

衛生福利部全民健康保險會  
第 1 屆 102 年第 5 次委員會議事錄

中華民國 102 年 11 月 22 日



# 衛生福利部全民健康保險會第1屆102年第5次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國102年11月22日上午9時30分

貳、地點：中央健康保險署大禮堂(台北市信義路3段140號18樓)

參、出席委員：

干委員文男

曲委員同光

何委員永成

何委員語

吳委員玉琴

吳委員肖琪

李委員永振

李委員成家

李委員蜀平

周委員麗芳

林委員至美

林委員錫維

柴委員松林

翁委員文能

連委員瑞猛

張委員永成

張委員煥禎

郭委員志龍

陳委員川青

陳委員幸敏

陳委員宗獻

陳委員錦煌

黃委員建文

楊委員芸蘋

楊委員漢淶

楊委員麗珠

葉委員宗義

蔡委員明忠

中華民國全國中小企業總會李監事長育家(代)

行政院經濟建設委員會謝專門委員佳宜(9:30-12:25代)

林口長庚醫院郭特助正全(代)

中華民國農會林主任敏華(代)

中華民國醫師公會全國聯合會李理事紹誠(12:20以後代)

蔡委員登順  
謝委員天仁  
謝委員武吉

台灣社區醫院協會朱監事長益宏(9:30-11:00、13:40-15:22代)

肆、請假委員：

林委員啟滄  
侯委員彩鳳  
莊委員志強

伍、列席人員：

本部社會保險司

楊副司長慧芬

朱簡任視察日僑

本部醫事司

王副司長宗曦

中央健康保險署

蔡副署長魯

蔡主任秘書淑鈴

本會

柯執行秘書桂女

吳組長秀玲

張組長友珊

魏組長璽倫

陸、主席：鄭主任委員守夏

紀錄：陳燕鈴

柒、主席致詞

各位委員、蔡副署長及所有與會人員，大家早

首先介紹新任的何委員永成，渠係中華民國中醫師公會全國聯合會理事長，請大家一起歡迎何委員加入本會。本次會議需完成多項法定事項，包括 103 年度各部門總額地區預算分配案及 103 年度保險費率審議案等，為期會議順利，須請所有與會者共同掌握時間。

捌、議程確認

決定：本(102)年 1 月 1 日施行之二代健保，賦予本會多項法定任務，且大部分具時限性。為利會議順暢，有效完成法定任務，在累積十次委員會議運作經驗後，自本次會議開始，議程順序之安排為，首先進行例行性報

告案，接著是討論案，之後再做專案報告。

## 玖、報告事項

### 第一案

案由：確認本會上(第4)次委員會議紀錄，請 鑒察。

決定：確定。

### 第二案

案由：本會上(第4)次及第3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：「103年度各部門總額須配合時程擬訂計畫案」、「降血脂藥品及黃斑部新生血管病變藥品給付規定檢討修訂案」、「監督健保署成立醫療服務審查會案」、「監督健保署說明門診診察費計算方式案」等繼續追蹤，餘結案。

### 第三案

案由：衛生福利部醫事司、中央健康保險署「發揮各層級醫院角色功能重振五大科具體策略」報告，請 鑒察。

決定：洽悉。

### 第四案

案由：衛生福利部二代健保總檢討小組「二代健保制度總檢討—補充保險費議題」初步檢討報告，請 參考。

主席裁定：保留至下次委員會議報告。

### 第五案

案由：中央健康保險署「保險對象自付差額特殊材料之規劃」報告，請 鑒察。

主席裁定：保留至下次委員會議報告。

### 第六案

案由：中央健康保險署「102年10月份全民健康保險業務執行報告」，請鑒察。

決定：請中央健康保險署於本業務執行報告中，納入當月份健保重點工作，以利健保業務之監理。

## 拾、討論事項

### 第一案

提案單位：本會第三組

案由：103年度牙醫門診總額一般服務費用分配案，提請討論。

決議：

- 一、一般服務(不含品質保證保留款)地區預算分配方式：
  - (一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。
  - (二)分配方式：預算100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。
- 二、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於102年12月底前送本會備查。
- 三、同意牙醫門診總額自一般服務費用移撥0.5億元，用於「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」，經費若有剩餘，則回歸一般服務費用。
- 四、有關牙醫門診總額自一般服務移撥部分經費，用為「醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用」及「牙周病統合性治療第三階段給付費用」，以保障點值部分，因涉及計畫方案內容及點值保障項目之擬訂，請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議

定。

## 第二案

提案單位：本會第三組

案由：103 年度中醫門診總額一般服務費用分配案，提請討論。

決議：

一、一般服務(不含品質保證保留款)地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.東區預算占率 2.22%。

2.其他五分區預算占率 97.78%，分配方式為：

(1)各區實際收入預算占率：74%。

(2)各區戶籍人口數占率：6%。

(3)各區每人於各分區就醫次數之權值占率：9%。

(4)各區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：5%。

(5)各區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

(6)偏鄉人口預算分配調升機制：1%，若有餘款則歸入依「各區實際收入預算占率」分配。

(三)試辦計畫由中央健康保險署送請衛生福利部核定後據以施行。

二、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定後，於 102 年 12 月底前送本會備查。

三、為促進各區醫療資源均衡發展及保障偏遠地區民眾就醫權益，應檢討改善「偏鄉人口預算分配調升機制」

之執行情形；104 年度地區預算分配之「各區戶籍人口數」及「偏鄉人口預算分配調升機制」之占率應予調升。

### 第三案

提案單位：本會第三組

案由：103 年度西醫基層總額一般服務費用分配案，提請討論。

決議：

一、一般服務(不含品質保證保留款)地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：65%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」的保險對象人數，35%依西醫基層總額支付制度開辦前一年(89 年)各地區實際發生醫療費用比率分配。

(三)有關西醫基層總額自一般服務費用提撥部分金額予東區及作為風險基金；及地區預算分配參數所採計之年度與權數等執行細節，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之。

二、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，於 102 年 12 月底前送本會備查。

### 第四案

提案單位：本會第三組

案由：103 年度醫院總額一般服務費用分配案，提請討論。

決議：



一、一般服務(不含品質保證保留款)地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

醫院總額於扣除品質保證保留款及專款項目預算後，用於「計算」地區預算所採之門住診費用比為45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

- 1.門診服務(不含門診透析服務、品質保證保留款、專款項目)之預算分配參數：人口占率為46%。
- 2.住診服務(不含品質保證保留款、專款項目)之預算分配參數：人口占率為40%。
- 3.各地區門住診服務，經依1、2計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。
- 4.跨區就醫浮動點值結算方式，採計前一季全區平均浮動點值支付，請中央健康保險署於執行半年後在業務執行報告，呈現其影響評估。

二、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，於102年12月底前送本會備查。

附帶決議：

有關門、住診費用分配的合理性，及對社區醫院經營與民眾就醫權益之影響，先諮詢專家學者意見後，請中央健康保險署據以分析現況及研提具體策略，於本會進行專題報告。

## 第五案

提案單位：中央健康保險署

案由：103年度全民健康保險費率審議案，提請 討論。

決議：

- 一、103 年度全民健康保險費率同意中央健康保險署所提建議，維持 4.91% 不調整。
- 二、本會將依全民健康保險法第 24 條規定，將審議結果報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。
- 三、為達二代健保法對健保財務應收支連動之要求，本會所建立啟動費率調整之機制為，當安全準備低於 1 個月或高於 3 個月之保險給付總額時，費率應配合調升或調降，每年並可討論該機制之修訂。

#### 第六案

提案單位：中央健康保險署

案由：102 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案，提請討論。

主席裁定：102 年度及 103 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案，請中央健康保險署併提下次委員會議討論。

#### 第七案

提案人：謝委員武吉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：為了解現行健保就醫概況與醫療費用使用情形，建議於「全民健康保險業務執行報告」增列有關醫療院所初次級醫療照護比例、CMI 值等資料，提請討論。

主席裁定：本案保留至下次委員會議，並於法定事項之後排為優先討論案。

#### 第八案

提案人：謝委員武吉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：基於保險監理及為了解總額實際資源分配之狀況，以利未來總額分配之思考，建請於委員會中按月提

報醫院總額各分區等相關點值數據資料，提請 討論。

主席裁定：本案保留至下次委員會議，並於法定事項之後排為優先討論案。

拾壹、散會：下午4時5分。



第 1 屆 102 年第 5 次委員會議  
與會人員發言實錄



壹、「議程確認」、報告事項第一案「確認本會上(第4)次委員會議紀錄」、報告事項第二案「本會上(第4)次及第3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

鄭主任委員守夏

本會委員會議的議案日益增加，且甚多屬法定並具時限性的業務，所以在議程上須做點調整。今天的報告事項與討論事項各有六案及八案，討論案幾乎都有時效性，必須在今日完成，所以向各位委員情商，例行性報告案結束後，先進入討論案，之後再進行專案報告。若大家不反對，以後對議程就分三階段進行，第一階段：例行性報告；第二階段：議案討論；第三階段：專案報告，請問各位委員有無意見？未有委員表示意見，所以往後就如此安排。

柯執行秘書桂女

請容我先做點說明，各位委員桌上公文袋置有中醫師公會全聯會何理事長致贈大家之「中醫養生保健手冊」宣導品，是很有價值的保健手冊，請參閱。

何委員永成

徵求主席同意，可以向大家簡短問候嗎？

鄭主任委員守夏

可以。

何委員永成

鄭主任委員、蔡副署長、蔡主任秘書、各位長官，大家早！今天對我而言是新生報到，來向大家學習。特別帶來全聯會印行的中醫保健手冊。中醫講求「治未病」，預防勝於治療，請各位委員及長官多加指教。

鄭主任委員守夏

謝謝何理事長！會議開始，請同仁宣讀上次會議紀錄。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀！請問委員對上次會議紀錄有無文字修正？（委員未表示意見）謝謝！大家對時間要控制這點非常有默契，上次會議紀錄確定，並請柯執行秘書報告追蹤事項及重要業務。

柯執行秘書桂女

一、各位委員大家好！本案共三項說明，請翻到議程資料第 27 頁：

(一)說明一，本會第 3 次及第 4 次委員會議決議(定)事項追蹤情形，共有 14 項，依辦理情形建議解除追蹤 8 項，繼續追蹤 6 項，如第 28 頁至 37 頁附表，等一下會逐項報告。

(二)說明二，今日討論事項第 5 案「103 年度全民健康保險費率審議案」，依全民健康保險法第 24 條規定，費率審議前，應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見。本會於本(102)年 11 月 6 日辦理全民健康保險 103 年度費率審議前意見諮詢會議，在此感謝多位委員關心及列席。該次會議紀錄，在議程資料第 160 頁至 185 頁，請大家參考。

(三)說明三，健保署公告 102 年度中醫總額醫療照護試辦計畫：「全民健康保險腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」、「全民健康保險腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」及「全民健康保險腦血管疾病後遺症門診照護計畫」第 4 季承辦院所新增及異動名單，及執行起迄日期，在議程資料第 186 頁，請大家參考。

二、再就說明一，向大家報告，建議解除追蹤之 8 項為第 2、3、4、6、7、9、10 項及第 14 等項；另外 6 項繼續追蹤，該部分以後會再追蹤，不另報告。有關建議解除追蹤部分，報告



如下：

- (一)第 2 項(議程資料第 29 頁)，為了今日費率審議，及健保署必須會同各總額部門相關團體，就 103 年度全民健保醫療費用總額協定結果研擬相關計畫/方案作業時程之需，本會業於今(102)年 11 月 4 日將協商結果陳報衛福部裁定，建議解除追蹤。
- (二)第 3 項(議程資料第 29 頁至 30 頁)，本會請健保署將本年 9 月份全民健康保險業務執行報告之重點，併入本次委員會議相關報告中，健保署已照辦，建議解除追蹤。
- (三)第 4 項(議程資料第 30 頁)，上次會議委員提案，若有因誤用黑心食用油引發病變而門診、住診之醫療費用，不能由健保給付，應以代位求償的方式辦理。本會已請健保署依健保法第 95 條之規定辦理相關事宜，該署回復將配合會議決議辦理，建議解除追蹤。
- (四)第 6 項(議程資料第 31 頁)，有關請健保署報告「特材自付差額現況」一案，已安排於今日會議專案報告，建議解除追蹤。或有委員會認為尚未報告，但報告後，若委員有意見，將另案追蹤，所以，請健保署做報告的部分，建議解除追蹤。
- (五)第 7 項(議程資料第 31 頁)，有關「102 年度提升住院護理照護品質方案」，之前因未定案而予以追蹤，現衛福部已核定，並經健保署於本年 10 月 22 日公告，建議解除追蹤。
- (六)第 9 項(議程資料第 32 頁)，請健保署於「健保業務執行報告」中，增加重大傷病醫療點數分布情形。該署已配合辦理，建議解除追蹤。
- (七)第 10 項(議程資料第 32 頁)，有關建議健保署成立醫療服務審查會一案，因一代健保法規定保險人應成立醫療服務審查會，所以當時有該組成；但二代健保法已無此規定，

故未成立。健保署雖然沒成立醫療服務審查會，但有以下因應措施，故建議解除追蹤：

### 1.運作方式

- (1)依二代健保法第 63 條，遴聘具有臨床或相關經驗之醫療專家進行審查。
- (2)對於審查規範之研訂或檢討，會請醫界提供意見。
- (3)審查醫藥專家之遴聘，亦依二代健保法第 63 條規定聘任。

### 2.外界對醫療服務審查若有意見，也有管道可反映：

- (1)各總額部門與健保署，定期有協商會議，各分區業務組亦定期與各總額部門，有共管會議，皆可溝通協調。
- (2)若大家對健保醫療費用審查有意見，均可向健保署反映，涉及專業部分，健保署表示，將會洽詢相關醫學會提供意見。

(八)第 14 項(議程資料第 35 頁至第 37 頁)，為利保險費率審議，於上次委員會議決議，請健保署研擬費率方案時，納入本會之建議。健保署已研擬費率方案，提今日會議審議，建議解除追蹤。

鄭主任委員守夏

謝謝報告！請問各位委員有無詢問？請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

請看議程資料第 34 頁第 12 項，有關降血脂藥品(Statins)給付規定修正之費用影響評估，健保署回復意見之寫法，似乎以糖尿病或心血管疾病患者 LDL(低密度脂蛋白膽固醇)，從 130mg/dl 降到 100mg/dl 來評估療效，但協商總額時，大家的共識是健保署應修訂降血脂藥物(Statins)給付規定，亦即使用標準維持在 LDL130mg/dl。健保署回復「於該給付規定修正實施一年後，提

供數據提會報告」，等到明年 8 月要評估什麼？這種寫法，有點暗渡陳倉，希望健保署講清楚。上次會議大家有共識，即降血脂藥品(Statins)給付規定先不修改，但現在的感覺，並非如此。

鄭主任委員守夏

請健保署說明。

郭科長垂文

主席及各位委員早安！本案為健保會第 3 次委員會議(追蹤第 2 次委員會議決議定事項辦理情形)決議，請健保署於降血脂用藥給付規定修正實施 1 年後，提供執行數據供委員參考。此外，有關健保會第 4 委員會議的另一個決議，請健保署檢討降血脂藥品給付規定的部分，則須於中央健康保險署藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議，再行討論。因此，上述兩次健保會委員會議所做之決議，健保署將依決議執行，於 1 年後分析相關資料，至於降血脂藥品給付規定的討論，須於中央健康保險署藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議進行。

楊委員漢淙

這種講法讓人聽不懂，健保署好像還是要硬幹。我覺得既然已經決定了，而 103 年在兩個月後即將開始，照理講，降血脂用藥給付規定應維持 LDL 值在 130mg/dl，而且以第 4 次委員會議之決議為主，並非依之前的會議決議，否則，告訴我 5 年前會議決定的事，現在都不能改變，不是太奇怪了嗎？

柯執行秘書桂女

抱歉！兩者兜不攏，是因一個為本會第 3 次委員會議(追蹤第 2 次委員會議決議〔定〕事項辦理情形)之決議，即請健保署 1 年後提供資料；另一個為第 4 次委員會議決議...

楊委員漢淙

一、我不是問妳，跟妳有什麼關係？奇怪！這跟健保署怎麼做有關，妳能代替健保署說明要怎麼做嗎？

二、目前可以說，健保署已經公告修正降血脂藥品(Statins)給付規定，在還沒取消之前，不能改回原標準。現在，我只問 103 年 1 月 1 日以後，降血脂藥品(Statins)之用藥標準是多少？要講清楚，不能告訴我還要去這個會、那個會討論，只是在拖延戰線。

鄭主任委員守夏

請郭科長說明清楚。

郭科長垂文

請各位委員翻到議程資料第 30 頁第 5 項次，健保會第 4 次委員會議決議為：「請中央健康保險署藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議，妥為處理西醫基層代表所建議，建立『修訂藥品給付規定之財務連動機制』，並檢討降血脂藥品(Statins)及黃斑部新生血管病變藥品(Lucentis)給付規定之修訂」，因基本上，藥品給付修訂是在本署藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議討論，而本議題於前幾次共同擬訂會議也都有討論，該會議並有醫界代表。因此，降血脂藥品給付規定可以在該會議討論。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、我擔心這樣下去，未來恐怕不曉得怎麼處理。因為第 4 次委員會議的臨時提案，我記得當時，黃署長三桂還把基層提案「說明三」一個字、一個字從頭唸到底。請不要只唸決議事項，前面的案由：「...在『修訂藥品給付規定之財務連動機制』未建立前，應維持藥品原給付規定...」，請不要閃避。
- 二、若健保署藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議決議，更動藥品給付標準，那麼，議程資料第 34 頁第 12 項追蹤事項怎麼辦？對不起！醫院代表，容我講一下冠心病的部分，第 12 項追蹤事項之相關單位辦理情形，健保署回復說明所提，

「...可降低 5 年內因冠狀動脈疾病及中風罹病之費用約 42 億元」，所謂可節省下來的錢，一毛都不會是基層總額的，因為這些治療不會在基層總額發生。所以，健保署邏輯上根本就沒有問題。況且，即使將來可以節省下來的錢，是 1 年後馬上會節省嗎？不可能嘛！5 年、10 年以後才會節省的部分，和明年的醫療支出有甚麼相關？不要再糾纏下去，現在重要的是將此案處理好，不要又弄出似是而非的道理來糾纏。

鄭主任委員守夏

- 一、補充說明一下，本案要處理的是會議決議(定)事項追蹤，上次的決議很清楚，那些藥品的費用，總額協商時，並未同意編列，這部分應該回到藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議討論，並追蹤討論的結果。
- 二、委員若覺得不放心，建議有參加藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議的委員，可在該會議中提案；若是議題需要，或屬健保會權責，可以在健保會提案。

鄭主任委員守夏

請陳委員川青。

陳委員川青

- 一、剛剛主席提及議程資料第 30 頁第 5 項次，健保署回復貴會李委員蜀平、蔡委員明忠、謝委員武吉、陳委員宗獻等為藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議委員，請問這些委員是代表我們委員會出席，或是由另外的一個系統派出來？依健保法第 41 條規定，藥物給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者等代表共同擬訂定。換句話，Lucentis 或是其他特殊藥材，按理是不在我們委員會討論，而是在前述共同擬訂會議討論，但本會的被保險人並沒有參加該會議。
- 二、衛福部依健保法第 41 規定，另外找一些專家學者、被保險人

去參加那會議，這無法與委員會討論的內涵連結，會變成兩套人馬，實在不合理。請衛福部、健保署說明這個問題，否則我們委員會就是一個空殼子。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、這涉及法制面的問題，藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議及本會各有權限，除非有證據證明放寬及調整適應症，會涉及財務平衡問題，否則就不是我們會的權限，應該由藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議去處理，所以可能實際運作一年後，也許發現有財務平衡問題，屆時再做相關調整。現在的預估很難判斷，如何討論都不會有結論，所以，可以請委員關注共同擬訂會議如何處理這些問題，目前我們尚無著力點。
- 二、議程資料第 31 頁第 7 項次，對「提升住院護理照護品質方案專款」使用規劃情形，健保署回復已將委員所提意見納入參考。該方案公告版本中，護理費是否已調整？請提供相關資料供委員參考。

陳委員川青

主席！程序問題。很抱歉！剛才我提的問題，不是由謝委員天仁來說明，我們是被保險人代表，不是法務人員，所以請衛福部、健保署說明後，我才能信服。

鄭主任委員守夏

- 一、以前總額下面有總額支付委員會，費協會會派委員去參加支付委員會。現在的「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」、「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」，健保會無直接相關，依健保法規，各該共同擬訂會議討論之給付項目及支付標準，健保署報經主管機關核定，就可直接公

告。如果共同擬訂會議的決定，影響到健保財務的收支平衡，才須回到健保會討論，因收支連動是健保會的職權。

二、法並未規定共同擬訂會議的代表需與健保會委員有連結，所以，謝委員天仁所建議，先運作一段時間，再看實務上是否需改進，這應是可行之道。建請衛福部與健保署可先就結構面，探討該二個共同擬訂會議的代表組成，與健保會委員是否需有更強的連結及一致性，以利未來的實務運作。

陳委員川青

此案有如去理髮店消費，理髮與修臉分由不同師傅處理，或在不同的理髮店理髮與洗頭，這是不合理的。健保會委員針對整個總額，包括細節，都應該有連貫性的討論，才有辦法全盤深入瞭解討論。我是被保險人代表，難道和其他藥品或特材給付沒關連嗎？若說沒關連，即是不合邏輯的說法，應該要一貫性才對。

鄭主任委員守夏

請曲委員同光說明，在現有的法規中，要如何運作得更平順？

曲委員同光

一、健保法對於健保會的組成與共同擬訂會議的組成，有相關規定，最主要原因，是二代健保法特別強調健保的給付，不管是醫療服務或是藥物，都採正面表列的概念。為了正面表列，所以明文規定，不管是藥物或醫療服務項目之支付標準，都有其既定程序。因為要完成程序，所以訂有共同擬訂會議組成的相關辦法。大家若覺得所規範的參加會議代表不夠周延，或是代表的組成需要調整，都可以提出檢討。

二、共同擬訂會議的代表組成，是否一定需有健保會的委員？這是另外一個議題。基本上，兩者的運作特質不同，健保會決定整體年度總額，而共同擬訂會議則在總額協商的整體費用架構下討論各種支付標準。如果共同擬訂會議調整支付標準，對財務面造成很大的衝擊，與協商的當年度總額不符，

當然要在與健保會討論下年度經費時，須作處理。至於共同擬訂會議的代表組成辦法中，所列被保險人代表，不必然一定要由健保會推派其委員來擔任。

鄭主任委員守夏

這樣的說明，很清楚。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

現在的運作似乎有問題，所以大家可能要以制度面來討論，我贊成健保會與共同擬訂會議不能區隔開來。修訂後降血脂藥物給付規定，自今年 8 月 1 日公告施行，我有今年第三季(7、8、9 月)的統計資料顯示：高血脂件數減少 1%，費用增加 10.8%，等於是 1 億 8 千多萬元的藥費，檢查費則升高 18.64%。目前很多醫師還不是很清楚已修訂給付標準，將來如果每 3 個月做一次 LDL 的檢查，預估一年光檢驗費就會增加 5 千多萬元。這些增加的費用，要從哪裡來？在共同擬訂會議沒有人負責這些風險，那邊請我們到健保會處理，現在健保會又說是共同擬訂會議的權責，大家都不負責。剛剛才報告要重振五大科，豈非空談。醫療環境惡化，不管是消費者、付費者代表或是醫療服務提供者代表委員，都要負責。

鄭主任委員守夏

請楊委員漢涇。

楊委員漢涇

一、在法制上，規範確實是不周全且互相衝突，醫院協會已正式行文衛福部，至今仍未處理。現在對醫療體系已發生費用的影響，卻仍一直增加給付，有如牛肉麵店為了拉生意，加麵加湯不加價，現在連加牛肉也不加價，這是不對的。還會有許多委員一直往這裡面加東西，協商已過，不能再談，所以，反對一直增加給付。

二、醫療體系運作的彈性現在已被壓縮，醫院除了藥品外，點值



大約只有 0.85，百貨公司慶典的折扣還不到 85 折，而醫界卻整年都打 85 折。雖然健保會是第一次碰到這個問題，但希望一開始就要釐清，否則醫院及基層院所將很難經營，且會造成很大的衝擊。

謝委員天仁

不要再談這件事情，結論是要解除追蹤或繼續追蹤？如果議事這樣沒效率，今天即使開到晚上 10 點鐘還是開不完，如果大家認為不能解除追蹤，就繼續追蹤，這是法制面的問題，除非修法。

陳委員宗獻

我贊成議程資料第 34 頁第 12 項次解除追蹤，因為第 4 次委員會的臨時提案第 3 案「為維持總額財務穩定，在『修訂藥品給付規定之財務連動機制』未建立前，應維持藥品給付規定或送衛福部裁示處理」的決議，已經凌駕第 12 項。

鄭主任委員守夏

因時間的關係，若要發言，請表示支持解除追蹤，或繼續追蹤即可。

謝委員武吉

我補充一下。

鄭主任委員守夏

請問是支持解除追蹤？或繼續追蹤？

謝委員武吉

我補充一下，今天會發生這樣的問題，是出在健保署！現在等於有三頭馬車，在健保會討論時，說是衛福部找專家學者才修訂適應症標準，也將低密度的降血脂藥物降到 100mg/dl，在共同擬訂會議提出反對就說要我們到健保會，到健保會討論又說要重回共同擬訂會議，兩邊會議卻三頭馬車，這要怎麼做？！

謝委員天仁

已經提程序問題，請處理程序問題。

鄭主任委員守夏

此案請繼續追蹤。委員若認為健保會與共同擬訂會議在執行面有不妥或可改進之處，請依本會權限，提出執行架構或運作不妥善處的改善措施，供健保署或衛福部修正執行面。

謝委員武吉

- 一、議程資料第 32 頁第 10 項次，監督健保署成立醫療服務審查委員會，健保署的回應說明，仍有不足，應繼續追蹤。第一，健保署現在是一黨獨大的大老闆；第二，無法了解健保署與哪些單位協商；第三，審查醫藥專家，包括牙科、中醫、西醫基層、醫院之聘任管道，都未說明。
- 二、有關審查規範的研訂或檢討，請了哪些專家？還有外界若對於醫療服務審查有意見，各分區業務組定期與各總額部門召開共管會議，但有的分區業務組是 1 個月開 1 次會，有的是 2、3、6 個月才開一次會，要如何擬訂？開會後的意見要反映給誰？所以，這個案還不能解除追蹤。

鄭主任委員守夏

- 一、請健保署先就剛才謝委員武吉提的問題，提供書面資料。因為一代健保法有規定要成立醫療服務審查委員會，二代健保法則沒有規定，所以，就是授權保險人去執行業務。至於如何執行？是保險人的權責，健保會若有委員認為執行不好或有偏頗，可以提出討論，但是我們沒有權限要求健保署必須成立醫療服務審查委員會，這一項，就解除追蹤。
- 二、謝委員天仁提的護理費問題，已經公告，請將公告的資料，提供所有委員參考。

謝委員武吉

雖然健保法沒有規定要成立醫療服務審查委員會，但健保署就健保法第 63 條規定，所回答的內容並不完整，需要提出資料後，本

項才可以解除追蹤。

鄭主任委員守夏

請健保署將如何邀請、邀請哪些人？提供書面資料給謝委員武吉參考，若還有不合理或不完備，再提意見。

謝委員武吉

但是健保署還沒提出來，怎能解除追蹤？

鄭主任委員守夏

好！就繼續追蹤。委員若無其他意見，請進入下一個報告事項。

## 貳、報告事項第三案「衛生福利部醫事司、中央健康保險署『發揮各層級醫院角色功能重振五大科具體策略』」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

在議程確認時，雖已決定專案報告放在討論案之後，但考量本案屬特別邀請性質，所以請衛福部醫事司王宗曦副司長先行報告，時間原則為 10 分鐘，希望能不超過 15 分鐘。

王宗曦副司長報告

鄭主任委員守夏

謝謝王副司長的報告！請問委員有無詢問事項？

何委員語

- 一、主席、各位委員好！提出 3 個建議。首先，對於醫療資源不足地區等缺醫鄉鎮，請考量將當地衛生所改為綜合醫療衛生所，並推動醫療整合團體計畫，將牙醫、中醫及西醫師等納入計畫中。透過資源的整合，讓當地衛生所發揮較大的功能，為偏鄉或缺醫地區鄉民，提供更好的醫療服務。
- 二、其次，建議五大科缺醫師，衛福部應改變制度重新規劃，如果只是提高經費額度，並無法有效改善。建議改變培訓制度規劃，任何醫師必須經過五大科 3 年的培訓之後，才能轉任其他專科醫師，尤其是醫美醫師更要懂得外科技術，必須具有 10 年以上外科工作經驗。現在醫美糾紛很多，如果醫美醫師連 1 年的外科醫師都沒有當過，就要幫人家美容整型，根本是搞錯方向。整個制度要改革，醫美醫師，一定要在五大科經過 10 年的培訓；任何醫師，一定要在五大科有 3 年以上經驗，才可以轉到其他科別。我是拋磚引玉，提供衛福部改變五大科醫師培訓制度之思考方向。如果只用金錢，即使疊得與 101 大樓一樣高，還是會有人不願意做，因為人命寶貴、工作辛苦，醫療糾紛等因素很多，現在的人越來越會享

福，所以要改變。

- 三、再者，延攬旅外醫師返鄉服務，效果不彰的原因，據了解，是因為這些醫師在國外已拿到專科醫師證照，但回台後，還要通過台灣的筆試及口試，並從實習醫師做起。他們原來在國外，每月拿 30 幾萬元的薪水，回到國內，卻要從 7、8 萬元做起，所以，沒人願意回來，這代表整個制度有問題。最近，台灣的醫師，只要拿到日本醫師執照，中國大陸全都承認。每個星期五下午 4、5 點，兩岸航班都客滿，因為醫師都跑到大陸去，幫忙接生一個小孩可以拿新臺幣 20 萬元。現在很多好的醫師都往大陸跑，大陸都敢承認台灣的證照或日本的證照，為何台灣不敢承認美國、加拿大、英國等國的醫師證照？難道他們培訓的醫師素質會比我國差？延攬旅外優秀醫師返鄉服務的制度，要作更改，如果不改，人才永遠找不回來。雖然很多海外優秀醫師想回來，卻因尊嚴受損及醫事經驗不被認同而打消念頭，這點，我們需要重新思考。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

- 一、主席，與會同仁大家早！對於醫事司所報重振五大科功能具體策略案，感覺是老瓶裝老酒，了無新意。有關醫師人力問題，簡報僅提到補助 5 大科住院醫師完訓津貼每年 12 萬元，此外，並無特別之處。但重點是，問題為何會產生？更嚴重的是，以前沒有問題，現在為何突然有問題？之前是護士及五大科有問題，現在連醫美也發生問題。
- 二、真正的問題在於醫事司，因為醫事人員的管理政策不對。為何不大量培育人才？現在很多醫學院要招生，應該要開放名額。醫師要往大陸跑是其自由，無法擋，但不過去了幾個人，就在報紙媒體上大肆廣告，天天說狼來了！真正狼來了沒有？我想在座都是名醫，真相確是如此？其實不然。

- 三、希望重整五大科，若只依靠醫學中心與訓練單位是不行的，教育部的政策，也要配合修改。希望旅外返鄉的醫師可以幫忙，但為何要將東歐回來的醫師拒於門外？不努力由此方面思考，卻只打健保的主意，並動不動就上報，有關五大科的新聞都聽煩了。前幾天到立法院參加公聽會，醫界講得很嚴重，醫院要倒了，是否真的如此？希望不要嚇唬老百姓，將大家騙得團團轉。衛福部的政策要改，要多招考一些公費生來解決問題；旅外返鄉醫師因沒有臺灣醫師證書而卻步問題，例如美國、加拿大都承認的醫師，回國還要重新考照，是不對的。
- 四、有關急診壅塞問題，有些商業醫療險，被保險人只要在急診室待上 5、6 小時，就可以理賠請領保險金，難怪醫學中心急診會壅塞，希望相關保險公司能修改契約條款。
- 五、至於五大皆空問題，只要是對的政策，百姓都會支持。醫療提供者、消費者與健保署，要同舟共濟，不要三、兩天就提出問題，讓我們霧傻傻(台語)。我曾經走了幾趟區域醫院，發現問題其實沒那麼嚴重。我們投入很多經費，例如護理費花了很多錢，但只有公立及署立醫院的護士有拿到，其他醫療機構都沒有，錢到底跑到哪裡去？請問健保署，錢有無花在刀口上？是否落實到護理人員身上？如果能多給一些錢，真正用在她們身上，我想應該就沒問題。希望醫界不要三兩天就弄個新聞上報，讓民眾心慌。

鄭主任委員守夏

謝謝干委員文男！先請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

提供以下幾項意見，請醫事司思考：

- 一、簡報第 8 頁，「提升急性後期照護品質試辦計畫」是今年總額專案項目，上次報告囿於時間未及討論。簡報提及本計畫已在 10 月 7 日公告，但該計畫是以醫療系統為承辦單位，讓

我們有點擔心；長達 6 到 12 週的模式，等於是打壞健保希望縮短住院天數的政策，是否會讓慢性病房模式又出現？原來的復健醫院已扮演的角色，何須再有這樣的病房？而居家照護部分反被忽略了。應鼓勵病人復健後就回家，加強居家復健，不應忽略職能及物理治療的功能，應讓病人能在自己熟悉的生活環境中做復健。醫師與復健人員，也要執行居家復健工作，既是試辦計畫就要能突破傳統，不應侷限在醫院的病房執行。

- 二、簡報第 10 頁「急診暨轉診品質提升計畫」，醫療發展基金補助約 1.2 億元，急診品質提升方案則編列 3.2 億元支應，兩個計畫名稱看起來很像，是否重疊？在功能及操作上有無區分？請說明。
- 三、簡報第 19 頁，對於「充實五大科醫療輔助人力」政策，有點憂心，因為對專科護理師加強甄選，做為醫療輔助人力，護理人力缺乏問題是否將更嚴重，這並非解決之道，應審慎評估。
- 四、簡報第 28 頁，延攬旅外醫師返鄉服務問題，簡報的策略說明非常清楚，要鼓勵美、加、日、澳、紐、英、法、德等具我國醫師證書之旅外醫師返鄉，意思是這些國家的醫師水準，是與我國相當的，那就應該對具有這些國家醫師資格的人，予以採認，而不是要求再參加我國的醫師考試，否則要如何鼓勵？改善措施方面，有與沒有，其實是一樣的，因為門檻很不友善，這些優秀醫師怎會願意回來？醫事司要努力思考，既然先限定了這些國家，就應認同其醫療水準與我國相當者可予以採認。

鄭主任委員守夏

謝謝吳委員！請李委員永振。

李委員永振

- 一、簡報第 19 頁，辦理成果第三點，資深護理人員升任專科護理

師人數增加，恐導致第一線護理人力紛紛轉換跑道。意思是說，第一線的護理人力空缺仍然存在，那怎麼辦？

二、簡報第 23 頁，倒數第三行，初步資料顯示：開辦後婦產科醫療糾紛件數下降。觀察 99 年、100 年與 101 年的件數分別是 9 件次、30 件次及 6 件次，而此計畫從 101 年 10 月 1 日才開辦，試辦僅 1 季，就結論「開辦後婦產科醫療糾紛件數下降」？由於辦理時間太短，如此結論，似有不妥。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、呼應何委員語與吳委員玉琴之意見。五大科的萎縮，問題並不在於酬勞是否增加，舉例而言，南部某醫學院附設醫院之婦產科醫師，其工作及值班時間太長，壓力大，住院醫師累到受不了而辭職，連院長、副院長都親自去他家裡慰留，看問題有無辦法解決。為了解決值班問題，第二天主治醫師全都下來值班。但即使這樣硬撐下來，到了總醫師階段的訓練還是沒法完成。以某醫院為例，家庭醫學科總共有 3 個 R(即住院醫師的缺)，但是年輕家庭科本科醫師根本就無法申請到，因為內科與外科的總醫師各占一個缺，另一個次專科總醫師也占一個缺，缺全都被占光了。這個問題絕不是簡報所說，可以解決的。
- 二、延攬旅外醫師返鄉問題，英、美、加、澳等國之訓練至少與我國相當，但現在旅美醫師回來，即便是史丹佛大學內科專科醫師，仍須先到婦產、眼科等大大小小各科當實習醫師，根本是拒絕他們回國服務。而簡報上所提持我國醫師證照者，其實已經很老，多接近退休年齡。其他，在英、美、加、澳等國完整訓練的旅外醫師卻礙於無我國醫師證書，對回國望而卻步。簡報所提改善措施，卻是委託宣導計畫及加強宣導活動，根本沒有觸及問題。應該做的是要修改機制。



鄭主任委員守夏

請蔡委員明忠。

蔡委員明忠

- 一、昨天醫師公會全聯會開第 2 次會議，討論如何將住院醫師納入勞基法問題。會後與台灣醫學生聯合會代表談及五大科醫師人力問題，並了解未來他們進入五大科的意願，結果比例不到一半，每年約 1,300 個畢業生，願意從事 5 大科的醫師約僅 600 人，不到一半，他們的心聲是，五大科的住院醫師在醫院較未受到應有之尊重。
- 二、醫療糾紛問題，也是醫學院學生對 5 大科卻步，不願走入內、外、婦、兒、急重難症等主要科別的原因。事實上，醫學院學生認為從幼稚園開始，一直到 7 年的醫學院，花了這麼長訓練時間，到頭來還要面臨醫療糾紛及支付標準問題，實在沒有必要。再者，在台灣，醫師人力並非不足，分配不均才是大問題。
- 三、民眾端未珍惜醫療資源傾向非常嚴重，民粹情形甚至會影響健保署將來醫療政策走向。有關重振五大科報告案，生育事故爭議事件救濟試辦計畫的實施成效如何？其實成效已出現，現在各醫學中心主治醫師婦產科全都跳下來值班，其平均年齡是 56 歲。最後，基於珍惜健保資源的立場，醫界是將問題反映出來，至於能否解決，有賴各位委員的協助。

鄭主任委員守夏

時間已耗掉很多，請各委員幫忙，如果意見與前面已發言的委員相同，只要說我同意剛才那位委員的意見即可。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、簡報第 1 頁，提到台灣整個急性醫療體系的三角型架構，簡報第 4 頁則特別強調，此架構下社區型醫院的任務；簡報第 11 頁介紹此政策架構下，政府對社區醫療服務及社區醫院作

了哪些事。家庭醫師整合照護計畫及整合性社區健康照護網絡計畫兩項政策中，家庭醫師整合照護計畫，大部分是醫院中心、區域醫院與基層醫師組成照護群，並沒有社區醫院，即使有，也非常少，大部分仍集中在大型醫院或區域醫院，看不到社區醫院。既然社區醫院在整個架構是那麼重要，為何看不到政策對於社區醫院的實施重點在哪裡。

二、醫事司能運用的資源，除醫療發展基金外，就是透過衛福部對健保署之政策指示。健保署掌握每年 5 千億元的健保預算，很不幸，預算的分配並沒有提供社區醫院相關鼓勵措施，只是對少部分偏遠地區，會有專款或其他預算，但預算也非常少。謝委員武吉今天對地區預算分配之調整會有個提案，個人建議醫事司對於健保署沒有依照部政策架構分配預算，應考慮以政策性指示或調整。

鄭主任委員守夏

請李委員蜀平。

李委員蜀平

聽到醫事司王副司長的報告，對全民醫療的用心，讓我很感動，希望改變從醫學系學生的價值觀開始，請醫事司從教育方面著手，灌輸醫學系學生醫療奉獻觀念。其次，可從法的方面強勢規定，例如醫美的開業醫，要限定科別，及限定區域的間數，因為許多國家規定，在一定區域或距離內，限定設幾家醫美診所，所以可訂定法規。五大皆空之問題，可用強制分配醫療需求為主體，以國家的需要為設定方向，不可以太民主，因為台灣的醫師相較世界先進國家，已屬非常優秀，而且 4 萬多位醫師服務 2 千 3 百多萬民眾，醫師人力應是綽綽有餘。但如果醫師待遇得不到相對價值，也會改變當初行醫的服務熱忱，所以待遇是熱忱的動力，應給醫師合理的待遇，起碼是 GDP 與我國相似的國家，他們醫師的待遇水準，建議由法規或教育及合理待遇方面著手。

鄭主任委員守夏

謝謝李委員蜀平！最後再請專家學者提供意見，接下來請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、個人對此報告的臆測是毫無成效！不要說被潑冷水，因根本沒打到重點。最近政府出現的問題，就是做了很多事，但沒有效果。食品衛生管理法 102 年 6 月 19 日才修正公布，但現在又要修，不知道在修什麼？如果政府有前瞻性、能解決問題，怎麼會一直修法。罰鍰上限 1 千 5 百萬元(但違法利益所得超過法定罰鍰最高額經中央主管機關認定情節重大者，得於所得利益範圍內)就可罰廠商到 18 億元，為何還須修法提高罰鍰上限到 5 千萬元？真是莫名其妙！
- 二、同理，醫療糾紛問題要把刑事責任合理化，這些都有討論空間，但最重要的是民事責任問題，必須透過保險機制，將醫師的民事責任免除，結果衛福部莫名其妙，居然用無過失來處理。醫師在大醫院執行職務，賺錢被醫院拿走，有過失卻要自己賠，這是什麼邏輯？利益與風險沒有相連。我們的話，醫界聽不進去，衛福部不知在修什麼法？消基會站在消費者立場，看這件事很久了，自民國 92 年修訂消費者保護法，將醫師無過失責任拿掉，以為只要負過失責任，醫療糾紛就會降低。我當時即為文指出，醫療糾紛只會增加不會減少，因為民事無法疏解的，一定會用刑事逼迫民事賠償，民事缺口如不填補，沒法獲得賠償，法再怎樣修改都沒用。主管機關並沒有好好思考，為何不將健保給付醫療機構的錢，拿出部分錢，成立醫療互保基金，來充分理賠，不要讓醫師擔負這樣的責任。
- 三、簡報中有關提高五大科別支付標準，都是過去的歷史。醫事司到底有沒有規劃？怎麼會報告這些了無新意的內容，應該告訴本會，貴司的規劃是預計幾年、投入幾百億元及如何調整支付標準。你們的看法與我們完全不同，所以，支付標準

送到本會概不受理，調整支付標準沒問題，只是相對值問題，但密集度並無改變。沒有告知未來打算怎麼做，只會每次調整支付標準要預算，把我們當成一隻鵝，想到就拔一下毛，這樣就能免除我們的痛嗎？政策是這樣規劃的嗎？

四、最後，如果全部策略都做了，主事者能否告訴我們，是否有效？能不能達成目標？有無信心？

鄭主任委員守夏

謝謝委員天仁！因時間實在有限，先請周委員麗芳，再請吳委員肖琪。

周委員麗芳

應先請柴委員松林。

鄭主任委員守夏

好，先請柴委員松林。

柴委員松林

- 一、我支持每一個委員的發言。我國的行政部門，經常是醫療機關有醫療的需要，但教育部門卻完全沒配合。由於政府部門錯誤的估計，將來就會造成類似今天大學是否退場的問題。希望政府部門能有個整體的規劃，不是衛福部提個報告給教育部就可以；而教育部又都是外行人在管理。其實每個部會都差不多，都是科員在管理，這是第一個要調整的。
- 二、有關轉診問題，大家不願意轉診的理由，是轉診常面臨重複檢查問題，為避免到大醫院又重做一次痛苦的檢查，所以，直接到醫學中心就診。其實，這些檢查大多是不必要的，最近看到美國一份報告指出，大部分的檢查都無意義，有經驗的醫師問幾句，就知道所在，是否要重複檢查應該考慮。
- 三、還有五大科問題，干委員與何委員的意見非常好，因為一開始就同意醫師做醫美，形同沒給訓練，所以必須規定，要受過最基本的訓練並做過主治醫師後，才能在五大科以外科別

開業，前面兩委員的建議應受到重視。

- 四、在修法方面，據很多外科醫師朋友表示，他們不做的原因是為了避免糾紛。剛才謝委員天仁提到，醫療的好處由醫院享有，但醫療的責任，卻要醫師個人負擔，且其名譽也因而損壞。培養一個好醫師的聲望，比一億元、二億元還要多；要一個好教授，也一樣。我常說一個人的名譽，是全世界都沒法交換的，這一點，在修法時，希望能特別加以注意。
- 五、醫師助理不宜以護理人員充當，充實醫療人力應由醫學教育機構著手。此外，醫師不可以創造病人，例如牙科常見可一次完成的治療，竟分成兩、三次。

#### 周委員麗芳

各位委員意見，特別是柴委員的意見我都非常認同。個人看法如下：

- 一、首先，感謝王副司長點出五大科別的問題。但比較要關心的是科別間的動態過程，下次如有機會，應讓委員了解近幾年主要科別之動向。如果醫學院畢業生不到五大科，則究竟去哪些科？這些科別吸引他們的關鍵因素為何？是向錢看還是因為輕鬆？不管是人事或就診資料，區域別是一項很重要的因素。分析數據時，有必要將區域位置點出，才能知道是否真有成效。例如，有醫學中心的地方，民眾是否會蜂擁到醫學中心，而只有在附近沒有醫學中心時，才會留在原地區就診？民眾不是不去，只是時間及地區上沒有可近性。
- 二、再來，是五大皆空問題，我們看到的是現況，但考量少子化對婦科、小兒科一定會有長遠性衝擊，因此，在醫事人力規劃時，對外在大環境變化，就須觀察較長的趨勢，也許現在人力很欠缺，但未來少子化後，缺少的程度會下降，中間的缺額會減少，就長遠觀點來看，評估的醫事人力會比較合理。
- 三、至有關醫療糾紛修法部分，醫學院學生害怕醫療糾紛問題，

除要加強醫師倫理訓練外，也要提升醫師之法學素養，對法學具有一定認知，不害怕後，才有勇氣面對問題。

鄭主任委員守夏

謝謝！請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、主席、各位委員大家好！很多保險付費者及醫事服務提供者委員很關心，衛福部裡兩個最重要、可以幫忙醫療體系的單位(醫事司、健保署)，能否做得更好。前兩年為了五大皆空的問題，額外撥了幾十億元進去，委員們關切能否買到所要的效果，因此才邀請醫事司來報告。
- 二、針對五大皆空問題，醫事司在某些部分講得沒錯，醫療糾紛是一個很重要的因素，並非醫事人力不夠，而是不均的問題，也就是剛才蔡委員明忠所提的分布不均問題。執業的環境不好，如果是法律部分，請謝委員天仁看看可以如何幫忙。因為醫師不是神，若非蓄意過失，確實應協助其解決問題。外科及婦產科最重要的問題，是醫療糾紛多、怕被告。另外，醫院設置太多的病床，在過去的 11 年，醫學中心多了 5 千床，區域醫院多了 2 萬床，總共多了 2 萬 5 千床，所以，護士就缺 6 千至 7 千個人。我們也會發覺，是教學病床太多致缺住院醫師，但是住院醫師最後無法在醫院當主治醫師，所以留不下來，因此，要思考病床太多的問題。很高興看到簡報第 12 頁結語提到「都會型大醫院需要限制，偏鄉醫院需要保障」，都會區真的不能再蓋醫院病床，甚至慢性精神病床也應考慮漸漸關掉，因為病床確實太多。
- 三、婦兒科部分，確實因為生產率越來越少，所以，對於偏鄉或相對都會區以外的區域，應如何保障婦兒科的待遇及收入，是解決問題的方法之一。
- 四、對於急、重症部分，有兩個小建議：

(一)第一，簡報第 30 頁「急診病患滯留超過 24 小時占急診總人次比率」，不宜用 2013 年第 1 季和 2012 年全年比，這樣會讓人認為政策投了這麼多錢，是無效的。2013 年第 1 季可能因為過年，較易有急診壅塞問題，所以可用 2012 年第 1 季與 2013 年第 1 季比，否則，2013 年第 1 季病患滯留急診室超過 24 小時比率的中位數，較 2012 年全年增加，可能謝委員天仁會問，為什麼錢砸下去沒看到效果？若以 2013 年第 1 季和 2012 年第 1 季比，則若病患滯留急診室超過 24 小時比率還是增加，就該檢討政策方向有無錯誤。

(二)陳委員錦煌一向關心偏鄉民眾能否得到醫療，所以，很高興看到投影片第 9 頁「健全急、重症醫療照護網絡」之辦理成果 2，「截至 102 年 7 月底止，全國共有 191 家通過急救責任醫院評定，包含 27 家重度級及 76 家中度級急救責任醫院」，甚至屏東也有 4 家中度級責任醫院。若每個縣市都有急救責任醫院，則週休假日有緊急狀況時，都能找到醫療。讓民眾知道急、重症時，如何找到急救責任醫院，衛福部應加強媒體宣導。另外，剛才何委員語所言，以偏鄉衛生所當核心，很重要，因為 12 年後，台灣每 5 人就有 1 位是老人，在沒有錢的情況下，一定往初級照護努力；如何厚植偏鄉衛生所室，是政府重要的任務方向，新型衛生所可參考貢寮衛生所之設置。

五、醫療美容部分，診所評鑑一直是衛福部不敢碰的問題，但如何確保做醫療美容的醫師，都受過良好訓練，以確保品質？雖然，衛福部現在正規劃中，但步調需要快一點，不然，會常聽到醫美的問題。

六、有關護士分不到健保提升住院護理照護品質方案的專款，或自然產的支付點數已拉高到和剖腹產一致，但醫師無獲得調增的錢，亦即，政府希望用在鼓勵醫事人員的費用，應該讓醫師或護理人員可以拿到，否則，問題還是存在。

七、PAC 部分(Post Acute Care, 急性後期照護), 剛才吳委員玉琴提到, 醫學中心及區域醫院要扮演較多 Tertiary Care(第三級照護)的角色, 若還把急性後期照護放在區域醫院, 其實, 會讓點值變差, 也會是另外一場災難。包括澳洲、英國、美國、日本, 急性後期照護主要都在「家」, 或護理之家、或像家的地方, 而不是在醫院病床, Hospital At Home(醫院病人在家)絕對不是「居家醫院」, 是「家」, 英國的 Hospital At Home 絕對不能因為有人翻譯成居家醫院, 就要往醫院去推, Hospital At Home 是在「家」, 所以, 急性後期照護, 不應在醫院病床, 而應往社區化發展, 最重要的是應鼓勵居家護理或居家復健。

鄭主任委員守夏

本案已進行將近 1 小時, 先請張委員煥禎, 再請陳委員錦煌發言, 之後希望能結束。

張委員煥禎

非常贊成剛才所有委員的發言, 包含謝委員天仁所提部分。我要表達以下幾件事:

一、全世界都一樣, 希望上班能「錢多、事少、離家近」, 所以, 沒那麼複雜。對於剛才的報告, 大家認為沒什麼成效, 我也這樣認為。為什麼? 現在真正的問題是醫療糾紛。為何醫師不走五大科? 因為「事少」, 其他科不需值班, 四大科要值班。「錢多」, 反正現在醫師賺的錢均不多, 所以走小科, 錢也不會較少, 乾脆走小科。在賺的錢一樣多的情況下, 為何要走四大科、五大科? 「離家近」要改成「糾紛少」, 現在動不動醫師就被告, 還有可能被抓去關。四大科、五大科的醫療糾紛真的太多, 尤其急診科跟婦產科, 根本就不能做, 所以, 第一要解決這個問題, 如果沒辦法解決, 是沒有用的。

二、謝委員天仁所提解決醫療糾紛的方法, 我非常認同, 民眾如



果民事不能獲得解決，絕對朝刑事訴訟，將心比心，大家都一樣。所以，民事部分，像美國就沒有刑事問題，但若做錯事要賠錢，醫師可能賠到破產而做不下去，所以，雖無刑事問題，醫師還是會很小心。但台灣若民事沒考慮非過失部分的賠償則仍會有問題，剛才謝委員天仁也有講到，這方面應該可以解決。醫療糾紛有些是個人體質的關係，例如：吃藥過敏，並不是醫師用錯藥；或病人開刀麻醉時死掉，事實上可能也不是醫師的問題，但對病人或家屬而言，不管原因為何，就是要求賠償。我認為，民事絕對要處理，但非過失的部分，也一定要好好處理。醫療糾紛如果不能減少，五大科再怎麼樣，都沒有用。

三、有關轉診，「看病難、看病貴」是大陸現在最為人詬病的問題，但很不幸，未來台灣也會走向此途，看病將比大陸更難、更貴。大陸正在改善此問題，而我們卻走向「看病難、看病貴」，最近聽說，為了五大科皆空問題，要削減家醫科的容額，這是錯誤的。大陸為何轉診做不好？因為跟台灣 30 年前一樣，基層醫師若水準不夠，一直講轉診沒有用，病人為了看好病，就會往大醫院走。當普通的病在診所都看不到時，當然就會往大醫院去，雖然浪費交通時間，但寧願選擇看診一次就好的大醫院，去隔壁看診 10 次有什麼用，因都不會好。

四、台灣家醫科這十幾年來，不管是一般科、其他科轉的，或家醫科本身出來的醫師，在基層都做得很好。坦白講，台灣的基層值得驕傲，很多人就在隔壁診所看病，根本不願意去大醫院，而且健保也做得很好，不管是在大醫院或小醫院，只要有 Facility(設備)、Ability(能力)做手術，健保支付一樣的費用。所以，在診所做胃鏡與在台大醫院做胃鏡，支付相同費用，這值得我們驕傲，也是應繼續做的事。我的意思是，台灣的基層醫師很好，若捨去家醫科期望扭轉成五大科就可改

善百姓就醫需求是不對的，好像認為家醫科沒什麼用，我認為需要注意，因為本身經營醫院所以十分了解。我醫院所有大科的醫師，都會留在醫院執業，包括內、外、婦、兒科，因為設備及病人嚴重度的關係，醫師在大醫院才能發揮。另外，我醫院家醫科收的醫師數，在全台灣第二多，醫師受訓完，全部下鄉去，因為這是他們的職責。我認為，如果要解決五大皆空問題，要注意到，五大科是為了留在醫院執業，而家醫科是要下鄉執業。若一直要醫師往五大科，最後，五大科留不住人，也沒人下鄉，都去做醫療美容，情況會很糟。

五、台灣層級醫院的角色，其實沒那麼複雜，偏遠地區要處理的，就是急、重症，因為台灣很小，交通方便，沒那麼大的問題；如果不是急、重症，尤其是急症，要去其他地方就診也很方便，不用花那麼多精神。最主要是急症，一定要讓急症，會死人的急症，馬上有人 take over(處理)。接下來要解決的部分，是轉診系統，一個是交通工具，另一個是醫院肯收病人，這些如果能解決，台灣的醫療就沒有那麼嚴重的問題。有關五大科，各醫院的角色，請解決偏遠地區急症的問題。再強調一下，要能有地方接受、判斷是急症，以及交通工具和後段要接收的醫院有著落，就都 ok 了！

鄭主任委員守夏

請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

- 一、非常感謝衛福部明智的抉擇，找從偏遠地區雲林縣鄉下來的人當公正人士。剛才各位的發言，我都很仔細聽，都有道理。
- 二、針對轉診問題，我從擔任費協會委員第 1 年起，就非常重視其制度。醫療沒有分級轉診，只有櫃台轉診，也就是沒有落實轉診。像雲林縣沒有正子攝影設備，表示其沒有醫學中

心。以前雲林縣的人看病，須到嘉義長庚醫院，早上搭 6 點的車過去，8 點掛號看醫師。雲林縣人很可憐，台大醫院雲林分院只有核磁共振，至今尚無正子攝影儀器，比嘉義長庚醫院還落後。偏遠地區雲林縣 70 幾萬民眾，也要繳健保費，所以，應正視未落實分級轉診的問題。最近希望健保署能做醫院垂直整合，但好像要做不做。垂直整合怎麼做，就是請醫學中心的醫師到偏遠地區雲林縣來看診 50 個病人，而不是讓 50 位民眾跑去都會型醫院看病，為何不做？希望健保署重視此問題，不要讓我常常呼籲。

三、剛才有委員提到護理人力，大學畢業後就是護理師，薪水要求高，且第一線護理人員會減少，有關單位應檢討。以前曾說要引進外來護理人員，因為 23 萬領證人員不想做護理工作，嫁到好尪(台語：先生)、簽大家樂或股票賺到錢，不從事護理工作。引進大陸護理人員，也許可讓不去臨床工作的護理人員感到害怕，3 年不執業，就取消證照，她們就會乖乖地回到職場執業。

四、急、重症的問題，急診病患 24 小時應上轉或下轉。簡報第 30 頁，「急診病患滯留超過 24 小時占急診總人次比率」台中榮總占 17%，現在民眾很怕死，醫學中心即使沒床，也甘願待在急診室，而社區醫院卻沒有病人。醫界也要注意，判斷病人離開醫學中心沒問題，就趕快下轉到區域醫院，否則，急診室很吵，陪病家屬也很辛苦，本來 1 人生病，變 2 人都生病，這個問題需要解決。

鄭主任委員守夏

請王副司長宗曦針對需澄清部分，簡要回應與說明。

王副司長宗曦

一、感謝各位委員提出很多指教，收獲非常多，謝謝！

二、由於議題非常多，我簡單回應。

- (一)各位委員都很關心醫療糾紛與執業環境的問題。謝委員天仁提到民事完全免責部分，在行政院曾與法務部討論過，制定醫療糾紛處理及醫療事故補償法是個契機，納入很多醫院責任，程序上也有調節機制，讓民眾在第一時間獲得救濟，可紓解訟源，對民眾來說，也是權益的保障。鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件救濟試辦計畫，從去(101)年10月1日試辦至今一年半，並從去(101)年1月1日開始追溯，所以，將前(100)年與去(101)年案件比較，我們由婦產科醫學會報及產科基層診所案件，訴訟比例確實大幅減少。若法能通過，是改善醫療執業環境的契機。
- (二)張委員煥禎及陳委員錦煌所關心急症處理的問題，一直是醫事司工作重點中的重點，雖然無法有全面轉診機制，但在緊急醫療部分，有緊急醫療救護法，已經對醫院分級。在此特別向陳委員錦煌報告，台大醫院雲林分院剛剛通過重度級急救責任醫院，相當於醫學中心急診的能力。急、重症醫療照護的配合網絡有 25 包，雖然錢給得非常少，1 家醫院 1 年只有 30 幾萬元，要做非常多事，包括個案登錄，可讓我們分析轉診個案的適當性。透過醫院重度、中度急救能力的分級，分成 6 個章節，看腦中風、冠心病、高危險妊娠、兒科、重大外傷之處理能力如何，透過能力分級去轉診，一包一包的照護網絡配合能力分級，也許可以從緊急醫療部分先做轉診，而不是透過健保支付制度，因為健保要求民眾輕病到基層看病，某程度疾病才能到醫學中心，對民眾來說，也會有些困擾，阻力相當大。
- (三)有關醫事人力，五大科缺醫、旅外醫師延攬的問題。醫事人力一直是公共衛生學門很重要的學類，到底多少醫事人力才是足夠？應大量培養醫師，或有規劃地培養醫師，在很多文獻都有探討。大量培養醫師，讓醫師以量制價，有很多副作用，例如：很多不必要醫療，對民眾而言，不見

得是好事，還會對醫療體系發展，或民眾醫療權益產生很大影響，所以，國際潮流還是認為，醫師人數應有計畫性地規劃與培育，因為醫師培養過程，長達 10 年以上，包含臨床訓練，需耗費非常多資源，訓練出來的品質才會好，透過醫師容額限制，導引到相關科別。

(四)有委員提到，醫師應在外科做 10 年之後，才能做醫療美容。對此也有不同論述，因為外科訓練 10 年，正是能力最好、最精華的外科醫師，若在此時允許去做醫療美容，不啻導引這些人去做醫療美容。無論如何，對醫療美容的管理密度，越來越多，包括：認證、教育訓練等。

(五)旅外醫師部分，於研擬策略時，已有很多討論。所列國家的醫師表達有意願回國，其實是鮭魚返鄉。當年出國潮的那一波醫師，現已到退休年齡，他們願意回來，基本上，都已具有醫師執照，並無要求再考執照的問題。有計畫的認可其在國外的專科訓練，不須再當住院醫師，就可在國內從事婦產科醫療服務，健保並予給付。至於其他未達退休階段，在外正值醫療壯年期，若要回國，則與國內畢業生一樣，還是要經國家考試，畢竟在國外，用的語言、病名、藥名、接觸的病人都是英語，所以，還是得經過醫師國家考試。都是基本考試，對醫師而言，通過醫師國考並不困難。

(六)有關何委員語建議，每位醫師都應有 3 年外科訓練，向委員報告，PGY(Post Graduate Year，畢業後一般醫學教育訓練)其實已融入內、外、婦、兒基礎科別。過去，醫學生畢業後不需再訓練，但從 93 年、94 年開始，即要求至少半年的五大科訓練，現在更要求有 1 年訓練，未來，108 年時，可能改為 2 年，與委員建議的 3 年基礎訓練，已非常接近。

(七)在醫療機構網絡建置中，社區醫院之角色及功能為何？其

實社區醫院是可發揮社區功能的醫院，並不侷限於地區醫院，也可能是區域醫院。醫事司 12 項策略的各項計畫，包含偏鄉急救責任醫院、獎勵計畫，並無排除社區型醫院。我請教過健保署，有關「家庭醫師及診所以病人為中心整合照護計畫」，並沒有排除社區醫院，或許是誘因不足。之後會再加強宣導，包括：提升急性後期照護品質試辦計畫或急、重症醫療照護網絡計畫，都納含各層級醫院。

(八)有關衛生所是否能發揮平台角色讓各科都進入，據觀察，衛生所在偏鄉的角色比過去更重，但在都會區的衛生所，則已經不同，像台北市的衛生所，幾乎已去功能化，由市立醫院取代。都會型及偏鄉型的角色功能不同，所以各有不同的賦能。

三、今天非常感謝各位委員提供意見，會帶回相關意見，轉請其他相關單位參考。

鄭主任委員守夏

本案是邀請醫事司做報告，不再討論，各委員若有需要，可以書面意見表達。

張委員煥禎

剛才有個問題很重要，但醫事司沒回答，考量委員可能要面對很多事，所以再補充說明。雲林縣是否需要醫學中心？剛才提到正子質子治療或特別的照顧，沒有醫學中心就不能做？我認為解決雲林地區的醫療，只要加強基層診所功能，便可以解決 60% 以上的問題。若地區醫院功能再加強，可以解決 80% 問題；再有 1 至 2 個很好的區域醫院，可以解決 95% 問題。至於剩下 3% 至 5% 的問題，去台中或彰化的醫院看病，很方便。若在雲林縣設醫學中心，會造成很多醫師、器材的浪費，醫師也不願意去，並不是說雲林縣不重要，而是很重要，但要如何解決？可以在雲林縣民眾有需要轉到醫學中心就診時，在費用上給予補助，因為去台中的醫學中心看病很近，從雲林縣去看病大約 1 小時。所以，建議副

司長給委員一個概念，不是每個地方都要有醫學中心，但雲林縣須要有能處理急、重症的場所，這點很重要。

鄭主任委員守夏

本案時間已超出甚多，應結束了。

謝委員武吉

建議醫事司，急、重症醫療照護網絡部分，要和消防署討論，因為消防署遇到急、重症，即使旁邊就有醫院，還是用救護車送到指定的醫院，依照緊急照護辦法，這是不對的做法。

鄭主任委員守夏

謝謝所有委員的詢問，也感謝王副司長蒞會說明。接下來照剛才議程確認時所立原則進行會議。

干委員文男

主席，我認為每個報告案都很重要，所有委員就是關心某個問題才會提出很多詢問，不要減少各案的時間或更改順序，延後沒關係，但不要一直變，為了時間而省略，會讓人覺得沒發揮監督功能。我一直很納悶，本來每個月健保業務報告，改為1月、4月、7月、10月報告，若連報告案都省略，健保會委員來開會只是聽一聽、講一講，就回去嗎？該開會就依照議程進行，預計到下午4點就到下午4點。來就是要開會，不然做什麼？不要為了節省時間而趕，委員就是認為重要才提出很多詢問。

鄭主任委員守夏

一、我認同每個專案報告的議題，都非常重要，而且是很大的問題，但是，各位委員聽完報告，覺得有解決問題嗎？甚至想了解的部分，還不一定能得到答案。我剛才跟柯執行秘書桂女討論，也許健保會以後可邀請學者，花點時間把想了解的部分，與報告人溝通後，再進行專案報告會較有意義。

二、壓縮的時間，是大家的時間，而且，很多討論案都是健保會的法定任務，不做不行，因此，寧可趁大部分委員都在，精

神也好的時候，先討論重要事項，例如：協商議題。我知道干委員文男一向認為，不能偏廢監理功能，但是，像今日會議，已有多位委員表示，下午幾點有事要先離開。因為每個專案報告都超過 1 小時，為了討論案進行時，大家儘量出席比較好，所以將專案報告移到討論案之後，亦即，把我們該負的法定責任部分，移到前面討論。

三、35 位委員，幾乎都有重要的事職，一天不只開一個會，是很常見的事，所以不敢要求大家，一定要全程參與會議。今天雖然已請大家預留時間到下午 4 點，但很擔心到下午 4 點還沒辦法結束。為了儘可能符合議事規範，仍如剛才所述，將專題報告留到下午進行。以後，由健保會邀請專家學者，先針對議題提供意見，以利議題在會場討論時，有更確切的資料讓大家了解及運用。

楊委員芸蘋

主席，建議以後開會，儘量不要變更議程，假如像主委剛才所說，專題報告放在討論案後面，應該之前先安排，不要隨時變更。其實，很多人都想趕快開完，不過，既然來開會，希望大家都尊重會議，不要覺得案子不重要就先離開，建議大家都盡責，開完會再走。

鄭主任委員守夏

謝謝！了解。因為今日討論事項第一案至第五案都是這個月需完成的法定職責，所以，才有變更議程的想法。以後，安排議程時，就將專案報告排在後面。



參、報告事項第六案「中央健康保險署『102年10月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

照本會議定事項，本月份提供健保業務執行報告書面資料供參，不進行口頭報告。請問委員有無詢問？

謝委員天仁

目前正試辦藥品支出目標計畫，但計畫執行後，卻發現本年度上半年藥費成長的情況有點失控，請說明藥費成長的情形。

鄭主任委員守夏

請健保署說明。

蔡副署長魯

有關謝委員天仁關心今年藥費成長情形，成長率大約 7-8%，請同仁將相關資料，提供謝委員天仁參考。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

請問這個資料看看就好嗎？

鄭主任委員守夏

幕僚已於一週前，將書面資料寄送委員參考，委員現在可以針對書面內容提問。

干委員文男

一、政府欠費還款，這幾個月似乎沒有進展，是否沒去執行？或是繳費的時間還沒到？前幾次會議，曾要求健保署在每月的業務執行報告中，應列當月份的執行業務重點，這樣委員才能知道相關事項，下次的報告請提供相關內容。

二、最近，所有職業工會都接到健保署行政補助費變更規定的公文，每年都變更規定，造成公會很大的紛擾，建議健保署不

要每年都變更相關規定。今天議案這麼多，我可以針對這個問題質詢半個鐘頭，但不要浪費大家的時間，請健保署針對這個問題，私下向幾位工會的代表委員，說明目前的做法。

鄭主任委員守夏

有關政府欠費的問題，請財務組先回答；工會補助款新規定，請健保署同仁私下向幾位工會代表委員說明。

洪代理組長清榮

本署業務執行報告第 11 頁有關地方政府欠費，現在政府欠費 440 億元，這部分各地政府都會提出還款計畫，通常分上半年與下半年撥款，所以，會有幾個月無變化情形，到年底各地方政府將按照年度結算，明年初即會呈現減少的情形。

鄭主任委員守夏

謝謝！這樣很清楚。請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、呼應剛才干委員文男所提的意見。目前在工會常被罵，職業工會幫健保署解決很多問題，甚至收繳率超過 90 %，是 6 類中的第 1 名。
- 二、業務執行報告第 18 頁未繳保險費問題，6 年將近 400 多億元，需要各方面配合處理。職業工會需要直接跟會員接洽，400 多億元平均下來，一年須處理 60 多億元，但行政補助款卻很少，在這樣的補助之下，很多的要求不合理，請健保署說明。

楊委員芸蘋

呼應干委員文男及林委員錫維的意見。我們都是職業工會的團體，會極力配合健保署的業務，若有新的政策，請儘早告知，不要文一到就馬上要執行。因為工會團體為數不少，若要馬上執行政策，相對比較困難，希望健保署站在關注勞工團體的立場考量，並能私下說明。

鄭主任委員守夏

謝謝前面三位委員的意見，特別要謝謝干委員文男，因為時間有限，不要求在會上說明，請健保署儘快準備相關資料，向 5 位勞工代表委員說明。請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

我雖然是公正人士，但也是台灣總工會秘書長。

鄭主任委員守夏

現在你屬於公正人士。

陳委員錦煌

剛才幾位付費者委員都提到行政補助款的問題，健保署連區區的油資 25 元都要計較，這樣很令人反感，又沒有多少錢。現在健保收入不是有盈餘？干委員文男提到行政補助費的問題，現在正鬧得沸沸揚揚，台灣總工會行文說要抗爭，因為我是公正人士，所以不敢抗爭。在這平台上，請健保署能多給工會一點補助款辦事，希望能好好解決這個問題。

鄭主任委員守夏

請蔡副署長魯。

蔡副署長魯

非常謝謝各職業工會團體的幫忙！有關行政補助款的問題，因為陳委員錦煌提及健保財務現在有盈餘，但這與行政費是不同的，行政費屬於公務預算，須經立法院審查通過後才能執行，補助款與健保費的盈餘無關。有關行政補助款的撥付，仍以相關規定辦理為宜。

鄭主任委員守夏

- 一、請健保署準備相關資料，私下向幾位勞工代表委員說明。
- 二、程序問題，請問委員中午用餐要稍微休息？或是一邊開會一邊用餐？

陳委員錦煌

請給我們休息用餐。

鄭主任委員守夏

請各位委員休息 10 分鐘用餐，並請健保署同仁利用這個時間，向勞工代表委員說明。休息過後，將進入討論事項第一案。

肆、討論事項第一案「103年度牙醫門診總額一般服務費用分配案」  
與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

現在進入討論事項，請同仁宣讀第一案。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝宣讀！請牙醫代表黃委員建文說明。

黃委員建文

- 一、牙醫總額部門一般服務的地區預算向來配合衛生署政策，採錢跟著人走的方式分配，於 95 年就達到 100%依各地區校正人口風險對象人數分配，相對單純，但仍需要微調。
- 二、103 年會由牙醫門診總額一般服務預算撥出一些經費，分配如下：第一，移撥 2 億元，用於保障巡迴醫師執行「醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用」方案之點值。第二，對有些醫療資源不足地區，例如，台北區的宜蘭或是中區的南投，有些鄉鎮一個醫師要服務上萬個人，這些地方要微調，所以，由一般服務預算移撥 0.5 億元，用於「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」。第三，健保會的委員非常重視民眾牙周病的統合照護，所以，也移撥 0.781 億元用於「牙周病統合照護計畫之牙周病統合性治療第三階段給付費用」。這樣的分配，希望可以得到各位委員的支持。

鄭主任委員守夏

謝謝黃委員建文！因為牙醫總額部門有很強的內部共識，幕僚同仁也建議尊重牙醫界的做法。另外，牙周病統合治療第三階段費用的實際執行，請健保署與牙醫總額部門擬訂比較詳細的方案。請蔡委員登順。

蔡委員登順

尊重牙醫總額部門與健保署的協定，建議品質保證保留款對提升品質，要適時獎勵；有些品質做得不好，或是不正常的醫療巡迴，需加以管控。這幾年，牙醫總額部門在總額執行成果評核會議上，歷來都至少得到優等，這經費皆滾入基期累計成長，建議要妥善運用。

鄭主任委員守夏

黃委員建文有無回應？

黃委員建文

謝謝蔡委員登順的指正！有關委員建議品質保證保留款能夠用於提升醫療品質，會繼續在這方面努力。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

牙醫總額部門在整個醫療資源缺乏地區，向來都做得非常好，建議在重大身心障礙的口腔保健醫療方面，能夠提高就診率及加強服務的推動。

鄭主任委員守夏

請牙醫部門儘量努力做，因為本來就有相關的計畫，應考量能否再增加人力、設施等。本案照案通過。

伍、討論事項第二案「103年度中醫門診總額一般服務費用分配案」  
與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀，請中醫代表何委員永成說明。

何委員永成

- 一、103 年度中醫總額部門一般服務預算分配，我們內部已經過兩次的會議討論，且將共識行文衛福部。我們也希望錢都跟著人走，但最大問題是台中的中醫師數比較多，所以，如果完全不考慮其他的因素校正，可能中區點值會降很低。這個制度從 89 年推動至現在，中區的醫師數成長率已經慢慢下降，而高屏區醫師數，也慢慢變多。
- 二、我們是按照「中醫門診醫療服務審查執行會第八次會議」及 10 月 24 日「中醫門診地區預算分配研議小組」第三次會議決議辦理，103 年一般服務地區分配已獲得六區的共識：
  - (一)「95 年第 4 季至 98 年第 3 季之五分區實際預算占率」分配，由 78%調整為 74%。
  - (二)「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」，由 5%提升至 9%。
  - (三)其餘參數及占率比照 102 年，這次分配比較有爭議的是北區，按照議程資料第 96 頁表 1-2，103 年度依不同「戶籍人口數占率」比率分配之各區預算估計值，「戶籍人口數占率」為 6%時，北區成長率最高為 3.025%，這樣對北區未來預算分配會有挹注的效果。綜合地區預算相關會議結論，以及各界反映的意見，請各位委員支持這樣的分配。

鄭主任委員守夏

- 一、請各位委員參閱議程資料第 95、96 頁，尤其第 96 頁是較重要的數據。以前在費協會，希望 R 值(各地區校正人口風險後保險對象人數)可以慢慢往前進，就是錢跟著人走，現在中醫部門已有一點共識，請問委員有無意見？
- 二、議程資料第 85 頁，左下角有幾個參數，是 102 年預算分配參數及其占率。103 年擬議的參數比照 102 年，但各區實際收入預算占率，由 78%調降為 74%，各區戶籍人口數占率維持 6%。議程資料第 96 頁表 1-2，呈現「戶籍人口數占率」為 6%或 7%時的試算資料。另外，各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率，由 5%調高為 9%，其他沒有變化。有無委員要表示意見？請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、95 年我進入費協會遇到的第一件事情，就是 R 值(依區域人口結構應給的錢)與 S 值(總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用)問題，R 值要怎樣往前進，無論如何一定要往前進。當時希望 7、8 年後，R 值可以由 0%進到 100%。R 值就是類似非協商因素，因為人口老化、人口增加所要給的錢，所以，理論上 R 值應該要進到 100%。
- 二、S 值就是遷就現實，以前醫學中心都在台北，所以民眾都須到台北來看病，如果 100%遷就現實，則台北繼續蓋醫學中心，全台灣的人都需要來台北看病，所以政府希望 R 值要大一點，不希望 S 值太大。牙醫以 8 年的時間，將 R 值推進到 100%，照區域人口結構給錢。無論如何，R 值一定要往前進。
- 三、我在 95 年時，很擔心全國只分兩區，中醫師會集中到都會區。請看議程資料第 98 頁，表 3 歷年中醫門診總額各分區中醫師分布情形，當初預言的情形都發生了，中醫師數最多的中區，中醫師數沒有減少，反而成長率最高。
- 四、如果不管 R 值而讓院所大家自由發展，醫學中心還是會繼續



在台北市擴床，所以，希望錢跟著人口走。牙醫總額部門因為錢跟著人口走，發現北區因民眾就醫不便，使用沒那麼多，所以點值很不錯，很多牙醫師從天母、內湖跑到北區開業，北區民眾就不用跨區來台北就醫，如果是希望醫師流動，而非病人流動，應該鼓勵 100% 往 R 值方向走。請問中醫總額部門 R 值多少？花了幾年的時間？

何委員永成

R 值是 6%，花 4 年的時間。

吳委員肖琪

89 年開始實施中醫門診總額，至今已經 13 年，如果 95 年那時將達到 R 值 100% 的期程，由 7 年放寬為 10 年，10 年期間要從 0% 走到 100%，1 年至少要前進 10%，現在已走了 13 年，只到 6%，請問要怎麼辦？請參閱議程資料第 98 頁，表 4 歷年中醫門診總額各分區每萬人口中醫師數，中區的醫師人數最多，89 年至 94 年每萬人口醫師數的變化，台北、北區、中區增加數為 0.38、0.37、0.48，但在 96 年，全國分為東區及非東區等兩區之後，中區的情況更惡化，增加 0.54，仍是各區之冠；第 2 名是東區，因分區計算，所以東區醫師數會增加。這是 95 年我進入費協會遇到的第一個問題，所以印象特別深刻。若仍讓 S 值那麼大，醫師還是集中在台中及台北，對民眾而言，不是件好事，我相信，大家希望雲林及屏東地區也有中醫師，而非集中在大都會地區。這點希望提醒大家，請問我們的進度為何？我們不可能停在 6% 不動。

鄭主任委員守夏

其他委員有無意見？請蔡委員登順。

蔡委員登順

總額協商的預算是經過多方努力才有共識。中醫部門地區預算依年度協商總額所做分配，是與健保署協商所達成的共識，對東區並提出 2.22% 占率的特別保障。尊重你們與健保署議定後的版

本。

鄭主任委員守夏

健保署有無意見？

李專門委員純馥

原則上希望 R 值能做調整，但過去均尊重其內部共識，若健保會有決議，我們會在總額研商議事會議表達。其次，基期部分是否需配合調整？目前基期採 95 至 98 年，建議應酌予調整反映較近期的數字。

鄭主任委員守夏

- 一、其他委員是否有意見？我的看法和吳委員肖琪一樣，當時我擔任費協會主委第 2 年，是半強迫每個總額部門都要提高 R 值。牙醫比較配合，其內部共識較強，很快就達成；但相較於西醫基層及醫院，中醫進度非常緩慢，過去 4 年數字沒有什麼改變，甚至是變壞。個人認為，至少應讓中醫內部知道 R 值應該提高。各位可以參閱議程第 96 頁，分別以 6% 及 7% 的 R 值試算，中醫內部也有試算過。北區歷來是人口增加最多的地方，但包括醫院及西醫基層，均未增加其總額分配，這對病患不公平。
- 二、民眾同樣都繳保費，因此，應盡可能讓 R 值達到 100%，但因中醫較特別，有太多中醫師在中區執業，調整幅度未拿捏好，那些醫師會受不了，但對民眾而言，這樣不好。如果政策方向明確，建議能微幅調升，若一下增加到 10%，他們可能跳腳，但經過試算，7% 應可接受。R 值增加 1% 的影響不大，但傳達的訊息是，R 值不能不動，在政策上有宣示效果。
- 三、建議站在民眾立場，對 R 值微幅調升，因為不論是北區或南區民眾，都一樣繳保費。中區民眾的中醫利用率，高於全國平均值 50% 至 60%，變成是大家多繳錢，讓中區民眾多利

用，同時也會吸引更多的中醫師在中部開業。我認為 R 值需漸進緩慢調整，但方向不能改變，也不能停止不動，請蔡委員登順。

### 蔡委員登順

我在費協會也很多年，一進來也是討論 R 值與 S 值的問題，吳委員肖琪講得也對。不過如果要提高 R 值，大都會的資源會越來越豐富，因為在一般大都會就業比較容易，而偏鄉窮縣，如台東、花蓮及雲林等農業縣就業不易，青壯年人口大多往都會區移動，留下的多是老弱婦孺，看病次數會提高。所以，錢跟著人走，戶籍遷入大都市，健保資源就隨同轉入，鄉下地方資源更形不足，所以應重新考量。十多年來都以錢跟著人走為政策，方向沒錯，但我強調的是，偏鄉地方要特別照顧，否則一直走下去，窮縣越窮，大都會醫療資源氾濫，變成更不平均。這項政策，有檢討的必要。

### 鄭主任委員守夏

- 一、說明一下，地區預算分至 6 區，各區都有其共管會議，是固定金額分配下去。年輕人在都會工作、看病，若是在雲林或花蓮等偏鄉繳保費，應有 7% 分至偏鄉，但現在僅 6%，所以比率要提高。到台北工作、看病，是雲林或花蓮的經費要撥給台北；若是在台北投保的人，到雲林看病，是台北分區的錢要補到當地去。各區是錢跟著人跑，不成問題。
- 二、我們現在討論的是，要分給 6 區多少錢？若 R 值都不動，對於都會區的醫療人員有利，到都會開業就不用擔心，因為，今年使用量越大，明年分配在這區的錢就越多，中區目前約 70% 是這種分法，所以，其比例要降低；當地人口占率要提高，才會將錢分到偏鄉去。所以，蔡委員登順前段發言是對的；後段說年輕人多到都市去，所以錢跟著人跑去都市與地區預算的原意不符。S 值占率高的分配對偏鄉民眾而言，同樣繳保費，但利用少，反而對都會區有利。蔡委員登順可

能忘了，跨區就醫經費，是會回補的。

蔡委員登順

我和主席所談的不大一樣。原在東區投保，因就業將戶籍遷至北區，資源就移至北區，這種類型的青壯人口占多數，工作地點改變，並將戶籍遷移，所以，錢是落在北區。偏鄉地區留下來的，不是老的就是少的，身體狀況都較差，醫療頻率會提高。所謂錢跟著人走，因各區點值高低不同，建議跨區醫療採平均點值。

鄭主任委員守夏

這要分兩部分，東區的點值一向都大於 1，是鼓勵更多醫師過去開業，這樣對民眾有利。

蔡委員登順

東區點值，在中醫及牙醫及西醫基層為鼓勵醫師下鄉服務，所以有給東區某程度的保障，唯獨醫院沒禮遇東區，所以點值較低。

鄭主任委員守夏

醫院部門稍後再做討論。跨區就醫回補的點值差異，各區一直沒有共識，這是健保署可以再努力的地方。蔡委員登順建議採平均點值，這屬於執行面問題，請健保署與 4 個總額部門討論，我們還是回到分區預算的公式如何訂定。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

關於 R 值，大家會有個迷思，過去為說明維持 65% 比 35% 的必要性時，都用簡報說明，但今年我沒有準備，因為已是老生常談。錢跟著人走，是跟著投保人口、就醫人口、居住人口或戶籍人口走？其實很有問題。稍後談到西醫基層總額時，在議程資料第 108 頁會發現，錢跟著人走，出了大問題。這公式若要繼續往前進，必須好好檢討，以後才能據以實行。

陳委員錦煌

雲林縣樣樣都可憐，四湖鄉及口湖鄉中醫診所非常少，比國術館

還要少。剛才吳委員肖琪提到，中區中醫師成長率很高，雲林縣台西鄉及口湖鄉人車稀少，加上沒有工作機會，幸好還有高污染的六輕，不然就糟了。以花東地區為例，在我擔任委員的第 1 年，就分配 2.2%，約 4 億多元，若無誘因，誰要到花東地區開診所。希望在點值分配上，雲林縣也應比照花東，算是偏鄉地區，雲林縣的點值如果高於 1 點 1 元，相信會有中醫師願搬到口湖鄉或四湖鄉開業。我希望人口平均發展、看病方便，如此而已。

鄭主任委員守夏

依照陳委員錦煌的建議，如果大家同意，在議程資料第 86 頁的「偏鄉人口預算分配調升機制 1%」應予提高。

干委員文男

我認為在提改革建議時，應視各部門內部的需求，不要造成他們的困擾，又引起民眾不滿，這是最不智的事。先求各部門內部的共識，再進而要求他們自律。北部醫院點值大於東部，但西醫基層則是大都會補貼偏鄉，例如台北的點值是 0.9，花蓮是 1.1，跨區就診時，台北還要補貼 0.2 給東區，基層醫師反映，這是不公平的制度要改。讓部門自己先求一個共識，我們做裁決就好，何必為此傷腦筋。我們一直想要指導，但除非有誘因，否則順了姑心，逆了嫂意，不必為此煩惱太多，讓其內部自行討論，取得共識。

陳委員錦煌

總而言之，要照顧偏遠地區的民眾。我們雲林縣不算偏遠地區嗎？鄉下的醫師，沒有病患就得關門，沒有點值誘因，怎會有人去開業？

吳委員肖琪

一、報告干委員文男，若每縣市點值都一樣，醫師不會流動，一定是留在都會區，所以，必須讓不同地區點值有差異。花東地區點值較高，是為了吸引醫師前往開業。錢要跟著人口

走，這樣才能照顧偏鄉，舉例而言，若雲林以人口、性別、年齡等非協商因素來看，應拿到 1,000 萬元，當地的民眾因孩子出外工作，就醫困難，只用到 500 萬點，如果我們都不管的話，就是那 500 萬點，可是因其換算點值 1 點 2 元較高，就會有醫師願意從台中到雲林開業，讓民眾就近就醫，而不必跑到台中都會區。

二、我沒有參與當年錢跟著人走的規劃，但我認為這樣的規劃，是希望由政策引導醫師到醫療資源較少的區域執業。目前只希望中醫能從 6% 往前進步到 10%，而非奢望目標到 100%，牙醫以 8 年進到 100%，目前中醫卻經過 13 年，只進步到 6%。即使中區的中醫師人力很豐富，但大多集中在台中市，所以，要讓醫師流動的話，理論上，不是分 6 區，而是要依 22 縣市分區，才會有人願意去花東或雲林。所以 R 值一定要進步，才是真正幫助農業縣或偏鄉民眾，讓偏鄉民眾不用那麼辛苦到都會區就醫，而可以在當地就醫，因為醫師願意流動到醫療資源相對較缺乏地區從事醫療工作，以獲得較高的點值。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

一、主席、各位委員，今天本會再來討論分配的部分，是權責所在，無庸置疑。可是我們在總額協商時，並沒有提出這項意見，所以應尊重中醫內部開會已達成的分配共識。今年有很大的變動，就是第 3 項「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」由原來的 5% 改為 9%；「95 年第 4 季至 98 年第 3 季之五分區實際預算占率」從 78% 降為 74%。今天討論的重點，包括吳委員肖琪所講的，都非常正確，可是我們在上次總額協商時，忘記做成附帶決議，所以，現在他們已經做成了內部共識。至於偏鄉中醫師的開業，他們另有補助

計畫，就是保障中醫師到偏鄉設立診所兩年內的所得。

二、我很贊成中醫師公會全聯會所提出的分配方式，至少其內部已達成共識。若要提高戶籍人口數的占率，我建議本會今天做成決議，到 104 年中醫提出分配時，該項占率要提高。因為去年的占率也沒變，至於明年，我認為應該可以提高，事先讓中醫內部去討論以取得共識，這樣比較恰當。我認為，中醫至少在今年各區收入預算占率降低，各區每人分區就醫次數之權值占率提高，也是有點輔助朝人口數就醫分配的方向走，4%的差距也是滿高的。我比較支持今天做成附帶決議，104 年各區戶籍人口占率，一定要高於 6%，這樣比較有助於本案的通過。

鄭主任委員守夏

現在是決定明年各分區的分配，但不宜決定後年的。醫界內部有共識是一回事，如果我們都很支持，那就通過；如果雙方有不同意見，就在今天決定。今天決定如何就是如何，這是我們的權限。

何委員語

因為今年大家是第一次擔任健保會委員，有很多事情並不清楚。如果吳委員肖琪能提早在今年 1 月份就提醒所有委員，讓我們了解這件事，就可適時提出。我們今年是第一年當健保會委員，過去決定的事情，很多委員真的不清楚。何委員永成也才剛接任理事長，不知人口數占率要求提高，因本會才開始第一年運作，許多事尚待建立。

鄭主任委員守夏

請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

一、向各位委員報告，本案由本會決定而非醫界，在 95 年我擔任費協會委員之前就一直是如此，分區預算並非 1 月份議題，

而是向來在協商完總額後才討論的，所以排在今天的會議來議決，是否同意他們維持原比率。平心而論，醫院部門我不敢說，但基層診所都應該是 R 值往 100% 的方向走，才能讓農業縣被照顧到。個人希望，「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」增加的 4%，挪到「各區去年同期戶籍人口數占率」，使從 6% 增加至 10%，經過 13 年，至少達成 10 分之 1，應是個方向。

二、雖然有些人是第一次擔任委員，很不好意思，但仍要誠實地說，我在 95 年擔任委員時就預言，全國分為兩區，會使中醫師分佈情況惡化，今天的數據證明我是對的，不僅惡化，而且很嚴重。若不在本會的第一年開始作改變，以後會更辛苦，所以，我是誠心地建議，6% 可以往 10% 前進。也就是過了 13 年，走 10 分之 1，我們願意花 130 年，將它走完。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

我贊同何委員的看法，在協商之前，未先講清楚，就應尊重部門內所協調出來的結果。我不反對提高比率，讓他們有進步的機會，但健保署或本會應事先講清楚，若有違反，再加以糾正。何委員永成剛接任理事長，退回重議於心何忍？我不反對錢跟著人走，但政府的政策應講清楚。

吳委員肖琪

費用協商是在 9 月份，依據行政院通過的大總額，決定各部門總額。至於 6 區分配，是在 10 月至 12 月討論，不須在 9 月之前討論。這樣的運作已經十多年了，醫界及費協會歷任委員都很清楚。

鄭主任委員守夏

請何委員永成。



## 何委員永成

- 一、主席、各位委員，感謝吳委員肖琪、干委員文男的指教與支持。何委員語有參加中醫的協商會議，他也幫忙我答復陳委員錦煌的問題。因為我們在協商會議上也討論到，要用巡迴醫療的方式，及鼓勵醫師到偏遠地區開業，所以會轉達請中醫師以後儘量到雲林及偏鄉開業，改善當地的就醫情況。向各位委員報告，我們內部花了很多時間及討論這個問題，在前幾年，我們也配合錢跟著人走，從 10%到 25%，之後遇到瓶頸。
- 二、我當高雄市中醫師公會理事長時，時任健保局中區分局經理的蔡淑鈴主秘，就告訴我們，這樣下去不出幾年，中區的點值就會降到 0.5。各位可以看到，今年第 1 季，中區的點值僅剩 0.82，高屏區還有 0.89，如果再提升人口占率，中區會降到 0.8 以下，落差將更大。我擔任理事長之後，花了很多精神，設計規劃人口占率 6%、基期從 78%調至 74%，讓北區成長率達到 3.02%。
- 三、這些錢是從高屏區切出來的，高屏的成長是最少，我拜託他們，現在我當理事長，為求和諧，請大家犧牲一點。為使錢跟著就醫人口走，所以，將「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」從 5%提升到 9%，這樣對北區的幫助是最直接明顯。這些錢最大的比例，來自高屏區，其次是中區，為了內部和諧，我身為理事長，請高屏區犧牲一些，這樣才能擺平。否則，按照這種方式，中區點值下降太多的話，我明年還是沒辦法談成，回去吵吵鬧鬧，仍然沒有結果。拜託各位委員支持我，我花了很多心血，是割高屏區的資源給北區，才能圓滿處理。謝謝！

## 鄭主任委員守夏

- 一、看來中醫師公會全聯會的意見獲得支持，基本上，在討論時，居然看到學者專家的意見和付費者不同，是比較少見。

- 二、如果大家同意中醫師公會全聯會的方案，則今年就予尊重。  
剛才何委員語提到，是否現在就決定提升明年人口占率？
- 三、另外，陳委員錦煌也提到，保障偏遠地區的 1%，希望明年能提升，並與健保署討論擴大偏遠地區的定義範圍。如果大家有共識，而且明年何委員永成也有機會事前溝通，那麼，就做成「各區戶籍人口數占率」及「偏鄉人口預算分配調升機制」，明年應調高的附帶決議。

#### 何委員語

我對專家學者都非常尊敬，包括吳委員肖琪。但在中醫支付標準會議上，健保署未提出戶籍人口數占率要提高，所以，我也不知道此事，但有討論到偏鄉。去年因為鼓勵的結果，中醫師前往開業的鄉鎮，增加了 3 個，口湖鄉及四湖鄉因有一位老醫師過世，所以就沒有中醫師。我建議對偏鄉中醫師開業的補助，從 2 年增加到 3 年，因為創業 3 年維艱，這樣讓中醫師能生根存活下來。今年就照案通過，並作成附帶決議，明年分配時，要將「各區戶籍人口數占率」提高。

#### 鄭主任委員守夏

如果其他委員沒有意見，我們就照中醫師公會全聯會的建議，將今年數據填進去，依序是「各區實際收入預算占率」74%、「各區戶籍人口數占率」6%、「各區每人於各分區就醫次數之權值占率」9%、「各區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差」5%、「各區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率」5%及「偏鄉人口預算分配調升機制」1%。

#### 吳委員肖琪

尊重付費者代表的意見，不過要加但書，請列入會議紀錄。議程第 101 頁，中區平均每人門診點數 96 年是 1,140 點，101 年則為 1,278 點，增加了 138 點，是所有分區中增加最快最多的。我觀察到兩個現象，首先是平均每人門診點數在中區不減反增，而且增

加的最快，增加了 138 點，相對的北區僅增加 76 點；中區的 1,278 點，已經是北區 728 點的 1.6 倍以上。中區的民眾，尤其是台中市的民眾非常幸福，因為台中市的中醫非常多，而且每位民眾就醫的中醫點值又特別地高。所以，如果錢不跟人口走，醫師永遠留在喜歡且熟悉的都會區，希望明年中區平均每人門診點數，絕對要下降。其次，議程資料第 98 頁，中區每萬人口醫師數，96 年 2.95，101 年是 3.49，增加 0.54，也是所有分區中增加最快的，明年中醫師數應控制到不再成長。這一點，拜託何委員永成針對議程資料第 98 頁及第 101 頁的數據，明年可以努力要求改善，否則，今年不改善，明年我會要求加倍奉還。

#### 何委員永成

- 一、謝謝吳委員肖琪的指正！我會繼續努力。但從不同的觀點來看，事實上，台中市的中醫師雖然平均點值較高，但也代表其長久以來在中區發展最多，民眾接受度也最高。因為醫師太多，在台中市開業的中醫師，每月申報的點數是全國最低的。中醫師在高雄可以申請到 30 萬點，在台中市僅有 22 萬點，在台中當臨床醫師是很辛苦的。我認為改變不是明年就能達成，但從數據已看到中區的醫師數成長率已慢慢減低，而高屏區和台北區則慢慢在上升，未來，包括高雄義守大學及花蓮慈濟的學士後中醫系畢業生加入，慢慢地就會形成自然的力量，讓各區中醫師數比較平均。
- 二、誠如吳委員肖琪所述，要錢跟著人走，應採用 22 縣市來作分區，不然以中區為例，中醫師只在台中市偏高；花東點值較高，中醫師數也未成長，因為要考慮小孩唸書及工作，台中市的醫師也不可能去花蓮開業。我們會另外設計鼓勵醫師到偏鄉做巡迴醫療或開業，在上次會議中，我們強烈要求健保署要鼓勵兩年以利生存下來。這些配套方案，我們會強力執行，未來，不僅從經濟及資源上鼓勵到偏鄉開業，還要帶動氣氛。報告陳委員錦煌，我們會按照您的要求儘量來做。

鄭主任委員守夏

希望何委員永成可以繼續努力，大家的共識很明確，希望明年會比今年進步，當然壓力也會更大。

陳委員錦煌

請何委員永成參看議程資料第 95 頁另後二行，偏鄉預算 46.37 百萬元，實際支用僅 6.75 百萬元，對於偏遠地區並未確實關心。請特別注意，總額協商後就要多做輔導。我們雲林人天生較歹命，希望您多多幫忙。

何委員永成

謝謝陳委員錦煌！我也是雲林的女婿，會再向您請教。

鄭主任委員守夏

本案確定。請宣讀第 3 案。

陸、討論事項第三案「103年度西醫基層總額一般服務費用分配案」  
與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

謝謝宣讀！請西醫基層代表陳委員宗獻說明。

陳委員宗獻

- 一、主席、各位委員大家好！西醫基層歷年來都在跟 R 值(各地區校正風險後保險對象人數)及 S 值(西醫基層總額開辦前一年〔89 年〕各地區保險對象實際發生醫療費用)奮鬥，但是困難點在於人口因素到底表達了什麼？向大家報告，我們希望 R 值能維持與往年一樣。請各位參閱議程第 108 頁，表 1-1、103 年度西醫基層總額一般服務地區預算模擬試算表-各分區成長率不微調，有關 SMR（標準化死亡比）及 Trans（西醫基層門診市場占有率）二項校正因子，係以 97-100 年度數值加權計算，4 年數值各為 25%，這次的總額 6 區預算分配會議，只開了 1.5 個小時即達成共識，這是前所未有的。
- 二、議程資料第 108 頁表 1-1，R 值如果維持在 65%，與改為 67%或 69%，一直到 75%時，將產生何種效應？因人口增加部分，以北區最多，南區則是下降，所以可預期的是，如果往上提升，北區分配的成長率會較高，而事實也是如此。假使由 65%提高為 75%，則僅北區由 2.87%增為 5.43%，其他 5 區都下降，尤其東區，會由負 2.69%變成負 4.55%，兩者差距達到 10%，所以，R 值不能再往前推。今年 R 值如果往前推，唯一獲益的北區並沒堅持。
- 三、依據西醫基層所提分配方案，今年原則上優先給東區 4-5%成長率(即從一般服務費用先提撥 1 千萬元予東區)。過去 3 年全國西醫基層醫師數之年成長率約在 2.9%-3%間，近 2 年東區之醫師數成長率，則約在 4%-5%之間。由於近三年特別挹注，使得東區的開業醫師數呈正成長。醫師增加後的服務品質如何，若以東區 102 年第 3 季醫療費用申報為例，案類分

類項下的「支付制度的試辦計畫」之成長率為 11.6%，「慢性病連續處方箋」成長率為 9.99%。由此可知，挹注方案對慢性病、糖尿病等照護計畫的貢獻，是有目共睹的，故請大家支持 R 值與 S 值維持不變。103 年並自一般服務費用提撥 4 億元，做為風險基金，今年的協定成長率約 1.634%，扣掉特殊的婦產科、住院護理照護等項目，成長率剩下不到 1.5%。換言之，已拿了將近 25% 當風險基金，用以保障急重難科別，如果某區之浮動點值低於 0.9 時，就由基金來補足。各區自己只負責管控剩下的 10%，即 0.9 至 1 的中間部分。

- 四、議程資料第 114 頁，表 6-1、96~102 年第 1 季西醫基層總額各季浮動點值分布情形，以台北區為例，101 年第 3 季之點值曾經低到 0.8343，例如因褥瘡或車禍受傷造成的 10 公分-20 公分傷口，支付給外科換藥的點數為 63 點，如再乘以 0.8343，所剩無幾。因此，須給急重科一個預計的停損點，我們提出 4 億元，占協定成長率的比例很高，風險基金可讓這些科別能預計其成本支出，希望大家能予以支持。

#### 鄭主任委員守夏

現在請委員表示意見，西醫基層有提供單張之補充資料，放在各位委員桌上，該資料有比較明確的配套，西醫基層是希望議程上所寫的 R 值、S 值能維持 65%、35% 不變，當浮動點值低於 0.9 時，會微調提高點值。請問委員有無問題？請蔡委員登順。

#### 蔡委員登順

- 一、首先，謝謝陳委員宗獻報告！個人支持西醫基層所提方案，感謝西醫基層特別照顧東區。根據報告顯示，人口占率目前維持 65%，如果往前走到 75%，東區會負成長，這相當嚴重。
- 二、西醫基層之資料顯示，結果與吳委員肖琪所談的似乎不同，R 值、S 值有重新探討的必要。我要強調的是，人口占率越

高，資源就越多；占率越低，資源就越少。健保署也看到這些資料，是否要開個專案會議好好討論？否則會與吳委員肖琪所提不符，人口占率越高，弱勢的縣反而越弱勢。請大家看議程第 108 頁表 1-1，西醫基層提供的資料呈現，人口占率越高，例如東區，當 R 值往前走到 75%，反而會負成長 4.55%，相信他們應有計算依據。但再次強調，R 值與 S 值要重新探討。

鄭主任委員守夏

先讓吳委員肖琪看一下，蔡委員登順支持西醫基層的方案。委員有無其他意見？

吳委員肖琪

東區因為人口少、面積很大，人口密度低，所以大家會加倍鼓勵，提供額外的保障，但西岸沒這個問題。中醫以前的 R 值是 30%，現在退回到 6%，如果我們可以接受，那麼我對西醫基層與醫院的總額分配，無意見。如果中醫的 R 值未由 6% 往前進，就不要去要求西醫基層。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

議程資料第 103 頁，提案說明二、(二)分配事項第二點，提到「標準化死亡比占 10%」，請問死亡有標準化嗎？不清楚這句話的意義，能否解釋一下。

鄭主任委員守夏

一、請了解流行病學的同仁，向何委員說明一下。「標準化死亡比」是一個專有名詞，即一個縣市而言，年青的縣市死亡率低，高齡的縣市其死亡比較高，分子分母如未標準化，結論可能會顛倒，所以人口要標準化，才能進行跨區（縣市）比較。「標準化死亡比」多少可反映疾病嚴重度、老化程度

等，以前在費協會時代曾討論過。

- 二、請問委員對西醫基層所提方案，R 值及 S 值維持 65% 及 35% 不再往前進；103 年西醫基層總額一般服務費用先提撥 1 千萬元予東區，用以保障偏鄉醫療服務品質。另提撥 4 億元作為風險基金，有無意見？

陳委員宗獻

前述文字應可列入決議。

鄭主任委員守夏

- 一、同意 103 年度西醫基層所提總額一般服務費用地區預算分配方案，補充資料說明文字，可整理加入決議中。
- 二、本案確定，接下來進行討論事項第四案。

謝委員天仁

抱歉！不了解西醫基層所提討論案第 3 案之補充說明，在會議資料上係處於何種地位？

鄭主任委員守夏

有關執行面及計算等細項，西醫基層會與健保署討論，簡單的說，這些都是他們提出的配套措施。所以，我剛才說，要將這些整理在決議文字內，免得列有保障，事後執行時漏掉。這些文字可視為決議的一部分。

謝委員天仁

西醫基層地區預算分配方案，提到風險基金，這是很特殊的處理模式，請健保署注意該基金在執行面之公平性。未來如有確定方案，應提會說明，讓委員了解。

鄭主任委員守夏

就我所知，以前有些分區預算，會保留一部分，不全部撥付，以因應如發生地震等之急需。各分區都有經驗，方案提到風險基金，謝委員因此連想到該基金管理及公平性問題，這一點，當然



是提到共管會議，請健保署注意，並感謝委員提醒！

陳委員錦煌

主席還有時間嗎？有一事請教。請問西醫基層代表陳委員宗獻，你獨厚東區我沒意見，聽說雲林縣的 B、C 肝治療經費不夠，專用款不夠，而須動用一般經費。給東區保障沒意見，但雲林縣防治 B、C 肝的經費不夠，台大醫院雲林分院也反映過，請問你們，到底撥多少經費給雲林縣？

陳委員宗獻

台大醫院抱怨 B、C 肝治療經費不足，可以理解，但基層醫院比較不會抱怨，因為今年基層於該經費是平衡的。西醫基層如果費用不足，係由其他預算撥付；而醫院是由一般服務撥付。醫院部分，如果 B、C 肝治療經費不足，一般部門可能會受影響。西醫基層編了 2 億元經費，如果用到 2.5 億元，會由其他預算支應，所以基層沒問題。

鄭主任委員守夏

再次提醒所有委員，除了醫事服務提供者代表委員是明確代表醫事團體外，其餘委員在討論議案時，拜託大家，不要特別提您是來自哪裡，以後部長在聘任委員時，才不須為平衡六區名額問題而頭痛。委員可以來自某偏遠地區，例如雲林為例，但儘可能不說出自己來自哪裡...。委員都非常公正客觀，有時難免會以自己最熟悉的地方來舉例，但無論是明示或暗示，其實都不好。接下來，進行最頭痛的第 4 案。

柒、討論事項第四案「103 年度醫院總額一般服務費用分配案」與會  
人員發言實錄

鄭主任委員守夏

請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

請問醫院部門有無那位委員要補充說明？

郭代理委員正全(翁委員文能代理人)

主席、大家好！剛才已經討論過這個問題，與去年一樣，醫界並沒有共識。去年，謝謝蔡委員給我們 1% 成長，希望今年在門診、住診方面，還是有進步。當然，醫界不會有共識，但仍要尊重大家的意見。

鄭主任委員守夏

請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、如同郭代理委員正全所說，分區預算在醫界不大會有共識，因為 R 值無論如何調整，醫院都會保留，剛才吳委員肖琪已經講得很清楚。事實上，醫療機構的設立，並不會隨著人或錢移動，因為醫院的設立是受衛福部或衛生局管制。例如，台北業務組轄下有八家學中心，明(103)年衛福部已通過增設病床 1,500 床，其不會因為資源太多而不同意增設新床。因此，並非理論所言，錢跟著人走，醫療資源要到較缺乏地方設立。個人覺得，102 年 R 值已有微調，103 年是否暫時維持不動。
- 二、議程資料第 118 頁，提案之擬辦三，對「需保障或鼓勵之醫療服務」項目，這裡說，將由健保署會同醫院總額相關團體議定後，於年底時提送。因為醫院總額是由健保署執行，剛

才，台灣社區醫院協會有提供委員參考資料(全民健康保險醫療服務核定點數之各層級浮動與固定點數占率表)，如果依往年經驗，以保障 1 點 1 元項目繼續做下去，可看出自 99 年至 102 年，地區醫院固定點值的占率非常少，難怪在總額實施後，醫院的資源分配有點傾斜，衛福部也意識到醫院大型化問題，所以要限制大型醫院的設立。

三、但總額在分配時，自 99 年起，地區醫院申報的浮動點值是萎縮的，固定點值的占率平均約 28% 左右，遠低於醫學中心及區域醫院。醫院總額由健保署執行，所以這部分就應該視不同的醫院需要，給予不同的保障項目，但現在執行起來，都是同一套保障項目。最後，保障項目就是重症或手術，但地區醫院該做的預防醫療，都沒受到保障，希望健保署在 12 月底前，能提出一個比較合理、公平的保障項目，讓醫院總額做合理分配。

四、另外，向付費者委員報告，醫院總額自 91 年實施迄今，整個資源分配是相當傾斜的。醫院總額開辦前，在李教授玉春帶領下，制度設計是有相關配套，用來處理資源傾斜的狀況。但總額實施後，面對地區醫院弱化、資源傾斜情形，相關配套完全沒有執行。希望付費者委員在第一屆健保會時，對資源分配不均情形，能加以處理。

鄭主任委員守夏

謝謝！請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

一、基本上，醫院在各地方的分布並不是很均勻，所以，大家可能各有不同的意見。我對於本案擬辦一「地區預算所採之門住診費用比為 45：55」的看法是，已經實施了 8 年，都沒有達到目標，而且差距會越來越大。最近，我看醫學中心的評鑑資料發現，連醫學中心都達不到前述目標，甚至有些醫學中心的門診比例達 55% 以上，所以，建議應該回歸實務面。

二、預期未來也不可能達到 45：55 的目標，因為除了門診費用外，許多手術，已改為內視鏡門診手術，急診也是同樣情形，急診費用也屬於門診費用。所以，我建議不要再沿用 45：55 的數字，改為 50：50，比較接近事實。繼續沿用偏離現實的數據，去估算地區預算，會形成偏差。已經用 8 年的時間，證明這個目標數據僅是理想，也許是很好的理想，但也只是傳統醫院的理想，其認為醫院的功能是照護住院病人。目前醫院的功能一直在轉變，所以，建議將門住診費用比率，改為 50：50。

鄭主任委員守夏

等一下請健保署回答，若要將門住診費用比改為 50：50，有沒有辦法試算，提案後面所附的試算資料，都是針對人口占率，不知有無試算資料可供參考？

郭代理委員正全(翁委員文能代理人)

- 一、建議還是用由申報點數去估算，我記得這個數字，是當初前詹署長啟賢時代，或可能是更早期所談出來的期望目標，就這樣決定下來。沒有理論基礎，漸漸會有爭論、扭曲，就如朱代理委員益宏所提，會有類似的扭曲狀況，還是希望能夠考慮現實面。
- 二、依我的了解，醫學中心根本不可能達到，若有，也只一家可能達到，我想大家都了解就不要說。為什麼門診比例會偏高？因為主要的癌症用藥都歸類在門診，比例相當高。其次，是朱代理委員益宏所提的浮動點值，所有藥物都由健保給付，又保障其點值為 1 點 1 元，造成門、住診比率傾斜幅度相當大。

鄭主任委員守夏

接下來請付費者代表發言，請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、有關門住診的比率，去年在費協會討論地區預算時，就有很多意見，當時我也有提案，前江主任委員東亮曾約略提到，是否能逐年調降門診比例。現在醫界又提出門住診比率，目標為 45：55，實際執行結果是 54：46，我認為，執行上沒有太大成效。我的看法是，前端應界定門住診的比率是多少，後端則要據以執行。不要前端算出來門住診比率是 45：55，後端地區又把門住診比率合在一起計算；前端目標是 45：55，實際執行卻是 54：46，這不是我們要的醫院總額。所以，要調整比率，假使能夠調整，即使比率是 44：56，我覺得也不錯，嘗試看看，各區貫徹 44：56，請大家嘗試調整。
- 二、當初談比率時，顧慮地區醫院的門診占較大宗，若降低門診比率，可能未蒙其利，先受其害，這與我們期望地區醫院不要繼續萎縮的立意，背道而馳。我們的看法是，考慮設定一個虛擬地區醫院總額管控，會比較合適。不然，地區醫院這麼小，醫學中心那麼大，相關的急、重、難症，使得全部的點值保障都加在醫學中心這塊，地區醫院通通沒有，只會愈來愈萎縮。我們希望大醫院醫大病，小醫院治小病，不要大醫院醫小病，門診量還繼續衝高，最後受害的還是地區型醫院，恐怕會慢慢流失。現在已經到很嚴重的狀態，應在第 1 屆健保會就好好調整。

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

尊重醫院部門所提方案，雖然是他們所說的「沒有共識中的共識」，還是予以尊重。醫院的核心醫療，應該是住院，而不是門診，若醫院朝門診發展，基層會受到很大影響，應貫徹垂直整合分級醫療的政策。剛剛楊委員漢源提到要拉平門住診比率，我認為這樣不妥，醫院一定會往門診發展，這樣恐失去醫院的核心價值。不同意門住診比率拉近，反而應該要拉大，這樣才能呈現醫

院的核心價值。

鄭主任委員守夏

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

- 一、先輕鬆一下，打個廣告。我今天一大早帶來「台灣好萊塢」，要送每位委員一本，這是台語電影影像展，裡面的內容，很難得，有些已經失傳的珍貴影像，我很費力才找回來，經照相、攝影做成專輯，請大家帶回去，好好欣賞台灣早期拍片情景，在外面是看不到的，請各位好好珍藏。
- 二、贊成謝委員天仁所提建議，也尊重醫界委員的意見，贊成 R 值占率維持不動。有關門住診費用比率，健保會擬辦是 45：55；謝委員天仁建議 44：56，我想大家不會有太多想法，不須花費太多時間討論。
- 三、由謝武吉委員所提供之「全民健康保險醫療服務核定點數之各層級浮動與固定點數占率」看來，健保資源很大部分用在醫學中心與區域醫院，以致地區醫院不太好生存、甚至生存不下去，所以，希望能拉高地區醫院的固定點值，不要一直維持在 20% 幾，看能否拉高到 30%。當然，要求平均值是不太可能，各地區的營業狀況都不太一樣，不過，希望固定點值項目能依層級推動，以利推動分級醫療。

鄭主任委員守夏

謝謝楊委員芸蘋！請干委員文男發言。

干委員文男

延續楊委員芸蘋的發言，依據現場發的補充資料「全民健康保險醫療服務核定點數之各層級浮動與固定點數占率」，地區醫院的浮動點值核定點數，101 年較 99 年減少 77.2 億點，固定點值核定點數則減少 2.2 億點，請問到底是什麼原因？依 10 月份業務執行報告第 39 頁，西醫醫院從 99 年 12 月 482 家，到 102 年 475 家，才

少了 7 家，問題有這麼嚴重嗎？請健保署告訴我們到底是什麼原因？如果真的失衡得這麼厲害，健保署有何作為？

鄭主任委員守夏

委員問題稍待請健保署一併回答。請連委員瑞猛。

連委員瑞猛

主席、各位先進，健保支付在醫學中心方面，在門診與住院的比率不合理(55 : 45)，理想比率是 45 : 55，而現在幾乎是反過來，長久以來就被大家所詬病。醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所都應該發揮各有的功能，由於總額制度及市場因素，造成今日的偏差。醫學中心承擔的責任不在門診，門診的高比率(約 56%)，也造成其困境，我想應該劃分成理想比例，並朝此目標努力。醫學中心承擔的重責，是以研究、治療重症為主，應該要想辦法運用總額、從裡面給收治重症住院一些合理的獎勵，讓他們不必靠門診收入就可以生存、發揮應有的功能。也好讓區域醫院、地區醫院及基層診所能承擔該負的責任，我們一定要往這方向努力，不然會造成醫療資源重覆、浪費，造成 2,300 萬人沒有辦法到應該看病的就醫。

鄭主任委員守夏

請李委員永振。

李委員永振

關於門住診比率，剛剛很多先進都提出看法，楊委員漢源提到，以前需要住院的醫療，現在門診就可以處理。商業保險也是一樣，以前都住院才給付，現在也考慮到這些情況，門診手術也需配合改變。剛剛也有委員提及門住診比為 45 : 55 的決定過程，聽起來好像是喊出來的！既然有這麼久的經驗，是否要回歸現實？贊成連委員瑞猛所提，應列一個長期理想目標，才有遵循方向，逐年由現況往目標努力。

鄭主任委員守夏

請付費者代表何委員語。

何委員語

支持謝委員天仁所提出的門住診比率改為 44：56。我到地區醫院去，他們都叫苦連天，反映很難生存。我想教學醫院也要有成長空間，扮演的角色不同。站在付費者立場，支持門住診比率 44：56。

鄭主任委員守夏

請郭代理委員正全。

郭代理委員正全(翁委員文能代理人)

- 一、謝謝幾位委員的指教！剛才委員提到的問題，我也知道核心問題在於大家對同一件事情的看法不太一樣。基本上，社會大眾普遍無法容忍門診怎麼會這麼多，核心的住院業務怎麼變少。我剛剛有報告過，這樣的數字過去是怎麼來的，我想需要去考證，是喊出來的。
- 二、整個醫療的發展，等一下請健保署能補充說明。所有的藥物，包括開放非常多的血友病藥物，這些都在門診給予，不可能在住院給癌症用藥。基本上門診藥費占大多數，假使把門診藥費切開另外看，到底會怎樣？當然住診比率會提高。
- 三、我來自醫學中心，感受到醫學中心經營得很辛苦，剛剛謝委員天仁建議，把地區醫院另外切出以虛擬總額管控，但我要提醒，目前的政策，不會再增加醫學中心的家數，若限制地區醫院的總費用，對地區醫院不太公平。我是以比較客觀的立場，來談這件事情。
- 四、謝委員天仁建議門住診比率，由 45：55 改為 44：56，我要談一下背景。醫院好像申請很多費用，但有很多藥費，像新的癌症用藥，有些幾乎沒有利潤。癌症用藥在門診成長幅度達 16%、17% 以上，這只是由一家醫學中心來看，其他醫學中心可能也有類似問題。所以有委員提到，住院是醫院的核心業務，比率應要高一點，這點我同意，但要看背景，要談



基礎資料。

- 五、醫學持續進步，許多住院項目慢慢門診化，從資源運用角度來看也比較好，沒事住院反而耗掉醫療費用。有些數據由醫院提供不公平，如由健保署提供資料，會比較客觀，再從第三者的角度，看這樣的比率是否合理。

鄭主任委員守夏

請朱代理委員益宏發言，之後再請健保署說明。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、我贊成謝委員天仁的建議，將地區醫院劃分出來以虛擬總額管控，不然所有政策，在醫院總額是沒辦法推行的，因為醫院總額的態樣太多。依早上衛福部醫事司王副司長宗曦的報告，醫院大概可以分成兩大塊，一塊為較大型醫院，一塊為社區型醫院，所擔負的責任不同。若要社區醫院承擔急重症，等於要它死，根本不可能。大家不要忘記，93 年就因為門住診比率 45：55，各區也確實執行，造成當年第 4 季的浮動點值為 0.01 元，有些地區醫院執行 10 元業務，卻拿不到一半，因為這樣，讓地區醫院像保齡球一樣都倒下去。若要落實大型醫院以住院為主，減少門診服務量，就要劃出地區醫院，讓大型醫院做重症服務。
- 二、對於社區型的醫院，就要求做社區醫療服務、預防保健等，甚至一些亞急性的照護。其中一個配套措施，是分級醫療與轉診制度，從費協會研議到健保會，至今未有結果，這部分是環環相扣。在支付標準的調整，是否也應該有不同的想法？比如說診察費，社區醫院的診察費主要是以門診為主，還有是否要加強四大皆空科別的門診診察費？因為醫療機構有不同的任務，所以，在政策上需有不同的引導。目前沒有政策引導，放任自由競爭，結果台北業務組就有很多醫院曾向何語委員抱怨。在這個制度下，地區醫院的經營確實相當困難。

三、健保署提供的「醫院總額醫療服務核定點數之各層級浮動與固定點數占率(一般部門)」資料，我個人不認同在註 2 把其他預算放入醫院總額的計算方式，地區醫院的固定點值因而增加，這樣的講法不好，請真實反映地區醫院總額的現況。有 62 家地區醫院保障點值 1 點 1 元，是否只要照顧這 62 家就好，其他的 300 多家地區醫院就都可以倒？這樣的思維是不對的。

鄭主任委員守夏

了解！請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

我記得在費協會曾有來自大醫院的代表講過一句話，說他們也不喜歡看太多門診，既然這樣，門診應該要有調整空間。擔任費協會委員第一年時，聽到健保署報告社區醫院倒了 500 多家，現在看到健保署所提供資料，地區醫院的數據似乎不太一致，不知哪個是正確的？三個層級醫院間的問題很多，建議可在醫學中心與地區醫院之間，設個監控機制，這樣比較公道。其實大醫院應以住院為主，不用一直看門診。

鄭主任委員守夏

請健保署說明。

張科長溫溫

一、先說明實際的情形，雖然門住診比率先用 45：55 做分配，但依現在的規定，兩者是合併預算，以平均點值來看，住院的平均點值是低於門診的平均點值。其實不應以平均點值來看，因為固定點值是經過大家協議同意後，決定哪些項目採固定點值。當時固定點值是考慮住院手術、麻醉、急重症，以及需要人力的部分，應給予保障，建議應直接看固定點值項目的合理性。

二、是否將地區醫院劃分出來以虛擬總額管控？這個問題，健保

署曾與西醫基層開會，有委員反映，有醫院的醫師跑去基層開業，以及醫院開設院前診所的情形，這幾年為了這個議題，爭吵不休，所以，建議門診應該是全部合併。

三、剛才委員有提及浮動點數與固定點數占率的問題，為了確保偏鄉地區有醫院能夠提供偏遠民眾醫療服務，102 年有 62 家地區醫院去照顧偏鄉民眾，估計 1 年有 60 億點的浮動點值，保障每點 1 元，以此數據推估 101 年地區醫院因浮動點數下降 60 億點，固定點數上升 60 億點，所以，地區醫院的浮動點數占率，將由 68.81% 下降為成 58.4%。

楊委員芸蘋

剛剛發現健保署提供的這張資料有錯，地區醫院固定點值的占率是 41.60%，在業務執行報告第 101 頁是 31.19%，怎會差距這麼大，是不是計算錯誤？

張科長溫溫

這張表前三欄的數字與「醫療服務核定點數之各層級浮動與固定點數占率」這張表的數字，是一樣的，最後面一欄反黑的部分，是因為在地區醫院本來浮動點數是 396.8 億點，因為有辦理補助偏鄉地區醫療品質提升計畫，這些偏鄉醫院有很多都是地區醫院，浮動點值保障每點 1 元，60 億點就是把浮動點數變成固定點數，但總點數是不變。即浮動點數 396.8 億點減 60 億點，變成 336.8 億點，固定點數 179.9 億點增加 60 億點，變成 239.9 億點，所以浮動點數占率會有一些改變。

鄭主任委員守夏

一、朱代理委員益宏的意思，是地區醫院其實經營是頗為辛苦，而健保署說明的重點，是指對偏遠地區加上某些保障點值，以衛福部或健保會的立場，歷來就是保障偏鄉地區民眾的權益，而非保障偏遠地區醫院的存活。要保障醫院存活的目的，是要讓當地民眾方便就醫，對於這部分的經費是否要納

入？假設還有 200 多家未納入偏鄉的地區醫院經營得很辛苦。應該不能這樣算，其實這兩個數字都對，只是解讀方式不同。若是細項內容有錯，請健保署同仁修正。

- 二、今天有兩個重要的議題要討論，第一，門住診比率 45：55 費用是否要分開？其實是前李署長明亮在 SARS（嚴重急性呼吸道症候群）發生的時候，認為醫院不該看那麼多門診，所提出一個理想的門住診比率 45：55。全台灣只有非常少數的醫院能達到 45，而現況是門診為 54。
- 三、謝委員天仁提及門住診各一個預算，兩邊根本無法執行，45：55 其實是個理想，所以門住診預算合併運用，該比率其實沒有實質影響。除非要依謝委員天仁所提建議，門住診預算不能互用，這下子問題會更大！真的有醫院開門前診所的情形，所以除非有夠好的設計。建議暫時先用 45：55 去分配，且合併使用預算。
- 四、R 值是否要往前進？醫院總額內部似乎有不同的意見。去年門診 R 值由 45% 進到 46%，過去兩年住診維持在 40%，所以，剛才提的地區居住人口占率，是否要往前進一點點，可以有比較明確的討論。
- 五、個人建議，三個層級醫院儘量不要設虛擬總額，因為醫院評鑑的等級可能每年都在變動，如果在小一點的區，剛好有一家醫院的等級變動，影響會很大，在大一點的區，有一兩家醫院變動，則沒有關係。虛擬是一個概念，不是保障，其實也是一個限制，站在民眾的立場，如果他們不去看病，但錢拿走了，健保署有無能耐監督，這是要討論的部分。牙醫、洗腎已經獨立，如果還有其他科吵著要獨立，這樣不行，每個都切出去，就沒有風險分擔的功能。

郭代理委員正全(翁委員文全代理人)

醫院總額部門今年很難調整 R 值，記得去年為了 R 值吵了很久，今年醫界要團結，R 值先維持不動，大家應該沒有意見。

## 楊委員漢涇

- 一、真正能夠達到門住診比率 45：55 的醫學中心，相信不到個位數，因這與現實差距太大。大家會覺得醫院應該以住院為主，但是現在疾病型態不一樣，因為過去很多疾病必須要住院，可是現在以內視鏡處理的傷口很小，進行門診手術即可回家。所以，現在有很多治療都是在門診進行，門診費用比例因而增多。
- 二、台灣的平均住院天數，大約是 7 至 9 天，與其他國家相較，已經是不錯的數據。希望能夠回到現實面，45：55 是個永遠做不到的數字，建議採漸進的方式稍調，將門住診比率調整為 50：50。至於 R 值明年暫時維持不變。

## 鄭主任委員守夏

- 一、先確認門住診 R 值 46%、40%是醫界的共識，今年暫時不調整。另外，如果今天調整門住診比率，六個分區分配的金額會完全不同，假設今天就這麼決定，三個層級醫院回去可能會打架，因為六個分區分配金額相差太多，今天不討論這個部分。
- 二、門住診比率 45：55 是過去 10 年的經驗值，大家都有期待，因此，我建議今年維持 45：55，但附帶決議，明年試算兩個版本，一是 45：55，另一是 50：50，讓醫界在分配時，能先比較差異。否則，我擔心若現在就定案，很可能剛才所談的，都會被推翻。請何委員語。

## 何委員語

剛才謝委員所提門診 44、住診 56，我們已附議，應做討論。

## 鄭主任委員守夏

剛才我們的報告，大家有些誤解。目前是門診費用的占率已到 54%，目標是 45%，若要變成 44%，會離現況更遠。

## 何委員語

若現況不解決，永遠都會傾斜。明年會變成 51：49，後年可能會 52：48，因為問題就出在整個門住診現象是傾斜的，最重要的是，要看政府有無魄力導正。

鄭主任委員守夏

請張委員煥禎。

張委員煥禎

既然委員都注意到這個問題，我的建議是不要現在決定。現況並非是減少門診就會增加住院，而是目前因診療方法改變，致形成很多住院不再需要，並且也鼓勵不要住院。因為時代在變，就像過去 12 月份很多胃出血，目前幾乎沒有，因為使用治療幽門桿菌的藥物之後，胃出血就少很多了。我的意思是說，既然委員已注意到這個問題，而且目前確實差距很大，目標值規定是 45：55，實際上卻是 54：46。所以建議不要今天決定修改，但將其列為研究項目，等委員更清楚之後，再決定是否循序逐漸修改，或分年修改。既然已經注意到，今天至少是個收穫。可持續注意是否很多住院轉為門診，其比率有多少？目前的 54：46 以後有可能變成 55：45，越來越多也是可能。贊成主席講的，門住診費用比不採用 45：55，但要去研究，R 值今年也不要改。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、我們不知研究幾年了，剛才看過去年 11 月份費協會時期的會議紀錄，也在反覆討論這個問題。這個問題若不適度處理，會越來越嚴重。我們的醫學中心和菜市場一樣人多到可以開地下街商場，不可思議到極點，全世界也許找不到像我們此種情形的國家。健保署一年拖過一年，從來不提解決方案，每次講要分級醫療要落實轉診制度，全都是空話，若不給健保署震撼一下，無法提出好的方案。

- 二、我認為這不難，只要管理地區醫院的額度，資料顯示，區域醫院和醫學中心每年的金額，都接近 1,400 多億元，兩者是平衡的。若不做處理，永遠都會產生這種問題。醫學中心與區域醫院不論住診高或低，錢都在醫院體系裡，例如調低門診，錢也是移到住診去，沒有影響，只是相對點值的問題。現在的問題是，地區醫院特別小，病人全跑到醫學中心，地區醫院就越來越萎縮，實在看不下去。
- 三、我認為，今年勢必要碰觸這個問題，不可能容忍繼續拖延，若健保署有較好的方案，請提出來讓大家認真討論，否則，就要求健保署照這樣執行。不設定管理的金額，就要澈底執行 44：56，不然健保署不會面對問題，我們委員也做不下去。

#### 鄭主任委員守夏

- 一、謝委員天仁所提意見，非常重要，但在執行面，我們不清楚是否一定不會出問題而且能改善現況，所以，務必請健保署先做試算。現在討論的是分區預算，若同時還要搞定各分區醫院層級間的平衡，且不會繼續打壓到地區醫院，則是否分區預算就可達到目的？或者虛擬總額也是可考慮選項？虛擬總額也談過很多次，但據我的了解，健保署並沒有能力保證民眾就醫權益不會被犧牲。
- 二、後面還有謝委員武吉的提案，建議各醫院應提出 CMI 值（Case Mix Index，可了解疾病嚴重度；CMI 值高表示疾病嚴重度高；CMI 值低則疾病嚴重度低），大家可以討論。比較務實的建議是，若我們要重算，採 45：55、50：50 或 44：56，這樣就有三個方案。我們是要試算後再決定，或不試算就要求健保署執行。若執行下去，6 個分區的預算變化很大，影響可能會更大，就像第一年執行 45：55 後，不只是踢到鐵板，船都快翻了。委員若要做此決議，我建議需要非常審慎。我們應做有把握的改進，怕的是沒有改進反而出差錯，

這樣也不好。是否今天就決定，或照謝委員天仁建議，移至下個月再討論？請問本案的法定期限是？

柯執行秘書桂女

我們從未拖過 11 月，因還須報部核定。

鄭主任委員守夏

時程上，我記得以前都是 11 月報主管機關，12 月核定公告後實施。

楊委員漢源

提個折衷建議，雖然我自始至終堅持 50：50，但考慮大家的意見紛歧，所以贊成主席剛才的決定，目前試算均採門住診 45：55，既然有時間壓力，明年度就先依此執行。但希望下次健保署能夠分析目前國內門住診醫療費用成長的趨勢及轉變，並提出相關規劃。這個問題總是要面對，不能一直沿用偏離現實數字來做規劃依據，這會造成扭曲，而且是不恰當的。

鄭主任委員守夏

請林委員錫維。

林委員錫維

目前針對本案就有三個版本，不知健保署的意見如何？希望今天能有明確的決定，這個問題也拖了這麼多年，每次都說明年，沒完沒了，每次談的都不實際。先聽聽健保署的意見，是否維持其版本，或支持其他版本，我們再來做決定。

陳委員錦煌

大家都較同情地區醫院，健保署對區域醫院及醫學中心，要管控一下。

鄭主任委員守夏

請健保署說明。

李專門委員純馥



健保署尊重健保會的權責，在此議題並未表示意見。雖有 45：55 的分配，但最後仍合併結算。各分區門住診占率不同，雖會有些差距，但因最後點值合併結算，實際上意義不大，反而 R 值的調整會有影響。就依大家的共識，暫不調整，45：55 在本署後端的結算上，沒有問題，差距不大，似乎不需過於爭執。

謝委員天仁

合併預算當然差距就變小，所以 45：55 就沒有意義。我們要求分帳，各區執行就分開計算比率。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

- 一、我在去年曾建議醫院部門分為住院及門診總額，但目前仍合併。希望明年健保署能考慮，將醫院部門分為住院和門診總額。
- 二、最近才知道，很多癌症不必住院，目前醫學科技進步神速，以前某些癌症需要住院 3 至 7 天，現在只需門診；或是上午裝支架，晚上就可出院，不必過夜。希望醫界將現況列表，讓付費者及社會大眾了解，這點很重要。

鄭主任委員守夏

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

主席、各位委員好！大家似乎無法找出更好的解決方式，若醫院門診超出 45% 時，請健保署進行監控，是否可行？對本案有無幫助？

鄭主任委員守夏

請張委員煥禎。

張委員煥禎

一、我認為大家有個迷思，費用分配與層級無關，是病患要用的，要對門住診比例設限，委員以為都是醫學中心拿去，但其實對消費者有很大的影響。如果減少住院，但很多民眾還是想到醫學中心就診，會影響到病人的權益。不是我們在這邊分配，病人就願意照做，病人不會管這些，如果限制門診掛號，消費者會罵人的。另外，如主席所講，會影響醫療生態，不是純由委員在這邊決定比例就可以。實際上，還有兩個因素，醫療提供者及消費者都有其行為模式，這都不是我們委員能夠規範的。所以，我非常贊成主席的論述，訂定比率是賦予權力或是限制？我認為應該要並存，才能達到本會的目標。我不知為何目標 45：55，但實際是 54：46，大家卻放任不管，這非常不可取。

二、剛才委員請教健保署的意見，請健保署應回答，不該以尊重委員意見來回應。健保署應該是最清楚的，可以站在公正的立場提供意見，再由本會判斷對錯，這樣比較好。

鄭主任委員守夏

一、大家對本案的重點看法不同，如果重點是小型社區醫院越來越難存活，附近的居民沒有醫院看診，則不讓醫院大型化，也是一項策略；但若主管機關一直核准醫院及病床設立，健保署和本會再努力，也是無濟於事。所以，政策面需要考慮，這裡只是健保總額預算的分配，各分區狀況不同，想用一個公式解決所有問題，有點期望過高。我建議另覓時間進行專題報告，請本會幕僚同仁先諮詢專家學者，再請健保署報告門住診的疾病別次數及費用的變化，例如，在 3 個層級間變化是否很大？在各分區是否也明顯不同？諸如此類。其次，若要矯正醫療利用，調整支付標準或保障點值，也是常用的方式，但會否比分區預算來得快速有效，都是可能方案，請健保署針對我們的重點提出數據及分析，以利了解社區醫院持續萎縮，是否影響民眾就醫權益，是否與醫院大型

化，或市場自由競爭因素有關。如果是醫院大型化所致，衛福部就要訂定規範，除限定醫學中心家數外，說不定還要規定區域醫院家數。

二、今天就先採醫院所提地區預算分配方案，在 11 月份將各總額地區預算分配，依規劃時程全部處理完畢。

三、社區醫院看來明顯存在經營的危機，這個問題要以專題報告方式討論，如擔心報告後仍不滿意，所以可事先找專家學者提問題，再請健保局針對問題報告。

謝委員天仁

等報告出來再決定，問題不要一直拖，每次議案過了，大家就忘記，肇致問題經常一年拖過一年，始終沒改善。

鄭主任委員守夏

等報告出來再決定，是本案下個月還要再審 1 次，先不決議嗎？

陳委員宗獻

本人對此作法不敢苟同，我們經常想用政策手段來解決市場問題，這樣會出問題。不要以為簡單訂個比率限制就可以校正偏差。這種事情法國政府做最多，當初不准巴黎地區房租上漲，結果很多房子因沒整修而腐朽；最近該國因失業率上升，又想簡單的規定政府多僱用年青人來解決問題，這根本不對。如果我們要規劃專題報告，一定要根據現況，站在事實面處理，不要粗暴的扭曲醫療服務結構。應該是以現況分配，將每個分區應分配多少的基礎定好，再逐年改善，慢慢去調整。如果是簡單的訂定多少比多少，那並不正確，結果就會像法國政府一樣。

鄭主任委員守夏

請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

一、主席，剛才大家在爭執 45：55 是否落實到各分區，依現況，門診點值會變得很差，住院點值則會變得很高，這種鼓勵方

式是有效的。

- 二、剛才謝委員天仁提到，要提出解決社區醫院問題的配套措施。主委也提到還有其他手段，包括支付標準的調整及本案要討論的擬辦第三項。在現有總額之下，保障項目要如何做，以健保署目前的長期作為並沒辦法。健保署所謂的長期作為，是制度一套，支付標準一套，保障項目又一套，然後全部套下去，最後結果就是現在這樣。
- 三、建議在現行架構下，還是要正視地區醫院受到壓迫、扭曲的現實，只有從支付標準及保障項目著手。在支付標準上，健保署必須考慮哪些是地區醫院應鼓勵的項目，那麼支付標準就要提升。應該保障的項目要一點 1 元，才能達到鼓勵目標。健保在總額實施初期，所有的地區醫院是一點 1 元從優支付。如果真要用研討會或下次再談，請健保署務必將支付標準現況納入考慮，不能用現在這套支付標準來告訴大家，現行制度就是如此，我沒辦法處理。
- 四、其實可採從優支付，地區醫院的保障項目以一點 1 元方式處理。在支付標準方面，對地區醫院應該加成，就予以加成。去年 50 億元只加在醫學中心，地區醫院說要調整某部分門診檢查，健保署以維持支付標準之衡平性為由，抵死不從，如此思維，地區醫院看來是沒希望。下次如果請專家學者來討論，首先，請健保署考慮支付標準調整及從優支付之可行性。如果這些都不能保障地區醫院，那要用什麼方式處理？以前費協會時代也討論過，但都議而不決。如何保障，應提出配套措施。
- 五、其次，希望能邀請地區醫院，從醫療服務提供角度來看目前政策所存問題，如只從學者專家角度，看法可能會有 bias(偏差)。例如，在正常狀況下，大家或許會認為社區醫院無存在必要，但哪天碰到地震、水災時，平常不是偏遠地區或山地離島的恆春半島，一旦橋斷了就成為孤島，僅剩三家地區醫

院。如果，地區醫院平常不顧好，天災來時如何處理意外狀況，又怎能協助醫學中心解決急診壅塞問題，難道是下轉到診所或家裡嗎？當然要有社區醫院來下轉，急性照顧也要有一個亞急性醫療機構承接，沒有地區醫院哪來機構承接亞急性醫療照護。這些難道都不重要？學者專家必須以宏觀角度來看。

陳委員宗獻

主席，我建議趕快進行。

鄭主任委員守夏

- 一、這個案子已經討論很久，付費者代表委員能否同意，不要留到下個月討論，理由很簡單，因為 103 年度醫院總額地區預算，係採門住診費用 45：55 試算，並合併執行。付費者的方案是 44：56，相信差異不會太大，真正重點是要分開執行嗎？如果健保署完全沒把握，我擔心會出問題，不要讓事情再拖延下去。
- 二、專題報告的規劃，除分區預算外，還要包含市場機制問題，如果政策執意如此，但民眾就是不買單，還是寧可到大醫院急診，睡走廊，也不願到小醫院，那我們的配套為何？如果沒有，類似這麼大的問題，並不容易用預算分配來解決。
- 三、徵求付費者代表同意，本案是否依之前規劃，在 9 月至 11 月份間完成包括地區預算的協商結束。相信大家有共識，應該要談，可做的事不僅分區預算而已。至於楊委員漢源表示，現況為 54：46，如果都不加理會，好像也偏離事實，因為是民眾消費造成的。所以，建議依照往例，門住診費用比為 45：55，分下去的預算還是合併使用，門診與住診服務之 R 值(各地區校正風險後保險對象人數)維持 46%與 40%不變。至於是虛擬總額、疾病別、保障點值或保障偏遠地區，可有許多方案。健保署也做得不少，但不清楚哪些方案較為有效。例如，醫療發展基金為改善屏東不要將急診病患全都送

到高雄市，提供經費挹注當地醫院，讓醫院聘得起急診醫師。本案先這樣決定，再安排專題報告時間，可以嗎？(委員多表示贊成)請蔡委員登順。

蔡委員登順

尊重主席的決議，但建議跨區就醫點值之核付標準，能用全國的平均點值，這樣大家互不相欠，不要不同地方，點值高低不一，核付又不同。因為差距不大，所以建議改用全國平均點值。

鄭主任委員守夏

付費者代表們是否有共識？據了解醫界或健保署在操盤時，分區是很有意見的，如果我們有共識且方法可行，就決議這麼做，就某方面而言，如此較為公平。可以嗎？(付費者代表委員多表示贊成)好！就請健保署依此決議執行，分區之間恐需一段時間互相妥協，因為有人點值會高、有人會低；有人會賺錢，有人會賠錢。本案附帶決議為：跨區就醫點值之核付標準，採用全國平均點值。

謝委員天仁

本提案之擬辦三提到，健保署要考慮如何處理相關因應問題，但健保署對地區醫院問題，至今無任何方案，去年是 53：47，今年已變為 54：46，以後都要這樣繼續下去，這是我們所要的嗎？如任其發展，情況會越來越糟，萬一有特殊狀況，恐怕無法應變。我們不思扭曲情況之緩解，還讓其繼續惡化，健保署要負最大責任。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

今天如做這樣的決議，地區醫院雖然叫苦連天，但問題仍無法解決。建議健保署提出可保障地區醫院支付標準或項目之方案，讓委員參考，要不然地區醫院會越來越弱勢。勞工每天都在喊他們

是弱勢團體，實際上，老闆才是弱勢團體。地區醫院既然是弱勢團體，健保署就要設法照顧，提出解決方案。

鄭主任委員守夏

請健保署於下個月委員會議，就何委員語的提問，對哪些地區、哪些醫院、有哪些保障措施提出報告。請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、擬辦第三項只是 12 月底前送本會備查，備查沒辦法監督。剛才所提地區醫院的固定點值占率比，至少要大家差不多，我覺得這是最基本的。建議另外做成附帶決議，至少固定點值的占率，要考慮層級均衡性，健保署在操作時，因健保會有決議，才能參採。地區醫院與健保署協調時，這部分非常不順利，建議委員會同意關注地區醫院部分，並做附帶決議，要求至少固定點值占率要考量層級的均衡性。
- 二、蔡委員登順提到跨區就醫用平均點值，對各分區影響很大，某分區得利，某分區吃虧，可能要醫院總額內部會議有共識再討論。

鄭主任委員守夏

真正的操盤需經細緻處理，比如剛才說要保障什麼項目，若還沒談，建議先不要處理，決議是要先有專案報告，要有明確數據，且不只限於一項解決方案才能處理。不然會覺得，今天的決議很沒有把握。就像謝委員天仁所提的，地區醫院要設虛擬總額的意見，影響會很大。請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

附議主席及剛才幾位委員的意見，今天不要做成任何決議，大家都沒有共識，好像還有滿多問題需解決，不適宜表決，下個月再做成決議。可是今天不決定又不行(其他委員：已經決議了!)，是依照主席的決定嗎？

鄭主任委員守夏

每年的 9 月至 11 月，法定事項是總額協商及論定分區預算。剛才討論的附帶決議，就是請健保署針對剛才所討論議題提出專題報告，除了何委員語要求的數據外，還要提出方案，如分區預算是一種方式；保障點值又是一種方式；調整支付標準，也是一種方式，我們聽過後，再來討論醫療院所的保障問題。何委員語提出醫界的弱勢是地區醫院，但要提醒大家，這是全民健保，在醫界面前，弱勢的是病人，只有這樣，我們走出去永遠理直氣壯。西、中、牙醫或醫院三個層級，我們偏袒哪一邊，走出去都會被講話。本案已討論非常久，應結束了。

陳委員錦煌

我在想，也需要有控管的機制，若醫學中心或區域醫院較穩健，大家同情地區醫院，若門診比率超過 45%，能否請健保署管控，就不予支付，讓社區醫院可以喘口氣，否則社區醫院快要倒了，很可憐！我記得很清楚，謝院長文輝在報告時，曾提到 78 年到 98 年間共有 500 間醫院關閉，社區醫院的存在，可以讓民眾不必到看病困難、拿藥困難，且一床難求的醫學中心。我是公正人士，請主席注意，專家都離開了，我還留下來捧場。

鄭主任委員

請健保署將陳委員錦煌的意見，考量納入專案報告。請干委員文男。

干委員文男

對於剛才的決議沒意見。健保署專案報告要考慮被保險人的權益，不要談太多理想，平常沒病時不會有感覺，生病時才感受到困難。前幾天內人生病，找不到醫師看。希望健保署專案報告時，要以病人為優先、病人為導向，誰幫誰也不一定，因為沒被保險人就沒有醫院；沒有醫院就沒有被保險人，大家同舟共濟，不要吵架，我聽了很難過。

鄭主任委員守夏



剛剛同仁提醒，再次跟委員確認，蔡委員登順建議跨區點值用全國平均點值核付。健保署的立場是只要健保會決議，操作上沒問題。付費者有共識，請問醫界有無意見？

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

醫界會有不同想法，建議下次再談，今天針對保障項目也沒有訂，下次還要再談...

鄭主任委員守夏

這與我們下次要討論的社區醫院保障不相關，蔡委員登順所提，跨區就醫以全國平均點值支付之建議，今日已作成決議。

謝委員武吉

這要回歸歷史背景，不能這樣決議。民國 92 年 SARS 時，高屏區的點值很慘，我也曾要求跨區就醫以平均點值支付，當時沒有任何一區答應，後來高屏區做得比較好，當時是蔡副署長魯負責看管，把點值拉高。現在大家又要把點值拉下去，我反對！有待考量的地方太多了。

鄭主任委員守夏

謝委員武吉是醫界委員之一，但醫界內部，現在並無共識。蔡委員登順一定是聽到其他分區的醫界，認為這樣做較公平。現在分成 6 區，通常都是 2 區贊成，2 區沒有意見，2 區反對，一般都這樣，我們要幫忙擔任裁判。

謝委員武吉

最好不要當醫界裁判，不然會很慘。

鄭主任委員守夏

再次強調，因為謝委員武吉是高屏區委員，所以要拜託委員，不要一再強調自己分區的利益，否則沒有委員代表的區域或團體會抗議。

謝委員武吉

主席！我要強調，我不是高屏分區委員，我代表的是地區醫院。

鄭主任委員守夏

是，我剛才已經作成決議了。

謝委員天仁

不是已經決議了嗎？

鄭主任委員守夏

是！已經作成決議，本會幕僚只是提醒再確定。

謝委員武吉

如果跨區就醫採全國平均點值支付，每區都不會做管控，真的！我不騙你們，要讓醫界審慎考量。謝委員天仁，不好意思，浪費你的時間。

蔡委員登順

我想不至於變成沒有管控，消費者有需求，與管控沒有關係。屏東地區的民眾，如果到台中地區就醫，是因為有醫療上的需求，倘若不在台中就醫，也會到屏東地區就醫，這與管控無關。

謝委員武吉

事情曾發生在前健保局林金龍經理身上，有一家醫院成立時，派出 24 條線去載病人，都是跨區就醫，這與跨區無關嗎？當然有關係，拜託！這是實務經驗，向各位報告，真的不要管這塊。

鄭主任委員守夏

剛剛特別請教健保署，跨區費用僅占 1%，真正的影響不大。以付費者立場來看，跨區就醫應用全國平均點值支付，對 6 區較公平。剛才已經決議，我們知道 6 個分區，醫界內部一定會有不同聲音，跨區就醫，應該用全國平均點值支付。

謝委員武吉

我是代表醫界，這是管控會很有影響，為何醫界的意見不算意見？

鄭主任委員守夏

報告謝委員武吉，醫界內部沒有共識，這已講過很多年，用平均點值或該區點值...。

謝委員武吉

以前在費協會從來不曾講過這些事，健保會為何要管？醫界意見就不是意見嗎？

鄭主任委員守夏

我們這邊剛才已經作成決議。

蔡委員登順

這是健保會的決議。

楊委員漢淪

點值與付費者權益無關，是醫療機構的點值。

謝委員天仁

這是健保會的權責，分配當然是由健保會來決定，怎會是醫界自己分帳？大家來決議才公平，不是你們自己談好就好？

楊委員漢淪

也不能夠付費者談好就好。

謝委員天仁

那大家來表決。

鄭主任委員

請問操作上是每季結算嗎？

張科長溫溫

說明一下，現在 4 個總額的作法不太一樣，醫院部門的跨區就醫，浮動係以前一季就醫分區別的浮動點值支付；基層部門的跨區就醫，浮動則以前一季全國平均浮動點值支付；牙醫部門的跨區就醫，浮動以投保分區別的浮動點值支付；中醫部門無跨區就

醫問題，以各區點值支付。

鄭主任委員守夏

執行 2 季後，請健保署在業務執行報告中，呈現有無特殊困難或是否碰到以前沒遇過的問題，以檢視有無不良影響。

謝委員武吉

剛才張科長溫溫已經報告，4 個總額的做法不同，到底要用哪種方式處理？剛剛吳委員肖琪就是因為不高興才離開，我是真的反對，當時的高屏區賠了 50 億元，誰幫我們負責？要公平與講道理。

何委員語

主席！吳委員肖琪並沒有因不高興而離開，她告訴我因為要去演講，所以先離開，謝委員武吉你不能講剛才那句話，這樣子我會被吳委員誤解。

謝委員武吉

你解釋得非常好。

鄭主任委員守夏

本案已論定，請健保署半年內報告。目前還有很多議案尚未討論，請同仁宣讀討論案第 5 案。

捌、討論事項第五案「103年度全民健康保險費率審議案」與會人員  
發言實錄

鄭主任委員守夏

請同仁宣讀。

同仁宣讀

柯執行秘書桂女

主席暫時離開位子，請問要先進行討論？或請健保署補充說明？

蔡委員登順

健保費率由 5.17% 調降為 4.91%，若能讓整個健保財務穩定，是一件好事。二代健保的補充保費收入若能穩定，以及安全準備若能提高到兩個月以上，付費者也能接受保險費率維持現行的 4.91%。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝蔡委員登順！依健保法第 24 條規定，保險費率審議前，健保會應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見，本會業於 11 月 6 日召開 103 年度全民健康保險費率審議前意見諮詢會議，該次邀請李精算師永振、莊會計師志強及專家學者出席，當日本會也有很多委員列席。因二代健保補充保費剛上路，出席專家大多同意 103 年維持現行費率 4.91%，暫時不要調整。
- 二、今天需要做的決議有兩個部分，第一，補充保費與一般保險費，費率是不是對等幅度調整？這非常重要。第二，謝委員天仁建議，希望建立機制，只要安全準備高於 3 個月或低於 1 個月之保險給付總額時，則費率應予調降或調升。今天大家的共識，是先不討論安全準備有無超過 3 個月，就算是接近也先不調整，一旦日後試算安全準備低於一個月，則要調升費率，這是收支連動最重要的概念。

蔡委員登順

因二代健保剛實施還未滿 1 年，補充保費看起來還可以達到預期的收繳，但從第 2 年開始，一般利息所得、逾當月投保金額 4 倍部分獎金的補充保費，民營機構可能會採取規避行為...等，因此，需要觀察 1、2 年，看補充保費的收繳是否穩定，因第 1 年不知如何規避，第 2 年開始補充保費的徵收恐有變化，不要因為第 1 年結餘款成長就調降費率，第 3 年結餘款下降又需啟動調升費率，恐造成更大困擾，所以建議以穩定為首要考量。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

- 一、因為今年是第一年實施二代健保，我贊成費率維持 4.91%，但剛才蔡委員登順提及，逾當月投保金額 4 倍部分的獎金，民營企業會有調整行為，請參閱議程資料第 139 頁，簡報第 18 頁，補充保費以民營企業繳的為最高，繳了 140 億元。在二代健保實施前，並未說雇主要負擔 2% 補充保費，實施以後，才要求雇主繳補充保費，逾當月投保金額 4 倍部分的獎金，再怎麼分配至其他部分，會有作帳或不作帳問題，如果是股票上市公司，所有支出都要作帳，既然作帳就要繳 2% 補充保費，其他中小企業沒有股票上市，除非老闆不作帳，可是所得稅 17% 比 2% 還高，所以，民營企業不會為了不想繳 2% 的補充保費，而選擇去繳 17% 的所得稅，因此，剛蔡委員登順提的，似乎不合邏輯。不作帳對於非公司組織營業個體，還沒話講，如果是公司組織，是需要作帳的。今天每個中小企業都有怨言，都已經繳了員工的保費，每個月還要再繳幾千元、甚至幾萬元的補充保費，當初在二代健保推動時，都沒說明這點。
- 二、很贊成謝委員天仁的建議，安全準備高於 3 個月或低於 1 個月之保險給付總額時，應重新調整費率，這樣比較公平。另外，現在整個企業界負擔的費率都很高，不僅勞、健保、基

本薪資也一直調整。補充保費有可能會變動的部分，是利息所得，因為在不同銀行存款，就有規避的可能。以這種情況來看，贊成謝委員天仁所提二代健保實施 1 年以後，明年如發現安全準備超過 3 個月，則應調降費率，如不足 1 個月，則應調升費率，我代表資方，認同這個看法。

鄭主任委員守夏

請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、現在的提案與當初的預估不同，甚至選舉時總統講的話，全部跳票。當初說在二代健保實施後，5 年不調漲費率，但現在卻提只要安全準備低於 1 個月就要調升費率，照這樣整個醫療費用又每年成長，恐怕很快費率就會調整。
- 二、我認為現在提這個方案，等於是讓明後年比較好辦事，以前選舉講的，是騙老百姓的選票。現在政府的相關政策，都是背離人民，不管做甚麼事情都未與民眾充分溝通。有關雇主的問題，二代健保要好好的探討，事實上雇主已經分擔三分之二的補充保費，這些錢如果是賺錢的大公司，並不會多繳，只是把應繳到國庫的稅搬過來；而那些已經虧本的小企業，還要付 2% 補充保費，這真是沒有天良。大公司沒差，一樣可以當作費用抵稅，所以二代健保補充保險費這個部分，需要做很多檢討改進。
- 三、議程資料第 133 頁，第 2 類第 1 目投保金額申報下限，103 年 1 月 1 日確定要調整。據我所知，當初在修訂健保法施行細則第 46 條第 1 項第 5 款時，並沒有與相關單位好好溝通。依現行規定，職業工會會員的投保金額申報下限，必須與全國公、民營事業機構受雇者月平均投保金額的累積成長率連動，但，公營機構員工的薪資一天到晚在調漲，幾乎每二年就會達到 4.5% 的累計值，依法第 2 類職業工會會員的投保金額下限就必須跟著調漲。個人認為，如果一定要調整，最多

也只能跟民營事業員工的薪資連動，這樣才合理。保險費率與職業工會之會費是否調漲，本應與健保費息息相關，但這次卻是夾帶在議程資料第 133 頁之簡報第 5 頁中，理由是施行細則有規定，就來調漲第 2 類職業工會會員的投保金額申報下限，真是背離民意，如果，一定非調不可，建議應與相關單位好好溝通討論。

四、我非常認同剛才何委員語所講的，二代健保法修法前與資方溝通時，並沒有談到 2% 的補充保費，是後來才要加收的。要加收也應針對財稅資料中賺錢的公司；有些公司是虧損，已經快關門了，仍須繳納補充保費，不知道這是什麼樣的法律。

五、我認為本案許多政策經過本會通過後，健保署就可據以執行，所以要好好思考，很多應先經過溝通。二代健保需再仔細思考，有些規定或相關的執行，未來一定要修改，不能用本案就這樣包裹通過執行。最近，很多有關職業工會的政政策，讓我們整天都被人罵。我認為，本案若一定要通過的話，我必須表達付費者的心聲，不僅是工會的問題，還有資方的問題。補充保費大多來自資方，其他項目根本沒收到什麼錢。我講的，百分之百都是事實，不是為我個人在爭取什麼。

鄭主任委員守夏

了解，謝謝林委員錫維！請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、贊成何委員語的意見，你們是在台北看天下，我們是在鄉下，像井底之蛙在觀天。我們聽到很多老百姓對補充保費，是充滿了仇恨感，非常不滿意。剛才何委員語提到 2% 的補充保費，當初並沒有說資方要繳 2%，只有說保險對象要繳 2% 的補充保費，但現在兩造都要繳交 2% 的補充保險費，等於 4%。當時對外說 4% 就好，為何說 2%？這就是欺騙的行為。



老百姓會怨聲載道，致使民眾滿意度低落的原因，就在此。

- 二、在議程資料第 141 頁「保險給付支出之計算公式」中出現健保所沒有的「部分負擔」名詞，我在開會時講過上百次，為什麼都改不了？這就是欺騙所有的委員，欺騙太久了。沒有這個名詞，卻要用，什麼「部分負擔」、「代辦部分負擔」？哪有這些東西經常在出現的呢？難道不能夠改嗎？請說明。

鄭主任委員守夏

請健保署配合健保法文字，將「部分負擔」改為「自行負擔」。

陳委員宗獻

- 一、我認為剛才大家提到的補充保費，將來可能會變成一個爭議點，因為補充保險費率隨一般保險費率的成長連動調整。
- 二、請大家參閱議程資料第 141 頁上方的「保險經費架構」，本會在討論收支問題時，可以一併考慮這些項目，其中的自行負擔(部分負擔)，始終低於法定標準。有些人認為，自行負擔若提高到法定的 20%，可能會引起民怨，但我認為可細膩操作，緩慢的調整，讓自行負擔與醫療行為產生連結。否則，因循民粹，民眾就醫費用便宜，自行負擔費用也偏低，當然就往醫學中心跑，急診壅塞的問題便無法解決。請消費者代表也可以思考，若自行負擔提高，就可節省保險支出，安全準備水位就會上升，費率可以調降，投保單位的 2% 補充保費，也可以調降。調整自行負擔，不一定全由負面角度來看，從正面角度來看這個問題，會比較好，謝謝！

吳委員玉琴

對於 103 年度維持現有費率，看來大家沒有不同意見，但未來應採什麼標準才能調整，採用安全準備低於 1 個月或高於 3 個月，是否大家同意？因為目前討論有點偏離主題。本會討論時不需在意總統的承諾，因為收支連動是本會職責所在，所以，應務實評

估未來安全準備是否過低。這個部分，在 11 月 6 日的專家意見諮詢會議，已有很多的討論，與會的學者專家都擔心健保署的估算過於樂觀，尤其補充保費其實是奠基於雇主 2% 的穩定收入，才能達成高推估數。當初能避費的被保險人都跑光了，留下的很少，還是雇主這方是最大宗。補充保費仍有許多變數，所以，還是請健保署謹慎保守，不要對財務過於樂觀。我支持以低於 1 個月或高於 3 個月的安全準備，做為費率調整的基礎。

#### 鄭主任委員守夏

各位委員的意見都很一致，決議有兩項：第一，明年不調整費率；第二，未來費率調整，以安全準備高於 3 個月或低於 1 個月，為調降或調漲基點。

#### 楊委員芸蘋

主席、各位委員大家好！職業工會向來尊重健保署的決議，並配合執行，但此次第 2 類第一目投保金額申報下限調整得太快了，雖經溝通後，仍確定於明年 1 月調整。既然已經決定，我們也給予尊重。今天討論的重點，是在幕僚補充說明的第 3 點，明年並不需調整費率，到年底安全準備尚有 1,000 多億元，估算到 106 年之前，也不會調整。本案感覺有點在嚇我們，讓職業工會或勞工團體擔心是否又要調漲費率，且外界也可能誤解以為又要調漲費率，此時提出來討論有何用意？若是本會法定的例行工作，就不需花費太多時間討論，反正也不做調整，只是讓大家了解。

#### 千委員文男

一、以往安全準備都是負數，目前已成長到幾百億元，但我認為賸餘不要太多，因為錢多爭執就多，這是基本的道理。補充保費執行將近 1 年，尚可繼續實施，但有許多作業不妥，希望健保署能夠改進。許多業主告訴我，每月已造冊繳交補充保費，年底還需製作總表，送交健保署審核，未免太過擾民。

二、贊成林委員錫維的看法，第 2 類的保費會隨工資調整成長，這是經濟成長的結果，與公、民營事業機構受僱者的薪資調漲沒有關係，只要社會安定、經濟繁榮，第 2 類的保費自然就會成長。希望針對健保法施行細則第 46 條的 4.5% 累積成長率，能夠進行修正，共同討論找出合理的調整標準，不要以公、民營事業機構受僱者的投保金額成長為基礎，有些民營事業薪資優渥，比照調整並不公平。建議不應以公、民營事業機構受僱者平均投保薪資之成長率，為調整第 2 類被保人投保金額下限之標準。企業賺錢當然會發年終獎金，今年聽說要發 8 個月，但第 2 類被保險人沒賺錢，要怎麼辦？希望能加以考量。

陳委員錦煌

主席！提出程序問題。已經下午 4 點 1 分了，討論案第 5 案爭議又那麼大，乾脆討論案第 5-8 案都保留至下個月，委員都很累了！

鄭主任委員守夏

第 5 案沒爭議，剛才已決議。

陳委員錦煌

我是考量大家意見那麼多。

鄭主任委員守夏

第 5 案沒有問題，已作成決議。

陳委員錦煌

好啦！那建議討論案第 6-8 案保留，現在已經超過 4 點了，我回到家都很晚了。

鄭主任委員守夏

尊重委員意見，但要提醒各位，每年需討論健保署所提抑制資源不當耗用改善方案，是本會法定職責，該方案的討論，已遞延了 2

次。而第 7 及第 8 案是謝委員武吉所提，也延後過，今天是否再延？需經渠同意。是否繼續開會，個人尊重大家的意見，如果要稍微趕一下進度，也行！

謝委員天仁

第 5 案已經結束了！

鄭主任委員守夏

第 5 案已經結束，現在要進行討論案第 6 案。

陳委員錦煌

下次再討論，已經 4 點多了。

陳委員宗獻

第 7 案大家就同意，通過就好了！

鄭主任委員守夏

依據健保法第 72 條規定，健保署依法要提抑制資源不當耗用改善方案，經本會討論通過後，再據以執行；現已快接近年底了，有時間的急迫性。

謝委員天仁

方案拖延者比比皆是，不差這一案！個人看法，抑制資源不當耗用改善方案等 12 月再談，沒什大不了的！

吳委員玉琴

建議健保署改提 103 年的抑制資源不當耗用改善方案，因為現在已 11 月，再提 102 年方案，似乎沒意義！

鄭主任委員守夏

依法健保署必須提會討論，是否請健保署將 102 年及 103 年方案，一起提下次會議討論。

何委員語

102 年及 103 年方案一起討論，大家沒意見，就通過。

鄭主任委員守夏

方案沒討論就通過，這樣不行。

吳委員玉琴

是通過 102 年與 103 年併案提會討論，不是通過內容。

鄭主任委員守夏

大家同意 102 年度及 103 年度抑制資源不當耗用改善方案提下次會議討論，就這樣。第 7 案是否延後，須請問謝委員武吉意見。

謝委員武吉

可否照案辦理？

楊委員漢淙

照案通過就好了！

柯執行秘書桂女

健保署對第 7 案、8 案都有提供意見，幕僚已將之納入會議補充資料，請委員參閱。

鄭主任委員守夏

我們要不要把會開完？

謝委員武吉

是否照我的提案建議內容辦理？

謝委員天仁

不要繼續開，因為這樣會養成議事沒效率的習慣，要記取教訓，建議散會！

鄭主任委員守夏

剛剛是陳委員錦煌提停止討論及散會動議，委員也附議。

謝委員武吉

如果都照我所提內容通過，就同意！

鄭主任委員守夏

委員已提散會動議，大家還願意繼續討論嗎？

謝委員武吉

好！讓大家都有面子。但我的提案下次須是放在前面的兩案。

鄭主任委員守夏

除法定事項外，謝委員武吉之提案，列為優先討論議案。若無其他臨時動議，今天會議到此結束，散會，謝謝大家！