

全民健康保險醫療費用協定委員會

第 167 次委員會議事錄

中華民國 100 年 1 月 14 日

全民健康保險醫療費用協定委員會第 167 次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國 100 年 1 月 14 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：

李委員明濱 蔣副秘書長世中(代)

孫委員茂峰

孫委員碧霞 吳科員依婷(代)

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

黃委員美娜 楊副處長芝青(代)

黃委員偉堯

黃委員碧霞 曾科員淑娟(代)

葉委員宗義

葉委員明峯

廖委員本讓

劉委員志棟 華副處長清吉(代)

劉委員清芳

蔡委員登順

謝委員天仁

謝委員武吉 謝榮譽理事長文輝(11:05~12:30 代)

蘇委員清泉

蘇委員鴻輝

肆、請假委員：

林委員啟滄

戴委員龍輝

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

曲參事同光

朱組長日僑

梁組長淑政

戴局長桂英

黃副局長三桂

林專門委員阿明

柯副主任委員桂女

林執行秘書宜靜

張組長友珊

陸、主席：楊主任委員銘欽

紀錄：盛培珠

柒、主席致詞(略)

捌、報告事項

第一案

案由：確認本會上(第 166)次委員會議議事錄，請 鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(第 166)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請 鑒察。

決定：

- 一、100 年度各部門總額協定事項之相關計畫與須辦事宜，依辦理時程繼續追蹤。
- 二、有關「請中央健康保險局配合於每季(3、6、9、12 月)進行醫療費用支出情形口頭報告時，納入有關地區醫院之家數變化、申報與核付、核減率等相關資料」乙節，於觀察 2 季(3、6 月)均無延誤報告後，再行結案。
- 三、餘結案並洽悉。

第三案

案由：本會議事錄對外公開之作業方式修訂案，請 鑒察。

決定：除與會發言人員確認發言實錄時間維持現行之「3 個工作天」外，餘依修訂建議通過(修正後之作業方式如附件)。

第四案

案由：中央健康保險局函送本會備查之「100 年度各部門總額保障項目」案，請 鑒察。

決定：100 年度各部門總額保障項目與核算方式，尊重中央健康保險局會同相關醫事團體議定之結果(如附表)，同意予以備查。至醫院總額之血品處理費，中央健康保險局業已函請衛生署核示，將依相關程序辦理。

附表 100 年度各部門總額一般服務保障項目與核算方式

部門別	保障項目與核算方式
牙醫門診	藥品採每點 1 元核算。
中醫門診	藥品、藥品調劑費及「中醫門診總額醫療資源缺乏不足地區巡迴醫療服務計畫」之論量計酬案件，採每點 1 元核算。
西醫基層	(一)藥品依藥價基準核算。 (二)每點 1 元之核付項目： 1.論病例計酬案件。 2.促進供血機制合理方案之血品處理費。
醫院	(一)每點 1 元之核付項目： 1.門住診之藥品、藥事服務費。 2.門診手術費。 3.衛生署公告之偏遠地區急救責任醫院之急診醫療服務。 4.住院之手術費、麻醉費。 (二)以各分區門住診前一季平均點值或當季浮動

部門別	保障項目與核算方式
	點值核付之項目： 經衛生署核定，健保局公告之偏遠地區醫院之醫療服務，其浮動點數以前一季各區門住診平均點值核付，惟結算後如前一季該分區門住診平均點值小於當季浮動點值，該分區該季偏遠地區醫院之浮動點數以當季浮動點值核付。
門診透析	(一)藥品及藥事服務費採每點 1 元核算。 (二)腹膜透析服務之追蹤處理費(58011C 及 58017C)採每點 1.1 元核算。

第五案

案由：行政院衛生署說明「全民健康保險法」修正重點案，請鑒察。

決定：洽悉。

第六案

案由：中央健康保險局報告「目前分級醫療實施情形，及如何適當分配醫療資源，提升使用效率之具體作法」，請鑒察。

決定：洽悉。

第七案

案由：中央健康保險局報告「醫院及西醫基層財務風險監控情形」，請鑒察。

決定：洽悉。

第八案

案由：中央健康保險局報告「醫療費用支出情形」，請鑒察。

決定：洽悉。

玖、討論事項

第一案

提案人：謝委員武吉

案由：100 年醫院總額實施時，健保局應針對地區醫院之「急性醫療服務部分」，以目標小總額來規劃管理(以前一年度之占率為基礎+區域以上醫院所降低之初級、次級照護比例之金額=地區醫院目標小總額)，以確保社區醫療之發展，避免社區醫療網萎縮崩盤，提請討論。

決議：

- 一、100 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式，業經報奉衛生署核定，並由本會公告在案，爰仍依協定之架構辦理。
- 二、分級醫療政策為健保未來執行之目標，有關各層級醫療費用占率、初、次級照護次數比率、急、重症醫療保障等相關規劃與執行配套措施，請先提至醫院總額支付委員會討論。

第二案

提案人：謝委員武吉

案由：基於資訊透明公開之原則，健保局之醫療服務審查應將審查醫師、承辦行政人員告知各醫療院所，以茲資訊透明之原則，達到雙贏之目的，提請討論。

主席裁決：本案保留至下次委員會會議討論。

拾貳、散會：下午 12 時 40 分。

附件

全民健康保險醫療費用協定委員會議事錄(含會議紀錄 及與會人員發言實錄)對外公開之作業方式

98年6月12日訂定
100年1月14日修正

一、議事錄之製作

(一)會議紀錄製作方式維持現狀。

(二)與會人員發言實錄，於當次委員會議後 4 日內製作完竣後，以 3 個工作天為期，用傳真或電子郵件送請各發言人員，進行確認。若有修正，以會中發言內容為限。3 天未回復者，視為同意。

二、上開議事錄依現行方式及名單寄送各相關人員及團體，並同時上網公開。

三、議事錄之確認：

(一)於下次委員會議時，宣讀會議紀錄部分，至於與會人員發言實錄則不宣讀。

(二)主席徵詢有無修正意見時，與會人員可就紀錄或發言實錄提出修正意見。

(三)紀錄或發言實錄若有修正，則記載於下次委員會議議事錄中。

四、議事錄之公開原則及方式：

(一)每次均公開。

(二)於當次委員會議後 10 日內，置於本會網頁公開之。

五、本作業方式自第 168 次委員會議之議事錄開始適用。

本會第 167 次委員會議
與會人員發言實錄

壹、報告事項第一案「確認本會上(第 166)次委員會議議事錄」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

各位委員及出、列席的女士、先生大家早，現在會議開始，首先確認上一次委員會議紀錄，請宣讀。

同仁宣讀(略)

楊主任委員銘欽

各位委員對記錄文字有沒有要修正的地方？如果沒有修正，就進到報告事項第二案。

謝委員武吉

我的提案(討論事項第三案)是要可以上網看到醫事機構的相關資料，決議只列出醫院總額支委會會議紀錄的網址，對於要看到醫事機構的資料可能有困難。

楊主任委員銘欽

對不起，文字上……。

謝委員武吉

要看到個別醫事服務機構的費用資料，可能有困難。

楊主任委員銘欽

您建議決議文字如何修正？

謝委員武吉

要讓每個委員都有一個 ID，才能夠看得到各醫事機構的資料，目前只能看到自己所屬醫事機構的申報資料。

楊主任委員銘欽

這部分請健保局處理。謝委員剛才提到文字上要做修正，是需要再提供相關的帳號密碼才能看得到？

謝委員武吉

是。

楊主任委員銘欽

請健保局確認一下，文字上是否可以調整？

戴局長桂英

了解，請健保局同仁說明實務作業。

張科長溫溫

補充說明，網路上我們會定期將每一家醫院的申報資料上傳，每家醫院都已有資料可供查詢。

戴局長桂英

是每一個人都可以看得到？

張科長溫溫

對，是放在健保局全球資訊網上。

戴局長桂英

所以任何人都可以看得到，一般民眾如果想查資料，都看得到。

謝委員武吉

不對，不是這樣的，妳不要欺騙長官。(註:會後謝委員武吉補充本段發言之意思為：網站刊載的資料根本不是案由或決議要的內容，需要有家數變化、床位變化…等資料)。

戴局長桂英

沒關係，等一下休息時間，請同仁帶委員出去，利用健保局台北分區業務組的電腦，可以示範一下。

楊主任委員銘欽

謝謝謝委員武吉實際操作過，發現使用上有一些困難。

戴局長桂英

請同仁直接示範，讓委員了解。

楊主任委員銘欽

確認後紀錄文字若有需要修改，再討論，本案先確定。委員若無其他修正意見，我們進到第二案。

貳、報告事項第二案「本會上(第 166)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

請林執行秘書宜靜報告。

林執行秘書宜靜

一、今日會議有三份補充資料：

- (一)第一份用迴紋針夾的資料，為會議議程的補充資料，包括：
 - 1.報告事項第四案，醫院總額一般服務點值保障項目的補充資料。
 - 2.報告事項第五案，有關二代健保法修法重點報告的補附資料，本案將請衛生署健保小組曲參事同光，介紹今年 1 月 4 日立法院通過的健保法內容，參考資料包括：簡報、健保法修正條文，以及健保法規制、行政院送立法院的二代健保法版本，及立法院通過的二代健保再修正案等三項之對照表。
 - 3.討論事項第一案，為健保局對謝委員武吉提案的補附意見資料。
- (二)第二份為報告事項第六案，健保局提供之「目前分級醫療實施情形，及如何適當分配醫療資源，提升使用效率之具體作法」簡報資料。
- (三)第三份為裝訂成冊，健保局 1 月份的醫療費用支出情形報告。請委員確認有無遺漏，若有缺漏，請提醒會務人員。

二、報告事項第一項為上次委員會議決議(定)事項追蹤情形，需追蹤者共 4 案，建議結案 3 項、繼續追蹤 1 項。請委員參看議程資料第 10 頁：

- (一)第 1 項為 100 年度各部門總額協定事項相關計畫與後續須辦事項之追蹤，本項建議繼續追蹤。請委員參閱議程資料第 12、13 頁，牙醫門診總額、中醫門診總額及西醫基層總額的辦理情形，目前各計畫/方案都已送衛生署核定或已公告；第 14 頁為醫院總額的辦理情形，除了第 7 項「推動安寧共照醫療服務」，及第 15 頁跨部門的第 1 項「修訂精神復健機構(住

宿型機構)全日之復健治療支付點數」、第 3 項「推動促進醫療體系整合計畫」、第 4 項「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」，尚在方案擬訂或修訂階段外，其他大部分計畫/方案也是送署核定或已公告。

- (二)第 2 項為請健保局針對分級醫療實施情形進行報告，本項已列入本次會議報告事項第六案，建議結案。
- (三)第 3 項為上次會議謝委員武吉提案，決議於每季進行醫療費用支出情形口頭報告時，提供有關地區醫院之家數變化、申報與核付、核減率等相關資料。本項已請健保局辦理，健保局亦回覆，將以現有收載資料足以分析之內容為範圍提報，爰建議結案。
- (四)第 4 項為四位委員所提的臨時動議，建議編列檢舉獎金給予檢舉者。本項建議已轉請衛生署參考，衛生署於 99.12.31 函復說明，在行政院函送立法院審議之「全民健康保險法」修正草案中，列有獎勵措施，可是在立法院審議時，擔心此獎勵措施會造成醫病關係緊張而未予同意，不過已要求醫藥界能提出自律方案。所以此項獎勵措施在立法院修法時未獲通過，但對委員的建議，衛生署已錄案參考，未來將於修法時會適時提出。

三、請委員翻回到議程資料第 8 頁：

- (一)報告事項第二項，本會 100 年度總額協定結果，已報請行政院衛生署核定，衛生署同意照辦，本會已於本(100)年 1 月 4 日公告，相關資料請委員參閱議程資料第 16 頁附件二及第 17 頁附件三。
- (二)報告事項第三項，2 月份是本會第七屆委員最後一次的委員會議，也是大年初九，署長為感謝委員一年來協商過程相當辛苦，將於會後宴謝委員，地點在台北市仁愛路一段的上海鄉村餐廳，請委員預留時間。因為是本屆委員最後一次會議，當日也將邀請署長頒發感謝獎牌及合影留念，照片會護貝後

寄給各位委員留存。以上是本會 2 月份的活動，請委員儘量出席。

(三)報告事項第四項，為衛生署函送參考之相關資料，包括修正「全民健康保險投保金額分級表」，以及公告「一百年全民健康保險保險對象應自行負擔之住院費用上限」。

(四)報告事項第五項，為健保局函送本會之參考資料，第 1 至第 11 項是 100 年度總額協定後陸續公告的方案，第 12 項是 99 年第 2 季各部門總額每點支付金額，以上資料請委員參考。

楊主任委員銘欽

謝謝說明，請問委員對說明內容有無提出質詢或需要修正的部分。

謝委員武吉

第 10 頁上次委員會議追蹤事項第 3 項，雖然健保局有提出 3、6、9、12 月會列入支出情形報告，但因為是每季要提報的資料，建議結案我認為不妥。

楊主任委員銘欽

謝委員是建議繼續追蹤哪一部分？希望可以明確列出。

謝委員武吉

決議寫的，還有我剛才補充看不到的部分。

楊主任委員銘欽

本案繼續追蹤，等到不僅委員，而是確認需查資料的人都可以查到資料後，就結案。

蔡委員登順

對本案我有不同的看法，健保局依照委員會議決議，在 3、6、9、12 月提出報告，只要每年按時提出，就符合我們的規定，我認為可以結案。

楊主任委員銘欽

謝謝蔡委員。若照上次會議謝委員武吉提案的決議，需配合於 3、6、

9、12 月例行醫療費用支出情形口頭報告時提出資料，純粹照決議文字來看，是可以結案，但剛剛謝委員武吉比較關心的是決議的第一項，在網站刊載的資料是否都可看到。建議分兩段處理，關於 3、6、9、12 月提報資料部分，可以結案，但網站刊載資料部分，則需確認委員在該網站都可以進入查閱後，再行結案。

謝委員武吉

我還是認為不妥。

楊主任委員銘欽

可否提出具體建議？

謝委員武吉

費協會以前安排 3、6、9、12 月報告的時間，可曾有延期過？有吧！

楊主任委員銘欽

偶爾會有。

謝委員武吉

若有，就不宜結案。

楊主任委員銘欽

若要追蹤，請問希望追蹤到什麼程度？

謝委員武吉

一定要有一段觀察期。

楊主任委員銘欽

了解，謝委員的意思是，為了避免現在結案，將來 3、6、9、12 月報告時，也許有延誤的情況發生，所以希望，例如先觀察 2 季，都沒有延誤後，再行結案，是這個意思嗎？

謝委員武吉

對。

楊主任委員銘欽

本案就決議先追蹤觀察 2 季，若皆有列入報告，再行結案。其他部分，委員有無要提出詢問？

陳委員錦煌

- 一、剛才聽執行秘書報告，有關我所提設立檢舉獎金的臨時動議案，立法院立委們好像要讓醫院以後可以大搞特搞！現在總統選舉賄選獎金多少？市長多少？五都首長多少？破案馬上可以領到獎金，醫院若是守法，那會怕一些有的沒的。說是立法委員的決議，上網可以查到嗎？報告後就要結案，那有可能！我們提案後，決議將建議送衛生署參考，衛生署去立法院報告後，就要算了，我會去詢問侯立法委員彩鳳，若非屬實該當如何處理？
- 二、最近醫院的問題這麼嚴重，若設有檢舉獎金，有人因為想要領獎金，可以去密報，可能因而破案。最近媒體又報導，違規金額 1 千多萬、幾億的都有，此現象很多，請不要草率的報告。

楊主任委員銘欽

謝謝陳委員。陳委員再次重申應由民眾協助檢舉，以找出錯誤需改進的地方。

陳委員錦煌

不只民眾，還包括各界，護士、醫生也都可以。之前有很多都是醫療體系裡面的人檢舉破案，老實說，健保局醫管組不管用。

楊主任委員銘欽

對於本案，我想這樣處理，第一點，重申委員對檢舉獎金的重視；第二點，口頭說明，在議程資料第 11 頁，衛生署提送行政院的健保法修正案版本，原本也有建議，跟委員的想法一樣。

陳委員錦煌

主委，我的想法是這樣，也請局長聽一下，我會去問劉建國及侯彩鳳立法委員，對於健保局所報，是否真的反對？我們勞工朋友的力量不可忽視，我會找自由時報來刊登。那一位立法委員敢說這樣的話？不敢啦！你不要隨便欺騙我。請局長答覆。

戴局長桂英

當時在委員會會議審查時，是鄭局長的任期內，我沒有參加那一段。

陳委員錦煌

等一下，這個提案是我提出的，怎麼會是鄭局長的時代？

戴局長桂英

我所指的委員會是立法院的衛環委員會。審查此法案是去年，大概5月時，那時候健保局是鄭局長守夏在任。據我了解，當時署長有主動提出將此項納入法案。等一下衛生署長官會來說明全民健康保險法的修正案，委員可再詢問他當時情境為何，我的確沒有參與。

陳委員錦煌

感覺健保局很奇怪，醫院的代表都沒人出聲，表示大家都同意、贊成，沒人反對，反而是衛生署及健保局在替別人講話，莫非想幫忙醫院詐欺？

楊主任委員銘欽

相關時間點，我再向陳委員說明。陳委員在上次委員會會議提出此案時，已向委員說明，因為健保法修正案已送到立法院審議，為掌握時間，所以本會很快地將建議案送請衛生署參考，希望下次修法時，有機會納入。為何如此處理，因為在更早的健保法修法版本中，已有此條文，跟委員想法一模一樣，我也有參加當時的公聽會…。

陳委員錦煌

但聽執行秘書的報告，等於這一案都沒有了。

楊主任委員銘欽

- 一、說明一下本案背景，第一次修法時確實有此條文，因為我有參加立法院的公聽會，所以可以負責說明。公聽會當時戴局長還未上任，這點沒有錯。當時確實有此條文，此案被提出時，就有人擔心會不會造成醫病之間互相猜忌情形，至於到底是誰提出的，還要去查立法院的議事錄，由實錄可以查到是誰提出的意見。那時因為有此考量，所以決議將有爭議的條文先拿掉。

所以本來衛生署有提出此條，只是後來立法院審議時拿掉了。

二、委員提出建議的時間點，因為法案已進入立法院二讀、三讀程序，所以本會只能請衛生署參考，但未來有機會修正健保法時，還可以再納入，屆時勞工代表陳委員可以向劉建國、侯彩鳳立法委員，以及所有關心本案的委員，強調本項建議，請其在下次修法時，幫忙將此項納入，以上說明。

陳委員錦煌

主委，謝謝。我沒有這樣逼，你那會說明。剛才執行秘書的報告，好像本案就此了結，我很重視、關心，所以再次詢問，才會說下次修法要納入。

楊主任委員銘欽

因為整個修法的過程很冗長，中間會有修訂。

陳委員錦煌

醫界代表沒人說話，表示大家都同意這樣做，付費者委員提案是為了要顧好大家的錢，所以健保局應該要強烈反映，衛生署也該請立法院儘速立法，這樣才對，怎麼會因為少數立法委員反對就算了，老實說，沒肩膀啦！不可以這樣，我會去立法院問這件事。

楊主任委員銘欽

對此部分先予澄清。剛才謝委員天仁先舉手，請謝委員發言，再請廖委員本讓。

謝委員天仁

- 一、剛才所討論的，是用立法的方式編列行政預算，我們應該考慮，不透過法律的制定，在醫療費用協定的範圍內，有無可能仍能達到本案目的，例如，在每年 5,000 多億總額中，由各部門總額成長率抽 0.01% 出來，於協定時指定這 0.01% 做為檢舉醫療院所詐欺醫療費用的獎金，看可否透過協商，完成這樣的工作。
- 二、若採上述作法，就可不待立法。但可能會有錢不足以支應檢舉獎金的問題，雖然可能會有此弊端，但我的看法還是應該考慮

去做，因為拿回來的錢，在總額制度下，還是分給所有的醫療機構，等於是拿院所的成本、獎金，看守他們自己的財產，如果費用協商可以做到這樣，不見得要等立法通過，就可以執行。例如，討論 101 年總額時，就可以協商此議題。在討論論人計酬計畫時，也有類似觀念，我覺得論人計酬既然可以做得到，為何檢舉獎金做不到？總額協定並未限制委員在總額範圍內，不能就相關事項所需費用做決定，這也跟總額有關，為了促進醫療費用支付的公平，所以必須有這樣的機制存在，這些機制所需成本，由各醫療機構共同來承擔，得到的回饋不是給付費者，而是給醫療機構。此部分假使可以考慮，在還未立法完成前，大家可用此角度思考。

楊主任委員銘欽

謝謝。接著請廖委員發言。

廖委員本讓

- 一、非常同意謝委員天仁的看法，我的想法也是如此。對本會開會討論內容，希望日後能稍作調整，我認為若不是本會職權範圍，討論耗費很多時間，最後也沒有結果。希望爾後提案或報告案，若非屬本會職權範圍，就不必提出，主席要有魄力一點，因為會議開半天，光確認報告事項就很久。我並非反對大家談論本項議題，但就我所知，本案的職權不在本會，而在立法院。說句實在話，當然醫界代表不會表示意見，他們只要直接在立法院擋掉法案就成了，所以不論我們決議為何，都沒有用。我將今天資料看過，感覺付費者代表比較傻，在此講半天，都是沒用的，醫界直接在立法院讓提案審不成，問題就解決了。
- 二、總之，建議將費協會職權列出，讓委員了解，有需要再討論，否則每次會都開到很晚，不曾 10 點多、11 點多散會。雖然現在會議都開到 12 點、下午 1 點，但也一樣沒有結論，若是如此，希望會議能早點結束，大家都很忙。

楊主任委員銘欽

效率很重要，謝謝提醒，須與本會職權有關的議題再討論。

陳委員宗獻

- 一、非常贊同廖委員剛才所提的建議。費協會的職權為醫療費用總額協定，根據全民健保法，所有措施，包括監理會、費協會，都須在健保法規範下執行。換句話說，逾越健保法、或認為健保法不妥當的地方，都需在立法院修正。依據新的二代健保修法法條(第一條)：「本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付」，換句話說，法規開宗明義就已經規定，「疾病、傷害、生育」為給付條件。
- 二、對於不良醫療行為的控制，及不良醫療行為的懲罰，我們醫界都贊成，這與品質有關，也與總額有關，所以剛才謝委員天仁所提有道理，但究竟能否在本會決定，究竟能否在未來總額談判時，撥一部分費用作為獎金，及獎勵金來源等，可能須多加考量，恐怕無法以健保總額支付此項費用。

楊主任委員銘欽

謝謝，對這部分我們再研究。如果沒有其他詢問或修正，本案就先告一段落。接著進入報告事項第三案。

參、報告事項第三案「本會議事錄對外公開之作業方式修訂案」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

第三案資料在第 20 頁，是有關本會議事錄對外公開作業方式之修訂，請林執行秘書說明。

林執行秘書宜靜

- 一、向各位委員報告，這次立法院在審議衛生署 100 年度總預算時，費協會及監理會最受關注的部分是資訊公開，所以在上次會議已向委員報告，本會議程將於會議 7 日前上網公開。立法院另一項要求是，希望在二代健保法開始實施前，監理會及費協會的會議紀錄及實錄能於會議後 10 日內公佈。
- 二、為因應這些要求，須配合修正本會會議實錄的作業方式，原則上需符合於會議後 10 日內上網公告，所以需縮短議事錄的作業時程。這 10 日含放假日，所以實質上可用的工作日只有 6 天，幕僚會儘快作業，只是給委員確認實錄的時間，以前的規定是 3 天，現在很抱歉須向委員說明，可否縮短時效，能於 2 天內確認，好讓幕僚及時完成作業。
- 三、另外，有關議事錄的確認，請參看議程第 21 頁第三點，議事錄確認部分，原則上還是會在下次委員會議宣讀紀錄，如果委員對實錄部分有意見，可以再修正，不過會記錄在下一次會議紀錄中，而不影響當次紀錄。所建議修訂之作業方式，從 2 月份開始，建請委員予以支持。

楊主任委員銘欽

對執行秘書之說明，有無需要詢問？

陳委員錦煌

很簡單，今天開會你當場宣讀紀錄，讓委員看看發言有沒有錯誤，沒有錯誤就 OK 了。我們在理事會也是當場紀錄，然後宣讀「某某理事，你這樣說對不對」，對就當場簽署，就不用寄了，這樣很快。現在規定 2 天，難道要我回去 Stand by，一天到晚等你的紀錄，若

要快，我說的方法最快，看今天誰發言，紀錄馬上讀出來，例如說陳委員你今天發言為何，若認為 OK，就結束，也不用寄給我確認。

楊主任委員銘欽

這樣最有效率，以前我參加過…。

陳委員錦煌

都是相同的意思，用寄的也是這些字，我確認 OK 也同樣是這些字，有發言的委員問一問就好，這樣才會快。

廖委員本讓

我的意見也類似，若當天可以確認，就當天，若無法當天，2 天內委員也會確認給幕僚，很簡單，這樣辦就好了。有時說那麼多話，也需時間整理。說話與書面文字有差距，文詞一字不對，感覺上就與原意不同。2 天沒關係，委員就委屈一點。

陳委員錦煌

我的意思是，例如今天開完會，我晚上就出國，你們很多人聯絡過我，我人都在大陸，其他人，隨你們方便，但我個人當場聽就可以，不用傳給我，我個性很乾脆。因為這是重要的會議，所以我參加，開完會，隔天就出國，2 天的時間，我根本不在國內，也找不到人，傳真到我的辦公室，等我回國，每次都來不及。我最乾脆，馬上問馬上 OK。

楊主任委員銘欽

謝謝陳委員錦煌的建議。我剛才說，我曾參加過會議，確實可以很快確認，但在本會，實務上恐怕有困難，像每次開會到 12 點半，若再宣讀發言實錄，恐怕須花上一倍的時間，大家下午都還有行程。本案就先以這樣的方式試試看，如果能夠更快，我們就更快。至於陳委員部分，搭配委員們出國或在國內時間，我們再想想看用什麼方式處理。

陳委員錦煌

因為要 2 天，等到明、後天，有些委員都出國了。

楊主任委員銘欽

是在開完會 5 天內，將紀錄完成。

陳委員錦煌

剛才不是說 2 天要如何處理的問題。

楊主任委員銘欽

2 天是指寄給委員後，請委員確認的時間。

陳委員錦煌

給我都是用傳真，用寄的那來得及！

廖委員本讓

用寄的是指用電腦寄。

楊主任委員銘欽

對，2 天是指傳真給委員確認的時間。

蔣副秘書長世中(李委員明濱代理人)

- 一、醫師公會全聯會蔣副秘書長第一次發言。我覺得現在很多的會議實錄都被要求公開，希望所公開的文字能夠切中委員發言的真正意涵，此目的能達到最重要。除了公開、透明之外，最重要的是能將辭意更精確地表達，有時會議上口頭表達的一些字句，可能不見得是委員真正的意思，但是經過部分潤飾後，所呈現出來的會更好，更妥當。
- 二、至於今天所提的 10 日期限，我認為應該是 10 個工作日，任何公家機關計算工作日都不包含假日，很多時候會碰到年假、週六、日，所以我覺得應該是以 10 個工作日計算，照過去的方式，7 天、3 天會比較妥當，整個過程較不會那麼匆忙，若有急事或出國的人，可以適當的時間確認，委員們都有很多事務需處理，要集合所有委員到齊也很難。若委員真有這方面的問題，幕僚可以應他的需求，將他的紀錄先做好供確認後，委員再出國，以避免會議實錄與委員發言有所落差，做法可以彈性變動、調整，我覺得以 10 個工作日比較恰當。

楊主任委員銘欽

謝謝蔣副秘書長。

謝委員武吉

先請問一下，我們目前是幾天公開實錄？

林執行秘書宜靜

過去的做法，從第 149 次會議開始，是以 10 個工作天完成議事錄。但正式上網時間，比如說今天會議請委員確認第 166 次會議紀錄，委員確認後，今天下午才上網公開第 166 次會議紀錄及實錄。

謝委員武吉

那要幾天？

林執行秘書宜靜

當月會議紀錄要到下個月才上網公開。

謝委員武吉

我坦白說，若改成 2 天讓委員確認，萬一碰到週日，或委員連續兩天開會的情況，怎麼確認？應該要用工作天，以前 3 個工作天，委員就已經很難處理，現在改成 2 個工作天！

林執行秘書宜靜

對不起，立法院的要求是 10 天內上網，不是工作天。但給委員確認的時間一定是以工作天計，所以壓縮的是同仁的時間，他們很辛苦，假日要來加班趕實錄。

謝委員武吉

委員就不辛苦？

楊主任委員銘欽

謝謝幾位委員的發言，澄清一下，給委員的時間是「工作天」，這是明確的。但會內同仁就需加班將紀錄趕出來。請許委員怡欣發言。

許委員怡欣

一、先確認，是不是法規規定一定要在 10 日內公開會議實錄？若

已經確定這是立法院的決議，就不得不做。所謂 10 日，應不是工作天，其中包含 2 個週六及 2 個週日。

- 二、簡單報告，因做研究的關係，我自己也做過很多會議實錄，3 個小時會議開下來，至少要做 15 個小時。做逐字稿是很痛苦的一件事情，因每個委員有他自己講話的口音、速度快慢、意思的表達，有時前後會有出入須整理，錄音帶要倒帶、繕打，的確須花滿多時間，今天會議至少要花 15 個小時整理。聽到陳委員錦煌說有些地方可當場宣讀會議紀錄，我覺得好棒，是不是有機會可介紹我認識，讓我可以增進研究團隊的執行能力。依我過去研究經驗，5 日對紀錄製作的時程來講，的確太緊了一點。
- 三、再來，是不是能像剛陳委員所提，如有特別狀況，就以當天或如傳真等更快的方法確認，而不是 e-mail。有時人不到辦公室，會接不到 e-mail，尤其在大陸根本不方便上網，可以其他方式協助委員儘快看到發言實錄。因為要公開在網站上，其實每個委員都揹負相當大的責任。

楊主任委員銘欽

- 一、經過大家討論，本案略做修正。考慮委員工作繁忙，委員確認時間還是維持 3 個工作天。委員部分就不用煩惱，幕僚什麼時候交給您，就請您在 3 個工作天內回復，其他部分由幕僚處理。這樣是不是大家可以支持？謝謝。
- 二、另外，與本案相關，因本會須於會前 7 天將議程公開上網，下次委員會議時間 2 月 11 日是大年初九，依時程須於大年初二上網，故必須提前作業。跟同仁回推工作時程，委員提案若有需列在議程資料，拜託大家在 1 月 28 日前提出，有提案單即可，相關參考數據可在事後補附，若真的 1 月 28 日前來不及提出，也沒關係，可在開會時提臨時提案。接下來進行報告事項第四案。

肆、報告事項第四案「中央健康保險局函送本會備查之『100 年度各部門總額保障項目』案」與會人員發言實錄

同仁宣讀(略)

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。有關本案說明三，請各位委員尊重或支持中央健保局會同各醫事團體議定之結果，同意予以備查。

謝委員武吉

補充資料，衛生署的電子公文說明二，100 年醫院醫療給付費用總額血品處理費，是寫「請」依循 97 年全民健康保險醫療費用協定委員會協定結果，採每點一元核算，不是「應」。我反對採每點一元。公文說明三：「加強督導財團法人血液基金會之服務品質及效率」，請問衛生署有無督導？血液基金會的預算有無送立法院審查？沒有審查所以就管不到嗎？對第三點，我不能同意。

楊主任委員銘欽

其他委員對本案有無其他詢問或補充意見？剛謝委員所提，認為衛生署公文上的文字還有討論空間，「請」可說是較禮貌的用語，如有需要，可再函請衛生署明確指示。

謝委員武吉

不是明確指示，血品處理費保障 1 點 1 元，法源依據在哪裡？

楊主任委員銘欽

先這樣處理，除血品處理費外，其餘項目確定，准予備查。再來看第五案，有關全民健康保險法修正重點說明，今天特別謝謝曲同光參事來會說明。

謝委員武吉

門診透析藥品及藥事服務費採每點一元核算，是依法辦理，但我認為應該加強對耗材部分深入調查才對，不然有些公司會一直往這方面滲透。

楊主任委員銘欽

謝謝委員提供這些寶貴建議，不過這部分與費協會權責比較…。

謝委員武吉

絕對有關係，因與總額的費用有關。

楊主任委員銘欽

有關血品處理費，是不是請健保局會同相關醫事團體議定。

謝委員武吉

我現在不是說血品，是說透析的耗材。

楊主任委員銘欽

對不起，我剛沒注意到，委員提到透析的耗材部分，請幕僚記錄謝委員剛才的發言。謝委員的發言有兩點，一是關於血品處理費，一是關於腹膜透析耗材，請記錄下來，其餘確定。

陳委員錦煌

腹膜透析追蹤處理費，為什麼每點 1.1 元？

戴局長桂英

99 年是 1.2 元，這次調降為 1.1 元。當時會訂 1.2 元，是希望鼓勵狀況合適的人採用腹膜透析治療，現在依執行狀況逐漸作調整。

陳委員錦煌

我今天才知道有 1.2 元，不是都每點 1 元。

楊主任委員銘欽

這部分有獎勵。

戴局長桂英

協商 99 年總額是在 98 年底，當時的氛圍是希望儘量少用血液透析，鼓勵多採腹膜透析，與其他多數國家一樣。所以採每點 1.2 元作為鼓勵。執行後檢討，在去年 12 月的相關會議中，大家建議將它調降，每點減少 0.1 元，減不到 1 成。

楊主任委員銘欽

謝謝說明，接下來進行報告事項第五案。

謝委員武吉

我不是公務人員，請問衛生署回覆公文「衛署健保字第 1002600040 號」，衛署健保字這幾個字是什麼意思？又寫著「本案依分層負責規定授權處室主管決行」，這是什麼單位發出的？如果沒有猜錯，應該是健保小組吧！

楊主任委員銘欽

請署裡同仁說明。

戴局長桂英

我來說明好了。費協會所補充的公文，正本是行文本局。「衛署健保字」是指衛生署全民健康保險小組的公文發文字號。

謝委員武吉

雖然主席剛已有決定，但可否請健保小組報告一下，感覺上健保小組比健保局還要大，黃煌雄監察委員問我的時候，我也這樣說，很多錯誤的政策都是因健保小組而起，這是個虛線單位，也不是處、是小組，不是正式的單位，卻凌駕健保局，可以這樣嗎？

楊主任委員銘欽

謝委員之前有提過這個議題。

戴局長桂英

- 一、其實衛生署一直想將全民健康保險小組變為一個「處」，未來因應組織改制，明年 1 月 1 日之後，就會改為社會保險司。目前衛生福利部組織法已經行政院院會通過，並送立法院等待審議。
- 二、全民健康保險小組的來文就代表衛生署，他們的公文大概都經由署長或副署長核定。所以不是誰高誰低，只是一個扮演主管機關的角色，一個扮演執行單位的角色。

楊主任委員銘欽

謝委員武吉的發言重點，我們很清楚，是在凸顯這個單位的位階或權責。謝謝戴局長的說明。

謝委員武吉

戴局長也不是這個單位的，替他們講這麼多話。

戴局長桂英

我曾在這個單位服務過。

謝委員武吉

但公文上面寫「署長楊志良 本案依分層負責規定授權處室主管執行」，是那個主管？

楊主任委員銘欽

剛好曲參事同光在場，他也擔任健保小組的副召集人，召集人是副署長，參事是副召集人。這部分可否請曲副召集人說明。

曲參事同光

一、非常謝謝主委給予說明機會。謝委員武吉一直都很關心健保小組的角色及功能。衛生署各個業務都有幕僚單位，健保小組是衛生署在健保方面的一個幕僚單位，就像戴局長剛才所提，當初為推動實施全民健保，需要一個幕僚單位，所以在組織沒有辦法成為一個正式處室前，特別陳報行政院核定成立健保小組，執行有關全民健保的幕僚工作。

二、這個公文是由健保小組擔任幕僚處理的，這裡提到的「依分層負責規定」，在衛生署的作業，有些業務是由各業務單位依照授權，代理署長處理公文，就像剛所提，健保小組召集人是陳副署長，個人是副召集人，我們一起協助處理健保相關事情。

謝委員武吉

健保小組是臨時任務編組，健保已經快 16 年，還有這種臨時任務編組嗎？

曲參事同光

請謝委員再忍耐一年，明年就不會有這個單位。

謝委員武吉

我半天都忍耐不下去，因為這個是不法，你們常說我們醫界不法，是衛生署在不法。

曲參事同光

還是要說清楚，任務編組與不法，完全是兩回事。每個政府單位都有任務編組，有時是因為編制不足，有時是因為特殊功能而成立。而健保小組也不是自己成立的單位，是經報奉行政院核定的。

謝委員武吉

政府機關不能 15 年 10 個月又 14 日，到現在還沒改！

楊主任委員銘欽

我想這個案子，謝委員…。

謝委員武吉

世界有這種政府嗎？

楊主任委員銘欽

因為這種情形也是…。

謝委員武吉

監察院黃煌雄委員曾經特別問過我，我才說得這麼清楚。所有的公文都從這個單位出來，我覺得很奇怪。不發這種公文，還沒事，你自己要發的。

楊主任委員銘欽

我們知道健保小組是一個任務編組單位，希望可以趕快脫離這種被人質疑的身份，這樣才比較好做事。接下來請曲參事幫我們介紹健保法修正重點。今日會議進行速度比較急，是因為還有兩個重要的報告案，以及兩個討論案，希望能掌握時間。

伍、報告事項第五案「行政院衛生署說明『全民健康保險法』修正重點」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

請曲參事報告，謝謝。

曲參事同光報告(略)

楊主任委員銘欽

謝謝曲參事幫忙做重點式的報告。建議約 20 分鐘左右的時間與曲參事進行意見交換。請謝委員天仁先發言。

謝委員天仁

曲參事提到政府負擔的比例 36%，較現行增加大概 2%~3%，差不多增加 300 億的保費，請問是怎麼計算出來的？

曲參事同光

如果將來的費率，假設是以 4.91% 作為基礎，估計從民眾、雇主所收取的保費有多少，再預估 101 年需要多少醫療支出，根據醫療支出換算所需收取的保費，扣掉前項預估民眾、雇主可能的保費收入，再加上補充保費的收入，接下來的部分就是政府保證要出 36%，初步推估，會增加 300 億左右。

謝委員天仁

我還是聽不太懂，從母數去看就知道，現在的總額大概是 5,077 億，負擔增加 3%，怎麼算也只有 150 億左右，沒有 300 億。

曲參事同光

那部分還包括政府本身也有要付補充保險費，因為政府也是雇主，所以也有補充保險費，再依據比例算下來之後，扣掉雇主、被保險人所出的費用，因為政府保證要負擔 36%，所以算下來會有落差。

謝委員武吉

一、我有 3 個問題，第一點，健保法通過以後，如果有一些法規，像現在的健保法第 33 條，已經放了 15 年多，都沒有動靜，以後若再有這種情形，要如何處理？

- 二、第二點，有對國人限制參加健保的條件很好，但對依親這方面都沒提到，娶外國新娘來台依親者很多，上次我在監理會曾提過，費用也不少，是不是下次健保局報告依親的費用到底有多少。
- 三、第三點，剛才曲參事報告的投影片第 9 頁「本次修正實施前所累計之財務短絀，由政府分年編列預算填補」，我覺得高雄市比較好，還有在繳錢，台北市也有在繳，但其他欠費較少的縣市，不是很倒楣，這樣公平嗎？

楊主任委員銘欽

再邀請陳宗獻委員發言。先請幾位委員綜合詢問後，再請曲參事一起回應。

陳委員宗獻

- 一、現在新的健保法多一項「扣費義務人」，換句話說，就是收取房租租金者及執行業務所得者等。請問扣費義務人負擔補充保險費是逐月扣，還是年底結算時再扣？如果是逐月扣，就會產生可能年初未達補充保費 2% 門檻，年底超過的現象。是不是還是回到所得稅，在年底扣就好？
- 二、新健保法第 6 條有關爭議審議規定，多了扣費義務人，我不知道有沒有考慮過這部分影響會有多大？謝謝。

楊主任委員銘欽

先請蔣副秘書長發言，再來請陳錦煌秘書長，對不起，是陳錦煌委員。

蔣副秘書長世中(李委員明濱代理人)

- 一、我想歷經去年大概半年 4 次的討論，有關第 62 條藥費目標，全聯會對於藥費目標所產生的一些問題，也都有所表達。很感謝健保局，尤其在第 5、6 次藥價調查，我想承受的壓力非常大，所調降的藥價大概每兩年都高達 15% 以上，從市場機制適時調降藥價，是最直接反應的機制，也減緩對健保總額之殺傷

力。藥價調降與否是影響健保總額浮動點值高低的原因之一，當時我們就已經提出很多有關藥費目標所衍生的問題。今天我在這邊稍微唸一下，再次做一個表達。

二、將來藥費目標制無法達到預期所謂調降藥價的效果，其帶給總額的衝擊，需要署方及少數一些提及藥費目標制的人士共同承擔。一個總額內分上限制與目標制，對不同部門有失公允，藥費不論超出目標多少，皆採固定點值，以每點 1 元方式支付，但其他診療費、診察費、護理費、檢驗費等，皆採浮動點值方式支付。在未提及以下論述之前，首先表達醫界極大多數醫師的心聲：讓醫療回歸專業，且尊重醫療專業。藥價應有合理支付制度，但應依市場機制適時調整，訂定合理藥價差。往後若訂定藥費目標制時，無法適時反映市場應有調降藥價機制，及適時調降藥價回歸全民健保時，此藥價差勢必回到少數利益團體手中，對全民健保財務已顯不足之總額，將是雪上加霜。未來希望不要再以藥價差或藥價黑洞，將絕大多數奉公守法的醫師汙名化，而應將責任歸在此次修法過程，衛生署或圖利少數利益團體的部分人士。

三、為什麼會提到這個問題，因為這兩年來，尤其是第 6 次調降的藥價大概有 16%，平均每年 8% 的調幅，將來如果藥費目標訂得高，調降藥價幅度相對就會減少，如果藥費目標訂得低，相對衝擊到其他部門總額。所以我一再強調，尤其這 5 年來，就是因為有實施藥價調查，使藥費成長率低於 5% 以下，尤其是去年，藥費成長率可能只有 1% 多，各位一定要體認到，過去如果沒有實施藥價調查，藥費成長率大都在 10% 以上，甚至到 15% 或 19%，為什麼？因為藥價調查是一個反映實際市場價格的機制，如果再不適時調整，將來對總額的衝擊勢必很大。再次強調，如果今天藥費無法調降到實際藥價，勢必對總額衝擊會很大，以上報告。

楊主任委員銘欽

謝謝，接著請陳錦煌委員，跟陳委員抱歉，剛才稱呼錯了。

陳委員錦煌

沒關係，隨便啦。蔣副秘書長講這麼久，我很簡單，補他的時間。
請問二代健保保費 53,000 元乘以 5.17% 費率，再乘以 30% 是什麼意思？

曲參事同光

就是自己要出的比率。

陳委員錦煌

自己負擔 30% 就對了。再來，雇主乘以 1.7 是怎樣？

曲參事同光

平均眷口數。

陳委員錦煌

是眷口數？

曲參事同光

1 加 0.7，含眷口數。

戴局長桂英

1 是本人，0.7 是平均眷口數。

陳委員錦煌

沒有問我那會知道，這樣問你也浪費時間，下次簡報表格備註一下。

楊主任委員銘欽

謝謝。接著請葉委員明峯。

葉委員明峯

- 一、這一次健保法的修正案歷盡艱辛，固然達不到所謂理想的結果，但也不容易，對楊署長還有相關同仁的努力表示敬意。
- 二、不曉得衛生署規劃準備工作大概需要多久時間，才能簽報行政院開始實施？應有一個目標期程。

(附註：會後，曲參事說明準備工作時間約需一年左右。)

楊主任委員銘欽

謝謝。接著請華副處長清吉。

華副處長清吉(劉委員志棟代理人)

請問二代健保修法案在條文明文規定補充保險費率是 2%，因為先前有提到雇主的負擔會增加 100 億，請問補充保費部分真正的數字為何，雇主到底需要負擔多少？

楊主任委員銘欽

謝謝華副處長。政府機關代表有沒有要詢問？請謝委員天仁。

謝委員天仁

剛剛曲參事講的，我還是聽不懂，我看健保法第 3 條規定，應該是指總數的 36%，總數怎麼算頂多大概 5,000 億，現在增加 3%，再怎麼算也是 150 億！我了解你那種算法是說政府也是雇主，所以會增加負擔金額，假使算起來有 300 億，那就不只增加 3%。這部分是不是能夠講得更清楚一點，因為看母數就不對。

楊主任委員銘欽

請曲參事綜合回應。

曲參事同光

謝謝大家的指教，做幾點報告：

- 一、有關依親的部分，依親的人來到臺灣因為是依法加保，所以權利義務跟一般人一樣，將來如果會對一般國內百姓做各種輔導，依親的人如果醫療資源用太多的話，一樣會受到管理的機制，並沒有例外。
- 二、至於剛才所說短絀，如果由政府分年補足，是不是對一些縣市有點不合理，其實這邊所說的短絀是不含政府欠費，講的是權責基礎，所以台北市、高雄市的欠費，基本上都已經掛在帳上，當做應收帳款處理，580 億的短絀是不含所謂政府欠費，是實際在營運上就是短少這麼多錢。
- 三、扣費義務人將來怎麼扣，因為將來採就源扣繳的概念，也就是

當有所得產生的時候，扣費義務人就要協助扣保費，所以不是每個月、每季或每年，而是只要有所得產生就會扣。為什麼在爭審案件中會包含扣費義務人，因為將來扣費義務人也有可能發生一些權益案件，因此將扣費義務人也納入爭審的相關規範，將來扣費義務人有爭議，一樣依爭審案件處理。

陳委員宗獻

將來有無可能會發生退費的狀況？

曲參事同光

你說的退費是指？

陳委員宗獻

退費就是扣到後來，發現不對，因為沒有達到門檻，就不必…。

曲參事同光

因為將來是採用就源扣繳，未來也不會去做結算，也就是今天這筆所得按照規定該扣 2% 就扣 2%，不需要扣就不會扣，所以理論上沒有所謂的退費問題。

陳委員宗獻

把所得拆小就不會扣了。

曲參事同光

一、是有人這樣講，把存款拆成 20 個銀行帳戶，就扣不到利息所得。但還是再強調，第一，扣的費率只有 2%，不是 20%，就是有 100 元利息時只扣 2 元，而不是 100 元扣 50 元或 20 元，所以是否需要為這 2% 的利息所得，就要將帳戶拆成很多筆，這是實務上的問題。如果利息真得很多的話，把它拆成 20 個帳戶，還是一樣很多，除非拆成 100 個。我覺得講的跟大家實際的行為是否一致，是一個不確定因素。

二、有關藥費目標制，其實藥費目標制條文跟現行條文在概念上並沒有太大差異，只是這一次的修法把它更明確化，至於要不要實施目標制、什麼時候實施、目標怎麼訂等議題，這是將來費

協會或未來健保會應該處理的事情。之前其實在費協會也討論過很多次，但沒有真正結論，基本上這一點並不是新創的制度，在現行的法規架構裡面就有，只是過去沒有實施而已。

三、實施日期是什麼時候，就像剛剛跟大家報告，估計準備時間至少需要一年，理想上是至少給行政部門、民間企業主及相關單位，至少一年的準備時間，這樣會比較充裕。但真正實施日期，當然還是要由行政院整體考量決定。

四、謝委員天仁一再提到的算法問題，其實牽涉到很多推估數字，如果還有疑問的話，是不是另外再向委員說明，因為這中間不是簡單的加加減減就算出來，尚有很多推估基礎。以上說明，謝謝。

楊主任委員銘欽

一、謝謝曲參事的說明。今天的會議時間相當緊湊，曲參事公務繁忙，可先離開，請大家鼓掌謝謝他。

二、接下來進行報告事項第六案，在9月協商的時候，有提到需瞭解分級醫療實施情形、適當分配醫療資源等議題，謝謝健保局花心思整理，接下來請健保局報告。

陸、報告事項第六案「中央健康保險局報告『目前分級醫療實施情形，及如何適當分配醫療資源，提升使用效率之具體作法』」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

請健保局報告。

林專門委員阿明報告(略)

楊主任委員銘欽

謝謝健保局的報告。各位委員是不是有要詢問的地方？最主要是在 9 月份協商時，有提到各層級，尤其是醫院各層級，在醫療服務資源分配上，是不是有可能再做一些較合理的調整。請謝院長文輝發言。

謝榮譽理事長文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、謝謝剛剛健保局長官的報告，整體看來好像所謂分級醫療的數據都平穩，沒有什麼變動。當然報告中對地區醫院服務是有一些方向宣示，但我覺得顯然目前沒有很積極、正面在分級醫療這部分著墨。
- 二、尤其像家醫整合照護計畫，上次也有聽到一些雜音說效果不彰，但不在於基層不努力，而是整體分級醫療不明確，所以很難推動。就剛剛報告的數據，投影片資料第 10 頁，基層診所實施家庭醫師整合性照護制度試辦計畫，希望整合合作醫院的門診，健保局顯然覺得這是一項不錯的成績。基層診所轉至合作醫院門診有 104,171 人次，但請再看投影片第 12 頁，98 年西醫門診經轉診免加重部分負擔執行統計，本來西醫基層就不覺得轉到上級醫院有困難，基層診所轉診人次是 469,471，現在參加家醫整合計畫的診所約 2 成左右，以此估算，就表示沒有家醫整合計畫，也差不多會有 94,000 人次在需要時自然就會轉診。此計畫去年花費 11 億，只增加 10,000 人次以上轉診，平均每增一人效益是要花費 11 萬。

- 三、資源要使用在刀口上，個人覺得資源擺在那裡，病人就會往那裡走，病人很聰明的。今天如果基層總體的資源額度分配較多，能夠提供更好的服務，事實上就會引導病人到那裡，而不須以像這樣的計畫，對基層根本不會產生變革。個人還是覺得資源分配較重要，否則推動的計畫和整體的現實環境抵觸，大家做得也很辛苦，績效也不好。
- 四、如果只看資料，不做家醫整合計畫，也有 94,000 人次自己會上轉，但我們卻要花費 11 億！這就是沒有對症下藥，我們下的藥正好和現在整體體制抵觸。為什麼醫療行為都沒有變動？因為基本上分級醫療不是健保局現在推動的主題，已經變成病人自由就醫，大家都儘量往上層醫院去，所以效果很自然出不來。再花 21 億也一樣，只不過變成增加一個個案上轉需花 20 萬而已，絕對不如把資源分多一點到基層。
- 五、現在的情形較偏頗，屬於比較基層醫療的像地區醫院，其實也都在萎縮，相對性萎縮，看報告資料的數字就可以知道。資源分配往下移是對的，但是要花在刀口上，要對基層或地區醫院真的有幫助。這個幫助是因為給他的資源多了，就是讓民眾成為最大的贏家，就近就能得到好的醫療照護。

楊主任委員銘欽

謝謝謝文輝榮譽理事長。接著請陳宗獻委員。

陳委員宗獻

大部分都贊同，但是有部分可能要更正，例如將 11 億除以轉診人次，算數不能這樣計算！請問家醫制度的目的地是什麼？並不是為了轉診，不然就稱為基層轉診計畫就好，家醫制度的實施目的，是希望提高醫療品質，包括幾個項目：(一)連續性的照護，不論病歷的連續性，還是資源垂直整合部分，醫師的流動，還是與醫學中心門診的互動，還是轉到病房，這些都是品質的一部分；(二)基層本來應該多看初級照護，但從初級照護案件占率看來，95 至 98 年，從 61% 降到 58% 多，4 年降這麼多，表示什麼？看小病的案例在減少，這都是看得到的效果。以人為單位發展全人照護是家庭醫師整合計

畫的主要精神，也是價值所在，也是健保法所規定，所以在算數上，應稍微做點更正。

楊主任委員銘欽

謝謝陳宗獻委員。

謝榮譽理事長文輝(謝委員武吉代理人)

給我一分鐘補充。我絕對贊成家醫整合計畫，我認為要從這裡去修改，要不然執行到現在，基層的就診人數中，初級照護比例還是一直往下降，如果覺得家醫整合計畫有價值可提升品質，如同陳宗獻委員講的，其實不應只是編列家醫整合計畫去執行，是要整體撥20、30億，甚至未來增加40、50億去做這種計畫，提升全體品質，我覺得價值才高，因為有50億下去，整個改革就不是這樣。不只現在的20%參加的診所，而是百分之百的診所都參加提升品質讓所有鄰近的民眾一進去，就感受到完全不同，照顧得很周全，要從這樣的觀點切入。個人當然很贊同提昇品質，但是要將資源花在刀口上，重新將資源好好規劃分配。

楊主任委員銘欽

謝謝，還有沒有其他委員要詢問的。

陳委員錦煌

- 一、老實說，我對轉診分級制度很重視，會提這個案子是因為健保5000億，錢都不夠，如果老百姓跟執行單位能夠主動配合分級轉診，可能會降低醫療費用，我的用意是這樣。
- 二、我當委員頭一次聽過謝武吉委員報告說，78年到98年，社區醫院倒了500家，說倒不好意思，說收起來，750家剩200多家，表示社區醫院已經沒落，無法生存，現在聽說差不多只剩250家，不含呼吸照護部分，如果包含就有300多家。話說回來，要替他們講話也要公道，像心導管手術，社區醫院根本做不來，因為需要兩組外科醫師，有的醫院根本沒有兩組怎麼做，沒辦法做，病患就不敢去，社區醫院也要檢討，醫療設施的配備夠不夠，我本來介紹要朋友去某社區醫院，醫院回答沒

辦法做，因為需要兩組心臟外科醫師，這樣就沒辦法服務，所以希望社區醫院要生存，要檢討自己的醫療器材是不是完善，不足的話大家就不敢幫腔。

三、我的意思是，健保局如果能夠實施分級轉診制度，小病如果不到診所看，而到醫學中心看，健保就不給付，病人就會乖乖在診所看，像我們來開會，交通費只能報經濟艙，我們就配合坐經濟艙，不敢坐商務艙，因為多的錢要自己出，一樣的道理。醫界怎麼說我不管，健保的給付包括藥價都可以逐年下降，這是我們付費者委員努力的目標。我的用意是，提案請健保局落實轉診分級制度，二代健保法第 44 條要求保險人「為促進預防醫學、落實轉診制度」，未來有辦法落實嗎？落實到那裡？實際做不一定做得出來。社區醫院想保有社區服務，我覺得是不錯的，在社區裡跟老人互動的很好，社區醫院如果有良好的儀器設備，在社區醫院看診，病患的心情就好 3 分，到台大、榮總、長庚等不熟的醫院，鬱卒多 3 分，病情也嚴重 3 分，所以我覺得社區醫院要自己加強。因為我是外行，不會說什麼醫療器材，只會說到這樣而已。

謝委員天仁

- 一、我們一直很重視分級醫療及轉診制度，今天這個報告只是讓大家瞭解現況，這不是我們要的，譬如提到門診部分負擔的費用，從健保開辦到現在，這麼長的時間，依照二代健保法的規定，還是可以依門診平均費用，以定額方式收取，到底怎麼算的？有沒有變動的問題？這些都要考慮，也應該在報告上呈現出來，大家才知道定額適不適當、合不合理。
- 二、報告只看到門診的分析，記得楊署長曾經提過醫學中心收治輕症病患住院問題，對住診部分，也應該有分級醫療的觀念，不應該浪費那麼多資源收治輕症。制度上，不是只有醫院評鑑可以處理，應該要有更好的相關機制，讓它發揮更好的醫療效率，委員一直很用心在這部分，但報告內容看不到，在積極性

上，令人相當失望，所以，我們應該好好努力，看怎麼樣再調整一個機制出來，這是健保局可以做的，但一直放任不做，就肥了醫學中心，瘦了地區醫院，再這樣下去，我們就沒有分級醫療。

三、因此，我們認為要再好好檢討，希望健保局在未來幾個月內，告訴我們有那些積極的措施，如果認為採論人計酬方式，可以達成應該有的目的，也請健保局提出規劃方案，讓我們瞭解。

楊主任委員銘欽

如果沒有其他詢問，則請健保局綜合回應。

戴局長桂英

謝謝委員的指教，綜合回應如下：

- 一、未來報告須要做更積極的處理，例如門診部分負擔的定額有沒有要變動，因為若干年來的數字，說不定已經有改變，這部分我們會再檢討。論人計酬的方案，也會儘快研擬。大家關心輕症部分，第 25 張投影片本來就是要反映初級照護件數，但的確只有門診部分，未來再考慮將住診部分也納入分析。
- 二、大家希望建置轉診制度，說不定有人希望強制轉診，有人希望可以柔性轉診，但站在保險對象的立場，大概希望的是柔性轉診，因為可以逐步來。強制轉診在現階段如果要做，一定會碰到很多阻力，但是大、小醫院或醫院與診所的合作，的確應該強化。目前合作機制當然有，譬如家庭醫師整合照護計畫，有診所群與醫院的合作，但有委員告訴我，地區醫院也有和大醫院合作，像這部分，可能我們做得較少，說不定應該要強化，依據今天各位委員的指教，我們往後會再積極加強辦理。

陳委員錦煌

剛剛局長的報告提到柔性與強制轉診，我建議試辦強制轉診三個月，如果覺得不理想，再回過來用柔性轉診。

戴局長桂英

補充說明，民國 84 年 4 月，就曾強制實施，不經轉診加重部分負擔，一個多月，舉國沸騰，弄到行政院不得不派出 6 位政務委員到各地去聽取民意，之後立刻調整施政。真得有做過，不是沒有，因為那時候我剛好負責一個分局。

陳委員錦煌

你是說 84 年嗎？

戴局長桂英

84 年，健保開辦的第 1 個月是從寬，第 2 個月(4 月 1 日)就開始實施，到 5 月就撐不下去了。

陳委員錦煌

免緊張，現在是 100 年，經過 16 年，說不定老百姓想通了，不想調漲健保費，大家就約束一下，乖一點，不要小病就到大醫院，現在做說不定會成功。實錄會上網，委員講話要負責的。經過 16 年了，說不定時間成熟，老百姓也變聰明，不用怕，我看你怕成那樣，沒膽。

戴局長桂英

我是補充說明，過去也曾經試辦過。

蔣副秘書長世中(李委員明濱代理人)

- 一、謝謝陳委員錦煌及謝委員天仁對基層醫療的關心。政府的政策往那邊走，對民眾的導向及醫院的發展影響非常大。
- 二、醫界非常贊同健保制度所謂的濟弱扶傾精神，但也要提醒民眾珍惜健保資源，所以要有使用者付費精神。事實上，政府考量被保險人財力負擔，故在適度範圍內將部分負擔由定率制改為實施定額制，這種改變之後，相對地，將來怎麼做適度調整，皆無法達到使用者付費精神。我覺得不管是柔性或硬性，站在被保險人立場，當然希望採用柔性的，站在醫界部分團體立場，則可能希望用強制的，但以折衷的方式，我覺得首要條件，應該是重新檢討定額制度，因為至少可以將使用者付費的精神納進去。

三、第二個方法就是社會福利政策與社會保險要能釐清，部分社會福利費用應該由政府相關部門支出，讓健保、被保險人或醫界的醫療服務機構不要承擔這麼大的壓力。相對的，政府如果將社會福利政策納進入健保，相對就要做一些宣導，讓民眾珍惜健保資源，而不是今天由健保局與醫事服務機構來一直倡導。

陳委員宗獻

由分析資料顯示，到醫學中心就診的初級照護件數占率大概 14% 左右，這 14% 就醫的究竟是誰？極可能是不到 14% 的人用掉 14% 的費用，等於是劣幣驅逐良幣，用得多的、敢用的，打個噴涕就跑去醫學中心看病，說不定就是反對的就這那些人而已。所以，剛剛陳委員錦煌談的有道理，不一定大家都會反彈，贊成的人 80%，反對的人 20%。

楊主任委員銘欽

這個議題到這邊告一段落，剛剛委員的建議，我想健保局也感受到各位的關心，也提到再一段時間，會提出比較明確的措施，這部分我們繼續瞭解。戴局長在立法院那邊有委員要垂詢，所以我們先謝謝局長。

戴局長桂英

謝謝，我先告退。健保局黃副局長及同仁會繼續參與會議。

楊主任委員銘欽

- 一、剛剛陳委員錦煌說想去立法院吃飯，不要啦，我們便當已經分下來，請大家一邊用餐。
- 二、接下來有兩個報告案，第七案因為已有書面送達，所以就不報告，第八案是 3、6、9、12 月才口頭報告，所以今天也不報告。請問各位委員對第七案、第八案有沒有要詢問？如果沒有，第七案、第八案先洽悉，進行討論事項。

柒、討論事項第一案「100年醫院總額實施時，健保局應針對地區醫院之『急性醫療服務部分』，以目標小總額規劃管理，以確保社區醫療之發展，避免社區醫療網萎縮崩盤案」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

討論事項第一案在議程資料第59頁，請同仁宣讀。

同仁宣讀(略)

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀，請提案人補充說明。

謝榮譽理事長文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、主席、各位委員，真不好意思，時間已過12點。
- 二、首先，要聲明，我們不便掠美他人，這個提案其實是抄來的，抄誰的呢？跟主席報告，是抄主席的夫人，李前主委玉春的，再精確一點，是她帶領我們在研議醫院總額時(91年)，花了快要兩年的時間，開了17次委員會，做成的一個共識。記得完成的那一天，李主委玉春帶著我們這些委員，當時陳明豐院長也是委員，在台北一個西餐廳，她說：費盡千辛萬苦，我們終於完成醫院總額的建國大綱。那個時候，大家都說醫院總額可以做得很有希望，其實這個案就是那時候的研議方案。為了增加公信力，當時研議醫院總額的醫院委員，還是由衛生署一家一家醫院通訊投票選出的。
- 三、請各位委員參看第議程資料62頁，我們都沒有改，完全照抄，第三點「以政策引導區域以上醫院減少初級或次級醫療照護：在協商或分配預算時，藉由訂定區域醫院層級以上初(次)級照護病人占率之目標值，降低…」。
- 首先跟大家報告，醫院總額研議時，發覺如果沒有這些措施，依照以前長期執行的政策方向來看，地區醫院會一直萎縮，因為是一個不公平的遊戲規則。
- 四、今天，其實數據很多，大家可以看議程資料第66、67頁，從提案所附資料，非常明顯，民國84年，就是開辦總額的那一

年，整體門診費用，地區醫院占 37.17%，在三層級醫院中最高，而門診屬地區醫院及基層較應該執行的主體，至於地區醫院住診，當然是三層級中最低，這應該是我們比較期待的形態，所以 84 年時，門住診費用占率，地區醫院是 32.62%。再來看第 67 頁，98 年門診費用占率變成 22.26%，住診當然也是下滑。其實 99 年數據，我們也已經看到幾季，地區醫院大概在 18-19%，但這 18-19% 還是假的，因為第 66 頁是費用占率資料，第 67 頁是點數占率。所以，剛剛健保局長官的報告，我覺得很離譜，整體上來講，地區醫院的平均點值都低於其他層級醫院，所以費用占率應該要再往下修正，也就是現在看到的，99 年大概 19% 左右，但實際拿到的錢是低於 19%，這部分如果可以算出來，也請健保局算給大家看。

五、差距在那裡？就是長期以來，像急、重症需要錢，所以急診點值特別保障，癌症很重要，所以各分局在管控個別醫院目標時，癌症是用人頭算，平均一個人如果要 10 萬，多增加 2 個，就再給 20 萬，成長率會受到特別保護，結果就發現，在每點 1 元或是有特別劃小總額，或目標總額管制保障的部分，地區醫院和大型醫院可能差距 20% 以上，當然不可能像剛剛報告說地區醫院點值具有優勢，點值絕對是弱勢，自然就會成為弱勢被排擠。我並不是說急、重症不重要，但就社區民眾來講，地區醫院的服務當然也很重要，所以，應該要有一個目標值來保護。像洗腎，法律也沒有規定要有小總額保護，不也是採用小總額嗎？現在各分局管控醫院，甚至管到每家醫院總額多少，超過就砍掉，更小的目標都在執行。

六、我覺得不一定要在費協會訂三層級要分開總額，但絕對可以藉由費協會的關心，說我們認為不應該讓它一直這樣下滑，用大家的共識來促成本案。研議方案就是衛生署主持，健保局長官也都有參與，也是我們這次提案抄的內容。剛剛委員都很關心層級的變化，也相當憂心，其實不是沒有辦法，也早有共識，都是開會通過的這些事項，我覺得只要我們願意宣示，我對健

保局，包括各分局的執行能力，非常有信心，沒有一項是想做而做不來的。像藥費不能成長，各位委員可以從最近一、兩年藥費的成長來看，除罕見疾病或癌症，不得已要引進標靶治療藥物，有大幅增加外，其他藥費都控制得很好。如何達到的？很簡單，每個月都有一個藥費目標值，超過就砍掉不給，健保局非常有能力管控。所以，只要費協會真的關心這個議題、願意宣示，那麼就請健保局提出有效辦法去執行，讓地區醫院不要繼續萎縮。

七、我們的要求很簡單，剛剛的報告也講到，在三層級中還是有初級、次級照護的病人，只要照專家學者和委員建議，訂定政策性目標，執行降低下來。當然也要調整重、急症支付，讓醫學中心可以專心去處理急重症。

八、像這樣的議題，本來我們已經談了很久，剛剛健保局也提到第107、108次委員會議，為什麼今天還鼓起勇氣再來提案，因為最近監察院黃煌雄委員花了很長的一段時間，一年多，全國走透透，他說，所有大型醫院的院長都抱怨，患者擠成這樣都沒辦法處理，掛號要一個月，很可憐。也不是我們害的，小病本來就應該到小醫院，大家幾乎都有共同認知。他笑說，你們大醫院的院長都有認知，你們自己內部卻沒辦法調整。所以，我們今天就抄李玉春前主委所帶領團隊研議出來的，醫院總額建國大綱裡面也寫得非常清楚，來這裡就教各位委員。我覺得委員只要做個宣示，那麼明年、後年就可以逐年驗收成果。

楊主任委員銘欽

邀請各位委員表示意見。剛有提到其他層級的醫院，有沒有要對這個案子表示意見？請陳主任瑞瑛發言。

陳主任瑞瑛(陳委員明豐代理人)

一、剛才謝榮譽理事長講錯一個人，研議階段時候，不是陳明豐院長，當時是李源德院長，因為我一直都有跟著他一起參與。那時李玉春老師是健保小組總額研議的負責人，我們也都知道那

時候的規劃背景，我覺得都是理想，也應該要做，可是為什麼這麼久以來還不能做，就是民眾就醫的習慣不能改。

- 二、就像剛剛謝榮譽理事長提到黃煌雄監委講的，大醫院實際上很辛苦，我們要看病人，又說要以病人為中心，要讓病人從掛號、到看病、到住院都很方便。像門診掛號，可以透過很多管道，如：電話預約、網路預約、或醫師視病情需要幫他預約等，各種情況都有，因為病人可以自由預約，在預約時，誰都不知道他是什麼病，到醫院看診的，可能真的只是小感冒，可是他已經到醫院診間，醫師還是要幫他看。所謂的初級、次級醫療，目前看起來案件占率越來越少，可是大家有沒有想到，可能是因為比例上重症增加了，尤其最近幾年，我相信各醫學中心大部分(當然有些醫院以小兒科為主，或者比較小的醫學中心大概有點差異以外)，幾乎很多門診的病人，都屬重症，比如說癌症病人開刀以後要做化療，或者開刀以前做化療，或做放射治療，費用都包含在內，所以這些費用，某些醫學中心重症的費用，每年都成長 20% 多，因為是用比率，所以這邊多，那邊就少，而不是真正的初級、次級照護減少。
- 三、在整個政策上，我覺得是對的，當時李玉春老師也非常有理想性要做。其實就像剛剛講，健保局有做過，沒有經過轉診就不能到大醫院去，那個時候，所有的大醫院都非常的辛苦，因為病人來了就是不能看診，一定要先到基層院所，要不然要拿轉診單，才能讓他掛號，已經做到這樣，最後，不到 2 個月就喊停。這些種種都是實施的問題，當然 84 年到現在也經過了 10 幾年，是不是可以做，我不知道。
- 四、我再跟大家講最近的狀況。最近的元旦其實等於沒有放假，1 月 1 日正好是週六，臺大醫院的急診，我們甚至在一天內 3 次請 119，因為 119 是負責分區責任醫療，我們說：「對不起，請不要再送病人來，現在連推床都沒得睡」。現場有些病人已經很危急，我們把病人用擔架放到地上，所有人員蹲在地上做 CPR 急救，還好幾個病人最後都救起來。為什麼會有這種現

象，大家都知道，現在週六、週日民眾要看病很困難，我們小夜的急診最多，因為診所不看，有些也都休息，尤其假日，大部分診所都休息，所有的病人只好往有急診的醫院送，這是不得已。請問我們的配套措施在那裡？怎樣去分所謂的初級、次級醫療。

五、初級、次級醫療服務分類標準，也是委託陽明大學衛福所的吳肖琪老師研究出來的，是參考美國標準分類，所以當時我們對這個研究報告，也有很多意見。當然剛也講，現在二代健保法第 61 條，總額只分門診跟住院，另外一塊就是藥品費用要不要實施目標總額，而且也只有門診的藥費。目前唯一另外有一個小總額，就是門診洗腎，現在門診洗腎有沒有問題？問題太多了。剛開始時，醫院跟診所各拿部分金額來做門診透析總額，結果，醫院每年要倒貼 10 幾億給洗腎診所，這是事實，一直到去年還是一樣，只是金額較小一點，因為策略上漸漸將醫院的洗腎總額變成負成長。現在透析點值也很低，洗腎診所的醫師也在抱怨，到 99 年第 3 季點值可能會跌到只有 0.85 而已。像現在這些種種狀況，要怎麼做？有沒有配套措施？我們不知道，我們醫學中心照護的重症病人怎麼保障？剛剛講癌症、血友病、罕見疾病等，這些病人大部分都在醫學中心治療，要不要保障？

六、剛剛講部分負擔也是，這些重大傷病患者都是不需要部分負擔，現在看醫學中心收到的部分負擔比率好像很低，如果把原來政策上免部分負擔的病人從門診扣掉的話，直接到醫學中心看診民眾的部分負擔，絕對超過 50%，尤其是小兒科，費用都很低，現在 360 元的部分負擔，加上 100 元掛號費，總共 460 元，病人拿到的藥可能才幾 10 元而已，診察費才 200 多元，如果藥費不到 100 元，總共 300 多元，病人幾乎百分之百自費；到急診更不合理，急診部分負擔是 450 元，現在很多人家裏只有一個小孩，晚上沒得看病，所以只好往醫學中心送，一去就 450 元，掛號費 250，對一個家庭可能是一天的伙食費，可是

為了小孩，要不要來？要不然到哪裡看病。有很多不合理現象，所以不能只看數字，而要看對於這些人，到底我們要怎麼做。

七、如果今天大家都認為可以做小總額，那我也呼籲，這些重症的病人，到底要怎麼處理？這是醫學中心的想法。

楊主任委員銘欽

一、謝謝陳主任提供很多實務面的情形供大家參考。

二、因為時間有限，請大家發言儘量針對議題表示意見。

蔣副秘書長世中(李委員明濱代理人)

一、臺灣的醫療資源，政府的政策到那裡，相對地資源也會到那裡。

二、如果醫學中心再不好好重視重症、特殊疾病、或癌症等重大傷病，將來醫療品質，或對臺灣整體醫學來講，可能不見得很樂觀，我覺得可能會造成傾斜。

三、總額實施後，很多夾在醫學中心的一些財團法人醫院，為了要生存不斷擴充醫院、還有附設門診中心，舉一個例子，像國泰醫院在臺北內湖區，成立國泰附設診所，一年(98年)就申報1.5億，占了西醫基層臺北分區0.5%的成長率，這些不算在醫院總額的成長率，而是算在基層總額。所以我覺得，過去很多法令錯綜複雜，現今應採階段性重新檢討與考量。今天既已實施總額，就會牽涉到很多醫療層級排擠效應。醫院附設診所只是將現今醫院原來的部分手術與門診移到附設門診，去侵占西醫基層總額，所以我覺得將來真的要重視各層級總額怎麼去切割，尤其醫療機構代碼40、41醫療法人與社團法人這方面，附設診所健保支付應歸醫院總額，而非屬基層總額。

四、現在的政策已考慮到限縮教學醫院或醫學中心的設立，但不去阻止不斷設立的分院、門診中心與附設診所，這樣只會侵蝕到地區醫院與基層醫療院所的生存，如果再不規範這些社團法人或財團法人醫院的設立，健保的資源再多，大概也會不夠用。總額之前怎麼設立已無法不准其設立，但總額之後就更應該要

有所限縮，所以如果我們再不重視這部分，將來總額再怎麼切割，不論是切西醫基層、地區醫院、社區醫院、區域醫院與醫學中心，總額將永遠不夠用。

蘇委員清泉

- 一、區域醫院協會有兩個看法，我自己也有經營地區醫院，要救這些地區醫院，陳錦煌委員及謝天仁委員，雖然都說自己外行，實際上他們現在已經很內行，也很用心，真的。分級醫療及強制轉診是救地區醫院的唯一方法，再來就是地區醫院自己要自立自強，正如陳錦煌委員說的，得增加設備、人力，但這會變成惡性循環，現在他們的收入連活都活不了，那有能力再去增加。這是先有雞還是先有蛋的問題，所以是健保局要用頭腦，及衛生署要真正用心的地方，不然地區醫院一直萎縮，尤其都會區的地區醫院，真的是以很快的速度萎縮。剛才陳錦煌委員說強制轉診給他拼下去，我看是讓衛生署及健保局局長先去死而已，不用 2 個月就下台了，所以這是很嚴肅的問題。
- 二、現在區域醫院有 81 家，事實上不只，今年又有 4 家升上來，所以是 85 家，還有台北市立醫院，原本是 9 家，現在變成 1 家聯合醫院，若將 9 家拆開來，實際上區域醫院有 90 幾家，所以費用占率會越來越高，而地區醫院占率會越來越低，這是必然。
- 三、洗腎總額去年點值是 0.87，今年可能更低，所以洗腎的醫生常唉唉叫，說唯一可以救他們的方法，就是不要小總額，他們要加入大總額一起滾。因此若將地區醫院切出去，好嗎？這倒是大家要用心的地方。

楊主任委員銘欽

請陳委員錦煌先發言，然後葉委員宗義，再來是陳委員宗獻。

陳委員錦煌

- 一、人家在誇獎了，我要表示一下看法。社區醫院就像傳統雜貨店

被 24 小時營業的超商打倒，對不對？現在愛買等這些大賣場都在等晚上沒地方去的客人，去那裡買東西，所以傳統雜貨店都關光了。診所也不要懶惰，13,000 多位醫師，週六休息、週日也休息，老百姓因為診所休息，就到社區醫院。但社區醫院會抱怨，現在與醫學中心合作，醫師到社區醫院開刀、看診等，一星期只能 2 天而已，健保局說不行，要支援 5 天以上才給付，這也是他們痛苦之其中一點，看看可不可以幫忙一下，多照顧社區醫院讓它不會沒落，讓老百姓不用到大型醫學中心、教學醫院看診，往這個方面走，大家也節省時間，不用像到臺大醫院那麼困難，不管何時都欠 30 床。今日若社區醫院有好醫生、醫療器材，就不用仰賴臺大醫院。像我們雲林人最近很怕死，小病就要去臺大，真的，我不會騙人。我聽說健保局審核社區醫院時，核減率都是 10%、20%，這樣要如何生存？對大醫院就較優惠，較不敢。有些朋友跟我說：委員你若有時間，來我醫院看看是什麼情況，若與榮總、高醫配合，為何得苦等 5 天才給付，2 天難道不能給付，請健保局可以研究看看。

二、還有一個核減的問題，像廖委員本讓的朋友經臺大 2 位醫生認為可以使用的藥物，偏偏健保局認為不能給付，這我覺得很奇怪，其中有鬼。今天我問廖委員，健保局還沒給付，我希望健保局頭腦清醒一點，我常講一句：「我審查你臺大不爽，就不給你過」。我看醫界也是這樣，核減的醫師就是：「我看謝武吉委員不爽，我要核減 20%，不然你要怎樣」，這就是由來，希望核減的醫師或健保局要檢討。我外行不會講話，怕蘇院長笑我。

葉委員宗義

我建議，現在無論銀行或任何行業，都在進行合併。現在地區醫院都說為了生存，如果我們強制保護他，良心也過意不去，是否可以鼓勵他們合併，例如將 10 家合併為 1 家，這樣會成為醫學中心的一半，等於健保一代和二代的一半，1.5 代健保，這樣作也解決他們的問題，解決老百姓的問題，解決付費者的問題。要不然付費者剛剛

也講，不曉得誰晚上要中風，若硬要送到旁邊小醫院，要怎麼解決？還是要往大醫院送。

陳委員宗獻

- 一、如果我們再去切割醫院總額，變成地區醫院總額、區域醫院總額等，就要考量這都是一種動態狀況，就地區醫院而言，現在有些地區醫院屬於醫學中心，若總額不夠，就到外面去開，像國泰醫院開國泰診所，吃基層總額一樣，問題不在此。有些地區醫院已經擴大規模且做得更成功，升級到區域醫院，所以看家數不準。
- 二、大家真的要去好好考量及解決地區醫院的困境，讓地區醫院可以作為社區醫療的支柱，像我們那邊有些地區醫院規模比診所還小，一家醫院只有3個醫生看門診，其病房不知如何照顧，但若要切割總額我認為不妥。

楊主任委員銘欽

謝院長文輝發言可否簡短，開會時間已經超過了。

謝榮譽理事長文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、針對剛剛幾位委員的發言，有幾點要釐清，今天地區醫院提出本案，包括李前主委玉春所提的方案，都沒有要把地區醫院從醫院總額切割出去，只是行政管理的技巧而已。所以當時醫院總額實施時，地區醫院就有先見之明，知道進來穩死，我們一直說要跟西醫基層合併，因為都屬基層醫療。不然我們自己獨立總額也可以，西醫基層當初非常明智，單獨出來才可以持續每年成長，不像我們逐年萎縮，實質剩不到一半。
- 二、李玉春老師當初怎麼說服我們，因為從健保開始，地區醫院就一直萎縮，要在總額總額中，運用政策性分配，將資源往下移，這是總額的政策目標，對民眾最有利，你們也就能夠成長。現在我們已經在醫院總額中，當然不能切出去。如果讓我們回到當初開始實施總額時的34%，切割出去，那還可以，現在點數只剩18%，實際費用可能只有17%，若扣掉RCW，RCW就是

87、88年時，在大醫院很多呼吸器患者所轉移下來，則實際費用剩不到一半。所以我們不要切割出去，我們當然應該要在醫院總額中，但就像各分局管控每家醫院，管控每種疾病一樣，也要對我們有政策性的資源分配，才能落實醫院總額的政策目標。

- 三、跟委員報告，不是要讓小醫院去治療嚴重疾病，切割初級、次級照護以政策目標管控，委員應該都會同意，當時陳明豐院長雖然不是委員，但大部分的會議都是他參加，他現在也當院長了，可以問他。
- 四、第一，釐清不是要切割，當然是在醫院總額中將資源重分配，這就是費協會最大的功能。第二，初級、次級照護切割出去，以目標管控，醫院的經營者都很厲害，只要有目標，大家就會朝著目標走。只要我們宣誓，他就能做到。第三，所謂家數不能參考，大家有沒有想過，醫院都大型化好嗎？大型化就是大家都來坐凱迪拉克，這樣一定比較耗油，社區就應該要坐巴士，坐50人的巴士耗油量與只能坐4人的凱迪拉克一樣，所以如果讓小型醫院都關門，變成只剩大型醫院，每家都變成醫學中心，那就死定了，健保費調不完。而且家數會變少，現在醫院有500多家，如果地區醫院都變成醫學中心，那50家醫學中心就滿額了，可能連台中地區的許多地方民眾都變成偏遠地區，在地都沒有醫院，需要去大型醫院就診。對民眾就醫可近性和緊急救護可及性，會造成很大的損害。
- 五、為何今天的案子長期沒有解決，原因在於，在鄉下如草屯，年輕人都出來打拼，大部分都是老年人口，這些人最能逆來順受，當地的醫院關門，就跑到台中去看病，大多數的弱勢民眾是沒有聲音的，但作為費協會委員，心中應該要有一把尺，應該替這些沒有聲音的廣大弱勢鄉親，合理分配資源。但絕沒有要從醫院總額切割出去，否則穩死的。

陳委員宗獻

剛剛可能有點誤解，請參看議程資料第 59 頁說明五，區域以上醫院調降之初、次級照護之服務量，是個目標，我建議用實際數值計算。另請參看第 54 頁之第 37 張投影片，計算實際的數字，看看多少分到重症？多少分到初級？目標應該多少？如果有較詳細資料，委員比較好考慮。

謝委員文輝

我再補充，數據都在這，都是由健保局規劃，只要委員宣示本案通過，我們尊重健保局有推動的能力，可以分三年或四年達成，就醫院層級來說沒有內部自行規劃的能力。

楊主任委員銘欽

請謝委員天仁發言。

謝委員天仁

100 年總額協定已經完成，現在談這個議題，老實講時間上有點落差，若要各層級醫院去談，看起來意見又分歧，現在將這燙手山芋丟給委員會，我覺得很困擾。相關初、次級醫療定義為何？金額多少？數據都沒有，若要訂出決議，如何落實執行？大家有這樣的想法，我認為應該要有比較細緻化的相關資訊，剛剛陳委員宗獻也提到，資料應該要明確，我們才能夠做決議。這部分我認為如果醫院內部層級不能協調，100 年總額已經協商完成，很抱歉只能等 101 年再來，可以利用這段時間趕快蒐集、整理資料，然後在費協會提出報告，讓大家瞭解，這樣我們大家才能做決定。

楊主任委員銘欽

這案子我這樣子決議…。

謝榮譽理事長文輝(謝委員武吉代理人)

抱歉占用大家幾分鐘時間，若今天沒有詳細數據無法通過，但聽起來大家都有共識，應該要分級醫療，因為相關數據都在健保局，是不是責成健保局提出計畫書(Proposal)，若方向是對的，依現在執行的能力，大概可以分幾年達到大家的期待目標、初級照護怎麼執行、重症、急重症如何調整等，提出作法及數據，供委員參考，才有辦法做決定。事實上，我們都不知道數據，例如今天健保局的簡報，

也是由它提供，所以決議責成健保局，提出一個試想方案，有這些基本資料，委員才能做出睿智的決定。

楊主任委員銘欽

請黃委員偉堯發言，為最後一位發言，然後我做決議。

黃委員偉堯

我想先呼應廖委員本讓之前的意見，議事的程序問題，剛剛謝院長文輝非常推崇醫院總額研議方案，請委員可以看一下議程資料第63頁，最下面一行寫「提請醫院總額支付委員會檢討」，所以本案是不是應該先在醫院總額支付委員會做成決議後，再來費協會看這案子好不好。不然所有總額支付委員會的案子都提到費協會決定，那我們議程可能會排不完，若此研議方案是大家認可的話，是不是應該有程序處理的先後，以上是我的建議。

楊主任委員銘欽

對不起，時間已經用的差不多了，其實剛剛黃委員所說，就是我要做的決議，依照研議方案，確實不管是要切割出來或不切割，或者是訂目標等，都應該在醫院總額支付委員會先討論方向，費協會會看支付委員會的結論，再進一步討論。今天已經討論這麼久，以費協會的角度切入做兩個決議，第一點，還是依照現行協商架構執行100年總額預算，因已協商完成。第二點，今天都有提到，對於各層級醫療費用、初、次級照護，以及重症醫療等之資源分配與管理議題，希望可以較周延的討論，建請提醫院總額支付委員會討論，在那邊才可做比較多的專業討論，費協會大部分委員都不是醫療專業代表。這是今天對本案的決議。

謝榮譽理事長文輝(謝委員武吉代理人)

我利用機會跟各委員釐清報告，研議方案為何會寫要提醫院總額支付委員會討論，是因為細節的確要去那邊談，但是本會可以決定方向，不然可以看到，剛剛三個層級，三方都有意見，不可能在那邊有共識，如果費協會可以訂出方向，如何執行的細節，的確可以在醫院總額支付委員會討論，必須有個先後次序。

楊主任委員銘欽

一、第二點決議內容前面再加一段話：分級醫療是我們未來執行的目標。其實前面健保局也有報告，分級醫療確實是我們執行的目標，至於細節再提醫院總額支付委員會討論，但有個精神存在。

二、另討論事項第二案是謝委員武吉提出的。

謝委員武吉

下一次討論。

楊主任委員銘欽

謝委員提議下一次再討論，謝謝委員體諒大家在這邊坐很久。我還是再問一下，有無臨時提案，若沒有臨時提案就下個月見。結束前向大家祝賀新年恭喜，下次見面就是兔年。

蔣副秘書長世中(李委員明濱代理人)

2月份委員會議可否改到2月18日召開，因為我看健保局過年期間可能都在準備會議資料。2月11日剛好過完年，很多作業程序都會落在過年期間，可否改成2月18日開會。

楊主任委員銘欽

謝謝蔣副秘書長的提議，但因好多位委員都已經離開，可否容我們另外再調查委員時間。謝委員武吉覺得如何？

謝委員武吉

還沒收到。

陳委員錦煌

我看不要，行程都排好了。

楊主任委員銘欽

那就不變動會議時間。謝謝蔣副秘書長的體諒，但是很多人行程已經排好，記得去年陳委員錦煌也安排出國，所以還是維持2月11日舉行，謝謝大家，新年快樂。