

行政院公平交易委員會處分書

公處字第 098057 號

被處分人：臺中市中醫師公會

址 設：臺中市崇德路 1 段 156 號 11 樓之 5

代 表 人：○○○ 君

地 址：同上

被處分人：臺中縣中醫師公會

址 設：臺中縣豐原市圓環東路 703 號 6 樓之 1

代 表 人：○○○ 君

地 址：同上

被處分人：南投縣中醫師公會

址 設：南投市彰南路 1 段 639 巷 67 號

代 表 人：○○○ 君

地 址：同上

被處分人：彰化縣中醫師公會

址 設：彰化市城中北街 11 號

代 表 人：○○○ 君

地 址：同上

被處分人因違反公平交易法事件，本會處分如下：

主 文

- 一、被處分人共同訂定「96 年度中區醫師數管控實施方案」，並將其行文轉知所屬會員或提會員大會決議追認，以增加市場參進障礙等方式控制中區執業中醫師人數，足以影響

中區全民健康保險中醫門診醫療服務市場之供需功能，違反公平交易法第 14 條第 1 項本文規定。

二、被處分人自本處分書送達之次日起，應立即停止前項違法行為。

三、處臺中市中醫師公會、臺中縣中醫師公會、南投縣中醫師公會、彰化縣中醫師公會各新臺幣 5 萬元罰鍰。

事 實

一、案緣民眾來函檢舉被處分人等涉及違反公平交易法，提供「全民健保中醫門診總額支付制度保險委員會中區分會」96 年 3 月 1 日(96)中保中區誠字第 045 號函及「96 年度中區醫師數管控實施方案」，其主要內容如次：

(一) 上開「96 年度中區醫師數管控實施方案」(以下簡稱「96 年中醫師數管控方案」)係依據被處分人聯合理監事會議決議辦理，目的係為因應行政院衛生署「96 年度中醫門診醫療給付費用總額一般部門預算分配方式試辦計畫」(以下簡稱「96 年中醫門診給付試辦計畫」)，作為監控與檢討之規範與醫療資源分布之管控。

(二) 「96 年中醫師數管控方案」實施期間為 96 年 2 月 15 日起至 96 年 12 月 31 日止，97 年度視狀況調整。該方案訂有數項管控指標，大別為二：

1、對符合一定條件之開業醫師，除原先應收之入會及開業費用外，尚加收權益基金及加重抽審。

2、若中區有 1 季每萬人口中醫師數超出全局每萬人口中醫師數之 1.60 倍，則立刻啟動鼓勵中區院所中止健保特約，並自權益基金補助該院所。

(三) 上揭權益基金繳入各公會另行管理，須經全民健保中醫門診總額支付制度保險委員會中區分會(以下簡稱中保會中區分會)與被處分人聯合理監事會議決議始得動用。

二、行政院衛生署、中央健康保險局（以下簡稱中央健保局）及中部 4 縣市政府衛生局等相關主管機關就本案提供相關意見及資料略謂：

- (一) 「96 年中醫門診給付試辦計畫」係依據全民健康保險醫療費用協定委員會（以下簡稱全民健保費協會）95 年 10 月 13 日第 118 次會議決議辦理，該試辦計畫由中華民國中醫師公會全國聯合會提出，於 95 年 12 月 7 日中保會第 28 次會議確認，96 年 3 月 23 日經行政院衛生署核定後，由中央健保局於 96 年 4 月 3 日以健保醫字第 0960011949 號公告實施。
- (二) 「96 年中醫門診給付試辦計畫」為避免實施後造成服務量失衡及中醫師分布惡化進而影響民眾就醫權益，已訂有 5 分區中若任 2 分區預估點值差距超過 10%，得檢討調整之規定；另並訂有 2 項中止試辦條款，即中區每萬人口中醫師數連續 2 季超出全局每萬人口中醫師數之 1.60 倍、5 分區中任 2 分區連續 2 季平均點值差距 15% 以上，得中止該試辦計畫，由中央健保局按季監控。此外，中央健保局與中華民國中醫師公會全國聯合會按季對醫療費用、品質與醫療資源分布及共管機制進行監控與檢討，執行結果並按季送行政院衛生署及全民健保費協會備查。
- (三) 「96 年中醫門診給付試辦計畫」雖訂有中止試辦條款，但並未另訂其他措施避免該指標被違反，案關「96 年中醫師數管控方案」非中央健保局所擬定，係由中保會中區分會所訂定，該分會為中華民國中醫師公會全國聯合會成立之組織。
- (四) 全民健康保險中醫門診總額支付制度向來均為分區給付，除東區分得固定比例外，其餘 5 分區則以一定之標

準計算實際分配比例。惟該 5 分區之預算分配標準有所變動，於 94 年以前係以各區投保人口數為主要分配指標，至 95 年開始迄今則改採以實際醫療服務提供狀況為主要分配指標，按季評鑑後依各區所得分數高低，分配給付總額。

(五) 醫師執業、繼續教育相關訓練及受衛生主管機關監督查核之法源依據，係依醫師法之相關規定辦理；至醫療服務點數申報計算暨給付請領之相關事項，則係依全民健康保險法之相關規定辦理。依全民健康保險法第 52 條規定，辦理醫療服務審查係為確保保險醫事服務機構提供全民健康保險醫療服務項目、數量、適當性及品質；另中醫總額部門已委託總額受託單位中華民國中醫師公會全國聯合會辦理，受託單位需配合辦理特約醫事服務機構申報中醫案件之相關審查事宜。此外，分局為輔導新特約中醫院所正確申報醫療費用，對新特約中醫院所執行抽審 2 年之規定，已行之有年。

(六) 醫師公會設置之目的，係為落實人民團體法之相關規定，藉由執業應加入執業登記公會之強制規定，協助醫師公會健全組織，以促進醫師團體之自律，並據以保障醫師權益而為之職業團體。依據醫師法施行細則第 9 條規定（現規定於醫師執業登記及繼續教育辦法第 3 條），醫師執業應檢附執業所在地醫師公會會員證明文件，始得辦理執業登記，其立法目的係在協助醫師公會健全組織。醫師公會如藉提高入會費，以達限制醫師開執業之目的，顯與上開規定之旨意不符，經行政院衛生署 86 年 1 月 8 日衛署醫字第 86006719 號函釋並以 87 年 8 月 12 日衛署醫字第 87042588 號及 91 年 4 月 16 日衛署醫字第 0910019267 號函補充說明「具會員資格之醫師，如

申請加入所在地公會而遭拒絕時，得逕向地方衛生主管機關辦理執業登記」在案，相關函釋目前仍持續適用。函釋施行至今，僅台北市（中醫師）、桃園縣（西醫師）各 1 例未加入公會逕向該局辦理執業登記；另連江縣因無成立醫師公會，該縣醫師係直接至該縣衛生局醫政課辦理執業登記。

- (七) 截至 96 年 8 月底，中部 4 縣市中醫師人數共計 1,389 人，其中全民健康保險特約中醫師人數共 1,307 人，至全局特約中醫師人數為 4,470 人。中部 4 縣市均無未加入公會而逕向地方衛生主管機關辦理執業登記之例。
- (八) 考量中醫師人力分布之特殊性，有關「97 年度中醫門診醫療給付費用總額一般部門預算分配方式試辦計畫」，業另經行政院衛生署核定並由中央健保局於 97 年 1 月 17 日以健保醫字第 0970014670 號公告實施，並經全民健保費協會決議於 98 年度沿用 1 年，待中央健保局報署核定後，將正式公告。該試辦計畫已無類似 96 年度之中止試辦條件。

三、被處分人到會說明並提供資料略謂：

(一) 被處分人及中保會中區分會之組織：

- 1、中保會中區分會係因應中醫健保實施總額預算制，處理中區中醫健保相關事務，各縣市公會理事長為當然委員，其主要成員除主任委員及 4 位被處分人理事長外，均為被處分人會員（臺中市 6 位、臺中縣 5 位、彰化縣 4 位、南投縣 3 位）。該中區分會之行政人員（1 位）薪資係由中保會總會撥付，其主要任務為協同中區中央健保局處理中區中醫健保相關事務、研修中醫專業審查細則、研擬健保合理醫療支付、宣導並提供健保相關資訊等，僅審查業務的審查醫師以時薪計算審查費用。

2、被處分人之會員人數共計為 1,421 人，分別為臺中市 597 人、臺中縣 425 人、彰化縣 299 人、南投縣 100 人。

(二) 案關「96 年中醫師數管控方案」之緣由：

1、96 年 1 月間中央健保局中區分局及中保會中區分會聯席會某次會議中，中保會中區分會主任委員告知，據中央健保局統計 95 年 12 月中區平均每萬人口中醫師數已達 3.01 人，接近「96 年中醫門診給付試辦計畫」的中止要件之一（中區每萬人口中醫師數連續 2 季超出全局每萬人口中醫師數之 1.6 倍），口頭邀約 4 公會理事長共同協商如何疏減中區中醫師人數過多之問題，故於 96 年 2 月 14 日由中保會中區分會召開被處分人聯合理監事會議。

2、被處分人均承認參與案關「96 年中醫師數管控方案」之決議，表示均出席上開聯合理監事會議以參與討論及共同擬定「96 年度中區醫師數管控實施方案」並達成共識。該會議並無相關記錄，惟會後中保會中區分會以 96 年 3 月 1 日（96）中保中區誠字第 045 號函請被處分人將上開方案轉知所屬會員，被處分人亦均行文會員，並將該方案提經會員大會決議追認。

(三) 案關「96 年中醫師數管控方案」之內容：

1、如方案第四點之管控指標，即：1、跨區至中區新開業之院所，除依各公會規定繳納入會及開業費外，另加收權益基金，並全審至 96 年底。2、醫師數不變下，同區加入之醫師依各公會規定繳納執業費用，跨區至中區執業者，除依各公會規定繳納入會及執業費外，加收權益基金；醫師數增加時，同區加入之醫師者，加重抽審 1 年，跨區加入之醫師須加收權益基金及全審至 96 年底。3、甫畢業或經中醫檢特考結業立刻於中區執業之中醫師，除依各公會規定繳納入會及執業費外，加收權益基金，

並加重抽審 1 年。但前項為遞補原開業院所執業醫師至他區就業者，始得依各公會規定繳納入會及執業費。

2、關於權益基金之數額，上開方案訂為 30 萬元，惟被處分人嗣後提經各該會員大會決議追認時，臺中縣中醫師公會調整為 31 萬元、彰化縣中醫師公會調整為 33 萬元。又該權益基金由各公會自行收取並歸入獨立基金，動用時須經中保會中區分會及被處分人同意，用於中區每萬人口醫師數逼近或超越 1.6 倍（「96 年中醫門診給付試辦計畫」中止要件之一）時，疏退該區中醫師（每月申請點數低於 7 萬者）遷至其他地區或終止與中央健保局之合約，每月 7 萬元、最多補助 3 個月。另中國醫藥大學甫畢業之中醫師於其附設醫院任職者，則例外未加收權益基金。

3、上開方案有關加重抽審及全審制度，經由被處分人討論決議並於 96 年 3 月 22 日提報聯席會決議，經由中央健保局及中保會中區分會認可，通過實施。

（四）上開方案主要係為因應中區中醫師人數過多，避免被迫回歸以往不合理之給付制度：

1、目前中醫相關科系及特考及格之中醫師皆由位於臺中市之私立中國醫藥大學訓練及培養，由於此等地緣關係，導致中醫師集中於中部地區開、執業，中區中醫師數一向占全國中醫師數約三分之一。89 年健保實施總額給付制度後，行政院衛生署全民健保費協會採取之給付制度只以中區投保人口（占全區人口 18%）給付，使人數占全國 30% 的中區中醫師僅能分配到 18% 之總額費用，等同約僅能獲得 6 至 8 成的補助，相較其他區可獲得將近全額的補助，落差極大，藉此迫使中醫師疏散至其他地區，該等分區給付制度實違反法律保留原則及平等原則。此

等給付制度實行後，總額點值理想情形為每點 1 元，但中區中醫師人數過多，93 年給付點值滑落至每點 0.7 元，低於全國 10%以下，94 年 8 月有 168 家為「零給付」甚或「負給付」，多數診所因此發生經營危機。

- 2、直至 94 年 10 月 14 日全民健保費協會第 106 次會議才通過試辦計畫而採取不同給付制度，但有兩項中止試辦之但書決議，其一為「中區每萬人口中醫師數連續 2 季超出全局每萬人口中醫師數之 1.60 倍」。實施該制度後，中區分配到的點值從原先之 0.7 元提升至將近 0.9 至 1 元，與全國其他區的點值較為平均。
 - 3、96 年 2 月中區中醫師每萬人口中醫師數已達全國平均值之 1.54 倍（估計再新增 40 位中醫師即達中止條件），再不進行調控，即被迫回歸以往不合理之給付制度，中區將有 1400 多位中醫師無法生存。經中保會中區分會多次努力請行政院衛生署協助處理中部醫師人數過度集中問題，但均未獲同意處理，故被處分人不得不代替政府來解決中醫師過度集中的問題，自行設定案關「96 年中醫師數管控方案」以防止回到分區支付制度。該方案實施期間自 96 年 2 月 14 日起至 96 年 12 月 31 日止。
 - 4、自案關「96 年中醫師數管控方案」實施後，臺中縣、臺中市、南投縣各均有數位欲加入公會之中醫師，經公會說明健保請領費用情形、總額點數分配情形及該方案內容，則自行評估後未加入公會。
- (五) 上開方案並不構成聯合行為且有其必要：
- 1、健保總額給付制度將全國劃分為 6 區，臺中市、臺中縣、彰化縣、南投縣皆隸屬於中區，健保給付點值相同，是生命共同體，中醫師過度飽和是中區共同之問題，不是個別縣市之問題，因此以健保業務管理而言，調控中區

中醫數並不構成聯合行為。

- 2、案關「96年中醫師數管控方案」之訂定完全是為「96年中醫門診給付試辦計畫」之試辦計畫中止要件，其管控有其必要性及合理性，且僅實施至96年底，為非常態性的管控措施。
- 3、案關「96年中醫師數管控方案」亦未影響同業進入就業市場：第一，醫師如欲進入中區服務，除了加入地區公會外可逕至各地衛生局登記開業、執業；第二，不與中央健保局簽約之院所不受「96年度中區醫師數管控實施方案」之影響；第三，欲開、執業之醫師另有全國其他5區可供選擇。

(六) 各被處分人實際收取權益基金之情形如下：

- 1、臺中市中醫師公會：96年度收取權益基金之醫師數計有4人，均係自願配合「96年中醫師數管控方案」而繳交基金，且於96年12月31日實施期間截止後，已全數退還繳款人。
- 2、彰化縣中醫師公會：96年度收取權益基金之醫師數僅有1人，且於「96年中醫師數管控方案」96年12月31日實施期間截止後，已全數退還繳款人。
- 3、臺中縣中醫師公會及南投縣中醫師公會：96年度均無合於「96年中醫師數管控方案」收取權益基金之中醫師入會。

(七) 「96年中醫師數管控方案」業於96年2月14日至12月31日執行完畢，中區於96年度每萬人口中醫師數未達全國平均每萬人口中醫師數之1.6倍，故未有補助中止健保中醫院所情事。

四、全民健康保險總額支付制度概述

(一) 行政院衛生署依全民健康保險法設置中央健保局，作為

全民健康保險之單一保險人，負責辦理保險業務。中央健保局復設臺北區、北區、中區、南區、高屏區、東區等 6 個地區分局，直接辦理承保作業、保險費收繳、醫療費用審查核付及特約醫事機構管理等業務。民眾（被保險人）繳交健保費之後，於發生疾病、傷害或生育事故時，由全民健康保險特約醫事服務機構給予門診、住院診療及調劑服務等。被保險人就診時，除需依法繳交部分負擔費用外，無須再繳付其他醫療費用。保險醫事服務機構則向中央健保局申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用，經該局審查後核付其費用。

- (二) 由於全民健康保險的醫療費用給付方式以論量計酬制為主要基準，易使醫事服務提供者缺乏分擔財務風險的誘因，競相提供診療或調劑，致使醫療費用支出急速成長，為確保自給自足的財務責任制度，全民健康保險法第 47 條至第 49 條、第 54 條爰明文訂定實施總額支付制度。總額支付制度指付費者（中央健保局）與醫療服務供給者，就特定範圍的醫療服務，如牙醫門診、中醫門診，或住院服務等，預先訂定未來一段期間內保險醫療服務總支出，以支付該服務部門在該期間內所提供的醫療服務。
- (三) 行政院衛生署於 87 年開始陸續辦理各醫別（中醫門診、牙醫門診、西醫基層及西醫醫院等）之總額支付制度，各醫別均採分區給付制度，僅分配標準及評鑑指標有所不同。以本案所涉之中醫門診而言，東區分得固定比例，其餘 5 分區則以一定之標準計算實際分配比例，惟分配標準有所更動：於 94 年以前係以各區投保人口數為主要指標，95 年以後迄今則以實際醫療服務提供狀況為主要分配指標，依一定公式按季評鑑後，依各區評鑑結果所

得分數高低，分配給付總額。

- (四) 在總額支付制度下，保險醫事服務機構向保險人申報其所提供醫療服務之點數，保險人依醫療給付費用總額核算每點費用，並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用，亦即採行所謂浮動點值。在每點等於1元的初始設定條件下，當醫療服務的總供給量與預算總額不相當時，即依比例調整每點之值，保險人支付之總金額維持不變。
- (五) 依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法第2條規定：「保險人為審查保險醫事服務機構提供全民健康保險醫療服務項目、數量、適當性及品質，依本辦法規定辦理審查，並據以核付費用。保險人辦理前項醫療服務審查，應組成審查委員會，必要時得委由相關醫事服務機構或團體辦理。」為順利實施總額支付制度，中央健保局與相關醫事團體逐年簽訂專業自主事務委託契約，委託醫事團體辦理研擬支付標準、審查制度、負責專業審查、規範醫療資源合理使用等事項。
- (六) 據上，在論量計酬制下，因保險醫事服務機構提供給被保險人的醫療服務量直接影響保險人給付金額，是以保險醫事服務機構間將藉由競相提供醫療服務給被保險人，以爭取保險人較高的給付金額；惟在總額給付制度下，保險人依醫療給付費用總額及保險醫事服務機構所申報提供醫療服務之點數，核算每點費用，是醫療服務總量愈多，將相對使每點點值降低。

理 由

- 一、公平交易法第7條規定：「本法所稱聯合行為，謂事業以契約、協議或其他方式之合意，與有競爭關係之他事業共同

決定商品或服務之價格，或限制數量、技術、產品、設備、交易對象、交易地區等，相互約束事業活動之行為而言。前項所稱聯合行為，以事業在同一產銷階段之水平聯合，足以影響生產、商品交易或服務供需之市場功能者為限。第 1 項所稱其他方式之合意，指契約、協議以外之意思聯絡，不問有無法律拘束力，事實上可導致共同行為者。同業公會藉章程或會員大會、理、監事會議決議或其他方法所為約束事業活動之行為，亦為第 2 項之水平聯合。」同法第 14 條第 1 項本文規定：「事業不得為聯合行為。」本案被處分人之會員係為中部地區之中醫師，會員間具有競爭關係，如被處分人以決議方式達成相互約束事業活動之合意，且足以影響市場功能者，則構成前揭法條所稱之聯合行為，依同法第 14 條第 1 項之規定，除符該項但書各款規定之一並向本會申請許可獲准外，不得為之。

二、本案行為主體：案關「96 年中醫師數管控方案」首即揭示「依據中部四縣市中醫師公會 96 年 2 月 14 日聯合理監事會議決議配合辦理」，而被處分人均承認確出席該聯合理監事會議，以參與討論及共同擬定「96 年中醫師數管控方案」，會後除行文轉知所屬會員外，並將該方案提經會員大會決議追認。雖被處分人表示上開會議係中保會中區分會主任委員口頭邀約渠等協商而由該分會召開，惟據「96 年中醫師數管控方案」內容及相關函文所示，均表示該會議名稱為「中部 4 縣市中醫師公會聯合理監事會」，且中保會中區分會並非公權力組織，其成員事實上亦即為被處分人推派之代表，是案關「96 年中醫師數管控方案」之制定者即本案行為主體，應為被處分人等即臺中市、臺中縣、彰化縣、南投縣 4 中醫師公會，殆無疑義。

三、本案行為內容：

- (一) 被處分人召開聯合理監事會議共同研商擬定案關「96年中醫師數管控方案」之時間，相關資料中有稱96年2月14日者、有稱同年2月15日者，惟據上揭方案內容及被處分人之陳述紀錄，確切日期應為96年2月14日。
- (二) 本案被處分人以96年2月14日聯合理監事會議訂定「96年中醫師數管控方案」，對符合一定條件之醫師加收權益基金或加重抽審。雖被處分人表示因以往之給付制度不合理，故有必要管控醫師人數以使「96年中醫門診給付試辦計畫」維持繼續試辦，且案關「96年中醫師數管控方案」於96年3月22日提報中央健保局中區分局及中保會中區分會聯席會決議，經由該2單位認可通過實施云云，然查該次聯席會提報討論內容，僅有修訂抽審指標之部分，並未包括加收權益基金之部分。又行政院衛生署來函表示，「96年中醫門診給付試辦計畫」雖訂有中止試辦條款，且由中央健保局按季監控，但並未另訂其他措施避免該指標被違反；另臺中縣政府衛生局亦於網站發布新聞稿，就加收權益基金乙事呼籲中區各中醫醫師公會應不違反相關法令。可見案關「96年中醫師數管控方案」關於權益基金之部分，並未經過相關醫療主管機關之認可或贊同支持，而係被處分人自行為之。
- (三) 案關「96年中醫師數管控方案」就權益基金乙事之相關內容為：
- 1、對中區新開業之院所、或跨區加入原開業院所之醫師，除繳納入會及開業費外，另加收權益基金。甫畢業或經中醫檢特考結業立刻於中區執業之中醫師原則亦同，但如係為遞補原開業院所執業醫師至他區就業者，則不加收權益基金。
 - 2、權益基金之用途：若中區有1季每萬人口中醫師數超出

全局每萬人口中醫師數之 1.60 倍，則立刻啟動鼓勵中區院所中止健保特約，並自權益基金補助該院所。

3、實施期間：96 年 2 月 15 日起至 96 年 12 月 31 日止。

四、本案相關市場界定：

(一) 產品市場：產品市場係指在功能、特性、用途或價格條件上，具有高度需求或供給替代性之商品或服務所構成之範圍，因此市場之界定應自需求面及供給面併為觀察。自需求面觀察，對民眾而言，中醫門診醫療服務與西醫醫療行為固有功能上之替代性；但從供給面而言，因醫療主管機關行政院衛生署依全民健康保險法第 49 條規定，將全民健康保險年度醫療給付費用總額依醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務分別設定門診醫療給付費用總額分配比例，致不同醫別彼此在價格條件上截然區隔，因此本案之產品市場應界定為全民健康保險中醫門診醫療服務市場。

(二) 地理市場：地理市場係指就事業提供之某特定商品或服務，交易相對人可以很容易地選擇或轉換其他交易對象之區域範圍。按行政院衛生署依全民健康保險法第 49 條規定，將全民健康保險年度醫療給付費用總額分全國 6 個分區訂定門診及住院費用之分配比例，各區財務責任自負，是本案應以中央健保局所訂之 6 個分區做為個別獨立之地理市場。案關「中醫師數管控方案」實施對象為於中部地區新開業或異動之醫師，是所影響之地理市場應為中區，包括臺中市、臺中縣、彰化縣、南投縣 4 縣市。

五、本案被處分人之行為已違反公平交易法第 14 條規定：

(一) 本案合意方式：被處分人係以召開聯合理監事會議之方式，共同研商擬定案關「96 年中醫師數管控方案」。另

被處分人會後均將該方案行文轉知所屬會員或提會員大會決議追認，其時間分別為：臺中市中醫師公會於 96 年 3 月 7 日行文；臺中縣中醫師公會於 96 年 3 月 5 日行文、並提 3 月 18 日第 22 屆第 1 次會員大會討論；彰化縣中醫師公會 96 年 3 月 3 日行文、並提 4 月 1 日第 20 屆第 2 次會員大會討論；南投縣中醫師公會 96 年 3 月 5 日行文、並提 3 月 25 日會員大會追認。

- (二) 本案合意內容限制事業活動且足以影響市場供需功能：
- 1、按聯合行為必須達到足以影響市場功能之程度，始足當之。至所謂足以影響市場功能，僅須客觀上具備可影響市場供需功能之危險性即已足夠，並不以實際市場供需功能確受影響或當事人因此獲得實際利益為必要。
 - 2、在現行中醫門診醫療給付費用預算分配方式下，東區以外之 5 分區係以實際醫療服務提供狀況為主要指標，由中央健保局按季評鑑後依分數分配給付總額，等同各區與區之間以評鑑分數互為競爭，以求分得較多之給付費用；是被處分人辯稱臺中市、臺中縣、彰化縣、南投縣皆隸屬於中區，健保給付點值相同，是生命共同體云云，固有其因。然查中區分得一定之醫療給付費用總額後，仍須依該區申報之醫療服務總量計算每點平均給付點值、再依個別中醫師或醫療院所之實際醫療服務量乘以點值後給付之，是同屬中區之中醫師間，就醫療服務之提供仍有競爭關係。倘被處分人之行為足以影響中區中醫師間之自由競爭及市場供需，自仍構成聯合行為而應受公平交易法規範。
 - 3、查被處分人訂定案關「96 年中醫師數管控方案」，無非欲控制中部地區中醫師人數，避免醫師總數達到「96 年中醫門診給付試辦計畫」所訂中止試辦條款條件，此自該

方案所載內容觀之甚明，亦為被處分人所自陳。至控制中部地區中醫師人數之方法，則一方面以權益基金提高入會門檻，期遏止新增加之醫師數；另一方面則於中醫師人數過多時，以該基金為補助而鼓勵中醫師終止與中央健保局之合約或疏退至其他地區，期減少該區之醫師數。此等控制方法對相關市場之影響如下：

- (1) 按醫師法第9條第1項規定「醫師執業，應加入所在地醫師公會」，是加入公會為醫師執業所須具備之法定條件，加收權益基金等同提高入會之門檻，增加新參進者之開業成本。是案關管控方案對於該市場之潛在競爭者（未來可能進入中區執業之新參進者）而言，實屬不利之負擔，對其事業活動加諸限制，並間接保障市場上既有業者（即被處分人既有會員）之競爭利益。雖被處分人援引行政院衛生署函釋，主張醫師得不加入公會而逕向地方衛生主管機關辦理執業登記，且尚可選擇於其他地區開、執業云云，惟此適可證明被處分人意圖藉管控方案阻礙中區之醫師人數增加，而限制醫師執業活動。另據本會函詢行政院衛生署之結果，上揭函釋施行至今，除連江縣因無成立醫師公會致縣內醫師均直接至衛生局辦理執業登記之特殊情形外，全國未加入公會即逕向地方主管機關辦理執業登記之情形僅有2例，且參考「台中市衛生局受理醫事人員執業登記及異動流程圖」並未列明逕行辦理執業登記之程序乙事亦可知，醫師未加入公會即逕向地方主管機關辦理執業登記，究非常態。
- (2) 查被處分人為同業公會組織，對其會員原已有一定之影響力。又雖行政院衛生署表示醫師執業、繼續教育相關訓練及受衛生主管機關監督查核等事項係依醫

師法之相關規定辦理，而醫療服務點數申報計算暨給付請領之相關事項係依全民健康保險法之相關規定辦理，惟在現行實務運作制度下，被處分人指派代表擔任醫療費用協定委員會成員，接受中央健保局委託辦理醫療服務申報、支付及各項審查業務，另並可申請辦理醫師繼續教育之相關課程及積分審查認定，顯見被處分人對於醫師及醫療院所之執業、訓練、醫療服務點數申報計算暨給付請領、受監督查核等相關事項，實際上均有相當之決定或執行權。是成為被處分人之會員與否，對於醫師之執業具有相當之重要性，難以期待新參進者主動放棄成為被處分人會員之機會，且成為會員後，被處分人之決議亦將足以對會員發生一定之影響力。

- (3) 被處分人復以基金提供補助之誘因，企圖於中區中醫師人數達到「96年中醫門診給付試辦計畫」終止試辦條件（即每萬人口中醫師數超出全局每萬人口中醫師數之1.60倍）時，鼓勵中區院所中止健保特約，亦即以非市場因素提高業者退出市場之意願。是被處分人之行為，顯係出於以人為方式增加市場參進障礙或減少市場競爭者數目之目的，藉以控制中區之執業醫師數，而影響市場供需及自由競爭。
- (三) 至被處分人雖主張其行為起因於全民健康保險總額支付制度之計點方式不合理云云，惟行政院衛生署及健保局已表示「96年中醫門診給付試辦計畫」並未另訂其他措施避免中止試辦條款之指標被違反，可知被處分人訂定管控方案以控制中區中醫師人數之行為，難謂符合行政院衛生署政策本意，亦未經該署認可，是不足以作為正當化其行為之理由。

六、綜上論述，被處分人訂定「96年度中區醫師數管控實施方案」，並將其行文轉知所屬會員或提會員大會決議追認，以增加市場參進障礙等方式控制中區執業中醫師人數，乃藉會員大會或其他方式所為約束事業活動之行為，且足以影響中區全民健康保險中醫門診醫療服務市場之供需功能，已構成公平交易法第7條之聯合行為，違反公平交易法第14條第1項本文規定。經審酌被處分人違法行為之動機、目的、預期不當利益、對交易秩序之危害程度、持續期間、所得利益，及事業規模、經營狀況、市場地位、以往違法情形、違法後懊悔實據及配合調查等情狀後，爰依同法第41條前段規定處分如主文。

中 華 民 國 98 年 4 月 7 日
被處分人如有不服本處分，得於本處分書達到之次日起30日內，向本會提出訴願書（須檢附本處分書影本），訴願於行政院。