

全民健康保險醫療費用協定委員會
第 170 次委員會議事錄

中華民國 100 年 4 月 8 日

全民健康保險醫療費用協定委員會第 170 次委員會會議紀錄

壹、時間：中華民國 100 年 4 月 8 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

張副秘書長孟源(代)

凌委員月霞

孫委員茂峰

張委員惟明

莊委員淑芳

連委員瑞猛

曾秘書長中龍(10:04 後代)

陳委員玉枝

陳委員宗獻

陳委員明豐

陳委員錦煌

黃委員偉堯

葉委員宗義

葉委員明峯

廖委員本讓

蔡委員登順

謝委員天仁

謝委員武吉

蘇委員清泉

蘇委員鴻輝

肆、請假委員：

林委員啟滄

孫委員碧霞

許委員怡欣

黃委員碧霞

劉委員清芳

伍、列席人員：

行政院衛生署

朱組長日僑

梁組長淑政

中央健康保險局

戴局長桂英

蔡組長淑鈴

全民健康保險監理委員會
本會

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：黃偉益

柒、主席致詞

- 一、本會衛生署代表黃委員焜璋因涉案收押，爰衛生署於本(100)年3月28日核定派免令，停止其職務，並將改派適當人選擔任本會委員。故該席次今日暫缺，原則上應可於下次委員會議前確定。
- 二、昨(4月7)日晚報提到，台灣醫療改革基金會指黃委員焜璋在費協會主掌5,000億元健保預算乙事，相信在座委員都很清楚，醫療費用總額的協定，係由全體委員共同決定，並非一人可主導，況且黃委員於3月份(本屆第一次)委員會議因公出差，並未出席。今日趁此機會，在此澄清，並列入紀錄。

捌、報告事項

第一案

案由：確認本會上(第169)次委員會議議事錄，請 鑒察。

決定：

- 一、臨時提案之附帶事項第一點：「...建議中央健康保險局能會同醫界研商減緩方案」，修正為「...建議中央健康保險局能會同醫界研商後續方案」。
- 二、餘確定。

第二案

案由：本會上(第 169)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：結案並洽悉。

第三案

案由：中央健康保險局報告「診斷關聯群(DRGs)支付制度實施一年之整體成效」，請 鑒察。

決定：洽悉。

第四案

案由：中央健康保險局報告「中醫門診總額一般服務預算分配方式試辦計畫」執行結果，請 鑒察。

決定：洽悉。

第五案

案由：中央健康保險局報告「醫院與西醫基層財務風險監控情形」，請 鑒察。

決定：洽悉。

第六案

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：100 年度各部門總額執行成果評核作業案，提請討論。

決議：

- 一、對於 99 年度未接受專業事務委託總額部門之評核方式，比照去年，請中央健康保險局報告執行成果，未受託部

門補充說明，並予以評分。

- 二、實施未滿一年之新增計畫(方案)，僅提供執行情形，不納入評核。
- 三、一般服務及專案計畫(方案)評核會議，邀請參與之團體與評核委員均相同。另為增進行政效率，合併為連續二天舉行，各部門總額之專案計畫與一般服務將安排於同一時段報告，並請評核委員於所有部門均報告結束後，再進行評分。
- 四、評分方式：於一般服務執行績效之(七)管理效能，增列「院所違規家數及其違規情節」乙項。
- 五、評核結果等級：調整「特優」等級之分數為 90 分及以上、「優級」為 85 分至未達 90 分、「良級」為 80 分至未達 85 分。
- 六、除上述事項外，餘照案通過。修正後之「100 年度各部門總額執行成果評核會議作業方式」如附件。

第二案

提案人：謝委員天仁

案由：醫療給付費用總額協定，經衛生署核定後，關於已協定各項目金額之增減之提案，不得以臨時動議提出，在本會委員會議決前，並應再經各總額部門與付費者代表協定程序，提請討論。

決議：照案(案由)通過，但啟動協商程序之提議不在此限。

拾、散會：下午 12 時 30 分。

附件 「100 年度各部門總額執行成果評核會議」作業方式

100.4.8

壹、評核範圍：

- 一、醫院、西醫基層、牙醫門診及中醫門診總額一般服務(含品質保證保留款)執行成果。
- 二、及各部門總額專案計畫或方案(詳附表)執行成效。

貳、評核方式：

一般服務與專案計畫(方案)分開評核，辦理方式為：

辦理方式	一般服務	專案計畫(方案)
評核會議之報告及時間安排	依總額部門別分場次評核，並請部門於一個月前先提出書面報告，以供評核委員事先審閱。	同左
評核委員	本會邀請或由部門推薦相關專業領域的學者專家4至8位擔任評核委員。	同左
參與人員	除本會委員、各總額部門相關團體與健保局外，並邀請相關機關團體〔如：督保盟、病友團體、醫策會、消基會、醫改會、衛生署(醫事處、照護處、健保小組)、國健局、監理會、爭審會等〕派員參與。	同左
評核項目	包括保險對象就醫滿意度及可近性調查結果、專業醫療服務品質、就醫公平性、醫療服務效率及總額管理效能等。	包括預期目標達成度、醫療服務效益(照護率、民眾健康狀況或就醫可近性提升)及醫療服務效率等。

參、評分方式：

一般服務與專案計畫分開評核之後再加權合併計分。該二項評核之計分權重為，一般服務：專案計畫＝75%：25%。各部門總額執行成果評核項目及配分如下表。

評核項目	配分
<p>一、一般服務執行績效</p> <p>(一)民眾滿意度 1.滿意度調查結果 2.民眾諮詢及抱怨處理</p> <p>(二)醫療服務品質 1.品質確保方案之專業醫療服務品質指標 2.品質指標增修</p> <p>(三)就醫可近性 1.就醫等候情形 2.民眾自費情形</p> <p>(四)就醫公平性 1.城鄉醫療資源分布均衡情形 2.醫師人力地理分佈</p> <p>(五)醫療服務效率 醫療利用率</p> <p>(六)醫療服務效益 民眾健康狀況改善情形</p> <p>(七)管理效能 1.接受健保局專業事務委託及辦理情形 2.醫療費用管控 3.支付標準修訂 4.點值穩定度 5.專業審查管理 6.院所違規家數及其違規情節</p>	<p>75</p>
<p>二、專案計畫(方案)執行成效</p> <p>1.預期目標達成度 2.醫療服務效益(照護率、民眾健康狀況或就醫可近性提升) 3.醫療服務效率</p>	<p>25</p>

肆、評核結果之應用：

一、評核結果依所獲分數，區分為下列五等級：

等級	分數
特優	90 分及以上
優	85 分至未達 90 分
良	80 分至未達 85 分
可	75 分至未達 80 分
劣	未達 75 分

二、評核結果作為次年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給協商因素下「品質保證保留款」項目之成長率。

三、專案計畫(方案)評核之相關建議，並作為次年協商該項專案經費增減及續辦與否之依據。

伍、100 年度作業時程表：

時間	作業內容
4 月中旬	本會擬具一般服務及專案計畫報告大綱與評核時程表，函送各總額部門及健保局
4 月底前	各部門視需要函請健保局提供相關資料
6 月中旬	健保局及各部門提送專案計畫及一般服務執行成果書面報告
7 月中下旬	召開專案計畫及一般服務評核會議

附表 各部門總額專案計畫／方案

一、實施一年以上計畫(列入 100 年度評核)

計畫／方案名稱	部門別
牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案 牙醫特殊服務實施方案 牙周病統合照護計畫 牙醫提升初診照護品質計畫	牙醫
中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案 腦血管疾病及腫瘤患者手術、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 腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫	中醫
西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案 全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫	西醫基層
醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案 提升住院護理照護品質計畫	醫院
醫療給付改善方案(乳癌、氣喘、糖尿病、高血壓、精神分裂症、BC 型肝炎) 慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫 門診透析品質改善方案(pre-ESRD)	醫院、西醫基層 (門診透析預算)
建構整合式照護模式並逐步朝促進醫療體系整合計畫 高診次保險對象藥事居家照護試辦計畫	其他預算

二、100 年新增計畫(只報告執行情形，不評核)

計畫／方案名稱	部門別
診所以病人為中心整合照護計畫	西醫基層
全民健康保險論人計酬試辦計畫 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫 增進全民健康保險醫療資源不足地區之醫院點值保障 方案	其他預算

本會第 170 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 169)次委員會議議事錄」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

- 一、大家早。今天會議開始前，先向各位報告，本會委員中有一位衛生署指派的代表黃焜璋技監，近日委員如有看報紙，應該知道黃技監最近涉及一些案件，被法院羈押，依規定自羈押之日起，職務當然停止，所以衛生署於 3 月 28 日核定其派免令，本會也在 2 天後收到通知。依本會組織規程規定，代表機關或團體出任者，應隨其本職進退，所以黃技監既然已經免除職務，即自動解除其擔任本會之委員代表。本會於清明節收假後第一天(4 月 6 日)即簽請署長選派署內適合人選擔任，昨天我也與署長通過電話，署長也在瞭解狀況。
- 二、昨日晚報，醫改會提到黃焜璋委員在費協會主掌 5,000 億元預算，其實大家都知道，費協會 27 位委員代表，都有發言機會，不是一個人可以主導。以上本人發言列入會議紀錄，讓所有看到會議紀錄的民眾都能瞭解，醫療費用總額協商的工作是由全體委員共同決定，不是由單一委員決定，更何況黃焜璋委員在 3 月份的委員會議剛好因公出差，並未出席，而是由代理人出席，與會委員都知道這個事實。擔心全國民眾如果看報紙，可能會被片段訊息所誤導，所以在此澄清，並列入紀錄。
- 三、因為署長還未核定新任人選，所以今天黃焜璋委員乙席暫缺，應該在下個月委員會議召開前就會確定，在此先向委員報告。
- 四、接下來進行會議議程，首先宣讀及確認上次委員會議議事錄，請委員翻開議程資料第 2 頁，請同仁宣讀。

同仁宣讀(略)

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。請問對決議文字有無修正？請張副秘書長孟源。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

臨時提案的「附帶事項一」之最後一段文字「...建議中央健康保險局能會同醫界研商減緩方案」，對「減緩」的定義實在不清楚，我記得上次討論，好像是說「後續方案」，即後續要如何處理，尚涉及很多變數，可能需要討論。故建議文字是否修改為「後續」而非「減緩」較為恰當？

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝張副秘書長孟源的意見。文字可以修正，當時是一個通案、原則，張副秘書長孟源建議改為「研商後續方案」，我想是可以的，不曉得各位委員認為如何？若無意見就同意修正文字。其他部分如果委員沒有意見，會議紀錄就確定。
- 二、接下來請看報告事項第二案，請林執行秘書宜靜報告。

貳、報告事項第二案「本會上(第 169)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

林執行秘書宜靜

- 一、先向委員說明，桌上單張的調查表是有關西醫基層總額部門的邀約，訂於 6 月 2 至 3 日至醫療資源不足地區進行訪視活動，歡迎委員踴躍參加。
- 二、請委員翻到議程資料第 6 頁，有關上次委員會議決議(定)事項追蹤，請參看第 8 頁，上次有兩項追蹤事宜：第 1 項是建請衛生署討論 101 年度總額範圍時，能將委員對醫療服務成本及人口因素的相關建議納入考慮；第 2 項是請衛生署與健保局於研擬轉診實施辦法時，能參酌委員的意見，落實分級醫療的政策目標。本會已於 3 月 24 日函請衛生署及健保局參酌辦理，衛生署也函復將錄案參辦。兩項事宜都建議結案。
- 三、請委員翻回第 6 頁，說明二是衛生署於 3 月函送全民健保保險對象免自行負擔費用辦法之修訂，將重大傷病範圍列為附表，但是並無修訂其範圍，只是法律位階的變動。說明三是健保局 2 至 3 月公告及函送本會的相關參考資料，詳附錄二至十二，請委員參看。以上說明。

楊主任委員銘欽

謝謝。請問各位委員有無意見？請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

各位委員早。剛才提到 6 月份西醫基層總額會舉辦醫療資源缺乏地區改善方案巡迴醫療服務的訪查活動。這對西醫基層總額部門而言是蠻新的經驗，以前好像沒有辦過，所以這次我們非常重視，已洽詢中部地區選擇一個比較容易到達的地方，會妥善安排交通等相關事宜。在此邀請委員，包括主任委員，及各位長官踴躍參加。謝謝。

楊主任委員銘欽

謝謝陳委員宗獻特別說明及邀請。向幾位新任委員補充報告，按照過去幾年經驗，中醫、牙醫門診總額部門都會在 6 月份左右辦理訪

查，主要是針對醫療資源不足地區巡迴醫療的部分，以讓委員瞭解其執行情形，因為光用講的，沒辦法體會狀況，所以會邀請委員實地參訪，過去曾到過離島、山地鄉。剛剛陳宗獻委員講到西醫基層總額部門今年是第一次辦理，所選的地點交通算方便，再次呼籲，歡迎委員撥冗參加，看實際情形會比較有感覺，協商的時候也比較知道應該給予多少經費。請問其他委員有無補充？如果沒有，本案洽悉。

參、報告事項第三案「中央健康保險局報告『診斷關聯群(DRGs)支付制度實施一年之整體成效』」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

接下來進到報告案「診斷關聯群(DRGs)支付制度實施一年之整體成效」。事先看過這份資料，內容相當專業，也很豐富，所以請健保局同仁報告時，節奏能稍微慢一點，讓委員聽得清晰且可以跟上報告速度。請健保局同仁報告。

戴局長桂英

請本局李專門委員純馥報告。

李專門委員純馥報告(略)

楊主任委員銘欽

一、謝謝李專門委員純馥的報告。

二、本案不容易懂，我自己看時還要畫重點，裡面的資訊非常豐富，要在幾十分鐘內消化吸收，很不容易。今天還有其他事項需要討論，所以本案開放 15 至 20 分鐘的時間供委員詢問，若經意見交換，覺得時間還是不夠，則再另行安排，今天無法將全部時間花費在這個報告案。現在開放委員詢問，再請健保局一併答覆。請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、看起來院所申報 DRGs 的點數比按服務量計算實際點數，會多 2 成多，意思是醫院做 DRGs 的收益會比較好。

二、結論提到 DRGs 案件審查核減原因中有些為「無相關臨床證據以支持手術處置之必要性」，就是從醫學專業來看，病人可能不用手術，但卻被手術，所以健保局將費用核減下來。長期以來，健保局的處理都是核減費用而已，我認為除惡不盡，院所若有離譜的行為，將病人當成賺錢工具，不管其狀況如何，反正就砍一刀，這樣可能已經涉及刑事犯罪或詐欺的問題。對這類情形，在處理上應該更細緻一點，健保局在相關資料中，假使發

現有問題時應主動移送法辦，不應該像上次有個地區醫院，核減率高達 40% 至 50%，後來還爆出醫療處置有問題。核減率高到 40% 至 50%，代表其中有些屬不應該的醫療，當然純粹詐欺是另外一回事，現在關切的是不能將病患當搖錢樹。如果只是騙，只有健保局受害，但如果不單純只有騙，還傷害民眾健康，將器官進行手術摘除，我認為不可原諒。健保局應統計相關資訊，也應提出相關資訊，讓費協會、監理會委員瞭解，這部分勢必要進一步處理。DRGs 案件審查初核核減率百分之 8 點多，我認為相當高。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

- 一、謝謝健保局的報告。支付標準改革是漸進的，大家批評論量計酬讓醫界一直衝量，所以導入 DRGs，甚至總額支付制度，醫界也很努力的配合。其實醫界本來就不是很喜歡 DRGs，從一開始醫院就一直抗拒，甚至提出 DRGs 亡國論，所以謝委員天仁不用擔心，沒人喜歡 DRGs，但是既然要執行，我們還是要很重視病人的照護品質。
- 二、剛才李專門委員純馥報告時說，併發症比例、再急診率，甚至再手術比較多，這些都值得檢討；剛才謝委員天仁提到關於詐欺、傷害病人，那是不可能發生的，為什麼？因為醫學本身有專業倫理，醫學針對某些疾病處置時，會有很多不同建議，隨著醫學科技不斷發展，或許 10 年前建議該開刀的，10 年後可能決定不用開刀，改採用內視鏡或其他新方法，就像李專門委員純馥報告，科技不斷進步，所以醫療適應症的問題，相當專業，不應該用法律方式處理。因為我對法律也有些瞭解，假如這樣的話，就像在醫學院附設法學院，由法學院來管理醫學院，是很離譜的事情，各領域要有專業分工。謝謝。

陳委員錦煌

醫界不要講得那麼高尚。我現在暫時不公布那家醫院，有醫院將病患送到手術房裡，再出來跟家屬說要自費比較好。我不宣布那家醫

院，希望健保局加強管理，我看這問題比詐欺還不好，很沒道德。應該是開刀前先講好，人送進手術房，再跟家屬說很危險，要自費付心血管支架，難道健保給付的都不好嗎？後來家人付了將近 7 萬元。這種事情請健保局加強瞭解。

楊主任委員銘欽

謝謝。請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

有幾個看法、詢問及建議：

- 一、就總體資料來看，DRGs 的總點數與平均案件點數都上升，住院天數與總案件數都在下降，綜合這幾點，可能會往幾個方向去思考：第一個，從好的方向來看，治療的效率在提升；但從另一個方向來看，因為 DRGs 並不是全面實施，而是部分項目實施，所以有沒有可能被排擠改到未被納入 DRGs 的病人，因為 DRGs 案件數、住院天數都下降，多出來的床數，是否移到非 DRGs 的病人身上；第三個方向是，因為資料無法看到 outlier(極端值)的部分，有無可能案件數沒有下降，但採用 DRGs 申報的件數下降，雖然符合 DRGs，但 outlier(極端值)可用論量計酬的方式申報，這部分有無增加？針對初步現象，大概做以上推論，但需要更進一步分析及瞭解。
- 二、當初研訂台灣版 DRGs 時，分析發現若不做任何加成，基本上相同案例，地區醫院以 DRGs 申報的點數，會比原來以論量計酬方式來得高，但醫學中心則會較低，所以後來才增列醫學中心可以依據疾病嚴重度加成。從簡報資料顯示，實施後地區醫院案件數下降最快，不曉得是否是因為醫院層級加成問題所造成？或地區醫院自己減少收治病人？不過發生這種情形的機會應該不大；另一個可能是，醫學中心將病人吸收了，但這群病人屬較輕症者。若真是醫學中心吸收走，再予以加成，就與原先制度設計有偏差。
- 三、關於 CMI(case mix index，病例組合)之計算方式，我不是很確

定，但剛剛的報告中出現一個問題，投影片第 17 頁，三層級醫院的 CMI 都上升。記得剛才李專門委員純馥提到 CMI 是用平均值的方式計算，理論上應該有正有負，才會平衡，所以不知做法上的問題在哪裡。

- 四、剛剛提到癌症篩檢會使案例增加，但是放療、化療兩種治療是排除的，直接按照論量計酬計算，但不知癌症開刀有無含在 DRGs 中？這樣子的話，關聯性可能要再進一步澄清，如果癌症開刀含在 DRGs，案例增加就沒問題，但如果癌症開刀不含在 DRGs 內，推動癌篩之後為何件數會增加？這是我的疑問。
- 五、有關 DRGs 轉出，不曉得轉到哪裡？能不能分析？另外，有點憂慮 Add-on(DRGs 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案)的問題，因為 Add-on 是在 DRGs 外，再多個開口給醫院，但就制度本身，我較傾向乾脆重新計算 DRGs，就新科技能不能替代，及其替代率部分，重新算過，再核給一個新的 DRGs 點數，會不會比較好？這個想法不知可不可行？有沒有可能再做分析？不然，一直重複外掛上去，也不好。
- 六、參考國外文獻，除了剛才報告的 14 日內再入院率、3 日內再急診率外，還常使用出院後 30 天內的死亡率。當然台灣有些特殊狀況，極嚴重的病人會讓他出院回家往生，可以將這些扣掉，譬如不要計算 3 天或 5 天內的死亡，而以 5 到 30 天內的死亡率當做品質指標。
- 七、最後關於 DRGs 制度推動，分類項目可能不宜一直增加，否則與論量計酬就沒有差別。就是因為論量計酬的品項太多，才會實施 DRGs，所以增加的項目須在合理範圍內。基本上，國外大都在 1,000 項以內，這部分可能要小心處理。另外，第 2 年，也就是 100 年的進度，今天報告並未提及將導入的項目，不知是否在 7 月，會導入第 2 階段項目？還是今年只是將原有的 155 項擴為 164 項，請再補充說明。

楊主任委員銘欽

謝謝黃偉堯委員。如果暫時沒有其他詢問，請健保局綜合回應。謝謝。

戴局長桂英

- 一、先就大方向回答，細項部分若本局同仁可立刻補充就說明，不能的話就另提供書面資料。
- 二、有關 100 年的進度，剛剛李純馥專委報告時，特別提到原預定 100 年 1 月要導入新項目，但因與醫界協談時，尚未有共識，有幾個主要因素，包括自費特材收取費用的規範，而另一個因素則是醫界代表認為第 1 階段上路才一年，希望有多一點時間，等穩定以後，再推動第 2 階段。因此，對於 100 年新增項目，已經報請衛生署同意再多給半年的協談時間。至原有 99 年的項目，則是將其細緻化並修改部分內容後，繼續推動。
- 三、黃委員偉堯提及，依各國實施 DRGs 的經驗，不宜無限制地增加項目，我們也瞭解，未來會在協談時，再與醫界理性溝通。
- 四、品質指標是否增列出院後 30 天內死亡率，未來會評估資料取得狀況，因為拿到死亡檔的時點較慢，只以健保申報檔計算是否周全，會再評估。
- 五、至於特材採用 Add-on 方式外加或重新計算 DRGs 支付點數，那一個會較好？其實 Add-on 是過渡措施，DRGs 實施以後，新導入的特材項目才會 Add-on，等到一、兩年較平順之後，再重算 DRGs 點數。
- 六、DRGs 轉出的個案，到底轉到那裡？剛剛有報告 DRGs 住院案件轉出率之層級別分析，總體看來，地區醫院的轉出率是正成長，但醫學中心、區域醫院都是負成長。針對「到底轉到哪裡」可以再分析。
- 七、謝委員天仁提到，數據上 DRGs 申報點數較實際點數大概多了兩成，這是事實。我們希望 DRGs 支付制度可以造成三方都贏的局面，可是一開始，沒辦法完全採財務緊縮，要讓大家覺得實施 DRGs 有誘因。不過，謝委員的重點應是關心醫療的必要

性，如果非屬醫療的必要性，只是核減夠嗎？是不是應該更積極地思考做法？這部分，我們會綜合張副秘書長孟源的意見一起評估，至於有沒有辦法就核減內容統計相關資訊，難度較高，恐怕還有待努力。

八、陳委員錦煌特別提醒，醫院向民眾提出需要自費的項目，不能已將病人送到手術房，才來詢問，應該要提前說明。健保局會加強落實與醫療院所的輔導溝通，因為此舉讓家屬感受非常不好，當病人都在手術房了，院方說某項要自付，可以收自費者，就應該在還未進手術房前，向家屬充分說明，健保給付的既有特材有什麼優缺點，現在院方建議的新特材有什麼優缺點。

九、其他技術面部分，請蔡組長或李專委再補充。

蔡組長淑鈴

向委員補充報告下列幾點：

一、DRGs 之實施是一種新支付方式的介入，對於醫療行為一定有影響，就實施第 1 年的結果，多數指標呈現第 1~4 季的合計數據，但部分指標有列出第 1 季到第 4 季之數據，這部分係要顯示 Trend(趨勢)。各位可以參看報告中幾個 outcome(結果)的 index(指標)，包括：第 22 張投影片，住院前 1 週內平均門診醫療點數、第 34 張投影片，3 日內再急診率、第 36 張投影片，14 日內再住院率等，如果只觀察第 1~4 季合計數，與 2009 年第 1~4 季比較，會覺得好像微幅增加，但如果看第 1 季、第 2 季、第 3 季、第 4 季各季數值，就能感受到政策確實影響行為，是一個導正過程。舉例來講，第 34 張投影片的 3 日內再急診率，實際上，第 1、2、3 季是上升，但到第 4 季又恢復正常，甚至更好，這在好幾個 outcome(結果)指標都有類似情形，包括住院前 1 週的移轉，請參看第 22 張投影片，會發現第 4 季已恢復正常，甚至更好。因此，從整體來看，DRGs 並不是不好，但醫療提供者確實需要有段適應期，以台灣之經驗能在一年恢復，其實是非常非常好的一個結果。

二、謝委員天仁提到 DRGs 支付點數大於實際點數，約 1.2 倍，感覺上支付較好。事實上，支付較好有兩種可能性，一是隱含醫界的努力，因為住院天數下降，效率提升，使得費用減少；另一個則是推動 DRGs 上路所提供的支付誘因，有些加成之校正支付，讓 DRGs 支付點數變成比 Fee-for-Service(論量計酬)好。其中值得委員觀察，而且也要給醫界較大鼓勵的是，請參看第 32 及 33 張投影片(DRG164 及 20902 導入前後醫療點數分布比較)，所有第 1 階段導入的 DRGs 項目都與這兩張圖有異曲同工的趨勢。如何看待第 32 張投影片的兩條線？簡單而言，一是實施前，97 年是以打三角形標記的曲線呈現，另一是 99 年實施 DRGs 後，以打圈標記的曲線呈現，線條上的點代表 case(病例)數，其趨勢變化的觀察重點是實施 DRGs 後資源耗用之 variation(差異)變小，極端值變少。以「DRG164，複雜診斷之闌尾切除術，有合併症或併發症」為例，在 97 年，以 4 萬 5 千元以內處理好的 case 數有 12%，但也有病患要花費 33 萬，同樣是闌尾炎手術，論量計酬時 variation 非常大，但實施 DRGs 之後，以 4 萬 5 千元就可將同一個診斷處理好的病例數上升至 18%，換句話說，右邊的極端值往內縮，極端值變小，這種趨勢就是 DRGs 制度背後期待的長期目的之一，希望透過經濟誘因的給予，增進醫院發展臨床路徑，提升品質，讓同類的 case 能夠得到最好的照護結果。資源耗用代表背後醫療的投入，也能予以釐清有些投入是可避免或不可避免，長期來看，這張圖我們期待線條往中間更加集中，讓同樣狀況的病人，其醫療資源的投入可更加標準化或減少變異性。另外，黃委員偉堯提到 outlier(極端值)部分，其實可以從這兩張圖來看，outlier 變少，這是醫界共同的努力，當然仍有異質性個案，難免仍會有 outlier，但我們期待它長期會變少，這也是 DRGs 長期實施下來，最重要的精神之一。

三、有關癌症部分，今年已將化、放療扣除，其實癌症並不在 DRGs 規劃涵蓋的 60% 項目中，但癌症病人可能需要進行如闌尾切除

等手術，則屬 DRGs 項目。醫界在第 1 年即反映，這類 case 一旦進入 DRGs，化、放療處置並不會因此結束，因此將之扣除，醫界會較願意接受這類病人進行 DRGs 項目的手術，才較公平。因此，我們同意將化、放療及洗腎扣除，同時原來的權重也一併扣除，很公平地做一個轉換。

四、有關黃委員偉堯提到 Add-on 部分，之所以沒有辦法重新計算 DRGs 權重的原因，是因為 Add-on 都屬個案，在同類病人中，不是每個 case 都會採用新材料，譬如關節置換，有比較昂貴，也有比較便宜的材料，但不見得同組病人都會採用同一種較昂貴之材料，所以 Add-on 方案是個案 Add-on，不是整體 Add-on，所以無法直接轉換成權重之增加。但有一種可能是，長期而言，因為 Add-on 項目會隨著科技的進步而採用者不斷增加，當 medical pattern(醫療型態)已經改變，讓大家都 shifting(移轉)到新材料時，屆時就會變成正常狀況，即是變更權重的時機。這是個循環，美國實施 DRGs 時，也是採用相同機制，我們其實也是向美國 learning(學習)，不可能有取消 Add-on 的一天，因為永遠有新特材，也永遠有新的醫療模式，所以會是一個良性循環。以上補充報告，謝謝。

楊主任委員銘欽

因時間關係，交換意見到此，本案原則洽悉。因為制度還會繼續進行，往後委員如有任何意見，也可再提出。請謝委員武吉。

謝委員武吉

記得以前 DRGs 開始實施時，大家已經討論過，「編碼正確性有問題」的說法，讓人覺得好像是詐領健保費用，但這並不是大家想的詐領。第 49 張投影片，核減原因別第 4 項「編碼正確性有問題」總計 477 件，在三層級院所的比例各多少？當時討論有關編碼正確性問題的處理，應該是由健保局要求我們更正才對，現在沒更正卻變成全部核減，對醫界非常不公平，不要用這種理由、原因來掐住醫界脖子，這是不對的。另外，第 3 項「提早出院的問題」有 100 件，也是不

少，而第 1 項有 1,040 件，是非常有爭議性的問題，並不是有什麼其他因素存在，不可以單看數據。以上，請健保局說明。最主要的問題還是編碼正確性，在當時討論時，就提過這一點，請給我們一個回答。

楊主任委員銘欽

謝謝委員武吉。謝委員希望在這部分對醫院是較良性的回饋，請健保局簡單回應。

蔡組長淑鈴

謝委員武吉提到第 49 張投影片的核減原因，在 DRGs 之下有新的審核規則，這也與醫院討論過，不管編碼的正確性與否，在初審與復審時有申復機制，但編碼是不是錯誤，也來自 review(審查)病歷時，發現診斷與編碼不符，才會產生編碼正確性的問題。不過，1.95% 的比例，其實占母體非常低；至於 477 件屬編碼正確性的問題，其人數及各區比例，會後會再深入瞭解。但這裡所列的核減原因都是初核核減率，事實上，如果因編碼錯誤而造成核減，更正後並申復，就會恢復正常，所以，這部分其實是程序問題可解決，也正因為這樣，長期而言，可以讓編碼更加正確。

楊主任委員銘欽

- 一、呼應一下，我想謝委員武吉發言的重點應該是醫界都願意配合，只是剛開始時，在技術上可能還不是那麼熟練，如果能多一點指導，讓這種不至於犯的錯誤減少，大家都會方便些。
- 二、為把握時間，請張副秘書長簡短發言。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

希望 DRGs 推動時，真的要多注重品質，從第 27 張投影片的併發症件數來看，尤其是女性問題，併發症竟然增加 81%！希望健保局在強力推動 DRGs 時，也要兼顧病人的權益，假若併發症這麼高，這部分是不是要重新檢討，不然，5 位女性就有 1 位有併發症，這種 DRGs 的節省，是不是有問題？

楊主任委員銘欽

回應一下，應該不是這個意思，應是入院時病人本身已有 complication(併發症)，所以會被分類到費用點數較高的群組。

蔡組長淑鈴

- 一、資料並非如此解讀，一般很容易直覺反應，誤以為 DRGs 導入後，併發症變多，其實是因為過去採論量計酬時，coding(診斷與處置編碼)與支付並未連結，診斷歸診斷、併發症歸併發症，醫療資源投入多少就申報多少，並不會在意病人所有疾病是否都有被完整的 coding；但實施 DRGs 之後，coding 與支付連結，所以病人的實際病情會被充分透過 coding 展現出來，易被誤以為併發症變多。健保局也非常關切此數據未來之變化，現階段的觀察結果，應是反應實際的狀況，未來健保局會密切注意，長期觀察併發症有無增加的趨勢。
- 二、我們也同意 complication(併發症)其實是一體兩面之問題，也許 DRGs 之下有 complication 的支付會增加，但 up-coding(編碼高報)的 complication，其背後代表的是 quality(品質)很不好。美國在 DRGs 實施很久、穩定之後，才將 complication rate (併發症比率)當作 quality index (品質指標)；但我們才實施一年，不宜如此解讀是否其中有 something wrong(問題)，建議應持平看待這件事。

何委員語

- 一、發表一點意見。我們看了 DRGs 報告資料，發現住院天數、案件數皆下降，為何 3 日內再急診率、14 日內再住院率卻增加？是否表示醫療品質已開始下降？另常聽聞有找不到病房的情形，原因在哪？是否實施 DRGs 之後，上有政策，下有對策，這部分希望衛生署能深入了解。
- 二、我的看法是，醫療資源要很有效地運用在全民身上，也要給醫界有合理的獲利空間，賠錢生意誰要做，一定要想出對策。我很尊重醫生，因年紀愈大愈喜歡交兩個朋友，一為醫生，可隨

時打電話諮詢醫療問題，另一為專家學者，可使我增長知識與智慧。我對醫生向來很好，並無負面看法，但醫生的犯罪率與全民犯罪率相同，不要以為醫生就不會犯罪，全民犯罪率多少，醫生犯罪率就多少，這點希望衛生署能深入了解。

三、如同謝委員天仁提到，有些病患的器官莫名其妙被拿掉，轉去內政部申請身心障礙證明，為照顧這群人的福利措施，內政部增加很多負擔，國家也增加經費支出，這是一體兩面，循環下來，國家負擔會愈來愈高，希望衛生署能追蹤瞭解，不應拿掉的器官，為何被拿掉那麼多。站在付費者立場，醫療資源有效及合理運用，是很必須的。

楊主任委員銘欽

謝謝何委員語，考慮的視野更大。請健保局簡單回應。

戴局長桂英

何委員語的意見，是我們未來應注意的方向。其實本局同仁報告內容中，在結論處也有指出3日內再急診率及14日內再住院率有增加的情形，對此我們的做法是加強個案審查。另，不應拿掉的器官被拿掉的問題，除了呼籲醫界自律外，我們也會多方瞭解，但應與不應的判斷，則需借重醫療專業。

蘇委員清泉

一、我不說不行。本案內容過於艱深，連主委都說邊讀資料需要邊畫重點，讀到慙面(台語)都還看不太懂，付費者代表恐無法完全瞭解其中意涵，僅能快速擷取報告內容的結論。所以，建議健保局以後結論用語要特別小心，例如不應開的刀、被核減的原因9.9%是因進行不必要的手術等用詞。我承認醫界裡有少數的害群之馬，政府官員、律師界、法官與檢察官等也都有類似情形，這種人要揪出來並嚴格修理，我百分之百贊成，該判就判、該關就關，我都沒意見。

二、向各位委員報告，隨著醫療科技的進步，有些手術在以前被認

為必須，現在卻認為不需施行。以多汗症為例，20 多年前我當住院醫師時的治療方式為開刀，且是從胸部開刀進去，將第二節及第三節的交感神經節拿掉，10 年前則改用胸腔鏡切除交感神經節，現在則沒人敢如此做，因為副作用比手術的效應更大，也有患者經手術治療後，手雖不會流汗，身體卻流很多汗，痛苦到跳樓。不能用今日的技術去批評過去，醫療的進步，有時須容許冒險、嘗試和一些浪費，否則醫療無法進步，應持平地講。

- 三、將不應該拿掉的器官拿掉，是非常惡劣的行為，但其中牽涉到醫師個人主觀判斷，有些醫師對手術的適應症抓得很緊，有些則很鬆。但我想付費者可以放心，健保局的能力很強，他們整醫院的技術比付費者強 100 倍，甚至 1,000 倍。
- 四、醫院評鑑規定，只要教學醫院或中型以上的醫院，都設有手術委員會、倫理委員會，醫院的監控比你們想像的還嚴格，若某位醫生常被檢討，則可能會被封刀，甚至停刀，還會被要求去上倫理課程。我們的自律和醫生的認真，大家可能看不到，你們有看到醫師週末休息的嗎？不是去查房，就是去進修，很可憐的，我很少看到檢察官週日還要上課的，都是參加獅子會或扶輪社等社交聚會，我並沒有亂講，那個行業像醫師這麼痛苦。以上說明。

楊主任委員銘欽

- 一、感謝大家的關心，我們雖是醫療的外行，但對自己的健康卻是內行，都很擔心那天到醫院看病會被要求自費，或出院時少了某項器官。剛幾位委員的發言內容可供醫界參考，了解民眾關心的是個人健康部分。
- 二、本案討論到此，謝謝健保局提供豐富的資料與報告。本案洽悉，委員將來如有其他問題，可再詢問健保局。接下來進行報告事項第四案。

肆、報告事項第四案「中央健康保險局報告『中醫門診總額一般服務預算分配方式試辦計畫』執行結果」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

因為報告事項第三案花費較久的時間討論，在此徵求委員意見，是否同意本案可不用報告，自行參看書面資料，或請健保局報告投影片最後的總結，如委員有意見再討論，將時間保留至討論事項。對健保局不好意思，準備很多資料，但礙於時間因素，無法詳細說明。

張科長溫溫報告投影片第 50~51 頁(略)

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝報告。中醫部門係先將預算分為東區及其他五區，再依校正指標將預算分配至五區。本案依慣例會於每年 4 月及 10 月提會報告，故 10 月份時健保局會再進行報告，因到時會討論中醫總額的分區預算，那次的訊息對議案討論更形重要，在此先做背景說明。委員如無垂詢，本案到此。
- 二、報告事項第五案「醫院與西醫基層財務風險監控情形」，因資料已先行送達，所以不須口頭報告；第六案「醫療費用支出情形」報告，前已於 3 月份進行口頭報告，依例本次無須報告，委員有無問題要請教健保局？若無人提問，報告事項第五案及第六案，洽悉。接下來進行討論事項第一案，請同仁宣讀。

伍、討論事項第一案「100 年度各部門總額執行成果評核作業案」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。幾件事情尚待討論，請委員參看議程資料第 92 及 93 頁擬辦：

- 一、去年醫院代表提出其雖未接受專業事務委託，但仍屬總額部門的一部分，故第 162 次委員會決議予以評分。今年是否比照去年模式辦理，或採過去模式，未受託就不予評分。
- 二、新增計畫的執行情形，去年有納入評核，但因時間太短看不出實際效果，建議今年不要納入評核，委員是否同意。
- 三、廖委員本讓之前曾提出，若新年度的評核內容與過去差不多，就不須再討論。今年主要差異為，去年係分別舉行各部門總額專案計畫、一般服務的評核會議，兩次會議各總額部門都須與會報告，幕僚考量分別召開，各總額部門的代表及與會人員須跑兩次較為辛苦，乃建議舉行連續兩天之評核會議，每個總額部門有半天時間報告及評核，例如，牙醫部門於同一天上午報告專案計畫與一般服務的執行情形，由評核委員評核後，該總額部門的評核即結束，牙醫代表若要留下來，也非常歡迎，若有事需先離開也沒關係；下午則再進行另一總額部門的報告及評核。如此，對報告單位而言，較有效率，但評核委員仍要評核兩天，會較辛苦。委員是否同意本次修正。
- 四、評核項目及配分，與過去一樣，如委員同意，就不須再討論。

陳委員錦煌

- 一、你們這個評核，有一般服務執行績效，如：就醫可近性與就醫公平性，還有專案計畫等，評核結果的等級，如 85 分及以上為特優，我不去管評核的制度，但想瞭解，很諷刺的是，7 家發生醫師調包癌症組織，涉詐領健保醫療費用的醫院，其評鑑結果，署立基隆醫院 98 年評鑑優等、台北市中心診所醫療財團法人中心綜合醫院 97 年評鑑合格、台北市立聯合醫院仁愛院區

96 年評鑑優等、桃園縣怡仁綜合醫院 98 年評鑑優等、雲林縣財團法人天主教若瑟醫院 96 年評鑑優等、高雄市小港醫院 99 年評鑑優等、高雄市財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院 97 年評鑑特優，這些醫院發生掉包檢體，詐領健保費的情形，應該要被降級！

二、請問今天與會人員，有無醫策會代表？沒有醫策會，我就找消基會，謝律師天仁，請問醫院發生掉包檢體，詐領健保費的情形，評鑑結果還優等，有道理嗎？如何評核的！我搞不懂，並沒有亂說，我手上有相關資料。

楊主任委員銘欽

謝謝。

陳委員錦煌

我不要問健保局，我問醫策會、消基會、醫改會、衛生署醫事處、照護處、健保小組、國健局、監理會、爭審會等單位就好，詐領健保費，醫院評鑑還優等，這樣對嗎？是否圖利他人？而且其中還有 99 年評鑑結果，評鑑效期還到 103 年 12 月 31 日，請問謝律師這樣可以嗎？

楊主任委員銘欽

在謝大律師回應之前，先說明一下。陳委員錦煌您現在說的是醫院評鑑部分，但現在討論案談的是評核會議時，對各部門總額品質與執行績效進行的評核。

陳委員錦煌

我不管是評鑑還是評核，我要說的是，這樣很諷刺，評核的要點都有寫，我們是沒有做評核委員，但是這些違規醫療院所過去評鑑還優等，是什麼意思！

楊主任委員銘欽

陳委員所說的優等部分，是指每間醫院被評鑑的結果。

陳委員錦煌

那這樣是誰不對？還是我不對？

楊主任委員銘欽

現在要談的是各部門總額在去年執行的表現，裡面當然也有些醫院做的不是那麼好。

陳委員錦煌

違規醫療院所評鑑時還拿到優等，這樣有道理嗎？應該打 75 分以下，哪裡還可以獎勵，這是不可能的事情。

楊主任委員銘欽

陳委員錦煌說得沒錯，會將委員所提意見轉達醫策會參考，請其將來在醫院評鑑時，如有醫療院所發生違規事件，即使評鑑結果為優等，也不能因未到有效期限就不處理，應該在事情一發生時就立刻檢討。

陳委員錦煌

再等一下，可以容我再請教社區醫院協會秘書長謝委員武吉嗎？

楊主任委員銘欽

請謝委員武吉發言。不過，陳委員錦煌您現在所提的案子是關於醫院評鑑的部分，與會上所談的總額評核不一樣。

陳委員錦煌

我看到醫療院所違規，但在醫院評鑑時卻優等，覺得很奇怪。

楊主任委員銘欽

陳委員錦煌您剛才先請謝委員天仁發言，謝委員表示要回應。

陳委員錦煌

好啊。

謝委員天仁

主席可能誤會陳委員錦煌的意思，陳委員錦煌是說這麼多醫院都發生違規的問題，為什麼在評核醫院總額部門時，卻可以變成特優！他的意思是這樣，所以他認為應該在評核項目中，將這些相關狀況

一併考量，他是要表達這個意思，不要誤會陳委員，他水準很高，講的很清楚。

楊主任委員銘欽

不好意思，誤會陳委員的意思。所以建議應該在評核項目中將這些因素列入考慮。

何委員語

- 一、我想剛剛陳委員錦煌講的意思，謝委員天仁已經講了，在評核項目裡應該要增列一項關於違規院所的項目。
- 二、至於評核結果分數部分，個人認為不恰當。在內政部，每年考核時，特優是 90 分以上；另外，我連續 6 年參與教育部科技大學評鑑，特優也都要 90 分以上。所以建議評核結果的分數等級，應該特優為 90 分以上、優等為 85~90 分、良為 80~85 分、可為 75~80 分。教育部、內政部都是這樣評分，只有衛生署 85 分以上就列優等，應該要更正。
- 三、在評核項目中關於配分的部分，例如：一般服務執行績效配分 75%，應該要將每一項的配分再細分，例如：民眾滿意度給 10% 或 12%，醫療服務品質給百分之多少，像專案計畫(方案)執行成效有 3 小項，配分 25% 又該如何分配，較重要的項目可能占 15%，較不重要的項目可能占 5%，應該在配分表中再細分比較合理。
- 四、另外如陳委員錦煌所提，應該在評核項目中，加列「有沒有詐領總額費用」項目，這是屬於要扣分的部分。個人認為應該要列一個詳細且精細的評分表，才較適當。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝何委員語提出的修正建議，評核結果等級部分，如果國家級部會所做的評核，特優都在 90 分以上，我們就從善如流。
- 二、各總額部門在報告時都要提出最好的結果，是否扣分這部分，再廣泛徵求大家的意見。

- 三、擬辦第一點，剛才幾位委員點頭表示支持乙案，比照去年方式。
- 四、擬辦第二點，大家應該同意新增計畫(方案)因為執行時間太短，結果尚無法評估，因此不納入評核。
- 五、擬辦第三點，是否同意連續兩天之評核會議，各部門總額之專案計畫與一般服務安排在同一時段報告，各總額部門可以只來半天就好？

蘇委員鴻輝

- 一、同意實施未滿一年之新增計畫因執行時間較短，不納入評核。
- 二、個人覺得沿用原來評核會議報告的時間方式較好，各總額部門可以有觀摩比較的機會。現在要改為一個部門安排在同一時段，當然評核老師衡量的尺度都是一樣準確，但同時呈現四部門總額，與分別呈現四部門總額，感觸可能會不一樣。
- 三、希望也可學習到其他總額部門的優點，有些地方可以提供借鏡。個人還是覺得應該由四部門總額同時報告一般服務及專案計畫，這樣比較可以一起觀摩。

楊主任委員銘欽

謝謝。蘇委員鴻輝還是希望跟去年一樣，一天報告專案計畫，一天報告一般服務。其他委員還有沒有對執行方式有不同看法？

陳委員錦煌

我對執行方式沒有意見。但想請教關於這7家違規院所核減率，可以提供給我參考嗎？前2季或3季的核減資料都可以，下個月給我就好。詐領健保費的醫院還被評鑑優等，對其他院所而言，乾脆也來詐領健保費好。

戴局長桂英

健保局會提供最新可取得的核減率資料供委員會參考。

陳委員宗獻

- 一、關於評核會的流程，以過去幾年經驗來看，大概都是進行報告的總額部門會在，其他總額部門都不在。每個總額部門在準備

報告時，都非常勞師動眾，像西醫基層報告時，會有非常多位來自各分區的代表參加，基層的總額代表可能就有 1、20 位，大家都非常關心 performance(績效)如何，因為有些全國性的 data(資料)也只有在這個場合會出現，基本上大家對於評核的結果及對過去一年的總檢討都非常重視。

- 二、如果將一般服務、專案計畫分開來報告，總額部門就要來報告兩天，評核委員在評分時，第一天先評核一般服務，第二天評核專案計畫時，第一天的印象都不在了。分開報告或合在一起報告各有優缺點。不論是各總額部門要將專案計畫(方案)及一般服務在同一時段報告，或一天內分兩個時段，分別報告一般服務及專案計畫，也是另一種方式，對各總額部門本身進行內部檢討會更好，因為各部門代表都會從頭聽到尾，也能注意到明年度該改善的地方，以及評核委員與各界的期待，這部分很重要。

楊主任委員銘欽

謝謝陳委員宗獻的意見，也有道理。請中醫部門及醫院部門代表委員表示意見。

孫委員茂峰

- 一、我比較贊成主委所提，就是安排同一總額部門在同一時段將一般服務、專案計畫報告完畢。根據以往的經驗，就如同陳委員宗獻所講，當總額部門在報告時，其他總額部門的代表都不在。
- 二、蘇委員鴻輝所建議，將一般服務及專案計畫分開報告，可以聽取其他總額部門的報告，並互相觀摩學習。但個人傾向認同陳委員宗獻的做法，安排同一總額部門在同一時段報告，也還是有可以觀摩其他總額部門的機會。謝謝。

楊主任委員銘欽

謝謝孫委員茂峰。醫院部門的委員對剛才的討論有沒有特別的看法？還是都可以？(委員回應都可以)剛才蘇委員鴻輝的建議，我覺得也很不錯。今年建議將各總額部門的一般服務、專案計畫安排於

同一時段的報告方式，健保局有沒有意見？

戴局長桂英

健保局沒有意見，我們算是列席人員。

楊主任委員銘欽

因為健保局也要報告，很辛苦，扮演很重要的角色。請蔡組長淑鈴。

蔡組長淑鈴

- 一、依照去年的經驗，醫院總額部門沒有接受專業審查事務委託，但也要評分，這部分在去年已經這樣處理，站在健保局的立場，沒有反對乙案，而是認為各總額部門都來評分很好，因為不論有無接受專業自主事務委託，並未影響總額制度的實施，有沒有委託只是部門的專業審查有無受託而已，但總額共管機制一直都在進行，並沒有因為未受委託，就不進行總額共管。例如今年中醫門診與醫院總額部門沒有接受委託，但共管會議仍然一直在進行。
- 二、個人認為可以採乙案，但健保局及醫界兩邊還是要報告。照擬辦的乙案是「比照去年方式，請健保局報告執行成果，未受託部門補充說明...」。事實上去年並沒有補充說明，就只有健保局報告。個人認為，沒有受委託的部門還是有貢獻，部門可以提出說明，可否建議就算未接受專業審查委託，兩邊也應該都要報告，雙方一起來接受評分，這樣會比較好，可以各自提述對這件事情的貢獻，也有助於雙方長期和諧，因為有無接受專業委託，其實也牽涉到另一種評核，所以不應該干擾到總額制度的實施。以上建議。

楊主任委員銘欽

謝謝。蔡組長淑鈴在評核時很辛苦，要報告全部的表現，對未受託的部門，也是由健保局報告。過去都有提到未受委託的部門，歡迎來聽取健保局的報告，也歡迎補充報告，去年醫院總額部門是因資料不夠，就都由健保局報告。個人站在主席的角度，非常認同部門

雖然沒有接受委託，但也可以向評核委員說明一年來的執行情形，或者是執行上有何困難之處，這部分是不是可以這樣處理。

陳委員明豐

對不起，剛才才知道因醫院總額部門沒有委託，也沒有提供執行的資料，要我們報告，是不是應該提供資料給我們。

楊主任委員銘欽

請戴局長桂英回應。

戴局長桂英

陳委員明豐關心的是，從醫院協會的角度，如果要報告時，需要相關分析資料，可以將條件告訴健保局，本局會在容許的範圍內儘量配合提供，這樣對彼此都有好處。如果單由健保局報告，會只從健保局的角度切入。

陳委員明豐

所以是健保局給醫院協會資料，由醫院協會報告，是嗎？

戴局長桂英

是看醫院協會這邊有需要什麼資料，由健保局協助提供。

謝委員武吉

議程資料寫到「未受託的部門補充說明...」，補充說明要到何種程度？要跟醫院總額部門說清楚，才知道要補充說明什麼，及要索取哪些相關資料，不然醫院協會手上都沒有資料，要如何補充說明？

戴局長桂英

醫院有將近 500 家，個別醫院如果有進行民眾滿意度調查，雖然與健保局的結果不一樣，但效果不錯，也可以呈現出來；或者是病人就醫等候情形，各醫院的調查結果都比去年改善，類似這種有利的資料，其實都可以補充說明。例如 utilization(醫療利用)，其實健保局也會主動報告，但因分析資料太多，切入的角度有時會有所不同，醫院協會也可以指正健保局，可建議從何種角度分析醫療利用資料。以上建議，還是要由委員會裁決。

楊主任委員銘欽

- 一、可以理解醫院代表剛才的發言，手中沒有資料，真的很難報告，是可瞭解的。
- 二、如果要醫院部門報告，手上要有資料，才能答應，不然先答應，結果沒有資料，也無法報告。但可否反過來說，醫院代表可以原則上先答應，至於報告時所需的資料或是講到何種程度，還有兩個月的時間，可以再跟健保局溝通協調；或者健保局報告一部分，一部分資料提供醫院代表來報告。也就是雙方一起報告，不要只有單方報告。實際上醫院部門也花了很多心力，也有很多貢獻。可否這樣處理，請醫院總額部門代表再思考一下。

孫委員茂峰

戴局長桂英與蔡組長淑鈴的說法，似有不同。戴局長所提的似乎建議未受託的總額部門，可以就能做的、比較有利的部分提出補充，與擬辦一的乙案一樣。可是蔡組長淑鈴所提的似乎不是這樣，而是總額部門雖未受託，但還是請其報告，這是兩個不同的狀況。

蔡組長淑鈴

我的意思是以去年經驗，如果採乙案的話，就會變成沒有補充說明。

戴局長桂英

蔡組長是擔心未受託部門沒有做補充說明，所以希望部門都能補充。

蔡組長淑鈴

- 一、個人一直認為總額實施後，不管總額部門有沒有接受委託，其實對醫界都有貢獻，而不應只有健保局單方面報告，就來評分。剛才局長跟大家提出的說明也很好，未受託的部門可以就議程資料第 90、91 頁中的評核項目，提出對部門有利的證據來佐證，例如相關服務品質及效率的提升等事宜。
- 二、就陳委員明豐提出「沒有資料」的部分加以說明。其實各分區的共管會議是每個月舉行，各分區的開會資料非常豐富，總局的總額支委會也提供許多資料，即本局一直都有 release(釋出)

資料，而這些資料都有 continuous(連續性)。我覺得一年來在支委會、分區共管會議，有這麼多資訊，其實已非常足夠。所以並不是有沒有資料的問題，雙方應該相輔相成，讓評核委員更能理解總額中醫界的貢獻，這樣比較能夠符合給予評分，最後還可以由總額中給獎勵款，付費者也會更覺得合理。

楊主任委員銘欽

一、擬辦一之乙案，本來就寫到「未受託部門補充說明」，剛剛只是醫院代表詢問須補充到什麼程度？要什麼資料？我想這部分可以再談，大家先同意採用乙案。

二、擬辦三，就照所提出的建議，評核會連續二天，各部門總額安排在同一時段。

蘇委員鴻輝

剛才跟幾位委員討論過，是不是所有部門都在第二天結束後再一起評分，這樣會比較公平。

楊主任委員銘欽

好，擬辦三的決議是合併為連續二天，評核委員在所有部門報告完畢後再評分。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

很贊成蘇委員鴻輝的想法，但是就人類大腦的記憶，假如看到一位美女從前面走過來，過一段時間，再看到第二位時，會產生混淆現象，因為人的記憶力很短暫，我們稱為暫時記憶，你會有一個印象，根據標準記錄一個分數，當事過境遷後，以醫學統計，24小時後有80%的記憶會不見，除非刻意做筆記，不然真的會忘記，就醫學角度來看，會不會有這樣的顧慮？

楊主任委員銘欽

一、我想您可以放心，我們邀請的評核委員都會做筆記，而且我們的評分表非常詳細，其實我們提供評核委員看的資料是很厚、很細的，今天因為方便討論，只有列出大項目，有關何語委員

的指教，我們都有在做，只是今天沒有刻意呈現而已。

- 二、依過去參與的經驗，評核委員會互相評比，例如昨天看這個部門好像很不錯，參考其他部門後，發現其實該部門可以做的更好；或是昨天看到的部門表現不是很好，結果最後發現原來大家都沒有辦法做的很好，所以會互相調整，到最後大家都是美女。這部分謝謝張副秘書長提醒，我想我們邀請的評核委員是沒問題的。

蘇委員鴻輝

在作業時程表中，6月中旬須提出書面報告，希望健保局和部門總額的書面報告可以交流，互相核對數據，因為我們經常發現健保局最後在報告時，可能因資料擷取時間不同，兩邊產生落差，以前也遇過評核委員指出數據有不同之處。可否先對數據進行比較，若發現數據擷取時點不一樣，我們在報告時也註明。不然怎麼會同一部門出現二個數據？所以希望6月中旬書面報告可以交流，最後報告的呈現會較完整。

楊主任委員銘欽

- 一、大家儘量互相配合，但如果到6月中旬還有些數字需要更正或有落差，評核委員應該可以理解，如果是因擷取時點產生的落差，加以說明即好。
- 二、剛才陳委員錦煌、謝委員天仁和何委員語所提出的評核項目建議，請委員參閱議程資料第91頁「(七)管理效能」部分，會增列院所違規件數多寡及違規情節嚴重程度等乙項，這部分會請評核委員參考。
- 三、再來有關配分部分，剛剛跟大家報告過，為方便討論，所以沒有將更細的項目列出來，請問何委員可以接受嗎？至於評核分數及等級，特優分數應在90分以上，我們可否從善如流？如果教育部、內政部都以90分才算特優，我們就依照何委員建議，提高標準，請大家全力以赴。相關修正內容會在會議紀錄列出。

蘇委員鴻輝

假如標準提高，是不是鼓勵的成長率也該提高？過去因謝委員武吉提出經濟困難而有降低，現在經濟成長率好像已恢復，可否考慮恢復到以前的水準？因為標準也提高了。

楊主任委員銘欽

那是另外一個議題，蘇委員有這樣的提案，請林執行秘書說明。

林執行秘書宜靜

從前年開始，我們對於品質保證保留款的獎勵成長率，會參考大總額核定的範圍，所以會在7月份時，視行政院核定總額範圍的結果，再提案討論，建議到那時候再來討論成長率。

楊主任委員銘欽

- 一、今天只有討論幾分以上屬特優或優級，蘇委員鴻輝的建議，我們也會做紀錄。
- 二、本案就告一段落，接下來進行討論事項第二案，為謝委員天仁的提案，請大家翻到議程資料第95頁，請同仁宣讀。

陸、討論事項第二案「醫療給付費用總額協定，經衛生署核定後，關於已協定各項目金額之增減之提案，不得以臨時動議提出，在本會委員會議決前，並應再經各總額部門與付費者代表協定程序案」
與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。本案有些法律用語與觀念，可否請謝委員天仁用白話的方式，再跟大家說明。

謝委員天仁

我已經寫得很白話了。

楊主任委員銘欽

不好意思，程度比較不好。

謝委員天仁

- 一、費協會的任務是協定總額及相關金額的分配，所以上次委員會提出一個臨時提案，涉及對於 99 年度 B、C 型肝炎治療計畫專款不足的部分，可以動支流用其他專款項目的剩餘款。在法律上，老實講事屬重大，因為金額有 21 億元，當天很關心專案的蔡委員登順也來不及表達意見，我想他一定覺得很遺憾，就因為是以臨時提案的方式，才會造成這樣的問題。
- 二、為了讓議事更有效率，希望這些相關提案的程序能夠更嚴謹，也為了讓各總額部門、付費者代表與政府部門代表能有更多時間思考，所以認為應該循正式提案的程序提出，大家討論，有共識後，再提到委員會議確認。我覺得這樣的流程可能對委員會會議本身，還有整個事件的思慮，會比較周延。我們的會議規範，老實講，有一點抽象，所以今天幕僚單位也有提出要修改相關的規定，我倒覺得這是好事，基本上將相關的遊戲規則訂清楚，就不會有問題。
- 三、因為我們年度總額的協商，都是在行政院核定的範圍內進行討論，協商後如果有共識，經過委員會議確認，就報署核定，如

果沒有共識，就報署裁決。假使以臨時提案的方式，或是沒有再經相同的程序，就可以隨意變動相關金額，會變成我們原來年度總額的協商流於形式，因為協商以後，每一年、每一個時點，都可以提出不同的意見以增減相關金額，這樣並不適宜。那有金額已協定、衛生署已核定後的變動程序，反而更簡單，這不是法律的初衷，也不是法律的精神。所以我才會認為，應該要循原來的遊戲規則做適度的調整，不要以臨時提案的方式提出，最好照規矩來，如果涉及已協定金額之增減，希望還是透過原先總額協商的流程，大家先磨合意見，沒問題再報到委員會處理，這樣委員會的議事應該相對更有效率。

四、至於其他僅涉及分配方式的部分，本來委員會就可以直接處理，並沒有包括在裡面，特別將它寫清楚。

楊主任委員銘欽

謝謝。請何委員語發言。

何委員語

- 一、剛才醫界代表說我們看這些專有名詞也搞不懂，確實如此，但我知道聰明的出嘴巴，憨厚(台語)的出力，所以當我接了費協會委員職務後，清明假期都在家裡看這些會議資料，我太太都跟我抗議，你那麼認真做什麼！可以看我都用紅筆寫的密密麻麻，因為年紀大了，反應比較差，所以看到那裡就需要想一下，再接下去看。
- 二、對於本案，贊成原提案精神，但幕僚建議處理方式：「得提案並檢附相關佐證資料...」，會變成一般提案，不是重大議案。既然總額協定完成後經過衛生署核定，若要再變更，應屬於重大議案，會議程序必須以復議案處理，所以文字上應該改為：「得復議提案並檢附相關佐證資料...」；另外，最後「並提請委員會議確認」，應該為「並提請委員會議確認議決」。變更金額屬重大議案，這是提案的精神。
- 三、會議規範在復議之提出中所訂提請復議之理由為：「如因情事變

遷或新資料而認為決議確有重新檢討之必要，得提請復議」，可是在提請復議的條件，第一項為原案決議後尚未執行；第二項為具有與原決議不同之理由者。我認為這裡應該要修正，增列：「於執行期間，因重大政策變動或特殊情況發生時，有具體事證者可以提復議案」。

- 四、程序上我很贊成謝委員天仁的建議，因為解鈴還需繫鈴人，當初協商會議討論的金額，若有變更，還是要重新回去討論，之後再送到委員會進行確認議決，這是程序問題。但我認為衛生署核定後，要再變更金額，屬重大議案，應以復議案提出，不能以一般提案處理，這是我的建議。至於會議規範所訂的復議內容，應該再修正得更嚴謹詳實，比較適當。

楊主任委員銘欽

謝謝何委員從議事規則的角度來看，讓謝委員提案的精神更謹慎、周延，並說明如果屬重大議案應該採復議方式提出。

蔡委員登順

- 一、我有一點看法。總額協商是經全體委員挑燈夜戰、集思廣益而達成共識，成果實屬不易，全體委員應該要珍惜，不要輕易突破，否則很難維護制度。贊成謝委員天仁所提議案，經協定後不得以任何理由或方式變動之，既經協定，就應該要予以維護，這是我要強調的。
- 二、至於謝委員天仁剛才提到執行期間因政策改變或特殊情形，造成費用支出較原協定額度有大幅變動，需變更原協商項目之金額時，剛剛何委員語提到應該要提復議案及檢附相關佐證資料，經委員會同意後，才可以重新再交由總額部門及付費者代表、相關主管機關協商，並提委員會確認，這樣的程序我當然予以尊重。

楊主任委員銘欽

精神上我們要很謹慎，但還是要有一些彈性在。

謝委員天仁

- 一、程序上我本來提案是想用委員會議決議的方式先通過，假使主席認為有必要在會議規範通盤調整，應該另外再提案比較妥適，因為相關條文，大家沒有全盤瞭解，只取中間一段，例如，幕僚建議因政策改變或特殊情形等文字，用語並不精確，我認為應經慎重考慮後，再去變動會議規範。會議規範是通盤性規定，我們的決議則僅對當屆委員有拘束力，若要對每屆都有拘束力、效果不能改變的，再列於會議規範中。
- 二、剛才提到復議案的提出，會議規範講得很抽象，議案經決議通過或否決後，如因情勢變遷或有新資料而認為決議確有重加研議之必要時，得提請復議。我們都知道立法院對復議案有復議相關要求，有時間、復議連署相關的人數規定。我們的會議規範有訂定委員連署，但好像沒有時間的限制，例如 99 年的決議能不能在 101 年提出復議？應該要有規範，在提出的時間做一管理。既然有這些問題存在，應該要通盤整理以前相關的決議，看那些與會議規範有關，適合納進去規範的，再提出修正、討論，這樣比較完整。

楊主任委員銘欽

涉及到法律文字要非常小心，可否多邀請幾位委員表示意見。

陳委員明豐

- 一、這個案子和上個月的提案有關，上次提案不是為我個人，而是為醫院協會提出，非常謝謝各位委員的意見。當然法律用語、程序，我們不一定完全知道，也許因為我們對於法律的鑽研沒有像委員這麼專門，所以各位會覺得我們的程序不對，我是覺得如果上個月提案程序不合法律規範，是不是可以請主席裁示，先不做決定，大家再討論怎麼做，不要當場決議，變成好像大家都不怎麼愉快。
- 二、關於本案的提議，我也非常同意，不過協商決議後，如果因政策改變或費用變動，是否健保局應該在政策改變時就要提出，

而不是醫院或醫療提供者提出費用改變。上個月那個案子為什麼會提出，也是我們與健保局討論費用時，才發現這個問題，健保局也認為應該在費協會討論，醫院代表才會提案。

三、同意我們不懂法律的運作，但本案如果照這樣走，以後健保局對於政策改變或適應症放寬時，請健保局也要提出討論，是否大家都同意這樣做，對民眾健康會比較好，而不要像現在，你們都說好，卻由醫院這邊買單，大家請客都由我們付帳，付到已經沒辦法活下去，你們再說不符合法律規範。我們同意法律的規範是很死板的，但站在費用支出方面，老實講是非常大的支出，我們非常誠懇的提出問題、尋求解決，也請健保局、付費者代表、學者們能夠體諒我們的立場。

四、請參看議程資料第 96 頁，若按照幕僚意見：「1.建議於總額協商原則增列：『如執行期間，因政策改變或特殊情形，造成費用支出較原協定額度有大幅變動...』」，什麼叫做大幅變動？可否列出數字，或許你認為 1 億才是大幅，但我認為 1,000 萬就屬大幅，沒有一個正確的數字定義，會變成各說各話，這樣很麻煩。另外，增列「得提案並檢附相關佐證資料...」，到底是多少時間的佐證資料？相關資料都在健保局，要求我們提出，當然提不出來。這些情形希望在處理過程中，能夠體諒彼此困難，讓大家真的能共同維護好民眾的健康，我想沒有人會反對這事情，但請體諒醫療提供者也有困難存在，需要彼此共同努力。

楊主任委員銘欽

謝謝陳委員明豐。接下來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)

一、何委員語提到委員會議應該做議決，沒有錯，根據健保法第 49 條及費協會會議規範第 6 點都提到，醫療費用總額及其分配方式是費協會委員會議應該議決的事項。本案的兩點爭議，第一，可不可以提臨時動議；第二，會議規範要不要修正。可否

目前先不要決定，等到下一次開會時再確定。我有查預算法相關規定，並沒有特別規定「涉及預算金額增減時，不得以臨時動議提出」；在公司法第 172 條有所謂不得以臨時動議提出之情況為，涉及董事、監察人選任或解任、變更章程、公司解散、合併、分割或其他重大事項，才不得以臨時動議提出。

- 二、我們必須考量剛才謝委員天仁所提的時效性問題。今年國內碰到流感大流行，造成死亡率、醫療利用率比去年增加很多，但我們並未提出情勢變更，甚或請問衛生署這是否屬重大疫情，重大疫情必須要國安啟動、行政院院會決定，這些措施，都需要時間，絕對不是一時片刻就能提出。為了慎重需要求時效，但不能要求在很短時間內達成，這會失去法律衡平原則，法律應該站在公平的基礎，讓雙方面可以靜下來談，給予寬限時間慎重處理及蒐集整理佐證資料。若要限縮時間，恐會造成醫界在提供醫療服務時，面臨到底要給或不給的問題。希望整體醫療品質及醫療環境都能改善，建議本案在下一次會議慎重思慮後，再做決定會更好。

謝委員天仁

- 一、剛剛已經講過，提案本身不涉及會議規範的修正，這是幕僚單位的意見，我已很清楚地說，只是要做決議。至於會議規範若有必要修改，像剛才委員認為不夠周延，則等大家提出後再討論。
- 二、本案只是針對上次會議的情況，我覺得很唐突，突然提出臨時動議，大家要面對的是要不要多給 20 億元的問題，短時間內要做決定有困難。大家不要以為費協會是決定 5,000 億，沒有！我們只是在行政院核定的範圍內進行總額協商，決定的金額，講白一點說，大概只有 100 億左右。100 億中有 20 億要流到 B、C 型肝炎計畫，占了將近 25%，怎麼看都屬重大議案，怎麼會以臨時動議的方式處理。我覺得還是要維持總額協商的精神，早在 99 年 4 月 9 日就已經訂有協商原則，已決議的事項，原

則上是不動的，若要更動，除非會議規範有規定。

三、我只是覺得大家要照程序進行相關處理，如果以後認為有必要變動會議規範，以後再處理。我認為醫院部門沒有理由不去面對這個問題，這是大家互利的。上次該案的處理方式會產生無謂的爭執，且造成大家的關係緊張，怎麼會突然提出議案闖關，也沒有事先意見溝通，對議案本身，老實講沒有幫助，回歸到原來的程序，對議事運作才有助益，且醫院部門提出的議案才有可能達成。所以本案沒有理由須等下次會議才能決議，而且我的提案並未涉及會議規範的修正。

楊主任委員銘欽

謝謝謝委員天仁再次說明。在此要向大家說明及抱歉，確實謝委員的提案只有說明一至四點，後面則為費協會幕僚的補充建議。幕僚的提議也是出於好意，希望有助於讓今天的討論，有具體文字可以落實，不過也許與謝委員的提案有些落差，跟謝委員抱歉。再邀請其他委員表示意見。

蘇委員鴻輝

若如謝委員天仁講的，提案決議只對本屆委員有限制性，我覺得應該贊成提案的精神。另外，幕僚所提出的意見，是否要檢討協商通案性原則或會議規範，可另提方案討論。

楊主任委員銘欽

謝謝蘇委員鴻輝。請林執行秘書補充說明。

林執行秘書宜靜

一、向委員說明，建議將會議規範及協商程序分開處理。因為會議規範主要是訂定議事程序，會延續性使用，不會常常修訂，所以希望一旦討論確認後，就穩定地遵照它來處理議事。剛才委員提到復議案的程序，本會會議規範對復議案的規定，完全是沿用內政部會議規範。所以幕僚建議，提案程序部分不做變動，謹遵照剛剛謝委員天仁的意見，用決議處理就好，本會會

議規範則不變動。

二、至於協商流程應該如何進行，每一年都會提案討論，每年訂原則。隨著總額發展越來越成熟，協商程序也越來越完備。早期於部門分別推動實施總額支付制度時，所有協商的成長率，包括協商公式，全部都在委員會議討論，一直到 92、93 年總額全路上路後，才有比較完整的程序，先召開共識會議，接著召開委員會議做確認，給予法律效力，近 3 年的總額協定都是透過共識會議、委員會議確認的程序；可是在更早之前，例如協商 97 年總額時，也曾經發生過有些部門，在共識會議沒有談成，續於下個月的委員會議中繼續討論。所以我覺得協商程序越完整越好，大家對於程序越有共識越好，但可能每屆委員或總額部門會有不同看法，例如：協商流程部分，是不是需要經過共識會議、再到委員會議；若有變更金額，提案程序是否如謝委員天仁所說，於提請委員會議同意啟動後，經過共識會議協商，再提委員會議確認等。因此建議這部分列入每年談總額協商架構、協商原則、協商流程議案中討論，討論結論當屆委員就要遵守，這就會有一個適用期限的規定。以上說明。

楊主任委員銘欽

請謝委員武吉發言。

謝委員武吉

對謝天仁委員的提案感到很敬佩，醫院提案不是為自己，是為了全國老百姓使用 BC 肝炎試辦計畫的權益，但預估數與實際數據卻落差這麼多，我們沒有這方面的數據，建議健保局應該要進行監控，如果有差距，也應該由健保局提案，不該讓我們背黑鍋，上次提案是健保局要我們醫界提案的。

何委員語

一、今天謝委員天仁所提重點，只是規範不能提臨時動議，各位知道，本委員會只有討論錢而已，請參看本會主要任務，5 項都跟錢有關，所以錢的變動當然屬重大議案，既然協定結果經衛

生署核定，若要變更，就不能用一般提案，否則就太不尊重衛生署的裁決，一定要用復議案。

二、有關復議案，內政部的會議規範寫得很清楚，可是本會的會議規範對復議案的提出有點矛盾，復議的理由是同內政部的規範，但條件是過去自己訂的，所以我認為應該要訂有程序。若本案通過不能提出臨時提案，以後醫院若有變動要提案時，沒有程序管道可以提，因為只要總額定案後，就不能再提一般提案，除非健保局自己願意提出，要不然委員不能提案，因為照會議規範的精神，是不能提一般提案，所以只能以復議程序，但會議規範對復議案又寫得不很務實，只寫到：「具有與原決議不同之理由」，所以我認為有矛盾之處。如果今天要通過謝委員天仁的議案，接下來一定要修改復議案的程序，才能讓醫界委員有重大政策變動或者有新資料，認為原決議有重新研討的必要時，得以提請復議，否則沒有管道可提出，連訴願都沒有，這是我的淺見。如果臨時提案將之排除，一般提案又不能提，復議案又沒有詳細文字內容，要怎麼提？不可能提的，今天如果要通過謝委員天仁的提案，建議下個月要修訂會議規範中有關復議案的內容。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝何語委員。請問謝天仁委員，如果今天要做決議，是否為：第一，有關金額增減部分不可以臨時動議的方式提出，這是最主要的精神；第二，若以復議案提出，經過本會同意可以協談，再請總額部門與付費者及政府機關代表先協商，協商完後再將結果提到委員會做最後確認。
- 二、剛才何委員語提到，若一定要以復議案形式提案，就可能需要修訂會議規範，下次再提案，今天就先決議大原則。
- 三、剛才幾位委員的發言，包括陳委員明豐、張副秘書長孟源都有提到，多大的金額、時間、提案人是誰等，比如說健保局可否提案，或只有委員可提案等細節，可否等以後再處理。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

- 一、照主席的說法應該是分二階段，第一個階段是要程序重開，可否以臨時動議提出程序重開的提議，重啟協商小組進行協商；第二個階段是協商小組將協商結果報到委員會議上進行決議。
- 二、照謝委員天仁的意見，臨時動議是不能提出金額變更，但應該可以提出程序重開的要求，這應該合理。否則會像何委員語所講的，把所有的路都堵死，像今年流感大流行，我們連提都沒辦法提，所有的病人都湧向醫院、診所，急診室病人在哀嚎，我們都沒辦法處理，所以一定要留條路給別人走。

謝委員天仁

張副秘書長孟源講的對，我講的這些都是實體的東西，例如，要議決不夠的 20 億元由其他專款項目經費流用，若於程序上提出臨時動議，希望委員考慮因為金額變動太大，能否啟動總額協商變更經費的機制，這屬於程序，是沒有問題的，不在本案限制範圍內，而可以臨時提案的方式提出。

楊主任委員銘欽

- 一、說實在，本案對我考驗較大，涉及法律、會議規則等方面。幾位委員的意見聽起來，是建議在法律程序上，應該要留一個可以提案的空間；其次，如果提案涉及金額的增減，就不要提臨時動議，而以正式提案方式，讓委員可以事先看到議案內容，事先消化或收集更多資訊，這樣開會時，能夠有較好的決議。
- 二、若決議可以重啟協商，那就由協商小組討論，討論後再將結論提到委員會議確認。至於金額、時間等問題，於提出議案時再討論，比如剛剛陳委員明豐講到，變動 1,000 萬，也許委員會覺得相對於部門總額實在很少，不同意重啟協商，但也有可能同意，那就重啟協商。
- 三、本案就決議，有關已協定各項目金額增減之提案，應以一般提案的方式提出，或是要寫不得以臨時動議提出？

謝委員天仁

維持我的提案文字，我沒有去界定到底屬復議案或一般提案。

楊主任委員銘欽

好的，不得以臨時動議方式提出，經由本委員會決議後，始得重新啟動協商程序。文字上可否請大家幫忙思考如何寫會比較周全。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

後面再加一句：協商程序的重啟不在此限。謝委員天仁的意思是預算金額增減的實體事件，不得以臨時動議提出，但於緊急變故時，協商程序的重啟不在此限。

楊主任委員銘欽

還是可以用臨時動議的方式提出？

謝委員天仁

程序部分以臨時動議提出是可以的。

楊主任委員銘欽

了解，剛剛有點誤解。謝天仁委員麻煩您幫我將決議再講一次好嗎？我怕文字不夠周延。

謝委員天仁

因為我們是共識決，還是要主席的金口講出來才算數。

戴局長桂英

委員可以建議，再請主席決議。

楊主任委員銘欽

可否提供建議的決議文字。

謝委員天仁

可以寫，照案通過，但張副秘書長孟源建議對於協商程序的啟動不在此限，就解決了。

楊主任委員銘欽

謝謝。重新再講一次，本案決議：照案通過，至於協商程序的啟動不在此限。若各位都可接受，就這樣確定。若無臨時動議，今日會

議到此結束，謝謝大家。