

全民健康保險醫療費用協定委員會
第 189 次委員會議事錄

中華民國 101 年 12 月 14 日

全民健康保險醫療費用協定委員會第 189 次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國 101 年 12 月 14 日上午 9 時 30 分

貳、地點：中央健康保險局臺北業務組901會議室

參、出席委員：

王委員德明

何委員語

李委員明濱

張副秘書長孟源(11:25 以前代)

林委員啟滄

凌委員月霞

孫委員茂峰

孫委員碧霞

翁委員文能

許委員怡欣

連委員瑞猛

陳委員玉枝

陳委員宗獻

陳委員錦煌

黃委員建文

黃委員偉堯

葉委員宗義

葉委員明峯

廖委員本讓

蔡委員登順

鄭委員淑芳

鄭委員聰明

謝委員天仁

謝委員武吉

謝董事長文輝(代)

簡委員慧娟

李科員惠涓(代)

蘇委員清泉

劉副秘書長碧珠(代)

肆、請假委員：

陳委員紹元

伍、列席人員：

行政院衛生署
中央健康保險局

朱組長日僑
黃局長三桂
蔡副局長魯
蔡組長淑鈴
沈組長茂庭
柯副主任委員桂女
林執行秘書宜靜
張組長友珊

全民健康保險監理委員會
本會

陸、主席：江主任委員東亮

紀錄：張櫻淳

柒、主席致詞(略)

捌、議程確認

決定：確定。

玖、報告事項

第一案：確認本會上(第 188)次委員會議議事錄。

決定：確定。

第二案：本會上(第 188)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形。

決定：

一、結案。

二、有關「建請衛生署對台灣護理人力、薪資改善，進行專案委託研究」乙項，請將委員發言意見，函轉衛生署卓參。

第三案：本會重要業務報告。

第四案：中央健康保險局報告「醫療費用支出情形」。

拾、討論事項

第一案

提案單位：本會第一組

案由：102 年度中醫門診總額一般服務費用分配案，續提請討論。

決議：

一、102 年度中醫門診總額一般服務(不含品質保證保留款)地區預算分配方式，續依 101 年試辦計畫架構為基礎，先扣除東區預算占率 2.22%，其他五分區預算分配方式：

(一)各區實際收入預算占率：78%。

(二)各區戶籍人口數占率：6%。

(三)各區每人於各分區就醫次數之權值占率：5%。

(四)各區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：5%。

(五)各區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

(六)偏鄉人口預算分配調升機制：1%，用於：

1.補足偏鄉浮動點值至每點 1 元。

(1)限該鄉鎮每萬人口中醫師數 1.5(含)以下，及鄉鎮中醫師前一年月平均申請點數小於全國平均值。

(2)以事前分配方式執行，先以前一季公告浮動點值補付至 1 元，再依一般部門點值計算。

2.若有餘款則歸入依「各區實際收入預算占率」分配。

二、前述分配方式，全年各區預算與去年比較不得負成長，如為負成長則補至零成長，所需預算由其他分區按比例撥補。

三、所涉執行面及結算等相關事宜，請中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體議定後送會備查。

第二案

提案單位：本會第一組

案由：102 年度醫院總額一般服務費用分配案，續提請討論。

決議：

- 一、門診服務(不含門診透析服務、品質保證保留款、專款項目)之地區預算分配參數中，人口占率為 45% 或 46%，兩案併陳報衛生署裁決。
- 二、建請衛生署於一年內，完成地區預算分配公式之檢討報告，提供 103 年度一般服務地區預算分配使用。

第三案

交議機關：行政院衛生署

提案單位：本會第一組

案由：102 年度藥品費用總額支出目標值案，續提請討論。

決議：

- 一、委員對中央健康保險局所擬試辦方案(草案)尚有諸多疑慮，幾經反覆討論未獲共識。因本案係衛生署交付本會審議事項，故將回復衛生署，建議移付全民健康保險會。
- 二、各方委員代表之意見，依法規面、是否採單一目標值、目標值涵蓋範圍、基期年費用、成長率、超出目標之處理、未超出目標之處理及配套措施等八大面向，彙整各方建議如附表。各方代表若有增修意見，請於 12 月 21 日前送會，將併陳衛生署卓參。

第四至十二案

決議：其中第四至六及八至十一案，轉請中央健康保險局處理；第七案函送衛生署卓參；另，第十二案通過。(各案案由如附件)

拾壹、臨時動議：無。

拾貳、確認本會本(第189)次委員會議紀錄。

決定：確定。

拾參、散會：上午11時50分。

附件

討論事項第四至十二案案由

- 第四案：為以評估健保總額對於癌症醫療給付—手術、藥物、化放療之投入與其執行績效，擬請健保局協助提送相關數據資料案(提案人：謝委員武吉)
- 第五案：為以評估健保總額對特材使用之投入與其執行績效，擬請健保局協助提送相關數據資料案(提案人：謝委員武吉)
- 第六案：攸關101年度其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項目下「新增之醫院垂直整合方案」，請英明主委提出具體落實辦法案(提案人：謝委員武吉)
- 第七案：建請健保會組織法規中，為被保險人代表設置專業幕僚案(提案人：謝委員天仁)
- 第八案：建議西醫基層單一日劑藥費，擴大開放由全國醫院適用案(提案人：謝委員武吉)
- 第九案：為使各層級院所於公平、公正之健保藥價政策下延續生存及杜絕藥價黑洞迷思，建議推動研擬多元藥價基準案(提案人：謝委員武吉)
- 第十案：基於為以呼應各界對「提升住院護理照護品質方案」之期待，建議破除現行作業，改由提案單位自行承辦相關業務，亦即由該會辦理獎勵金分發及各醫院所需人力之提供等案(提案人：謝委員武吉)
- 第十一案：為使102年度「提升住院護理照護品質方案」符合實務運作及人民期待之進行，建議提案單位說明—「102年底醫院評鑑人力基準1.3.7之C1~C9的護理人員數較101年底之C1~C9的護理人員數增加1,000人」之計算基礎及新增人力來源案(提案人：謝委員武吉)
- 第十二案：為依法保障本會委員及社會團體權益，建請本會之進行，務必恪守本會之「組織規程」、「會議規範」及「中華民國憲法」案(提案人：謝委員武吉)

附表 費協會委員各方代表對藥品費用分配比率目標方案之建議

面向	健保局草案	付費者與專家學者	醫院部門	西醫基層部門
1.法規面	依二代健保法第 61、62 條。 由費協會協定。			<ul style="list-style-type: none"> ● 依二代健保法第 61、62 條 ● 未來的健保會協定
2.單一與否	單一 藥費支出目標		<ul style="list-style-type: none"> ● 依部門總額別訂定藥費支出目標 	<ul style="list-style-type: none"> ● 依部門總額別訂定藥費支出目標
3.涵蓋範圍	醫院總額、西醫基層總額(均含門診透析)、牙醫總額及其他等。 不含中醫總額。		<ul style="list-style-type: none"> ● 門診醫療服務之藥品費用 	<ul style="list-style-type: none"> ● 門診醫療服務之藥品費用 ● 排除抗癌藥物費用等因人口老化、疾病需要而大幅成長之藥品
4.基期年費用	第一年採前一年度藥費核付金額 第二年起，採前一年之藥費目標值	<ul style="list-style-type: none"> ● 第一年採前一年度調整藥價差後之藥品費用 	<ul style="list-style-type: none"> ● 若要考慮藥價差問題，則因大、小醫院議價能力不同，價差不同，應區分院所規模加成計算基期值 ● 校正還原真實之藥費 	
5.成長率	當年度總額(不含中醫)之總成長率		<ul style="list-style-type: none"> ● 藥費成長率不與總額成長率相同 ● 分部門總額別訂定成長率 	<ul style="list-style-type: none"> ● 藥費成長率不與總額成長率相同 ● 分部門總額別訂定成長率
6.超支處理	當年度藥品費用之核付，與現行醫療給付費用總額之作法一致，自醫療給付費用總額預算預先扣除。 年度結束時，當年度藥品費用核付金額超出前一年預先設定當年之目標時，於次年度依超出額度調整藥物給付項目及支付標準。藥價調整程序，依全民健康保險法第 46 條規定辦理。	<ul style="list-style-type: none"> ● 當年度由總額費用扣除 ● 次年度調整藥價並將調降額度部分回饋調整醫療服務支付標準 ● 採當年度折扣支付或者次年度扣抵藥費 ● 藥價調查另獨立進行 	<ul style="list-style-type: none"> ● 當年度藥費採浮動點值 ● 次年調整藥價 ● 自當季之醫療給付費用總額中扣除，並依支出目標調整核付各保險醫事服務機構之費用 	<ul style="list-style-type: none"> ● 當年度藥費採浮動點值 ● 次年調整藥價 ● 自當季之醫療給付費用總額中扣除，並依支出目標調整核付各保險醫事服務機構之費用 ● 對新藥、抗癌藥品、標靶藥物另訂權重
7.未超支處理	扣除核付藥費之餘額， 併入總額點值結算 。 藥價調整程序，依全民健康保險法第 46 條規定辦理。	<ul style="list-style-type: none"> ● 部分回歸總額，調整專業服務項目支付標準，部分回饋民眾 	<ul style="list-style-type: none"> ● 回歸部門總額 	<ul style="list-style-type: none"> ● 回歸部門總額
8.配套措施	藥價調整程序，依全民健康保險法第 46 條規定辦理。	<ul style="list-style-type: none"> ● 藥費超支時之藥價調整原則與程序。 ● 藥費未超過目標值，但藥價可能已經偏高時，亦應調整藥價。 ● 擬訂當藥品費用以支出目標值支付時，其與 DRGs 支付制度、輿論人計酬制之銜接方案。 ● 訂定民眾用藥品質確保方案(含建立用藥品質指標及監測、重大疾病民眾藥費自付監測等)。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 藥費超支時之藥價調整原則與程序。 ● 配合依部門總額別訂定藥費目標，須研議「多元藥價基準」。 ● 全國院所比照西醫基層實施「日劑藥費」。 ● 應訂有相關評估計畫，並於制度試辦兩年後，應再檢討研議。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 確保基層院所可購買到必要藥品。

本會第 189 次委員會議
與會人員發言實錄

壹、「主席致詞」、「議程確認」與會人員發言實錄

江主任委員東亮

- 一、各位委員早。今天是本會重要的日子。會議應出席委員人數 27 人，現出席人數已達 15 人，超過半數，宣布會議開始。
- 二、依慣例首先進行議程確認，請林執行秘書宜靜說明。

林執行秘書宜靜

各位委員早。請委員翻到議程資料的首頁，本(第 189)次議程報告事項共四案，包含上(第 188)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形；討論事項則有十二案，皆為前次未討論或未討論完畢續提請討論之事項。以上說明。

江主任委員東亮

- 一、今日因署長將於 12 點 10 分蒞臨本會的圓滿感恩餐會致詞，並頒贈紀念獎座，所以我們必須於 11 點 45 分前往餐廳，故幕僚先預擬本次會議流程表，請投影於螢幕。流程安排如下：相關報告事項從 9 點 30 分進行至 10 點；討論事項第一至三案，從 10 點進行至 11 點 10 分，其中，第一、二案是本次一定要通過的 102 年度中醫門診及醫院總額一般服務費用分配案，第三案是必須討論的 102 年度藥品費用總額支出目標值。三案預訂討論至 11 點 10 分，不論情況如何，都必須結束，因還有討論事項第四至十二案，預計討論時間為 11 點 10 分至 11 點 30 分。屆時若未討論完畢，如要加開會議，則須調查 12 月 28 日以前委員能出席會議的時間。
- 二、另今日為本會最後一次會議，故尚須確認會議紀錄。請幕僚分送流程表供委員參考。委員如無意見，則按預定行程辦理。(委員未表示意見)
- 三、接下來進行報告事項，請林執行秘書宜靜說明。

林執行秘書宜靜

請同仁宣讀上(第 188)次委員會議議事錄。

貳、報告事項第一案「確認本會上(第 188)次委員會議議事錄」、報告事項第二案「本會上(第 188)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形」、報告事項第三案「本會重要業務報告」及報告事項第四案「中央健康保險局報告『醫療費用支出情形』」與會人員發言實錄

江主任委員東亮

對於上次委員會議議事錄有無需修正之處？若沒有，確認上次會議議事錄。報告事項第二案，請林執行秘書宜靜說明。

林執行秘書宜靜

一、請委員翻到議程資料第 10 頁，上次及歷次委員會議決議(定)事項追蹤辦理情形。上次會議追蹤事項有四項：

(一)第 1、2 項為 102 年度中醫門診及醫院總額之地區預算分配案，已列入本次會議之討論事項，建議結案。

(二)102 年度醫院總額地區預算分配案之附帶決議「建請衛生署成立醫療體系改革小組進行整體性規劃」，已於 11 月 21 日函請衛生署鈞參，衛生署並於 11 月 26 日回復，已錄案參辦。

(三)102 年度各部門總額一般服務費用中，需保障或鼓勵之醫療服務，請健保局會同相關總額團體議定後送本會備查案，健保局各部門總額支委會已討論通過，102 年度各部門總額一般服務保障項目，已彙整於第 12 頁之附表，請委員參閱。

二、歷次委員會議追蹤事項辦理情形如下：

(一)請委員翻到議程資料第 13 頁。第 172 次會議謝委員武吉提案，有關住院、透析及其他接受醫療照護之病患至他院轉檢、代檢及接受醫療相關服務案，健保局回復衛生署 11 月 6 日公告修正醫療辦法，委員所提建議已納入規劃、處理，本案建議結案。

(二)請委員翻到議程資料第 14 頁，第 176 次會議陳委員錦煌提

案，有關署立醫院假住院真詐領事件，健保局轉述承辦檢察官意見，本案尚在偵查中，因偵查不公開，屆時調查完畢，如確認有涉及健保費詐領部分，會再請健保局確認及核算費用。健保局並已保留相關證據，將會依偵查結果辦理。本案建議結案。

(三)第 15 頁為第 184 次會議何委員語建議衛生署、勞委會研擬開放外籍基層護理人力政策案，護理及健康照護處回復：衛生署已於 8 月 29 日召開護理諮詢委員會議討論，結論認為目前應朝向護理教考用各方面努力改善後再議。

(四)第 186 次會議有關 102 年度各部門總額協定計畫辦理情形，已整理列在第 16~19 頁的附表。重點說明如下：

- 1.牙醫門診與中醫門診總額相關計畫，已在該部門總額支委會討論通過。
- 2.西醫基層之「新增 9 項跨表項目」，經西醫基層總額支委會討論僅同意開放 6 項，但他們希望維持預算不變。因目前並未收到來文，俟收到後再處理。
- 3.醫院總額部門，有幾項計畫為兩案併陳衛生署裁決中，包含慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫、提升住院護理照護品質計畫、新醫療科技、支付標準調整等。
- 4.至跨部門計畫，除新增之醫院垂直整合試辦計畫，健保局與醫界刻正持續溝通研擬可行方案，餘皆已通過。
- 5.門診透析服務新增 2% 預算用於鼓勵非外包的院所，經健保局討論，102 年度執行方式，將比照 101 年度模式辦理。

(五)102 年度總額公告後，相關計畫辦理情形，後續將由健保會處理，以上說明。

江主任委員東亮

對追蹤事項辦理情形，委員是否有意見？

何委員語

第 184 次會議臨時提案，提案案由是開放外籍護理人力，但說明內容有建議衛生署邀請學術單位進行護理人力的調查方案，包含評估護理薪資與社會薪資水平是否合理，其與醫師薪資的差距，目前已補足多少護理人力等。我想要完整的答覆，看衛生署認為應怎麼做比較好，而非護理諮詢委員會討論認為沒必要就拿掉。我的重點是希望衛生署能編預算委託人力資源研究所的教授、專家學者，進行護理人力整體評估與調查報告之研究、夜班加班費應多少才合理，對未來護理人員的任、進用，才有吸引力。比較關心的是國內 26 萬多領有證照的護理人力能回流多少，而非是否開放外籍護理人力而已。現只有 13 萬多人執業，如能回流 2 萬人，可能醫療體系就不缺護理人力，最重要的是三班制，大夜班津貼如果每晚 800~1,200 元，我想樂意從事護理工作的人應非常多。以上是我比較關心的事項，謝謝。

江主任委員東亮

- 一、何委員語的建議，不只開放外籍基層護理人力，更重要的是本國已有證照的護理人力回流問題。將摘錄何委員語的發言重點，轉請衛生署參考。
- 二、如委員無其他垂詢，本案結案，接下來進行報告事項第三案。

林執行秘書宜靜

請委員翻到議程資料第 21 頁，本會重要業務報告有兩點，一為幕僚整理 2000~2010 年健保特約醫院停歇業家數及特性資料，二為衛生署及健保局函送供參相關資料。

江主任委員東亮

之前曾答應社區醫院協會分析相關資料，大體而言，近幾年醫院家數的減少已大幅緩和，特別是小型醫院。各位可以看到表 1，歇業率從 2005 年以後就開始往下降，很明顯的小型醫院歇業情形不

再像過去那樣嚴重，這可能與委員的努力有關係。表 2-1，大型醫院中，300 床以上者有 1 家歇業，就是華濟醫院，可見大型醫院在目前的環境也並不是都能生存。大型醫院歇業率雖較低，但小型醫院的新設家數也不少，另人口密度高的地方歇業率較低。簡單說台灣醫療體系經過一番春秋戰國，留下來的都是菁英。接下來請林執行秘書宜靜說明。

林執行秘書宜靜

- 一、跟委員說明，第 23 頁表 2-1 係針對 420 家存活的醫院特性進行分析，即 2000 年存在且 2010 年也存在的醫院，這 420 家中，大約有 29% 醫院，其病房分布在 300 床以上，而歇業的醫院計有 189 家，以病房 50 床以下為主。
- 二、表 2-2 是橫向分析，50 床以下共有 275 家，在 2000 年存在且 2010 年也存在的醫院有 109 家，約佔 40%，新設醫院有 20 家，歇業者有 146 家，約佔 53%。整體來看，過去十年間以 50 床以下歇業率較高。在人口密度的分布，發現有個狀況還不錯，人口密度比較低的鄉鎮，也就是第一等級的鄉鎮，醫院存活比率有 52%，歇業部分為 33%。比率雖然比其他區高一些，但與第二區、第三區、第四區及第五區比較，還在範圍之內。
- 三、表 3-1 與表 3-2 採一樣的分析方法，係特別針對地區醫院分析，以上補充。

江主任委員東亮

- 一、大致看來，地區醫院應該還可以，未來可能大型醫院的狀況會比地區醫院嚴重。不管怎樣，整體來說，目前的狀況可能需要再觀察。
- 二、最近 Michael J. Sandel 來台灣，他是哈佛大學的教授，專門談論正義的問題，前幾天在台大體育館演講，吸引六千人參加。這本書「錢買不到的東西」，我想正是各位心裡頭每天

所想的事情，買下來送給各位，謝謝大家。接下來進行報告事項第四案。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

主席剛剛的結論，從附表好像看不太出來，剛說未來大型醫院會較困難，但我覺得未來大、中、小型醫院都會越來越困難，這是事實。如果從這些附表看來，屬於一般、農業鄉鎮的地區醫院很明顯是萎縮最大的一個區塊。我們以後對於這個區塊要特別注意，即較弱勢民眾的鄉鎮。大型醫院總共就只關一家，所以從表的數字看不出大型醫院比較辛苦。但坦白說，現在無論大、中、小型醫院其實都相當辛苦。從這幾張附表看來，凸顯健保十幾年來，對於越弱勢的鄉鎮造成越大的衝擊，以上資料應可給未來長官做為施政的參考。

江主任委員東亮

剛剛講的是相對於過去，現在地區醫院是比過去看起來好一點。適者生存，能夠存活下來的醫院就有其可敬之處。剛剛謝董事長文輝講得很好，事實上偏鄉地方還是個很大的問題。過去我們分析地區醫院在偏鄉中，其三分之二的收入是從住診，顯然住診對偏鄉地區是很重要的，這部分我們應該繼續關心。

林執行秘書宜靜

報告事項第四案，請健保局報告醫療費用支出情形。今天囿於時間因素，建議請委員參閱。

江主任委員東亮

是否就請委員參閱，接下來進行討論事項第一案，請同仁宣讀。

參、討論事項第一案「102 年度中醫門診總額一般服務費用分配案」
與會人員發言實錄

江主任委員東亮

中醫師公會全聯會另有補充說明資料，在補附資料第 1 頁，請全聯會說明。

孫委員茂峰

- 一、我們的重點在總額精神本來就是尊重各總額團體的共識與發揮同儕制約。中醫走得比較保守，所以在人口占率與醫療費用占率中，進得較緩慢，而且因為 93 至 98 年期間，出過一些狀況。
- 二、這是第一次納入偏鄉人口占率的概念，在中醫支委會已經與健保局取得某種程度的共識，唯一沒有共識的是，如果偏鄉部分調整後，剩餘的費用，可否按照全聯會的共識方式分配？而不要全部用到戶籍人口數占率處理。其內容及細節可否請執行長說明。

江主任委員東亮

請張執行長繼憲說明。

張執行長繼憲

- 一、主席、各位委員早。全聯會在 102 年地區預算分配案中，提出偏鄉地區預算分配的想法，也經上次費協會多數委員贊同，並在中醫門診總額支委會經過充分討論，達成共識。提出補助偏鄉地區醫療費用點值的目的是，是把預算真正運用到醫療資源相對較差的鄉鎮。
- 二、從剛剛前面的報告，西醫醫院及醫療院所新開業與歇業家數比例，在一般、農業鄉鎮部分的地區醫院與基層院所分布情形，可以看出醫療資源是在減少。中醫全聯會補助偏鄉地區的想法，我們除了希望能夠照顧醫療資源較差的鄉鎮區外，也希望藉由這樣的想法，能夠有足夠的誘因可以鼓勵當區密

集度高的醫師移動至該區的偏鄉。這樣的想法，我們覺得非常可行。

- 三、在中醫全聯會幕僚試算時，我們考慮兩個因素，第 1 項就是偏鄉的想法我們非常想要落實，可是，當時全聯會提出 1% 用在偏鄉部分，是怕如果偏鄉預算一次到位，使用太多預算時，原本在六區間點值的落差，可能會造成該區偏鄉與較密集的地區，其點值落差相對增大甚至超過 10%。因此建議偏鄉補助一定要鼓勵，但是否要一次到位，還是等成效出來再慢慢增加預算。這是第一項的補充說明。
- 四、第二點在偏鄉部分，假設有剩餘款項，不論是用指標 1 或指標 2 分配預算，我想都有其一定論述。原本在討論戶籍人口占率時，中醫內部也有不同意見，假設還有剩餘款時，我們希望採較折衷的方案，也經過全聯會多次會議協商、討論，希望取得比較中間的共識，既不要採用醫療費用指標，因為可能有供給創造需求的疑慮，但若完全用於提高戶籍人口占率時，對有些區傷害會更大。
- 五、102 年中醫總額成長率約 2.5%，從原本「五分區實際收入預算占率」指標 80%，移 2% 到新增之「偏鄉人口預算分配調升機制」，中區的預算可能會負成長。另外，在點值預估 102 年會比 101 年更差的情況下，2% 偏鄉部分使用非常多預算或全部支用完時，中區會第一個承受最大的衝擊，因為在同一區中，在偏鄉與密集的地區，點值落差會超過 10%。中醫全聯會是用這樣的概念，提出此方案。改用就醫人口占率加上戶籍人口成長率校正的方式來分配剩餘款。以上補充報告，謝謝。

江主任委員東亮

請健保局補充說明。

蔡組長淑鈴

- 一、有關中醫地區預算分配，在支委會確實充分討論。支委會委

員都非常支持中醫本次提出 2% 費用，用於優先鼓勵總額內的偏鄉。而且大家有共識支持讓偏鄉點值至少每點 1 元。另同意各區總額有最低保障，不管偏鄉點值保障後之剩餘款用到哪裡，都能保證各區沒有負成長。

- 二、費協會決議同意用於偏鄉，若支應偏鄉後之剩餘款就考慮用於戶籍人口指標，因為費協會決議與全聯會的共識有衝突，所以最後兩案併陳送貴會。
- 三、剛剛全聯會提出一個觀點，假如偏鄉補到每點 1 元，有可能造成當區內結算的點值差距會拉大。這件事情也可能發生，因為都是動態的，但會有個好處，以中醫師很多的中區為例，中區中醫師都偏向於都會區開業，所以中醫師很多，但並未均勻分布，中區之偏鄉也沒有中醫師，所以依新分配方式，最後結果當然會造成偏鄉每點 1 元，而都會區是 0.88 或 0.89 等情形，中醫全聯會提出訴求，如果偏鄉與一般地區差距在 10% 以上時，是否該進行檢討，我認為以現在數據估計，是會發生的，但可以達到的好處是，符合中醫界訴求希望鼓勵偏鄉執業，讓區域內的中醫師分配更均勻的想法。但能否保證某些地區點值偏低可以回正，這件事情就是兩難。
- 四、補充到此，還是要讓費協會委員討論剩餘款是否回歸人口占率。還有個變數是假如一般地區中醫師點值下降時，則偏鄉每點 1 元拿出去的錢會更多，重分配效果會更好，但仍無法滿足各區中醫師的期待。

江主任委員東亮

感謝蔡組長清楚說明。基本上來講，中醫地區預算分配中，有兩個情況，前提先講清楚，就是從 80% 拿 2% 出來，2% 約有 4 億元，這 4 億元要如何使用，會有兩個情況，第一個情況大概沒有問題，就是將錢用於偏鄉，點值每點 1.1 元，是每點 1 元還是 1.1 元？

林執行秘書宜靜

每點 1 元。

江主任委員東亮

- 一、我還以為是 1.1 元，應該給 1.1 元，又沒有什麼人在那邊執業，所以每點 1.1 元也不為過。以現在中醫師公會全聯會提出來的定義推估，頂多需要 4 千萬元。若以每點 1 元估算，用不到 2 千萬。這 2 千萬元對中醫總額而言，只有一點點。
- 二、現在每點 1 元，接下來的問題是，因為拿出 4 億元，只用掉 2 千萬元。中醫師公會全聯會你們推估偏鄉這項指標會用多少？2 千萬元嗎？

張執行長繼憲

補充報告，如果用在每萬人口小於等於 1.5 人的偏鄉，不附帶其他排除條件時，以 100 年第 1~2 季醫療費用預估，會用到 8,000 多萬元，若加入一些排除條件，如加入該鄉鎮區醫師數小於 10 人或 5 人，或月平均收入高於 32 或 40 萬元者，大概就是主席所提的 2,000 多萬元。

江主任委員東亮

基本上，你們建議要排除收入多的醫生，並限制該鄉鎮每萬人口中醫師數 1.5(含)以下，及鄉鎮中醫師月平均申請點數小於全國平均值，對不對？大概 2,000 多萬，剩下 3 億 7 千多萬，要選擇什麼方法分配，中醫部門提出的是就醫人數乘以戶籍人口成長率，而健保局則建議回歸戶籍人口數占率。請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

本來沒有要講，你叫我說，我就說。個人看法是中醫在都會區，台中、北區開業的人較多，既然去年中醫部門同意，在 101 年 9 月份要提出提高人口占率方案，就應該執行。今天擬辦是填充題，「(一)各區實際收入預算占率：78%；(二)各區戶籍人口數占率：____%」，還有其他項目等。如果像之前鄭委員淑芳建議提高

5%，中醫會抗爭，所以希望尊重費協會委員意見，不要老是在都會區執業，像雲林縣沿海地區沒人要開業，且無中醫師鄉醫缺方案還有 7,000 萬經費，我的用意是要照顧全國中醫師，並非針對中區、北區提出意見，所以別再討價還價。我釋出善意，戶籍人口數占率同意再提高 1% 就好，不用 2%。

江主任委員東亮

這樣可以嗎？

陳委員錦煌

還沒講完，擬辦(二)各區戶籍人口數占率提高 1%，(六)偏鄉人口預算分配調升機制為 1%。因為無中醫鄉醫缺方案已編 7,000 多萬，這樣不會太超過。希望中醫部門正面回應，不要只往都市發展，而沒有醫師去鄉下服務。

江主任委員東亮

所以 2% 預算分配予偏鄉後，剩餘款之運用雙方未有共識。補足「偏鄉」浮動點值至每點 1 元，現在建議(二)各區戶籍人口數占率：提高 1%，及(六)偏鄉人口預算分配調升機制：1%。

陳委員錦煌

報告主委，這不會影響中醫點值。

江主任委員東亮

有個問題，拜託中醫部門講清楚，台北、北、中、南、高，哪一區比較支持用戶籍人口占率分配預算？

張執行長繼憲

如果調高戶籍人口占率，北區贊成，台北區無意見，中區反對、南區及高屏區支持中區意見，共 3 區反對。

江主任委員東亮

如果用你們提出的指標，即指標 6：「偏鄉人口預算分配調升機制」，哪一區比較贊成？

孫委員茂峰

全部贊成用於偏鄉，北區則提出：「除了該鄉每萬人口中醫師數 1.5 以下外，『平均收入』是否應加入附帶條件」。

江主任委員東亮

一、看起來，偏鄉部分 1% 沒有意見，至少付費者這邊，陳委員錦煌沒意見。

二、另外，若把提高戶籍人口占率由 2% 減為 1%，就不會這麼多，是否較緩和？因為算起來與中醫部門提出的方案差不多。請孫委員茂峰。

孫委員茂峰

剛才強調，93 至 98 年期間曾經有過變動，事實上，對於中醫師數非常多的中區來講，數字影響的心理因素非常大。基本上，我們已朝此方向前進，只希望第 1 年能有緩衝，變動不要太劇烈。

江主任委員東亮

現在已開始緩和，陳委員錦煌不堅持 2%，比鄭委員淑芳提出 5% 少，且由 2% 變 1% 了。

陳委員錦煌

坦白講，孫委員茂峰爭取是應該的，但要尊重費協會委員職權，已到支委會討論一次，再回費協會，若連 1% 都不行，那就不要。

江主任委員東亮

我說過，主席沒有裁決，只有建議。我提一個建議案，請大家思考看看，即：「(六)偏鄉人口預算分配調升機制」為 1%，若 1% 沒用完，就改依「(一)各區實際收入預算占率分配」，這樣可以嗎？

陳委員錦煌

先從「(二)各區戶籍人口數占率」講起，怎麼跑到「(六)偏鄉人口預算分配調升機制」？

江主任委員東亮

「(二)各區戶籍人口數占率」，已同意調高1%。

陳委員錦煌

現在換到「(六)偏鄉人口預算分配調升機制」就對了。

江主任委員東亮

現在關心的是「(六)偏鄉人口預算分配調升機制：1%」，若沒用完回到「(一)各區實際收入預算占率」，可以嗎？大家各退一步，比較好講話，以實際收入，不用複雜的原則。

孫委員茂峰

- 一、謝謝主委，也謝謝陳委員錦煌。跟陳委員報告，我們只是表達中醫師公會全聯會的共識及看法，絕對沒有不尊重付費者委員的意思。
- 二、剛剛主委是說，1%放在「(二)各區戶籍人口數占率」，另1%放在「(六)偏鄉人口預算分配調升機制」；若「(六)偏鄉人口預算分配調升機制：1%」用不完，按照中醫全聯會建議...

江主任委員東亮

不，不，比中醫師公會全聯會建議更好。

林執行秘書宜靜

是回歸依指標「(一)各區實際收入預算占率」分配，就是回到基礎。

江主任委員東亮

這樣可以嗎？

孫委員茂峰

好，謝謝各位委員。

江主任委員東亮

可以。進入討論事項第二案。

蔡組長淑鈴

指標六，對於「(一)補足偏鄉浮動點值至每點 1 元」之定義，「限該鄉鎮每萬人口中醫師數 1.5(含)以下及鄉鎮中醫師月平均申請點數小於全國平均值」，因為其中「月平均申報點數」是動態且無法事先計算，建議文字改為「前一年月平均申報點數」。

江主任委員東亮

可以吧？改「前一年月平均申報點數」比較好計算。現在進行討論事項第二案，請同仁宣讀。

肆、討論事項第二案「102 年度醫院總額一般服務費用分配案」與會人員發言實錄

江主任委員東亮

醫院部門有無補充？請說明。

劉副秘書長碧珠(蘇委員清泉代理人)

各位委員，醫院部門人口占率，已連續 5 年都沒有變動，大家對此公式當然有很多質疑，問題是連續 5 年沒往前進的結果，對某些區其實也產生非常大的影響，不論北區或東區，其人口占率對醫院每年的虧損都相對嚴重。過去也提過公式如果不理想，能否修正，但在沒有人提出更好公式的情況下，建議既然無太大變動，上次醫院支委會討論，也只能在 45~46% 間調整，往前稍微進一小步，影響並不會太大，各分區也能有一點成長率，可讓影響因素不會太明顯。

江主任委員東亮

所以建議人口占率調增為 46%。

劉副秘書長碧珠(蘇委員清泉代理人)

是的。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、本案對醫院部門來說，相當有爭議性，基本上，大家都贊成「錢跟著人走」，其實是「錢跟著實際的醫療走」，才更精確。但為何公式停頓 5 年都沒變動，因為用一個簡單的公式，很難處理醫院總額複雜的面向，越簡單的醫療行為越容易移動，像西醫基層 IDS(整合性醫療照護系統，Integrated Health Care Delivery System)，保障偏鄉點值每點 1 元，我知道本來很多在台中市開業的醫師，就願意跑到信義鄉開業。
- 二、地區預算分配從 93 年開始，執行 2 年就引起很大爭議，95 年費協會召開相關會議，由李玉春教授召集，彙整各界意見後的論點，如：「相關參數、因素應合理調整，建議 R 值計算

方式宜實施 5 年後重新檢視，應是較好的處理方式，且較貼近實際資源耗用的數據」，也因這樣的結論，於 96 年時將 97 年的 R 值停止往前進，之後 5~6 年都一樣，顯然大家有共識。費協會於 97 年委託醫師公會全聯會進行相關研究，指出：「各部門總額有其差異性，應該有不同的公式，且對各種人口因子相關因素應修正」，還有「現行健保局 6 分局的劃分與實際情形有差異，並非非常精確」。而醫院資源已放置，很難以此方法讓其移動。

三、說明實際情況供各位委員參考，經過 5~6 年未變動，上個月醫院總額支付委員會討論結果，只有北區贊成，其他區都反對變動。北區 101 年第 1 季點值排第 3，在前半段，101 年第 2 季為第 2 名，點值很高，但健保局調查民眾滿意度，與其他分區差異不大，北區的醫院倒的比其他分區多嗎？沒有，點值反而很高，現在人口占率如果往前進，不考慮剛才講的研究因素，目前點值 6 分區中倒數的 2 分區會更慘。各位委員要考慮，目前完全無配套機制，中區及台北區的點值會越來越慘，台北區的宜蘭縣大同鄉、北海岸，中區的南投縣、彰化縣沿海地區、台中縣東勢及卓蘭，還有梨山等很多地區，用此制度則無法解套，會更淒慘。

四、偏鄉的地區醫院點值都比大型醫院低，因為每點 1 元優先扣除的項目少，地區醫院藥費僅占 21% 左右，醫學中心則有 30%，又無相關配套措施，不是逼死這些在逐步調整 R 值後，點值會越來越差的分區中比較弱勢的鄉鎮地區醫院嗎？顯然這套公式沒有完整配套，無法很完整地因應現行醫院總額，因內容其實很複雜，怎能只依據人口、年齡、性別等基本因素，反應醫院總額中實際的醫療需求。以雲林縣為例，近期研究指出，因台塑六輕設廠的影響，空氣污染嚴重，造成當地居民罹患癌症風險增加，而每個地區洗腎、RCW(呼吸照護病房)等需求也都不同，但都未納入此公式考量，因此不

建議貿然繼續採用。

- 五、上次醫院總額支委會討論時，衛生署代表梁組長淑政提到，衛生署對此公式有進行檢討，可能也想做些變動。因此，我認為在 96 年決定 97 年不調整的因素都還存在的情況下，若今日我們通過此爭議性大的議題，本屆委員前幾年暫緩實施的理由就站不住腳，當初就不應該停，所以若客觀環境都沒有變動，當然要維持費協會的原則，大家若覺得公式有問題，但沒有進行修改，且剛才提到的問題也沒有配套，最近 1 季北區點值為全國六分區第 2 名，醫院很努力服務，民眾滿意度也沒有差異，所以我認為沒有迫切性需要變動，否則這一增加，後續的負面影響很大。
- 六、建議在大家都覺得公式有問題的情況下，沒有調整、檢討之前，費協會已經維持不變 5、6 年，則不應該再往前，否則如何解釋過去也都未修正，因此建議應該維持不動。

江主任委員東亮

請張副秘書長孟源代表醫師公會全聯會發言。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

- 一、主席、各位委員大家好。因為剛才謝董事長文輝指出醫師公會全聯會有進行衛生署委託健保六分區 R 值分配的研究計畫，在此補充說明。97 年時醫師公會全聯會執行此研究案時，有徵詢各總額部門、專家等對此發表意見，誠如剛才謝董事長文輝所提，各總額部門都有一肚子的苦水，因為數學公式的預估值均有其適用的限制，也不可能完全反應醫療需求與利用，此公式真的有檢討的必要。
- 二、謝董事長文輝也提到，衛生署代表梁組長淑政有考慮到此公式的修訂，我也認為若有修訂的契機，能夠好好地進行研究相當重要。在當時的研究中，幾個重要的決議，臚列在今日會議資料的第 41 頁，如點值採計、分配方式等，皆以尊重專業及各總額部門的共識為原則，以醫院總額部門為例，六分

區各有其代表性，到費協會開會前，有需要凝聚內部共識。因本公式在適用性上有疑義，是否要往前進還是尊重支付委員會決議，但建議仍以各總額部門內多數意見為主。以上簡單說明。

江主任委員東亮

看來這是個困難的問題，在我尚未上任前就已經發生，現在不到一個月時間可以處理。不知道付費者代表這邊的看法為何？請蔡委員登順。

蔡委員登順

一、主席，本案在健保局支委會已經討論很久，如同剛才二位委員的發言，雙方意見都不同，所以我上次會議建議先請健保局試算，試算的結果在今天補充資料第 3 頁。依試算結果，影響最大的是台北區，推估增減金額為負 13.26 百萬元，依序為中區及高屏區，基本上差異最大的台北區也支持本案。費協會之前有希望人口占率再往前進的建議，表示需求量增加，依會議資料所提，地區預算分配方式為「自 93 年度起，原則以 8 年為期，逐步達成預算 100%按校正風險後之各區保險對象人數分配」，從 93 年到現在 101 年剛好 8 年，結果都沒有往前進，所以我們也期待今年可以動一下、做做看，明年再來檢討，不要都不動。

二、一直以來兩方面的意見都不同，能否推動一年後再來檢討？我們只動 1%，達到 46%，明年健保會還可以充分討論，也符合當初的規劃及公正性。台灣人口分布不斷地在變動，希望能夠適時反應人口占率高的地方之需求，這是我追求公平，反應需要的立場，我支持要往前進。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

補充一句，蔡委員登順剛才說台北區同意調整，但在座的 3 位委員都不能代表台北區，能否請陳特助瑞瑛代表台北區發表意見，

謝謝。

江主任委員東亮

請陳特助瑞瑛。

陳特助瑞瑛

- 一、我目前已經退休，不能算是台北區的代表，但過去 4 年多有代表討論這個議題。關於地區預算的這個公式，我覺得很遺憾，包含費協會、衛生署。衛生署鄭副署長守夏也曾親自主持會議，都覺得公式有問題，但為何到現在都沒有修正，可能是很多的專家學者對此議題不太有興趣，希望江主委回到學校後，看有沒有人能夠勇敢出來檢討這個公式，真正做改善。
- 二、若照現在的規劃，人口占率變更為 46%，將來如果再往前進到 100%，我看台北區的醫院都要倒閉、關門，大概只剩北區的醫院，用「區」來說，確實會變成這樣。醫院協會會員包含各區、各層級醫院，家數多，且很難達成共識，不像其他總額部門的全聯會，主導性較強，因為醫院的形態多元，而住診部分更為複雜，若只看「校正人口風險及轉診型態後保險對象人數」還不是很準確，大家可以參考跨區就醫的百分比，跨區到台北區就醫的民眾中，北區就占 30% 多，因為只有一縣之隔，尤其高鐵通車後，從高雄到台北就醫才 1 個半小時，比台北市公車到郊區還快。在之前鄭主任委員守夏主持會議時，他說按照錢跟著人走，人口占率的比例其實不一定要達到 100%，應該有個停損點，所以前幾年的預算，我們認為在公式還沒有辦法修訂前，門診維持在 45%、住院 40%，是醫院部門的停損點。
- 三、台北區的醫院也多次找專家學者來討論這個問題，其實在門診，風險校正因子除了年齡性別指數外，還有標準化死亡比，因為台北區很多重症病患，所以標準化死亡比應該只能算在住診，若用此公式，還需參考很多因素，就像 95 年李教

授玉春在費協會時說的，應該要重新檢討所有的因子、參數。我認為在未檢討前，不宜變動，尤其以目前在支委會看到的點值資料，台北區與東區門住診加起來都是倒數第 1、2 名，幾乎每一季都是這樣。我目前是醫院協會的代表，非常期望無論是衛生署、健保局或費協會，真的要好好檢討此公式，不要每年各區醫院都為此爭執，因為每次做出來都是三區正值、三區負值，很難達成共識。而各區的醫療資源分配及疾病嚴重度都不同，一個門診的癌症就可以讓台北區點值差到 3% 左右，若要如此調整，應該要再考量病患疾病的嚴重度，以上是我的說明。

江主任委員東亮

感謝陳特助瑞瑛說明。請葉委員明峯。

葉委員明峯

剛才聆聽幾位委員的意見，其中醫療機構專家間的意見分歧，本案是個需要持續、深入探討的議題，我認為今天討論恐難有結論。建議維持原來的比例，惟請衛生署務必自行研究或委託專家學者研究，俟有較客觀的數據後，再考慮要不要調整。

江主任委員東亮

謝謝葉委員明峯。請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

贊同葉委員明峯的意見，維持原來 45%，因為今日的行程有「前往圓滿感恩餐會」，若雙方有意見就無法圓滿進行餐會。目前醫界內部意見分歧，建議由衛生署、健保局再與醫界討論，交由未來健保會裁決。

江主任委員東亮

請何委員語。

何委員語

- 一、我也支持葉委員明峯的意見。
- 二、感謝健保局近日提供醫院總額部門各類別醫院收入資料，其中地區醫院的收入一直在下降；台北市很多地區醫院很難生存，未來會有更多地區醫院關閉，基隆、新北市，甚至桃園縣的民眾都往台北區就醫，民眾往台北市尋求就醫資源，但台北區的醫院點值卻越來越低，這對台北市很不公平，希望維持 101 年的公式，另成立專案小組進行研究，做個綜合、深入的討論。

劉副秘書長碧珠(蘇委員清泉代理人)

- 一、主席，還是要再重申一次，在座很多委員都從費用端去看這個問題，但今日 6 分區的點值有所不同，很大的原因在於健保局 6 分局業務組在「自主管理」的制度執行面完全不同。北區在中區及台北區中間，若台北區及中區採取與北區一樣的「自主管理制度」，點值也會跟北區一樣高，委員可以再深入了解 6 分區業務組的點值分配制度，北區醫院的高點值是犧牲多少點數換來的，各醫院都咬牙承受重大的財務壓力，真的快撐不下去，所以今天雖然才 1%，經費也不多，但我們也要極力爭取，有其背後的原因。
- 二、剛才謝董事長文輝提到，台北、台中有偏遠地區醫院，向各委員報告，偏遠地區醫院的點值全部保障每點 1 元，例如東勢農民醫院是全院保障每點 1 元，請大家不要忽略這個事實，今天這個制度、公式，雖然不完整，但也請委員考量，在多年未做調整的情況下，對某些地區醫院的犧牲，能否多些寬容，往前動一點點，1%的影響並不大，但對某些區卻有很大的幫助，讓醫院能再往前走下去，拜託拜託。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、主席，我覺得健保局 6 分區業務組都盡最大努力在控制點數，才有現在看到的點值，個人認為中區業務組的管理是全

國 6 分區中最嚴苛，我們不需要經過審查，各醫院費用額度若超過，為達到目標點值，藥費超過部分直接先刪除 60%，其他費用直接刪除 50%，若全體未達預定點值，再來一次行政核刪(不用審查)讓點值達到目標。全世界沒有這樣嚴格的制度。

二、說到辛苦，我認為大家都非常辛苦，但我們必須面對一個很嚴肅的問題，個人比較容易移動，但醫院一旦設立後不能移動，所以要改變部分民眾到台北就醫幾乎不可能，因為這就是他的實際需求，依現行健保制度，小醫院幾乎無法存活；所以若要往前進，除了檢討公式外，還需要有配套措施，在醫療資源不足、偏鄉等醫院萎縮的地區，要有準備金來保障醫院點值，這樣小醫院才能再活起來，民眾才能就近就醫，此公式才能達到真正的目的。若說健保局其他分區業務組沒有認真管控，我覺得有失公允。

江主任委員東亮

請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

一、主席、各位委員，表達個人看法，第一，剛才大家對 R 值有很大的爭議，先針對門診的部分說明，R 值最大的癥結點在於醫界認為 R 值要跟著「這個地區內生病的人」走，而不是跟著「這個地區內所有的人」走，所以才一直強調公式不合理，認為這個地區醫療費用花的多，就應該要多給預算；但這跟原始 R 值設計的精神不同，R 值的精神是「這個地區有多少人口，依據生病的機率預估有多少需求」，兩者的基本觀念有很大差異，所以為什麼會有不合理的聲音，是因為大家的出發點不同所造成，若對此沒辦法達成共識，未來也很難進一步做公式的改進。當然，我贊成現在的 R 值，因為它經過人口、性別及各年齡層罹病機率的校正後，計算各區的需要。對此，還是要表達個人的看法。

- 二、第二點，剛剛區域醫院的代表說得很好，我們現在看到的很多事情，都是看到結果再回去推論，今天不是只有北區，其他區也會發生這種情形。如果某地區醫療資源少，發生的醫療費用就會少，民眾因為醫療資源不夠，就會往資源多的地方就醫，也會把這個地區的錢帶到別區，而不是錢分配到哪區，就會固定留在那區，有跨區就醫的問題。至於點值的部分，涉及各區的管理，誰管的好、誰管不好，我想就由各區評斷，至少點值無法做跨區比較，因涉及各區的管理辦法。
- 三、最後一點，其實不能說沒有配套措施，這裡要佩服謝董事長文輝，因為他之前所提的醫療資源不足地區保障方案(增進偏遠地區醫療服務品質計畫)，正好可以補足他剛才所提偏遠地區醫療資源不足的問題，事實上都已經有補助，所以我想 R 值往前調整，影響衝擊沒有那麼大。

江主任委員東亮

好。還有嗎？

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、剛剛提到醫療資源不足地區保障方案，要向大家報告，現在偏遠地區因為經費規模有限，受保護的這些醫院其實都是相當需要的，但並非全面受衝擊的醫院都已予以保護。而且保護還有上限，所以事實上不是每點 1 元，有很多醫院每點連 0.95 元都不到，配套的支撐力尚不足，可能要靠未來的健保會來努力。
- 二、如剛剛所提，我們有好的醫院，大家也都贊成錢跟著人走，更精確地講，是錢跟著實際的醫療需求走。現在問題是很難用經濟誘因去讓醫院移動，若要在偏遠地區蓋 1 家醫學中心，全部的人都會反對，認為醫學中心應該縮小，但我們又無法遏止在鄉鎮、較偏遠地區的醫院一直關門，醫院的經營當然不能只憑理想。以議程的模擬試算表來看，坦白講，如果人口占率一直往前走，最慘的是東區而不是台北區，數據

表面上看東區門診點值也不錯，其實到各分局是門、住診合併計算，事實上偏鄉的東區會最慘，第二個才是台北區、再來中區、高屏，我們不能只有一家烤肉香，應該要考慮整體的均衡性，這是個有爭議性的問題，在有爭議的情況下，很多委員有意見，我認為最好的辦法就是暫停。

江主任委員東亮

- 一、對這個議案，原則上委員對門診的人口占率維持 45% 或調增為 46%，並沒有共識，醫院部門不同區之間也無共識，建議兩案併陳送署裁決，並請衛生署在一年內完成檢討報告，以供明年是否往前進的參考，可以嗎？好，就這樣，我看是兩案併陳，不然怎麼辦？至少大家已經澄清各自的立場。
- 二、接下來進行討論事項第三案。現在時間 11 點 05 分，已經快沒有時間討論，先請同仁宣讀。

伍、討論事項第三案「102 年度藥品費用總額支出目標值案」、討論事項第四至十二案及「確認本會本(第 189)次委員會議議事錄」與會人員發言實錄

江主任委員東亮

健保局非常有誠意，於聽取上次委員會議意見後，對試辦方案做一些修改。可否請黃局長三桂說明。

黃局長三桂

請沈組長茂庭說明。

沈組長茂庭

主席，各位委員大家好。謝謝委員過去提供的建議，健保局也參考大家的意見將草案作修正，請大家參考補充資料第 5 至 6 頁。另請參看健保局支出情形報告的第 33 頁，表 16 是今(101)年藥費的支出情形，前 3 季都負成長，第一季負 2.04%、第二季負 0.79%、第三季負 1.4%。所以，我們認為今年是實施藥費支出目標最好的時機，因為基期不會太高。希望本案可以順利通過，或將本案及各位委員的意見送交衛生署參考。謝謝。

江主任委員東亮

對不起，主席時間控制得不好，已經超過兩分鐘，再進行 3 個提問，好不好？

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

原來基期值是採藥費申報金額，健保局也覺得不合理，因為申報金額可能包含灌水的費用，現在改用核付金額，但希望可以修正為專業審查後的核付金額，因為現在各分區為了讓點值好看，無所不用其極，像有些分區對各醫院訂單價，規定每個病人藥費多少，超過的全部砍掉，有的砍到六成或七成，最後為了達到點值，又再砍一次，不必審查。所以我認為申報金額如果不合理，後面經過扭曲的核付金額也不合理，專業審查後的藥費，才可以反映實際面貌，所以應該採用各分區經專業審查判斷之後的數

據。

江主任委員東亮

請謝委員天仁。

謝委員天仁

基期值，還有支出目標的處理…。

江主任委員東亮

你聲音不好，我這裡有喉糖。

謝委員天仁

謝謝，不好意思，我燒聲(台語)。在基期值和支出目標的處理，還沒有達成共識。所以建議，可否決議轉請健保會處理，因為還需要大家形成共識，所以我認為不適合做決議。

江主任委員東亮

還有沒有其他意見？請葉委員明峯。

葉委員明峯。

贊成謝委員天仁的意見。

江主任委員東亮

不只這個案子，後面還有好多議案。

林執行秘書宜靜

剛謝委員天仁的建議，可否修正一下。因為這是衛生署交付本會討論的議案，費協會即將結束，現在本案還沒有結論，假設我們要把藥費支出目標案移給健保會討論，是否我們要先回覆衛生署，委員的建議是待健保會成立後再交付健保會討論？

江主任委員東亮

請連委員瑞猛。

連委員瑞猛

主席，各位委員，對健保制度來說，本案是相當重要的議案，必

需要好好討論，其實今天要討論出結果有其困難性，但如果時間允許，這個案子應該盡快達到共識，因為有藥品可用對病患來說是非常重要的，台灣民眾在藥品使用的安全機制上已經有很大的問題，我站在藥師公會的立場，希望有關用藥安全機制等相關配套措施法制化能一併納入討論，也希望能快速將本案解決。以上是個人意見。

鄭委員聰明

對謝委員天仁的建議，因本案是衛生署交付費協會討論，如果移到健保會，對於 102 年試辦方案的整個作業程序，健保小組能否給一些提議或看法？

江主任委員東亮

請健保小組。

朱組長日僑

這是衛生署交付費協會討論的議案，即使費協會現階段無法達成共識，當然是照主席剛才所提，費協會會有回覆衛生署的程序。至於健保會成立時，是否再產生交議，這是新年度健保會成立後的後續事宜。

江主任委員東亮

這樣瞭解。

鄭委員聰明

以健保小組來看，這是 102 年度實施的試辦方案，到底明年要不要實施這個制度？這是交議案，明年是不做還是怎樣？請答覆明確，到底是怎樣？這沒有交接不交接的問題，這是兩碼事，現在就是交付到費協會討論。想請問健保小組、健保局，102 年度的試辦方案，如果費協會沒有完成協定，那健保局明年度能不能做？請健保小組或健保局講清楚。

江主任委員東亮

對鄭委員聰明的質詢，健保小組可否再繼續答覆？

朱組長日僑

- 一、對委員提到的想法及建議，依照衛生署交議的立場，因為二代健保實施在即，且由於人口年齡結構老化及醫療科技的進步，會逐漸影響到健保，現階段非常重要的是要將健保費用的資源做妥善配置。既然過去多年來藥費支出占率穩定維持在 25% 上下的情況下，當然我們希望在新年度開始時，於此基礎下，能夠做局部的調整，健保局現階段也已經提出，包括二代健保新法第 72 條針對抑制保險醫療資源不當耗用之相關改善措施，在未來也要提到健保會討論，這樣的機制下，對於藥費部分，我們當然希望朝整體管控的方向進行。
- 二、藉此機會，特別表達，因為行政院、立法院兩院的院長，也已經在 8 月 31 日宣示，希望藥費支出目標能夠在 1 年內實施試辦，當然我們也希望這個機制能夠在費協會有一定程度的共識，這也是衛生署的期待，謝謝。

江主任委員東亮

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

關於這個議案，到底施行好還是不好？實在很難講，但基本上有兩個問題要先處理：

- 一、付費者可能會認為藥費中有多少部分是健保用藥，有多少是營養食品？在這個部分沒有釐清前，若額度就這樣定下來，是否會太高。
- 二、醫界關心的是，高成長的用藥品項，因為屬專利用藥，所以不降價，但它明明高成長，對超支額度有一定貢獻，這部分應該要處理。
- 三、另外一點，不同部門總額的藥費成長有高有低，若低成長的

總額也要一起調降，這部分沒有區別，我想請健保會討論此問題時，也納入考量，未來健保會委員才知道爭議所在。

四、對於附件三，有 45 項題目(委員意見或詢問事項)，建議不需要全列，可將已解決的問題刪除後，選取比較重要的部分列下來，送健保會參考，這樣討論才會比較聚焦。

江主任委員東亮

請鄭委員聰明。

鄭委員聰明

今天主要討論程序問題，而沒有進入實質討論。如果藥費支出目標是好的政策，是否大家能考慮明年先以試辦方案實施。今天大家都講程序，要是健保會再拖，考量藥費支出目標的法律已通過，試辦方案也完成研擬，而且健保局也已經提出修正方案，可否再計算基期值及成長率，在可能的範圍做做看，再就實質面討論？因為我發現今天都在討論程序問題，但問題是法已經定了，請大家提供意見討論看是否可行，提出結論。我認為用程序這樣拖不好。

江主任委員東亮

有關法律問題…，請張副秘書長孟源。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

一、主席、各位委員大家好。對於程序問題，已於之前委員會議表示過，行政機關假如對適法性有疑義，根據大法官職權行使法，要申請大法官解釋，但到目前為止，都還沒有看到相關解釋。

二、剛剛謝委員天仁提到基期值與成長率，我看 102 年的試辦計畫就覺得很奇怪，我們比較憨慢(台語)，基層總額成長率只有 2%，醫院總額成長率可能 5%，藥費成長目標是否為平均的總額成長率，到底西醫基層的目標與醫院的目標是不是一樣？若是同一個成長率，那基層的藥費比例就會越來越高，

因為其他一般服務費用只有成長 2%，但藥費成長 4%。可以參看今天的議程資料，醫院的藥品占率是 29%，基層藥品占率是 24%，假如照這樣做，既然醫院與基層的目標不一樣，所以到底是節約藥品，還是浪費？實在完全不懂。到底這個目標是醫院的目標？還是基層的目標？還是牙醫的的目標？此外不同地區也有不同目標，還有台北要不要目標？高雄要不要目標？住院及門診也有不同的目標，這些問題都沒討論，也沒討論目標將來要怎麼處理。

三、再請參看健保法第 61 條：「前項門診醫療給付費用總額，得依醫師…及藥品費用，分別設定分配比率」，是行政主管機關「得」呀！行政主管機關有裁量權，且應該以社會最大公益，全民最大法益為主！

江主任委員東亮

請何委員語。

何委員語

- 一、本案已經連續三個月都提出討論，到現在都沒有結論。因為我們要和美國洽談 FTA(Free Trade Association，自由貿易協定) 相關事宜，而美國對其進口藥品的計價基準很有意見，如果這部分沒有妥善處理，FTA 的簽定會很困難，因為美國政府認為將藥品賣給台灣的計價，甚至包括專利停止以後，仍要繼續保有這種銷售價格的立場。
- 二、本案送到本會三個月，連一點結論及建議方向都沒有，好像把人家生了一半，剩下一半就不生，交給別人去生，這樣好像本會沒有盡到職責。大家如果沒有反對意見，建議在月底前召開一次會議，針對本案做最後建議，不管要不要實施，都要有個結論。

江主任委員東亮

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、我反對再開臨時會，都已經是最後一個會期，大家的共識都還沒有形成，硬要為了通過而通過，沒有這個道理。衛生署到現在沒有提出任何減少用藥相關機制的成效，本會怎麼訂基期值？訂了就是藥廠利益保障方案，我們付費者不可能接受這種條款。主席說我們今天要圓滿，我們很圓滿啊！我們不是決議不訂支出目標，而是交給健保會再詳加討論、訂定相關機制。目前的方案都不完整，你看健保局，我們講了他還再改，如果我們再提意見，可能還會再改，那臨時會要開到民國幾年？
- 二、我的意見很清楚，這件事情不是短時間大家能夠確定的，要好好討論，不要認為只有三個月的時間，那可以隨便提個方案，基期減 300 億或 500 億，可以嗎？或是就依照健保局給我們藥價差的相關資料，減 260 億，可以做到嗎？
- 三、到目前為止，健保局都沒有方案，我們要討論下去嗎？要擅自這樣訂下去嗎？這樣對得起民眾嗎？所以本案我們不是決議不通過，法源依據之前也講過，我認為沒有問題，只是大家沒有形成共識，不應倉促訂出支出目標。

葉委員明峯

贊成謝委員天仁的意見。

江主任委員東亮

- 一、大家都在困難的時刻，這件事情很艱鉅，不是一下子很容易就可解決，我們也嘗試過，至少提三次會議討論，每次其實都有進展。第一次我們收集各位的資料，彙整 41 條意見送給衛生署及健保局，事實上我也私下送給署長，因為這是很嚴肅的議題，問題很多，若只有 3 個問題還好，但我們有 41 個問題，而且每個問題其實都不是小問題。
- 二、第二次討論，會內同仁也很認真，收集到各方的意見及部分

問題的答案後，整理成意見表，在今日議程資料第 46 頁。我認為剛謝委員天仁講得很對，如果我們意見這麼多，實不宜倉促決定。醫院總額地區預算分配已經隔了 8 年都還沒有變動比率，就是因為在沒有一個好的檢討報告之下，使得人口占率的比率無法往前進，藥費支出目標議案恐怕不會比醫院總額門診預算分配來得簡單。

三、健保剛開辦時，我曾和行政院王昭明秘書長一起去視察，他對我耳提面命說，事緩則圓。有些事情要圓滿則不能急，急的話就不會圓滿，但我們也不能對衛生署沒有交待，沒有交待也不圓滿。以下是我的建議，在議程資料第 46 頁有一些建議，對本案我們沒有共識，陳委員宗獻從上次會議就強調，我們沒有共識，但我們有各自表達清楚的意見。除了過去的 41 點意見外，現在已經依照不同代表委員的類別，整理出三個不同的部分，至於健保局 11 月 6 日的修訂版，恐怕要再修改為 11 月 10 日的修正版。可否請委員在 12 月 21 日前，針對議程資料第 46 頁表列的八大面向，就各自所負責的代表類別，若有任何疑義、意見需要補充，請送交本會幕僚，我們會列入，隨同會議紀錄送衛生署參考。

四、至於接下來的第四案至第十二案的部分要如何處理，因為本會圓滿在即，這是個很重大的事情，很少有機關會關門的，所以這部分我很頭痛。基本上，我覺得這是很重要的議案，為了這件事情，特地請教劉玉山監察委員，劉監委是我們以前的老長官，也當過行政院秘書長、政務委員，他想來想去，說這個問題很困難，中華民國關門的機關沒有幾個，但是一旦有這類問題，他通常會去請教人事行政總處范祥偉處長，所以我們就跟范處長連繫，請教他這個問題如何處理，范處長告訴我們，有個實例也許可以提供我們參考，就是最近新聞局被併入外交部，也是機關關門打烊。我們也詢問新聞局，這個業務要怎麼處理，最後得出的結果，比較妥適的

做法有二個方案，第一，大家繼續開會，每天開會，到 12 月 28 日之前開完。我個人的時間是 12 月 28 日有空，已經排出來，一定會來當主席，至於之前我沒有空的時間，根據會議規範可以推選主席，所以每個人可以輪流當主席，但是剛謝委員天仁已說明，這個方案他不喜歡。第二個方案，對於未結案繼續追縱辦理或未及討論的議案，可以將業務簽報署長，移付健保會，不是移交健保會，因為費協會已經結束，沒有移交的問題，所以是移付健保會。現在有這二個方案，第一個方案就是無論如何，大家在 12 月 28 日前都出席開會，各位手邊有調查表，如果有意願就填妥後交給同仁，沒有意願就留著；第二個方案是將業務簽報署長，移付健保會。

謝委員天仁

仔細看第四至十二案，第四、五、六、八、九、十、十一案，都與健保局有關，容易處理，可否決議轉請中央健康保險局參酌辦理就好，因為屬健保局要去檢討的事項。第七案為建議健保會組織法中，為被保險人代表設置專業幕僚案，這部分如果沒有辦法有一致的意見，就簽報署長轉健保會處理。

江主任委員東亮

給衛生署就可以。

謝委員天仁

第十二案有關本會議事進行，謝委員武吉提請務必恪守本會之組織規程、會議規範及中華民國憲法案，這沒有什麼好討論，因為一定要遵守，決議就同意照辦。這樣還要開臨時會嗎？

江主任委員東亮

一、如果各位沒有意見，請大家鼓掌通過好嗎？(委員鼓掌通過)這幾個議案就全數通過，第三案就將結論簽報署長移付健保會。

二、現在還有一件事情要做，若沒有臨時動議，先休息 3 分鐘，回來後要將今天的決議宣讀確認。

(中場休息)

江主任委員東亮

現在進行第 189 次委員會議紀錄確認。請同仁宣讀。

張技正櫻淳

一、捌、議程確認，決定：確定。玖、報告事項第一案，確認本會上(第 188)次委員會議議事錄，決定：確定。第二案，本會上(第 188)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形，決定：一、結案。二、有關「建請衛生署對台灣護理人力、薪資改善，進行專案委託研究」乙項，請將委員發言意見，函轉衛生署卓參。第三案：本會重要業務報告。第四案：中央健康保險局報告「醫療費用支出情形」。

二、拾、討論事項第一案，提案單位：本會第一組，案由：102 年度中醫門診總額一般服務費用分配案，續提請討論。決議：

(一)102 年度中醫門診總額一般服務(不含品質保證保留款)地區預算分配方式，續依 101 年試辦計畫架構為基礎，先扣除東區預算占率 2.22%，其他五分區預算分配方式：

- 1.各區實際收入預算占率：78%。
- 2.各區戶籍人口數占率：6%。
- 3.各區每人於各分區就醫次數之權值占率：5%。
- 4.各區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：5%。
- 5.各區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。
- 6.偏鄉人口預算分配調升機制：1%，用於：

(1)補足偏鄉浮動點值至每點 1 元。

①限該鄉鎮每萬人口中醫師數 1.5(含)以下，及鄉鎮中醫師前一年月平均申請點數小於全國平均值。

②以事前分配方式執行，先以前一季公告浮動點值補

付至 1 元，再依一般部門點值計算。

(2)若有餘款則歸入依「各區實際收入預算占率」分配。

(二)前述分配方式，全年各區預算與去年比較不得負成長，如為負成長則補至零成長，所需預算由其他分區按比例撥補。

(三)所涉執行面及結算等相關事宜，請中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體議定後送會備查。

三、第二案，提案單位：本會第一組，案由：102 年度醫院總額一般服務費用分配案，續提請討論。決議：

(一)門診服務(不含門診透析服務、品質保證保留款、專款項目)之地區預算分配參數中，人口占率為 45%或 46%，兩案併陳報衛生署裁決。

(二)建請衛生署於一年內，完成地區預算分配公式之檢討報告，提供 103 年度一般服務地區預算分配使用。

四、第三案，交議機關：行政院衛生署，提案單位：本會第一組，案由：102 年度藥品費用總額支出目標值案，續提請討論。決議：

(一)委員對健保局所擬試辦方案(草案)尚有諸多疑慮，幾經反覆討論未獲共識。因本案係衛生署交付本會審議事項，故將回復衛生署，建議移付全民健康保險會或另做卓處。

(二)各方委員代表之意見，依法規面、是否採單一目標值、目標值涵蓋範圍、基期年費用、成長率、超出目標之處理、未超出目標之處理及配套措施等八大面向，彙整各方建議如附表。各方代表若有增修意見，請於 12 月 21 日前送會，將併陳衛生署卓參。

五、第四至十二案，決議：其中第四至六及八至十一案，轉請中央健康保險局處理；第七案函送衛生署卓參；另，第十二案通過。拾壹、臨時動議：無。以上宣讀。

江主任委員東亮

各位委員對文字有無修正意見？

謝委員天仁

第三案建議移付全民健康保險會。沒有「另做卓處」，我們沒有這個決議。

江主任委員東亮

- 一、「另做卓處」要有主詞，所以就是回復衛生署，衛生署若要另做處理的話，自己卓處就可以，不需要我們列入決議。
- 二、委員還有無其他意見？如果沒有，請大家鼓掌通過，感謝大家，我們圓滿達成任務。現在請委員移駕到餐會會場。