

衛生福利部全民健康保險會
第 1 屆 103 年第 5 次委員會議事錄

中華民國 103 年 5 月 23 日

衛生福利部全民健康保險會第1屆103年第5次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國103年5月23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

李委員蜀平

中華民國中醫師公會全國聯合會李常務理事豐裕(代)

中華民國藥師公會全國聯合會賴政策執行長振榕(12:45以前代)

中華民國藥師公會全國聯合會古監事會召集人博仁(12:45以後代)

周委員麗芳

林委員至美

林委員啟滄

林委員錫維

侯委員彩鳳

柴委員松林

翁委員文能

國家發展委員會沈科員書萱(13:15以後代)

中華民國全國漁會陳秘書健民(代)

林口長庚醫院郭特助正全(10:40~13:00代)

台灣大學附設醫院醫療事務室黃組長雪玲(13:00以後代)

連委員瑞猛

張委員永成

張委員煥禎

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

楊委員漢淥

楊委員麗珠

全球商務法律事務所林律師穆弘(代)

中華民國農會林主任敏華(代)

中華民國牙醫師公會全國聯合會陳常務理事彥廷(11:05以前代)

葉委員宗義
蔡委員明忠
蔡委員登順
謝委員天仁
謝委員武吉

中華民國醫師公會全國聯合會黃副秘書長啟嘉(代)

台灣社區醫院協會謝名譽理事長文輝(11:05~13:10代)

肆、請假委員：

李委員成家
莊委員志強
蔡委員圖晉

伍、列席人員：

本部社會保險司
中央健康保險署

楊副司長慧芬

黃署長三桂

蔡副署長魯

林組長阿明

施組長如亮

柯執行秘書桂女

吳組長秀玲

張組長友珊

魏組長璽倫

本會

陸、主席：鄭主任委員守夏

紀錄：陳燕鈴、林淑華

柒、主席致詞(略)

捌、議程確認

決定：確定。

玖、例行報告

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)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請鑒察。

決定：

一、上次委員會議決議(定)事項辦理情形之追蹤：

(一)「為使健保自付差額特材價格資訊透明，以供民眾參用，因此請本會幕僚洽詢衛生福利部醫事司，各縣市衛生局是否依相關規定核定自付差額特材品項之收費標準」乙案，鑑於中央健康保險署將在本(103)年 6 月建置「自費醫材比價網」，民眾即可透過該署網站查詢各醫療院所自付差額及自費特材之收費情形，爰本案於該比價網上線後再解除追蹤，餘洽悉。

(二)各項追蹤之相關單位辦理情形，或因口頭聯繫而判斷可解除追蹤，但仍不宜在議程付印時，未收到書面資料情形下，逕於「追蹤建議」欄填列「解除追蹤」，以示慎重。

二、配合中央健康保險署修正發布之「全民健康保險辦理自付差額特殊材料之作業原則」，修正本會前所訂定「健保署同意後提請討論之自付差額特材品項基本資料檢核表」(如附表)。

第三案

案由：中央健康保險署「103 年 4 月份全民健康保險業務執行報告」，請 鑒察。

決定：洽悉。

拾、討論事項

第一案

提案單位：本會第二組

案由：全民健康保險業務監理架構與指標建置案，續請 討論。

決議：

一、本案於增修下列事項後，照案通過：

(一)原擬 24 項監理指標中，「各層級醫療院所服務量及費用占率」乙項，修正為「各層級醫療院所服務量占率」；「參與糖尿病醫療給付改善方案病人之住院率」乙項，修正為「糖尿病醫療給付改善方案之照護率」；「區域醫院以上初級門診照護率」乙項，修正計算方式。

(二)新增「藥品費用占率」、「醫院病床數」與「護理人力」等 3 項指標。

二、全民健康保險業務監理架構與指標如附件一。

三、請中央健康保險署於本年 7 月提報監理指標之監測結果(含前 3 年資料及平均值、加減 1.5 及 2 個標準差數值)，嗣後並每半年提報乙次。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：104 年度總額協商架構案，提請 討論。

決議：

一、本案照所擬草案通過。

二、104 年度總額協商架構如附件二。

第三案

提案單位：本會第三組

案由：104 年度總額協商通則案，提請 討論。

決議：

一、本案依所擬草案修正「其他原則」所列下列各項後，照案通過：

(一)第(二)點修正為「各部門最後之年度總額成長率，應在行政院核定範圍內」。

(二)第(五)點修正為「宜減少試辦性計畫，對已協定之計

畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制」。

二、104 年度總額協商通則如附件三。

三、違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款，採計 102 年度資料，數值以協商時中央健康保險署所提供者為準。

第四案

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：建議「103 年醫院醫療給付費用總額一般服務之保障措施」保障點值項目先納入地區醫院門、住診診察費，後續再審慎規劃，從根本來調整資源分配的妥適性，讓民眾就醫權益獲得最好的保障，健保資源的使用達到最佳效益案，提請 討論。

決議：請依本會本年 3 月份委員會議所議決原則，研提點值保障外之其他可協助解決非都會區地區醫院經營困境之議案後，再行討論。

第五案

提案單位：中央健康保險署

案由：罕見疾病特殊材料「『沛佳』法斯樂-杜瓦伸縮式髓內釘系統」納入醫院總額罕見疾病專款項目案，提請 討論。

主席裁定：保留至下次委員會議討論。

第六案

提案人：謝委員天仁、吳委員玉琴、干委員文男

代表類別：保險付費者代表

案由：關於試辦藥費支出目標，將藥價差(藥價黑洞)合法化，包含於支出目標，且試辦計畫將逾目標之藥費，於翌年

4 月 1 日啟動藥價調整，今年則至 5 月 1 日始調降藥價，有圖利大型醫院，且鼓勵用藥衝量等情事，均有不當，應即改正，提請 討論。

決議：

- 一、「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」於 102 年開始試辦，為使健保有限資源合理運用，請中央健康保險署應即啟動該試辦方案之檢討機制。
- 二、本會本年 6 月份工作計畫，既已排定中央健康保險署進行上開試辦方案執行情形之專案報告，請該署將委員所關心問題納入報告中。

拾壹、專案報告

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：醫院總額門住診費用分配合理性及對社區醫院經營與民眾就醫權益之影響報告，請 鑒察。

決定：洽悉。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：103 年度各部門總額協定事項重要計畫執行情形報告，請 鑒察。

主席裁定：保留至下次委員會議報告。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：健保代位求償執行情形與成效報告，請 鑒察。

主席裁定：保留至下次委員會議報告。

拾貳、臨時提案

提案人：吳委員玉琴

連署人：謝委員天仁

代表類別：保險付費者代表

案由：不得將全民健康保險基金及其相關費用挹注「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」之財源，提請 討論。

決議：依全民健康保險法立法意旨，本保險為強制性社會保險，於保險對象在保險有效期間內，發生疾病、傷害、生育事故時，依規定提供相關給付，爰建請衛生福利部與中央健康保險署於任何時候都不能使全民健康保險基金及其相關費用，成為挹注「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」之財源。

附帶說明：本案於主席做成決議後，有醫事服務提供者代表之委員表示，醫界不對本案表態。

拾參、散會：下午1時30分。

「健保署同意後提請討論之自付差額特材品項基本資料檢核表」

項目	基本資料			檢核結果												
1.自付差額品項	名稱：_____															
2.國內外上市日期與價格	<table border="1"> <thead> <tr> <th>國家</th> <th>上市日期</th> <th>價格</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>我國</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>A 國</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B 國</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	國家	上市日期	價格	我國			A 國			B 國					
國家	上市日期	價格														
我國																
A 國																
B 國																
3.其它國家保險給付情形	<table border="1"> <thead> <tr> <th>國家</th> <th>保險給付情形</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A 國</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B 國</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	國家	保險給付情形	A 國		B 國										
國家	保險給付情形															
A 國																
B 國																
4.健保全額給付類似功能特材品項與價格	全額給付特材名稱：_____															
5.本品項民眾自付差額之額度	許可證字號：_____核准日期：_____功能類別：_____															
6.本品項與「健保全額給付類似功能特材品項」之差距	<table border="1"> <thead> <tr> <th>比較項目</th> <th>健保全額給付類似功能品項</th> <th>本自付差額品項</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>用途 (適應症)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>相對效果 (療效)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>相對風險 (安全性)</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	比較項目	健保全額給付類似功能品項	本自付差額品項	用途 (適應症)			相對效果 (療效)			相對風險 (安全性)					
比較項目	健保全額給付類似功能品項	本自付差額品項														
用途 (適應症)																
相對效果 (療效)																
相對風險 (安全性)																
7.同意將本品項列入自付差額特材之理由	<p>依健保署所訂「全民健康保險辦理自付差額特殊材料之作業原則」，本品較相同用途且健保已納入全額給付之既有特材，有下列附加之功能或效果之一，且價格昂貴經認定無法納入全額給付者：</p> <p><input type="checkbox"/>增加耐久性：_____</p> <p><input type="checkbox"/>增加病人使用方便性：_____</p> <p><input type="checkbox"/>有利於監控病情：_____</p> <p><input type="checkbox"/>增加與特定設備或儀器之相容性：_____</p> <p><input type="checkbox"/>因客製化而增加美觀或舒適性：_____</p>															
8.醫療科技評估(含對健保財務之影響評估)等供參資料	<p>1.參考資料 1：_____ (詳附錄一)。</p> <p>2.參考資料 2：_____ (詳附錄二)。</p>															

註：1.針對特材品項之「2.國內外上市日期與價格」及「3.其它國家保險給付情形」，請盡可能包含 4~5 個先進國家及 3 個亞洲鄰近國家之資料。

2.本表可依需要增加內容及篇幅。

全民健康保險業務監理架構與指標

第 1 屆 103 年第 5 次委員會議(103.5.23)討論通過

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(一) 效率	1. 急性一般病床平均住院天數(整體及各層級)	半年	1. 急性一般病床住院日數/急性一般病床住院申請件數 2. 急性一般病床定義：包含急性一般病床、經濟病床、急性收差額病床。 3. 分別呈現： (1) 醫院整體 (2) 醫學中心、區域醫院、地區醫院	院所營運效率/國際比較
	2. 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)	半年	1. 急診病人留置超過 24 小時人次/急診總人次 2. 分別呈現： (1) 醫院整體 (2) 醫學中心、區域醫院、地區醫院	急診照護效率
	3. 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數下降比率	半年	(癌症死亡病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數-去年同期資料)/去年同期資料	資源運用適當性/觀察整體趨勢
	4. 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率	年	1. 輔導後平均就醫次數-輔導前同期平均就醫次數 / 輔導前同期平均就醫次數 2. 高診次保險對象：全年門診就醫次數 ≥ 90 次之保險對象。 3. 包含西、牙、中醫門診之高就診輔導專案個案。	資源利用之管控結果
	5. 區域醫院以上初級門診照護率	半年	1. 符合初級照護之門診案件數(不含門診透析) / 門診總案件數(不含門診透析) 2. 初級照護定義：參照吳肖琪教授 92 年「總額支付制度下建立基層與醫院門診分級醫療指標之研究」報告，及健保署醫院總額支付委員會討論修訂版	觀察急重症資源是否偏重投入初級照護
	6. 各層級醫療院所服務量占率	半年 (季呈現)	1. 服務量占率=該層級醫療點數/醫院整體醫療點數 2. 層級別為：醫學中心、區域醫院、地區醫院	資源分配及平衡醫院層級發展之考量
	7. 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率	半年 (季呈現)	1. 病人數占率=該部門門診就醫人數/西醫門診就醫人數 2. 件數占率=該部門門診申報件數/西醫門診申報件數 3. 部門別為：西醫基層、醫院總額	就醫變動性
	8. (新增)藥品費用占率	半年	1. 藥品申報醫療點數/整體申報醫療點數 2. 醫療點數含交付機構	藥品使用情形

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(二) 醫療品質	1.手術傷口感染率	半年	1.手術傷口感染病人數(次診斷碼為 996.6, 998.1, 998.3, 998.5)/所有住院手術病人數。 2.參考鍾國彪教授研究之定義，分子：次診斷碼為 996.6、998.1、998.3、998.5。996.6 體內裝置物、植入及移植物所致之感染及發炎反應；998.1 併發於醫療處置中之出血、血腫或血清腫；998.3 手術傷口破裂；998.5 手術後感染。	住院照護安全性
	2.急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)	半年	1.分母中之死亡個案數/18 歲以上且主診斷為急性心肌梗塞之病患 2.參考鍾國彪教授研究之定義： (1)分子：18 歲以上，且主診斷為急性心肌梗塞(國際分類代碼前三碼=410)之病患死亡個案數，包含門診、急診、住院(排除轉院個案) (2)分母：18 歲以上，且主診斷為急性心肌梗塞(國際分類代碼前三碼=410)之病患，包含門診、急診、住院(排除轉院個案)	急性照護品質/觀察整體趨勢
	3.糖尿病醫療給付改善方案之照護率	半年	分母中有申報該方案管理照護費人數/符合該方案訂定之收案條件人數	評估門診照護之品質
	4.照護連續性	年	$COCI = \frac{\sum_{i=1}^M n_i^2 - N}{N(N-1)}$ N = 病患就醫總次數 n_i = 病患在個別院所 i 之就醫次數 M = 就診院所數 (採用 Bice 與 Boxerman 於 1977 年所發展之指標定義) 1.資料範圍：西醫門診案件(不含牙醫、中醫) 2.排除極端值(歸戶後就醫次數 ≤ 3 次，及 ≥ 100 次者)，因易使指標產生偏差 3.歸戶後先計算出個人當年度照護連續性，再計算全國平均值	整合性照護品質
	5.(新增)醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級)	半年	1.分別計算健保床、非健保床 2.分別呈現： (1)醫院整體 (2)健保六分區業務組 (3)醫學中心、區域醫院、地區醫院	健保病床之供給情形
	6.(新增)護理人力指標	半年	護病比之計算方式依衛生福利部定義(於取得相關資料後提報)	護理人力之供給情形

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(三) 效果	1. 未滿月新生兒死亡率	年	(一年中出生未滿 4 週之嬰兒死亡數/一年內之活產總數)*1,000	醫藥進步情形/國際比較
	2. 孕產婦死亡率	年	(一年內因為各種產褥原因所致孕產婦死亡數/一年內之活產總數)*100,000	衛生保健成效/國際比較
	3. 對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門)	年	1. 填答「非常滿意」及「滿意」總人數/所有表示意見人數 2. 分別呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診	民眾就醫整體感受
(四) 公平	1. 依鄉鎮市區之發展程度分類，計算最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)	年	1. 依鄉鎮市區發展程度分類後，計算最高與最低兩組每萬人口醫師數之比值(倍數)。 2. 鄉鎮市區發展程度分類建議採謝雨生(2011)定義，分為 1 級至 5 級區域，共 5 組 ^註 。(中央健康保險署可採用其他評估醫療資源之方式加以分類) 3. 分別呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診	人力供給之公平性
	2. 一般地區/醫療資源缺乏地區/山地離島地區之就醫率(各部門)	年	1. 門診就醫人數/總人數 2. 醫療資源缺乏地區按該部門最近一年公告之醫療資源缺乏地區之定義；山地離島地區為執行山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS)之地區 3. 分別呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診	醫療利用之公平性
	3. 家庭自付醫療費用比率(整體及各部門)	年	1. 家庭自付醫療費用/國民醫療保健支出總額 2. 分別呈現：整體、醫院、西醫診所、牙醫診所、中醫診所	民眾自費負擔趨勢
	4. 自付差額特材占率(整體及各類別項目)	半年	1. 整體：自付差額特材申報數量/特材申報數量 2. 各類別項目：相同用途自付差額特材申報數量/相同用途之自付差額特材及全額給付特材申報總數量	民眾自付差額趨勢
(五) 財務	1. 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率	半年(季呈現)	1. (保險收支餘絀實際數-保險收支餘絀預估數)/保險收支餘絀預估數 2. 保險收支餘絀=(年初至本季保險總收入-年初至本季保險總支出)	收支餘絀預估之準確性
	2. 安全準備總額折合保險給付支出月數	半年(季呈現)	安全準備總額/最近 12 個月之保險給付支出月平均數	依法以 1-3 個月為原則
	3. 保費成長率與 GDP 成長率比值	年	1. 分子：(本年保費收入-去年保費收入)/去年保費收入 2. 分母：(本年 GDP-去年 GDP)/去年 GDP	保費成長趨勢

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
	4.全民健保醫療支出占GDP比率	年	1.全民健保醫療支出總額/GDP 2.全民健保醫療支出總額包含保險對象自行負擔費用(部分負擔)	健保支出成長趨勢
	5.國民醫療保健支出占GDP比率	年	國民醫療保健支出總額/GDP	醫療保健支出水準/國際比較
	6.資金運用收益率	半年 (季呈現)	本季保險資金運用收益/本季日平均保險資金金額	資金管理效率

註：依鄉鎮市區之「人力資源結構」、「社會經濟發展」、「教育文化發展」、「交通動能發展」、「生活環境發展」及「資訊基礎建設」等構面加以分類(謝雨生等，2011)。

104 年度總額協商架構

第 1 屆 103 年第 5 次委員會議(103.5.23)討論通過

一、總額設定公式

■ 年度全民健保醫療給付費用=

$$\sum_{i=1}^4 [\text{校正後前一年度部門別醫療給付費用} \times (1 + \text{年度部門別醫療給付費用成長率})] + \text{年度其他預算醫療給付費用}$$

年度全民健保醫療給付費用成長率=

$$(\text{年度全民健保醫療給付費用} \div \text{校正後前一年度全民健保醫療給付費用}) - 1$$
■ 年度部門別^{註1}醫療給付費用=
$$[\text{校正後前一年度部門別一般服務醫療給付費用}^{\text{註2}} \times (1 + \text{醫療服務成本及人口因素成長率} + \text{協商因素成長率})] + \text{年度專款項目經費} + \text{年度門診透析服務費用}^{\text{註3}}$$

年度部門別醫療給付費用成長率=

$$(\text{年度部門別醫療給付費用} \div \text{校正後前一年度部門別醫療給付費用}) - 1$$

註：1.部門別(i) =牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2.依費協會第 114 次委員會議(95.06.09)決議，自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 104 年總額基期須校正 102 年投保人口成長率差值)。

3.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

二、醫療服務成本及人口因素

(一)成長率計算公式

$$[(1 + \text{人口結構改變率} + \text{醫療服務成本指數改變率}) \times (1 + \text{投保人口成長率})] - 1$$

(二)各項因素之計算方法

1.人口結構改變率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年費用及計費人口數資料，104 年度總額係以 101 年每人醫療費用點數為基礎，計算 102 年對 101 年保險對象人口結構之影響(即以各季季末保險對象人數之年齡性別百分比平均值計算，並以 5 歲為一組)。

2.醫療服務成本指數改變率

(1)成本項目之權數

採行政院主計總處 100 年工商及服務業普查所作之「醫療機構專案調查實施計畫」調查結果，取去除「最高及最低 5%極端值」後之平均數。

(2)各成本項目對應之指數

除以下項目由行政院主計總處另外計算外，其餘沿用行政院主計總處例行公告之指標項目及數值：

- a. 「藥品費用」採用「躉售物價指數—藥品類」指數，其內涵之「動物用藥」、「中藥製劑」、「中藥材」、「供合成原料藥之有機化合物」及「診斷或實驗用試劑」項目，不納入計算。
- b. 「醫療材料費用」選擇 100 年為基期之查價分類中之「電子醫療用儀器及設備」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」、「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」、「放射照相或放射治療器具」以及「理化分析用儀器及器具」等屬醫療儀器及材料之相關項目，作為計算。

(3)醫療服務成本指數改變率之數值

前述各指標項目，以 100 年為基值(訂為 100)，計算 102 年對 101 年各指數年增率，並將各部門之服務成本指數改變率，按其 102 年醫療給付費用占率值加權計算而得總醫療服務成本指數改變率。

3.投保人口成長率

採國家發展委員會 101 年公布「中華民國 2012 年至 2060 年人口推計」之 104 年人口總增加數之中推計數值估算。

註：本項醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法，將依衛福部報奉行政院核定之內涵辦理。

三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如高科技及新藥)改變對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

反映因醫療科技或診療型態之改變，如大眾對醫療科技期許之增加、疾病發生率之改變、以及醫療資源缺乏區醫療供給量之增加等因素造成對保險對象服務利用及密集度之影響(須排除已於醫療服務成本及人口因素反映部分)。

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因對醫療費用之影響。

四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

五、門診透析

(一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：

先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

(三)計算公式：

年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用=前一年醫院(西醫基層)門診透析服務費用×(1+成長率)

年度門診透析服務費用=年度醫院門診透析服務費用+年度西醫基層門診透析服務費用

104年度總額協商通則

第1屆103年第5次委員會議(103.5.23)討論通過

一、基期

以穩定為原則，若確需變動，應於前一年6月前提經議定；6月以後所議定調整事項，適用於下年度總額。

二、醫療服務成本及人口因素

各總額部門醫療服務成本及人口因素成長率，採衛福部報奉行政院核定之數值與計算公式。

三、協商因素

(一)健保署會同各總額部門研擬年度協商草案時：

- 1.應配合全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨。
- 2.納入新醫療科技項目，並依民眾需要，先行規劃擬新增之項目及預估額度，以利協商及維護民眾就醫權益。

(二)各部門「品質保證保留款」：

- 1.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(103、104年)該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。
- 2.考量各部門對「品質保證保留款」之運用方式各異，同意總額部門於取得內部共識後，可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款，並須提經本會通過。

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款：

列為協商減項，但僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件。

(四)一般服務之協商因素項目屬計畫型預算者，應於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及評估指標)，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則應核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商量。

- (五)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，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會備查。

四、專款專用項目

- (一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商考量。
- (二)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。
- (三)具有特殊性、鼓勵性、目標性之新增計畫，宜列為專款項目，俟其執行具相當成效後，再移至一般服務項目。

五、其他原則

- (一)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- (二)各部門最後之年度總額成長率，應在行政院核定範圍內。
- (三)所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形連動，且對有限健保資源，應予合理配置。
- (四)健保節流措施之實際效應，應自總額扣除。
- (五)宜減少試辦性計畫，對已協定之計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (六)醫療費用總額經衛福部核定後，對已協定各項目金額之增減應正式提案，在本會議決前，並應再經總額部門與付費者代表協定程序。

第 1 屆 103 年 第 5 次 委員 會議
與 會 人 員 發 言 實 錄

壹、「議程確認」、例行報告第一案「確認本會上(第 4)次委員會議紀錄」、例行報告第二案「本會上(第 4)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

各位委員、健保署代表及所有與會人員，大家早！今天是 103 年第 5 次委員會議，首先確認議程，計有 3 項例行報告、6 項討論案(為：全民健康保險業務監理架構與指標建置、104 年度總額協商架構、104 年度總額協商通則等 6 案)，以及 3 項專案報告；另，今天一早吳委員玉琴、謝委員天仁提出臨時提案，已請同仁先將資料發送給委員，若時間允許，也會納入討論。請問委員對今天議程的安排有無意見?(委員表示沒有)若沒有意見，就照議程進行。首先，進行上次會議紀錄確認，請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

- 一、請問委員對紀錄內容有無修正意見?(委員表示沒有)沒有修正，上次會議紀錄確定。
- 二、接下來，進行上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請柯執行秘書桂女說明。

柯執行秘書桂女

- 一、在進入報告之前，首先，向大家說明今天的 2 份補充資料：
 - (一)第 1 份資料是「102 年版全民健康保險會年報」，係依健保法施行細則第 4 條：「健保會應每年編具年終業務報告，並對外公開。」之規定辦理。依稀記得，前監理委員會於討論二代健保法施行細則時，曾有委員指出，健保會屬於委員會性質，會議紀錄記載詳實，並且在 10 天內上網公開，所以若確需編具年報，宜由主管機關負責。本會幕僚在編纂年報時，亦有同感，並儘量將年報的內容，以淺顯易懂之文字呈現，若委員發現仍有不易閱讀或待改進之處，尚請不吝提供

相關建議，以作為日後製作年報之參考。另外，特別提醒委員在參閱年報時，請將時序回推到 102 年，以免產生混淆。

(二)第 2 份資料是「102 年委員會議資料彙編」，係將本會 102 年度委員會議討論案及其決議事項彙整。因頁數頗多，所以分成上、下二冊印製。以上 2 份資料，或可視為本會過去一年的成績，請委員參閱。委員可以今日攜回，也可以將資料留置於桌上，由本會幕僚協助寄送。

二、針對上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務，共有四項說明，請委員翻到議程第 9 頁：

(一)說明一，上(第 4)次委員會議決議(定)的 7 個事項中，建議第 3、4、5、6 項解除追蹤，其餘 2 項繼續追蹤(議程第 11~12 頁)，另 1 項因非本會權責，不予追蹤。謹就其中重要部分，向委員報告：

1.第 1 項有關「提升住院護理照護品質方案」，健保署預定在下次(6 月份)委員會議提出報告，惟該署認為每年畢業、執業、退休之護理人力相關統計，非其權責，所以無相關統計資料，建請本會洽照護司協助說明，在此特別拜託健保署在進行專案報告時，將各該相關資料一併納入。本項與第 2 項建議繼續追蹤。

2.第 3 項，有關「請本會幕僚洽詢衛生福利部醫事司，各縣市衛生局是否依相關規定辦理自付差額特材收費標準之核定」乙案，依醫事司的回復，醫療法第 21 條規定：「醫療機構收取醫療費用之標準，由直轄市、縣(市)主管機關核定之。」為求各縣市衛生局作業的一致性，衛福部於 102 年 5 月 6 日函頒「醫療費用收費標準核定作業參考原則」。醫事司回復內容，請委員參閱今天分送的補充資料第 1 頁。由於本案原意，是希望民眾在選擇自付差額特材品項時能有可供比價的資訊，而健保署於 6 月將完成「自費醫材比價網」之建置，屆時民眾即可上網查詢相關資

訊，爰建議解除追蹤。

- 3.第 4 項，有關「104 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商工作計畫及時程表」所列各事項，健保署回復將配合辦理，本項建議解除追蹤。
- 4.第 5 項，有關「104 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」於報行政院核定前應先諮詢本會意見案，本會幕僚已依會議決議，彙整委員回復之意見(詳議程第 101~111 頁附錄一)報部參考，請委員參閱。本案亦建議解除追蹤。
- 5.第 6 項，「請健保署進一步分析罕見疾病、血友病兩項藥費成長快速之原因，並研議因應策略」乙項，健保署已分析原因及提出策略，其回復情形如會議資料，請委員參閱，本項建議解除追蹤。
- 6.第 7 項，委員建議加強民眾教育宣導乙項，本會幕僚已轉請國民健康署參考。由於非屬本會權責，依本年 2 月份委員會議決定，不予追蹤。

(二)說明二，「『愛德華』卡本特-愛德華沛旅旺人工心瓣膜」、「『聖猷達』翠翡塔組織瓣膜」等兩種自付差額心瓣膜，健保署依法提本會討論後，報經衛福部於本(103)年 4 月 25 日核定公告「耐久性生物組織心臟瓣膜為全民健康保險自付差額之特殊材料品項」，並定自本年 6 月 1 日施行(如議程第 112~113 頁附錄二)。健保署嗣依主管機關之公告，於本(5)月 6 日公告暫予收載前開兩種心瓣膜共 4 項特殊材料為「耐久性生物組織心臟瓣膜」之自付差額品項(如議程第 114~115 頁附錄三)，請委員參考。

(三)說明三，由於健保署本年 4 月 25 日修正發布「全民健康保險辦理自付差額特殊材料之作業原則」(如 121~125 頁附錄七)之第三點規定，而本會前所訂定「健保署同意後提請討論之自付差額特材品項基本資料檢核表」之「7.同意將本品

項列入自付差額特材之理由」，係引自該規定，加以配合修正，請委員參考附表二。

- (四)說明四，衛福部及健保署本年4月份發布及副知本會之相關資訊，列於議程第116~127頁附錄四至九，其中第一項為衛福部於本年4月28日修正發布「全民健康保險投保金額分級表」，並定自本年7月1日施行。修正後投保金額分級表之下限金額為19,273元(調整前為19,047元，增加226元)，上限金額維持182,000元不變；最高一級與最低一級投保金額之差距，約為9.44倍(議程第116~118頁附錄四)；其他資料請委員參考。

鄭主任委員守夏

謝謝柯執行秘書桂女的報告！請問委員有無詢問？請李委員永振。

李委員永振

- 一、會議資料第11頁追蹤表第3項，因會議資料載明醫事司的回復內容為「資料後附」，但幕僚已先行建議「解除追蹤」，恐讓外界質疑本會監理之功能。議程資料寄出時，健保會也許立即收到醫事司的資料，但委員並未由議程資料中看到回復內容，從時間點來看，邏輯存在矛盾。未來應修正類此案件「追蹤建議」之呈現方式。
- 二、會議資料第12頁追蹤表第6項，委員會決議事項為進一步分析成長原因及因應策略，健保署雖有回復，但似乎沒有針對委員之提問事項回應，且未見成效，是否該繼續追蹤？以上兩項建議，請參考。

鄭主任委員守夏

- 一、關於李委員所提第一點建議，因本委員會議議程資料需於一周前寄出，所以有時間落差。未來，請本會幕僚應依會議議程製作之時點，提出追蹤與否之建議。
- 二、至李委員所提第二點建議，因該案為報告案，若未明確決定健

保署應執行之工作，則於報告結束後即應結案；如委員認為有再討論之必要或其他具體之建議事項，則可再提案請健保署提出報告或執行。接著請吳委員玉琴發言。

吳委員玉琴

有關會議資料第 12 頁第 5 項「104 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」乙項，因本會委員意見頗多，請教衛福部後續處理及參採情形為何？

鄭主任委員守夏

請社保司楊副司長慧芬說明。

楊副司長慧芬

感謝委員的關心！衛福部對委員的意見非常重視，皆一一檢視，亦將委員及各界意見，併入陳報行政院「104 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」乙案的附件資料內。該報院草案中，104 年總額成長率範圍為 1.772%~5.011%，與上個月送貴會諮詢案的數據相同，並未更動。

鄭主任委員守夏

本項為二代健保法施行後的新流程，僅屬徵詢性質。請吳委員肖琪發言。

吳委員肖琪

一、會議資料第 11 頁追蹤表第 3 項，上次委員認為各縣市自付差額品項收費資料內，無個別品項之價格，難以供民眾參考，故個人認為，應要看到各縣市登錄各自付差額品項之價格，才能解除追蹤。

二、本案與人民權益直接相關，健保法既允許自付差額，而目前各縣市(衛生局)對於自付差額品項收費之公開情形為何？宜有更詳實資料，讓委員知悉後，再解除追蹤。

柯執行秘書桂女

- 一、補充說明，由於健保法修正施行後，允許特材自付差額，所以希望民眾能有管道獲知「自付差額特材品項」的價錢，而這也是本案的由來。據了解，二代健保之後才有特材自付差額之規定，所以衛福部在訂定「醫療費用收費標準核定作業參考原則」時，並未納入。本會幕僚已建議醫事司未來修改規定時應予納入。
- 二、考量健保署將於本年 6 月 1 日建置「自費醫材比價網」，已達本案原訴求，所以建議解除追蹤。至各縣市衛生局於收費標準的核定，有時須配合其行政與實務等面向的需求，我們當予尊重。

鄭主任委員守夏

- 一、本會應注意的是，依健保法規定，曾公告部分品項得自付差額，如人工水晶體、塗藥血管支架等，本類項目不多，應要求健保署逐項公告。至地方衛生局的權責，為核定醫療院所收費標準，如掛號費等，雖與民眾密切相關，惟非屬本會或健保署之權限，委員可關切、提供建議，但建議以本會核心任務為優先。
- 二、健保署表示 6 月 1 日建置「自費醫材比價網」後，即可上網供各界查詢，本案俟該網站上線經委員檢視後再解除追蹤。

吳委員肖琪

- 一、我會關心這件事情，是因為之前健保署表示，需要向各縣市衛生局查詢資料。如果 6 月份以後，資料可以直接提報到健保署，這是件好事。我們樂見 7 月或 8 月可以看到各縣市完整的資料比較，但也須給健保署一些時間。
- 二、因為上上次(3 月份)會議中，依健保署說明，須至各縣市衛生局查詢，我認為這樣的作法是不對的。如果能夠直接提報到健保署，好讓民眾容易在網路上查詢，才是較佳的做法。

鄭主任委員守夏

針對第 3 項，繼續追蹤至健保署資料上網為止。委員沒有其他詢問的話，進行例行報告第三案。

貳、例行報告第三案「中央健康保險署『103年4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

本案是健保署的業務執行報告，依過去決議是 1、4、7、10 月份進行口頭報告，本次(5 月份)係提書面資料供參考。請李委員永振。

李委員永振

在業務執行報告第 7 頁，要提醒健保署及本會委員注意，本月份安全準備提列數為負 3.66 億元。自 99 年 4 月 1 日保險費率提高至 5.17% 後，從該年 5 月起安全準備提列均為正數，但本月份出現負數，健保署應瞭解是否有特殊情況，或是累積安全準備 1,182 億元已達頂點，開始走下坡。去年二代健保實施後，該年 5 月的保險收支結餘最低，也還有 13 億元，所以本月份的短絀，值得注意。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝李委員永振！李委員是財務專家。請健保署提供書面資料，給所有委員參考。有無其他委員對報告內容有詢問或指教？(未有委員表示意見)若沒有意見，報告案就到此結束。
- 二、本次討論案有六案，另有臨時動議一案，請各位委員發言儘量精簡。

參、討論事項第一案「全民健康保險業務監理架構與指標建置案」與
會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

請同仁宣讀討論事項第一案。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝同仁宣讀！監理指標彙整資料在議程第 17 頁，每項指標的定義及計算方式、健保署建議修正及本會幕僚的說明，在議程第 18 至 36 頁，內容非常多，有一點複雜。稍後先請委員提出意見，再請健保署針對執行面表達意見，最後，再作綜合討論。
- 二、監理指標項目共有 24 項，本會幕僚同仁建議考量變動不大，每半年提報即可，不須每季提報。先請委員對指標內容或項目提出意見，之後再請健保署說明。請干委員文男。

干委員文男

議程第 17 頁「效果」構面之「對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門)」指標，所要呈現的是民眾對就醫的整體感受，可否改為半年提報？若每年提報，等待次年作檢討時，早已時過境遷，如何對不滿意的事項表達意見？若每半年提報，則於發現問題時，即於下半年協商或上半年研究檢討，所以，希望能改為每半年提報。

鄭主任委員守夏

本項指標來自健保署的滿意度調查資料，該調查用的是該署的業務費預算。我們都瞭解，健保署的業務費嚴重短缺，目前僅能一年調查一次，請委員先同意每年提報一次。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、議程第 17 頁「效率」構面之「西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率」指標，以件數占率做為就醫流動性參考，我認

為值得商榷。

- 二、病人數較為適合，但應該更精緻化一點。病人數的流動，要看屬於哪種病人，一般疾病、慢性病或重大傷病？重大傷病往基層移動，是不對的，目前發現，可能與院前診所有關。所以，只有人數看不出實際上病人移動的狀況，我建議將就醫病人數再做細分，在健保署可執行的程度內，例如區分慢性病、重大傷病，應該可行。
- 三、基層總額向來管控就診次數，超過時，即直接刪除費用，國人就醫次數因此略為下降，但仍為舉世第二。件數與品質幾乎沒有關係，反而件數減少、人數增加是好事。因此，建議本項指標刪除件數，僅保留人數，並加以細分。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

我曾在會議上提過，監理指標須就實務發生的問題進行調整，以產出委員即時需要的相關資訊。去年的資料清楚可見，醫院因護理人力不足，為了評鑑，產生關床的情形，這些資料應在監理指標上呈現，以免為了補東牆，卻讓西牆出了問題。另外，也希望有合理的資源配置，以減少過度的負擔，預算分配下去，也應有執行成效；若以其他方式規避時，期望監理指標應能夠呈現。

鄭主任委員守夏

關床數是變動的，也許可改為調查醫院開床數，及護理人力呈現方式。上個月進行討論時，並未提出此需求，因此，目前的版本並沒有呈現。由於指標都須先請健保署評估試算，所以也請大家考慮是否先定案試辦一年，再討論指標項目之新增或變更？或者大家現在已有共識，應立即新增？請李委員永振。

李委員永振

監理架構與指標之建置，健保會幕僚投入很多時間，值得肯定，健

保署試算也很辛苦。建議 7 月提報監測結果時，健保署能深入分析解讀，呈現指標意義，而非僅是統計數字；經由用心努力所產出的結果，才值得參考。

鄭主任委員守夏

監理指標的目標，是希望能讓多數民眾都能看懂。有些指標不易瞭解，應加以說明，避免民眾誤解。謝謝李委員永振的提醒！請何委員語。

何委員語

指標規劃得很好！但目前沒有藥品支出指標，若能新增，以呈現半年藥品支出成長的程度，會更完美。

鄭主任委員守夏

謝謝何委員語的建議！稍後一併考量。請謝委員天仁。

謝委員天仁

委員關心民眾就醫的可近性，所以向來擔心醫院部門裡的地區醫院，建議新增地區醫院服務量及費用的監理指標，瞭解其實際消長的情況。

鄭主任委員守夏

「效率」構面已新增第 6 項「各層級醫療院所服務量及費用占率」，請謝委員天仁參閱，是否符合需求？請蔡委員登順。

蔡委員登順

本案所提出的監理指標，已根據上次會議的建議配合修正，並整併健保署的意見，看起來尚稱完整。本次會議部分委員所表達意見，亦建議納入修正，希望能儘快定案，並請健保署進行相關指標試算，讓委員能透過指標監測結果，發揮業務監理功能，日後若需調整，也可再逐步調整。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員的建議！若委員暫無意見，先請健保署說明認為不妥或

執行困難的部分。

林組長阿明

- 一、議程第 18 頁「癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數下降比率」，因癌末費用涉及許多不同情況，及其他疾病的共病影響，很難以費用上升或下降課責，所以，本署建議修正為，「癌症及重大傷病病患在死亡前 6 個月接受安寧照護的比率」。目前已有住院安寧、共照安寧、居家安寧及社區安寧，本署希望改以接受安寧照護的比率呈現。
- 二、議程第 19 頁「區域醫院以上初級門診照護率(區域以上及併醫療法人附設診所)」計算方式 2 所呈現(2)部分，係上次會議陳委員宗獻特別將醫療法人附設診所的機構代碼，前 2 碼「40」及「41」進行加總，歸於區域醫院或醫學中心的初級照護。但本署分析發現，代碼「40」及「41」目前有 9 家診所，多為西醫基層總額實施前已設立的診所，最主要為書田及遠東聯合 2 家診所。9 家申報點值約 10 億點，此 2 家約 7 億點，因此，建議本項指標刪除代碼「40」及「41」，否則，反而無法呈現實際狀況。
- 三、議程第 19 頁「各層級醫療院所服務量及費用占率」因申報點數較為即時，但醫療費用涉及點值結算，兩者約有半年的時間落差，恐無法從服務量與費用的占率進行比較。
- 四、議程第 20 頁「參與糖尿病醫療給付改善方案病人之住院率」，本署認為，目前參與者大多為多重慢性病患，可能因其他疾病或高齡而有住院風險，因此，建議改為參與病患接受「糖化血色素」(HbA1c)檢測的比率。
- 五、議程第 21 頁「照護連續性」指標在真實呈現病患照護連續性方面，本署認為有疑義，例如，許多門診病患原在中大型醫院就醫，後因本署積極推動分級醫療，改至基層就醫，但在指標測量上，反呈現照護連續性中斷，因此，這項指標還需審慎研議。

六、議程第 23 頁「依鄉鎮市區之發展程度分類，計算最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)」，係參照謝雨生教授之研究報告，依鄉鎮市區發展程度分級。但經本署瞭解，該研究係以 100 年及 91 年鄉鎮 e 化發展程度資料進行比較後，分為 5 級，與目前各部門醫師人力之分布，有所落差，例如，其將花蓮市與台東市歸為 4 級，烏來歸為 3 級，這部分需要再做考量，且醫師人力的供給，亦非全賴本署之努力即能達成，主要受到衛福部醫事司和護理及健康照護司的政策影響。

施組長如亮

- 一、議程第 20 頁「急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)」，可能因病患個案的嚴重程度或其他因素死亡，非醫療院所醫師或本署所能控制，建議貴會洽詢相關醫學會提供專業意見後，再做評估。
- 二、議程第 24 頁「自付差額特材占率(整體及各類個別項目)」，病人係依個別情況，選擇特材，訂為正向或負向指標，意義不大。建議如吳委員肖琪所提，以價格資訊的公開程度訂定指標，並要求公開程度須趨近 100% 比較有意義。

鄭主任委員守夏

- 一、後續討論案很多，但本案很重要，為避免討論費時而延宕，建議依蔡委員登順意見，先通過指標，請健保署試算提報。現為利討論，我直接對大家有意見的指標，提出個人看法與意見。
- 二、議程第 18 頁「癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數下降比率」，係用以觀察整體醫療資源配置趨勢，但無須訂定上下級距，因並非全屬健保署的責任，故建議先予保留。至於接受安寧療護，係政策之一。
- 三、議程第 19 頁「區域醫院以上初級門診照護率(區域以上及併醫療法人附設診所)」，依健保署意見，先刪除代碼「40」及「41」部分。因其確為診所，且對整體趨勢無太大影響，希望陳委員宗獻能同意。(陳委員宗獻表示同意)

- 四、議程第 19 頁「各層級醫療院所服務量及費用占率」，考量即時性，以申報點數計算即可，不須計算點值結算後的每季費用。
- 五、議程第 20 頁「急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)」，有許多不可歸責於醫院之因素，因此，作為觀察整體趨勢即可。
- 六、議程第 20 頁「參與糖尿病醫療給付改善方案病人之住院率」，在去年的評核會議，評核委員已有明確建議，目前該方案效果不錯，但醫療院所會挑比較容易來承作，參加比率一直都在 3 成左右，應該擴大參與率，希望讓加入論質計酬的病患變多。因此，建議本項指標改成以醫療院所為單位，觀察其經常就診的糖尿病患，是否加入論質計酬。若希望提高參與率，可在本會 9 月份協商時，適度增加經費。
- 七、議程第 21 頁「照護連續性」的「個別醫師」，可改為「醫療院所」，因為有許多的病患在醫院就醫，特別是多重慢性病患。
- 八、議程第 23 頁「依鄉鎮市區之發展程度分類，計算最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)」，在考量符合醫療資源分布情況下，同意健保署可改用國發會或內政部的鄉鎮市區之發展程度分類方式，予以歸類。
- 九、謝委員天仁建議將醫院病床數及護理人力納為指標，統計床數應該不難，可以分區、分層級，統計健保床與非健保床。護理人力部分，之前協定「提升住院護理照護品質方案」專款項目，要求參與本方案之特約醫療院所，應提報品質指標資料及評鑑人力標準數據給健保署，才支付該獎勵金款項，不知現在醫療院所是否仍提報護理人力資料給健保署。醫事司不需每天更新護理人員流動情形，所統計的護理人力資料較不及時。健保署以前好像沒有統計(健保署：我們是轉醫事司的資料)，所以，護理人力部分，等一下再討論。
- 十、何委員語建議將藥品支出費用列為指標，由於歷來都有「健保

支出藥品費用占健保總支出的占率」資料，所以，可以將藥品費用占率，納為指標。

十一、護理人力部分，請問吳委員肖琪有比較好的建議嗎？

吳委員肖琪

關於「提升住院護理照護品質方案」專款既已編列好幾年，按理應有些成果了。今年年初，衛福部林次長奏延希望我參加「護病比與健保給付連動研議工作小組」會議，衛福部林次長奏延參訪日本回來後，開會討論護病比相關事宜，會中我曾提出，若大家覺得醫院提報的數字不準，建議每個月提報，至於提報給哪個單位？當時健保署李副組長純馥也有參加會議，後來的結論，好像是提報到衛生局，不知後續有無再追蹤？既然在會議中，已決定要登錄護病比資料，應予落實；我們要注意的是，追蹤資料正確與否，如此才有辦法落實。另外談到護病比，台灣醫療改革基金會表示有些醫院拿了幾千萬元，護理人力卻反而減少。

鄭主任委員守夏

吳委員肖琪的建議非常明確，就算還沒做，今天可以作成決議，請健保署做。不知醫院有無特別困難之處？請健保署要求醫院，每季提供資料可能太過頻繁，如要求半年一次，將護病比資料提報健保署，因為「提升住院護理照護品質」專款已給很多年，尚屬合理。請問健保署可以做嗎？

李副組長純馥

一、向各位委員報告，衛福部已規劃在 104 年，將護病比列為評鑑必要項目，現正由各醫院試評中。但並非所有醫院資料都完整，因為每一年申請醫院評鑑的醫院都不同。目前醫事司蒐集到的資料，是試評結果，屬於醫院接受評鑑時的護病比結果，未來，若要與住院護理費連動，將由醫院每個月提報一般急性病床的護病比資料才能計算。

二、上次在衛福部召開「護病比與健保給付連動研議工作小組」會

議，希望在 103 年提升健保住院護理照護品質方案中，訂定要求提供護病比相關資料，但目前此方案尚未公告，醫院也未提報資料，因此，本署目前並沒有資料。必需等 103 年該方案公告後，才有依據來要求醫院依照方案提報資料給健保署。在「護病比與健保給付連動研議工作小組」會議，雖有決議要求健保署蒐集資料，但原則上，還要經全民健康保險醫療給付項目及支付標準共同擬訂會議通過，並於健保會報告後才能報部核定後公告施行。

- 三、對於護病比應如何定義，包含是否含括專科護理師、護理長，各界的意見尚未統一，確實會造成雙方對於資料解讀的困擾。所以，建議有統一的定義，大家都瞭解意涵之後，再來監測及報告，比較妥適。據我所知，目前衛福部蒐集護病比的資料，有兩套標準，但並未統一，因此，若要健保署馬上接手，應會有困擾。

鄭主任委員守夏

了解！請張委員煥禎。

張委員煥禎

- 一、立法院討論護病比議題時，我有去旁聽。當時隔天報紙登了很大篇幅關於盧教授(孳艷)當天所強調 75% 醫院護病比不合規定，不知會死多少病人！盧教授(孳艷)提出的意見，我覺得很不道德。衛福部及健保署皆已說明只是試評，大家也都同意，應先試評，但試評資料不應對外公布，因為「惡法亦法」。目前法律就這樣規定，怎可不遵守！不能因覺得法規不好，就不遵守；相對的，若目前法規沒有規定的事項，怎可用試評而尚未檢討的比率資料，而且搬出論文說，比率是 1：6。假若引用一篇論文就認為全世界都該是 1：6，那還需要法規、還需試評嗎？這對醫病關係的打擊很大，會讓大家認為所有醫院都不守規矩。立法院討論護病比議題時，我在現場，第 2 天看報紙的報導，令人很痛心！

- 二、試評結果不符合標準，應先看看醫院哪個部分需改善，或所訂新標準有商榷餘地。如大家都不清楚，可以先討論，等討論之後再予公布，大家就沒話講。今年試評完畢，衛福部公布標準，就算大家認為不合理，也沒話說。
- 三、今天會提這件事，是因為健保會所有委員，都應正確看待這件事。護病比牽涉到現實考量，例如：不分青紅皂白規定護病比要比照某國標準，醫院可能為了符合規定，就縮減床位，反而造成民眾就醫不便。
- 四、另外，「提升住院護理照護品質方案」專款，實際上，對院方經營的確有助益，我們並非血汗醫院，也不是把錢拿去分掉。醫院加給護理人員的錢，超過該專款所補助的費用甚多，才能撐住。若需要調查，也是應該的，既然超過補助費用很多，當然禁得起調查。大家在觀念上不用太擔心，可用緩和一點的態度去瞭解，而不要一開始就認為別人是賊。

鄭主任委員守夏

了解！謝謝張委員煥禎。請楊委員麗珠。

楊委員麗珠

- 一、剛才各位委員關心的是護理人力問題，建議應從人力趨勢來看有無增加。另若以護理人員執照數量來計算急性一般病房護理人力的消長，並不完全正確，因為醫院裡具有護理執照登記的，包括個案管理師或檢查室檢查人員，在人數的計算會大於在急性一般病房工作的數量。因此，在衛福部醫事司相關會議時，我們建議從系統將一般急性病房工作且具有執照之護理人員區分出來，才能真正的計算出該單位的人力。
- 二、同意其他委員所述，應把護病比定義討論清楚，接著是從源頭修正衛生局登錄執照資料的方式，結合醫事司資料去運用，才可一勞永逸。護理師護士公會全聯會好幾次在衛福部討論時，提案以此方式規劃護理人力的監測，我們支持看趨勢，才知道護理人力走向為何。

鄭主任委員守夏

謝謝！請楊委員漢源。

楊委員漢源

- 一、蒐集資料要實用且可行，不是做研究。看起來有些指標，是某些人要做研究，自己沒辦法蒐集資料，才丟到這裡來。但是，若要蒐集資料，需從現有的系統來蒐集。
- 二、醫院聘請護理人員，不可能沒登錄，所以，應從衛生局登錄的資料，來看成長或下降趨勢。像衛福部對外說增加了多少護理人員，不代表增加的護理人員都在醫院工作，很多護理人員在衛生機關或診所上班，醫院雖有增加護理人員，但增加人數相當有限。醫院評鑑就採用執業登錄資料，不能搞好多個系統，才來談定義，這樣永遠吵不完。建議從衛生局登錄執業護理人力資料與急性病床數或總病床數，使用相同的定義去比對護病比，才不會讓健保署忙死。而健保署又據以定表格請醫院填列，會讓醫院護理部門忙不完，這樣不是辦法。
- 三、專案的錢，能真正增加的護理人力並不多，而是增加在護理人員的待遇上。已有多家醫院提出新進護理人員年薪，在 55-60 萬元。現在很多護理學校辦理就業輔導招生，我看到 10 幾家醫院提出的方案，幾乎所有能想到的招數都用了，例如：早鳥獎金、報到獎金、簽到獎金、久任獎金，顯見醫院為了招聘護理人員，確實費盡腦筋。還有醫院提供應屆畢業生獎學金，但獎學金沒太大效果，因為護理人員喜歡到處跑，總之，醫院為了找護理人力，確實費盡千辛萬苦。
- 四、現在有些醫院被報紙登是血汗醫院，據我的瞭解，是勞工局做勞動檢查，發現最多的項目是護理人員沒給加班費，但有相當多的護理人員不願領加班費，寧願換休假。當醫院護理人力不足，第一個方法並非關病床，而是護理人員減少休假，因為每位護理人員所照顧病人數是固定的，所以當護理人力不足時，會要求減少休假，變成護理人員對休假的期待很高。由於問題

很複雜，所以，建議處理要簡單化。

五、議程資料第 24 頁，監理指標「家庭自付醫療費用比率」，健保署好像很有把握可以蒐集。類此家庭自付醫療費用，或家庭自費開銷，很多國家用記帳制，或家戶支出調查，健保根本沒這種資料，不知健保署執行上有無困難？相信查起來，一定要花相當多時間或人力。

鄭主任委員守夏

健保署沒表示做不到，就先讓其試試看，若蒐集資料真的有困難，以後再說。請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、護理人力問題，像今年南部的高屏勞動檢查所，對於 98 家醫院都要查。每家地區醫院，一定要找出 12 個人來查其上班時數、有無加班，查得很緊。不是每家醫院想做違規的事，也不是每家醫院想做血汗醫院。
- 二、護理人員薪資，其實比「提升住院護理照護品質方案」(100 年 10 億元、101 年 20 億元、102 年 25 億元、103 年 20 億元)每年加起來的費用還高，有時還請不到護理人員。因為護理人員喜歡到門診工作，不喜歡住院護理工作，就像最近發生有鄭捷在台北捷運殺了這麼多人！畢業生(一年)考上執照的有 3,700 多人，我遇到一位不是做醫美但賣藥的銷售員，雖有護理師執照，卻不願意到醫院上班，有這種現象，實在很可惜。
- 三、向各位委員報告，到今年 6 月 17 日護理執照要重新更換，據護理及健康照護司的統計，截至去年還有 20% 多的護理人員，未達換照所需的 150 個學分，社區醫院協會很努力的提醒診所護理人員，但是還有很多未達應具備的學習時數。我相信還有 10% 的護理人員沒有達到時數要求，即使有上班，但要辦理執照更新的學分數還不夠。我覺得護病比部分，應依李副組長純馥的意見辦理，對醫療院所及整個台灣護理界的制度面而言，才會比較完善。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝！難得醫界代表挺健保署同仁意見。
- 二、若委員覺得護理人力沒資料，或現在提報的資料可能不準，定義還未明確，建議今年先不列為指標，明年再納入。等衛福部訂出明確定義、可以比較，且提報數字是正確的，明年再納入較有意義。

吳委員肖琪

護理人力指標可再加兩種：一種是不計算專科護理師數；另一種，是不計算專科護理師及護理長數，每家醫院都呈現 3 種數字，問題就可以解決，因為 3 種方式的定義都很清楚。至於之後要採用哪個定義，可以再討論，但數據資料愈快出來愈好，因為，健保已經給了好幾年「提升住院護理照護品質方案」專款。

謝委員天仁

沒有理由再拖到明年，吳委員肖琪所建議的方法，假使是可行的，就可以上路；需修正的可再檢討，先上路再說。已經從 98 年(提升住院護理照護品質方案 8.325 億元)付到現在，不要開玩笑！

鄭主任委員守夏

- 一、對此沒有意見，只是資料解讀可能會有問題，因為現在衛福部還在研擬，若今天定案，也需等有資料時才有數據，現在並無數據資料。可以今天先定案，但不確定何時可取得資料，這是很務實的問題，建議護理人力部分，不要再討論。
- 二、建議原提 24 項監理指標，再加上 3 項：病床數、藥品費用占率、護理人力。至於護理人力的定義，尊重衛福部的意見，只要一有資料就納入，不用等到明年。如果大家同意，本案不再討論。請問有不同意見嗎？請黃代理委員啟嘉。

黃代理委員啟嘉(蔡委員明忠代理人)

很抱歉中途才提出意見，我對於剛才討論的護理人力指標沒有意見，但「區域醫院以上初級門診照護率(區域以上及併醫療法人附

設診所)」指標，若將「40、41(醫事機構代碼前 2 碼，醫療法人附設診所)」排除，會有弊端。區域以上醫院的初級門診照護率應下降，不希望用醫學中心及區域醫院的資源，做基層的醫療，破壞分級醫療，扭曲總額部門預算，欺騙評鑑制度。在此情況下，排除代碼「40」、「41」會產生漏洞，將導引醫院做初級醫療，因為計算在指標內，所有的醫院都可以仿效。

鄭主任委員守夏

請問健保署，若將醫事機構代碼「40」、「41」納入沒有困難，乾脆做兩套(1.醫學中心及區域醫院之加總；2.醫學中心、區域醫院及醫療法人附設診所-機構代碼前 2 碼為 40、41 之加總)，讓希望看到數據的人，全部可以看到。

張溫溫科長

醫事機構代碼「40」、「41」目前歸屬在西醫基層總額範圍，放在「區域醫院以上初級門診照護率」呈現，會很怪！而且剛剛有提到，目前 9 家醫療法人附設診所中，其中 2 家的量最大，在 10 億元中占 7 億元。健保開辦前就屬於基層總額範圍，依據醫事司規範屬於診所層級，所以，放在區域醫院及醫學中心的位階，很奇怪，不是很恰當。

張委員煥禎

醫療法規範醫療法人與財團法人附設診所，主要的目的，是要看醫學中心與區域醫院是否有附設診所，與單獨是診所，不一樣。

陳委員宗獻

院前診所目前是 9 家，98 年統計只有 5 家，醫事機構代碼「40」、「41」是 96 年多出來的碼，健保署提到這 2 家原來是診所，但其他的不是。我們很擔心醫學中心、區域醫院這麼多，聰明的人會去設立院前診所；院前診所不算在初級照護，但明明是做初級照護。國內醫療的可近性，根本不低，所以，這個項目應該要列入。它是壞老鼠，若不列入，我們看不到實際的情況。

鄭主任委員守夏

- 一、現在討論非常細的指標內容，若於情、於理是合法的，要監控的是分級醫療，醫事機構代碼「40」、「41」不列入，在統計上是合理的，因為本來就屬於基層總額範圍。幕後的老闆其實是大醫院，上次張委員煥禎提到，違法與灰色地帶很難認定，若認為情況惡化，就請基層代表提改善方案，不要與監理指標掛勾，因為是監控整個醫療體系的趨勢。
- 二、若屬於經營上的惡性競爭，請基層代表與健保署研提改善方案，建議今天不要為此討論太多，指標定義依照健保署意見，先上路再說，一年後再來討論，哪些指標完全無效，哪些指標還需要再作加強。

謝委員天仁

不要再講了，一個案已討論一個小時。

陳委員宗獻

討論一個小時，不是我的責任，我只講了幾分鐘。大家也了解惡法亦法，本來沒有醫療法人。醫療法人、財團法人得設診所，是後來才訂的規定，也不是西醫基層訂出來的，這裡不討論，要我們怎麼辦？哭給誰聽？不能這樣！統計不困難，若那兩家本來是診所，就把它排除掉，我並沒有作特別不必要的要求。

賴代理委員振榕(李委員蜀平代理人)

關於藥費占率要列入指標立意很好，但指標應呈現合理、不合理性(類似重複用藥等)的藥費占率，這樣指標數據，會比較有意義。若可以再區分各層級的藥費占率，更有利於指標發揮監控效果。看不合理情況，占率有多少，或許可由藥界協助、介入改善不合理的用藥情形。

鄭主任委員守夏

建議很好！但先不急著放進去，因為指標數量會很多。剛剛是何委員語提出將藥費占率列為指標，建議先上路，等有數據再來討論。

何委員語

主席，討論本案的時間有點久，第一點建議，是希望本案先做，未來，委員若有什麼意見，再來提案修正。第二點，剛才「他們」提到勞檢所去檢查護理人力，我告訴醫界的朋友，勞動基準法是從工廠法轉化而來的，後來變成製造業的勞動法，現在商業總會希望能提出服務業專章，因不能用製造業的勞動基準法來涵蓋服務業。建議醫界應該與衛福部整合意見，提出適用於醫療服務業的服務專章，這才能解決醫療院所不定時的人力運用。對於護理人力，不要是單算每個月的加班時數，應將淡季、旺季合併，改為一季或半年計算一次，這就不會超過護理人員加班時數，也可以安排休假的時間。

鄭主任委員守夏

因今天議案較多，對今天議題沒有相關的部分，請委員儘量不要發言。對於勞動安全檢查或者護理人力議題等，今天先不討論。

謝委員武吉

非常感謝何委員語提出來，我們會去努力打拼，但因大家都是委員，請不要說「他們」。

鄭主任委員守夏

非常抱歉！無法讓各位委員暢所欲言，因為今天的案子比較多，希望不要拖到協商前還有積案，若有積案會有很大的壓力。本案就此決議通過，很抱歉！有幾位委員意見無法完全遵照予以納入。

肆、討論事項第二案「104 年度總額協商架構案」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

請各委員翻開議程第 37 頁，討論事項第二案及第三案需要先確定，因為與 9 月份的協商架構與通則有關，這兩案與去年比較，並沒什麼改變，但是相關規則還是需要討論。要請同仁先宣讀後再討論，還是請大家先看一下，若沒有太大變化就通過(委員表示還是先宣讀)，看來還是照規矩來，先請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀！請委員發表意見，請黃代理委員啟嘉。

黃代理委員啟嘉(蔡委員明忠代理人)

在醫療服務成本指數中，有一個權數占 50%的薪資成本(人力成本)，並未在醫療服務成本指數改變率中呈現。對於非工業服務業之薪資成本指數，以前西醫基層部門曾提出一些看法，建議所有的人力成本不能以單一的指數來看，投入人力的也要算進去。事實上，投入人力的量增加時，因為總額的觀念，指數與量都應該要呈現，但在這裡卻完全沒有看到。過去幾次的協商中，各項因素都有呈現，但這一次完全沒看到，不知道是否有不一樣的考量？

鄭主任委員守夏

據我所知，這文字與去年是完全一樣。陳委員宗獻過去曾提過一些指數或權重，對醫院與對西醫基層是不一樣的。我們上次也有共識，若真的有比較好的指標，提出來大家討論，先不要試算，試算後大家就會挑對自己有利的。但上次談完後，西醫基層好像沒有正式提案說要用哪一個指標，所以，今年的架構是跟去年一樣。因此，若對本案某些項目有意見，不曉得是否來得及修正，例如：用某項指標取代另一項指標，但若要在今天談，是不容易有共識的。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

建議先處理一個問題，原本以五年為一個時期，明年是第六年，也就是新的一年，衛福部也有委託研究計畫，研究計畫的結果，應該是已經出來且可以運用了。上次在衛福部討論時，衛福部的看法，是認為如果已來不及，則第六年暫時不變，等有比較詳細的資料時，再考慮第七年到第十年，但是否各部門不一樣，再予討論。所以，不能老是照著前面年度的抄，一抄又是五年。

鄭主任委員守夏

了解！剛剛柯執行秘書桂女提醒我，衛福部在上(第 4)次委員會議已做報告，而且已經與付費者、學者、醫界代表開座談會，由於沒有共識換成大家都滿意的指標，所以暫時用舊的指標，並承諾明年總額協商前，會先和大家討論並提出新指標。

陳委員宗獻

我的意思，是把這些內容文字化寫進本案，不然明年又要用舊的。

鄭主任委員守夏

今年先通過本案。衛福部已有承諾，但承諾寫在這裡，並不恰當。衛福部的會議中，大家已有共識，認為五年調整一次是合理的，上次已經有這樣決議了，謝謝陳委員宗獻的提醒。希望明年可以搞定。

陳委員宗獻

以主席這樣的方式，不就已經定死了？

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)

我在這表態，不是要改變這程序上的架構，有很多議題，誠如主席所言，應該講好了就算數，但有很多東西試算後，發現不合理就調整，這樣子會永遠沒完沒了。過去 10 年來，雖然都依循這樣的

架構，但都是預測性的預估，健保法中所指總額，並未明定是目標制或上限制，但總額協商結果，需依循行政院的目標並會有上限的額度，這點無法否認。在協商會議上，基本上談好就 ok(可以)，但假設協商完了，總額在這樣的架構下連續運作幾年，當點值低於大家的期望值時，例如連續五年點值都在 0.95 以下，顯示這些預測過程是有問題的，所以，建議要有校正機制。當點值下降到一個程度，協商完並在行政院核定的上限範圍內，應該要有校正機制，讓點值比較合理，這是一個觀念，並沒有要改變整個協商架構。

鄭主任委員守夏

謝謝郭代理委員正全！之前也有類似的意見。請謝委員天仁。

謝委員天仁

協商架構中訂有非協商因素，是讓協商簡化的一個方式，也就是在這個範圍內讓大家都不用再爭論，若是大家還要爭論，這茲事體大。主席剛提到衛福部曾請付費者開會，這件事我沒有印象，只知道有委託學者執行相關研究，但是這要讓大家有共識，可能路途還很遙遠。我認為，大家應先照這樣運作，既定為非協商因素，如果還將非協商因素搞成像協商因素一樣的話，會沒完沒了，這部分假如與去年一樣，照理應先通過，有需調整或校正再說。

鄭主任委員守夏

感謝謝委員天仁！剛才黃代理委員啓嘉、陳宗獻委員所提意見，其意思都是希望明年不要都沒討論，就按照去年方式作，這一點我們都有共識，而且衛福部也承諾今年協商完到明年協商前，會先討論這問題，社保司的梁組長淑政現也在場並頻頻點頭表示贊同。

吳委員玉琴

本案還是需要做些調整及討論，但其文字內容和去年比較，似乎都沒變，有關議程第 39 頁(三)協商因素「3.其他醫療服務利用及密集度之改變」，該項目提及大眾對醫療科技期許的增加、疾病發生率之改變，以及醫療資源缺乏區醫療供給量之增加等因素所造成保險

對象服務利用及密集度之影響，其實，醫療資源缺乏地區之改善，已放入專款專用項目去處理。另外，對醫療科技期許之增加的文字描述，也出現在(三)協商因素「1.預期新增給付項目及支付標準(如高科技及新藥)改變對醫療費用之影響率」中。這樣的描述會有重疊性，未來，請一併修改或做文字調整，以免讓大家疑惑。

鄭主任委員守夏

謝謝吳委員玉琴的建議！下次修改內容文字時，可做更精確的描述，包括哪個議題要放在哪個項目中，若沒有其他意見，本案通過。

伍、討論事項第三案「104 年度總額協商通則案」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！請委員發表意見。請謝委員天仁。

謝委員天仁

議程第 42 頁（五）其他原則，歷年來都是這樣寫，但其中第 2 點的表達是有問題的，依照法規，是要求總額協商結果需在高、低推估的範圍內，而非不超過行政院範圍上限就可以。就是說，若低推估是低於行政院的核定範圍，也是違法的，所以不能這樣表達，會違反法律相關規定，文字應該要作修正。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁協助提供修正意見。

謝委員天仁

建議修正為「各部門最後之年度總額成長率，應在行政院核定範圍內」。

鄭主任委員守夏

將「不超過行政院核定範圍之上限值」，修正為「應在行政院核定範圍內」。

郭代理委員正全(翁委員文能代理人)

議程第 43 頁「4.健保節流措施之實際效應，應自總額扣除」，過去都是這樣做，但是執行上有問題，理論上是可行，例如，因為藥價調降，所以要自總額中扣除 50 億元，這是估列，沒有人敢說實際上多少錢，若健保的點值是每點 1 元，當然要扣除，但怎會讓點值一點超過一元，假如點值是 0.94 還要再扣，我認為不公平。在合理

範圍內這一點是對的，但點值需要考慮，就像我剛提的，不是調整當年度，而是在下一年度在協商時，要好好考慮。點值明顯差太多時，應作校正，當年度因為已經協商好，所以不應再動，只是協商下年度時，應要校正，這是相同的理論，請各位委員參考。

鄭主任委員守夏

理論跟實務執行上，總是有一點落差。

謝代理委員文輝 (謝委員武吉代理人)

- 一、我 Echo(附和)郭代理委員正全的想法，預估模型很難達到百分之百準確。建議如果今年藥價要調降，可以從之前的資料看藥價可以調降多少，接著要回饋時，要看實際執行一年或二年以後的狀況，看實際的藥費是否有節省。
- 二、如果藥費真的有節省，就沒話講，看要回饋多少？若藥費沒有節省，則可能表示影響藥費的其他原因沒有預估到，例如老年人口增加、慢性疾病增加等，增加的幅度超過預期而造成預估失準，原本以為有節省，結果預估失準變成沒有結餘，藥價調整後，回饋的步驟，是否可以先緩一年或二年，看實際情況，這樣對於執行的醫療院所，壓力會比較小，也會比較公平。
- 三、當然藥價下降本來就要回饋，但下降的回饋要檢視實際的情況，是否藥價調降一、二年後，來看實際的趨勢，真的有降多少，再依實際狀況調整。因為有些預估並不見得可以這麼準確，不能只單算藥價調降，還有其他因素的影響。

鄭主任委員守夏

感謝謝代理委員文輝！本案的協商通則，是指今年九月協商總額時需要依據的通則，剛剛講的實際效應，是指協商的時候看到之前的實際效應，原則上應該沒有錯，數據有沒有說服力，才是重點。反正到最後，都會有一個非協商因素，現在有點離題了。請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

議程第 43 頁「5.宜減少試辦計畫，應有相對之退場機制....」，過去好像有很多的試辦計畫都沒有退場，是否要定期限？或新的計畫要定何時結束？而不是永無止盡試辦。

鄭主任委員守夏

建議在七月份的評核會，請評核委員們討論有哪些專案計畫可以停辦，因為評核會是最 detail(仔細)的。另健保署內部，也可以評估哪個專案試辦不佳，一個新的計畫要定出試辦時間並不容易，現在討論的是試辦很久的計畫，若評核會委員與健保署評估，也認為應該停辦，就該停。請蔡委員登順。

蔡委員登順

支持謝委員天仁所提的意見，(五)其他原則「2.各部門最後之年度總額成長率，不超過行政院核定範圍之上限值」乙項，之上限值應刪除，應該是在行政院核定範圍內，不能超過上限值，但也不能突破下限值，這樣對醫界比較公平。

鄭主任委員守夏

非常好！大家有共識，將「不超過行政院核定範圍之上限值」，修正為「應在行政院核定範圍內」。

楊委員漢涇

評核會是由接受委辦總額審查的受託單位報告，醫院協會將近 10 年沒有接受委託，每年評核會都不是由我們醫院協會去報告，而是由健保署報告；其評核結果，會影響醫院總額品質保證保留款。這是兩件完全不相干的事，不知當初為何會這樣決定？

鄭主任委員守夏

受託單位在評核會報告，是可以為總額品質保證保留款的成長率加分，若醫院總額部門不參加這遊戲規則，變成只有三個有承作的單位報告，這樣對醫院總額部門沒有好處。

楊委員漢涇

醫院協會不是不承接，我們每年也都參加招標，且是最適合接辦的

機構，但每年都被打槍，並被打六十幾分，這不是太奇怪了嗎？因為有前面的遊戲規則，造成醫院協會不能去報總額執行的結果，把東邊的結果放到西邊，這在邏輯上是有問題的。

鄭主任委員守夏

了解！本案是討論總額協商的通則。

何委員語

議程第 43 頁(五)其他原則「5.宜減少試辦性計畫，對已協定之計畫，應嚴格監控...」，後面要加「並應提出年度成果報告書，供協商時作為參考依據，若成效不佳即應退場」的文字，這樣專案的部分有提出成果報告時，協商時才能肯定或判斷這個專案的效果。

鄭主任委員守夏

其實評核會本來就有報告，是否需要提出成果報告書？剛才何委員語提的建議，不知吳委員肖琪有無意見？

何委員語

應提出成果報告，在協商時供委員參考。

鄭主任委員守夏

成果報告誰要提？是執行單位或健保署？

何委員語

是拿到錢的單位，不管是醫院、西醫基層、牙醫部門，有關專案的部分，協商時，應提出成果報告供我們參考。

鄭主任委員守夏

所以，是受託單位要提出報告，醫院總額部門則是健保署要提出報告。

柯執行秘書桂女

事實上，在評核會的時候，每個專案計畫都有報告，本會幕僚會將評核委員的意見，寫在協商資料的相關欄位中供參，不知道算不算？評核會每個專案計畫，也都會列出成果。

何委員語

我雖贊成評核會的做法，可是往往評核會的資料，沒有參加的委員就沒有拿到。還有在總額協商時，很多委員都不會帶著那本資料，請在協商時將這些資料提供給委員參考。

鄭主任委員守夏

這不是太困難的事，各總額部門本來在評核會時就要提執行成果報告，請本會幕僚在今年八月份總額協商會前會，將評核會的紀錄整理好，並把各總額部門專款計畫標出來。評核會的整體報告審查，是最嚴格的，其實在總額中，專款計畫占率較低，一般服務的部分才是大宗。專家學者花了很多時間去看專款專案計畫的部分，看得很細；對於占率較高的一般服務部門，反而看得較少。我想委員要求的部分文字，加上去並沒有關係，應嚴格監控，並提出評估報告。加上去的文字不影響評核會，本來評核會就會有評估報告。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

就這個意見表示支持，像何委員語、吳委員肖琪、干文男委員等，都會參加評核會，還有幾位委員也都很認真的聽，對他們來講，是知道哪個試辦計畫做的怎樣，且看完報告會提出看法，所以，這部分是沒有問題。建議各位委員如果有時間，儘量參加評核會，因為每次評核會的時間都不夠，每一個總額只能報告 40 分鐘，且用簡報的方式一個個報都還花這麼多時間。一整本資料帶過來協商現場給委員參考，是沒有問題，是怕時間真的不夠，建議委員儘量參加評核會，可以當場給我們指教。

鄭主任委員守夏

今天我以個人立場，邀請所有委員參加評核會，這一天半的時間，請委員儘量參加。另請本會幕僚在評核會結束後，八月份的協商會前會，整理出來供委員參考。上次已經有共識，九月協商要用的資料，八月份要提出來，不論是付費者、醫界這邊要求的資料，請健保署都要在八月份提出。以前謝委員天仁曾說，委員坐在協商現場都沒有資料，所以往前移到八月份，這個案就定案。請楊委員漢

淥。

楊委員漢淥

我認為總額制度至關醫療體系穩定經營，因此建議在(五)其他原則項下，增加第 7 點，前一年度浮動點值偏低的部門，應列為協商條款之依據。例如點值已低於 0.9，若任其持續下降，該部門會受到很大的衝擊，因此，在總額協商時應適度調整。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

從評核結束至總額協商這一段時間，我年紀大了，記憶力退化，記不得那麼多事。我建議對已協定之計畫，除應嚴格監控外，並應於協商前日或當日提出年度成果報告書，供協商委員參考。

鄭主任委員守夏

這部分我認為無需強制，各單位若想爭取成長率，可準備資料說服委員，委員是否同意？

陳委員宗獻

不是沒有需要，因為若這樣要求，則有資料和沒有資料，就會差距很大。有些內容非常繁複，不容易三言兩語說清楚。我們一定會準備資料！

鄭主任委員守夏

楊委員漢淥建議增列第 7 點，前一年點值若低於一定標準，應給予特別考量。請謝委員天仁。

謝委員天仁

我們最擔心的是，總額制度產生衡量的問題，不管是藥品或醫療服務。假使列入這樣的原則，醫界都衡量就好，點值就會下降。是否合理適當，這是協商要談的，不應列為原則。這是大家要面對的問題，不應列為原則，否則，每年都會產生衡量的問題，付費者代表

委員對於社會，無法交代。

鄭主任委員守夏

謝委員天仁表示反對。

楊委員漢淙

點值低於 0.9 的原因很多，當然也可怪罪醫療體系未妥善把關，但原因的形成，有些來自於病患的過度使用。若一個部門點值過低，例如洗腎已低至 0.8，對提供服務的醫療院所會有影響。目前有許多浮動點值在 0.9 以下，其實，當初在設計總額制度時，已有考量，萬一某個部門點值太低，就應加以檢討。但過去僅有檢討的決議，從未有所行動，而後果則完全由醫療體系承擔，我認為這樣很危險。

郭代理委員正全(翁委員文能代理人)

- 一、我認為謝委員天仁的顧慮，是多餘的。衡量只可能在新設立的醫院發生，因為從零開始，但其他醫療院所，依我的瞭解，健保署各分區業務組對每家醫院均訂有點數額度，超過就斷頭(刪減)，所以，不是個別醫院想要怎樣就能怎樣！
- 二、健保有許多監控指標，健保署各分區業務組也會監控每人醫療費用、住院費用、天數等，所以，有很多管控機制。楊委員漢淙所提的是結構性問題，例如洗腎的一些問題，大家有目共睹，洗腎需要管理，健保署及衛福部也都在監控，但當現有制度不能進行校正時，這個部門會出問題。楊委員漢淙的建議，是一項調整機制，最後的決定，還是取決於所有協商委員的共識，列入原則並不代表一定要這樣做。

鄭主任委員守夏

先請陳委員川青。

陳委員川青

本席同意及支持謝委員天仁的意見，在總額協商財務連動的架構下，不宜輕易變更點值的配置原則。畢竟二代健保財務連動關係牽

涉甚廣，和三層級醫院關係連動密切，這是健保結構的架構設計。因此，本席支持本草案。

鄭主任委員守夏

先請蔡委員登順。

蔡委員登順

我也支持謝委員天仁及陳委員川青的意見，在財務連動下，衡量是個隱憂。因各部門多次調整支付標準，造成點值大幅下降，我認為總額的精神需要維護。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

剛才又提到透析的問題，今天黃署長也在場，之前曾提過，在調查透析的支付標準有無偏高，但雖高達 4,100 多點，也僅微幅調降。本會的公正人士在場，現在的支付標準還是偏高，因此產生點值偏低，這兩者是槓桿原理。假使點值 0.82 時，業者還是繼續經營，並未倒閉，表示還有利潤，這是在經濟學上很容易理解的道理。所以，不應再以此做為檢討，若列入原則，付費者代表委員可以打包回家了！

鄭主任委員守夏

若非醫院部門成長率高，行政院核定的總額上限，相對也不會那麼高。牙醫部門因自主管理嚴格，因此點值不會太難看。總額點值太過複雜，分區管控的力道也不一樣，因此，請楊委員漢淥及郭代理委員正全瞭解，歷來協商委員都有默契，不一定要明文列入原則。建議本案停止討論。

張委員煥禎

謝委員天仁認為透析仍有利潤，所以能繼續經營，沒有倒閉。但我認為，本會委員應有正確觀念，我們的目的，是要幫民眾把關，而

非讓醫療院所倒閉。日本的長期照護每年檢討，只要低於利潤標準，會主動調整，增加給付，因不希望醫療院所倒閉。其實目前已經有很多診所不做血液透析，現存診所採取聯盟或連鎖的辦法，以降低成本。而迫使診所成本無歸，會造成部分偏鄉地區，無人願意前往開設提供血液透析服務的院所。大家都在談財務控制，但我一再強調，付費者及醫事服務提供者，應站在同一陣線，若一直逼迫服務提供者，其實是在抹殺付費者權益。我們在第一線很清楚知道，為何大醫院利潤微薄還要繼續經營，因為診所透析在減少，醫院的血液透析自然要增加，監控是應該的，但賺錢難道不應該嗎？沒有 10%至 20%的利潤，能夠應付危機嗎？現在 30%的醫院只有 5%以下的利潤，其他 70%的醫院如以加上折舊的損益表，都是沒賺錢的，這樣是對的嗎？搞垮醫院對民眾沒有好處，我認為大家要深思，謝委員天仁不一定是那個意思。大家的目標一樣，要讓好的醫院繼續經營，但不要趕盡殺絕。

鄭主任委員守夏

謝謝！

楊委員漢淙

醫院衝量造成點值下降的想法，只有部分正確。目前台灣的醫院，若僅靠健保給付，沒有一家可以經營下去。醫院有 15%至 25%的收入來自自費，關門或出走的現象越來越多。我擔心若醫療機構都經營不下去，健保還有什麼好討論的？

鄭主任委員守夏

一、本案討論到此。協商原則與去年相同，有不同意見是必然的，但希望氣氛不要太僵，這是本會的責任。

二、大家的意見都集中在「其他原則」，本案於修正下列各點後，照案通過：

(一)第 2 點修正為「各部門最後之年度總額成長率，應在行政院核定範圍之內。」。

- (二)第 5 點修正為「宜減少試辦性計畫，對已協定之計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。」
- (三)第 4 點及楊委員漢淙所提增列第 7 點之意見，因無共識，不作增修。

陸、討論事項第四案「建議『103年醫院醫療給付費用總額一般服務之保障措施』保障點值項目先納入地區醫院門、住診診察費，後續再審慎規劃，從根本來調整資源分配的妥適性，讓民眾就醫權益獲得最好的保障，健保資源的使用達到最佳效益案」和專案報告第一案「醫院總額門住診費用分配合理性及對社區醫院經營與民眾就醫權益之影響」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

請宣讀討論事項第四案。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀！本案謝委員武吉提議，先請健保署進行「醫院總額門住診費用分配合理性及對社區醫院經營與民眾就醫權益之影響」專題報告，俟釐清問題後再進行討論。委員是否同意？(委員表示同意)請李副組長純馥報告。

健保署李副組長純馥報告

鄭主任委員守夏

請張委員煥禎。

張委員煥禎

- 一、報告中未提供其他實施全民健保國家相關數據，會讓人感覺醫療費用成長率很高，建議下次能增加國際的比較。因物價成長，十年來，各國醫療費用的預算都在提高，可以給大家參考。
- 二、報告中加權的概念太少。各層級醫療費用的增減，與其家數及服務量，均有關係，若不做加權處理，會讓委員無法正確判定或比較。
- 三、點數的成長變化應該要說明，因為做自主管理或分區虛擬總額，斷頭的很多，實際點數遠高於報告數據，應加以說明，免

得讓委員誤判。

鄭主任委員守夏

謝謝張委員煥禎！請謝委員文輝。

謝委員文輝

感謝健保署蒐集充分的資料，提供委員參考。針對幾項數據提出澄清：

- 一、目前所剩 367 家地區醫院，包括呼吸治療、洗腎及精神科特殊醫院，不同於民國 78 年之 750 多家地區醫院，係以內、外、婦、兒科與急診為主。目前所謂社區醫療的地區醫院，僅剩 200 多家，減少了 500 多家，這完全符合謝委員天仁的客觀邏輯，地區醫院已經發生大問題，要趕快解決。我們要有個觀念，醫院越大，離民眾就越遠。當小型醫院消失，偏鄉弱勢民眾的就醫，外部成本會越高，就醫因此越困難。
- 二、所謂藥費在大、中、小型醫院都有 20% 以上的利潤空間，這樣的說法對於地區醫院而言，顯然違背常理。買一張椅子和買一千張或一萬張椅子，議價後的價差空間，都是 20%，實在令人難以置信，這樣的數據是有問題的。現行統計，是合在一起的一籬筐統計，將大、中、小型醫院的藥費放在一起，制定一個標準。現在很多地區醫院設法參加聯合採購，因此價格與大型醫院一樣，看不出實際地區醫院的真貌。需排除這些因素之後，才能看到實際的成本，而且因為參加聯合採購，藥品除進價費用外，還隱藏採購過程的行政費用。所以必須排除這些因素，才能看到真正符合市場邏輯的成本常識，因此，相關數據應該要更精確。
- 三、前幾天，看到謝委員天仁所屬消基會召開的記者會，其中幾點意見，我也很認同。大家都認為，藥費不應一直成長，吃太多藥對健康有害，應加以抑制。但藥費卻是每點 1 元，其他未受保障的服務，每點點值只有 0.8 元左右，不僅未能釜底抽薪，反而揚湯止沸。藥品有 20% 以上的利潤空間，在外界看來，真

的很荒謬。但不幸的是，對於健保藥費，本會無能為力，因為是法律的規定。健保法規定藥物給付每點 1 元，優先保障其點值，所以，想抑制減少的，竟然給予高點值保障，讓人覺得荒謬，一如本案的地區醫院問題，在外界看來，弱勢者的保障點值比例，應該較高，現在反而給最低，外界也會覺得很荒謬。

四、我們認為社區醫療很重要，但 10 年來卻放任不管。對於弱勢的地區醫院，應該讓其保障點值的比例與大醫院相當，這是我們可以做的。所以，本案確實符合謝委員天仁的原則，地區醫院正在快速減少，應儘快面對此迫切問題，先予點值保障比例的提升，不要讓其繼續萎縮下去。

鄭主任委員守夏

先徵求大家同意，現在已快 12 點半，我們的默契是會議時間不超過下午 1 點半，建議從現在開始，發言超過 3 分鐘，即請同仁小聲按鈴提醒。先請郭代理委員正全。

郭代理委員正全(翁委員文能代理人)

- 一、對於地區醫院提出本案，並不感到意外。比較汗顏的是，地區醫院理事長可以為了捍衛地區醫院提出本案，我擔任醫學中心協會的秘書長，卻不能提案保障重症醫療的點值。我其實心有餘但力不足，因為這是個零和遊戲，資源配置本就不盡合理。謝謝健保署這次提出很多連我們都不清楚的數據。
- 二、事實上，該照顧的山地離島偏遠地區，健保都有照顧到。假若各層級醫院藥價差比率，均有 20% 以上，則各醫院報部的損益，僅有 5% 以內，豈非都是做假？台灣未實施醫師費的原因，是因為健保整筆給付，由醫院自行分配，因此，純粹討論藥費並不公平，其他給付不合理也是長遠結構上需要調整的。醫學中心的藥費占率，也是政策使然，因為近年來，都集中在急重症及癌症用藥，這不是我們樂意見到的，但這樣的挹注有助於提升點值。非常感謝健保署呈現整體費用的結構，讓委員看得一清二楚。

鄭主任委員守夏

請楊委員漢淙、何委員語及干委員文男依序發言。

楊委員漢淙

- 一、健保署的資料分析，對於討論本案很有幫助。實際上，醫院關閉的家數，比資料呈現的還多，因為很多地區醫院已被大醫院併購。健保署建議其轉型為綜合醫院，但從醫院經營角度來看，小醫院轉為綜合醫院相當困難，因此，必須有專款補助，否則做不起來。
- 二、地區醫院不論在人或物的成本都較高，因無經濟規模。
- 三、保障地區醫院點值，必須另有專款，否則會造成排擠。目前扣除保障點值後，浮動點值僅有 0.83。保障地區醫院的結果，若讓所有醫院都無法經營，相信絕非健保署的本意。
- 四、我認為，健保署必須遵守法律規定，例如，現行部分負擔占醫療費用比率，平均為 11%，並未達法定標準，健保署應依法執行。

何委員語

- 一、目前有很多手術的實施，在大醫院都已不必住院，早上 7 至 9 點手術完畢，下午 5 點即可出院。醫療型態已經改變，許多大醫院將手術變成門診，因此，門診量提高很多，是因為手術的技術、器材及藥品進步。
- 二、有關偏鄉醫院的生存，我認為是醫院結構的問題，本案所提出的 9.9 億元，應屬醫院總額協商，應該以專案的方式處理。基層醫院萎縮有其背景存在，並不完全是健保的因素。
- 三、針對藥價差問題，我在上月曾舉出某一品項所存在的 4 種價差，但健保署僅做簡單的書面說明，有點打太極拳的味道，並未就問題提出解決對策。因此，下個月我將正式提案，此藥品成本僅為 6 元，怎可支付 16 至 31 元以上不等的價格？有必要請健保署提出明確的報告。

干委員文男

- 一、感謝委員武吉的提案，讓這麼多的數據呈現出來，讓委員更清楚，也知道健保署和衛福部那麼容易地打混，青瞑顧柑(台語)、人云亦云。近 13 年來，不論是大型醫院、醫師數或平均每位醫師年費用，都在增加，還喊什麼五大皆空，我看是付費者都空空(台語)吧！
- 二、從 89 年至 102 年，醫師數已增加 8,000 多位，大家還嫌不夠，青瞑顧柑(台語)跟著亂喊、亂叫五大皆空，還喊醫師薪資太低。但從數據來看，89 年至 102 年，醫學中心、區域醫院、地區醫院每位醫師費用點數，分別成長 35%、37%及 25%；反觀勞工朋友的薪資，都是倒退！請健保署及衛福部要用實際數據來談，例如，瞭解地區醫院在爭取什麼？才能補足真正欠缺的部分。
- 三、我擔任健保署醫療給付費用總額洗腎(門診透析)研商議事會議的本會代表，深深了解，有很多民眾會詳閱本會的會議紀錄。前兩天有民眾告訴我，你們是「天龍國」的，在都會區洗腎，搭計程車一下子(70 元)就到，卻曲解鄉下地區因不方便，醫療院所提供交通服務的美意；要知道，我們是來回各花一個小時交通時間，再花四個小時洗腎，家人陪著去洗腎，要死一家人，如不陪著去，則死一個人。意思是若無經濟來源，全家都得死，很可憐！大家都可以另外用宏觀的眼光來看。
- 四、剛才說型態改變，腦筋要跟著改變。大家認為，包車接病人洗腎不好，但有位住高雄的民眾打電話告訴我，你們住在天龍國的人，不知道我們的痛苦，接送可以減少我們很多的不便。對保險付費者，或對偏鄉民眾而言，不收錢接送洗腎病人，反而比較好。偏遠地區設醫療院所，根本不夠成本。這是個人的看法。
- 五、我最喜歡聽吳委員肖琪的意見，很公道，先依她所提意見去做，再檢討不足部分並改善。

鄭主任委員守夏

謝謝干委員文男！等一下請公正人士或吳委員肖琪表示意見。請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、健保署的報告資料，提到總額三層級藥價，單從藥價去看，或許差異不大，但藥費保障每點 1 元，量出來後，會把錢先拿走，當然造成點值下降，影響很大。所以，藥費是很大的問題，不能說「層級間的藥價差異不大」，即使從市場經濟的角度看，說差異不大，我也不能接受，實在有檢討的空間。
- 二、針對提案的程序，3 月份委員會議與本次的提案是重複的，只是提出的保障範圍有差異，我記得決議是健保署提專案報告後，考慮以其他方式，來兼顧地區醫院的發展。本案又提點值保障，保險付費者委員已清楚表明立場，請不要再提點值保障，因為沒有「票房」，不可能接受。以此角度看，本案是重複的，若要提案，應依復議程序，未依復議程序提案，我認為不合法。至於其他方式，可以從其他面向考慮，例如，分區管控，健保署對地區醫院管控可否放鬆一點，讓地區醫院有稍比其他醫院層級大一點的成長空間，但針對醫療浪費等，仍應依法管理，只是對於正常的成長，不給太多限制。若仍提點值保障，實在沒辦法幫上忙。本提案在程序上有問題，應該檢討，因為程序要嚴謹，若是復議，要依照程序處理；要提新案，請提其他對地區醫院有發展方式的提案。

鄭主任委員守夏

謝謝！我們對委員的提案都是從寬認定，因為本提案內容有些改變，並非完全相同，所以排入議程。

謝委員天仁

我所提程序問題，應優先處理，至於委員對健保署報告有意見，是另外一回事。若程序不合法，大家只應就健保署的報告表達意見。

鄭主任委員守夏

謝謝！剛才委員交換意見，大多是針對健保署報告內容。回到提案，謝委員天仁認為與 3 月份的提案重複，若要討論，需經復議，原來反對要變贊成，才可提復議案，請問委員是否復議？

楊委員漢淙

請先說明上次決議內容。

鄭主任委員守夏

請委員看議程資料第 46 頁，103 年 3 月份委員會議謝委員武吉提出「攸關『103 年醫院醫療給付費用總額一般服務之保障措施』乙案，宜立即增加地區醫院之點值保障項目……」案，相關決議請參看本會幕僚補充說明一之(二)，付費者委員並不同意以點值保障方式處理地區醫院問題，惟考量中央健康保險署必須依本會前決議進行「『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』之現況分析及具體策略」專題報告，爰經該署專案分析報告後，若有其他方式可協助解決地區醫院問題，再行提案討論。謝委員天仁認為，本提案並未依決議，提出其他可協助地區醫院解決問題的方式；而是重複三月份提案，同樣以點值保障為訴求。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

我覺得本案與 3 月份提案比較，是有修正，並不完全一樣。雖然對地區醫院之點值保障項目，上次沒有通過，決議經健保署說明後，另外提案，但今日提案內容，是同意點值保障不是長久目標，後續應持續從各層面，做整體結構的調整，如醫院總額支付制度研議方案第六章第一節所提 10 項較全面的做法，於 104 年起全面啟動，方案寫得很清楚。支付標準的調整要考慮地區醫院主要部位是基本診療章，應優先考慮調整門診診察費、住院診察費。因為大家認為，點值保障的方式不理想，希望提出新案，所以，提出不完全相同的案子。

鄭主任委員守夏

請問委員是否以復議案處理，若有的話……。

蔡委員登順

已討論快 1 小時，當然復議，把理念談出來就好！不過，下次類此案件，若要重提，必須嚴謹。

謝委員天仁

我的意思是，剛才健保署的報告，3 月份委員會議的決議是健保署報告後，以其他解決問題方式提案。不介意先提案，但所提內容是否符合決議所謂「其他方式」，若只是範圍大小的問題，本來是全部項目點值保障，現在改為診察費點值保障，則是包含於原本內容中。而付費者委員已經表達，若還是提「點值保障」，就不用談，不應再提點值保障，否則，只要改幾個字，就破功了。理念歸理念，我們並不反對，3 月份委員會議時，大家都希望地區醫院能更正常、更茁壯，決議希望以後能提其他方式，但結果卻還是冷飯熱炒式的點值保障，辜負大家的苦心！建議想想其他方案，再來提案。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

報告謝委員天仁，「沒步了(台語)」，請大家幫我們想辦法，上次主席也有提到，請學者專家或健保署幫忙想想辦法。

蔡委員登順

本案有排擠效應，與醫院、基層的門診透析道理一樣，層級間利益的衝突很難公平，若今天同意保障社區醫院點值，相對就排擠其他醫院層級，因為是總額。所以，要我們當和事佬，坦白講，同樣「沒步」。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

回應一下，有排擠效應，但是排擠到最弱的，可是大家卻覺得沒關係。

蔡委員登順

一、容我把話講完，請看議程資料第 47 頁，健保署推估保障地區

醫院之門住診診察費後之固定點值比率，註 3：「其他預算項下之偏鄉醫療品質提升計畫，保障偏鄉醫院浮動點值每點 1 元，每家上限 1,500 萬元，加上偏鄉提升計畫之保障，則地區醫院之固定點數占率由 27.91%增加為 35.58%。」可見在現階段，健保確已保障偏鄉地區醫院的點值。

二、若先同意保障地區醫院診察費點值，可能一段時間後，換區域醫院、醫學中心，因為急重症更多，要求比照保障點值，將會形成大家都爭取診察費保障，總額意義何在！應進一步去設法改善社區醫院醫療品質，提升民眾的信賴，就醫民眾就會增加。本案沒有討論空間，消費者的立場很清楚，就是無法同意。

謝代理委員文輝(謝武員武吉代理人)

主席，針對蔡委員登順的意見，可否給我 2 分鐘回應？(委員：不要再講了！)

鄭主任委員守夏

委員的意見已很明確，還是回歸議事規範。本提案與 3 月份委員會議提案太相似，結論應會與前次一樣，所以，請大家幫忙想較可行的辦法。請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

一、剛才說到有無其他步可走，請看議程資料第 68 頁第 29 張投影片「歷年每千人急性病床數之國際比較」，從 93 年至 100 年，台灣每千人急性病床數一直很穩定的維持在 3.2 張。用 3.2 換算 2,300 萬人口，會發現只有 73,600 床，但第 25 張投影片「醫療供給-病床數」比較 89 年至 102 年之病床數變化，總床數由 10.7 萬床增為 13.1 萬床(成長率 23%)。兩者有差異，是因為少算「特殊病床」，例如：慢性精神病床、加護病床等，尤其加護病床花的錢更多。所以，第 29 張投影片的數字，要小心解釋。

二、謝代理委員文輝提到「醫院越大，離民眾越遠」，這句話也對

也錯！這幾年醫院大型化，讓地區醫院生存越來越辛苦，但另一方面，民眾又希望到大醫院診療。所以，台灣到底要往「醫院越大越好」的方向走？或要往「普及」的方向走？政府要好好思考，這是很嚴肅的問題！這幾年看到醫院一直大型化，每床花費都很貴，擠壓地區醫院的生存空間。

- 三、另外，醫院大型化，台灣的病床數，在全世界是數一數二的高，因此，地區醫院、區域醫院的床占不滿，所以，醫界才會把 PAC(Post Acute Care, 急性後期照護)放在急性病床，急性病床是一位護理人員照顧 3~4 床，護理之家是一位護理人員照顧 15 床；因此建議台灣應該跟國外一樣，鼓勵地區醫院部分病床轉型為護理之家。
- 四、現在大醫院住到滿床，由於不夠，所以擴床，因此，大醫院的床越來越多，但台灣若全面實施 DRGs(Diagnosis Related Groups, 診斷關聯群)，會有很多急性病床空出來。國外的 PAC，不是住急性病床，而轉移到居家或社區機構，並且是在 DRGs 之後施行執行。理論上要從 DRGs 瘦身，減少住院日數，使用較便宜的社區居家服務替代，才可以省到健保的錢；可是台灣現在實施的 PAC 不是這樣做。

鄭主任委員守夏

請問公正人士有無意見？

陳委員錦煌

- 一、已講 6 年了，沒效。從擔任費協會委員前幾年，就聽過謝代理委員文輝簡報，78 年至 98 年地區醫院倒掉 500 多家。今日議程資料第 64 頁第 22 張投影片，89 年至 102 年，地區醫院從 484 家到僅剩 370 家(減少 114 家)，是否應找出原因？
- 二、雲林縣斗六市人口有 10 萬，僅 2 家社區醫院，台大醫院雲林分院一床難求，另外就只能去長庚醫院麥寮分院求診。雲林縣人都該死嗎？所以，需不需要社區醫院？講 6 年了，若無法保障都會地區的社區醫院，至少偏鄉縣市的地區醫院，要有生存

空間，不能一直倒，否則造成如雲林縣等非都會區民眾看病很困難。希望應保障偏鄉縣市的地區醫院。

鄭主任委員守夏

謝謝！請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、呼應謝委員武吉提案，我覺得公正人士所言，非常有道理，要請謝委員武吉提出其他的方法解決。現在大家沒有明確的方法，個人認為，既然議程資料第 47 頁，健保署公告之「醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則」，已執行這麼久，有必要全盤檢討了，檢討地區醫院不能生存的原因。因為減少這麼多家地區醫院，對被保險人非常不便。
- 二、建議衛福部審慎的為地區醫院多費心，不要讓地區醫院再繼續倒下去。我參加偏遠地區訪查，發現很多偏遠地區的地區醫院一直倒，甚至連熱鬧地方都變醫缺，情況非常嚴重！既然謝委員武吉 3 月、5 月都提案，一定有苦衷，請健保署協助讓民眾看病方便，也讓地區醫院繼續經營下去。

楊委員芸蘋

代表勞工，贊同林委員錫維的想法，我看議程資料第 47 頁，可否考量只保障一項，每點保障一元，其他項目再研究，一年增加數字不會太多。不希望地區醫院一直倒，幫忙地區醫院想辦法，大家可以一起討論。

鄭主任委員守夏

請陳委員川青。

陳委員川青

點值的保障茲事體大，建議凡是提出更動點值之議題，本會一時又爭議不休，不妨請三層級院所內部針對議題達成共識，再提會討論，否則徒增口舌之辯不能解決問題。但基層醫院的生存困境確也事實，值得全盤檢討，建議必要時，專案會外討論，否則影響到議

事的效率，卻仍無法解決根本問題。

鄭主任委員守夏

- 一、本案看起來很明確，依 3 月份委員會議的結論，付費者委員了解地區醫院，尤其是五都以外非都會區之社區醫院經營困境。但應該用其他特殊方式予以協助，而不是用保障點值方式。大家也可一起構想其他辦法，之後再來提案。
- 二、有關林委員錫維所提檢討現在保障點值方式，其實所有醫界或健保署，都可加以考慮，倘若以後發現新的改善方式，都可以提案討論。

謝文輝委員(謝委員武吉代理人)

剛才很多委員談到一個重點，大家都關心偏鄉，健保署也說明已採取很多對偏鄉的保障，但此部分，我認同謝委員天仁意見：點值保障解決不了問題。其實總額實施前，本來就每點 1 元，地區醫院還是倒，所以偏鄉地區有其特殊因素，不是只靠點值保障可以解決，而且現行補助偏鄉或醫療資源不足地區的方案，實質上大部分都沒有達到每點 1 元，因為有上限。只有少數醫院服務量少的，點值多超過每點 1 元，但卻額外被要求提供 24 小時急診服務，可說連付急診醫師的薪水，都不夠，我看現行補助幫忙方案，讓偏鄉 80% 醫院的點值都達不到每點 1 元，這個制度實在需要好好地檢討。

鄭主任委員守夏

謝謝！進行下個討論案，請同仁宣讀第 5 案。

柒、討論事項第六案「關於試辦藥費支出目標，將藥價差(藥價黑洞)合法化，包含於支出目標，且試辦計畫將逾目標之藥費，於翌年4月1日啟動藥價調整，今年則至5月1日始調降藥價，有圖利大型醫院，且鼓勵用藥衝量等情事，均有不當，應即改正案」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

黃署長三桂表示討論事項第5案較無急迫性，願意與第6案對調，請問大家同意嗎？(委員：同意)請宣讀第6案。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

請提案委員說明。

謝委員天仁

- 一、看起來健保的部分，比較嚴重是藥費問題，點值保障都有特殊目的要達到，唯獨藥費，依健保法第62條第1項解釋，只因為條文寫了「向保險人申報其所提供之醫療服務點數及藥物費用」，所以，藥物100點就支付100元。導致大型醫院議價能力強者，把相關利益透過藥價差、藥量，藉由每點1元侵蝕健保，當然對各層級醫院產生不合理的利益輸送，此問題應好好面對。
- 二、特材費用也是以點數計，為何藥物受到特別待遇？立法上有何特殊考量？為了讓藥物工業特別發達，將犧牲國人健康。顯然當初有利益團體遊說，主管機關在解釋條文時，又過於僵化，把「藥物費用」4個字，認為是每點1元。但健保法第60條明明是規定總額制，當然要全部按點值付錢，才符合公平原則。除了特殊項目，在合理分配原則考量下，給予點值保障，沒有理由藥費保障1元，衛福部應好好檢討，並透過條文解釋導正，讓以藥養醫的問題，能適度予以管控。
- 三、有關藥價支出目標，在前費協會時代，曾有3次在委員會議討

論，幾乎是一面倒，其中也包括醫事服務提供者代表，大家都不同意，原因是超過支出目標的錢，當年度活生生被拿走，隔年度卻沒有補償，只調降藥價。但年度藥費還是占總醫療費用 25% 左右，完全沒效果，不公不義的機制，只是藥商要解決藥價差問題而提的方案，不料，衛福部卻還附和。據了解，好像是美商的關說、遊說，導致有此扭曲結果，希望健保署應提出改善機制，否則對所有的人都沒好處。以前 2 年藥價調查一次，現在每年 4 月或 5 月調查一次，已造成民眾每年都會有拿不到藥的不便情況，應好好檢討。

鄭主任委員守夏

謝謝！請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、關於此議題，若依法用藥費每點 1 元的概念來解釋，大概沒有答案。藥費有兩個根本的問題：第一個需要處理的是，藥費依法為每點 1 元的部分；第二則是單一藥價基準的問題。每次藥價調查後都發現，不同醫院的利潤差很多，剛才有委員提到某藥品一顆成本 4 元，為何健保署給付 10 元？其實答案很簡單，因我們使用單一藥價基準。單一藥價基準是不管醫院層級別，通通給付單一藥價。這好比是幼稚園學生可背 5 公斤書包，小學生可背 10 公斤書包，高中生可背 20 公斤書包，但因為用同一個標準，卻又擔心社區醫院買不到藥，所以請三個學生統一背五公斤的書包，當然有些人就很輕鬆、很好康。
- 二、現在要推分級醫療，若不管不同層級醫院的採購規模，只訂定同一藥價標準，當然沒辦法反映藥價的真實情況。依照市場行情，採購量大，單價就可壓低，相同的採購規模，用相同的努力就可以獲得相等的藥價差，藥價差自然也能控制在相同的空間(譬如 10%)；而不努力議價的醫院，就沒有藥價空間。但目前的操作方式是，400 多家醫院，不同採購規模，卻全部綁在一起，照基本原則，取藥價中間數再低一點當作藥價基準。

三、其實，健保署有責任制定一個公平的標準，只要把醫院依層級別分開，用現在同樣的訂價方法，制定出三套藥價基準。健保法只規定依藥價基準，並未限制只能用單一藥價基準。讓不同層級的醫院，適用不同的標準，就有辦法控制價差，既不違反健保法，也比較公平。大醫院用 100 分的努力，拿到合理議價 10% 的空間，懶惰就沒有；而小醫院用 100 分的努力，也一樣有 10% 藥價差空間，如此，就能貼近真實藥價。健保署同情地區醫院的處境，制定較高的藥價基準，讓地區醫院可以買到藥，我們很感謝！但這也造成其他層級醫院不用努力，就有很多的價差空間。

四、至於藥費每點 1 元的問題，其實可透過改變結算方法來解決。現在結算，是優先扣除藥費每點 1 元後，剩餘的錢再去計算浮動點值，所以，大家儘量衝藥費，藥費先拿走，剩下的錢，大家再一起分。只要顛倒結算順序，先做總點數結算分配，然後到個別醫院支付等，再做藥價每點 1 元的支付結算。如此一樣符合法律，同時也解決大、小醫院立足點不公平的問題。建議可從這兩方面思考，才能澈底解決藥費的根本問題。

鄭主任委員守夏

感謝謝代理委員文輝！請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

我沒有參與費協會時代對藥費的討論，但健保會幕僚提供相當多的資料，可看出在費協會時代，在「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案的討論過程，其實爭議頗大，並沒有共識，而目前的執行，也發現藥費有暴衝情況。雖然試辦計畫為期 2 年，最近聽聞有藥商凍結不進貨，情況頗為嚴重，恐會影響消費者，不知健保署有無監督機制？建議儘早啟動檢討機制並調整，不要等到明年。

鄭主任委員守夏

請古代理委員博仁。

古代理委員博仁(李委員蜀平代理人)

- 一、藥師公會代表發言，藥價調整若要溯及每年元月 1 日實施，對居最弱勢的社區藥局極度不合理，因其是依據醫師處方調劑，但很多藥品進價都高於其他醫療機構，若採回溯調降藥費方式，則須蒙受該時點進價遠高於健保價，中間的費用損失，絕大多數社區藥局沒辦法承擔。
- 二、對藥費成長的管控，首先應排除浪費的部分。民眾因健保制度完善、醫療資源普及，就醫像逛百貨公司一樣隨意，這樣如何能降低藥費？歷年多次藥價調整後，為何每年藥費還是高漲？實在應該檢討，只調降藥價，管理機制沒好好建立，問題還是無法解決。
- 三、每次藥價調降，受害最深的是社區藥局，常常進不到藥，但民眾不了解，都認為社區藥局拿不到藥，我想這種痛苦，所有社區藥局都有所感受。我們都願意支持實施好的制度，但請體恤社區藥局經營的困難與弱勢，請健保署公告藥價調整後的隔月，再實施新藥價，或是有什麼更好的機制，多照顧最弱勢、最基層的部分。

鄭主任委員守夏

請健保署說明。

蔡副署長魯

感謝委員天仁、吳委員玉琴及干委員文男的提案。簡單回應 3 點，第一，本署仍持續在做價量調查，過去是每 2 年調查一次作為藥價調整依據；102 年實施二代健保後，依衛福部政策決定試辦此方案。第二，剛剛吳委員玉琴提到，是否要提早啟動檢討機制，若做成決議，該檢討的部分，會向衛福部報告。第三，102 年所訂藥費支出目標值的成長率是 4.528%，換算金額後，該年度藥費支出目標值為 1,380 億元，最後實際總藥費 1,436.7 億元，超出目標額度

56.7 億元。103 年所訂目標值的成長率是 3.309%，換算金額為 1,420.7 億元，與 102 核付金額 1,436.7 億元相較，其實還不至於像大家所講的，藥費已失控。

鄭主任委員守夏

請問委員有無其他意見？請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、謝委員天仁、吳委員玉琴及干委員文男的提案，已述及藥價差、藥價黑洞等內容，顯示付費者委員對藥價調查的瞭解有其深度。我想大部分委員都不知道健保署是如何辦理價量調查，以前健保署曾說，藥價調查是用醫學中心最低藥價平均值來算，才會有 Norvasc(脈優)一下子下降 4 塊錢，而地區醫院買的價格比健保署調整後藥價還貴的情形。建議健保署醫審及特材小組，應向委員報告價量調查的辦理方式。
- 二、要深深考量的問題是，藥價調查有無必要？台灣現要求藥廠於 104 年必須符合 PIC/S(國際醫藥品稽查協約組織)規範，每家藥廠要增加好幾億元成本，最後可能會減少到剩下 60 多家藥廠，這種結果，是台灣百姓的福氣或悲哀？未來，台灣會走向悲哀或歡樂的路，希望在座委員要深入瞭解並考量。向各位報告，我比較不會買藥，我們醫院開刀要用的 Normal Saline(生理食鹽水)，一瓶進價 23 元，但健保支付價卻是 19 元，而這也正是藥價調查的結果。

鄭主任委員守夏

請葉委員宗義。

葉委員宗義

因藥商也是我們中華民國全國商業總會的會員，所以我必須發言。會員中，中藥、西藥、醫療器材代理商，比較支持健保署意見。因為藥商是生意人，藥進到醫院，當然買得多就會比較便宜，而且也會出現通包的情形，譬如罕見疾病用藥，某些藥品可能被某家藥廠

通包，未來，情形可能會更嚴重。這也顯示罕見疾病只有幾百名患者，但藥費卻花幾十億元，請健保署針對這個問題，要有遠見並特別留意。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁對本案的建議，能再明確點。

謝委員天仁

該計畫試辦 2 年，到今年年底才屆期，但現在就已發生問題，消費者買不到藥，且計畫所訴求對藥費管控並沒有達到實質效果。建議應該提早啟動檢討機制，研究一下須配套何種管控措施之配套，有效管控藥品本身的使用，這點比較重要。

鄭主任委員守夏

- 一、這點比較明確，我們請健保署儘快啟動檢討機制，因為已有一年資料，應可及早檢討，建議可讓本會幕僚與健保署協調一下，檢討報告的時點。另外，多位委員提及的藥費管控，長期以來，都是一個重要議題。我們這套藥價調整機制，其實是學習日本的制度，日本做了五十年，現在已經可以談合理價差，但台灣是否也已經可以談合理價差了呢？
- 二、在補充資料中，健保署提到，韓國實施依購買價支付，醫院買多少錢，健保付多少錢，醫院購買藥品就不再議價了，結果是藥費嚴重飆漲。又，一年或兩年調查一次，或只針對價差大的藥品，一年一次調查，不用調查到五千多項，諸如此類情形等，於檢討時，都應予考慮。如謝委員天仁所言，最希望是價量一起管，只管其中一邊，不會有效果，若因而發生進不到藥的情形，吃虧的還是消費者。

柯執行秘書桂女

本會 103 年度的工作計畫已排定 6 月份，進行「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案之執行情形專案報告。

鄭主任委員守夏

下個月已排定此試辦方案的專案報告，如果健保署報告後，委員有意見，仍可再行討論。

捌、臨時提案「不得將全民健康保險基金及其相關費用挹注『醫療糾紛處理及醫療事故補償法』之財源」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

現已將近下午一點半，我們還有一個臨時動議，請教大家是否繼續討論？或留待下次討論？提案人吳委員玉琴要拉票，請委員繼續討論嗎？

吳委員玉琴

因本案有急迫性，建議繼續討論。

鄭主任委員守夏

請吳委員玉琴說明。

吳委員玉琴

- 一、本案與謝委員天仁一起連署，主要是最近立法院在審議「醫療糾紛處理及醫療事故補償法(草案)」時，有立法委員提議，將全民健康保險基金及其相關經費，做為醫療事故補償基金的財源之一。目前雖保留協商，但茲事體大，因其涉及健保財源穩定，將健保基金作為醫療事故補償基金之來源，並不可行。健保會應有清楚的意見表達，希望衛福部、健保署能堅持立場，健保費屬特種基金，是作為保險對象疾病、傷害、生育事故時的保險給付之用，醫療糾紛或醫療事故發生與健保的給付並無連動關係，如由健保基金支付，並不合理。
- 二、無法接受立法院將健保基金列為醫療糾紛法案的財務來源，健保財務已非常嚴峻，為何要讓非健保因素的法案或事件加重健保財務負擔？建議衛福部與健保署在相關協商會議上，清楚表達，不可同意將健保基金及其相關費用成為挹注「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」之醫療事故補償基金財源。

鄭主任委員守夏

若立法院最後協商同意，恐違反健保法。

蔡副署長魯

謝謝委員對健保作業基金充分的瞭解，謹做下列說明：第一、本案屬醫事司權責，健保署並未介入。第二、依健保法規定，這樣確實不合法，本署在立法院有堅持立場。第三、本署唯一可行的是，在行政上代為執行，亦即將來醫療糾紛法財務基金來源定案後，各醫事服務機構應負擔的補償費用，可由健保署在付給醫療機構的醫療費用時，代為執行。

鄭主任委員守夏

原則上本案訴求非常明確，若到場委員都支持，即依擬辦內容通過(無委員表示不同意見)。本案決議通過。

謝委員武吉

醫界代表不表示意見，請列入紀錄。

鄭主任委員守夏

請將謝委員武吉發言列入紀錄。委員有無臨時動議?(未有委員表示意見)如果沒有，本次會議到此結束，謝謝大家!

柴委員松林(會後書面意見)

一、基層醫療院所，因缺少實驗檢驗單位，醫師多依賴「醫學檢驗所」，由於設備、技術限制，而檢驗所又缺少進修機會，常有錯誤之結果，或常出現轉診時不被信任，以致使病人多捨基層診所而直接進入區域醫院或醫學中心。

二、建議：

(一)對醫檢所設備標準，定期檢查評鑑，限制其更新維持一定的水準。

(二)對醫檢師規定進修辦法，對資格證書應有期限。