

全民健康保險醫療費用協定委員會
第 182 次委員會議事錄

中華民國 101 年 5 月 11 日

全民健康保險醫療費用協定委員會第 182 次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國 101 年 5 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：

王委員德明

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

許委員怡欣

陳委員玉枝

陳委員宗獻

陳委員明豐

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

蔡委員登順

鄭委員聰明

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)

陳特助瑞瑛(11:00 以前代)

陳常務理事彥廷(10:45 以後代)

陳視察桂香(代)

童常務理事瑞龍(代)

肆、請假委員：

何委員語

連委員瑞猛

廖委員本讓

鄭委員淑芳

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

沈組長茂庭

柯副主任委員桂女

林執行秘書宜靜

張組長友珊

陸、主席：江主任委員東亮

紀錄：盛培珠

柒、主席致詞(略)

捌、議程確認

決定：確定。

玖、報告事項

第一案：確認本會上(第 181)次委員會議議事錄。

決定：確定。

第二案：本會上(第 181)次委員會議決議(定)事項辦理情形。

決定：有關「101 年全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」於衛生署核定後，至本會說明核定原則及保障每家醫院最低補助金額之設定理由乙節，繼續追蹤。

第三案：本會重要業務報告。

決定：

請中央健康保險局於 6 至 8 月份委員會議提報下列項目之 100 及 101 年度執行情形及成果：

一、提升住院護理照護品質方案。

二、醫院、西醫基層總額用於提升艱困科別醫師待遇之

支付標準調整。

三、增進偏遠地區醫療服務品質計畫。

四、推動促進醫療體系整合計畫(論人計酬、醫院以病人為中心整合照護試辦計畫)。

第四案：中央健康保險局報告「醫療費用支出情形」。

拾、討論事項

第一案

提案單位：本會第一組

案由：102 年度總額協商架構案，提請 討論。

決議：

一、102 年度總額協商架構，除門診透析部分增補下列文字外，其餘比照 101 年度模式。

合併西醫基層及醫院兩總額部門之年度門診透析服務費用，協商新年度成長率，並依協商當年第 1 季醫院總額及西醫基層總額之門診透析費用點數占率分配計算而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

(修正後之 102 年度總額協商架構如附件)

二、委員對醫療服務成本及人口因素所提相關建議，轉請衛生署參酌辦理。

第二案

提案單位：本會第一組

案由：102 年度總額協商通案性原則案，提請 討論。

決議：

一、各部門「品質保證保留款」之累計原則，修訂如下：

(一)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最

近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

(二)考量各部門對「品質保證保留款」之運用方式各異，同意總額部門於取得內部共識後，可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款，並須提經本委員會議通過。

二、違反全民健康保險醫事服務機構特管辦法之扣款：比照 97 至 101 年方式，列為協商減項，僅減列民眾檢舉及健保局主動查核所發現之違規案件，不減列總額部門/總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件。

三、餘移至下次委員會議續議。

第三案

案由：102 年度總額協商程序案，提請 討論。

主席裁決：移至下次委員會議討論。

第四案

案由：檢送「中醫門診總額傷科標準作業程序及品質提升計畫案」(草案)，提請 討論。

主席裁決：移至下次委員會議討論。

拾壹、臨時動議：無。

拾貳、散會：中午12時35分。

一、總額設定公式

年度部門別^{註1}醫療給付費用總額＝前一年度部門別一般服務醫療給付費用^{註2}×(1＋醫療服務成本及人口因素成長率＋協商因素成長率)＋年度專款項目經費＋門診透析服務費用^{註3}

- 註：1.部門別：牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。
 2.依本會第 114 次委員會議(95.06.09)決議，自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 102 年總額基期須校正 100 年投保人口成長率差值)。
 3.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。
 4.依本會第 104 次委員會議(94.08.12)決議，配合衛生署交議 95 年全民健保總額範圍，總額公式由「每人醫療費用成長率」改為「總醫療費用成長率」。

二、醫療服務成本及人口因素

(一)計算公式

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

(二)各項因素之計算方法

1.人口結構改變率

以衛生署報行政院時可取得之最近完整一年費用及計費人口數資料，如 102 年總額係以 99 年每人醫療費用點數為基礎(100 年資料尚無法完整取得)，計算 100 年對 99 年保險對象人口結構之影響(即以各季季末保險對象人數之年齡性別百分比平均值計算，並以 5 歲為一組)。

2.醫療服務成本指數改變率

(1)成本項目之權數：

102 年度係採行政院主計處 95 年工商及服務業普查所作之「醫療機構專案調查實施計畫」調查結果，取去除「最高及最低 5% 極端值」後之平均數。

(2)各成本項目對應之指數：

102 年度除「醫療材料費用」成本項目之指數，選擇 95 年為基期之查價分類中之「量測、導航及控制設備產

品」、「其他電子及光學製品」以及「醫療器材及用品類」等屬醫療儀器及材料之相關項目，由行政院主計處另外計算外，其餘沿用行政院主計處例行公告之指標項目及數值。

(3)醫療服務成本指數改變率之數值

前述各指標項目，以 95 年為基值(訂為 100)，計算 100 年對 99 年各指數年增率，並將各部門之服務成本指數改變率，按其 100 年醫療給付費用占率值加權計算而得總醫療服務成本指數改變率。

3.投保人口成長率

102 年度採經建會 99 年公布之「2010 年至 2060 年台灣人口推計」之 102 年台閩地區人口變動率之中推計值估算。

註：本項醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法，將依衛生署報奉行政院核定之內涵辦理。目前參照衛生署於 101.4.13「102 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」專家學者會議資料內容暫列。

三、協商因素

(一)保險支付項目之改變

預期新增支付項目改變(如高科技及新藥)對全民健保醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

反映因醫療科技或診療型態之改變，如大眾對醫療科技期許之增加、疾病發生率之改變、以及醫療資源缺乏區醫療供給量之增加等因素造成對保險對象服務利用及密集度之影響(須排除已於醫療服務成本及人口因素反映部分)。

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因對醫療費用之影響。

四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度，本款項須專用，不得流出。

五、門診透析

(一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二)合併西醫基層及醫院兩總額部門之年度門診透析服務費用，協商新年度成長率，並依協商當年第 1 季醫院總額及西醫基層總額之門診透析費用點數占率分配計算而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

(三)計算公式：

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

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

本會第 182 次委員會議
與會人員發言實錄

壹、主席致詞、議程確認及報告事項第一案「確認本會上(第 181)次
委員會議議事錄」與會人員發言實錄

江主任委員東亮

- 一、各位委員大家早。本會應出席委員人數 27 人，現在出席人數已超過 14 人，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

請翻到議程資料的首頁。本次議程報告事項有四案，皆為例行性報告；討論事項也有四案，前三案為 102 年度總額協商架構、通案性原則、協商程序，第四案為孫委員茂峰提案，請委員參看其提案單說明二，衛生署核定事項「(二)專款項目 4.建立中醫門診總額傷科標準作業程序及品質提升計畫：(1)全年經費 120 百萬元；(2)計畫須經費協會同意之後，方可動支該筆預算...」，故孫委員係依衛生署 101 年度總額核定事項，提報「中醫門診總額傷科標準作業程序及品質提升計畫」案。請委員討論是否列入今天的議案。

江主任委員東亮

- 一、根據程序，我覺得應該列入，委員有無其他意見？如無其他意見，今天議程確認。
- 二、今天提案較多，討論事項有四案，對報告事項將儘可能節省時間，希望能在 12 點會議準時結束。

謝委員武吉

會議前，有一份資料給主席，希望能影印給委員，我對地區醫院能買到...

江主任委員東亮

現在是進行議程確認。

謝委員武吉

這也可屬於議程確認。對上次會議健保局提供的藥價差百分比資

料，我覺得有問題，沒辦法接受。

林執行秘書宜靜

等一下會確認上(第 181)次會議議事錄，可否在宣讀後待確認時，再請謝委員武吉提出。

謝委員武吉

好。

江主任委員東亮

議程確認。接下來進行報告事項，請大家翻到會議資料第 1 頁，確認上次會議紀錄，請宣讀。

同仁宣讀(略)

江主任委員東亮

委員對上次的會議紀錄，有無文字修正？

謝委員武吉

雖然我因另外一個會議離開一段時間，但是我也有我的順位代表出席，上次會議中，對上次偉大的健保局，我們現在都要稱呼偉大的健保局，健保局底下附設的衛生署...

江主任委員東亮

請直接講出所欲表達的內容，因今天時間有限。

謝委員武吉

一、可以，問題是健保局這樣唬弄我們，我們也可以講東講西。並不是程序有什麼瑕疵，而是上次委員會議有關藥價調查的報告，健保局提出的資料有明顯違反會議決議的事實。今天我有提供第 179 次會議實錄的節錄，當時我最後還向主席確認可否公布學名，主席說應沒問題，是「應」喔。應要求健保局依決議，重新提供相關詳實的資料，以正視聽，尤其故意不剔除少數聯合採購或體系採購的地區醫院資料，致使地

區醫院藥價差有 28.6%之多，醫學中心卻只有 23.3%，失真的數據會誤導委員。

二、三分之二以上的地區醫院實際採購藥價無法被正視，而少數參與體系採購的地區醫院，表面上購買的價格雖與母體醫院一致，但檯面下仍須回饋母體醫院沉重的代價，這是大家都知道的事情，剔除這些聯合採購體系的地區醫院，才能看出真貌。至於聯合採購體系的資料，本人的代理人在上次委員會議表示願意提供，但健保局表示有疑慮，建議健保局可去函醫策會索取資料，他們聯合體系的資料有將近 20 家，比較有公信力。希望這點應該去做。

三、上次委員會議，健保局提出說明，地區醫院有較高的藥價差，是因大醫院使用較多原廠藥，地區醫院大多採用學名藥，這就是為什麼我要求健保局將個別品項在各層級醫院的最高、最低採購價、中位價，提供委員參考的原因，屆時大家就能看到每個藥品品項，地區醫院的採購價高於醫學中心。現行制度迫使地區醫院及診所只能用外界認為品質較差的學名藥，民眾的眼睛是雪亮的，當然會湧往大醫院，這對地區醫院及診所不公平，對廣大的鄉親民眾也是不公平的對待，我們有理由要求能和醫學中心一樣，有能力提供原廠藥品的處方，讓鄉親民眾就醫成本降低，不用跑到市中心拿較貴的藥，就近即可獲得好的醫療品質，讓醫療在地化及分級醫療政策能落實。這就是現在討論的問題，也應是本會委員關心的重點。

四、地區醫院的會員代表也向社區醫院協會反映，因依健保局提供的資料，地區醫院藥品採購價差有 28.6%，所以建議由健保局替所有地區醫院採購藥品，其差價也一定要有 28.6%。

江主任委員東亮

謝謝委員武吉的說明。今天是第 182 次委員會議，謝委員提的是第 179 次委員會議實錄，而且之後又經過第 180、181 次委員會

議討論，剛所提出的藥價差百分比，是第 181 次會議的資料。可否請林執行秘書宜靜先宣讀第 179 及 180 次會議決議。

林執行秘書宜靜

- 一、本案第一次討論是在 2 月份第 179 次委員會議，其決議為：請健保局就藥價調查資料，應限制公開或不予提供之範圍，先予釐清後，於下次委員會議提報。
- 二、第 180 次委員會議繼續討論該案，決定為：請健保局提供醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所藥價調整後之藥價差百分比資料。另請參考下列原則：1.本會並未要求公開藥價調查詳細資料，至於個別委員想瞭解部分，請在法規面可允許範圍內儘量協助。2.藥價調查作業程序儘可能公開透明。
- 三、第 181 次委員會議，健保局有提供層級別藥價差百分比資料，並在會上向委員說明。

江主任委員東亮

這個問題牽涉到委員會資料處理原則，第一為個別委員資料的需求，第二為整個委員會對資料的需求，對這兩部分的做法，請林執行秘書宜靜說明。

林執行秘書宜靜

我們會向健保局或相關單位索取資料，有兩種情形，第一為依委員會議決議，或幕僚在製案提會討論時所需，會以費協會的名義請健保局提供；第二為個別委員需求，去年我們有製作委員索取總額協商相關資料需求單，已有多位委員利用此管道提出資料需求，此會由本會幕僚提供，或請相關單位就法規允許範圍內盡量予以協助。以上為本會對外索取資料的兩種情境。

謝委員武吉

我所提的案，在半年前即已提出，我都在忍耐，主席也都有決議，最後卻是這樣的結論，無法接受。在第 179 次委員會議，偉大的

沈組長茂庭說商品名不能公布，公布會洩漏機密，我說沒關係，公布學名也可，主席當時也說，應沒問題，但是主席說的，健保局沒在聽，請等我說完。剛剛執秘說的好像很有道理，但我不是為個人，是為全國老百姓的福祉，以病人為中心在處理這件事，竟然忽視百姓的生命財產安全，難道健保局這麼糊塗嗎？應該不會吧！所以我要求一定要公布所有學名藥，包括最高價、中位價、最低價等資料，是整體會員的需要，不是我個人，搞清楚一點。

江主任委員東亮

請謝委員武吉情緒不要太激動。

謝委員武吉

已忍7個月了，能不激動嗎？若不激動，會變成瘋子，你知道嗎？

江主任委員東亮

- 一、如果是委員會議的決議，代表整體委員同意向健保局索取資料；個別委員如提出其他要求，我覺得也是合理。有部分委員有其他管道，有部分委員則透過本會向健保局索取，但其與委員會大家同意的，應有所區別。
- 二、謝委員剛講的是第179次會議實錄的內容，第179次委員會議決議講得很清楚，是請健保局就藥價調查資料應限制公開或不予提供之範圍，先予釐清後，提報下次委員會議，所以能提供或不能提供什麼資料，是在第180次委員會議，經委員討論，同意請健保局提供醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所藥價調整後之藥價差百分比資料。另請健保局參考下列原則：1.本會並未要求公開藥價調查詳細資料，至於個別委員想瞭解部分，請在法規面可允許範圍內儘量協助。2.藥價調查作業程序儘可能公開透明。第2點內容和今天討論的較沒關係，第1點則有關係，就是把資料區分成兩部分，一為經委員會同意需要的，另一為個別委員的需要。
- 三、根據第180次委員會議決議，本會請健保局提供醫學中心、

區域醫院、地區醫院及基層診所藥價調整後之藥價差百分比資料，健保局依此在第 181 次委員會議提出資料，但謝委員認為資料失真，能否說明清楚，這很重要，已涉及需要討論的程度。

謝委員武吉

上次陳特助瑞瑛也曾提過，脈優，有醫學中心買台灣廠的成本才 4 角，但健保價仍是 6~7 元，這不應公開嗎？很明顯健保局有圖利醫院的行為，所以才會要求，在第 179 次會議，特別向主席確認能否公布學名，主席說可以，但健保局不敢拿出來，一定有他的道理，但他的道理，我們無法接受，主要是我無法接受，戴局長也說過會整理資料給我看，從戴局長講了至今，有那件資料是提供給我個人看？沒有，我也不要，要給全體委員看，才符合公平正義。

江主任委員東亮

若是全體委員共同決議要這些資料，我沒意見。你認為醫學中心的平均價差 23.3%、區域醫院 24.5%、地區醫院 28.6%，這些數字不是真的？

謝委員武吉

對，確定絕對不是真的，還包含癌症用藥、罕病用藥，我不是傻蛋。

江主任委員東亮

請健保局再次說明，上個會議雖曾說明，但這牽涉有無作假，做假這件事對公務人員很嚴重，屬偽造文書，必須釐清。

沈組長茂庭

一、說做假或圖利，太沉重。資料從廠商調查獲得，統計過程都是依據原始收集的資料，不會做假。計算出的數據，包括所有用藥，如癌症、罕病等。我剛剛也說過，藥價差百分比大，

不代表價差的絕對數值也大，例如，健保支付 2 元的藥，購買價僅 1 元，價差 100%，但健保支付 10 元的藥，購買價僅 8 元，價差雖為 20%，但其差價絕對值有 2 元，比前者的 1 元還多。故地區醫院價差 28.6%，是比率，並不代表絕對值也較大。

二、醫學中心價差較低，上次有委員提到，謝委員也知道，是因包含罕病、癌症標靶用藥等，且專利期藥品價差較低，醫學中心用量大，故整體平均起來會呈現這樣的狀況。這是實際的數值，並沒有造假或圖利的行為。

謝委員武吉

這是隱藏性的欺騙，我要的東西，講得很清楚是成分別，你把所有藥品全部放在一起計算，這不對，不然就公布成分別即可，才有公平正義，這樣哪有公平正義呢？

沈組長茂庭

依據會議紀錄，是層級別的藥價差。

謝委員武吉

我有問過朱益宏，他說他沒有同意。

沈組長茂庭

我們是依據會議決議來報告的。

謝委員武吉

相信主席不會傻到讓你們這樣報告就通過了。

江主任委員東亮

一、謝委員武吉有件事很重要，我必須確定會議決議是大家的共識，從我上任第一次主持委員會議就講過，主任委員的兩個任務，第一，確保會議順利進行，能及時結束；第二，確保大家遵守遊戲規則。因本會屬委員會性質，主席並無裁決的權力，基本上仍要依委員會決議辦理。

- 二、關於藥價差的部分，看起來地區醫院平均藥價差比醫學中心大，其為總體的數值，不可能僅拿一項藥品來比較，要看整體，地區醫院藥價差較大，我想應是實際的資料，至於實際資料有無須檢討處，上次會議已討論過，你的代理人謝董事長文輝跟你說的一模一樣，他說是否能夠把聯合採購和體系醫院剔除，我說若你們能提供名單，我可以送給健保局跑跑看，最後考量其恐涉及個人資料保護問題須處理。
- 三、剛你說可向醫策會索取名單，其是否為實際的資料我不清楚，但你是社區醫院協會的理事長，若能徵求會員醫院同意，我可以將同意提供的名單送給健保局，請他們分兩組去跑，但要注意，如果他們與醫學中心或區域醫院有聯合採購，目前醫學中心與區域醫院的價差比地區醫院小，我不知道聯合採購的醫院是否有受益？我也很好奇。但要了解不是單一藥品的比較，因每個藥品價差有高有低，你選的藥品可能高，他選的可能低，總的藥價差來看，地區醫院比較高。上次會議付費者代表對這問題並未要求要進一步討論，他們認為目前制度下，是自由採購的結果。
- 四、剛提到很重要的事，你4月30日行文本會的公文也提到，有些地區醫院採購價大於健保支付價，使地區醫院遭受不公平的對待，嚴重侮辱地區醫院。我認為這是很重要的事情，健保局應該釐清，為什麼會有地區醫院的採購價大於健保支付價的事情發生？理論上採購價不能大於健保價，謝委員能否對此部分加以說明，之後再請健保局解釋。

謝委員武吉

非常感謝，你剛一直說健保局提供的資料，地區醫院藥價差比醫學中心、區域醫院高，這不是事實，是健保局做出來，而讓委員受欺騙的行為！舉例來說，輝瑞藥廠的脈優，很多委員都有吃，我也有吃，地區醫院採購價是10~11元，但診所可能買到12元，何以第7次藥價調查可直接調降至8.8元？理由要說出來。還有一

種高血壓藥品 Tenormin(天諾敏)...。

江主任委員東亮

先舉一個例子就可以。

謝委員武吉

那就這樣，請說明為何可以降到這個數字？

江主任委員東亮

不是要說明為何降到 8.8 元，問題是你說地區醫院買得比這個貴，那是健保局失責，請健保局將你們的責任講清楚。

沈組長茂庭

藥品降價以後，我們會問是不是有些院所買藥有困難，有困難的醫院就會把名單給我們。

謝委員武吉

這不是買藥困難的問題，我已經把事實講出來，現在還講困難，為什麼我們買的價格比你們降下來的價格還高？要告訴我們原因！

沈組長茂庭

不只這個藥，還有一些其他藥品，我們都會洽各藥廠，找他們來談，藥廠也都同意一定可以用健保價來賣，所以醫院採購不會有問題。

江主任委員東亮

這樣好了，藥價調整之後，有沒有任何的地區醫院或診所向健保局反映，因為健保局有一個單一聯絡窗口，對不對？

沈組長茂庭

我們透過分局...。

江主任委員東亮

有單一聯絡窗口，對不對？如果院所採購的價格比較高時，可以

登記，對嗎？

沈組長茂庭

健保局總局有設一個窗口，院所可以打電話進來說那個藥買不到，買價較高，另外總局也會請分局探詢各醫院有那些藥品買不到，我們就會找這些藥廠來協商。

江主任委員東亮

現在要問的是，從降價後到現在，有沒有醫院、診所向健保局反映？

沈組長茂庭

有。

江主任委員東亮

多少？

沈組長茂庭

需統計一下，分局有蒐集名單。

江主任委員東亮

這些有反映的部分，有沒有解決？

沈組長茂庭

已找藥廠來談，他們都願意用健保價來賣。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

一、其實很多東西的 wholesale price (批發價格)跟 consumer price(消費價格)一定會有差異。剛剛謝委員武吉講得對，因為原來輝瑞的脈優，我們診所買可能要 12 元多，但健保局將藥價調降後，藥廠真的就降價，所以目前健保價 8 元多。健保局的議價能力很強，因為高血壓病患脈優用得很多，一年脈優費用約 20 億到 30 億，若從 12 塊調降為 8 塊多，將可以替國家節省巨大的醫藥費用。但我們必須說原廠差不多就是給

那個價錢，我們最關心的是只要買得到藥，所以希望所有藥品，只要對病人藥效良好，都能讓我們買得到。

- 二、上次委員會建議健保局籌組轉診實施方案專案小組，其已召開會議討論好幾次，頗為成功，而謝委員武吉這次的建議其實很重要，但因為這些很細節技術的問題，要不要也成立類似的討論會議，否則大會僅僅是確認會議紀錄的程序問題就開不完。

謝委員天仁

- 一、主席、各位委員，我較晚來，聽了以後，覺得在議事程序上可否嚴明些，會議(議事錄)確認歸確認，如果認為上次表達的內容與會議記載相符，只是對提供的數字實質是否正確有意見，可否另外提案或於會議(議事錄)確認後，再提附帶意見說明希望如何做，不要都混在一起，這樣程序永遠搞不清楚。原以為我來時，會議(議事錄)已完成確認，沒想到還在進行，這部分可否稍做調整。沒有反對謝委員武吉表示意見，只是程序應先告一段落，進入下個議程時，如果有人反應該部分的内容有問題，再提出來。
- 二、我覺得這個議題不要在本會討論，謝委員武吉也是監理會委員，為什麼不到監理會提案？這是很嚴重的事，健保局對外的宣示，若與實際運作不一致，應將藥廠名單、藥名寫出來，全部丟給健保局，假如沒有解決，譬如說收了錢沒吐回來還你，就再進一步追究相關責任，我覺得這很容易解決。你提的問題想要在本會解決，但問題是沒辦法做成任何決議，就只能追蹤，為何不反其道而行，做比較有實質意義的事，寫清楚哪個藥廠，譬如說輝瑞或何藥名，支付標準多少？買了多少？1月、2月...等買多少量？請健保局協調廠商把錢退還，並要求廠商不准再有這種情形，如果還有的話，再看怎麼處理，這樣才有積極效果，否則檢討10次也一樣，只在那邊兜。

謝委員武吉

兜是健保局在兜，不是我們委員會在兜。

謝委員天仁

你行文，他不回復、處理，提到委員會來，就有書面紀錄，我們才知道問題出在哪裡？才能進一步解決。

謝委員武吉

健保局現在就是還在兜，公文都給了，也還是兜。我現在就是要健保局告訴我們，有人買 12 塊多、我們買 10~11 塊，為什麼可以降到 8.8 塊？絕對有差距，這就是藥價差的問題，藥價差就等於藥價黑洞，我現在是替老百姓顧這些錢，並不是為我個人的私自利益，所以健保局要坦白講，到底哪個層級可以買到比 8.8 塊還低？只說脈優就好。

江主任委員東亮

謝委員天仁講的對，我們現在是在確認識事錄，所以先進行確認，如果謝委員武吉提的是個議題，請依照提議部分另外提出。你剛所提問題，與為何會產生這個數字，是兩個議題，數字對不對，已在上次委員會議討論過，是所有藥品的整合，不是個別藥品，如果有個別藥品的議題，我覺得謝委員天仁的建議可以參考，為什麼不去要求損失賠償？實際的法律行動，馬上就可以啟動。

謝委員武吉

現在要確認的是，第 179 次會議所講的話，您說完後，我馬上提學名藥時，當時的回答是「應沒問題」，只有確認這件事而已。

江主任委員東亮

那是我講的話，但是要確認的是決議的部分，因為會議中，大家都說了很多話，對不對？

謝委員武吉

我記得很清楚，那次特別在你確認時，馬上就提出這個問題。

江主任委員東亮

所以議事錄是每次都要確認的。

謝委員武吉

我覺得不應讓健保局再這樣唬弄。

江主任委員東亮

不會被唬弄，現在確認識事錄，請大家認真確認。第 179 次議事錄是在第 180 次會議時確認，是否請大家在每次確認識事錄時，就當次決議確認，過了以後就過了，現在是第 182 次會議，還討論第 179 次的事情，第 179 次的決議是「請健保局就藥價調查資料，應限制公開或不予提供之範圍，先予釐清後，提報委員會議」，第 180 次會議時也已請健保局提供，現在還要去翻第 179 次決議，這怎麼開會？

謝委員武吉

主席，我這個案已經提出 4 個月了。

江主任委員東亮

你提出第 4 個月，大家也每次都有討論，又不是只討論 1 次。

謝委員武吉

你可以看從我提案到現在為止，哪一次有討論？每次都講一下，結果是健保局專門騙人而已。

江主任委員東亮

你看看第 179 次會議是不是有決議？我們是不是討論你這個案子？第 180 次會議有沒有決議？我們有沒有討論你的案子？第 181 次會議，有沒有？我們都在討論你提的案子。

謝委員武吉

我這是第幾次會議提出來的？

江主任委員東亮

大家都在討論你的案子，我們的討論也有做成決議。

謝委員天仁

- 一、抱歉，我想我們是分配的單位，某個程度，假如證據清楚，涉及分配不公，是要適度處理。謝委員武吉所提，當然我們也覺得可能有些問題存在，但本會不是查弊的單位，實際上可處理的力道不足，假使涉及行政上不法情事，因為有些資料可能涉及營業秘密等，建議謝委員轉請監察院調查。我也很好奇這裡到底有什麼樣的問題，希望能揭開它的面紗，但你在這邊講，也提不出證據。舉個例子，台電購煤案合約不見了，能怎麼辦？到時就跟你推拖，問題就卡在這裡。所以，一定要有強而有力的單位介入後，才能把事情查清楚。
- 二、既然我們已經討論，剛也提出，假如醫院買的藥品價格比健保支付價高，建議向健保局申請廠商退回，假如健保局轉廠商不退回，就檢附相關證據資料提到費協會，讓我們瞭解。若健保局對委員會的承諾沒做到，我認為這部分我們要處理，或者健保支付價 8 元，但實際上還有很高的藥價差，已形成大家沒辦法接受的藥價黑洞，也歡迎提出資料，我們願意面對。但如果這些證據都還沒浮現前，要查弊，建議可請檢調或監察院，我想黃煌雄委員或消基會前董事長程仁宏委員都很認真，請他們去查查看，我覺得這是不錯的方向。本會是協商機關，沒辦法像警察或檢調單位的滲透力那麼強，所以這部分可否請謝委員武吉能夠諒解，讓我們趕快進行下面的程序。

謝委員武吉

主席，剛才所思考的是邏輯上的問題，不希望健保局以後提供委員的資料是用唬弄的，不是事實，我們要的是真理、公平與正義，但健保局給的東西就是沒有真理、公平與正義。剛謝委員天仁說的沒錯，我可以去監察院檢舉，但不好意思，健保局會告狀，說我很沒禮貌，也檢舉我很多次，黃煌雄委員到高雄遇到我時就這

樣說。難道我們不能監督健保局嗎？不可能吧！

沈組長茂庭

今天有些人提到有關健保局做假、不法等發言，因會議紀錄會公開，大家都看得到，所以，必須聲明，健保局的資料都按照程序，絕對不會造假或做其他手腳，我們不怕人家查核。

江主任委員東亮

本案是否就此結束，如果謝委員武吉還有相關的議題，以後可以再提案。接下來進行第二案。

貳、報告事項第二案「本會上(第 181)次委員會議決議(定)事項辦理情形」與會人員發言實錄

林執行秘書宜靜

第二案是上次委員會議決議(定)事項的追蹤情形。上次健保局針對醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫的預算不足案，提會討論，經決議通過後，健保局也已送衛生署核定，其中決議事項的第三點，有關核定原則及條件與訂定保障每家醫院最低補助金額之設定理由等，會在衛生署核定後，依決議請其到本會說明，所以本案建議繼續追蹤。

江主任委員東亮

請問健保局有無補充？

戴局長桂英

同意繼續追蹤。

江主任委員東亮

繼續追蹤，本案通過。接下來進行第三案。

參、報告事項第三案「本會重要業務報告」及第四案「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

林執行秘書宜靜

- 一、第三案是本會重要業務報告，在進行之前，先向大家說明，今天有乙份關於本案的補附資料，待會再一併說明。
- 二、為討論 102 年總額協商相關事宜，之前有問卷調查委員對協商架構、通案性原則及協商程序的意見，感謝委員提供很多寶貴建議。統計結果，對總額協商架構，10 位委員支持維持現行架構，6 位委員提出其他建議。對通案性原則，14 位委員支持現行模式，2 位委員有其他建議，另特別對品保款提出討論，是否仍維持自 99 年度採累計的方式計算，8 位委員建議維持，另有 8 位委員建議可設上限。對協商程序部分，就協商前的工作計畫，14 位委員建議維持現狀，2 位委員提出修改建議；就年度總額協商會議，則有 13 位委員建議維持現狀，3 位委員提出修改建議。各委員相關寶貴意見與建議，已整理於會前寄送之附冊資料，因會議資料印製後，仍有幾位委員繼續提供許多建議，因此另整理於今日補充資料的第 2-3 頁，請委員參考。
- 三、本會重要業務報告第二項，係針對 100 年醫院總額罕見疾病及血友病藥費，專款經費不足約 2.68 億，這部分健保局已函請衛生署同意由 100 年其他預算項下勻支。
- 四、本會重要業務報告第三項，請委員參看今天補充資料的第二點，為因應 9 月份的總額協商，在 100、101 年度總額有很多重要的協商項目及專案計畫，雖然 7 月底舉辦的總額評核會議，各總額部門及健保局都會做很詳盡的說明，但因評核會是自由參加，並不是所有委員都會參與，再加上評核會的時間很緊迫，討論時間有限，所以幕僚提出幾個重要項目詢問委員意見，看是否陸續安排於 6~8 月份委員會議，請健保局或各總額部門等相關單位進行專題報告。經調查結果，就先

前提的建議中，第一項「提升住院護理照護品質方案」，17位委員表示需要報告；第二項針對「醫院、西醫基層總額用於提升艱困科別醫師待遇的支付標準調整」，15位委員表示需要報告；第三項「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」，也有15位委員表示需要報告；第四項「推動促進醫療體系整合計畫(包括論人計酬、醫院以病人為中心整合照護試辦計畫)」，11位委員表示需要報告。另有委員建議其他需報告事項，一為「家庭醫師整合照護計畫」，一為在7-8月報告整體總額執行成效，另附有其他相關意見，請大家參考。

五、議程資料所列本會重要業務報告的第三點，為衛生署及健保局於4月份函送的公文及參考資料，請大家參閱。以上報告。

江主任委員東亮

有關總額協商架構、原則及程序部分，是今天的討論重點，待會再詳細說明，如果沒有其他詢問，進入第四案。

林執行秘書宜靜

對不起，跟委員確認一下，我們調查6~8月份的報告事項，原提列的1~4項，委員是否同意由幕僚與健保局商議安排各項報告的時間？(委員點頭)大家同意。另有委員提議家庭醫師整合性照護計畫，是否也一併安排，詢問各位委員意見。

陳委員宗獻

確認一下，剛提到罕見疾病部分尚不足2.68億，但議程資料第9頁的文字是0.68億，是0.68還是2.68？

林執行秘書宜靜

補充說明，100年其他預算項下，本來就有編列「支應罕病及血友病藥費及器官移植專款不足之經費」2億元。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

針對議程資料第10頁，血友病部分的第1項，現在血友病病人968人，較99年增加29名，這部分無法事先預知，但100年新增6

項屬替代性的凝血因子，這些藥品的費用都很貴，因為屬血液製劑，廠商也知道病人很需要，健保局醫審小組有很多藥理、藥學專家，不知道對這些新的、替代性的凝血因子，有何因應策略。藥品廠商也擔心血液來源有問題時不能供應，甚至不跟醫院簽訂長期合約，所以這些用藥幾乎沒有藥價差，但又是很貴的藥品，尤其常常會有替代性的凝血因子，每年因此增加的費用真的很多，大家知道這幾年罕病、血友病的成長幅度非常高，當然，這些病人都很可憐，都不能有一點問題，尤其開刀時，單單用第 7 凝血因子，藥品就要將近 1,000 萬，我覺得健保局應該要有因應策略。在此附帶提出，並非對報告事項有質疑。

江主任委員東亮

有關新藥或替代性藥品部分，健保局要不要稍微說明。

沈組長茂庭

這 6 項新增藥品，只有 58 人使用，是在對之前的抗凝血因子已經產生抗藥性後，也就是傳統用藥已經無效後，才能使用現在的新藥品，因為很貴，所以我們也訂了很嚴格的適應症，必須是傳統用藥沒效，且在某情況下才可使用，因此現在才 58 人，但就支用 6.6 億，確實很貴。尤其這些病人開刀時，因為會流血，所以需一直使用，用量也很多。現在已請分局特別查看這 58 人，是否真符合當初訂的適應症，我們會嚴格管控這些新藥的使用。

江主任委員東亮

謝謝。如果沒有其他意見，進入報告事項第四案。

謝委員武吉

剛剛陳特助瑞瑛也提到，血友病用藥沒有藥價差，健保局到底怎麼處理，請說明。

沈組長茂庭

可以買得到藥，但不一定有藥價差。廠商不敢訂長期合約，是因為有些血液製劑的來源會受限，所以不敢保證一直可供應。如果

是基因製劑，廠商比較敢保證，但現在這種藥還沒有基因製劑。

謝委員武吉

所以廠商是包贏不包輸就對了，健保局這樣做，我們這些委員、守這些錢的人，豈不變冤大頭？

江主任委員東亮

好，進行第四案。

謝委員武吉

剛講的話，也要健保局說明。

江主任委員東亮

我覺得如果要好好討論藥價差的話，恐怕到最後，連付費者都要思考是否允許藥價差存在，所以，這件事茲事體大，要談的話就另外提案討論。現在進行第四案。

林執行秘書宜靜

第四案是健保局醫療費用支出情形報告，依決議是 3、6、9、12 月進行口頭報告，本次係提供書面資料，不進行口頭報告。

江主任委員東亮

接下來進入討論事項。

肆、討論事項第一案「102 年度總額協商架構案」與會人員發言實錄

江主任委員東亮

先請林執行秘書宜靜說明。

林執行秘書宜靜

提案有列出一個補充意見，是針對門診透析部分。從 98 年起，門診透析費用是先協商整體門診透析的總成長率，再依照醫院、西醫基層於協商當年第 1 季的點數占率，依此分配計算出新年度醫院、西醫基層門診透析各為多少費用，再換算各自的成長率。所以，只是將原公式寫得不清楚的地方，再加以補充，並未變動其實質內涵，先向大家說明。

江主任委員東亮

- 一、第一案協商架構中，分為兩部分，一為協商因素，一為非協商因素。
- 二、委員所提，特別是醫師公會全聯會針對非協商因素的建議，是否不在我們能考量的範圍內？要不要稍微說明，衛生署在訂定醫療服務成本指數時，應該有討論吧？

陳委員宗獻

- 一、謝謝主席。非協商因素並不是每年都改變，每年改變的只有指數，醫療服務成本指數過去 5 年採計主計處 95 年統計的權重資料，換句話說從 97 年開始到今(101)年剛好 5 年，明年是新年度。
- 二、我們每年都提出非協商因素中有很多需調整的部分，過去礙於 5 年一次的規定，沒有隨便變動，但明年是第 6 年，顯然需討論，因此提出很多看法，其中有些問題須請衛生署健保小組說明。主計處並未逐年統計權數，包括人事費用成本、醫療器材成本、藥品成本等，我們發現很難找到相關資料，也請衛生署適時說明。
- 三、因為費協會在分配費用，合理的非協商因素是本會不能逃避

的責任，協商及非協商因素都是我們主要工作，明年度非協商因素需重新討論。

江主任委員東亮

請問陳委員宗獻的意思是把非協商因素納入協商因素嗎？

陳委員宗獻

不是，再說明清楚，非協商因素需在衛生署重新檢討。非協商因素涉及很專門議題，例如眼鏡是否納入成本？因為眼鏡占 40%，但基層診所成本中，眼鏡顯然不占 40%，像這種不合理的指數已採用 10 年，該怎麼改，不適合在費協會討論，我只是提出「應該要討論」。

江主任委員東亮

請謝委員天仁。

謝委員天仁

健保法規中沒有所謂非協商因素，意思是非協商因素沒有法律拘束力，行政機關給我們的指導，基本上只是參考用，如要我們不受拘束，很樂意。之前有幾位專家進行相關試算，認為非協商因素失真，與實際落差太大，讓醫療費用快速增加，並不合理。

江主任委員東亮

意思是把非協商因素拿掉，大家從零開始協商，是不是這樣？

謝委員天仁

事實是這樣，只是參考指標而已，我不認為應受拘束，法律規定「協商」，沒有所謂「非協商因素」。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

一、醫療服務成本指數改變率最主要是人事費用，現在護理人員經常在媒體上是醫院內最辛苦工作的一群，社會各界也希望提高護理人員的薪資。我們可以預期到，護理人員的薪資在

未來幾年會快速提高，所有醫事人員的薪資也都會提高，如此必定會提升醫療機構的人事成本。但現在人事費用所參考的指數是「非農業受雇員工的平均薪資」，與實際醫療人事成本不符。非農業就像一般服務業，與醫療現況有所差距，我想陳委員宗獻提出原因在此。

二、另外，4月20日衛生署召開「102年度全民健康保險醫療給付費用總額協商範圍」會議，各層級雖都提出書面簡報，但因當時發言非常踴躍，因為時間有限所以根本連報告的機會都沒有。最後主席聽了很多意見後，裁示幾個重點，畫龍點睛的說明醫界的現況，外界現今對於醫界的期望，係「望之如神明」（即希望醫界提供如神仙一樣照顧）、「用之如牛馬」（醫療機構內所有醫療人員都如牛馬般工作）、「防之如盜賊」（防醫事人員像防盜賊）及「棄之如敝屣」（最後醫事人員就像敝屣），以上是4月20日會議上的所見所聞。

三、陳委員宗獻的意思是，希望衛生署能否再次召開會議，讓大家充分表達意見，不然棄之如敝屣，很令人傷心。

謝委員天仁

假使這樣，比較客觀的意見是，請提出各基層診所醫師的每月平均收入，是否像做牛、馬，還是像王公、諸侯？我們要弄清楚，應提出客觀數據，不是嘴巴講就算數，也請拿出各層級醫院的財務資訊。如果醫師所得在國民所得分布中，已屬高所得，當然我們認為這樣的要求並不合理；假使所得真的連公務員都不及，我們也不忍心。

江主任委員東亮

請衛生署健保小組說明。

梁組長淑政

主席、各位委員，健保小組簡單說明如下：

一、有關醫療服務成本指數改變率部分，去年大家討論非常熱烈，

所以衛生署去年底已委託研究計畫，現正進行中，醫界委員的相關意見都會納入參考、研究。

- 二、另醫療服務成本指數的權重沒有每年更動，因主計處 5 年才有新調查資料，結構才會配合改變，所以醫療服務成本指數改變率的計算，其權重與指數的選取也是以 5 年變動一次為原則。
- 三、有關護理人員的薪資對醫療服務成本影響的情形，因非協商因素係考量整體社經環境及外在環境改變對費用的影響，屬於相對性質，至絕對性質，真正有影響部分可在協商因素考量，可考量調整支付標準等因素，以上簡單說明。

江主任委員東亮

- 一、我覺得協商時資訊非常重要，剛剛謝委員天仁所提，健保局或我們可以幫忙提供不同層級醫院或族群的收入分布，例如開業醫師的收入分布，有助瞭解醫師執業是否真有困難。依我看，的確有很困難的醫師，但也有還不錯的醫師。若大家不反對，可以準備資料，但不是個別資料，比如分成 5 組，讓大家瞭解分布狀況，有助協商，因有些偏遠地區的醫師經營真的很困難。
- 二、現在最根本的問題是，例如去年行政院核定成長率上限為 4.7%，從 0% 談到成長 4.7%，或要從成長率下限 2.695% 開始談起，請各位想清楚，此問題請醫界委員表示意見。
- 三、至於委員建議醫療服務成本指數計算公式需要改進的問題，可由本會行文衛生署。

陳委員宗獻

- 一、現在牽涉到最基本的協商邏輯，需要考慮是否將需求面、供給面全部拉在一起討論。過去一直就需求面討論，現在談的有點跑到供給面，這樣可能整個協商架構，包括第 2 案協商通案性原則、第 3 案協商程序都要重新思考，這是很大的議

題，我個人沒意見，都可以。

二、經過幾年討論，其實已無非協商因素項目，近 2 年已不用此名稱，只有「人口結構改變率」及「醫療服務成本指數改變率」，至於投保人口成長率則沒什麼可討論，現在講的是在原架構中該處理的部分，並沒有新東西，請大家了解。

三、大家提到大總額，各部門總額協商是否由下限值往上討論，其實不是，是從可計算部分之外，開始討論。像去年中醫協商因素成長率即為負值，有達成主席所說的概念，沒有問題。

江主任委員東亮

一、我認為走到最極端，只有上限，沒有下限，不是很好。

二、所提意見將轉請衛生署參考，但今年不討論醫療服務成本指數改變率的計算公式吧？

陳委員宗獻

一、兩種方法可處理，第一，等衛生署研究計畫結果，若專家學者的研究內容廣泛，可採用的話，要有決議，因為明年是 5 年的第 1 年，不能等到後年又跟我說：「前面已經用了，再用 5 年」，我們已等 8 年。

二、概念是等研究計畫出來，明年度暫時採用舊的，但舊的可否修改，細節部分再到衛生署討論。

江主任委員東亮

好，由衛生署討論。請蔡委員登順。

蔡委員登順

對於非協商因素，個人看法，既然衛生署有研究計畫，何時完成不曉得，但今年協商之前，研究計畫可能尚未完成，建議參考過去人口成長率、人口結構改變率及醫療服務成本指數改變率，尊重過去專家學者提出的公式、計算方法，秉此計算非協商因素，不然臨時改變太大，怕一時無法承受。建議維持。

江主任委員東亮

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、我覺得陳委員宗獻講的沒錯，5年改變1次，今年應該改變，已被騙17年，本來要改變的，就不能再拖。另議程資料第15頁說明二(二)「1.醫療服務成本的權重已面臨5年一修的時機」，4月20日衛生署開會時，已提出醫療服務成本指數應重新修正，但到目前為止仍未提出，剛才梁大組長還振振有詞，我非常質疑。
- 二、有關說明二(二)「3.各成本項目(1)人事費用...」，剛才陳委員宗獻也說，計算基礎根本完全不能用，竟然還是採用。另外，說明二(三)其他影響醫療成本之建議，很多點應該要唸的，都沒唸是什麼意思？

林執行秘書宜靜

跟謝委員武吉確認，您是希望宣讀附冊的委員調查建議嗎？

謝委員武吉

- 一、對，簡單唸一下。剛才你們處理我的提案時，就會整個唸過，現在卻要放過。
- 二、有關藥品的成本，到現在還是違反健保法第51條，請問找醫界協商過嗎？不曾，現在要不要提出討論？主席，請讓我說完，忍耐一下，今天話比較多。
- 三、醫療器材成本也要討論，偉大的大健保局...。

江主任委員東亮

謝委員請不要那麼稱呼，不然大家都叫「謝大委員」。

謝委員武吉

沒關係，叫我小委員也沒關係。這些東西都沒跟我們討論，乾脆非協商因素從0%開始談好了。

江主任委員東亮

請問醫界願意從 0% 開始協商嗎？

陳委員宗獻

- 一、不是，如果要從 0% 開始，就要重新討論協商架構，但都可以是選項。
- 二、贊成蔡委員登順所提，等衛生署研究計畫結果出來，大家討論結果可用就採用，但明年面臨第 6 年，所以權重及指標還是跟衛生署討論後再決定。權重、指標重新選定，結果可能較好或較差，因為大家現在都沒有數據，所以沒什麼好爭議，也沒有好處可拿，只是讓醫療服務成本指數更合理，反映事實而已，並非為了可拿到高成長率。

江主任委員東亮

請張副秘書長孟源。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

- 一、醫療服務成本指數與人口結構改變率，很多屬於統計數字，尤其醫療服務成本指數是主計處挨家挨戶統計出來，我們對主計處的專業還是充分尊重。我們只是建議對某些選項的權重，要符合、貼近事實狀況。
- 二、感謝衛生署梁組長淑政提到目前醫療服務成本指數，在人事費用上只是反映一般非農業就業人口的薪資，但假如護理人員或其他醫事人員大量提高成本，或有不足，可在協商因素予以調整，希望將這句話記錄下來，將來在總額協商時，希望委員能就醫事人員人事成本大量提高成本的事實，非協商因素「或有不足」的部分，在協商因素上能夠就加以考量，並加以補助。
- 三、必須強調一點，所謂一般成本與營收是兩回事，像鴻海所謂「毛三到四」，毛利率 3~4%，代工產業在營業毛利率非常低，成本卻非常高。現在討論的是醫療服務成本，醫療成本確實

增加，如何反映事實，是醫界很卑微的要求，如此而已。

江主任委員東亮

請童常務理事瑞龍。

童常務理事瑞龍(蘇委員清泉代理人)

剛才謝委員天仁所提，把非協商因素拿掉，要有前提。第一，所提計算公式的數字要正確，若不正確，又提供給委員參考、計算，沒有基本的架構，對病人安全的變動太大。

江主任委員東亮

請問是支持拿掉非協商因素，還是不要？

童常務理事瑞龍(蘇委員清泉代理人)

- 一、我認為現在還沒有正確數字前，還是要維持有非協商因素，對病人安全才有保證。跟股票要徵證所稅一樣，怎可變動太大。
- 二、委員應好好試算數據，因為連藥價調查都會造成大變動，更別說醫療服務成本指數的改變，應多次跟大家討論，才能夠引用數據，屆時如果要拿掉非協商因素，也才水到渠成。現在我反對拿掉，還是維持有非協商因素。

江主任委員東亮

好。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

舉個例子解釋剛才所說概念，眼鏡項目占 40%，是出口的眼鏡價格變動，若上升，則醫療服務成本就上升；若檢查眼睛視網膜黃斑部病變的機器，前年 1 台賣 300 萬元，現在賣 100 多萬元，這是診所真正使用的項目，算來反而是負成長。所以我們的建議不一定會讓成長率變高，只希望接近事實。

江主任委員東亮

把問題簡單一點，要不要把非協商因素變成協商因素？有人贊成，有人反對。請謝委員天仁。

謝委員天仁

其實法規面很清楚，健保法第 49 條，包括二代健保法都一樣，費協會是在行政院核定的醫療給付費用總額範圍內協定，高推估就是上限，低推估是下限，我們把低推估弄成非協商因素，根本不用協商，因為法規這樣制訂，不能變動，所以，列不列非協商因素，老實講一點意義也沒有，因為已訂下限，只是列出供參而已。

江主任委員東亮

我們可以建議明年度。

謝委員天仁

如果經建會把下限拿掉，我們自己卻訂非協商因素有點奇怪。

江主任委員東亮

今年不討論非協商因素，但如蔡委員登順剛才所提，請問梁組長淑政，衛生署研究計畫結果何時出來？

梁組長淑政

那是 3 年計畫。不過，現在主計處正重新調查權重及指數，102 年會公布新指數，103 年總額可能可以套用新權重或指數。

江主任委員東亮

所以今年 9 月來不及，照舊好不好？

謝委員武吉

剛才謝委員天仁說非協商因素不用談，我的看法是不應現在才做，健保已開辦 17 年，現在還無法做應改變的東西，這是我們責無旁貸應處理的工作。

江主任委員東亮

對，還有很多委員會，可在別的委員會也建議。

謝委員武吉

我只應聘這個委員會，沒受聘其他委員會。

江主任委員東亮

之前聽說還有別的委員會。

謝委員武吉

只參加費協會。

江主任委員東亮

好，感謝。社區醫院協會沒有代表參加其他委員會？監理會有醫院協會代表，謝委員有時會代理，了解。

謝委員武吉

所以我真正名分只有費協會，因為你才參加。

江主任委員東亮

感謝，但我知道謝委員是老委員。好，本案是否照舊處理？

陳委員宗獻

不是。請看議程資料第 16 頁「衛生署已召開相關座談會進行討論」，其實「衛生署正召開...」，因為只召開一次，我們都還沒發表，所以請衛生署繼續召開。

江主任委員東亮

好，請衛生署繼續召開。

陳委員宗獻

第二，指標部分還沒出來，沒辦法改，但權重部分，像醫院、基層診所的成本，各項目不一樣，也應列入跟衛生署討論。

江主任委員東亮

建議各公、協會不要完全依賴政府，美國醫師公會每年都自行調查醫師工時、薪資，並出版年報，各公、協會也應該調查本土資

料，不能都仰賴健保局的數據，卻又不相信，這是很麻煩的事情。下次開會，我提供美國醫師公會年報的大綱供醫師公會參考，各公、協會都應做些努力。

陳委員宗獻

我們做了很多研討，也有資料，但不方便在這邊報告，因為需要一天的時間，不過，真的有很多資料可以提供。

江主任委員東亮

出版了以後大家可以參考。

陳委員宗獻

不是，我是指協商這部分的資料。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

我這裡有一份4月20日衛生署開會的會議紀錄，其中有幾位代表發言指出「我國醫師收入為美國醫師的1/7，勞委會也指出1/3醫院的醫事人員有超時工作，護理人員要求年薪...」，所以一年的預算光是…。

江主任委員東亮

請問美國醫師去年的年薪多少？

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

我們會去調查。另健保局正在推動RBRVS(醫療資源耗用相對值表)，會有醫院醫師與醫事人員的薪資等資料，目前由陽明大學李教授玉春統計，等學術單位的研究完成，會較具公信力。公會當然很願意提出相關資料，但希望獲得社會大眾的尊重與信任，所以還是以學術單位提出的報告為優先。

謝委員武吉

主席，我在5月7日正式行文給委員會，非協商因素應該要修正，建議對於新年度的預算，例如一些人事成本、護理費，現在護理

人力議題炒的沸沸揚揚，健保 4,933 項支付標準中只有 28 項有護理費，我們有沒有幫他們設想？都沒有！還有一些專款專用項目，如費用不足時應停止，但卻要求由一般服務項目支應，很多不合理之處，委員會的每個委員都這麼強硬嗎？若是如此，建議日後費用不足時，所有的醫療支出都停止。

江主任委員東亮

目前討論協商架構，超出協商架構部分，下次再討論。對於協商架構部分，是否同意門診透析部分按實際運作情形，補充文字說明？

陳委員宗獻

建議說明四補充說明文字的「醫院及西醫基層」刪除，以避免爭議，因為很清楚只有新年度的透析費用與成長率而已，如果列進來，會再爭執醫院與基層的費用是否要切開，所以建議刪除。

江主任委員東亮

費用要切開已列在原有的文字中。

陳委員宗獻

沒有，門診透析的點值相同。

江主任委員東亮

請參看會議資料附冊第 3 頁內容。

林執行秘書宜靜

陳委員宗獻是否擔心未來醫院與基層分開運作，原內容已有「合併西醫基層與醫院兩總額部門所協定之門診透析服務費用，並統為運用」做前提。

江主任委員東亮

請看會議資料附冊第 3 頁第五點門診透析，原有文字都不變，只是將實際過程再補充文字說明，所以「合併西醫基層與醫院兩總

額部門...」，都在原來條文內，基本上沒有變動。

謝委員武吉

那個…。

江主任委員東亮

謝委員武吉抱歉，請陳特助瑞瑛先發言。

謝委員武吉

主席是覺得我話太多？

江主任委員東亮

不是，因為陳特助瑞瑛先舉手。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

- 一、門診透析服務預算，由西醫基層及醫院成長率個別計算，但最後合併結算點值，因為西醫基層與醫院部門的成長率不一，所以造成早期，從 92、93 年開始，醫院部門每年倒貼 10 幾億到基層的透析服務，極度不合理，並且擠壓到整個醫院部門的成長率，所以我們每次都要提出來。
- 二、例如 100 年西醫基層透析服務成長率約 6% 多，醫院部門成長率才 2% 多，雖然依當初我們勉強同意的試算公式計算，所以醫院透析是負成長，因此現在倒貼的金額比較低，但長久下去，醫院部門還是承受不了，為了管理的問題，還是建議門診透析分開，由醫院部門自行管理，這是醫院協會召開會議後的一致意見。

謝委員武吉

關於透析服務，上次也有提案討論外包問題，外包議題尚未完全處理好，反對現在要討論成長率，目前健保局已經收到多少張切結書？我在屏東有看到一家 123 張洗腎病床的醫院，一半外包，一半自營，這種情況該如何處理？在上次委員提議沒有完成的情況下，透析服務的費用不能成長。

江主任委員東亮

目前在討論協商原則，尚未進入協商作業。

謝委員武吉

這裡有寫成長率，所以先列為附帶條件，以免遺漏。

江主任委員東亮

請童常務理事瑞龍發言。

童常務理事瑞龍(蘇委員清泉代理人)

我們跟醫學中心協會一致，贊成西醫基層及醫院部門透析服務預算分開。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

一、關於透析服務，各位委員都很關心這個議題，醫院在總額任何一部分都要成長，唯一例外就是醫院希望其透析預算為負成長。為什麼呢？因為醫院部門一直希望醫院透析預算為負成長之後，則醫院其他部分成長率就可多增加一些。西醫基層也可以理解醫院部門的願望與需要，因此多年來透析成長的費用都在西醫基層，基層透析預算每年達6%以上成長，造成西醫基層總額因為透析服務費用高成長而產生虛胖。但為了保障尿毒症病人，在西醫基層透析總額部分不得不高成長，這種情形已經很多年了。

二、為何國家要把透析服務虛擬獨立預算，最重要的原因在保障尿毒症的病患，因為我國尿毒症病患全世界最高。剛剛陳特助瑞瑛提到的內容，我們都可以理解，但過去多年來，西醫基層的透析預算以6%、7%的幅度成長，已經吸納很多醫院部門認為透析總額醫院超額分配之部分。只是為了照顧重大傷病患者，西醫基層因此虛胖總額，我們也接受。

三、現在執行之透析總額預算是將所有尿毒症的病人納入同一個透析總額來管理，係基於以病人為中心的立場，醫院及基層

在同一個透析總額。主要是不希望將病人變成人球，把病人從醫院踢到基層、從基層踢到醫院。所以我們贊成依原來分配的方式，如果醫院部門希望透析負成長，西醫基層接受可以讓醫院透析負成長，讓它不覺得吃虧。這是預算的一個分配方式，都可以商量。但以不可以傷害到尿毒症病人的權益為原則。因為預算的分配會影響醫療行為，醫療行為當然是以照顧重大傷病為主，透析預算總額不應該分開，以避免病患變成人球...。

江主任委員東亮

所以是贊成還是反對分開？

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

照原有的方式繼續執行，合併運作，不應該分開，不然病人情何以堪。

江主任委員東亮

請蔡委員登順發言。

蔡委員登順

本案要付費者委員做公親是不好當的，過去已討論過多次，醫院部門希望分開，基層希望合併，各取所需，我認為最重要的是透析病患能夠得到高品質的醫療照顧，這是我們最大的期待，至於西醫基層與醫院透析預算要不要分開，請醫界自行協商，我們不涉入。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

剛剛講了一半，就是以病人為中心，當然不能讓病人變成人球，洗腎就是進入尿毒症，所有尿毒症的病患，無論在醫院或基層都要獲得一樣的照顧，這是我們的理想。醫院部門若覺得吃虧，公式可以修改，負 3%、負 5%、負 10%都可以商量，但還是要以病人為主，不能犧牲病人的權益。目前計算公式是依據前一年醫院

與基層的費用點數，來做次一年的預算分配，醫院部門希望分配少一點，可再增加「一年變動率」參數，讓醫院部門分攤少一點，這樣醫院部門應該沒什麼好爭議，若單純只是預算分配的問題，用此方式應可解決。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

不是錢的問題，早期確實以個別的成长率去計算次一年，要感謝健保局蔡組長淑鈴設計出新公式。門診透析服務去年第 4 季點值還未結算，今年第一季的點值也還沒有預估，我相信會比 0.83 更低，因在醫院洗腎的病患嚴重度較高，有很多合併症，但醫院部門卻要承受點值 0.83 的衝擊，我們認為個別管理沒有不好，不會造成人球問題，反而是基層會把嚴重度高的病患踢到醫院，不相信分開會造成人球…。

江主任委員東亮

所以是講管理或是費用計算部分？

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

個別管理就不會有這個問題。

江主任委員東亮

但成長率放在一起協商？

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

不要一起協商。

江主任委員東亮

所以成長率分開計算，不是管理問題，管理是內部的事情。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

成長率分開計算，個別管理。

謝委員武吉

兩邊的爭執，就像我跟健保局的爭執一樣。目前透析服務預算列

在西醫基層及醫院總額內，兩部門因此產生爭執，可追溯到總額開辦初期，在此就不再探討。建議分開，將透析服務回歸西醫基層及醫院總額之一般服務項下，各自討論其成長率，不要每年都為這個議題爭執。

江主任委員東亮

簡單說就是建議取消門診透析獨立預算，將其放入一般服務項目。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

- 一、簡單說明透析總額預算協商。醫院有各自的協商項目，有獨立的成長率，透析服務也是獨立協商，若醫院透析服務協商的結果是成長-0.2%，即透析部分負成長，則醫院其他部門部分成長率則可增加。
- 二、因西醫基層每年協商後的成長率都很低，透析服務費用成長率放到西醫基層總額，雖然造成西醫基層總額虛胖，但只要對尿毒病人好，西醫基層都可接受。惟，預算不能分開的原因在於這是尿毒症病人的透析預算，尿毒症病人是弱勢，醫院要病人到哪裡接受透析治療，尿毒症病人都只能接受，所以預算分開時會遇到一個很大的問題，病人將何去何從？因為病人沒有辦法選擇，希望主席裁示時，能考量全國 6 萬多名透析患者及其家人的心聲。

江主任委員東亮

請謝委員天仁發言。

謝委員天仁

建議休會 5 分鐘。

江主任委員東亮

休會 5 分鐘後再繼續討論。

(休會 5 分鐘)

江主任委員東亮

請問蔡委員登順，付費者代表是否有共識？

蔡委員登順

過去在本會，尤其是陳委員錦煌，很重視透析服務，當時強調一定要由專業人員及醫院自營，不得外包，主要目的就是要提升品質，最大的目的是希望減少洗腎病人。剛剛也說過，希望有透析需求的患者，都能夠得到高品質的照顧，不會產生人球。醫院與基層過去對此議題也討論過多次，爭擾不斷，再給1小時討論也不會有共識，不得已才站出來表達，應以病人權益為重，我希望不要分開，維持過去模式，繼續運作，我們比較在意的是品質與防止人球的問題。

江主任委員東亮

那就合併執行？

童常務理事瑞龍(蘇委員清泉代理人)

不合併。

江主任委員東亮

合併與否的問題留到未來討論？

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

同意，不需要在此佔用大家時間，我們會在7月份健保局與醫院部門討論102年度總額時再提出。

謝委員天仁

原則上，如果沒有特別決議把某預算拆開，就是合在一起，不用特別討論，除非有正式提案討論，決議要分開，才會分開，否則此議題沒有意義。

謝委員武吉

我認為每個委員說的都對，也都說要依法行政，不知主席能否請

林執行秘書…。

江主任委員東亮

抱歉，時間不夠…。

謝委員武吉

時間不夠也要讓我說完…。

江主任委員東亮

時間有限，請直接插入正題。

謝委員武吉

我是說正題，你回應我反而延長時間，請林執行秘書確認是否有洗腎總額？

江主任委員東亮

洗腎獨立預算是存在的，通過合併醫院及西醫基層門診透析服務預算那一年，我是費協會委員。本案討論到此，進入第二案。

伍、討論事項第二案「102年度總額協商通案性原則案」與會人員發言實錄

林執行秘書宜靜

因有部分委員意見未列入會議資料，請同仁再宣讀今天補充資料中對於總額協商通案性原則之建議內容。

同仁宣讀(略)

江主任委員東亮

請就「品質保證保留款之累計原則」、「違反全民健康保險醫事服務機構特管辦法之扣款」及「總額成長率上限」三部分進行討論，請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、「違反全民健康保險醫事服務機構特管辦法之扣款」醫界建議取消，我不但不同意，且建議「各部門總額協商成長率如接近行政院核定上限額度者，建請不先扣除違反全民健康保險醫事服務機構特管辦法之扣款，俟成長率協商有結果後再行扣除」，這樣才不會造成失真。以去年醫院部門成長率幾乎達到4.7%上限為例，其在協商時已先扣除該款項，表示沒有實質扣到，又還給醫院，因此應在部門總額及成長率協商確定後，再扣除違規扣款，才能達到實質管理的目的，若部門成長率與協商上限差距大者，則不受影響，去年也提出本建議。為避免協商時，各總額部門為達到行政院核定的上限而吵吵鬧鬧，其實再加上扣款部分已經超過上限，還不滿意，違規扣款已經很明確，扣款金額比率也不高，是對全民有交代，我們不鼓勵醫界違法，這是第一點。
- 二、第二點，有關建議取消「各部門最後年度總額成長率，不超過行政院核定範圍之上限值」乙項，我也反對，因為不能將其他部門協商節餘的款項，全部奉獻給達到成長率最高的部門，所有委員都不敢做這種事情，不公不義，我們絞盡腦汁，

用盡所有辦法，協商時間用的很長，結果成長率低的部門將剩餘款奉獻給成長率較高的部門，我們怎能做這種事呢？所以拜託，不要陷我們於不義，這點我也堅決反對。

謝委員天仁

這好像跟程序有關，是不是原有的協商架構如此，經過問卷調查後，若部分委員有修正建議或意見，我們就要逐一表達嗎？我的看法是，若有修改原協商架構的建議，是否請建議者直接提出議案，大家來附議，這樣討論才能集中，若只是單純意見表達，我們還要一直回應這些表示意見，會不會太浪費時間？能否收斂。

謝委員武吉

今天開會到現在，只有藥價案討論較久，4月20日衛生署已召開「102年全民健康保險醫療給付費用總額範圍座談會」，本會現在討論「102年度總額協商通案性原則案」，不知是太早或太晚？

江主任委員東亮

本案只是按過去的程序進行。關於謝委員天仁所提意見，是要對眾多委員的意見逐一討論，或針對本案擬辦一、二、三討論，請表示意見。

葉委員明峯

- 一、針對謝委員天仁所提，個別委員的意見是否提出討論，我認為應由會裡篩選，如果過於細節，就不必提出，但今日提出的這幾項，個人認為都很重要，值得討論，這是第一點。
- 二、第二點，支持剛才蔡委員登順所提的意見，有些減項也應有節制才對。在此只補充，減列民眾檢舉及健保局主動查核所發現的違規案件，建議民眾檢舉部分應查證屬實才可減列，否則黑函滿天飛也不好，以上請參考。

江主任委員東亮

請凌委員月霞。

凌委員月霞

等主席這部分處理完畢後再發言。

江主任委員東亮

本案擬辦的三項，是否列入今天討論的議題？(未有委員表示異議)若無意見，就逐項討論。首先有關「品質保證保留款」之累計原則，甲案：維持現況，乙案：修正為累計最近兩年的額度，其餘回歸一般服務預算，請表示意見。請凌委員月霞發言。

凌委員月霞

我要提議的是擬辦三。

江主任委員東亮

那就待會再請凌委員月霞發言，我們逐項討論。

謝委員武吉

如果今日的決議超過4月20日總額會議的範圍，要如何處理？

林執行秘書宜靜

向謝委員武吉說明，費協會係在衛生署報奉行政院核定的總額範圍內協商，目前衛生署還沒送到行政院，一般行政院會核定總額成長率上、下限，我們一定不會逾越這個原則，因為這是法定範圍。本提案是針對往年的協商項目，像品保款、違規扣款等共識，提出請大家討論，與衛生署擬訂總額範圍的作業應該沒有衝突。

江主任委員東亮

基本上我們的責任很清楚，就是在行政院核定總額範圍內討論，只要是屬於協商事項，都可以討論。對於第一項品質保證保留款，各位有沒有意見？請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

一、品質保證保留款的主要目的是有區別的鼓勵，希望品質好的醫療院所或醫師得到鼓勵。但若一直累積下去，到後來，比

如占總額的 0.5%，就開始會出現分配的問題。

二、品質保證保留款方案中規定哪些指標或行為稱為品質優良的院所，在基層總額問題很大，因為西醫基層共有 20 多個科，有些科根本就不在其中，就從頭到尾拿不到品保款，但我們不能說他們品質不好，因為品質指標無法訂得太細，所以建議品質保證保留款要有上限，而且這個上限要能產生足夠的鼓勵作用，比如 500 家診所，多少費用會讓他們覺得值得繼續努力，這樣的額度就夠了，如果一直累積，到後來會扭曲整個醫療服務的提供。

江主任委員東亮

你講的是執行面有困難？

陳委員宗獻

建議累積兩年金額，或以 2 億為上限，對我們來講 2 億分配給 500 家診所，感覺已經足夠。

江主任委員東亮

是執行的技術層面有困難？

陳委員宗獻

執行上有不合理的部分，所以必須要……。

江主任委員東亮

有困難所以不合理，還是不合理所以有困難？

陳委員宗獻

因為本身不合理，如果一直累積下去的話……。

江主任委員東亮

如果院所做得很好，就分給他呀！

陳委員宗獻

問題是，甚麼叫做好？

江主任委員東亮

如果你們都不知道甚麼叫做好的話，那其他人怎麼辦？

陳委員宗獻

有關指標，可以看各部門總額品質保證保留款的實施方案，方案裡面沒辦法訂得非常細，所以有些科從來就沒被列入。

江主任委員東亮

這是執行面的問題，所以我在想是執行面有困難，還是原則有困難？可否請健保局說明。

蔡組長淑鈴

主席、各位委員，有關品質保證保留款實施方案如何定義品質，目前是由健保局與各部門總額分別協商。為了公平起見，通常都希望用量化的指標，且可從健保的申報資料中取得。要衡量品質以量化指標本來就有其限制，提案中乙案的涵義是，如果完全靠量化指標定義品質，以目前實際的狀況一定會有疏漏，無法完美，一旦品質款金額很大時，原來設定指標不完美的地方，會被放大，而形成不公平。對多數診所而言，因為有這些指標的誘因，也許可使之趨於更好，但對於不公平的地方就會變成缺陷。因此折衷建議，還是應該留有品質獎勵機制，但對於不完美的地方，不要擴大到足以形成傷害，這是權衡利弊之下的建議，所以健保局認為乙案是好的折衷建議，但乙案可討論的是，各部門品質款的金額不一定要一樣，因為各總額規模的差距真的很大，怎樣叫適中？可以透過討論來決定。

江主任委員東亮

請問付費者委員的意見？

謝委員天仁

我們支持乙案的方式，本來醫療品質就必須是好的，也是任何一個部門，在整體醫療過程中，應該要自我惕勵的事情。當然從一

般服務預算中，勻出部分預算到品質保證保留款也是合理適當，鼓勵好的繼續發揮，不要老是需要以錢讓醫療院所把事做好，好像原來就做不好的意思，老實講邏輯不通。

蔡委員登順

支持乙案，剛剛蔡組長淑鈴也講，品質保證保留款的提撥率各部門可以不同，因為醫院與牙醫部門總額差異很大。我一直很欽佩牙醫，他們本來就做得很好，評核會每年都拿優等，牙醫部門都自行撥出一部分額度鼓勵品質好的院所，所以有激勵的功能，品質可以維持，建議其他總額部門可參考牙醫模式。

黃委員偉堯

- 一、主席、各位委員，先請問一個問題，品質保證保留款是在評核之後，對表現優異者提供的獎勵，請問本案提到會酌加 0.05% 到 0.5% 成長率，是在協商完成後再外掛上去？還是在協商總額內劃出其中 0.05% 到 0.5% 成長率做為品質保證保留款。這是要先澄清的問題。
- 二、如果是內含，則贊成用乙案方式，如果是外加，則建議採專款專用，而非放入基期，年度結算用完就結束，沒用完的額度就收回，以上建議。

林執行秘書宜靜

品質保證保留款的成長率，是從總額一開始推動時即列有此項，當初的用意是，在一般服務中，如果部門能夠提供很好的服務，經過評核之後，應該有類似論質計酬的概念去獎勵，並透過健保局及部門擬定方案，鼓勵特別的院所。以前在談協商成長率時，都是放在一般服務協商成長率中，當年度會將此筆金額用來執行品保方案，以鼓勵院所，次年度，即前一年度的品保款會納入基期，而新年度，則依當年度的評核結果，只用該年度品保款。從 99 年度之後，才開始採取新的累計措施。所以本項有點類似專款的概念，但不完全是專款。

江主任委員東亮

一、本項就採用乙案。

二、關於違反全民健保醫事服務機構特管辦法之扣款，剛才蔡委員登順已經講過，等協商完之後再扣，是不是？

謝委員天仁

剛才提到今天報告事項第三案的補充資料，有對 102 年總額協商通案性原則之建議，這部分是否在討論範圍？

林執行秘書宜靜

補充說明，議程已把調查委員的建議整理至議案中，但因有些來不及納入，怕大家沒有事先看到，所以請同仁宣讀，其是屬個別委員意見。

江主任委員東亮

有關協商減項部分，可否比照 97~101 年的方式辦理？

謝委員武吉

一、主席，我有意見，剛才蔡委員登順講得好像言之有理，但對醫界來說是萬分侮辱，要侮辱人不是這種方法，我們也會說侮辱話，希望你以後不要再這樣了。

二、各部門總額中，西醫基層、中醫門診、牙醫門診都有承辦總額專業事務委託，但是醫院總額並沒有承包，所以健保局所查處違規案件的扣款金額，不在此限，應該剔除，這合情合理。

江主任委員東亮

健保局你們只有查醫院，其他不查嗎？

蔡組長淑鈴

通通查。

江主任委員東亮

全查。

謝委員武吉

主要是我們沒有承包醫院總額啊！

江主任委員東亮

你們不要承包，健保局也沒辦法。

謝委員武吉

醫院協會每年都有申請承包，只有去年沒申請，去申請時還要被人家洗臉。

江主任委員東亮

這我不知道，蔡委員登順有意見，請發言。

蔡委員登順

謝委員武吉，開會是個平台，希望互相尊重，我侮辱你甚麼？你說出來。

謝委員武吉

你剛才說的我們醫界好像小偷在偷東西？

蔡委員登順

會議錄音調出來，我有說這句話嗎？

謝委員武吉

你說的就是這個意思！有甚麼，為什麼不能說！

蔡委員登順

紀錄拿出來看，有這樣的意思嗎？

謝委員武吉

不然是要怎樣！

蔡委員登順

你客氣一點好不好！都是委員身份，善盡職責表示意見有什麼不對？

謝委員武吉

為什麼要客氣，我是醫界代表，大家都是衛生署聘的，難道我的聘書比較小張是不是！

蔡委員登順

我抗議，違規扣款討論已多年，就是一定要扣啊！不只扣醫院而已，西醫基層、牙醫、中醫全部都有扣。

謝委員武吉

我沒有說不可以扣，你講話卡差不多咧！

蔡委員登順

我侮辱你什麼？請舉證出來。

謝委員武吉

你說這樣，不是侮辱？

蔡委員登順

哪一句話侮辱你，講出來呀！客氣一點好不好。

謝委員武吉

為什麼要客氣！

江主任委員東亮

一、謝委員、蔡委員，請大家冷靜一下。但是謝委員，我覺得委員在討論事情時，請互相尊重，這是非常重要的部分。大家來這邊不是只代表自己，還代表後面的團體，相信你們後面團體的每個人都希望理性，而且讓人尊重的，所以我認為各位在發言時，請大家互相禮貌對待，我們是一個委員會，不是戰場。

二、有關違反全民健康保險醫事服務機構特管辦法之扣款，就比

照 97 年度總額以來的做法，可以嗎？(委員無異議) 好，就這樣。

謝委員武吉

97 年的決議如果有缺點，現在是否應該改正？

江主任委員東亮

請講出缺點是甚麼。

謝委員武吉

剛才講過，醫院總額未受託給醫院協會辦理，是由健保局承辦。

江主任委員東亮

健保局對中醫、牙醫、西醫基層都是一樣的做法，一視同仁。你的意思是健保局偏心？

謝委員武吉

我不是說偏心，是說他們自己承辦。

江主任委員東亮

我跟你說，數字我看過，如果要講的話，西醫基層比你們慘，西醫基層都不講話。

陳委員宗獻

沒有，我要說！

江主任委員東亮

請說。

陳委員宗獻

這是面子問題，看起來好像我們扣款最多。

江主任委員東亮

對。

陳委員宗獻

但其實不是，想請健保局釐清，請參看議程資料第 21 頁，西醫基層總額，總額舉發及非總額舉發，其中非總額舉發類型別「其他」有 4,000 多萬，占將近 80%。其他的定義，請看下面註 2，「其他：其他因查處案件造成行政追扣之點數(如：院所坦承、雙方協商等可追扣之金額)」。舉例來說，我坦承過 2 次，因為中區有進行虛擬科總額管理，如果某科超過虛擬總額，就要管控，管控除了擠壓及管理外，還有一些是做不到的。因為科總額超過 1,000 多萬元，所以我上個月就自動簽了院所坦誠報錯，扣掉 2,000 多元，去年也扣 10,000 多元，都是直接簽名就過去，其實這些都應算是總額舉發，屬於我們在管理總額時不得不做的行為，希望健保局能釐清，並請委員理解，不要想說基層是 5,000 多萬元，結果經過我們與健保局釐清後，談判時發現怎麼變成 2,000 多萬元，其實是上述原因造成的問題，先聲明。

江主任委員東亮

減列的細節不在這裡討論，我們要問的問題是，當時查核所發現違規情事是否屬實，你講我們侮辱你，我想在這個場合我們不會有侮辱的事情，這是執行面的部分，如果真有侮辱，你就去申訴或控告。

陳委員宗獻

健保局沒有侮辱我們，只是希望健保局再釐清總額舉發與非總額舉發中間的界線。

江主任委員東亮

這部分我也覺得以後可以再深入檢討，像西醫基層大概有 1% 以上的家數有類似情況，所以顯然不完全屬於民眾舉發，但這非屬本會權責，因為費協會不會舉發違規。建議擬辦二還是比照 97 年度總額方式辦理。

陳常務理事彥廷(黃委員建文代理人)

主席，各位委員，本人代表牙醫總額發言。從 100 年開始，健保局的委託契約，較限縮在專業審查的勞務委託，因此我們在很多資料的取得都受到限縮，請大家了解，專業審查雖可看到疑似的疑點，但真要舉發，其實還需要一些事證，我們在事證收集的能力，目前的確在下降中，請各位委員見諒，因為我們在此部分，不像以前那樣有辦法掌控院所狀況，因為健保局的委託只有勞務，而且是專業審查部分，以上說明。

江主任委員東亮

一、大家應該可以了解，我知道你們受到一些限制，不過這可能不屬費協會討論範圍。

二、進入擬辦三，有委員建議取消「各部門最後之年度總額成長率，不超過行政院核定範圍之上限值」原則，請參考議程資料第 22 頁的附件 3，因為有委員提出這個意見，我就做了分析，了解到幾件事情：

(一)總成長率大家不一樣，非協商成長率也不一樣，協商成長率也不一樣。以 101 年為例，本會的任務是在行政院核定的上限 4.7% 範圍內協商，我們協商的結果是 4.241%。對於非協商的部分，我們沒有討論空間，對可協商成長率部分，我們沒有設定原則，而是設下「各部門最後之年度總額成長率，不超過行政院核定範圍之上限值」原則，所以各部門都不能超過 4.7%。

(二)各部門協商成長率當然不同，因為各部門協商的內容都不一樣，此建議取消「各部門最後之年度總額成長率，不超過行政院核定範圍之上限值」原則，到底是甚麼意思？請說明。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

說明一下，這個規定不知道是在費協會第幾次會議……。

江主任委員東亮

去年？

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

更早。

林執行秘書宜靜

90年協商就有列此原則。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

沒有啦，90幾年，因為有一年侯勝茂院長擔任署長時，醫院總額就超過上限。

林執行秘書宜靜

解釋一下，我們從吳凱勳主任委員在任時，那時是協商每人費用成長率，所以是設定各部門每人費用成長率不高於行政院核定上限值之原則。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

- 一、我們會提出的原因是，各部門總額受到外界環境的影響，因此建議，各部門總額成長率只要依各部門權重計算後相加所得數值，不超過行政院上限即可。如剛才主委所提，因為各部門成長率都不同，所以加權後加總不超過4.7%是合理的。
- 二、各部門實際的狀況跟費用的結構不同，尤其是人口結構改變對醫院部門的影響非常大，我們只是請求，可否不一定各部門都不能超過上限，只要加權後加總不超過上限即可。

江主任委員東亮

是不是有其他意見？

謝委員天仁

從蔡委員登順坐在我的旁邊開始，每一年他都要講一次，他剛好離開，現在進來了，應該請他來講有關各部門成長率達到上限的問題。

蔡委員登順

各部門每年成長率都不一樣，大家那麼辛苦協商，牙醫、中醫或西醫基層都沒有辦法達到 4.7% 上限，醫院的意見是節餘的幾 10 億，都要給醫院，則當年必定超出行政院所核定上限值，本人不同意。

江主任委員東亮

沒有。

蔡委員登順

他的意思就是這樣，那我們何必去砍牙醫、中醫、醫院及西醫基層，就不要協商，全部照行政院核定上限就好。這不合理！不公、不義，違反常理，這部分我們當然要堅持反對。

江主任委員東亮

好，不能全部都拿去。請凌委員月霞。

凌委員月霞

我想探究提議委員的意思，是不是說各部門的協商結果不超過行政院的上限。透過協商，各部門的結果可能有高有低，剛剛不了解此提議的意思，但若是指各部門可以有高有低，但最後不超過行政院核定的上限，我沒有意見。

江主任委員東亮

還有沒有其他意見？請鄭委員聰明。

鄭委員聰明

一、就行政的觀點來看，現在是雙重限制。行政院訂定總額的上、下限成長率範圍，我們又在內部對各部門總額設定上限。請委員考量，總額成長率方面，最近面臨一些壓力，比如現在護理人員反映，從來沒有給予護理費、專款，說是血汗醫院。其次，醫護人員超工時問題，他們算過整個費用並不是非常充足。

二、剛才蔡委員登順講得也有道理，目前做法是在行政院設定的

上、下限範圍內，協商個別總額，但如果全部共用，單一部門將全部成長拿走，會造成不公平現象。委員這麼努力協商，結果協商節省某部門的費用都被另一部門拿走，公平性會有問題，這點我可以理解。但也請思考，可否先不要在總額內設定內規，的確有些總額的屬性、業務成長不太一樣，如果這樣下來，等於是雙重限制，一個是行政院設定的總額上限，一個是我們規定各部門不能超過的上限。以 101 年為例，下限是 2.695%，上限是 4.7%，最後的協定結果才 4.241%。因此發覺，像醫院總額，醫界說政府都不照顧他們，每天新聞都在報導血汗醫院、護理界也說錢不夠，醫院說沒有錢給他們，如何核發？考量這些狀況，是否委員會一定要自我設限，一定要規定各部門不能超過行政院核定的上限？如果總額部門在成本分析的數據上的確呈現需求，例如西醫護理人員問題這麼嚴重，考量護理費用之需，也許醫院總額會超出一點，但整體加起來還是在上限內。

三、我還是強調，蔡委員登順講得也有道理，協商這麼辛苦，結果都被拿光，不大好。但若自我設限，對確有需要的部分，就會礙於遊戲規則，而無法給予。可否再請委員考量，是否一定要堅守這個原則，能否讓委員協商更有彈性？比如 101 年醫院總額協定成長率 4.609%，並沒有超出上限 4.7%，可否考慮給多一點成長率。我想委員對總額成長率的協商都非常謹慎，在這種情形下，是否有必要預先把條件卡死，各總額需有個別的衡量，設立此原則可能反而限縮自己，有無必要，提請委員參考。

謝委員天仁

一、假使依照鄭委員聰明的方式，我覺得衛生署要考慮一個情況，財務可能撐不到 103 年，102 年費率就要開始連動。現在護理師的問題，衛生署編列護理費就可以解決嗎？我們編列專款都無法解決，編列在支付標準，錢會跑到哪裡？跑到醫院

經營者，怎麼會跑到護士去，根本沒有解決問題。

- 二、我們從 99、100、101 年共編列 38 億多，錢跑到哪裡？你去看護理師增加多少人？我覺得把這些錢拿去養這些因而增加出來之護理師，一個人年薪大概可以 100 多萬元，代表我們沒有做有效處理。
- 三、如果現在把它倒過來，99、100、101 年三年中，醫院部門約增加 400 億元跑不掉，門住診 45% 比 55%，住診估算大概 220 億元，它把 220 億元吞下去，護理等人員沒有適度增加，錢就不見了。這個問題怎麼看呢？衛生署從來沒有研究這些相關的問題在哪裡？他們要錢，護士找不到，就說要增加預算，預算的錢誰要付？如果衛生署要付，我沒有意見，你不能要我們付。
- 四、要我們付的話道理要講清楚，把東西拿出來，我給你每年增加的成長率，如何適當配置相關的人力，如果沒有的話，問題出在那裡，是否要吐回來給我們！應該聘足這些人，再來談其他問題，這樣才合情合理。不能他講什麼有問題，就全部要付費者負擔。這樣，再多也不夠花，講白一點是這樣。
- 五、醫院部門每年所提成長率都超過 10%，請問鄭委員聰明我們要完全給他嗎？如果衛生署願意自行吸收超過的上限，我們沒有意見。蔡委員登順講的也對，如果各部門可以這樣的話（不受上限限制），委員的努力全部沒有意義，付費者委員會說牙醫、基層要給多少，我們通通給，因為我不給的話，那邊也給了。
- 六、醫療費用有沒有適度合理，你在說我們要合理適當，我也是在講合理適當，問題有提出資料嗎？有分析問題嗎？如果有，當然會看出其不足的地方，沒有的話，合理嗎？醫院財務資訊有公開嗎？可以讓我們看出確實是赤字經營，確實不合理，給的預算確實不足，那我們來檢討。這些都看不到的情況下，我認為我們還是要堅持，一定要不超過高推估，各

部門都要適用，已經幾年的慣例。

江主任委員東亮

護理界代表你們要說話，錢有沒有用到該去的地方？

陳委員玉枝

主席、各位委員，剛剛鄭委員聰明及謝委員天仁分別提到要調高護理費，是否有用在提升護理人力配置，讓護理人員的工作負荷合理，這點總額協商時，100 年編列提升住院護理照護品質方案 10 億元專款，醫院是否運用這筆獎勵金在增聘護理人力，健保局已收集醫院呈報的資料，這部分可否於 6~8 月至費協會提報，看費用是否用在聘人，新增多少人員，以及是否增加病床數等，都要釐清。另外，以醫院經營面來看，若要改善護理人力，需適度調高護理費，因為以醫學中心為例，每天給付住院護理費 643 元，是否合理也要一併檢討分析，作為今年總額協商的參酌。

江主任委員東亮

這個案子，如果以去年為例，第一，我們的責任一定要在 4.7% 以內，可是我看到每個部門的基礎都不一樣，雖然行政院核定的下限是 2.695%，可是牙醫總額的下限是 1.659%，中醫是 3.297%，西醫基層是 1.895%，醫院是 3.003%。行政院核定的 4.7%(上限)減去 2.695%(下限)，還有約 2% 的空間，若以去年為例，我看了一下，沒有哪個部門協商因素超過 2%，各委員可參看議程資料第 22 頁附件 3 數據。另外西醫基層 95、96、97、98 及 100 年的協商成長率最高。我知道有件事，協商順序要抽籤，我問林執行秘書宜靜為何要抽籤，他說因為部門覺得排在後面談的比較好。

林執行秘書宜靜

以前有部門向我們抱怨，安排在第一個協商的部門，委員都審得特別嚴，成長率核得比較低，所以後來就改採抽籤方式決定協商順序。

江主任委員東亮

協商成長空間若定下來，例如 101 年為 0~2%，大家就不會有早點或晚點協商的問題，反正都在 2% 的範圍內，加起來絕對不會超過行政院上限。這是個替代方案，請大家討論。

蔡委員登順

我們感受到鄭委員聰明的用心良苦，也可以體會。但剛剛所表達，如果防線能被突破，以後就不用協商，會沒完沒了。沒有上限卡在那邊，誰都擋不住。你知道這很重要嗎？若認為哪個部門總額不夠，行政院上限可以再提高，我們是依政府核定上限值辦理。總不能要我砍牙醫、中醫，然後送給其他部門，壞人我來做，好人你來當，不公平吧！我們這些人當了幾年的壞人，就為了健保永續、人民健康、健保品質，我們沒有用心良苦嗎？所以那個防線，我再次重申，不能突破。若突破，健保資源永遠不夠。

江主任委員東亮

請童常務理事瑞龍發言。

童常務理事瑞龍(蘇委員清泉代理人)

- 一、謝謝主席給我機會，首先感謝鄭委員聰明提出的構想，他也是站在全民的立場，只是我們能不能在行政院的上限內，考量其它環境因素，而對哪個部門做不同的照顧。總額實施以牙醫部門最先，再來是中醫，其次是西醫基層，最後才是醫院部門。從結果論來講，醫院都是自行斷頭，拿得比較少，現在又面臨多變的環境，媒體報導成這樣，醫院層級即使斷頭也要做，各位在總額評核會時，可以請健保局分析各部門總額拿了多少錢，用在哪些地方，哪個團體拿得較多，用在誰身上，點值如何。
- 二、剛剛鄭委員聰明也只是提出他的構想，我認為不應該否定，我很認同鄭委員的想法，本會應該是一個開放空間，交換平台，當然委員不同意，我們也尊重，這是合議制。

謝委員武吉

- 一、對於鄭委員聰明在政府官僚中能提出很正面的說詞，感到十分敬佩，但如果付費者委員對於他的意見有不同看法，大家可以互相協商。感到非常欣慰的是，今天的補充資料中，有委員提到對基期之建議：「於新年度預算協商時，應先就前一年度預算與實際發生醫療費用落差進行通盤檢討，並以此為新年度預算之基礎」。這位委員應該很瞭解整個狀況，一語道破醫界將來可能會發生的問題，這是很難預料的事情，大家也可以好好的思考。
- 二、對協商因素之建議：「護病比由 1：4 調升為 1：3、護理人員要求年薪 70 萬元等」，我想這可能是蘇委員清泉提的，他才曉得 70 萬元的事情，還有「應於協商反映，增編預算，並於現行 4,933 項健保支付標準外...」，現行健保支付標準，跟護理相關僅在住院有 26 項，門診有 2 項。另外門診診察費 228 點，乘以現在台北業務組浮動點值 0.85，結果是 193.8 元，不是 228 元，健保局都說門診診察費包含護理費，錯！護理連 1 塊錢都拿不到，這也已經有人把它寫在研究計畫報告中。
- 三、委員都可表述意見，不要說這批委員就砍哪個單位，修理哪個單位，沒必要做這樣的事情。實際發生狀況，沒錢時，就不要裝氣魄、裝英雄，把計畫停下來，不要再做那些醫療服務。這位委員建議(1)(2)(3)都寫得很不錯，很正向。

江主任委員東亮

提出一個建議供大家討論，在附冊的第 5 頁，五、其他原則(二)「各部門最後之年度總額成長率，不超過行政院核定範圍之上限值」。我建議修正如下：「各部門最後之年度協商成長率，不超過行政院核定範圍之上下限差距，且所有部門總額合計加上其他預算，不得超過行政院核定範圍之上限值」。請委員討論看看，若無共識，就維持原議。

謝委員天仁

這部分我們沒辦法接受，如果要這樣的話，可以肯定告訴主委，每次談判，每次破裂。近4年來，只有一次與醫院部門達成協議，沒有達成協議，很簡單，就送署裁決，讓衛生署承受應負擔的行政責任。已經設有上限，4次才1次達成協議，如果不設上限，怎麼可能達成協議？

江主任委員東亮

我這個建議有設上限。

謝委員天仁

只是各部門總額加起來不超過行政院上限而已，對個別部門沒有設限嗎？

葉委員明峯

主席剛剛提到2%是上下限差額，就是各部門不能超過2%的意思，所以個別總額還是有設限。

謝委員天仁

若個別有設限，我就沒有意見，還是要有限制。

江主任委員東亮

個別有限制。

凌委員月霞

剛剛主席用意不錯，可是我覺得讓各部門可以在上下限差距的2%中間調整，可能無法避免有些部門浮濫提報醫療支出，反正不超過2%，我就報多點讓你砍，這反而會增加總額協商時的困難。

江主任委員東亮

說明一下，現在是沒有成長率限制，如果基礎(非協商)比較少的話，也許有3%協商空間。請林執行秘書舉例說明。

林執行秘書宜靜

跟各位委員說明，剛剛主席的建議，幕僚在技術面可能要調整一下，剛剛的建議是這樣，如行政院在 101 年核定上、下限為 2.695~4.7%，所以費協會可協商的空間為 2.005%，我們建議還要扣除投保人口成長率的差值，為何會這樣建議呢？因為衛生署在報請行政院核定的範圍，是將人口差值放在上下限的空間內，即調整因素內，但人口差值在費協會計算部門總額時，是放在基期做校正，所以會有落差。因為人口差值是不可協商的，一定要從行政院核定的上、下限範圍扣除。若照建議，扣掉人口差值後，101 年可協商空間為 1.935%，各部門總額的非協商因素，即醫療服務成本、人口因素等 3 項，是用公式算出，所以各部門總額都有個基礎數字，牙醫是 1.659%，中醫是 3.297%，西醫基層是 1.895%，醫院是 3.003%，剛剛的建議是在協商的部分，包含專款、門診透析，都屬於協商範圍的成長率，各部門不要超過 1.935%。就是行政院核定的上限減去下限，再扣減投保人口成長率差值，以上說明。

蔡委員登順

這樣換算的意思是，不會超過行政院核定的上限。

江主任委員東亮

對。

蔡委員登順

就照過去方式。

林執行秘書宜靜

技術面也要控制，因為還有「其他預算」要考慮。

蔡委員登順

就是以行政院核定的上限為界線。

許委員怡欣

詢問一下，若照剛剛的說法，1.935%是上限，若以 101 年醫院非

協商成長率 3.003%，再加上 1.935%，變成 4.935%，就超過行政院核定上限，是不是我聽錯，剛剛說這樣加上去不會超過行政院核定上限。

林執行秘書宜靜

還要跟大家解釋一下，計算基礎會有不同，也就是各部門總額非協商成長率是以一般服務為基礎乘以其成長率。剛剛跟大家談到的屬協商空間，包含專款、透析，所以要試算協商空間，是乘以部門的總體費用。

許委員怡欣

所以意思是 3.003%，加上 1.935%再乘以某個東西，實際上不會超過 4.7%？可是光 3.003%加上 1.935%，為 4.935%就已經超過上限。

林執行秘書宜靜

直接加會超過，醫院部門試算後，3.003%加上可協商空間 1.935%，最後的總成長率是 4.678%。當然每年不一定會在上限以下，要看協商空間的狀況。

陳委員宗獻

我不贊成這樣做，會更複雜，這樣下來會變成，以 101 年中醫來看，非協商是 3.297%，將來還可以再加 1.935%，這樣會超過上限，不對所以再砍。萬一某年某個部門總額非協商就達到上限值，只是下限是大家總平均，若某部門總額非協商為 4.1%，另一總額為 1%，總平均還是 2%點多，但上限是 4.1%，那怎麼辦？就不要協商了。

江主任委員東亮

不，陳委員宗獻想得剛好是我們碰到的個案。假如行政院核定上限為 4.7%，非協商為 4.69%，如按照上述協商原則的話，部門沒有什麼空間可協商。若按照我剛才提議的方式，因為行政院給我們接近 2%成長率，所以現在即使非協商 4.69%，還有 2%的協商

空間，這成長率是大家一起的，事實上反而解決你剛剛講的困境。

陳委員宗獻

四部門總額有巨人也有侏儒，如果講百分比時...

江主任委員東亮

已經幫你算過，因為行政院上限 4.7% 是合計值，現在只是把它分回去，事實上對每個部門來說，若有某部門非協商已經 4.6%，按照目前協商原則只剩下 0.1% 的空間，但若按照我剛剛所提的方案，有 2% 的成長空間，這才比較合理。現在是以行政院核定範圍中間沒有補足的部分來看，對所有部門比較友善。

蔡委員登順

既然有規定不能超過行政院上限，就不要複雜化，照過去的協商機制就好。就是不能超過上限，該給多少就協商，沒有共識就送署裁決，就這樣。

江主任委員東亮

現在的問題是總額成長率若按照剛剛所說 4.6% 的話，那個部門其實沒有什麼協商的空間。

蔡委員登順

非協商因素本來就沒有在協商。

江主任委員東亮

但是它的品質保證保留款、其他協商因素，該如何處理？

蔡委員登順

本來非協商的東西就不用協商，沒辦法達到醫界需求的部分才需要協商。

江主任委員東亮

現在有兩個上限，一個上限是行政院合計的上限，就是 4.7%，絕對不能突破，這是我們的職責，而且法定要交代。

蔡委員登順

我反對以四部門總額加起來的大總額不超過上限為原則，紀錄要寫清楚，不要唬弄，如果是四部門總額加起來不超過上限，則某部門會得到很大的利益，協商就更困難。

謝委員天仁

大概了解主委憂慮的地方，他擔心核下來的低推估是高的，已經快到頂，所以如果還有其他服務要做，因為有這上限原則而沒辦法推動，不過歷年到目前為止，並沒看到這樣的現象。

江主任委員東亮

我不知道明年會是什麼，衛生署召開的總額座談會我都沒有參加。

謝委員天仁

我了解，是說目前看到的數據，大概都有 2% 左右的空間可協商。我認為還是照原來協商方式做做看，如果衛生署有提出很驚人的下限時，再來檢討。

陳委員宗獻

我剛剛的算法再講清楚，假使上限是 4.7%，低推估為 3.0%，所以有 1.7% 的空間可協商，若某個部門總額非協商因素已到 4.6%，因為有些總額的非協商因素是負成長，平均下來才有這種結果。假如非協商 4.6%，如果是牙醫部門再加上 1.7%，這樣大總額不會破，但若是醫院總額部門，因為還有 1.7% 的空間...

江主任委員東亮

不會破。

陳委員宗獻

為何不會破？4.6% 加上 1.7%，醫院的 0.1% 等於全部的 0.5%。

江主任委員東亮

因為 1.7% 成長率相對的是大基期，所以不會破。我知道這一定不

能破，所以你放心。我覺得這是個大議題，今天開會到此為止。各位帶回去想想，其實這個建議比較容易產生雙贏的局面。今天是不是討論到第二案？請許委員怡欣。

許委員怡欣

請問一下，剛剛主委的意思是不是非協商因素若太高，我們就沒有空間協商，有沒有機會在經建會核定前，知道各部門非協商成長率的範圍到哪裡，留有哪些空間，然後我們才能討論。

謝委員天仁

母數越來越大，三個非協商因素的成長率會不會再增加，去年比較特別，其實人口結構老化，都在可預期範圍，這種情況下，低推估的數值會變化這麼大嗎？

江主任委員東亮

我覺得大家很小心是好事，直接去想的時候，會覺得發生情況時要怎麼辦，所以會有疑慮。建議現在休會，帶回去算算看，覺得合理就把它納入原則，如果大家不願意，就不要納入，主席只能看你們願意或不願意。我請執行秘書下次準備投影片跟委員說明。今天到此為止，有無臨時動議？沒有，謝謝大家。

陳委員宗獻

主席，對不起，西醫基層總額 5 月 30 日及 31 日在花蓮縣舉辦醫療資源缺乏地區觀摩會，誠摯邀請委員儘量參加，來檢視我們的成效。

江主任委員東亮

我們可以幫你代轉，邀請函寄了嗎？

陳委員宗獻

已經寄了。

江主任委員東亮

好，歡迎各位委員踴躍參加，今日會議到此結束，散會。