

全民健康保險醫療費用協定委員會
第 162 次委員會議事錄

中華民國 99 年 8 月 13 日

全民健康保險醫療費用協定委員會第 162 次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國 99 年 8 月 13 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

孟委員藹倫

林委員永農

林委員啟滄

張委員惟明

許委員怡欣

連委員瑞猛

陳委員玉枝

陳委員宗獻

陳委員明豐

陳委員錦煌

黃委員美娜

黃委員碧霞

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

戴委員龍輝

蘇委員清泉

蘇委員鴻輝

李醫師豐裕(代)

施幹事金蓮(代)

曾科員淑娟(代)

肆、請假委員：

莊委員淑芳

黃委員偉堯

劉委員志棟

劉委員清芳

伍、列席人員：

行政院衛生署
中央健康保險局

梁組長淑政
戴局長桂英
黃副局長三桂
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：林淑華、邱臻麗、
謝妙芬

柒、主席致詞

- 一、介紹新任健保局戴局長桂英，渠曾任衛生署企劃處處長、長期照護保險籌備小組副召集人。本次因前任鄭局長守夏自學校借調期滿，楊署長乃指派戴局長接任掌管健保局業務。本會9月份即將進行100年度總額協商，尚請戴局長及健保局同仁協助，以能圓滿達成年度總額協定重責。
- 二、本會前程執行秘書善慈於8月10日退休，考量費協會業務具有延續性及複雜度，為使會務順利推展，乃由本會資深同仁林組長宜靜陞任執行秘書、張技正友珊陞任組長。

捌、報告事項

第一案

案由：確認本會上(第161)次委員會議議事錄，請 鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(第161)次委員會議決議事項辦理情形及重要業務報告，請 鑒察。

決定：

- 一、對本會上(第 161)次委員會議決議事項辦理情形：
 - (一)「健保局對簡表日劑藥費應予檢討並循法定程序處理」案，於衛生署核定公告，列入本會報告後結案。
 - (二)健保局對「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」專題報告案，安排於本(99)年 12 月份委員會議進行。
 - (三)餘結案。
- 二、100 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商共識會議，各部門協商順序抽籤結果，依序為：醫院部門、西醫基層部門、牙醫部門、中醫部門。
- 三、本會將另擇期辦理醫院總額執行成果評核座談會，邀請評核委員進行評分，並由健保局報告，醫院部門代表可於會中提出補充說明。
- 四、依委員建議，將安排健保局新任局長進行施政報告，俾瞭解該局未來之展望。
- 五、餘洽悉。

第三案

案由：「100 年度各部門總額協商因素項目或計畫」規劃報告，請 鑒察。

決定：

- 一、請各總額部門及健保局對所提協商規劃草案，視需要參酌委員建議修改，並請健保局提出 100 年度門診透析服務費用成長率建議，於本年 8 月 25 日前擲回，以利 9 月份協商共識會議之議程編製。
- 二、委員對各總額部門及健保局報告內容，若認為有需補充說明或增列相關協商參考資料，請於一週內回覆，由幕僚彙整前述需求及今日會中所提，一併轉請相關

單位提供。

三、餘洽悉。

第四案

案由：中央健康保險局報告「醫療費用支出情形」，請 鑒察。

決定：洽悉。

玖、討論事項

提案單位：本會第一組

案由：全民健康保險藥品費用支出目標及其分配方式案，續提請 討論。

主席裁決：本案保留至本年 10 月份(第 164 次)委員會議討論。

拾、臨時提案

提案人：謝委員武吉

附議委員：陳委員明豐、蘇委員清泉、李醫師豐裕(林委員永農代理人)

案由：為契合我國醫療費用之實務應用，務實分配有限之醫療資源，建請 惠予修正定義有關本委員會就行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定全民健康保險之各部門總額成長率之限制，惠予適時調增長年缺額之醫院總額成長率，以紓解醫院經營之困境案，提請討論。

決議：維持本會第 158 次(99.04.09)委員會議所決議之 100 年度總額協商原則，各部門最後之年度總額成長率，不超過行政院核定範圍之上限值。

拾壹、散會：下午 2 時 30 分。

本會第 162 次委員會議
與會人員發言摘要

壹、報告事項第一、二案「確認本會上(第 161)次委員會議議事錄」、
「本會上(161)次委員會議決議事項辦理情形及重要業務報告」與
會人員發言摘要

謝委員武吉

有關 100 年度總額依評核結果酌加 0.25%、0.15%、0.05%之獎勵成長率，但議程第 9 頁列有牙醫門診、中醫門診及西醫基層分數，卻無醫院總額的分數，請問醫院總額是誰在執行？為什麼沒有評分？

楊主任委員銘欽

所詢內容將於報告事項第二案說明，現為確認前次會議紀錄。

謝委員武吉

需先瞭解評核結果。

楊主任委員銘欽

報告事項第二案時可再討論。

謝委員武吉

之前就已經把話說在前面，上次會議中就提出應該要對醫院總額進行評分！別要說我話多，第二案擺明就是沒有醫院總額的評分。

楊主任委員銘欽

謝委員武吉對會議紀錄文字並無修正，僅提出詢問？

謝委員武吉

是。

楊主任委員銘欽

上次會議紀錄確定。進行報告事項第二案，請林執行秘書宜靜說明。

林執行秘書宜靜

- 一、進入報告事項第二案之前，先向委員說明，今日有許多補充資料，請委員確認是否遺漏，可舉手示意，會務人員將儘快送上。
- 二、桌上共有六份簡報資料，為報告事項第三案有關 100 年度各部

門總額協商因素項目或計畫之規劃報告，包含：牙醫、中醫、西醫基層及醫院四部門所提之建議案、護理師公會全聯會之訴求，及健保局針對各部門所提之整體規劃建議。

- 三、其次為 99 年度協商參考指標要覽，循往例於每年 9 月協商前，均整理相關數據供委員參考。在此謝謝健保局提供原始數據，本次同仁花費許多時間運算整理，致印刷廠不及印製足夠份數，乃先提供 50 份予委員參考。另由於印製過程疏忽，色調及排版皆有出入，不過數字部分仍可供參，之後將配合第 162 次委員會議紀錄寄送重新印製之資料，在此向委員致歉。資料亦將儘快上網，各部門若有需要，可先上網查詢。
- 四、另有健保局支出情形報告，請參閱。
- 五、有關議程內容之編列，自本次起不再放置前次會議與會人員發言摘要。因會議紀錄於會前二週寄送委員，且之前已請委員確認發言摘要，但委員若仍有疑問，希能儘快與幕僚聯繫，即可更正。且於委員會議後經確認之紀錄，會馬上上網，俾利隨時查詢。所以為節能減碳，以後議程即不再放與會人員發言摘要，若委員仍認為需要仍可提出意見，下次修正。
- 六、接下來報告事項第二案說明一，上次會議追蹤事項，請參看議程資料第 11 頁，共 4 項：第 1 項調整簡表日劑藥費部分，健保局與西醫基層討論過二次，惟尚未有共識，業將結論送請衛生署核定中，幕僚單位建議俟衛生署核定公告，列入本會報告後結案。第 2 項藥品費用支出目標及其分配方式案，已提本次會議討論。第 3 項請健保局提供分級醫療實施情形，及如何適當分配醫療資源之專題報告，幕僚建議安排於 12 月份委員會議，並獲健保局同意配合辦理。第 4 項係委員建議衛生署相關單位能加強預防保健及民眾就醫行為導正案，已轉請衛生署參考。綜上，有 2 項結案、2 項繼續追蹤。
- 七、報告事項第二案說明二，係謝委員武吉關心各部門總額評核結果：
 - (一)今年針對專案計畫及一般服務分兩梯次召開評核會，本次對於各部門專案計畫，請評核委員針對各計畫是否續辦、經費

是否增加，提出建議，結論：25 項專案計畫中，建議 2 項擴大辦理、19 項維持、4 項計畫縮小範圍；經費部分，建議 1 項增加、20 項不變、4 項減少，至對各專案計畫之專家審查內部會議結論，請參閱議程資料附錄一之第 42~43 頁。

(二)「評核分數與等級」為一般服務加上專案計畫執行成果評核分數，依本會第 157 次委員會決議，一般服務與專案計畫執行成果之計分權重為 75%：25%，依此計算：牙醫部門 85 分為特優、中醫部門及西醫基層(80.5、82.3 分)等級為良，並將依第 161 次委員會之決議，於 100 年總額給予獎勵成長率。各評核委員所提意見詳附錄一、二。

八、報告事項第二案說明三，「100 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商暨第 163 次委員會會議」訂於 9 月 10~11 日(星期五~六)，請委員務必為年度大會預留時間。至於協商過程各部門之時間分配，於上次會議已確定，目前尚需確認協商當日各部門討論之先後順序，若委員同意依往例抽籤，稍後即可進行。

九、報告事項第二案說明四，係衛生署及健保局近期公布之資料，包括(一)修正藥品支付價格訂定原則，請參看議程資料附錄三；(二)健保局 99 年新增品質資訊公開項目，各部門均有 2~3 項指標，請參閱附錄四；(三)健保局 98 年度增進偏遠地區健保醫療服務計畫，公告執行期間自 99 年 7 月 31 日延長至 99 年 12 月 31 日止，以上說明。

謝委員武吉

現在議程進行是怎樣？要把我剛剛提出的話題給蓋過嗎？已經進入報告事項第二案了嗎？主席也沒說，且也未宣讀說明。

楊主任委員銘欽

謝委員武吉所提醫院部門未評分乙事，此次未評分係因醫院部門未接受總額專業自主事務委託，故評核時係由健保局報告，評核委員認為計分困難，故未評分。我瞭解這會讓醫院部門覺得失去獲得品質保證保留款之獎勵機會，但個人對醫院部門的努力仍給予肯定。評核會當天，多位醫院代表，例如：張克士院長、蘇委員清泉等均代表發言，可見其對健保用心。

謝委員武吉

- 一、我將上次謝榮譽理事長文輝代理出席會議之資料印出，上次問過，現在再問：到底是健保局或那個單位承辦醫院總額？健保局哪個單位辦的呢？全部都由健保局辦嗎？健保局是辦理哪個部份？
- 二、自民國 91 年迄今，只有 1 年由醫院協會承辦總額，但與健保局不歡而散，後來醫院協會吳理事長德朗連續三年想承辦醫院總額專業自主事務委託，但不知是不幸或不會做，都無法被接受。但本人認為即使醫院總額是由健保局辦理，也應給予評分，不該就剝削醫院層級之獎勵成長率。對於未承辦總額就不能獲得評核分數的錯誤，已經存在太久，總額執行都那麼久了，應該要有所改變。

楊主任委員銘欽

邀請其他醫院代表表示意見。

陳委員錦煌

- 一、7 月 13 日及 27 日評核會本人太忙都未參加，聽謝委員武吉提到承辦問題，為何健保局未請醫院部門進行報告？請教主委，是否還有機會進行報告？
- 二、78 至 98 年已毀滅 500 家社區醫院，從 750 家至今可能只剩 250 家，或許更少。健保局應好好規劃分級轉診制度，健保年支出 5000 億，若能做到分級轉診，相信可節省支出，並讓社區醫院生存下去。想請教許委員怡欣今年倒閉幾家社區醫院？她資料較多，有她當靠山，我就不怕，希望健保局或許委員怡欣能提供資料。
- 三、本人當委員未滿二年，健保局總經理(局長)換了三位，這麼不好當嗎？且朱前總經理澤民離開時未通知，今天開會隔天就走，男女談戀愛也會吵架過後再分手，連與我們吵架都沒有，就離開。最有意思的是鄭局長守夏，守到夏天才跑掉，請問戴局長桂英準備當多久？委員任期二年，局長換得比我們還快，不負責任。健保局局長為何待不住？是待遇不好、討厭立法委員，還是不爽委員？請新任局長進行施政報告。

戴局長桂英

- 一、謝謝委員讓我有機會向大家致意。局長的異動常身不由己的。我在這位子的任期是接受考評的，包括各位委員。若很勝任，擔任局長的時間就會較久，若不勝任，不管自己想不想走，也該走。
- 二、了解陳委員的用心，其實健保局同仁也有類似想法，不希望主管異動太快，否則行政作為不能連續，會衍生效率問題。任期內我將多聽大家的意見，多溝通。另向大家說明，公務人員的任免是有些規定，目前局長一職比照政務人員，體制上會隨同政務首長異動。

陳委員錦煌

戴局長講的話模擬兩可，不知可否請問幾歲退休？現在幾歲？搞不好下個月就退休，乾脆不要來，由黃副局長或蔡組長直陞就好，他們被罵也要有代價，二年換三任總經理，我本身已擔任7屆雲林縣總工會理事長，都沒動，所以不要哪裡好就跑，離開都沒說一聲，對委員太無情無義。

戴局長桂英

委員有業務上指教一定虛心接受。

楊主任委員銘欽

會前才與謝委員武吉及蘇委員清泉談到，鄭局長守夏回學校後，回想於衛生署及健保局服務二年期間，換過三任署長。不過，不論健保局或本會的幕僚都很穩定，雖然主管異動，但業務還是具有延續性。

謝委員武吉

剛才陳委員錦煌提及局長換太快，建議說明3位局長離職原因，讓委員瞭解。至於戴局長桂英，請下次進行施政報告，才不會讓陳委員錦煌覺得沒二年就換三任局長，連認都認不出來。

楊主任委員銘欽

戴局長桂英也同意可安排進行施政報告，讓大家瞭解健保局未來走向。

蘇委員清泉

- 一、謝委員武吉強調的是，目前醫院總額由健保局辦理，醫院協會多次想承辦，但都因分數不夠等原因無法標到，感覺不滿，所以建議應讓他們有平等機會，可以承接，至於承辦計畫有何缺點，可以改進。
- 二、呼應陳委員錦煌所提，對公務人員多予鼓勵，換做是我，我也不願做健保局局長。現在檢舉文化猖狂，動不動就檢舉，太恐怖，家姐在國稅局擔任副局長，非常清楚，現任賦稅署署長與我私交很好，渠於北區國稅局擔任局長時，僅一個案件，就遭地檢署起訴，要面對7年以上徒刑，「鐵打的衙門流水官」這句話他們感觸良深；另外，監察院一天到晚糾正、彈劾，若被停職，則會影響退休金。再來，最嚴重的是檢察官濫押、濫起訴，起訴定罪率卻低，所以公務人員不能僅責備，應予鼓勵。

楊主任委員銘欽

謝謝蘇委員清泉。再請問陳委員明豐對謝委員武吉所提有無意見。

陳委員明豐

無特別意見，依規定辦理即可。

楊主任委員銘欽

- 一、陳委員錦煌提到給醫院部門一些機會，我覺得很好，今日報告事項第三案，已安排醫院部門報告新年度的訴求，醫院協會代表陳主任雪芬準備許多資料，屆時請委員一起當評核委員，尤其是付費者與政府機關代表，在9月協商時，可參酌醫院部門今日提供之資料，酌予鼓勵，謝委員武吉也在場，必要時可提供補充說明。
- 二、針對謝委員武吉之前所提評核結果意見，本次由健保局並同各部門一起報告，新年度嚴格執行，若有部門承辦總額，則由部門報告，部門若未承辦，則由健保局單獨報告，並邀請部門代表一起說明，如此則可評分，建議採此方式處理。

謝委員武吉

這樣的回答我不能接受。

陳委員錦煌

- 一、我是外行，7月13、27日各部門總額評核報告，已有評分，今日請醫院部門報告，要不要給分？請教許委員怡欣，因為你是評核委員，等下報告可以，但是否給分是重點，因為很明顯不公道，當然要替醫院講話，但醫院有問題我也會修理。
- 二、謝委員武吉對承包制有疑義，我不瞭解何謂承包制，要讓我們知道，回去才能交代。

楊主任委員銘欽

因品質保證保留款之獎勵成長率，內含於各部門總成長率，就算各部門評分特優或優，給予成長率，但總成長仍不能超過行政院核定範圍之上限，並非達到上限再外加成長率。剛才的意思是醫院部門本次並未評分，故邀請付費者代表了解醫院部門及健保局所規劃100年的努力事項，若覺得過去做得很好，未來展望也不錯，則在總成長率給予肯定。

陳委員錦煌

請問謝委員武吉，這樣可接受嗎？

謝委員武吉

剛才已向主席表達不能接受。請參看議程資料第60頁，評核等級：特優、優、良，會給予獎勵成長率，所以主要差別在費用。上次會議我已建議，醫院總額執行報告由健保局報告也應該打評核分數，為何卻沒有？我上次就說過的呀！而且有會議決議！今天會議時間很多，我也可以一直就針對這個議題，其他議程就等這個案子講完再說。

楊主任委員銘欽

這是委員會決議。

謝委員武吉

對委員會決議認定不對之處，可以否定嗎？

楊主任委員銘欽

現況是總額執行成果報告時，健保局有進行綜合性報告，但若要對醫院部門單獨評分有困難。

謝委員武吉

應檢討為何醫院都標不出去，是否應決議，一定要標出去。

楊主任委員銘欽

這是兩件事。

謝委員武吉

我現在就要分清楚，不管是二件、三件、五件、十件事。

楊主任委員銘欽

逐件處理，給予評核分數的部分，評核委員確實有困難，建議解決方案是今年不管分數，以成長率給予肯定。

謝委員武吉

要給醫院部門多少成長率？

楊主任委員銘欽

報告後再討論。

謝委員武吉

依評核結果給予獎勵成長率，到底醫院部門該給多少成長率要先說清楚，不應否定健保局的作為。謝榮譽理事長文輝於前次會議所提，到底是健保局或局內那單位執行醫院總額？應在此決定給予健保局管理之醫院部門總額績效 0.25% 成長率。

楊主任委員銘欽

若評核結果為特優時是如此。

謝委員武吉

醫院部門已好幾年未評核，成長率永遠輸人。

楊主任委員銘欽

剛才另外兩位醫院代表並無特別意見，詢問可否針對醫院部門，請評核委員給予評分。

蔡委員登順

我有意見。擔任委員 6 年，每次評核都是公平機制，也邀請醫院部門報告，我知道前幾年沒來報告，我不清楚今年有無邀請醫院部門，過去是因為放棄報告，沒參與評核，以致沒分數，所以不可能

有成長率。今年沒來報告，若因沒邀請，後續如何處理，我可以接受今天的共識；若有邀請卻不來，自己放棄權利，就沒道理要求品質的成長率。所以應說清楚，是沒邀請或自己不來。

謝委員武吉

蔡委員登順所言不對，評核是針對總額專業自主事務委託，不讓醫院部門承辦，要如何評核？健保局替醫院部門做的，當然要接受評核。有無邀請是另一回事，若醫院部門有接受委託沒去報告，打零分是應該，但讓醫院團體不能承辦，只要我們參加總額承包投標，就設定我們不通過，對我們挑三揀四讓我們不能順利承辦，是不公平的制度。

楊主任委員銘欽

請問若邀請醫院協會報告，不知是否願意？

謝委員武吉

沒有資料，要如何報告？

楊主任委員銘欽

是要委員本人報告。

謝委員武吉

我們無資料，只能採你們提供的資料去拼湊，不是我們執行總額的結果。

楊主任委員銘欽

包括共管會議、執行會議等部分資料也可。

謝委員武吉

我們也只拿到那些資料而已。

楊主任委員銘欽

想讓此事圓滿處理，若再安排一次針對醫院部門的評核報告，因健保局已報告過，醫院代表是否願意報告？之前西醫基層未接受委託時，也準備資料報告，呈現相關規劃、如何配合、改善等內容。

謝委員武吉

醫院部門都配合健保局，向你們申請費用，叫我們走東，怎敢往西。

楊主任委員銘欽

請戴局長桂英說明。

戴局長桂英

主委聽了建議後，似乎預定另外安排一場醫院部門評核報告。剛才蔡委員登順關心的是，當時有無邀請醫院部門？這點可否先回應。

楊主任委員銘欽

皆在委員會提出邀請，會議紀錄也顯示邀請各部門代表提出報告。

戴局長桂英

若在座委員同意為醫院部門加開評核會，則由健保局先報告，再請醫院部門補充。如委員所說，過去一年是健保局管理，但為爭取成長率，故建議保留機會讓醫院部門補充，萬一健保局的報告只有「良」，但經醫院部門補充說明或報告後或許可得到更優等級。

楊主任委員銘欽

以往對未被委託部門之評核項目及權重，適用另一評分權重。距離9月總額協商尚有一個月，建議對醫院部門補評分，至評核結果則無法保證。戴局長桂英提到將指示健保局同仁再準備一次醫院部門報告，再次邀請醫院部門屆時補充說明。

謝委員武吉

醫院只於莊逸洲先生未過世前承辦93年總額，距今已很久。感謝二位善意要將此事圓滿，關於健保局報告醫院總額執行成果的資料，希望更完善，但因醫院協會無法取得健保局資料，如何補充？我們團體向健保局索取資料時，還被清算鬥爭、被罵，我們如何報告？

楊主任委員銘欽

若謝委員武吉代表醫院部門發言，要求請健保局報告。

陳委員明豐

同意謝委員武吉所提。

楊主任委員銘欽

於健保局報告後，對委員詢問，醫院部門若有資料可口頭補充說

明，屆時歡迎出席，至於日期另約。但仍先聲明，評核結果無法保證是否有獎勵成長率，需視當時報告內容及對評核委員提問之回應而定。

謝委員武吉

若評核結果不佳，健保局要自己檢討，希望評核結果為劣。

楊主任委員銘欽

- 一、將於9月10日協商共識會前另安排時間進行醫院總額執行成果評核。
- 二、有關報告事項第二案，大家是否贊成以抽籤方式安排協商順序，如不反對，請各部門推派一位代表，建議依去年報告之順序抽籤，請中醫代表李醫師豐裕先抽。

陳委員錦煌

開會地點不方便，住不好、吃不好，影響心情。

楊主任委員銘欽

- 一、抽籤結果之協商順序，依序為：醫院部門、西醫基層部門、牙醫部門、中醫部門。
- 二、委員反應場地不好，有無推薦場地？我們需要能提供住宿的場所。這部分請林執行秘書宜靜說明。

林執行秘書宜靜

在第160次(6月份)委員會議時，曾向委員請教，因去年在天母會議中心舉行，有些委員反應不錯，所以今年仍請衛生署秘書室與天母會議中心簽約。由於公務機關近年之管理較嚴格，只能以公設場所為優先，沒辦法選其他飯店之類場地，故在此克難狀況下，請委員體諒。也請委員提供建議，若明年有較好的場地，我們探勘後認為合適，會再與秘書室溝通，今年只好向委員抱歉。

楊主任委員銘欽

衛生署也曾因此事被監察院糾正。

陳委員錦煌

那就一天完成，不要兩天，挑燈夜戰也可，拼個輸贏，但不要住那

裡，好像關犯人。

楊主任委員銘欽

謝謝建議，不過已經簽約，比較困難。下年度也許勞訓所有較好場所，請陳錦煌委員幫忙推薦。

陳委員錦煌

聽說板橋的中醫師公會全聯會，場地不錯，可以向其商借，而且板橋交通較方便。但不要瓜田李下，協商仍要照規定。

楊主任委員銘欽

中醫師公會全聯會曾提出邀請，請本會委員會議至該場地舉辦，但因要避免陳委員錦煌所說瓜田李下之嫌疑，所以並沒有去。

陳委員錦煌

刪點中醫總額就好。

楊主任委員銘欽

仍需儘量迴避，若勞訓所、農訓所、漁訓所或公訓所等，與醫療服務提供較無相關之場地，較沒問題，今年請大家委屈一下。若第二案無詢問，則洽悉。

謝委員武吉

剛才所提，第一部分健保局已從善如流，同意再報告一次；第二部分醫院總額為何每年都無法招標出去？請說明。

楊主任委員銘欽

此部分請健保局說明招標流程。

黃副局長三桂

有關健保局專業自主事務委託，主要內容是將醫療服務專業審查業務委託相關專業團體辦理，依據行政院公共工程委員會函釋，屬政府採購法所稱之勞務委託，也是公共工程委員會監督下的重要案子，每年都會追蹤。採購評選委員的產生係以行政院公共工程委員會建置之系統篩選專家學者名單予以遴選遴聘；整個委託過程和程序，完全依照政府採購法規定運作，這是法律問題，故健保局及個人認為不適宜於此討論。

楊主任委員銘欽

此議題討論過幾次，從費協會的立場，非常期盼也呼籲各部門總額都能順利委託，鼓勵各部門與健保局合作。

謝委員武吉

認同健保局黃副局長三桂所提，但外部委員與內部委員之比例，若內部委員較多，則我們就比較容易產生質疑。由於局長才剛上任，所以我認為要特別向新任戴局長報告一下，連續二年健保局都有人質疑醫院協會之代表性，聽起來很刺耳，這種話需要一再提起嗎？許委員怡欣去年應該都有聽到，可否幫忙解釋，我不會表達，但非常生氣。若是如此，也可質疑醫師公會、牙醫師公會、中醫師公會之代表性，他們也非所有醫師都參加，有的醫師雖有執照但不執業，像私立醫療院所協會秘書長，雖為牙醫師，但他就不願意執業。許怡欣委員也是總額承辦招標的評選委員，可以請許委員表示一下，我所言是否為真。

楊主任委員銘欽

本案於許委員怡欣發言後告一段落，希望各部門儘量爭取委託。請許委員怡欣幫忙說明所了解過程。

許委員怡欣

我也希望各部門都有受託單位，因為這是總額專業自主的能力及權利，且有尊嚴。不過據我所知，辦理委外事務時，對於承包單位所提計畫書會有些要求，因醫院部門之金額最多，要求也比較嚴格，但計畫書內容與代表性是二回事，我個人肯定醫院協會具有足夠代表性。

謝委員武吉

只要講代表性就好，其餘的不要再提。

許委員怡欣

個人而言，我參與了部分，肯定醫院協會之代表性。

謝委員武吉

這樣就好。

黃副局長三桂

向委員報告，所謂勞務委託之採購案，法律性質非常濃厚，採購評選委員係依據政府採購法規定所遴聘，所以曾參與評選的委員，亦受採購評選委員會委員須知所規範，依規定負有保密之責，因此對所知悉之資料，不宜在其他場合將評核內容對外提出，在此善意提醒，勿因一時不注意，而在公開場合談論。本人因曾擔任該評選委員會主席，有義務提醒。

葉委員明峯

黃副局長三桂之說明非常正確，請大家務必尊重行政機關相關作業規定，以免誤蹈法網。

楊主任委員銘欽

謝謝葉委員明峯的提醒。本案討論到此告一段落，報告事項二案洽悉。

貳、報告事項第三案「100 年度各部門總額協商因素項目或計畫」規劃報告」與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

開放委員詢問，特別申明今天不對 100 年的各部門總額成長率做任何承諾及討論，發言重點請針對健保局及各部門協商草案有哪些須補充或更正之處。

陳委員宗獻

目前協商架構分為一般服務及專款項目，依協商慣例，專款項目的預算僅能在額度內依實際執行支付，未執行完畢，不能流到一般服務。但去年醫院部門專款項目之慢性 B、C 型肝炎治療試辦計畫，卻未編足預算，不足部分由其一般服務預算支應，與專款專用精神及慣例不符。應是無論預算是從專款流到一般服務，或從一般服務流過去，都違反專款專用精神。大家印象應很深刻，去年總額協商過程中，醫院部門與健保局的看法不同，到後來編在慢性 B、C 型肝炎治療試辦計畫的專款預算偏低，但已無多餘預算可再編列，為避免嚴重影響該疾病之照護，才會同意由一般服務預算補足，此乃權宜之計，今年不應將特例變成常態，也不能要求西醫基層比照辦理。若非要如此不可，則應考慮協商架構另增列新項目：「非屬一般服務亦非屬專款項目」，並另協商相關定義、規則。若不擬增列，則專款項目的預算應編足，不能再由一般服務預算補其不足。

蘇委員鴻輝

針對健保局「100 年各部門總額協商因素與專款項目規劃草案」第 6 張投影片，牙周病統合照護計畫的成長建議，提出意見。

- 一、今年的評核作業原提議新增計畫執行 2 年後，才進行評核，亦即以專家學者的見解，新增計畫最少要有 2 年的執行期，才較上軌道，後因張委員惟明提出希望第 1 年就能了解其執行狀況，才將之也列入評核。
- 二、報告也提及，本項計畫在今年 3 月前都與健保局協調相關行政措施，3 月才開始執行，之後件數呈倍數成長，健保局單以上半年執行情形計算全年執行量，對部門不公平。

- 三、若照健保局意見，將去年 3.8 億元減列，只保留 5 千萬元，再由一般服務移列 5.68 億元至專款，是否表示以後牙醫部門提出新計畫，若執行不佳時，會得到 10 倍的罰款，健保局是否以違規扣款處理方式的概念提出此建議，若計畫執行不佳，無法達成原承諾，會成為扣減理由。縱使將一般服務項目改列為專款，移列的額度也應為原列在一般之額度。
- 四、今年下半年的執行量一定比上半年增加 5 至 10 倍以上，初期大家受到事前審查作業繁複影響，若未經牙醫師公會仔細教導，很多醫師都不敢申請，也因早期事前審查，退件非常多，很多醫師被退後就不想提供此項服務，故 2,000 多家牙醫院所，只有 100 家提供，服務量略顯不足，我們特別為此開設家教班，輔導牙醫師將事前審查作業做好。全聯會曾於今年 6 月份牙醫總額支委會提出取消事前審查，改為事後更嚴格的審查，但健保局考量已為此耗費很多行政人力，並未接納。
- 五、計畫內容列了很多項目及要求，目的是希望病人得到更好的照護品質。為此還在執行前進行研究計畫委託，希望 2、3 年後有資料可分析評估照護品質，及各項執行狀況。牙周病檢查紀錄表非常詳細，且事後評估的研究計畫都已規劃，希望健保局能再考量本會對審查作業所提建議，並給予好的照護計畫完整的發展時間。

楊主任委員銘欽

付費者代表有無須各總額部門補充或修正的意見。

蔡委員登順

- 一、中醫部門的報告提到中醫師在 98 年有 4% 成長，要求總額也要比照成長，這個邏輯不能成立。醫師數增加是醫界自己需承擔的風險及責任，亦是供需的問題，怎能要求醫師成長多少，總額相對就要成長多少，此觀念宜適度調整。醫界也是生意人，做生意當然有風險，大家應可接受此論述。
- 二、牙醫的牙周病預防若依計畫確實執行，3 至 5 年後牙醫的醫療費用應會減少，因牙周若照護好，以後牙齒發生問題的機會相對會減少，如此，才有實質效益，否則總額協商時給予預算，

牙周病的問題卻未減少，就代表這項預防服務無效。我認同牙周病的預防計畫，但相對應提出執行成效。

- 三、若以老年人口數成長作為總額成長率計算基礎，將非常可怕，應以全體人口數作分母，成長比例才不致過於龐大，大家應可公正的評斷。

謝委員天仁

醫界常以人口老化作為增加醫療費用之訴求，與健保局先前提提供的統計資料有相當大落差，記得當時的資料並非老年人的醫療費用增加較高，而是 50 歲至 60 歲間的年齡層。各部門不應老是用此說法，將責任都推給老年人口，對他們不公平。

謝委員武吉

- 一、監察委員為體檢健保業務，有安排到各地訪視，健保局局長和副局長也都陪同，今年監委特別注重 RCW(呼吸器依賴照護)及透析兩項業務。網路上可看到很多醫療院所將透析服務外包給某上櫃公司，我擔心，若透析費用一直成長，最後都讓生意人賺走。今年醫院評鑑作業已特別要求評鑑委員，一定要去看醫療院所有無外包情形，若有外包，則該項不及格，但基層診所因無評鑑作業，尚不知該如何處理。腎臟醫學會林理事長裕峯之報告也提及，最少有 25% 院所外包，若再繼續下去，將很危險。目前聽說有 2 家廠商，其中 1 家廠商資料我已上網下載，另有一家未上網下載，其中 1 家廠商登記的是香港廠商。
- 二、不知有無聽錯，健保局報告中對醫院 100 年度門診透析預算是提列-0.582% 的負成長，為何西醫基層的透析卻是 6.428%，是這樣嗎？到底 100 年門診透析預算醫院會減少多少，基層增加多少？還是尚未計算出。請說明。

蔡委員登順

並未看見健保局對 100 年門診透析服務預算成長率提出建議，若無提供基礎資料及先擬議合理成長率建議案，則付費者不知道要如何協商，難道要用喊價的，如此恐遭透析團體抗議，在此還是請健保局先提出成長率建議。

陳委員宗獻

將今天所發的協商參考指標要覽，與去年進行比較，發現西醫基層部門的數據兜不起來，可否請幕僚再確認。

林執行秘書宜靜

會後再向陳委員宗獻說明。

連委員瑞猛

在此提出請求，建請同意 100 年擴大辦理藥師居家照護計畫。今年僅在台北及高屏分局試辦，明年希望服務對象能擴及其他分局，嘉惠更多民眾，請於 9 月協商時討論如何擴大辦理。

蔣副秘書長世中(李委員明濱代理人)

- 一、針對蔡委員登順及謝委員天仁所提人口老化之影響，小於 65 歲者之平均每人年申報費用點數為 1.6 萬點，大於 65 歲者是 7.1 萬點，全國平均為 2.1 萬點，人口愈老化所使用的費用當然愈高。若不考慮老化因素，僅考慮全國人口數，則醫療費用是下降，因為人口數將逐漸變為負成長。
- 二、醫療費用增加原因，有人口老化、慢性病、重大傷病增加，及新增新藥、新科技引進。雖然重大傷病人數才占 3.2%，但費用卻占整體 1/4，慢性病人數占 10%，但其費用占整體費用之 33%，所以年輕者的醫療費用確實較低。不論慢性病或新藥、新科技，都應給予一定成長率。藥費 99 年第 1 季為負成長，但不表示真的全年就會負成長，且過去藥費成長約 8% 左右，並未給予相對成長率。
- 三、所提之成果分析比較，尚須考量有無與整體進行比較，應考量整體次數是否也下降，而非僅看照護對象的利用，也不能單以 1 季或 2 季的資料下定論。99 年第 1 季西醫基層及醫院部門，整體次數、醫療費用都下降，主因為急性病如 H1N1 新型流感就醫人數下降，並非只有人次下降。

楊主任委員銘欽

有關協商部分，先綜合回應，再請健保局說明。

- 一、陳委員宗獻提到專款項目預算的處理原則，未用完的預算不能流到一般服務，若用不夠也不能從一般服務支應，對等基礎上有值得討論的空間；陳主任雪芬也提到，慢性 B、C 型肝炎治療試辦計畫預算編列愈精準愈好，從協商角度，專款就應專用，不宜流用，編列愈準確愈好。
- 二、牙周病統合照護計畫預算的計算基準，請牙醫全聯會與健保局再進一步討論。成效部分，如牙醫部門有相關數據可提供，可補給委員參考。
- 三、中醫師數的成長，歷來總額協商都不同意以此理由增加成長率。
- 四、蔡委員登順提到 100 年透析服務預算成長率草案，要請健保局仍能提出建議案，至於最後成長率，當然最後還是由本會討論定案，但委員須有可參考的基準資料供討論。
- 五、蔡委員登順、謝委員天仁及蔣副秘書長世中提到人口老化，在非協商因素中已以人口結構改變率及人口成長率反映，不宜再單用此項作為協商因素。
- 六、謝委員武吉提出門診透析服務費用成長率的估算，及外包情形，請健保局回應。
- 七、連委員瑞猛希望擴大藥師居家照護試辦計畫，請先與健保局討論後，於 9 月協商時再議。

蔡組長淑鈴

對委員所提，補充說明如下：

- 一、有關牙周病統合照護計畫，健保局對牙醫全聯會導入新計畫所做的準備，包含牙醫師的培訓、事前審查的努力等，都予以肯定。99 年原編列 3.84 億元，也承諾至少要照護 6 萬多人，但因新計畫的導入不易，有很多前置作業，致使上半年執行率較低，並不表示執行不力或成效不彰。我們支持本計畫，只是希望預算能真正用在牙周病人之照護上，但 99 年預算編列在一般服務上半年執行率僅 2.6%，故剩餘數可能會被其他一般服務稀釋，故建議在 100 年本項費用移至專款部門，且金額不變，直接移列，若認為所編預算不足，可再加編，俟執行至某

個程度，變成很普及的照護時，可再回到一般服務。至於對 99 年未執行之預算未扣減。希望本項預算將來能真正用在照顧初期牙周病患者，誠如蔡委員登順所言，若計畫做得好，將可減少嚴重牙周病的發生，這是大家共同的期待。

- 二、人口老化在非協商因素已以人口結構改變率反映，且各部門總額在人口結構改變率部分，已獲得不少成長率，若再要求於協商因素反映，則是重複計算。
- 三、謝委員武吉提到門診透析成長率，因是從醫院及西醫基層部門撥出來，今年分攤方式已有共識，即依 99 年第 1 季醫院與基層申報之門診透析服務點數占率分攤。這次未說明成長率，係因透析成長率尚未確定，故無法計算雙方各須負擔多少，但照目前趨勢，醫院部門應是負成長。另 100 年擬將 Pre-ESRD(末期腎臟病前期)計畫移至其他預算，故透析部分 100 年已有 0.16% 成長率。至對 100 年透析預算，健保局建議之成長率值，擬收集委員意見後再研議。
- 四、連委員瑞猛提出擴大藥師居家照護計畫，藥師公會對本計畫投入很多心力，予以肯定。100 年預算未增編，係因才剛收案 1、2 個月，尚不知成效，故先保守估計，以今年規模再續辦一年，待有較多資料時，再決定是否擴大辦理。如藥師公會認為僅在台北及高屏兩分局試辦，規模太小，希望其他縣市比照辦理，且也獲得委員支持，則可酌予擴大，至擴大多少，我們也想聽聽付費者代表的意見。

謝委員武吉

請問協商參考指標要覽是那個單位製作？

楊主任委員銘欽

是費協會編印，但資料來源大多為健保局提供。

謝委員武吉

感佩蔡登順及謝天仁委員，有關人口數之數據問題上次已經提出，僅提供百分比，但未提供具體人數，雖然會後健保小組梁組長淑政有將資料提供給我，請問協商總覽是誰編製的？是健保局或者費協

會？我想這應該是健保小組編製的，上次提出的疑問時，就說是健保小組提供。

楊主任委員銘欽

協商參考指標要覽的資料很廣，來源也很多，須視那部分的資料。如為人口結構改變率，則資料來源是健保小組。

謝委員武吉

- 一、我就是針對健保小組，上次就已經提出有關人口結構之數據應該要有絕對人數的資料，而非僅是百分比，就像謝天仁委員及蔡登順委員所說，應該要考量具體人數，這樣的資料提供，會使委員產生模糊教育訓練的情況。
- 二、對謝委員天仁所詢問之「健保費率調整及民眾部分負擔占率」，覺得很高竿，這麼說並非是因同樣姓謝所以互相褒揚，我不是法律系的，對於法律也不懂，請問「部分負擔」與「應自行負擔」，兩者有何不同？又，民眾部分負擔占總額預算之百分比，95年至97年，各年度分別是多少？各年度於門診及住診各是佔多？「部分負擔」與「應自行負擔」兩者差異性為何？健保法第33條至第35條都沒有提到部分負擔，究竟「部分負擔」是誰提出的名詞？部分負擔與自行負擔又有何不同？因不是念法律，麻煩謝委員天仁解釋。

楊主任委員銘欽

請幕僚再增列各年齡組別保險對象人數資料。

謝委員天仁

- 一、有時法律用語與實際通俗的用語不見得完全一樣，可就實質內容判斷兩者是否相同。例如，健保法第33條，民眾未經轉診逕赴醫學中心，應負擔百分之五十；但現在是定額360元，可能是以此角度計算部分負擔額度。我認為部分負擔與自行負擔是一樣的意思，但自費則不同，可能未將自費金額列入統計。
- 二、但為何只提供至97年，卻無98年資料，是否比例增加，或尚無統計資料，這部分應說明清楚。

三、每年都有藥價調整節餘款，並用於支應新藥、新科技，97 年將節餘款的 30 億元用於調整支付標準。請問 99 年藥價調整的節餘款有多少？用在新藥、新科技又有多少？應適度反映。民眾總認為藥價存有黑洞，且已累積超過 15 年，但每年藥費占率仍維持 25%，好像藥價再怎麼調整，占率還是屹立不搖，這是偶然還是刻意操作的結果？令人好奇，值得觀察。這些數據應提供協商參考。

陳委員宗獻

請參看協商參考指標要覽第 21 頁，100 年度總額人口結構改變率，於每年 3~4 月份討論非協商因素時，一再提出，今年已是第 4 次或第 5 次，計算公式以 97 及 98 年的年齡組別人口占率，乘以 3 年前(97 年)各年齡組別的費用點數，實在有問題，因各年齡層費用的變動並不相同。例如，老年人的門診手術需求比年輕人高出 4 倍，為何有此差異，因科技進步使手術等更方便，例如：人工關節的處置，原本 70、80 歲行動不便者，希望施行門診手術使能行走。如年齡性別公式中，能依據以上原則，反映各年齡層的醫療費用，才能反映人口老化現象。目前衛生署的公式是假設各年齡層有固定的費用成長率，雖然每年資料都會再往後更新，但計算出的是人口比例變動之影響，不包含費用本身的變動。

蔣副秘書長世中(李委員明濱代理人)

醫界並非一直要爭，所爭取的費用也是用於民眾的醫療照護。人口老化因素並未完全以非協商因素反映，人口結構改變率的計算公式已有錯誤，所採年齡層費用資料也不對，再加上數值落後 2 年，例如 100 年度西醫基層總額採 98 年的資料，得到成長率 0.886%，但當時協定 98 年度西醫基層總額該項之成長是 0.657%，落後 2 年就差 0.229%，理論上應將 98 年給的不足部分，再回補給醫界。非協商因素成長率已不足，又將人口老化因素全歸在非協商因素，其計算方式不正確，又不能於協商因素反映，累計少給醫界很多錢，應將實質部分算入，即使用專款反映，也沒關係。

蔡委員登順

每年對非協商因素人口結構改變率的計算，大家都有不同看法，若

要顯現真實情況，應以全國人口作分母，老年人口作分子，得到占率呈現，且該數值每年變動。若依西醫基層部門所言，65 歲以上老年人口成長率 38%，幾年後台灣不是全都變成老年人，這樣會失真，不知情的人看了會嚇一跳。

謝委員天仁

- 一、蔣副秘書長世中所提資料落後，本就會有這樣的現象存在。計算必須有基準值，且一定是採過去數值，無法採未來資料。現在也事後校正投保人口成長率差值，已盡可能調整，使貼近事實。資料落後並非關鍵，重點是，基礎值應與現況愈接近愈好，先前我曾提出以公式計算人口結構改變率會失真，可採既有數據，去年或前年的數值皆可。公式與現實狀況脫節，易產生不同解讀，若用既有數據，因接近現況，較易被接受，否則各方容易挑對己有利的部分講。
- 二、其實最重要的是，效率提升及管控。我們接獲很多民眾申訴，老人家到醫院看病，這次要照 X 光，下次要照超音波，好像每次看病非得做些檢查不可，有必要嗎？費率從 4.55% 調整至 5.17%，擔心是否會因收入變多，就不節制醫療資源的使用。未做好相關管控前，有資源就會產生浪費現象。協商只有 2 天時間，費協會委員很難注意到每個環節，如果協商 20 天，帳或許可算得更清楚，目前無法精算，但希望能趨近合理。

謝委員武吉

謝委員天仁認為部分負擔與自行負擔一樣，我則認為不同。部分負擔在 85 年 4 月份提出，健保法並未有部分負擔一詞，只有自行負擔，且其意義大家應都清楚，是為落實轉診，目前因未落實，而浪費許多醫療資源。請參閱健保局醫療費用支出情形報告第 30 頁，西醫基層 98 年門診平均每件醫療點數約為 500 點，如按照健保法應自行負擔之比例要多少百分比！但，現在只要繳 50 元，約僅 10%，這是我們應檢討之處。

陳委員宗獻

- 一、目前部分負擔約占醫療費用的 10%~12%。

- 二、人口結構改變率的計算公式，請健保小組再好好考慮。協商參考指標要覽第 21 頁，列出 97 年及 98 年保險對象人數比例，未列 97 年及 98 年費用比例，當然費用百分比不是直接乘上去，這會將總額缺口，醫院 1、2 百億，診所 5、60 億，全部呈現，這樣不對。
- 三、謝委員天仁所提照實際數值計算，若這樣計算，我們躺著做就好，當然我們不希望這樣，也不認同此精神。但最起碼，每人年費用點數可加權計算，因各年齡組別逐年都在變化，例如 79 歲以上的費用可能增加，30-34 歲則穩定，0-4 歲的費用可能下降，不見得對誰有利，但較接近事實，這部分一直未校正。本人在衛生署的會議已多次提出，但仍採原計算公式，不知明年是否還要再提。

楊主任委員銘欽

- 一、協商參考指標要覽內容，幕僚會再作修正。
- 二、謝委員天仁提到很重要的原則，即在能力範圍內找到更貼近現況的數據。轉診制度屬政策面，可繼續關注其後續發展。楊署長近來也很關切醫療體系的發展，期待他能指示相關單位儘速落實轉診制度。
- 三、請問梁組長淑政對委員所提部分負擔占率只有 95 年至 97 年的平均值，有無回應。

梁組長淑政

年初在研擬 100 年度總額時，當時較完整資料只有 97 年，故採 95 年至 97 年三年資料計算部分負擔占率。

謝委員天仁

統計資料應按年度呈現，例如 95 年部分負擔占率多少、96 年及 97 年各多少。衛生署提供的是 95 年至 97 年的平均值，不可能每年比例都一樣。

梁組長淑政

在研擬 100 年度總額時，除估算整體總額成長率及金額外，尚須進

行健保財務評估，並估算健保應付保險支出，因不知 100 年部分負擔金額，僅能以 95 年至 97 年的平均值作為預估。

謝委員天仁

部分負擔比率是一項有意義的參考資料，應讓委員知道各年度情況。至今尚無 98 年資料，讓人覺得不可思議。

楊主任委員銘欽

原則上，9 月協商前，如有新資料應再補上，對各部門較公平。

陳委員宗獻

採定額制部分負擔，優點是方便，但缺點是不公平，例如到醫學中心只單純看檢查報告，卻要花 300 多元。若採定率計算，花費多者多付錢，花費少者自付就少，各有優缺點，政策上可以考量。

楊主任委員銘欽

詢問暫時告一段落。謝委員天仁提到新藥、新科技及藥價節餘款資料，請健保局再補充，供 9 月協商參考。

謝委員武吉

除提供 95 年至 98 年各年部分負擔比例外，請再區分門、住診。

楊主任委員銘欽

紀錄下來，由幕僚彙整相關資訊。

陳委員宗獻

剛提到 98 年、99 年指標要覽數值差距很大，是否 99 年版本較正確。

楊主任委員銘欽

很多委員都有這方面的疑問，請林執行秘書宜靜說明兩版本的差異。

林執行秘書宜靜

99 年版協商參考指標要覽，與 98 年版本對各總額之健保資料擷取定義差異很大，故不同版本，不宜逕行比對。重要變動如下：

一、98 年版本醫院及西醫基層之資料包含門診透析，99 年版本則

不含。

二、總件數部分，依健保局建議，慢性病連續處方箋及排檢等，不列入次數的計算。

三、98 年版本包含已移列至公務預算項目的資料，但 99 年版本回歸實際狀況，僅計算當年度健保涵蓋範圍的支出，故 95、96 年起，就不再包含由健保移列至公務預算支應的項目。

陳委員宗獻

可否請費協會備註資料定義內容的變動，以利了解。

林執行秘書宜靜

相關變動於各表之備註已有說明，委員如有須要，幕僚可再更清楚呈現。

楊主任委員銘欽

陳委員宗獻建議很好，請幕僚同仁將 99 年協商參考指標要覽的重大變動，列於目錄前的總說明。

許委員怡欣

個人肯定這次會議，比歷年更早獲悉相關數字，可有較充裕時間了解。惟因係當場看到各部門協商草案，僅能作初步詢問，能否給委員一週時間，思考還須何種資料，再請相關單位補充，使資訊更完整，以利協商。

陳委員宗獻

可否提出請求，之前我曾提出微觀協商概念，最大的瓶頸就在 physician induce demand(醫師所誘發的需求)，國外已有許多相關研究，但指標要覽並未呈現這部分資料，例如每人 GDP 與醫療費用呈現直線相關，能否提供國際比較，若能釐清，說不定將來與付費者討論時，就能很清楚知道，是誘發的，不是真正的需求。

楊主任委員銘欽

許委員怡欣的建議很好，會後請幕僚同仁與各委員聯絡，一週內如委員覺得有需補充或更正處，請相關單位在能力範圍內提供，使資

料更完整，供 9 月協商參考。

蘇委員鴻輝

違規扣款已列為減項，希望這部分能有正確的數據，可否請健保局與各部門確認違規院所名單及處罰金額。

楊主任委員銘欽

請健保局與各部門就此議題進行確認。

謝委員武吉

根據協商總覽之各部門點值資料可見，醫院總額從開辦至今，點值從未達 1 元，地區醫院還可能因於科別屬性而與其他醫院層級點值少約 0.5~1 元，請就此提出相關原因分析，請健保小組併入考量，醫院總額已實施 10 年，問題已經存在快 10 年，不能再拖。

楊主任委員銘欽

請相關單位儘速補齊協商所需資料，本案洽悉。

肆、臨時提案「為契合我國醫療費用之實務應用，務實分配有限之醫療資源，建請惠予修正定義有關本委員會就行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定全民健康保險之各部門總額成長率之限制，惠予適時調增長年缺額之醫院總額成長率，以紓解醫院經營之困境」與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

現在進行討論事項，今天有一個討論事項提案及臨時提案。現在時間是下午 2 點多，希望會議不要超過 2 點半。先徵求委員意見，同意照案討論，還是可進行臨時提案，因臨時提案與 9 月協商有關，若委員不反對，在此裁決，先討論臨時提案。

林執行秘書宜靜

請同仁發放資料，同時也請宣讀。

同仁宣讀(略)

謝委員天仁

程序問題，不應於此時變動議程。臨時提案不能排在正式提案之前，雖有徵詢大家意見，但依法定程序不能這樣做。若要如此，就應宣佈正式提案保留至下次討論，然後再進入動議程序，再提出臨時提案。因剛剛已宣讀，加上我疏忽、沒注意，就先這樣。但假使以後大家都採此方式，正式提案都往後挪，整個會議秩序會亂掉。

楊主任委員銘欽

謝謝謝委員天仁的指正，以後會留意。主要考量時間關係，所以予以調動。尚未宣布討論案保留的原因是考慮若時間足夠，可再回頭討論。請問謝委員武吉對臨時提案有無補充說明。

陳主任雪芬(陳委員明豐代理人)

一、對今日臨時提案，感到非常抱歉，因這問題在醫院協會內部也討論很久，到底何時提出才是最好的時機？不得不在此場合提出，是因永遠沒有最好的時機。我認為這是幫大家提的，因為

每年協商時，各總額部門都不能超過行政院核定的上限，所以醫院部門提出此訴求。

- 二、此提案早晚要提，不論醫院、西醫基層，慢慢會遇到一些狀況，讓點值一直下降，甚至跌到 0.8，包括洗腎也是。提出提案前，就知道會有反對聲音，但也希望提出這個訴求，讓委員接受並正視此問題，雖然大家的立場不同，但還是要提出。
- 三、每年行政院審議大總額時，若沒有實際的數據，呈現醫療提供者真正提供的服務量與總額的差距，我認為以後的成長率只會愈來愈低，如此，對整體醫療服務提供者或是總額執行都不好。
- 四、於提案資料附表，清楚呈現行政院核定的百分比、費協會協定的成長率，及各部門總額最後協定的結果，是有些空間允許醫院總額成長率超出上限值的。這幾年其他預算越來越多，部門的空間越來越小，醫院部門很勇敢地提出此問題，請委員給予機會。

楊主任委員銘欽

謝謝陳主任雪芬補充說明。現在開放委員提問。

蔡登順委員

本案曾經討論過多次，站在公平正義的立場，費協會在討論總額時，都非常認真且絞盡腦汁在幫大家看緊荷包，不能因為討論過程，某部門的成長率低於上限，就可以將某部門節省下來的挪至另一部門，我認為這樣做是不公不義，那就不要協商，各部門直接依行政院核定數值就好，請問可否這樣執行？假設行政院核定 3.5% 上限，給某部門成長至 3.5%，已仁盡義至，不能因為中醫、牙醫門診總額成長率較低，就將其他額度全部拿走，總額不足，每個部門皆然。個人持反對立場，建議依照以前的協商原則進行。

楊主任委員銘欽

- 一、確實曾討論過相關協商原則。因醫院代表提出此案，就再行討論。請問政府機關代表有無意見？如果其他委員沒有意見，只能向提案及附議委員抱歉，100 年總額協商原則還是需維持本會第 158 次委員會議的決議。

二、在此建議，協商過程中，有些費用，如果屬跨部門，可放在其他預算項下。協商過的代表都了解，其他預算的款項中，有一部分是用來支應各部門總額。所以本案維持第 158 次委員會決議之協商原則。

謝委員武吉

我提此案，有先與健保局討論過，他們要我不妨嘗試提議，民國 92 年時也曾以此方式處理，但為何現在超過上限的金額要交回政府？本案是醫院與健保局協商才提出的，是健保局要求我們於費協會提出的。

楊主任委員銘欽

並沒有交回給政府。

謝委員武吉

請問主席，我們的健保到底是社會保險或社會福利？如果是社會保險就提減項，若是社會福利就請政府拿錢出來，我也向監察委員黃煌雄先生詢問，我們現在做的是社會福利，卻是要醫界拿錢出來貼，要醫界如何生存？我認為今天在此提案並沒有錯，大家應該互相體諒，醫界越來越難生存，對民眾也沒有好處。

楊主任委員銘欽

確實是這樣沒錯。

謝委員武吉

可以仿照 92 年的模式處理。

楊主任委員銘欽

感謝謝委員武吉提醒，但一般而言，新的決議會推翻過去的決議。

謝委員武吉

那就是 92 年那次違法？

楊主任委員銘欽

那是當時委員的決議，我不能幫他們解釋。並沒有違法問題，是協商應該依循遊戲規則。

謝委員武吉

我認為應該要從善如流，我沒有不滿，我覺得我自己被健保局愚弄了。叫我們要做出俗又大碗的服務，又叫我們沒有生存空間，我們無法生存，對民眾也不見得就好，要讓我們可以生存、有路可走，否則我們的成長率全部都減項，敢嗎？你們敢嗎？

楊主任委員銘欽

這部分屬會議討論，有委員提案，部分委員表示反對，部分委員沒有特別意見。本人裁示，仍維持第 158 次委員會決議。

謝委員武吉

如果是不對的，還要繼續嗎？健保到底是社會保險，還是社會福利？

楊主任委員銘欽

關於謝委員武吉所提問題，我不方便做任何說明，但針對提案，還是維持先前決議。

謝委員武吉

我較不贊成，主席應當從善如流。

楊主任委員銘欽

結果對提案人而言，會有不滿，非常抱歉。

謝委員武吉

我是很不滿，感覺被健保局愚弄。

楊主任委員銘欽

仍維持之前的決議，但可向醫界代表說明，協商時仍會從善如流，只要對老百姓有幫助，我們都會儘量從寬處理。

謝委員武吉

既然這樣，下次建議什麼都列減項，要醫界提供便宜又大碗的服務，但卻讓我們無法生存，令人為難，應該給我們一條生路，我們要求也不多。

楊主任委員銘欽

確實會讓醫界不容易生存，但這會變成兩極端的討論。可理解委員提案原因，是為讓醫院能適當生存，民眾照護才能有保障，但之前已有決議，所以還是依決議辦理。

謝委員武吉

希望主席在下個月協商會議時，能有所變通。我感覺被健保局愚弄，否則當時健保局就不要叫我們提，應健保局之要求提出後，卻像是被主席甩了一巴掌，還被蔡委員也甩了一巴掌，敢採減項嗎？

蔡委員登順

本案已討論多次。

謝委員武吉

不然就都列減項，健保屬社會保險，還是社會福利？請說清楚。

楊主任委員銘欽

請謝委員武吉不要生氣，其實提出此案很好，大家可一起討論。

謝委員武吉

今天提出此案是正向的建議，且很有勇氣，但卻無法被委員接受，讓人匪夷所思。如果無法接受正向建議，就列減項。你們敢跟老百姓提出減項嗎？費協會不敢減老百姓的，卻是吞踏欺負醫界！

楊主任委員銘欽

可瞭解謝委員武吉的心情，該改進的地方我們都會改進，有些事結果沒辦法如大家所願，請互相體諒。

謝委員武吉

我現在只請問未超過上限的錢交回政府做什麼？請主席回答。

楊主任委員銘欽

各部門總額有一定百分比費用編列在其他預算，其他預算若有執行，其錢還是會回到各部門，只是沒有在部門總額各自之成長率顯現。去年協定總額與行政院核定上限成長率僅差距 7、8 億元，不

是回到政府，是沒有花掉。

陳委員宗獻

在此勸謝委員武吉，這個議題不好談。不好談的原因在於，健保財務結構基本上就有很多問題，其中最大的問題是每年健保支出，精算報告是以全部點數計算後，再乘以點值，也就是說已經預計收入費用，一定要打折支付，否則費用一定不夠，所以醫界需要共同承擔痛苦，以降低民眾保費支出的壓力。收入原本就不夠，然而二代健保也沒修改，到底總額應該多少，可在此協商平台討論，付費者認為醫界有哪些可以加強改進之處，醫界也會依此執行，但源頭在計算保險費率時就錯誤，全世界的保費費率那有先乘以點值計算。

楊主任委員銘欽

謝謝陳委員宗獻，這個案子就先這樣處理，在可能範圍內，會儘量從寬處理。

陳主任雪芬(陳委員明豐代理人)

- 一、想請教剛剛提到 99 年剩餘 7、8 億元，是否未來可將未執行的預算納入？例如，醫院協會每年在協商醫院總額時，都會提出要求，既然專款執行率這麼低，新年度就請不要編這麼多預算，避免浪費大家的錢。98 年醫院部門專款有 16 餘億元未執行，乍看之下，醫院總額成長率很高，但實際上有很多錢是無法執行。
- 二、就算今天提案失敗，但還是希望日後在編列專款及其他預算時，能更嚴謹，我們也很無奈。以上提醒，並共勉之。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝陳主任，彼此共勉。本案就維持本會第 158 次(99.04.09)委員會議所決議之 100 年度總額協商原則，各部門最後之年度總額成長率，不超過行政院核定範圍之上限值。
- 二、討論事項「全民健保藥品費用支出目標及其分配方案」，因所需討論時間較長，且較未具急迫性，本人裁示，保留至 10 月份委員會議再議。

三、如果沒有臨時動議，今天會議到此結束，謝謝大家。林執行秘書有事宣布。

林執行秘書宜靜

對不起，要麻煩各總額部門及健保局，對於今天會上所報告之各部門及健保局「100年度總額協商因素項目或計畫」規劃內容，如有修正，請於8月25日前將修正後資料送交本會，以利9月份協商共識會議議程之編製，謝謝大家的合作。