

全民健康保險醫療費用協定委員會  
101 年度全民健保醫療費用總額協商  
暨第 175 次委員會議事錄

中華民國 100 年 9 月 16 日至 9 月 17 日

**全民健康保險醫療費用協定委員會**  
**101年度全民健保醫療費用總額協商暨第175次委員會會議紀錄**  
**(待第176次委員會會議確認)**

壹、時間：中華民國100年9月16日上午9時30分~9月17日下午12時20分

貳、地點：中華民國農訓協會天母會議中心508會議室

參、出席委員：

9月16日

9月17日

何委員語	何委員語	何委員語
李委員明濱	李委員明濱	李委員明濱
林委員啟滄	陳秘書健民(代)	陳秘書健民(代)
凌委員月霞	凌委員月霞	凌委員月霞
孫委員茂峰	孫委員茂峰	孫委員茂峰
孫委員碧霞	孫委員碧霞	孫委員碧霞
張委員惟明	張委員惟明	(請假)
莊委員淑芳	莊委員淑芳	莊委員淑芳
許委員怡欣	許委員怡欣	許委員怡欣
連委員瑞猛	連委員瑞猛	連委員瑞猛
陳委員玉枝	陳委員玉枝	陳委員玉枝
陳委員宗獻	陳委員宗獻	陳委員宗獻
陳委員明豐	陳委員明豐	陳院長特助瑞瑛(代)
陳委員錦煌	陳委員錦煌	陳委員錦煌
黃委員建文	黃委員建文	黃委員建文
黃委員偉堯	黃委員偉堯	黃委員偉堯
黃委員碧霞	(請假)	(請假)
葉委員宗義	葉委員宗義	(請假)
葉委員明峯	(請假)	葉委員明峯
廖委員本讓	廖委員本讓	廖委員本讓
劉委員清芳	曾簡任視察錦春(代)	曾簡任視察錦春(代)
蔡委員登順	蔡委員登順	蔡委員登順

9月16日

謝委員天仁 謝委員天仁  
謝委員武吉 謝委員武吉  
蘇委員清泉 蘇委員清泉

9月17日

謝委員天仁  
謝委員武吉  
蘇委員清泉

肆、列席人員：

行政院衛生署  
中央健康保險局

全民健康保險監理委員會  
本會

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

伍、主席：楊主任委員銘欽

紀錄：林淑華、張櫻淳、  
邱臻麗、盛培珠、  
陳燕鈴、黃偉益

陸、主席致詞(略)

(9月16日－101年度全民健康保險醫療費用總額協商會議)

柒、101年度全民健康保險醫療費用總額協商－各部門與付費者

一、牙醫門診總額

(一)協商時間：9月16日－09:40~11:20。

(二)協商結論摘要：

1.一般服務成長率為2.254%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率1.659%，及協商因素成長率0.595%。

2.專款項目全年經費為1,036.5百萬元。

二、醫院總額(含門診透析服務)

(一)協商時間：9月16日－11:40~16:05(中場用餐60分鐘)。

(二)協商結論摘要：

- 1.醫院部門及付費者與政府機關代表，經以醫院部門及健保局擬具之草案進行協商後，未能達成共識，爰依雙方意見，兩案併陳衛生署裁決。
- 2.門診透析服務成長率-0.350%，與西醫基層部門同項服務合併運作，兩部門合計費用之成長率為1%。

### 三、中醫門診總額

(一)協商時間：9月16日—16:15~17:55。

(二)協商結論摘要：

- 1.中醫部門及付費者與政府機關代表，經以中醫部門及健保局擬具之草案進行協商後，未能達成共識，爰依各方意見，三案併陳衛生署裁決。
- 2.專款項目全年經費為241.4百萬元。

### 四、西醫基層總額(含門診透析服務)

(一)協商時間：9月16日—18:55~21:00。

(二)協商結論摘要：

- 1.一般服務成長率為2.999%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率1.895%，及協商因素成長率1.104%。
- 2.專款項目全年經費為1,834百萬元。
- 3.門診透析服務成長率3.048%。

### 五、其他預算

(一)協商時間：9月16日—21:05~21:55。

(二)協商結論摘要：

101年度其他預算增加1,461百萬元，預算總額度為7,907.9百萬元，採支出目標制，由中央健康保險局管控。

(9月17日—召開第175次委員會議)

### 捌、報告事項

### 第一案

案由：確認本會上(第 174)次委員會議議事錄，請 鑒察。

決定：確定。

### 第二案

案由：本會上(第 174)次委員會議決議(定)事項、歷次委員會議未結案件辦理情形及重要業務報告，請 鑒察。

決定：本會上次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形，除「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」及「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」兩案繼續追蹤外，餘結案並洽悉。

### 第三案

案由：中央健康保險局報告「醫療費用支出情形」，請 鑒察。

決定：書面資料請委員自行參閱。另請中央健康保險局於下(第 176)次委員會議報告中醫醫療費用及傷科處置等申報情形。

## 玖、討論事項

### 第一案

提案單位：本會第一組

案由：101 年度牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院部門及其他預算醫療給付費用總額協商因素項目及成長率案，提請討論。

決議：

#### 一、101 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配

##### (一)總額設定公式：

101 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 100 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+101 年度一般服務

## 成長率)+101年度專款項目經費

註：校正後100年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依費協會第114次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。

### (二)總額協定結果：

- 1.一般服務成長率為2.254%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率1.659%，及協商因素成長率0.595%。
- 2.專款項目全年經費為1,036.5百萬元。
- 3.前述二項額度經換算，101年度牙醫醫療給付費用總額，較100年度所協定總額成長2.264%；而於校正投保人口後，成長率估計值為2.190%。各細項成長率如表1。

### (三)總額分配相關事項：

#### 1.一般服務(上限制)：

##### (1)品質保證保留款(0.300%)：

- a.依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於100年11月底前完成相關程序，並於101年6月底前提交執行成果。
- b.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自99年度起採累計方式計算。
- c.請中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體，於101年6月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，並改善民眾自費及假日休診造成民眾就醫不便情形。

##### (2)根部齲齒填補(0.319%)：

- a.本項預算未能執行之額度，自當年度一般服務費用扣除，並不列入次年度之基期費用計算。
- b.上述預算執行額度，應以新增項目之差額計算。
- c.執行率之計算細節及相關支付標準之修訂，請中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體議定，並循

法定程序處理。

(3)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款為8.5百萬元(成長率-0.024%)。

## 2.專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於100年11月底前完成，並於101年6月底前提報執行成果及成效評估報告至評核會議；實施成效並納入下年度總額協商考量。

### (1)醫療資源不足地區改善方案：

- a.全年經費229.2百萬元，辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
- b.為鼓勵牙醫師積極參與提供醫療資源不足地區之醫療服務，可考慮適度合理調整論次(或加成)之支付誘因。

### (2)牙醫特殊服務：

- a.全年經費423百萬元，辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者牙醫醫療服務。
- b.為鼓勵牙醫師積極參與及提高服務人數，建議增加支付誘因，並擴大適用障別至接受牙醫服務有障礙之族群。

### (3)牙周病統合照護計畫：

- a.全年經費384.3百萬元，照護人數至少56,800人。
- b.應提高執行率，並持續監控病人自費情形。

## 二、101年度醫院醫療給付費用總額及其分配

### (一)總額設定公式：

■101年度醫院醫療給付費用總額＝校正後100年度醫院一般服務醫療給付費用×(1+101年度一般服務成

長率)+101年度專款項目經費+101年度醫院門診透析服務費用

■101年度醫院門診透析服務費用=100年度醫院門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後100年度醫院一般服務醫療給付費用，係依費協會第114次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。

## (二)總額協定結果：

### 1.付費者代表方案：

(1)一般服務成長率為3.865%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率3.003%，協商因素成長率0.862%。各項協商因素及建議事項如下：

a.品質保證保留款(0.100%)。

b.新醫療科技(0.318%)。

c.調整支付標準(0.399%)：經費應用於調整外科、婦產科及兒科等艱困科別之支付標準，俾提升艱困科別醫師之待遇。

d.確保血品安全與品質(0.064%)：用於增加血液核酸擴大檢驗(NAT)之費用。

e.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款為59百萬元(成長率-0.019%)。

(2)專款項目全年經費為14,512.5百萬元。各項目之經費及建議事項如下：

a.慢性B型及C型肝炎治療計畫：全年經費3,500百萬元，包含所編列專款1,922百萬元，及列於一般服務之1,578百萬元，若仍有不足，則由其他預算支應。

b.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：全年經費3,484.7百萬元，不足部分由其他預算支應。

c.罕見疾病、血友病藥費：全年經費5,649百萬元，不足部分由其他預算支應。

d.醫療給付改善方案：全年經費499.8百萬元，用於繼



續推動原有6項方案，並新增「推動呼吸照護醫療給付改善方案」。

e.推動施行急診品質提升方案：全年經費320百萬元。

f.提升住院護理照護品質：全年經費2,000百萬元，應著重在增加護理人力，並以101年年底較100年年底淨增加3,000人為目標值。

g.繼續推動DRGs之調整與鼓勵：全年經費587百萬元，依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

h.醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案：全年經費50百萬元，配合支援西醫基層醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。

(3)門診透析服務成長率-0.350%，與西醫基層部門同項服務合併運作，兩部門合計費用之成長率為1%。

(4)前述三項額度經換算，101年度醫院醫療給付費用總額，較100年度所協定總額成長4.683%；而於校正投保人口後，成長率估計值為4.609%。各細項成長率及金額如表2。

## 2.醫院代表方案：

(1)一般服務成長率為4.210%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率3.003%，協商因素成長率1.207%。各項協商因素及建議事項如下：

a.品質保證保留款(0.100%)。

b.新醫療科技(0.318%)。

c.調整支付標準(0.399%)：優先調整內科、外科、婦產科、兒科等羅致困難科別之支付標準。

d.確保血品安全與品質(0.064%)。

e.保險對象服務利用率及密集度成長(0.345%)：醫療機構設置標準新修訂人力標準補足人力、ICD-10之導入、申報格式XML修訂。

- f.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款為59百萬元(成長率-0.019%)。
- (2)專款項目全年經費為13,487百萬元。各項目之經費及建議事項如下：
- a.慢性B型及C型肝炎治療計畫：全年經費3,040百萬元，不足部分由其他預算支應。
  - b.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：全年經費2,700百萬元。
  - c.罕見疾病、血友病藥費：全年經費4,800百萬元。
  - d.醫療給付改善方案：全年經費290百萬元，用於繼續推動原有6項方案。
  - e.推動施行急診品質提升方案：全年經費320百萬元。
  - f.提升住院護理照護品質：全年經費2,000百萬元。另醫院代表表達反對付費者代表對目標值訂定之意見，並建議宜由支付標準著手，以達提升護理人力之目標。
  - g.繼續推動DRGs之調整與鼓勵：全年經費287百萬元。
  - h.醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案：全年經費50百萬元。
- (3)門診透析服務成長率-0.350%，與西醫基層部門同項服務合併運作，兩部門合計費用之成長率為1%。
- (4)前述三項額度經換算，101年度醫院醫療給付費用總額，較100年度所協定總額成長4.696%；而於校正投保人口後，成長率估計值為4.622%。各細項成長率及金額如表2。

### 三、101年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配

#### (一)總額設定公式：

101年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後100年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1+101年度一般服務

## 成長率)+101年度專款項目經費

註：校正後100年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依費協會第114次委員會決議，校正投保人口成長率差值。

### (二)總額協定結果：

#### 1.中醫部門方案：

- (1)一般服務成長率為3.888%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率3.297%，及協商因素成長率0.591%。
- (2)專款項目全年經費為241.4百萬元。
- (3)前述二項額度經換算，101年度中醫門診醫療給付費用總額，較100年度所協定總額成長3.881%；而於校正投保人口後，成長率估計值為3.800%。各細項成長率如表3。

#### 2.付費者代表方案：

方案一(謝委員天仁、蔡委員登順、廖委員本讓、葉委員明峯、林委員啟滄、黃委員偉堯、許委員怡欣、莊委員淑芳、劉委員清芳、凌委員月霞等委員建議)：

- (1)一般服務成長率為2.249%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率3.297%，及協商因素成長率-1.048%，項目如下：
  - a.品質保證保留款(0.1%)：
    - (a)依中醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於100年11月底前完成相關程序，並於101年6月底前提交執行成果。
    - (b)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自99年度起採累計方式計算。
    - (c)請中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體，於101年6月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，應增加結果面指標，並改

善假日休診造成民眾就醫不便及自費情形。

b.提升傷科及脫臼整復治療處置品質之效益(-1.113%)：

本項係參考100年上半年中醫傷科及脫臼整復之申報情形，推估100年全年較99年減少444百萬點，其節約之效益，一半回歸民眾，一半肯定中醫部門致力於自律管理之努力，爰減列成長率-1.113%(222百萬元)。

c.違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款為7.0百萬元(成長率-0.035%)。

(2)專款項目全年經費為241.4百萬元。

(3)前述二項額度經換算，101年度中醫門診醫療給付費用總額，較100年度所協定總額成長2.261%；而於校正投保人口後，成長率估計值為2.182%。各細項成長率如表3。

方案二(陳委員錦煌建議)：

(1)一般服務成長率為-4.092%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率3.297%，及協商因素成長率-7.389%。其中「提升傷科及脫臼整復治療處置品質之效益」乙項，減列成長率-7.454%(1,487百萬元，參考費協會第170次委員會議「中醫門診總額地區預算試辦計畫之季監測情形報告」所列99年較去年同期針灸傷科及脫臼整復案件減少之點數)。

(2)專款項目全年經費為241.4百萬元。

(3)前述二項額度經換算，101年度中醫門診醫療給付費用總額，較100年度所協定總額成長-4.006%；而於校正投保人口後，成長率估計值為-4.081%。各細項成長率如表3。

(三)專款項目協定結果：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健

康保險局會同中醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於100年11月底前完成，並於101年6月底前提報執行成果及成效評估報告至評核會議；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1. 醫療資源不足地區改善方案：

(1) 全年經費74.4百萬元。

(2) 請中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體檢討修正方案內容。

2. 中醫照護計畫：

(1) 全年經費85百萬元。

(2) 用於四項延續性計畫：

a. 腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫。

b. 腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫。

c. 小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫。

d. 小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫。

(3) 應訂定各項計畫之目標預算，及檢討修訂方案內容，含收案條件、執行方式、評估指標等。

(4) 小兒腦性麻痺、小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫，自102年起不再試辦，回歸一般服務。

3. 腦血管疾病後遺症門診照護計畫：

(1) 全年經費82百萬元。

(2) 應檢討修訂計畫內容，訂定更嚴格之收案標準，執行期間以治療黃金期為限，並建立療效評估指標等。

四、101年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

(一) 總額設定公式：

■ 101年度西醫基層醫療給付費用總額 = 校正後100年度西醫基層一般服務醫療給付費用 × (1 + 101年度一

般服務成長率)+101年度專款項目經費+101年度西醫基層門診透析服務費用

■101年度西醫基層門診透析服務費用=100年度西醫基層門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後100年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依費協會第114次委員會議決議，校正投保人口成長率差值。

## (二)總額協定結果：

- 1.一般服務成長率為2.999%，其包含行政院已核定之醫療服務成本及人口因素成長率1.895%，及協商因素成長率1.104%。
- 2.專款項目全年經費為1,834百萬元。
- 3.門診透析服務成長率3.048%。
- 4.前述三項額度經換算，101年度西醫基層醫療給付費用總額，較100年度所協定總額成長2.986%；而於校正投保人口後，成長率估計值為2.915%。各細項成長率如表4。

## (三)總額分配相關事項：

### 1.一般服務(上限制)：

#### (1)品質保證保留款(0.1%)：

- a.依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於100年11月底前完成相關程序，並於101年6月底前提交執行成果。
- b.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自99年度起採累計方式計算。
- c.請中央健康保險局會同西醫基層總額相關團體，於101年6月底前完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值，並改善假日休診造成民眾就醫不便情形。

#### (2)新醫療科技(0.038%)。

#### (3)新增10項跨表項目(0.037%)：

- a.應於100年12月底前完成相關程序，若未能於年度開始時實施，則扣減該項目成長率。
  - b.其中婦產科4項跨表項目(19百萬元)執行情形列入檢討，並同時監控醫院與西醫基層之申報量。
- (4)調整支付標準(1.0%)：經費應用於調整外科、婦產科及兒科等艱困科別之支付標準，達提升艱困科別醫師待遇之目的。
- (5)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款為64.9百萬元(成長率-0.071%)。

## 2.專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險局會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送費協會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於100年11月底前完成，並於101年6月底前提報執行成果及成效評估報告至評核會議；實施成效並納入下年度總額協商考量。

- (1)慢性B型及C型肝炎治療計畫：全年經費157百萬元。  
本項預算不足部分，由其他預算支應。
- (2)家庭醫師整合性照護制度計畫：  
a.全年經費1,115百萬元。  
b.應研擬更嚴謹的評估機制做為退場條件，擇優汰劣，確實落實成效不佳醫療群的退場機制，以利與醫院垂直整合，提供優質醫療服務。
- (3)醫療資源不足地區改善方案：  
a.全年經費150百萬元。  
b.修訂方案，建議每位醫師每週巡迴診療次數上限可由2次增為3次。
- (4)醫療給付改善方案：  
a.全年經費：212百萬元(原5項方案)。  
b.糖尿病方案應增加相關誘因及檢討運作機制，以提

高收案數與照護率，且同一個案之衛教期程應訂定年限。

c.氣喘、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者方案，應重新檢討，訂定較嚴格之收案條件。

d.照護結果及成效評估報告應包含健康改善狀況之量化指標。

(5)診所以病人為中心整合照護計畫：全年經費200百萬元。

### 3.門診透析服務(上限制)：

(1)西醫基層本項服務費用成長率為3.048%。

(2)與醫院部門同項服務合併運作，兩部門合計費用之成長率為1%。

(3)應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。

(4)為確保透析醫療品質，相關耗材不得重複使用。

(5)配合衛生署核心醫療業務不得外包之政策方向，請於中央健康保險局門診透析聯合執行委員會討論，如何運用本年度新增預算鼓勵非外包經營之透析院所，相關規定應經費協會確定，預算方可動支。

## 五、101年度全民健康保險其他預算及其分配

(一)101年度其他預算增加1,461百萬元，預算總額度為7,907.9百萬元，採支出目標制，由中央健康保險局管控，各細項分配如表5。

### (二)預算分配相關事項：

1.山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：全年經費603.9百萬元。請於101年6月底前提送執行成果。

2.非屬各部門總額支付制度範圍之服務：全年經費4,214百萬元。用於助產所、護理之家照護、居家照護、精神疾病社區復健、安寧居家療護，及調整呼吸器試辦計畫居家收案條件等所需經費。



3. 支應罕病及血友病藥費、器官移植、慢性B型及C型肝炎治療計畫專款不足之經費：全年經費200百萬元。
4. 推動促進醫療體系整合計畫：全年經費950百萬元。
  - (1) 用於醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫、論人計酬試辦計畫，及新增之醫院垂直整合方案等三項。
  - (2) 醫院垂直整合方案之推動，依衛生署政策要求，其執行計畫應確實達到整合的目標。
  - (3) 100年已實施之方案，請於101年6月底前提送執行成果及成效評估報告。新增方案原則於100年12月底前完成相關程序，並於101年6月底前提送初步執行結果。
5. 其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費：全年經費1,000百萬元。
  - (1) 含新增醫藥分業地區所增加之費用。
  - (2) 除上述用途外，本項經費之適用範圍、動支條件及相關程序等，另掣案提會討論。
6. 增進偏遠地區醫療服務品質計畫：全年經費500百萬元，不足部分由前項5之經費支應。
  - (1) 用於離島醫院及肩負偏遠地區(含山地鄉)民眾於該地區或鄰近地區主要急性就醫醫院，與偏遠地區急性醫療主責醫院之點值保障。
  - (2) 依衛生署政策要求，本項計畫應訂有相關必要執行項目，上述醫院應提供24小時急診、內外婦兒(至少2科)之門診及住院醫療、檢驗檢查主動通知等，並深入社區加強預防保健服務。
  - (3) 方案原則於100年12月底前完成相關程序，並於101年6月底前提送執行成果及成效評估報告。
7. 全民健保高診次民眾就醫行為改善方案--藥師居家照護：全年經費36百萬元。本項以輔導至少4,300人為目

- 標，並於101年6月底前提送執行成果及成效評估報告。
- 8.慢性腎臟病照護及病人衛教計畫：全年經費404百萬元。
- (1)用於推動「pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫」及「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」。
- (2)請於101年6月底前提送執行成果及成效評估報告。

## 第二案

提案人：陳委員錦煌

案由：最近報紙又報導「假住院真詐領」的醜聞，且報導指出是台南地檢署、雲林地檢署及衛生署疾管局三個單位合力偵辦，應該要求公立醫院主治醫師（含以上人員）全部都要辦理財產申報與登記，這樣才可以有效防杜公立機關醫師詐領案，提請討論。

主席裁決：移至下次委員會議討論。

## 第三案

提案人：陳委員錦煌

案由：近期媒體報導「台大醫院誤移植愛滋器官」乙案，嚴重傷害民眾對於醫療體系運作的看法及信用度，應該提出檢討，以建立民眾信心，對於該案所發生之相關醫療費用及賠償，應該由台大醫院負責，不應該用全民健保費用替台大醫院負擔案，提請討論。

主席裁決：移至下次委員會議討論。

## 第四案

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。

主席裁決：移至下次委員會議討論。

拾、散會：9月17日下午12時20分。

表 1 101 年度牙醫門診醫療給付費用成長率項目表

項目		成長率(%) 或金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
<b>一般服務</b>				
<b>醫療服務成本及人口因素成長率</b>		<b>1.659%</b>	<b>587.0</b>	照衛生署報奉行政院核定數值計列。 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率＝ 【(1+投保人口數年增率)*(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)】－1
投保人口數年增率		0.190%		
人口結構改變率		-0.128%		
醫療服務成本指數改變率		1.594%		
<b>協商因素成長率</b>		<b>0.595%</b>	<b>210.5</b>	
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.300%	106.1	<ol style="list-style-type: none"> <li>依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於 100 年 11 月底前完成相關程序，並於 101 年 6 月底前提送執行成果。</li> <li>金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自 99 年度起採累計方式計算。</li> <li>請中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體，於 101 年 6 月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，並改善民眾自費及假日休診造成民眾就醫不便情形。</li> </ol>
支付項目的改變	根部齲齒填補	0.319%	113	<ol style="list-style-type: none"> <li>本項預算未能執行之額度，自當年度一般服務費用扣除，並不列入次年度之基期費用計算。</li> <li>上述預算執行額度，應以新增項目之差額計算。</li> <li>執行率之計算細節及相關支付標準之修訂，請中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體議定，並循法定程序處理。</li> </ol>
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.024%	-8.5	
<b>一般服務成長率</b>		<b>2.254%</b>	<b>797.5</b>	

項目	成長率(%) 或金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>			
醫療資源不足地區改善方案	229.2	0	1. 辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。 2. 為鼓勵牙醫師積極參與提供醫療資源不足地區之醫療服務，可考慮適度合理調整論次(或加成)之支付誘因。
牙醫特殊服務	423.0	0	1. 辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者牙醫醫療服務。 2. 為鼓勵牙醫師積極參與及提高服務人數，建議增加支付誘因，並擴大適用障別至接受牙醫服務有障礙之族群。
牙周病統合照護計畫	384.3	0	1. 照護人數至少 56,800 人。 2. 應提高執行率，並持續監控病人自費情形。
<b>專款金額</b>	<b>1,036.5</b>	<b>0</b>	
<b>總成長率<sup>(註)</sup>(一般服務+專款)</b>	<b>2.190%</b>	<b>797.5</b>	
<b>較 100 年度協定總額成長率</b>	<b>2.264%</b>	<b>824.1</b>	
<b>總額預估值</b>	<b>37,216.5</b>		

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

表 2 101 年度醫院醫療給付費用成長率項目表(送署裁決版)

項目	付費者代表方案		醫院代表方案		
	成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	
<b>一般服務</b>					
醫療服務成本及人口因素成長率	3.003%	9,324.6	3.003%	9,324.6	
投保人口年增率	0.190%		0.190%		
人口結構改變率	2.017%		2.017%		
醫療服務成本指數改變率	0.791%		0.791%		
協商因素成長率	0.862%	2,676.6	1.207%	3,747.9	
醫療品質 及保險對 象健康狀 態的改變	品質保證保留款	0.100%	310.5	0.100%	310.5
支付項目 的改變	新醫療科技(包括藥 品、特材、新增項目等)	0.318%	9,87.4	0.318%	9,87.4
	調整支付標準	0.399%	1,238.9	0.399%	1,238.9
	確保血品安全與品質	0.064%	198.7	0.064%	198.7
其他醫療 服務利用 及密集度 的改變	保險對象服務利用率 及密集度成長	0.000%	0.0	0.345%	1,071.3
其他議定 項目	違反全民健保醫事服 務機構特約及管理辦 法之扣款	-0.019%	-59.0	-0.019%	-59.0
<b>一般服務成長率</b>		<b>3.865%</b>	<b>12,001.2</b>	<b>4.210%</b>	<b>13,072.5</b>
<b>一般服務金額預估值</b>		<b>322,511.9</b>		<b>323,583.2</b>	
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>					
慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫		1,922.0	6,40.0	3,040.0	1,758.0
鼓勵器官移植並確保術後追蹤 照護品質		3,484.7	603.0	2,700.0	-181.7
罕見疾病、血友病藥費		5,649.0	867.0	4,800.0	18.0
醫療給付改善方案		499.8	12.5	290.0	-197.3
急診品質提升方案		320.0	320.0	320.0	320.0
提升住院護理照護品質		2,000.0	1,000.0	2,000.0	1,000.0
繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵		587.0	287.0	287.0	-13.0

項目	付費者代表方案		醫院代表方案	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)
醫院支援西醫基層總額醫療資源 不足地區改善方案	50.0	0.0	50.0	0.0
專款金額	14,512.5	3,729.5	13,487.0	2,704.0
(一般服務+專款)成長率	4.896%	15,730.7	4.910%	15,776.5
較 100 年(一般服務+專款)成長率	4.974%	15,970.7	4.989%	16,016.5
門診透析服務成長率	-0.350%	-65.1	-0.350%	-65.1
總成長率 <sup>(註)</sup> (一般服務+專款+門診透析)	4.609%	15,665.6	4.622%	15,711.4
較 100 年度協定總額成長率	4.683%	15,905.6	4.696%	15,951.3
總額預估值	355,563.6		355,609.1	

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

表 3 101 年度中醫門診醫療給付費用成長率項目表(送署裁決版)

項 目	中醫部門方案		付費者代表方案一		付費者代表方案二	
	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加 金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加 金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加 金額 (百萬元)
<b>一般服務</b>						
醫療服務成本及人口因素成長率	<b>3.297%</b>	<b>657.7</b>	<b>3.297%</b>	<b>657.7</b>	<b>3.297%</b>	<b>657.7</b>
投保人口年增率	0.190%		0.190%		0.190%	
人口結構改變率	0.543%		0.543%		0.543%	
醫療服務成本指數改變率	2.558%		2.558%		2.558%	
協商因素成長率	<b>0.591%</b>	<b>117.9</b>	<b>-1.048%</b>	<b>-209.1</b>	<b>-7.389%</b>	<b>-1,474.1</b>
醫療品質及保險對象健康狀況的改變						
品質保證保留款	0.100%	19.9	0.100%	19.9	0.100%	19.9
中醫傷科標準作業流程	0.526%	104.9	0%	0.0	0%	0.0
醫療服務效率提升						
提升傷科及脫臼整復治療處置品質之效益	0%	0.0	<b>-1.113%</b>	<b>-222.0</b>	<b>-7.454%</b>	<b>-1,487</b>
其他議定項目						
違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.035%	-7.0	-0.035%	-7.0	-0.035%	-7.0
一般服務成長率	<b>3.888%</b>	<b>775.6</b>	<b>2.249%</b>	<b>448.7</b>	<b>-4.092%</b>	<b>-816.3</b>

項 目	中醫部門方案		付費者代表方案一		付費者代表方案二	
	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加 金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加 金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加 金額 (百萬元)
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>						
醫療資源不足地區改善方案	74.4	0.0	74.4	0.0	74.4	0.0
腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫	85.0	0.0	85.0	0.0	85.0	0.0
腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫						
小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫						
小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫	82.0	-8.0	82.0	-8.0	82.0	-8.0
腦血管疾病後遺症門診照護計畫						
<b>專款金額</b>		<b>241.4</b>		<b>241.4</b>		<b>241.4</b>
<b>總成長率<sup>(註)</sup> (一般服務+專款)</b>	<b>3.800%</b>	<b>767.6</b>	<b>2.182%</b>	<b>440.7</b>	<b>-4.081%</b>	<b>-824.3</b>
<b>較 100 年度協定 總額成長率</b>	<b>3.881%</b>	<b>783.4</b>	<b>2.261%</b>	<b>456.4</b>	<b>-4.006%</b>	<b>-808.6</b>
<b>總額預估值</b>	<b>20,966.8</b>		<b>20,639.9</b>		<b>19,374.8</b>	

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。



表 4 101 年度西醫基層醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
<b>一般服務</b>				
醫療服務成本及人口因素成長率		1.895%	1,724.2	照衛生署報奉行政院核定數值計列。 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 =[(1+投保人口年增率)*(1+人口結構 改變率+醫療服務成本指數改變 率)]-1
投保人口年增率		0.190%		
人口結構改變率		0.716%		
醫療服務成本指數改變率		0.986%		
協商因素成長率		1.104%	1,004.2	
醫療品質及保險對象健康的改變	品質保證保留款	0.100%	91.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於 100 年 11 月底前完成相關程序，並於 101 年 6 月底前提送執行成果。</li> <li>金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自 99 年度起採累計方式計算。</li> <li>請中央健康保險局會同西醫基層總額相關團體，於 101 年 6 月底前完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值，並改善假日休診造成民眾就醫不便情形。</li> </ol>
支付項目的改變	新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)	0.038%	34.6	
	新增跨表項目	0.037%	33.7	<ol style="list-style-type: none"> <li>新增 10 項跨表項目，其中婦產科 4 項跨表項目(19 百萬元)執行情形列入檢討，並同時監控醫院與西醫基層之申報量。</li> <li>應於 100 年 12 月底前完成相關程序，若未能於年度開始時實施，則扣減本項成長率。</li> </ol>
	支付標準調整	1.000%	909.9	調整外科、婦產科及兒科等艱困科別之支付標準，達提升艱困科別醫師待遇之目的。
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.071%	-64.9	
一般服務成長率		2.999%	2,728.4	

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>			
慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫	157	0	本項預算不足部分，由其他預算支應。
家庭醫師整合性照護制度計畫	1,115	0	應研擬更嚴謹的評估機制做為退場條件，擇優汰劣，確實落實成效不佳醫療群的退場機制。
醫療資源不足地區改善方案	150	50	修訂方案，建議每位醫師每週巡迴診療次數上限可由 2 次增為 3 次。
醫療給付改善方案	212	-88	1. 糖尿病方案應增加相關誘因及檢討運作機制，以提高收案數與照護率，且同一個案之衛教期程應訂定年限。 2. 氣喘、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者方案，應重新檢討，訂定較嚴格之收案條件。 3. 照護結果及成效評估報告應包含健康改善狀況之量化指標。
診所以病人為中心整合照護計畫	200	0	
<b>專款金額</b>	<b>1,834</b>	<b>-38</b>	
<b>(一般服務+專款)成長率</b>	<b>2.897%</b>	<b>2,690.4</b>	
<b>(一般服務+專款)總額</b>	<b>95,550.0</b>		
門診透析服務成長率	3.048%	373.8	1. 與醫院部門同項服務合併運作，兩部門合計費用之成長率為 1%。 2. 應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。 3. 為確保透析醫療品質，相關耗材不得重複使用。 4. 配合衛生署核心醫療業務不得外包之政策方向，請於中央健康保險局門診透析聯合執行委員會討論，如何運用本年度新增預算鼓勵非外包經營之透析院所，相關規定應經費協會確定後，預算方可動支。
<b>總成長率<sup>(註)</sup> (一般服務+專款+門診透析)</b>	<b>2.915%</b>	<b>3,064.2</b>	
<b>較 100 年度協定總額成長率</b>	<b>2.986%</b>	<b>3,137.0</b>	
<b>總額預估值</b>	<b>108,187.9</b>		

註：計算總成長率所用之基期費用，已含校正投保人口成長率差值。

表5 101年度其他預算項目表

項 目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	603.9	0	請於101年6月底前提送執行成果。
非屬各部門總額支付制度範圍之服務	4,214	511	用於助產所、護理之家照護、居家照護、精神疾病社區復健、安寧居家療護，及調整呼吸器試辦計畫居家收案條件等所需經費。
支應罕病及血友病藥費、器官移植、慢性B型及C型肝炎治療計畫專款不足之經費	200	0	
推動促進醫療體系整合計畫	950	150	1.用於醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫、論人計酬試辦計畫，及新增之醫院垂直整合方案等三項。 2.醫院垂直整合方案之推動，依衛生署政策要求，其執行計畫應確實達到整合的目標。 3.100年已實施之方案，請於101年6月底前提送執行成果及成效評估報告。新增方案原則於100年12月底前完成相關程序，並於101年6月底前提送初步執行結果。
其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費	1,000	500	1.含新增醫藥分業地區所增加之費用。 2.除上述用途外，本項經費之適用範圍、動支條件及相關程序等，另掣案提會討論。
增進偏遠地區醫療服務品質計畫	500	300	1.用於離島醫院及肩負偏遠地區(含山地鄉)民眾於該地區或鄰近地區主要急性就醫醫院，與偏遠地區急性醫療主責醫院之點值保障。 2.依衛生署政策要求，本項計畫應訂有相關必要執行項目，上述醫院應提供24小時急診、內外婦兒(至少2科)之門診及住院醫療、檢驗檢查主動通知等，並深入社區加強預防保健服務。 3.經費若有不足，由前項經費支應。 4.方案原則於100年12月底前完成相關程序，並於101年6月底前提送執行成果及成效評估報告。
全民健保高診次民眾就醫行為改善方案--藥師居家照護	36	0	本項以輔導至少4,300人為目標，並於101年6月底前提送執行成果及成效評估報告。
慢性腎臟病照護及病人衛教計畫	404	0	1.用於推動「pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫」及「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」。 2.請於101年6月底前提送執行成果及成效評估報告。
總計	7,907.9	1,461.0	

註：採支出目標制，由中央健康保險局管控。

本會第 175 次委員會議  
與會人員發言實錄

## 壹、討論事項第一案「101 年度牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院部門及其他預算醫療給付費用總額協商因素項目及成長率案」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

- 一、各位委員大家辛苦了。今天主要有 2 項主要工作，一為確認昨天(9 月 16 日)協商結果，另為召開第 175 次委員會議。按平常委員會議進行順序，係先進行報告事項再進入討論事項，但徵求委員同意，趁大家記憶猶新時，先進行討論事項第一案，即確認昨日協商結果？(委員點頭)好，謝謝委員同意。
- 二、桌上有一份資料，是費協會同仁昨天晚上熬夜整理出的四部門總額及其他預算的協商結果。確認的方式是逐項唸過，例如牙醫部門唸過，文字確認後，就請牙醫部門代表表示「確認」，若需修正文字，就可藉此機會提出。另外，雖然是以電腦運算，但有時可能有公式套錯等因素，所以還是請大家注意金額數字。
- 三、請同仁宣讀牙醫部門的協商結果。

林視察淑華：宣讀現場發送之牙醫門診總額協商結論(略)

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。表格內容請牙醫部門幫忙確認，協商結論剛剛已宣讀，不再重複，請問牙醫部門對文字部分有無修正意見？

黃委員建文

- 一、主席、各位委員，首先謝謝大家，昨天辛苦了，給牙醫部門很多指導。
- 二、專案部分我們都接受，但「根部齲齒填補」協商項目，昨天討論的時候，其實費用已扣除原有材料的額度，所以以 113 百萬除以 800 元/顆計算執行率，委員同意讓我們做做看。此外，預計執行率會較高，費用一定不夠，所以超過部分我們會自行吸收，等到明年度有機會再談。

楊主任委員銘欽

請問文字部分如何修正？

黃委員建文

「根部齲齒填補」的(2)，不須列執行率應扣除現有材料的部分，因為昨天協商時，已是扣減後的數字，本來建議編列 300 多百萬，已扣掉填補現有玻璃離子體的材料費用，經再討論，委員同意編列 113 百萬。

楊主任委員銘欽

請委員參看牙醫部門第 1 頁最下端之(2)，昨天協商結果，牙根齲齒填補一顆單價以 800 元計算。

黃委員建文

本項當初是以牙醫部門所提約 331 百萬，扣掉玻璃離子體的費用後，最後同意編列 113 百萬。

楊主任委員銘欽

請健保局說明。

蔡組長淑鈴

- 一、昨天討論本項，費用下降是因為預估填補率由 10% 降為 5%，後來又降為 4%，純粹因為預估填補率下降之故。
- 二、至於執行率，根部齲齒填補一顆 800 元，需扣掉健保原給付的玻璃離子體費用，因為複合體為一替代性材料，文字陳述主要是要把原來替代的項目費用扣掉後，以此計算執行率。

楊主任委員銘欽

對昨天所談結果，可能大家的認知需再拉近。請牙醫代表陳醫師彥廷。

陳醫師彥廷

昨天最後討論的意思係指：以 113 百萬執行根部齲齒填補，是外加的工作量。

楊主任委員銘欽

就是差額。

陳醫師彥廷

對，我們會後再與健保局討論這部分。

楊主任委員銘欽

不行，現在要確定文字。

陳醫師彥廷

因為文字是「扣除」，但我們認為 113 百萬是新增的部分，不然成長率無法認定。

楊主任委員銘欽

雙方在認定上有不同解釋，健保局的意思是，計算單價時應以新材料減掉既有材料的價差。

陳醫師彥廷

但實際上的工作量增加，醫令數會增加。

楊主任委員銘欽

以價、量分開來看，「量」是否以 4% 填補率認定？

黃委員建文

昨天同意根部齲齒填補項目之費用以 331 百萬的 40% 計算。因為委員建議牙醫部門，不要堅持那麼高的金額，建議先給 50% 費用讓我們試著做看看，後來降到 40%，所以才以 113 百萬落定，也就沒有再提填補率的要求。

楊主任委員銘欽

沒提到 4% 填補率。

黃委員建文

費用已降為牙醫所提的 40%，現在又要求單價下降，實在太低，其實「牙根齲齒填補」屬牙科的新科技項目，所以希望以 800 元支付。

楊主任委員銘欽

800 元是包含填補 1 顆根部齲齒的全部費用嗎？請戴局長桂英說明。

戴局長桂英

一、謝謝黃委員建文的說明。

二、對昨天所談的「根部齲齒填補」項目，健保局的認知是，委員支持此協商項目，不限制只有高齡者可進行根部齲齒填補，大家共同的想法是增加的費用，用在目前根部齲齒填補新材料與既有材料的差距。如果服務量乘以差距的總數，剛好用掉 113 百萬的話，不用扣回；如果低於 113 百萬則要扣回，這是昨天確認的內容，相信大家都還記得，文字部分若有不妥可建議如何修改。

楊主任委員銘欽

請陳醫師彥廷。

陳醫師彥廷

現在瞭解局長的意思，執行量應指加上現有的量，但我們對於「現有根部齲齒填補的量」主張，與健保局截然不同，就是所謂「替代」部分，但這部分不是扣除，應是最後執行量不到 113 百萬的部分再扣除，所以至少需執行 113 百萬，量的計算是除了現有執行的，再加上被替代的額度。

楊主任委員銘欽

意思是指新的與被替代的材料？

陳醫師彥廷

例如有 2 萬顆原以玻璃離子體填補的，改以複合體填補，加上現有的數量計算，最後執行率為百分之百。

楊主任委員銘欽

有關執行的認定，請蔡組長淑鈴回應。

蔡組長淑鈴



- 一、有 2 件事未確定，一是新增支付項目，牙醫部門提出成本 800 元部分，我們還沒有任何討論，此部分尚須經成本分析並送全民健保醫療給付協議會議討論通過之程序。
- 二、二為替代部分，本項目前未納入支付標準，現行牙根蛀牙的病人看牙醫，主要係以玻璃離子體填補。現在牙醫部門提出玻璃離子體的固著性較差，有更好的複合體材質可改進，健保局願意進一步對牙根部齲齒填補更換較好的材質，而且不限老人，只要牙根部齲齒病患都可使用新的填補材料，且比現行玻璃離子體更能附著，也更能保固牙齒，以減少拔牙及自費做假牙等情形，這是可被接受的原因，所以需扣除現有材料費用。
- 三、現有支付標準有玻璃離子體填補項目，只是現在更換另一種材料，費協會幕僚意見也提到：現有材料有替代情形，不宜以全新材料推估費用，所以協定事項才會呈現「預算執行額度之計算，應扣除現有支付標準已可使用之填補材料額度」。

楊主任委員銘欽

好，雙方的說明都很清楚，我只是再提醒，不管上(第 174)次委員會議或消費者內部座談會議，都訂有原則：以新科技取代舊科技的話，則僅支付新增加差額的費用，而不是支付預估新科技的全部費用，否則原本項目的費用仍留在部門基期，好像送了舊項目的費用。這部分可以嗎？

陳醫師彥廷

所以文字敘述不是「預算執行額度之計算，應扣除……」，不是扣除，執行額度是補回原來的，才正確。

楊主任委員銘欽

不講扣除，文字是否改為「執行額度之計算，應以新增項目之差額計算」？其實重點是新增差額部分，「扣除」看起來太怵目驚心，可以嗎？請幕僚同仁更改文字為「上述預算執行額度，應以新增項目之差額計算」。

黃委員建文

當初是希望填補根部齲齒 800 元/顆。

楊主任委員銘欽

這部分不在今天討論範圍，牙醫部門可提出相關事證與健保局在支付委員會討論，我們都支持，沒問題。

黃委員建文

對執行率的計算還是有疑問，當初是以 65 歲以上預估。

楊主任委員銘欽

年齡限制已經刪掉，所以範圍很廣。

黃委員建文

所以執行率只要超過原有玻璃離子體的填補量？

楊主任委員銘欽

不是，是金額。

黃委員建文

一、執行率是否為超過原有玻璃離子體的填補量？以 113 百萬除以 800 元/顆，等於 14,125 顆，基本上要填補超過這數字。這樣就很好計算，我們一定會超過這個額度，超過的部分會自行吸收。這樣跟委員溝通會很清楚。

二、當然健保局的考量，我們會尊重，只是執行率部分，昨天委員的意思是先以這些費用做看看，要是有多做，以後再說。希望釐清執行率之計算方式，以後才不會有爭議。

楊主任委員銘欽

請蔡組長淑鈴。

蔡組長淑鈴

一、兩件事混在一起，首先，黃委員建文提到的一顆 800 元，此需依新支付項目納入給付之程序進行，以決定支付標準是否為

800 點，支付標準需在醫療給付協議會議訂定，這部分先說明。

二、其次，假設複合體填補為 800 元/顆，但今天談的是新增預算額度，如剛才所補充，預算中有關玻璃離子體填補部分已在給付範圍內，所以，就新增預算而言，應扣除已給付的部分；若就填補個別牙齒之單價，同意黃委員建文以 113 百萬除以 800 元/顆，得出執行顆數的算法。

黃委員建文

所以，以 113 百萬減以前玻璃離子體的費用，再除以顆數，執行率就很清楚，我們同意，但這樣界定，會不會又...。

戴局長桂英

請參看今日資料第 2 頁「(3)執行率之計算細節及相關支付標準之修訂，請中央健康保險局會同牙醫門診總額受託單位議定，並循法定程序處理」，所以，這部分建議不在此討論。

楊主任委員銘欽

其實剛才黃委員建文最後那句話講得很清楚，計算執行率時，分母是核定的價格減掉原有價格。

黃委員建文

好，以後再與健保局一起討論。

楊主任委員銘欽

- 一、還有其他文字需修正嗎？沒有，好。
- 二、專款項目「牙醫特殊服務」，因為牙醫部門近幾年積極照顧身心障礙民眾，但其中有些爭議，到底哪些身心障礙民眾在需使用牙醫服務時有困難？例如肢體殘障者，坐牙醫治療椅時其實沒有特別的困難；有些看不見、失明的身障者，看牙醫也不會有困難，有困難的是像腦性麻痺、植物人，就需要多些耐心、愛心照顧，所以雖然支持協商結論「(2)擴大適用障別相關規定」的觀念，但希望在此有較明確的文字，委員是否同意修改為「並

擴大適用障別至接受牙醫服務有障礙之族群」，避免擴大至看牙醫不會有困難的身障者，當然有無困難是主觀認定，但希望協商內容係以就醫困難者為主。其實牙醫部門最清楚，哪些身障者無法服從醫師指示，所以可提出相關建議族群。

三、將「至接受牙醫服務有障礙之族群」落於協定事項，會較清楚，請問委員是否同意？(委員點頭)可以，好，請問牙醫部門對其他事項都可確定嗎？

黃委員建文

可以，謝謝。

楊主任委員銘欽

另外，剛剛「牙醫特殊服務」專款項目的最後一句「送費協會確定」，過去方案是健保局會同牙醫總額受託單位議定後就可執行，並不需送費協會確定，請問委員，議定內容是否需送費協會確定？請問謝委員天仁。

謝委員天仁

如果很明確的話，當然可以，有疑義再送費協會。

楊主任委員銘欽

「送費協會確定」的文字先拿掉。

謝委員天仁

對。

楊主任委員銘欽

一、好，大家不反對，請將「送費協會確定」文字刪除。若真的需送費協會討論，我們還是會接受。牙醫部門協商結果確定，謝謝。

二、接著進行醫院部門，分為付費者方案與醫界方案，因為昨天未達共識，醫院很有誠意，會後還針對所提版本修正3~4次，目的係希望拉近與付費者版本的距離，等下看看，若大家覺得雙

方版本蠻接近的，願意再討論也可以，不過是由委員共同決定。

### 三、請宣讀醫院部門協商金額及相關事項。

張技正櫻淳：宣讀現場發送之醫院總額協商結論(略)

楊主任委員銘欽

一、請大家參看醫院資料第 4 頁，對照付費者與醫院代表兩方案：醫院的訴求在一般服務之「其他醫療服務利用及密集度的改變」協商項目，希望 101 年增加 1,071.3 百萬，但昨天付費者代表並未同意，其他部分則一樣。

二、專款部分，雙方有些差距：

(一)最大差距在「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」，昨天付費者代表意見為預算 1,922 百萬；醫界原提 3,360 百萬，現下修為 3,040 百萬，不足部分由一般服務支應。

(二)「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」，醫院部門經費編列較緊，認為不用那麼多，金額 2,700 百萬；付費者代表則根據健保局的估計，金額較高為 3,484.7 百萬。「罕見疾病、血友病藥費」醫院部門為 4,800 百萬；付費者代表為 5,649 百萬。

(三)「醫療給付改善方案」，醫院部門所提的金額亦相對較低。

(四)「急診品質提升方案」，醫院部門新修版本與付費者所列相同，均為 320 百萬。

(五)「提升住院護理照護品質」，與付費者版本相同，均為 20 億元。

(六)「繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵」，雙方編的金額差距較大。

三、昨天醫院部門提出好幾個版本，最新的版本越接近付費者的意見，請問付費者代表是否要再修正所提版本，或就此確定？

謝委員天仁

一、昨天會後我們交換過意見，看起來差距還是很大，我的看法是，今天是假日，不要再談了，送署裁決。

- 二、昨天已交換過意見，也跟主委報告，付費者釋出的善意在哪裡。醫院部門將費用集中在慢性 B 型及 C 型肝炎專款與醫療利用密集度協商項目，去年協定事項的紀錄寫得很清楚，慢性 B 型及 C 型肝炎專款編列 12.82 億元，但預期會用到 28.6 億元，差距約 16 億元，不足部分由一般服務支應。
- 三、委員會也討論過，超過 28.6 億元時會再考慮，所以合情合理，現在卻全部不算數，要求專款補到 30 多億元，我們無法接受。今天是假日，大家想趕快結束會議，免得談不定，浪費時間，建議送署裁決。

楊主任委員銘欽

好。請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、不反對謝委員天仁的意見，相信他也不致反對我的意見，但對於醫院部門結論第 2 頁，「提升護理住院照護品質」專款全年經費 20 億，對「應著重在增加護理人力，並以全年淨增加 3,000 人為目標值」文字部分，須進一步說明。昨天曾與蔡委員登順溝通，費協會委員並沒有這個意思，完全是護理師公會全聯會的意見，我們也並無此意，請取消此段文字。
- 二、請護理師公會找人給我們，如果找得到，我們就答應，如果找不到，那是公會的事，文字寫下去，會變成是醫院的責任，請刪除這段文字，我們不能接受，昨天就已提出，如果硬要寫下去，大家就弄到晚上再來，好不好？
- 三、另外，醫院部門資料第 2 頁「4.前述三項額度經換算，101 年度醫院醫療給付費用總額，較 100 年度所協定總額成長 4.683%；而於校正投保人口後，成長率估計值為 4.609%」，這段文字是什麼意思？講清楚。
- 四、昨天也跟謝委員天仁、蔡委員登順、陳委員錦煌都講過，醫院部門代表的這些人可能不太會講話，能力差，所以我們想爭取

的部分，就較少，在調整支付標準部分，昨天就說過，你們給西醫基層成長率 1%(9.1 億元)，對不對？但給醫院才 12 點多億元，這種公平合理嗎？拜託一下。謝委員，我在講話，你也注意一下，你也要公平一點，大家都是西醫，難道也有大小之分？應該沒有吧！律師也沒有大小之分，你是律師，也沒有大律師、小律師之分啊！

### 蔡委員登順

- 一、今天看到醫院版本的數字，有點訝異，雙方的誠意有落差。我是覺得消費者這邊已經盡最大誠意，總成長率 4.683%，昨天也講過，雙方版本總額差距 5 千萬，我說留一點錢讓我坐車回家，你們真的也不肯，一定要拿到上限，現在醫院的版本，較付費者版本多約 4,500 萬，如果要算到滿，我也會算，違規部分在前面扣與在後面扣，是不一樣的，如果把違規扣款加進去，你們要的已經超過上限 4.7%，是 4.715%，而西醫基層、中醫、牙醫部門則差異不大，因為與上限 4.7% 還差很多。在前面扣，等於是把那些錢還給你們，違規扣款等於沒有執行。
- 二、不曉得健保局的立場，能夠接受嗎？過去有決議，不管怎麼樣，最大誠意也只能達到行政院核定的上限，如果還要再給成長率，那就超過 5%。這部分，個人無法接受，因為 4.683% 距上限 4.7% 也只有 5 千萬而已，再加違約扣款應扣而沒扣，如果醫院部門都沒辦法答應，又做了那麼多調整，尤其是 B、C 肝專款調整幅度過大。基於這些理由，所以不能接受。

### 謝委員武吉

不能接受，沒關係，剛我第一句就講過，不反對謝委員的意見。一樣都姓謝，我不會反對來反對去，又不是要拆吃入腹(台語)，不可能的事。所以剛剛是我們痛苦的申訴，你們的做法讓我們痛苦指數升高，知道嗎？拜託你們，不要再讓我們痛苦指數升高，我的意思是，你們要給的公平、合理，那有同樣是西醫，醫院穿襯衫，西醫基層就穿西裝，不應該如此，只是要求公平對待而已。明年再談，要用

相同標準，不能老是增加醫院的痛苦指數，所以一開頭就說了。我每次講的第一句話都是最重要。

楊主任委員銘欽

所以要注意聽。不知付費者代表有無其他補充說明？

何委員語

主席、各位先進，昨天有提到，有些專款項目的執行率都未達到，可以把未達到的部分，金額轉換到 B、C 肝專款。但醫院今天提出的版本，在 B、C 肝專款就編 3,360 百萬，與我們的觀念落差太大，這叫不合情、不合理又不合法，既然這樣，我們就不再談了，送給健保局處理。

楊主任委員銘欽

大家彼此表達各自立場，我的角色原是希望把雙方的看法盡量拉近，既然有這麼大的落差，也沒有關係。醫院提出的版本，最大的落差在 B、C 肝專款及醫療利用密集度的改變兩項，其他部分與付費者版本還算接近，即便送署裁決，對署來講，應該相對較容易處理。

謝委員武吉

我們就遵照主席及同姓謝的謝天仁委員意見，否則就成了兩個謝委員，各唱各的調，這樣不好，就照此結論，兩案送署裁決。

楊主任委員銘欽

謝謝。

戴局長桂英

謝委員武吉應係指螢幕上已修改數字的版本。

楊主任委員銘欽

- 一、是，醫院部門是依螢幕上已修改過數字的版本。
- 二、另，剛提到提升護理照護品質專款的目標值部分，請陳委員玉枝表示意見。



## 陳委員玉枝

主席、各位委員，有關醫院部門第 2 頁資料：「(6)提升住院護理照護品質：全年經費 2,000 百萬元，應著重在增加護理人力，並以全年淨增加 3,000 人為目標值」。在此說明，建議刪除「全年」兩字，但在目標值後面寫「含 100 年及 101 年」。為何做此修正？因為健保局於上次評核會曾說明，此方案 99 年較 98 年增聘 1,184 人，預估今(100)年可能較 99 年增加 1,400~1,500 人，所以在可行性，還有昨天各位委員也提到聘護理人員與薪資調整有關，所以建議，100 年已經聘了，延續 101 年也繼續聘用這些人，考量比較可行的情況下，做這樣的修正，也就是以 3,000 人為目標，是 100 年加 101 年所增聘的人員總數，因為今年如果有沒聘的，可能明年就要再加聘，因明年增加 10 億，所以是用這樣的建議來修正，大家可否同意？

## 謝委員武吉

我還是反對到底，這沒道理，昨天蔡委員登順也說，這不是他們委員的意見，護理師公會的意見，能夠代表費協會委員的意見嗎？我昨天也提到社區藥局的問題。費協會憑什麼規定要 3,000 人？你們如果要寫自己寫，這一項只是護理師公會的提案要求，所以要自己負責，跟我們沒關係。以前我們還是初中同學時，我是全年級的班長，妳都還沒有那麼會講話，現在怎麼那麼愛爭辯？

## 謝委員天仁

- 一、跟我同姓謝的謝武吉委員很會講話，沾親帶故還會討人情。其實我們的差距並不是那麼大，你們回去運用智慧好好想想，B、C 肝專款不足的部分，也是用一般服務支應，錢放在那裡，其實一樣，醫界委員的意思一定要放在 B、C 肝專款，但金額實在太龐大，龐大到我們出去都無法面對社會，讓我們無法生活，這點請你們再考慮。
- 二、付費者代表的版本，有個地方應該加註，如果沒加註，我相信監察院一定會來查我們。「調整支付標準」部分，剛謝委員武吉也提到只給醫院 12 點多億，他很不滿，給西醫基層成長

1%(9.1 億)，給醫院只有 0.399%，其實去年已經給醫院 14.78 億。對「調整支付標準」0.399%，我覺得後面應該要載明我們的目的，在「經費應用於調整外科、婦產科及兒科等艱困科別之支付標準」之後，加上「達到艱困科別醫師待遇提升的目的」，這段文字不寫，監察院一定會查我們，說我們錢都亂用。

楊主任委員銘欽

一、請參看投影螢幕所顯示，於「經費應用於調整外科、婦產科及兒科等艱困科別之支付標準」後面，增加「俾提升艱困科別醫師之待遇」等文字，將目的寫得更清楚。

二、回到剛有關提升護理照護品質部分，請教其他委員的意見。

陳委員玉枝

其實醫院部門資料第 2 頁所列文字，係付費者委員代表討論得出的版本，並非護理師公會的版本，所以應予尊重。而且主要是在考量人力部分，所以應將費用用在真正提升護理人力的目的，以上說明。

謝委員武吉

我們不同意。

楊主任委員銘欽

這部分這樣處理，我知道醫院代表不同意這一點，所以在這裡加註「醫院代表不同意」的文字，因為這是付費者代表的版本。

謝委員武吉

昨天付費者代表明明說這不是他們的版本，而是護理師公會拿給他們的版本，既然是護理師公會的版本，怎可直接作為付費者代表版本？這不對。

陳委員玉枝

那是付費者代表自己研判的結果。

葉委員明峯

我昨天雖未到場，但瞭解這樣的表達會有一點 misleading(誤解)，如

果要兼顧護理及醫院團體的意見，建議可修改為「全年經費 2,000 百萬元，以增加護理人力為用途」，之後的文字拿掉就好。如此，意思一樣，最終目的就是要增加人力。

謝委員天仁

抱歉，指標要寫清楚。因為我們 98、99 年都已經投入 8 億多的經費，100 年也有 10 億，都沒有什麼成效出來，再不寫清楚，我們又花 20 億下去，沒有意義，丟錢沒達到目的，那幹嘛丟錢進去，護理人員又上街頭，我們豈不被罵到臭頭。我覺得指標一定要訂清楚。

蔡委員登順

昨天葉委員明峯因公出國不在場，或許聽聽孫委員碧霞提到勞委會調查護理人員的工作情形，你就會支持此做法，主要就是要調整人力，人力不調整，護理人員會過勞，光調整待遇不見得能解決問題，首要是解決人力問題，有剩餘再解決待遇問題。我認為要按這個步驟做才對。

葉委員明峯

請教陳委員玉枝，這 20 億能夠聘足多少人？3,000 人？

陳委員玉枝

如果以年薪 60 萬推估，是 3,000 人。

葉委員明峯

這 3,000 人是 100 年及 101 年合起來？

陳委員玉枝

是。

葉委員明峯

就這樣就對了，假如...。

陳委員玉枝

原來是寫 20 億，一年請 3,000 人，而昨天醫院協會代表也提到，今

(100)年 10 億，已經聘請的人力，明(101)年要繼續延續，所以我剛剛建議修正成比較合理、可行的文字，兩年加起來 3,000 人。

葉委員明峯

就是用 20 億來聘請 3,000 人的額度，對不對？

陳委員玉枝

對，但不限 101 年或 100 年聘請的人力。

葉委員明峯

這我聽懂，就是今年聘的，明年還算在內，否則的話，還要再補，對不對？

陳委員玉枝

對，等於明年補 1,500 的人力。

蘇委員清泉

有個質疑，請陳委員玉枝跟我們講清楚，譬如說 100 年及 101 年要增加 3,000 人，是用 99 年做基礎計算新增加的人力？我們搞不清楚，護理人員從北部 A 醫院跑到南部 B 醫院，對我們來講是新的。你要講清楚，譬如現在是 9 萬人在執業，兩年後要變成 9 萬 3 千人執業，增加 3,000 人到職場，是這樣計算？還是要如何統計？

謝委員武吉

這是專款專用，不是一般服務。今天是不是馬先生答應你們要多 10 億？是不是？講清楚！

葉委員明峯

醫院協會應該要...。

謝委員武吉

讓我把話講完。第一點我要問這是不是專款專用？還是一般服務？既然是專款，明年如果沒編列預算，增聘的這些人力，如果明年被遣散，是你們要負責遣散費嗎？如果由你們負責，可以啊！要玩，

大家一起玩。

葉委員明峯

這應該沒有遣散費的問題吧？

謝委員武吉

怎麼沒有？今年有錢聘，明年沒錢就沒辦法聘，不遣散能怎樣？

葉委員明峯

請教陳委員玉枝，這應該都是約聘人力，在契約上應該會寫清楚吧？

謝委員武吉

這是勞委會的規定，用這樣的方式叫我們來當壞人，對嗎？不對吧！

孫委員碧霞

依勞基法規定，是要發給資遣費沒錯，但是這個經費...。

葉委員明峯

這類聘用人力是定期或不定期？一定是一年一聘。

孫委員碧霞

不是一年一聘，應該算是不定期。

葉委員明峯

所以，將來若終止合約，還是要給資遣費？

楊主任委員銘欽

我想這 20 億的專款確實有其時空背景，能不能持續編列下去，不能保證。昨天也有委員提到，根本上要解決護理人力的問題，應該是從支付標準表去調整，才有辦法長久。剛蘇委員清泉的提問，請陳委員玉枝回應。

陳委員玉枝

蘇委員清泉所提，是這樣子，因為我們前兩年編列 8.325 億時，有對聘用人數進行統計，健保局於上次評核會，提到 99 年較 98 年總體增聘 1,184 人進入職場，100 年也一定會跟 99 年比較，只是還沒

有結算，但是 100 年的支付方式，護理人力有加入計算 part-time(部份工時)，所以這個數字如果要與 100 年比較，可能基礎點較不一致，所以，蘇委員提出這樣的意見。可否建議，因為錢是用在 101 年，所以可以用「101 年年底增聘的護理人員以 1,500 人為目標」，這樣會不會更清楚？請各位委員參考。

#### 蘇委員清泉

昨天勞委會孫委員碧霞所說的每句話，我都仔細、用心地聽。勞委會一天到晚找我們麻煩，而自己推出的案子也都很差，短期就業八百壯士都是用他們的錢，6 個月、9 個月結束，那些人就沒頭路。八百壯士就一天 8 百元。只是撒錢而已，聘下去要長長久久，不是今年有錢聘，明年沒錢解聘，不是一年一聘的問題，開玩笑，一個人進來，我們就得幫他做生涯規劃、培訓、退休準備金...等，現在像在飲毒藥似的，這不對。要的話，釜底抽薪，就像剛剛主委所說的，就把護理費切開，算清楚，你們護理師公會有辦法就找總統，切開看你們多少錢，自己拿去，就像藥師，為什麼藥師公會愈來愈有力，去 lobby(遊說)或做什麼都好，就是藥師服務費、慢箋調劑等，爭取到他們的金額後，就自己去處理。護理人員的數目最多，比醫師還多，你們有辦法就把它完全切開，我也向護理師公會理事長建議過，這樣最釜底抽薪，不然像這種吃鴉片、止痛藥的做法，沒用的。

#### 楊主任委員銘欽

- 一、充分瞭解醫界代表實質上的困難，先表達我的意見，文字上也會留下紀錄。
- 二、陳委員玉枝也特別提到，是不是改成這樣會較好，但後面的附註還是要，而且還要再加一點，如果要讓醫院護理人力配置有適當改善的話，還是應該從支付標準制度方面著手，我也很擔心這個錢如果以後沒有的話，這些護理人員要怎麼辦？

#### 孫委員碧霞

- 一、昨天發言是針對現在護理人力因為結構性的問題，造成工時長、薪資低、人力不足，所以支持這個專款計畫。同時，這個計畫是獎勵性質，因此，增聘人力所需經費應該大部分由醫院一般服務費用支應，不是全部用專款。此外，這個專款也不是用作臨時短期人力計畫。
- 二、如果全部增聘人事費都用專款支應，不是很合理，因為人事費本來就應該回到原來醫療費用作分配處理。適用勞基法的護理人員，工作性質屬繼續性，不符合臨時性、短期性或季節性，所以不應簽定期契約。護理人力不足及勞動條件之改善，要回到整體結構面解決，不能只靠專款，如果把它全部用作聘僱人力，可能就會替代現有的人事成本，不太合理，因為人員會有流動，因流動遞補人力而支用專款，並沒有增加人力，所以使用專款應設定比較的基期，相關補助標準建議另行研議訂定。

#### 謝委員天仁

醫院總額部分，醫界與付費者雙方沒有達成協定，所以各自有各自的版本，既然各有版本，醫界委員是不能隨便要求要在付費者版本上加註或修改，可以將發言做成紀錄，就是我的意見你不同意沒關係，再以發言紀錄表達，送署裁決，怎麼可以在我們的版本加註應該如何處理！應該尊重我們的原意才對。你們的發言自然有其他地方可紀錄，沒問題，但不容許在我們的版本，隨便指指點點，要尊重我們！所以，不同意在付費者版本上面做任何修改，要照我們原來的建議送署裁決，3,000 人就 3,000 人。

#### 楊主任委員銘欽

瞭解，謝謝謝委員天仁的指正。如果醫界代表認為剛那些附註文字有必要的話，建議挪移至你們的版本加註，我們還是應該尊重付費者的版本。

#### 謝委員武吉

- 一、我昨天下午開會就針對這增加 3,000 人有意見，費協會真的有

能力處理嗎?我相信費協會不能去決定這件事，雖然謝委員天仁是律師，但我家是律師世家，台北市律師公會理事長是我親伯父，我伯父他們三兄弟是讀京都大學法律系畢業。我昨天就對這3千多人的提議，提出反對，所以也要尊重我們反對的理由。

二、另一點，你憑什麼要增加這3千多名護理人力，這是品質提升方案，品質提升方案是用在護理人力的提升嗎？不對吧！如果某家醫院護理人力已經足夠，那麼就不用做品質提升方案？難道這家醫院就因而無法拿到獎勵金嗎？所以這完全是為了他們要回去交代說已經為團體爭取了什麼。我們不要爭功，不要諉過，應該要依事實面處理才對。我們所要做的是要向社會大眾說這些工作，我們已經有在做了，要討論應該如何處理才是最好的辦法，今天他們提一個 proposal(計畫案)出來，就硬要我們依照這個 proposal 來做，沒道理。

楊主任委員銘欽

謝謝謝委員武吉把意見表達得很清楚。請陳高級分析師雪芬發言。

陳高級分析師雪芬

一、我們醫界是善意，像這樣的寫法是要怎麼執行？我們真的不知道。在人力上，本來就不是我們訂個指標，希望大家往這個方向做就可以達到，謝委員武吉所提的問題也是我們醫界的顧慮，這筆錢花下去到底有沒有什麼作用？這會是費協會委員共同的要負擔的責任。對醫院來說，我們對這一段堅持要這樣寫，要做個提醒，因為這樣訂，執行時會爭議不休，這是第一點要表達的意見。

二、有關專款部分，很遺憾委員認為彼此差距太大。從昨天到今天，我們所在意的是，既然大家這麼尊重費協會的決議，我們也應有使命感，本來編列的每一分錢，將來也都會花在刀口上，那為何我們已經提出很多事證，不管是罕病，或是醫療給付改善方案，或是器官移植，實際上不用花到那麼多錢，有委員也贊成這樣的說法，但還是要編這麼多？這是我們非常不能理解的



部分。

- 三、最後要表達的是，我們只是希望能在專款這部分擷節一點編列，將金額補到 B、C 肝治療計畫，若大家不能接受 B、C 肝這種編法，則我們希望能在(一般服務)醫療服務利用密集度予以反映，我想這是最後一次表達，雖然還是兩案併陳送衛生署，不過我希望讓委員瞭解，醫院不是像你們想像的那樣不嚴謹，只是希望預算編列的分配能夠接近事實一點，以上補充

楊主任委員銘欽

謝謝陳高級分析師雪芬。接著請朱副院長益宏發言。

朱副院長益宏

現在是兩案送署，我們直接修正醫院的版本：

- 一、修正提升住院護理品質部分內容，把剛才(在付費者版本)修正文字的部分，直接移到醫院版本，即反對訂定目標值，建議在附表說明欄一併列入，這是第一點。
- 二、有關 B、C 肝炎治療計畫部分，剛剛謝委員天仁也特別提到，雖然去年的 B、C 肝費用不足額由一般預算支應，但是我在昨天會議討論也有向謝委員報告，B、C 肝計畫從開始執行至今，只有去年不足額是從一般預算支應，其他年度都是足額編列，且說明如果不夠由其他預算支應，大家可以去看以前的會議紀錄。所以送署裁決的醫院版本修訂為：「全年經費 30.4 億元，不足部份由其他預算支應」，回歸到以前的原則，費協會從一開始有 B、C 肝治療計畫，協定的原則就是這樣。

楊主任委員銘欽

我們尊重醫院部門的修正。謝謝謝委員天仁剛剛的指正，我的做法不恰當，因為是兩個版本，所以應尊重各個版本的內容。請教謝委員天仁，有關 3,000 人為目標之決議，對陳委員玉枝剛剛所提加註「100 年及 101 年」等文字，是否同意？付費者版本的文字是完全不改？或是同意陳委員玉枝的建議修改？

## 謝委員天仁

- 一、第一點我要講的是，透過支付標準去調整，一點意義都沒有，因為現行並不是跟護理人員分紅，所以不論支付標準如何調高，錢也不會跑到護理人員身上，沒有任何意義。所以我比喻說我們只是在負責做點火的工作，我們丟錢去做點火，但不是我們丟錢下去所有相關的薪資都要我們費協會去措，實際上我們希望醫院配置合理適當充足的人力，每一個護理人員在執行醫療職務時，本來就有支付護理費，既然如此，可能在他人力配置沒有那麼充足時，護理人員超時工作的情況下，為了保障病人的醫療品質，站在費協會的立場，我們當然要丟錢去做點火的工作，這是我們的目的，但不能說我們幫忙點火之後，就什麼事都要找費協會負責，薪資不夠全部都要我們措，我覺得這是有點開玩笑，我們是在提升品質。
- 二、有關提升住院護理品質項目，護理師公會全聯會提給付費者的資料就是寫全年淨增加 3,000 人，全年經費 20 億，若 2 個年度只是增加 3,000 人，那 10 億就好，因為你的資料上也寫，99 年增加 1,184 人，如果是這樣，所要的這些錢顯然是過多，哪有說 1 個年度變跨兩個年度，費協會是年度制，如果你的要求是這樣，那很抱歉，照你的意思去調整，全年預算縮減變成 10 億。

## 葉委員明峯

剛才謝委員天仁的說明大概有一點誤解，應該是 101 年度終了增加 3,000 人為目標，是時間點的問題。我們雇用員工，今年用 1 個，到明年如果那個離開再用 1 個，等於只用 1 個而已。舉例來說所謂 3,000 人是指到年度終了時有 3,000 人，假若原來是 1,500 人，再加 1,500 人，累積到第 2 年年底就有 3,000 人才對，因為一定要用下去，而且錢一定要花，所以應該是以 101 年度終了時增加 3,000 人為目標。這是年底的存量，若 3,000 人是一年內的流量，就會有問題，因為會達不到。

楊主任委員銘欽

我們現在的工作是讓文字上盡量清楚，如果做修正可以清楚一點的話，付費者代表還是可以做修正。

謝委員天仁

抱歉，昨天健保局已經講過，這個文字是因應健保局所提，全年就是 101 年年底跟 100 年年底兩年比較有無淨增加 3 千人，我認為這已很清楚，若還認為不清楚，可以寫成全年(100 年年底跟 101 年年底比較)淨增加 3,000 人為目標值，這樣可不可以？

陳委員玉枝

可否請健保局說明？

蔡組長淑鈴

- 一、陳委員玉枝的提議是，以年薪 60 萬估，101 年若增加 10 億，只能增加 1,500 人而已，這是確定的。但昨天陳委員說帖上寫 3,000 人係以 20 億來估。
- 二、另外，委員垂詢說如何進行比較，我們的建議是，先決定以哪一個時點做比較，如果擔心年底會有取巧的問題，那就用整年每個月平均，任何算法技術上都可行。若陳委員建議要用全年增加值，以全年 60 萬是可以找到護士的標準來算，恐怕 10 億只能增加 1,500 人而已，這一點要讓大家理解。那 3,000 人，就是 2 年 20 億元加起來要有 3,000 人，這應該也是合理。

楊主任委員銘欽

謝謝說明。我想剛剛蔡組長的說明跟大家的認知是接近的。文字上如果是寫 100 年及 101 年年底合計增加 3,000 人為目標，可以嗎？

謝委員武吉

我還是要提出幾個非常重要的問題：

- 一、第一，如果這專款沒有的時候，這些人的遣散費用怎麼處理？請回答，這點絕對要寫入會議記錄，由護理師公會全聯會來負

責遣散費用。

二、第二，這是住院護理照護品質的專款，如果這家醫院護理人力已經充足，依這規定，變成他就無法拿到護理照護品質獎勵方案的費用，對這些人力已經充的醫院公平嗎？請列入會議記錄。

楊主任委員銘欽

列入會議紀錄，這個沒有問題。

謝委員武吉

不管怎樣也要鼓勵到他們，這才合理，我們不要專門為某些人講的話就要全部來負責任，哪有這回事！

楊主任委員銘欽

謝謝。剛才謝委員武吉的關心列入會議記錄。有關護理的部分就討論到這邊告一段落。另外(4)醫療給付改善方案部分，請局長發言。

戴局長桂英

因為上次在黃監察委員煌雄的基金會跟公共衛生學院合辦的第三波醫療改革研討會討論結果，與會專家希望呼吸照護醫療改善，不局限在RCC，所以付費者代表可否同意，(4)醫療改善給付方案，新增「推動呼吸照護中心(RCC)醫療給付改善方案」，將決議文字中的「中心(RCC)」拿掉，改成「推動呼吸照護醫療給付改善方案」？

楊主任委員銘欽

如果大家同意的話就修正。好，這是醫院部門醫院版本及付費者版本的修正內容，接下來請看...，請陳高級分析師雪芬發言。

陳高級分析師雪芬

對於第(4)點，醫院這邊覺得很錯愕，這會有什麼影響，健保局可否補充說明讓我們安心一點，是否將來會暴增讓經費不夠用？做此修正的理由何在？

楊主任委員銘欽

修正後就包括 ICU(加護病房)，不只限 RCC(呼吸照護中心)，看用呼吸器的人是否可以早日脫離呼吸器，這是為什麼決議文字拿掉 RCC 的原因，這樣說明可以嗎？

陳高級分析師雪芬

醫院都很務實的在經營，我們認為你們不只是點個火，這個過程是連房子都要被你們燒掉了，所以你們現在叫我們要這樣那樣做，認為只要有這樣的誠意，把錢丟出去了，就會成功，我們很反對這樣的說法。

朱副院長益宏

- 一、這部份要回歸我們醫院的版本，醫院的版本是沒有新增，只有繼續原有 6 項方案，所以預算金額才會減下來，這部分如果消費者版本加註本項，則醫院版本只有延續計畫，沒有新增，這在醫院版本要加以說明。
- 二、有關新增「推動呼吸照護醫療給付改善方案」，其實在會議前健保局與醫界就沒有特別的共識，我覺得如果是局裏要推的方案，照理說送費協會之前應該要與醫療服務提供者先要有共識再提會比較好，不然這個方案長成什麼樣子醫界也不知道，就在這裡提出來，到時候推動時，如果署是裁健保局方案，那推動是否叫醫界埋單？這非常不好。以前費協會有個慣例，提方案時就要有執行的辦法，執行的辦法也必須要先協商，但現在都沒有，就是局提方案，到時候局去執行，醫界如果不配合呢？這都會產生很多問題。麻煩在醫界版本加註，持續推動原有 6 項方案。

楊主任委員銘欽

請看螢幕投影，「用於持續推動原有 6 項方案」，可以嗎？這是醫界版本的文字。

朱副院長益宏

可以。

楊主任委員銘欽

謝謝補充說明。接下來是中醫部門。

陳委員錦煌

醫院就講了 1 個半小時。

楊主任委員銘欽

還是我們要休息一下？

陳委員錦煌

不用休息，快一點，都花了 1 個半小時！

楊主任委員銘欽

請宣讀中醫部門協商結果。

邱技士臻麗：宣讀現場發送之中醫門診總額協商結論(略)

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。請問中醫部門對文字有無修正意見？

孫委員茂峰

一、請問付費者的版本(「提升傷科及脫臼整復治療處置品質之效益」協商項目之減列金額)是依據昨天健保局戴局長所提供的數據，我們昨天晚上回去查了一下，事實上 100 年第 1 季服務人次是 888 萬人次，比 99 年還要多，100 年第 2 季服務人次為 956 萬，比 99 年的 911 萬還要多，服務人數則為 328 萬比 322 萬，故 100 年第 1 季及第 2 季，不論服務人次或人數，都比 99 年第 1 季及第 2 季還要多。昨天戴局長桂英所舉數據是僅將傷科擷取出來，當作計算的標準。我們昨天報告時也提到，中醫支付標準規定，針灸、傷科及脫臼整復如同時治療處置，因同屬療程治療，一次限擇一申報，既然有擇一申報的情況，只擷取傷科部分的服務人次及人數，這樣的計算標準，基本上這個數字是有疑義的。

二、下半年(醫療利用數據)事實上還沒有產生，我們認為在計算上

有疑義，下半年的推估，如果按照第 1 季及第 2 季的趨勢，服務人數及人次是往上升的，不會有這樣的數字出現，這是我們對付費者代表方案所提的一點點看法。

三、我們非常尊重也感謝昨天很多委員對中醫界所提出的指導，不過一定要表達的是，基於信賴保護原則與程序正義，從民國 80 幾年開始，衛生署公布一個公文，我們就配合執行，不論就法、理、情來看，我們都是根據這樣的目標執行。跟各位委員報告一個題外的情形，這件事情延宕了 10 幾年到現在沒有解決，9 月 11 日推拿整復師協會創黨，成立政黨，其訴求有一項就是「政府機關非法讓我們退出醫療院所」。這事件 10 幾年來，並沒有非法的情況，只是法令規章不完整，昨天謝委員比喻說是做小偷被抓到，但問題是，中醫界之前所做的行為並無不合法，在這種情況下，列為減項，我們認為這是不符合信賴保護與程序正義。去年衛生署公告緩衝期，健保局也馬上宣告 5 月 1 日起(中醫醫療院所)不可以設民俗調理區，我們中醫團體也是配合執行。

楊主任委員銘欽

對不起，孫委員茂峰，這些其實我們了解，現在是確認文字內容，並不是在協商。

孫委員茂峰

文字部分，我們認為付費者版本，由戴局長提出數據的部分，能否有個比較確實的數據，因為這與我們昨天查到的不一樣。

楊主任委員銘欽

剛剛確認醫院部門時，謝委員天仁特別提到，對付費者版本，如果付費者委員沒有特別提出修改，那醫界部門是不適合加以更改，但孫委員茂峰發言部分，可以放在醫界版本，納入送署裁決內容，可以嗎？您剛剛所講的文字蠻多，能否等一下請您寫成書面文字，給同仁打字後，我們再看一下。請問對中醫部門的版本有無要修正？

孫委員茂峰

如果主委同意的話，在我們中醫部門的版本用文字加註。

(備註：會後經向孫委員茂峰確認，中醫版本無需修正)

謝委員武吉

請問孫委員茂峰，剛才講的謝委員是哪一位？這裡有兩位謝委員，要說清楚，不然我不知道，會緊張啊！

孫委員茂峰

不好意思，我剛才說的是付費者代表謝委員天仁。

謝委員武吉

是謝天仁委員，不是說我，要聽好。

楊主任委員銘欽

請孫委員繼續。

孫委員茂峰

我只是引述昨天您(謝委員天仁)所講偷東西那一段的比喻，針對這一段提出不一樣的看法。

謝委員天仁

昨天講過，我們都聽到，可以各自表述嘛，像醫院部門，我們也不敢講醫院講的一定是錯的，各自表述，互相參考。

孫委員茂峰

我再補充一點，對不起，必須要引用兩位學者專家昨天的意見。昨天兩位學者專家雖然不同意在傷科及脫臼整復標準作業流程項目增加款項，但至少也不贊成列減項，不知道這樣講對不對？似乎昨天專家學者不贊成列減項，如果兩位老師不反對的話，建議列入我的發言紀錄。

楊主任委員銘欽

昨天的協商都會有記錄。



黃委員偉堯

剛剛孫委員茂峰提到，關於增、減項部分，我們並沒有表達態度，只是考慮到適法性，即衛生署 99 年 3 月 3 日的函示，應該要納入考慮，那是後面公告的法令。

楊主任委員銘欽

若要加註文字，請孫委員茂峰再提供給我們。請問付費者代表對付費者版本有無文字修正？只是修正文字，沒有要協商。

陳委員錦煌

主委，稍等一下，再重說一遍，我剛才都沒聽到，這不能開玩笑，以後開會不要旁邊有人來跟我講話，我會聽不清楚。

楊主任委員銘欽

先摘要，再請孫委員茂峰補充，剛剛孫委員覺得他有找到新的數據，因所講的內容有很多數據，所以我建議相關的訴求，請他用文字寫下，請同仁打字投影出來後再看，重點是這樣。剛才孫委員所講的，有一些是重複昨天的內容，因為今天沒有要再協商，所以那部分請他不用再報告，只將想要加在醫界版本的文字寫給我們。

陳委員錦煌

一、我對中醫傷科的看法是這樣，前屆理事長林醫師永農任職 6 年，孫理事長茂峰時任執行長，應很熟悉相關規定。自 86 年衛生署即規定「中醫醫療院所為病人從事推拿業務，非由中醫師親自為之者，全民健康保險不予給付」，若不是中醫師親自執行，健保不予給付，健保局有無和你們掛勾，我不清楚。86 年至今已 14 年，這塊都沒人敢處理，浪費健保資源已達百億以上，95 年申報費用點數為 17 億多，平均每件 540 點，96 年 18 億多點、97 年 19 億點、98 年 20 億多點，99 年健保局開始查核時，針灸、傷科及脫臼整復的申報點數開始降低，較去年同期減少 14.87 億點，我有相關數據，並未冤枉你們，也非亂說。

二、本想請謝律師天仁協助追討，從 86 年非中醫師親自執行卻申報

推拿的費用，後來想說以前的就算了，才根據 100.4.8 費協會第 170 次委員會議健保局報告「中醫門診總額一般服務預算分配方式試辦計畫」資料，提出減列 14.87 億點，節省的錢是給民眾，又不是給我陳錦煌，14.87 億，白紙黑字寫得很清楚，你們應要接受，節省的錢還給我們，有錯嗎？有什麼困難，你們還要繼續污下去嗎？這樣很沒意思！

三、專案計畫，你們若要繼續執行，我並沒意見。若因中醫師親自執行傷科須提高支付點數，經健保局、費協會同意，我也沒意見，但不能發現中醫師親自執行傷科費用有節餘卻不處理！該還給民眾的錢就該還，我是付費者代表，代表 900 多萬勞工來開會的。至於誰說只減列 2.22 億元，我要告他圖利，什麼兩個版本，不要再惹我生氣！我對醫界沒有成見，只是主張省下來的錢，要還給民眾，你們應不好意思，已污 10 年了，不要再這樣。

四、據我所知，中醫有些人開設很多家中醫院所，甚至有人開設 7、8 家，現在健保局開始稽查非中醫師親自執行推拿，就在醫院或診所旁邊開設民俗調理，推拿、按摩有冷氣吹很舒服，像我 60 多歲的阿伯去，他們就會說不用推拿，買瓶 6,000 元的補藥效果比較快，還可抽 3 成，我都有調查，那天我也要去捉，若被我捉到，健保局不處理，我就找健保局算帳。孫博士，你知道我的意思嗎？不要再堅持這些。

孫委員茂峰

陳委員錦煌，我很感謝你...。

陳委員錦煌

等一下，我手上這份資料不讓大家看不行，費協會補充資料第 17 頁，98 年針灸申報件數 14,310 件、99 年 15,351 件，98 年傷科 10,823 件、99 年降為 5,161 件，健保一不給付非中醫師親自執行，傷科案件數就大減，降低 50% 多，我講話都有數據。我與孫委員互不相識，孫委員你認識我嗎？

孫委員茂峰

我認識。

陳委員錦煌

你認識我，我們只是委員的關係，並不認識，我沒得罪你，你和我也沒有仇恨，純粹是用數據說話。

孫委員茂峰

我知道。

陳委員錦煌

這些錢，你們要還我們，其餘說什麼，我都聽不懂啦。

孫委員茂峰

請給我解釋說明的機會。有時也會有沒聽清楚的時候，包含昨天協商時，委員提到專案計畫限定只有醫院能做、基層不能參加等，經我解釋後，委員也能了解。

陳委員錦煌

我也有同意給啊！

孫委員茂峰

所以，有時委員您也會弄錯，請給我們解釋的機會，若我...。

陳委員錦煌

你說我弄錯？

孫委員茂峰

抱歉，我說錯，是我們解釋不清楚。

陳委員錦煌

我是衛生署聘的勞工代表，你要弄清楚！

孫委員茂峰

我了解，你代表 900 多萬勞工。

楊主任委員銘欽

孫委員茂峰，文字上...。

孫委員茂峰

我想簡單回應一下...。

謝委員天仁

現有三種版本，主席本想能否有機會彼此折衷，達成共識。我的看法，醫界和我們的想法天差地遠，無須再多講，多講並無意思，如果你認為在會上的發言內容，其他中醫師不知道，可將這 2 天的錄音內容燒錄成光碟送給會員，沒必要硬再說這些話，已談不成，就送署裁決。

陳委員錦煌

請教一下，付費者代表有 2 案，我堅持減列 14.87 億元，哪些人贊成減列 2.22 億元？必須具名，我不怕得罪你們。

楊主任委員銘欽

陳委員錦煌是要...。

陳委員錦煌

除剛提到減列 14.87 億元，要再加上 1.05 億元，總共扣除 15.9 億元。

楊主任委員銘欽

陳委員的意思是，付費者有 2 個數據，一為減列 14.87 億元，是陳委員提議的...。

陳委員錦煌

還有昨天提到的以 99 年傷科處理 525 萬人次推估之 1.05 億元，也不能給他們。

楊主任委員銘欽

中醫界提出的協商項目「中醫傷科標準作業流程」新增預算 1.05 億，付費者並沒同意給他們。陳委員的意思是，詢問有那些委員同意減列 2.22 億元嗎？

陳委員錦煌

其他委員若覺得減列 2.22 億元有道理，就具名一下。

楊主任委員銘欽

請問委員是否同意具名？

葉委員明峯

我認為付費者代表方案二，若專屬陳委員錦煌建議，可在後面加上括弧(陳委員錦煌的提案)，方案一則無須特別註明，應是其他付費者委員的共識...。

陳委員錦煌

說什麼！送衛生署變成用表決，開玩笑，什麼一案、二案。主席，你不要把我當成不會開會，有時我只是不想講而已，我也當過民意代表，不要搞不清楚狀況！

楊主任委員銘欽

陳委員的意思是希望送署的版本，付費者僅有一案？

陳委員錦煌

衛生署看到會想，委員才幾位，怎會這樣！

楊主任委員銘欽

這個案子其實很單純。委員的建議有 2 個數字，將並陳署長參採。

陳委員錦煌

要具名，你聽不懂嗎？

楊主任委員銘欽

有需要具名嗎？

陳委員錦煌

要！我要讓大家知道，我也要了解，是誰同意僅減列 2.22 億元。費協會的協商機制並沒有表決，但協商過程中，委員應支持付費者的建議，若不支持，就應具名。

孫委員茂峰

這些原則與會議規範，我們都尊重，尤其是陳委員錦煌講的。只是剛陳委員提到，我覺得有些事情的真相，須澄清。陳委員提到我們先前違法、不合法的請領健保費用等，衛生署 88.7.29 的公文...

陳委員錦煌

我們監察院見面好了。

楊主任委員銘欽

孫委員...

孫委員茂峰

讓我把衛生署的公文說明清楚，就一句話，好不好！

陳委員錦煌

我以前就聽聞，規定非中醫師不得執行推拿，昨天也問過健保局蔡組長，推拿是不是醫療行為。是醫療行為，一定要醫師執行，有錯嗎？

孫委員茂峰

醫療，也有輔助行為...

陳委員錦煌

什麼輔助，不要再辯了！

楊主任委員銘欽

本案停止討論。請問謝委員武吉要說的，和本案有關嗎？

謝委員武吉

我聽了陳委員錦煌和孫委員茂峰的一席話，基層和醫院都覺得心有戚戚焉，我們被健保局修理，都還不知道。推拿屬醫療行為，自健保開辦至今，西醫的密醫若被健保局捉到，不僅被扣罰，還要移送法辦，被判刑、被關，對我們實在很不公平。中醫減列 14 億元，係以 99 年做基礎，那我們以前被健保局扣的，拜託要還給我們；另，

法律上的問題，也要還我們清白，才符合社會的公平、正義、合理。  
請將我的要求，列入紀錄。

楊主任委員銘欽

孫委員茂峰，不好意思，本案就這樣處理。如果你想修正中醫版本，請提供書面修正意見給本會幕僚，俾配合修正。

孫委員茂峰

主席，我想說一句話。中醫是小總額，我並不想給大家帶來那麼多麻煩，或浪費大家的時間。但同樣身為委員，連發言或對於其他委員的意見做回應或解釋的機會都沒有的時候，真的覺得很遺憾。陳委員所說的某些部分，我們覺得有些誤解，剛僅是嘗試用數據或公文說明，最起碼讓大家知道來由，但卻沒獲得發言的許可，我們覺得很遺憾。

楊主任委員銘欽

抱歉，今天委員會議僅針對昨天協商結論作確認，並無多餘時間可進一步討論實質內容，主要是針對文字做修正或確認。我剛說終止討論的意思，是不再討論中醫師親自執行傷科的議題。孫委員茂峰如覺有進一步說明的需要，可整理相關資料，提案討論。

謝委員武吉

再補充一下，剛我提的，要列入會議紀錄，並請衛生署回答。

楊主任委員銘欽

會列入會議紀錄。接下來進行西醫基層部分的確認。

陳委員錦煌

等一下！主席，請教一下，付費者委員兩案併陳，要怎樣處理。

楊主任委員銘欽

我想還是兩案併陳。

陳委員錦煌

具名，你當沒聽到喔！

楊主任委員銘欽

具名...。

陳委員錦煌

我主張減列 14.87 億元，是誰同意減列 2.22 億元，要具名。

謝委員武吉

具名，就具名，已 11 點 10 分了。

謝委員天仁

主席，程序問題。

楊主任委員銘欽

好，程序問題。

謝委員天仁

既然陳委員錦煌一再堅持要求具名表決的方式，我的看法是儘量尊重，就進行具名表決，以免影響議事程序，致無法繼續進行，不知其他委員意見如何？

陳委員錦煌

付費者不要有兩案併陳，免得衛生署裁決時說，怎會有兩案。

楊主任委員銘欽

好的，委員是否同意具名表決？就是舉手表示贊同哪一案。

陳委員錦煌

沒有表決，具名就好。

廖委員本讓

昨天討論時，付費者委員同意健保局所提的方案，減列 2.22 億元，但陳委員錦煌不同意，所以才陳委員一個案，其他付費者委員另一個案。



陳委員錦煌

2.22 億元，你是做什麼人情給人家，是昨晚和人家談定的嗎？

廖委員本讓

那並非昨晚講的。

謝委員天仁

是昨天下午討論的。

廖委員本讓

是昨天下午討論的結論，都有紀錄。

蔡委員登順

既然陳委員錦煌堅持，我們也尊重會議程序，剛廖委員本讓也提到，減列 14.87 億元是陳委員的主張，他講得很清楚，看是否有委員要附和他的意見，如沒有人表達，就是大多數贊成減列 2.22 億元。

陳委員錦煌

這樣也可以，將來在全國總工會、全國勞工聯盟總會開會時，我會公布誰贊成減列多少錢，讓大家知道。

楊主任委員銘欽

第一次有委員要求採具名的方式。

陳委員錦煌

報告主委，將來我在全國總工會、全國勞工聯盟總會的理事會，會提出報告。中醫傷科節餘 10 幾億元，那個單位的代表支持減列多少錢，我要公布，怕什麼，不要緊，來啊，試試看，要確認並具名！當委員來開會，你們在做什麼，要搞清楚狀況，不要圖利他人。

楊主任委員銘欽

委員係根據既有的數據判斷，如陳委員錦煌堅持要知道哪幾位委員贊成減列 2.22 億元，哪幾位則贊成減列 14.87 億元...

陳委員錦煌

看那個團體贊成減列 2.22 億元，來，都把他寫出來。

謝委員天仁

逐一表達。

楊主任委員銘欽

就逐一表達意見，是否從謝委員天仁開始。

謝委員天仁

昨天我已充分表達意見，認為這部分確實應列為減項，至於減列金額，則依健保局的試算，健保局提出的是 2.22 億元，我代表消基會，同意。

蔡委員登順

基本上，我們支持減列 2.22 億元是有依據的，健保局預估 100 年傷科及脫臼整復的費用，較 99 年減少 4.44 億元，我個人認為其效應，一半應回歸民眾，一半應回歸中醫界自律管理的努力，所以減列一半金額，為 2.22 億元，是基於這樣的理由，並非隨便亂減，確有依據。

陳委員錦煌

我是依據 99 年醫療費用點數較去年同期減少 5.8%，主要為就醫人數減少 3%，致件數減少 4.1%，其中又以針灸傷科及脫臼整復案件之點數減少 44.7%(14 億 8,710 萬點)為大宗，以上是健保局的報告資料，不是我自己說的。健保局你們要注意一下，你們說減 2.22 億元，當心我告你們。費協會第 170 次委員會議，白紙黑字寫得很清楚 14.87 億，你們現卻提出 2.22 億元，一定要說明清楚。我身為全國勞工聯盟總會代表，主張節餘的錢一定要歸還民眾，才不會每年都要增加健保費。一定要扣 14.87 億元，全國勞工聯盟總會主張這樣。

廖委員本讓

昨天我已表達過我的立場，中醫師公會也已提出說明，後有法令禁止由助理執行推拿，傷科的費用點數減少 40% 多，因為那是 99 年

的資料，有無違法是依當時的法令，並非現在。我同意依現在健保局的預估值，減列 2.22 億元。

葉委員明峯

有兩位委員已離席(葉委員宗義、何委員語)。我代表工商協進會，昨天未出席會議，因工商協進會有公務行程至南京參加兩岸企業高峰會議，昨晚才回來。剛聽了本案相關說明，也了解 2.22 億元係經健保局試算，我贊成這個數據。

陳秘書健民(林委員啟滄代理人)

我是漁會代表，林委員啟滄有事未出席，由我代理。我認為要減列，至少減 2.22 億元。

黃委員偉堯

我附議謝委員天仁及蔡委員登順的建議。

許委員怡欣

我也附議謝委員天仁的建議，謝謝。

孫委員碧霞

這件事有點為難，現在是決定 101 年中醫門診總額應分配多少，因為落實中醫師親自執行傷科後，的確減少支用，所以明年度必須減列費用，應該減多少，健保局已有估算，但陳委員錦煌從維護勞工權益立場，主張要減更多費用，兩個版本的金額都有依據，建議再精算後請衛生署決定。

莊委員淑芳

對這個案子，我一直想說中醫師要自律，很好，但從銓敘部的立場，自從衛生署函釋後，必須由中醫師負責所有推拿工作，有些中醫院所只有一名中醫師，一天要負責 100 多個推拿，幾個禮拜下來，可能會過勞死，健保局可能要面對中醫師人力夠不夠的問題。中醫界因署的公文必須進行自我管理，是很好，故我贊成昨天議定的 2.22 億元。

曾簡任視察錦春(劉委員清芳代理人)

個人贊成莊委員淑芳的意見，謝謝。

凌委員月霞

把過去的錢追回來，不曉得實際執行有無困難，且健保局的相關規定是 100 年行文，考慮到適法性及健保局的作業問題，我傾向減列 2.22 億元。另，由中醫師親自執行推拿，因執行的時間會變長，服務量相對就會減少，但中醫師親自執行所耗費的心力會較多，在支付標準上或可酌作調整。

楊主任委員銘欽

我自己是主席，雖應保持中立，但我也表示贊成，應有扣減，在沒有更多數據之下，贊成用健保局所提供的數字。但還是請中醫師公會參考，這是在僅有的片段資訊下所做的決定，中醫師公會可整理更完整的資料，俾利送署裁決時，能有更多資訊供參考。

陳委員錦煌

尊重各委員的意見，但我會把大家的意見公布出來，沒辦法，包含消基會。

楊主任委員銘欽

沒關係，我們的紀錄本來就是公開的...。

陳委員錦煌

在全國總工會開會時，我會公布誰贊成 2.22 億元，我是職業工會的，贊成 14.87 億元，大家各自表述，無所謂，包含勞委會的意見，我都尊重，我也會跟王主委講，你們就是這樣，我尊重你們就對了。為了避免浪費健保費，我必須看緊，扣下來的錢又不是給我陳錦煌，我參加費協會是賠錢，花自己的錢來和你們開會，來顧健保的費用，你們一定要如此，我就要把大家一一公布，看你們有多清白，沒關係，尊重你們的意見。請健保局戴局長說明，為何是 2.22 億元？

蔡委員登順

大哥，開會，不要這樣啦，互相尊重，好嗎？

陳委員錦煌

我管不到這麼多，要怎樣，我都沒關係。

蔡委員登順

你不能一個人硬壓大家，要互相尊重！

陳委員錦煌

我有不尊重你嗎？我尊重你的發言，這樣不行嗎？

蔡委員登順

你要怎樣做，儘管去做，何必恐嚇我們。

陳委員錦煌

我正式抗議。

蔡委員登順

我也抗議，我告訴你，我也屬全國產業總工會代表。

陳委員錦煌

主席，請局長說明為何是 2.22 億元？

楊主任委員銘欽

這個案子...。

蔡委員登順

大家都表達過，就好了。

葉委員明峯

主席，大家都已表達，就不要再討論了。

陳委員錦煌

我為什麼不能說！

楊主任委員銘欽

陳委員...。

蔡委員登順

不要恐嚇人啦！

陳委員錦煌

恐嚇，也沒關係，不然，是要怎樣！

楊主任委員銘欽

本案到此，如果有需要，晚點有機會再說明，還須確認西醫基層及其他預算。

蔡委員登順

委員代表不同團體，請大家互相尊重！

陳委員錦煌

你們要減列 2.22 億元，有尊重我嗎？

蔡委員登順

我不能有我個人的意見嗎？

陳委員錦煌

可以啊！

蔡委員登順

所以，我說出個人的意見啊，我尊重你，你也要尊重我嗎！

陳委員錦煌

我為何不能公布大家的意見！

蔡委員登順

你要做就去做，不用在這裡恐嚇大家。

陳委員錦煌

我哪有恐嚇！

蔡委員登順

很多人都有聽到，有無道理，大家會公評。

陳委員錦煌

沒關係，你們所屬單位的代表若認為錢可以給中醫拿去亂花，尊重你們，但我就是不同意。

謝委員天仁

我插一句話，去年協商時我已要求整個協商的發言摘要要公開，900多萬勞工上網可以看到會議紀錄，陳委員不用擔心。

陳委員錦煌

怎麼能亂來，14.87億元就是要還給健保局，也不是我要拿回去，我也沒辦法拿回去。現在先還給健保局，中醫以後再重新開始。試看看，沒關係啦，什麼恐嚇！

楊主任委員銘欽

陳委員錦煌已表達很清楚，接下來進行西醫基層總額部門的確認。

陳委員宗獻

建議休息5分鐘，好嗎？

謝委員武吉

剛好像待在苦牢。

楊主任委員銘欽

有需要休息5分鐘嗎？好，休息5分鐘。

(休息5分鐘)

楊主任委員銘欽

請大家就座。請參閱西醫基層的第一頁，請宣讀。

陳專員燕鈴：宣讀現場發送之西醫基層總額協商結論(略)

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。請問基層代表對昨天的共識會議結論文字有無修正？

陳委員宗獻

基本上所有數據和相關資料都符合昨天的內容，但是有關B、C肝炎治療計畫之「(1)本項預算不足部分，由一般服務支應」，我們昨

天沒有談到。

楊主任委員銘欽

剛剛宣讀時已修正為「不足部分，由其他預算支應」，請參看投影螢幕上修正後文字。

陳委員宗獻

已經修正了，謝謝。

李委員明濱

那我們接受，紀錄確定。

楊主任委員銘欽

西醫基層部門紀錄確定，現在進到今天的正式議程。

林執行秘書宜靜

還有其他預算。

楊主任委員銘欽

對不起，還有其他預算，太想要散會，累了、累了。

陳院長特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

主席，可以發言嗎？

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)

我實在很疑惑，西醫基層 B、C 型肝炎治療計畫 101 年編了 157 百萬，因為計畫內容沒有改變，所以比照 100 年，這部分沒有意見。可是為什麼現在的結論，本來健保局建議從專款移到一般服務，現在還是在專款，但不足部分為什麼西醫基層可以從其他預算支應，而醫院部門則要從一般服務支應？這不合理，如果是因為有藥價節餘款，西醫基層也有節餘。但原來書面的決議，101 年 B、C 型肝炎治療計畫編了 157 百萬，不足部分由一般預算支應。但今日投影畫



面呈現的決議是，不足的部分由其他預算支應。但醫院部門 B、C 型肝炎治療計畫預算不足時，仍是由一般預算支應，是否有誤？

楊主任委員銘欽

這部分當然有一些歷史背景，前 2 年有一些經費是從一般服務的藥價節餘款支應。101 年大家可以看一下醫院部分第 1 頁最下面，若照過去編下來，專款和一般服務加起來 35 億，如果還不夠的話，由其他預算支應。

陳委員錦煌

我有意見，今天已經有委員先離開了，昨天的協商工作就應該依照昨天的結論記錄，不能再變更，不然像葉委員宗義等今天不在，若紀錄再變更就是不尊重委員。未盡事宜應該昨天就解決了，議程安排的討論時間是 7 點 40 分至 10 點，結果會議開到晚上 10 點，今天又討論這些，而且部分委員已經離開，現在還要講什麼，有什麼好講的。

楊主任委員銘欽

現在是委員會議。

陳委員錦煌

那還要講什麼，有什麼好講的，直接確認就可以了。

李委員明濱

是不是西醫基層部分我們接受、確定，剩下的案有意見的話就回歸到各部門談，不要弄亂程序。

陳委員錦煌

對，在這裡談浪費我們的時間。

楊主任委員銘欽

剛剛的說明，主要是回應陳主任瑞瑛的問題。

謝委員武吉

西醫基層的 B、C 型肝炎專款原來寫的是，不足部分由一般服務支應，為何改為由其他預算支應。

楊主任委員銘欽

昨天在協商的時候沒有講到一般服務的部分，基層歷年來都沒有講到一般服務部分，因為不會用到。

謝委員武吉

主席能夠確定嗎？如果用到的話就拿你的薪水來補。應該和醫院一致都用一般服務支應，不然就是醫院也改成其他預算支應。

陳委員宗獻

各部門協商有各自的狀況，我們協商的狀況是採實支實編的精神，所以和醫院部門不一樣，每項都要比照也很困難。

楊主任委員銘欽

基層是基層，醫院因為過去有其歷史背景，我先說明到此。進到其他預算部分，請宣讀。

陳專員燕鈴：宣讀現場發送之其他預算協商結論(略)

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝宣讀。剛剛西醫基層有一段文字昨天協商時並沒有講到，是評核委員的意見，我建議刪除，就是西醫基層 B、C 型肝炎治療計畫的「(2)本計畫自 93 年試辦迄今，已實施 8 年...」，這段文字，昨天沒有在我們協商的範圍內，建議刪除。
- 二、其他預算部分，蔡組長淑鈴發現第 2 頁「(八)慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」之 2 項方案經費有分列，健保局建議不要切割，這樣彈性大一點，可否將金額部分刪掉。此外，戴局長桂英有另外的項目要向大家說明。

戴局長桂英

- 一、謝謝各位委員支持健保局提出來的其他預算分配方式，因為昨天協商時間已經很晚，其實對於其他預算「(六)增進偏遠地區

醫療服務品質計畫」部分，我們原來希望預算為 930 百萬元，當時沒有花很多時間向大家報告，因為這個方案衛生署在監察委員的全民健保制度總體檢報告出來之後，列為很重要的計畫，希望對於比較偏遠的醫院，採保障點值等方式，強化其功能，尤其是對當地民眾醫療服務不可替代的醫院。昨天我的說明，原來是 15 家，感謝 100 年有 2 億的預算，但 2 億本身是不足的，會用到「其他預期政策部分」的費用。

- 二、今年衛生署很重視的百年醫療改革近期計畫，就是今年開始規劃，明年要實施的計畫，希望我們推動到 40 家，建議(六)可否還是維持原提報金額 930 百萬元。如果委員覺得總預算額度不適合再變動，建議將「(五)其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」的一部分預算調整至第(六)項，因為(六)是政策已經明確要推動的事項，(五)則是預留其他預期政策改變所需經費，可否做這樣的調整？謝謝。

楊主任委員銘欽

謝謝局長的說明。今天雖然是協商結果的會議紀錄確認，不是在協商，因為協商已經結束，但局長覺得這個部分昨天沒有說明清楚，所以再爭取各位委員的支持，如果大家覺得調整總數不好的話，可以從第(五)項做調整，各位委員的意見如何？請朱副院長益宏。

朱副院長益宏

- 一、我是台灣社區醫院協會代表，我想監察院黃煌雄委員這次提出的報告，很大的一個關鍵就是在比較偏遠地區的醫院沒有內外婦兒科，沒有 24 小時急診功能，導致病人往大醫院、醫學中心湧入，使台灣的醫療網產生很大的問題。
- 二、健保局其他政策和剛所提到衛生署政策，皆有特別就增進偏遠地區醫療服務品質提出一個計畫，個人覺得很高興，而且在今年編了 2 億，聽說到 8 月已經花了大概 1 億 8 千至 9 千萬元，所以預算不足，而且今年只有 15 家醫院納入這項計畫。若今年署預計要有 40 家醫院的話，大概成長 3 倍，2 億不足的話，

至少需要 7 億 5 千萬左右。

三、呼籲各位委員站在社區醫院的立場，支持本案，不然前面我們談的再多，偏遠地區靠一些社區醫院維持，不給他支持的話，最後整個醫療網還是垮台。剛提到護理人力要怎麼增加，什麼東西要怎麼增加，最後在偏遠地區這個醫療網一垮掉的話，再來個 921 地震、88 水災，整個地區就會變成無醫鄉。

楊主任委員銘欽

謝謝說明。主要是付費者代表這邊的意見，請謝委員天仁。

謝委員天仁

其實昨天有考慮到，本來的作業如果這些偏遠地區醫院經費不足，也是從「其他預期政策改變」經費去平衡，也就是說「其他預期政策改變」預算本身就是保留一個彈性，把錢放在這邊或那邊其實一樣，所以這部分我覺得還好，可以互相調節，應該不成問題。

陳委員錦煌

我看多 1 億好了，我們勞工也很關心偏遠地區，我看給 8 億 3 千萬元好了，我也要做人情給人家。

謝委員天仁

目前只有 5 億而已。

陳委員錦煌

現在已有 2 億回歸到該項預算，剛醫界也擔心經費不足，就補到足。

楊主任委員銘欽

所以陳委員錦煌支持補到 9 億 3 千萬元。請蔡委員發言。

蔡委員登順

剛謝委員天仁已經講的很清楚，「(五)其他預期政策改變所需經費」預算從 5 億變成 10 億，已經增加 5 億，第(六)項本來是 2 億，後來編至 5 億，這二項經費可以互通的，不夠時可以流用。附帶要求，拜託健保局好好管控，這項金額很大，偏遠地區人口少，但確實有

此需求及必要性，拜託健保局要訂定管控指標，定期至委員會議報告。

葉委員明峯

贊成局長修正增加的意見，剛陳委員錦煌建議再加，如果大家支持，我也不反對。

楊主任委員銘欽

前面已提過，現在進行的是昨天協商結果的確認，原則上只做文字修正，如果有錯誤地方我們做修正，而不是進行實質協商。本項是有委員支持，也認為這樣的制度對國民的健康有幫助。是否還是先確認，在經費上並沒有要修正，但剛剛委員提到，如果有不足的部分，可以從第(五)項經費支應。

廖委員本讓

現在只做文字修正，如果第六項經費不足，就從第(五)項其他預期政策改變項下經費撥過來即可。

謝委員天仁

我們只做文字修正，不應該做實質變動。

楊主任委員銘欽

這部分紀錄確定，畢竟現在不是協商，而且經費是有來源，我們把文字列入紀錄，請大家看一下投影螢幕，第(六)項增列「不足部分由前項(五)經費支應」，這樣萬一不只 7 億、8 億，也還有經費可支用，這部分沒有其他修正意見的話就確定。請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

剛才主席提到西醫基層 B、C 型肝炎治療計畫關於(2)的文字刪除，那段文字提醒我一件事，就是之前在評核會時大家很關心該計畫的成效，因為本項計畫金額很大，爭議也很大。至於成效當然有短期和長期成效的差別，雖然這段文字刪除且長期成效評估不易，但建議健保局至少能先蒐集短期成效的資料，評估其實證效果。不然我

們花了這麼多錢，還是不知道到底效果如何？希望執行面能夠評估成效。

楊主任委員銘欽

謝謝黃委員偉堯的提醒。請執行秘書發言。

林執行秘書宜靜

跟各位委員再請託一下，因為我們在做紀錄時，發現有個地方幕僚不是很確定，所以跟大家再確認一次，就是在醫院總額部分，「提升住院護理照護品質」，目標值請大家再看一下，目前是寫「101 年年底較 100 年年底淨增加 1,500 人為目標」，有部分付費者認為我們寫的不對，是以 3,000 人為目標，所以還是提出來再確認一次，謝謝。

謝委員天仁

本來昨天講的是 3,000 人，如果改成 1,500 人，已經涉及協定條件本身的變更，而不是文字確認，我們要提醒護理師公會，這東西不能隨便變動，你們如果認為 3,000 人做不到，就應該調降經費才對，你們提出來的說帖資料是這樣寫的。

葉委員明峯

陳委員玉枝所講的 3,000 人，是講 20 億可以雇到 3,000 人，我們現在只有增加 10 億，原來就有 10 億，應該講清楚才對。

謝委員天仁

我們是給 20 億，怎麼會只有 10 億。所謂的專款是以年度計算，既然以年度計算，我們給的就是 20 億。

葉委員明峯

差量是後量減前量，在表達的時候還是以原來有多少減出來的差量，但是以年度基礎來看是對的。

楊主任委員銘欽

我想源頭當然跟護理師公會所提出的說明有關，因為文字上是這樣敘述，所以付費者委員根據敘述來做決定，現在謝委員天仁覺得當

時他做這樣的決定，是以全年 3,000 位為目標值。

#### 蘇委員清泉

去年 10 億聘了 1,800 多位護理人員，今年編 20 億，只多 10 億，但是要比去年多 3,000 位，合計約 4,800 位，如此一來，會比外勞薪水還低，可能無法執行。

#### 楊主任委員銘欽

現在可否再商量一下，再確認文字，我想謝委員天仁還是很堅持昨天的協商結論。

#### 葉委員明峯

要務實的將結論寫出來，否則根本不能執行。

#### 陳委員玉枝

- 一、感謝謝委員天仁。我們當初是說調查現在的缺額大概有 5 至 8 千人，所以如果以 20 億，每人年薪 60 萬來看的話，約略可以補到 3% 的缺口，大約 3,000 人，這是我們的想法。
- 二、昨天醫院協會的代表有提出，100 年本來就有 10 億，也陸續在請人，若明年增加 10 億，人頭和薪資是相輔相成，有時候也要提升薪資才請得到人，所以今年請的明年繼續延聘，明年 20 億再增加 1,500 人，這樣 2 年合計以 3,000 人為目標較為可行。
- 三、我也打電話與護理師公會全聯會理事長討論，說明昨天協商時，醫院代表提到今年請的，要繼續請下去，因此今天早上才會說，如果 100 年加上 101 年連續下來，以 3,000 人為目標值，我第一次發言是這樣的意思。後來因為謝委員天仁提到預算是 一年一年談，不要提 2 年，才會將紀錄文字改為 101 年較 100 年底增加 1,500 人為目標值，整個過程是這樣。

#### 謝委員天仁

如果照你的邏輯，只要你增加人，以後每年都要給你幾 10 億元，那開玩笑。我已經講過，這只是一個點火的功能，費協會本身在投東

西，鼓勵醫院配置多點人力，就這樣。如果照你的邏輯，今年 10 億元，明年還要再加 10 億元，現在要請 3,000 人，後年還要給 30 億元，不然無法維持，這樣下去還得了，這不是我們原來的本意。

#### 葉委員明峯

我想這樣子質疑陳委員玉枝，她也有困難，應該是大家同意給 20 億元，但健保局要基於醫事人力合理化，以後年度應考慮如何將增加的人力納編，俾能負責永續薪資的支付。因此，本人認為最後應該回歸到健保局及衛生署去思考如何根本處理這問題。

#### 陳委員玉枝

我覺得本意是符合謝委員天仁及各位委員的意思。醫院基本上就應該聘人的前提下，可是覺得業務量需要、病人的嚴重度增加、老人多重疾病照顧的需求等，使得護理人力的工作負荷量重，希望能夠鼓勵多聘一些護理人員，緩解工作負荷量，提供病人更安全的照顧。我本意一直是這樣沒變。只是說醫院拿了這獎勵金，有無去聘請人員，所以要有人力目標值，與謝委員所說的意義是一樣的，您要支持的本意一直是這個方向。

#### 陳委員錦煌

- 一、我的看法是這樣，101 年 20 億元我同意，但若 102 年沒有這筆預算，醫院已經聘用的員工該怎麼辦？雇主與員工來陳情，那不就我們每年都要付你們這筆錢，拿健保的錢給醫院聘護士，這樣我有意見。
- 二、老實說選舉前來做這些事情，要好好規劃一下，勞委會有職訓局，我聘一個臨時工 6 個月，那些錢都由勞委會來處理，6 個月一到，雇主就沒事情，我也不用麻煩。你現在 3,000 人或 1,500 人也好，受聘到醫院後，有預算就繼續經營，若以後沒有預算，醫院要自行吸收，若吸收的中間醫院和聘用者還訂契約的話，要怎麼處理？到時問題又跑出來，這些都要算清楚，不要護理師公會開大會，總統跑來喊爽的，像蘇清泉委員所說喊爽的。



三、萬一 102 年沒有這筆預算時怎麼辦？要是醫院不再聘用這些人怎麼辦？這些都是問題。不是你今天代表公會來，把錢帶回去就可以交代，不能一勞永逸，這真的不是在開玩笑。勞委會看要不要配合職訓局，編列公務預算，固定專款，不用煩惱，不用每年來費協會，就用這條說今年要編列多少錢，不然聘不夠。應該要有個常設機構，不能都是臨時的，明年要是委員不爽快時，不就沒有這筆預算。我想的比較長遠，醫院欠缺護士，護士有執照，應該叫職訓局或衛生署編列一些經費，來補助醫院，這樣比較實在。如果欠缺護士，請勞委會修法引進大陸護士進來，他們經過對岸衛生部考試通過，我們聘請來當護士，相信他們的工資應該不用這麼高。不需要引進醫師進來，如果引進醫師，那本地醫師就沒工作了，對岸醫師工資更便宜。你們可以朝這方向考慮看看，多管齊下。不要想一次 10 億元拿回去，明年要是沒有這筆預算要怎麼辦？這些都是問題，請大家思考看看，不是只有喊爽的。

楊主任委員銘欽

請孫委員碧霞發言。

孫委員碧霞

再次澄清護理照護品質專款計畫不應作為短期用人計畫。本來，醫療機構應該要配置充足的護理人力，現在因為人力不足，工作超時，待遇低，導致惡性循環，甚至有些醫院宣稱和護士約定是責任制，工作時間很長，不給加班費，這是違法且不合理的。因為會影響到醫療品質，本委員會特別編列專款來鼓勵醫院改善，但不應因此把專款取代原來醫院該負擔的人事成本，更不能只增聘臨時人力。所以，支用專款要有配套措施，也許是部分補助的概念；醫院用人，已提供服務費用支應，醫院有了這筆獎勵金進來，可以給予護理人員比較好的待遇，並且增加人力，同時，醫院也不宜進用六個月短期人力，再次強調是長期用人，要有配套解決人力不足的問題，不是只靠專款。

楊主任委員銘欽

謝謝。請謝委員天仁發言。

謝委員天仁

大餅每年都在增加，請各位看看今天的資料，今年醫院部門可能增加 140 到 150 幾億元，若增加 150 幾億元，不用增加護士嗎？當然要，我們又點火給他一些相關資源，當然他就聘用了，餅越來越大，護士可能越來越少嗎？今天聘請一些人，明年就叫他走路，因為沒有再編 20 億元，有這種邏輯嗎？多的錢醫院怎麼消化運作？我認為這些邏輯運作大家應該要思考，費協會不是全部埋單，我們只是做點火的工作。就像勞委會所提促進就業方案，失業率這麼高，6 個月去做，等景氣起來以後，有些人就卡位在那邊了，技術上就是這樣的意義。我們也是，餅本身也變大了，比企業更明顯，企業有些還不見得經濟復甦，我們每年都增加，每年成長率很少低於 3%，每年多 100 多億元，怎麼可能護士沒辦法消化。我認為不能今年給你 10 億元，明年說 10 億元一定要有，然後再加 10 億，之後變成 30、40、50、60 億元，那我們就倒了。所以我認為這些指標本來就是這樣，相關的細節，應該請護理師公會和健保局再規劃，然後提到委員會讓大家確認。

楊主任委員銘欽

- 一、好，這部分就先確認，「以 101 年年底較 100 年年底淨增加 3,000 人為目標值」。
- 二、接下來進行委員會議的其他事項。先徵詢討論案之提案委員，陳委員錦煌及謝委員武吉，是否同意移至下次委員會再討論？(陳委員錦煌及謝委員武吉點頭表示同意)謝謝。
- 三、現在召開第 175 次委員會議，到目前為止，已處理討論案第一案，可否請大家忍耐一下，將宣讀會議紀錄及處理追蹤事項後就結束。請同仁宣讀第 174 次委員會議紀錄。

貳、報告事項第一案「確認本會上(第 174)次委員會議議事錄」及報告事項第二案「本會上(第 174)次委員會議決議(定)事項、歷次委員會議未結案件辦理情形及重要業務報告」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。請問委員對 174 次委員會議決議有無文字修正意見？若沒有要修正，紀錄就確定。接著進行報告事項第二案，請執行秘書報告。

林執行秘書宜靜

一、請翻開議程資料第 67 頁，有幾項追蹤事項向大家說明。第 67 頁為第 174 次委員會議追蹤情形，總共有 3 項，第 1 項請各部門研提協商草案，已納入議程內容，建議結案；第 2 項委員提案，第 1 部分有關急診照護的建議請衛生署通盤檢討，已於 8 月 24 日函請衛生署參考，建議結案；第 3 項是針對十大初級照護疾病及其支付的問題，這部分已請健保局辦理，目前健保局正分析各層級醫院十大初級照護疾病的申報情形，並續辦後續事宜，會另案提供，故本項建議繼續追蹤。

二、第 68 頁，有 2 項歷次會議追蹤情形，第 1 項是門診透析服務費用於 101 年度在西醫基層與醫院總額之分攤方法，健保局已於 8 月份提透析執委會討論，也已應用在 101 年度總額協商，建議結案。第 2 項為委員提案，建議健保局儘速檢討住院病患至他院轉診與轉檢等相關規定，健保局在 8 月 31 日有召開會議檢討，相關程序會繼續辦理，本項建議繼續追蹤。以上說明。

楊主任委員銘欽

一、各位委員對於報告事項有無詢問？如果沒有的話，則依幕僚建議處理，餘洽悉。

二、議程資料第 73 頁報告事項第三案是健保局表定口頭報告「醫療費用支出情形」，今天時間已晚，桌上有一份健保局提供的支出

情形報告資料，請大家參看。可以嗎？若有詢問，就於下次會議提出。

陳委員錦煌

今天大家趕著要回去，同意不要報告，但是下個月要報告，我要順便了解第 170 次委員會(4 月 8 日)議程資料第 49 頁之 99 年中醫醫療費用申報分析摘要，請算清楚讓我了解，不要說我冤枉他們，大家算清楚。

楊主任委員銘欽

陳委員建議 10 月份再來報告？

陳委員錦煌

對，看到底是什麼情形，請算給我聽，不要說我來這邊開會隨便講話，這樣就沒意思。局長，這樣你有沒有聽到？

戴局長桂英

您剛剛那一份資料有看到了。

陳委員錦煌

下個月跟我報告，剛剛跟你問，你說你忘記了，不是不會啦。

戴局長桂英

我說那是實際的數據沒錯，但要怎麼扣是需要討論。

陳委員錦煌

我知道你暫時忘記，下個月記得報告。

楊主任委員銘欽

討論事項第二、三案是陳委員錦煌提出來，第四案是謝委員武吉提出，剛剛徵詢提案委員意見，同意移到下次委員會討論，感謝兩位提案委員。接下來用餐時間。請各位委員給自己一點掌聲，大家都辛苦了，特別感謝健保局同仁花很多時間整理資料，謝謝。