

全民健康保險醫療費用協定委員會
第 177 次委員會議事錄

中華民國 100 年 11 月 11 日

全民健康保險醫療費用協定委員會第 177 次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國 100 年 11 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

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

黃委員建文

黃委員偉堯

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

張副秘書長孟源(代)

陳秘書健民(代)

曾秘書長中龍(10:36 以前代)

陳院長特助瑞瑛(代)

邱科員雋弘(代)

曾簡任視察錦春(代)

劉副秘書長碧珠(12:13 以後代)

肆、請假委員：

孫委員碧霞

伍、列席人員：

行政院衛生署

中央健康保險局

全民健康保險監理委員會
本會

朱組長日僑

梁組長淑政

戴局長桂英

黃副局長三桂

蔡組長淑鈴

柯副主任委員桂女

林執行秘書宜靜

張組長友珊

陸、主席：楊主任委員銘欽

紀錄：盛培珠

柒、主席致詞(略)

捌、報告事項

第一案

案由：確認本會上(第 176)次委員會議議事錄，請 鑒察。

決定：

一、討論事項第三案「有關現行全民健康保險法第 33 條(二代健保法第 43 條)之規定一分級醫療及轉診制度乙案，建請健保局儘速落實實施案」，決議文字修正為：「依提案人謝委員武吉建議，移至下次委員會議討論。」

二、臨時動議「101 年度中醫門診總額協商結果，付費者代表方案以一案或兩案送署裁決案」，經委員指出，依本會會議規範規定，應以復議案方式進行。因有議事程序適當性之疑慮，故撤消該案並刪除決議文字。另「101 年度中醫門診醫療給付費用成長率付費者代表方案二」內容，依原建議人陳委員錦煌之意見，恢復採第 175 次委員會議決議。

三、餘確定。

第二案

案由：本會上(第 176)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、本會第 176 委員會議決議(定)事項辦理情形：

(一)「請中央健康保險局儘速邀集相關醫事團體，釐清十大初級照護疾病與支付標準項目相關性之事宜」、「請中央健康保險局儘速檢討住院病患至他院轉診、轉檢等相關規定」及「台大醫院誤移植愛滋器官相關醫療費用及賠償不應由全民健保支付案」等三案繼續追蹤。

(二)101 年度全民健保各部門總額協定事項之相關計畫與後續須辦事宜，依辦理時程繼續追蹤。

(三)中央健康保險局針對「假住院真詐領案」之專案報告，預訂於 101 年 6 月份委員會議提報後結案。

(四)101 年度各部門總額部分服務項目採點值保障乙案，於中央健康保險局 12 月底前送本會備查後結案。

二、請中央健康保險局於 12 月份委員會議提報全民健康保險第 7 次藥品支付價格調整方案及相關配套措施。

三、餘洽悉。

第三案

案由：101 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率報告案，請 鑒察。

決定：

一、101 年度全民健保醫療給付費用成長率，經依本會 101 年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第 175 次委員會議協商結果，成長率介於 3.969%~4.291%之間(附表一)；若相較於 100 年度協定總額，則成長率介於

4.041%~4.364%之間(附表二)。

二、本會將依衛生署裁決與核定結果，公告 101 年度各部門醫療給付費用總額及其分配。

三、各部門規劃計畫/方案應儘速完成報署核定及公告等後續相關事宜。

四、餘洽悉。

第四案

案由：中央健康保險局報告「醫療費用支出情形」，請 鑒察。

決定：洽悉。

玖、討論事項

第一案

提案人：謝委員武吉

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

決議：支持分級醫療及轉診制度之政策方向，請中央健康保險局籌組專案小組研擬實施方案，並可邀請本會醫界與付費者代表委員參與。

第二案

提案單位：本會第一組

案由：有關牙醫師公會全國聯合會來函建議，101 年度牙醫門診總額一般服務費用分配方式案，提請 討論。

決議：

一、尊重牙醫門診總額部門內部共識，自一般服務費用移撥 0.5 億元，用於「全民健康保險牙醫門診總額醫療資

源不足且點值低地區獎勵方案」。經費若有結餘，則回歸一般服務費用。

二、至擬自一般服務移撥部分經費及保障「醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用」與「牙周病統合性治療第三階段給付費用」點值乙節，因涉及計畫方案內容及保障項目之擬訂，請中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體議定後送本會備查。

第三案

提案單位：本會第一組

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

決議：本案先徵詢委員及中央健康保險局等相關單位對所擬草案之意見後，再掣案續提討論。

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

主席裁決：於下(第 178)次委員會議前先進行本協商會議，時間預訂為 40 分鐘。

拾壹、散會：下午 12 時 48 分。

附表一

101 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率協商結果
(基期費用已校正人口差值)

各部門總額成長率(或增加金額)					年度總額 成長率	年度總額 預估值(億元)
牙醫門診 總額 (2.190%)	西醫基層 總額 (2.915%)	其他預算 (增加 14.61 億元)	醫院總額: 付費者方案 (4.609%)	中醫門診總額: 付費者方案一 (2.182%)	4.218%	5,295.16
				付費者方案二 (-4.081%)	3.969%	5,282.51
				中醫部門方案 (3.800%)	4.282%	5,298.42
			醫院部門 方案 (4.622%)	付費者方案一 (2.182%)	4.227%	5,295.61
				付費者方案二 (-4.081%)	3.978%	5,282.96
				中醫部門方案 (3.800%)	4.291%	5,298.88

附表二

101 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率協商結果
(較 100 年度協定總額)

各部門總額成長率(或增加金額)					年度總額 成長率	年度總額 預估值(億元)
牙醫門診 總額 (2.264%)	西醫基層 總額 (2.986%)	其他預算 (增加 14.61 億元)	醫院總額: 付費者方案 (4.683%)	中醫門診總額: 付費者方案一 (2.261%)	4.291%	5,295.16
				付費者方案二 (-4.006%)	4.041%	5,282.51
				中醫部門方案 (3.881%)	4.355%	5,298.42
			醫院部門 方案 (4.696%)	付費者方案一 (2.261%)	4.300%	5,295.61
				付費者方案二 (-4.006%)	4.050%	5,282.96
				中醫部門方案 (3.881%)	4.364%	5,298.88

本會第 177 次委員會議
與會人員發言實錄

壹、報告事項第一案「確認本會上(第 176)次委員會議議事錄」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

各位委員及與會人員早。現在開始第 177 次委員會議，首先宣讀上次會議紀錄，請同仁宣讀。

同仁宣讀(略)

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。請問委員對會議紀錄有無修正意見？先請謝委員武吉，再請謝委員天仁發言。

謝委員武吉

- 一、委員會議的每個議案，如果決議為轉請衛生署或中央健康保險局參酌辦理，請問到底是請衛生署辦理？還是健保局？需要分清楚。
- 二、若決議為建議請健保局參酌辦理時，最後有沒有結果？好像都有參酌，沒辦理，沒結果，這是不對的！我在每次會議都一而再、再而三提出問題，都是參酌處理。我認為參酌辦理一定要有期限，不能沒有期限。
- 三、議程資料第 6 頁(討論事項第三案之決議)，主席裁決：「移至下次委員會議討論」，這樣的決議不尊重委員，當時主席問我，我回答先讓一次，讓你們先處理後面的提案，我的這個提案下次再討論就可以。但紀錄卻變成：「主席裁決，移至下次委員會議討論」。我變成細漢(台語)，這樣對嗎？這種文字措詞我不能夠接受！今天可能火藥味會比較重一點。

楊主任委員銘欽

謝謝謝委員武吉，等下一併處理。現在請謝委員天仁。

謝委員天仁

請問主席，「拾、臨時動議」的提案人是主席，這個案子本身在第

175 次委員會議已經決議，如果再提就變成復議案，沒有依法經過連署，怎麼會變成議案呢？我沒看到有連署，紀錄沒有！

楊主任委員銘欽

- 一、有無其他委員對會議紀錄要提出修正？
- 二、首先，對剛才謝委員武吉所提討論事項第三案部分，向謝委員致歉，當時確實是謝委員主動考量到會議的議案很多，所以建議移至下次委員會議討論，這部分在文字措詞上是不對的，應修正為：「提案人謝委員武吉提議移至下次委員會議討論」，這是第一部分。
- 三、其次，謝委員武吉提到決議有關「參酌辦理」部分，文字上應無需修正之處，但精神上，到底應該怎麼處理，這部分應該要列入追蹤，有些具時效性，例如議程資料第 5 頁，陳委員錦煌所提的討論事項第一案，在此會列入追蹤；有些案子，例如討論事項第二案有關台大醫院的議案，因為什麼時候會申報費用並不知道，所以當時決議，待醫院申報費用後，依法應該由台大醫院支付的，就由其支付，所以就沒有列出時間點。
- 四、謝委員天仁提到臨時動議案部分，本案當時是我提出的，也有徵詢在場委員是否有人附議，當時蔡委員登順有附議，但並未討論是否屬於對前次決議的復議案，就這樣討論下去，如果謝委員認為在法律上這樣處理不對，我們可以討論。

謝委員天仁

這不是討論的問題，這是違法的問題，把會議規範拿來看，復議時應該要有哪些要件？我前幾個月才提過復議案，上面也有連署人的姓名，你這個動議都沒有連署，怎麼會成復議呢？法律上本來就是不成案，主席要維持議事的合法性。

楊主任委員銘欽

是。

謝委員天仁

- 一、議事有不對的地方，應該改就改，正如第 175 次委員會議(討論 101 年度中醫門診總額成長率)，我告訴你，那是表決，你硬要聽幕僚的話，說是表達，你去看會議的過程，我已經提程序問題，假使不用表決方式處理的話，議事程序本身是違法的，表示主席的議事能力有問題，你怎麼會這樣做呢？幕僚挖個洞給你跳，你也不辨明是非，就這樣跳進去。告訴你不要用這種方式提，你硬要用這種方式提，自取其辱，又沒有達到你要的效果，怎麼會這樣做呢？人家外面看，會以為費協會沒有人！
- 二、其次，各部門代表也不要在那邊看笑話，不要以為這只是中醫部門的笑話，我告訴各位，以後其他各部門，也可能不只一個案，可能有二個、三個案，大家能夠忍受嗎？要這樣面對我們的議事效率嗎？不對就要把它拿掉，我的建議就這樣。

楊主任委員銘欽

謝謝。

謝委員天仁

這本來就是不成案的東西，連法律要件都不符合。

楊主任委員銘欽

好，謝謝。請張副秘書長孟源發言。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

主席、各位委員大家好。謝委員天仁說的對，復議案成立是有一些要件，要以書面的方式提出、並且獲得委員連署，甚至決議可能須用表決等其他的成立要件。這個案子在上次會議時，討論得相當充分，最後，卻沒有變更原決議而僅是文字數據的修正，因此它的性質不像是復議案，應該是接近修正案，可參考桌上的會議資料夾第 5-2 頁(註：費協會會議規範第九條，復議之提出)，「議案經議決通過或否決後，如因情勢變遷或有新資料而認為決議確有重加研討之必要時，得提請復議」，然而本案提出的性質，應該比較偏向第八條，修正案之提出，「修正案須與原議案有關方得提出，但具有否決原議案

之效果者，不得提出」，該案並沒有否決原議案，還是照原議案的精神，當時是陳委員錦煌基於善意，對金額部分提出修正，有些需要扣減，有些不需要扣減，原則上性質屬於修正案，所以議程資料第 10 頁，決議也是寫「全案修正如附件二」。我想可能是文字上的誤會。

楊主任委員銘欽

請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、我想從案由表達得很清楚，是在決定一案或二案送署，怎麼會變成修正案呢？本來第 175 次委員會議大家都已經表決，你硬要說是表達，所以搞成二個方案，本來的爭執點就在二案或一案。事實很清楚，當時(第 175 次委員會議)葉委員明峯跟我說，我跟林執行秘書宜靜提出，請她去跟陳委員錦煌溝通，都溝通好了，陳委員同意付費者提一個案，只在該案的金額部分做註記(即附註陳委員所建議金額)，比照 97 年的模式。結果因孫委員茂峰爭執，惹怒陳委員，才產生相關的爭議。當時我提程序問題時，已表達得很清楚，就是逐一表決，開會沒有逐一表達意見，只有涉及議案成立與否，大家為了決定到底要採哪個案，才會逐一表達，不然我為何要提程序問題，主席不了解什麼叫程序問題嗎？程序問題就是已經有爭執，應該要把相關的程序釐清。我已經提出，主席也裁了，把發言紀錄拿來看，不是這樣嗎？為什麼還要扭曲它！

二、主席，你 9 月 26 日批的公文，為何 9 月 23 日相關的會議紀錄會流出去呢？為何有此現象？

楊主任委員銘欽

我們現在是在討論會議紀錄修正部分。

謝委員天仁

一樣，我講的是一個過程，讓大家了解，為什麼會堅持如此做。議事就是要合法有效，假使議事可以唬弄(台語)大家的話，那我們開會

幹什麼？也希望每個委員應該要有原則，來跟我講的人自己就要爭二案或一案！為何搞到最後大家變成模糊焦點，一案有哪麼嚴重嗎？一案會對我們國家、社會造成傷害嗎？還是二案？為什麼事情不照對的方式做。

楊主任委員銘欽

謝謝謝委員天仁。請何委員語。

何委員語

- 一、主席，各位先進，之前會議我支持謝委員天仁的意見，因為我擔任全國青商會會議規範的講師 5 年。這一次謝委員有跟我說，你那天因為 10 點另外有任務跑掉，後面有發生一些爭執，這些事情應該以會議規範的程序解決。上次會議我因為另有公務，不能來參加會議，當收到第 176 次委員會議紀錄時，我整本都看完，我認為這個案子，主席當初要提出的時候，不是不能提，會議規範的復議動議有規定，在當次會議程序中或下次會議時，發現新事實或有新事證，可提復議案。修正案也是復議案，不是說修正案就不是復議案，而是要提復議修正案。復議修正案就是原來的主題內容不變，但是需要修正意見。復議案有兩個結果，一個是修正，一個是推翻、否決，並重新表決新事證。
- 二、我認為謝委員所講的過程確實是事實，所以本案雖然已經做成會議紀錄，但今天的會議紀錄可以將它否決掉，否決掉後，若有委員想提，可再重新提出復議修正案。

陳委員錦煌

主席，我看不必這麼麻煩，乾脆恢復到 14 億 8 千 7 百 1 拾萬，就都不能再提出復議。我讓手，你們佔了便宜又賣乖，在說什麼瘋話，我已經讓步 5 億了。明文規定，原案經決議通過後，若沒有發現新事證、新資料，是不能再提起復議，請參看會議規範第九條，復議之提出。上(第 176)次委員會議，我已經讓了一大步了，對藥品費、

診察費、針灸等由醫師執行的費用，同意這 5 億還給中醫，然後對推拿由密醫做的部分扣減，以後就按步就班執行，要不然第 175 次委員會議就已經決議過，我這個人好講話，正如謝委員武吉所講，你們把我當細漢(台語)，若要這樣，那就恢復啊！照以前這樣算就好，也不要緊，我這個人並非聽誰說，而是我自己觀察，該給醫界、醫生的、該付藥費的部分，我都支持，就是不要讓密醫執行醫療行為，且領取健保給付，我不同意這點而已，你當我很外行嗎？

楊主任委員銘欽

請謝委員天仁發言。

謝委員天仁

其實陳委員講 14 億也罷，9 億也罷，我完全沒有意見。我要告訴大家的是，議事要合法、照規矩，回到第 175 次委員會議決議，這是可以的，只是第 175 次委員會議決議每個人的解讀不一樣，陳委員的解讀是二案併陳，我的解讀是只有一案，沒關係，我沒有意見。但我認為這一次(第 176 次委員會議)臨時動議的相關資料都要拿掉，都不成案，怎會在那邊討論相關的議題呢？

楊主任委員銘欽

謝謝謝天仁委員，我想很清楚...，請謝武吉委員發言。

謝武吉委員

對剛才幾位委員的發言，我認為主席當時是出自於讀書人一片良善之心，這些我都能夠了解，當時主席表達的，並沒有很大的錯誤，但可能程序上有些瑕疵，這點我們需要體諒。其實若真要說起來，費協會和健保局、衛生署，違法亂紀的事情太多了，這只是一小點而已，我們應該要以往後的大局著想。

楊主任委員銘欽

在決議之前，先請林執行秘書對剛剛謝委員天仁質疑有關時間點部分說明，趁此機會也讓對本案關心的委員了解前因後果。

林執行秘書宜靜

一、向委員解釋第 175 次委員會議決議有關中醫的部分：

(一)先說明費協會過去在協定年度總額的共識會議，及委員會議的慣例，原則上第一天舉行共識會議，第二天召開委員會議確認前一天的協議結果，會議上會在螢幕投射幕僚所做的協商結論草案，以利確認各部門的協議內容是否正確。所以(第175次委員會議決議)是經過大家在9月17日委員會議共同確認，文字都沒有問題，才做成決議。與平常性的委員會議，係於會後由幕僚依據會議討論結果後製作議事錄不同。因為年度協商畢竟是大事，所以特別謹慎，協商結論已在9月17日就進行確定。

(二)第175次委員會議過程中，謝委員天仁確實對中醫部分有提出程序問題，後來經過大家討論後，螢幕上是顯示方案一有哪幾位委員支持，方案二有哪幾位委員支持，程序是這樣。事後經過謝委員反應，我們也擔心是否對會議規定有所誤解，因為費協會委員會議規範沒有寫那麼清楚，所以依委員會會議規範的但書，本規範未盡事宜，依內政部所公布會議規範處理。所以我們就將內政部的會議規範及第175次委員會議實錄，請衛生署法規會幫我們審視，法規會表示，所謂表決，一定要三個元素都完成，第一，需有人提案、有人附議，然後主席也裁定並發起進入表決；第二，進入表決之後，要確定表決方式，是採「記名」或「不記名」，之後需要清點人數，因為既然要表決，就需要計算可投票人數，以便下一階段能統計贊成人數及反對人數的比例；第三，投票之後，主席要宣布表決結果。經法規會看過我們的會議過程後，認為委員逐一表達意見屬討論的一環，還未進入到所謂表決程序，因為根本沒有宣布正式表決，這是我們諮詢及就教法規會的結果。後續事宜則是依循過去協定的程序辦理。

二、其次，對謝委員天仁所提，認為我們會議實錄外流乙事予以澄

清，整份議事錄是在 9 月 26 日陳核完畢，9 月 27 日正式上網，相信各位委員在 9 月 27 日之後有收到我們的電子郵件，是將議事錄傳給所有委員，這部分我一定要澄清，因為牽涉到本會所有幕僚的信用度，請大家能夠了解。

謝委員天仁

- 一、我講得更清楚一點，陳委員錦煌的監察院檢舉函，9 月 23 日就出來了，9 月 23 日附的就是兩案併陳，很清楚，不是 9 月 26、27 日才出來，表示還未經過相關行政流程。我的了解是林執行秘書宜靜跟我說，主委 26 日才批核，所以很奇怪，還沒批的東西為什麼老早就流給陳委員，可能大家比較愛戴他，所以拿到資料的時間比較早，這我當然應該要跟他好好學習。
- 二、其次，議案本身沒有附議，怎麼當成決議內容，陳委員錦煌的議案本身，沒有任何一位委員附議。依照議事規則，根本不可能做為決議，怎麼可能呢？所有在場每位委員都點名過，總共有 11 位付費者代表在場，只有 1 位陳委員錦煌支持他自己的議案，其他 10 位委員全部支持減列 2.2 億(指協商項目「提升傷科及脫臼整復治療處置品質之效益」乙項)的方案送衛生署裁決，所以這部分我認為有問題，哪有照議事規則執行？

楊主任委員銘欽

謝謝，我想...。

陳委員錦煌

主席，等一下，剛才謝委員說你們拿什麼資料給我？沒有啊！我沒有拿到你們什麼資料，大家要講清楚，我算小牌的，你們哪有可能拿什麼資料給我，這件事我怎麼不知道。

楊主任委員銘欽

謝委員天仁剛才的意思是，陳委員在 9 月 23 日送一份檢舉函到黃煌雄監察委員辦公室，謝委員天仁質疑，正式的委員會議紀錄我是在 9 月 26 日才批核，27 日上網，再分發給所有委員，為何陳委員在 9

月 23 日的檢舉函就附有相關資料。

陳委員錦煌

當時開完會(第 175 次委員會議)，我就決心這樣做，我當秘書長也有幕僚，你不要以為我是呆子。所以我回去就叫幕僚開始擬案，擬好案就送監察院，衛生署、健保局也有送。我哪有拿什麼資料，你們有什麼資料給我，沒有啊！

楊主任委員銘欽

所以陳委員的意思是，你提給監察委員的資料，是用協商當時的資料，而非事後的會議紀錄。

陳委員錦煌

沒有啦！我只剩台北地檢署還沒有寄而已，你們如果這樣，我還要再寄。

楊主任委員銘欽

我想謝委員天仁可以了解，我們真的不會有事先流漏的情況。

謝委員天仁

主委，我自己都親自看到那些資料了，衛生署、監察院都有，如果後面沒有附件，怎麼去告訴人家二案變一案呢？很清楚啊！後來就是發覺各單位都表示意見，怎麼會沒有，我是看到資料才講話，沒有看到的我不會講，就當成我不知道，陳委員錦煌向監察院檢舉的時間，他自己很清楚，9 月 23 日就發文，是禮拜五，對不對？

林執行秘書宜靜

向委員說明，衛生署有將監察院的檢舉函轉送給我們，請我們答覆，所以我們有看到全案資料，陳委員錦煌所附的附件資料是 9 月 17 日會上發給各委員 9 月 16 日的會議結論，所以上面的中醫案只有寫付費者方案一、付費者方案二，後面沒有括弧註明支持委員的名單。

陳委員錦煌

我很快就寄了，等你們哪來得及，我動作蠻快的。

楊主任委員銘欽

好，這個案子就是...。

謝委員天仁

主委，要查很簡單，看有沒有落名字就知道了嘛，9月17日後才有所謂具名的問題，看一下就知道了。

楊主任委員銘欽

謝謝各位委員對剛剛這個案子...。

謝委員天仁

我再提一下，26日我就打電話給林執行秘書，我說會議紀錄有問題，沒有任何回應，到30日禮拜五下午，我只好打電話一個一個追，問紀錄誰做的，接到張友珊組長，結果張友珊組長表示剛已有向林執行秘書報告，林執行秘書說禮拜一再處理，這是費協會應該做的嗎？我在監理會人家就不這樣處理，監理會馬上積極處理任何問題，9月26日反映到主委打電話給我，已經一個禮拜，行政作業是這個樣子，委員反應的管道這樣緩慢，問題沒有辦法及時處理，主委你想想上個月為何會受到那些污辱，怎麼產生，本來沒有的事，怎麼變成這樣呢？

楊主任委員銘欽

- 一、這個案子給我本人及與會的幕僚一次很大的經驗教訓，在以後會議執行上會更謹慎處理，這部分謝謝各位委員的指教，也跟各位致歉，浪費大家很多時間。
- 二、回到上次決議有關臨時動議部分，剛剛經過幾位委員提示以後，我也認為這個提案有失恰當，因為那一天健保局報告最新的數據，就是符合新事證，照剛剛所講，不管是提出否決復議或修正復議，都叫做復議，但是我沒有依循這個程序來處理。剛剛陳委員錦煌也善意回應，認為這個案子如果不成立的話，就回復到第175次委員會議當時的決議數字，也是可以。這個案子本來是希望有機會作些修正，但因為不符合議案程序，這

個臨時動議就撤銷，因為法的位階比較高，不符合程序的話，就回到原先的決議。因為這個案子已經報到衛生署，所以我們會追加一個公函修正。

陳委員錦煌

主席，問題都是健保局惹出來的。

楊主任委員銘欽

這和健保局沒有關係。

陳委員錦煌

- 一、拜託，我是代表勞工的，你要尊重，笑可以笑，但不可以阻擋我發言。
- 二、健保局如果有這個膽識，看得準，中醫 98 年到 99 年之間，就有一些不必用的錢，戴局長如果算出來讓委員知道，例如 100 年可以算出可節約 4 億 4 千萬、扣 2 億 2 千萬，這些委員都聽得懂。還要我自動提出來，依照第 170 次委員會議報告，針灸傷科及脫臼整復申報點數-44.7%，可以省 14 億 8 千 7 百 1 拾萬，我請你來兩次，我說你算多少我都聽你的，你說沒辦法、沒資料。沒關係，等到第 176 次委員會議，你才算出診察費、針灸多少、藥品多少，我也再一次聽你的，同意只扣減 9 億 8 千萬。健保局負責管錢、執行，應該要提出報告：「陳委員 99 年度對中醫傷科有提案，若屬推拿等醫療行為由助理執行者不能給付，感謝你的監督，你代表付費者委員，很認真」，稱讚一下才對。健保局如果提出報告，說明有必要扣回，我相信委員都聽得懂，但打迷糊戰，此地無銀 3 百兩，你是有得到什麼好處嗎？不然為何不敢說，我合理懷疑你，健保局縱容、圖利、包庇，若你今天再惹毛我，我跟你說，就到地檢署提告，不能這樣，我不是很不講理的人，白紙寫黑字，包括數字減多少錢，都寫的很清楚，才會到委員會議提出檢討，又不是我要橫材抬入灶黑白搞(台語)，這樣也沒意思。健保局要承認，中醫從 99

年5月起就這樣，可以減多少錢，所減的錢回歸全民才對。

三、健保局會再接到兩則公文，全國勞工聯盟總會初四召開理事會，有理事罵說，健保局在幹什麼，案已經通過，要將公文送給你們了。台灣總工會理監事也說，民脂民膏，健保局在幹什麼，這些公文你們都會收到，也會送衛生署、監理會與費協會，我們的理監事是各縣市工會理事長，他們會說這些話，難道他們想不到嗎？中醫應該怎麼支付，以後若是由醫師親自處理的診察費等費用，我都會支持，因為由醫師親自執行，我們願意支付，但不能用密醫來領健保費用，這很公道。若是這樣，謝委員武吉有些醫院，很多錢也要還給他們，對不對？局長，這些問題，局長可以答覆一下，看我這樣說對不對。

戴局長桂英

- 一、剛剛陳委員提到，當天協商費用時，大家討論金額的合理性，我的確有去陳委員旁邊了解，他所參考有關14億元的資料來源，對此資料來源，我也說的確是本局的報告資料，但是這個資料要細分，不是當場就可以處理。
- 二、在費協會協定總額，一向有一定的規則，其實當天在那個場合，已經按照規則進行協商。
- 三、委員指教，健保局是不是有得到別人什麼好處，這個我可以肯定的說，健保局絕對沒有得到任何人的好處。
- 四、再者，因為剛剛陳委員表示已有公函給監察院，也副知衛生署，既然已經進入程序，我就不再說明，監察院理應會調查，謝謝。

楊主任委員銘欽

會議紀錄確認到這邊告一段落。

陳委員錦煌

我說一句話好嗎？局長，我跟你說，當時有請你來兩趟，我說沒關係，你算出來該多少就多少，我聽你的，我有說這些話，對吧？結果你說現場無資料可算，我說不要緊，下回算出來以後，對那些藥

品費、診察費這些應該要給人家，我同意，都聽你的，沒有第二句話。看你這樣算，我個人也有同感，認為公道上該給醫生，就該給，沒有人來拜託我，我就直接扣掉，只剩扣減 9.8 億，這合理呀。所以，我合理懷疑，為何一直要把錢給出去，這是全民的健保，健保費率常常都說要調漲，立法院的公聽會，我在那裡也戰得要死，現在選舉前騙我們說，第二類保險對象暫時不漲價，從第一類及第三類先漲，你們公務人員及有雇主的先漲，怕我們勞工翻臉，現在不敢漲，不要這樣，我們來當委員不是只來協定給錢，協定前也要看合理才給，若不合理，做委員要有良心，不能說不合理的錢也給醫界，這我反對。

楊主任委員銘欽

謝謝陳委員，陳委員剛剛的發言是合理的。請謝委員武吉發言。

謝委員武吉

我本來不講話，因為不干我的事，只是剛才陳委員提到謝委員武吉三個字，害我緊張一下。記得協商時我也提過，如果密醫能夠執行相關的醫療業務，那我們就要替 11 家醫院提出要求，孫委員茂峰如果要討回，這與我無關，但我們有 11 家地區醫院，因為密醫的事情被健保局取締，結果被送法院、被罰款、也有人被判徒刑，現在又無法參加 A 計畫，有的醫師還被停止執業權利，這個案如果通過，我要求健保局也要返還我們 11 家地區醫院的費用，對這些被健保局移送法辦者，也要返還我們公平正義，列入附帶決議。

楊主任委員銘欽

請何委員發言。

何委員語

- 一、主席，各位先進，剛剛主席要收回臨時動議案，在會議程序上，需徵求蔡委員登順口頭附議，即徵詢附議人同意，這是一個程序。
- 二、如果謝委員天仁建議回歸第 175 次委員會議決議，我剛聽說有

10位委員同意付費者方案一，只有陳大委員堅持方案二，依會議程序，少數服從多數，他的意見可列入備註欄，作為第一案的附屬備註意見。他要向監察院、地方法院檢舉，都沒關係，10位同意第一案的委員皆可作證人，你們官員很辛苦，不要怕，我認為應這樣走才對。

陳委員錦煌

主席，我不加強也不行，會不好意思，何大委員已在鼓勵我，我就更加強，會再繼續檢舉，我就是這樣的人，你鼓勵我做，我就做，試試看。我要聘謝委員天仁當律師。

謝委員天仁

我要聘你當顧問。

楊主任委員銘欽

這個案子不能再動了，剛謝委員天仁提到如果有異動就是復議，須走復議流程。抱歉，我未掌控好。先徵詢蔡委員登順意見，因前次會議蔡委員曾附議我提出之臨時動議，今如要撤銷，蔡委員是否同意。

蔡委員登順

復議之提出，依會議規範：「議案經議決通過或否決後，如因情勢變遷或有新資料而認為決議確有重加研討之必要時，得提請復議」，寫得很清楚。上次會議健保局的報告資料有提出新事證，陳委員錦煌看到健保局的報告後，認為應減列傷科及脫臼整復醫令較去年同期減少之點數，但不減列針灸 0.45 億、診察費及藥品等 4.6 億，那就是新事證，故可提出復議，會議規範並未要求復議案須經連署，我認為上次的程序是合法的。

謝委員天仁

會議規範九之(三)提請復議之方式：「應以書面方式提出，其提案程序比照第七點規定辦理」，寫得很清楚，前面也提到「提案經當次出席委員十分之一以上之連署」，連署和附議不一樣，連署是書面的行

為，若為一般議案，在臨時動議提出後有人附議，是可以的，但其性質為復議案，我也曾提出復議案，蔡委員登順也和我連署過，連署就是連署，與復議不同，要求較嚴格的要件，如果我的復議需其他委員書面連署，主席的復議只需有委員附議即可，不是大細漢(台語)差很多，有這樣的議事規則嗎？

陳委員宗獻

上次會議，所有委員都付出很多時間成本來討論此案，如果因其不具備某些要素，以致於被撤銷，很可惜。所謂「出席委員十分之一以上之連署」，應為所有委員的十分之一，而非只有付費者委員。既然認為上次臨時動議不具備附議案的完全條件，主席剛裁決，如連署人也同意的話，就撤銷。能否再提復議，會議規範為「復議動議經否決後，對同一議案，不得再提請復議」，但我們是撤銷，不是否決。本案數據有新事證是重要的，如有必要，也可由我提出復議案，請其他委員連署，如有超過十分之一，就可繼續討論。

謝委員天仁

我贊成陳委員宗獻的意見，我聽了他這一席話，精神大振。錯的事情，即應矯正回來，不能繼續錯下去。費協會水準應該很高，那天因何委員語有事先離開，不然他會比我還生氣。9月協商會議當天，葉委員明峯曾和我討論，付費者代表怎會有兩案，這樣不好，我才跟林執行秘書宜靜反應，才會衍生出後面的爭議，怎會變成二案，搞不清楚。我已講過，其他部門不要有坐高山觀虎鬥的心態，哪一天就會到你家去。今天中醫部門可以二個案，以後醫院、西醫基層部門，可能有三、四案，每個都說我是委員，要有自己的方案，不能嗎？陳委員錦煌幫我們爭取的福利，要繼續堅持下去。陳委員宗獻要提復議，沒關係，大家來提，我們再繼續奮鬥。

楊主任委員銘欽

從議事規則，謝委員天仁提及，因有新事證而做修正，係具備復議案的性質，復議案不會因提案人是主席或委員而有不同處理方式，

這部分，請蔡委員委屈一點，雖然當天你很挺我，但因當時的程序並不正確，蔡委員是否同意撤銷，陳委員宗獻如擬提復議案，因有新事證，故可再正式提出。

蔡委員登順

如要重提復議，我想所有委員都要參與，不是只有付費者，我認為所有委員都應盡相當的責任，由 27 位委員對復議案進行表決。

楊主任委員銘欽

提出復議案，要有 3 位委員連署。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

復議案提案這件事，係一個費協會在程序上落實並學習的機會。關於程序一定要正確，復議案先從書面連署開始，至內容部分，有二個重點，一為單純文字修正，將 14.87 億修改為 9.82 億元，另一為付費者方案為二案或一案。建議將這些內容以書面呈現後，再來連署，程序才會較正確，且至少要出席委員十分之一以上連署，才能通過。

陳委員宗獻

議程可繼續進行，這部分等下再處理。

楊主任委員銘欽

第 176 次委員會議紀錄確認先告一段落，後面還有程序要走。謝謝幾位委員提供寶貴意見。

何委員語

到目前為止，蔡委員登順並未同意撤銷，我認為如要重提復議案，應馬上進行書面修正。但我反對剛蔡委員說要 27 位委員連署，建議應由今天出席的委員同意連署，現在馬上就可進行書面復議案的作業。

楊主任委員銘欽

雖蔡委員登順剛未明白表示他同意撤銷，但剛有提到如要進行復

議，應怎樣進行，故我認為他已接受撤銷。

謝委員天仁

其實沒有撤銷的問題，因就議案成立的要件，在法律上並不成立，既然不成立，就沒有該議案，將它從整個會議紀錄移除即可，要再提復議，可再走其他程序。

楊主任委員銘欽

一、何委員這樣可以嗎？因剛是何委員提醒要這樣做。

二、會議紀錄修正有兩個重點，第一為討論事項第三案，是因謝委員武吉主動提出，為爭取討論時間，所以移至下次會議...

陳委員錦煌

主席，不用這麼麻煩，就回歸第 175 次委員會議，扣減 14 億 8 千 7 百 1 拾萬元，健保局可再向衛生署、監察院報告，應怎樣扣減才對，這樣就解決了，也無須提復議案。上次委員會議，我因看到有新資料，才好意提出修正數字，現在如果要這樣，就依第 175 次委員會議決議，之後健保局要向衛生署、監察院等補充資料，再去補充即可，這樣就解決了。

楊主任委員銘欽

撤銷上次會議的臨時動議，仍維持第 175 次委員會議決議，除非有委員提出復議，並經連署成立。

陳委員錦煌

上次有請局長說明，因有新資料，我才同意修正，但現在我不同意，就回復第 175 次委員會議決議，不用再浪費大家的時間。

楊主任委員銘欽

對，就是照陳委員錦煌所說的。

陳委員錦煌

就這樣送署，你們有什麼困難？

楊主任委員銘欽

第 176 次委員會議紀錄，現較單純...。

陳委員錦煌

衛生署若說我不對，裁第一案，就算了，有什麼問題，他們又不是傻瓜。

楊主任委員銘欽

這個案子已經討論很久，準備要結束了...。

曾秘書長中龍(連委員瑞猛代理人)

謝委員天仁剛提到，本案並不符程序，就無撤銷的問題。至是否由現場在座的委員連署，依會議規範，如有委員要提出復議案，是委員的權利，他可以去連署，不要因為怎樣就不准提復議，我想並未賦予權利可以這樣做。不要浪費大家時間，如要連署，就趕快進行。

楊主任委員銘欽

本案到此告一段落。我再重複一次，有兩個重點，一為討論事項第三案，不是主席裁決移至下次委員會議討論，而是委員主動提及，為要爭取討論時間，所以移至下次委員會議討論，尊重委員的善意；另一為，撤銷臨時動議，因不符議事規則。

陳委員宗獻

誠如委員剛提，提復議案是委員的權利，當然要有委員連署。我既然提出復議案，已寫好復議案內容，等一下能否請委員連署，如未達門檻，復議案就不成立。

楊主任委員銘欽

可以，這是委員的權利。

廖委員本讓

已討論一個小時，我覺得既然本案，陳委員錦煌決定要回復至第 175 次委員會議決議，就無須再提案。至謝委員天仁說的程序問題，程序不對，是提案，但現在既然陳委員沒有要修改內容，就沒有案子

可討論。謝委員天仁提及決議的付費者方案有二案，是否符合會議程序，以後是不是會衍生很多方案出來，只有這個大問題而已。陳委員要照原案，就無須再復議。

楊主任委員銘欽

我再重複一次，委員要提復議...

陳委員宗獻

我提的復議案很簡單，能否先口頭向大家報告，至書面資料我剛已送出去了。

陳委員錦煌

主席，請問...

何委員語

程序問題！

楊主任委員銘欽

程序問題，請何委員語發言。

何委員語

要提復議案，不用在這裡口頭報告，可以私下進行連署，不用在這裡提出。

陳委員宗獻

了解。

陳委員錦煌

主席，請教你，第 175 次委員會議的決議，如果今天委員沒出席，改變決議，就沒尊重到他，怎能以前決定的，後來才想到又修正，這樣可以嗎？

楊主任委員銘欽

第 175 次委員會議決議，並未修正。

陳委員錦煌

向大家報告，費協會有代理人制度，委員如今天不願來開會，請代理人出席，之後若對會議決議不認帳，怎麼辦，這要負責任的，主席你知道嗎？如果我陳錦煌不來開會，請代理人來，他同意的事情，我也要負責。怎能第 175 次委員會議的決議變來變去，這樣對嗎？

楊主任委員銘欽

本案到此告一段落，如有委員要提請復議就提，屆時再討論，沒有話，就仍依第 175 次委員會議決議辦理。接下來進行報告事項第二案。

貳、報告事項第二案「本會上(第 176)次委員會議決議(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

請林執行秘書宜靜報告。

林執行秘書宜靜

一、請委員翻到議程資料第 19 頁，第一項是針對第 176 次委員會議追蹤情形。請委員翻到第 20 頁，本次追蹤事項計有 5 項：

(一)第 1 項請健保局辦理的有兩部分，一為釐清十大初級照護疾病與支付標準項目相關性之事宜，第二為住院病患至他院轉診、轉檢等相關規定，這兩項，健保局會陸續在 11 月份的總額支委會討論，或召開其他會議，所以預定於 12 月份委員會議向委員報告進度。

(二)第 2 項為 101 年總額協定事宜，健保局目前正密集與各總額部門討論中，所以會在 12 月委員會議報告各方案的進度。

(三)第 3 項為陳委員錦煌的提案，報紙報導假住院真詐領的議題，已轉請衛生署參考；另請健保局專案報告部分，因檢調已在偵辦中，基於偵察不公開原則，目前無法提供報告，依地檢署偵辦時程，估計約需 6 個月，幕僚建議在明年 6 月份委員會議再提報，如屆時檢調還在調查中，再擇期另安排報告時間。

(四)第 4 項為媒體報導台大醫院誤移植愛滋器官部分，已洽請健保局依相關法令辦理。

(五)第 5 項為 101 年度四部門總額在一般服務如有需點值保障事宜，請提各總額支委會討論，健保局也已安排於 11 月份支委會討論，將於 12 月份委員會議提出報告。

二、請委員翻回第 19 頁，第二點為衛生署在 10 月份公告第 7 次藥品支付價格調整方案，將自 100 年 12 月 1 日起生效。

三、第三點為健保局公告修正方案，相關資料請委員參閱附錄資

料。以上說明。

楊主任委員銘欽

謝謝說明。不知道委員是否有需詢問的部分。

陳委員錦煌

關於台大醫院誤移植愛滋器官後續的醫療費用，請健保局好好管理，不能用到健保費用，該台大醫院負責的，他們就應負責，我分得很清楚，不能花到全民的費用。但如果戴局長個人要拿錢出來，我沒意見，不要花到健保的費用就好。局長是否明白我的意思？

謝委員武吉

對陳委員錦煌所提台大醫院的案件，我建議繼續追蹤，因為還不知道是發生多少錢，不能結案，否則不知後續如何處理。

楊主任委員銘欽

我想也應繼續追蹤。

謝委員武吉

拜託會務人員，以後要稍微尊重委員的意見，不要這樣就結案。另剛提到第7次藥價調查，就我所了解的資料，第7次藥價調查對地區醫院與基層慢性病連續處方箋的殺傷力很大，很多院所都買不到藥，請教第4~7次藥價調查的結果為何？有無拿地區醫院、基層診所的費用，來補貼其他的層級？為何藥價調整要用中位數或平均值？這樣正確還不正确？請沈組長茂庭說明。我手上有很多資料，你們竟採平均值，怎樣做的，我不懂，用平均值計算，這次調降幅度，有10%多，也有調降70%~80%，你叫醫院要如何買到藥，連碰都碰不到，根本是亂來。

楊主任委員銘欽

請沈組長報告之前，先跟其他委員說明，剛謝委員武吉所提的第7次藥價調查，是健保局依相關規定及計算公式，進行藥價調查與藥價調整，到底調查、抽樣過程為何，因其會影響藥費以及後續醫療

服務的提供，涉及醫院及診所買藥的可行性，這部分請沈組長茂庭說明，但可能要精簡。

謝委員武吉

不能精簡，要詳細說明。

楊主任委員銘欽

如要詳細說明，恐將花費許多時間。

謝委員武吉

一定要詳細說明。

戴局長桂英

各位委員如果要看第 7 次藥價調整方案，本會幕僚人員已將之收錄在會議資料第 56 頁，這是 10 月 21 日的公告，該調整主要依據全民健康保險所規定的子法規，即全民健康保險藥價基準。根據藥價基準，每兩年調整藥價一次，並不是所有品項都要調整，係市面上販售價差較大的品項，調整會比較多，如價差在一定合理範圍內，調整就會比較少，甚至不調整。藥價調查後，我們會擬訂第 7 次藥品支付價格調整方案，內容可參閱第 57~63 頁，如要詳細說明，當然會花費較多時間。謝委員武吉關心，例如某個品項僅有一個價格，但大小醫院買的價錢不一樣，即剛才說以平均值定價，如果小醫院買不到藥，要如何處理？就謝委員關心的部分，請沈組長補充說明。

沈組長茂庭

主席、各位委員，剛...

謝委員武吉

先請問沈組長一件事，你們曾在報紙提到「自由市場」，請問自由市場的定義是什麼？

沈組長茂庭

係調查各廠商賣到醫院的價格，即市價，市場上自由交易所產生的價格，我們再依公式調整，例如計算平均值，謝委員武吉質疑用平

均值會對地區醫院不利，但我們並非僅採平均值，也有其他調整因子，如 R zone，價差多少不調整、最大調幅多少等。謝委員質疑每次調整，是否省下的錢，可能會對某些醫院有利、有些不利，確實藥價調整後，每年也都會引進新藥，其多為慢性病或癌症用藥，在醫學中心或區域醫院用得較多，但不能說這樣就是對醫學中心、區域醫院較有利，其實那些都是專利藥，費用較貴，價差也較小。我們並未偏袒某些醫院，在此向謝委員說明。

謝委員武吉

- 一、沈組長說的，我聽不下去，不要再騙了，我們已被你們騙 7 次，連理事長瑞猛也很了解，很多地區醫院與基層診所，已完全沒辦法使用慢性病連續處方箋用藥，難道你們都不清楚嗎？
- 二、昨天有提供一份資料給署長，Tenormin(天諾敏，降血壓藥)，90 年健保價 1 顆 9 元，地區醫院採購價 7 元，信元藥廠賣給長庚醫院則 1 顆 4 角；目前健保價為 2.07 元，第 7 次藥價調查結果為 1.5 元，地區醫院採購價為 1.8 元，請問虧損 0.3 元要如何處理？連瑞猛理事長應該很清楚，有很多我們地區醫院買不到。
- 三、Zantac(善胃得，胃藥)藥效如何，大家心知肚明，你(連瑞猛理事長)也是藥學系畢業，應了解，它在第 6 次藥價調查為 3 元多，第 7 次藥價調查調降 67%，剩 2.1 元，地區醫院採購價約 2.1 元，你們竟然調整到這種程度，根本就是封殺地區醫院。且 Zantac 須經胃鏡檢查後認為需要才能開立，你們卻對這種藥這麼苛刻，有道理嗎？它是 30 多年的藥，算是不錯的胃藥，這麼做是殺雞取卵。Zantac 初期到台灣時，一顆 67 元賣給醫院，現竟變為 2 元多，這樣的規定不會太過份嗎？這樣的藥價你們不會覺得太過份嗎？讓大家無法買到藥，你們會高興嗎？且還行文規定醫院不得換藥，要追蹤換藥的比例，你們在搞什麼東西！
- 四、主席，聽好，長庚醫院前院長張昭雄先生說，衛生署的健保局就像以前的警備總部，所以健保局是醫界的警備總部，不顧百姓安全，胡作非為，這是張昭雄說的，不是我說的，你們若要

告，可以告他。證明你們就是胡作非為！你們藥價調查實在嗎？什麼自由市場！大醫院一次進幾十萬顆的藥，基層診所只能買幾百顆，地區醫院可能買幾千顆，你們調查自由市場的結果就是這樣，很過份！區域醫院你也說一下，叫我講，自己卻不講。

蘇委員清泉

- 一、蘇清泉第一次發言，因現在不太適合發言，每次都會被罵。在此向大家報告，大家都說藥價黑洞，較高的層次，我們會說台灣、日本、韓國，中國大陸更嚴重，都是以藥養醫，這句話大家都朗朗上口，連3歲孩子也是。藥品確實有差價，日本花了40年時間，也無法拿掉差價，我們經健保局7次藥價調查下來，已見骨見血，有些地區醫院與基層診所購買價已高於健保支付價，這是走火入魔。
- 二、為何會以藥養醫？因藥品的差價，是在補其他的不足。舉例，哪來的護理費？以我的醫院為例，為了挽留護理人員，針對不同的簽約時間，如1、2、3年，給予不同的簽約費，且為迎合馬總統調薪3%政策，昨天會計師來查帳，這幾天要報衛生署，今年光護理人員簽約金就2千多萬元，人事費用暴增，從1月到9月增加7千多萬元，國稅局還要我去解釋。藥品的價差，就是要補其他人事費用，放射線師、檢驗師、藥師、社工人員等，大家都吵著要加薪，現在人事費用很高，這些你們都漠視、不談，整天只會講藥有差價，一直削減，削至見骨，卻無視另外一邊不夠的問題，每年費用成長2%、3%就要討論很久，光中醫談了80分鐘，還是沒結論。
- 三、向大家報告，也是奉勸、期待與寄望，每年讓醫院，尤其地區醫院逐漸萎縮，這樣不對，你們可以去偏遠地區看，台北居民4、5分鐘就能找到好的醫療資源，但屏東的患者40分鐘還找不到，若要讓他死，就繼續下去，你們很自私。台北市有8、9間醫學中心，醫院規模愈來愈大，議價能力愈來愈高，以Norvasc(脈優，降血壓藥)為例，原廠為輝瑞，剛進來時，健保

局核價 19 元多，後來變成 17 元，到現在剩 8.8 元，台灣 GMP、CGMP、PIC/S 藥廠，則核到 8.8 元的 9 折、88 折或 85 折，台灣做的 Norvasc 1 顆 4 角，4 角是在吃麵粉喔，有效嗎？會愈吃血壓愈高。為了患者好，醫師還是會用原廠藥，原廠藥和國廠藥真的不一樣，我當醫生 30 年，向大家報告，potential(潛在的效果)真的不一樣。

楊主任委員銘欽

請局長回應。

戴局長桂英

- 一、不好意思，因為這個報告事項是在進行各項追蹤。藥價調整的確為大家所關注，建議於下次委員會議時，由健保局特別對此次藥價調整的配套等措施，向大家報告。
- 二、另，醫院關心買不到藥的問題，其實已請各分局瞭解，特別是購買力不像大醫院那麼好的社區型醫院，各分局應該已經展開詢問，俾能瞭解那些品項會碰到問題，如果覺得意見提供給分局還不夠，也可以直接提供給總局醫審組沈組長所轄的藥材科收件。這部分是為了處理小醫院購買藥物的問題。
- 三、事實上，這次藥價調整並不是消費者委員一定要健保局怎麼做，而是健保局依健保法的子法規「藥價基準」規定進行而已。當然，消費者委員也很關心民眾需要用的藥還是可以用得到。

楊主任委員銘欽

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、剛剛講話有點激動，可能又會有人打小報告到監察院。監察委員也告訴我，以後跟健保局講話要彬彬有禮，因為我們細漢(台語)，要細漢徹底。
- 二、藥價調查有沒有合法性？藥價的核價基準有沒有符合健保法第 51 條規定？沒有嘛！這就是最大的問題。今天藥事人員都不敢

講話，不敢講沒關係，但是醫界沒辦法不講話，基層不敢講，我們地區醫院一定要講，區域也講了，現在三個層級要買慢性病用藥，確實有困難。剛剛提到的 Norvasc(脈優，降血壓藥)，為什麼我不想講？因為我老早就說過，現在降價 37%，地區醫院何德何能可以拿到降 37% 的價格？discount(折扣)的比例最多只有 20%，但一次降 37%，我現在講出這個比例，就是要讓大家瞭解這種方式是對的嗎？藥價調查用最低值和最高值，剛沈組長說得好像很有道理，但很同情局長，我聽說局長也曾被人家拍桌子，例如要求某個藥一角銀(台語)都不能降。健保局是山頭林立，各自為政，惟我獨大，這種單位要怎麼辦？以後什麼事都送廉政署、檢調單位共同處理比較好，沒辦法生存時，也只好這樣。

三、前天跟一個私立醫學中心的院長通電話，他說，武吉呀！再這樣下去，醫院一定要革命，否則沒辦法生存。所以，我們在 10 月 26 日有個公文給健保局，到現在也沒有叫我們來談買不到藥這件事，你們到現在還沒有動作出來，沈組長，你們有嗎？

戴局長桂英

因為目前我們有一些藥還在申復，最近本局仍在加強處理申復回復價格的案件...

謝委員武吉

局長，讓我先講完好嗎？

戴局長桂英

好，有 400 多種經申復後已重核價格或恢復原支付價。

謝委員武吉

一、這次總共調整 8,000 多種，1,000 多種上升一點點，7,000 多種都調降 60~70%、70~80%，我們公文已經清楚表達這些事情的嚴重性，公文是謝文武寫的，也跟你們說過了。我們很尊重你們，但如果你們不被我們尊重，也不好，希望不要有事沒事就

向監察院的某委員報告，說謝文武很兇，尤其謝武吉很兇，叫我們講話要小聲、彬彬有禮。我的個性講話就是直講，不會胡亂繞道，如果你們要我胡亂繞道也行，以後我就這樣做，你們頭被斬了都還不知道。我們已經聽到了，人家已經對我們「提示」過。

二、健保局有待商榷的餘地實在太多。再請問，你們每次藥價調查，有些我們買不到藥，有些比較行的醫院都去換新、較貴的藥，你們最後的結論是怎樣？還是死路一條，藥品費用還是每年成長！低到讓醫院買不到藥，該怎麼辦？你說明一下。

楊主任委員銘欽

這個部分，我想請局長把剛剛提到的這些項目整理一下，於下次委員會議做一完整報告。

謝委員武吉

如果這樣，到下個月已經火燒孤寮，無望了，我的意思你們知道嗎？一間草寮被火燒光，無望了。剛剛健保局也說，現在是12月1日起實施新藥價，如果12月1日前，沒和我們談過，要怎麼實施？

何委員語

提程序問題。因為今天提到藥價問題，全部都是執行內容不是決議，我們坐在這邊聽太久，容忍醫界代表發表他們的意見，但是發表到現在，我要提議停止討論、停止再發言，為什麼你們這次的討論事項不提出藥價問題。第一，醫界都沒有提討論案，第二，我們現在是要通過第176次委員會議決議的辦理情形，大家是否同意建議，即繼續追蹤4項，結案1項？如果同意，希望先將第176次委員會議需繼續追蹤的決議事項通過，保留說明二，請醫界另提討論案，及請健保局專案報告。

楊主任委員銘欽

謝謝何委員語。剛剛我也想让謝委員武吉將所關心的問題提出後，準備要結束討論，是不是藉這個機會...

陳委員錦煌

主席，程序問題。

楊主任委員銘欽

請說。

陳委員錦煌

這涉及醫院的生存問題，當然，他當院長的不瞭解藥價也不行，難道要讓醫院倒，所以，我贊成繼續聽謝院長報告。

何委員語

請主席表決。

楊主任委員銘欽

對此案，交換意見時間已經很久，最後請戴局長對謝委員武吉所提部分，簡單回應後，就先結束，如果有需要，再回過頭討論。

陳委員錦煌

12月確實會施行，而我們會議到1點，不要緊嘛，剩下的議案要通過可以很快，就讓謝院長爽快一下，講難聽點，他們要生存，我們有時候也要幫他們講話，委員多等一、二十分鐘不要緊，不須苦苦相逼，該給醫師、醫院的，我們都很有肚量，我願意聽他講。

楊主任委員銘欽

雖然剛剛何委員提到要表決是否停止討論，不過，我想現在暫時還不用動到表決。我宣布本案的決定為：

- 一、對剛剛前面追蹤事項第4項，接受謝委員武吉的建議，繼續追蹤。
- 二、對於第7次藥價調整部分，則請健保局進行專題報告，因為12月1日將執行，剛局長也說還有部分在申復，所以，最後請局長回應，就結束詢問。

戴局長桂英

現在主要在討論議程資料第19頁的說明二，依剛剛主席的處理，由

本局日後補充更詳細資料後，再向大家報告，而謝委員武吉所提社區醫院協會發出的公函，其實本局也要處理，因為您是社區醫院協會的負責人，我也親自跟您打過電話，討論什麼時間來溝通會比較好。因為最近同仁都忙於處理申復案件，到昨天根據申復處理原則，現在大概有 400 多項的藥品回復原價或提升價格，近日即會上網，我們手上還有 400 多項還在申復中，等說申復的部分都處理後，再邀社區醫院的代表一起來看一看，有那些還是買不到藥，一邊也請分局蒐集資料。本案是在處理一些報告事項，包括歷次委員會議的追蹤，還有其他一些衛生署的公告，除了第二項，書面的報告不夠，我們下次再補充。

楊主任委員銘欽

謝謝。

謝委員武吉

還有個建議，剛剛已經說了很多，也有點出一些藥廠賣藥的情況，建議最高價格多少，最低價格多少，至少應該讓我們知道。而我剛說 90 年度 Tenormin(天諾敏，降血壓藥)4 毛錢一事，是剛好有個跟我很要好的藥商偷偷跟我說，才知道的，所以我們怎麼做都輸，地區醫院才會從 7、8 百家，到現在只剩 3 百多家，其中還有 1 百多家是在做 RCW(呼吸照護病房)，繼續下去，完全無法生存。我今天已經提供一些資料，人家大陸如何扶植社區醫療，我們健保局不但沒有扶植，是要把社區醫療消滅，我也有正式公文給健保局，在 6、7 年前有一個企劃案是要消滅社區醫療…。最重要是要讓我們知道，究竟是買多少價錢，要有雙向資訊流通、協商，這在之前就曾提過。

楊主任委員銘欽

謝委員，可否先告一段落，謝謝。等一下第一個討論案也是您提出有關社區醫療的議題。

謝委員武吉

我就比較愛講話，讓我多講兩句。

楊主任委員銘欽

等一下討論案，我們再來講。

謝委員武吉

但是我現在講的，最重要的是藥價問題，你們買的藥價多少，我們買的藥價多少，拜託拿出來給看，同樣的藥，價格到底差多少？

楊主任委員銘欽

這部分再請局長多準備一些參考資料。

謝委員武吉

一定要有雙向的協商，不要一天到晚去跟監察委員說我們講話很兇。

戴局長桂英

可能有誤會，我沒有這樣的處理方式。

楊主任委員銘欽

這個案子就到這邊告一段落。

連委員瑞猛

一、主席，對不起，可否給我一點時間，這個問題，我不能不講話。
二、藥師全聯會對 2,300 萬民眾用藥非常重要、並且無商議空間的兩個原則是：一個是一定要有藥品可以用，再來則是用藥安全。
三、第 7 次藥價調整事實上對於藥品供應已經產生問題，健保局雖然是依法行政，但是民眾無藥可用的情況已經告訴我們，這個藥價調控的機制確實有需要修正的地方。去年藥品費用在全民健保總支出大約為 1 千 3 百多億，從健保實施到現在，占率很少低於 25%，藥品在醫療體系中何等重要，但 2,300 萬人用藥已經亮起紅燈。政府應該要多花點時間審慎思考如何讓民眾有藥可用，並建立安全用藥的機制，以上建議，謝謝。

楊主任委員銘欽

謝謝。接下來進行報告事項第三案。

蔡委員登順

剛剛蘇委員清泉慷慨激昂所表達意見中，提到付費者委員苛刻醫院，不能體恤醫院經營的困難，我完全不能同意。這次總額協商，委員們整體考量國家的經濟成長率及全民的需求，付費者委員已經盡最大的努力、誠意，照經建會核定的數字來協商，給醫院部門的成長率已接近上限值，成長約 160 億，這麼大的誠意對醫院還不夠尊重嗎？講這樣非理性的言詞，消費付費者委員的努力，我完全不能同意，並且提出抗議。付費者委員亦有感醫院經營的辛苦，別的部門，如中醫、西醫基層、牙醫都無法拿到這麼高的成長率，你們還不滿意嗎？所以，建請互相尊重，付費者完全沒有苛刻醫院，更深刻了解醫院經營的困難。

楊主任委員銘欽

本案告一段落，現在進到報告事項第三案。

參、報告事項第三案「101 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率報告案」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

- 一、請各位參看議程資料第 22 頁，各位可能會覺得這些數字不是已經第 4、5 次看到了嗎？在這裡做最後一次整理，第 24 頁表列數字是方便委員回到所代表團體（單位），報告這次協商結果時可用的成長率與金額數據。但因為剛剛談到中醫部分有些變動，所以幕僚同仁也配合修正表格數字，等一下會以投影方式呈現。
- 二、再跟各位說明，因為我知道多位委員，都要跟所屬的單位報告目前為止的協商結果，而且這些協商結果也將要報到衛生署核定，所以呈現的數字可以讓委員先跟所屬單位說明及報告。
- 三、先請同仁宣讀。基本上這是報告案，不再討論。徵求各位委員意見，如果覺得這個數字已經看得差不多，能否直接看表格就好，不看文字，以節省時間，可以嗎？若無特別意見，則先看表格，如果大家覺得不夠清楚，再回過頭來唸文字。請大家參看投影在螢幕的表格，這是修正後的數字，請同仁宣讀表格部分。

林視察淑華

101 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率(基期費用已校人口差值)，各部門總額成長率...

楊主任委員銘欽

等一下，螢幕顯示顏色過淺，不清楚，請調整顏色或再放大點。

林執行秘書宜靜

直接跟委員說明，因為衛生署交付我們討論的行政院核定大總額範圍為 2.695~4.7%，目前牙醫門診、西醫基層兩部門總額及其他預算有達協商共識，所以所列成長率是確定，另外，醫院部門有兩案，中醫門診有三案，因此，換算過後的大總額範圍，目前最低的數字

是 3.969%，最高的數字是 4.291%...。

楊主任委員銘欽

就是現在看到螢幕上的紅色字體，3.969%是最低，總額預估值為 5,282 億。

林執行秘書宜靜

- 一、最高則是最下面的數字，4.291%。重點是跟委員說明目前協定的結果，是在行政院核定的總額範圍內。目前會有修訂的數字是，請大家參看螢幕上紅色字體的數字，就是付費者方案二，因為剛剛數字有修訂，所以年度總成長率會變成 3.969%，總額預估價值是 528,251 百萬元。
- 二、表二則是因為基期不同，跟 100 年協定總額相較，也會修正兩個數字，搭配醫院總額付費者方案及中醫總額付費者方案二，其年度總成長率修正為 4.041%，總額預估價值為 528,251 百萬元，另一是搭配醫院總額醫院部門方案及中醫總額付費者方案二，其年度總成長率修訂為 4.050%，總額預估價值為 528,296 百萬元。這部分，我們會依委員會議協定的結果報請衛生署核定。

楊主任委員銘欽

- 一、以上報告，不曉得有無詢問意見？基本上，就是一些數字供大家參考。
- 二、相關修訂後的數字及書面資料，請幕僚同仁在今天會議結束前，補印給大家，委員如果有需要，可向所屬單位報告。
- 三、如果沒有其他問題，進到報告事項第四案，在議程資料第 25 頁，是醫療費用支出情形報告，依過去委員會議決議，是 3、6、9、12 月做口頭報告，今天是 11 月，所以只提供書面資料，不進行口頭報告，如果委員對書面資料有需詢問的意見，歡迎在會議進行當中，隨時提出，本案則先洽悉。
- 四、接著進入討論事項第一案，請參看議程資料第 27 頁，請宣讀。

肆、討論事項第一案「有關現行全民健康保險法第 33 條(二代健保法第 43 條)之規定—分級醫療及轉診制度乙案，建請健保局儘速落實實施案」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

會議現場所發放牛皮紙袋內，有兩份資料，係謝委員武吉所提供，請問謝委員有無補充說明？

謝委員武吉

- 一、這個案件已經提出多次，是令人感到非常羞恥的一件事情，因為我講北京語，不是大家都聽得懂，所以我講台語，感覺咱們很見笑的事情，應該知道要去改而不去改，就是我們很丟臉的事情。
- 二、我在提案中已經說明得很清楚，健保法第 33 條，新的二代健保法第 43 條也都很清楚，剛剛補附給各位的資料，大陸職工保險及城鎮居民基本醫療保險在 2010 年的節餘款是 770 億元人民幣，職工保險僅一年就剩 770 億，職工保險比較早舉辦，而城鎮居民基本醫療保險較晚舉辦，但截至 2010 年底，醫療保險的累計結存有 5,047 億元，此資料供大家參考及檢討。
- 三、本會幕僚補充說明第一點第(一)至(四)，請教執行秘書，100 年 9 月 5 日這段文字是誰回答？是你們回答的嗎？

戴局長桂英

這部分應該是幕僚請辦健保局提供的意見，對不對？所以這是健保局提供的。

楊主任委員銘欽

(一)至(四)是健保局的回覆意見。

謝委員武吉

- 一、(一)至(四)是健保局回答的，那最好，違法的單位應該要處理。請問我們有落實轉診制度嗎？你們說有，但有無確實落實？沒

有！請翻到今日全民健康保險醫療費用支出情形報告的第 27 頁，醫學中心門診每件 2,501 點，區域醫院 1,818 點，地區醫院 1,187 點，基層診所 540 點，你們寫得琳琅滿目、振振有詞，但可有按照議程第 29 頁所列的費用來收費？只用部分負擔收費，是違規、違法的！就剛提的數字，我算過自民國 84 年至 99 年，健保局減收的費用高達 900 億，缺錢就增加老百姓的保費，這是應該做但沒去做的事情。所以，百分比有落差就是不對，這是健保局自己回答的。

二、所列(三)振振有辭，說推行轉診非常困難，其實民國 84 年 3~4 月時有落實，但 5 月開始，張錦文前醫院協會理事長帶著九大醫學中心院長去找主管機關，當時才只有九家醫學中心，結果馬上將此轉診制度切斷，這可行嗎？不能夠這樣做！這是不對的。

三、所列(四)提到二代健保法第 43 條規定，主管機關應訂定轉診實施辦法，健保局會依衛生署規定處理。這個案照理講，今天是 11 月 11 日，早上出門還看到新聞報導，2011 年 1 月 11 日、911、311 都發生不好的事，所以 11 都不好，今天 11 日了，有提出什麼轉診計畫書嗎？有跟相關單位討論嗎？都沒有！所以，這個回答是含糊其辭，沒辦法解釋。

四、接下來幕僚補充說明的第二大點，其實在 100 年 3 月 11 日委員會議即有結論。有關健保法實施細則部分，參與監理委員會討論時，我也提出有關轉診制度的意見，當時的回答是，會訂定另外的辦法，但到目前為止，都還沒看到有在處理。3 月 11 日到現在 11 月 11 日，已經 8 個月了，請問有任何實施辦法的草案提出來嗎？我這裡還準備很多意見，但先講到這邊。

楊主任委員銘欽

謝謝補充說明。先詢問其他委員有無意見，再請健保局回應。

謝委員天仁

轉診制度的方向，值得給予支持，但也要考慮到民眾的接受程度。

不過，政策上似乎未看到努力的痕跡。這個提案雖然都沒有具體的建議，但已經提了好多次，上一次，也曾問過健保局，從 84 年健保法施行後，就以固定的轉診費用收費，到現在已經過 15、6 年，有無精算過中間的變化？譬如醫學中心收 360 元，區域醫院收 240 元，地區醫院收 80 元，這部分有沒有再做過精算？記得局長當時的答覆是，要再算算看，以讓我們瞭解實際情況，但幾個月過去，好像都沒有這些相關資訊。我覺得應該要好好檢討，民眾本身的習慣當然要盡量考慮，但問題是，假如在某個角度來看是對的，政策上，就應該要慢慢地、漸進式微調才對，問題是 15、6 年來都沒有調整，看起來好像變成原則是這樣子，但一直用例外處理方式，這有點問題，所以，我認為這部分應該好好檢討，希望有比較好的機制，不要讓醫療體系一直往倒金字塔的方向惡化，大家應該要努力。

楊主任委員銘欽

請張副秘書長孟源。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

- 一、非常贊成謝委員武吉的提案，尤其是對於謝委員天仁站在消費者的立場也支持。任何一個國家的醫療制度，都有分級轉診或家庭醫師制度，雖然目前的健保法或二代健保法都提到，轉診的比例及實施時間係由中央衛生主管機關訂定，行政機關當然有裁量權，但很樂於看到朝這個方向繼續努力，也更期望如何讓消費者能夠接受。然而，現今大部分消費者會認為醫學中心可以提供更好的服務，比較安心，而且現在部分負擔是定額收費，而非定率，雖然表面上醫院部分負擔比較高，但若從實質負擔的比例來看，在醫院的負擔沒有特別多，所以他們願意付這個錢。
- 二、唯有在本質上將基層及地區醫院提升起來，使其能夠提供更好的服務，獲得民眾的信任，也希望主管機關能多給基層與地區醫院一些鼓勵與支持，尤其是家庭醫師、診所以病人為中心的計畫，都是全人照護計畫，舉世醫療先進國家均推動家醫計畫，

才能提升病患照護品質，避免醫療浪費，尤其二代健保更是有「家庭責任醫師」的制度，希望委員能夠大力支持。現在家庭醫師社區醫療群有 300 多群，如何使其向上推到 800 群，希望社區醫療群的覆蓋率能夠更高；診所以病人為中心的計畫也是以病人為個案管理，提供全人照護，更希望藉此讓基層與地區醫院能夠提供更好的醫療服務，讓消費者有信心，讓國家政策慢慢往這個方向走。

楊主任委員銘欽

請問其他委員有無詢問？請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、幾天前，剛好看到一份健保局提供的資料，2009 年全民健保統計動向，看完之後，心有戚戚焉，其中提到地區醫院合理的改變，我有打電話詢問主辦單位，該主辦單位應有向局長報告，門診費用申報統計部分，我說給主席聽：基層診所在 85 年的占率是 51.1%，至 98 年變成 41.7%，少了 2 成，但基層如何還能生存，因為有一塊總額可以幫助，但地區醫院，寫得很清楚，85 年時 18.2%，至 98 年 11.6%，占率少了 6.6%，因為地區醫院含在醫院總額中，但大醫院保證點值每點 1 元的部分較多，地區醫院較少，所以我們的占率就被削減掉，實際應該占 4 成左右。這不是我杜撰，我從資料抄下來，醫學中心與區域醫院是 30.7%，至 98 年變 40.4%。
- 二、長期以來，醫療資源分配頭重腳輕是大家所詬病，大家都知道，政府不斷宣示要扭轉畸形生態，也是 90 年度推動醫院總額支付制度的重要政策及目標。當時總額的主持人是李玉春教授，主席你認識吧？可是現在讓人怵目驚心，城鎮差距不斷擴大！像剛才蘇委員清泉所提，鄉村城鎮差距越來越大，最基礎的 24 小時急診、一般內外婦兒科的照護，一些鄉鎮都沒有，都是健保局消滅的，罪魁禍首是健保局，隨時都有開天窗的狀況，有些地區醫院根本就熄燈，乾脆不做，土地賣一賣算了。不斷擴

張的大型醫院，急診幾乎崩盤，門診一號難掛，住院一床難求，照護品質會提升嗎？一定下降，難道不是這樣？

- 三、還有些民意代表、醫藥記者最大的兼差、服務項目就是幫民眾、親友掛號或找床，一般弱勢民眾、鄉下的鄉親就醫非常困難，因為沒有這些門路、途徑可以處理。大家應該有共識這是條錯誤的路。
- 四、健保總額制度研議時，一直提出醫療不能頭重腳輕，應該重視失衡的狀況，也提出相關法令、策略及措施來矯正。可惜執行單位全部束之高閣，放在桌子的最上頭，沒當一回事，才會造成今天的狀況。因此，我們應重新檢視相關法令、策略及措施。
- 五、尤其現行健保法第 33 條(二代健保第 43 條)的使用方法，不但有實質違法之嫌，且造成制度性誘導民眾小病到大醫院的不良就醫習慣。剛才健保局說：「(三)...要改變有困難」，但重點在你們需要強制執行、改變習慣，才能杜絕健保不斷浪費。因此，責成健保局應於明年 7 月 1 日前，落實執行現行健保法第 33 條與二代健保法第 43 條，才是所有改革的基礎。

楊主任委員銘欽

請健保局戴局長桂英回應。

陳委員錦煌

主席，我有意見。

楊主任委員銘欽

好。

陳委員錦煌

- 一、每次謝委員武吉提出健保法第 33 條及二代健保法第 43 條有關轉診制度，都繼續追蹤，這樣也不是辦法。我是外行，不過建議由健保局、社區醫院協會及付費者，到各縣市工商協會舉辦民意調查及說明會，如果大部分老百姓希望實施轉診制度，由健保局及各縣市統計後，依百姓所希望的二代健保法第 43 條

實施轉診。你們都沒動作，我當 2~3 年委員，每次提出都繼續追蹤，不是辦法，今天繼續追蹤，下次有機會，謝大委員武吉還是會再提出，只是浪費時間。

二、要做就徹底，不管健保局、醫學中心或區域醫院都不要緊，全部參加，到各縣市舉辦說明會，邀請付費者代表團體，像農會、水利會、工會等，由健保局主持，聽所有老百姓的意思，你們也要說明，轉診制度省多少錢、好處是什麼，例如社區醫院較敦親睦鄰，醫學中心則好像在監獄會面，心裡很苦，病又重三分，去社區醫院看到醫師笑咪咪，病就好了，本來可能會中風，就不中風了。

三、你們研究看看，我比較外行。不要每次提案，最後都說要結案，謝委員武吉就說「繼續追蹤」，浪費我們的時間。看可不可以拿些經費調查民意，這樣比較重要。

楊主任委員銘欽

謝謝陳委員錦煌具體建議，那請局長...

葉委員明峯

主席。

楊主任委員銘欽

好，請葉委員明峯。

葉委員明峯

一、轉診制度在法律上已明定，事實上，從各種角度來看，都應該要推動，所以我贊成儘速將轉診辦法按法律新的修正規定訂定。

二、議程資料第 28 頁，轉診與不轉診的部分負擔價差太少，可能像謝委員天仁所提，應把差距拉大，讓大家有誘因按照規定，就可以較節省負擔，若越級看診，就需負擔較高費用，以價制量也是個好方式。

楊主任委員銘欽

請陳院長特助瑞瑛。

陳院長特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

- 一、站在醫學中心的立場，對於醫界提了好幾次這個案子，我們表示支持及贊成。
- 二、請參看今天健保局所提供的醫療費用支出情形報告，門診部分，醫學中心申請的點數跟部分負擔相比，約占 10%，不管地區醫院或區域醫院都一樣，為什麼會這樣？因為還有很多重大傷病卡是免部分負擔，另外，如果拿連續處方箋，也是免藥品的部分負擔。某家醫學中心曾統計，如果醫學中心的門診病人，扣掉拿健保局發的重大傷病卡等可以免部分負擔的病人，按實際醫療費用與自付的部分負擔 360 元相比，其實所付的部分負擔比率都超過 50%，尤其小兒科常負擔 60%、70% 左右。剛才謝委員天仁所提，部分負擔 360 元，到底夠還是不夠？建議將申請點數扣掉重大傷病卡的部分後再來看。
- 三、根據某醫學中心的統計，因為部分負擔是醫院代收代付，扣掉以後，醫學中心第 1 季申請費用 170.7 億，部分負擔只有 13.8 億，不到 10%。醫學中心持重大傷病卡的病人非常多，例如癌症，很多醫院甚至超過 20% 是癌症病人，癌症病人 99.9% 都免部分負擔，所以應將申請的費用，扣掉重大傷病卡免部分負擔部分，計算部分負擔到底有無符合健保法規定，希望各層級也都要這樣做，基層也一樣，用申請點數扣免部分負擔部分，差不多也是 10% 左右，全部都不符合健保法規定。我希望民眾就醫習慣可以改變，英制國家，包括香港、新加坡，所有病都只能去門診看，幾乎免部分負擔，可是要到教學醫院看，90% 都要自付，讓病人自己選擇，只要病人接受，我想醫學中心不會反對，我們也希望這樣做。
- 四、現在應看重大傷病卡到底占多少，細算費用，部分負擔 360 元調整很多年，以現在每人日費用扣掉重大傷病卡免部分負擔，及

急診 450 元，像急診也是，小兒科幾乎都自費，晚上沒地方看病都到大醫院急診，藥費可能不到 50 元，可是部分負擔跟掛號費就要 600~700 元，對小兒科病人合理嗎？

五、檢討制度時，不能只看這些數字，如果講法律條文，就要看真正的數字，包括急診部分負擔 450 元怎麼訂出？我們也不知道，當時公告就這樣寫，真的費用到底是不是這樣？而且大醫院急診可能打了點滴、拿些藥就回去，有些是暫留待床，那些費用都納在急診，因為是一次吃到飽，住 3 天，一樣只要付 450 元。所以，做法到底合不合理，我想都應一併檢討。

楊主任委員銘欽

好，謝謝...。

陳院長特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

所以實施轉診，醫學中心同意，也贊成。

楊主任委員銘欽

先請何委員語，再請張副秘書長孟源。

何委員語

我很支持謝大委員武吉的提案，但時常一直提，也不能解決事情，在此正式動議，提付委動議，成立專案小組，針對如何落實法律規定的轉診制度進行討論，推薦謝委員武吉之外，再加醫界代表共 3 位、付費者 3 位，及專家 3 位，總共 9 位組成專案小組，研究如何落實法律規定，推動轉診制度，研擬辦法後，提下次委員會議報告。我提議「付委動議」。

楊主任委員銘欽

謝謝何委員。先請張副秘書長發言後，再處理「付委動議」。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

一、主席、各位委員大家好。剛剛謝委員天仁及很多委員都提到部分負擔的問題，可參考今日醫療費用支出情形報告，先簡單分

析，請參看報告第 27 頁，資料有門診、住診，先看門診的部分負擔，拿最近一年，99 年 1~12 月，醫學中心的部分負擔，有些是重大傷病免部分負擔，對於重大傷病，我們寄予無限的支持，但計算整體比例，門診部分負擔總計 55.2 億，申請點數 658.3 億，除起來比率大概 8.4%，所以醫學中心實質的部分負擔是 8.4%。

二、再參看第 28 頁區域醫院，以同樣的計算方式，63.4 億除以 620.9 億，部分負擔為 10.2%。很奇怪，雖然到區域醫院繳的定額比較少，但實際上，部分負擔的比例卻較高。

三、如剛才謝委員武吉提到，地區醫院的部分負擔是 8.18%；基層的部分負擔更可怕，是 11%。

四、以今日議程資料第 28 頁來看，表面上到西醫基層看診的部分負擔較少，但實際上，以醫療費用支出比例而言，西醫基層的部分負擔最高，所以真的有點欺負弱勢團體，因其在醫院就診，表面上醫院之定額負擔費用高，但實際在基層就診部分負擔的醫療費用比例更高，因此部分負擔的設計，在實質上是不公平的。

五、即使再退一步來說，根據健保法，或最新的法律，不管是定率或定額，定額的比率應適當調整，才能反映實質公平及合理性，我覺得醫療資源公平合理才正當。

楊主任委員銘欽

回到剛才何委員語提的「付委動議」，在費協會並無規範，所以不是很清楚，而且本案其實屬健保局權責，所以請何委員再說明。

何委員語

補充說明，因為謝委員武吉很關心醫界發展，一再重提此案，都不能解決事情，我建議成立專案小組，研究可行方案，包括陳大委員錦煌所提，到各縣市進行民意調查、委員提出的費用調整，還有葉委員明峯的建議等，都納入專案小組討論的範圍內，看能如何落實

法律規定的轉診制度，研提方向或建議案，比較實際，不然每次提案到最後都不了了之。

楊主任委員銘欽

了解，就是要有結果，不是這樣就討論...

葉委員明峯

主席。

楊主任委員銘欽

請葉委員明峯。

葉委員明峯

成立專案小組研究是供健保局或衛生署參考，因為依二代健保法規，是由主管機關定之，不是由費協會定之，大家應清楚法律的要求。

楊主任委員銘欽

剛才就想說，費協會的權責好像無法處理。請廖委員本讓。

廖委員本讓

一、我覺得這是制度問題，健保局到現在不能執行，有什麼問題？現在要落實保險法規，我們真的有權力研究這個問題嗎？希望大家考量。

二、謝委員武吉已經提案多次，健保局為何無法執行？問題在哪裡？癥結在哪，大家都心知肚明，但都不講，光用文字，說那麼多次，事實大家都知道。到底什麼情形不能做，健保局提出來，問題在哪裡，大家再來研討。

楊主任委員銘欽

何委員動議部分，可否徵求您的同意，轉成建議由健保局組成專案小組，其他部分再請健保局後續回答？

何委員語

若要是由健保局組專案小組，建議還是要醫界、付費者及專家各 3 位，而且謝委員武吉一定要納入，但不反對由健保局來規劃。

謝委員天仁

從我們有權責的地方下手，門、住診的比例，看怎麼砍，砍下去效果就出來，不用什麼專案小組，用具體的權責，我們表決就過了。

謝委員武吉

感謝各委員的支持...

楊主任委員銘欽

對不起，先請大家一邊用餐。請謝委員武吉再繼續發言。

謝委員武吉

一、感謝各位委員的支持。

二、我在去年接到衛生署的研究計畫案：「醫療資源倒金字塔扭轉之校正計畫」，但層面太寬，所以就探討醫學中心與社區型地區醫院的合作模式，這是後面的結論。我現在念一下，對於國家衛生政策及健保制度的看法，我只說分級醫療的部分，受訪者都是有憑有據：

(一)受訪者 A：國家衛生政策、健保制度對醫療各層級的功能及定位不清楚，未明確落實，使醫學中心看太多門診，很多輕症門診病患都擠到醫學中心，以致於地區醫院和基層診所的功能萎縮，健保資源大都耗費在非必要的項目，這是健保最大的遺憾及缺口，因此，不論轉診制度或整合照護試辦計畫的各項政策，皆難以落實。

(二)受訪者 B：「健保 15 年來未落實分級醫療及轉診制度，很大的原因是部分負擔的差額沒有選擇的效果」。跟剛才謝委員天仁說的一樣，真的沒效果，而且我也提案，應依法以全年的平均值計算才對，報告也有寫，且民眾多不知道，多數小型醫院已有一定的醫療品質，當然，目前國內沒有強制性的就醫政策，所以健保局也都沒做應要分流的事情，種種因素造

成現在的遺憾，原有健保政策有極好的意涵與意義，但以健保局去年的數據資料，有了健保後，國民的健康狀況反而變差，醫療費用反而上升，雖然可能是以前有的疾病，民眾因為沒有錢，所以不隨便就醫，有健保後，大家就醫更方便，這些隱藏的費用得以浮現，就醫的成本降低，而出現過度使用的狀況。

(三)受訪者 D：目前轉診制度根本沒有落實，政府沒有實際支持，使醫療院所沒有推行的動力，台灣醫療生態，不應該這樣，很多地方根本沒有實質的轉介服務，民眾的就醫權利和安全真的值得堪慮。

三、以上都不是我說的，都有受訪者的錄音，實際做出。受訪者 E 及 F，等下再說。

楊主任委員銘欽

請謝委員武吉跳著講。

謝委員武吉

我現在跳著講：

- 一、受訪者 G：分級醫療及轉診制度未落實，病人就醫往大醫院，是很不好的情形，應該加強對民眾宣導分級醫療，使小病到小醫院或小診所，大病到大醫院。我也常說要宣導分級醫療、轉診制度的概念。
- 二、受訪者 H：目前國內的轉診制度幾乎沒有成效，所以造成很多醫療資源浪費，大家應該意識到，不然健保局的財務很難好轉，安全準備金永遠也沒辦法剩下。
- 三、受訪者 I：「分級醫療和轉診制度的概念很重要，可是都沒有落實，鄉下地方及社區中的小診所、小醫院都很親切可敬，小病到小醫院，不需要往大醫院擠，且小病在大醫院就醫，是醫療浪費」。我只念一部分，都有資料，分為支付制度、單一藥價基準、論人計酬、預防保健、評鑑制度等，都分析得很很清楚，

但健保局連看都沒看。我也跟執行秘書說，這本我有做，為什麼你們連看都不看，根本不重視嘛！

楊主任委員銘欽

剛剛謝委員武吉所提供的資料，已經很具體。另外，剛剛幾位委員都講得非常具體，大家的方向都是支持分級轉診。最後請戴局長桂英對剛才的建議，跟大家回應比較具體的做法。

戴局長桂英

一、謝謝各位委員花很多時間討論，慢慢可看出：

(一)第一，各位委員支持轉診制度要有規範。

(二)第二，支持過去定額表應依法逐年檢討、調整。

(三)當然還有民意的感受，有委員建議透過說明會，或以民意調查的方式處理。

(四)最後一個具體建議，成立專案小組討論，確實有必要好好地檢視其中的數字意涵，例如陳院長特助瑞瑛代表陳委員明豐所講，數據要如何解讀，事實上，還有其內涵要解讀。

(五)另外謝委員武吉建議，其實已給我們合理的時間，健保局最遲應於 101 年 7 月起實施。

二、健保局希望能在 3 月以前成立專案小組，討論好共識，一個新的做法，要改變到全民，恐怕也要有 3 個月的公告期，所以可能從現在開始，籌組小組，大家慎重、好好地研究其中的意涵，討論如何達成，共同努力。在此感謝委員撥那麼多時間討論。

楊主任委員銘欽

謝謝。好，我們今天這個案子...，請謝委員武吉。

謝委員武吉

可否容我再有個建議，請翻開我今日提供的資料，研究計畫建議：

一、「落實全民健康保險法第 33 條」。剛才戴局長桂英已說得很清楚，我也已將內容講得很清楚。

- 二、「就醫院功能定位，改革支付標準，如未依功能或定位，收治實施之醫療項目，給付應予打折。如果醫學中心收治重症，還用輕症的費用給付，這不公平，建議應該要加成支付，相反地，收治輕症的話，就要折付。地區醫院或診所收治重症也要折付，分級醫療就能出來，但收治輕症要加成。」
- 三、「建議合理的和多元的藥價基準」，剛才特地請問沈組長茂庭，其實去年就寫，以「自由市場」而論，所以「自由市場」的定義不清楚，你們應該弄清楚。
- 四、醫院總額支付制度研議方案的第六章第一節平衡各層級發展配套措施，是從民國 91 年 4 月李前署長明亮手中，由李教授玉春當時所召集的專家，總共召開 19 個月、17 次會議，所做成的結論，希望能落實，不要光說而不做。
- 五、「預防勝於治療，疾病防治，公共衛生服務整合社區化、在地化。」這項大家看就曉得。
- 六、「建立並落實醫學中心及區域醫院急診檢傷分類 3~5 級患者下轉機制。」另外沒寫到，我要提出急診留置觀察床的比例，不能開放太多，申請多少就多少，應該有限制，一般急性病床有多少，才能開多少一般留置觀察床，都有規定，補充建議。如果於急診留觀床住超過 1 天，就應該下轉，不下轉就不予支付。
- 七、「建立並落實亞急性急性後期病患之下轉照護機制」，昨天我和一些醫學中心的人討論，他們提出 DRGs 問題，我最後寫到 DRGs 的問題，有關其補貼，例如 5 天就支付費用，但若病人出院再到別地方就診，會被倒扣，我覺得應該糾正，可以開刀 3 天穩定後，就轉來亞急性的地區醫院，這種占床率才 5、10、20%，沒有更高，除非是做 RCW(呼吸照護病房)的地區醫院，占床率 80~90%，還有大家常講的「無效醫療」，是真的無效嗎？所以，應該要妥善處理。我們算過，醫學中心下轉的方式，不是 3 天後再急診，或 14 天後再住院，穩定後才下轉，應該是地區醫院可以處理的就應該下轉，這種需要鼓勵，呼籲大家注

意，我已經說得很清楚。

八、還有，評鑑制度也講了；鼓勵北、中、南推動醫學中心和地區醫院醫療資源整合照護計畫；鼓勵醫學中心及地區醫院垂直整合，健保能支持強化民眾正確就醫觀念；合理限制非必要跨區就醫，及過度使用健保資源。這是最後的建議，總共 11 點。

楊主任委員銘欽

最後一位發言，請張副秘書長，然後就結束。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

局長說要成立專案小組，我也很支持謝委員武吉這案子，我們知道，剛剛何委員語還特別推薦謝委員。成立專案小組必須有獨立性及自主性，希望謝委員剛剛唸的十幾點，只是參考，不然決議都已經出來，小組就不用開會，所以只是提供專案小組參考之用。相信謝委員在專案小組討論時應該會提出，這樣比較符合程序正義。

楊主任委員銘欽

好。

謝委員武吉

主席，這是我的建議，你們要怎麼做，跟我沒有太大關係。要做不做到時再看，說到現在還不要做，火燒孤寮，無望(台語)。

楊主任委員銘欽

我想大家都花了很多心思，肯定謝委員武吉提供我們這些資料，當然這是參考建議沒錯，因為這是研究計畫。本案的結論為，與會委員支持分級轉診政策，也支持健保局成立專案小組。剛剛局長說希望明年 3 月先有規劃草案，比謝委員武吉希望的 7 月份更提前，這是個善意回應。委員如果有被邀請參加專案小組，請大家盡量不吝支持，給予最多意見，讓制度可以做起來。

謝委員武吉

最後一個建議，很謝謝何委員語的建議，視需要再增加幾位委員，

也沒什麼關係。

楊主任委員銘欽

我想決議不要明列委員人數，但發言會記錄下來，請健保局參酌，視需要再邀請更多委員參加。

陳委員錦煌

主席，本案我也有提出，就算我不會，也要過去看一下，再沒有也要旁聽，不然我怎麼交代。

楊主任委員銘欽

陳委員想要一起參加。

陳委員錦煌

我是自告奮勇，讓自己多辛苦而已。

楊主任委員銘欽

我們應該要掌聲鼓勵自告奮勇者，謝謝。請何委員。

何委員語

任何一個委員會的付委動議案的專案小組，母體是那個單位。剛剛不能給我搓掉，一定要進入附議程序，這是第一點。第二點，剛剛為何我說醫界 3 位、付費者 3 位、專家學者 3 位，陳大委員一定要納入付費者之一，而醫界為何要 3 位？剛剛一直提到醫學中心 1 位，區域醫院 1 位，地區醫院也要有 1 位，至少要這樣，不能由你們自己決定，如果健保局邀請的對象有偏差，問題爭執又更大。另外專家學者 3 位，組成 9 位的專業小組，如果人數都不定，可以請 20 人、15 人、5~6 人，這樣就很離譜，我的建議是這樣。

陳委員錦煌

主委，你越來越沒面子，下個月 12 月 31 日就要畢業，應該要由委員共同推薦，小組藏在健保局，健保局不喜歡我，怎麼會叫我去？我不去最好，而要另一位較少出席的林委員啟滄出席，這樣對嗎？

我曾經提過案，應該要重視，開會也很累，我這 2~3 個月照鏡子覺得老很多。

楊主任委員銘欽

說明一下，剛剛何委員語提付委動議，我們都聽到，之所以沒有後續處理，是因為剛剛有請教何委員可否同意，因這不屬本會權責，是否同意由健保局主持？剛剛我記得何委員有說同意，所以我自己認為，您剛剛前面建議，一般提案是後案優於前案，我自己也認為是否前案就不用再處理，您可以同意這樣處理嗎？還是你覺得要再附議？

何委員語

同意。

楊主任委員銘欽

謝謝。本案就到這邊，進行討論事項第二案，請各位參看議程資料第 30 頁，是牙醫師公會全國聯合會來函的建議，請同仁宣讀。

伍、討論事項二案「有關牙醫師公會全國聯合會來函建議，101 年度牙醫門診總額一般服務費用分配方式案」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。黃委員有無再重點補充說明。

黃委員建文

- 一、局長、各位委員大家好。我想全聯會這次提出 101 年牙醫門診總額一般服務分配方案，完全是站在提高民眾就醫可近性的立場。除了說明第一大項第一小項「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」，在 99 及 100 年，有得到本會與健保局支持，希望能繼續支持推動外，我們又提出第 2、3 小項，主要目的是希望提高專案計畫的執行，鼓勵全體會員能夠把專案計畫做好，因為在專案檢討會議中，發現部分的區域有疑慮，認為專案計畫做得越多，對該區點值影響更大，既然有這樣的疑慮，所以想從一般預算移出費用，3 項共 4.12 億元，能夠對將來在執行上可能會耗用一般服務費用的點數，先算出來，降低各區在執行專案的疑慮，相信對付費者、民眾的就醫可近性會更提升。
- 二、在第 2 小項提撥 1.8 億元，因為高屏地區在醫療資源方面，其需求及執行特別高，所以希望 1 千萬優先用在高屏地區，鼓勵他們放心在這部分繼續推動。
- 三、第 3 項牙周病部分，建議撥 1.82 億元，因為在治療上有時間限制，而且有些在療效上也必須改善，與一般服務又有相關，所以我們希望在點值給予鼓勵。如果預算不足，第 4 季再採浮動點值。以上是我的重點補充，牙醫總額執委會的主委也在場，如果需要可以進一步說明。

楊主任委員銘欽

謝謝黃委員。本案可否請大家參看擬辦，關於需要保障的部分，建議由中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體，就是牙醫師公會

全聯會議定後，再送本會備查。過去委員會也支持擬辦第一點，即一般費用提撥 0.5 億，用於獎勵總額醫療資源不足且點值低地區，可否建議委員支持本項。至於第 2、3 小項，可否原則上支持這樣的做法，但對於金額及相關配套細則，請健保局及牙醫師公會全聯會談好後，再送費協會備查。這是我的建議，請委員表示意見。

何委員語

有關第 3 小項：「牙周病統合性治療計畫」，應該要落實，不能有節餘。最近請教美國一位牙科教授，他認為美國很重視牙周病防治計畫，而不在後續治療，他們投下很多金錢與人力去執行這部分，所以健保局應該責成牙醫師公會全聯會，完全落實牙周病統合治療的全部費用，完成它的成果。

楊主任委員銘欽

請謝天仁委員。

謝委員天仁

- 一、這是把一般服務的錢，撥一部分在專案計畫的執行上，希望能夠鼓勵落實，有需要鼓勵的計畫，如醫療資源不足地區改善方案，基本上我認為可以，代表他們認為要投入更多的一般醫療資源在上面。
- 二、主席剛剛提到的是正確，其他兩項部分，是否應該透過該部門總額支委會討論，認為可以後再送費協會，不要直接在費協會做決定，因為可能涉及到各區資源分配的問題。若你們協調上沒有問題，我們再來看，相對會比較穩定。不然冒然做決定後，等一下六區又吵成一團，也不是辦法。但是點值保障到 1.3 元，看起來很特別，有沒有扭曲的問題？全聯會應該要檢討。提案說明，若預算不足，則第 4 季採浮動點值，怎樣採計會產生什麼現象，說明似乎不是很清楚。這部分我們認為，如果先到總額支委會討論，假使有相關資訊，或許我們再來看會更清楚。

楊主任委員銘欽

請蔡委員登順。

蔡委員登順

針對所提要從一般預算撥到這 3 部分，基本上我對牙周病有些看法。牙周病的專款預算已經 3.84 億，前兩年都沒有用完，還扣回費用，今年還要增加 1.82 億，等於 5.66 億，經費多就用保障點值 1.3 元，鼓勵更多人來做這部分，相信經費也可以用完，如果點值非常好，很多牙醫師投入，到第 4 季費用不足時，可否不要做？已經沒有錢，所以這個有風險。如果要這樣做，建議第 1 季做完就要看用多少錢，適時管控，再看第 2、3 季要怎麼做，讓 4 季都可以為牙周病患服務，不要到第 4 季沒有錢，才沒辦法做，會傷害患有牙周病的消費者，所以建請牙醫部門，若牙醫部門要這麼做，希望管控一定要務實。你們在管控費用部分，我認為做得很好，不要到時病患去看診，才說沒錢要自費，這樣爭議會很大。

楊主任委員銘欽

還有沒有其他委員要對這部分表示意見，若沒有，請牙醫陳醫師彥廷表示意見。

陳醫師彥廷

主委、各位委員大家好。回覆剛剛謝委員天仁所提的問題，我們在牙醫門診總額執委會，各區已經同意這樣的配合辦法。剛剛蔡委員登順提到會不會有第 4 季預算不足的情形，其實牙周病統合性治療第三階段的給付，會有時間的遞延，因為要在執行後 30 天才開始申報，所以我們有預估數字，在第 4 季應該不會有這些情況發生，就是執行率已經百分之百，可是申報較晚，若我們知道費用不夠時，會在下一階段，就是明年時提撥更多費用，基本上我們是鼓勵會員能多做專案。至於加成部分，雖然第三階段加成給點值 1.3，事實上就整體的治療加成是不到一成，約 9.6% 左右。所以基本上只是一個象徵性目的，但實質上我們希望大家有決心，很盡力把它做好，才能達到我們的目的。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝陳醫師彥廷說明。本案還是要遵照上次決議，剛剛委員有表示意見，聽起來都贊成擬辦第一點，沒有人反對。這部分今天決議，尊重牙醫部門總額之內部共識，自一般服務費用提撥0.5億元用於「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」。有關所提的第2、3小項，剛剛幾位委員意見確實非常正確，不適合在今天會議決議，就依照擬辦第二點，建請由中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體議定。剛剛陳醫師說明團體內部已經有一些共識，這樣很好，下次報告時，就可以將相關資訊，以及委員所提建議，包括何委員提出費用不要有節餘，還有幾位委員關心的事項，在下次會議一併提出。若大家沒有疑義，就通過。可以嗎？(未有委員反對)本案到此。
- 二、接下來進行討論事項第三案，本案提到其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費的部分，之前張委員惟明提到不能講講就算，必須要有一套作業規範，本會第一組就嘗試擬出一個程序，請委員表示高見，請同仁宣讀。

陸、討論事項三案「其他預算項下『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目，其經費之適用範圍與動支程序案」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。接下來請林執行秘書針對說明三，覺得比較重要的部分，補充報告，再請委員表示高見，請林執行秘書。

林執行秘書宜靜

- 一、幕僚有試擬一個草案在第 35 頁供委員討論。以往總額協商只有一項其他預期政策改變的經費，今年多增加調節非預期風險所需經費，這項經費總共是 10 億元。
- 二、稍微說明草案：第一點，適用範圍，第一項係針對以前所謂的「其他預期政策改變」，重點在健保局推動衛生署重要的健保政策，如果有不足的地方，就可以動用這筆款項。第二項為調節非預期風險所需經費，主要還是針對民眾的需求，有一些疾病的流行情形突然跟以往不太一樣時，可能造成民眾看診的頻率大幅上升，對於整體部門醫療費用造成顯著影響。是針對這些項目訂定。另訂有一些排除範圍，如健保法已有規定的重大疫情、天災、地震等，會由行政院啟動相關的公務預算支應，這部分就不在本適用範圍。
- 三、第二點是動支程序，關於預期政策改變部分，比較大的變動是，以前協定事項是列健保局有需要時透過衛生署核定，我們就同意。今年特別提出，屬於政策款的程序，請健保局先提到委員會同意後，再送到衛生署核定。至於非預期款的部分，建議在提案前，由健保局與總額部門先協議，主要考慮到疾病的異常流行，可能需要先確定其影響程度有多大，是否造成重大衝擊等，另外，也要去釐清，所謂影響民眾利用大幅上升的前瞻因素，是否為適用範圍。雙方都有確定的數據後，委員會才比較容易討論。即先經健保局與總額團體討論，做個把關，再提到委員會處理。委員會的處理方式因為牽涉預算的撥補，所以我

們比照一般的協定程序，即協定後若有金額變更，先提共識會議，由付費者與醫界，雙方就可動用或是需處理的範圍來討論，後續的程序就按照我們現在的程序，報署核定，以上說明。

楊主任委員銘欽

不曉得委員對草案內容，有無立刻可以提供修正的意見？我想邀請大家提供建議，最主要當然是，現在有 10 億元的經費，今年我們碰到類流感發生，到底這個費用是否真的超過，或政府政策要求要做一些事情，使得醫療服務提供者面對的費用比預期的增加很多，這時，是否為我們啟動的時機？我們可以利用一些實例來思考，因為條文在這邊，如果沒有真正走過一次，不曉得哪裡有盲點，我想這樣是一個思考方式，現在就開放委員表示意見。請謝天仁委員。

謝委員天仁

要訂動支條件，我的看法是要明確。像非預期的風險，「致使民眾醫療需求大幅上升」，什麼叫大幅？總要有個標準，然後大家來討論這樣的標準是否妥適，會不會偏高或偏低，如果只是抽象的文字，我想以後會產生很大爭議。另外，是其他預期政策改變部分，它必須是要預期的，如果不是預期，要怎麼辦？什麼叫做預期？去年沒有今年突然蹦出來，比如 100 年討論 101 年預算時，都不知道，結果 101 年突然衛生署說要做什麼事，是否屬預期？我們談動支條件，必須要界定清楚，以後在處理相關議案，才會快速。不然大家都有不同意見，委員會就會變成沒有效率，所以這部分我認為有必要再加研議。

楊主任委員銘欽

贊成謝委員天仁的意見，就是最好我們手上有一些實例，這樣比較知道什麼叫預期政策，什麼叫非預期政策，什麼叫大幅增加，這樣大家談起來才會比較清楚。今天還是一樣，先有個草案出來，總是要有東西討論，才能夠越來越好。張委員惟明之前對本案很重視，您有無建議需修正的地方？

張委員惟明

- 一、主席、各位委員，上次幕僚單位原來有提出草案，後來又撤案檢討，這次內容比上次要完整許多，但有些可能還需再斟酌，如會議資料第 36 頁，提案前係由總額團體及健保局評估確定對總額影響顯著，這個評判的標準為何？假設點值原為 1.2，現在降到 1，差了 0.2，但 1 應該很高，這樣是否需進一步處理？
- 二、請健保局再作思考，要怎樣情況下才叫做顯著而適合正式提案？可能點值降到某一水準以下，與上年度比較差距達一定百分比以上，如有一個標準，這樣提到委員會討論的議案至少已經過一定的檢視程序，才不會大家又要花很多時間討論是否顯著，影響是否重大，以上意見提供參考。

楊主任委員銘欽

就是要明確、能夠執行。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、舉個例子，西醫基層總額有很多支付項目，是放在同一個預算，像論質、論量、論人計酬，今年論人計酬開始實施，基本上以虛擬總額計算一個人的預期費用，有多少民眾歸入論人計酬，將來按人頭從各總額部門扣除。鼓勵款是從其他部門來使用，但有可能大家都做得太好，以致鼓勵款不足，可能須從另一塊預算動支，如此則必須到委員會討論。現在困難點在於事情還沒有發生，沒有人知道，說不一定根本就夠，說不定明年不用編這麼多。
- 二、所以現在要討論到很細節，要有定義，很困難，我認為有項目在就好，將來我們碰到時，也會到費協會討論，逐漸就會跑出一些概念，就像總額協商一樣，經過十幾年，就會有一些成文或不成文的規定。

楊主任委員銘欽

就是要邊做邊修。剛剛幾位委員提到，如果大大小小的事皆可提出，

委員會議事會比較沒效率，是否要有顯著，或以百分比當做最起碼的標準，不要 1% 或 0.5% 就提出，這樣大家會覺得太小。剛剛謝委員武吉有舉手，請謝委員先發言。

謝委員武吉

這個案子大家接到的時間不長，差不多只有一星期前，若中南部委員可能只有 6 天，若有 1 天沒去醫院，就只剩下 5 天，等看到時可能只剩下 3 天。我覺得這個議案非常重要，但若今天要討論，其盲點會很大，建議是否讓委員拿回去研究後再來討論。

楊主任委員銘欽

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

現在已經 12 點 40 分。這是題外，跟前面無關，關於剛剛中醫總額協商結果，到底是 1 案、2 案還是 3 案，我曾想提復議案，經過連署後，有 4 位委員連署，加上我共有 5 位，基本上可以成案，但後來我又請 4 位委員同意撤案，撤案的原因是，第一、今天時間來不及，前面討論用了很長時間，今天如果要成立，還要正反兩面表示意見，三分之一委員表示同意，才會成案，成案後還要走之前的整個流程，非常冗長，對大家來講可能是個痛苦；第二、時效來不及，這部分須要在 12 月前送署裁決；第三、在認知上也有所不同，有些委員認為是討論付費者代表的方案應該只提一案，還是保持二案。我提案原意則是重走流程，讓它合理化，合乎會議規範，這中間差距，很不容易在今天釐清，所以才會評估請連署委員同意撤案。在這裡感謝 4 位委員支持，也跟其他委員報告，謝謝。

楊主任委員銘欽

我想今天會議，謝委員武吉的建議也是大家所想，這麼重要的動支程序，在這麼短的時間要決定，可能太倉促。所以本案我們就保留，是否委員同意會內同仁私下再徵詢委員意見，蒐集較多資訊後，彙整比較完備的版本，這樣議事進行會比較快。

葉委員明峯

我建議就本草案實施方法及預備金等項目，先請教主計處跟財政部的代表委員，他們比較能掌握具體指標。

楊主任委員銘欽

謝謝葉委員明峯很好的建議，我們一定會照辦，今天會議到此。

陳委員錦煌

等一下，我請問健保局，B型、C型肝炎治療，若一年沒有治好，之後是要自費還是繼續治療？

戴局長桂英

沈組長茂庭還記得用藥規範嗎？委員問說B型、C型肝炎若治療一段時間，例如一年如果沒有好的話，是否會繼續支付？我記得是有用藥規範，如果不記得，我們就會後提供。

沈組長茂廷

因為有很多種情況。

楊主任委員銘欽

是否個別回覆陳委員？

陳委員錦煌

開會時，我們理監事問我，B型、C型肝炎若醫不好，超過一年，到底要自費還是可以繼續支付。

楊主任委員銘欽

剛剛沈組長回覆，可能每位民眾的情況不一樣，訂有一些標準，可否請沈組長再跟陳委員做詳細回應。

陳委員錦煌

請沈組長要詳細回應，我回去還要答覆他們。

楊主任委員銘欽

剛剛陳委員提到B型、C型肝炎，我想各位委員也知道，我們原訂

有個協商會議，是有關 100 年醫院總額 B 型、C 型肝炎治療計畫預算重啟協商，但今天時間已晚，是否 12 月份的委員會議本案就不要擺在後面，9 點半先召開協商會議，不然醫界每次都準備好協商，還讓你們等，不好意思，下個月就先進行協商會議再召開委員會。請問大家對協商時間有無限制？兩個選擇給大家，一為 30 分鐘、一為 45 分鐘，大家覺得哪個比較好？

葉委員明峯

不要限制時間。

楊主任委員銘欽

還是要，過去協商都有限時間。

何委員語

40 分鐘。

楊主任委員銘欽

好，折衷一下 40 分鐘，當然如果談到快好了，延長一點時間也沒有關係，但不要延長太多，以 40 分鐘為準。

陳委員錦煌

效果拿出來最重要，幾分鐘不重要。

楊主任委員銘欽

今天會議到此，謝謝各位的與會。