

全民健康保險醫療費用協定委員會  
第 187 次委員會議事錄

中華民國 101 年 10 月 12 日

# 全民健康保險醫療費用協定委員會第 187 次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國 101 年 10 月 12 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

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

陳委員紹元

陳委員錦煌

黃委員偉堯

黃委員建文

葉委員宗義

葉委員明峯

廖委員本讓

蔡委員登順

鄭委員聰明

謝委員天仁

謝委員武吉

簡委員慧娟

蘇委員清泉

華副處長清吉(代)

張副秘書長孟源(代)

郭秘書長正全(10:30 以前及 11:25 以後代)、

陳高級分析師雪芬(10:30~11:25 代)

曾秘書長中龍(10:35 以後代)

呂秘書長月榮(代)

陳常務理事彥廷(代)

謝董事長文輝(10:15 以後代)

李科員惠涓(代)

劉副秘書長碧珠(10:52 以前及 11:45 以後代)

肆、請假委員：

林委員啟滄

鄭委員淑芳

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：林淑華

柒、主席致詞(略)

捌、議程確認

- 一、討論事項第六案，中央健康保險局提案內容有關受刑人納保增加預算之使用方式，因 9 月協商結果，醫院總額部分未達共識，依健保法第 49 條，應報請衛生署裁決；另二項建議僅涉及協商結果之文字修正，可於確認上(第 186)次委員會議紀錄時提出。爰本案不列入議案。
- 二、討論事項第七至十一案，雖提案委員未在開會前兩週提出，惟仍列入本次會議議程，若時間允許，則進行討論。
- 三、本次會議結束時間預定為中午 12 時。
- 四、修正後議程如附件。

玖、報告事項

第一案：確認本會上(第 186)次委員會議議事錄。

決定：

- 一、討論事項「102 年度牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院部門及其他預算醫療給付費用總額協商因素項目及成長率案」，修正部分文字如下：

- (一)102 年度西醫基層及醫院醫療給付費用總額及其分配之「3.門診透析服務」，增列文字：「(3)門診透析服務總費用成長率為 2%，其基期費用包含 101 年度之 1%成長率，新增預算用於鼓勵非外包經營之透析院所…。」
- (二)102 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配之(三)-2-(4)，修正為：「(4)家庭醫師及診所以病人為中心整合照護計畫：全年經費 1,215 百萬元。以家庭醫師整合照護計畫為主，納入診所以病人為中心整合照護計畫。」
- (三)102 年度醫院醫療給付費用總額及其分配，付費者代表方案之「(6)提升住院護理照護品質方案」，增列指標，文字修訂為：「全年經費 2,000 百萬元。其人力監測指標為：102 年底符合醫院評鑑人力基準項次 1.3.7 之 C1~C9 的住院護理人員數，較 101 年底之 C1~C9 的住院護理人員數淨增加 1,500 人。但關床之醫院不予獎勵。」
- (四)102 年度全民健康保險其他預算及分配之「4.推動促進醫療體系整合計畫」，修正為：「(1)預算用於醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫、論人計酬試辦計畫，及新增醫院垂直整合方案等三項」。

(註：附表相關文字一併變更)

## 二、餘確定。

第二案：本會上(第 186)次委員會議決議(定)事項辦理情形。

決定：102 年度全民健保各部門總額協定事項之相關計畫與後續須辦事宜，完成時程表如附表，請各相關單位依進度辦理所掌事項，並依辦理時程於本(101)年 12

月份及 102 年 7 月份委員會議進行追蹤。

第三案：本會重要業務報告。

第四案：102 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率報告案。

第五案：中央健康保險局報告「中醫門診總額一般服務費用分配方式試辦計畫」執行結果。

第六案：中央健康保險局報告「醫院與西醫基層財務風險監控情形」。

第七案：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

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：為使方案內容更周全，請委員於 10 月 19 日前(第一梯次)及 10 月 26 日前(第二梯次)提供欲請教之問題及意見，由幕僚同仁彙整，轉請相關單位準備，於下次委員會議說明。

##### 第二至十案

主席裁決：因時間已至中午 12 時，爰其餘各案移至下次委員會議討論。

拾壹、臨時動議：無。

拾貳、散會：中午12時5分。

附件

## 全民健康保險醫療費用協定委員會第 187 次議程

### 壹、主席致詞

### 貳、議程確認

### 參、報告事項

- 一、確認本會上(第 186)次委員會議議事錄
- 二、本會上(第 186)次委員會議決議(定)事項辦理情形
- 三、本會重要業務報告
- 四、102 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率報告案
- 五、中央健康保險局報告「中醫門診總額一般服務費用分配方式試辦計畫」執行結果
- 六、中央健康保險局報告「醫院與西醫基層財務風險監控情形」
- 七、中央健康保險局報告「醫療費用支出情形」

### 肆、討論事項

- 一、102 年度藥品費用總額支出目標值案
- 二、102 年度牙醫門診總額一般服務費用分配案
- 三、102 年度中醫門診總額一般服務費用分配案
- 四、102 年度西醫基層總額一般服務費用分配案
- 五、102 年度醫院總額一般服務費用分配案
- 六、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(提案人：謝委員天仁)
- 七、為以評估健保總額對於癌症醫療給付一手術、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)
- 八、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)
- 九、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)
- 十、為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)

### 伍、臨時動議

附表 102 年度全民健保各部門總額協定事項之相關計畫完成時程表

部門	工作項目	權責單位	完成時限
牙醫門診總額	<b>依法定程序辦理相關事宜，並送會備查</b>	中央健康保險局 牙醫門診總額相關團體	101 年 11 月底前
	1.醫療資源不足地區改善方案 2.牙醫特殊服務實施方案 3.牙周病統合照護計畫 4.品質保證保留款實施方案 5.根部齲齒填補		
	6.口腔癌統合照護計畫		101 年 12 月底前
	<b>提報執行情形(初步結果/成果/成效評估)</b>		102 年 6 月底前
1.口腔癌統合照護計畫 2.根部齲齒填補 3.醫療資源不足地區改善方案 4.牙醫特殊服務實施方案 5.牙周病統合照護計畫 6.受刑人醫療服務實施情形 7.品質保證保留款實施方案			
	<b>完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，發展結果面指標，並改善民眾自費情形</b>		

部門	工作項目	權責單位	完成時限
中醫門診總額	<b>依法定程序辦理相關事宜，並送會備查</b> 1.醫療資源不足地區改善方案 2.腦血管疾病後遺症門診照護計畫 3.腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫 4.腫瘤患者手術、化(放)療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫 5.品質保證保留款實施方案	中央健康保險局 中醫門診總額相關團體	101年11月底前
	6.支付標準調整		101年12月底前
	<b>提報執行情形(初步結果/成果/成效評估)</b> 1.支付標準調整 2.醫療資源不足地區改善方案 3.腦血管疾病後遺症門診照護計畫 4.腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫 5.腫瘤患者手術、化(放)療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫 6.受刑人醫療服務實施情形 7.品質保證保留款實施方案		102年6月底前
	<b>完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂，並發展結果面指標</b>		



部門	工作項目	權責單位	完成時限
西醫基層總額	<b>依法定程序辦理相關事宜，送會備查</b> 1. 醫療資源不足地區改善方案 2. 慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫 3. 醫療給付改善方案 4. 品質保證保留款實施方案	中央健康保險局 西醫基層總額相關團體	101 年 11 月底前
	5. <u>家庭醫師整合性照護制度計畫</u> 6. <u>診所以病人為中心整合照護計畫</u> 7. 新醫療科技 8. 配合安全針具推動政策 9. 新增 9 項跨表項目 10. 支付標準調整		101 年 12 月底前
	<b>提報執行情形(初步結果/成果/成效評估)</b> 1. 新醫療科技 2. 配合安全針具推動政策 3. 新增 9 項跨表項目 4. 支付標準調整 5. 醫療資源不足地區改善方案 6. 慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫 7. 醫療給付改善方案 8. 家庭醫師整合性照護制度計畫 9. 診所以病人為中心整合照護計畫 10. 受刑人醫療服務實施情形 11. 品質保證保留款實施方案		102 年 6 月底前
	<b>新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目及監測值，並改善假日休診造成民眾就醫不便情形</b>		

部門	工作項目	權責單位	完成時限
醫院總額	<p><b>依法定程序辦理相關事宜，送會備查</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫(依署裁決內容辦理)</li> <li>2.醫療給付改善方案</li> <li>3.推動施行急診品質提升方案</li> <li>4.提升住院護理照護品質計畫(依署裁決內容辦理)</li> <li>5.醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案</li> <li>6.品質保證保留款實施方案</li> </ol> <hr/> <ol style="list-style-type: none"> <li>7.新醫療科技(依署裁決內容辦理)</li> <li>8.支付標準調整(依署裁決內容辦理)</li> <li>9.配合安全針具推動政策</li> </ol> <p>註：並依衛生署裁決內容配合辦理相關事宜</p>	中央健康保險局	<p>101 年 11 月底前</p> <hr/> <p>101 年 12 月底前</p>
	<p><b>提報執行情形(初步結果/成果/成效評估)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.新醫療科技</li> <li>2.支付標準調整</li> <li>3.配合安全針具推動政策</li> <li>4.慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫</li> <li>5.醫療給付改善方案</li> <li>6.推動施行急診品質提升方案</li> <li>7.提升住院護理照護品質計畫</li> <li>8.醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案</li> <li>9.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質</li> <li>10.罕見疾病、血友病藥費</li> <li>11.受刑人醫療服務實施情形</li> <li>12.品質保證保留款實施方案</li> </ol>		中央健康保險局

部門	工作項目	權責單位	完成時限
跨部門	<b>依法定程序辦理相關事宜，送會備查</b> 1.增進偏遠地區醫療服務品質計畫 2.全民健保高診次民眾就醫行為改善方案--藥師居家照護	中央健康保險局	101 年 11 月底前
	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、醫院垂直整合等三項試辦計畫) 4.慢性腎臟病照護及病人衛教計畫(含 Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫、初期慢性腎臟病醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫等三項) 5.配合二代健保法施行提供矯正機關收容人醫療服務計畫 6.門診透析服務新增預算運用相關規定		101 年 12 月底前
	<b>提報執行情形(初步結果/成果/成效評估)</b> 1.山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 2.非屬各部門總額支付制度範圍之服務 3.推動促進醫療體系整合計畫 4.增進偏遠地區醫療服務品質計畫 5.全民健保高診次民眾就醫行為改善方案--藥師居家照護 6.慢性腎臟病照護及病人衛教計畫 7.配合二代健保法施行提供矯正機關收容人醫療服務計畫 8.門診透析服務新增預算用於鼓勵非外包經營透析院所之辦理情形		102 年 6 月底前

本會第 187 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。本會應出席委員人數 27 人，現出席人數已達 18 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。請翻到議程資料的首頁。本(第 187)次議程報告事項共七案：第一至三案為例行性報告，第四案為 102 年度健保醫療給付費用總額成長率報告，第五、六案係依委員會議過去決議請健保局報告的議案，第七案亦為例行性報告。
- 二、討論事項有十一案：第一案為衛生署交付本會協定的 102 年度藥品費用總額支出目標，第二至五案為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院的地區預算分配案，本次要討論地區預算分配公式中人口占率的比例。請委員翻到目錄後面，有討論事項第六至十一案的提案單，第六案為健保局於 9 月 28 日提案，係對 101 年 9 月 14、15 日 102 年總額協商結果，仍有疑慮，提請委員討論，包含受刑人納保問題、門診透析預算處理原則、家庭醫師及診所以病人為中心整合照護計畫之預算是否合併運用；第七案為謝委員天仁於 10 月 1 日提案，為落實轉診制度，促進分級醫療，提升醫療品質，建請逐年將門住診 45:55 調降醫院部門門診比率；第八案至十案為謝委員武吉於 10 月 2 日提案，第八及九案係希望健保局能提供相關數據，以評估健保總額對於癌症醫療給付(手術、藥物、化放療)與特材使用之投入，及其執行績效；第十案為針對 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」，希望提出具體落實的辦法；第十一案是謝委員天仁於 11 月 3 日提案，建請健保會組織法規中，能為被保險人代表設置專業幕僚。以上健保局及委員提案，是否納入議程，請委員討論。

江主任委員東亮

依本會會議規範第七點規定，一般議案於開會前兩週以書面提送本會。本次除健保局提案係於時間內提出外，第七至十一案皆未在期限內，如依會議規範，無法列入今日會議之一般議案，但可列為臨時提案，然臨時提案需有出席委員附議或連署，而且今日議案已經很多，恐無法討論這麼多議案，是否納入議程，請委員表示意見。

蔡委員登順

今天議案較多，但為尊重委員提案，如在時間容許範圍內，則可討論。

謝委員天仁

我所提的第七案與門、住診 45:55 分配比率有關，涉及醫院總額地區預算的分配，建議與第五案合併討論。

謝委員武吉

醫療服務提供者講話比較沒有聲音，任你們宰割。

江主任委員東亮

其他委員的意見如何？

蔡委員登順

對謝委員武吉講這樣的話，覺得抱歉，剛已建議尊重委員提案，如時間容許即討論，不要一開始氣氛就不好，不要講任人宰割，我們不會宰人，沒那麼兇，都很善良。

葉委員宗義

謝委員武吉所需資料，是否一定要本會通過才可拿到，如果不用，他可直接向健保局索取，就無需提會討論，可否這樣？

江主任委員東亮

一、現在最主要的問題是，一般議案於開會前兩週提出的程序，我只是提出現有會議規範的規定，如不講是主席失職，但委

員如可接受開會前兩週內的提案，則日後可修改會議規範。至於議案內容是否適當，屬第二個層次的問題，現在先討論是否符合會議規範所定程序。

二、向各位報告，行政院已於 10 月 9 日公布二代健保法定自 102 年 1 月 1 日施行，因此本會至 12 月底就結束，明年就沒有費協會的存在。

陳委員宗獻

會議規範係先前委員會議就已講好的，提案內容如何是成案後再討論，我覺得還是要遵照原來的規則。

江主任委員東亮

您的意思是成案還是不成案？如照原來的規則，是不成案。

陳委員宗獻

如照規則是不成案，就不成案，沒什麼好討論。

江主任委員東亮

那就移至下次委員會議再討論，可以嗎？

謝委員天仁

剛提過第五案是醫院總額一般服務費用分配案，涉及門住診費用分配比率，今天如決議門、住診為 45:55，那我下次再提案是否就變成復議案？這是相關聯的。

江主任委員東亮

相關聯議案的意見，無需再另外提案，於討論該案時可併入討論。

蔡委員登順

如果今天議程進行順利、時間容許的話，委員所提議案我們都予以尊重，將之列入討論，主席可設定會議時間，時間到了，若還未討論，就下次委員會議再討論。假設會議時間設定到 12 點，前五個討論事項至 11 點就結束，還有 1 小時可討論，就充分利用時

間。

陳委員宗獻

如果要討論謝委員天仁有關門住診比率的提案，我覺得內容牽涉醫院總額分配問題，情況不只是這樣，會很複雜。門診比率高，該算誰的帳？如果該算醫院的帳，也不能這樣簡單切割。何況謝委員天仁在提案前面提到，目前的部分負擔比率明顯偏低，也是問題所在。但究竟什麼時候是適當調整時機？可否與 GDP 等數據相連動，達到某程度就調升部分負擔比率。因此本提案牽涉範圍很大，如前面的議案通過，我認為 45:55 比率與部分負擔問題，都需另外重新討論，這些都連在一起，不能只算醫院的帳，民眾也有責任。

江主任委員東亮

謝委員天仁的提案是第七案，醫院地區預算是第五案，討論第五案時，謝委員如未提出意見，按照議案程序，第七案是在第五案討論結束後。有無其他意見？

謝委員天仁

假使程序是這樣進行，那我們可能要凍結第五案有關門住診比率的問題，這是相關聯的，不能切割討論。

江主任委員東亮

所以不能兩個案。

謝委員天仁

在解釋上，既然提案內容相關，就併入第五案討論，就這樣，看大家的結論。

江主任委員東亮

一、雖違反既定的會議規範，但我們就依蔡委員登順所提，將討論事項第七至十一案列入討論。今日會議時間預計到 12 點，如有時間就逐案討論，其中第七案併入第五案討論。如沒有疑義，今日的議程就這樣確認。



二、第六案是健保局的提案，我略作說明。有兩部分，第一部分是文字補充，應沒問題；至於受刑人醫療費用預算使用原則部分，牽涉到實質的會議決議，因 9 月份總額協商會議時，付費者與醫院部門並未達成共識，在會議紀錄不能增加任何新決議的情況下，這部分再討論會有困難。請林執行秘書說明。

林執行秘書宜靜

健保局的提案有三個重點，向委員說明如下：

- 一、對受刑人納保增加的預算：第 1 個建議，希望四總額部門都有一致的原則，即依專款項目原則進行，預算不足時採浮動點值，預算若有剩餘則不回歸一般服務；第 2 個建議，希望四總額部門間之預算可互相流用，因擔心醫院部門費用會不夠，而有些部門可能會有剩餘；第 3 個建議，受刑人使用的門診透析醫療服務，點值要採醫院或基層專款的點值，或門診透析的點值。
- 二、102 年門診透析基期費用，因 101 年門診透析成長率 1% 係用於鼓勵非外包經營之透析院所，之前我們有討論 101 年的 1% 納入基期，102 年純粹是 2% 成長率用於鼓勵非外包經營之透析院所，健保局希望相關文字能於紀錄中呈現。
- 三、家庭醫師與診所以病人為中心整合照護計畫，協定時有說 2 項計畫合併，健保局希望家醫計畫的 11.15 億元及診所以病人為中心的 1 億元，預算可合併運用。

江主任委員東亮

健保局有補充說明嗎？沒有。

謝委員天仁

我覺得部分與上次會議結論不同的地方，當然可以提出，但如果會議紀錄已有決議的部分，則不宜再討論，如：牙醫、中醫、西醫基層對受刑人醫療費用之預算，已討論並有決議的項目，不宜

再提出。可就其他未討論到的部分討論，已有討論並有決議部分，若再提出就會變成復議，應分清楚，健保局全部弄成一個議案，我覺得某部分應縮減。

江主任委員東亮

請問您的建議？

謝委員天仁

對未達成協議的部分，即醫院部門，因付費者及醫院代表有不同意見，需送署裁決，除非協商後醫院部門同意依照付費者方案來更改相關紀錄，否則不可能雙方未達成協議需送署裁決前，健保局突然跑出來說各總額部門的受刑人專款應統一規定！如果這樣就不用送署裁決，送健保局裁決即可。所以，已有決議的內容，個人認為不適合由健保局提出復議，但對未有決議的內容提出討論，這部分我沒有意見。

江主任委員東亮

所以謝委員天仁的意思是受刑人...。

謝委員天仁

就是「門診透析服務 101 年度成長率 1%，計入 102 年度基期預算，應在會議紀錄敘明」乙項，可能在協商時有遺漏、不足之處，因為沒有特別提出來，我認為可以補充；其他若有提出討論亦經決議的內容，雖然健保局在執行上有困難，但依目前現狀，不宜在此重起討論，此已等同復議，若要復議，則應照復議的程序進行，我沒有意見。

江主任委員東亮

一、謝委員天仁的意見是受刑人部分不宜討論，依照我們的程序，9 月協商結果，醫院總額部分未達共識，依健保法第 49 條，應報請衛生署裁決。

二、至於健保局所提的第二、三項意見，第二項大致無問題；第

三項雖然在協商會議時未討論，但也有討論空間，我們無法改變協商決議，只能進行文字修正，故本案不列入議程，但在確認上次委員會議議事錄時，請健保局提出修正意見。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

有關健保局所提第三項，家庭醫師整合計畫及診所以病人為中心整合照護計畫的建議，協商當時希望此二計畫合併，但未討論如何合併，現健保局提出將預算合併的建議，有其好處，就是若執行單位積極推動個別醫師加入以病人為中心照護計畫，此部分可以擴充得很大，對整體醫療品質、醫療體制來說，都是正向發展。個人贊同健保局的提議，若大家沒有意見就(預算)合併。這並非兩計畫實質合併為一。因為個別醫師與整體醫療居然計畫內容都相同，會很奇怪，恐怕與我們初衷不同。

江主任委員東亮

請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

主委，上次開會時我就提出受刑人預算由何來的疑問，我要知道，本來想提臨時動議，後來囿於時間因素就沒提。現在我想知道受刑人的保費到底是法務部編列預算，是由政府預算支應，還是從哪來？現在還是不清楚，老百姓有人懷疑、不爽，請解釋。

江主任委員東亮

請健保小組說明。

朱組長日僑

依現行作業，由法務部在公醫制度下，編列公務預算，支應受刑人在監獄內的醫療服務；到二代健保受刑人納入健保後，法務部改以編列公務預算的方法，處理受刑人的健保費，在此向委員說明。

陳委員錦煌

- 一、主席，這個案子沒有民間團體講話，坦白說，健保局、衛生署講話也不方便，總是行政院在管，對不對？你們怕行政院，不用說嘛。我有個想法，受刑人這大概 11 億元的保費，應該從易科罰金、棄保潛逃的款項中支應，不該由法務部編列公務預算支應，那都是百姓的稅金，法院收了那麼多罰款、罰金，應該從那支出才是。
- 二、要有民間團體幫你們發聲，否則你們敢講話嗎？今天有民意代表講話最好，你們才好說這邊有意見，才能再跟法務部進行協調。請跟法務部協調，由法院收到的易科罰金來支應受刑人的健保費。
- 三、四總額部門如何分配我不管，像中醫 5,700 萬、牙醫 1.1 億、西醫基層 2 億、醫院部門 9 億，這些我都不管，最重要的是受刑人健保費來源，要讓我這個付費者代表回去工會能夠交代，現在老百姓也在反映，為何受刑人可以不用繳健保費，我們卻要繳！付費者委員講話最公道，我是替健保局說話。

江主任委員東亮

陳委員錦煌您都已經幫他們算好了，今天說的話會列入紀錄，他們會引用...。

陳委員錦煌

我的意思是，讓我知道你們之後協調的結果，不是現在說的，你們贊同就沒事，我會追蹤的，醫療的我不懂，追錢的我會，這個預算的來源很重要，好不好！

江主任委員東亮

好，不過因為本會負責總額費用的分配事宜，我想若大家不反對，也許可將會議紀錄送給監理會，監理會是管錢從哪裡來，所以...。

柯副主任委員桂女

江主委對不起，雖然在預算上，兩會一個偏重收入管理，一個偏重支出管理，但監理會沒有辦法管錢從哪裡來，監理會只是在健保收支預算內，監理健保費收進來後如何運用，沒辦法決定受刑人的保費由何來。我覺得這種說法並不公允，抗議。

陳委員錦煌

江主委，她抗議的有道理，她是副主任委員，所以她要抗議。我剛說的重點是，我們來自民間，講話較公道，代表一些聲音。反正就請衛生署與法務部協調，他們是權責單位，看受刑人保費來源要從何支出較符合社會公義，我做橋給你們，你們去協調才有依據。

江主任委員東亮

您剛才除了做橋之外，11 億的數字都算好了，現在的問題是...

陳委員錦煌

11 億雖然算出來，但你們編 13 億的醫療費用，還差 2 億。對於受刑人保費來源要拿捏好，看未來如何確認。

江主任委員東亮

我們沒有管錢從哪裡來，費協會如果有管錢從哪裡來，我一定...

陳委員錦煌

報告一下，今天若沒有預算，我就沒辦法分配錢，全民健保總額 5,600 億，費協會在框列預算，如果沒有錢，我也不敢分配給四總額部門，對不對。

江主任委員東亮

基本上，受刑人從明年 1 日 1 日就要開始繳保費，跟全體國民一樣，但受刑人的保費從哪裡來，是另一個問題，我想錢會收進來，但按照您的說法，現在錢從哪裡來出了問題，依委員意見，

您希望受刑人的保費，除了自付外，不要用到其他費用，是這個意思嗎？

陳委員錦煌

受刑人的保費，如果他們真的沒有賺錢，家屬也無法負擔的話，剛才提出的重點是將罰金拿來編列就可以，請法務部將法院收到的易科罰金、棄保潛逃的款項，拿來繳健保費，怎麼會不可以！

江主任委員東亮

健保小組可不可以？

朱組長日僑

尊重委員的建議。

凌委員月霞

剛才陳委員錦煌提到錢從哪裡來，就我瞭解，如果原本是公醫制度，應該是由法務部編列公務預算來支應，當然是納稅人的錢，但現在如果用易科罰金的部分，其實易科罰鍰也是繳進國庫，統收統支，兩種財源一樣是由國庫支出，所以應該討論保費由誰負擔才是重點。

謝委員武吉

主席有說今天耳朵不好，我今天換位置坐到這邊也耳朵不太好，之前提到明年度開始，受刑人可以納入健保，請問若受刑人為低收入戶時，其保費由誰支出？

江主任委員東亮

請健保小組回答。

朱組長日僑

政府對於弱勢族群都有一定的補助條件，若符合相關條件，無論是何身分，政府對符合條件之國民都一樣給予補助。

謝委員武吉

如果去殺人、放火，我們還要幫他出錢嗎？不對吧！這個要修正，怎麼可以容忍呢？

江主任委員東亮

好，記錄下來。進入報告事項第一案，確認本會上次委員會議事錄，請同仁宣讀。

貳、報告事項第一案「確認本會上(第 186)次委員會議議事錄」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？剛才討論過的門診透析部分，請健保局提出修正建議。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

補充說明，第 8 頁有關門診透析服務，於討論時有談到要加入一個年度校正的參數，文字是「當年第 1 季醫院總額及西醫基層總額之門診透析費用點數占率乘以年度校正之參數分配計算」。

江主任委員東亮

您說明是當時的狀況，但這是不一樣的事情。請健保局提出具體修正文字內容。

蔡組長淑鈴

請委員參看本局提案內容，門診透析服務 101 年 1% 成長率用於鼓勵非外包院所，102 年 2% 的成長率也是用來鼓勵非外包院所，現要釐清 101 年 1% 成長率該如何處理，是繼續留給非外包院所，或滾入基期？健保局並不清楚，在協商結論中也沒有明文確認。

陳委員錦煌

主席，門診透析服務 101 年 1% 給非外包，是鼓勵非外包院所的獎勵金，怎麼現在又在問。

謝委員天仁

是滾入基期的問題。

江主任委員東亮

滾入基期就是大家一起用。

陳委員錦煌



但是外包院所不准獎勵啦！

蔡委員登順

一般來講，總額成長率都會滾入次年基期，101 年洗腎的成長率 1% 是給洗腎部門，相同地，協商 102 年洗腎成長率 2%，也一樣會納入 103 年總額基期。我認為洗腎應該與四部門總額的協商原則一致才合理，不能單單只規定洗腎的成長率不滾入基期，這樣洗腎總額會一直停滯，也不公道。

謝委員天仁

贊成蔡委員登順的意見。決議文字是否需要稍微調整，在 102 年處理 101 年總額費用要不要納入基期的問題，是合適的，贊成文字稍作調整。

江主任委員東亮

要怎麼調整？請問健保局有無具體文字建議。

蔡組長淑鈴

健保局的建議是，將提案辦法的第四點文字「101 年度成長率 1%，計入 102 年度基期預算」納入決議，這樣就沒有疑義。

謝委員天仁

討論案的內容可能不太適合，既然已決定健保局的提案不列為討論案，現在若動用提案的擬辦文字，則決議該如何下？建議回歸議程第 8 頁(第 186 次委員會議議事錄)，在門診透析服務總費用的決議文字中，去註記總費用，這樣比較容易處理。因為主席剛才已裁示，不另立議案，只需在決議文字中註記清楚，比如文字載明：102 年所協定的門診透析服務總費用，其基期費用包含 101 年成長率 1%，做此文字修正，這樣做就不會有多一個議案的問題。

江主任委員東亮

一、可以嗎？好，這部分就這樣處理。

二、至於會議紀錄中，有關西醫基層兩項專案預算(家庭醫師整合性照護制度計畫全年經費 11.15 億元、診所以病人為中心整合照護計畫全年經費 1 億元)合計 12.15 億元部分，要不要討論？

陳委員宗獻

我們同意這個做法，這樣做會比較好。

江主任委員東亮

你們同意，那付費者呢？因為當時沒有具體討論到這部分，只是說合併，那預算是否也合併，兩專案的預算可否流用？是否決議加上「預算可以流用」等文字就好？

林執行秘書宜靜

建議在預算項目中，把兩個計畫合併，然後預算直接列 12.15 億元。

江主任委員東亮

可以嗎？

陳委員宗獻

雖然兩方案的目標並不相同，所以執行的內容可以不一樣，但預算上做這樣的處理會比較好。

江主任委員東亮

本項做文字修正，如果沒有異議，就確定。請謝董事長文輝。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

議程第 15 頁的第五之 4 之(1)，或第 26 頁表 5「102 年度其他預算項目表」，其中「推動促進醫療體系整合計畫」預算 9.5 億，其實是延續 101 年的計畫，協定預算用於 1.「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」，這個計畫已經實施多年，效果也相當好；2.「論人計酬試辦計畫」，今年正推動中；3.「醫院垂直整合方案」，到目前還沒有方案，狀況和去年一樣，所以應該改為與 101

年相同的文字「新增醫院垂直整合方案」，因為這個方案還在研議中，建議加上「新增」二字。

江主任委員東亮

一、增加「新增」二字。

二、除了以上 3 點文字修正外，請問委員還有無其他意見？有關護理人力指標部分，請問謝委員天仁，付費者委員意見為何？

林執行秘書宜靜

這部分請委員參閱議程資料第 36 頁，在醫院總額的付費者版本中，針對提升住院護理照護品質方案，上次會議決議是請護理師公會全聯會幫忙提出人力監測指標，讓付費者可以補強方案，護理師公會全聯會已提供資料，在議程資料第 36 頁，此部分內容請付費者委員做確認。

謝委員天仁

可否先請護理師公會全聯會說明他們所提的建議內容。

江主任委員東亮

請護理師公會全聯會說明。

呂秘書長月榮(陳委員玉枝代理人)

主席、各位委員，我們認為提升護理照護品質，目前以人力之提升最為重要，所以將人力增加的相關指標列為監測指標：

一、第 1 個指標是針對整體的執業人數，目標是 102 年底執業登記護理人員數較 101 年底執業登記護理人員數增加 1,500 人。

二、希望 102 年所增加的人力能增加在人力最吃緊的單位，所以提出第 2 個指標是，102 年底醫院評鑑人力基準 1.3.7 之 C1~C9 護理人員數較 101 年底之 C1~C9 的護理人員數增加 1,000 人。有關 C1~C9 所稱之單位列在備註說明，這些是醫院內人力比較吃緊的單位，所以希望明年度能在這些單位增加 1,000

人，以上說明。

江主任委員東亮

將其列為會議紀錄的一部分，可否接受？

謝委員天仁

- 一、第一個指標不是住院護理照護品質的範圍，是整體執業的總數，可能包含門診部分，但不是本專案要監測的內容，我認為只要保留第 2 個指標即可。
- 二、既然目標要增加 1,500 人，當然應該增加在重點單位，所以我們認為第 2 個指標，應該將增加 1,000 人，改為增加 1,500 人。但付費者這邊有個要求，如果醫院關床，則不予獎勵，這是為落實執行的考量，既然有出現關床的現象，也應該面對，所以我們認為應該要落下文字。

江主任委員東亮

付費者委員可否提出監測指標及條件文字，以能併入紀錄中。

呂秘書長月榮(陳委員玉枝代理人)

主席，再補充說明，為何會將重點人力的增加目標訂為 1,000 人：

- 一、有關人力較吃緊的單位，經統計其占醫院執業人數約 9 成，若再提高人力增加目標數，實務上恐怕難以達到。
- 二、101 年已增加 3,000 名護理執業人數，我們希望這些人能夠繼續留任，所以首要之務是穩住這 3,000 名人力。另外，明年在重點人力部分希望能再增加 1,000 人，這已經是很高的要求，因為 101 年所增加的人數，已經提高醫院的人事成本，所以不敢將目標訂得太高。

江主任委員東亮

監測指標是由你們提出，供付費者委員參考後決議，本案最後還是由付費者委員提出。目前因為醫院總額部分，有付費者代表及醫院代表 2 個版本，所以還須將兩方案送到衛生署裁決。

謝委員天仁

請教護理師公會全聯會，指標中寫到醫院評鑑人力基準 1.3.7 之 C1~C9，其中 C6 有包含門診？

呂秘書長月榮(陳委員玉枝代理人)

因為整體執業人數包括診所、護理機構、安養機構在內，醫院評鑑 C1~C9，其中 C6 是指門診。

謝委員天仁

本項專案寫得很清楚，是提升住院護理照護品質方案，所以跟門診無關，我們只管住診部分需增加的人力，至於門診人力的增減，不在本專案範圍。

呂秘書長月榮(陳委員玉枝代理人)

向委員報告，第一項指標是指總執業增加人數，若委員認為此部分不列入指標，只將第 2 項列為指標，我們同意。至於第 2 項指標醫院評鑑人力基準 1.3.7 之 C1~C9 部分，是取自醫院評鑑的項目，若將部分項目扣除，資料上可能無法與第一年提報的資料作比較。

謝委員天仁

我們的疑義是，因為本項是提升住院護理照護品質方案，所以住院以外的部分就不在本專案的獎勵範圍，所以 C1~C9 之中，有沒有住院以外的部分？若有，則應該刪除才對。

江主任委員東亮

兩項指標中，是不是只留下醫院評鑑人力基準指標？

謝委員天仁

對。

江主任委員東亮

事實上醫院評鑑人力基準中有門診部分，如果只看住院而不看門診，有時候會有氣球效應，就是捏一邊，而另一邊就會漲，考量

一來資料容易取得，二來醫院評鑑已將資料合併，現在既然要求人數從 1,000 人增加到 1,500 人，建議增加 1,500 人的指標就採醫院評鑑的資料，這樣比較容易管理、監測。以上建議，付費者委員可否想想看？

陳委員錦煌

主席，請問醫院評鑑人力基準 1.3.7 是甚麼？

江主任委員東亮

是科目。

陳委員錦煌

科目是甚麼？要讓我們知道呀！

江主任委員東亮

他們很熟啦！

陳委員錦煌

熟，就要報告呀！

呂秘書長月榮(陳委員玉枝代理人)

C1~C9 所涵蓋的單位列在備註的單位說明。

江主任委員東亮

備註有說明。

陳委員錦煌

我們只知道本來 1 個護士照顧 4 床，現在要從 1：4 提升到 1：3，對不對？

江主任委員東亮

那是一般性說法，真正的計算非常複雜。

陳委員錦煌

如果那麼厲害都懂，那我做醫生就好了，問題是我請問資深的付費者委員，他是元老也不清楚，所以需要提問。

江主任委員東亮

我也不是很清楚，但是護理師公會全聯會的資料，在備註中有列出所包括的單位。

陳委員錦煌

但是 1.3.7 是指甚麼，不清楚。

江主任委員東亮

請謝董事長文輝發言。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

討論此問題時，可否聽聽執行單位的意見：

- 一、其實我們對護理單位的勞心、勞力很關心，本專款預算不是第一年編列，已經第 5 次了。98、99 年第一次編列約 8 億的專款預算，當時就要求執行單位必須將預算全數用在護理人員身上，也可用於增聘護理人力。去年醫院評鑑時，就要求各醫院將所拿的預算額度，以及如何使用在護理單位的資料列表提報，已經很落實執行。醫院因應護理人員調高薪資的要求，所有薪水、加班費都調了，相關待遇也都有調整，現在資料算出來，第一次預算 8 億，但醫院大概花了 10 幾億。其實也不單純因為本項專款，醫院請不到護士，會緊張，自己就會調整。
- 二、100 年本項專款編列 10 億，因專款專用，所以也一樣要求交代支用用途，這一年預算其實不是 10 億，因為 8 億已經用於調整薪水、加班費，所以這年實質只有增加 2 億。我們有統計，預算 10 億，但醫院大概花了 18 億，是因為請不到護士，醫院自己調控所致。就好像急診預算沒有增加，但急診醫師的月薪從 30 萬、40 萬，一直往上調，不這樣做不行，這是市場機制。
- 三、101 年專款雖然編 20 億，但事實上只有增加 10 億。明年預算還是維持 20 億，所以明年根本不應該再要求目標，因為已經

達成了，今年的 20 億和明年的 20 億，都要求醫院做了相關調整，薪水也調，人員也增加，今年的 20 億其實是假的，大家心知肚明，請不到那麼多護士，再怎麼拼死拼活，也只能請差不多 1,500 名左右，所謂的 20 億，事實上 7 億 5 千萬是用頭計算，有 3 億多拿不到，因此等於增加 6 點多億而已。明年的 20 億既然維持同樣的規模，不可能要求再增加目標，如果要增加目標，就不是 20 億，因為屬專款專用，沒有滾入基期，也沒有成長，這是合理性問題。前幾年都是專款專用，第 1、2 年 8 億，第 3 年 10 億，第 4 年 20 億，第 5 年一樣是 20 億，所以不能再提高目標，這是我們的看法。

謝委員天仁

- 一、醫院的指教我們瞭解，因為醫院的邏輯和我們不一樣，我們是獎勵，是點火的措施，醫院不是，你的意思是我們要全部扛，如果每件事都要扛，我們沒那個本事，所以觀念不一樣，當然結論就會不一樣。
- 二、剛討論過相關意見，這是落在付費者方案的文字，最後我們討論的結果是：102 年底醫院評鑑人力基準 1.3.7 之 C1~C9 的住院護理人員數，較 101 年底 C1~C9 的住院護理人員數淨增加 1,500 人。我們認為還是應該讓護理人力增加，以降低人力負擔，這是我們提出來的方案。

鄭委員聰明

我們來算數字，今年的額度和去年一樣是 20 億，整體計算下來，今年增加護理人數 3,000 名，一個人的薪資假如是 4 萬元，再包括勞、健保、休假，大約再乘以 1.4 倍，則每人每月約需 5 萬 6 千元，若再乘以 12 個月，以目前的費用仍嫌不足，醫院還需自行補貼。據瞭解，醫院主要是調整夜班費、值班費或待遇，今年 3,000 人，明年 1,500 人，若再要求增加人力，就沒有調整空間，不曉得醫院能否做到，請委員考慮。



謝委員天仁

我覺得還是觀念問題，你們現在講的跟我們的邏輯天差地別，你認為我們該給全額，但我們不是，我們只是在幫你點火，幫你獎勵，因為錢已經在非協商因素給了，明年醫院非協商因素成長 3.128%，大約 110 億，門、住診假設維持 45:55 計算，110 億的 55% 是 60.5 億，醫院都不用請人嗎？我們這邊沒有要求你請人，還要我們點火去要求你增加人力，獎勵你儘量做到，其實非協商因素已經給那麼多錢，二項加起來大約 80.5 億，我們的獎勵是這樣，所以要求的文字大概是這樣。

陳高級分析師雪芬(翁委員文能代理人)

- 一、這個邏輯坦白講完全不通，你不能說你是消費者就覺得可以點個火，上次就講過醫院早就因此而燒起來了，你們這種邏輯怎麼會通呢？議程資料第 36 頁的建議誰做得到？根本都做不到，那為什麼大家不講？醫院團體只是很老實的講出事實，你們的邏輯在醫院實務面執行就是不通二個字，還要我們如何提你們可以接受的案。
- 二、什麼叫做 45:55，非協商因素中換算多少錢？我覺得真的很遺憾，完全不是這樣算的，如果這樣算的話，我們根本不用講。另外，今天來最主要的目的是說明 45:55 不是這樣結算的，委員一定要瞭解，委員如果不瞭解，一直在那邊說你們的邏輯跟我們的邏輯不一樣，在費協會大家根本就不用再談下去了。

江主任委員東亮

我們討論的不是醫院門診：住診費用為 45:55，而是護理人力監測指標，對於 20 億專款預算的處理方式。

陳委員宗獻

我覺得兩邊的看法差距會這麼大的原因，主要是非協商因素架構的問題，在非協商因素架構中的醫療服務成本指數，是採非農業

受雇員工薪資指數，和醫療保健業不同，雖然在醫院會有醫療成本成長率，但這部分成長率無法反映實際人力成本，以後這個指標要合理修正。

江主任委員東亮

這個問題放在委員會討論，會有時空錯亂的問題。本案是付費者代表方案，所以剛鄭委員聰明講的有點脫離付費者部分，建議休息 10 分鐘，讓付費者代表討論一個統一的案子，可以嗎？

謝委員天仁

我們老早就統一了，是他們不統一。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

主席，程序問題，是否今天 12 點就要準時散會。

陳委員宗獻

在總額協商時，我們已經非常遵從，超過 1 秒鐘都不行。

江主任委員東亮

會遵從。

呂秘書長月榮(陳委員玉枝代理人)

補充說明，101 年本項專款準備增加 3,000 人，如果醫院住院部分淨值訂在 1,500 人，總人數會超過今年的 3,000 人，這是很難做到的。

謝委員天仁

我們的方案是統一的，我都徵詢過其他付費者委員的意見，剛才的文字就是依照我們所陳述的，可以提供紙本。

江主任委員東亮

一、這是會議紀錄確認，因為當時落的條款是請護理師公會提出建議後，付費者再給文字，對於雙方各自版本，因無涉其他部門，請於今天會議結束前提供必要的指標文字，以併入今

天會議紀錄的付費者代表方案。

二、會議紀錄確認，進行報告事項第二案。

參、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」、第三案「本會重要業務報告」、第四案「102 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率報告案」、第五案「中央健康保險局報告『中醫門診總額一般服務費用分配方式試辦計畫』執行結果」與會人員發言實錄

林執行秘書宜靜

請委員翻到議程資料第 28 頁，186 次委員會議追蹤只有 1 項，針對 102 年總額協定結果，有一些後續要辦理事項，已擬具時程表，列在第 29~33 頁，所列工作項目請健保局和各總額部門幫忙看一下，有無需要修正的地方，若無，我們會依此進行追蹤。所有屬計畫型部分，會在 12 月份向委員報告進度，若屬執行結果，則會移給未來的健保會處理，於明年 7 月再行辦理評核。

江主任委員東亮

我們是不是按照這樣的情況繼續追蹤？明年 7 月雖然我們已經不存在了，但仍會移請健保會繼續追蹤。

陳委員宗獻

第 31 頁西醫基層總額工作項目中，會因為家庭醫師整合照護計畫和診所以病人為中心整合照護計畫，明年有比較大的變動，如何修訂，還要跟相關的專家討論，完成期限可否往後移一個月，移至 12 月？

江主任委員東亮

如果大家沒意見，我們就移到 12 月。接下來進行報告事項第三案。

林執行秘書宜靜

第三案在議程資料第 35 頁，第 2 項是我們在 8 月份有提供私立西醫基層診所醫師申報資料，本次再整理牙醫及中醫部分，分別列在 37 及 38 頁，請委員參考。第 3 項是 8、9 月健保局函送相關公文，列於 185 頁之後，包括收容人於矯正機關者的醫療服務計

畫、支付標準調整及各部門 101 年第 1 季每點支付金額，請委員參閱。

江主任委員東亮

補充一點，昨天我才知道行政院公文已經下來，公布二代健保法定自 102 年 1 月 1 日施行，所以我們費協會的任務到今年年底就會結束，所以在結束前最後一次委員會議，就是 12 月份委員會議那天，我們是不是可以安排在 12 點到 2 點之間餐敘？請委員先把時間保留下來，我們會邀請署長、歷任主委、監理會主委及副主委、健保局局長、副局長等人參加。至於那天的委員會議因為我們還有一些案子要討論，所以不另外特別排很多案子。接下來進行下一案。

林執行秘書宜靜

- 一、第四案為 102 年總額成長率報告案，請委員翻到第 40 頁，我們在 9 月份時各部門總額成長率大概已經確定，依目前協定結果，與基期費用已校正人口相比，因醫院總額有 2 個方案，若採付費者代表方案，102 年整體總額成長率為 4.001%，年度總額預估值為 5508.71 億元；如果醫院總額採醫院代表方案，年度總成長率為 4.698%，年度總額預估值為 5545.65 億元。
- 二、成長率(2)是與 101 年未校正人口之基期總額相比，醫院總額若採付費者代表方案，102 年整體總額成長率是 4.01%，若採醫院代表方案則為 4.707%。
- 三、剛委員會議已確定上次協定結果，102 年總額預估值如果委員沒有意見的話，我們會將整體方案送署核定及裁決，之後再進行公告。以上說明。

江主任委員東亮

- 一、本案係循往例於總額協商後，十月份需要有一個確認案，通過後再送署核定及裁決，包括受刑人方案及未達成協議的醫

院總額方案。各位委員對本案有無異議？如果沒有異議的話，本案通過。

二、第五、六案是中央健康保險局報告案，第五案是中醫門診總額一般費用分配方式試辦計畫執行結果，第六案是醫院與西醫基層財務風險監控報告。第五案請健保局張科長溫溫報告，是不是時間短一點，因為報告資料很多，有 64 張投影片，請擇重點儘量在 10 分鐘內報告結束。

張科長溫溫報告(略)

江主任委員東亮

感謝各位安心聆聽，我們是不是對於這個案子就接受了，好不好？

陳委員錦煌

我有一點點意見，剛剛聽了健保局的簡報，我們目前在鼓勵偏遠地區和照顧偏遠地區醫療等問題，報告人的報告我聽的很清楚，以現行分配方式看起來，中區現在發展比較快，所以中醫師全部集中到中部地區看診，我希望戶籍人口占率不要維持 5%，中部地區應增加至 10% 或至少 7%，這樣才會平均，像我們雲林縣沒有人要來開業，我們人口數少，像花東地區分到比較多，總預算的 2.22%，乘以中醫一般服務費用 200 多億，就有 4 億多元，他們就用不完了。為了不要讓中部地區的中醫師都跑到都會地區，我建議戶籍人口數占率增加 2%，即 7%。我先這樣講，等一下還會發言。

江主任委員東亮

好，把它記下來，還有嗎？

陳委員錦煌

不管診所家數、中醫師人數，中區都名列前茅，比別區還要厲害，北區還輸給中區。今年 6 月較去年 6 月增加 83 家，中區就增加 33 家；同樣的，中醫師數全體成長 3.4%，增加了 174 人，中

區就增加 57 人，比台北區增加的人還多。中區現在最紅，看來胡志強市長做得不錯。但我們要照顧偏遠地區，落實衛生署的政策。

江主任委員東亮

請謝委員天仁。

謝委員天仁

看第 53 頁資料，100 年的病人數好像在縮減，到 101 年 1 月到 6 月才又增加。病人數減少，但就醫次數逐步再增加，似乎顯現同樣一個人多看幾次門診來增加醫療費用，這裏面有沒有問題？健保局怎樣去監督、查核？我覺得這是值得注意的，就是病人數減少，就醫次數卻增加，我們希望錢要花在刀口上，不要錢花了以後，沒什麼效果。付費者會覺得，以前看三次就好了，現在要看到五次才好，越看越生氣說以後要看西醫，不要看中醫！老實講我覺得這樣對中醫的發展是負面的，這值得去注意。

江主任委員東亮

委員還有其他詢問嗎？

陳委員錦煌

主席，我看我之前推行的傷科助理推拿健保不能給付，有一些成績，傷科申報費用點數明顯下降。我最近有個小職員去中醫診所，先掛號、診察、針灸、再到隔壁推拿整復，只收 10 元，等於不用錢。回來跟我說，報告理事長，我去推拿 10 元。我問說為何要 10 元？他說是上面交代的，上面是誰我不知道。剛剛有人提醒，是不是醫生喜歡賺診察費，針灸一次就 200 元，所以推拿就半相送了。我看這樣還不太理想，走旁門走道，健保局是否應該關心一下，這樣不公道。我看現在北區的報酬率有減少，以前北區的報酬是 30%，30 多億的針灸傷科申報點數，拿 30%，等於 9 億多元。我都有在注意，面臨破產的健保，要互相來關心。目前是下降不錯，但是我擔心到今年 12 月，會不會有某某大立委給衛

生署壓力，又要延到什麼時候！那這樣就沒意思了。我要請問健保局到底到 12 月，會不會又被延期？這比較重要。

江主任委員東亮

孫委員茂峰，您要回應嗎？

孫委員茂峰

等一下會討論，現在是報告案。

江主任委員東亮

對，現在是報告案。

孫委員茂峰

那沒有問題。

江主任委員東亮

請健保小組說明。

朱組長日僑

目前沒有聽聞，委員的關心，我們會注意，謝謝。

江主任委員東亮

那就這樣。我們繼續下一案。第六案醫院和基層財務風險監控，洽悉；第七案醫療支出情形報告，也洽悉。是否就進入討論案，今天要在 12 點之前完成，這個任務是很困難的，請大家務必配合幫忙。討論案第一案請同仁宣讀。



## 肆、討論事項第一案「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

藥品費用總額支出目標是總額預算中最後一塊，剛好在費協會結束前可以對總額規劃做完整的演出，我覺得很好。本案要討論的範圍實在很多，包括適法性、藥費目標是合併或分開部門訂定、藥價差問題、西醫基層的日劑藥費是否納入、公式上所列基期費用、成長率如何計算，以及訂定目標後，民眾用藥品質及用藥安全之確保等，這種種問題其實是很複雜的，所以會分兩階段進行，今天屬於第一階段，下個月委員會議為第二階段。第一階段請健保局就整個議題對委員說明，說明後進行廣泛的意見交換。我相信各個委員對於這些會有一些疑問想就教於衛生署及健保局，是否請各位於下個星期五(10 月 19 日前)能夠將想要請教的題目及問題擲回費協會，由同仁整理後交給署及健保局處理。接下來請健保局沈組長茂庭就整個的試辦方案說明，報告時間請控制在 15 分鐘內。

沈組長茂庭報告(略)

江主任委員東亮

各位委員對於健保局報告，有何綜合廣泛的意見交換？

葉委員明峯

請教，剛才說明提到增加 30 億元的支出，明年就把它調降是什麼意思？

沈組長茂庭

就是明年要把藥品的單價調下來，然後總節省金額為 30 億元。

葉委員明峯

這樣合理嗎？

謝委員天仁

你的目標值是否永遠在上面，我想葉委員問的是這意思，假設藥費支出目標 1,350 億元，結果用到 1,380 億元，明年變成 1,400 億元，你怎麼調明年還是 1,400 億元。

沈組長茂庭

譬如目標是 1,350 億元，結果用了 1,380 億元，後年在計算時，基期費用是用 1,350 億元，不是 1,380 億元，不會一直墊高上去。基期費用不是用實際的花費。

葉委員明峯

所以等於類似零基預算的意思，定一個水準，就以此當做基準。

沈組長茂庭

對，不是用他實際超過的數目，是用我們認為合理的目標值再去累積上去。

謝委員天仁

累積上去，那超過的 30 億元，要不要從隔年的基期扣回來？假設算 1,400 億元，超過的 30 億元，應該變成 1,370 億元。

沈組長茂庭

30 億元不算在基期，假如用了 1,380 億元，可是目標值為 1,350 億元，後年的基期為 1,350 億元，而非 1,380 億元。

郭秘書長正全(翁委員文能代理人)

剛剛沈組長報告的，我覺得有時候理想會跟實際上有出入，因為總額的決算會到次年的第二季，到第二季以後才啟動藥品調降的機制，要弄到年底，到時候啟動了調降的機制，跟明年的內容又混在一起，到底是調降不夠還是調超過，整個混在一起，過兩年就整個亂掉，我怕這理想和實務上會有操作問題。

江主任委員東亮

請謝董事長文輝。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

我想健保局的想法很單純，付費者不用擔心，一旦基期我們討論以後，明年只是依照基期成長，不用管今年使用多少錢，超過的就是醫療院所自己要承擔，和現在其實是一樣。現在沒有設藥費總額，藥費若從 20% 變成 25%，超出部份由醫院的一般預算平衡。實施藥費支出目標唯一的好處是，如果預估明年藥費成長率 4%，則 1,000 億元變成 1,040 億元，實際如果用了 1,100 億元，超過的部分要做藥價調降，這機制有個好處，讓每年總額維持恆定的狀況，藥廠或者醫院在藥品的支付比較穩定。我們現在通常是這樣，沒有做藥品價格調降的年度，其成長率就持續的高，若有調降的年度，就一下子下來，上上下下。我從醫院的立場來看，就是換湯不換藥，做超過的部分也是醫院承擔，付費者也不會多拿錢出來補，成長率和現在談的還不是一樣，每年成長多少就是多少，藥品費用本來就在基期裡面，只是技術性讓年度的浮動變得比較均勻點，大概唯一的目的就是這樣。

江主任委員東亮

請謝委員天仁。

謝委員天仁

這個議案，消基會在 99 年也開過記者會。我們的基本立場很清楚，要訂藥費的支出目標，原則上我們沒有太大的意見，但是請把藥價黑洞除掉，不然基期一旦確定，變成所有費協會的委員在背書，承認藥價黑洞是合法經過決議的，我想這是我們最關切的問題，至於其他，只是他們在縮減費用的問題，這問題感覺不是這麼大。健保局提第一年用前一年的藥費申報金額做為基期值，老實講這我們萬萬不能接受，太嚴重了。

陳委員宗獻

我想用實際例子來討論這個問題。議程資料第 118 頁健保藥品申報統計(已排除日劑藥費)。99 年藥費是 1,135 億元，到 100 年變成 1,246 億元，成長率是 9.7%，而這些藥品實際上已經到病人的肚

子，或者說已去治療疾病了，然若設定 99 年到 100 年成長率為 4%，則 99 年額度 1,135 億元加上成長率，100 年預計是 1,180 億元，但是實際上支出 1,246 億元，超支 66 億元，這 66 億元要從那裡來處理？由非藥品費用的其他醫療服務預算支應，合理嗎？未來如果做了藥費總額或藥費支出目標制，一定要有一個機制，一個最低限度，不能讓它排擠到太多其他的醫療服務，也不能讓其他醫療服務變成它的提款機，超支就來提款。就此例看，如果以 4% 成長率計算，超支 5.7%，少了 66 億，這個差距要怎麼辦？

江主任委員東亮

大家都說得很好，請委員將這些提問與建議，於 10 月 19 日前送會。請問還有無其他詢問意見？

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

提一個程序問題，現在是我們費協會倒數第三次的會議，主委剛也提到 12 月快快樂樂去聚餐，大家都很高興。但，以二代健保法源的依據，權責機關是健保會，而目前費協會係屬一代健保是末代、將結束的費協會，用現在代表要來討論一個未來的制度，但不符合代表性，況且於程序及法律上的適用性，很讓人懷疑。

江主任委員東亮

這部分可能須要統一說明，請健保小組代表說明。

朱組長日僑

這沒有問題，這是現行法制裡即有的基本概念，只是在政策上，希望於明年有推動共識。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

沒錯，但我們是費協會，二代健保法明訂應該由健保會來討論。實在不知道是引用現行法那個條文，要讓我們瞭解清楚。

江主任委員東亮

請健保小組代表說明，是根據哪一條？

沈組長茂庭

請大家看第 110 頁第 2 張投影片，其實現行的健保法就有藥費總額的制度，現在的法就有，所以還是可以討論。

江主任委員東亮

但做法可能會不一樣。請蔡委員登順。

蔡委員登順

依現狀的制度，藥品是保障點值，如果藥費做總額，就變成沒辦法保障點值，會浮動，否則總額不夠，藥品就出問題了，是不是？現在的藥是在整個總額裡面，我認同剛謝董事長文輝所講，總額如果不足，點值浮動，醫療提供者吸收，這對付費者來講，符合推行總額之目的，照顧方面會比較穩定，所以還是支持目前的現狀，將藥費涵蓋在整個總額裡面，減少爭議。

江主任委員東亮

有關方案內容部分，還是留待下個月再討論。

謝委員天仁

我認為法制上沒有問題，因為本來總額分配就是費協會的權限，我們也有很多法律上沒有的機制在上面，哪一個是大家曾經遇過的？例如門診透析預算，這本來就是費協會的權責，所以我認為沒有問題，有問題的是藥價黑洞。

江主任委員東亮

各位委員一定要將相關疑問及議題全都提出來。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

謝委員天仁提到藥價黑洞，在實務面，我要提一個看法。現行的不該叫做黑洞，現行這套採購制度，讓所有醫療院所、大小醫院到市場上自由購買，然後健保訂定單一支付價，事實上，採購能力強的，就會有比較大的價差，採購能力差的，就會沒有價差，甚至像地區醫院採購能力小的，甚至是負價差。所以，如果要講

到這部分，題目就很大，可能地區醫院的基期要特別劃出來，先加 10%再做為基期，我覺得這個當然很複雜，而主席也已經裁定下次討論，我們下次再來研究。

#### 陳委員宗獻

講到這個，我就滿肚子的苦水，第 113 頁投影片提到「藥費目標制之設定，不分各部門總額，也不另設管理單位」，這實行起來可能比較簡單，但對基層並不公平，因為基層的購藥成本不一樣，調降幅度的內容也不相同。譬如抗癌藥物，大家看看我剛提到的那張表(議程資料第 118 頁)，成長率非常快，換句話說，它對於第二年度藥價基準調降的貢獻度也比較高，但那是基層用得少的藥物，以預計調降 30 億為例，其中可能約 8 億是癌症用藥，為了調這 8 億，還要再去調一般的藥品給付點數，而這些其他藥品對基層來講，許多已經調降至成本邊緣，甚至是低於成本，還要再調嗎？所以，應該分部門總額，或中間再設一個基本關卡，這很重要，否則，我們就活不下去了。

#### 江主任委員東亮

- 一、其實每個部門都很辛苦，就我最近聽大家的報告，發覺醫院成長最快的部分是由藥品的成長所貢獻，我記得的數字是，藥品成長 9%，貢獻度頗高。但我們現在的法律這麼設計，所以還是須要討論，至於到底能討論出什麼結果，我現在也沒有把握。請各位將相關意見、看法，特別是你們的疑問，需要健保局或健保小組回答的題目，於 10 月 19 日之前提出來，須給他們差不多兩個禮拜的作業時間，因為若要放到議程，根據我們一週前須將議程寄出的原則，時間其實卡得很緊，請各位務必一定要將這些題目蒐集後送會。
- 二、我認為法源的適用性是第一個須要解決的問題，這個適用性的問題是，如果依現行健保法提出的方案，是不是能夠適合於二代健保法，這是一個根本的問題，因為現行法與二代健保法還是有稍許的不同，而這稍許的不同，就會影響到我們

的思考與設計。我們是要叫做「試辦」或「模擬」，這是兩個不一樣的議題，可能須考慮，如果是「試辦」，意思是我們決定以後，即開始以現行健保法的方法，去試辦二代健保法的狀況，如果是「模擬」，則比較輕鬆一點，只是模擬作業。

林執行秘書宜靜

對不起，因為這個議案係由衛生署交付我們協定，所以還是要依衛生署交付的事項來進行。

江主任委員東亮

對，所以要請衛生署給我們一個答案，現在決定要做，但，是要我們根據現行健保法或是二代健保法來提這個案？如果是按照二代健保法，事實上，目前這個法還不能適用，但如果用現行健保法的內容，與明年的二代健保法又有不同之處，所以中間的差別就是，如果要玩真的，就只能用現行健保法處理。

郭秘書長正全(翁委員文能代理人)

主席剛裁決就這個議案，於 10 月 19 日前提出相關問題、意見等，如此，只有一個禮拜的時間，但此議案對醫界，包括西醫基層部門，不論是模擬或實務上要操作，都有很多議題必須慎重面對，有必要蒐集所有醫療院所的問題，因此，希望可以有两个禮拜的時間討論，一個禮拜實在倉促，今天不可能去傳遞這個訊息，等到下週一再處理，週五就要收帳，可能會有困難，建議還是留個緩衝時間較好。

江主任委員東亮

因為題目可能很多，健保局須要作業時間，所以比較簡單的做法是，第一梯次 10 月 19 日，第二梯次 10 月 26 日，好不好？如果有題目先過來就先給，他們是要做功課的。所以分兩階段提送題目，即使兩階段結束後，大家如果還是有問題，還是收。

陳委員宗獻

一、10月19日之前，會將等一下所講的問題提出來，但也先請我們的長官聽一下、思考一下。人口老化、標靶抗癌藥物治療等藥費的成長是自然的成長、是需求的成長，但剛所報告制度，卻是無條件地要剷掉，這該如何處理、如何設定合理的關卡或 threshold(閾值)，很重要。

二、降價機制也要保障各部門用藥的邊際成本，因為太多藥都已經在成本之下，如果再降價，是因為標靶藥物的成長太多，而來降我們的用藥，那我們要怎麼購藥？民眾的用藥可能都會出問題。

江主任委員東亮

在瑞典，有國家藥局專門採購藥物，但我們並沒有這個機制。

陳委員宗獻

所以，我剛的意思是，那些絕對需要的、不可能是黑洞的用藥，我們不要把它污名化，先拿出來放在藥品總額外面，而不要算到總額裡面去。

江主任委員東亮

解決方案各有不同，但議題是相同的，我們將相關議題都先做蒐集。請問還有無其他詢問意見？我們還有5分鐘。

許委員怡欣

看到這些資料後，想確認一下我的解讀是否正確。過去藥價調整是每兩年一次，實施方案後是每年一次，而我們訂這個目標，其實只是看差距有多少，超過多少就在下一年的藥價調整，將它調回來，只是這樣而已，對不對？以前是兩年做一次，以後是每年要操兵，每年要看一次價錢，所以，跟現在差不多，只是以前不知道要調到那裡，以前藥價調整是由長官決定幅度，現在則是要由費協會決定幅度，因為我們訂了這個百分比，是不是這樣？

江主任委員東亮

請健保局沈組長茂庭說明。



## 沈組長茂庭

- 一、許委員怡欣講得沒錯，過去是兩年一次，所以大家會看到去年藥費成長 9~10%，而今年上半年是-1.5%，會有高高低低，而以後就是每年調一次，等於是兩年會調兩次。其實藥界也很難預期兩年調一次或一年調一次，哪個較好或較壞，但他們認為每年一定幅度的調整比較能夠預測。
- 二、結算部分，維持現況並不會改變，因為不是將藥費拿出來獨立一個總額，而現況是藥費一點一元先結算掉。
- 三、藥價調整的時間點有些落差，因為今年的藥費可能要到明年 2 月才會知道，但如果超過了，明年就要調整，技術上要如何解決，可以再談，可先預估會超過多少，否則無法於 1 月 1 日調整。
- 四、在基期部分，第 1 年因為只有申報金額，過去沒有總額，所以第 1 年沒辦法，只好用申報金額，不過，今年因為藥費是負成長，申報金額較低，所以基期不會偏高。
- 五、藥價黑洞不可能為零，但這個方式還是可以讓她慢慢下降，尤其對專利逾期的藥品，我們還有另一個調降的方法，所以，藥價黑洞會一直縮小，但不太可能會零，除非是每天調，否則不能會零。

## 江主任委員東亮

沈組長，有人說是沒有藥價黑洞，所以這個名詞，兩邊說法不一樣。

## 曾秘書長中龍(連委員瑞猛代理人)

- 一、就設定年度藥費支出目標值，藥師公會是樂觀其成的。而且剛每位委員的發言，其實講得都非常有道理。但對藥界來講，就我個人所瞭解產業界的想法是，過去兩年一調，但到底要砍多少，不知道，而以後就很清楚，就算每年砍，但砍多少，心裡是知道的，也比較容易因應調整。

二、從剛陳委員宗獻、謝委員天仁...等大家的言談當中，我們可以瞭解到，其實 7 次藥價調整到現在，藥費成長與藥價到底有多少關係？我想幾乎是沒有。真正的問題是用藥的合理性，如果這問題沒解決，藥費還是會年年漲，漲到最後，忍受不住時，最倒楣的還是民眾，我想到時可能又有其他方法，譬如取消一些給付項目或是原廠藥不用而鼓勵改用學名藥等，當然這會涉及藥界的問題。所以，我想建議健保局再多想一些配套措施，配合藥費支出目標值的推動可以讓用藥合理性更好、更精準，對未來藥費成長的控管可能反而會比較好。

謝委員天仁

再請教一下，藥價會如何調整？是大家按照超出金額的比例縮減，還是逾專利期間 5 年內的大幅調降，而其他的都不動？

沈組長茂庭

藥價會再另外調整，我們有一個公式，過去的調整方式都是，藥價差比較多的，調整比較多，藥價差比較少的，調整比較少，這有一個調整公式。當然，也有人建議大家都砍 2%、3% 等，但這必須等到這個議案定案後，我們會再找醫界、藥界討論，以後藥價到底要怎麼調。

江主任委員東亮

這還是要先講，要不然大家不知道該如何做決定。

謝委員天仁

這個不講，我們可能會覺得你的措施可能完全沒有效果，對不對？

沈組長茂庭

藥費超過 30 億，一定會調 30 億，只是個別藥品會調多少，則是另有公式來計算，而目前就有一個公式在算。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

在成長率部分，呼應謝委員天仁所講，住院護理照護品質專款是用來點火，真正補助護理的是非協商因素，所以，在非協商因素中，有些是薪資、人口的因素，有些是躉售物價指數，像今天的報告裡面，第 110 頁，為什麼會將所有成長率全部灌在裡面？護理人力成長、品質調整、病人的安全等面向，怎麼都忘記了？所以，這個成長率計算的公式有相當大的問題。

江主任委員東亮

- 一、今天這個議案就做此決議，請大家 10 月 19 日前提供資料，這個梯次來不及，就第二梯次 10 月 26 日。
- 二、其他議案保留至下次委員會議討論，若無臨時動議，則今日會議到此結束，散會。