

衛生福利部全民健康保險會  
第 1 屆 102 年第 2 次委員會議事錄

中華民國 102 年 8 月 23 日



# 衛生福利部全民健康保險會第1屆102年第2次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國102年8月23日上午9時30分

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

周委員麗芳

林委員至美

林委員啟滄

林委員錫維

施委員純全

柴委員松林

翁委員文能

中華民國藥師公會全國聯合會賴常務理事振榕(12:30以後代)

林口長庚醫院郭特助正全(10:00~11:20代)、

台北榮民總醫院陳高級分析師雪芬(11:20以後代)

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

陳委員幸敏

陳委員宗獻

陳委員錦煌

黃委員建文

楊委員芸蘋

楊委員漢淙

中華民國農會林主任敏華(代)

楊委員麗珠  
葉委員宗義  
蔡委員明忠  
蔡委員登順  
謝委員天仁  
謝委員武吉

中華民國醫師公會全國聯合會蔣副秘書長世中(11:25 以後代)

中華民國消費者文教基金會吳副秘書長榮達(11:45 以後代)  
台灣社區醫院協會謝名譽理事長文輝(代)

肆、請假委員：  
侯委員彩鳳

伍、列席人員：

本部社會保險司  
中央健康保險署

朱簡任視察日僑  
黃署長三桂  
蔡副署長魯  
蔡主任秘書淑鈴  
柯執行秘書桂女  
林組長宜靜  
吳組長秀玲  
張組長友珊

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

為應 103 年度總額協商之需，今日會議照例安排「各部門總額協商因素項目或計畫」規劃報告，時間則配合延長到下午 3 點。希望議事效率提升，特地預擬各議案報告與討論時間(如綠色單張之預訂時間表)，請大家掌握發言時間並照表操課，以利會議能於 3 點結束。

捌、議程確認

決定：確定。

玖、報告事項

第一案

案由：確認本會上次(第 1 次)委員會議紀錄，請 鑒察。

決定：確定。

## 第二案

案由：本會上(第 1)次與衛生署健保會第 2、5 次委員會會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請 鑒察。

決定：

- 一、本會上次與衛生署健保會第 2、5 次會議決議(定)事項辦理情形洽悉。
- 二、配合組織改造，修正「全民健康保險會會議規範」之相關文字：
  - (一)第三點第二項第一款一般提案之第二目，修正為：「提案得由主管機關交議或本會委員、中央健康保險署、本會幕僚單位提出」。
  - (二)第六點，會議列席人員之第二款，修正為：「中央健康保險署署長及相關單位主管」。

## 第三案

案由：中央健康保險署「保險對象自付差額特殊材料品項之執行現況與規劃報告」，請 鑒察。

決定：為維護保險對象權益，請中央健康保險署研擬醫事服務機構向保險對象收取特殊材料自付差額、事前充分告知及資訊公開等相關事項之管理規範，並於本(102)年 11 月向本會提報。

## 第四案

案由：中央健康保險署「102 年度各部門總額協定事項中重要專款項目執行之評估結果報告」，請 鑒察。

決定：

- 一、依全民健康保險法，年度醫療給付費用總額及其分配方式經協議訂定後，各項專款的執行方案，由中央健康保險署與相關代表擬訂，報主管機關核定並

據以實施。委員對「提升住院護理照護品質方案專款」使用規劃所提意見，供該署參考。

- 二、考量現行「中央健康保險署所擬訂專款使用方案及執行結果，若不符總額協定事項，係於次年度總額協商時檢討」作業方式，恐影響保險對象權益。爰請該署應於每年 1 月之前，依協定事項完成各計畫(含專款)之訂定，並於 4 月份及 7 月份提報重要計畫執行情形，以利未符協定事項之導正。

#### 第五案

案由：中央健康保險署「DRGs(診斷關聯群)、RBRVS(資源耗用為基準的相對價值表)等支付制度之推動情形與對總額影響及未來方向報告」，請 鑒察。

決定：洽悉。

#### 第六案

案由：各總額部門及中央健康保險署「103 年度各部門總額協商因素項目或計畫」規劃報告，請 鑒察。

決定：

- 一、委員對各總額部門及中央健康保險署之報告內容，若認有需補充說明之相關事項，請於本(102)年 8 月 30 日前向本會提出，由幕僚彙整轉請相關單位提供。
- 二、請各總額部門及中央健康保險署於本年 9 月 3 日前，將修正後之 103 年度各部門總額協商因素項目或計畫草案送會，以利 9 月份協商會議之議程編製。

#### 第七案

案由：中央健康保險署「102 年 7 月份全民健康保險業務執行報告」，請 鑒察。

決定：

- 一、部分委員所建議「暫緩於 103 年 1 月調整全民健康

保險第二類被保險人投保金額下限」乙事，非屬本會權責，轉請衛生福利部參考。

二、請中央健康保險署依委員建議，於業務執行報告中，納入年度各項重大傷病之醫療費用、平均每人費用，及 99 百分位之醫療費用等內容。

## 拾、討論事項

### 第一案

提案單位：本會第三組

案由：102 年度全民健康保險各部門總額評核結果之獎勵成長率案，提請 討論。

決議：各部門總額於 102 年評核會議所獲評核等級，轉化於 103 年度總額中酌予獎勵，各等級之獎勵分別為：「特優」級酌加 0.5% 成長率、「優」級酌加 0.3% 成長率、「良」級酌加 0.1% 成長率。

### 第二案

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：攸關過去「全民健康保險醫療服務審查委員會」之停擺，已嚴重違反全民健康保險特約及管理辦法第二條-「公平、對等、尊重及互信原則」，並對全民健保實務運作及醫療照護體系造成傷害，故本會應監督行政院衛生署中央健康保險局，邀集相關團體，成立「全民健康保險醫療服務審查會」，綜理及延續相關業務，提請 討論。

決議：請中央健康保險署考量本會委員建議，提供適當管道，供醫界反映對醫療服務審查之意見。

### 第三案

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：全民健康保險開辦十八年來，「全民健康保險醫療費用支付標準」皆未確實地詳加檢視各項目內容之合理性，以致於對醫療照護體系造成諸多傷害，其中尤以「門診診察費」為最為甚，故為增進醫療照護體系合理運作與發展，及確保全國各鄉、市、鎮醫療院所之權益，本會應監督行政院衛生署中央健康保險局立即說明「全民健康保險醫療費用支付標準」第一章基本診療第一節「門診診察費」所含之各項目(包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本)點數分配比率及各項目點數分配之計算公式，提請討論。

決議：委員對醫療費用支付標準之相關建議，轉請中央健康保險署依法處理。

#### 第四案

提案人：陳委員宗獻、蔡委員明忠

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：有關衛生福利部中央健康保險署「公告修正降血脂藥物之藥品給付規定」，卻未完成相關預算挹注之配套措施，將嚴重衝擊醫院及西醫基層總額乙案，提請討論。

決議：

- 一、本案尚非屬 102 年度其他預算項下「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」之動支適用範圍。
- 二、醫界代表若認為降血脂藥品給付規定之修正，已對醫療費用產生影響，需納入 103 年度總額協商，則請準備完整資料，以利討論。
- 三、請中央健康保險署對前已送供本會討論之費用影響預

估，提供該費用預估方法與詳細資料；並於降血脂藥品給付規定修正實施一年後，提供執行數據供參。

附帶決議：

請各委員或相關單位，若擬提案，則提案應與本會權責有關，並於其中列出具體擬辦意見。

## 第五案

提案單位：中央健康保險署

案由：特殊材料「"愛德華"卡本特-愛德華沛旅旺人工心瓣膜"Edwards" Carpentier-Edwards PERIMOUNT Pericardial Bioprosthesis」自付差額申請案，提請 討論。

決議：基於下列因素，本案緩議，於中央健康保險署提送更新資料後再議：

- 一、依醫藥品查驗中心之醫療科技評估，牛心瓣膜相較於健保全額給付之豬心瓣膜，雖部分療效相對較佳，惟整體差異並不大，而廠商之建議價卻高出給付上限數倍，不符比例原則。
- 二、中央健康保險署尚未依外界期待，規劃制訂「保險對象自付差額上限」及配套措施。

## 拾壹、臨時提案

提案人：謝委員天仁、吳委員玉琴、何委員語、蔡委員登順、  
干委員文男、楊委員芸蘋(提案資料詳附件)

附議人：連委員瑞猛、林委員錫維

代表類別：被保險人代表

案由：專案預算不得作為一般服務支付標準調漲用途，提請 討論。

決議：依 102 年度總額協商原則，重申專款係為鼓勵特定用途所編列，爰應專用，且不得用於一般服務之支付標準調整。

拾貳、散會：下午16時15分。

## 臨時提案

提案人：謝委員天仁、吳委員玉琴、何委員語、蔡委員登順、  
干委員文男、楊委員芸蘋

連署人：連委員瑞猛、林委員錫維

代表類別：保險付費者代表

案由：專案預算不得作為一般服務支付標準調漲用途，提  
請 討論。

說明：

- 一、一般服務各種項目支付標準之調升，將使每年該項目給付金額提升，屬經常性給付；而專案有其功能、目的，屬短暫性的給付標準調整，顯不相合。此外，專案不得流用，亦為本會之既定協商原則，專案預算作調升支付標準，專款將流入一般服務，亦違反前費協會之決議協商原則。
- 二、因此，為符合專案性質，專案用途不得使用於一般服務給付標準之調升，爰有討論決議之必要，特別提案如上。

決議：

第 1 屆 102 年第 2 次委員會議  
與會人員發言實錄



壹、報告事項第一案「確認本會上(第1)次委員會議紀錄」、議程確認、報告事項第二案「本會上(第1)次與衛生署健保會第2、5次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

開始會議，首先確認上次會議紀錄，請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝宣讀。請問各位委員對上次會議紀錄，有無文字修正？(未有委員表示意見)上次會議有很多的討論，但並無太大爭論，上次會議紀錄確定。
- 二、接著確認今日的議程，請委員參看桌上以綠色紙張所列本次會議預訂時間表，由於時間頗長，所以把每案預計的時間都列出，以進行管控。會議時間已儘量濃縮但仍須排到下午3點，所以，請幕僚同仁計時，並在時間屆至後按鈴通知，也請委員協助，以便在預定時間內完成會議。下個月將進行總額協商，也會有類似的時間限制。委員都很想表達意見，但礙於時間因素只好忍耐，若要幫大家節省時間，又希望意見可以表達，桌上有發言條，發言條的意見會列入會議紀錄，效力等同發言，請大家多加利用。今日議程就照時程表進行，現在進行報告事項第二案，請柯執行秘書桂女報告上次會議決議(定)事項辦理情形及重要業務。

柯執行秘書桂女

- 一、進行今日報告前，先向委員說明今天再行提供的資料：
  - (一)委員會議預訂時間表：今日就照表操課。
  - (二)再來是102年總額協商參考指標要覽：其經幕僚同仁如火如荼的加班，終於趕出來。
  - (三)第三份資料是102年全民健康保險各部門總額協商執行

成果摘要：為了 7 月 22 日、23 日評核會議，健保署及各總額部門共提出 8 本報告，幕僚同仁將其整理成摘要報告，如果覺得 8 本報告看起來很累，可以直接看摘要。

(四)印有委員名條大型信封：今日資料，委員可自行攜回，也可裝入信封後放在桌上，同仁會幫忙寄送。

(五)牙醫門診總額牙周病治療歷年執行醫師人數統計表：係評核會議時，委員要求牙醫部門提供之資料，一併請委員參考。

(六)今天會議的補充資料。

二、請大家翻到議程資料第 9 頁，今天重要業務報告共 6 點，說明一，是各次委員會議決議(定)事項追蹤情形，請看議程第 12 頁到第 15 頁，共列 7 項追蹤事項，全部建議解除追蹤：

(一)第 1 項，收支連動問卷調查結果，請健保署配合辦理事項，健保署會在下次總額協商時，配合決議把相關數據提供大家參考。

(二)第 2 項，請各個相關單位配合在請辦時限內提供資料，各單位都回覆會配合辦理。

(三)第 5 項、第 4 項，係訂定或修正之法規，現已發布。

(四)第 5 項，調整保險對象應自行負擔費用案，上次會議委員認為其對於本會而言，究屬健保法所定保險給付範圍之審議，或保險政策諮詢事項，會後請教衛福部社保司及法規會，社保司所提說明資料，在議程第 16-17 頁，根據其解釋，仍認為屬政策諮詢事項。對於大家有疑義部分，即保險給付範圍之審議為健保會的職權，但能審議之保險給付範圍，究竟是哪些？依其解釋為健保法第 26 條、第 51 條所定事項。以上請大家參考。

(五)第 6 項，102 年西醫基層總額「新增 9 項跨表項目」，之前決議，若在本(102)年 8 月底前，全數開放實施，則不扣減費用。現在該新增 9 項跨表項目已全數開放，因

此，不須扣減費用。

(六)第 7 項，委員建議前衛生署函請金融監督管理委員會，對商業保險公司或人員不當作為造成健保醫療費用增加的問題，加強監督管理。當時決議，若金管會回函就解除追蹤。衛生署行文各直轄市及縣市衛生局、金管會回覆衛生署函文在議程資料第 138 頁到第 142 頁，請委員參考。

(七)另外，主席特別交代，日後即使尚未解除追蹤的決議事項，也要列出。目前尚有 3 個繼續追蹤事項，將照主席指示，在下次議程資料中列出。

三、請翻回議程資料第 9 頁說明二，因配合組織改造，中央健康保險局名稱改為中央健康保險署，本會則為衛生福利部全民健康保險會，所以，本會會議規範配合修正相關文字。

四、說明三，係依各部門協商順序抽籤結果，擬訂 103 年度總額協商暨第 3 次委員會議議程，第 1 天總額協商的時間，安排到晚上 10 點，希望 10 點可以結束；第 2 天委員會議的時間，也希望會議不用開到下午。時間表在議程資料第 18 頁，請大家參考。

五、說明四，有關 7 月 22 日、23 日評核會議評核委員對各項專案的共識及建議優先處理議題，在補充資料的第 1 頁到第 8 頁有更新資料，因為我的報告時間只有 10 分鐘，請大家自行參考。評核委員除在 7 月 22 日、23 日評核外，會後也與我們進行相關討論，並提出建議優先處理的議題，特此報告，請大家參考補充資料的第 6-8 頁。

六、說明五，牙醫師公會全聯會於 8 月 6 日、7 日在台中市、南投縣，舉辦 102 年度健保牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案暨特殊醫療服務試辦計畫參訪活動。本會幕僚同仁對參訪提出之報告，在第 143 頁至第 147 頁附錄四，請大家參考。

七、說明六，健保署 7 月份發布或副知本會的相關訊息，在議程第 148 頁、第 149 頁附錄五、六，請大家參閱。以上報告。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝柯執行秘書桂女的報告。今年的評核會議，感謝干委員文男兩天全程出席，蔡委員登順也出席一整天；另外，也非常感謝 7 位評核委員，在兩天時間內，代我們把 8 本報告，從頭到尾唸一遍。評核委員對每一項專案計畫都有建議，大家可以看第 19 頁、第 20 頁附表二，這些建議在下個月總額協商時，大家可以參考。其中 3 項，建議停辦或經費刪除，第 1 項在第 19 頁，建議西醫基層「診所以病人為中心整合照護計畫」，應併到「家庭醫師整合性照護計畫」。第 20 頁，建議兩個西醫跨部門專案「氣喘醫療給付改善方案」及「乳癌醫療給付改善方案」停辦，該二案是所謂論質計酬方案，這部分請健保署參考。論質計酬計畫試辦已 10 年，對沒有明確成效者，委員會議之前也建議應考慮停辦，付費者代表及醫界在協商時可參考。
- 二、協商會議議程，原來安排至晚上 11 點 59 分，我與幕僚同仁討論，很多住台北市的人要回家，時間會太晚，所以安排到晚上 10 點，希望可以順利結束。
- 三、請各位看螢幕，有每個報告事項或議案的計數時間，本報告案目前剛好在預訂時間內。接下來進行報告事項第 3 案，請健保署報告「保險對象自付差額特材品項之執行現況與規劃」。

貳、報告事項第三案「中央健康保險署『保險對象自付差額特殊材料品項之執行現況與規劃』」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

謝謝健保署的報告，請問黃署長三桂有無補充說明？(黃署長三桂搖頭)。現在請委員提問。

林代理委員敏華(張委員永成代理人)

議程第 32 頁第 14 張投影片，有關保險人得訂差額上限中的一款是「自付差額與其給付上限(健保支付價)相差太大」，請問要達多大比例，才屬於相差太大？民眾對這部分其實很無奈，因為要不要用某種特材，完全聽從醫生指示，可是目前擬訂差額上限之原則，是自付差額與其給付上限(健保支付價)相差太大，所以請說明，如何才是相差太大？

鄭主任委員守夏

等下一一起說明。請何委員語。

何委員語

- 一、自付差額在規定上有互相衝突矛盾的地方，我去豐原時，有人告知，血管支架半年才只准裝 1 支，而 1 支血管支架才補助 1 萬 6 千多元。如果上半年裝 1 支，下半年也裝 1 支，那麼兩次都需要住院費、醫療費及其他的費用，為何不一次裝 2 支就解決了。
- 二、議程第 26 頁的自付差額示意圖，與實際差距太大了。健保署畫的圖，健保給付上限很高，而病患的自付差額很低，才一點點，實際上不是這樣的，支架 1 支 8 萬元，才補助 1 萬 6 千多元，應該上面(病患自付差額)的 6 萬元很長，健保署好像不太會畫。
- 三、整個自付差額的規劃應重新思考，本來已允許自付差額的項目，又該如何調整？在在都應以讓健保往更省錢的方向走才對。

鄭主任委員守夏

謝謝何委員語！請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

- 一、剛幾位委員提到，民眾自付差額與其給付上限(健保支付價)間的價差究竟要多少才訂上限？因為消費者這邊，確實是不敢違反醫囑的，但到底什麼價格才是合理？像議程第 35 頁的這個圖，和實況也有落差。例如，今天的討論事項第 5 案，該材料價格為 13 萬 5 千元，健保給付 4 萬 4 千多元，兩者相差 9 萬元，這個材料的金額就是給付價的 3 倍，所以，這個圖有誤導的效果，這部分應該明確解說差額究竟多少。
- 二、我們應該是往訂定自付差額上限的方向走，才能確保民眾的權益。而且應該以儘量縮減自付金額的距離為目標。本報告並沒有朝這個目標努力，應再思考可以繼續努力的地方。

鄭主任委員守夏

謝謝！請謝委員天仁。

謝委員天仁

消費者對不同特材的瞭解是有限的，當然應該課予提供者充分揭露其特性差異的說明義務。假如不說明清楚，像血管支架塗藥、非塗藥，到底差異在哪裡？差價那麼大，消費者是看不懂的。據了解，大概百分之七、八十都裝了塗藥的，但這個差異性有沒有充分告知？假如沒有充分告知，我們認為，就某個角度來看，醫療院所應該把差額退還給消費者的。所以，健保署擬定一個格式，應該要求每家醫療院所製作充分告知的說明書，讓消費者能夠瞭解。

鄭主任委員守夏

謝謝！先請干委員文男，再請楊委員芸蘋。

干委員文男

新特材的引進，衛生福利部有無把關？而且是否事先議定價格？不能高得離譜，超過市面上的價格，幾年後再砍下來，那是沒意義的。希望有新特材可使用，也是一個福音，但衛生福利部有義務，將國外的價格與一般市面上的價格，先在國內進行議價、篩選，讓所有的老百姓知道價格的訊息，要不然廠商引進新特材時，就會把價格抬得高高的，最後又讓老百姓訊息有錯誤、資訊有落差。

鄭主任委員守夏

謝謝！請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

我的建議是，健保署應該把關，因為任何新特材出現的話，一定是健保署經過該有的評估，才會列進給付範圍內。所以是否應訂個比例，例如 5 萬元以上給付三分之一，或 10 萬元以上、20 萬元以上比例增加，以遞增方式給一個比例的補助，就不用擔心為了新特材，又要重新討論。否則，會勞師動眾，浪費很多時間開會討論這個議題。就是以一個比例原則，把補助款固定下來。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝楊委員芸蘋！另外有個大家十分關注的問題，就是差價要不要由健保署管理，還是由民眾於住院時，直接跟醫師或醫院協議？健保署該扮演的角色是什麼？
- 二、時間不多，請健保署擇要回覆。

蔡專門委員文全

- 一、有關應告知國際價格的部分，本署目前正在蒐集資料中，因為要訂定價格非常困難，要訂多少？或訂在哪裡？但會持續努力，並儘可能訂出來。
- 二、剛才主席所提到健保署的角色問題，健保法第 45 條是規定「保險人對特材得訂定差額上限」，所以，本署原則上二年內暫不訂定差額上限，若有異常，就介入管理。

- 三、何委員語提到塗藥血管支架，上半年換 1 支，下半年換 1 支，本署的給付規定是，一年以 4 支為上限。基本上，半年換 1 支，或如何換，是臨床上醫師專業的判定，這部分須洽詢醫師。
- 四、有關圖的部分，的確我們是作一個示意圖，可能不精確。大家認為健保給付較少，民眾自付較多，所以應照實況修圖，本署會配合辦理。
- 五、有關充分告知的部分，本署各分區業務組都會到所轄醫院現場抽查，目前，醫院在這六個差額給付項目的資訊公開及告知方面，作得還不錯；只是醫師如何跟病患告知的部分，比較難管控。基本上，醫院都已經製作一套跟民眾說明的資料。
- 六、剛才有委員提到按比例訂差價，也就是按照比例定額補助，目前健保法並無按照比例來訂差額的規定。現行作法是選個基本款，並依該基本款之健保支付價格給付，超過的部分，則由民眾自付。

#### 鄭主任委員守夏

- 一、特材差額負擔是現行健保法的新規定，但以前也有些作法，只是分明有可改進的地方，請健保署在這方面，建立相關的遊戲規則，要和醫界談清楚，對民眾也要有個交代。一項材料如果在不同醫院間價錢不一樣，其實非常不好，這就不只是上限問題，而是不恰當了，若只差一點點，如運費、倉儲費用，則尚屬合理；但如果差價太大，恐涉及明顯的不恰當，而這些問題以後都會浮現。健保不要管太多，但也不能都不管，讓民眾無所適從。
- 二、我們請健保署在 2-3 個月後，向本會提報相關管理規範，屆時委員若認為有需要再提專案報告。本案討論到此。何委員語還有意見，請！

#### 何委員語

蔡專門委員文全剛才所回答，1年可以裝4支血管支架，跟實際有出入，實際上1年只能裝2支。

鄭主任委員守夏

有時是醫師跟病人溝通不良，如果確為如此，十之八九是臨床問題，而非規定不明確的問題，請健保署簡單回應。

蔡主任秘書淑鈴

何委員語的問題，可能是個案，請能提供個案資料，我們再進行瞭解。

鄭主任委員守夏

好，本案討論到此，請健保署就以後的方向或作法，與醫界取得共識，在3個月內向本會提報。請問謝委員天仁還有意見嗎？

謝委員天仁

這不是跟醫界有無取得共識的問題，是執行的問題。剛一再反映的是醫療院所資訊要公開，資訊沒公開，當然會亂講；資訊如果公開的話，今天何委員也不致發生這樣的問題。跟醫界取得共識有什麼用呢？重要的是，健保署須想辦法落實規定，所以，鄭重要求，請將相關資訊寫成定型化說明書或契約書，大家才會知道。法律也要求資訊要公開，問題是從來沒有規劃要如何公開。

鄭主任委員守夏

請健保署在3個月內提出較可行的方案。接著進行報告事項第4案，請健保署報告「102年度各部門總額協定事項中重要專款項目執行之評估結果」。

參、報告事項第四案「中央健康保險署『102年度各部門總額協定事項中重要專款項目執行之評估結果』」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

謝謝張科長溫溫的報告，現在開放委員詢問。請楊委員麗珠。

楊委員麗珠

- 一、謝謝剛才報告「提升住院護理照護品質」方案，請主席允許我發給每位委員相關說明(鄭主任委員守夏同意發放)，謝謝！
- 二、方案已執行 4 年，依去年費協會協定，本方案 102 年屬專款計畫，經費 25 億元，我們代表 14 萬執業護理人員，在此說聲謝謝！而且，方案執行以來，也看到各層級醫院努力的成果。這幾年來，大概每一年都有 1 千到 1 千 2 百多位的護理人員，回歸職場。從評鑑的基礎來看，能達到標準以上的，在地區醫院大概有 61% 拿到 A，區域醫院有 79% 拿到 A，這是一個相當不錯的成績。各層級都有努力在增加人力、增加護理人員的薪資，或是大小夜班費，這是大家共同努力的成果。護理人員的滿意度，在各層級醫院都已達到 90% 以上。2 年以上護理人員留在職場的年資，也陸續增加，這是衛生福利部、健保署，還有本會委員，給護理團隊的支持和鼓勵。
- 三、健保署本年 8 月 2 日會議所討論「102 年提升護理照護品質方案專款」的使用方式，與費協會協定的原則有些不同，在此特予提出，請委員能夠支持。今年核定的專款為 25 億元，較 101 年多出 5 億元，所以 20 億元維持 101 年的作法，同時也尊重健保署與醫院的意見，多出的 5 億元用來調高基本的住院護理費。鄭重拜託、懇求，希望委員能夠支持護理團隊，讓我們把病人照顧得更好，謝謝！

鄭主任委員守夏

請問委員還有詢問？請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、各位看到了，今天 24 個專案花 10 分鐘報告，如果我上次沒有要求的話，大概就沒有這個報告，根本不知道執行情形為何，下個月如何進行總額協商？在 10 分鐘內大家又能瞭解多少呢？是一個大問號，所以，希望下一年度應該好好安排。以前比較有規矩，對已經談好的，在 2、3 月份開始，就會先提出部分報告，之後再陸續安排專案報告，讓大家瞭解所訂的執行細節是什麼，才知道以後怎麼去監理，如何分配總額，希望下次能改過來。
- 二、住院護理照護品質方案，其實從 98 年起，就開始運作了，但到現在，老實說成效都很差，錢丟下去應有其效果。健保署也對外公開承認，他們沒辦法監督錢的流向。我要說的是，以前把住院護理方案搞到所有的護理都去分這塊餅，已經違反費協會協定的相關內容。102 年是專案的款項，卻拿去調支付標準，專案是短暫性的、功能性的，怎麼會用到這方面去呢？如果這樣可以作的話，急診品質方案的 3.6 億元，是否也可拿其中 2 億元去調高急診的支付？我認為，這樣基本上是違法的，所以，25 億元應該回歸原來協定上所要求的事項，這是護理品質的問題。支付標準要調的話，請以一般費用進行，大家可來協定。所以，我鄭重的說，護理品質方案的專款，健保署跟醫界妥協，同意 10 億元用在護理支付標準的調高，這是違法的，不應該這樣作，不應該以短期經費去支付長期經費。假設有一天這個錢被砍掉的話，支付標準的錢要從哪裡來呢？對醫界來說，也不公平。所以，這部分應該回歸正常，25 億元就是專用在護理人員身上，她們前一陣子才在護理節時抗議，更沒有道理這麼做。

鄭主任委員守夏

請葉委員宗義。

葉委員宗義

- 一、我跟李委員永振、陳委員川青，為本會推派參加「醫療服務

給付項目及支付標準共同擬訂會議」之代表，所以，我們 3 位有參與本案討論。首先，本案已通過，函報衛生福利部核定，核定以後，可否再翻案是第一個問題。

二、第二個問題，因為當初在會議中，蔡副署長魯是主席，健保署提出甲、乙兩案，甲案是醫院的方案，乙案是另一方案，但護理人員又提丙案，不過最後丙案沒列出，當時僅就甲、乙兩案討論與決定，結果比較傾向乙案與丙案融合，所以，我們 3 人同意乙案，因為比較接近護理人員的丙案，而甲案比較不接近護理人員的丙案，但因為丙案沒列出，最後，我們 3 人同意乙案。

三、另外，我當過費協會委員，這項是護理界代表在費協會提出來的，為了護理人員的辛勞，本項專款從原本 10 億元、20 億元，到 102 年度，衛生署署長核定增加 5 億元，共 25 億元。其實增加 5 億元或 10 億元都算合理，不能讓護理人員太吃虧。以上將出席會議的情形向各位報告，謝謝！

鄭主任委員守夏

謝謝！請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

一、有關「提升住院護理照護品質」應該是專案，為何提到醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論？這是不解的地方。程序上，專案應以專案的方式處理，應該回來看護理人力荒到底解決了沒？應尊重護理師護士公會對於護理人力解決方案的意見，不能落入醫院管理系統來思考這個問題。所以，我們當然是比較支持護理師護士公會。其實護理師公會已經很妥協了，還同意 5 億元用以調高支付標準，我建議應該都回歸專案，該增加的 5 億元，應該是要解決人力荒的問題，不應該是調支付標準。103 年好像要考慮整個併入一般性的服務項目中，那個意見可以討論。102 年的部分應該回歸護理師公會解決護理人力荒的方案中。

二、有關乳癌醫療給付改善方案，剛主席提到是要刪除的，但其應不致沒有執行成效，議程 20 頁提到是有下降，但維持相當的水準，為什麼刪除？理由要明確，因為婦女團體對這個方案被刪除很有意見。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

我贊同謝委員天仁的看法，25 億元本來是專款，本就應該用於相關事項。既已決定就不應再變，否則我是醫療給付費用總額門診透析研商議事會議的本會代表，那邊也因點值太低，而希望從另一個地方多拿一點，豈不破壞原來協定的意義，所以一切都該按照協定不能更改。如果要更改，應由原來的委員提請復議，但原來的委員，有些已不在體系內，所以是否具有法律效力，值得商榷。已經確定的部分，就不要再變了，否則，我到門診透析研商議事會議，會被認為都是說假的。這是上次謝委員天仁一再陳述的，已經協定且有附帶決議，比主決議更具效力。否則，一定要把原費協會所有的委員都找回來復議，這是一種大家妥協的方式，今天還有變化的話，十分不妥。

鄭主任委員守夏

謝謝！時間差不多了，請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

一、補充資料第 14 頁，有關慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫呈現的成效，91 年到 95 年，男女性肝癌發生率都有降低，這跟計畫沒有關係，這個計畫 94 年開始執行，99 年才開始擴大辦理。B 肝的錢是 94 年才開始給的，現在用 91 年到 95 年的數據來說明成效，令人覺得很奇怪。這是引用國健署的數據，但我始終看不出效果在哪裡？

二、住院護理照護品質方案，事實上，醫院為了留住護理人員，

護理人員待遇、夜班費、人力及福利等都增加了，這部分的錢確實已投入，而且投注的錢遠超過 25 億元，有很多調查證實了這點。不是說所有的錢都要投入住院護理費，但住院護理費的調整，是比較直接，有住院病人，才有護理人員；住院病人多，護理人員也才會多。這是兩邊有不同意見，經過協商，健保署也幫忙協商。我的印象是 10 億元的費用，是要用來調整住院護理費。

三、至於評鑑的護理人力，其實是比較間接的，因該護理人力不是只放在住院，是放在所有的部分，所以，放在住院護理費用調整上比較直接與住院護理品質相關。

鄭主任委員守夏

謝謝！請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

一、關於護理人員的費用，這幾年來都是放在專款沒錯。專款是一時性的，如果停掉的話，那怎麼辦呢？醫院在這個一時性的專案裡，若增加了 5 千人，是否該一時性的專款結束了，所增加的護理人力也裁撤結束？我覺得這是要負責任的，不能這樣思考。醫院從去年就一直說，包括健保署的長官也認同，應該放到一般性預算，因為薪水調整後，不可能回頭來調降，聘請的人就會留住。但若如謝委員天仁上次所述，接下來就是自己負責，這樣不好，是彼此相害，沒必要啦。這部分原本就是長期性的，健保會應該負責任的提出資源去支援，才有長久的護理人力。作為健保會的委員，大家應合作把這部分變成是長期的，不要讓護理人力的改善變成曇花一現。

二、健保會所作決定都是原則性的，要提升其品質，我認為無論品質指標報告、人力評鑑、新增護理人員，或調高住院護理費上，都是提升品質的方法，怎麼說不是呢？假設本來付 100 元，現在付 150 元，所以要求品質應該提高，護病比應該提

高，當然都是品質提升，絕對沒有違法。

三、關於剛才葉委員宗義所描述，每個團體都有其主張，也的確常有被否決的情形，但到後來都是接受妥協的產物。所以，這部分當天有三位委員參與，經過大家的協商，護理團體的代表也說，只要附註，「她們是持反對意見」，這基本上可接受。大家都對代表的團體做交代的，這大家都可以體諒。會議如果沒有妥協，就不會有結論。這個案子也送到衛生福利部去核定，也許都通過了。我認為調整住院護理支付標準就是提升品質的一個辦法，這樣才能提高護病比。

鄭主任委員守夏

好，清楚。請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

一、確實 24 個專案都非常重要，建議明年度來會報告前，先請學者專家看過並協助提出該注意事項，例如，這 25 億元的使用方式，護理師公會曾要我幫忙檢視，看了資料，覺得指標都有問題，這樣的指標為什麼可以用 4 年？這是因為我們這個委員會看不到那麼仔細的東西。所以，這 24 個專案以後到這邊報告前，必須有幾位學者專家看過相關案子，不是書面審查，是真的討論過後，再到這裡報告，也較節省大家的時間。

二、請大家看補充資料第 14 頁，家庭醫師整合性制度照護計畫一年花了 12.15 億元，再請對照 102 年全民健保各部門總額執行成果摘要的第 2-45 頁，仔細去看，會發現門診點數，100 年到 101 年，增加了 6 億點，住院則增加了 21 億點，表示增加了 27 億點的費用。在 2-45 頁中間，民眾利用的部分，100 年到 101 年的門診費用增加了 5 億點，住院費用增加了 21 億點，所以，增加了 27 億點，相對於花了 12 億點來改善的話，是否符合效益，是我們必須思考的第一個問題。雖然健保署在右邊寫了一個，如果不收案的話，會成長更多(20%)，

現在是成長 16%，也就是這個計畫的投入，會減少成長 4%，4%乘以 27 億點，可以節省 6 億點左右。花了 12 億點去節省 6 億點，是否有其效益？是我們可以思考的。所以，為什麼說，好的我們肯定，不好的，要有退場機制。

- 三、請大家看一下補充資料第 22 頁第 27 張投影片，高診次民眾藥事居家照護試辦計畫，其中，被輔導對象門診就醫次數少了 16.6%，門診醫療費用下降 13.9%，沒超過門診次數節省的百分比。對門診高診次者，健保署也有其他的控卡機制，所以，可能是其他控卡機制造成的影響。於此，若門診醫療費用的節省超過 16.6%，就會比較可歸因為藥界的功勞，可是費用省 13.9%，門診就醫次數省 16.6%，就比較看不到其成效。我說的也許不正確，所以需要更細緻的討論，再提到本會來報告比較好，謝謝！

鄭主任委員守夏

謝謝！這個報告案已經花很多時間，請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、剛剛說到護理人員的專款計畫，媒體在 99 年、100 年大幅報導，因血汗護士造成醫院經營更加困難。費協會協商當時，有感受到護士荒的嚴重性，所以，特地編入專款，用意也在此。因為過去醫院總額協商時，非協商因素部分如果是 2.5%，就表示成長就有 75 億元以上，成長預算如此大，仍然沒有勻支於照顧護理人員。所以，委員感受到，給醫院的錢再多，也沒辦法落實到多聘護理人力，解決人力不足的問題，或提高護士的薪資待遇及夜班費，所以，才將其列入專款，用意即在此。
- 二、謝委員文輝提到回歸一般預算，如果醫院經營很正常，且依照每年協商成長率調整薪資以照顧護士，可能就不會有護士荒這個後遺症，我們當然也會同意回到一般性預算。但因為醫院沒落實照顧護理人員，我們必須明確規範要專款專用。

所以，我非常支持謝委員文輝所提的部分，既然協定的是 20 億元，而衛生署長核定為 25 億元，多出的 5 億元也要專款專用，多多照顧護士人員，醫院的品質自然會提升，強調過去協商的原則，目的在此。未來若作得好，是否回到一般性預算，我們就看看護理的服務品質有沒有提升，若品質有提升，人力也充足了，是可以考量的。

鄭主任委員守夏

好，謝謝！本案就到此。

楊委員芸蘋

主席，我簡單回應一下。醫院這邊似也有難處，彼此的協商還會有一點問題。當然照顧護理人員是理所當然要的，護理品質也一定要維護，為什麼有些專案會有執行上的落差？問題在哪裡？這些專案是否真有必要？還會再出現什麼問題？為什麼當雙方達成協議後，又無法澈底執行？建議要深入了解這些內情。另專款項目，是不能隨意移列至一般服務預算處理。

鄭主任委員守夏

一、很抱歉！這是一個報告案，我先做程序說明，我們已經有整整一天半的總額評核會議，專家學者其實已針對 24 個專案逐字看過，相信委員沒有時間看，今天花 10 分鐘報告 24 個專案，是希望能給委員一個大的概念(picture)，若真要去評核每一個專案，必須要花一點時間。因只有少數委員參加總額評核會議，所以必須請健保署到會報告較重要計畫之執行情形，但每次開會都安排報告，時間會拉很長，各位委員要有心理準備。

二、協定總額及其分配方式是健保會的權限，但協定完成的總額及專款的第二層分配，依照健保法是健保署的權限，該署有責任執行這些專案。健保署擬訂的相關方案會報衛生福利部，這是比較細節的部分，是否需提至健保會再討論一次？

建議不要。健保署已經花了很大的精力，都不易擺平，我們健保會這個平台有辦法擺平嗎？我覺得不容易，但這是一個溝通平台，可以將不同的意見彙整後報送衛生福利部，所以，請健保署將大家的意見儘快整理後送部長參考。目前應該做好而未做好的方案，表示執行成效不佳，其將影響明年度的總額協商。就像今天有些專案被檢討，協商時我們可以說，哪些不需要辦理，哪些需要改進，這樣比較符合健保會的權限。我們是要確立比較重大的原則及方向，執行面應該是健保署的責任，本會不可能有時間去管實際執行面，如果真有，但相信明年進行總額協商時，一定能知道哪些專案真有問題，或不應該歸屬於專案。

三、非常同意各位委員所提的意見，提高護病比，醫療院所成本當然會提高，相對的是否總額應含括這些成本？如果應該納入是大家的共識，則下次改為一般服務預算，今天未討論這點，只能將意見送給健保署參考，時間關係，本案希望就討論到此。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、我覺得主席還停留在以前費協會時代的想法，現在已經是二代健保，整個健保的資源分配權責，是在健保會，健保署必須依照我們決定的內容，去做相關細則且執行，若健保署執行的情況，已經偏離協定的內容，我們當然有權介入，不是今天協定 25 億元，然後 25 億元隨便花，這雖是執行細節，但涉及分配有無被落實的問題，所以，不認為純屬健保署的權限。
- 二、現在我對提升住院護理照護品質計畫 25 億元要如何分配有意見，這個計畫是專案性質，怎能以短期經費去支付長期經費？而且每一年都做長期性護理費支付標準的提升，這與專

案本身的性質相背離。現在健保會已經把監理的事項納入，分配至多細緻，應由健保會控制，可以授權健保署去做，但都變成健保署的權力，是不對的。

鄭主任委員守夏

好，了解。請蔡委員登順。

蔡委員登順

專案過去已討論過很多次，專款如有剩餘，不得流為一般服務預算，已經講得很清楚，其實衛生福利部不能擴大自己的行政範圍，而且超越總額協商會議，那健保會存在的價值在哪裡？過去已有協商沒共識送署裁決的案例，所以建請依照健保會協商結論來執行。

鄭主任委員守夏

- 一、謝委員天仁所提意見，是否日後完成協定的事項，健保署需將專案執行方式，再報由健保會同意？因為以前沒有這個程序，所以才說這是健保署的權限，要由健保署執行，日後若違反當初協定的內容，則由健保署負責，健保會隔年也會審視健保署如何執行。如果健保署需要將擬出來的專案執行方式送到健保會同意，才能執行，我擔心是否有時間去監督專案較細節部分，因專案的數量很多。大部分專案依照健保署的規劃辦理即可，本會則建立所協定計畫之提報機制。
- 二、希望今天能建立機制，目前健保署擬訂後就報衛生福利部核定，所以是署長的權限，但權限到哪裡？建議本會不要管太細，如果有爭議，可以到健保會報告或溝通，但現在，會議常開到下午 1 點多，以後將更長，只要大家有共識，當然可以。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、這個問題已一再討論，在健保署協助下，個人參加很多次這樣的會議，今天對此 24 個專案的報告方式，大家不滿意，發

言卻無法聚焦。健保會的職權如何發揮？本會各方專家很多，應先決定，究竟應該要用集中式或分散式討論？所謂集中式討論，即是一年內某個時間，大家要出席討論這些方案，如果未出席，就請不要發言，因為不懂。平常一個專案報告需要 30 分鐘，討論需 1 個鐘頭，針對疑義再一一修正這個方案，才能做得好。如果當時未出席，事後就請不要發言，因為一時之間實在不容易懂。

二、如果要集中式討論，可能需要另外安排時間，一個月一次的委員會議，顯然不足，每個報告案要花 1.5 鐘頭，幾個專案就要花多少時間是可算的。如果是分散式討論，我們的專家代表大家分組去參加相關會議，健保署在執行時需全程報告，委員充分負責及帶回相關訊息，才能發揮我們的職權，不然 12 個工作天要注意這麼多問題，有些專案就無法處理。

鄭主任委員守夏

請幕僚同仁安排提報時程，因不能妨礙到健保署公告時程，原則應該是 1 月公告，拖到 7 月已經很晚。如果方案有問題需送健保會討論，可能會延誤公告時間。請幕僚同仁再與健保署，甚至衛生福利部溝通。

楊委員麗珠

非常謝謝所有委員對護理團隊的支持！

鄭主任委員守夏

請進入下一個報告案。

肆、報告事項第五案「中央健康保險署『DRGs(診斷關聯群)、RBRVS(資源耗用為基準的相對價值表)等支付制度之推動情形與對總額影響及未來方向』」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

謝謝李專門委員純馥的報告！現在請各位委員提問，請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、台灣在總額預算制度下實施 DRGs，這是國際上少見的做法，因為 DRGs 是在診療項目與診察項目中間，再重新分配，增加醫院相當多作業成本，但看不見好處。不是反對或贊成實施 DRGs，而是因為現行的 155 項 DRGs，是從原來論病例計酬的 55 項所延伸過來，原來有相當多的費用項目，可由醫院自己處理，現在通通含括其中，讓醫院的作業成本產生扭曲，造成相當大的困難。再者，明年要開始實施 ICD-10-CM (國際疾病傷害及死因分類標準第 10 版)，每天相關作業常更改，醫院沒有多拿一毛錢，還增加很多行政成本，這是必須要考量的。因為現在的作業方式有相當多的不合理，所以，102 年雖編列 3.87 億元繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵專款計畫，因未再繼續導入，而未使用相關預算。調整 DRGs 實施措施，這與五大皆空無關。
- 二、不是說贊成或是反對 RBRVS，而是從健保署提出的資料無法看出中間複雜度的關聯性，因為大家都講自己的，所以，基本上是健保署依據的資料不客觀，比如說，皮膚科竟然是一個看病時間很長的科別，這與我們觀念上的落差太大了；有些科別應該要花很多時間，但是答案反而很短，如果這樣實施下去，這會產生問題的。
- 三、另外，102 年 RBRVS 之調整方案，費用預估 50.55 億點，醫院團體不是有意見，而是所提出的調整案未充分考慮各層級醫院的困難，原本依據 101 年醫療費用申報點數，地區醫院

的占率約 18.3%，結果現在只分給 10%的調整費用點數，這樣做，那些要關門的地區醫院可以接受嗎？建議健保署要做詳細的醫療體系健檢，了解實際狀況。

鄭主任委員守夏

謝謝楊委員漢淥！先請陳委員宗獻，再請吳委員肖琪。

陳委員宗獻

RBRVS 的施行有固定困難度和影響範圍，這我們了解，但是在西醫基層的部分，102 年總額協商有 2,200 萬元用於外科 10 個項目的調整，去年協商過程中，對 10 個項目也已詳列，並取得當時費協會的同意，進行 20%的調整，但是現在要框到 RBRVS 內，會產生兩個問題。第一，實際上調整的項目不符，調整婦產科，但協商的外科項目卻沒有調整；第二，金額不符，健保署曾說，只有 1 千多萬元；今天看到的是 5 千萬元；但協商是 2,200 萬元，而且有 10 個固定的支付項目；所以，西醫基層已經協商完成這個部分，不適合再放入 RBRVS。

鄭主任委員守夏

請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、很抱歉！上個月因另有他事，所以未參加委員會議。依楊委員漢淥剛剛的說法，認為總額與 DRGs 無關，但其實是有關的。在總額之下，各醫院要怎樣分配錢，是要用論量計酬嗎？論量計酬只會造成衡量，所以醫院與醫院間，或醫院與診所間，要如何合理的分配錢，不可能一直用論量計酬，不同專業之間差距太大。DRGs 不只有美國採用，歐洲也有很多國家採用，控制醫療費用不只是保險人或醫院、民眾的責任，是大家共同的責任。
- 二、很高興張科長溫溫報告 DRGs 部分執行成效，希望能呈現未實施 DRGs 之疾病項目再住院情況多嚴重，以及用一床 400

萬元到 600 萬元的急性床照顧急性後期病人的情形。理論上病人未完全好，要進行復原，國外會縮短急性日數，而以急性後期照護費用給付的方式來支應。不是用現在住院的方法，病人在不同醫院間轉來轉去。健保署應要呈現未導入 DRGs 之疾病，其超長住院及再住院。二代健保實施後，除了開源，也要努力節流，應該避免無效醫療及不必要之浪費。建議 DRGs 要加速推行，才可以避免因為還未導入 DRGs 以前，所造成的超長期住院日，或使用急性醫療病床照顧急性後期的個案因而造成的醫療浪費。

#### 鄭主任委員守夏

站在學者的立場，我支持 DRGs 應該要繼續做，不只美國、歐盟在做，很多國家也都在做，也有總額之下實行 DRGs 的，只是其總額與我們不完全相同，DRGs 不做就是論量，論量就會衝量，能衝的是小病，其實是比較不當的。現在的經濟發展已付不起論量計酬，很高興部長已經裁示要做 DRGs，大部分的醫院也都準備好了，希望可以加速。本案討論到此。

伍、報告事項第六案「『103年度各部門總額協商因素項目或計畫』  
規劃報告」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

一、請大家看今天所發綠色單張的會議預訂時間表，接下來所要進行的一連串報告案，是為應下個月總額協商會議之需所作安排，請 4 個總額部門及健保署報告 103 年度總額的整體規劃。

二、希望可依預定的目標時間完成報告。若照時間表現在已經晚了將近 30 分鐘，請牙醫部門報告。

許常務理事世明報告「牙醫門診總額之規劃」

鄭主任委員守夏

謝謝牙醫部門的報告！現在請中醫部門報告。

施委員純全報告「中醫門診總額之規劃」

鄭主任委員守夏

謝謝中醫部門的報告！接著，請西醫基層部門報告。

黃副秘書長啟嘉報告「西醫基層總額之規劃」

鄭主任委員守夏

謝謝西醫基層部門的報告！請醫院部門進行報告。

陳代理委員雪芬(翁委員文能代理人)報告「醫院總額之規劃」

鄭主任委員守夏

謝謝醫院部門的報告！最後由健保署報告「103 年度總額協商因素規劃(草案)」，目前大概落後 30 分鐘，剛才已取得健保署同仁諒解，該署報告時，大家可一面用餐，雖然不好意思，但為了控制時間，好讓後面的討論往前，只好如此。請健保署報告，並請與會人員一邊用餐。

張科長溫溫報告

鄭主任委員守夏

謝謝張科長溫溫的報告。現在時間是 12 點 50 分，多數人希望稍喘一口氣，所以休息 10 分鐘，1 點鐘時，請大家回到會議室，就剛才的 5 個報告進行意見交換。

(休息至下午1點)

鄭主任委員守夏

各位委員請回座，照議程剛剛是第 6 個報告案，係 4 個總額部門與健保署所提出希望可納入 103 年總額協商的項目或者擬增加的金額。有 30 分鐘可以做意見溝通，還未進行總額協商前，若有需要更了解的部分，歡迎付費者代表提問，再由各總額部門與健保署回應。請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、請教中醫部門，腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫跟腦血管疾病後遺症門診照護計畫，這兩個計畫因做的量大，點值相對比較低，健保署建議要嚴格管控收案量或這部分儘量少做，你們的看法如何？
- 二、牙醫部門的牙周病統合照護計畫，我認為執行得很好，希望能繼續做。該計畫已做了 4、5 年，如果成效很好，未來牙周病的人數是否就會減少了？牙醫總額每年要求成長，這對未來會是很大的隱憂，牙醫師數每年成長 300 位，如果人口數未跟著成長，是不是有辦法滿足牙醫界的需求？再者提出很多新的醫療科技，那些醫療科技引進後品質提升了，也許一個根管本來要治療 5 次，新科技根管治療只要 3 次就好，效率提升時間縮短，牙醫總額要不要繼續成長，應是可以探討的。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員登順！我們將議題都彙整後再分部門回答。無其他委員要詢問？各位委員可以詢問不清楚的地方，比如說哪個案子為

什麼要編 5 億元而不是 5 千萬元？

蔡委員登順

不好意思，再補充一下，剛剛陳代理委員雪芬報告時提及，說去年協商有人指責他們所提醫師比理髮師還不如的意見，當時是我提的，因為協商是個平台，雙方可以提出不同的看法，並沒有誰罵誰的問題，所以我反對這樣的說詞，這可調出去年的紀錄參閱。當時我是說醫師與理髮師無法比較，雖然兩個都是師，但價值差異性大。理髮師理一個頭 500 元，我是理 200 元，取中間費用約 300 元，門診診察費一次約 228 元，請問一個小時看幾個病人？理髮師理一個頭最少要 1 個小時，有的門診看一個病人 3 至 5 分鐘就完成，4 個小時能看 80 個病人，一個理髮師 4 小時可以理 80 個頭嗎？當然不能類比，所以當時說，不要這樣比較，這是我的論述。可以調出紀錄，沒罵人的用語！

陳代理委員雪芬(翁委員文能代理人)

我說的不是你啊！

鄭主任委員守夏

好、好、好，不要...。先請干委員文男。

干委員文男

其他預期之法令或政策改變對醫療費用之影響，有一個提升雲端醫療資訊查詢效益計畫，編 22 億元的預算，請問該計畫的資本門經費占多少比例？經費足夠嗎？還是經費只有三分之一、四分之一？希望今天能夠說明清楚，因一直期待能趕快解決醫病關係及節省健保資源，請健保署說明。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

一、主席、各位委員，剛才聽台灣醫院協會陳代理委員雪芬的報

告，聽了她 3 年的報告，到現在還無法頓悟，因為 3 年來的報告，讓我一直無法理解。第一，剛才她提及產業界的代表欠缺同理心，但是產業界的代表還有其他的勞工代表、團體代表，怎可說產業界的代表私下竊喜，實際上，我對整個總額是很憂心的，我是負責任與用心的人，常私下去訪問醫院、醫師，甚至外國學者。

- 二、全世界都公認台灣的健保醫療制度非常健全，醫療服務便利性、設施非常好，擔心的只有醫療經費的支出，是否有更高的服務，以及造福社會所有的人。但由陳代理委員雪芬的報告中，感覺其報告聲音有些怨恨及不滿，希望聽到的是報告的實際內容，而不是一直諷刺付費者代表，這樣不好。聽了 3 年心裡很沉痛，報告的口氣可以溫和點，針對實際狀況進行詳細的分析，讓我們更加了解。

鄭主任委員守夏

謝謝！如果沒有特別的疑問，這個場次可以縮短，不一定強迫委員提問。針對剛才委員的提問，先請中醫、牙醫部門，再請健保署回答。請施委員純全。

施委員純全

- 一、謝謝委員的指教，事實上，腦中風計畫分住院會診及門診二部分，在住院會診這部分，基本上要有西醫師的會診才有辦法收案。在門診的部分，是會同健保署研議透過 VPN(健保資訊網路服務系統)，透過內部的網路去查對病人資料，需要符合條件才能收案，以西醫診斷的主病名為主，副病名還不行，收案條件非常嚴格。
- 二、這些計畫執行到一定程度後，各醫院發現西醫師願意會診的比過去高，前端如果高很多，病人離開醫院的後端接續照護則會高很多，所以真正的需要量慢慢被反映出來。事實上，民眾的需求與預算，是有一定的落差，希望這樣的落差能透過預算的協商來補足，不要讓點值太低。至於更嚴格的收案

條件，未來，也會與健保署討論收案如何更加嚴格管理，有時只有書面標準是不夠的，希望透過電腦的管理，讓收案標準更嚴格，更符合大家的期待。

鄭主任委員守夏

謝謝施委員純全！請牙醫部門。

陳醫師彥廷

- 一、剛剛蔡委員登順提問，透過牙周病的治療，是否會使未來的病人減少？辦理該計畫這幾年中，相較於國人在牙周病治療需求上，量仍明顯不足，短時間內仍會繼續的成長，這個計畫從剛開始多數民眾到一般的診所，都會被說牙周病應該要至醫院看診，目前已經有一些改觀，希望牙周病的治療，是牙醫師提供的基本醫療服務，所以，這個部分還有很大努力的空間。當病人能夠留下的牙越多，後續的照護費用也會繼續出現，所以今年也提出後續的支持性治療，來確保牙周病治療的療效需求。
- 二、有關根管治療採用新科技可以減少治療的時間，但也增加所謂的設備成本，以目前的情況，這些難症治療，耗費的時間遠比一般案件久，所以治療的成功率很低或未被治療，但因這部分可以留下更多的牙齒，所以今年提出新科技需求。

鄭主任委員守夏

謝謝牙醫部門的說明！請健保署回應干委員文男所提 22 億元的問題。

李專門委員純馥

雲端醫療資訊查詢效益計畫，一年確實是需要 22 億元，這是整年的預算。

鄭主任委員守夏

干委員文男對這方面一向期望很高，日後有比較詳細的計畫內容，請讓我們的委員了解。請楊委員漢淙。

## 楊委員漢淙

- 一、總額成長率是由健保署試算的，以前由健保局報衛生署，然後報行政院核定，103 年原來提報 4.5%的成長率，因為提報太低，所以行政院幾乎沒有核刪，核定結果為 4.45%，不知健保署試算 4.5%的成長依據為何？要做什麼內容？把健保署所提，與各部門希望的成長加總，恐怕與 4.5%或 4.45%有蠻大的差距，差距是多少？雖然不是要將全部的錢分配完，但現在整個醫療體系有相當多的問題，而且新的問題逐漸產生，更需要有足夠經費來解決。
- 二、現在醫院部門確實是經營困難，各位若有與醫院人員接觸，就知道現在的困難。在台灣現在要找出醫院一年有 5%以上的盈餘，幾乎是少之又少。而且，醫院的收入約 15%-25%，是來自自費醫療。大家覺得醫院不應該做太多自費醫療，我也同意自費醫療非醫院的核心業務，比如說醫學美容、高級健檢。做自費醫療是用來補健保收入的不足，是必須正視的問題。
- 三、剛剛陳代理委員雪芬的報告，提及醫院總額是提供 100 元服務，卻只拿到 88 元，平均下來是這樣的，這是形容比各行各業在經營上更為困難，比喻也許不是很好，但呈現的是事實。醫院歷經護理人員不足，所以關病床；歷經五大皆空，緊跟著相當多醫療人員也慢慢呈現不容易投入的問題，因醫院藥師、放射線技師覺得，別的部門薪資有調整，為什麼他們未調整？這中間形成的不公平是存在的。我們的診察費一直都是 228 點再打 0.92 折，醫院不管是門診、住院的診察費，一向都偏低，五大皆空也是支付偏低，但其他部分也通通偏低，希望能有機會調整。

## 鄭主任委員守夏

謝謝楊委員漢淙！請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、等一下再請陳代理委員雪芬補充。我特別澄清一下，何委員語是我非常尊敬的委員，非常打拼(台語)與認真，所以特別向何委員語說明，因我坐在陳代理委員雪芬的旁邊，剛才她報告時離麥克風較遠，但我聽得很清楚。她提及工商團體的代表也是經營事業，比較能了解醫院提供很多服務，卻經過核減與浮動點值，這些都是行政措施的結果，有些點值已降到 0.86，造成經營困難。工商團體委員本身有經營事業，應該很能了解醫院的苦楚，而不是說工商團體代表在一旁竊喜，怎可能會看醫院經營困難，有委員卻很高興？一定會想要儘量協助改善，她的意思是這樣，先說明一下。
- 二、另外一個部分，請陳代理委員雪芬再補充。剛剛西醫基層部門提出降血脂藥物若放寬使用標準，要提供足夠經費，其實慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫原編專款用不完，是因為當時訂有較嚴格的使用標準，需有肝穿刺，但健保局放寬標準後，費用一下多起來，差好幾十億元。台灣用降血脂藥的病人是大宗，所以，西醫基層部門的憂慮是要正視，如果資源未適當分配，則會用到一般服務預算，這類病人在醫院部門至少是西醫基層的 3 倍以上，所以，建議醫院總額要補充這部分。

鄭主任委員守夏

好，謝謝！請陳代理委員雪芬補充。

陳代理委員雪芬(翁委員文能代理人)

- 一、先針對高血脂藥品的部分補充說明。醫院部門確實未注意到這塊，這一段有可能會像慢性 B 型及 C 型肝炎計畫，在適應症放寬後造成醫院花費很多費用，會後再與健保署討論要編多少預算。
- 二、每年在這個時候來這個委員會，感覺與平時很不同，覺得有些不可思議。醫療服務提供者平時與各位委員的互動，不會像在談費用時這麼劍拔弩張。我們希望呈現一些實際費用狀

況給各位委員看，醫院實際上被核減和點值浮動一加就是超過 10%，可是有些委員一樣是視而不見。我剛提及如果是經營事業主對於這樣的折扣額度，一定會看不下去，一定會想這個行業好差，拿出去的錢被打 8、9 折，但醫院明明就是這樣，從 91 年到現在，臚列出來的數字就是如此不堪。

- 三、如果在成長率方面各位無法幫醫院忙，還是謝謝各位！每年給醫院團體較多的成長率。基層或醫院經營愈來愈困難，所以，今年看到西醫基層部門也拿出類似被核減及點值浮動的數字，就希望委員能好好的看。今天我們之所以開這個會，不管是醫事提供者或消費者都應明瞭，如果醫療這行業式微或從事醫療服務人員不足，甚至跑光了，我們在這裡還能談什麼？語重心長地來說，討論醫療費用的成長問題是嚴肅的，不應該用「專業模特兒來報可能較好」這樣的說法。

鄭主任委員守夏

謝謝！時間還有 7 分鐘，本案討論到此。請干委員文男。

干委員文男

- 一、在其他預算中，居家安寧 103 年預估增加 1 千人，為現有居家安寧人數的 20%，人數太少了！我曾聽過相關的演講，國外都是希望多一點居家安寧。居家安寧有很多的方式，只需要簡易的設備，這方面能否再增加一點預算，讓居家安寧到死亡這段期間的人數可多一點，也不會浪費這麼多健保費。
- 二、我詳細看了雲端醫療資訊查詢效益計畫 22 億元，相關經費都混在一起，去年好像沒編 22 億元，剛才健保署答覆的很簡單，設備經費占多少比例，請說明清楚。才能知道 22 億元要做什么？做到什麼程度？不然有一天惹火我，就上報正式攻擊健保署，為什麼這麼多年都不做，我非常期盼這方面能做好。
- 三、為何各總額部門都喊苦？本會專家學者吳委員肖琪，請問問題在哪裡？是消費者、醫生、醫院，還是健保署的問題，請

協助說明。

鄭主任委員守夏

好，請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、其實我也蠻同情醫院的點值變低這件事情，問題出在哪裡，真的是蠻多原因造成這個問題。第一，擴床擴的太多、太嚴重，過去 11 年，我記得我去年、前年的研究資料，醫學中心增加 5 千床，區域醫院增加 2 萬床，總共增加 2 萬 5 千床。護理人力缺可能原因在這裡，1 比 3 或 1 比 4 的護病比，缺了 6、7 千名護理人力，就是多了這 2 萬 5 千床。為什麼醫學中心或區域醫院在崩壞及賠錢中，還拼命擴床與併購，這是一個很有趣的問題。
- 二、另外一方面，如果我中風，可能已經過了急性期，理論上我需要積極的復健，可是不能因為沒地方住就繼續住急性病床，這是要去思考的部分。醫學中心、區域醫院的床一床成本是 400 至 600 萬元，急性後期病患應該要往社區走，要地區醫院轉型或做護理之家也好，一床成本是 40 至 60 萬元，明明可以用 40 至 60 萬元來照顧，非要用 400 至 600 萬元的床來照顧，變成雙輸局面。醫學中心、區域醫院應該要減床則要減床，醫學中心加區域醫院的總床數占所有床數的 6 成以上，以前希望大病到醫學中心、區域醫院，其實現在大小病都會至醫學中心、區域醫院，這也是地區醫院活不下去的原因之一。我認為醫學中心、區域醫院不要再貿然一直擴床。
- 三、DRGs 真的應該要實施，如果 DRGs 不實施是因 ICD-10-CM 因素，應該公布各醫院之 Base Rate(公式：該院所有的個案平均費用/該院之 CMI 值。亦即將每人每次的平均費用除以 CMI 值則得出 Base Rate，可由此校正比較不同族群間醫療資源耗用程度)。CMI(case mix index，病例組合指數)可以代表病患

疾病嚴重程度之指標，若醫院的 CMI 是 2，表示這個醫院疾病嚴重度的平均權重是 2，理論上醫療費用應該是 8 萬元左右，可是如果當一家醫院其 CMI 是 1 時，卻不是使用了 4 萬元，而是 7 萬元，表示這家醫院衡量太嚴重，所以 Base Rate 應該要公布，才能看出雖不實施 DRGs，以這家醫院病人的疾病嚴重度而言，理論上可以用 4 萬元照顧，卻用了 6 萬元、7 萬元，我們就會問，為什麼這家醫院申報費用比較高？那家醫院申報費用比較低？

- 四、有關部分負擔的議案，可能是因為衛福部剛成立，處理這個議案的時機不好，但這是未來我們要考慮的方向，因為住院只需付 1 成或 0.5 成部分負擔，所以住在醫院是最便宜的作法，如果我個人中風，我會選擇或是想盡辦法找認識的人讓我住在醫院，因為這樣我個人的花費會最少，這也造成現在的問題。
- 五、剛剛建議要公開 Base Rate，DRGs 仍要實施，還有，大醫院不要再擴床。
- 六、至於 co-payment(部分負擔)，時機好的時候還是要適度提高，請看補充資料第 77 頁，血友病及罕見疾病的成長率太高，高到令人驚訝，比方血友病人的花費，從 200 萬元增加到 390 萬元，等於增加將近 1 倍，為什麼增加這麼多？請問全國用最多錢的血友病人 1 年花多少錢？前 10 名用多少錢？請健保署提供數據。罕見疾病也一樣，雖然我們都同情弱勢，但也看到費用從 5 億元變成 26 億元，短短幾年就增加 5 倍，人數只增加 1 倍，藥費怎麼變得如此貴？血友病的費用也增為 200 萬元到 390 萬元，血友病的前 10 名到底花多少錢？健保署可以現在告訴我們嗎？

鄭主任委員守夏

有關吳委員肖琪所詢問的資料，請健保署於下次開會前，提供委

員們參考。另外，還有一位社會公正人士，請問陳委員錦煌有無意見？

陳委員錦煌

沒有。

鄭主任委員守夏

請張委員煥禎。

張委員煥禎

- 一、剛剛這個問題，包括在座很多委員，連我自己都想知道，大家都說醫院這麼辛苦，為什麼有些醫院還擴床？簡單說明，我從費協會第 1 屆就擔任委員，總共 5 屆，然後現在擔任健保會委員。在座委員中，除了謝代理委員文輝有經營 750 床私人醫院的經驗，我也是經營私人醫院的院長，我的醫院(壠新醫院)成立日期與全民健保開辦同一天，也就是民國 84 年 3 月 1 日，所以我歷經過所有制度，從一開始到現在，當時投資了 20 多億在這個醫院，很清楚到底有沒有賺錢？到底好不好經營？公家醫院很多土地及建築都沒算，如果真要算，獲利 5% 以上真的沒有幾家，如果就只算 cash flow(現金流量)，不算折舊等的話，我相信也不會超過 25% 的醫院有盈餘。
- 二、剛剛聽幾位委員的問題，也是大家最想問的問題，醫院一面哀哀叫，一面還是做，但是，要看到未來隱藏的問題，未來醫師的素質，相信平均素質會越來越差；然後，也會一床難求，現在醫院越來越招不到人，社會上的人越來越不願意去醫院做事。我有一個建議，是不是由台灣醫院協會與中華民國醫師公會全國聯合會，好好準備，以解答委員們剛剛的疑惑，包括真的那麼難經營嗎？證據在那裡？其實剛剛吳肖琪老師的問題，我也在教書，也經營醫院，也在健保署做過總召、共管委員等，所以我想說的是，我自己在經營醫院，真的可以用活不下去這幾個字，但是，品質不好不是我們要

的，是不是大家可以用一天時間，大家準備更充分的資料，甚至可以辯論，讓大家提問題，也協助大家真正來瞭解，若真的有可能，跟健保會一起辦一個這樣的會議，讓所有委員真正知道。不然，這麼多年來，沒有一個會議可以藉由證據去討論，也就是 evidence-base(證據基礎)，好不好？剛剛吳肖琪老師所講的，我隨時可以用許多解釋說明，而且並不完全是這樣子，大家可以討論，若有機會，可由台灣醫院協會與中華民國醫師公會全國聯合會一起舉辦。

鄭主任委員守夏

謝謝張委員煥禎的建議！本案時間已經超過，最後請健保署以一分鐘解釋一下干委員文男的疑問。

李專門委員純馥

- 一、剛剛提到居家安寧的部分，實際上，目前健保就有給付居家安寧，只是本署希望拓展到社區的部分，也就是厝邊的好醫師，因為過去只有醫院在做，這次希望診所的醫師可以參與，因此，那一部分是額外要給這一群醫師進來所增加的人數。其實，從 89 年開始到現在，本署就一直有在推動居家安寧。
- 二、有關提升雲端醫療資訊查詢效益計畫的 22 億元，是一整年所需要的預算，這部分，是因為過去沒有補助醫院把頻寬拉大，所以有些醫院用最基本 ADSL(寬頻上網)的頻寬，導致在讀取相關資料時速度會比較慢，我們希望這部分給一些誘因，讓醫院把頻寬加大，增快查詢病歷的時間。電子病歷的預算有一部分是在衛生福利部，而提升雲端醫療資訊查詢效益計畫只有針對與健保特約的院所，在此補充說明。謝謝！

干委員文男

主席，我講這麼多都白講了，我是問健保署這個計畫的費用是編經常門還是資本門？如果是經常門，就是每一年都有，資本門就

是今年有，明年就沒有；若是資本門，就要知道是用在什麼東西？經常門就是消耗性的。

鄭主任委員守夏

好，干委員文男，有關這個議題，下個月協商時，健保署會再詳細說明，說明若不清楚，我們不同意就好了；若說明的很好，就可以同意，今天在此先溝通一下即可。有關報告案第 6 案討論到此。

吳委員肖琪(會後書面意見)

- 一、請說明罕病及血友病平均每人藥費近幾年成長率超高之原因，並列出費用最高 10 人之花費。
- 二、請說明若降血脂藥物可有效減少醫療費用，為何需額外編列降血脂藥費。
- 三、建議健保署應呈現各醫院 base rate，將有助於 DRGs 實施，同時可請台灣醫院協會協助，針對 base rate 高的醫院進行輔導，以利醫院住院費用管理。

陸、報告事項第七案「中央健康保險署『102年7月份全民健康保險業務執行報告』」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

一、第 7 案是健保署的業務執行報告，請問健保署是否有口頭補充？若沒有，請各位委員參考書面資料。有關剛剛 6 個報告案，依慣例，會邀集健保署及付費者代表先開個說明會，屆時再與付費者代表委員約時間，這後續會再處理。

二、請問林委員錫維有什麼意見嗎？

林委員錫維

一、業務執行報告 85 頁提到職業工會會員的投保金額直接跳一級，且從 103 年 1 月 1 日實施，希望健保署實施前要三思，也希望各位委員能支持，時間只有 3 分鐘，沒辦法講得非常清楚。我的看法是，以財務面來講，在報告的第 5 頁，102 年到 7 月底，保險收支淨結餘 378.35 億元，第 6 頁財務資金流量分析表中，截至 102 年 7 月，總餘額有 551.44 億元，目前沒有迫切性的財務問題而一定要調。另外，以政策性或是法令面來看，以投保金額分級表第六級來作一個說明，大法官解釋中都說明第六級應該要調降，沒有調降，反而以公、民營事業機構受僱者月平均投保金額累積成長率達 4.5% 時，由保險人公告，自次年元月起，按原月投保金額對應等級調高一級。

二、以健保署而言，是否合法很難說，但若是相關費率要調高，在健保法第 5 條提到，與費率有關的調整，應該是要提健保會審議，現在是用健保法施行細則來作決定。施行細則怎麼來的，大家應該非常清楚，雖然我不是讀法律的，但是如以行政機關內部方便性來實施與推動，由於這項調整跟目前整個社會觀感不是很吻合，10 月份開始，所有水電費用都要調漲，而且健保署所提出的調整投保金額下限以後，一年保費收入才增加 12.4 億元，希望各位委員能夠支持該案暫緩，等

二代健保整個實施 1 年以後，評估整個政策面因素與財務面因素後，真的要調再來調。但我不是反對健保署什麼都不能調。

鄭主任委員守夏

謝謝！林委員錫維說得很清楚，請健保署說明。

楊委員芸蘋

等一下！主席。

鄭主任委員守夏

一樣的問題嗎？那就說「我支持他的意見」。好，請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

根據此報告案關於第 2 類被保險人於明年 1 月 1 日起要調整投保薪資為 22,800 乙案，我支持林委員錫維的意見。可是，為了全民健保的未來經營，我要說明不是不能調整，只是不要在這個時候，因為 10 月份水電費都要調漲了，是不是再評估，也就是二代健保執行滿 1 年後，明年再評估是不是要調，讓我們有個緩衝時間，其他委員也滿擔心這個問題，所以我建議暫緩實施。

鄭主任委員守夏

有無其他委員也支持？好，干委員文男也支持。原則上，這是報告案，是健保署基於權責，來本會報告而不是討論案。如果這是共識，可以請健保署再考量執行面，現在請健保署說明。

黃署長三桂

請葉副組長逢明說明。

葉副組長逢明

報告各位委員，這一案是基於行政機關需依法行政來考量，剛剛委員提到的財務面，目前的財務報表確如業務報告中所列；而政策面則視衛生福利部的決定，由於司長(曲委員同光)現在不在，不知是否有部裡其他長官可以說明？因為從執行面，依照全民健康保險法施行細則，健保署應該處理。在 85 頁第 6 行至第 7 行係標

示所引用的法條，其為 100 年二代健保法通過之後，在準備進行施行細則修訂時，在立法院所做之協商結果，這條文也是有考量意見領袖的反映，包括工會領袖等，我想之所以會這樣訂，一定也是因應當時的要求。所以，個人認為，如同剛剛主席所提，這是依法行政的報告案，其他委員有沒有特別意見，需要另外形成共識，再報請衛生福利部重新考量。

鄭主任委員守夏

一、此案並不會與財務平衡掛鉤，因為這是兩回事。若要調費率，是因為已經撐不下去，相信目前不是這樣，但剛剛有幾位委員，尤其是勞工代表的委員，有這個意見，就是在紀錄呈現上，健保署是依法，政策面是在衛生福利部，如果部裡面有政策面考量，那當然是由部裡去決定，也就是說，這邊有勞工代表的委員反映是不是可以緩，好，就這樣子，這是我們的建議，因為不是我們委員會討論的權責，但轉達部分委員代表的意見，請衛生福利部做政策面的考量，不然健保署也沒有權限答應是否執行。

二、對這個報告案還有沒有意見？請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

一、業務執行報告第 75 頁，有關重大傷病證明有效領證統計表，長久都以這樣的資料形式呈現，90 幾萬重大傷病病人的醫療費用約占整體費用的三分之一，希望在財務面部分，可於表中再列出某個年度的重大傷病用了多少費用？點數是多少？因為當新藥要進來或 guideline(臨床指引)要改變時，我們常常要考慮到這些疾病的弱勢族群。

二、若此部分投入甚多，沒有限制也沒有固定規則時，長久而言，產生排擠，健保將撐不下去，所以，有關重大傷病所使用的點數，請健保署呈現出來，讓我們瞭解是否點數漲得很快，人數增加卻沒那麼快，則當有新藥要進來時，可以討論，不要等到年終再去處理，如此健保才可能長治久安，謝

謝。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝陳委員宗獻！請健保署儘可能增加相關資料，並以表列方式呈現，將可更明確。
- 二、其實已頗多學者提過，在國際上，大多用花費金額，很少以疾病別來認定重大傷病，因為保險就是保經濟的穩定性，所以，當疾病會影響家庭財務的穩定性時，就屬重大傷病。以前都以疾病別為標準，但現在很多癌症已非絕症，所以這個部分，請健保署可委託相關研究計畫，或已經有過委託了。印象中盧瑞芬老師提過很多次，她好像做過相關計畫，請健保署參考；剛剛陳委員宗獻的意見，就放入決定中。請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

我很同意陳委員宗獻的意見，甚至可以把平均費用也列出來，也就是有多少人，平均一個人花費多少錢？在這類族群裡面，用所耗用最多錢與最少錢的各為多少？第 99 百分位花的錢是多少？我們應該幫助這一群人，但是他們耗用的資源不應該過高，所以，請健保署列出來給大家參考，謝謝！

鄭主任委員守夏

好，就請健保署一起列入下次報告中，本報告案到此。

柯執行秘書桂女

在進入討論案之前，有兩件事報告，第一，請各總額部門及健保署在 9 月 3 日前將修正後之總額協商相關資料，送交本會彙整。另外，各位委員聽了今天的報告後，若希望相關單位再提供補充資料，請於 8 月 30 日前提出，俾由本會幕僚轉請相關部門準備。第二，9 月 27 日及 28 日將召開協商共識會議及委員會會議，因去年有委員提議，在協商共識會議那天，午餐與晚餐都吃便當，不要再到外面吃桌菜，以節省時間供協商之用，所以現在想徵詢大家的意見，是吃便當？或辦理外燴？

鄭主任委員守夏

今年協商的場地就是平常召開委員會議的這個會議室，不太可能吃什麼好料。

陳委員宗獻

如果是便當，可否訂鼎泰豐？

鄭主任委員守夏

如果您願意贊助的話，當然可以！

楊委員芸蘋

主席，可以是便當，但中午和晚上的便當，不要同一家廠商或同樣菜色就好。

鄭主任委員守夏

好！我們就盡量準備。就我所知，協商時大家其實沒什麼胃口，氣氛不會很好，就算鼎泰豐便當，吃下去也可能感覺是苦的！第1天的協商會議，兩餐都吃便當，請同仁多費心，不要一樣的；而在委員會議正式結束後，會跟以前一樣，在附近餐廳吃桌菜。

柒、討論事項第一案「本(102)年全民健康保險各部門總額評核結果之獎勵成長率案」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

接下來是討論事項第一案，請同仁幫忙宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

依評核結果所給的成長率，是要今天談。還是併到協商時一起談？請蔡委員登順。

蔡委員登順

這個評核會辦了好幾年，舉辦之前，都沒有告知 4 總額部門成長率將做什麼改變。既然沒告知也已經做評核了，獎勵方式當然是比照 101 年，才符合公平。不要評核完了，再來減成長率或提升成長率，會使某些部門不服氣，因為有的拿多、有的拿少，所以，建議比照 101 年各等級酌給相同的成長率，以茲鼓勵。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員登順！請大家參看議程資料第 100 頁所列表格的最右欄，「優」是 0.3%；「良」是 0.1%；「可」是 0.0%。其他委員有無不同意見？

陳代理委員雪芬(翁委員文能代理人)

有關醫院總額的部分，想請教為什麼是「可」，雖然我們沒有受託管理總額專業的部分。

楊委員漢淙

我有相同的問題，醫院部門在 94-98 年，是「未委辦不予評分」，不予評分也一樣是 0，今年也是未委辦，不是嗎？

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

一、我說明一下，當時在費協會，本來對於未委辦的總額部門，都沒有打分數，但由於對健保局很有信心，因為其武功最高

強，因此我們建議應該要評。99 年到 101 年的結果都是「良」，今年突然變「可」，當然楊理事長漢淙可能不瞭解這個過程，當時醫院的代表也要求要評分，因為我們對健保局的管理很有信心，覺得不可能輸別的部門。這幾年下來，也都只有「良」，今年更變為吊車尾的「可」，不了解這件事的社區醫院會員們會質疑，為何管理得這麼糟？我們這些代表就回答，「不是啦，不是我們管理，是健保局管理。」所以，如果光看這些表面資料，相信會員們會說我們應該要委託中華民國牙醫師公會全聯會辦理，因為他們的表現最好。

二、總額制度的精神是同儕制約，我覺得今年的結果已經評定，不宜事後更改，但明年起應該要改變遊戲規則，評核之前應先講清楚，「優」是加多少？「良」是加多少？所以，贊同蔡委員登順的說法。現在醫院部門實質點值剩 0.8 幾，基層大約 0.9，我是覺得，以後評核標準應該調整，不然連健保局承辦都只拿到「可」而已，由醫院部門自辦，可能會拿到兩個「劣」也不一定！健保署的管理能力這麼好，擁有所有數據，也是打拼到沒日沒夜的，很辛苦，所以希望以後若點值掉到 0.5，就算 3 個「劣」，也應該認為「良」，因為才拿一點錢。因此，我認為評核標準應與實質點值進行調整，點值 0.8 幾時，應該加 3 成的分數或怎麼樣的調校，這樣立足點才公平。拜託委員們，明年要評核之前，大家應先討論一下，這真的差距太多了，照理說，健保署是武功最高強的，但在今年四個部門中的評核表現卻最差，顯然值得思考探討。

三、明年應該對點值差距作一些調整，例如醫院點值如果超過 1 點 1 元，標準就要很高了，所以，這部分要相對調整才會公平。就如同陳代理委員雪芬之報告，每年越差越多，到時連「可」都不可能，拜託！拜託！

鄭主任委員守夏

謝謝！請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

對這個議題第 2 次發言，議程資料 102 頁的表格，寫得是總額部門，但聽下來是執行單位會不一樣，比如醫院部門也可以委託中華民國牙醫師公會全國聯合會來辦理，所以，是不是可以在表下面的備註中，列出各總額部門的執行單位，也就是冤有頭債有主，至少可以澄清，不是台灣醫院協會執行而使結果變成「可」。

鄭主任委員守夏

- 一、好，謝謝！就此案而言，若沒有特別的意見，各部門總額評核結果之獎勵成長率部分就照案通過。
- 二、剛剛謝代理委員文輝提議不錯，4 部門應該因為特性不同，而用不同的評核指標或是標準，請同仁記下來，明年 2 月或 3 月再看是否有更好的遊戲規則或評核的方法。也請台灣醫院協會與中華民國醫師公會全國聯合會幫忙思考，是否有更好的方法。本討論案就到此，謝謝！

捌、討論事項第二案「攸關過去『全民健康保險醫療服務審查委員會』之停擺，已嚴重違反全民健康保險特約及管理辦法第二條-『公平、對等、尊重及互信原則』，並對全民健保實務運作及醫療照護體系造成傷害，故本會應監督衛生福利部中央健康保險署，邀集相關團體，成立『全民健康保險醫療服務審查會』，綜理及延續相關業務案」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

請同仁宣讀第 2 案。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀！先請謝代理委員文輝說明，再請健保署說明。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

一、主席，各位委員，謝委員武吉今天無法來參加會議，由我代為說明。我覺得中央健康保險署的書面意見就充分表達了謝委員武吉的觀點，二代健保為何不明訂要有醫療服務審查委員會，因為實質進入總額以後，就像議程資料 104 頁中健保署意見的第 1 點，也就是審查業務委託以後，對於承辦的單位，都要去監督與管理，這也是合理的對等。通常大家認為，例如牙醫總額，我交給你，你去同儕制約，這是最好的辦法，但也是要監督。現在很矛盾的是，醫院的總額的承辦單位是健保署，但是，監督呢？這個案子其實是講一個道理，也就是說，如果今天醫院總額是由健保署承辦，那必定要有監督的機制，理論上，假設醫院的總額是委託健保署的醫管組來管理，醫管組的承辦應該要透明化，讓醫院委託單位得以監督，我想講的就是這個意思。

二、以前因為有「全民健康保險醫療服務審查委員會」，所以，醫院部門可以在那個委員會反映或要求相關事項，但是現在沒有了。由於牙醫、西醫基層或是中醫部門，審查業務已經委託各聯合會辦理，所以，依法可以本於專業、自主審查的

精神運作，也許不需要健保署成立審查會。但是就醫院部門這一塊，的確有必要讓醫院的團體與承辦的醫管組，有機制來檢討醫療服務審查的業務，包括怎麼選派、怎麼審查、合不合理等。無論誰來做，都不應該監督與執行都同一單位，中間應該有機制，這個案子的意義在此。

鄭主任委員守夏

謝謝！對於謝代理委員文輝的說明，先請健保署回應後，再請委員提問。

沈組長茂庭

有關「全民健康保險醫療服務審查委員會」在原來的健保法，的確有規定應設立，但是，在二代健保法，就取消了，因立法院認為，各機關的委員會不要設太多。但是，雖然沒有設立，我們的運作還是都跟以前一樣，就是聘專業醫師審查，而且所聘的醫師，還是請台灣醫院協會推薦，也就是不管審查業務有沒有委託，都會請各公學會推薦審查醫師。至於說監督或有意見要反映，各總額部門與本署有協商會議，各分區業務組也有共管會議，管道很多，所以並不會因為這個委員會沒有設立，原來的協調功能或機制就沒了，還是與以前都一樣。謝謝！

鄭主任委員守夏

請陳代理委員雪芬。

陳代理委員雪芬(翁委員文能代理人)

這樣講的話，那現在各分區的核減作業是根據什麼在執行？

沈組長茂庭

原來的相關程序還是照做，該請各公、學、協會建議的，也都會進行意見徵詢。

鄭主任委員守夏

請問西醫基層、牙醫、中醫代表們，有沒有任何的意見或是困難？對於修法以後的做法，有無其他意見？還是僅醫院部門有問題？

陳委員宗獻

由於部門是否承接總額的心路歷程，可能不一樣，我不敢說。

鄭主任委員守夏

好，心路歷程不一樣。請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、我相信健保署的長官們與大家無冤無仇，就是照以前方式處理，我也相信在理論上，如同第一代健保有「全民健康保險醫療服務審查委員會」時，有問題就會提出溝通。但是，在道理上，應該要有機制，老實說，健保署醫管組既承辦又監督，當然沒有道理。
- 二、若由台灣醫院協會承辦，由健保署監督就合理，我覺得雖然法沒有規定要成立這個委員會，不必一定成立，但是應該要有個機制，固定的時間與成員來談醫療服務的審查有什麼問題，提出來討論。我認為這一定要，這樣健保署就理直氣壯，可以交代。我幫忙承辦，你有什麼更好的意見，我們一起改進，這樣在道理上才說的過去。因為，如同陳委員宗獻所述，他們是被委辦單位，所以不會有意見。

鄭主任委員守夏

好，瞭解。請問消費者與付費者代表這邊有沒有意見？請蔡委員登順。

蔡委員登順

其實剛剛謝代理委員文輝已經談得很清楚，對於健保署表達的意見已經接受了，一開始就這樣表達，既然謝代理委員文輝沒有太大的意見，我建議主席做這樣的決議：依照中央健康保險署的意見辦理，就好了。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

不好意思！可能我講得不清楚。我的意思是，法雖然沒有明訂，但是在託管的醫管組方面，也應該要有機制，例如 1 季或多久，向醫院部門說明，例如，醫療服務審查怎麼做？審查委員是如

何？這個規範大家有什麼意見等。這樣才能正面提升，不然像現在總額評核結果又是「可」，讓我們委託的單位，當然不太有信心。若評核結果是「特優」，我們比較不會有意見。

鄭主任委員守夏

請沈組長茂庭先說明。

沈組長茂庭

其實都有管道，因為不管有沒有接受委託，健保署都還是 3 個月與醫界開 1 次會議，各分區業務組也會召開總額部門的共管會議，醫院的問題也都可以在相關會議中提出來。所以，並不是有沒有被委託或誰來承辦，大家還是 3 個月討論 1 次，因此，管道是不缺的。

鄭主任委員守夏

請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

現在是法治社會，健保總額委託 3 個部門去辦，3 個部門會成立監督機制看做得好不好，我相信該 3 個總額部門都還是會去成立各自的委員會。只是，現在占整個總額 70% 的醫院部門，健保署到底是怎麼弄？到底多久開一次會？而且 6 個分組也有審查，各分組到底怎麼作業？人員又如何產生等？還是應該要有一些文字性的機制說明，不能是用講的，怎麼做就怎麼做，這樣好像回到民國剛開始的時代。既然影響到所有醫院申報審查的事情，不能用黑市作業方式，只有健保署知道，連我都不知道。雖然理事長很小，但至少我們還是用一票一票選出來的，所以，這個機制一定要制度化，不能關在抽屜裡說怎麼做就怎麼做，這是不恰當的。

沈組長茂庭

一、一定要說明一下，因為 4 個總額部門不管有沒有委託，也都沒有為哪個總額部門成立醫療服務審查委員會，因為委員會本來只有一個。二代健保以後，健保法沒有規定，所以就都沒有成立了。

- 二、這個程序有另外訂定一個醫療服務審查辦法，也就是依據健保法第 63 條第 3 項之規定，醫療費用申報、核付程序與時程及醫療服務審查之辦法，由主管機關定之。所以，醫師怎麼聘、怎麼審查、怎麼抽樣等，都在審查辦法中有規定，與過去作法都一樣，並不是說我們自己想怎麼做就怎麼做。

鄭主任委員守夏

好。

陳代理委員雪芬(翁委員文能代理人)

- 一、醫院部門核減就兩百多億，所以醫療服務審查作業若只是以此共識方式成立，實在太草率了。
- 二、現在 6 個分區審查核減的程度不一，台北分區業務組核減率最高，有些分區業務組卻是不太核減，所以審查機制越來越不像以前。像南區分區業務組以往核減率很高，現在也不太核減。比率上有時差到 1 倍以上，所以健保署應該讓醫院部門有所瞭解，以後醫療服務審查作業打算怎麼做到一致性的相對公平。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

- 一、主席、各位委員。我昨天在看資料時突然想到一句話，「政客是看下一次的選舉，政治家是看下一個世代」，後來，不禁思考健保會委員是政客還是政治家？因為我們每次都在討論明年的總額，所以，健保會委員不應該只是看明年的總額，也應該要看到下一個世代的醫療，或健保可不可以延續下去。從現在開始，一點一滴的做，才能延續下一個世代的健保醫療。
- 二、有關「全民健康保險醫療服務審查委員會」的成立，現在沒有法源依據，我們健保會有沒有權力通過審查委員會必須成立，假設今天所有在座委員，贊成成立這個委員會，但在二

代健保沒有法源依據，只是健保會同意其成立，也就是法源只是健保會的決議案而已。所以這個部分，應該是健保署好好與醫療單位協商，有一個很好的組織或機制來運作，是最恰當的，因為付費者不知道要表決「要」或是「不要」，這一點提供參考。

鄭主任委員守夏

謝謝！請李委員永振。

李委員永振

以企業經營的角度，內稽與內控應該要分開。健保署做的不好，會讓外面的人不放心，如果將不同功能的執行與監督分開，也把職掌或權利義務定義清楚，則不管是依法成立，或是內部自己成立，都將有個制衡功能存在，應該就會比較公平合理一些。謝謝！

鄭主任委員守夏

一、現在是沒有「全民健康保險醫療服務審查委員會」，所以，如同何委員語所言，現在就算是我們同意成立，於法無據，健保署還是可以不做。真正重點是，現在的醫療服務審查辦法中，有沒有很明確應該加強的地方？如果照醫界的說法，是沒有管道向健保署反映意見，果真如此，則請健保署應該提供管道。就我所知，6個分區有總額共管會議，健保會也是一個平台。

二、依健保署之說明，作法跟以前都一樣，若醫界發現很明確之問題，且跟以前作法不一樣，可與健保署溝通。

三、時間超過了，後面還有討論案！請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

我認為這是邏輯的問題，在現行的會議中，例如訂在全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議裡，或是其他會議中，並列為重要的追蹤事項，醫院協會內部就可以成立一個專門小組，檢討6分區的審查。那個機制裡面，每三個月或兩個月的會

議中，形成固定的 topic(議題)，我們就可以提出對應的審查建議，也就是固定給醫院一個管道，我們也可以提出相關的改進方向。現在 6 個分區很亂，遊戲規則差距很大，有這樣的差距也不太好，民眾有時候也不能接受，這個醫院可以那個醫院不可以。所以，希望健保署看看可以在哪個固定召開的會議中，把這個案子放成重要的 topic(議題)，提供管道給醫院表達、陳述或共同進行檢討。

鄭主任委員守夏

- 一、瞭解，謝謝！這樣就很明確了。
- 二、接下來，請同仁宣讀討論事項第 3 案。

玖、討論事項第三案「全民健康保險開辦十八年來，『全民健康保險醫療費用支付標準』皆未確實地詳加檢視各項目內容之合理性，以致於對醫療照護體系造成諸多傷害，其中尤以『門診診察費』為最為甚，故為增進醫療照護體系合理運作與發展，及確保全國各鄉、市、鎮醫療院所之權益，本會應監督衛生福利部中央健康保險署立即說明『全民健康保險醫療費用支付標準』第一章基本診療第一節『門診診察費』所含之各項目(包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本)點數分配比率及各項目點數分配之計算公式案」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀！先說明一下，本案可能會和剛才何委員語所提的有點類似，若健保會通過，有任何法律效力嗎？本會是可以做為溝通平台，但可做任何決議嗎？根據幕僚的說明，本案屬於健保署的權限，當其與醫界無法取得共識時，本會可是一個溝通平台。首先，請楊委員漢淙發言。

楊委員漢淙

- 一、主席、各位委員，我覺得這個提案其實呈現了一件事情，我們經常對民間要求很多，但對政府機關要求很少。台灣實施(公、勞保...)健康保險 60 年來，從來沒有一個保險機關，很認真地計算每個保險給付項目的合理成本，本案所提的門診診察費，也是其中一個例子。以目前醫院的支付標準，門診診察費是 228 點，大家可以想想，這樣的點數已經實施了多少年？期間有多少費用已經改變，包括水電費，馬上就要調整。事實上，還包括政府法令的修正，以前門診不要求護士在旁服務，現在則要求護理人員陪同醫師看門診，所以，成本結構完全不同。
- 二、謝委員武吉所提的，首先，是不要只計算醫師的成本，還要將很多的配合成本都要計算進去。其次，成本是如何計算出

來的？現在大家都在打迷糊仗，要醫院提供作業標準時，就要求很多的計算，但健保署這麼大的機構，幾十年來，對於支付標準項目，完全沒有用心處理。所以，我覺得本案雖然有些範圍過大，但基本上呈現了目前大家認為做得不錯的健康保險制度，其實，是在打迷糊仗的支付標準下執行。

鄭主任委員守夏

謝謝！請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、這個議題很簡單，就是謝委員武吉認為門診診察費太低，應該調高，因為有很多新增的成本因素，提供門診的服務，其實不止醫師一個人。照健保署的說法，目前診察費是包裹式支付，但謝委員武吉認為，應分開計算，這個請求看來很簡單，也很合理，但我認為這很難。
- 二、其實，從以前勞保時代就不曾計算過，但過去這個問題不大，因為民國 39 年勞保剛開辦時，被保險人數目很少，醫院不太在乎勞保如何給付，因為主要的收入是民眾自費。到了民國 78 年，勞保患者雖增加到 6、7 百萬人，約占一般社區醫院服務量的 6 到 7 成，但只占收入的三分之一，醫院仍無所謂，因為 70% 的收入，是靠 30 幾% 的自費患者，其價格是由醫院自訂。以攝護腺肥大手術為例，從民國 39 年到 78 年，給付社區醫院 1 千 300 元、大型醫院 1 萬元，也維持了約 40 年社區型地區醫院還有 750 家，但健保開辦至今只剩 200 多家。因為那時勞保類似搭售的性質，所以無所謂，隨便算都可以，醫院在乎的是總體收入。但現在健保占醫院收入的大宗，尤其是小型的社區醫院，90% 收入來自健保，不算清楚不行。
- 三、回應何委員語，若要考慮下一個世代，我們就要正視這個問題。不同型態的醫療體系，面臨不同的命運。許多社區醫院不斷關門倒閉，在民國 60 至 70 年間，社區醫院占 60% 至 70%

以上的服務量，目前僅剩 18%。我們應該要重新思考，不然台灣會留下爛攤子，所有社區醫療都消失。

四、所以，本案提出一個很大的議題要去面對，今天健保的責任，不僅是分配其本身 5 千多億元的資源而已，因為健保是目前台灣醫療服務的主體，其分配影響整個醫療型態的改變，所有委員應該更慎重思考，如何從總體資源分配來看各總額區塊。對於各型態醫院，要以不同策略，去做總體的改變。也許這個議案今天很難討論，謝委員武吉的要求並不過分，但我認為更大的議題是，整體健保的醫療資源要如何分配，絕不是像現在逐項的討價還價，整體的資源分配才是大的題目。

鄭主任委員守夏

謝謝！對於整體醫療資源的分配，衛生福利部現正著手提出醫療白皮書，規劃各層級醫院的適當數量。健保有的是工具，但需要配合政策使用。回到提案本身，付費者代表有無意見？請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

依健保法第41條第1項規定，醫療服務給付項目及支付標準，已有相關的會議在處理。在健保會討論，委員也無權做出決議。

鄭主任委員守夏

以前是在醫療給付協議會議處理，現在則於醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論。依本會的權限，是將本案轉請健保署處理。對於本案內容，我個人的建議非常簡單，請醫療院所提出明確的成本資料，健保署才有資料可以試算；之後，再由健保署於適當的會議上，與醫界討論。請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

依法是在共同擬訂會議討論，依主席指示，醫院協會會儘量提出具體的成本，但我們一定要面對剛才所說的整體資源分配的問

題。目前台灣有41個醫療資源較為不足的地區，屬於鄉鎮非都會區，沒有大型醫院，總共有40幾所醫院，除公家10多所外，20多家屬私人醫院，分布於20多個非都會生活圈。若遇地震摧毀，這些醫院均無能力重建。這些醫院多已有20到40年歷史，預估再過10到20年，這些生活圈的醫院都將沒落消失。我們若不好好重新思考整體醫療資源分配的話，很快會面臨悲慘的後果，我認為大家一定要很嚴肅來面對。

蔡委員登順

建議未來提案時，提案人應於辦法或擬辦中提出解決問題的辦法，供委員討論，不要只是拋出問題，而不給問題解決的辦法，如果這樣的提案是一個不完整的提案。

干委員文男

行政院主計總處設有專責單位，對於物價指數、人工成本等有詳細的調查，我也曾擔任營造材料其人工行情委員。健保署採用沒有準則的包裹式支付，易落人口實；該署應調查不同規模醫院的各項成本明細，加以分析彙整，比較有公信力，大家才會心服口服。

鄭主任委員守夏

謝謝！本案就停止討論，送請健保署在適當的會議討論。請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

我提供一個作業上的參考意見，民國77、78年勞保局調整支付標準時，是由其勞委會保險處委託專家小組討論後，提出診察費、病房費等項目的成本。因為，若由醫療提供者提出成本，會被質疑偏高，所以，建議由健保署或社會保險司蒐集資料計算。我贊成干委員文男所提，要分不同層級醫院計算，並比較差異，這樣才能有所突破。

鄭主任委員守夏

謝謝楊委員漢淥！本案到此結束。

拾、討論事項第四案「有關衛生福利部中央健康保險署『公告修正降血脂藥物之藥品給付規定』，卻未完成相關預算挹注之配套措施，將嚴重衝擊醫院及西醫基層總額案」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀！請陳委員宗獻說明。

陳委員宗獻

- 一、相關的說明已經宣讀得很清楚，我另外舉例，最近國外的醫學期刊報導，如果讓吸菸者每年做一次電腦斷層掃描，可以即早發現肺癌，增加存活率。在台灣一次檢查約 4 千元，乘以 100 萬吸菸人口，就是支出 40 億元。每年新增的肺癌患者大約是 10 萬人，假設每人因此可以平均減少標靶治療時程，一個月(20 萬元)，就是 200 億元。根據這個算法，依健保署的第 5 項說明，就可以解讀為具肺癌高風險的吸菸者，都做電腦斷層檢查，會增加 40 億元的費用，但可減少 200 億元的支出，所以可節省 160 億元，比降血脂省更多。這類假設錯在：第一：在用今天的支出，減去 5 年後的節省；第二：5 年後的節省不會發生，因為這些人繼續存活後，會衍生其他費用。
- 二、那要怎麼辦？解決的辦法就是 ICER(Incremental Cost-Effectiveness Ratio)，請大家翻開今天的補充資料第 28 頁，西醫基層報告的第 3 張投影片，ICER 就是所謂的增加成本效益比，因為增加投入，會增加健康、延長生命，但是再過來的挑戰是：要維持健康的 QALY(計量健康風險及生活品質調整人年；Quality Adjusted Life Years)，需要策略性選擇(增加)投入項目，才能增加品質，所以結果都是會增加支出，並沒有減少。
- 三、接著看第 4 張投影片，因採美金計算，不具參考價值，但倒數第 3 項「膽固醇之治療」(>265mg/dl)，使用 cholestyramine 藥品，每拯救一年生命年數需花費 3 萬 6 千美元至 100 萬美

元。所以，我認為在討論這個問題時，應該思考的是，如何誠實的、科學的、有證據的處理類似案件，不然這樣的案件以後會層出不窮。頭腦最簡單的算法，就是讓所有吸菸者都做電腦斷層掃描，因為可以節省 160 億元，如此一來，吸菸者免費 CT，健保費率反而可以調降？這是很奇怪的想法。應該要趕快引進 ICER，有證據的來討論這個問題，我請求健保署在這部分，不要再這樣說明，因為根本就不對。

鄭主任委員守夏

請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、主席、各位委員，我要回應陳委員宗獻。依據過去費協會的慣例，你這 5 年會減少醫療費用支出約 14.5 億元，所以，平均每年還要扣回 2.9 億元，這有前例可循。上次藥價調降後，健保署就預估可節省支出，並轉用於補助慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫。因此若依本會慣例，還要每年扣回 2.9 億元。但我認為，正確預估是很困難的，因為大家手上都沒有未來的資料，只能用歷史資料推估，所以也不能說健保署算得不對，但存活後所增加的醫療費用並未納入計算，的確很難預估。
- 二、我認為應訂定負責任的制度，不能用預估的計算方式。在座工商團體代表委員都很清楚，沒有人會用明年預估的利潤，來發放明年董監事和股東的分紅，到年終一定還會再做調整，最後依實際收益來計算。所以，我認為預測一定會失準，僅能供大家參考。這次健保署長官很有良心，沒說今年要扣回 2.9 億元，但我認為提出預測後，應再依實際狀況調整，以其他預算來多退少補，才是負責任的。

鄭主任委員守夏

謝謝謝代理委員文輝！健保署有無回應？請沈組長茂庭。

沈組長茂庭

- 一、若每項藥品新增或放寬適應症都要計算所增加的金額，那是否也要計算藥品退出或調降價格時應扣減的金額？這樣會很複雜。幾年前第 5 次藥價調整時，為了應否扣減費用，在費協會討論了 3 次，最後還是因為有增有減，而沒有決議，維持現況。要討論單項藥品的節省金額也不容易，因為不放寬的話，可能會使用其他治療方法；放寬的話，也不一定會被使用，因為也許又有其他新的治療方法，影響因素很多，要預測增減金額確實很難。
- 二、至於預測未來節省的金額，在學術上是可以估計，但不一定會實際發生，不過，我們也沒有其他更好的方法。若照剛才委員的說法，存活者都將是未來的支出。我們常說，預防保健能夠預防疾病，但之後活得越久，花費越多，已經很難個別計算，只能用總體計算。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻明確提出對本案所期望的走向，以方便討論。

陳委員宗獻

- 一、本案和健保署的說明有些不同，藥品的退出是另外議題，我們說的是病人增加。就像處理原來受刑人不包括在健保一樣，如今有 30 萬人膽固醇在 100~130mg/dl 之間，渠等原來被認為是健康的，現在則被認為不健康，必須接受治療。這 30 萬人是根據 HTA (醫療科技評估)計算出來的，以每年平均費用 4 千元計算，每年其實不到 27 億元。
- 二、我們的建議是，今年既然已經公告，而且也符合治療的潮流，所以不反對這項治療。但因協商前，此項指標並未變動，因此必須從其他預算支應，明年再重新討論如何處理。謝謝！

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、依據健保法第 41 條及第 42 條，藥物給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者等代表共同擬訂；且保險人應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務。所以，全民健保共同擬訂會議討論各項藥品增修(訂)事項時，健保署應將健保財務納入考量，依法看來，本案應非本會職權。
- 二、總額支付制度下，各項醫療服務費用有截長補短的效果。依健保署估算，放寬健保高血脂用藥標準，未來 5 年雖會增加藥費 27.5 億元，但相對可降低心臟病、中風等疾病之醫療支出 42 億元。因此，本案整體而言，未來 5 年可減少支出 14.5 億元，並無挹注預算的需求；縱然有結餘，應是採浮動點值，提升其點值。至於謝代理委員文輝所講，有節餘拒收回，係危言聳聽，請勿恐嚇委員。
- 三、至於協商 102 年總額時所編列「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」，主要用於預期政策改變，或因年度中發生不可預期情況，如疾病異常流行，對醫療費用造成巨大影響。本案於 102 年 8 月 1 日實施，造成的影響尚不明確，所以無法評估，建請本案保留。謝謝！

鄭主任委員守夏

付費者代表委員是否還有意見？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1次發言，本案曾在4、6及8月份的「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」中提出。蔡委員登順提到健保法第41條及第42條，但本案並非新藥引進，而是治療指引修正致適應症放寬。過去膽固醇大於160mg/dl，或低密度膽固醇大於130mg/dl，現在是100mg/dl以上都要治療，除增加健保署所預估27.5億元藥費支出外，還有診察費和診療費等費用增加。所謂診療費是包括其每3個月1次的血脂檢查，第2年起，每半年血脂等檢查，其中還不包括診察費費用增加。當時健保署所下

結論是不對的，我們曾請其更正為「本案係治療指引修正致適應症的放寬，導致未來每年增加支出，除藥費外，還有診察費與診療費等，而非新藥引進導致費用增加，應由健保署提撥相關衍生預算後，才能實施。」再者，經詢問發現，HTA所評估之金額，僅依據國外的一份報告，計算並不合理。

鄭主任委員守夏

謝謝蔣代理委員世中！請謝代理委員文輝第3次發言，請簡短。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

先聲明我沒有恐嚇西醫基層的意思，他們也很淒慘，因為是放在一般預算，會影響點值。如果照健保署的預估，他們5年可以多賺14.5億元，應該會暗自竊喜才對，兩位委員也不會提出本案。可見實際執行者是非常害怕的，顯然不是如健保署的片面之詞。所以，我剛才絕不是恐嚇消費者代表委員。過去已有很多經驗，如慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫及第6次藥價調降，沈組長茂庭在事後演講時也承認，實際上並未節省藥費，平均每年成長仍有5%~6%，結果慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫醫院每年都要倒貼20多億元。其實，現在醫療院所只要求執行後，對預測進行校正，多退少補，這樣才公道。

鄭主任委員守夏

謝謝！請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

本案今年需要增加多少錢？是否符合「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」？幕僚的補充說明並不清楚。健保會關心經費的來源，若不符合，恐怕也沒有多餘的錢可用。

鄭主任委員守夏

請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、今天很多提案都可以看到論量計酬與論人計酬的差別，在論量計酬下，大家會要求增加各項金額，費用會逐步往上加；若是論人計酬，反而會往下減。採論人計酬，醫師會建議高血脂患者不必吃藥，只要多運動、少吃油膩，控制體重即可；若是論量計酬，只要病患血脂稍高，醫師就讓病患吃藥、定期檢驗。平心而論，如果符合 ICER 的話，原則上不需額外給錢，就應趕緊執行。
- 二、如果真要額外支付 27.5 億元，我會覺得很心疼，因為一年就要 5 億多元，可以做很多的衛生教育和運動中心，讓民眾達到真正的健康。結果可能不僅高血脂和代謝症候群沒了，糖尿病和高血壓也會慢慢減少。我今年才知道，健保署的衛教費用從幾年前的 2 億元，減少為現在的 1 千萬元，每年 5 億元可以教育很多民眾自我照護，這樣才能讓醫界的點值合理。大家還是要重視，如何教育民眾自我照護，才是根本之道。

鄭主任委員守夏

謝謝！請陳代理委員雪芬。

陳代理委員雪芬(翁委員文能代理人)

這完全是單方面放寬適應症的標準，和慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫是一樣的。吳委員肖琪可能對醫院有些誤解，不是我們要讓費用擴大，基本上適應症放寬，費用一定會增加，我們很怕有人這樣主張，但不幸成真，而且已開始實施。問題不是醫院或基層故意創造需求，讓費用暴增之後，再向健保署或健保會訴苦，這點健保署應該幫醫院說明清楚。

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

會議資料中健保署說明第5點已經寫得很清楚，藥費支出呈現負成

長。我想健保署講這樣的話，一定有其根據，既然有辦法算出金額，必定有相關數據，是否可將資料呈現出來，讓基層診所心服口服，避免口舌之爭。既然可以降低藥費支出，亦可提高浮動點值，建議本案保留。

陳委員宗獻

- 一、我非常贊成。本案不易判斷，係因健保署說明第 5 點，可以節省費用，實在很吸引人。請健保署在會後提供委員資料，全世界有那個保險採用這種方法算出節省費用。
- 二、我剛才提到肺癌的例子，我重新唸一次：經評估肺癌可以...

鄭主任委員守夏

我們都瞭解您的意思了，可以不用唸。

陳委員宗獻

所以，請健保署提供5年減少醫療費用支出42億元的計算基礎，而且不是用流行病學計算，而是世界上那個保險機構用這種方法計算的。不贊成撤案，本案明顯是政策改變。

鄭主任委員守夏

- 一、依照「『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」的規定，在年度中放寬適用範圍而造成的費用增加，並不屬於預期政策或非預期風險的改變。但事實上這是人為操作，雖對民眾有利，但將高血脂標準降低，符合適應症的人數就會增加，因此，提案委員認為，去年協商時沒有這項，今年放寬就會增加很多病患，造成藥費增加，使得點值下降。過去慢性 B 型及 C 型肝炎也是因為放寬適應症，每年增加 20 幾億元。當時因為是專案，不足部分由總額彌補，因此，後來才改到一般預算。所以，醫界的主張是有道理的。
- 二、有關健保署說明第 5 點，我本身教授醫療經濟學，那是永遠

估不準的，而且以現值和未來價值比較，也難以令人接受。這任誰都估不準，要健保署或醫界預估，其實是為難他們，都很困難。

- 三、目前動支相關預算是違反規定，但下月協商時，醫界若認為須納入 103 年度總額協商，可提出完整數據，以利討論。付費者若認為有道理，是可以討論的，最重要的是不要放大基數。其實多數人不清楚自己的血脂，需透過檢查才會逐漸發現高血脂患者，人數不會突然增加，且並非都需開藥。所以，我們也擔心一旦將其納入總額，醫師可能浮濫開藥，這樣也不好。
- 四、我非常贊成吳委員肖琪所言，如果有經費鼓勵民眾運動，例如減肥可以減保費，只可惜目前於法不合，不然這是最好、最健康的作法。所以，我建議醫界於協商時提出，可蒐集類似慢性 B 型及 C 型肝炎治療，因放寬標準造成點值下降的資料。其次，觀察一年後，健保署應提供用藥量的成長率，在下次協商前，讓大家瞭解是否如預期的增加很多。至於降低冠狀動脈疾病或中風罹病風險的影響因素太多，不建議採用。

吳代理委員榮達(謝委員天仁代理人)

我同意主席的想法，但就程序上提出一些意見，從討論案第2案到第4案來看，提案都沒有提出具體辦法。建議未來委員提案，應有具體辦法。其次，提案時要考慮是否屬於健保會職權範圍，應把握這兩個重點。

鄭主任委員守夏

非常感謝！建議將此意見當成附帶決議。本來提案委員就應明確提出訴求，清楚寫出擬辦；其次，應確定是否屬於健保會的權限。本案討論到此。

陳委員宗獻

- 一、我不反對從兩段來看，即已公告的 8 月 1 日與今年年底，一段是明年度以後的問題，財務風險到底是多少？應如何評估？我要聲明之前在「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論時，已很明確地堅持表示，健保財務的影響評估，一定要一併納入考慮，因為當時已知有 30 萬人，數據是健保署提供，但當時會議主席主張：健保財務部分屬於健保會的問題，要提到健保會做綜合性討論，健保署只能討論準則。矛盾的是準則部分有討論，而健保財務部分卻無討論，所以很重要，如何把問題釐清很重要，未來不要層出不窮地發生同樣問題。
- 二、本提案的擬辦很清楚，請看議程資料第 108 至 109 頁，我們還是會找資料，但也請健保局提供「5 年可減少醫療費用支出 42 億元」的計算基礎，且是就健保財務角度來看，不可從流行病學角度，說「用某東西可減少多少病例、可省多少錢」，不能這樣算。我想鄭主委擔任教授，應該知道這說法不合學理，也期待各位委員不要被健保署提供的「說明五」所迷惑，那是錯的，請勿引用。

鄭主任委員守夏

謝謝！現在我們已經超過預定時間將近 30 分鐘，還有 1 案要討論，請問委員，是否加快腳步趕快討論，還是...？(委員：加快腳步)，好。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

主席，我想提出更正聲明，我看討論案第 4 案，非常明確有提出辦法，即今年度可否用「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」，明年度則應該給予成長率，非常清楚。謝委員武吉提討論案第 2、3 案，但今天沒來，我替他講句公道話，擬辦也很明確。討論案第 2 案希望延續成立「全民健康保險醫療服務審查會」，綜理及延續相關業務；第 3 案是健保署認為費用統包，因此建請健保署講清楚所含項目點數分配比率及計算公式。兩案都非

常明確，只是我們認為有困難，我覺得每位提案委員都有負責任，提出明確的建議方案。

鄭主任委員守夏

好，感謝代理委員文輝！只是擔心有些提案內容，並非本會的權限。請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

我再說一句話，因為主席尚未做裁示。剛才幾位委員一直認為有爭議的是健保署說明第5點，即「42億元」如何算出來，可否請主席裁示，請健保署提供文獻，讓大家知道是如何計算出來的，要不然明年、後年還是繼續有爭議。

鄭主任委員守夏

一、就我所知，這案是健保署委託 CDE(財團法人醫藥品查驗中心) 辦理，請健保署將相關資料提供本會參考。

二、接下來，請宣讀討論案第 5 案。

拾壹、討論事項第五案「特殊材料『"愛德華"卡本特-愛德華沛旅旺人工心瓣膜"Edwards" Carpentier-Edwards PERIMOUNT Pericardial Bioprosthesis』自付差額申請案」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀。請問健保署有無補充說明？(健保署：沒有)好，不用。本會幕僚補充說明在議程資料第114至117頁，請問各位委員有無意見？本案算是健保會成立以來的第1案，要經委員會議同意，特材才能部分給付(差額負擔)。好，請干委員文男。

干委員文男

- 一、請教健保署，類似的個案有多少人？若由健保給付的話，醫療費用會多出多少？因為這是第1個案例，等11月費率審議時，須考慮錢的問題，我們心裡才有數。
- 二、消費者的立場是希望健保能吸收，全數給付；若不能給付，要民眾自付差額，廠商建議價要那麼貴？建議價不等於售價，建議價135,000元可以打幾折？請健保署在這方面多給予協助。希望一開始由健保給付，過一段時間，若呈現出很好的結果，就把費用吸收；若不能吸收，再讓民眾自付差額。以上建議，提供參考。

鄭主任委員守夏

請健保署補充說明，有關干委員文男所詢關於人、錢的問題。

沈組長茂庭

一年大約有900個換豬心瓣膜的病人，目前健保全額支付豬心瓣膜44,149元。據研究顯示，牛心瓣膜比豬心瓣膜好，健保署曾同意核給55,000元，但廠商不接受，認為太低了，所以申請由保險對象自付差額。廠商申請支付135,000元，但我們在外面打聽的結果，大概是9萬、10萬元。本案不會增加健保支出，因為即使用牛心瓣膜，仍以豬心瓣膜44,149元支付，但民眾需自付差額。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

請教除了豬心瓣膜、牛心瓣膜以外，是否還有鈦合金瓣膜？

沈組長茂庭

是機械瓣膜，並非用豬或牛的組織，而是碳合成的機械瓣膜。

何委員語

健保給付鈦合金瓣膜嗎？

蔡專門委員文全

現在健保給付機械瓣膜。

何委員語

比照豬心瓣膜的費用，給付44,149元嗎？

蔡專門委員文全

全額給付。看型號及功能，價格有4萬多元，也有5萬多元。

何委員語

議程資料第116頁，比較牛心瓣膜與豬心瓣膜之免於再手術率分別為81.9%、73.7%；術後15年的整體存活率為35.2%、29.3%。我的看法是：

- 一、若豬心瓣膜比牛心瓣膜的效率低，我們應該比照效率的高低給付，而不是給付 44,149 元，因為要合理，就像鈦合金機械瓣膜，各種型號不一樣，給付就不一樣。
- 二、廠商申請 135,000 元，坦白講不成比例，但應給予合理的價格，不能用了牛心瓣膜，卻比照以豬心瓣膜的價格給付，應以某種比例來衡量效率，假使效率多了 8%，應該多給付 8%；效率多 20%，就多給付 20%，才是合理行為。我認為是市場機制，謝謝！

鄭主任委員守夏

請問委員還有意見？請連委員瑞猛。

連委員瑞猛

一、我認同何委員語的看法，應從實質面來看：

(一)用豬心瓣膜的死亡率，較用牛心瓣膜者增加 2.2%。

(二)用牛心瓣膜的術後 15 年存活率，較豬心瓣膜者增加 5.9%，依追蹤 15 年之兩篇文獻，用牛心瓣膜者免於再手術之機率高於用豬心瓣膜者為 2% 及 8.2%，但金額部分卻增加 305.78%。

二、有時因品質好，增加一點錢是應該，但即使效果好，增加的費用也不應太懸殊。照顧民眾是我們的責任，在資訊不對等的情况下，民眾處於弱勢；在給付費用上，真的要下點功夫考量，因為 135,000 元與 44,149 元的差距，確實太大，個人不以為然。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

一、就本案，我的看法與前面幾位委員一樣，術後 15 年整體存活率及免於再手術率，81.8% 要乘以再手術比率，看起來好像差很多，其實沒差很多，但價格卻差很多。

二、再提醒大家，今日健保署 102 年 7 月份業務執行報告第 75 頁有關重大傷病，本案屬第 8 類「心、肺、胃腸、腎臟、神經、骨骼系統等之先天性畸形及染色體異常」。總共 30 種重大傷病，大約 961,265 人，用了三分之一健保費用。前面談過，在考慮哪些藥、器材要納入健保時，須考量會不會排擠其他項目費用？用相同的價格，或病人只要負擔一點、自付費用不多的情況，尚覺得合理，因為成本效益划算；若與已有支付項目之價格有差距，要從健保財務狀況與罕見疾病、重大傷病等費用成長的比率，考量合不合理。以這方向去思

考，我覺得若本案廠商不降價，沒什麼道理接受，乾脆不要通過。

鄭主任委員守夏

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

想瞭解一下，剛才聽健保署沈組長茂庭說，其實牛心瓣膜不是135,000元，實際上9萬元、10萬元而已，可見是廠商虛報，是不是？目前已給付豬心瓣膜44,149元，與實際價格不會差太多，給付應比豬心瓣膜價格高一點，不應比照豬心瓣膜價格。雖然廠商報價數字不實在、高估，不應照單全收，但牛心瓣膜術後15年存活率、免於再手術率較高，可省很多錢，應給付比豬心瓣膜高一點的價格。建議健保署深入瞭解廠商申請的價格。

鄭主任委員守夏

請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

- 一、前衛生署於二代健保修法過程所提規劃說明提到，「差額負擔是新科技引進之過渡期作法，最終仍在全額給付」，可以在某程度，考量因為效果較優，而給予較高給付。不過，本案申請價格(135,000元)高於原有給付(44,149元)3倍以上，我覺得有點漫天喊價，價格太高了。
- 二、上午健保署報告時提到「必要時，訂定自付差額上限」，到底多少差額，就該訂差額上限，不然，一般民眾真的不知道資訊，雖然實際是9萬元、10萬元，但廠商對外可能都喊135,000元，因此，若要通過本案，一定要訂定上限，以免民眾的資訊不對等。

鄭主任委員守夏

- 一、聽起來，委員比較有共識的意見：第一，是價格真的過高；第二，若是新科技引進之過渡期，新科技與原給付項目之價

格，差距很大，看起來還需要一段時間拉近。依照今天上午對健保署專案報告之共識，自付差額若太高，健保署應訂上限，但類此大原則，健保署還沒訂。

- 二、本案只要決議「同意」或「不同意」，如果覺得價格太高，就寫「因價格太高，不同意；若願意降價，下次可再提」，請問委員，我們今日決議「不同意」，是嗎？

楊委員漢淙

- 一、不是！若「不同意」，表示病人要全額負擔，變成 135,000 元通通自己負擔；若「同意」，表示健保給付 44,419 元，病人只要自付剩下的差額。
- 二、價格的問題在於，通常醫院買這種特材不易殺價，因為都是專利品，全世界只有 1 家公司在做，看你要買不買。而且，與「量」有很大關係，如血管支架，有的醫院 1 個月裝 1 千個血管支架；有的醫院 1 個月只裝 5、6 個，所以，採買價格差距很大，例如：塗藥血管支架，有的 8 萬元買到，有的 5 萬元就可以買到，對醫院而言，一點辦法都沒有，除非健保署統一採買，因為它是商品，量很少，又有專利，就看你撐得久，還是我撐得久，我就不賣給你。有病人會覺得「沒關係，多 3 萬元，我自己付」，要不要讓病人有選擇的權力？所以，在考慮的時候，不僅有價格高低的問題，還有醫院要能買得進來。現在健保給付豬心瓣膜 44,149 元，醫院只領到 44,149 元，差額由病人負擔。我相信沒有一間醫院願意買到貴的價格，因為買便宜一點，容易多一點病人，但問題是買不到，廠商就是不賣，看你怎麼辦。

沈組長茂庭

主席，我說明一下。

鄭主任委員守夏

好，請沈組長茂庭。

沈組長茂庭

- 一、我贊成楊委員漢淥的意見。目前若病人要用牛心瓣膜，費用要全部自付，若同意本案，則健保給付 44,149 元，差額再由病人自付，只是關於醫院向病人收取多少費用部分，要不要訂上限，可以再討論。
- 二、上午健保署專案報告的「擬訂差額上限」的原則，去年已在監理會報告過，也陳報前衛生署，所以目前是如此作業，但內部作業可以改。當時的原則，是剛開始收載的自付差額品項在前 2 年，先不訂上限，若發生醫院收費差距很大的情形，才會訂上限。今天請大家決定本項是否納入自付差額品項，使民眾得以減少自付 44,149 元。至於醫院收多少、是否訂上限的問題，是另個議題，但若今日決議不納入，本項所有費用就要民眾自付。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

因為我有朋友裝機械瓣膜，醫院向他收20萬元左右費用，剛才聽說給付5萬多元，所以，建議同意將牛心瓣膜納入差額給付項目，健保給付的金額是兩種瓣膜的中間價，即以豬心瓣膜44,149元與機械瓣膜55,000元的中間價，做為牛心瓣膜的健保給付價，健保署再去考量。我贊成牛心瓣膜納為自付差額項目，給付金額比豬心瓣膜高、比機械瓣膜低，由健保署去評估。

鄭主任委員守夏

建議不要在健保會討論價格，因太細了。基本上，各位只看到議程資料所附的數據，死亡率比現在豬心瓣膜少2.2%，省下多少萬元。目前病人可選擇的特材並不會太差，付得起的人，也不在乎差4萬元、5萬元的話，就選全自費的。所以，幾位委員的意思是，若自付差額多一點，多個3成、5成還可以接受，但多3-5倍就

太多了，乾脆不要差額負擔，全部自付。所以健保付大部分，病人付少部分，好像比較符合當初立法意旨。若健保只付一點，病人自付很多，健保有無給付，其實影響不大，少數付得起的人，可以全付。不過，不要討論價格，否則變成由健保會決定數字，太難了。若要通過，就照案通過；若不通過，就是原則支持，只是因為價格太高，所以退回。假如財團法人醫藥品查驗中心或國際上評估，效果好像不明確，我們就不通過。因為是第1個案例，以後若有較明確或更好的方式，再改變。請林委員錫維。

林委員錫維

個人支持照案通過。

鄭主任委員守夏

照案通過要有理由。請干委員文男。

干委員文男

若要通過，健保署有義務替民眾把關，為何申請價135,000元，剛才報告實際才9萬元、10萬元。健保署應該跟廠商談，最起碼有義務幫民眾，若要全民自付，最後吃虧是民眾，希望圖利所有被保險人，以公權力去談才對。

鄭主任委員守夏

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

我認為照案通過，價錢請健保署把關，不要再談議價的事。

何委員語

主席，我補充一句，因為我問過很多人，醫院都跟病人說：裝豬心瓣膜可用8-10年，裝牛心瓣膜可用14年，裝機械瓣膜可用20年。如果我想多活15年，就用牛心瓣膜。所以我贊成通過，但要管制，請健保署評估。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

議程資料第116頁，有牛心及豬心瓣膜的15年存活率35.2%、29.3%，而且有2個文獻支持，所以討論問題時，我一直站在整體醫療資源的立場來看，覺得沒道理照案通過，要給付135,000元嗎？(其他委員：不是啦！)

蔡委員登順

主席，不要再討論了，我支持楊委員漢源所言，多數委員也認為照案通過，同意以豬心瓣膜44,149元為基礎，超過的部分，自付差額。

吳委員玉琴

建議若要通過本案，健保署應訂定差額上限，因為健保署還是有責任，保障民眾權益，畢竟差額太大。

鄭主任委員守夏

若通過本案，應給健保署附帶決議。我先講清楚，因為「易放難收」，很多事可以先「試辦1年」、「試試看」，但跟各位委員報告，類此給付項目開放後，不可能收回，幾乎百分之百確定。若哪天有人問價格那麼貴，我們為何還通過？會說不出理由。今早才聽過健保署專案報告，還不確定是否訂上限，健保署尚未明確答覆，公告價格、公告在哪，這些較細的規範，目前都不明確，所以，要通過可以，但大家要有共識，請健保署監控，且清楚說明該做什麼。此外，這是第1個案例，以後的提案，很可能比照辦理，所以需好好考慮它的影響。

干委員文男

我贊成主席剛才講的一番話，這是本會成立以來第1個案例，若照案通過，以後提案，會有本來只給付2萬元，但廠商提出申請5萬元之情形，讓消費者多付3萬元。

陳委員宗獻

都是這樣！

干委員文男

若這樣，我要照主席的話，先退回去慢慢談，談到差不多可以了，再提案報告。建議本案保留或退回，讓健保署去談。

陳委員宗獻

讓健保署可以討價還價。

楊委員漢淙

按目前健保對於收費或自費特材的規定，同意列為收差額的項目，則給付原來已有健保項目費用，病人只付差額。若列為不給付項目，向病人收全額，對病人而言，一點好處都沒有。不是替醫院講話，而是從病人的角度，健保原來給付一個較便宜的特材，現在要用較貴的特材，健保還是應給付原來特材的費用，不是嗎？不要想得太複雜，現在貴，是因為只有1家在賣，以後多幾家就不一樣，例如塗藥支架，剛開始只有1家，貴得一蹋糊塗，但第2、3家出來後，有討價還價的餘地，就沒那麼貴了，現在除非廠商覺得賺太多，願意降價，不然是不可能的。我們能幫忙病人的，是同意繼續給付原有項目費用。

鄭主任委員守夏

請連委員瑞猛。

連委員瑞猛

我贊成干委員文男及主席所提，把這案退回，因為憑良心講，135,000元貴得太離譜，把消費者當傻瓜，雖然有效益，但增加比率不大，意義不大，死亡率只差2%、15年存活率也只增加一點，卻給付這麼高費用，開此先例的話，以後會後患無窮，所以先退回，請健保署跟廠商協議後，再提案。

沈組長茂庭

我說明一下，大家先不用看申請金額，一般申請時都較高，健保

審核的時候會殺低。特材由廠商賣給醫院，醫院再向病人收錢，收多少錢是看醫院，所以，「135,000元」並不存在。

連委員瑞猛

問題是消費者付了135,000元。

鄭主任委員守夏

請陳委員川青。

陳委員川青

健保署有義務幫消費者把關，我覺得不符公平原則，因為效果沒有很明顯。病人可以選擇，但健保會應為消費者把關，而不是站在廠商的立場。我主張本案先保留，等有明確的數字，符合比例原則，再來討論，比較合宜；不是授權健保署，因為最後的價格還沒出來。廠商賣給醫院是另一件事，就消費者立場，要知道終端價格，是否符合生命餘命所換來的代價，才是我們所關心。

鄭主任委員守夏

一、雖然委員之間有不同意見，但因為是第 1 個案例，而且付費者委員也認為效益不符合比例原則，所以建議嚴謹一點，而且，本案沒那麼緊急，今天從早上開會到現在，已是下午 4 點，很怕做了錯誤決定之後，很難挽回。請健保署把遊戲規則弄清楚，本案先緩議，等健保署有較新的資料後再提出，可以嗎？(委員：好)。

二、今天討論案已結束，請問有無臨時動議？請吳委員玉琴。

拾貳、臨時動議「專案預算不得作為一般服務支付標準調漲用途案」之與會人員發言實錄

吳委員玉琴

- 一、今日上午健保署「提升住院護理照護品質」之報告，因為是報告案，主席無法裁示，所以謝委員天仁、我(吳委員玉琴)、何委員語、蔡委員登順、干委員文男、楊委員芸蘋、連委員瑞猛及林委員錫維一起提案，針對專案預算不得做一般服務支付標準調整用途，請主席裁示。
- 二、上午也討論很久，因 102 年「提升住院護理照護品質」專款，變成一般服務預算去調整支付標準，一般支付標準屬於經常性給付，與過去費協會決議的專案性質，屬於功能性、有目的性及短暫性的給付標準調整，兩者不一樣。上午討論時，蔡委員登順也一再強調：專案經費不能流用，應專款專用，也是健保會協商原則，建議專案經費應專用，不能流入一般服務，不然就違反以前費協會協商原則。因此，提請主席裁示，有關 102 年「提升住院護理照護品質」專案經費，應專款專用，不得用於一般性住院護理費用。謝委員天仁剛才離開之前，特別提醒要提案討論，請主席做成決議。

鄭主任委員守夏

此臨時動議有無委員附議？(多位委員：附議)因為臨時動議有時間性，所以需趕快討論，先確定一下有無參與協商的委員，看起來，當時有在場的委員，應不只1位。另外再確定，協商時，所謂「專款」，是否與以前費協會決議一樣，專款專用，不會流入一般服務，這原則還在嗎？(委員：還在)請蔡委員登順。

蔡委員登順

前幾次費協會委員會議，謝委員武吉提到，總額協商要突破行政院核定成長率上限與專款專用兩案，當時我們已清楚表達，部門成長率只能照行政院核定的最高上限，不能突破，另外，專款專

用的原則也不是最近才提出，過去費協會已經沿用多年且有明確規範，專款有特定性，或有政策性目標，鼓勵醫界提供醫療服務，所以不能流用，若可以流用，或許會認為反正這些錢最後可流用到一般服務，而不積極執行專案，只執行20%、30%預算，專案執行率會有很大落差。當時為了防止專案執行率偏低，所以很明確地決議，專款專用，沒用完也不能流用，回歸健保安全準備。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

去年協商時，只有10億之「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」專款可以挪用，其他專款項目，不能挪為他用，而且，抱歉！節餘款也不能挪為他用，去年的決議很清楚。

鄭主任委員守夏

謝謝！請楊委員漢淪。

楊委員漢淪

- 一、我參加委員會已有一段時間，從來沒看過所謂「專用」的定義，「專款」當然很清楚，但何謂「專用」？專款項目為「提升住院護理照護品質」，我認為只要用在護理人員，就是專用。現在有委員認為「調高住院護理費支付標準」、「通過醫院評鑑人力評鑑標準」不是專用，我不曉得用在哪才叫專用？
- 二、因為「調高住院護理費支付標準」、「通過醫院評鑑人力評鑑標準」，還是把錢用在護理人員，所以談不上流用。若把錢給醫師或其他人員，才有流用問題，錢用在護理人員身上，為什麼是流用？

鄭主任委員守夏

請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、102 年「提升住院護理照護品質」專款，並沒有調住院護理費支付標準的流用問題，其實是經過審核，給予 3 個層級醫院的住院護理費加成，是外加費用。因為若明(103)年沒有這項專款，外加費用就沒有了，所以，沒有改支付標準，只是借用支付標準做為分配工具。
- 二、對醫院而言，為何一直建議改列一般服務？因為不可能 102 年加薪，到 103 年說因為沒費用，所以不給。理論上，102 年度總額決定時，也沒有指導用在哪個部門、怎麼做，事後才來追溯，就像蔡委員登順所述，應事先講好，評核為「優」等者，給予多少成長率鼓勵，不能等評核完，才回頭來改。
- 三、的確沒有流用而且沒有改變支付標準，只以支付標準為基礎，計算給 3 個層級醫院住院護理費的加成費用，就像謝委員天仁所說，這是 102 年的專款，明(103)年不一定有。討論 103 年總額時，說不給這項專款，就沒有了，當然不敢改支付標準，只是像評鑑標準般，找一個工具來分配。
- 四、提升住院護理照護品質專案，從開始 8 億元、10 億元...累積到 25 億元，之前都加薪過了，所以，我們很願意調查 5 年來到底加多少錢、醫院加給多少薪水、影響的程度，要是超過，是否應還我們公道？剛才蔡委員登順說：相信健保署提的資料有可信度，但萬一事後檢討可信度有誤，付費者代表委員就應該主張，要還醫療院所的公道，像上次藥價調整，檢討起來並沒有真的省一百多億元，每年藥費都還增加 5-6%，蔡委員登順應該勇敢站出來說：「還他們公道！」還有也應該問一問，這幾年慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫，讓醫院部門吞了多少悶虧？
- 五、總之，102 年提升住院護理照護品質專案並沒有調整支付標準，是用支付標準做為分配工具而已，完全沒有抵觸專款專用的決議，為了提升護理品質而給予。

鄭主任委員守夏

好，了解。請問付費者代表委員有無意見？請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

我覺得很好笑，現在爭議老半天，其實計算基準很接近，例如：多收1個病人，多付100元，收10個病人就付1,000元，這是一種方法。現在護理界要按照護理人力評鑑，談到評鑑，大概我最能講話，因為我一直是評鑑管理組的召集人。評鑑的作法是區分：「很好」是A、「優」是B、「人力只及格」就是C。然後，評A給9元、評B給8元...。如何評鑑為A、B、C？是以整個醫院的登錄護理人員數來看，不見得是在病房工作的護理人員，可能在院長室當秘書，也可能做其他工作，只要有護理人員執照都算，這樣不是更不直接嗎？最後還是按照護理人員照顧病人的數量來算，其實一樣，我們只是為了更穩定、更簡單，不要太複雜，而且希望未來銜接到一般服務的費用，所以現在開始以漸進方式，把一部分費用，用於住院護理費加成，就這麼點差距，結果搞得很複雜。其實不用那麼複雜，我們認為25億元裡，用10億元放在加成住院護理費，例如：因為小兒科醫師不夠，所以給予加成17%，如把17%認為是一般服務費用，如此解釋，大概都行不通。

鄭主任委員守夏

請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

一、補充說明，這方案不是今年才執行，現在8月了卻還未核定。去年護理師護士公會已有做法，像剛才所說，以醫院評鑑人力評鑑標準，給予護理人員加成，運作了1年沒什麼問題，執行率也滿高，為何不能照同樣方式做？我看健保署的規劃，明(103)年就要把這筆錢併到一般服務，支付護理費用，好像大家沒反對意見，雖然不知協商結果會如何，但基本上，這筆錢明年就會併進去，為何今(102)年不能按照去年

的模式，趕快撥付執行？今年已經過 8 個月，只剩 4 個月時間，真不知怎麼執行預算。

- 二、若今天無法決議，是否真的要送請部長裁示？因為這部分好像一直有爭議，搞不定，若本會無法決議，建議送請部長裁示。

#### 鄭主任委員守夏

- 一、依照以前費協會的慣例，協商完有成長率、專款、金額，之後交給健保局去談細部分配，例如：3 個層級怎麼分、6 個分區怎麼分，談完以後直接函報前衛生署公告，不會送到費協會。今早我也提到，因為健保署喬不定，所以還是會送衛福部裁決。主要因為健保會是溝通平台，而且就像謝委員天仁所提，當初這項專款就是為了提升住院護理照護品質，方案內容不應不一樣，所以才在健保會談。
- 二、現在比較有共識部分：
  - (一)依照去年協商決議，這筆錢是用來解決護理人力不足、提升護理品質，沒有改變，所以專款應專用。
  - (二)何謂專款專用，是因為專款不一定每年都有，但調整支付標準，一定屬於一般服務，會滾入基期，用這個概念，對謝代理委員文輝剛才的看法，我沒意見，但專款不應用於調整支付標準，做以上兩點決議。
- 三、衛福部應把方案內容常規化，才是解決之道。最好的方法是提升護病比，讓所有醫療院所多聘護理人員，因為是政策，應給予相對適當的總額成長率，協商時放到一般服務預算裡，就不以專款去談，所以，建議今年協商，把「提升住院護理照護品質」當成政策，可以嗎？(委員：同意啦！)至於最後怎麼裁示，本來就是部長的權限，就算協商完，部長也可以有自己的裁法，歷來都是如此。
- 四、本臨時動議，係依之前協商的共識，重申決議，至於部長，因為有各方壓力，就看部長自己怎麼裁，可以嗎？(委員：可

以！)臨時動議就討論至此。

五、還有意見嗎？時間已經很晚了。請干委員文男。

干委員文男

有關暫緩提高第二類被保險人之投保金額申報下限，我及好幾位委員聯署，也提臨時動議，請研議。

鄭主任委員守夏

- 一、我看過內容，之前也說明這不是健保會的權限，而是健保署依目前相關法規進行調整。
- 二、健保會的立場，可將委員建議報請衛福部政策參考。部長則可依法、也可依民意或因應政治壓力，作出裁決。
- 三、剛才已拜託柯執行秘書桂女，將干委員文男等幾位委員所提的書面內容，直接傳真到部裡(註：當場已請衛福部社會保險司朱簡任視察日僑攜回)，因為等會議紀錄做出來，已經過 1 個禮拜，怕部長已裁決，所以先把各位的建議案，直接送到部裡，讓部長去頭痛。說實話，這真是令人頭痛的問題，因為以健保署的立場，依規定一定要調整，如果不調，反而是失職。
- 四、因為有將近 10 位委員簽名(如附)，所以提供給部長參酌，是否考慮暫緩實施提高第二類被保險人之投保金額申報下限。

干委員文男

好！

鄭主任委員守夏

今日會議到此結束，謝謝大家！下個月見。

# 健保會委員會議發言條

附件

發言人：\_\_\_\_\_

第\_\_\_\_\_次委員會議

發言事項：宣讀紀錄 報告案第\_\_\_\_\_案 討論案第\_\_\_\_\_案 臨時動議

擬建議暫緩<sup>實施</sup>103年1月1日起全民健康保險第二類  
 級被保險人投保金額申報調整為<sup>2200元</sup>（維持現狀2190元）<sup>第一等級</sup>。

說明：一、以財福面率講：  
 至102年月底保險收支淨結餘3.25億元，但保財福資金  
 尚餘51.44億元，如調整後只增加保險費收一年10.44億元，以  
 目前財福收入都有逐年增加趨勢，還要讓這些底層  
 的勞工額外增加負擔保險費率增加財福收入，是否  
 必要宜慎重。

二、行政院主計總處公布102年10月份失業率達4.25，失業  
 人口48萬7千人，再加上10月份即將油電雙漲，現在又要增  
 加健保負擔，勞工朋友真的有能力嗎？政府照顧基層  
 勞工的善意永遠趕不上保費的調漲，又何必調整基本  
 工資。

此致 衛生福利部、中央健康保險署

聯署人：  
 楊林 干何 連 吳 練 治 吳  
 芸 錫 文 瑞 中 鵬 浩 連  
 穎 彬 勇 福 吳 雄 文

如不敷使用，資料夾內備有發言條。