

衛生福利部全民健康保險會
第3屆106年第3次委員會議事錄

中華民國106年4月28日

衛生福利部全民健康保險會第3屆106年第3次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國106年4月28日上午9時30分

貳、地點：本部301會議室(台北市忠孝東路6段488號3樓)

參、出席委員：

干委員文男

王委員雅馨

古委員博仁

吳委員國治

李委員永振

李委員育家

李委員偉強

周委員麗芳

林委員至美

林委員敏華

林委員惠芳

林委員錫維

商委員東福

張委員文龍

張委員清田

張委員煥禎

張委員澤芸

郭委員錦玉

陳委員平基

陳委員旺全

陳委員亮良

陳委員義聰

國家發展委員會曹專員毓珊(13:07以後代)

中華民國牙醫師公會全國聯合會陳常務理事彥廷(9:30~10:48、11:45以後代)

黃委員偉堯

黃委員啟嘉

楊委員漢淥

葉委員宗義

趙委員銘圓

劉委員志棟

蔡委員登順
蔡委員麗娟
謝委員天仁
謝委員武吉

肆、請假委員：
陳委員幸敏
盧委員瑞芬

伍、列席人員：
本部社會保險司

中央健康保險署

本會

楊副司長慧芬
陳專門委員淑華
梁研究員淑政
李署長伯璋
蔡副署長淑鈴
龐組長一鳴
施組長如亮
周執行秘書淑婉
張副執行秘書友珊
洪組長慧茹
陳組長燕鈴

陸、主席：傅主任委員立葉

紀錄：邱臻麗、劉于鳳

柒、陳部長時中致詞

傅主任委員、各位委員、李署長及所有與會人員，
大家好！

20年前，我曾擔任過全民健康保險醫療費用協定委員會及監理委員會的委員，現在時空雖然不同，但是委員們所要討論以及承擔的責任是一樣的。今天特地前來向委員致謝，更要感謝傅主任委員願意擔此重任，未來全民健保的議題還需要各位的協助。

目前全民健保面臨的最大考驗，就是收支連動，如何在收、支之間取得適當平衡，並以人民健康為最大考

量，在在考驗大家的智慧，相信透過健保會這個溝通平台，藉由各界代表討論後所獲致的最大共識，必能使制度朝更好的方向邁進。

全民健保也面臨C肝新藥開放的議題，如何兼顧生命健康及健保財務，也有賴大家一起思考，期望前進腳步能夠更快。此外我也提出「少子女化對策辦公室」，希望對解決少子女化問題做些努力。衛生福利部的政策需要委員的支持，我也樂意傾聽大家的聲音，共同尋求最適切的解決方案。最後預祝會議順利、成功，謝謝大家！

捌、主席致詞

感謝陳部長蒞會。各位委員及所有與會者，大家好！

介紹新任的劉委員志棟，劉委員為中華民國全國工業總會綜合企劃處處長，曾任全民健康保險醫療費用協定委員會的委員。請大家鼓掌歡迎劉委員的加入。

玖、議程確認

決定：確定。

拾、例行報告

第一案

案由：確認本會上(第2)次委員會議紀錄，請鑒察。

決定：

- 一、例行報告第二案「本會上(第1)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」之決定二，文字由「...，本案予以備查」，修正為「...，本案予以備查。但未來如有違反法律授權部分，應重新調整」。

二、餘確認。

第二案

案由：本會上(第2)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形

及重要業務報告，請鑒察。

決定：

- 一、本會上(第 2)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形洽悉。
- 二、委員對「107 年度全民健康保險基金附屬單位預算書」所提意見，請中央健康保險署酌參。

第三案

報告單位：衛生福利部社會保險司

案由：「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)諮詢案，請提供意見。

決定：

就衛生福利部諮詢本會之「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)，委員關切重點如下，提供衛生福利部參考。

一、付費者委員意見：

- (一)依 106 年度的財務情況，107 年度收支短絀將超過 3 百億元(低推估值收支短絀數為-298 億元)，且短絀金額快速增加。建議行政院核定 107 年度總額高、低推估值時，宜整體考量全民健保財務收支情形，並優先考量民眾付費能力，參酌相關參考指標，再行評估、調整。
- (二)許多政策改變，可能影響民眾薪資或收入，進而影響保費收入，例如軍公教年金改革、一例一休等政策，建議宜再謹慎評估 107 年度保險收入。
- (三)應具體說明 107 年度總額之政策目標與調整因素內涵，並提供估算方式，例如：「鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康」、「建立醫院診所合作機制，持續落實分級醫療」等；106 年度總額已編列愛滋病用藥 35 億元，為何 107 年度尚需增編預算，應提供相關參據資料。

- (四)107 年度總額之調整因素包含「持續落實分級醫療」，惟推動分級醫療，倘其產生效益，應為醫院及基層部門間費用之移轉，整體費用不見得會增加。若基層案件增加，醫院的案件相對會減少，預算應配合調整。此外，宜建立總額部門間的連動機制，並觀察病人轉移之情形，若基層案件量確實有增加，才能增加預算。
- (五)一例一休政策對成本的影響，宜有客觀評估資料。依健保署之前提報的醫事服務機構財報資料顯示，近八成院所有盈餘，爰宜思考運用部分盈餘改善員工的勞動條件，而非僅訴求增加總額預算。
- (六)請說明 C 肝新藥所需費用，是否依 106 年度總額協商共識，編列公務預算支應。
- (七)建議陳報行政院時，除呈現高、低推估之財務影響評估資料外，也應提供不同成長率下(例如每成長 1%)，對過去 3 年及未來 3 年的財務影響，供行政院核定參考。

二、專家學者與公正人士委員意見：

歷年低推估之「醫療服務成本指數改變率」，已包含人事、藥品、醫療材料、基本營業及其他營業等費用，每年總額均編有相關經費，並累計納入基期費用。過去總額協商時，亦為因應醫護人力問題，於一般服務增編相關預算，並滾入基期。爰對於增加護理人員、行政人員、醫務管理人員所需預算項目，應留意是否有重複編列之虞。

三、醫事服務提供者委員意見：

- (一)目前總額點值偏低，不利醫院營運。105 年第 3~4 季醫院點值大幅下降，為確保醫療服務品質，建議擬訂 107 年度總額範圍時，應將點值恆定納入考量。
- (二)分級醫療是影響點值恆定的因素之一，106 年度醫院

總額編列 60 億元以調高急重症支付標準做為配套，惟 107 年度草案未見是否續編逐步調高急重症預算的相關資料。

(三)人力與醫療服務成本息息相關，醫療院所配合一例一休、住院醫師縮減工時等政策，將造成人事成本增加，建議 107 年度總額應有客觀計算公式與數據，並列為重要參考。

(四)運用醫療科技評估(HTA)工具，作為引進新科技醫療及新藥物之參據，建議應提高 HTA 評估資料之正確性，以利估算所需預算。

(五)C 肝新藥自 107 年度起應由公務預算支應，係 106 年度總額協商之共識，惟草案未見相關說明。

(六)除提倡轉診制度外，應加強教導民眾改變就醫習慣，並有相關評估數據。另，建議將「提升基層醫療服務量能」政策目標修正為「提升社區(基層及地區醫院)醫療服務量能」。

第四案

報告單位：本會第三組

案由：107 年度總額協商工作計畫(草案)案，請鑒察。

決定：訂定「107 年度總額協商工作計畫表」，如附件一。

第五案

報告單位：中央健康保險署

案由：有關修訂「全民健康保險急性後期整合照護試辦計畫」案，請鑒察。

決定：本案原則通過。委員所提相關建議，請中央健康保險署納入計畫參考，並依法定程序辦理後續事宜。

第六案

報告單位：中央健康保險署

案由：106 年 3 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見請中央健康保險署參辦；另

建議配合按季口頭報告之方式修正名稱。

拾壹、討論事項

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：106 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案，提請討論。

決議：尊重中央健康保險署所提方案，惟為期周延，請該署參酌納入委員所提建議事項，並依法定程序陳報衛生福利部核定。另，謝委員武吉對於藥價差議題所提意見，請中央健康保險署參辦。

第二案

提案人：林委員錫維、干委員文男、郭委員錦玉、趙委員銘圓

代表類別：保險付費者代表

案由：現行職業工會會員申報健保投保金額下限，其調整竟以公、民營事業機構受僱者平均投保金額累積調升幅度為計算方式，造成職業工會勞工沈重負擔，顯不合理案，提請討論。

決議：委員針對全民健康保險第 2 類第 1 目被保險人(無一定雇主或自營作業而參加職業工會者)之投保金額自 24,000 元起申報之實施期程，及全民健康保險法施行細則第 46 條第 1 項第 5 款規定之相關意見，送請權責單位(衛生福利部社會保險司及中央健康保險署)審慎研議。

第三案

提案單位：本會第三組

案由：「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之適用範圍與動支程序修正草案，續請討論。

決議：「『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目之適用範圍與動支程序」修正通過，如附件二。

拾貳、專案報告

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險業務監理指標之監測結果，請鑒察。

決定：請委員參閱書面資料。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：「專業雙審及公開具名」試辦方案之執行情形，請鑒察。

主席裁定：請中央健康保險署更新本案資料後，提下次委員會議報告。

拾參、散會：下午 13 時 58 分。

107 年度總額協商工作計畫表

工 作 項 目 及 內 容	預 訂 時 程
<p>一、協商前置作業</p> <p>1.討論 107 年度總額協商架構、通案性原則及協商程序。</p> <p>2.建立協商參考資料： (1)編具「全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽-106 年版」。 (2)編具「全民健保各部門總額執行成果摘要-106 年版」。</p> <p>3.召開各部門總額執行成果評核會議： 檢討、評估各總額部門 105 年度協定事項執行情形。</p> <p>4.107 年度總額案於主管機關交議後，進行各項相關作業： (1)請主管機關派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策方向。 (2)確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。</p> <p>5.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算規劃草案。 (1)規劃草案內容應包含協商減列項目及預估金額。 (2)各總額部門與健保署擬訂規劃草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。</p> <p>6.安排總額協商之相關座談會/會前會。 (1)召開 107 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會： ①請各總額部門及健保署報告所規劃之 107 年度總額協商因素項目及計畫草案，並進行綜合討論。 (註：除簡報外，並請提供各協商項目或計畫之詳細說明，其須包含目標、醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料、過去執行成果、預期效益等資料) ②請幕僚彙整評核會議評核委員之共識建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。 (2)召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。 (3)另視需要召開座談會。</p>	<p>本會 106 年第 4 次、第 5 次委員會議 (106 年 5 月 26 日、6 月 23 日)</p> <p>106 年 6~8 月</p> <p>106 年 7 月 20、21 日</p> <p>本會 106 年第 6 次或第 7 次委員會議 (106 年 7 月 28 日或 8 月 25 日)</p> <p>106 年 8 月</p> <p>本會 106 年第 7 次委員會議暨 107 年度總額協商草案會前會 (106 年 8 月 25 日下午)</p> <p>106 年 8~9 月</p> <p>106 年 8~9 月</p>

工 作 項 目 及 內 容	預 訂 時 程
<p>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</p> <p>1.協定各部門總額成長率及分配方式。</p> <p>2.協定各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。</p> <p>3.年度整體總額協定成長率及其分配之確認，及報請主管機關核定。</p>	<p>107 年度總額協商暨第 8 次委員會議 (106年9月21~22日)</p> <p>106 年 10~12 月</p> <p>106 年 10~12 月</p>
<p>三、協定事項之執行規劃與辦理</p> <p>1.健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案。</p> <p>2.各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或總額部門專案報告。</p>	<p>106 年 10 月~ 107 年 12 月</p>

「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目
之適用範圍與動支程序

100.12.9 費協會第 178 次委員會議通過
103.11.28 健保會第 1 屆 103 年第 11 次委員會議修正
106.4.28 健保會第 3 屆 106 年第 3 次委員會議修正

一、適用範圍：

(一)屬「非預期風險」：

- 1.年度中發生全國(或特定區)之其他不可預期因素，如具傳染性疾病異常流行、非天災所致之大型事件等突發性特殊情況，致使民眾醫療需求大幅上升，對該部門整體醫療費用造成顯著影響。
- 2.應排除依其他法令由各級政府負擔之醫療服務項目。

(二)屬「其他非預期政策改變」：

- 1.年度中非預期之全民健康保險法(下稱健保法)及相關政策修訂，其新增費用不在協定時的各部門總額涵蓋範圍，且須經衛生福利部(下稱衛福部)交議。
- 2.應排除「協商時已於總額架構、通則、涵蓋範圍納入考量之項目(包含醫療服務成本及人口因素、協商因素成長率及專款項目等)」(註)

二、動支程序：

(一)屬「非預期風險」：

1.提案前評估：

由受影響之總額部門與中央健康保險署(下稱健保署)於提案前共同完成評估，確定對總額影響顯著，其影響不可歸責於該總額部門。

依非預期風險事件之屬性，其適用情況及評估指標如下：

- (1)具傳染性疾病異常流行(排除依其他法令應由各級政府負擔之醫療服務項目)，致使總額部門全區，單季別之預估值，有下列情形之一者：

- ①平均點值在0.9以下，且較去年同季點值下降幅度>5%以上。

②一般服務之醫療費用點數成長率 > (當年度醫療服務成本及人口因素成長率 + 5%) 以上。

若該疾病異常流行具有地區性差別，則適用受影響之健保分區；閾值同上。

(2)屬非天災所致之大型事件(為非屬健保法第52條事件，並經主管機關認定之案件)，且該事件發生後，前2個月之預估醫療費用達該地區當年度平均總額預算之0.3%以上。

2.提案及議定：

由健保署或本會委員提案，並提供前述評估資料與相關數據(含不可歸責於總額部門之評估資料)，供本會討論議定。

3.核定與執行：

由健保署依本會之議定結果，報請衛福部核定後，會同相關總額部門討論執行細節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執行結果。

(二)屬「其他非預期政策改變」：

1.提案及議定：

依適用範圍，於衛福部交議後，由健保署提案至本會討論議定；提案內容，應包括政策實施日期及方式、預估經費需求及預期效益等。

2.核定與執行：

由健保署依本會之議定結果，報請衛福部核定後，會同相關總額部門討論執行細節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執行結果。

註：1.年度總額協商前，衛福部會提出該年度總額之協商政策方向，若屬「可預期」之政策改變，於協商時即應納入考量，爰修訂為僅適用年度中「非預期」之全民健康保險法及相關政策修訂。因政策、法規屬主管機關權責，爰須經衛福部交議，健保署據以提案。

2.歷年健保會訂有下列總額協商通則；另健保署會同各總額部門擬訂專款計畫或方案時，對於超過預算部分，係以浮動點值方式處理。

(1)專款專用項目：回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出，實施成效納入下年度總額協商考量。

(2)其他預算：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

(3)其他原則：醫療費用總額經衛福部核定後，對已協定各項目金額之增減應正式提案，在本會議決前，並應再經總額部門與付費者代表協定程序。

第 3 屆 106 年第 3 次委員會議

與會人員發言實錄

壹、「陳部長時中蒞會向委員致意」及「議程確認」、例行報告第一案「確認本會上(第2)次委員會議紀錄」與會人員發言實錄

陳部長時中

- 一、傅主委、各位健保會委員、健保署李署長及各位同仁，大家好！今天回到相同的場域，因為 20、30 年前，我也曾經擔任過委員，雖然現在身分不同、地點不同，然而大家要討論以及面對的責任是一樣的。上任之後，一直想找機會來向大家致意，感謝大家的辛勞，不過因為事務太多，今天還有一點時間，所以特別來向大家致謝，更要謝謝傅主委，願意擔此重任，未來健保議題還有許多需要大家幫忙之處。首先需要大家與衛福部共同面對的最大考驗，就是健保法的收支連動，如何在保費與支出之間，取得適當的平衡，並且站在人民健康的最大考量，背後雖然牽涉很多的利益、狀況及人民不同的需要，不過相信透過健保會這個溝通平台，讓大家在此討論，可以獲取最大共識，朝相對正確的方向前進。
- 二、目前 C 肝新藥的開放，因為整體利用的經費比預估稍微低些，所以可以提前開放部分適應症。自健保開辦以來，我一直覺得我們很重視新藥，但新藥牽涉到很多複雜的議題，很難明確定義到底要不要給付。事實上 C 肝是跨時代的新藥，也確實幫忙處理一些難以解決的慢性病問題，在生命健康的考量下，我希望未來 C 肝新藥開放能夠走得更快。C 型肝炎被明確定義為疾病，所以依健保法規定，是包含在給付範圍內，不過也難免要考量整體費用或健保財務的支撐能力。我也不免常常在想，如果我是 C 型肝炎患者，大概也只能先花錢治療，但對於沒有經濟能力的人該怎麼辦？這個問題可能需要大家一起思考。
- 三、大家都說我不自量力提出「少子女化對策辦公室」，想要對少子女化做一些努力，這部分健保能夠做的可能不是那麼多，但我相信如果生育、新生兒的保護能夠做得更好，未來對國家一

定有所貢獻。很多辛苦的事情都要拜託大家一起幫忙，各個團體有什麼意見、想法，盡量在健保會溝通，我也願意傾聽大家的聲音，找出最適切的解決方案，再次謝謝大家！也拜託大家！最後預祝會議順利、成功。(委員回應：謝謝部長！)

(全體委員與部長合影留念)

傅主任委員立葉

- 一、各位委員大家早安！(委員回應：早)，今天有 1 位新任委員，是中華民國全國工業總會推薦的劉委員志棟，劉委員是全國工業總會綜合企劃處處長，曾經擔任第 7 屆全民健保醫療費用協定委員會的委員，請大家以掌聲歡迎劉委員志棟的加入。
- 二、接著進行議程確認，本次會議共安排 6 項例行報告、3 項討論事項，及 2 項專案報告，請教大家對於今天議程的安排有無意見？(未有委員表示反對)那就照議程的安排進行。
- 三、對於上次會議紀錄，健保會幕僚有接到李委員永振的來電，建議例行報告第二案「本會上(第 1)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」之決定二，文字修改為：「...，本案予以備查，但未來如有違反法律授權部分，應重新調整」。可否請李委員永振補充說明。

李委員永振

主席、各位委員，大家早！收到第 2 次委員會議議事錄時，我翻閱發言實錄，了解該案在當時討論許久，最後也將檢討修法部分納入附帶決定，但我發現對於健保署 105 年度決算之決定只有准予備查，但會議進行時，謝委員天仁一直強調，若涉及施行細則違背母法授權部分，應予保留，且應將文字納入決定；干委員文男也非常注意此部分，本來不同意備查，但討論時因為認為需要照行政程序，才准予備查。不過該爭議到目前為止好像還沒有結論，所以我才認為應該加入但書，將來在追蹤時較有憑據，也比較不會忘記，而且符合上述 2 位委員跟我們原來的主張。主席當時也裁示，該案准予備查，並且將未來檢討修法部分列入附帶決定，因此建議對於

105 年度決算之決定增列部分文字，這樣應該比較完整。

傅主任委員立葉

謝謝李委員永振的補充，我想各位委員應該都同意。請問委員有無其他意見？

干委員文男

沒有啦！

傅主任委員立葉

沒有的話，接下來進行例行報告第二案，請周執行秘書淑婉報告。

謝委員武吉

主席，我提 1 個程序問題，拜託今天會議不要超過下午 2 點。

傅主任委員立葉

好，我會盡到這個責任。

貳、例行報告第二案「本會上(第 2)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

一、主席、各位委員，大家早安！請大家翻到會議資料第 18 頁，說明一，上次委員會議決議(定)事項，計有 9 項，依辦理情形建議解除追蹤 2 項，繼續追蹤 7 項，詳細資料請委員參閱會議資料第 23 至 26 頁，但最後仍依委員議定結果辦理，以下就辦理情形簡要說明：

(一)擬解除追蹤共 2 項：

- 1.項次 1，有關請健保署及各總額部門配合評核作業時程提供所需資料，健保署已依決議事項辦理。
- 2.項次 2，有關癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫，健保署已於本(106)年 4 月 12 日公告，並自同年 5 月 1 日開始施行。

(二)擬繼續追蹤共 7 項，僅就幕僚提出未來建議解除追蹤的條件說明：

- 1.項次 1，有關健保署業務執行報告按季進行口頭報告時，提供資料及說明應以季報呈現，本項建議進行第 1 次按季別口頭報告後，解除追蹤。
- 2.項次 2 及項次 3，都是有關納入 7 項政府依其他法令補助負擔保險費計算政府負擔法定下限 36%，其適法性之疑慮案，建議繼續追蹤。不過本案因事涉法律解釋，建議列管追蹤社保司，健保署部分則建議解除追蹤。
- 3.項次 4，健保藥品品質監測計畫的專案報告，建請健保署應在期末報告審查完成後，提出專案報告。
- 4.項次 5，有關客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統自付差額特材申請案，建議在健保署公告後解除追蹤。
- 5.項次 6，對於前述特材，希望健保署積極研議於 107 年納入全額給付的可能性，本項建請於共擬會議討論通過後，

主動向本會提報。

6.項次 7，全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法修正案，請健保署補充委員意見參採情形，並於公告後解除追蹤。

二、說明二，健保署依法函送 107 年度全民健康保險基金附屬單位預算書，本會幕僚擬具預算分析報告，在會議資料第 121~134 頁，請各位委員參閱。

三、說明三，本會於本年 3 月 23、24 日辦理業務參訪活動及共識營紀錄，如附錄二，在會議資料第 135~157 頁，也請委員參閱。

四、說明四，有關共識營委員所提建議，幕僚整理就提升議事效率部分擬具下列意見，重點如下：

(一)建議議程安排先進行討論事項，再進行例行報告、專案報告。

(二)健保署不須進行業務執行口頭報告的月份，建請委員以書面提問，再由幕僚洽請健保署書面回覆，提問與回覆的資料，將納入下次委員會議議事錄。

(三)若當次專案報告因時間因素來不及提報，建請主委徵詢委員意見，是否同意自行參閱書面資料，委員提問以書面提出，由幕僚洽請健保署書面回覆，相關提問與回覆資料也會納入下次委員會議議事錄。上述做法是仿照立法院立法委員書面質詢的作法。

(四)委員會議決議(定)繼續追蹤事項，幕僚將研提解除追蹤的條件，由相關單位及幕僚按月檢視，若達解除追蹤條件，則主動提報；若未達，則每半年彙整提報辦理進度。

五、說明五，健保署於本年第 2 季提出自付差額特材申請案，係有關治療心房顫動之冷凍消融導管，幕僚業依作業流程，於 4 月 14 日彙整全案資料，寄送委員參閱，並預定提 5 月份委員會議討論。

- 六、說明六，健保署於本年 3 月 22 日函覆醫改會，有關該會之前對於全民健保醫療品質資訊網院所別醫療品質指標之疑義及建言案，請委員參閱。
- 七、說明七，衛福部本年 1 至 4 月份發布及副知本會之相關資訊：
- (一)公告醫院總額、西醫基層總額支付制度品質確保方案，修訂重點請各位委員參閱。
 - (二)修正發布「全民健康保險轉診實施辦法」部分條文，自本年 4 月 15 日生效，修訂重點亦請委員參閱。
- 八、說明八，健保署本年 3 至 4 月份發布及副知本會之相關資訊：
- (一)公告中醫門診總額及醫院總額相關計畫/原則，共 3 項。
 - (二)公告 105 年第 3 季各部門總額每點支付金額，在會議資料第 172~186 頁，請委員參閱。
 - (三)另外請委員參閱會議補充資料第 1 頁，健保署於 4 月 24 日公告第 2 類第 1 目、第 3 類被保險人之投保金額，由 22,800 元調整為 24,000 元，並自本年 7 月 1 起實施。

傅主任委員立葉

謝謝周執行秘書淑婉的報告，請問委員有無詢問？請李委員永振。

李委員永振

以下 3 點請教健保署：

- 一、第 1 點，請翻到會議資料第 123 頁，說明二，107 年度全民健康保險基金附屬單位預算書，保險收支預算分析中，保險成本的成長率為 5.95%；會議資料第 126 頁，107 年度總額預估為 6,914.34 億元；對照會議補充資料第 21 頁，例行報告第三案「『107 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍』(草案)諮詢案」資料，6,914 億元應該是由高推估值計算而來。107 年度預算書設定那麼高的保險支出合理嗎？請看會議補充資料第 22 頁「表六、歷年本部報院及行政院核定範圍」，96 年到 106 年，11 年間的報院高推估值都高於總額核定的結果。107 年的預算書以高推估值計算，合理嗎？

- 二、第 2 點，會議資料第 19 頁，有關醫改會對醫療品質指標提出質疑部分，對疑義一健保署雖有回覆說明，但個人認為，如果醫改會的疑義屬實，除了回覆提到採取的措施外，也應該思考事後如何具體落實執行，如實地稽核，才會比較有效果，醫改會才會釋懷。否則，就會像上次委員會議討論決議事項辦理情形追蹤一樣，相關單位回覆有辦理，但執行結果如何卻不得而知。
- 三、第 3 點，想確認繼續追蹤事項第 2 項，剛剛周執行秘書淑婉報告，該案追蹤社保司但不追蹤健保署，是嗎？會議資料第 24 頁，健保署回覆是「配合衛福部之法規釋示辦理」，健保署屬下游，社保司屬上游，上游沒有解除追蹤，下游卻解除追蹤，邏輯怪怪的！建議應該繼續追蹤健保署及社保司，謝謝。

傅主任委員立葉

建議本案採統問統答。委員如果沒有其他意見，先請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

先回應李委員永振的提問：

- 一、會議資料第 126 頁，107 年度總額預估為 6,914.34 億元是以總額高推估做估計。確實如李委員永振所說，歷年衛福部擬訂總額高、低推估值報行政院，行政院核定範圍，一直到總額協商，最後核定的成長率都會低於報院的高推估值。因為本署無法預測最後總額協定的結果，所以先以高推估值作推估，但最後如果總額協商的結果出來，就會再修正，這是例行的作業方式。如果本署主觀地假設 1 個協商的結果，依之去做推估，對委員也很不尊重。請委員能夠了解，總額協商結果出來後，本署會主動重新推估。
- 二、有關會議資料第 19 頁，醫改會提出的 2 個建議，李委員永振或許認為本署沒有具體的後續動作。首先，醫改會質疑 B、C 肝病人門診透析是否有專屬機器，個人也覺得很重要。本署已經在透析研商議事會議作處理，並且要求院所確實辦理，但醫

改會認為應該進一步訂定指標，我們會透過研商議事會議與透析代表共同研訂指標。其次，醫改會建議針對特約藥局設計品質公開指標，這部分我們會進行研議。尤其最近李署長伯璋希望特約藥局服務時間的資訊可以公開透明，我們正積極與藥師公會合作推動，未來本署會加強特約藥局的資訊公開、品質等要求，將來如有研議相關指標，也會到健保會做報告。以上初步回應。

傅主任委員立葉

請問委員有沒有其他意見？請李委員永振。

李委員永振

謝謝蔡副署長淑鈴的說明，目前以高推估值推估保險支出，較穩健保守，是 OK 的！但請教，過去總額協定後，有沒有修正資料？

蔡副署長淑鈴

有。如果總額協商確定後，那就是實際值，實際值是一定要修正反映的。

李委員永振

有沒有修改已備查後的預算書？

蔡副署長淑鈴

預算書是預估，現在的數字是預估值。

李委員永振

目前預算書已經提會備查不是嗎？(蔡副署長淑鈴回應：沒錯)。委員會議備查後就要送到立法院了，不是嗎？

蔡副署長淑鈴

對，現在這份預算書是預算數，但在決算報告一定會修正回來！

李委員永振

但是健保署執行的時候，還是照預算書編列的內容執行！

蔡副署長淑鈴

事實上，預算是預算，最後會有年度決算報告。決算報告一定是照

實際發生金額去計算。

李委員永振

對啊，決算當然是按照實際發生計算。

蔡副署長淑鈴

是，可是預算書是預算。等一下請同仁補充說明，預算書送到立法院後，如果總額協商結果確定後，是否還來得及更改預算書呢？請李專門委員淑芳說明。

李專門委員淑芳

在前 1 年度的 8 月 31 日前，須將預算書提送立法院，而總額協商是之後發生的，所以送到立法院的預算書不能再修正。預算實際執行會透過決算報告反映，會在協定的總額範圍內執行。

李委員永振

也就是說，已經提會備查的預算書並沒有修正，以高推估計算，可能會造成誤導，這樣合理嗎？而且上次委員會議我已經提過，收入面的估算比較保守，支出面的估算都比較樂觀，這樣的數據給委員參考，不會產生迷思嗎？

蔡副署長淑鈴

一、預算書編列都要有依據來源做預估，目前保險支出是採總額報院的高推估值。我想李委員永振關心的是，收入面採過去一段時間的平均成長率計算，而支出面採報院的總額高推估成長率計算，會不會太寬鬆，您的意思應該是這樣吧！請問委員是建議支出面採過去一段時間的總額平均成長率做預估嗎？

二、預算書的預估總是要有依據，本署無法預測每年總額協商結果的成長率，尤其最近幾年，總額協商結果並無法用過去的平均成長率來推測，所以才會用比較保守的方式估計支出面。但這畢竟是營業預算，事實上預算書送到立法院後，還有一定的處理程序，不是本署想改就可以更改的。但決算報告一定會反映實際總額協商結果的成長率。

李委員永振

再補充一下，剛剛陳部長時中也提到收支連動是本會很重要的議題。就剛才蔡副署長淑鈴所提，收入面和支出面所採取的態度不一樣，但收、支之間存有連動關係。預算估算是健保署的專業，我不能越俎代庖，但我認為需要提供委員合理、可接受的基礎，這樣應該會比較合理。

傅主任委員立葉

請謝委員天仁。

謝委員天仁

實際上這樣運作可以理解，可能是時程關係，總額範圍先報院，行政院大約在 6 月底核定下來。事實上，應依據健保法的規定，總額協商成長率不能超過高推估值，雖然目前是用報院的高推估值做預算估算，但是行政院核定總額範圍的法令效力較強，所以預算案不能違反法令規定，照理最後應該根據行政院核定的高推估值適度調整，我認為總額協商是屬於後面的問題，是可以理解的。

蔡副署長淑鈴

目前衛福部報行政院的高推估值，和最後行政院核定的結果，還是有一點點差距。如果預算書作業來得及修正，一定會用行政院核定的版本作為計算基礎，但無法趕上 9 月總額協商的結果，這中間一定會有一點差距。實際發生的成長率，一定會反映在決算報告。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

一、有關預算書的部分，健保總額的決定分成 3 個階段，第 1 個階段是衛福部擬訂成長率範圍報行政院，這是屬於概算的部分；送到行政院後，行政院會在衛福部提報的範圍內核定，這是第 2 個階段；第 3 個階段就是回到本會進行總額協商。剛剛委員關心高推估值的部分，實際上最終成長率不會這麼高。

二、如同剛剛解釋的，總額會先匡個概算，然後經過幾個步驟，會

有核減過程。蔡副署長淑鈴解釋得很清楚，若依據過去幾年總額成長率計算新年度的支出金額，會跟總額預算協商的流程與精神不那麼一致，個人對蔡副署長淑鈴的解釋，可以接受，因為最後核定的結果不會像報院的高推估那麼高。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

認同李委員永振的看法。提報的高推估值拉這麼高，可能會高出歷年平均值，若高推估值不要設那麼高，上面核定下來的數值就相對不會那麼高。況且，總額協商時，各部門總額都想爭取高成長率，哪個部門會希望低成長率呢？可以理解李委員永振提出疑義的用意。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

之所以會一直提出個人看法，是因為我覺得這是態度問題。剛才謝委員天仁的看法應該是可以接受，所以想要請教，健保署剛才回覆 8 月 31 日前送出預算書，請問 106 年度預算書支出面是用 6.49%(衛福部報院的總額高推估值)，還是 5.9%(行政院核定的總額高推估值)計算呢？按照謝委員天仁意見，預算書應採行政院核定的 5.9%計算，但實際送行政院是用 6.49%預估。

蔡副署長淑鈴

有關提報行政院之 106 年度預算書採計成長率，請李專門委員淑芳說明。

李專門委員淑芳

106 年度預算書是根據 105 年度醫療費用總額協定成長率 4.912%去計算，也就是說每年度編列的預算，是用前 1 年度的總額協定成長率去預估。

蔡副署長淑鈴

- 一、可以充分理解李委員永振憂慮之處，也就是會議資料第 127 頁，預算分析報告的結論，對未來財務預估的總結內容。剛剛陳部長時中提示，未來健保應該收支連動，李委員永振憂慮，如果支出面都採高推估值去推估，感覺會有財務壓迫，而且速度還蠻快的，我應該沒有弄錯李委員永振的意思？
- 二、至於未來究竟要以什麼基準做估計？如果委員有較好的建議，也請提出來。推估必須要建立在假設之下，該如何預估？總額成長率是最後合議的協商結果。就近幾年的觀察，事實上很難事先精準地預測。如果認為預算書採高推估值計算支出面過於寬鬆，會增加未來財務壓力感，則應該採多少才合理？或許請委員提供本署建議。
- 三、但需注意的是，預算書的估計與最後協商結果會不會 match(相符)？會不會低估？如果低估也不好，低估太多會讓財務太過樂觀，高估太多又讓委員覺得我們帶來太大的財務憂慮，兩者之間究竟要如何取捨？也許委員可以提供建議。但基本上，本署很擔心會低估。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

巧婦難為無米之炊，身為公僕需要掌理一切，也是相對困難。我想委員質疑不外乎是 107 年保險給付預算的概估問題。就一般行政機關而言，預算書在籌編預算有法定來源，剛翻閱會議資料第 131 頁，預算分析報告「附表四、保險給付分析表」，保險給付明細項目之年度增減，包括代辦費用、提升保險服務成效等項目有成長，我想這些應該就是籌編預算預估財源的指標。預算編列顧名思義就是預算，最後還是要回歸實際預算執行。實際上到底花多少、用了多少，才是各位委員比較關切的問題。現在已經快要 5 月了，本席全力支持健保署，將這個預算書趕快送到立法院。

傅主任委員立葉

委員如果沒有其他意見，先嘗試決議。基於實務運作所需，在委員或健保署想出更好的推估方法前，先維持現行方式，將來如果有更好的推估方式，再請提出。請謝委員武吉。

謝委員武吉

大家對於總額高推估和低推估值有很多的見解。但醫界的看法，希望大家多替醫界想想，尤其是醫院方面，從民國 91 年總額開辦至今，點值從來沒有每點 1 元過，醫院每天都在打折給付、自行斷頭。該怎樣來推估，希望各位委員本著良知良能，提出處理問題的大方向、大方針，這是最重要的策略，謝謝。

傅主任委員立葉

- 一、謝謝，委員所提意見請健保署酌參。有關李委員永振所提政府依其他法令補助的保險費納入政府負擔法定下限 36% 計算，其適法性疑慮的決定，繼續追蹤。
- 二、本次有 2 項解除追蹤，餘繼續追蹤，如果委員沒有其他意見(未有委員表示意見)，本案洽悉。接下來進行例行報告第三案。

參、例行報告第三案「『107 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍』(草案)諮詢案」與會人員發言實錄

衛福部社保司梁研究員淑政報告：略。

傅主任委員立葉

謝謝梁研究員淑政的說明，本諮詢案請各位委員提供意見。請林委員惠芳。

林委員惠芳

剛才預算書用高推估計算部分，反正決算報告會以總額核定結果做計算，個人沒有意見。去年參加過 1 次總額協商，看了今天的會議資料，幾個地方請教：

一、將來協商各部門總額時，各部門總額的成長率不應高於高推估。會議補充資料中，4 個總額部門提出的成長率，只有 1 個部門沒有高於高推估，其他 3 個部門都超過高推估。這樣在總額協商時，又會落入爭論不休的狀況。因此，將來在協商時，各部門總額成長率不應該高於高推估值。西醫基層部分，金額增加非常多，不知道增加的部分是如何估算？是否跟一例一休或分級醫療有關？

二、有關 107 年總額範圍草案的總額調整因素：

(一)「鼓勵提升醫療品質及促進保險對象的健康」項目，增加 26 億元，雖然有稍作說明，宜請針對實質內涵再多著墨。

(二)C 肝新藥部分，去年總額協商時，決議要求應編列公務預算才能動支經費，但好像也就不了了之。明年總額於「其他服務利用及密集度改變」之「放寬藥品適應症」項目，包含 C 肝新藥，增加 41 億元，明年度公務預算是否有編列費用？

(三)「推動支付制度長期改革方案」項目，增加 12 億元，去年協商 106 年總額時，減列「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群 (Diagnosis Related Groups, DRGs)」預算，但 107 年又增列導入 DRGs 預算，政策上到底是做還是不做？如果 DRGs

要做，增加之 12 億元用途為何？

(四)「建立醫院診所合作機制，持續落實分級醫療」項目，增加 29 億元，實質內涵為何？預算如何支用？應詳述各項內涵。

三、之前社保司召開總額範圍座談會，討論一例一休時，曾有醫界委員提到，一例一休增加金額非常的龐大。一例一休的影響真有那麼龐大嗎？因為查看醫療機構的財報，約有 8 成的醫療機構都有盈餘，如果有盈餘，醫療機構願不願意用部分的盈餘來改善員工的勞動條件？或是醫療機構應該用多少盈餘來支應勞動條件改善？有多少須回到健保支付項目來討論呢？以上幾點疑問請教。

傅主任委員立葉

本案採統問統答。請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、首先要提醒，會議資料已經清楚呈現，107 年度收支餘絀至少 3 百億元，以低推估值計算，107 年約短絀 298 億元。總額協商結果不可能全部都在低推估範圍，所以短絀一定會超過 3 百億元，個人預估大概是近 4 百億元。所以行政院在核定總額範圍時，應整體考量財務問題。如果照今年度的財務情況，明年短絀快速增加，且金額驚人！這部分須要特別注意。

二、其次，有關分級醫療，分級醫療的目的很清楚，是要讓本來在醫院部門提供的服務，部分下放到基層，或是醫院與診所互轉、垂直交流。先不論垂直交流部分，若將醫院的案件量轉降到基層以強大基層，請問基層的案件量從哪裡來？當然是從醫院降下來的，如果基層的案件量增加，預算相對會增加，那麼醫院的案件量應該會減少，預算也應該相對減少。

三、去年總額協商時，我就提出需建立「總額部門之間分級醫療的連動機制」，藉此機制，才能觀察「實際上醫院部門減少的量是否轉移到基層」，若確實有增加基層的案件量，才能增加預

算。如果沒有很明顯案件轉移，就表示無法看到編列 29 億元挹注後，分級轉診該有的成效。

- 四、以上都是編列總額預算必須考慮的層面，建議這些意見應該轉呈行政院(國發會)了解，如此行政院核定總額範圍的高、低推估時，才會相對合理一點。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

- 一、首先，贊成謝委員天仁的意見。尤其在 4 月 5 日社保司召開的 107 年度總額範圍保險付費者座談會也提到，落實分級醫療應該要有效益才對，經過會議建議後，編列金額從 72 億元減為 29 億元。如果此項費用是必要的，應該要分析資料，讓委員知道為何編列 29 億元？如果按照剛才謝委員天仁所提，未來的效益不應該是負的。
- 二、107 年調整因素項目，印象中應該不是新的，調整因素項目全部都包裹式呈現，看不出來實質內涵。例如第 3 項「其他服務利用及密集度改變」，包含罕病、血友病、愛滋病患之用藥等增加 33 億元，去年總額協商，已編列愛滋病用藥 35 億元。為什麼又要增編 33 億元？應提供這幾年資料，讓委員了解。
- 三、C 肝新藥部分，去年總額協商討論很久，決議要求編列公務預算支應，但結果也沒有，107 年總額又繼續編列費用。106 年編列的 20 億元好像也沒有用完，到底是怎麼回事？是不是可以分析詳細的資料提供委員了解。
- 四、107 年總額低推估增加 154 億元，高、低推估之間又增加 215 億元，這筆金額比低推估的基本值還要高。報告提到，其考量高推估的調整因素，會參考「民眾的付費能力」，但就草案看看來，好像是完全置之不理！到底有沒有把民眾付費能力納入考量？還是只是列出一些 GDP(Gross Domestic Product，國內生產毛額)成長、或是薪資所得成長等數字當參考，幾乎沒有

用到。總額範圍的推估與民眾付費能力兩者沒有連結。

五、總額的成長會影響未來的健保財務的狀況，請社保司再細緻分析，如同審議保險費率一樣，須細分不同的成長率模擬財務狀況，不要只呈現高推估和低推估的財務影響，而中間的成長率都不見估算！況且，僅呈現 1 年的財務資料並不足夠。建議分析在不同成長率下，例如每成長 1%，對過去 3 年和未來 3 年造成的財務影響，除了讓委員了解，以利總額協商外，也可以提供行政院在核定總額範圍時，知道未來的財務情況。就如剛才報告預算書時提到 107 年安全準備金尚稱足夠，但這樣可能會造成誤解，似乎安全準備金準備過高。但事實上，只有最近 1、2 年安全準備金尚稱足夠，但可能到 108 年就不是這樣了！建議應該以長遠的角度進行未來分析，並將過去的情形列入，讓長官有較充足資訊做考量。

謝委員武吉

一、投影片第 15 張「五、鼓勵院所建立互轉機制，持續落實分級醫療」，建議將第 1 點「提升基層醫療服務量能」，修正為「提升社區(基層和地區醫院)醫療服務量能」，因社區醫療並非僅有基層診所，也應包含地區醫院，才是造福百姓的實際做法。我再三呼籲一定要落實這部分，台灣社區醫院協會也曾正式行文健保署，我相信李署長伯璋一定會落實這部分。

二、投影片第 17 張「調整因素之內涵：共計 215 億元(1/3)」：

(一)新科技醫療及新藥物(增加 37 億元)：費用係由 HTA (Health Technology Assessment, 醫療科技評估)估算，據悉 HTA 所算的資料，請各位聽清楚，很多都是非常、非常地不正確，在藥物共擬會議上討論時，就常被質疑數據的正確性。所以 HTA 的算法真的正確嗎？數據到底是算 1 年、還是算 5 年？拜託主席，我剛講的一定要列入紀錄，作為改善的方向，為什麼醫院的每點支付金額無法超過 1 元？可能就被卡在這裡，在此沉重的呼籲，也是建議。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康(增加 26 億元)：我曾多次呼籲應教導民眾改變就醫習慣，不能只是提倡轉診制度，卻沒教導民眾正確就醫習慣。建議應有民眾就醫習慣改變的相關數據。

(三)持續提升偏遠地區及特殊族群之照護(增加 33 億元)：107 年愛滋病費用相較 106 年會增加多少，每半年或 3 個月應向本會委員報告。

(四)C 肝新藥：去年健保會委員會議共識是 107 年應由公務預算充分的支應，但報告中未見此部分，顯然有違反當時共識，這點應處理。

三、投影片第 19 張「調整因素之內涵：共計 215 億元(3/3)」，減少預算 10 億元：我個人認為違反健保特管辦法應扣款，但扣款僅限當年，不能將其列入明年的基期。將違規扣款的費用滾入基期，係一而再、再而三的懲罰，是違背原則、不符公平正義的事情。

四、投影片第 10 張「醫療服務成本指數改變率」，106 年為 2.192%，107 年為 0.659%，為何有這麼大差異？請說明，謝謝。

李委員偉強

一、C 肝新藥是大家關心的議題，剛很多委員都已提到，我就不再贅述，主要就是 107 年應編列公務預算，我要提的是有關 R 值(各地區校正風險後保險對象人數占率)的問題，我們從去年底至今年初有很多的討論，曾提到未來討論年度總額時，須將 R 值的調整列入考慮，因若總額確定後才討論裡面的分配，會發現有些分區的預算將被砍掉很多，故今年是否要將 R 值的因素列入年度總額的考量，請大家討論。

二、分級醫療相關措施，並非現在才開始實施，6 大策略是在今年 4 月 15 日後才更為明顯，但因至今尚未滿半個月，不知道多久後會有成效出來；我們希望它有成效。剛有委員提到檢討其

合理性，醫學中心是否應下轉，請參閱會議資料第 112 頁「點值」，105 年第 3~4 季點值呈拋物線式往下降，不清楚 106 年第 1 季的情形為何。我們討論 107 年總額預算時，亦應一併將維持點值恆定列入考量，影響點值恆定的因素很多，分級醫療是其中之一。去年協商醫院總額時，付費者代表提出調高急重症支付標準之配套措施(60 億元)，健保署尚在討論中，明年是否還會續編該項預算，繼續逐步調高急重症的支付標準？報告中並未見到相關資料。

三、人力與醫療服務成本有關，醫療服務成本指數不管高或低，均應有科學評估。今年實施的一例一休，及 8 月 1 日起住院醫師的工時限制等雙重因素，對醫院及醫療費用的影響為何？討論 107 年預算時，應有客觀公式，將此指數列入計算公式中的重要參考數據，以上。

陳委員亮良

投影片第 21 張「107 年總額範圍(草案)費用推估及健保財務之影響評估」，很多委員關心低推估、高推估，我則聚焦在收入部分。107 年保險收入，低推估與高推估之數值相同，但一例一休、軍公教的年金改革，均會影響到健保的收益，年金改革後，退休者應繳納的健保費是否會變少？另受一例一休影響較大者，可能是西醫基層部門，護理人員及藥師等人力的調整，會影響執業成本。宜再謹慎評估 107 年保險收入，或請健保署提出說明，以上報告，謝謝。

王委員雅馨

投影片第 17 張「調整因素之內涵：共計 215 億元(1/3)」，醫療科技評估部分，歐美國家的評估作業時間達 60 天以上，我國 CDE(Center for Drug Evaluation，醫藥品查驗中心)的作業時間約 42 天(包含假日)，這期間同時還要做很多案子，且須收集醫療倫理、療效證據等資料，如有愈多資訊，愈能客觀評估。因並非每位病友都能使用到新藥，有時僅特定者，例如有參加醫院臨床試驗的病患；但醫院的臨床試驗並未要求必須記錄相關資訊，致使醫療科技

評估的在地病患證據不夠完整。目前評估作業面臨時間短、人力有限、病患參與度也不夠的問題，2 年前 CDE 有成立病患的資訊平台，但我們發現使用者很少，也請部與署能積極協助，並有具體的方式，以提升平台的使用度。

張委員煥禎

- 一、我附議李委員偉強所提的點值問題，從費協會到健保會雖然一再強調品質。藉財務控制的手段，20 幾年下來，已部分達成此目的，淘汰不好的醫療機構，醫護人員的水準也因此更為提升。但不能僅注意控制財務，卻忽略點值降低的情形。過去曾有因門診透析預算零成長，點值低到品質受影響，而於次年調高預算的情形。醫院的利潤不到 10%，點值掉到 0.83，要如何經營？
- 二、我支持李委員偉強的論述，我不再細說，我覺得這是很專業，且危險的事，點值掉下去要再回升，沒那麼快。點值掉下去會有何影響，不賺錢的就不做了，現已不是劣幣驅逐良幣的問題，因已沒有劣幣可以淘汰，要維持運轉，就勢必要增加預算。下次能否請健保署與專家學者代表，就點值低落會產生什麼後果、應如何注意等提供相關意見，謝謝。

蔡委員登順

- 一、若單看成長率，從過去到現在，以成長率來看似乎變化不大，但若看成長金額，從 84 年健保開辦的 1,800 多億元，至 106 年的 6,500 億元，若設定 4% 成長率，85 年相較 84 年成長 72 億元，106 年相較 105 年，則成長 260 億元，成長的額度相差很大。健保會在談總額時，付費者代表委員並未卡得很緊，總額的成長 20 年來是翻好幾倍，且很多因素都有列入考量，希望醫界了解。
- 二、非協商因素中，較具爭議性者為醫療服務成本指數改變率，舉例而言，醫院今年預算 4,488 億元，如果醫療服務成本指數改變率占 0.5%，即為 20 幾億元。

- 三、投影片第 11 張「(三)各部門醫療服務成本指數改變率之計算」，醫療服務成本項目包含人事、藥品、醫療材料、基本營業及其他營業等費用。對於醫界提出增加護理人員預算，以及行政人員、醫務管理人員也須編列預算之訴求，我認為有很大爭議。每年醫療服務成本指數改變率皆有反映人事費用，且都會滾入基期費用中。期待今年協商時，類似的問題不要再提出，因這些錢基本上都有給付。
- 四、我們現在擔心的是重複給錢，錢給再多還是不足。若要講五大皆空，診察費已調整 20%；要講血汗護士，104 年從專款移到一般服務也給 20 億元，且滾入基期，複利成長。我要強調，經過討論後，應給的錢還是要給，但重要的是不可以重複給錢，以上建議，謝謝。

趙委員銘圓

- 一、針對蔡委員登順提及重複給付的部分，希望幕僚人員能協助釐清那些項目有重複給付。
- 二、我非常贊成李委員永振所提的付費者能力參考指標，希望將其納為第一優先考量。投影片第 20 張「付費者能力參考指標」，105 年受雇員工每人每月平均薪資成長率 0.62%，106 年健保平均投保金額成長率 1.83%、健保應收保險費成長率 1.59%、每人健保醫療費用成長率 5.21%，收支非常不成比例，且現在台灣經濟成長率很低，國民薪資所得下滑很多，要考量高、低推估時，應將民眾付費能力列為第一優先考量因素。107 年高推估值已達 6,900 多億元，馬上就要破 7,000 億元，收支連動機制下，勢必須調漲保費，這是不希望樂見的，在此提醒大家，謝謝。

蔡委員登順

就謝委員武吉所提可扣減當年的違規扣款，但隔年不能再扣，錢要回歸給他們，表達看法。每年都有舉辦各部門總額執行成果之評核，並給予品保款做為獎勵，該項成長率皆滾入基期中。持平而

論，如品保款的費用沒滾入基期，個人認為違規扣款不滾入基期是公平的；但若品保款有滾入基期，有獎就有罰，違規扣款也應滾入基期，以符賞罰分明，本案僅表達個人看法，但建請提委員會議討論，尊重委員會議決議。

傅主任委員立葉

委員還有沒有其他意見？(未有委員表示意見)本案為諮詢案，委員所提意見，請衛福部參考。就委員的詢問事項，請社保司簡要說明。

梁研究員淑政

主席，各位委員，大家好。就委員所詢，簡要說明如下：

- 一、鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康：包含品保款、持續推動醫療給付改善方案等。
- 二、增加 DRGs 的費用：係因 107 年將全面導入 DRGs。
- 三、分級醫療：包含鼓勵轉診、轉檢的費用，並在西醫基層總額中將提升基層服務量能納入考量。在未來計畫或預算規劃部分，我們將會參考各委員對分級醫療所提之相關建議。
- 四、一例一休的影響：列在其他預期之法令或政策改變、政策誘因對醫療費用之影響，本部將持續觀察一例一休對整個經濟環境面的影響，若發現有較大影響時，可列為總額協商之考量，故我們保留此可協商的空間。
- 五、愛滋病增加的費用：因其係服藥 2 年後由健保支付費用，我們係參酌疾管署的推估，增加愛滋病的費用。
- 六、新藥、新科技的評估：委員所提在全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議的部分，健保署持續改進中。以上簡單說明，謝謝。

蔡委員麗娟

- 一、會議補充資料第 44 頁，我們很高興看到新科技醫療及新藥物增加 37 億元，比去年提升很多。然而有些新藥費用非常、非常地昂貴，以癌症為例，食藥署已通過一些標靶及免疫治療藥

物，昂貴的醫療費用對癌症病患是很龐大的負擔，如等著將其納入健保給付，時間點則是緩不濟急。經濟能力許可者，會自費使用這些藥物；但對經濟弱勢者，則是二度心理傷害，他們知道有對病情有效的藥物，卻無力支付，只能望藥興嘆。

二、部分病友希望新藥能有差額給付或部分負擔，但卻無法源依據，目前僅特材有差額給付。其實不僅癌症，很多疾病，因為新藥、新科技的發明，都會面臨這些問題。未來能否對此部分研擬相關配套措施，包含修法的可行性？對不同經濟能力(如中低收入戶)，設定不同比例給付的可行性？期待健保署收集各方意見，邀請專家學者，先行研擬相關配套措施。

三、鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康(增加 26 億元)：提升醫療品質，有明確的品質指標，較為具體；但促進保險對象健康，則較為模糊，對象為全民，如何提升全民的健康，亦應有明確的指標。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、非常感謝蔡委員登順對於我提出違規扣款部分，給予正面回應。但剛才所提 HTA 新藥費用算法的疑問，社保司的回答仍然很模糊，大家根本聽不懂，可能只有參加健保署藥物共擬會議的委員才聽得懂，我認為應讓本會委員了解目前 HTA 評估的結果。目前健保署委由 CDE 進行 HTA 相關業務，渠屬於國家級單位，做出來的評估報告卻品質低落，這部分一定要有改善及處理。

二、我提起要教導民眾改變就醫習慣，這已經講了好幾百遍，自我擔任費協會、健保會及監理會委員起，就已經講很久了，到現在還是這樣，你們社保司是這樣搞的嗎？到現在才列入政策目標，這不應該吧！另外，我們對於放寬 C 肝新藥並沒有講說不行！但去年有附帶決議應編列相對應的公務預算，但今天仍

然是模糊的交代過去。

三、建議應將「提升基層醫療服務量能」改為「提升社區(基層和地區醫院)醫療服務量能」，這才是正確的方向。另同張委員煥禎所提，健保署應召開專家學者會議，探討為何醫院總額自91年開辦以來，點值均低於每點1元，已經15年了，都有很多委員提出，到底是什麼原因要講清楚應讓委員了解。主席不要把醫界講的話當耳邊風都沒在聽，我非常謝謝消費者代表今天講的都非常正向，我們醫界亦然，都是為了要瞭解過程與結果面，這是非常重要的環，謝謝。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

全民健保是台灣的驕傲，在此非常肯定醫界的貢獻。請問投影片第17張「調整因素之內涵：共計215億元(1/3)」，第1項「新增給付項目(新科技醫療及新藥等)」細項內容為何？所謂新醫療科技及新藥物，其實只是一個概念，從付費者的角度，我認同蔡委員麗娟所提，癌症新藥或標靶藥物都非常昂貴，一般民眾確實負擔不起，但為求一線生機，仍不得不購買使用，因此請健保署或是相關單位再思量，針對癌症醫療照護、標靶藥物是否能適度給予補助，希望增加的費用，能用於民眾迫切需求的照護，以能達成全民健保的目的，謝謝。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

針對投影片第17張第3項「其他服務利用及密集度之改變」，其第1點內容包含罕見疾病、血友病、愛滋病患者之用藥、器官移植者及門診透析者等醫療照護，內容非常廣泛，而預算編列33億元，其預算分配及占比為何，會不會因為某項偏高，而排擠其他項目的支出，如愛滋病患者之用藥支出偏高，排擠器官移植者醫療照

護，應說明清楚。

傅主任委員立葉

- 一、謝謝，本案委員所關切重點及意見，提供衛福部參考。
- 二、對於剛才委員所提，尤其是謝委員武吉關心的資料，於進行健保署業務執行報告案時，若可以補充，就請一併說明，或會後提供書面資料給委員參考。本案進行到此，接下來進行例行報告第四案，請同仁宣讀。

肆、例行報告第四案「107 年度總額協商工作計畫(草案)案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

謝謝同仁宣讀，請幕僚補充說明。

陳組長燕鈴

各位委員大家好，107 年度總額協商之作業即將啟動，幕僚依過去歷年經驗及今年既定的決議，如年度總額評核會議已訂在 7 月 20、21 日，及 107 年度總額協商會議日期訂於 9 月 21、22 日等，擬定 107 年度總額協商工作計畫草案。內容包含整個協商過程所需的前置作業、評核作業、總額協商會前會、9 月的協商分配作業等工作內容與預定時程等，以供各總額部門、健保署及本會幕僚依循並預作準備，俾利完成年度協商作業，以上報告。

傅主任委員立葉

請問委員有無詢問或意見？(未有委員提出意見)若無意見，本案照案通過。接下來進行例行報告第五案，請同仁宣讀。

伍、例行報告第五案「有關修訂『全民健康保險急性後期整合照護試辦計畫』案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

謝謝同仁宣讀，請健保署說明。

林專門委員淑範

- 一、主席、各位委員大家好，請看到會議資料第 30 頁，有關修訂急性後期整合照護計畫乙案，依衛福部公告 106 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配中，其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」專款項下編列 4 億元執行「提升急性後期照護品質試辦計畫(Post Acute Care，以下稱 PAC 計畫)」，協定事項中要求 PAC 計畫應朝居家、社區型照護發展，及建立單一核心評估工具(非依個別疾病)，並於今年 4 月底前將修訂計畫提委員會同意後，預算始得動支，爰此健保署於本月提出此案。
- 二、為修訂 PAC 計畫，健保署於 105 年召開 2 次專家諮詢會議，邀請超過 20 個公學協會研議如何擴大計畫項目，同時並請醫師公會另召開 3 次會議凝聚共識，並依醫師公會於 105 年 11 月邀請相關公學協會討論醫院條件之共識，研議修訂 PAC 計畫內容。
- 三、健保署依醫界共識研擬修訂 PAC 計畫，於 106 年 3 月 28 日召開「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」106 年第 1 次臨時會會議，討論通過新增 4 類收案對象：創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭及衰弱高齡病患；照護模式新增急性後期整合照護居家模式；並合併「提升急性後期照護品質試辦計畫」(試辦範圍腦中風)、「燒燙傷急性後期整合照護計畫」。
- 四、在計畫收案人數部分，本署做了 3 種模擬預估，低推估約 8 千人、中推估約 1 萬 3 千人、高推估約 1 萬 7 千人可進入本計畫

接受照護服務。

- 五、在預估經費部分，本計畫住院模式、日間照護模式，每日包裹支付費用由醫院醫療給付費用總額項下支應，其餘之居家模式照護費用、評估費及獎勵費、品質獎勵措施費用，由其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」本計畫項下支應。依上述人數推估，經費低推估 0.7 億點、中推估 1.2 億點、高推估 1.5 億點，皆不超過計畫預算(4 億元)。
- 六、有關建立單一核心評估工具事宜，因本署 105 年度委託醫師公會陳主任亮恭發展跨疾病別功能評估工具之結論，各國評估方式使用多面向且多樣化量表評估，建議急性後期照護評估，包含：生活功能(ADL、IADL)、認知功能、憂鬱情緒、營養、疼痛面向之評估。本計畫評估工具，將尊重各專業醫學會所提供臨床常用之評估工具，分為核心必要評估工具、專業選擇性評估工具，彙整於會議資料第 33 頁。
- 七、修訂後計畫草案如附錄十六，會議資料第 187~233 頁，本案將於委員會議報告通過後，報主管機關核定後公告，以上。

傅主任委員立葉

請問委員對本案有沒有詢問或意見？請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

主席、各位委員好，我非常贊成本案，但想請問健保署所提邀請超過 20 個公學協會研議，是否包含中醫團體？因中醫治療在急性後期照護頗具效益，建議本計畫應納入中醫。

傅主任委員立葉

請古委員博仁。

古委員博仁

我也肯定本案，但計畫專業整合團隊內包含醫療、護理、物理治療、職能治療、語言、心理、社工、營養師等，惟未見藥師，甚為可惜。我想藥師可幫助醫師做藥用評估及整合，建議應將藥師的功能及價值納入，謝謝。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

認同其他委員所提納入中醫的建議，我個人則認為牙醫也很重要，曾有親友因拔牙後引發蜂窩性組織炎，牙痛不發作則已，一發作要人命，因此建議本計畫也應納入牙醫。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

許多國家在疾病後期照護及長期照護服務皆有含括傳統醫學，建議本計畫應納入中醫，謝謝。

傅主任委員立葉

謝謝，本案多數委員表示支持，原則通過。委員所提意見請健保署參考。請蔡副署長淑鈴說明。

蔡副署長淑鈴

謝謝各位委員所提建議，我先做幾點回應與說明：

- 一、急性後期照護計畫乃針對「因疾病後失能的病患且具復健潛能者」所設計，病患需要短期、高強度復健，才能儘速恢復功能返家。本計畫前3年針對中風病患先試辦，成效良好，爰今年規劃擴大至創傷性神經損傷、脆弱性骨折、心臟衰竭及衰弱高齡病患，這4類病患也因為是疾病急性期過後造成身體失能，才會進入急性後期的照護。
- 二、剛才趙委員銘圓、陳委員亮良及周委員麗芳都提到應納入中醫，在健保署研議擴大計畫項目時沒有邀請中醫團體參與，惟在第1期PAC計畫開辦時，中醫門診總額部門已有一類似之中風後病患中醫專案計畫(註：西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：其包含腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷等中醫照護)。因此目前PAC計畫僅包含西醫。

三、古委員博仁提到藥師，在本計畫內藥師是基本的必要角色，所以沒有特別列出。陳委員亮良提出拔牙後引發蜂窩性組織炎部分，因原本就在給付範圍內，且若疾病不會造成病患身體的失能，就不屬於本計畫照護的範圍內。

四、至評估工具部分，因要評估病患在照護後失能功能的改善情況，爰需要各面向不同、多樣性的評估量表，以上。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

適才蔡副署長淑鈴回應中醫門診總額部門另有 1 專案計畫執行推拿部分，但中醫除推拿外還有針灸等，若其專案計畫僅包含推拿，我還是建議 PAC 計畫內容應納入中醫，以臻完備。

傅主任委員立葉

請陳委員旺全。

陳委員旺全

一、感謝諸位委員都認同中醫的必要，中醫在中風病患的治療成效上非常明顯，其他如創傷性神經損傷及衰弱高齡病患等，相信中醫介入後也會有很好的療效。

二、目前世界衛生組織也開始重視中醫，而高雄義大醫院也在急診時利用中醫的針灸或推拿等來舒緩病人的疼痛，中醫師公會正研擬相關計畫，並將積極參與病患急性後期的照護，謝謝。

傅主任委員立葉

請問委員有沒有其他意見？請謝委員武吉。

謝委員武吉

目前計畫修正後擴大新增收案對象，希望社區型的醫院也可以開放參與。

傅主任委員立葉

還有沒有委員有意見？(未有委員表示意見)委員所提意見請健保署

納入計畫參考，接下來進行例行報告第六案，請同仁宣讀。

陸、例行報告第六案「中央健康保險署『106年3月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

謝謝同仁宣讀，請健保署報告。

李署長伯璋報告：略。

傅主任委員立葉

謝謝健保署的報告，請問委員有無詢問或意見？請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、請大家先看到業務執行報告第 79 頁「表 27 各部門總額點值預估」，醫院部門 105 年第 4 季與 106 年 1~2 月預估浮動點值分別為 0.8388 及 0.8346，雖然看起來很接近，但 106 年總額已挹注醫院部門 239 億元，可是 106 年 1~2 月預估浮動點值沒有增加反而減少，表示預算投入後沒有效果。
- 二、再合併看業務執行報告第 34 頁呈現的資料也一樣，醫院部門 105 年第 3 季一般服務平均點值為 0.9266 元，105 年第 4 季預估平均點值為 0.9052 元，106 年 1~2 月預估平均點值為 0.9039 元。106 年度醫院總額增加 239 億元，平均每個月增加近 20 億元預算，但平均點值非但沒有上升，反而下滑，問題癥結點為何，請健保署查清楚問題所在，是服務量的問題或是哪部分的費用突然增加，現在才年初就有此警訊，應即早介入，否則到年底院所又衝服務量時，點值衝擊更大。此部分請健保署注意，需要時請提出相關資料讓委員了解。

李署長伯璋

- 一、這部分我先回應，謝委員天仁看到問題的重點，我也曾經在醫院服務過，我覺得大家應該要有共識，否則醫界做的要死、領得更少，實在是非常離譜的事情。我一直在公立醫院工作，有基本的底薪，但曾聽聞有些私人或法人醫院的醫師，並有沒底薪，要依服務量來計薪，醫院可能要求醫師的服務量需成長

12%以上，但年度總額並沒有成長 12%，如何達到平衡？這也是我剛在報告想要表達的，並不是不讓醫療費用成長，而是若大家都在衝服務量，則費用的成長將非常驚人。

二、對於真正有需要的醫療服務，我們當然尊重專業，但不需要的服務，就要被管控，這是健保署推動雲端資料運用所強調的重點，以上。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

一、主任委員、各位委員、李署長伯璋以及健保署的夥伴大家好，首先對李署長伯璋所做的業務報告，予以肯定。短時間內要做到人人有感，確實並不容易，尤其在分級醫療的部分。

二、請翻開業務執行報告第 137 頁，有關落實分級醫療各項配套措施中，屬於健保署業務計有 18 項，已完成 16 項，另外 2 項未完成的部分，請說明。又，屬醫事司業務有 6 項，完成 4 項，另外 2 項未完成的原因，也請說明。

三、非常期待分級醫療的各項配套措施能落實，李署長伯璋銜命擔任健保署署長，重要任務之一即是落實分級醫療制度。希望公部門工作夥伴大家共同努力，也希望醫界也能支持，付費者期待所繳納的保費，能讓全民享受有制度、完善的醫療品質。

傅主任委員立葉

李署長伯璋希望能先予回應，請李署長。

李署長伯璋

請委員參閱業務執行報告第 143 頁，先說明本署尚待完成的 2 項分級醫療措施：

一、第 1 項是挹注 60 億元調高重症支付標準，前天本署邀集 10 位醫院院長，包括張委員煥禎，到健保署討論內、外、婦、兒科的支付標準調整，如何讓 60 億元的預算做最好調配，而加護病房相關費用是調整的重點；婦產科方面則是希望注重產科照

顧，因為目前少子化是很現實的問題；另外，也給予兒科很大的鼓勵，而整體規劃時也特別注意偏鄉離島地區的婦兒照護。相關意見已請醫界攜回，下個月會繼續討論，相信會有更具體的結果。

二、第 2 項是試辦區域整合計畫，要促進診所與醫院間垂直與水平合作，這是本署下階段會進行的工作，以上。

陳委員亮良

謝謝李署長伯璋的回應，有關李署長伯璋提到婦科的部分，希望能再繼續落實，尤其在偏遠地區，婦產科部分仍有待加強。目前已是少子化，但在偏遠地區很多婦女仍有生產或就醫不便的問題，希望健保署可多關注偏鄉民眾，如雲林地區的醫療需求。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

請教李署長伯璋，剛才的報告中，投影片「住院分項費用趨勢圖」呈現病房費用占比最多，請問住院費用有沒有包括護理費？還是只有病房費？或者是 2 種費用都包括在內？

李署長伯璋

護理費包含在病房費中。

謝委員武吉

一、若是這樣，可能要釐清 1 點，對於護理工作同仁，我們須要予以尊重。其次，業務執行報告第 3 頁「表 2 全民健保各類保險對象人數統計表」，105 年 2 月底總投保人數下降，請問下降原因為何？是目前推動一例一休政策或有其他原因，請健保署說明。

二、業務執行報告第 29 頁，慢性病連續處方箋有個大問題，有些醫院參加醫院醫療費用的管控計畫，即做個乖寶寶，藥品的額度費用會有限制。開立慢性病連續處方箋是替健保署服務病人，讓病人至藥局拿藥，但是醫院無法了解這部分的費用，健

保署結算後才通知醫院超出多少費用並扣回，資訊的連通對醫院不公平，醫院沒賺到這些費用，結果還扣醫院的費用，非常不公平，建議要有所改善。

三、業務執行報告第 137 頁，(3)鼓勵醫師跨層級支援，跨層級醫院合作計畫實施，這部分曾在健保會建議，讓中、大型醫院的醫師至基層參加垂直整合或跨層級醫院合作計畫，在此提案應該要求醫院評鑑的醫策會將 5 大任務列入重點考核，尤其是醫學中心。還有 1 點要注意，今年有 15 家醫院要拚醫學中心，支付標準要注意，可能會要求改革多列 1 個層級，就我所了解的部分向李署長伯璋與傅主任委員立葉和各位報告。

李署長伯璋

請蔡副署長淑鈴與龐組長一鳴說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、有關投保人數略為減少的原因，會後再補書面資料，供委員參考。
- 二、有些區域醫院變成準醫學中心的情形，目前配合衛福部的評鑑政策，雖然評為準醫學中心，但給付仍用區域醫院標準給付。此點本署已留意，若未來都比照醫學中心支付，則整體費用會大幅增加，本署已與部裡協調，目前準醫學中心仍採區域醫院的給付標準來支付。

謝委員武吉

謝謝蔡副署長淑鈴的說明，最怕的是這種情形愈來愈多，可能會有立法委員來壓迫健保署，給健保署的長官產生很大的困擾，建議要有因應的策略、方針及方向。

龐組長一鳴

有關慢性病連續處方箋的部分，在座有些非醫療界的委員可能不清楚，容我說明，因為各區有些做醫院額度的管理，將慢箋的費用算至醫院的費用裡，釋出的慢箋是由藥局調劑及申報費用，醫院並不了解藥局申報多少，在資訊的溝通上，本署會加以改善，在執行面

也會請各分區向相關醫院說明。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

- 一、慢箋的占率約 43%，請問原指標的目標值為多少？請說明。目前發現慢箋在基層開立蠻多的，我認為很好，雖然仍有點浪費，但比看診費浪費的還少，請問目前離目標值還差多遠？
- 二、李署長伯璋非常努力推動分級醫療，但剛剛沒說明目前推行的障礙，我聽到的消息是還不壞，但仍有很多地方要注意，希望醫院與基層能上下互轉，這部分較欠缺。目前醫療費用都在上升，由點數就能看出，剛剛謝委員天仁提及點值約 0.9，說不定哪天點值又到 0.8 幾，若能上下互轉，點值應會提高，經費投入若沒呈現效果，就會做白工，請健保署說明。

李署長伯璋

- 一、我認為醫療行為要互信，醫療體系除了病人外，還有醫師及醫院的管理者都很重要，台灣的醫療團隊看到別家醫院做的檢查，好像很怕，自己又重複做，就像重複抽血一樣，但是越做點值越愈低。我當老師時我不斷的教育他們，大家要互相信任，整個醫療行為中不必要的醫療浪費才會改善。
- 二、有人提及分級醫療，醫學中心部分負擔門診調漲 60 元沒用，我認為不是這個問題，現在大街小巷及各個醫院都有宣導品在宣導民眾分級醫療，其實是要讓民眾知道自己是否要去醫學中心就醫，或基層就醫，若去基層，不管是社區醫院或診所都能得到好照顧，即厝邊好醫師，社區好醫院。
- 三、拜託黃委員啟嘉真的要壯大基層，不能只用公權力要求下轉病人至基層，病人就醫若發現有問題，我們就說不過去，我對台灣的醫療人員是有信心。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

業務執行報告第 7 頁「表 5-1 全民健保財務收支分析表」，105 年健保財務保費收入總額約 5,567 億元，但是成長率是-2.23%，請健保署補充說明保費收入衰退的原因。

傅主任委員立葉

請林委員惠芳。

林委員惠芳

- 一、業務執行報告第 144 頁，醫事司部分，輔導基層診所規劃無障礙空間，請問目前哪幾個縣市已經完成統計？有無具體的輔導措施？
- 二、我國今年 10 月份第 1 次要接受國際專家來臺進行身心障礙者權利公約國家報告檢視，其中 1 項有關健康的議題，非常重要，希望基層診所可以規劃更好的無障礙空間，讓身障朋友不用被迫至醫學中心才能就診。

傅主任委員立葉

請問健保署要先回應嗎？

李署長伯璋

請同仁說明。

李專門委員淑芳

周委員麗芳詢問 105 年的保費收入比 104 年減少 2.23%，因為 105 年開始調整保費的費率，從 4.91%調降至 4.69%，補充保費的費率由 2%調降至 1.91%，所以保費收入減少。

李署長伯璋

王立法委員榮璋非常重視無障礙空間，這是目標，已透過醫事司發函給所有診所改善，新的院所沒問題，但是若強制舊的院所改善，則會造成他們的壓力，這部分本署會持續追蹤，但是不是現在就能完全做到。

林委員惠芳

請問哪幾個縣市已完成統計？

李署長伯璋

今天醫事司沒來列席，這部分會後再提供資料。

傅主任委員立葉

請問委員有沒有其他意見？請干委員文男。

干委員文男

慢箋的部分還未說明。

李署長伯璋

這部分會後再提供資料。

傅主任委員立葉

委員所提意見，請健保署參辦。未來的口頭報告改採季報辦理，名稱建議配合修改。委員如果沒有其他意見，接下來進行討論事項第一案，請同仁宣讀。

柒、討論事項第一案「106 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

謝謝同仁宣讀，先請健保署報告。

劉科長林義報告：略。

周執行秘書淑婉

謝謝健保署報告，傅主任委員立葉暫時離開，請問各位委員有無詢問？請干委員文男。

干委員文男

- 一、請看會議資料第 41 頁投影片第 5 張「105 年內部管控與達成情形(一)」，持續支付制度改革，輔導醫院持續實施 DRGs(Diagnosis Related Groups，住院診斷關聯群)準備情形，目標值為 100%，但有 1 分區未達標，請說明原因。
- 二、投影片第 6 張「105 年內部管控與達成情形(二)」，減少不必要的高耗用醫療項目中，CT(Computed Tomography，電腦斷層掃描)/MRI(Magnetic Resonance Imaging，核磁共振攝影)之適當性抽審件數全年目標值為 3,500 件，實際值為 10,400 件，是目標值訂的太低嗎？另，合理藥費管控措施，健保雲端藥歷系統總查詢人次成長率，9 月份目標值為 75%，實際值為 119%，建議目標值要提高，訂的太低很容易就達標，這樣沒有意義。
- 三、我對雲端藥歷期望很大，擔任健保委員約 10 年，一再建議要實施雲端藥歷，最後執行了，效果似乎不錯。目前較少聽到執行成效，是否已經執行的很好，不用再檢討嗎？建議 6 月份要報告半年的執行成效，因為已投入經費擴充功能，希望未來能提高效用。

李署長伯璋

- 一、雲端藥歷的部分，請看健保署提供的書面資料，除了健保署同

仁修改傳統的雲端藥歷，尚有成大醫院的皮膚科教授至健保署與資訊及醫審的同仁討論如何設計，讓醫師在使用時會有幫忙，目前反映佳，蠻符合人性。

二、去年因為很多立法委員反對我們使用雲端藥歷管理時罰錢，當時跨院部分扣錢暫不處理。目前藥費不斷成長，最近健保署規劃希望將雲端藥歷做得更好，讓民眾就醫更好，而且社區藥局在 VPN(健保資訊網服務系統)也登錄的很好，會加強雲端藥歷的管理，醫界若認為好用，就會更常使用。

三、DRGs 部分，因本身是外科醫師，過去我開刀也是依 DRGs 申報，我認為還好。之前推動 DRGs 全面導入時造成醫界大反彈，我記得約有 75% 或 85% 的醫界聯名反對，所以當時決定暫緩推動。陳部長時中指示還是要推動 DRGs，若醫界還是無法接受，總不能強迫他們一定要用，在做改變時，若醫界對健保署有信心，知道我們沒有惡意，DRGs 將有機會推動。

干委員文男

去年協商有編列 DRGs 的相關預算，若沒用，請問預算要如何處理？

蔡副署長淑鈴

該筆預算是專款，若沒用會收回預算。

傅主任委員立葉

請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

一、今年不是第 1 年編列 DRGs 預算，去年已編列，但沒用，費用回到基金。有些東西必須準備與溝通，醫院並不是沒有執行 DRGs，目前約有半數的住院費用使用 DRGs 申報，另一半還未使用，但醫院還是持續在準備。希望執行 DRGs 的基本工作要先完成，例如，必須要有 Tw-DRG 4.0 的單機版，這部分健保署尚未公布，則醫院無法作業，所以必須要有這些工具。

二、DRGs 原設計是依據 ICD-9-CM(國際疾病分類第 9 版臨床修

訂)，但從今年 1 月開始醫院係按照 ICD-10-CM/PCS(國際疾病分類第十版臨床修訂/處置分類系統)申報費用，這 2 個版本完全不同，差距相當大。醫院申報 ICD-10-CM/PCS 的品質與能力仍待加強，大部分的醫院申報率很高，但是仍須花時間輔導醫院提升申報品質。

- 三、干委員文男提及雲端藥歷，這部分能減少藥品的浪費與重複使用，讓健保有限經費，運用在最有效益之處，大家都支持。我也支持李署長伯璋將雲端藥歷擴及檢驗項目，但此增加醫院作業。目前方式無法得到醫界支持，因為花了很多人力與精神配合，建議要有獎勵，有好處大家均分，不是醫界努力半天你只出嘴巴，卻將所有利潤拿走，這樣的處理方式不好，我支持擴充雲端藥歷的功能，建議省下來的費用，一部分留給健保署，一部分給醫療提供者。

干委員文男

我非常贊同雲端藥歷功能擴及社區藥局，回收的藥可以從雲端查出來源，這對病人會有制裁的作用，請問有無補助費用？建議快點補助，不然配合度會不好。

李署長伯璋

- 一、我認為開醫院、診所及藥局，有些是經營者本身要付起的責任，不全是政府的責任，若藥局服務好，讓患者有信心，患者自然會來。
- 二、剛剛楊委員漢源提及檢驗的部分，本署主要會針對重複檢驗檢查部分加強立意審查，例如，急性胰臟炎 2 週前做過電腦斷層，2 週後再做，尚可接受。但若是一般性的腹痛，2 週後重做檢查，則會立意審查，我們請專家審查，將浪費節省下來，費用仍回到醫界，目前點值 1 點約 0.8、0.9 元，我的目標是 1 點超過 1 元，做越少領越多，健保大餅就這麼多，其實醫界大家會互相溝通。剛剛有委員提及醫學中心下轉病人是否會有困難，建議李委員偉強要回應。

李委員偉強

- 一、醫學中心下轉病人沒困難，但病人的意願最重要，醫院沒能力一直守著病人不下轉至基層或社區醫院，只是看門診的病人中，有 7 成與慢性病相關，他們可能已固定在某家醫院看病，醫病關係很好，就醫習慣已養成，甚至離家也不遠，貿然轉診有其困難之處。
- 二、有個好現象，至少從今年 1 至 3 月，由基層上轉及醫學中心下轉的病人越來越多。4 月 15 日才實施分級醫療，只調漲醫學中心的部分負擔，建議再等 1 至 2 個月才會見到成效，短期內可能不會有太明顯效果，因為 4 月才實施，效應可能會遞延至 5 或 6 月才會出現，若暫時沒效，可能是之前預約的關係，建議觀察 1 季或 2 季，效果會越來越明顯。
- 三、從健保署的統計，醫學中心急診數有減少，過去一直要求急診分級醫療已出現效應，所以門診慢慢也會有效應，這個方向正確，我們很支持。但是出院的病人下轉會有些困難，因為病人在某家大醫院手術，通常需要做術後追蹤，不管區域或醫學中心將病人轉至基層，有些基層會請病人回大醫院看診，因為病歷在大醫院裡。不管什麼政策，最後還是要回到民眾的選擇，病人為了自己的健康及安全會做最佳的選擇，應該予以尊重，醫學中心都會配合。

傅主任委員立葉

請問委員有沒有其他意見？請謝委員武吉。

謝委員武吉

健保署已非常努力在執行全民健康保險醫療資源不當耗用改善方案，而且用心良苦。最主要的建議，請看會議資料第 44 頁投影片第 11 張「106 年方案與策略(草案)修正建議(三)」，合理藥費管控措施，我記得李前委員蜀平常在罵藥價黑洞，我不認為是藥價黑洞，是叫做合理的藥價差。目前台灣所有大部分原開發廠商的藥品都由 3 家公司代理，第 1 家是裕利股份有限公司，股權是僑外資投

資，資本總額有 2.18 億元。

干委員文男

不用說明，請影印給我們，以節省開會時間。

謝委員武吉

- 一、等一下再影印給大家。裕利公司的營業項目，有倉儲業、西藥批發業、西藥零售業及西藥製造業，Crestor(冠脂妥，台灣阿斯特捷利康股份有限公司出產之心血管性用藥)偽藥事件就是出自裕利公司，在藥物共擬會議曾有委員提出這個問題，真是未卜先知，當時請健保署改善及處理，結果至今還未改善。
- 二、第 2 家原廠藥代理商是久裕企業股份有限公司，資本額是 5 億元，股東以佳醫集團為主，該集團經營範圍含括血液透析上、下游相關業務，久裕公司的營業登記項目也跟裕利公司大致相同，包括西藥製造業、西藥批發業、西藥零售業及倉儲業。第 3 家原廠藥代理商是台灣大昌華嘉股份有限公司，大股東是瑞士商華嘉集團有限公司，營業項目也是西藥製造、批發、零售及倉儲。
- 三、台灣大部分的原廠藥利潤都是被這 3 家公司賺走，造成健保很大的醫療資源浪費，所以我們應該要追究的是，原廠藥進口到台灣後，怎麼做才不會被這 3 家公司賺走大部分的利潤。我在這裡沉重呼籲，如果健保署無法查辦藥價差的話，是否可移送檢調，讓檢調去調查藥價差是在哪裡，應該這 3 家公司是藥價差最大的黑洞，不要使醫院經常揹起藥價差黑名。

傅主任委員立葉

請幕僚同仁協助影印資料。請干委員文男。

干委員文男

針對本案我跟謝委員武吉一樣，在此呼籲應該要保障消費者的權益。這個改善方案有強調深化民眾教育的策略，就我所知，有些大學設有廣播電台或其他不同傳播方式，是否可請健保署與教育部聯繫，將全民健康保險的觀念納入國中、小的課程，讓我們的孩子從

國中、小學就能開始了解到健保對台灣的重要性，從小學習印象才會深刻，否則等到長大以後效果就差了，以上是我的建議，請健保署參考。

傅主任委員立葉

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

一、謝謝干委員文男，有關將全民健康保險制度的知識納入課程部分，我們已經連續第 3 年跟教育部合作，要把全民健康保險的概念納入國中、國小的課程(干委員文男：沒有吧?)。這幾年我們做的事情是請教育部先讓全國國中、小學的健康教育老師在暑假的時候接受訓練，因為老師要先了解才能授課，未來全民健保相關的概念也都納入課綱。

二、教育部、衛福部、本署有 1 個共同的計畫，是委託師範大學進行教師的教育訓練，所以這部分我們是一直在進行中的工作。

李署長伯璋

干委員文男所提建議是非常重要的，10 幾年前有 1 個美國人來台灣做器官捐贈，當時我就向國立編譯館爭取，把這個大愛不死的故事納入國小課本，所以現在每年都有 10 幾萬的小朋友在讀器官捐贈的故事。所以我們也正努力要將全民健保相關的知識納入課本中。

干委員文男

包括器官捐贈的概念也可以納入課綱啊！

李署長伯璋

器官捐贈這部分的概念，已納入翰林出版社的教材。我要強調，若要讓民眾對全民健康保險制度有感的話，其實是要從小教育起。

傅主任委員立葉

接下來先請黃委員偉堯，再請李委員永振。

黃委員偉堯

關於這個案子我有些建議，因為方案的目標是為了抑制資源不當耗用；但從會議資料第 41 頁來看，這些指標都是過程面的指標。建議增加一些結果面的指標，例如醫事機構面向，項次 7 的「CT/MRI 之適當性抽審案件」為例，管控項目只提到抽審的件數，若抽審是長期要做的工作，那麼抽審結果的歷年趨勢就很重要，例如前 1 年抽審案件的錯誤率與後 1 年的比較，是不是下降？因為我們希望正確率要提高，如果同時能夠看到抽審件數及不當耗用下降，那代表這個方案的策略是有效的。因此，增列諸如錯誤率下降這類屬於結果面的指標，可以更明白呈現這個方案的成效。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

主席、各位委員，我有 3 點要請教、1 點要分享：

- 一、第 1 點，在會議資料第 38 頁幕僚補充說明第 2 點，前(104)年我們討論 105 年的改善方案時，本會委員提出 5 項建議，健保署納入了 2 項，但我覺得比較奇怪的是，對於沒有納入的 3 項是不是應該有交代，不要說 105 年 1 月就已經核定的事項，結果到 106 年 4 月，我們才知道還有幾項原來沒有納入方案。那這樣子就沒有辦法去針對會議結論追蹤。
- 二、第 2 點，會議資料第 41 頁所引用的數據，都是去年 9 月統計，但今天已經是 106 年的 4 月 28 日，看到的卻還是去年 9 月的資料。
- 三、第 3 點，會議資料第 43~44 頁所列 106 年方案與策略的修正建議，這些項目基本上都是延續的工作項目，所以我看不懂修正的地方在哪裡？
- 四、我要分享的是：

(一)最近看到健保署公佈近 3 年呼吸器依賴患者的人數及醫療支出的統計，因此引發媒體報導跟關注，有關呼吸器這部

分的醫療費用支出，已從 103 年的 159 億元改善到去年的 120 億元，很明顯有下降，這是值得肯定的。但是這個數字還是超過了 100 億元，所以又喚起大眾對無效醫療的關切。

(二)自由時報在 4 月 11 日以全民健保為主題的社論(這樣的幸福)，大半篇幅論及無效醫療，其中有 2 項的數據，值得我們引以為戒。第 1 項，台灣依賴呼吸器人數的盛行率是美國的 5.8 倍；第 2 項，北歐國家老人臨終前的平均臥床日數大約是 2 週到 1 個月，但台灣老人臨終前臥床時間最長卻可達 7 年，這樣的數據令我感到震憾，也發現這方面似乎應該還有很大的努力空間。健保署是否可以看看這篇社論的全文，文章中還提到其他相關的事項，我這邊只是將比較有感覺的部分，提出來跟大家分享。

傅主任委員立葉

謝謝李委員永振，請健保署說明。

龐組長一鳴

- 一、針對李委員永振所提會議資料第 38 頁，因為本方案是每年例行要提到健保會討論的案子，過去委員也有過一些建議，包括：「提高雲端藥歷系統之上傳率及時效」、「加強宣導民眾對安寧療護之認知」等項目，其實這幾項我們都已經納入方案中，例如剛才口頭所提的雲端藥歷系統的指標，因為現在雲端藥歷的上傳率與時效都已經做得很不錯了，所以我們改善的策略就是要從結果面的指標來看，未來會用節省藥費的效果來替代。
- 二、至於報告內容所列資料僅到去年 9 月，對不起，這邊要跟各位委員報告，因為這次的方案原來是要在 1 月份提會，但因故沒能列入議程，拖到現在已經是快 5 月了，所以資料沒有更新的部分，將來我們再看看如何設法改善。

李委員永振

105 年的方案是 104 年 11 月就提出，所以如果你們這次在去年底提出的話，9 月的資料就可以被接受。

龐組長一鳴

- 一、這次是因為我們沒有辦法即時在委員會這個場合報告，您要讓我們有機會可以說明嘛！
- 二、媒體對呼吸器使用的報導，我們都有看到，也會參考。但這部分的人數跟台灣社會的觀念也很有關係，其實除了自由時報的社論外，其他媒體也有相關的報導，從這些報導中可以得知，最近幾年的使用呼吸器的人數是有明顯的下降，未來還可以改善以及努力不夠的部分，我們都會繼續再加強。

蔡副署長淑鈴

- 一、針對黃委員偉堯所提會議資料第 40 頁，有關「減少不必要的高耗用醫療項目」部分，我們這邊列的是抽審件數，事實上黃委員說得非常合理，應該看結果面，下一次我們指標修改的時候，就會再做轉換，因為結果面指標也是我們目前非常重視的部分。
- 二、李委員永振提到呼吸器使用人數的減少，我們這幾年，大概是經過 3 到 5 年的努力，才讓這部分的人數有了很大幅度的下降，最主要的就是我們從源頭處理起，因為這些呼吸器依賴的病人，如果都已經是長期依賴，也會有很高的死亡率，這是人數減少的原因之一，雖然如此，也會有很多新增的病人出現，因此在過去 3 到 5 年，我們的努力是讓新的病人減少出現，特別是在加護病房的時候，如果病人必然會走這條路的話，在這個時候我們就會啟動安寧的諮商，所以現在大家看到的結果，就是從源頭管理的成效。如果沒有改善方案的策略，使用呼吸器人數的減少，只能等到患者死亡，我們採取從源頭控管的策略，這樣的結果可以看到人數的下降，最近也有蠻多專營呼吸器病房的地區醫院都已經關起來了，以上資訊跟委員分享。

三、至於社論中提到我國呼吸器依賴人口數比其他國家要多、老人臨終之前臥床的時間也比其他國家長，這部分是我們長期要努力的方向。

傅主任委員立葉

請問委員有沒有其他意見？如果沒有其他意見，本案就討論到此，決議尊重健保署所提方案，惟為期周延，請該署參酌納入委員所提建議事項，並依法定程序陳報衛福部核定。

謝委員武吉

主席，我對剛才提到的裕利、久裕及大昌華嘉 3 家公司非常有意見，為什麼？因為他們是屬於利潤最高單位。之前李前委員蜀平常常跟我提起，新聞媒體無論怎麼報導，藥局的藥價差都只有 5% 而已，我回答李前委員蜀平說，藥價差何止 5%，還有藥廠業務說要給我 10% 的 discount(折扣)，我跟對方講如果我用你的藥就是剛好整本和番(泉州方言，準備本錢與外國和平貿易之意)，變成我還要賠錢賣藥給患者。所以我們要查藥價差，就一定要查原廠藥獲利最大的這 3 家公司。

李署長伯璋

其實健保署在給付藥價時，很難針對每個個案處理。但是因為目前藥品部分負擔並沒有達到我們的預期效果，所以就變成醫院就把藥價差當成一個必要的利潤來源，藥物用的比較多，我覺得這是個很扭曲的現象，需要我們在未來政策規劃時做整體考量。

謝委員武吉

一、我跟署長的認知可能有所不同，您是希望從醫院端處理藥價差，我是建議從公司端開始查藥價差，公司端的藥價差才嚴重。我已經把 3 家公司的營業項目影印提供給與會人員，他們的營業項目很廣，包括了該產業的上、下游，所以我們有必要去了解其中原因，並且要妥善地嚴加處理。

二、我再跟主席報告，他們的發票都是用這 3 家公司開的發票。Crestor 會出現偽藥難道沒有其他的原因嗎？已經有人私底下

提供我相關的內容資料，所以我是希望了解公司端的藥價差，並不是醫院端，醫院端沒有什麼利潤，已經是死豬仔價(台語，固定的售價)。我是要了解公司端，從原開發廠商賣給這3家公司，如裕利集團就有40家公司，輝瑞、阿斯特捷利康(AstraZeneca)、默沙東等大藥廠的藥都是他代理的，產品大部分利潤都被裕利賺走，結果卻說是醫院的利潤最高，這樣子醫院是有點被冤枉了。所以我要跟李署長伯璋報告的是，我所要求的是處理公司端的藥價差。

陳委員亮良

謝委員武吉很有魄力，提供藥物進口商的相關資料，依我個人淺見，前述偽藥事件可能涉及食藥署主管的業務，醫生在採用藥物的過程當中，確實是被矇騙了。因為這件事畢竟只是個案，我們健保會是否可決議，將本案移給食藥署去查處，健保署的立場應該不適宜介入管控藥商的進口藥物，以上報告。

傅主任委員立葉

請問委員有沒有其他意見？請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、主委、各位委員，剛才謝委員武吉提的就是之前很熱門的藥價差問題。如果能估算的話，我們都希望可以將藥價差回歸到全民。但是藥價差是市場機制造成的，因為市場機制的運作，所以醫療院所會以量制價，而健保署就根據這個過程，找出調降藥價的依據。
- 二、這個問題的重點在於，如果藥價差不見了，利益是否可以回歸全民呢？其實藥價差不見了，意味著市場機制被破壞了，所有的藥價都不二價，藥品供應鏈上下游都沒有利潤了，只存在於供應鏈的源頭，也就是藥廠得到市場破壞後的最大寡占利潤。所以我想謝委員武吉要提的重點是，要優先處理「如何管控源頭也就是藥廠的利潤」這個議題，讓利潤回到全民手上。如果這個課題沒有解決，市場機制先被破壞以後，整個藥價差並不

是全民共享，而是給藥商全部拿走了，只能圖利廠商。而今天拜市場機制所賜與全世界最便宜的健保核價將不復存在。

傅主任委員立葉

以上意見提供健保署研議參考。

李署長伯璋

還有食藥署。

傅主任委員立葉

藥價差部分請健保署處理，關於藥品品質問題轉請相關單位食藥署注意。本案討論到這裡...，謝委員武吉還有意見，請謝委員。

謝委員武吉

我是窮追不捨，被我咬住是絕對不會放，什麼時候要報告？

傅主任委員立葉

要哪個單位報告？

謝委員武吉

2 個單位都要。

陳委員亮良

上次委員會議有提到，可以邀請食藥署列席說明。

謝委員武吉

在開會時，還有 2 個當過官的人護航，還順便說我不能提案，我偏偏就提案，結果每個委員都認為我做得對，這件事情把我惹毛了，我非追根究柢不可，如果健保署沒辦法處理，我絕對會依協會立場移送檢調處理。

傅主任委員立葉

請健保署找個時間報告，下次如果來不及，今年內可以嗎？

謝委員武吉

不能只是今年內，今年還很久，主席應該不會髮夾彎吧！

傅主任委員立葉

請健保署下次委員會議報告，並邀請食藥署列席。委員還有沒有其

他意見？(未有委員表示意見)本案討論到此，接著進行討論事項第二案，請同仁宣讀。

捌、討論事項第二案「現行職業工會會員申報健保投保金額下限，其調整竟以公、民營事業機構受僱者平均投保金額累積調升幅度為計算方式，造成職業工會勞工沈重負擔，顯不合理案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

謝謝同仁宣讀，請提案委員林委員錫維補充說明。

林委員錫維

- 一、主席、各位委員，本案我是站在基層角度，將聲音反映到相關職權單位，不論是年金或一例一休等議題，使我們勞工天天走上街頭，我希望健保會不要去湊熱鬧，如果要湊熱鬧，職業工會的勞工們也會走上街頭。我的提案談到 5 點，健保署一直強調健保法施行細則，依法行政沒有錯，依法行政是正確的，我也非常感謝健保署認真的執行業務。
- 二、上次(3 月份)委員會議本案決議是保留至下次委員會議討論，為何本案尚未討論就登上自由時報頭版標題，自由時報相當支持現在執政黨，職業工會跟健保署有仇嗎？要調漲非常了不起嗎？為何一定要登頭版，顯現健保署依法行政可調漲，有沒有必要？第 2 天健保署就正式公告調漲最低投保金額下限。
- 三、在健保會，不尊重我沒關係，至少要尊重連署提名的被保險人代表，以及在座所有健保委員，都已經說再討論了，竟然公然侮辱我們，反而先登報紙，報紙資料怎麼來的，大家心裡有數，記者不可能無中生有，刊登內容跟公告一模一樣，根本不可能，李署長伯璋及相關長官都在場，你們自己去查。為什麼是在 4 月份公告，假如今天討論後認為要依法行政，也才差 3 天，有這麼急迫嗎？半年都能等，3 天不能等，請問健保署問題在哪？
- 四、再來，職業工會會員背景是最可憐、薪水最低的年輕人，還要負擔眷屬的保費，請問軍人眷屬保費哪裡來、繳多少錢？軍人

眷屬沒有收入，這些賺最少錢的勞工眷屬同樣沒有收入，為什麼職業工會會員要繳？

五、根據我在勞保相關單位拿到的資料，適用投保金額申報下限 22,800 元的，總共有 138 萬 8,640 人，健保署提出的有 267 萬人，將近一半，可以說 1 個人至少負擔 1 名眷屬，雖然保費只是增加 33 元，卻不能證明收入可以多 33 元，尤其現在什麼都漲，他們又無一定雇主，1 天能賺多少，1 個月能夠做幾天，在座很多人其實不清楚。我提本案是為了公平正義，調漲真的是在處罰這些賺得少又要負擔家裡保費的人，這樣做對健保署有何意義，即使可以多收入 10.6 億，但已過半年，最多收入 5 億，5 億對健保真的有那麼重要嗎？醫療給付一談就是 3、5 百億，什麼都要開放，開放是好事啊，但是收不及付，為何一定要增加他們的負擔。

六、100 年訂定職業工會會員申報健保投保金額下限的背景，是因為當時電腦系統還不完善，健保署認為可能有些人高薪低報，所以強迫調漲費率或是提高投保薪資，硬通過採用投保金額分級表第 6 級起申報(100 年 1 月 1 日起基本工資為 17,880 元，全民健康保險投保金額分級表第 6 級為 21,900 元)，我們也能接受沒有話講。但是，現在已經進步到什麼資訊都可以放雲端，國稅局的資料都可以查的一清二楚，健保署甚至可以追查到我們會員 2、3 年前的所得，要他們補繳 10、20 萬元的健保費，讓他們哭笑不得，因為他們有些人的所得來源是來自直銷、保險，金額都不固定，時多時少，高薪低報的現象早就不存在了。健保署現在再提高投保金額下限，等於是在處罰這些年輕人，我基於公平、正義提出本案，結果健保署不甩我們，故意橫行，認為是依法行政。

七、對於健保署，我講一句不客氣的話，真的要好好地檢討，健保署不要背離民意，我們是來自最基層的被保險人代表，具備最基層的民意，會深切反應他們的問題，讓相關執政單位可以真正瞭解民意所在，健保法規定暨司法院釋字第 676 號解釋，你

們怎能都不管呢？健保法施行細則的內容，已經經過了不同的時空背景，你們就不應該還繼續這樣執行，你們已經把高薪低報等投機取巧的情形清理得一清二楚，請問健保署近幾年來就這部分追繳多少錢？他們真的領不到這麼多錢，居然投保金額比基本工資多了約 3 千元，此合情合理嗎？公、民營事業機構受僱者可能調薪 3~5%，甚至一些大型民營事業機構可能賺大錢，但這些都與沒有一定雇主的職業工會會員的所得何干？你們做這些真的不符合實際，我是語重心長，句句都是正直的話，把內心的話都講出來！

八、假設你們執意一定要這樣做，我一定會去見陳部長時中，敘述你們如何刊登報紙，如何公告，職業工會會員投保金額是怎麼決定等等，你們都已經公告了，今天再來討論這些，你們是在洗我們的臉，我真的不知是什麼原因或是什麼道理讓你們需要這樣做！干委員文男 10 幾年來有哪些事沒有跟你們健保單位合作，甚至關注相關的健保議題，我們正式提案，你們卻這樣搞我們，你們是希望我們為反對而反對嗎？健保該漲的部分就要漲，但要有公平正義，我們也希望健保永續經營。

九、職業工會可以 1 次收 3 個月或 6 個月保險費，可是非常多會員是每個月繳 1 次保險費，因為他們沒有辦法 1 次繳 3 個月或 6 個月保險費，你們到底曉不曉得有些沒有一定雇主的職業工會會員經濟真的非常困苦，真的很可憐，切勿把他們當作賊，他們真的不可能高薪低報，你們到國稅局取得所得資料後，3、5 年內都一直在追繳健保費，我最後呼籲與拜託健保署，是否大家都各退一步，若健保法施行細則未修改前，雖然於今天 4 月 24 日公告 7 月 1 日實施，建議再等半年，延至明年 1 月 1 日再實施。

李署長伯璋

一、我可以感受到林委員錫維氣憤的心情，這件事情的發生，我認為林委員錫維的想法是很好的，是站在民眾的角度來著想，這

也是健保署需要去做的事情。

- 二、這件事雖然與記者詢問社保司有關，但是衛福部是 1 個團隊，這件事不能推給社保司，健保署自己內部也是要檢討，雖然健保署是依法行政，我在上次委員會議因為身體不舒服先離席，當時討論這件案子我也不在場，後來因為媒體刊登消息，健保署才思考如何做會比較好！我想身為行政官員，只要不違背法律，一些行政措施都可以解套，這是非常重要的！健保署一直朝著這樣做，我身為行政首長覺得很難過，讓你們感覺不受尊重，這不是我的本意。
- 三、對於這件事情，我們同仁有向我解釋法令規定內容，但我承諾後續會討論如何解套，這樣好不好？既然事情已經發生，你們也反應存在不合理的地方，我們就需要面對，且不怕事而加以處理。最近有關年金或分級醫療部分負擔等議題，行政部門都是需要非常小心在處理，因為一直向民眾多收取錢或少給錢，民眾的反應都是很嚴重，林委員錫維表示可能會抗爭，我想這是有可能的，因為影響到幾百萬人，需要小心處理，就像分級醫療部分負擔增加 60 元，我們林前部長奏延都有跟蔡總統英文報告。

傅主任委員立葉

目前有幾位委員舉手，因為干委員文男也是提案委員，先請干委員，再請郭委員錦玉。

干委員文男

- 一、主席、各位委員，有關當初健保法施行細則第 46 條第 1 項第 5 款訂定，實在是文不對題，計算的要素都沒有，司法院釋字第 676 號解釋規定也是類似看法，還有公、民營事業機構受僱者的薪資，與職業工會會員的薪資有何相關？我認為一點相關都沒有，我今天早上特別發給各位委員 1 張薪資與生產力統計指標摘要，民國 100 年以後，每人每月薪資與消費者物價指數上升率不成正比，林委員錫維提出本案，我很贊同。

- 二、我建議修改健保法施行細則第 46 條第 1 項第 5 款，因為當時訂定的時空背景為可能查不到部分所得，與目前透過勾稽可以鉅細靡遺查得以前補充保費的情況不同，也就是最近幾年，包括我在這裡的兼職費，補充保費每 1 塊錢都納入，無法逃避，這是事實！若來不及修改，因為金額不是很高，1 年挹注健保收入約 10.6 億元，以半年計算才 5 億元，建議延到明年 1 月 1 日施行，讓大家情緒有一個出口，畢竟職業工會會員沒有固定所得，他的眷屬可能也沒有所得，而屬於虛擬所得者，否則讓社會陷入不安，我們心裡都不舒服。
- 三、以前是健保依循勞保查核投保金額，現在是勞保投保金額最高 1 級再提高，多了約 1,200 元，民眾申請退休時所得會增加，但也會增加政府的勞保成本，若不改革，則將使勞保年金破產時間往前一點。謝謝。

傅主任委員立葉

請郭委員錦玉。

郭委員錦玉

- 一、主席、各位委員，大家好，我是第 1 次發言。關於調整職業工會會員申報健保投保金額下限乙節，我認為勞保投保金額若為 19,273 元，則健保投保金額也應該為 19,273 元，目前職業工會會員申報健保投保金額下限為 22,800 元，又要調整至 24,000 元，對於職業工會會員是不合理的，他們是最可憐的，且是最老實的，從不會短、漏報。
- 二、對於林委員錫維及干委員文男說過的，我不要重複，我補充認為不論勞保是每月基本工資 21,009 元，或是最高薪資 45,800，所對應的健保投保金額，勞工都照繳健保費，因此，需按勞工的勞保投保金額計算健保費才屬合情合理，不能每月薪資為 21,009 元，健保投保金額居然訂為 24,000 元！這樣對職業工會會員不好。謝謝。

傅主任委員立葉

先請林委員敏華，再請趙委員銘圓、陳委員亮良。

林委員敏華

主席、各位委員，大家好，剛剛幾位委員比較偏向情方面論述，我看一下司法院釋字第 676 號解釋規定，其重點為被保險人實際所得未達投保金額表第 6 級時，相關機關自應考量設立適當之機制，合理調降保險費等，我想我們委員檢視健保法施行細則規定時，依一般法律觀念來想，運用公、民營事業機構受僱者平均投保金額累積調升幅度去套用計算無一定雇主的職業工會會員適用的投保金額，是存在爭議，我想當時訂定時可能有些簡便行事，既然健保法施行細則規定這部分由保險人公告，我建議應暫緩施行，等到設立適當合理機制再來辦理。以上建議，謝謝。

趙委員銘圓

- 一、主席、各位委員，大家午安，我於上次委員會議請假，所以沒有接觸到這個案子，後來林委員錫維及干委員文男有打電話給我，我也表示要當提案人。
- 二、我跟林委員錫維、干委員文男等幾位委員的想法是一樣的，我認為整個法令在公告程序上有些非常粗暴，我也看到上次會議紀錄，其中敘明這個案子是要到本次會議討論，但是尚未討論，健保署就先公告，並預訂於 7 月 1 日實施，這樣做是非常非常不恰當，這不只是對提案委員非常不尊重，也是對所有付費者代表委員非常不尊重。
- 三、有關健保法施行細則第 46 條第 1 項第 5 款規定，以公、民營事業機構受僱者平均投保金額累積調升幅度為計算方式，我與剛剛幾位委員想法一樣，認為這種方式非常不恰當，因為職業工會會員無一定雇主，其老婆、小孩不一定有收入，但以上述計算方式為設定投保金額來收取健保費，我深深認為不以為然！建議修正健保法施行細則第 46 條第 1 項第 5 款。
- 四、剛剛李署長伯璋表示，對於已經公告部分，會作適當妥善的處

理，我與林委員錫維、干委員文男的想法一樣，如果可以，建議延到明年 1 月 1 日再實施，這樣將會皆大歡喜，謝謝。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、主席，講到今天這個議題，我個人心情覺得非常地沈痛！有關號稱最會溝通的新政府，其實不然，包括我們這次軍公教年金改革，反污名要尊嚴，我從雲林到台北抗議 10 幾次，在座各位委員背後的都是公務人員，辛辛苦苦工作 20、30 年，結果說當初答應好給的退休金不算數，重新計算可以溯及既往，沒有違反信賴保護原則等。
- 二、我覺得有很多不公平與不合理，像剛才林委員錫維所講，還在協商、開會，卻已對外發布新聞，我想這都是政府非常殘暴、無理施政的行為，對於這個新聞事件，我嚴加譴責。
- 三、我支持職業工會會員背後有一定的就業環境，他們沒有一定雇主，或許是校長兼敲鐘(台語，表示 1 人包辦全部工作)，現在時機不好，1 個月要賺 24,000 元不是那麼容易，雖然勞工號稱千萬人，我們軍公教才 150 萬人，但是健保會採共識會議，就是委員可以充分發表意見，然而年金改革方案已送入立法院，卻採用多數暴力，我們要進入立法院都被拒馬、刀片蛇籠阻擋。
- 四、我也瞭解李署長伯璋的心聲與無奈，政策有時需要推動，我想充分溝通是必須的，李署長是借調到健保署(李署長伯璋回應我要辦退休)，改天也會回成功大學擔任教授。

傅主任委員立葉

對此，社保司是否要做說明？請商委員東福。

商委員東福

- 一、謝謝林委員錫維、干委員文男、郭委員錦玉、趙委員銘圓提案，及各位委員寶貴意見。我想要稍微說明一下，我們一起擔

- 任委員已有一段時間，我絕對尊重，絕對不敢冒犯各位委員。
- 二、因為本案與健保財務及健保永續經營有關，我願意用幾分鐘簡單說明一下背景，首先，社保司絕對沒有發布這項新聞，然後做公告，事實上記者只問我職業工會會員投保金額下限是否要調整，我只是回答沒有，需要健保署公告才算數，因此，我只是澄清表示需要尊重程序，其次，他們的新聞內容不是我提供的，他們可能從健保會 2 月份委員會議的健保署業務執行報告取得相關訊息。
 - 三、有關 99 年司法院釋字第 676 號解釋規定，在會議資料第 56 頁，明白表示無一定雇主或自營作業而參加職業工會者，按投保金額分級表第 6 級起申報，沒有牴觸憲法及法律授權明確性原則，不過希望我們做調整，所以衛福部在 101 年 5 月 18 日邀請全國各工會代表召開會議討論，包括林委員錫維、干委員文男均與會，大家認為基本工資一直調整，實在太頻繁，你們希望與基本工資脫鉤。另外該號解釋規定，也希望我們照顧經濟弱勢者，所以健保署有提供貸款、紓困、補助等協助，還有李署長伯璋上任後，做了 1 項很重要的措施，就是推行全面解卡，希望民眾就醫的權益不因經濟困難而受損。
 - 四、有關健保法施行細則第 46 條第 1 項第 5 款計算公式，是大家溝通、討論出來的，我完全同意你們所說時空背景完全不一樣，勢必需要修正，這個沒有問題，但當時在 101 年溝通討論時，是希望這項公式符合你們與基本工資脫鉤的訴求，這是大家溝通有共識的結果，而且也依照工會訴求調整起始點為 21,900 元。我必須做以上說明。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、對於剛才商委員東福的善意回應，我從參加以前費協會、監理會，到目前的健保會，我們這些委員都沒有受到你的善意對

待，都是被凌虐的一群，所以我在對你們發言時，抱著很大的仇恨(與會者笑)。

- 二、你表示對於記者沒說什麼，他們怎可能就完成 1 篇文章，不好意思，我常接受記者訪問，若我設定要處理你時，我在 15 分鐘以內就能完成 1 篇文章，我保證只要有投稿一定會刊登，我是敢講就敢做。
- 三、你說你善意對待我們，剛好你姓商，這件事有待商榷(與會者笑)，你說以前有邀請全國各工會代表討論，請問這次是否有邀請全國各工會代表討論？若有，則林委員錫維、干委員文男、郭委員錦玉為何又要提此案呢？我的懷疑絕對是正確的，我也比較雞婆，該說的我會說，你做錯承認就好，不要強辯。
- 四、你們衛福部或改制前的衛生署在以前常常都硬拗(台語，強詞奪理)，健保署也是一樣，但在李署長伯璋來後就不會硬拗了，這些我們都習慣了，現在發現不能拗還硬要拗，你們還想像以前一樣拗東拗西，現在社會是轉型正義。
- 五、剛才聽李署長伯璋所言，感覺釋出非常善意的回應，但是商委員東福的回答就無善意的回應，希望透過李署長的誠意溝通，看看這件事如何善後，這是屬於最重要的部分，不要因為這件事，鬧得大家不愉快。
- 六、我要替職業工會會員講一下話，以建築業為例，從業者大部分都沒有雇主，需要參加職業工會，他們有出來工作才有錢，沒出來工作就沒有錢，不管是水泥工、拌泥工，或是搬磚工、鷹架工等，都是按日計酬，做天花板的也是按日計酬，裝潢或清潔全都都是按日計酬的工作。這些人賺錢非常困難，商委員東福可能不知民間疾苦，若你願意走入群眾，可來高雄找我，我帶你到工地仔細看看，順便了解民眾過得多痛苦，尤其南部生活痛苦指數特別高。我希望你要向健保署李署長伯璋學習，剛才他有表現出溝通的誠意，但你卻是強詞奪理，希望你以後不要再來這套，我講話比較直接。

傅主任委員立葉

看來委員已有蠻多共識，若是相同意見，請委員不用重複發言。請林委員錫維。

林委員錫維

感謝委員武吉也體察民間疾苦，剛才商司長東福的發言，我真的不能認同，幸好李署長伯璋已同意處理。我要請教主席，我的建議是否可行或要另作裁示？健保署李署長伯璋是否也給予答覆？若未獲答覆，我也另有處理方式。

傅主任委員立葉

請葉委員宗義。

葉委員宗義

- 一、林委員錫維代表勞工，勞工和我們工商業界亦息息相關，因此，我也支持本案。但有個問題要請教健保署，新聞內容是社保司或健保署所提供？這點必須釐清。我認為健保署依健保法施行細則行政，並沒有錯，若未公告則是違法，恐受委員責難。我認為本案的問題是社保司造成的，為何社保司要先斬後奏？過去 C 型肝炎也有類似情形，衛福部政策已定，健保署變成夾心餅乾。
- 二、勞工代表委員的發言其實無效，除非修改健保法施行細則，否則仍屬違法，健保署若未公告也是違法。本案應循修法途徑，否則，今天健保署釋出善意，將公告實施日期由 1 月延至 7 月，也會遭到外界質疑。我認為社保司要特別注意對外發言，不要造成委員和健保署之間的紛爭。站在工商業的立場，因我們的員工也是勞工，我和健保署都深表同情，但這並無法解決問題。

干委員文男

- 一、大法官於 91 年公布釋字第 676 號解釋(商委員東福：是 99 年)，是 99 年公布，但 91 年即已提出行政訴訟。健保法修正定案後，才告知工會，是先射箭再畫靶。

- 二、本案並無違法，因健保法施行細則第 46 條第 1 項第 5 款明定「...自次年元月起，按原月投保金額對應等級調高 1 級。」否則去年就已違法，而非現在。
- 三、問題出在當初公式設定毫無合理根據，大法官解釋也提到相關機關應考量設立適當之機制，而非以全國各公、民營事業機構受僱者月平均投保金額成長率每次累積達 4.5% 計算。在行政院主計總處 105 年 9 月 22 日編製的「薪資與生產力統計指標摘要」中各項數據均呈現衰退，賺不到錢不打緊，生活水平也都下降了，大家都痛苦無比，怎能比照公、民營事業機構調整？
- 四、商司長東福雖說明研議過程，但當時我們就已表達反對，社保司向上陳報時，卻說已獲工會背書，實令人無言以對。我在此說明原委，證明錯不在商司長東福，但問題須回歸原點，找出真正的解決辦法。如今時空背景已經改變，若有高薪低報情形，健保署比稅務機關還厲害，都能揪出令其補繳。若再以莫須有的公式調高第 2 類被保險人投保金額下限，勢必引發抗爭。

傅主任委員立葉

依各位委員意見，健保法施行細則第 46 條第 1 項有需要檢討，依照擬辦，嘗試做決議，大家看是否妥適：

- 一、衛福部對於各職業工會會員健保費調整應依健保法暨司法院釋字第 676 號解釋規定，以實際收入調升狀況計算，建議檢討、修正健保法施行細則第 46 條第 1 項，在相關規定及機制未確實檢討改進前，暫緩調整職業工會會員投保金額申報下限。
- 二、對於今年申報下限調整，建議延至明年 1 月實施。

以上建議，請衛福部及健保署思考。

李署長伯璋

- 一、站在民眾角度，若能藉由法條擴大解釋尋求解套，本署一定會朝此方向努力。法條文字是死的，但解讀常是言人人殊，莫衷

一是，就像大法官解釋，也常各有見解，令人無所適從。

二、本案相關保費收入尚不致造成健保財務問題，但本署同仁須依法行政，為國家做事，盡心盡力而已。我會和商司長東福針對本案向陳部長時中報告尋求解套，也希望委員體諒行政人員有行政上的要求。我從醫師轉任健保署長的初心，其實各位委員可以信任，相信林委員錫維也會有溝通空間。

林委員錫維

拜託！謝謝！

傅主任委員立葉

請問謝委員武吉是要針對本案要發言嗎？

謝委員武吉

我希望健保署在近期提出報告，似乎有點強人所難，我也是明理之人，知道他們的職務及權限所在。我剛才提到的裕利、大昌華嘉及久裕都屬於商業行為的事業單位，因此，我希望健保署行文要求公平交易委員會或檢調進行調查。究竟他們賣給醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所及藥局各是多少？事實上，他們有時連藥局、基層診所及地區醫院都不賣。這是本會的決議，也希望不要增加健保署困擾，就交由公平交易委員會或檢調調查後回覆，以減輕健保署負擔，但若得不到滿意答覆，我一定窮追不捨。以上補充，請主席裁示。

干委員文男

請謝委員武吉改提臨時動議，一案一事，不要將 2 案混為一談，況且後面還有 1 個討論案需要處理。

傅主任委員立葉

謝委員武吉的意見請健保署參考。若有需要，請委員另外提案討論。本案到此結束，接下來進行討論事項第三案。

玖、討論事項第三案「『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目之適用範圍與動支程序修正草案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

謝謝同仁宣讀，請幕僚補充說明。

陳組長燕鈴

- 一、向委員報告，本案係依據去年 5 月份委員會議決議進行修訂，幕僚在去年 12 月已研擬修正草案，但經本年 2 月份委員會議決議，委員為求慎重，本案緩議。請健保署及本會幕僚提供相關背景說明及分析資料，徵詢委員意見後，再提會討論。
- 二、本會幕僚依決議已於 3 月份洽請健保署提供背景資料，並就歷史資料及指標達標情形進行分析，並於 3 月 20 日召開專家學者諮詢會議，經參酌專家學者建議，研擬修正條文，於 4 月 7 日徵詢委員意見，共有 33 位委員回覆，對於 11 個問項，每題均有 27 位以上的委員勾選「同意修正」，同意率達 81% 以上；部分問項有 3、4 位以下的委員表示不同意或另提供其他意見。
- 三、依據調查結果，幕僚擬具修正建議草案，並配合適用範圍修正名稱為：「調節非預期風險及其他非預期政策所需經費項目之適用範圍與動支程序」，修正重點說明如下：
 - (一)考量這筆 10 億元的經費係用於「救急」性質，明定適用範圍之涵蓋項目：
 - 1.包含「非預期風險」、「其他非預期政策改變」。
 - 2.「非預期風險」包含「具傳染性疾病異常流行」、「非天災所致之大型事件」，並排除依其他法令由各級政府負擔之項目。
 - 3.「其他非預期政策改變」須經衛福部交議，並排除「協商時已於總額架構、通則、涵蓋範圍納入考量之項目(包含醫療服務成本及人口因素、協商因素成長率及專款項目

等)」。至於「可預期政策」，因為在協商時即應納入考量，故未列入。

(二)依適用範圍明定動支之指標及其閾值、程序：

1.依事件屬性分別訂定適用指標：

(1)原指標(1)(2)適用於「傳染性疾病異常流行」，此外新增規定，若疾病流行具有地區性差別，則可適用受影響之健保各分區。

(2)原指標(3)適用於「非天災所致之大型事件」。

2.維持原指標閾值：專家諮詢會議就原閾值、健保署及醫界建議之 4 種閾值，搭配歷史事件，檢視其達標情形，考量原指標閾值即能反映需求，且已放寬健保分區之適用，建議維持。

3.配合調整動支程序之相關文字，以符實務需求。

(三)「新增醫藥分業地區增加之藥品調劑費」屬每年例行性應編列之預算，不適用本項經費之動支條件，建議刪除。並自 107 年度總額起，於「其他預算」單獨編列專款項目支應。

四、請委員參看會議資料第 61 頁「『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費項目之適用範圍與動支程序』修正草案對照表」，因時間因素，不再逐條宣讀。請委員再翻回會議資料第 59 頁，修正建議草案已依據調查結果，並參酌委員建議酌修文字。惟以下 2 項條文，各有 4 位委員表示不同意見，分別是適用範圍屬「其他非預期政策改變」之「1.年度中非預期之全民健康保險法及相關政策修訂，其新增費用不在協定時的各部門總額涵蓋範圍，且須經衛生福利部交議」，及動支程序屬「非預期風險」之「具傳染性疾病異常流行」之 2 項指標閾值。

五、請委員就整體修正條文或上述 2 項條文惠賜意見。

傅主任委員立葉

因會議開始時，已答應委員準時在下午 2 點前結束。若委員仍有意見要表達(干委員文男表示：沒有啦!)，須逐條討論，則建議移至下次會議討論。請陳委員亮良。

陳委員亮良

本案理應於上屆討論完畢，延至本屆第 1 次委員會議時也應定案。本案有其迫切性，各政府部門均有災害準備金，運用於急難之時，此事非常重要，不應再拖延。包括之前的塵暴、禽流感、SARS(Severe Acute Respiratory Syndrome，嚴重急性呼吸道症候群)或 921 地震等，政府須有權限進行調整，以因應重大緊急災難，因此，中央或各縣市政府都有性質類似的災害準備金。本席在此呼籲大家全力支持，讓健保署妥善推動業務，希望大家都沒有意見。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順。

蔡委員登順

本案已經過 2 次討論，大家還是很慎重退回健保會重新調查，調查結果顯示回覆率高達 94%，同意比率也高達 81%。本會採共識決，大多數委員支持本案，如同陳委員亮良所言，不宜再有太多意見。因「可預期政策」於協商時即已納入考量，非預期則為救急之用，基本上非預期風險很難掌控，須預留總額經費，以備重大流感或其他突發事故、突發災變...等，政府得以緊急應變。我與陳委員亮良看法一致，同意通過本案。

傅主任委員立葉

本案委員共識度極高，個別委員在問卷中所提意見，也已留下紀錄，建議本案通過，以提升議事效率(委員熱烈鼓掌)。非常感謝！本案通過。今天是否就討論到此，專案報告移下次會議？

陳委員旺全

主席、各位委員，委員桌上置有中醫、西醫、牙醫部門所發的參訪活動問卷，誠心邀請委員蒞臨指導，了解 3 個部門的醫療資源不足

地區巡迴醫療服務。中醫部門今年到台東縣、綠島，西醫基層部門到苗栗縣，牙醫部門到花蓮縣參訪。

吳委員國治

今年我們安排到苗栗縣，參訪醫療資源不足地區巡迴醫療服務幾個巡迴點，包括西湖、三灣、獅潭等地，另外也安排參訪嘉義偏遠地區家醫群，包含居家服務內容，希望委員蒞臨指導。

拾、專案報告第一案「全民健康保險業務監理指標之監測結果」及專案報告第二案「『專業雙審及公開具名』試辦方案之執行情形」與會人員發言實錄

傅主任委員立葉

徵求委員意見，專案報告第一案，委員是否同意參閱書面資料？(委員鼓掌通過)謝謝各位委員！請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、專案報告第一案由委員參閱書面資料，其實專案報告第二案在4月25日本週二健保署已召開檢討會，因登記公開記名人數不足而未做討論，下次報告時數據應更新至4月底。
- 二、另健保署會議現場發送資料「『專業雙審及公開具名試辦方案』執行結果說明」部分內容與會議結論有所偏差。會議結論係針對現行醫院總額公開具名7科，若願意具名者繼續具名；不願具名者，則整體公開審查醫藥專家名單，而不公開個人。因此，整體公開係指該7科審查醫師；至於非具名科部分，因重新調查費時，暫不公開。另會上亦討論各分區若達指標，例如費用超過5%或點值減少5%以上等，當期公開審查即應退場。
- 三、本席可接受當天會議結論，但紀錄必須正確無誤。建議專案報告第二案亦可洽悉，待下次報告時再提出新的數據。

傅主任委員立葉

- 一、因專案報告第二案資料仍有須更新之處，請健保署更新資料後，於下次(5月)委員會議報告。
- 二、委員有沒有臨時動議？(未有委員提出)本次會議到此結束，謝謝大家，散會！

委員會議日期：106年4月28日
會議現場發送資料(健保署提供)

衛福部健保會第3屆106年第3次委員會議
專案報告第二案補充資料(會議資料第103頁)

「專業雙審及公開具名試辦方案」執行結果說明

一、試辦方案實施2季後，已達到下列目的：

(一)減少專業見解差異

- 1.樣本專審初核核減件數占率：實施前同期約18%降為實施後9%~13%。
- 2.樣本專審申復件數占率：實施前同期69%~74%降為實施後65%。

(二)核減結果透明化

- 1.核減案件之核減清單中，已呈現審查醫藥專家姓名。
- 2.「VPN平台」於106年3月31日上線。

二、試辦方案實施2季後，符合調整條件的項目如下：

(一)105Q3，「核減率(整體初核減率降低77.78%、樣本專審初核減率減少48.08%)」及「申報點數(整體增加6.47%、門診增加6.64%、住診增加6.26%)」。

(二)105Q4，「核減率(整體初核減率降低47.83%、樣本專審初核減率減少44.55%)」、「預估浮動點值(減少5.01%)」及「申報點數(整體增加6.29%、門診增加6.81%、住診增加5.48%)」。

三、106年4月25日邀請衛福部、健保會、立法委員國會辦公室、各專科醫學會、全聯會、醫院協會、醫勞盟等單位與會討論試辦方案執行結果，會中決議如下：

(一)請現行醫院總額公開具名7科於106年4月30日前，提供足額且已簽立願意具名同意書之審查醫藥專家名單。

(二)對於非具名科部分，將於完成相關姓名公開意願徵詢及行政作業程序後，

「整體公開」審查醫藥專家名單。

(三)同意健保署所規劃的各項健保審查改革措施，如下：

1.修訂審查注意事項

未來審查注意事項的修訂，將朝向以醫療專業常見治療模式或手術為主題，採邏輯性編排，來建立審查指引，並比照藥品給付規定進行編碼，以利資訊化勾稽及提供予審查醫藥專家參考，並業以泌尿科之公告內容作為主題範本提供予各專科醫學會、公協會參考，以利各科別比照此模式辦理。

2.蒐集爭議案例，請專科醫學會進行討論

本署除蒐集審畢評量之審查意見不一致案例外，也將蒐集全民健康保險爭議審議委員會撤銷之案例，並邀集專科醫學會討論，以為修訂審查注意事項之參考，及使審查醫藥專家進行審查時有所依循。

3.訂定審查指標，邁向精準審查

為持續精進審查效率，並節省特約醫事機構的行政成本，本署將請醫療服務審查受託單位與專科醫學會研訂審查指標，使醫療費用案件審查模式由減少「隨機抽樣審查」，偏重「立意抽樣審查」方式，以朝「精準審查」方向邁進。

4.擴增程序審查指標

為減少對個案的專業審查差異，將擴充醫令自動化審查邏輯，及請各總額公協會及專科醫學會提供可採閾值核扣的檔案分析審查異常不予支付指標，以提升審查效率。

健保醫療資訊雲端查詢系統

身分證號: Z299***965

查詢其他保險對象健保卡資料:

[請按卡再按我](#)

此健保對象為管制用藥名單。

此健保對象有特定凝血因子用藥資訊。

該病醫目前為早療人員。

該病醫目前為急性後期照計畫收案名單。

下列頁籤表示此健保對象有該項目資料。

- 雲端藥歷
- 特定管制藥品用藥資訊
- 檢查檢驗記錄
- 手術與創記錄
- 牙科處置及手術
- 過敏藥
- 特定凝血因子用藥
- 出院病歷摘要

[回首頁](#)

1. 本系統資料不含自製藥品或自製藥品可能低劑、資料傳輸會有24~48小時之時間落差；2. 建議須向病人詢問藥品服用情形，方能掌握病人所有用藥品項。
3. 本系統呈現之「主診斷」應依據特約醫事服務機構醫療費用申報資料；僅供參考，確實診證應以病歷記載為主。
4. 持慢性病連續處方箋認劑，須於給藥期間屆滿前十日內，始得再次認劑。

ATC3名稱

全部

ATC5名稱

全部

成分名稱

全部

就醫區間

全部

餘藥

全部

[圖形化查詢畫面](#)

藥品名稱

全部

來源

本院 他院 藥局

[顯示欄位設定](#)

[清除](#)

[查詢](#)

[門診特定藥品適應醫囑應給用藥日數](#)

項次	來源	主診斷	ATC3名稱	ATC5名稱	藥方註記	成分名稱	藥品健康代碼	藥品名稱	藥品規格	用法用量	給藥日期(住院用藥起日)	給藥日期(住院用藥迄日)	給藥日期(住院用藥迄日)	藥品用藥日數	藥品用藥日數	藥品用藥日數	藥品用藥日數	藥品用藥日數	藥品用藥日數
1	他院門診	020			皮膚類固醇 (Corticosteroids for systemic use)	Glucocorticoids		Prodrisalone	MB00711100	PREDONINE TABLETS	BI	5	106/04/2	10	0	0	0	0	0
2	他院門診	020			抗菌藥 (Antibacterials for systemic use)	Penicillins with Extended Spectrum		Amoxicillin (Trihydrat e)	AC25866100	AMOXICILLIN CAPSULE N°	TI	5	106/04/2	15	0	0	0	0	0
	他院				抗菌藥及抗惡露藥 (Anti-Acetic Acid Derivative)			VOREN ENTERIC-MICR											

委員會議日期：106年4月28日
會議現場發送資料(健保署提供)

查詢其他藥劑及藥物詳情：

下列圖表顯示上述藥物對急症室診症之使用資料。

圖表 3

急症室藥劑

1. 平穩變化(即)不會自備藥品。目前急症室藥劑由急症室藥劑部管理。藥物詳情請向急症室藥劑部查詢。資料日期為2017年05月15日。
2. 急症室藥劑部備有藥品清單，可查詢急症室藥劑部備有之藥品。
3. 急症室藥劑部備有藥品清單，可查詢急症室藥劑部備有之藥品。
4. 急症室藥劑部備有藥品清單，可查詢急症室藥劑部備有之藥品。

用藥紀錄表

藥劑部

日期	2016	2017	2017	2017	2017	2017	2017	2017	2017
日期	12-26	01-09	01-23	02-06	02-20	03-06	03-20	04-03	04-15
日期	2017								
日期	05-29								
抗組胺藥 (A... PIPERA...									
咳嗽及感冒用... 抗組胺藥 (Antihistamines for systemic use) PIPERAZINE DERIVATIVES LEVOCETIRIZINE F.C. TABLETS 5MG STANDARD*(LEVOCETIRIZINE DIHYDROCHLORIDE) 他藥門診 QD 5天 2017/02/20 - 2017/02/25									
止咳及感冒... OPPIUM... 咳嗽及感冒... OTHER... 鼻部用藥 (N... SYMPAT... 止痛藥 (An... ANILID... FENAMA... 抗交感及抗風... ACETIC... 抗交感及抗風... PENICI... 皮質類固醇 (... GLUCOC...									

最近 3 個月用藥紀錄來源

急症室藥劑部 41.7%

其他部門診 58.3%

最近 3 個月就醫主要診斷

急性氣管炎 41.7%



急性鼻炎 25%

最近 3 個月同成分藥品使用情形

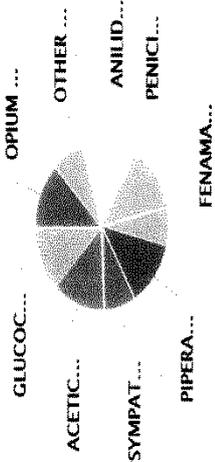


表1 薪資與生產力統計指標摘要

每月22日編送

年 月 別	受僱員工人數			工業及服務業						製造業				消費者 物價 指數 (民國100 年=100)
	工業及 服務業 合計 (千人)	工業 部門 (千人)	服務業 部門 (千人)	每人 每月 工時 (小時)	進入率 (%)	退出率 (%)	每人每月薪資			受僱 員工 人數 (千人)	每人 每月 薪資 (元)	勞 動 生產力 指數 (民國100年 =100)	單 位 產 出 勞 動 成 本 指 數 (民國100年 =100)	
							經常性薪資 (元)	年增率 (%)	總薪資 (元)					
91年平均	5 650	2 762	2 888	181.4	2.28	2.07	41 530	34 746	0.75	2 519	38 435	64.25	135.84	89.64
92年平均	5 755	2 898	2 977	181.3	2.39	2.15	42 065	34 804	0.17	2 373	39 549	68.56	130.53	89.39
93年平均	6 026	2 901	3 125	183.5	2.40	2.08	42 680	35 096	0.84	2 461	40 657	71.83	126.56	90.83
94年平均	6 201	2 933	3 268	181.9	2.57	2.34	43 159	35 382	0.81	2 479	41 858	74.40	127.30	92.92
95年平均	6 373	2 979	3 395	180.9	2.67	2.44	43 488	35 724	0.97	2 510	42 393	77.43	124.89	93.48
96年平均	6 524	3 024	3 501	180.4	2.58	2.38	44 392	36 319	1.67	2 541	43 178	83.03	118.64	95.16
97年平均	6 632	3 045	3 587	179.7	2.35	2.46	44 367	36 387	0.19	2 557	43 121	82.93	120.42	98.51
98年平均	6 466	2 873	3 593	176.7	2.25	2.28	42 182	35 629	-2.08	2 395	39 125	83.87	111.31	97.66
99年平均	6 691	2 990	3 701	181.1	2.83	2.50	44 359	36 214	1.64	2 494	42 300	96.88	98.84	98.60
100年平均	6 926	3 097	3 829	178.7	2.61	2.38	45 508	36 689	1.31	2 593	43 316	100.00	100.00	100.00
101年平均	7 049	3 129	3 919	178.4	2.27	2.18	45 589	37 151	1.26	2 619	43 689	99.34	102.25	101.93
102年平均	7 138	3 152	3 986	177.0	2.34	2.21	45 664	37 527	1.01	2 635	43 829	99.37	102.53	102.74
103年平均	7 275	3 207	4 068	177.9	2.51	2.35	47 300	38 208	1.81	2 687	45 207	103.46	101.09	103.97
104年平均	7 385	3 239	4 147	175.3	2.33	2.23	48 490	38 716	1.33	2 717	46 781	102.52	107.38	103.65
7月	7 412	3 253	4 159	187.0	3.01	2.43	46 964	38 869	0.89	2 729	49 334	98.92	109.45	103.74
8月	7 418	3 250	4 168	178.2	2.61	2.52	44 882	38 775	1.27	2 726	43 858	99.31	102.39	104.39
9月	7 409	3 242	4 167	173.5	2.47	2.60	44 759	38 750	0.95	2 719	43 117	100.21	101.70	105.11
10月	7 412	3 243	4 169	178.0	2.18	2.13	42 888	38 941	1.20	2 719	40 680	100.94	93.72	105.20
11月	7 421	3 243	4 178	176.5	1.99	1.88	42 545	38 834	1.45	2 718	41 146	99.26	97.30	104.47
12月	7 427	3 243	4 185	188.1	1.82	1.74	46 736	39 129	1.04	2 717	43 879	96.60	100.15	103.70
105年1至7月(P)	7 428	3 239	4 189	167.7	2.25	2.18	51 429	39 118	1.36	2 717	49 538	106.75	115.11	104.53
1月	7 431	3 240	4 191	173.8	2.00	1.95	75 321	39 141	1.54	2 717	74 735	101.00	177.44	103.12
2月	7 412	3 231	4 181	132.9	1.82	2.08	59 508	38 636	1.28	2 712	56 609	113.41	159.10	105.12
3月	7 417	3 235	4 182	186.3	2.52	2.45	43 880	39 208	1.78	2 714	40 798	100.52	90.24	104.47
4月	7 418	3 234	4 184	162.3	2.21	2.20	43 560	39 241	1.68	2 712	40 694	109.43	95.18	104.81
5月	7 423	3 237	4 186	175.9	2.14	2.07	45 828	39 260	1.61	2 715	43 107	106.33	95.42	104.41
6月	7 429	3 239	4 190	172.1	2.22	2.14	44 998	39 151	0.82	2 717	42 883	108.44	95.15	104.78
7月(P)	7 465	3 254	4 211	170.0	2.88	2.38	46 911	39 189	0.82	2 730	47 934	110.53	105.78	105.02
當月較上月 增減(%)	0.48	0.46	0.50	(-2.1)	(0.66)	(0.24)	4.25	0.10		0.48	11.78	1.93	11.17	0.23
當月較上年 同月增減(%)	0.71	0.02	1.26	(-17.0)	(-0.13)	(-0.05)	-0.11	0.82		0.05	-2.84	11.74	-3.35	1.23
本年累計較上年 同期增減(%)	0.89	0.11	1.50	(-5.0)	(-0.15)	(-0.10)	-0.06	1.36		0.10	-0.56	1.71	1.69	1.50

註：1.本表括號()內數字係指增減時數或百分點。
2.每人每月薪資係指受僱員工(不含執行業務所得者)每月經常性薪資(含本薪與按月給付之固定津貼及獎金)及非經常性薪資(含加班費、年終獎金、員工紅利、非按月發放之績效獎金與全勤獎金等)之報酬總額；但不含保險費、退休金與資遣費等非薪資報酬。
3.本統計結果自98年1月起涵蓋「教育服務業(僅含其他教育及教育輔助服務業)」。
4.因本(105)年7月通達受僱員工薪資調查全面更換填報樣本，故當月資料係初步統計結果，以(P)表示。

編製單位：行政院生計總處
編製時間：105年9月22日

委員會議日期：106年4月28日
會議現場發送資料(謝委員武吉提供)

台灣大昌華嘉股份有限公司

位於臺北市內湖區堤頂大道2段407巷20弄1、3、5、7號10樓，及407巷22、24、26號10樓及407巷22號10樓之1。

公司代表人為 伍安得(Andreas Wuest)。

台灣大昌華嘉股份有限公司的統一編號為 70824858。

公司簡介

大昌華嘉是市場拓展服務的領導者，我們在亞洲營運超過 150 年的經驗，協助企業及品牌將業務拓展至現有或新興市場。大昌華嘉是總部位於瑞士蘇黎世的全球性企業，2012年3月在瑞士證交所公開發行上市。於全球36個國家設有780個營運據點，擁有超過30,000名專業員工，2016年全球的營收淨額為105億瑞士法郎。

台灣大昌華嘉於1958年成立，我們超過1,500位專業人員，提供服務涵蓋四大產業：消費品、醫療保健、特用原料及科技，業務包含：全球採購、研究分析、倉儲物流、產品行銷、代理銷售及售後服務。

統一編號	70824858
公司名稱	台灣大昌華嘉股份有限公司
公司所在地	臺北市內湖區堤頂大道2段407巷20弄1、3、5、7號10樓，及407巷22、24、26號10樓及407巷22號10樓之1
公司狀況	核准設立
股權狀況	僑外資
登記機關	臺北市政府
核准設立日期	2001-12-4
最後核准變更日期	2015-11-17
資本總額(元)	300,000,000
實收資本額(元)	223,365,000
代表人姓名	伍安得(Andreas Wuest)

董監事名單 · 台灣大昌華嘉股份有限公司

序號	職稱	姓名	所代表法人	出資額
0001	董事長	伍安得(Andreas Wuest)	瑞士商華嘉集團有限公司 (DKSH Holding Ltd.)	22,336,500
0002	董事	柏德漢(Stefaan Boenders)	瑞士商華嘉集團有限公司 (DKSH Holding Ltd.)	22,336,500
0003	董事	程學蕙	瑞士商華嘉集團有限公司 (DKSH Holding Ltd.)	22,336,500
0004	監察人	Kum Fui Lee	瑞士商華嘉集團有限公司 (DKSH Holding Ltd.)	22,336,500

所營事業資料·台灣大昌華嘉股份有限公司

- F108021:** 西藥批發業
- F208021:** 西藥零售業
- F108031:** 醫療器材批發業
- F208031:** 醫療器材零售業
- E604010:** 機械安裝業
- EZ05010:** 儀器、儀表安裝工程業
- F106020:** 日常用品批發業
- F113010:** 機械批發業
- F113020:** 電器批發業
- F113030:** 精密儀器批發業
- F113070:** 電信器材批發業
- F206020:** 日常用品零售業
- F213010:** 電器零售業
- F213040:** 精密儀器零售業
- F213060:** 電信器材零售業
- F213080:** 機械器具零售業
- F401010:** 國際貿易業
- 6801010:** 倉儲業
- I206010:** 理貨包裝業
- E801070:** 廚具、衛浴設備安裝工程業
- F107030:** 清潔用品批發業
- F207030:** 清潔用品零售業
- F107010:** 漆料、塗料批發業
- F107020:** 染料、顏料批發業
- F107070:** 動物用藥品批發業
- F108040:** 化粧品批發業
- F207020:** 染料、顏料零售業
- F207050:** 肥料零售業
- F207070:** 動物用藥零售業
- F207080:** 環境用藥零售業
- F208040:** 化粧品零售業
- F113990:** 其他機械器具批發業
- F213990:** 其他機械器具零售業
- CB01010:** 機械設備製造業
- CC01030:** 電器及視聽電子產品製造業
- E603050:** 自動控制設備工程業
- E603080:** 交通號誌安裝工程業
- G202010:** 停車場經營業
- E605010:** 電腦設備安裝業
- F118010:** 資訊軟體批發業
- F218010:** 資訊軟體零售業
- I301010:** 資訊軟體服務業

I301020: 資料處理服務業
I301030: 電子資訊供應服務業
F107080: 環境用藥批發業
F102170: 食品什貨批發業
F104110: 布疋、衣著、鞋、帽、傘、服飾品批發業
F204110: 布疋、衣著、鞋、帽、傘、服飾品零售業
F105050: 家具、寢具、廚房器具、裝設品批發業
F205040: 家具、寢具、廚房器具、裝設品零售業
F203010: 食品什貨、飲料零售業
F113060: 度量衡器批發業
F113100: 污染防治設備批發業
F213050: 度量衡器零售業
F213100: 污染防治設備零售業
F207010: 漆料、塗料零售業
F112040: 石油製品批發業
F212050: 石油製品零售業
F102030: 菸酒批發業
F113050: 電腦及事務性機器設備批發業
F203020: 菸酒零售業
F213030: 電腦及事務性機器設備零售業
F401171: 酒類輸入業
F102040: 飲料批發業
F401021: 電信管制射頻器材輸入業
C802041: 西藥製造業
CF01011: 醫療器材製造業
A102060: 糧商業
F103010: 飼料批發業
F202010: 飼料零售業
F108051: 化粧品色素販賣業
ZZ99999: 除許可業務外，得經營法令非禁止或限制之業務

財政部營業稅籍 · 台灣大昌華嘉股份有限公司

營業人名稱 台灣大昌華嘉股份有限公司

營業地址 臺北市內湖區西康里堤頂大道2段407巷20弄1.3.5.7號10樓

資本額 223365000

設立日期 2002-1-9

使用統一發票 Y

475199, 其他藥品及醫療用品零售
 475112, 西藥零售
 行業 457112, 西藥批發
 457199, 其他藥品及醫療用品批發

台灣大昌華嘉股份有限公司 · 統編: 70824858

核准日期 日期	公司名稱	公司所在地	代表人	資本額
1041117	台灣大昌華 嘉股份有限 公司	臺北市內湖區堤頂大道 2 段 407 巷 20 弄 1、3、5、 7 號 10 樓，及 407 巷 22、24、26 號 10 樓及 407 巷 22 號 10 樓之 1	伍安得 (Andreas Wuest)	223365000
1040120	台灣大昌華 嘉股份有限 公司	臺北市內湖區堤頂大道 2 段 407 巷 20 弄 1、3、5、 7 號 10 樓，及 407 巷 22、24、26 號 10 樓及 407 巷 22 號 10 樓之 1	伍安得 (Andreas Wuest)	223365000
1030402	台灣大昌華 嘉股份有限 公司	臺北市內湖區堤頂大道 2 段 407 巷 20 弄 1、3、5、 7 號 10 樓，及 407 巷 22、24、26 號 10 樓及 407 巷 22 號 10 樓之 1	涂察斯 (Charles Toomey)	223365000
1020306	台灣大昌華 嘉股份有限 公司	臺北市內湖區堤頂大道 2 段 407 巷 20 弄 1、3、5、 7 號 10 樓，及 407 巷 22、24、26 號 10 樓及 407 巷 22 號 10 樓之 1	涂察斯 (Charles Toomey)	223365000

食品業者登錄 · 台灣大昌華嘉股份有限公司

業者地址	登錄項目	食品業者登錄字號
桃園市楊梅區瑞坪里梅獅路二段 629 號	工廠/製造場所	<u>H-170824858-00002-9</u>
台北市內湖區堤頂大道二段 407 巷 22 號 10 樓 販售場所		<u>A-170824858-00001-1</u>

久裕企業股份有限公司

位於新北市中和區中正路 872 號 7 樓之 1.

公司代表人為 傅輝東.

久裕企業股份有限公司的統一編號為 05071926.

公司簡介

久裕自 1960 年成立，於醫藥領域持續深耕超過 55 年，為國內最專業之藥品與消費品行銷推廣和經銷服務公司，不僅提供全方位的價值鏈服務，更聚焦於醫院診所專科推廣及藥局處方釋出指示用藥之行銷，目前終端客戶包括全省各醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所、連鎖藥局、單點藥局、量販通路等超過 12,000 家對象，為本土最大之醫藥行銷服務體系。

久裕近年致力提升藥品行銷與推廣服務，在醫院診所方面成立多組專業團隊，以專科整合疾病為行銷主軸，另分別在家醫科，泌尿科，腎臟科，感染科持續發展。而在藥局通路上，亦著重在處方釋出及指示用藥的推廣，透過藥師持續教育，社區民眾衛教，店頭陳列，用藥安全，真偽辨識等活動，使病患、消費者與藥師緊密結合，為使行銷推廣更有效益。久裕在業界更率先由原本的 PDA 升級為平板電腦的行動業務管理，透過最新傳輸與分析技術，不但加速訂貨物流後勤服務，更能即時掌握臨床推廣、學術資料、促銷進度、客戶庫存、零售追蹤、推廣文獻、專案進度、多維銷售等動態分析，讓久裕著實成為台灣最 e 化的行銷業務團隊。

此外，為擴大服務結構，久裕於 2009 年加入佳醫集團(股票代號 4104)，並於 2013 年 10 月底加入上櫃公司行列(股票代號 4173)，積極與集團在台灣所屬綜合醫院、專科醫院、血透中心、長期照護中心、醫美診所、牙科診所等做深度的整合，以建立更具競爭力之價值鏈服務。久裕將持續在行銷物流上投資與創新，以期為台灣醫療體系提供更國際化之頂級服務！

從過去到現在，久裕始終堅持以顧客立場為出發點，不斷激盪創意，追求服務與心的創新，用心追求提供更卓越的服務予顧客！

久裕企業股份有限公司 · 新北市中和區中正路 872 號 7 樓之 1

統一編號	05071926
公司名稱	久裕企業股份有限公司
公司所在地	新北市中和區中正路 872 號 7 樓之 1
公司狀況	核准設立
登記機關	新北市政府
核准設立日期	1980-6-2
最後核准變更日期	2016-11-22
資本總額(元)	500,000,000
實收資本額(元)	445,743,550
代表人姓名	傅輝東

董監事名單・久裕企業股份有限公司

序號	職稱	姓名	所代表法人	出資額
0001	董事長	傅輝東	22854522, 佳醫健康事業股份有限公司	17,612,921
0002	董事	王明廷	22854522, 佳醫健康事業股份有限公司	17,612,921
0003	董事	張明正	22854522, 佳醫健康事業股份有限公司	17,612,921
0004	董事	黨天健		729,000
0005	董事	李立中	42650292, 林鳳股份有限公司	2,500,000
0006	董事	薛福全	16439246, 佳儀投資股份有限公司	1,000
0007	獨立董事	詹資生		0
0008	獨立董事	張五益		0
0009	獨立董事	楊裕明		0

所營事業資料・久裕企業股份有限公司

- C102010:** 乳品製造業
- C103050:** 罐頭、冷凍、脫水及醃漬食品製造業
- C110010:** 飲料製造業
- C109010:** 調味品製造業
- C199990:** 未分類其他食品製造業
- C802041:** 西藥製造業
- C802100:** 化粧品製造業
- F101990:** 其他農、畜、水產品批發業
- F102040:** 飲料批發業
- F102170:** 食品什貨批發業
- F102180:** 酒精批發業
- F107030:** 清潔用品批發業
- F107070:** 動物用藥品批發業
- F107990:** 其他化學製品批發業
- F108021:** 西藥批發業
- F108031:** 醫療器材批發業
- F108040:** 化粧品批發業
- F113030:** 精密儀器批發業
- F113060:** 度量衡器批發業
- F201990:** 其他農畜水產品零售業
- F203010:** 食品什貨、飲料零售業
- F203030:** 酒精零售業
- F207030:** 清潔用品零售業
- F207070:** 動物用藥零售業
- F207990:** 其他化學製品零售業
- F208021:** 西藥零售業
- F208031:** 醫療器材零售業
- F208040:** 化粧品零售業

F213040: 精密儀器零售業

F213050: 度量衡器零售業

F401010: 國際貿易業

ZZ99999: 除許可業務外，得經營法令非禁止或限制之業務

IZ12010: 人力派遣業

財政部營業稅籍 · 久裕企業股份有限公司

營業人名稱 久裕企業股份有限公司

營業地址 新北市中和區中原里中正路 872 號 7 樓之 1

資本額 445743550

設立日期 1980-6-1

使用統一發票 Y

行業 457112, 西藥批發
451099, 其他商品經紀

久裕企業股份有限公司 · 統編: 05071926

核准變更日期	公司名稱	公司所在地	代表人	資本額
1051122	久裕企業股份有限公司	新北市中和區中正路 872 號 7 樓之 1	傅輝東	445743550
1050706	久裕企業股份有限公司	新北市中和區中正路 872 號 7 樓之 1	傅輝東	445743550
1050512	久裕企業股份有限公司	新北市中和區中正路 872 號 7 樓之 1	傅輝東	445743550
1040724	久裕企業股份有限公司	新北市中和區中正路 872 號 7 樓之 1	傅輝東	445743550
1031218	久裕企業股份有限公司	新北市中和區中原里中正路 872 號 7 樓之 1	陳啓修	445743550
1031031	久裕企業股份有限公司	新北市中和區中原里中正路 872 號 7 樓之 1	張俊仁	445743550
1030703	久裕企業股份有限公司	新北市中和區中原里中正路 872 號 7 樓之 1	張俊仁	445743550
1030505	久裕企業股份有限公司	臺北市中山區龍江路 335 號 3 樓	張俊仁	445743550
1021119	久裕企業股份有限公司	臺北市中山區龍江路 335 號 3 樓	張俊仁	445743550

裕利股份有限公司

位於臺北市松山區南京東路 4 段 126 號 10 樓、10 樓之 1 至之 3。

公司代表人為 許待明(Timothy Toi-Ming Hui)。

裕利股份有限公司的統一編號為 22853066。

公司簡介

裕利股份有限公司為一植基於瑞士的國際集團企業，目前在亞太地區的 16 個國家中設有營運據點；公司成立於 1939 年，目前仍由 Zuellig 集團持有多數之股份。成立 70 多年來，已在亞太地區建立了卓越之醫藥物流配送標準，並成為所有藥廠、醫療器材製造商及消費保健產品在亞洲地區市場拓展的最佳伙伴。

裕利集團在亞太地區主要業務項目為提供客戶業務行銷、物流配送、產品以及資訊管理等服務。服務範圍遍及菲律賓、泰國、新加坡、馬來西亞、汶萊、香港、澳門、台灣、越南、紐西蘭、韓國、印尼以及中南半島的緬甸、寮國、柬埔寨等國家的客戶及藥廠。除了在全球有超過 50 個分公司的據點外，亞太地區區域總部設於香港。裕利集團是唯一真正在跨亞太地區提供藥品、醫療器材暨消費保健產品區域性服務之經銷商，公司規模目前為亞洲第一名，為業界之領導廠商。

統一編號	22853066
公司名稱	裕利股份有限公司
公司所在地	臺北市松山區南京東路 4 段 126 號 10 樓、10 樓之 1 至之 3
公司狀況	核准設立
股權狀況	僑外資
登記機關	臺北市政府
核准設立日期	1988-3-21
最後核准變更日期	2016-11-24
資本總額(元)	218,000,000
實收資本額(元)	218,000,000
代表人姓名	許待明(Timothy Toi-Ming Hui)

董監事名單 · 裕利股份有限公司

序號	職稱	姓名	所代表法人	出資額
0001	董事長	許待明(Timothy Toi-Ming Hui)	馬來西亞商裕利製藥控股股份有限公司 Zuellig Pharma Holdings Ltd.	21,800,000
0002	董事	屈愛龍(Imran Babar Chughtai)	馬來西亞商裕利製藥控股股份有限公司 Zuellig Pharma Holdings Ltd.	21,800,000
0003	董事	周志鴻(John Chou)	馬來西亞商裕利製藥控股股份有限公司 Zuellig Pharma Holdings Ltd.	21,800,000
0004	監察人	游婉華(Yuen Wah Yau)	馬來西亞商裕利製藥控股股份有限公司 Zuellig Pharma Holdings Ltd.	21,800,000

經理人名單 · 裕利股份有限公司

序號 姓名 到職日期

0001 周志鴻(John Chou) 2009-11-30

所營事業資料 · 裕利股份有限公司

G801010: 倉儲業

IZ06010: 理貨包裝業

F103010: 飼料批發業

F107070: 動物用藥品批發業

F107080: 環境用藥批發業

F108021: 西藥批發業

F108031: 醫療器材批發業

F108040: 化粧品批發業

F202010: 飼料零售業

F203010: 食品什貨、飲料零售業

F207070: 動物用藥零售業

F207080: 環境用藥零售業

F208021: 西藥零售業

F208031: 醫療器材零售業

F208040: 化粧品零售業

F208050: 乙類成藥零售業

H703100: 不動產租賃業

G101061: 汽車貨運業

F102040: 飲料批發業

F102170: 食品什貨批發業

F401010: 國際貿易業

IZ12010: 人力派遣業

C201010: 飼料製造業

C802060: 動物用藥製造業

C802080: 環境用藥製造業

C802041: 西藥製造業

CF01011: 醫療器材製造業

C802100: 化粧品製造業

I103060: 管理顧問業

I199990: 其他顧問服務業

I301020: 資料處理服務業

IZ15010: 市場研究及民意調查業

ZZ99999: 除許可業務外，得經營法令非禁止或限制之業務

財政部營業稅籍 · 裕利股份有限公司

營業人名稱 裕利股份有限公司

營業地址 臺北市松山區復勢里南京東路4段126號10樓、10樓之1、2、3

資本額 218000000

設立日期 1988-9-16

使用統一發票 Y

行業 451099, 其他商品經紀
530100, 普通倉儲經營
457112, 西藥批發
457114, 動物藥品批發

裕利股份有限公司 · 統編: 22853066

核准變更日期	公司名稱	公司所在地	代表人	資本額
1060118	裕利股份有限公司	臺北市松山區南京東路四段126號10樓、10樓之1至之3	許待明(Timothy Toi-Ming Hui)	218000000
1051124	裕利股份有限公司	臺北市松山區南京東路4段126號10樓、10樓之1至之3	許待明(Timothy Toi-Ming Hui)	218000000
1050217	裕利股份有限公司	臺北市松山區南京東路4段126號10樓、10樓之1至之3	許待明(Timothy Toi-Ming Hui)	84000000
1031223	裕利股份有限公司	臺北市松山區南京東路4段126號10樓、10樓之1至之3	許待明(Timothy Toi-Ming Hui)	84000000
1020913	裕利股份有限公司	臺北市松山區南京東路4段126號10樓、10樓之1至之3	龍力恆(Roland Bruhin)	84000000

食品業者登錄 · 裕利股份有限公司

業者地址

登錄項目 食品業者登錄字號

台北市松山區南京東路4段126號10樓、10樓之1至之3販售場所 A-122853066-00001-1