

綜合討論

李伯璋署長：

好，我們謝謝林義，真的深入淺出，不知道大家有沒有聽懂，我是覺得這樣，因為應該 106 年那時候北區他們就非常強大的壓力，要調整一下這個 R 值，弄了以後東區馬上就找人來，又要來一套，不過現在東區那一位人又不在台灣，所以就沒有繼續，不過是這樣，因為我想這個就是說很多事情，我昨天有跟林義講，不是說不能變，因為就是前幾天我跟部長在報告總額的事情，其實部長對於這些東西的裁示事實上是滿明快的，因為有一些東西該做還是要做好不好，那今天我想先請各個分區的組長先做一個回應，因為我想每個分區的組長也是很難做，要面對那麼多的同儕，純美先。

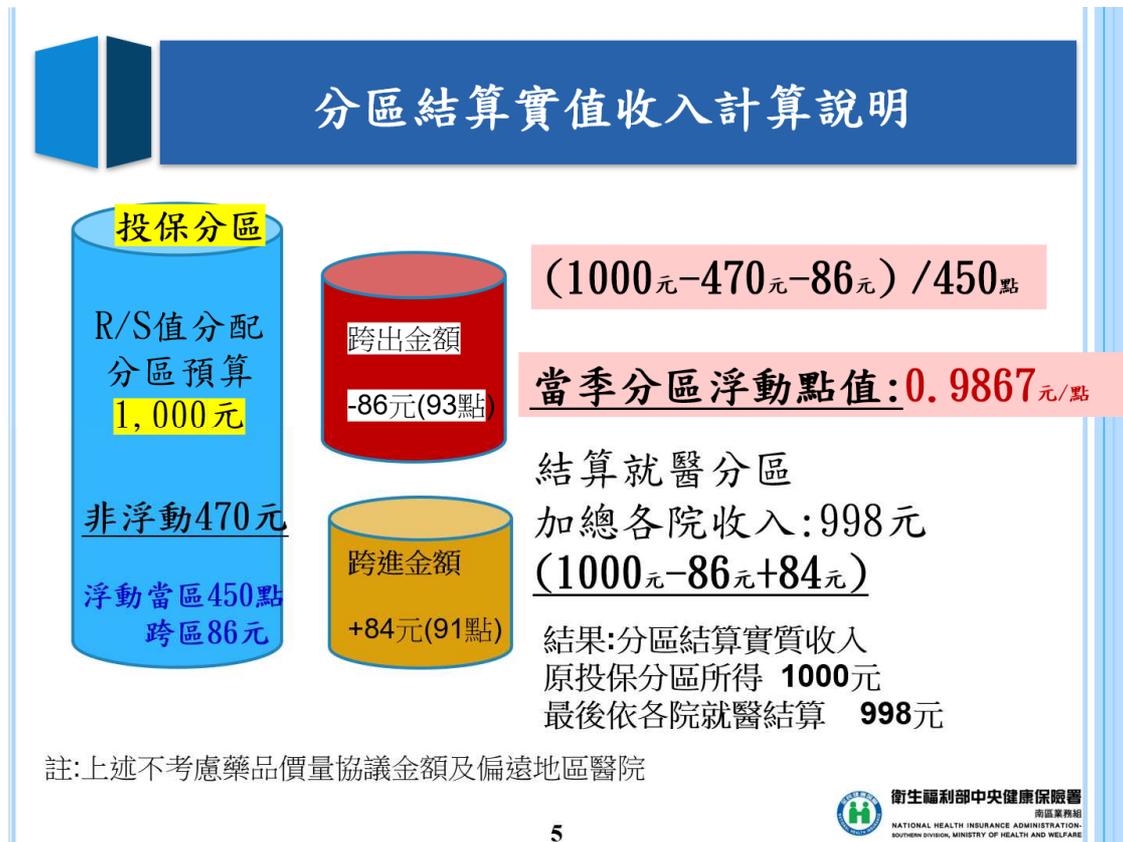
林純美組長：

署長還有各位同仁跟醫界先進大家早安，我有做了 5 張，那直接看到我的第 4 張。

111Q1 結算各區跨區點數						
(中區業務組供給面高於其他業務組，致淨跨進點數高)						
就醫分區	投保分區					
	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區
臺北	37,531,393,029	3,268,858,138	907,227,189	942,023,761	540,367,561	276,608,335
北區	3,945,754,454	12,091,662,079	400,881,449	319,990,627	193,669,238	96,358,468
中區	1,808,652,420	1,194,287,304	20,911,240,342	939,226,306	359,384,493	72,844,503
南區	1,070,851,225	400,442,516	554,544,949	14,489,935,784	906,869,512	39,150,083
高屏	1,304,597,372	308,174,246	274,453,407	731,099,720	16,837,460,551	118,885,432
東區	378,951,942	110,973,451	76,053,993	64,269,806	86,362,546	2,915,681,530
Q1 合計	46,040,200,442	17,374,397,734	23,124,401,329	17,486,546,004	18,924,113,901	3,519,528,351
當區占率	81.52%	69.59%	90.43%	82.86%	88.97%	82.84%
跨進	5,935,084,984	4,956,654,236	4,374,395,026	2,971,858,285	2,737,210,177	716,611,738
跨出	8,508,807,413	5,282,735,655	2,213,160,987	2,996,610,220	2,086,653,350	603,846,821
淨跨進	(2,573,722,429)	(326,081,419)	2,161,234,039	(24,751,935)	650,556,827	112,764,917
就醫分區預算占率	0.3437	0.1348	0.1999	0.1381	0.1548	0.0287
淨跨進占率	-5.6%	-1.9%	9.3%	-0.1%	3.4%	3.2%
105Q1 淨跨進占率	-4.6%	1.0%	7.7%	-1.4%	2.6%	-0.6%

因為剛剛林義有提到，因為我們的費用除了用投保分區來分配之後，那之後又有跨區的一個校正，因為這個就是反應到最後你的醫療，等於是在就醫分區，那剛剛他講到一個很重要的部分，台北其實跨進又跨出之後，它其實是淨流出，所以以台北而言，他在投保人口雖然是上升，但是它實際上就醫之後他又流出，那這流出我們可以看到，從 105 年他本來只流出 4.6，那到目前 111

年，經過了 6 年之後，他現在流出的越來越嚴重，他流出了 5.6，那這些錢流到哪裡呢？可以發現就是往中區跟高屏區流，那中區可以從 7% 的流入一直增加到 9.3，已經快要到 10% 了，所以其實這裡面就會影響到他後面的結算，那請看下一張。



我們來講結算，假設就是我們還是用 1000 塊來講，1000 塊裡面我們有去計算非浮動的，就是把他一點一塊錢都先扣掉之後，因為一點一塊錢不只藥費，還有其他那些什麼被保障的，那你剩下可以浮動的只剩下一部分 450，就是說你要先扣掉非浮動，一點一塊錢的，然後你又去跨出去的錢，所以最後你只剩下 450 塊可以來分，那分完了你這個當季的浮動就等於 0.986，那我們最後你當區的收入，還有包括你的跨區跨入，所以最後其實雖然看帳面上你是分到 1000 塊，可是其實你只拿到 998。

那我要講說為什麼我們現在點值好像越來越艱困，因為我們那個非浮動的越來越多了，你可以看到他已經佔掉一半了，將近一半 47，所以這個回歸到我們整個的，這個是很多的指標，很多的指標之間是互相在連動，所以你說他不公平也未必，那這個分配裡面，醫院這一塊總額太大了，佔了 75%，他沒有辦法像中醫這麼靈活來變動。所以我的建議還是求一個穩定性，你整個把公式去大改，有時候計算上面也會有一些錯誤，因為剛剛那個流進流出，為什麼那個錢都跑到中區的時候，我花了一個禮拜，我還跟署本部一起去驗證，我還擔心說會不會他們算錯了，我實際上去驗證了，我確定沒有算錯，那錢為什麼都流到中區呢？我後來去查了結算的報告書，就是那個相關的指標，因為中區的每

萬人口，醫師跟床數都高於其他區，因為我們一直以為說錢應該都是往台北去流才對，因為名醫都在台北，台北也是醫學中心最多，那結果我們後來經過這樣子層層去剝解相關的問題之後，是醫療的供給面影響收入，以上。

李伯璋署長：

好謝謝純美，那現在請玉娟。

劉玉娟組長：

謝謝署長，那剛剛也謝謝純美組長有特別把我們的問題提出來講。其實台北區的跨區就醫的這個費用向來是我們的痛，終於今天有在另外一個區也提到，所以這裡面可以看得到就是說，我們跨區就醫用投保人口的這個部分來算的時候，甚至要用對方比較好點值來算的時候，它裡面一個淨流出，真的破口會越來越大，那這也在我們會議裡面也提過很多次。

那再來就是我們有一些東西，其實目前雖然我們的資源是跟著人走，可是這個人走的部分到底要用投保分區、戶籍，甚至我們在分配預算的時候，我們還是可以用投保分區，但是結算的時候有沒有機會是用實際的就醫地區來做一些處理，這其實裡面就像剛剛純美組長提到，這六個區一動那到底要怎麼動，但是他的問題是一直持續存在。

那最後我還是要提一下就是說，其實一開始我們在做預算分配的時候是用門診跟住診的預算來分配，可是當時門住診的比率是 45 比 55，可是現在如果我們來看，我們已經鼓勵醫院盡量輕症的不要住院，所以很多的門診已經開始，我們把一些輕住院都移到門診了，所以門住診的比率已經不像當年是 45 比 55，以台北區來講甚至已經達到 56 比 44，所以這樣的一個分配的機制裡面，預算分配從這裡來看就會明顯的失衡。那電子管控能處理這些事情嗎？當然不能，如果你的先天不良分配一直有問題的話，就算得諾貝爾獎的人也沒有辦法用點值把這些前面的這些東西通通調整回來，這是我們以上的建議。

還有新醫院的預算也是要，因為你在這些分配裡面，但是新醫院在整個區的成長率在成長的貢獻率甚至快達到 40% 以上，這些錢其實也沒有一個 budget 去做一些額外處理，這對大家醫院的負擔和承受甚至點值影響也會非常的大，以上。

李伯璋署長：

謝謝，那我請名玉。

李名玉組長：

謝謝署長，還有就是今天謝謝林義做了這麼深入淺出的，就是地區預算分配的一個說明，那讓我們受益良多，那我是一個最小的業務組，剛剛從頭看到尾，我們的投保人口的占率其實只有 2%，那看起來好像在各部門總額，特別基

層的部分大概是趨近 2%，中醫都先切給我們，醫院總額的話佔率是 2.8%，那我要講的是說，如果是以需求面，錢跟著人走的話，那未來東區大概大家也都知道會面臨的困境，那其實我們現在大概戶籍人口都不到 53 萬，投保人口不到 46 萬，像我們健保署東區業務組的同仁，我們全部都是投保在台北區，那其實這一些有工作的人去利用醫療資源是真的相對比較少的，反而是沒有工作的人，在我這邊的占率又非常的多，所以相對的是真的很困難。不過我覺得大家都有看到，我們的就是跟其他五個業務組長的不一樣的地方，那我在這裡其實我只要講一句就是說，健保的核心價值，其實對偏鄉的照顧如果可以在東區顯現出來的話，真的是可以擦亮健保後山的櫥窗，那我希望可以保留一定的醫療資源是給後山用的，以上。

李伯璋署長：

謝謝，那請溫溫。

張溫溫組長：

署長、各位醫界先進、各位同仁大家早安，其實剛剛的資料看起來就是北區是影響最大的，那為什麼影響最大，其實大家可以看到那個投影片的第 7 頁，因為 S 值的部分，其實北區在開辦的時候，他是用 91 年的 S 值，那個時候大概只有 12.59 跟 12.45，平均值大概，可是事實上他的投保人口已經從那個時候變到 16 點多。

那大家可以看到在投影片的第 10 頁，可以看到以人口占率跟預算，在北區的部分，像牙醫因為走到 16%，中醫跟醫院其實它差距就很大，這個也是造成我們現在北區在這個 RS 值，大家會對於他無法前進的影響真的是非常的大，那我個人是覺得說，當然分配上是很有一些，就是說如果真的不前進，其實對北區這種人口數一直增加，而且醫療資源也增加的情況之下，他那個 S 值一直用 91 年的那個時候，事實上差距真的是太大了。

所以在小福的校正部分，我覺得其實上面也有提到說，就是 S 值是不是應該還是要做一點調整，因為 91 年的狀態跟現在 111 年真的差距太大了，而且他所佔用的比例又高達差不多有 51%，所以我覺得的這個部分還是要去做一點點的調整，不然的話，其實像我們現在醫療資源又一直增加，人口又一直增加，對北區來講這個壓力是越來越大，以上。

李伯璋署長：

請淑華。

林淑華組長：

其實我覺得前面幾個區的都很有道理，那我覺得就是因為這個公式也滿有一段時間，那當然大家會覺得說，應該是要調整比較符合現狀了，所以大家一

直覺得說，R 值還是有需要做一些調整。那在計算 R 值的當中，因為從剛林義的報告裡面大概也知道是說，事實上有幾個參數，那尤其是在所謂的 SMR 這個部分，就是應該是嚴重的人口老化，還有一些疾病嚴重度這個部分，那個占率，因為隨著我們現在壽命延長，還有醫療科技的進步，你活得越久用的越多，所以那個占率的部分，事實上也會影響到我們醫療的需求，我覺得這個是有需要去考量。

那另外還有一直講說，那個 R 值到底是要用投保人口，還是要用戶籍人口，因為這次部長來高屏的時候，我們有去算一下高屏的投保人口，我們是一直下降，可是戶籍人口的部分，我發現戶籍人口跟投保人口這邊的差距越來越大，可是這些原則上剛林義也有講，就是在有關於跨區這個部分，我們高屏的部分，就是你投保在高屏的，然後在高屏就醫的是 9 成多，可是像我們健保署的同仁，因為我們都是在台北投保的，那有一些大公司他到各地都有，所以投保地區是在台北，保費也是繳在台北，可是他實際上在利用的時候就到高屏，所以這個跟現實的差距是真的比較大的，所以這個部分，我覺得也是要去考量。

那當然跨區點值的部分，我想因為每個區他的管理的幅度或是管理的力道，事實上不一樣，所以點值也是會有一些差異，那求點值越來越趨近，這個我們也是同意希望是這樣子來做，這個也是一點。另外還有一個，剛玉娟也提到，就是對於新醫療資源的產生，這個我想在未來調整也是需要去考慮到，那尤其在我們屏東的地方，近 5 年來大概高屏的地方，尤其是屏東，從今年下半年開始，就有屏東榮總大武分院，那接下來 113 年有義大的屏東分院，這邊陸陸續續展開，而且這個都是屬於大型的醫院，那對於這個大型的或是一下子對這個區域來講，他那個醫療資源增加很多的，我覺得這個應該也是要列入考量，以上。

李伯璋署長：

純馥請。

李純馥組長：

署長、各位署內的同仁以及醫界先進大家早，很謝謝林義很深入淺出的一個說明，對於我們整個總額 RS 值的分配，不過我覺得回過最原始當時在總額分配的初衷，希望是錢跟著人走，就是用投保人口來算，可是其實經過這麼多年，其實大家看到一個現象，不是錢跟著人走，而是人跟著錢走這個現象，在整個總額裡面看到就是這個樣子，為什麼剛剛看到中區是淨流入，是因為他的供給面一直在成長的情形下，會誘發一些使用跟需求，所以你會看到點數會上來，所以他會有一個點數的反應，可是這個點數是現實的點數，跟當時開辦那時候最早的那個 S 值，其實就是有很大的落差，所以為什麼我們看到中區的點值一直拉不上來，就是因為點數，他在攻擊面上面跟實際上我們的分配，其實

有很大落差。

那我當然也很 echo，當時大家希望說如果點值很低，那你就不要在這裡設醫院，因為真的你就點值會很低，你為什麼還要來，我剛剛有再提到的，他就是看到好像在這裡，因為有很多的人口在這裡，他覺得在這個都會區他有辦法用其他的收入來補健保的不足，所以他還是會衝進來，跟中醫在中區的發展就看到這個端倪，其實我們再怎麼壓低中區的中醫的點值，每次都敬陪末座，他的人數的增加還是恆大於其他區。

所以這個是顯示說，人性是人跟著錢走，不是錢跟著人走，那供給跟需求面最大的失衡是在，因為供給會誘發需求，就像署長一直告訴我們，醫師是民眾最好的老師，所以到底他要什麼樣的醫療，其實是可以供給面去提供他一個很好的衛教跟他要使用的內容，那大家就回過頭來看新科技這個問題，其實我們中區也面臨，RS 分進來新科技的預算，其實恆少於我們實際使用的部分，所以公式的調校確實需要如署長講的，我們要滾動性的去參考，不過外在因素會不會對我們分配有影響，當然有影響，剛剛大家一直講的，床數的增加，醫師數的增加，或是醫事人員數的增加，對我們來講都是一個很大的壓力，可是這個部分健保署沒辦法去管控，我們沒有辦法跟他說，我中區已經飽和了，請你不要再來這邊開業，我們沒有這個殺手鐮，那當然因為這也是人權，因為憲法保障每一個人就醫或是他執業的權利，可是我覺得我們看到的是分配不容易達到公平，可是我們可以提到一個最適，所以剛剛林義有提到說，如果醫界有共識，其實我們署裡都可以來做試算、來做調整。

我覺得如果真的 R 值要調動，確實要考慮東區的特殊性，所以我覺得，或許東區在醫院總額裡面可以比照中醫的做法，就是他有固定一塊，然後其他區再去做其他的調動，或許影響就不會這麼大。那我覺得新科技額外拉出來做一個類似專款的一個運用，然後 5 年後再滾進去基期，或許也可以減少台北區跟我們中區，這個新科技對於我們分配上不足的這個問題，那我其實是很謝謝署長這些年來其實一直希望能夠改變我們現有這個健保分配的一些問題，一直在做滾動，包括支付標準的調整，包括新科技的導入，那所以我覺得醫界提了尤其是醫院總額，他們自己最近在分享的，就是他們希望針對疾病別去做校正這一塊，我認為就是說，我其實也跟我們分區的分會講，我說要校正可以，可是你們定義一定要清楚，否則最後會產生很大的落差。

李伯璋署長：

羅紀琮老師，請作一個回應。

羅紀琮老師：

第一個我非常非常的感動，那第二個我是覺得這個是非常的 informative，那第 3 個我很感動是說，署長把這個議題拿來這樣子公開的討論，那對各區組長所做的評論，我也覺得是說他的本位主義沒有我想像中的這麼強，那大家都

是為了更好的健保的未來在做努力，那我記下了很多的東西，那我會在日後一一的跟醫院協會去討論，再一次的是非常感謝。

李伯璋署長：

謝謝羅老師，朱益宏請說。

朱益宏理事長：

謝謝署長，我覺得今天這個分享真的是非常好的，那因為確實 R 值、S 值的公式其實很複雜，那可能很多人真的搞得不是很清楚，那我這邊分享完了以後，各分區也提出各分區的看法，我想我提另外一個另類的想法，也給大家做參考，因為台灣島真的是非常小，那加上幾個離島，其實是非常小的一個地區，我們是不是有必要還要去做這樣子的分區，我覺得大家可以去思考，那在那個林義的投影片一開宗明義就講說，當初總額分區主要是要配合這個醫療需求，考慮到醫療需求，那希望當然醫療機構醫療提供的服務能夠跟著需求面去走，那但是現在以醫院這一塊來講的話，其實滿足醫療需求其實是靠一個所謂的 CON Certificate of Need，就是醫療病床的審核核准是用核准制，那現在這兩塊其實是脫節的，就是說 CON 這件事情新醫院的開設其實跟總額是沒有關係的，他並不是考量所調整體的醫療需求。

所以我建議就是說，與其你去分區以後造成各分區這麼多的困擾，那各分區提出不同的意見，還有跨區就醫的問題，那是不是有可能在整個健保管理上面如果不分區的話，如果不分區就是一個總額，那健保是不是就可以專心的來真的去控制所謂的不當的這個醫療資源的使用，多一點心思在處理這部份是不會比較好，那至於要滿足所謂這個地區人口的這個醫療需求，那就是回歸所謂的 CON，也就是由衛福部去做醫療機構的開設的審核這件事情，去落實，我覺得這樣子會不會更比較實際，而且減少大家的問題啦。

那當然我覺得這一部分茲事體大，我只是就個人的想法提出需求，因為剛剛很多的這個分區也有提到所謂的這個醫療需求供給面造成的一些點值的等等的影响，我覺得這一部分就是說非常醫療經濟學裡面非常有名的，誘發需求，這一部分確實是不可忽視的一件事啦，我以上補充，謝謝署長。

李伯璋署長：

好謝謝，我想我們今天時間會稍微拉長一點點，顏鴻順請說。

顏鴻順理事長：

謝謝署長，還有謝謝我們業務組所有的這些長官跟同仁，這麼早就來協助大家來釐清這個 RS 的問題，那其實 RS 問題在基層的 6 區分配，我們也一直探討很久，那就像剛才林義在講的很多的重點，那我們最覺得有問題的就是 R 值，那大家都覺得 R 值有問題，那探討 R 值的過程當中，我們就覺得說 trans

值是其中影響西醫基層分配最重要的因素，那我們講說 trans 值基本上是一個 substitute 的概念，是一個取代的概念，去大醫院就不會來診所，所以有一些改變的這樣的一個概念。但是實際上這樣的觀念放在現在我們的醫療型態裏頭是正確的嗎？就好像在都會地區有 costco 之後，7-11 的業績生意就會下降嗎？好像他不完全是一個取代這樣子的一個概念，這是第一個。

第二個就是說，如果是用取代的概念來看，那也應該是要用次數來計算，而不是用點數來計算，因為在都會區，其實他的重裝備，他的各種檢查、癌症用藥各方面是比較齊全的，所以相對他的平均單價，它的點數也會比較高，所以整個在計算上就造成了很大的一個偏差，所以台北區我們會從人口占率 36.9%，費用的佔率 32 到 33%，造成很大的一個乖離的一個現象，所以不管我們怎麼管控，我們的核刪率也不比別人差，我們的平均值也不會比別人高，我們的量也沒有衝的比其他區高，但是我們在點值在疫情之前，始終都是最後一名，所以我們覺得說 trans 值確實是非常值得檢討的，那所以我們在之前，我們有提出一個訴求，其實台灣現在從台北到高雄高鐵的一個多小時，其實根本就是一個一日的生活圈，所以我們的訴求就是說，既然同島一命那就同一點值，那應該是用疾病的型態來做點數的校正，另外對於特定的地區或者有特殊需要的我們再給予保障，比方說偏鄉，比方說離島這些地方，我們再給予特別的保障，那即使現在因為受點值的影響，台北區影響比較大，所以我們的點值變成東區以外的第一名，但是我們的訴求一樣是希望說全國一區同一點值，那希望這樣的訴求能夠打破說 RS 值各種的考量在各區都覺得也不盡周全，怎麼分配都覺得大家都不滿意，所以我們是一直是這樣的一個訴求，以上。

李伯璋署長：

那我們現在請宜蘭縣公會理事長旺枝。

林旺枝理事長：

署長好、各位組長以及各位長官大家好，其實談了這麼多年的西醫基層的那個分配，我的感覺是因為好像 R 跟 S 值的這個公式，各區他都會找對他有利的方式來解釋，那我覺得說，其實跟大家的意見是一樣，全國同一點值就好了，因為每次談這個 R 值 S 值的時候，各區在談的時候，好像兄弟變仇人一樣，我覺得好難過，那如果說我們要保障我們弱勢地區保障好了，其他地區該設給他的條件設定的之後，我覺得全國一區同一點值就好了，因為我們以前台北區在過去的 20 季裡面，我們敬陪末座，直到疫情來了之後，我們點值才一點上升，還有我們台北業務組劉組長幫我們管控，所以我們有比較好的點值，以前都說我們點值不好的時候要跟大家全國一區，大家都不要，現在我們點值好了，我們也希望能夠跟大家全國一區同一點值就好了，因為台灣不會很大，所以我的意見跟前面幾個那個前輩是一樣的，我希望說大家投同一點值就好了，台灣沒有多大，所以全國一區同一點值是我們一直以來的需求以及訴求，謝

謝。

李伯璋署長：

謝謝，請偉強。

李偉強醫生：

第一個剛剛有幾位先進都已經提到說，全國單一點值的事情，不過我們想想看單一點值是不是就能夠，它的副作用是什麼？他可以解決 RS 值的問題，可是他其他會造成強者恆強、弱者恆弱的地方，因為哪邊地方醫療資源多，他就把錢就往那邊集中，剛剛有提到以錢跟人或人跟錢這個事情，所以我們可以去好試算看看，單一點值它的優缺點。

那我簡單講，今天的議題本來是要討論 RS 值，那我的想法是，第一個單純改掉 RS 值，不管怎麼改，他無法解決大家想解決的問題，因為很多問題都是彼此之間互相串連的，剛剛那個純美有特別提到的事情，那我的建議第一個 S 值看起來，他是 91 年的基準，看起來應該真得太久以前，20 年前的，是個適當應該往前推一些，至於推多少，我建議大家可以討論一下，再行試算。

第二個，R 值基本上它反映的是人口數，可是 R 值目前的人口數、年齡層跟 SMR，這 3 個到底能夠預測多少，因為 R 值跟 S 值它各別的使用目的是，R 值是希望能反映需求，但是我們看到國外的文獻包括我自己當初博士班做文獻，用這 3 個數字能反應的實在是不到 5%，那 S 值反應是實際的供應資料，是一個是代表他有節制的功能，一個代表他的實際反應，所以 R 值跟 S 值應該是某種程度比例的調和，而不是任何一個是百分之百，所以單純把 R 值變成 100%，我覺得是一個不切實際的，一定還是做 mix。

那至於 SMR 我覺得可以考慮改成用疾病別的一個嚴重度，或者是很多文獻是討論用藥，用藥某種程度他也是另外一種不容易被 upcoding 的一個考慮，相關文獻我可以事後提供，不在這邊耽誤大家時間。有關投保人口和戶籍人口，我建議其實戶籍人口搞不好會更接近事實。另外新醫院跟新床位數的擴增，這個部分其實才是真的，我覺得影響目前點值很大的部分。最後就是有關於這個跨區就醫的部分，我覺得其實這個問題應該是要做一個更好的校正，就是 trans 的部分，以上是我的一個建議。

李伯璋署長：

謝謝偉強，那也謝謝我們在座所有的同仁，還有我們前輩的那個 comment。那我做一個小結論跟各位分享，這幾天就是在我們國內有一個很重要的會議，就是生技產業的一個諮議委員會，也就是 BTC。

那每一年都有一次，那昨天張鴻仁前署長，他就是做總結報告的時候，我想他做了一個重點，他覺得健保是台灣的整個生技產業很重要的一點，不過不可能把所有的事情都放在健保，所以商業保險是一個很重要的議題，然後另外

一個就是自負差額，那我想就是說這一點的話，我也謝謝我們的同仁，像禹斌跟吳昕，還有淑雅、慧真，我想大家都一起努力，跟一些商業保險公司都已經有很好的對話，而且這一部分的話跟我們健康存摺搞在一起的時候，所以我想商保最近的時候，我們可能會有這樣的一個議題。

那當然謝謝顏鴻順理事長在前一陣子辦了這樣的一個商保補位健保的研討會，那另外就是說我謝謝淑雅跟育文把我們的一些特材的自付差額的部分，在健保法裡面 45 條之一有做這樣的一個情況。

我想說在健保裡面希望是很務實的面對這個問題，那今天我們討論的是 R 值跟 S 值沒錯，可是我告訴各位，其實這個東西本來就是，每一個東西大家想法都不太一樣，下禮拜應該高階會議會跟部長報告，林義你就要把大家意見再蒐集了以後，給部長更清楚，不過我猜他聽了以後一定也會很傷腦筋，不過最後總是要做一個決定。

剛剛大家提到一些新醫院的事情，其實我在高屏的時候，我就跟高屏那邊講，我說其實蓋醫院不難，可是問題經營醫院不容易，經營醫院到最後大家都是希望我們健保一些負擔這個東西，所以我是覺得，就是說這是一個很現實的問題，那我為什麼就是說，各位你知道說，其實每次我去開會，像昨天我就是又跑去血友病的一個學會裡面去做演講，問題是說這個東西，每一個新藥每一個罕藥，他們都覺得健保應該去 cover，好像我們沒有做到就代表我們好像管理不太好，可是就是沒有錢，所以我覺得有時候有些東西事實上要務實去面對問題，所以你們知道我來了以後，本來有一個點值預估小組，那各個分區也是一直在搞點值，我是覺得點值你根本就沒有辦法預估，你看新醫院蓋出來的時候，點數一定增加，你怎麼去預估點值，到最後什麼一大堆的那個理論，那都沒有用的啦，那個事實上到最後還是要把點數控制下來，點數控制不是用嘴巴講。

那像今天那個藥師公會理事長黃金舜又在自由時報寫說這個，我們的藥品的一些供應鏈的問題，所以我常常覺得說，像前天的時候，英國部代表來這邊找我們，就跟我們討論這個藥品的 MEA 的問題，所以我覺得說這個藥品也確實是很大的一個問題，那昨天 BTC 的時候有一個結論，我也有給育文你們看，就是他們認為，我們在整個國內對藥品價格的那個制定，的確是要檢討，也就是些過了專利期的藥，我們給付的藥價還很高，等於我們就是沒有作為，因為本來就是你要給錢，為什麼你不能達到最合理的一個價格，每次都這樣，在開會的時候，根本就是，我覺得這都是，自從我最近在接共擬會議的時候，真的是要去面對，你不那樣的話，人家藥品的價格已經都過了專利期，我們還給那麼好的價格，我想這都要注意好不好。

那所以就是為什麼我對 DET 我是相當有意見，因為 DET 就是這樣，今天報紙也在寫，我們動不動一直在砍藥價，砍藥價有甚麼好砍的，本來就是病人該吃的就要給病人，所以我覺得 DET 的公式，趕快把一些相關的法規提出來檢討一下，那另外就是說你們各位，包括各個分區組長一定要記得一點，其實使用

者付費的部分負擔一定是很重要的議題，沒有做的話，分級醫療是做不起來的，大家也許有人會說不一定有用，可是我就問他說，你到底覺得什麼樣才是好方法？你告訴我，我都可以接受啊。可是我告訴你，沒有人可以給我們答案，因為健保只有我們自己在台灣，我們自己才知道我們自己的一個需求，所以我想說大家都一定要好好加油，因為我覺得說今天 R 值、S 值談了，我們也花了時間研究了，對不對，那的確這個東西說實在每一個人的想法、每一個人的背景不太一樣，大概也有他的一個困難點好不好，那我想那個王宏舜理事長你又上線了，有人跟你通知對不對，請你簡單回應一下。

王宏育理事長：

我是覺得六分區 R 值、S 值公說公有理、婆說婆有理，所以可能要從頭檢視整個計畫，那有一套的說帖，其實署長可以參考他的說帖，那我們當然就是人口的問題，R 值的問題、S 值的問題，那對偏鄉來講 SMR 增加的話，10%變成 50%，對偏鄉是比較有幫忙，是濟弱扶親，那剛才高屏區是希望用戶籍人口，這個也是有他的道理，但是這個都是牽一髮動全身，我覺得說應該全部檢討，你改一個地方，一定有的區得利，有的區不得利，要就全部檢討。

但是目前因為醫院的門診 R 值才 51，中醫才 14，那我們西醫基層 68 要一直往上的話，我是覺得不太公平，為什麼人家 51 人家 14，我 68 還要往上，所以就是暫時是一個不公平中的公平，我們是覺得署長用心很好，我們要取得一個最好的方式，讓大家都心服口服，所以要嘛就是 R 值、S 值跟人口的計算是戶籍還是投保人口，這一些我們通盤的考慮，那我也不會說，為了高屏區，我們就要改哪一個東西，我是覺得改得讓大家心服口服是最好，那我們很謝謝署長的用心，也謝謝剛才所有的報告者我受益良多，但是病人嚴重還是要稍微看一下病人，對不起，謝謝大家。

李伯璋署長：

謝謝宏育，我們現在請中區廖慶龍理事長。

廖慶龍理事長：

署長、各位前輩大家好，我想簡單說明一個概念而已，不管 RS 要不要取消，或是要不要全區同一點值，我認為，尤其是 RS 在採定的時候，是不是要考慮一下一些重大的天災或是疫情，像現在疫情每一區的疫情嚴重度不一樣，我不知道學者專家意見，這種的因子要不要考量進來，以上，謝謝。

李伯璋署長：

謝謝大家，今天會議到這邊為止，謝謝。