

衛生福利部全民健康保險會
第 1 屆 103 年第 8 次委員會議事錄

中華民國 103 年 8 月 22 日

衛生福利部全民健康保險會第1屆103年第8次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國103年8月22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

李委員蜀平

林委員至美

林委員啟滄 中華民國全國漁會陳秘書健民(代)

林委員錫維

侯委員彩鳳

柴委員松林

翁委員文能 林口長庚醫院郭特助正全(代)

連委員瑞猛

張委員永成 中華民國農會林主任敏華(代)

張委員煥禎 中華民國區域醫院協會劉副秘書長碧珠(10:40-13:30代)

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 中華民國牙醫師公會全國聯合會陳會務顧問時中(代)

楊委員芸蘋

楊委員漢淥

楊委員麗珠

葉委員宗義

蔡委員明忠 中華民國醫師公會全國聯合會黃副秘書長啟嘉(13:40以後代)

蔡委員登順

謝委員天仁
謝委員武吉

台灣社區醫院協會朱監事長益宏(10:00-11:28代、
11:44-11:54代)

肆、請假委員：
周委員麗芳
李委員成家
蔡委員圖晉

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
林組長阿明
施組長如亮
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、曾幼筑

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7)次委員會議紀錄，請 鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(第7)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請 鑒察。

決定：

一、上次委員會議決議(定)事項辦理情形洽悉。

- 二、102 年 4 月份委員會議之「會議實況製作VOD供民眾閱覽案」，鑑於客觀條件尚難配合，且本會幕僚並以人工錄影方式替代，爰同意解除追蹤。
- 三、委員所關心「102 年度政府應負擔健保總經費不足 36% 部分，行政院主計總處與中央健康保險署於數據上有差異」乙節，雙方除提供書面資料外，並於會中分別說明。數據會有差異，係肇因於所援引法條不同，有表示意見之付費者代表委員，全數認為中央健康保險署之計算方式較符合實務。針對本項，本會已發揮溝通平台功能，委員所提各項善意意見，請主計總處、衛生福利部、中央健康保險署參酌。
- 四、104 年度總額協商暨 103 年第 9 次委員會議議程如附件。

第三案

案由：衛生福利部社會保險司說明「行政院所核定 104 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案」，請鑒察。

決定：洽悉。

第四案

案由：104 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額醫療服務成本及人口因素成長率案，請鑒察。

決定：洽悉。

第五案

案由：中央健康保險署「103 年 7 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

提案單位：本會第二組

案由：103 年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 103 年評核會議獲「特優」、「優」、「良」等任一等級者，可於各該部門 104 年度總額中分別酌加「0.5%」、「0.3%」、「0.1%」之成長率，以資鼓勵。

拾壹、專案報告

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：健保法第 43 條推動自行負擔費用及轉診之執行報告，請 鑒察。

決定：洽悉。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險新增醫療科技項目之替代效應分析，請 鑒察。

決定：委員所提建議，供中央健康保險署參考；另為進一步了解全民健保新增醫療科技項目對醫療費用之影響，請中央健康保險署提供以下資料，以利總額協商：

- 一、所報告 96 年新增 33 項胸腹腔鏡手術支付標準中，已呈現 3 項新醫療術式之替代效應分析，爰請提供另 30 項之分析資料，以利了解全貌。
- 二、參照新醫療術式計算替代效應之方式，分析新增藥品對醫療費用之影響，並呈現替代品項之消長情形。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：102 及 103 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之執行情形及成效報告，請 鑒察。

主席裁定：保留至下次委員會議報告。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：103 年度醫院總額「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」協商因素項目之執行情形(含預算評估)報告，請 鑒察。

決定：洽悉。

拾貳、臨時提案

提案人：謝委員武吉

連署人：陳委員宗獻、何委員永成、李委員蜀平

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：現行主管機關公告之門診、急診保險對象應自行負擔金額，悖離全民健康保險法第 43 條之精神，並有鼓勵民眾往高層級特約機構就醫而造成健保醫療費用支出增加，應予立即檢討改正，提請 討論。

決議：

- 一、全民健康保險法第 43 條非新規定(為一代健保法第 33 條)，於全民健保施行即將滿二十年之際，仍無法全然落實，必有其主客觀因素，建請衛生福利部審酌社會整體環境，檢討該法條之可行性及可改善之處，以利依法行政。
- 二、請中央健康保險署檢討現行保險對象自行負擔費用之合理性，並於諮詢各界意見後研擬可行方案，在年底前提會討論。

拾參、散會：下午2時33分。

附件

104 年度總額協商暨 103 年第 9 次委員會議議程

☆地點：中央健康保險署大禮堂(台北市大安區信義路三段 140 號 18 樓)

時 間	內 容	與 會 人 員
9/26 (五)		
09:00~09:30	報到	
09:30~10:50	①中醫總額之協商(80分鐘)	本會委員、中醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
10:50~11:05	中場休息	
11:05~12:25	②牙醫總額之協商(80分鐘)	本會委員、牙醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
12:25~13:25	午餐	
13:25~16:15	③醫院總額之協商 (170分鐘，含門診透析預算之協商)	本會委員、醫院部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚 (討論透析時加入相關單位)
16:15~16:30	中場休息	
16:30~18:10	④西醫基層總額之協商(100分鐘)	本會委員、西醫基層部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
18:10~19:10	晚餐	
19:10~20:23	⑤其他預算之協商(73分鐘)	本會委員，及社保司、健保署與本會幕僚
20:23~20:40	中場休息	
20:40~22:00	其他未盡事宜	本會委員，及社保司、健保署與本會幕僚
9/27 (六)		
09:30~14:00	委員會議	
14:00~15:30	午餐	
15:30	賦歸	

註：時間以醫院協商時間 170 分鐘 (含門診透析)、西醫基層 100 分鐘、牙醫與中醫各為 80 分鐘、其他預算 73 分鐘計算，已計列各部門得延長之時間。

各部門協商時間分配(103 年 6 月 27 日委員會議決議)

部門別	提問與 意見交換		部門之 預算協商		合計 (不含各自 召集會議時間)	付費者委員 視需要自行 召開會議	醫界委員 視需要自行 召開會議	推估最長時間
醫院	30分鐘	(門診透析)	60分鐘	(門診透析)	130~170分鐘	30分鐘	30分鐘	130~230分鐘
西醫基層	25分鐘	20分鐘)	50分鐘	20分鐘)	115~150分鐘	20分鐘	20分鐘	115~190分鐘
牙醫	20分鐘		40分鐘		60~80分鐘	20分鐘	20分鐘	60~120分鐘
中醫	20分鐘		40分鐘		60~80分鐘	20分鐘	20分鐘	60~120分鐘
其他預算	20分鐘		35分鐘		55~73分鐘	20分鐘		55~93分鐘

備註：各部門協商時間若確需延長，以不超過該「部門預算協商」時間之 50% 為限。

第 1 屆 103 年 第 8 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 7)次委員會議紀錄」、例行報告第二案「本會上(第 7)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

一、各位委員、黃署長三桂及各位與會代表，大家早！

下個月即將進行 104 年度總額協商，希望今天開會的氣氛稍可以好一點。剛剛陳委員錦煌說今天不要拖太久，因為開一整天的會(包括下午之「104 年度總額協商因素項目及計畫(草案)」座談會)，真的很累！請大家盡可能把握時間。

二、今天會議議程，例行報告 5 案、討論事項 1 案、專案報告 4 案，需要的時間應不會太少。至於下午的座談會，是屬於 104 年度總額協商的會前會，讓付費者及醫界代表雙方先暖暖身並培養默契，以及了解各部門總額的規劃內容。議程的安排，可以嗎？(未有委員表示意見)若無問題，就按照既定程序進行。

三、首先確認上次委員會議紀錄，請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀，請問委員對會議紀錄內容有無修正意見？請干委員文男。

干委員文男

對上次委員會議紀錄未有修正意見；但想了解 102 年政府應負擔健保總經費 36% 部分，因涉及健保法第 2、3 條規定，健保署如何解釋？目前社會各界對補充保費仍有爭議。主計總處引用健保法第 78 條來計算政府應負擔的 36%，我想政府不要失信於民，對目前付不起一般保費與補充保費的民眾而言，已經唉唉叫了！政府還要在雨中收傘，這樣對嗎？我們的長官都在，主計總處的算法如何？要把事情講清楚，不然我們也很頭痛！

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝干委員文男。委員對上次會議紀錄的文字如果未有修正意見(未有委員表示意見)，則會議紀錄先予確認。干委員所關心政府應負擔健保總經費 36%部分，於追蹤上次會議決議(定)事項辦理情形時，將請主計總處及健保署說明。
- 二、接下來進行上次委員會議決議(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、各位委員及所有與會者，大家早！
- 二、在進入正式報告之前，先說明今天桌面有 1 份補充資料，為干委員文男剛剛所提，政府應負擔健保總經費 36%部分的計算方式，包括主計總處的說明，及健保署依本會決定事項所提供的更正資料。其次跟大家報告，原來委員桌上都有一本會議資料夾，我們為使桌面的利用空間多一些，所以將資料夾置於抽屜，若大家有需要查詢相關資料，可自行取用，如此桌面較不凌亂，也有利會議進行。
- 三、請大家翻到議程資料第 7 頁，上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告共有四項：
 - (一)說明一，上次委員會議決議(定)的 6 事項，依辦理情形建議解除追蹤 1 項，繼續追蹤 5 項，請翻到議程第 12 頁：
 - 1.第 1 項是「委員對健保代位求償操作面之意見」案，健保署將於明(104)年提報執行情形，本項繼續追蹤。
 - 2.第 2 項是「全民健康保險藥品費用分配比率目標制試辦方案」，也是等健保署提報後再解除追蹤。
 - 3.第 3 項是 103 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案(草案)」，衛福部已經核定，因此本項解除追蹤。
 - 4.第 4、5、6 項都會繼續追蹤，在特定條件完成後才會解除追蹤。
 - (二)有關政府應負擔健保總經費 36%部分，稍後請主計總處及健

保署說明。

- (三)請翻到議程第 14 頁的附帶說明，上次委員會議吳委員玉琴提及去(102)年 4 月提案建議本會委員會議實況製作 VOD 供民眾閱覽，當時已向大家報告，因為衛福部受限於預算，無法在會議室提供錄影功能，所以仍維持由幕僚以人工方式錄影。由於該案在客觀條件下無法照辦，但我們一定會持續人工錄影供參，因此建議本案解除追蹤。
- (四)請再翻到議程第 7 頁，說明二，本會於 7 月 30 及 31 日舉行總額成果發表暨評核會議。評核委員對於各部門總額一般服務及專款項目(包括各部門總額及其他預算之專案計畫)均有提出評核建議，相關資料在議程第 7 至 11 頁，請大家參考。
- (五)說明三，本會將於 9 月 26、27 日召開「104 年度總額協商暨 103 年第 9 次委員會議」，並且商借健保署 18 樓大禮堂，也就是去年總額協商的會場。該次會議議程草案在議程第 18 頁，與去年總額協商的議程並無太大差異。
- (六)說明四，有關衛福部及健保署於 7、8 月份發布及副知本會之相關資訊，在議程第 79~88 頁的附錄二、三，請大家參考。

鄭主任委員守夏

對於剛剛干委員文男所提事項，請參看今天桌上的補充資料，請健保署說明「『102 年度政府應負擔健保總經費不足 36%部分』健保署與主計總處計算方式及差異」。

唐專門委員蕙文

主席，各位委員，健保署針對「102 年度政府應負擔健保總經費不足 36%部分」提出說明。102 年起施行的二代健保法規定，政府每年度應負擔健保之總經費不得少於保險經費扣除法定收入後的 36%，該保險經費依健保法規定，係指保險給付支出加上應提列或增列的

安全準備。健保署在計算時，對於應提列或增列的安全準備，係依健保法第 76 條規定，將年度保險收支的結餘全部提列為安全準備，所以 102 年提列約 1.6 個月的保險給付支出；而主計總處係依健保法第 78 條規定，就累計的安全準備總額，以 1 個月的保險給付支出為原則，因 101 年累計已提列約 0.5 個月的保險給付支出，所以 102 年再提列 0.5 個月的保險給付支出。因此，前述本署提列的 1.6 個月，與主計總處提列的 0.5 個月，相差 1.1 個月保險給付支出，此差異再乘以 36%，即為雙方 102 年度政府應負擔健保總經費不足 36% 金額的差距，約 158 億元。

鄭主任委員守夏

請主計總處代表陳委員幸敏說明。

陳委員幸敏

主席，各位委員，有關政府每年度負擔健保總經費，主計總處的算法，係依健保法第 3 條規定，將保險經費扣除法定收入後的 36%，為政府每年負擔健保總經費；至於提列安全準備部分，依健保法第 78 條規定，安全準備的總額以 1 至 3 個月保險給付支出為原則，主計總處爰以提足 1 個月保險給付支出為基準，符合健保法第 78 條規定的區間範圍。以上說明。

鄭主任委員守夏

這部分與我們上次會議聽到的一樣，即主計總處與健保署對於法規的認定不同，據我所知，行政院還在協調中。對於本報告事項，委員有無其他建議？請財務專家李委員永振。

李委員永振

主席，各位先進，上次委員會議，是由我的代理人(陳代理委員炳宏)對政府應負擔健保總經費不足 36% 部分提出質疑，所以先提問。

一、主計總處的說明第二點(二)表示，在計算安全準備時，因包含收支結餘，法定下限差額又將影響收支結餘，致計算法定下限

之基礎，將交互影響，這是正確的，但似乎算不出來。然依我的瞭解，是可以計算的。

- 二、若主計總處依健保法第 78 條規定，解釋安全準備提足 1 個月的保險給付支出符合健保法的區間範圍，可否請主計總處將安全準備提足 3 個月的保險給付支出？這樣比較穩健！若能如此，則下個月總額協商的低推估與高推估相差的 170 億元，問題就不大，協商將較容易達成共識，氣氛也會好一點。
- 三、依主計總處與健保署的算法，102 年 1 月至今年 5 月，兩者相差約 286 億元，影響頗大！（已遠大於 9 月將協商的 170 億元）
- 四、確認主計總處「若當年底安全準備餘額逾 1 個月保險給付支出，不予增例安全準備，反之，則增列至 1 個月保險給付支出」的說法是否正確、有效？若是，建議將主計總處說明中所列「未來年度也將考量健保財務及政府財政狀況，在法定 1 至 3 個月範圍內適度調整」乙段文字，列入今天的決議，並闡釋前段說法之真義！依主計總處的說明，我們以後不用擔心健保財務，因為政府可以保證安全準備維持 1 個月的保險給付支出，所以將來不會調整費率。
- 五、手上所持為政府宣導二代健保時所用圖文，其中內容包括收入面分由雇主及被保險人分擔、政府以雇主身分及補助的相關費用、政府應負擔健保總經費 36% 等相關說明，若主計總處認為健保署以收入面反推的計算方式有疑問，則當時應加以修正，卻未見主計總處有任何表示，所以讓全民認為健保署的算法是正確的。

鄭主任委員守夏

謝謝李委員永振，請何委員語。

何委員語

- 一、我認為主計總處偷吃步(台語)，如果依健保法第 76 條規定計算，應與健保署相同，但主計總處故意用健保法第 78 條計

算，因 101 年安全準備提列部分約有 0.5 個月的保險給付支出，所以 102 年再提列 0.5 個月的保險給付支出即可，主計總處看哪條條文對其最有利就採用，對老百姓是偷吃步(台語)。

二、建議主計總處採用健保法第 76 條規定，若採用健保法第 78 條規定，政府也可以大方一點，取信於民，安全準備以提列 3 個月的保險給付支出為計算基準，要不然會爭議不休。因為二代健保是收支連動，現在政府偷吃步(台語)，不夠的話就要提高健保費率，如果這樣，付費者代表委員要表達不同的立場。

鄭主任委員守夏

謝謝何委員語，請謝委員天仁。

謝委員天仁

對於健保署的說明還是不太了解，請再清楚說明。主計總處的說明是安全準備補足 1 個月的保險給付支出，如何提列？提列與增列，在法律上都是可以的。

鄭主任委員守夏

請健保署說明。

唐專門委員蕙文

一、健保署再針對政府應負擔健保總經費不足 36% 部分的相關計算與引用條文補充說明。首先健保法第 76 條規定，安全準備的來源包括健保年度收支之結餘、滯納金、安全準備運用之收益、菸酒健康福利捐，及其他法定收入等，也就是這些全部會納入安全準備提列的數額。簡單的說，102 年收支結餘部分，全數提列。

二、在計算方面，因政府應負擔健保總經費 36% 不足額的部分也要納入提列，所以健保署是以收入面反推。也就是每年民眾與雇主負擔的保費收入占 64%，推算當年度保險總經費，乘以 36% 作為政府應負擔的總額，再扣除政府於一般保險費與補充保險費的負擔費用，就是政府應負擔保險總經費不足 36% 部分的差

額。

鄭主任委員守夏

委員還有無詢問或表示意見。請謝委員天仁。

謝委員天仁

由主計總處與健保署書面資料的計算方式，看不出兩者差異，一個是增列的安全準備，一個是提列的安全準備，健保署的說明，無法知道真正的差異在哪？請說清楚。

唐專門委員蕙文

再次跟委員報告，因為政府需負擔健保總經費的 36%，該總經費是當年度保險給付支出加上應提列的安全準備，雙方差異在於應提列的安全準備，健保署是將 102 年的收支結餘全數提列，所以安全準備為 1.6 個月的保險給付支出；主計總處則認為，因 101 年安全準備已有 0.5 個月的保險給付支出，所以 102 年僅需再提列 0.5 個月，因此雙方提列的安全準備相差 1.1 個月的保險給付支出，將之乘以 36%，導致政府負擔總經費不足法定 36% 的部分差異 158 億元。

鄭主任委員守夏

這個較像剛剛李委員永振的解說，主計總處安全準備只提列 1 個月的保險給付支出，而健保法規定安全準備總額，以 1 至 3 個月的保險給付支出為原則，所以李委員建議政府可以對民眾好一點，安全準備提列至 3 個月的保險給付支出，也符合法的規範。這不是黑跟白這麼明顯，其他委員還有無意見？請干委員文男。

干委員文男

我們都在瞎子摸象，在座有當年的立法者，侯委員彩鳳從頭到尾(台語)對修法案盯得很緊，也護航很多，到底如何做才是對的，請侯委員開示。

鄭主任委員守夏

請侯委員彩鳳幫忙說明。

侯委員彩鳳

剛剛與干委員文男討論，主計總處與健保署是各有立場；李委員永振提到，我們在拿捏時要站在百姓這一邊，最安全的方式最好。立法者不一定能將執行面監督得很好。立法後當然有一定的規範，至於執行面或監督面如何處理，還是要由各位決定。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

再次請教，依據健保署的說明，主計總處在計算增列的安全準備，101年原有0.5個月的保險給付支出，102年再加上0.5個月的保險給付支出，推算政府應負擔總經費36%；健保署以應提列安全準備方式計算，為1.6個月的保險給付支出。若照李委員永振意見，主計總處補列安全準備達3個月的保險給付支出，老實講會比健保署依健保法第76條規定應提列的395.78億元(安全準備)高，顯然變成主計總處自由心證，要補列多少都可以，從這個角度來看，主計總處真的是偷吃步(台語)。法規對於提列安全準備與政府應負擔健保總經費36%的規範就是這樣，沒有立場問題，是主計總處看到健保安全準備多，就不願意付出太多。

鄭主任委員守夏

請李委員永振。

李委員永振

一、再次補充，主計總處與健保署引用健保法相關規定似乎是一致的，先依健保法第3條規定，政府應負擔總經費之算法；再引用第2條第5款，解釋何謂保險經費。經費包括兩部分，一部分是保險給付支出，這很明確；另一部分是應提列或增列之安全準備，這是雙方差異的關鍵點。也就是依健保法第76條規定應如何提列，不夠的話，應如何補足，屬於增列。

二、去年召開保險費率專家諮詢會議時，強調收支連動，本案健保署由健保法第 3 條引用至第 2 條，接著再引用第 76 條，以決定如何提列安全準備；至於健保法第 78 條規定，應屬收支連動的原則，即安全準備應維持 1 至 3 個月的保險給付支出。記得去年 11 月本會審議健保署「103 年度全民健康保險費率案」時，決議：當安全準備低於 1 個月或高於 3 個月保險給付支出時，費率應配合調升或調降。我當時建議，若超過 3 個月保險給付支出時，暫時不要調降費率，因為調降幅度有限，但將來要調漲費率時，好像在割肉(台語)，會痛！所以剛剛建議，安全準備可以在 1 至 3 個月的保險給付支出範圍內提列，為何不提列 3 個月？這樣不是比較穩健嗎？

鄭主任委員守夏

本案所有發言的付費者代表委員都認同，若收支連動，安全準備多一點沒有壞處，對健保整體的營運會較好，而且認為主計總處的做法似乎較不合理。本會是溝通平台，這不是法定要決議的事項，付費者代表委員的共識是，應依健保署方式來計算政府所應負擔的健保總經費 36%，委員有無不同看法？請干委員文男。

干委員文男

照主席的決定，將精算師(李委員永振)、律師(謝委員天仁)、立法者(侯委員彩鳳)所提意見詳細記錄。付費者代表委員強烈建議，政府不能偷吃步(台語)，若要這樣，將來調升費率，真拼ㄉㄟ(台語)！講的話都不算數，怎能這樣？

鄭主任委員守夏

謝謝干委員文男。請謝委員天仁。

謝委員天仁

可否再進一步詢問，為何健保署計算的安全準備是 1.6 個月保險給付支出，而主計總處計算的是再補 0.5 個月保險給付支出，為何有此差異？

唐專門委員蕙文

跟委員報告，主計總處的算法，就是安全準備總額在 102 年需補足 0.5 個月保險給付支出，安全準備才能達到 1 個月保險給付支出的原則；而健保署計算 102 年提列安全準備 1.6 個月保險給付支出，是將當年度收支結餘全數提列安全準備，所以雙方差異有 1.1 個月保險給付支出。

謝委員天仁

既然都是按實際計算，安全準備為何會差 1.1 個月保險給付支出。我很好奇，是否哪些項目未納入安全準備。

唐專門委員蕙文

其實是引用法條的關係，健保署引用健保法第 76 條，提列當年度收支結餘，所以 102 年為 1.6 個月保險給付支出；而主計總處引用健保法第 78 條，安全準備補足 1 個月保險給付支出，所以 102 年需再提列 0.5 個月，造成兩者安全準備相差 1.1 個月保險給付支出。

鄭主任委員守夏

請李委員永振幫忙解釋。

李委員永振

- 一、請參看健保業務執行報告第 7 頁，表 5-1 全民健保財務收支分析表(權責基礎)，最後一欄的安全準備提列(收回數)，84 至 97 年不足 265 億元，98 年又不足 316 億元，99 年因調升保險費率至 5.17%，所以出現收支結餘 185 億元，100 年又結餘 341 億元，101 年結餘 265 億元，所以 84 至 101 年累計收支節餘 210 億元。
- 二、主計總處說明依健保法第 78 條規定，安全準備提足 1 個月保險給付支出即可，所以再補提安全準備 237 億元，但這種解釋怪怪的，因為引用健保法第 3 條規定，係指當年度負擔的保險經費，而不是將 101 年底的安全準備額度，再補提至 1 個月的

保險給付支出即可。若概念是如此，接下來的 102 年，依付費者繳的保費等項計算後，還有安全準備約 536 億元，扣掉法定收入 265 億元後，約還有 271 億元，則按主計總處的說法，因為安全準備已達 1 個月保險給付支出，所以當年度就不必增列了。這也是為何我會建議安全準備增列的條件，由補足 1 個月變成 3 個月保險給付支出，不是比較穩健嗎？剛才謝委員天仁提到數據的緣由，大概是這樣。謝謝！

鄭主任委員守夏

現在大家應比較清楚了！不論是引用法條的差異還是偷吃步，總之主計總處與健保署的計算方法不一樣。干委員文男強烈表示，應該對民眾好一點，這是對的；而李委員永振也認同應對民眾好一點。

李委員永振

主計總處與健保署的算法，目前討論的是 102 年差距 158 億元部分，還未提到今年 1 至 5 月兩者差距約 128 億元部分，今年 6、7 月健保署應該還是會被照扣。但有一點還是不了解，兩者去年平均每月差距約 13 億元，今年 1 至 5 月平均每月差距約 25 億元？照這樣下去，今年差距約會有 300 億元！若安全準備增列的條件由補足 1 個月保險給付支出變為 3 個月，則 104 年總額低推估與高推估差異的 170 億元就不算什麼，我們協商就會很輕鬆了！

鄭主任委員守夏

先不要提到總額協商，現在是討論財務問題，政府應負擔健保總經費 36%，主計總處與健保署計算方式不同的癥結點在安全準備應提列多少。委員的意見非常明確，站在付費者、消費者的立場，以保障民眾權益為重；依李委員永振的意見，將安全準備增列的條件由補足 1 個月變為 3 個月保險給付支出，付費者代表委員的意見非常一致。請何委員語。

何委員語

因為今天不能做成決議，若做成決議也無效。建議付費者代表委

員，聯合發表建議案給行政院院長、衛福部部長，要不然政府永遠都偷吃步(台語)，看來看去(台語)，看可以從哪邊偷錢過來，政策反覆不定。謝委員天仁是大律師，文筆很好，請他幫我們撰寫建議案。

鄭主任委員守夏

此屬個別委員的建議案，不是委員會議的共識。我想今天發言的委員都已經了解，若願意私下互助合作，則請何委員語、謝委員天仁、干委員文男、侯委員彩鳳自行聯繫。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

第一次發言，關於政府應負擔健保經費 36% 的討論，究竟是否屬於本會職掌之一。依健保法第 5 條第 1 項第 5 款規定，其他有關保險業務之監理事項屬本會應辦事項；我不清楚的是，有關財務分擔比率是否屬監理事項，委員會應思考如何釐清，若屬本會可決議事項，可以決議後請衛福部處理，倒不一定要私下再召集會議。

鄭主任委員守夏

謝謝陳委員宗獻。本案在會前就跟柯執行秘書桂女確定，總額協商分配，為本會的法定權責，屬決議事項，若衛福部部長有意見，是可以更改，但這種情形較少，而類似今天這種重大案件，我們可以表示意見，因為本會屬溝通平台，若委員很有共識，就可以提建議案。主計總處本來就不歸本會管轄，本會決議不能及於主計總處，所以確定本案非屬本會的法定權限，但我們可以蒐集委員代表的意見，因此剛剛一直強調付費者委員非常有共識，若醫界代表委員也支持，可以將此建議納入。

陳委員宗獻

健保會是將費協會與監理會兩會整合，請教干委員文男，過去監理會如何處理類似議案，也是發表意見而已嗎？

干委員文男

以前沒有碰過這種問題，因為二代健保之前並未實施財務收支連

動。現行財務在收支連動機制下，若收入不夠，究竟要減少支出，或增加保費負擔，全由民眾選擇。

蔡委員登順

以前監理會管收入，費協會掌支出。

鄭主任委員守夏

本案應該屬新議題，就先討論到此，因為後面還有很多議案。

何委員語

我認為醫界不應該提出討論，因為若安全準備增列的條件由補足 1 個月變為 3 個月保險給付支出，醫界可能可以多分配一些費用，所以付費者委員另外召開會議，是我們的事情，跟你們沒有關係。我們自己連署，向政府表達，而不會反映您的權益。

陳委員宗獻

本案屬於收入部分，本來就跟總額無關，重點是我們如何處理，若屬法定事項就可以決議。

鄭主任委員守夏

本報告案進行到此，若委員要連署，請私下進行。接下來進行例行報告第三案，請梁組長淑政報告。

貳、例行報告第三案「衛生福利部社會保險司說明『行政院所核定 104 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案』」與會人員發言實錄

社會保險司梁組長淑政報告

鄭主任委員守夏

謝謝梁組長的報告！渠之說明就是行政院所核定 104 年度健保醫療給付費用總額的上、下限。下午的座談會，健保署會依據行政院、衛福部核定的政策方向，編列相對應的協商因素項目與經費，細節部分下午會報告。對於本報告案，委員有無垂詢？請何委員語。

何委員語

請教健保署，今年 1 月 1 日基本工資時薪調整至 115 元，7 月 1 日也將基本工資調整至 19,273 元，健保費 1 年可因此增加多少？明年是否調整基本工資，尚未定案，因為不知 25 日的協調會議是否開得成，剛剛工總打電話給我，希望資方都不要參加。

鄭主任委員守夏

健保署有計算過嗎？請蔡科長佩玲。

蔡科長佩玲

調整基本工資部分，健保署之前有計算過，大約有 8 億元左右的健保費收入。(計算至 104 年增加之金額，已列入保險收入之推估)

鄭主任委員守夏

請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

有幾點意見：

- 一、簡報第 5 頁，104 年總額範圍財務之影響評估表提到「部分負擔」，既然健保法的用詞是「自行負擔」，在正式的報告場合，則應引用正式名詞，這是一點小建議。
- 二、104 年總額協商之政策方向有兩張簡報資料，為何衛福部從未

討論健保法第 43 條規定的內容？社保司曲司長同光曾承諾，會盡快邀集各界召開會議研討，但此議題在政策方向卻從未落實，健保法上明文規定卻不執行，而健保法沒有規定的卻要落實，我覺得很奇怪。建議可以將落實健保法第 43 條列入政策方向，若連社保司都沒有政策宣示，健保署當然不會提出執行方案，我覺得衛福部失職。健保法明明寫得很清楚，應該落實的事項卻未執行，連政策宣示都不願意。包括之前在本會議室召開的會議上(「全民健康保險總額支付制度地區預算分配政策方向」座談會)，曲司長也答應謝委員武吉會在近期召開會議討論第 43 條的落實問題。

鄭主任委員守夏

其他委員有無意見？請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、主席，各位委員，針對簡報第 7 頁，104 年總額協商之政策方向，有些地方值得大家注意，例如第二大點之中「鼓勵安寧療護之推動，倡導正確臨終觀念」，其問題在於我們的安寧療護是在醫學中心執行，真的太昂貴了！不知道政策方向是要在醫學中心推動安寧療護，還是往社區發展？理應選擇後者。之前謝委員武吉強調落實垂直整合計畫，其實在國外，安寧療護不會在醫學中心執行，所以政策方向必須非常清楚，究竟是鼓勵居家安寧、社區安寧，或是仍在醫學中心繼續擴大辦理安寧療護，否則未來會出問題。
- 二、簡報第 7 頁，第三大點之中的「擴大辦理提升急性後期照護品質計畫」，其係指擴大辦理急性後期照護品質的項目，還是擴大目前執行的中風照護品質計畫？並不清楚。健保未實施前，中風照護過了急性期，就會回到家裡接受照護，現在因為實施全民健保，所以中風過了急性期，就會換一家醫院，一個月接著一個月地住院。其實中風的住院照護，可以拆成兩段，一段屬急性期，另一段則是穩定期；急性後期照護應該是將原來住

院的後段(穩定期)，挪到社區或居家照護，也回應謝委員武吉所提，朝垂直整合方向邁進，可是目前中風的住院日數並未瘦身，而是額外支付急性後期照護費用，第 1 個月至少需要 8 萬元以上。這些建議請衛福部審酌。

鄭主任委員守夏

謝謝！委員還有無垂詢？請葉委員宗義。

葉委員宗義

104 年總額協商之政策方向中，有一項是「落實新科技引進，確保保險對象權益」。昨天健保署召開定期的藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議，該會議每次討論新藥納入健保給付案時，都會碰到阻礙，因為醫事服務提供者認為可能衝擊健保財務，而使得許多高貴藥物都無法納入，長此以往，將無法提升醫療品質，此問題該予解決。

鄭主任委員守夏

謝謝葉委員宗義，委員還有無提問？如果沒有，先請梁組長淑政或曲司長同光答覆。

曲委員同光

- 一、謝謝剛才幾位委員的指教，有關執行面如何落實的問題，下午的座談會，健保署會依據協商政策方向及架構，提出初步規劃的協商草案，屆時可再討論細節。
- 二、有關健保法第 43 條推動轉診及加重保險對象自行負擔費用，剛才朱代理委員益宏也表達希望能改以「定率」的方式收取。健保法訂有「定率」及「定額」兩種計費方式，目前係採「定額」，至於未來是否改以「定率」方式收取，之前在另一場會議(「全民健康保險總額支付制度地區預算分配政策方向」座談會)，我曾表達如果大家認為確有討論需要，衛福部可在適當時機另外召開會議。今天議程也有安排相關專案報告，委員也可於健保署報告時表示意見。

三、若將計費方式由現行的「定額」改為「定率」，影響層面將很廣泛，不論被保險人或醫療院所都會受影響。但如果經過充分討論，多數人有共識，認為應改為「定率」，則未來可列為政策方向。

鄭主任委員守夏

請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

一、既然健保法已有規定，就應該列入政策方向逐步落實，而不是在今天的會上討論細節。至於如何落實，很多事情不可能一步到位，我們同意可以逐步推動。但如果連政策方向都不列入，就根本不會執行，除非衛福部認為現行的方式合法，執行也 OK、滿意。但至少謝委員武吉認為不 OK，很多委員也表示垂直整合、分級醫療並未落實，既然很多人都如此認為，衛福部就不能關起門來說已經做得很好。拜託曲司長，既然屬健保法規定，希望將之補列為總額協商之政策方向。今年 9 月協商時，才能逐步落實分級醫療的精神。

二、至於「定額」或「定率」，牽涉執行細節，現行規定未經轉診的定額分別是 360 元(醫學中心)、240 元(區域醫院)、80 元(地區醫院)、50 元(西醫基層)，這樣就能反映分級的概念嗎？實際上無法反映！所以不是「定額」或「定率」的問題。

三、健保法寫得很清楚，通案是「定率」、例外是「定額」。如果將法條的文字加以計算，也是定率的字數多於定額。健保法規定：主管機關於必要時，「得」以定額方式收取。政府實在不應把例外方式當成常規，而不落實立法精神。站在謝委員武吉立場，只是希望衛福部將第 43 條的精神落實於政策方向。至於後續如何執行，可透過健保署會議討論，但如果都不列入政策方向，就沒有人會去執行！現在不列，是表示衛福部很滿意現況？還是已經落實健保法規定？

四、剛才吳委員肖琪所提安寧療護與急性後期照護的分級醫療問

題，現在推行的安寧療護主要在醫學中心執行，急性後期照護主要在區域醫院執行，哪一項有落實分級醫療？沒有嘛！政策都不列，連畫餅讓大家充饑都不願意，政府頭殼是壞了還是怎樣？

鄭主任委員守夏

梁組長淑政說明的政策方向，在 104 年度總額協商時，健保署會針對這些政策方向編列所需預算。至於剛才朱代理委員益宏代替謝委員武吉表達的意見，在之前的「全民健康保險總額支付制度地區預算分配政策方向」座談會，曲司長已經答應將召開會議討論，至於是否納入政策方向，屬衛福部的權限，此議題本會可就監理的立場予以監督，今天議程也有安排專案報告，主要讓委員了解現在的執行狀況，若委員於聽取報告後，經討論也有明確共識，即可向衛福部提出具體建議。對此本報告案還有無其他意見？(未有委員表示意見)謝謝衛福部的報告，接著進行下一案。

參、例行報告第四案「104 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額醫療服務成本及人口因素成長率案」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

本報告案係由幕僚提出，104 年度各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率的數據已計算出，請柯執行秘書桂女說明。

柯執行秘書桂女

- 一、請委員翻到議程第 20 頁，本案係為確定 104 年度四部門總額的醫療服務成本及人口因素成長率。請參看說明一，本會本(103)年 5 月 23 日委員會議決議，104 年度各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率，採衛福部報奉行政院核定之數值與計算公式。之後的說明段，主要是說明其計算方式。
- 二、請委員翻到議程第 22 頁，參看「104 年度各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率表」第五欄，各部門的成長率分別為：醫院 2.128%、西醫基層 1.154%、牙醫門診 0.373%、中醫門診 0.978%。本會係在行政院核定的總額範圍內協商，每年都依循此原則，可否請委員同意依 5 月 23 日委員會議決議，以衛福部報奉行政院核定的數值確認。

鄭主任委員守夏

請參看議程第 22 頁，104 年度各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率，醫院部門是 2.128%、西醫基層 1.154%、牙醫門診 0.373%、中醫門診 0.978%，這是依據衛福部報奉行政院核定的計算結果。請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、議程第 22 頁，表格數據很奇怪，對人口結構改變率沒有意見，但醫療服務成本指數改變率，醫院是 0.091%、西醫基層 -0.020%、牙醫門診 0.260%、中醫門診 0.477%。據我了解，醫療服務成本指數改變率包括：人事費用、藥品及醫療材料、基

本營業費用等項目的成長；指數係採各項目所對應的物價指數計算而得，但最近查得的物價指數成長率約 2.6% 左右，而人事費用成長一直採用「工業及服務業薪資指數」，已經十幾年，近年來，醫療服務業的人事成本節節上升，雖然醫院總額有編列提升護理人力的相關費用，但醫院的人事成本還包括其他醫事人員及行政人員的薪水，這些人員的薪水也都有提升，早年醫院人事成本占率約 50%，現在已經接近 55%，照現行公式繼續計算醫療服務成本指數改變率，會讓台灣的醫療體系面臨很大衝擊。

- 二、之前衛福部曾委託林教授文德進行醫療服務成本指數研究，他也認為人事成本採工業及服務業薪資指數並不合理。健保實施近 20 年，已有完整、清楚的醫療人事成本資料。醫療服務成本佔醫院成本一半以上，是總額的基本值，所計算的人事成本與實際差距這麼大，現行計算方式壓低整體總額，而協商因素成長率又沒什麼其他空間好調整。建議應重視經費編列方式，還給醫界比較恰當的數據，否則總額支付制度會讓台灣的醫療體系走向崩盤。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻先發言，之後再請朱代理委員益宏。

陳委員宗獻

- 一、楊委員漢涑所述都是事實，請委員參看議程第 30 頁，西醫診所醫療服務成本指數改變率的表格，其中僅「躉售物價指數-西醫藥品類」(101-102 年年增率)是負成長以外，其他項目則都是正成長。
- 二、每年 3 月份衛福部召開年度總額成長率範圍座談會時，醫界都會提出計算方式不對，應該要修改，但多年來未見改善。現行公式仍無法反映各部門總額的實際成本，不論醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診部門，全部沿用相同公式。對西醫基層而言，公式內含的計算因子，與實際的營運成本根本風馬牛

不相及，這些不正確的數據，本就不該長期存在。

三、協商 104 年度總額時，可能有人認為非協商因素(醫療服務成本及人口因素)不需要談，只要討論協商因素即可。請大家記得，現行醫療服務成本指數改變率的公式已使用 6 年，照理講，使用 5 年後第 6 年就應檢討、修改。林教授文德的研究係依據各總額部門不同的用藥結構，計算藥品費用權重，較貼近實際狀況，不論結果是正成長或負成長，都比現行公式合理。104 年度理應使用修正過、新的醫療服務成本指數計算，惟因研究結果還需進一步討論如何適用於四總額部門，來不及導入，所以還是沿用舊公式。目前的非協商因素並未充分反映實際醫療服務成本，請委員能將這些不合理的因素納入總額協商時考量。

鄭主任委員守夏

請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、剛才委員反映的是非協商因素不足之處。記得當初規劃總額支付制度時，也有提到非協商因素若有不足，可於協商因素反映，但現在的協商因素幾乎沒有空間可反映。
- 二、醫院部門人事費用的薪資指數僅成長 0.160%，係採用主計總處調查某職類的薪資成長數據，惟並未納入量的概念。例如醫療機構設置標準規定護病比從 4：1 改成 3：1，造成量的增加，雖然薪水沒有增加，但量增加了。特別要說明，現行的薪資指數只能反映個人薪資的變化。建議衛福部提供醫事人力在量(人數)增加方面的資料，供總額協商參考，希望能在協商因素中補其不足。
- 三、醫界一直反映計算公式有問題，講了 5、6 年都沒改，好不容易委託學者進行研究，今年有機會修改，卻因作業不及而無法配合修改。勞委會有各類醫事人員服務人數的資料，衛福部也有醫事人員的執業登錄資料，因此，量的部分可以處理，只是

公式一直不願意納入考量。

- 四、剛才陳委員宗獻提到，西醫藥品類的指數是負成長，為何藥品成本調查是負成長？在定期藥價調整的情況下，藥費每年仍有4~5%的成長。藥品的進價會貼近健保支付價，藥品成本調查呈負成長，表示藥品進價變便宜，但為何健保總藥費每年還是成長4~5%？表示是量增加的結果。為何物價調查不針對新藥、癌症用藥進行調查？而僅調查一些常規用藥，且也未考慮使用量的問題。
- 五、既然今年的計算公式已成定局，希望主席裁示，於協商完成後，盡快討論非協商因素的計算公式，不知今天為何未排入議程？或考慮成立小組討論。目前都是在衛福部討論，但討論後又不執行，建議健保會邀集專家學者、付費者代表及醫事服務提供者代表共同組成工作小組，先就計算公式形成共識。既然衛福部不討論，健保會也可於討論後，再向衛福部提出建議。希望幕僚單位能從委員中挑選(如曾擔任費協會的委員)，成立專案小組，檢討非協商因素成長率的計算公式。另外，希望衛福部或健保署於協商時，提供醫事人員執業登錄資料中關於人事費用在量方面的變動資料。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、醫界與付費者的感覺有落差，醫界認為非協商因素的計算結果偏低，對醫界不公平。但幾年來，付費者感覺非協商因素被高估了。今年衛福部委託研究計畫的專家也注意到此現象，為了提升住院護理照護品質，6年來健保會挹注這麼多錢，卻提高醫療服務成本，但其在非協商因素成長率上已經反映了。等於拿了健保的錢，把醫療服務成本墊高後，還要我們再拿錢出來！
- 二、每年非協商因素至少挹注100多億元，人力本來就應該增加，

現在反而以此為理由，提出人員增加，所以成本增加，此落差實在很大。人員增加的比率其實遠低於所給的預算，上個月看到護理照護品質提升計畫，護理人員增加的量遠不如預期，把錢丟到水裡，都還會「砰」一聲，丟到這裡，則完全沒回應！

三、這些計算非協商因素的資料，都是主計總處所編製，剛才(醫界代表)講的只是一個點，主計總處是全面、系統性的調查結果，若認為有問題，我不知道要怎麼產出一個雙方都滿意的非協商因素公式。

四、藥品部分也一樣，藥價調整當然會讓價格下降，現在醫界以用藥量增加因素，主張增加預算，問題是整體總額是增加的，怎可再用藥量增加來要求增加預算！價格明明下降，想用價、量來增加費用，兩個都要給！這種說法，似是而非！對於非協商因素成長率，老實講，付費者委員是很有意見！但某種程度上，因為幾年來都這樣計算，就算了！大家認真把協商因素談好較重要，協商前再吵非協商因素，一點意義都沒有。

鄭主任委員守夏

請郭代理委員正全。

郭代理委員正全(翁委員文能代理人)

醫學中心若不表達意見，好像我們認同，所以需表達意見。有關謝委員天仁提到護理人員人事成本問題，因為醫院不只有護理人員，還有其他醫事人員、行政人員等，另，難道行政人員不需調薪嗎？我想還是需要的。剛剛提到藥費，這幾年藥費確實有調降，但支付標準相對也調降，所以醫院並未占到便宜，這是實際的問題。希望能安排時間，針對非協商因素的結構，包括人事費用的指標選取的適當性等問題，讓付費者與醫界彼此交換意見、好好討論。

鄭主任委員守夏

先請楊委員漢淙，再請吳委員肖琪。

楊委員漢淙

- 一、醫界在乎非協商因素成長率，不是要從這裡拿更多的錢，而是希望反映真實成本。如果有委員認為哪個非協商項目偏高，我也贊成降低。人事費用有兩個構面，一個是人數、一個是薪水高低。薪水調高，人數雖然未增加，但整體的人事費用還是增加。影響醫院及診所人員薪資的因素相當多，事實上，整體醫療體系的人事費用是年年增加的，不是我們願意成長，而是不得不成長，否則無法找到足夠的醫事人員。
- 二、藥費成本呈現負成長，進價雖有減少，但健保的支付標準也隨之調降，所以醫界並未從藥費得到好處，負成長等同醫院總額要扣錢，不合理。
- 三、從頭到尾，醫界並未懷疑主計總處數據的正確性，而是計算健保總額引用的類別項目不對，因為非農業服務業薪資指標不是用來反映醫事機構的成本，而是別行業的成本。將之用於計算醫療院所的成本，當然行不通。照媒體所講，現在的薪水行情是 22K、23K、24K，但這不是發生在醫院，將此薪水結構資料用在醫療院所，會讓醫療院所無法經營下去，請大家瞭解醫界面臨的困境。

鄭主任委員守夏

請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、還是要替衛福部說話，非協商因素成長率已討論多次，今天呈現的就是討論結果。
- 二、議程第 23~28 頁，表 1 及表 1-1 至表 1-5(各部門人口結構改變率)，第 3 欄數據均有誤，即 101 年每人年費用點數有誤，如第 23 頁，0-4 歲組別，女性平均 1 年費用點數 16,628、男性 18,860，平均每人年費用點數小計，應介於 16,000~18,000 之間，不能將兩者相加，目前所列 35,489 是錯誤的，雖然不影響

最後的計算結果，因為這是會議資料，建議會後予以修正。

- 三、請參看議程第 23 頁，80 歲以上組別資料，記得民國 90 或 91 年，80 歲以上女性平均花費不到 9 萬，現在 80 歲以上男性平均費用點數高達 11 萬，這是莊委員志強關心並曾提出的重點。未實施全民健保以前，80 歲以上的民眾不會花這麼多費用，現在年紀越大花費越高，這也會讓醫院的非協商因素成長。若費用在人生最後階段的比重較高，前段的費用比重較低，那麼隨著老年人口增加，這部分的花費就會越來越高，此問題反而比剛才所提的還重要，如何避免 80 歲以上男性的年均費用點數高達 11 萬，是我們應當面對的問題。在女性部分，西醫基層的費用是減少的，而住院費用增加，此現象也需進一步探討，是住到 RCW(呼吸照護病房)或哪裡，因而造成費用上升，這都是值得注意的問題。

鄭主任委員守夏

謝謝吳委員肖琪，請陳代理委員時中。

陳代理委員時中(陳委員義聰代理人)

- 一、舉手很多次，第一次發言。我對醫療服務成本指數改變率還算熟悉，本指數反映的是價，不是量，量是在別的地方考量。
- 二、當初訂定的概念是，儘量不要挑選與醫療本身密切相關的指數，以避免數據被醫界操控，所以是挑選不易被操控的指數項目來反映成本(價)方面的變化。當初都不知道最後的計算結果如何？擔心數據無法反映真實狀況，所以大家認為若與實際差距太大，而影響醫療院所的營運，協商時還可以再討論。總額實施至今已 17 年(牙醫部門首先於 87 年 7 月開辦)，醫院也已 12 年(醫院部門始於 91 年)，可以用歷史資料檢視當初的設想對不對；但本項成長率不能將量納入計算。
- 三、呼應楊委員漢涑所提，高或低都無所謂，而是數據能否呈現真實狀況。若無法呈現，有無更科學的方式，可以呈現價的變化，以減少大家爭議。

四、非協商因素的重點，在病人花錢的行為，或醫療院所用錢的行為，對於大家不滿意的部分，可能會因委員的決定而得以改變。例如剛才吳委員肖琪所提，人口結構改變率中，80歲以上人口費用點數增加的現象，醫療機構可能認為這是好的循環(可提高成長率)，我不評論對或錯，只是提醒各位，指數應要能呈現真實面，今天的談判會影響醫療機構行為，進而影響消費者行為，最後就會形成我們的醫療環境。

五、謝委員天仁似乎對醫界不滿意，認為錢花很多，健保實施 20 年後，我們得到甚麼？國民平均餘命增加，但花這麼多錢，到底何者重要？可能須就倫理面、政策引導面及未來國民健康的層次，做長遠考量。此計算公式的指數已引用 12~17 年，建議應回顧歷史資料，檢視所選指數的實際性及適用性，因為將會影響醫療界整體的行為。

鄭主任委員守夏

委員若有相似意見，請簡短發言，請何委員語。

何委員語

請問醫療服務成本指數改變率中，醫院及西醫基層 101 年及 102 年指數的數據都相同，為何西醫基層醫療服務成本指數改變率是 -0.020%，而醫院是 0.091%？若數據選用失真，對西醫基層很不公平。兩部門的成本指數都一樣(朱代理委員益宏表示：因權重不同)，西醫基層是否會受到影響而萎縮，能否提出更明確的數據？

鄭主任委員守夏

一、說明一下，幾個月前衛福部召開專家座談會，林教授文德、吳教授肖琪、本人及幾位醫界代表都有參加。主要討論目前選用的醫療服務成本指數所採計算公式是否恰當，大家的默契是，四部門總額所選取的指標、權重可以不必完全相同，這樣較能反映其真正的成本。

二、會上也提到一些困難點，主計總處調查需有一致性，不能每年

變動，但要求主計總處之調查配合健保的需要項目，也有困難。若認為主計總處調查的資料，無法反映四部門總額的成本，則需考慮是否要由衛福部進行調查。上次會議較明確的共識是，今年年底前，衛福部會再召開會議研商，取得付費者及醫界代表共識後，就選定項目但不先試算。為合理反映成本，衛福部已決議擇期開會討論，這是確定的，並非沒有作為。

三、非協商因素無法完全反映的部分，協商時，委員若有默契，是對可能高估或低估的情形可討論。也是可以各自努力找資料，來說服對方。我已不只提過 1 次，再次建議醫院協會、醫師公會可邀請專家進行研究，提出另一套更具代表性、更多學者認同的指數說服對方，這是醫界可以做的，不一定要靠公家機構。

鄭主任委員守夏

先請朱代理委員益宏，再請蔡委員登順。

蔡委員登順

主席，建議讓第一次發言的委員優先。

鄭主任委員守夏

好，請蔡委員登順。

蔡委員登順

非協商因素再怎麼計算，醫界都不會滿意。大家對投保人口成長率、人口結構改變率較無意見，因歷年變動資料掌握較精準，而對醫療服務成本指數改變率之計算，則有不同意見。今年醫院的醫療服務成本指數改變率為 0.091%，每年都有成長，這些金額都會滾入基期，累進成長。這 3 年來公教人員都未調薪，請問 3 年來醫療服務成本指數改變率滾入多少錢到總額基期，大家應該心知肚明，不要錢拿了又無感，3 年來醫院總額至少成長幾十億，真有心的人話，每年總額成長，就該為服務人員加薪。現在整個社會氛圍就是這樣，大家不要矇著眼睛講人事費用給太少，付費者認

為每年都有編列預算，就像護理人員費用，其實護理費已經內涵於診療相關費用，還要再編列專款支付，甚不合理！

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員登順。請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

我覺得幾位委員對醫界的指控並不公平，在座或許有工商業界的代表，比起一般企業，我們醫界算很有良心，至少醫院經營者比一些財團有良心多了。有些財團賣商品至少抽 30~40%的利潤，但醫院看 1 個病人，若有 5%利潤就不錯了！實際上很多醫院還都虧錢，不要說我們沒有良心，拜託，我們很有良心！

蔡委員登順

我沒有講這句話，沒有良心是您們說的。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、剛才幾位付費者委員說每年都有給錢，記得總額協商時付費者委員曾提出，提升護理品質的 20 億元只是起個頭，並非全額補助的意見；現在又說每年都有給錢，更何況還有量的問題未納入考量。
- 二、醫院有無每年加薪，可以拿出數據來看呀！而不是用猜測的認為醫院沒有加薪，事實上醫院是有加薪的。楊理事長漢淥以前也說過，護理人員的基本薪資增加、夜班費也提高，甚麼都要增加，預算編列 20 億元，醫院相對可能要花到 100 億元來加薪，不夠的部分，付費者委員要補給我們嗎？應該把數據攤到檯面上討論，不要用想像的就認為醫院都賺錢、黑心，某些財團醫院我不敢講，但大部分醫院都中規中矩。台灣健保會有今天的局面，是醫界付出的結果，確實是血汗醫界，因為健保總額不足，付費者不願出錢，又要求大碗。

鄭主任委員守夏

本案討論到此。陳委員宗獻是要解釋嗎？

陳委員宗獻

剛何委員語所詢，醫院及西醫診所的醫療服務成本指數數據看起來都一樣，怎麼計算出來的成長率不一樣？主要係因權重不同的緣故。剛才也點出一個重大的疑問，就是數據為何都一樣？例如藥品服務成本指數所採的是躉售物價指數-西醫藥品類，主計總處的調查包含出口藥品在內，點滴注射液加出口藥品就占 10%，診所並未有出口藥品，點滴注射液在診所也占不到 2%，這種情況下，會扭曲計算結果，而我們的主要用藥，例如心臟血管疾病，用於控制血脂肪，也無法如實反映。誠如主席所說，未來這部分需要好好檢討，而且應允許各部門總額有差異，這很重要。成本結構本就不同，不宜要求各總額部門均用相同模式。今年衛福部就要求四部門，要改就一起改且要一樣，不然就照舊，所以我們只好照舊，因大家的看法不會一致，只好維持現況，這部分真的請大家多考慮。

鄭主任委員守夏

- 一、本報告案確定，非協商因素成長率就照議程第 22 頁的表列數據。至於其他委員的建議，相關部門可納入參考。再重複一次，衛福部是有進度的，其會依所允諾，於今年年底前邀集醫界、付費者代表討論較能夠反映醫療服務成本的公式與權重。本案就討論到此。
- 二、下一案是健保署的例行性業務報告，依本會 102 年 2 月 22 日委員會議決定，本月份請委員參閱書面資料，不進行口頭報告，若未有特別意見，或看了資料後有需請教的部分，桌上有發言條，歡迎大家寫下來。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

前(第 7)次委員會議有提到，本報告有些部分希望健保署進行修正，不知健保署有無修正？包括是否提供醫院總額之分區、分層級的平均點值與浮動點值等相關資料？如果有的話，在第幾頁？記得上次會議主席有裁示，健保署也同意提供。

鄭主任委員守夏

- 一、該案會繼續追蹤，下次健保署進行口頭報告時，應該就可以看到相關資料。
- 二、委員還有無請教？(未有委員表示意見)如果沒有的話，進行討論事項，請同仁宣讀。

肆、討論事項「103 年全民健康保險各部門總額評核結果之獎勵成長率案」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，藉此機會感謝非常多位委員參加 7 月底的評核會議，兩整天都出席的委員也有好幾位，在此無法一一點名，正在微笑的都是有出席的委員，非常感謝！
- 二、因為從頭到尾跟著聽、跟著看，這樣對總額運作會有更深入的瞭解。這次邀請的 7 位評核委員都非常有經驗，剛剛柯執行秘書桂女的報告及議程資料的附錄一，都有列出評核委員的共識建議，可做為本會協商下年度總額的參考，要 7 位評核委員都有共識並不容易，所以僅列出有共識部分，委員間未有共識的部分則未列入。
- 三、請參閱議程資料第 34 頁的評核結果，牙醫部門「優」、中醫部門「可」、西醫基層部門「良」，醫院部門「良」。行政院核定的 104 年度總額成長率上限 4.75%，相較前 2 年並未特別高或低，這三年來各等級的獎勵都相同，「優」級成長率為 0.3%，「良」級 0.1%，「可」級 0%。因本項獎勵每年均會在委員會議討論，若委員無特別意見，則依剛才說明的前例辦理。如有其他認為需增、減成長率的意見，也可提出，並經議定則照辦。請委員表示意見，請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

謝委員武吉要我提出，請說明評核委員如何產生？付費者及醫事服務提供者代表委員是否有機會推薦評核委員？過去也曾建議，但未獲回應，不見得是針對今年，但希望說明評核委員如何產生？

鄭主任委員守夏

- 一、我每次都回答，評核委員希望由學者擔任，比較公正、客觀；其次是希望對健保運作熟悉者，所以可能是健保會委員，或以

前費協會、監理會委員，或曾任四部門總額支付委員會即現在共同擬訂會議的委員。醫界代表可提供建議人選，最後是由幕僚與主委商定後聘請。

- 二、倒過來問，有沒有哪位我們聘請的評核委員，醫界代表覺得非常不恰當，可提出供以後聘任參考。為期兩整天的評核會，要看的資料非常多，評核委員其實很辛苦，都是辛苦請託才來擔任，我也曾遇過有委員表示很難幫忙，這是事實。若評核得不夠正確、客觀，其實會挨罵的，所以很多老師不見得有意願，先做以上說明。可否先敲定獎勵的成長率？這才是今天最重要的部分。

謝委員武吉

- 一、剛才是我要求朱代理委員益宏先提問，但主席的回答方式對朱代理委員不大尊重。主席應該要說明究竟評核委員是如何遴選聘任，我們主要是要瞭解今年如何聘請評核委員，應清楚說明，如果要被砍頭，也才會死的甘願；像中醫今年評核結果為「可」級，要讓他們死的甘願。醫院去年被評為「可」級，我們也很不甘願，所以中醫現在也不甘願。
- 二、評核委員的變動性、延續性、可近性是如何？！有無醫界委員參與？既然你們都有要求醫界委員推薦，但都沒有被採用！你們一意孤行，想怎麼做就怎麼做，世間沒有這回事。現在是公平、公開、透明的社會，你們竟然還做不公平、不公開、不透明化的事情，我的發言並沒有批評評核委員是好、是壞，我要說的是你們在作業上的不公平、不透明。今天請朱代理委員先發言，其實我坐在後面都有在指揮，坦白告訴你們，我絕對是對事不對人，是絕對堅持到底的人，一步都不會退讓。
- 三、今年評核委員如何產生，要先對醫界四部門總額講清楚，死也要死的甘願。為何有的部門每年都是「優」級？我們也要向其學習，所以要跟我們說清楚。現在醫院是健保署在操作，我們如何要求承作單位改進。現在就要決定評核結果如何處理，是

不對的做法。

鄭主任委員守夏

- 一、若謝委員武吉認為我們現在的邀請方式不好，請提出替代方案，我已說明是幕僚與我做最後的決定，主要遴選的原則為，最好是學者，因為公正、客觀；最好是對健保熟悉者，所以是健保會委員，或以前費協會、監理會委員；最好是參加過支付委員會或共同擬訂會議的委員，才清楚制度的細節，光這些條件，其實能挑的人選並不多。
- 二、我們有說醫界可以推薦。兩天都參與評核會的委員，如果認為我們邀請的評核委員有誰不好，可能有那位會更好，我們一定虛心受教並改進。評核委員人選不宜表決，若由大家挑選，那就是人際關係最好的人來擔任評核委員，這樣不是很好。過去都採這種方式，幾年下來，並未產生特別大的問題，所以今年未做改變。
- 三、我們是委員會，請謝委員武吉提出建議方案，如果大家有共識就照做，而不是主任委員說了算。再次強調，有些我們認為很適任的人選，不見得都願意來擔任評核委員。謝委員武吉如果有較明確聘請評核委員的方式、標準或做法，只要委員會同意，幕僚當然照做。

謝委員武吉

- 一、你說的我有在聽，但我不是你學生。你今天一直講好與壞，所以是位分離主義者，在挑撥離間，這樣是不行的。你以前擔任費協會主委時，曾講過一句話，我到現在都還牢牢記得，我們都有錄音。學者後面怎麼樣，我不想講而已，國家現在都是由學者管理，卻弄得亂七八糟。
- 二、我們要瞭解的是評核委員究竟是如何推派出來的，我沒有說評核委員的好或壞，只是詢問推派方式？問題是在於你們如何遴選評核委員！

三、因為下個月要協商總額，醫界這些可憐的少數 10 人，就要被修理，好像我要給就是要給，不給就是不給，我們醫界就像卒仔(台語)、乞丐一樣。就像朱代理委員益宏所提，部分醫界的成本完全沒有計算到，我剛聽得滿肚子火，主席還是逕行裁決，裁決時要公平、公正、合情、合理、合法，不要一意孤行，那是不對的。

鄭主任委員守夏

依剛剛幕僚提供的資料，包括李玉春老師、吳肖琪老師、盧瑞芬老師、林文德老師等 4 位，都是今年醫界推薦的。

柯執行秘書桂女

今年聘請的 7 位評核委員中，有 4 位來自醫界推薦。

鄭主任委員守夏

醫界還有推薦邱亨嘉老師、許怡欣老師、郭乃文老師、李卓倫老師、干文男委員及何語委員。所以我剛剛說，最好是學者、最好對健保瞭解者。到目前為止，我願意聽大家的意見，有無明確需要改進的地方？

謝委員武吉

你剛剛提到的委員名單，是不是拿到去年的？我們社區醫院協會推薦的委員跑到哪裡了？我們推薦的都不是上述委員。

鄭主任委員守夏

請幕僚再查一下各部門推派的評核委員名單。

何委員語

一、今年第一天的評核會議我有參加，也特別跟這些評核委員握手，握手之後發現這些委員都很優秀，因為我有心靈感應。聽完部份報告後，因為很放心，就去參加另外的會議，而未全程參與。

二、今年的評核委員都是公共衛生或健保相關領域的專家，尤其有

一位前健保署署長，所以在專業度方面沒有必要質疑。我認為評核過程他們第一很辛苦，第二很用心，第三很專業。

- 三、我擔任過一年的評核委員，搞得生病了！擔任評核委員那一年，我為什麼會去裝 5 支心臟支架，就是因為都睡不好，一天只睡幾小時，每次讀完資料已經 12 點半、1 點，之後就睡不著了，因為用腦過多。可是不得不睡，也不得不看資料，真的很辛苦。
- 四、我認為應該肯定這些評核委員，所以去年和今年我都不敢答應接受這份工作，因為我們不是專業人士，至少應讓公共衛生具醫療專業經驗的人來擔任，才較輕而易舉。
- 五、健保會應尊重評核委員的專業，沒有必要於評核結束後再提出質疑，而且不應該，但可以在評核前提供建議給評核委員參考。今天既然已經完成評核，就應該概括接受。相關建議可於明年上半年提出，究竟評核委員應該具備什麼條件，或各部門應呈現那些重點資料，這樣的方式較佳。今年評核委員評定的結果，應予支持與尊重，這樣才是好的運作程序。至於謝委員武吉的意見，可留供明年參考。

謝委員武吉

- 一、回應何委員語，剛才我的發言並未對評核委員有意見，只是希望說明如何遴選評核委員，認為遴選制度要有所說明。中醫多次被評為「可」級，可能評核委員當中對中醫不熟悉，所以中醫得到「可」級的機會增加；有的評核委員對牙醫較瞭解，所以牙醫得到「優」級的機會就增加；對西醫部分或也較為瞭解，得到「良」或「優」級的機會就較大。
- 二、今年已經評核完畢，不會想要推翻，今天所要發聲的是，希望明年至少要让醫界委員知道評核委員究竟是如何推薦與遴選，這才是正規辦法，不該每年都自己私下點選，自己高興就好，如果是博杯(台語)，博到笑杯也不見然就會笑(台語)。

鄭主任委員守夏

瞭解，請干委員文男。

干委員文男

- 一、非常贊同何委員語的看法，評核資料不要說看到流眼淚，還可能會看到睡不著、腦力失調。我認為評核過程很公正、公開，評核結束立即公布結果，能做到這點，我們非常認同。評論的過程也令人敬佩。
- 二、我認為來參加委員會議就像月考，讓醫界與付費者代表委員看看這個月健保做得好不好；而評核會議則是評估 1 年來的執行結果，有無做到一定程度。評核有一定標準，無關個人喜好，我可以證明，評核委員當場提出各部門有哪些缺失或需要改善之處，都很有公信力，一般人做不到的，所以拜託以後不要推薦我。

鄭主任委員守夏

請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

- 一、我剛好有參與兩整天的評核會，評核會類似評鑑，是對整體總額的執行過程與結果進行評鑑。我覺得這些評核委員的專業度夠，因為我們看到的議程資料都已經一大疊，要事前閱讀那麼豐富的資料，相信花費很多時間，而且當天的評論也非常清楚，讓各部門都有回答的機會，大家都可以補充說明。
- 二、至於評核委員的名單，是否一定要由醫界推薦，消費者可否推薦？建議應從專業角度來看。我們社會福利領域進行評鑑時，委員也不是由大家推薦，而是由主管機關遴選公正人士來擔任評鑑委員。針對評核委員的評論，除非有問題，否則應予尊重。因為相關指標也蠻清楚，今天下午座談會的總額協商參考資料，後面訂有很多項評核指標，應該都有逐一解釋，不是憑空給分。
- 三、如果兩整天評核會都有參與的委員，應該很清楚，評核委員是

不好當的，不會有個別恩怨，大家都很客觀地評論各個執行方案，而且給予很肯定、誠懇的意見，提供明年度修正方案之建議，或總額協商之參考。由當天評核委員提供的意見及各部門總額的執行成果報告，可瞭解其執行成效，所以我覺得很好。

四、至於程序上，評核委員要不要由醫界或消費者代表推薦，我覺得不該採這種模式，而應從較專業、公正、客觀的方式進行評核。

鄭主任委員守夏

請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、學者的建議也不是永遠都會被接納，就像我去年建議 PAC(Post Acute Care，急性後期照護)不能在區域醫院執行，就沒有被接納。為什麼建議？因為看到政府沒有控制預算的想法與概念，所以很擔心 PAC 走錯方向，必須善盡提醒的責任。
- 二、我也要感謝醫界，這幾年至少 2 次以上被醫界推薦擔任評核委員，謝謝醫界的信任。評核委員都是戰戰兢兢，希望能讓台灣健保的未來更好。一定要向委員報告，每位評核委員都是獨立打分數。
- 三、對於中醫界的朋友，坦白講，我誠心期待中醫界好，也許今年會是個轉機，所謂轉機是讓大家思考，到底中醫界要往哪裡走，才能使民眾的照護更好。再次感謝大家的信任！

鄭主任委員守夏

謝謝吳委員肖琪，請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、我對評核委員沒有任何意見，醫院部門只有 92 年的評核結果是「優」級，其他不是未評核，就是只獲得「良」、「可」級而已。但全民健保誰出的力量最多？誰照顧的民眾最多？還是醫院。民眾就診的比率有超過 60% 是在醫院，誰最血汗？誰付

出最多？也是醫院。

二、2025 年老年人口占比將超過 25%，到時誰的責任最重？還是醫院。所有的住院都在醫院，所以還是醫院負擔最重，結果評核都是「良」或「可」級。我要替醫院部門抱不平，總額不是醫院團體而是由健保署操盤，執行結果卻都要醫院買單，最後評核的結果也只是「良」級而已，覺得不是很公平。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝朱代理委員益宏，其他委員有無意見？(未有委員表示意見)如果沒有，再重複一次，決議照前例，評核等級為「優」級的牙醫部門成長率是 0.3%，中醫部門「可」級，沒有成長率；而西醫基層與醫院部門是「良」級，成長率 0.1%。
- 二、各位委員手上有一份由謝委員武吉所提，陳委員宗獻、何委員永成及李委員蜀平連署的臨時案。先徵求大家意見，因為今天專案報告的第 1 案，就是剛才謝委員武吉與朱代理委員益宏特別提到，有關健保法第 43 條推動自行負擔及轉診的執行報告，本案已經遞延 2 次了，可否先進行專案報告，視狀況再處理臨時動議，因為大家都很重視這個專案報告。未有委員表示反對，請健保署先進行第一項專案報告。

蔡委員登順

臨時動議與專案報告第一案有關，一樣是有關健保法第 43 條，因兩案內容差異性不大，建議併案討論。

鄭主任委員守夏

建議先進行專案報告，再徵詢提案人的意見，或許可於專案報告結束後直接討論。先請健保署報告。

楊委員漢源

專案報告不做決議，只提供建議，但臨時提案要討論並做成決議，原則尊重將兩案併案討論，但處理上應考慮臨時提案的目的。

鄭主任委員守夏

依蔡委員登順的意見，本專案報告是說明執行現況與背景，接著直接討論臨時提案；我的意見是先進行報告後，請臨時提案的提案人說明，再決定是否安插討論，因為後面還有其他專案報告。如果其他委員有意見，希望等報告案結束再提出，程序上我們尊重所有委員的共識。先進行專案報告，大家有無意見？

蔡委員登順

尊重楊委員漢淙的意見，本來就是這樣，專案報告沒做結論，但臨時討論案會有決議，專案報告後如果大家發言很踴躍，最後也會變成討論，都是一樣，也可做為臨時提案的結論，建議先這樣處理。

鄭主任委員守夏

謝謝！請健保署先進行報告。

伍、專案報告第一案「健保法第 43 條推動自行負擔費用及轉診之執行報告」、臨時提案「現行主管機關公告之門診、急診保險對象應自行負擔金額，悖離全民健康保險法第 43 條之精神，並有鼓勵民眾往高層級特約機構就醫而造成健保醫療費用支出增加，應予立即檢討改正」與會人員發言實錄

張專門委員溫溫報告

鄭主任委員守夏

徵求大家意見，臨時提案與剛才的報告案性質相近，委員是否同意將其放在報告案之後討論，若需請教健保署也請一併提出，再就臨時提案下決議。大家未表示反對，請提案人謝委員武吉口頭說明。提案人認為需要宣讀，請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀，提案或連署委員有無補充說明？請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、非常感謝同仁幫忙將整個密密麻麻的數字和說明都唸得很清楚。在此呼籲，大陸經常到台灣訪問，把台灣的缺點都儘量改善。委員有無拿到我剛剛分送給各位的書面資料，「浙江醫改下猛藥，首診到大醫院將完全自費」，他們真的大刀闊斧斬下去；反觀我們健保法第 43 條只做一半，而別人是這樣處理事情。大陸已經發現看診不易、一床難求等大醫院的問題，感覺上他們已經學習我們甚多，可能也參觀過多次健保署，回去後默默耕耘，很快修正，所以我們也應該盡快處理。
- 二、不是地區醫院笨，過去未實施健保之前，地區醫院算是老爺，不是像現在如乞丐一樣，過去所有急診都是地區醫院在處理。但為何地區醫院從 600、700 家變成 300 多家，我們有好好的檢討嗎？！主要原因就是健保法第 43 條將地區醫院咬死。
- 三、基層有更好嗎？我昨天參加西醫基層總額研商議事會議，有位

醫師說他 1 個月看 600 多位病人，收入約 26、27 萬，幾乎沒有賺錢，還虧錢，但幸好還有一點自費收入。地區醫院現在為何會被消滅到這種地步，都是因為未落實健保法第 43 條。現任彰化基督教醫院郭院長守仁曾說過，他去日本及其他國家參觀時，發現國外也認為地區醫院的確有必要繼續生存，就連醫學中心的院長都在呼籲要救地區醫院！現在遇到困難的，國家就要扶植，讓他們再活起來，才能救所有的老百姓。

- 四、告訴各位，高雄發生氣爆時，市中心有 1 間二聖醫院，醫療的前進指揮所就在二聖醫院，病患先在二聖醫院救治後，才轉到 802、阮綜合醫院，更嚴重的患者則轉到有燒燙傷中心的海軍總醫院或義大醫院，整個處理方式就是如此。指揮中心就在二聖醫院，所以都會型的地區醫院可以捨棄嗎？一定要存在！很沈痛呼籲，健保法第 43 條一定要落實，如果沒有落實，將採取激烈的手段處理。
- 五、看完健保署報告的這些資料後，替你們汗顏，吳委員肖琪建議急性後期照護，要在地區醫院及居家提供服務，結果健保署有這樣實施嗎？地區醫院照顧這些病患一天要做 6 次復健，點數 2,500 多點，如何生存？根本無法執行，件數有幾件都算得出來。
- 六、吳委員肖琪稍早也提到，分級醫療轉診制度未落實。之前的垂直整合方案，已經連續編列 3 年預算，結果只開過 1 次會議，大家有共識，但健保署就是不執行，很奇怪！平心而論，我們都是為了改善台灣老百姓的醫療照護。難道健保署不執行是出於某位長頭髮長官與我們有仇嗎？！
- 七、請問正對面的莊委員志強，你們會計師的記帳收入，能否每個月都打 85、86、87 折，不可能吧！但為何醫界每個月都要浮動點值，打 85、86、87 折，而洗腎打 79 折，合理嗎？非常不合理。我在此很沈重的呼籲，醫界不是乞丐在要錢，建議醫界也要有休息時間，週六、日全部休息。你們要休息，我們也要

休息，我們也要顧性命，晚上也不用看急診。我們默默付出，卻還被認定是血汗醫師、血汗醫院，好像我們只愛賺錢而已。我們不是愛賺錢，而是為維護台灣老百姓的生命財產安全，不是為了個人，是為台灣同胞，大家要將心比心。

八、現在謝武吉的醫院也可以不開了，乾脆賣一賣，不用做那麼辛苦，就賺很多錢。只要我說要賣，排隊要買的很多，因為地點好，是在最好買賣的地方。反正我這個人要做的事，就是會去做。上次也提過，我父親那一代有 3 位律師，2 位在 228 事件中喪生，到我這一代，隨時走都無所謂。我沒有發神經，如果要辯，大家都會辯，最好不要這麼做比較好。

鄭主任委員守夏

請李委員蜀平。

李委員蜀平

- 一、如果我有錢，一定馬上去買高雄最有水準的愛仁醫院。剛才聽到謝委員武吉的發言，他請我連署，我二話不說，因為謝委員的發言充滿正義感。台灣血汗醫院有這麼多，真要檢討，坦白說，我是快樂的藥師，也代表 4 萬多位藥師發言，台灣藥師目前好像什麼權利都是空中樓閣，我們藥師還是默默的付出而且很快樂。
- 二、呼籲謝委員武吉，既有這種氣魄，而且擔任委員這麼久，應多講一點落實轉診制度。我認為這個提案非常有意義，今天從總統府、行政院，鄭主席及黃署長那得知這些單位，只要聽說是謝委員武吉提案，大家就會馬上辦，而且會落實。這麼久都無法處理的議題，既然謝委員武吉有提案，我們就應正視並堅持下去，只要能落實，急診就不會壅塞，包括西醫基層的轉診制度都一併處理。
- 三、我敢說以謝委員武吉的氣魄，會像對岸習主席嚴奢一樣。習主席一打奢，大陸的魚翅、鮑魚都降五成，許多也轉賣回台灣，希望趁此機會將轉診制度做好，真正落實，就像謝委員所說，

落實後相信對醫界會很有幫助。

四、其次應加強民眾教育，不要小病就去醫學中心，如此浪費醫學中心的價值，希望這次能有共識，共同徹底解決此問題。

何委員語

主席！提出權益問題，可否先發便當讓大家用餐，如果要進行國事論壇，再繼續發表高見。

鄭主任委員守夏

一、今天議案很多，可能會到下午 4、5 點，建議等一下休息 20 分鐘再吃便當。

二、本案是 20 年來都無法解決的問題，不可能在這麼短的時間內就解決，如果吃完飯，大家有力氣，可能會談到 1 個小時。本案屬臨時提案，希望可以很快結束，趕快有個共識。(委員表示支持)

三、先請莊委員志強，再請楊委員漢淥。

莊委員志強

一、議程第 37 頁，第 3 張投影片，健保法第 43 條第 2 項，應自行負擔之費用，於資源缺乏地區，得予減免 20%。但對照我手邊健保法第 43 條第 2 項，只有得予減免，並未提到減免的比率，這些文字樣是否有依據？(曲委員同光：健保法施行細則第 60 條有相關規定)

二、依健保法第 43 條，就法論法：

(一)第 1 項規定，民眾不經轉診至地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫，應分別負擔 30%、40% 及 50% 等不同比率之醫療費用，這裡提到的「應」就是「一定要」，除非有特殊狀況才會使用「得」。

(二)第 3 項規定，主管機關時於必要時不是「應」，而是「得」以定額方式收取部分負擔。「得」的意思是有必要時，主管機關得依診所及各層級醫院前一年平均門診費用及第 1 項所

定比率，以定額方式收取。即有必要時，才有權利去做，這是第一要件；第二要件，就是每年需公告定額收取之金額。

- 三、第 5 張投影片，94 年以後，健保署就未調整過部分負擔。如果健保署認為這是從開辦以來就必須做的事，就不應該便宜行事，應該照著做，每年檢討、調整，而不是依照自己認為的方式，完全沒有依法執行。
- 四、健保署若認為目前的生活水準低落，物價多年沒有調整，而採用定額方式，建議健保署應該檢討是否修法，而不是便宜行事。只看前面的「必要時」做法，但忽略法條前後的重點，健保署這樣做是帶頭違法的行為。
- 五、另，從剛才簡報聽起來，目前的轉診制度其實非常完善，成效也很好，已經沒有必要採行健保法「必要時」之規定，請問現在是否已真正落實轉診制度？

鄭主任委員守夏

謝謝莊委員志強，請楊委員漢淥。

楊委員漢淥

- 一、健保法過去共修正 13 次，包括二代健保修法，這個條文一直沒有修改，我認為健保必須依法行政，這是民主國家應遵循的法則。健保法第 43 條，從健保開始實施時，就這樣訂定，無論我們怎麼解釋都可以，但必須按照條文執行，這才是民主國家應該的基本精神。
- 二、健保法第 43 條第 3 項規定，「必要時」可以不按比率，而以定額方式收取，並每年公告金額，這是定額收費的依據。但現在的定額是民國 94 年 7 月 15 日公告實施至今，沒有 10 年，也有 9 年，應該要依此規定修正。
- 三、另健保法第 43 條也規定，在醫療資源缺乏地區得以減免部分負擔；第 48 條則規定，有 3 種狀況，包括重大傷病、分娩及山地離島地區之就醫，可以免除部分負擔。只要完全依照健保

法規定執行，就沒有爭議，健保署不可以便宜行事。當然我們說要保護消費者權益，但到底消費者的權益，是應該適度調整部分負擔，還是要避免負擔太重，這也很難講。因為部分負擔太低，造成台灣每年人均門診次數 15 次，與各國比較算很高，我們了解部分負擔不可能讓浪費完全消失，但至少有些控制作用。

- 四、台灣的部分負擔現行比率約 11~12%，是全世界最低的，日本及美國是 30%。但很重要，美國民眾看病前要先支付一大堆自付額。基本上，我認為部分負擔的規定，應該要依法行政，訂定的法規若未執行，從任何角度來看都說不過去；若認為健保法訂得不恰當，那就修法，我們也不反對。

鄭主任委員守夏

- 一、在其他委員發言前，先說明一下，若依本案建議修正自行負擔費用，簡單地說，由剛剛健保署的試算報告可知，民眾看病時要負擔的金額將會比現在高很多。去(102)年 7 月的委員會議，健保署曾提出「調整保險對象應自行負擔費用」案，包括調整急診、中醫針灸及脫臼整復、西醫復健治療、門診高利用及慢性病連續處方箋之藥費等 5 項，當時本會的決議是緩議，請健保署重新評估後，若認為確有檢討需要，再擇期提案。
- 二、今天的臨時提案，是謝委員武吉所提，並由陳委員宗獻、何委員永成及李委員蜀平等連署，目前付費者代表委員尚未表示意見，希望在做決議前，先請付費者委員表示意見。請何委員語。

何委員語

- 一、本來我想先聽聽健保署對本案的看法。
- 二、社會上有個「消費金額指數」的概念，分為二級，一級是 299，另一級是 399。一般來說，消費金額指數的定額中，如果訂價超過 299 元、399 元或 499 元以上的物品，就會很難賣，因此，很少有人把基礎物品的價格訂為 999 元，我認為這是依據

消費者的心態所訂定。

- 三、假使健保署訂定部分負擔的費用可以考量運用「消費金額指數」的概念，那麼要吃 299 元和 499 元等級的人，就會不一樣，不會有每天吃 299 的人，跑去吃 499。如果這樣的話，只能支付 50 元去基層診所看診的人，就不會跑去醫學中心看病，因為醫學中心的部分負擔較高，可能不是 360 元，而是 899 元或 999 元。民眾看病前，會依病情需要及經濟情況，來衡量到底要去地區醫院、區域醫院或醫學中心才最合理。
- 四、健保法已有規定，如果改變作法，一定要修法，或只能依法行政。依我的看法，依法行政在目前的社會氛圍很難做到，因為年底要選舉，健保署一定不敢提出調整方案；若提出來，一定被罵得焦頭爛額。我們正要進行 104 年度總額協商，建議將部分負擔的調整列入協商，請健保署依此概念分析，訂定不同等級的部分負擔費用，如此可以平衡很多消費者、醫院的心態，這樣比較有科學根據及符合社會大眾的期待。

鄭主任委員守夏

先請李委員永振，再請干委員文男。

李委員永振

- 一、比較投影片第 6 張及第 8 張，101~102 年地區層級以上的醫院，急診的部分負擔比率都較一般門診低，是否合理？
- 二、第 12 張投影片之推動成效(1)，99 年至 101 年 3 年平均轉診服務量為 76.7 萬人次，102 年增加為 85.1 萬人次，把 3 年包裹(99-101 年平均)一起計算，就看不出趨勢，建議應該分 4 年呈現，看看趨勢有無改善？
- 三、第 13 張投影片之推動成效(2)，經過多年努力的結果，地區醫院、區域醫院及醫學中心看診次數的比率都增加，基層診所反而減少，是否合理？

鄭主任委員守夏

稍待再請健保署一併說明，請干委員文男。

干委員文男

- 一、接著何委員語的意見，在座委員及謝委員武吉，認為調整部分負擔金額沒有差那幾元，差異在哪裡？差別在整體社會的大環境不佳，自健保實施至今，工資一直沒有調整。剛剛聽到何委員語提到工資調整的問題，如果健保很有錢，今天早上就不必與主計總處斤斤計較，計算到底應提列 1 個月或 3 個月的保險給付支出。
- 二、我們不要什麼事都跟大陸比較，大陸是一個命令一個動作，我們做不到。其實台灣目前已經很安定，醫界的努力我們也都知道，但不要只比較好的一面，壞的一面都不提。
- 三、我朋友在大陸開工廠，現在的工資已加倍成長，請問醫院聘請護士的薪資有加倍成長嗎？沒有！現在的這個氛圍下，應該要全面考量，採用定率或定額？請教健保署，過去勞保時代，1 診次花費多少？現在花費又是多少？兩者相差多少？應該做完整的比較。我們想要制度變好，當然各方面都要考慮，不要只考慮「取」，也要考慮「捨」，有捨才有得。
- 四、我再三強調，每次委員會議，外界都有很多人等著看發言實錄，我以消費者的立場，不是只考慮到自己，而要面面俱到。現在時機這麼差，不能只有醫師賺錢，別的行業都無法生存，卻還要調整部分負擔。

鄭主任委員守夏

請連委員瑞猛。

連委員瑞猛

- 一、個人過去曾擔任多年費協會委員，謝委員武吉為本案已奮鬥多年，也提案多次。本議題確實有檢討的必要，不同層級的醫療院所，各有其應承擔的功能，惟在現行的轉診制度下，改革力道還不夠。醫學中心的責任不在門診，若需要靠門診來經營是

不對的，表示支付制度有改變的空間。

- 二、比照謝委員武吉所提浙江省的作法，消費者的選擇應該被尊重，尤其是民主國家，民眾小感冒時，有權利選擇醫學中心看診，但若未透過轉診，就必須承擔較大的財務負擔。健保應給予醫學中心合理的支付，促使醫學中心做該做的醫療，而不是依賴門診營運。透過這個過程，降低醫療浪費，讓醫學中心承擔更明確的責任；另外地區醫院、區域醫院方面，健保實施後，地區醫院和區域醫院的家數加總，縮減約一半，如何強化民眾對他們的信心，也是地區醫院應當努力的方向。費用的負擔會支配個人行為，也會促使醫療院所承擔應有的功能，本案確實需要好好深思，這是個人的淺見。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、台灣健保是全世界承保範圍最慷慨、看病最方便、時間成本最低、醫療成本也最低的保險制度，重大傷病患者如血友病患者，每年花費超過 1,000 萬，他們的部分負擔可以減免，所以很多事情應該思考，究竟就醫的正義應該為何？
- 二、台灣看病多、拿藥多，因為決定處方的「手」在醫師，可是「腳」卻長在病人身上，有可能是「手」的問題，也有可能是「腳」出了問題，如何處理「手」、「腳」的問題？「手」部分比較好處理，民眾若到基層診所看病，醫師開了 8 項藥品的處方，馬上會被抽審，因為訂有 21 項不予支付指標，健保署不需要審查，無須理由費用就被刪減。醫界使用很多方法與健保署一起努力，雖然還有地方可以壓縮，但看來改進空間不大。
- 三、第 14 張投影片之推動成效(3)，提到初級照護 5 年有成，醫學中心初級照護率由 15.85% 降至 14.24%(下降 1.61%)，區域醫院由 20.4% 降至 19.78%(下降 0.62%)，不知這種下降是否具有成

效？今天提案無法馬上解決問題，大家的時間很寶貴，我認為只是提個方向，大家重新思考，就是重大傷病及部分慢性病的負擔一定要減少，但是否要全部減免，都屬於「就醫正義」而非就醫倫理的問題，所以還需要多一點時間討論。

- 四、輕症就醫的問題，剛剛有委員提到，是否要拉大部分負擔的級距，其實基層診所的部分負擔也可以提高，因為有些病是不用看醫生的，以台灣人的健康狀況，每年平均 8、9 次的門診次數，應該足夠。所以，這部分的改進空間還很大。
- 五、醫療資源的合理運用，絕對要使用一些方法在「消費端」或「需求端」努力改進，不能只施壓「供給面」。以這次高雄氣爆事件為例，醫院的急診室都是病患，到處人滿為患，根本沒有空間，如果再有病人進來，怎麼辦？醫療資源要透過很多方法，包括調整部分負擔，讓民眾珍惜醫療資源。
- 六、個人具體建議，基本上很贊成健保署的報告，雖然沒有規劃細節，但明年 1 月後，健保會應有責任，就此問題好好思考及處理。

鄭主任委員守夏

本議題已討論很久，委員若有意見，可否簡單發言？請陳委員川青。

陳委員川青

- 一、去年已討論過，這是個難解的問題，重複討論，影響本會的功能及會議的進度與效率。本案是個嚴肅的問題，涉及三層級醫院之間的互動關係，小病看小醫院，大病看大醫院，方向是對的，建議健保署徵詢各界意見，慢慢朝此方向規劃，逐步改善。
- 二、拉大三層級醫院之間的自付額，也是一個努力方向，如果相差 100、200 元，差距不大，消費者根本不會在意，功能就會被打折扣。

- 三、還有一個方向，就是限制大型教學醫院的門診量，在某些基層或小型醫院可做的範圍內，儘量縮減門診量。消費者在今天這種社會氛圍，要求病人小病不到大醫院看診，恐怕不易達成，即便換個政黨，也很難解，但可以逐步檢討，讓社會接受「小病到小醫院，大病到大醫院」的觀念。
- 四、另外，某些重大傷病應可考慮調整部分負擔，個人若不擔任健保會委員，也不會理解。健保是社會公共財，大家共同負擔費用，所以分配時，更要公平、合理、公正，不能偏頗。若要鼓勵消費者小病看小醫院，就要以政策工具來達到目標，請健保署花點心思，用民調方式，拋出一個議題，徵詢消費者的看法及社會大眾反映的意見。僅用委員會討論是不會有結果的，因為委員不會承擔讓新聞媒體罵得臭頭的責任，我們應考量健保署面臨政治及執行面的問題，不要逼得他們喘不過氣來。
- 五、今天報告案的決定，只要「洽悉」，但是臨時提案要做成決議，就很困難了。本案去年已經討論過，即使明年、後年，每年都提案討論，問題還是無解，只會浪費大家的時間。大家的理想都很高，但當我們做決策或執政者時，事情就不會這麼簡單，尤其謝委員武吉意見很多，也很中肯，所以，本案應考量執行的難度及社會氛圍。

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、給予本案肯定，法規訂定有其價值，就應遵照法令去做，所以，轉診制度必然是要落實推動。
- 二、第 19、20 張投影片，健保署既然已提出結論與建議，就應該朝此方向努力：
 - (一)應落實「考量現行部分負擔占醫療費用比率仍低於法定比率下限、受益者付費原則、抑制不當醫療浪費及紓緩急診壅塞

等因素，實有檢討之調整必要」之建議。

(二)應推動「逐步改革：審慎考量現行部分負擔調整的可行性」之建議。

(三)「逐步改革重大傷病免部分負擔制度，並研議相關措施，分年分階段導入，提升部分負擔政策之公平性」之建議，訂有目標，就應照預訂期程，盡快推動。

鄭主任委員守夏

請李委員蜀平。

李委員蜀平

- 一、健保會難得有這麼溫馨的場面，所有委員包括付費者代表都挺謝委員武吉。請問鄭主委，去年的提案是緩議，今天是臨時提案，如果委員達成共識並做成決議，是否就可以執行？
- 二、相信所有委員能落實轉診，未來都會在歷史上都會留名，在座委員都為他們所代表的團體認真打拚，如果我們有共識要改變民眾習慣，讓他們珍惜健保資源，就應該朝此方向努力。
- 三、黃署長三桂應該賞我一些獎金，上星期我有兩位瀕臨生命末期的朋友，一位在高雄醫學中心，一位在台北醫學中心，家屬堅持要急救送病房開刀，醫師已說明就算開刀，好了也會成為植物人，經我勸導後，家屬放棄急救醫療，後來沒幾天病人就走了，這些都屬無效醫療。其實台灣的健保是世界第一，但背後也充滿許多不敢提之事，例如洗腎、RCW(呼吸照護病房)、葉克膜(體外循環生命支持系統)急診等床，以及醫療(內、外、婦、兒、急診)五大皆空等問題，都不敢掀出來。希望大家可以達成共識，教育並改變民眾，讓民眾珍惜健保資源，讓世界第一的台灣健保實至名歸。
- 四、我國政府教導民眾成功的案例不是沒有，例如垃圾不落地，及搭乘捷運不吃東西的習慣，這些都是我們的優點。希望在健保法的規範內，大家可以達成共識並做成決議，這個功勞算是謝

委員爭取來的，所以以後謝委員的提案會更有建設性。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

- 一、本案擬辦，如說明六：「沈痛籲請，健保實施已近 20 年，門診自行負擔的調整不容再緩，應立即予以改正，否則其所造成的健保醫療浪費，應由主管機關負擔，不該繼續轉嫁給醫界」。如果本案通過，只有兩行短短的文字，不知如何立即改正？
- 二、我提出付委動議，建議由本會付費者代表 3 位、醫界代表 3 位及 1 位公正人士，共計 7 位委員，組成研究小組，由健保署負責召集會議，於 12 月底前提出完整的建議報告，再據以執行。
- 三、應重新評估及訂定現行部分負擔的規定，目前民眾搭乘計程車，一上車就要收 70 元的起跳價格，部分負擔的設計可以比照計程車起跳價格的作法，分別訂定至醫學中心、區域醫院及地區醫院就醫的負擔金額。

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、剛剛李委員蜀平那樣講，讓我嚇了一跳！其實付費者代表並未支持謝委員武吉所提建議，對於這件事只是認為應該要討論。二代健保總檢討小組對轉診制度也有提出建議，如果落實法令，部分負擔應改為定率，但要考量其可行性；若仍採定額，應考量如何調整。
- 二、經過認真思考後，無論方向是朝修法或落實法令，我們都沒有意見。只是 20 年來法規都未能落實，表示確實有其問題，到底是健保法的問題？或衛福部怠惰？若是健保法窒礙難行，建

議修健保法第 43 條，若是衛福部怠惰，請衛福部及健保署能提出改善策略出來。由於部分負擔的調整影響消費者權益甚大，目前很難下決議，若有專案小組重新評估，我們會支持審慎評估。

鄭主任委員守夏

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

很佩服謝委員武吉的提案。健保法第 43 條規定的內容，20 年來都無法執行，可能有很多原因。很贊成剛剛幾位委員所提意見，部分負擔調整關係到消費者權益，茲事體大，要馬上做成決議，可能有困難，贊同何委員語組成專案小組之建議，請小組準備好詳細的資料，12 月底前再提會討論。

鄭主任委員守夏

謝謝楊委員芸蘋，請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、感謝所有委員發表寶貴的意見，雖然負面的意見比較少，大家一致認為有必要改正，但是請參看全民健康保險法，這是中華民國正式公布的法令，不是中華人民共和國的。一代健保名正言順地列在第 33 條，只是沒有第 2 項而已，其餘條文都有，依法要落實執行，沒有執行就是違法亂紀。不要等到老百姓不爽，才要來處理，這是依法有據，20 年前就應該要做，卻 20 年都未做，黃監察委員煌雄的檢討報告寫得很清楚，這已經是 20 年的老問題，檢討改進刻不容緩。現在二代健保是新法規，也列入同樣法條，既然經立法院通過、總統府公告的法令，一定要確實落實執行。
- 二、我不是沒有努力，其實早期我就很努力地推動垂直整合方案，想藉由垂直整合方案，加速落實轉診制度，但大家都「聽而不語，語而不說」，只是打馬虎眼。現在很沉重地要求今天一定

要落實本案，馬上處理這個問題，因為延宕到現在，要給的機會之前都給了，到現在已經沒有機會了！依法有據就是要處理，並且解決到底。

鄭主任委員守夏

一、請問其他委員有意見？現在時間差不多快 1 點鐘，本臨時提案之處理，我嘗試綜整大家的意見做決議：

(一)如果法令規定有執行上的困難，請衛福部提出修法案，並說明 20 年來未執行的原因或預訂執行的方向。依照謝委員武吉的說法，已經 20 年都未改進，不能再混水摸魚，確實應該要提出解決辦法。

(二)調整及改變部分負擔，無論採定率或定額，都直接影響民眾每次看診的費用，以及醫療院所的收費，所以一定要有方案，才能知道如何執行，因此，需由健保署擬案，提請本會討論。去年 7 月健保署所提方案，本會決議緩議，並建請健保署視需要再提案。請健保署可在健保法的規範內，提出具體可行的方案。

二、現以學者身分表示意見，部分負擔其實是兩面刃，可以解決問題，但也會帶來新的問題，會使窮人看不起病，以後變成有錢人才有能力去大醫院看病，這樣的報導登載出來，我們這些委員都要負責任。但是倒過來說，部分負擔那麼低，民眾都跑到大醫院看病，這也不對！到底怎麼做，真的沒有簡單易行的方法，如果有的話，早就做了，不會輪到我們這屆委員來解決。

三、我們不能不動，個人也非常支持要檢討，20 年的問題，不能當作沒看到。之前曲司長同光也已答應，會針對健保法第 43 條規定，在一定時程內召開會議檢討，這是衛福部本來就該做的事。另外，建請健保署可於適當時機提案，但請事先多方徵詢各界(包括醫界、付費者委員代表)的意見，避免像 7 月一樣又被緩議。於半年內研擬較具體可行的方案，並徵詢各界意見後，提至本會討論，應是大家的提議，都被考慮了。請問這樣

決議可以嗎？(多數委員表示同意)請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、不可以！主席這樣的裁決，是違法亂紀，本案與選舉無關，公平正義之處，就應該確實執行，不然現在馬上去立法院，向立委們說明將廢除健保法第 43 條，我謝武吉沒話講；但沒辦法說要廢掉啊！因此要確實執行，也就是兩個方案選一個，過去認為自行負擔金額用百分比不好計算，但現在的電子計算機、電腦的功能都很好，只要將應負擔的百分比設定好，不論 30%、40% 或 50%，金額馬上計算出來。
- 二、對於主席的決議我不能接受，反對到底，主席這樣變成領著我們這群人帶頭違法亂紀，這是不行的。

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

我認為主席的決議非常好，並沒有違法亂紀。過去20年來都無法推動的議題，主席下這樣的結論，給予半年期程，到時需完成，就表示下了很大的決心；真的要做，所以總須給執行單位一點時間。李委員蜀平提到委員認同本案，我認為是因為我們挺對的法案，並未特別站在哪一邊，只要讓健保往好的方向發展，醫療品質能提升，全民健康得到更好的照顧，醫療資源減少浪費，我們一定支持，而研議改革方案是須要時間的。

何委員語

- 一、主席，提出權益問題，吃飯也很重要(委員們笑)。主席決議的第一點，建議衛福部該修法就要修。若不能修法，我希望健保署能組成專案小組研究如何推動。
- 二、如果謝委員武吉不同意主席這樣的處理方式，還是認定違法，可將 20 年來，所有健保會委員，包括過去監理會、費協會委員都一併移送法辦，名單造冊後全部移送，因為此問題一直是

死結，不然怎麼辦？沒有其他辦法！

陳委員川青

- 一、支持主席的決議，也同意何委員語的意見。老實說，若謝委員武吉認為主管機關衛福部或本會委員怠惰，也只能按何委員語所提建議去做。
- 二、另外，本案並未對擬辦方式提出具體意見。例如應就去(102)年7月健保署於本會所提「調整保險對象應自行負擔費用」案所提內容，提出對應的具體方案，委員才能據以決定是否支持；但本案的擬辦為「如說明六」，而該段說明中，只提到要立即改正，沒有具體作法可供支持。另也提到「若未改正而造成的醫療浪費，應由主管機關負擔」，在實務上根本不可能，主管機關已經窮到不行。因此，若能提出具體方案，或許可以獲得支持，醫界不妨先拋出繡球(意見)，嘗試先讓社會大眾、媒體加以廣泛討論。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

轉診制度並非健保首創立法，在勞保時代即提出轉診制度，那時與健保不同的是，並非勞保全面特約醫療院所，部分醫院未特約。當時社會，似乎一個行政命令就可推行轉診制度，但當時社會處長一宣布要做，立刻造成社會譁然，最後是官員下台、而不是消費者遷就不合理的政策。這確實是我們過去的社會曾經歷過的事件。所以贊成主席的決議，採用大家的意見，應該慎重研討相關制度，探討究竟部分負擔比率該訂為多少？健保法要如何修正？才是比較恰當的作法。

鄭主任委員守夏

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、第一，何語委員說可以告，我也覺得是可以告，不是不可以，但對於是否提告，我心裡很掙扎。告下去大家就「好看」(台語)，我出身法律世家，所以我也瞭解台灣人不喜歡走法院。
- 二、第二，台灣都是媒體治國才會這麼亂，一件事情被媒體報導後，如同高雄氣爆事件一般，乒乒碰碰(台語)。
- 三、第三，我要的是公平正義，我們的制度到現在沒有公平正義，去年談「調整保險對象應自行負擔費用」案時，我都有提出對於健保法第 43 條的疑慮，也有提到醫院垂直整合方案，但是都沒有寫入，但該案閃閃避避、躲躲藏藏，難道只有修理醫界才算是公平正義嗎？只要談到確實落實健保法第 43 條時，就推說老百姓會反彈。一刀有兩刃，大家要分清楚！許久以來都不碰此問題，所以我一直發聲，今天更要採用較強硬的手段，要嘛就是修法，不然就是應該要依法，不能再任由健保署繼續做那些沒意義的事。
- 四、本來不應再給 6 個月期限，但主席已經說給 6 個月期限，也不要說我都不讓步，就請健保署於 3 個月提出檢討。

鄭主任委員守夏

現在已經8月，3個月後正是本會如火如荼、戮力協商104年度各部門總額地區預算分配的期間，屆時健保署若作業上來得及提出本項規劃案，那就OK。

謝委員武吉

主席，那不超過今年。

鄭主任委員守夏

- 一、何委員語也建議年底左右，本案就請於今年底提出規劃案。謝謝大家！
- 二、今天會議時間較長，可能要到下午 4、5 點才能結束，中間休息一下比較健康。先休息 15 分鐘吃便當，目標 1 點半繼續開會。

陸、專案報告第二案「全民健康保險新增醫療科技項目之替代效應分析」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

- 一、大家辛苦了！剛用完午餐，馬上就繼續進行今天的委員會議。
- 二、目前尚有 3 個專案報告未進行，建議優先報告與下個月總額協商較有關的議題，分別是第 2 案「全民健康保險新增醫療科技項目之替代效應分析」，與第 4 案「103 年度醫院總額『新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)』協商因素項目之執行情形(含預算評估)報告」。至第 3 案「102 及 103 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之執行情形及成效報告」，因與總額協商較無直接相關，建議之後再提報。請健保署先報告第 2 案。

陳專門委員真慧及陳專門委員尚斌報告

鄭主任委員守夏

謝謝兩位專門委員的報告。請問委員有無垂詢？請李委員永振。

李委員永振

- 一、本項報告內容分為兩部分，第一部分為新增支付標準項目，資料清楚可見，新項目相較於舊項目，雖然單價提高，但可減少住院天數，所以整體費用是下降的，效果看得出來。
- 二、第二部分新藥的替代效應，就看不出明顯效果。簡報第 18 頁替代效應的計算公式，看不懂！簡報第 19 頁，第 1 類新藥支付價格蠻昂貴，雖提到可減少使用舊藥及相關手術、處置等費用，但未提供節省費用的實際數據；簡報第 21 頁，第 2A 類新藥-範例 2，報告時雖提到服藥比較方便，可增加服藥者的順從性，但效果如何不知道。另，簡報第 22~23 頁，第 2B 類新藥，舉了兩個例子，但似乎只知道可增加醫師的選擇性，藥效如何也不清楚。能否針對各類新藥的療效，再詳細說明。

鄭主任委員守夏

先請委員提問，之後再請健保署一併回答。請吳委員玉琴

吳委員玉琴

一、我們過去一直關心新特材、新醫療科技項目，就是想了解其替代率。第一部分新增支付標準的報告，如腹腔鏡脾切除術，經與同類型手術比較使用情形，發現新引進的技術、新給付是值得的，因為比較省錢。

二、但第二部分新藥的資料及說明就不大清楚：

(一)投影片第 18 頁，不知道替代效應的公式為何這樣計算？似乎要我們多付錢，就稱為得到較好的替代效應，邏輯上有些看不太懂。

(二)第 2A 類新藥-範例 1，等於用了新藥要多付錢，但到底替代效果如何？例如第 2A 類的參考品一年的使用量有多少？新藥引進後的使用量變為多少？第一部分支付標準項目的報告內容，有長期的分析資料，呈現逐步替代效果；但藥價部分也是呈現下降趨勢嗎？我們想要看的，是新藥能否真的替代舊藥，因為醫界一直批評過去的相關資料都是假設性，會覺得都要由總額吸收新科技所增加的費用，而由報告呈現的資料看來，似乎新藥要多付錢，並沒有更便宜。

(三)應提供更多資料，包括替代效益及療效，承辦的業務單位都沒寫，只看到目前的數據，很難說服我們替代效果更佳，沒有說服力！希望業務單位能說明清楚，例如第 2B 類新藥，價格為 2,072 元，投影片呈現替代率 100%，每次使用 1 片，要使用幾天？還是只要使用 1 次就好？都未有相關資料、數據，應該說明清楚才容易瞭解。

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

一、由本報告資料顯示，因為新藥分類不同，其替代效應有高有

低。過去協商健保總額時，我們一直希望有相關資料供參，如新藥取代舊藥後，其前、後費用差距多少？因為沒有提供詳細數據，導致經常產生爭議。

- 二、本報告提及，新藥可以減少住院天數，及減少其他醫療費用，這部分能否呈現數據，讓委員更為清楚，協商時也才知道費用要加還是要減。建議健保署研提 104 年度總額協商草案時，應納入藥品的替代效應，估算的費用也會較準確。

鄭主任委員守夏

請李委員蜀平。

李委員蜀平

- 一、本會部分委員，也擔任藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議的代表，在共同擬訂會議經常發生的情況是，沒辦法把事情做好，尤其之前 Statins (降血脂藥品)、Lucentis (黃斑部新生血管病變藥品)的問題，到現在還在爭議中。
- 二、前兩天之共同擬訂會議提到，新藥影響總額的整體支出，尤其西醫基層及醫院總額部門，一直用預算有限的困境來阻擋新藥引進，結果變成病人的權益損失最大。請主席與健保署溝通，看新藥能否改由其他預算支應。
- 三、另外藥品議題比較複雜，即使該新的藥品可以取代舊藥品，也無法將原許可證撤銷，所以即使新藥療效、副作用、效果都比較好，但該新藥引進後，舊藥也不可能馬上刪掉，此問題非常錯綜複雜，因此建議於其他預算編列新藥預算，讓新藥引進僅需針對是否對病人有實證療效的面向評估，而不要受限於費用，也讓共同擬訂會議決定藥品是否納入給付時，不要受限於預算而不敢決定，如又送到健保會來討論，健保會又希望再送藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議討論，來來去去都是困擾。

鄭主任委員守夏

請郭代理委員正全。

郭代理委員正全(翁委員文能代理人)

- 一、新增支付標準之替代效應，以 96 年新增的 33 項胸腹腔鏡手術為例，為何只呈現其中 3 項的實證資料，這 3 項能代表 33 項的全部資料嗎？我不曉得，因為資料中並未說明。究竟是因為這 3 項可看到節省費用的效果，還是因為這 3 項是 33 項中最具代表性者？至於其他 30 項情況如何？不得而知。
- 二、新藥的部分，對第 2A 類新藥具有替代效果，無意見。但第 2B 類新藥，基本上替代率是 100%，也就是直接取代舊藥，但資料中看不到新藥是否較便宜，或更具效果等資料。

鄭主任委員守夏

請黃代理委員啟嘉。

黃代理委員啟嘉(蔡委員明忠代理人)

在看新藥替代舊藥時，有很多層面需要思考：

- 一、有關醫療服務成本指數的計算，並未考量新藥取代舊藥後，新藥成本提高的因素。
- 二、新藥造成病人就醫習慣的改變，例如簡報第 21 頁，第 2A 類新藥-範例 2，如果剛剛沒聽錯，病人服藥的遵從性會上升，意思是病人會變得較願意吃藥，病人不愛吃舊藥，可能因副作用或吃藥的麻煩程度等因素，因此舊藥使用量少，改為新藥後會造成用藥量提高，而健保署對此(第 2A)類藥品並未提供任何數據。本報告有關新藥的替代率，尚有進一步解釋及研討的必要。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、Echo(附和)李委員永振所提，新藥部分的說明看不懂。前面新增支付標準的分析，如簡報第 7 頁，用醫令量及費用點數來估

算，較為清楚，新藥的替代效果，也應比照此計算方式呈現。若某個藥有好幾十項類似品，出來 1 項新藥後，僅為更換新劑型，即使效果一樣，單價差距為 0，但替代效果應不僅止於此，應該還會衍生用藥行為及使用藥品組合改變的問題。例如某種慢性病原先是用 A+B+C 藥品治療，將來可能改為 A+D+E 藥品，所以藥品組合也可能不同。

二、未來討論新藥替代率時，雖然用價格來比較相對簡單，但不應僅比較價格，若以簡報第 7 頁的分析方式呈現，可能會更清楚，例如某種效果的藥品有 33 項，原來的舊藥加起來使用量多少？新藥引進後使用量又變為多少等。

鄭主任委員守夏

請陳代理委員時中。

陳代理委員時中(陳委員義聰代理人)

- 一、這兩部分的報告，其實都做得不錯，呈現一個概念，就是新藥、新科技並沒有用掉健保太多費用，這是我看到的第一點。
- 二、其次，不論身為消費者，或者我雖然是牙醫師，但也是一個就醫者，所以最關心的是，新科技能否快速、有效、安全地引進台灣醫療市場，而這才是我們最需要關心的事情。以前大家因為考量預算，擔心新藥、新科技項目開放太快，造成費用快速增加，造成健保費用上升太快。可是從這份資料顯示，似乎費用衝擊並未到洪水猛獸的地步，所以不須這麼害怕。反過來想，也就是剛剛李委員永振提到的，目前引進新藥、新科技的速度，是否符合台灣現代社會的需要，確實是我們要正視及思考的問題。
- 三、第 2B 類新藥，很多品項都會納入健保給付，但第 2A 類新藥很多品項並未引進，就是為控制健保費用，在某種程度上，不得不採用的手段。然而廠商也有抵制方法，就是不願意引進(不願意屈就於健保支付價，故選擇不供貨)，這樣到底是誰的損失？若 2A 類新藥確實有療效，也具有相當程度的替代率，

廠商卻不願意引進，這樣對就醫者來說，好還是不好？雖然對此議題不是很專門，但至少知道，新藥、新科技的引進對就醫者的重要性。

- 四、希望在財務平衡的前提下，能夠讓醫師及醫療院所有更多的選擇性，相信也是國人健康之福。在此提醒，應注意新藥、新科技引進的速度夠不夠快，並持續關注及檢視；另，第 2A 類新藥在獲得官方許可證後，健保卻遲遲未納入給付的原因為何，其是否已造成民眾的權益損失。

鄭主任委員守夏

謝謝陳代理委員時中，請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、其實對於新藥、新醫療科技方面，各位應該給予健保署掌聲鼓勵，該署每次開會，尤其是審查藥品時，都非常認真、努力，每次議程資料都很厚，大概是今天下午座談會的一半厚度。共同擬訂會議的代表，若不太瞭解案件時，健保署的同仁也很認真地提供相關資料。
- 二、以簡報第 21 頁的第 2A 類新藥為例，該品項新藥原應比照參考品的支付價，每粒 23.6 元，但該新藥調整為每粒 25.9 元，就是因為廠商在每粒 23.6 元的情況下，不願意供貨。所以我們不應該用苛責的態度，而要用鼓勵的態度來看待健保署同仁對這件事的投入，並給予掌聲，這樣他們才會做得更有信心、更好！

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

相關數據似乎不是很齊全，提出幾點疑問：

- 一、首先請教簡報第 6 頁，新增支付標準項目之申報占率，101 年為 72.5%，102 年為 75.4%，也就是這些新增項目的占率在 102

年上升 2.9%；另外住院天數有減少，但實際費用卻增加，請問到底淨增加多少？

二、今天未及報告的專案報告第 3 案，在議程資料第 69 頁，顯示因健保署擴大高診次就醫輔導對象後，讓就醫次數下降，一年節省費用約 6.7 億元，這部分可否回補新藥納入給付所造成的費用不足問題？

三、剛才有委員提到，有的新藥已經核准但未納入給付，及部分已被取代的舊藥還繼續使用的問題，請問這些情形的占率有多少？相關數據希望能有資料供參。

鄭主任委員守夏

請陳委員川青。

陳委員川青

一、個人的淺見，新藥、新特材、新醫療科技項目中，尤其是新特材，會顯著改善民眾所接受的醫療服務品質。建議健保署，針對新特材、新藥，尤其對消費者來說屬重大疾病，需要程度很高的品項，列為優先審查、優先考慮納入給付，而不是跟著所有的品項一起排隊。就像上次提到的如腦部受創引流器等特材，應加快納入給付的速度，讓有需要的病患能夠早日使用。

二、新藥審查雖講求一定的嚴謹度，但也應視需要納入優先審查。建議健保署對新特材、新藥品，均應建立審查的優先順序。

三、之前很受關注的 Statins 及 Lucentis 藥品，對 Lucentis 特別有點想法，記得上次眼科醫師在協商會議中提出，係適用於水腫的糖尿病初期患者的眼部黃斑部病變。但我在坊間聽到，很多眼科醫師認為，本項藥品昂貴，任何眼睛疾病都可以使用，疑有濫用之虞，所以除了對眼科醫師的教育程度把關外，建議健保署加強審查，因為國內符合前述適應症的人應該不多。

鄭主任委員守夏

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

在很多會議中聽到有關新藥的相關討論，因舊藥的藥價逐年遞減，似乎越來越多新藥被研發出來，令人懷疑研發新藥的目的，只是為了延續高藥價嗎？若對病患實質幫助，例如新藥可減少藥的服用量，或住院天數，這是好的，但不希望只為了延續高藥價的理由，而鼓勵新藥不斷增加品項，也許這還會造成醫師使用上容易錯亂，或不易選擇用藥品項等問題。希望新藥不會因前述負面理由而多引進，故嚴格審核新藥是必要的，希望臨床醫師的專業度都足夠，讓消費者用到好的藥品，也用到正確之處。

鄭主任委員守夏

本案為報告案，大家已經討論一段時間。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、提醒有兩種類型的新藥，應無法呈現替代效果，例如共同擬訂會議提到，原採用手術治療者改以藥物治療，或原來是注射劑改用口服藥，因民眾接受度提高，因此新的方式反而用得更廣泛，也造成量的增加。
- 二、像黃斑部新生血管病變，Lucentis 藥品是用注射取代以前的雷射處置，陳委員川青所提加強審查的建議，真的要重視，我們也會請基層診所好好把關，否則造成爭議案件，除了要面對專業審查外，後續也會延伸至爭議審議層次。
- 三、綜上，在考慮替代效應時，具體建議是，面對無可替代的第 1 類新藥，屬新的治療方式，因為尚未有其他可供比對的價格，因此宜編列在其他預算，就不會產生總額部門內部擔心費用衝擊，所進行的專業審核。因為該藥品對民眾的確有好處，所以不用太考慮價格是否合理，就比較容易做正確、更好的判斷。對廠商而言，新藥若可以納入台灣的健保給付市場，股價也會上升，並無不利。

鄭主任委員守夏

- 一、本案為報告案，委員所提意見，供健保署參考。另有關新增支付標準項目，也就是新醫療術式部分，剛才委員提出的疑慮，包括 33 項新醫療術式，只呈現其中 3 項資料，而且都是省錢的，此究竟屬特例，還是本來就這樣，其實委員都希望瞭解；至於其他 30 項到底會多花錢，還是如同這 3 項一樣，可以省錢，這部分也有疑慮。
- 二、至於藥品部分，可否嘗試分析，例如某項新藥與其他可取代的舊藥，觀察近幾年相關品項的消長情形，並計算其所需費用，讓大家有全貌性資料。基本上藥費成長有它的道理，不只藥價下降，一般來說新藥也會貴一點，這屬常識，我們可以理解。
- 三、上述建議，若要於下個月總額協商時提供參用，我猜來不及，因為這部分非常複雜，所以請健保署在合理期限內，再提供這些資料供委員參考，這樣協商時才知道什麼樣的成長幅度，較為合理。請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

由簡報第7頁可了解，舊的手術方式費用是27萬元，新的手術方式是18萬元。也看到雖然大部分的手術案件，都已採用新術式，不過102年仍有411件採用舊術式，若能全部改採新術式，每件就可再節省8萬元，這411件可再節省1億元。建議進一步瞭解未採用新術式的原因，或許是病人的疾病狀況只能採用舊術式，或是醫師技術不夠純熟，這部分則可透過加強醫師繼續教育加以改善。

鄭主任委員守夏

請健保署在管理面能多加注意。接下來進行下一個專案報告，請健保署報告。

柒、專案報告第四案「103年度醫院總額『新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)』協商因素項目之執行情形(含預算評估)報告」與會人員發言實錄

陳專門委員尚斌報告

鄭主任委員守夏

謝謝陳專門委員尚斌的報告！請問委員有無詢問？請蔡委員登順。

蔡委員登順

上次委員會議，健保署曾提到102年納入健保給付的新藥、新特材申報資料，記得102年金額不到800萬元，但簡報第6頁資料顯示，103年上半年新藥的新增額度為3.05億元，相較去年增加的幅度很高。剛剛更新簡報第7頁的資料也顯示，103年上半年新特材增加金額為0.26億元，2年間差異也很大，是否因103年收載了一些突破性新藥、新特材品項所造成？請健保署說明。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員登順，請問其他委員有無詢問？如果沒有，請健保署答覆。

陳專門委員尚斌

- 一、感謝蔡委員登順的提醒，我想委員都瞭解，每年總額協商時，不論醫院或西醫基層總額部門，有關新藥、新特材及新醫療科技項目在估列預算時，健保署內部會先行計算；而新藥、新特材納入健保給付後，到該品項執行的成熟期，必然需要一段時間，尤其納入健保給付的第1年，整體的花費其實非常小，所以我們在計算每年新藥、新特材的預算額度時，都是採5年橫向計算方式，也就是將5年內的新藥、新特材做統整計算，評估未來逐年可能發生的額度需求，是採用這樣的方式編列預算，以做為健保會協商總額時的基礎資料。
- 二、因此，剛才蔡委員登順所提部分，應係指102年所引進的新藥，在102年發生的醫療費用，不論是藥品或特材品項，費用

都非常少，但若呈現 101 年、100 年、99 年、98 年，幾年來新藥、新特材在臨床使用的情形，都還是呈現成長的趨勢樣態，這部分相關費用還是要併予估列。因此，本案提供之資料的計算方式，是照過去每年總額協商時的預算估列方式，依過去 5 年的資料為基礎計算，新藥的新增額度為 3.05 億元，預算執行率 44.5%，以上說明。

鄭主任委員守夏

- 一、若委員未有其他請教，謝謝健保署的報告。基本上，本案讓我們了解，協商因素中新藥、新醫療科技項目編列 20 億元，從第 1 年到之後每 1 年的大概使用情形，原已較為普遍的自費項目，納入健保給付後，第 1 年的費用成長可能比較快；另若部分診療項目可能醫師還需要時間練習、熟悉，成長速度也會較慢，這也合理。
- 二、專案報告進行到此，今天的委員會議到此結束。接下來，繼續進行 104 年度總額協商因素項目及計畫(草案)座談會。