

行政院衛生署全民健康保險會  
第 1 屆 102 年第 6 次委員會議事錄

中華民國 102 年 6 月 28 日



# 行政院衛生署全民健康保險會第1屆102年第6次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國102年6月28日上午9時30分

貳、地點：本署中央健康保險局大禮堂(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

何委員語

中華民國全國工業總會劉處長志棟(代)

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

中華民國藥師公會全國聯合會林常務理事振順(代)

周委員麗芳

林委員至美

林委員錫維

侯委員彩鳳

施委員純全

翁委員文能

新光醫院經營分析組廖課長秋鐳(10:30以前代)

連委員瑞猛

張委員永成

中華民國農會林主任敏華(代)

張委員煥禎

中華民國區域醫院協會劉副秘書長碧珠(代)

莊委員志強

郭委員志龍

陳委員川青

彰化縣公務人員協會杜理事長國忠(代)

陳委員幸敏

陳委員宗獻

中華民國醫師公會全國聯合會李理事紹誠(12:20以後代)

陳委員錦煌

黃委員建文

楊委員芸蘋

楊委員漢淙

楊委員麗珠

葉委員宗義

蔡委員登順  
蔡委員明忠  
謝委員天仁  
謝委員武吉

台灣社區醫院協會朱監事長益宏(10:45~12:50 代)

肆、請假委員：  
林委員啟滄  
柴委員松林

伍、列席人員：  
行政院衛生署  
中央健康保險局

本會

朱組長日僑  
黃局長三桂  
蔡副局長魯  
蔡主任秘書淑鈴  
柯執行秘書桂女  
林組長宜靜  
吳組長秀玲  
張組長友珊

陸、主席：鄭主任委員守夏

紀錄：陳燕鈴

柒、主席致詞

各位委員、黃局長及所有與會人員，大家早

首先介紹新任委員，中華民國醫師公會全國聯合會理  
監事改選後，該會改推薦蔡秘書長明忠擔任本會委員，並  
獲衛生署同意，歡迎蔡委員加入。該會新任理事長蘇立法  
委員清泉今天也特地到場向大家致意，謝謝蘇理事長。

捌、議程確認

決定：確定。

玖、報告事項

第一案

案由：確認本會上(第5)次委員會議紀錄，請 鑒察。

決定：確定。

## 第二案

案由：本會上(第 5)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、上次會議決議(定)事項辦理情形洽悉。
- 二、為更強化健保業務監理工作，依據「健保業務監理事項委員意見」調查結果，請中央健康保險局配合辦理下列事項：
  - (一)依規劃時程提報相關議題如附件一。
  - (二)請於本年 9 月前，提報 102 年度各部門總額協定事項之相關計畫或方案執行進度。
- 三、各部門總額執行成果發表暨評核會議之出席意願調查表，請委員於本(102)年 7 月 12 日前回覆，俾憑安排後續事宜。
- 四、二代健保法實施後，本會被賦予保險財務收支連動的重要任務，請委員填覆意見調查表，以利後續規劃。
- 五、有關財團法人台灣醫療改革基金會建議於本會官網之「委員簡介」頁面，增列各委員之公用電子信箱乙節，因非屬法定公開之事項，爰尊重委員個別意願，並於徵詢後，配合辦理委員公用電子信箱之建置事宜。
- 六、餘洽悉。

## 第三案

案由：中央健康保險局「門診透析獨立預算點值低落之原因及檢討專案報告」，請 鑒察。

決定：洽悉。

## 第四案

案由：中央健康保險局「直轄市政府健保費補助款欠費還款計畫執行情形報告」，請 鑒察。

決定：洽悉。

#### 第五案

案由：中央健康保險局「102年5月份全民健康保險業務執行報告」案，請 鑒察。

決定：洽悉。

### 拾、討論事項

#### 第一案

提案單位：本會第三組

案由：103年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)，提請 討論。

決議：

一、103年度總額協商程序(草案)，修正下列事項：

(一)協商會議時間由二天改為一天半，各部門總額及其他預算之協商全部排在第一天；第二天上午則處理第一天之未盡事宜及召開9月份委員會議。

(二)為配合前開修正，請各部門勻出些許時間供討論「其他預算」。

(三)協商共識會議之與會人員：

1.對各總額部門推派之協商代表，不限制名額，以會場可容納為原則。

2.刪除(2)之①中「另為回應外界對醫事機構五大皆空之訴求，建議以內、外、婦、兒、急診專科醫師代表為優先」乙段文字。

二、除各部門協商時間表尚待確認外，餘照案通過。於納入本會4月份委員會議通過之工作計畫後，103年度總額協商程序如附件二。

## 第二案

交議單位：行政院衛生署

案由：有關全民健康保險投保金額分級表上限調整幅度與時機，提請 討論。

決議：考量二代健保法甫施行半年，對於保險費(含補充保險費)之計收情形尚待評估，爰本案建議暫時緩議。

## 第三案

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：健保支付面長期存在結構面的失衡，造成資源分配愈來愈頭重腳輕，與大家期許的大病看大醫院小病看小醫院的分級醫療以及垂直整合的政策方向都成了紙上談兵，績效不彰。因此有必要針對支付面中的「固定點值與浮動點值項目設定」和「藥價基準」兩項基本分配結構，給予重新思考，以矯正支付面之結構扭曲，讓健保醫療有機會回歸正軌，提請 討論。

決議：

一、臨時提案併本案處理。

二、為促進醫療體系正常發展，使各層級醫院發揮其應有的角色功能，建請中央健康保險局及衛生署對案內所提地區醫院面臨的困境，及內、外、婦、兒科及急診五大科人力缺乏等問題進行檢討，並就權責研提解決方案。

三、暫訂於本年 10 月份委員會議，安排相關單位提報初步規劃方案。

## 拾壹、臨時提案

提案人：楊委員漢源(提案資料詳附件三)

連署人：翁委員文能、謝委員武吉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：為確保全民醫療照護提供之穩定性，建請本會於 102 年 7 月份之委員會中，安排內、外、婦、兒科及急診五大科之醫學會代表進行專案報告，以使本委員會委員了解各科所面臨之醫療人力困境，以做為「103 年全民健康保險醫療給付費用總額」協商時之參考，提請 討論。

決議：併討論事項第三案處理。

拾貳、散會：下午13時18分。



## 全民健保業務監理事項相關議題提報時程表

議題	提報時程
<ul style="list-style-type: none"> <li>■如何透過健保IC卡來管控醫療費用之規劃〔<u>含健保資訊網服務系統(VPN)資料上傳之情形</u>〕</li> <li>■抑制資源不當耗用改善方案之規劃情形(102年度工作計畫項目)</li> </ul>	102年7月份 委員會議
<ul style="list-style-type: none"> <li>■保險對象自付差額特殊材料品項之執行現況與規劃(102年度工作計畫項目)</li> <li>■以病人為中心之照護計畫推動情形及未來方向</li> <li>■家庭責任醫師及論人計酬制度之規劃及推動情形(102年度工作計畫項目)</li> <li>■<u>102年度各部門總額協定事項中重要專款項目執行之評估結果</u></li> </ul>	102年8月份 委員會議
<ul style="list-style-type: none"> <li>■DRGs(診斷關聯群)、RBRVS(資源耗用為基準的相對價值表)等支付制度之推動情形<u>與對總額影響</u>及未來方向</li> <li>■如何透過健保支付制度來改善專科醫師及護理人力缺乏問題及其成效</li> <li>■健保欠費催收情形與成效</li> <li>■健保代位求償執行情形與成效</li> <li>■全民健保轉診實施辦法之執行情形</li> <li>■全民健保部分負擔之實施情形與檢討</li> <li>■<u>健保法第43條之執行情形檢討</u></li> <li>■「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</li> </ul>	納入規劃103 年度工作計畫 之參據
<ul style="list-style-type: none"> <li>■核心業務列入每月份業務執行報告中</li> </ul>	每月

註：1.請健保局評估各議題，對可整合者，請整合後提報。

2.配合各次議程及需要，酌調提報時程。

## 103 年度總額協商程序

健保會第 1 屆 102 年第 4 次委員會議(102.4.26)及  
第 6 次委員會議(102.6.28)通過

## 一、工作計畫表

工 作 項 目 及 內 容	預 訂 時 程
<p><b>一、協商前置作業</b></p> <p>1.擬訂 103 年度總額協商架構、通案性原則及協商程序草案，並提會討論。</p> <p>2.於主管機關交議之後，依政策方向協商年度總額成長案： (1)請主管機關派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策方向。 (2)確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。</p> <p>3.由健保局會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算規劃草案。 (1)規劃草案內容應包含協商減列項目及預估金額。 (2)各總額部門與健保局擬訂規劃草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。</p> <p>4.各總額部門及健保局報告所規劃之 103 年度總額協商因素項目或計畫草案，並進行綜合討論。 (註：除簡報外，並請提供各協商項目或計畫之詳細說明，其須包含目標、醫療服務內容、費用估算基礎、過去執行成果、預期效益等資料)</p> <p>5.視需要安排總額協商之相關座談會/會前會。 (1)各總額部門與付費者代表、專家學者及公正人士、相關機關代表意見溝通座談會。 (2)健保局與付費者代表、專家學者及公正人士、相關機關代表座談會。</p>	<p>102 年 5~6 月</p> <p>102 年 7~8 月</p> <p>102 年 7~8 月</p> <p>102 年 8~9 月</p> <p>102 年 8~9 月</p>
<p><b>二、進行各部門總額成長率及分配方式之協商</b></p> <p>1.協定各部門總額成長率。</p> <p>2.協定一般服務費用之分配(地區預算)。</p> <p>3.年度整體總額協定成長率及其分配之確認，及陳報主管機關核定。</p>	<p>102 年 9 月</p> <p>102 年 10~12 月</p> <p>102 年 10~12 月</p>

工 作 項 目 及 內 容	預 訂 時 程
<b>三、協定事項之執行規劃與辦理</b> 1.健保局會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案。 2.各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保局或總額部門專案報告。	102年10月 ~103年12月

## 二、協商會議之安排：

(一)會議日期：本年9月27日及28日上午，共一天半。

(二)各日工作內容：

1.協商共識會議：

9月27日：分場次協商牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院等各部門總額，及健保局管控之「其他預算」；門診透析服務獨立預算，則依西醫基層及醫院等二總額部門協商順序，併於先談之部門協商。

9月28日上午：討論第一天未盡事宜。

2.委員會議(9月28日上午)：完成協商結論之確認及103年度總額成長率案。

(三)協商共識會議之與會人員：

1.付費方：

(1)保險付費者代表委員。

(2)專家學者及公正人士、行政院經濟建設委員會及主管機關代表委員。

2.醫界：全體醫事服務提供者代表委員

(1)牙醫、中醫、西醫基層、醫院等總額部門之協商，以該總額部門之代表委員為主談者，另加上部門推派之協商代表(非本會委員，人數以會場可容納為原則)。

(2)護理及藥師公會全聯會代表委員可參與相關部門總額之協談。

(3)門診透析服務：由西醫基層及醫院部門代表協談，邀請台灣腎臟醫學會列席說明。

3.健保局相關人員與本會幕僚。

(四)協商共識會議進行方式與原則：

1.各部門協商順序：於8月份委員會議抽籤決定之。

2.議程提經委員會議確認後，即應遵照辦理，不可臨時要求變更。

3.各部門協商時間，安排如下表(待確認)：

部門別	提問與意見交換		部門之預算協商		合計 (不含各自召集會議時間)	付費者委員 視需要自行 召開會議	醫界委員 視需要自行 召開會議	推估最長時間
醫院	40分鐘	(門診透析	60分鐘	(門診透析	140~180分鐘	30分鐘	30分鐘	140~240分鐘
西醫基層	30分鐘	20分鐘)	50分鐘	20分鐘)	120~155分鐘	20分鐘	20分鐘	120~195分鐘
牙醫	25分鐘		40分鐘		65~85分鐘	20分鐘	20分鐘	65~125分鐘
中醫	25分鐘		40分鐘		65~85分鐘	20分鐘	20分鐘	65~125分鐘
其他預算	25分鐘		35分鐘		60~78分鐘	20分鐘		60~98分鐘

備註：各部門協商時間若確需延長，以不超過該「部門預算協商」時間之 **50%** 為限。

4.相關原則

(1)所有委員均可入場，惟非協商當時之總額部門委員，僅聽報告、提問與發表意見，但不參與協商。

(2)各部門和付費者代表委員進行預算協商時，請健保局相關人員在場提供所需說明。

(3)付費者及醫界委員視需要自行召開會議時，依其需求請本會幕僚及健保局協助試算與說明。

5.各方未能達成共識時之處理方式

(1)保險付費者代表委員間無法達成共識時：

於協商共識會議中，由付費者委員召集內部會議討論，若無法以共識決形成一案時，得由其代表以多數決議定之。

(2)總額部門代表委員間無法達成共識時：

於協商共識會議中，由總額部門委員召集內部會議進行協調。

(3)總額部門與付費者委員無法達成共識時：

依全民健康保險會組成及議事辦法第10條規定，分別就保險付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員

建議方案當中各提一案，報主管機關決定。個別委員對建議方案有不同意見時，得提出不同意之意見書，由健保會併送主管機關。

- 6.各部門總額年度預算之協商終止點，原則預訂為 9 月份之委員會議，未能在安排時限內達成共識，將依法送請主管機關裁決。

### 三、協定結果確認

- (一)協商項目之成長率(或金額)：於協商共識會議當場試算並進行確認。
- (二)協定事項：協商結論於委員會議中確認，但文字可酌修。
- (三)協商成長率(或金額)以協商共識會議所確認結果為準，除經部門總額代表提議，並獲得付費者委員支持，方可重新協議。

### 四、協商共識會議實錄之製作與公開

為讓各界瞭解年度總額之協商過程，與會人員發言內容，將以實錄方式上網公開之。

臨時提案

提案人：楊委員漢源

連署人：翁委員文能、謝委員武吉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：為確保全民醫療照護提供之穩定性，建請本會於 102 年 7 月份之委員會中，安排內、外、婦、兒科及急診五大科之醫學會代表進行專案報告，以使本委員會委員了解各科所面臨之醫療人力困境，以做為「103 年全民健康保險醫療給付費用總額」協商時之參考，提請 討論。

說明：

- 一、監察委員黃煌雄於「全民健保總體檢調查報告」指出「百年來內、外、婦、兒科之醫學主流面臨到四大皆空之窘境，慎重呼籲相關部會有關健保預算分配的結構已到了非調整不可的階段，……，應盡速訂定並進行健保資源分配的調整方案」。
- 二、另，急診醫師因長期處於忙碌且壓力大的工作環境，加上近期急診暴力事件頻傳，威脅醫護人員安全，致使急診醫師紛紛出走，急診專科亦逐漸成為醫學生不願選擇之科別，致使急診科成為第五個皆空的科別。
- 三、為尋求五大皆空之解決途徑，台灣醫院協會爰於 102 年 6 月 14 日邀集台灣內科醫學會、台灣外科醫學會、台灣婦產科醫學會、台灣兒科醫學會、台灣急診醫學會代表，就該科所遭遇之困境及問題進行初步溝通與討論。
- 四、前述溝通會議中，如台灣婦產科醫學會謝卿宏理事長說明婦產科醫師現況，40 歲以下的醫師占 38.8%，但 40 歲以下的婦產科醫師約只 13.5%，即 389 位，也就是說，未來十年能接生的醫師最多只有 389 位，且其中 70% 為女性，女醫師很少在

接生，估計未來台灣 35-50 歲的醫師僅有 100 位進行接生。此等現象，實非人民之福。

五、爰此，為正視五大皆空延伸而來之問題，實需於「103 年全民健康保險醫療給付費用總額」中，針對艱困科別失衡之支付標準進行調整，以導引五大科醫師回歸其工作崗位，並提高醫學生投入之意願，裨益健保永續經營。

擬辦：邀請內、外、婦、兒科及急診五大科代表針對各科困境進行專題報告，供本會委員做為「103 年全民健康保險醫療給付費用總額」協商時之參考。





第 1 屆 102 年第 6 次委員會議  
與會人員發言實錄



壹、報告事項第一案「確認本會上第 5 次委員會議紀錄」及議程確認之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

確認上次委員會議紀錄，請宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝同仁宣讀。請問委員對於上次委員會議紀錄，有無需文字修正或澄清的地方？未有委員表示意見，上次委員會議紀錄確定。
- 二、請委員翻回目錄頁，確認本次會議的議程安排。本次會議報告事項為：上次委員會議決議定事項辦理情形及重要業務報告、門診透析獨立預算點值低落之原因及檢討專案報告、直轄市政府健保費補助款欠費還款計畫執行情形報告，及 102 年 5 月份全民健康保險業務執行報告，本次為書面參考。之後討論事項有 3 案，第 1 案為 103 年度總額協商程序(草案)；第 2 案為衛生署交議之全民健康保險投保金額分級表上限調整幅度與時機案；第 3 案為謝委員武吉所提矯正支付面之結構扭曲，讓健保醫療回歸正軌案。另，楊委員漢淙有個臨時提案，這部分等最後一個討論案結束後，再依時間狀況及委員意見，決定是否予以討論。請問各位委員對今天的議程安排有無意見(未有委員表示反對)，若無意見，就依原訂議程進行。

貳、報告事項第二案「本會上第 5 次委員會議決議定事項辦理情形及重要業務報告」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

接下來進行報告事項第 2 案，請柯執行秘書桂女。

柯執行秘書桂女

請委員翻到議程資料第 12 頁，上次委員會議議決事項有 8 項，其中，建議 4 項解除追蹤，4 項繼續追蹤。但，最後還是要依委員議定結果，決定繼續追蹤或解除追蹤。追蹤表在議程資料第 15 頁，依序向委員報告：

- 一、第 1 項有關建請衛生署修改全民健康保險會組成及議事辦法第 9 條之規定案，衛生署已進行相關修正預告，將於衛生署修正發布後再解除追蹤。
- 二、第 2 項有關本會委員會議製播 VOD 乙節，已依照委員會議決議，目前先進行錄影，於搬遷至新辦公室後，再依會議場地狀況配合辦理，所以繼續追蹤。
- 三、第 3 項有關建議金融監督管理委員會，對商業保險公司或其人員不當作為造成健保醫療費用增加問題加強監督管理案，衛生署已行文金融監督管理委員會，該會尚未回覆，於該會回覆後，再行解除追蹤，所以本案也繼續追蹤。
- 四、第 4 項、第 5 項「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法(草案)」及「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法(草案)」等兩項，已依法提本會討論，其中有關提報財務報告辦法，衛生署已經發布，所以解除追蹤；至於醫療品質資訊公開辦法案，健保局已經報請署核定，等到核定發布後，再行解除追蹤。
- 五、第 6 項係原主計總處代表鍾委員美娟，為本會推派參加醫院總額研商會議之代表，因為其職務異動，主計總處改派陳委員幸敏接替，上次委員會議決議，該研商會議代表請陳委員

擔任，因相關程序已完成，所以建議解除追蹤。

- 六、第 7 項有關健保局「全民健保補充保險費就源扣繳及計收情形報告」，委員建議已載錄，送請健保小組及健保局參考。另外，有關委員建議二代健保總檢討時，能邀請委員參加，健保小組也回覆表示，等到各項議題之方向及檢討內容較明確後，將邀請相關團體代表提供意見，所以本項解除追蹤。
- 七、第 8 項有關委員建議對於專門職業及技術人員的保費或投保類別應有所區隔，健保小組與健保局回覆表示，在立法時，已考量到專門職業及技術人員間，收入實際上有差別，所以在保費徵收的設計上，已有所區隔，未來如欲修法時，委員所提意見將納入參考。所以建議解除追蹤。

鄭主任委員守夏

就上次會議決議定事項辦理情形，有無需詢問？(委員均無詢問)如果沒有問題，繼續報告重要業務報告。

柯執行秘書桂女

- 一、請翻到議程資料第 12 頁，說明二是本會預定於本(102)年 7 月 22 日及 23 日(星期一、二)，召開「全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議」，地點與去年一樣，都在集思交通部國際會議廳，請委員儘量撥冗全程參與。另，委員桌上有一份參加意願調查表，請委員填覆。
- 二、上次委員會議，就本會監理工作調查委員意見，幕僚同仁發了 34 份問卷，有 33 位委員回覆，問卷所列 12 個選項的統計結果，在議程資料第 22 頁至第 23 頁的附件二及其附表。有關調查結果，需作處理的情形如下，委員如有建議，再行討論：
  - (一)各議題票選結果，已列在議程資料第 22 頁，各議題將依據票數排序提報，如果因為時間關係，無法在 102 年提報，將規劃納入 103 年工作計畫中；而原屬 102 年工作計畫項

目者，當時係配合二代健保法的要求來規劃，所以會依其票數，納入今年報告。

(二)問卷的第 12 個選項，係請委員提供議題。就委員的意見進行整理：

- 1.謝委員天仁和楊委員漢源建議修正第 6 及第 7 個選項之題目，將照辦。
- 2.委員提到有關總額協定事項，將安排在評核會議上報告。
- 3.有多位委員提到轉診與部分負擔議題，以及藥費支出目標試辦計畫、健保局每月核心業務文字化等，請健保局配合辦理：(1)提報「全民健保轉診實施辦法之執行情形」；(2)提報「全民健保部分負擔之實施情形與檢討」；(3)報告「『全民健保藥品費用分配比率目標制』試辦方案之執行情形」；(4)有關健保局核心業務列入每月業務執行報告中，業務執行報告雖然是按季報告，但是委員都會參閱相關資料。

(三)經整合法定及多數委員關切之選項，提出以下建議：考量 9 至 12 月為醫療費用總額協商及費率審議之處理時程，時間非常緊迫，所以先安排下列議題，請健保局於本年 7 月及 8 月提報：

- 1.7 月份：第 1 個是「如何透過健保 IC 卡管控醫療費用之規劃」；其次是「抑制資源不當耗用改善方案之規劃情形」，後者是健保局依法需提出方案來作討論的，如果還沒有要討論，但因為很重要，委員也想知道，所以先報告一下規劃情形。
- 2.8 月份：提報「保險對象自負差額特殊材料品項之執行現況與規劃」、「以病人為中心之照護計畫推動情形及未來方向」及「家庭責任醫師及論人計酬制度之規劃及推動情形」。

- (四)請健保局就上述議題評估，對於可整合提報者，請予以整合。
- 三、說明四是二代健保施行後，健保監理會與費協會二會合一，兩會預算經整合後，額度有稍微多一點。對於委員關心監理事項是否落實這個問題，本會已委託台大鍾國彪老師，進行「建立全民健康保險業務重要監理指標之研究」計畫，此項研究所獲指標，或可發揮監理功能，屆時再向委員進行報告。
- 四、說明五係中醫師公會全聯會於本年 5 月 28 日至 29 日，辦理至高雄市、屏東縣舉辦「102 年度全民健保中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案暨醫療照護試辦計畫」參訪活動，本會幕僚同仁也有參加，並於會後擬具參訪活動報告，在議程資料第 70 頁至第 73 頁，請委員參閱。
- 五、說明六要請示委員意見，醫改會來文建議在本會官網之「委員簡介」頁面，增列各委員公用電子郵件信箱，以落實二代健保公民參與精神，並暢通各界向本會委員代表建言管道。本項因不是法定事項，所以要徵詢各位委員，是否同意在本會官網公開電子信箱，讓各界提供建言，請委員表示意見。
- 六、說明七係衛生署與健保局於本年 5 月、6 月所發布及副知本會之相關資訊如下：
- (一)第 1 項「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目之修正發布，請委員參閱議程資料第 75 至 83 頁之附錄三。
- (二)第 2 項全民健康保險投保金額分級表，配合最低工資之調整，將投保金額下限，自 18,780 元調整為 19,047 元；上限金額還是維持在 182,000 元；最高一級與最低一級投保金額之差距為 9.56 倍，此項等一下也會有討論提案，希望最高一級投保金額 182,000 元，可以提高。
- (三)全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法，已經發

布，在議程資料第 87 至 96 頁之附錄五。

(四)「全民健康保險會組成及議事辦法」第 9 條及第 16 條草案，在作修正預告，在議程資料第 97 至 100 頁之附錄六。

(五)第 5 項至第 7 項，請委員參考。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝柯執行秘書桂女報告！請各位委員參閱議程資料第 13 頁之(三)，這與我們 7、8 月份委員會議報告事項有關。本案非常感謝所有委員的填答，33 份問卷回收後，把委員最有共識，即票數達 22 票或 21 票的項目，放在最上面，再把相關性較高者放在一起，讓健保局準備報告時，能方便一點。
- 二、日前跟幕僚同仁討論後，希望下個月(7 月)報告「健保 IC 卡管控醫療費用之規劃」與「抑制資源不當耗用改善方案」等兩項；8 月份則安排 3 項報告，請委員表示意見，如果沒有特別問題，就照議程所列進行各該報告。因 9 月開始就是總額協商，10 月、11 月則尚有後續事宜，尤其是 11 月還需處理收支連動議題，都是新的健保會最重要的工作，所以須預留時間，那段時間儘量不要排太多的報告案。
- 三、說明六各位委員是否同意提供公用電子郵件信箱，公開在本會官網之「委員簡介」頁面？因為不是法定事項，願意公開的委員，予以公開，不方便公開的委員，則不公開，將請幕僚詢問委員意願。信箱個數不用太多，一個就可以，這有點像選民服務信箱，是提供民眾服務。
- 四、委員對於重要業務報告，有無需詢問事項？

謝委員武吉

- 一、議程資料第 12 頁三之(二)委員提供議題部分，提報「全民健保轉診實施辦法之執行情形」、「全民健保部分負擔之實施情形與檢討」等 2 項，現行健保法已沒有部分負擔了，為何還寫？



- 二、在議程資料第 23 頁，總共 11 個委員中，有 3、4、5 位委員寫了落實健保法第 43 條，占了三分之一，第 43 條是會咬人嗎？為何不敢寫出來？如果會咬人，乾脆叫立法院刪掉！又，規定為何至今仍未落實？
- 三、7 月份預定提報「健保 IC 卡管控醫療費用之規劃」及「抑制資源不當耗用改善方案之規劃情形」2 項，其中健保 IC 卡可以儲存的記憶體空間，究竟有多大？我們都不曉得，所以下個月應該來報告。如果在某個區域，其 VPN 網路無法上傳資料，要如何管控？這也是一個問題。
- 四、邀請台大鍾國彪老師做監理指標研究，是很好，但是以前費協會某位主任委員曾說學者誤國，我感同身受，我也很怕這樣的事情。
- 五、議程資料第 14 頁七之（七），應再增加健保法第 43 條執行情形之檢討。
- 六、有關主席建議，以尊重各委員意願，自由提供公用電子郵件信箱之作法，本人覺得主席很明智。

#### 鄭主任委員守夏

- 一、謝謝！謝委員武吉一直強調健保法第 43 條，就把謝委員之建議文字列入。
- 二、7 月份「健保 IC 卡管控醫療費用之規劃報告」，請健保局順便把 VPN 網路是否能順利上傳的情形列入報告。

#### 謝委員天仁

- 一、有關監理部分，在歷次會議中所占的比例偏低。以前在費協會時代，對於專案執行情形，如何規劃、有無困難，都應在會議中報告；如果認為沒有什麼困難，也應該說清楚。例如，住院護理缺額問題究竟有無改善，因總額已經連續 5 年投入費用，今年本來還要投入 20 億元，衛生署改成 25 億元，但到底情況有無改善？規劃情形又是如何？應該提出來

報告。

二、一直投入經費，但媒體所呈現出來的情形，卻是沒改善，我們健保會委員到外面，會被人質疑。這部分在某個程度上，應參酌媒體的報導，讓委員瞭解相關案件規劃執行的情形。而且，這麼多專案到現在沒提出任何報告，住院護理缺額的改善，到底是用什麼作指標？情況又如何？這些情形都不知道，這部分應檢討改進，不然健保會如何管錢？

鄭主任委員守夏

請問謝委員，所說的專案，是指以前費協會專款專用的專案？還是我們報告案裡的專案？

謝委員天仁

當然是費協會通過給預算的部分，那個部分作不好，無法監督，其他的部分更不用說了。

鄭主任委員守夏

以前，我們最主要都是在評核會，以一天半或兩天時間進行完整報告，所以一定會有報告的，只是沒有在健保會的委員會議上報告。在評核會上重要的報告案，如果委員覺得有必要，可以提案，建議提到健保會的委員會議上進行摘要報告。

謝委員天仁

我要說的是，協定的專案到底有沒有進行相關規劃？規劃完成了沒？所規劃的方案或計畫開始啟動了沒？如果到 6 月都還沒規劃完成，表示預算投下去，經過半年，規劃案都沒出來，當然我們會關切。如果把責任都推給評核會，老實說，健保會是自廢武功。我們通過的預算，本來就是我們該監理的範圍，誰來監理？以前是健保監理會，費協會也可以針對執行情形瞭解，現在的全民健康保險會更是如此，不可能把責任都推給評核會。評核會是在評估其執行成效，提出相關建言，而真正要執行監理業務的則是健保會。

## 鄭主任委員守夏

- 一、如果這部分要放到報告案，我想謝委員的意思是，在 7 月、8 月安排報告案時，先看看上次評核會，或今年度還在執行的專案情形。謝委員指的是，用了 20 億元或 25 億元期望解決住院護理人力缺額問題的專案，應該要報告。專款的專案項目太多，究竟是今年就安排在 7 月或 8 月報告，還是以後變成一個制度，只要是專款的項目，在 3 個月或 6 個月之後，就要提出報告案。
- 二、記得以前費協會在協商時，都會要求幾個月內提出計畫，不然的話，就不知道經費使用情形。現在因為要看結果，所以將其制度化，以後都要先報告。所以，再加一個評估結果是否改善的報告案，可以放在年底，用制度化方式解決。

## 謝委員天仁

- 一、我贊成用這個方式，至少在例行報告裡，要讓我們知道哪一個案子已經規劃完成了，或是已經啟動了。比如說，我們已經投入了 50 億元要解決急重難症的問題，這個部分到底執行了嗎？可以簡單報告執行成果，不是專案報告的那種方式。
- 二、9 月份要進行年度總額協商，如果在 8 月之前，未能瞭解執行的情形，而是到年底再讓我們瞭解，那麼，協商下一年度總額時，我們就變成瞎子摸象了。所以，在協商前，也要讓我們就某個程度瞭解執行情形如何，才會知道下一年度如何分配，因為這與健保財務有關。

## 鄭主任委員守夏

大家如有共識，7 月評核會之後，把評核會較明確的項目，比較嚴重的問題，一部分放在 8 月份報告。如此，在 9 月份協商時，才能知道專款投入了多少億元？到底改善了多少？至於現行規劃 8 月份的報告，可再做調整。

## 干委員文男

- 一、「健保 IC 卡管控醫療費用之規劃」報告，不要只是應付，要講出成果、目標。這幾年來，每年至少報告 2 至 3 次，但從健保開辦至今，實際成果在哪裡？現在商業保險的 IC 卡能夠提款、執行某些特殊功能。但我們還停頓在醫師無法直接從雲端系統下載資料，難怪浪費很多，這部分要有實際成果。如果沒辦法達到，全部重作也沒關係，要花多少經費，也請說明，不要應付了事。
- 二、為了下一個報告案門診透析的問題，前幾天特別拜訪幾位朋友，除透析外，順便瞭解其他的問題。對花了 50 多億元，而去年是 25 億元的護理費用，特地問這些朋友，有否接受到護理的照護？他們說一點感覺都沒有，錢用到哪裡去了？還是白花了？希望健保局能夠清楚報告，否則，這個錢就應回歸總額。
- 三、醫改會建議本會委員提供公用電子郵件信箱，並公開在本會官網，我希望各位委員都能參與，因為，各界都在看。我們 35 位委員被賦予部分健保醫療資源分配的責任，提供管道給民眾反映意見是正向的，所以，希望各位都能參與，但是不強迫，希望能自願公開，聽聽看民眾對我們的批評如何？
- 四、住院護理人力缺額的改善情形，請楊委員麗珠說明有沒有什麼新措施？

鄭主任委員守夏

- 一、干委員的意見有一點很重要，在 7 月份「健保 IC 卡管控醫療費用之規劃」報告，請健保局儘量不要講以前的情形或現況，要講以後怎麼做。如果健保局真的沒有公務預算執行，也請直說，至少我們還有付費者代表在此，大家一起來看怎麼辦？也不是只講困難或做得不錯的部分，要拿出真正需挑戰的部分來討論。若有需要，我們 35 位委員可連署，甚至請立法委員幫忙，希望問題可以解決。
- 二、干委員希望各位委員儘量提供公用電子郵件信箱的意見，其

用意很好。

三、剛剛提到專款經費投入後，是否有規劃執行，這部分已決議做專案報告，屆時再一起討論。

干委員文男

請護理界代表委員，說明一下住院護理人力缺額改善情形。

鄭主任委員守夏

現在說明？

干委員文男

是。

鄭主任委員守夏

請楊委員麗珠簡短說明住院護理人力缺額改善的情形。

楊委員麗珠

一、承 2 位委員關心提升住院護理照護品質專款問題。也感謝健保局黃局長這幾年來的幫忙，能有個專款經費投入，鼓勵護理人員，提高薪資或獎勵金，提高大小夜班津貼費用，這些都有執行。因所有蒐集資料，都直接呈報健保局，所以護理師公會全聯會，還需等健保局的資料整理好後，才會比較清楚。

二、去年評核會，依蔡主任秘書淑鈴的報告，護理人力實際上是有增加的。因為委員都很關心，我也認同應該安排一個時間作詳細評核報告，畢竟 20 億金額不是一個小數目。

三、至於 102 年的專款，到目前為止健保局還未定案，現在已經快 7 月了，目前今年的部分，還沒公告實施。

鄭主任委員守夏

一、謝謝楊委員的說明，這樣我們就有點瞭解了。就是當初協商通過的專款，還是要經過規劃或計畫，再由健保局來執行。

二、請健保局依照剛才的建議，在 8 月份把比較重要的專款項

目、大家關心的部分，或預算已經投入但到底有沒有幫助等項目，進行報告。

### 陳委員宗獻

- 一、議程資料第 22 頁，「健保業務監理事項委員意見調查表」回覆結果統計，排序在第 5 項的 DRGs(診斷關聯群)、RBRVS (資源耗用為基準的相對價值表)等支付制度之推動情形及未來方向，DRGs、RBRVS 與總額有疊床架屋現象，如果同時推動時，常會互相影響。舉例，最近健保局報告 RBRVS 推動情形，醫院部分會增加 50 億元費用，基層會增加 2 億 9 千萬元費用。但是這 2.9 億元的費用從何而來？並無法可想。因為 RBRVS 的推動是要一致的，沒有什麼對或錯。問題是如此調整下來，2.9 億元的費用中，2.7 億元會用於婦產科。如果照公告計畫實施下去，那就慘了，這 2.7 億元要從哪裡跑到婦產科呢？當然要從其他的科別來。那外科要支持嗎？小兒科應該支持嗎？這是一大問題。
- 二、健保局報告時，應該思考推動 DRGs、RBRVS 對總額的影響，需要一起評估，以免僅處理一部分，另一部分卻卡住了。我的建議是，報告標題應改成「DRGs、RBRVS 等支付制度之推動情形對總額的影響及未來方向」，「對總額的影響」一定要放進來，要不然年度總額協商好了，而針對 RBRVS 所做協商又另行公告實施，造成一方分配錯亂，一方費用無著落，所以，兩者合在一起同時考量，或事先規劃好明年再做，都可以。

### 鄭主任委員守夏

- 一、謝謝陳委員，這個建議很好，就直接放進來「與對總額影響」這幾個文字，健保局在準備報告時，也請把這部分放進來，這樣對我們的協商也有幫助。
- 二、柯執行秘書提醒，各位委員手上有幾個調查表，第 1 份是總額評核會議，委員是否願意出席的調查，如果今天不能填覆

請於 7 月 12 日以前回覆。第 2 份是有關收支連動的調查，依法我們要做到收支連動。有關如何收支連動，事前我跟幕僚同仁討論過後，擬了這個小問卷，希望先知道委員間的想法，究竟是很接近，還是相差很多，這有助於總額協商及後續之處理；亦即，當支出面已經知道時，收入面應該如何跟上。委員如果有時間，請先幫忙填覆；當然也可以帶回，我們再聯絡委員回覆。第 3 份是牙醫部門邀請委員去參訪資源不足地區改善方案及特殊醫療服務試辦計畫，幾個部門的訪視活動都會邀訪。

參、報告事項第三案「中央健康保險局『門診透析獨立預算點值低落之原因及檢討專案報告』」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

- 一、因時間有限，第 3 及第 4 報告案，請健保局報告同仁能在 10 分鐘內報告完畢。10 分鐘一到，請幕僚同仁即按鈴提醒，並請報告者在 2 分鐘內結束。背景說明請儘量簡短，但要把問題點出來。
- 二、請健保局報告。

張科長溫溫報告

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝！本案是報告案，討論時間請不要超過 10 分鐘，現在開放委員提問。
- 二、請蔡委員明忠。

蔡委員明忠

- 一、蔡明忠委員第 1 次發言，謝謝健保局提出很好的分析報告。我要向所有付費者代表強調，全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)只能延緩病人進入洗腎，不可能不洗腎，健保局剛提及病情為不可逆變化，係腎臟功能一旦衰退後就很難再回復，最後病人仍要洗腎。Early-CKD 計畫是照顧有腎病症候群的病人，若讓腎臟專科醫師照顧，平均會減緩 5 年進入洗腎期，而讓一般醫師照護，大概只能減緩 2 年進入洗腎期。目前 Early-CKD 計畫執行已有成效，但這些人仍會進入洗腎階段。
- 二、過去血液透析的支付點數，約在 3,900 至 4,100 點，大家尚能接受，雖然透析人數持續增加，仍維持好的醫療品質及病人滿意度。要維持高的病人滿意度，是需要投入經費，最近 5 年門診透析服務預算成長率約 1.58%，還需扣除近 3 年之 1%、2% 成長率係用於鼓勵非外包經營之透析院所，每年成長率大



約只剩下 1%，而病人數的成長約 4.8% 多，很明顯透析經費成長率不足以支應病人數的成長。

- 三、簡報第 28 張投影片，可以看出國家花了很大的心力進行腎臟病防治。最近在蘇理事長清泉的領導之下，立法院通過食品衛生管理法修正案，通過該修正案可以避免民眾吃到傷腎及傷肝的食品，對民眾是非常好的。
- 四、看到糖尿病、高血壓醫療給付改善方案都要花錢，而且沒有辦法在短期 3、5 年，甚至 10 年後看到成果。這幾年透析院所很難營運，最近一期的門診透析浮動點值約 0.79。在今年總額協商前，向所有付費者代表及專家學者呼籲，期望在今年的協商中，能給洗腎業者及腎臟科醫師有充分的空間，以及有適當的費用成長，才能維持以病人為中心，持續不斷提供病人最好的品質，達到最好的成效。

鄭主任委員守夏

謝謝！先請謝委員武吉，之後請莊委員志強。

謝委員武吉

- 一、非常感謝健保局提出好像很圓滿的報告。曾有委員在委員會會議上提出「維護醫療照護體系正常合理之運行，保障民眾就醫權益與品質，建議以浮動點值不得低於 0.95 為監測標準，且對浮動點值低於 0.95 之總額部門，應立即啟動檢討及補救機制」討論案，健保會的補充資料，為門診透析每點支付金額變動比率容許範圍，暫訂為正負百分之五左右。
- 二、簡報第 4 張投影片，只寫到腎毒性藥物的使用會引起腎臟的損傷，剛才蔡委員明忠提及食品衛生管理法修正案已通過，有毒的食品亦會引起腎臟損傷，建議應要加入這個因素。
- 三、簡報第 27 張投影片，定期接受治療的病人仍有脫離的機會，不是說病情完全不可逆，應請門診透析總額部門設定脫離率，並說明。看到這份報告，真是感受良深，既有委員已提

出好的意見，但報告中未看到因應的措施、解決的辦法、合理的實施，以及拯救點值低於 0.95 的措施，好像在門診透析總額也是聽到這些東西，但無有效改善方案。健保局對透析應有立刻止血的方法，102 年要如何來處理？第一，今年就是要馬上處理這部分；第二，收支連動不足造成點數下降，要如何來處理？今年對收支連動的考量，應考量點值因素，例如，醫院的浮動點值不能低於 0.95(醫院總額每點支付金額容許變動範圍為正負百分之五)。

四、簡報第 6 張投影片，101 年透析診所有 321 家，該年 1% 的成長率用於獎勵非外包經營院所，1 家分多少錢？總共分多少錢？洗腎的醫師告訴我，1 千人次以下的透析院所，拿不到 1 萬元，到底 3 億多元是分給誰？健保局應該要妥善了解及處理，並做補充報告。

五、如果點值要提升，議程資料第 35 頁，支付標準血液透析增修訂沿革，93 年的支付內容是不錯的方法，可再續辦。健保會的職責為監理與分配費用，不對的方式應該要有改善及適當的措施。102 年的 2% 成長率也是獎勵非外包經營院所，既然很難處理，就攤回(pooling)處理，才能拯救點值太低問題，也不會被人詬病，這是很慎重的建議。

六、有些偏遠地區的洗腎診所，都要派車去深山載老人家下來洗腎，並準備便當。不是說好賺，是服務患者，難道你們寧願看到大家的父母都無飯可吃(他們子女都在外工作)？

鄭主任委員守夏

請莊委員志強。

莊委員志強

一、我 5 月 15 日參加全民健康保險醫療給付費用門診透析服務研商議事會議，才知有 6 千多名的病人，同時接受呼吸器與透析治療，這些人大多無意識。根據健保局的資料，他們單單洗腎就耗用 30 億元預算，約占門診透析總預算的 10%，還不

包括呼吸器治療的費用。上次開會曾提及，我父親 7 年前因心臟開刀就未醒來，除了使用葉克膜，醫院還建議洗腎。我曾問健保局，若我父親使用葉克膜 7 年都不關機，是否要一直支付費用到現在，健保局回答"是"。結果我們一個星期後關機，我父親大概 30 分鐘就過世了，醫院向健保局申請 90 幾萬元。

二、當時不太能接受父親好好的進去開刀，後來插個管子就未醒過來。可給家屬一段時間適應，之後，若要用機器維持生命，建議自費，這樣點值就會上升。剛才主委提及收支連動，是先確認支出再調整收入。在收入固定的情況下，允許家屬只能有一段時間去適應，其餘自費，把這控制住，點值就會上升。以上報告，謝謝！

鄭主任委員守夏

莊委員志強說得是所謂的無效醫療，是列在今年度報告的一個專案。是否報告，看時間狀況安排，謝謝莊委員志強！

莊委員志強

我講的算是無效醫療？

鄭主任委員守夏

對！正在談的就是無效醫療。

莊委員志強

我們所談論怎麼增加點值，其實可用另外一個方式，從這邊扣掉，點值就可整個上來，因為該部分約占了 10% 的透析費用。

鄭主任委員守夏

現在已有另外一個方案正在討論及凝聚共識中，就是怎樣的臨床狀況，健保可認定為無效醫療，柯教授文哲有參與。

莊委員志強

我的意思是說給一段調適時間後，健保局就不必一直支付，這跟

無效醫療有關？醫療有沒有效，是家屬認定嗎？如果家屬認為有效，則要負擔後面的費用。

鄭主任委員守夏

好，了解。請干委員文男。

干委員文男

- 一、針對這個專案，我去拜訪署立醫院、長庚分院、私人診所，以及透析外包公司等四個地方，以實際進行了解。拜訪後，發現很多問題。議程資料第 38 頁，慢性腎臟病防治與照護品質 5 年提升計畫，國健局辦理的社區健康篩檢計畫，有編列相關預算。像基隆市衛生局推動的「社區闔家歡健康篩檢」計畫，執行良好，該計畫預防檢查項目很多，例如：X 光檢查、量身高、體重、腰圍、檢查血糖、腎功能，以及篩檢 B、C 肝、口腔癌等癌症指數；針對女性民眾，另提供乳癌篩檢，讓年輕有病的人，儘早可篩檢出來，以減少後續可能產生的醫療費用。建議做篩檢，如果發現有腎臟病症候群的人，先衛教，讓他慢一點進入洗腎的階段，這是很適合的作法，花的錢也不多。如果沒有做篩檢，請所有的醫師，當病人來看診需要檢驗時，藉機會做宣導或複檢，讓這些人慢一點進入洗腎階段。
- 二、拜訪時，透析外包公司提到，健保局與健保會委員都將其視為敵人，他們是提供機器給醫療院所，並與醫院合作。像這種情形，健保會要關心的應是病人的品質，不是外包或非外包。同時他們也提到，如果要提外包，像 MRI(核磁共振)、CT(電腦斷層攝影)等，還有其他醫療服務都有外包現象，是否應一併查處？消費者應該是注重及鼓勵提升品質，對好的品質，獎勵一些點數，這才是一個正確的方法。最近有關海峽兩岸服務貿易協議，醫院服務業有開放，外包公司提及是否要用這方式，打擊大陸將來加入的醫療服務？這是在訪問當中所受的質疑。

三、我 5 月 15 日與莊委員志強去參加全民健康保險醫療給付費用門診透析服務研商議事會議，會中我們問了送便當的問題，門診透析醫師回答，對於住遠一點的病人，會派車去接過來洗腎，剛好那時段無法去用餐，所以提供便當。我於會中回答，這樣是多服務。2% 獎勵非外包透析院所，102 年已協商好就不要更動；103 年的協商，不要管到外包或非外包，應該管的是醫療品質，這樣才是公道的作法。

鄭主任委員守夏

謝謝！拜託各位委員，如果您的意見前面委員已經講過，可以說我支持或反對某個委員的意見，這樣我們就可知道哪個意見被支持或反對，以節省時間，時間真的不夠。

鄭主任委員守夏

先請謝委員天仁，再請林委員錫維。

謝委員天仁

一、議程資料第 39 頁，結語第四點提及民眾滿意度，仍維持高度肯定，這我們很難理解，為什麼說點值這麼低，服務的品質能維持高度肯定？有便當可以吃，也有車子可以接送，這些都內含在支付點數 3,912 點之中，是否支付標準偏高？某種程度應該要好好檢討支付點數，檢討後才知道預算怎麼支用。支付標準稍微偏高，當然點值就會降低，支付標準適度調低，點值就會升高，這是互動的。新增透析人數比例是降低，不過，因為母數大比例當然會降低；不可能母數大而比例卻一直上升，一直維持 7%、8% 的成長。

二、健保局有必要進一步了解，如果支付標準降低，應降低多少百分比？當年度人數成長多少百分比？一年血液透析可能要花 60 萬元，預算會增加多少？因調降支付標準，可挪出多少預算，這些都要精算過，健保局的報告不夠細膩，有檢討空間。

林委員錫維

這整個資料報告的非常詳細，我另外有一種看法及建議，費用一直在增加，整個透析也占了非常大的費用。剛才謝委員天仁提及一個透析病人，一年至少要花 50、60 萬元，很簡單的數據，透析存活率至少有 5 年，每年 50 萬元，5 年就是 250 萬元。依我了解，透析活存率絕對不止 5 年，甚至可達 10 幾年，所以要花 5、6 百萬元，是不是可研究，看能否以修法或有相關的行政命令，透過補助的方式鼓勵換腎，能夠減少洗腎的成長率。健保局可能有想過這些面向，建議分析資料進行探討，這是可努力的方向。

鄭主任委員守夏

請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

- 一、透析延伸到費協會的時代，當初我反對透析院所外包，因為外包單位成本約 2,900 元，自己經營 3,520 元，差 625 元，現在外包單位可能也經營困難了。很奇怪，2%的獎勵金給非外包透析院所，現在也有問題。有醫師跟我提過，1 千人次的診所拿不到 1 萬元，那我們當初給 2%成長率的美意，6、7 億元的錢到哪去了？
- 二、剛剛謝委員武吉提問，1 千人次的透析院所，獎勵金卻拿不到 1 萬元，到底有幾家？補助到哪裡？是大間醫院拿走了嗎？請健保局提供詳細的資料。透析問題需要趕快解決，不要日後影響病人權益。好像外包公司很會恐嚇大家，如果未提供補助，就會壟斷相關特材等，聽了感覺很恐怖，希望大家共同注意一下。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、簡單的說，血液透析人數增加是無法避免的，因約有 120 萬

人是在第 3 期至第 5 期中間，這些人都一定會進來洗腎，只是慢慢進來而已，進來的速度，到後面會愈來愈快。Early-CKD 計畫的成果已經下降，是因為中間有 3 年至 5 年的蜜月期。怎樣可讓洗腎的病人減少？講反諷的話，就是讓死亡率提高。我們 5 年存活率高於歐盟，如果 5 年存活率與菲律賓一樣，洗腎病人就會下降。在菲律賓血液透析的病人不多，因為 Accessibility(可近性)有問題，病人無法去洗腎，不能用這個角度來批評洗腎，這對腎臟專科醫師是不公平的。

二、如何解決謝委員天仁的提問？一個人如果生病，一般不會請假，還是會先去上班，直到無法上班再躺床上，然後病重甚至死亡。但是洗腎不會死掉，而是腎臟壞掉。如果點值讓透析機構無法維持下去，就會換成我們所擔心的外包公司經營，這是另一個問題。如果大家覺得支付標準調降，是件很對的事，當然可以調，但要有但書：如果血液透析、或任何總額部門點值低於 0.9 就需檢討！增加費用？或者應限縮給付範圍？大家要面對這個問題才可以。我的看法是，只有收支連動一途，請健保局研究一下，成本要多少？還可以降嗎？這樣才是比較公允的方式。

鄭主任委員守夏

請健保局將這問題分兩段說明處理：第一，需要今年解決的問題，健保局可做些什麼事情？第二，明年要協商的部分，上次委員會議已經討論過，醫界可找證據，在評核會或協商的過程，與付費者討論，要求高一點的費用成長。目前健保局可以做什麼？請健保局表示意見。

黃局長三桂

一、主席、各位委員，大家早安！第一，有關剛剛 2% 獎勵非外包院所的分配，因屬實務所需，本局都會在研商議事會議公開報告，如果各位委員有需要，我們也樂意提供。第二，簡報資料上所呈現 310 億元，是指門診透析獨立預算，透析還有

一部分的住院費用，在 101 年約花了 19 億 5 千萬元，兩者加起來，應該約有 330 至 340 億元，這只是透析的費用，並未包含該等病人住院的其他費用或其他疾病的費用。這費用約占總額 5 千多億元的 7%，7 萬多個病人用了 7% 的費用，大家是否願意接受這樣的醫療費用分配？

- 二、近日報紙曾經報導了一個 100 歲病人洗腎的新聞，病人意識很清楚，其家人也非常高興。台灣健保制度照護範圍真的很完善，另一方面由於醫療費用會產生排擠，譬如像剛剛莊委員志強提到，無意識的呼吸器使用病人還在洗腎，甚至使用化療，這樣子的醫療資源運用，大家是否願意接受？
- 三、健保局的立場是儘量做好費用管控，讓醫療資源合理分配，剛剛謝委員天仁提到支付標準往下調降的問題，支付標準每次要調整，都會遭遇很大的阻力與困難，但健保局仍會依權責儘量努力協調溝通，按目前藥品實際成本往下調。
- 四、為什麼台灣的洗腎發生率是世界第一？這是一個很不好的指標，就像陳委員宗獻剛提的，這裡有兩個重點，第一，台灣因為有健保，所以高齡的病人特別多。洗腎病人最多的來源有兩個，一個是高血壓，另一個是糖尿病，這兩個疾病在其他國家沒有受到全民健保的保護，根本就沒有機會進到洗腎的階段，就已過世，在台灣因為受到全民健保的照顧，所以洗腎的發生率會愈來愈高。
- 五、最後一點要表示，這幾年來門診透析總額都以 2% 成長，甚至有一年幾乎沒有成長，在醫療品質與預算之間拿捏，維持平衡很不容易。但本局會遵照健保會的決議，以病人的利益排第一，將醫療品質做最嚴謹的要求。

鄭主任委員守夏

- 一、對不起！因為這是報告案，所以不希望變成討論案，如果各位委員有比較明確的建議方案時，請提案再來討論。今天是報告案，如果要解決現在的問題，應該要有證據，例如，點



值低到什麼程度、民眾自費已高到無法想像地步、品質已經壞到我們無法接受，應該要馬上處理，我們有證據嗎？

- 二、若不是目前就能解決，則需了解是否因方案超過我們的權限？可以加錢、加碼嗎？如果不行，答案就是健保會並無權限，就只能止於了解。
- 三、國健局剛完成一個 3、4 億元的研究計畫，請本會幕僚同仁或衛生署的長官，將報告拿給委員參考。這個研究計畫切成 4 部分，其中有一部分是流行病學調查，由此可知道有無其他比較明確的致病因子？有無區域的差異？當然可以看到健保局、國健局、醫事處、國衛院，都有在努力，努力一定有結果，但洗腎這件事情，洗的好就花的多，因為存活率很長。
- 四、需要討論的反而是剛莊委員志強所提的，或監察委員提的無效醫療，如果是無效醫療，是否可以不要一直給付下去，這需要改變給付範圍，剛好是健保會的權限。是否有委員要提案？如果不是由健保會委員提案，我們請健保局提案，針對這問題討論，提供解決辦法。
- 五、今天從委員的發言，知道這是值得重視的問題，今年如果不解決，這個問題每年都會存在，因為錢只會愈花愈多，所以如果要考慮給付範圍的改變，這是一個大方案，我相信社會上會有很大的討論。很抱歉！因為時間很晚，這個報告案不再討論。

謝委員天仁

主席，健保局的資料有錯誤，簡報第 11 張投影片，表格合計寫 48 萬人，但應該是件數，所以單位有錯。簡報第 13 張投影片，單位也有錯誤，請健保局更正。

張科長溫溫

對不起！資料確實有錯。

鄭主任委員守夏

- 一、如果資料錯誤，請健保局更正。另請健保局就上一次的總額支付委員會的會議相關資料，提供給所有委員參考。
- 二、剛請問柯執行秘書桂女，若在健保會成立專案小組，相關經費要如何處理？柯執秘說，目前衛生署沒有這個會計預算科目。請健保會的幕僚回去詢問會計部門，若要辦理，要如何處理相關經費。若有可能，可用類似專案的方式，健保會委員較具此部分專長的，或比較有意願來投入關注這議題的，組一個專案小組，會同健保局或請其他衛生署相關的單位，看看可怎麼解決這問題？不是報告完就沒事，至少我相信大部分的委員，都覺得這樣沒有意思。
- 三、剛才有好幾位委員都舉手要發言，若有需要，請委員留下書面資料；另外，以後變成一個討論案，直接提解決方案，比較務實。很抱歉！沒有辦法讓大家繼續發言，請進入下一個報告，下一個簡報比較短，請健保局縮減為5分鐘報完。

#### 吳委員肖琪(書面意見)

- 一、針對透析應更細緻列出歷年年齡別盛行率及發生率。歷年各年齡層透析者及新透析者中，為呼吸器依賴、癌末者之比例應公開，並加強民眾衛教而非全賴醫療體系解決。
- 二、思考論人計酬可行性。
- 三、臨床資料應申報到健保局，以利民眾照護品質之確保與相關決策之制定。

肆、報告事項第四案「中央健康保險局『直轄市政府健保費補助款欠費還款計畫執行情形報告』」及報告事項第五案「中央健康保險局『102年5月份全民健康保險業務執行報告』」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

請健保局報告。

賴組長立文報告

鄭主任委員守夏

謝謝健保局的報告！請問一個非常簡單的問題，現在各級政府還有沒有欠費？欠多少？只要一個數字。

賴組長立文

截至102年5月底，累積101年度以前直轄市政府健保費補助款欠費，計約454億元。

鄭主任委員守夏

一、所以是舊欠，就是要慢慢追扣，無論是分8年或幾年慢慢償還。

二、請問各位委員有無詢問？請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

臺北市府提及希望解封查封的土地，以進行開發運用，才有錢還健保局，請問健保局有否再深入了解及溝通，現在的狀況是如何？請補充說明。

賴組長立文

有關臺北市府因勞、健保費補助款欠費遭查封之南港區經貿段42地號土地1筆及興國公園暨停車場土地(中山區長春段一小段782地號等9筆)，配合該府開發建設需要，依行政院秘書長於102年3月4日召開之研商「臺北市府勞健保欠費及解封土地案」會議結論，已按該府償還勞、健保欠費，同意優先塗銷查封登記，並

於 102 年 3 月 27 日請法務部行政執行署臺北分署依法執行前開土地之啟(撤)封程序。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝！還有沒有委員要詢問？這是舊案，因有新委員希望了解還款情形，所以請健保局報告。至少從健保法修法後都無新欠，舊欠不論是 6 或 8 年還款計畫，因所有地方政府都較窮，就是慢慢追回。據我所知，利息是各級政府在付，所以，至少不是健保局要負擔。
- 二、如果沒有詢問，這個報告案就此結束。第五個報告案是健保局例行性的業務報告案，依照本會委員會議決定，1、4、7、10 月請健保局進行口頭報告，其他月份則提供書面資料。書面資料已先隨著會議資料寄送，大家都有拿到，如果對書面資料有特別的問題，鼓勵用書面詢問。
- 三、原本希望 11 點能把報告案結束，現在是 11 點 20 分，如果沒有其他意見(委員未有其他意見)，報告案就結束，請進入討論案。

## 伍、討論事項第一案「103 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

現在開始進入討論案，第一個討論案很重要，因為之後的協商，就要依照總額協商程序的遊戲規則。請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

一、謝謝同仁宣讀。請問委員有無特別意見？我先提一下，所謂協商不成送署裁決，那是下下策，我們健保會的職責之一，就是讓各部門有一個合理的成長率。雖有滿多委員提到，我們經手了多少錢，看起來似乎有點偉大，但依照目前的機制，總額的基期我們根本沒辦法動，所以，每年談的是各個部門不一樣的成長率與分配，僅此而已。所以如有人誤會，以為 5,000 多億元都在委員手上分配，要說明並非如此，本來就是沒有。成長率的比率會越來越低，因為基期越來越大，從 3,000 億元變成 6,000 億元，這邊 2% 就等於那邊 1%，成長率一定會下降。

二、相信付費者代表也很清楚，成長率本來就會隨基期的逐年擴增而下降，所以下降是自然現象，在此情形下，我們希望在協商的過程，真的能夠對等、公開、非常合理及理性的議決，送署裁決不是上策，要拜託大家儘可能談成。對本案程序有無需要修改，各位委員有無意見？

三、請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

議程資料第 49 頁，相關原則(4)「所有委員均可入場，惟非協商當時之總額部門委員，僅聽報告、提問與發表意見，但不參與協商」，如果我跑去參加某個部門的協商，結果全部時間 30 分鐘，我發表了 25 分鐘意見，會怎麼樣？

鄭主任委員守夏

除非那個主席已經爛到透頂，應該不會有這種狀況。另各個總額部門之間，除非是故意去亂、去鬧場，否則這原則不會有太大問題。在執行面，我相信已經這麼多年了，各個總額部門之間，不至於有人會故意這樣。以主席的立場，如果這時候要規定其他委員不能入場，也是有難度的，陳委員是否有比較明確的建議。

陳委員宗獻

我贊成所有的委員都可以入場與提問，但因為委員很多，所以擔心發言者即使用很少時間，也會占掉太多時間，因此建議非相關之提問，不計入時間中。或者將協商的時間縮短，協商的時間就只是回答及協商，過程中所有的提問，都不計入時間。這樣所有委員，都可以暢所欲言，若有 20 位委員發言，每個委員都講兩分鐘，雖耗用了 40 分鐘，但沒有關係因不計入時間中。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、流程的設計，以前其他預算協商是擺在第一天，我的建議是，比照以前費協會時代，將其他預算協商擺在第一天，第二天則處理未盡事宜。如果第一天其他預算沒有談到，就挪到第二天，若照現在所規劃的，我肯定的跟各位說，一定會玩兩天，無法在一天半內完成。我認為回到過去費協會模式，會比較有效率，不然 9 月 27 日與 28 日要開整整兩天的會議，才能完成這流程。所以建議其他預算，移到 9 月 27 日，9 月 28 日討論第一天未盡事宜，這樣就可以了。

二、剛才陳委員宗獻所提，某個角度我們是反對的，當協商的部門在協商過程中，其他部門的委員提問，老實講會影響到別人協商的步驟。氣氛應該由協商的部門來掌握，不是在那邊搗蛋，或許你們認為很有貢獻，但協商的部門會覺得受到影

響，這不適宜。若真的想提問，至少應該徵得協商部門同意；時間是協商部門的，不要因為你提問而造成很多時間都延遲，我認為對於那個部門而言，是不公平的。

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、我是謝委員武吉代理人，請看議程資料第 48 頁，我想確認這邊相較以前草案是否有改變。之前是雙方人數對等協商，付費者會派一部分代表，現在是否改了？
- 二、請問護理師公會及藥師公會代表於醫界與付費者協商時，其參與立場是屬於醫界一方還是屬於付費者？整個協談過程中，有關他們的立場如何？可否請幕僚再做一些說明。

鄭主任委員守夏

- 一、人數對等協商的問題，已於前兩個月討論了，之前朱委員沒有參與。協商時，醫院與基層代表當然在醫界那邊，護理師公會委員某一場若願意坐在正中間，我沒有意見。但其通常都在醫界的那一邊，這是我對朱代理委員益宏的回答。
- 二、對等上次已經講過了，是真正發言的時間、順序之類對等，而非出席人數的對等，已花了兩個月時間討論，請朱委員了解。
- 三、謝委員天仁提的是比較大的案子，需要做決定。如果要把其他預算放在第一天，現在請委員看議程資料第 48 頁右下角，醫院總額部門推估最長時間為 140 分鐘到 240 分鐘，如果把其他預算塞進來的話，其他各個部門列出來的最長時間，就不會像現在列的這麼多，這是現在要去考慮的。
- 四、請各位委員繼續表示意見，尤其有協商經驗的委員，可以提供意見，過去協商時會卡住，都卡在哪部分？請吳委員肖琪。

## 吳委員肖琪

之前協商都很害怕超過時間，前幾年都怎麼處理？萬一超過時間，請問如何處理？這是很關鍵的問題。

## 鄭主任委員守夏

- 一、就我所知，費協會時代最後一任的江東亮主委，是時間一到立刻關掉麥克風，氣氛當然就不好，那是個方法。我之前參與費協會 3 次協商，擔任 2 次主委，主持協商時，盡可能讓委員發言，但會開到半夜 12 點，服務人員都休息了，一切都得自己來，也不是好方法。
- 二、若時間超過，雙方還是僵持不下，依照現在規範，不用再談，送署裁決。不過，儘量不要如此，否則形同未盡職責、自廢武功。
- 三、若真的談不攏，該延長多少時間？個人建議，應視當場狀況而定，若差距大的離譜，再延 1 小時也沒用，我可能會分別徵詢雙方主談或在場人員，是否願意再多談 10 分鐘，但也不能將時間延長到太離譜，否則影響下一場協商的時間，更影響協商程序。
- 四、依過去慣例，第 1 天談完，若有未盡事宜，或有更好的方案，保留一點彈性到第 2 天。每次協商，時間總被認為不太夠，除非直接攤牌。請謝委員天仁。

## 謝委員天仁

議程資料第 48 頁，已立定各部門協商時間建議表，之前費協會主委都以同樣方式進行，時間往後延，會排擠到別部門協商時間。訂好最長的協商時間，時間一到，只能抱歉了！假使無法達成一致意見，原則上送署裁決，各部門談完，若還覺得有轉圜空間，沒關係，隔天再回來談，雖然可以靈活運用、彈性處理，但不宜在程序上一延再延，讓協商沒效率。所以建議依費協會時代所建立模式繼續做。其實大家都很有經驗，都知道說要送署裁決，不



一定會真送署裁決，假使大家覺得有轉圜空間，有點彈性可以調整、再談，我覺得很好，沒人會拒絕。

鄭主任委員守夏

非常好的原則，其他委員有意見嗎？請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、還是認為議程資料第 49 頁「相關原則」之文字應寫清楚。協商過程中，不能限制委員發言，雖然委員會基於禮貌、主席會維持會議秩序，但仍應寫清楚，建議於「①所有委員均可入場，惟非協商當時之總額部門委員，僅聽報告、提問與發表意見，但不參與協商」文末之後加「亦不計入協商時間」。
- 二、付費者與醫事服務提供者正式協商的場合，當然要計入時間，但非協商單位的發言不應計入時間。不只是單純的某部門聽另一部門協商，還包含所有委員，例如：付費者委員有共識，但其中某委員覺得某部分不妥，會再詢問一下，這段時間，就不應計入。

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

我支持謝委員天仁所提，陳委員宗獻可能多慮了。依過去慣例，不可能非協商部門總額的委員，提問非常冗長，近 8 年來沒碰過。委員都很自愛，不可能發生中醫部門在西醫基層總額協商時提問 10 幾分鐘。我相信鄭主委主持會議的功力，所以原則同意，若超過時間，由主席彈性處理。雙方如接近達成共識的門檻，只差臨門一腳，當然可延長些時間，這可以接受，不會像過去的作法，時間一到就消音，停止再表達意見。

陳委員宗獻

我堅持的是，之前討論「對等協商」，多位委員認為不應以形勢

上的雙方「人數」對等為重點，因此，才建議修改健保會組成及議事辦法第 9 條，修法意旨為「...應本對等協議之精神，進行協商事項之相關安排」。所謂對等精神，相信委員一定會本著剛才蔡委員登順所提的方式進行，非常理性、公平地討論問題，剛才只是提出假設會發生某種情況。若覺得人數對等不重要，至少協商流程，必須要對等，既然是「非協商當時之總額部門委員」，為何不能加「不計入協商時間」？我認為沒妨礙。

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、爭執點在於協商時間有限制，若超過時間，按照謝委員天仁的意見，就終止協商，送署裁決；但主委的意見，若有達成共識的機會，則希望授予主席裁量權，必要時酌予延長，盡量以達成共識為優先，兩者稍有不同。
- 二、基於陳委員宗獻強調，若協商時間是定死的，非協商當時之總額部門的發言或詢問時間，當然應該扣掉，因為有時間限制，而且於時間內未達成共識，就送署裁決。所以，建議給予主席裁量權，在可能達成共識的範圍內，由主席酌予延長。
- 三、時間雖然是重要參考，但不能時間一到，沒共識就關掉，會變成每個委員都要發言，時間到了，按鈴通知還是停不下來，反而會拉長協議時間。以前為何協商到半夜，就是希望盡可能達成共識，讓每位委員都盡量表達自己的意見，才需這麼久時間。若要在效率與達成共識之間取捨，個人覺得「達成共識」優於「議事效率」。

鄭主任委員守夏

請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、過去都是一對一協商，付費者與醫院部門、付費者與西醫基層協商。照理說，協商的設計，醫院、西醫基層、牙醫及中醫 4 個部門之間，也應該有協商，但現在看不出有這部分，所以我覺得不必明顯排除。例如：西醫基層對醫院部門的費用有意見，應該也可提出。
- 二、至於時間控制，主要看協商過程，大家能否遵守時間限制，掌握發言重點，還有主席對時間的分配，不然，是不符合原本設計總額協商制度的原意？

### 鄭主任委員守夏

- 一、謝謝楊委員漢淥！健保會是新成立的單位，新架構只要不違反健保法規，都可以接受。以前協商的焦點，係放在成長率與分配可以談成，因為像醫院總額的內部，分配也很複雜，所以依慣例，各部門協商時，不會干預其他總額部門。
- 二、個人建議
  - (一)關於陳委員宗獻建議：「非協商當時之總額部門委員之發言、提問，不計入協商時間」，若文字這樣寫，可以保證時間一定不夠用，而且一定會超過既定時限，因為既然不計入，大家都可以隨心所欲地發言，這樣真的不好，應該全部時間都算進去，每個發言的人，都知道用的是同一段時間，不然主席也沒辦法控制時間。
  - (二)所謂對等協商，氣氛上並非某一邊很強勢，也不一定在講話時間對等，而是在會場上大家對等，對於能否談出結論，大家希望多一點、少一點，有來有往，如果可以，原則上希望這樣比較好。
- 三、剛才謝委員天仁、蔡委員登順所提，其實並非指不能延長時間，原則上不延長最好，因為會影響下個總額部門協商，大家應互相尊重。楊委員漢淥所提，也許 4 個總額部門，也需要協商，不過不清楚實際應如何執行，至少依照排定協商的時間，不論大小部門，都要互相尊重，每個部門只有這段時

間，不要被壓縮，若大家有此共識，原則上，列出時間就要遵守，若有特別狀況，真的差臨門一腳，氣氛不錯，也許可以延長幾分鐘，彈性運用。實在差很多，沒有共識，當然不應以延長時間的方式處理，或許換另個總額部門協商，沉澱一下，產生好的想法，只要大家都遵守時間，還有一小段時間可以再談未盡事宜，這樣又兼顧所有總額部門的時間，又保留彈性，請問委員是否同意？請陳委員宗獻。

### 陳委員宗獻

議程資料第 4 頁，建請衛生署修正健保會組成及議事辦法第 9 條，修正意旨為：「...應本對等協議之精神，進行協商事項之安排」，當時我覺得是不錯的改法，因為可解決人數上的限制，也同時兼具對等協商精神，但重點在「安排」2 字，若時間限制會形成對某一方的壓力，就不是對等協商。明明不想送署裁決，但協商到後來發現，只剩 5 分鐘，我相信這可能發生，雖然我相信鄭主委主持時，不會有問題，但換另一個主委，就可能成為問題，因此，不希望訂下的規定不夠周延，協商項目的對等協議之安排，一定要有所處理，若沒有，就等於把第 9 條廢掉一樣，不可以讓應有的對等協商只是表面上對等協商，要真的落實對等協商，而且不能因人廢事。

### 鄭主任委員守夏

一、請問其他委員有無不同意見？若陳委員宗獻暗指的「對等」，還是人數對等，因為過去 2 個月已談過了，現在講的是時間上的對等，每個總額部門的時間不一樣，如果完全照預定時間，也是一種方式，可是這麼多年下來，現在的時間就是用過去幾年的經驗直接框，因為沒有明顯出現某部門時間太多或某部門時間太少的問題，所以，建議延續之前的作法。另外，每年協商前都要確定過程、原則，若今年執行起來，明顯不足或不好，明年不論誰當主委，一定會改，因為行不通。現在陳委員宗獻擔心的是，沒寫上去，是否行得

通。

二、大家現在有默契，認為應該這樣對等協商，我們先試試看，若真的出現陳委員宗獻擔心的問題，至少今年我主持協商，會知道那是我的責任，應該如何處理，若差一點時間談不成，就送署裁決，也是之前訂的原則，必須遵守。主要重點是，不希望程序很亂以致協商不成，目標是，希望協商可以成功，但每個部門的協商時間都有限，所以希望大家都尊重每個部門的協商時間，可以嗎？請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

主席，我可以接受，但再提醒一下，去年發生非常嚴重的問題，希望今年不要再發生，請大家用共識、智慧來處理。

鄭主任委員守夏

了解，謝謝！我知道去年對西醫基層而言，發生特殊狀況，時間一到，發言就被中斷。

陳委員宗獻

雖然知道不是故意，但我受傷很重，希望今年大家都有共識，不要再發生。

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)

請問議程資料第 48 頁，對於醫界的協商代表，特別括弧說明，建議以內、外、婦、兒、急診專科醫師代表為優先。個人認為在執行面上可能還是要尊重各部門推派之代表，文字這樣寫，有點限縮各部門推派代表的權限。

鄭主任委員守夏

之前協商的過程，四大或五大皆空的問題一直被委員提出，所以才有此建議，並非決議。議程第 48 頁，「3.協商共識會議之與會

人員...①牙醫、中醫、西醫基層、醫院等總額部門之協商，以該總額部門之代表委員為主談者，另加上部門推派之\_\_\_\_名協商代表」，若寫下來，付費者代表可能也會推同樣人數來主談，以西醫基層來說，代表委員 2 席，當然就是主談，但也可以不當主談，請其他口才更好的人來談，要訂幾位？

謝委員天仁

我的看法是，讓各部門或付費者自己處理，或許醫院部門認為主談者 3 位很合適，付費者代表認為需要 5 位，每個部門可能都不同，充分尊重，因為如何運作才順暢，有各自不同的結構、文化，予以尊重就好；沒必要訂主談幾名，並非訂的名額多，談的效果就越好，應運用組織運作的效果，讓效益提升才重要。朱代理委員益宏剛才所提括弧部分文字，同意刪除，充分尊重各部門推派的代表，不能因為內、外、婦、兒、急診部分可能有問題，而要求擔任協商代表，假如認為不適任，硬要推派也不合理，所以括弧部分文字，應予刪除。

鄭主任委員守夏

好！請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

議程資料第 53 頁與第 48 頁的各部門協商時間表，第 53 頁不一樣，是舊的吧？

謝委員天仁

附件供參。

鄭主任委員守夏

參考用。

柯執行秘書桂女

那是 102 年度的，給大家參考。

陳委員宗獻

喔！這是參考用，OK，謝謝！對不起。

楊委員漢淙

議程第 48 頁「①牙醫、中醫、西醫基層、醫院等總額部門之協商，以該總額部門之代表委員為主談者，另加上部門推派之\_\_\_\_名協商代表」的空格，請問有必要訂人數嗎？聽起來，大家覺得人數的意義不大，若要問我，其實我贊成邀內、外、婦、兒、急診專科醫師代表，且醫院協會已經邀集他們談過，我今天有臨時動議也要談這部分，但明訂協商名額，我很難控制，醫院團體代表有 4 位，難道我們通通不能出席，都讓他們 5 位出席嗎？不是吧，否則要另外算，註明另外邀請他們，不然不好處理。

鄭主任委員守夏

現在付費者與醫界代表有第 1 個共識：刪除部門推派之「\_\_\_\_」名名額限制。第 2，之前委員會議討論過程，大家覺得協商時，可邀請內、外、婦、兒、急診專科醫師到會說明意見，既然醫界代表認為不需要、有困難，謝委員天仁也認為，醫界內部可拿捏，所以同意刪除。還有其他意見嗎？請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

我不太瞭解，刪除限制後，若要派 20 名代表來，可以嗎？有上限嗎？

鄭主任委員守夏

協商代表是指可以發言的，幕僚坐在後面並沒有特別限制，以場地坐得下，不要太擠為原則。印象中，以前醫院總額部門大概都來 10 幾人，比照以前方式辦理就好，不需訂上限。

謝委員天仁

在不妨礙秩序的範圍內，通通接受，協商就是這樣。

鄭主任委員守夏

場地必須容納得下，請問有其他意見嗎？

謝委員天仁

沒提到「其他預算」是否挪到第 1 天？若第 1 天沒時間談「其他預算」，當然就屬未盡事宜，第 2 天再談，好不好？

鄭主任委員守夏

好！就比照以前，各部門及其他預算協商全部在第 1 天，因此每個部門需勻出些許時間，以討論「其他預算」，其他預算用的時間其實不多。隔天上午為未盡事宜，預留一點時間，之後開委員會議，目標為 1 天半完成協定，不然真的會拖時間，若真的有意願談成，再花 1 個小時或 80 分鐘來談，其實不會差太多。可以嗎？(謝委員天仁回答，好！其他委員未表示反對)感謝謝委員天仁提醒！若沒有其他意見，本案就此確定。



陸、討論事項第二案「有關全民健康保險投保金額分級表上限調整幅度與時機」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

討論前需先詢問一下，議程資料第 55 頁說明二，健保法第 19 條第 3 項規定文字後半段，如果「...適用最高一級投保金額之被保險人，人數超過被保險人總人數之百分之三，並持續十二個月時」就可以調整，請問現在這一級的人數是否超過 3%？有沒有持續超過 12 個月？那位可以回答？

葉委員宗義

這個案子經過幾位雇主代表委員研究，因為二代健保才實施半年，補充保險費的收繳情形也還不清楚，因此，5 位雇主代表建議本案暫緩。

鄭主任委員守夏

謝謝葉委員宗義！先說明最高一級被保險人之人數是否已經超過被保險人總人數之 3%，並且持續 12 個月？如果達到了，就可以考慮，如果沒有，那就不用談。

謝委員天仁

這個問題，是否先請問健保局？因為，之前也調過好幾次，是否超過 3% 才調，如果不是，代表以前都在調。

鄭主任委員守夏

我們先問現在的情況，好不好？

謝委員天仁

不是現在，我們是要看以前。以我對本條文之解釋，不認為是超過 3% 才能動，是超過 3% 就一定要動。

鄭主任委員守夏

感謝委員！以前是否超過 3% 才調，誰有數據可以提供？

陳科長淑華

向主席及各與會代表說明，目前適用投保金額上限的被保險人人數占率約 0.3%，並沒有超過 3%。

鄭主任委員守夏

所以現在如果要調整，會影響的對象只占 0.3%，約 4 萬多人，但本條文並非新修訂，請問以前在調高投保金額上限時，是否都有依據規定辦理？

曲委員同光

剛才謝委員天仁有提出對本條文的見解，確實，過去有幾次調高上限金額時，並不是在超過 3% 的狀態下，而是在未超過 3% 就調整，這個條文的解釋是，超過 3%，並持續 12 個月，主管機關應調整，那是必要條件，超過時就非做不可，可是並沒有限制主管機關，未超過時不能拉高。所以，過去雖然沒超過 3%，也拉高上限金額，尤其是上次，調整的幅度頗大。

鄭主任委員守夏

一、謝謝！所以現在知道，如果超過 3%，根本不用討論，是「應」調整，現在因為沒有超過，所以，本會要討論是否調高，現在是否為調整的好時機？如果大家覺得要調，才討論要調多高。剛才葉委員宗義已代表 5 位雇主代表委員，表達反對意見，現在開放其他委員表示意見。

二、請謝委員天仁。

謝委員天仁

我也贊成葉委員宗義的意見，因為二代健保法剛施行半年，補充保險費徵收情形，並不明顯，應該要等滿 1 年時再來檢討。另外，健保局所提預估資料議程資料第 56 頁，投保金額上限如調高到 30.3 萬元，增加保費收入不到 16 億元，數字並無特別大的影

響，是否等年度結束後，看財務狀況再來檢討相關規定。

鄭主任委員守夏

其他委員有無不同意見？

李委員永振

贊成謝委員天仁與葉委員宗義之意見，根據健保局 102 年度 5 月份業務執行報告(表 9 全民健康保險安全準備提列情形表，第 13 頁)，截至 5 月底累計提列數約 461 億元，財務狀況還可以，單月淨提列數也還是正數，是否等補充保費整年檢討後，看情形再提出，時機可能比較好。

楊委員漢淙

一、本案今天要決定，大概有點困難。但目前的問題是，大家會批評最高與最低金額的比率縮小了，比率縮小後，月入一千萬的人，跟一個月賺幾萬元者，所繳的保費差距並不大，而形成社會上不公平。如果要調整投保金額分級表上限，首先，要思考是否與勞保退休給付脫鉤，因為如果掛鉤，就會調不上去。

二、投保金額分級表當初是經建會設計的，為什麼要跟勞保合在一起，完全沒有邏輯。另外，第一組及第二組的級距，完全是人為設計出來的。如果能把比率拉高，就不能用這麼小的級距金額，因為金額小，再怎麼算金額仍舊不大，所以要拉大級距金額，才能克服大家批評的社會公平性問題。

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

回應楊委員漢淙所提，其實勞保投保金額本來就跟健保脫鉤，只有最低薪資才掛鉤，最高薪資部分原本就脫鉤，勞保目前是以全薪加保。

楊委員漢淙

請看一下議程資料第 86 頁，健保投保金額分級表第 48 級含以下，是比照勞工退休金月提繳工資分級表訂定。

蔡委員登順

- 一、目前公教人員參加健保，也是全薪加保，都沒有問題。
- 二、支持謝委員天仁及李委員永振所提，因為二代健保才剛實施不久，補充保費收繳情況預估是否準確？一年後再重新檢討，如有必要，再提案討論。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝蔡委員登順。
- 二、考量二代健保法甫施行半年，對於保險費(含補充保險費)之計收情形尚待評估，爰本案建議暫時緩議。

柒、討論事項第三案「健保支付面長期存在結構面的失衡，造成資源分配愈來愈頭重腳輕，與大家期許的大病看大醫院小病看小醫院的分級醫療以及垂直整合的政策方向都成了紙上談兵，績效不彰。因此有必要針對支付面中的『固定點值與浮動點值項目設定』和『藥價基準』兩項基本分配結構，給予重新思考，以矯正支付面之結構扭曲，讓健保醫療有機會回歸正軌」及臨時提案「為確保全民醫療照護提供之穩定性，建請本會於 102 年 7 月份之委員會中，安排內、外、婦、兒科及急診五大科之醫學會代表進行專案報告，以使本委員會委員了解各科所面臨之醫療人力困境，以做為『103 年全民健康保險醫療給付費用總額』協商時之參考」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

提案委員是否先說明？朱代理委員益宏表示要說明，有請。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

一、我代表謝委員武吉對這個提案說明。請看議程資料第 63 至 64 頁附件 1「表 4-1 全民健康保險醫療服務核定醫療點數及費用統計\_醫學中心」與「表 4-3 全民健康保險醫療服務核定醫療點數及費用統計\_地區醫院」，呈現之前執行結果的統計數據，不同層級的浮動點值與固定點值占率有差距，地區醫院與醫學中心之浮動點值與固定點值，大概差 10%。若都以平均點值來看每家醫院的健保給付，地區醫院平均點值一定比醫學中心差、少。醫院總額自 92 年開辦到現在，地區醫院在給付不公平狀況下，規模既小，又得承受更大財務壓力，導致逐漸萎縮。衛生署或健保局的統計數據，也呈現地區醫院在逐年萎縮中，這也是為何很多醫院想成為醫學中心，今年

就鬧得沸沸揚揚。主管機關把醫學中心家數的限額取消，才 2 天，又恢復回來。所以，大家可看到，第一點，從浮動點值及平均點值占率看，醫學中心在健保支付上有更大誘因。

- 二、第二點，從藥品採購上，也可看到，在座很多付費者委員或雇主代表都知道一個很簡單的道理，當採購量愈大，可以拿到愈低的進價金額，所以，雖然健保局說，3 個層級之間，採購的價差都一樣，但小型醫院，例如只有 50 床、100 床的醫院，與 1 千、2 千床，甚至 5 千床的醫院，採購的價格就是不一樣。健保局的統計數據，可能包括一些連鎖型的地區醫院，例如：屬地區層級的署立醫院，可能與其他署立醫院一併採購，所以可用一樣的價格採購；又如榮民醫院系統，榮民地區醫院與榮總的採購價一樣，所以沒差。但就個別小型醫院而言，採購價遠高於大型醫學中心。
- 三、在此對地區醫院不公平架構下，我們認為「醫院總額支付制度研議方案」雖是總額實施之初的建議案，但畢竟是由署出面，李教授玉春主持，邀請專家學者參與，一半由團體推薦一半票選出的三層級的醫院代表，開 17 次會議，共同研擬的配套方案。其中很清楚指出，總額實施後，對地區醫院衝擊最大，所以列出 10 項配套措施，即議程資料第 65 至 69 頁附件 2。
- 四、請看議程補充資料第 3 至 4 頁，健保局對本案之說明，在總額制度實施後，不管對偏遠地區、離島地區、山地鄉的保障方案，其實，都屬於議程資料第 65 頁平衡各層級醫院發展配套措施第一項「偏遠地區獎勵方案」，即健保局對地區醫院的保障方案，只做第一項而已，還有其他配套措施沒執行，導致地區醫院現在越來越萎縮。健保局還說明，所有支付方案，都依以前費協會的決議辦理，但就我參與費協會的經驗，好像沒有任何類似提案曾被提出討論，每一年保障項目，係提費協會備查，僅止於備查，並未討論。或許以前費

協會時代並無特別討論，但現在二代健保下之健保會委員，大家要考慮若仍依費協會時代之決議辦理，是否要承擔以後地區醫院越來越萎縮的狀況，所以，今日請各位委員站在歷史的轉捩點，來看待此事。

- 五、在各配套措施、支付制度或藥價基準未落實前，建議對議程第 65 至 69 頁附件 2「平衡各層級醫院發展配套措施」，考慮再多做一項，即「二、每點支付額從優支付」，對地區醫院的點值從優支付，至少先讓地區醫院止血，財務壓力不要那麼大。接下來再從根本檢討，例如：設置不同的藥價基準，甚至設 4 個不同層級的支付標準，因為可能要花很多時間，所以個人建議，趕快加強做第 66 頁所列「每點支付額從優支付」之配套措施。

鄭主任委員守夏

說明非常的清楚，接下來，請所有委員對本案提供意見。請蔡委員登順。

蔡委員登順

一、有關地區醫院從優支付部分：

- (一)全民健保開辦的目的，是以保障民眾就醫權益為出發點，但考量總額的資源有限，所以更要以民眾的觀點為前提，進行最有效率的分配。
- (二)醫院總額實施自主管理機制，浮動點值及固定點值占率多寡，主要涉及醫院的經營型態、規模等，所產生的差異。醫院總額保障項目的設定，並不是以「層級別」來考量，而是基於確保急、重症醫療照護的品質，以及保障偏遠地區民眾的就醫權益，不致產生「有保險、無醫療」的情形，所以，歷來都有針對偏遠地區、醫療資源不足地區，且負擔急救責任的醫院，及住院的手術、麻醉、供血等服務，給予點值保障，其中，亦包括提供服務的地區醫院。

(三)另外，為了強化山地離島、資源不足地區民眾的醫療照護，「其他預算」也編有「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」專款，在 101、102 年至少都編列 5 億元，給予偏遠地區的醫院補助，102 年地區醫院就有 62 家納入補助計畫中。向健保局提出申請，並通過審核後，承諾提供 24 小時急診服務，以及提供內科、外科、婦產科及小兒科之門診及住診醫療服務者，每家醫院全年最高以 1,500 萬元為上限，最低 700 萬元，對偏遠地區醫院經營亦是一大助益，故已有特別照顧。

(四)提案所述「醫院總額支付制度研議方案」中，列有對地區醫院從優支付乙節，事實上，該方案也認為應顧及公平性，所以若要從優支付，還是需訂定從優支付的條件，並非所有的地區醫院都可納入。

## 二、有關分層級訂定不同藥價基準部分：

藥品支付標準，依健保法是由健保局藥物共同擬訂會議的專家、醫界、付費者代表等討論決定。藥價部分，若因經營醫院規模小而購買價有落差，建議健保局設置窗口或專線，協助社區醫院、基層，解決買不到藥品的問題。至於購買藥品屬市場競爭，且藥品種類很多，像降血壓藥，可能有 10 幾種，如再依各層級設定不同藥品價格，恐過於混亂。以付費者立場，關切的是民眾用藥權益是否無虞，有無產生影響民眾用藥的情形，所以，須請健保局及相關團體在此原則下，協調處理。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員登順！請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、本提案很複雜，不是短時間能檢討出來。地區醫院已變成萎縮的少數族群，在整個結構上，確實有必要檢討，如何讓地區醫院發揮在分級醫療上該有的使命。所以，建議請健保局



針對地區醫院相關問題，組專案小組檢討，然後調整、改善，以保障地區醫院層級之醫療。

二、有關所提藥價基準部分，訴求並不清楚，到底訂太高或太低？太高，當然會不敷成本，問題是健保局在費協會時代就已承諾，只要有藥價基準的藥，若買不到可跟健保局反映，健保局一定協助地區醫院買到藥，所以不是問題。另一訴求是地區醫院議價能力較差，所以希望買藥的價格，比其他醫院層級更低？因為看起來其他醫院層級的藥價差，相對較高，所以地區醫院也想「以藥養醫」，若是這種想法，我覺得不值得支持，因為，藥價基準顯然不是太大問題，若想從藥價差挹注醫院的營收，顯然是背離健保的思考，因此，從提案說明來看，有點問題。

三、點值部分，若健保局成立工作小組，邀集醫院部門討論，假使大家都同意，站在保障地區醫院，能有個空間，可發揮其醫療使命，值得支持。但必須醫院部門的各層級醫院，互相接受，因為錢、資源，不是付費者搶走，而是大型醫院、醫學中心拿走，所以，平衡的機制當然是從部門裡，大家互相支援、平衡。否則，變成是地區醫院有問題，找付費者要錢，今日臨時提案，關於內、外、婦、兒、急診五大科困境也一樣，醫療人力少了，要消費者付較高的錢去醫療，看了有點怪，邏輯上不通，因為是科別間不願意互相支援，才產生問題。

四、希望做成決議，請健保局成立專案小組，從根本檢討，讓地區醫院不至於再繼續衰弱。

鄭主任委員守夏

請侯委員彩鳳。

侯委員彩鳳

一、事實上，本案與付費者委員沒有關係，而是健保支付面，長期以來，結構失衡，資源分配頭重腳輕，非常嚴重。付費者

當然重視就醫者的權益，所以，在此要肯定地區醫院，對某些偏遠地區就醫者提供良好的服務，畢竟有些大型醫院，區域醫院、醫學中心沒辦法做到。

- 二、另外，因為轉診制度沒做好，所以無法落實分級醫療，都是老問題。個人非常贊成謝委員天仁所提，請健保局成立專案小組，針對本案深刻研討解決方案，對委員而言，未來，也可做為協議訂定醫療給付費用總額及其分配時之參考。大家很清楚，地區醫院萎縮很多，就醫者並非全集中在都市，醫學中心的家數有限制，若大家都要往區域醫院或醫學中心，地區醫院只好撿偏鄉地區，就醫者比較不方便的地方，提供服務。所以，不能讓地區醫院存活不下去，因為可能造成就醫資源分配不均，影響偏鄉民眾就醫權益，希望主席、健保局及各位委員能審慎考慮這個問題。

鄭主任委員守夏

謝謝侯委員彩鳳！抱歉！因座位角度的關係，經常看不到右側，請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

- 一、謝謝主席看到我。
- 二、對於本案，我蠻支持謝委員天仁及侯委員彩鳳所提，社區醫院之核定點數占率與醫學中心比較確實有差距，為了重視消費者的權益，我們很認同地區醫院的貢獻，也不希望地區醫院經營不善，但真正問題在醫院之間，所以，請健保局成立專案小組，讓社區醫院與醫學中心互相討論，看有何更好方式，讓支付與給付的標準能達到平衡，消費者的權益不應再縮水，個人支持以上兩位委員之建議。

陳委員錦煌

- 一、我住的雲林縣是個醫療落後地區，當地民眾如要看大病，幸虧現在有個臺大醫院雲林分院，提供類似區域醫院的服務。

事實上，麥寮、海口等鄉下地區民眾，要看病很困難，雲林縣要到臺大住院，有可能會沒病床。有關社區醫院萎縮問題，在我擔任費協會委員的第 1 年就已聽到，地區醫院 78 至 98 年間倒閉將近 500 家，因此，資源應該要分配得平均一些。社區醫院若做得起來，這些鄉下較為貧困的民眾要看病，就不用老往大醫院跑。小病看小醫院即可，大病才到大醫院，例如核磁共振、正子攝影檢查，地區醫院就沒這種儀器，要到大醫院才有辦法處理。

二、社區醫院萎縮問題，我已經說了 4 年，將健保法第 43 條刪除，只要落實分級轉診制度，就沒有這個問題。102 年醫院總額中，合理調整急重難科別之支付標準，並兼顧各層級醫院發展預算有 50 多億元，到底怎麼分都不知道，社區醫院只分到 5 億元，這樣要怎麼平均資源？希望醫界與健保局協調好，不要讓社區醫院持續萎縮、倒閉，造成醫學中心一床難求。現在，民眾到醫學中心，無論是掛號、看病或拿藥都很困難，這些問題都需改革。

鄭主任委員守夏

請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、主席、各位委員，個人認為本案應予支持。因為，保險的目的，本來就需考慮民眾醫療之可近性，雖然台灣不是很大，但仍有相當多的偏遠鄉村，這些比較鄉下的地方，若要靠大醫院是不可能的。鄉下地方老年人口特別高，例如，一般地區老年人口占率可能是 10.9%，但雲林縣或南投縣老年人口超過 15% 的地方相當多。所以，要考慮其就醫之方便性。
- 二、本案大家已經談得很多，包括許多小醫院關掉，如何讓小醫院活得下去。台灣的醫療市場，67% 的病人是在私人醫院就診，如果談小醫院，80% 至 90% 是在私人體系，私人體系無法透過市場競爭存活下來，必需有特別協助措施。

三、小醫院買的東西確實比較貴，之前，台北市立聯合醫院曾想要釋出處方箋，但藥局就是買不到藥，因為價格低於健保給付價，所以沒人要賣，藥商也不把這個小市場看在眼裡。所以，需要成立一個專案小組仔細研究，讓小醫院不要一直萎縮下去，這是必然且必要的。否則，不只是五大皆空，恐怕連鄉下民眾住院也會有困難。剛才提到洗腎，很多地方民眾洗腎要跑很遠，記得有段時間，整個澎湖縣並沒有洗腎機器，後來還是衛生署支援署立醫院，買了一臺洗腎機。以前還曾經補助澎湖縣縣民到臺灣就醫的機票費用，這個問題必需重視。

鄭主任委員守夏

謝謝！請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、建議以成立小組方式討論，但不是由健保局去談，這是衛生署層次應該處理的。本來開放醫學中心及區域醫院，是希望其扮演處理急、重、難症的角色，可是這些醫院現在的病床占率已達 60%，10 幾年擴增 2 萬多床，這是地區醫院活不下去的原因。
- 二、另外，我們又聽到醫學中心仍不夠多，還要再擴增，這是我們該思考的，是否大小病都要到醫學中心？如此，家數永遠都不夠。例如，安寧療護國外都在家裡做，可是台灣目前還是以住醫學中心或區域醫院接受服務。要談轉診前，應將不該在醫學中心或區域醫院執行的醫療，慢慢回歸到社區醫院。本案讓健保局談，實在太沈重，實際上，這牽涉到衛生署醫事處，病床這幾年擴張得很嚴重，且都集中在醫學中心或區域醫院。看到健保局提供的資料，該局有補助偏鄉，醫事處醫發基金也補助偏鄉，看來偏鄉補助經費已經不少，為何醫療仍無起色？這是很嚴肅的問題。本人認為，偏鄉的地區醫院，絕對要給予支持。

- 三、藥價部分，記得很多年前，謝委員武吉提出來，藥價為何要保障 1 點 1 元，那才是真正的問題。健保開辦時藥費是 600 多億元，現在醫療費用約 6,000 億元，藥費還是占四分之一，金額為 1,500 億元。不明白經過 6、7 次之藥價調降，藥費應該比較便宜，為什麼我們這個吃藥的民族，會從 600 多億元吃到 1,500 多億元？雖然，大家會說，裡面可能有標靶藥物等，但是很多老人家告訴我，醫院或診所開給的藥太多，其實他們都不吃。最近幾年，我們又拜託藥師宣導民眾，把不要的藥都清出來丟掉，我們到底在浪費誰的錢？其實，我們是在浪費自己的錢。系統性要看的是，藥價是否要保障 1 點 1 元？之前，醫事處或健保局補助偏鄉地區醫院之相關經費，應好好盤點，看用什麼方式，可以讓偏鄉醫療做得更好。
- 四、如果地區醫院藥價比較貴，有無可能用開口合約方式，由健保局幫忙或指定醫院協會協助，讓其可以買到便宜的藥品，如有成立小組，這個小組應該是由衛生署處理，而非健保局，可否請曲委員同光帶回衛生署研究，這個問題今天無法討論。

鄭主任委員守夏

謝謝！請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、有些細節，我剛才可能沒說清楚。其實，包括付費者及老師，都認為偏鄉地區問題較大，但要舉例讓大家知道，台北業務組轄下有 10 家醫學中心，有這麼多家醫學中心，照理說，不應該有就醫因難，但是，急診壅塞是誰？台北市許多醫院就很嚴重，臺大常常進不去，侯委員彩鳳可能最清楚，需要打電話拜託您幫忙才能進去。有那麼多家醫學中心，結果仍然是急診壅塞、一床難求，很大的原因是，中間的地區醫院消失了。許多可在地區醫院處理的疾病，因為地區醫院消失，所以病人都往大醫院跑，再蓋 10 家醫學中心還是不

夠，問題仍舊無法解決。

- 二、現在社會上看到病床壅塞、急診病人躺在走道上，中間一個很大的問題，是地區醫院沒有了。10 幾年來，長期的支付不公平，導致地區醫院萎縮。不要講偏鄉地區醫院，都會型地區醫院萎縮得更厲害，民眾只好直接到大醫院。不只是偏鄉，包括都會地區醫院，都應該強化其社區醫療的功能，以分擔部分醫學中心處理一般疾病或急診的功能。支付標準現在如不調整，問題以後會更嚴重，包括四大皆空，五大皆空，六大皆空等。
- 三、沒有了地區醫院，導致很多醫學院學生畢業後，不敢到大醫院從事幾大科工作，醫學中心沒有缺，醫學院畢業生又不敢去地區醫院工作，因為地區醫院都快倒閉，這是一連串的問題。剛才，幾位付費者代表認為偏鄉比較嚴重，但看起來，都會地區與偏鄉問題一樣嚴重，只是面向不同。
- 四、剛剛謝委員武吉特別提醒，藥價處理過程講得不夠清楚，其實，地區醫院並不是要賺藥價差。舉例而言，某些藥在醫學中心因採購量大，只要 2 元，區域醫院是 5 元，但到地區醫院可能要 7 元，這與採購量有關，但健保局都用 8 元支付。地區醫院的建議是，如果以 8 元支付地區醫院，區域醫院是否支給 6 元，醫學中心則支付 3 元，基本上能在立足點達到公平。如果合理的管理費是 15%，則每個層級都要給 15% 管理費。但現在不是這樣，健保局支付 8 元，透過健保局協調，藥商賣給地區醫院就是賣 8 元，管理費由地區醫院自行吸收，但是賣給大醫院，可能是 6 元或 5 元，甚至更便宜。分層級訂定不同藥價基準，在健保法內就可處理，不用修法。只要用多重藥價基準，不同層級採購能力不一樣，給不同藥價，問題就可解決。不明白健保局為何要採單一藥價基準，導致有些醫院可以從藥價差獲利，有些醫院則連藥都買不到。

五、吳委員肖琪提到，成立小組是衛生署層級問題，個人覺得衛生署要負大部分責任。但是短期內，在支付上能夠馬上處理的，是健保局，健保局馬上可從調整支付，無論是從優支付或調整保障項目，甚至設定不同支付標準，都可讓地區醫院馬上暫時止血。然後，衛生署再就整體方向或宏觀角度，進行長遠規劃，如果短期內不去解決，而由衛生署做長期規劃，等到規劃完成，這個層級已經崩垮。以後投入再多經費來解決四大皆空、急診壅塞問題，都已沒用，因為地區醫院這個層級應擔負的角色，已經消失。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

- 一、兩個問題請教，首先是程序問題，楊委員漢源臨時提案與本案很類似，今天在此討論，恐怕層級不夠，是否併案送衛生署討論。
- 二、贊成謝委員武吉說法，要檢討大、小醫院不同，制度應有差別，不能顧大不顧小。否則，地區醫院會越來越萎縮，而大醫院的容量將被壓縮，民眾就醫就越不方便。建議兩案併案，送請衛生署好好研究。今年已過半，明年協商之前，這個問題能提出解決方案，大家一起討論，以解決兩位的需求。

鄭主任委員守夏

先請謝委員天仁，之後請謝委員武吉。

謝委員天仁

現在時間已接近中午 1 點，由於有委員建議，短期要先照顧，在短期方面，請健保局成立小組，進行相關後續工作；長期部分，是否行文衛生署，檢討地區醫院持續萎縮等相關問題。本案因較為複雜，也無法談太多，建議依上述說明進行決議。

## 謝委員武吉

- 一、首先，非常感謝各位委員對本案沒有很壞的批評，也感謝大家的指導與指教。可能有些委員對固定點值不太瞭解，如有需要，本人可提供參考資料。
- 二、有關健保小組與健保局提供的意見，衛生署健保小組的意見表達比較中庸。至於健保局回答部分，記得以前依健保法第 33 條規劃轉診制度時，可能是江東亮主委還是楊銘欽主委時代，原本是要做分級醫療轉診制度，結果戴桂英局長時代，卻改為轉診制度，這些事實，都可以調錄音帶出來聽。我相信黃局長絕對不會這麼做，蔡副局長及蔡主秘也不可能，以上是陳述事實，讓大家知道。
- 三、對於健保局回覆意見提及，醫院總額支付研議方案所提，地區醫院點數從優支付是個政策性建議，但事實上，該方案是民國 89 至 90 年間，用 19 個月召開 17 次會議所做的結論。剛剛朱代理委員益宏少說了一些，所有會議本人都有參加，議程資料第 66 頁的第 2 點每點支付額從優支付，是李前署長明亮指示一定要做，地區醫院也明白，加入總額是穩死沒命(必死無疑)，當時的主席李玉春老師也瞭解，為鼓勵地區醫院才從優支付，1 點 1 元方案並不是政策性建議，特此聲明。
- 四、第二點，剛才朱代理委員益宏談到，都會型地區醫院與偏遠型地區醫院都同樣非常重要。在高雄 SARS 期間，3 家醫學中心關了 2 家，最後，是都會型地區醫院硬撐下來，當時我擔任地區醫院協會秘書長，所以瞭解過程。都會型地區醫院與偏遠型地區醫院同樣重要，大家若不信，可組團到日本參觀，日本對地區醫院特別注重。美國現在也一樣，為了要做全民健保，我兒子任職的美國醫學中心，他們醫院還特別買下一家地區醫院。因此，地區醫院是非常重要的。另外，我吞不下(無法認同)的是，某家醫學中心吃下一家區域醫院，該新設立之區域醫院成長率都超過 40%，原因是在那家醫學中



心就可直接掛號到所屬區域醫院的門診，所有醫師的診都轉到該區域醫院。但這並不是垂直整合，現在已有一條很漂亮的垂直整合路線在走，但健保局並不很支持。有關垂直整合經費，希望健保局能儘快提供。

五、再來，前述醫學中心是大小病通吃，鄰近的地區醫院，如果還可以生存，就算不簡單，這些醫院因為沒做呼吸照護病房，所以住院率很低，大約在 10%、15% 或 20% 之間，應該要好好照顧。

六、另外，要向謝委員天仁解釋，今天醫審及藥材組不知道有沒有來開會？但我說的應該不會錯。目前藥價基準，是以醫學中心最低價來核價，三個層級核價夾壓下，地區醫院就買不到藥，簡單舉例，上次藥價調查，藥價降下來時，我個人都在使用的脈優(Norvasc)降血壓藥，當時一顆健保價 12.4 元，降到現在健保價是 8.8 元，但地區醫院根本買不到，我們還買到 11 元多。但居然可降到 8.8 元，中間的價差達 40 至 50%。如再 discount(折扣)，買價應該只要 4 至 5 元。另外，以前還有一種降血壓藥天諾敏(Tenormin)，昇達藥廠剛出來時，一顆賣 9.1 元，地區醫院買要 8 元，但某家醫學中心，因為一次採購量達幾千萬顆，結果一顆僅賣 4 角，而且還是 PDP (藥物處方計畫單，Prescription Drug Plan) 排裝藥品。這樣地區醫院要如何生存？還有，健保局醫審及藥材組說，若地區醫院買不到藥，可以反映，該組會協調藥廠以健保價提供。事實上，雖然他們都有做，可是地區醫院還是虧錢，原因是固定點值與浮動點值一起平均下去，我們還是虧 10%，無法生存。所以，才會提出這個建議案。

七、最後，針對健保局對本案建議設計固定點值項目之回覆意見，說明如下：

(一) 健保局將責任全部推給費協會，這是不應該的。費協會委員來自各領域，對健保局的建議，基於信賴與尊重，都照單

全收，現在健保局反而把責任都推給費協會，是不應該，是無意義且有負費協會委員對其信任！

(二)固定點值與浮動點值項目的占率，在各層級確實不同，同樣做 100 點的服務，地區醫院就是拿的比其他層級少，事實擺在眼前，健保局與我們大家，都應該共同面對這個問題，這對地區醫院確實是一個不公平的待遇，很明顯的立足點不公平，還沒跑，就註定我們輸了。

(三)健保局如果正視這個問題，進而提出平衡的方案，相信方案也會通過；否則按目前制度，所列出的都是對大型醫院比較有利，因此，醫院追求大型化其來有自。三層級在照護功能與任務，本來就不同，可是健保局現行的操作，都是齊頭式平等，便宜行事。不應該是大人、小孩、胖子、瘦子，尺寸大小不同，卻都穿同一尺碼的褲子？應分別訂定。

(四)健保局在規劃與設計上，應該要考量公平立足點，是健保局所提方案有所偏頗，現在卻反怪費協會，實在看不下去。如果，健保局過去曾經提出的，費協會反對，這樣說是費協會的問題，還說得過去，但是健保局反而說從來都沒有提過！剛才已說過，19 個月間一共召開 17 次會議，且是李前署長明亮的指示，健保局要回答這些話，要回顧李前署長所說的話。另外，3 個層級的醫院規模大小差異很大，藥價成本也所有差異。現在是單一藥價基準，剛才朱代理委員益宏也說，這是不應當的，在同一藥價基準裡面，可以分為多重藥價基準，並不違法。

謝委員天仁

抱歉！謝委員武吉，可否直接提出你想要的決議，問題就不必再說。我剛才建議短期部分，請健保局處理，長期方面，請衛生署研議，你是否同意？如果同意就這樣決議。

謝委員武吉

最後我的建議是，短期的決議，應依議程資料第 66 頁，李玉春老師依李前署長明亮指示所做決議，地區醫院點值保障 1 點 1 元。

謝委員天仁

短期部分，本會現在無法決議，因為牽涉到醫院部門本身分配問題，你們內部沒講好，沒人敢隨便幫忙決議，萬一其他人跳起來反對，我們也無法處理，所以這部分是否就交給健保局處理？

謝委員武吉

問題是，戴桂英局長在規劃健保法第 43 條有關之轉診制度時，已將原來的分級醫療轉診制度，改為轉診制度。

蔡委員登順

這個案根本上與門診透析相同，門診透析是基層與醫院間分配的問題，兩者道理一樣。總額協商本來就是固定給醫界多少經費。我知道地區醫院固定點值的部分比較少，浮動點值比較多，所以你們比較吃虧。醫院浮動點值可否採一致性，或固定點值可拉平，知道你提案的用意，但可以幫你們仲裁嗎？我想很難，也沒那麼厲害！這個問題與門診透析一樣，門診透析到現在幾年了，也都無法解決，個人建議成立小組來討論。

吳委員玉琴

目前二代健保才剛起步，可是總額協商機制或額度其實都沒有任何調整，如果確定地區醫院這類基層醫療不能消失，健保局對支付制度確實需要檢討。可是這樣的檢討不是與被保險人或付費者代表談，因為總額制度就定在那裡，應該是醫院總額內部要協調的問題，健保局可扮演協調角色，幫助醫院進行內部協調溝通。

謝委員天仁

分配是健保會的權責，我們要下決議，健保局才能那樣做。我們先請健保局研擬方案，之後再提會討論。決議之前，健保局要跟醫院部門先談好才行，否則，健保局不可能隨便同意 1 點 1 元保障，那也不具法律效力。方案還是要送健保會決議，所以需要趕

快研議。

鄭主任委員守夏

謝委員抱歉！我知道你還有很多資料，但是你唸得太慢，資料太多，大家受不了。

蔡委員登順

謝委員準備的資料很豐富，但短時間內，大家無法吸收。

謝委員武吉

我花了四天時間準備資料。

鄭主任委員守夏

- 一、本案論點就是「不公平的競爭」，地區醫院較小，要跟大型醫院拚，而遊戲規則卻一樣，健保會或以前的費協會，歷來都以「若影響到民眾就醫權益，就必須馬上處理」為考量。
- 二、謝委員武吉準備非常多資料，或許有些資料可說服大家願意討論，但聽起來，重點仍是層級之間的不平，若真的保障地區醫院的點數，醫學中心就會提案說自己更可憐，內、外、婦、兒四大皆空，沒人要收治的或重症需救治的都在大型醫院，這樣會無法處理。
- 三、重點在於若是協商可談的，大家來談，所提保障點值的部分，到現在為止，應是有共識的都已經做了，其餘的因為還沒有共識，所以不敢同意保障點值。
- 四、個人非常支持應該全盤檢討，請問誰知道需要多少家醫學中心？可能衛生署長官也不知道，因為太難有標準答案；評鑑等級要不要跟健保掛鉤，或應該慢慢脫鉤？醫院大型化，若是民眾想要的，會希望自家旁都是醫學中心，但事實上這樣不對，應有完整規劃，向民眾宣導。所以不只是健保局，吳委員肖琪講的沒錯，衛生署應規劃一個理想的醫療體系大藍圖。
- 五、就算我們對地區醫院賦予無限同情，現在也沒辦法做什麼，

因為屬於內部分配，醫學中心與區域醫院都沒講話，所以是同意？

謝委員天仁

不趕快做決議，我要提散會動議了！

鄭主任委員守夏

好的。

謝委員天仁

拜託，已經下午 1 點多，大家都受不了。

鄭主任委員守夏

建議健保局或衛生署，對於地區醫院的問題，成立專案小組研議改善，健保局除了保障可以買到藥，尚有何改善措施？保障點值是其中一個方法，但還有別的方法嗎？不只健保局，甚至台灣醫院協會有能力，也可幫忙大家一起採購，提高議價能力等等，健保局在權限內研議方案。健保局權限外的，則請衛生署對此問題，包括剛才講的層級別、到底需要多少家醫學中心、是否與健保嚴重掛鉤，使每家醫院都希望變為醫學中心、民眾的期望為何？類此問題，其實都還不清楚，所以，今日本提案的訴求，希望保障點值，似乎不可能有共識、有決議，請謝委員武吉了解，大概只能這樣處理。不過，之後我們可要求到會專案報告，或再邀請醫事處報告，這是我們的權限，另一個務實的作法，協商時可以準備實證資料來說服大家。

謝委員武吉

主席，我還是建議，健保局及衛生署都應該成立專案小組，對於調整方案，應有適當處理方式。

鄭主任委員守夏

我們可以建議健保局或衛生署成立專案小組，但那不是重點，其實我們要的是答案，不用在乎過程。務實一點，可以訂出時間，

例如：幾個月之後，請健保局、衛生署或相關部門做專案報告，對問題提出解決方案。

謝委員武吉

建議3個月後報告。

鄭主任委員守夏

3個月後，遇到協商。

謝委員武吉

遇到協商，剛好，繼續追蹤。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

- 一、講那麼多，與剛才我跟謝委員天仁講的都差不多，成立專案小組研議，最重要的是如主席所說，要有結果的報告，像今天的報告，無效(台語)嘛！像狗吠火車(台語)，講那些做什麼？講那麼多做什麼？要有結果，後續該怎麼做才重要。
- 二、本案與楊委員漢淙的臨時提案，都一樣是談錢的問題，要如何解決？乾脆一起交給健保局及衛生署研議，在協商之前，若有結果，提出來報告就好。

謝委員武吉

好啦！

鄭主任委員守夏

這問題已經10幾年了，一部分與評鑑有關，健保大的政策改變，若有方案可在健保會談，至於多久可以提方案，健保局可訂個日期，不只針對地區醫院，包括分級、轉診、醫療體系合理的健保保障點值支付、藥價，不過這樣，範圍實在太大，個人認為，先請健保局針對謝委員武吉的提案做分析，給我們回應，也就是還可以做什麼措施，好嗎？

謝委員武吉

好。

鄭主任委員守夏

一、謝謝！本案就此決議。

二、楊委員漢淙今日所提的臨時動議，請問委員都看過了嗎？

干委員文男

併進去就好了。

鄭主任委員守夏

併剛才這案嗎？

干委員文男

對，併案。

鄭主任委員守夏

好。內、外、婦、兒及急診五大科醫療人力缺乏的問題，一起放到裡面，這樣問題就非常大了，至於安排在何時報告，請幕僚追蹤，等健保局或衛生署有初步想法、方案後，再請他們到會報告，可以嗎？(干委員文男回答，好！)謝謝！請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

還是先訂個時間，到時候若排不進議程再說，例如：3個月或4個月後，都沒關係，但還是先訂個時間。

鄭主任委員守夏

從現在開始算，到9月是大協商。

楊委員漢淙

那就訂10月，協商完就沒事了，不是嗎？

鄭主任委員守夏

到時候你就知道了。

柯執行秘書桂女

還有費率審議。

鄭主任委員守夏

- 一、後面收支連動才是重頭戲。先暫訂 10 月，看健保局能否有初步方案，或衛生署有初步想法，可提供我們了解。
- 二、若沒問題，我看委員都已經站起來了，今天就到此散會。

林代理委員振順(李委員蜀平代理人，書面意見)

- 一、健保支付之「藥品及計價藥材」以「成本」給付，但事實上健保局訂定「藥價基準」係一齊頭式之平等，對於採購能力較低的基層院所及健保特約藥局非常不公平，尤其健保特約藥局更常常購買不到相關藥物(藥商拒售予藥局)。
- 二、藥師公會曾多次反映健保特約藥局購藥之藥價高於「藥價基準」之費用，健保局雖曾協助召集藥商溝通，但事實上藥商仍未做任何改變，健保特約藥局仍購買高於「藥價基準」之藥品，少數藥商之藥品仍不售藥品給健保特約藥局。
- 三、建議健保局對健保支付之「藥價基準」，應考量基層院所及健保藥局之立足點平等，訂定不同的「藥價基準」，做為支付不同院所、藥局之依據，例如，依醫院、診所、健保特約藥局三個層次訂定「藥價基準」以支付藥費。