

全民健康保險醫療費用協定委員會  
第 188 次委員會議事錄

中華民國 101 年 11 月 9 日

# 全民健康保險醫療費用協定委員會第 188 次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國 101 年 11 月 9 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(代)

孫委員茂峰

孫委員碧霞

翁委員文能

郭秘書長正全(代)

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

黃委員偉堯

黃委員建文

葉委員明峯

廖委員本讓

蔡委員登順

鄭委員聰明

鄭委員淑芳

謝委員天仁

謝委員武吉

朱副院長益宏(11:40~12:15 代)

簡委員慧娟

李科員惠涓(代)

蘇委員清泉

肆、請假委員：

林委員啟滄

凌委員月霞

陳委員紹元

葉委員宗義

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  
高教授雅慧  
柯副主任委員桂女  
林執行秘書宜靜  
張組長友珊

成功大學  
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：方瓊惠

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 187)次委員會議議事錄。

決定：

一、報告事項第二案「本會上(第 186)次委員會議決議(定)事項辦理情形」，修正其附表之部分文字如下：

跨部門之工作項目：「3.推動促進醫療體系整合計畫(含醫院以病人為中心門診整合照護、論人計酬、新增醫院垂直整合等三項試辦計畫)」。

二、餘確定。

第二案：本會重要業務報告。

第三案：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 年度牙醫門診總額一般服務費用分配案，提請討論。

決議：

一、一般服務(不含品質保證保留款)地區預算：

(一)地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：預算 100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

二、其他：

(一)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。

(二)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 101 年 12 月底前送本會備查。

三、同意牙醫門診總額自一般服務費用移撥 0.5 億元，用於「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」，經費若有剩餘，則回歸一般服務費用。

四、牙醫門診總額部門擬自一般服務移撥部分經費及保障「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」與「牙周病統合性治療第三階段給付費用」點值部分，因涉及計畫方案內容及點值保障項目之擬訂，請中央健康保險局會同牙醫門診總額相關團體議定後送本會備查。

## 第二案

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，提請討論。

決議：

一、一般服務(不含品質保證保留款)地區預算：

(一)地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

續以 101 年試辦計畫架構為基礎，其中：

1. 「五分區實際收入預算占率」之分配比率，由 80% 調降為 78%。

2. 上述調降之 2%，可用於調增「各區去年同期戶籍人口數占率」之分配比率，或新增之「偏鄉人口預算分配調升機制」，請中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體議定後送本會確認。

(三)試辦計畫由中央健康保險局送請衛生署核定後據以施行。

二、其他：

(一)藥品以每點 1 元核算，自地區預算預先扣除。

(二)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體議定後，於 101 年 12 月底前送本會備查。

### 第三案

提案單位：本會第一組

案由：102 年度西醫基層總額一般服務費用分配案，提請討論。

決議：

一、一般服務(不含品質保證保留款)地區預算：

(一)地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1. 65%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」的保險對象人數，35%依西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。
2. 計算所用各分配參數及其採計年度、權數等，原則上採用西醫基層總額部門之建議，惟為周全內容及實務可行，所涉執行面及結算等相關細節，請中央健康保險局會同西醫基層總額相關團體議定後送會備查。

## 二、其他：

- (一)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。
- (二)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險局會同西醫基層總額相關團體議定後，於 101 年 12 月底前送本會備查。

- ## 三、為落實地區預算按「校正風險後之各區保險對象人數」分配之政策目標，103 年度地區預算分配之人口占率，請西醫基層總額相關團體提出調升方案。

## 第四案

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，提請討論。

決議：

### 一、一般服務地區預算：

- (一)地區範圍：以中央健康保險局六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

- (二)分配方式：

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

1. 門診服務(不含門診透析服務、品質保證保留款、

專款項目)之預算分配參數：

人口占率之比率，係維持 45% 或調增為 46%，請中央健康保險局會同醫院總額相關團體議定後送本會確認。

2. 住診服務(不含品質保證保留款、專款項目)之預算分配參數：人口占率為 40%。

3. 各地區門住診服務，經依 1、2 計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

二、其他：

(一)藥品依藥價基準核算，自地區預算預先扣除。

(二)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險局會同醫院總額相關團體議定後，於 101 年 12 月底前送本會備查。

附帶決議：

為提升醫療體系效率，促進分級醫療，合理化費用結構，爰建請衛生署成立醫療體系改革小組，進行整體性規劃，研訂方案，做為年度總額協商之政策目標，逐年推動。

第五案

提案人：謝委員天仁

案由：為落實轉診制度，促進分級醫療，提昇醫療品質，提請逐年將門住診 45:55 調降醫院部門門診比率案，提請討論。

主席裁決：併第四案討論。

第六案

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，提請討論。

決議：於下次委員會議續議。

第七至十五案

主席裁決：移至下次委員會議討論。

拾壹、臨時動議：無。

拾貳、散會：下午13時15分。



本會第 188 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。現在時間是 9 時 35 分，本會應出席委員人數 27 人，現出席人數已達 15 人，超過半數，宣布會議開始。
- 二、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

- 一、各位委員早。請委員翻到議程資料的首頁，本(第 188)次議程報告事項共三案，討論事項第一至十案為上次委員會議續議或保留未討論之提案，第十一至十五案則是本次會議新增。
- 二、新增提案部分，請參看提案單，其中：第十一案為謝委員武吉提案，係建議西醫基層之日劑藥費，擴大至全國醫院適用；第十二案為謝委員武吉提案，建議推動研擬多元藥價基準，以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。這兩案均與藥費相關，而謝委員武吉於第六案 102 年度藥品費用總額支出目標值案也提出相同意見，本會業已彙整納入該案的委員意見與詢問事項中，因此，若謝委員武吉能同意，則建議這兩案可併第六案討論。
- 三、第十三案為謝委員武吉提案，「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」；第十四案也是謝委員武吉提案，「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 年度醫院評鑑人力基準 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」，這兩案均與「提升住院護理照護品質方案」相關；在此先向委員說明，因在 9 月份進行總額協商時，有關 102 年的提升住院護理照護品質方案，醫院與付費者代表委員未達成共識，本會已於 10 月 23 日兩案併陳送衛生署裁決中。

在衛生署未裁決之前，這兩案是否適宜再討論，請委員考量。

- 四、第十五案也是謝委員武吉提案，「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』」，謝委員主要係針對9月14、15日協商會議上，主席曾有制止醫界委員發言的情形，對此，請委員參閱今天會議補充資料第1-1頁，有關102年度總額協商會議進行之方式與原則，其是在今年6月8日第183次委員會議討論通過，9月14日當日協商會議也是依此方式進行，所以，本提案是不是指需要再處理原先議定的協商原則，這部分請委員考量。

#### 江主任委員東亮

現在進行今日議程的確認。討論事項第一至十案是上次委員會議留下來的議案，第十一至十五案則是本次新增，請委員就本次擬新增提案是否列入議程表示意見。

#### 蔡委員登順

- 一、主席、各位委員，早。剛林執行秘書宜靜已報告今天共有15個提案，在歷次委員會議中屬提案較多者，不過，第十一、十二案與藥費有關，而且曾有過討論，內容與第六案差異不大，同意併第六案討論。
- 二、第十三、十四案與「提升住院護理照護品質方案」有關，而目前102年度醫院總額係將醫院與付費者代表方案，兩案併陳衛生署裁決，建議靜候署裁決後，再考量有無必要討論，以上是個人看法。

#### 謝委員天仁

- 一、第六案是藥品費用總額支出目標值的問題，我認為支出目標與個別用藥如何訂定相關藥價基準部分，不見得有必然關係，一個是大原則，另一個則屬細則、執行問題，我不認為有衝突，基本上沒有併案的必要。

二、另外，有關「提升住院護理照護品質方案」部分，雖然醫院總額已兩案併陳送衛生署裁決，但方案的細則、指標部分尚涉及衛生署裁決考量，我認為應該儘速定案，補送到署，讓署於裁決時能併同考量，比較合理。

#### 謝委員武吉

- 一、非常感謝主席將個人所提第十一至十五案，全都提前詢問委員意見。剛才謝委員天仁提到，第六案討論的是目標，我提出的是細項議案，怎麼可以將目標與細項問題一併討論呢？將混淆討論內容，我認為林執行秘書有引誘委員混淆之意圖；另，有關「提升住院護理照護品質方案」部分，費協會應有所討論，再由本會提供補充意見給衛生署、健保局加強方案內容才對，所以我認為謝委員天仁剛講得很正確。
- 二、健保局 11 月 6 日曾召開藥品費用總額支出目標制會議，主席是沈組長茂庭，參與的人員也很多，包括郭秘書長正全、朱副院長益宏、朱組長日僑、蔣醫師世中、謝委員天仁等，均有參加當日會議。我沒有參加，但社區醫院協會已將會議紀錄整理好，我看得清清楚楚，感覺上當天主席沈組長茂庭可能講話有比較鴨霸些，都有紀錄可查，也有錄音，所以，有時候開會不要那麼鴨霸。

#### 何委員語

主席、各位先進，我認為第十一、十二案是藥價執行面的問題，建議兩案合併討論。第十三案，也贊成我們可以表示意見後送署參考。第十五案，我認為可以交換意見，但不必做成決議，因為 6 月份委員會已通過總額協商程序，內容很清楚，如果今日會議最後還有時間，委員可以交換意見，但若做成的決議與原議定的協商程序與原則相違的話，就會無效。

#### 江主任委員東亮

請問委員有無其他意見？

#### 謝委員天仁

最後再提一下，如果提案符合本會相關規定，就列為議案，不要花太多時間討論程序，像上次委員會議議程確認的討論，結果根本沒有時間討論那些議案，所以我認為若符合規定，就列為議案。

陳委員玉枝

我也贊成謝委員武吉所提第十三、十四案列為議案，大家溝通一下比較好。

江主任委員東亮

- 一、好，議程確認，今天會議按此進行。
- 二、接下來進行報告事項。

林執行秘書宜靜

報告事項第一案，確認本會上(第 187)次委員會議議事錄，請同仁宣讀。

貳、報告事項第一案「確認本會上(第 187)次委員會議議事錄」、報告事項第二案「本會重要業務報告」及報告事項第三案「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要修正之處？

陳委員錦煌

主席，有關討論事項第六案所提受刑人納保增加之預算來源？錢從哪裡來？

江主任委員東亮

請林執行秘書宜靜說明。

林執行秘書宜靜

我們知道陳委員錦煌很關心這件事情，您於上次委員會提出「二代健保施行後，新納保受刑人的保費來源，應從法院易科罰金及棄保潛逃的款項支應，會較符合社會公義」之建議，本會已於 10 月 23 日將委員所提建議送請衛生署參考；衛生署另於 11 月 1 日將您的意見轉請法務部及國防部參考。

陳委員錦煌

我若沒有提問，就不知道本案進度，依主委的經驗，您認為這樣會有結果嗎？

江主任委員東亮

目前為確認上次議事錄的階段。

陳委員錦煌

如果確認了，就表示我承認可以由總額支應。但我代表來參加費協會，如果沒有預算，也就沒辦法分配總額，目前預算來源在哪還不知道。

江主任委員東亮

一、跟陳委員錦煌說明，天底下最沒用的主席是費協會主席，費

協會主委只做二件事情，第一、控制時間，第二、維持會議秩序。今天會議預定 12 點結束，請大家遵守會議秩序，如大家同意更改會議規則也可以。

二、至於您問我能不能得到結果，個人意見，覺得很困難，國家目前的決策由誰訂定，不是很清楚，您的意見最後可能會被採納，也可能不會被採納，謝謝。

陳委員錦煌

敬愛的江主委，費協會委員是最沒有用的。既然主委說自己沒有用，等於說費協會委員沒有用。我一直關心老百姓的聲音，怎麼會政府還補助受刑人的健保保費呢？大家都說健保財務虧損，我是付費者代表委員，回去還要向工會報告。未來受刑人的健保保費應從法務部易科罰金、棄保潛逃的款項支應，像最近林先生以 5 千萬交保，如果他潛逃最好，這樣罰金可以拿來補貼健保虧損，所以希望衛生署跟法務部、國防部協調。費協會委員進行總額分配，但總額的經費來源不明，要如何分配！跟主委報告，不管您離開或不離開，還是要跟有關單位協調。

江主任委員東亮

我覺得陳委員錦煌做了很好的示範，也是費協會委員該做的，就是有意見就要表達出來，本會也把陳委員錦煌的意見轉給衛生署，衛生署也向法務部表達意見。請鄭委員聰明以衛生署參事的身分進行說明。

鄭委員聰明

主席，我認為業務部分應由業務單位說明。

江主任委員東亮

請健保小組說明。

朱組長日僑

非常謝謝陳委員，自從委員上次關心後，我們就非常注意，因為行政機關有各自的權責，本署也將委員的意見轉請法務部參考，

也希望委員能向您代表的團體妥善說明。

陳委員錦煌

只有一句話，希望衛生署、健保小組、健保局共同努力，向法務部爭取經費來照顧全民。因為我沒有辦法當立法委員，所以無法修法，只是擔任無用的費協會委員，懇求大家而已。

江主任委員東亮

陳委員錦煌您堅持的精神令人感佩，有關受刑人保費來源乙案，經過本會 3 次委員會議，每次會議您都有提出意見，但謀事在人，成事在天，您也知道大家都有能力上的限制，請健保小組儘可能促成，除發函外，請朱組長日僑參加法務部相關會議時，亦可將費協會委員的意見轉達。

陳委員錦煌

其實健保小組應該要感謝我，若沒有提出意見，你們哪有空間向法務部、國防部協調。

江主任委員東亮

陳委員您要跟健保小組說，我跟你都是費協會委員，我們是一起的。

陳委員錦煌

你是我的主席，我要跟你說，你才會請相關單位答覆。以付費者的立場，提出這樣的意見才較公道，讓衛生署及健保局與其他部會協商時，能較有立場進行談判，若都沒有人反應老百姓的意見，讓富有的受刑人也可以接受政府全額補助健保費，這樣就沒有意思。

江主任委員東亮

感謝陳委員錦煌。請謝委員天仁。

謝委員天仁

請教一個問題，本委員會法定期限將至，若議案沒有結束，該如何處理？是由健保會續審，或像立法院一樣採包裹表決？



江主任委員東亮

我個人想法，未來是由健保會接續本會，基本上本會未完成討論的議題，或可移交健保會，至於健保會如何處理，則屬其權責。

謝委員武吉

我們都是有錄音的，我的個性較未雨綢繆，剛才報告陳委員錦煌的意見已經轉送法務部及國防部，但若兩邊都不同意時，費協會該如何處理？應該還是要有未雨綢繆的想法及做法才對。

江主任委員東亮

建議若要未雨綢繆，就提案討論，新議案排在今日議程第十五案之後，可否先完成上次會議議事錄的確認。

謝委員武吉

上次會議黃局長三桂提到受刑人的醫療服務費用若有剩餘，將於第四季回歸到醫院總額一般服務費用，為何紀錄中沒有記載？

江主任委員東亮

請黃局長三桂。

黃局長三桂

受刑人醫療服務費用以兩案併陳的方式陳報至衛生署，署將會與102年度總額成長率一併處理。

江主任委員東亮

一、黃局長三桂剛提到一個重點，即本會若未達成協商共識，則裁決權在署。本會已完成協商工作，後續是署長的責任與權力，至於受刑人醫療費用的剩餘款是否回歸一般服務費用，因本會未達成共識，爰送署裁決。

二、現在確認上次會議議事錄，有無文字修正？

謝委員武吉

在本次會議資料第4頁中，醫院垂直整合方案有增加「新增」二字，101年度也有新增，102年度預算協商當時也都有加上「新增」兩字的，但在第11頁跨部門工作項目中，推動促進醫療體系

整合計畫內，醫院垂直整合方案沒有列上「新增」二字。

林執行秘書宜靜

向謝委員武吉說明，第 11 頁僅列計畫項目名稱，所以沒有特別標示新增與否。

謝委員武吉

當時就有「新增」喔。

林執行秘書宜靜

公告內容中會有「新增」，但第 11 頁是工作項目追蹤表，所以僅列計畫名稱。

謝委員武吉

但整體的文字有「新增」醫院垂直整合方案。

江主任委員東亮

那就把「新增」二字加進去。

謝委員武吉

主席英明。

江主任委員東亮

一、確認上次會議議事錄，第 11 頁將「新增」二字列入。

二、進行報告案第二案，請林執行秘書宜靜說明。

林執行秘書宜靜

一、請委員翻開今日議程資料第 13 頁，本會重要業務報告，第一項，針對 102 年度總額成長率及其分配方式，本會於 10 月 23 日函陳衛生署核定或裁決，至一般服務費用(地區預算)分配方式，則列在今日議程資料第一至四案，討論完成後亦會報署核定。

二、本會 12 月份為最後一次委員會議，為感謝委員一年來的辛勞，會議結束後，將於中午在上海鄉村宴會館舉辦感謝餐會，當日另邀請署長、本會歷任主任委員、委員等出席，請

委員預留時間與會。

- 三、另請委員翻開議程補充資料第 2-1 頁。本會同仁整理之牙醫、中醫、西醫門診及住院之供給與利用情形，表 1（2-2 頁）為牙醫門診的供給與利用。本表係將民眾依戶籍歸戶，分析其醫療利用情形。依鄉鎮市區人口密度，由低至高分為五等分組，每組人口數約為 400~470 萬人，分類結果，全國 368 鄉鎮，落在第一分組有 215 個鄉鎮，落在第五分組有 22 個鄉鎮，集中於台北市、新北市、台中市及高雄市；2010 年整體牙醫門診就醫率為 44%、平均每人就醫次數為 1.3 次，第一分組就醫次數為 1.1 次，第五分組就醫次數 1.6 次，相差 1.43 倍；平均每人就醫費用點數，第五分組與第一分組相差 1.4 倍；每萬人口牙醫師數，第五分組與第一分組相差 5.53 倍。另進行離島、山地鄉及偏鄉等就醫情形之分析，其中偏鄉鄉鎮係依據牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案所施行之鄉鎮地區定義，結果顯示，在平均每人就醫次數部分，山地與偏鄉地區較低。
- 四、表 2 為中醫門診供給與利用情形。分組與牙醫相同原則。2010 年整體中醫門診就醫率為 29%；平均每人就醫次數為 1.6 次，第一分組就醫次數為 1.4 次，第五分組就醫次數為 1.6 次，相差 1.16 倍；平均每人就醫費用點數，第五分組與第一分組相差 1.21 倍；每萬人口中醫師數，第五分組與第一分組相差 3.80 倍；同樣在山地與偏鄉民眾之醫療利用明顯較低。
- 五、表 3 為西醫門診供給與利用情形。2010 年整體西醫門診就醫率為 91%；平均每人就醫次數為 12.1 次，第一分組就醫次數為 13.1 次，第五分組就醫次數 11.8 次，相差 0.90 倍，在五個等級，民眾就醫次數都很接近；平均每人就醫費用點數，第五分組與第一分組相差 0.94 倍；每萬人口西醫師數，第五分組與第一分組相差 2.98 倍；另，偏鄉民眾之醫療利用次數與一般地區非常接近，山地離島地區甚至比一般地區還高。

- 六、表 4 為西醫住院供給與利用情形。2010 年整體西醫住院就醫率為 9%；平均每人住院次數為 0.12 次，第一分組為人口密度最低的鄉鎮，利用次數最高，達到 0.16 次；平均每人住院天數及平均每人就醫費用點數，與就醫次數分布接近；每萬人口病床數，整體為 42.7 床，第一分組為 29.9 床，第五分組為 43.7 床，相差 1.46 倍；相對於西醫師分布，病床分布較均勻；偏鄉民眾的住院次數為 0.09 次，相對於離島、山地及一般地區低。
- 七、本次會議資料的附錄資料中，臚列二代健保法相關子法規的公告，擇重點向委員說明。議程資料第 124 頁為健保法施行細則修正條文；第 150 頁有健保會組成及議事辦法條文，健保會委員席次確定為 35 席，其中保險付費者代表有 18 個席次，醫事服務提供者代表是 10 個席次。
- 八、另在議程補附資料的附錄，有幾個重要的辦法，包括醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法、藥物給付項目及支付標準共同擬訂辦法，另第 7-11 頁有醫療給付費用總額研商議事作業要點。這幾個辦法中，有新增保險付費者代表，以後這部分會請未來的健保會推薦。以上相關資料請委員參閱。

江主任委員東亮

以上是本會重要業務報告，各位委員有無詢問？若沒有就進入報告事項第三案，健保局報告醫療費用支出情形。

林執行秘書宜靜

向委員說明，現在是 11 月，依慣例於 3、6、9、12 月會請健保局口頭報告，本次請委員參閱書面資料。

江主任委員東亮

好，進入討論案。請同仁宣讀第一案，102 年度牙醫門診總額一般服務費用分配案。

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

江主任委員東亮

請黃委員建文代表牙醫師公會全聯會進一步說明。

黃委員建文

- 一、主席、各位委員大家早。牙醫門診一般服務費用分配方式的主要的架構還是跟去年一樣，如擬辦第一、二項部分，至於第三項部分，牙醫師公會全聯會對於資源不足且點值低地區、醫缺地區醫療服務與牙周病統合照護部分，希望有所鼓勵，付費者也期望我們執行上能夠成長與改善。其實自一般服務費用移撥 0.5 億元用於醫療資源不足且點值低地區方案，之前就已經如此執行，擬辦也寫，建議尊重牙醫門診總額部門之內部共識，請委員同意，讓我們在這部分繼續努力。
- 二、另外「醫療資源缺乏地區改善方案論量計酬費用」經費 1.9 億元，及「牙周病統合照護計畫之牙周病統合性治療第三階段給付費用」經費 1.64 億元，現在是指在一一般服務預算，不是專案部分，我們希望在地區預算分配前先挪部分，以鼓勵牙醫師進行這些服務，因為各分區醫師也擔心執行這些服務後會影響該區點值，所以必須用這樣方式來保障，希望委員支持，以上說明。

江主任委員東亮

- 一、黃委員建文已加以說明，請問委員對其說明與提議，可否支持？
- 二、在大家發表意見前，我先說明，這次會議為討論地區預算分配事宜，剛剛在本會重要業務報告中，已提供表 1 至 4 的資料，就是要讓大家了解偏鄉及不同都市化程度地區醫療不均的問題。從表 1 可以知道，牙醫師公會對於偏鄉還有很大的努力空間，因為 2010 年就醫率，偏鄉組為 17%，與一般組

48%，之間差距很大。牙醫師公會有心要改善，這部分可否請委員支持，也請牙醫師公會更努力。偏鄉組的就醫率從2000年13%，到2010年17%，其實進步很緩慢，還有很大的改善空間。

三、委員有無其他意見？(未有委員反對)若無意見，就照擬辦通過。接下來進行討論案第二案，請同仁宣讀。

肆、討論事項第二案「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

請中醫門診總額部門的代表孫委員茂峰說明。

孫委員茂峰

主席、各位委員，現場發送的補充資料列有中醫師公會全聯會內部的共識。

江主任委員東亮

請委員參看剛剛另外提供的單張資料。

孫委員茂峰

歷年在中醫門診總額地區預算分配的人口因素部分，有比較大的歧見，對此，內部經過多次會議後，有另外的想法與做法，所以提出一個新的 factor(因子)，我們期待這個 factor 能夠補足人口因素的不足，做適度校正。在偏鄉部分，我們也提出以巡迴醫療加強經營模式來處理。至於東區點值過高應設點值上限部分，也在今年第二次中醫門診總額支委會中通過，將超過上限的預算保留，用於鼓勵提供醫療資源不足地區的醫療服務。這部分請張執行長繼憲說明。

江主任委員東亮

請張執行長繼憲。

張執行長繼憲

一、主席、各位委員，有關中醫門診總額地區預算分配公式中戶籍人口部分，就預算分配的公平性與保障民眾就醫權益而言，對於戶籍人口的因素，中醫全聯會將其放在第一優先。中醫在六區的醫療資源分布及醫療利用率上，總額開辦前就有比較大的落差，所以每次地區預算分配時都非常困擾全聯會。

- 二、誠如剛才孫理事長的報告，我們經過多次內部會議後，最後有二個共識：第一，對於戶籍人口占率的調整，總額實施這麼多年，我們發覺雖然預算分配到該區，但對於預算實際的利用，主要還是在都會區或戶籍人口較密集的地區，對醫師數較少的地區，或醫療資源分配較缺乏的地區，調整戶籍人口因素並不會得到真正的改善。
- 三、第二，目前預算分配到該區以後，誠如上次委員會議陳委員錦煌提到，雲林縣有很多鄉鎮的醫師數還是很少，也就是雖然大方向有考慮戶籍人口分配，達到分配公平性，可是分到各區後，並沒有充分運用到較偏遠或醫療資源不足的地區。所以，經過多次會議後，考慮戶籍人口分配不均的問題，我們想嘗試把一部分的費用，真正落實用於醫療資源不足區，怎麼做呢？目前校正指標第二項 5% 預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」及第五項 5% 預算以「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」，各區預算雖然得到調整，可是依這二項指標，費用分配到該區後，大部分還是用在醫師數較多、較密集的地方，所以我們最後討論的共識是將 1% 的預算拿出來，作為「預算分配浮動調整機制」，戶籍人口移動改變及改善醫療資源分布不均之分配使用，真正落實將費用運用在戶籍人口有調整時，其調整是用在醫療資源較不足的戶籍人口占率地區。相對地，假設醫師數過低的鄉鎮真的有缺乏時，也應該要實質補助到這些地區，這樣對醫師的移動可能會有更大的誘因。基於這樣的考量，經過多次會議後，才擬定這個辦法。以上補充報告。

江主任委員東亮

謝謝張執行長的報告。委員對於中醫師公會全聯會所提的報告有無詢問？請何委員語。

何委員語

中醫門診總額的費用分配是錢的事情，我對這方面沒有太多意



見，但是在此對中醫師公會全聯會有三點建議：第一，提升中醫醫療品質科技化、科學化及醫理認證基礎的依據，同時推廣並建立整個完整資訊；第二，建立社會醫療信任度，對於醫理的建議，應該同時進行；第三，應加強中醫師公會全聯會與每位中醫師共同負起責任、義務，宣導中藥偽劣藥的社會觀念。在整個醫療進行的過程，都要負起責任，要不然中藥的偽劣藥相當普遍，若中醫師自己不推廣，要靠誰推廣，應該要有宣導的任務與義務。

江主任委員東亮

何委員語的意見，有人附議嗎？

陳委員錦煌

- 一、主席，議程資料第 28 頁，中醫師公會全聯會承諾於 101 年 9 月份提報本方案 102 年修訂內容，並考量包括提高「人口占率」等方案。我對剛剛中醫師公會全聯會補的一張書面資料有意見。我為什麼會提人口占率問題，因為我是農村來的，衛生署和健保局都很關心偏遠地區，大家都知道，若不關心偏遠地區的話，有什麼意義？看了第 32 頁附件的表 1，中醫門診總額 101 年預算中，台北區最多，有 58 億元，北區 24 億元，中區 53 億元，南區只有 29 億元，從戶籍人口占率來看，似乎沒有照顧到偏遠地區。
- 二、我認為人口占率要再加 2%。當費協會委員可以來協議這件事，知道有問題，就要幫他調整，照顧偏遠地區的中醫師診所，這樣醫師才願意來開業，不然因為比較好賺都跑到台中市或台北市怎麼辦，鄉下的中醫師要怎麼生存？我是替鄉下的中醫師說話，為了讓其生存，這樣比較公道。先不用講到離島，如白沙鄉，最起碼雲林縣四湖鄉、口湖鄉、箔仔寮等地也欠缺中醫師。希望中醫師公會全聯會可以尊重，提高增加人口占率 2%，另外實際預算占率 80% 要降到 78%，這樣對偏遠地區才有照顧到，費協會委員的權利、義務就是要協議

這些事情。

- 三、另建議，議程第 31 頁衛生署有規劃「錢跟著人走」方案，我就要中醫「錢跟著人走」，他們就更慘。如果不同意增加 2%，就要跟西醫一樣，採「錢跟著人走」方案。請主席裁決。

江主任委員東亮

- 一、主席沒有裁決權，我跟你講過，這點我很清楚，不過，我覺得陳委員錦煌講得也有道理，請大家參看報告事項第二案補充資料表 2，這也是今天為何要提供這個表格給大家。資料清楚顯示，中醫門診部分在離島與山地區都還好，一般區就醫率有 33%，但偏鄉只有 7%，所以陳委員錦煌您講的是對的。
- 二、剛才中醫門診總額部門也很清楚說明一件很重要的事，就是現在問題是在各區內部的偏鄉，錢沒有辦法到達，也就是錢分給各地區，各區還是花在該區的都市，即使按照各區的人口數分配，錢還是無法達到照顧偏鄉的任務。

陳委員錦煌

人口占率多 2% 時，預算當然也會少，醫師分這些錢會不夠，只要預算減幾千萬，這些醫師覺得不夠賺，就會跑到偏鄉地區開業。

江主任委員東亮

不好意思，偏鄉就是沒有醫師要去，可能要請中醫師公會...。

陳委員錦煌

拜託一下，現在就是因為沒錢，醫生才不去，有錢的話，醫生就會去了。現在人口占率只編 5%，誰要去！簡單說，人口占率多 2%，台北區與中區那邊的預算會減幾千萬，對吧？當這些醫生給付不夠時，就會乖乖想，以後沒有辦法請領這麼多錢，就改到彰化、雲林地區執業了。

江主任委員東亮

大家關心偏鄉醫療與錢跟著人走都是對的。現在就有兩個議題，一個議題是陳委員錦煌所談，我覺得也很重要，這是去年落下的但書，要提高人口占率。

陳委員錦煌

主席，101年9月份就應該提報人口占率方案，怎麼都沒有提，中醫部門到底在幹什麼？如果不提高2%，我就贊成衛生署「錢跟著人走」的規劃方案。讓中醫界去選，若不要提高2%，就實施「錢跟著人走」。

江主任委員東亮

首先，確認提高人口占率，這不是我當主席任內的決議，是去年協商時的決議，所以這部分需要處理。第二，除了區域間的問題外，各區內部偏鄉的問題，我覺得也很重要。請鄭委員淑芳。

鄭委員淑芳

健保應該要均衡照顧到每個人口，如果依照均衡照顧及公平正義的角度，每個被保險人都應該要享有相同的健保資源，因此，按照人口分配的比率，是應該要調整。目前牙醫門診總額地區預算按照人口分配為100%，而中醫人口分配占率只有5%，且連續三年皆維持5%。我建議比例應該要提高，這與中醫今天提供的補充資料，並無互相牴觸之處，事實上可以雙管齊下，一方面增加人口占率，同時提撥部分資源去照顧偏鄉，改善偏鄉資源差距的問題。

陳委員錦煌

主席，再補充一點很簡單。現在中醫的補充資料已有1%作為預算分配浮動調整機制，對不對？

江主任委員東亮

對。

陳委員錦煌

就很乾脆、瀟灑，他們若認同我說的，就不要再辯論，不然我就贊成衛生署「錢跟著人走」的規劃方案，這樣他們更慘。

江主任委員東亮

您已經有提供方案讓他們做選擇。

孫委員茂峰

- 一、跟陳委員錦煌報告，戶籍人口占率增加 2%，即使增加 5%也一樣，錢不會跑到南區，按照分配的原則及戶籍人口比例來看，錢會跑到北區及台北區，這是第一點。
- 二、第二點，其實主席非常清楚，錢是按照地區來分配，各部門總額有其特殊情況，若不做我們今天提出的校正方案，即使是南區，錢也不會進到雲林縣口湖鄉去，還是會進到斗六市，這相對的公平性問題，我們有發現。再來請參看表 2，中醫界對於偏鄉部分，當初在執行巡迴醫療時，因為資源有限，我們特意將資源放到更偏遠的地方，因為很多偏鄉的隔壁鄉鎮就有中醫診所，所以中醫的巡迴醫療部分是優先處理山地及離島鄉。今年有很多委員指明中醫的成績顯現不出來，所以我們做了個校正，已增加 4 個巡迴點，就是為解決偏鄉中醫醫療資源分配的問題。
- 三、第三點，剛剛何委員語提到的三點建議，真的非常感謝。但是針對委員建議的第三項，跟各位報告，中藥的偽劣藥，其實有許多法規面因素，比較大的問題不在藥，因為以藥品模式引進的中藥比較沒有問題，較有問題的是很多商人用食物模式引進的中藥，那部分散佈在超級市場或各大傳統市場，才是重金屬殘留及偽劣藥最大的來源。這部分如果要課責中醫師公會全聯會，有點太過沉重。但是加強宣導部分，我們樂於配合與負責。至於從藥物模式進來的，中醫藥委員會已經制訂各式殘餘標準，同時也透過不同的管道宣導，全聯會也都有配合。
- 四、以上幾點跟各位委員說明，所以費用分配部分，在議程第 31

頁提到，剛陳委員錦煌也提到，衛生署「錢跟著人走」的規劃方案，我們從 99 年起就尊重，所以有調整試辦方案，但是其中提到人口占率可採漸進方式，就是不要造成太大衝擊，人口占率調高的比率應以各區預算沒有負成長為前提，如果哪區有負成長，此時人口占率比率可以暫停。在這樣原則下，我們提出今天的建議方案，讓偏鄉部分，有個比較重要的關注點。以上報告。

江主任委員東亮

- 一、第一，剛何委員語所提，看起來委員沒有疑義，所以就接受。
- 二、孫委員茂峰剛所提，我提醒您，應該仿照陳委員錦煌的方式，在各場合，不是配合而已，還要站起來說話。正如他認為受刑人保費來源有問題，雖然也知道我沒權力，但他都說話就讓他說了。我的意思是何委員語所講的偽劣藥，雖然權責不在中醫師公會全聯會，但我認為我們都有責任，不只是配合衛生署，更應該要主動參與，何委員語這樣可以嗎？我們就不再討論您的建議案。
- 三、接下來，鄭委員淑芳您是支持要有 1% 預算作為第六項的部分？

鄭委員淑芳

人口占率目前是 5%，建議能夠調高，甚至依照第 32 頁附件三，模擬 5% 到 10% 的各種方案，我認為應該提高到 10%。

江主任委員東亮

10%。陳委員錦煌您是增加 2%？

陳委員錦煌

剛孫委員茂峰說達不到，就算達不到也要努力點，總有一天可以達到，我沒有很苛薄的要求，10% 比較不敢講，本來想說提高 5%，後來想這樣也很多，所以建議增加 2%。

江主任委員東亮

2%是4億元。

陳委員錦煌

幾億我不知道，我不太會算，建議人口占率增加2%，讓中醫自己處理，這樣比較公道，我希望有個交代。

江主任委員東亮

現在有2%，也有10%，有無其他建議？請謝委員天仁。

謝委員天仁

請問這個議案中醫師門診總額支委會有無討論過？現在的程序，好像是我們大原則訂好後，就請支委會討論，支委會討論後就報衛生署核定。這流程有問題，我們是負責資源分配的權責單位，我要提個原則。

江主任委員東亮

支委會不在費協會中。

謝委員天仁

我了解。我的意思是支委會只是執行單位，相關措施應該要經過費協會才能夠送衛生署，因為這是我們的權責。而歷來的作業方式是原則訂好，支委會討論後就報衛生署，這中間跳過費協會。

江主任委員東亮

您建議要如何修改？

謝委員天仁

由各總額部門提報相關的方案到支委會檢討，檢討後相關細則再報費協會，費協會可以先訂定原則，我的意思是這樣。擬辦建議由中央健康保險局會同中醫門診總額相關團體議定，送請衛生署核定後據以實施，是否表示擬訂後費協會都不能有意見。

江主任委員東亮

您的意思要怎麼改？

謝委員天仁

今天中醫的提案也比較特殊，我們已經列為提案，中醫部門又提個方案，希望從五分區實際預算占率抽 1% 出來，作為「預算分配浮動調整機制」，到底合不合宜？我認為應該要由支委會去檢討，再送到本會，這樣決定太快，我們不像支委會委員對於細節那麼深入瞭解，所以我認為有些議案，不適合在我們這邊做決定，應該由支委會決定後，再送到本會討論。

江主任委員東亮

但地區預算分配部分，應該要在今年結束前定下來。

謝委員天仁

我們可以訂定一些原則，但是應要求支委會討論後，在幾月前提報本會，這樣才對。現在是我們討論後，全部丟給支委會，都是它的權責，這樣不對。

江主任委員東亮

謝委員天仁可否這樣，在議程第 28 頁擬辦的一之(一)，分配方式由支委會擬訂，會費協會後，送請衛生署核定。可以嗎？要不要備查？

謝委員天仁

議案要經過我們核定，怎麼可以備查。

林執行秘書宜靜

可否在下次委員會議前，請健保局與中醫師公會全聯會擬訂後送本會？

江主任委員東亮

送本會核定，可以嗎？

林執行秘書宜靜

應該不是核定，是送本會確定後，再送衛生署核定。

謝委員天仁

沒錯，我們決定後再送請衛生署核定。

江主任委員東亮

好，提12月委員會議，若來不及怎麼辦？

謝委員天仁

沒關係，延到明年。

江主任委員東亮

送健保會，可以嗎？來不及就送健保會？

陳委員錦煌

主席，我覺得這跟一般的民意代表不同。本案是102年度中醫門診總額一般服務費用分配案，提請討論，我們討論後又送回去，搞不懂。我當過民意代表，應該是你們討論好後才送我們裁決，應該要聽費協會委員的意見，怎麼會要聽你們的，這樣就不用送了，現在又送回支委會，要搞清楚狀況，這是他家的事情。

江主任委員東亮

送給我們參考。

陳委員錦煌

我不同意。我代表勞工團體，建議提高人口占率才對，不能又送回支委會討論。

江主任委員東亮

這裏有兩個事情，一個是謝委員天仁所提程序問題，一個是您講的實質原則，兩者不衝突，兩者都要。

陳委員錦煌

若這樣，本案就要保留，不然討論什麼。

謝委員天仁



建議這樣處理，老實講總額執行相當長的歷史，應該沿用去年的方式處理，如果支委會有提出任何調整，再報費協會決定，這是最穩定的方式。

江主任委員東亮

- 一、因為去年有落下條款，要提高人口占率，但今年提出的議案顯然沒有提高人口占率，而是把人口占率轉為第六項，以 1% 的預算做為機動分配，至第六項是否相當於第二項，大家可以討論。如果認為相當，就表示有提高人口占率的傾向，如果認為不符，則還是要增加第二項的人口占率分配比率。
- 二、依剛鄭委員淑芳的意思，第二項人口占率增加為 10%，第六項保留；陳委員錦煌的意見則比較緩和，建議增加為 7%，另第六項要不要增加？

陳委員錦煌

當然要增加，現在的方案無法達到我的意思，怎麼不需要增加？人口占率我希望增加到 7%，至於第六項 1% 作為預算分配浮動調整機制是新增的。此外，鄭委員淑芳希望人口占率增為 10% 嗎？

江主任委員東亮

第二項 5% 要變成 10%。

陳委員錦煌

第六項支委會協商 1%，我看多幾個百分比好看一點。

黃委員偉堯

第六項建議不要列出，因為後面括號寫的是分配方式各區再協商，所以完全不曉得這 1% 預算在分配上會產生什麼樣的效果，這部分如果直接給，到後來的效應是我們無法掌握的，所以我覺得不太適合列出。至於剛提到人口占率可以調整百分比，這也是很大的原則，我建議進行的方向可從舊的分配參數調整。

陳委員錦煌

既然專家學者發言，第六項的 1%我沒有意見，本來我想說多幾個百分比；第二項人口占率 5%，我希望 7%就好，但鄭委員淑芳要求 10%我也同意。

江主任委員東亮

有二件事請孫委員茂峰澄清：第一，當然是委員剛提的問題；另外，是您針對陳委員錦煌的問題所提出的說明，剛講了一句話我不瞭解，您的意思是即使分配 5%、7%或 10%，南區還是拿不到，錢還是在北部，是什麼原因？

孫委員茂峰

- 一、剛鄭委員淑芳提到第二項要增加至 10%，可能要從當初中醫進行地區預算分配的歷史因素講起，人口占率要進 10%，我也沒有問題，但會引起什麼樣的動盪，我想健保局的長官應該很清楚。剛提到按照戶籍人口比率來調整時，因為台北區和北區是戶籍人口相對較多的地方，雖然利用人口不是那麼多，因為利用人口和戶籍人口有一定差距存在，所以按此調配費用的結果，錢會進到戶籍人口數占率較高的地區，即台北區和北區，不會進到南區，簡單講就是這樣，絕對不會達到錢跟著人走的精神。
- 二、所以我們才提出，以中醫總額或中醫醫療服務的情形分析，要達到錢跟著人走的效果，是提高人口占率就會達到，還是如同我們所提出的建議，才有可能達到服務偏鄉人口的效果。如果把戶籍人口占率提高，達不到效果，反而造成議程第 31 頁提到地區預算分配檢討會議及各界反應之意見，另其中提到人口占率可採漸進方式，這是歷年來共同的結論，沒有人說 3 年、4 年或 5 年一定要增加，而是看每年實際狀況。
- 三、人口占率要以各區預算沒有負成長為前提，原因在於 95 年時，中區曾經面對這樣的狀況，而造成動盪，雖然我們是小總額，但當初中區點值掉到 0.7 時，中區租了六百多部遊覽車，這樣講真的是很抱歉，但是真的是這樣，大家希望看到

這樣的現象嗎？因為中區點值掉到 0.7，醫療院所在總額結算後，不但拿不到錢，還要再繳回，就造成動盪，所以才會有今天議程資料第 31 頁的歸納和綜合意見。人口占率採漸進，但就沒有提到人口占率一年一定要進多少百分比，否則按照先前規劃，如同陳委員錦煌講的，錢跟著人走，8 年、10 年校正完畢就好，但這樣校正的結果，是否真能達到偏鄉地區得到較多的醫療利用，事實上沒有。所以，我們今天才提出相對方案，雖然只是小小的 1%，但我們認為這 1% 比去調整戶籍人口占率，對偏鄉人口使用中醫的效果，應該會更好。在此懇求委員支持我們的想法。

#### 陳委員錦煌

中醫師公會已承諾於 101 年提報方案時考量提高人口占率，雖然孫委員茂峰也說可採漸進方式，但先前承諾於 101 年 9 月份要提高，我也只提出增加 2%，您就提到六百多輛遊覽車，不然來雲林抗爭也沒關係。

#### 江主任委員東亮

我想陳委員錦煌講的是對的，但孫委員茂峰也是對的。孫委員茂峰提了個條件，要調整人口占率的前提是各區預算沒有負成長，請教健保局，去年各區是正成長還是負成長？這很重要，如果去年都是正成長，那我們就沒有理由再延後，如果是負成長，那今年就不調整。孫委員茂峰是否同意這樣的講法？

#### 孫委員茂峰

再補充，剛陳委員錦煌一直提到我們承諾，我們承諾是提出各式各樣的方案，包括提高人口占率，但不排除各種方案。

#### 江主任委員東亮

我瞭解，但先將有沒有負成長的前提釐清，健保局有無資料可說明？

#### 蔡組長淑鈴

因為去年地區預算分配方案是沿用過去的，所以五區都正成長。

江主任委員東亮

去年五區都正成長，所以現在可以討論，因為已經符合您剛提的條件，總要回應付費者的期待。

孫委員茂峰

能否請問今年中區的成長情形？

張科長溫溫

目前資料只到 101 年第 2 季，因為後面的分配還沒有完成，不過都是正成長。

江主任委員東亮

若符合您的條件，就可討論人口占率提高多少。

陳委員錦煌

其實我們並沒有太過份，2%很少。

江主任委員東亮

先討論要不要啟動，剛孫委員茂峰講得很好，如果是負成長，就不啟動，但現在問的結果是正成長，所以就啟動。孫委員茂峰可以嗎？

孫委員茂峰

站在我們的立場，還是希望委員能考量我們今年提出的方案。

江主任委員東亮

啟動以後用什麼方案，可以再談，現在是說可以啟動。

孫委員茂峰

是啟動校正方案，而不是啟動人口占率一定提升的方案，我們在 101 年承諾的是這樣，啟動各式各樣包括提高人口占率在內的各種方案。

江主任委員東亮

對，所以現在可以啟動，我們現在就以不同方案討論，其中之一是提高戶籍人口占率，即中醫師公會全聯會所提分配參數之第二項，陳委員錦煌建議增加 2%，鄭委員淑芳建議增至 10%，可能其他委員還有不同意見，占率多少我們再討論。中醫師公會提出新增第六項，我試著幫您們修改一下，你們考慮看看，建議將本項改成「偏鄉人口預算分配調升機制」，以後不是分到都會區，而是分到各偏鄉，陳委員錦煌關心的雲林縣一定包括在內。

陳委員錦煌

本項我沒意見。

江主任委員東亮

至於第六項要多少百分比，戶籍人口占率部分陳委員錦煌希望增加 2%，可否 1%放在第二項，另外 1%放在第六項？這樣加總就 2%。但鄭委員淑芳要求 10%，不曉得要如何處理？

鄭委員淑芳

照顧偏鄉是件非常重要的事情，孫委員茂峰所提的第六項是用來照顧偏鄉民眾，我也非常支持，剛提出 10%的用意是，假使不考慮其他措施時，從公平性的角度考量，希望人口占率能提高，但同時有配套措施時，我也不堅持到 10%這麼高的比率。

黃委員偉堯

關於這個爭議，應該有數據可以支持，可能要麻煩健保局看能否查到，民國 95 年以前，就是所謂中區點值太低造成受傷太重時，推的是舊制，就是和其他各部門總額一樣，只有 R 及 S 分配占率制度，當時人口占率不知推到百分之多少？

蔡組長淑鈴

30%。

黃委員偉堯

所以是人口占率 30%時，但現在只有 5%，所以應該可以找出造成

點值過低的臨界點，而在臨界點之前，應該是在可容許的範圍。

江主任委員東亮

陳委員錦煌您有何意見？

陳委員錦煌

我的意見就是第二項人口占率增加 2%。講這麼久你還不知道我的意見。

江主任委員東亮

這是協商，我沒辦法幫您們決定。

陳委員錦煌

鄭委員淑芳可能也知道不要到 10%。

江主任委員東亮

那孫委員茂峰您自己提吧！

孫委員茂峰

委員要調高人口占率的目的就是要照顧偏鄉，建議可否將第一項改成 78%，第二項 5%不動，第六項依主席幫我們修訂後的結果，費用就更集中在偏鄉，以 2%的預算讓我們試辦看看，因為畢竟是新方案，一下子動太大的話，恐造成和議程第 31 頁所寫漸進方式的結論相衝突。懇請各位委員支持，讓我們在 2%預算內，試辦以偏鄉人口預算分配調整的模式，謝謝。

何委員語

一、剛陳委員錦煌提到第二項戶籍人口占率，實際上目前戶籍人口成長最高的是台北市，再來是新北市，雲林縣新生兒成長率很低，如果以戶籍人口占率計算，雲林縣會占很低，所以我認為不能以戶籍人口調整，不曉得陳委員錦煌的數據基礎何在，如果以出生率來看，還是台北市第一、新北市第二，雲林縣出生率很低，嘉義縣出生率也很低，不到 6,000 人，所以不適合以戶籍人口占率去分配。

二、同意主席所提預算以偏鄉人口啟動預算分配調整機制，那是對的，對偏鄉才有幫助。也支持孫理事長茂峰將第六項的 1% 改為 2%。如果用戶籍人口，還是多數集中在台北市和新北市。

陳委員錦煌

還是要有原則，不然馬上就改變也沒有意思，我還是要要求戶籍人口占率要 7%。

謝委員天仁

我覺得我們在冒險，不知各分區實際情況為何，費協會就這樣定下去，到時候又產生爭議。比較妥當的方式為，請支委會提報可行方案送費協會，這樣比較不會產生問題，不要這邊一捏，那邊太少或這邊太多，是很糟糕的事情。我們應該讓預算分配公平，達到預期目的，相信陳委員錦煌的意見也是希望達到目的。在沒有足夠的資訊把事情看清楚的情況下，不見得能夠達到目的。

江主任委員東亮

所以您要修正提案？

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

避免開會時間冗長，針對專業性及技術性的議題應該先交由支委會充分討論，我完全呼應謝委員天仁的意見，假如這個案子有爭議，先送到支委會討論，討論後再送費協會下次委員會議確認。

江主任委員東亮

綜合以上各委員意見，基本上第一項分配參數占率剩下 78%，有 2% 挪出來放在第二或第六項，放在第二項是陳委員錦煌的意見，若放在第六項就是中醫師公會的意見。所以這 2% 要如何應用，是用在戶籍人數占率，還是以偏鄉戶籍人口分配，請中醫師公會擬案，提到健保局中醫門診總額支委會討論後，於 11 月底前送費協會。

陳委員錦煌

主席，您漏掉鄭委員淑芳建議的 10%，最起碼要問她到底要多少，不能漏掉。

鄭委員淑芳

剛有特別提到我並不堅持 10%，只要能照顧到偏鄉，如同剛孫委員茂峰所提，用特定 1%或 2%的預算用於偏鄉，真正照顧到偏鄉的民眾，我也支持。

江主任委員東亮

現在很清楚，就是從 80%下降到 78%，至於 2%要如何處理，要有方案在 11 月底前送會。陳委員錦煌、謝委員天仁可以嗎？(二位委員均表示可以)，其他委員可以嗎？也可以，那第二案通過。

謝委員武吉

我沒有去大飯店吃飯，所以就比較沒有聲音，下個月我們費協會還有很多案，本案要到支委會討論後，再送本會下次委員會議，這樣有辦法完成嗎？

江主任委員東亮

剛謝委員天仁有詢問過，如果議案太多，我們任內沒有辦法達成的話，就....。

陳委員錦煌

延長時間，討論完再結束。要有始有終，你不要不當主委就跑掉，這樣不行，挑燈夜戰也要戰，吃飯不重要。

江主任委員東亮

請委員表示意見。

何委員語

依本會會議規範，必要時可以召開臨時委員會議，所以建議召開臨時會，每個人的工作時間都訂好，不要再延長，說不定有人 12 點半要和家人用餐。



江主任委員東亮

可以的話，中醫地區預算分配案就這樣決議，請孫委員茂峰回去處理。接下來進行第三案西醫基層部分，請同仁宣讀。

## 伍、討論事項第三案「102年西醫基層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

請西醫基層總額部門的代表陳委員宗獻加以說明。

陳委員宗獻

各位委員好。請大家參閱議程資料第 39 頁，總額愈大的單位地區預算分配方式愈複雜，我們等於在摸索中逐漸前進。醫師公會全聯會也有提供更詳細分配公式的資料，不知道有沒有發給委員？

林執行秘書宜靜

向陳委員宗獻說明，今天議程補附資料第 3-1 頁，有醫師公會全聯會的來函。

陳委員宗獻

請大家參閱議程補附資料第 3-1 頁。有幾個重點，第一，SMR(標準化死亡比)及 Trans(西醫基層門診市場占有率)計算方式不改變，還是採最近前四年資料；第二，這四年度仍以等比例 25% 為權重做校正。此外，今年沒有再另外切出費用來撥補哪一區，因為經過幾年執行經驗，我們發現成長率最高的地區，往往也是經營最艱困的地區。以前地區預算分配公式會訂定各區成長率上下不超過多少百分比，但結果是保障了「下」，但也砍掉「上」，問題依舊未解決，所以這次改變，只保障各區成長率下限不低於全國成長率 17% 以下，但不訂上限值，讓有些區成長率可以較高。基本原則是這樣，也取得六區共識，不再像往年進行那麼複雜的微調，明年度大概會以這個原則繼續，但下限百分比則視執行結果再行調整。

江主任委員東亮

感謝陳委員宗獻的說明。各位也可以從報告案第二案的表 3，瞭解西醫門診在偏鄉和離島的醫療服務提供情形。

## 蔡委員登順

- 一、衛生署的政策是錢跟著人走，大家都很清楚，費協會職責是分配預算，讓民眾的醫療需求能獲得公平醫療照顧，對於地區人口的成長，該給的還是要給，不能過度抑制費用。西醫基層多年來地區預算分配皆有保障東區的預算及點值，如同剛主委講的保障弱勢，扶助弱勢地區的精神值得嘉許。
- 二、西醫基層從 84 年健保開辦的 5、6 百億到現在的 1 千多億，醫療費用快速成長，地區預算分配 R:S 值為 65:35，已實施 6 年之久，然而健保開辦至今已 17 年多，各地區保險對象實際發生醫療費用採用 89 年資料，我認為並不適當，不符合現況；再者，89 年費用權重占 35% 太多，建議調整 R:S 值至 70:30，或者 S 值採最近 3~5 年平均值，比較符合現況。
- 三、西醫基層內部是否已達共識，我不清楚，若已達成共識繼續採用本公式，因 102 年總額已協商完成，建議 103 年地區預算之 R 值占率要往前走，倘若西醫基層認為現行地區預算分配公式與實際醫療費用有落差，建議提出修正公式，不要一直採用現行公式。

## 黃委員偉堯

既然醫師公會已提出建議，而且也修改之前提撥特定預算做為特殊用途的部分，我覺得很好。其中第 3 點也提到目前共識是各區成長率不低於全區成長率之 17%，可否換算一下，如果 R 增加 1%，會不會有那區低於 17%？如果沒有的話，能否將 R 值往前進，至少有所進展。

## 陳委員宗獻

我們面臨明年度預算的問題，是出現一個區負成長，即東區，如果 R 值往前進，東區的負成長會更高，我們計算結果，只有下限控制，東區才能免於負成長。維持下限 17%，這樣算起來北區成長率可以達到 3% 以上，其他區則約 2% 左右。這樣的調整雖然不像去年直接提撥部分預算補某些區的做法細膩，但比較有原則。

江主任委員東亮

剛陳委員宗獻的說明是，如果 R 值前進，東區會負成長，現在提出的有二部分，一是 R 值不前進，另一是把天花板(上限)拿掉，天花板拿掉是為了偏鄉地區嗎？

陳委員宗獻

天花板拿掉是為了成長率最快的那個區，即北區，其投保人口成長率一直最高，而且與各區中間差距很大，除北區外，其他五區都在下面，北區服務的人口數增加最快，錢又給不足，年年如此，造成北區點值都是最後 1 名或第 5 名，所以今年才特別把上限拿掉，讓它可以長高。

江主任委員東亮

除了二位委員外，其他委員有無詢問意見？

黃委員偉堯

再次確認，是用投保人口還是戶籍人口？

林執行秘書宜靜

用投保人口，依投保區歸戶後的人口數，亦即依投保單位所在地的人口數歸戶。

江主任委員東亮

這樣台北市當然最多。

黃委員偉堯

若是用投保人口計算就會產生這個問題，但如改以戶籍人口計算，就會不一樣。

江主任委員東亮

「錢跟著人走」是指錢跟著戶籍人口，不是跟著投保人口，例如台北市的戶籍人口在減少中，但投保人口一直增加。委員有無其他意見？

陳委員宗獻

台北區即使增加，也只有零點幾%，但北區成長將近 3%，即使做以上的改變，北區還是勉為其難的接受。有關人口的問題，西醫基層內部也曾討論過，所謂的「人」有幾種計算方式，採投保人口有其弊病存在，所以醫界內部也不容易有共識。

江主任委員東亮

委員意見如何？主席沒意見，需要聽委員的意見，因為擬辦有兩個部分需要有結論。

黃委員偉堯

- 一、補充一下，基本上採計戶籍人口對偏鄉比較有利，人們多半會將戶籍設在居住地，當然可能有些人會跑到台北或其他地區，這雖是個缺陷，但反過來看，這種現象會讓偏遠地區的預算有加成效果。
- 二、剛才許委員怡欣打電話來，請我幫她表達補充建議，可否在投保單位提報資料時，同時多報一項投保人的現住地資料。因為不論未來要推動論人計酬或進行各種精算，現住人口的資料是有需要的，以上補充。

江主任委員東亮

健保局有無說明？技術、行政上都沒問題嗎？

黃局長三桂

本局再研議。

江主任委員東亮

好。委員有無其他意見？目前蔡委員登順建議人口占率再往前提升 1%，請問陳委員宗獻您的意見？

陳委員宗獻

往前提升 1%可以考慮，但我們內部要再試算，而且需取得六區共識。如果明年度馬上要做，恐怕有點趕。難得今年最和諧，內部只有開 3 次會議就決定分區分配方式。

蔡委員登順

我認為 102 年總額已經協商完成，整個架構醫界可能都大致底定，如果 102 年要做很大改變，在實務上有困難，同意不變，但建議 103 年總額 R 值要往前進。

江主任委員東亮

103 年？

蔡委員登順

對，我是這樣建議。當然如果 102 年可以調整，那更好。

陳委員宗獻

謝謝。有關 103 年部分，我們在計算 103 年度總額分配時，會具體計算後再送參照。

江主任委員東亮

可否落個附帶決議，103 年西醫基層總額地區預算分配之 R 值占率會往前進。

陳委員宗獻

103 年 R 值占率要往前進乙項會列入方案中，我們會儘早讓費協會知道方案內容及討論結果，中間的利弊得失也會列出供參。

江主任委員東亮

可以嗎？蔡委員登順。

蔡委員登順

可以。

江主任委員東亮

- 一、本案依擬辦通過，同時加個附帶決議，於 103 年總額，西醫基層總額承辦團體須提出人口占率往前進的方案。
- 二、接下來進行討論案第四案，102 年度醫院總額一般服務費用分配案，第五案為謝委員天仁對落實轉診制度之提案，這兩案併案處理，請同仁一起宣讀。

陸、討論事項第四案「102 年度醫院總額一般服務費用分配案」及第五案「為落實轉診制度，促進分級醫療，提昇醫療品質，提請逐年將門住診 45:55 調降醫院部門門診比率案」與會人員發言實錄

江主任委員東亮

有關醫院總額地區預算分配及謝委員天仁提案併案處理部分，首先請醫院總額部門的代表說明，請郭秘書長正全。

郭秘書長正全(翁委員文能代理人)

- 一、四個總額部門中，醫院總額的點值最差，基本上，此議題在醫院團體內部根本沒有辦法討論，因為中醫、牙醫及西醫基層總額本身的同質性較高，而醫院總額因為結構性不同，坦白講任何的分配方式，都沒有辦法滿足各區的需求。
- 二、假設整個照衛生署「錢跟著人走」的政策走，則從 93 年開始，8 年內要全部走到底(人口占率 100%)。但事實上從 98 年開始，人口占率往前進就停滯了，跟 97 年一樣，已經 4 年沒有動。若照陳委員宗獻的說法，北區的人口成長與施行之初有很大的差異，理論上，北區預算須要大幅調整。但站在醫院總額代表的立場，我認為不太公允，因為台北分區的點值也相當低，台北分區是大型醫學中心分布的重鎮，假設錢跟著人走，台北區就非常倒楣，點值會下降得更厲害，所以大家對醫院的思考模式，不能像牙醫、中醫或西醫基層總額等同質性高的部門想法一樣。基本上，醫院總額有其操作上的困難。
- 三、個人傾向，對於政策推動可能還是需要配合，但人口占率提升的速度宜緩一點，雖然已經停 4 年了，我也不敢講提升多少百分比，無法在此代表做決定，還請各位委員提供想法來進行討論。以上是代表醫學中心表達看法。

江主任委員東亮

好。請朱副院長益宏。

朱副院長益宏(謝委員武吉代理人)

對於這兩個提案意見如下：

一、首先對醫院總額地區預算分配之人口占率部分：

(一)剛才醫學中心代表也表示這是有問題的，雖然他的意見認為可以往前進，但到目前為止，醫院協會對此並沒有充分討論，也沒有在醫院總額支委會討論是否要往前進。但之前在醫院協會及支委會討論的共識是維持不變，這是先要表達的部分。

(二)為何主張不變？主要是因為雖然錢跟著人走理論是正確的，其政策目標希望用錢去引導資源分配更平均，希望醫療機構跟著錢走，讓資源不足地區的醫療服務提供能夠增加，這是最終的目的。但錢跟著人走，還有另外的面向需要一併考量，以醫院來講，就算錢跟人移動，但醫療機構卻無法跟著移動，因為須受衛生單位相關的法令管制，必須許可才能變動。以台北分區為例，雖然該區目前醫學中心已有 8 家，但在新北市政府強力的介入下，未來的新北市，光土城、中和附近就會增加好幾千床。以整體醫療資源分布來看，其實該地區過了河就到台北市，有相當多的醫療資源，但在地方政府強力的主導下，結果床位的增加還是核准了。所以醫院的醫療資源並不會跟著錢走，這也就是剛才說的，錢跟著人走理論上可行，但實質上在醫院並不可行的原因。如果明年還要用增加人口占率來做分區預算調整，但對醫療資源卻沒有其他配套措施時，這樣只會讓分區的資源分配更不平均。

(三)剛才郭秘書長正全也提到，台北區是醫學中心分布的重鎮，像台大、榮總都分布在這裡，這些醫學中心提供服務之後，只會讓點值更降低，以上是我對第一個案子(醫院總額地區預算分配)的個人意見。

二、針對第二案，有關調整醫院門、住診比例 45：55 之提案：



(一)首先，要向謝委員天仁報告，謝委員可能不知道，93 年就是因為門診、住診預算切開結算，希望以費協會議定的比例計算門、住診預算，矯正醫院以門診為主的現象。但實施下來，93 年第 4 季台北分區浮動點值為 0.01，也就是，做 1 點只能拿到 0.01 元。當時各位可能還沒擔任費協會委員，很難想像當時的情況，但這確實是當時以 45:55 切割預算的後遺症。請參看議程第 68 頁，健保局於說明一之(一)提到 93 年的情況，這也就是後來以 SARS 重建基金 14~15 億挹注醫院總額，且補助對象以地區醫院為主的原因。

(二)如果要用 45:55 比例將門、住診預算切開的話，必須要有配套措施，所謂配套措施，就是需要在醫學中心、區域醫院、地區醫院分別設立三個虛擬總額，這樣才能在 45:55 預算切割之後，分別設定醫學中心、區域醫院、地區醫院的門、住診比例調整幅度，這樣才合理。否則規模不一樣的醫院，如果硬是一刀將預算切開的話，大概半年後，所有的地區醫院，或是以門診為主的基層醫療機構，就會完全倒閉，而且速度會非常快。屆時政府是否還要動用重建基金來補救？以上這些情況，希望謝委員天仁提出此案時，能一併考量。

郭秘書長正全(翁委員文能代理人)

- 一、容我再補充一句話，針對門、住診比例設為 45：55，坦白講，當初並沒有甚麼理論根據，而是根據當時的費用結構狀況訂定。事實上，隨著醫療的進步，很多以前需要住院治療的疾病，現在都慢慢門診化。健保局所提供的書面說明是事實沒錯，因為住院的成本相當高，所以很多治療往門診走，因此整個費用結構會改變。
- 二、謝委員天仁提出這個議題，基本上出發點是好的，用意是想保障住院，這點醫院要表達感謝。但事實上，不是將費用硬性切開就可以將整個結構扭正回來。希望要做這樣的決定前，需要提供相當多的數據做補充說明，讓每位委員都清楚

這樣決策下來，可能會產生什麼改變，建議此案稍微保留一下。

江主任委員東亮

幫謝委員天仁說明，其實他的提案已經相當保留，請參看議程第 68 頁，提案的擬辦是「由醫院部門總額支付委員會檢討調整」，並沒有說要實施，而是要進行檢討，若謝委員天仁沒有意見的話，就照謝委員所提的擬辦列入決議，可以嗎？

謝委員天仁

- 一、補充說明，我們很介意的是，打小鳥只要用彈弓就好，不必用大砲，現在的就醫情況好比打小鳥，彈弓也用、大砲也用。我認為分級醫療可讓效率更提升的策略，根本沒有出來，當然醫學中心越來越大型化，相對的其遊說能力越高，也是原因之一。
- 二、所謂分級醫療，現在把預算切成 45:55，我們認為並不合理，大家應該面對這樣的現實，設法讓分級醫療的效果顯現。比如將地區醫院門、住診比例拉成 60:40，區域醫院門、住診比例拉成 50:50，醫學中心門、住診比例拉成 30:70 或 40:60，我只是表達這樣的概念，希望能產生分級醫療的效果，這是法規賦予我們要完成的目的，我們要做到。至於這個提案，今年 5 月份時，消基會代表就提到監理委員會討論，監理委員會對分級醫療絲毫不在意，這讓我覺得很特別，這是整體醫療問題的核心，但沒有處理，好像只有在講錢時，費協會才來處理。我覺得重點不在此，重點在法規本身有其希望完成的目的。
- 三、我們提出這樣的意見後，可能醫院部門會認為，住診的支付不合理，我們也一直講，不合理的部分要調整，不要老是要我們把預算投進去後再來處理。從健保局的資料中，是否投入這些預算，急、重症的支付標準就已經合理適當？我覺得

這是個很大的問號，後面還有很多努力的空間。我只希望大家有這樣的觀念，能否逐年調整門、住診比例，讓分級醫療的效果能夠出現，不要每次提到分級醫療，健保局的結論就是，消費者的部分負擔是否要調整，難道只有這個方法？沒有其他辦法？

- 四、我覺得醫療提供者也要面對這樣的問題，假使問題繼續演化下去，對整體醫療環境、對醫療提供者是否有利？我的看法是希望能夠設法調整，做法可以逐年慢慢調整，例如門、住診比例一年調整 1%，第一年先訂 44：56、隔一年訂 43：57，慢慢看這樣的調整是否合理適當，有無產生分級醫療的效果。這樣做的同時，住診的支付標準則需要跟著調整，才能合理適當的分配醫療資源，不能只調門、住診比例，而對醫院表示住診支付不合理的部分予以逃避，老實講也不合理。所要表達的是，希望不要因循故舊，我們發現分級醫療沒有落實，確實有問題，是否應該啟動相關機制，至於如何啟動？可以討論，希望能夠有個改進的開始。

#### 江主任委員東亮

- 一、我覺得謝委員天仁其實用心良苦，因為他看到的是我們結構上的問題，這個問題，使得今天每個人都做得相當辛苦，但所得卻很難維持，不管是大醫院、小醫院或基層，其中牽涉的是，在結構上已經有頭重腳輕的問題存在，這個問題由來已久，不可能只是門、住診比例的問題而已，況且就如朱副院長益宏所言，門、住診預算以 45:55 比例硬性切割，93 年就已經做過，突然間的轉彎就會產生問題，如同大型飛機要轉彎時，總要給它一些時間及空間去調整。
- 二、今天謝委員天仁提出來的是重要議題，並沒有說明年就要改變，但如果現在不重視，不將此議題列入改善，我看每個人的生活會越來越辛苦，我認為應該去面對它，建議依照謝委員天仁的建議，建請衛生署成立一個醫療體系改革小組，5

年、10 年做個重整，這是我認為非常重要的事情。不然以目前情況，中山北路就有四家醫學中心，適當嗎？雖然每個人都很努力做事情，但每個人都很辛苦，大家必須合作，共同思考這件事情。

三、此議題我認為醫院部門也需要思考，雖然單打獨鬥是需要的，可是合作、競合也是需要考慮的問題。謝委員天仁的意見並沒有說明年就要多少百分比，但需要著手改革，所以謝委員天仁的建議是否就納入決議，並建議衛生署成立醫療體系改革委員會，讓改革方案可以啟動？請何委員語。

#### 何委員語

一、主席、各位委員，我認為醫院總額已經非常龐大，好像是老大欺負老二、老二欺負老三，剛才主席提到要進行醫療改革，我認為醫院總額應該重新分類，讓教學醫院一個總額、區域醫院一個總額、地區醫院一個總額。既然可以區分出牙醫、中醫總額，為何醫院不能再做分類。健保實施多年下來，電腦設備及程式都很健全，希望健保局能提供 5 年來醫學中心、區域醫院、地區醫院每年各花多少錢的資料給我，希望能在 2 個禮拜內提供，好嗎？我需要看一下，要不然很多醫院跟我說，他們的浮動點值只剩下 0.791，無法生存，有些公益慈善醫院，還可以勉強靠社會捐款，但其他醫院真的很難生存。

二、既然明年實施二代健保，整個體制都要改革，為何我們不能改革，建議總額應該改革，如果委員都有共識，從明年開始，我就一直向總統、院長，向各部會反映要改革總額制度，醫院總額要重新改革，想出比較合情、合理、合法的方向，要不然每年都這樣吵不休，每年都叫苦連天，剛才主席也說，大家做得那麼痛苦，我們聽到也很為難，建議做個附帶建議，希望明年開始總額能重新劃分。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

主席、各位委員大家好。非常贊成何委員語及謝委員天仁的建議，十分敬佩主席，告訴我們醫療體制要改革，所以主席的功能真的很大。

江主任委員東亮

時間要到了。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

- 一、分級轉診部分，我們非常贊成，開過很多次分級轉診會議，當時調整部分負擔是個重要的 issue(議題)。但如何落實分級轉診仍然需要長期的努力。
- 二、此外，有關門、住診比例方面，非常謝謝謝委員天仁提出詳細提案，但建議還是需要回歸到法規面，在二代健保法第 61 條第 2 項：「總額得分地區訂定門診及住院的比例」，也就是說，門、住診的比例應該要分地區才對。今天議程資料第 139、141 頁寫得很清楚，所謂六大地區有清楚定義，如台北區包含台北市、新北市、基隆、宜蘭、金門、連江。所以應該分地區訂定各地區的門、住診比例，比如台北地區與高屏地區或花東地區應該有不同的門住診比例，因為每個地區醫院的門、住診比例一定不一樣，所以門、住診比例不應該一刀切、全國同一比例，這樣的話，會影響到某些地區民眾的就醫權益，希望主席能就此點加以考量。有關門、住診比例到底要如何微調？我們希望另行召開會議進一步研商。
- 三、假如希望落實分級轉診，關於部分負擔部分，則我們希望基層診所的部分負擔不要再提高，因為診所平均每件醫療費用基層最低，分級轉診前首先要落實基層醫療、家庭責任醫師，就是小病到診所。就如同謝委員天仁所言，大砲打飛機，彈弓打小鳥，這是比例原則，希望小病到基層就醫，基層的部分負擔就不宜再提高。

江主任委員東亮

時間已經到了，現在還要再討論，各位是否同意會議時間要再延長？這是程序問題，不然的話，時間已經到了。

何委員語

把這個案子討論完。

謝委員天仁

藥品費用總額支付目標制至少檢討一下，已經提出來了。

江主任委員東亮

我們有邀請高教授雅慧來演講。

蔡委員登順

把這個案子討論完，再請高教授演講。

江主任委員東亮

對。

朱副院長益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、社區醫院其實非常感謝謝委員天仁提出這個案子，還有對何委員語的概念，也非常認同。現在的醫療體制一直漠視分級轉診，雖然法有規定，但大家都不重視，現在總額制度把三層級醫院放在同一個總額下，是沒有辦法做分級轉診的。因為一個改變用在不同狀況，就會有些連帶的副作用產生，所以建議，其實費協會委員或明年的健保會委員有這個權責，對總額的分配可以再做考慮。
- 二、呼應何委員語所說，醫院總額應該考慮再做細分，至少醫學中心、區域醫院、地區醫院要再細分出來，因為功能與提供的服務內容完全不一樣。當然細分的過程，勢必會涉及相關支付標準調整，調整時可否配合垂直整合，還請健保局加以考慮。
- 三、本案若照主席建議，以謝委員天仁提案之擬辦，請衛生署啟動一個機制，則建議機制啟動時，應採取相關的配套措施，

也就是醫院總額依層級再分成三個小總額，希望此配套建議能一併考慮。

許委員怡欣

- 一、主席、各位委員大家好。討論醫療服務費用分配案時，是依據保險對象人數的占率分配預算，這是所謂錢跟著人走的概念。但對此我一直覺得有個很大的問題，到底錢是跟著承保地點的人、還是戶籍地的人、或現居地的人計算較合適？目前是採承保或戶籍人口數，但民眾實際的居住地、承保或戶籍資料，到底差距多大，我們根本不知道。
- 二、建請健保局在收集資料時，除了戶籍與承保資料外，也能收集現住地資料，這樣才能知道人口跨不同地區的流向為何。例如，有人只是將戶籍登記在某區，並非真的住在那裡，有些人則只在某區加保，將保險掛在該區，人也不是住在該區。這樣做也許會增加很多行政成本，但才能知道真正的實況為何，也才不會有人質疑採 R 值占率計算某區預算，但有些人並沒有住在該區的現象。

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，我想回到第四案討論決定 R 及 S 值的問題，建議或許住院部分不更動，因為住院人口的來源比較廣泛，大概沒辦法用 6 區直接區隔，但是門診部分的人口占率應該可以往前進。
- 二、其次，關於總額是否需要再做細分，我建議不宜，因一旦細分總額之後，醫院部門之間的合作度，理論上應該會降低，大家只會各自為政。依據現在的狀況，最大的問題在於醫院部門之間功能的重疊性太高，比如醫學中心可以做診所的事情，也可以做地區醫院的事情，也可以做區域醫院的事情，

所以業務功能上無法區分，這是造成醫院層級間不能分工合作的重要原因，這個問題建議大家能加以考慮。

江主任委員東亮

您建議調整，調多少？要講個數目，不然大家不知道。

黃委員偉堯

往前調就可以，在醫院可以容忍的範圍內，但是不要不動。

江主任委員東亮

這是協商，您提個建議，他們也可以提出調多少。現在門診人口占率是 45%。

黃委員偉堯

門診部分可以往前進。

江主任委員東亮

有人提 47.5%，好不好？請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、基本上當然支持謝委員天仁的提案，希望能落實分級醫療，及醫院能發揮實際功能，著重在照顧重症病人及住院，同意其地區預算分配門、住診費用比例應逐年調整。
- 二、醫院總額已達 3 千多億元，其對社會有很大的功能，東區醫療資源較不足的問題，醫院部門能否仿效西醫基層或中醫部門、牙醫部門，對該區採點值保障措施，東區醫院存有很多不公平的條件與環境，如核減率比其他 5 區高、配合政策致精神病患多在東區接受醫療照護，該類疾病耗用的醫療資源較其他慢性病多 2~3 倍，都由東區承擔，並不公平；另當地工商業較不發達，就業不易，青壯年多到大都會地區就業，留下來多為兒童及老年人占多數，就醫頻率會較高，故醫療資源耗用較多。東區整體總額占率並不高，才 3%，醫院總額那麼大，希望能對弱勢地區多給點資源，多扶助東區醫院，



讓醫院能繼續經營下去。

江主任委員東亮

住院的保險對象人數占率比照去年，為 40%，至門診是否比照去年 45%，還是剛有人提...

蔡委員登順

建議逐年調整。

江主任委員東亮

總要給個比率，明年要多少？

謝委員天仁

1%能否啟動看看，但對地區醫院可能會造成傷害，因他們性質與診所較近似。

林執行秘書宜靜

兩個議題，剛主席說的是門診依人口占率調整的比例，目前為 45%；謝委員天仁在意的是門、住診的分割，是另外一個議題。

江主任委員東亮

門診的人口占率要多少，醫院部門才覺得可接受？

朱副院長益宏(謝委員武吉代理人)

醫院部門當然希望維持，不要調整，但如委員真的要調整，則建議剛有委員提的 46%，因調整幅度若太大，特別是對地區醫院的影響非常嚴重，這部分需慎思。

江主任委員東亮

地區醫院其實也分為兩類，有都市型及鄉村型，對這兩類的影響並不一樣。可否這樣決定，住院人口占率 40%，門診人口占率 46%，另建請衛生署成立醫療體系結構改革小組，針對整體醫療體系的運作研提政策，供未來總額協商時，作為據以啟動體系調整之參考。

何委員語

剛提到成立醫療改革小組...。

江主任委員東亮

醫療體系改革小組。

何委員語

希望能把我的建議納入，分為醫學中心、區域醫院及地區醫院總額，重新切割，本來就是研究。

江主任委員東亮

研究的項目之一。

何委員語

對，要研究的項目之一。另外，剛有提到，希望健保局在兩個禮拜內，提供我最近 5 年醫學中心、區域醫院及地區醫院，每年各花掉多少錢的資料。

蔡委員登順

有些看法提供參考，如果照何委員語建議分為醫學中心、區域醫院及地區醫院總額，會不會發生人球或排擠效應，帶來更大的災難？我想當時沒這樣切割，也是考慮到這些因素。

江主任委員東亮

何委員語講的只是研究。

蔡委員登順

我也是提供研究的建議。

江主任委員東亮

研究結果如有像蔡委員登順所講的情形，大家也不會做那樣的決議。基本可考量的部分，何委員語已表達，至於資料部分，因是委員個人需要，就不做成決議。

謝委員武吉

- 一、我剛故意坐在後面，聽委員的意見。對謝委員天仁所提議案，真的很正確，正是我多年努力的方向，很高興今日付費者委員也有同樣的聲音。
- 二、何委員語提到地區醫院、區域醫院、醫學中心 3 層級醫院的結合或分割，我很欽佩他有這樣深入的看法。但不能接受一點，如要調整 1%，謝委員天仁剛講 1%對地區醫院影響非常大，要調整就要如同謝委員天仁所提的案子。如何調整百分比，謝委員天仁剛也講得很清楚，並未強制一定要這樣做，分級醫療轉診制度從 84 年到現在，實施 2 個月就胎死腹中，黃監察委員煌雄在健保總體檢也寫得很清楚，到底原因發生在那裡、在那個人身上、那個署長或總經理應承擔這惡果，我們要去考量。現在要做的目標，改善醫療結構，到底正確或錯誤，這是最重要應做的事情，不要畏懼改革，一定要勇於面對改革，大家才能有生存的餘地，對民眾也有交代。

江主任委員東亮

我們要勇於面對改革，是否就這樣決議。至謝委員武吉好像不同意醫院門診的人口占率從 45%增加為 46%。

謝委員武吉

對地區醫院影響很大。

江主任委員東亮

那就兩案併陳，送署長裁決。

謝委員天仁

跟主席報告，只有總額協商的部分無法達成共識才報署裁決，涉及分配部分，是由委員會決議。

江主任委員東亮

決議，那就要表決。

謝委員天仁

表決，看大多數人的意見。

江主任委員東亮

各位覺得如何？

謝委員武吉

要怎麼表決？我認為不好，醫院代表才 3 票，蘇委員清泉又已先離開，只剩 2 票，要怎麼表決！剛我講過，謝委員天仁的建議要附帶在裡面，主席卻沒納入。建議比照中醫部門做法，先由醫院總額支委會討論後，送本會再討論。

江主任委員東亮

謝委員武吉，我實在不想講，但我必須講，您剛讓朱副院長益宏代理時，他同意 46%，現在換成您本人，變成 45%。身為主席，不知如何決議。

謝委員武吉

朱副院長益宏有說維持，如果要調整原則上是以 1%，但是原則上不一定表示贊成，而且中醫也有說不調呀！

江主任委員東亮

我們把錄音帶調出來，他同意增加 1%，剛有委員提 47.5%。

謝委員武吉

他說原則上，不一定表示贊成。

江主任委員東亮

各位委員，請發表意見。

陳委員錦煌

節省時間，保持原狀，不要再講，45%好了，很麻煩！

江主任委員東亮

其他委員意見？

陳委員錦煌

12 點多了。

謝委員天仁

蔡委員登順也提出，最主要是希望能啟動，比例多少，大家沒多大意見。醫院代表的意見是這樣的話，我不反對，請在醫院總額支委會告訴我，你們啟動調整時，要調整多少？

江主任委員東亮

到時再來本會報告。

謝委員天仁

我覺得能做的只有這樣。

江主任委員東亮

等醫院總額支委會討論，送本會後，再送署核定。委員可接受嗎？

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

還是要分地區調整。

郭秘書長正全(翁委員文能代理人)

現在因區域醫院代表不在場，建議還是回到醫院總額支委會討論後再送會，剛中醫部門也是這樣處理。

江主任委員東亮

委員沒意見的話，就請醫院總額支委會討論。

陳委員錦煌

有意見，跟中醫一樣啦！

江主任委員東亮

跟中醫一樣，可以嗎？

陳委員錦煌

可以。

江主任委員東亮

是否還有其他意見？

謝委員武吉

這是有兩個案，第四案分區預算，第五案是謝委員天仁的提案，謝委員天仁的提案可以如之前主席說的，至於要如何推動，主席剛才有說組成改革小組；而分區預算則由支付委員會討論，請主席不要忽視謝委員天仁提案。

江主任委員東亮

是建議。

謝委員武吉

你說建議就建議，你是偉大的領袖，謝委員天仁的提案，不能忽視。

江主任委員東亮

本來就有列入。

謝委員武吉

列入，還是要再提醒，不要把它忽視，我不是說把它搓掉。

江主任委員東亮

好，大家意見一樣。接下來進行第六案，請高教授雅慧進行專題演講。

謝委員天仁

今日議事安排，對高教授雅慧有點不禮貌。建議以後應將之安排在報告事項，有固定時間，讓來指導我們的人等候，不應該，沒有人討論事項安排演講。

## 柒、討論事項第六案「102 年度藥品費用總額支出目標值案」與會人員發言實錄

### 江主任委員東亮

事先有跟高教授雅慧說明報告到 12 點 30 分，還有 15 分鐘。先說明，所有政策必須考慮三個要素，第一為費用，但費用的討論不能離開可近性與品質問題，費用的政策必須確保用藥的可近性及用藥安全與品質，故請高教授雅慧蒞會進行專題演講。

### 高教授雅慧專題演講(略)

### 江主任委員東亮

謝謝高教授雅慧，講得很好。現在用藥有 3 個問題，第 1 為多用、濫用，第 2 為少用，第 3 為不正確使用。3 個問題在總額目標之下，恐怕要有配套措施，濫用是多出來、不要的，少用的應該增加，正確使用則應要鼓勵。這跟藥品費用總額的目標擬訂有關，礙於時間因素，只能開放 3 個問題請教高教授。

### 陳委員宗獻

高教授的演講很精闢。請參看簡報資料第 4-4 頁，「該用而未用」的藥物比率算法，抗凝血劑(Antiplatelet agents)有 27,752 人，除以總人數 31,666，有 87.64%就當做「該用而未用」，提醒一下，阿斯匹靈以下所列藥都屬抗凝血，是 23,272 人加 22,051 人。算法可能有問題，不能直接以分子除以分母計算。簡報資料第 4-6 頁，台灣血栓比例高，是不是因為抗凝血的藥物用的少？以上，過與不足，所謂橫看成嶺側成峰，兩相矛盾，我覺得這是可辨證的問題。此外，我有興趣清楚知道母群體資料是哪些，還有「異常」的條件是什麼，criteria 很重要，以何為指標，常會出現研究上的差異。

### 張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

一、謝謝高教授雅慧的演講。我們知道醫療是個團隊，比方說當

病人在醫院抽血發現血糖很低時，醫檢師發現異常時，首先會告訴主治醫師做緊急處理，醫院會做到這項服務，相同的道理，如果藥師關於用藥的疑問，也會與主治醫師討論。在健保制度下醫療團隊的合作本來就已經是常態，總額方面藥師也有藥事服務費，我們對藥師的專業都很尊重，在現有制度下，藥師若發現用藥處置有問題，相信診所與醫院都有溝通機制，藥師一定會本於專業告知病人，現有制度下藥事服務費占總額一定的比例，就是希望醫藥能繼續合作，促進病人用藥安全。

二、「用藥安全」在目前總額就已經運作很久，該用的要用、不該用的不用，還有病人的配合度，都非常重要，相信醫師一定會盡力照顧病人，謝謝高教授的關心。關於「藥品目標」就健保局的資料與說明，是關於藥價基準調整的參考，兩者不宜混為一談。

三、醫師也很關心病人，相信藥師也很關心病人，醫師也很願意解釋、說明用藥，也希望藥師能提供服務，並不是很多用藥資訊醫師不懂，醫師在醫學院也念了那麼多年，有相關的知識，有些處方醫師天天在開，如 Onglyza 病人 eGFR (Estimated GFR，腎臟功能評估的工具)小於 30 cc/min，每天的劑量調降要多少？降胰島素的藥 levemir，作用時間多長，劑量多少？這個問題很難回答，因為目前專科醫學可能超過一百個臨床專科醫學的分科了，對於醫學這麼專精的分科，各科的用藥即使皓首窮經藥學專家也未必能全部知道。所以對於專科醫師自己的處方用藥，我們相信開處方的醫師都懂。

江主任委員東亮

張副秘書長孟源，抱歉，剛說的屬細節部分，今天討論政策方向。兩位謝委員並列第 3，兩位發問完就結束。

謝委員天仁



我的問題很簡單，訂藥費支出目標，能降低用藥的浮濫嗎？

謝委員武吉

- 一、剛才主席的結論有 3 項，多用藥、少用藥、還有不當用藥，不當用藥等於浮濫用藥，但最後主席又加了一項，不正確的使用藥品，同高教授所講的 4 大重點。很欣賞高教授第 4-10 頁簡報，「建構用藥品質的夥伴關係」，前面也講到平均每月回收 1 公噸的藥，剛張副秘書長會問那些問題，不無道理，他一定會這樣問，想請教資訊的公平性、公正性、公開性有無尺度？為何會發生這樣的事情？從頭到尾只說是醫師的問題，但並未研究發生的原因。
- 二、教育只教育醫師，難道民眾不用被教育嗎？我是在實務工作的實務者，例如慢性病患者，醫師若認為其病情控制不錯，而少開 1 顆藥，病人就會投訴為何醫生少開 1 顆藥，患者都到院長信箱投訴。有無考慮到教育百姓的問題。從很早以前就講，不論是健保局、醫院、衛生署等單位，應要教導病患改變就醫與用藥習慣，但簡報都未看到有關病人用藥問題。不管醫師和病患都需要被教育，建議製作用藥指引(guideline)，如有錯誤的用藥概念，可藉此讓大家有所改善。

江主任委員東亮

今天是請高教授雅慧演講，至於製作用藥指引(guideline)等屬健保局及衛生署的工作，再次鼓掌感謝高教授雅慧。

高教授雅慧

請問能否允許我回應？

江主任委員東亮

可以。

高教授雅慧

一、抱歉，占用大家時間，15 分鐘的時間無法把所有的事情講

完，且我又只有 10 分鐘。簡報第 4-1 頁「用藥流程」之醫師處方，已有寫到用藥說明。剛才也提到醫師看診後向病患說明無須用藥，病患也應付費，我想大家都有聽到這句話，我覺得這是很重要的事情。

- 二、有委員提問這個藥怎麼用、那個藥怎麼樣。尊重專業！我不當藥師有 12 年，不應侵越藥師職權來回答有關藥師或醫師的問題，這是不恰當的做法，因我現在只是學校老師。
- 三、教育民眾，不管在醫師處方或藥師調劑階段，都要一而再、再而三的教育民眾，所以說夥伴關係。我也舉例，英國的做法是讓大家看同一本書(指引)，讓大家都有相同的資訊。大家可能會覺得英國人看英文，我們看不懂，所以需要有自己的做法。美國也有他們的做法，美國 FDA(食品藥物管理局)要求各藥廠每項藥品都要提供病患用藥說明書，其與提供醫療人員參考的仿單是有所區隔。
- 四、用藥整合的問題：因我們給病人很多自主的權利，病人其實很辛苦，生病時得要自己決定看那一科，去哪裡看，或問其他人；如我問江主委現在有什麼問題，可否建議看台大醫院的那位醫師，諸如此類，故民眾在用藥上也會有整合問題。醫師如果也能提供這部分服務，病人也應付醫師費用，我的重點是這樣。今天的簡報不在講醫師該怎樣、藥師該怎樣、民眾該怎樣，在用藥流程也提到民眾沒有用藥，不見得是他的錯，可能是因為不瞭解；所以最後才講大家是夥伴關係，我們必須思考不足的地方要用什麼方式補足，這是我的想法。
- 五、藥費支出目標能否解決品質問題，我覺得這是定義問題，如果只管藥費，跟品質有什麼關係？不將品質納入，品質不會自己發生，用藥品質是民眾自己要爭取，如果覺得醫師開什麼藥就吃什麼，隔壁鄰居介紹什麼藥好就吃，品質那裡來？所以這是大家必須一起承擔的夥伴關係。

江主任委員東亮

- 一、高教授雅慧講得非常好，費協會委員也是一樣，大家其實是夥伴關係，協商結束時並不是結束，而是真正的開始。我們再次鼓掌謝謝她。
- 二、第六案是有關 102 年度藥品費用總額支出目標值，今天已沒時間討論，但有兩件事很重要，一為法源，法源問題須先解決，本會如無授權，是不可能討論本案，為利下次委員會議討論，這部分先請衛生署健保小組說明，本會是否有法源依據可以協商藥費總額？
- 三、另幕僚前於 10 月 19 日及 26 日收集委員的意見並請健保局答復，整理於附件四之二，且本週二(11 月 6 日)健保局也召開相關會議。
- 四、藥品費用總額支出目標值案的討論，大概須經 3 次會議才會完成，我們有健保局原始方案、付費者與專家學者、醫院、西醫基層也都有不同看法，幕僚已將收集到的意見整理依 8 個面向分類，分別為法規面、單一與否、涵蓋範圍、基期年費用、成長率、超支處理、未超支處理、配套措施等，除法規面等會確認外，希望下次會議前，付費者與專家學者能像過去協商一樣，就其餘 7 個面向達成共識，醫院與西醫基層可整合在一起，但如有不同之處也可個別提案，下次委員會議的前半小時，會讓雙方個別討論，達成內部共識，希望在進入討論前能把協商的方案建立。

何委員語

對藥品費用總額支出目標值，啟動藥價調整機制，我們看到健保小組和健保局的回答，由一代健保法末代的費協會來討論一個未來的制度，恐未具代表性，於程序及法律的適用性易受質疑，我們為什麼要去做一件易受質疑的事情？

江主任委員東亮

何委員語您講得很好，所以剩下的時間要請衛生署及健保局就適法性加以說明，費協會是否有權利討論。如果可以，我們會在 12 月份進行討論，但適法性如有窒礙難行，當然就沒辦法討論。現在先說明下個月的會議程序，開會之前醫療服務提供者與付費者務必要達成個別方案共識，如果今天確認我們有權利進行討論，已先請幕僚提供的各面向意見，請委員回去務必先討論。接下來是對「102 年度藥品費用總額支出目標值案」適法性問題的說明。

沈組長茂庭

何委員剛才看到的是委員提的問題，不是健保局的質疑，請參看補充資料第 6-1 頁：第一欄是各委員所提意見或詢問事項，另一欄是健保局之說明。健保局並未質疑費協會討論本案有適法性問題。

江主任委員東亮

法源依據，目前是依一代健保法第 49、50 條，但健保局是依二代健保法第 61、62 條提出方案，現在請衛生署表示意見，要列入紀錄，即衛生署可否授予費協會行使健保會職權，依二代健保法第 61、62 條，設定藥品費用分配比例及其處理原則？必須明確答覆，請衛生署代表發言。

朱組長日僑

謝謝主席。對於藥品費用支出目標的政策，署裏已依行政程序交議至費協會，且政府在行政程序的作為是持續的。費協會為一代健保法之法制組織，我們知道，費協會依循一代健保法的內容，參考明(102)年 1 月 1 日即將實施的二代健保法精神處理。

江主任委員東亮

對不起，不能「參考」，因為所提方案是依據二代健保法第 61、62 條，現要實質討論健保局依據二代健保法第 61、62 條所提出的方案，所以必須很明確，若只是「參考」，我們就不做了。

朱組長日僑

所以主席剛才提到，我們現在要處理的，就是政府的行政程序即將要發生的事，討論 102 年度總額也是這樣的精神，因為政府的行政程序是持續作為，處理上自然會運用二代健保法，尤其這部分一代與二代之間並沒有大的差異...。

江主任委員東亮

對不起，一代與二代健保法之間有差異，所以才有問題。

朱組長日僑

只有非常小的差異。

何委員語

沒有，主席，一個字差異，解釋完全不一樣。

陳委員宗獻

請問如果在 12 月底前有結論，明(102)年 1 月後的健保會委員認為有問題要重新討論，可以再推翻，是嗎？

江主任委員東亮

衛生署能否授權費協會，行使健保會的職權，這很重要。

陳委員宗獻

如果健保會可以改變我們的結論，重新討論，那現在我們實在不用開會。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

有關衛生署對於法律的解釋，希望再斟酌。一代與二代健保法差異之處，我先說目前依據二代健保法第 62 條，是「藥品費用經保險人...」，指藥品費用，沒有區分住院或門診，但現在還沒實施，至於一代健保法第 50 條是「門診藥品費用」，係限縮在門診，是現在正在實施的法。但健保局的方案為何把門診藥品費用擴充到「住院」？所以健保局引用的法條是二代健保法第 62 條，而非一代健保法第 50 條，所以法律上怎麼會沒差異？還有很多條法律都不一樣，不在此一一列舉，希望衛生署好好斟酌。

謝委員武吉

簡單說幾句。這問題請健保小組回答，可能比較牽強，對於適法性，應拜託衛生署法規會解釋。

江主任委員東亮

接下來，請健保局黃局長三桂說明。

黃局長三桂

雖然到今年底，各位委員擔任的任務將告一段落，但我相信大部分委員還會繼續留下來。按既定程序，二代健保在明(102)年 1 月 1 日開始上路，試想為何明(102)年上路的預算，各位委員現在可以審查？也就是說，政策上希望無縫接軌，如果用這樣的想法來看，各位委員現在審二代健保的藥品費用支出目標制，其實就像各位審查 102 年度總額預算一樣，合法性應該沒有問題。

江主任委員東亮

請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、基本上，我認為法源沒問題，健保局用二代健保法，我認為一代健保法就可以做，為何用二代健保法？今年總額協定，用的是二代健保法嗎？是用一代健保法協定總額，以後健保會是否要推翻，說「我們還沒協定總額，通通不算」，可能嗎？我的意思是，以一代健保法做總額分配，分配到何種程度，權限本來就在費協會，分很大、或大中有小，像透析服務，有法源依據嗎？哪個人能告訴我依據在哪？一樣的意思。我認為這樣的分配方式，可讓健保醫療更有效率，更可控管支出面快速增加，就去做，這麼多年有人跳出來說透析玩假的，通通無效？沒有吧！

二、所以，一代健保法就有前例，只是健保局特別把二代健保法第 61、62 條拉進來，才會產生無謂的爭執。本來就有權限去做，二代健保法只是怕語意模糊不清，把它寫得更清楚而

已，也就是怕費協會或以後健保會大家偷懶，寫清楚而已，本來就應該做，通通應該做。

江主任委員東亮

請黃局長三桂。

黃局長三桂

剛剛謝委員天仁講的，其實是對的。先不要提二代健保法，一代健保法第 49 條即有規範，雖然文字是寫「門診藥品」，但並未阻礙委員設定有關住院藥品分配，委員有權限，所以個人認為法源上完全沒疑慮。

江主任委員東亮

不過草案寫的是根據二代健保法第 61、62 條，所以沒辦法審，若寫的依據是一代健保法第 49、50 條，就可以幫忙審。現在寫的是二代健保法，我們只好代替健保會來審，至於費協會能否代替健保會，就請衛生署表示同意可由費協會代替健保會，可以嗎？請鄭參事聰明。

鄭委員聰明

我的看法是，事實上，二代健保法早在 100 年 1 月 26 日通過，只是明(102)年才實施，第 61、62 條也是明年實施，當然有準備期，若今年不討論，明年無法實施，就只好延後一年。另外，不管是一代健保法第 49、50 條，或二代健保法第 61、62 條，對分配制度並未提到一定由費協會或健保會討論，只是根據條文，以往都提費協會討論，法源沒問題。若施行後才能討論，則所有健保相關子法規都要延後到 103 年才能實施，這樣執行會有問題。

陳委員宗獻

我覺得健保會與費協會委員，思考角度會不一樣，因為職掌不相同，健保會職掌比較廣。另外，總額支付制度從民國 89 年開始，但健保法在民國 84 年就通過，5 年後才開始實施總額，換句話說，二代健保是否真有那麼急迫，非得在 102 年 1 月 1 日前就要

將藥品支出目標制討論出結果？剩下要討論的事真的千頭萬緒。希望 12 月份午餐能快樂一點，我們真的要討論嗎？

江主任委員東亮

我知道其實衛生署、健保局都有壓力，事實上，現在只要署授予費協會行使健保會職權，可依二代健保法第 61、62 條設定，問題就在此，如果沒有授權，我們無法行使職權。不然就要請健保局修改議程第 75 頁試辦方案的法源依據。請衛生署將這難題解開，我們才有辦法討論。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

如果現在應當用第一代的法或第二代的法都不清楚，引用第 62 條或 50 條也有爭議，權責機關是費協會或將來二代的健保會都有疑問。當主管機關對適法性有疑義，應聲請大法官解釋。

江主任委員東亮

請鄭委員聰明。

鄭委員聰明

二代健保法通過後，雖然像剛才委員所講，不一定要馬上施行第 61、62 條，但也不能主張程序上一定要等健保會成立，因為又會延後 1 年實施。我要講的是，二代健保法第 61、62 條只規定支付制度保險人該怎麼做，但並未明文規定一定要提健保會或費協會討論，籌備過程有過渡期間，健保會沒成立前，先由有功能的費協會討論，我認為沒什麼不當之處。也請謝委員天仁從法律觀點來看。

謝委員天仁

對法律的解釋，不可能違背專業，但我比較白目，把它點破。照理來講，若訂定藥品費用總額支出目標值，如對各部門都有利，三更半夜也要訂，不會抗拒，也不會講二代健保法第 61、62 條的問題，付費者代表也一樣。現在的問題是，照健保局所提方案去訂，結果只對藥界有利，對各部門、付費者通通不利，大家當然



不熱衷，想把皮球踢給健保會，問題在此。所以，假使要訂藥品費用支出目標，要在 12 月前完成很容易，提出三方都認為平衡的方案，相信大家都不會拒絕。

鄭委員淑芳

剛才鄭委員聰明特別提到，假使等明年健保會成立再討論藥品總額問題，藥費總額必須再延後 1 年實施，但不知道對時間的詮釋有無檢討空間，譬如明(102)年 1 月 1 日健保會成立，同時將藥品費用總額支出目標值案列為優先討論議題，在 1、2 月時討論，並追溯至 1 月實施，在法律上是否可行？對討論藥品費用總額支出目標值的適法性、健保會代表性，是否較符合健保法的規定。

鄭委員聰明

請問朱組長日僑，剛才主計總處代表鄭委員淑芳的看法，現在不討論，明年再討論、回溯，執行上有無困難？

朱組長日僑

一樣涉及 102 年度總額問題，所以必須在 102 年度總額確定前有方案，實施才較明確。

江主任委員東亮

衛生署要確實面對此問題，以前也有法源依據，為何都沒做？為何 102 年度一定要做？其實你們有困難，我知道，但必須跟所有委員講清楚，我認為委員都願意幫忙，但如果是打迷糊仗，我看很難說服委員好好討論，這非常重要的，你們有什麼難題，可講給委員聽。

鄭委員聰明

說明一下，據我瞭解，程序上像謝委員天仁講的，任何法律都有籌備期，沒什麼不可討論，只是適當性，大家有無共識，爭執在此。個人認為先討論、試辦，新制度不一定需要十全十美，未知事項誰也不敢講要非常好，先試辦，不好再檢討、修正，雖然大家認為健保局提的方案不好，但總要有個起頭。

江主任委員東亮

為何要現在起頭？就是拜託向委員說明的重點。我知道衛生署的心情，所以需要執行，希望委員會議能討論，但像剛才謝委員天仁所說，若是很簡單的案子，大家都有利，當然沒什麼問題，但這是非常複雜的議題，即使明年度或後年度討論，一樣會碰到。我很肯定費協會委員，每個都盡忠職守，且不是為個人利益，還要考慮國家整體利益，所以為什麼列表出來，希望各位付費者、醫療提供者代表，就你們的面向提出所要的部分。12 月份委員會議大約進行至 11 點 40 分，能拉近的部分儘量拉近，如果不能拉近，2 案或 3 案併陳，就這樣而已，因為要形成決議案，必須有很多努力，我們現在已儘可能努力，希望依協商時方式，提出不同方案，方案數會減少，還有健保局方案，這樣說明可以嗎？請謝委員天仁。

謝委員天仁

請問怎麼協商？每個部門都有，大家通通一起來。

江主任委員東亮

分部門，還有付費者。

謝委員天仁

分部門很難講，各部門幾億都不知道，現在健保局提出的方案是總的，比如用原來總額的四分之一，去計算藥品費用總額支出目標。

江主任委員東亮

我們可能會弄個原則，比如健保局提出單一的藥費總額支出目標，但醫療部門可能不要，所以可能由委員提出自己的方案，再來處理。

陳委員宗獻

結論很清楚，下個月委員會議，從 9 點半討論到 11 點 40 分，大約 3 個多鐘頭，每個委員講 2 句話就差不多結束，問題是 2 案或 3

案併陳主管機關裁決，其實下個月...。

江主任委員東亮

參考，不是裁決。

陳委員宗獻

這是原則問題，過渡期間做的討論，一定要提經健保會再討論，否則可能 12 月 31 日，衛生署說「依據費協會討論結果，所以選擇某方案」，這樣的話，我們來蓋章就好了。

江主任委員東亮

有無其他意見？意思是費協會可以討論吧？

陳委員宗獻

可以，但有結論就等於有選擇。

張副秘書長孟源(李委員明濱理人)

引用謝委員天仁所講，總額成長率部分可送署裁決，但總額分配比率如 R 或 S 值占率多少屬費協會權責，所以，不是什麼都送署裁決，很多事應經充分討論，取得共識。國家制度牽涉全國人民利益，我們的目標不只是藥品費用總額支出目標，而是國民健康及社會福祉更大的目標。

江主任委員東亮

請謝委員天仁。

謝委員天仁

在法律上會有問題，如何說藥費總額支出目標是總額協商的一部分，但沒有這個部門代表。我的看法是費協會在訂藥品費用總額支出目標，有決議就決議，沒決議就不通過，沒有所謂送署裁決的問題，假使要送署裁決，我們通通沒提案，署自己裁決，問題反而容易解決。

江主任委員東亮

所以選項是提案給署，沒有裁決？

謝委員天仁

我們不提案。

江主任委員東亮

不提案？

陳委員宗獻

這是健保會的職權，很明確，所以一定要由健保會確認，不是送署。

江主任委員東亮

衛生署健保小組的看法如何？

朱組長日僑

當然還是期待費協會針對署交議的政策部分進行討論。

江主任委員東亮

委員已經表達得很清楚，應如何讓委員動起來，您們有什麼方法？

朱組長日僑

請健保局再考慮處理方案，讓各方面能有效研商，比較妥適。

江主任委員東亮

請黃局長三桂，署長請你多講話。。

黃局長三桂

個人還是認為，費協會不管今年或明年，對於藥費總額支出目標制案，都有權責審理。

江主任委員東亮

請衛生署鄭參事聰明。

鄭委員聰明

任何法律都有籌備過程，母法也沒說一定提哪個會討論，依現行法律提費協會討論，於法並無不合。

江主任委員東亮

所以下個月就每個面向進行討論，看情況如何再列出全案，好不好？醫療提供者部分沒問題，付費者代表呢？

謝委員天仁

什麼沒問題？

江主任委員東亮

下個月還是按照各面向進行討論，可能 1 個或 2 個選項，只表示我們的看法。

謝委員天仁

照你們寫的模式，顯然不是要我們協商，而是要表決，表決就表決，有什麼關係。各位，有什麼議案提出來，表決讓大家痛快點。

江主任委員東亮

最後一屆了。

陳委員宗獻

我覺得表決不合適，基本原則是要討論，也是我們的職掌，剛才也解釋過，但我不同意費協會討論後送署，應送健保會。

江主任委員東亮

基本上下次討論到會議結束，因為還要保留 20 分鐘確定議事錄，看起來僵持不下，若是決議案就投票之後送署，但陳委員宗獻建議不投票。

陳委員宗獻

因為付費者代表「戴口罩」，不講話就是不提案；若是這樣，我們也沒提案。

江主任委員東亮

可以，不提案，很清楚，我們沒有提案，但可以進行討論，再將討論出的共識及不共識都列出，可以嗎？

陳委員宗獻

因為沒有完整版本，只就健保局版本討論、修正。

江主任委員東亮

修正健保局版本，就表示以健保局版本為主，是不是這樣？

陳委員宗獻

現在距離高鐵發車時間很近，我暫時不表示意見。我認為 12 月份委員會議可進行討論，但討論結果要依據二代健保法規定，送健保會繼續討論。

江主任委員東亮

下個月委員會議討論至 11 點 40 分，可以嗎？

林執行秘書宜靜

向委員說明，下個月是最後一次委員會議，之後沒有會議可確認議事錄，所以當天幕僚會現場記錄決議，再請委員確認，因此需要預留確認會議紀錄的時間。

江主任委員東亮

- 一、會議結束前，需保留時間進行紀錄確認，基本共識就是不提案，只討論，可能有共識及不共識兩部分，就是費協會的共識與不共識，可以嗎？(委員未表示反對)
- 二、如果沒有臨時動議，今天會議到此結束，其他議案保留至下次委員會議討論。散會。