

全民健康保險醫療費用協定委員會
第 185 次委員會議事錄

中華民國 101 年 8 月 10 日

全民健康保險醫療費用協定委員會第 185 次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國 101 年 8 月 10 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：

王委員德明

何委員語

李委員明濱

林委員啟滄

孫委員茂峰

孫委員碧霞

翁委員文能

連委員瑞猛

陳委員玉枝

陳委員宗獻

陳委員紹元

陳委員錦煌

黃委員偉堯

黃委員建文

葉委員宗義

葉委員明峯

廖委員本讓

蔡委員登順

鄭委員淑芳

謝委員天仁

謝委員武吉

簡委員慧娟

蘇委員清泉

張副秘書長孟源(代)

陳秘書健民(代)

施特別顧問純全(代)

郭秘書長正全(代)

李科員惠涓(代)

劉副秘書長碧珠(11:50 以後代)

肆、請假委員：

凌委員月霞

許委員怡欣

鄭委員聰明

伍、列席人員：

行政院衛生署
中央健康保險局

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

全民健康保險監理委員會
本會

陸、主席：江主任委員東亮

紀錄：方瓊惠

柒、議程確認

決定：確定。

捌、報告事項

第一案：確認本會上(第 184)次委員會議議事錄。

決定：確定。

第二案：本會上(第 184)次委員會議決議(定)事項辦理情形。

決定：有關「建請衛生署進行外籍基層護理人力開放引進之可行性研究案」，於本(101)年 12 月追蹤說明其後續辦理情形。

第三案：本會重要業務報告。

決定：102 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、西醫基層部門、中醫部門、醫院部門，其他預算則安排於最後。

第四案：中央健康保險局報告「100 及 101 年增進偏遠地區醫療服務品質計畫」及「101 年度門診透析預算協定 1%成長率用於鼓勵非外包院所案」之執行情形。

第五案：行政院衛生署說明「行政院核定之 102 年全民健康保險醫療給付費用總額範圍案」。

第六案：102 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。

第七案：「102 年度各部門總額協商因素項目或計畫」規劃報告。

決定：委員對各總額部門報告內容，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。

第八案：中央健康保險局報告「醫療費用支出情形」。

玖、臨時提案

案由：本(101)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 102 年度獎勵成長率值為：「特優」級酌加 0.5%成長率、「優」級酌加 0.3%成長率、「良」級酌加 0.1%成長率。

拾、臨時動議：無。

拾壹、散會：下午2時。

本會第 185 次委員會議
與會人員發言實錄

壹、主席致詞、議程確認、報告事項第一案「確認本會上(第 184)次委員會議議事錄」及報告事項第二案「本會上(第 184)次委員會議決議(定)事項辦理情形」與會人員發言實錄

江主任委員東亮

- 一、各位委員好。本會應出席委員人數 27 人，現已出席人數達 16 人，超過半數，宣布會議開始。
- 二、首先進行議程確認，請林執行秘書宜靜說明。

林執行秘書宜靜

各位委員早。桌上有一份「第 185 次委員會議補充資料」，請委員翻開補充資料第 1 頁，因為今天有新增報告案，所以議程重新安排，說明如下：

- 一、本(第 185)次議程報告事項共八案，第一至三項為例行性業務，第四項是請健保局報告「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」及「門診透析預算協定增加 1%用於鼓勵非外包經營之透析院所案」之執行情形。第五、六項為臨時報告案，主要是配合衛生署交議 102 年全民健保總額協商案，第五項(臨時報告第一案)是請衛生署說明行政院核定的 102 年度總額範圍內容，第六項(臨時報告第二案)則為報告各總額部門 102 年度醫療服務成本及人口因素成長率。第七項是請各總額部門及健保局報告 102 年度各部門總額協商因素項目或計畫之規劃，第八項是請健保局報告醫療費用支出情形，亦為例行性報告。
- 二、提案部分，依照 102 年度總額協商進度，配合 7 月份評核會議之評核結果，提出 102 年度各部門總額品質保證保留款獎勵成長率的臨時提案，以上說明。

江主任委員東亮

- 一、今日所列議程比較長，可能會超過中午 12 點，請問有無詢問或意見？如果沒有意見，則依今天所列議程確認。

二、接下來進行報告事項，首先確認上次會議紀錄。

林執行秘書宜靜

請委員翻開議程資料第 3 頁。

江主任委員東亮

請同仁協助委員翻到議程資料第 3 頁。請同仁宣讀。

同仁宣讀(略)

江主任委員東亮

請問委員對上次的會議紀錄有無文字修正？若無意見，則紀錄確定。進行報告事項第二案，委員會議追蹤事項之辦理情形報告。

林執行秘書宜靜

請委員翻到議程資料第 5 頁，第 184 次委員會議決議事項辦理情形，需追蹤事項只有 1 案，為何委員語建議研議引進外籍護理人力之提案，上次會議決議是建請衛生署進行外籍基層護理人力開放引進之可行性研究。本會於本年 8 月 1 日函報衛生署，衛生署表示錄案參辦，因此本案建議結案。

江主任委員東亮

對於追蹤事項，請問有無詢問或意見？請何委員語。

何委員語

本案希望到今年年底前再結案，同一提案在監理會也是決議繼續追蹤到年底。想要了解衛生署進行的過程，有沒有編列預算？有沒有委託專家學者或研究單位進行研究？上上禮拜我跟署長報告時，請署長關心本案，建議署邀請專家學者針對以下問題進行研究，第一，我國護理人員實際到底缺乏多少？(署長有回應說缺 7,000 多人)；第二，護理人員待遇在目前國內經濟水平、平均國民所得 2 萬美金，待遇多少才合理？在社會薪資水平下，護理人員與醫師的薪資比，應該多少才合理？第三，有關護理人員的日班、小夜班、大夜班的費用應該有多少差距方為合理？這點很重

要，如果日班與小夜班只差 150 元、大夜班只差 300 元，以目前的社會價值觀及薪資結構，不會有人願意做，如果大夜班可以增加到 800 元、小夜班增加至 400 元，我想就會有人願意做。署長認為我的建議非常具有研究價值，表示會帶回衛生署研議，所以希望本案 12 月份再結案。

江主任委員東亮

好，請問各位對何委員語的建議有沒有意見？如果沒有，就接受。

謝委員武吉

我認為何委員講的都對。

江主任委員東亮

您附議？

謝委員武吉

何委員語的意見很合理，我附議(繼續追蹤)；上個月是 7 月 20 日開會，這個月是 8 月 10 日開會，已經過了大約 21 天，不過有些事情還是沒有做，也沒有列到本案，就是上次會議我特別提出的「醫院垂直整合方案」與分級醫療的執行，但是健保局沒有召開會議，至今未進行。

林執行秘書宜靜

對於分級醫療及轉診制度，謝委員曾提案，當時決議是，請健保局成立專案小組研擬實施方案，本會將推薦委員參加。健保局已經成立該小組，而且本會也已經推薦委員參加，因為相關研議已在進行，所以該案就解除列管。

謝委員武吉

現在健保局也只有提出轉診方案，但是內容與作法都跟現在一樣，沒有改變呀！要想想，人家中國是如何做的，我們又是如何做的，真的讓人感到很羞愧。

江主任委員東亮

有關轉診部分，是不是建議在協商總額時納入考量？

謝委員武吉

好。

蘇委員清泉

- 一、贊成何委員語的看法，大家可能比較少接觸基層，舉兩個例子讓大家明白。我的醫院有 2 個護士要離職，我因為現在已經不做院長，只是看一下離職單，離職原因第一寫錢太少，第二寫不爽。昨天晚上我到林邊鄉水利村，有位 94 歲的派系大老要出殯，我去向他上香。他的媳婦一直抱怨說，他公公在安泰醫院住院時，護理人員態度不好，借個椅子、要求什麼都不行，她說他們一直隱忍，原因是因為電視、報紙都寫很缺護士，大概覺得蘇清泉很可憐，所以也不敢要求護士。
- 二、另一個例子，電視、報紙也有報導，有位旗山醫院護理師 3 月底離職，4 月 1 日我們醫院錄用她，結果護理師執照一直拿不出來，只有護士執照，所以醫院就讓她在護理部做行政工作，但待不到一個月，就說婆婆車禍在高雄榮總住院，須請假照顧，後來說婆婆死掉，但其實婆婆根本沒死，還敢拿訃聞請喪假，經過調查，她婆婆已經死 2 次了，因為在署立旗山醫院已經請過一次喪假。我覺得護理人員不能一方面拿醫院錢，又回過頭罵醫院是血汗醫院。
- 三、昨天晚上那位派系大老家屬說的話，讓我覺得很痛心，無法入睡，她問我護士待遇多少，我說起薪及在加護病房照顧的加薪，1 個月可以拿 5~6 萬塊，在一般病房照顧的，約 4 萬多到 5 萬，她說這樣很好呀，一般大學生在櫃台服務，1 個月才 2 萬多塊，五專畢業的護理師可以拿到 4~5 萬薪水，已經高於社會行情。我之前也跟蔡組長淑鈴談過，不能跟社會的期待差太多，護理人員已經有點過分，不論在立法院或行

政院，我一直幫護理師公會全聯會講話，但你們不應該唱衰自己的行業。何委員的建議，我想至少也該讓護理界有點壓力，所以沒有反對他的提案。

江主任委員東亮

您贊成何委員語的意見，繼續追蹤？

蘇委員清泉

對。

江主任委員東亮

請陳委員玉枝。

陳委員玉枝

- 一、主席、各位委員，何委員語的意見我們了解。對此議題我們也跟何委員討論過，其拋出這個主題的用意在引起大家的重視，建請衛生署邀請學者、專家一起研究，其研議涵蓋的深度及廣度應更大，不僅限於是否引進外籍基層護理人力，而應該針對國內護理職場環境及人力等狀況進行全面性探討，找出需要檢討之處及改進的方法。所以贊成本案進行研議暫不結案。
- 二、有關蘇委員清泉所提的案例，其實目前廣大的民眾都還是受到護理人員很好的照護，至於各醫院對個別病人照顧得好或不好，醫院都設有管道讓病人反映意見。剛才所提的個案，我想醫院需要個別去了解原因及處理問題，不能將之與廣泛的護理照護品質等同而論，以上說明。

江主任委員東亮

我想蘇委員清泉語重心長，他不希望一、兩個案例，破壞了護理界整體形象，這可能是蘇委員的用意。還有沒有意見？

謝委員天仁

假使這樣的邏輯(引進外籍基層護理人力)正確的話，台灣也有血

汗醫師，是否也應該開放外籍醫師到台灣執業？重點應該要看「供給」及「需求」有沒有問題。事實上，我國在供給量方面並沒有問題，問題在於有執照的護理人員離開職場，為什麼跑掉？大家心知肚明，是因工作環境不好，情緒有反彈，也正常，畢竟壓迫人家那麼久，才神氣一、兩天，大家就講話，我覺得不公平。如果支持引進外籍護理人力，則同理我認為也應該支持引進外籍醫師，問題的處理不能偏頗，要公允才是。

江主任委員東亮

謝謝委員天仁。請葉委員宗義。

葉委員宗義

本案我是連署人，贊同何委員語。

江主任委員東亮

您是贊同那一部分？

葉委員宗義

贊同何委員語的提案，但是有個問題我至今不解，到底醫院醫生、護士的老闆是誰？好像健保局是老闆似的，所有的責任、不對之處都好像該由健保局負責，我認為此觀點應該修正，到底「雇主是誰」，這個問題需要弄清楚。

江主任委員東亮

所以您的意思是協商醫院總額時，醫院總額代表在跟付費者代表協商前，在醫院總額部門內，醫界與護理代表應該已經先協商過，是這個意思嗎？

廖委員本讓

本案之前經過會議討論，因權責問題，決議建請衛生署研議，並且已經將建議函送衛生署，請衛生署考量是否引進外籍基層護理人員等解決方法。但現在卻又一直討論建請衛生署處理之事，事實上，本會並無權責，我們又不是立法院，我認為可以請蘇委員

清泉往後在立法院對醫護人員問題多加關心。本案立意良好，但本會已經將問題拋給衛生署處理，就沒有什麼好討論，就算再多討論，又能如何？

江主任委員東亮

請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

- 一、這個問題，我看需從根本講起。23 萬領證護士為何有 10 萬沒有執業？可能是薪水太低，這是第一點。講難聽一點，為何領有執照的醫師都有開業，因為錢足夠、收入不錯。護士薪水少，又加上血汗醫院、護士，大夜班 1 個月賺 5 萬多、正常班 4 萬多、診所 2 萬多，怎會滿意？不滿意之下，有的就嫁人，有的轉業找尋較好的工作，因而有 10 萬左右有照護理人員不願執業，這個問題該如何解決？
- 二、最近有些指標醫院，像台大及慈濟醫院都關床，引起大家的緊張，所以何委員語才提出此案，與我商量我就連署，既然本國護士不做，沒辦法，只好引進外國、大陸人力；若有一天本國醫師不做了，也只好引進外國、大陸醫生，這是沒辦法的事，所以我才連署。
- 三、不過最近聽到大陸衛生部的報告，想要引進大陸護士，人家不一定願意來。第一，北京大學人民醫院的護士薪水 8,000 到 10,000 人民幣，折合台幣已經 40,000 多元，怎會同意來台！因此，台灣醫院如何提升護理人員的薪資才是重點，重賞之下必有勇夫，不夠錢的情況，大家都會跑光。馬英九先生選總統時，說要增加 10 億元獎勵醫院護理人員，但成果在哪裡？至今看不到！結果護士的聲音那麼大，讓費協會委員來提案，我覺得也很奇怪。我知道本案謝委員天仁沒有連署，他的意思我懂，如果認為是這樣，醫師也要引進外籍人士。向各位報告，以前謝深山先生擔任全國工業總會理事長時，我是理事，當時就曾向勞委會建議進口外籍醫師，那時

大陸醫師 1 個月才 600 塊人民幣，這已是 20 多年前的事，我那時就知道台灣醫療人力問題早晚會發生。

四、問題要從根本解決，如果醫院可以讓護人員薪水提高，護士就會回來；其次，可以考慮若超過 3 年沒有執業，就撤銷其執照，好不容易考上執照，為何不工作。以上是我的意見。

江主任委員東亮

請謝委員武吉。

謝委員武吉

對於蘇清泉委員說的，我有所同感，知道的案例，同樣發生在屏東，是精神科專科醫院，該家醫院護理人員在醫院評鑑前集體離職，向醫院要求加薪，但是精神科護理人員薪水已經很高，有的是要求加 3,000 元，也有資深的還要求要加 5,000 元！不能再讓費協會被全聯會操盤了。

江主任委員東亮

因為是建議衛生署進行研究案，所以到底政策如何制定、決策為何等，都要再研究後才能決定。有關本案之追蹤情形，大家都同意本次會議不結案，追蹤到今年 12 月，可否這樣？

何委員語

怕耽誤太多時間，只向大家簡單報告向署長說明的內容。事實上還提到很多，包括教育部如何配合、護理科系要增加職業倫理課程，還包括金三角等以前國軍部隊的後代子女，如何回台灣接受教育等，以前老蔣時代沒有照顧到的，現在可以設法照顧，我講很多，但現在不要在這裡談。

江主任委員東亮

本案就確認追蹤到年底。接下來進行第三案。

貳、報告事項第三案「本會重要業報告」與會人員發言實錄

江主任委員東亮

請大家翻到本會重要業報告，先請林執行秘書宜靜說明。

林執行秘書宜靜

- 一、說明本會重要業務報告前，先向委員說明，今天桌上有兩本同仁整理的資料，一本是本會 7 月 30、31 日兩天進行總額執行成果評核，同仁從各總額部門及健保局報告中摘錄重要的執行成果，編製成冊供委員協商時參考。另一本是每年都出版與協商相關的統計數據，目前資料更新到 100 年的執行情形。這兩本資料都會上網，各界若有需求，可在網路下載。
- 二、請委員翻到議程資料第 7 頁「本會重要業務報告」：第一項，102 年度總額協商時間訂於 9 月 14 及 15 日，地點在 901 會議室。至於各總額部門的協商程序，在 6 月份委員會議討論時，已決議用抽籤的方式決定。請委員參考第 9 頁，有關協商會議及委員會議議程，9 月 14 日將安排四部門總額協商，9 月 15 日先安排其他預算協商，緊接著進行第 186 次委員會議，主要確認兩天的協商結果。從第一天的議程看來，好像到下午 6 點半就結束，要特別向委員補充說明，表定時間並未將各部門可延長的協商時間估算在內，各部門會有 20~30 分鐘的可延長協商時間，所以當天可能會進行到晚上 8 點才結束。至於協商場次順序，等一下請各總額部門抽籤。
- 三、第二項是 7 月 30、31 日兩天的評核結果，牙醫門診總額部門是優級、西醫基層及醫院總額部門是良級、中醫門診總額部門是可級。對各項專案計畫，經評核委員討論共識為，25 項專案計畫或執行方案中，有關續辦與否部分，建議維持者有 22 項、規模縮小者有 1 項、停辦者有 2 項；有關建議經費部分，不變者有 19 項、減少者有 4 項。相關的詳細資料

會另製作評核會議紀錄，再寄給委員參考。

四、請委員翻到議程資料第 8 頁，第三項是針對 8 月 31 日兩會聯席會議的訊息，議程部分有更新，請委員翻開今天會議的補附資料 2-2 頁，8 月 31 日兩會聯席座談會暫定的議程內容，上次會議曾向委員報告，原本是由健保局報告「健保新制的財務推估(及補充保險費金額試算)」，後來因很多委員關心醫師科別發展及護理人力問題，所以監理會在議程安排上，特別另行安排衛生署醫事處報告「重振五大科、守護偏鄉醫療 12 項策略」，護理及健康照護處報告「護理近、中、長程改革計畫」，都是目前衛生署重要政策。議程會另行寄送委員，先在此預告，請委員保留 8 月 31 日下午的時間。

五、請委員翻回議程第 8 頁，本會重要業務報告第四項，請參看議程資料第 10 頁之表 1、表 2，本份資料是同仁整理之西醫基層診所平均申報費用點數、次數及診療費資料。向委員簡要說明，表 1 及表 2 資料範圍主要涵蓋私立西醫診所(權屬別為 35)的申報資料，不含衛生所、署與直轄市、縣市立診所及機構附設診所資料，因這些單位可能有比較多的支援醫師，所以統計的涵蓋範圍主要為私立西醫診所。

(一)請大家參閱表 1，每位醫師平均申報費用點數狀況，不含透析部分在 2000 年為 572.7 萬點，2010 年則為 575.9 萬點，年化成長率約 0.1%。其次，將申報費用依醫師別歸戶後，將每位醫師申報費用點數由低排到高，最低 20% 在第 I 等分位，第 21 至 40 百分位在第 II 等分，第 41 至 60 百分位在第 III 等分，第 61 至 80 百分位在第 IV 等分，最高 20% 在第 V 等分。將最高 20% 和最低 20% 醫師的年平均申報費用點數相比，2000 年不含透析相差倍數為 28.6 倍，2010 年為 16.5 倍，表示最高和最低申報費用點數，在倍數上已經較為接近。

(二)另外提供一項指標，即收入低標的概念，所謂收入低標是指醫師全年申報總點數中位數乘以 50%，在 2000 年不含透析是 240 萬點，2010 年為 269 萬點，年化成長率為 1.2%。

(三)請委員參考表 2，診察費(不含透析)每位醫師全年平均申報點數，2000 年為 317 萬點，2010 年為 353 萬點，年化成長率為 1.1%，最高 20%和最低 20%比較倍數，2000 年為 18.9 倍，2010 年為 10.8 倍。

六、最後一點補充說明，補附資料本會重要業務報告列有 102 年 9 月份總額協商會議參加人數的規劃表，因為今年會場在目前的 901 會議室，往年於天母國際會議中心舉辦，場地較大，故容納人數較多，對各總額部門參與人數比較沒有管控。今年因為場地因素，希望能有安靜的空間好好協商，所以規劃參加人數。向大家報告規劃內容：委員及本會會議規範所列法定列席人員共 34 位，這是一定出席的必要人員；另協商時會增加各部門協商代表，除部門委員外，每年會允許一些協商部門代表參與，往年各部門大概安排 4 名，今年除了代表委員外，可另推派部門協商代表 5 位參與；至於其他行政幕僚依慣例也會出席協商會議，規劃各部門 3 名，健保局工作人員較多，規劃 8 名。協商代表請於該部門協商場次再進入會議室，因為空間無法容納，若提早到，則可至隔壁 903 會議室稍候，俟協商該部門場次時再進入會場。

七、台灣腎臟醫學會於去年及前年均參與協商會議，並於討論透析獨立預算時做說明，今年腎臟醫學會也有提出請求，因此我們也安排了一個名額，是否允許他們參加，請委員考量，以上說明。

江主任委員東亮

一、有關 8 月 31 日兩會聯席座談會，按照輪流召開原則，本次應該輪到費協會辦理，不過因為討論主題為健保新制之財務

推估，屬監理會的主要任務，其次也因 8、9 月正值本會評核、協商會議及相關座談會密集期間，很感謝監理會幫忙。請委員能撥冗出席。

二、有關私立西醫基層診所醫師平均申報費用，在醫界內部應該也有資料，只是我認為這些資料可以與其他委員分享，讓大家瞭解彼此狀況，有助於協商進展。資料呈現很清楚的訊息，就是從 2000 年到 2010 年每位醫師平均申報醫療費用總點數(含透析)的年化成長率只有 0.8%，與全國受雇員工每月經常性薪資成長 0.5% 很接近，而且 0.8% 是點數成長，必須要再乘以點值，所以基本上與平均薪資成長率相近。

三、另外，不是所有診所醫師收入都非常好，低於低標部分(2000 年為 240 萬，2010 年為 270 萬)，亦即差不多四分之一的醫師是在低標以下，當然收入很好的醫師不少，但收入不好的醫師其實也不少。因為健保局有推動合理門診量，加上西醫基層自己也很努力，從表 2 申報次數分布可清楚看到，高標的醫師在下降，而且非常顯著，最高 20% 的醫師每年平均申報次數下降 3.4%，醫師申報總點數差距(最高 20% 比最低 20%)也從 30 倍，2010 年降到 15~20 倍。整體而言，從上次會議發給大家的勞委會受雇員工薪資資料顯示，護理人員過去的平均總薪資年化成長率為 1.2%，高於診所醫師成長率。這部分可能從經建會退休的葉委員明峯會有更清楚的說明，請幫我們稍加解讀。

葉委員明峯

主席提到表 1 及表 2，是衡量國民所得平均的概念，倍數愈少代表愈平均。把它應用到西醫基層診所部門趨勢來看，顯示近 10 年來，高低所得差距整體有改善。我們國家整體國民所得，最高 20% 和最低 20% 的倍數大概是 6~8 倍，所以醫師平均申報費用點數與整體國民所得相較，還須繼續改善。另，請教其他部門有無類似數據可供參考？

江主任委員東亮

西醫診所比較整齊，同質性較高，醫院部門則差距較大。我們已開始準備，但現在還沒有資料可供參考，我認為對協商應有幫助。

葉委員明峯

這是個很好的開端，將來各部門也可以仿照，請公會加以統計，提供大家參考。

江主任委員東亮

還有沒有其他委員有意見？請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

表 1 及表 2 呈現的資料很正面，尤其在說明 6 將診察費涵蓋項目列出，可以看出費協會知道診察費並非醫師收入，而是診所營業額，如果 1 家診所 1 年 200 多萬，等於 1 個月 20 幾萬，尚需支付包括藥師、醫師、護理人員、其他行政人員及其他成本，如果僅 20 幾萬，經營將非常困難。依主計處的成本統計，1 個月平均約 40 幾萬，若貧窮線為每月 20 幾萬，而且是點數，需再乘以點值 0.9，差不多 1 天賣幾 10 碗牛肉麵。整個生態上，如何讓中間的差距變小，我們一直在努力，制度，如合理門診量差距也在改變，因此，基層的生態和經營困難，請大家多體諒。

謝委員武吉

- 一、記得上次曾經提過，中醫推拿只能執行到年底，但他們未雨綢繆，已經開始預做準備。據我所知有某個院轄市，一個路段之內差不多 700 公尺，開了 4 間復健診所，還不是復健科醫師開的，是聘請復健師或復健生，所以上次語重心長提出，希望對此現象進行管理，不然會產生很大的問題。
- 二、我們看到西醫基層診所每月申報 20 幾萬，還要涵蓋各項成本，醫務管理學會已行文給健保局與費協會，希望今年也要將醫院行政人員的給付費用納入協商，難道醫院運作沒有行

政人員嗎？有呀！而且申報都是行政人員在做的，醫師會申報嗎？護理人員會申報嗎？醫師與護理人員都不會申報，是由行政人員在申報嘛！對於健保局的回函，我們完全不能接受，如果要再繼續下去，大家都會很難看，健保局說已經納入，但在勞保時代或 RBRVS(Resource-based Relative Value Scale，醫療資源相對值表)都是未納入支付標準，所以拜託主委要支持。

江主任委員東亮

有無其他意見？

蔡委員登順

謝委員武吉講的話我有同感，某部門我們加以管控，讓其不要擴大，以節省醫療費用，但又轉換到別的部門去多開診所衝量。整體資源是否足夠，是應該好好探討，我們一直建議，醫界若要讓點值提升，主要不要衝量。我們用心良苦，將非醫師專業診療的預算刪減，但又增加在不同的部門上，所以要共同努力，讓醫療回歸常態，也希望醫師整體收入能夠提高、平均。消費者的醫療要得到良好照護，必須要管控整體服務量，以上建議。

陳委員錦煌

中醫推拿在年底就要結束，現在又跑到西醫復健科，換湯不換藥。付費者的心態是，要由正牌的醫師為百姓服務，但密醫要領健保的費用，一定反對到底，這是一向的堅持。推拿雖說到年底就要結束，說不定立法院黨團的黨鞭林鴻池立委又來向衛生署施壓，要延到幾時？健保局很沒志氣，衛生署也沒肩膀，怎麼不來向勞工施壓！張博雅署長時期就曾說，推拿非屬醫療行為，不予給付，你們都自打嘴巴，付費者委員來這裡講這麼多，難聽一點是冒著生命危險的。沒道理！好像錢很多一樣，該扣的不扣，99年的 15 億怎麼處理？講到這件事我就很傷心，本來想說這些不該用的錢，可以讓醫生點數高一點，結果中醫光北部就拿走 30

%，約 9 億多，南部和中部只剩一點錢，只有北部得到好處，不能這樣，要有公道。

江主任委員東亮

剛委員提到一個很有道理的事情，我們目前制度的設計和考量是依部門分配，就會產生在術語上叫做「氣球效應」，壓一邊就跑到另一邊，所以未來改革很重要在整體考量。今天只是把資料給大家，讓大家瞭解現況，再思考其意義。剛有二個委員舉手，先請陳委員玉枝。

陳委員玉枝

請教主席，剛提到護理人員薪資成長 1.2%，高於診所醫師，從第 10 頁表 2 第 6 點說明，支付標準的診察費包括這麼多項，成長 1.2%和支付的關聯性如何？

江主任委員東亮

這是上次會議提供的資料。

林執行秘書宜靜

向陳委員玉枝說明，我們在 7 月份會議議程，有整理勞委會受雇員工薪資資料，您如果需要的話，會後再提供參考。

江主任委員東亮

上次我們有提供醫院受雇醫師和護理人員的薪資成長率。

陳委員玉枝

上次會議我沒有參加。

謝委員武吉

感覺應該要替醫師講一下話，每區新增有多少位復健科院所、醫師或復健師、復健生，或者各區有多少復健科院所、復健科醫師或復健師、復健生，應該統計且每個月也都應該要報告一下，主席說這是氣球效應，但也不能讓氣球破掉，如果真的不加以控制，氣球真的會破掉。一位復健科專科醫師居然會被技術人員復

健生聘用，情何以堪！為什麼會找復健科專科醫師，因可以開立物理治療處置的有六個專科醫師，但是復健科專科醫師可以申請的費用卻比其他五科還要高，申請的是屬於中度或者重度或者複雜的，點數比較高，應該把六個專科可以開立的處置都調整成一樣，這樣才公平，否則氣球會破！

江主任委員東亮

- 一、很感謝大家，本會有個很好的精神，就是理性民主的運作。我認為有件事情很重要，就是我們決策參考時，資訊非常重要。剛謝委員武吉提到很多資訊我們都需要，但也要瞭解，我們的人力和時間有限，不太可能一下子都做齊，如果可能可分批將資料分析完成，例如剛提到的復健科醫師。
- 二、其次，看資料時要注意，這是診所醫師的平均收入，是毛收入而非實質收入，這是第一點。第二點是各科別醫師成本不同，舉例來說，一般內科和產科醫師就有很大的差別，產科醫師的成本相當高，這些資訊無法從這些數字直接反應。
- 三、剛葉委員明峯講得很好，我們提供這個資料是拋磚引玉，各部門不太可能完全靠健保局或費協會，內部應該能夠分析資訊，我相信有些部門已經有做，把這些資訊讓大家瞭解後，才知道如何運用並提出對策，使醫界的效率提高，大家的工作環境能夠改善。這應該是理想、目標，但可以慢慢來。上個月我參加評核會，最大的感觸是，醫界很像阿吉仔唱的歌詞：我比別人還打拼，我比別人還認真，為什麼還這樣？我們應該珍惜和用心，努力改善整體工作環境和運作效率。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

- 一、剛所列表 1、2 係費協會整理的基層診所健保申報的資料，全聯會過去十年來一直在做的就是幫助弱勢診所濟弱扶傾，因此申報量最低 20 百分位的弱勢診所總點數年化成長率是正 4.6%，而申報量最高 20 百分位之強勢診所其成長率是負成長。我們希望讓弱勢診所能夠持續為當地民眾提供服務，

事實上弱勢診所並不是醫術不好，可能是位置不好，或偏遠地區附近的病人太少，或有醫療需求(need)但因經濟因素無法形成 demand(需要)去就診，所以如何幫助弱勢診所，我們一直念茲在茲，但常常大家談的都是平均。

- 二、陳委員宗獻剛提到貧窮線，根據 2010 年資料，私立西醫診所醫師診察費(不含透析)最貧窮的 20 百分位，全年診察費平均為 53 萬 7 千點，月平均申報診察費為 4 萬 4 千點，其中診察費給付給醫師前，還要扣除其他成本，包含水電、房租、污水及廢棄物處理、護理成本、行政成本等，如果最貧窮的 20 百分位診所醫師每月 4 萬 4 千點診察費還必須扣除其他必要成本，醫師收入到底還剩多少？因此外界對醫師的執業收入認知可能要有所改變。身為基層總額部門的執行長，我一直希望能幫助弱勢科別，達到分配正義。

江主任委員東亮

我們也感謝醫界整體的努力。本案是否進行到此，接下來進行 102 年度總額協商順序的抽籤。

林執行秘書宜靜

請依座位順序，分別由醫院、西醫基層、中醫、牙醫，進行抽籤。

江主任委員東亮

- 一、抽籤結果，順位第 1 為牙醫部門、第 2 為西醫基層部門、第 3 為中醫部門、第 4 為醫院部門。
- 二、9 月是費協會的大月，同仁將會很忙，屆時不會再要求產製相關資料，之後如有需要也有時間，再請同仁產製其他資料，或許能提供牙醫、中醫部門等相關資料供參。接下來進行報告事項第四案。

參、報告事項第四案(原報告事項第五案)「中央健康保險局報告『100年及101年增進偏遠地區醫療服務品質計畫』、『101年度門診透析預算協定增加1%成長率用於鼓勵非外包經營之透析院所案』」之執行情形與會人員發言實錄

林執行秘書宜靜

議程的順序略有調整，請委員參看議程資料第13頁，請健保局報告。

戴局長桂英

請林副組長阿明報告，因今天報告案很多，請儘量簡短。

林副組長阿明報告(略)

江主任委員東亮

謝謝林副組長阿明。報告中提到醫院不申請本計畫的原因，其亦涉及整體醫療服務的市場需求量，某些地方的需求量不夠大，如要求具一定規模的醫院進入提供服務，並不容易。不能只靠醫院資源，也應考慮診所部分，故相關計畫應予整合，方能提供偏鄉居民較好的醫療服務，而非現在由各部門總額、各計畫分開執行。委員對本案有無其他意見？

陳委員錦煌

請教一下，透析外包是否合法？透析病人數68,000多人，院所有562家，切結非外包者429家。聽說透析一次，外包公司跟診所、醫院拿2,900元，健保支付3,520元，醫院、診所還可賺620元。請問衛生署或健保局，外包是否合法？

江主任委員東亮

請健保局答覆。

蔡組長淑鈴

依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法、合約書等健保相關法規，健保特約醫療院所的對象，皆為合法設立的院所。不管

外包或自營，院所負責人皆為醫師，且都領有當地衛生主管機關核准的執業執照，方能設立，健保局也才會與其特約。

陳委員錦煌

請教蔡組長，為何獎勵金只有非外包才有，外包者就沒有？曾有外包公司來找我，根本不認識對方，所以我說不用向我說明，本來我就反對外包，還找我幫忙要獎勵金！我要問清楚，到底透析外包是否合法？本案若通過，委員都沒反對，變成好像合法，表示費協會認定可以外包沒關係。法規到底如何規定？我的主張很簡單，外包公司找我談獎勵金，我搞不懂，請衛生署研究到底是否合法，今天不能通過本案，若通過代表承認，沒有外包的有429家，表示同意外包存在。

江主任委員東亮

我有點困惑...

陳委員錦煌

我知道，你也不公道，替他們說話。蔡組長也說是醫師在做，難怪外包公司會來要獎勵金，要定位清楚。

戴局長桂英

補充說明，委員會在討論 101 年度總額時，特別關注透析能否有成長率，當時通過 1%成長率有附帶要求，需用於鼓勵非外包院所，因非外包院所的成本較高，通過當時，健保局也覺得很困擾，我們實在很難區分那些是外包、非外包，很感謝費協會委員共同討論出切結書的內容，可參考議程資料第 23 頁，健保局各分區業務組乃請醫療院所本於誠信切結，只要其切結符合所列事項，就能參與分配 1%成長率的預算，因此 1%成長率預算用於鼓勵非外包經營院所的決議，並非在今天會上，是先前總額協商會議的決議，今天是報告辦理情形。

陳委員錦煌

我是勞工代表，對醫療不懂，聽不懂您的說明。我的意思很簡

單，到底未回報的 129 家，是否為外包院所？沒有自己請醫師、護士。只要確認到底有無合法就好。

江主任委員東亮

現在了解你的問題，就是未回報的 129 家院所，究竟是否合法。

陳委員錦煌

沒來領獎勵金的就是有外包的院所。

戴局長桂英

129 家是沒切結，但他們仍是依醫療法、醫師法等相關法規，經地方衛生主管機關報備合格的院所，故其為合法院所，有負責醫師，也符合設置標準。

葉委員明峯

合法的院所，但可能不符合非外包的獎勵對象。

陳委員錦煌

如照我計算，健保局不用讓醫院、診所來做，通通給外包公司即可，可省 60 幾億元，1 個病人省 620 元，外包公司 2,900 元就做得起來。付費者委員是來監督錢的運用，不要以為我們外行都不懂。

江主任委員東亮

我了解陳委員錦煌的意思。

陳委員錦煌

我講很久，現在才了解。

江主任委員東亮

抱歉，您的問題很複雜。

陳委員錦煌

自從您擔任主委後，會議室的冷氣溫度都不夠冷，以前比較冷，所以現在火氣比較大。

江主任委員東亮

抱歉，請再將冷氣冷度調強一點。陳委員錦煌的問題，和我之前問的問題一樣，只是問的方式不同。當時討論此議題，大家覺得不會有很多院所來申請，現在您關心的不是有申請的院所，而是未申請者是否合法的問題。

陳委員錦煌

對。

江主任委員東亮

現行法令規定有很特別的地方，未來恐須思考如何修正，即醫院與診所雖合法設立，但其中外包服務的部分是否合法的問題，其與整個院所是否合法是分離的。醫院合法，但無法說明其中不合法的部分不能做。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

- 一、外包也是合法按醫療法設立醫療機構，按醫療法規定而言外包不是合法與否的問題，衛生署及健保局都是依法行政，畢竟中華民國是法治國家，因此所有醫療機構皆合法設立。外包最主要在內部關係可能有私人契約，其係屬於民法範疇為私法自治的領域。核心醫療業務，到底能否外包，其爭議點為國家行政主管機關是否要鼓勵或防止外包的問題。衛生署之前已宣示過：「基本、重要、關切到國民健康與生命的核心醫療業務，不宜外包」。
- 二、故費協會秉持著衛生署的決議，認為有些核心的醫療業務，應鼓勵醫療專業人員自己經營，才鼓勵非外包之洗腎室。因為經濟規模與效應上，非外包的醫療機構屬於弱勢，或許非外包之醫療專業人員自己經營困難，其原因很多可能不會做生意，且不管是採購成本或人事成本都高，若加上病人數又少則整體申報量又低，因此非外包之洗腎室變成岌岌可危。所以衛生署、費協會在政策上鼓勵非外包之洗腎室，純粹是

政策的問題。

江主任委員東亮

請謝委員天仁。

謝委員天仁

這樣解釋法律有問題，像律師事務所，找律師掛名，實質外包給他人做，可以嗎？醫事處也說核心醫療業務不得外包，不是不宜，是不得，醫事人員是否由醫院聘任，可以查得出來。以前有很多在美國獲得律師執照的人，卻找有律師資格的軍法官當律師事務所負責人，實際上都由其控制，當然屬違法。陳委員錦煌講的意思是，如果違法，其他相關醫療業務如有違法時，是否會停止特約或採取適當措施，沒來申請者是否違反相關法規？我們為何還特約？不就變成鼓勵違法。

江主任委員東亮

謝委員天仁講得很好，現在的問題是，健保局特約的是整間院所，不管其中有無外包，還是裡面有漏洞，有須彌補的部分。

蘇委員清泉

一、陳委員錦煌和謝委員天仁對此議題很關心，上週在立法院有召開過相關的協調會，下週也會再開會。所有透析外包公司，歐洲、日本、台灣，總共有 5 家，相關資料昨天已查得很清楚，透析外包家數占率，診所約 30%，醫院則 20% 多。以前醫院外包最嚴重的就是署立醫院，署立醫院因無法購置財產，如心導管也外包，但現在規定核心醫療業務不得外包，他們改用租賃方式，即設備向奇異或西門子公司租用，固定每個月支付多少元給廠商，而醫護人員則由醫院自聘，這樣就不算將核心醫療業務外包。參加協調會的有歐洲商會、美國商會，我也有找衛生署，大家希望醫療合作合理化，條約合理化，可能須拜託謝大律師幫忙想想看如何擬訂，讓大家覺得不是外包。

二、以 1% 成長率鼓勵非外包的原因是覺得個體戶很艱苦，每月透析人次才 5、6 百人，不夠成本，會經營不下去。而外包廠商夾著龐大優勢，其設備、耗材成本較低，大家都做不下去時，他還能做，我們現在是對此點不甘願，所以才會用 1% 成長率補助個體戶，但這樣做一定會有問題。

江主任委員東亮

是不甘願，還是嚙甘(台語；不捨之意)？

蘇委員清泉

- 一、是嚙甘(台語)，不是不甘願，我們不捨個體戶經營不下去而關閉。衛生署已著手研究如何讓條約合理化，下次也會邀請健保局參加。我也跟外包廠商說，你們為何不去偏遠地區，這樣就可解決問題，你們在都會區搶錢，若去偏遠、不具經濟規模的地區，大家會為你們鼓掌，就沒這些問題。
- 二、建議獎勵非外包經營部分，不要再繼續下去，否則廠商打算去 WTO(World Trade Organization，世界貿易組織)告我們，屆時就不是委員會可處理的議題，我們不要在這裡做些決議，造成政府和外交部的困擾。

謝委員天仁

現在就是借助這種方式，解決不平等待遇。外包違反相關醫療法規，抱歉，健保就不能特約，但對健保特約的院所，並沒差別待遇，我們現在也想到，如有差別待遇，WTO 會有意見，陳委員錦煌講的就是這個，若仍容許不法的行為繼續存在，還和健保局合作得這麼愉快，這是重點。就像我們發現醫院容留未具醫師執照者進行醫療行為時，是否也會停止那部分的醫療業務，一樣的意思。

江主任委員東亮

特約管理辦法要修改。

謝委員天仁

重點是這個。

蔡委員登順

針對蘇委員清泉所提，101 年的門診透析預算增加 1%，不是獎勵，是成長率，成長率會滾入基期預算。此成長率是讓非外包者的點值能提升，主要用意在鼓勵院所不要外包，自行診療品質會更好，不要因外包有利可圖，讓不須進入透析治療的病人提早洗腎，而使透析病人數成長，浪費醫療資源。

江主任委員東亮

我認為這很重要，是成長率，不是獎勵。據我了解，當時委員的想法是想改善醫病關係，醫師不是被聘，而是親自經營，但親自經營的規模會因不夠大，而成本較高，才會給 1% 成長率。謝委員天仁提到特約問題，或許健保局可想看看如何處理，目前是當醫療院所犯法時，才能停止特約，正如陳委員錦煌提出外包是否違法，如未違法，就不能不特約。衛生署能否明確說明委外經營絕對是錯的，也請衛生署考慮此議題，此問題牽涉面向很廣。

陳委員錦煌

請教 1% 成長率約 3 億多元，是成長率還是獎勵金？如是成長率，為何切結書第 8 點寫「獎勵款項」。蔡委員登順說，是成長率，要說明清楚，讓醫療院所簽的切結書都寫獎勵款，剛蘇委員清泉也提到獎勵。

何委員語

- 一、外包到底合法與否，我想立法院、檢察官和監察院已進行查核行動，我們今天講也沒用。如果是外包，應嚴格查核人工腎臟有無發生經消毒後重複使用的情形，我並不清楚，但聽聞透析患者如此說，暨有傳聞，就不會是空穴來風。
- 二、關於醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫，希望醫院設立後，加強宣導，讓民眾知道當地已設立急診等科別，也可邀請周邊村里長去參訪或廣播，幫忙宣傳，村里長如果知道，

對宣傳很有幫助，既然在當地設立，就應讓社會大眾知道有提供這些醫療服務。

謝委員天仁

- 一、補充說明，非法外包，在法律上可能只是行政違法，不是刑事違法，不會有刑事責任，也不會有檢察官介入。其和未具醫事資格者執行醫療業務或詐領健保費用不同，如果違反醫療法等相關規定，本應在行政上轉健保局在特約時處理。
- 二、我們自己解釋得很高興，但我的看法，其實是差別待遇。因市場未切割為不同等級，如醫院部門有醫學中心、區域醫院、地區醫院等三等級，但透析的支付並未分級，所以同級但有差別待遇，正如蘇委員清泉所提，恐會有問題，須特別注意。

謝委員武吉

- 一、健保局統計這個數據還不錯，但我認為還要增加各層級有外包、沒外包的占率，否則大家還是有很多疑問。
- 二、衛生署明確規定醫療核心業務不得外包，剛才我也特別提到復健科的情況，復健科是否會如透析業務這樣的發展下去，復健科也算是核心業務，不該委託他人來做，我上次與這次加起來已經講了許多次，健保局如何做，也決定在健保局，只能說先知者總是寂寞的，就像現在語重心長講了，但做不做，也是由健保局啦！

陳委員錦煌

- 一、何委員語關心人工腎臟回收利用問題，何委員做事很認真，建議在總額協商前，請健保局醫管組派人追查看哪家醫院這樣做，真的有做就要處理，這樣比較公道。
- 二、我以前在做審查委員時去查台灣銀行，銀行的人還沒到，9點一開門，我們就進去查，這樣才沒問題。所以，何委員如果有興趣，請健保局陪我們去看，那家醫院有回收利用，再

來處理，如果有這種不理想的狀況，好膽來呀，310 億元的預算就再扣減，對不對？何委員，不知道這樣建議，行不行？

何委員語

我並沒有查核權。

陳委員錦煌

跟著健保局一起去。

何委員語

我認為健保局才有查核權，會做這種事情的醫院，應該很少，但院所既然敢做，應該就會有對策，或許健保局可以查到蛛絲馬跡，這是我的看法。

陳委員錦煌

要去查才有嚇阻作用，才知道費協會有注意這件事，否則光在這裡講哪有用？假如真有何委員講的回收再利用的情形，就趕快去查，錢是我們付的，難道不用監督嗎？請健保局回答，看可否這樣處理。

戴局長桂英

謝謝何委員語的建議，也謝謝陳委員錦煌，其是附議何委員的建議。何委員的建議基本上是針對外包的洗腎院所，希望健保局去查核有無重複使用耗材的情形，我們會再規劃輔導、查核方案來處理，謝謝何委員尊重我們的查核權。

謝委員天仁

我們可以建議，但費協會法定的職責在協定總額及其分配，所以有關查核部分，如果健保局邀請費協會委員參加，或許還有可能，至於費協會委員說要主動參與這些相關調查，我覺得體制上會有問題，剛何委員語也提到，應該由健保局查核後，再到本會報告，讓我們瞭解有無濫用健保資源，而後再去考量核減相關的

總額，這才正確。所以，我認為這部分要符合法律相關的體制。

江主任委員東亮

- 一、查核本屬健保局的業務，請健保局參考委員的提議，在規劃查核業務時納入考量。
- 二、下個月就要協商總額，事實上，洗腎也在其中，其歸屬醫院及西醫基層總額，所以，可否請這兩個部門，將大家剛剛的意見與想法，納為對洗腎部分的設計規劃參考。

鄭委員淑芳

請問議程第 17 頁第 8 張投影片的表格中，符合申請的院所有 78 家，區分為已申請及未申請，另列有 11 家是屬於分區平均點值保障，請問這 11 家是否符合 101 年 5 億元醫療資源不足地區醫療服務提升計畫的補助對象？

蔡組長淑鈴

鄭委員淑芳確實提到剛剛口頭簡報未特別說明的部分，分區平均點值保障的這 11 家，對本方案而言，是屬於未申請者，但他們有另外申請「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」分區平均點值保障方案，會做此選擇是因為本計畫今年 5 月公告，真正補助要從 6 月才開始，但原來醫院總額已實施的分區平均點值保障方案從 1 月份就開始，所以這些醫院衡量一年的補助總金額，認為在分區平均點值保障方案部分對其全年的補助，可能優於 6 月才開始的本計畫，所以選擇該方案，但明年開始，本計畫就會是全年執行，所以將來情況會改變，但就今年來講，這 11 家醫院不會用到本計畫 5 億元的預算。

江主任委員東亮

謝謝說明，這個比較複雜，因為牽涉到另一個方案。

謝委員武吉

- 一、剛才本來就要提，但因先討論洗腎部分；對於偏遠地區醫療服務品質計畫，為什麼到現在我對健保局的方案還是很有意

見，之前我們就曾經提出，對於「醫療資源不足地區之醫院點值保障方案」我們有進行問卷調查，而且就我所知道，有家醫院是在山腳下，4 個專科都有，也有急診服務，但就是不願意參加，主要是因於計畫案真的有問題，必須要檢討，我們其實也已經提出實務的意見，但是健保局認為我們實務端提出的實務意見，不是實務，沒辦法，誰叫健保局是大健保局，衛生署只是健保局附設的小衛生署。

二、有關計畫要求參與醫院的承諾事項，對於只有單一科的醫院，建議也應該給予鼓勵，本來是骨科專科醫師要叫他們怎麼增加婦產科？或者本來是婦產科專科，如何叫他們再增其他科？而且 1 家醫院在當地看病不會只懂得看一種疾病，很多科的疾病其實醫師都是會看的呀！現在卻規定一定要開設內、外、婦、兒科，坦白說這是錯誤的決策，就算只有一科，只要醫院可以繼續提供服務，對偏遠地區的當地民眾都是好的，因此建議就算是單科也應該給予獎勵，這個意見我們之前也就曾提出過；記得，對於「醫療資源不足地區之醫院點值保障方案」曾經有人提出很好的方案意見，結果卻沒有被採納，可能就是因為實務者都不被健保局當人看，是動物，狗吠火車，無效啦！

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

一、呼應謝委員武吉所言，我認為提供醫療偏遠地區民眾的醫療服務真的很重要，目前規劃的制度稍有改進的必要。目前的不論是急診服務或急救責任醫院，所謂醫療偏遠地區急診，其急診所在位置鄰近偏遠地區，而並不一定是真正的偏遠地區。它屬於急診服務，但為什麼有些醫院不願意申請，因為維持一個急診室本身有成本問題，比如說北海岸地區某家地區醫院，大夜班可能只有一兩位急診病人，但為了維持急診室的規模，可能必須有兩科專科醫師 2 人、護理師若干人、藥師、檢驗師、行政人員若干人，如此規模與成本且相對於

稀疏幾位病人，每年虧損可能要 2,000 萬以上，醫院如何經營得下去呢？

二、所以，基層提出一個計畫，我們認為對真正的偏遠地區應該提供在地醫療，也就是真正在偏遠地區設立診所，由診所醫師提供當地醫療服務，補充醫療不足區的醫師人力。也呼應謝委員武吉提到，醫師應該要有不分科及全科的能力，也就是內、外、婦、兒科對於他在偏遠地區都能夠成立。如果有些地方真的沒辦法達到規模經濟，甚至每家院所的急診一年補助 1,000 多萬，說不定還是沒辦法維持營運。因此，建議對偏遠地區診所給予最低下限補助並保障點值，讓它維持基本門診一個禮拜至少 5 天，至少 3 次夜診，每次門診最少 2 小時以上，每家偏遠地區診所補助費用不多，卻可以直接服務當地的居民。有時因為偏遠地區人口太少且地方太小，很難達到規模經濟，因此適當的補助能讓有意願服務偏遠地區的醫師維持一個小小的診所，比較容易。

江委員東亮

大家的出發點都對，都是基於怎麼讓偏遠地區民眾能夠看得到醫師，但目前制度下的規劃，一部分是要我們做了以後才知道要改進哪些地方，一部分是因為目前部門區分為基層、醫院，所以現在屬醫院服務部分，就沒考慮基層醫療。建議未來在研提部門草案時，雙方可以事先商量整合，而付費者也比較能夠對完整的計畫給予支持。我覺得大家想法都很好，但希望特別是醫師公會全聯會，應該對兩邊有這樣的能力。因為時間關係，本案今天就進行到此，接著進行下一個報告事項。

肆、報告事項第五案(臨時報告案第一案)「行政院衛生署說明『行政院核定之 102 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案』」、報告事項第六案(臨時報告案第二案)「102 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案」與會人員發言實錄

林執行秘書宜靜

請委員翻到今天補充資料第 4-1 頁，請衛生署健保小組報告行政院核定 102 年度健保總額範圍及相關內容，請梁組長淑政報告。

梁組長淑政報告(略)

江主任委員東亮

這是很重大的報告事項，有關行政院核定 102 年度總額範圍的內容，如何執行落實，可等協商時再討論，請先就報告內容不清楚的部分，提出詢問意見。

何委員語

- 一、行政院已經核定 102 年總額範圍，不知道此建議還有沒有效。我們認為國家明年總預算可能都無法正成長，也許會做平衡預算，甚至可能負成長，而且國家前景在未來 10 年內都不是很樂觀，所以，行政院不能說低推估就硬要 2.994%，低推估都可以從 0% 開始。
- 二、投保人口成長率 0.443%，可給予，但醫療服務成本指數變動率 1.011%，我一直很不以為然，醫療界也要有加強醫院管理，提升醫療效率，有效地經營醫院的概念，要科技化、資訊化，管理合理化、人性化，能不能賺錢是靠自己經營，企業界經營不好就倒閉掉，政府也不會補助，所以，我認為醫療服務成本指數改變率不是很明確、也不是很正當、不是務實的變動率，是不應該的。還有，人口結構對醫療費用的影響，到底是不是真會達到那麼高？都應該要有很明確、務實的計算方向。

江主任委員東亮

有關這部分的計算方式及內容，可否經由醫界內部管理的力量去改變，請衛生署健保小組梁組長淑政說明。

梁組長淑政

- 一、謝謝何委員語的指導。有關人口結構對醫療費用的影響率，請參考簡報附件的參考資料，在第 16 張投影片，是由固定的公式計算而得，依 99 年各年齡性別分層的申報點數為基礎，來看 100 年及 99 年不同年齡性別人口百分比的變動對醫療費用的影響，所以，這是固定公式所計算的結果。
- 二、有關醫療服務成本指數的計算，請看到第 18 張投影片，其中各總額部門的成本，包括人事、醫療器材、藥品、基本營業等費用的結構都不一樣，按照醫院、西醫基層、牙醫診所、中醫診所不同的成本結構權重，也就是所占百分比，例如醫院部門的人事費用占 45.81%，指數部分則採主計處公布的相關指數，將指數的變動乘上權重占率，即可計算各總額部門的醫療服務成本指數改變率，再從各總額部門占整體總費用的百分比，計算整體醫療服務成本指數改變率。以上簡單說明。

謝委員天仁

之前對此也表達過很多意見，第 4-9 頁的相關數據，有 99 年每人年申報點數，但沒看到 100 年，我們如何比較人口結構在申報點數上的差異性，過去也曾經請健保局計算，結果發現增加醫療費用最多的是 50~60 歲年齡層，老用這套公式計算，都沒校正，合不合理？應該要用實際值，一年一年去看各年齡結構所增加的費用點數，推估下年度可能增加的合理金額，但這些資料都未呈現。總認為你們講的只是一個趨勢，沒有實際的驗證資料，難怪剛何委員語要說，我們各行各業，百業都停滯，只有醫療產業可以一直往前衝，合理嗎？全世界各個產業都受到很大衝擊，包括律師業，為何獨獨醫療產業可以一直成長，

沒有不景氣的問題！所以，相關數據都應該拿出來，至少要能夠說服大家，100 年每人每年的申報點數，在各年齡層到底多少？應該要提供才對。

梁組長淑政

這個公式主要在計算人口結構對費用的影響，當時 2 月開始計算時，100 年的資料還不完整，無法採計，所以才採用 99 年每人年申報點數。如果謝委員天仁想要瞭解這部分資料，可再提供參考。但這個公式計算的是 100 年與 99 年的人口結構變化情形，例如女性是否變多、老年人口是否增加等對醫療費用的影響，所以會選擇一個固定基期的費用作為計算基礎，這樣才能純粹反映人口結構改變所造成的影響，以上補充說明。

陳委員宗獻

謝委員天仁剛講到我心坎裡，其實我們看第 5-8 頁的表會更清楚。如果將 98、99、100 年逐年的性別年齡層費用都列出，應會發現各年齡層費用其實並不一樣，而一再建議的「權重計算」，這部分未納入，我知道謝委員的意思是說權重沒有列入計算。由此資料可看出，50~79 歲費用增漲的速度愈來愈快，有加速度的狀況，如何將之呈現，會比較清楚地知道醫療費用實際的變動趨勢。今年採 99 年計算，去年採 98 年，明年會採 100 年，謝委員的意思是 100 年這中間的變動還可以再加以考慮，如果能納入考慮，就可看出很多真正醫療費用發生的原因，包括年齡、人口變動。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

呼應陳委員宗獻，請再參看第 5-9 及 5-10 頁，其實人口結構的改變非常重要，剛剛謝委員天仁提到 50~60 歲，5-9 頁是醫院的人口結構，以女性為例，其中 50~54 歲是 16,355 元，但該年齡層西醫基層只有 5,472 元，60~64 歲在醫院的人口結構是 30,597 元，在西醫基層則是 9,024 元。所以，西醫基層在人口結構方面的費

用省了很多。

郭秘書長正全(翁委員文能代理人)

- 一、有不同的想法，事實上是很好的溝通機會，記得在兩、三年前，謝委員天仁也對非協商因素提出不同的看法。基本上，醫界對非協商因素是否要做改變，坦白講，並沒有意見，這個演變當初也是一個學者用公式運算出來，而我們的基期也由這樣基礎延伸下來。剛何委員語提到這個問題，坦白講，我們醫界也在思考，明年國家整體的經濟成長率搞不好連2%都不到，為何醫界可以成長6%，這點其實有些無奈，在經濟不景氣時，各行各業可以做好勒緊褲帶的打算，但醫療與大家的期待不同，經濟不好，民眾並沒有辦法控制自己不生病，醫療費用涉及全體民眾的健康利益，沒辦法減少，所以可能與民眾期待有落差，醫界很清楚。剛才何委員語提到「提昇醫療效率、不要太浪費」，我想彼此都有共識，委員都很清楚，我們採「量出為入」，之前給民眾期待、承諾非常多，一下子告訴民眾景氣差、用差一點、多付一點，可能就與消費者期待有出入。
- 二、今年經建會了解醫界困難，醫院部門點值0.91~0.93，應該嗎？與其他部門總額有很大落差，坦白說，醫院也希望逐年拉近，體認國家經濟成長不高、社會能否付這麼多錢，所以成長6%，可能幾個委員不認同，但醫界有此期待，雖然費協會有不成文規定，各部門總額不超過經建會核定成長率上限，但93年醫院總額曾超過行政院核定的4%每人醫療費用成長率上限，希望醫院用醫院總額的盈餘來挹注其他部門總額的虧損，假設醫院部門點值0.98~0.99，醫院也許還可以維持基本的營運，事實上現在點值非常低，包括洗腎，點值0.85、0.83，經營很困難，也許以前還有些微的利潤，現在都已經侵蝕到無法平衡，不過今天不談洗腎，希望下次檢討時，可以稍微拉近彼此意見。

江主任委員東亮

請謝委員天仁。

謝委員天仁

邏輯推論不見得經過驗證，例如：2008 年金融風暴，醫療需求有否急遽增加？我覺得看數據比較準，不能推論景氣壞、瘋人多，未必，某個程度會壓抑支出、醫療需求。費協會平台講合理機制，以實際使用做為考慮依據，假使看不清楚，不能怪我們，因為提供的數據不足，驗證合理再納入考慮較合理。

江主任委員東亮

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、梁組長淑政報告的第 11 張投影片，102 年健保總額協商之政策方向「二(三)因為法令政策改變，醫療院所營運成本隨之增加，必須適當予以反映」，寫有 3 個小項，但沒寫到行政人員，難道醫院不用行政人員？不需要有管理、掛號、病歷、掃地的人？另外，醫院警衛也不是公家出錢聘請，建議也應考慮納入行政人員的給付考量。
- 二、同張投影片「四、全面加強衛生教育及健康知識之宣導事項」，這點我常講，終於寫進去，問題是國健局到底做了什麼？為何他們的業務要由健保局做？應該國健局拿錢出來做才對。我們把事情分得清清楚楚，消費者委員才覺得我們公平、公正，不然，當我們是土匪，只要錢。
- 三、另外，人口老化的成長，對醫院來說影響是很大的，不是像張副秘書長孟源說的，在西醫基層醫療費用就比較低，但是在醫院就比較高，那是因為老人在醫院治療都是比較嚴重的情況，所以說老年人口對醫院影響是很大的；最後再強調一次，像是預防保健類的、民眾衛生教育與宣導、無菸、嚼檳榔防治等計畫，應該是由國健局出錢才對。

江主任委員東亮

錢的部分，待協商時再談，現在只說明。

謝委員武吉

我也是補充說明，屬於國健局的事情，應該由國健局出錢、辦理，否則我們什麼都幫他們做，他們就太閒了

江主任委員東亮

各位委員，請一邊用餐，今日會議時間較長。請何委員語。

何委員語

- 一、主席、各位委員，第一點，公式可以改變，昨天勞委會跟勞資雙方協商，本來有公式，後來只以去年物價成長 1.42%，做為調整基準，若公式納入很多數字計算，昨天可能吵翻天。
- 二、第二點，總額是複數成長，今年增加 500 億，明年再複數成長，一直滾下去，健保費用將拖垮整體國家財務。
- 三、第三點，醫院有收掛號費及自負額，若連這些費用都不用付，健保局才應該支付行政人員費用，統計醫院全年收多少掛號費、自負額，才有可比較的數據。
- 四、同意投保人口預估成長率，例如昨天勞委會協商，我同意去年基本工資、物價指數成長率 1.42%，至於服務成本指數改變率，應重新檢討，學者設計公式時，可能掛一漏萬或考量不周，公式不是永遠不變，有缺失就重新更改，不是每年都複數成長，要把每年成長部分拿掉，從基期開始，才合理，否則 101 年成長 4.314%，102 年再成長 6%，一直滾下去費用會愈來愈高，需重新考量。
- 五、浪費、無效率、其他不當支出，能省儘量省，若醫療費用成長上限 6%，但今年經濟成長很困難，出口負數(-5.7%或-5.8%以上)，連續 6 個月黑字，都會形成很嚴重的社會成本問題。

蔡委員登順

主委，我看何委員語很認真講，但沒什麼人聽，建議休息半小時吃飯再開會，以免消化不良掛急診，造成困擾。

江主任委員東亮

大家同意嗎？(未有委員反對)好，休息到 12 點 10 分。

蔡委員登順

還有，謝委員天仁發現今天報告後(報告事項第七案)，是否總額協商時就不用再報告，直接進入協商 102 年成長率就好？

江主任委員東亮

今天由總額部門說明，委員對報告內容不清楚部分可提問，還會到協商場協商。

蔡委員登順

了解。

謝委員天仁

以前把報告時間算入協商，現在將報告往前挪，協商時有扣掉報告時間嗎？沒有嘛，像蔡委員登順講的，到時沒事做怎麼辦。

林執行秘書宜靜

向委員補充說明，以前衛生署將行政院核定大總額範圍交議費協會後，本會請健保小組於協商會議前到會說明大總額核定內容。然後，協商前會舉行座談會或於委員會議中安排各部門及健保局報告協商規劃草案，協商會議當天簡報 10 分鐘，說明方案內容，現在協商節奏較明快，協商前即完成各部門規劃草案說明，希望協商會議時，委員已清楚各部門所提的內容，可直接進行成長率討論。

謝委員天仁

剛提到之前把報告時間算入協商時間，現已提前報告，時間應扣除。

林執行秘書宜靜

協商時間在 6 月已討論，其實以前協商時間都不夠用，所以希望能依表定時間進行。

(休息至 12 點 10 分)

江主任委員東亮

請問可繼續開始進行報告案嗎？(委員點頭)

林執行秘書宜靜

請委員參看議程補充資料 5-1 頁臨時報告事項第二案，先向委員說明各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率：

- 一、本會於 6 月 8 日第 183 次委員會議決議，102 年各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率，採衛生署報奉行政院核定之數值與計算公式。
- 二、補充資料 5-3~5-7 頁為衛生署交議的公文，請參閱。
- 三、102 年度總額成長率範圍，低推估為 2.994%、高推估為 6.0%，預估醫療費用，低推估為 5,455 億元，高推估為 5,614 億元，高低推估之間可協商額度為 159 億元。
- 四、各部門醫療服務成本及人口因素成長率：醫院部門 3.416%、西醫基層 2.387%、牙醫門診 0.662%、中醫門診 2.746%。
- 五、補充資料 5-2 頁說明五，衛生署指示之 102 年度總額協商政策方向，內容請參看 5-6~5-7 頁附件，請健保局及各總額部門研擬協商因素時納入考量，以上說明。

江主任委員東亮

以上報告供各位委員參考。請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、每年總額協商大家都很辛苦，醫界希望高成長率是常態，不過，對於醫療服務成本指數改變率，醫界應負社會責任，該講真話就講真話，包括支付項目改變，為何中醫成長率高，

因為藥材漲價，已實質反映成本，西醫也一樣，到時不能說藥漲價卻未反映成本，如同剛才謝委員武吉所提行政費用沒給錢，那麼掛號費是做什麼用途？其實本來規定已很清楚，這部分請不要再提出爭議，建議協商時講出真正需反映的成本，大家來談；至於已反映部分，錢已經支付，而且每年滾入基期，例如醫院部門成長 3.416%，已 100 多億元，再滾入基期，費用成長更大。

二、最近一些媒體、記者大肆報導「血汗醫院」、「血汗護士」，似乎醫療資源缺口很大，其實是有心人操作。在費協會多年，覺得總額只要好好運用就不會有缺口，希望總額協商時付出良知，將不足的需求提出，相忍為醫療，提升醫療品質，讓全民享受經濟成長的果實。

江主任委員東亮

蔡委員登順的建議語重心長。的確，有就有、沒有就沒有，讓資料說話，沒資料希望下次提出。協商要素之一，考量自己的立場與對方的關係，協商雙方有不同立場，可成為夥伴或敵對關係，相信醫療體系與健保制度及費協會是夥伴關係。請問委員有無其他意見？若沒有，則進行下一案。建議先討論臨時提案，若有些委員會早走，可先參與討論。

伍、臨時提案「本(101)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

江主任委員東亮

針對各部門評核會議之評核結果有給予獎勵成長率，請林執行秘書宜靜說明。

林執行秘書宜靜

請委員翻到議程補附資料 7-1 頁，7 月份舉行之各部門總額評核會議，結果區分為五等級：特優、優、良、可、劣，依 4 月份委員會議決議，評核「良」級以上者，酌予協商因素之品質保證保留款成長率。請參看 7-2 頁歷年評核結果所給予之成長率，再請委員決定 102 年品質保證保留款，依評核等級要分別給予多少成長率。

江主任委員東亮

今年各部門總額評核結果為何？

林執行秘書宜靜

牙醫部門優級、西醫基層及醫院部門良級、中醫部門可級。

江主任委員東亮

過去給予成長率，會因行政院核定大總額上限而不同。

林執行秘書宜靜

請參看議程補充資料 7-2 頁，97、98 年大總額核定成長上限 5%，經委員會決議，特優、優、良級分別予 0.5%、0.3%、0.1% 之獎勵成長率；99、100 年大總額核定成長上限 3.5%、3.6%，委員會決議品質保證保留款獎勵成長率折半，特優、優、良級分別予 0.25%、0.15%、0.05%；101 年大總額核定成長上限 4.7%，委員會決議，特優、優、良級分別予 0.5%、0.3%、0.1% 之成長率，以上是過去歷史資料，供委員參考。

江主任委員東亮

請問付費者委員有無意見？請謝委員天仁。

謝委員天仁

大家已講好，我想還是照原遊戲規則，無特別意見，主要鼓勵各部門做得更好，得到更多獎勵。

江主任委員東亮

請蔡委員登順。

蔡委員登順

各部門經評核委員嚴謹地評分，結果予以尊重。評核結果優、良、可級都曾給予獎勵款，以鼓勵提升醫療品質，跟成長率不一樣，希望錢花在刀口上，期待未來各部門朝「優」級，甚至「特優」級前進，讓民眾得到最好的醫療照護。

江主任委員東亮

請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

牙醫部門 90~101 年都特優或優級，中醫部門比較差，可或良級，可級有獎勵嗎？劣級有扣錢嗎？

江主任委員東亮

今年評核會特別安排何委員語加入，他很認真，2 天時間都參與，請何委員語表示看法。

何委員語

一、其他評核委員都是專家、教授，我第一次參與。依民眾滿意度、專案績效等項目評核，各部門報告各項專案之服務成果、預算執行率等，再由評核委員提出意見，開會討論評定等級。

二、牙醫部門 100 年牙周病統合照護計畫執行率雖 58.6%，但依 101 年第 1 季執行率(25.3%)看來，明年考核 101 年度之執行率將達 100%；中醫部門 2 項專案、滿意度及執行率皆較前 1

年差，所以考量後給予「可」級；西醫基層及醫院部門與往年狀況差不多，沒有特殊呈現，大致情形是這樣。

三、因為依評核結果酌予獎勵成長率，我要報告中醫部分，後來也想為何中醫的評核報告會較差，就去訪問中醫教學醫院的教授，訪問後我得到以下四點結論：

(一)中醫沒有分級制度，未有住院設施，故無法做出醫療評估結果。因此教學醫院之中醫門診與中醫診所看診費用都一樣，在西醫有分層級，而中醫都相同，區域或教學醫院的中醫師，因無法增加收入，所以沒有時間做專案研究報告，此專案計畫是讓教學、區域醫院的中醫師照顧及研究複雜病患，才能累積醫療的成果。

(二)總額成長的額度，其他三部門總額年成長很高，但中醫總額部門並沒有，所以中醫總額在健保開辦初期與目前的占率相較於其他部門，不成比例，也影響中醫整體的發展。

(三)專案給付對於教學研究有幫助，因為中醫用較長的時間做診斷、研判。

(四)我現在報告的，可能華陀會哭泣，中醫 5,000 年來，不懂得做臨床對照比較研究，所以向來很難投入於此，費用需要 10 幾倍才有辦法。

四、提供中醫師公會下列建議：1.中醫師要團結；2.要有社會公益付出的精神；3.邀請中醫學生，於寒、暑期時，對於專案的醫療對象進行成果分析及報告；4.醫師看診的過程，要有追蹤病患的成果表。

五、這次評核投入相當多的時間，我連中醫師公會的理事長都沒見過，是自己特別去請教教學醫院的中醫系教授，為何中醫在過程中無法展現成果，最後發現中醫部門的論述能力較差，比牙醫差很多，比西醫更差，所以建議中醫部門加強論述能力，這點很重要。

江主任委員東亮

謝謝何委員語參與。

陳委員錦煌

本來不想說，但沒說忍不住。99 年牙醫牙周病統合照護計畫，經費 3.843 億，結果執行率才 6,000 多萬，那年也「特優」，很奇怪。

何委員語

牙醫部門其他成果都做得不錯，重度、中度、輕度身心障礙服務也做得很好。

陳委員錦煌

99 年度「特優」，牙周病統合照護計畫經費 3.843 億元，結果才執行 6,000 多萬，100 年剩 1.59 億元，也是「特優」，對吧？我都有注意！今年聽完牙醫報告，我就回家了，今年第一季執行 25%，101 年一定要提出牙周病統合照護計畫的執行率。協商時原有些付費者委員反對此專案計畫，是我強力支持讓他們做，當時是為照顧一般民眾，可在診所看牙周病，不用到醫院。我最氣這件事，99 年「特優」、100 年「特優」、101 年「優」，現在進步了反而是「優」級，很奇怪。要是沒有說一下，他們怎麼會認真，回去才會開會檢討，不要只有植牙好賺錢才做，牙周病也要做。

江主任委員東亮

我們這次有提出執行率較不好的部分，相信對牙醫會有所激勵。

陳委員錦煌

雖然牙醫師公會很辛苦，但牙周病專案計畫執行率的問題也要反應，其他好的部分我也會稱讚。

江主任委員東亮

現在是討論 102 年，不好意思講 99 年的評核結果。

陳委員錦煌

你不好意思講，我幫你講有什麼關係。

施特別顧問純全(孫委員茂峰代理人)

何委員語的鼓勵與期許，我們會檢討改進。但是在這邊要提出，依照往例，去年中醫部門並沒有委辦，今年的結果應該是「未委辦，不予評分」，不應該是「可」級，可否修正？

林執行秘書宜靜

補充說明，評核作業在今年 4 月份委員會議討論時，已針對未委託的部門決議給予評分與獎勵。

謝委員武吉

議程資料第 7 頁的中醫評核結果為「可」，但議程補充資料 7-2 頁中醫部門 101 年卻為「良」，到底哪邊才對？

林執行秘書宜靜

議程補充資料 7-2 頁的年度為總額年度。如今年為 101 年，評核結果為 102 年總額時用的，所以今年評核結果會列在 102 年。

江主任委員東亮

請謝委員天仁。

謝委員天仁

我覺得擔任評核委員吃力不討好，參與評核的委員在專業上值得我們尊敬，你叫我去，我還不敢，我認為專業度還不夠。人家辛苦做出來的東西，是比較性質，站在費協會的立場，應該要肯定人家的奉獻，個別的意見也提供他們參考，我們肯定評核委員的奉獻。

陳委員錦煌

謝大律師怎麼講我不管啦，是主席問我有沒有意見，我才會講。不要問我就算了，你沒事問陳委員有意見嗎？我的意見就是這樣。

江主任委員東亮

你的意見也是對的。

陳委員錦煌

現在講，我就不好意思，你不要問我就好了。我知道牙周病專案計畫的執行率都沒達到，以前都特優，現在執行率改善反而只有優，很奇怪。

江主任委員東亮

考慮的不是只有牙周病照護專案，要看全體。

陳委員錦煌

不然今年也給牙醫部門「特優」，前幾年執行率這麼差都「特優」。

江主任委員東亮

我沒辦法，主席沒有打分數的權利，評核委員才可以打分數。

陳委員錦煌

以後不要問我有沒有意見。

江主任委員東亮

- 一、之前有委員跟我說過，委員尊重主席，我說，主席應尊重委員，所以每位委員我都會詢問意見。
- 二、評核兩天非常累，相信何委員語已經有感受到。雖然我不是評核委員，不用打分數，但我需要知道發生什麼事情，所以也全程參加，真的應該感謝評核委員的辛苦。黃委員偉堯及許委員怡欣也在其中，今年多了付費者代表，我覺得很重要的是，讓大家瞭解彼此在做什麼事情。
- 三、每個委員講話都很真心，陳委員錦煌講話雖然大喇喇，但也很真心，看到不好的地方會講出來，好的地方也講，兩位謝委員也都是。希望大家把問題提出，但不是用問題來打擊對方，而是看未來如何改善，這是我們需要的。希望各部門能多提供資料，剛剛也跟牙醫、中醫部門說明，如果可能，也

可以比照做出表 1、表 2 的數據(議程資料第 10 頁，2000 及 2010 年私立西醫診所醫師平均申報醫療費用點數、次數及診察費點數)，讓大家瞭解他們的努力。

四、如果沒有特別意見，就對「特優」、「優」、「良」級，分別給予 0.5%、0.3%、0.1% 成長率，若無異議就通過。接著進行下一個報告案。

陸、報告事項第七案(原報告事項第四案)「102 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

林執行秘書宜靜

接下來為「102 年度各部門總額協商因素項目或計畫」規劃報告，安排順序：第一為牙醫門診總額，預定時間 15 分鐘，第二為中醫門診總額，預定時間 15 分鐘，第三為西醫基層總額，預定時間 20 分鐘，第四為醫院總額，預定時間 25 分鐘，第五是總額整體規劃，預定時間 35 分鐘。會請幕僚計時，報告前 3 分鐘按鈴一次，表定時間到時按鈴兩次。

劉醫師俊言報告「牙醫門診總額之規劃」(略)

江主任委員東亮

因為今天是報告案，如果委員對報告案有意見，請林執行秘書宜靜說明。

林執行秘書宜靜

今天是第一次請部門報告協商訴求，後續還會安排醫界與付費者座談會，委員對各部門若覺得資料還要加強，或要詢問的部分，麻煩請於 8 月 20 日前書面提供給我們，彙整意見後，會轉請部門準備，或者需要請健保局提供哪些額外的數據，本會也會請健保局幫忙。

蔡委員登順

牙醫這幾年人口結構改變率負成長，大概是老了沒有牙齒，各總額部門都成長這麼多，只有牙醫負成長，記得去年也是，請問健保局在牙齒健康指數部分，有無規定幾歲以後就不用編列牙科預算？依牙醫部門人口結構改變率的指數來看，70 多歲可能就沒牙齒，現在牙醫部門推動保護民眾自然牙，假設推動得很好，延長使用年限，發揮其功能，到 80 歲還有牙齒，但非協商因素成長率為負成長是有點矛盾，若做得很成功，當然是人民健康之福，我們希望他推動得很好。

江主任委員東亮

請幕僚記下來，這是個很有趣的問題，但這是事實。今天若這樣一問一答，時間會來不及。

蔡委員登順

可否請牙醫師公會全聯會探討，下次有機會再答覆。

江主任委員東亮

- 一、下次協商前時，請牙醫部門將此議題提供報告。
- 二、有件很重要的事情，各位手上有「101 年全民健保各部門總額執行成果摘要」，這份資料已經上網，最後有列 100 年專案計畫執行結果彙整表，請委員翻至此頁，並請幕僚協助。

林執行秘書宜靜

請委員翻到第 183 頁。

江主任委員東亮

- 一、這次評核會議，我發現很重要的事情，就是各總額部門提出計畫時，都會寫計畫的名稱、目的，這兩部分應該毫無疑問，但對於計畫要用什麼評估指標，許多計畫都未列出，評估指標有何目標值，部分計畫也沒有提出，到最後要分析實際執行成效時，就產生困難。
- 二、舉例來講，請大家翻到第 185 頁，中醫門診總額部分「腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」訂有目的、評估指標，但未訂有目標值。第 187 頁西醫基層總額或第 190 頁醫院總額部分，也是有訂評估指標，但未訂有目標值，有些甚至連評估指標都沒有。可否以後將這部分考慮進去，讓評核委員評價時，也較能瞭解。更重要的是協商時，大家才知道這是要做什麼，要達到什麼目標，需要多少預算，這是寫計畫的標準程序。

三、目標值、評估指標需要是特定、可測量、可達成的項目，希望可以連貫計畫、執行、考核三部分，讓大家評估時可以較有效率。這部分可否請大家補充，於9月份協商時可以弄得更清楚。不只牙醫部門，各部門總額都一樣。接下來請中醫部門施特別顧問純全報告。

施特別顧問純全報告「中醫門診總額之規劃」(略)

江主任委員東亮

謝謝施特別顧問純全。

陳委員錦煌

說實在的，我看協商時也會報告這些。那今天花這麼多時間，不會感到不好意思嗎？

江主任委員東亮

現在還有兩個總額部門，報告快一點。健保局就留到與付費者委員座談會時再報告。

陳委員錦煌

健保局一定要說明就對了。

江主任委員東亮

請西醫基層總額部門報告。

張副秘書長孟源報告「西醫基層總額之規劃」(略)

江主任委員東亮

謝謝西醫基層總額部門報告，接下來請醫院總額部門報告。

陳顧問瑞瑛報告「醫院總額之規劃」(略)

江主任委員東亮

感謝醫院總額部門的報告。我的感想是大家都很認真，跟往年比起來，規劃也積極合理，但因內容非常豐富，特別感謝付費者代表能堅持到最後，感謝各位。時間拖這麼久不好意思，若有問

題，因為協商時還會提問題，所以第一波請於 8 月 20 日前提出，我們會送交各部門答覆，希望在各部門與付費者座談或健保局與付費者座談時，能夠提供相關資料，讓付費者瞭解，我認為互相瞭解是重要的一步。今天會議到此為止，還有沒有意見？

連委員瑞猛

- 一、今天的會議已經比平時晚 2 個小時，很抱歉在大家已經這麼辛苦的狀況下，還要耽誤大家，請再給我一點時間。目前是實施二代健保前的重要階段，以往台灣所提供的醫療服務是被歌頌，但當中對於維護民眾用藥安全的機制卻非常欠缺。每年所花費的健保費用中，藥品費用平均就占了 25%，用藥量大，但藥品怎麼使用？藥品進入體內後怎麼精確的發揮效果？這些用藥安全問題卻一直被疏忽。
- 二、舉個例子，在中醫部分，每張處方箋平均開立一星期的藥品，中醫師自行調劑的調劑費卻只有 10 點，若由藥事人員調劑的藥事服務費也僅僅只有 20 點，以目前醫師與藥事人員之薪資攤提，對診所來說每筆藥品之調劑均不敷成本。中醫師應專注於疾病之診療，不應將時間用於繁瑣的中藥調劑業務；遑論醫師繁忙無法自行調劑，該診所又未聘請藥事人員，那藥品由誰調劑？這對於整個醫療過程便產生很嚴重的瑕疵。
- 三、在核發藥物的過程中，藥事人員除了要處理藥品、三讀五對，更要為民眾提供正確的諮詢服務。目前基層診所部分調劑只有 30 點，處方箋超過 80 張後更只剩 15 點，這樣的費用要做出專業有其難度。去年健保花費 1,421 億的藥費，相對於此，所支付的藥事服務費是非常少的，期待在這次協商中，可以對藥事服務的專業待遇給予合理的調整。台灣用藥量是美國的 7.7 倍，如何使 2,300 萬民眾的用藥安全是一項很重要的課題，醫療費用是支持醫療行為的重要依據，期待在這次協商中能有更積極的改變，將藥事服務費合理提昇，

讓藥事人員有機會得以充分發揮專業，此方為台灣民眾之幸。

江主任委員東亮

這部分就請各部門考量，因為用藥部分，各醫療院所都有遇到，也請付費者考量。還有其他的嗎？

林執行秘書宜靜

對不起忘記和委員說，今天的會議資料很多，委員若不方便攜回，桌上有信封，可以放在桌面，幕僚會帮大家寄回去。

江主任委員東亮

這些會上網吧？

林執行秘書宜靜

會。

江主任委員東亮

各位委員有無臨時動議？(未有委員表示)沒有，今天會議到此結束，謝謝大家。