

全民健康保險醫療費用協定委員會
第 172 次委員會議事錄

中華民國 100 年 6 月 10 日

全民健康保險醫療費用協定委員會第 172 次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國 100 年 6 月 10 日上午 9 時 30 分

貳、地點：中央健康保險局臺北業務組901會議室

參、出席委員：

何委員語 華副處長清吉(代)

李委員明濱

林委員啟滄

凌委員月霞

孫委員茂峰

孫委員碧霞

張委員惟明

莊委員淑芳

許委員怡欣

連委員瑞猛

陳委員玉枝

陳委員宗獻

陳委員明豐 陳主任瑞瑛(代)

陳委員錦煌

黃委員偉堯

葉委員宗義

葉委員明峯

詹委員德旺

廖委員本讓

蔡委員登順

謝委員天仁

謝委員武吉 朱副院長益宏(代)

蘇委員清泉 劉副秘書長碧珠(10:35 以後代)

蘇委員鴻輝

肆、請假委員：

黃委員碧霞

劉委員清芳

伍、列席人員：

行政院衛生署

中央健康保險局

全民健康保險監理委員會
本會

朱組長日僑

梁組長淑政

戴局長桂英

黃副局長三桂

蔡組長淑鈴

沈組長茂庭

柯副主任委員桂女

林執行秘書宜靜

張組長友珊

陸、主席：楊主任委員銘欽

紀錄：陳燕鈴

柒、主席致詞

中華民國牙醫師公會全國聯合會於日前改選，新任理事長為黃醫師建文，渠今日也有列席，請大家鼓掌歡迎。今日牙醫仍由蘇前理事長鴻輝代表出席，謝謝蘇委員過去的投入與貢獻，讓牙醫門診總額得以順利執行。

捌、報告事項

第一案

案由：確認本會上(第 171)次委員會議議事錄，請 鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(第 171)次委員會議決議(定)事項、歷次會議未結案件辦理情形及重要業務報告，請 鑒察。

決定：本次四項決議(定)事項辦理情形，除「門診透析服務費用於西醫基層與醫院之分攤方式，請先提中央健康保險局門診透析聯合執行委員會議討論，並於本(100)年 8 月底前完成」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：洽悉。

玖、討論事項

第一案

提案單位：本會第一組

案由：101 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商流程案，
提請討論。

決議：

一、101 年度總額協商流程原則沿用過去方式辦理，惟為提升行政效率及增進委員對協商議案之溝通與瞭解，增修下列事項：

(一)若衛生署交議「101 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍及協商政策方向」之時點，在 7 月份委員會議之後，則同意授權本會幕僚以行文方式，請中央健康保險局會同各總額部門研訂總額協商草案。

(二)於 8 月份委員會議(8 月 12 日)安排「各總額部門及健保局報告所規劃之年度總額協商因素項目或計畫」，除簡報外，並請提供各協商項目或計畫之詳細說明(含目標、醫療服務內容、費用估算基礎、過去執行成果、預期效益等)。

(三)於 8 月至 9 月共識會議前，安排單一總額部門與付費者代表之意見溝通座談會。

(四)修訂共識會議各部門協商時間表，刪除「部門說明」，將其時間併入「提問與意見交換」。

(五)為讓各界瞭解年度總額之協商過程，將製作共識會議與會人員發言紀錄，並上網公布之。

二、修正後之「101 年度總額協商工作計畫及共識會議之進

行方式與原則」如附件。

第二案

提案單位：本會第一組

案由：有關本會可協商之總額分配範圍與權限案，提請討論。

決議：依現行全民健康保險法之規定，本會職司醫療給付費用總額之協定及分配事項，至給付範圍、支付標準及藥價基準之擬訂與核定，則為中央健康保險局與衛生署權責。爰本會對涉及個別服務項目之支付內涵等議題之處理原則如下：

- 一、若議案涉及個別服務項目之支付內涵，仍維持於討論及提供原則性意見後，送請中央健康保險局與衛生署循既有之法定機制辦理。
- 二、年度總額協商涉及支付標準調整部分，應優先考量依總額協商通案性原則之「支付標準以預算中平為調整原則」辦理。惟若經各總額部門與中央健康保險局評估後，確有預算調整之需要，則請於協商共識會議前，先評估年度支付標準之調整提案後，提出包裹式之預算需求，經本會協定成長率及預算動支附帶決議後，由中央健康保險局依法定程序辦理。

第三案

提案人：謝委員武吉

案由：建請行政院衛生署及所轄之中央健康保險局落實轉診制度與分級醫療，勿刻意限制「住院、透析及其他接受醫療照護之病患至他院轉檢、代檢及接受醫療相關服務」，並說明對該事項限制與未限制之額度差距，及醫療法第七十三條第一項「應建議病人轉診」之操作定義案，提請討論。

決議：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。

附帶事項：建請衛生署對於分級醫療制度進行通盤檢討。

第四案

提案人：陳委員錦煌

案由：醫院各式病床使用應符合其申請之病床屬性，對於發生乙種病床取代甲種病床使用之行徑，已違規在先，且健保也不應給予支付，以遏止此種不當、不肖作為的擴散，並維護醫療整體資源與總額健保的良善運用案，提請討論。

決議：請中央健康保險局對本案所提情事查明後依法處理。

拾、散會：下午 12 時 5 分。

附件 101 年度總額協商工作計畫及共識會議之進行方式與原則

100.6.10

一、工作計畫表：

工 作 項 目	預 訂 時 程	負 責 單 位
1.協商參考資料的建立： 全民健保總額支付制度協商參考指標要覽。	100年6~8月	健保局 本會
2.各部門總額執行成果之評核： 檢討、評估各總額部門99、100年協定事項相關 配套計畫執行情形。	100年 7月25、26日	各總額部門 健保局 本會
3.101年度總額協商作業之規劃與預算協商： (1)請健保局會同各總額部門預先研擬協商因素/ 專款項目及其預算(內容應包含協商減列項目 及預估金額)。 (2)請各總額部門及健保局，於委員會議報告所規 劃之101年度總額協商因素項目或計畫草 案，並進行綜合討論。 (3)安排總額協商之相關座談會/會前會。 (4)召開共識會議，協定各部門總額預算。 (5)請健保局會同各總額部門，提出各項目配套計 畫之執行方案。 (6)協定一般服務費用之分配。 (7)各部門總額預算之確認。	100年7~8月 100年 8月12日 100年8~9月 100年9月9日 100年9~11月 100年10~11月 100年12月	各總額部門 健保局 本會

註：以衛生署於7月份交議本會101年度總額範圍之時程規劃。

二、共識會議前相關座談會/會前會之辦理方式：

(一)健保局會同各總額部門預先研擬協商因素/專款項目及其預算之啟動時點：

- 1.衛生署交議年度總額成長率範圍及其協商之政策方向，經於本委員會議報告，並確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率後，請健保局會同各總額部門研擬協商因素/專款項目及其預算草案，並將衛生署所指示總額協商政策方向之必

要執行項目納入考量。

2.若衛生署交議時點於本會7月份委員會議之後，未及安排於當次會議報告，則授權幕僚以行文方式，請健保局會同各總額部門啟動研擬協商草案。

(二)各總額部門及健保局報告所規劃之年度總額協商因素項目或計畫：

1.時間：8月份委員會議(8月12日)。

2.除簡報外，並請提供各協商項目或計畫之詳細說明(含目標、醫療服務內容、費用估算基礎、過去執行成果、預期效益等資料)。

3.若委員對前開報告內容，認為有需補充或增列之協商參考資料，則由幕僚彙整轉請相關單位提供。

4.當次委員會議時間視需要延長至下午2時30分。

(三)於8月至9月共識會議前，除安排健保局與付費者代表座談會外，並安排單一總額部門與付費者代表之意見溝通座談會。

三、共識會議之進行方式與原則：

(一)進行方式：

1.各部門協商順序：於8月份委員會議抽籤決定之。

2.各部門協商時間：安排如下表，各部門協商時間若確需延長，以不超過該「部門預算協商」時間之50%為限。

部門別	提問與意見交換		付費者委員視需要自行召集會議	部門之預算協商	合計
醫院	40分鐘	(門診透析 10分鐘)	20分鐘	45分鐘	95~115分鐘
西醫基層	30分鐘		15分鐘	40分鐘	80~95分鐘
牙醫	25分鐘		10分鐘	40分鐘	65~75分鐘
中醫	25分鐘		10分鐘	40分鐘	65~75分鐘
其他預算	25分鐘		--	35分鐘	60分鐘

3.與會人員：

(1)提問與意見交換時，所有委員均可入場，惟非該部門代表，僅聽取報告，不提問與發表意見。

(2)各部門代表和付費者(含專家學者)及政府機關代表委員進

行預算協商時，請健保局相關人員在場提供所需說明。

(3)「其他預算」之討論，所有委員均可參與協談。

(二)進行原則：

- 1.議程提經委員會議確認後，即應遵照辦理，不可臨時要求變更。
- 2.各部門總額年度預算之協商終止點，原則預訂為9月份之委員會議，未能在共識會議議程所安排時限內達成共識，或於9月份委員會議未能完成協定之總額事項，將依法送請衛生署裁決。

(三)會議實錄之製作與公開：

為讓各界瞭解年度總額之協商過程，比照去年模式，記錄與會人員發言內容，並上網公布之。

本會第 172 次委員會議
與會人員發言實錄

壹、主席致詞及報告事項第一案「確認本會上(第 171)次委員會議議事錄」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

一、各位委員大家早。今天委員會議開始前，先向大家報告委員異動情形。牙醫師公會全聯會最近改選，新任理事長為黃建文醫師。黃理事長今日也有列席參加，請大家鼓掌歡迎，我想將來一定有很多機會與我們一起合作。今天在委員席上還是蘇前理事長鴻輝，謝謝蘇理事長過去一段時間的投入，讓牙醫總額能夠順利執行。

二、接下來請大家參看今天的議程資料，第一案，確認上次會議紀錄，請同仁宣讀。

同仁宣讀(略)

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。請問各位委員對會議紀錄有無文字修正？如果沒有，則議事錄確定。接下來請翻至議程資料第 10 頁報告事項第二案，有關上(第 171)次委員會議決議事項及歷次會議未結案案件辦理情形，請林執行秘書宜靜報告。

貳、報告事項第二案「本會上(第 171)次委員會議決議(定)事項、歷次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

謝謝林執行秘書宜靜的說明。各位委員對剛剛的報告有沒有要詢問的事項？先請朱副院長益宏，再請陳委員錦煌。

朱副院長益宏(謝委員武吉代理人)

上次委員會議討論有關葉克膜的案子，幕僚建議結案，因為健保局蒐集相關資料以後，會副知本會，建議副知本會時，也讓所有委員知道最後處理情形是如何。

楊主任委員銘欽

好，謝謝朱副院長益宏的建議。請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

剛剛看了附件三西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案的訪查活動報告，主委沒有去，監理會主委沒有去，我也沒有去，還有醫師公會全聯會理事長也沒有去，委員去不到一半，基層這樣辦活動有效嗎？兩會主委不重視，包括李教授(理事長)也不重視，我本來還覺得自己沒去不好意思，結果費協會只有 4 位委員參加，我看是全聯會人際關係沒做好，所以兩會主委都不想去。這次不算，還要再辦一次，否則九月份談預算時我會有意見。

楊主任委員銘欽

謝謝陳委員錦煌。真的很對不起，你這樣說我們覺得很不好意思。請李委員明濱發言。

李委員明濱

主席，各位委員，謝謝陳委員錦煌提出，其實我們是主動辦理，而且相當積極，幾乎每個委員都親自打電話邀請，包括陳委員錦煌在內。其實當天我也把所有行程都排開，但是那天下午行政院院長臨時召集會議討論醫療法、醫療糾紛等事宜，所以我只能到車站歡送，

然後每站打電話關切。若是陳委員錦煌覺得還不足，需要再舉辦的話，只要我們經費許可，然後委員也願意參加，我想這種好事情可以讓大家都知道，多多益善。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝。還有沒有其他委員有詢問？如果沒有的話，本案洽悉。剛剛朱副院長益宏的建議，如果健保局有副知本會的話，也同時讓委員知道；另陳委員錦煌的建議，請西醫基層總額部門參考。
- 二、接著進入報告事項第三案，在議程資料第 13 頁，請中央健康保險局報告醫療費用支出情形。請戴局長報告，謝謝。

參、報告事項第三案「中央健康保險局報告『醫療費用支出情形』」與
會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

謝謝戴局長桂英。請問各位委員對局長的報告有沒有要詢問的事項？請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

請問局長，西醫基層有沒有住院？

戴局長桂英

有，是婦產科。我剛才報告的比較簡略。

陳委員錦煌

剛剛問我們資深的委員，他說不知道，我說可能是婦產科。

戴局長桂英

我應該報清楚一點。

陳委員錦煌

以後要記得註明一下，我就覺得奇怪，應該是婦產科才有住院。

楊主任委員銘欽

謝謝。請朱副院長益宏。

朱副院長益宏(謝委員武吉代理人)

一、二點意見：第一，請大家參看報告資料第 8 頁，100 年第 1 季醫院、西醫基層與門診透析，點值都小於 0.9，新型流感可能是造成的主要原因之一。新型流感是醫院沒有辦法控制的因素，我記得費協會之前有決議，如果點值低於 0.9，要啟動檢討機制，所以這部分是不是有什麼機制可以處理？如果沒有額外的經費挹注，疫情部分全都要西醫基層和醫院部門吸收，我覺得責任很沈重。請消費者代表看看，有沒有可能在那些地方有經費可以挹注？也拜託衛生署在疾病管制局那邊，看看有無其他

經費可以挹注，畢竟這是疫情產生的影響，並不是醫院或西醫基層部門管控不當造成的結果。

二、第二點，謝委員武吉在上次會議特別要求，希望能夠呈現地區醫院的核減率，現報告資料第 48 頁有呈現地區醫院核減率，請大家再翻回第 47 頁，呈現的是西醫醫院核減率。請教健保局，為什麼地區醫院的核減率高於西醫醫院的平均核減率？是不是針對地區醫院的核減有什麼特殊的狀況，讓地區醫院 99 年第 1 至第 4 季，都高於醫院的核減率？當然醫院的核減率或許還有更細部資料，包括門診、住院，今天並沒有呈現，但初看第 47、48 頁的資料比較，感覺上是這樣，也請健保局能夠再做說明。

楊主任委員銘欽

謝謝朱副院長益宏。多邀請幾位委員發言後，再請健保局綜合回應。還有沒有委員要詢問？請陳主任瑞瑛。

陳主任瑞瑛(陳委員明豐代理人)

社區藥局的健保特約率增加很多，這是好事，也是配合政府醫藥分業的政策。但是建議健保局對於健保特約社區藥局要加強管理。因為我在一年多前就已經報告過，社區藥局對於慢性病連續處方箋，很多會在同一天內給病人三個月的藥，到現在都還聽到不少這種情形發生，可能因為藥局大部分不須刷健保 IC 卡，所以產生很多問題。對於社區藥局是不是要刷 IC 卡及上傳，是依調劑處方箋數量超過多少件以上才需要刷 IC 卡。現在已實施一段時間，健保局是不是應該加強對社區藥局領藥的管理，及全面刷 IC 卡並上傳，以杜絕不當的情事發生。

楊主任委員銘欽

謝謝陳主任瑞瑛。接下來請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

主席，還有各位委員，對於健保 IC 卡部分，有二個問題請教，一是報告資料第 7 頁，醫令和費用錯誤率，不知健保局有沒有分析造成錯誤的原因？是機器還是人為操作？另外，剛剛報告時有提到，之

前有編列經費用以獎勵 IC 卡登錄與上傳品質，但到去(99)年就結束，今年開始在正確率控管部分，不曉得有沒有什麼因應方案？這二個問題請教。

楊主任委員銘欽

請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

報告資料第 53 頁，洗腎 99 年度重大傷病卡領證人數 65,883 人，100 年 4 月有效領證人數變成 67,903 人，增加了 2,020 人，4 個月就增加 2,020 人，成長這麼快和最近的塑化劑有沒有關係？要關心一下，像我們現在看的資料都有鉛有毒，報紙也有毒，我看大家都不要摸了。請健保局報告。

楊主任委員銘欽

請健保局副局長或組長綜合回應。

黃副局長三桂

主席、各位委員大家早安。以下依序向各位回答及報告：

一、有關朱副院長益宏所詢問的第一項，在報告資料第 8 頁部分，100 年第 1 季點值與 99 年第 4 季點值相較較低，這部分健保局有進行分析，點值會較低最主要的原因是流感的關係，分析內容資料，包括人數、件數及對西醫基層與醫院的影響等。對此事衛生署非常重視，已請 CDC(疾病管制局)協助，看是不是可以從公務預算補助，但是 CDC 是否有經費，或向行政院爭取動用第二預備金補助，由署決定，屆時拜託今天在主計處代表也能協助。另外要考量補助到什麼程度，譬如這個人看病時診斷出是流感才做補助，但如果流感引發後續住院部分要不要補助？則有爭議。所以補助的原則不同，認定的人數就不一樣，推估所需的金額也不一樣。以上說明是回應朱副院長益宏。健保局已經將資料都分析完整，署長也非常關心這個部分，希望能從公務預算補貼，這是第一點報告。

二、第二點有關地區醫院核減率問題，比較屬於實務面，等一下請

本局沈組長說明。其次是陳主任瑞瑛詢問，希望健保局加強特約藥局的管理，我們在昨天下午也與藥師公會全聯會開會，要求特約藥局的健保 IC 卡登錄與上傳，一定要如期上線，而且資料要很完整，這部分我們依原定規劃進度進行中。

三、黃委員偉堯提到的二點，第一，IC 卡錯誤率資料在報告之表 28(第 50 頁)，至於是不是有分析原因？這部分有非常詳細的資料，包括各項錯誤原因、比率等，等一下請醫管組說明。第二，有關補助 IC 卡上傳費用，在本委員會當年有決定，分 7 年攤提這筆金額，以補助各總額團體的上傳費用，到 99 年就結束。如果費協會有辦法再提供相關經費，我們也非常樂意再來協助。

四、陳委員錦煌所詢塑化劑是不是會影響洗腎人口的增加？很遺憾 TFDA(食品藥物管理局)沒有代表與會，我也沒有辦法回答。以下請蔡組長淑鈴說明。

蔡組長淑鈴

一、補充說明二點：第一，陳主任瑞瑛提到特約藥局沒有刷 IC 卡部分，藥局現在確實還沒有全部要求刷卡，是因為藥師公會全聯會一直認為每個月領藥張數比較少的藥局，要配合有一定程度的困難。幾經協調，目前有一個時程表，大概到 103 年一定要全面實施，這也是透過衛生署長官最後協調的結果，所以會有一點落差。另外，慢箋一次領三個月，這種個案確實違反特約管理辦法及合約的規定，如果陳主任瑞瑛有發現這類個案，麻煩告訴我們，我們會啟動查核。

二、另外，黃委員偉堯關心健保 IC 卡上傳錯誤率，預算到 99 年已經結束，100 年就沒有再編列，且已協商列為減項。報告資料第 50 頁，表 28 健保 IC 卡登錄及上傳資料品質統計表，除特約藥局及門診透析外，各總額部門的錯誤率已降至非常低。門診透析醫令錯誤率看似略高，主要是因分母小(醫令件數少)，實際上錯誤率也不高。雖然 100 年起不再編列獎勵費用，但健保 IC 卡登錄及上傳資料品質，已列為本局各分區業務組例行性業

務的查核指標，所以仍會繼續進行監測，各分區會將 IC 卡上傳資料，與健保申報費用定期資料比對分析，比對結果若有異常，都會列為查核標的，故該項資料庫已成為本局例行性的查核工具。

三、至於特約藥局部分，我們會繼續追蹤，並持續與藥師公會全聯會就相關問題進行溝通與討論，希望能依政策協商的時間表，比照其他總額部門全面上傳，並將錯誤率減到最低。以上補充。

沈組長茂庭

有關醫院核減率的問題，在抽樣和審查方面，我們並未因醫院層級不同而有不同做法，都是一視同仁。地區醫院的核減率看似較高，但其為平均值，若就個別醫院來看，每個層級醫院的核減率有高有低，也有區域醫院的核減率比地區醫院高的情形，並非每家地區醫院的核減率都比醫學中心或區域醫院高。

蘇委員清泉

兩點意見向大家報告：

一、我很期待付費者代表及健保局能心存善念，99 年醫院慢性 B、C 型肝炎治療計畫的預算執行率 453%，要醫界自行吸收；100 年 H1N1 新流感疫情衍生的醫療費用，也要醫界自行吸收；近日因塑化劑風波，全國有 60 多家醫院開設塑化劑門診，我不知道會增加多少醫療費用，這也要醫界承擔！付費者代表與健保局聯手壓榨醫院，醫院再來壓榨員工，被外界說是血汗醫院，這樣好嗎？現在馬總統要競選下任總統，要求醫院員工加薪 3%。101 年的健保醫療費用總額成長率，我曾向署長、副署長、戴局長、蔡組長，提出編高一點的建議，他們也接受該項建議，但於經建會專家學者會議審議時，要求衛生署重編，我現在已申請好路權，要去包圍經建會，沒有要包圍健保局，趁選舉時去包圍很有效。再一直壓榨醫界，會出事，不僅醫師出事，護理人員也會出事。

二、我也是勞工，勞保年資很多年，差不多可申請退休，勞工界要

求就醫方便、不能讓病患等、不能拒絕病患的掛號等，醫師何必做到那麼可憐。舉例說明，急診分 5 級，醫師可依病患的病情輕重，優先照顧嚴重者，最輕的 2 級按規定可讓病患等 2 個小時，在美國則可等待 4.5 小時，但我們急診室如果讓病患等 30 分鐘，玻璃恐怕會被砸碎，要病患等 2~4 小時，更不可能，這就是台灣的就醫環境。大家如果去急診室，可以看到亂成一團，都在唉唉叫，你們有想到這些嗎？這邊要求我們無限制地付出，另一邊說你們何必做得那麼辛苦，一邊又限制醫療費用的成長。不要這樣啦，若無法平衡，會出事。

三、我們可好好想想，到底健保醫療費用總額，是要走中國石油的路線，還是台塑路線？中國石油公司福利很好、管線都定期維修、更換，很少發生工安事件，他們若發生營運困難時，就說油價要調漲了，大家只能咬緊牙根，接受漲價；台塑則不是這樣，一直拼，超時工作，管線都出問題，不時發生火災。醫界就像台塑六輕，開始陸續爆發一些事情。很期待大家能用較和諧的角度，醫界將全部的 input(投入)與 output(產出)呈現給社會，你們可請最好的會計師來審核。現在財團法人醫院每季都要送財務報表給衛生署，衛生署都會找會計師逐件審核，我們很樂意提供相關資料，但也請付費者願意多給醫界一些資源，讓我們能更新設備、提高服務品質、調整薪水等。不然，繼續這樣，最後付出的代價是全民都受影響，如台塑六輕，現有六個廠要停工，中間產物都沒有，下游工廠全部要停擺，社會付不出這些成本的，台灣的經濟會受影響。同樣的意思，拜託付費者及政府機關代表、學者專家，能仔細思考，不要一面倒地壓榨醫界，拜託大家。

陳委員錦煌

一、報告資料第 53 頁重大傷病領證人數，慢性精神病在 100 年 4 月增加了 462 人，從 98 年的 20 萬 4 千多人、99 年 20 萬 7 千多人，到 100 年 4 月已達 20 萬 8 千多人。精神科醫師的收入好像

較好，婦產科和小兒科則比較不好。

二、蘇委員清泉提到付費者與健保局都在壓榨醫院，我這裡有篇骨水泥的報導，提到 3 家教學醫院的醫師坑病患的錢，在此我不指出是哪家醫院。我的秘書最近骨頭斷掉開刀，醫師說如果用國產貨，以後可能會有問題，要用進口的比較好。現在爆發醫師用國產的骨水泥騙病患說是進口的，已經有 2 名醫師被收押，還有分別以 50 萬元、10 萬元、5 萬元交保的，請問是付費者壓榨醫界，還是醫界壓榨付費者？醫界講話也請稍微想一下，醫師用 2 千 9 百多元的國產骨水泥，跟病患說是 3 萬多元的進口貨！聽說還有某位醫師開刀 200 例，全都是這樣處理，我沒有亂講話，6 月 3 日中國時報報導「國產骨水泥佯裝進口貨，七醫師勾結廠商坑病患賺價差」，請蘇理事長要看報紙，醫界這樣壓榨付費者！不要說是付費者在壓榨醫界。

蘇委員清泉

回應一下。對陳委員錦煌所提，我也很沈痛，醫界中是有不好的，害群之馬應該被揪出來，該怎麼處置，我都贊成。但為何會發生這樣的事？我很期待健保能寬列預算，全部都健保給付，不要有自費品項，不要讓醫師有機會巧立收費名目，也是個好方法，這並不困難，如果經費許可，可否寬列給付項目？戴局長及黃副局長都在場，你們也可以大聲說所有項目都沒有自費。我們知道健保局很認真地儘量在有限資源內，把所有項目都納入給付，但卻礙於沒那麼多經費。很期待健保給付項目能寬列，不要有自費項目，將能減少很多弊端。

陳委員錦煌

蘇委員清泉這樣講，比較像醫界在講話。我講良心話，二代健保特殊材料可收差額負擔。以膝關節手術為例，如果用健保給付的人工膝關節，手術後會無法蹲，但如果自費，則手術後可活動自如。我阿姨在開過膝關節手術後，我弟弟問我，為何術後無法蹲，我告訴他，因為你們用的是健保給付，如果自費就能活動自如。請問在場

醫界人士，我這樣說對不對？是不是可以活動自如影響很大，我阿姨年紀已大了，如果是年輕人，影響會更大，工作與生活都會受影響。蘇委員清泉剛剛也提到，希望健保局、衛生署能考量，全部健保給付，不要有自費項目，不然特殊材料讓民眾可以差額負擔。希望這個問題能改善，才能確保病患的就醫權益。

楊主任委員銘欽

謝謝蘇委員清泉、陳委員錦煌，他們也是代表醫界和民眾的心聲。費協會是個平台，大家利用機會講出心聲，也蠻好。陳委員宗獻有補充意見。

陳委員宗獻

- 一、我覺得費協會這個協商平台，太辛苦了，立場像南北戰爭距離那麼遠，大家的角度都對。從 87 年開始實施牙醫門診總額，至今已 10 幾年。協商那麼久了都沒進步，最主要的原因是非協商因素到底代表什麼意義？能否充分反映醫療成本的改變率？如果能充分反應，則剩下來須要討論的議題就很簡單。請參看議程資料第 6~7 頁，提到 101 年「醫療材料費用」成本項目之指數，採「量測、導航及控制設備產品」、「其他電子及光學製品」，以及「醫療器材及用品類」等，這個項目又更改了；一直以來，醫療器材的項目變來變去，可否請幕僚向主計處索取相關資料，於下次委員會議提供委員？
- 二、醫師公會全聯會曾行文主計處，但其回覆短短一頁全都是專業術語。我們要知道的是，醫療器材的產業別到底是什麼？我們是醫療服務業，人事費用採工業及服務業的薪資指數，已經不盡合適。醫療成本採躉售物價指數的醫療器材，雖然主計處有重新計算，今年採這些項目，和去年及前年所採項目是否一致？是否有穩定的資料？我查過這些子項目行業別是屬於電子、光學產品製造業，讓這些資料混進來，使得大家無法分析實際的醫療成本變動狀況。
- 三、藥品也一樣要重算，像藥品，總共 36 個品項，只詢價 10 項，

其中 3 項與醫療服務無關，以上再再都造成資料代表性不足。

四、為改善缺失，這些內容應重新整理後，由費協會或衛生署出面，請主計處通盤檢討，讓它可以反應真正成本，這是第一項須做的事。

五、如果資料可反映真正成本，則協商因素不必談得那麼辛苦。可以避免現在一邊疊積木，一邊砍大樹。希望將來的協商因素只有新增項目、新增藥品，以及取代新藥、新科技效用，談這個就好，甚至也不用談，用算的就好，如此，南北戰爭才會結束。

楊主任委員銘欽

一、先回應陳委員宗獻的建議。其所提建議事項並非健保局報告的資料，而是議程資料第 6、7 頁，陳委員所提需求，請會裡同仁處理，先洽請衛生署準備好，再到委員會報告。

二、最後一位，請連委員瑞猛發言。

陳委員宗獻

再講清楚一點。縱向產業別及其產出的產品與勞務，是第 2 項，後面還有詢價內容及每年變動情形等，都應有詳細資料，如此，即可看出變化，如果有需要改善，就好好地來處理，希望以後有比較好、可反應成本的資料，也不會讓醫界覺得成本已經增加那麼多，很多要求一直來，又要加薪等，這都是事實，也是很痛苦的事情，希望可以就此部分，想辦法解決。

楊主任委員銘欽

一、具體回應，7 月份衛生署將至委員會報告 101 年度大總額範圍，到時再請衛生署對這部分一併說明。

二、本報告案最後一位發言，請連委員瑞猛。

連委員瑞猛

一、主席、所有先進，剛剛大家講得好沈重，談的是南北戰爭，現在向大家報告的則是非常卑微的部分。陳主任瑞瑛關心社區藥局慢性病連續處方箋調劑，兩個月，甚至三個月的用藥一次拿

的問題，對此情況，藥師公會全聯會也非常重視。據過去擔任台北市理事長的經驗，曾發生會員一次給兩個月用藥，而依健保局的規定，須處罰金額 95 萬元，也讓我嚇了一跳，因為，藥師才拿幾十塊的調劑費。基本上，我們瞭解健保資源不能浪費，這個月給的藥，到下個月是不是還要給，它是一個變數，這些，我們都可以接受。所以，對於這種情形，全聯會也一直推廣，千萬不可以，除非是有特別需求，譬如船員或其他特殊情況，這種兩、三個月一次拿藥的情況，應該是非常非常地少，但是如果有的話，我們還是很堅持應該受處罰。

二、健保 IC 卡部分，事實上之前的設計對藥局來講真的蠻可憐的，為什麼到現在執行率還是不好，因為一開始推 IC 卡時，就沒有將藥局歸在裡面，那時候補助的所有機器設備都給醫療院所，只有社區藥局沒給，所以，現在社區藥局碰到的困難是，一個月下來，接到的處方沒幾張，連上傳的費用都不夠支付。我們很感謝健保局在這方面和我們一起努力，讓民眾更方便。所以，如果經醫師診斷病人病情已經很穩定，只是拿藥，就不必每個月到醫院，因為老年人一個月要到醫院一次並不方便，可能需要後輩陪同，而事實上，社區藥局可以有這樣重要的功能，給老人家方便，可以拿藥，不必增加去醫院的社會成本。但是因為社區藥局的處方量真的非常少，非常可憐，連上傳的費用都拿不到，卻要準備這麼多設備，經營真的很困難。所以，全聯會一直努力，期待可以營造以消費者為核心的環境，提供更方便的服務，也讓每個醫療體系的成員都能盡到他的責任。

三、因此，在 IC 卡及不應一次給兩個月份用藥等問題，我們有碰到一些困難，但非常重視，也會再努力。如果還是有違規情形，儘管檢舉，我們也非常贊成嚴辦，才能增加社區藥局的品質與方便性，這部分將會持續關心。

楊主任委員銘欽

一、謝謝連委員的支持。

二、現在進到討論事項第一案，請參看議程資料第 15 頁，這是上次開會時，謝委員天仁提到，協商內容應併同流程一起討論，但上次未及準備，故於今天提出本討論案。請同仁宣讀。

肆、討論事項第一案「101 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商 流程案」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。本案聽起來有點複雜，但主要有兩項重點：

- 一、有關健保局與各部門開始協談總額內容的時間點：如果衛生署來得及於 7 月份委員會開會前交議，則先在委員會上報告後即請各部門啟動；但如果行政院核定、衛生署交議的時點在 7 月份委員會後，大家可否同意，由費協會幕僚趕快將公文轉請健保局與各部門開始協商，同時，將公文副知各委員，讓大家瞭解，預擬協商草案的時點已經開始啟動。
- 二、請參看議程資料第 18 頁的共識會議時間表，大致跟過去一樣，全程時間不變，只是上次討論時，有委員表示，依照過去幾年的經驗，部門簡報的時間可以省下來，因為 8 月份已經聽過一次，之後付費者代表內部協商時再聽第二次，如果共識會議協商時，還要再聽，就是第三次了，或許可以節省這時間，將該時段直接用於提問與意見交換。若各位委員同意，就這樣辦理。但如果還是有部分需以投影片或影片方式呈現，在提問與意見交換時，如果有被詢問該議題，仍然可以此方式呈現。
- 三、以上兩點，請討論可否接受？至於其他細部也可表示意見。現在請委員對本案的擬辦事項表示意見。

陳委員錦煌

- 一、我有意見，總額分配的協商時間太少！我建議醫院部門早上報告，下午協商，適合的給，不適合的不給，就一天，而西醫基層部門也要一天。付費者委員不是來背書的，我們很危險，全都不懂，談個幾分鐘就要通過，老實講，我們不是醫界，每看一個問題都很艱苦。建議協商時間要四天，醫院一天，西醫基層一天，牙醫和中醫一天，其他預算半天，至少要三天半，這樣才會詳細。

- 二、醫界先做簡報，再來談什麼給錢、什麼不給，這樣比較詳細。也沒差那些時間，不能折磨我們開會開到晚上。更早之前，陳順來委員曾跟我說，協商很辛苦、很累，要開會到 2 點多，我本以為是下午 2 點，沒想到是半夜 2 點。我們有義務開會到半夜 2 點嗎？萬一中風怎麼辦？現在差不多是開到晚上 9 點多就結束，但從早上一直開，開到晚上 9 點多，也是有夠累。建議就一天談醫院部門，早上報告，下午協談該給什麼、不該給什麼，隔天換西醫基層部門，中醫和牙醫兩部門一天，以及健保局的其他預算，至少要三天來處理。
- 三、要是不同意我的建議，協商時，對每一項，我都反對，沒解決，就全都送衛生署裁定！我是為大家好，不能開會開到晚上 9 點多，萬一中風，多危險。

楊主任委員銘欽

大家真的很辛苦。請葉委員宗義表示意見。

葉委員宗義

我對開幾天會倒沒意見，但議程資料第 16 頁提到，各部門總額年度預算之協商終止點，最後「將依法送請衛生署裁決」，如果每個部門都搞不定，沒辦法解決，全都送給衛生署，我們費協會做什麼？剛剛才講到健保局很辛苦，每個月在監理會要報告，在費協會還要報告，如果送衛生署裁決，則監理會和費協會有義務、責任監督、監理嗎？如果不是我們協商平台送出去，而是依衛生署裁決的內容，我們又有什麼監理的立場？希望未來還是要在協商平台解決，而不是什麼事都不能解決，全送給衛生署裁決，這樣恐會產生很多瑕疵與問題。

楊主任委員銘欽

謝謝。再多邀請幾位委員表示意見。

陳委員錦煌

之前在衛生署的付費者座談會上，我就問過這件事，不能醫界講一

句話，回到衛生署就解決了，那我豈不是成了冤大頭？這樣沒道理。剛剛葉委員講了，這樣的設計不對，要請專家學者研究，怎麼會是費用協定，沒表決沒關係，沒通過，送到衛生署，反而衛生署說 OK。如此，醫界、醫師公會只要跟衛生署說好就好了。

楊主任委員銘欽

先請林委員啟滄表示意見後，我再回應。

林委員啟滄

剛剛葉委員所提非常重要，如果最後沒辦法協定總額時，是送主管機關直接裁定的話，則我們所談，就真是白談，這很嚴重，也喪失了費協會的功能與意義。以地方自治法而言，縣市政府與縣市議會，對該縣市預算案若沒通過，為了維持正常運作，也須在一定金額內，才由主管機關核定，而不是全部由它裁定。制度的設計或規定是否有問題，應該檢討。

楊主任委員銘欽

這部分我先回應，免得大家愈講愈激動。整個過程是，我們先協商，不管是一天半或者剛剛陳委員建議更久的時間，如果沒有達成共識、協商破裂，本會會送兩個版本供署裁決，一個是醫界代表的版本，一個是付費者代表的版本，兩案併陳衛生署裁決。依以往慣例，衛生署裁的是付費者的版本，不是醫界的版本。所以，各位的角色非常重要，最後署長裁的是你們的版本，不是醫界的版本。如此，醫界當然也會認為，跟大家達成協議就好，何必繞一圈到署長那裡，結果還是一樣。這部分必須先澄清，大家可以參看過去資料。制度的設計是有可再改善之處，只不過剛剛大家說在這裡好像沒功能，不是如此，尤其付費者幫忙看緊健保經費的支用，是有很大的功能，只是有時可能因為時間、協商氣氛之故，沒辦法達成協議。我先對此補充說明，委員的功能其實非常重要。

朱副院長益宏(謝委員武吉代理人)

一、幾個醫院代表剛剛私下談了一下，我們支持陳委員錦煌的意見。

醫界也認為協商的時間要足夠，讓各方，包括付費者與醫療服務提供者代表，及健保局，都能呈現實際狀況，否則只有 4、50 分鐘的協商時間，很多數據及實際狀況都無法在短時間內，讓雙方取得共識，最後可能就憑直覺，或憑主管機關的一些明示或暗示，或是其他狀況，做出不太理想的決定，然而，這些不理想的決定，最後還是由醫療服務提供者承擔所有財務責任。B、C 肝治療計畫在 99 年就是如此，以致於今(100)年也要面對所延伸的問題。因此三位醫院代表都支持陳委員錦煌的意見，延長今年的協商時間，至少醫院和西醫基層總額比較大塊預算的部門，可以有一整天的時間，從早上 8 點到下午約 5、6 點，讓各方都能充份表達意見，如有數據不足情形，健保局也能有足夠的時間處理，這是第一點。

- 二、第二點，幾個付費者代表一再說：如果協商不成就由衛生署裁定是不公平的。但是向各位報告，沒辦法，健保法第 49 條明文規定：協商不成，就送署裁定；另外，二代健保的條文也是這樣，這是法令規定。
- 三、第三點，費協會每年都會印製協商參考指標要覽，建議再增加內容，例如：每年協商項目都有新醫療科技，包括新支付標準、藥品及特材；又如慢性病、罕見疾病等，這些影響比例大的項目所產生的費用，可否在協商參考指標要覽中客觀地呈現，讓醫療服務提供者、付費者都能在資訊非常對等，且充足的狀況下協商。
- 四、為什麼要提以上建議？因為每年新醫療科技的費用都支付不足。前一陣子(約 3、4 月)，有病友在立法委員陪同下召開記者會，提到治療大腸癌的標靶用藥，健保局馬上回應，這藥在今年下半年會引進，估計全年費用 4 億元，後來又聽說經過調整大概有 2 億多，但不管如何，一年新醫療科技預算只有幾億而已，一個藥品就用掉 2~4 億，對總額的衝擊非常大，希望這些因素能在協商參考指標要覽中呈現，才能逐年追蹤，大家在回

溯歷史資料時較有根據。

楊主任委員銘欽

謝謝朱副院長益宏。等一下再綜合回應，請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

相當贊成陳委員錦煌的提議，過去協商，開一天會就把 5,000 多億元的成長率全部談完，不夠精細，也沒辦法讓所有委員瞭解其中道理及實際上要做的事情。依據陳委員錦煌所提方式，基層部門也覺得這樣好一點，大家充分報告、溝通，減少送署裁決的機會。

楊主任委員銘欽

謝謝。請黃委員偉堯發言。

黃委員偉堯

- 一、陳委員錦煌的建議，是基於資料充足的狀況下，需要有充足的時間。不過如果真的集中在當天討論某個總額部門，只問一個問題，負責的總額部門真的可以馬上提出答案嗎？我覺得試算需要時間，能像健保局立刻得到答案的，我想很少有。
- 二、從今年 3 月起，衛生署大總額的討論會議中，各部門皆已提出未來的年度計畫，所以協商應不只集中在 9 月那幾天。若部門覺得是關鍵提案，可以在這期間提出讓委員瞭解，若有疑問可先提出，部門或健保局都可在這段期間收集資料，到 9 月協商時，只剩最後細節，大家再拉攏一下，只是做決議。事實上，協商時點可往前提。
- 三、記得上次有委員建議省掉各部門簡報的時間，意思應該是，這些簡報應於事前就瞭解、看過，所以當天只剩下小部分、有疑義的地方需有共識，並再做一次最後確定。協商前應都有一些意見交換的行程，這樣協商過程才更完整，比較容易形成有共識的協商氣氛。
- 四、以上是對協商的了解及建議。其實目前的提案建議，讓大家將資料熟悉再做決議的方式，與我剛才所提的方向是相同的。

楊主任委員銘欽

謝謝。請謝天仁委員。

謝委員天仁

- 一、我贊成黃委員偉堯的意見。若要將協商的時間拉長，意味著事前的準備工作沒做好，我們怎麼面對相關交付任務給我們的民眾？在協商之前有很長的時間，大家可以充分交換意見，各部門可以拜會付費者委員、付費者委員可以跟部門交換意見，為什麼沒做？一定要集中在那幾天，這很奇怪，又不是出國觀光！應該讓它有效率，而不是把時間越拖越長、越沒效率。我還覺得時間應更縮短，我們應該在之前把相關準備工作做好，而不是把協商時間往後延長。很少看到這樣協商，立法院有這樣協商嗎？
- 二、老實講，我們不是協商 5,080 億元，只有行政院核定的高推估與低推估中間而已，就明年度來講，算一算大概只有 150 億，陳委員宗獻說的 5,000 多億，是有點誇張。
- 三、我認為事前應該努力做的，就努力做；如果不做，而在 1 天很短的時間內要我們瞭解，又認為瞭解不足，所以要拉長時間，這不對。再怎麼拉長，也不如事前工作有 1 個月、半個月的時間溝通、交換意見來得好。所以我認為以目前這樣的模式，已經過相當長的時間運作，沒有任何理由拉長時間，這樣做只是讓大家更疲憊，協商更失焦，在無可奈何的情況下做決定。這不是我們要的，建議陳委員錦煌慎重考慮這個提議。

楊主任委員銘欽

謝謝。

陳委員錦煌

- 一、請大家聽一下，協商總共 1 天，隔天是下次的委員會議，不是兩天，不要像上次醫院及西醫基層部門當天都沒通過，隔天再回頭談，以臨時提案再審。後來我認為來者是客，不用再退，才通過的。

- 二、我說這樣，你們不同意，沒關係，不通過就不通過，不要再回來審，大家聽懂就好，不要回頭說，沒達成協商，拜託楊主委明天再補臨時提案，別來這套，我會反對，就送衛生署裁定。主委說衛生署都會裁我們的案，若不是，我會找人去抗爭。
- 三、我是認為既然來了，就把預算弄好，讓民眾、醫院都很好，我是很認真的，我的意思是上午報告，下午審議，比較有時間。不過沒關係，尊重付費者委員的意見，以後不通過就不通過，就送衛生署裁定。我想比較遠，要用 2、3 天來審，過去協商才 1 天而已，不是 2 天，隔天是委員會議。主委，我這樣說，聽得懂我的意思吧。不要我的建議，就收回來。好啊，1 天就好，來試看看。

楊主任委員銘欽

謝謝。其他委員有沒有要表示意見？請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、協商的機制已建立多年，我已參加 6 年。基本上，我認為這個機制有維護的必要，時間再長，不見得有效果，因為有爭議性的，就是那幾個問題而已。B、C 肝專款經費的問題，後來在第 170 次委員會議也做成決議，可以提到費協會重啟協商程序。所以不要一直拿「B、C 肝經費不足」是草率的決定為由，不是這樣，那是經過一個透明化討論，大家認同經費由藥價節餘款支應，結果藥價節餘款不夠，所以我們也同意重回協商機制，因為在其他專款部分是有剩餘。
- 二、有委員談到協商破裂送署裁決乙事，剛才朱副院長益宏已答覆，這是法令的規定。主委剛才也說，付費者與醫界版本送署裁決，衛生署會認同付費者，醫界占不了便宜，所以希望今年協商，醫界能與我們達成共識，不要發生送署裁決的情況。至於要不要重啟協商機制，進行第 2 次協商，是個權宜措施，雙方面看問題的狀況、有無必要性再考量，這是有彈性的。還是建議維持過去的協商方法。

楊主任委員銘欽

謝謝蔡委員登順。請葉委員明峯發言。

葉委員明峯

贊成維持原來的機制，特別是謝委員天仁及蔡委員登順的意見，都表達得非常清楚，我贊同。

楊主任委員銘欽

一、剛才幾個較積極、正面建議部分：第一，朱副院長益宏建議協商參考指標要覽加入內容部分，其實在9月份協商共識會議議程資料都會提供給大家參考，拿到的資料比較完整。上次開會時，何委員語也提到希望看到最近幾年較有時序性的資料，當時我也承諾，費協會會準備一套有時序性的摘要表，從協商指標要覽中摘出給每位委員，使有公平、透明的基礎資料。

二、第二，在協商時間部分，特別謝謝陳委員錦煌，真的是苦口婆心，知道很辛苦，在那麼短的時間，要談那麼多東西，真的不容易。

陳委員錦煌

我先聲明，共識會議要是沒通過，隔天再協商，我反對！叫他們不用找我，再找我也沒用。在這裏公開地講，紀錄要寫好，要和我協商，我也不要。我是提出協商需要3天，沒通過要再協商，那是他家的事，去衛生署協商，我不理了。我先提出希望3天，大家都不要，硬梆梆，好，1天，就照協商時間，若不通過，抱歉，不能再回頭提案，都無效。我宣布完了。

楊主任委員銘欽

剛才要講的是，陳委員錦煌用心良苦，原本表定時間是到下午5~6點，但幾年下來，陳委員錦煌也有參加，大都開到晚上9點、10點。

陳委員錦煌

我6點一到就要休息了。

楊主任委員銘欽

從過去協商，至少我協助的這段時間，早上9點到下午6點幾乎是不可能。去年(99年9月份)協商100年度總額時，大家還有印象嗎？第2天再補協商2個部門，最後剩一點時間，還要開委員會議，那時陳委員錦煌也建議不用講那麼冗長，就很快將會議紀錄唸完，各部門確認，大概只花10分鐘就把會議開完。所以，建議再安排一下時間，至少排一天半的時間，將陳委員錦煌的建議做個折衷。

陳委員錦煌

等一下，我反對，1天就1天，隔天開委員會議。我開會很多次了，不會被拐。既然我提議3天，大家都不要，堅持1天。尊重大家的意見，1天，隔天開委員會議。若要拐我隔天再開協商會議、下午再開什麼會，抱歉，不行，我不同意。當委員2年多，變聰明了，不像以前傻傻被騙。

楊主任委員銘欽

請葉委員宗義發言。

葉委員宗義

這個會開幾天是另外一回事，能解決問題才最重要。現在海峽兩岸協議，很多重大問題，大部分是在會前會討論完，最後只是做決定。國際性會議若像我們這樣，要幾天才有辦法解決？很多是在會前會全盤討論，到最後很快開會確定，這才最重要。

楊主任委員銘欽

謝謝各位委員。如果這樣，我們仍以表定時間為準。剛才謝委員天仁及葉委員宗義特別提醒各部門代表，可利用很多機會，跟付費者、政府機關代表溝通。費協會也會安排各單一總額部門與委員見面，在委員會議之外的時間，把訴求說得更清楚，這樣的話，看能不能1天就達成共識，否則當天真的很辛苦。

蔡委員登順

楊主任委員主持的功力特別好，過去曾開會至凌晨是事實，楊主委

不曾這樣，差不多晚上 10 時左右就結束了，所以建議不須延長時間。

楊主任委員銘欽

沒有，這是大家幫忙，謝謝大家。今年就照剛才幾位委員所說，時間不是重點，是要有效率，把意見充分溝通後，1 天內解決。

陳委員錦煌

不好意思，時間一到，就要休息了。我提議 3 天，大家都不要，我不爽，就按照規定時間，一步一步來。

楊主任委員銘欽

請張委員惟明發言。

張委員惟明

這邊有個小小的建議，議程資料第 18 頁有關「提問與意見交換」的時間分配，能否在各部門開始進行前，先抽出 3~5 分鐘的時間，請幕僚單位針對部門提出簡要、整體的報告，重點提醒或提出需特別討論的項目，這樣對協商共識會議之後續進行會更順利，以上建議。

楊主任委員銘欽

謝謝張委員惟明的建議。請林執行秘書宜靜跟各位委員說明。

林執行秘書宜靜

謝謝張委員惟明的建議。在每年的協商議程資料，均會列出各總額部門提議方案的意見、健保局的建議，及本會幕僚意見。主席在開始進入部門協商時，會先做重點導讀，並視當時現場委員的情形，如有不足的地方再做補充。以上說明。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝林執行秘書宜靜的說明。大家盡一切努力，讓今年的協商會議進行得更有效率。這個案子就討論到此。
- 二、接著請大家翻開議程資料第 20 頁，進入討論案第二案，「有關本會可協商之總額分配範圍與權限案」。跟委員再次報告本案的背景：在上(第 171)次討論葉克膜(ECMO)案時，曾提到葉克膜(ECMO)案屬單一服務項目，其適用條件、支付點數等，我的見

解是不歸屬費協會權責，但有委員認為，法律的條文並沒有明確規範、說明費協會的權責範圍。所以有委員提到本會應該有共識，到底提案的範圍到哪裡？上次討論時，也有委員提出，到底是看大總額？中總額？還是小總額？用這樣的名詞，是比較白話的說法。今天準備的資料還是以法律名詞進行整理。請同仁宣讀。

伍、討論事項第二案「有關本會可協商之總額分配範圍與權限案」與
會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。經過與本會幕僚討論後，將本案的重點呈現在擬辦，簡要說明如下，請委員表示意見。

- 一、如果是本會同仁或委員提案時，提到有關個別服務項目，例如葉克膜(ECMO)案或其他支付項目，是可以提案，但是討論時，只提供原則性意見，至於實際該如何執行，建議由健保局或衛生署依照相關法規辦理。
- 二、在 99 年討論 100 年總額時，對於醫院門診診察費的部分，同意優先調整四科(內、外、兒、婦產科)，當時就是原則性框列預算，至於實際該如何調整，則是請健保局和總額部門共同討論。
- 三、還是希望聽聽委員對於這樣的建議，是否覺得可行，或做何修正可以讓大家更有共識。先請陳委員錦煌，再請許委員怡欣。

陳委員錦煌

請問健保局，議程資料第 21 頁，關於特殊材料差額負擔：「自付差額之特殊材料品項，應由其許可證持有者...」，請問「其許可證持有者」是指誰？

戴局長桂英

指廠商。

陳委員錦煌

就是廠商持有特殊材料的許可證後，需要先向健保局申請，經過健保局同意後，再送健保會討論？

戴局長桂英

在二代健保法施行以後，就要遵循這個程序。但在實施之前，是不是要先試用此模式，其實也可考慮，看主管機關願不願意在還沒有公告實施前，兩會(監理會、費協會)提前試著合在一起運作，嘗試執行這些職權。

陳委員錦煌

不是衛生署組織改造可能在明年一月實施，兩會將合併成健保會？剛剛提到關於特殊材料的問題，就是想瞭解關於差額負擔部分，是不是以後如果民眾有特殊材料的需要，是由廠商持有政府許可證向健保局申請，健保局收到後，再送健保會討論，然後才能同意有差額負擔？

戴局長桂英

是，以後會這樣做。這樣也比較好，大家有討論的平台，而且會慎重考慮再決定。

陳委員錦煌

如果健保局同意，但健保會不同意，那就不行？這樣的設計有理想嗎？

戴局長桂英

- 一、當時立法的用意是因為目前在健保方面只有少數項目允許差額負擔項目。這少數幾項都是官署自己決定，由健保局報給衛生署核定，衛生署認可的就可以，不認可的就不行。
- 二、目前的決定對於差額要收多少，並沒有規範。為了要改善這個情形，所以在立法院討論時，才加入不能由官署自己決定，要有一個平台共同討論。

陳委員錦煌

- 一、請教局長，健保局既然要照顧民眾，為什麼要分自費及沒有自費項目？像我的朋友他父親昏迷不醒，醫院說膝蓋要趕緊開刀，不然會來不及，結果這位父親昏迷後，三個兒子才在討論，到底要讓父親用自費，還是用健保給付的膝關節，他們跑來問我，我說：「你們三個兒子，一個人出兩萬元，也應該夠了，為什麼還要問我？」，他說：「我父親目前昏迷不醒，不知道救不救的活，萬一救起來，但是膝蓋卻蹲不下去，怎麼辦？」。像剛才蘇委員清泉也提到，是不是乾脆全部都健保給付，看一年要花多少費用？這也是一個辦法。才不會引起剛剛向各位報告的，三間教學醫院弄出這樣的事情來，社會觀感很不好。我阿

姨的兒子都很有錢，換個膝關節也不會多自費幾萬元，結果用健保給付的人工膝關節後，變成蹲不下去，才說這些兒子在搞什麼，我跟她說：「你用健保給付，才一萬多元而已」。他那些兒子很有錢，如果當時自費多花點錢，現在不就很好，能蹲下、爬上、爬下的。

- 二、擔任費協會委員才有機會關心百姓醫療的問題。做事情要憑良心，局長可以研究看看，如果沒有差太多，也不要讓醫院利用骨水泥健保給付 2,900 元，進口完稅證明拿 31,000 元，利用這樣的空間來操弄、鑽漏洞，弄來弄去將來都是問題。

戴局長桂英

要現在說明還是等一下？

楊主任委員銘欽

等一下說明。先請許委員怡欣，再請謝委員天仁與葉委員宗義。

許委員怡欣

- 一、主席、各位委員大家好。首先在擬辦部分，贊成費協會同仁所擬意見。
- 二、有個建議，看到兩會合一的健保會，未來依新健保法的規定，有審議(討論)單一服務項目的權責、特殊材料差額負擔等，像陳委員錦煌在意的這些，全部可以提健保會討論，所以看起來健保會的壓力、負擔好像很大，以後可能不只協商費用，像陳委員錦煌講的，共識會議就要 3 天，還可能每次開會都要 3 天，不知道是一個星期開一次會，還是一個月開一次會？議案會相當多。對於未來如何運作，還不是很清楚，不過我強烈建議，如果健保會有這樣的職責，兩會合一的幕僚同仁一定要增加，而且要大量增加，因為付費者代表會增加二分之一以上，會有些新任委員，需要花很多時間，才能夠瞭解很多細部運作狀況。幕僚同仁除了須提供相關資訊做背景分析外，還要很清楚地逐項教育委員，讓委員們瞭解內容。所以強烈建議，從現在就開

始籌備並儲備人選，增加健保會的幕僚同仁，以協助新任委員。真的可以試著執行這樣的業務，剛剛局長也提到是不是要先試行，如果主管機關同意的話，建議可以往這個方向操作。

楊主任委員銘欽

謝謝許委員怡欣的建議。請葉委員宗義發言。

葉委員宗義

我覺得本案好像是討論案，也是報告案，例如議程資料第 21 頁之(三)未來之全民健康保險會，這是健保法的規定，只是報告讓委員瞭解，沒有辦法討論，立法委員對法令的規定，我們不能討論。明明是報告案，卻當成討論案，把它混淆不清。健保會這部分屬於報告，不要搞成討論，要分清楚。

楊主任委員銘欽

謝謝葉委員宗義，以後我們會注意。請謝委員天仁發言。

謝委員天仁

- 一、我的看法和葉委員宗義一樣。這應該屬於報告案，法規權限規範到哪裡，不是我們自己討論決定。假使把原本很大的權限範圍，縮成很小或通通不管，老實講就違反法規的授權。所以這部分應該是以報告案的方式呈現。
- 二、幕僚單位所提的給付範圍、支付標準及藥價基準的擬定與核定，這些由健保局與衛生署處理，基本上大家都會贊同。但告訴各位，其實在某個角度上，已經混在一起，比如說去年協商時，在醫院部門編列 14 億元，用以調整三個艱困科別(外、兒、婦產科)的支付標準診察費。如果委員會本身的決議稍微細緻點，說明三個科別應該調整的比例相同之方式辦理，是不是就代表已經告知調整內容？錢我給你了，要如何調整這三個艱困科別也告訴你了。當然目前沒有做到這麼細，其實我想支付標準等議題，本來就會涉及分配問題，只是從法規的角度，將健保法從頭翻到尾，涉及分配方式的條文，只有在費用協定委員會部分，其他都沒有。法規授權健保局或衛生署擬定、訂定給付範

圍、支付標準及藥價基準，但是分配方式的權限則在費協會。

- 三、基本上個人贊成幕僚所提意見，只是要告訴大家很多東西已經混在一起，或許現在還不那麼明顯，未來二代健保實施後，健保會的運作，個人認為會更明顯。今天要說的是，依照幕僚所提意見，包括 R 值的決定、跨區就醫到底要用平均點值或其他方式計算等議題，都涉及分配，老實講應該都是由費協會處理，這部分是大家要面對擔負的責任。假使醫界能協調好，我們可以尊重他們協調的機制，再報到費協會。像地區預算分配的 R 值，也是協調後送費協會，經大家同意一樣。運作上，有權限可以自己決定，也可以授權由健保局協商調整，主委可以視實際狀況，委員也可依實際狀況考慮，法規上做這樣的釐清會比較清楚。

楊主任委員銘欽

謝謝委員天仁。請黃委員偉堯發言。

黃委員偉堯

主席、各位委員，提出兩點意見。

- 一、對於陳委員錦煌所提關於特殊材料差額負擔部分，提出個人看法，不知道對不對？因為牽涉到法規解釋。陳委員錦煌提到差額部分，是不是由健保全部吸收，應該屬於未來健保會的設計機制之一，因為如果將這部分項目納入時，同時必須進行保費的調整，需要精算到底會增加多少費用？保費應調整多少？這是兩會合一很重要的機制，就是收支平衡，所以這個部分屬於健保會未來要處理的問題。
- 二、想請教並瞭解，對於局長剛才提到兩會提前合一試行的部分，在試行時所形成的決議，有沒有法源的依據可以執行？因為在法規正式實施前，試行可能只是模擬，做出的決議，在法源上是沒有辦法獲得支持的。目前是不是有這樣的機制可以進行試行？以上意見，謝謝。

楊主任委員銘欽

謝謝黃委員偉堯。接著請葉委員明峯。

葉委員明峯

請教擬辦第二點提到「支付標準以預算中平為調整原則」，這是什麼意思？

楊主任委員銘欽

- 一、「支付標準以預算中平為調整原則」，是說支付標準中有很多項目，如果對其中某個項目進行調整，譬如調高支付點數百分之十，健保局就要運算價格增加乘上預期數量後，總計健保費用需要增加多少。相對的，支付標準項目中，也有些項目要調降。經過試算後，整個調整不會讓總申報點數增加，只是各個支付項目點數有調高、調低的情形。
- 二、「預算中平」原則是指，費協會不討論支付點數的調整，因為這部分是讓每個部門從總額中自行勻支，不會因為要調整某個項目的點數，就特別額外提高總額金額。但像剛剛謝委員天仁提到，去年協商時，醫院部門有幾個艱困的科別，確實比較辛苦，我們也基於善意回應，願意調高其服務支付點數，當時委員同意補助 14 億元，因此 14 億元增加後就不是預算中平，而是在總額中多加 14 億元，兩者有所不同。

葉委員明峯

我想知道「中平」是誰創的名詞。

楊主任委員銘欽

可能要問一下。

葉委員明峯

我覺得很奇怪，怎麼會有這樣的名詞。

楊主任委員銘欽

- 一、希望剛剛這樣的說明對各位有幫助。
- 二、本案謝謝各位的支持，原則上費協會法定任務，除了各部門年度總額與分配事宜外，委員如果對某些項目，願意承擔責任，

願意幫健保局一起思考如何調整支付點數或分配，委員會這邊，根據剛剛討論的結果，都可以接受。但是按照法的規定，支付標準的調整權責在健保局，健保局與各總額部門討論後，還是需要依法定程序陳報衛生署核定。謝謝各位。接著進入討論事項第三案。

陸、討論事項第三案「建請行政院衛生署及所轄之中央健康保險局落實轉診制度與分級醫療，勿刻意限制『住院、透析及其他接受醫療照護之病患至他院轉檢、代檢及接受醫療相關服務』，並說明對該事項限制與未限制之額度差距，及醫療法第七十三條第一項『應建議病人轉診』之操作定義案」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。提案之謝委員武吉今天有事沒來，由朱副院長益宏代理。請健保局先回應，再看朱副院長或其他委員有無意見。

戴局長桂英

本案謝委員有先與本局醫管組溝通，除了今天議程資料所附公文外，後來還有再次行文，本局再次答覆的公文已經提到，轉檢部分，過去健保局在操作上，都是依門診病患的需要，而有轉檢作為，至於住診病人，操作上沒有轉檢的作為。不過在我們再次覆函中也提到，為了提升醫療資源使用的效益、醫療機構共同照護作業的要求、增進醫療的可近性、減少病人住院要做某項檢查又要轉院的不便，健保局會檢討現行轉診代檢作業規範，包含住院病患轉診代檢事宜。

楊主任委員銘欽

謝謝。請朱副院長。

朱副院長益宏(謝委員武吉代理人)

一、事實上很多社區醫院規模本來就不像大型醫院科別這麼齊全，才會在某些診療科別或儀器上有不充足的地方，但如果依照衛生署健保局回文，應該要依「醫療法」第 73 條規定轉診或轉院。難怪現在台灣的基層醫療萎縮、社區醫院萎縮，因為你要求他沒辦法做到的時候，又不開放轉檢這條路，而要求一定要轉院到大醫院，以後所有醫療就都在大醫院執行就好，這是台灣醫療為何變成倒金字塔的重要原因。

二、依據健保局回文，門診有轉檢，但是慢性病房的慢性病人住院，可以因為這家醫院儀器設備不夠，就請假至其他醫療機構接受

服務，連慢性病院都可以。社區醫院很微薄的要求，結果用醫療法第 73 條一壓，說一定要轉院，我覺得真的非常沉重。很感謝局長今天在會場明確宣示要做檢討。

三、我們傾向檢討是去放寬，而不是檢討後回覆地區醫院：現行的規定是這樣，所以還是要轉院，這是第一點。第二點，希望局長能設定檢討時程。在過程中能否邀請台灣社區醫院協會充分表達意見，希望局裡可以尊重社區醫院協會的意見。為何會有這些提案，就是因為一個大帽子，原本一個很簡單的案子，完全是從民眾就醫便利性、可近性考量，而且也不損及醫療品質，結果健保局馬上回文，依據醫療法第 73 條，只有往大醫院轉診，所以才會衍生這邊後續的提案。

四、既然醫療法第 73 條提到，為何其他醫療法和健保法提到的轉診措施，健保局都沒有做呢？只有規定小醫院醫療設備不足時往大醫院轉，那大醫院是否也該往小醫院轉？我覺得健保局要儘快動作。請局長回應，何時啟動檢討機制？預計在什麼狀況，這個案子可以有初步決議？然後以行政命令的方式公告實施。

戴局長桂英

謝謝朱副院長的意見。時程方面希望是這樣，但也要看同仁能不能配合，希望在總額預算協商之前，趕快檢討完成，因為再來就會很忙。檢討過程會多聽取社區醫療院所的意見，包括對檢討內容表示意見等。

楊主任委員銘欽

請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、看起來是本來可以落實分級醫療轉診制度的東西不見了，所以正本清源是要導正過來，才能解決問題。現在社區醫院認為只是很小的代檢問題，病人卻不能繼續留在醫院住院，我認為根本問題是我們有無落實分級醫療轉診制度。假使有落實，本案根本不是大問題，現在是大原則沒有落實，只剩下代檢的部分，

連病人也會被大醫院拉過去，所以他們認為全部都沒有了。

- 二、另外我要提出，這項議題好像不是費協會的權責，應該要轉請監理會處理，不要累死我們，讓監理會也有點事情做，好不好？我贊成社區醫院協會所提的議案，健保法既然有分級醫療轉診制度，希望原則健保局能把它拉回來才重要。大餅把它拉回來，不要管這些芝麻有沒有掉下去，形容詞應該是這樣。

楊主任委員銘欽

- 一、剛剛朱副院長希望聽到具體時間，但健保局看起來有點為難，不過，至少局長善意回應會通盤檢討轉診、轉檢相關規定，而且希望在協商總額之前完成，我想可以接受。
- 二、本案決議建請健保局儘速檢討住院轉診、轉檢相關規定；附帶事項是謝委員天仁提到，建請衛生署對分級醫療制度通盤檢討。本案討論到這邊，朱副院長可以嗎？(朱副院長點頭表示同意)。接下來進入討論事項第四案。

柒、討論事項第四案「醫院各式病床使用應符合其申請之病床屬性，對於發生乙種病床取代甲種病床使用之行徑，已違規在先，且健保也不應給予支付，以遏止此種不當、不肖作為的擴散，並維護醫療整體資源與總額健保的良善運用案」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。請問陳委員錦煌要先口頭補充，還是請健保局回應。

陳委員錦煌

我的意思很簡單，設置精神病床和復健病床後，不要用急性病床申請給付，不要知法犯法。提案寫得很清楚，已經有人偷跑，有的醫院申請一般病床，但卻申請急性病床給付，請健保局關心一下。

楊主任委員銘欽

請廖委員本讓。

廖委員本讓

建議費協會幕僚，今天討論事項有四案，個人認為都不是討論案，比較像報告案。這些案子事實上不是要請費協會處理，而是要請健保局，所以用報告案說明有這些案子就可以。以第四案為例，現在決議照案通過，是要通過什麼？後續要如何處理。既然發生問題，已經有違法事實，健保局都有訪查，訪查時不可能每個案子都查到，既然知道有違法案子，就要向健保局檢舉某家醫院發生問題，若健保局查到有違法，就送檢調處理，只能這樣。本案若要決議照案通過，違法要通過什麼？像上個提案所說的，轉診制度沒有實行，我們已有制度但沒有實行，要怎樣討論？本人印象中這類問題已經討論很多次，沒有落實的問題在哪裡，請健保局研究，建議不用弄這麼多討論案。可以簡單點，早點休息。

楊主任委員銘欽

請朱副院長。

朱副院長益宏(謝委員武吉代理人)

一、這個案子，陳委員是說據悉某家醫院，健保局會後應該詢問陳

委員，是哪家醫院用慢性病床申報急性病床，這是違法的。全民健康保險醫療辦法第 28、29 條，明確規範急性住院可以提供哪些服務，慢性住院提供哪些服務，特別講到慢性住院不能提供手術、放射治療、輸血、分娩等，都有規範的。

二、住院天數大於 30 天以上，才符合慢性住院的條件，才能入住所謂的慢性病房。如果今天用慢性病床，收治的病人卻只住 3 到 5 天，就違反病床使用規範。

三、如果是急性醫院附設慢性病床，在民國 84 年就有解釋函，衛署健保字第 84066216 號函，對於急性醫院附設慢性病床挪用的問題，是不行的。而且對於慢性病床，若同一家醫院有急性和慢性病床，必需分棟設置。今天不能這棟急性病房設有慢性病床，違反醫療機構設置標準，如果在同一棟，也要分樓層，規範非常清楚。

四、特別提出來某個醫院有這情形，而健保局也依急性病床給付，似乎有違法問題。建議既然陳委員有提出，健保局就去查到底是哪家醫院。若真有問題，就要做處理。

陳委員錦煌

慈濟醫院，在台中，去查，我沒有在怕誰，你們也知道。

楊主任委員銘欽

本案誠如各位所說，大概沒有什麼好討論。

蔡組長淑鈴

該做的我們會做。

陳委員錦煌

講清楚一點，我天不怕地不怕，慈濟醫院在台中地區，有一千多床。有多少床都沒有關係，照規定來就好，不要向衛生署申請其他病床，卻要申請健保急性病床給付。這樣我們就多花錢，付費者委員能不說話嗎？請健保局查明。

楊主任委員銘欽

本案健保局也不需特別回應，決議就是建請健保局查明後依法處理。

戴局長桂英

對，查明後依法處理。

楊主任委員銘欽

本案如果沒有問題，今天會議就討論到此結束。有無臨時動議？沒有的話就散會，謝謝大家。