

全民健康保險醫療費用協定委員會
第 181 次委員會議事錄

中華民國 101 年 4 月 13 日

全民健康保險醫療費用協定委員會第 181 次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國 101 年 4 月 13 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

林委員啟滄

孫委員茂峰

孫委員碧霞

許委員怡欣

連委員瑞猛

陳委員玉枝

陳委員宗獻

陳委員明豐

陳委員紹元

黃委員建文

黃委員偉堯

黃委員明峯

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

簡委員慧娟

蘇委員清泉

陳秘書健民(代)

陳院長特助瑞瑛(代)

謝董事長文輝(9:45 以後代)

李科員惠涓(代)

劉副秘書長碧珠(11:00 以前代)

肆、請假委員：

葉委員宗義

陳委員錦煌

凌委員月霞

伍、列席人員：

行政院衛生署
中央健康保險局

梁組長淑政
戴局長桂英
黃副局長三桂
蔡組長淑鈴
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

介紹本會新任委員，一位是銓敘部退撫司陳副司長紹元，另一位是內政部社會司簡司長慧娟，渠今日不克出席，由其代理人李科員惠涓代表出席，歡迎加入。

捌、確認本會上(第180)次委員會議議事錄

決定：確定。

玖、議程確認

決定：確定。

拾、報告事項

第一案

案由：本會上(第180)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請 鑒察。

決定：結案並洽悉。

第二案

案由：101年度各部門總額執行成果評核作業案，請 鑒察。

決定：洽悉。

第三案

案由：中央健康保險局報告「中醫門診總額一般服務預算分配方式試辦計畫」執行結果，請 鑒察。

決定：洽悉。

第四案

案由：中央健康保險局報告「醫院與西醫基層財務風險監控情形」，請 鑒察。

決定：洽悉。

第五案

案由：中央健康保險局報告「醫療費用支出情形」，請 鑒察。

決定：洽悉。

拾壹、討論事項

提案單位：中央健康保險局

案由：有關 101 年「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫(草案)」，推估所需經費可能超出原協定預算額度乙案，提請 討論。

決議：

- 一、本計畫所需經費以原編列5億元為原則，其超支部分同意自「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目支應，並以1.7億元為上限。
- 二、請中央健康保險局參酌委員意見修訂計畫。其中離島、山地鄉及醫療資源不足地區鄰近鄉鎮參與本計畫之醫院名單，應經衛生署核定。
- 三、前述核定原則及條件與訂定保障每家醫院最低補助金額之設定理由，請至本會說明。
- 四、本計畫之初步執行結果，將納入102年度總額協商參考。

拾貳、臨時動議：無。

拾參、散會：中午12時30分。

本會第 181 次委員會議
與會人員發言實錄

壹、「主席致詞」、「確認本會上(第 180)次委員會議議事錄」及「本次會議議程確認」與會人員發言實錄

江主任委員東亮

- 一、各位委員大家早。本會應出席委員人數 27 人，現在出席人數已超過 14 人，宣布會議開始。
- 二、今日有兩位新任委員，一位為銓敘部代表陳紹元，渠為退撫司副司長，剛上任 4 天，請大家歡迎他。原莊淑芳委員調升至公務人員退休撫卹基金管理委員會擔任主任秘書。第二位新任委員今日不克出席，為內政部社會司簡慧娟司長，由其第三順位代理人，內政部社會司李惠涓科員代表出席，原黃碧霞委員調升至行政院性別平等處擔任處長。
- 三、進入今天議程前，須先確認上次會議議事錄，請同仁宣讀。

同仁宣讀(略)

江主任委員東亮

各位委員對於上次會議紀錄有無文字修正意見？如果沒有，就確認。接下來進行議程確認，請林執行秘書說明。

林執行秘書宜靜

- 一、本次議程總共有五個報告案，除第二案「101 年度各部門總額執行成果評核作業」，係因應 7 月份進行之評核會，特別將評核作業方式提出外，其餘四項皆屬例行性報告。討論事項一案，係針對 101 年協定「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」，本項目編列在其他預算，經費原編列 5 億元，目前可能會有不夠用的情形，所以健保局提案至本會討論。本案在上次委員會為臨時提案，因委員建議涉及金額變動，不宜以臨時提案方式提出，故於本次會議改列正式提案。
- 二、另跟大家補充，健保局因應二代健保可能於今年 7 月份實施，

原本有提案針對二代健保若在 7 月實施，則矯正機關收容人醫療服務需有經費來源，這部分在 101 年總額協商中並未討論，故健保局提案希望能針對此項編列經費，後來因行政院對外宣稱二代健保延後至 102 年 1 月實施，因此健保局 3 月 21 日的提案，復於 4 月 5 日撤案，在此說明提供委員參考。

江主任委員東亮

各位委員對於本次議程安排是否可以接受？若無異議，今日議程就依此進行，謝謝大家。進入報告事項第一案，請林執行秘書說明。

貳、報告事項第一案「本會上(第 180)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與會人員發言實錄

林執行秘書宜靜

- 一、在進入上次會議追蹤及本會重要業務報告之前，先跟委員說明，桌面上有一份黃色頁面的出席意願調查，此為牙醫師公會全聯會舉辦 101 年醫療資源不足地區改善方案、特殊醫療服務專案計畫的參訪活動，牙醫師公會特別選了幾個點，包含醫療資源不足地區巡迴點、特殊醫療服務專案計畫提供點等，參訪時間為 6 月 21、22 日兩天，地點在澎湖，相關行程在第 2 頁，請委員踴躍參加。若委員今日可確定，可以將資料填寫後放在桌上，幕僚會統一收回轉給牙醫部門，若今天在時間安排上還不能決定的話，可填妥後再提供給牙醫師公會全聯會的會務人員。
- 二、請委員翻到議程資料第 5 頁第 1 項，有關上次委員會議追蹤，請委員翻開第 6 頁資料，第 180 次委員會議決議，請健保局提供醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所藥價差百分比資料部分，本會於 3 月 16 日請辦健保局，健保局於今日早上提供，請委員參看桌上白色單頁資料，共有四點說明，待會兒請健保局補充說明。因本案是請健保局提供資料，健保局也已提供，故建議結案。
- 三、本會重要業務部分，有一項口頭補充說明，本會於 4 月 11 日以電子郵件寄給委員一份問卷調查，係針對 102 年總額協商前有些前置作業，請教委員對於協商架構、流程與原則的看法，此份問卷請委員儘可能提供一些想法給我們，幕僚將蒐集彙整委員意見後，於 5 月份委員會議提案討論。
- 四、報告事項說明二是衛生署與健保局於 3 月份的公告，大多是 101 年總額各項方案或計畫，如牙周病統合照護計畫、特殊服務醫療計畫等，以及 100 年第 3 季各部門總額點值結算資料，都列在附錄，請委員參閱，以上說明。

江主任委員東亮

針對第一案，請健保局說明提供之藥價差百分比資料。

謝委員武吉

一、主席，我先講一下話，每次資料還沒完成就建議結案？今日健保局還沒有報告，就建議結案，這種做法有無尊重委員的存在？這是不對的，應該要寫等健保局報告完，委員沒有意見，才可結案，這樣才對。

二、非常感謝健保局提供資料，我覺得地區醫院常哀說買不到藥，或買到比較貴的藥，但這邊列出地區醫院的藥價差有28.6%，拜託，是否有排除我個人提出的第101002號函之條件？

江主任委員東亮

謝委員，可否先請健保局報告說明？

謝委員武吉

我先講完，等會兒有事情要先走。這樣好像地區醫院很厲害，醫學中心和區域醫院都很笨。你知道嗎？這樣醫學中心可以去死一死！地區醫院可以買到藥價差28.6%！我不相信。局長回覆我正式公文說你會報告，我原本建議排除一些條件的醫院，你們有沒有排除？相信你們沒有。第一，本案不能結案；第二，我建議的排除條件有沒有納入實際考量？謝謝。

江主任委員東亮

有兩件事情，第一，是追蹤情形可否建議結案，以後就留空白，幕僚當然可以建議結案，但只是建議而已。第二，請健保局針對剛剛的資料加以說明。

郭科長垂文

一、主席、各位委員大家早安。就委員會決議請健保局辦理的事項跟委員報告。依據全民健康保險藥價基準規定，健保局須

定期辦理藥價調查，以取得藥品市場之實際價格資料。健保局每 2 年進行一次藥價調整，第 6 次藥價調整在 98 年 10 月 1 日生效，按照規定 100 年要執行第 7 次藥價調查，因此，我們在去年完成藥價調查及調整，新藥價於去(100)年 12 月 1 日生效。

- 二、健保局根據目前第 7 次調整所採用的 98 年第 4 季至 99 年第 3 季藥價調查之申報資料，計算得到醫學中心平均價差為 23.3%，區域醫院平均價差為 24.5%，地區醫院平均價差為 28.6%。第 7 次藥價調整時，為了讓健保支付價與市場出售價格有比較接近的做法，同時也考慮民眾用藥品質，對於品質提升訂有下限價的保證，如果價格低於下限價，就提升到下限價。因為這樣的情況，第 7 次藥價調查共調整 9,300 餘項，調降品項有 6,800 餘項，調升者有 2,500 餘項。整個藥價調整後，因目前尚未展開藥價調查，無法提供調整後之價差資料。
- 三、謝委員武吉於 3 月 13 日以委員名義函本局，建議藥價調查資料地區醫院部分要排除聯合採購、體系醫院的採購資料，這部分我們有加以研議，但因為目前各醫療院所經營的情況，比如有無參加聯合採購等，很難釐清，為避免造成委員解讀上不必要的困擾，故還是以整體方式呈現，以上報告。

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)

- 一、主席、各位長官、各位委員，顯然健保局提供的資料，違反我們大家的常識，怎麼會自由市場中，規模最小的地區醫院，採購價格最低，價差最大？這個顯然是違反大家的常識，不可能是這樣的情形，所以這樣的調查資料對委員認知幫助不大。在上次費協會中，局長好心、誠懇地願意配合提供資料，讓社區醫院覺得這問題相當受到重視。但我們本來就猜到，

如果這樣分析，一定會有這樣的結果。委員可能會覺得奇怪，怎會這樣！規模越小的醫院越會採購，這完全不符合自由市場邏輯。

- 二、為何地區醫院資料無法很真實地呈現？其實很簡單，因為目前有幾種型態，第一，地區醫院有一部分，現在像聯合採購，它是參加聯合採購，所以基本上署立醫院之價格是一致的！去看聯合採購的部分，大、中、小型醫院在市場價格的差異性當然看不出來，也不會看到真貌。第二為體系醫院，就像醫學中心如長庚醫院，在高雄鳳山有幾家醫院是由長庚醫院協助聯合採購，其採購價與長庚相同。所以，我是覺得健保局願意的話是有能力將它排除，若把這些特殊醫院排除，你就會看到呈現的事實絕對不是這樣，絕對會符合我們的常識、邏輯，自由市場上規模越大的採購金額越低。
- 三、長期以來，地區醫院採購藥品受到非常不公平的對待，健保法規定，藥品要依成本支付。屬於體系的地區醫院，不要以為它採購的價格就是真正的價格，雖然參與體系採購，但因為屬弱勢，拜託別人幫它採購，後面還要付一筆代價給別人，不然誰幫你採購。所以事實上要看地區醫院的實貌，就要拜託健保局長官，好人做到底，把這些特殊的醫院排除，這個不困難，若局裡的長官願意排除這些特殊醫院，我們也願意提供名單，因為是公開透明的資料。哪一家是屬於體系醫院的，我們願意提供名單，局裡將這些醫院剔除後，算出來的結果，才可讓委員看到真貌。
- 四、建議本案暫時不要結案，因為現在健保局提出的結果違反常識，我們大家委員希望藥價調查是符合市場的真貌！如果局裡認為排除有困難，我們來提供名單，地區醫院哪些屬於體系、哪些屬於聯合採購，我們願意提供給局裡參考，到時候委員才能看出真正的樣貌！

江主任委員東亮

- 一、有無其他委員對本案資料有任何詢問或評論？大致說明，我也覺得價差算出來 28.6%，好像跟地區醫院代表之間的意見，有很大的落差。可是健保局資料不是隨便提供的，因為大家這麼重視本案，我們也特別對於本案與健保局間有相當長的聯繫，直到昨天下午還在聯繫。
- 二、基本上我的瞭解是這樣，先跟各位報告採用的方法：第一，健保支付價是採 98 年 10 月 1 日的價格；第二，藥費是一年資料，從 98 年 10 月 1 日到 99 年 9 月 30 日的資料。所謂的藥價差，實際上不是個別品項單價的藥價差。很簡單的兩個數字，一個數字就是每家醫院從健保局拿到多少藥費，另一個是這一年(從 98 年 10 月 1 日到 99 年 9 月 30 日)醫院總共付給藥商多少錢，而 $1 - (\text{醫院付藥商之金額} / \text{健保支付藥費})$ ，即得藥價差百分比。比如從健保局拿到的藥費為 100 元，付給廠商為 75 元，則藥價差為 25%。但現在所提供的資料是粗藥價差資料，很難解讀，就好像比較美國或老化程度較高的國家與台灣的粗死亡率一樣，為何美國人粗死亡率比台灣人高？原因很多。所以本項資料就像謝董事長文輝解讀他所看到的一樣，聯合採購、署立醫院系統等，都有可能是原因。
- 三、資料不只呈現地區醫院的平均價差較高，事實上區域醫院也比醫學中心高，就趨勢而言，我會比較相信資料跑出來的確就是這樣的情況，至於是否需要深入研究，就是很值得進一步思考的問題。醫學中心價差 23%，區域醫院 24.5%，地區醫院 28.6%，就這個趨勢來看，我相信健保局不會特別捏造資料。至於為什麼會造成這個原因，我想其中一個原因就是剛剛謝董事長所提的。
- 四、我昨天剛好去參加 AIT(美國在台協會)的圓桌會議，演講者提供的藥品資料顯示，醫學中心大部分採購原廠藥，地區醫院大多採購學名藥。學名藥的藥價差比較高，所以地區醫院價

差大，有可能是這個因素造成，當然還有許多其他原因。

- 五、資料提供我們一個資訊，藥價差大概 25% 左右，至於差異，很難解釋，但可以做為相對比較的基礎，不能認為它是絕對的。我覺得有了這 3 個數字，每家醫院都自己可以做比較，我相信每家醫院經營者不可能沒有我剛剛講的 2 個數字，就是醫院從健保局拿了多少藥費，以及付給廠商多少錢。當然可以請健保局跑資料，但我覺得謝委員武吉可以在社區醫院協會中，請每家醫院提供即可，回去馬上就可以瞭解。這裏頭可能需要進一步研究原因，但是否為本案該繼續追蹤的事情，鄭參事聰明剛好進來了，我要報告一下，請問林執行秘書，費協會每年的研究經費有多少？

林執行秘書宜靜

不到一百萬。

江主任委員東亮

- 一、不到一百萬，所以要研究每個案子不在我們的能力範圍。健保局的研究經費，我記得也不多，因為我曾考核過他們，國營事業單位依規定可以編列 4% 研究費用，但健保局連千分之四都不到。我認為這是另一個嚴重的問題，但不在費協會的權責，健保每年花費 5 千多億，但投資在研究的費用太少。費協會當然不能把總額的費用拿來做研究，這部分可否拜託衛生署，每年給國衛院的經費接近 25 億元，國衛院應有多少費用花在研究健保資料，衛生署應該讓這邊發揮作用，僅讓委員在這邊講並不妥，因為這個問題不是單純抓到那個點，就知道是對或錯。
- 二、但就健保局以基本的資料跑出的數據，我認為是事實。事實的意思是，根據現有的資料所統計出來的數字，就醫學中心、區域醫院、地區醫院的數據趨勢來看，我認為是符合的，但原因是什麼不知道，是否公平也不知道，但我相信有些醫院

買的藥很貴、有些醫院買的便宜，聯合採購一定會有幫助。

三、不管如何，本案如果還有需要進一步追蹤辦理的事項，恐怕不是提供資料本身的問題，因為須提供的資料已經出來。至於社區醫院若對此有所疑問，可以另外提案。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

一、主席，聽起來費協會也沒有研究經費，其實也不必研究。其實這個算法與結構，健保局已算出來了，為何？因我們在實務界非常清楚，就是用這個結構，有需要我們可以提供健保局地區的醫院名單，把它排除後，用同樣的公式再算一次。實務界很清楚，現在 229 家做急性醫療的地區醫院，屬於剛剛講的聯合採購體系是少部分，絕大多數，三分之二以上，都屬於艱困的地區醫院。

二、理論上，基層的採購能力更差，李理事長明濱在這裡很清楚，但因為他們有不同的保護機制，所以受到的衝擊就很少，例如：第一，診所診察費非常高，比醫院還高；第二，藥品支付上，有藥價差的簡表制度保護。但現在 229 家私人的社區小型醫院，是各鄉鎮的主力醫療，有三分之二是完全沒有保護、赤裸裸地經營，所以不能只看數字是 28.6%(地區醫院之平均價差)，就說已經很好，而認為費協會不必做任何措施去保護它，到時候台灣整個私人、各自獨立性的社區醫院就會垮掉，要不然就只能被併吞或和大醫院結盟，或者只剩公家醫院，私人醫院都陣亡了，此點應該思考。社區醫院協會願意提供名單，請健保局用同樣公式再算一次，下次再報告，讓委員有印象，這不浪費任何錢，我們把名單提供你們，用同一個公式再算一次。

江主任委員東亮

這部分我想還須考慮兩件事，一是其他委員的意見，一是健保局的意見，好不好？請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

就這部分，剛剛謝董事長文輝所提到問題，還是有些部分需要釐清，第一，基層的診察費沒有特別高，我們是論級距，依每日看診人數 25、50、70、100、150 人以下，支付之診察費從 320 元到 50 元。此機制我們擔心會有以下的狀況發生，例如，若在流行性感冒顛峰期間，小兒科醫師看到天黑，診察費就只有 50 元，會不會導致醫師不太想看診？所以在制度上有些設計，比如說簡表等，都是不得已的措施，目前我倒沒有看到很大的 benefit(利潤)，基層的困境，請大家還是要考慮，謝謝。

江主任委員東亮

請醫學中心陳院長特助瑞瑛。

陳院長特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

醫學中心在這邊大概說明。今天看到這個資料，對地區醫院的平均價差是有一點訝異，不過，也覺得醫學中心的 23.3% 很高，這個資料一出來，很多消費者代表可能會覺得價差很高，但如果用剛剛那兩個數字來看價差，有幾個問題：

- 一、健保局的算法，是以 98 年 10 月份的藥價，即定點藥價，並以一年的數量付給廠商的錢計算。大家知道，付錢與藥物使用的時間點是不一樣的，可能到 98 年 9 月 30 日所付的錢與實際的用量不一定相等。我們個別醫院的算法並不是這樣，是依據個別醫院用藥種類、品項實際使用狀況，比如有一千多項，某個藥，健保局付 20 元，我們買多少元，然後用了多少量，相乘而得出價差。健保局提供的資料應該是很粗略的，我認為與實際狀況會有蠻大差距，因為當時付的藥費，不一定是實際使用的量，這是第一點。
- 二、另外一點，醫學中心會比較低，主要是因醫學中心有很多藥，比如罕病、血友病用藥、或者較高貴的藥，現在越高貴的藥，價差越來越少，罕病藥是完全沒有價差，而這些病患大部分

在醫學中心就醫，這樣除下來，醫學中心不會最高。但針對某些用藥，就像昨天我們在 AIT 所提到的，健保局訂了統一價格，比如說 28 元，但最後在這 8 家中某個藥廠的經銷商，可以賣給某家醫院 5 元多，這是競爭的結果。舉另一個例子，某國產藥廠可以自製某種抗癌藥物，正好原廠藥專利期已過，所以該藥廠可以用健保支付價 40% 的價格，賣給醫學中心。國產的很多藥也會競爭，尤其對醫學中心，藥廠會讓你用較低的價格購買之後，他只要拿著這個發票說，某某大醫院都用我的藥，其他比較小的醫院就會放心購買。健保局的資料一出來，可能消費者代表會認為，醫院的藥價差還是很高，不過我可以這樣說，這個價差是非常非常粗糙的資料，以上是我的意見。

江主任委員東亮

請問付費者這邊的委員有意見嗎？請何委員語。

何委員語

- 一、主席、各位先進，我們今天一直在討論價差，實際上並沒有很大意義。我們認為，實質的藥品品質與使用到消費者身上的效果好壞才最重要。剛才醫學中心代表所言，以賣化妝品為例，如果林志玲要買，我一定賠錢賣給他，當然是這樣，生意商場上，訣竅很多，各有技巧。如果沒有直接的事證去看價差，很難論斷，這是以消費者的觀點來看。
- 二、有關藥品部分，醫界委員提出很多意見，但我認為，這是一個願買、一個願賣的交易行為。藥價差是從交易行為的觀點來看，因此在這裡一直討論沒有很大的意義，我們要回歸到實質面去看，才會有實質效果。這是我的淺見，謝謝。

江主任委員東亮

謝謝何委員，請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、主委都點名，不講好像付費者都沒聲音。其實我們的重點還是在，如果藥價基準訂的每個品項價格，有任何一個醫療院所買不到，就代表價格偏低。現在健保局保證院所都可以買得到，而醫院系統也沒有反應買不到，只是有意見，意見在哪裡不知道。所以我倒覺得，假使可以買到藥價基準所訂的各個品項，基本上就沒有太大的問題，這是我首先要表達的。
- 二、剛才陳院長特助所提，把我們心裡話都講出來，長期我們在講藥價差、藥價黑洞至少有 200 億，當然這是個粗估值，但我相信這個平均價差的數據，已經反映出我們所講的事實，其實也不用迴避，事實就是事實！沒有甚麼好怕的。
- 三、剛才謝董事長文輝提到，其實某個角度是符合邏輯的，所以我也贊成健保局以他所提的方式，將採購系統比較特殊的醫院排除，再平均看看，其實數字沒有出來前，大家都不知道結論，或許邏輯上認為應該要怎麼樣才對，有時可能會出乎我們的意外。以前我們也追過幾個數據，一般認為人口老化增加的醫療費用比較多，事實上結果並非如此，而是 50-60 歲這個級距的增加最多，這是資料跑出來的結果。建議這麼小的事情，是不是就試跑看看，以科學驗證會比較有依據。可否趕快有效率的進行今天的議事，謝謝。

江主任委員東亮

請問健保局這邊有沒有要回應？

戴局長桂英

- 一、首先謝謝各位委員針對這份資料的討論，的確像主席及各位委員指出的，在健保藥品市場上，各醫療院所跟藥業之間，其實影響價格因素相當多。我們提供這份資料，事先就已向主席報告，如果委員會容許的話，我們希望報告完這個資料可以回收，因為要解釋這些平均價差的內涵因素太多，為避

免誤會。

二、上次的決議有個原則是：「本會並未要求公開藥價調查詳細資料，至於個別委員想瞭解部分，請在法規面可允許範圍內儘量協助。」考量接下來費協會就要忙著協調今年度要執行的一些方案，或者進行下年度的總額協商，所以對本案本局建議，對個別委員想了解的部分，只要不涉及詳細的資料，且在法規面可允許範圍內，另由本局處理。如果委員容許的話，本案就予以結案，讓費協會回歸更重要的議案，不知道大家的看法如何？謝謝。

謝委員天仁

對局長所提有關回收部分，我建議不宜，因為回收沒有用，紀錄都有寫，對不對？我去台電開會，資料常常都回收，現在才被罵得臭頭，所以儘量不要回收，因為資料是整體平均，不是個別品項，我想沒有問題。

江主任委員東亮

須說明一下，這個數字不能直接看到就評論。

戴局長桂英

對！它有太多複雜的因素。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

建議請健保局再扣除特殊醫院，局裡要給我們一個比較實際的地區醫院資料，對剛才局長所提個別處理部分，希望再跑一次，拜託長官辛苦一下。

江主任委員東亮

要確定一件事，有關社區醫院協會打算將個別醫院屬於哪一類型的資料提供給健保局部分，不是費協會的要求，是協會願意提供的。因為這會牽涉到協會的會員同不同意提供的問題，你們可能要回去考慮看看，對會員屬於哪個集團的資料，如果會員願意提

供的話，則沒問題。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

這都是很公開的資料，像署立醫院就是聯合採購，哪個體系有哪些醫院，上網就可以查得很清楚，完全不涉及機密，已經是公開的資料。其實 6 個分局也都知道，所以我們提出排除這些特殊醫院的要求，是早就公開的事實，完全沒有隱私。

江主任委員東亮

我對實際運作不是很了解，只是認為要考慮。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

這一次健保局的統計，這些醫院也都在裡頭，我們也沒有覺得違法呀！

江主任委員東亮

不是！不一樣的地方在，健保局目前沒有界定特定的醫院，那你現在界定特定醫院的資訊，若按照你所說，只有在表面上看得到的醫院，是一回事，很可能某家醫院拜託這個集團採購，卻不在集團名單上，也可能有這種情形。因為合作有各種不同的形式，所以要把訊息給健保局之前，確定一下有沒有可能會違反個資法，我認為這需要考慮。昨天我也在原住民委員會處理類似議題，現在只要是 5 筆以下的資料，絕對不能公布。所以這恐會牽涉到個資法問題，必須十分小心。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

主席，我們在這裡提出來，是覺得應該合理，不然就完全無法突顯出來，資料完全和市場的邏輯不一致。像何委員語所講，賣林志玲一定賣比較便宜的例子，就像賣給醫學中心一樣，因他可以帶頭！醫學中心以下之醫院就會如風行草偃，所以大醫院，採購量大，有帶動市場的效果，而且又買比較大量，一定會有比較好的採購價格，哪有可能價差反而比較少！當然剛剛所提的罕見疾

病藥物等，若要詳細了解，局裡也可以提供這些罕見疾病用藥的詳細資料，做為決策參考。我剛剛所講，都是公開的資訊，像黃煌雄監察委員的報告，這些資料都已經是公開的訊息，絕對不會讓健保局為難。沒有公開的沒有人知道，我們也不會去挖他，也不需要，所以有這麼嚴重嗎？

江主任委員東亮

剛剛講的是，好比我拜託長庚體系採購，但不在醫院的聯盟中，也可能是這種情形。若如你所講，必須將這些醫院排除，但光看公開的部分，這些是清除不掉的。也許因為你知道而將之放進排除名單中，但該醫院願意不願意承認他屬長庚集團，這個問題事實上是需要小心的。請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

- 一、主席、各位委員，第一，我先呼應剛才謝委員天仁所講的根本問題，我們所關心、最重要的問題在於，地區醫院到底能不能買到所需的藥？如果能買到，理論上此部分的爭議應該就會不見。如果還要再繼續討論下去，爭論的問題會是我賺的比人家多或少？但這部分不屬我們這個平台應該討論的事情。就像剛何委員語所提，這是個別議價的問題。所以，健保局只要能夠確認藥價基準所訂的價格，醫院都能買到藥，但無法確保醫院能不能有利潤。
- 二、第二，補充主席有提到，對謝董事長文輝所提可否先排除某些特定醫療機構去跑資料，這可能會出問題，雖然這些醫療機構的名單都是公開訊息，可是他連結另外一件事情，就是所跑出來的資料，如果不是可以公開的資訊，一旦一家一家資料慢慢剝離後，那麼從資料中，各家醫院的資訊就可以被計算出來，這部分會不會涉及個資法問題，我想需要慎重考慮。

江主任委員東亮

其實今天會有這個提案，我覺得地區醫院、診所等基層院所，還有偏遠地區醫院經營困難，才是問題的根本，而不是資料如何呈現。本案請各位委員幫忙，在總額協商時，特別將這個問題放在大家腦海裡，我覺得這才是重要的事。請問謝董事長文輝是否還有補充？

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

主席所提講到我們心裡頭，其實不只藥價，一到鄉下，醫師薪水馬上就比醫學中心高很多，這大家都很清楚。地區醫院是處於非常不利的狀況，今天會提出這個議題，只是要突顯問題。主席很清楚，是健保的前輩，一看就知道關鍵其實在這裡。對主席的裁定，我們沒有意見。

江主任委員東亮

就這樣子，資料還是不跑了，你也知道，其實再跑資料，以我看來，結果可能差距不大。本案就決定結案，謝謝。接下來進行第二案。

參、報告事項第二案「101 年度各部門總額執行成果評核作業」、第三案「中央健康保險局報告『中醫門診總額一般服務預算分配方式試辦計畫』執行結果」、第四案「中央健康保險局報告『醫院與西醫基層財務風險監控情形』」及第五案「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

林執行秘書宜靜

一、請委員翻開議程資料第 7 頁，有關 101 年度各部門總額執行成果評核作業，在這裡沒有特別將本案列入討論案，是因為幕僚提出來的建議是，101 年度比照 100 年度的作業方式繼續進行，因為會有後續相關作業，所以在這個時候先提出向委員報告，當然委員如果覺得有特別需要修正或討論的地方，轉為討論案也是可以。

二、方案部分我先簡略報告，請委員翻開第 8 頁資料：

(一)第貳項是評核方式，評核會議援例將「一般服務」和「專案計畫」分開評核。將邀請 4-8 位專家學者擔任評核委員，名單由各部門推薦或幕僚主動提出。評核會議將正式對外公開，因為之前本會被要求將總額執行狀況向各界說明，所以評核會議也是對外公開的活動，當天除了本會委員外，也會邀請各相關民間團體參加。

(二)第參項是評分方式，請參閱第 9 頁有關評核項目部分，分為一般執行成績效與專案計畫執行成效兩部分，配分是 75%：25%。一般服務的執行績效分 7 大項，專案部分則針對專案的達成度、服務效益及服務效率進行評核。第 10 頁是將去年一些重要的決議列入，第二項主要是實施未滿一年之新增計畫，僅提供執行情形，不需提供成效評估，也不列入評核。第三項是將一般服務與專案計畫(方案)評核會議時間規劃為連續二天舉行。第四項是針對 100 年度未接受健保局專業事務委託之總額部門，將請健保局報告，再請未受託部門補充說明，並列入評分及品質保證保留款獎勵考量。

(三)第肆項是評核結果的運用，對評核結果所獲分數之等級，去年有做修正，將特優和優等的分數提高，特優的分數目前是 90 分以上，優等是 85 到 90 分，良級是 80 到 85 分。照慣例，獲評為良級以上者，幕僚會在 7 月總額協商前提案，搭配衛生署核定大總額的狀況，請委員酌給品質保證保留款成長率。

(四)第伍項是 101 年度作業時程。第 11 頁是目前列為評核的專案計畫、方案。以上簡要說明，請委員參考。

江主任委員東亮

基本上本案主要就是把 100 年度改成 101 年度。各位委員對於去年評核作業方式，有沒有覺得特別需要加以改進的？有二種處理方式，可請委員提出特別需要改進部分，或事後委員若認為有需要，也可以再納入考量。請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

主席、各位委員，提出一個疑問，我記得我們後來有把未受委託的部門放進來，而且納入評分後，部門也可獲得品質保證保留款的獎勵措施，這部分我一直有個疑問，就是這到底是健保局的功勞，還是該部門的功勞？我建議重新再釐清，因為最早的時候，這部分是報告但不納入評核獎勵，後來有調整，不過就是獎勵與是否受託當中的連結，是不是要再檢討。

林執行秘書宜靜

先跟委員做一點背景說明，在去年跟前年，即最近二年，我們才把未受託的部門納入評核計分，之前的年度是如果總額沒有受委託，那只有報告但不評分，以此方式作業。另一點說明是，100 年度總額未受託的單位除了醫院總額外，還有中醫門診總額，所以共有兩個部門。

江主任委員東亮

好，我想這也是一個很重要的議題。請謝委員天仁。

謝委員天仁

我們的評核好像都是書面審查，有沒有可能讓評核委員可以實地去了解，這樣會不會比較貼近我們的需要？當然假使主席認為，這個或許不用每年做，偶爾做一下我覺得也不錯，因為有這麼多方案，不是做一年就停辦，比如今年抽幾個方案進行實地評核、查核，可否考慮這樣的模式，當然也要考量評核委員所能負擔的情形，不要這樣做了之後，沒有人敢當評核委員，請主席發揮一下智慧。

江主任委員東亮

- 一、我認為各位委員必須考慮，如果有設專案，請務必至少保留3%到5%的錢，作為評估該專案的費用，過去所有方案都沒有保留評估費用，所以，要看結果也不曉得從何看起。另外，就如謝委員天仁所提，我擔任主委後發覺，以前我擔任專家委員時，好像沒什麼方案，怎麼最近方案越來越多，當專案越來越多的時候，就產生一個問題，謝委員剛講的很有道理，如果每個專案都要去看的話，大家會累死，所以是不是今年我們就不去看，好不好，因為時間緊迫。
- 二、但請各位記得，在協商總額預算時，能夠把評估的費用納進去，我們就可以請學者專家在開始做專案之前跟之後，至少期中報告時，就可以讓我們知道專案進行的結果如何樣，我們再就專案中，認為比較有興趣部分，進行實地考察。基本上就是，每個方案中應該要建立評核的機制，這部分在我看是過去所沒有的。感謝謝委員提供建議，但我想今年就不實施，明年兩會合在一起時，我們建議一定要實施。

謝委員天仁

把評估費用列在方案的預算中合不合適，我覺得行政上有檢討空間，因為評核屬外部稽查模式，行政上本來就有考慮有這些機制存在，我認為，如果侵蝕到預算，可能那些醫療機構會跳起來。

江主任委員東亮

- 一、評估有兩種，一種是內部，一種是外部，理論上本來就會有行政過程的評估，剛剛會提到是因為，美國國會也發現有這個問題，所以從 1980 年以後，就在所有計畫中加入 5~10% 費用去做評估，剛剛講的比較保守是 3~5%，而這個評估是由第三者辦理，因為這樣大家會認為比較公平。委員的部分我想是需要去看，這部分可以討論，但是否需要列入可再研議。
- 二、基本上剛剛問的問題可能還沒有回答，就是中醫跟醫院部門要怎麼辦，是不是今年也跟去年一樣，可以嗎？健保局對沒有接受委託的部門，還是按照去年的模式，可以吧。因為去年我沒有參加，但是大家應該討論過，所以依照那個模式，如果沒有問題，就這樣接受。如果各位對於評核作業方式還有疑義，請隨時跟會裡聯絡，我們再看如何處理，因為評核是 7 月舉行，所以 5 月開會時可以再討論。

林執行秘書宜靜

如果不涉及結構性的實施作業程序，大家隨時都可以把意見提供給我們，如果涉及結構，比如評核的架構修改，可能會涉及我們已經請各總額部門填報資料，所以建議如果今天作業方式確定，我們就開始進行，因為各總額部門可能需要跟健保局索取很多數據，我們會很快依照評核方式，及希望各部門在評核報告中列入的一些細項指標，儘快提供，以方便各部門跟健保局的運作。

江主任委員東亮

本案可否就依此辦理。接下來進入下一案「中醫門診總額一般服務預算分配方式試辦計畫」執行報告，由健保局張科長溫溫報告。

張科長溫溫報告(略)

江主任委員東亮

謝謝。各位對於健保局的報告有沒有要詢問？所以總的結果是成功還是失敗？可能很難一言以蔽之。好，大家再回去好好看一下。

目前門診就醫次數加起來是 15、16 次，事實上已經到達民眾可以忍受的上限，所以醫療提供者，包括醫院、診所這邊要非常注意，我覺得民眾能夠再增加次數的部分，可能會有反作用力存在，以上意見供大家參考。請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

- 一、主席、各位委員，提供幾點意見供參。我想 99 年是很關鍵的一年，不曉得中醫門診總額發生了什麼事情，而使得 99 年與 98 年的結構完全相反，從醫療費用成長因素解構圖來看，醫療費用成長因素，98 年全部在右邊(正成長)，99 年全部在左邊(負成長)，表示 98~99 之間應該有什麼特殊的因素，這是第一個可能需要中醫部門思考的地方。
- 二、第二部分，針對個別分區醫療資源分佈不均衡的問題，台北區可能是我們第一個要注意的地方，因為台北區的醫療資源在快速成長中，他很可能會成為第二個中區，這點可能大家要注意。
- 三、再來是費用，可直接看書面資料第 23 頁，投影片第 21、22 頁，有關醫療費用成長因素的貢獻情形，可以看到台北區病人數下降，但反過來每人就醫次數增加，可看出本來有去中醫就醫的人數在下降，但是就醫的次數在上升，表示這裡面應該有一些狀況，可能值得我們注意。不過其他區也有類近情形，這是整體的反應，只是台北區比較明顯，舉例供大家參考，謝謝。

江主任委員東亮

好，還有沒有其他意見？如果沒有的話，本案洽悉。接下來進行報告事項第四案。

林執行秘書宜靜

請委員翻開議程資料第 44 頁，有關「醫院與西醫基層財務風險監控情形」的報告，依決議，書面資料已經先提供委員，所以只做

意見交流，不再進行口頭報告，看委員有沒有意見。

江主任委員東亮

例行性的報告，如果沒有意見的話，就進行報告事項第五案「醫療費用支出情形」，也是例行性，不用口頭報告，委員如果沒有意見，就進行討論事項。

肆、討論事項「有關 101 年『全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫(草案)』，推估所需經費可能超出原協定預算額度乙案」與會人員發言實錄

江主任委員東亮

本案有幾個問題須先釐清，第一，本案擬動用的款項，過去這項保留款叫什麼名字？請林執行秘書宜靜說明。

蔡委員登順

等一下，我有一些疑慮，先討論清楚，再看要不要增加這個補助款。如果離島及山地鄉因醫療資源缺乏，符合本案規範，我認為合理，但「醫療資源不足地區及其鄰近鄉鎮之醫院」，看起來有些玄機，像是為某些醫院量身訂做，顯現不公平，可能產生排擠效應，況且點值已保障，為何要設定最低補助額度為 900 萬元，最高為 1,500 萬，是什麼原因，可否請健保局針對這個問題先做處理及說明。

江主任委員東亮

蔡委員，對不起，我現在要提的部分，會更重要一點，因為我對這件事情不了解，所以請林執行秘書宜靜幫忙我了解，我發現去年大家在討論本案時，是否請宜靜稍微說明一下，讓大家回憶當時的情形。

林執行秘書宜靜

- 一、先跟各位委員說明一下預算面的問題，首先，我們在協商 101 年時，其他預算項下有編列「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」經費 5 億元。第二點，在協商時，我們有提到，如果經費不足的話，可以由「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」支應。
- 二、有關「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」，在 101 年協商時編了 10 億，如照往例，過去 5 年，我們在編「其他預期政策改變」的經費是列 5 億，去年協商前，發生了類

流感盛行，影響西醫總額的問題，因此委員會有討論，同意就去年的部分不處理，但是要建立長遠的處理機制，所以在協商時，付費者委員也釋出善意，表示因為會有一些所謂的非預期風險，所以在這項經費就多編一點，從 5 億提高到 10 億。

- 三、在「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目的支用範圍，目前大概知道，新增醫藥分業地區所需費用是每年都會支應的，100 年支出金額大概是 2.1 億，這個數字請大家先記住；如有剩餘的話，可能的支用用途，就是剛剛有跟大家提的「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」，我們當初協商時，有答應如有不足，也可以動用這個項目；另外有些可能的政策實施，比如去年有發生 B、C 肝炎專款預算不足，以及罕病專款經費不足，都是由其他預算的經費移撥。以上一些背景說明提供參考。

江主任委員東亮

- 一、之所要跟各位說明這些事情，是因為本案要動用到的項目是「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」，這部分過去只有列「其他預期政策改變」時，所列的預算是 5 億，但去年協商時，把「非預期風險」部分加進去，合計預算 10 億，可是當時並沒有清楚說明，10 億中有多少要放在「其他預期政策改變」，多少要放在「非預期風險」，健保局所提的預算，這次統統加起來後，會超過 5 億，這 5 億是屬於過去「其他預期政策改變」的經費，所以委員要先稍微了解，我們可否將「其他預期政策改變」支出部分超過 5 億以上，這是需要考慮的問題。
- 二、所謂「其他預期政策改變」部份，除了今天所提的案子外，還有 2.1 億的新增醫藥分業地區所需費用，此外可能還有其他需要，好比受刑人納保部分，在之前健保局有提案，但後來撤案，因為二代健保延到明年 1 月才開始，當時本來是希

望由這部分支應，現在看起來可以不用了，但不知是否還會
有其他事件會用到，像 B、C 肝炎用藥專款，去年是有用到
本項，事實上也不在當時其他預期政策中，所以，簡單講我
們讓它超過 5 億時，這 5 億是不是統統用到補助本案醫療資
源不足地區上，這部分需要委員提供意見，如果可以先釐清，
就可以來討論我們到底要怎麼補助。請蔡委員登順。

蔡委員登順

基本上那是過去協商的費用沒有錯，不過我剛所講的，衛生署公
告之離島及山地鄉醫院，醫療資源比較缺乏，符合本案規範，但
「資源不足地區及其鄰近鄉鎮之醫院」，看起來有點玄機，好像為
某些醫院量身訂做，顯現不公平；況且點值已保障，為何補助的
額度要訂定最低為 900 萬，最高 1,500 萬，我要請健保局針對這個
問題先說明。

江主任委員東亮

如果我們補助的費用，沒有超過 5 億，就又不一樣，如果同意可
以超過 5 億，我們再進入審查要補助的標準，所以分二部分討論，
一是我們大概有多少錢可以動用，要先知道，然後再進入蔡委員
講的，到底要補助 A 項、B 項、C 項等。

謝委員天仁

一、主席，我們的專案計畫很多，現在看到會動支的可能有幾項，
到年度終結時，最後會有幾項，事實上是個問號，所以現在
假使我們要決定，到底要補多少錢給本案，到時候會造成先
搶先贏，我認為要從長計議，應該是年終時，我們再針對這
些相關的事件，總體檢討，現在當然可以就蔡委員提到的，
這些偏遠地區的醫療機構討論，記得衛生署之前也在檢討符
合條件界定問題，我有參加過，當然也知道可能有些問題存
在。

二、我覺得現在可能先去了解這些枝節部分，告訴這些機構，可

以動支其他預算，但是能動支多少不知，因為這部分需要支援所有其他不足的預算項目，不可能現在要3億就給3億，或者今天先給3億，後面發生的就會被排擠，所以如果不足，我們到最後，大概只可能考慮它的優先次序，或者，假使這些項目都處於相同地位，那大概只能依比例補助預算，我們必須先有這樣的了解，才不會造成項目間的排擠，及衍生其他問題。

江主任委員東亮

這部分需要討論。請問醫療院所這邊有無意見？

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

剛剛蔡委員意見，可否先請健保局回應。

江主任委員東亮

我覺得有程序上的優先順序，如果我們討論很多細節，但最後發覺經費沒有辦法有那麼多時，其實是沒有用的，所以還是先把大方向確立，剛剛謝委員天仁講了很多方案，但是好像沒有建議，要不要提出一個比較清楚的方案？

謝委員天仁

建議的方案邏輯上很清楚，假使在排序上優先，當然全額補助，排序落後的，當然就餘額部分再來補助，如果無法分出優先次序，處於相同地位的，只就剩下的部分，比例補助，大概是這樣。

江主任委員東亮

第一，大家可能要思考一個問題，這筆10億元中，包含兩個部分，一是預期政策改變，一是非預期風險，非預期風險的部分，我們到底要保留多少很重要，老實說，我們既然已經編了這筆錢，就是要防止非預期風險，現在是4月，離12月還有8、9個月的時間，所以不能不去考量這件事，這個可能是基本的問題，要保留多少支應非預期風險的部分。請陳委員宗獻，我看你一直點頭。

陳委員宗獻

- 一、不小心有表情露出來，其實我沒舉手。本案我是站在使用者 (user) 的立場，因為署有署的考慮，消費者代表也另有考慮。
- 二、基本上醫療資源不足地區之醫療服務，建議可把基層考慮進去，目前這計畫是改善周邊、相關的醫療服務，一是提供緊急照護，另一是承諾強化提供的醫療服務，這部分可改善目前狀況。若健保局可在醫療資源不足地區設個診所，一個月保障 50 萬，我查證過，有些基層醫師願意去，一個月 50 萬，一年比 900 萬還少，就會把醫療服務運送到當地，80% 是當場可解決的問題，20% 才要到外面就醫，建議可考慮。

江主任委員東亮

方案部分需要先討論、確定。請問謝委員天仁，去年討論時，非預期風險部分大概多少？5 億？或較少？

謝委員天仁

我們沒特別去談同一科目、同一項次，基本上，同一項次是總結去看，當然也不能因為總結來看，覺得「機會來了」，就大挖特挖，抱歉，我們做不到，到時候還是要議定增加的預算多少，推估的部分，現在討論並無意義。

江主任委員東亮

所以，簡單而言，現在不要去管「非預期風險所需經費」的保留款，您的意思是這樣嗎？

謝委員天仁

對。

江主任委員東亮

所以我放棄第一個「非預期風險所需經費」保留款要多少，只要它...。

謝委員天仁

沒有、沒有，不是放棄，我的意思是年終時再檢討，因為現在是推估預算，我們補助不足的部分，一定是實現數才補助，再檢討整個情況，我們最後決定每個專案補助多少金額，不必然全部補助。

江主任委員東亮

牽涉到二件事：第一，時間點要不要回溯？也就是「今天申請，今天補助」，還是「將來可以回溯」？第二，今年的預算可否跨到明年？

蔡委員登順

預算是每年的事，怎麼可以跨年度。

江主任委員東亮

好，所以這筆款項不會超過 12 月 31 日，各位的意思是這樣？

蔡委員登順

對，每年度有不同的預算，怎麼可以跨年度。

戴局長桂英

主席是想等委員詢問告一段落，再讓健保局說明，不過關於這點，我要先說明。

江主任委員東亮

好，請健保局說明。

戴局長桂英

徵求主席同意，對剛剛委員詢問的部分，先補充說明。

江主任委員東亮

這樣的話，還有行政院主計總處鄭委員淑芳要詢問。

鄭委員淑芳

- 一、投注資源在偏遠地區改善、提升醫療品質部分，非常重要，可是必須考量有多少資源可使用。
- 二、依照剛才報告，去年總額協商時，把其他預期政策改變所需經費，由原編的 5 億元提升到 10 億元，主要是為因應非預期風險，也就是增加的 5 億元有類似準備金的性質，現在才 4 月，未來會發生什麼醫療風險，我們不知道。因此，增列的 5 億元本來就是做為非預期風險的準備金，建議這部分暫時先保留，就以往年度編列做其他預期政策改變的 5 億元先來規劃。
- 三、剛剛也報告，過去 B、C 肝炎治療計畫專款不足、罕病及血友病藥費不足、醫藥分業地區所增加的費用，都必須由此支應，顯見 5 億元要做的事還很多，因此，本案所提 8.41 億元，較原預算 5 億元，超出高達 3.41 億元，必須檢討以符合資源狀況。
- 四、我們都知道，資源要放很容易，要收很困難。現在方案內容訂定 900 萬元為補助下限，過去在資源不足地區，補助點值至 1 點 1 元，本計畫(草案)以 900 萬為補助下限，點值可能會超過 1 元，是否要一步就放寬，或逐步先保障點值 1 元，不設下限，是可思考的方向。

江主任委員東亮

請謝委員天仁。

謝委員天仁

點值保障措施，我的印象中好像沒有，只有點值每點 1 元的印象，可能是醫院總額支付委員會加上去的。剛才詢問蔡委員登順，剛好那次支委會我跟蔡委員都沒參加。鄭委員淑芳所提是對的，這部分是我們放給醫院總額支委會訂定相關細則，權限在費協會，我們認為不妥的部分，當然可以調整、修改、增訂。

江主任委員東亮

請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

- 一、我想把本案分為兩部分來看，第一，目前提的偏遠地區資源不足地區醫療服務計畫，是否進入「其他預期政策改變所需經費」，這是一個門檻。第二，應如何分配 10 億「其他預期政策改變所需經費」，這應該不在本案討論範疇，因屬於「其他預期政策改變所需經費」項目的遊戲規則，10 億如何分配的規範，因其可能涉及「先到先拿、後到可能都沒有」的問題，所以 10 億的分配原則應另案處理。今天應先處理本案是否進入「其他預期政策改變所需經費」的分配，至於能拿多少錢，應另外處理，不是由本案直接決定，因為可能還有其他方案要競爭這項費用，這是我對本案的第一點考慮。
- 二、10 億如何分配，今天不談，但我想先討論本案當時估 5 億的情況，是原先就估超過 5 億，總額協商時被減少，還是原估差不多 5 億，後來需要而增加費用？若是後者，可能須說明造成費用增加的原因，我們要先考慮增加原因是否合理，才能進入「其他預期政策改變所需經費」10 億的分配範疇。

江主任委員東亮

請問委員，還有其他意見嗎？

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、剛剛黃委員提的是原則性的問題！101 年度總額協商會議，我有參與，健保局原編是 9.3 億，因為第 1 天協商到很晚，沒有說明得很詳細，委員認為「前年才 2 億，一下子變那麼多，不然先編 5 億」，第 2 天委員會確認時，戴局長桂英特別說明這是 101 年度衛生署想推動的政策方向，建議經費編列能否恢復為原列的 9.3 億。
- 二、幾年來「其他預期政策改變所需費用」每年都編 5 億，其實

每年支出都只有 1 項，就是新增醫藥分業地區所需費用 1.75 億，從 98~100 年，每年都只花 1.75 億。針對增進偏遠地區醫療服務品質方案討論結果，委員決定「昨天已決定 5 億，不要再動」，既然是政策，就通過決議：「全年經費 5 億元，不足部分由『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』」支應，且由每年編 5 億，大幅增加為 10 億，這是費協會協商總額時通過的決議，所以黃委員偉堯所提的，之前已討論過，當時過程大概這樣，當然要如何動用，還是要委員會通過。

江主任委員東亮

如果沒有其他意見，請戴局長桂英說明。

戴局長桂英

一、謝謝各位委員討論，主委的思路非常清楚，他首先徵詢委員是否同意「醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」預算超支，若同意超支，則今日可以進入討論；若暫不同意超支，對本計畫內容，健保局協調後，核定權在衛生署。主委的思路是如果同意超支，因為會動用到「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」經費，所以對內容要先審視。

二、對本方案補充說明如下：

(一)以健保局的建議，樂觀估計應有不少醫院想改善而會來爭取本計畫之預算，因此覺得費用會超支，故提到費協會爭取能否支用「其他預期政策改變」項目預算，容許一些經費投注在本計畫。

(二)當時的背景是因為監察院調查報告出爐後，健保局有二大重點：一是四大科，另一是扶植地方所需的社區醫院，所以是當時衛生署的政策方向。本案原來估計 101 年需要 9.3 億，比起 100 年執行 15 家，花費 2 億多，一下子好像要鼓勵很多家醫院，當時委員很善意認為費用不能一下子成長那麼

快，建議先由 2 億成長到 5 億，如果不夠，再競爭其他預期政策改變的經費。

(三)本計畫因為討論的複雜性，無法在 101 年 1 月 1 日開始實施。事實上，健保局希望醫院執行時，要承諾做 24 小時急診、設置內、外、婦、兒科的門住診服務、主動通知民眾檢驗報告結果，且要深入社區加強預防保健服務。若醫院原只有很少科別，或科別不齊全、沒有急診，而願意承諾上述醫療服務，則需要一些基本投資，如要設有急診醫師，由內、外、婦、兒科醫師兼任也一樣，24 小時至少需 3 位醫師，所以若無下限金額，醫院不太可能另外聘請醫師，因為有些偏遠地區服務量很少，就算補助點值每點 1 元，醫院也無誘因符合要求，這是為何訂下限的原因；至於訂上限是因為經費有限，不能補助每家都到每點 1 元，例如 100 年 2 億多補助 15 家醫院，有部分醫院超過 1,500 萬，所以這次保障措施才有上、下限設計。

(四)有關申請醫院資格第二項：「設置於醫療資源不足地區及其鄰近鄉鎮之醫院」，當時設計的想法是，有的離島像馬公有醫院，但不少離島、山地鄉及醫療資源缺乏地區並無醫院，民眾從當地出來的第 1 家醫院，譬如從仁愛鄉、信義鄉出來，可能會到竹山、南投或埔里的醫院就醫，因為是在扶植地方需要的地區醫院，才會列入「鄰近鄉鎮之醫院」資格。以健保局估計，符合的鄉鎮只有 22 個，其中可能有資格的醫院 41 家，但不見得全部都可以符合，必須達到承諾提供計畫所列之強化醫療服務的條件才能進入本計畫。以上補充說明設計的精神，部分委員的意見就不直接回應，若還有進一步詢問再報告。

葉委員明峯

剛才戴局長桂英說明相當清楚，不過我認為申請醫院的資格，若以離島、山地鄉及醫療資源缺乏地區，其實已足夠，因為已包含

衛生署或健保局的一些權衡措施在內，照理不應再將鄰近地區納入，會變成很難掌控，且有很多可議之處。建議將「鄰近鄉鎮」幾個字拿掉，因為從資源缺乏地區就可以斟酌，再加上鄰近地區，就很難講是否符合規定，反而造成大家的疑慮。

江主任委員東亮

舉個例子，鄰近鄉鎮就好比與卑南鄉很近的台東市，台東市可能包含馬偕台東分院，所以符合資格，因為「區域級醫院」馬上可以聯想，可能不是量身訂做，但就如葉委員明峯所講，「鄰近鄉鎮」很難定義，而醫療資源不足區比較容易定義。請許委員怡欣。

許委員怡欣

- 一、主席詢問經費夠不夠？能否動用？看過去的歷史，現在預估經費最多 8.4 億，之前提出 9.3 億，看起來不會用到「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」5 億以上，因只多出 3.41 億，在經費是否足夠部分，我想問個實際問題，現在 4 月，1~3 月到底花多少錢？可能資料還沒出來，我比較贊成謝委員天仁所講，等到年中，至少有半年或前一季花多少錢，再提案討論看錢夠不夠；或其他案子進行到一半時，再一起檢討是否需補助。
- 二、我知道現在健保局提出的原因是擔心這樣下去可能剎不了車，才需要先準備，不過就算剎不了車，大概會多用 3.41 億，也是在「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」由 5 億調到 10 億所增加的 5 億內，看起來還好，所以經費足夠；若下限是為了保障有醫師去，或許不是保障醫院最低 900 萬，而應直接調整醫師的薪資，因為很多 complain(抱怨)在於預算給了醫院後，醫師到底拿到多少不知道。這些調整額度也許不需在此明訂，可以用其他方式處理。
- 三、另外，剛才主席建議每個專案的評核費用占 3% 左右，「非預期風險」是否應比照，在今年協商時多列些，因為 10 億只占

5,000 億的 0.2%，以後建議占 1% 左右，若有多個案子申請動用的話，可再看如何排序、不足時可否以此支應、如何分配等，也應對非預期風險所需經費的部分訂有使用規範。

謝委員天仁

- 一、剛才蔡委員登順及葉委員明峯都提到「鄰近鄉鎮」的問題，到底哪些偏遠地區需要鄰近鄉鎮的醫療機構支援？需哪些科別支援？從資料看不出，所以兩位委員有疑慮。
- 二、建議提出相關資訊，我們可具體來看，到底可否同意戴局長桂英所提的事項，若屬偏遠地區，不是鄰近鄉鎮，可以考慮最低 900 萬、最高 1,500 萬；但如果屬鄰近鄉鎮，是無需這麼高強度的補助，要不要投入那麼多的醫療資源，或用另外的方式也可解決，比如採保障醫師點值，醫師去看病人，就保障每點 1 元，但不保障醫院，以維護民眾就醫權益。我的看法是用具體的方式，請健保局彙整相關資料，提出較接近實際的需求狀況，讓我們瞭解，再來檢討。

江主任委員東亮

健保局可否對於鄰近鄉鎮醫院加以說明？

蔡組長淑鈴

- 一、我先針對大家一直討論的鄰近鄉鎮之醫院部分，提供簡單的數據讓大家瞭解。第一，醫院設置於離島、山地鄉及醫療資源缺乏地區，委員大概不會有意見，因為設置在前述地區，大家都沒有話說。向委員報告，台灣現行山地離島共計 31 個鄉鎮，其中離島有 3 個，分別為金門、連江和澎湖，剩下的就是山地鄉。31 個鄉鎮中，只有離島有醫院，山地鄉都沒有醫院，這是第一個數據讓大家知道。
- 二、另一個數據是，醫療資源不足地區共有 84 個鄉鎮，這 84 個鄉鎮只有 4 個鄉鎮有醫院。代表我們現在所關心的離島、山地鄉及醫療資源缺乏地區，基本上是沒有醫院的，只有很少

數有。那我們就要思考，這些地區的民眾去那裡看病，當地當然有診所，但因為本案是針對醫院，而行政區的劃分，不盡然有遠近之分，所以從民眾觀點來想，這些地區民眾的就醫公平性要如何維護？以現在來看，民眾是到那個最近的地方看病？一定是到鄰近鄉鎮的醫院，所以申請醫院的資格會衍生至鄰近鄉鎮的醫院，是基於此原因。當地如果有醫院，民眾在當地就可解決，因為當地沒有醫院，所以才會有所謂的鄰近醫院；而且鄰近還鎖定一些條件，一定是地區級醫院，因為如果已經有區域級以上醫院，我們認為他有規模經濟，也不在弱勢範圍，所以必須是地區醫院。而且還有條件，醫院須以提供急性照護為主，而不是專做 RCW(呼吸照護病床)、精神科、洗腎，後者都不在保障範圍內。

三、各位委員可以想像，這些地區醫院搖搖欲墜，現在生意不是很好，為什麼？因為他醫療服務的能量不夠，可能急診現在是熄燈，根本無法提供 24 小時急診，而且設科也不齊全。住在這些地方的人，如果這家醫院還是一樣不好或已逐漸萎縮，這些山地鄉及醫療資源缺乏地區民眾，可能不只要越過一個鄉鎮，可能要越過二、三個鄉鎮，才找得到醫院。所以這個計畫很重要的精神是，這些醫院是最接近我們關心的民眾，可否藉由補助，恢復他的急診與一般門診，這樣住在這裡的民眾就容易受益，這個方案最大的精神在此，所以才會要求醫院要強化醫療服務，我們希望民眾不要奔波到非常遠的地方才看得到急診，尤其半夜小朋友發燒，類似這種不是很大的毛病，可以在地醫療的部分，所以這個計畫才會要求醫院承諾提供四大醫療服務。這是針對大家關心的鄰近醫院部分，提供幾個數據說明，謝謝。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

一、主席、各位委員，剛剛委員提出的意見，蔡組長已詳細說明。坦白講，一開始訂本項條件時，我和各位委員一樣，也有類

似質疑，但經過幾次開會，在蔡組長說明後，醫院團體也覺得可以試試看。我覺得這是一個很有願景，想把事情做好的計畫，但長期以來，我們覺得在實務上是不可能的任務，但既然衛生署有這樣的政策方向，健保局有這樣的發願和堅持，我覺得試試看，執行後有問題再來改進，像剛許委員怡欣所說，全部醫院都來申請也頂多 8.4 億。

二、有一點意見提供健保局參考，對本案地區醫院非常重視，所以在醫院總額支委會開會前，蕭理事長(志文)就請協會針對偏遠地區及其鄰近醫院進行實地調查，因為另外一個區塊是生活圈的主責醫院，醫事處尚未公告，其中我們的會員有 27 家。我們行文給每個會員，詢問在現行條件下，亦即浮動點值補足至每點 1 元支付，每家醫院補助下限 900 萬、上限 1,500 萬，鼓勵提供 24 小時急診，內、外、婦、兒科門住診服務，有沒有醫院要申請。27 家共接到 17 家回函，另外 10 家未回函，應是無意願，若有意願應該比較積極。17 家醫院中，有 4 家本來就無設置急診室，其中 3 家表示沒興趣，因為若設置急診室，900 萬也不夠；另 13 家有設置急診室，現在就有提供急診服務，其中 1 家設備都很齊全，但認為這樣的補助不足。

三、理論上我們期待衛生署的政策既然發這麼大的願，健保局也希望提升偏遠地區民眾的醫療服務，剛剛蔡組長淑鈴講得很有道理，已經住在偏遠的醫療資源不足地區，隔壁找不到醫院還要跑很遠，所以我們當然期待，也會透過協會鼓勵會員儘量參加，就算沒賺錢，有辦法維持經營就來投入，看可否解決醫院急診崩盤的問題，能否將初級病人留在地區醫院。但其中涉及二個很大的層面，長期以來無法提供急診的原因是請人很困難，薪水要很高，所以補助金額有沒有辦法讓醫院維持生存，事實上不見得請得到人，從實務觀點不容易成功。

四、依醫院總額支付制度研議方案，91 年醫院實施總額時就曾提出，地區醫院最好保障每點 1 元，現在並沒有落實，為何有 1 家地區醫院認為補助金額 1,500 萬元還不夠？現在如果要 24 小時提供內、外、婦、兒科，如果將生產、小兒科急診取消，至少需要 3,000 萬支出，現在只補助 1,500 萬。雖然我們期待大家都來參加，經費估計 8.41 億，如同許委員怡欣所說，只超過 3.41 億元而已，其他預期政策款項應該還可以支應，所以期待成功。但就實際面來看，27 家醫院中，實質表達參加意願的只有 13 家而已，依我們剛才的討論，沒有內、外、婦、兒科的有 40 家，現在要求其齊全，還要 24 小時急診，要達到很困難，可能要多加鼓勵。而且要落實每個生活圈較偏遠的地區有內、外、婦、兒科，錢更要增加才有一點點可能，若我們希望偏遠醫療資源不足地區的民眾，享有同樣公平的健保照護，頂多花費 8.41 億，而且可能會用不到這麼多，雖然我們希望能夠用到，謝謝。。

葉委員明峯

經過剛才蔡組長淑鈴及謝董事長文輝的說明，我就瞭解，所以我想應該可以試行，但事後要有比較嚴格的監督機制。本計畫有提到退場機制，很好，如果能確實執行原來的承諾，對偏遠地區病患的照護，應能達到預期效果，我想這樣是可以的！

何委員語

- 一、去年總額協商時，我們在編列偏遠地區醫療服務品質計畫時，發現 99、100 年編列的預算與執行差距太大，執行率很低，和 101 年預算差距也太大，所以當時希望折半只給 5 億，把其他 5 億移到「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目。
- 二、有關方案所提鄰近鄉鎮之醫院，台灣很小，所以相鄰的鄉鎮距離都不遠，我認為在此應敘明其鄰近鄉鎮「經核定」醫院，要不然本案推出後，健保局會很苦惱。假使我是南投的立委，

不來幫忙爭取補助 1,500 萬，我這個立委在南投就不用再選了；如果是霧峰的立委，我也要來找你，至少補助 1,500 萬，要不然以後我在霧峰也選不下去。所以本案一推出，如果規範不明確，而且又有模糊的文字空間，我想所有立委都跑到衛生署跟署長講，如果不編 1,500 萬給某家醫院，你就會很麻煩，這 3 年都要編給我，這樣麻煩就很大。我的意思是，希望健保局把文字更明確化，其次是鄰近鄉鎮的醫院應明確列出，經委員會通過。以後立委找署長講，很抱歉！費協會核定的就是這些醫院，不然找謝律師、謝委員或那位委員講，這很難，因為立委講不過我們，是我們投票給他，我們也不用甩立委。我的意思是要明確化，把鄰近鄉鎮醫院明列出來，這樣才不會有很多紛爭，否則後遺症保證很多。

- 三、此外，最低金額 900 萬不要寫，以最高 1,500 萬為限即可，如果醫院只來申請 600 萬，為什麼要給 900 萬，這很矛盾。
- 四、本計畫列出的 8.41 億經費中，3.41 億要由「其他預期政策改變所需經費」支付，如果上述事項都做得很明確，而且也很務實地執行本項經費，站在付費者立場，可以支持本案，於 10 億中撥 3.41 億支付超出部分，但文字各方面要更明確，把鄰近的醫院寫得更明確，因為政務官怕立委，我們不希望被立委壓制後又改變執行內容。
- 五、剛委員有提到，設一個急診只要一科，每個月至少要花 65 萬，一個醫師最少要 25 萬，還很難請到，可能要 30 萬，2 個就要 60 萬；一個護士 5-6 萬，至少要 2-3 個，全部要花到 65-70 萬，確實很困難。可是我們也希望教育一下醫師，要有悲憫的精神至基層服務，現在 38 個醫學會都沒有推動醫師倫理教育。而且，到偏遠地區執業，買菜、玉米、雞肉等生活費也較便宜，在台北市 25 萬可能剩下不到 5 萬，但到鄉下地區 25 萬可以存很多錢，財產會很多，同樣 25 萬，在南部非常好用，在台北坦白講不是非常好用。所以我的觀點是，希望

你們提出的計畫草案更周全、健全，不要有後遺症，不希望計畫執行後立委跑來，你們也很苦惱，以後要我們增加預算，我們也會很苦惱，這是我的意見，謝謝。

江主任委員東亮

謝謝何委員語。大家這麼多意見，我綜合一下，其實已經很清楚，第一，10 億會一直用，但到年底才能確定優先次序，我們接受剛謝委員天仁所提的原則，可以嗎？那是一般而且是應該的原則。第二，大家認為只能補助到每點 1 元，沒有下限，按實際情形支付，但設上限。

謝委員天仁

沒有下限恐怕醫院會沒有意願，因為需要投入設置，雖然每點 1 元，但恐怕一個月只看 20 萬，成本卻要 65 萬。

江主任委員東亮

所以你支持要有下限？

謝委員天仁

沒有，我是認為有一些我不太瞭解，剛蔡組長淑鈴提到醫療資源不足地區有 84 個，假使一個地區有一個鄰近鄉鎮醫院，加起來就要 7 億多，能不能讓他更有效率，一定要全部設嗎？全部設給他 900 萬，我認為不太夠。有必要集中到這種程度嗎？一定都要在這個醫院嗎？可否分散到其他醫院，把門檻降低，產生的效益會不會更大，醫院風險會不會降低？因為集中以後，內、外、婦、兒科、急診都設，若沒有生意醫院就倒了。如果只增加一科，看最低補助多少錢，鄰近地區可以組合成我們要的科別，相對效率會較好，風險會降低，補助金額也可以低些。甚至也可考慮只設一科，分散到好幾個鄰近區域的幾家醫院，讓每家醫院可以增加一點生意，除每點 1 元外，還有最低保障，可能一年不用 900 萬，只補助 100 或 200 萬，醫院也可以接受，或許可以做這些相關調整。希望本計畫可以做得更好，也希望健保局可以檢討相關資料，

我認為有必要再做修正，相信有些方法可以調整，讓計畫更有效率，也更符合本來決議的精神。

鄭委員聰明

- 一、主席、各位委員，謝謝委員對這個方案的支持。在這裡我要再說明，本案從去年底在衛生署就討論好久，政策目標就是我們要在地化醫療。很多偏遠地區，晚上沒有急診、婦科及兒科醫師，所以我們才想看能不能在偏遠地區落地生根，讓很多在地的地區醫院能提供急診、兒科和婦產科服務，所以要求一定要有 24 小時急診、婦科、兒科。
- 二、至於為什麼要有下限，是因為有些急診排 3 班，要有基本費用，有可能一個晚上不到 10 個病人，但還是要排 3 班，所以會有基本的開支，才会有設下限的考量。署訂定政策目標後，交給健保局試著規劃如何達成政策目標，健保局就擬出這個方案。依方案的設定條件試算下來，太高我們也負擔不起，所以設定上限 1,500 萬，總計會超過 5 億，所以需提會討論，可否請委員支持，讓這個計畫可以施行。
- 三、計畫內容涉及技術面部分，例如怎麼設定方案及如何達成目標，需要有專業的技術，因為健保局比較專精，所以完全尊重其設計。署的政策目標就是在地化醫療，讓半夜找不到急診、兒、婦科的地區，未來可以找到這些醫療服務，但依據這樣的要件計算後，原來編列的 5 億不夠，才提會來爭取，拜託委員能增加預算；至於計畫內容則尊重健保局專業，讓他們全權規劃處理。以上說明，希望委員能支持本項經費，讓健保局能推行本項計畫，推動在地化醫療。再次強調急診、兒科、婦科醫療，不要讓民眾半夜找不到地方就醫，所以設定急診為必要條件，至於為什麼會寫四大科，因為內、外科比較多，但兒科、婦科、急診的確是比較難的地方，特此向委員說明，謝謝。

何委員語

非常支持謝委員天仁的構想，我認為衛生署也要有一點公權力，在鄰近醫院中總共有幾家，我認為你的特長是婦產科，就給你多少錢，指定做婦產科急診；這家醫院可能是小兒科專長，就指定為小兒科急診專門醫院，再給你多少錢，不能全部由醫院來申請。醫師也有天職，上帝讓他當醫生，也要有點使命感，我們一面拿蘿蔔給他，一方面也要拿棍子，所以我贊成這種做法，也可分散醫院經營的風險。醫院婦產科賠一點還可以，不要婦產科也賠，兒科也賠，內科也賠，賠了三、四科後就倒掉了。如果做了一科在當地小賠的話，很多醫院還可以忍受，實際上做生意也不可能每年都賺錢，可是我們的設備經濟部也都不補助，也要冒很大的風險。所以我很贊成分散急診設科，也是個好辦法，當地民眾一段時間以後就知道，兒科急診或婦科急診要送到那裡，救護系統都很清楚，只要宣傳下去，救護系統就會進行。這是個好構想，我支持本案，增加的 3.41 億，支持從其他預期政策改變的經費支應。但希望規劃用心一點，讓民眾健康獲得更大保障，這是我的建議。

謝委員天仁

- 一、我願意再多講一點，鄭委員聰明所提的政策方向，基本上我們都肯定。當時在協商其他預期政策改變時，我們已有這些設計，但站在委員立場，還是希望計畫做得更有效率，這些地區民眾就醫權益應保障，應提供醫療資源，但我們也不希望浪費，希望經營更有效率。從健保局提出最低保障及最高上限，可看出他們是很專業，我們認為這部分能否再適度調整，修正後應會更好、更符合大家需要，這是委員的想法。
- 二、最後要提的是，所謂超支 3.41 億元，只是預估，最後會發生多少，事實上並不清楚，故對錢本身無法做決定，除非訂上限，例如最後超支 4.5 億，現預估 3.41 億，事後能否再要求追加？這是個問題。從這個角度思考，大家認為有必要訂上

限，我認為初期實施可考慮，因不知道方案實施後成效如何，如不訂上限，可能會產生不可預期的負面效果，希望大家仔細思考相關問題。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、本案相關細節，謝委員天仁和何委員語的提議，健保局在這方面已有部分修改，基本上乃依衛生署要求，須有內、外、婦、兒科，鄰近醫療資源不足區的鄉鎮，有些醫院並沒有能力提供這4科，因台灣目前沒有能力讓每個鄉鎮都有內、外、婦、兒科，問題就是這樣，故留一個空間。為何審查名單沒直接由衛生署核定，而是在各區業務組，是為讓健保業務分組就地方實際需要判斷，如其鄰近鄉鎮之醫院只有內、外科，沒有急診，還是要鼓勵，也允許有特殊狀況存在，如果該鄉鎮已有內、外、婦、兒科，就不會再讓其他內、外科加入，並不是大家都有獎，是有挑選的。
- 二、如鄰近鄉鎮有3、4家醫院，1家內科很好、1家外科很好、1家婦產科很好、1家小兒科很好，可能要由各分局業務組自行判斷，4家就可提供完整的內、外、婦、兒科照護，這在方案有著墨，可由各分局業務組處理；當然也不應像委員所言，6、7家提供一樣的醫療服務，每家都補助，這樣意義不大，且沒有那樣的需求，設6家醫院在那裏也是浪費資源。
- 三、執行方案當然現在可以修正，如下限部分，要不要訂得更細，如2科900萬元，單科多少元，很清楚地不是人人有獎，依功能性需要才補助，細節健保局可再思考。方案設下限900萬，最少要有2科，有些鄰近鄉鎮的醫院，沒有4科齊全，有些只有2科，可再放寬，如只有1個內科或外科，也許也應鼓勵，可否有個彈性，給予幾百萬元。

江主任委員東亮

本案討論已夠久，大家都認同這方案是需要的，二代健保也有針

對偏遠地區給予補助，其中對地區醫院的影響最大，本案建議修正如下：

- 一、鄰近鄉鎮之醫院名單應經衛生署核定者，這是衛生署的政策，核定時應有其道理，不是誰來申請就核定通過，如謝董事長文輝剛所提，一定有核定的原則及道理，請衛生署事後來會說明核定的條件與原則。
- 二、下限看起來是需要設，但要訂多少，也請衛生署依其原則訂定後，至本會說明。
- 三、維持原編列 5 億，但提出需增加 3.41 億經費部分，是以最高值估算，我想大概用不到，根據謝董事長所言，27 家醫院只有 13 家願意，一半都不到，可否將 3.41 億打個 5 折，可以嗎？

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

不要打折啦，主席，這其實是署對偏遠地區最大的政策宣示，我們也期待百分之百，大家都能設立...。

江主任委員東亮

剛聽起來付費者這邊是以編列 5 億為原則，超過時再說，所以他們不會給任何的錢，以我的說法，至少還和你們討價還價，給一個比較具體的數字 1.7 億，不然就以 5 億為原則，到時再根據...。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

不要訂上限，最多也是 3.41 億，到時再談。

江主任委員東亮

若要 3.41 億元，就表示其他非預期風險...。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

現在也不知道啊！能否事後再來看支用的 priority(優先順序)。

江主任委員東亮

也是要根据原則，你這樣就沒框列了。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

本來健保局第 1 次提出的費用是 9.3 億，現改為 8.41 億。

江主任委員東亮

那是過去式，現在的問題是，如不框列費用，以 5 億為原則，到年底再結算看夠不夠，這是一個方案。我剛提的方案，既然 3.41 億是最高支出限度，實際上用不到那麼多，根據目前情況也不會用到那麼多錢，明確給個一半的費用，如果您覺得給一半不好，我們也可以收回來。

葉委員明峯及何委員語(同時舉手表達)

支持主席的意見。

江主任委員東亮

收回來，還是以 5 億元為原則，到年底再討論，看你們要那個方案，要還是不要？可用預算要清楚的，還是不清楚的？要清楚，就是給一半，不清楚，就年底再討論。

戴局長桂英

謝謝主席，在眾多意見中處理到這樣，已是非常不容易。可否這樣，到年底我們再 review(檢視)，保留一個年底可再 review 的彈性。

江主任委員東亮

可以，這裡有個原則，我剛提到...，請謝委員天仁。

謝委員天仁

我要講這是最糟糕的處理方式，要嘛就訂上限。

江主任委員東亮

如果不 review，看你們要那個案子，現在聽起來就是兩個方案。

付費者以 5 億元為原則，根據謝委員天仁所提的 3 項原則，到年底再決定超過 3.41 億的部分是否給？給多少？付費者這邊對不對，沒問題吧...。

葉委員明峯

可增列 1.7 億元。

江主任委員東亮

再協商，就不知道會給多少。

葉委員明峯

照主席剛說的上限 1.7 億元。

謝委員天仁

我說明一下，如照主席所提，沒有上限，最後再決定給多少數額，如花了 10 億，我認為不要給那麼多錢，只給 8 億元，我有決定的權利，不要以為花了 10 億，我們就會照給，沒有這回事。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

這可討論。

江主任委員東亮

先以編列的 5 億元為原則，請健保局修正方案使之更有效益，方案會一直做下去，點值還是浮動，到年底，我們會決定要給多少錢，也就是，最少給 5 億元，最多會超過 5 億，或許 8.41 億或更多，到時再依據協商結果決定補多少。

何委員語

5 億元是原本編列的預算，我們不必去干預，最重要是超過的 3.41 億元，剛才主席有提出 1.7 億，你現在到底要我們支持 1.7 億，還是 3.41 億？

江主任委員東亮

謝謝你的支持，但這邊不要。

葉委員明峯

我剛講的是支持 1.7 億元。

江主任委員東亮

好，支持 1.7 億元。

何委員語

主席，建議我們支持 1.7 億，如到第 3 季做得很漂亮、很好，第 4 季估算會超過 1.7 億時，可再提出討論，這樣好不好？

謝委員天仁

就不要設上限，彈性多少順便講清楚，不然控管預算的人這樣放手，就糟糕了，沒有人這樣控管預算。

江主任委員東亮

好，彈性不超過 3.41 億嗎？

謝委員天仁

這是大家要談的。我的意思是，主席既然提出兩案，我們就是以 1.7 億為上限，醫界不願意，就事後再決定，大概就是這樣。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

本案當然期待所有醫院都來做，雖然不能賺錢，但期待如果有辦法做的醫院都願意跳下來做。現在如把經費往下壓，會有很多醫院不敢加入，覺得訂有很嚴格的標準，我覺得宣示作用，可以先給高一點，之後若做不好，可以再檢討調整。

江主任委員東亮

現在問題是...，請何委員語。

何委員語

一、剛醫院代表說 27 家只有 13 家來申請，請衛生署估算，如果這 13 家參加的話，要花多少錢，這是第一點。

二、第二點，衛生署政策既然要照顧偏遠地區居民，我認為 13 家

醫院不夠，要再增加 5-10 家，這樣執行的話，可以估算需要多少錢，如果 13 家已都來申請，算下來多了多少錢，如果決定那個地區要再增加多少醫療資源，還要再增加多少錢，衛生署可以控管。坦白講，我也擔心有些縣市有執行本方案，有些沒有，那該區立委一定會跑來問，我的縣市為何沒有，其他縣市就能實施，你是否大小眼！所以後面還會有很多事情要處理。我們支持剛主席說的 6.7 億(5 億加上 1.7 億)。

謝委員天仁

建議醫院部門沒必要這麼堅持，怎麼講，這是第一次做，做了以後會怎樣不知道，為何非得要那麼多費用，可先試試看，若做得好，人家也沒有理由不再給你其它預算，好不好。

江主任委員東亮

這個案子我們要到年底結案，但健保局方案是執行一整年，其用意是因資源投資下去，時間這麼短，大家都會擔心，我相信付費者這邊也會擔心。從現在到 9 月總額協商，有 5 個月的時間，明年是否續辦，可否於 9 月總額協商時一併討論、調整？相信大家不會此時此刻就一定要有數目出來，大家關心的是民眾就醫可近性，是有品質而非馬虎的診療，我認為政策口頭宣示很好，但沒做出實質成績，反而更糟糕。可否暫時以 1.7 億為限，9 月總額協商時再看這幾個月的執行成效，這也是個動力，鼓勵地區醫院努力推動，可以嗎？請鄭委員淑芬。

鄭委員淑芬

執行面請確認一點，有關申請補助的醫院資格，其中之一是「承諾」強化醫療服務，實際開始補助時點，是以醫院「承諾」，還是「開始強化」為起點？應是實質提升服務品質，才能達到我們補助的目的。

江主任委員東亮

請健保局答覆。

蔡組長淑鈴

是醫院準備好，開始要提供醫療服務的那個月開始計算一年的時間。

江主任委員東亮

審查通過。

蔡組長淑鈴

不是只有承諾，承諾是承諾，他們還需準備，準備好開始要提供這套醫療服務時，才開始計算起點。

葉委員明峯

是否有機制可事後檢討？

蔡組長淑鈴

有退場機制，若實施中途發現未依承諾執行，就會立刻終止。

謝委員天仁

可否考慮以年度為基礎，9月會再協商明年度總額，今年度執行如未滿一年，可按照比例用最低金額計算，這樣會不會比較好？

戴局長桂英

謝謝委員的意見，如果明年仍有同項預算可繼續執行，我們就不會擔心，因衛生署最快4月底才會核定，醫院也要一段準備時間，否則醫院把醫師找來，執行半年後說沒有錢，只好請醫師走人。大家如果同意做得好，明年持續會有預算投入，我們就放心，不一定要一整年。

江主任委員東亮

一、這是信任問題，不是放心的問題，所有事情，現在不等於是或不是，兩邊都是一樣的情況，我們依照大家的誠意和信任，有5個月的時間，我們願意信任醫院會努力做，相信9月協商時會有好的成果。

二、我們現在把重點放在專案，其實總額預算最重要的是在一般

服務，專案愈多，大家愈沒辦法把基本的東西做好。各位是否同意以年度為主，9月協商時一定將本案列入討論議題，現在決議1.7億，但9月協商時會討論明年預算編列的問題，可以嗎？請醫院這邊在這5個月中努力做出成果，我們希望有良性互動。如沒問題，宣布決議。

林執行秘書宜靜

我先報告，如有須修正，可再提出。

- 一、本計畫原編列經費以5億元為原則，其超支部分同意自「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」支應，並以1.7億元為上限。
- 二、委員對計畫內容所提意見，請健保局列入方案內容修正參考，俾使計畫執行更具效益。
- 三、本計畫會列入102年總額協商，加以檢討、調整。

江主任委員東亮

可以嗎？

蔡委員登順

我再補充一點，鄰近鄉鎮醫院係指偏遠、資源缺乏等地區民眾至鄰近鄉鎮最近可到達的一家醫院，將其列為補助對象，即剛戴局長講的距離最近的一家醫院，這樣才不會浮濫。

江主任委員東亮

我稍微建議，理論是對，但實務上很難定義最近的醫院，可否請健保局參酌委員意見修正方案，其鄰近鄉鎮之醫院名單應經衛生署核定，核定之相關條件及原則並至本會說明。即我們不限制核定的條件，讓它有可運作的空間，但必須來本會說明相關條件，可以嗎？請問署來會說明有問題嗎？

鄭委員聰明

要問健保小組。

江主任委員東亮

鄭參事請健保小組答覆。

梁組長淑政

健保局會參照今天委員所提建議修正後，送署核定，署核定後會將相關核定內容至委員會議做報告。

江主任委員東亮

因由署核定，所以是署訂定的條件，委員希望了解署核定的條件，好不好？

梁組長淑政

好。

謝委員天仁

署核定可以，但我們對金額的部分，保留法律上的權責。要弄清楚，預算是費協會決定的，最低補助多少、上限多少，可由他們決定，但我們仍有調整的權限。

江主任委員東亮

可以嗎？

梁組長淑政

可以。

江主任委員東亮

基本上這是信任的問題，不會太離譜。本案就這樣定案，有無臨時動議？(未有委員表示)今天謝謝大家，散會。

王委員德明(會後書面意見)

- 一、請將符合的 81 家且有意願之醫院，具體明確告知，俾利委員判斷是否同意本案。
- 二、實施後健保局一定要派員抽查，避免醫院領補助，卻未落實執行。
- 三、醫院「承諾」就可符合補助？應有「保證」，如未達到，要有一定處罰規定。