

衛生福利部全民健康保險會
第 1 屆 103 年第 11 次委員會議事錄

中華民國 103 年 11 月 28 日

衛生福利部全民健康保險會第1屆103年第11次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國103年11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

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

周委員麗芳

林委員至美

林委員啟滄

林委員錫維

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

陳委員川青

陳委員幸敏

陳委員宗獻

陳委員錦煌

陳委員義聰

楊委員芸蘋

楊委員漢淥

葉委員宗義

蔡委員明忠

蔡委員登順

中華民國中醫師公會全國聯合會李副理事長豐裕(代)

國泰人壽陳稽核襄理炳宏(12:05以前代)

中華民國全國中小企業總會李副理事長育家(代)

中華民國全國漁會陳秘書健民(代)

林口長庚醫院郭特助正全(代)

中華民國農會林主任敏華(代)

中華民國牙醫師公會全國聯合會陳常務理事彥廷(11:20以後代)

台北市電影戲劇業職業工會廖總幹事宏睿(代)

蔡委員圖晉
謝委員天仁
謝委員武吉

中華民國工業協進會張秘書長文龍(代)
中華民國消費者文教基金會吳副秘書長榮達(代)
台灣社區醫院協會朱監事長益宏(10:15以前代)
台灣社區醫院協會謝名譽理事長文輝(10:15以後代)

肆、請假委員：
侯委員彩鳳
楊委員麗珠

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
林組長阿明
陳研究員尚斌
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、顏銘燦

柒、主席致詞(略)

捌、議程確認

決定：確定。

玖、例行報告

第一案

案由：確認本會上(第10)次委員會議紀錄，請鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(第10)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：洽悉。

第三案

案由：中央健康保險署「103 年 10 月份全民健康保險業務執行報告」，請 鑒察。

決定：洽悉。

拾、討論事項

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：「104 年度全民健康保險費率方案」，提請 審議。

決議：

- 一、討論事項第二案併本案處理。
- 二、全民健康保險 104 年度一般保險費率，於衡酌各方意見，及尊重「104 年度費率審議前意見諮詢會議」中大多數專家學者經深思熟慮後之建議，同意依中央健康保險署所提建議，維持現行之 4.91% 不調整。
- 三、本會將依全民健康保險法第 24 條規定，將審議結果報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。

不同意見陳述：何委員語、李委員永振、葉委員宗義、蔡委員圖晉、李委員成家等五位保險付費者之雇主代表委員認為現行健保安全準備尚稱充裕，爰共同建議 104 年度全民健康保險費率應調降為 4.58%，並自 104 年元月 1 日生效。

第二案

提案人：何委員語、李委員永振、葉委員宗義、蔡委員圖晉、李委員成家

代表類別：保險付費者之雇主代表

案由：依全民健康保險法第 18 條及第 24 條規定，建請衛生福利部將全民健康保險費率由 4.91% 調降為 4.58%，並自 104 年 1 月 1 日生效案，提請 討論。

決議：併討論事項第一案處理。

第三案

提案單位：中央健康保險署

案由：健保第 1 類第 1 日至第 3 目被保險人所屬之投保單位或政府負擔之眷屬人數案，續提請 討論。

決議：

- 一、討論事項第四案併本案處理。
- 二、本會居於保險業務監理及保險政策諮詢之立場與角度，建請中央健康保險署應依全民健康保險法施行細則第 68 條公告本法第 29 條所定第 1 類第 1 日至第 3 目被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數。
- 三、多數發言委員認為上開眷屬人數以健保署所提供數據(102 年實際值為 0.62 人)計算為宜之意見，提供該署參酌。

第四案

提案人：何委員語、李委員永振、葉委員宗義、蔡委員圖晉、李委員成家

代表類別：保險付費者之雇主代表

案由：建請健保署遵循健保法施行細則第 68 條規定，儘速調降已公告 8 年未修正之平均眷屬人數案，提請 討論。

決議：併討論事項第三案處理。

第五案

提案單位：中央健康保險署

案由：有關「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」案，提請 討論。

決議：

- 一、討論事項第六案併本案處理。
- 二、配合衛生福利部組織改制，修正方案中之機關名

稱，並修正「適用範圍」、「動支程序」之部分文字如下：

(一)「一、適用範圍(二)屬非預期風險」：

「年度中發生全國(或特定區)之其他不可預期因素，如疾病異常流行、非天災所致之大型事件等突發性特殊情況，...。」

(二)「二、動支程序(二)屬非預期風險 1.提案前審議」：

1.「...，初期建議可參用之指標如下，需符合三項評估指標之任一：」。

2.新增評估指標：「(3)不可預期因素屬非天災所致之大型事件(為非屬全民健康保險法第 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季平均總額預算之 0.3% 以上。」。

三、「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，如附件一。

四、104 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」項目之協定事項文字，配合修正為「經費之支用，依全民健康保險會 103 年 11 月委員會議通過之適用範圍與動支程序原則辦理」。

五、有關 103 年 731 高雄氣爆事件之醫療費用，請相關單位依本動支程序案修正後條件正式提案，並提供評估內容與相關數據，供本會討論議定。

第六案

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：修訂其他預算項下「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目，其經費之適用範圍與動支

程序案，提請 討論。

決議：併討論事項第五案處理。

第七案

提案人：楊委員漢源

案由：有關法定傳染病之醫療服務費用，請依法編列公務預算支應，不應由總額各部門費用支付案，提請討論。

決議：依其他法令規定須由政府負擔費用之醫療服務項目，不該以全民健保總額預算支應；至其他不可預期、非天災所致之大型事件所需費用，可依其他預算項下「其他預期政策改變及調節非預期風險」款項之適用範圍與動支程序辦理。

第八案

提案單位：中央健康保險署

案由：有關擴增 Verteporfin、Botulinum toxin type A、Pazopanib 及乾癬治療免疫抑制劑等 4 類藥品之藥品給付範圍案，提請 討論。

決議：

- 一、依全民健康保險法第 61 條第 4 項規定，年度總額訂定後，中央健康保險署應在核(協)定之總額內，辦理新增診療項目、新藥、新特材等之調整。104 年度總額之「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目所編預算，已包含放寬藥品適應症所增費用，爰請該署依總額核(協)定事項，及全民健康保險法第 41 條及第 42 條相關規定妥處。
- 二、依全民健康保險法第 5 條，「保險給付範圍之審議」為本會應辦事項，其須符合合同法第 26 條或第 51 條之條件，嗣後非屬該類案件，無需送本會處理。

第九案

提案人：李委員蜀平

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：關於現今藥品實際成本及藥品健保給付價格等相關資訊不透明化，導致藥價差之情形日趨嚴重，明顯危害到全民健康保險之運作，應即改正案，提請討論。

決議：

- 一、中央健康保險署所掌管個別醫療院所、個別藥廠或藥廠之個別藥品資料，非屬監理事項，爰本會不宜涉入或要求公開。
- 二、請中央健康保險署在法規允許範圍，就委員關心事項，如藥價調整後發生換藥情形，是否損及病患權益、「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案之評估與檢討、藥價調整後之藥價差百分比等，進行專案報告。

拾壹、臨時提案(如附件二)

提案人：謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)、張委員煥禎、楊委員漢淙、郭代理委員正全(翁委員文能代理人)、蔡委員明忠、陳委員宗獻

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：針對台灣周圍國家競逐醫療專業人員的現況，尤其在自由經貿區開放在即，健保馬上會遭遇到空前危機，健保署應針對如此危急狀況，著手擬定因應對策，以尋求政府及社會支持，提請討論。

決議：委員關心自由經貿區開放後，是否衝擊我國醫療專業人力及全民健保制度乙節，事涉主管機關(衛生福利部醫事司)及中央健康保險署，建請相關單位就權責研擬因應策略，並適時蒞會專題報告。

拾貳、散會：下午1時52分。

「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

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

一、適用範圍：

(一)屬「其他預期政策改變」：

- 1.年度中其他預期之全民健康保險法(下稱健保法)及相關法規、政策修訂，其新增費用不在協定時的各部門總額涵蓋範圍，如新增醫藥分業地區所增加之費用、年度中擴大全民健保納保範圍等。
- 2.中央健康保險署(下稱健保署)配合衛生福利部(下稱衛福部)政策推動實施計畫經費額度不足時之調整^(註1)。

(二)屬「非預期風險」：

年度中發生全國(或特定區)之其他不可預期因素，如疾病異常流行、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^(註2)。

二、動支程序：

(一)屬「其他預期政策改變」：

由健保署依適用範圍，提經本會通過後，報請衛福部核定。原列於本項下之「新增醫藥分業地區所增加之費用」，自92年起皆每年按季撥入總額部門結算，同意健保署逕行動支。

註 1：歷年費協會協定對專款計畫經費超支之處理原則：

- (1)健保署與各總額部門擬訂專款計畫或方案時，已訂定若超過預算，實際服務點數以浮動點值方式處理。
- (2)屬疾病治療處置、用藥之專款，如：慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫、鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質、罕見疾病、血友病藥費等，另於其他預算編列額度，以因應不足所需。
- (3)未來若發生專款經費不足，須由各總額內他項經費剩餘款流用時，其經費之動支程序，應依費協會第 170 次委員會議決議，對已協定各項目金額之增減應正式提案，並經總額部門與付費者代表協商。

註 2：本項目係用以因應年度中發生特異性、單次性狀況之需，費用不計入次年度總額基期。對於非預期政策改變部分，考量政策制定有延續性，需預先籌劃及持續執行，爰對政策項目，建議於協商該年度總額時即納入部門總額協商考量，則協定之預算將列入基期，以敷政策持續推動之需。若不及事先納入協商，則可於實施之當年度，協商次年度總額時，併入考量，爰未將其列為「非預期風險」。

- 1.屬已協定項目，經費額度已定，但執行時發生經費不足：於執行年度尚未結束前，推估全年經費將不足時，提案至本會報告其實施情形、成效、經費需求及預算不足之因應方式等。
- 2.協商時已列為將實施之政策，但實施日期及經費額度未定：於政策實施前，提案至本會報告該政策實施方式、預估影響、經費需求等^(註3)。

(二)屬「非預期風險」：

1.提案前審議：

由總額部門與健保署共同評估，確定其對總額影響顯著，且其影響不可歸責於該總額部門。

考量「非預期風險」範圍廣泛、無特定標的，建議於實施一段期間，累積經驗及共識後，再逐步建立明確之指標。

初期建議可參用之指標如下，需符合三項評估指標之任一：

- (1)不可預期因素影響致使部門總額該季全署預估平均點值在0.9以下，且較去年同季點值下降幅度 $>5\%$ 以上。
- (2)不可預期因素影響致使該部門一般服務之該季醫療費用點數成長率 $>(\text{當年度醫療服務成本及人口因素成長率}+5\%)$ 以上。
- (3)不可預期因素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季平均總額預算之0.3%以上。

2.提案及處理程序：

由總額部門、健保署或本會委員正式提案，並提供前述評估內容與相關數據(含不可歸責於總額部門之評估資料)，供本會討論議定，結果如下：

註3：對協商時已知將實施之政策，但實施日期未定，且非屬單一部門總額涵蓋範圍者，建議健保署於協商時，能列在「其他預期政策改變」項下。

(1)不同意動支：結案。

(2)同意動支且額度明確：確定及進行後續事宜。

(3)同意動支但額度無法確定：召開協商會議，由健保署會同相關總額部門先協商草擬處理方式建議案，交由本會全體委員進行協商。

3.協定、核定與執行：

協商會議結論提經本會通過後，報請衛福部核定，相關執行細節及結算事宜，請健保署會同總額部門議定。

臨時提案：

案由：針對台灣周圍國家競逐當序專業人員的現況，尤其在自由經濟區的開放在即，健保馬上會遭遇到空前的危機，健保署應針對這樣的危急狀況，著手擬定因應的對策，以尋求政府及社會的支持。

建議：健保署成立專案小組，著手分析
因素
及擬定對策，提供本會及相關政府單位參考。

提案人：許文輝 張煥祺 楊漢卿
李明德 郭元 陳亨獻

第 1 屆 103 年 第 11 次 委員 會議
與 會 人 員 發 言 實 錄

壹、「議程確認」、例行報告第一案「確認本會上(第10)次委員會議紀錄」、例行報告第二案「本會上(第10)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」、例行報告第三案「中央健康保險署『103年10月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

柯執行秘書桂女

各位委員及所有與會者，大家早！今天的天氣很好，大家心情有沒有很好？本次會議的議案很多，委員人數已經超過半數，請主席召開會議。

鄭主任委員守夏

一、各位委員、黃署長及所有與會者，大家早安！

二、今天是本(第 1)屆倒數第 2 次委員會議，下個月是本會本屆最後一次召開委員會議，希望所有議案均能告一段落，並都有滿意的結果。請同仁宣讀上(第 10)次委員會議紀錄。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

一、謝謝同仁宣讀！請問委員對會議紀錄內容有無修正意見？(未有委員表示意見)確認上次委員會議紀錄。

二、本次會議議程之議案比較多，除 3 項例行報告案外，尚有 9 項討論案，其中第 1 案、第 2 案是有關健保費率，第 3 案、第 4 案是有關平均眷口數。平均眷口數的部分，是本會上次會議沒有討論完成所留下來的，依據健保法規定，本會協議訂定醫療給付費用總額後，需審議健保署提報的平衡費率。今天的議程，各位委員有無意見？干委員文男或蔡委員登順有意見？請蔡委員登順。

蔡委員登順

本次會議討論事項第 1 案、第 2 案，是有關健保費率審議，第 3 案、第 4 案是討論平均眷口數，此 4 案件均屬健保財務之重大議

題，彼此之間亦有連動，更關係到健保總額財務的未來發展，所以，建議這 4 案可併案討論。而且該二議題在本(103)年 11 月 6 日本會召開全民健康保險 104 年度費率審議前意見諮詢會議時，有充分討論過；部分委員各自表述，為所代表團體的立場發言，這是可以理解的，尤其雇主代表，就代表團體表達依法行政的意見，是有被尊重的正當性，所以，建議此 4 個案件比照總額協商方式處理，是否妥當？敬請討論。

鄭主任委員守夏

如果屬於細節運作方面，應該沒有問題，若在委員各自表述後，為有共識，本會可運用暫時休息私下討論方式進行，但不宜採用總額協商的方式處理。如果沒有特別的問題，就進行到相關議題時再來討論，好不好？請何委員語。

何委員語

- 一、主席、各位委員，我想主任委員可能請地理師看風水變更委員座位(與會者在笑)，因為目前我的位置是西勢宮對福德宮(台語)，主席知道我發言太多，所以座位移到這裡。
- 二、站在提案人的立場，我們認為討論事項第 1 案、第 2 案與第 3 案、第 4 案是沒有連結。因為第 1 案、第 2 案屬健保費率審議，為健保法第 24 條的規範；第 3 案、第 4 案是討論平均眷口數，涉及健保法第 29 條及健保法施行細則第 68 條，是健保署應依法公告的事項，此二議題由不同法律條文規範，不應該 4 件併案討論。我贊成第 1 案、第 2 案合併討論；第 3 案、第 4 案合併討論。
- 三、第 3 案、第 4 案是健保署依法要執行的，沒有協商空間；至於第 1 案、第 2 案，衛福部部長都講話表達意見了，就政治解決。我們所有的工商團體，已正式發函行政院、國家發展委員會、衛福部，我上次講過，若今天未解決，下週還要發函給更多的單位。尊重大家的意見，但也請大家尊重我們提案人的立場。

鄭主任委員守夏

謝謝何委員語！既然有委員表示不同意見，今天就按照討論事項原安排順序進行。

蔡委員登順

尊重何委員語的看法！我為何建議這 4 個案件合併討論，是因為部長已對費率表達意見，大家比較清楚；而若費率這部分大家尊重部長的看法，相對地在平均眷口數這部分，是否也就可有較彈性的調整？此 4 案件都涉及付費者與雇主未來的付費能力，就像我們協商總額一樣，某部分醫療費用已編列，相關部分就不要重複再給錢。當然健保法對規範第 1 案至第 4 案的法規，不盡相同，但因為都涉及健保財務，所以應可合併討論，何委員語建議第 1 案、第 2 案合併討論，第 3 案、第 4 案合併討論，我也不反對，但時間有限，這 4 個案件若不合併討論，可能要耗用 1、2 個小時以上，所以建議 4 案合併討論。謝謝！

鄭主任委員守夏

- 一、現在是討論議程，建議會議進行到討論事項時，再做適當安排。
- 二、例行報告第 2 案，本會上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請柯執行秘書桂女。

柯執行秘書桂女

- 一、進入報告案之前，先說明今天桌面有 2 份資料，1 份是今天會議的補充資料；另 1 份是中華民國牙醫師公會全國聯合會的請帖，邀請委員參加本年 12 月 24 日「103 年度牙醫總額歲末餐敘」。對不起！中華民國中醫師公會全國聯合會也有請帖，謝謝委員提醒，該會邀請委員參加明(104)年 1 月 18 日所辦「聯歡尾牙餐會」，此二項聚會，請委員自由參加，對中醫全聯會不禁要 complain(抱怨)一下，該會對我實在不尊重！我是報告者，但已有多次邀約委員都未被知會，以致未能在第一時間向

委員報告。

二、請委員翻到議程第 13 頁，上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告共 4 項：

(一)說明一，上次委員會議決議(定)之 8 事項，依辦理情形建議解除追蹤 2 項，繼續追蹤 6 項，請委員翻到議程第 14~15 頁附表：

1.第 1 項至第 5 項，都是 104 年度總額所協定必須辦理的相關事項，所以都繼續追蹤，俟健保署提報辦理情形，並經委員同意後再解除追蹤。

2.第 6 項，原係謝委員武吉提案，目前該案的進度是希望「731 高雄石化氣爆事件」能符合 103 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」之動支條件，並以該經費挹注醫療服務。因此，本次會議健保署與陳委員宗獻、蔡委員明忠分別提案修訂上述動支條件，將一併討論，本項建議解除追蹤；如果本次會議所討論部分有需要追蹤者，則另案繼續追蹤。

3.第 7 項，104 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案，俟健保署報衛福部核定後才會解除追蹤，所以本項繼續追蹤。

4.第 8 項，在本次會議討論事項第 3 案、第 4 案會做處理，所以建議解除追蹤。

(二)本次會議討論事項第 1 案、第 2 案，將審議 104 年度健保費率，說明二是陳述本會已依健保法第 24 條第 2 項規定，在本年 11 月 6 日辦理費率審議前諮詢會議，詳實紀錄如議程第 79 頁至 107 頁之附錄一，請大家參考。

(三)說明三，有關健保署本年下半年提請本會討論之「自付差額特材」案，幕僚業依前訂定之「討論自付差額特材案之作業流程」規定，於檢視提案內容後，洽請本會專家學者委員提供建議，以及就專家建議送請健保署參酌，該署並已依之補

充及修正資料。全案資料經彙整後，於本年 11 月 14 日寄送委員參閱，該案將安排於本年 12 月委員會議討論，資料厚厚一疊，若沒收到，請告知幕僚，以便補寄。

(四)說明四，為健保署於本年 10 月份發布及副知本會的相關資訊，在議程第 108 頁至 109 頁之附錄二、三，請大家參閱。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝柯執行秘書的報告！請問委員有無詢問？(無委員表示意見)本案報告洽悉。
- 二、例行報告第 3 案，是健保署的例行健保業務執行報告，採季(每年 1、4、7、10 月)報方式辦理，所以本次係提供書面資料，請大家參考，請問委員有無請教？(無委員表示意見)本案報告洽悉。委員在會議過程中，若發現有意見要表達，請利用桌上之發言條。
- 三、例行報告就進行到這裡，現在進入討論事項。剛才有提到，討論事項第 1 案、第 2 案涉及保險費率，第 3 案、第 4 案涉及平均眷口數，因為平均眷口數議題為上個月會議未完成討論而保留下來的，建議先行溝通後，再進行第 1 案、第 2 案。假若費率協商壓力不那麼大，理應是好事，但現在有點走精(台語，意外)，可能就無法處理得很好，委員在發言過程，費率與平均眷口數可能互相牽扯，意見都可以參考，這樣可以嗎？(無委員表示意見)我們先進行討論事項第 3 案、第 4 案。請同仁宣讀。

貳、討論事項第三案「健保第1類第1日至第3目被保險人所屬之投保單位或政府負擔之眷屬人數案」、討論事項第四案「建請健保署遵循健保法施行細則第68條規定，儘速調降已公告8年未修正之平均眷屬人數案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀！因為第3案、第4案各有提案單位及提案人，先請第4案提案人何委員語說明，再請第3案提案單位健保署說明。

何委員語

一、主席、各位委員，在座的長官都是公務員，「公務員」三個字很短，我有聽說過「半公務員」，字數比較長，而我本身是被內政部正式授予「民間公務員」頭銜，其字數最長，為5個字，另外，亦獲頒內政專業獎章。我拿過政府9個獎章，為外交部、國防部、內政部警政署、台灣省政府等機關所頒發。我們今天的提案合情、合理，不是在跟政府搗蛋，我向來很支持政府。日前到勞動部參加會議，在勞基法修正案中幫忙提供9點與醫護人員相關的建議，未來渠等在連續工作數小時後，需休息11小時，這些我都有考量到。

二、我知道本次會議討論事項第2案、第4案，都將是苦戰，但會奮戰到底，這是我的個性，從來不會鬆懈，政府若不妥適處理，未來會很頭痛。我之前在工業總會與10個勞工團體理事長聚餐，講過一件事，林委員錫維也在場，當時勞委會主委跟工業總會高理事長清愿說，工業總會派何語先生與會，勞委會很頭痛，可是現在我們情若兄弟，渠擔任過幾個基金會的董事長，每次都請我當董事；擔任國民黨組發會主任委員，就提我選中央委員。我從不找政府麻煩，是在幫政府解決很多的問題。

三、本次會議討論事項第4案，平均眷口數0.62人為健保署計算

後公開的實際值。健保署表示，目前公勞保退休人員以第 6 類保險對象投保者合計約 40 萬人，這些人是依健保法施行細則第 67 條辦理，且每月自行負擔保費 749 元。健保署左手收取這個部分，右手又透過平均眷口數收取保費，資方是負擔 60% 乘以 1.7 人，政府是負擔 10% 乘以 1.7 人，這樣合理嗎？對於資方、政府都不合理，除非修法。目前公勞保退休人員不得以第 6 類保險對象投保，但依舊法在第 6 類投保者不再此限，除非刪除健保法施行細則第 67 條，這樣我們也沒話講。另外，健保署表示，行政院主計總處實際調查統計之農業人口數僅 50 餘萬人，惟每年農保總投保人數竟仍高達 140 餘萬人，差距 90 餘萬人，但這是農業法施行後，人民依法加入農保，現在政府想修正農業法以取消他們的農保資格嗎？這是不可能的，否則會發生暴動。所以，這些人一直在農保裡面，除了疾病給付外，如死亡，遺族有撫卹金可以領。既然這兩類人不可能變更身分，健保署在計算平均眷口數卻將其納入，是不符邏輯的，我們無法接受，也不能信服。若健保署能提出令人口服心服的理由，我會支持政府，所以，健保署應公告平均眷口數為 0.62 人。

四、剛剛主席說可以談健保費率，10 幾年來物價都在波動，但西醫基層診所 3 天的藥費，還是維持 66 元，健保支付也不提高，人家如何過活？欺負個體戶的診所醫師！我建議應該調整為 80 元。還有民眾騎機車，被排氣管燙到皮膚，不能報案表示發生車禍，在附近診所治療了 13 次，健保署居然全部核刪，連 5、6 次都不給，而醫療費用達 4、5 千元。健保署對於醫界有很多不合理、不公平的地方，收這麼多保費做什麼？部長在媒體說健保費率 3 年不調高，目前安全準備這麼高，當然 3 年不需調高健保費率，而是要調降。在沒解決對於醫界的合理支付前，我們要求調降，不應該跟我們收這麼多錢。

五、尊重每個委員所提出的意見，我可以一條一條列出健保支付醫

界不合理的地方。從李前總統登輝開始，不管國民黨或民進黨執政，我每年都有一至三次進入總統府向總統建言的機會，若不改進，明年開始，針對產業發展白皮書，我一定寫入醫界反映的訊息，以及對衛福部的意見。不是恐嚇，我既然當了內政部頒發的民間公務員，就有責任向政府建言。今天不是亂蓋，衛福部曾政務次長中明，之前在內政部擔任次長期間，就曾頒給我專業獎章，這是公務員才能拿得到的，而第一次頒發給民間。我認為合理公平的事情，一定會支持政府，但對於不合理不公平的事情，則會據理力爭，奮戰到底，謝謝大家！

鄭主任委員守夏

謝謝何委員語！請健保署說明。

洪組長清榮

健保署意見如書面說明，沒有補充。

鄭主任委員守夏

請問黃署長三桂有無補充？

黃署長三桂

主委、各位委員，大家早安！健保署的意見如提案說明，請各位委員參閱，沒有補充說明。

鄭主任委員守夏

現在就請委員表示意見，先說明，健保署依法每年應公告平均眷口數，本會現在執行的是監理健保業務的工作，而非決議或協定，這是我們的原則。

吳代理委員榮達(謝委員天仁代理人)

一、請教健保署，議程資料第 38 頁說明二之(二)提及，基於二代健保取消「退休後無職業者，及退休人員符合健保法規定第 6 類第 2 目被保險人資格者，得於第 6 類投保」之規定，請問為何取消？法令依據何在？

二、不了解「退休無職業者將回歸母法精神之身分加保」的意思為何；另，納入公勞保退休人員以第 6 類保險對象投保者約 40 萬人後，平均眷口數將修正為 0.67 人，但未見健保署計算的數據，請健保署均予說明。

鄭主任委員守夏

謝謝吳代理委員榮達！請健保署說明。

黃署長三桂

謝謝委員指教，委員的垂詢說明如下：

一、一代健保時，同意退休無職業者在第 6 類加保，是有其時空背景；二代健保修法以後，按照新的規定，退休無職業者不能逕於第 6 類加保。

二、平均眷口數的計算方式，會後視需要可提供給委員參考。

吳代理委員榮達(謝委員天仁代理人)

並未說明「回歸母法精神之身分加保」。

黃署長三桂

所謂「退休無職業者將回歸母法精神之身分加保」，是指二代健保實施後，公勞保被保險人退休以後，如有眷屬一定要先回歸到眷屬身分加保，不能在第 6 類加保。

鄭主任委員守夏

請健保署會後將計算方式，以書面提供所有委員。請干委員文男。

干委員文男

問題出在行政院主計總處和健保署兩者的數據，因對 40 萬公勞保退休人數算法不同，行政院主計總處所算平均眷口數是 0.62 人。請教平均眷口數 0.62 人和 0.67 人，究竟何者正確？依法調整則無庸置疑，請健保署說明。

鄭主任委員守夏

請張代理委員文龍。

張代理委員文龍(蔡委員圖晉代理人)

雇主團體並非只為自己著想，平均眷口數若採 0.62 人，其實對大家都有利，也包含政府。請各位參閱說明二之(三)「平均眷口數無論採行任何方案，預估 104 年底之保險收支累計餘額均可達 1,500 億餘元」，這表示平均眷口數不管採 0.62 人、0.67 人或 0.7 人，並無太大差別，只是安全準備多寡的問題。健保法規定很清楚，原則上安全準備不超過 3 個月，這點應無疑義。若大家認為不夠，下次修法要提高上限；或者將來情況改變，要調高平均眷口數，我們都同意，但基本上不大可能。大家應該都很清楚，調高機會不大，所以，我們現在爭取的是依法公告。上次開會時，何委員語很辛苦，我們要求調降至 0.62 人，也是依行政院主計總處的統計數據，健保署沒有道理不依此公告。

鄭主任委員守夏

謝謝張代理委員文龍！請林委員錫維。

林委員錫維

有關平均眷口數，根據目前財務狀況調降至 0.62 人，並非很大的問題，而且其也是依法辦理。剛才也有委員提到，政府也能受惠，應屬合情、合理又合法，我建議調降至 0.62 人。

鄭主任委員守夏

謝謝林委員錫維！請連委員瑞猛。

連委員瑞猛

平均眷口數最主要的重點是財務問題，但目前看來，不管採何種方案，財務部分現階段都不是問題，若能使其更合理、合法，當然很好。以人口出生率來看，平均眷口數未來也是看降不看升。若能調降，對於緊接著要討論的保險費率案，也有幫助，因此，我建議依法調整。以往財務困難的時空背景，現今不存在，健保署應坦然面對，依法以 0.62 人公告平均眷口數。

鄭主任委員守夏

謝謝連委員瑞猛！請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

上次討論本案時，我也支持依法公告，但比較擔憂財務衝擊。這次健保署提出所有可能的財務影響評估，包括政府負擔採行政院主計總處算法的情況下，安全準備都還算充裕，讓我們比較釋懷。我還是支持依法行政，政府部門沒有不依法行政的，只是過去因財務壓力不敢輕易調整，目前在財務允許的情況下，就應依法行政，否則，如何取信於民？至於合理的計算方式，健保署應有更強的論述，才能說服別人為何會有 0.67 人的數字；否則，等於否定行政院主計總處公布的數據。

鄭主任委員守夏

謝謝吳委員玉琴！請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

我認為健保署及健保會都是公務機關，沒有不依法行政的道理，但在數據上，要依行政院主計總處或是健保署？我們要有一致且明確的數據，一旦形成共識，就要一以貫之，所有事情都要依法，不因利害關係而有所差別。眷口數本應依法調整，數據若有爭執，其他單位與健保署的數據不同，就應先尋求一致。若調整後影響財務，那就應在費率上討論。若大家對實際平均眷口數有疑義，就應尋求共識，排除錯誤數據，並依法調整。同樣地，在此呼籲，以後都要採用一致的標準。

鄭主任委員守夏

感謝謝代理委員文輝！請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

大家發言很踴躍，也有一致的共識，即本會討論任何事項時，都應依法，因其無可迴避。由業務執行報告第 3 頁，從 98 年至 103 年，眷屬人數的確逐年下降，究竟平均眷口數多少才是合理，屬專業的計算，不予置評。但在此呼籲，所有健保法的規定，無論是部

分負擔、費率或平均眷口數，大家都應依法討論、慎重執行。

鄭主任委員守夏

到目前為止，大家的意見都非常一致，在座委員有無不同的意見？請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、贊成依法行政，但不能選擇性執法。誠如其他醫界代表委員所言，財務部分依法行政，醫療部分也應比照執行，若有不合理，則應修法。
- 二、相當感謝何委員語強調，目前健保對醫療部門有許多不合理之處，所以省下很多錢。現行健保財務較寬裕，部分是來自補充保費，但不知這樣的榮景會有幾年，所以我認為財務面，不能只考量 1 年，因調降很容易，但調升是難上加難，估算上除非有很精準的把握，否則，保守些還是有必要。議程資料第 39 頁，平均眷口數歷經 5 次的調整，據我了解，沒有一次調整到底，都是逐步調降。調整到底並非不可，但須有十足把握，且所算數據須絕無問題。
- 三、平均眷口數偏高是多年來資方的痛，這幾年資方確實幫健保負擔相當多費用。平均眷口數如果高估，會讓繳費人口超過 2 千 3 百萬人。健保署上次和這次的提案擬辦及數據都不同，請問健保署，對自己所提的數據到底有幾成的把握？調降時，受益者都很高興，但將來要調升是很困難的。

鄭主任委員守夏

謝謝楊委員漢淙！請葉委員宗義。

葉委員宗義

工商界一向支持政府的健保政策，每次的費率調漲，我們都沒有意見，我認為，該漲的就漲，該降的就降。健保署所提討論事項第 3 案中，既然已說明自 102 年 1 月 1 日開始實施之二代健保財務新制，平均眷口數之實際值在 102 年為 0.62 人，那為何不依此公告

呢？

鄭主任委員守夏

謝謝葉委員宗義！請陳委員川青。

陳委員川青

- 一、眷口數的變動，最主要原因不是少子化的問題，而是很多父母親為贈與小孩不動產，而將戶口拆開。台灣近年來死亡人口每年 10 幾萬人，出生也不過 20 萬人，增加人口數非常低。用人口數調整保費或給付，我以公部門立場來看，其實是有爭議的。用實際眷口數來計算，比較符合社會型態。我認為討論本案，必須思考眷口數，是從 85 年調整演變至今；85 年時，台灣人口是 2 千 2 百多萬人，現在為何會有這麼大的變動呢？大家要思考這個問題，而非討論雇主或被保險人繳多或繳少。
- 二、二代健保剛起步，大家應共體時艱，考量變動的原因，以這樣的數據做為給付的標準，也是有爭議性。討論有爭議性的議題，本身就是爭議，就像政府無法處理問題時，其本身就是問題。我認為大家可以共同思考，不要太情緒化，這不是問題的真正核心；財務結構就從財務面思考，而非從技術變動，這樣無法解決問題。

干委員文男

- 一、還沒回答我的問題，我現在想要了解清楚平均眷口數 0.67 或 0.62，哪一個比較正確？如果依法應該要公告調整平均眷口數，那對我們職業工會會員似乎不太公平。職業工會會員自 103 年 7 月 1 日起，健保最低投保薪資由 21,900 元調高為 22,800 元。也沒說根據哪條母法可調整；調整投保薪資這件事情，我們也承擔下來，應該也有好幾十億元。
- 二、行政院主計總處與健保署爭議政府負擔保險總經費不足法定 36% 之差額部分，解決了嗎？這才是核心問題。政府負擔、雇主負擔與民眾負擔，這些問題都有連動關係，最後都是錢的問

題，要整個連貫起來，用較宏觀視野來看整個問題。每個人都想少繳保費，最好都不要繳，這樣最省！但健保要能穩健存在，才是最重要的。

鄭主任委員守夏

本案大家已比較有共識，若無不同意見，請委員發言儘量簡短。請周委員麗芳，再請謝代理委員文輝。

周委員麗芳

- 一、本案我同意大家的想法，但在這裡特別呼籲，未來假設平均眷口數往上波動時，也能覈實調整，並非只有往下調整的機制，亦即應該有往上、往下調整的彈性。
- 二、議程資料第 40 頁，對於計算「平均眷口數調整對健保財務之影響評估」，有行政院主計總處及健保署的數據，對於這部分，建議健保署與行政院主計總處再協調，因為這是重要數據，但兩個單位有這麼大差異，是不恰當的。
- 三、行政院主計總處管全國預算，看起來其採比較保守的估計，這對於健保財務也有優點，不見得不好。希望兩個單位能在最短的時間，取得共識，以後呈現出來的數據就只有一套，這樣才能感覺政府是一體的。

鄭主任委員守夏

謝謝周委員麗芳！請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

對於政府負擔不足法定 36% 之差額部分，因有行政院主計總處與健保署兩個數據，我們認為，行政院主計總處估得太低，健保署所估較高才合理，所以傾向選擇健保署的數據。但在平均眷口數中，行政院主計總處的數據較保守，而健保署的數據比較高，我們又傾向選擇行政院主計總處的數據。這樣的結果，會被外界質疑，怎麼政府負擔不足法定 36% 之差額部分就採取健保署的意見，對於平均眷口數就採取行政院主計總處的意見？就如同周委員麗芳的建議，對

於政府負擔不足法定 36%之差額部分及平均眷口數，應該採取一致的標準，不然會先自己打臉。

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、針對此案，大家已經充分表達意見，健保財務的考量應該要有前瞻性，對於平均眷口數，支持依法調整及公告。
- 二、補充說明想把平均眷口數及費率兩者之調整綁在一起討論的原因，調降費率對投保者而言，一個月只省 20 元、30 元，但若往後健保出現財務缺口時，卻很難調升，受害的還是全體民眾。相信委員都很清楚，健保費率易降難升，而且往後須付出很高的社會成本及行政成本，所以建議討論事項第 1 案至第 4 案綁在一起討論，是因有這樣的因果考量。等一下討論費率時，請各位委員好好地慎思。

鄭主任委員守夏

- 一、本案已經充分討論到有共識，先說明平均眷口數 0.62 本來就是健保署要去算的，與行政院主計總處沒有關係。0.67 是健保署認為依二代健保法，有些應該以眷屬而非第 6 類投保，所以這些人應歸回去，則眷口數會變成 0.67。目前的平均眷口數之實際值為 0.62，這是健保署算出來的數據。
- 二、健保會有監督管理的責任，今天討論的共識與決議是，請健保署依法每年公告平均眷口數；另，大部分的委員認為，現行平均眷口數 0.62 人比較合理，這部分請健保署一併參考。接著回來討論第 1 案及第 2 案。請同仁宣讀。

參、討論事項第一案「104年度全民健康保險費率方案」、討論事項第二案「依全民健康保險法第18條及第24條規定，建請衛福部將全民健康保險費率由4.91%調降為4.58%，並自104年1月1日生效案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀！討論事項第1案附有健保署所提的104年保險費率審議方案簡報，我們業已依法召開費率審議前意見諮詢會議。至討論事項第2案，則為委員的提案，先請提案人何委員語說明。

何委員語

- 一、在說明第1案及第2案之前，先對第4案再補充說明，該案是建議政府應儘速降低員工健保平均眷口人數，並自104年1月1日起實施。
- 二、針對第1案及第2案說明，行政院江院長已請鄧政務委員與工商團體協商，協商內容有兩項：第一，是政府負擔不足法定36%之差額部分；第二，是健保費率。今天只要求在這個議案中，能將保險付費者中的雇主代表所提書面要求列入紀錄，亦即將「雇主代表何委員語、李委員永振、葉委員宗義、蔡委員圖晉、李委員成家共同建議104全民健康保險費率應降至4.58%，並自104年1月1日生效」文字，列入紀錄。
- 三、不希望浪費大家的時間，剛才我提到費率最後是依政治解決，所以，今天的費率案最後是由政府決定。以上是我的說明。

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

尊重工商團體的立場，他們這樣表達，一定要詳細記錄下來。考量健保財務，雖然現在健保財務似乎還算寬裕，安全準備可望達到3個月，若日後不足3個月，要調漲費率會很難。3年後再看財務狀

況，希望不須調高健保費，最好 5 年內也都不要變動，才是全民的福氣。衷心期盼健保永續發展，站在付費者立場，贊成維持目前的費率，而且能 4、5 年都不要變動。

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、我覺得何委員語很內行，其實今天討論的是假議題，衛福部部長已於 11 月 26 日對外表示，為了健保財務穩定，2015 年至 2017 年，3 年內費率都不會變動，所以，我說今天討論的是假議題，因到時不管討論結果如何，部長都已經決定了。還有一個可能，就如何委員語所提，有更高層的政治決定。
- 二、我認為健保會的責任重大，需要討論真議題，即使部長這樣對外表示，也是假議題。還記得推動二代健保時，有一個圖示，右邊是公平，亦即以前沒收補充保費，現在收取補充保費後，會較公平；左邊是效率，亦即將前健保監理會與前健保費協會合併為健保會之後，較有效率；中間則是品質，亦即健保最主要的核心是品質。
- 三、現在看二代健保所宣誓的這三項核心價值，大家有何感覺？二個委員會合併後，比以前有效率嗎？好像和以前費協會的運作差不多，只不過是將兩個會合併而已。另外，外界也一再批評應該採用家戶總所得徵收保費會比二代健保收取補充保費公平。在二代健保宣誓的目標中，還有很多部分需要用心處理，應在處理之後再來討論費率是否合理。
- 四、若提醫療品質，則會更慘，上週健保署召開全民健康保險醫院總額研商議事會議時，有位代表醫學中心的委員，他也是醫院評鑑的委員，於會中表示，現在地區醫院的情形是虛累累、塗塗塗(台語，表示很慘)，可以說是一個台灣兩個世界，會中謝委員天仁也表示同意。

- 五、地區醫院目前剩 300 多家，扣除洗腎、呼吸治療及精神科的醫院後，社區型的地區醫院大概只剩下 200 多家左右，而大型醫院卻有 100 多家，這是全世界的奇蹟。地區醫院每年少 5、6 家，10 年後會怎樣？這中間有很多需要修正，亟需從制度面去改變。謝委員天仁也提到，應從整個制度面去檢討改善。
- 六、健保法規定藥費依藥價基準支付，但未規定單一藥價基準，地區醫院在醫院總額點數的占率，由健保開辦前 30% 多，變成現在約 16% 多，且地區醫院在藥費占率約 20%，若藥價差 3 成，藥價差就有約 40 多億元。
- 七、目前的制度不做分級醫療，地區醫院病人少，最近要分配「提升護理照護品質計畫」20 億元預算，須看實際護病比，發現地區醫院護病比與大型醫學中心差不多，患者雖少，夜班還是要排班，所以成本仍很高。一個專科醫師在大醫院看 10 個病人，但小醫院看 1 個病人，這些實際成本開銷很高但支付卻最低，所以地區醫院會倒。
- 八、地區醫院面臨的問題，才是真議題，希望健保會委員要重視，不然會來不及，屆時以鄉鎮為主軸的地區醫院將倒閉，這樣會很慘！
- 九、近期的商業周刊提及，新加坡承認長庚和台大的學歷，其來台灣招募剛畢業醫學生的座談會，此二學校 200 多位畢業生中，竟高達七成參加，因為新加坡提出的住院醫師條件，薪水是台灣的 3 倍，但工時更少，待遇更好，升任主治醫師後，薪水又是我們的 5、6 倍。

蔡委員登順

程序問題！請委員針對本案議題討論，否則聽你的演講紀錄會寫不完。

鄭主任委員守夏

請謝代理委員委員文輝回到今天的議題發言。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

請給我 3 分鐘。

蔡委員登順

時間有限啦！

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

請給我 3 分鐘，並請健保會及健保署去買今(103)年 9 月底或 10 月初的商業周刊，其中提到馬來西亞承認我們 8 家醫學院的學歷，包括：中山醫學大學、中國醫藥大學等，我們的專科醫師去也不用考試，直接換證登錄後，就可以當醫師。周刊也提及，他們去訪問離新加坡一公里左右的經濟特區，該區最大的一間醫院，一半以上醫生是從台灣去的，年齡約 35 至 45 歲；醫院的急診室，其中 6 位急診科醫師全是從台灣過去的。

蔡委員登順

請主席制止！並請委員針對議題發言。

鄭主任委員守夏

因時間關係，今天不適合討論這些，後面還有 5 案待討論。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

請再給我 1 分鐘！希望能針對這真正議題討論，尤其是台灣選後自由經貿區開放在即，大家都蠢蠢欲動，台灣很多醫師可能發生大規模的島內移業，轉往自由經貿區的醫院賺 2 倍薪水，因可去自由經貿區賺 2 倍的薪水，但工作量只有一半。我們現在會面對的迫切問題是，健保 5 至 10 年內可能會垮掉，今天在座的不重視這問題，但 5 年、10 年後卻是在座的我們最容易生病的時期，這就是現世報。我們應該很嚴肅面對此議題。在二代健保的問題還未解決下，現在談費率議題，都是假議題。謝謝大家的忍耐！

鄭主任委員守夏

這個問題很大，若醫界有共識，建議考慮另外提案，也許可假設健

保財務還算充裕的情況下，能做些甚麼？這個議題涉及醫事司、社保司及健保署，需要有共識方案，才有辦法討論。現在請回到今天的議題。

郭代理委員正全(翁委員文能代理人)

今天要對何委員語的智慧表達欽佩！我們過去開會常說，全都依法(行政)，事實上是選擇性依法(行政)。要調降費率，其實會有困難，因實務上行不通，健保法的規定已經有問題。比較負責任的作法是，主政單位應該提出修法，否則今天大家討論結果雖有共識，但未來不同的委員，可能會再吵一次。

鄭主任委員守夏

先請干委員文男，再請楊委員漢源。

干委員文男

- 一、針對調整費率的問題，11月6日所召開104年費率審議前意見諮詢會議中，好幾位專家學者都提及，調整費率茲事體大，希望維持目前費率4.91%，並提出很多意見；另也提到，在立法時，前衛生署楊署長志良對大眾的承諾是5年內不變動費率，現在正值選舉，更不能欺騙社會，希望費率不要輕易調整。
- 二、剛才何委員語提的內容，不能做為主決議，希望能尊重專家學者的意見，費率維持現行的4.91%。若作成主決議，會變成贊同何委員語的主張，但是他的發言可以詳實載錄。

鄭主任委員守夏

請楊委員漢源。

楊委員漢源

- 一、此案雖已底定，我仍想提出一些意見。剛剛主席提及，既然財務還算充裕，醫界可以做什麼？問題是我們想要做的，提出之後並未被接受，以目前總額協商方式，是要先提計畫，但所提計畫並未被接受。
- 二、現在總額點值已低到一種程度，其實醫療是滿國際化的，需要

依靠醫事人員提供服務，所以(人事)成本很高。我最近應衛福部之邀，幫部立醫院體檢，發現豐原醫院是一間好的部立醫院，業績也相當好，但病床關了30%，理由是沒有護士。

三、現在醫院非常努力，也由總額內的預算去幫護士調薪，但我國的護理人員薪水相較於其他國家，確實低很多。我是現任的國際醫院聯盟理事，常到各國開會，發現我國護理人員薪資比韓國、日本都低，更不用說與歐洲國家相比了。

四、我們於醫療支出這一塊，在總額制度下一直緊縮醫療院所的收入，應該要適當調整。從過去健保署牆壁所掛的圖表可以顯示，我國無論整體醫療保健支出，或每位國民每年平均醫療費用，與國際相比都偏低許多，所以，希望各位委員正視這個問題。

鄭主任委員

先請陳委員宗獻，再請葉委員宗義。

陳委員宗獻

一、不佔用太多時間，只講議程資料第26頁上半的第17張簡報。個人覺得，從剛才委員的發言，何委員語所提意見，是有見地、有根據的。

(一)從議程資料第26頁第17張簡報「保險給付支出及保險經費架構」圖表來看，「健保給付支出」=「醫療給付費用總額」-「保險對象應自行負擔之費用」-「代位求償」-「菸捐挹注罕病用藥」；「保險經費」=「保險給付支出」+「應提列或增列之安全準備」。

(二)假設保險給付支出每年約6千億元，其他部分，自然而然會考慮是否增列到安全準備，安全準備會不會太多？是否需達4個月、5個月、6個月、7個月，這是爭議點。但我要說，架構圖少了「總額折付」，大約8~10%左右，如果列進去，就可明顯看出，「保險對象應自行負擔費用」一直未達

法定的 20%，「總額折付」則一直占 10% 左右，以至於造成整個費用結構混亂。我並非要求總額必須每點一元，但必須在醫療產業可正常發展、民眾安全可保障的前提下去執行。所以，建議架構圖應將「總額折付」納入。

二、個人支持費率維持 4.91%，因為到 107 年收支就會打平，現在人口老化的速度非常快，費率不能預先降下來，這是合理的。但從架構圖來看，是否將「民眾自行負擔之費用」，適當、合理地分階段調整，逐步合法化；而「總額折付」應有一定限度，說不定因為「保險對象應自行負擔之費用」上升，「總額折付」減少一些，安全準備就可以撐較多年。

鄭主任委員

謝謝陳委員宗獻！請葉委員宗義。

葉委員宗義

剛才何委員語已經把雇主的意見交給主席，這案已不用再討論。

鄭主任委員守夏

幾位雇主代表已釋出善意，之前大家也交換過意見，懇請委員若有不同意見再發言。請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

一、每位委員背後分別代表不同團體，不發言好像很困難。謝謝何委員語等雇主代表釋出善意，不過，在此釐清一下，健保法並無調降費率之概念。健保法第 26 條第 1 款規定，保險之安全準備低於 1 個月之保險給付總額時，才要處理，應是調漲費率，而不是調降費率的概念。

二、被保險人代表支持不調降費率，因為即使調降，也只節省幾十元，對民眾幫助並不大。目前健保難得有比較充裕的財務情況，反而希望健保署藉此機會，好好地改革：

(一)應該好好檢視二代健保總檢討報告所列，需改革的事項。

(二)回應民間健保會所提，對過去因財務拮据而造成重症醫療給

付不足的部分，應改善以提升醫療品質。

(三)民眾自行負擔費用部分，若只思考提高之策略，其實反而會拉大健康落差，所以應有改善策略。

(四)台灣老年人口於 2018 年將達 14%，2025 年將達 20%，非常快速，對於人口老化帶來的新衝擊，健保署應擬訂因應人口老化衝擊之策略。

(五)健保 IC 卡已投入 40 億元，應加速提升效率，使有助於消費者用藥安全及降低浪費。

三、健保在明年將滿 20 週年，在目前財務條件較好的情況下，應進行整體制度改革，使健保永續經營。

鄭主任委員守夏

謝謝吳委員玉琴！有些很實質的建議，請健保署參考。請陳委員川青。

陳委員川青

一、無論家庭或國家，錢多就會讓人眼紅，若窮就會像踢足球，被往外推，歷朝、歷代都是如此。

二、大家都清楚，再過 3 年，健保成本將超過收入，這是可預見的，所以不宜輕易變動費率。無論醫事服務提供者或保險付費者團體，大家都有責任去思考，因為健保是公共財。現在健保署及各位委員應思考的是，醫療成本一直居高不下，應如何解決及突破問題。

三、現在錢還夠，應做專案，而非將費用基礎墊高，增加成本，對社會大眾、工商界才有交代。所以，支持費率不變動。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

主席，各位委員，我剛才已提議希望本案圓滿結束，但再補充幾點：

- 一、過去健保虧損時，保險費率調升至 5.17%，工業總會及所有工商團體並未反對。後來降至 4.91%，是衛生署前署長自己提出，工業總會及工商團體才發文給行政院院長，希望自己講的話要自己履行。那天跟曲司長同光及健保署長官會談，所有工商團體都承諾，只要健保虧損，就支持調漲費率，我們絕對敢做敢當！
- 二、醫界對於自己所認為不合理的事，嘴巴講太多卻無具體行動，例如剛才提到基層醫療診所 3 天藥費 66 元，十幾年不調漲，基層診所為何不提案？希望你們少講話、多提案，讓我們誠心誠意支持你們的方案，這樣才對！講太多，沒有行動，大家聽完後就各自回去。我的意思是，我們很支持健保醫療，工商界的立場，只要符合公平、公正、合理、合法的任何措施，都可以支持，這一點很重要！
- 三、本來不想再講，因為剛已經請主席做決議，由上面來做決定，上面怎麼決定，我們工商團體向來與政府都很密切協商。不瞞大家說，前天勞動部將勞動基準法修正案，整本先送來工業總會問我的意見，我逐條看過後，對認為合理的都支持，不合理的則提出意見與看法，讓政府做最後決定。同樣的道理，若醫界認為哪些條文不合理，可提修正建議案，這一點很重要。

鄭主任委員守夏

謝謝！針對本案，委員若無其他特別意見，則告一段落。請陳代理委員炳宏。

陳代理委員炳宏(李委員永振代理人)

何委員語在上次會議討論時被誤解，因此本次特別提案，無非是希望大家能思考攸關全民的費率仍有可調整空間，且事前已投入時間人力去試算，但剛才又被其他委員誤解是假議題，為不耽誤會議時間，所以何委員語已先畫下句點。既然如此，建議本議題可就此打住。

鄭主任委員守夏

謝謝！討論事項第 1 案是健保署提案，第 2 案為何委員語等提案，合併討論後，在考量多方意見、專家學者共識，及各項建議也很明確的情況下，104 年健保一般保險費率經審議，維持現行之 4.91%。謝謝！

何委員語

主席！請將我們的意見列入紀錄。

鄭主任委員守夏

當然！謝謝雇主代表沒有堅持己見，我們會將不同團體的意見，詳實記下。

肆、討論事項第五案「有關『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』案」、討論事項第六案「修訂其他預算項下『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目，其經費之適用範圍與動支程序案」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

請各委員參看討論事項第 5 案、第 6 案，建議可併案討論。高雄氣爆事件發生後，是否影響點值，屬實質問題。討論事項第 5 案是健保署修改「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」方案；討論事項第 6 案是醫事服務提供者代表陳委員宗獻與蔡委員明忠的提案，請同仁先宣讀第 6 案，再接著宣讀第 5 案，二案併案討論。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀！請討論事項第 6 案提案人陳委員宗獻補充說明。

陳委員宗獻

一、討論事項第 5 案、第 6 案併案討論，已宣讀過的部分不再重複，會議資料第 49~52 頁附表二整理「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」各方案對照表，較容易看到其中的差距。在此想澄清的是，議程第 50 頁，我們所建議「(1)不可預期因素影響致使部門總額該季全署預估平均點值在 0.9 以下，且較去年同季點值下降幅度>1%以上」，原方案是 5%，建議改為 1%。請委員參看議程第 63 頁，由附表一「101 年至 103 年第 3 季醫院總額平均點值變化分析」，可看到點值變動數據起起伏伏，例如 3.6%、-2.22%或 -1.44%，有正有負。但是不用擔心，平均點值都是 0.9 以上，換句話說，兩項條件同時具足的情況下，才會啟動檢討機制，而不是啟動補付，且機制啟動後須在本會討論。

二、原方案「...較去年同季點值下降幅度>5%以上」，當年也是我

提出，但後來發現根本就不可能發生，例如：點值若為 0.88，還要下降 5%。我剛進會議室時，工作同仁告訴我，符合「...較去年同季點值下降幅度>1%以上」者很多，其實不是，因還要符合先決條件「該季全署預估平均點值在 0.9 以下」。

三、為何是0.9？因為所有醫療機構、科別及醫師提供服務時，都必須有一定的財務預估，對於這個月或這一季所提供的服務，預估最多損失10%，而不能無限制地負擔損失。假使有個生意可以賺20%，打折10%，其實利潤是降了50%，何況醫療產業並沒有20%利潤。現在醫院的利潤為10%以下，打折10%，已經打平了，必須另外尋找生存方法；為了尋找生存方法，需犧牲不少東西。在此誠摯呼籲，同意我建議的方案。

四、動支程序(二)屬非預期風險：1.提案前審議：「(3)不可預期之全國(或特定區)災難性因素影響，致該部門一般服務之該季醫療費用成長 $\geq 0.5\%$ 」(議程第 62 頁)我沒有特別堅持意見，若健保署認為「...預估 2 個月之醫療費用達事件發生該季該地區總額預算之 0.3% 以上，且預算支應不得超過一年」，我也支持。

鄭主任委員守夏

謝謝！請何委員語。

何委員語

議程第 46 頁，最後一行「...供委員會討論議定」，經檢視整個方案，原本「委員會」文字，均已修改為「本會」，建議此處比照修改。

鄭主任委員守夏

一、謝謝！會後請同仁再全文檢視並修改。

二、「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」修改方案，有兩個版本，建議照順序，從議程第 48 頁至第 52 頁討論，最右邊一欄是「本會幕僚建議」。第

48 頁有關「非預期風險」之適用範圍，依健保法第 52 條規定，「嚴重之地震、風災、水災、火災等天災所致之保險事故」皆不在其中，因為這些事故可動支行政院第二預備金處理，但高雄氣爆事件並不屬前述天災，所以可以適用。

三、陳委員宗獻若同意，則可通過照幕僚在第 48 頁第 5 案的建議，將適用範圍的文字修訂為「年度中發生全國(或特定區)之其他不可預期因素，如疾病異常流行、非天災所致之大型事件...」，各位委員有無意見？

楊委員漢淙

請問氣爆事件算不算？

鄭主任委員守夏

高雄氣爆就符合「非預期風險」適用範圍。

楊委員漢淙

為何不乾脆寫清楚？

鄭主任委員守夏

因為我們不知道下次會遇到什麼樣的非預期風險。

楊委員漢淙

沒關係，可以兩個都寫，「氣爆事件」可以用括弧說明，不然將來還是搞不清楚。

柯執行秘書桂女

建議在「非天災所致之大型事件」後面加上括弧，註明「(例如氣爆事件)」，可以嗎？

楊委員漢淙

對！可以啊！

鄭主任委員守夏

這樣寫嗎？好！

謝代理委員文輝

反正將來若還有符合條件的其他事件，可以再加上去。

陳委員宗獻

其實健保cover (適用)或不適用範圍，都已經列得很清楚，真的很難預計未來會遇到哪種風險。

楊委員漢源

沒錯！現在遇到這些情況，寫清楚以後就不會有爭議。

鄭主任委員守夏

請張代理委員文龍。

張代理委員文龍(蔡委員圖晉代理人)

建議不要寫清楚，若這樣的話，以後都要「正面表列」，就寫「非天災所致之大型事件」，保有一定彈性。萬一寫「氣爆」，也許下次是瓦斯爆，或哪天被射不準的飛彈炸到，算不算？就需一直正面表列，個人認為，保有一定彈性比較好。

楊委員漢源

還是建議寫上去比較好。因為辦法文字本來就有，但因為在認定上.....。

鄭主任委員守夏

原來就有辦法。

楊委員漢源

對！本來就有辦法。

鄭主任委員守夏

不能動支不是因為這個原因，現在只是將其明確化。

楊委員漢源

對！就將之定型化，既然訂了，就要訂清楚，因為不是每天發生。

鄭主任委員守夏

聽聽其他委員意見。請何委員語。

何委員語

本來想在「非天災所致之大型事件」之前，加上「災變」，未來，會不會發生恐怖攻擊，不知道。再來，毒氣發生、暴動，都屬於非天災所產生；毒氣外洩，不是氣爆，還有暴動產生的傷害。另外，還有恐怖攻擊，目前台灣很平安，但不能預測完全不會有。所以，個人認為，不要寫清楚，比較有空間。醫界也不要擔心「氣爆」，因為這是屬於「非天災所致」。

鄭主任委員守夏

若有比較熟悉法律的專家，可提意見供我們參考。請蔡委員登順。

蔡委員登順

我支持剛才幾位委員表達之意見，若能正面表列清楚，又沒有爭議，我支持，但我也認同西醫基層委員的提案。基本上，「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目，每年協商都編列 10 億元，本來就有經費；健保署也提案，所以，科目基本上沒問題。在其他預期政策改變及調節非預期風險所造成事故，既然已通過預算，健保署支持，應該沒有爭議，就照健保署表達之意見，我支持！

鄭主任委員守夏

請問有委員持不同意見嗎？請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

其實兩案的精神和架構都相同，差別在何時啟動機制送本會討論及檢討。現行方案的點值下降幅度須大於 5% 以上，我們認為應修訂為 1%，但必須滿足兩個條件；第一，是平均點值在 0.9 以下；第二，是不可預期的因素，這兩項條件都需具備，而非點值低於 0.9 就要檢討，原來下降幅度訂為 5%，根本不可能達到。因此，建議將 5% 改為 1%，其他就照健保署的建議。可能幾年才會有一次，就如剛才的檢討，長久以來，只在 100 年第 1 季發生過一次。

鄭主任委員守夏

如果沒有其他意見，適用範圍就照本會幕僚建議，真正重點在動支程序，亦即損失多大才會啟動，陳委員宗獻認為原來的規定門檻太高，使用不到，希望能調降。各位委員可參閱議程資料第 48 頁，針對不同的建議表示意見；另點值相關資料，在第 53 頁，也請參考。請健保署說明貴署方案有無較優，否則就採醫界代表的方案。

林組長阿明

- 一、請委員參閱議程資料第 48 頁，陳委員宗獻剛有提到，原來點值須降至 0.9 以下，且幅度須大於 5%，我認為這部分大家可以討論。但舉例說明，西醫基層某區域目前點值約 0.9，若因流感因素下降 1% 而為 0.89，是否就要補助？若是原來的 5%，則須降到 0.85 左右，此幅度可能有些難度。所以，1% 到 5% 之間，大家可再稍作討論。依陳委員宗獻的建議，可能會有調整幅度太大的問題。
- 二、針對「本會幕僚意見」的「新增指標(3)並修正文字」部分，簡單說明一下。原來針對非天災事件，本署是預估二個月之醫療費用達事件發生該季該地區總額預算之 0.3% 以上，貴會幕僚建議為 3 個月，本署原則上同意。但大型非天災事件須經主管機關認定予以免自行負擔保障措施之案件，這部分經與社保司交換意見，建議將「予以免自行負擔保障措施」文字刪除，改為「經主管機關認定之案件」即可。另建議刪除「且預算支應到該年底為止」的文字，因其為提會討論的條件，屆時要支應 3 個月或半年，建議預留彈性，因事件可能 11 月發生，到年底僅剩 1 個月，因此，建議不要列為條件。

鄭主任委員守夏

- 一、本案有些複雜，議程資料第 48 頁現行方案的動支程序指標，如(1)(2)，健保署版本增加(3)，其文字內容林組長阿明提出建議，將本會幕僚建議的(3)「予以免自行負擔保障措施」及「且預算支應到該年底為止」的文字刪除。

二、陳委員宗獻多次提到，希望修訂動支程序指標(1)的點值下降幅度，這部分尚未確定，請各位委員對此表示支持與否的意見。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

先討論議程資料第 48 頁動支程序新增指標(3)，我支持健保署的版本，因為觀察災變嚴重程度，在前 2 個月是支出變動最大的時點，到第 3 個月差不多是在修復期，將其計入，會造成指標不靈敏，無法偵測問題。我們的目的，是要偵測事件是否達到動支程序的條件，所以，我建議維持健保署的版本。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

討論了這麼多，是否請健保署舉例，說明根據以往經驗，怎樣的事件符合動支程序？例如 SARS(Severe Acute Respiratory Syndrome，嚴重急性呼吸道症候群)期間動支多少經費，讓我們有個概念。現在這樣討論，付費者代表委員並不清楚將來需要多少經費，可否配合條件舉例，讓委員更清楚。

鄭主任委員守夏

請陳委員川青。

陳委員川青

我在台北市政府有關天災、風災、地震及防疫的委員會，擔任過十多年委員，對本案不表示反對或支持，僅分享實務運作的經驗。政府各部門對於防災預算的執行分配，都有 SOP(標準作業程序)規範。健保是公共財的概念，並非政府預算，如何妥善用於醫療，是我們的責任。非預期風險的概念太過籠統，規模大小也無法清楚界定；我認為大家想得太多，也太美化，但有些是法令規範，有些是實務問題，我們該扮演的角色，必須想清楚。我們不是孫悟空，不能每樣都想做。我們能體會醫療院所面對突發事件，所增加人力、

物力的負擔，建議可從健保安全準備另行提撥專款處理，以召開臨時會議或其他方式，決定因應的專案。本案對於非預期及規模的定義，無法說清楚、講明白，大家都很有用心，但成效不大，且很有爭議性。建議本案保留，在法令及實務面都全盤考量後，再提出更好的方案。

鄭主任委員守夏

謝謝陳委員川青！請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、本案有項前提，即界定為健保不給付的部分，不必討論，例如過去因認定 SARS 為流行疫病，非健保給付範圍，就另以政府專款處理。若是其他依健保法不必給付的特殊情形，當然都不必討論。現在是依健保法應該給付，但有突發變動時，對醫療部門會造成衝擊，所以，須訂定標準。由於沒有經驗，如干委員文男所言，沒有過去的相關數據，所以我認為應先訂出辦法，日後才會追蹤，才有資料佐證。
- 二、有項先決條件必須先處理，即在執行上，未來下降幅度的計算，應採專業審查後的資料，才能看出實際的衝擊。我認為本案應通過，因通過後在執行技術上，才能取得真實的數據供討論，例如，高雄氣爆影響點值多少？這樣就可達到干委員文男的要求。經過幾次就有經驗，了解事件規模所產生的衝擊，再回頭修訂適當的比率，技術面應該這樣解決。

鄭主任委員守夏

請蔡委員明忠。

蔡委員明忠

感謝謝代理委員文輝！他所提的內容，很多是醫界痛苦的經驗，真的是情何以堪，不過還是建議回歸提案。我贊成陳委員宗獻的提案，因為本案的動支程序門檻太高，過去完全無法啟動這項機制。在此情形下，針對這項議題不妨先照案通過，之後再做評估及檢

討，否則門檻太高根本用不到，亦失去意義。

陳委員宗獻

請參閱議程資料第 53 頁，總共有 21 季的平均點值資料，只有 100 年第 1 季發生西醫基層平均點值 0.8877，變動率-10.25%但其下降幅度即使大於 5%以上，也不符合動支條件，因當時主管機關認定非屬不可預期，而新增指標(3)即規定須經主管機關認定。換句話說，這裡 21 季乘以 4 個總額部門，共 82 個平均點值，沒有一個數字達到標準。由此可知，修訂為 1%非常合理，是大家可以放心的。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

我還是贊成陳委員川青的意見，本案待成熟一點再提出，因為涉及點值保障。點值降到何種程度時啟動補助，這點應再深入研究，並非不讓本案通過，等研究清楚後再向大家說明，以免浪費很多時間。

陳委員宗獻

我再向干委員文男解釋一下，提會討論的評估指標共有 3 項，第 1、2 項是既有的，我只建議將點值下降幅度從 5%改為 1%而已。從議程資料第 53 頁可看到，從 98 年至今，符合前兩項提會討論指標的情形，從沒發生過。第 3 項指標是新增的，是為因應高雄氣爆事件，回溯處理該局部地區總額預算的影響，這是地區性的條件，共同性條件則是必須有不可預期的因素，但天災地變不算，因此，本案並不是為了補總額點值不足。

鄭主任委員守夏

一、先補充說明，上個月謝委員武吉曾提出高雄石化氣爆事件相關議案，委員都認為值得重視，也覺得現行規定似乎門檻過高，並無實質幫助，但大家也擔心門檻過低，流於浮濫，因此，請

健保署與醫界代表委員提方案。雙方所提方案內容都很清楚，現行方案動支的標準有兩項，但陳委員宗獻認為第 1 項的點值下降幅度要大於 5%，幾乎不會發生，沒有實質幫助，所以，建議將 5%降低為 1%；但健保署認為若是 1%則降太多，這一點可以討論，尚未定案。

二、第 2 項指標大家沒有意見。健保署新增第 3 項指標，則照本會幕僚建議，似乎已有共識，剛才干委員文男及陳委員川青認為，似乎還不清楚，但我認為這 3 項指標都很清楚，希望今天就能討論定案，如有共識最好。這項經費是來自其他預算的「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」，係包含於總額中，過去幾年都有 10 億元的預算，但幾乎沒用到。

干委員文男

希望能清楚舉例，將歷年所發生事件造成平均點值下降的幅度分別呈現，否則口頭說明，還是很模糊。

陳委員宗獻

請參閱議程資料第 53 頁，若點值下降幅度改為 1%時，可看到各部門總額均有下降超過 1%的，但是不用擔心，因為前面還有兩項條件，一是平均點值在 0.9 以下，因條件是「且」不是「或」；這樣符合兩項條件的，就只剩下 100 年第 1 季西醫基層平均點值 0.8877，變動率-10.25%符合而已。但還要再符合一個條件，就是不可預期，結果當時主管機關認定不符合。因此，即使將點值下降幅度改為 1%，也都沒有符合的情形，因為 3 項條件都要符合，最主要條件，是不可預期。

鄭主任委員

先請何委員語，再請陳委員川青。

何委員語

一、我支持健保署的提案，同意先將高雄氣爆案的醫療費用，得回溯支用本項預算，這部分建議先解決。我也贊成議程資料第 46

頁之(二)(3)，以 0.3% 計算，先執行高雄氣爆案；未來如再發生非天災事件，若低於 0.3% 時，委員可以再提案。

二、上(10)個月委員會議對高雄氣爆案已有討論，所以建議先通過高雄氣爆案的醫療費用得回溯支用本項預算部分，這樣健保署就可開始執行。

陳委員宗獻

我也支持用 0.3% 計算。

陳委員川青

一、我支持何委員語前半段的意見，以高雄氣爆事件來看這次醫療院所點值的變動；若以平常的點值做比較，似乎不太客觀，建議以高雄地區氣爆附近的醫療院所，進行分析。

二、不可預期的因素排除天災地變後，還有甚麼是可預期？這有法律責任問題，請詳實列舉不可預期的因素。不要對我說這是衛福部或健保會的權責，這是攬責任在做事，用的是全民的錢，請各位思考這個問題。

三、考量醫療院所的同仁很辛苦，建議用專案方式去處理個案問題比較妥適，如果以這樣的方式呈現，會有法律與政治責任問題，須謹慎再三，不要為了小問題而引起更多的問題。

四、這是法律文件問題，甚麼是不可預期的因素，要說清楚，若不說清楚，我會反對到底。這有法律責任問題，不能讓大家背責任，這會變成衛福部與健保會的責任，而且是永久要背的責任。

鄭主任委員守夏

一、謝謝陳委員川青的說明！這是原來在總額架構中就有的動支辦法，不是另外的法律規定，而且是有法律授權。由總額的其他預算提撥部分預算，性質類似安全準備金，因為匡下年度總額後，考量若發生重大事件，而讓醫界遭受很大的財務壓力時，能有個調節機制，所以編列 10 億元預算，但未動支過，因為

規定的門檻太高。以高雄氣爆事件而言，發現其仍未達現行動支條件，上(10)個月委員會議討論時，大家都認為情況已經很嚴重，所以，應修訂動支標準。

- 二、陳委員川青擔心責任問題，但這原本就是我們委員會議要負的責任，所以，今天才考慮要稍微降低標準，但不能用高雄氣爆的損失來訂標準，否則會導入量身訂做，似乎不太合理。建議先不要試算，將標準修訂後，若適用就援用，若不適用，則下次再討論。動支標準是否要修訂得更低？如果更低，可能會常有動支事件，所以是兩難。
- 三、若依現在的規定，高雄氣爆案未達動支標準，陳委員宗獻建議修訂如議程資料第 62 頁之(二)1.之(1)，亦即「...，且較去年同季點值下降幅度」由>5%以上修為>1%以上，健保署認為降幅過大，這部分可以討論。
- 四、大家比較有共識的部分，是議程資料第 46 頁，(二)1.之(3)不可預期因素屬各界關注之非天災事件，用 2 個月之醫療費用達事件發生該季該地區總額預算之 0.3% 以上來計算。健保署內部應該試算過這個數據，希望不要落入替高雄氣爆擬一個方案，這樣是不妥的。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、陳委員宗獻建議議程資料第 62 頁，(二)1.之(1)降到 1% 的部分，會因有些定義而無法支用。
- 二、以前曾發生 SARS 疫情，當時造成醫療院所嚴重的財務衝擊，但 SARS 是政府公告的流行疫病，表示不應由健保給付，醫院拿到的醫療補助是幾十億元，其他則是因配合政策做隔離病房，而拿到一些衛生建設補助。
- 三、若要達 5% 的標準，門檻可能過高，所以幾乎遇不到。

鄭主任委員守夏

本案討論尚未完全有共識，請付費者代表能表示意見。請干委員文

男。

干委員文男

請教目前討論要訂 5% 或 1%，是以各部門總額的醫療點數為 base(基礎)來計算嗎？請說明清楚。

吳委員肖琪

應該是點值部分。

鄭主任委員守夏

現在討論的部分是若有特殊狀況發生，即不可預期因素影響，導致部門總額該季預估平均點值在 0.9 以下，且較去年點值下降幅度達一定百分比(%)，所以是點值的部分。

莊委員志強

剛剛陳委員宗獻說明議程資料第 53 頁，西醫基層 100 年第 1 季平均點值在 0.9 以下，變動率-10.25%，這部分應該是該部門點值與去年同季比較，而不是與整個總額作比較。

陳委員宗獻

剛提的變動率，是指各部門總額平均點值變動情形。

吳委員肖琪

一、請看議程資料第 46 頁，(二)1.之(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」，若以點值 0.9 來算，降幅至 5%，點值會變動 0.045，就是點值低到 0.855；若降幅 1%，點值會變動 0.009，就是點值低到 0.891，需要重新調整，這會一天到晚調整。另，剛大家說的總金額，應是指點值的部分。

二、建議先針對議程資料第 46 頁，(二)1.之(3)好好討論；(二)1.(1)部分也可以再討論。請看議程資料第 53 頁，西醫基層的點值似乎都在 0.9 左右，若降幅改成 1%，點值只變動一點點，就須重新討論，建議這次先修訂(二)1.之(3)的部分，(二)1.(1)與(2)

暫不修訂。

鄭主任委員守夏

- 一、看起來這個建議比較務實，上(10 月)次委員會議討論高雄氣爆案，其實大家都了解，因高雄氣爆案導致醫界受到財務壓力。吳委員肖琪建議議程資料第 46 頁，(二)1.之(1)與(2)無共識，暫不修訂；另可先討論(二)1.之(3)的部分。
- 二、建議先討論(二)1.之(3)的內容，「不可預期因素屬各界關注之非天災事件，且預估二個月之醫療費用達事件發生該季地區總額預算之 0.3% 以上，且預算支應不得超過一年」，建議刪除「且預算支應不得超過一年」文字。另，要用 2 或 3 個月為計算標準，因為點值一季算一次，建議用 3 個月為標準，若健保署要用 2 個月，只要技術上無困難也可以。

陳委員宗獻

- 一、連吳委員肖琪及何委員語都這麼建議，同意議程資料第 46 頁，(二)1.之(1)與(2)先不討論，讓議案的進度快一點。
- 二、(二)1.之(3)的部分，建議用 2 個月為計算標準，因為事件發生，不會剛好在落一季的第一天，有可能隨時發生，用 2 個月主要是符合規定之精神。例如，事件發生日期是 8 月 15 日，發生後至 10 月 15 日之間，是影響最大的 peak(高峰)，這樣會比較準確。

吳委員肖琪

確實如此！點值每季計算，但事件有可能會發生在第一季尾與第二季初，現健保署提出以 2 個月為計算標準，若該署認為沒問題，就同意其意見，如此應可進入下一案的討論。

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)

我也贊同以 2 個月為計算標準，現在健保署每季結束後會實際審

查，且有人為的調校，2 個月的數據尚未經過人為調校，數據會比較真實。

鄭主任委員守夏

請健保署說明。

林組長阿明

以 2 個月為計算標準，原則沒問題，但是預算支應，建議以半年為限，這部分希望能有共識，否則要動支其他預算，還要再提會討論。

鄭主任委員守夏

因為以前未動支過這些預算，要怎麼給？給多少？剛林組長阿明建議，以半年為限，即發生大事件後，半年內給予補助，但要給多少額度？希望能補到像未發生事件前的情況。

陳委員宗獻

這要看是甚麼事件，如果是飛機炸到 101，不會 2 個月就結束，如果是預定的風險，則不一樣，所以很難說。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

應該沒有問題，每 2 個月統計，若持續一直發生且符合標準即回報，也就沒有限制多久的問題。

鄭主任委員守夏

由於未動支過這部分預算，請健保署會同相關總額部門先討論後，再將方案正式提至健保會討論。

干委員文男

我贊成何委員語剛提的意見，高雄氣爆就先用個案方式通過，也同意健保署以 2 個月為計算標準；若日後還發生重大事件，再以個案方式提出。若是通案，我們會背很多責任。現在每個月都開會，有問題再提出來，若大家都有共識，就很好解決。

鄭主任委員守夏

原則上須先將這方案搞清楚，以後個案才能有所依循，建議今天先訂出來。

吳委員玉琴

- 一、今天原來要討論的是「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案」，本案討論通過後，才能再討論高雄氣爆是否符合動支程序，但是大家都已經同意動支。建議應回到本案討論動支程序，下次再提案討論高雄氣爆案是否符合動支程序，並討論動支金額。
- 二、健保署提案的擬辦應該要修正，現在還不知高雄氣爆是否符合動支標準，也不知須動支多少金額，依目前通過的草案規定，若同意動支但額度不確定，須召開協商會議，交由本會全體委員進行協商。

鄭主任委員守夏

- 一、本案已經有共識，議程資料第 48 頁中，依本會幕僚建議，現行方案之一之(二)修正文字為「.....年度中發生全國(或特定地區)之其他不可預期因素，如疾病異常流行、非天災所致之大型事件等突發性特殊情況，...對該部門整體醫療費用造成顯著影響」。
- 二、現行方案新增乙項指標如二(二)1.之(3)，文字並修正為「不可預期因素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)，且預估該事件前 2 個月之醫療費用達該地區平均每季總額預算之 0.3% 以上」。
- 三、資料第 46 頁，(二)之 2.提案及處理程序，由總額部門、健保署或本會委員正式提案，即提案內容由健保署與提案人將提案內容擬出後，再提本會討論。本案於修正後通過。

張代理委員文龍(蔡委員圖晉代理人)

議程資料第 53 頁附表三，建議編排方式可稍作調整，因依這個動支程序，點值是與去年同期點值比較，所以，99 年第 1 季應與 98

年第 1 季比較；100 年第 1 季應與 99 年第 1 季比較，因此，建議編排的順序可以調整一下。

鄭主任委員守夏

謝謝張代理委員文龍的建議！議程資料第 53 頁附表三，因歷年點值變動情形都是這樣編排，委員所提意見，請健保署參考。

伍、討論事項第七案「有關法定傳染病之醫療服務費用，請依法編列公務預算支應，不應由總額各部門費用支付案」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀！請提案人楊委員漢淙說明。

楊委員漢淙

本提案基本上強調 2 個意見：第一，若是很明確的法律規定，當然應依法執行；第二，若傳染病的疫情在認定上有模糊空間，建議併前一案，由健保其他預算項下支應。

鄭主任委員守夏

請問委員有無意見？

吳代理委員榮達(謝委員天仁代理人)

我認為傳染病防治法若有規定，健保法又有規定，應依法執行。楊委員漢淙提到，有些部分不明確，這涉及修法問題，若有不明確的部分，建議修法使更加明確，應沒有疑義。

楊委員漢淙

傳染病的發生往往無法事先預知，像 SARS(嚴重急性呼吸道症候群)的情況，醫療費用也是先發生，若要等修法，則需耗費相當長的時間。現在法已明訂，所以我才說若發生問題，就按照討論事項第 5 案、第 6 案修訂之「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」方案辦理。若每件事都要有「法」的依據，而當沒有「法」時，都由醫療體系來承擔，邏輯上並不合理。

鄭主任委員守夏

其他委員有無意見？請吳代理委員榮達。

吳代理委員榮達(謝委員天仁代理人)

再補充說明一下，剛剛討論第 5 案、第 6 案，不就是要解決這問題嗎？「發生全國(或特定區)之其他不可預期因素，如疾病異常流行...」，已納入所擔心的部分了，本案還需討論嗎？

楊委員漢淙

對不起！可能因為你不是每次委員會議都參加，本案是上次委員會議保留下來的，而討論事項第 5 案、第 6 案是今日委員會議才提出。我剛才已說明，若法律未明訂而又屬於重大事項，同意比照討論事項第 5 案、第 6 案之決議處理。

鄭主任委員守夏

請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

本案不用再討論，提案人已同意比照第 5 案、第 6 案處理。

蔡委員登順

對！楊委員漢淙已同意比照處理。

鄭主任委員守夏

- 一、基本上，重大問題一定是行政院第二預備金處理，若屬非預期事件，可適用剛才修正通過之「其他預期政策改變及調節非預期所需經費項目之適用範圍與動支程序」案。
- 二、我們支持吳代理委員榮達意見的重點，不應以法定傳染病之公務預算支應健保醫療費用；也同意楊委員漢淙意見，法定傳染病之醫療費用，不應由健保總額各部門費用支付；若發生非預期事項，就適用剛才通過的修正方案。請問委員同意嗎？(委員表示同意)進行下一案，請同仁宣讀。

陸、討論事項第八案「有關擴增Verteporfin、Botulinum toxin type A、Pazopanib及乾癬治療免疫抑制劑等4類藥品之藥品給付範圍案」
與會人員發言實錄

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

一、謝謝同仁宣讀！先說明本案背景，以利委員考量本案在此討論是否妥適及應如何處理：

(一)提請本會審議之「保險給付範圍」係指很大的範圍，若要擴大，須陳報行政院核定，例如長照保險服務項目。

(二)之前健保署放寬兩個藥品(Statins、Lucentis)適應症，因恐影響健保財務平衡，楊委員漢涑堅持已符合健保法第 26 條第 2 款：「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。」之要件，所以本會才予以討論。

(三)本案為健保署提案，提案內容所述「...本案應提全民健康保險會處理」，不知是依據哪條規定而應提本會討論處理。

二、請提案單位健保署補充說明。

陳研究員尚斌

一、首先向各位委員說明，依健保法第 41 條相關規定，藥物新增或放寬適應症，須提健保藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議討論，本署一定備齊財務衝擊分析報告，以及預估未來 5 年內導致的財務效應相關資料，向所有參與共同擬訂會議的代表完整說明。

二、今天提會之擴增 4 類藥品給付範圍案，皆經該共擬會議討論，如議程資料第 71 頁附表「103 年度共同擬訂會議-修訂藥品給付規定之增加藥費預估」，預估 4 項藥品放寬適應症後，第 1 年約增加藥費 2.92 億元；至第 5 年大約增加 4.92 億元藥費支出，相關資料皆完整呈現於藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議。

- 三、該會議與會代表對於放寬適應症，皆同意有臨床學理上之必要性，至於預算是否足夠？則認為應提健保會討論。健保署於該會議已詳細說明，每年度總額都編列相關款項，如議程第 69 頁及 70 頁健保會幕僚補充說明二、(二)之 2.「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目，醫院及西醫基層總額各編列約 22 億元及 7 億元預算，且特別註明「應含放寬藥品適應症所增之費用」。但共同擬訂會議與會代表認為，此範圍非健保署於總額協商所提項目內容，程序上，仍應逐案送健保會討論議決。
- 四、另外，再向委員補充說明，健保署須將今日會議決議或結論，重行提至藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議說明；另由於已屆年末，所以本擴增 4 類藥品之藥品給付範圍案，不會今(103)年生效。

鄭主任委員守夏

請問委員有無垂詢？請莊委員志強。

莊委員志強

健保署表示係依健保法第 41 條規定辦理，但健保藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議決議提本會處理，請問本會若不同意通過，以後就不能用這些藥嗎？若該會同意後還要送本會處理，則是否表示本會可以否決該會議決議，亦即不需經該會，健保會決定即可？

鄭主任委員守夏

- 一、我必須先說明，兩會議的代表組成不同，健保藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議的組成，醫界代表約占一半；而本會保險醫事服務提供者代表，只占三十五分之十，以保險付費者代表占多數，因此，看事情的角度不一樣，這是很合理的。但本案依健保法，應由健保藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議決定。需提健保會討論嗎？是個問號。
- 二、其次，此為一般服務項目預算，含放寬藥品適應症所增之費用，並非專款專用，如未使用仍會滾入基期，因此，保險付費

者擔心的是，有這筆錢、這個項目，但都沒使用，還是會滾入基期。回到協商時討論此項目的癥結點，醫界的講法是，以前健保署都「偷吃步」(台語)，第 1 年放進去(經費)，第 2 年起，費用就 3 倍、5 倍的成長，會侵蝕到部門總額的錢；雖然一開始號稱有 1 億元、2 億元的經費，但第 2 年費用大增變成 10 億元、第 3 年又變成 80 億元，因此醫界吃很多虧。

- 三、本案有兩個層次：第一，是否該涉入非本會權責的事？健保署應該搞定的事，為何提來本會？為何有「應提全民健康保險會處理」這樣的文字？第二，是否就此案實質內容討論？我相信那些資料太過臨床及複雜，大家可能都看不懂，不過財務方面，應該還看得懂。本案健保署的意見，是不會影響健保財務，與上次放寬兩個藥品(Statins、Lucentis)適應症恐影響保險財務平衡，似有不同。請問委員有無意見？請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、我同意議程第 69 頁本案幕僚補充說明二，健保署應依健保法第 61 條規定，在 103、104 年度核(協)定之總額內處理新增診療項目、新藥、新特材等，相當專業，所以，健保法第 41 條、第 42 條規定，「醫療服務給付項目及支付標準」、「藥物給付項目及支付標準」，由保險人、相關機關、專家學者、醫療服務提供者等代表共同擬訂。
- 二、健保署同意修訂藥品給付規定時，應已將保險財務及總額預算考量進去，且 104 年度醫院、西醫基層總額分別編列「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材)」項目，成長率為 0.646%、0.122%(約 22.76 億元、1.2 億元)，所以財務沒問題，為何還送本會處理？我覺得很奇怪！
- 三、二代健保法賦予健保會之法定業務繁多，記得今年 2 月份委員會議討論相關議題時，已決議：本會與健保署藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議依法各有所掌，宜各司其職。建議本案請健保署依法辦理，至於相關給付項目及支付標準調整結果，

於明(104)年 7 月份評核會議時，再請健保署做完整報告，以作為本會協商 105 年度總額之參考。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員登順！本會歷來皆會將新藥、新醫療科技之執行成果，列入評核會報告。

吳委員玉琴

我覺得本提案可能是有時間落差，以去年協商的經驗，會認為健保會拒絕或不支付擴大藥物適應症(Statins、Lucentis)費用，而造成藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議有壓力。本案該共同擬訂會議開會日期，是在今(103)年 6 月份、8 月份，但本會今年 9 月份總額協商會議時，已將相關情形納入考量，104 年度在此額度內新增診療項目、新藥、新特材，「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目，也將放寬藥品適應症所增之費用納入，財務應沒問題。去年確實較混亂，角色有衝突，但今年 9 月已順利完成協商，建議嗣後類此提案，不要送本會討論，因為額度已非常清楚，就交由健保藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議運用處理。

鄭主任委員守夏

謝謝吳委員玉琴！請問醫界代表有無意見？請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

一、吳委員玉琴說的沒錯，但現在情況還是沒辦法改善，也就是為何醫界代表建議將「新藥新科技」項目移到「其他預算」，用多少就給多少，因為醫院部門不想占便宜，而且依長期的經驗來看，是沒占到任何便宜。點值折付差 10%，每年就相差約 300~400 億元。

二、今年 6 月及 8 月藥物給付項目及支付標準共擬會議討論擴增 4 類藥品之給付範圍，到最後決議保留送健保會，若經同意就通過。

(一)102 年擴大 Statins 適應症，還有檢查費用沒算進去，單就藥

品開放適應症後，第 1 季費用就增加 3、4 億元，4 季費用共增加約 15~16 億元；第 3 年、第 4 年費用都倍數成長，編列 20 億元根本不夠。唯一的解釋，是因使用 Statins 後心臟血管毛病會減少，整體醫療費用會降低，但事實上所有的數據都沒降，不知費用會降低的數字從哪裡來？

(二)之前慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫，因擴大適應症範圍，費用根本不夠，卻說已經用藥價節餘款 15 億元去補，但藥費每年都成長，哪有結餘？因此，醫界希望明年將「新醫療科技」移到其他預算，可以追蹤，用多少錢就給多少，不會多給。

三、藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議仍然沒有標準，例如並無 Statins 實際數據推估，我問過了，台灣沒有人有把握做財務推估，沒人敢打包票。我覺得第 2~5 年，應將預估費用與實際費用比較，應有一筆錢來補超出預期部分，其實爭議點就在此。

四、若把「新醫療科技」移到其他預算，醫院會多引進新醫療科技，因為多做才有費用，所以是正向引導醫院，健保會應顧慮的是，會不會用掉太多資源，如此而已。現在這樣，醫界會擔心預算不足，例如 Statins 第 1 年實際使用與預估就相差 15~16 億元，102 年「新醫療科技」項目才 13.491 億元左右，且還要引進其他新醫療科技，根本是排擠其他醫療服務。明(104)年度總額已決定，建議後(105)年應讓「新醫療科技」項目費用透明化，不要讓醫院占便宜，對大家也較公平。

鄭主任委員守夏

感謝代理委員文輝！請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

一、健保署提案有其背景，但大家都看不懂，我也不是很懂，因為不同科。我每次去開會前都必須先做功課，看適應症、副作用、流行率、替代的治療方法、國內狀況如何？未來如何？國

際上又如何？常常查資料幾個晚上都不能睡覺，真的要很努力！但本案提到本會討論並不妥當，因為幾乎所有的人都只看得懂財務。

二、藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議做的決定，應是今(103)年6月原則同意擴增這4類藥品之給付範圍，但需在費用確定的情況下使用，確定即放在籃子裡面。而籃子外面的部分，在基本上、學理上是認為不宜放進來的。

三、健保署認為應提本會的目的，是為了5年財務評估。至於應如何評估？議程第71頁附表「103年度共同擬訂會議-修訂藥品給付規定之增加藥費預估」，很類似健保開辦元年時的表格，因為之前並沒有第1年到第5年之預估，其實健保署曾經提過一種方式，從今(103)年往前推5年、4年、3年...的新藥費用合計，因能清楚知道當初編列20幾億元，現在還有多少，就可以放心引進新藥，明年不用怕，因為可能漲10倍、也可能不漲，換句話說，逐季、逐年統計下來，可看藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議是否執行健保會通過的費用？管控情形如何？使用爆量是不行的；但沒有使用，也是不對的。

鄭主任委員守夏

謝謝陳委員宗獻！請干委員文男。

干委員文男

我贊成幕僚單位所提的意見，放寬藥品適應症所增之費用，已含在「其他醫療服務利用及密集度之改變」預算項下，範圍也很清楚，不要再浪費時間。有費用、也有需求，該做就做，可以執行就趕快執行，根本不用提到本會討論；再提本會討論，預算不會因此增加或減少。

陳委員宗獻

要來報告執行成果，要做好！

鄭主任委員守夏

剛才吳玉琴委員已講得很清楚，藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議是 6 月份做決議，而我們 9 月份協商時，已特別在「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目的協定事項中，註明包含放寬藥品適應症所增之費用，所以，請健保署照此精神及協商結論執行，不需再提到健保會討論；除非影響財務平衡，才須到健保會討論。至於是否需到委員會議報告，請健保署決定就好。接下來進行第 9 案，請同仁宣讀。

柒、討論事項第九案「關於現今藥品實際成本及藥品健保給付價格等相關資訊不透明化，導致藥價差之情形日趨嚴重，明顯危害到全民健康保險之運作，應即改正案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

先請提案人李委員蜀平說明。

李委員蜀平

- 一、主席、各位委員及與會者，大家好！提出本案是要向所有委員報告，從健保開辦至今，藥品費用每年健保費占率約在 25%，但經過 8 次藥價調查，已經刪減 700 億元的藥價，我們應該探討明年 5,908 億元醫療費用中，藥價差到底佔多少？請健保署提供各層級醫療院所及藥局的實際藥價差金額，因該署有藥品健保給付價與實際售價資料，請其統計到底有多少的藥價差？假設為 500 億元，約占總額 10%，藥價差到底算是健保總額或是醫療獎勵金？請健保署回答這個問題。
- 二、藥價差問題非常複雜而且很難處理，但只要健保署有心，絕對可以處理。因為藥價差會造成健保制度的扭曲，並阻礙國內製藥工業發展。我們的用藥量是美國的 7.7 倍，但藥價卻不到美國的 30%，其結果是鼓勵醫療院所用藥，也可能造成對其他疾病的傷害。請健保署針對藥價差，或是重複看病、重複拿藥、無效醫療等問題，認真訂制度嚴格把關，將醫療資源節省下來，可以大部分回歸醫界。因為台灣的醫療給付，與其他國家國民所得相當的國家比較，我們醫療的給付真的偏低，希望大家共同努力珍惜健保資源，將節省的經費，回饋醫界，讓健保真正達到最好的醫療水準並能夠永續經營，創造三贏。

鄭主任委員守夏

謝謝李委員蜀平的說明！但健保署所附意見認為，藥品交易資料不宜公開。請蔡委員明忠。

蔡委員明忠

謝謝李委員蜀平！想請教一件事，本案內容提到所謂「藥價黑洞」的名詞，我詢問幾位醫界代表的委員，都表示對此情形不甚清楚，且健保署的報告文中亦無提及此名詞，請李委員蜀平解釋何謂「藥價黑洞」？

李委員蜀平

所謂藥價黑洞就是藥價差，就是假設醫療院所進價 3 元，健保給付 10 元，醫療院所賺取之 7 元，就叫「藥價黑洞」，非常明確。這種數據健保署全都有，只要用加總即可知道，如果藥價差，不稱為「藥價黑洞」，難道稱為「藥價獎勵金」嗎？

蔡委員明忠

- 一、是否要請健保署成立專案小組，調查所謂的「藥價黑洞」。舉例說明，為何大賣場賣 10 元的東西，小雜貨店要賣 12 元？是因為進貨規模量大小的關係。謹代表醫師公會全聯會慎重表示，可以討論藥價的合理利潤差，但絕不接受「藥價黑洞」這 4 個字，如果真有 90%那麼大的藥價差，要拜託李委員蜀平幫忙採購藥品。
- 二、藥品採購會有庫存、管理及配送等成本，醫界非常希望，委員及民眾不要再讓醫界背負「藥價黑洞」，這是何其沉重的四個字啊！藥界領導者說出「藥價黑洞」，不知這是藥界共同看法，還是李委員蜀平個人看法？在此要以醫師公會全聯會代表委員的身分宣示，從來沒有所謂的「藥價黑洞」。健保會是一個溝通平台，委員的意見表達都需要審慎思量，避免誤導媒體、民眾。對本案如何討論沒有意見，但對「藥價黑洞」這 4 個字，以醫界立場強烈表達抗議。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員明忠！請郭代理委員正全。

郭代理委員正全(翁委員文能代理人)

- 一、對於本案不表認同，首先，李委員蜀平表示，因為藥有利潤，所以醫院亂開藥來獲取利潤，以藥養醫、開藥浮濫。事實上，這是沒有根據的指控。以大陸而言，藥費占其醫療費用達 65%，台灣僅 25%；歐美國家因為醫療費用高，所以藥費占率小，而且幾乎原廠藥都是歐美國家開發。
- 二、醫院多開藥並無好處，因為實施個別總額，多開無益，而且健保署定期勾稽查核及推動雲端藥歷系統，醫院也都配合，怎會有多開藥的問題？藥師公會本身也執行健保署高診次民眾藥事居家照護計畫，透過病人用藥，就可監控醫院用藥情形。
- 三、目前健保制度就是如此，其實，或許可以修法改成以藥品的進價加成給付，例如買 10 元給 12 元，買 20 元給 24 元，假設大家同意，我們沒有意見。台灣的健保藥費占總額費用 25%，若改成以進價加成給付，藥費占率可能會高達 40%~50%。
- 四、健保費用是個整體資源配置，今天大家坐在這裡討論，是因為目前的整個資源配置不是很合理，依李委員蜀平說法，藥品的利潤約 20%，換句話說，醫院賺 2、3 百億元，這些藥品利潤跑到哪？醫院並不是放到口袋，作生意不可能每一樣都賺錢，須以賺的部分補其他不足的地方，也就是掩來扯去(台語，截長補短之意)，資源配置就是如此。今天提出此案，我認為已造成醫界的不滿，而且還說醫師亂開藥，這對全國醫師也是一種侮辱！

鄭主任委員守夏

謝謝郭代理委員正全！已發言的委員，請讓還未發言的委員先發言。請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、基本上，李委員蜀平是由藥界的立場講這些，當然會不平則鳴，我們可以理解，但健保是看整體，像長庚醫院醫療獲利可能有好幾十%，但由醫改會的報告，長庚醫院財報的醫療獲利才幾%而已，其中的醫療獲利跑到哪？郭代理委員正全講的有

道理，事實上，某些不合理的給付項目，醫院確實是靠藥的利潤去彌補。

- 二、醫界也同意回歸事實，讓藥的利潤不要這麼高，醫界也常表示，請健保署集體採購，就不會有藥價差，藥價利潤就回到健保。若藥真的有利潤空間，請不要說是藥價黑洞，其為合理的利潤。大家應該平心靜氣檢討，我們願意改變，也沒有意見。
- 三、若真要檢討，我們承認李委員蜀平提的藥品，目前在健保給付是有利潤空間，但有些健保項目不是很合理，例如，我們調高護理人員的薪水這部分，遠超過總額給的預算，錢要從哪來？每個給付項目都要有合理的空間，藥費要如何調整？須從整體面來看。

李委員蜀平

- 一、請不要模糊焦點！今天談的問題很簡單，就是健保署知道所有藥品的健保價與實際售價，所以僅要求告知藥價差有多少，但健保署並沒有針對主題回答。我說醫院買的藥品，絕對有藥價差異於正常的利潤，今天是檢討醫療整體正常給付情形，醫藥費用不夠要如何提升？住院費不夠要如何提升？將藥價差定位，到底藥價差在健保費用的名詞，如何稱謂，請不要模糊焦點。
- 二、若這不叫藥價黑洞，請問藥價差要怎麼稱呼？健保署有明確的資料，為何不提供？今天面對的問題是整個健保總額制度，如有不合理必須大家一同來改善，這才是做委員的責任。
- 三、現在大醫院的經營，想起來令人很難過！因為許多醫學中心的收入來源：第一，藥價差；第二，停車場費；第三，商品街利潤；第四，殯葬業務；第五才是門診、住院、開刀、醫療，這樣合理嗎？我們應將醫療費用的給付，當作第一收入來源，而且訂明確的制度與罰則，這才是健保永續經營與提升醫療品質的重要因素。
- 四、依規定，醫院若沒有回報藥品售價，經查核屬實，就是虛報健

保價，未來健保價就會歸零，所以，健保署非常清楚所有的藥品實際售價的資料，不是要健保署一定公開這些資料，只是想知道藥價差占多少健保費用的比例？藥價差是屬健保費或獎勵金？若大家同意是獎勵金，我也沒意見。希望醫界不要亂想，如果藥價差，是為彌補醫院的支出，這種制度，大家真的要檢討！

五、今天健保會委員的組成也不合理，醫師約 5 萬人，藥師約 4 萬人，藥費占健保費用約 25%，但為何醫界委員那麼多？藥師、牙醫、中醫、護理的代表卻只有一位，這是用何種邏輯聘請，是費用占率，還是醫事人員的總數，還是有其他因素？應要告訴我們，我們才知道健保醫事委員產生的原則。希望委員都可以表達不同的意見，目的是希望國家優秀的健保，能永遠經營。國家已經負債 17 兆元，如果比照相對論，健保只用總額匡住醫療，不考慮民眾自我照護，不考慮提高民眾自付額，一再讓民眾認為健保是包山包海，浪費健保資源，未來世界第一的台灣健保，可能是浪得虛名。

蔡委員明忠

針對李委員蜀平提案中的「藥價黑洞」這四個字，請李委員蜀平能斟酌拿掉。

李委員蜀平

是要改成「藥價白洞」或「藥價亂洞」嗎？請大家決定。

鄭主任委員守夏

我們尊重個別委員的發言。請張委員煥禎。

張委員煥禎

一、我想李委員蜀平是以委員身分提出要改革健保，這可以另外開會，請健保署將我們關起來兩個月，大概就可以找出一些好方法。

二、我以經營醫院的立場看，如果藥價的利潤有 20%，那我們可以

將藥品全部交給藥師團體採購，你們可以成立公司，我要的利潤只有 15%。我知道李委員蜀平是想將藥品的實際利潤查清楚，但是藥品怎麼會沒有利潤？現在制度允許有利潤，並非像中國大陸完全零利潤，而且該制度實施 1 年多就取消了。連共產國家都沒辦法讓藥物零利潤，因為不符合市場機制！不可能因為藥利潤多而亂開藥，這絕對可以確定；但也不能因為擔心亂開藥，而讓藥沒利潤，邏輯上要清楚。我一直在聽，原以為是說醫院很辛苦、很可憐，但最後發現，又要打醫界，用藥打醫界。所以，李委員蜀平您的意圖為何？我搞不清楚。

- 三、藥價須在合理利潤範圍內，我向李委員蜀平報告，我們沒有其他利潤，真的什麼都沒有，除了藥還有點利潤外，其他就靠自費補健保的虧損。我的結論是：要改，可以同意，但在此，李委員蜀平您是以委員而非藥師身分發言，在座大家擔任委員都那麼久了，我想，下個月委員會議就健保問題未來會有多嚴重進行討論，若大家還要自己打自己、消費者打醫界、醫界講到嘴角冒泡，會有問題。至少現在不要拆自己台，因為民眾搞不懂「藥價黑洞」，會誤認為「不應得的利潤」有很大。不應得的利潤，才是黑洞；而利潤是合理的，除非像中國大陸規定零利潤，是另外一回事。
- 四、最後，我要講的是，李委員蜀平您說這 500 億元是浪費，要把所有利潤回歸醫界。從第 1 屆費協會時代，大家還記得嗎？藥價調查做了十幾次，健保局信誓旦旦要把藥價降下來，把錢回歸診療費，甚至最近幾年又說，應該回歸護理費，但是，健保施行到明年就滿 20 年了，多少錢是因為省下藥價而轉來合理使用的呢？不怪健保署，因為錢真的不夠，反正先拿來補，就像借高利貸一樣，錢先借來用，暫時不要被殺就好，先拿去做正當的事。
- 五、今天的重點是，我們大家都是委員，主要任務是讓健保更好，不要再做親者痛、仇者快的事。

鄭主任委員守夏

謝謝張委員煥禎！提醒一下，目前時間是下午 1 點 25 分，之前的默契是開會以 4 小時為上限，現只剩下 5 分鐘了，現在還有 3 位委員舉手，哪一位委員先發言？請干委員文男。

干委員文男

- 一、講重點就好。我同意李委員蜀平提案的精神，不講不快！大家心裡都有想講的話；我也贊同張委員煥禎，但針對剛才講的「消費者打醫界」必須澄清，消費者沒打醫界，而是愛得不得了，愛死了！
- 二、建請健保署找時間，面對面談一談，非常有必要！護理人員 4 萬多人，只有 1 位代表，醫界成立很多協會就有多個代表，但多少人可以有一位代表，這也是個問題。
- 三、本案雙方再作溝通，今天要主席裁示，但他能怎麼裁示呢？講到後來，署長違法、副署長也違法，這要怎麼辦？希望最後留幾分鐘，提臨時動議。

葉委員宗義

站在資方立場，也說明一下。因為藥物提供者是我們商業總會的會員，不管製藥或賣藥，都跟我們有關，我必須講一下話。剛才講到健保署違法，其實合法不合法是個人的看法。藥的問題本來就很麻煩，我們會員中有製藥商、代理商、西藥房。民眾看病後拿連續處方箋去西藥房拿藥，因為西藥房進藥的價格比醫院還貴，醫院以量制價當然比較便宜，西藥房並沒有得到好處，不過因為都是會員，不談那麼多，只能說比較不恰當。但本案寫得好像他們是妖魔鬼怪，建議修改一下相關用詞，還是依照擬辦及決議辦理。

鄭主任委員守夏

謝謝葉委員宗義！請何委員語。

何委員語

- 一、各位長官、各位委員，因為醫界很怕「黑」，李委員蜀平您怎

麼寫出「黑」這個字來？黑道也很多啊！我認為「黑洞」這兩個字，可以把它改得紅一點。我的立場是在擬辦事項裡，如果健保署將相關數據給委員參考，是於法有據的，就應該提供給我們參考。我贊成李委員蜀平擬辦事項的這一點。

- 二、我不知道醫界認為還有哪些不合法之處？應該一條、一條列出來，給我們參考，該修法就修法，民主政治就應該要法治，如果沒有法治作基礎，國家就完蛋了！所以，我贊成依法行政，醫界如果認為有哪些不合法之處，就列出來，讓我們共同來探討，我們不怕麻煩。
- 三、有診所很多醫師告訴我，三天 66 元的藥費是不足的，他們現在都是用診察費去補。這種三天 66 元的藥價，十多年都沒有調整，健保署應該用大醫院的大量採購價格，讓小診所補價差。小診所一次叫藥 5,000 元，人家送貨員一路送貨到診所，也要拿些工錢、油錢的啊！但是醫院可能一次買藥就買 50 萬元，那也是同樣送一次貨，成本當然會有價差的。我不認為大醫院採購的價格，跟小診所會相同，但我在意的是，健保署應該把大醫院採購的價格給小診所，所以，要加約 20% 的管理費或價差，要不然這些診所的醫師，每次都要說三天 66 元的藥價是不足的。
- 四、我也贊成召開會議討論藥價差相關議題，健保署如果要召開會議討論，我相當樂意參加，可以聽聽看各方面的意見。就整個提案的敘述，不瞞各位，我有時候晚上睡到半夜，爬起來寫稿時，情緒都會比較激動。這次的第 4 項討論提案，是半夜起來寫的，就會用比較激動的文詞，不可以怪我！因難免會有較強烈的情緒，但是可以修正，不要使用「黑洞」這兩個字，醫界會感覺不舒服的。

鄭主任委員守夏

謝謝何委員語！請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

對於李委員蜀平的提案，有些地方實在是不清楚，提案的最主要重點在哪裡？如果只是如擬辦事項要求提供藥價差的數據，健保署應該是有相關資料可以提供給委員參考的。歷年來，健保署調查的差距是多少？實質上的數據，我相信是調查不出來的。因為健保署手上的資料，都是醫院與藥商報出來的差距而已，中間實質差距多少錢，相信是調查不出來的。這個問題長久以來就已經存在，要透過本會的會議解決，我不是那麼樂觀。可是我比較關注的是 6 月份所談依全民健保法辦理的藥費分配比例目標制試辦計畫，其到今年底就試辦 2 年了，反而應關注該制度到底有沒有效？是否能夠用來協助控制藥費的支出？

鄭主任委員守夏

謝謝吳委員玉琴！請李委員蜀平。

李委員蜀平

主席、各位委員，再一次跟大家報告，今天只有一個目的，非常清楚，就是請健保署提供藥價差的數據。可能各位委員不清楚，我與九大藥業公、協會都溝通過了，所有的藥品售價都要實際報健保署，只要申報不實，經查屬實藥價就歸零，所以，健保署絕對有健保價與實際售價的資料。我只是要知道金額有多少？其究竟是屬於健保總額還是獎勵金？若健保會委員想瞭解藥價差的經費到底是多少，健保署都不告知，則應該將我換掉才對。如果「藥價黑洞」的說法，讓醫界委員不舒服，那我道歉！修改為「藥價紅洞」，這樣應該就沒意見了。我再次明確報告主席，這個數據一定要給委員知道！哪有委員連知道明確數據的權利都沒有，那麼我們委員只是來這裡背書的嗎？明確的講，就是要請健保署向委員報告醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所、藥局的健保價與實際售價是多少？在全部健保總額中藥價差占多少費用？懇請給我們明確數據。

鄭主任委員守夏

- 一、訴求已很清楚，而且討論的時間也差不多了，我先嘗試作個建議。首先，健保會從來不干涉、不公布、不去看個別醫療院所、個別藥商、個別藥廠之個別藥品資料，所以，健保會的委員不應該持有這種資料；這些資料是在健保署手上，如果有什麼問題，大家都會去找健保署。委員沒有個別醫院、個別藥商、個別醫師的資料，因為這不是健保會委員該有的資料。委員不應該擁有這種資料，其實也是保護大家，這樣子比較對！
- 二、對吳委員玉琴所說的藥價差或不合理利潤，該去解決什麼問題呢？是有人獲得不合理的利潤嗎？或者這樣有什麼不好的影響嗎？我們應弄清楚。反而是吳委員玉琴剛剛講的，我們有一個虛擬的藥價總額計畫已試辦 2 年，但還沒聽到究竟好或不好？類似這些，都是藥價的問題。還有一個很大的問題，藥價調查公告新價格之後，就會發生換藥情事。換藥到底是誰吃虧？事實上，恐怕只有病人吃虧！醫院、診所不一定會換比較便宜的藥，而是更換為目前新價格與其所談價差利潤稍微好一點的藥，有可能會更貴。所以，藥價調查不會讓藥價確定落到底價，只是會讓價差少一點；是需要一點時間解決換藥這個問題。
- 三、另一個問題，外界屢次要求，藥品就由政府統一採購，這個方式已經多所討論，但應是不可行的。例如，一個藥只向一家廠商購買，其他藥廠可能都會倒閉！所以這在台灣是不可能的。我個人建議，這個議題值得談，請健保署準備相關資料，在本會作專案報告；報告可以是大的議題，例如，民眾擔心換藥的問題，如果換藥換得不好，搞不好還要加藥量，或是有副作用，也有可能無效，這些都是問題。還有虛擬的藥價總額計畫已試辦 2 年，確定會來本會報告的。
- 四、至於藥價差，台灣的進度到了哪裡？據我的印象，健保署是有資料的，日本已經做了 50 年的藥價調查，據我聽到的訊息(也可能有誤)，他們現在學名藥合理利潤是 2%，原廠藥合理利潤

是 6%，而且大家都能接受。日本已作了 50 年，台灣現在是快 20 年，我們可以直接引用嗎？不知道！這需要很大、很多的討論。我完全贊成應該要討論，沒有討論不會有共識，也應該討論看是否能改進。所以，請健保署準備專題報告，至於什麼時間，視健保署什麼時間準備好；在準備的過程，請諮詢李委員蜀平的意見。

李委員蜀平

我是不敢反對主任委員的話，但是健保署所調查的 9 大公協會的藥價，價格都很透明，只要申報不實，就會按規定健保價歸零，所以，健保署保證有這個資料。但到底這些藥價差占所有藥費的多少百分比？占總額多少百分比？難道我要求的有錯嗎？否則為什麼一直擋我。

鄭主任委員守夏

謝謝李委員蜀平！所以如果沒有問題的話，請健保署專題報告。請陳委員川青。

陳委員川青

我也支持主任委員所作的結論。在某些程度上我們也是公務員，有很多困難，今天他們如果提供出來的話，也許會被萬箭穿心的，所以，可理解他們(公務員)的立場；要不然就是跟他們硬要，否則這樣耽誤很多時間。還有一個臨時提案，主席的結論我們支持。

鄭主任委員守夏

謝謝陳委員川青！請健保署準備資料，我們安排時間專題報告，先謝謝大家！9 項討論案都討論完畢，非常不容易。各位手上有一份謝代理委員文輝與醫界的臨時提案，現在時間是下午 1 時 42 分，請問大家是否願意進行臨時提案的討論？

干委員文男

願意。

鄭主任委員守夏

好，進行臨時提案。請同仁宣讀。

捌、臨時提案「針對台灣周圍國家競逐醫療專業人員的現況，尤其自由經貿區開放在即，健保馬上會遭遇到空前的危機，健保署應針對這樣的危急狀況，著手擬定因應對策，以尋求政府及社會支持」與會人員發言實錄

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀！請謝代理委員文輝說明。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、謝謝主席、謝謝各位委員！依照主席的指示，儘量提案，也謝謝何委員語的指教！這個臨時提案是我們覺得很著急的，今天健保業務在台灣是獨門獨市，事實上，沒有遇到什麼競爭。但依商業周刊在 9 月底、10 月初的資料(建議健保署去摘錄來給各位委員參考)，我們即將遭遇周遭環境相當大的衝擊。那些來台灣爭取人才的國家，給的薪水都是這裡的 4 倍、5 倍，甚至十幾倍，工作量也都比我們低，工作條件也都非常好。我們是一個民主國家，無法限制醫師過去，實際上，從周刊的訪談紀錄，數據看起來很可怕，因為他們有些醫院超過一半以上的醫師，是台灣訓練得很好後，被挖角過去。
- 二、另外一個我們更惶恐的是自由經貿區，前幾個月也許委員有注意到報紙報導，在台中就有某家醫學中心打算在自由經貿區裡規劃 16 甲的地，那天的記者招待會是宣布要動土，預計在 3 年或 5 年內，業績要作到 5 百億元或 6 百億元。先不管這個業績是否係從大陸拉來的富裕的人士，但到自經區服務的醫務人員，就是我們在地訓練出來的。現在我們這些剩下的醫務人員為什麼沒出走？是因為小孩子要照顧、家住在這裡及家裡有父母等。但是現在自由經貿區是從台灣頭到台灣尾都有喔！一開放下去，小孩、父母同樣可照顧到，家同樣住在這裡，只要上班的時候，車往哪一邊開而已，會讓未來醫護人員大幅失血，

健保服務要如何維繫？！

干委員文男

不要說這麼多！請把提案的擬辦事項提出來就好了。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

我是說我們將要面對這樣淒苦的情形，健保署也將要面對這樣的情況，所以是不是應該針對商業周刊裡的訪談資料研議，看看將要如何面對如此競爭的環境，健保署要作如何的大變革及提出相關對策，讓健保走得下去、可以跟他們競爭，否則以後的風險我們無法承擔。健保署要針對這樣的變局，趕快研究出對策供我們參考。

鄭主任委員守夏

謝謝謝代理委員文輝！請健保署回應。

黃署長三桂

謝謝委員的臨時提案！對本提案有 2 點報告，首先，有關自由經貿區開放與否係國家政策整體規劃與考量。其次，在衛福部配合自由經貿區的規劃，主責單位是醫事司，所以，針對這個臨時提案，個人建議透過本會建請衛福部醫事司對於相關問題著手分析研議、擬定相關對策。

鄭主任委員守夏

聽起來也對！因為這是衛福部醫事司的權限。這算大問題，我們是否邀請醫事司與健保署一起找個時間來報告。但我個人的看法是，跟謝代理委員文輝溝通一下，商業周刊非常偏產業界的，曾經幫私人保險公司出過專刊，其實是在打健保，卻沒有半個人出來平衡，這就是商業周刊的作風，我個人非常、非常不以為然。有些時候，健保會委員已經算是相當瞭解健保狀況的。但這個問題，有必要邀請衛福部醫事司與健保署來會作專題報告。臨時動議通過。

干委員文男

主席，請問一下，本會傳給我們的「101 年及 102 年大陸、港澳及

外籍人士投保人數、應收保險費及醫療點數統計」中，外籍人士大部分是外籍勞工；大陸人士大部分是來台依親，但 101 年及 102 年分別就耗用 9 億元及 8.2 億元醫療費用，這是潛在的債務，來台依親的大陸人士，年齡都很高，拿到健保卡以後，看病的情形會很多，等於把一張空白支票交給他們，無病不醫，應該每一季或每半年來報告相關情形，要不然這個錢會動支很多。

鄭主任委員守夏

謝謝干委員文男！這個部分，請健保署至少每年提出一次書面資料報告。

干委員文男

還有，剛才陳委員宗獻說，藥的資料他也看不懂，也就是醫藥資料，非該專科醫師看起來也很吃力。我們健保會委員必須看懂醫事的專用名詞，或醫師的各種慣用字。希望健保署和 4 個總額部門，能夠作一個與國際接軌、一般通用的，包含：英文、中文對照的相關資訊供參用。前幾天看了一個報導，提到「P4P」(Pay for Performance，論質計酬)，我問了幾個醫師都不曉得，所以希望健保署和 4 個總額部門來作，用通用的文字統一與國際接軌，請健保署整合，每一個字都請他們作一個對照，以後看了就懂，否則問一大堆人卻都不懂，浪費很多時間。

鄭主任委員守夏

我想這是比較一般性的建議，就是只要健保相關業務報告，其中如果有英文專有名詞，請健保署英文使用國際通用的，並加上中文翻譯；也拜託醫界如果有提案，提供的資料也是一樣，有英文國際通用名詞，加上中文翻譯。謝謝干委員文男！如果沒有其他臨時動議，今天會議到此結束，謝謝大家！