

全民健康保險醫療費用協定委員會
第 169 次委員會議事錄

中華民國 100 年 3 月 11 日

全民健康保險醫療費用協定委員會第 169 次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國 100 年 3 月 11 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

林委員啟滄

凌委員月霞

孫委員茂峰

孫委員碧霞

張委員惟明

莊委員淑芳

許委員怡欣

連委員瑞猛

陳委員玉枝

陳委員宗獻

陳委員明豐

陳委員錦煌

黃委員偉堯

黃委員焜璋

黃委員碧霞

葉委員宗義

葉委員明峯

廖委員本讓

劉委員清芳

蔡委員登順

謝委員天仁

謝委員武吉

蘇委員清泉

蘇委員鴻輝

張醫師孟源(12:10 後代)

施輔導員金蓮(代)

江副執行長易雄(代)

曾科員淑娟(代)

肆、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

蔡組長淑鈴

吳參議文偉

柯副主任委員桂女

林執行秘書宜靜

張組長友珊

伍、主席：楊主任委員銘欽

紀錄：林淑華

陸、主席致詞

一、今天是本(第8)屆委員第一次會議。本屆27位委員中，有3位是新任，多數委員是續任。熱烈歡迎各位新委員的加入，日後並請本於代表立場，多提供寶貴意見。

二、介紹新任委員：

(一)黃委員焜璋為衛生署代表，現任衛生署技監及醫院管理委員會執行長。黃委員今天因另有要公，請江副執行長易雄代理出席。

(二)凌委員月霞代表財政部，現任國庫署專門委員。

(三)何委員語代表全國工業總會，現任常務理事。

柒、報告事項

第一案

案由：確認本會上(第168)次委員會議議事錄，請 鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(第168)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、籲請衛生署於討論「101 年度全民健保醫療給付費用總額範圍」時，將委員對「醫療服務成本及人口因素」之相關建議納入考量。
- 二、餘結案並洽悉。

第三案

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。

捌、討論事項

第一案

提案單位：本會第一組

案由：推舉「中央健康保險局各部門總額相關委員會」及「全民健康保險醫療給付協議會議」本會代表案，提請討論。

決議：同意由本會原代表委員繼續參加各該會議，名單如下：

委 員 會 名 稱	本會代表委員
牙醫總額支付委員會	林委員啟滄
中醫總額支付委員會	葉委員宗義
西醫基層總額支付委員會	廖委員本讓
醫院總額支付委員會	蔡委員登順
門診透析總額聯合執行委員會	葉委員明峯
全民健康保險醫療給付協議會議	陳委員錦煌

第二案

提案人：陳委員錦煌

案由：「高醫婦產科主任以癌症詐領健保費」乙案，提請討論。

決議：感謝委員重視民眾就醫權益及醫療品質，期許中央健康保險局能本於職責，嚴加把關。

第三案

提案人：謝委員武吉

案由：為健全健保財務，並促使民眾就醫依循分級醫療精神正確就醫，且增進健保醫療體系正常運作，避免像近日流感肆虐，造成大型醫院急診及門診幾近崩盤的危機，嚴重影響其他急重症就醫的品質及權益，應要求主管機關依法行政儘速落實全民健康保險法第 43 條案，提請討論。

決議：建請衛生署及中央健康保險局於研擬「轉診實施辦法」時，參酌本會委員意見，俾落實分級醫療之政策目標。

玖、臨時提案

提案人：陳委員明豐

附議人：蘇委員清泉、謝委員武吉

案由：攸關 99 年醫院「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」，其預算不足以支應全年實際所使用之費用，建請同意將其他專款專用項目剩餘預算挪用至「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」中，以避免稀釋一般服務預算，衝擊重大傷病及慢性疾病案件，提請討論。

決議：99 年度醫院總額專款項目「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」之經費，維持原協定原則，不足部分由當年度之藥價調整節餘款優先支應。

附帶事項：

- 一、目前執行中之 100 年度「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」，若已預知經費將不足，建議中央健康保險局能會同醫界研商減緩方案。
- 二、於今年協商 101 年度專款項目經費時，應本於精確預估之原則辦理。

拾、散會：下午 12 時 50 分。

本會第 169 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 168)次委員會議議事錄」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

- 一、首先歡迎大家參加本會第 8 屆委員第一次會議，在座大部分是資深委員，本屆有 3 位新任委員，目前有 2 位到場。
- 二、首先介紹衛生署代表江副執行長易雄，讓我們歡迎他。江副執行長易雄今日是代理黃執行長焜璋出席，黃執行長是衛生署技監，同時擔任醫管會執行長，醫院以外的委員可能比較不清楚，以下稍微介紹：衛生署下設署立醫院，署立醫院的總管理處就是醫管會。黃執行長主管署立醫院業務，今天因陪同署長至台東視察，所以由江副執行長易雄代理出席。以上背景介紹。雖然衛生署推派的代表主管署立醫院，不過因為其基本定位屬衛生署，所以不是代表署立醫院來爭取經費，先前已與黃執行長及江副執行長溝通過，請各位放心。
- 三、歡迎另一位代表財政部的凌委員月霞。渠目前為國庫署專門委員，希望能代表財政部對於健保費用，給予指教及意見。謝謝。
- 四、開始今日會議內容，首先確認上次委員會議議事錄，請宣讀。

同仁宣讀(略)

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。請問委員對於紀錄文字有無修正意見？如果暫時沒有，就先確定。

貳、報告事項第二案「本會上(第 168)次委員會決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

謝謝執行秘書的報告。請問委員有無詢問意見？

謝委員武吉

有關議程資料第 11 頁所列「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」，今年經費不夠用，該怎麼辦？費協會應該要有審慎的處理辦法。

楊主任委員銘欽

委員所詢議程資料第 11 頁，有關醫院總額部門的第 1 項「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」，等下一併回應。

陳委員宗獻

我的意見與謝委員武吉所提有一點相關性。議程資料第 5 頁 100 年度工作計畫表，所列第 4 項之協商參考指標要覽，可否再增加一些內容，譬如去年協商到今年的執行狀況，尤其是專款專用或有指定用途的項目，預算多少？花費多少？這些數據要列出來，才能做為協商時考量的依據。

謝委員武吉

補充陳委員宗獻所提第 5 頁工作計畫表，有關第 2 項之「101 年度總額協商模式及架構之確立」，記得幾年前，台灣醫院協會與醫師公會全聯會委託學者專家，針對非協商因素的人口結構因素進行研究報告，這次協商，也應將實務面操作的部分納入總體的思考範圍。

陳委員宗獻

更明確地說，非協商因素中譬如藥品指數，詢價項目究竟有那些？內容是什麼？通常在網路上不易找到這些資料。另外，醫療服務成本指數的醫療儀器及用品，97 年才出現，之前並不知道這個項目，其查價項目又是那些？是不是有過相關決議？此類詢價內容應有一貫的關連性，不能之前詢價的是別的項目，現在卻變成眼鏡等。今

天主教機關代表也在這裡，請幫忙 check (核對)，讓我們瞭解相關項目的合理性及連續性。

楊主任委員銘欽

- 一、兩位的意見，我先回應，如有不足，再請健保局補充。
- 二、謝委員武吉提到「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」部分，之前協商時，有某些共識，據我瞭解，醫院協會針對 99 年執行的狀況，待會兒有一個臨時提案，因此，建議一併於臨時提案討論。對此計畫，在協商 100 年總額時，曾討論是否回歸一般服務，不再以試辦計畫專款項目執行，這部分或可於 101 年總額協商時，再審慎思考此論點，也許是個比較好的解決方式。
- 三、委員提及非協商因素的架構與數字部分，向新委員報告，所謂非協商因素，例如人口成長或躉售物價指數成長等，造成醫療費用的成長，是屬於客觀條件。但問題是所採用的指數，其查價花色，也就是詢價項目，是否恰當？前後有無一致？確實是重要的意見。今年 4 月份時，衛生署和往年一樣，將召開會議，本會委員也會被邀請參加，今天又有委員提及此問題，則將此意見納為本案的決定事項，籲請衛生署於估計非協商因素時，特別注意剛剛委員所提事項，也請各委員務必於 4 月份時，撥冗或指派代理人參加衛生署所召開的會議，因其計算方式關係到能否準確反應非協商因素的成長。
- 四、陳委員宗獻另提及，要多提供數據以便於協商時參考，確實如此。我先回應到此。不知林執行秘書對於剛剛兩位委員的詢問，有無補充說明。

林執行秘書宜靜

謝謝委員的提問。有關陳委員宗獻提及指標要覽部分，目前指標要覽已列有各部門總額專案計畫的預算及執行概況，如果委員覺得還有不足，歡迎提供意見，我們會再蒐集數據，讓內容更完整豐富。謝謝。

楊主任委員銘欽

- 一、本案先進行到此。
- 二、剛剛有位新進委員還未介紹，利用這個機會歡迎何語委員，請何委員起立，讓大家以鼓掌表達歡迎之意。(掌聲)
- 三、何語委員是由全國工業總會推舉，以該會常務理事的身份參加本會，將以付費者代表的立場給予我們寶貴意見，謝謝何委員的參加。

參、報告事項第三案「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

接下來進行報告事項第三案，依照往例，3 月份須進行口頭報告。
請戴局長桂英報告。

戴局長桂英

個人因感冒聲帶不適，還未完全恢復，可否請蔡組長淑鈴代為報告？

楊主任委員銘欽

請蔡組長淑鈴報告。

蔡組長淑鈴報告(略)

楊主任委員銘欽

一、謝謝蔡組長淑鈴的報告，非常詳盡。

二、請問各位委員有無詢問意見，或須請教健保局相關數字的意涵？

陳委員錦煌

報告第 54 頁，98 年洗腎(慢性腎衰竭必須定期透析治療者)之重大傷病有效領證數為 62,282 人，到 99 年為 65,883 人。但去年協商 100 年總額時，記得當時報告全國的洗腎人數是 62,113 人，現在領證數為什麼變成 65,883 人，多出很多。

楊主任委員銘欽

陳委員錦煌是想知道為什麼數字會有這樣的變動？

陳委員錦煌

記得腎臟醫學會來報告時，人數是 62,113 人，今天看到數字統計卻是 65,883 人，到底有什麼不一樣？

楊主任委員銘欽

多邀請幾位委員詢問後，再一併請健保局回應。

蘇委員鴻輝

請教報告資料第 12 頁，表 4-1 之備註第 3 點違規率的計算公式，分母為各類別當月之特約家數，分子為各類別當月之處分家數，其中所寫「當月」，可能是筆誤，96、97、98、99 年的違規率，其計算公式應該是「年」，而不是「月」，如果是「月」，應該乘以 12 才是年違規率，那會是很驚人的數字。

楊主任委員銘欽

如果沒有其他詢問意見，請健保局就剛剛委員所詢，先予回應。

戴局長桂英

就第 12 頁違規率部分，先請吳參議文偉回應。

陳委員錦煌

先等一下。第 13 頁南區業務組查處追扣金額及輔導繳回金額都掛零，但扣減金額卻是 2，請健保局說明。

戴局長桂英

- 一、第 12 頁表 4-1 違規率的計算公式，可能是筆誤，因為這是全年的數據，應是以全年的違規家數計算而得。如果回答的不對或不完整，等一下再請本局查處小組吳參議補充說明。
- 二、第 13 頁表 4-2 部分，剛剛蔡組長報告時，有特別說明，其實並不是南區業務組沒有查核，沒有努力，而是反應當月，即 12 月份時，查處案件有關追扣及輔導繳回部分，恰巧都沒有結案金額，所以才會出現統計數字為 0，但別的月份，狀況會不同。此數字用全年來看應該較準確，下次如果呈現各分區業務組的比較，可以提供全年資料，較能清楚呈現。
- 三、剛剛委員詢問，談論總額分配時，另有預估的洗腎人數，可能當時是參採指標要覽的統計人數，而該人數與實際領證人數會有一些差距。以上補充說明，謝謝。

陳委員錦煌

報告局長，99 年是 6 萬 5 千多人，怎麼到 9 月份，我們分配總額時

變成 62,113 人，少了 3,770 人，實在很奇怪，我都糊塗了，搞不懂，所以要請你們來報告。

蔡組長淑鈴

- 一、協商洗腎費用時，是以申報病人數預估，而且協商 99 年總額的時間，是從 98 年 6 月、7 月即開始，當時是以 97、98 年的申報數來推估，而今天報告第 54 頁的洗腎領證人數是實際數，並不是預估數。99 年底有效領證人數是 6 萬 5 千多人，這 6 萬 5 千多人是 99 年 12 月底的洗腎人數，從 99 年初到年底，慢慢增加。
- 二、洗腎總額是以有長期洗腎的人及其洗腎次數計算，不能只從年底人數來看全年金額有沒有高估或低估，而是以 1 月份有多少人、洗幾個月、洗幾次，2 月份有多少人...等，全年的情形來推估。98 年底為 62,282 人，到 99 年底為 65,883 人，但 98 年底的 62,282 人，不一定會洗腎到 99 年底，中間可能有些人死亡；又有一些人在 99 年 1 月到 12 月間，變成長期洗腎病人，所以是持續變動的狀態，不能只看年底的人數。而洗腎總額不足夠？合不合理？也不能只看人數，因為每個月都有變化。以上補充說明。

楊主任委員銘欽

謝謝說明。建議陳委員或各位委員，如果需要對外報告這個數字...。

陳委員錦煌

確認一下，目前洗腎人口有 65,883 人，對不對？

戴局長桂英

是領證人數。

陳委員錦煌

到今天為止，就是 65,883 人，對不對？

楊主任委員銘欽

今天已是 3 月份，65,883 人是 99 年底的數字。

陳委員錦煌

我說錯了，局長還點頭！

戴局長桂英

我了解委員的意思。65,883 人是到 99 年底的有效領證人數。

陳委員錦煌

我知道是 99 年底的人數，但還要知道，到今天為止有多少人？

戴局長桂英

目前沒有呈現在報告中。

陳委員錦煌

我知道。但到今天為止，人數是增，還是減？

戴局長桂英

到今天的數字當然會不同。

楊主任委員銘欽

陳委員是想瞭解會增或減。

戴局長桂英

會增加。

陳委員錦煌

會增加嗎？我覺得很奇怪，一下子就增加了 3,770 人？

蔡組長淑鈴

透析病人數一年約增加 8,000 人，扣除死亡，淨增加約 3,000 人左右。

陳委員錦煌

一年增加 8,000 人，死亡數約 6,000 人，一年淨增加 2 千多人。坦白說，我對洗腎特別關心，很注意相關數據，目前已有經營洗腎業務的公司股票上市，一年健保總額才 5,000 億元，洗腎就用了 308 億元，付費者委員怎會放心，健保局應留意此現象。

楊主任委員銘欽

了解陳委員的意思，陳委員錦煌認為去年協商時的數據，99年透析人數為62,113人，今天健保局的資料卻為65,883人，一下子增加三千多人，關心其中是否有不當增加。戴局長與蔡組長剛已說明，數字一直在變動，也提醒各位在解讀資料時，要注意時點。陳委員提問今天是否也是這個數字？沒有，今天3月11日，數字又變動了。要注意陳委員的提問內容，免得不小心被陳委員拐去。

陳委員錦煌

說拐，不好意思。

楊主任委員銘欽

謝謝陳委員的提醒，數據是動態的，一直在變動。

陳委員錦煌

表4-2 健保特約醫事服務機構違規查處追扣情形，南區99年12月查處追扣金額及輔導繳回金額，皆為0，是否該區業務組不認真，要解散喔！未結案是什麼意思？其理由為何？宜說明。

戴局長桂英

該表呈現的是每個月的資料，無法看到全貌，下次如果有分區別的比較，會呈現全年數字，較為清楚。

陳委員錦煌

其他區就有辦法結案，為何南區不行！我算南區的人，叫他們來罵一罵。

楊主任委員銘欽

不要啦！下個月健保局的醫療費用支出情形報告，數據就會不一樣，請委員繼續關心。謝謝。

謝委員武吉

一、表14-1.1 各層級別醫院家數的統計，是費協會開會至今第一次呈現層級別的家數成長及衰退資料，非常感謝健保局提供。但我的記憶，醫院評鑑時醫學中心為20家，為何變成23家？備

註的說明，99 年底地區醫院較去年同期減少 7 家，其中 4 家評鑑升級為區域醫院、8 家轉型為診所、4 家新設立、1 家是區域醫院評鑑改為地區醫院。地區醫院轉型為診所，比較會吃到診所的費用，轉型為診所的 8 家醫院中，有幾家是違規的，我們就不談，但對正常經營、認真在做的醫院，是否健保局給的點數過少，致無法生存，請健保局說明，也希望健保局能努力輔導他們，畢竟醫院有很多設備，轉型為診所，很可惜。

二、第 41 頁表 24 地區醫院的醫療點數占率，94 年為 20.07%，到 99 年 18.41%，下降的比率那麼高，有 1.66%，雖然家數看似沒減，但總醫療點數的占率一直減少，健保局有何具體處理方式？而且新修正的健保法第 43 條規定分級醫療與轉診制度，健保局應開始著墨這部分才對，如果有做分級醫療與轉診制度的醫院，健保局是否應輔導他們往正面的方向走，希望健保局說明。

三、第 43 頁表 25-1 各總額部門別的初核核減率，醫院部門 98 年核減率為 4.56%，99 第 1 季至第 3 季分別為 3.97%、3.67%、5.14%；表 25-2 地區醫院初核核減率從 98 年第 2 季至 99 年第 3 季，門診分別為 4.73%、4.55%、4.11%、4.50%、4.13%、4.75%，住院分別為 4.25%、5.29%、4.49%、5.14%、4.14%、5.17%，請問這意味著地區醫院比較不會申報，或另有其他原因，請健保局說明。

四、表 27 健保 IC 卡登錄及上傳資料品質統計表，住診部分的醫令錯誤率，西醫基層的比率很高，98 年第 3 季及 99 年第 3 季分別為 83%及 67%，醫院則分別為 32%及 21%，雖然兩個部門都有進步，但蔡組長報告提及，是住院當時所填寫與出院所填寫的資料不同所致，這應不能算為錯誤率，建議應修正其操作型定義，以免被誤解。

楊主任委員銘欽

謝謝委員武吉提了多項意見。

陳委員錦煌

- 一、對第 27 頁表 14-1.1 層級別家數統計資料，有意見。我參加健保局全民健康保險醫療給付協議會議，曾聽到台灣社區醫院協會謝前理事長文輝的報告，78 年到 98 年，社區醫院從 750 家，減少為 250 家，已經減少 500 家。表 14-1.1 的統計資料，93 年到 99 年底，7 年來社區醫院減少 49 家，區域醫院還增加一家，醫學中心則減少一家，請問是哪一家醫院？
- 二、我要幫地區醫院講話，讓他們爽一下。社區醫院為何會消滅？這需要健保局規劃，按照健保法規定實施轉診、分級制度，國民要守規矩，才能降低健保的醫療支出。身為付費者委員敢講這樣的話不簡單的，我不是在替診所講話、也不是在替社區醫院講話。像我最近去榮總看病，醫院好像菜市場，都是人，不論大小病，大家都坐在那裡等，等很久，難道社區醫院沒有專科醫師？有啊！就是健保局沒做好，若健保局規劃好分級醫療，小感冒到診所看，診所沒辦法處理，再開轉診單到社區醫院，沒辦法再到醫學中心，都還來得及。若是心肌梗塞重症的病患，社區醫院沒有兩組外科、沒有相關設備，他們也不敢開刀。謝院長武吉是社區醫院協會秘書長，現在順便告訴他，你們社區醫院儀器設備要精良，不然心肌梗塞病人也不敢去看病，你們怎麼會有病人。
- 三、希望健保局研究如何落實轉診、分級制度，以降低健保醫療支出，不要每年為了調漲健保費率，衛生署署長、健保局局長的職位壽命，坦白說，太沒保障，我當 7 屆的總工會理事長，期間換了很多位的署長及局長，全台灣省我是當最多屆的理事長，歷屆局長誰不認識我！看你們一直換，我都沒換，很奇怪，都是為了漲健保費的問題。希望戴局長能一直在健保局服務到退休，不要一直換人，這樣沒什麼意思，好不好！新修正的健保法第 43 條轉診制度，希望健保局規劃一下，看能否落實。

楊主任委員銘欽

等一下還有三個討論案及臨時動議，必須把握時間。健保局綜合回應後，本案就到此告一段落。

戴局長桂英

- 一、第 27 頁，委員建議對 8 家地區醫院轉型為診所部分加以了解，如不屬違規者宜加強輔導，我們會朝此方向努力。
- 二、第 41 頁，委員關心地區醫院醫療點數占率從 94 年 20.07% 逐年降低的理由，主要為地區醫院家數減少，從 94 年 417 家、95 年 414 家、96 年 397 家，至 97 年變成 383 家，點數占率為 18.00%，98 年增加為 385 家，點數占率為 18.26%，99 年 378 家，點數占率為 18.41%。
- 三、第 43 頁的 99 年第 1 季至第 3 季西醫醫院的初核核減率，與第 44 頁地區醫院的初核核減率，委員關心是否地區醫院的初核核減率較全國醫院偏高些，從第 1 季與第 2 季比較看起來似乎是這樣，但第 3 季則比全國醫院低。地區醫院的門診量占率比住院高，其第 3 季門診初核核減率為 4.75%、住診為 5.17%，加權約為 4.9%，全國醫院則為 5.14%，故健保局並未對醫學中心、區域醫院、地區醫院有差別待遇。上次委員會議中，謝委員武吉提案陳述部分院所核減率非常奇怪的高，對此我們會做好內部的管控與處理，加以解決。若已被核減的院所，只好從申復、爭審的程序來處理。
- 四、醫療費用支出情形報告第 46 頁提到健保 IC 卡登錄及上傳資料品質實施方案核定金額統計表(99 年第 3 季)的部分，我同意委員的看法，既然知道這些所謂的錯誤，事實上不是真的錯誤，而是入院與出院填報代碼差異的緣故，將來在呈現數字的時候應加以排除，不要納為錯誤率計算。
- 五、另外委員提到二代健保法第 43 條有關轉診分級制度，本局目前也和健保小組正在籌備研議子法規，會將各位委員的意見納入子法規裡面來研訂。謝謝各位。

楊主任委員銘欽

謝謝健保局的說明。請謝委員武吉發言。

謝委員武吉

感謝戴桂英局長的說明，有關核減率，地區醫院是否因較不會申報，或有何其他原因？如果醫院都是正常運作，但核減率仍高，是否因為醫院的醫師比較不會看病呢？

戴局長桂英

- 一、關於謝委員所關心的問題，局裡這邊可能會發動分區業務組和地區醫院溝通、說明，告知院所如何來申報，病歷該如何寫，才會比較清楚，不致造成審查醫師因為看的不夠清楚，而被核減。
- 二、最近健保局也在檢討審查相關辦法。昨天我也看到局裡的同仁有提出修訂內容，並也會請教四個總額相關團體提供一些意見，我們會斟酌這些意見處理。謝謝。

楊主任委員銘欽

本案先討論到這裡告一段落，有些很好的建議及相關數據，請健保局參考。接下來進行討論事項，請翻開議程資料第 15 頁。

肆、討論事項第一案「推舉『中央健康保險局各部門總額相關委員會』及『全民健康保險醫療給付協議會議』本會代表案」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

一、謝謝宣讀。現在已擔任「中央健康保險局各部門總額相關委員會」及「全民健康保險醫療給付協議會議」的各位委員，是不是同意繼續擔任？如同意，就不用再討論，可否鼓掌表示通過？(鼓掌通過) 有勞各位委員多辛苦一點，以費協會委員身分，在各部門總額支付委員會及給付協議會議，幫忙看各項業務是不是依照協商事項執行。謝謝。

二、現在進入第二案，提案人陳委員錦煌，請參看議程資料第 17 頁，請宣讀。

伍、討論事項第二案「高醫婦產科主任以癌症詐領健保費案」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。陳委員錦煌要不要再多詢問本案，健保局今天有查處單位的負責人來到現場。

陳委員錦煌

- 一、我在上次委員會議有口頭提出這個案子請教健保局，改天請局長列席全國勞工聯盟理事會議。我們有各個委員會的報告，比方說理事長是勞保監理會的委員，就要報告勞保監理會的會議情形；代表參加健保監理會的委員，就報告監理會會議情形；我是費協會的委員，就報告費協會會議情形。當我報告時，理監事就提出意見，認為一位主任怎麼可能單獨一手遮天，通通沒有幫凶？我想想也有道理，所以才正式提出本案，請健保局書面答覆。
- 二、健保局說明第二點，高雄市衛生局對這麼大的案件才裁罰5萬元，簡直就像在一隻牛裡拔一根毛，笑死人，這樣對嗎？高雄市衛生局這樣處理有問題！罰太少就有問題，罰多才沒有問題。
- 三、請問局長，高醫在發生這麼大的事件後，其醫院評鑑等級有無遭到降級？應該要被降級才是。
- 四、健保局的說明提到，有關「癌症檢體調包，詐領健保費用」案件不僅發生在高醫，還牽涉到北、中、南幾家醫院，屬於跨分區業務組的案件，所以由總局主辦。請問北、中、南是哪幾家醫院？再請教，我不是醫科，是外行人，提案第三點提到「...如病理科、放射科、檢驗科、藥劑科、化療、超音波等...單位涉案情況」，這幾科人員都沒有和婦產科主任同流合污？沒有共謀？一個主任這麼厲害！這些相關的檢驗報告是如何蓋章的？我最近帶我太太去榮總看病，就需要好多科別配合，不是單獨一位醫師就有辦法，主治醫師要來問一下，診斷開藥、做

檢查等。坐在我左手邊的醫界委員也要說說話，要有良心，當付費者委員都是外行人。

五、高醫是醫學中心，可以開證明，社區醫院、診所是不能開證明的，高醫一個婦產科主任勾結詐騙集團，可以把事情搞這麼大，捅這麼大的簍子，而且還不是健保局高屏業務組查到的，健保局醫管組太笨了。我希望健保局蔡組長好好管理各分區業務組，不要每次都是護士、醫師檢舉才捉到。

六、跟局長報告，我之前有遇見劉建國立法委員，曾問他一句話：「我建議要編列檢舉獎金，聽說立法院衛環委員會有反對聲音」。劉建國委員說：「他沒有反對」。這話可不能亂說，健保局說：「立法院衛環委員會的立法委員反對」，不要把事情賴到立法委員身上。劉建國委員表現的不錯，雖然跟我不同黨，我還是很肯定他。他說：「沒有啦，我們不敢反對這個」。如果遇到事情就推給立法院，我是勞工代表，代替勞工團體發聲，沒有在怕這些立法委員的，跟你們不一樣。工會的秘書長沒有在怕得罪立法委員，要搞清楚狀況，答覆我的質詢時要注意。「編列檢舉獎金，重賞之下，必有勇夫」，這樣做法並沒有不對。以上意見也請局長說明。

楊主任委員銘欽

先請健保局吳參議文偉這邊補充說明。

吳參議文偉

各位委員好。關於這個案子的起因，剛開始是台北市刑警大隊接獲民間保險公司的資料發現有問題。從一開始，健保局就跟刑警大隊配合。因為原先的癌症檢體被泡過福馬林，所以很難用 DNA 方式檢測確定是否為個案本人的檢體，經過克服重重困難，應用高科技才檢驗出來。這個案子醞釀很久，從開始健保局總局就參與，一直配合檢調單位偵辦。整個調查當中，發現全省有少數幾家院所中，有些想要多賺錢的不肖醫師，被這些集團利用，而依詐騙模式去做違法的事情。

陳委員錦煌

北、中、南有哪幾家院所，可以報告嗎？

吳參議文偉

這些醫院都是單一醫師涉案，包括：署立基隆醫院、台北市立聯合醫院仁愛院區、天主教若瑟醫院、怡仁醫院、台北中心診所等，就這少數幾家醫院。

陳委員錦煌

不要說少數幾家院所，這樣也是太危險！

吳參議文偉

最主要是因為背後有一集團，在各醫院不知情的情況下，收買這些醫師，對檢體動手腳，全案在本局與檢調單位配合偵辦才破獲；違法的醫師將取得的檢體私自再加一些泡過福馬林的檢體，這些在現場都很難發現，即使事後檢驗也都很難。所以本案能運用高科技的方法破獲，檢方也相當高興。

陳委員錦煌

就這麼簡單？

吳參議文偉

是的，因為委員詢問為什麼其他科都不知道，事實上確實很難被發現。

陳委員錦煌

跟局長報告，北部有這麼多的醫院違法，有沒有處分？

戴局長桂英

都已經處分了。

陳委員錦煌

請教一下，關於這些違法的醫院，醫院評鑑等級是否有被降級？

戴局長桂英

向委員說明，醫院評鑑不是健保局的主管業務。

陳委員錦煌

那誰負責醫院評鑑？

戴局長桂英

衛生署。

陳委員錦煌

是衛生署主管的業務。可否請衛生署的長官說明，這幾家違法的院所，要如何被評鑑呢？

朱組長日僑

跟委員報告，醫院評鑑業務是由衛生署主管單位(醫事處)委託醫策會辦理。剛剛陳委員錦煌提到相關醫療機構的評鑑等級有沒有被降級？因為醫院評鑑有不同的時間點，每家醫院都有一個期限，在不同的期限，每家醫院會依程序申請評鑑，一次作業。至於提到會不會影響評鑑結果，需要再根據醫策會的評鑑結果，看院所有沒有再來申請，才會做處理。以上說明。

陳委員錦煌

我同意。請衛生署就這些違規醫院當年的評鑑結果，在下次會議提供給我。當年違規，醫院評鑑又加分或者分數給很高，這樣就沒有意思。下次會議(4月8日)提供給我，這樣有沒有困難？

朱組長日僑

還是要洽詢權責單位。

楊主任委員銘欽

陳委員錦煌關心的是全民都很重視的就醫權益、醫療品質，但所關心的問題，不是會議上列席單位的權責範圍，我們再請相關單位來做，繼續追蹤。

陳委員錦煌

主委，不要打太極拳啦！我是內行人，你們報告幾家醫院違規，就要報告其評鑑結果，這個會議是在管錢，處理錢的，不要說沒有關係。誰說我沒有權力，請他發言，好不好？當年發生違規，我要看

當年評鑑結果，如果還得優良，就沒有意思。只是要了解這個，有這麼困難嗎？

楊主任委員銘欽

沒有困難。

陳委員錦煌

您說沒有困難，還是說委員沒有這個權利，我才有權利。

戴局長桂英

主席，建議請委員會的幕僚行文衛生署索取相關資料。

楊主任委員銘欽

可以。

陳委員錦煌

這些資料提供給我參考，看是否有已經做得很差，醫院評鑑還優良，這樣會讓人不服。

楊主任委員銘欽

因為健保小組朱日僑組長不是負責醫院評鑑這項業務。

陳委員錦煌

我剛以為是要將這個案子做掉，嚇一跳。經過主委這樣說明，我可以接受。

楊主任委員銘欽

可能各位委員也有興趣知道，事實上在醫策會的網站有公告各醫院評鑑的結果。當然，陳委員錦煌提到的這幾家特別的醫院，會後我們跟吳參議索取名單，再發文給相關單位。

陳委員錦煌

既然是公開的資料，就可以讓委員知道。剛剛健保小組朱日僑組長是在怕什麼？你沒有膽！

楊主任委員銘欽

這個案子討論到這邊，以下決議：感謝委員重視民眾就醫權益及醫

療品質，期許健保局能本於職責，嚴加把關。

陳委員錦煌

這些醫院的理事長都沒有說話，看看有什麼意見？

楊主任委員銘欽

邀請醫院代表表示意見，先邀請陳委員明豐。

陳委員明豐

依法辦理。

陳委員錦煌

陳院長這樣說就漂亮，依法辦理。

楊主任委員銘欽

感謝陳委員錦煌提出這個案子，讓大家有機會了解。

陳委員錦煌

要打擊不法的行為。

楊主任委員銘欽

對。接著進入討論案第三案，提案人為謝委員武吉，請同仁宣讀。

陸、討論事項第三案「為健全健保財務，並促使民眾就醫循分級醫療精神正確就醫，且增進健保醫療體系正常運作，避免像近日流感肆虐，造成大型醫院急診及門診幾近崩盤的危機，嚴重影響其他急重症就醫的品質及權益，應要求主管機關依法行政儘速落實全民健康保險法第 43 條案」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。請問提案人謝委員武吉有無要再跟大家強調重點？

謝委員武吉

- 一、會提出此議題，是因上次我提案，大家認為要我再提一遍，我就再提出，這次若決議要我再提出，我還會再提，可以找很多理由提案。
- 二、我希望費協會主任委員及健保局局長向我們解釋，為何健保法第 33 條到現在未落實？二代健保法第 43 條也是一樣的文字抄過來，只有中間部分文字不同，我等一下可以唸給大家聽，既然有法，竟然知法而不執行，是否有怠忽職守之嫌？
- 三、近日報紙上常看到，尤其蘋果日報寫的這篇「急診室最寒冷的冬天」，這是成大醫院的醫師提的，其中寫很多急診室醫師內心的痛苦，就連急診室醫師也說輕病患者應分級到基層診所或地區醫院就診才對，不知主席有無看到這篇文章?!沒有的話，我等一下送給你，其中還談到一些初級與次級醫療應如何處理，隔天的聯合報，也有急診室醫師相關議題的投稿，可見醫界，尤其執行面的醫師，都認為應該要分級醫療、落實轉診及垂直整合，但我們到現在還未執行，我感到很悲哀，為何現在還執迷不悟不做。
- 四、有關幕僚的補充說明，請教主席，費協會比監理會小？還是一樣大？或較大？要分清楚。幕僚單位竟然寫「建議轉請行政院衛生署及全民健康保險監理委員會參酌辦理」，這是費協會政策面的事，憑什麼要送監理委員會？送衛生署是應該的，幕僚在想什麼，我不懂，請說明。

五、有關初級與次級照護部分，92年曾委託吳肖琪老師做初次級照護的研究報告，李玉春老師也參與該項計畫，主委應認識李玉春老師。該份報告約1,888項，也提出相關具體的結論，但到現在皆未落實，這是讓人很感慨的一件事，費協會及監理會委員會議，健保局也曾提出初級照護與次級照護的報告，希望健保局日後能繼續報告初級、次級照護的現況。我實在覺得幕僚很奇怪，屬於政策面應自己注意的事，為何幕僚補充說明「至醫院總額支付委員會討論」，我們應做的事，為何送到支委會或監理會討論呢？政策面、執行面、技術面都是不一樣的，希望主席對於幕僚能力應該要再予加強。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝委員武吉的重點說明。請各位看議程資料第20頁的之對照表，有助於討論及讓新任委員瞭解。另二代健保法，即今日桌上的小冊子，此為總統於100年1月26日公布的健保法修正案，目前尚未實施，現在仍沿用原健保法第33條。請看對照表，謝委員武吉剛才提到，這兩個條文精神上一樣，只是新法第43條多一項，不過文字內容基本上大致一樣。
- 二、謝委員武吉及陳委員錦煌於上個案子所強調的是，該條文的第1項，被保險人應自行負擔的門診費用，依不同層級而有不同百分比；第2項是「前項保險對象應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依各級醫療院、所前一年平均門診費用及前項所定比率，規定以定額方式收取，並每年公告其金額」，所以現在到診所看診收部分負擔50元，到大醫院看診收360元，即根據此條文而來。至於有沒有實施第33條或43條？嚴格來說是有實施，但實施結果就是謝委員武吉所呼籲的，並未落實分級轉診。原本是希望透過部分負擔，達到分級轉診，讓民眾到醫學中心看診要自付50%醫療費用，例如10,000元檢查費，自己要付5,000元，所以會考慮先到基層看診，有需要再轉診，有這樣的用意。謝委員武吉所提的問題，他其實很清楚，只是

要給我機會說明。

- 三、為何至今未實施第 1 項，而做第 2 項？最主要是 84 年 3 月健保實施後，4 月份要落實此條文時，民眾開始有反應，5 月份行政院就請幾位政務委員到各區聽取民意，報告行政院院長，後來這部分以修正方式，即以第 2 項方式執行，直到現在。當然此做法對分級轉診是否有幫助，很難講，並沒有真的做實驗，只能說現在到大醫院看診確實比較貴，到診所確實比較經濟些。剛才陳委員錦煌提到，不只是錢的問題，還有醫院的設備、品質可否得到民眾信賴。
- 四、以上是綜合回應，使討論時有充分資訊。今日討論重點，如謝委員武吉提案說明第四點，籲請本會委員共同響應，強力要求主管機關衛生署，儘速落實健保法第 43 條之第 1 項。先補充說明到此。請謝委員天仁發言。

謝委員天仁

- 一、我們都希望醫療有效率，也希望落實分級醫療，臺灣較特別，與其他先進國家不同，屬倒金字塔型，這是相關制度扭曲產生的結果，為達到提升醫療效率，有必要去面對，長期下去不是穩定健保的制度。
- 二、我的看法是，雖然謝委員武吉的提案立意甚佳，但相關配套不明確。若直接從費協會的角度，應在醫院總額醫療費用協定中表示，為落實分級醫療，對於輕症至醫學中心住診者，將其相關支付標準折半給付，才能產生落實的效果。
- 三、制度本身的問題是將責任推給付費者，只將自行負擔部分提高，讓民眾自行管制，但不約制醫療提供者，就某個角度，醫療提供者也應負擔社會責任，如何做？醫療提供者面對此問題時，應有相關制度約制，讓醫療提供者願意做，但其成本相對較高，甚至不符成本，若要當愛心、慈善工作，我不反對，但所能得到相對的給付較低，這樣才能產生雙向效果。
- 四、現在制度把責任都丟給付費者，以自行負擔輕、重來調控，只

以醫院評鑑制度約制醫療提供者，我覺得無法落實健保法 33 條或 43 條第 1 項規定，應從雙向的制度適度調整，醫院應能評鑑出輕症到醫學中心住診所產生的區別，健保局在判斷上也不會有太大問題。

五、假使要落實謝委員武吉的提案，應於費用協定時，針對支付做成相關決議，要求總額支付委員會落實執行，並要求健保局調整支付標準。

楊主任委員銘欽

謝謝。謝委員天仁更明確地將謝委員武吉所提的大原則、構想，提出我們能操作的方式。再邀請其他委員表示意見，邀請學者代表，從學者的立場，對分級轉診表示看法，請黃委員偉堯、許委員怡欣。

黃委員偉堯

本案屬於醫療制度及醫療體系的問題，不全然與健保制度相關，只是希望透過健保導正醫療體系的運作模式，若針對現況要直接、斷然地扭轉過來，實際執行面可能遭遇很大困難。本案的未來前景還是有希望的，即衛生署、健保局進行中的論人計酬制度，現在要看醫界是否支持，其實論人計酬制度會將病人、民眾導引到基層看診，因為會有健康守門員，可能是地區或社區醫院，透過這樣的制度，醫病關係重建後，當醫師覺得病人需要到醫學中心就診，自然而然，醫師或醫院就會將病人轉診到醫學中心。但得先視論人計酬制度執行狀況，及大家的配合程度，以上是個人觀察醫療體系、保險制度及此問題，提供一個可能走的方向，供大家參考。

楊主任委員銘欽

謝謝。請謝委員天仁發言。

謝委員天仁

一、論人計酬不是短時間能做到的，適用的區域是鄉下地區，都會區大概很難，因為供應點很多，消費者本身之自由選擇能力也強，要控制很困難，故將解決方法全部架構於論人計酬計畫，

恐怕會緩不濟急，可以逐步實施。如刀利一點，支付標準砍多一點；刀鈍一點，逐步漸進實施，可在幾年計畫中，逐步減除應該支付的相關百分比，慢慢導正、調整。醫療資源是珍貴的，希望用在刀口上，不應輕症重醫，重症沒得醫，這是我覺得較符合目前相關現況且可實施的。

二、這部分健保局很瞭解，資料庫很齊全，我認為健保局有能力提出相關有效措施，但很可惜都沒看到，合理的解釋是醫學中心給他們的壓力太大，這部分勢必要面對，假使讓醫學中心繼續演化，扭曲的情況將更嚴重，此部分已到應該面對的時候。

陳委員宗獻

- 一、台灣健保有三大特色，就是自由就醫、無所不保，還有物美價廉。我並不是從反面角度看這件事情，事實上台灣健保已經讓國際健康管理專家驚豔，非常羨慕我們有這樣的制度。當然我們今天在這裡討論分級轉診制度，討論醫學中心、大醫院急診擠成那個樣子，問題在於我們允許民眾自由就醫，但如果要急速控制，實施沒有配套的轉診制度，不管是對醫院、病人、基層診所都是傷害。如果規定醫院一定要降低初級照護比率，不只影響醫院財務，也要考慮病人移動到基層診所，基層總額能不能承受這樣的衝擊。所以我認為轉診制度工程非常浩大，應該要循序漸進，分階段來做。第一階段要看怎樣改善現況，以具體一點的方式來做；第二階段才是鼓勵固定就醫，有一個固定的家庭責任醫師，這樣二代健保法第 44 條的規定才能落實。也不用等到二代健保法公告之後才開始做，其實現在就可以開始，但我不贊成用強硬的手段，例如要將現在 14% 的門診初級照護比率，馬上降到 10%，降 4% 的部分不支付，之後病人湧到基層，基層怎麼辦？這需要有整體配套措施配合。
- 二、還有就是在論量計酬而且自由就醫情況下，醫療品質已經被扭曲的就醫型態影響，醫院為讓員工發揮工作效率，儘量擠壓，在這種情況下，多少會影響一些醫療品質，甚至產生醫療傷

害，所以大家一定要好好的考慮。我想這是一個大問題，並不適合在年底討論總額成長率時處理，中間要經過很多步驟，才能仔細考量，各個部門包括付費者與提供者都要一起討論，怎麼樣處理會比較適當。是不是分成二個、三個階段來處理，然後才在協商中具體提出。

謝委員武吉

- 一、感謝謝委員天仁的意見，謝天仁委員的見解很精闢，也看到一些很重要的問題。謝天仁委員剛才提到如果大醫院看輕病應該要對費用折付，相對來說，如果大醫院看重症時，費用也應該要增加，這是兩面雙方都要思考的，不是單向的思考，當然地區醫院如果看重症，若是當做實習用，就很抱歉，也是要折付，而若是看輕症，也應等同給予鼓勵。
- 二、剛才陳委員宗獻所講的，在協商因素應怎麼處理，我不予置評，但我在這裡有一個建議，因為健保法修正案第 43 條就已經提到整合照護計畫，就是轉診實施辦法，一定要去做。剛才陳宗獻委員所講，診所一下子病人太多，負擔也很重，我剛沒講到診所，只有提到醫院。我們醫院總額裡面，三個層級如果有垂直整合或轉診制度，這是應該要鼓勵的。舉例來說，醫學中心支援垂直整合，不是買下地區醫院不是整個取代，而是人員全部幫忙，讓地區醫院重新再生存，這個方式我們是不是應該用鼓勵的方式來處理？因此，在醫院總額中，應該要設一套轉診制度措施，以後協商時再用協商因素處理基層的問題。當務之急要做的是醫院總額，所以為什麼我會拜託局長，對於那 8 家地區醫院應該要思考如何提供輔導，違規的我就不去談，而對於以人力支援模式相互合作的醫學中心與地區醫院，應該對雙方都有所鼓勵及獎勵，如此可提升整體品質，這樣健保才能永續經營，才能做到長長久久，不然地區醫院只會一直減少，也不是我們所樂見，希望健保局要趕快有一個垂直整合的計畫出來，讓實施垂直整合的醫院，有方向可以走。

陳委員明豐

- 一、這個案應該是醫院總額自己的事情，不過我想各位委員都很關心，非常謝謝，特別是謝委員武吉提出這件事情，我認為很好。不過剛才主席也已經報告，健保剛開辦時，已經執行過一陣子，就是因為沒有辦法符合我們的國情、民情，才又恢復到現在這個情況。問題不是我們怎麼決定，它就會怎麼做，而是需要有長期的規劃和配套，讓它逐步走上來，如果是用很快，或是很 Sharp (急劇)的手段，我認為不是很好的動作。
- 二、剛剛謝委員武吉提到地區醫院和醫學中心到底要怎麼合作的問題，我的感覺是雙方可能都需要努力，醫學中心固然需要努力，地區醫院自己也需要努力提升品質、人力，雙方才有辦法互相合作。如果是醫學中心一直要派人力支援，我相信醫學中心本身的業務也會受到影響，因為醫學中心的責任不只在看病人，還要做很多研發、教學工作，在這些項目中，我們要考慮其對於整個國家醫療水準的提升。對民眾的醫療服務，是每一層級醫療院所的責任，剛才陳委員宗獻講得意見我非常同意，不是讓患者在醫院間跑來跑去，他很可能跑到基層那邊去，所以應該連基層的狀況也要一起考量，才有辦法解決這個問題，不是只有在醫院層級裡面。以上是我的意見。

楊主任委員銘欽

蘇委員清泉剛才剛好有一段時間不在，我們現在討論的議題可能也需要請區域醫院表示一下意見。謝委員武吉的用意是希望能夠落實分級轉診，您覺得如果要做的話，大概會有什麼影響？怎樣做會比較好？或者有什麼其他建議？

蘇委員清泉

- 一、說台語應該可以吧？台語夾雜英語。實際上，這個問題已經談很久很久，地區醫院從最早勞保時代的 900 多家，降到現在剩下 384 家，這樣是理想數？還是最終可接受數？我不知道，因為台灣這種醫療制度是全世界獨一無二。

- 二、剛才謝委員天仁講的先進國家，我們做的比先進國家還要好，我們是高水平和廣覆蓋，用最少的錢做最好的事，所以健保局怎麼評比都是世界第一名，我們做的都是世界獨一無二的，但是怎麼做都沒辦法和別人比較，因為沒有對照組，所以台灣健保真的是奇蹟，這個奇蹟當然是全部百姓的共同努力，包括醫療提供者，都共同付出很大的努力。
- 三、現在要救地區醫院，剛才陳錦煌委員講的，不包括呼吸照護，真正有實際功能的地區醫院剩下 200 多家，要如何好好的保護讓他們存活，因為這些地區醫院有的在偏遠地區，醫療提供是很重要的，現在健保局有很多配套，例如偏遠地區採每點 1 元，或前一季平均點值等措施保護，事實上是真的很用心在做。
- 四、至於地區醫院所要求的分級、轉診醫療等，那又太劇烈，百姓也沒辦法接受，所以現在健保局推的垂直整合試辦計畫倒可以試一試，會不會成功不知道。費協會可以做的，應該是多用一些資源鼓勵這部分，也到了應該好好想想的時候了。因為二代健保法就快實施，至遲應該是明年 4 月 1 日愚人節開始，或是 1 月 1 日。無論如何，新的二代健保法實施，我們也應該要有好的配套措施。
- 五、個人看法，目前地區醫院家數應該可以接受，但也差不多不能再減少。至於區域醫院 81 家，實際上是因為有些地區醫院升級，再來就是高雄市立醫院很多家合在一起叫做聯合醫院，台北市 10 間市立醫院變成 1 間，所以區域醫院不是 81 家，實際上是 91 家。個人看法是垂直整合應該要做。謝謝。

葉委員宗義

- 一、首先，謝委員武吉所提的問題的確有值得同情的地方，他擔任地區醫院協會秘書長，非常敬業，為小醫院的生存空間發聲。但站在付費者及工商業者的立場，這個案子在費協或監理委員會都沒辦法決定，只有立法委員才可以決定，就算他再提出 10 次、100 次也沒有用，我們要先釐清問題的癥結點。

- 二、第二個問題，也讓大家了解，現在在座的每一個團體都有弱勢和強勢，當然所有的醫院也是有大有小，有強勢、弱勢，我曾經到過沈茂庭組長的哥哥開的醫院，那家醫院是小醫院，沒有收掛號費，進到裡面去，全部都是喝咖啡、泡茶、聊天，結果生意非常好；彰化還有另外一家腎臟科醫院，連健保給付都沒有，也是要排隊。舉這個例子是想說明，如果全部依賴健保來負擔，為什麼不靠自己？自己要負起責任，不能要付費者負擔全部責任。像這種連健保都沒有的醫院、連掛號費都沒有的醫院，也做的非常好，這樣的例子講出來可能會自打嘴巴。
- 三、雖然醫界代表有這樣的意見，但站在付費者角度，希望醫院全部都關起來，表示全民都健康，醫院愈多、醫師愈多，變成全國的老百姓都生病，這是一體兩面。當然這是題外話，希望醫界本身也應該要負起責任，才有辦法，如果這個問題要成功，建議謝委員武吉還是要在立法院多著墨，如果立法委員裡面有你很熟的，我們陳委員錦煌也很熟，一起解決這個問題，這是我的建議。謝謝。

許委員怡欣

- 一、主席、各位委員，我想謝委員武吉的提案有一個重要精神，即轉診制度及分級醫療，這件事很重要。提案說明第四點強力要求主管機關要依法行政，但其實照第 43 條條文來看，目前是依第 3 項執行，確有依法行政，只是沒有落實第 1 項，但是第 1 項落實的條件是第 3 項落實就算符合，事實看來是有依法行政，這是第一點澄清。
- 二、記得陳委員錦煌很早以前就提出轉診及分級醫療，那時我很佩服陳委員，因為當初在推動轉診制度時，其實民間的意見是最不容易推動的困難點，因為一般民眾，當小孩子生病感冒、父母生病感冒，到底是要送到小醫院、中醫院、大醫院還是診所？其實不容易判斷，尤其報紙又常報導有人因為流感死亡，一般民眾當然希望給家人最好的醫療。我有朋友的家人過世，事後

自責的第一點就是：沒有送去對的醫院。那個對的醫院，其實就是大家所謂高品質的大醫院。

- 三、我想如何讓民眾瞭解而且接受分級醫療制度，在國情、民情上讓制度可以推得動，宣導、教育、討論及共識非常重要。在此拜託付費者代表，如果可以的話，多爭取內部付費者的意見，把分級轉診制度讓更多人了解、接受。在座的付費者代表都是有權力的一方，大家的關係都很好，醫療專業知識背景相對也比其他人夠，但不知一般的民意如何，如果民意上大家都覺得可以接受，將這個制度推起來，則在民意及付費者這一端才會有著力點。
- 四、剛才謝委員天仁提到，需從「付費者」及「醫療提供者」雙向推動這個制度，此點個人非常同意，只是制度的接軌及轉接非常重要，到底是要在費協會的總額裡面執行？或是在醫院總額支付委員會執行？其實有很多討論空間，我覺得需要有更多的商議及共識。
- 五、有關論人計酬制度，我國的支付方式已經從做多少算多少的論量計酬，走到總額制度、DRGs，再來可能要往論人的方向走。不過制度轉換間的接軌很重要，如果大家都還沒準備好，斷然做下去，非但醫界不能承受，民間也會適應得很辛苦。

廖委員本讓

- 一、在此對費協會的幕僚建議，最近很多提案，雖然都立意良好，但都已經提過很多次了！當委員有類似提案時，可否請幕僚用書面報告向委員說明即可。
- 二、有些提案討論下來，既無具體決議、也無具體作為，不知道討論有什麼用？當然委員說的內容都很重要，但以今天陳委員錦煌及謝委員武吉的提案來看，相關內容已經提過很多次，今天又再提案，我想就算再討論，討論完就結束了，也無濟於事。如陳委員的提案，討論結果也是依法辦理，這個案件本來就是要依法辦理，討論了半天也是一樣，感覺上比較沒有價值。所

以建議幕僚以書面報告方式讓委員了解，大家可以沉靜下來，逐項看仔細才有意義。

- 三、有關謝委員武吉的提案，委員們都很瞭解，也知道須改善，但事實上，這是醫院總額本身的事情，要求推動轉診制度的同時，有些醫院是否需考慮，為什麼病人不去就醫？這是大家看事情角度不同的問題，光在這裡討論，講一講就結束了，也是沒有用，下回再提案，結果又是一樣，我覺得重點放錯地方，只是讓幕僚多忙而已。若認為須依法執行，法令該如何做，如果衛生署無法解決，就將提議做成建議案，送給立法委員，才會有效。也可以請陳委員錦煌幫忙，陳委員有能力處理這些事，他講比較有用。我感覺這樣處理才有效率。不管哪個案都一樣，若提議內容，不適宜來費協會提案，就不要列為討論案。比如有人提議要依法辦理，委員們在此說：好，依法辦理！這又有什麼意義？希望往後幕僚能多注意。

楊主任委員銘欽

謝謝廖委員的意見，議事的安排須再加強。請李委員明濱發言。

李委員明濱

- 一、醫師公會全聯會李明濱第一次發言。針對分級醫療，我想精神上及理想上大家都可以認同。醫療的本質就是有病人才有醫師、醫院。我們需考慮病人的需求及尊嚴，另外是專業及服務品質。有關分級醫療，在專業上須釐清基層醫療能處理什麼？地區醫院能處理什麼？區域醫院能處理什麼？醫學中心能處理什麼？在資源的投資上很清楚，也可以算得出來。但是也要讓民眾了解。
- 二、轉診是專業問題，對醫療人員而言不是問題。但分級醫療主要的困難點是如何符合民眾需求，病人求醫是由民眾主動找醫師看病，醫師不能把病人抓來醫治，所以個人認為，未來如何做到專業自律、強化品質，如何提升與民眾溝通、衛教，是各層級努力的重點，例如只告訴病人輕症到診所就醫，但病人怎麼

知道自己是輕病或重病?感冒也可能轉變為肺炎，也可能致死，因此如何落實民眾教育也很重要，讓病人知道哪些病須到哪裡處理較恰當。

三、醫界也須努力，特別是我國老年人口越來越多，醫療社區化的概念越來越重要，如何突顯社區的特色，相形重要。須讓民眾知道在社區中，有哪些診所、地區醫院、區域醫院，以及各院所的特色。在我剛擔任台北市醫師公會理事長時，第一件事就拜託基層醫師將診所名稱、電話、住址等資料公布在醫師公會網站，但遭大家反對，不是不想提供服務，而是擔心此舉將造成恐嚇、敲詐事件接踵而來，會產生很多問題。但我認為，應該讓民眾知道分級醫療的意義，不能只回歸到錢的問題，不要忽略掉醫療原來的核心價值：「人文關懷、民眾的利益、價值與尊嚴、醫療專業及安全品質」，這才是基礎，以此為基礎再來談資源分配。我覺得民眾及醫界雙方的教育非常重要。醫界的教育部分，我們內部一直在做，未來可再加強。另一方面讓民眾知道為何要分級、醫院有何特色，例如剛才有委員提到，基層院所有人人性化服務、可避免嚴重感染等特色。所以安全、品質、專業是醫療的核心，期待未來基層醫療院所多努力，讓當地民眾瞭解。

蘇委員鴻輝

一、推行分級醫療之前，須針對以下的「醫療需求」進行審慎及宏觀的量化評估：

(一)預估輕、重症及其醫療需求：目前疾病發生率幾乎可以估算出來，再以人口老化及風險因素進行調校，可預估1年有多少類似疾病需作處置，可以大概估算疾病的嚴重度及醫療需求，這些都是可以算得出來的。

(二)深入研究民眾就醫模式：需了解為何有些地區明明就有醫院，民眾不去就醫，卻要千里迢迢跑到其他醫院？或許可以在醫院中對遠道前來求醫的病人進行調查，了解其原因，是當地沒有

好的醫療資源，所以跑這麼遠，還是其他原因，這些問題須要進行審慎評估、深入研究。我認為不能光叫病人到診所看病，萬一出事，誰要負責？以上這些評估，都是推行分級醫療前，需具備的基礎資料。

二、具備以上資料之後，下一步需要考慮「醫療資源的配置」及「支付標準表的導向」，若政策鼓勵輕症到基層院所、重症到醫學中心就醫，我跟謝委員天仁的看法相同，應在支付上給予不同的鼓勵，也就是看對地方，該位醫師可以得到好的 pay (支付)，病人負擔也較輕，看錯地方則相反。當然前開做法是以「醫療資源配置適當」為前提，若某些地方民眾的醫療可近性非常低，做此要求並無意義。這樣的思考可以回饋給衛生署，當其核准醫院設立時，有無切合醫療需求？有無將 priority(優先順序)考慮在內，而非讓越熱鬧的地方擠越多醫院，該提供照護的地方沒有醫院。另外，醫療需求評估也須考慮年齡層分布，在台灣鄉間，以高年齡層、低年齡層及弱勢層級分佈最多，這些因素都要一併考慮。

三、在此也回應許老師怡欣及陳委員錦煌所提的意見，個人認為解決病人的需求是首要目標，如何讓病人的病可以順利醫好，才是健保最大宗旨。雖然我國健保如世界奇蹟一般，但大家已看到許多危機出現，像是醫界覺得入不敷出、醫療成本不足等問題，已經不能再用世界第一的健保來安慰大家，實際上健保若要長久走下去，一定要讓醫界能活得下去、走得下去，能夠順利運轉。因此，怎樣才能滿足病人的需求，又能讓醫界可以順利運轉，第一是「醫療品質」、第二是要注意「經濟與效率」，需考量這個疾病在哪個院所診治最有效率，個人一直不覺得牙醫總額是小部門，牙醫部門已考慮到什麼樣的病人在哪個層級接受醫療，可以讓總額點值最穩定，不要產生「輕病重醫」或是「重病輕醫」的情況，這是大家須思考的問題。

四、最後，我要呼籲衛生署及健保局，注重研究團隊及人才延攬，

我有聽到一些聲音，健保局改制之後，職等及其他福利都沒有提升，這樣不容易延攬到好的研究人才，這些政策規劃並不是簡單可以達成的。以上是我的建議。

葉委員明峯

我認為本提案的討論實在花費太多時間，也顯示大家對這個問題的重視。既然新的健保法已經明定，轉診實施辦法由主關機關訂之，建議衛生署趕快成立專案小組，收集各界意見，訂定可行辦法公布實施就對了，再討論也不是辦法。

楊主任委員銘欽

謝謝葉委員，就是做就對了。接著請戴局長表示意見。

戴局長桂英

大家討論的意見都很寶貴，健保局在此有兩點補充說明：

- 一、首先在此向大家澄清，究竟目前的做法是否依法行政？照健保法第 33 條來看，是依法行政的。第 33 條第 1 項雖有規定不經轉診加重部分負擔的比例，但在同條第 2 項提到，前項金額的收取方式，其做法是：得依醫院等級、院所平均費用及所定比率，以定額方式收取。目前是以定額方式收取，分為兩個區塊，第一區塊是經轉診者，其部分負擔，從最上一級醫學中心 210 元、區域醫院 140 元、地區醫院 50 元；不經轉診者，加重其負擔，醫學中心 360 元、區域醫院 240 元、地區醫院 80 元。目前是依法行政，只不過沒有依比率制來執行，也就是第 1 項規定是採第 2 項所訂的定額的方式來辦理。
- 二、第二點補充說明，剛才主席及委員均提及，依照新的二代健保法需要訂定轉診實施辦法，該辦法目前由衛生署、健保局共同研擬中，草案研擬出來後，會邀請各界表示意見，現在委員所提的意見，也會儘量納入考量。以上兩點補充說明，謝謝。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝。其實一開始請戴局長說明即可。因為轉診實施辦法已經

在研擬了。本案就討論到此，本案決議：分級醫療仍是政策目標，目前據悉衛生署及健保局已經著手研擬「轉診實施辦法」，建請於研擬此辦法時，能參酌本會委員的意見，落實分級轉診概念。

- 二、轉診實施辦法研擬過程，會邀請各界表示意見，屆時請謝委員武吉務必參加，其他關心本案的委員也請儘量參加。
- 三、委員桌上有一份臨時提案，不好意思耽誤大家用餐時間，請開始用餐。請委員看一下，是否都有拿到臨時提案資料，若無請舉手示意，同仁會幫忙送到。接著請宣讀。

柒、臨時提案「攸關 99 年醫院『慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫』，其預算不足以支應全年實際所使用之費用，建請同意將其他專款專用項目剩餘預算挪用至『慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫』中，以避免稀釋一般服務預算，衝擊重大傷病及慢性疾病案件」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝宣讀。這個案子需要付費者及政府機關代表表示意見。雖然協商的時候，很明確講到，專款專用項目經費若有剩餘，也不能夠勻支；若費用超過就沒有了，不做了。這個案子比較特別，資深委員應該還記得，在 98 年協商 99 年總額時，健保局預估 B、C 型肝炎如果放寬適應症適用標準，費用將不只 6.22 億元，但又不願意醫院總成長率超過行政院核定 3.5% 的上限，所以當時決議，將 B、C 型肝炎專款費用壓到 6.22 億元，這樣剛好醫院部門就不會超過上限成長率。
- 二、但若執行不夠時怎麼辦？有人提議先由藥價節餘款支應。但 98 年討論的時候並不知道 99 年會有多少量的成長，這些都是預估的。今天醫院代表跟各委員訴求 B、C 型肝炎治療計畫，99 年合計執行 27.292 億元，相對於預算 6.22 億元，多了 21 億元，這樣的落差，是否可以同意以其他專款專用項目的剩餘款支用。這部分請付費者代表先表示意見。

葉委員明峯

- 一、主席、各位委員，我想這是一個很重要的試辦計畫，B 肝、C 肝在台灣是很普遍的疾病，編列預算不精準，其結果差異這麼大，6 億多變成 27 億多元，建議若健保局認為這種開支有其必要的話，應該要設法支應，但以後年度應該寬列經費，才能夠讓計畫推動下去。
- 二、本案屬 99 年度計畫，應該已經決算。既已決算，應是講以後年度怎麼做，如何配合調整，不瞭解這個提案的涵義。

楊主任委員銘欽

謝謝葉委員兩點意見跟詢問，等下一併請醫院代表或有關執行面部分請健保局回應。

謝委員天仁

- 一、第一個要提的是程序問題，協商時是付費者代表跟各部門協談，達成共識了，就送到委員會通過，假使對於當初協商的條件有任何意見，要再調整，只要在委員會就通過的話，那以後不用協商了，只要把案子丟到委員會通過就好，不用浪費時間。所以從體制上，基本上我認為有一些問題，除非再經過協商的程序，否則委員會本身不宜處理，不然以後都變成不用協商講條件。今天蔡登順委員不在，我記得他坐在我旁邊，每次提到專款專用時，他就很堅持。若可以做相關的流用，就不叫做專款專用。
- 二、第二個我要提的是，將其他專款專用項目剩餘的預算挪用至「慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」，我認為在實際運作上會產生排擠效果，其他的專款都不用執行，反正最後 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫會吃光光，這樣如何落實協商時要達到的目的？
- 三、之前提到經費不足時，要以藥價節餘款支應，藥價節餘款不夠支應的話，頂多就融入總額中，大家重新分配。基本上，100 年若有相關問題，大概也是針對這部分，如果沒有節餘款，當然就以一般服務支應。或許醫院部門會覺得不夠用，問題是 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫不是只有醫院部門，基層部門也有，所以要總體去看，不要到時候一邊沒有用完，而另一邊用超過，這也會產生問題。所以醫療機構要通力合作，執行這些相關醫療業務，不能這邊不夠，就一直增加，我認為本案不能單從一個角度去看，要慎重思考。

楊主任委員銘欽

謝謝委員。請何委員發言。

何委員語

- 一、主席、各位委員、各位先進，第一次應工業總會之請來參加費協會委員會議，因為我是工業總會唯一連任9屆、27年的常務理事，27年來參與勞委會所有委員會議，還包括教育部科技大學評鑑委員、財政部會議、經濟部經濟諮詢委員會議、工程會會議等。第一次參加本會，對醫療方面比較不懂，而且也沒有讀過書，所以必須很努力地看很多資料。
- 二、站在工業總會的立場，支持上次總額協商會議的兩項決議，就是在98年9月11日至12日的99年度全民健保醫療費用總額協商會議決議：以藥價節餘款優先支應；及99年9月10日至11日的100年度全民健保醫療費用總額協商會議決議：不足的部分由一般服務支應。反對再挪用其他費用支用，這是我今天所表達的立場。謝謝大家。

許委員怡欣

- 一、主席、各位委員，我想這件事情對醫界影響很大，可以理解為何醫界會提出，因為病都看了，錢都用了，然後錢沒有了。這項治療其實讓很多國人受惠，是一件很重要的事，我們都希望更多的國人在不同的醫療上受惠。對於專款，之前的原則是用完就沒有了，我不記得上次會議紀錄是否有特別提出這個案子要如何處理，除了這兩項處理方式外，是否還有其他特別的方法。
- 二、第二件事情我想提出來的是，預估的差異實在太大，增加太多，有沒有辦法讓下一次的預估不要差距這麼遠。就算預估很難，健保局提供資料的第45頁，第一季就已經花了6.4億元，比我們一整年的錢都還要多。若有機會以後是否更早提供這樣的資訊，3個月就把一年的錢全部用完，後面要怎樣再調整？也許在99年時就可以開始討論這議題，不然錢越用越多，之後很難收尾。
- 三、未來二代健保提到收支平衡，如果我們繼續寬列，錢從那裏來？保費是否要相對調整？這些都要請大家再思考。我自己當然希

望有更多的國人受惠，但是在經費有限狀況下，下次在放寬適應症及新增新藥上要特別小心。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝。我想跟各位委員再補充說明，大家看到提案資料附表，預算 6.22 億元，為何實際支用 27.292 億元？其實在協商時，原來健保局預估也有 20 幾億元，但當時若編列 20 幾億元，就會衝破行政院核定的 3.5% 上限，因為卡到協商原則，所以就退而求其次，將 B、C 型肝炎專款經費減為 6.22 億元，可是不足的部份怎麼辦，當時就想到從藥價節餘款支應，但是藥價節餘款有多少可以支應，實際並不知道。今天看到醫院部門所提支用 27 億元，並不是衝量的結果，不是故意衝量，而是本來就有這樣的預估，但是當初協商技術的運用，所以沒有給這麼多錢。
- 二、身為主席的立場，第一，原則上是不應該同意，應該是不同意的。但今天這個案子，我還是想說因為情況特殊，可否請委員再考量一下。為什麼是特殊情況呢？因為通常專款專用項目，就是錢這麼多，用剩下的就剩下，不能給別項用，用不夠就沒有錢了。但醫院 B、C 型肝炎治療計畫本來編列 20 多億元，實際上只給 6.22 億元，所以本來就不夠，硬要從別的地方找一些錢，但是別地方的錢也真的不夠。今天若大家不同意，也會尊重大家意見，不同意的結果就是醫院部門必須將多的 21 億元由一般服務費用勻支，會稀釋點值，也會影響醫院部門的收入。
- 三、站在主席的立場，跟各位說明這些背景，籲請再考慮一下，有沒有可能對這特殊的狀況，考慮做專案處理。剛剛葉明峯委員講說現在都已經 3 月份了，照講 99 年度應該已經決算，這部分我想請健保局說明，提案附表所列的 3 項專款計畫：罕見疾病及血友病藥費、器官移植與術後照顧、醫療給付改善方案等，應是該用的都已經用了，決算以後，若有剩餘款，如果用了這些剩餘款，會不會影響民眾的權益？這部分請健保局補充

說明後，再徵詢委員的意見。

- 四、剛剛這樣的發言，我心裏面也相當掙扎，做為主席，應該要堅持我們之前的協商原則，不過今天看到這種情況，覺得有義務跟大家多說明情況，但還是請委員本於立場及原則，不要感到有壓力。若堅持維持原來原則，就繼續維持。不要有特別的壓力，只是希望考慮一下，什麼樣的情況對民眾最好。請健保局補充說明。

戴局長桂英

- 一、主席問到，假設我們有通過要從其他專款項目的剩餘款勻支到 B、C 型肝炎治療計畫，處理上有沒有問題？因為健保費用是以點值結算，第 4 季點值還沒有結算，到現在正式公布的是 99 年第 3 季點值，所以委員會如有變更預算，或同意移動，我們會儘量反應在第 4 季的點值。
- 二、剛剛委員提到當時推估的預算，是 20 幾億元，主席已經補充，另外委員提到將來在放寬適應症時要慎重，我們會留意，將來放寬適應症時會更嚴謹的把關。

謝委員天仁

- 一、我覺得主席這樣的表達，跟你所講的一樣，並不適宜。第一，現在已經 100 年 3 月，99 年帳已經關了，哪有再追加預算，政府有這樣的事情嗎？那以後如果多給，是不是可以要回來？這東西不能開玩笑，已經關帳，贏虧大家要自己面對，已經決議以當年度藥價節餘款支應，不足就是不足，沒什麼好調整。
- 二、現在談的是 100 年，協商原則已經談過，假使每年度都還要重新再調整，那費協會有做不完的事，特殊狀況可以考慮，但本案我認為沒什麼好考慮，應該將基層診所 B、C 型肝炎專款執行情況，按季陳報，一起比對，那邊有剩，這邊不足，表示醫院部門分配時沒有調整好。為什麼又要再同意這樣的事情？我認為此例不可開，專款項目經費如果可以這樣吃乾抹淨的話，就不叫做專款，也沒有列各項金額多少的問題，全部就是 total (總

計)，這樣下去的話，下年度通通轉到一般服務。

陳委員宗獻

- 一、我暫時不對本案表示贊成或反對，但想提一個基本概念。不論基層或醫院，過去只能看著 B 型或 C 型肝炎帶原者變成肝癌，到時再想辦法，所以 B 型或 C 型肝炎的治療是個當大的轉變，非常大的契機，讓這類病人有機會脫離肝硬化或肝癌，因此，我不相信其中有衝量，完全不會有衝量的問題。
- 二、B 型或 C 型肝炎治療用藥 guideline (指引)非常複雜，而且一直在變，因為怕產生抗藥性，所以要保護這些藥，延長使用期限，而且全都是專業用藥，沒什麼利潤。不知有多少萬 B 型或 C 型肝炎帶原者，因此得到好處，多少民眾、家庭被保護，所以應好好珍惜此醫療。
- 三、我不贊成的是，反正當時協商同意給 6 億，所以超過的 21 億就要自行吸收，藥價節餘款總共多少？請參看「全民健康保險醫療費用支出情形報告」第 31 頁的醫院藥費點數統計，98 年 966.9 億、99 年 979.8 億，有沒有藥價節餘？其實是要看藥費總量，或許有些人不認同從藥費總量來看，認為當然會增加，但藥費本來就會因人口老化而慢慢增加，為何認為有藥價節餘款？藥價不應從總量來看嗎？所以是角度的問題。未來總額協商，討論 B 型及 C 型肝炎治療問題時，一定要給充足的費用。
- 四、至於西醫基層總額部門的慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫，是否已超出經費？請健保局幫忙提供資料。謝謝。

陳委員錦煌

我聽說是這樣分類：A 型有猛爆性肝炎、慢性 B 型及 C 型肝炎可能變肝硬化、肝癌。陳委員宗獻所講的話，剛好是我要說的，聽說帶原者沒有藥可以治，但不會傳染，我是外行不用負責，醫界可以補充說明。我覺得如果 B、C 型肝炎治療效果好，若百姓有需要就醫，我得到錢，個人同意，不能讓這些患者無法接受治療，不過當時因為成長率不能超過行政院所核定的成長率範圍 3.5%，給 6 億不會超過，若給到 22 億就超過。現在看提案要用內部的錢伸縮處理，我不是那麼內行，只覺得把 B 型及 C 型肝炎病患治療好就好，這是我個

人以付費者代表的立場說明，有紀錄的，有錢再用就對了。

何委員語

- 一、我認為是程序的問題，總額協商會議已做成決議，若主席可以推翻，以後總額協商做什麼？沒有用。我很注重國人的健康，外交部 87 年至 95 年推展中南美 10 個邦交國跑了 8 年投資貿易工作，曾考察當地醫院的制度，還有整個醫療系統的運作，並不是完全不瞭解，故建議本案退回總額協商會議決定，若總額協商會議認為不足的 21 億元全部支付，下次委員會議再提出，我就支持通過。這是程序問題，不是主席說要通過 21 億元，委員幫忙背書，不是這樣的做法。我很在意程序正義，不是實質正義。
- 二、我也很同情 B 型及 C 型肝炎患者。台中有個老教授是中國醫藥學院教授，日本學成回來，已將近 80 歲了，是學複方藥的，遇到朋友的肝有問題，我馬上介紹到他那裏治療。所以我對朋友健康、國人健康都很重視，但我認為本案是程序問題，應回歸程序解決。總額協商會議若決議 21 億元全部支付，再提委員會，我會支持通過。

謝委員天仁

我剛向幕僚確定過，這是 99 年的帳，也就是已經過了，現在不足再回來要錢，這不是開玩笑的事嗎？此例一開，費協會無法面對全民！99 年度 B 型及 C 型肝炎治療計畫不足的經費，要吃其他專款專用項目剩餘的費用，不足部分都可以用此方式倒回頭要錢，以後怎麼執行？就像政府機關沒有給這項預算，卻先支用，最後再請求編列預算追加，依照會計的相關法制，合法嗎？假使要通過本案，要特別註明我強烈反對，因涉及圖利問題，請大家注意法律責任。

楊主任委員銘欽

謝謝委員提醒。請張醫師孟源。

張醫師孟源(李委員明濱代理人)

- 一、剛才陳委員錦煌所提 B 型及 C 型肝炎治療，可分慢性或急性，例如急性 C 型肝炎，目前以干擾素配合抗病毒藥物(Ribabiron)的治療成效非常好，甚至可將病毒完全清除；B 型肝炎的治療

效果沒那麼好，但 B 型肝炎用抗 B 型病毒的藥，將來罹患肝硬化或肝癌的機會還是會減少。

- 二、我也贊成程序正義，所以沒特別表示意見，就法律觀點而言，程序正義應要堅持。但擔心今年基層總額也有放寬治療 B 型及 C 型肝炎的適應症，雖可嘉惠許多國人，減少很多家庭的肝病問題，不過預算有限，在程序正義下，如果今年的預算預估治療 10,000 人，當達到時，請教各位委員，假若在第 1 季治療結束，可否停止治療？因為要平衡程序正義與實質正義，也要尊重法律。大家都希望收支連動，有多少預算，用多少錢，醫界只是幫病人治療，預算是用在病人身上。

楊主任委員銘欽

我想本案討論至此，大家已很清楚地表示，在法律上、程序上是很重要的。請蘇委員清泉發言。

蘇委員清泉

- 一、各位委員剛才講得義正嚴詞，我都予以尊重，但我要說一件事，去年臺灣死 144,000 人，其中與肝病相關者，將近 10,000 人，B 型及 C 型肝炎的治療，絕對不是醫療浪費，也絕對不是無效醫療，倒是癌症用原廠藥治療延長生命 8 個月或 10 個月的無效醫療，才真的是醫療浪費。本案之所以會花這麼多錢，是因為健保局放寬適應症，剛才戴局長桂英也提到將來放寬適應症，要很慎重考慮。就是因為放寬適應症，才花那麼多錢，不是故意胡亂治療。
- 二、以前規定要做肝切片，切片會出血、鬧人命；現在只要檢驗病毒量、GOT/GPT 值等，也沒有年齡限制，80 幾歲也來看，那才是真正的醫療浪費。大家需瞭解為何產生這麼多費用，並非只認為用剩的要還回去，不足的自己想辦法，講得義正嚴詞，我聽不進去。
- 三、在此要強調的是，去年的費用有無辦法解決？再來今年的經費才編列 12 億元，現在 3 月就已經支用差不多，今年費用不足的問題也得解決，所以應討論有什麼辦法。為何行政院說 3.5% 就一定 3.5%，行政院那麼偉大？總統那麼偉大？總統說肝病的人

都放著讓他死，這樣可以嗎？胡說八道嘛，我們講事情是要對全民負責的。

楊主任委員銘欽

謝謝。請謝委員武吉發言。

謝委員武吉

請陳主任瑞瑛講。

陳主任瑞瑛

- 一、對不起，因為數據在我手上所以代為補充說明。首先說明 99 年的藥費，剛才陳委員宗獻也提到，比 98 年多了 12.9 億，這 12.9 億怎麼來？當藥價調降後，大家認為應該有節餘，其實都沒有，為什麼？重大傷病的藥費，99 年比 98 年多 18.3 億，所有藥費節餘的錢，幾乎都用在重大傷病，其中最多的是癌症用藥，所以根本沒有藥費節餘。
- 二、健保局在醫院總額支付委員會議報告第 1 季的 B 型及 C 型肝炎用藥，醫院部門到 6 月才知道結果已超過 6.22 億元，當時已提醒健保局要思考怎麼處理。B、C 型肝炎治療計畫原本規定要做穿刺，所以很多 C 型肝炎病人寧可自費用藥，但規定一放寬不做穿刺，只抽血做病毒數檢查，因此本來自費的病人，全變成健保給付，才會增加這麼多費用。而且所有的預算都是健保局編的，而且只有健保局才有數據。B 型及 C 型肝炎治療自 93 年開始，編列將近 20 億，用不到 5 億，一直累計到 98 年，其中只有 96 年因為醫院總額部門認為沒用那麼多，不要編那麼多，所以該年執行率 90% 多，其餘都是 40-60%。99 年度協商時將原編 20 幾億砍到 6 點多億，即造成今天問題，只是醫界要問專款專用的案子若錢用完了，是否可以不要執行？但其他專款專用都是錢用完則可停止執行，用不完則收回。
- 三、再告訴各位，像 Pre-ESRD 也是特別計畫，現在點值只剩 0.5，醫院部門還是吞下來，以後若專款專用項目越來越多，健保局編預算都不精確，請問醫院如何承受？這是最大問題。希望以 99 年 B 型及 C 型肝炎治療已執行的專款專用項目來突顯問題，現在已做了，若大家不同意，當然得吞下去，像醫療給付改善

方案，我記得當初根本就認為不需要編 5 億多，結果執行率只有 2 億多，這就是醫界的無奈。所有健保局要求做的，預算也編了，但後果是醫院總額部門要承擔，以上特別報告讓所有委員瞭解。

楊主任委員銘欽

謝謝。請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、抱歉，剛才覺得喉嚨稍微沙啞，所以由陳主任瑞瑛代替報告，現在較好了。
- 二、剛才工業總會的何語委員很明確表示其意見，予以尊重。蘇委員清泉也說，醫界絕對沒有人做衡量的事，是因為健保局將適應症放寬，量才冒出來，對國人好嗎？絕對是好的一面，要正面肯定。醫界要或不要拯救 B 型及 C 型肝炎的全國同胞，需要審慎考量，這點向工業總會代表報告。
- 三、有委員提出 99 年已經關帳，但我要特別向委員們說明，99 年度第 4 季還未關帳，也就是因為未關帳，所以我們才會特別提出本案，希望有辦法處理，要救 B 型及 C 型肝炎患者，不是要害他們。有關西醫基層本計劃是否超出預算，就連西醫基層的陳宗獻委員也都說不知道，需要健保局說明，而我們醫院部門也是因為知道本預算超出，而且是嚴重落差，所以才提出本案，請委員考量。
- 四、相信 100 年度的費用，到目前已爆掉，如果大家堅持立場，我也非常贊成，因為我的醫院沒做 B 型及 C 型肝炎治療，所以沒差，我是多講話，如果大家這麼堅持，建議 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫爆掉時就截止、不做了，請列入附帶決議，但我的宗旨是要拯救 B 型及 C 型肝炎的同胞。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝。大家已經很清楚表達對本案的看法，做以下決議：仍依協定的決議辦理，即 99 年度協商經費 6.22 億元，不足部分由藥價節餘款支應，維持此決議。費協會畢竟是協商平台，協商決議出來後就辦理，不然會有很多後遺症。

二、另有兩點附帶事項：

(一)目前執行 100 年 B 型及 C 型肝炎治療計畫部分，建議健保局能與醫界協商，若已預知預算不足，是否有減緩方案。

(二)未來協商 101 年總額有關專款經費部分，預估要更為精確。雖然已是原則，不過仍再次於決議重申。

陳委員明豐

謝謝主席裁示，不過有個問題，當初協商時的經費已決定，但協商後，如果健保局放寬適應症，醫院可否提出相對意見？因為協商後，治療藥品由健保局放寬適應症，醫界需要完全承受，現在醫界因經費不夠，被要求要回歸協商。再則當初的協商結果應正式提本委員會確認後才通過，我們跳過協商的程序，很抱歉，沒先跟大家說明，也許還可以再改進，但至少協商結果是要在本委員會通過才確認，所以我們直接提到本委員會，請大家就最後結果去考量。我們是為民眾治療疾病，委員若覺得這確實對民眾有幫助、是很重要的治療，因為放寬適應症，以前要肝切片，有肝硬化才用藥，現在只要抽血檢驗病毒量就好，因為之前協商不是如此，我覺得醫院很委屈。當然我也理解程序正義，但這是為民眾的健康，醫院已先吞下來，現在很卑微的要求，請各位委員考慮醫院的困難。去年如果依專款專用的原則，用完就沒了；不然，今年用完就沒了，請問各位委員做何感想？這樣說不知對不對？不知道，只是有種不吐不快的感覺，很抱歉。

楊主任委員銘欽

謝謝。大家都覺得要尊重協商的結果，其實付費者代表與政府機關代表的委員，很需要多知道在醫療服務提供方面的困難點，協商時才會知道要增加哪些、減少哪些。陳委員明豐提到改變支付標準乙事，當然應在協商之前，先了解後再談，對委員決定成長率時較有幫助。

蘇委員清泉

一、既然所有付費者代表堅持程序正義，在此建議，整年費用已完成協商，健保局若要放寬適應症，需要再討論。我常看蔡組長淑鈴在電視上宣傳，為了照顧百姓，健保局放寬癌症用藥給付，

乳癌患者壽命可延長 3 個月、6 個月...。一個癌症病患花費上百萬，醫界只有吞下去，自己求生，這樣有道理嗎？有程序正義嗎？

二、再向大家報告，前幾天法務部槍殺 5 名死刑犯，醫師熬夜進行器官移植，有的醫師 36 小時沒睡，醫界很拼，卻在這裏被踐踏，我無法忍受。

楊主任委員銘欽

謝謝。委員可以儘量表達心聲。

謝委員天仁

一、剛才醫院部門所說有道理，健保局沒誠信這部分，應該改進。
二、本案因 99 年度已執行完畢，這才是無法轉圜的最大癥結點。現在費用不足才來要，就像總額協定後，能否因點值太低，把專款經費撥過來支用？怎麼做！這是為難大家。100 年度部分，或許透過原先協商的角度，還有討論空間，當發現有問題或放寬適應症，以至於經費額度不足，或發現藥價節餘款不足支應時，就應提案，才可能做相關討論，現在已經 100 年 3 月才提出，要委員如何處理。

何委員語

我所提程序正義是當總額決定後，依據會議規範，現況事實有變動，可以提復議案，健保局放寬適應症導致預算不足時，就應提復議案，因為放寬適應症，所以要增加多少錢，只要委員會依照會議規範程序通過即可，但到現在未提復議案，就無法要委員更改以前的決定事項，這樣不合程序。

謝委員武吉

一、剛剛謝天仁委員講到重點，其實罪魁禍首是健保局，蘇委員清泉也提到健保局蔡淑鈴組長在電視宣導，大家就鼓掌認為非常好，人又長得漂亮，但健保局完全未落實執行特約及管理辦法第 2 條的誠信原則，規定內容自己回去看就好，究竟是與醫界應如何協商？都是健保局自己蠻橫地做，不是嗎？
二、99 年 10-12 月尚未關帳，此部分可以考量。我覺得陳委員明豐太客氣，很卑微地請求，不用要求，我也提程序問題，今年 12

億經費用完，立刻結束，這是最重要的一件事。

楊主任委員銘欽

謝謝。本案依照剛才的決議，即仍依協定結果及另外兩個附帶事項辦理。

謝委員武吉

這要附帶決議，就是錢用完馬上結束。

楊主任委員銘欽

那部分請健保局與醫界代表協商。

陳委員錦煌

我要提的不一樣。請教衛生署健保小組朱組長日僑，82年11月19日張博雅署長函釋，推拿不是醫療行為，等到99年3月15日楊志良署長函釋，推拿是醫療行為。昨天我在基層工會，許豐成理事長到總工會找我，大家聽好，先聲明我反對推拿在中醫是醫療行為，就不予健保給付。勞委會發執照給中華民國傳統整復推拿師職業工會全國聯合總會，這兩個政府，一個發執照給他，衛生署卻認為不行，是要叫我們職業公會之前可以做那些推拿、調理，沒申請健保給付的，到底何去何從？我反對中醫推拿申請健保給付，要搞清楚，至於沒申請健保給付，管人家那麼多做什麼，只可用醫療法管理。以公文通知各縣市衛生局，推拿要以密醫處理。我覺得衛生署82年張博雅署長函釋可以，現在99年換楊志良署長函釋不行，你們衛生署的政令，我搞不懂。許豐成是整復推拿師工會理事長，昨天拿給我，我說今日一定會請教衛生署，到底什麼原因。勞委會就可以發執照給他，衛生署一下子可以，一下子不行，只要不領健保給付就好。我之前提案，推拿一定要中醫師親自處理，才可有健保給付，但推拿若沒申請健保給付，與我無關，費協會委員沒管那麼多，只要醫療行為一定要醫師親自執行，對否？剃頭店也有按摩，怎麼不去抓！這問題請朱組長日僑研究，看是要輔導或要訓練，給他一條生路。但若是醫療行為的定義，你們怎麼樣我不管，你們自己負責。

楊主任委員銘欽

請朱組長日僑再研究。請陳委員明豐。

陳委員明豐

一句話就好，非常謝謝委員提醒，今年度健保局任何給付改變，包括新藥、新醫材，像艾瑞莎(Iressa)用在第一線、顯影劑可以用哪種...，我們一定會提復議案，謝謝委員提醒，我們一定照辦，也請健保局多多包含。

楊主任委員銘欽

今日會議到此結束。

謝委員武吉

陳委員明豐所提，要列入附帶決議。

楊主任委員銘欽

那不是附帶決議，是委員表示的意見。附帶決議是大家共同的想法，但委員意見會記錄在會議實錄。今日謝謝大家的與會。