

全民健康保險醫療費用協定委員會  
第 176 次委員會議事錄

中華民國 100 年 10 月 14 日

# 全民健康保險醫療費用協定委員會第 176 次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國 100 年 10 月 14 日上午 9 時 30 分

貳、地點：中央健康保險局臺北業務組901會議室

參、出席委員：

何委員語	劉處長志棟(代)
李委員明濱	張副秘書長孟源(代)
孫委員茂峰	施特別顧問純全(代)
孫委員碧霞	
張委員惟明	
莊委員淑芳	
連委員瑞猛	
陳委員玉枝	
陳委員宗獻	
陳委員明豐	陳院長特助瑞瑛(12:20 以後代)
陳委員錦煌	
黃委員建文	陳醫師彥廷(10:55 以後代)
黃委員偉堯	
黃委員碧霞	邱科員雋弘(代)
葉委員宗義	
葉委員明峯	
廖委員本讓	
劉委員清芳	曾簡任視察錦春(代)
蔡委員登順	
謝委員武吉	
蘇委員清泉	劉副秘書長碧珠(12:20 以後代)

肆、請假委員：

林委員啟滄  
凌委員月霞  
許委員怡欣  
謝委員天仁

伍、列席人員：

行政院衛生署

朱組長日僑

梁組長淑政

中央健康保險局

戴局長桂英

黃副局長三桂

全民健康保險監理委員會  
本會

蔡組長淑鈴

柯副主任委員桂女

林執行秘書宜靜

張組長友珊

陸、主席：楊主任委員銘欽

紀錄：林淑華

柒、主席致詞(略)

捌、報告事項

第一案

案由：確認本會上(第 175)次委員會議議事錄，請 鑒察。

決定：

一、討論事項第一案「101 年度牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院部門及其他預算醫療給付費用總額協商因素項目及成長率案」，相關決議修正如下：

(一)「101 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配」之「品質保證保留款」乙項協定事項文字修正為：

「a.依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於 100 年 11 月底前完成相關程序，並於 101 年 6 月底前提送前一年度執行成果」。其餘各部門總額之同項協定事項及其相關附表文字，一併配合修正。

(二)「101 年度全民健康保險其他預算及其分配」之「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」乙項協定事項文字修正為：「(2)依衛生署政策要求，本項計畫應訂有相關必要執行項目，上述醫院應提供 24 小時急

診、以具備內外婦兒科為原則，但得依據該地區及醫院特性適當調整，至少提供兩科之門診及住院醫療、檢驗檢查主動通知等，並深入社區加強預防保健服務」。

二、餘確定。

## 第二案

案由：本會上(第 175)次委員會議決議(定)事項、歷次會議未結案件辦理情形及重要業務報告，請 鑒察。

決定：

- 一、「請中央健康保險局儘速邀集相關醫事團體，釐清十大初級照護疾病與支付標準項目相關性之事宜」及「請中央健康保險局儘速檢討住院病患至他院轉診、轉檢等相關規定」二案繼續追蹤。
- 二、101 年度全民健保各部門總額協定事項之相關計畫與後續須辦事宜，完成時程表如附件一，請各相關單位依進度辦理所掌事項，並依辦理時程於本(100)年 12 月份及 101 年 7 月份委員會議進行追蹤。

三、餘結案並洽悉。

## 第三案

案由：中央健康保險局報告「中醫門診總額一般服務費用分配方式試辦計畫」執行結果及中醫醫療費用與傷科處置等申報情形，請 鑒察。

決定：洽悉。

## 第四案

案由：中央健康保險局報告「醫院與西醫基層財務風險監控情形」案，請 鑒察。

決定：洽悉。

## 第五案

案由：中央健康保險局報告「醫療費用支出情形」，請 鑒察。

決定：洽悉。

## 玖、討論事項

### 第一案

提案人：陳委員錦煌

案由：最近報紙又報導「假住院真詐領」的醜聞，且報導指出是台南地檢署、雲林地檢署及衛生署疾管局三個單位合力偵辦，應該要求公立醫院主治醫師(含以上人員)全部都要辦理財產申報與登記，這樣才可以有效防杜公立機關醫師詐領案，提請 討論。

決議：

- 一、委員之建議轉請衛生署及中央健康保險局參酌辦理。
- 二、本案事件俟中央健康保險局蒐集完整資料後，適時提會專案報告。

### 第二案

提案人：陳委員錦煌

案由：近期媒體報導「台大醫院誤移植愛滋器官」乙案，嚴重傷害民眾對於醫療體系運作的看法及信用度，應該提出檢討，以建立民眾信心，對於該案所發生之相關醫療費用及賠償，應該由台大醫院負責，不應該用全民健保費用替台大醫院負擔，提請 討論。

決議：委員之建議轉請中央健康保險局參酌，並依相關法規命令辦理該項醫療費用之核付事宜。

### 第三案

提案人：謝委員武吉

案由：有關現行「全民健康保險法」第 33 條(二代健保法第 43 條)之規定一分級醫療及轉診制度乙案，建請健保局儘速落實實施，提請 討論。

主席裁決：移至下次委員會議討論。

#### 第四案

提案單位：本會第一組

案由：101 年度牙醫門診總額一般服務費用分配案，提請 討論。

決議：

一、一般服務(不含品質保證保留款)地區預算：

(一)地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：預算 100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

二、其他：

(一)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。

(二)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，由中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 100 年 12 月底前送本會備查。

#### 第五案

提案單位：本會第一組

案由：101 年度中醫門診總額一般服務預算分配案，提請 討論。

決議：

一、一般服務(不含品質保證保留款)地區預算：

(一)地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄

範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

- 1.續以100年試辦計畫為架構繼續試辦，惟人口占率不得低於5%。試辦計畫內容由中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體擬訂，送請衛生署核定後據以施行。
- 2.若東區預算繼續獲保障，則應相對提升服務，並設「點值上限」，超出上限值部分，應運用於其他服務計畫，使東區民眾得到實質服務。
- 3.試辦計畫仍須以不影響民眾就醫權益為原則，爰應持續按季監控民眾就醫公平性與醫療資源分布等指標。

二、其他：

(一)藥品以每點1元核算，自地區預算預先扣除。

(二)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，由中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體議定後，於100年12月底前送本會備查。

## 第六案

提案單位：本會第一組

案由：101年度西醫基層總額一般服務費用分配案，提請 討論。

決議：

一、一般服務(不含品質保證保留款)地區預算：

(一)地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.65%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」的

保險對象人數，35%依西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

2. 「人口風險因子及轉診型態」校正方式：先校正人口風險因子(年齡性別指數占90%，標準化死亡比占10%)，再校正西醫基層門診市場占有率。
3. 計算所用各分配參數及其採計年度、權數等，原則上尊重西醫基層總額部門內部共識，惟為周全內容及實務可行，所涉執行面及結算等相關細節，請中央健康保險局會同西醫基層總額相關團體議定後送會備查。

## 二、其他：

- (一)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。
- (二)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，由中央健康保險局會同西醫基層總額相關團體議定後，於100年12月底前送本會備查。

## 第七案

提案單位：本會第一組

案由：101年度醫院總額一般服務費用分配案，提請討論。

決議：

一、考量制度之延續性，101年度醫院總額之分配，依循94至100年度之架構：

- (一)地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。
- (二)分配方式：

醫院總額於扣除品質保證保留款及專款項目預算後，用於「計算」地區預算所採之門住診費用比

為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

- 1.門診服務(不含門診透析服務、品質保證保留款、專款項目)之預算分配參數：人口占率為 45%。
- 2.住診服務(不含品質保證保留款、專款項目)之預算分配參數：人口占率為 40%。
- 3.各地區門住診服務，經依 1、2 計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

## 二、其他：

- (一)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。
- (二)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，由中央健康保險局會同醫院總額相關團體議定後，於 100 年 12 月底前送本會備查。

三、有關醫院總額部門跨區就醫之點值採計方式，是否改採前一季全局之浮動點值計算乙節，為審慎處理，請醫院總額相關團體內部討論達共識後，再提送委員會議。

## 第八案

提案單位：本會第一組

案由：其他預算項下「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目，其經費之適用範圍與動支程序案，提請 討論。

主席裁決：本案撤案。

## 拾、臨時動議

提案人：楊主任委員銘欽

案由：101 年度中醫門診總額協商結果，付費者代表方案以一案或兩案送署裁決案，提請 討論。

決議：

- 一、101 年度中醫門診總額協商結果，維持以中醫部門方案一案，付費者代表方案兩案方式，併陳衛生署裁決。
- 二、依陳委員錦煌意見，修正其所提之付費者代表方案二內容如下：

其中「提升傷科及脫臼整復治療處置品質之效益」乙項，減列成長率-4.922%(982 百萬元，參考費協會第176 次委員會議中央健康保險局「中醫門診總額地區預算試辦計畫之季監測情形」報告之附錄「101 年中醫總額協商付費者版本數據補充說明」，所列 99 年「針灸傷科及脫臼整復」案件之「傷科及脫臼整復」醫令較去年同期減少之點數，但不減列「針灸」0.45 億、診察費及藥品等 4.6 億)。

(經換算相關成長率估計值後，全案修正如附件二)

拾壹、協商會議：100 年度醫院總額「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」預算不足案

主席裁決：移至下次委員會議後協商。

拾貳、散會：下午 1 時 00 分。

附件一

101 年度全民健保各部門總額協定事項之相關計畫完成時程表

部門	工作項目	權責單位	完成時限
牙醫門診總額	<b>依法定程序辦理相關事宜，並送會備查</b> 1.醫療資源不足地區改善方案 2.牙醫特殊服務實施方案 3.牙周病統合照護計畫 4.品質保證保留款實施方案	中央健康保險局 牙醫門診總額相關團體	100 年 11 月底前
	5.新增「根部齲齒填補」		100 年 12 月底前
	<b>提報執行情形(初步結果/成果/成效評估)</b> 1.根部齲齒填補 2.醫療資源不足地區改善方案 3.牙醫特殊服務實施方案 4.牙周病統合照護計畫 5.品質保證保留款實施方案		101 年 6 月底前
	<b>檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值，並改善民眾自費及假日休診造成民眾就醫不便情形。</b>		

部門	工作項目	權責單位	完成時限
中醫門診總額	<p><b>依法定程序辦理相關事宜，並送會備查</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.醫療資源不足地區改善方案</li> <li>2.四項延續性照護計畫               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫</li> <li>(2)腫瘤患者手術、化(放)療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫</li> <li>(3)小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫</li> <li>(4)小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫</li> </ol> </li> <li>3.腦血管疾病後遺症門診照護計畫</li> <li>4.品質保證保留款實施方案</li> </ol> <p>註：並依衛生署裁決內容配合辦理相關事宜。</p>	中央健康保險局 中醫門診總額相關團體	100年11月底前
	<p><b>提報執行情形(初步結果/成果/成效評估)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.醫療資源不足地區改善方案</li> <li>2.四項延續性照護計畫               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫</li> <li>(2)腫瘤患者手術、化(放)療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫</li> <li>(3)小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫</li> <li>(4)小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫</li> </ol> </li> <li>3.腦血管疾病後遺症門診照護計畫</li> <li>4.品質保證保留款實施方案</li> </ol>		101年6月底前
	<p><b>檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值，並應增加結果面指標，與改善假日休診造成民眾就醫不便及自費情形。</b></p>		

部門	工作項目	權責單位	完成時限
西醫基層總額	<b>依法定程序辦理相關事宜，送會備查</b> 1.慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫 2.家庭醫師整合性照護制度計畫 3.醫療資源不足地區改善方案 4.醫療給付改善方案 5.診所以病人為中心整合照護計畫 6.品質保證保留款實施方案	中央健康保險局 西醫基層總額相關團體	100 年 11 月底前
	7.新醫療科技 8.新增 10 項跨表項目 9.調整支付標準		100 年 12 月底前
	<b>提報執行情形(初步結果/成果/成效評估)</b> 1.新醫療科技 2.新增 10 項跨表項目 3.調整支付標準 4.慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫 5.家庭醫師整合性照護制度計畫 6.醫療資源不足地區改善方案 7.醫療給付改善方案 8.診所以病人為中心整合照護計畫 9.品質保證保留款實施方案		101 年 6 月底前
	<b>新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值，並改善假日休診造成民眾就醫不便情形</b>		

部門	工作項目	權責單位	完成時限
醫院總額	<b>依法定程序辦理相關事宜，送會備查</b> 1.慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫(依署裁決內容辦理) 2.醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案 3.品質保證保留款實施方案	中央健康保險局	100 年 11 月底前
	4.新醫療科技 5.調整支付標準 6.確保血品安全與品質 7.醫療給付改善方案(依署裁決內容辦理) 8.提升住院護理照護品質計畫(依署裁決內容辦理) 9.推動施行急診品質提升方案 註：並依衛生署裁決內容配合辦理相關事宜		100 年 12 月底前
	<b>提報執行情形(初步結果/成果/成效評估)</b> 1.新醫療科技 2.調整支付標準 3.確保血品安全與品質 4.慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫 5.醫療給付改善方案 6.推動施行急診品質提升方案 7.提升住院護理照護品質計畫 8.醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案 9.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質 10.罕見疾病、血友病藥費 11.品質保證保留款實施方案	中央健康保險局	101 年 6 月底前
	<b>檢討增修醫療服務品質指標項目及監測值，並改善民眾自費情形</b>		

部門	工作項目	權責單位	完成時限
跨部門	<b>依法定程序辦理相關事宜，送會備查</b> 1.山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 2.全民健保高診次民眾就醫行為改善方案--藥師居家照護 3.慢性腎臟病照護及病人衛教計畫	中央健康保險局	100年11月底前
	4.非屬各部門總額支付制度範圍之服務(如調整呼吸器試辦計畫居家收案條件等) 5.推動促進醫療體系整合計畫 6.增進偏遠地區醫療服務品質計畫 7.門診透析服務新增預算運用相關規定		100年12月底前
	<b>提報執行情形(初步結果/成果/成效評估)</b> 1.山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 2.非屬各部門總額支付制度範圍之服務(如調整呼吸器試辦計畫居家收案條件等) 3.推動促進醫療體系整合計畫 4.增進偏遠地區醫療服務品質計畫 5.全民健保高診次民眾就醫行為改善方案--藥師居家照護 6.慢性腎臟病照護及病人衛教計畫		101年6月底前
	<b>檢討修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值</b>		

## 附件二

### 三、101 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配

#### 2. 付費者代表方案：

##### 方案二(陳委員錦煌建議)：

- (1)一般服務成長率為-1.560%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率 3.297%，及協商因素成長率-4.857%。其中「提升傷科及脫臼整復治療處置品質之效益」乙項，減列成長率-4.922%(982 百萬元，參考費協會第 176 次委員會議中央健康保險局「中醫門診總額地區預算試辦計畫之季監測情形」報告之附錄「101 年中醫總額協商付費者版本數據補充說明」，所列 99 年「針灸傷科及脫臼整復」案件之「傷科及脫臼整復」醫令較去年同期減少之點數，但不減列「針灸」0.45 億、診察費及藥品等 4.6 億)。
- (2)專款項目全年經費為 241.4 百萬元。
- (3)前述二項額度經換算，101 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 100 年度所協定總額成長-1.504%；而於校正投保人口後，成長率估計值為-1.580%。各細項成長率如表 3。

表 3 101 年度中醫門診醫療給付費用成長率項目表(送署裁決版)

項 目	中醫部門方案		付費者代表方案一		付費者代表方案二	
	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加 金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加 金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加 金額 (百萬元)
<b>一般服務</b>						
醫療服務成本及人口因素成長率	<b>3.297%</b>	<b>657.7</b>	<b>3.297%</b>	<b>657.7</b>	<b>3.297%</b>	<b>657.7</b>
投保人口年增率	0.190%		0.190%		0.190%	
人口結構改變率	0.543%		0.543%		0.543%	
醫療服務成本指數改變率	2.558%		2.558%		2.558%	
協商因素成長率	<b>0.591%</b>	<b>117.9</b>	<b>-1.048%</b>	<b>-209.1</b>	<b><u>-4.857%</u></b>	<b><u>-969.0</u></b>
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	0.100%	19.9	0.100%	19.9	0.100%	19.9
品質保證保留款						
中醫傷科標準作業流程	0.526%	104.9	0%	0%	0.0	0.0
醫療服務效率提升	0%	0.0	<b>-1.113%</b>	<b>-222.0</b>	<b><u>-4.922%</u></b>	<b><u>-982.0</u></b>
提升傷科及脫臼整復治療處置品質之效益						
其他議定項目	-0.035%	-7.0	-0.035%	-7.0	-0.035%	-7.0
違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款						
一般服務成長率	<b>3.888%</b>	<b>775.6</b>	<b>2.249%</b>	<b>448.7</b>	<b><u>-1.560%</u></b>	<b><u>-311.2</u></b>

項 目	中醫部門方案		付費者代表方案一		付費者代表方案二	
	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加 金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加 金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加 金額 (百萬元)
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>						
醫療資源不足地區改善方案	74.4	0.0	74.4	0.0	74.4	0.0
腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫	85.0	0.0	85.0	0.0	85.0	0.0
腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫						
小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫						
小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫	82.0	-8.0	82.0	-8.0	82.0	-8.0
腦血管疾病後遺症門診照護計畫						
<b>專款金額</b>		<b>241.4</b>		<b>241.4</b>		<b>241.4</b>
<b>總成長率<sup>(註)</sup> (一般服務+專款)</b>	<b>3.800%</b>	<b>767.6</b>	<b>2.182%</b>	<b>440.7</b>	<b><u>-1.580%</u></b>	<b><u>-319.2</u></b>
<b>較 100 年度協定 總額成長率</b>	<b>3.881%</b>	<b>783.4</b>	<b>2.261%</b>	<b>456.4</b>	<b><u>-1.504%</u></b>	<b><u>-303.5</u></b>
<b>總額預估值</b>	<b>20,966.8</b>		<b>20,639.9</b>		<b><u>19,880.0</u></b>	

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

本會第 176 次委員會議  
與會人員發言實錄

壹、報告事項第一案「確認本會上(第 175)次委員會議議事錄」、臨時動議「101 年度中醫門診總額協商結果，付費者代表方案以一案或兩案送署裁決案」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

各位委員、健保局戴局長及列席的女士、先生，現在開始第 176 次委員會議。一開始要確認上次委員會議紀錄，宣讀前先跟大家提醒，因第 175 次委員會議紀錄內容較多，所以宣讀時間會較久，請各位委員多加包涵。本次會議紀錄確定後，協商未獲共識的部門總額，會送請衛生署裁決，請委員再幫忙看看有無不恰當或需修正之處，可以利用此機會提出。請同仁宣讀。

同仁宣讀(略)

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。請問委員對於剛剛宣讀的會議紀錄文字有無修正意見？能否真實反映上次會議情形？請陳錦煌委員。

陳委員錦煌

有關議程資料第 4 頁中醫門診總額協商結論，三案併陳衛生署裁決，另一案是健保局的案嗎？

楊主任委員銘欽

付費者兩案及中醫部門一案，共三案。

陳委員錦煌

中醫師公會一案，加上付費者方案一與方案二，合併三案就對了。

楊主任委員銘欽

是，委員的意思是不是健保局...

陳委員錦煌

中醫師公會就是不讓我們扣，對不對？另外付費者方案第一案要扣幾億，第二案扣幾億，三案送衛生署，對嗎？

楊主任委員銘欽

對。

陳委員錦煌

要送之前我還有話要說。

楊主任委員銘欽

我們現在係確認上次會議紀錄，請問委員是否要修正上次會議紀錄的文字內容？

陳委員錦煌

可以等一下，我是要補充說明。

楊主任委員銘欽

是要現在說明，還是等一下健保局報告時一起說明？

陳委員錦煌

都可以。

楊主任委員銘欽

還是等一下，我們先把會議紀錄確認，委員覺得會議紀錄這樣可以？

陳委員錦煌

可以。

楊主任委員銘欽

好，謝謝。其他委員有無文字修正？(未有委員表示意見)好，沒有的話，上次議事錄就確認。

陳委員錦煌

主席還有透析外包的問題。

楊主任委員銘欽

是，文字上有無需要修正之處？

陳委員錦煌

外包問題，我要先瞭解一下。有關議程資料第 16 頁「門診透析服務(5)配合衛生署核心醫療業務不得外包之政策方向」，健保局將來能

否杜絕外包問題？這樣的報告內容，我還是不同意。

楊主任委員銘欽

局長回應之前，我想這是我們上次會議的決議。

陳委員錦煌

等一下健保局回應時再一起問好了。

楊主任委員銘欽

- 一、委員如果認為文字需要先修正，就看怎麼修正，其他事項待會再討論。
- 二、進到第二案之前，對於剛剛陳委員錦煌所關心的中醫門診總額部分，個人先表達建議，剛剛陳委員也提到，現在有三案，其中付費者兩案，中醫部門一案。但是過去，付費者委員送請衛生署裁決的都只有一案，包括這次醫院總額的協商結果，雖然經過多次討論、整合，最後付費者也只有一案，所以，本人提個臨時動議，不曉得有無委員附議，可否討論將付費者兩個案子併成一案，這是我提出的臨時動議，必須有人附議才成立，若沒有委員附議，就不成立，維持三案送署裁決。
- 三、委員瞭解我的意思嗎？就是我們送到衛生署時，付費者的兩個案子併成一個案子，陳委員錦煌就會關心要怎麼併？過去的做法是以大多數人同意的方案，當做主要方案，像這次陳委員錦煌的意見，在「說明」的地方，說明某某委員建議怎樣的數字。4年前我們也曾經這樣做過，如果大家同意，就會比照處理，現在提臨時動議，有無委員附議？

陳委員錦煌

我反對，不要吧，三案併陳就算了，送署裁決。

楊主任委員銘欽

沒有關係，我提出建議方案，如果沒有人附議，我們就....。

陳委員錦煌

不要這樣，不要為難人家嘛，好不好。

蔡委員登順

我附議。

楊主任委員銘欽

有人附議，那這個案子就成立。雖然剛剛有不同意見，但程序上若成立就要討論，請問本項臨時動議，大家覺得現在就討論，還是待會再討論？

施特別顧問純全(孫委員茂峰代理人)

可否等待會報告完。

楊主任委員銘欽

好，就等健保局報告完再討論。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

剛剛唸過的決議，是否包含議程資料第 19 頁之後的表格？

楊主任委員銘欽

也包含表格，但表格沒唸，若看到表格有錯誤，請一併提出。

陳委員宗獻

有一些剛才沒唸到，如議程資料第 25 頁「品質保證保留款」，其實各部門總額都有，協定事項 1：「依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於 100 年 11 月底前完成相關程序」，這部分可以做得到；但「並於 101 年 6 月底前提送執行成果」部分，現在的問題是，101 年 6 月應該是要提 100 年的成果報告，而不是 101 年的報告，因 101 年要年度結束後才知道執行成果，有那些診所符合我們要求的標準。

楊主任委員銘欽

陳委員提出的部分很重要，一定要釐清，可否請林執行秘書說明。

林執行秘書宜靜

謝謝陳委員的提問。101 年方案當然是 101 年才會執行，一般照慣例在評核時，比如說 101 年會評 100 年，所以是提送 100 年品質保證保留款的實施結果。

楊主任委員銘欽

文字再寫得更清楚，修正為「並於 101 年 6 月底前提送前一年度執行成果」，這樣比較清楚，其他總額部門也統一修改。若沒有其他修正文字，進入報告事項第二案，在議程資料第 28 頁，請林執行秘書報告。

貳、報告事項第二案「本會上(第 175)次委員會議決議(定)事項、歷次委員會議未結案件辦理情形及重要業務報告」與會人員發言實錄

林執行秘書宜靜

- 一、進入本會重要業務報告之前，請委員參看桌上補附資料，是今天報告事項第三案，有關中醫地區預算試辦計畫及健保局說明中醫醫療費用與傷科處置的申報情形，請委員看一下桌上有無這些資料。
- 二、接下來報告本會重要業務報告，請委員參看議程資料第 28 頁，第 175 次委員會議及歷次委員會議決議事項追蹤，相關資料請委員翻到第 30 頁，針對第 175 次委員會議決議事項第 1 項，請中央健康保險局報告中醫醫療費用及傷科處置等申報情形，已併入本次會議報告事項第三案，建議結案。第 2 項是針對 101 年度全民健保各部門總額相關協定事項之結果，有些承諾後續要進行方案擬訂與執行結果提報的事項，會按時程繼續追蹤，例如方案或計畫，會於 12 月份委員會議跟委員報告目前執行情形，如果是成果報告，會於明年 7 月份的評核會舉行，同時在 7 月份委員會議跟委員報告進度，所以這部分依時辦理，會於 100 年 12 月及 101 年 7 月份委員會再行追蹤。
- 三、第 31 頁有兩項歷次會議追蹤事項，第 1 項是第 174 次會議決議事項，請健保局儘速邀集相關醫事團體，釐清十大初級照護疾病與支付標準項目相關性之事宜，本項健保局回覆擬提 11 月份醫院總額支委會討論，我們認為健保局已經著手辦理中，所以建議結案。另第 2 項請中央健康保險局儘速檢討住院病患至他院轉診、轉檢等相關規定案，健保局已於 8 月 31 日召開會議，對未獲共識部分，也會陸續召開會議，原則上希望於 12 月底前完成該作業須知之修訂，目前都在執行中，故建議結案。
- 四、請委員翻回第 28 頁，說明二是針對 101 年度各總額部門的承諾事項，有些追蹤進度與工作項目，相關時程表原則如第 32 頁至第 36 頁之附件三，中醫部門及醫院部門還要送署裁決，

目前所列的項目，係將大家有共識的項目列出，以後如果署有新增之核定事項，我們也會配合列入追蹤。附件三請各總額部門及健保局幫我們看看有無需修訂之處。

五、說明三，在第 37 頁有個附件，是針對 100 年「增進全民健保醫療資源不足地區之醫院點值保障方案」原編預算 2 億元，因為第一季就支應 8,000 多萬，全年可能會不足，所以健保局於 9 月 9 日提報衛生署，希望不足部分能夠由 100 年「其他預期政策改變所需經費」項目支應，署也同意，相關附件請委員參閱。

六、說明四為中央健保局及衛生署副知本會之相關資訊，包括 101 年第 1 季的點值、各總額部門品質確保方案修正內容等，請參閱附錄資料，以上說明。

楊主任委員銘欽

謝謝說明。不知道委員有無需詢問的地方？請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

一、有關「增進全民健保醫療資源不足地區之醫院點值保障方案」，方案本身我很贊成，因為基本上必須這樣做，才可以讓台灣醫療資源不足地區的醫院存活下來。在協商過程，大家已經討論得很清楚，委員可參看第 40 頁內容，所以「101 年度增進全民健保醫療資源不足地區醫院點值保障方案」之相關規定，顯然必須要做調整，因為希望擴大其適用範圍，當時協商有提到，希望同時兼具小兒科，我記得很清楚必須要有小兒科，這也是這個案子難能可貴的地方。

二、請翻回到議程資料第 27 頁，會不會是文字上的誤差，還是我們當初真的有談，就是 101 年度「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」的協定事項第 2 點，寫到「內外婦兒(至少 2 科)」，我不太有這個印象，請問當時是這樣談嗎？

楊主任委員銘欽

好，會議詢問，文字是健保局提出的，是否原本的案子就有？請蔡組長淑鈴說明。

蔡組長淑鈴

我們原則上希望能提供內外婦兒科，但有些困難度，某些特殊醫院可能沒辦法達到內外婦兒4科，但要求至少要有2科，例如有些婦幼醫院、骨科醫院等專科醫院，很難4科都提供，所以保留彈性，原則上提供內外婦兒科，但有些特殊情形或特殊地區，則至少要提供2科，我們的原意是這樣。

陳委員宗獻

文字上是否要精確點？

楊主任委員銘欽

剛剛跟林執行秘書確認，寫會議紀錄時有再次聽過錄音帶，當時協商時，確實如蔡組長所講有這一段，陳委員若覺得文字要再精確點，可以，看應如何修正。

陳委員宗獻

正如蔡組長淑鈴所提，當然必須考量有些是專科醫院，可否以具備4科為原則，但至少可提供2科，這種例外是由於特殊地區的需要。

楊主任委員銘欽

因為現在回到修正會議紀錄文字，請陳委員宗獻將這段完整的建議修正文字，透過麥克風表達。

陳委員宗獻

「以具備內外婦兒科為原則，但得依據該地區及醫院特性適當調整，至少提供兩科」。不知道是否與蔡組長意思相同？

楊主任委員銘欽

蔡組長這樣可以嗎？文字上更明確。

蔡組長淑鈴

可以。

楊主任委員銘欽

謝謝。如果沒有其他詢問...，請謝委員武吉。

謝委員武吉

第 31 頁要結案的兩個案子，我都反對。這兩案只是要開始談而已，要結案，我認為不妥。

楊主任委員銘欽

改為繼續追蹤。確認一下，議程資料第 31 頁的第 1 項及第 2 項，確定繼續追蹤。若無詢問，則進入報告事項第三案，請參看第 45 頁，這部分是健保局報告「中醫門診總額一般服務費用分配方式試辦計畫」執行結果及中醫醫療費用與傷科處置等申報情形，請健保局報告。請謝委員武吉。

謝委員武吉

對於第 43 頁「100 年增進全民健康保險醫療資源不足地區之醫院點值保障方案」，請問有沒有上限值？我看有些醫院拿公家預算，也有某宗教的醫院，很有錢。

楊主任委員銘欽

請健保局回應。

蔡組長淑鈴

跟各位委員報告，100 年的部分沒有訂上限值，在討論 101 年度方案時，上限值已經列入考慮。

楊主任委員銘欽

先這樣回應。接下來進行報告事項第三案，請委員參看投影片或桌上補附資料，請健保局張科長溫溫報告。

參、報告事項第三案「中央健康保險局報告『中醫門診總額一般服務費用分配方式試辦計畫』執行結果及中醫醫療費用與傷科處置等申報情形」、報告事項第四案「中央健康保險局報告『醫院與西醫基層財務風險監控情形』」及報告事項第五案「中央健康保險局報告『醫療費用支出情形』」與會人員發言實錄

張科長溫溫報告(略)

楊主任委員銘欽

謝謝張科長的說明。現在請委員提問，待會有時間再請中醫部門補充說明。

陳委員錦煌

- 一、請問戴局長，那一天在協商總額分配時，要你們說明，怎麼沒有說明！我問你第 170 次委員會議(4 月 8 日)的數據應該是多少，請你算給我聽，我就按照你的意思，為何你沒有講？今天全民健保有 5,000 多億元是由健保局管理，你們是代管單位，今天政府的官員及付費委員來參加費協會，是來協定總額，我們有責任與義務提出詢問。
- 二、剛剛報告內容，大家都聽得很清楚，99 年度醫療費用點數都是負的，誰敢不承認，99 年度就是因為我提案後，你們開始針對傷科助理人員不能進行醫療行為處理，所以就變成負成長。健保局應該要報告給委員知道，99 年度總共可省 14 億 8,710 萬元，報告時，是否能讓委員聽清楚，因為大家沒有帶資料，只有我帶那本第 170 次委員會議資料跟大家報告，所以大家不知道我是報真的還是假的，大家要是有認真，我相信今天不用這麼麻煩。
- 三、我這人做事很清楚，我同意目前兩案的數據，其中第二案，我說扣 14 億 8,710 萬元，你們沒有寫 10 萬元，沒關係。其中醫令為傷科及脫臼整復為 9.82 億元，坦白說，這一定要扣回，針灸 0.45 億元是醫師看的，我同意給，診察費及藥品費等 4.6 億

元，我也同意給。我做事清清楚楚，不可能說密醫能領錢，不可能的事。為什麼到現在我都沒有協調，我要杜絕密醫，提高醫療水準。所以 99 年度我提案，將助理人員及民俗調理都提出來，我同意醫師針灸處置 0.45 億元及診察費與藥品費 4.6 億元可以給。

四、我本來有準備資料要來問健保局局長，既然已經報告我就不用問這麼多，坦白說，第三天我就送監察院，但是還沒有到法院的程序。我先看你們到底要怎麼做，我也不敢說你們包庇、圖利、縱容，但最起碼你要有責任。我當付費者委員是沒有薪水，我當委員是來顧全民健保的錢，健保局有責任將真相報告出來，這樣大家才能瞭解我陳委員是在說瘋話，還是說真話。我不是柯文哲，發生事情就說自己精神病，我不會這樣說，我沒有精神病。

楊主任委員銘欽

謝謝陳委員錦煌。再邀請其他幾位委員表示意見後，再請健保局統一回答。有沒有其他委員要詢問剛剛的報告內容？請謝委員武吉。

謝委員武吉

我感到非常好奇，我們是一國兩制嗎？上次會議，我也提到有 17 家醫療院所，有 3 家是診所，3 家是區域醫院，11 家是地區醫院，被懲處類似中醫的情形，我們 17 間醫療醫院也麻煩健保局幫我們說話，醫界若可以也要幫忙說話，我很好奇，在醫院這邊讓我們受到法律制裁，放著讓我們罰款的罰款、倒閉的倒閉，我還是認為應該要給我們回饋，既然這裡有寫：「依當時規範辦理中醫醫療院所並無不法」，照此案，我們也沒有不法的行為，應該要等同辦理。

楊主任委員銘欽

好，等一下再請施特別顧問純全報告。現在針對剛剛陳委員錦煌所提問題，其實有些問題已經有答案，還是請局長回應一下。

戴局長桂英

- 一、記得上次協商時，委員的確有問到這 14 億元是健保局的數字嗎？我的確有回答，對，這 14 億元是健保局的數字，而且我還跑過去看委員手上那本，回去後就詢問同事是哪一次委員會的資料，我們再好好分析。主席也裁示我們下次報告這些數字的差異，所以我們也整理出來，就是這次補充報告的內容。剛剛張科長溫溫報告的部分，我們有多發一張資料，也是因為我在看同事所準備今天報告的資料中，我問到有一張圖表寫傷科脫臼整復 10.73 億元，另外一張寫 14 點多億，我們要說清楚，所以最後又補充了一張投影片(註：第 48 張投影片)。報告上寫：「100 年 1~6 月較 99 年 1~6 月之傷科脫臼整復醫令下降 2.22 億」，上次協商會議，以 2.22 億元推估全年為 4.44 億元，因為已經實施總額，所以我們也尊重中醫部門自主控管的努力，估計全年 4.44 億元，希望一半回饋中醫部門自律管理的功勞，所以除以 2，扣 2.22 億元，上次是這樣的情形。
- 二、謝委員武吉所問的 17 家醫療院所，謝委員很有正義感，他希望大家一視同仁，該做的就做，該取締的就取締。其實我們一樣採這種作為，針對那 17 家，健保局也覺得很不捨，也一直希望他們循著行政救濟的過程，只要行政救濟過程審定，道理是對的，爭審會給我們的審定函是撤銷，我們一概尊重。補充以上兩點。

楊主任委員銘欽

剛剛中醫師公會全聯會有發一份資料，請中醫師公會做一些背景補充說明，可否請施特別顧問純全稍微簡短。

施特別顧問純全(孫委員茂峰代理人)

- 一、謝謝主委。先借助今天健保局的報告內容，稍微說明幾件事情：
  - (一)重要的，我再跟各位講第幾張投影片，不重要的，就直接陳述內容。其中有一張投影片講到，東區的問題在未來一到兩年內，會有很大變動，所以未來健保局在規劃上可能要更謹慎。因為慈濟大學明年將開始招收學士後中醫系，醫師人力

對東區應會造成很大衝擊，至於整個地區分配要不要另外考量，由於東區 base(基礎費用)非常小，只要進駐這些醫師，就會產生很大變動，而且都是有教職的醫師，所以變動應會非常大，所以，未來在地區預算分配的規劃，應更為慎重。

(二)請看到書面資料第 6 頁第 11 張投影片，我要說的是，其實真的不能只看針灸傷科或脫臼整復等單一品項的量，因為涉及申報案件類別會改變，譬如設立民俗調理之院所不准申報傷科，則案件類別就會變成不是 26 或 29 案件，只申請診察費及藥費，或醫師覺得申報很麻煩，乾脆就不報這個項目。所以單看一項，無法看出真正的服務量，因為中醫並沒實施分科，也沒有實施所謂的專科醫師制度，所以單看某一項支付標準，會看不到全貌。這張投影片是歷年的申報件數，可以看到 96、97、98 年總件數都呈非常高幅度的成長，中醫也沒有因為件數成長，而得到任何經費挹注。99 年當然會跟這個事件有關，但往前看 94、95 年，其實一段時間成長，也會有一段時間負成長的趨勢。99 年總體雖呈現負成長，事實上，99 年的數字比 97、96、95 年還多，並沒有不見，我們一直強調沒有不見，只是申報方式不一樣。所以，99 年雖有負 4 點多的成長，但 100 年時又正 2.8% 成長。過去，總額的精神，並沒有因為量來扣減，因為如果用量來扣減，則整個總額制度會被打破。

(三)請參看第 8 頁第 15 張投影片，整體就醫率沒有太大改變，99 年也是在 97 年、98 年的水平。再看到第 13 頁第 26 張投影片，其實目前的就醫率反而增加，第 27 張投影片，如果仔細比對，是維持在一定的就醫率，就醫率並沒有減少，也就是民眾使用中醫的情形並沒有減少，所以，不能單看一項支付標準，就來討論做這樣的核減。

(四)請看到第 19 頁，中醫過去點值低到 0.7、0.8，也沒有做任何調整，所以，總額並不談量的變化，因為支付標準在，整體服務量也在。再請看到第 21 頁第 41 張投影片，「100 年試辦

計畫的執行結果」，顯現就醫率並沒有影響，健保局的結論，也是就醫率未受影響。再請看到第 45 張投影片，談的只是個別項目的變化，但事實上就剛所看數字，整體項目都在過去的水平以上。

二、就今天提供的書面補充說明(詳附錄)，簡短地提出以下說明：

(一)關於剛謝委員武吉談到，所謂「並無不法」問題，其實因為中醫一直沒有完整的醫事人員規劃，而當時的函釋，同意在中醫師執行之後，可由助理協助，所以，並不是非法行為，在當時的時代背景，是合法的。後來，因醫療法修訂，不能有「助理」這個名詞，但其實本來衛生署要送的版本，是可設助理，結果經立法院修改，變成不得設助理。也因為不得設助理，這些助理就成妾身未明，之後為了救濟，就准他們在中醫診所做民俗調理，但不能碰健保，若碰健保，可以把牠抓去關，所以這是兩件事情，是因行政救濟，才有所謂的民俗調理。之後，大家又同意採更嚴格措施，就算醫師親自做，只要有設民俗調理，也不得申請健保費用，而明年是連設都不可以設，這是一段段因這些人的救濟而產生的歷程。但這些人所做的仍不得申報健保，所以，不能用健保任何曾經有的服務量，去扣減，其實有些院所為了不要麻煩，或者因為規定，雖然是醫師自己做，也不得申報，但能不能收自費？不能收自費！因為不能申請，不等於能收自費，所以，量的變化，與這些因素有關。

(二)就整體來看，就醫人口沒有變化，而總額的精神，其實一直沒有完全從量的角度考量，就算從量考量，中醫也在過去的水平以上。早期跟政府在簽訂總額合約，總額規劃的白皮書所寫內容是，將來朝親自執行或更嚴格規範進行，其實以現在的費用，用來調整傷科與針灸的支付標準，是規劃中的事情，且現行是採比當時更嚴格的標準，直接切割得一清二楚，但不能因為我們遵照這樣的規劃，配合政策推動，結果卻是要從量上面來考量，且被扣減，這樣並不合理。

(三)此扣減已讓我們的協商因素不只是零，甚至是負的，這與過去費協會的共識也不太一樣。過去費協會的共識，協商的最低下限值是非協商因素，如果今天兩案的任一案成立，其實都會變成低於非協商因素，將會影響整個總額制度推動的穩定性，故希望大家能再考量。我們願意，也很誠摯地表示，可否將原來扣減的期望值，轉變成對我們的要求，而不是扣減，讓我們能在未來的一年，用於推動傷科及針灸的標準作業程序，讓整體醫療水平更提升，不做實質扣減，而是訂定目標。在這裡再次拜託委員，請委員能夠予以考量，謝謝。

#### 楊主任委員銘欽

- 一、謝謝施特別顧問純全的說明。就費協會的流程，協商已經結束，所以，剛施特別顧問提到，希望委員，尤其是付費者委員，能再做考量，現在這個時機點已過，但至少還有個機會，係於衛生署進行方案裁決時，署也會考量，因為這是配合政策，我想還是有機會再去做說明。
- 二、剛剛施特別顧問的書面說明第八點，有提到：「醫療費用之成長率，應以非協商因素為底限」，這是因為施特別顧問很早期就參與費協會協商，在 86 年第 8 次委員會議(今天是第 176 次)討論牙醫總額時，曾經提到「對牙醫總額，下(第二)年的費用，應依法提本會協商，且成長率應以非協商因素為底限」。這就是剛施特別顧問所講，不過，這是 86 年時針對牙醫總額議案，是歷史上的決議。
- 三、我們現在協商前，大家可能都記得，於 5、6 月時，我們會針對未來一年總額，先討論一些協商原則，而今年我們討論協商原則時，並未提到最低以非協商為底限之原則。各部門代表聽到施醫師提及過去此項決議，也可做個參考，做為新年度，也就是協商 102 年時，可提出討論，看委員會可否同意此原則。不過，100 年提案討論 101 年協商原則時，並沒有提到這樣的原則，在此特別向大家補充說明。

四、關於此案，是否還有詢問意見？請蔡委員登順。

蔡委員登順

經過中醫代表的報告，基本上，傷科及脫臼整復的治療，政府已經有很明確的規範，應回歸健保法所規範的法令執行，所以也要請中醫師自行管控，以後不要再發生類似情形，也避免產生困擾，否則，在費協會平台，大家意見不一樣，中醫師的立場也很難自處。建議中醫應該要嚴格管控，讓有限的資源能發揮醫療功能，避免類似案件再發生。

楊主任委員銘欽

一、謝謝蔡委員的建議。

二、第三案討論到此。接下來進行報告事項第四案「醫院與西醫基層財務風險監控情形」，列在議程資料第 46 頁，按照過去慣例，10 月份須提供此資料，並已附於議程資料中，所以今天只做意見交流，不做口頭報告，以節省時間。請教委員對第四案有無事先看過而須詢問的地方？如果一時還沒有，則第四案先洽悉，等一下如有需要，再回過頭處理。請謝委員武吉。

謝委員武吉

對於中醫提出第八點的看法，覺得很有趣，也很不錯，大家互相求進步。議程資料第 129 頁，健保局的建議方案，100 年扣減基期涵括之藥費 15.78 億，我現在希望，101 年這個也一定要寫進去，本項藥品的基期扣除，但我們根本就沒有藥價節餘呀！B、C 型肝炎專款已經花用 35 億元，不編列 35 億元還要扣 15.78 億元，這樣醫院不就都倒閉關門，因此，請一併納入討論。

楊主任委員銘欽

你現在已跳到...

謝委員武吉

當然，既然講到這個，我們一定要再講回來，也請寫明在我們 101 年的方案裡面，好不好？

楊主任委員銘欽

謝委員武吉的意思是，中醫補充說明的第八點，以非協商因素為底限的部分嗎？你現在跳到...。

謝委員武吉

對。現在這個 15.78 億，實際上已經用到 35 億，且又是從一般預算挪過去。

楊主任委員銘欽

- 一、謝委員武吉跑得太快，但大家可以先記下來，待會兒如有機會進入協商會議時，此項建議可列入考量。
- 二、報告事項第四案如沒有詢問意見，則洽悉。接下來進行報告事項第五案，列在議程資料第 69 頁，也是健保局的報告，固定於 3、6、9、12 月要口頭報告，大家應還記得 9 月分的協商，因為第 2 天會議須確認的紀錄內容很多，所以並無時間讓健保局報告，委員也同意不須口頭報告，而今天提供 10 月份資料，請問委員可否同意參看就好？(委員未表達反對意見)同意，則第五案洽悉。同樣地，如有須要詢問，還可再回來。
- 三、進入討論事項第一案，請參看議程資料第 71 頁，請同仁宣讀。

肆、討論事項第一案「最近報紙又報導『假住院真詐領』的醜聞，且報導指出是台南地檢署、雲林地檢署及衛生署疾管局三個單位合力偵辦，應該要求公立醫院主治醫師(含以上人員)全部都要辦理財產申報與登記，這樣才可以有效防杜公立機關醫師詐領案」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

請問提案人陳委員錦煌，須否再補充說明？

陳委員錦煌

我的說明，已經都在提案的說明一、二、三點了，第四點...

楊主任委員銘欽

很清楚，好。

陳委員錦煌

第四點...等一下，不要急。第四點是說發生這種事情，要撤換組長，本來是要撤換局長，因為局長做得不錯，暫時不撤換。這個問題，大家都知道，並不是我亂講話，最近署立醫院買賣醫療器材，都收回扣，院長也被收押，這種事，公務單位難道都不用說明一下？沒道理！3,000多萬都是健保的錢，是我們付費者的錢，我這個提案，也請戴局長講一下你的看法，不要說是我提案，大家就喊通過，這樣也不太好。

楊主任委員銘欽

好，謝謝，請戴局長桂英回應。

戴局長桂英

委員提案的主要意義是對的，尤其是公立醫院的問題須改進，所以幕僚也建議，要將您的提案轉給衛生署及健保局參酌，其中提到希望健保局針對本次事件進行專案報告，這部分我們可以處理。至針對如果發生重大事故及違規詐領健保費用，要我們換組長部分，向委員報告，如果這次的貪瀆事件是發生在組長，我一定撤換他，但

這次的問題是發生在特約醫院，且檢調已介入，個人認為現在分局組長應該要盡力配合檢調，檢調常常就調查的案件向我們索取相關資料，但怕打草驚蛇，都不准我們動，要求健保局都不能碰檢調正在查的案子。等到檢調查定移送，才容許健保局進行行政上的查處及相關處理。對此，也一定會要求分區業務組盡快進行後續處理，所以請委員見諒。至於專案報告部分，我們一定提報，但撤換組長部分，可否容許我們有行政裁量。

楊主任委員銘欽

局長的意思是，檢調在查案過程中，現在有些資料還不能報告，是嗎？

戴局長桂英

我們回去會確認，只要檢調查案已經移送，我們可以介入時，查清楚後，就可以來會專案報告。

陳委員錦煌

現在分區是稱醫管科還是醫管組？本來是醫管組，對嗎？

戴局長桂英

現在稱科。

陳委員錦煌

所以是科長？

戴局長桂英

對，稱為科長。

陳委員錦煌

我看科長也要撤換。坦白說，醫管組有責任去抓、去查，否則醫管組要做什麼？分區醫管科多少人？領多少薪水？都沒做事，可以嗎？你們都只做小件的，大件的都是檢調查的，這樣實在很諷刺。我看重賞之下必有勇夫，如果辦個大件的，也可以給組長獎金。

楊主任委員銘欽

關於這個提案，陳委員錦煌的出發點很好，但有些涉及健保局內部的行政裁量，還是請健保局依法辦理。當然，如果有違法，一定要嚴加懲處，如果做得很好，剛陳委員也說要給予嘉獎，對嗎？

陳委員錦煌

可是這樣一來，如果組長跟局長很要好，他就永遠沒在怕什麼人，對不對？因為局長說不用換，就不用換，發生什麼事情也不用換，這樣對嗎？費協會還是要有個決議，才有嚇阻作用。

戴局長桂英

我們組長也有考核及輪調制度，不過，健保局這幾年來，是局長換得快。

陳委員錦煌

有些轄區發生很多事情，這樣組長還待得住嗎？

戴局長桂英

我們會強化轄區的組長...。

陳委員錦煌

署立醫院詐領保費都 5、6 年了，這也是我提議要申報財產的原因。

楊主任委員銘欽

謝謝陳委員錦煌，請蘇委員清泉發言。

蘇委員清泉

一、第一次發言，今天較不想講話。陳委員錦煌所講真的很好，很高的道德標準，但因署立胸腔醫院總體檢是我領導的，所以先讓大家瞭解一下這家醫院。這家醫院專門收治感染性的疾病，例如 TB(結核病)、SARS(嚴重急性呼吸道症候群)...等，但醫院的負壓隔離病房占床率卻愈來愈低，上次 SARS 之後，地區教學以上的醫院在衛生署 CDC(疾病管制局)的補助下，每家醫院都設有 3 間或 5-6 間隔離病房，但現在轉到胸腔病院住院的病人愈來愈少，醫院業務量衰退中。我們在總檢討時，建議該醫

院應與鄰近的嘉南療養院合併成一家醫院，因為就在隔壁，沒理由獨立兩家。

- 二、因為醫院業務衰退，20 幾個胸腔科醫師，不用別人趕，也會馬上就走光。如果按照陳委員錦煌的標準，每個主治醫師都要申報財產，依我看，所有署立醫院都關閉還快一些。器官捐贈移植登錄中心的董事長，係由衛生署政務副署長兼任，出了這麼大的事情，為什麼董事長沒人願意做？就是因為要申報財產，所以我最近也向邱署長提議，器官捐贈移植登錄中心的董事長應該請證嚴法師來做，才是最好、最高的道德標準。
- 三、起訴難道就代表有罪？起訴後，一審重判，二審減半，三審豬腳麵線的一大堆，一審判 18 年，二審判無罪的也有，今早電視新聞還報導，前總統一審判無罪，二審判 18 年。所以，起訴難道就有罪嗎？
- 四、讓結核病病人到處趴趴走，是專業認定的問題，過去 CDC 在強制結案時，你不結案，他也幫你結案，說病人不用吃藥，以後復發再來，是在拚業績。所以，病人如果沒有傳染性，可以放出去外面，讓他回到家裡定期服藥，這是可以的，屬專業認定，不是我們在這裡可以說三道四。
- 五、有罪的，就抓起來嚴刑拷打，判重刑，我們都贊成，但起訴就要求健保局的人下台，100 個局長、組長也不夠換，以上，謝謝。

楊主任委員銘欽

我想這個提案，陳委員錦煌的用意是希望督促健保局同仁...。

戴局長桂英

還有公立醫院。

楊主任委員銘欽

今天最主要是健保局部分，公立醫院當然衛生署會處理，我們這裡還是針對健保局相關業務...。

陳委員錦煌

主委，我講一下，好不好？

楊主任委員銘欽

好，請說。

陳委員錦煌

醫界應該替健保講話，對他們以後才有好處，如果有違法，也比較沒有人去抓，對不對？我們付費者那有在怕什麼人？

楊主任委員銘欽

好，謝謝。

陳委員錦煌

等一下，且慢！自己經營醫療事業，同業發生這種事件，自己應該稍微節制些，不應該是我們付費者在講，醫界卻來奉承健保局。如果真要將事情翻出來，下次我來翻給你看！有的事情知道就好。我的用意是，起訴後到判刑過程間，健保局的組長應該要換掉，這是一個嚇阻作用，你們醫界講那些什麼話，都沒效啦！你們裡面有什麼空門，我都調查完了，要不然，試試看啊！

楊主任委員銘欽

謝謝陳委員。

葉委員宗義

一、聽了剛才陳委員錦煌和蘇委員清泉的發言，似有對立的感覺。我也是監理會委員，我在該會的委員會議曾說過，健保局局長異動頻繁，局長有什麼錯，為什麼要換，我們都不知道，那不是我們的權責。健保局局長異動，是否須經本會同意，如果是，我們才有決定權，如果不是，我們沒權決定，怎能要求撤換，況且是要求換掉健保局分區業務組的組長，更沒有權利。

二、監理會的委員會議，曾有醫界代表委員提到醫院經營已很困難，我則回答，有哪個行業遇到經營困境時會獲得政府支持？沒

有，只有醫界。台灣平均每天有 97 萬人看病，光掛號費，一年就達 300~400 億元，哪有難經營。政府一直漲健保費，如把掛號費也加進健保費，或許就不用再漲健保費。

三、費協會的職責是協商費用，委員雖有來自醫界、付費者等不同身份，各有不同主張，在此語重心長地希望大家不要意氣用事，仍宜彼此尊重，共同合作，才能順利完成協商任務，並提升醫療品質。

楊主任委員銘欽

謝謝，本案討論至此，我做...。

蘇委員清泉

一、主席，請讓我補充說明，第二次發言。我並無不尊重付費者及政府機關代表的意思，也很不喜歡發言，每次講，每次錯。在費協會的協商平台，醫界不夠低調嗎？從早上開會至今，誰發言最多？大家的確應該互相尊重，開會至今，我也才發言過一次，本來就很尊重。

二、剛只是把我去體檢署立醫院的情形向委員說明，那間醫院真的在萎縮中，快要關閉了，我說的也是事實，也說若有不法就依法辦理，要怎麼判，都沒關係，並沒有互相包庇，我們哪有能力，連總統都被捉去關了，我們算什麼。現在可能有違法的情形，就被收押，但重點是起訴後被判刑的比例有多少？起訴率、定罪率分別多少？醫界在這裡不夠低聲下氣嗎？我們講的話，你們有在聽嗎？從來也沒聽進去過，以上，謝謝。

楊主任委員銘欽

一、本案我做以下決議：

(一)依本會幕僚建議，委員之建議擬轉請衛生署(醫院管理委員會)及中央健康保險局參酌辦理。

(二)至陳委員錦建議健保局進行專案報告乙節，將俟有完整資料後再提專案報告，並希望未來違規的情形能儘量減少。

二、可以嗎？(未有委員表示反對)好，進入討論事項第二案，請宣讀。

謝委員武吉

我感覺這樣的決議有點牽強。

楊主任委員銘欽

請問謝委員武吉有何建議？

謝委員武吉

我們不清楚相關程序，健保局應去了解，並讓委員知道如何處理才對，如今天照主席的意思結案，提案人陳委員錦煌不見得能接受。抱歉，陳委員，除了檢調外，你漏寫廉政署，究竟健保局與檢調的公權力範圍是什麼，應說明清楚後再結案才合理。

楊主任委員銘欽

委員提案，故決議請健保局來會報告，謝委員武吉是呼應應提會報告，所以剛決議第二點...

謝委員武吉

是今天要報告，不是以後報告。

楊主任委員銘欽

可能我傳遞的訊息不夠清楚，下次改進。今天決議，請健保局提會說明，即剛說的第二點決議，陳委員錦煌可以嗎？進入討論事項第二案，請宣讀。

伍、討論事項第二案「近期媒體報導『台大醫院誤移植愛滋器官』乙案，嚴重傷害民眾對於醫療體系運作的看法及信用度，應該提出檢討，以建立民眾信心，對於該案所發生之相關醫療費用及賠償，應該由台大醫院負責，不應該用全民健保費用替台大醫院負擔案」  
與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。本案是陳委員錦煌於一個月前提出，我們從媒體報導得知，這段期間發生很多變化，不曉得陳委員對文字內容有無須補充說明。

陳委員錦煌

我是個很簡單的人，台大醫院因這次誤移植愛滋器官事件，影響國際對台大的信心。我昨天剛從大陸回來，他們中央電視台有人跟我說，你們台大醫院的器官移植也會搞錯，相信謝武吉院長去大陸時，一定有聽過類似的話。台大醫院主管是否該換人？剛有委員也提到，跟我們無關，但最起碼，相關醫療費用、民事與刑事的賠償等，不要用到健保費，要由台大醫院負責。

楊主任委員銘欽

這部分無須討論，委員應都贊同，台大醫院請領的醫療費用中，如不該給的部分，就不該支付，健保局會依健保及愛滋病防治條例等相關規定處理。本案請健保局參酌辦理，並依法辦理醫療費用之審核事宜。接下來進行討論事項第三案，請宣讀。

謝委員武吉

主席，是否要先處理剛提的臨時動議，否則恐怕會來不及處理。

楊主任委員銘欽

謝委員武吉好心提醒，因為時間關係，委員可否同意先討論臨時動議。沒人反對，就先進入臨時動議。

陸、臨時動議「101 年度中醫門診總額協商結果，付費者代表方案以一案或兩案送署裁決案」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

有幾位委員較晚到，補再說明，剛才我提出臨時動議，經蔡委員登順附議，可否將中醫門診總額中付費者代表的兩案，併成一案，即中醫代表一案、付費者代表一案，這樣衛生署裁決時，較容易處理。委員可否同意...。

陳委員錦煌

主席，請問送衛生署的版本，我的方案是多少錢？

楊主任委員銘欽

你的案子...。

陳委員錦煌

是 14.87 億，還是 9.82 億，要讓我知道。

楊主任委員銘欽

陳委員今天可以做決定，因原本你是提出 14.87 億，今天有看到新的數字，且今日動議尚未完成，在未定案之前，委員可修正您的方案。

陳委員錦煌

我的意思很清楚，該給的就給、該扣的就扣。例如，99 年針灸、傷科及脫臼整復案件之點數較 98 年減少 14.871 億，健保局少寫了 10 萬元，其中醫令為「傷科及脫臼整復」9.82 億，我同意扣掉，至於「針灸」0.45 億及「診察費及藥品等」4.6 億，我同意給付，為什麼？因是由醫師看診，要給人家，若是助理做的，就不能支付，我的論點是這樣。

楊主任委員銘欽

請幕僚同仁試著將付費者兩方案合併，並從投影螢幕呈現，讓委員參看是否同意修正之文字內容，如可以的話，就通過，如須修正，

再做修正。因今天時間很緊迫，從 14.87 億修改為 9.82 億，其成長率容會後再計算。

陳委員錦煌

字太小，看不清楚。

楊主任委員銘欽

請幕僚同仁將螢幕的字體放大。

陳委員錦煌

你不知道我老了。

楊主任委員銘欽

抱歉，陳委員可以看清楚嗎？請幕僚將字體再加大、加深。如果兩案合併，陳委員的建議，會變成建議減列 9.82 億，其成長率會後再計算。

陳委員錦煌

要寫清楚，診察費、藥費，我都有給中醫喔。

楊主任委員銘欽

那個無須註明。

陳委員錦煌

針灸、診察費及藥費，都有給中醫，僅扣 9.82 億，你要寫清楚！

楊主任委員銘欽

陳委員的意思是，希望把這些文字也寫上去，原「參考費協會第 170 次委員會議」等文字，要刪除，改為第 176 次委員會議報告資料。

施特別顧問純全(孫委員茂峰代理人)

希望我下面這段發言能列入紀錄。因申報量減少，與由助理非法執行，兩者並不相等。

楊主任委員銘欽

一、會列入紀錄，但會記錄在報告事項第三案，請做紀錄的同仁注

意，剛施特別顧問的發言內容，不是記錄在這裡，因現在討論的是付費者方案。

二、請政府機關與付費者代表委員參看投影螢幕的內容，如委員同意的話，擬送衛生署裁決的付費者代表方案，修正如螢幕所列，委員也可參考今天議程資料第 11~12 頁，即刪除方案一及委員的姓名等文字，其後文字不變，並增加第(三)點，請大家看一下藍色字「陳委員錦煌建議：協商因素項目『提升傷科及脫臼整復治療處置品質之效益』乙項，建議減列成長率\_\_\_% (9.82 億)」。陳委員提醒減列 9.82 億，至於針灸與...

陳委員錦煌

針灸 0.45 億、診察費及藥費 4.6 億，都有給中醫。

楊主任委員銘欽

這些文字都要寫進去，並註明係參考第 176 次委員會議健保局「中醫門診總額地區預算試辦計畫之季監測情形」報告之附錄「101 年中醫總額協商付費者版本數據補充說明」內容。健保局報告內容，我們也會上網公開，所以外界也會了解陳委員係根據這次的報告內容修正數字。這樣可以嗎？

陳委員錦煌

請問戴局長，投影螢幕的文字內容，對嗎？

戴局長桂英

我知道陳委員的意思，是希望能陳述 99 年「傷科及脫臼整復」較去年同期減少醫令數為 9.82 億，但不減列針灸 0.45 億、診察費及藥品 4.6 億。

廖委員本讓

現在說什麼，我都聽不懂。是否要將 9 月的協商結論廢掉，再另討論一版本？

楊主任委員銘欽

不是，是將原付費者代表的兩方案，改為一方案。

廖委員本讓

若變成一案，與原先協商的內容一樣嗎？

楊主任委員銘欽

付費者代表第一案...。

廖委員本讓

就是9月協商時，無法整併成一案，才会有兩案。

楊主任委員銘欽

議程資料第11頁的內容...。

廖委員本讓

我知道，要將兩案變成一案，但兩案數字不一樣，要如何修改，我不懂。

楊主任委員銘欽

我知道廖委員擔心的是數字是否會全被改掉，沒有，請委員參看議程資料第11頁，付費者代表方案一，數字都未變動，因這是...。

廖委員本讓

只有改陳委員的？

楊主任委員銘欽

只有陳委員錦煌的部分...。

廖委員本讓

變第二案就對了。

楊主任委員銘欽

沒有第二案，付費者僅一案，就是原方案一，其中...。

廖委員本讓

是在第一案後面，再加上陳委員的建議？

楊主任委員銘欽

後面再加陳委員錦煌的建議內容。

廖委員本讓

陳委員錦煌的方案就不見了，但在方案一後面，再加上陳委員錦煌的建議。

楊主任委員銘欽

陳委員的意見會併入，並將 14.87 億元修正為 9.82 億元。

葉委員明峯

請問第 23 頁表格如何修正？

林執行秘書宜靜

請幕僚同仁呈現修正後的附表表格。

楊主任委員銘欽

請委員參看投影螢幕，如付費者代表僅一案，修正後的表格，在中醫部門方案的旁邊，只有付費者代表方案這個欄位，即大多數人同意提升傷科及脫臼整復治療處置品質之效益，減列 2.22 億元，其餘細項同上次討論。本來旁邊還有一個欄位是陳委員錦煌的方案，現在就沒有了，另附註陳委員的建議，陳請署長參考。

陳委員錦煌

我不同意，表格只剩 2.22 億的案子，我的方案呢？

楊主任委員銘欽

現在是...。

陳委員錦煌

你當我是較小牌的委員！

楊主任委員銘欽

現在是徵詢委員是否同意如此修改，如能有共識就依共識，沒有共識就用表決的方式。

陳委員錦煌

不要開玩笑，我讓你，你也不要這樣子。

楊主任委員銘欽

現在是尋求共識，如果委員覺得可以...。

陳委員錦煌

我有意見，三案併陳，僅修正我的數字，主委懂我的意思嗎？仍維持三案併陳衛生署。我本來堅持一定要扣 14.87 億元，因今天健保局的報告，所以藥品、診察費、針灸部分，我同意給中醫，至傷科助理做的部分，我不同意給他們，故要扣掉 9.82 億元。付費者兩案及中醫界一案，共三案送衛生署裁決，這樣就好。該給人的，就要給，不該給的，就不給。

楊主任委員銘欽

那都沒問題，現在只是...。

陳委員錦煌

主委，你不能把我的方案變成建議，建議與兩案併陳，意思不一樣。你當我沒開會經驗。

楊主任委員銘欽

我知道你很有會議經驗。我是依據議事規則提臨時動議，大家同意討論，並提出修正方案建議，委員是否同意或要如何修正，修正後如有共識就照共識，沒共識，就用表決方式，再用表決後通過的方案。

陳委員錦煌

費協會有表決嗎？

楊主任委員銘欽

有。

陳委員錦煌

費用協定有表決，我第一次聽到。

楊主任委員銘欽

本會會議規範上面有規定，只是沒有動用過。

陳委員錦煌

拿給我看。

楊主任委員銘欽

桌上資料夾有本會會議規範。

陳委員錦煌

拿給我看，費協會有表決，我怎麼不知道。

楊主任委員銘欽

會議規範有提到，陳委員錦煌在看資料的同時，請問其他委員有無垂詢？

謝委員武吉

建議這樣處理，費協會從未動用過表決，不要表決，頂多就併陳送衛生署，要併陳5案、10案，也與你無關，表決只會使裂痕更深。

楊主任委員銘欽

現在進入臨時動議，且剛已有委員附議，除非附議人說剛的附議要取消，那這個案就不成立。

蔡委員登順

一、雖然費協會過去的慣例，都是用較和諧的方式，儘量達成共識，但遇到非常艱難的問題，而有不同意見時，依本會會議規範，是可表決的，只是過去沒有動用過。且依費協會過去的協商結論，付費者代表從未有兩案併陳過，都只有一個方案，這就是過去的共識。9月協商時雖沒有動用表決，但有委員提出要求每位委員對議案表達看法時，已視同表決，因每人都將其意見表達，並且具名，這已很清楚。台灣是民主法治國家，我們應

回歸民主法治，應以多數人意見為主，展現民主風範，雖有不同的意見，我們當然也尊重，所以也同意將他的意見完全呈現。

二、在備註欄寫得很清楚，也是一個很好的方法，所以建議還是回歸民主法制，我們畢竟是有法制的國家，以上建議。

楊主任委員銘欽

謝謝。可能我剛剛沒有講得很清楚，因為進到臨時動議，臨時動議也會討論，討論之後要有決議，決議的產生就是共識或表決。剛沒有講清楚，現在我想大家就很清楚，我們是以這樣的方式。

陳委員錦煌

要表決，乾脆我這個案表決完就結束了嘛！不用這麼麻煩，大家表決要給他們就好了！沒關係！來啊！還不簡單，對不對？可以表決陳委員錦煌的方案，這些委員就是要給他啊！表決啊！沒關係，大家法院見，也蠻有趣的！如果大家要這麼硬，沒關係，我說的大家不聽，該給人家的就要給，該扣就扣，扣起來是給全民，又不是給我本人，請問主委有堅持什麼立場嗎？

楊主任委員銘欽

沒有。

陳委員錦煌

你如果覺得有困難，為了和諧，就送三案就好，有什麼問題，你們這麼多人要第一案，只有我一個人去衛生署也沒關係，又不是不要送你們的方案。今天你們的報告，我看了之後認為符合我的意思，不須扣到 14 億多，所以自動減 5 億多，還有什麼不滿意？

楊主任委員銘欽

瞭解。

廖委員本讓

這個問題很簡單，本來的方案上次會議紀錄確認就確定了，現在是臨時動議，他的意見是決定要這樣，但之前的決議就已確定了。

楊主任委員銘欽

我想陳委員錦煌採用這個數字大家應該不會有反對意見，現在這個提案的意思是，到底付費者代表是送兩案還是送一案給衛生署？如果送一案，就是這樣處理，送兩案就是照會議紀錄的內容。請張副秘書長孟源發言。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

主席、各位委員大家好，第一次發言。我覺得不管是二案、三案，其實最重要還是要回到議事規則，可以參看桌上資料夾的書面資料 5 之 3，委員會會議決議方式如下：醫療費用之議案，應經與會人員充分協商，進行議決時，應經出席委員(含代理人)超過三分之二同意行之。惟醫療費用直接相關之醫事團體代表委員有異議，應將其意見併案報由主管機關逕行裁決。所以本會的會議規範是沒有限定幾案，但是成立的要件是必須有三分之二的委員同意，可以做成提案，相關的醫事團體代表有異議的話可以併案，所以回歸會議規範應該如此。

楊主任委員銘欽

所以張副秘書長孟源是認為剛剛我的提案沒有經過三分之二委員同意的話不算，是這個意思嗎？

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

我是報告會議規範而已。

林執行秘書宜靜

一、先說明，依費協會的組織規程第 13 條，由出席委員以協商方式達成協定行之。所以基本上委員會的運作，對於任何的協定都是以共識為原則。至於剛張副秘書長孟源提到本會會議規範，是針對特殊狀況如果要進行表決的議決方式，也就是一般議案要經過二分之一的委員通過後才會形成決議，若屬醫療費用的議案，則要三分之二出席委員(含代理人)同意才會列為決議。

二、現在主席建議這個案要不要用表決的方式，至於要表決什麼案，目前我們有二個提議，第一種方式是針對付費者方案，送原本紀錄中的付費者方案一，加上陳委員錦煌的建議，陳委員錦煌的建議一樣會送署參考。第二種方式是付費者方案有方案一及方案二，方案二依陳委員錦煌剛的建議修訂，將付費者方案一及方案二兩案送署裁決，以上說明。

楊主任委員銘欽

謝謝。現在充分說明以後，本案我們準備要做決議，因為這個案還是存在，所以需要決議，如果沒有共識...。

陳委員錦煌

請問主委，我看你受到很大的壓力，我開會開那麼久，那裡有主席在提臨時動議，你也真漏氣，這裡這麼多人都沒半個你的人，那有主席在提案的，笑死人，對不對？我做過民意代表，那有議長在提案，都是議員提，你已經漏氣了，坦白跟你說。今天這個會議要和諧，你表決看看，以後事情就都要表決，有樣學樣、沒樣自己想。那有主席自己提臨時動議案，你也真是太「低路」(台語，指沒有用之意)，拜託委員提案會比較好看，這樣我心裡會認為你有問題，此地無銀三百兩，你在我的心目中，對你的評估就不一樣，在今天以前我很尊重你，但我認為你這樣太過粗魯，不太好。

葉委員明峯

主席也是委員，也有提案權，所以也應該尊重。如果主席有好的意見，提出來討論，也是一種方式，可以公決，沒什麼關係。

陳委員錦煌

有人來拜託我改成 9.82 億嗎？沒有，是我自願要給人家的，我代表全國勞工聯盟總會來開會，不是隨便亂的人，中醫師公會若要一個和我吵過架的人來說討厭我，我馬上辭職不做，沒半個人嘛！我又沒得罪中醫師公會半個人，他們也沒得罪我，對不對？

楊主任委員銘欽

現在跟這個沒有關係。

陳委員錦煌

我和蘇大委員清泉常常在會上吵，但我從來沒有扣過他們的錢，我是這樣的人。我的意思是該扣就扣，不用強勢來提案，做些有的沒有的，講坦白話，這樣不夠漂亮。

楊主任委員銘欽

我們還是回到這個案子，到底一案或二案。

謝委員武吉

我有個建議，主席也是很忠厚的學者，在今天議程資料第 12 頁，付費者有方案一與方案二，方案二陳委員錦煌有建議修改。我們為了和諧，送三案也沒關係，不需要表決，這樣下去大家的裂痕會愈來愈大，不好啦！

楊主任委員銘欽

- 一、討論到現在，我瞭解大家承受到一些壓力，一旦要動用表決權，過去是沒有過，表決出來以後，確實會造成一些不同的看法，我也很不想這樣做，是不是還有什麼轉圜的餘地？還是我們這邊有沒有比較有經驗的代表可以發言？
- 二、我剛剛的提案，對於陳委員錦煌的數字內容，沒有任何贊成或反對立場，純粹是因費協會現在要送署裁決，從署的觀點來看，中醫醫界代表有一個案，付費者代表有二個案，這樣是不是表示我們付費者委員沒有辦法整合，所以我建議能整合成一個方案送署，純粹是這樣。大家還可以再稍微討論，我沒有特別反對或贊成誰的案，純粹從行政的觀點來看。有沒有委員要發言？還是大家需要稍微休息一下？

謝委員武吉

休息一下，氣氛比較好。

楊主任委員銘欽

先休息 5 分鐘，然後再看看下一步應該怎麼走。

(中場休息)

楊主任委員銘欽

剛剛利用休息時間，有跟幾位委員，不管是付費者或政府機關代表交換意見，也跟陳委員錦煌交換意見，這個案最不得已就是動用表決。剛才有人問我，一定要用這種方式表決嗎？是不是一定要送二案出去？倒沒有這樣的規定。剛張副秘書長孟源也說，在本會會議規範也沒有提到，付費者代表只能有一個方案送署。最主要是我個人覺得，我們在協商之後，付費者代表有二案送署的話，對衛生署比較不好交待，是我自己這樣想，倒沒有人說不可以這樣做，所以才提出這個臨時動議，也謝謝大家有機會讓我們來進行討論，當然費協會以和諧為重，非必要時不會用到表決。我想在最後決議前，可否請葉委員明峯從行政經驗的角度，對本案表示意見，是否一定要表決？或是我們蒐集相關意見後，也可以做成決議，不要動用表決？

葉委員明峯

- 一、我想主席提出這個臨時動議，大概有瞭解到在整個案裡面的一些相關經費數字，應該怎麼才是合理的安排。原來二個方案，當時經過協商，陳委員錦煌有他比較堅持的意見，所以變成二案併陳，我當時也希望一案，有好幾個委員也是希望一案，可是最後的決議是二案。
- 二、今天這個臨時動議，假如大家能夠很和諧的討論，並做成決議，當然會是一個案，也會取代前面二個案。假如大家一定要動用表決權，這種方式是不和諧，如果結果是 Yes(通過)的話，就取代原來二個案，如果是 No(不通過)的話，二案還是存在。我認為應儘量朝和諧方式處理，過去大家雖然有很多不同意見，但都在很和諧的情況下決定，而且都沒有產生很大的狀況讓我們感到困擾，所以我認為和諧為先比較好，謝謝。

楊主任委員銘欽

謝謝。我在這邊謝謝各位委員對這個案願意花時間討論，如果是以和諧為主的話，我就不動用表決，以交換意見為主，所以還是維持三案送署裁決，但是陳委員錦煌的方案就依今日意見修正數字，決議就是這樣，可以嗎？謝謝。接下來進到討論事項第三案。

謝委員武吉

本案討論不完，下次再討論。

楊主任委員銘欽

謝委員武吉的案(討論事項第三案)我們下次再討論。

謝委員武吉

吃飯皇帝大。

楊主任委員銘欽

請委員先用餐。請參看第四案在議程資料第 76 頁，接下來有四個提案，本質上一樣，當協商完成長率之後，接下來就是需要協商分區分配原則，我們一個一個部門來討論，第 76 頁是有關牙醫門診總額的地區預算，請宣讀。

柒、討論事項四案「101 年度牙醫門診總額一般服務費用分配案」與  
會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。牙醫部門有無補充說明？

陳醫師彥廷(黃委員建文代理人)

有二個項目針對專案執行部分，為了提升專案的執行率，有關醫缺  
方案與牙周病專案，其地區預算分配配合執行部分，希望朝點值保  
障方向處理，我們在會後再與健保局討論。

楊主任委員銘欽

我想牙醫地區預算分配人口的部分已經進到百分之百，其他細節就  
請牙醫門診總額部門再與健保局討論。各位委員對這部分有無不同  
意見？(委員未表示)好，那我們就同意。請進到討論事項第五案，  
請參看議程資料第 84 頁，請宣讀。

捌、討論事項五案「101 年度中醫門診總額一般服務費用分配案」與  
會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。中醫部門請施特別顧問純全先表示意見。

施特別顧問純全(孫委員茂峰代理人)

關於擬辦部分，有一段文字我們希望能夠拿掉，因為明年有很多狀況，目前屬未確定因素，包括成長率還沒有經衛生署裁決，另外，明年東區醫師數可能會有很大變動，署委託相關計畫的執行成果也還沒有出現，所以建議擬辦一之(一)：「惟應適度調升人口占率(100 年依各區戶籍人口占率分配之比率值為 5%)」，這段文字能先拿掉，整個試辦計畫內容再由我們與健保局擬訂後，送衛生署據以施行，這段但書先拿掉，這樣討論空間會比較大，陳請各位委員同意。

楊主任委員銘欽

謝謝施特別顧問純全說明。人口占率現在只有 5%，本來建議是希望再往前進，可能到 10%，施特別顧問的建議是現在有些未定因素，尤其東區剛剛提到可能慈濟大學開設後中醫系之後，有些醫師或教授去的話，會造成當地的供給量大幅變化。不曉得各位委員對於剛的宣讀和施特別顧問的建議有無意見？請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

剛施特別顧問純全建議 5% 拿掉，我的考慮是，留著應該無妨，因為我們是往上加，留著至少還可以有 5%，如果整段文字拿掉，我不確定最後 5% 的人口占率是否還會留著？所以我建議文字應該留著，至少還有 5%，其餘的能往上調就往上調。

楊主任委員銘欽

就是說至少維持。

施特別顧問純全(孫委員茂峰代理人)

如果照黃委員偉堯的意見，文字可否調整一下？原來是「惟應適度調升」，黃委員的意見是「不得低於 5%」，意思不太一樣，如果依黃委員的說法，我覺得比較合適，適度調升的意思好像是沒有調升我

們就做錯事，這樣討論空間會比較小。

楊主任委員銘欽

一、對中醫部門來講，因為將要面對很多未定因素，人口成長率部分將文字修正為：「惟人口占率不得低於 5%」，黃委員偉堯是這個意思嗎？如果委員不反對，我們就確定，其他細節再麻煩中醫部門與健保局討論。

二、擬辦一之(二)及(三)，有關東區部分及試辦計畫，施特別顧問意見為何？東區的部分你們可能還得再討論。

施特別顧問純全(孫委員茂峰代理人)

可以，文字有空間，就是訂上限。

楊主任委員銘欽

你覺得這部分可行，那我們就確定。接下來宣讀西醫基層總額地區預算提案，在議程資料第 96 頁，為了節省大家的時間，請從第 98 頁的說明五開始宣讀，前面部分是協商結果或過去執行內容，就不再宣讀，請同仁宣讀。

## 玖、討論事項六案「101 年度西醫基層總額一般服務費用分配案」與 會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。是陳委員宗獻還是張副秘書長孟源回應？請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、跟各位委員報告，為了今天的會議，我們基層六個分區在過去幾天連續開了3次會議，很不容易達成一些共識。主要的因素是原來 65/35 之 R/S 比值，有些區認為應該往上調，但是往上調的話，R 值就會改變，這個 Factor(因素)好像蹺蹺板，一邊往下壓，另外一邊就蹺起來，因為總額是固定的，為了因應這個困難，我們共識的公式有些微變化。
- 二、目前的共識是，第一，六分區還是以 65% 依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」比率處理，35% 依總額實施前一年的費用比率分配。R 值參數部分，人口因素還是依據當年度的人口數據，標準化死亡比(SMR)跟 Trans (即基層門診市場占有率)，還是維持跟去年一樣，以最近 4 年各年權重 25% 計算，向大家報告，這部分跟去年相同。
- 三、另外，我們建議增加「財務風險調校機制」，財務風險調校的用意在處理基層總額的特別狀況，六分區的人口成長情形差距非常大，幾乎大部分(人口成長)在北區，但北區雖然成長最高，(比如北區成長 2%，其他區甚至有負零點幾%的人口成長)，但這些負人口成長區的人口在老化，我們叫做「高 P Index」，用以反映人口老化或年輕情形。困難在，單用人口成長率和 P index，仍無法解析分區間需求面的差異，只要這部分權重加重，其他區問題就跑出來。我們每年都為了避免分區財務會出現危機，費心調校這些(人口風險因子)，導致權重年年不一致，所以今年將這部分的人口因素挑出，放到財務風險調校機制，這樣處理之後，才能有效的進行財務分配和整個分區分配的制度化。抱歉，因為昨天才開完會，所以在此先提出口頭報告。

四、財務風險調校機制包含兩個項目，一個是人口因素的調校，一個是非因管控因素而造成點值過低的保障。所謂非因管控因素是，假使某個區的核減率、抽審、管理狀況都很好，但點值是六分區中最低的，我們經過開會後，把這個分區的點值調上來，此調整的意義，其實與之前協商時所談到的概念很像，因為外科、婦產科浮動點值比例偏高，如果不處理，該區的外科、婦產科經營就會很困難，在此先將原委做一報告。

五、所以請參見臨時資料，我們建議：

(一)請參看提案的擬辦(一)，建議 65%、35%(65%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」的保險對象人數，35%依西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配)。

(二)依擬辦(二)，建議維持原來的狀況(「人口風險因子及轉診型態」校正方式：先校正人口風險因子(年齡性別指數占 90%、標準化死亡比占 10%)，再校正西醫基層門診市場占有率)。

(三)擬辦(三)建議增加財務風險調校，以 6 分區人口成長因素，及非管控因素所造成點值過低因素，作為財務風險調校因素。

(四)另外再增加各分區成長率以不超過全局成長率的正負 22%，這也是去年的做法，如此一來，可以不改變公式內容，讓這些 factor(因子)穩定，以上報告。

楊主任委員銘欽

各位委員剛聽可能會覺得太複雜，我用另外的方式說明：

一、擬辦(一)，基本上與去年及前年的方式一樣，只是人口參數(保險對象人數及人口結構校正因子)是用當年度(101 年)最新的人口數值，這符合費協會過去的決議。

二、擬辦(二)，也一樣符合費協會過去決議。有關標準化死亡比及基層門診市場占有率二項校正因子，以最近 4 年(96-99 年)數值，每年權重占 1/4 計算，以上兩點均符合費協會過去的要求。

三、至於其他各區之間成長率不超過全局成長率的正負 22%，也是本會過去同意西醫基層內部微調的機制。

陳委員宗獻

正負 22% 已經等於是 44%。

楊主任委員銘欽

加減 22% 的震盪幅度。請問委員有無詢問？請黃委員偉堯發言。

黃委員偉堯

主席、各位委員，有關擬增加之財務風險調校機制，我想還是需要先從原理去探討，剛剛西醫基層提到，希望透過風險調校機制對人口老化因素及點值偏低的狀況進行調整，這部分有些地方須再深入考慮：

- 一、首先，人口老化因素在擬辦(二)的「人口風險因子」已經考慮，應該不會需要再做二次調整，若做二次調整，會讓原來的機制出問題，原則上，還是需從原機制調整會比較合適。現在為了讓 65%：35% 比例不再更動，所以採取其他補救措施，只是因為擔心調整(65%：35%)之後，後續會有很複雜的計算。但事實上，若讓 65%：35% 比例調整，剛剛所提的人口成長、人口老化等因素，會隨著比例調整而漸趨合理化，但若採取另外的補救措施，反而會增加很多額外的計算方式，這樣會讓整體的制度產生可以人為調整或改變的空間。
- 二、其次，對點值偏低的分區進行財務風險調校及彌補做法，基本上，點值應該是觀測的指標，如果偏低，表示出問題，應該回頭去看問題點在哪裡，找出問題後啟動改善機制，而非直接把錢補進該分區。以上兩點是我對新增風險調校機制的補充意見。

楊主任委員銘欽

印象中好像財務調校不是這次才有，以前就有了。

陳委員宗獻

以前北區還有中區有調整過。

楊主任委員銘欽

是曾經對某些分區調整過。

陳委員宗獻

問題是北區、中區再怎麼調，差距都調不過來才補的(中區 6 千萬，北區 15 千萬)。

楊主任委員銘欽

不曉得你們對黃委員偉堯意見的看法？

陳委員宗獻

- 一、黃委員提到擬辦(二)部分有反映人口，但因反映幅度非常大，假使以 3% 成長率，分區間就會產生 6% 及 1 點多% 的差距，這 1 點多% 雖然將近 2%，但該區還是點值最低，且會一直低下去。所以我們會有困擾，如果只照擬辦(二)決議就麻煩了。
- 二、有關正負 22% 調整部分，當然有些區會認為幅度越大越好，最好是正負 40%，高低就差 80%，這部分我們也花了很多力氣去達成正負 22% 的共識。
- 三、至於風險調校可能會備而不用，不會無限制使用。希望在碰到像人口無法調校，而上下限調控又造成對人口增加較多的分區不公平時，有機制可以處理。

楊主任委員銘欽

- 一、對黃委員偉堯的發言，在學理上我非常贊成，不過剛才也聽到西醫基層代表表示，已經內部開會且有一些共識，所以原則上，決議還是儘量以部門能執行，可行性高為第一優先。黃委員的建議有些是基層可以考慮的，比如說風險調校機制備而不用，這點很好，這樣黃委員會比較放心，至少這個機制不一定會用到。
- 二、另外有關經費部分，西醫基層剛發的資料提到 2.1 億元，因為對此還有一區持保留意見，我想這部分今天不做決議，金額部

分請內部再協商，還有細節部分，請西醫基層與健保局再討論。請黃委員偉堯發言。

黃委員偉堯

針對這個部分我還要再說明，22%已經是一次的校正措施，這個(風險調校機制)是校正一次之後，又再一次的補救措施，其實我覺得不太好，真的不妥，這是我的基本看法。如果真要有這個機制，至少應該有個類似監控的啟動機制，不是只說備而不用，到時誰決定可以用？會是個麻煩。

楊主任委員銘欽

謝謝。黃委員偉堯的發言非常好，有助基層做自我管控，參照剛才黃委員的建議，如果能有一些監控指標出來會比較好。

陳委員宗獻

有關監控部分，可否讓我們與健保局一起討論，把指標訂得較明確後再提出。

楊主任委員銘欽

- 一、等指標比較明確後再跟我們說明。黃委員偉堯的發言提供一個很好的參考，謝謝。
- 二、最後進行醫院地區預算部分，請從議程資料第 107 頁的說明四開始宣讀。

拾、討論事項第七案「101 年度醫院總額一般服務費用分配案」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。醫院部門哪位代表要先表示意見，請陳院長特助瑞瑛。

陳院長特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

- 一、我先代表說明，醫院總額有別於其他部門，因為我們包含住院，住院比較複雜，而且住院跨區就醫情形也較嚴重，所以地區預算分配的 R 值(校正風險後之保險對象人數占率)只要稍微變動，有些分區預算會增加很多，有些分區會降得很低。目前從健保局或費協會提供的點值資料來看，請參看議程資料第 194 頁，這幾年門、住診的 R 值沒有改變，但點值差異頗大，尤其這次花蓮縣醫師公會也特別事前來拜會，如果可以維持 R 值，會是唯一對花東地區醫院最好的方式，所以我們也事前達成共識，儘量維持門診人口占率 45%，住診還是 40%，這是第一點。
- 二、擬辦二，醫院總額部門跨區就醫之點值採計方式，我們建議以前一季全局之浮動點值計算，記得費協會以前曾經試算過，東區之所以衝擊這麼嚴重，是因為只要住診的 R 值稍微提高，東區預算成長率就會大幅下降，再加上跨區就醫是採前一季就醫分局浮動點值計算，這兩個因素加乘起來，東區點值就會降很多，尤其住院部分，因為可能只是投保單位在台北，但住在花東，因為照顧的關係，就在花東就醫，如果用這種跨區就醫點值採計方式(現制是採前一季就醫分局浮動點值計算)，對跨區就醫的醫院大概都是不利，所以我們希望跨區就醫點值改採前一季全局之浮動點值計算。

楊主任委員銘欽

謝謝陳院長特助瑞瑛。請問另外兩位醫院部門代表有無說明？對不起，先請蔡委員登順表示意見。

蔡委員登順

一、基本上站在費協會委員的立場，應該要持公平原則來做事，但談到醫院總額，尤其剛才陳院長特助瑞瑛也對東區的狀況特別報告，所以要談談點值問題。談到點值，六區代表當然希望力保自己分區的點值高一點，這是常態，也無可厚非，但對東區這個資源較不足的地方，能否以多點關懷的胸襟看待，否則東區點值大約每季都在 0.9 以下，從醫院總額支委會的數據看來，大多在 0.9 以下，而其它區應該都可以在 0.92 以上，為何東區每季點值都會那麼低呢？當然有許多因素造成：

(一)有關地區預算分配公式人口風險因子校正部分，東區比較特別，四大族群包括閩南人、客家人、外省籍及原住民平均分布，其他區大概沒有這樣的分布。當然原住民有他們的生活方式，年輕時都很健康，但到年紀大時，大約 55 歲可能就會有就診需求，這是點值低的一大原因。

(二)第二個原因，現行地區預算分配方式採錢跟著人走，若在東區投保的人到其他區就診，東區就要照就醫區的點值支付費用，假設就醫區點值是 0.95，東區就要以每點 0.95 支付給其他區，但投保別區的人如果到東區就醫，東區點值若是 0.85，則東區收到的支付就是每點 0.85，也就是東區支付別區的點值是 0.95，但收到的是 0.85，顯然對東區打擊很大，這也是一大問題。

(三)還有東區因為人口少、地域狹長，就醫很不方便，東區民眾一旦住院，到了可以出院時，往往因為住的地方地點偏僻、醫療資源不足，擔心不容易找到醫師，所以乾脆就多住幾天，住院的時間就拉長，這會耗用醫療資源，也是造成點值低的原因之一。

(四)另外，東區因為就業比較困難，身強體壯的年輕人都到大都會區就業，留在東區的多是老、弱、少、小的人口居多，因為這樣的人口組成，當然就診次數會比他區高，也造成醫療資源耗用較多，當然點值就會下降得較低。

二、可否拜託醫院總額部門，參考西醫基層總額曾提撥 1.5 億給中區；或參考中醫總額保障東區的做法，牙醫總額因為點值還不錯，各區點值較平均，一般多在 0.95 以上，很少低於 0.95。但

醫院總額部門，東區點值落差實在太大，對東部民眾有點不公平。如我剛剛講的，東區人口到他區看診需給人家較多的錢，而他區到東區看診，東區卻拿到比較少的錢，這點可以檢討並加以改善。可否考慮保障東區點值，可以不強求保障點值到每點 1 元，但可否考慮保障到 0.95，若點值比 0.95 高，則照浮動點值處理，若低於 0.95，則保障至 0.95，畢竟東區的總額占率很低，醫院總額共有 3,000 多億，如果多給東區 1、2 億，東區點值可能可以提升很多，對整體醫院的影響也不大，以上建議。不是因為我在東區才強調，這議題在醫院總額支委會也談過，因為考量平衡性，請醫院部門多幫忙東區的弱勢族群，多點關懷、照顧。以上建議。

楊主任委員銘欽

請劉副秘書長碧珠及謝委員武吉發言後，再請張副秘書長孟源。

劉副秘書長碧珠(蘇委員清泉代理人)

稍微回應一下剛剛東區代表所提，基本上...

蔡委員登順

我不是東區代表，我是費協會委員。

劉副秘書長碧珠(蘇委員清泉代理人)

一、對不起，住在東區的費協會代表。

二、基本上，每次講到分區點值時，醫院部門真的很為難，所謂「三進三出」，我想大家都知道，可是如果光用點值來看資源分配是否合理，其實不盡然，不知在座委員是否知道各分區有做不同的自主管理方案，所以有做自主管理的分區，點值會較高，沒有做自主管理的分區，點值會較低。

三、剛剛蔡委員登順提到東區病人，住院天數會多出好幾天，可能因為回去後不方便，沒有人照顧，所以就住在醫院，使用社會保險的資源。可是按理講，這應該由社會福利支出，而不是動用社會保險的費用，我覺得講浪費好像太過份，但問題是真的需要住這麼久嗎？醫療資源耗用一定是這樣嗎？這樣的耗用，點值會高嗎？一定不可能，種種因素造成各分區點值不盡相

同，有的分區實施自主管理控管，斷頭的錢，其實有苦說不出。

四、剛才蘇委員清泉離開之前交代我，基本上尊重醫院協會的共識，如果不動(係指「R 值」)是醫院協會目前的共識，我們尊重。但對於跨區就醫採前一季全局浮動點值計算，這一點基本上，各分區還是有不同意見，應該還要再討論。所以，必須澄清，目前沒有共識，除非各分區的管理模式都一致，現在各分區的管理模式並不一致，影響不同，所以無法以同樣點值反應事實。

楊主任委員銘欽

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、有些雖是醫院協會內部會議的共識，但對於管控問題，我覺得差異性真的很大，跨區就醫要用全局前一季浮動點值處理，我不會同意。高屏區在 93 年 SARS 時，之後浮動點值，點值剩下 0.23，當時我曾提出跨區就醫採平均點值計算，但沒有人要幫忙高屏，所以這點是我不能苟同的地方。
- 二、各分區的管控方式，確實都不一樣，斷頭的方式也不一樣。我很瞭解東區的狀況，記得以前曾在支委會，要求東區的經理來報告執行狀況，但都沒有報告，最後從本來點值 0.89 調到 0.91~0.92。向主席報告，東區發生了一件事情，是醫界把它壓下來，開刀是有問題的，某報社的副總編輯，本來要訴諸媒體的，知道嗎？我不是要反對，只覺得本職應做好，不能要怎麼樣就怎麼樣，這樣不太公平，每區的管制方法不同，所以不應以全局的浮動點值來計算。
- 三、以前曾說過，東區是因為某宗教醫院從西區載整車病人到醫院檢查，幫病人全身檢查，連 CT 也做。東區有基督教、佛教、道教，我只說某個宗教醫院，沒有指哪家。所以點值降低是有原因，當時我才一直在支委會強調要東區經理報告管控方式。
- 四、對本案擬辦一之(一)、(二)地區預算的前 2 項有共識，但跨區就醫之點值計算，一定要保持原來的方式。

楊主任委員銘欽

請張副秘書長孟源。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

- 一、主席、各位委員大家好。對於東區人口老化、死亡率偏高及醫療資源不足部分，贊成蔡委員登順所提，雖然管控也是個因素，但請委員參看議程資料第 117 頁下方的表 2，從 95 年到 99 年，六分區一般服務費用年化成長率，東區的年化成長率最低，只有 2.85%，除了管控是相當重要的因素外，在開源方面，東區成長率也偏低，所以我呼應蔡委員登順的建議，東區的預算成長率應該以不低於全區的平均成長率為原則。
- 二、關於跨區就醫之點值計算，尊重醫院協會所提，不宜採取全區的平均，但東區預算低，所以點值也低，可能也是因管控的因素，請參看議程資料第 109 頁擬辦一之(二)：「3.各地區…，按季結算各區浮動點值以核付費用」，加個關於跨區就醫部分的但書：「但東區跨區就醫之結算，以全區平均點值結算」，這樣在管控方面，對東區予以加強，也給予預算，對跨區就醫所造成點值差異的損失，也給予彌補，相信是在蔡委員登順與謝委員武吉的意見中，較衡平、中道的做法。

楊主任委員銘欽

謝謝張副秘書長孟源提出的看法。

謝委員武吉

剛才張副秘書長孟源提到年化成長率，我本來沒注意看，請參看議程資料第 117 頁下方的表 2，「平均每位醫師費用」的年化成長率，東區占第 2 位(東區 2.35%，僅次於北區 2.53%)，這部分應如何處理？我覺得應審慎考量才對。

楊主任委員銘欽

我想本案擬辦一，醫院協會內部已有共識，決議如下，請 3 位醫院代表確認是否正確：

- 一、擬辦第一點，醫院協會內部已有共識，門診人口占率 45%，住診人口占率 40%，對不對？(委員點頭)有共識，那就維持，盡量穩定。

二、至於擬辦第二點，有關跨區就醫部分，今天不要倉促決定，再蒐集相關資料，包括剛剛蔡委員登順及張副秘書長孟源講的內容，還是要審慎處理，所以今天不壓入決議，由醫院總額支委會討論，可以嗎？請問蔡委員登順，您是否也是醫院總額支委會的委員？(蔡委員登順點頭)是，我想蔡委員可以在會中幫忙東區適度發言、澄清，但今天先不壓決議。

謝委員武吉

攜回醫院內部討論好了。

陳院長特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

一、再補充，上次支委會就是因為蔡委員登順及謝委員天仁針對跨區就醫到底採何種點值計算有意見，本來這部分都在支委會討論，可是後來因為謝委員天仁認為牽涉到各區醫療資源耗用及點值問題，應回到費協會，所以今天才會提出。

二、因為沒有共識，建議還是由醫界帶回內部討論，看有無辦法，因為要先瞭解東區點值低的原因，然後再看能否在政策上考量，加以改善。

楊主任委員銘欽

一、本案就此確定。請問各位委員對以上決議，有無反對？(未有委員表示反對)沒有，就此確定。

二、討論事項第八案先不討論，請林執行秘書宜靜說明。

林執行秘書宜靜

討論事項第八案是幕僚主動提案，但因內容有些需再補強，所以先撤案，下次再提會討論。

楊主任委員銘欽

一、今天討論到此告一段落，特別謝謝謝委員武吉同意將討論案第三案移至下次會議討論。

二、請問委員有無臨時動議？(委員搖頭)沒有。

三、有關 100 年度醫院總額慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫預算不足案的協商，抱歉，因為時間不夠，下次委員會議再討論。謝謝各位，會議到此結束，散會。

## 101 年度中醫門診總額醫療給付費用總額協商因素 補充說明

中醫師公會全國聯合會

- 一、早期因缺乏中醫醫事輔助人員之規畫，行政院衛生署於 88 年 7 月 29 日以衛署醫字第 88037674 號函函釋：得由助理人員協助中醫師執行後續之推拿行為，依當時規範辦理之中醫醫療院所並無不法。
- 二、後因醫療法修訂規定：「醫療機構不置臨床助理執行醫療業務」，原合法之助理人員因此妾身未明，依信賴保護原則行政院衛生署同意前述助理人員得於中醫醫療院所從事「民俗調理」工作以為救濟，但不得申請健保給付，後更規定 100 年 4 月 30 日後中醫醫療院所不得設置民俗調理人員（行政院衛生署 99.6.4 衛署醫字第 0990067697 號函），之後甚至規定設有「民俗調理」之中醫醫療院所，雖中醫師親自執行亦不得申請全民健保傷科治療處置費用。
- 三、中醫醫療院所施行推拿業務，由原規定得由助理人員協助執行，提昇為「中醫師全程親自執行」。過程中中醫醫療團體主動配合主管機構醫療政策法規變更之宣導與執行，提升醫療照護品質，理應列為全民健保總額協商因素之正項，實施初期行政院衛生署亦同應以正項提列鼓勵，配合政策之結果不應反而造成全民健保總額協商之減項，配合政策反而造成傷害，情理法皆不合，配合政策反而受害，日後恐造成政府政策推動之負面影響。
- 四、總額支付制度目的在於改革原先論量計酬制度下所造成醫療服務量及密集度大幅成長之現象，總額支付制度由於預算固定，期能達成減少不必要醫療服務之提供，例來費協會未因醫界醫療服務量之增加而成功提列為協商因素，亦未因醫療服務量超出預期，點值低於 1.0，而得補列為正項協商因素，同理亦未因醫療服務量減少而提列為協商因素之減項，SARS 期間醫界醫療服務量減少，亦未因此提列為協商因素之減項，本案中醫傷科醫療服務規範提升為中醫師全程親自執行，醫療服務量之減少本在預期，醫療服務量之減少本不應列為協商因素之減項，如果醫療服務量之增減，可列為協商因素之增減項目，總額支付制度之精神，無異蕩然不存。

- 五、中醫傷科推拿醫療服務申報量減少，一部分來自中醫團體之自我管理，申報量因自我管理減少，如因此列為減項，無異對總額支付制度專業自主管理之推動，是一大打擊。
- 六、中醫並未施行分科，從單項支付項目，無法評估中醫醫療服務量之變化，從中醫整體申報資料來看，中醫門診醫療服務給付項目並無改變，中醫門診就醫人數均在過去水平以上，因此可以推知中醫門診醫療服務並未減少提供，中醫門診醫療服務民眾滿意度調查與前一年比較，無統計上差異，中醫門診醫療服務品質提昇，民眾就醫權益充分獲得確保，不應於協商 101 年度中醫門診總額預算成長率時提列為減項。
- 七、依據李玉春教授 2000 年 6 月「中醫門診總額支付制度規劃簡介」中提到：傷科、針灸等支付標準偏低及中醫傷科親自執行定義不明，行政院衛生署 2000 年 3 月出版之「中醫門診總額支付制度規畫」P84 中亦建議：未來可訂定較嚴格的「親自執行」規範，所節省的費用亦可用於調整傷科或針灸之支付標準，依「衛生署中醫門診總額支付制度規畫」即規劃未來因較嚴格「親自執行」規範之實行，所節省的費用用以調整傷科或針灸之支付標準，如今中醫師公會全聯會配合政策推動較「衛生署中醫門診總額支付制度規畫」時期更為嚴格之「中醫傷科由中醫師全程親自執行」之規範，反而造成被要求列為減項，實與行政院衛生署原先之規劃與承諾不符。
- 八、近年來中醫門診醫療給付費用總額之成長，主要來自非協商因素（投保人口結構改變與醫療服務成本之改變），均未以醫療服務量多寡為考慮，例年來中醫醫療服務之增加，亦未因此獲得協商因素之成長率，總額支付制度規畫時期，費協會亦曾決議：「醫療費用之成長率，應以非協商因素為底限」，依方案一或方案二，成長率均低於非協商因素，無法實際反映醫療服務成本之改變，不但與總額支付制度之精神不符，更與費協會過去之決議不符，長遠看來，更影響總額支付制度未來發展之穩定性。
- 九、為符合付費者代表對中醫門診總額支付制度醫療服務品質之期待，建請付費者代表同意原擬扣除之款項，改同意在不新增預算協商因素項目下，要求中醫師公會全聯會推動針灸、傷科標準作業品質提升方案，以提升中醫針灸、傷科醫療照護品質，增進民眾就醫權益。