與付費者代表協定程序」。
 - (二)第(五)點修正為「對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制」。

第三案

提案單位：中央健康保險署

案由：「治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置--『曲克』利弗爾周邊血管支架」自付差額特殊材料案，提請討論。

決議：

- 一、贊成衛生福利部社會保險司之意見，自付差額特殊材料品項，屬「全民健康保險藥物給付項目」之一部分，爰應依全民健康保險法第 41 條第 2 項規定提經藥物共同擬訂會議討論同意後，再依全民健康保險法第 45 條第 3 項規定，提本會討論。
- 二、本案已有委員提出部分建議(如納入性別評估資料)，請中央健康保險署參酌。

拾壹、專案報告

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「提升住院護理照護品質計畫」之支付方式及護理人力指標監測結果報告，請鑒察。

決定：

- 一、同意 104 年度總額中本項計畫之 20 億元經費，用於「偏鄉醫院加成」(估約 0.42 億元)及「護病比與健保支付連動之住院護理費調整」。
- 二、「護病比與健保支付連動」之預算，依「調升住院護理費支付點數」及「全日平均護病比加成」兩項參數分配。對中央健康保險署擬報衛生福利部核定之三種連動方案，多數委員係支持護理全聯會之方案，期有助於改善護病比，疏解護理人員之工作負荷，進而促成住院護理照護品質提升之效果。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：健保代位求償執行情形與成效報告，請鑒察。

主席裁定：保留至下次委員會議報告。

拾貳、散會：下午2時45分。

105 年度總額協商架構

第 2 屆 104 年第 4 次委員會議(104.5.22)討論通過

一、總額設定公式

■ 年度全民健保醫療給付費用⁴=
$$\sum_{i=1}^4 [\text{校正後前一年度部門別醫療給付費用} \times (1 + \text{年度部門別醫療給付費用成長率})] + \text{年度其他預算醫療給付費用}$$

年度全民健保醫療給付費用成長率=

$$(\text{年度全民健保醫療給付費用} \div \text{校正後前一年度全民健保醫療給付費用}) - 1$$
■ 年度部門別^{註1}醫療給付費用=
$$[\text{校正後前一年度部門別一般服務醫療給付費用}^{\text{註2}} \times (1 + \text{醫療服務成本及人口因素成長率} + \text{協商因素成長率})] + \text{年度專款項目經費} + \text{年度門診透析服務費用}^{\text{註3}}$$

年度部門別醫療給付費用成長率=

$$(\text{年度部門別醫療給付費用} \div \text{校正後前一年度部門別醫療給付費用}) - 1$$

註：1.部門別(i) =牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2.依費協會第 114 次委員會議(95.06.09)決議，自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 105 年總額基期須校正 103 年投保人口成長率差值)。

3.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

二、醫療服務成本及人口因素

(一)成長率計算公式

$$[(1 + \text{人口結構改變率} + \text{醫療服務成本指數改變率}) \times (1 + \text{投保人口預估成長率})] - 1$$

(二)各項因素之計算方法

1.人口結構改變率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年費用及計費人口數資料，105 年度總額係以 102 年每人醫療費用點數為基礎，計算 103 年對 102 年保險對象人口結構之影響(即以各季季末保險對象人數之年齡性別百分比平均值計算，並以 5 歲為一組)。

2.醫療服務成本指數改變率

(1)成本項目之權數

採行政院主計總處 100 年工商及服務業普查所作之「醫療機構專案調查實施計畫」調查結果，取去除「最高及最低 5%極端值」後之平均數。

(2)各成本項目對應之指標與權數

「醫療材料費用」、「基本營業費用」、「其他營業費用」等項目同 104 年度總額計算方式；「人事費用」、「藥品費用」項目經衛福部參考所委辦計畫之研究結果、各總額部門意見及專家學者建議修訂。

①「人事費用」：各總額部門皆是 1/2 採用行政院主計總處「工業及服務業」每人每月平均薪資，1/2 採用行政院主計總處「醫療保健服務業」每人每月平均薪資指數。

②「藥品費用」：中醫及醫院部門之指標及權數同 104 年度總額計算方式；但西醫基層及牙醫部門指標採用行政院主計總處「躉售物價指數-西醫藥品類」，權數則改採各該部門 101 年度全民健保藥品費用申報量。

(3)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

前述各指標項目，以 100 年為基值(訂為 100)，計算 103 年對 102 年各指數年增率，並將各部門之服務成本指數改變率，按其 103 年醫療給付費用占率值加權計算而得總醫療服務成本指數改變率。

3.投保人口預估成長率

採國家發展委員會 103 年公布「中華民國人口推計(103 至 150 年)」之 105 年人口總增加數之中推計數值估算。

註：本項醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法，將依衛福部報奉行政院核定之內涵辦理。

三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如高科技及新藥)改變對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

反映其他醫療服務利用及密集度改變對醫療費用之影響(排除已於醫療服務成本及人口因素反映部分)。

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因對醫療費用之影響。

四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

五、門診透析

(一)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。

(二)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。

(三)計算公式：

年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用=前一年醫院(西醫基層)門診透析服務費用×(1+成長率)

年度門診透析服務費用=年度醫院門診透析服務費用+年度西醫基層門診透析服務費用

105年度總額協商通則

第2屆104年第4次委員會議(104.5.22)討論通過

一、基期

以穩定為原則。若確需變動，應於前一年6月前提經議定；6月以後所議定調整事項，適用於下年度總額。

二、醫療服務成本及人口因素

各總額部門醫療服務成本及人口因素成長率，採衛福部報奉行政院核定之數值與計算公式。

三、協商因素

(一)健保署會同各總額部門研擬之年度協商草案：

- 1.應配合全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨。
- 2.給付項目之調整，請依本會第2屆104年第2次(104.3.27)委員會議討論通過之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程」辦理。

(二)各部門之「品質保證保留款」：

- 1.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(104、105年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。
- 2.考量各部門對「品質保證保留款」之運用方式各異，同意總額部門於取得內部共識後，可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款，並須提經本會通過。

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款：

- 1.列為協商減項，但僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件。
- 2.本項扣款，採計103年度資料，數值以協商時中央健康保險署提供者為準。

(四)一般服務之協商因素項目屬計畫型預算者，應於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及評估指標)，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則應核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商考量。

- (五)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。

四、專款專用項目

- (一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商考量。
- (二)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。
- (三)有特殊性、鼓勵性、目標性之新增計畫，宜列為專款項目，俟其執行具相當成效後，再移至一般服務項目。

五、其他原則

- (一)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- 但書：醫療費用總額經衛福部核定後，對已協定各項目金額之增減應正式提案，在本會議決前，並應再經總額部門與付費者代表協定程序。
- (二)年度全民健康保險醫療給付費費用成長率，應在行政院核定範圍內，各部門總額成長率則不得超過行政院核定範圍之上限值。
- (三)所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形連動，且對有限健保資源，應予合理配置。
- (四)健保節流措施之實際效應，應自總額扣除。
- (五)對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。

第 2 屆 104 年 第 4 次 委員 會議

與 會 人 員 發 言 實 錄

壹、「議程確認」、例行報告第一案「確認本會上(第 3)次委員會議紀錄」與會人員發言實錄

柯執行秘書桂女

各位委員、所有與會者，大家早，今天現場非常溫暖！現在委員人數已過半，請鄭主任委員守夏召開今天的委員會議。

鄭主任委員守夏

- 一、各位委員早！謝謝大家的出席，今天會議室小一點，彼此可以看得清楚些。請大家參看今天委員會議的議程，在會議資料第 1 頁，安排例行報告 3 案、討論事項 3 案，前 2 案都與 9 月份總額協商有關，第 3 案是特材自付差額的議案，最後是 2 項專案報告。委員對議程的安排有無不同意見？(未有委員表示意見)若無意見，議程就確認，並依程序進行今天的會議。
- 二、在此先向委員報告，本會主任委員屬兼任性質，我本職是台灣大學研究所的所長，今天有個任務，中午 12 點在學校召開教評會，事關 1 位老師的升等，所有委員中只有所長才能幫忙老師發聲，而且不能代理，所以非回去不可，這是我的責任，因此必須在 11 點 30 分離開，對委員非常抱歉！後續會議已商請資深的吳委員肖琪擔任代理主席。
- 三、接下來確認上次委員會議紀錄，請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀，請問委員對會議紀錄內容有無修正意見？請何委員語。

何委員語

主席、各位委員，有關 105 年度總額之醫療服務成本指數改變率所採人事費用指標，醫院代表至今未說明，為何原主張人事費用的指標採勞動部(職類別薪資調查)的數據，後來又變更為主計總處(人事費用指標 1/2 採主計總處「醫療保健服務業」每人每月平均

薪資，1/2 採主計總處「工業及服務業」每人每月平均薪資)的數據。這部分到目前都還未清楚解釋改變的原因，所以對其仍有質疑。

鄭主任委員守夏

請問何委員語，對上次委員會議紀錄有無文字修正建議？

何委員語

上次有提出，請醫院代表解釋，為何原堅持人事費用的指標要採勞動部(職類別薪資調查)的數據，後來又變更為主計總處的數據？

鄭主任委員守夏

- 一、如果我沒記錯，這部分並非由本會決定，而是在衛福部「105年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」座談會中提出，並且由當時的主席裁決，所以並非本會之決議。
- 二、付費者代表希望了解，醫界如何決定醫療服務成本之人事費用指標，為何原本執意採用勞動部的數據，卻又改為主計總處的數據，請醫院代表提出說明。
- 三、總額協商是本會權責，何委員語所指這部分屬於非協商因素或自然成長部分，是一個 term(名詞，指醫療服務成本指數改變率)，無關會議紀錄本身，還是請回到確認上次委員會議紀錄的議題。有關何委員語所提問題，可再另外溝通。請朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

會議資料第 5 頁，有關「105 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍諮詢」案，針對醫事服務提供者委員的意見部分，記得醫院代表及西醫基層代表委員有聯名提出書面意見，但並未呈現在上次會議紀錄，可否更正。所提書面內容之具體建議，包括 105 年新藥預算及 5 年內對總額財務預估等，這些文字並未載於會議紀錄，是醫界代表對衛福部提出的具體意見，並非紀錄所呈現概念性的說法，希望能將所提的具體意見列入會議紀錄。

鄭主任委員守夏

醫界代表上次會議提出書面意見的部分，請柯執行秘書桂女說明。

柯執行秘書桂女

向委員報告，會議決議的內容文字，是委員在會中所提意見，經主席決議後，才會呈現在會議紀錄。醫界代表於上次會議後所提出的書面資料，已列入委員會議議事錄(與會人員發言實錄)。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

對不起，這份資料不是會後才提出，是在會議進行中就提出。當時請問主席應該以何種方式提出，主席回復資料會列入會議紀錄，所以才未在會議中再提出來，並非會後才謄寫的意見。

柯執行秘書桂女

請參看會議資料第 50 頁，針對「105 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)諮詢案，本會書函說明第三點載明：本會委員對本案之發言內容及會後提供之書面意見，將併同該次委員會議議事錄另行函送。因此，本會已函送衛福部參考。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

我認為幕僚單位處理有欠妥當，這是由醫事服務提供者中，醫院及西醫基層總額部門代表共同連署，針對衛福部(社保司)所提出的書面具體建議，醫界代表原本要在會上提出，但當時主席因事暫時離開，也徵詢過主席意見，渠回復資料會列入紀錄，故未在上次委員會議中揭示，所以並非會議結束後才提出。本會幕僚單位的處理方式，個人覺得不適當，這份書面資料並非只有我提出，是西醫代表共同簽名的意見，不涉及付費者及其他單位的權責，若已發函衛福部，是否有機會再做補充，期望醫事服務提供者的意見，能在委員會完整呈現，而非由幕僚單位片面解讀。

鄭主任委員守夏

一、看起來是主席的錯，沒甚麼好講的，依委員會的運作模式，若未在委員會議中正式提出討論，就不可能列入決議，當時主席

可能告知會議結束後另行處理，是主席的錯；也或者本案不是討論案，而是諮詢案。

- 二、這麼多年來大家都有一定的共識，如果本會所提意見，對衛福部(社保司)具有實質建議，應該正式函知，如屬原則性的意見，建議採協調方式處理。本案與會議紀錄無關，如果醫界認為該建議非常重要，請幕僚再將書面資料函報衛福部(社保司)參考，朱代理委員同意嗎？

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

我們所提的資料非常具體，請幕僚單位調閱醫界代表所提書面資料，是對諮詢案的文字提出修正，包括如何修正，都有具體建議，希望程序上用健保會醫事服務提供者的意見正式轉請衛福部參考，而非將醫界代表所寫的資料轉給社保司，若往後追查，社保司說沒有收到，或說此份書面資料是個人意見而未處理，我覺得都不妥。

鄭主任委員守夏

- 一、如果是重要議題，應該是雙方在會議前先準備，在會議上正式發言，甚至將資料整理好。上次會議應該是時間緊湊，才會做這樣的決定，如醫界代表認為非常重要，而且會影響部的決定，建議以另外提案的方式處理。
- 二、針對此部分，委員可以提臨時動議，醫界所提書面資料是於會中提出。上次會議的決議，很抱歉！不夠周延。請蔡委員明忠。

蔡委員明忠

贊同主任委員的說法，我想醫界代表不是一定要追究甚麼，只是覺得今天可以臨時動議的方式提出，麻煩幕僚單位提供醫界代表上次的書面資料，我們重新提個臨時提案，再做決議。坦白說，本案對醫事服務提供者很重要，這一點贊成主任委員的說法，我們重新再提個臨時提案，經過大家討論後，再做決議。

鄭主任委員守夏

謝謝！回到確認上次委員會議紀錄，對文字有無修正建議？請何委員語。

何委員語

我還是要再提出，有關例行報告第三案「105 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)諮詢案，上次會議時我有發言。其他付費者代表的發言都有做成會議紀錄，而我的發言卻未列入紀錄，當我是細漢(台語)，所以我的意見就不列入紀錄。我的發言要列入付費者委員意見的第 4 項，要不然今年總額協商時，會提出我的看法，即反對總額協商通過個人意見。

鄭主任委員守夏

請何委員語先擬出希望加入會議紀錄的文字。

何委員語

剛才已經講過一遍了！

鄭主任委員守夏

歹勢(台語)，我的記憶力不好。

何委員語

對於醫院代表在醫療服務成本指數改變率，原堅持人事費用的指標要採勞動部(職類別薪資調查)的數據，後來又變更為主計總處的數據，請向付費者代表說清楚、講明白。

鄭主任委員守夏

一般而言，委員會議紀錄不會將所有委員的發言全部列入，而是列在實錄，會議紀錄十之八九是委員會上委員的共識，或列入多位委員共同表達的意見。

何委員語

那我現在徵詢其他委員，針對醫院代表應說明人事費用的指標變更為主計總處的數據原因，有無共識？

鄭主任委員守夏

那就是另一個新案，現在討論的是上次會議紀錄內容有無文字修

正意見。上次會議中，何委員語曾提出「醫院代表應說明人事費用指標變更為主計總處數據原因」之意見，委員會議議事錄已載明何委員語的發言內容，請問委員針對何委員的意見，建議接下來如何進行。

謝代理委員文輝(楊委員漢淶代理人)

主席、各位委員，關於醫院人事費用的指標採用主計總處的數據部分，過去大家討論選用勞動部或主計總處數據時，並未有特別意見，因為不是醫界自己提出的資料，也不是消費者提出的資料，而是公部門的相關資料，只是到底選擇哪一個比較合理。當時會議決議，給醫院 2 周的時間進行內部討論；醫院團體討論後，決定採用主計總處的數據。若付費者代表何委員語對醫院人事費用不選擇勞動部，而選擇主計總處的數據，需要...。

何委員語

主席，程序問題，這不是討論事項，而是要確認會議紀錄，請不要再說明，禁止說明，這是程序問題。現在是會議紀錄之確認，沒有其他委員解釋的餘地，我的發言要列入紀錄是權責所在，屬程序問題。沒有其他討論及說明的空間。

謝代理委員文輝(楊委員漢淶代理人)

如果付費者代表有意見，而造成爭議，請健保會安排個時間，由醫院代表向付費者代表報告。

何委員語

主席，現在是討論議事錄內容，不是說明問題，也沒有討論空間。

鄭主任委員守夏

請先暫停，相信謝代理委員文輝是善意，因何委員語提出疑問，謝代理委員本來就想說明，而何委員語認為不要現在說明，所以請另外找時間。

謝代理委員文輝(楊委員漢淶代理人)

不必現在說明，另外再找時間沒問題。

鄭主任委員守夏

請問付費者代表對何委員語所表示，應將請醫界說明醫療服務成本指數改變率之計算原因列入紀錄，有無附議？再請問如果將議事錄中何委員語的發言，列入第三案之決定事項中，有無意見？

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

主席，我要抗議！上次醫事服務提供者已提出具體的書面資料，您說不要列入會議紀錄，付費者代表的個人意見，您就徵詢委員是否要列入會議紀錄，主席要拿捏好公平的尺度。不知道何委員語現場是否有發言，還是發言時帶過；但醫界是正式提出書面意見，並非個人意見，而是醫院及西醫基層部門的具體建議，剛才主席都不詢問大家要不要列入正式會議紀錄，就只詢問何委員語的發言是否要列入會議紀錄。

鄭主任委員守夏

請參看本會 104 年第 3 次委員會議議事錄第 31 頁。

柯執行秘書桂女

會議議事錄第 31 頁，已載明醫界的書面意見，這部分已經歸檔，請幕僚同仁將相關文字呈現在螢幕，我唸給大家聽。該書面意見為：朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)、謝代理委員文輝(楊委員漢源代理人)、潘委員延健、張委員煥禎、蔡委員明忠、黃委員啟嘉，建議社保司對於 105 年總額範圍調整因素內涵中做兩點修正，一、第一項新增給付項目：增加 25 億元，應包含新增項目後 5 年內對總額財務的衝擊。二、第四項進行支付制度之改革中，持續進行支付基準改革、全面導入住院 DRGs 制度，建議修正為持續推動 DRGs 制度。

鄭主任委員守夏

幕僚單位已將此書面意見提供社保司。

柯執行秘書桂女

幕僚同仁已將意見函送衛福部，社保司是幕僚單位。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

剛有委員質疑我上次是否有發言。(多位委員表示：有發言)

鄭主任委員守夏

這個難題，請專家學者、公正人士幫忙解決，如果今天連會議紀錄都無法確認，實在不適合當主席。上次會議例行報告第三案屬諮詢性質，總額還未開始協商，請委員不要將總額協商的架式擺出來。上次會議實錄已投影在螢幕上，本件確有函送衛福部，社保司司長在此，並表示已收到議事錄。如果沒有太大的實質影響，上次會議紀錄就確認。有關何委員語的意見，謝代理委員文輝也回應，願意找個時間向委員說明，醫界已經有非常正面的回應，何委員語可否接受？請蔡委員明忠。

李委員蜀平

我比蔡委員明忠先舉手，為何蔡委員明忠已經發言 2 次，我還不能發言，我是細漢(台語)的嗎？還是我不是人主委看不到？

柯執行秘書桂女

對不起！是我的錯，未提醒主席。

鄭主任委員守夏

先請李委員蜀平。

李委員蜀平

一、主席、各位委員及所有的與會者，蜀平祝大家健康快樂！首先針對會議資料第 6 頁，專案報告第 2 案「藥價調整對病患權益影響及各層級醫療院所產生藥價差百分比之評估報告」，本人當初的提案不是要專案報告，是正式提案，而且提案是非常明確，是想了解藥價差到底多少錢？在總額所占比率，包括各層級醫療院所，醫學中心，區域醫院、地區醫院、診所及藥局的藥價差統計資料。另外第 14 頁項次 8，決議事項所列的都不是我所提案要的答案，麻煩主席，我不是細漢(台語)，我的提

案，都隨便回復，我提案不是提出「藥價調整對病患權益影響及各層級醫療院所產生藥價差百分比之評估報告」案。

二、我去年就提案過，今年又提，請主席主持公道，可以這樣處理嗎？這是我的權利，我只是想了解藥價差占健保費用的百分比，藥價差在醫學中心、區域醫院、地區醫院、西醫基層、藥局的金額各多少？藥價差屬獎勵金或健保費？我的提案很明確，但健保署都答非所問，情何以堪。主席，我先舉手，都讓別人先說 2 次，真的有點不公平，比何委員語還可憐，他是細漢(台語)，而我好像不是人連看都看不到。

鄭主任委員守夏

請蔡委員明忠。

蔡委員明忠

醫界這邊做個回應，第一點，剛剛主席裁示，醫界代表上次書面資料以臨時提案的方式提出，我們希望以正式函文通知衛福部(社保司)；第二點，對於將何委員語的發言內容納入會議紀錄的意見，坦白說，醫界沒有意見，只要符合會議程序，醫界並不在意將何委員語的發言列入紀錄。

鄭主任委員守夏

請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

同意上次會議紀錄。討論時間已經很久，我覺得醫界上次的書面資料，也不要以臨時提案的方式辦理，浪費大家時間，其實它是個具體建議，希望健保會直接行文衛福部相關單位，而不是放在實錄；若未特別提出，沒人會看到。因為書面資料很具體地提出文字修正，請由健保會行文表達醫事服務提供者針對 105 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍的訴求，今天就不用再提案討論。

鄭主任委員守夏

朱代理委員益宏的意見，如醫界同意，請幕僚正式函報衛福部。

柯執行秘書桂女

幕僚單位函報衛福部後，會將公文列入下次會議資料中；比照本次會議資料第 49~50 頁的方式呈現，將報衛福部的公文，照錄於會議資料，委員是否同意？

蔡委員明忠

公文副本請知會醫師公會全聯會及醫院代表委員。

鄭主任委員守夏

有關李委員蜀平所提藥價差占健保費用的意見，需要回應一下。李委員於上次會議就罵過我了(李委員蜀平：誰敢罵你，欲加之罪)，該案在上次會議列在專案報告，雖然不甚合委員的意思，但對專案報告的會議紀錄比較無法著墨。

李委員蜀平

專案報告也不是我所要求的，用正式提案方式也不行，不然要怎麼做？請主席指示我該如何做，是要重新正式提案表達？還是要去總統府潑汽油自焚？身為健保會委員，想知道藥價差占健保費用的百分比，這都不行嗎？占 5 千多億元健保費的比率，不能知道嗎？還是要去總統府自焚，拜託主席你教我，好不好！

謝委員天仁

主席，應該要很清楚談議事錄的修正文字，如果認為文字描述與發言有出入，請具體指明。李委員蜀平想要知道藥價差占健保費用的百分比，健保署沒有統計出來，不在本案確認議事錄的範圍，請另外提案，不要在此討論，確認議事錄花這麼多時間，整個議程都往後延。

李委員蜀平

OK！歹勢(台語)，請問主席我應該怎麼做？。

鄭主任委員守夏

一、請幕僚同仁查清楚並提供，健保會的法定權限有哪些？依本會議事規則，可以怎麼做？如果屬業務監理事項，是請健保署報

告，若要求公開某些特殊資訊或提供統計數據，以個別委員提案或是委員會的決議，會有不一樣的處理方式。

- 二、之前曾有個別委員請健保署提供資料，並抱怨健保署不提供。如果是委員會的決議，健保署一定會提供相關資料，主要差別在屬個別委員建議或委員會的決議。
- 三、我對相關法規不是很清楚，請幕僚查清楚，再向李委員蜀平說明，如果是委員會決議，後續應該如何辦理；如果是個別委員所提，應該如何處理？了解權限、相關流程及法規後，再提供李委員蜀平答案，我擔心李委員若再提案，會不會還是一樣的結果。

陳委員聽安

主席、各位女士先生，委員為了會議紀錄雙方堅持，我來開會的時間還不多，但粗淺的觀察，現在的會議紀錄不是記載每位委員的發言，或提供的文件，而是記錄綜合意見。我想會議紀錄不僅這次如此，以前也是如此；如果以前如此，這次會議紀錄也應當如此，所以委員可否不要再堅持，讓會議順利進行，如果每位委員都要發言，每個文件都要做成紀錄，就很為難。以前就都這樣做，現在請雙方各讓一步，先確定紀錄，好讓會議繼續進行。

鄭主任委員守夏

謝謝陳委員聽安！委員有無意見？請何委員語。

何委員語

我還是很堅持，之前衛福部的會議，我們希望採主計總處的數據，醫界不願意改，堅持一定要用勞動部的數據，既然當時很堅持，為何現在又要變更？請問主席，將我的發言列入決議有困難嗎？我的發言是希望醫界向全體委員提供說明與交代。不是對我說明與交代。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝何委員語，有無委員反對將何委員語的發言列入列行報告

- 第三案決定一、付費者委員意見之(四)，如果沒有反對意見，就將之列入會議紀錄，依何委員語所提，請醫界代表說明為何改變計算醫療服務成本之人事成本指數，同意嗎？(未有委員表示反對)
- 二、剛才謝代理委員文輝提議，醫界代表可說明為何改變醫療服務成本之人事成本指數的計算方式，如果付費者與醫界代表委員需要溝通，請幕僚協助，無論提供書面資料、口頭書明或開會討論都可以，謝謝！
- 三、請問委員對上次會議紀錄還有無修正意見？(未有委員表示意見)如果沒有修正，上次委員會議紀錄確認。
- 四、接下來進行例行報告案第二案「本會上(第 3)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」，請柯執行秘書桂女說明。

貳、例行報告第二案「本會上(第3)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與會人員發言實錄

柯執行秘書桂女

- 一、各位委員及所有與會者，大家早！剛進會議室時確實較熱，現在冷氣已經開放一段時間，溫度應該較為舒適了。
- 二、先向大家說明今天桌面置放的2份資料，第一份是本次委員會議專案報告的後附資料；第二份是本會103年的年報，本年報是依據全民健康保險法施行細則規定，每年編製一本，編製年報對幕僚來說相當辛苦，因為本會屬委員會議性質，會議實錄也都公開上網，所以都是絞盡腦汁在寫年報，希望委員提供意見，本會的年報如何呈現會更好，目前已經出版102及103年的年報，希望明年的年報可以轉型，請委員不吝賜教。
- 三、另外請教委員，有關討論事項第3案自付差額特材議案，依據「全民健康保險會討論自付差額特材案之作業流程」，於會議前1個月會將資料提供予委員參看，也會將資料編入議程印製。若委員同意基於不要浪費紙張原則，且可將相關資料攜至會場，則建議附錄資料不重複印刷；惟若大家仍希望會議資料能附上相關附錄，則維持現行做法，在此徵求大家的意見。
- 四、接著進入本報告事項，請委員翻到會議資料第9頁，針對上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，共有4點說明：
 - (一)說明一，上次委員會議決議(定)之8事項，依議程製作時相關單位的回復資料，辦理情形建議解除追蹤3項，繼續追蹤5項。請委員翻到會議資料第11頁之附表：
 - 1.第1、2項，有關「全民健康保險業務監理架構與指標」案，上次報告後，仍有委員有意見，在此向委員說明，指標才剛建置完成，建議大方向不做改變，若屬細項部

分，則請健保署再提出說明。另，上次會議也決定，請幕僚編製監測結果報告(含完整數據報表)，目前已經完成，正洽請健保署表示意見中，幕僚也會依照會議決定，於本年 12 月份委員會議研提監理指標之增修建議案，這 2 項均建議繼續追蹤。

- 2.第 3 項，有關行政院尚未回復「政府應負擔全民健康保險總經費法定下限(36%)」之核算方式前，建議健保署比照上次業務執行報告表格 5-3 做對照表，提列「主計總處與衛福部核算政府應負擔健保總經費法定下限差異表」，健保署表示會依決定辦理，也已於本次業務執行報告第 9 頁呈現相關資料，本項建議解除追蹤。
- 3.第 4 項，有關「105 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)諮詢案，已提送衛福部，詳第 49~50 頁附錄一，本項建議解除追蹤。至於剛剛委員建議另外行文部分，幕僚也會遵照辦理。
- 4.第 5 項，有關「105 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商工作計畫」案，健保署及本會都會依照工作計畫時程辦理相關事項，本項建議解除追蹤。
- 5.第 6 項，健保署於前次業務執行報告時，委員建議該署按月提供各醫學中心收治病人之疾病嚴重度(輕、重症比率)及關床等相關資料。健保署回復，自本年 6 月起會按月於業務執行報告增列各醫學中心病床增減情形及各層級醫院初級門診照護率資料。至於初級門診照護的定義，也會依照大家的意見提供。本項建議繼續追蹤。
- 6.第 7 項，有關「罕見疾病、血友病藥費及新增罕見疾病特材」費用成長之合理性分析檢討報告，委員認為健保署報告得不錯，血友病藥費管理有其成效，也請健保署應用至其他疾病的管理。健保署回復，會持續努力對該專款支出予以監控，至於血友病的管理方式可否適用其他

疾病，可能需要個別考量。本項建議解除追蹤。

7.第 8 項，有關「藥價調整對病患權益影響及各層級醫療院所產生藥價差百分比之評估報告」，健保署將於 7 月份委員會議進行專案報告，本項建議繼續追蹤。

(二)說明二，本會曾討論過健保署提報之「可調式腦積水引流系統--『英特佳』內植用腦積水引流管組 OSV II」自付差額特材案，健保署已依程序報衛福部，部也核定公告「調控式腦室腹腔引流系統為全民健康保險自付差額之特殊材料品項類別」，並定自本年 6 月 1 日施行，請參閱會議資料第 51~53 頁之附錄二。

(三)說明三，衛福部於 4 至 5 月間發布並副知本會之相關資訊：

- 1.第 1 項，因應基本工資調整，修正發布「全民健康保險投保金額分級表」，請參閱會議資料第 54~56 頁之附錄三。
- 2.第 2、3 項，為修正發布「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分條文，及修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」相關附表，請參閱會議資料第 57~60 頁之附錄四、五。

(四)說明四，健保署於 4 月間公告並副知本會之相關資訊，請參閱會議資料第 61~63 頁之附錄六~八。

鄭主任委員守夏

謝謝柯執行秘書桂女的報告。委員有無詢問？請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

- 一、本人於上次專案報告「藥價調整對病患權益影響及各層級醫療院所產生藥價差百分比之評估」時，曾詢問健保署，目前缺藥問題是否嚴重？當時健保署回答十大藥品沒有退出，我回應前十大藥品是因為量大，當然不會退出台灣市場。但依據食藥署提出的報告，國內某些藥品短缺問題很嚴重，例如青黴素及其他幾款藥品。衛福部健保署負責藥品給付，食藥

署則是瞭解實際執行情況，但我們仍無法清楚瞭解目前缺藥的情況，這涉及病人端可能面臨無藥可用的困境。我上次的提問一直未獲明確回答，希望健保署於 7 月份專案報告時，能多加著墨，希望可以瞭解缺藥情況，及是否影響病人用藥需求。

- 二、會議資料第 9 頁所提，有關「104 年全民健康保險居家醫療整合照護試辦計畫」，經詳讀該計畫內容，發現試辦的方案有點奇怪，計畫屬全國性質，但服務對象只鎖定在低及中低收入戶，擔心如此限縮服務對象，可能造成計畫開展不出來，甚至完全無法執行，希望健保署有因應之道。我們理解本計畫的經費不足，僅有 1 億元，故健保署對服務對象及內容予以限縮，但擔心這樣的限縮有可能導致計畫無法執行，不希望形成惡性循環。希望健保署明年可以提出具體可行的執行方式。去年討論居家醫療時，曾提出希望朝整合的方向發展，但從計畫內容看來，還是單一性，由醫療群提供服務，並未整合居家護理、臨終安寧及其他服務，請健保署未來能提出朝居家整合性醫療計畫。

鄭主任委員守夏

- 一、有關是否有缺藥現象的疑問，請健保署與醫界再溝通，瞭解是否有此狀況，並於 7 月份專案報告或評核會議時，提供相關數據。
- 二、有關吳委員玉琴對於「104 年全民健康保險居家醫療整合照護試辦計畫」之意見，請健保署參考。
- 三、本案洽悉。

參、討論事項第一案「105 年度總額協商架構案」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

本案是 9 月份協商 105 年度總額時的架構，與 104 年度相較，並未有太大改變。請問委員有無修正意見？請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

- 一、不好意思，因為麥克風聲音有點小，聽不太清楚主席的發言。我代替滕委員西華針對報告事項第 3 案(104 年 4 月份全民健康保險業務執行報告)提出詢問。
- 二、之前接獲民眾詢問，渠因為要出國，所以辦理停保手續，但停保後發生臨時狀況，所以再持健保卡就醫，發現居然還可以使用。請問健保署辦理停保手續後多久才會停卡？應該是停保後立即停卡才對，為何還可以繼續使用？時間差是行政程序的關係？還是有其他原因？

鄭主任委員守夏

請健保署的同仁稍後說明。請蔡委員明忠。

蔡委員明忠

非常謝謝蔡委員宛芬提出此問題，醫界也發現相同的問題，曾有外籍人士在台灣工作結束並辦妥退保，在離開台灣前，拿健保卡就醫，發現居然還能使用，而且可以就醫 6 次。該人士表示台灣的健保真好，不必繳費還可再就醫 6 次。這的確是實務面發生的問題，請問健保署有無解決方法，好讓停卡的人不能再使用健保卡就醫。就醫費用也許不多，但希望任何不公不義的事情不要在台灣發生。

鄭主任委員守夏

請健保署說明。

江專門委員姝靚

民眾辦理停保、退保後，投保單位必須將相關資料送到健保署建檔，所以會有時間落差；其次是就診時，所持健保卡資料更新，

讀卡機會讀到停保訊息。如萬一發生醫療給付事實，健保署會進行查核，亦即，有後續查核機制。因停保後時間落差產生的醫療給付，本署也會對該醫療費用進行查核。

蔡委員宛芬

若當事人已經出國，請問如何追查？

江專門委員姝靚

全民健保屬強制性保險，當事人回國時，我們會對前所積欠的健保費及不該使用的醫療費用進行追查。

蔡委員宛芬

還是會有問題吧？

蔡委員明忠

這樣的解釋，仍然有無法追查的可能性。

鄭主任委員守夏

這屬於非常執行面的議題，理論上辦理退保後應該立即生效，但因為健保署行政程序的時間落差，導致有人鑽漏洞，不過身分證號碼不會改變，所以等當事人回國後，健保署即可追查。雖不清楚可以追回多少金額，但相信針對此現象已有一定規範。委員所提意見，請健保署注意，並思考以後如何改善，今天可能無法做太細節的討論。

蔡委員宛芬

請問時間差有多少？希望下次能讓我們清楚知道。

鄭主任委員守夏

請健保署提供書面資料給所有委員參考。請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

- 一、今天更換會議地點，會議室音響效果非常不好！請大家發言時對準麥克風，尤其是主席，我們都聽不清楚。
- 二、剛剛兩位蔡委員(蔡委員宛芬、蔡委員明忠)均提到停保期間使

用健保卡的情況，勞工界也有此現象，希望能瞭解時間差多久，並建議各團體能多向會員宣導，停保後就不要再使用健保卡。請健保署能儘量縮短作業流程、時間差，當然有些民眾可能是在不知情的狀況下違法。

李委員永振

- 一、105 年度總額協商架構，原則沿用 104 年度模式，請委員參閱會議資料第 20 頁(二)之「1.成長率計算公式」，公式當中有「投保人口預估成長率」，「人口預估」不論是正成長或負成長，都應該不會影響「人口結構改變率」及「醫療服務成本指數改變率」；經檢視公式，後面乘以「(1+投保人口預估成長率)」，應該不存在，公式應改為「(人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率+投保人口預估成長率)」。
- 二、人口成長會影響人口結構改變，但公式不應如此設定，若要這樣計算，應再重新評估，但這會將公式弄得太複雜，所以可以假設增減的人口與原來的母數一樣，在此前提下，後面不應該乘上「(1+投保人口預估成長率)」，而是直接將 3 項因素相加。

鄭主任委員守夏

李委員永振的建議非常明確，稍後請專家學者委員表示意見，按照國發會的推估，台灣的人口很快就會變成負成長，若直接相乘，恐怕未來的影響會很大。先請謝代理委員文輝，再請陳委員聽安、羅委員紀琮表示意見。

謝代理委員文輝(楊委員漢源代理人)

- 一、總額協商架構長期以來，並未有太大改變，從醫療供給者的角度來看，我們認為醫界長期受到委屈，協商醫療費用成長率時，不應列入協商因素成長率。非協商因素對醫療供給者而言，只是平盤，是因為人口增加、人口老化及物價波動所造成的費用影響，只是讓醫療供給者站在與前 1 年相同的立足點而已。資深委員都瞭解，幾年前醫界團體曾有共識，就

是我們只要非協商因素成長率即可，不需要醫療費用的實質成長，但也不要增加給付項目，因為每次增加的項目都讓醫界更吃虧，變得愈來愈血汗。我再次重申，醫界只需要非協商因素的成長率，但也請不要增加醫界其他負擔。

二、上次提到新增醫療科技、藥品，造成每年預算衝擊，我們手上的資料可以很清楚看到，過去 20 年來，引進新藥新醫療項目後，都會吃掉醫界原來的醫療費用，未來包括健保會等，希望對外說明下年度實質醫療費用成長率時，不要列出非協商因素成長率，因為它不是實質成長造成成長率很高的假象，這樣會讓醫療供給者心裡好受些。

三、上次我們很善意地提出，希望以後提出新醫療科技預算時，要列出未來 5 年的衝擊，這次好像有予以著墨，要給予改善，但依照我們過往的經驗，到時醫界應該拿不到應有的費用，因為完全沒有具體的執行方式，這是牢騷話，有些委員聽了心裡可能會不太舒服，但卻是實際狀況。

陳委員聽安

羅委員紀琮是專家，我在此先拋磚引玉。總額成長率公式基本上是對的，因為人口改變包括 2 項因素，一是人口結構改變，計算人口老化對費用的影響，65 歲以上老人可包括初老、中老、老老，人口結構會一直改變；其次，新增人口數，主要是出生人口及少數移民，這 2 項因素有重疊之處。

鄭主任委員守夏

請羅委員紀琮。

羅委員紀琮

一、總額成長率的公式包括 3 項因素：「人口結構改變率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」，這 3 項因素或加在一起，或拆成兩部分，是有差別的，即「 $(1+A+B) \times (1+C) - 1$ 」與「 $(1+A+B+C) - 1$ 」是不同的，前者多了 $AC + BC$ 。

二、現在的公式是以每人平均醫療費用為標準。「人口結構改變率」與「醫療服務成本指數改變率」這 2 項因素，第 1 項因素是計算每個人都增加 1 歲後，醫療費用改變多少；第 2 項因素是物價上漲造成醫療費用的上漲，二者合在一起代表次年每人的平均醫療費用；亦即次年照顧同樣的一群人，成本會增加。每人的平均醫療費用與(1+投保人口預估成長率)的乘積就是次年的總醫療費用。

鄭主任委員守夏

謝謝羅委員紀琮，請李委員永振。

李委員永振

- 一、可能剛剛講得不太清楚，用現在的公式思考，人口會有增減，有委員提到可能是陸生或外籍人士的增加，這些人屬較年輕的年齡層，但依照國內人口老化的情況，假設沒有這些外來因素，總人口數應該會減少，所以公式後面的「(1+投保人口預估成長率)」會小於 1；而原來的人口會逐漸老化，所以醫療成本會增加，這樣相乘後形成再打折的結果，是不合理的。
- 二、若增加的是陸生、出生人口或移民者，其年齡層應該較年輕，所以人口成長總量增加後，人口結構也會受到影響，但此人口結構的改變會減少醫療費用，但公式卻將效果放大，並不合理。
- 三、不論人口增加或減少，人口數的改變，不應影響人口結構改變率及醫療服務成本指數改變率才對，建議公式應該合理計算，這樣對消費者或醫界都比較合理。

陳代理委員宗獻(蔡委員明忠代理人)

- 一、我認為李委員永振的看法有其見地，而且此問題已經在今年發生。今年西醫基層的「醫療服務成本指數改變率」是負值，代表我們服務民眾的成本是下降的，所以總額協商時費用被扣減，但當討論其他協商因素時，卻有委員提到我們已

經拿到非協商因素成長率，若要調整支付標準，就要運用非協商因素成長率的預算，但事實上並沒有空間讓我們調整支付標準(因為是負值)。

- 二、「 $(1+A+B) \times (1+C)$ 」的「B」若為負值，乘上「 $(1+C)$ 」後，會扣得更多，此問題曾經發生過，建議討論公式的合理性。

何委員語

- 一、請問「人口結構改變率」是採用聯合國世界衛生組織 2014 年 9 月 19 日前的人口結構？還是 2014 年 9 月 20 日以後的人口結構？2014 年 9 月 20 日後的人口結構，已經將 17 歲以下稱為未成年人，18 歲至 65 歲稱為青年人，66 歲至 79 歲稱為中年人，80 歲至 99 歲才稱為老年人，100 歲以上則稱為長壽老人。若使用此人口結構比率，則計算的改變率會不一樣。
- 二、過去 20 年來，國人平均年齡延長 6 歲，老人比率增加，預期明年出生率會負成長，因此行政院已於 104 年 2 月 17 日成立「行政院人口及人才政策會報」，我們需要重新思考「人口結構改變率」的定位，及「投保人口預估成長率」的實質內容。

謝委員天仁

- 一、在費協會時代就曾對此公式表示意見，我認為應該以實證方式檢視公式的合理性，剛剛李委員永振所提意見，值得我們深思。學者訂定公式時，一定希望有實證資料可以輔佐對照，健保總額已經協商 10 幾年，累積的資料可以做為實證上的對照，建議衛福部深入檢討。
- 二、短時間若要修改公式，除非很明確，不然在架構擬訂上需要花很長時間，我認為若無新的研究或資料，也只能先接受現制。
- 三、陳委員宗獻發言很有道理，或許西醫基層的預算被削減後跑到醫院部門，造成不公平，我認為這些議題都值得檢討。希望衛福部進行專案探討，仔細檢討總額相關公式，驗證是否

合理，若不合理，應趕快在明年度總額協商前，對架構提出調整方案。

鄭主任委員守夏

請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(楊委員漢淥代理人)

- 一、剛剛謝委員天仁的發言，我大部分都同意。這是很複雜的議題，我們手上有 10 幾年的資料，應該輔以實證資料進行公式修正，包括取樣等，不然浪費 10 幾年累積的經驗，及所付出的血汗代價。
- 二、但謝委員天仁說基層將被刪減的預算給了醫院部門，我要抗議！哪來的管道讓基層被刪減的預算跑到醫院部門，在此提出澄清，預算並未跑到醫院部門。

鄭主任委員守夏

請朱代理委員益宏，再請蔡委員登順。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、公式確實需要檢討，總額制度在剛開辦時，是以每人醫療費用的成長率乘上實際人口來計算總額，例如人口為 2,300 萬人，就乘以 2,300 萬。自 95 年起將協定「每人醫療費用成長率」改為「總醫療費用成長率」。原本乘以「人數」改乘以「比率」，這樣就會產生一些落差。成長率若增加，乘上的人數雖然少一點，但總數可能會增加；但若乘以負的成長率，則會導致非協商因素成長率變成負值。
- 二、這個概念確實有問題，我也認為公式需要修改，但若沒有替代方案，就很難改。希望衛福部在短期內，針對此問題研擬修改方案，不然明年 2~3 月要討論報院大總額時，又會遇到相同的問題，討論時間僅約半年左右，請衛福部在半年內努力找大家開會，針對此議題提出解決方案。

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、我從參加費協會委員會議開始，至今已經 10 年，非協商因素中人口結構改變率的公式都未曾改變。台灣的人口 10 年前是 2,300 多萬人，至今也是 2,300 多萬人，人口近幾年沒有成長，還好靠著新住民支撐台灣的人口數，不然人口就變成負成長。
- 二、人口結構的改變是反映人口老化，至 2025 年，人口老化將達到高峰，2026 年人口數就會往下降。老年人及小孩子的醫療費用比較高，現在是老年人口增加，出生數減少，一增一減，其實醫療費用每年成長率是可以平衡的。
- 三、現在醫界常說點值不好，每年約有 1,000 位西醫師投入醫療市場，對消費者而言是好事，可以提高就醫可近性。而投入醫療市場的醫師會想要獲得報酬，假設每位新進醫師 1 個月要賺 30 萬元，1 年就要賺 360 萬元，而西醫 1 年增加 1,000 多位醫師，總額就會被新進醫師賺走 36 多億元預算。醫療市場的醫師人數越多，對醫師所得影響就越大，甚至還會創造醫療需求，創造需求後更會影響總額、點值，這方面也應納入考量。
- 四、牙醫部門也一樣，每年增加 200 位牙醫師，假設每位新進牙醫師要賺 20 萬元，1 年就要賺 240 萬元，新進牙醫師 1 年就要賺走總額 4.8 億元預算，當然會稀釋掉增加的總額預算，影響點值。
- 五、基本上台灣缺醫師嗎？台灣並不缺醫師，可能醫師不願意投入醫療市場的某些科別，才会有醫師荒的問題。台灣醫師每年成長多少人，數據都很清楚。至於應如何取得平衡，我想大家心中都有定見。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

贊成謝委員天仁的發言，我參加監理會委員會議初始，總額才3,000多億元，現在已增加到將近6,000億元，總額的確增加很多。本案是討論今年要協商的總額架構，希望先通過本案，並請衛福部明年檢討變動因素，及提出實證結果，屆時再由大家共同決定新公式。今天就不要浪費時間，先讓本案順利通過。

鄭主任委員守夏

謝謝干委員文男，就依大家建議，請衛福部(社保司)在年底前召開會議，討論是否要修改公式，儘可能用過去的實證資料試算是否合理。學者認為公式本身並無太大問題，最主要是牽涉總額預算的成長及分配。請衛福部(社保司)本於權責在年底前召開會議討論。

戴委員桂英

贊成主席的決議方向，但本會應該是「建議」衛福部討論才是。

鄭主任委員守夏

好，修正用語，因為衛福部是主管機關。本會所提意見若可行，建議衛福部採納。

林委員敏華

這樣的決議似乎不太對。付費者代表是說衛福部一定要檢討，我們才有資料，要是衛福部不檢討，那就不用討論了！

鄭主任委員守夏

戴委員桂英只是提醒用詞。本會可以請健保署做什麼，但因為衛福部不是本會的監理對象，所以本會對衛福部要用「建議」。而且衛福部社保司曲司長同光也是本會委員，當然知道我們討論的重點在建議衛福部檢討公式。整理會議紀錄時，幕僚會再斟酌用語。本案若無意見就通過，請同仁宣讀下一案。

肆、討論事項第二案「105 年度總額協商通則案」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀，請委員發表意見。請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、以後若還有機會使用今天的會議室，建議主席可否坐在縱向的中間位置，縱向的兩端任選一端均可，就不用擔心未看到想發言委員舉手，而後一直左右轉頭。而且謝委員天仁、蔡委員登順及干委員文男這些重要的委員，都坐在主席同側，需要很注意才看得到他們舉手，若坐在縱向的中間，就較容易看到。
- 二、依照議事原則，討論通則時，應該以前 1 年的方案作為草案，提供委員檢視有無須修改之處。但我發現今年的提案，在未經委員會議討論前，就已更動，不知健保會第三組的用意何在？似乎他們代替委員在做這件事。請參看會議資料第 24 頁(五)其他原則之 2，104 年度總額協商通則為「各部門最後之年度總額成長率，應在行政院核定範圍內」，為何今年修改為「年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內，各部門總額成長率則不得超過行政院核定範圍之上限值」，此通則應該由健保會的委員決定，而不是由健保會第三組引導委員思考，對此提出疑義。
- 三、另有關違規扣款部分，現在各總額部門只有專業審理權，過去還有協同管理的權限，但現在已沒有。現在還有總額相關團體主動舉發之案件嗎？是否都由健保署舉發？若要發揮總額同儕制約的效果，應該要有機制或管道，可以讓總額部門有自我約束的能力，而不是直接將扣減費用列入通則，作為總額減項。既然總額部門沒有權限可以同儕制約及主動檢舉，都是由健保署舉發，卻將違規扣款的費用全部列為總額減項，我覺得此機制有待檢討。

鄭主任委員守夏

- 一、委員發言時，請盡可能講清楚是針對會議資料第幾頁、第幾點，及建議修改文字，這樣會比較明確。
- 二、我坐在這裡，真的不容易看到委員舉手。先請楊委員芸蘋，再請朱代理委員益宏，及何委員語。

楊委員芸蘋

- 一、剛剛黃委員啟嘉建議主席要坐在縱向的中間位置，應該不用，下個月就可以回到原來的會議室，今天是因為衛福部臨時有重要會議，而將我們改到 2 樓開會。主席坐哪不重要，可以看到委員就好。
- 二、感謝健保會第三組同仁很辛苦的提出本案，可能我沒學過法律，不清楚什麼叫做「105 年度總額協商通則」，通則是什麼意思？學法律的朋友告訴我，通則是法律名稱，怎麼會列在提案。我不清楚是通案的意思？還是通則？到底通則的意思為何？可否請懂法律的委員協助解釋。
- 三、有關會議資料第 24 頁(四)專款專用項目之「3.具有特殊性、鼓勵性、目標性之新增計畫，宜列為專款項目，俟其執行具相當成效後，再移至一般服務項目」，請問特殊性、鼓勵性、目標性是屬哪類型？若無明確標示的話，每個專款項目都可以稱為特殊性、鼓勵性、目標性，這樣範圍又太廣了！要有所限制，或者明示某些方向比較重要。否則任何人都可以提案來爭取專款項目，有些教授一整年光提案就送不完，講不好聽點，提案本來就是教授的工作。
- 四、會議資料第 24 頁(五)其他原則之「5.宜減少試辦性計畫，對已協定之計畫，應嚴格監控...」，記得去年召開評核會時，評核委員提到，不具成效的試辦性計畫應該停辦，但好像沒有看到列出那些試辦性計畫要停辦，應該將做不好的試辦計畫列出，讓委員知道哪些項目可以停辦，以節省不必要的經費支出。

鄭主任委員守夏

謝謝楊委員芸蘋的建議。請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、會議資料第 23 頁(三)協商因素 1.之「(2)給付項目之調整，請依本會第 2 屆 104 年第 2 次(104.3.27)委員會議討論通過之『全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程』辦理」，可否說明該作業原則與流程，因已過了一段時間，許多委員可能忘記內容為何。剛剛詢問幾個委員，大家都已忘記。
- 二、有關會議資料第 23 頁(三)協商因素之「4.一般服務之協商因素項目屬計畫型預算者，應於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及評估指標)，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則應核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商考量」，我不反對核扣，但應該有但書。因為第 1 年開始在一般服務推動時，可能沒有達到預期效果，就將之從總額基期扣除，第 2 年仍然持續推動，並達到當初承諾的目標時，是否應將原來基期被扣減的部分歸還總額部門，不然等於不付錢，卻仍持續執行該服務。以此概念，以後被核扣後，是否醫療提供者就喊停(不提供服務)，若付費者委員同意，也是一種處理方式，比照專款，達不到目標被核扣後，第 2 年就不執行該項目。包括新醫療科技及支付標準項目等，達不到目標，第 2 年就不提供服務。本項建議加但書，若次年或之後哪 1 年達到目標，應將核扣的基期還給總額部門，這樣才有利於計畫持續推動。
- 三、剛剛黃委員啟嘉也提到，會議資料第 24 頁(五)其他原則之「2.年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內」，這部分沒有問題，健保法也是這樣規定。但後面增列「各部門總額成長率則不得超過行政院核定範圍之上限值」，健保法並未有此規定，個人覺得不宜在此設單行法，規定各部門總額成長率的上限，因為這樣對整體總額的發展不利。只要在健保法授權的範圍內協商，都未違法，個人覺得這樣比較適當，不應另外加個限制。

四、有關會議資料第 24 頁(五)其他原則之「4.健保節流措施之實際效應，應自總額扣除」，所節省的費用從總額扣除，依此邏輯在給付不足時，是否也應相對地補足總額。亦即，當節流成效產生時，從總額扣除，但當總額編列不足時，也應有補足機制。這是衡平性思考，不能只考慮扣款，但給付不足時又不補足。建議增加「當給付不足時應予補足」文字。

鄭主任委員守夏

謝謝朱代理委員益宏，請何委員語。

何委員語

- 一、剛剛楊委員芸蘋提到下個月委員會議就會回到 3 樓會議室，又聽到醫界委員發言，才知道他們心目中有分重要、普通重要及不重要的委員。我們今天被安排坐在主席對面，可能是不重要的委員，所以發言都不被重視，因我們不是這麼重要的委員。實際上每位委員都很重要，講一些讓大家輕鬆的話，不然越開越生氣。
- 二、有關論人計酬試辦計畫，聽說台大醫院金山分院被取消，有嗎？論人計酬試辦計畫每年都應該提出成果報告，讓委員了解其成效。
- 三、重大醫療服務違規的案件是否應列入處罰規範，每次看報紙提到有些院長、醫師挪用健保費用幾千萬、幾百萬元，但是後續的處理機制，我們都沒看到。我認為對於重大醫療服務違法的案件，衛福部及健保署都應將之列入處罰規範，這樣才符合公平、合理、正義。否則報紙常提到健保費被挪用幾千萬元、幾百萬元，到最後若不了了之，而這次的違規扣款又是不痛不癢的一些費用，我認為對全民很不公平。

鄭主任委員守夏

謝謝何委員語，請謝代理委員文輝，之後再請李委員永振、蔡委員登順、謝委員天仁。

謝代理委員文輝(楊委員漢源代理人)

- 一、既然是通則，就是進入 105 年度總額協商前的 guideline(指導方針)，在此要講清楚醫院團體的基本立場。剛剛有委員提到會議資料第 23 頁(三)協商因素之「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：列為協商減項，但僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件」，我認為這是非常不公平的惡法，歷年來我們一再反映，在此要很堅決地提出抗議。剛剛黃委員啟嘉也有提到，西醫基層部門只有審核案件的權利，沒有其他工具或公權力，可以揪出任何違規者。
- 二、現在對違規者依其情節輕重也許罰 10 倍、5 倍，甚至被告詐欺等。自己犯罪自己扛，健保署也收了罰款，怎麼可能第 2 年再減列所有未違規者的總額，道理上說不過去，這屬連坐。為何其他沒有犯法者也要被扣減？若有針對特約機構的個別總額，對犯法者說明年要打九折，那還可以談，這屬懲罰不法行為。但對其他守規矩的醫療機構，則沒有權力如此做，這項通則應該攤開來檢討，這是最嚴格的連坐法，就好像有人犯罪，結果全部的人都要被懲罰，這沒有道理。身為醫療提供者，我們要提出嚴正抗議，此點希望忠實轉達，如果沒有得到共識，建議提至上級機關裁示。
- 三、會議資料第 24 頁(五)其他原則之「4.健保節流措施之實際效應，應自總額扣除」，回顧其歷史背景，若大家覺得有需要，也可以請健保開辦時的葉前總經理金川來說明。當初因為讓醫界倉促上路，就依勞保時代的支付標準等相關規定辦理，專家學者講的成本分析都沒有做。健保是政府照顧民眾最重要的民生計畫，當時大家相忍為國，有部分屬利潤比較高的項目，如藥費；有部分偏低低的項目，如技術費。為何勞保時期技術費用訂的低，當時的理由很簡單，因為所有的醫療院所都是現成的醫院、醫師、診所執行，因此都不算成本，才造成給付偏

低。因此當初有個概念，如同炒菜一樣，統統混在一起，有些比較熟、有些比較不熟，一起將就將就就上路。

- 四、會有節流的項目，一定是那些比較有利潤的，如藥費。健保署調查藥費真的有利潤，醫界也未否認，以前常講以藥養醫，這是事實。理論上，結餘項目所省下來的費用，應該不是扣除，而是回歸偏低的項目，如技術性項目。本來差距就很大，不能好康的都扣除，不合理的都不調整。不然就進行支付標準的成本分析，合理的項目就維持，不合理的項目才符合實際的狀況，以結餘的費用補足。因此若有節流成果結餘就扣除，在管理邏輯上也講不通，這樣醫院怎麼會想要努力結餘？但若能用以補不足的項目，醫界才有努力的動機，我覺得本項應該剔除。
- 五、健保法中規定總額不能超過行政院核定的上、下限，這是法律規定。我覺得我們應該留一點空間，因為現在有四部門總額，我們不知道何時會因為人口變化等因素，致使某個部門總額不足。結餘的費用就留在健保署口袋嗎？我覺得不需要訂此通則，應該讓所有委員在心裡自行決定，協商時，委員心中都有把尺，不需要列此通則綁住自己，因為隨時可能有變化。
- 六、有些部門會思考如何讓點值下降，與其他部門比起來不要差距太大，否則點值太高，很難協商成長率。不同部門有不同的遊戲規則，有些部門可以將初診診察費訂得很高。我認為第 24 頁(五)其他原則之「2.年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內，各部門總額成長率則不得超過行政院核定範圍之上限值」，應該加以修正。

鄭主任委員守夏

感謝謝代理委員文輝，先請李委員永振，再請蔡委員登順、謝委員天仁。

李委員永振

- 一、針對剛剛黃委員啟嘉所提意見，本案屬討論案，健保會第三組

為委員研擬提案是可以的，並未侵犯委員權責，但我認為幕僚擬案時，可以製作 104 年度及 105 年度不同之處的對照表，這樣處理會較圓融，也可以避免黃委員的疑慮。如果幕僚單位只將 104 年度的提案照案提出，也好像顯得不夠用功，這樣也不對；現在有用功，卻又被講得有點怪怪的。因此建議以提出對照表的做法，就可以解決並兼顧委員的疑慮。

二、會議資料第 24 頁(五)其他原則之「5.宜減少試辦性計畫，對已協定之計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場」，個人認為試辦性計畫需要維持，重點有無落實後面的文字。

三、上一屆代表本會參加健保署醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，就曾建議開放的新增項目，可否採試辦方式。健保署答說無法試辦，本會的權責無法管到這麼多，若直接開放給付項目，當然會影響總額；若未試辦，也就沒有足夠的資料可供判斷。醫界代表常說開放後，就會一發不可收拾，變成全由醫界買單，這樣也不公平。所以應該要先試辦，但設定期限，而且應落實「對已協定之計畫嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制」。若能有完整配套，個人認為不應該減少試辦計畫，有需要時，反而要增加。

鄭主任委員守夏

謝謝李委員永振，請蔡委員登順。

蔡委員登順

一、本案每年都會討論，老調重彈。基本上醫界與付費者的意見都談過 N 次。針對朱代理委員益宏、謝代理委員文輝所提，各部門總額長率，如果可以超過行政院核定上限，等於要付費者將西醫基層、牙醫、中醫部門節省下來的錢，拱手給醫院，可以這樣做嗎？這些議題以往都談過，各部門最多就是達到行政院核定的上限值，這樣已經阿彌陀佛，盡最大努力。不要突破此

規定，這樣會沒完沒了，如果可以突破，我建議不用協商，直接按照行政院核定的上限值成長，皆大歡喜，但有可能嗎？政府的財源有辦法這麼寬裕嗎？這才是我們要思考的重點。本案已經吵了N年，我們的立場是各部門成長率絕對不能超過行政院核定的上限值。

- 二、違規扣款是一個懲罰性的制度，亦有宣示性的意義，有獎就一定有罰，扣款金額也不多，以醫院而言，總額 4,000 多億元，只扣減 1,187 萬點，屬宣示性意義。如果不扣減本項金額，管理上就會出問題，這也是談了N年的議題。每年都舊事重提，我們很堅持一定要扣減，此制度一定要堅持，不能因某種因素而改變。況且並未扣減總額部門同儕制約主動舉發的部分，只有扣減健保署查核及舉發的部分，這很合理。
- 三、健保節流措施這項，則比較有討論空間，如果政策對，可以讓健保費用節餘很多，那就應該回歸健保署，因為所實施的政策正確，應該回歸全民、回到安全準備金。

鄭主任委員守夏

謝謝！請謝委員天仁，之後請李委員蜀平。

謝委員天仁

- 一、我認為本案採用「通則」名稱是可以的，主要是因為進行 105 年度總額協商前，希望大家能先有一些默契、共識，所以訂出遊戲規則，讓協商時能依循該通則辦理，不要因為沒有任何共識，而在協商時吵成一團，導致無法在 1 天內完成協商。歷年來的慣例是，協商前建立愈多共識，協商時就會更有效率；共識愈少，協商就會漫無邊際，這部分請大家多加考量，讓協商可以順利在 1 天內完成。
- 二、付費者代表在協商時其實非常辛苦，從早上談到晚上 10 點多，現在比較人性化，只談到 10、11 點，不像以前談到凌晨 2、3 點，變成持久戰、消耗戰，最後因為談不下去、體力不支，付費者只好含淚接受，這不是該有的現象，建議協商通則

應盡量異中求同，建立更多共識。

- 三、建議調整部分文字，會議資料第 24 頁(五)其他原則之「1.年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之」，及「6.醫療費用總額經衛福部核定後，對已協定各項目金額之增減應正式提案，在本會議決前，並應再經總額部門與付費者代表協定程序」，這 2 項有關聯，若分別立為原則會相互衝突，法律上文字的表述，應該是將第 6 點當作第 1 點的但書，第 1 點是規定協定後就不能改變，但書是例外的情形下，可以啟動各部門針對哪些項目進行協商。建議第 6 點前面加上「但書」，並將之納在第 1 點的後面，這樣會較完整，也不會產生矛盾的問題。
- 四、(五)其他原則之「2.年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內，各部門總額成長率則不得超過行政院核定範圍之上限值」，前半段是法律規定，是限制性條文，提醒大家不要超過法律上的授權，法律只能要求在行政院核定的範圍內協商，有寫沒寫影響有限。後段文字才是重點，因為付費者與各部門協商時，不是一起協商 6,000 多億元，而是分別與醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診等部門依序協商預算，所以當然須要訂定各部門的通則，不然大家漫天喊價。剛剛醫院部門提到希望只要訂在行政院核定的範圍內，不要訂各部門不超過上限值的規定，蔡委員登順提過好多次，我都可以倒背如流，如果這樣做，中醫與牙醫部門就會說，怎麼可以扣他們的錢去付給醫院部門，我們很難承受，所以大家要公平，遊戲規則一致，才會訂出後半段的文字。
- 五、今年醫療服務成本指數又特別高，假使要按照低推估值，那 105 年度中醫、牙醫部門就不用協商，一上台就可以結束，沒有人敢再給經費，因為他們歷年來成長率很少超過 3%，今年低推估已超過 4%，協商時理事長一上台就可以面帶微笑，說要回家了！每一年的通則，一定要有該年度的限制，只適用 104 年度或 105 年度，本案案由已列明適用於 105 年度，所以

要全盤考慮。幕僚提出的作業方案要中立、合理，所以有一些增減，這可以理解。本案幕僚所提內容中立且合理，讓委員有一些空間，可以互相退讓，達成總額協定的責任。

鄭主任委員守夏

- 一、感謝委員天仁所提意見。最重要的是本案的共識如果愈多，在正式協商時，一切會較順利，協商到半夜的情況也就愈少。如果很多事項在協商前沒有共識，移到協商時處理，會更麻煩，希望委員盡可能維持原來的共識。
- 二、很抱歉！沒有看到中醫及牙醫代表舉手，李委員蜀平是否願意讓他們先發言？還是您要先？

李委員蜀平

好！請他們先發言。(中醫及牙醫代表回應讓李委員蜀平先發言)

鄭主任委員守夏

請李委員蜀平。

李委員蜀平

- 一、剛剛楊委員麗珠請我吃一顆膨大海中藥丸，說我講話聲音好難聽，很粗魯，請委員原諒，因為我的聲帶有問題，健保也治不好。我要報告的是題外話，與總額協商無關，是討論國家問題。
- 二、昨天夢見我當總統，黃署長三桂擔任行政院長兼副總統，我們共同改變目前健保總額的制度，讓全國醫療大家歡喜。全世界都在學習台灣健保模式，我剛從北京回來，大陸也是學習台灣的健保制度。這麼多委員認真付出，醫界也這麼認真努力，但我們的健保總額，每到分配，就是不開心，是否要教民眾不可以浪費健保資源，此點大家要思考。
- 三、台灣的健保第一，後面卻隱藏一大堆問題，非常可惜，包括洗腎、RCW、葉克膜，醫美診所等也是世界第一，現在機械手臂(達文西機械手臂)也是世界第一，這許多無奈，可能是醫院

沒有獲得到正當的利潤，而且台灣醫學中心那麼多，有需要 20 多家嗎？

- 四、剛有委員提到以藥養醫是事實，醫院一定要從藥品得到利潤，這都是總額下，無奈的結果，我們應該教民眾不可浪費健保資源，希望懂得自我照護，希望能在明確法規規範下討論。台灣的健保世界第一，大多數項目例如開心臟、換肝、換腎手術等，都符合世界先進國家的醫療水準，甚至超過，所以要珍惜健保資源，希望健保署署長能多編一些預算，讓全國醫事團體都能認真推廣、教導民眾 self care(自我照護)。
- 五、若明知自己有疾病，還不珍惜健康，這些費用都應由民眾自行負擔，包括鬧事，酒駕等造成意外，這都是自己負責，還有很多法條也有明確的規定，如果台灣的醫療水平真的與世界相當，應給醫界多一些鼓勵。若違法明確，要重罰，讓社會保險與總額連結在一起，世界第一的台灣健保，是實至名歸，讓所有付費者代表，感到驕傲，真的成為中華民國的付出者，所以希望總額以外，還有另類思考，就是讓民眾珍惜健保資源的策略。

鄭主任委員守夏

謝謝李委員蜀平。對不起！今天必須先行離開，我任教的研究所有位同事第 2 次提升等，依例只有身為所長的我有權幫忙講話，其他委員則都不能，若不回去會對不起他，所以向各位委員抱歉！剛剛已經拜託吳委員肖琪幫忙接續主持。後面就請陳委員義聰，及何委員永成發言。

吳委員肖琪(代理主席)

- 一、各位委員大家好！我們繼續開會，剛剛楊委員芸蘋說講話聲音要大聲一點，我會努力讓自己聲音大一點，因為我下午 3 點有一場口試，希望大家幫忙讓會議順利進行。
- 二、剛剛主委提到先請陳委員義聰，再請何委員永成。

陳委員義聰

- 一、主席、各位委員大家好！第一次發言。會議資料第 26 頁，牙醫總額的舉發部分，與實際數據有很大落差，昨天已經與健保署北區業務組確認，他們承認疏忽，有一筆 100 多萬是由牙醫部門自行舉發；另外還有一筆 900 多萬，也是由我們自行舉發，但這筆還有些爭議，希望能夠保留，請黃署長三桂裁決，若最後是牙醫部門不對，我們是講理的，一定會承擔這樣的事情。
- 二、剛剛很多委員都針對會議資料第 24 頁(五)其他原則之「2. 年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內，各部門總額成長率則不得超過行政院核定範圍之上限值」提出意見，其實針對此議題已討論好多年，去年好不容易有共識，「各部門最後之年度總額成長率，應在行政院核定範圍內」。剛剛黃委員啟嘉也特別 support(支持)這部分。
- 三、也謝謝蔡委員登順、謝委員天仁的論述，其中有一點，並不是很贊同，剛剛提到，因為牙醫部門總額成長率歷年都很低，如果今年保障下限值，協商那天大概就會說 ok，散會回家。在此必須向蔡委員登順、謝委員天仁報告，我不會這麼做，會積極爭取牙醫部門該有的權利，因為牙醫部門這麼多年來，都是講理的。這個論述如果是對的，就好像父母親在分家產，告訴以往都很乖的小孩，因為你很乖都不吵鬧，以前拿最少，最後要分家產時，也應該要拿少一點！
- 四、與世界先進國家比起來，牙醫部門在很多方面都自己吸收，其中最明顯的就是補牙，牙齒露在外面有 5 個面，但因為都算類，簡單說，我們自行吸收 4 個面，蛀牙重補費用都是牙醫自行吸收，類似這樣的事情不勝枚舉。強烈建議大家不要再爭吵了！就比照去年文字，去年協商非常順利，所以建議照這樣的邏輯執行，不要再爭吵，若擔心牙醫、中醫部門成長太高，而改變遊戲規則，這樣對我們非常不公平。

吳委員肖琪(代理主席)

剛剛陳委員義聰提到總額舉發的部分，希望黃署長三桂能夠確認與裁決，應該沒有問題。接下來請何委員永成，再請干委員文男。

何委員永成

- 一、剛剛陳委員義聰所提，中醫部門也有同感，特別是蔡委員登順與謝委員天仁談到，如果今年總額協商，中醫能夠拿到下限值，就會很快樂地回去，不用協商了。事實上，聽起來覺得很痛苦，回憶去年協商 104 年度總額時，中醫部門提出合理門診量計算方式，光這項就全部刪掉 4.5 億元，本來連下限都還不到，回去無法交代，還好去年有保障低推估值，第一次協商破裂後，再次協商有拿到保障額度。後來有委員在報上說中醫部門含淚勉強接受，我回應說沒關係，會再接再勵，明年再爭取。
- 二、還好去年有保障下限值，若今年真的取消保障，可不是含淚接受，會更加痛苦。既然 105 年度總額協商通則案係沿用 104 年度模式，建議如果要團結和諧，比較沒有爭議，讓大家可以接受，建議增加「各部門不得低於行政院核定範圍的下限值」乙段文字。

滕委員西華

要加上「各部門不得低於行政院核定範圍的下限值」文字？

何委員永成

對！各部門不得低於行政院核定範圍的下限值，去年有這樣的共識，如果按照去年經驗，今年就不用談第二輪，只能按照衛福部核定結果，無條件接受。去年已經告訴我們不合理的情形，如果再修改成提案文字，今年會很難協商。

吳委員肖琪(代理主席)

請干委員文男。剛剛鄭主任委員守夏離開前說先請干委員文男。

滕委員西華

請干委員文男先讓我們，我與蔡委員宛芬已經舉手 4 次。(干委員

文男示意同意)

吳委員肖琪(代理主席)

那就先請滕委員西華，再請蔡委員宛芬。

滕委員西華

- 一、先講案由的名稱，其實在觀察第一屆健保會委員會議時，發現一個現象，就是在總額協商前，至少有 4 次會議都在討論總額協商的一些框架，真的非常浪費時間。其實總額協商通則，不應該每年都提出來討論，應該是定案後，除非當年度有變動，再提至委員會討論，應該形成一個 regulation(規則)。
- 二、就像蔡委員登順、謝委員天仁所提，每年都把以前的事情再說一次。假設今天定案後，建議修正案由的名稱為「總額協商通則案」。依據健保法，每年都要協商總額，怎麼可能每年都更動通則，既然不是每年變動，就不應該每年討論，除非有變動。我認為不只浪費時間，是提供一個平台，把大家的爭執再說一次，其實沒有太大效益。
- 三、朱代理委員益宏已經離開，有關會議資料第 24 頁(三)協商因素之「4.一般服務之協商因素項目屬計畫型預算者，應於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及評估指標)，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則應核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商考量」，朱代理委員提到若未達目標值可以扣除，但超出就要補足基期，這不合理，那醫界就都衝量就好，目標就變成沒有意義。在一般服務項目內，又設計畫型的預算與目標，除非服務內容或服務對象改變，造成原本計畫型預算不符合需求，才會變動預算，但這與本項情形不大一樣。
- 四、至於專款專用的項目也一樣，採零基預算沒有錯，須要重新評估需求，與(五)其他原則之「5. 宜減少試辦性計畫，對已協定之計畫，應嚴格監控...」有點類似，與試辦計畫的評估機制相同。因為歷年試辦計畫非常多，試辦計畫如果隔年要續辦，也

應採零基預算，零基預算的根基是評估機制，評估內容對不對？且評估結果要在總額協商前就提出，否則下年度總額協商時，零基預算就變成空的，大部分就會 follow(跟隨)前 1 年度的預算。

五、剛剛何委員永成提到，希望在(五)其他原則之「2.不得低於行政院核定範圍之下限值」增加文字。提案的文字是各部門成長率不得超過上限值，假設各部門要提不得低於下限值，各部門的需求與我們談低推估的意義不一樣，結果也不一樣。假如各部門總額按照各部門的需求，加總後在低推估以下，就應該以此成長率計算。我不支持將不得低於下限值納入，應該按照民眾需求協商成長率，且不得高於行政院核定範圍之上限值。請何委員永成再考慮。

六、之前一直提倡減項的觀念，健保節流措施當然要由總額扣除，剛剛李委員蜀平一直提到醫療機構很努力，都是民眾在浪費，其實不全是民眾浪費，已施行 20 年的健保也有制度性浪費，不能說都是民眾浪費，當然也有一些不是那麼中肯提供醫療服務的醫療院所，這從檢驗大幅成長就可以看出。持平而言，在座的每個人都有可能浪費，不是別人的問題。我認為提出都是民眾浪費的看法不太公允。

七、建議修訂(五)其他原則之 5.，剛剛有委員提到試辦性計畫的意見，建議將「5.宜減少試辦性計畫對於協定之計畫，對已協定之計畫，應嚴格監控...」，前面兩句改為「已協定之試辦計畫，應嚴格監控...」，後面文字一樣。就是要有退場機制，新計畫在提出時，應併同提出評估與退場機制，這才是第 5 點應該規範的。

何委員永成

主席！我想發言，只要 1 分鐘。

吳委員肖琪(代理主席)

請等一下，大家都想發言，所以還是依照順序。請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

- 一、剛剛有醫界代表提到，如果節流措施具有成效，同意從總額中扣除，但給付不足時，也應該要補足的意見。從總額協商架構案中的公式可看出，已經努力反映醫界所謂的成本，包括保險給付項目、支付標準改變，這些都是大家協商時，希望將醫界覺得給付不夠的部分，予以納入，所以已有處理。
- 二、會議資料第 24 頁，(五)其他原則之「4.健保節流措施之實際效應，應自總額扣除」，還要加上「當給付不足時應予補足」，我認為沒有必要，除了本項為減項外，其他項目都是反映醫界成本或給付不夠的部分。所謂省下來的錢在哪裡？健保是即收即付，若有省下的錢，應是讓民眾少付一點保費，降低民眾負擔。
- 三、還是要對李委員蜀平表示抗議，不能接受所有健保浪費都是因為民眾愛浪費的論點，不是每項藥品或檢查都是民眾要求的，很多制度性浪費，也不是民眾能夠處理，最後說都是我們在浪費，忽略滕委員西華所提的結構性浪費，或醫界可能的不必要浪費，對我們來說非常不公平。

吳委員肖琪(代理主席)

謝謝蔡委員宛芬。請干委員文男。

干委員文男

- 一、針對本案，剛才醫界提到希望能夠突破上限，這個上限是在行政院核定的範圍內，如果再突破，所增加經費都須民眾吸收，付費者實在付不起，此點很重要。如果是不得超過行政院核定範圍之上限值，與各部門協商時，就看醫界提出的計畫需要多少預算，假如能夠說服付費者，我們就會給予支持。若屬新的試辦計畫，衛福部或健保署認為在財政允許範圍內同意增加，大家可再研商。本案已經討論超過 1 小時，如果有檢討必要，請併前一案處理，若沒有變革，就不要再浪費時間討論。

二、如果商人去競標，當然付費者會說，最低或最高可出價多少，這是合理標。健保有優良傳統，總要訂個上限，不要訂下限，這也是默契。大家都知道，訂下限，健保會委員對所屬團體將無法交代，若共識是這樣，就照這樣做，以前也執行多年，費協會時代也有討論上下限的問題，也是同樣的做法，不會有衝突。不要再講這麼多，本案能通過就通過，需要修改，就併前一案再檢討。

吳委員肖琪(代理主席)

討論時間已經超過了，因為剛剛何委員永成有舉手，所以請他最後一個發言，有請何委員。

陳代理委員宗獻(黃委員啟嘉代理人)

對不起，這個議題我沒有發言。

何委員永成

回應滕委員西華，剛剛提到盡量不要改通則，因此建議會議資料第24頁(五)其他原則之2，能夠比照去年的內容，「各部門最後年度總額成長率應行政院核定範圍內」，文字不要修正，我們就可以接受。

吳委員肖琪(代理主席)

如果大家同意，請陳代理委員宗獻簡短發言。本案已討論很久了，懇請委員中止發言。

陳代理委員宗獻(黃委員啟嘉代理人)

一、謝謝大家！三個問題，第一，剛剛有委員提出給付項目之調整部分，可否請幕僚協助找出「全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程」，讓我們看一下。

二、第二，會議資料第24頁(五)其他原則之2，這8~9年來，私底下與一些委員有溝通，我算是較老的委員，很多已離開了。之前有委員提過，醫院總額費用那麼高，如果醫院超過上限，西醫基層就會被擠壓，我聽一聽有道理，所以每次在討論此議題

時，我都不發表意見。但幾年下來，我發現西醫基層總額在進行內部檢討時，自己都會挨罵，被責問為何不反映一些意見，設這個框架，其實西醫基層總額並未得到任何利益。(五)之 2 中前段「年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內」，這是職責，本來就不必寫，但是後段「各總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值」，不能逐年改，如果要寫不得超過上限值，那也不能低於下限值，不然就都刪除，這是原則問題。只要本會每年度所協商總額都是在行政院核定的範圍內，就不需要再設「各總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值」文字。

三、第三、我認為會議資料第 25 頁，二、「為利後續協商，再就特約醫事服務機構違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法扣款之部分」，這項最大的問題是，健保特約屬個別契約關係，個別違約卻由總額同儕買單，且對部門總額是終身處分，10 年前的 3,200 萬元，連續扣 10 年，因為扣基期，所以現在是 3 億多元，如果未處理此機制，有 1 家診所違約 100 萬元，10 年後全部的同儕必須被扣 1,000 萬元，而且逐年累計。記得幾年前曾統計過已經達到 4 億多元，我們要協商 4 億元何等不容易！但今年西醫基層總額的醫療服務成本指數是負成長，有何管理空間？所以我認為這部分在今天、未來一定要注意。基本上，如果要罰就罰 1 年，明年不能再累計，其實那是不應該的，因為屬個別違約，過去由總額支付，大家也都負擔了！

吳委員肖琪(代理主席)

- 一、謝謝！時間已經超過 5 分 25 秒。委員對本案，有些是希望修改，有些則建議不改，沒有共識的部分，請照原來的通則處理。
- 二、違約扣款部分，會議資料第 23 頁(三)協商因素之 3，已寫得很清楚，屬總額部門自行舉發的都不會被扣款，這部分請大家一

起努力。

三、(五)其他原則部分，剛剛謝委員天仁建議將第 1 項與第 6 項合併，這是很好的建議，請幕僚配合修正；滕委員西華建議將第 5 項「宜減少試辦性計畫，對已協定之計畫，應嚴格監控...」修改為「已協定之試辦計畫，應嚴格監控...」等文字，也請配合修正。

四、希望大家能守住「各部門總額成長率都不要超過行政院核定上限值」之原則，好處是，不會讓某些部門的成長率較高，而壓縮其他部門的成長率，實際上 103 年度之前就是採用這樣的原則，希望能繼續維持。

謝代理委員文輝(楊委員漢涑代理人)

對主席的處理方式有疑議，所謂協商通則，應是雙方有共識的部分才能成為通則。我覺得應該維護本屆委員的權益，不應由上屆委員決定本屆委員的權益。有爭議的部分都應刪除，如會議資料第 23 頁，違反特管辦法之扣款，及第 24 頁(五)其他原則的第 2 點，中醫、牙醫、西醫基層及醫院代表都有意見，以及第 4 點的節流措施效應之處理方式等項。共識達成的少當然會增加協商的困難度，不過可以到時再談，不要強迫我們同意這些不認同的事項。不同意將上述 3 項列為協商通則，強烈建議應剔除無共識的部分；至其他有共識部分應沒問題。有問題的部分，當然要尊重不同的意見。

陳委員聽安

剛剛謝代理委員文輝所提，應照往年的協商通則，我們是新委員，應有新通則；除非有一致性的意見，才能訂定；任何委員有不同意見，則通則就不能成立。我的意見是支持主席裁定，沒共識部分就照往例，若一定要有共識，則今天本案無法通過，如果堅持一定要達共識才能通過，沒共識就刪除，我想很多委員不會支持。

吳委員肖琪(代理主席)

謝謝陳委員聽安。包含第 25 頁的違規扣款金額，這麼多年(97~104 年)都列為協商減項，其實早就都存在。請何委員語。

謝代理委員文輝(楊委員漢源代理人)

我們每年都抗議啊！

何委員語

反對謝代理委員文輝提出刪除的建議，因我們提出反對，建議進入表決。

陳代理委員宗獻(黃委員啟嘉代理人)

反對表決！本會並沒有這種平衡機制，也沒有表決機制。不講其他部分，只提出建議刪除會議資料第 23 頁(三)協商因素的第 3 點，因不具備任何機制，西醫基層部門僅接受健保署的審查勞務委託，並未授權我們對違規醫師進行約談、勸告、發文，故建議刪除，以正事實。

滕委員西華

第 1 屆委員會議有做過表決。

吳委員肖琪(代理主席)

我認為主委不在時表決，並不恰當，會議資料第 23 頁(三)協商因素第 3 點違規扣款部分，應該保留...

陳代理委員宗獻(黃委員啟嘉代理人)

那沒有用，是做假的。

吳委員肖琪(代理主席)

沒有作假，剛剛牙醫師公會全聯會的理事長陳委員義聰也提到，如果屬總額部門主動舉發的案件，就不在減列範圍。提案文字也寫得很清楚，委員看到問題就提出，我想是好的。

陳代理委員宗獻(黃委員啟嘉代理人)

主席，對不起！我講一下為何會卡在這部分。剛剛滕委員西華提到，這是通則案，不能每年變動。如果今年講定變成通則，日後不能每年變動的話，醫界就會死在此點，影響太大，這部分沒有釐清...

吳委員肖琪(代理主席)

陳代理委員宗獻，我們參與總額協商已多年，都清楚本項係為鼓勵總額部門自行發現問題，若未列入以後會吵說因為沒寫，就不可以扣款，本項列為協商因素已多年，我支持應列入。

李委員蜀平

主席...。

干委員文男

主席，權利問題。

吳委員肖琪(代理主席)

抱歉！沒看到坐在我左手邊的委員。

李委員蜀平

現在好像立法院，要搶麥克風才有機會發言，因為如果我不解釋清楚，萬一傳出去，變成我不對...。

干委員文男

請讓我先發言，違反特管辦法及被舉發者怎可都不處罰，請問犯法要不要受制裁？

謝代理委員文輝(楊委員漢淥代理人)

有罰，違規者罰5倍、10倍，甚至送法院，哪能說沒處罰！

干委員文男

不能不好的都不要，好的則拿去，以後誰管得動醫療單位。

謝代理委員文輝(楊委員漢淥代理人)

有送法院，哪裡沒罰？是罰犯罪的那個人！

干委員文男

法院是針對行為違法，但錢沒扣，等於沒受制裁。

謝代理委員文輝(楊委員漢淥代理人)

有扣5倍、10倍！

干委員文男

若不扣款，社會觀感會不佳，隨便醫界要怎麼樣做...。

謝代理委員文輝(楊委員漢淥代理人)

有這條？社會觀感才會不佳。

吳委員肖琪(代理主席)

會議資料第 23 頁，有關違規扣款...。

謝代理委員文輝(楊委員漢淥代理人)

- 一、法律並未規定應訂協商通則，如要訂，應獲大家共識、心甘情願，這本來就是表達各自立場。目前醫界與付費者代表各有立場、意見，付費者希望各部門總額成長率不能超過行政院核定範圍的上限值，但醫界對此有意見，主席不能強行通過。我覺得有爭議的部分就先剔除，這樣就可解決問題；如果付費者認為某項通則過於保護醫療提供者，也可以剔除，我們沒意見，因那是大家沒有共識之處。
- 二、協商通則要大家心甘情願，怎能用表決方式，法律並未規定要用表決。我覺得處理方式很簡單，目前仍相當有爭議的，包括第 23 頁的違規扣款、第 24 頁其他原則的第 2 及第 4 點，尊重付費者代表的看法，也尊重牙醫與中醫部門代表的看法，既然沒有共識，就先不要訂為通則，可於總額協商時再釐清，若沒辦法，處理機制就是兩案併陳。

吳委員肖琪(代理主席)

剛剛我左邊與右邊都有委員舉手，左邊應是謝委員天仁，再來是何委員語；李委員蜀平剛已發言過一次，您還要再表示意見嗎？

滕委員西華

他是要回應我們！

吳委員肖琪(代理主席)

好，第三位發言者為李委員蜀平，第四位為潘委員延健，第五位為張委員煥禎。

謝委員天仁

- 一、剛剛陳委員聽安所提是正確的，不可能以上屆委員會的決議，來拘束這一屆委員，它不是法令，而且案由寫得很清楚，去年是 104 年度總額協商通則，怎能適用 105 年度？幕僚很清楚這邏輯，所以案由是 105 年度總額協商通則，並不會拘束 106 年度總額。這只是個模式，希望大家依照以前的模式，讓我們的協商效率提升。剛已講過，共識愈多，效率愈高；共識愈少，效率愈差。
- 二、老實講，協商前各總額部門需要與付費者醞釀良好的互動模式，而不是為了小蝦米爭吵，那沒有意義。每年的違規扣款才多少錢，既然要爭此點，若因而無法形成共識，協商時提出的方案就都再減 1 億元，最後結果一定無法完成協商，送衛福部裁決，但這是我們要的結果嗎？是牙醫、中醫部門要的結果嗎？與其這樣，不如在可能的範圍，大家互相退讓、解決問題才對，下限值沒有訂，不代表結果一定怎樣，當然你們會認為下限值已超過 4%，談起來最輕鬆，如果理事長當到這樣，我覺得其能力要再檢討，理事長應該想辦法說服我們，讓該部門拿到超過 4% 的成長率，而非以滑壘成功的方式，這樣無助日後協商。
- 三、無論付費者或醫界代表，大家在協商前應建立良好互動，這是最重要的原則，若做不到，我告訴各位，任何人踢一個石頭出來，都會造成大家的障礙，最後都要送衛福部裁決。試問送衛福部裁決對大家好嗎？花那麼多時間協商，如果要這樣做，我也樂意奉陪，協商當天也不用再談，就各自寫方案，逕送衛福部裁決。既然醫界認為這樣做是好的，請主席留下紀錄，他們同意不用經過協商的方式，各自擬具方案直接送衛福部裁決。

吳委員肖琪(代理主席)

剛剛還有幾位委員舉手，請李委員蜀平、潘委員延健，及張委員煥禎，之後就停止發言。

何委員語

- 一、支持謝委員天仁的說法，他的發言內容正是我想表達的，總額協商是互相尊重、疼惜，不是堅持己見就會贏。今天醫界代表硬要刪除這 3 點，誠如謝委員天仁所言，總額協商時，我就每項都反對到底。坦白講，你們不要以為醫界有立委就很有力，能向行政院院長要求多少總額成長率，我才不相信。今天開會怎麼不可表決，內政部會議規範寫得很清楚，討論事項如沒有共識就表決，哪一條寫不能表決，請拿出來給我看。
- 二、我的意見是互相尊重，幕僚人員沒有錯，104 年度的總額協商通則不能適用於 105 年度，104 與 105 年度是不一樣的。我們也很清楚醫界有困難，但付費者也有困難。有醫師提過，總額協商時，該調整的項目沒有調到，理事長差點被罷免。每位委員背後都有其所屬團體，回去會有壓力，若通則未違反重大利益，希望先通過，大家好相處、好協商。若醫界硬不同意這 3 點，保證協商時，每項我都會提出反對意見，今天會後我就開始寫反對意見書，再聯合所有付費者代表的理事長連署，向行政院、衛福部反映，看你們醫界立委多夠力？不要這樣，要互相尊重。我講話雖然比較強硬，但內心是很柔軟、很好協商的人。

蔡委員明忠

主席，請您裁示，委員發言不宜直指醫界立委，這種言論是指誰？應該理性開會，請不要這樣子，已一再拜託大家。

吳委員肖琪(代理主席)

便當已經發下，請大家先吃飯，火氣會小一點。

謝代理委員文輝(楊委員漢淥代理人)

就是吃飽了，才有力氣。

李委員蜀平

向滕委員西華及蔡委員宛芬鄭重道歉！向委員報告，我不是說民眾

浪費健保，而是要教育民眾 self care(自我照護)。藥師公會執行藥師居家照護，到民眾家裡，往往發現民眾有一大堆的藥沒有服用，放過期，還有聽常去醫院看病的人說，很多歐吉桑、歐巴桑沒病都喜歡在醫院聚會，天天都去，有一天突然有人問老王今天怎麼沒來，歐吉桑回答：老王今天生病了，所以不能來，由此可知。他們去醫院變成習慣。主席，氣氛緩和一點，不要那麼緊張，要讓他們吵下去嗎？

吳委員肖琪(代理主席)

不會...

李委員蜀平

請滕委員西華、蔡委員宛芬不要誤會，要教民眾 self care。署長說雲端藥歷一年能節省 50 多億元藥費，那是因為重複拿藥，如果能減少重複看診，可能也可節省下許多診察費。將省下來的費用，給醫師。如果今天我們信任醫療，賦予其專業自主，但違法時則重罰，台灣健保的總額就不會那麼慘。希望兩位委員原諒我，我不是那個意思，如此紀錄寫出去，我家會被噴油漆。

吳委員肖琪(代理主席)

潘委員延健、張委員煥禎發言後，請專家學者表示意見，我們還有其他事項待討論，請大家把握時間。

潘委員延健

- 一、我把握時間。醫界代表的意見非常清楚，在未獲共識前，不宜變成通則。通則的定義是大家的共識，過去協議，或許有些在此範圍，每年協議都有其時空背景，但不會變成通則，因若要變成通則，會變成未來的慣例，其重要性比每次的協議還要大，故這部分，無論如何一定要守住。
- 二、請大家參看會議資料第 24 頁(五)其他原則第 2 點，前面兩句「年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內」，此範圍已包括上、下限；後面增加「各部門總額成長

率則不得超過行政院核定範圍之上限值」，其實已違法，而且推翻前面的意涵。如果屬超越法的部分，更不能以通則推翻，這是我要強調的。

吳委員肖琪(代理主席)

請張委員煥禎發言，之後請戴委員桂英。

張委員煥禎

- 一、請先解釋何謂通則，因對 definition(定義)不清楚，而有疑慮。百科全書可以查到通則的定義，適用的規章或法則。請先解釋定義，否則大家會一直吵。如果定義很明確，大家的共識規則才叫通則，就不用吵了，因為要有共識，才能列為通則；沒有共識而未列入通則的，並不表示就不能執行。贊成謝委員天仁所提，每年的通則有其適用期限，因為時空背景不同。
- 二、請大家發言時，不要用霸凌的字眼，醫界並不像大家以為的，動不動就搬出立法委員，剛有人用威脅的字眼，其實健保會委員的權力沒有很大，我們只是幫忙做合理的分配與監督；大家可以參看健保法，即便我們有決議，衛福部還是可以推翻，我們只是建議單位，但衛福部通常會尊重本會決議，不會推翻我們的決議與既有規則，所以醫界才會那麼堅持不能就這樣做成決議，以免衛福部認為醫界也同意。
- 三、幾年下來，已變成積非為是，醫界若不堅持，變成醫界同意，甚至已出現過去幾年是這樣，為什麼今年不行的聲音，我想這種話不太好，要讓醫界不能執行，這都沒關係，但是大家不要忘記，健保費是全國民眾繳交的，我們只是監督與分配而已。常在這裡聽到有人說，錢是你們醫界拿去用、是給你們醫界之類的話。我們需要提供 service(服務)，才能拿到錢，不是憑空拿的，就像安全準備金有 1 千億元，就說健保賺了 1 千億一樣的道理，完全是錯誤的認知。
- 四、最後我要講，大家可以發言，但請不要做人身攻擊或威脅，大家好好談。對不起！能否請主席比照立法院，先暫停會議，讓

彼此私下溝通。因發言有限制時間，無法暢所欲言。建議休息 5 分鐘。

戴委員桂英

- 一、不管大家覺得 105 年度總額協商通則該不該討論，我們其實已經進行實質討論，且已超過 1 小時。目前為止，我的看法是這樣，剩下 3 項，是大家較關注，且尚須再溝通才可能達共識的部分，建議本案除這 3 項外，其餘都通過。
- 二、剛剛張委員煥禎建議休息協商，也是個模式，但時間已晚，可否保留這 3 項至下次委員會議再討論，在召開下次會議前，可以彼此協調，例如去年的通則文字的寫法怎樣，今年的版本是怎樣，過去的效果怎樣，陳代理委員宗獻顧慮的違規扣款列入基期，是否合理等。今天能否先通過較無爭議的部分，保留有爭議的項目。或許對有爭議的部分，以往雖有列，當要扣減時，係經合理協調才扣，說不定延到下次會議時，我們能看到更多資訊可以討論。

吳委員肖琪(代理主席)

大家可否同意這 3 項，並非贊成或反對，而是保留至下次委員會議討論。

何委員語

- 一、我要說明，第一、我沒有恐嚇，如果他們認為我有恐嚇，請去提告，我是在敘述事實。因為總額協商時，我也有反對的權利，不能因現在提早反對，就說我在恐嚇。我沒有恐嚇，僅是敘述未來總額協商時會發生的事。
- 二、第二、我提議表決，也有委員附議；反對表決的提出，至今並未聽到附議聲，故已經被取消了，只有我提議表決而有人附議，所以應進入表決。我不想再講很多話，謝委員天仁已講得很清楚。沒錯，最後請衛福部裁定，有人就會開始動用關係，你們敢說沒有、敢剝雞發誓？希望不要再害死一隻雞。我若有恐嚇，沒關係，請提告，我剛才是請大家互相尊重、疼惜，那

麼後面的事情就好辦。我有我的權利，總額協商時，可以反對到底。

吳委員肖琪(代理主席)

大家其實都是為讓整個社會更好，可否就通過保留這 3 項至下次委員會會議討論。

蔡委員宛芬

能否確認要保留哪 3 項？

吳委員肖琪(代理主席)

會議資料第 23 頁(三)協商因素的第 3 點、第 24 頁(五)其他原則的第 2 點及第 4 點，等鄭主任委員守夏下次會議再決定。健保會從以前就有不投票的默契，不希望自己在今天擔任代理主席時打破此慣例。

陳代理委員宗獻(黃委員啟嘉代理人)

我想釐清，可能我們的看法不太一樣，剛提的是第 25 頁的違規扣款，我覺得整個機制應檢討，不檢討真的很不公平。

戴委員桂英

其原則是寫在會議資料第 23 頁(三)協商因素的第 3 點。

吳委員肖琪(代理主席)

謝謝大家！我們進入下一案。

滕委員西華

請問會議資料第 23 頁(三)協商因素的第 3 點，有無保留？

吳委員肖琪(代理主席)

第 23 頁(三)協商因素的第 3 點，其實這幾年都有執行。

滕委員西華

剛剛陳代理委員宗獻是說第 25 頁，不是第 23 頁。

吳委員肖琪(代理主席)

他們已溝通好了。

柯執行秘書桂女

第 23 頁與第 25 頁所敘述的，是同一件事；第 25 頁是補充說明扣款細節及金額。

陳代理委員宗獻(黃委員啟嘉代理人)

第 23 頁與第 25 頁是同一件事，那就沒問題。

吳委員肖琪(代理主席)

是同一件事。這 3 項，並不是贊成或反對，而是保留至下次委員會會議討論。謝謝大家！我們進入下一案。

干委員文男

請問第 23 頁(三)協商因素的第 3 點，有無違反特管辦法的規定，如果沒罰則，會變成隨便醫界要怎樣就怎樣。

謝代理委員文輝(楊委員漢淥代理人)

請長官解釋合約對違約有無規範，對個別犯規的醫療院所，依情節輕重罰 5 倍、10 倍，嚴重者送司法單位處理；但第 23 頁(三)協商因素的第 3 點，是處罰所有醫療院所，連遵守規矩的都被處罰，而合約並未有此規定。

吳委員肖琪(代理主席)

我們進入下一案。

謝委員天仁

主席，我覺得不應這樣處理，因已有委員提出表決的動議，除非他撤回，否則這流程一定要進行。我覺得沒什麼大不了，重點是談的過程，醫界認為這樣可以卡付費者，但我認為卡不了付費者...。

謝代理委員文輝(楊委員漢淥代理人)

沒有卡。

謝委員天仁

既有委員提議表決，並獲附議，就應照規定表決。這個簡單議案，

以前已討論過多次，從費協會時代即已形成慣例，為了本案還花那麼多時間討論，氣氛弄到這麼僵，那以後不用協商總額了，我的意見就是這樣，開玩笑！算一算這些扣款的金額才多少錢而已。

謝代理委員文輝(楊委員漢淥代理人)

不是錢的問題，是原則問題。

蔡委員登順

它是個宣示性扣款，如果違規都不扣錢，會產生干委員文男所提社會觀感的問題，而且並未扣減同儕制約的部分，僅扣減非總額部門舉發的，且僅扣減違規事件本身的醫療費用，並未加 10 倍。

謝代理委員文輝(楊委員漢淥代理人)

我要講的是，目前並沒有提供機制可以讓醫界同儕制約。

吳委員肖琪(代理主席)

這 3 點並沒有要拿掉，是保留至下次委員會議討論。我不想破壞之前從未投票表決的默契。

謝委員天仁

有投過很多次！

何委員語

有！

滕委員西華

上次討論漁業法時有表決。

蔡委員登順

主席，您說從沒有投票是不對的。費協會協商 101 年度總額時，為中醫傷科推拿是否要扣減 10 幾億元，當時主任委員是楊教授銘欽，曾逐一詢問每位委員的意見。

吳委員肖琪(代理主席)

我修正，討論漁業法時我有在場。

柯執行秘書桂女

向委員報告，健保會成立以後，鄭主任委員守夏一直拜託大家，盡可能採共識決，不要投票表決；主委要離開會場前也交代我，如果真有爭議，可以等下次會議再處理...

何委員語

主席，不是這樣子。我已提出表決動議，而且有人附議，提反對表決的委員則未有人附議，因此其意見在討論過程已被打掉，而我的附議仍有效，既然附議有效，我要求進行表決！

陳代理委員宗獻(黃委員啟嘉代理人)

主席，健保會的結構與一般人民團體不同，跟醫師公會理監事的會議結構也不同。健保會組成結構很清楚，包括專家學者、政府、付費者、雇主及醫事提供者等代表，事實上都是 section(部門)。假如醫院提個議案，會瓜分西醫基層的總額，若動用表決，基層只有 1 票，醫院有 4 票，基層就輸了，可是門診醫療服務每年 1 億 7 千萬，三分之二的門診服務來自基層，所以不能以票數認定輸贏。上次中醫議案是因為消費者有兩種聲音、兩個版本，才一個一個詢問，跟現在情況完全不一樣，如果此規矩可以打破，那就沒辦法執行，也不對等。

吳委員肖琪(代理主席)

大家還要繼續發言？

張委員煥禎

我從第一屆費協會就擔任委員，所以很清楚不是沒有執行過表決，但過去表決都不是針對委員間非常有爭議的事情，而是大家認為要取決一個好的方式，所以表決。至於委員之間非常有爭議的案件，的確從以前到現在都未表決過，因為只要表決，醫藥界 provider(服務提供者)應該不會贏，當然不是說絕對，是可以事先跟付費者、政府等代表溝通，但這樣是不公平的，所以過去歷任主委都儘量不表決，但於法是合理的，因為依據健保法第 5 條規定「健保會審

議、協議訂定事項，應由主管機關核定或轉報行政院核定」。大家都可以表示意見，謝代理委員文輝剛所講的會尊重，也希望不要動怒，大家意見可以不一樣，不是跟自己意見不一樣，就認為別人太過分、無聊。委員不要當到這樣！大家可以表達意見，但本案本來就是讓衛福部決定！

吳委員肖琪(代理主席)

今天我主持的不好，因為我擔任委員到現在，從未遇過要表決。

謝代理委員文輝(楊委員漢涑代理人)

主席，我講一句話，剛剛陳代理委員宗獻已經提出他反對，我也附議，事實上兩邊都有人附議，所以要保留議案或採其他處理方式？

吳委員肖琪(代理主席)

剛剛跳到學者身分，所以反對刪除會議資料第 23 頁(三)協商因素的第 3 點，但還是建議保留到下次再討論，今天應尊重委員意見。我剛才知道鄭主任委員守夏離開前曾表示，若真有爭議部分，可以等下次會議時再討論。

謝委員天仁

我要講的是，總額近 6 千億元，醫界卻一直堅持這些扣款本身是原則問題，那雙方怎麼協商？你的原則加起來總共 5 千 7 百多萬點，卻要爭成這樣，那我怎麼跟你爭 6 千億呢？後面還談得下去嗎？當然堅持要表決，就像何委員語所提，這些東西失去時，你再訴求都已經剩這樣，再多點錢給我，一句話可能就 1 億或 2 億，為何要在這邊爭這幾千萬點，假使醫界真的小鼻子、小眼睛，我能怎麼做？

張委員煥禎

為何又要講小鼻子、小眼睛呢？

謝委員天仁

就是這樣！總額 6 千億，各部門非總額舉發的違規扣款合計連萬分之一都不到。

張委員煥禎

不要跟你的意見不一樣，就變成小鼻子、小眼睛，那您大鼻子、大眼睛？

吳委員肖琪(代理主席)

好！我們都不講氣話。

謝委員天仁

最後要講，會議程序就是照規矩來，有人提出表決，主席沒有理由拒絕，沒有人撤回議案時，就一定要表決，照程序來。

何委員語

民主討論，進入表決，已經有人附議就進入表決，進入表決就禁止討論。

吳委員肖琪(代理主席)

先休息 5 分鐘。

(休息 5 分鐘)

柯執行秘書桂女

各位委員，請大家就座，接著要進行下面的議程。

吳委員肖琪(代理主席)

好，剛剛左邊付費者及右邊醫界委員都有討論，目前要如何進行？請何委員語。

何委員語

我已經提議表決，而且有人附議，今天要表決 105 年度總額協商通則案，提議表決通過！

吳委員肖琪(代理主席)

右邊醫界有無意見？

蔡委員明忠

醫界想法很簡單，在健保會這麼多年來，希望用協商代替表決！

吳委員肖琪(代理主席)

專家學者有無意見？請陳委員聽安。

陳委員聽安

- 一、剛剛我已經講過，醫界也很了解，健保會這樣的組織，醫界要表決過半是很難的，提意見不是沒有道理，我們深深了解醫界的委屈，希望盡量爭取；付費者有付費者的困難，本案只是協商通則，而且往年也如此，請大家不要堅持。
- 二、當然也有委員提到，105 年度總額為何要受到以前的拘束，在此情況下，我還是呼籲，不要堅持，可否先同意通過，讓會議能夠順利進行，否則今天這種表決，對醫界也不利。剛才很感謝戴委員桂英提供緩兵之計，除了那 3 點保留外，其餘先通過；但憑良心講，下次會議由鄭主任委員守夏主持，此 3 點也未必能獲一致性同意，這是困難所在，醫界也都了解。所以還是慎重呼籲，拖到下個月也是一樣的情況，今天堅持下去也不能進行。這只是通則案而已，還不到協商，大家還沒協商就僵持成這樣，反而製造不愉快的氣氛，希望大家能和諧，有共同默契不要進行表決，大致上能先通過就先通過，謝謝！

吳委員肖琪(代理主席)

謝謝陳委員聽安。請張委員煥禎。

張委員煥禎

- 一、我還是那句話，雖然只是建議案，法律上規定可以表決，這絕對沒有問題，所以支持剛剛主席所提，這 3 點先保留，其他有共識部分先通過。其實那 3 點不是不通過，是希望再溝通，因為剛剛休息協調時，蔡委員明忠有跟其他委員在溝通，我一聽，裡面的內容其實還有協調空間，他們認為這樣付費者還不能答應，其實是因為不了解某些內容，所以我認為不是下次會議就沒有機會有共識，請主席衡量決定。
- 二、最後要講的，不是醫界在堅持什麼，大家立場雖不一樣，但目標一致。若表決，大家都不好過，我只呼籲，也期望所有委員冷靜下來，在整個會議結構上，醫界屬弱勢，這必須請大家思

考。

吳委員肖琪(代理主席)

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、我發言前要先徵求何委員語同意，因為他提出表決動議，要先完成。(何委員語示意同意)我有個看法，跟醫界開會也開了 10 幾年，要取得共識真的非常不容易，當然那麼久以來，表決是萬不得已，但在議事規範中，這是沒辦法中的最好辦法，任何會議都是這樣，當然我也希望不要走到這條路。
- 二、醫界提的 3 點都要保留，如果我們的訴求你們完全不同意，那前面幾條我們也有意見，也都要保留，可能就會保留 10 幾點！還是舊話重提，你們要求要超過行政核定範圍上限值，歷年來都沒有超過，今年也不能超過，如果某個部門超過，就是將其他部門的錢挪給該部門，可以做這種不公不義的事嗎？此點我們非常堅持。
- 三、會議資料第 24 頁(五)其他原則之「4.健保節流措施之實際效應，應自總額扣除」，你們表達的意見我們有聽下去，到底扣除後，回到四部門總額，還是健保署安全準備？目前有共識，同意這部分可再討論。最重要一點是，違約扣款部分，要跟陳代理委員宗獻說明，沒有罰 10 倍，你們誤導了。扣減金額僅是違規事件本身的醫療費用而已，這也已實施 N 年，具有懲罰性及宣示性的意義，告訴國人不能做違法的事情。不能醫界違法，錢又回歸基期，沒有道理，該條也講得很清楚，同儕制約不扣，被健保署查核到及舉發的部分才扣，金額已經越來越小，過去都是上億，現在才 1 千多萬，一直降低，表示醫界同儕制約有發揮作用，由民眾檢舉及健保署主動查核的案件已經很少。醫院部門也才扣減 1,187 萬點，與 4,000 多億元預算相較，不成比例，只是宣示性的意義，告訴國人違法就是要懲罰，這問題就解決，你們有不同意見，我也尊重。

吳委員肖琪(代理主席)

請何委員語。

何委員語

主席，依照會議程序，提出表決動議後就禁止進入討論，我剛才已提出禁止討論，但還是一直繼續討論，這是不對的；我認為應該進入表決，表決結果誰輸誰贏還不知道，表決就是採民主機制、公平公正的方式，所以我認為應該進行表決。在此徵求委員意見，提議本案全部通過，同意通過的請舉手。

吳委員肖琪(代理主席)

- 一、大家非常清楚，本案有一邊是持反對立場，另一邊則持贊成立場，雖然不能再討論，今天我若坐在專家學者的座位，確實會認同會議資料第 24 頁(五)其他原則的第 4 點保留，其餘通過。有一點意見，就是健保節流措施之實際效應，要全部扣除，還是有一部分回饋民眾，一部分回饋醫界，可以再討論。說實在，個人意見是除上述這點，其他部分都應該通過。
- 二、今天是我第一次主持會議，主持得不好，個人不太希望動用表決，因為不論是以前的費協會，或現在的健保會，5 年多來，我一直秉持一個原則，希望大家能夠盡量溝通，不然這次動用表決，以後是不是會經常動用表決，到後來可否順利達成總額協商？今天不是正式協商，若真的不行，我只能請大家再推舉代理主席，我沒辦法認同請大家表決這件事情。

何委員語

主席，這個議案若要協商，應是在每位委員收到會議資料時，有意見的人可以找大家來溝通，今天已經坐到會議桌，就應該依照會議程序，亦即，在外面(未上會議桌)就可以協商，一旦上了會議桌會議桌就應進入會議程序，所以我認為應該依會議程序進行表決。至於主席要辭掉現在的臨時主席，我不能干預，這是您的權責，本案就等於全部沒有通過或否決，就保留到下次會議討論，全案變成保留到下次會議再討論。如果徵求大家認為是否表決，就要進行表

決，您應該先徵求同不同意表決，已經有人附議。

吳委員肖琪(代理主席)

因為我在主席的位子，希望大家先不要動用表決，委員提出程序問題要求表決，但我擔任委員 5 年多，無論之前或現在，還是希望大家能夠多溝通、協商，今天還未進入 9 月份總額協商，只是針對通則的慣例，委員們其實心中都有一把尺，所以可否將有爭議的這 3 點保留給鄭主委處理，要不要表決由他決定，不希望在我代理主席的期間動用表決，如果不撤消表決，我就只好辭掉代理主席，請大家再共推一位代理主席，不然就拜託委員撤掉表決動議，沒爭議的先通過，保留這 3 點等鄭主委主持時，大家再充分溝通如何處理。我今天擔任代理主席，建議這樣做。

蔡委員登順

主席，如果要保留 3 點，我們也可以要求保留 10 幾點喔！有關總額協商架構中，醫療服務成本指數之「人事費用」計算，我們也要求保留，要採行政院主計總處的指標，還是勞動部的指標，我們也有意見，希望保留；給付項目的調整，我們也要保留，要保留都來保留不要緊，全部都保留我也同意，但是這樣開 3 次會議也無法解決問題。

楊委員芸蘋

主席，我可以發言嗎？

吳委員肖琪(代理主席)

好，請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

各位委員，今天到這地步，其實不是每位委員樂見，我們也不想表決，可是雙方各有堅持時，不表決也不行，所以何委員語剛提到，若沒有解決方法就表決。請問醫界委員，可否同意先通過本案，總額協商時，有意見再說，要是不將表決動議撤掉，一定要進行表決，那麼表決以後，雙方就真的撕破臉了，等真正協商時，我跟你

保證，絕對不和諧，絕對不平衡。請蔡委員明忠等幾位醫界委員再討論一下，先通過本案，如果對哪部分有意見，協商時或許還有機會再討論，否則今天要表決的話，等於撕破臉。表決是每位委員的權利，我們也都可以表決，但大家都是好朋友，沒有必要因為本案而讓未正式進入總額協商前，就破壞彼此和諧，那會使真正協商時，彼此立場都很尖銳，氣氛絕對不好、絕對不和平、不和諧。我也不想表決，建議本案先通過，以後討論還有空間，不要讓主席難為。

吳委員肖琪(代理主席)

謝謝楊委員芸蘋！

謝代理委員文輝(楊委員漢淥代理人)

基本上我們都希望整個事情和諧，主席裁示其實滿公平，顧及各位堅持的理由，總共就3點保留，其他部分先通過。

蔡委員登順

不對，你有3點，我有10點。

謝代理委員文輝(楊委員漢淥代理人)

- 一、付費者代表委員覺得醫界對3點有意見，那你們可能會有7點，或更多意見，所以希望包裹全部通過，即使某些地方醫界代表覺得不利，也暫時忍受。付費者代表的意見是如果醫界無法接受這3點，那他們也會有好幾項不同意，這我都尊重，我覺得應該互相尊重。通則不是法律規定，而是大家有共識的部分，讓以後進入實際協商時，本來要花1天時間，因為有通則可以縮減為半天。當然我們也同意共識越多，以後協商越簡單，但如果沒有共識，大家擔任此職位，還是要很努力、花時間去溝通、協商，這是大家的責任。
- 二、為何我們反對動用表決，其實健保會委員的結構，並不均衡，醫事服務提供者本來就屬少數，尤其各部門總額又分開，像西醫基層只有1位代表，醫院3層級有3位代表，但相對都是絕

對少數，表決為法定會議程序可以使用的機制，老實說，醫療院所可以不必來協商，健保會自己決定就好，因為表決一定會輸。建議儘量不要考慮表決，如果表決，等於不用指派醫事服務提供者與會。

何委員語

主席，程序問題！我一再強調，已經進入表決程序，為何還一直再徵求發言，違反程序！我的意思是，如果對這 3 點有意見，那是 106 年度總額的事，可以提早跟委員私下協商，105 年度總額協商通則已經進入會議討論程序，如果不同意就表決，怎麼會保留 3 點其他先通過，這樣不算開會，就自己決定就好。

吳委員肖琪(代理主席)

請問醫界，如果先通過此通則你們不願意，可是我又認為不應該表決，所以我只好辭掉主席的位子！

戴委員桂英

主席，雖然好像浪費許多時間在討論本案，大家意見一直在溝通、凝聚，但實在太久了，所以我有個提議就是散會，是否有人附議？
(有數位委員附議)

何委員語

主席，戴委員桂英提散會動議是可以的，散會動議大於表決動議，有人附議就要進入表決，表決結果若要散會，就散會。

戴委員桂英

要請主席徵求附議。

吳委員肖琪(代理主席)

好，我徵求是否有人附議。(羅委員紀琮舉手表示附議)

滕委員西華

請等一下，我沒有要反對戴委員桂英的提案，但主席要知道議事規範，一旦散會，此議案是沒有決議的。

吳委員肖琪(代理主席)

我知道。

柯執行秘書桂女

拜託各位委員，已經討論這麼久，如果沒有結論，下次再重來還是這些話再 repeat(重複)一遍...。

滕委員西華

我們提議要表決也不處理，提議散會也不處理，現在是在拖什麼都不知道！

吳委員肖琪(代理主席)

謝謝提出散會動議，我也不用辭職。

柯執行秘書桂女

有無附議？(羅委員紀琮舉手表示附議)

何委員語

應表決同不同意散會。

柯執行秘書桂女

請大家表決是否同意散會，贊成散會者請舉手。

吳委員肖琪(代理主席)

贊成散會請舉手。

滕委員西華

不清點人數？剛剛都說不能表決，此動議就可以表決。

吳委員肖琪(代理主席)

散會不是我能決定，請同仁清點人數。

何委員語

我反對散會。

吳委員肖琪(代理主席)

反對散會請舉手。

滕委員西華

請清點人數。

謝委員天仁

議事規則上，假使有爭議，應要求唱名逐一表決，贊成散會動議者一位一位唱名。

滕委員西華

對！都要記名。

何委員語

對！

戴委員桂英

主席，請您唱名，然後我們就說贊成或不贊成。

滕委員西華

一個一個來，都要記名，先清點人數。

柯執行秘書桂女

請同仁先清點人數。

(同仁清點在場委員有 26 人)

柯執行秘書桂女

跟大家宣布，目前在場委員共 26 位，現在進行散會動議的表決。

吳委員肖琪(代理主席)

現在開始表決，先反對還是先贊成？

滕委員西華

要逐位唱名。

吳委員肖琪(代理主席)

好，從哪裡開始唱名？從張委員文龍開始。

張委員文龍

贊成散會。

柯執行秘書桂女

贊成散會 1 票。

李委員永振

贊成散會。(有委員表示依議事規則，要從提案人開始唱名)

柯執行秘書桂女

贊成散會 2 票。從提案人開始再次唱名？

吳委員肖琪(代理主席)

好，從提案人開始。請戴委員桂英。

戴委員桂英

贊成散會。

陳委員聽安

贊成散會。

吳委員肖琪(代理主席)

張委員文龍剛表達過，李委員永振表達過。

葉委員宗義

散會。

吳委員肖琪(代理主席)

何委員語反對？是同意或不同意？

何委員語

不同意散會。

滕委員西華

不同意散會。

何委員語

現在表決散會動議，我不同意散會。採記名方式嗎？所以請記名。

吳委員肖琪(代理主席)

您是同意還是不同意？

柯執行秘書桂女

一、何委員語表示不同意。

二、滕委員西華、蔡委員宛芬、吳委員玉琴、楊委員芸蘋、陳委員健民、謝委員天仁、蔡委員登順，及干委員文男表示不同意。

賴代理委員維哲(張委員賜代理人)，您是否同意散會？

賴代理委員維哲(張委員賜代理人)

沒有意見。

何委員語

可以表示沒有意見。

陳委員幸敏

沒有意見。

林委員至美

沒有意見。

柯執行秘書桂女

曲委員同光呢？沒有意見。

吳委員肖琪(代理主席)

我同意散會。主席不能投票？(滕委員西華及何委員語等表示，依議事規則，主席要到最後，若正反雙方同票才表示意見)

柯執行秘書桂女

蔡委員明忠呢？

蔡委員明忠

我同意散會。

楊委員麗珠

沒有意見，因為我還在等一個專案報告案。

張委員煥禎

同意。

潘委員延健

同意。

謝代理委員文輝(楊委員漢淥代理人)

同意。

羅委員紀琮

同意。

同仁再次宣讀

張委員文龍同意、李委員永振同意、葉委員宗義反對(委員們表示渠身體不適，當然希望散會早點休息)、何委員語反對、滕委員西華反對、蔡委員宛芬反對、吳委員玉琴反對、楊委員芸蘋反對、陳委員健民反對、謝委員天仁反對、蔡委員登順反對、干委員文男反對、陳委員幸敏無意見、林委員至美無意見、曲委員同光無意見、賴代理委員維哲(張委員賜代理人)無意見、蔡委員明忠同意、陳代理委員宗獻(黃委員啟嘉代理人)同意、楊委員麗珠無意見、張委員煥禎同意、潘委員延健同意、戴委員桂英同意、陳委員聽安同意、謝代理委員文輝(楊委員漢淥代理人)同意、羅委員紀琮同意。

吳委員肖琪(代理主席)

在此宣布：同意散會 11 票、不同意散會 10 票、無意見 5 票。

註：由於現場收音不佳，依委員建議再次檢視影音資料後，同意散會有 11 位、不同意有 9 位、無意見有 5 位，名單如下：

同 意：戴委員桂英、陳委員聽安、張委員文龍、李委員永振、葉委員宗義、蔡委員明忠、陳代理委員宗獻(黃委員啟嘉代理人)、張委員煥禎、潘委員延健、謝代理委員文輝(楊委員漢淥代理人)、羅委員紀琮。

不同意：何委員語、滕委員西華、蔡委員宛芬、吳委員玉琴、楊委員芸蘋、陳委員健民、謝委員天仁、蔡委員登順、干委員文男。

無意見：賴代理委員維哲(張委員賜代理人)、陳委員幸敏、林

委員至美、曲委員同光、楊委員麗珠。

滕委員西華

所以就繼續開會，同意委員須超過在場委員人數的一半，所以至少需 14 票。

吳委員肖琪(代理主席)

我們要繼續討論嗎？

謝委員天仁

對！沒有過半數，議案被否決。

多數醫事服務提供者代表之委員離席

吳委員肖琪(代理主席)

接下來，要清點人數嗎？

柯執行秘書桂女

請同仁清點現場委員有幾位？有無超過半數？

干委員文男

有沒有過半？

滕委員西華

一定要過半數才能開會嗎？

吳委員肖琪(代理主席)

對！沒超過半數不能開會。

滕委員西華

會議一開始時，出席委員有超過半數，所以主席宣布開會。會議進行中，每個議案也都要清點人數，以確保委員人數都超過半數才繼續討論嗎？我們先確定議事規則，這很重要。若是如此，就要修改會議規範，因為我們是代表民間單位來開會，若每次遇到這種情形，都可以採技術性杯葛的話，下次也可以號召付費者代表離席，人數不足就流會。立法院也一樣，清點人數才開會，那是在會議開始時，公會開大會也一樣，難道剩下 10 人就不能開會嗎？依據我

的理解是這樣，否則會都不用開了。

謝委員天仁

主席！依照會議規則，應繼續進行，有人離開沒關係！表決的議案繼續進行。

吳委員肖琪(代理主席)

你們確定程序是繼續進行？

滕委員西華

現場有法規會的人嗎？若對我們所提有意見，可以去查一下。

何委員語

主席！

滕委員西華

何委員語，請先讓我說一下！立法院也常常杯葛法案，整黨只剩 1 個人在，也可進行表決，意思就是這樣。若議事規則確定不行，我沒意見！沒話講！若確定是，我們就要繼續開會，要弄清楚議事規則。

柯執行秘書桂女

跟各位委員報告，依據本會議事規則，今天出席人數為 33 位委員，現在只要有 17 位到場(過半數)，願意開會，就可以繼續開。

吳委員肖琪(代理主席)

若以今天出席人數 33 位，超過半數為 17 位。

柯執行秘書桂女

現場委員剛好是 17 位。

何委員語

一、因為到目前為止，沒有人提「清點人數」動議，所以，沒有「清點人數」的事情，會議程序如此，所以，已經留下來的人就繼續開會。

二、繼續開會，我提議通過討論事項第 2 案「105 年度總額協商通

則案」。現場 17 位委員有無反對意見。

謝委員天仁

沒有啦！

戴委員桂英

主席、何委員語，剛才說要保留的 3 點，包括「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款列為減項」、「年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內，各部門總額成長率則不得超過行政院核定範圍之上限值」，以及「健保節流措施之實際效應，應自總額扣除」其納入通則的目的，是為了讓協商時能順利，不要花太多時間，造成協商困擾。雖然我贊成將剛才建議保留的 3 項納入 105 年度總額協商通則，若在醫界代表都離開時，硬要通過，我覺得這樣會非常不妥，因為將會增加未來協商的困擾。現在按照何委員語所提的議事規則進行，程序是正確的，不過，健保制度並非只靠健保署努力做就可以做好，一定要醫界配合提供適當的服務，建議「事緩則圓」。

謝委員天仁

- 一、我的意見是，有人提議程序如何進行時，已經有那麼久的時間緩和，讓大家互相表示意見，也宣布休息 5 分鐘讓各方協商了，卻還沒有任何轉圜的空間，即便不表決，要離開或怎麼做，可以自己選擇。我認為，既然對方沒把這些氣氛考慮在內，付費者代表也不用考慮，因為沒用啊！熱臉貼冷屁股有用嗎？
- 二、誠如蔡委員登順所提，每年都在吵相同的東西，就看主席裁示的速度快、慢，速度快的話，議案很快就結束。所以，我的看法是，醫界代表不在也沒關係，就照法律規定進行，否則留下來的都是蠢蛋！就照程序做，讓大家知道程序如此，日後就會盡量折衝。不然的話，醫療費用總額超過 6,000 億元，為了 5,099 萬點(違規案件金額)，占不到萬分之一，其中醫院部門才 1,187 萬點，萬分之 0.5 都不到，跟我們爭成這樣，怎麼協

商？

三、大家的考慮多餘了，我的看法是，當此力量不出現時，反而可以協商，越要兼顧，越難協商，無論結果如何都要下決議，以後才好處理事情。

何委員語

- 一、我提議通過討論事項第 2 案，醫界認為不滿意，再去提復議案，這是他們的權利。
- 二、他們今天離開會場，是自己放棄當委員的權利，沒有第二句話可講。

吳委員肖琪(代理主席)

所以，現在可以決議：本案通過，因為在座委員都有共識，就是讓討論事項第 2 案通過。

何委員語

我們尊重戴委員桂英的意見，但 16 票對 1 票。

戴委員桂英

16 票對 1 票，好孤單啊！

吳委員肖琪(代理主席)

討論事項第 2 案通過。謝謝大家！請同仁宣讀下一案。

伍、討論事項第三案「『治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置--曲克利弗爾』自付差額特殊材料案」與會人員發言實錄

吳委員肖琪(代理主席)

請提案單位健保署補充說明。

施組長如亮

說明如下：

- 一、本案有 2 件事情要討論，第 1 件是希望委員同意，特殊材料「治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置--『曲克』利弗爾周邊血管支架」納入自付差額特材品項案。
- 二、另外，依健保法第 45 條第 3 項規定，自付差額之特殊材料品項，應由其許可證持有者向保險人申請，經保險人同意後，併同其實施日期，提健保會討論。但其間是否還需提「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」(下稱藥物共同擬訂會議)再討論一次，也請委員表示意見。

吳委員肖琪(代理主席)

請問誰先舉手？請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、依照會議資料第 29 頁社保司意見，自付差額之特殊材料品項，係屬「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之一部分，應按健保法第 41 條第 2 項規定，提藥物共同擬訂會議討論。以前的程序也都是先提經該署藥物共同擬訂會議通過後，才提本會討論。為何這次程序不一樣？請健保署說明。
- 二、自付差額特材的議案非常專業，本會醫界代表也說過，若非屬其負責的專科，也不容易了解。據了解，藥物共同擬訂會議的代表超過半數為醫藥專家，而且依健保法第 42 條第 2 項規定，討論時要考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務等，所以，該會討論的結果很寶貴，可提供本會參考。我認為應該跟過去一樣，先提藥物共同擬訂會議討論，再送本

會，程序上才較完備。

吳委員肖琪(代理主席)

謝謝！先請健保署說明。

施組長如亮

因為...。

滕委員西華

聲音太小聽不到，請大聲一點。

施組長如亮

本署之前已經提過好幾次自付差額特材的提案，都是先經本署專家會議討論後，提藥物共同擬訂會議通過後，再提健保會討論，其實每次意見都差不多。依健保法第 45 條第 3 項規定的程序，若不用經過藥物共同擬訂會議討論，可省掉這道程序，否則一個議案要經過 3 道討論程序，真的太冗長。所以，既然專家會議已討論過，就提送健保會討論，免除提藥物共同擬訂會議的程序...。

滕委員西華

當然不可以，那要廢掉藥物共同擬訂會議嗎？

蔡委員宛芬

那是法定程序！

施組長如亮

若委員覺得還是要經過藥物共同擬訂會議，我們也不反對，只是處理時間會較長。

滕委員西華

那是法定程序，不是我們同不同意的問題。

吳委員肖琪(代理主席)

請健保署以後可否先經藥物共同擬訂會議通過後，再提健保會討論，就可以減少...。

滕委員西華

因為這是法定程序，若覺得不妥適，就要修法。不然，是要廢掉藥物共同擬訂會議嗎？

施組長如亮

經共同擬訂會議不是法定程序。

滕委員西華

健保法規定，自付差額特材就是要提經藥物共同擬訂會議討論，若不是，難道要廢掉該會嗎？

施組長如亮

健保法第 45 條並沒有這樣寫。

滕委員西華

- 一、健保法第 45 條第 3 項規定，自付差額特材品項，應由其許可證持有者向保險人申請，經健保署同意後，併同其實施日期，提健保會討論，報主管機關核定公告。藥物共同擬訂會議設在保險人之下，依健保法，所有藥物的審議都要經過該會討論。藥物共同擬訂會議分為藥品給付項目及支付標準、特殊材料給付項目及支付標準兩個會議。
- 二、在二代健保實施前都有 proceedings(一系列會議)說明，否則社保司也不會這樣回應(會議資料第 29 頁，社保司意見)，若覺得程序疊床架屋，就修改相關規定，我們沒意見。若因大家意見都一樣，就省去其中幾個程序，是不對的，因為我們不知道，以後的議案決定會不會一樣，還是要有程序正義，否則，藥品也可不經藥物共同擬訂會議，就直接提健保會討論嗎？看起來是不行，因為於同一條文規範(健保法第 41 條)，不能藥品一種處理方式，特材又是另一種方式。

施組長如亮

藥品沒有自付差額。

滕委員西華

不是自付差額的問題，是(自付差額特材)程序上要經藥物共同擬訂會議討論。若藥品不需經健保會討論，健保會覺得某藥品給付上有問題時，可以推翻藥物共同擬訂會議的結論嗎？顯然無此授權。我要講的意思是，程序就是如此，還是要走完，既然有藥物共同擬訂會議，剛才蔡委員登順說的對，先提該會討論，再提健保會。若不要這樣處理，則是另外一個議題，健保署可以提案討論，何種情況下，特材得不經共同擬訂會議討論，就逕送健保會。

蔡委員登順

是藥物共同擬訂會議。

滕委員西華

- 一、沒有！這裡只有講特殊材料(可以自付差額)，藥品不行。
- 二、若要不提經藥物共同擬訂會議，我們也接受，但請提案，何種情況下得不經共同擬訂會議討論，逕提健保會討論自付差額特材案。

吳委員肖琪(代理主席)

請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

- 一、本案未照現行程序執行，所以應該退回。剛才健保署提出，到底哪些要經過、哪些不需經過此程序，但這屬另一個議題。是否重新訂定程序，如滕委員西華所言，是另一個議案，經大家同意，確認新流程後，才能依之辦理。但現有流程的規定是，先提藥物共同擬訂會議決議後，再提健保會討論，所以應按現有程序執行，才是尊重大家及有共識的流程。跳過共識流程送本會，我覺得不妥。本案贊成退回藥物共同擬訂會議討論。若大家要討論該會與健保會之間的流程，是否需重新評估思考或設定新流程，則是另外一件事，不是以本案決定。
- 二、另外，若屬突發或例外的議案，就送健保會討論，會讓整個規則亂掉，我想藥物共同擬訂會議的委員應該會很不開心吧！本

會沒必要做這樣的事。

- 三、醫療科技評估報告(HTA)有提到性別評估，認為此特材對男性的有效性高於女性，但在經濟評估的資料中，卻未看到相關研究，我認為這部分還是要審慎注意，發現特材有性別效用差異時，在經濟評估或網路的資訊，應讓消費者清楚知道，因為其有助消費者決定要不要使用該特材。

吳委員肖琪(代理主席)

請李委員永振。

李委員永振

- 一、首先感謝本會幕僚，明察秋毫將所有規定及重點彙整提供委員做為討論參考，個人認為，藥物共同擬訂會議是健保署的幕僚單位，依法規會的解釋，健保署將自付差額特材案提請本會討論，並不會構成違反法令的問題。若健保署認為可以直接提健保會討論，我們是否還需替他們考慮藥物共同擬訂會議委員的因素？
- 二、過去曾發生修法議題，因為沒有諮詢本會委員的意見，所以我們提出抗議，如果藥物共同擬訂會議的委員，因為健保署直接提案至本會討論，致使他們不高興，則應該向健保署抗議才對，而不是從我們這邊打回去，重新經過流程再提會討論。此外，從法規會的意見，健保署的作法並未違反法規。
- 三、對於本案所討論的自付差額特材品項，我的看法是，如果民眾想用比較好的品牌，因為我們決定退回，會使他們無法早點享用健保給付項目的 28,773 點(註：未納為自付差額特材項目前，須全額自付；納入後，可以扣除健保給付項目的點數)。相對地，醫院方面，也會因為沒有自付差額部分，所以直接收現金。但從被保險人的立場，早點得到這個保障比較好，依照健保署剛才說明，是因為考量各種因素，才認為不需提經藥物共同擬訂會議討論，以免時間拉太長，我認為應該要同時思考各種因素，再來決定是否要退回。

四、個人不贊成退回，因為健保署已經很有擔當地提案，為何我們還要退回？這樣豈不是讓被保險人吃虧。我估計退回後，至少需要半年的時間，被保險人才可能享用。請委員同時考量所有因素。

吳委員肖琪(代理主席)

請蔡委員宛芬第 2 次發言。

蔡委員宛芬

- 一、要修正剛才「本案直接送健保會討論，會讓藥物共同擬訂會議委員不開心」的說法，我們都清楚藥物共同擬訂會議的流程，當議案跳過此流程，直接送到健保會討論，會讓該會委員感到不被尊重。就像當初漁業法或其他涉及健保相關法令修正案，沒有提經健保會討論，卻要我們概括承受，所感受到的不被尊重一樣。「不開心」不是那麼精準的用詞，我修正，但還是認為應該尊重現有制度中的委員會議。
- 二、再者，我認為應該回歸既有流程，如果大家覺得現有流程有問題，因此減少某些步驟，或導致延緩讓病患使用特材的時間等問題，就應該檢討如何加速及改善流程的進行方式。

吳委員肖琪(代理主席)

請學者專家委員表示意見。

戴委員桂英

- 一、的確如剛剛李委員永振所引述，法規會所表示的意見，健保署將本案送到健保會討論，其實並未違反既有的法律規定，法律規定是收取自付差額的特殊材料品項，必須提經健保會討論，前提是「保險人同意」。現在顯然保險人已經代為衡量，覺得本品項納為自付差額，對被保險人是好的，所以判斷後送到本會討論。但社保司的意見是，若本會在討論時，覺得資料有所不足，還想多收集各界意見的話，若能先送藥物共同擬訂會議討論，從其討論過程，收集更多各界意見，亦可作為本會討論

之參考。

- 二、基本上，我認為本案可以有兩個處理方向，但處理模式可能不太一樣。第一個方向，既然健保署已提案，也針對該品項對民眾的好處做出陳述，則信任健保署的判斷，本會盡快討論；民眾即可早點使用，而僅負擔差額的部分，若不早點提供，民眾就需全額負擔。第二個方向，因為討論過程發現資料太少，很難決定，建議健保署仍然先提藥物共同擬訂會議討論。以上兩種模式，請主席徵詢委員的意見，看採用哪種模式較適合。

吳委員肖琪(代理主席)

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、本品項本來不是健保的給付項目，現在法律規定，特材可以有所謂的差額負擔，但藥品部分，基本上都是由健保給付，雖然大家可能會認為差額負擔，好像沒那麼嚴重，但問題是，不論如何，都會牽涉到健保財務問題(因健保會負擔其中一部分費用)，所以我的看法是，特殊材料自付差額的作業流程，應該比照藥品，提經藥物共同擬訂會議討論，才能送健保會。
- 二、藥品要收載成為健保給付項目時，都須提經藥物共同擬訂會議討論，與特殊材料品項的差異，只在有無差額負擔，問題是自付差額的特殊材料有一部分還是由健保給付，所以整個作業流程，應該與藥品一樣，在藥物共同擬訂會議討論前，完成科技及財務評估，經過該會議討論後，才能提到本會。
- 三、我認為社保司的意見比較周延，我的看法是，不能因為特殊材料只是差額負擔，也不要因為民眾一時要用，就破壞原有的機制，這部分可否依社保司及本會幕僚所提意見，還是提經藥物共同擬訂會議通過後，才提健保會討論。

吳委員肖琪(代理主席)

透過剛才的溝通，李委員永振的意見是希望早一點進行討論，好讓民眾有機會使用，在此情形下，戴委員桂英也建議兩種處理方案。

聽起來，有較多的委員建議，自付差額的特殊材料品項，還是要先經藥物共同擬訂會議通過後，再提至本會討論，請問健保署配合上有無困難？

滕委員西華

- 一、主席，法律的依據要先釐清，以法規會的意見看來，僅單純從全民健康保險法第 45 條第 2 項來解讀，但藥物給付項目及支付標準的規定是訂在第 41 條，其中有涉及特殊材料差額負擔的項目，才會引用第 45 條的規定。所以如果法規會僅從第 45 條來解讀，「經藥物共同擬訂會議同意」看起來當然會是「似非屬法律規範之必要條件」。但藥物決策機制的必要條件，應該依健保法第 41 條的規定，而不只依第 45 條，因為我們並未將藥品及特殊材料分開處理。
- 二、法規會的書面意見沒有提到第 41 條規定，但社保司的意見同時解釋第 41 條及第 45 條的規定。再次強調，健保署並無行政裁量權，可將自付差額的特材品項直接提至本會討論，因為法並未授權健保署可自行跳過藥物共同擬訂會議的討論程序。除非透過修法或依程序重新制定。但有機制重新解釋或修訂法規，或由健保會聘請專家提供資料再進行討論等，均屬另外一個議題。因此，依健保法第 41 條及第 45 條的規定，自付差額特材送會程序不只涉及周延問題，而是「依法」應先提藥物共同擬訂會議討論。

吳委員肖琪(代理主席)

- 一、未來健保署送請本會討論的自付差額特材案，應先提經該署藥物共同擬訂會議討論通過。本案討論到此。
- 二、因為時間關係，有委員須先行離開，我 3 點多也另有會議，雖然楊委員麗珠等很久，希望能進行「提升住院護理照護品質計畫」專案報告，但我詢問過，似乎不會影響進度。

楊委員麗珠

主席、各位委員辛苦了！我只是徵求同意今天能報告此案，依 104

年醫院總額協商時的協定事項，提升住院護理照護品質相關費用，須於 6 月前提經健保會同意後才能動支預算，並於 6 月底前提送執行情形。因下次委員會會議時間為 6 月 26 日，我擔心會受到影響。

吳委員肖琪(代理主席)

請問謝委員天仁，會不會有影響？

滕委員西華

一定會有影響，因為還要報衛福部核定，至少需 2 週。

曲委員同光

若委員同意 6 月底前提本會報告，就算完成協定事項的規範，後面的程序則不受約束。

滕委員西華

再確認一次行政流程，本會可在 6 月底前完成討論，但協定事項是提經本會同意後，衛福部須在 6 月前核定，現在「提升住院護理照護品質計畫」之支付方式有 3 案，假設我們沒有共識，可能會有影響。

曲委員同光

因為是健保會的決議(協定事項)，若大家同意 6 月底前是提經健保會同意的時程，則後面的作業程序就不用擔心時間問題。

謝委員天仁

協定事項是 6 月前，即須在 5 月 31 日之前。

吳委員肖琪(代理主席)

那本案今天一定要完成，請健保署先進行口頭報告。

陸、專案報告第一案「『提升住院護理照護品質計畫』之支付方式及護理人力指標監測結果報告」與會人員發言實錄

健保署陳專門委員真慧報告

吳委員肖琪(代理主席)

謝謝健保署的報告，本案主要針對「提升住院護理照護品質計畫」本會所協定的 20 億元，有 0.5 億元用在偏鄉，另 19.5 億元應如何分配，需要提會同意。從護理全聯會的角度，希望提升支付點數的比率少一點(甲案)，醫院協會則希望多一點(乙案)，另一個方案則是折衷版(丙案)。請護理全聯會代表楊委員麗珠補充說明。

楊委員麗珠

- 一、首先謝謝健保署協助進行協調溝通。今年醫院評鑑已將 1 位護理人員應合理照顧多少病人數，訂為重點評鑑項目，因此我們也依照評鑑基準的重點項目各層級醫院護病比，做為加成的鼓勵條件。護理全聯會的立場，提升住院護理費支付點數宜持續長久，因此，今年認同在提升住院護理費支付點數部分為 6%，大部分費用則是在能讓護理人員有感的護病比給付連動方案，讓護理人員看到減少工作負荷，及提升病人安全是國家政策，以鼓勵護理人員願意進入，願意留任職場。去年是 4 億元，希望今年護病比與健保支付之連動有較高比率，今年全聯會提案是委員看到的甲案，6%用於提升支付點數，其它依全日平均護病比予以 9~11%加成，做為支付連動的鼓勵。
- 二、依健保會的協定事項，除支付方式應依護病比訂定外，尚須訂定護理人力相關監理指標。護理全聯會曾於 3 月 11 日行文健保署，希望增訂民眾所關心，以及到底這些鼓勵費用是否發揮應有效益的相關指標。雖然這幾年護理人員約增加 7,000 多位，但各層級醫院合理的護病比進步率有無增加？若健保署能提供相關資料，讓健保會委員瞭解，到底這樣的鼓勵措施下，各層級醫院在護病比增加的比率為何？因此，我們建議應再增加這項具體的監測指標。

三、另外還是有很多委員關心，這筆錢進了醫院，有無用於鼓勵護理人力的增聘，及增加獎勵金，因此，建議將來健保署能蒐集相關資料，讓健保會委員瞭解這筆鼓勵費用，是否確實用於增加護理人力及獎勵金等用途。

吳委員肖琪(代理主席)

委員有無其他意見？

滕委員西華

因為醫院沒有代表在場，健保署有無必要協助說明醫院協會的方案，較為周延。

吳委員肖琪(代理主席)

謝謝滕委員西華提醒，請龐組長一鳴說明。

龐組長一鳴

簡要說明，甲案不是護理全聯會最早提出的方案，最早的方案是全部費用均依全日平均護病比連動加成；而醫院協會的立場是希望直接調整支付點數。經過協商後，護理全聯會改採甲案，其中提升支付點數的部分約 7 億元，依全日平均護病比加成則為 12.13 億元；醫院協會的主張也是依據該二項原則，但分配比率不同。將兩個團體的主張直接相加後除以 2，就產生折衷方案(丙案)。「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」(下稱醫療服務共同擬訂會議)原本希望以折衷方案提報主管機關核定，惟雙方立場各有堅持，故最後決議陳報 3 案送部裁定。

吳委員肖琪(代理主席)

謝謝龐組長一鳴的說明，請其他委員表示意見。

吳委員玉琴

支持護理全聯會的方案，本案討論很久，本人過去就一直認為護病比太高是護理界目前面臨的困境。依醫勞盟 5 月 12 日所做調查，加護病房、精神病房、急診都有護理人員負荷嚴重超標的狀況，若費用只用於提升支付點數，雖是基本保障，但恐無法解決護理人員

過勞或護病比太高的問題，本人傾向採護理全聯會的建議，支持甲案，且應趕快啟動，讓護理界有感，改善護病比過於懸殊或過勞的狀況。

吳委員肖琪(代理主席)

其他委員有無意見？請林代理委員佩菽。

林代理委員佩菽(楊委員漢淥代理人)

- 一、請容我說明，原醫院協會的提案，12%用於提升支付點數，全日平均護病比加成為6%，所以現在已有很大的退讓。主要原因在於，我們認同護理人員的辛苦，覺得必須予以尊重及加以改善，因此建議提升支付點數，讓護理人員取得實質的相對報償，這是我們相當堅持的部分。
- 二、有關護病比部分，我們不是不贊同，這是個新概念，在目前整體護理人力缺乏的情況下，需要時間進行校正。我們希望讓護理人員有強烈信心，醫院會提供很公平的價值觀，也才会有此提案。醫院協會的方案與健保署的提案一模一樣，其實醫院協會是配合健保署的提案。

吳委員肖琪(代理主席)

請干委員文男。

干委員文男

- 一、本案在醫療服務共同擬訂會議討論的情況是，護理全聯會及醫院協會各自堅持立場，最後解套的方式為，請健保署另提折衷方案，才會以3案併陳的方式處理。至於折衷方案在「提升支付標準」及「依全日平均護病比加成」各占多少比率，我較著重護病比加成部分，因為不提升護病比，人力不會增加，給再多錢也經營不下去，這是很實際的問題。
- 二、護理全聯會不可能蒐集所有醫院的護病比資料，健保署才能提供，因此，請健保署在3個月內，提出護理人力監測指標的明確數據，讓護理全聯會能夠掌握現況。若調整支付標準無法留

任新進護理人員，最後還是有逃兵發生，則令人憂心以後還能留下多少護理人員。

- 三、之前已經提過，為使支付標準能夠合理調整，也為提升病人權益及照護品質，希望健保署好好蒐集及提供相關數據，讓護理全聯會能據以改善護理人員的職場環境，否則目前已另有民間護理勞工團體，照這樣下去，護理界將來可能會形成分裂或對抗情況。希望針對留任護理人員的監測指標努力，這樣老百姓才會覺得有意義。
- 四、過去幾年「提升住院護理照護品質」原來列於專款項目，104年起同意納入一般服務，也就是壓入基期，我不反對，大家也贊成，因此也才能以本案的相關預算調整支付標準，護理界自己要好好打拼！我常關注護理人力指標，現況人力還是不足，希望持續努力。

吳委員肖琪(代理主席)

謝謝干委員文男，請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、我跟干委員文男都是健保會推派參與健保署醫療服務共同擬訂會議的代表，向本會委員補充說明，參與該會討論本案的情形。當時提出的甲、乙兩案都很有道理，醫院代表並未很堅持，因為都是用以調整支付標準。不過站在被保險人的立場，過去 90 幾億元的住院護理品質照護費用，護理人員平均都有獲得加薪，以衛福部的資料是 8%。
- 二、至於依護病比加成部分，不要逼護理人員要錢不要命，因為 workload(工作負荷)會表現在留任部分，我想護理全聯會也做過調查，除了薪酬，工作負荷也是留任的重要考量。雖說支付點數不足應該反映，但增加人力恐怕才是改善護理勞動條件中最重要的手段，若能將照顧病人比率下降，才能增加照顧品質，院內感染率、死亡率也才有可能下降，對病人來說是好事。

- 三、我跟干委員文男於醫療服務共同擬訂會議上都有表達上開意見，希望不是只有給護理人員錢，還要顧他們的命。至於在提升支付標準及點數部分，也聽到有其必要性，因此認為可視需要適度分配至提升點數及依護病比加成兩方面，而不是將全部的資源都放在護病比。否則短期內未能達到全日平均護病比閾值的醫院，拿不到加成費用，會形成惡性循環，聘不到護理人員的醫院，其照護品質必然越差，健保相對也會花較多費用。
- 四、個人也支持甲案，丙案可以看到健保署的用心，有做一些調解。不過既然本案是用在護理人員身上，就支持護理全聯會所提方案，先以護理人員的看法來實施，之後再視成效進行檢討，依達成的效益，檢視是否調整比率。

林代理委員佩菽(楊委員漢淥代理人)

- 一、因為過去就有提升住院護理照護品質的專款，我們去年也討論過。醫院協會所提出的乙案，是希望費用的變動不要那麼大，「依全日平均護病比予以加成」部分，已經從原來規劃的 4 億元，增加為目前所列的 7.85 億元，確實已有增加，但因為依全日平均護病比做為加成的依據，浮動的意涵很重，不是每家醫院都一定拿得到，我們希望給護理更具實質而穩定的鼓勵，主要是因為這部分費用的變動較大。
- 二、至於「提升支付點數」部分，則希望可以讓護理人員有實質提升的感覺，也希望讓他們覺得「我的服務有價值」，即提升支付標準的價格，干委員文男提到的問題，對醫院來講確實也是我們的責任。跟委員報告，醫院部門不知從何時開始，一年 365 天，每天都在徵求護理人員，醫院一直很努力處理人力配置這件事，請相信醫院協會的誠意。我們也希望讓護理人員覺得自己的付出有代價、提升價值感，所以一直希望「提升支付點數」部分，亦即可調控的比率提高，此部分對護理人員具有精神意涵。
- 三、護理全聯會最重要的是降低護理人員的工作 loading(負荷)，但

護理人員的工作負擔不是完全來自照顧病人，大部分來自評鑑、paperwork(文書工作)，不過這是另 1 項議題。目前執業的護理人員一共 9 萬多人，相較 99 年，已增加一定人數，我們希望針對護病比這個新概念，能給醫院多一點空間，讓醫院逐步達成，因為這無法一蹴可及。

吳委員肖琪(代理主席)

請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

提升護理照護品質，減輕護理人力負荷，相信是大家的共識。只是既然要花錢，就希望有較為明顯、實質的效益。看起來降低護病比，是最確定可減輕護理人員照護工作壓力的方式。至於提升支付點數雖然也很重要，但有太多例子告訴我們，提升點數後與真正回饋到護理人員身上是有距離的。過去曾幫婦產科醫學會爭取到提高 7% 的診察費，但婦產科醫師似乎也很少拿到這筆錢，看似提升支付點數(支付給醫療院所)，但無法得知第一線的醫療人員實際拿到多少費用。資源應當用於合適之處，讓護理人員可以直接感受，及降低其照顧病人的壓力，相對上比較好，這樣也有助資源配置與提升使用效益，因此，贊成護理全聯會所提出的甲案。

吳委員肖琪(代理主席)

請問謝委員天仁、蔡委員登順兩位委員有無意見？

謝委員天仁

我們的看法是盡量尊重護理全聯會，前幾年在提升住院護理照護方面，也投入那麼多錢，成效卻有限。本次在支付調整方面有那麼多案(3 案)，而護理人員歷來總覺得權益受損，這次就讓他們自己作主，作主以後，照理說情況就要改善，如果沒有改善，我認為健保會也盡力了，若之後還來健保會抱怨或要錢，我們也覺得很頭痛。既然提升住院護理照護品質方案已推動多年，這次就依護理人員自己選擇的方案來試試看。

吳委員肖琪(代理主席)

請蔡委員登順。

蔡委員登順

看來大家的意見都很清楚，要提升及兼顧護理品質，兩者的確蠻為難。同意謝委員天仁的意見，護理全聯會對這部分應該還是比較清楚，而且掌握全國的護理人員狀況，其與醫院經營者的理念稍微不同，屬正常，因為經營者要的是利益，而護理人員要的不只是提升薪水，也要兼顧生活品質，在照護病人方面也才能提升品質。因此，支持護理全聯會在護病比方面的意見，贊成甲案。

吳委員肖琪(代理主席)

發言請盡量簡短，我真的須要出發趕赴 3 點鐘的學生口試了！

楊委員芸蘋

本案應該還是要尊重護理全聯會，因為他們比較瞭解如何做可以保障護理人員得到該有的權益，這點大家都有共識，我也贊成甲案。

楊委員麗珠

最後補充兩句話，我們尊重醫院協會所提方案，我們一直很努力，希望互相合作，我想這是大家共同的目標。

吳委員肖琪(代理主席)

一、今天大家都有共識要解決護理人力的問題，希望護理全聯會自己要努力，這樣對醫院、民眾都好。針對本議題，本會支持甲案。

二、時間的因素，專案報告第 2 案「健保代位求償執行情形與成效報告」，就保留至下次會議，謝謝大家的協助！散會。

(書面意見)

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

「關於提升住院護理照護品質計畫」健保署投影片第 10 張，103 年護理人力較 99 年增加 8,337 人(9.19%)，但地區醫院反而淨減少

110 人(-0.54%)，顯見該方案對地區醫院不但沒有幫助，反而造成傷害，原因為地區醫院護理人力流向大型醫院，造成人力缺乏更嚴重，希望健保署在今年的計畫能予以矯正(該筆費用應該使用在刀口上，而非錦上添花)。