

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

104 年第 3 次臨時會會議紀錄

時間：104 年 10 月 01 日(星期四)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：李筱婷

干代表文男	干文男	陳代表彥廷	陳彥廷
王代表榮濱	王榮濱	陳代表福展	翁瑞文(代)
朱代表益宏	朱益宏	黃代表啟嘉	(請假)
何代表語	何語	黃代表雪玲	黃雪玲
吳代表美環	(請假)	黃代表棟國	(請假)
李代表飛鵬	(請假)	楊代表秀儀	(請假)
李代表紹誠	(請假)	楊代表政峯	楊政峯
林代表淑霞	(請假)	葉代表宗義	(請假)
林代表富滿	陶屏(代)	滕代表西華	滕西華
林代表敬修	林敬修	潘代表延健	潘延健
林代表綉珠	林綉珠	盧代表榮福	(請假)
姚代表鈺	(請假)	賴代表振榕	(請假)
徐代表弘正	(請假)	謝代表文輝	謝文輝
張代表金石	(請假)	謝代表武吉	王秀貞(代)
張代表冠宇	陳信水(代)	顏代表良達	顏良達
張代表嘉訓	張嘉訓	羅代表永達	羅永達
梁代表淑政	梁淑政	蘇代表清泉	蔡明忠(代)
郭代表素珍	(請假)		
陳代表志忠	陳森基(代)		
陳代表宗獻	連哲震(代)		

(依代表姓氏筆劃排序)

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司	周雯雯
衛生福利部全民健康保險會	張友珊、劉于鳳、邱臻麗
中華民國中醫師公會全國聯合會	吳春樺、王逸年
中華民國牙醫師公會全國聯合會	許家禎
中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會	宋佳玲
中華民國藥師公會全國聯合會	洪鈺婷
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛
台灣醫院協會	吳心華、林佩荻
醫藥品查驗中心	黎伊帆、朱素貞、陳嘉玲、 吳慧敏
屏東縣政府衛生局	薛瑞元、張瓊月
嘉義市政府衛生局	曹放之
本署臺北業務組	林勢傑、劉家雯、陳珮玲
本署中區業務組	巫明珠
本署企劃組	何恭政
本署醫務管理組	龐一鳴、李純馥、劉林義、 林淑範、劉立麗、洪于淇、 張淑雅、涂奇君、吳明純、 張巧如、林佑縉、李筱婷、 彭麗玲、丁香豔

一、主席致詞：略。

二、確認上次會議紀錄及歷次會議決議事項辦理情形。

(一) 上次會議紀錄之討論事項第一案，案由：修訂編號 17019C「支氣管激發試驗」診療項目之決議，文字修正為：請臺灣胸腔暨重症加護醫學會於學會內提醒會員，基於病患用藥安全，檢查過程務必使用經 TFDA 核發許可證之藥品，否則違反醫療法規相關規定。

(二) 其餘確認。

### 三、討論事項

(一) 有關「全民健康保險區域醫療整合計畫(草案)」乙案。

決議：

1. 本計畫(草案)尚未達成共識，由本署醫務管理組持續溝通與討論；今日與會代表提出許多建議，請醫務管理組審慎評估可行性。
2. 本計畫(草案)雖未達成共識，惟考量具參與意願之院所須評估合作團隊，故同意先依本計畫(草案)拾貳. 二資訊面.(一). 1 之規劃內容，提供「團隊與照護對象指標達成度之初步評估」之相關資訊(包含指標達成度及建議名單)，做為其團隊組成之評估參考。
3. 請醫務管理組參考本次會議與會代表之相關建議，於下次會議先就本計畫(草案)進行整體性之簡報介紹，以利聚焦討論。

(二) 建議健保署採用新增診療項目的成本分析方式，套用於現行支付標準表之各個項目，對支付標準進行檢討，並爭取預算予以調整乙案。

決議：為了解本案之可行性，先試行 10 項診療項目。請台灣醫院協會於兩週內提供本署 10 項試行診療項目，由本署依據健保法第 79 條及第 80 條規定，函請所有申報該等診療項目之醫療院所，於兩週內提供成本分析相關資料。

### 四、臨時動議

五、散會：下午 5 時 50 分

# 104 年度「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

## 第 3 次臨時會與會人員發言實錄

### 主席

各位代表、屏東縣薛局長、嘉義市曹簡任秘書、醫管組及各分區的同仁大家午安。今天召開醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議的第三次臨時會，只有兩案重要的提案討論事項。已過十分鐘，現在開始。首先請確認上次的會議紀錄，翻開第 1 頁到第 4 頁，各位代表對上次的會議紀錄有意見嗎？來，請朱代表。

### 朱代表益宏

第 3 頁討論事項第一項就是支氣管激發試驗，上一次會議主要就是說因為是有藥證的關係，所以加了支付標準，我記得主席也有結論說以後這部分會查核，也就是說如果沒有用這個藥的話，他報這個東西，事實上這個就會變成違反健保法相關的規定，我的意思是這裡是不是要明確呀？因為你這邊結論說請胸腔及重症加護醫學會宣導，所以我建議說這部分既然主席有做這樣的結論，我們也是為了這個目的增加這個支付標準，應該在會議紀錄上明確，就是說他如果沒有使用的話，要嘛你就不要申報，你如果申報，那你就會變成用虛報、浮報或是相關違反健保法相關的規定，以上。

### 主席

謝謝朱代表，事實上這無庸置疑一定要用，不然就違法，這個寫不勝寫非常多類似的情形。

### 朱代表益宏

那是因為你這邊寫說請胸腔及重症醫學會加以對會員宣導，我覺得這樣子跟我們結論是不符合的，我們結論並不是說請他們去做這樣宣導，而是說請他們要提醒他們會員，你報這個東西，一定要用有藥證的藥。

## 主席

好，請學會提醒會員基於病患安全，檢查過程務必使用有許可證的藥品，否則違反健保相關規定，這樣好嗎？您想講的就是，如果沒使用有藥證的藥，就違法嗎？

## 朱代表益宏

這裡要讓他們很清楚的知道，你沒有用這個東西，如果你沒有申報當然沒意見；但如果你申報了這個項目，因為我們給它加了錢，結果他又沒有使用這個藥物的話，那就會牽涉違反健保法。所以才說在會議記錄上，應該明確讓他們知道，而不是只是讓他們內部在開會的時候去做宣導，然後會議紀錄上又沒有明確的去把他寫出來，以上。再不然就是健保署會後要依照我們會議結論發函各分局，請分局函轉相關的醫療機構。

## 主席

好，我們文字可更明確點，請台灣胸腔及重症加護醫學會於學會提醒會員，基於病患安全，檢查過程務必使用TFDA核發許可證的藥品，否則違法，好嗎？至於其他行政作業，例如請分局去查核之類的，就不必寫在這，這會議紀錄就是要讓所有申請支氣管激發試驗的醫院確實使用TFDA許可的藥品。好，其他各項有沒有問題？好～如果沒有問題，上次會議紀錄就確認，接下來是決議事項辦理情形追蹤。

## 李科員筱婷

各位長官、代表好，現在為各位報告辦理情形追蹤表，這次總共有四案，解除列管三案，繼續列管一案，三案解除列管分別為序號 2 有關調升頭頸外科手術等 34 項診療項目案，本署在 9 月 1 號請台灣醫院協會提供辦理情形及彙整意見，該會來函表示待有明確預算編列後，併同各科意見，權量衡平性再議，所以建議解除列管。其他兩案解除列管為序號 3、序號 4，分別為修訂及新增診療項目案，本署將依程序辦理預告，並報部核定，所以解除列管，以上。

主席

好，謝謝。有關決議事項辦理情形追蹤，請問各位代表有無意見？好，沒有意見就確定，接下來討論事項第一案。

## 討論事項

### 第一案

案由：有關「全民健康保險區域醫療整合計畫(草案)」。

主席

好，謝謝！計畫詳細內容在第 7 頁到第 15 頁，相關的附件在第 16 頁到第 20 頁，這是完整的草案內容，說明就到這裡。各位委員、各位代表對於這案子有無意見？來~請朱代表！

朱代表益宏

這個案子照剛剛的背景說明，其實開過很多次會議啦！但是開過很多次會議，我發現我們的案子，完全都沒有納入，所以我不知道我們到底開了會以後，是有做了什麼樣的修正，就是說前面開了幾次會議，我們比如說第一個提它，你要第二年到第四年總額的法源依據，那時候說要請衛福部解釋，結果衛福部也沒有解釋，後來這個到底結果怎麼樣也不知道。第二個我們有提到說，在區域內有 50% 的診所，我們建議要把社區醫院加入，這也講過了，然後主席看到這個案子還是原來的案子啊！仍是基層院所 50%。結果我們發現，在專家會議或諮詢會議裡面提的意見完全沒有被採納，但這裡面又說你開了很多次會議好像大家是有共識的，想請教一下，對於我剛剛提的這兩個能正式的回答。第二個是不是也能說一下，經過這幾次的專家諮詢會議以後，跟你原來的草案有哪些不一樣，做了哪些的修正，是哪些機構、哪些機關、哪些團體提的意見，是不是讓我們知道一下，不然開了幾次的會議，大家提的意見沒有被採納，還是其他還有很多團體提的意見都沒有被採納，這個我認為也該讓我們知道，謝謝！

主席

好，謝謝！請何代表。

何代表語

第二頁上面的第一行。合計總區域之總照護需達 10 萬人，我把它修正為合計選定區域之總照護人數都市工商業型區域之總照護人數需達 10 萬人，農漁牧型區域之總照護人數需達 5 萬人，提修正案。

主席

好，謝謝！

何代表語

這個修正案是指草案裡面第 7 頁下面一行「合計選定區域之總照護人數需達 10 萬人，以利風險分擔」這個部份，與之前所提建議一致。

主席

好，謝謝！還有嗎？好~請潘代表。

潘代表延健

主席，各位代表大家午安！一樣跟剛剛朱代表同樣的意思。在上一次的檢討會有提到，就是說這個指標二跟三的部份，因為如果從醫學中心的角度來看的話，似乎是沒有辦法達到啦！譬如說指標二，照顧的對象必須在這個團隊裡面 50%，門診至少也要占 50%。所以這個團隊如果包括醫學中心的話，他不能太大，它不會占到 50%。第二個就是說指標三裡面，因為到基層必須要占 50%以上，所以以目前來講，就這個醫學中心裡面，要達到這個基礎可能也比較困難！在這兩個指標的設定意義裡面，我們不外乎就是要分級醫療嘛！能夠先到診所去，及落實轉診。那假設說這個區域裡面，這個團隊裡面，所有的機構，包括醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所，未達到這備標準的話，我們不是就應該透過類似這樣的一個計畫裡面來引導他，然後慢慢過渡到這個比率。這樣才是我們做一個草案、這樣的試辦計畫的一個初衷。

假設這樣的一個團隊裡面，所有機構都已經達到 50%了！用這個標準來看它已經滿分了！所以它已經沒什麼好進步了！我的建議是說，因為我們的會員醫院裡面也有個反應。這個指標的定義是不是再加一個成長的指標？也就是說，它如果達到50%，至少占50%這是第一個條件。另外一個就是，是不是在年度的占率裡面，它可以成長 5%或 10%，這樣的一個目標讓他去做一個努力的方向，這是第一個建議；第二個建議就是說，如果是論人計酬的話，在一開始的理論裡面，它通常都是從保費的來源進來，我框住了這樣的一個區塊的民眾照顧他的醫療、負責他的醫療跟他的保費是掛在一起的，但是在這個計畫裡面是不可能這樣算的。那在我們算平均費用裡面，我上次也有提到就是說，因為他是一個均值的概念，也就是說這個區塊裡面，我所框的，假設一個區域的十萬人裡面，他可能過去有在醫中、有在區域、有在地區、有在基層診所，所有費用平均起來。假設說因為層級的不一樣，參與的，它的平均費用就會有偏高或偏低的現象。因為每一個層級的平均費用，本來就不太一致。它在實際執行的時候，這個點值要去怎麼算。因為我們在後面的框住的費用裡面，包括醫院、西醫基層、洗腎，那我想要了解如果實際在操作執行的時候，我把這三個所有的醫療費用都算進來了，那他在整體的各別洗腎的點值，它又不跟外面一樣啊！那西醫基層跟醫院混在一起算，所以這整體的操作概念上是怎麼去運作的我也要再請教一下！謝謝，以上！

**主席**

好！你的問題是當變成論人的時候，點值是否還基層一個點值、醫院一個點值、洗腎一個點值，是這意思嗎？

**主席**

好！你的問題是當變成論人的時候，醫療團隊內之點值是否還是基層一個點值、醫院一個點值、洗腎一個點值，是這意思嗎？

**潘代表延健**

如果分開的話，是怎麼去算的？

**主席**

不會分開。來~再來黃代表！

**黃代表雪玲**

我要提的意見之前在溝通會議都已經有提過，包括剛才何語委員講的，可能要考慮這個區域的特性，不要逾越 5 萬。我們當初也要反應台大金山分院本來就有參加那個論人計酬計畫，可是以這個新計畫是進不來的，那個門檻就是太高，這沒有辦法進來，我們在溝通會議也有反應過，就是這個十萬人可能要考慮某些地區的特性，像金山可能就是一個偏遠的地方。那我們也是希望這個門檻可能降低。包括下面這個指標，這個指標如果在這個區域裡面，基層的提供量如果很少的，現況就是讓他達到 50%，那是根本不可能，因為根本沒有基層院所願意去那個地區去設這樣的基層院所，那你要他做 50%，怎麼做也做不出來 50%，所以我們上次在會議上都有表達過，我們希望他改成一個成長率，譬如說現況可能是 30%，那你可能一年要讓他進步 5%或 10%，設立一個目前讓他逐年來提升。我們會希望一個進步率或是一個成長率的模式來去達到這個指標，而不是一刀兩切，值就一定要是 50%，其實各區框出來的特性，它會是不一樣的，其實應該看那個特性現況是什麼，然後再去考慮它進步多少，希望就是分級轉診，那當然就是要更 push 它能夠去基層，你不可能一刀兩切要它現況馬上到 50%，那是不可能做到的。

**主席**

好~謝謝！來~請蔡秘書長！

**蔡秘書長明忠(蘇代表清泉代理人)**

今天看起來署方大概有一些準備了！特別屏東跟嘉義都來了！那剛剛大家也聽到了醫中，包括像金山社區醫院都有諸多的疑慮，那在這邊我還是要講一下。全聯會的基層基本上到目前為止，我們所有

的開會，包括跟家醫群的開會，我要跟主席講一下很抱歉，因為我這邊講的是開會的結果，一致反對用這個案子。我一再反對這個案子。提醒大家一個事情，我們從過去、從醫院的角度去推這種案子的情況，今天要把基層納入，而且它在裡面的比例持重到了 50%的狀況之下。但是基層似乎完全，我第一次會議就講，基層對這個完全沒有概念，那在這樣推動來講，基層的疑慮非常非常的大，那甚至於我們過去家醫科的領導人也講過一句話說，這個精神應該是要由基層醫師來主導的案子，所以這種話都已經出來的情況之下，我坦白講我們科待會兒或許會由張代表來把基層的決意跟大家講、跟大家做個報告，這個點上對基層來講恐慌跟疑慮大於實際上接受的狀況，所以他們特別也對家醫師常提的一個概念，在會議中常常討論很多，只是狀況大多都是不可行，所以今天這樣的狀況之下，特別你看看。一個制度要推動的時候，醫中有醫中的想法、金山那個區域有金山那個區域的想法，所提出來的指標又不一樣，那社區醫院、地區醫院又希望把社區醫院納入基層，所以發現在這個中間，各吹各的號、各自有各自的想法，很難有一個彙整的階段，在這個點上，我各人有非常多的疑異，這麼多的疑異沒辦法整合的情形之下，如何去推這個案子，那當然你說健保署今天真的在制度面上特別...，今天台灣在家醫群都不能夠涵蓋在內的情形之下，家醫群是一個事實上在運作上面比較有動力的一個群，這些人都排除了以後，剩下的這些醫療院所，有誰不能重覆啊！我現在講的意思是說，他現在就要放棄家醫群加入這個計畫案嘛！否則的話，很簡單，他的家醫群怎麼再來做這個群咧！我講的是一直是這樣子，今天在這個裡面，每一個區域活動量比較大的，大部份都已經在這個家醫群裡面，那家醫群作了十幾年這個成效來講有諸多的探討啦！但是今天在這個結果推計畫案，應該不能夠重覆在兩個計畫案裡面嘛！高血壓、糖尿病的也要排除，那這些家醫群也要排除，如果照這樣講的話意思，在過去裡面我們的概念裡，有家醫群就是家醫群去運作，那這個群是另外的一方去做處理，我不知道這麼講有沒有錯誤，事實上如果以這種狀況，基層真的沒有準備好，在這種情形之不管由上而下或由下而上，所需要付出跟溝通的時間恐怕有相當多的點上需要去

做一個探討啦！那是不是請我們的張代表幫我們跟大家做一個報告，謝謝！

## 主席

好，謝謝。

## 張代表嘉訓

主席、各位代表，大概全聯會有針對這個議題，我們在9月8日有一個計畫的專案小組的會議。當時參加的大概都是基層的，全國各地的一個代表，那我們得到的一個結論，就跟各位報告一下。第一個就是我們覺得這個計畫，應該就是一個論人計酬的一個基本的概念，現在只是把它換成區域醫療整合計畫。這個概念應該就是一個總額支付制度的一個改善。可是你現在還是要在一個論量計酬這個制度底下，然後去做一個切割。那如果民眾的一個就醫的習慣，其實沒有改變還是讓他自由地就醫沒有任何的限制，這個情況可能是換湯不換藥，不一定能夠達到計畫的一個目的，這是第一點；那第二點，我們基層跟醫院間的合作方式，包括權力跟責任的分攤或者互信，我們重來沒有過有這種運作的經驗，雖然現在有8個參加這個試辦計畫，以前是試辦計畫它們中間有一些經驗，但是如果全面的去實行的話，大家在這方面沒有什麼經驗的話，這個時候去推動這個計畫的時機可能還不是那麼恰當，這是第二點；第三點就是說，現在在總額支付制度之下又實施論人計酬，這是一個切割一個很大的問題，就變成基層跟醫院門診的總額好像要合併，沒有看到論人計酬制度的精神，當然這個住院是包括在裡面，可是我想主要是感覺上門診總額的合併，就像我們第一年的這個試辦，應該說開辦試做的第一年，它是有三個條件你才能進到第二跟第四年，其實他主要的兩個條件，大部份都是規範這個門診，醫療費用只有一個，其他的是門診的費用跟看診的人都要50%在這個群體裡面才有，這是第三年；另外第四點好像要進入到第二跟第四年計畫的這些院所，他的點值要0.95以上。這個有點奇怪，很高點值的部份我們一定要切割出去，反而把低點值的留在原來的總額裡

面，我不知道你去設定這個條件，為什麼點值要設定在 0.95 的區域你才能夠進去？那這個造成整個醫療服務的不公平，民眾住在不同地域你就給予不同的支付額度，這個就不公平，也是我們醫界長久在反對的；第五點就是說，民眾如果過度自由就醫應該你在建立這個制度剛開始就要注意處理。其實國外的 HMO，你如果去了別的 HMO 群，你去看他有懲罰性的可能要把你增加 2~3 倍。不然你這財務的風險，說實話是很難去控管的。比如說現在的 8 群，如果全部是由基層院所所組成的，他目前是虧本的，其他的群我是不知道，我是覺得我們以前諮詢會議，可能也提出我們的意見，就像剛剛朱代表所提的健保署有沒有特別給予一些回應。所以我們現在的總結就是說，還沒有落實健保法第 43 條的轉診制度，還有 44 條的精神選擇性地執行計畫，然後還要把執行的費用，從現有的總額去切割出來，其實這個有違我們原來家庭醫師責任制度立法的一個目的，所以這個會議我們最後的結論是不贊同這個計畫的施行。以上報告，謝謝！

## 主席

好~謝謝！你第二次囉！先請滕代表，接下來再請朱代表。不好意思，謝謝！

## 滕代表西華

謝謝主席，各位代表午安！這個案子從上次開始提到，我大概讀了三遍，很多東西讀不明白，所以跟大家請教一下。就是從這個草案裡面的目的，是要使得民眾在完整醫療團隊合作照護下要獲得連續性跟完整性的醫療照護，我其實看不懂這個目的跟我們的作法有什麼關聯，那為什麼這樣講想請教一下。看起來這個是要做論人的精神，因為從區域的預算看起來是要做把人的費用用論人來歸戶，可是服務好像沒有，也就是說我們在後面原本論人計畫待克服的問題裡面，何以見得這個案子就可以克服那些問題？有這種關聯我看不出來。我做一個新的案子，是希望做的比舊的還要更好，或是去解決舊的 Project 裡面遺留下來的缺點。可是這個案子裡面剛剛除了跟家醫群的競合問題，

我也看不出跟垂直整合或以病人為中心的照護方案上面有多大的差異，其實以我看到這三個指標的話，第二跟第三大家剛剛提到的部份，其實這樣子在個基層占整體費用大概在 25%，大概也不是 50%。如果門診要占 50%、門診的基層又要占 50%，等於這個團隊裡面的 50%要做會計。就是說這個病人要求他要在 50%裡面去就醫，所以，我的意思是說，這個方案到底是要解決什麼問題，是要讓病人不要亂跑呢？還是讓病人回到基層就醫呢？還是希望讓轉診變得順暢，那如果是這樣為什麼非得是這個方案？不是強化現有的機制去做？比如說我們現在有品保款，也有鼓勵轉診，我們有鼓勵病人的其他誘因或是整合性的照護，也許不夠，但是為什麼是這個方案，我實在有點看不出來是要解決什麼問題，這是第一個；第二個部份是，區域內怎麼挑群很重要，剛剛何委員提到說人數的問題，或是剛剛雪玲提到的照護人數十萬的問題，這個區域內的照護十萬當然是一個經濟規模，可是區域內病人的屬性也有差異啊！比如說，區域內病人的疾病分佈，到底什麼可以影響到病人不能回到基層，還是留在醫院？住院的分布、他能不能取得他該取得的藥品、他該取得的藥品占率是多少、影響總額的比例，這個都是在切費用裡面很重要的。如果都是輕症那我們一定不會同意嘛！這個比例如果輕症過高，顯然也不是我們要做論人的精神。那高醫療耗用的，當然不管是不是十萬人，他的經濟規模或是他的利潤，可能就會受到相當大的衝擊，所以，他必須經過精密的計算，他可能會用到區域人口的特性才有辦法，不是只有區域人口的人均費用而已，那區域的選擇、跟醫療密度跟交通是否便利、跟他流動人口也有關。以屏東來說好了，薛局長來了，戶政司的資料告訴我們說，全台灣每個縣市他的戶籍人口跟居住人口，它的流動平均 10%~20%，我不知道屏東是多少啦！金門可能是這個的兩倍。我的意思是說，我們戶籍人口，我們就用戶籍人口跟居住人口本身就存在差異，那平均流動人口，我搬來搬去一月住屏東，四月就搬去台南了！登革熱我七月又搬回台北啊！我的意思是說，人的流動就像這樣子在流動，其實大概平均在 10%~20%，那如果再考慮戶籍人口跟居住人口的差異可能又會有不一樣。事實上，我們在管理區域人口的就醫，不要講說病人要不要固定醫療

院所這件事情，其實本身在流動人口的管理上面其實就很困難了！我們都知道是因為台灣太小的關係，跟大陸型的國家不一樣，其實在區域人口的上游，跟他費用的設計、醫療密度的差異、交通的便利性，以及區域人口內疾病的分佈、年紀等等的，它其實都會影響到這個費用。我還是回來，因為這些難度加上這些設計，只是提 2%~3%獎勵金的總額要撥列的問題而已，錢的事情都小嘛！我們只要挪用就好，我實在看不出來我們有辦法解決，我們原本想要解決原本論人計酬的問題，還可以有 Bonus，這個 Bonus 就是高的獲利，我的意思是，是要做什麼我看不懂啦！所以跟你們請教！我只是從草案裡面看到的疑慮，所以進一步請健保署及其他專家再給我們一些指導一下，究竟我們這個方案是要達到什麼樣的具體目的且為什麼要分四年，是蠻有意思的，蠻想知道的。

## 主席

好~謝謝！來~朱代表。

## 朱代表益宏

主席，我這邊第二次發言，主要是再提醒一下且再請教一下，因為一開始我第一個發言請問主席也沒有回應。主要是從第二年開始要切總額，切總額是必須要有法源依據，我們現在總額分成六區又分成中醫師、牙醫師等等，結算方式用點數換算金額，它是健保法第 61、62 條規定。論人計酬它也可以切總額，健保法第 44 條有規定，但是第一個，它切總額要依照照護對象的年齡、性別、疾病校正人頭費，並不是這邊提說用前三年平均費用，你並沒有依照年齡性別等去校正，校正公式也沒有。第二個，如果要用論人計酬，是不是另外要計算一個總額的話，請問必須要有衛福部先公布家庭責任醫師制度的實施辦法跟時程，這是由主管機關來公告，主管機關是衛福部，我想請問這邊衛福部的代表社保司，請問你們公告的東西在哪裡？如果衛福部、社保司都沒有公告你這個實施的辦法，你憑什麼在第 2 年開始要通過另外切一個總額，然後這總額計算方式又沒有依健保法第 44 條規定，所

以這東西不管細節，執行面就有很多問題，先就法，法律最低的一個標準，都不符合法令的規定的話，那這案子怎麼推下去。所以我說這案子第二年開始要切總額這部份要先擱置，再回頭討論這案子到底在不切總額下如何實施更完善，等到完善後，衛福部也公告相關規定後，大家再考慮總額怎麼去切，不然現在通過後，第二年開始要切總額，總額到底怎麼切，衛福部又沒有公告，那健保署顯然是違法，如果今天委員們在這邊通過，顯然委員們也違法。我相信這兩位局長在這邊，尤其薛局長念過法律，所以對法律的適用性也很清楚，如果在這邊也同意的話，顯然薛局長也違法，因為第44條規定的很清楚。如果不是引用第44條規定切總額的話，我就想請教主席，健保署在第二年開始切總額是依健保法那一條去切總額，這要跟我們講清楚法源到底在那裡，因為切總額茲事體大，每一年大家為了九月份，付費者跟醫療方搞得面紅耳赤，就是為了這問題。那你今天沒有法的依據又要切總額的話，我覺得茲事體大，我個人認為說應該要先釐清法的層面，我覺得衛福部應先做回答，然後在不違法的情況下再繼續討論下去，如果違法的話，今天也不用再討論了。

**主席**

好，謝謝。

**陳副院長信水(張代表冠宇代理人)**

我是代表張冠宇代表出席，我想剛剛很多醫界都講到，但漏了區域醫院這塊，所以我就補充一下。剛剛很多代表都提到很多問題，甚至付費者代表他們也發現很多問題，其實這些問題，是不是專家會議的專家根本不專家？坦白講這些東西我們都提過了，但是我們蠻失望的，這案子跟原來案子，我看不出那裡不同，我唯一看出不同的就是山地離島部分，但是那跟我原來提的~其實這是我提的，我就覺得說~就像剛剛何代表馬上看到重點，不能把都會區跟偏鄉區一起算，可能剛剛健保署說已經開了很多場專家會議，我很有幸我參加最後一次，我不知道其它會議大家是不是提很多，但我出席的那次有很多提到的改善

意見似乎沒在這裡面，所以我本來是~是否署裡面很有心要改善新的制度或變化，還是署裡面不想推這個案子，所以都不想改變它，所以我就不想發言，但我想這麼多代表發言，我還是要替區域醫院發言，而不是以為區域醫院贊成此案。另外我剛剛聽朱代表講我才知道為何代表要簽名，因為我上次也代表出席就沒有要我簽名，原來有法源依據，今天簽名，如果同意的話要負責，謝謝。

## 主席

謝謝，大家還有意見嗎？請何代表。

## 何代表語

謝謝各位代表，因為我們聽你們醫界的意見才知你們醫界有很多議題。你們剛才發言就是問題，你也知道嘛現在是離婚的人在講兩性關係跟婚姻幸福之道。因為我在中南美十個邦交國跑了八年，我們在尼加拉瓜有兩個工廠，一定要設兩個醫療室，因為這兩個醫療室是不同的醫療體系，因為中南美是以人論酬，你要加入哪一個體系要去登記，你健保費要繳費給政府，政府再依據你加入的會員多少人，每年再撥費用到這醫療體系，你能賺錢就賺錢，虧損也自己承擔，他們是以人計酬，整個醫療體系國家就永遠不會賠錢，因為它收多少費用就撥多少到醫療體系，所以你登記甲體系的醫療院所，就到甲院所看病，若自己跑到乙體系看病就要自費。因為我們現在這裡比較麻煩就是說想辦論人計酬模式，可是我們又無法以那人事的保險費來做為醫療體系的支付，因為如果這樣做的話，那個醫療體系一定會虧死。我們沒辦法這麼做，因為我們是大總額再去分配，分不同層級醫療，所以變成這樣的情形，當然這細節我們不是醫界我們真的不懂也不了解，健保署很清楚很理解的去規畫安排。我只是覺得說總照護人事不能設定在十萬人，這有的區人口不是那麼多，但你若要推動也不能放棄農村、漁村等人口少的地方，所以我才會提說，這十萬人，可以改五萬人，至於50%是不是很高，剛剛騰代表說25%~因為我們真的很外行，只能聽你們說，那我們推動這計畫最終的目的是在那裡，如果說論人計酬

的效果很好的話，未來要不要推動論人計酬的觀點，建立很多不同的醫療體系，像台大體系、長庚體系等，看哪一體系的民眾最多，等於醫療會員制的概念，那就整個醫療體系就會以保險費來支付整個人事的醫療體系，做為它年度的總額。這些都是要去看的，這樣有幾個方向要去看的，第一個醫療給付要提供很好的服務才會吸引很多人來參加此體系；第二個它要很節儉能夠節省費用開銷才能創造利潤，這些都是兩面的，我只是提供我的淺見。我在中美洲八年內，我的工廠有兩醫療體系的醫療室，每個醫療室每天要派兩個醫師兩個護士一個藥師共五人至廠，因為工廠有兩三仟人就是這樣。所以我假日休假時就帶兩醫療體系到偏遠山區做義診，只是提供給大家參考，謝謝。

## 主席

謝謝。請~謝代表。

## 謝代表文輝

主席、各位先進，我是覺得健保署提這個案子是相當有企圖心，就如何代表說的，基本上 HMO 論人計酬的部分就應該有就醫的限制，每個 group 他提出它的計畫吸引大家參加。基本上像台灣這樣的自由就醫沒限制，所以所以要推動 HMO 做事要很大的雄心~就像何代表說的。再來政府很輕鬆，就是把費用算算撥出去就沒有責任，那現在這案子要執行，我們就是要往限制民眾就醫方向走，民眾先登記再分錢，再依朱代表所說要合法，再分配費用，這本來是 HMO 的基本原理。我們台灣沒照這原理來做，若做成功的話是奇蹟，全世界都會來觀摩了，但是這裡面就會產生比較大風險，若長期醫療沒有朝向限制醫療自由，最起碼要照健保法第 43 條規定來推動分級醫療，起碼從我們基層看起，我們可以機會教育民眾或若需進一步醫療就可能聽我們建議的醫療體系，而不是自己亂找醫院看。像初級照護到醫療中心是地區醫院的費用兩倍，甚至三倍，所以要配套推動南投鄰近分級醫療~若我們有雄心要做此事，起碼要分級醫療配合。第二點，像現在的大醫院如慈濟醫院都派車載患者去看病，到時候我們要買單，現在旁邊還有亞洲大學

如果如法炮製這樣下去怎麼得了，早上都把病人載走，這筆帳我們還要出。我知道現在要大家去登記有困難，但起碼要開始做了幫我們確保，且若醫學中心看初級照護要給折付，因為地區醫院一百塊，他們怎麼兩百塊，折付為你不要賠錢就好。我是覺得署裡真的有雄心要往這邊走的話，這些搭配的就先做，這樣醫院的風險就比較小。不然現在醫院完全是在風險上，但又沒有患者就醫他要怎負責？沒有武器去管理這些，但是整個風險又他們負責。其實做這個，我相信前面有人在做了很辛苦，這都要跟地方村里長、幹事跟地頭等打交道，這樣他們才會照你的安排。因為我們基本制度是自由就醫，才要下這麼大功夫，國外做 HMO 還不用下這麼大功夫。所以基本上有一些條件，第一，HMO 我們基本的邏輯是完全的抵觸，全世界沒人是自由就醫又搭 HMO，第二，即使我們沒有限制就醫，連患者保障都沒有，風險相當的大。但是，也有好處，醫院是拼命去做，也產生局部的效果，但是比較遺憾是我們整體上沒辦法像國外一樣，國外用一半人力就夠了，我們還用到十萬，我想這須要一個很大的團隊了，算是不可能的任務了，我們會不會成功我不知道，尤其還擴大範圍。當然最重要的還是要合法，才能再切總額，這樣大家才有保障。為何要有十萬，因為風險因素，十萬可以降低風險，但太困難了。範維要擴大的話，分級醫療是不是要先做出來，也要做宣導，這還有很多事情要全區的作業，謝謝。

**主席**

謝謝，來，連醫師~

**連院長哲震(陳代表宗獻代理人)**

主席、各位代表大家午安大家好，我剛才真的是好不容易聽到代表講的，我覺得那個才是真的，我不曉得健保署他推出來這東西，完全不限制病人的就醫，病人完全沒有責任趴趴走，所有的財政負擔跟財政風險都要由醫界來承擔，我不曉得這是什麼道理。我剛才也聽到幾位前輩針對這個有很多琢磨地方，我希望健保署能夠多做考慮。我想我們做那麼多試辦計畫，完全不考慮到病人的限制就醫，我覺得這

點不是很恰當的事情。另外，第二點我們看看我們草案的計畫期間，剛才我們張常務理事也有講過，他是要 0.95 以上~為了要財務風險，所以他要 0.95 以上，以中區來講，我們最多還不到 0.93，你們要把我們挖走到 0.95 的區塊，那剩下分得不就更可憐，你們把比較好的區域挖去做那些，剩下的總額，本來已經夠慘了，現在還雪上加霜。因為現在要做區域整合的計畫，老實說，其他醫療院所如果我們不參加的話，我們是被動的。那天那一個系統說要做 HMO，他提出申請，主動的這塊就挖掉了，剩下的其他醫療院所在不知情的狀況下，我們點值就變少了，我們要承擔這樣的惡果，我想這是沒有參加 HMO 的醫療體系不可承受的痛，謝謝。

## 主席

謝謝。陳代表請，這是第二次發言。

## 陳副院長信水(張代表冠宇代理人)

不好意思，我第二次發言，我想我剛剛講的意思其實是 HMO 的精神署裡面要推，我們也很清楚，所以我剛剛強調的就是說署裡面要硬推或者是要讓它軟著陸，除了剛剛朱代表講的有關法令問題，那當然是署裡面要去解決的，假設這東西要推，我沒有參加前面的專家會議，可是我參加最後一次專家會議。我想主席應該也很清楚，在與會裡面的人大家都在替這計畫怎麼樣讓它順利的做。所以我們也提到很多，像剛剛幾位前輩提到，有關 HMO 是算人頭，你就不讓它限制就醫，那你就會碰到困難。假設這 group 裡面我們已經講的很清楚，如果病人要轉診建議到台大去，他卻跑到長庚，不能懲罰病人呀，他就排除在裡面是不是可行，署裡面也不置可否，因為它就醫~這樣真的很難做，我們大家講好簽合約了，他跑到外面去，你不懲罰他懲罰 group 裡面的人，因為他們有自由就醫權，我們這裡面也寫只能去台大，那他跑去別的醫院，這樣點值又從這裡面切割，這只是個例子，我們當下專家會議上針對這些問題都有一些希望能在執行上能夠順利，只是我們有點失望是今天提到這裡的內容跟當時委員參加的都一樣差不多，像

剛剛金山他們也提到他們也想加入啊，可是就是有困境，所以我們其實不是說給署裡澆冷水，只是要想可行的方案，執意用原來的方案做都沒做修正，這樣我們是覺得可能不容易成功，我們出發點是這樣，不好意思。

**主席**

謝謝，羅代表請。

**羅代表永達**

主席、各位先進，因為我們中區有些醫院已經參與，而且做的都很好，以現行的啦。剛聽到大家說的，就幾件事情，因為法源，如果這樣的話我建議指標二跟指標三可能就不要實施。第二個就是剛剛何代表說的人數，都市於十萬，鄉大於五萬。第三個就是第二年到第四年在還沒確定前，先暫時不切入總額，到時候考慮完的結果~好像所有的先進所提到的就是暫時先避免，等到有進一步結果再往後走，以上。

**謝代表文輝**

我再補充一下，如果要比較順利推動或比較多參加，也許指標二跟三要改變，就是設計進步指標，就是第幾年增加多少，減少進入門檻。人數部份就是在還沒有辦法解決之前，我們就先用第一年的方式繼續做。我覺得新的制度~尤其像我們長官這麼有企圖心要做這個，老實說舉世無雙，我們也應該支持做做看，如果做下去出來的結果很好，那以後要談法源去弄切割也比較容易；如果做了有困難可以再討論，反正目前也沒有切出去，還沒很大的影響，這是我提的一點建議。

**主席**

好，請薛局長。

**薛局長瑞元(屏東縣政府衛生局)**

首先感謝健保署給我這個機會來跟各位報告，我今天算列席不算出席。不過我今天來其實為屏東恆春地區來請命，恆春地區規畫時我

們本來沒有把牡丹放進來，因為牡丹算是原民鄉，它裡面已經有 IDS，如果把它放進來可能會變複雜，但是為了配合這條件，我們也同意把它放進來，就是包括恆春、滿州、車城再加牡丹。不過在這邊我先講，剛剛各位提到都有幾個問題，第一個是合法性的問題，我個人見解是比較跟謝理事長他們一樣，反正我們第一年本來就沒有切總額進來，在第一年試辦過程中，其實很多數據在那時候才跑得出來，我們可以一邊考慮看看可行性如何，可以逐步做評估，也同時準備如何制定辦法，總額該如何切才比較合理。第二個，我也同意 HMO 本來的精神就是要限制就醫，不過我提的恆春地區，大家可能~也許都會區可能覺得說可以自由就醫是一個想要去防止的行為；但在恆春地區，自由就醫對他們來說太痛苦，因為光是從恆春要到屏東市就差不多一百公里，光市區內從滿州要到恆春鎮一天只有兩班車、兩班客運差不多要坐半小時多才會到，他們本來就限制啦，所以不用再限制他們。但是在恆春要做的話我們就碰到幾個問題，恆春反而是指標二、三沒有問題，是指標一有問題，因為他住院都到外面，所以它的總點數沒有辦法達到 50%，但是它的基層還有門診部分超過 50% 是沒有問題，因為他跑不出去。其實從初步數據來看，這地區每人平均的費用可能比全國還高，我猜是兩個因素，因為數據還沒有完整，所以我沒有辦法確定，第一個就是老年人口是第二高，所以醫療使用較高。第二個是他們都拖到很嚴重才去看病，所以一出去就是重病，所需要的醫療也較高。所以我請命的原因就是這樣，如果能在恆春地區做論人計酬的話，論人計酬的目的就是要減少就醫頻率跟強度，所以其實是可以做的到，我們利用慢性病管裡還有一些預防保健的部分，可以讓門診的量、頻率跟每次看診的醫療費用應該可以壓的下來，這門診的部分。這樣做的目的是減少它的急性發作，以及合併症的發生。我會有這樣的把握，是因為在恆春地區這四個地方，衛生所占基層診所的量沒有 1/2 也有 1/3，所以大部分都在衛生所。在牡丹只有衛生所，沒有其他醫療院所。所以在那邊我們預防保健可以一起來做，我也比較有把握，讓衛生所去做轉型，他的照顧不是只有坐在所裡面等病人過來。其實他們現在也有在做保健等~比較有問題的是住院部分，因為恆春地區剛好只有三

家小醫院，規模都是比較小，現在有醫學中心支援計畫，但比較沒有長久，而且派駐在那邊的醫師都是輪流，跟地方沒有辦法建立信心且設備比較不足夠，我認為醫師的人力下去再加上設備，都要把它看成固定成本，如果能夠把它跨區到屏東市去，甚至到高雄將住院病人拉回來，那這個就可以達到這目的。但因為目前這三家醫院其實量太少，所以我們整個總點數 50% 達不到，這 50% 我們可以把它當成我們四年之後的目標，逐年來增加，我是覺得如果有論人計酬的計畫，我們就足夠的誘因讓這些醫院去增加固定成本，也就是把人引進來，或把設備放進來，會怎樣做當然內部還要再調整，如果說數據出來的話，發現那一科的疾病~就是跨區出去住院的比例高的，這些量夠的話就可以在這邊做投資，你如果進來做投資，我可以從這裡面撥一些錢給醫院先 COVER 他們的成本，如果你達到這目的且醫院設備都進來的時候，能就近照顧的話，的確有這樣的效果後，我們再獎勵你們。恆春的情況是大家都不敢投資，怕最後病人也不會留下，所以持續在惡化，恆春地區不是山地也不是離島，他是平地但比山地離島更偏遠、資源更不足，這是恆春地區目前的窘境。我們想盡各種辦法仍無法解決，我覺得今天能來這邊是一個契機，但是以現在署裡提出的方案來看，就是目標要達到。第一個就是十萬人，甚至五萬人我們都達不到，所以如果加牡丹鄉就沒問題的話，我就 ok 了。再來就是醫療費用占 50%，這可能也沒辦法達成，我希望這是做為一個目標，而不是當成門檻。我期待有這樣的機會可以開始做這個試辦，我們有一年的時間逐步蒐集數據，若有改善減少跨區就醫，其實可能就會有利潤。因為在當地的話，住院天數會比較短，因為老人家若去外地看醫生一定是看到痊癒才會出院，且住的是醫學中心或區域醫院，若回來這邊是地區醫院，且住的天數也會比較短。甚至反向的請醫學中心把末期病人提早送回來，在我們這邊做安寧，省下來部分也相當可觀。我想從這方面我們可以做協調，衛生局會比較積極在這部份做，因為這跟民眾滿意度有關，所以我想在這裡請求，如果能試辦的話，能不能把這一些條件做一點調整，以上。

## 主席

好，我們要回應了，還有要發言嗎？來～謝代表。

### 謝代表文輝

因為薛局長是以前的老長官，我是從在基層且醫療較不足的地區做三十幾年，其實像薛局長提到的，我想大家都希望偏鄉能夠好起來，尤其那邊人口能在當地就醫會很幸福，但我覺得這計畫您可能會失望。因為為什麼指標要大於 50，至少你涵蓋當地相當足夠的量意義才大，如果拿掉就沒有意義，就是你在當地只占 1/3，2/3 都在外面，你這樣也沒意義，因為分完之後要再拿出去。所以你比例低的話，還是沒有辦法發展。像這種特殊的地方，政府要特殊的考量，像八八水災，當時只有 18 個醫師，所以當時被罵得很慘，所以衛生局才說那邊需要前線站，所以經過兩三年~但去年醫生 47 位，現在他各科系比較完整，這是政府要有策略去協助恆春。等明年薛局長回來衛福部做長官時，這些就是重點，不能光靠健保署，健保署出的是民眾的錢，都沒辦法保證經費。不然到時候錢收回 10 元，剩下三元，其它都分出去，你叫他怎再生錢出來。我是覺得政府要有視野，政府現在也有視野，他對台灣每個生活圈承諾中度級急救醫院，用評鑑壓醫學中心去派人去，然後再補助，也真的達到中度級，我是覺得恆春是要靠這個，不應該靠健保，他怎麼會有經費給你。

### 薛局長瑞元(屏東縣政府衛生局)

謝理事長，多謝你的指教，我同意沒辦法都靠健保這句話，但沒靠健保做不出來，這只是中間配套的一部分，裡面當然還有很多細節，我想謝代表一定知道，恆春不是旗山，若用同樣方式可能不妥。

### 滕代表西華

最後再花兩分鐘說一下，我其實沒有很支持辦這個案子，除了第一波理由跟大家提到的部分以外，薛局長當然是對屏東地區，其實不止屏東，像雲林、嘉義都一樣有這問題，鄉鎮人口地理區域跟社區的

劃分仍然會有很多爭執。當初論人在民國九十幾年要辦的時候，我記得提的時候我們就沒有很支持，其實每個制度都有優劣，並不是好壞的問題，而是在我們現在的地理區域跟醫療密度分布跟交通的情況裡面，老實講，並不是限制病人就醫的議題，我們就醫的方便性比別人好很多，如果說一定要在就醫的變動率這麼大，民眾選擇醫療院所的保障很強的底下要做論人，我們當時有建議說乾脆給 ids 或醫缺區一個誘因，因為那裡的病人跑不掉，就算他們要跑難度也比別人高。你們都知道 ids 跟醫缺區的個人成本很大，所以如果可以把論人費用加進去，給他包括衛教的費用加成，也許像加進去，如牡丹鄉支援比較不會有虧損，因為他做論量或論次，他派出去的醫師其實就很不穩定，或是比較好的醫師他就留在醫院裡面，所以也形成 ids 跟醫缺區醫師也不穩定。所以請署裡面跟專家再想想看，這樣的醫療體系及環境底下，不要再 HMO 或是本來論人怎麼做，人家做論量跟論質也不是這樣做，DRG 也不像我們這樣做。台灣可以有自己的制度，可是為何之前的方案會失敗，大部分是因為做會計要把費用切給別人，也是有原因的。病人對醫療體系的信心，這也牽涉到他照顧人力跟當地的福利服務體系的配合，老實說也很難由醫院一方去做解決。所以我意思是說如果真要做，要不要考慮先從變動率比較小的，包括人口變動率、醫療服務的變動率，不要管人口規模，你就要去試那個經驗，人口服務的變動率、人口的差異性這些，他都比較容易能夠在我們預測的範圍內，先小規模的去做，我們去找出一個脈絡來。因為嘉義市長官都還沒有講話，坦白講我覺得嘉義市根本做不到，對不起潑您冷水。所以我是說其實這部份，健保署這邊再思考看看，不管薛局長以後會不會回到中央做官，他要面臨的是醫療密度分配考量的問題，所以我是覺得這個案子要再三思，我個人沒有很支持。如果真得要做，看要不要重新規劃計畫，讓大家可以 control 跟預測，謝謝。

**主席**

好，來~干代表。

**干代表文男**

主席、醫院同仁，我剛一直聽，我在家也看好幾遍，跟原來的家醫計畫去擴大，剛聽到醫界一片的反對聲，我說健保署是為誰辛苦為誰忙，宗旨就是為了民眾，但是我剛剛看了，一定有利機所以才會有這個幻想，有這個衝勁，才有這個計畫。聽了謝院長跟薛局長的話，在這部份可以減少浪費。第一個、我贊成何代表剛才講的人事規模跟區域都要考慮，百分比就不要這麼高，一年兩年的成長誘因，如果說健保署都不所為、不做，也會接受批評。剛才滕代表說他不贊成此案，但他最後有贊成(滕代表：我沒有贊成)，是因為這計畫有一個幻想，因為以前做了幾個論人計酬的計畫都沒有報告的很清楚。以現在目前的都會型要做這個是有困難。所以我覺得把限制在 HMO 裡面的指定醫療機構，我想在台灣是行不通的，你都拿美國來比，美國很大他一個省就幾個台灣大，他的金額跟我們不同，你要以我們本身收入跟生活水平去比，這樣才公平。目前的狀況你一下子要這樣，我覺得很困難。如果說健保署有這個衝勁，我是贊成說先擇地擇人數來試辦，你不辦都停滯在這地方。剛才恆春講了...薛局長講的那個話，恆春好像很需要有這個計畫，如果像多選幾個地方，你試辦一年不成功，這個計畫就不要了，兩年不成功就不要，三年以後不成功乾脆改回現行，這個也可以做~不是說這個計畫出來我們一味的反對，它都沒有著力點，都不曉得怎麼做~所以我剛才聽一聽，不知道為誰辛苦為誰忙？我聽起來也很掙扎耶~能夠擇地擇區先試辦幾個，門檻不要一下子很高，您慢慢進入以後，這個將來就會有成功的機會，如果不辦的話那完全都沒有機會了，以上，謝謝。

## 主席

好，非常謝謝，幾乎在座所有參加的代表應該都已表示意見。好~嘉義市。

## 曹簡任秘書放之 (嘉義市政府衛生局)

因為剛滕代表有點名了，所以我覺得應該回應一下。事實上我想大家都很清楚，市長表達想做的意願已經表達非常久，可是事實上就

算是如此，大概我們要進到這個計畫裡頭也有相當大的困難，先不提主觀的，先提客觀的條件來說好了，剛剛大家都在提到第一個條件有問題，那我們這邊在第二個條件、在第三個條件呢~反而是因為我們都會區的關係，我們自己這個醫療資源太密集，所以我們很多的~剛剛滕代表提到嘉義縣的人通通跑來嘉義市這邊來就醫，所以反而讓我們嘉義市民讓我們在醫療服務的比例現在反而是低於百分之五十，因為我們照顧比較多嘉義縣民，這也是非戰之罪，不能因為他是嘉義縣的人我們就不讓他來就醫，所以這個在目前的情況之下，是很贊成。如果說能夠~其實我一直覺得就是說~署裡頭這邊訂很多條件都希望全國一起適用，但事實上台灣就是有非常多不同的鄉鎮形貌，有山地離島、一般的都會，甚至還有偏遠的也不能歸在山地離島的情況，如果各個地方都要用一種條件來一起適用的時候，我覺得這個計畫根本在起步的話就會碰到很大的一個困難點，所以這是第一點。那第二點，我們一直希望說是用市政府的角色來跟署裡頭來做某種程度承接的一個計畫，結果剛剛一直就發現看起來是不太可能，他還是希望我們回歸到醫療院所，可是事實上我們為什麼會要用市政府站出來做這件事情？第一個當然就是說我們表達說市政府在這個支持上面一個決心，台灣23個鄉鎮市裡面(86:47)，大概還沒有一個鄉鎮市的市長願意向我們市長一樣這麼深的願意投入在這個上面，他出發點其實就是跟剛那位代表講的一樣，我們就是為了民眾，並不是為了市長本身，要不然的話他何必淌這個渾水，其實就跟健保屬要做的原來出發點是一模一樣，可是我們發現健保署回應我們是...他沒有辦法跟市政府來簽約，是因為大概於法無據，所以看起來我們要 involve 的程度，看起來也必須要退到幕後區，但其實退到幕後就是有它的困難點，就是因為我們希望說全市來做的時候，每一個醫院都要能夠參與，可是醫院到底是誰要來代表、誰來整合誰，這個一直都有這樣的問題，每個醫院都是山頭林立，每個醫院都是誰不服誰，今天要用醫院去整合另外一個醫院，我覺得根本就有一個基本上的難度，可是署裡頭都一直忽視這個問題，然後對於縣市政府要釋出善意協助這件事情，然後要用法律來阻擋的時候，我覺得這個其實也滿可惜的，這是我們想要表達的一點這樣子

的遺憾。那另外還有一件事情就是說，剛滿多代表都提到說希望把第一年先試辦，第二年要不要切總額有法律上法源的這個問題，但不過我想請教一點，如果說沒有先確定所謂回饋的機制的時候，也就是說把這個獎勵的部分確定，怎麼樣能夠讓醫療院所能夠真的下定決心來做這件事情？我覺得這也是一個問題，因為你如果說大家都是玩假的、都是玩虛擬的、都是沒有真的要去做這件事情，然後就在這邊看怎麼樣再說，他怎麼會願意改變現狀來往這個論人的方向去走？因為他會覺得說我如果真的改變現狀，我今天真的做某種的程度的一種節制醫療節制他的使用的時候，他就會到時候賠了夫人又折兵，因為他這邊不行然後那邊我的論量我也減少了，那真的是賠了夫人又折兵，那我覺得他怎麼會願意要來投入，我覺得這也必需要思考的一點的問題。那還有一點就是第一年必須要知道盈餘才能夠進到第二、三年以後，我覺得這也是一個很大的問題，因為其實既然把責任交給醫療院所，就是要醫療院所他自己能夠決定說我要怎麼樣去運作，那第一年他很可能會因為我需要早期發現、早期治療，他可能要投入很多的資源在篩檢、在很多上面，他反而有可能會花更多的醫療資源，這是為了未來將來打算的，我本來是一個比較長的布局，結果你現在告訴我說我第一年沒有做到盈餘我就不能進到第二年，我覺得這個相對起來根本就是影響到醫院投入的一個方式，所以提出這幾點，請各位代表考量，謝謝。

## 主席

謝謝，多數代表都已發言一輪，我們應該交流一下，然後第二輪再開始發言，因為大家好像還有些問題需要釐清。

第一，有些意見、質疑提出，過去開多次會議，為什麼這草案沒有什麼更動？其實過去確實開很多會議，但都是以諮詢會議的型式召開，我們多聽取各方面的想法建議，進而規劃草案，再提送正式會議討論，而今天就是一個法定的正式會議，本會有權力決定此計畫是否執行。之前廣泛徵詢學界、實務界或第一次參與試辦院所的意見及經驗，相信我們也是有整合過大家的意見，有些看不太出來，但精神是

存在的，所以需要我們同仁跟大家進行回應。醫管組哪一位先回應？

## 龐組長一鳴

先綜合回應，等下再請劉科長回答一些細部問題，剛這一輪代表討論裡面，其實有兩類基本問題，第一類問題就是為什麼做這件事情？另外即是對於計畫內容的一些建議，基本上這兩輪的問題其實有點不太一樣，如果在立法院的話，應該是包括二讀、三讀問題都在這裡討論，不過我們還是綜合性的來回答。第一個原則上先很謝謝何語代表分享中南美的經驗，很謝謝醫師公會提出很多 HMO 的經驗，不過我們這一次基本上去學的不是 HMO，而是 ACO，今年剛好是歐巴馬推動 ACO 第五年，所以今年各大重要醫學期刊對 ACO 的討論非常多，如果用 ACO 看這事情，會比 HMO 看這事情更好。因為 HMO 是典型的論人計酬，看 HMO 的法案，它需要限制病人就醫的權益，也就是因為有這種關係所以美國 HMO 實施了 30 幾年，它佔了所有 Medicare 的投保人口數，大概是 30% 左右，就沒有辦法再擴大，HMO 有它的好處，就是剛才講可以透過降低部分負擔，降低保費的方式來吸引被保險人，可是它也相對也限制就醫的選擇權利等等。所以它經過 30 年，涵蓋 Medicare 的投保人口不會超過百分之三十。而且這百分之三十的對象很有名的四大保險公司，包括大家很熟悉的 Kaiser 等，所以他的特色是由保險公司經營，不是醫療機構者來經營。最近美國 20 年檢討發現，財團方式(HMO)經營與醫療供給者經營的方式不太一樣，故醫師公會也聽過一些名詞(如：IPA、IPO)等等由醫師所組成之組織。美國歐巴馬法案通過之後，在 FFS 下的 ACO，其特色係按照 FFS 之規定，並未限制就醫自由，所以也未減少保費，也須做病人管理，惟其付費的方式與 HMO 不同，HMO 採 PMPM(Per-member Per-month)，按人按月的付費，如何語代表所講，中南美國家都採這種方式。但 Medicare ACO 則完全依照 FFS 收費與付費之方式，惟其最後會進行績效之結算，這種計算績效方式跟我們很像。所以本計畫如以 HMO 的角度來看似乎很奇怪，但如果 ACO 角度來看，就比較瞭解支付設計的概念。另以本國舉例，大家可以想成是擴大版的家醫計畫。

我們放在這裡希望設定要十萬人口或設定指標一、指標二、指標三的目的，先跟各位報告，前述設計都不是惡意，只是希望照護的對象有其經濟規模，財務風險可相對穩定與安全。第二個指標一、指標二、指標三的設定，就是在說他的就醫習慣已經去做相關的管理，不會太難，就是大部分的就醫是在這一群裡面，而且已經有完整的基層醫療利用機制等等，是這個概念去想的。不過幾輪討論下來，大家會覺得說我人口就沒這麼多，而且我也願意承擔風險，大家應該給予鼓勵，不要有太多限制？惟我們設計指標一、指標二、指標三，其實是希望試辦團隊，有一定照護對象就醫利用的基礎，在此基礎上，再進行整合與管理，就相對比較安全！可是大家覺得說這是我挑戰的目標，我現在放在未來第二年、第三年再來進入目標，第一年的時候沒有做到這樣沒有關係，可是第二年、第三年給我後面使命必達，我也往那個衝，給我個努力方向，對大家來說這樣也很好啊！應該給予鼓勵，我願意承擔風險，如果大家願意站在鼓勵的立場上，我們就也可以朝這方面來思考調整。至於法源依據的問題，健保法第44條提到家庭責任醫師制度，當然還是要走家庭責任醫師的法，可是我剛剛講說明本草案，如果你用ACO的方法看或者是擴大版之家醫計畫來看，坦白講它有論人的精神，可是它又不是用論人的技術，論人的技術叫PMPM，可是我們現在家醫也有論人精神，對不對？可是它又不是論人技術，它是用設定一個類似虛擬的論人費用，再與實際醫療費用相比，如實際費用比較少，相對設計提成機制做績效獎金，如果超過就要承擔風險，概念上策略上還是這樣子，雖然它有論人精神，但不完全是一個論人制度，所以具備試辦的精神。

至於總額切割這個議題，我們同仁用的中文太大膽，第一個總額這兩個字很敏感，預算這個字也很敏感，切割這個字更敏感，那我就寫個經費來源績效計算方式，比如我們改成這樣好了，大家不喜歡看到太敏感的文字，這個我們以後再來做改善。基本上今天這些技術細節或是整個目的，基本上還是回歸民眾的利益和醫界利益來講，因為在論量計酬之下，確實是管太多了，過去常被批評缺乏專業自主，剛

滕委員講得很好，假如衛教費加的再高會比醫療費用高嗎？最後還是透過醫療費用來實現，所以只加衛教費還是一種論量計酬的方式，所以唯有超越論量計酬並以整合的方式，才有可能在專業和民眾達到最高利益的平衡，就是說我盡量在前端照顧好，減少後端的醫療利用，這樣才能創造雙贏的機會，這是我們這個希望的原則。那有一些細節的部分，麻煩劉科長再幫我們做補充，謝謝！

## 劉科長林義

主席、各位委員大家好，首先我們這個計畫其實開過很多次會議，大家的一些建議，其實我們都有盡量地修進去。大家不要看那個樣子大概差不多，事實上，比如像門檻指標的定義，或者是像剛剛有一位代表講說轉診部分；其實大家可以看到草案的第 11 頁，草案的第 11 頁我們也把它修進去，就是說參與團隊的獎勵經費，事實上我們是有把經由團隊轉診的費用加進去的；又或者是你看到第 13 頁的團隊合作的指標，我們也把經由團隊轉診算進去~只要是透過你這個團隊轉診的，都會含括。你照護的區域民眾能夠透過你這個團隊轉診，而不是他自己去轉診，所以這個其實也把這個納入指標，所以每個委員的建議我們都很重視。假如有共識的話，我們都會修進去。這是第 1 點補充，就是有關轉診的部分。那第 2 點就是說，我們今天之所以要設人數或門檻指標，其實大家可以看到，我們論人是從 101 年做到 103 年，其實已有 3 年的經驗；8 個團隊裡面，有 6 個團隊有盈餘，有 2 個團隊有虧損。所以，我們後來也去分析，為什麼會有虧損的一些原因。大家可以看到我們今天附的資料的附件 1-1，虧損的原因當然有跟專家學者討論，我們有委外研究；就是說，第 1 個可能是因為這 8 個團隊其實規模都比較小，它照護的人數過少，所以只要當中有一位~比如說生了重病或怎麼樣，相對的風險就會很高；所以，我們才會說，那是不是有一個基本人數的限制，當然人數是多少，大家還是可以討論。第 2 個就是說，也因為那個團隊太小，所以，事實上你所照護的這個區域有很多的民眾，事實上都是到外面去就醫的；比如說剛才委員有講 7 成在外面，3 成才在裡面；那在這個情況下，我們怎麼把這個民眾歸

責於你這個團隊，是這個用意，所以才會設一些門檻指標。那設門檻指標的用意，也是像各位代表講的，並不是所有的區域都適用。所以我們的確是想說，這個計畫我們是先做一些小規模對象的示範，的確沒有錯，就像委員講的，並不是所有的區域或所有的團隊都適用；你至少應該要達到一定的程度，我們本來是這樣預期；你至少達到一個程度，其實你來做這個，就風險來講也比較小；就上手性來講，比如剛剛有講到說，那個團隊整個很複雜，對阿，所以我們才說你已經具有一定的規模，你來做，你的複雜度會比較小，相對可能會比較好上手。剛剛基層代表也有提一些問題，因為我們不曉得你們有開會，不然我們也可以過去說明一下，因為這當中顯然有很多的誤解。比如說，我們為什麼規定進入第 2 到 4 年的條件，要保持一定的盈餘，這也是為了保護這個團隊；因為，我們不希望你一進來就像我們前面有兩個團隊一樣，大概虧了七、八百萬，那這個錢怎麼辦？因為總額既然已經切下去了，就是說我這個錢既然已經給你了，那你裡面有虧損的話，那當然還是只能在這個額度裡面去挪；所以我們一切用意都是說，避免你這個團隊風險太大。所以我們才說，你經過第 1 年的試辦之後，假如風險太大~因為你的點值根本比你參加這個計畫的點值還要來得低時候，那這個時候顯然你承受到很大的風險，所以我們才說你是不是有點不大適合再繼續辦下去？所以其實都是幫你們考量，而不是說我現在又把你那個點值 0.95 又切出來，不是！你今天試辦這個區域，比如說這個區域有 10 萬人的話，我們以 1 個人 20,000 元來估的話，我就是給你 20 億元；這個區域裡面所有人的醫療費用，就都從這個 20 億裡面來支，所以你裡面可以控制的越好，比如說你減少很多不當的醫療，或者像剛才那個衛生局講的，他可以做很多預防保健，那自然就可以減少裡面的醫療費用；那你裡面的費用怎麼分，希望團隊自己來有個比較有創意的思考。就是你裡面的點值可能就會比你參加~你還是現在論量計酬的情況下來得好；是這個意思，而不是說我再從你裡面把點值高的切出來，不是這樣子的，所以這個當中，其實有一些誤解。那這個意思也可以剛好回答滕代表，這個計畫為什麼要 4 年；因為第 1 年就是先試辦，先看看你這個團隊整合的成果到底有沒有達

到我們的預期；那 2 到 4 年，就像剛剛~其實嘉義市的曹簡秘他剛剛也講了，我之前投入了很多預防保健在這裡，那假如這個計畫只有 1 年的話，就享受不到我之前投入的成果，所以我們才想說這個計畫要有一定的長度；那目前為止，這個計畫我們預定的時間是 4 年。以上先作這樣的補充。

## 主席

來，朱代表。

## 朱代表益宏

不好意思，也算是打斷署裡面的報告。但是不管這個我們龐組長怎麼講，名詞怎麼換，你就是把總額裡面一部分的錢~不是點數撥到那個團隊！應該是這樣子，對不對？我沒講錯。那那個就要有法源啦！如果說，你今天只是撥點數，因為依照健保法 61、62 條，它是要一起結算；健保會分好了總額以後，依照 62 條，你的點數，依照在那個總額的錢底下，然後去結算；那你第 1 年試辦的話，如果你沒有切總額，你說他做了多少點數，我給你一個虛擬總額，但是最後這個總額還是要在整個分區之下一一起去結算的話，那我個人~我其實是支持這個案子啦，只是說這個案子中間，怎麼去修正，讓大家更 smooth 一點；你第 1 年試辦，怎麼樣讓大家都能接受，這個我個人不反對；所以第 2 年、第 3 年、第 4 年，你如果是要把錢挪出去，那對不起，你就是要法源依據；因為 62 條、63 條~健保法 61、62 講得很清楚，它就是這樣子去做總額結算，對不對！所以我剛才講說，如果你要把錢拿出去，不管那個叫做~用什麼名詞，穿什麼樣的衣服，最後的本質是把錢拿出去的時候，那你就是要有法源！所以我才說你法源~如果沒有法源的話，那你頂多就是說，我給你一個虛擬總額的概念，但是我給你叫點數；我給你一個虛擬的點數，但是最後這個點數，我還是要在整個區裡面一起去作個結算，這樣子才有道理！那我覺得說，不管是~那我覺得是這個案子要整個包裹，包括第 2 年、第 3 年、第 4 年一起通過的話，那個我覺得~可能衛福部要講幾句話了，它憑什麼去切總額~因為健保

法的主管機關是衛福部阿！那你怎麼可以讓健保署違法來作這個事情呢？這個其實我在~這樣子的提議，其實我已經在所謂的專家會議裡面都提過，而且我們還正式公文，公文以後~也都沒有回應嘛！所以我不知道是不需要回應，還是說無法回應？還是什麼原因，我不知道，至少衛福部到現在一句話都沒有講啦。所以我希望衛福部等一下對於這樣到底適不適法，必須要有一個交代。如果今天沒辦法交代，那沒關係，你可以說下一次什麼時候給我們一個回應嘛。不然大家討論了半天，結果通過了這個案子，就算你怎樣去修正它的~什麼指標 1、指標 2，最後通過的第 2 年就是要切總額；你總額切了以後，到底違不違法？所以我覺得這個事情必須要有一個說明啦！那剛剛這個健保署雖然~科長雖然講說大家很多~團體的意見你們都已經納入了，也舉了兩、三個例子；但是我們這邊開會的很多代表，都說沒有回應。所以我才講說你是不是應該 list 出來你們歷次的會議，到底有哪些人提了那些東西~因為你們都有紀錄嘛，剛剛科長講說這些東西你都有紀錄，那是應該把它 list 出來說這個東西，那我某一個團體在第幾次會議提了什麼提案，包括付費者~如果有去跟付費者溝通，或是在其他的不同場合，跟其他某些單位溝通的時候，提出來有這些意見，包括我們~屏東縣衛生局或是嘉義縣衛生局，有不同的意見都寫出來，然後健保署的建議嘛；認為這個不可行；這個是不需要回應；這個是單位提案人個別意見；或是這個意見很好，我們已經修訂在哪裡。那我覺得應該要做這樣子的整理，讓大家看；不然的話，其實大部分在座的委員，可能包括付費者代表何語，或是干委員、何委員，甚至滕委員都覺得看了半天看起來差不多，每個版本看起來都差不多，或是說看不懂！所以我覺得~一開始我就提，那你到底~大家提的東西到底做了哪些修正，是不是也應該也有一個 list，有一個表出來讓大家知道；那也讓大家知道，你為什麼沒有修正的理由；比如說，我還是要再提一次~我今天第 3 次發言，還是要再提一次，地區醫院提的那個 50%，你說只有基層；我們從第一次開會~受邀開會就提了，第二次開會又繼續提，今天是第三次開會還要再繼續提，而且我這是第二次提；這個問題提了四次也都沒有回應啊！是不可行~說那 50% 只有基層診所是~地區醫院不能包

括在裡面，是不可行呢？還是說整個計畫這樣子，不管是什麼 ACO，跟原來的美國那個什麼 ACO 是不符合的，因為美國只有跟基層合作，我們抄他們的東西~美國的版本沒有什麼地區醫院，所以我們也不應該有地區醫院，總是要有一個理由說明嘛！不然的話，我們提了半天，也認為地區醫院應該放進來，然後這邊也沒有告訴我們為何不可行，就是不納入嘛！那我們覺得說，如果這樣子~就包括今天開完會，大家都認為說這個案子應該要 pending，甚至只有第 1 年試辦，那試辦了以後，如果回去署裡面這樣公告咧？對不對？那另外還有，我是建議~我剛剛講我是支持這個案子，如果不切總額的狀況下，我是支持這個案子；我也建議署裡面應該說第 1 年，如果按照這樣子的規劃，或是做小規模的修正以後，應該要有一個成果報告；而且因為之前的試辦計畫，其實沒有在我們這個會，或是沒有對醫界作相關的成果報告；你委託專家去分析，但是最後分析的結果~我不相信哪位委員有看過，對於之前 8 個相關團隊的試辦報，或許有請一些老師來作 comment，但是醫界我不知道有沒有在什麼場合，去跟醫界討論過這樣的東西？以上。

### 薛局長瑞元 (屏東縣政府衛生局)

對於剛剛署裡的說明，那我說一下我個人的看法，署裡面包括說第 1 年之後的 0.95 的點值，然後進入第 2 年，包括說 3 個指標；其實很謝謝，大家都是為了考慮到所謂的風險問題。不過說這個風險，就是會賠錢嘛，就是在為大家著想，在做的團隊是否會賠錢；其實這不用替大家擔太多心啦；因為，你只要有一個，就是說什麼時候可以退出就好了！賠錢自然就會退出了！那為什麼我會說這樣？因為署裡面在算成本跟收入，跟團隊、跟每一家醫院在算成本是不一樣的；署裡面在算的是說，我給你多少錢，然後你申報的醫療費用叫作成本，所以中間是不是有盈餘，如果超過 1 點、1 塊錢就表示有盈餘，那是署裡在替大家算的成本，但是真正的成本不是這樣子嘛！對不對？我們真的申報了，0.95 下來的話，實際上我的成本在哪裡，只有每家醫院自己手上才知道！所以你們不用為他們煩惱太多，只要能夠自由，或

者是怎麼樣可以有退場機制，其實就不用劃太多的那種指標限制在那個地方。老實講，真的要控管風險的話，只有兩個；第 1 個，「巨大災難的時候要排除」啦，就像八仙事件這種，只要發生一遍，沒有一個團隊撐得住啦！第 2 個就是那種「大規模傳染病」，這一發生的話，也是要排除啦！要不然的話，那麼多病人臨時通通跑出來在當地傳染的話，一定是非常非常的快的暴增，這種一定要排除。也就是這種特殊的案例去排除掉，那其他我實在是想不出什麼，其他大概風險就~突然有一家醫院因為經營不善垮掉了，所有的病人都跑到別的地方去了，這種的也有可能。但是，這不就是我們想要防止的嗎？就不要說有這種的，突然的一個醫院經營不下來，然後宣布要關閉，或是哪一科不作了這樣；其實，就我剛剛提到的，恆春~我很怕這種事情發生啦！所以說，才說如果有這樣的計畫的話，基本上至少在這個部分的話，至少會增加它的穩定度。以上。

## 主席

好，謝謝，何代表；接下來請社保司梁代表。

## 何代表語

我的建議還是 10 萬人改 5 萬人，這是我認為我們有很多區域的農村或者漁村，漁牧型的區域，這些人也是必須要受到照顧；你如果用 10 萬人就有點不平等的感覺，甚至我認為，這個人數都不要訂；哪家醫院願意來做，你們不要操心它賠錢啦！我認為這個臺灣人是，殺頭的生意都有人做，賠錢的生意沒人做啦！你放心啦，你不要操心他們賠錢！如果我開醫院願意賠錢，那是我的事情啊。因為我自己沒有能力開醫院，要不然我開醫院可以每年都賠錢，對不對？既然我有能力開醫院，就要讓它每年賠錢。因為那是做一半善事，做功德的事嘛！如果你不做善事、不做功德，那你醫院關掉，去做別的事業。像我們做事業，賠錢就賠錢，也不會來關心我們；經濟部也不會來關心我們說，你賠錢，我要補貼你到賺錢。我認為沒有必要關心醫院，你願意做，你自己掌控成本；所以我們站在付費者的立場，我建議還是要 5

萬人，尤其農、漁、牧型區的總人數 5 萬人以上；至於，你怎麼去分配這種什麼總點數，多少比例那個，我認為是你們比較醫療專業的事情，那個你們自己去評估、衡量。所以，我認為你太關心醫院，臺灣就是太民粹主義了；因為太民粹主義，所以醫院就不能夠賠錢；那如果這樣子，所有的企業都不能賠錢，政府就要全部補貼到都賺錢。因為民粹主義流行，所以把臺灣搞得亂七八糟，所以我不認為這樣子~所以我建議說，這個人數的部分，我建議還是 5 萬人以上。那如果你說第 1 年辦理，第 2 年以後再來看，視經費來源的獎勵分配方式，不要提總額的切分，你總額的切分也要送到健保委員去；我們不管哪一黨執政，健保委員有健保委員的權責跟力量，那我們支付委員也有自己的權責跟力量~哪一黨執政都一樣。我的意思是這樣子啦。好，謝謝。

**主席**

好，謝謝，請社保司梁代表。

**梁代表淑政**

主席，以及非常謝謝朱代表的指教，就有關於「地區預算分配的法源依據」，按照健保法第 61 條，就是說年度總額預算的分配可以分地區，還有部門別，還有門、住診這個部分；有關地區預算分配範圍的界定，是由保險人來擬定，報主管機關核定發布。這程序是在二代健保法修正所加進來的，就是健保法第 61 條第 6 項的部分。所以如果這個計畫當它成熟之後，送到健保會，於預算分配時完成協定後，這時候保險人就依照前述條文的程序辦理，修正增加原來公告六個分區以外的區域。以上說明。這個預算分配，是屬於協商的一部份。

**朱代表益宏**

我的意思是說，如果是這樣的話，到時候就會再多出來，所以他們在各個會議上就要有代表，對不對？包括健保，包括相關的會議，包括健保會；然後在協議會議的時候，他們的預算就要單獨跟付費者協商嘛！程序上應該是這個樣子嘛！對不對？

## 梁代表淑政

可就公式來做處理即可，如果這個公式是健保會代表認為可行的區域預算分配的，就可以不用協商額度，由公式來決定。不過，這是屬於協商一部份，由健保會來決定。

## 主席

好，謝謝。

## 朱代表益宏

所以確定它不是用 44 條。

## 梁代表淑政

不是，44 條講的是家庭醫師責任制度。

## 朱代表益宏

論人計酬，那裡的論人計酬是用來切預算的

## 梁代表淑政

就健保法，論人計酬文字出現兩個地方，除了家庭醫師責任制度外，一個是支付標準，就是支付可以按論量、論病例、論人等來做支付的單位。然而，這個計畫是區域整合型計畫，有個區域預算，其涉及到的是總額地區預算分配的一部份。因此，回歸到第 61 條的程序。

## 主席

好，謝謝社保司。事實上，法源沒有什麼問題，只不過是我們這個計畫進行到第 2 年即涉及總額協定。議程第 9 頁計畫內容第柒.一已經提到，如果到第 2 年的時候，是要到健保會討論通過，才可以來進行。另外就是剛剛有代表說，我們不曉得是為誰忙？其實大家都是為人民忙啦，也為這個制度永續~其實也為大家好；因為現在總額之下仍採用論量計酬，大家看到的就是點值，這就是紅海！因為大家沒有誘因去節省，雖然是大總額，但是因為每一個院所都沒有誘因去節省，

其實最後還是在稀釋點值；然後造成點值低落，大家又覺得不滿，永遠填不完的總額，這是惡性循環。更遠一點看到的是臺灣人口快速老化，當我們這樣子繼續下去的話，如果沒有找到替代方案，最終我們還是會付不起；總額不可能無限上綱，因為有付費能力的問題，最後會拖到大家點值更低，民眾和院所都是雙輸；院所做得非常辛勞也承受不了，因為數量太多就過勞；事實上沒有去考慮這些數量背後有些是不必要的量，或者是沒有想辦法讓那個數量減少，於是也造成我們大家過勞，甚至護理人力也過勞等等，那這些都是我們現在看到的。如果我們其他替代的支付方式，徹底的做垂直的改變的話，事實上大家已經在不知不覺當中，問題已經在累積。而本計畫其實就隱含了希望能夠在這裡頭找出另外一條可能的路，而這個路，也含括過去大家對於我們這個醫療體系~過度的往醫學中心集中、沒有轉診制度，自由就醫，這些大家認為過去以來我們應該校正的，也希望透過這個制度慢慢去引導；因為，如果不採用論人支付，其實光是醫學中心、地區醫院，或者是基層診所，沒有人會去引導的啦，反正就是個人顧個人的店；而且，希望在這個店裡面去達到最大的量；永遠都是這種思維，其實是非常非常的不好！而這樣子的結果，長期來看，我們的醫療資源也漸漸往都會區集中，於是我們的偏鄉的住民也會就醫越來越辛苦！就如同剛剛薛局長講說，其實你講自由就醫，在偏鄉，它根本沒有地方看；自由就醫的弊病都在都會區，一條街上有 10 家診所讓你選，那種才會；或者是我隨便幾分鐘就到大醫院的才會；過去以來，如果我們甚麼都不變，這些事情只會越來越壞。今天提出來這個計畫呢，也許各位代表覺得好像念來念去不是很懂，可能我們中文寫得不好，讓大家沒有看得很懂。但本計畫的思維就是建立在前述的基礎之下，須要做一些改變。此外，大家認為民眾先改變，我們再來配合。以臺灣現在整個環境，讓民眾現在去固定就醫，我覺得是很困難的！而且，國際的趨勢，讓民眾固定就醫的趨勢也越來越不明顯。以前有很多的國家傳統一開始是嚴格且有次序的轉診制度，醫師讓他到哪裡去看，看完要轉診，都非常得有次序。而現在因為民眾都無法忍耐這樣轉診與等待，所以漸漸地打破上述藩籬，回到所謂的~能夠得到最好的醫療

品質的這個觀點去看；而不再去限制嚴格的看病次序。這個是整個國際的趨勢，都是這樣；臺灣其實是享有自由就醫~人家認為是優點的，反而我們要回到人家準備放棄的那種有 order 的就醫。所以，我們在這裡頭要折衷啦！本計畫其實隱含了可不可以慢慢來誘導，所以它是一個 4 年的計畫，絕對不是一做就有效，它是要慢慢耕耘；而且，我們過去有 8 個團隊努力耕耘過 3 年，雖然不是非常的理想，但也看到改變！所以我們才會有部分信心認為，如果還能夠繼續耕耘下去的話，說不定有一天某一個地區就醫狀況會越來越理想；如果是這樣的話，我們就能夠去證明這個方式是有效的，可以再推廣！這個是我們的初衷！部分與會代表建議雖然隱含爭取門檻放寬讓我進來，但並不是大家認為這個計畫是截然不可行；例如基層對失去主導權有所擔心，但本計畫從頭到尾沒有規定誰來主導，由你的團隊自己決定。如果你覺得我的團隊很大，有醫學中心、區域醫院、地區醫院，還有診所，我基層出來主導，那 OK 啊！本草案沒有講說是誰來主導，是你們團隊自己來決定。誰有能力去做推動、協調、資源重分配，或是大家互相整合的能力，即決定這個團隊未來能不能朝好的方向去進展，計畫草案初衷一直都是這樣。再談到門檻的這件事情，有一個比較具體建議，希望將指標 1、指標 2、指標 3 當作努力目標？或是要當成門檻？針對本點，劉科長說明，之所以如此設計是希望不要重蹈第 1 期的覆轍；因為第 1 期的問題，在議程第 5 頁有詳細的說明，我們檢討部分團隊虧損的原因，就是 base 太小，要不然就是團隊太小。當團隊太小的時候，其實 cover 的民眾若都不在你這裡看病，如果你因此而結餘，很多人都懷疑是不是你的努力，搞不好是不小心造成的！你該不該拿那麼多結餘？但是，如果你因此有虧損呢？那就是因為你 base 很小。因此，我們才期待透過三項申請指標各 50% 的設計，使團隊具備一定能力與基礎，有利展開後續整合管理與規劃；另我覺得很多代表誤會，認為這個計畫是要為每一個想要的參加院所都能進來的標準版；但不可諱言，本來這個計畫就是希望來誘導你吻合這個門檻；而不是將計畫修改成大家都參與的標準。因為選定的地區都是 free 的，因此設定照護對象經濟規模之人數。隱含的是期待團隊要大一點，將來參加

這個計畫不是只是好玩而已，而是真正能夠做到原來的理想，甚至不要讓你有太多的財務的風險，都是好意的！結果大家把它解釋成限制！確實有一點遺憾。剛剛何語代表離開的時候也有提到 10 萬人，已放寬相關規定，請劉科長再跟大家說明一下。

### 劉科長林義

對，其實上次代表也有建議說人數假如只規定在 10 萬人，可能有點太嚴格，比如針對某些區域要酌予放寬，所以我們回來研究一下就是說除了山地離島地區，還有依據我們健保法規定可以減免自行負擔的醫療缺乏地區，這些區域大概就有 50 個鄉鎮，全台大概 368 個嘛，符合 43 條的就有 50 個鄉鎮。所以，假如你裡面是有這些鄉鎮的話，就不受 10 萬人的限制；所以其實是已經有放寬了。

### 主席

所以，其實這還是文字的問題啦！文字之表達是不是有達到這個的意思。我自己念好像也覺得那個意思沒有很清楚，這個就是我們再互相學習。意思就是說，你框的那個地區，只要有一個鄉鎮是屬於我們定義之偏鄉，你這一區的人數就不受 10 萬人的限制；至於幾萬人，也沒寫啦，也不是 5 萬喔！就是連 5 萬都不是嘛！沒有限制。但是呢，誰來決定你可不可以進來呢？最後我們還是透過評選，因為評選還是一個綜整的考慮，你可以來競爭的！譬如說，我相信薛局長那邊的，你講的那幾個鄉，如果其中有一、兩個是，或者是一個是偏鄉，你就已經不受 10 萬人的限制了。但是其他的，如果你那個區都沒有偏鄉地區，那我們認為你至少要 10 萬人，因為那個地方就容易了！他很容易就有 10 萬人，因為它就是人口比較集中的地方。另外，因為大家都看 1 字就講 3 字，看一半就講很長，所以害我們的美意都沒感覺到！在指標 1、指標 2、指標 3，大家意見最多，各 50% 可能會有人指標 1 達不到，有人指標 2 達不到，有人指標 3 達不到。如果只剩下這個問題的話，我們可以再來討論彈性一點；至於其他的部分，不知道說我們還可以如何修正？因為其他是 base on 原來計畫精神。另外，我還要再

說明一下，就是有一個很大的誤會，剛剛也沒有說明到，好像是連醫師這邊，還有張代表這邊，都有提到把 0.95 比較好放進本計畫，剩下沒有參加的點值就會更低？其實不是這個意思，確實有所誤解！是說本來在這一區，譬如中區，你可能是中區嘛，中區現在就是有一區嘛；但是如果我們中區裡有組一群好了，它本來也是共用你們的點值喔，無所謂誰的點值高、誰的點值低，沒有喔！原來沒有參加之前，大家是一起共用中區的點值，對不對？現在假設 A 團隊出現了，而且它也參加了，於是明年(就是第一年)，它是虛擬總額，沒有真正把總額切出來，但是我們還是會假定照原來計畫的話，其模擬成效是如何？我們這邊寫的是說，它已經要參加~準備要參加的人會做一些很大的改變，但是一年之後它的點值，虛擬算出來，這個團隊的小總額點值是達到 0.95 的話就代表比你們現在還好，比你們現在在分區總額還好，代表它有去節省一些浪費，或是作一些改變，或是醫療整合，減少一些浪費，那就表示它是有潛力發展的！如果是這樣的話呢，它就可以繼續走下去；至於沒有參加的人，到底有沒有影響呢，它只是這一區拿出去，其他的人行為都跟以前一樣，你繼續要去拼，繼續在紅海裡面，繼續去稀釋點值，那是你的事！所以就會變成有一個局面就是說，中區裡面有一群團隊的點值在第 2 年之後它往它的方向去做，因為到時候就是預算會切出來，它自己就是一個小總額。剩下的人呢，你繼續去拼吧！那你的點值就往下降，或者是你點值就不穩定，或者是你們繼續不協調；那就變成實驗組跟對照組了。這個就是說我們要不要改變的關鍵點。所以我是這樣補充給你聽，並不是說我們把點值好的拆出去，剩下點值不好，跟你的感覺是不一樣的！這一點我覺得有很大很大的誤解！那另外就是說，為什麼參加這個案子之後呢，家醫也不能參加了，論質也不能參加了，這一點好像剛剛也沒有回應嘛？那我要講就是說，不管是論質也好，家醫也好，如果你~譬如說還是中區，中區有一群出來了，這一群裡面，我們要給它的費用，給它的預算啦，除了總額預算~一般的總額預算以外，連它的論質該給的錢，還有家醫的錢，全部都在這個預算裡頭要外加給它。所以基本上這個團隊得到的預算是一般總額、論質跟家醫，所有的 incentive 通通給你，讓你重

新去重整，所以當然已經給了，並不是沒有給；只不過你從個別的診所覺得說，那我這樣子就不是家醫，不是啊~你繼續在那裡當社區醫療群，本來你該拿的錢還是繼續可以拿，我們的意思是這樣啦！所以這就是一個操作的內容，但是我覺得兩位基層的代表，包括蔡秘書長，其實該檢討的可能是我們的文字寫得不是那麼淺顯易懂，讓大家對於這個操作的細節產生了不一樣的感覺。其實你要知道，這個概念就類似你這一群出來，你框住了一群人，這句 10 萬人~假設，你拿走了這 10 萬人的預算，甚至包括這 10 萬人過去有參加 P4P 的我們的錢，還有家醫的回饋金，或者是什麼錢，通通都在這個預算裡面就給出去了。但是在這裡頭，當然會有什麼 margin 的問題會出現就是說，也許有些社區醫療群，有些人願意參加，有些人不參加，會有這種問題，所以那個群可能要重組，只有這些問題。其他的其實已經是社區醫療群的醫生，或者不是，或者是你已經有參加 P4P 的，你不會因為參加本計畫而減損；只是那個錢，你原來得的那些鼓勵款是從這個小總額再給你，而不是我們另外給你；因為，如果我們另外再給的話就是 double 了。細節的部分，我們可以會後再跟連醫師再談。那我是說比較大的誤會，我先釐清，因為你那個黑白正好把它講反的時候，我會覺得是需要提出來。那還有一個就是，還有一個問題也是沒有提的，就是說到時候這個點值是不是還要分析基層一個點值，醫院一個點值，洗腎一個點值，好像有人提這個問題。應該是潘代表嘛？不是的！因為西醫基層、醫院跟洗腎這個錢都框在團隊裡面，所以將來它就是共用一個點值，不會再為在這裡頭再去拆什麼醫院、基層、洗腎等點值；所以它共用一個點值之後，只有你們合作無間，把病人輕症的在基層看，然後重症的再到醫院，大家分享這個共同的點值。但是有一個關鍵點，就是還是會有很大的彈性是雖然我們會反應這個群組小總額的點值，但是你們還是可以去設計你們怎麼樣內部的 incentive。因為，我們等於最後一筆錢就回饋過去了嘛，而且這裡頭，包括有可能含獎勵款，因為你如果表現得很好，還有額外 3% 的獎勵款，或者是品質指標。對不對~品質獎勵跟額外的獎勵；這些通通給你之後，你們可以在內部建立你們的 incentive。譬如說你們覺得，這樣子改變之後，我們的基層

醫療比過去承擔的責任更多了；我們要給每一個基層醫師甚麼樣的 incentive；那醫學中心呢，loading 也減少，成本也下降，無形當中，也結餘了；或者是怎麼樣分配，這一塊我們就留給我們的團隊自己發揮創意，因為你們在合作，在講各自的權利義務的時候，一定會作一些責任的分配，那最後就是~好的話就是論功行賞啦，那可以財務的重分配；那如果真的有碰到困難的話，那就是虧損的時候，那就是大家怎麼樣攤。這個呢~這個計畫就不會去寫到這個細的部分，這個就留給你們，因為你們要找誰，然後互相是怎麼樣的合作的協定，這個部份就留待你們自己去發揮啦。我覺得這些是我看到剛剛回應沒有回應的地方，而且是需要說明的。好，來請兩位。

### 謝代表文輝

覺得基本上這個首先可能署裡要費大一點的功夫跟基層的診所的團體溝通，現在照它們今天來的代表是眾口一聲，全部都反對，這下子~像如果要做的醫院，要去整合，那遇到基層這塊，就會踢到鐵板；所以這可能拜託署裡長官要加強去溝通。那第二個剛剛~副署長講的，就是說以後怎麼分配這個，我是覺得就像現在講的，就交給那團體去決定；因為每個團體一開始講，大家互信程度仍不足~也許經過二、三年互信度程度提高就可改成一套；一剛開始我相信絕對是三塊自己算，各自算絕對不吃虧，你發生什麼狀況，我也不用替你承擔，我們這群參加基層的，基層的自己負責，我洗腎自己負責，一定是這樣啦！它要有經過階段性，也許經過兩年、三年，就達到一個~；所以這個計畫如果說沒有把這個寫死，就是說~好~你們團隊自己去發揮你們的創意，我是覺得這個就保留一個彈性的空間，這個是很好。那最重要，我是覺得基層可能要~要主席~要署裡花大一點的力量，如果它們決策說全部的基層，它都不要參加，那就慘了，這個指標絕對達不到！阿另外一個，指標 3 裡面，我是覺得應該把地區醫院的門診加進去，要達到 50，比較符合實際的狀況啦！因為，其實你給它算一算，我們大約那個~醫院的所有全國的門診裡面基層它佔比例多少？40 幾 percent 是嗎？就醫人次好像是 40 幾 percent~有 50% 嗎？就醫人次，我的印象大概應

該~四成多左右~就醫次數阿

**主席**

指標 3 只有講次數，沒有講錢。

**謝代表文輝**

對阿！就次數阿！次數~就醫次數它大概在~因為其實那個地區醫院，其實應該算在~以前沒有畫總額的時候，還有一度想把地區醫院和診所劃在一塊啦！當時我們也有這個構想啦，它們兩個放在一塊；所以我是覺得應該把它當作說屬於比較基層的這個門診，應該把地區醫院加上診所的，如果超過全部的就醫人次一半應該就可以，它就佔一半了嘛！建議主席參考。

**主席**

其實我告訴各位指標一到指標三今年很大的期待是基層要進來，因為第一年有很多是單一醫院參加，那覺得喪失了我們…尤其是地區醫院長期一直在講垂直整合，所以我們這次特別希望基層要大力的進來，而且要去形成這個團隊的時候，基層的佔率要有一定的佔率，無形當中是對基層有很大的期待，因為如果可以這樣那真的可以漸漸形成垂直整合的團隊，否則的話還是頭重腳輕變成進來的是大醫院，大醫院又承擔基層的責任就不是我們的初衷，所以這個用意是這樣，我覺得張代表你可能要稍微講一下哦，不要讓大家覺得基層是全然反對的，基層很多是願意的。

**張代表嘉訓**

主席、各位代表，我剛剛發表的是我們大家會議的結論，不代表我各人意見我先解釋一下，但是我們剛開的那個會的一個結論，那我想剛剛主席包括組長或者是衛生福利部的長官，我覺得談的都是一個理想，我其實我各人很認同以質來論酬，這個是我非常認同的，我們現在都是以量嘛，可是問題是你現有配套的環境跟條件是不是可以做到你們理想那麼好，這個是我們比較擔心的，可是你現在的試辦以前

是用一筆經費來做，你現在如果第一年辦完的時候你要馬上進入去切割總額嘛，所以基層比較擔心的是這一點，那當然剛主席講的很多我們提出來的一些問題跟疑慮，但是我覺得有些觀點是矛盾的。

第一、剛何代表說要把參與的門檻降低，人數降低，因為有一些區域是達不到的，可是剛你又講說之前的試辦計畫失敗的一個原因是人數不夠，基本上這不是矛盾嗎？你怎麼把他降低，降低以後財務的風險就增加了嘛，所以那只適合某一特殊的區，例如說：薛局長這邊或許他真的是就是我們的論人計酬的精神就是說都是在那個 group 裡面看診才有辦法嘛，可是你現在又把他門檻降低十萬又變成五萬，這個跟你們在試辦計畫那個經驗又完全是矛盾的，我就覺得這個計畫你要好好回去思考。

第二、您剛講的點值說實話，平均點值達到 0.95 以上者，始能進入第二年，當然我們當初可能有點誤解啦就是說如果你參與試辦就是 0.95 才能進入，我後來詳細的看一下我們是有點誤解，試辦的第一年之後我們去看，那誰知道我們是 0.95？我們根本沒有個人的資料，對不對？而且講如果是 0.95 以現在所有的六區來講那台北區跟中區是不可能啦，從來沒有過啦(主席：要試試看啦)，從來沒有過的，沒有 0.95 這個事情(主席：整區就有啦)，對不對？你現在去設定一個這個東西有時候也會有一點奇怪，就跟現實...，當然我不知道或許你今天可以找到真的有醫院有診所這樣配合起來加起來真的加起來可以超過 0.95，這個當然我也不能說不可能，這是第二點我是覺得跟實際上到底有誰基層診所他有達到這樣的一個程度，沒有人能夠把握，所以基層其實是對這個計畫有一些疑慮，我想加入可是又不合乎條件。

第三個其實最嚴重，就是您剛提到的，以前試辦計畫成功的都是單一的醫院自己在做的，從來沒有結合基層的，唯一一個由基層組成的那個是虧錢的，所以為什麼基層會有疑慮啊，所以你今天希望我們基層能夠進入這樣的一個計畫，那我就要回到一個台灣病患就醫他們目前的思維嘛對不對？你現在的病患看門診除了一些像特殊的地方因為他太自由了嘛，他可以到區域醫院可以到醫學中心如果我基層加入

你這個 group，我都不知道他中間怎麼去談嘛，你中間也沒有寫的很清楚，其實基層是怕說就像您講的他在這個 group 裡面他沒有什麼主導權他也沒什麼支援去吸引這些病患，那基層他可能會越來越萎縮對不對？不一定是如你所想的越來越好，雖然你設定這個條件。

第四、其實我認為這個門檻反而是太低了不是太高了，我覺得你這個門檻設定對於沒有參加計畫的人是一個不公平，你的醫療費用只佔 50%你就讓他進來，等於他只拿 50%。

**主席**

又不是

**張代表嘉訓**

對，我不理解 50% 為什麼讓他們進來？

**主席**

又弄錯？

**張代表嘉訓**

所以等一下您可以解釋一下，這 50% 你讓他進來的意思是...，他就有資格參加這個 group，這點我想我也不太了解。

**主席**

我覺得兩位的發言包括蔡秘書長，我覺得基層對這個方案好像不了解而且誤解很深而且講的都正好不太一樣，來來來～我們局長要給我們開示。

**薛局長瑞元(屏東縣政府衛生局)**

我現在不講屏東的事，因為過去其實在基層有一陣子是張啟賢署長的時候就打算作 HMO，那時有在談多元保險人，那我想在公會裡面的全聯會裡的許多幹部就是那個時候一起出來，我那個時候是跟大家一起在半夜 11 點以後開會，可能那時候的印象留到現在，所以一直用

HMO 的概念去想這事情，但是這裡還是跟署裡建議，這還是存在問題。

第一、要跟公會那邊還要作一個比較好的溝通。

第二、這個必需就是說有醫院參加的進來之後，很多事情在那個時候那些 data 才會 release 出來，我們似乎可以稍微分階段一下。

第一個可以先讓院所進來跟署裡要一些 data，他們才要回去自己模擬，因為要整合是一個很大的問題，大家沒有數字稍微先算一下，你說一下子要叫他們去冒險加進去的話大家都會有疑慮，那這個就會困難，所以應該是兩個階段；第一階段是有意思要辦的先來申請，然後 release 什麼 data 出來讓大家可以拿回去算一下，第二階段再來正式作申請的動作。看可不可以分這兩個階段。

那第一個歷史的資料來看看，第二部份申請之後的話那再...可能就是說更詳細一點可以切分很多東西，包括各個醫療院所的資料都能夠進來，第二階段也許不必到各別醫療院所，大概至少叫做有一些比較整理性的數據的話能夠 release 出來，這樣大家也許在規劃或者是磨合的過程中會比較順利一點。

那第二個就是說我要提到的其實這個計畫裡面有關於十萬人、五萬人還是幾萬人，經濟規模他是立於兩難，因為這個計畫要成功的話就是必須要整合可能各層級的醫院，那整合的對象越多是越困難，但是你的人口越多一定醫療院所越多所以越難整合，那人口比較少的地方比較好整合但是可能剛剛講的財務風險會比較高，他這是立於兩難，那當然我想署裡這邊的專家研判出來是說十萬人好像是一個平衡點，但是我是覺得說這樣子來講對整合還是太難了，十萬人人人口你算算看台灣有幾個地方可以弄十萬然後裡面醫療院所少於十間或二十間，你找不到啦。

那第三個 0.95 我覺得那個其實沒有太大意義，你 0.95 就是說...例如：我現在這區給你十億，剛好申報費用十億點多少的話，那算起來

0.95 以下你就不能進去，我跟你講你要是只是要給我十億我後面就不報，那我一定就大於 0.95，反正我拿十億比較重要嘛，我拿十億是現金，點數是虛擬，我要是來報我來處理就好，所以你那 0.95 是沒有意義的。

**主席**

請滕代表再來羅代表、朱代表，這三位輪好嗎？先滕代表。

**滕代表西華**

不好意思，搶先兩位男士，我不但中文不好，我想腦袋也沒有很好，因為我還是沒有聽懂，我不但沒有看懂我也沒聽懂，就是一個制度不可能只有優點沒有缺點，我們看起來健保署是非作不可的樣子，因為沒有告訴我們這個制度有何缺點，連我們提出來都不是 issue，因為我們都不是誤會、就是可以解決，所以我才說我腦袋不好，老實說我沒有被說服，在這個議程的第五、六頁裡面提到這個規劃方向的附件裡面，連論人計酬剛其實有提的待克服的問題，我們剛講論量有論量的缺點跟好處，論量下面一樣可以作論質，或者是論人，我剛講的論人在某些區域可以成功，在某些地區沒有辦法...我們都提過了，我們並不是講這個制度好或不好，或者是要達到理想是什麼，我要講這個東西，所以務實的來看，你這個待克服的問題，為什麼你作這個方案就可以克服這些問題，我就沒有聽到，我說你總是要比較告訴我們說作這個方案之後，不是那個理想說那個人就不會怎麼樣，我意思說究竟為什麼這些待克服的問題，例如：團隊醫療利用率過高、照護人數過少、分三種模式適當性被 challenge 啊，還是說在那個醫院部份收入受到影響...究竟為什麼用新計畫就可以去克服這些問題，或者是在支付制度的誘因用點值 0.95 或者去估算可以？我們大概西醫的部份就醫人口全年從健保署的資料看起來都大概五成到六成，不是每個病患都去看病，是這些五成的病患看很多次病，那當然財務風險的校正裡面剛提到重症老人，當然他財務風險就大，這我們都知道這是常識，如果說他沒有辦法另外再有一筆讓他...那他就只能靠點值調控，因為

如果你是看重症、你如果是看老人，那我就好嘛，那你重症沒有那麼重，老人不要看那麼多次，因此你在整理就算這些財務風險很高的病患裡面不管你的規模是什麼，你就把他顧好、看少一點、看好一點、看穩一點，你的點值就變得比較好，可能是這個樣子去，那如果是這樣，為什麼現在的制度沒有辦法作嘛？你要 create 一個新的，譬如說：你之前垂整也好、整合門診也好是因為那些財務誘因不夠，林芳郁有說過我願意作整合性服務但是我會虧錢呀，你給我的錢不夠我的成本，不是這個制度不好，是你支付的東西不夠我的成本，那如果是這樣，你換另外一套是對的？還是說去修正那個，我要問的是這個說這種現行的東西沒有辦法達到我們的想要達到的理想，而需要另外 create 一套。

再來就是我剛問的問題，區域人口你非設籍人口怎麼處理啊？就是說你還是要計算那個費用，那固定... 我們可以假設，你固定會去就醫的，像薛局長剛講的那個部份，我們不要講什麼 PPO、ACO、HMO、EPO 不要管那個 O 啦，我假設我今天算出來這些人口的費用裡面，就算他是區域人口他前一年設籍，我不管流動人口、不管非設籍好了，我假設我要 control 什麼人，那些常常來我醫院看病的人，那些常常不管他有沒有設籍，我就是 control 那些人，假設是這樣子嘛，那如果是這樣子的話，之前那個論人計酬在整個試辦醫院院所的部份收入的，到底他關聯性是什麼，因為有可能這個醫院有些人沒有在論人計酬裡，來來去去我講過了，假設流動人口就佔我 10% 好了，我觀光客，譬如說有觀光客，我佔 10%，或者季節性的湧入的病患，譬如說：流行病，這些照理說包入都不能例外，我怎麼去計算這種，這種一定是很 technical 的問題，因為其實我們醫療的密度或是距離的問題沒有辦法 control 的完美，那你現在又不排除偏鄉，也不排除 IDS，本來對不起因為我中文不好，我原以為排除偏鄉跟 IDS，所以才說要做你去那裡，但你現在 including 一個 IDS 或醫缺的地區或偏鄉，你就再也不受人口限制，我還是要問過來，為什麼我們覺得他可以有 profit，那如果只是說目的要去滿足那些交通便利性沒有那麼高的，那麼為什麼需要包另

外一個計畫？而不是用我就是專門 for 這個區域這些人口特性的人去原有的計畫去弄，所以我的結論就是可不可以再說服我一點就是說...，不然就是說看起來你們就是要做，但是我是不支持，我要再講一下不是干代表講的我支持，我沒有支持，但是健保署一付看起來好像要做的樣子，所以說可能要再多花一點力氣，我也蠻想要支持新的方案，健保二十年應該要推新的方案，那剛主席提的理想我們都應該去追求，這是最基本的，所以可不可以再...，因為都沒有簡報，今天只是這個辦法，也沒有告訴我們來龍去脈，我們就第一次看到，你們還看過很多遍了，我們第一次看到，所以當然理解上面會跟健保署想的有差距，那不能只是靠我們來追求理想來說服我們，我們需要知道 technical 他怎麼樣做才有辦法克服以前的問題，謝謝。

## 主席

薛局長要幫我們說明。

## 薛局長瑞元(屏東縣政府衛生局)

沒有啦，這只是說溝通啦，因為我個人是比較贊成這計畫當然是恆春這樣做，其它地方沒有那麼大的把握，但是這個計畫其實後面還有一些東西是可能現在制度沒有辦法這麼作而必須要這個計畫才能這麼作的，比方我們在說個案管理，我想滕代表非常知道個案管理他們在社工這部份做太久，那我們現在社工管理沒有 pay，你怎麼讓一個慢性病患他的用藥能夠均衡，然後他能夠按時用藥，然後能夠監控他的這些生理的值是維持在一個穩定，現在作這些都沒錢，完全健保裡面沒有這個項目，那用這種方式的話就可以，我們就可以來設計讓作這些工作是有 pay 的，雖然因此你的就醫次數會減少，但是基層一次可以做這些事情然後我可以給你錢，現在遠距的照顧沒有 pay，在本計畫是有可能會做的，那這都是未來的一個趨勢，未來的一些 device 這會出來，但是現在是沒有 pay，我們也不希望因為這個然後又要增加支付的項目，因為你總額就是那麼多而已，所以在這個部份的話是一個未來的期待，也就是說對於我們目前已經開始面臨老人人口的照

顧的話，他的照顧方式可能要改變，那這改變的話以現在支付制度來講很難去做，所以轉換一種方式可能有機會我不是說一定。

那至於有關人口流動問題，老實講以現在的方法也是無解，但是也許做了之後你就可以慢慢去掌控，因為這就是 data 的問題，我先劃十萬人口給你，只是一開始，那開始運作以後，一季、半年、一年，我們可以看出你的手上十萬人口裡面到底有多少不是在你這邊看病，不是在你這個群組看病，而是在外面看，還有多少是在這個群組之外的人跑到你這邊來，這可以慢慢開始來做一些調整，因為老實講一個病患一個人，我要請問各位你或者你的家人真的有就醫那麼自由嗎？你們去看過的醫院有超過十間嗎？沒有嘛，老實講就是那幾間，會啦會選啦但是有些可能一輩子只去一次，就醫還是有一定的固定性，縱然他有選擇有可能兩間三間這有可能，但是你說十幾間到處去 shopping，老實講我問一下看在座有沒有這種事情，有時候這種事情是被放大的，我不排除說有那種人就是到處去的那種，健保署有他的數據，你說一年看病的處所有超過五次的有多少人佔幾%這個一定算的出來。

**主席**

很低，但是有。

**薛局長瑞元(屏東縣政府衛生局)**

對，有，那個 outlier 嘛，所以大部份還是固定在那些地方，所以我想這部份可以慢慢去做調整，那也許這也是未來台灣醫療要走的方向，怎麼樣用你的服務吸引病人到你合作的一個體系裡面好好接受一個所謂連續性的照護，這可能是未來的一個趨向，那這個計畫也許可以做一個開始或是全部啦，所以我個人是比較對這個計畫有一點期待的。

**主席**

來～羅代表。

## 羅代表永達

我等很久了，這個我想剛很多代表先進就講過事實上這是一個理想我們也都很支持我也希望他能夠一步一步做起來，因為我事先跟幾個有團隊他們也很努力，就像我們台東市東區周院長，他們的努力我們都看得到，所以我也認為這個計畫應該後續即使不管他用什麼形式裡面，也不可能讓以前醫療團隊裡面就這樣沒有計畫，就這樣截止，但是問題就是說你看每個人在談的時候，第一件事情在談什麼？每個看到這計畫就在想我們醫院到底能不能加入，如果不能加入萬一我沒有加入別人會不會怎樣？會怎樣影響我？我想這整個核心裡面到現在談論裡面一個很重要的核心，為什麼會影響？因為第二頁大家就在開始在想我如果有參加，可是這個指標這麼高、門檻這麼高做不到。做不到的時候怎麼辦？有加進去的時候怎麼辦？他可以怎麼樣，所以大家都會在這個地方來談。那事實上核心好像只有三個，第一、就是你的那個基期怎麼算？你基期裡面算的東西會不會影響我？第二、你的獎勵怎麼算？第三、你將來是不是要切出去？

你看第二頁建議按區域預算之 3%，什麼叫 3%？我舉一個例子，我們中區有二百五十萬人口，假設有團隊有十萬人，在各總額編 3% 就是讓我們點值少掉 0.12%，他就會想這會影響大不大，對不對？然後他的基期是怎麼算？他會不會在算的時候比我們更多？事實上為什麼在過去的計畫裡面大家都沒有反對，很簡單因為他另外算，他用其它的預算不管是他的獎勵款或者是他的預算裡面先暫時是試辦，我覺得現在已經不是原來的團隊的計畫的情況之下，應該用那個去...你即使用擴大，但現在就看消費者代表願不願意支持說讓他先有一個雛型，有數字後再來分析他這樣子是不是能夠擴大，這個相對所謂的基期獎勵或者是以後要不要切，尤其要不要切開來這件事情以後再談，但是他們基期或獎勵我想應該由消費者代表大家來幫忙，因為我們看到今年的其它預算只有三億，我也稍微算了三億到底夠不夠？好像不太夠，那假設用今年的規畫的話搞不好三億是夠的，那是不是由那個地方來支應，如果是這樣可以的話我想很多人對這件事的感覺就沒有那麼強

烈，這是我要提的第一件事情。

第二件事情，事實上很多的門檻裡面都是剛有提到，如果說假設我們考慮的結果我們想參加但是因為你門檻設高，可是我又明明知道財務是我承擔，我覺得大家真的想多了，這是醫院的立場我們是這樣覺得啦。

第三件事情，因為他另外還有一個退場機制，而且我看他退場機制寫的很好，有自願的啦、有品質退場...等，我覺得有這樣的情況下你不用替他擔心不好他一定會跑掉，這個大家不用擔心，

第四件事情，我還是認為說對象裡面以地區醫院，現在目前全國的地區醫院要去主導這件事情他要有很強的財會制度是有困難的，所以如果說假設有一個...但是每一個地區醫院裡面在某一個地區醫院裡面都有某種程度的重要性，所以我們才會提出來說，那如果這樣你把基層當成百分比這麼重，那結果他把那個地區醫院裡面排除的話，我覺得這個東西是很不公平的，他可能佔裡面的五分之一或四分之一的門診量，可是你把他排除以後他做這個反而沒有，為什麼？他不會去找地區醫院，因為他的科別跟他很多重覆性，所以我覺得在設指標的時候那個基層診所另外一個地區醫院裡面，應該屬於他的區域屬性裡面應該加進去，如果他加入地區醫院加入基層診所超過 50%，我認為這應該要算這是指標的方面。

最後一個是門診透析，我實在不曉得為什麼會把門診透析弄進去，他到底能協助些什麼，他是最後的人家的 CKD、Pre-ESRD 人家都作不好的他去洗腎，那將來不管是在這個團隊裡用什麼分，一定是比洗多少次，他絕對不會因為你少洗多少次，因為那個不是決定在他手上，我們這次所有整個計畫，不管他是 ACO 也好，他有一個概念希望能夠透過衛教透過很多東西來節省這個成本，可是在門診透析裡面好像作不到因為他是最後的，那這樣的情況下你把他弄進去，我說實在話現在門診點值才 0.82，你把他弄進去以後大家統一點值，那如果你點值到 0.95 的話，我跟你講門診透析最高興了為什麼，差別太大，其它不

管是醫院還是診所，其實它影響沒有那麼大，但是門診透析他會差 0.1，所以我覺得門診透析是不是應該排除在外，以上我個人建議，謝謝。

## 主席

我覺得今天會有這麼多問題，我們醫管組漏掉一個程序，就是一開始沒有作簡報，直接唸討論事項以致於說有非常多的問題，如果我們有完整的簡報的話，這些問題就會變成沒有問題，至少不會提問就是包括滕代表剛剛在講的他的問題一樣，他的問題也是我們的計畫有寫的很清楚但是滕代表還是可能也是語言不通所以沒有講清楚，因為她一直在強調流動人口這些東西然後又強調說我們會不會裡面有一些老人多的小孩多的這錢要怎麼算，其實這個計畫對這些問題都有交待，而且是非常公平，不會因為你有參加跟沒參加有所減損、互為減損或互為影響，是完全獨立的，但是很不幸就是滕代表那麼聰明也都提出來了，所以確實我們是需要好好的簡報一次再來作，今天我們整整討論三小時，當然我相信增加互相的了解。

## 朱代表益宏

這個案子目前...擱置

## 主席

本案其實有很多醫院非常的期待，希望能夠趕快推出，我們也一直也沒有減損對這件事情的努力，因為這畢竟是一個替代方案，什麼時候可以真正通過各位代表的同意當然也是回到這個會議的機制，因為必須這個會議同意，所以我們也尊重各位代表對這件事情的看法，現在我不知道我們的回應有沒有為大家作一些釋疑，但是我相信還是帶有非常多的疑問特別我們基層的公會，顯然我們必須去拜訪你們，在你們那裡好好再開一個什麼會，然後去那邊登門再作簡報，以便不要讓誤會不斷的產生，包括我們也有可能需要跟各位代表再作細部完整的介紹，所以顯然今天是無法達成共識，不過也沒關係我們也沒有認為這樣我們就不做，因為我們還是朝著這個可能性邁進，縮短彼此

之間對這件事情的了解，進而讓你們來支持我們，所以這是我們必需要努力的，我想我們今天三個小時也差不多了，我們是不是這個案子就能談到這裡，今天就是把大家的意見收錄，我們還是會再撥時間來跟大家作一個完整的簡報，今天大家提的問題也都成為我們再修正的考慮，好不好？那今天我想就到這裡。

### 曹簡任秘書放之（嘉義市政府衛生局）

主席，對不起我想提一個建議，因為剛陳代表提到這個案子本質的一些問題，所以除了要作簡報以外我覺得最好就是讓已經作過的一些院所來作一些經驗的分享，我覺得這其實很重要，我們請那個金山醫院的黃院長來作分享，他說他在看過五千五百個死亡案件後他只有最後這二百個案件他是真的有感，他覺得身為一個醫生，我就覺得他做了那個 DNR 的宣導，所以這些東西如果講出來我覺得會對代表會有些影響，所以我建議讓這些醫院作分享。

### 主席

好，我非常贊成，因為事實上前期有八群在作，他們已經分享無數次了，在很多的場合甚至醫院都請他們去他們醫院分享，也許我們在座的代表正好沒聽到，其實那個分享已經無數次，恐怕是一年都在分享，我覺得像周院長演講的邀約幾乎是沒有間斷過的，所以不是大家沒有聽過，可能有些代表是沒有聽過，我也同意下次提這個案子的時候再邀請重要的人再跟各位代表再做說明，在結束本案之前，薛局長提到對於可能意願要做的團隊提供評估資料，可否提前釋出資料，做為尋找適當院所組成整合團隊之準備，這件事情請龐組長說明。

### 龐組長一鳴

我先報告兩件事情，大家剛關心一個數字，還有局長關心的一個問題！目前基層全國門診就醫次數約 60% 左右、地區醫院約 20% 左右，總額協商要覽裡面有詳細資料，如果是健保會代表可能有上述資料，如果沒有者可至健保會網站搜尋。

## 謝代表文輝

太高了啦，地區醫院怎麼可能佔二十幾。

## 劉科長林義

我說明一下就是基層跟醫院門診次數大概是 65% 比 35%，那 35% 裡面地區醫院佔了 28%，所以地區醫院大概占全部門診次數的 10%。

## 龐組長一鳴

我們原來計畫，麻煩各位我們有書面資料，第十五頁我們這裡有，第十五頁就是未來有意願的單位可以跟我們業務組聯絡，我們會提供相關的資料，所以這部份我們可以現在就開始，當然各位同意的話那我們今天會議有這個共識的話，基本上有這個決議這個部份我們可以先開始運作，那我們分區同仁部份需要我們署本部辦教育訓練，那還需要做相關程式，那我們因為這些東西已經開始作準備了，那所以我們近期會準備，那有意願的醫院就可以跟分區業務組作聯絡，我們會跟分區業務組作教育訓練，所以相關銜接可以就立刻展開，如果大家同意的話這個部份我們就先這樣來做處理。

## 主席

好，謝謝，來～

## 朱代表益宏

主席，這個事情我覺得必需要去跟分區業務組先要...，當然這是要講的很清楚。第一、今天開會本案並沒有通過。

## 主席

我們會議決議會寫。

## 朱代表益宏

對對對，所以我說不要到時候分區業務組說這個已經過了，大家可以先來怎麼樣怎麼樣，我覺得那個會產生一些誤會，所以我才說剛

局長講的意思就是說，有意願的可以先來跟分區業務組各別來談，但是本案今天確實是沒有共識的，所以沒有通過，所以我覺得這跟分區業務組要溝通清楚，不然分區業務組回去說本案已經談得差不多，大家先來申請先來怎麼樣怎麼樣，這樣就不對了。

## 主席

您放心，我們會議紀錄是不會把大家的意見弄錯。第一、首先今天的會議討論沒有通過，因為大家還有意見，所以我們需要再持續溝通。

第二、本計畫未來還是我們一個選項，所以我們還會再排會議討論，而下次的會議要做完整的簡報並且邀請有經驗的曾經在第一期參加的院所代表跟大家分享，增進大家對這計畫的了解跟支持。

第三、龐組長剛講的是說這會議雖然沒有共識，但仍有些有意願的團隊希望先進行評估，這只是評估而已，他必需先了解先去評估然後看看他要怎麼組團隊，這個動作可以現在進行，我們會跟分區業務組來溝通說，如果有團隊來要求提供資料的時候，我們這邊醫管組有幫大家準備了一些程式，他們如何利用這些程式來提供有意願的團隊，這些都是在評估也不是正式要做，但評估很重要，通過就要開始提計畫，大家會來不及，所以一定要有這些前景作業，即便是搜集資料最後這個計畫也沒做，也沒有關係，他只是去評估其可能性而已，我想不會弄錯的好嗎？我們也會跟分區業務上的溝通，不會有什麼誤差，好嗎？來，請～

## 謝代表文輝

我補充一點剛剛地區醫院的代表當然是因為有層級的壓力要回去交待，那我是覺得剛剛資料解釋很清楚，地區和基層合起來在全部裡面就差不多75%左右，75%裡面他如果能夠佔50%那也是非常不容易，差六、七成，整體地區加基層大概六、七成，說應該修改為地區醫院加基層達50%就非常不容易了。

**主席**

我剛有講，今天大家的建議還是都收錄，畢竟今天因為沒有決議我們也不需要做任何的決定，所以我們就是收錄，你的意見我們都有寫，我們會納入評估。

**陳副院長信水(張代表冠宇代理人)**

主席我小小的建議，您剛最後說要分享，那我建議因為周院長他分享的我聽過很多次，他都講好的嘛，那我現在其實說...

**主席**

你要叫別人講不好的來聽聽看？

**陳副院長信水(張代表冠宇代理人)**

不是不是不是，我現在是說我們要 real。

**主席**

你認為要邀請誰，我們可以參考。

**陳副院長信水(張代表冠宇代理人)**

我感覺，因為我只是代理人，下次我可能也不會參加，就是說因為金門縣一直是我們覺得說一定會做的非常成功。

**主席**

請金門也來嗎？是不是。

**陳副院長信水(張代表冠宇代理人)**

但是金門縣結果是賠錢的。

**主席**

對啊。

**陳副院長信水(張代表冠宇代理人)**

所以我們很 shock，但是他們很少人...

**主席**

因為金門縣之基層根本沒有進來。

**陳副院長信水(張代表冠宇代理人)**

對，所以我就說像這種的是不是可以...

**主席**

金門地區只有金門醫院加入，並沒有加入金門縣的診所，所以呈現虧損。

**陳副院長信水(張代表冠宇代理人)**

我是建議也是有一些，因為讓大家可以比較清楚。

**主席**

是，其實是值得分享的說，有一些失敗的原因，我們剛其實...，這個資料麻煩各位努力看一下，雖然可能中文不是很好，但是我們認為看的很清楚，我自己都看的很清楚，可是沒想到大家都看不清楚。

像金門就是把整個金門的人口都放進來，但是他做的人只有金門醫院，這是一個非常奇怪的事情，但是他又說他要承擔所有的責任，就像你們講的人若是要做為什麼你不讓人家做就是這樣啦，所以他金門其實有這麼多診所，一家都沒有進來，所以他當然就會沒辦法處理，而且雙方不合反而會搗蛋。

**朱代表益宏**

既然主席剛剛講下一次開會時針對這個議案會 revise，會重新納入大家意見然後請大家來分享，我是建議下次作簡報的時候特別如果要去切預算，如果預算這部份可能要作個詳細的報告，包括你的風險監控或是說跨區就醫，因為如果以後他是另外一個區你要跨區就醫到底要怎麼樣去作點值結算。還有就是對於比如說在因為其實剛剛包括基

層、很多醫院代表大家對於切總額這塊是有非常大的疑慮，因為你切的不好事實上就有可能比如說你這個家醫群裡面他因為作了有一些措施所以點值到 0.95 可能到 1 甚至可能到 1.2，但是當別的群外醫院點值到 0.7、0.8 的時候，那這個東西大家會去質疑說那你當初在切點值這一部份這個比例，我舉個例子，那個主席不要搖頭，我舉個例子就會有問題，比如說台北分區包括北北基以及這四個區域，那如果說宜蘭今天他包了一個區域來作，但是台北分區新北市那邊在明年可能有新成立 1000 床、1500 床，那就勢必會造成...因為宜蘭的病患不會到新北市來就醫，很少啦，所以變成宜蘭那邊相對穩定，但是在新北這邊因為你有新的病床開來，所以他勢必利用會增加，那以前是整個四個縣市一起來承擔新的醫療院所，他造成點值的問題，但是現在你包掉一區以後，這個新醫療院所的風險變成其它的區單獨承擔，那個風險承擔能力是有問題的，所以確實會造成剛剛我講的問題，所以我才希望說對於點值你怎麼去切包括新藥新科技這塊，新藥新科技他其實是...比如以台北來講，他大部份的新藥新科技都在台北市，因為台北市有八家醫學中心，尤其是有好幾家的所謂國家級的醫學中心，大部份的新藥新科技可能也都在這區發生，但是台北區的這幾間醫院幾乎不太可能去包一個區域，那這樣子的話新藥新科技對整個區域原來衝擊已經很大了但是是由大家一起來承擔，所以風險相對低一點，但是這裡面你又包掉另外一塊風險更低的時候這一段其實會對總會有影響，所以我才說希望對於總額切割的時候，這些因素要去做考慮，那怎麼考慮你要用模擬的方式或怎麼去解決我剛講的這些問題，必需要有一個...可能要跟大家講署裡面的想法，不然大家事實上會有疑慮，那我剛剛看到我一提這個問題主席一直在搖頭，但是我覺得我提的這個確實是個問題，而且是實施以後碰到很大的問題，因為你一旦實施有一個群點值是 0.95，另外在外面的區是 0.8 甚至 0.7 的時候，那個很多地區醫院是沒有辦法承受的，現在浮動點值大概 0.85，很多地區醫院婦產科醫院復健科醫院他已經快受不了了，如果那個情況發生當因為那塊切的比較大更何況你還有什麼 3%加 2%的獎勵金，再都切過去的時候那沒有參加這塊他的風險承擔能力是更差了，那那個時候這一群的

地區醫院你該怎麼辦，我覺得是要有配套，希望在下一次一併對於這個財務風險配套要能夠說...看看署裡有什麼想法大家交換一下意見，謝謝。

## 主席

好，謝謝，我們提的計畫也不會都是完美，還是要透過大家不斷的檢討修正，朱代表這邊的意見我們下次就加強報告，來～我們局長。

## 薛局長瑞元(屏東縣政府衛生局)

我大概下一個議題我就要先離席了，那很謝謝署裡跟各位代表給我的一些指教，那我想應該表達大概都已經表達了，那謝謝大家，另外有一個小小建議，就是之前試辦計畫八個群的部份的話，我想署裡應該有專家對於他們的執行有做出評估，也就是好處壞處...等等這些分別不同群條件上面可能碰到問題不一樣，是不是可以稍微整理一下乾脆用這個作一個書面報告給大家，比說再請大家再來報告一次可能更能切實際一點，不然可能這些報告的人也許他只有講好處淡化這些問題，那這個我想從專家的眼光可以...，那再度的謝謝副署長，謝謝大家。

## 討論事項

### 第二案

案由：建議健保署採用新增診療項目的成本分析方式，套用於現行支付標準表之各個項目，對支付標準進行檢討，並爭取預算予以調整，促進支付標準之公平性與合理性。

## 主席

局長的建議很好，剛剛有人說要邀請那些人來，陳醫師都說來這都說好處，擔心說都沒有說壞處，希望我們中肯去做利弊分析給大家聽，這建議我們也納入下次簡報的時候報告給大家，就是專家學者對於這個結果好與不好的利弊分析，謝謝局長。

現在是 5 點 15 分，我們今天還有提案二，徵詢各位代表的意見，是否還要進入提案二，要還是不要？

**謝代表文輝**

三分鐘就可以了。

**主席**

大家同意嗎？是否多數代表都願意進入第二提案？

**朱代表益宏**

不用念了，我是提案者，我直接說明就好。

**主席**

你也不用說明，我們已經知道。好，是否讓我們同仁對於這提案做回應？請淑範進行說明。

**林科長淑範**

在大家的桌上，我們有一份書面說明，因為還滿長的，所以我簡單說明，在提案有提到健保支付標準是沿用原來勞保支付標準，有當時的歷史因素，在沿用之後呢，我們其實做了很多的努力，大家也看到從修訂的狀況，從整體性的修訂和逐項的修訂。修訂的過程，像朱代表或者謝院長大家從健保開辦到現在每一場會可能都有參加，你也知道我們修很多內容，最主要是跟大家報告在翻頁第二頁裡面，實在今年的總額協商裡面，非協商因素的醫療服務成本指數改變率裡面有 91 億，衛福部希望做為支付標準的調整預算，我們也希望未來循同樣的模式適當來做支付標準調整，以上。

**主席**

好，謝代表。

**謝代表文輝**

今天朱代表提這個案喔，基本上我們很支持就是說，其實長期以來我們在調支付標準其實很混亂，那像主席、長官壓力也很大，因為有些是團體提出來嘛！有些有透過立委的，都說我們很低，那每一個人都很低，那事實上知道其實現在普遍的健保支付都偏低嘛！所以老實講，找一個立委來講，你也講輸他嘛，的確偏低嘛。今天早上我們醫院協內部會議，我提出現在即使說長官真的給我們爭取到一個預算，叫你們提出調整方案你們有辦法調嗎？擺不平，為什麼？你調內科，外科就說吵我也很低啊，不能只調內科？所以事實上我們就缺乏一個量尺在那裏，現在最近這幾年新的新增項目我們有一套，別人說他怎麼算怎麼算，雖然那一套不一定大家都認同，但是現在就用那一套在調，而且調起來的結果事實上是比舊的高嘛！所以有些其實是舊的項目稍微包裝一下也拿來評一評他就要調嘛！希望比較高嘛，那這個調高我們都沒有意見，因為事實上看起來還不是很高啦！講起來都有道理，每一個都依據嘛，但至少現在好幾十項都是依據這個辦法，有一個成本的算法算出來，像上次我們調的那樣，至少用一個這幾項新的都這樣，那舊的我是覺得對它不公平，舊的就沒這個程序，所以現在老實講長官也不要緊張，大家都不要緊張，這個做的量表完全沒有什麼目的！現在也沒有目的也沒有想要做什麼，我只是說這個如果沒有先做喔，你現在每一項做，但這個時間可能要很長，所以我們也很有耐心，也需要醫院大家配合的話，一年或兩年大家成立一個小組，慢慢每一項都用這個給它算出來，出來以後你就有一個量尺喔！三千多項特定診療章喔！有的如果也照我們這一套算起來，80%、有的是60%，低一點可能是30%，這樣以後我們如果有經費要調的時候，很公平大家都不用吵架，拿出來一個看大家照這個下去，對30%的調起，這次有的錢就是從30%調至40%，那這樣，立委來關說，長官也不用怕我們拿出來有一個依據，你說的那個已經80%了又要調什麼？人家這裡有持續對低的開始，他也沒話講啊，所以我是覺得這一套如果沒有先做，即使你給醫院錢，我們早上我們所有代表在醫院協會開會說：你給我錢喔，叫你們自己調，我們也不敢打算，說不出來你說幾項就打到用爬的，所以我們一定要有一套量尺，那一定要做，辛苦是辛苦，

要一年、兩年、三年我們都願意等，那你這個沒先出來喔要怎麼調啊？你現在說好你經費一人選 10 項，我們哪敢選？選不完回去只是被別科的打而已，我看你選哪裡？所以先把這個算出來，這是基本功啦，所以我是覺得我們也不要要求說要什麼期限，我想至少要 1 年、2 年啦，這樣那如果需要，我們各層級也派代表跟長官一起做，我們做一個，那我們當然知道沒有能力說調到全部都像這個樣子，所以我們也接受這個跟新的先進來，舊的就是未來這個出來以後有哪些偏低的？那我想也較容易在各科裡面，他們會說這科裡面這個最可憐！人家現在算多 30% 而已你卻多 80%，先給這個調啦！這很容易啊，我們要做這個以後有什麼經費來去給干代表說，干代表說對對對，從這個最低的調起，一定大家都很有共識的，你今天沒這個喔大家都說低啦，那你到底是低多少？沒人知道阿，那現在我們對這個新的有一個標準，我們就照這個算，那這些都沒目的，也沒有什麼壓力，現在弄出來也沒壓力是在看接下來我們也多少經費處理多少事情？但是有那個標準才有辦法調，到時我們在醫院也沒什麼困難，別科邀我們說現在決定多少？是要先調這個部分？沒有意見嘛！一個排出來你就 80% 晚一點再調，40% 得先調，我是覺得這個一定要做！不然你以後有壓力的你就先調，那你調一調搞不好他是已經 70%、80% 的合理性，你再給它調，那亂七八糟，越調越亂啦！所以拜託，這是苦工沒錯，但我們如果有需要我們也會派代表，大家一起把這個弄到旁邊，以後要談到標準很簡單，要調支付標準拿出來，大家都不用爭執，那這樣大家才有能力去調，所以這個其實是沒有壓力，也沒有目標，就是做一個量尺，所以拜託長官支持！

## 主席

好，謝謝。其他代表還有意見嗎？朱代表。

## 朱代表益宏

好，主席我想，這個我要補充說明一下就是，因為事實上健保署現在署裡面有的東西就是 RBRVS 嘛！做了兩次，那當然 100 年內 1

次也有被 criticize，因為 RBRVS 的精神事實上第一次效果最好，第二次大家知道怎麼回事的時候就會覺得有點 bias 喔！不管怎麼樣，就是說有兩次的 RBRVS 的經驗，但是事實上你的 RBRVS 中間是有問題的，第一個所謂的相對值你是用舊的支付標準再去找相對值，去算它 3000 多項的相對值，但是舊的支付標準本來就是有問題的，大家去 criticize 這 3000 項的支付標準，本來就不是它依照各項的成本，或是它的付出，或是病人的 risk 去算的，本來就不是這個問題。本來就不是這樣，那你現在 RBRVS 算出來找每一個專科找一、兩個代表，然後再去做對照，然後再去算出所有的支付標準這個是有問題的，就是說那個基礎本來已經不對了，結果你現在 RBRVS 又在那個基礎之上再去算，那個當然算出來的結果是大家不能接受的啦！這是第一個；第二個 RBRVS 算出來的有一個很大的概念，就是所謂的預算中平，也就是說當我點值某一個項目增加的時候，某一個項目就要減少，減少的結果讓他所謂預算中平，所以它根本不是用實際的成本去做考量，所以我這個提案才是說我們希望用實際的成本，就是說所謂實際成本當然這個每一家醫院成本也不一樣，當然這個很難有共識，但是至少現在我們在新的醫療科技這一部分，拿出來的那個東西是大家，目前是大家的共識覺得可以接受的，所以我才說我們用那樣子的方式針對所有的支付標準 3000 多項，整個去做一個重新的整理，重新整理以後，出來以後當然該升的也知道它是這麼高，當然有些真的也給付太高的，那大家也都知道，但是是不是現在馬上要調？所以剛剛干代表講 90 幾億我是沒有關係，因為那個第一個那個做出來可能至少要一年的時間，時間就要花很久，因為那個才是準確，大家能夠接受，所有醫界能夠接受的一個支付，到底該支付多少點大家才能夠接受嘛！第二個就是說當你這個東西出來以後，是不是要一次把它調完？當然我覺得是要看預算，如果沒有那麼多預算的時候就像剛剛謝代表講的，那我可以從這個真的差距最大的，算出來假如 100 塊現在只支付 10 塊，那你是不是應該優先依照預算的能力先給它調高一點，但是調是不是一次要到位？那就要看大家共識啊！對不對？也不見得一定要，但是你這個標準不出來你現在要怎麼調？用 RBRVS 那個東西去調，RBRVS 第一

個到底現在全貌怎麼樣？事實上醫界也不知道，該怎麼調我們也不知道，更何況我們剛剛講 RBRVS 那個東西是錯誤的東西，它是不準確的東西，你再用那個東西再去調，那個我覺得會有很大的問題啊！所以我建議說你一半這邊，我個人建議是由健保署的醫管組跟醫院協會跟醫師公會共同組一個工作小組，然後在這個工作小組裡面原則上用一年的時間，大家來密切針對這 3000 多項，用這個新的邏輯逐項去做檢討，然後大概每一季或是每半年在這個會中做進度提出報告嘛！讓所有的代表都能夠知道它目前的進度狀況，謝謝。

## 主席

好，請干代表。

## 干代表文男

剛才謝代表跟朱代表都講了，謝代表講的很客觀！我想今天這個案子是多講的，事實上今天是沒有成果，現在的成果是很困難，第一個，如果要很客觀公正的話，請醫界跟健保署通通不要管，委託三個公正單位醫療單位來做徹底的成本分析，跑各項，而且是每一個縣市都去調查，我以前是受調查局在全國做物資管控的一個成本，我是每一個縣市都有去調查的，連一天多少錢？一天的工時多少？功率有多少？我都算得出來，把這個整個房子算出來的成本每一個分區好了，運費等都算的非常清楚！主要是說為什麼醫界不要管？醫界你們一插手，你們的話又很多，剛才謝代表講得很對！錢給你們，你們自己都打架，不要說現在健保署要給多少？一協商，大家都跟消費者互起衝突，說我們要仇醫或有的沒的，都沒這種事情！我們愛你們都愛得要死！不可能仇醫。本來就是互相的，就是說如果你們都…，健保署委託三家，然後調查之後做綜合平均，再請各學會看看，每一個單項，對不對？對的話，當下成本都出來啦！以後就沒有這個問題，至於怎麼調？大家再來研商再來談，這也是個基本功！彼此需要做，若不做人家會反對，但是我進來健保快十年，好像每一次的會都有提到這裡，尤其到快協商的時候，都喊得要死要活，結果剛何代表講，如果都不

賺錢，都沒人要做也不會醫院越蓋越多啦，醫學生也越找越多，現在的什麼都缺人，醫科卻喊太多人，這個實在很怪，所以說真正要做成本分析是政府要做，也請醫界都不要管，健保署也都不要去管，請三個對這個徹底了解的公正單位，自己去分析，分析出來三家拿來做評比的時候，那個時候你們再來看說這個對還不對？就像是民調，做到最後你做你的、我做我的，在做成本分析也是這樣對不對？你健保署本身也是有成本分析，你對就是這個，不對就是那個，這樣三家以後就很公正、很客觀，至於說以後要調，有錢沒錢再說啦！像今年的這個 91 億喔，消費者可是咬緊牙根給你們耶！那也是沒辦法，你們現在算出來都人事成本提高，增加一些有的沒的，是歷年來最高的，既然是大家都要求，也差不多是這樣，我們也看破要給了，罵也要給人家罵！所以希望說，以後不要講那麼多每次拿都被說，一個追蹤說你做到什麼程度這樣就可以了，謝謝。

## 主席

好，請謝代表。現在已經五點半。

## 謝代表文輝

干代表講的我是認同，組一個公正的團體喔，但是這個茲事體大，有困難，那當然我們也贊成，當然這個能夠做很贊成，但是如果這個沒有辦法得到衛福部的支持來做這項的話。這是什麼樣的，至少未來調整支付標準，我覺得不要像現在亂無章法，這樣長官也很有壓力阿，到時候誰來？壓力大就先處理這個，這個也不對阿，我們都知道不對，所以我是覺得今天這個案子其實也不涉及預算、也不涉及明年要怎樣？根本沒有要調，它只是說我們先來做一個準備工作，未來要調至少有一個基準的東西嘛，那這個準備工作是苦工沒有錯，這讓長官可能會增加非常多工作的事情，如果需要，我們願意派代表來幫忙，現在就是說，至少新增項目這幾十項，大家基本上接受嘛，大家全部來做，只是做一個量尺，當然沒有辦法達到干代表講的完全符合成本這樣高標準，我們沒有做實際成本分析，所以我們就只做一個量尺來比較而

已啦，所以這個完全沒有壓力。

**主席**

好，我們都理解。另外請潘代表表示意見，事實上 RBRVS 做的時候，沒有幾家能夠提供成本資料的醫院，長庚提供最多，所以潘代表你覺得如何？誰能夠做這件事呢？

**潘代表延健**

對，在這邊要決定是誰來做？因為今天這個提案我是覺得是一個跨了一大步啦，因為就是說它代表兩件事情，第一個就是我們建議的一個方法，就是說現在我們新增的項目裡面所使用的這個成本分析的部分，這個當然是肯定的，我們希望延用這個方式，對於未來的一個項目去做 review，第二個就是說這個提案裡面代表了一個意義，就是說我們希望透過這樣的一個試算，因為它有一個公正的方式，那它也來決定，未來調整的一個順序，那它就是一個我們的依據，那至於就是說現在到底有哪些醫院可以提供這個成本分析？我是覺得現在、目前在各個醫院喔，尤其是比較資訊化，比較完整的，或者是成本會計做的多的這部分，都不會太大的問題啦，尤其是現在我們看到這幾個新增項目裡面，他們也都能夠提出來啦，雖然所有的代表都會對裡面的數字有些 challenge，但是它的架構上已經不會離題太遠了，所以我是覺得以目前各個醫院它的水平，或者是說我們現在在審查這樣的一個水平裡面呢，應該是可以做到這樣的一個程度啦，我是覺得應該支持朝這樣的一個標準去做我們未來新增的一個定價的依據，這是贊成的。

**主席**

新增都沒問題，新增項目現在已經走入這個軌道！所以每個項目都會給大家一張成本分析表，但這題目不是在講新增，而是講舊的項目！

**潘代表延健**

它是 review 的部分，這是舊的部分，舊的項目，因為舊的項目其實我們也很困擾，每次有一些，譬如前一、兩年有大規模的調整，那我們回到醫院以後呢，甚至回到我們的這個協會裡面呢，我們就會受到很大的 challenge，你為什麼獨厚這些？還有我們在調外科的時候，其他的科就會進來反應，明明我們也是很困難的，你怎麼沒有幫我們發聲啊？所以就會出現這樣的一個困擾，所以有這個當依據，做一個優先順序的調整，因為我們也 review 過，我想這個部分大家都可以攤開來，就不會有這種困擾。

## 主席

現在新增項目都已經這樣做，而這題目講的是舊的項目，舊的項目其實非常多，上次 RBRVS 是民國 100 年，100 年做的時候也有蒐集到一部份成本資料，其實也花好幾年的時間把它消化掉，所以絕對不是一步到位；至於這部分，其實 100 年離現在也沒有很遠，而那一次其實所有項目都有做，且還有勞心勞力相對程度的評估，就是專家評估勞心勞力的那塊也放進來，那一部分確實是有，所以我不認為需要再去做大規模的蒐集，這部分是否再請醫管組表示意見？

## 龐組長一鳴

不要說增加醫管組，因為醫管組什麼都沒有。到時一定會跟各位要資料，之後呢？醫學中心資料當然最完整，可是只跟醫學中心要資料，套用謝院長常講的話，不公平，所以一定也要跟地區醫院要資料，一樣要跟基層診所要資料，一定要跟檢驗所要資料，一定要跟藥局要資料，一定要跟所有人要資料，通通有資料，大家才比較公平！所以一定要請大家提供資料，但資料不提供怎麼辦？沒問題，不提供資料即按照健保法第 80 條處理，也可以。所以大家就來做。剛謝代表也很有風度說我們做兩年、三年都沒關係，所以請每一家特約醫療機構只要有申報這一項診療項目的，就得提供成本分析，不提供就按健保法第 80 條處理。

## 朱代表益宏

我是覺得龐組長這樣講也不對，這樣講不對啦！這樣子把一件好事本來事實上在支付標準上調整的時候。

**龐組長一鳴**

我講的是法規，今天不是一直要求要守法規嗎？我講的就是走法規，走法規你又講我不對？

**千代表文男**

這個是對的。

**朱代表益宏**

如果是那樣子，那你就用正式的公文，用正式的行文，用行政的裁量去處理嘛！那也不用現在大家是醫院協會，希望把這個事情處理，希望把這個事情好好弄完，如果說組長認為這個案子依法處理，那如果你要依法處理那就下公文阿！然後上面寫說不提供的就依法，你就下公文大家就提供。

**龐組長一鳴**

現在就是要按照今天討論的決議去做，沒有問題。

**謝代表文輝**

看喔，至少新增項目這幾十項大概現在每一項大家都依據這樣的邏輯在做，顯然大家都接受這樣的方式，我也贊成就是說 REVIEW 的時候就依據新增項目看怎麼蒐集資料，我是覺得如果不提供的人它當然沒有權利講話。

**龐組長一鳴**

因為新增項目是新增單位的人要提！它講我們才提，再來調整、討論，所以現在新增項目已經照這流程了。但現在討論是已經存在的項目，因此請誰提都不對，所以一定是請有申報的人提供，但只請誰提也不對，所以每一個人都要提！可是不提的怎麼辦？只好依法處理！

這樣子最公平，大家都有，而且資料最多，雖然資料最多不一定表示資料最正確，可是起碼資料最多最公平最完整！

## 千代表文男

龐組長這種說法，這樣做喔不要像那個醫藥的喔，弄到最後通通脫光了以後才知道自己不對，那就不好了啦，那你現在自己先想好喔。

## 主席

龐組長剛剛講的，因為今天各位代表你是一個代表，你自己也有意願，或者是診所的人已經不在，都是自己有意願的，我們可以測試一下，我們可以說我們是不是挑個五項？一個月內有的做這五項的院所全部都提出你的成本來給我們，看做得到做不到？如果做得到我們就依序做嘛，如果做不到，不提那剛剛說，龐組長說依照 80 條，要不然會怎樣？罰則是什麼？不提供的話罰則是什麼？唸給大家。

## 龐組長一鳴

健保法第一個是 79 條，保險人為辦理本保險業務所需之必要資料，得請求相關機關提供，各機關不得拒絕；然後 80 條是主管機關為審議保險爭議事項或保險人為辦理各項保險業務，得請保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構提供所需之帳冊、簿據、病歷、診療紀錄、醫療費用成本等文件或有關資料，或對其訪查、查詢。保險對象、投保單位、扣費義務人及保險醫事服務機構不得規避、拒絕、妨礙或作虛偽之證明、報告或陳述。

當然不符合就會有罰則！違反健保法第 80 條規定，處新臺幣 2 萬元以上 10 萬元以下罰鍰。

## 主席

好，所以委員是否都支持？試做 1-5 項看一個月內能不能做出來？我們現在有 3、4 千項，我們先做，我覺得試做一個月就知道了，我們如果都不試的話恐怕大家都會覺得說我們沒有做，我們可以看看大家

桌上都有這一本，看是要哪一章節。

### 龐組長一鳴

對於所有醫院，其他醫院沒有來，到時候被罰也不公平，應該是今天所有有代表的醫院全部都發文！。

### 謝代表文輝

不是阿，你依法可以要求提供成本啊，你就把這個法條寫下去說依第幾條規定要提出來啊。

### 主席

今天沒有聽到的人，你們回去要說明，我會覺得說我們先測試！測試十項即可！十項一個月內提成本，看有無辦法做到。

### 黃代表雪玲

主席這樣不對啊！之前在調查 RBRVS 叫我們提供成本，可是那個時候沒有全面都一定要提供嘛！只要他的層級有人提供就可以，不一定要所有醫院都提供啊！

### 龐組長一鳴

可是剛醫院代表說沒問題，可以這樣做！你剛也沒有反對醫學中心代表的意見。

### 黃代表雪玲

我們是說醫學中心，我們可以有一個共識提出一個版本就好了，我們不一定要全部的醫院都要來做啊！

### 主席

每個醫院成本都不一樣。

### 黃代表雪玲

RBRVS 也沒有拿這一條來做罰則啊！只是這樣子要來做就要全部

的人都要受罰，這樣不公平。

### 龐組長一鳴

沒有全部的人都受罰。

### 黃代表雪玲

我們醫學中心是比較沒有問題，我們是擔心那些基層院所，基層一定沒辦法做。

### 干代表文男

我想龐組長這個依法執行每一家都發，有做的就發，那你如果要發看是要五項、三項一起、一次。

### 謝代表文輝

我是覺得這是長期有爭議性的東西，你醫療院所要努力做，在能力範圍內做有誤差，大家可以容忍嘛！但是你依法真的就是要提供嘛！就你的資料要怎麼寫，只要定義說清楚，你只要通知下去說我要哪幾項，依健保法第幾條，那多久以內要提供這成本，就是這樣嘛！那他就會有了啊！

### 主席

好~贊成嗎？是否在座所有代表都贊成？贊成的話，就來測試，沒有問題。其實我們的資料也要來自大家提供，因為成本只有你們知道，這是要測試看看的，因為以前沒有，我們做 RBRVS 的時候只有幾家願意提供給我們，真的非常少！

### 陳代表森基

這個建議應該要所有的人到齊後再決定，因為現在已經人太少了。

### 朱代表益宏

既然是依法，我覺得規定既然依法就依法啊！既然健保署認為這應

該依法那就依法處理。報告主席，因為這個事情其實有很多方式來處理啊！我個人的建議，提案人的建議是成立一個工作小組大家來研討，那署裡面的意思是認為依照 80 條，對不對？依法嘛！那我這個案子沒有依法當然就比較沒立場，所以既然要依法我個人是沒意見，但是，是不是要依法，我剛剛講我個人的建議是提案成立一個工作小組來研討，找幾家 typical 的醫院或是找公會或學會一起來參與、一起來提供相關資料，就像醫學中心協會講的，醫學中心提供一套、區域醫院提供一套、基層醫院提供幾個，所以有很多方案，但如果健保署建議或跟委員建議要依法，我是沒意見啦！要依法就依法啊！

## 主席

好，如果沒有不同意見，就不用再講！因為現在也比較晚，是否大家都贊成？好~來，不同意見嗎？

## 謝代表文輝

不同意見！我的看法是這樣，依法可以全部都通知，但這個案子它會產生一個實質的困難，這麼多家來的那資料的差異性這麼多，你很難操作嘛！所以剛剛朱代表講的，你成立一個小組的話，有醫學中心、區域醫院、基層醫院各層級的代表，各自選項看是要 20 家或 10 家，那我們就推各類型的 10 家，我自己提供名單，這樣收集的資料署裡要處理比較簡單嘛！較少嘛！要不然到時候…，那你要全面提供我也沒意見。

## 干代表文男

這樣就不公平了！對消費者不公平！真的要看是徹底每一家都看，這樣看下去才知道成本是多少，沒分析啊，哪裡有分析？醫學中心加權指數多少？區域醫院加權指數是多少？一分析就出來，你說要做一套給你看，我跟你講大家都嘛要做假的！我希望你們慎重研究啦！不會這麼多人了！都走了！只剩我們幾個，我對這個案子，可以支持你怎麼去算，不能說你醫學中心做幾家、區域醫院做幾家、基層醫院做

幾家，要做要有膽子的也要做的最公道，大家都會喊，選幾個人來做這事情一定有所得啦，這樣才公道啦，那沒有的話就散會啦！

**主席**

好，這提案也討論將近 50 分鐘，而消費者代表及醫療提供者代表也都有不同的意見，健保署則是依法處理要求每一家提供資料，且也有罰則，究竟要走哪一條路？顯然今天沒有共識，干代表認為每一家都要，而健保署認為於法有據，我們的代表認為要組一個小組，然後找一些 typical 的，不要每一家。這其實也有點差距，也因為沒有共識，所以今天這題也沒有答案，這是長期要做的事情，也不急，你們回去好好商量，但是署裡面認為如果要做就徹底做，徹底做就是每一家都提。

**謝代表文輝**

主席，這樣有共識啊！就照干代表說全部都做！

**主席**

那就是每一家囉。

**謝代表文輝**

對！

**主席**

我們今天要決議？

**謝代表文輝**

依法！依法每個人都要守法！

**主席**

所以我們今天要選十項，好嗎？現在做決定？還是下一次做決定？還是要推哪幾項你們回去商量，下一次會議再來做決定？

朱代表益宏

這次！這次！

主席

那你們要用哪幾項？

謝代表文輝

先挑 10 項！

主席

對啊！先挑 10 項。你們桌上都有一本！

謝代表文輝

長官你選嘛！

潘代表延健

不然就下一次！回去再討論一下！

朱代表益宏

這個討論以後，醫院協會行文嘛！

主席

不然今天的決議是至少要做，好嗎？要做就得依照健保法第 80 條，於法有據，先挑 10 項來做，1 個月內做 10 項先試試看，如果可以縮短進度，就做更多項，至於 10 項是哪 10 項？請醫院協會來提建議案，因為這個大部份都是醫院在做，我們就來發文。所有做這 10 項的醫療院所，全部在兩週內提供成本資料，我們一個禮拜分析之後，最後一個禮拜提出來大家看一看，這樣可以嗎？今天都是做這些原則，至於哪 10 項，醫院協會多久提供給我們？我們不等下一次會議囉！醫院協會多久時間給我們這 10 項？一個禮拜內，可以嗎？你們連項目都提不出來？醫院協會！

**朱代表益宏**

醫院協會提嘛，兩個禮拜內提。

**主席**

對，好，兩個禮拜內提！10項！醫院要測試的這10項！好！今天就開到這裡！謝謝！謝謝大家！

**千代表文男**

要全面性喔，不能選幾家哦。

**主席**

全面性！