

全民健康保險醫療費用協定委員會
第 174 次委員會議事錄

中華民國 100 年 8 月 12 日

全民健康保險醫療費用協定委員會第 174 次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國 100 年 8 月 12 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

李委員明濱

張副秘書長孟源(11:40 以前代)

凌委員月霞

孫委員茂峰

張委員惟明

連委員瑞猛

陳委員玉枝

陳委員宗獻

陳主任瑞瑛(11:10 以後代)

陳委員明豐

陳委員錦煌

黃委員建文

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

詹委員德旺

廖委員本讓

蔡委員登順

謝委員天仁

謝委員武吉

謝董事長文輝(代)

蘇委員清泉

肆、請假委員：

林委員啟滄

孫委員碧霞

莊委員淑芳

許委員怡欣

劉委員清芳

伍、列席人員：

行政院衛生署

中央健康保險局

全民健康保險監理委員會
本會

朱組長日僑

梁組長淑政

戴局長桂英

黃副局長三桂

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：黃偉益

柒、主席致詞(略)

捌、報告事項

第一案

案由：確認本會上(第 173)次委員會議議事錄，請 鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會重要業務報告，請 鑒察。

決定：

- 一、101 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議，各部門協商順序之抽籤結果，依序為：牙醫部門、醫院部門、中醫部門、西醫基層部門，其他預算則安排於最後。

二、餘洽悉。

第三案

案由：行政院衛生署說明「行政院核定之 101 年全民健康保險醫療給付費用總額範圍」，請 鑒察。

決定：洽悉。

第四案

案由：101 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額醫療服務成本及人口因素成長率案，請 鑒察。

決定：

- 一、101 年度各部門醫療服務成本及人口因素成長率，依行政院核定之數值確定。
- 二、衛生署指示之 101 年度總額協商之政策方向，請中央健康保險局及各總額部門於研擬協商因素項目或計畫草案時納入考量。
- 三、餘洽悉。

第五案

案由：「101 年度各部門總額協商因素項目或計畫」規劃報告，請 鑒察。

決定：

- 一、委員對各總額部門及中央健康保險局報告內容，若認為有需補充說明之相關事項，請於 8 月 20 日前回覆，由幕僚彙整轉請相關單位提供。
- 二、請各總額部門及中央健康保險局對所提協商規劃草案，視需要參酌委員建議修改，並於 8 月 31 日前擲回，以利 9 月份協商會議之議程編製。
- 三、餘洽悉。

第六案

案由：中央健康保險局送請備查之「99 年協商因素成長率編列骨骼造影以 NaF18 取代 Mo-99 之未支用預算，均分四季於 100 年醫院總額一般服務預算之基期扣減」案，請 鑒察。

決定：洽悉。

第七案

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

提案單位：本會第一組

案由：本(100)年度全民健康保險各部門總額評核結果之獎勵成長率案，提請討論。

決議：各部門總額評核結果各等級之 101 年度獎勵成長率值如下表，且該「品質保證保留款」金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並採累計方式計算。

等級	分數	獎勵
特優	90 分及以上	酌加 0.5% 成長率
優	85 分至未達 90 分	酌加 0.3% 成長率
良	80 分至未達 85 分	酌加 0.1% 成長率
可	75 分至未達 80 分	不予獎勵
劣	未達 75 分	酌扣成長率

第二案

提案及連署人：謝委員天仁、蔡委員登順、黃委員偉堯

案由：有關本會第 173 次會議，對行政院衛生署交議「100 年全民健康保險醫院總額『慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫』預算不足，及 100 年第 1 季因類流感案件遽增，致影響醫院及西醫基層總額部門點值案」之決議，已破壞總額制精神，傷害本會職權之行使，其後續處理，提請討論。

決議：

一、本案原為「提請復議」，經委員充分交換意見後，同意改依一般提案程序處理，原案由文字並配合修正為「其後續處理，提請討論」。

二、對「100 年度慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫預算不足」，

及「100年第1季因類流感案件遽增，致影響醫院及西醫基層總額部門點值」兩案，採分開處理原則：

- (一)「慢性B型及C型肝炎治療計畫」屬專案性質，協商時已有預估服務量及其經費額度，因100年度實際執行確實有可能超過預估量，依本會第170次委員會議決議對已協定項目金額增減之處理機制，爰同意本案召開協商會議，適度調整分配。至於相關總額部門與付費者代表之協商時間，原則上訂於101年度總額協商完成後，本年度結束前舉行。
- (二)有關類流感等屬一般服務之項目，因協定時並未預估其服務量，此類不可預期因素一旦發生造成重大醫療費用影響時，應如何處理，宜對其啟動條件、挹注財源等，建立長遠之制度，其處理機制與原則將另掣案提會討論。

拾、臨時提案

提案人：陳委員錦煌

案由：為使全民健康保險有限資源妥善運用，擷節健保支出，並維護大型醫院急、重症照護品質，避免初級患者擠壓急、重症醫療資源，擬提「『急診留置超過48小時』健保案件申報不予支付」、「醫學中心、區域醫院如申報門診十大初級照護疾病，該筆健保案件申報予以5折支付」兩項方案，提請討論。

決議：

- 一、有關急診照護部分之建議，因涉及緊急醫療救護法與全民健康保險法等相關規定，建請衛生署通案檢討，以提升民眾緊急醫療照護之品質，並同時兼顧醫院層級間之平衡。
- 二、有關十大初級照護疾病及其支付之建議，因原設立門診

分級醫療指標之目的在於監控病人就醫流向，若要做為支付標準項目之修訂，應再審慎思考。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。

拾壹、散會：下午 14 時 40 分。

本會第 174 次委員會議
與會人員發言實錄

壹、主席致詞及報告事項第一案「確認本會上(第 173)次委員會議議事錄」及報告事項第二案「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

各位委員大家早。今天是 8 月份委員會議，我想大家是帶著期待的心情來參加，因為今天報告案及討論案內容都與 9 月份 101 年度總額協商息息相關，包括 101 年度各部門總額協商草案的報告，另討論事項也是與明年總額協商有關。今日會議時間較長，所以中間會稍做休息，讓委員可以活動。接下來就開始今天的會議，首先進行上次會議議事錄確認，請宣讀。

同仁宣讀(略)

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝宣讀。請問各位委員對會議紀錄文字有無修正意見？如果暫時沒有，議事錄就確定。
- 二、接著請看報告事項第二案，本會重要業務報告，請林執行秘書宜靜報告。

林執行秘書宜靜報告(略)

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝林執行秘書的說明。請問委員有沒有要詢問？再重複剛才所講的重點，桌上兩本資料，因為署有規定封面格式，所以看起來很像，一本為 100 年全民健康保險總額支付制度協商參考指標要覽，過去幾年本會也都有編製；另一本為 100 年各部門總額執行成果摘要。我也是昨天才拿到這兩份資料，內容很豐富，需要一些時間消化。提醒各位委員代表及幕僚人員，可花時間消化吸收，其中有很多值得參考之資料。
- 二、若沒有其他詢問事項，接著進行 101 年度總額協商順序抽籤。依慣例以部門實施總額的先後順序抽籤，請牙醫部門黃委員建文、中醫部門孫委員茂峰、西醫基層部門陳委員宗獻、醫

院部門謝董事長文輝各抽一張。

- 三、抽籤結果，順位為：牙醫部門第 1、中醫部門第 3、西醫基層部門第 4、醫院部門第 2。
- 四、剛才林執行秘書已報告，議程資料第 7 頁的總額協商會議議程草案會配合協商順序稍作修正，幕僚會將各部門的協商時間列在上面，健保局主管的其他預算，則安排在各部門協商完畢後再進行。接下來進行報告事項第三案。

貳、報告事項第三案「行政院衛生署說明『行政院核定之 101 年全民健康保險醫療給付費用總額範圍案』」、報告事項第四案「101 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額醫療服務成本及人口因素成長率案」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

第三案資料在議程資料第 8 頁，由衛生署健保小組向委員說明行政院核定之 101 年全民健康保險醫療給付費用總額範圍，委員可參看今天會上另外裝訂一份的補充資料第 1 頁，即為報告內容，請梁組長報告。

梁組長淑政報告(略)

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝梁組長的說明。委員可以往後翻兩頁，同一份補充資料第 2-1 頁，為梁組長所提衛生署交給費協會的交議函，該函列有行政院核定之總額範圍，請委員參考。請問委員對剛才的報告內容有沒有要詢問？
- 二、如果沒有詢問，在此提醒各位，梁組長報告的最後一張投影片資料，有關 101 年總額範圍費用推估及健保財務影響評估之數據，若委員需向代表的團體說明時，可以引用此表，即行政院核定的低、高推估換算需多少保費(保險支出)。先前討論時，消費者代表也很在意高推估之下，健保的財務是否可以負擔？就剛才的說明，依照目前推估的收支狀況，是可以負擔的。

陳委員錦煌

請教一下，二代健保多收多少錢？

梁組長淑政

二代健保如果於 101 年 7 月開始實施，到當年年底，半年約可多收 80 餘億元。

陳委員錦煌

我是代表勞工的委員，請教一下，第二類(無一定雇主或自營作業而參加職業工會)被保險人會被多收多少錢？

戴局長桂英

參加職業工會的第二類被保險人，在二代健保所列的 6 項補充保險費中，非屬投保單位給付之薪資所得是不計入的，執行業務收入也不納入計算，所以第二類勞工會被課補充保險費只有下列幾種情形，例如：利息、租金、股利等收入，所以會多收多少補充保險費，要看第二類勞工實際上有多少上述的收入而定。

陳委員錦煌

局長，你騙我，以為我不知道，我們第二類原本投保金額是 21,000 元，現在健保與勞保掛鉤，二代健保實施以後，會讓第二類被保險人，無一定雇主的勞工，漲到 21,900 元，我 8 月 3 日到立法院開會就是為了這件事。

戴局長桂英

補充說明，也向在座委員報告，陳委員所關注的是，前陣子報紙有報導，因為政府協調明年基本工資要上調一級，雖然現在尚未公布何時調整，但依照現行全民健保法施行細則，第二類被保險人的投保金額是按照投保金額分級表第 6 級起申報，若基本工資公布調整，則投保金額需再上調一級，與是否實施二代健保法無關。如果投保金額有調整，的確會增加保險費。因為紀錄文字要正確，我請同事打電話詢問財務組正確的推估數據，再補充說明。

陳委員錦煌

請問局長，第 6 類是多少錢你知道嗎？

戴局長桂英

第 6 類目前是每人繳交 749 元，因為政府補助 40%...。

陳委員錦煌

投保薪資是多少？

戴局長桂英

第 6 類投保金額是換算來的。749 元除以民眾負擔 60%，除以費率 5.17%，等於 24,145 元。

陳委員錦煌

哪有可能？不要讓我嚇到，局長你說第二類無一定雇主的勞工要以 2 萬 4 千多元扣健保費？若是這樣，會引起抗爭！請說正確。

戴局長桂英

報告委員，您原詢問的是第 6 類被保險人嗎？

陳委員錦煌

第 2 類。

戴局長桂英

第 2 類被保險人採投保金額分級表第 6 級是 21,900 元。

陳委員錦煌

你之前說 2 萬 4 千多？

戴局長桂英

對不起，我聽錯，原以為您是詢問第 6 類被保險人的投保金額。

陳委員錦煌

21,900 元！本來是 21,000 元，變成 21,900 元！那天在衛生署開會，就要健保小組拿資料給我，到底二代健保實施後，第二類無一定雇主者，本來 18,300 元就可以投保，再來調整到 19,200 元，接下來調高到 21,000 元，現在又要調高到 21,900 元！所以剛才說要調到 2 萬 4 千多，我才說會被抗爭。

戴局長桂英

2 萬 4 千多元是以第 6 類被保險人所繳的保費，經換算後相當之投保薪資。

陳委員錦煌

我不管第 6 類，要緊的是第 2 類。

戴局長桂英

所以這個(2 萬 4 千多)不是委員關心的。

陳委員錦煌

我再說清楚，二代健保實施後，第 2 類被保險人，原來 18,300 元就能投保，現在要調到 21,900 元才能投保，請問調整後，第 2 類 240 萬被保險人中，到底多少人要增加保險費？增加多少錢？請提供正確資料給我。

楊主任委員銘欽

陳委員是希望有書面資料？

陳委員錦煌

我的問題是，因為實施二代健保，健保局要與勞保局掛鉤，職業工會這邊關心到底繳交之保險費會差多少錢。

楊主任委員銘欽

局長說他會請同仁將數字查清楚，等一下再跟委員報告。

陳委員錦煌

二代健保增加的 80 億元收入中，就有我們的錢，對不對？

戴局長桂英

沒有。

陳委員錦煌

那不然這 80 億元怎麼來？

戴局長桂英

剛剛梁組長淑政回答的 80 億元是二代健保實施後，除了目前的保險費外，會再多收 6 種補充保險費的預估金額，所以預估的 80 億元不包含陳委員剛剛所說的那筆費用。

陳委員錦煌

那跟我無關，我要的資料請你算給我，其他的我不管。

楊主任委員銘欽

請健保局提供資料。

陳委員錦煌

到底二代健保實施後，240萬無一定雇主的被保險人，會被多收多少錢？將這些資料給我。

楊主任委員銘欽

請問有沒有其他詢問？如果沒有，進行報告事項第四案，請參看議程資料第9頁，本案為101年四部門總額之醫療服務成本及人口因素成長率，即以前講的非協商因素成長率。請同仁宣讀。

同仁宣讀(略)

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝宣讀。報告附件列有詳細數據，之前衛生署開會時，有邀請委員表示意見，這些表格可能各位都已看過，今日若對數字仍有需釐清部分，亦可再詢問，不過數字是已經確定的，因此只能詢問及瞭解其內容是否恰當。
- 二、趁此機會向委員說明，衛生署很重視醫療服務成本指數的計算，主要是因這幾年大家對非協商項目計算公式覺得有需要再修正，所以衛生署有委託研究計畫，各總額部門可參看招標公告內容，若覺得合適，可以去申請。
- 三、請問委員有無詢問事項？如果暫時沒有，則本案洽悉。
- 四、接下來報告事項第五案是今天的重頭戲，由各部門總額及健保局報告101年協商因素項目或計畫草案，因為需要的時間較久，徵求委員同意，可否先將今天的報告及討論案都處理完畢後，再回來進行本案？(委員點頭)可以！謝謝。接下來進行報告事項第六案。

參、報告事項第六案「中央健康保險局送請備查之『99年協商因素成長率編列骨骼造影以 NaF18 取代 Mo-99 之未支用預算，均分四季於 100 年醫院總額一般服務預算之基期扣減』案」、報告事項第七案「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

楊主任委員銘欽

請參看議程資料第 21 頁，請同仁宣讀。

同仁宣讀(略)

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。說明本案背景，本案處理的是 99 年的執行結果，協商當時因為擔心同位素 Mo-99 全球缺貨，所以本會同意編列 3.9 億元，以備需要時可以買同位素 NaF18 取代，但實際使用之費用占率並未達當初協定的 8 成，所以依照當時協商共識，未支用的部分由當年度扣除，健保局提本案是說明 100 年之基期費用亦予以扣減，並送請本會委員支持備查。委員對本案有無詢問？請蘇委員清泉發言。

蘇委員清泉

我有兩點意見：

- 一、這是 99 年的案子，99 年不是早已結帳？之前我們要提請討論 99 年 B、C 肝治療用藥不足的費用，就說已結帳不能再談，現在怎麼還再追扣 99 年的費用？
- 二、向大家報告核醫的原料，現在 Tc-99m 等價格漲得非常厲害，已經快高於健保核給的點數，你們都不提，也不聽，以後乾脆不要做好了，到最後受傷的是百姓，你們不要在這邊好像叫得很爽，我覺得是捨本逐末。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝蘇委員清泉。對於 99、100 年預算的處理，當時協商是不是有這樣的文字協議，請再確認。

二、對於 99 年 B、C 肝治療用藥預算不足部分，再此鄭重向當時提案的陳院長明豐、蘇院長清泉及謝院長武吉表示致歉，當時的處理不是很圓融，講得很快，造成各位可能心理上不是很舒服，跟大家致歉。不過我想費協會會陸續碰到一些以前沒有碰過的案件，碰到時就想辦法看怎麼處理比較好，包括等一下的討論案第二案，也是想要怎麼處理可以留下比較好的制度，等一下討論時，可否也秉持這樣的精神。過去發生一些事情，我們也不樂見這些事情發生，但碰到了，希望藉此讓未來制度運作更好。

蔡委員登順

- 一、我必須講一下，因為我也是本會醫院總額支委會的代表委員，當時已確認，在骨骼造影部分，如果有變動願意扣減，應該很明確，可以拿會議紀錄來看，若有確認，就照當時決議執行。
- 二、至於 B、C 肝治療用藥部分，也確認願意再由費協會委員與醫界代表重新協商，並沒有不談，只是因為看法還未一致，所以還須召開協商會議協談，這是決議。

楊主任委員銘欽

本案就照當時決議執行。

蘇委員清泉

再補充，當初骨骼造影會想換(顯影劑)是因為加拿大藥廠停產，核子醫學原料在美國、加拿大、澳洲等國管制都非常嚴，尤其日本核災後，管制得更嚴格。跟大家報告，核醫的原料每個月都在漲價，醫院用盡心力跟廠商求也好、拜也好、跪也好，是為誰？為患者！健保支付點數有沒有調整？沒有。跟廠商談也沒用，廠商表示，要就買，不買就算，反正奇貨可居。各位付費者代表知道這些事嗎？我不說你也不知道，以為大家都很好過。我想以後就一項項別做了！你們一直在替勞工爭取權益，為 30、50 元保費把

局長罵得一無是處，跟各位報告，這樣你們賠得更多。像 B、C 肝炎治療藥費，如果不補給醫界，正好，不要收案就好，現在醫學會默認，新案就不要開藥，不然怎麼辦？舊案已經診斷確定，只好繼續完成療程。但這樣對患者公平嗎？請大家各退一步，眼光放遠點。

楊主任委員銘欽

謝謝蘇委員清泉，對我們等一下的討論會有幫助。本案是健保局函請備查，本會就同意備查。請何委員發言。

何委員語

因為工業總會要我帶團到國外訪問，到昨晚 12 點多才回國，所以議程資料還沒有時間詳看。有關骨骼造影，我不太清楚，但請教一下，我左手因為打高爾夫球受傷，三角韌帶斷掉、軟骨碎掉，找了 3 家醫院照 X 光，都說沒病，只拿一個禮拜的藥回去吃，可是，手每天都腫得很厲害，竟然都說沒事，這樣浪費健保 3 次 X 光照射費用，醫師最後才承認說，照 X 光只能看到 70% 骨頭問題，但看不出三角韌帶及軟骨問題，最後只好自己花 5、6 千元做核子醫學造影才診斷出問題在那裏。我一直強調，不知道醫院的技術，健保局核給費用時，是否真的都花在有療效的部分？我吃了 2 個月骨科醫師開的藥，身體都受影響，原來只要照核醫造影就能確定。對骨骼造影方面我不清楚，到底 X 光還是造影有效？應該要有處理。

楊主任委員銘欽

- 一、醫界代表要回應前，我先提醒，畢竟這裏是費協會，有關醫療方面的問題，等一下如果中場有休息時間，醫界專家可再跟何委員細問，因為會中發言會留下紀錄，並不適合在這裡好像空中問診，這部分先跟何委員說明。
- 二、若無其他意見，謝謝各位委員，本案確定。
- 三、接著進行報告事項第七案，請參看議程資料第 23 頁，醫療費

用支出情形，之前決議3、6、9、12月才報告，今天是8月，健保局已提供資料，所以今天不進行報告，如果有詢問，可以隨時中斷討論，本案洽悉。

四、報告事項到此告一段落，除了第五案待會兒回過頭處理，接下來進行討論事項。

肆、討論事項第一案「本(100)年度全民健康保險各部門總額評核結果之獎勵成長率案」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

請參看議程資料第 25 頁，請同仁宣讀。

同仁宣讀(略)

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝宣讀。對新委員大略報告，本會每年會舉辦評核會，今年評核會有幾位委員也有參加，評核後會評定成績，剛才有說明評核結果，牙醫部門「優」級，其他三部門都是「良」級。依據評核結果，須訂定品質保證保留款的獎勵成長率，請委員討論，成長率要多少百分比？
- 二、如果沒有特別異議，建議委員可比照過去百分比。請黃委員建文發言。

黃委員建文

議程寫得很清楚，95 至 98 年對「特優」級獎勵 0.5%，99、100 年因為考量整體經濟因素，大總額上限成長率為 3.5%、3.6%，所以將品質保證保留款的獎勵成長率減半。但 101 年大總額成長率上限已達 4.7%，表示我國經濟在政府的努力之下已有改善，也是全民的福氣，而且本次評核為了提升大家的努力，又把分數提高 5 分，我們覺得分數提升是好現象，只是既然經濟也改善了，對品質鼓勵部分，大家都為全民的健康非常辛苦，能否對各部門的獎勵也酌予提升？

楊主任委員銘欽

謝謝黃委員，可否提供具體建議？

黃委員建文

建議是否「優」級獎勵 0.25%，「良」級為 0.15%，「特優」級還是 0.5%。

蘇委員清泉

我覺得如果再繼續減半，是打馬總統一巴掌，表示其政績不良，所以應該回復到以前，不要減半，如果二次經濟衰退再說。

楊主任委員銘欽

謝謝蘇委員。蘇委員與黃委員的意見一致。請付費者、政府部門代表表示意見。

蔡委員登順

既然醫界都認同經濟成長的果實要大家共同分享，基本上我也同意。既然 101 年總額成長上限到 4.7%，過去成長率曾達 5%，4.7% 與 5% 差距不大，反正這筆錢也在總額內，醫界有這樣的看法，站在消費者立場，表示支持。反正羊毛出在羊身上，都是同一筆錢，說白一點，若品質保證保留款獎勵成長率高一點，牙醫的評核是優等就分配多一點，大家若同意，我也支持回歸過去的 0.3%。

楊主任委員銘欽

看起來大家願意肯定各總額部門及健保局一起努力的結果，剛才黃委員建文也提到，當時減半是因為有經濟考量，現在經濟狀況不同，可以重新考量。

黃委員建文

我再修正，應該是「優」級 0.3%，不是 0.25%，照過去的成長率：0.5%、0.3%、0.1%。

楊主任委員銘欽

為紀錄正確，請黃委員說明清楚。

黃委員建文

「特優」級為 0.5%，「優」級為 0.3%，「良」級為 0.1%，恢復到原來的成長率。

楊主任委員銘欽

請問蘇委員清泉贊成嗎？(蘇委員點頭)贊成。消費者代表剛才由蔡

委員登順發言，如果各位覺得可以支持這樣的提議，本案就此確定，恢復到以前的成長率，也是給各總額部門的肯定。接著進行討論事項第二案。

伍、討論事項第二案「有關本會第 173 次會議，對行政院衛生署交議『100 年全民健康保險醫院總額慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫預算不足，及 100 年第 1 季因類流感案件遽增，致影響醫院及西醫基層總額部門點值案』之決議，已破壞總額制精神，傷害本會職權之行使案」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

本案比較特別，請委員參看議程資料第 28 頁，在形式上是復議案，復議案按照本會議事規範，對前次決議，同意者可提請復議，提請復議有幾種情況，為修正或推翻決議內容，先請同仁宣讀，再請提案人謝委員天仁說明後，再向委員詢問處理方式，請宣讀。

同仁宣讀(略)

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝宣讀。剛剛宣讀到涉及貪污治罪條例圖利罪嫌時，大家開始覺得好像還蠻嚴重，對這部分我先前也曾與謝委員天仁交換意見，其實係為善盡告知義務，當然，對我們來講，瞭解就可以。
- 二、一般復議案之程序，需先經過投票同意成立後始進入復議案討論。本案我想先請謝委員天仁說明提案精神，大家若覺得謝委員的意見可以接受，復議案也許可以轉成一般提案，處理方式也就不一樣。先請謝委員說明重點。

謝委員天仁

- 一、抱歉還要麻煩委員考慮這個問題。第一點，其實在 3 月委員會議討論 99 年 B、C 肝治療計畫增加須 20 億元經費時，我就表示，100 年的部分大家可以面對再檢討，消基會對外表示的任何意見，我們一定遵守。所以我在本案說明的第五點也提到，B、C 肝用藥部分，在協定時就有談到預估的服務量，當時講的很清楚，預算編列 12 億多，預估服務量可以達 28 億，不足部分由一般服務支應，如果超過 28 億，當然要檢討相關機制。

這部分其實蔡委員登順在上次會議也提到，所以付費者代表在面對這個問題，是很講道理的。

二、我也特別提到，B、C 肝部分會遵照前(第 173)次會議決議，繼續進行相關的協商與檢討。我們有意見的是類流感部分，我認為類流感屬一般服務，在座參加過協定的委員應該很清楚，在協定一般服務時，那曾經對任何一個疾病別，訂定預估的服務量？如果沒有的話，怎麼可能在服務量超過預估值時，再增加相關支付！邏輯不通。疾病別有一千多種，今天這個問題這樣處理，那透析醫療服務費用資料出來，點值可能不到 0.85，是否也應依衛生署的意見進行檢討？所以這部分總額有個機制，就是在年度協定後框列額度，後面剩下的只有分配問題。正如工程分二種，一種叫統包，一種叫實做實算，統包的工程，只要做到好，依照設計圖完成，還會再增加費用嗎？這很清楚。律師在包案也一樣，第一審包六萬元，不管開 20 次或 3 次、5 次庭，費用通通都一樣，不會因為開 20 次庭而要再收費，如果這樣，就不是統包的精神。

三、總額制就是這樣，依健保法條文精神，總額並沒有任何調整機制，所以衛生署在交議本案時，思慮不周。我可以指出證據資料，上次衛生署函送費協會的公文第三點末段提到：「請貴會再次進行協定，必要時，可考慮由已協定之年度總額成長率與行政院核定之上限成長率間的差額支應，但不列入 101 年基期費用計算」，署的意思是要增加總額，增加的部分不能納入下年度基期。但依今天議程資料第 35 頁附件二之第二點，衛生署很清楚指出：「消基會所指之案件，乃是台灣醫院協會將上開之問題反映給衛生署，本署認為事關全民健保醫療費用分配事宜...」，有沒有提到總額？沒有。再參考健保法第 49 條，費協會每年協定總額及其分配方式，總額是總額，分配方式歸分配方式，總額確定後，再來談分配，如何將 5,080 億元切給相關的部門或其他預算，而 100 年總額則是已經定案的事項。

- 四、從上述這些文件，委員可以嗅到一個現象，事實上衛生署的立場也在移動，本來講總額可以變動，現在對外回應的是總額不能動，因為只提到涉及費用分配的問題，所以就是總額不能動為前提，然後再調整相關分配。一般服務項目假使這樣做的話，我們自失立場，因為這部分從來沒有協談過預估服務量及多少才是標準。
- 五、消基會的做法很謹慎，已行文衛生署，詢問大總額能不能動？超過多少才能夠調整？法律依據及相關規定為何？到現在衛生署還不敢回文。如果有這樣的機制，費協會委員就不用承擔責任，但現在沒有，衛生署只說我們是獨立、超然的機關，交談時那有想到這些？所以民間團體認為茲事體大。
- 六、最後，假使醫院部門的重點只在錢，很容易談，100 年不夠，101 年大家再調整，這就是我們的使命。本來總額都是用前一年度預估明年，我們又不是神，預估怎麼會準！不準是正常，不夠，下一年調整，不應該當年度做調整。所以我認為相關機制已告訴我們，費協會要擔起責任，消基會也對外表示，講的東西就會去做，每個人要面對自己的責任。
- 七、我們希望事情可以適度調整，如果醫院部門不是在消滅總額制度，只是錢的問題，101 年就可以談，如果在消滅總額制度，希望在座委員，應該慎重其事。雖然衛生署不是很聰明，但他告訴我們，這是你們的責任，我們何必幫他們扛？所以希望可以檢討，用比較緩和的方式解決問題。9 月份總額協商在即，若氣氛破壞了，相信對 101 年總額協談將造成很多困難和麻煩，簡單補充到此。

楊主任委員銘欽

謝謝。請蘇委員清泉。

蘇委員清泉

- 一、我今天話比較多。剛才謝委員天仁的發言，我完全肯定，但我要告訴大家，交通部一年標出去的工程案有五千至六千多億，

無論是統包或分包，超過五千萬台幣就要開國際標，但物價上漲到一定程度時，就要重啟協商，否則營造廠百分之百放著不做。南二高從竹田到林邊那段，總共換了4個承包商，搞了幾年，後來還不是一直加價，為什麼？物價上漲！所以公共工程委員會規定，物價上漲超過0.5%或1%要重啟協商，那有可能不協商，硬梆梆，誰會幫你做。

二、醫界最乖，每次災難一來，衛生署和健保局只要一個命令，大家就被拖累得很慘。舉個例子，2003年SARS期間，時間久遠，葉金川前署長只要講到這件事就掉眼淚，2003年死了多少醫護人員？醫改會、消基會有出來講過一句話嗎？我沒聽到，我每天都在盯著看，每次都只有責備、再責備，將醫界污名化，說醫界愛錢，說得好像很齷齪，這樣不對。讀法律的人講話咄咄逼人，嚇得這些政府官員都很害怕，這樣是不對的。

楊主任委員銘欽

請何委員語。

何委員語

主席，各位委員，依據本會會議規範，十分之一的委員連署可以提復議案，現在已經讓提案委員充分敘述，再徵求另外2位委員要不要再敘述，如果不再敘述，則進入本案要不要成立，因為成立與否，依會議規範規定，需三分之一委員同意，復議案才成立，成立後才進入討論，所以我認為應該依此程序進行。

謝委員天仁

程序不是何委員語講了就算數，徵求委員發言，沒有限定人數，我認為這是主席指揮相關會議的權限，委員應該尊重。

楊主任委員銘欽

謝謝何委員語的提醒。剛開始有跟委員先報告，如果進入復議程序，當然也是可以討論，但是就如剛蘇委員清泉講的，硬梆梆。我們現在處理的方式，是希望大家在比較和諧的情形下，找到共同點，所

以想先徵求意見後，再討論，如果覺得氣氛都認為謝委員天仁剛所講的內容大致同意，我會再徵求謝委員天仁、蔡委員登順和黃委員偉堯同意，將本案改成一般提案，不用這麼硬梆梆的方式來復議；但反過來，如果沒有交集點，就進入復議程序，依規定需三分之一以上委員同意才進入討論。

葉委員明峯

- 一、就本案表示意見，至於主席怎麼決定，可以再進一步考量。我很尊敬謝委員天仁、蔡委員登順和黃委員偉堯提案的精神，能夠維護消費者權益，維護費協會委員的尊嚴，讓我們感佩。不過就提案所附新聞稿，感到很納悶，標題是「衛生署違法施壓、費協會低頭，健保總額制破功」，我想這幾個字眼，以我的觀察，有點像媒體記者寫的文字，事實上並不是很妥當。衛生署是最高衛生主管機關，費協會組織規程也提到，衛生署可以交議相關案件，所以署有權利交議，相對地費協會有權利審議，二者為相互尊重的互動機制，並不是衛生署交議，我們必然就要低頭，也不一定就破壞總額制度。
- 二、其次就總額制度來講，行政院核定一個額度，費協會經過協議後有個協定額度，之間有差額。本案討論結果是否不同意當然是另一回事，如果同意的話，是不是在院核定範圍內，跟我們協定之間的差額，做出必要調整，這也是可以討論的空間。另外，如果在既有協定範圍內，有那些項目預估有很大的餘額可以運用，也可以在既有的協定範圍內調整。所以這個案子其實還有相當多討論和調整的空間，不是完全沒有。因此我認為用一個新聞稿來表達，不是很妥適，以上意見請參考。

楊主任委員銘欽

請謝董事長文輝。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、新聞稿出來後，對醫療院所是相當大的打擊。其實我覺得全國

民眾與醫療院所，就健保這個議題來講，應屬勞資關係，醫療院所提供服務的勞方，希望老闆對我們好一點，因為讓醫界形象很不好，也沒什麼好處。教小孩都知道要給他正面肯定，小孩才會愈來愈好，如果太負面，小孩只會覺得我都這麼壞，就繼續壞下去沒什麼關係，在心理學上是這樣。當然消基會站在消費者立場，非常嚴格的把關，甚至超過程度的把關，我們都肯定，因為這本來就是社會公益團體的職責，但是也要多方面考量。

二、新聞稿的陳述把 B、C 肝和類流感兩議題綁在一起，說總共會再挖總額 40 億，其實個人覺得，醫療院所的看法是在 B、C 肝議題上很委屈，因為屬專款專用項目，沒用完健保局收回去放在口袋，但不能說做超過是你家的事，情理上講不過去，所以醫院認為應該在 B、C 肝議題上幫我們的忙，不應該由一般醫療服務承擔。提案內容可看出謝委員天仁、黃委員偉堯及蔡委員登順對這部分也表示可以談，這點我們也感到很欣慰。

三、至於類流感議題，依傳染病防治法第 44 條，只要政府公告的流行疫情，其實是由公務預算編專款支應，就像 SARS 編五百億專款。健保法第 40 條也明列，如果發生戰亂及天災，如地震、風災、水災、火災等不可預期的風險，不需由健保承擔。立法主旨在於，因全民健保是全國民眾非常倚賴的社會安全機制，要給他穩定、良好、沒有風險的基礎，所以只要有這些風險，都要另外付費。我們為什麼希望把類流感提出討論，就是因為雖然沒有達到傳染病防治法的標準，政府沒有公告其屬疫情，沒有辦法編專款，但立法用意既然在保障全民健保達到穩定狀態，那麼在宣布屬於流行疫病及正常常態之間，像這次的類流感，的確有明顯的衝擊和影響者，我們可否重新予以討論，考慮在合法、合理範圍內，給予適當補充，這當然要提出來討論，把實際數值釐清，看到底影響多少。

四、現在所影響的數據出來，委員認為確實和平常的常態不一樣，

尤其我們看提案的數據也寫得很清楚，現在無論是基層或醫院，100年第1季預估點值都在0.8多。費協會剛成立時，我就擔任委員，那時有個提案就是點值如果波動低於0.9，費協會應該要討論如何處理，處理方法當然包括當年度協商未支用完餘額如何處理，當時醫院團體認為0.9影響太大，可能要0.95，最後沒有做成任何決議。但其實有個精神，就是我們面對的實務，如果醫院在承辦健保，真正遭遇困難時，大家都願意理性處理，這是勞資雙方很好、很正面的方式，所以我認為B、C肝議題大家一定要幫忙，照道理就是要這樣處理。至於類流感，我們要藉此機會想辦法建立制度解決，這二個問題現在提出討論都非常有意義，甚至對類流感這種法規沒有明定要另編預算的項目，其實可以討論處理機制，未來遇到時如何處理類似狀況，都是合情合理而且也非常合法。就像剛委員表示的，這些都在法律的範圍內。

五、衛生署和我們的關係，其實長期以來很清楚，如果勞資雙方協議成長率，假設明年沒有得到共識，醫療院所要多少，消費者代表希望多少，沒有交集時，其實也是交由衛生署裁定，所以醫院團體為什麼會到衛生署提這個案子，5月份陳委員明豐就反映B、C肝專款不足及類流感問題，那時被大家打了幾個耳光，覺得很無奈，將這個情況向衛生署表達，衛生署也只是希望我們再針對此議題討論，沒有指示一定要如何處理。所以希望消費者代表和所有委員諒解，很務實地討論。類流感議題以後隨時都會發生、遇到，我們有沒有因應機制，讓全民健保這個社會安全機制更安全？這是醫界的看法。

楊主任委員銘欽

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

一、對於類流感和B、C肝兩議題如何討論，尊重全體委員的決議，但程序上建議，這二案完全不同，必須分別討論，今日為明

日之師，有今天的爭議，以後才知道如何處理。費協會我參加10年，10年間曾經不斷改變、修正。包括專款專用的定義、項目「流用」及年度「留用」問題，都一直碰到很多狀況，然後不斷修正，換句話說，總額協商是可以修正的。

二、現在談這兩個狀況，一是當初總額協商預算已經嚴重不足，即B、C肝議題，第二是不可預期的因素造成量、價的嚴重變化，特別強調「嚴重」是要大家定義的。第一項預估量嚴重不足，應該設定一個未來大家可以同意，而且合理的協商方法，不要編列不足，等到發生問題，再來傷腦筋。第二項不可預期的因素造成嚴重變化，可以細分四種狀況：(一)不可預期量的變化，例如93年SARS資源分配案，所以不可預期量的變化，我們有過處理經驗；(二)不可預期價的變化，也可能發生，不能不預為研討；(三)是不可歸責於總額執行單位或適用範圍發生改變時，這類情況有發生過幾次，如94年牙醫擴大醫缺巡迴醫療，當時有處理經驗；(四)保險對象或適用對象的改變，這也有可能會在年中發生變化，不是協商時可預期的。因此，建議等一下將類流感和B、C肝議題分開討論，不要同時進行，看看將來的處理原則如何？這樣可能會比較容易聚焦。

楊主任委員銘欽

我想大家表示意見到此先告一段落，藉由剛才陳委員宗獻的具體建議，可能較順暢的方式是，B、C肝議題屬於預估量的變化，在本案第五點也提到，本來就是可以談的，大家比較有共識。剛陳委員宗獻和謝董事長文輝都提到，類流感議題屬於灰色地帶，可能在傳染病防治法處理，也屬於量的變化及適用對象不可歸責的部分，所以比較難掌握，定義也不是很清楚，所以這二個議案如果能夠切割處理，會比較順暢。

蔡委員登順

一、B、C肝屬專款，有固定總額，流感屬一般傳染病，本來就在醫療服務量範圍內，年度內要發生什麼傳染疾病，基本上當然無

法預估，所以談總額時，應該把這類流行病涵蓋在內。假設今年為建國百年，民間習俗認為屬吉祥圓滿的年，再加上政府鼓勵生育，故今年出生率成長特別高，依醫界代表的論述，今年兒科、婦產科預估量是不是不夠？是不是需重啟協商？用這樣的論述我認為不好，自廢費協會平衡的價值，建請大家好好深思。

二、另有委員提到，工程物價變動可以重啟協商，工程有固定量的指標，年度醫療有沒有固定量的指標？沒有。今年全國國民要看幾次病，有沒有指標？應該沒有。工程有量的指標，再配合物價，政府容許物價波動過大時重新協商調整預算，這是可以接受的，但醫療不是這樣子，假設今年是太平盛世醫療服務量較少，總額預算較充足，點值可能超過 1 元，醫界願意被扣回來嗎？我想不可能，只是點值提高而已，點值是浮動的，所以具有變動性，有高有低，我建議醫界要勇於承擔。

楊主任委員銘欽

聽到醫界的笑聲後面好像有些無奈。剛才何委員語提到，應邀請提案人發言，對不起，剛才忽略，先請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

主席、各位委員，剛剛提案人及連署人都已說明，我在這裡做點補充：

- 一、支持謝委員天仁的提案。
- 二、覺得程序一直還是個大問題。因為委員會先前已經有共識，類似的問題可先提案委員會討論；但醫界卻直接提到衛生署，然後由署交議。這個程序我一直覺得有很大的問題，所以先提出基本的看法。
- 三、剛剛主席也提到，現在一直不斷面臨新的狀況要處理，我認為處理新狀況時，不宜以個案方式，建議從制度或原則先建立後，再去處理個案問題。不然，如果直接處理個案，以後就都會以個案的方式處理。這樣我們的程序一定會有很大的瑕疵存在。

四、關於協定後與行政院核定之間的總額差距，其實到目前為止權限不明，而且到底誰可以動用？並不是很清楚，我只是想先提醒這點。我們可否驟然使用那部分的額度？恐怕要如第三點所提，要先釐清使用權責後，界定本會權限可否支用，之後才有可能去談如何支用。現在貿然直接說可動用協商後的差額，其實有很大的問題。以上簡單表達四點意見。

楊主任委員銘欽

謝謝黃委員偉堯。請何委員語發言。

何委員語

- 一、主席、各位委員，在上次討論本案時，已經講得很清楚，台灣醫院協會應該以復議案的方式提出才對，而不是發函衛生署，這樣反而製造委員間一些不和諧的感覺。
- 二、很支持謝委員天仁，基於消費者立場提出復議案。我來開會都要合法、合情、合理，不合法的，當然對抗到底。依本會組織規程第2條第5項，合法的程序提出，當然支持，如果今天不合法，我會反對到底。
- 三、政府官員應該要勇於擔當，上次我也講過，台灣的進步受到很大的阻礙，如果今天是合法、合情、合理該做的事情，公務人員就不要怕負責任。台灣現在的社會就是被涉及貪污治罪條例、圖利罪嫌這些事，搞得公務員都不敢做事，這就是目前台灣社會一直延滯不前的原因。我今天可以講，台灣在10、20年後，會變成菲律賓第二。政府必須要有擔當的責任，做應該做的事。我支持謝委員天仁所提復議案，也希望醫界朋友，都有委員代表在這裡，你們認為不恰當的地方，應該用這種模式來提案，比較恰當，而且也比较和諧。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝何委員語。先跟委員說明，本案為什麼不要一下子就進入復議，為什麼不報告完後就請委員投票，因為復議動議之成立，

須經正反雙方對有無復議必要發言後，由出席委員三分之一以上同意決定之。這樣的做法，投票制度是很快，可是可能會傷害到和諧，像剛剛大家交換意見以後，發現其實彼此還是有共識，而且還蠻清楚，就是合法合理的部分，可以優先處理，有質疑的部分，另外再來處理。我希望大家有共識後，再來處理這個案子。

- 二、看起來大家也同意 B、C 肝的部分在法源上沒有問題，在情理上也沒有問題，這就可以談。但是在類流感部分，在法、理面還有爭議，不敢說違法，但是有爭議，還有在定義、數據上也還不是很清楚，所以兩項議題還是分開處理比較好。
- 三、謝委員天仁剛剛提到，等一下要進行各部門總額協商草案報告，謝委員天仁有一個提議，當然這是個人提議，不代表所有付費者委員，謝委員提議，如果在法的部分，還沒有很清楚授權前，可以在 101 年總額協商中設定一項，預估當可能有波動出現時，應如何處理。像剛蔡委員登順提到，100 年結婚的對數增加，加上今年是兔年，明年是龍年，龍年通常生育率會較高，這個部分一定有波動，所以在總額範圍內，對這些波動可以做如何處理。
- 四、大家可否同意謝委員天仁、蔡委員登順及黃委員偉堯 3 位所提議案，精神上如果同意的話，是不是可以邀請 3 位提案人，不一定要用復議方式，就以一般提案來討論，這樣就不須動用表決決定，大家如果有共識，我們就來處理。請問各位可以接受嗎？希望維持這樣，不要動用表決，動用表決一定有贏有輸，這樣不是很好。

蔡委員登順

基本上我們同意本案改以一般提案，不要提復議案，因為大家同意溝通是好事，把問題、想法都提出，然後取得共識是最圓滿的。

楊主任委員銘欽

謝謝。請謝委員天仁。

謝委員天仁

如果這樣，主席應該提出一個折衷的議案，案由要清楚。像剛剛主席提的意思是說，本來就沒有預定那個時間要談 B、C 肝，那個時間談類流感，所以切開來，先談 B、C 肝，然後類流感部分就在 101 年談，如果醫界認同，反正就是錢的問題，現在拿也是拿，明年拿也是拿，就我來講，我認為和財產是一樣的意思。但是費協會談的是法律規定，是一個原則，像剛剛提到，這不是個案，如果都以個案來談，是不是一千多個疾病以後協定時，都要列出預估量，超過多少，應該增減？如果大家要做這樣的決議，我不反對，但以後協商可能要談 1 個月以上。

陳委員宗獻

很贊成謝委員天仁及黃老師偉堯的意見。其實剛剛講的那些，主要精神就是不要以個案進行討論，應該先把處理原則訂出來，雖然目前還沒原則，但可以先討論，待有了處理原則後才做通案處理，這樣子可能會比較好。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝陳委員宗獻。剛剛謝委員天仁提議主席要有相對提案，現在提出，文字一定不夠周延，就把 3 位委員所提出的部分，做一些修正，基本上是以提案說明第四、五點，請各位看看是否恰當？提案內容為，因為委員有共識，「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」屬專案性質，本來就有預估其服務量及不足數如何處理之協商本旨。實際執行確實會超過預估量，所以本會於 101 年總額協商告一段落後再擇期協談，即會於本(100)年度內，擇期協商。
- 二、有關類流感等不可預期疾病，無法預定其價或量改變之處理原則，及總額協定成長率至行政院核定上限之間的差額動支原則，因事涉制度建立，將另案處理。這樣文字可以嗎？即兩案分別處理。「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」優先，類流感部分是一個很好的起點，提醒制度要建立，不要說一個就處理一個。

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，剛剛主席所提，我相當贊成，但是 B、C 肝部分，是要在協商以後才討論，還是協商當中一併討論，我覺得有很大的差異。個人尊重費協會的職權，同意應該在大總額協商時一次談定，很多委員都有這個想法，而且協定以後，再重行協談，給外界的觀感相當不好。
- 二、我跟醫院各層級代表討論過，建議是不是在專款部分，成立一個健保預備金，因為每年協商的金額絕對不會達到行政院核定的上限，低推估與高推估中間是調整因素，以往有個默契，但是現在應該要依法制而行。我們可否考慮在協商時，成立專款，當有不可預期的變動、不可抗力、天災、重大疫情等發生時，這個專款可以支用，但不保留也不滾入總額基期，就這個科目可以移動，這樣的話既尊重費協會的職權，又遵守國家法律的命令，也達成費協會的任務，可否加以考量。

楊主任委員銘欽

- 一、張副秘書長孟源的建議讓費協會再往前進一步，假使我們碰到一些狀況，如果有類似健保安全準備一樣的項目，也許可以解決，但問題是保留多少錢？我們待會再處理。
- 二、依交換意見後的決議，把我剛剛的文字再整理一下。基本精神是，「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」於 100 年內擇期再協商。至於啟動行政院核定之總額上限與協定成長率之間部分，事涉法規、制度建立，還須從長計議。如果可以贊同這樣的意見，本案就到這邊告一段落。

蔡委員登順

案由的「提請『復議』」兩個字要刪掉。

楊主任委員銘欽

好，案由文字改為提請「討論」。謝謝蔡委員登順，戴局長桂英剛才也有特別提醒。

葉委員明峯

可否在主席剛剛做出的兩點決議前，多加第一點，即本案經委員會決議改為一般討論案，不要出現「復議」這樣的字眼。

楊主任委員銘欽

這也是個方法，不曉得謝委員天仁有沒有意見？

謝委員天仁

法制、做法上我沒有意見，但呈現的方式，好像會有一點問題，因為實質是復議，我只是提醒大家，案由應該延續原來議案，原來議案沒有提到什麼時候要去處理，討論的結果建議於協商 101 年總額時處理，我覺得可以。變成安排「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」的時程，是在 101 年總額協商告一段落後擇期討論；類流感部分，等相關規定或原則建立後再檢討，這樣就不會是復議案。

葉委員明峯

「復議」的話要照「復議」的程序走。

楊主任委員銘欽

其實葉委員明峯建議的處理方式，就是原提案跟連署人，可以說經交換意見後撤銷復議案，然後提臨時動議討論，其實議案內容一樣。

何委員語

我認為謝委員天仁的程序是對的，因為這個案子在上次委員會決議通過，所以謝委員提復議案，但如果大家都沒有反對，可以在復議案做成結論，把剛的結論加上葉委員明峯和謝委員天仁的意見，分別列入第一、二項，這樣程序才對。

楊主任委員銘欽

一、何委員語參與會議的經驗較多，就把葉委員明峯剛才的建議，作為今天決議的第一點，即經交換意見後，同意改為一般提案進行。第二、三點結論就是我剛剛報告的文字。謝謝各位支持，這樣留下很好的制度，將來全民健保會成立時，萬一碰到這些狀況，也較有前例可依循處理。謝謝。

二、進入報告事項到第五案，請同仁宣讀報告事項的說明。

同仁宣讀(略)

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。

陳委員錦煌

主委，請問我有個臨時提案，怎麼沒有排入議程？

楊主任委員銘欽

臨時提案？請問幕僚有沒有收到陳委員錦煌的臨時提案？(幕僚表示沒有收到)沒有收到，請問陳委員錦煌有沒有書面資料？我們可以馬上納入討論。請幕僚處理。請大家休息 10 分鐘，再繼續進行。

陸、臨時提案「為使全民健康保險有限資源妥善運用，擷節健保支出，並維護大型醫院急、重症照護品質，避免初級患者擠壓急、重症醫療資源，擬提「『急診留置超過 48 小時』健保案件申報不予支付」、「醫學中心、區域醫院如申報門診十大初級照護疾病，該筆健保案件申報予以 5 折支付」兩項方案與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

請同仁宣讀。

同仁宣讀(略)

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。請陳委員錦煌補充說明。

陳委員錦煌

- 一、提這個案子，旁邊的付費者委員還懷疑，說我那有辦法拿出這些資料，他們太小看我。我的重點在急診留置的病患，如果超過 48 小時，就是兩天的時間，醫院還沒有安排床位，表示這個病患還沒有達到重症標準。我一再推動轉診制度，從兩年前開始當費協會委員就開始推動。病人如果在急診室待超過 40 幾小時仍沒有床位，就可以把病人轉到社區醫院，那裡支付也較便宜，為什麼一定要留在醫學中心？這是我個人看法，希望健保局留意。
- 二、再來就是為什麼醫學中心和區域醫院申報門診十大初級照護疾病，就是提案所列這幾項，其要申請支付可以，但要打五折，因為這些疾病不一定要到醫學中心、區域醫院求治，由診所或社區醫院看診即可。這就是今天提案的精神。希望健保局考慮，不然醫療一直浪費不行。二代健保法第 43 條，將來如果沒落實，我就請謝律師天仁告你們圖利他人，現在要說告你們才會怕。以上補充說明。

楊主任委員銘欽

謝謝陳委員錦煌對提案的說明。請委員先一邊開始用餐，因為今天

會議的進行還需要一點時間，對於陳委員錦煌的提案，委員有無詢問或表示意見？請何委員語發言。

何委員語

- 一、主席，各位委員，對陳委員錦煌所提案子，他用心良苦，確實讓人敬佩。但是我最近瞭解，為什麼基層診所很難生存？很多院所都關門，醫生開始轉業，現在醫學系不是學生填志願最優先的科系，為什麼會這樣？我們要重新檢討。
- 二、據我瞭解，基層診所看病拿藥只能開3天，每日藥品費是22元，連一杯咖啡錢都不夠，因此很多基層醫生說，如果要开好一點的藥，就要補錢。結果病患吃了好幾天藥，感覺效果不明顯時，才可能想到是否應該到大醫院去才比較有效。聽說大醫院一個人的費用就可以到1,000元左右，變成還要做一堆檢驗補到1,000多元，這樣不是很浪費醫療資源？我還沒深入瞭解那麼多，只是聽到一些基層醫師的意見，如果要拿好一點的藥，22元藥費是不夠的，是不是該重新檢討？因為藥品費才22元，基層醫生就必須拿診察費來貼補藥費，要不然他們真的很難生存。
- 三、剛剛陳委員錦煌提到的十項初級照護類別，最近有一位外國的醫學博士回來，我請他吃飯時，他提到外國的醫師都很慎重使用抗生素，沒有到必要時，絕對不可以用抗生素，另外類固醇的藥也是不能亂用。他分析美國的醫療制度及醫師用藥的觀念，對於小感冒，可能連藥都不開。這樣的觀念和台灣患者看病習慣不同，台灣現在變成，既然醫藥費支付那麼低，只好開加強抗生素、類固醇，這樣對全民健康是不是有很大的傷害？藥越用越重，抗生素一代、二代、三代、四代都出來了，抗生素濫用越來越嚴重。以上是我的淺見，提供一點看法。

楊主任委員銘欽

謝謝何委員語。請謝委員天仁發言。

謝委員天仁

陳委員錦煌提出這個案子，其實是代表很多消費者。病患原本去急診室看診，結果變成住診，超過 48 小時，應該要有個解決機制。不過這屬於執行面問題，如果涉及所謂支付標準，費協會是沒有辦法處理。我建議是否考慮在執行面能有相關的處理機制，去解決這個問題。急診室人滿為患，當然有些消費者也是口袋有錢，什麼病都要跑到急診室，他以為這樣就很快可以到天堂，我覺得觀念應該要導正，從制度面看有沒有辦法建立一些機制，目前看起來是不太夠，也希望能夠再檢討。

楊主任委員銘欽

陳委員錦煌的提案有兩個重點，第一是急診留置超過 48 小時不予支付，此屬於給付項目；第二是醫學中心、區域醫院申報門診十大初級照護疾病，以 5 折支付，此屬於支付標準。給付項目屬衛生署主管，支付標準修正是由健保局與醫界討論後，送請衛生署核定，以及關於轉診部分。所以本案可否決議：委員所提內容事關給付項目、支付標準之修正及二代健保法第 43 條落實之措施建議，相關事項建請衛生署卓參。

陳主任瑞瑛(陳委員明豐代理人)

一、我是醫學中心的代表，對委員提及「醫學中心、區域醫院如申報門診十大初級照護疾病，該筆健保案件申報予以 5 折支付」，在此說明。初級照護疾病的定義，我記得係依數年前陽明大學吳肖琪老師研究計畫的結論，對此醫界曾提出應重新釐清疾病分類的定義。現今民眾就醫非常方便，可用網路掛號、電話預約等多種掛號方式，要等到醫師診斷病情後，才知道其為一般感冒，一般感冒屬於初級照護，但問題是病人看診後，我們可否跟他說「您的病屬於初級照護疾病，依規定不符合於醫學中心或區域醫院就診，請至基層診所就醫」？然醫師已進行診斷，請問這筆費用誰要付？所謂十大初級照護疾病，除非衛生署、健保局可很明確的定義，並公告哪類疾病醫學中心或區域醫院不能看診，請民眾勿直接到醫學中心或區域醫院就診。

- 二、至「急診留置超過 48 小時」，台大醫院急診室幾乎都是爆滿，我們也不願意這樣，醫師、護理人員、醫事人員全都疲於奔命，衛生署規定如無空的推床，可請求 119 暫時停送，我們每天常須多次請求 119 不要再轉送病人來，但這樣並不代表病人就不會再來，只是 119 暫停送而已，仍有其他病人會搭計程車、開車來就醫。急診病人中確有些是一般疾病，如依檢傷分類規定，輕症者約須等半小時~45 分鐘才能看診，但病人還是願意等，且輕症病人掛急診，我們可否拒絕？不行！急診病人為何會在急診停留超過 48 小時？因其必需住院，但必須等床位，不可能沒任何疾病卻在急診室暫留。
- 三、大家可去看台大醫院的急診室，去年 4 月才重新整修，剛開始走道上都沒病人，但現在走道上都是病人，我們也不願意如此，對我們而言，醫療風險太大，根本照顧不到那麼多病人，我們也一再請病人轉院，但他們卻不願意，曾有病人表示，即使死也要死在台大醫院，就是不要轉診。請問我們該怎麼辦？如果急診留置超過 48 小時，健保不給付，我們也可接受，但請正式行文，我們才有依據請病人轉院，否則病人會告我們拒絕看病。若病人不願轉診，我們能否請衛生署、健保局、衛生局協助，把這些病人帶走？大家可去看亞東、長庚醫院的急診室，也都人滿為患，這是我們要的嗎？我再次強調，醫學中心絕對不願意這樣！
- 四、請各位再思考一件事，為何今天會到這種地步？因總額預算下，多看診，點值只會降低，且現代人重視生活品質，診所門診時間已少有超過晚上 9、10 點，提供夜間門診的醫院也不多；9 點以後若拉肚子、發高燒，病人只能到大醫院急診，這就是問題。我們小夜班(下午 4 點到晚上 11 點)，是病人最多的時候，健保局呼籲輕病不要到醫院掛急診是對的，但對民眾正確就醫的宣導是否落實？小孩到診所看病拿藥只要幾百元，到醫院掛急診就要 600 多元，但現在孩子生的少，每個都是寶貝，孩子

一發高燒，馬上就送大醫院急診，因診所已休息，很多醫院的急診也都關門。高雄市立醫院減床不看急診，以後台灣連急診都沒得看，只剩大醫院有急診。我代表醫學中心特別說明，健保局或衛生署要做這樣的決議，請特別慎重，也請告訴醫療院所應如何配合，並教育民眾不要隨便到大醫院看病。

楊主任委員銘欽

謝謝醫學中心代表陳主任瑞瑛的說明。區域醫院代表蘇委員清泉有無補充？

蘇委員清泉

- 一、我同時是區域醫院協會及私立醫療院所協會的理事長，以兩種身份代表發言。醫學中心急診室爆滿是事實，全台灣都一樣，前幾天高雄長庚醫院行文屏東縣衛生局，希望屏東縣的病患能儘量留在當地就醫，不要轉診過去。屏北較好的就屬屏東基督教醫院，屏南則為安泰醫院，如要施行 CPR(心肺復甦術)、心導管等，可至這兩家醫院，不用轉診。為此，衛生局特詢問屏基院長和我，如通令 119 儘量不要送病患到高雄長庚醫院，改送到屏基與安泰醫院，是否可行。屏基轉診率 1%，我們盡心盡力在做，高雄市醫學中心會爆滿，因區域醫院及地區醫院太弱，等下地區醫院代表會發言。我很訝異陳委員錦煌提出本案，我以為是健保局私下提供資料給他，他說不是，是他自己收集資料提案，很欽佩他現在真的很厲害，已贏過我們，再次肯定陳委員的努力。
- 二、台灣就醫習慣與國外不同，若硬要實施健保法第 43 條，不經轉診逕於區域醫院、醫學中心就醫，民眾應自行負擔門診或急診費用 40%、50%，保證天下大亂。在此向所有委員報告，台灣醫界很認真，最近衛生署進行急重度醫療評鑑，如急診、ICU(加護病房)、腦中風中心、創傷中心、心血管中心等。以急性腦梗塞病患為例，若 3 小時內注射血栓溶解劑，55%~65%病患的病情能大幅改善，否則會癱瘓、半身不遂。對這類病人要求到什

麼程度，從病人一進到急診室，如症狀符合，必須在 20 分鐘內做完腦部電腦斷層，25 分鐘內要判讀完畢，1 個小時內要注射血栓溶解劑。被要求的條件品質已與歐美同步，但我們的給付卻遠遠不足。付費者代表很認真把關，我覺得省過頭，若繼續省下去，會像六輕一樣發生火災。

- 三、WHO(世界衛生組織)海曼博士說，醫療是昂貴的，品質更是昂貴。何委員語的手受傷，向您報告，這類情形最好做核醫掃瞄或核磁共振。您的手若要做核子醫學掃瞄，將來難度會愈來愈高，無醫師願意幫您做，通常就是照 X 光、吃藥，結果吃到上消化道出血，再做胃鏡，可能會變成這樣。有位健保局同仁的母親 90 多歲，腰痛看醫生，結果吃藥吃到胃潰瘍、十二指腸潰瘍、大出血，去我醫院就醫，又照胃鏡、切片，診斷結果不是癌症，是因吃了 2 個月的止痛藥所引起，這些環環相扣的。

楊主任委員銘欽

請地區醫院代表謝董事長文輝。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、對陳錦煌委員提出本案，表示敬意。陳委員剛任委員時很客氣，說他都不懂，但我現在覺得他很深入瞭解這些問題。醫院的老大哥剛都已發言。急診快要崩盤是前幾個月的熱門話題，大家都知道小病就去掛急診，對重症患者公平嗎？不公平！問題所在，蘇委員清泉剛才已說得很清楚。健保剛開辦時，地區醫院的服務量占醫院整體服務量 30% 多，現在僅 18% 左右，地區醫院點值又是醫院中最低，因其固定每點 1 元的比例最少，因此實際資源分配只剩 17% 多。患者當然往上一層級的醫院跑，大醫院一定會被擠爆。這就是資源分配的不公，費協會一定要重視這個問題，且要從根本解決，可能明年協商時就應該談。
- 二、大醫院快崩潰，我們竟然不針對此現象解決問題，陳主任瑞瑛剛才說得眼淚快流出來。我們可分階段，如 5~6 年，將地區醫院占率逐漸提升到健保開辦時的水準。91 年經各層級醫院代表

及專家學者討論出的醫院總額研議方案即有表示，因實施總額支付制度，地區醫院的財務最無法承受衝擊，故應保障點值每點 1 元。參與研議的醫院代表還是經票選出來，具正當性，但費協會在協商資源分配時，從未討論過這部分，我覺得一定要專案討論，費協會未來進行資源分配時，可交給健保局一些使命，例如分 5 年讓地區醫院的服務量占率恢復到 30% 以上，並規定輕病患者一定要到小醫院就醫，若到大醫院就要自付 50% 等，將可節省健保資源。

三、南投縣因沒有大醫院，較大規模的醫院就像我們醫院，這次也很榮幸，今年 1 月經衛生署核准設立腦中風中心，為此我們還請了很多頗負經驗的醫師，但健保局今年給我們的額度，不但沒比去年多還減少。我覺得這就是資源分配的問題，弄到最後地區醫院都關掉。我們醫院小兒科、婦產科都賠錢，草屯地區 20 萬人口的生活圈，有 4~5 間婦產科診所、3 間醫院，卻只有我們醫院有產科及小兒科，因都賠錢沒人願意做，我們也在想有沒有機會收起來，若收起來一個月能少賠 100~200 萬元。我覺得這是費協會不能逃避的責任，不然以後會變成大問題，就如蘇委員清泉剛所提，會隨時發生火災。

四、本項提案很有意義，希望不要像主委剛說請衛生署參酌而已，已參酌幾百件，沒有一件有結論。這次應責成健保局針對陳委員錦煌提出的問題，深入研究，提出解決方案，並且要徹底解決，再到委員會報告，這樣本案的提出才有意義。

楊主任委員銘欽

請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

一、提出本案，是體諒醫學中心的辛苦。很肯定台北的台大醫院，曾去過台大醫院急診室，走廊真的都擠滿病人，但台大醫院的雲林分院，請陳主任瑞瑛回去查清楚，或請健保局提供資料，服務量已降一半，什麼原因造成？服務太差！陳主任你也可詢

問雲林縣醫師公會陳夢熊理事長，很多人向他反映，我是總工會的理事長及費協會委員，也有人來向我反映，我打電話問陳理事長，陳理事長再打電話給雲林分院的林宏茂副院長，本想說提這個沒意思，我曾受託好幾次幫忙將病患從雲林分院轉到台中榮總，雲林分院有多丟臉。以前黃院長管理時沒發生這些事，王院長竟把醫院管理成這樣，讓我們地方人士很困擾，希望陳主任有機會將雲林分院的情形轉達給陳院長明豐知道。

- 二、希望輕症病患不要在醫學中心苦等 48 小時，都沒醫護人員照顧，既然那些病患能等 48 小時，表示並非重症。希望讓地區醫院生存，地區醫院自 78 年至 98 年已關掉 500 多家。謝董事長文輝的發言，讓我覺得他支持提案，較有良心，蘇委員清泉發言聽起來像在罵我，沒關係我已習慣，但罵到六輕發生火災，六輕是王永慶的，又不是我的，難怪你選縣長還要再加油，都說錯話怎會有選票！下個月就要協商總額，你好歹也說些好聽的話，讓人聽起來舒服，協商時也會較順利。我們工會前任代表委員陳順來曾跟我說，「秘書長，我們很辛苦協商到清晨 2 點多」，向大家報告，沒那個機會，我曾給你們機會，現在會堅持按表操課，若超過時間，要請謝律師天仁提告圖利他人。
- 三、勞工委員提出本案，也是因珍惜健保資源，健保費中有部分是 800~900 萬的勞工朋友出的，我們當然要關心。二代健保法第 43 條的分級醫療，一定要落實，不然何必立這個法。只是希望輕症病患不要浪費健保資源，並沒惡意，不能來這裡開會只吃便當都不說話，這樣沒意思。

黃委員偉堯

對本案提供個人看法。陳委員錦煌所提是很重要的問題，但我想解決方法可能無法單從費協會這裡處理，因涉及醫療體系與費用兩部分，兩者必須有相當的配合，才能改善。依現行的民眾就醫行為，大醫院急診室一定會塞爆；另一方面衛生署的緊急醫療網是獨立的。因此提供初步的想法，例如我們可將所有的急診都從醫院中分

割出來，配合緊急醫療網成立獨立的急診系統，經急診系統處理完畢後，由急診系統依病情嚴重程度統籌決定後送的醫院。我的上述想法成不成熟是另一件事，但我認為這部分與費用沒有必然的關係，而是關係到整個醫療體系制度的運作方式。可以讓病人不會因想住進台大醫院病房，就非得到台大醫院急診不可，或為了在某家醫學中心就醫，就得去掛它的急診；而是由獨立的急診系統來決定該後送到什麼醫院。在此只是舉個例子，重點是要說明，無法單純從費用端解決這個問題，費用僅為解決此一問題的一環，尚須仰賴體系的運作方式的改革，需要醫療體系與費用支付兩邊互相搭配才能處理，否則可能會發生我們原先未考慮到的結果，這是我對本案的看法。

楊主任委員銘欽

一、本案大家已充分交換意見，因為陳委員錦煌的提案，除與健保法規有關外，也涉及緊急醫療救護法，即黃委員偉堯所提急診部分，並非單一費協會或健保局可以處理，所以維持剛才決議，原則送請衛生署卓參，但因謝董事長文輝覺得太攏統，另陳主任瑞瑛提到大家對初級照護疾病與支付標準項目尚無共識，故決議如下：

(一)有關急診部分，請衛生署通案檢討緊急醫療救護法，以提升民眾緊急醫療照護之品質，並同時兼顧層級間之平衡。

(二)有關十大初級照護疾病部分，當初研究係為監測目的而提出之指標，若要做為支付標準項目之修正，應再審慎思考，建請健保局儘速會同醫療服務提供者，釐清十大初級照護疾病與支付標準項目相關性之事宜。

二、請謝董事長文輝發言。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

一、當時研究報告一出，醫療院所對十大初級照護疾病的定義就有質疑，但至今健保局對此疑義從未認真面對釐清，我覺得雖然費協會建議「儘速」，但應該加以追蹤，不然永遠沒辦法解決，

拜託健保局真的「儘速」辦理，並提到費協會報告。

二、「急診」是個大問題，沒辦法只針對急診解決，一定會涉及整個體系，現在大家都看到問題，醫學中心、區域醫院真的苦不堪言，地區醫院想幫又幫不上忙，因為沒有資源，我覺得要嚴肅地面對問題，這樣陳委員錦煌的提案才有意義，他下這麼多工夫，不然未來真的會出狀況。感謝陳委員認為我們對提案有好的回應，希望在費協會協商時，付費者委員對醫院總額部分的分配能多多幫忙。

楊主任委員銘欽

謝謝，本案到此告一段落。

柒、報告事項第五案「『101 年度各部門總額協商因素項目或計畫』規劃報告」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

請牙醫部門先報告，時間為 15 分鐘。提醒大家，報告資料為桌上之補充資料，請陳醫師彥廷報告。

牙醫部門報告(略)

楊主任委員銘欽

謝謝陳醫師彥廷。重點在 3-1-1~3-1-2 頁之協商項目、成長率與金額。請問委員有無詢問？希望今天有時間讓大家充分詢問，請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

關於牙醫總額提出二個意見供參考：

- 一、有關自醫缺專款提撥 5,000 萬到一般服務預算，看起來像預算間的挪動，建議列出一般服務預算需增加 5,000 萬之理由，而非因為專款用不完而移到一般服務，因為這樣的說法比較薄弱。
- 二、有關高齡、重大傷病、孕婦口腔衛教指導部分，使我聯想到牙醫若能採「論人計酬」可能會比較好，即衛教做越多，補牙等處置會減少很多。因此，對每個人頭支付一定金額，在前端的預防保健做越好，結餘會越多，可以有正向引導。當然在計算每人費用時，可因病人或民眾之風險不同，給予不同加權，比如剛才提到重大傷病，若真的需要很多事前評估的服務，加權時可將該因素考量進去，讓這類民眾獲得較高權重。以上是我的建議。

楊主任委員銘欽

剛才中場休息時，有些委員提到下午仍有很多事情要趕，所以等各部門報告完再一併詢問。接下來請中醫部門孫委員茂峰報告。

中醫部門報告(略)

楊主任委員銘欽

謝謝孫委員茂峰，後面附有供參資料。接下來請西醫基層部門張副秘書長孟源報告。

西醫基層部門報告(略)。

楊主任委員銘欽

謝謝張副秘書長孟源。接著請醫院部門，醫院部門蘇委員清泉因有事需離開，請他先跟大家說明。

蘇委員清泉

- 一、剛才陳委員錦煌所提，我聽了很難過。所有委員背後都代表不同團體，付費者所代表的勞工或消費者朋友等，我們百分之百肯定與尊重。這幾年我發現醫界，專業可能有 90 分，但社會學 0 分，因為似乎很厲害，但結果不知道在講什麼，醫界像我可以說世俗話、臺灣話讓大家聽懂，或稍微挖苦人的，應該不多，所以可能聽了很不高興，在此向你們抱歉。
- 二、其實陳委員錦煌當過民意代表，黃副局長三桂的媽媽也當過，我也選過，我們都會說百姓要的話，不只為自己的團體，大家可以到屏東看看，比雲林縣還要窮，臺灣家庭平均所得 106 萬元，今年約 110 萬元，屏東縣才 78 萬元，今年約 80 萬元。吳院長敦義說，家庭收入低於 90 萬元，小孩子念私立高中(職)比照公立學校收費，依此標準，屏東縣有 90% 家庭符合，是否為弱勢？探聽一下就知道。
- 三、上次醫界提案被封殺，今天我要講話，何語委員說是「程序問題」，常常有人說吞不下，我也吞不下去，所以大家要互相尊重。在此強調，若我講的讓大家不爽，在此向你們抱歉，不是道歉。
- 四、對於以後我要選民意代表所給的建議，我會虛心接受、改善，我的政見會加強，以上。

楊主任委員銘欽

在此若能平心靜氣發言，大家彼此都聽見對方要講的，費協會就能

繼續往前進。請陳主任雪芬報告。

醫院部門報告(略)

楊主任委員銘欽

- 一、在健保局報告之前，提醒大家，剛才陳主任雪芬講的內容很專業，若各部門覺得有需要在協商前邀請委員，做更詳細的說明，請各部門代表跟幕僚表示，我們會安排時間，讓委員有機會在協商前充分交換意見。
- 二、付費者與政府機關代表座談會，預計在 8 月底召開，會邀請健保局將協商草案內容詳細說明，讓大家協商時能掌握更多完整資訊。以上向大家說明。接下來請蔡組長淑鈴報告。

健保局報告(略)

楊主任委員銘欽

謝謝蔡組長的說明。請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、針對健保局，也鼓勵各部門，假使有任何金錢需求，不只提出數目，請告訴我們用途，另應提供相關指標、條件才合理。例如健保局提到 5 億的預算，但如何動支，一定要有相關條件，才能讓我們考量、決定。
- 二、我覺得以前做的太粗糙，決定數額後，全部交給健保局分配，有沒有達成原來預定的用途、目的？都是問題。另外，編列 20 億增加護理師人力或調整待遇，其指標為何？什麼時候能動支？什麼時候不能動支？都不知道，今年投入 10 億，去年 8 億多，到底達到多少成效？每次目的都要調整待遇，待遇調整多少？有什麼指標？若健保局在瞭解相關情況下，連指標都沒訂出，基本上我會認為健保局未盡到該盡的責任。
- 三、不希望每次通過預算後交給健保局執行，之後的結果讓我們聽了很不滿，每年就上演這個戲碼，我覺得沒有意義，所以建議健保局，針對所提專案或預算，提出相關的指標，不要讓付費

者自己加，可以想見協商時間一定拉長。當然也鼓勵醫院部門，既然有需求，要達到哪個目的，就告訴我哪些條件下能動支、如果沒達到怎麼把錢還出來，這才合理，不能要錢的時候講得很好聽，到時不知執行到什麼情況，錢就不見了。

四、大家用負責任的態度，把每項瞭解得更清楚，讓它更合理，協商的效益會提高些。其他部分，可能月底我們再與政府部門代表一起跟健保局交換意見，因剛才其他付費者代表都跟我說，儘量不要表示意見。

楊主任委員銘欽

接下來請陳委員玉枝，再請何委員語發言。對不起，打岔一下，因為有些委員可能聽完後準備離開：

一、今天來不及表示的意見或詢問，請委員在 8 月 20 日前，提供詢問的項目內容、建議，可事先轉請各部門代表補充說明，幕僚會再跟委員連絡。

二、請今日各部門的報告人或代表，於 8 月 31 日前提提供修正後草案，俾利納入 9 月份會議議程，請大家協助配合。

陳委員玉枝

一、非常謝謝委員天仁。從 98 年到 100 年，謝謝委員對提升住院護理照護品質的支持，前 2 年 8.325 億，今年 10 億。關於謝委員天仁所提，健保局執行此專案訂有指標，在今年評核會已顯示達正向成果。

二、98 年底至 99 年底，全國參與此方案之登錄護理人員數增加 2,410 人，扣除新成立的院所，增加 1,226 人，98 年參與此方案的護理人員增加 1,184 人(成長率 1.34%)，顯示本專案達到鼓勵醫療院所多聘請護理人員的目的。消費者代表可能會想：「錢給了到底有什麼效果？」，由醫院填報民眾對護理服務的滿意度，從 98 年上半年 71.45%，提升到 99 年下半年 88.02%，滿意度增加；不良事件指標，如跌倒發生率、壓瘡發生率及感染率都有下降

趨勢，尤其感染發生率下降最多(5.62%降至 2.06%)，以上指標皆與護理照護相關，顯示照護品質提升，2 年來已逐步顯示正向成果，各層級院所皆有正面促進之效益，所以極力請求委員持續支持此專案。至於醫院協會建議將此專案放到一般服務預算，再調整護理費點數，我們則較懇請支持繼續以專案方式，較可真正激勵醫療院所增聘護理人力。

三、建議 101 年專款由原本 10 億增至 20 億的原因，主要是黃監察委員煌雄調查全國幾百家醫院時，特別發現衛生署未重視護理人力不足，認為應積極妥謀有效解決措施，否則導致護理人員工作過重，根本難以維護照護品質，並造成執業環境不佳，離職率偏高，平均工作年資過短，目前僅有 7 年，是全球最後一名，無法留任有經驗的護理人員繼續在醫療院所，所以應檢討改進。

四、最近也發現醫院護理人力招募困難，調查 90 家中有 80 家，約 89% 院所表示招募困難，有些醫院連加護病床都關床，情況很嚴重，但其實不是沒有護士，係因現領有護士執照的 22 萬人，執業僅 13 萬人左右，9 萬多未執業。根據衛生署提供的資料，執業率僅有 59.52%，因工作負荷太重，有執照的護理人員不願意工作。因此，要改善的根本解決方法，就是提高護理人力，以衛生署的規劃及健保局的執行，我覺得較符合現況，可積極改善照護人力不足，所以懇請委員支持繼續以專案方式提升照護品質，以上說明。

楊主任委員銘欽

謝謝陳委員玉枝。提醒一下，委員若有較具體的數字，可先整理，讓我們提供付費者及政府機關代表參考，思考上會較落實。請何委員語。

何委員語

一、今年才開始參加費協會，還是菜鳥，有待學習總額相關制度。剛聽到台灣醫院協會報告人意氣性的發言，我希望醫界朋友瞭

解費協會名稱的意義，為什麼會用「協」字？「協」字有三個「力」，還有個「十」，就是要我們發揮三倍的力量協定出總額。醫界朋友不要不耐煩，應該是提出好方案，說服付費者大力支持。參加費協會後，發現是付費方、收費方、消費方及監理方的四角關係，四方互動呈拉拒狀態，所以，我認為「協定」二字非常相稱，要發揮三倍的力量處理許多事，政府官員很辛苦，醫界也很辛苦，我們付費方也同樣很辛苦。就我個人經驗，從經濟部、財政部、經建會、勞委會，現又被派來參加衛生署所屬的健保監理及費協兩會，本會要讀的資料最多，又不易懂，一直看不完，但沒關係，大家要很有耐心地協商，醫界做為收費方，要講出很好的效益及理由，以獲得付費者的支持。

- 二、一直想瞭解，既然編了預算，後來為什麼會執行不力？為什麼會多出來？有無浪費情形？這都是我們想要探討的問題。坦白說，工總推薦我代表參加費協會時，他們只要求我一件事，費率從 4.55% 升到 5.17%，工總當初未大力反擊，未來一旦要調整費率，我只須負責反擊即可，因此，其實我來這裡，可以一句話都不講，但這不是委員的責任，我們開會，首要不做人身攻擊，要就事論事，再者要尊重包容，以公理正義為原則，最重要的是合法、合情、合理。
- 三、一直強調，健保費用要有效利用，造福全民健康，有效地落實到每個百姓身上，這是最重要的觀點，我們不會為反對而反對，這是我的個性。我最主要的意思是，請醫界朋友不要意氣用事，我們付費方雖然要看緊荷包，每個人代表不同的單位，就如消基會的謝前董事長天仁，我很尊重他的立場，因為他代表廣大的消費者，但對於他在報紙所寫內容，本想反駁，但後來一想到他有他的立場，我雖不完全同意他的陳述，但既然謝委員天仁也已提案，我也就不再講了。
- 四、實際上，開會就是這樣，希望今年的總額在我們四角關係的互動下，可以協商得很順利。提出一點淺見請大家參考。

楊主任委員銘欽

謝謝何委員語的高見，有些提示與感想，非常正面、積極，留下紀錄也可讓後人閱讀時，感受到我們費協會在運作上，是往積極的方向走，有正向作用，因此，何委員剛才雖表達不列入紀錄，但我們仍會紀錄，若何委員認為有些文字較不適宜，則請您於議事錄確認時再斟酌修改。在此一併提醒大家，麥克風一打開就錄音，若確實不適合紀錄的發言，寧可留待會後溝通，會議中還是稍做節制。

陳委員宗獻

一、健保局簡報第 61 張投影片有關急診品質乙節，剛也曾論及急診室擠爆的問題，為何急診室會擠爆？如何避免？上週接獲家庭醫師團隊簡訊，有病人週六來看診時，已發燒，週日打諮詢電話說還在發高燒，也沒去看病，週一打電話問他情況時，病人表示因為沒燒了，就沒再去看病，繼續吃原本的藥，其實類似這種狀況，如果沒有諮詢管道，很多病人會去塞急診，因此，我認為可以考慮在急診品質方案中，增列一機制，讓民眾可以打電話，先瞭解有無立即去急診的必要性，或明天再去看病即可。其實，這種 consult(諮詢)在國外非常重要，病人不會直接接觸到醫師，也不會一下就到急診室，急診室多數是處理外傷、車禍，須緊急開刀等事故，建議可做此思考。

二、有關非協商因素的醫療服務成本指數改變率部分，可否用於協商因素：

(一)這十幾年來，協商都是從需求面談，也因為如此，所以不能再從供給面去看，總額費用也不會支付人力薪資、保險、水電、租金等，即便像新制勞退，影響成本極大，也不會計列，現在是否要打破此原則？

(二)醫療服務究竟屬何產業？各種產業應有其成本計列方法，依該產業的標準流程計算成本，才能進行試算比較。現行的成本指數能否等同產業成本分析？其實差很遠，現行的醫療服務成本指數中，包括眼鏡、測量儀器、非農業薪資

指數等，都無法等同醫療服務的標準成本計算，所以，醫療服務成本真的是下降或上升？根本無法預估，也無法討論。沒有好的數據，這是必須考量之處。

(三)產品特質不同，我們賣的畢竟不是電視機，電視機是具體的貨物，有利潤、折舊攤提、定價，定價愈高利潤愈高，銷售量愈多，利潤也愈高，但總額卻恰恰相反，住院、手術、藥品等醫療服務量愈大，利潤就愈少，兩者是完全不同的產品，不能用商業產品的角度看待醫療服務。成本指數高代表醫療服務的成本越高，是該補貼醫療提供者，不是扣減！所以，如依據健保局草案做，就會打破過去一向採行的「非零基預算」協商原則(即協商時，不再計算前一年醫院或基層因點值未達每點 1 元(基層差 100 億，醫院差 300 億)的折扣部分)，今天如果要把非協商因素醫療成本指數拉進來談，則可能得重新思考整個協商架構。時間關係今天無法深入探討。

(四)仔細分析醫療院所實際醫療服務成本，除水電、稅、保險、人力薪資及醫療團隊所有種種支出外，另一類成本是總額核減、核扣部分，這是種不可預知的成本，發生在所有醫療服務都已提供之後才扣款，不管核減合不合理，都是一種成本；另外更大的成本，即點值扣減，動輒 10%。這些成本都要計列後，才可能考量醫療服務成本指數的重新修正和運用，明(101)年的總額應來不及。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

一、剛陳委員宗獻所言，其實幾年前就一直提出現行計算成本的公式不符實際，幾年下來，似乎沒什麼進展，個人認為如果未來真的要永續經營，則應以此為主題，建立一個完全不同的遊戲規則。現行的成本指數完全不符成本，今天健保局簡報還說要將醫療服務成本指數的成長率，用於調整支付標準，理論上，這筆錢是用來補醫療服務成本增加的部分，因此成本墊高後立

即用掉，此成長率對醫療院所來講還是零，當然也無法有多餘的錢可勻支用以調整其他支付項目。拜託健保局長官多體諒，表面上成長很多，成長 1.5%，但立即被吃掉，補成本就沒了，並沒有餘力再移做其他部分的調整。認同陳委員宗獻所講，未來要永續經營的根本，是應重新思考醫療是很不一樣的產業。

二、非常感謝健保局長官，體認到偏遠地區醫院的難處，但今年增加 15 家保障點值的醫院，其實名目還是著重在醫療資源不足地區，當然從偏遠地區開始保障，係符合一般理念，愈偏遠愈辛苦，就如同教育，南投仁愛鄉、信義鄉等山區，住了 3、5 戶人家，小孩上學可能得走上 2、3 小時路程，社會即便很同情，但也覺得沒辦法在當地多設立學校，如加拿大、愛爾蘭等，偏遠區若要到學校上課，說不定得開車 1 整天才到得了，所以只能以電視遠距教學等科技彌補，全世界皆然。局裡長期以來也一直想幫忙及努力，今年增加 2 億，以前也一直都有，但坦白講，只能用在人道關懷，實質仍無法改變，現在保障每點 1 元或甚至誇張些保障到每點 10 元，也不可能讓其做到內、外、婦、兒四科齊全，或許應著重在緊急救護等特殊方向，若會危及生命，安排以直升機或提供其他救護等，但若想用點值保障每點 1 元，就能讓內、外、婦、兒四科都齊全，在真正的偏遠地區是不可能的事情。

三、有個很重大的議題，在有限資源下，用在那裡才恰當？5、6 年來，對偏遠地區急救責任醫院的保障已有提升，但即便與都會區醫院只有咫尺之涯，開車約 30 分鐘至 1 小時的地區，若像剛健保局所規劃，24 小時的急診及內、外、婦、兒四科的服務等，還無法就近取得，政府其實是沒辦法交待的。以我們南投縣草屯鎮或南投市為例，大家覺得也不是太偏遠，如果小孩讀書要走 2 個鐘頭，我看教育部長就得下台。所以，希望政府規劃資源的使用，不應流於理論及一般型態，我覺得最應該要提升的，也是監察院黃煌雄委員健保總體檢報告第 694-5 頁所寫，健保

局目前列有 40 家偏遠地區急救責任醫院，但應再多增加些，至 5、60 家，並應以政府政策確保它的經營。對這種離都會區只有咫尺之涯的地區，反而應該保障點值每點 1 元，以確保其 24 小時急診服務，及內、外、婦、兒科等，都可就近取得，那是民眾的生命安全保障，是人權！尤其台灣即將進入超老化社會，老人愈來愈多，如果依目前的型態，一點小病還得往大都會區跑，子女豈不是天天都得請假陪同排隊看診。資源的使用應更務實地瞭解社會需要，實際上可能做得到的，盡力做到 100 分，但無法做到的，即便是保障點值每點 1 元，還是無法解決，因為無法給到五倍、十倍，甚至二十倍的資源。對極偏遠的地區，重要的是急救方式如何建立，這才是務實的做法，否則就應像過去牙醫或日本，針對無醫村，即便一天只服務 3 名病患，仍然保障固定 2、30 萬的薪水，除非有這種特殊條例，否則仍無法解決問題，即使如此，也只能確保傷病時有醫師做初步處理。

四、多數付費者委員已先離開，但還是要提出以供健保局長官參考，因為健保局所規劃的方案，於協商時，因消費者代表認為較無利害關係，並且客觀，故多能獲得支持。

楊主任委員銘欽

其實我也想提醒謝董事長文輝，現在仍在場的付費者委員只剩幾位，所提許多具參考價值的意見，恐未能達到完全溝通之效。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

健保局的長官最重要，如能取得其認同，也較有機會獲得消費者代表的支持。

楊主任委員銘欽

現在時間已晚，接下來請李委員明濱及黃委員偉堯做最後發言。

李委員明濱

多年來參與協商，對各位委員均十分感佩。依個人經驗，過去多年

來，非協商因素中的醫療服務成本指數改變率，醫界一向對其意義、算法、選樣均甚有疑慮，每屆都說再議，包括提供資料的政府單位也認同不太適合，所以應與相關機關再研究，所以，我認為今年協商，就數據、公平及順利性考量，建議還是維持非協商部分不要去動，但既然有那麼多人都覺得不能反應實際成本，我們一定要趕快處理這問題，包括意義、定義及選樣等，其實不難，只是沒去蒐集資料、沒去做而已，譬如剛陳委員宗獻已談到很多 criteria(準則)，政府單位也有很多準則，因為非協商因素很重要，個人建議應組成小組進行研議後，再提到費協會說服大家。

楊主任委員銘欽

回應李委員明濱，衛生署就醫療服務成本指數的議題將委託研究 call for proposals(徵求計畫書)，各部門若有人力，也可提出參與。

黃委員偉堯

簡單陳述個人幾個看法，與大家分享：

一、非常肯定健保局，今天的簡報資料分析十分詳盡，辛苦了。特別是將非協商的醫療服務成本指數改變率乙項單獨列出，這已困擾協商多年，因為過去未呈現這部分數據，大家很容易在協商過程一直不斷地談，但從今天的數據可以明確地反應，非協商因素已考慮該因素，並不宜將全數的影響放在協商因素中討論。記得陳委員宗獻曾提及有關醫療成本的測量基準部分，主席剛也提示衛生署將委託研究重新規劃。這部分當然有其專業的判定，但如果認為有問題，確實也可再調整；不過，想提醒的是最後出來的結果，不希望出現全然都採用醫療自我相關的指標，因為這樣的指標項目將產生一個問題，即與外界完全無關聯性，卻可以自行不斷地翻轉，一直成長上去，這是指標是否客觀的關鍵。所以，必須先提出個人看法，可以重新談，但不能單靠醫界的內部指標。

二、請教健保局在其他預算中：

(一)器官移植與罕見疾病是各編 2 億元，或合起來 2 億？

(二)其他預算的編列，目前採寬列的方式，大概預估個數額放著；但建議仍應有詳細評估基礎及說明內容，數額也須再精準，並逐步避免使用寬列的方式。

(三)其他預算中也編列偏遠地區方案，醫院部門也多了醫缺方案，兩者在性質上有無重疊？須否重新整合？或者區別兩者的差異？請再提供相關說明。

三、個人建議有關中醫部門之專案，各專案預算仍以獨立為宜，不宜允許相互流用，否則個別方案的目標無法明確。同時也會發生因為這一塊專案預算執行不足，還可用另一塊專案來補回來，此將造成個別方案間之目標達成與否的混淆。

四、關於急診品質方案，鼓勵的方向雖對，但思維上卻可能存有問題與迷思，亦即原本應做好，卻未做好，然後編預算鼓勵它變好；但是否因此會發生不主動做好，等著編錢來讓大家做好的現象呢？所以對於急診品質方案提出我的想法與提醒，也請列入參考。

五、剛也提到有些方案的過程與成果必須要有可供評核的指標。因此，執行方案時，有無要求資料回報呢？譬如糖尿病方案會要求須回報某些特定的檢驗與檢查值。B、C肝專案中的病毒量檢測值與洗腎部門的相關臨床數值等，是否也有要求回報？若有，則健保局在監控管理方面，可能更有直接的成效；若無，則建議在所提的專案中列為附帶條件。

楊主任委員銘欽

謝謝黃委員偉堯，有些是詢問，請健保局回應，予以釐清。

戴局長桂英

今日會議原預定到 2 點半，考量時間有限，且接下來還會再針對年度總額召開相關會議，故建議由健保局就今天所聽到的問題，屆時補充書面資料供大家參考，如此可節省時間。

楊主任委員銘欽

謝謝戴局長桂英的建議，此做法更周延，可能有些委員也會關心黃委員偉堯所提問題的答案。今天會議較預定時程超過一些，不過我想大家應該都有不少收穫。會議到此結束，謝謝各位。