

衛生福利部全民健康保險會  
第 1 屆 102 年第 4 次委員會議事錄

中華民國 102 年 10 月 25 日



# 衛生福利部全民健康保險會第1屆102年第4次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國102年10月25日

上午9時30分～上午10時00分(處理程序動議)

上午10時00分～下午4時38分(協商共識會議)

下午4時38分～下午5時47分(委員會議)

貳、地點：中央健康保險署大禮堂(台北市信義路3段140號18樓)

參、出席委員：

干委員文男

曲委員同光

何委員永成

何委員語

吳委員玉琴

吳委員肖琪

李委員永振

李委員成家

李委員蜀平

林委員至美

林委員錫維

侯委員彩鳳

柴委員松林

翁委員文能

連委員瑞猛

張委員永成

張委員煥禎

莊委員志強

郭委員志龍

陳委員川青

陳委員宗獻

陳委員幸敏

中華民國中醫師公會全國聯合會李常務理事豐裕(代)

國泰人壽陳稽核襄理炳宏(12:00以前代)

全國勞工聯合總工會林秘書長國成(9:30~10:30代)

全國勞工聯合總工會林秘書恩豪(10:30以後代)

林口長庚醫院郭特助正全(11:10~15:20代)

台北榮民總醫院陳高級分析師雪芬(15:20以後代)

全球商務法律事務所林律師穆弘(代)

中華民國區域醫院協會劉副秘書長碧珠(代)

陳委員錦煌  
黃委員建文  
楊委員芸蘋  
楊委員漢淙  
楊委員麗珠  
葉委員宗義  
蔡委員明忠

中華民國醫師公會全國聯合會蘇理事長清泉(10:00以前代)  
中華民國醫師公會全國聯合會蔣副秘書長世中(10:00以後代)

蔡委員登順  
謝委員天仁  
謝委員武吉

台灣社區醫院協會謝名譽理事長文輝(11:40~13:30代)

肆、請假委員：  
周委員麗芳  
林委員啟滄

伍、列席人員：  
本部社會保險司  
中央健康保險署

楊副司長慧芬  
黃署長三桂  
蔡副署長魯  
蔡主任秘書淑鈴  
柯執行秘書桂女  
吳組長秀玲  
張組長友珊  
魏組長璽倫

本會

陸、主席：鄭主任委員守夏

紀錄：陳燕鈴

柒、主席致詞

各位委員、黃署長及所有與會人員，大家早

衛生福利部於本(102)年10月17日來函，請本會對尚未達成共識的醫院及西醫基層兩部門總額續予協商，相信大家有收到本會幕僚的電子郵件通知。在進入委員會議前，請委員對這兩個部門是否重啟協商交換意見，希望可經由共同努力，來促成總額協商獲得更好結果。

## 捌、臨時動議

提案人：蘇代理委員清泉

附議人：楊委員漢淥、謝委員天仁、蔡委員登順、侯委員彩鳳

案由：「103 年度醫院及西醫基層醫療給付費用總額協商因素項目及成長率」重啟協商程序案。

決定：本(健保)會於今年甫設立，對「協議訂定全民健保醫療給付費用總額及其分配方式」此重要法定權責，宜於首次協商奠定良好績效與基礎，爰同意本案重啟協商，並於本次委員會議前，先召開協商共識會議，結論併上次委員會議紀錄進行確認。

玖、協商共識會議-重啟「103 年度醫院及西醫基層醫療給付費用總額協商因素項目及成長率」協商

### 一、西醫基層總額

(一)協商時間：

10：00~13：33(含付費者代表、西醫基層部門各自召開會議討論 35 分鐘、25 分鐘)。

(二)協商結論摘要：

#### 共識方案

- 1.一般服務成長率為 1.634%，包含醫療服務成本及人口因素成長率 0.811%，及協商因素成長率 0.823%。
- 2.專款項目全年經費為 1,755.5 百萬元。
- 3.門診透析服務成長率 5.358%。
- 4.前述三項額度經換算，103 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 102 年度所核定總額成長 2.391%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 2.116%。

### 二、醫院總額

(一)協商時間：

13：33~16：38(含付費者代表、醫院部門各自召開會議討論 32 分鐘、14 分鐘)。

## (二)協商結論摘要：

經醫院部門及付費者代表就第 3 次委員會議各自提出之方案再度協商，差距已拉近，惟尚有部分項目未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定：

### 付費者代表方案

- 1.一般服務成長率為 2.583%，包含醫療服務成本及人口因素成長率 1.909%，及協商因素成長率 0.674%。
- 2.專款項目全年經費為 16,201.3 百萬元。
- 3.門診透析服務成長率 2.519%。
- 4.前述三項額度經換算，103 年度醫院醫療給付費用總額，較 102 年度所核定總額成長 3.281%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 2.990%。

### 醫界代表方案：

- 1.一般服務成長率為 3.239%，包含醫療服務成本及人口因素成長率 1.909%，及協商因素成長率 1.330%。
- 2.專款項目全年經費為 14,734.3 百萬元。
- 3.門診透析服務成長率 2.519%。
- 4.前述三項額度經換算，103 年度醫院醫療給付費用總額，較 102 年度所核定總額成長 3.489%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 3.198%。

(重啟協商的會議過程及發言實錄另案處理)

## 拾、召開第1屆102年第4次委員會議

### (壹)報告事項

#### 第一案

案由：確認本會上次(第 3 次)委員會議紀錄暨西醫基層、醫院總額重啟協商之結論，請 鑒察。

決定：本會上次委員會議紀錄及「103 年度西醫基層、醫院

醫療給付費用總額協商因素項目及成長率」重啟協商結論(如下)確定。

## 一、103 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

### (一)總額設定公式：

- 103 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 102 年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1＋103 年度一般服務成長率)＋103 年度專款項目經費＋103 年度西醫基層門診透析服務費用
- 103 年度西醫基層門診透析服務費用＝102 年度西醫基層門診透析服務費用×(1＋成長率)

註：校正後 102 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依費協會第 114 次委員會決議，校正投保人口數成長率差值。

### (二)總額協商結論：

- 1.一般服務成長率為 1.634%：
  - (1)醫療服務成本及人口因素成長率為 0.811%。
  - (2)協商因素成長率為 0.823%。
- 2.專款項目全年經費為 1,755.5 百萬元，原受刑人之醫療服務費用 262.4 百萬元，移至其他預算項下。
- 3.門診透析服務成長率 5.358%。
- 4.前述三項額度經換算，103 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 102 年度所核定總額成長 2.391%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 2.116%。各細項成長率及金額如表 1。

### (三)總額分配相關事項：

#### 1.一般服務(上限制)：

##### (1)品質保證保留款(0.1%)：

- ①依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於 102 年 11 月底前完成相關程序，並於 103 年 6 月底前提送前一年度執行成

果。

②金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

③請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，於 103 年 6 月底前，完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目與監測值，並應以發展結果面指標為方向。

(2)新醫療科技(包括新診療項目、新藥及新特材)(0.104%):請中央健康保險署於 102 年 12 月委員會議說明訂定原則及作業時程，並於 103 年 6 月底前提送執行情形。

(3)修訂降血脂藥品給付規定(0%):西醫基層代表建議修訂藥品給付規定時，應就費用及財源進行相關影響評估。

(4)新增跨表項目(0.018%):

①新增 6 項跨表項目，其中 64271B 橈骨尺骨遠心端骨折經皮穿刺內固定復位手術，須有麻醉師與開刀房等設備。

②應於 102 年 12 月底前完成相關程序(含適應症之訂定)，若未能於年度開始時實施，則扣減本項成長率。

(5)配合 102 年醫院部門調整急重難科別之政策(0.104%):請中央健康保險署於 102 年 12 月委員會議說明擬調整項目與作業時程，並於 103 年 6 月底前提送執行情形。

(6)配合結核病防治政策改變之費用(0.007%)。

(7)配合安全針具推動政策之費用(0.004%)。

(8)提升用藥品質(0.010%)。

(9)提升婦產科夜間住院護理照護品質(0.062%)。



- (10)因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響(含慢性病照護之增進)(0.467%)。
- (11)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.053%)。

## 2.專款項目：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於102年11月底前完成，新增計畫原則於102年12月底前完成，並於103年6月底前提報執行成果及成效評估報告(新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協考量。

- (1)醫療資源不足地區改善方案：全年經費150百萬元。
- (2)慢性B型及C型肝炎治療計畫：全年經費200百萬元，不足部分，由其他預算支應。
- (3)醫療給付改善方案：
- ①全年經費205.5百萬元。
  - ②辦理原有之糖尿病、氣喘、精神分裂症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤等4項方案，並新增早期療育方案。
  - ③糖尿病照護方案應擴大院所照護涵蓋率，並考慮以醫療院所為獎勵單位，且相關方案皆應訂定嚴格之退場機制。
- (4)家庭醫師及診所以病人為中心整合照護計畫：全年經費1,200百萬元，並應訂定嚴格之退場機制。
- (5)修訂黃斑部新生血管病變藥品(Lucentis)適應症所增費用：全年經費0元，西醫基層代表建議修訂藥品給付規定時，應就費用及財源進行相關影

響評估。

(6)受刑人之醫療服務費用：原 102 年所編經費(262.4 百萬元)移列至其他預算項下統籌運用，並不算入基期費用中。

### 3.門診透析服務：

(1)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(2)合併西醫基層及醫院兩總額部門之年度門診透析服務費用，協商新年度成長率，並依協商當年第 1 季西醫基層總額及醫院總額之門診透析費用點數占率分配計算而得新年度西醫基層及醫院門診透析費用及其成長率。

(3)門診透析服務總費用成長率為 3.7%，其基期費用包含 102 年度之 2% 成長率。依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 5.358%。

(4)應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。

## 二、103 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

### (一)總額設定公式：

■ 103 年度醫院醫療給付費用總額 = 校正後 102 年度醫院一般服務醫療給付費用  $\times$  (1 + 103 年度一般服務成長率) + 103 年度專款項目經費 + 103 年度醫院門診透析服務費用

■ 103 年度醫院門診透析服務費用 = 102 年度醫院門診透析服務費用  $\times$  (1 + 成長率)

註：校正後 102 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依費協會第 114 次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

### (二)總額協商結論：

經醫院部門與付費者代表兩度(9 月 27~28 日及 10

月 25 日)協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定：

付費者代表方案：

1.一般服務成長率為 2.583%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 1.909%，協商因素成長率 0.674%，各項協商因素及建議事項如下：

(1)品質保證保留款(0%)：

①依醫院總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於 102 年 11 月底前完成相關程序，並於 103 年 6 月底前提送前一年度執行成果。

②金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限(102 年該項成長率為 0.1%，約 3.2 億元)，其餘額度回歸一般服務預算。

③請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，於 103 年 6 月底前，完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目與監測值。

(2)新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.584%)：請中央健康保險署訂定相關項目之額度與開放時程，並於 102 年 12 月委員會議說明訂定原則及作業時程，若未於預定時程內導入，則扣減該額度。

(3)修訂降血脂藥品給付規定(0%)。

(4)特殊材料採每點 1 元之差額(0%)。

(5)提升醫療照護品質(重症為主)(0%)。

(6)合理調高藥事服務費(0.090%)：

①應配合訂定合理調劑量，其調整方案並須經全

民健康保險會同意。

②請於 103 年 6 月底前提送執行情形。

(7)配合結核病防治政策改變之費用(0.007%)。

(8)配合安全針具推動政策之費用(0.029%)。

(9)原一般服務移列由專款支應之藥費(-0.033%)：

①類血友病用藥，移由「罕見疾病、血友病藥費」專款支應。

②肝臟移植術後之免疫球蛋白藥費，移由「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款支應。

(10)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.003%)。

(11)關床致影響醫療利用者，應按每床每日費用扣減 103 年度總額。

2.專款項目全年經費為 16,201.3 百萬元：

具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)由中央健康保險署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於 102 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 102 年 12 月底前完成，並於 103 年 6 月底前提報執行成果及成效評估報告(新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協考量。

(1)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：全年經費 3,972 百萬元，不足部分由其他預算支應。

(2)罕見疾病、血友病藥費：

①全年經費 7,815 百萬元，不足部分由其他預算支應。

②為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署於 103 年 3 月前，提出專案報告。

(3)醫療給付改善方案：

- ①全年經費 567.3 百萬元。
  - ②辦理原有之糖尿病、氣喘、乳癌、精神分裂症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤等 5 項方案，並新增早期療育方案。
  - ③糖尿病照護方案應擴大院所照護涵蓋率，並考慮以醫療院所為獎勵單位，且相關方案皆應訂定嚴格之退場機制。
- (4)急診品質提升方案：全年經費 320 百萬元。
- (5)提升住院護理照護品質方案：
- ①全年經費 2,000 百萬元。
  - ②本項經費不得用於調整支付標準，實施方案並應由中央健康保險署於 103 年 4 月前，提經全民健康保險會同意。
- (6)繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵：
- ①全年經費 667 百萬元，含第 2 及第 3 階段 DRGs 項目之導入。
  - ②本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。
- (7)醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案：全年經費 60 百萬元，配合支援西醫基層醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。
- (8)全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：
- ①全年經費 800 百萬元，含原 102 年其他預算項下所編列經費(500 百萬元)移列至醫院總額部門，並增加 300 百萬元。
  - ②本項經費用於繼續辦理原計畫，及新增「鼓勵偏鄉醫院提供重度急診服務」。
- (9)修訂黃斑部新生血管病變藥品(Lucentis)適應症

所增費用：全年經費 0 元。

(10)受刑人之醫療服務費用：原 102 年所編經費 (903.7 百萬元)移列至其他預算項下統籌運用，並不算入基期費用中。

### 3.門診透析服務：

(1)合併醫院及西醫基層兩總額部門所協定之年度門診透析服務費用，並統為運用。

(2)合併醫院及西醫基層兩總額部門之年度門診透析服務費用，協商新年度成長率，並依協商當年第 1 季醫院總額及西醫基層總額之門診透析費用點數占率分配計算而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

(3)門診透析服務總成長率為 3.7%，其基期費用包含 102 年度之 2% 成長率。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 2.519%。

(4)應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。

4.前述三項額度經換算，103 年度醫院醫療給付費用總額，較 102 年度所核定總額成長 3.281%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 2.990%。各細項成長率及金額如表 2。

### 醫院代表方案：

1.一般服務成長率為 3.239%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 1.909%，協商因素成長率 1.330%，各項協商因素及建議事項如下：

(1)品質保證保留款(0%)。

(2)新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0%)。

(3)修訂降血脂藥品給付規定(0%)：醫院代表建議修

訂藥品給付規定時，應就費用及財源進行相關影響評估。

- (4)特殊材料採每點 1 元之差額(0.627%)：本項經費係依全民健康保險法第 62 條第 1 項規定編列。
- (5)提升醫療照護品質(重症為主)(0.584%)。
- (6)合理調高藥事服務費(0.090%)。
- (7)配合結核病防治政策改變之費用(0.007%)。
- (8)配合安全針具推動政策之費用(0.058%)。
- (9)原一般服務移列由專款支應之藥費(-0.033%)：
  - ①類血友病用藥，移由「罕見疾病、血友病藥費」專款支應。
  - ②肝臟移植術後之免疫球蛋白藥費，移由「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款支應。
- (10)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.003%)

2.專款項目全年經費為 14,734.3 百萬元：

- (1)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：全年經費 3,972 百萬元，不足部分由其他預算支應。
- (2)罕見疾病、血友病藥費：全年經費 7,815 百萬元，不足部分由其他預算支應。
- (3)醫療給付改善方案：
  - ①全年經費 567.3 百萬元。
  - ②辦理原有之糖尿病、氣喘、乳癌、精神分裂症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤等 5 項方案，並新增早期療育方案。
- (4)急診品質提升方案：全年經費 320 百萬元。
- (5)提升住院護理照護品質方案：全年經費 2,000 百萬元。
- (6)繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵：全年經費 0 元。
- (7)醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善

方案：全年經費 60 百萬元，配合支援西醫基層醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。

(8)全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：本項為國家衛生應扶植之事項，應維持於其他預算項下編列經費支應。

(9)修訂黃斑部新生血管病變藥品(Lucentis)適應症所增費用：全年經費 0 元，醫院代表建議修訂藥品給付規定時，應就費用及財源進行相關影響評估。

(10)受刑人之醫療服務費用：原 102 年所編經費(903.7 百萬元)移列至其他預算項下統籌運用，並不算入基期費用中。

3.門診透析服務：同付費者代表方案。

4.前述三項額度經換算，103 年度醫院醫療給付費用總額，較 102 年度所核定總額成長 3.489%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 3.198%。各細項成長率及金額如表 2。

## 第二案

案由：本會上(第 3)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請 鑒察。

主席裁定：決議(定)事項之追蹤，一併在下次委員會議處理。

## 第三案

案由：103 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率報告案，請 鑒察。

決定：為利中央健康保險署研提保險費率方案，及會同各部門總額相關團體研擬其相關計畫/方案作業時程之需，請幕僚單位於會後將上次委員會議確定之牙醫門診與中醫門診總額、其他預算之協定結果，及本次醫



院與西醫基層總額重啟協商之結論，報請衛生福利部核定與決定。

#### 第四案

案由：衛生福利部醫事司、中央健康保險署「如何促使各層級醫院發揮其應有的角色功能，及內、外、婦、兒、急診五大科人力缺乏等問題之解決方案」報告，請鑒察。

主席裁定：保留至下次委員會議報告。

#### 第五案

案由：中央健康保險署「102年9月份全民健康保險業務執行報告」，請鑒察。

主席裁定：請中央健康保險署將本報告之重點，併入下次委員會議相關報告中。

### (貳)討論事項

#### 第一案

提案單位：本會第三組

案由：103年度牙醫門診總額一般服務費用分配案，提請討論。

主席裁定：保留至下次委員會議討論。

#### 第二案

提案單位：本會第三組

案由：103年度中醫門診總額一般服務費用分配案，提請討論。

主席裁定：保留至下次委員會議討論。

#### 第三案

提案單位：本會第三組

案由：103年度西醫基層總額一般服務費用分配案，提請討論。

論。

主席裁定：保留至下次委員會議討論。

#### 第四案

提案單位：本會第三組

案由：103 年度醫院總額一般服務費用分配案，提請 討論。

主席裁定：保留至下次委員會議討論。

#### 第五案

提案單位：中央健康保險署

案由：「102 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，  
提請 討論。

主席裁定：保留至下次委員會議討論。

#### 第六案

提案人：謝委員武吉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：為了解現行健保就醫概況與醫療費用使用情形，建議  
於「全民健康保險業務執行報告」增列有關醫療院所  
初次級醫療照護比例、CMI 值等資料，提請 討論。

主席裁定：保留至下次委員會議討論。

#### (參)臨時提案

##### 第一案

提案人：蔡委員登順、謝委員天仁(提案資料詳附件一)

連署人：吳委員玉琴、林代理委員穆弘、林代理委員恩豪、  
葉委員宗義、侯委員彩鳳、干委員文男、楊委員芸  
蘋、李委員永振

代表類別：保險付費者代表

案由：103 年度醫院及西醫基層總額於 102 年 9 月份召開協  
商暨委員會議後再次協商為特例，未來不應援引辦理  
案，提請 討論。

決議：為凝聚共識，以期來年總額協商順利，往後於年度總額協商會議前，宜多召開會前溝通會議，討論中央健康保險署及各部門總額所研提之協商項目/計畫/方案內容。若經努力仍協商未果，則應依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條之規定，將付費者及醫事服務提供者代表委員之方案，陳報主管機關決定，不再重啟協商。

## 第二案

提案人：侯委員彩鳳、楊委員芸蘋(提案資料詳附件二)

連署人：林委員錫維、干委員文男、吳委員玉琴、蔡委員登順、謝委員天仁、葉委員宗義、李委員永振、林代理委員穆弘

代表類別：保險付費者代表

案由：因誤用黑心食用油所引發之病變而門診、住診之醫療費用勿列為健保醫療支出，以杜絕不當使用之醫療資源案，提請 討論。

決議：請中央健康保險署依據全民健康保險法第 95 條之規定辦理相關事宜。

## 第三案

提案人：陳委員宗獻(提案資料詳附件三)

連署人：蔡委員明忠

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：為維持總額財務穩定，在「修訂藥品給付規定之財務連動機制」未建立前，應維持藥品原給付規定或送衛生福利部裁示處理案，提請 討論。

決議：請中央健康保險署藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議，妥為處理西醫基層代表所建議，建立「修訂藥品給付規定之財務連動機制」，並檢討降血脂藥品(Statins)及黃斑部新生血管病變藥品(Lucentis)給付規

定之修訂。

拾壹、散會：下午5時47分。

表 1 103 年度西醫基層醫療給付費用成長率項目表

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
<b>一般服務</b>				
<b>醫療服務成本及人口因素成長率</b>		<b>0.811%</b>	<b>781.5</b>	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 = [(1+投保人口數年增率)*(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1
投保人口數年增率		0.205%		
人口結構改變率		0.966%		
醫療服務成本指數改變率		-0.361%		
<b>協商因素成長率</b>		<b>0.823%</b>	<b>793.1</b>	
醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.100%	96.4	<ol style="list-style-type: none"> <li>依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於 102 年 11 月底前完成相關程序，並於 103 年 6 月底前提送前一年度執行成果。</li> <li>金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。</li> <li>請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，於 103 年 6 月底前，完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目與監測值，並應以發展結果面指標為方向。</li> </ol>
支付項目的改變	新醫療科技(包括新診療項目、新藥及新特材)	0.104%	100.2	請中央健康保險署於 102 年 12 月委員會議說明訂定原則及作業時程，並於 103 年 6 月底前提送執行情形。
	修訂降血脂藥品給付規定	0.000%	0.0	西醫基層代表建議修訂藥品給付規定時，應就費用及財源進行相關影響評估。
	新增跨表項目	0.018%	17.3	<ol style="list-style-type: none"> <li>新增 6 項跨表項目，其中 64271B 橈骨尺骨遠心端骨折經皮穿刺內固定復位手術，須有麻醉師與開刀房等設備。</li> <li>應於 102 年 12 月底前完成相關程序(含適應症之訂定)，若未能於年度開始時實施，則扣減本項成長率。</li> </ol>

項 目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
	配合 102 年醫院 部門調整急重 難科別之政策	0.104%	100.2	請中央健康保險署於 102 年 12 月委員會議說明擬調整項 目與作業時程，並於 103 年 6 月底前提送執行情形。
	配合結核病防 治政策改變之 費用	0.007%	6.7	
	配合安全針具 推動政策之費 用	0.004%	3.9	
	提升用藥品質	0.010%	9.6	
	提升婦產科夜 間住院護理照 護品質	0.062%	59.7	
其他醫療 服務及密 集度的改 變	因就醫可近性 提升，對就醫人 數及醫療費用 成長之影響(含 慢性病照護之 增進)	0.467%	450.0	
其他議定 項目	違反全民健保 醫事服務機構 特約及管理辦 法之扣款	-0.053%	-51.1	
<b>一般服務成長率</b>		<b>1.634%</b>	<b>1,574.6</b>	
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>				
醫療資源不足地區改善方案		150.0	0.0	
慢性 B 型及 C 型肝炎治療計 畫		200.0	43.0	不足部分由其他預算支應。
醫療給付改善方案		205.5	43.1	1.辦理原有之糖尿病、氣喘、 精神分裂症、B 型肝炎帶原 者及 C 型肝炎感染者個案追 蹤等 4 項方案，並新增早期 療育方案。 2.糖尿病照護方案應擴大院所 照護涵蓋率，並考慮以醫療 院所為獎勵單位，且相關方 案皆應訂定嚴格之退場機 制。

項 目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協 定 事 項
家庭醫師及診所以病人為中心整合照護計畫	1,200.0	-15.0	應訂定嚴格之退場機制。
修訂黃斑部新生血管病變藥品(Lucentis)適應症所增費用	0.0	0.0	西醫基層代表建議修訂藥品給付規定時，應就費用及財源進行相關影響評估。
受刑人之醫療服務費用	0.0	0.0	原 102 年所編經費(262.4 百萬元)移列至其他預算項下統籌運用，並不算入基期費用中。
專款金額	1,755.5	71.1	
(一般服務+專款)成長率預估值及增加金額	1.678%	1,645.7	
門診透析服務成長率	5.358%	708.7	
總成長率預估值及增加金額 <sup>註1</sup> (一般服務+專款+門診透析)	2.116%	2,354.3	
較 102 度核定總額成長率	2.391%	—	

註：1.計算總成長率所用之基期費用，一般服務含校正投保人口數成長率差值，專款不含移出之 102年「受刑人之醫療服務費用」。

2.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

表 2 103 年度醫院醫療給付費用成長率項目表(兩案送主管機關裁決)

項目		付費者代表方案		醫院代表方案	
		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)
<b>一般服務</b>					
醫療服務成本及人口因素成長率		1.909%	6,542.4	1.909%	6,542.4
投保人口數年增率		0.205%		0.205%	
人口結構改變率		1.895%		1.895%	
醫療服務成本指數改變率		-0.194%		-0.194%	
<b>協商因素成長率</b>		<b>0.674%</b>	<b>2,309.9</b>	<b>1.330%</b>	<b>4,558.1</b>
醫療品質 及保險對 象健康狀 態的改變	品質保證保留款	0.000%	0.0	0.000%	0.0
支付項目 的改變	新醫療科技(包括新增 診療項目、新藥及新特 材等)	0.584%	2,001.4	0.000%	0.0
	修訂降血脂藥品給付規 定	0.000%	0.0	0.000%	0.0
	特殊材料採每點 1 元之 差額	0.000%	0.0	0.627%	2,148.8
	提升醫療照護品質(重 症為主)	0.000%	0.0	0.584%	2,001.4
	合理調高藥事服務費	0.090%	308.4	0.090%	308.4
	配合結核病防治政策 改變之費用	0.007%	24.0	0.007%	24.0
	配合安全針具推動政策 之費用	0.029%	99.4	0.058%	198.8
	類血友病用藥及肝臟移 植術後免疫球蛋白之藥 費移至專款支付	-0.033%	-113.1	-0.033%	-113.1
其他議定 項目	違反全民健保醫事服務 機構特約及管理辦法之 扣款	-0.003%	-10.9	-0.003%	-10.9
<b>一般服務成長率</b>		<b>2.583%</b>	<b>8,852.3</b>	<b>3.239%</b>	<b>11,100.5</b>



<b>專款項目(全年計畫經費)</b>				
鼓勵器官移植並確保術後追蹤 照護品質	3,972.0	300.0	3,972.0	300.0
罕見疾病、血友病藥費	7,815.0	951.0	7,815.0	951.0
醫療給付改善方案	567.3	67.5	567.3	67.5
急診品質提升方案	320.0	0.0	320.0	0.0
提升住院護理照護品質方案	2,000.0	-500.0	2,000.0	-500.0
繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵	667.0	280.0	0.0	-387.0
醫院支援西醫基層總額醫療資源 不足地區改善方案	60.0	10.0	60.0	10.0
全民健康保險醫療資源不足地區 醫療服務提升計畫	800.0	800.0	0.0	0.0
修訂黃斑部新生血管病變藥品 (Lucentis)適應症所增費用	0.0	0.0	0.0	0.0
受刑人之醫療服務費用	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>專款金額</b>	<b>16,201.3</b>	<b>1,908.5</b>	<b>14,734.3</b>	<b>441.5</b>
<b>(一般服務+專款)成長率預估值 及增加金額</b>	<b>3.014%</b>	<b>10,760.8</b>	<b>3.233%</b>	<b>11,542.0</b>
門診透析服務成長率	2.519%	467.9	2.519%	467.9
<b>總成長率預估值及增加金額(註 1) (一般服務+專款+門診透析)</b>	<b>2.990%</b>	<b>11,228.7</b>	<b>3.198%</b>	<b>12,009.9</b>
<b>較 102 年度核定總額成長率</b>	<b>3.281%</b>	—	<b>3.489%</b>	—

註：1.計算總成長率所用之基期費用，一般服務含校正投保人口數成長率差值，專款不含移出之102年「受刑人之醫療服務費用」。

2.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

臨時提案第一案

提案人：蔡委員登順、謝委員天仁

連署人：吳委員玉琴、林代理委員穆弘、林代理委員恩豪、葉委員宗義、侯委員彩鳳、干委員文男、楊委員芸蘋、李委員永振

代表類別：保險付費者代表

案由：103 年度醫院及西醫基層總額於 102 年度 9 月份召開協商暨委員會議後再次協商為特例，未來不應援引辦理案，提請 討論。

決議：

臨時提案第二案

提案人：侯委員彩鳳、楊委員芸蘋

連署人：林委員錫維、干委員文男、吳委員玉琴、蔡委員登順、謝委員天仁、葉委員宗義、李委員永振、林代理委員穆弘

代表類別：保險付費者代表

案由：因誤用黑心食用油所引發之病變而門診、住診之醫療費用勿列為健保醫療支出，以杜絕不當使用之醫療資源案，提請 討論。

說明：

- 一、消費者衍生出病症經查明為政府疏失，應列為國健署或相關部門支付。
- 二、若查明為黑心業者所為，則須為業者全責承擔。
- 三、若有罰鍰則歸入健保署，以增加對付費者之援助、保障。

決議：

臨時提案第三案

提案人：陳委員宗獻

連署人：蔡委員明忠

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：為維持總額財務穩定，在「修訂藥品給付規定之財務連動機制」未建立前，應維持藥品原給付規定或送衛生福利部裁示處理案，提請討論。

說明：

- 一、經本會 10 月 25 日會議共識，未來應建立有關「修訂藥品給付規定致影響總額財務之財源配套機制」。
- 二、按中央健保署公告放寬 Lucentis 及 Statins 藥品適應症之給付規定，惟未提出完整之總額財務影響評估暨財源配套，亦未與總額部門協商，已嚴重衝擊總額。
- 三、全聯會建議，未來除建立財務連動機制外，亦應就目前已放寬適應症之 Lucentis 及 Statins 規定，回復原藥品給付規定或送衛生福利部裁示處理。
- 四、健保法第 42 條規定：  
「醫療服務給付項目及支付標準之訂定，...。  
前項醫療服務給付項目及支付標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務；藥物給付項目及支付標準之訂定，亦同。  
...」。

辦法：請同意通過說明段三。

決議：

第 1 屆 102 年第 4 次委員會議  
與會人員發言實錄



## 壹、臨時動議「103 年度醫院及西醫基層醫療給付費用總額協商因素項目及成長率重啟協商程序案」與會人員發言實錄

### 鄭主任委員守夏

- 一、在進入正式會議討論前，先討論議程。有關重啟協商，本會議事規範對該事項並無著墨，但依據協商原則及健保法，協商不成即應送衛生福利部裁決。本會前將醫院及西醫基層總額的協商結果(會議紀錄)送部後，部於本(102)年 10 月 17 日來函，要求續予協商。
- 二、請各位委員對是否願意重啟協商，以及若願重啟協商，可否同意利用今天上午至中午 12 點的時間，將兩部門協商未達共識的部分，再次協商，之後再召開委員會議等表示意見。

### 謝委員天仁

- 一、主席、各位委員，依據健保法規定，本會協商不成就要送部裁決。現在部交付我們再協商，當然有其政策考量，但我要講的是，假使每次都這樣，就表示法律所訂的機制有問題。
- 二、費協會時代已建立良好的協商機制，有關重啟協商，建議沿用其程序規定。若要重啟協商，需嚴謹其程序，例如要有相關提案，並經委員會議討論，在協商團體有意願的前提下，做成相關決議，這才是整體流程應建立的機制。

### 鄭主任委員守夏

- 一、感謝謝委員，今天本來就有例行的委員會議，所以未另行調查委員的時間，因為要湊出大家共同的時間幾乎不可能。這是部交議的案子，會影響會議時間及議程安排，建議可考慮在召開委員會議之前，用議程變更的方式，以臨時動議或臨時提案處理。
- 二、可否先就本案交換意見，今天本會首次碰到這種狀況。重啟協商是大事，且會產生重大影響，應該要慎重，而且也應尊重

以前費協會的慣例。請大家就謝委員天仁的建議，對是否同意重啟協商乙事進行意見交換，因為尚未進入正式開會，不知道算不算臨時動議，但程序正義仍須遵守。請問付費者及醫界代表同意或不同意，需提臨時提案或臨時動議嗎？是否請醫界這邊提出？

蘇代理委員清泉(蔡委員明忠代理人)

就由我們醫界提出重啟協商的臨時動議，這也是第一個案例，請問委員有無意見？有無委員附議？

鄭主任委員守夏

有人附議嗎？請楊委員漢淥。

楊委員漢淥

- 一、我是醫院協會理事長，附議這個提議。
- 二、本會協商的程序都走完了，協商結果雙方有蠻大的差距，陳報到衛生福利部，部長也看過。本案是衛福部退回要求我們重新協商，並不是本會沒有報部就改變既定的總額協商原則。
- 三、上次協商結果雙方差距頗大，大家有責任思考，如何幫忙台灣的醫療院所在健保總額之下，能夠正常營運。我們願意與大家再充分溝通、討論。

鄭主任委員守夏

付費者代表是否有意願再重新協商？

謝委員天仁

- 一、很多協商項目雙方確實意見不同，若健保會第一次進行總額協商，就發生這種狀況，則健保會協商平台的功能會流失，對整體法制面而言，是很嚴重的事。站在付費者代表的立場，原則上也同意重啟協商。
- 二、既然醫院及西醫基層部門願意提案，付費者希望醫界能了解，要重新啟動協商，大家就必須慎重其事，盡量達成協定。如果



最後還是落差很大，就枉費大家在程序上的努力，也沒有發揮協商平台應有的功能。期待醫院及西醫基層部門在協商時都能儘量折衝、協調。

鄭主任委員守夏

付費者代表這邊都附議嗎？請蔡委員登順。

蔡委員登順

原則上附議，不過要在此聲明，希望重啟協商不要成為慣例，如果成為慣例，未來協商會更加艱困。希望今年只是一個特別案例，未來對協商未達共識部分，就送衛福部裁決，不再重啟協商，要有這樣的決心，否則以後協商會更加困難，此點希望明確記錄下來，在此前提下，同意重啟協商。

鄭主任委員守夏

請侯委員彩鳳。

侯委員彩鳳

原則上附議，不然僵在這裡也不好，但希望提出重新協商的團體要拿出誠意，不希望明年又來一次。35位委員的表現，社會大眾都在看，希望大家好好把這件事談好。上次會議已經講過，我們不要讓部長為難，健保會可解決的問題，為何要報部長裁決？何委員語沒來，他曾提到一些風風雨雨的事，這對委員會不好，也對這麼認真辛苦的主委不好，希望今天重啟協商，大家都能拿出誠意，也要有成果。

鄭主任委員守夏

謝謝侯委員，請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

既然確定要重啟協商，希望不管是醫界或付費者代表，大家都要釋出善意，來把問題解決，不要明年再來一次，這樣不太好，趕快把事情處理好，才能讓大家安心。

鄭主任委員守夏

付費者的意見，非常明確，重啟協商是萬不得已的決定。請陳委員川青。

陳委員川青

健保會今年第一次協商總額，希望醫界、各機關團體代表，應該在體制規範下，在行政院核定的總額上限內協商，不可以超過，因健保會的職權僅及於此範圍，若超過，那就是越線，不符合體制要求。我們務必要在總額上限之下達成共識，若超出上限，那是對體制的挑戰，此點應該列入紀錄。醫院、西醫基層或任何部門都不應該提出比上限還高的成長率，這是不正確的。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

贊同前面幾個委員的意見。此次有兩部門未達共識，但剛才僅西醫基層的代表提出重啟協商，若要重啟協商，應兩部門都有意願才行，不要到後來又說重啟協商是別人提的，那就不好，希望兩個部門都要有意願。

鄭主任委員守夏

兩部門應該都有意願，醫院部門的代表是楊理事長、西醫基層的代表是蘇理事長，兩位要發言嗎？請蘇理事長清泉。

蘇代理委員清泉(蔡委員明忠代理人)

一、感謝候委員彩鳳、謝委員天仁、干委員文男，還有幾位先進的說法。我想二代健保實施後，健保會是法定的常設單位，照理說，這裡是健保大小事最高的決策單位，一定要呵護這個委員會。全國百姓都在看，如果健保會吵吵鬧鬧，不僅醫界有壓力，付費者有壓力，連政府單位都有壓力。強烈建議，往後該健保會決定的事項，都應該在這裡決定，不要動不動就報部裁示。

現在衛福部已經焦頭爛額，對於表達希望今天能夠談成的部長，我們必須有保護雷恩大兵的心情。向大家報告，我很期待今天能夠談成，若談不成，就算會議延長到需要吃三個便當也要談，這侯委員彩鳳很了解，在立法院常審議到半夜，大家一定要有談成的決心。

- 二、健保會若協商兩個版本，而部長又採付費者版本，醫界會覺得委屈，往後不來開會，那就完蛋了；但吳委員肖琪也表示，若意見不被尊重，以後也不想來開會，那也一樣淒慘。健保會非常重要，一定要用心呵護，真得不要大小事都送部長裁決，若部長不裁，再交議回來，不是更糟，強烈建議今天務必完成使命。
- 三、上次談判過程，有些代表說話比較衝，若讓其他委員感覺不受尊重，我在這邊向大家致歉。
- 四、有關何委員語提到一些風風雨雨的事，我已向何委員鄭重澄清，在談判前、中、後，我沒有帶任何一個醫界代表跟部長見面。我因為擔任立法院黨團的召委、委員長，為了預算案、預算解凍案以及各種法案，難免會跟部長見面討論，但從未討論過健保費用成長多少，所談都是疫苗、食品安全等問題。再次向大家致意，希望雙方以輕鬆的心情，嚴肅面對問題，讓談判能達成共識。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、今天重啟協商，並不代表協商退步，因為今年是二代健保實施的第一年，也是健保會運作的第一年。現在的健保法規與過去不一樣，本會在面臨健保財務收支連動的要求下，必須考量資源分配的正義，例如罕見疾病、重大傷病的費用，可以毫無限制的一直成長嗎？還是應該控制在2倍、3倍或4倍之內，這

都是我們該討論的。

二、今年協商會碰到阻礙，原因是大家對於新藥、新給付規定、新治療方法意見不同，所以協商無法有共識，結果送到衛福部繞了一圈又再回來。我們都在學習，希望能為明年奠定制度，讓不該發生的問題不再發生，這是我的期待，也希望重啟協商可以得到共識及結論。

鄭主任委員守夏

謝謝，現在已接近十點，如果沒有特別意見，開始協商會議。

**【重啟協商的會議過程及發言實錄另案處理】**

貳、報告事項第一案「確認本會上次(第 3 次)委員會議紀錄暨西醫基層、醫院總額重啟協商之結論」、報告事項第三案「103 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率報告案」與會人員發言實錄  
鄭主任委員守夏

一、現在開始今天的委員會議，首先確認會議紀錄(含西醫基層及醫院總額重啟協商之結論)，各位是否同意不宣讀文字，直接確認 5 張成長率項目表(未有委員表示意見)。其中四個部門總額之協商已有共識，為牙醫、中醫、西醫基層總額及其他預算，今天需要確認數字無誤，至於文字部分，由於時間因素，請委員直接參看，同仁對協商文字的處理已有 10 餘年經驗，應沒問題，但請大家也幫忙看。

(一)先從牙醫開始，請直接參看議程第 24 頁，表 1、103 年度牙醫門診醫療給付費用成長率項目表，一般服務之醫療服務成本及人口因素成長率 0.431%，協商因素成長率-0.067%，一般服務成長率合計 0.364%，約增加 1 億 3 千 3 百萬元；專款項目金額合計 15 億 6 千 7 百萬元，約增加 4 億 6 千 3 百萬元；相較 102 年度核定總額成長率為 1.888%。這是牙醫部分，若無問題就確認。(未有委員表示意見)

(二)請參看議程第 26 頁，表 2、103 年度中醫門診醫療給付費用成長率項目表，一般服務之醫療服務成本及人口因素成長率 1.417%，協商因素成長率 0.905%，一般服務成長率合計 2.322%，約增加 4 億 8 千 7 百萬元；專款項目金額合計 1 億 8 千 7 百萬元，約減少 4 千 1 百萬元；相較 102 年度核定總額成長率為 2.421%，若無問題就確認。(未有委員表示意見)

(三)請大家參看剛剛發放，於稍早完成協商的「103 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配」，資料計 6 頁。請翻到第 4 頁，一般服務之醫療服務成本及人口因素成長率 0.811%，協商因素成長率 0.823%，細項就不唸，一般服務成長率

1.634%，約增加 15 億 7 千 4 百萬元；專款項目金額合計約 17 億 5 千 5 百萬元；門診透析服務成長率 5.358%；較 102 年度核定總額成長率為 2.391%。請西醫基層代表確認，另陳委員宗獻於今天早上所召開協商會議之發言，已記錄在其中(陳委員宗獻欲發言)，陳委員可否於其他預算確認後再談(陳委員宗獻：好)。

(四)請參看議程第 32 頁，其他預算總計約 107 億 8 千 2 百 40 萬，較 102 年約增加 19 億 5 千 2 百萬。

(五)以上為協商確定之處，將報衛福部核定。至於醫院部門就依剛剛協商會議螢幕上的資料，報部裁決。

二、今天的報告案可否都跳過去(未有委員表示意見)，直接進行幾個與總額協商較有相關的臨時提案。

柯執行秘書桂女

報告事項第三案，請參看議程第 45 頁說明六，為利健保署會同各部門總額相關團體研擬協商計畫，目前定案的三個部門及其他預算，及需報部裁決的醫院部門，擬於今天會後即報請衛福部核定與決定，本案可否就此決定？而今天稍早西醫基層及醫院部門再次協商的結果，幕僚也會配合修正相關附表。

鄭主任委員守夏

補充說明，過去是在總額協商成長率後，再討論各部門六分區的分配，也就是總額成長率及分配都談完，才送部核定，但今年時程已 delay(延遲)，各部門分區預算的部分雖尚未協商，但預計將總額成長率的部分，先報部核定。定案後，下個月才能討論收支連動及費率審議的試算工作，這是本會過去沒有的任務，也是今年 11 月最重要的工作。報告事項第三案，要將成長率及金額先報部核定，再請健保署計算平衡費率。這樣可以嗎？(未有委員表示意見)大家同意的話，本案就定案。

吳委員肖琪

雖然醫院總額要報部裁定，但可否寫個但書。有兩件事，一是整體病床數要控管；另一件事要拜託健保署，有關慢性精神病床及超長住院都要控管，這樣社區精神照護才能走出來。

鄭主任委員守夏

一、建議用另外提案的方式處理，因為今天沒有特別談到這部分，若在此落下但書，會有點奇怪。在醫事司來會報告時，另外提案討論，會更明確，也可讓健保署預先準備相關資料，例如成長率、花費金額等，如此大家會比較有概念。

二、若無其他意見，報告事項第三案就此確定，並陳報衛福部核定。

陳委員宗獻

剛剛西醫基層再次協商的結論，表格已看過，另對文字部分有意見。請參看第2頁「3.修訂降血脂用藥(Statins)給付規定：西醫基層代表同意不編列預算，惟建議未來修訂藥品給付規定，...」，就是早上讓大家談那麼久，覺得無聊又煩的部分。我從沒同意不編列，而是說我們必須處理，也就是剛跟主席說過，要另外提案，兩者要綁在一起，如果這樣寫就不用提案了。

鄭主任委員守夏

請直接建議文字。

陳委員宗獻

「西醫基層代表同意不編列預算」文字，會變成基層要背負這幾億元的費用，但我們背不起來，所以「3.修訂降血脂用藥(Statins)給付規定：西醫基層代表同意不編列預算，惟建議未來修訂藥品給付規定...」，請改為「3.修訂降血脂用藥(Statins)給付規定：西醫基層代表建議修訂藥品給付規定，應就費用影響及財源進行評估」。另第3頁「5.放寬黃斑部新生血管病變藥品(Lucentis)適應症所增費用」項目，文字也比照修正。

柯執行秘書桂女

加一個「時」比較好，就是「西醫基層代表建議修訂藥品給付規定

時，....」。

鄭主任委員守夏

為方便議事，西醫基層的協商結論先確認。上開二項藥品部分，因與稍後要討論的臨時提案有關，所以等討論後，再回頭修正及確認文字。

謝委員武吉

剛才醫院部門有關「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」，我們本來建議編列在其他預算，現在又變成專款，不是這樣，再討論一下。

鄭主任委員守夏

剛才的版本要報衛福部裁決，您想改哪一頁？

謝委員武吉

議程第 29 頁。

鄭主任委員守夏

這部分是付費者代表的方案，須尊重他們的意見，就不變動。

謝委員武吉

我覺得兩方案成長率只差 0.2% 多，沒有處理好，很可惜。

鄭主任委員守夏

對不起，這超過我的能力。開始進入臨時提案。



參、臨時提案一「103 年度醫院及西醫基層總額於 102 年 9 月份召開協商暨委員會議後再次協商為特例，未來不應援引辦理案」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

陳委員宗獻的提案先討論好嗎？(未有委員表示意見)請問大家都有拿到資料嗎？就是提案人為陳委員宗獻、附議人蔡委員明忠的提案。資料還沒發，利用發放資料的時間，請先看蔡委員登順及謝委員天仁的提案，拜託提案委員先說明。

蔡委員登順

本臨時提案由我與謝委員天仁所提，代表類別為保險付費者代表，案由為「103 年度醫院及西醫基層總額於 102 年度 9 月份召開協商暨委員會議後再次協商為特例，未來不應援引辦理」，也就是未來不要再有類似重啟協商的情事發生。

陳委員宗獻

我們基本上就主張從體制上處理，不要再發生類似情事。

鄭主任委員守夏

- 一、重點應該是將準備工作提前，就是協商前，可以多舉辦溝通會議，而非協商不成再來補救，即事先多召開會前會討論方案，才不會有「這 20 億是做什麼？不知道」之類的提問，也可避免協商會議後再重啟協商。今後，將不再「重啟協商」。
- 二、決議文字可否寫為，往後協商可以加強會前討論、溝通，協商會議結束後，不再重啟協商，即使協商不成，就直接報衛福部決定，可以嗎？(多位委員表示同意)本案就同意，文字請幕僚再潤飾。

肆、臨時提案二「因誤用黑心食用油所引發之病變而門診、住診之醫療費用勿列為健保醫療支出，以杜絕不當使用之醫療資源案」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

進入下一案。幕僚表示：楊委員芸蘋與侯委員彩鳳也有個臨時提案，且資料已印好，所以先討論該案。請楊委員說明。

楊委員芸蘋

- 一、這個案子與協商沒有關係，但是跟每個人的健康都有關係。最近大家都可在電視上看到黑心油的問題，吃了多年的黑心油，若身體出了毛病，去門診、住診的醫療費用算誰的？我與侯委員彩鳳提案，如果消費者因食用黑心油，所衍生出的疾病，經查明為政府疏失的話，應由國健署或相關單位負責該醫療費用；若係黑心廠商所為的話，則所衍生的醫療費用，需由該業者全數負擔。
- 二、若有罰鍰，則匯入健保署帳戶，以增加對健保付費者的援助與保障。
- 三、本案連署人有林委員錫維、干委員文男、吳委員玉琴、蔡委員登順、謝委員天仁、葉委員宗義、李委員永振、林代理委員穆弘，這是我們對目前社會新聞所做的特別呼籲。

鄭主任委員守夏

- 一、之前有詢問過，基本上若民眾是因黑心油品而生病，一則判斷並不容易，還有這個提案，會讓民眾認為不能用健保卡看病。
- 二、建議前提為消費者經診斷證明，認定是因黑心油品而造成的疾病，可比照汽、機車強制第三人責任險之代位求償，健保署應於事後 follow(追蹤)事態變化情形。

謝委員武吉

記得我當兵時，發生過米糠油中毒，也就是多氯聯苯中毒事件，最後由哪個單位負責？

曲委員同光

國民健康署。

鄭主任委員守夏

既然是代位求償，即表示存在某個單位可被健保署求償，等到釐清後，不論是涉及國民健康署或 TFDA(食品藥物管理署)，則請健保署依據我們的決議行使代位求償。

謝委員武吉

主席，為何剛才說現在開會像在參加費協會，而非健保會，係因我們都未討論到最重要的事情，我們喝到含塑化劑的飲料，吃到有害健康的油，到底這些事情如何處理？洗腎及罹患癌症的人很多，耗用的健保醫療費用也很高。

鄭主任委員守夏

委員可以參看桌上資料夾所附的健保法規，健保會可以請健保署依據健保法第 95 條規定，於保險對象發生汽車交通事故、公共安全事故、其他重大之交通事故、公害或食品中毒等事件時，辦理後續相關事宜。我們所做的決議不宜與法律規定不同，這樣可以嗎？

楊委員芸蘋

可以，沒意見。

鄭主任委員守夏

- 一、本案就請健保署依據健保法第 95 條規定辦理相關事宜。
- 二、今天是協商總額，尚不觸及剛剛謝委員武吉所提監理議題。我們 1 年召開 12 次會議，若不夠，應可提案討論如何再增加監理機制。

謝委員武吉

有提案沒有執行，等於零。

鄭主任委員守夏

好，了解。

伍、臨時提案三「為維持總額財務穩定，在『修訂藥品給付規定之財務連動機制』未建立前，應維持藥品原給付規定或送衛生福利部裁示處理案」、「再確認『103 年度西醫基層醫療給付費用總額協商因素項目及成長率』重啟協商之結論」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻說明臨時提案內容。

陳委員宗獻

- 一、這是依據剛剛重啟協商的過程所提出，大家可能認為今天上午基層修正後的醫療服務密集度變得很不合理，我解釋原因所在。基本上，要維持健保總額的財務穩定，未來應該建立給付規定與財務的連動機制；在未建立前，也應該要處理，因為我們沒有這麼大的肩膀，扛起這麼大的可能風險。
- 二、重點請看提案說明三，全聯會建議，未來除建立財務連動機制外，亦應就目前已放寬適應症之 Lucentis 及 Statins 規定，回復原藥品給付規定或送衛生福利部裁示處理。
- 三、其實回復原藥品給付規定，就是回到原來單位去處理，此部分，剛剛主席說過好幾次，但除此之外，衛福部也應該要負責任。我們參與今天的會議很辛苦，耗時這麼久，就是為了這一點，所以除了 103 年度西醫基層醫療給付費用成長率項目表外，本案也需送衛福部裁示處理，此屬保險性質。我不是要錢，只是表達當承擔不起時，衛福部得有肩膀幫忙承擔，謝謝。

鄭主任委員守夏

- 一、就我所知，以前稱支付委員會，現在稱為藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議，該會與健保會各有權限。藥品給付規定修訂流程是在共同擬訂會議通過後，由健保署陳報衛福部核定公告，與健保會無關。至與本會有關部分在特材自付差額品項之討論，因為依健保法第 45 條規定，該議題需提健保會，所以屬本會權限。

- 二、二代健保實施後，因為兩個會都是新的，大家還在摸索中。藥品給付規定在共同擬訂會議討論通過後就公告，此部分不屬本會權限；但他們的會議紀錄表示於總額協商時，希望健保會編列相關經費，這就與我們有關。本會討論後，付費者代表委員認為不宜因此增加預算，也就是沒有相關預算支應，所以陳委員宗獻請大家思考，遇此情況該怎麼辦，可如何處理。
- 三、先請健保署說明，沒相關預算支應時怎麼辦，當然健保署可以說那只是一點錢，請醫界忍耐一下(陳委員宗獻：要好幾百萬)，陳委員宗獻會說哪有可能？所以現在卡在這裡。
- 四、先請健保署說明，哪位同仁？請施副組長如亮。

#### 施副組長如亮

- 一、醫審及藥材組報告，藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議係依據健保法第 41 條規定組成。放寬 Lucentis 及 Statins 之適應症係經該會議通過並執行，因此健保署已公告在案，民眾也已經在使用，若回頭跟民眾說療程進到一半，從今天起需要自費，可能會造成很大的民怨。
- 二、本案的解決方法，若醫界有意見，可再次於該會議提案，因為藥物的給付規定修訂後可以再修改，再討論看看適應症如何限縮，以解決目前的問題，但在新規定尚未定案前，目前已生效的規定，由於考慮到民眾權益，應該不能馬上停止。

#### 陳委員宗獻

現在已在執行治療的部分，我們願意扛下來，此屬於看得到的。至於看不到的，我們扛不下來，因為之後的適應症放寬，醫療費用可能需好幾百萬，也可能好幾億，會將基層的幾個科別拖垮，所以誠懇請求本委員會了解，並非西醫基層要錢，也不是我們沒有良心，而是這個問題必須凸顯並給予解決。請讓本案通過，以便據以到藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議處理，或跟衛福部討論如何處理，總不能說歹勢(台語)，都已經發生了，以後再說。

#### 鄭主任委員守夏

請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

主席，各位委員，其實本案在上次委員會會議就有提過，給付規定並非公告後就不能修改，基本上與健保法第 26 條規定有關，該條文第 2 款內容為：「本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務之平衡」。你們可能說不會影響到財務平衡，但會對醫院點值造成相當大的影響，因此依法定程序，應由保險人擬訂調整保險給付範圍方案，提健保會審議，報主管機關轉報行政院核定後，由主管機關公告。本案若不依此程序辦理，屬違反健保法，應先取消其目前規定，然後依健保法第 26 條規定，由保險人重新擬訂辦理。

鄭主任委員守夏

現在聽聽付費者代表委員這邊的意見，請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、這當然牽涉到健保法第 26 條第 2 款規定的認定問題，之前就要衛福部社保司研擬與思考，哪些屬健保法第 26 條第 2 款規定的範圍，結果社保司解釋連部分負擔等均不屬之，所以說不定社保司也認定本案不屬之，我認為這部分在法制上應予考量，需因應未來相關給付範圍變動涉及財務平衡問題時，該如何作業，及流程為何；藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議決定的事項，若健保署認定沒有影響到財務，可以直接陳報衛福部後公告實施，若健保署認定確實有影響到財務平衡，則提報到健保會，至於健保會是否要審議，值得探討，而審議的性質是什麼，現在社保司還搞不清楚，我覺得在法制面需予建立。相信健保署就本案有相關資料以資審酌，但健保署認定是否影響財務的內涵，可否拘束相關單位，則為本案重點所在，亦即有關適應症調整是否影響財務由誰判定，在法制面的規定並不清楚，若這部分有疑義或不足，我認為社保司應該研擬與檢討相關法令規定，以資妥適處理。

二、至於陳委員宗獻的提案，既然藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議已經通過，要回復該二項藥品的給付規定，不是我們所能決議，但本會可以決議轉請健保署再次召集藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議，重新檢討並妥為處理。

謝委員武吉

先補充，其實在藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議討論時，記得陳委員宗獻、蔡委員明忠、蔣委員世中與我都充分表達反對意見，但是健保署強渡關山，硬要通過，我認為承辦單位頗有居心，我們可以直接聘請謝律師告健保署，不對的事情，直接提告，就這麼簡單。若要讓健保署費神點，我們協會在高雄，可以從高雄告起。

陳委員宗獻

誠如剛剛謝委員武吉所提，本案處理的層級應該要很高，考量的範圍非常大，包括醫學倫理等，影響層面也很大，不是本會或全聯會有辦法處理，建議本案送衛福部處理可能會較好，部可以通盤考量，並且促使相關單位就此機制深入討論，如何使明年不再發生同樣的事情，大家也不會埋怨，若可建立機制，將來會有較好的回饋及循環。

鄭主任委員守夏

請蔣代理委員世中。

蔣代理委員世中(蔡委員明忠代理人)

醫師公會全聯會蔣世中第一次發言，本案係西醫基層代表於今年6月、8月及10月份，先後3次在「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」中充分表達意見，也列入該會議實錄，但該會說沒辦法解決，一定要送健保會討論。如果本案在健保會也無法解決，就應該送衛福部，由衛福部召集相關單位共同解決。針對本案所衍生的相關費用，懇請委員可以同意建立機制，避免嚴重衝擊總額財務。

鄭主任委員守夏

請李委員蜀平。

李委員蜀平

- 一、主席、各位委員大家好！剛暫時離開，去參加醫療奉獻獎頒獎記者會，蘇委員清泉正好坐我旁邊，致詞時我告知剛才在健保會開會，西醫基層與醫院協會，各與付費者代表在經費上有許多爭議，後來我說我要來參加醫奉獎記者會，兩邊就安靜了，所以說只要提起參加醫奉獎記者會，所有有爭議的事情就安定了，可見所有醫界都了解醫療奉獻的定義。
- 二、我們從早上開會到現在約7個小時，結果還是送衛福部兩案併呈由部長裁決，部長一定會很為難。大家應該站在整體的立場思考，說到我們藥界真的很弱勢，藥費從健保開辦開始，每年藥費都占25%以上，但好像說到藥品費，從沒尊重藥界，更何況外傳藥價黑洞，我不清楚何謂藥價黑洞，請各位委員了解，所謂的藥價差全部費用都不是藥師取得，懇請各位委員要重現藥價差的不正常情形。今天開了一整天的會議，最後要將兩案併呈送部裁定，這樣何必要重新協商，我建議所有協商不算，將上次開會時的草案再完整送回，由衛福部裁決。拜託大家了解，何謂醫療奉獻獎的精神，醫療奉獻可以解決今天的問題。

鄭主任委員守夏

- 一、以後我們把醫界代表都送去爭取醫療奉獻獎。(一陣笑聲)
- 二、回到這個議案，陳委員宗獻建議健保會能做個決議，針對這兩項藥品要求健保署到原來通過的藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議重新討論，或者送衛福部裁示。
- 三、要不要送衛福部裁決，應該由健保署決定，因為通過的單位是共同擬訂會議。在共同擬訂會議中，全聯會可以提案，健保署也可以提案，本會應該可以要求健保署提共同擬訂會議再次討論，若仍無結果，健保署可以報衛福部裁決。

陳委員宗獻



若共同擬訂會議無法解決，應報衛福部裁決，不能像以前一樣，已經討論多次，還是沒有結果。該會也認為財務不是他們的權限，我倒比較期待，可以送到衛福部好好通盤考量、處理。

鄭主任委員守夏

- 一、先確定本案之決議。如果健保給付調整會影響財務平衡者，健保法本來就有相關規範，只是兩個會目前還在磨合階段，而健保署也在學習如何判斷財務影響。
- 二、有關陳委員宗獻的提案，第一是共同擬訂會議已將這二項藥品的給付規定放寬，醫界認為會影響財務平衡；第二是今天協商，並沒有論定該項放寬會否影響財務平衡。針對本提案，請健保署把這兩個藥放寬適應症的議案再提到共同擬訂會議討論，如果討論可以搞定，就沒事；若沒有，再請健保署送衛福部裁決，其實送不送衛福部並非本會權責，健保署自會處理。
- 三、委員對本案還有意見嗎？(未有委員表示意見)好！本案就此決定。請李委員蜀平。

李委員蜀平

主席、各位委員，據我所知陳委員宗獻、蔣代理委員世中及謝委員武吉都是藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議的委員，如果無法裁決，再回到那裡討論，也是無法解決。如果陳委員宗獻說健保會的程序與定義要重新檢討，我贊成要通盤檢討，將全台灣所有的醫療資源，以專業來重新定位，將權利義務都平均分配。請健保署統計一年健保總共花費多少，大家如何平均分工管理，不可以連所有委員的比例都分配不均，這樣失去公平意義，要把權利義務都弄清楚，這樣才能發揮健保會的專業把關精神。我堅持西醫基層要用早上協商最原始的資料送衛福部裁決，不然大家浪費時間，結果還是一樣，勞民傷財。

鄭主任委員守夏

協商結果怎麼送部，剛已有決議，就不再討論。還有最後一案要討論。

陳委員宗獻

報告主席，今天發的「103 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配」資料第 2 頁第 3 點，文字可能需要修正，否則會沒有依據，協商已同意不編列預算，後面的說明還是「惟建議未來修訂藥品給付規定，...」，這樣不對。

鄭主任委員守夏

建議修改為「西醫基層代表同意在回復原有藥品給付規定的前提下，本項不編列預算」，如果共同擬訂會議討論後還有問題，也就是與本項不一致時，再請衛福部裁決。

陳委員宗獻

希望不要。

謝委員天仁

這樣可能會衍生法制上的問題，到底付費者代表與西醫基層代表的協商有沒有一致？我們把這個條件列入，若健保署所提的方案還來不及討論，衛福部就公告，以後要如何收拾殘局？這個文字會增加我們協商內容的不穩定性，若部以為已經達成共識而進行公告，後面若有問題，則條件都已成就，到時會變成兩者不一致，那麼公告算什麼？

鄭主任委員守夏

- 一、就我所知，這兩個藥品是在同一個共同擬訂會議通過，健保署是以暫予支付公告，就是暫時以新的方式支付，一直要等到明年，衛福部才會正式核定發布。
- 二、西醫基層總額由醫師公會全聯會負責操盤，相信全聯會及陳委員宗獻不會坐視眼科醫師拼命開立 Lucentis 藥品，現在已經公告，除非全聯會沒有任何動作，否則影響應該不會太大。
- 三、謝委員天仁認為協商結論與提案建議，好像不太一致，請謝委員天仁與陳委員宗獻建議如何修正文字，使之成為我們都可以接受的共識，現在必須將文字訂下來。

謝委員天仁

協商結論的公文送到衛福部，部要先確定協商是否一致，如果一致，就要對外公告；如果不一致，就需部長裁決。現在要部長處理的是，依協商結果一致或不一致來進行相關流程，但可能形式上看起來一致，後面的處理又會不一致，到時西醫基層代表再來否認，會很難收拾。

楊委員漢淙

- 一、照法定程序，是本會先有共識後再公告，本會未有共識，健保署就公告，基本上不合法定程序。今天需要重新檢討，因為健保會其實不贊成，所以原來的公告就應該修正，不能以已經公告為由來要大家遵循，天底下沒有已經公告就不能再更改的事。
- 二、對於這兩項藥品，尤其是降血脂用藥(statins)，列入給付雖有一定效果，但可能引發很大的問題，就像健康食品一樣，容易造成民眾浮濫使用，以後每個病人都要求醫師開立處方，醫師要怎麼辦？本來做不對的事，就應即時更正，建議可以訂個時間修正，未收到新的公文前，大家照舊，等收到公文後，醫院就會跟著改。

鄭主任委員守夏

健保署要由陳專門委員尚斌說明，請陳專委。

陳專門委員尚斌

- 一、剛剛主席在前面裁示臨時提案時，已經講得很清楚，有關藥物給付項目及支付標準的擬訂，係依據健保法第 41 條及第 42 條之規定程序執行辦理，並不涉及健保法第 41 條與第 26 條的連動，未來若要探討健保法第 41 條與第 26 條兩者如何連動，健保署予以尊重，兩會之間要如何連動，也都可再討論及陳述意見。
- 二、但首先要說明的是，剛才委員提到有關今年 2 月份健保署公告

Lucentis 適應症，以及 8 月份公告修訂降血脂用藥的適應症，都是經過這樣的程序來進行。尤其降血脂用藥是經今年 4 月及 6 月二次共同擬訂會議討論，在這二次會議中，健保署都非常清楚的向與會代表陳述整體財務面連動的影響，包括歷次藥價調整、藥品價格降低及給付規定調整等，所增加的財務風險，都有向與會代表做非常詳細的報告。

三、未來我們當然尊重今天主席在臨時提案所做的裁示，如同剛才主席所提，依健保法第 41 條於共同擬訂會議，再討論有關降血脂用藥的給付規定。如果討論結果還是有不一致的情形，當然要依擬訂會議的作業原則，兩案併陳報衛福部裁示。

謝委員武吉

這樣的話好像那個會等於白開，什麼都兩案併陳，天下好事都歸你們，壞事就讓醫界扛。你們已經做錯了，之前強渡關山，現在又要硬拗，建議西醫基層部門拜託謝委員天仁，直接告醫審組。

陳委員宗獻

我們又沒錢請律師。

謝委員武吉

怎麼會沒錢，現在你們最有錢。才 8 萬而已，很便宜。

陳委員宗獻

我覺得現在還這麼談，很像回到上個月協商的情境，那些理由又全部跑出來，很奇怪！其實前面那些都不必敘述，在共同擬訂會議我們講的話都很清楚。協商過程中，我們同意的是：「在回復原給付規定前提下，不編列預算」，這是忠實反映我們的意見，因為在協商時，沒什麼道理不道理。兩邊立場、看法不同，沒有誰對、誰錯的問題，而是要如實反映。

謝委員天仁

如果西醫基層要這樣落文字，我不反對，但若如此我們就必須向衛福部反映，付費者與西醫基層代表意見並不一致，因為西醫基層是

有保留的。剛主席建議，西醫基層代表若要修訂藥品給付規定，應就費用影響及財源進行評估，這樣寫還可以，但如果附條件，變成會倒過來，表示這件事情大家有保留，在法律上就不是一致的協定，應該報部裁決。

陳委員宗獻

有什麼比較好的方法，可以不讓第 2 頁第 3 點的文字與剛才臨時提案的決議互相扞格？

謝委員天仁

其實開始主席已經有唸，他的意思是西醫基層代表沒有落下同意不編列預算，但西醫基層代表建議修訂藥品給付規定，你甚至可以講應召集共同擬訂會議，就費用、財源進行相關的影響評估，這樣不就好了嗎？

吳委員肖琪

- 一、二代健保法實施後才開始有共同擬訂會議，健保會也是今年才開始運作，所以初期到底誰前誰後有點模糊，真的就都是剛起步。
- 二、現黃署長也在場，建議這部分回歸原點，提到共同擬訂會議甚或到衛福部談，本會就不討論。

鄭主任委員守夏

這部分請健保署能有個講法，看署長、副署長有無原則性的方向指示，同仁會比較好執行。

郭科長垂文

- 一、再次報告，共同擬訂會議是依據健保法第 41 條，由本署邀集雇主、被保險人、醫界代表及專家團體共同成立。本案在 4 月份提出修正建議，醫界代表認為必須依健保法第 42 條的規定，進行成本效益及財務評估。因此，我們請 CDE(醫藥品查驗中心)的 HTA(醫療科技評估)小組評估，評估結果於 6 月份再次報告，該評估報告在今日會議資料的附錄已完整呈現。

二、我們在 4 月份、6 月份的報告已非常清楚說明，本案應該是 98 年藥價調整，也就是 98 年第六次藥價調整之後的配套方案。當時的配套方案有二個，第一是 B、C 型肝炎治療部分，因本來就屬試辦計畫，因此做部分處理；第二是給付規定擴增，包括降血脂用藥給付規定擴增，當時與廠商議價，但因涉及的廠商超過 30 家以上，無法達成一致的協議，於是在第 7 次藥價調整後進行檢討時，發現原來預定調降的價格，在第 7 次已經達到，而就第 7 次藥價調整的數據顯示，100 年整體降血脂藥費為 68.1 億，在經過第 7 次藥價調整之後，降至 65 億多，因此，可以看到第 7 次藥價調整，已降低整體降血脂藥費。這部分在 6 月份共同擬訂會議，我們也有說明，所以是有達成共識看法，故依健保法第 41 條規定，進行暫予支付的公告。

謝委員武吉

- 一、我對醫審及藥材組的回答非常不滿意，已經跟你們點過很多次，卻還是要硬坳，希望這種事情不要再發生。剛才建議、拜託謝委員天仁當法律顧問，直接提告，你們每次都這樣硬坳，當時醫界都反對，你們還是要坳到對，就如剛才已講的強渡關山。
- 二、請問一下，既已做這麼多次藥價調查，藥費為何還是不夠？希望你們要面對現實，講實話，不要為了保護自己而講這些話，這是不對的。

鄭主任委員守夏

- 一、請回到原來的協商議題，如果是卡在降血脂藥品的給付規定，其實已非常明確，針對有無財務影響，大家的觀感不一樣。健保署的想法是，依照往例，那是配套的一部分，因為藥價調降，藥費成長率會變低。而醫界的想法是，以後會省錢，但現在會多花錢，似乎兩邊的看法都有道理。
- 二、之前的費協會，在 95 年及 96 年間討論了很久，所以才會有所謂的由藥價節餘款出 20% 放到專款，那一年是這樣處理，但之

後就沒有再出現。依當時的經驗，大家多少有點默契，藥價調降的那年，藥費成長率會較低，當時付費者代表對該議題真的談很久，不過，本會今天其實不適合討論此議題。現在好不容易大家的意見已較接近，就我所知，共同擬訂會議的委員組成及運作，與本會非常不一樣，所以有不同的結論，並不特別奇怪。

三、我們還是先回到協商，本項修訂降血脂用藥給付規定，大家的默契是可以不編列預算，但要送回共同擬訂會議再討論，將給付規定恢復成原來的規定。我的意思是，大家有這個默契，但因為這部分並不是由本會決定，所以陳委員宗獻擔心，如果回到共同擬訂會議，還是沒有下文，可以怎麼處理，是否有補救措施？所以現在需要討論協商結論的措辭怎麼寫，才會讓陳委員宗獻比較放心。

#### 陳委員宗獻

其實紅字的部分，就是我們在協商過程的原意，如果能在協商結論中寫清楚，那麼本項送回共同擬訂會議再討論，處理完就沒事，如果沒有寫明，表示協商已完成，那又何必再討論。所以謝委員天仁才會提醒要註記清楚，否則將來核定時，又要增加預算，不是超出我們的考量嗎？事實上，我們一向主張恢復原給付規定，而不是堅持編預算。如果恢復原來規定，也就不會堅持要那 10 幾億，現在的數字就可以接受。所以，協商結論的文字一定要照實呈現，否則味道就跑掉了。

#### 鄭主任委員守夏

請問黃署長三桂有無建議。

#### 黃署長三桂

一、大家都很辛苦，對於陳委員宗獻所顧慮的部分，如果今天委員會通過協商結論，且依臨時提案三之決議辦理，這部分由健保署來處理沒問題。

二、針對協商結論第 2 頁第 3 點的建議文字：「西醫基層代表建議未來修訂藥品給付規定，應就費用影響及財源進行評估」，陳委員宗獻應該可以對全聯會的同仁交代，健保署對這部分沒有意見。

#### 陳委員宗獻

- 一、有關未來修訂建議部分，不僅是西醫基層代表的期待，也是大家共同的期待，這部分當然沒問題。
- 二、但還需將臨時提案的建議，「西醫基層另行建議，未來除建立財務連動機制外，亦應就目前...」等文字落入決議，這段文字是經過大家同意的。
- 三、至於協商結論可不用列，「回復原藥品給付規定」，因為除了回復原給付規定外，還有例如限定使用對象、提高給付門檻等很多方法可以處理。

#### 黃署長三桂

陳委員宗獻是臨時提案的提案人，提案的擬辦希望依提案說明三處理，這點我們同意。請問還有其他意見嗎？

#### 陳委員宗獻

就是把剛才你唸過的文字(臨時提案說明三)放入協商結論，因為這段文字會與臨時提案有關連，若未列入，(西醫基層總額協商結論)送到衛福部時，衛福部會以為這部分都處理好了，不必再處理，但事實上臨時提案還沒處理好。

#### 黃署長三桂

西醫基層總額及其分配是由醫界與付費者代表協商，健保署沒有立場表達意見。至於臨時提案，健保署可依提案說明三處理。本段協商結論的文字，應該尊重付費者代表的意見。

#### 楊委員漢淙

主席，因為原案是陳委員宗獻所提，所以醫院部門一直沒有表示意見，實際上影響層面較大的不是基層，反而是醫院，所以協商結論



中「西醫基層代表建議」可以不用寫，保留「未來修訂藥品給付規定，應就費用影響及財源進行評估」即可。

陳委員宗獻

不是建議未來，而是「應就費用及財源進行影響評估」，因為沒有影響評估，醫界也不知道影響為何，說不定影響只有幾百萬，但也可能好幾億。

謝委員武吉

刪掉「西醫基層代表建議」這幾個字。

鄭主任委員守夏

現在討論的是西醫基層部門的結論。

陳委員宗獻

對！這一份是西醫基層的決議，「未來」二字拿掉，因為臨時提案已經討論通過，黃署長也答應要處理。(投影文字為：西醫基層代表建議修訂藥品給付規定時，應就費用及財源進行相關影響評估)這樣可以啦！

謝委員武吉

主席！建議文字增加為「西醫基層及醫院代表建議」。

鄭主任委員守夏

這一份是西醫基層的決議。

謝委員武吉

醫院部門也有建議啊！

鄭主任委員守夏

可以寫入醫院總額的決議，西醫基層如果通過，醫院會比照辦理，請不用擔心。

謝委員武吉

不然就改成「醫界代表」。

鄭主任委員守夏

這一份是西醫基層總額的決議！醫院相關的決議放在這裡做什麼？沒問題啦！請問付費者代表同意嗎？

謝委員天仁

文字 OK！

鄭主任委員守夏

沒有問題，好。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

這樣可以，就不會讓人以為非得把給付規定恢復成原來的樣子不可，不一定要這樣處理，還有其他選項可用，0 與 1 中間還有零點幾的選項可選擇，我們很誠意的希望能做好這件事情。

鄭主任委員守夏

好，修訂降血脂用藥給付規定的文字為，「西醫基層代表建議修訂藥品給付規定時，應就費用及財源進行相關影響評估」，Lucentis 也採相同寫法。

陳委員宗獻

然後再根據我們前面的臨時提案去處理這部分。

鄭主任委員守夏

一、對，臨時提案剛才已經處理。謝謝。

二、最後是醫院部門，協商的結果是兩案，請參看會上所發 2 頁資料，表 3、103 年度醫院醫療給付費用成長率項目表，這兩案確定後送部....。

干委員文男

主席！有關恢復藥品給付規定，恢復就是回到之前的規定，請問之前的規定是甚麼？

柯執行秘書桂女

這段文字已經刪除。

鄭主任委員守夏

有關藥品給付規定，剛臨時提案已經討論過，沒有問題，健保署會再討論。

陸、「確認『103 年度醫院醫療給付費用總額協商因素項目及成長率』  
重啟協商之結論」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

最後是 103 年度醫院總額成長率的確認，協商結果顯示在螢幕上，  
付費者代表及醫院代表方案對照為：

一、一般服務之醫療服務成本及人口因素成長率為 1.909%，兩案  
相同。

二、一般服務之協商因素成長率，兩案不同的部分是：

(一)新醫療科技：付費者方案是 0.584%；醫院方案是 0%。

(二)特殊材料每點 1 元之差額：付費者方案是 0%；醫院方案是  
0.627%。

(三)提升醫療照護品質(重症為主)：付費者方案是 0%；醫院方  
案是 0.584%。

(四)配合安全針具推動政策之費用：付費者方案是 0.029%；醫  
院方案是 0.058%。

(五)其餘項目之成長率兩方案相同。

三、一般服務成長率合計，付費者代表方案是 2.583%；醫院代表  
方案是 3.239%。

四、專款項目，兩案不同的部分是：

(一)繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵，全年經費：付費者代表方案  
是 667 百萬元；醫院代表方案是 0。

(二)全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫，全年經  
費：付費者代表方案是 800 百萬元；醫院代表方案是 0。

(三)其餘項目之經費兩方案相同。

五、專款項目全年經費，付費者代表方案是 16,201.3 百萬元；醫院  
代表方案是 14,734.3 百萬元。

六、較 102 年度核定總額成長率：付費者代表方案是為 3.281%；  
醫院代表方案是 3.489%。

張技正櫻淳

請委員修正書面資料數字，醫院代表方案的(一般服務+專款)成長率預估值及增加金額列，成長率 3.223% 為誤植，請修正為 3.233%。

鄭主任委員守夏

請參看第 2 頁資料倒數第四列，(一般服務+專款)成長率預估值及增加金額約為 11,542 百萬元，左方之成長率應為 3.233%。螢幕上的數字才對，請委員修正手上資料，在這麼短的時間內完成試算，真的很不容易，幕僚同仁辛苦了。請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

建議於備註欄加註，醫院代表建議「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」800 百萬元，列在其他預算中，否則容易忘掉。

鄭主任委員守夏

好，請同仁列入。

張技正櫻淳

上次會議紀錄中，醫院代表方案的決議已有這段文字，最後結果也會列入。

鄭主任委員守夏

一、請同仁將這段文字列入。

二、有無其他意見？如果沒有，確認 103 年度醫院總額成長率之協商結果，兩案送主管機關裁決。

三、今天會議主要處理這幾個案子，本會再斟酌有無法所規定須在特定時程前完成的工作，再決定是否加開委員會議。如果可以的話，盡量在 11 月份的委員會議完成地區預算分配及保險費率審議工作。有關審議保險費率方案及相關資料，上次會議已決議請健保署幫忙試算。

四、請問有無臨時動議？

謝委員武吉

本次會議只完成報告事項第一、三案，其餘議案下次會議會報告嗎？

鄭主任委員守夏

下次再安排報告，下次會議時間恐怕也會蠻長。若無臨時動議，今天會議到此結束，謝謝大家。