

衛生福利部全民健康保險會
第1屆103年第6次委員會議事錄

中華民國103年6月27日

衛生福利部全民健康保險會第1屆103年第6次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國103年6月27日上午9時30分

貳、地點：中央健康保險署大禮堂(台北市信義路3段140號18樓)

參、出席委員：

干委員文男

曲委員同光

何委員永成

何委員語

中華民國全國工業總會華副處長清吉(代)

吳委員玉琴

吳委員肖琪

李委員永振

李委員蜀平

中華民國藥師公會全國聯合會古監事會召集人博仁(代)

林委員至美

國家發展委員會沈科員書萱(12:50以後代)

林委員啟滄

中華民國全國漁會陳秘書健民(代)

林委員錫維

翁委員文能

新光醫院管理部保險課廖襄理秋燭(10:30-13:00代)

台灣大學附設醫院醫療事務室黃組長雪玲(13:00以後代)

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(代)

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

楊委員漢淙

楊委員麗珠

葉委員宗義

蔡委員明忠

中華民國醫師公會全國聯合會周理事慶明(10:50以後代)

蔡委員登順

蔡委員圖晉

中華民國工業協進會張秘書長文龍(代)

謝委員天仁

謝委員武吉

肆、請假委員：

李委員成家

周委員麗芳

侯委員彩鳳

柴委員松林

莊委員志強

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

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：

各位委員、黃署長及所有與會人員，大家早

首先介紹新任的陳委員義聰，渠係中華民國牙醫師公會全國聯合會的新任理事長，請大家歡迎往後將一起打拼的陳委員。

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5)次委員會議紀錄，請 鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(第 5)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，及歷次會議未結案件之後續處理情形洽悉。
- 二、各部門總額執行成果發表暨評核會議之出席意願調查表，請委員於本(103)年 7 月 7 日前回覆，俾憑安排後續事宜。
- 三、衛生福利部之衛生福利大樓已於本年 6 月落成啟用，7 月份以後之委員會議是否回歸部內會議室召開乙節，請幕僚先安排 7 月份到部開會，以利評估會場之合適性及未來選擇會議地點之討論，7 月份會議通知單上並請特別標示會議地點之變更。

第三案

案由：中央健康保險署 103 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案(草案)」報告，請 鑒察。

決定：

- 一、中央健康保險署所提報兩方案，較諸外界期待尚有改善空間，惟考量均已將新增護理人員數、偏鄉醫院住院護理費及三班護病比等納為鼓勵項目，為利方案即時執行，授權該署於擇定方案後，陳報衛生福利部核定及辦理公告事宜。
- 二、至方案中有關以支付標準獎勵通過醫院評鑑人力標準者，將不符本專款「經費不得用於調整支付標準」之協定事項，爰請進行相關修正。

第四案

案由：中央健康保險署「103 年 5 月份全民健康保險業務執行報告」，請 鑒察。

決定：為避免外界對直轄市政府應負擔保險費補助款之還款計畫及相關撥款情形產生誤解，請中央健康保險署參酌委員意見調整報告內容；餘洽悉。

拾、討論事項

第一案

提案單位：本會第三組

案由：104 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)，提請 討論。

決議：

- 一、本案依所擬草案，於「(四)協商共識會議進行方式與原則之 6.」中，加入劃線標示之文字後，照案通過：遵照本會 102 年 10 月份委員會議議決事項，各部門總額年度預算之協商終止點，原則預訂為 9 月份之委員會議，未能在安排時限內達成共識，除經協商雙方代表同意外，將依法送請主管機關裁決，不再重啟協商。
- 二、104 年度總額協商程序，於納入本會 4 月份委員會議通過之工作計畫後如附件。

第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：罕見疾病特殊材料「『沛佳』法斯樂-杜瓦伸縮式髓內釘系統」納入醫院總額罕見疾病專款項目案，提請 討論。

決議：本案被保險人代表之委員認為，103 年度醫院總額之罕見疾病專款，目的很清楚是用於罕病藥品費用，尚不包含特殊材料費用，且其已經主管機關對外公告，即產生法規命令效果，健保署本應據以執行而不該提案。但罕見疾病病人，社會應予照顧，而 103 年度醫院總額一般服務之「新醫療科技」項目

約有 20 億元之預算，是用於支應新增診療項目、新藥及新特材等，本案所訴求之特材(每年經費約 336 萬點)，適用該新醫療科技項目之用途，所以主張使用該款項。另外，醫事服務提供者代表之委員，也認同罕見疾病病人，社會應予照顧，但反對本案特材支用「新醫療科技」項目之預算，而主張使用「罕見疾病藥費專款」。由於雙方僵持不下，健保署經考量後撤回本案。

附帶事項：請中央健康保險署於本年 9 月份總額協商前，提報 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)。

拾壹、專案報告

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：健保代位求償執行情形與成效報告，請 鑒察。

決定：為期健保代位求償之執行更見成效，請中央健康保險署就委員所建議，於非強制保險部分，研議有無行使代位求償之機制，以符公平正義原則。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案之執行情形，請 鑒察。

決定：請中央健康保險署參酌委員意見，檢討改善「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案，使達該方案原所訴求之目的。

第三案

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。

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：全民健康保險新增醫療科技項目之替代效應分析，
請 鑒察。

主席裁定：保留至下次委員會議報告。

拾貳、臨時提案

提案人：干委員文男

連署人：楊委員芸蘋、林委員錫維

代表類別：保險付費者代表

案由：健保署應依法不得將全民健康保險憑證(下稱健保 IC 卡)做為具備電子零錢包、現金儲值或任何塑膠貨幣等非醫療使用目的之功能，以保障保險對象隱私，
提請 討論。

決議：請中央健康保險署於健保 IC 卡之改革方向確立後，
主動提會報告，以利委員了解。

拾參、散會：下午2時15分。

104 年度總額協商程序

第 1 屆 103 年第 4 次及第 6 次委員會議(103.4.25 及 6.27)通過

一、工作計畫表

工 作 項 目 及 內 容	預 訂 時 程
一、協商前置作業 1.討論 104 年度總額協商架構、通案性原則及協商程序。 2.建立協商參考資料： (1)編具「全民健保總額支付制度協商參考指標要覽」。 (2)編具「全民健保總額執行成果摘要」。 3.召開各部門總額執行成果評核會議： 檢討、評估各總額部門 102 年度協定事項執行情形。 4.請健保署提報 103 年度總額所協定計畫(含專款)之執行情形。 5.104 年度總額案於主管機關交議後，進行各項相關作業： (1)請主管機關派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策方向。 (2)確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。 6.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算規劃草案。 (1)規劃草案內容應包含協商減列項目及預估金額。 (2)各總額部門與健保署擬訂規劃草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。 7.安排總額協商之相關座談會/會前會。 (1)召開 104 年度總額協商因素項目及計畫草案座談會： ①請各總額部門及健保署報告所規劃之 104 年度總額協商因素項目及計畫草案，並進行綜合討論。 (註：除簡報外，並請提供各協商項目或計畫之詳細說明，其須包含目標、醫療服務內容、費用估算基礎、過去執行成果、預期效益等資料)	103 年 5 月 23 日 6 月 27 日 103 年 6~8 月 103 年 7 月 30、31 日 103 年 7 月 25 日 103 年 7 月 25 日 (或 8 月 22 日) 103 年 8 月 103 年 8 月 22 日(下午)

工 作 項 目 及 內 容	預 訂 時 程
②請幕僚彙整評核會議評核委員之共識建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。 (2)召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。 (3)另視需要召開座談會。	103年8~9月 103年8~9月
二、各部門總額成長率及分配方式之協商 1.協定各部門總額成長率。 2.協定各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。 3.年度整體總額協定成長率及其分配之確認，及報請主管機關核定。	103年9月26~27日 103年10~12月 103年10~12月
三、協定事項之執行規劃與辦理 1.健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案。 2.各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或總額部門專案報告。	103年10月~ 104年12月

二、協商會議(含共識會議及委員會議)之安排：

(一)協商會議日期：本(103)年9月26日及27日上午，共一天半。

(二)工作內容：

1.協商共識會議(9月26日)：

①分場次協商牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院等各部門總額，及健保署管控之「其他預算」，另討論其他未盡事宜。

②門診透析服務獨立預算，則依西醫基層及醫院等二總額部門協商順序，併於先談之部門協商。

2.委員會議(9月27日上午)：完成協商結論之確認。

(三)協商共識會議之與會人員：

1.付費方：保險付費者代表委員。

2.醫界：

①保險醫事服務提供者代表委員。

- ②牙醫、中醫、西醫基層、醫院等總額部門協商時，以該總額部門之代表委員為主談者，另加上該部門推派之協商代表 9 人(參照去年人數，以會場可容納為原則)。
- ③護理及藥師公會全聯會代表委員可參與相關部門總額之協談。
- ④門診透析服務：由西醫基層及醫院部門代表協談，另邀請台灣腎臟醫學會列席說明(1 人)。
- 3.專家學者及公正人士、國家發展委員會及主管機關代表委員。
- 4.社保司與健保署相關人員及本會幕僚。

(四)協商共識會議進行方式與原則：

- 1.各部門協商順序：於 7 月份委員會議抽籤決定之。
- 2.議程提經委員會議確認後，即應遵照辦理，不可臨時要求變更。
- 3.各部門協商時間，安排如下表：

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 20 分鐘)	60 分鐘	(門診透析 20 分鐘)	130~170 分鐘	30 分鐘	30 分鐘	130~230 分鐘
西醫基層	25 分鐘		50 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。

4.相關原則

- (1)所有委員均可入場，惟非協商當時之總額部門委員，僅聽報告、提問與發表意見，但不參與預算協商。
- (2)各部門和付費者代表委員進行預算協商時，請健保署相關人員在場提供所需說明。
- (3)付費者及醫界委員視需要自行召開會議時，可邀請專家學者及公正人士之委員提供諮詢意見，及請本會幕僚與健保署協助試算與說明。
- 5.各方未能達成共識時之處理方式

- (1)保險付費者代表委員間無法達成共識時：

於協商共識會議中，由付費者委員召集內部會議討論，若無法以共識決形成一案時，得由其代表以多數決議定之。

(2)總額部門代表委員間無法達成共識時：

於協商共識會議中，由總額部門委員召集內部會議進行協調。

(3)總額部門與付費者委員無法達成共識時：

依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就保險付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員建議方案當中各提一案，報主管機關決定。個別委員對建議方案有不同意見時，得提出不同意之意見書，由健保會併送主管機關。

6.遵照本會 102 年 10 月份委員會議議決事項，各部門總額年度預算之協商終止點，原則預訂為 9 月份之委員會議，未能在安排時限內達成共識，除經協商雙方代表同意外，將依法送請主管機關裁決，不再重啟協商。

註：上開決議事項為：「為期來年總額協商順利，往後於年度總額協商會議前，宜多召開會前溝通會議，討論中央健康保險署及各部門總額所研提之協商項目/計畫/方案內容。若經努力仍協商未果，則應依法，將付費者及醫事服務提供者代表委員之方案，報主管機關決定，不再重啟協商」。

三、協商結論之確認

(一)協商項目之成長率(或金額)：於協商共識會議當場試算並進行確認。除經部門總額代表提議，並獲得付費者委員支持，方可重新協議及再行確認。

(二)協定事項：於委員會議中確認；文字若不違原協商事項，可酌修。

四、協商共識會議實錄之製作與公開

為讓各界瞭解年度總額之協商過程，與會人員發言內容，將以實錄方式上網公開之。

第 1 屆 103 年 第 6 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 5)次委員會議紀錄」、例行報告第二案「本會上(第 5)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、今天是 103 年第 6 次委員會議，首先確認識程，此次議案較多，計有 4 項例行報告、2 項討論案(分別為「104 年度總額協商程序」、「罕見疾病特殊材料納入醫院總額罕見疾病專款項目」)以及 4 項專案報告。
- 二、請問委員對今天議程的安排有無意見?(委員表示沒有)若無意見，則照議程進行，謝謝大家!
- 三、接著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，請問各位委員對會議紀錄內容有無修正意見?請謝委員武吉。

謝委員武吉

對會議紀錄內容沒有要修正，但有些文字寫得不很明確部分，我保留以後再處理。

鄭主任委員守夏

- 一、好，上次會議紀錄確定。
- 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，請柯執行秘書桂女說明。

柯執行秘書桂女

- 一、各位委員及與會者，大家早!
- 二、在進入報告之前，先向大家說明桌上的 2 份資料：
 - (一)第 1 份資料是本會訂於 7 月 30、31 日召開「全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議」的委員出席意願調查

表，後面附有議程(草案)。依慣例歷來每年都會召開評核會議，請委員就意願調查表內容進行勾選，期待所有委員都能參加。委員可於勾選後置於桌上，或於7月7日前以傳真或電子郵件回覆。

(二)第2份資料是中華民國護理師護士公會全國聯合會將在7月14日下午召開「推動護病比與健保護理費給付連動政策」座談會，以向委員完整說明「提升住院護理照護品質方案」的實施成效，全聯會懇請各位委員都能參加。

三、我們從去(102)年1月至今(103)年6月，因為衛生福利大樓尚未落成啟用，所以這1年半以來都是借用健保署的會議室，目前衛生福利大樓已經落成，所有單位也都於今年5月底進駐，並在6月18日舉辦衛生福利大樓啟用典禮，因此建議自7月份開始，委員會議可以回歸到部內會議室召開，衛福部大樓靠近臺北捷運昆陽站，由4號出口步行約5分鐘，地址在臺北市忠孝東路6段488號。謝委員天仁在點頭？

謝委員天仁

我是搖頭！

謝委員武吉

請問衛福部的開會場所是圓的還是扁的(台語)？

柯執行秘書桂女

目前有一間會議室與現行使用的會議室類似，但稍微小一點，幕僚部分可能需搬椅子供與會者使用；另一間會議室較大，中間的會議桌椅是排成兩個圓圈，內圈座位恐怕容納不下所有委員，外圈則可容納得下出、列席人員，會場兩邊也有幕僚人員座椅。兩個會議室的空間都可供本會召開委員會議，但不清楚委員是否認為理想，因屬主觀認定。

謝委員武吉

我認為現在看主席覺得英俊、瀟灑、美麗，面容看起來不太老(台

語)，聽說若在那邊(衛福部)開會，看主席可能像在看電視劇遠鏡頭的人一樣，這樣的會議場所好嗎？

鄭主任委員守夏

- 一、本會為衛福部的內部單位，照理應在衛福部召開會議較為合宜。在這邊召開會議是借用健保署場地，除非衛福部大樓找不到適當場地供我們召開會議，不然應該還是到衛福部較為妥適。
- 二、我還未到衛福部會議室，但會專程去看，感謝委員武吉的提醒。現行部務會議所用的會議室，聽起來似乎與行政院院會的大會議室相當，不過可能因會場較大，而無法清楚看到所有與會委員。先看過會場再說，不過也請委員有心理準備，我們應該還是回到衛福部召開會議較合宜，雖然本會為獨立的常設性任務編組，但仍隸屬於衛福部。

柯執行秘書桂女

建議先到衛福部召開一次委員會議，以了解場地的優缺點，及我們是否合用。

謝委員武吉

可以請幕僚先去看看，於下個月報告後，再決定是否在那邊召開。

柯執行秘書桂女

謝委員武吉的意見是 7 月份仍在健保署召開會議，由幕僚將衛福部的會議場景投射在布幕，供大家確認是否合適嗎？

鄭主任委員守夏

這些行政事務，請幕僚同仁再跟衛福部相關單位協商，因為本會委員較多，如果連停車位都不夠，也是個問題。下次開會地點，不論是在健保署或衛福部，開會通知會特別註明場地有無更換。感謝委員武吉提醒。

謝委員武吉

主席，以後開會就十點開始。

鄭主任委員守夏

我們先試一次看看，請幕僚先安排 7 月份到部開會，以利評估會場之合適性及未來選擇會議地點之討論。

謝委員武吉

這邊到那邊會增加多少時間？

鄭主任委員守夏

可能 20 多分鐘，謝委員武吉的意見請幕僚一併納入考慮，這些都屬行政事務。

謝委員武吉

光要到衛福部就要 20~30 分鐘，那麼會議時間應該改為 10 點開始，否則我們這些南部委員一大早就要北上開會，很不公平。

鄭主任委員守夏

這是報告案，屬行政事務，謝謝委員提供意見，我會親自去看，並搭捷運計算所需交通時間。據我所知，搭乘捷運較自行開車方便。請柯執行秘書桂女繼續報告。

柯執行秘書桂女

一、請大家翻到議程第 19 頁：

(一)說明一，上次委員會議決議(定)事項有 5 項，依辦理情形建議解除追蹤 2 項，繼續追蹤 3 項，請翻到議程第 21 頁：

- 1.第 1 項的辦理情形，健保署已於 6 月 10 日建置「自費醫材比價網」，我已上網查看過，確實建置完成，本項建議解除追蹤。
- 2.第 2 項是健保業務監理架構與指標建置案，健保署將於 7 月份報告監理指標之監測結果，因此本項繼續追蹤。
- 3.第 3 項及第 4 項係有關藥費支出目標制的辦理情形，目前暫列繼續追蹤，等今天健保署報告後再解除追蹤。

4.第 5 項是上次會議的臨時提案，委員建議健保的費用不得挹注「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」的經費財源，健保署回覆「醫療事故補償基金」的財源，經立法院朝野協商後，並未包括健保費用，本項建議解除追蹤。

- (二)說明二，歷次委員會議的未結案件。委員會之前同意每年於 6 及 12 月份彙整後向委員報告，說明如下，請翻到議程第 23~24 頁，歷次會議未結案件之後續提報情形分為兩部分，第一部分為預定 103 年 6~8 月提報之案件，第二部分為 103 年 9 月後提報之案件。多數均依委員會議決議(定)之月份安排提報，僅有一案併案處理，即原訂 4 月份提報之「103 年度各部門總額協定事項重要計畫之執行情形報告」，因時間關係遞延，所以建議於 7 月份一併提報，資料也會較完整。因為今天議程安排議案較多，就不逐案報告，請委員參閱書面資料。特別向委員說明，幕僚會逐案管理包括年度工作計畫所擬的未結議案，不會未報告或討論就結案。
- (三)說明三是中華民國醫師公會全國聯合會於今年 5 月 13、14 日，擇台南市訪查其西醫醫療資源不足地區改善方案之辦理情形，本會委員(含代理人)計 7 位參加，幕僚人員擬具之訪查活動報告如議程第 101~104 頁的附錄一，請委員參閱。
- (四)說明四是中華民國中醫師公會全國聯合會於今年 5 月 28、29 日，擇金門縣訪查其中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案之辦理情形，本會委員(含代理人)計 10 位參加，幕僚人員擬具之訪查活動報告如議程第 105~109 頁的附錄二，請大家參閱。另外中華民國牙醫師公會全國聯合會於今年 6 月 19、20 日，也有舉辦訪查活動，因印製本次會議議程時訪查報告尚未產出，所以該次訪查報告將會納入 7 月份委員會議議程資料中。
- (五)說明五是衛福部及健保署於 3~6 月份發布及副知本會之相關資訊，在議程資料第 110~132 頁的附錄三至十一，請委員參

考。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝柯執行秘書桂女的報告。
- 二、請問委員有無詢問？剛剛柯執行秘書桂女報告未結的案件，是委員會議決議(定)事項之追蹤案，所以於 6 月份一併彙整提供委員了解，有時議程真的安排得很滿，特別是 9 月份總額協商前，有些議案是否一定要提報，可再考慮。委員如果沒有詢問，本案洽悉。
- 三、接下來進行例行報告第三案，是依醫院總額協定事項的要求，請健保署提報 103 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」，讓委員了解預算編列後，護理照護品質有無改善？請健保署報告。

貳、例行報告第三案「中央健康保險署103年『全民健康保險提升住院護理照護品質方案(草案)』」與會人員發言實錄

李副組長純馥

- 一、請大家翻到議程第 30 頁，103 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」，在提報貴會前，我們已經跟護理師護士公會全聯會、護理學會、專家學者、醫院協會、三層級醫院代表、本部相關單位(包括照護司、醫事司)召開 5 次會議討論；之後適逢立法院 103 年 5 月 8 日第 8 屆第 5 會期社會福利及衛生環境委員會召開第 23 次全體委員會議，立法委員臨時提案要求衛福部提高健保補助款用於三班護病比連動給付的金額等建議，本署對此擬具甲案。
- 二、本方案提經 6 月 12 日召開之「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論，決議以兩案方式併提貴會，其中甲案為，將「一般急性病房每月三班平均照護人數」乙項經費，由 3.5 億元提高至 4 億元，該 0.5 億元係原「品質指標報告」的經費，經此改變，品質指標雖無預算，但列入必要登錄項目中。而乙案是「護病比與健保給付連動研議小組」會議所研擬的方案。
- 三、本方案 20 億元中，有 12 億元用於「通過醫院評鑑人力標準」；3.5 億元用於「補助新增護理人員數」；0.5 億元用於「偏鄉醫院住院護理費點數加成」。我們從日本的經驗看到，若一直降低護病比，可能都會區的醫療院所招募護理人力會較偏鄉容易，而造成偏鄉的護理人力往都市流動的問題，所以對偏鄉醫院的住院護理費予以加成保障。
- 四、針對上述兩方案，本署的意見在議程第 31 頁之說明四，若要衝擊最小、也符合立法委員的提案需求，建議採甲案。若考量醫護各界充分討論、較具共識因素，則建議採乙案。其實甲、乙兩案，僅「品質指標報告」及「急性一般病房每月三班平均照護人數」之預算金額不同，其餘支付內容均相同。而護理界

於 6 月 12 日共同擬訂會議中，對於兩案均表支持。

五、貴會上次委員會議請本署提報本案時，分析每年畢業、執業、退休，及各醫院新增護理人數等資料，各該資料列於議程第 31 頁說明五：

(一)表 1 為依據衛福部統計處的資料呈現 96~100 年護理科系畢業人數，100 年為 14,922 人，性別比例請大家參考。

(二)表 2 為截至 102 年 5 月 31 日全國執業護理人數統計，護理師加護士為 140,828 人，包括醫院、診所、護理機構的執業人數。上開畢業人數與執業人數不一樣，係因畢業人數屬新增的人員，而執業人數為累計的人員。

(三)表 3 為 102 年全國醫院月平均執業登錄人數 95,170 人，並分各層級的人數。較上述執業人數低，是因本表僅計算醫院部分，未包含診所及護理機構人員數。

(四)目前國內尚未有護理人員退休人數的相關統計資料，因此係先依本署醫事人員的基本資料檔統計，以年齡 55 歲(含)以上、執業狀態為歇業、執登迄日為 98~102 年間之護理人員數計算，共有 2,951 人。

六、本方案的設計包括提供好的執業環境，以鼓勵護理執業人員留任的相關措施，不全然如外界所言，僅在鼓勵新增護理人力。本署從 98 年迄今，一直投入經費，希望營造好的護理環境，以鼓勵醫療院所提高護理人員的薪資、夜班費、加班費或獎勵金等。詳細方案內容詳議程資料第 34~44 頁，內容也是區分甲、乙兩案分列，相關偏鄉醫院的名單在議程第 45~47 頁，請委員參考。

鄭主任委員守夏

一、謝謝李副組長純馥報告。

二、本方案健保署在之前已與護理師護士公會全聯會討論過，先請楊委員麗珠(全聯會)表示意見，再請醫界代表發表意見，如果雙方很有共識，付費者委員應可尊重他們的共識，若未有共

識，再由付費者委員決定。請楊委員麗珠。

楊委員麗珠

- 一、謝謝主席！各位委員早，就剛才李副組長純馥的報告延續說明。本方案確實經過蔡副署長幫忙，歷經幾次溝通協調會議，我們的共識是，目前護病比資料還在蒐集、試評中，所以尚未有確切數據作為鼓勵標準的計算依據。當初健保署提出編列 3.5 億元用於改善護病比的想法時，我們與醫院協會、消費者代表討論過，是同意該方案的；後來 5 月 8 日立法委員提出修正建議後，健保署將「一般急性病房每月三班平均照護人數」預算由 3.5 億元調為 4 億元，我們也尊重健保署所提的方案。
- 二、有關護病比人力計算，所謂護病比，是 1 位護師實際直接照顧病人的對比數據；現狀醫院評鑑收集的資料，是扣除護理長及專科護理師兩類人員。在 6 月 12 日「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」中，全聯會曾提出，為讓醫院登錄資料能夠一致，不需耗費人力另外填列資料表，建議計算護病比時也比照扣除前開兩類人員。但因為目前尚未有具體的護病比數據，所以共同擬訂會議有共識，先蒐集 3 個月資料後，再看看包含與不包含護理長及專科護理師，兩者的護病比各是如何。

鄭主任委員守夏

謝謝楊委員麗珠！請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、主席，各位委員，基本上我們同意要增加護理人力、提升護理照護品質，但也要面對現實的情況。議程第 32 頁資料顯示，102 年全國醫院執業登錄人數有 95,170 人，相較幾年前的 9 萬人，增加 5 千人。實質上，台灣沒有一家醫院會說護理人力足夠，因為幾乎每家醫院都不足，而且這是登錄人數，若再七折八扣，跟各位報告，人力絕對不足。

- 二、6 月護理學校有畢業生時，醫院會運用各種方式招募，包括早鳥獎金、簽約獎金、久任獎金等，用了很多花招，卻仍有很多醫院找不到護理人力，甚至有的醫院還致贈畢業生獎學金，也都沒用。最近台南成大醫院招募到 200 位護理人員，導致台南地區的其他醫院都招不到護理人員。
- 三、現在醫院每天都在招募護理人員，所謂久任獎金，是新進護理人員能撐過試用期的 3 個月就獎勵、簽約，所以可以想像，現在的醫院多麼缺乏護理人力，這幾年只有增加 5 千人，那護理學校的畢業生都跑到哪？我也不清楚，基本上他們到醫院的工作意願是相對低的。
- 四、醫院缺少護理人力，一定會關病床。護理人員在醫院的薪水一直增加，有醫院開出護理人員的年薪保障是 60 萬元。最近收到一則簡訊，新進護理人員保障年薪已增加到 65~70 萬元，卻仍然找不到。要用什麼方式鼓勵護理人員投入職場？醫院已經沒有能力處理，在此要很慎重地跟各位表達，如果一直這樣下去，很多醫院一定關病床，因為要符合護病比的標準。若別家醫院規定一位護理人員一天照顧 10 張病床，不可能我的醫院要照顧到 12 張病床。
- 五、當醫院護理人員不足時，會拜託護理人員減少休假，而不是多照顧病人，因為做不到。所以若調查台灣護理人員的最大心聲，是要休假，但醫院沒有能力讓他們休假。若一個病房少了 30% 護理人力，這個病房是否就要關病床？若一個護理站有 15 位護理人員，少 30% 就表示少了 5 位護理人員，這情況並不罕見。
- 六、本案屬報告事項，不曉得我們的共識要談什麼？

鄭主任委員守夏

聽起來甲案或乙案對醫院都不會有影響，所以兩案都可以嗎？

楊委員漢涑

你要我們選甲案或乙案？都可以啦！

鄭主任委員守夏

沒關係，有個比較明確的建議，讓健保署自己決定，好不好？請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

- 一、主席，剛剛好像說甲、乙兩案沒有差別。我想，要解決護理人力不足的問題，健保署所提方案的重點似乎放在「通過醫院評鑑人力標準」項目，因為預算編列 12 億元，相對較高，但需要關注的「一般急性病房每月三班平均照護人數」項目，預算反而偏低。立法院也關注本議題，在經費配置上，若可解決三班平均照護人數的問題，是否會減少關病床的現象？
- 二、本案討論下來，三班平均照護人數若不能解決，好像就會壓榨到護理人力，所以留不留得住護理人力，是我們比較關心的。如果醫護兩方都有協議，我們予以尊重，但似乎沒有解決關床的問題。護理人力不足，如何鼓勵降低護病比、工作量等，均應加以思考，不要再發生血汗護理人員的情形，這部分要予以重視。
- 三、剛剛楊委員麗珠提到人力部分，有關護理人數的計算，如果醫院評鑑指標沒有將護理長、專科護理師納入，為何三班平均照護人數要計入，這與醫院評鑑的指標不符，也有灌水的嫌疑。可否請健保署慎重考慮在護理人員計算上將這兩類人員排除。

鄭主任委員守夏

謝謝吳委員玉琴。請謝委員天仁。

謝委員天仁

同意吳委員玉琴的意見，其實我們在協商時就特別提到，預算不能用來調整支付標準，可是議程第 35 頁提及，支付標準：各層級醫院的住院護理費支付標準加成 6%、7%、9%，老實講看不太懂，健保署的水準應該很高，寫的資料到底要表達什麼？應該更清楚、

精確。協定事項已經明訂預算不能用來調整支付標準，但這邊的文字又提到支付標準，很奇怪？只有這個名稱可以用嗎？法規上使用支付標準，這邊也用，是要修改支付標準嗎？寫方案的人應該弄清楚。依我看本方案與以前的方案差不多，也是沒有效果，不能每次都因為護理師護士公會全聯會較為弱勢，醫院部門就一直欺負他們，雙方研商後所提的方案不能達到原先的目的，本專款從 98 年編列到現在，已經第 6 年，應該要好好檢討。

鄭主任委員守夏

感謝委員天仁。這邊(付費者)委員還有無意見？(付費者委員未表示意見)若沒有意見，開放所有委員發言。請謝委員武吉。

謝委員武吉

現在是開放醫界能夠講話嗎？

鄭主任委員守夏

剛剛已經講過，先請護理師護士公會全聯會代表發言，再請醫界代表發言，接著請付費者代表委員發言，最後請所有委員發言。請謝委員武吉。

謝委員武吉

我要發言卻不給我發言，你認為我較小漢(台語)。

鄭主任委員守夏

沒有，你很大漢(台語)。

謝委員武吉

- 一、依據健保署所擬方案，各層級醫院的住院護理費加成 6%、7%、9%，是正確的，我認為健保署有認真做事，但可再加強。
- 二、我有帶醫院評鑑的自評表過來，因為有保密條款，不能展示。醫院評鑑共有七項，護理人力屬於必要條件，若這部分沒通過，醫院今年就不能通過評鑑，只能等明年再來重新評鑑。去

年我擔任評鑑委員，也是因為這個必要條件不符規定，而刷掉一家醫院，就是要幫忙也沒辦法，因為擔任委員要公平。醫院評鑑的必要條件是，項目 1.3.7 依據病房特性配置適當護產人力，及項目 1.3.8 護理人員資格比例，其有區分護士及護理師、及其年資分布比例等。所以認為健保署是有認真辦理本案，不過還有可再加強的部分。

- 三、100 年護理科系畢業人數總共 14,922 人，考上執照的錄取率有多少？聽說去年才 37%，變成有些想從事護理工作的護理系人員也不能說自己是護理人員！對於錄取率，應提報告才對。
- 四、請教楊委員麗珠，有關香港護士及護理師部分，之前香港取消護士但現在已恢復考照，而現在台灣取消護士考照每年減少 900~1,000 人，且護理師錄取人數也沒有增加，錄取率才 37%，這是你們偉大的公會建議刪掉護士考照的傑作。目前護理人員的教育、考試、訓練都是由你們一手主導，之前在某項會議中提問錄取率，你們還指責是參加考試的人員不認真，可能我就是讀書的時候也不認真，所以主席才不讓我發言，對於目前護理人力不足的結果，你們應該負責；另外也請楊委員麗珠回答，醫院找住院護士為何只有 2、3 人應徵，甚至沒有人來，要找門診護士，就有一拖拉庫(台語)，請告訴我們原因，以便改進。我們沒有欺負護理師護士公會全聯會，而是完全配合他們。
- 五、有關費用分配比例部分，地區醫院住院部分分配 5、8、10 萬元不等，以這些費用如何達到理想的護病比，本方案根本無效，我想明年不要再編了！

鄭主任委員守夏

本會是溝通平台，楊委員麗珠需要回答嗎？(楊委員麗珠點頭)請簡短。

楊委員麗珠

- 一、有關護理執照錄取率部分，跟各位報告，在不分學制情況下，

錄取率約 60%。100 年護理科系畢業人數總共 14,922 人，因為大家都要唸大學，所以每年五專畢業的 6 千多人，大多會繼續升學，而非進入職場，而四技畢業生多是在職進修，因此，上述 14,922 人約要折半計算，才是進入職場者。每年大學的護理師考照率平均約 84% 至 87% 左右，所以就學制上來說，大學畢業生之考照率較高中(職)以下(16.9%)高很多。

二、從市場現象，我們看到護理人員畢業後約有 71% 就業，若進入醫院服務，就要輪三班，若到診所服務，則不必輪夜班。現在的孩子對社會適應能力，充滿個人主義價值觀，這是社會改變，也不單護理人員的行業有此現象。

鄭主任委員守夏

各位的發言應該都蠻清楚。

謝委員武吉

剛剛楊委員麗珠所講五專畢業生不考護理師執照？

楊委員麗珠

不是不考，只是進入職場的較少，大多選擇繼續升學。

謝委員武吉

楊委員麗珠所講的話僅能列入參考，不能說都對。護理師的錄取率有到 87%？

楊委員麗珠

我說的是科技大學及一般大學的畢業生，是依教育部的調查資料。

謝委員武吉

你應該清清楚楚說明究竟有多少人考照、多少人升學，參加考試的究竟錄取率多少、錄取多少位。

鄭主任委員守夏

一、回到報告案，如果委員對甲案、乙案沒有特別意見，就讓健保署自行決定。

二、剛剛謝委員武吉及吳委員玉琴所提，護理人力缺乏問題有無改善，今年在協商總額時，我們應該確實訂出檢討、改善措施。至於今年的方案，既然護理界與醫界的共識是，經費一部分放在「通過醫院評鑑人力標準」，因為此項對醫院的壓力較大；其他部分則編在「補助新增護理人員數」、「偏鄉醫院住院護理費點數加成」、「一般急性病房每月三班平均照護人數」等項。建議不要對方案做大幅修改，否則經費可能難以執行。

謝委員天仁

涉及到所擬方案與公告的總額協定事項是否有衝突的問題，需要修正。

鄭主任委員守夏

謝委員天仁特別提出本方案不能用於調整支付標準，如何使用相關用詞？請林組長阿明說明。

林組長阿明

- 一、本方案的獎勵方式，是依照支付標準去加成，剛剛謝委員天仁提到的部分，我們會修正文字，其敘述確實不很恰當。
- 二、另 99~102 年護理人員，增加人數為 6,205 人。

鄭主任委員守夏

請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

我認為重點不在增加護理人力，或通過醫院評鑑人力標準，而是沒有人要來做三班的工作，為何不增加本項預算，若今年因時間來不及而動不了，則建議明年審查預算時好好思考此問題。

謝委員天仁

剛剛已經講過，從 98、99 年各編列 8.325 億元，100 年編列 10 億元，101 年編列 20 億元，102 年編列 25 億元，今天又編列 20 億元，已經連續編 6 年，總不能每年都槓龜(台語)，6 年內，應該做

出一些成果讓我們看看，需要針對問題加以獎勵，效果才會出來，豬不肥肥到狗(台語)，這樣怎會有效！

鄭主任委員守夏

先請健保署說明，過去 6 年本方案有無針對要解決的問題加以處理？請蔡副署長魯。

蔡副署長魯

- 一、有關醫院護理人力的評鑑，是由醫策會執行。
- 二、有關醫院護病比評鑑的標準，也是由醫策會訂定，目前確實有兩套標準，一套是包含護理長及專科護理師，另一套則未包含。至於為何會如此，因為我不是評鑑委員，所以並不清楚。
- 三、至於「一般急性病房每月三班平均照護人數」，預算 3.5 億元，是在衛福部的護病比工作小組會議所作的決定，因為不是所有的醫院都能通過醫院評鑑，所以採衝擊最少的作法來執行，拿一點預算出來試辦。當時工作小組會議也討論過，是否這一點預算就可解決護病比問題，大家也都認為不太可能，但健保署只能依大家意見，綜整提報甲、乙兩案。乙案如同剛剛李副組長純馥報告，是工作小組協商出來的，後來因 5 月 8 日立法院社會福利及衛生環境委員會全體委員會議有個臨時動議，希望「一般急性病房每月三班平均照護人數」項目能增加一點經費，所以才將 3.5 億元提高至 4 億元，所增加的 0.5 億元從「品質指標報告」項目移列。若大家對這樣的方式沒有意見，健保署就照主席的裁示執行。

鄭主任委員守夏

- 一、委員還有無意見？同意謝委員天仁所提，本方案已實施多年，上次委員會議才發現，每家醫院有多少真正在第一線工作的護理人力，不是我們想像地那麼容易統計，因為醫院評鑑三、四年才一次，一般醫院也不會特別統計此數據，所以才會形成現在的方案。考量現存的各種因素，建議方案先予同意，至於有

更明確的分配原則，讓健保署與醫界及護理界再協商，這部分我們也都在學習。

二、剛剛蔡委員登順先舉手，先請蔡委員登順，再請楊委員漢淥。

蔡委員登順

- 一、支持謝委員天仁的意見，當初媒體報導血汗護士、血汗醫院，造成社會很大的震撼，也知道所有的護士都很辛苦，薪水是被醫院掌控，但護士薪水應該多少？我們也無權過問，因為這屬醫療體系的一環。
- 二、為解決血汗護士問題，從 98 年以來，每年都投入經費，希望醫院多聘護士，減少工時，降低行政工作，及提高護理人員的福利待遇，這是二個主軸。本方案的支付方式，以「通過醫院評鑑人力標準」項目的預算最高，錢還是回到醫院內部，護理人員拿多少，也要看醫院臉色，變成沒有主力可以關照護理人員，違反當時的決議，建議應回歸當初決議主軸，讓醫院可以增聘護士及提高其福利待遇。

鄭主任委員守夏

請楊委員漢淥。

楊委員漢淥

- 一、醫院在這部分的費用確實投入不少，但如要檢視成果，就看從何角度切入。就新增人員部分，確實幫助有限。但有個不爭的事實，醫院請不到護理人員時，一定會加碼，現在幾乎所有醫院，不是加薪水就是加夜班費。從 98 年至今，相信絕大部分醫院所增加的薪水及夜班費，一個人一個月至少有 3 千至 5 千元，每年醫院為處理護理人力問題，大概要花 35~50 億元，但健保補助的預算有這麼多嗎？這是第一個問題。
- 二、其次，醫院現在還更麻煩，因為間接引起非護理人力的問題，現在藥師如果不加碼，絕對請不到，所以醫院一個月要增加 5 千元在提高藥師薪水。另外，也請不到檢驗師，不是我們不處

理，而是在經費有限的情況下，醫院預算挪來挪去就是不夠。如果覺得我誇大其詞，各位可以去詢問擔任醫院或醫院經營者的朋友，相信我的說法已經很保守。

鄭主任委員守夏

謝謝楊委員漢淥！請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、如果以 20 億元來算，醫院 102 年月平均護理人員為 95,170 人，平均一個月薪水只剩 1,700 多元。非常感謝健保會願意提供護理同仁多一些費用，但仍要考慮很多因素，不是給錢，大家就會很高興。向主席報告，我國有勞動部，勞基法規定需進行勞動檢查，由勞動檢查所至各縣市檢查，如高屏地區總共有 98 家醫院，勞動檢查所曾去檢查過，檢查一間醫院是要花整整一天時間，但看得很仔細，不合格馬上會被開單，包括對南部有位立法委員開的醫院，也是一樣嚴格，絕不寬待。
- 二、剛才提到血汗護士，真的沒有血汗，我們想盡辦法愛護他們都來不及，怎麼還會有血汗的情形？不可能！勞動檢查所一定都會檢查，他們也很關心加薪及加班問題，連這個都管，如果常加班，要分成小夜班及大夜班，及有無調整加班費用。另一個問題更嚴重，如果早上 8 點上班到下午 4 點，都在開刀房，上班時間只有 8 小時，但需要加班時，還需要提前 2 小時告知，經過護理同仁同意後，才可以加班；如果是器官移植手術，可能需要 20 小時，怎麼辦？大家應該共體時艱。
- 三、剛才楊委員漢淥也提到，已加薪 3~5 千元，甚至 8 千元，才能聘請到護士，尤其是住院護士需加 5~8 千元才請得到，比門診護士更高。每年為此問題，大家都不太高興，建議明年取消本專款預算，才不會一天到晚為此吵架。

謝委員天仁

有關「補助新增護理人員數」3.5 億元部分，是計算新增的護理人

力，從資料趨勢來看，門診量是往上增加，相對來講，住診是減少的，所以好像門診護理增加也要由本專款買單。我們瞭解要區分門診、住診護理人員有其困難，只是認為這樣處理怎麼會有效果？我們要的是提高住院照護品質，而非門診護理，計畫有列出預算目標嗎？有朝此方向努力嗎？要請問的是這部分。

楊委員漢淙

醫院在這部分做了很多努力，舉幾個例子讓大家瞭解。現在很多醫院為了讓護理人員上班時間能更固定，還支付固定夜班費，以台北市立聯合醫院為例，去年固定夜班費一班 900 元，今年將調整為 1,200 元，有無增加人力？沒有。但是對有些年輕人而言，為了增加收入，一個月可以多 2 萬元，還是很有吸引力。有些醫院一個月薪水大概 3 萬 5 千元，但很多醫院現在起薪約 4 萬元以上，所以才會有年薪 60 萬元。現在社會普遍還在抱怨月薪只有 22K，這種情形不會發生在醫院，因為醫院的醫事人力必須要有證照，所以薪水才這麼高。另外，現在也有相當多醫院，為了招募護士，提升護理人員的地位，也增加醫院護理副院長的人數。以上資訊供參考。

鄭主任委員守夏

- 一、我們非常在乎本報告案，也交換諸多意見。請參閱議程第 30 頁，雖然 20 億元中的 8 億元，用於新增護理人力或三班護病比，這是今年開始看到有比較明確的資料，若認為還有待改進之處，建議協商明年總額時，對如何分配本方案的費用，可在協定事項將原則訂得更清楚，以利健保署與各方進一步討論。護理師護士公會全聯會也同意今年的方案，站在協助醫院、護理界立場，本案屬報告案，需經本會同意，無論甲、乙案，建議授權由健保署自行決定。
- 二、剛剛委員交換的意見，可以直接在今年 9 月的協定事項具體呈現，如果文字可以訂得更明確，分配方案就會更趨近我們所希望達到的目標。站在醫院經營管理的角度，有其考量，怎麼做可以讓兩邊都接受，並真正解決護理人力過勞或不足的問題，

也是需要時間的。本案到此結束。

參、例行報告第四案「中央健康保險署『103年5月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

第四案是健保署 103 年 5 月份全民健康保險業務執行報告，依慣例，請委員參考書面資料。為節省時間，歡迎委員用書面提供意見，桌上都有發言條。再次強調，不論是委員的書面意見或現場發言，幕僚同仁的後續處理方式都完全一樣。

干委員文男

- 一、本月與牙醫師公會全聯會到偏鄉參訪，發現一個問題，一樣都屬偏鄉的巡迴醫療，為何類似仁愛之家的機構，醫師不能進去看診，且每個老人都躺在輪椅上，卻要搬運至醫院就診，這樣是勞民傷財。
- 二、另外也有實地參訪西醫基層總額的偏遠地區醫療服務，印象中都做得很好，但台南市東山里的巡迴醫療，之前某位醫師有以健保卡換貼布、藥膏等不當行為被停辦，如今，經協調前去提供服務的醫師卻遭全村抵制，且規定兩點過後才能廣播請居民來就診，而發生讓巡迴醫療的醫師、藥師、護士空等的情形。建議如有類似情形，就不要在該區設巡迴點，因為居民本身並不需要，全聯會也不要熱臉貼冷屁股。西醫基層部門如果同意，可再另覓合適的巡迴點，在這種地方設點，一點意義都沒有。

鄭主任委員守夏

謝謝干委員文男，看得很仔細，訪查過程發現問題，表示訪查有達到目的。因為有時我們會擔心是事先安排好的行程，致看不到真正的問題，大家有看到問題是好事。尤其委員提出的建議，西醫基層部門可以考慮。

陳委員宗獻

干委員文男講到重點，那個巡迴點之前的醫師到處提告，所以全聯

會想辦法把他換掉，並換成現在這位醫師。因為之前那位醫師都會送膏藥或其他有的沒的給病患，新醫師去了之後，當地居民發現少了這種福利，所以不是很高興，目前還在整合中，如果整合不來，我們會考慮乾脆撤消該巡迴點。

鄭主任委員守夏

牙醫門診總額部分，請陳理事長說明。

陳委員義聰

非常感謝大家上星期的參訪，牙醫部門會更加強偏遠地區及弱勢團體的醫療，尤其是老人部分。現在新訂的長期照護服務法，尚未將口腔照護納入，日本非常重視老年人因咀嚼和吞嚥的困難，容易產生吸入性肺炎問題，後續衍生的專業醫療費用更高。吞嚥雖然是個簡單的動作，但對個人的價值和尊嚴很重要，因此口腔照護不能被忽略，一個未納入口腔照護的長照制度，是殘缺不全的。

陳委員錦煌

我們到偏遠地區小金門考察中醫門診總額時，發現病患是坐在走道上接受針灸處置，沒有隱私權。針對偏遠地區醫療，建議鄉公所可以提供地點，或請部立醫院提供空間，以增加病患的隱私權。另外，健保署編列 22 億元的雲端藥歷預算，好像並沒有深入到偏鄉基層，因為大家都不知道有提供這項服務，請健保署說明。

鄭主任委員守夏

請中醫部門提供巡迴醫療服務時，能注意病人隱私，雲端藥歷部分請健保署說明。

謝委員天仁

前任提供巡迴醫療的醫師如有違規，現在的醫師沒有提供這些福利，導致民眾不去就醫的情形，如果直接將該巡迴點撤掉，就達不到原本希望提供偏遠地區民眾醫療服務的目的。這需要一段時間調整，不是以撤巡迴點來處罰當地民眾，渠等本來在法律上就應享有就醫權利，只因公部門無法在該地廣設醫療點，才編預算由醫師提

供巡迴服務。因此，不要因為有上述情形就將巡迴點撤掉，而應設法與當地區公所結合，看如何宣傳可以讓民眾瞭解。若醫療使用率低，站在珍惜全民健保資源情況下，可能要調整為其他做法，且這些訊息要讓民眾瞭解後，才能做其他處置，不能反而變成懲罰，更造成當地民眾就醫的不便，這不是原來設立巡迴醫療的目的。

鄭主任委員守夏

先請陳委員川青，再請干委員文男。

陳委員川青

- 一、本會委員 5 月 13 日下台南訪視西醫基層總額偏遠地區醫療服務時，當晚與一位眼科醫師同桌用餐，席間並請教有關 Lucentis 的治療情形，他回答解說 Lucentis 可以治療眼睛各種疾病，並取得很好療效。大家同桌可以確認以上對話實情。記得當初專科醫師到本會報告指出 Lucentis 對治療糖尿病引起的黃斑部水腫初期生成 1 至 3 年內患者比較有效，至於其他眼疾諸如：視網膜剝離、眼睛鈣化、圓椎圓角膜及青光眼、白內障、飛蚊症....等患者，並沒有效果。
- 二、但是，各層級醫院、診所普遍使用該藥物，似有 A 健保費的疑慮，提請健保署審核時要特別留意！
- 三、另外，為了瞭解國人眼睛各種疾病人數及治療效果評估，請健保署提供 101 年及 102 年的各類看診人數變動情形供本席參考（書面傳真或 E-mail 均可）。

鄭主任委員守夏

若個別委員對特殊疾病有興趣，請健保署幫忙，但因與本會業務無直接相關，所以陳委員川青所提的關心事項，健保署若資料可以得到，請儘量協助。

干委員文男

- 一、東山鄉這個巡迴點，是全村都抵制，因為以前去的醫師有提供

福利，而現在沒有，以前都是透過寺廟的廣播請村民就醫，現在則要等到 2 點半、3 點以後才可以廣播，經詢問，平常也只要一、二位民眾會來就診，從效益來看太浪費，這麼多偏鄉醫療，該巡迴點確實做得不好。

- 二、業務執行報告第 7 頁，健保財務收支分析表(債權基礎)，上個月少收 3 億多元，這個月更少，為負 27 億元，原因何在？請健保署說明。是否因為高檔期已經過了，接下來就會一直少下去？每個月都會繼續減少嗎？

鄭主任委員守夏

請健保署之後一併回答。請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

- 一、這次剛好與牙醫部門一起訪視偏鄉，但看到西醫基層的參訪報告，也感佩有些西醫基層的醫師，在提供巡迴醫療時，能到宅提供獨居長者服務，非常值得稱許。剛剛謝委員天仁提到，因為過去醫師的不當作為，引發民眾誤解，以為健保可以換很多好處，此點需要對社區居民進行更多教育、溝通，而不是立刻撤消巡迴點，因為當地民眾應有其基本的就醫需求，請醫師公會及社區與社福系統合作，澈底落實珍惜健保資源的觀念。
- 二、干委員文男提到老人機構的醫療服務，近年來被健保署卡得很死。因為過去有些不肖機構和醫院掛勾來詐騙健保，有這樣的案例後，全面限縮了機構內老人的醫療服務，造成老人常常須拖著不便的身體去醫院看診。就定點巡迴來看，若能幫助長者不要大費周章至機構看診，不僅可以減少家屬成本、減少去醫院的感染機率，更可提高老人的身心舒適度，所以如果醫師能至機構看診，更能解決問題。目前健保署對這部分有很多限制，所以應該重新思考，疾病不一定都要全到醫院就診，如果能在家裡或定點，可以節省費用，為什麼不做？希望健保署審慎思考此問題。

三、呼應牙醫代表所提，有些部分不一定全由健保支付，牙醫保健及吞嚥訓練，對長照預防及生活品質提升都有幫助，希望心口司能有更多資源挹注。社家署在牙醫診療台設置部分，明年有 10 個試辦點，希望能讓機構內的長者牙齒更健康。過去較著重身心障礙者的牙齒特殊需要，很感謝這次牙醫部門開始看到老人牙齒照顧的問題，及其後續的照護品質、生活品質等需求，希望健保署一起支持，維護長者的口腔健康。日本已喊出 80 歲 20 顆真牙的國家重要政策，希望台灣也能有較清楚的醫療政策，如何在年老時還能維持住真牙，提高生活品質。

鄭主任委員守夏

委員有無其他請教。快 11 點了。

陳委員錦煌

業務執行報告第 11 頁，政府欠款部分請健保署說明，為何 101 年度台北市政府還欠 26 億元，而累計欠 170 億元；高雄市政府欠 171 億元；新北市政府則欠 6.77 億元，相關原因請健保署一併說明。

鄭主任委員守夏

請健保署對委員所垂詢有關雲端藥歷、收入減少及地方政府欠費等問題，加以說明。

張專門委員溫溫

103 年編列 22 億元鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案含雲端藥歷系統查詢指標，計畫設計是鼓勵醫院先執行，希望預算能真正落實，所以訂有相關指標；今年自 7 月起會將牙醫、中醫、西醫基層診所部分及藥局納入辦理，也訂有 4 項指標，下半年會繼續推廣。

陳委員錦煌

離島也可以嗎？

張專門委員溫溫

全部的牙醫、中醫、西醫基層診所及醫院都可以。

許專門委員玉媛

- 一、就干委員文男所述收支分析表(權責基礎)，上月及本月安全準備呈現負數等，提出原因說明。上個月已提供委員書面資料，主要是 2 月份補充保費在估計時，係採去年同期的實際收繳金額預估，但去年農曆除夕與今年除夕時間不同，年終獎金多數集中在農曆除夕前就發放，所以 2 月份預估補充保費為 31.45 億元，實收部分已在前一個月收繳，因此 4 月份減列溢估部分；4 月份整體的收支結抵後，盈餘為 27.79 億，因為沖抵溢估數，所以才產生短估 3.66 億元的情形。本署未來在估列上，會特別注意時程，並配合考慮季節因素。
- 二、5 月份安全準備提列雖為負 27 億元，但實際收支結餘為 19.1 億元。會出現負 27 億元，係因 102 年決算時，短估收入 46.1 億，故於 103 年 1、2 月列在保費收入中，後經衛福部查核，將原屬 102 年的收入，修正至 102 年決算，因此本署在本(5)月份調減原列在 1、2 月共 46 億元的保費收入，所以安全準備提列產生負數，但 5 月份實際的收支結餘為 19.1 億元。

鄭主任委員守夏

那位可以說明地方政府欠費。

唐專門委員蕙文

報告資料第 11 頁所列台北市、高雄市及新北市的欠費，都屬舊欠。自 101 年 7 月 1 日起，直轄市政府應負擔保費補助款統由中央直接撥付，所以不會有新增欠費。至於舊欠部分，台北市、高雄市及新北市，已提列還款計畫，並依還款計畫按期撥款。

鄭主任委員守夏

現在都是舊欠。

陳委員錦煌

這個問題不提出來，我們也不知道，101 年起費用由中央補助，舊欠就不用催討。委員如果都沒有提出詢問，就什麼都不知道，還好我有提問，由公正人士來詢問也比較公道。

蔡副署長魯

陳委員錦煌有誤解，以前中央政府將補助地方政府的健保費用，先撥給地方政府，但地方政府並未全數撥給健保署，所以才有欠費問題。經 101 年檢討後，改成只要是中央政府補助各縣市的健保費，直接撥給本署。以前舊欠還是有追討，不是不追討。

楊委員芸蘋

不要說我們都沒關心，大家都很關心，台北市、高雄市及新北市的欠費，我們都有注意，特別是台北市，我最愛問他們，是否有固定還款？

鄭主任委員守夏

我們會繼續關心。對本報告案有無其他意見？

陳委員錦煌

學者說還款增加部分，怎麼沒有列表？

吳委員肖琪

為避免誤會，請於報告第 11 頁加一列每年還多少的數據。

鄭主任委員守夏

如果沒記錯，中央和地方打過官司，一邊勝訴，另一邊敗訴就賴皮，政府對政府賴皮，然後不知道怎麼辦，最後就卡在那邊。現在還款會很慢，我們有心理準備。剛吳委員肖琪的建議很好，以後還多少就寫上去，會比較清楚。

陳委員川青

老百姓欠政府有逾期違約罰款，政府欠健保的錢，有否比照辦理並利息應加計。

鄭主任委員守夏

利息都有計算。

吳委員肖琪

除了列明還款多少，從那 1 年開始計算，分幾年攤還，都要寫清楚。

謝委員武吉

政府欠費稱為利息，老百姓欠費稱為滯納金，兩者有何差異？

鄭主任委員守夏

這是法律問題。下次請健保署寫清楚，舊欠有多少，從那 1 年開始還，分幾年還款，目前還了多少，還欠多少，這樣大家會比較清楚。

謝委員武吉

滯納金和利息尚未釐清，怎麼就要結束？

鄭主任委員守夏

請健保署查清楚後，列於業務執行報告中。接下來進行討論案，請同仁宣讀第一案。

肆、討論事項第一案「104年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)」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，向委員報告，今年 9 月協商程序，原則與去年一樣，將於下個月安排四總額部門抽籤，對本案委員有無意見？

謝委員武吉

請教議程第 50 頁，(4)相關原則之①，「...，惟非協商當時之總額部門委員，僅聽報告...」，是什麼意思？另外，(5)之②，「...，由總額部門委員召集內部會議進行協調」，請問健保會是要拆成幾百組？

鄭主任委員守夏

- 一、就我瞭解的部分先說明，第 50 頁(4)之①，是所有委員均可入場，惟非協商當時之總額部門委員，僅聽報告、提問與發表意見，但不參與預算協商。
- 二、(5)所呈現內容是說沒有共識時，依慣例，兩邊會各自帶開至另外一個會議室開會，以前在費協會也是這樣。這裡的總額部門係指四部門總額，文字若有不明確之處，請謝委員武吉建議如何修正較佳。

謝委員武吉

我沒唸書，只有小學畢業。

鄭主任委員守夏

其他委員有無類似疑問？有無不清楚需要修正之處。因為是依照去年模式，應該沒有太大問題。

謝委員武吉

去年協商，大家不是很高興，所以今年一定要先問清楚，看到底是要戰到你死我活，還是要和諧，重點在此，今天一定要將程序釐

清。

鄭主任委員守夏

就所擬的文字，委員可以建議增加、刪除或修改。去年真的有點麻煩，因為我們是新的委員會，大家還在磨合期，所以花的時間較長。若文字不明確，就寫清楚，原則當然還是要和諧、理性，尤其不要做人身攻擊，這些都是以前的默契。本案談的是協商程序，如果沒記錯，最重要的是協商順序要抽籤，到底哪個部門第一個協商。我們儘可能在排定的時間將各部門總額都談完，如果沒記錯，付費者代表說過不要拖到半夜，希望儘可能有共識、又保持理性，這是大家的默契。

謝委員武吉

議程第 50 頁(4)之③，「付費者及醫界委員視需要自行召開會議時，可邀請專家學者及公正人士之委員提供諮詢意見，...」，公正人士與專家學者，本來就可以參加，為什麼還要寫這些文字？去年協商會這麼亂，就是因為沒有一個折衷的方法，希望今年不要像去年一樣不能折衷，所以無法談到大家都滿意，個人駛孤帆(台語)，這樣不好。

鄭主任委員守夏

- 一、我們都希望有共識，但會不會有共識，真的要到協商場上才會知道。今年特別在 8 月份委員會議下午安排座談會，希望大家能有默契，需要什麼資料就早點提出，不要有當場喊價的情形。至於可否有共識，至少個人希望協商能成功，因為這是健保會的職責之一，但能否得出協商結論，沒有人能保證。
- 二、至於學者專者與公正人士委員，因醫界代表反應，不能只幫付費者，所以後來就是可以應兩邊邀請，哪邊有邀請，就去哪邊，可以到醫界方，也可以到付費方的內部會議。

陳委員錦煌

我們回衛福部等消息就好了，如果都在這裡聊天，有什麼意思？

鄭主任委員守夏

人家來邀請時，您也可以不接受。對本案有無其他明確建議？

謝委員武吉

(4)相關原則的寫法要修正，我認為現在的寫法，是分析分裂法(重複3次)，馬克斯思想。

鄭主任委員守夏

現在是我書讀得不夠，聽不明白您的意思，可否明確提出要修正的是哪一點或哪個字？

謝委員武吉

付費者代表委員在協商時，學者專家及公正人士應該都可以參加。另對「惟非協商當時之總額部門委員，僅聽取報告、提問與發表意見，但不參與預算協商」這部分，我認為不能這樣寫，因為每位委員的聘書大小都一樣，又沒有缺角，為何不能講話，不能參與預算協商，這一點我不能接受。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、舉例來說，付費者與醫院部門協商時，牙醫部門卻跳出來說，不能給醫院那麼多錢(謝委員武吉回答「也可以啊！」)，如果這樣，那我請牙醫部門屆時提出不能給醫院太多錢，老實講，這種做法會破壞協商氣氛。協商氣氛應由雙方代表來控制，現在都已經容忍到可聽報告、提問與發表意見，因考量部門間的協商內涵有時會有些關連，例如去年討論 Statins 及 Lucentis 等藥品，因為考量與西醫基層、醫院部門都有關，講一下還可以。但老實講，一般談判時，談判雙方以外的人都應該安靜不講話，現在已經容忍到可以提問、發表意見的地步，大家就應該順勢而為，不要產生太多衝突，因為談判時若有太多衝突，要談成其實很困難。講白一點，與醫院部門談成就很難，剛才

蔡委員登順就說，十年來與醫院部門只談成一次，我們也習慣了。我的意思是，原來的就這樣，大家互相尊重，不要互相破壞，搞破壞就沒有意思嘛！對不對！牙醫部門協商時，要是醫院部門跳出來插手，牙醫一定覺得你多事，何必呢？我們幫助人家多一點，破壞的事情少做一點，這樣比較有建設性。

二、今年加了「不再重啟協商」的文字，但基本上還是要符合實態，不要文字寫得剛強，但做起來卻很柔弱。我的意思是，議程第 51 頁(6)的文字，建議修正為「...未能在安排時限內達成共識，除經協商雙方代表同意外，將依法送請主管機關裁定，不再重啟協商」。好比男女雙方還不想結婚，想再談談戀愛，如果他們彼此都同意，雙方父母就不要干涉太多。建議加上這幾個字，不要讓各總額部門認為如果在時限內講不成，就送部裁決，毫無彈性，談判沒有人這樣！所以，建議加上「除經協商雙方代表同意外」的文字，增加一些彈性。但如果已經送衛福部裁決，衛福部又退回我們重啟協商，我們可以同意，當然也可以不同意，只是不同意的成分會較高，因為不是我們歡喜甘願(台語)。

鄭主任委員守夏

謝委員天仁的建議很明確，議程第 51 頁(6)的第三行，修改為「...未能在安排時限內達成共識，除經協商雙方代表同意外，將依法送請主管機關裁定，不再重啟協商」，這個建議很明確，也符合過去的狀況，請問委員有無意見？(未有委員表示反對)

謝委員武吉

非常贊成謝委員天仁的意見。所有健保會委員都是站在同一條陣線，剛才我講委員分成兩邊的說法，我現在收回。但強烈要求，我們委員大家都是一樣的，不能限制委員的發言時間，還是請教鄭主任委員守夏，你的聘書有比我們大張嗎？

吳委員玉琴

對於發言太過冗長者，須限制時間，不能沒有限制。

謝委員武吉

我不是搞破壞，而是講求公平正義，希望所有委員，像專家學者、公正人士都須被邀請參與協商，這才公平。協商一開始，兩邊委員，包含醫界都能參與協商，不能限制醫界委員講話，不然會有一高一低的感覺，這可能是委員心情不爽的原因，我人高大，是不會有這樣的感覺，但我追求公平、公正、合情、合法。

謝委員天仁

去年協商時就是這樣談，公正人士在雙方無法達成一致意見時，即表達過意見，就如擬案(4)之①所述，非協商當時之總額部門委員，可聽報告、提問與發表意見，但不參與預算協商。去年公正人士很善意，促請大家再繼續協商，這種鼓勵性質的意見，大家不可能拒絕，談判過程有衝突，但也有溫馨的一面。協商本來就有進有退，談判時付費者向來有進有退，只有醫院部門代表從來不退，對不對？多跟我們學習一下，不錯啦！

謝委員武吉

我們也是有進有退，應該是你們向所有的委員學習才對，大家都有進有退，醫界也不是無進無退，只是希望協商時(付費者及醫界委員自行召開會議)，專家學者、公正人士可以一起討論，將他們或政府機關代表排除在外，很過意不去。

鄭主任委員守夏

等一下請專家學者及公正人士表示意見，雙方自行召開會議時，他們比較願意站在中立的立場，還是選擇站在醫界方或付費方。

謝委員武吉

大會協商時他們就可以中立。

鄭主任委員守夏

本來專家學者及公正人士就可以提供意見，所以謝委員天仁才說，

去年協商時，還好有陳委員錦煌拜託雙方再繼續協商，所以他們本來就有實質參與協商。現在討論的重點是，當在協商部門預算，談金額增減、喊數字時，則由雙方進行談判，但協商過程是所有委員都可在場。擬案只是用文字明確表達做法，尤其是雙方要各自帶開，形成內部共識時...。

謝委員武吉

所以我說不要用馬克斯思想中提到的分析分裂法來分化我們彼此。

鄭主任委員守夏

請楊委員漢淥。

楊委員漢淥

不談過去，從現行健保法規定來看，本會任務是在行政院核定的總額範圍內，協議訂定總額及其分配方式。但並未規定由兩邊談判，應該是多邊談判才對，現在怎變成只有醫事服務提供者及付費者雙方談判，其他委員都不見了，有點奇怪，與新健保法原先設計的精神不太一樣。

鄭主任委員守夏

一、在費協會時期，是由付費者代表輪流與四部門總額代表協商。健保法新法實施後，規定健保會於協議訂定及分配醫療給付費用總額時，應符合「對等協議」之精神。為此，本會去年花很多力氣討論，甚麼叫做「對等」。當時考量，如果以委員會議的方式協商，則中醫只有一位代表與其他付費者委員談判，這不叫對等。所以才依新法「對等協議」的概念，安排各部門總額代表與付費者對等協商各該部門預算。

二、費協會過去十幾年來，都是按總額部門分別協商。至於楊委員漢淥提到為何四部門不一起協商？從未有人提出此種方式，也不知道四部門要如何一起談判？

楊委員漢淥

我的意思不是四部門一起協商，舉例而言，協商醫院總額時，照講

西醫基層、牙醫的委員也可以表示意見；協商西醫基層總額時，醫院總額代表也可以表示意見。

鄭主任委員守夏

現在的做法是可以表示意見。

楊委員漢淙

這才是多邊談判，而非只有兩邊談判。而且草案從頭到尾，都沒有看到談判字眼。至於費協會怎麼協商，我當過費協會主任委員，跟本會的運作方式是兩回事。是否以前的做法就完全對，而現在的想法就不對？

鄭主任委員守夏

向楊委員說明，第(4)之①表達的是，非協商當時之總額部門委員可聽取報告、提問與發表意見，但預算協商時，則由總額部門與付費者協商，以尊重該總額部門的代表。

楊委員漢淙

我們也可以跟總額部門協商，為何一定要跟付費者協商。

鄭主任委員守夏

委員還有無其他意見？

林委員錫維

一、支持讓本案通過，剛才楊委員漢淙所提的多方協商，個人並不認同。因為四部門總額，各有其組織架構，總額協商前，健保署已分別與各總額部門研擬草案，健保會於總額協商前，也召開多次會前會溝通。所以總額協商前，已經多方協商很多次，並不是只有雙方協商。建議繼續沿用去年的協商模式。

二、委員對業務不了解之處提出詢問，個人沒有意見。但有些資料，可以直接向健保署詢問。不講話不代表都不懂或不關心，因為很多委員希望多瞭解問題，若我的意見與前面的發

言內容一樣，都儘量把時間讓給他們表達。本案已經討論這麼久，也沒有需要大幅修改之處，希望趕快通過。

鄭主任委員守夏

謝謝林委員錫維！先請陳委員宗獻，再請楊委員漢淙。

陳委員宗獻

- 一、費協會總額協商的議程安排有兩種型態，第一種就如議程第 54 頁所列「103 年度總額協商暨第 3 次委員會議時程表」，早上先談牙醫，再談中醫，因此西醫基層及醫院總額部門早上不會來，等到下午協商時才來。過去曾有過不同做法，於報到後，先有一段時間召開共同會議，之後再分別進行部門協商。
- 二、先舉行共同會議的好處是，因為過去 8 月份委員會議報告各部門草案後，9 月就立即進入協商，有共同會議，就不至於匆匆進入協商，可對 8 月留下的問題或未盡事宜，再說明、處理。另外，協商前付費者及各部門總額都可能有任務分組或分派主談者，若任務分組或主談者還沒到場，可稍後再談，因此，建議先召開共同會議後，各部門再各自開會協商，共同會議的時間不必很長，半小時就可以。

鄭主任委員守夏

陳委員宗獻的建議很明確，請看議程第 54 頁之附件二「103 年度總額協商暨第 3 次委員會議時程表」最上方，陳委員建議報到後，先召開所有委員都參加的半小時共同會議後，再開始進行部門別協商。請委員表示意見，請干委員文男。

干委員文男

- 一、贊成謝委員天仁建議草案增加的文字，其次，也贊成林委員錫維的意見。去年開會的情形是，大家簽到後都進入會場，該時段協商的總額部門會留在會場，非該總額部門的委員，有些則會到外面休息，此模式已經自然形成。反而是付費者

委員比較辛苦，幾位主談者更是負荷很重。本案已經談很久，既然有去年模式可沿用，大家也有共識，建議不須再討論。

二、既然是談判，就絕對不可能完全順從一方，否則就會一邊笑、另一邊哭。去年協商下來，大家都希望談判前，彼此多溝通，先談談怎麼處理較好，不要一上場就直接談判，這樣氣氛會比較緊張。

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

- 一、記得剛到費協會擔任委員時，總額協商是一開始由四部門總額先做簡報，我參加過三、四次都是這樣。近幾年，大家覺得協商時間不夠，希望部門提早與付費者委員溝通，所以才會另外召開會前會。看來現在又有委員想回復原來的方式，若此，大家一定又會覺得協商時間不夠。談判本來就須先清楚買賣的內容及目標，一進入談判，當然就開始談價錢、談範圍、談項目，這樣速度才會快。若還要先報告草案，歹勢(台語)，時間都被占光了，這樣做，結果可能是送衛福部裁決。現行的修正方式較有彈性，談的時間比較長，可充分考慮各方的方案，效果較佳。草案所擬的協商流程是延續過去模式，值得贊同。
- 二、陳委員宗獻所談的作法，屬程序面的枝節，比如早上 9 點先談牙醫部門，若其他三部門委員都還未到，委員人數未過半，是否就不能協商，到時會很麻煩，沒有必要如此。每個部門都有自己的戰略，為何硬性規定其他三部門代表一早就到，下午才談的部門或許下午再來即可。不過付費者委員卡歹命(台語)，我們要應付四部門總額，都無法休息。
- 三、我認為目前的安排已充分考量各部門利益，程序是瑣碎的枝節，重點是最後談得成，還是談不成，有無共識決議，

有共識即送衛福部核定。而非在協商前，大家行禮如儀，Say Hello(打招呼)，然後說牙醫部門先談，其他部門休息，這沒有意義，重點不在此，我認為就照各部門排定的順序協商。

鄭主任委員守夏

本會已在 8 月份委員會議後的下午，安排「104 年度總額協商因素項目及計畫草案座談會」，且 9 月協商之前也會召開會前會。8 月座談會已先請委員保留時間，如果當天彼此有默契，數字差距不大，彼此要求對方多考慮，或需要提供資料的部分，都談得很順利，則協商程序就照去年方式。如果發現還有未盡事宜，協商會議前有需要先暖場，形成共識後，再進入協商，也許可安排 10、20 分鐘討論。但依過去幾年經驗，並沒有特別必要，所以才會將相關報告提前至會前會，但如果有必要，也可保留彈性。

陳委員宗獻

同意主席的看法，謝委員天仁所言一部分也有道理，之所以會提出這些問題，是因為覺得 8 月座談會可能會有意外狀況出現。AIDS (後天免疫缺乏症候群，簡稱愛滋病)的醫療費用很可觀，成長速度很快，目前由其他公務預算支應。但近期立法院對 AIDS 及罕病有修法提案，如果立法院通過修法，相關費用將轉由健保支付，則健保會根本無管控機制，對西醫基層總額的影響會較少，但醫院可能須承擔很大的風險，今年採取彈性的作法，可能有必要。

鄭主任委員守夏

- 一、如果有這種狀況，本來就需先有默契，該筆預算可能是協商須考量的重要因素之一，若立法院真的修訂法規，那麼大的議案，一定會有時間討論。
- 二、本案已討論很久，如果沒有其他意見，除了剛才謝委員天仁所建議的文字修正外，其餘照案通過。接下來進行討論案第二案，先請同仁宣讀。

伍、討論事項第二案「罕見疾病特殊材料『沛佳』法斯樂-杜瓦伸縮式髓內釘系統納入醫院總額罕見疾病專款項目案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

先請健保署補充說明。

施組長如亮

剛才所宣讀的提案內容已經說明得很完整，本項特材不是個案，將來還會有罕見疾病病人需要使用的特殊材料，希望今天能討論出結論，以後可以一體適用。

鄭主任委員守夏

本案屬特材項目，醫院總額所協定的是「罕見疾病、血友病藥費」專款，今天要決定係放寬專款項目的用途，還是如幕僚建議，由一般服務的「新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材)」項目預算支應。請委員表示意見。

蔡委員登順

每年協商，在醫院總額的一般服務，都有編列「新醫療科技」項目預算，衛福部的公告很清楚，新醫療科技預算包括新增藥品及特材。協商時雖然無法預測未來有哪些新醫療科技會納入健保，但已按往例編列預算。103年醫院總額編有20億元，今天這項特材只不過336萬點，並未超出20億元的範圍，如果超出，當然需另外考量。其實本案的費用占率非常低，衛福部的公告已列出新醫療科技的預算用途，本會就應遵照辦理。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員登順，請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、預算科目既已協定，並對外公告，則已產生法規命令的效

果。既然「罕見疾病、血友病藥費」專款，只包含罕病用藥，特材理當不能支用本項專款。這部分不是我們決議就可以改變，衛福部對外的公告，已有約束，不可能單就健保會的決議即可推翻。行政程序上，健保署提出本案，有法規適用上的問題。

二、本會不可能改變預算用途，唯一能做的是，協商下年度總額時，考慮用其他方式處理罕病特材的問題，今年不可能變更「罕見疾病、血友病藥費」專款的支用範圍。蔡委員登順認為可以「新醫療科技」項目預算支應，方式允當，如果明年有類似問題，大家再來檢討。

鄭主任委員守夏

兩位委員的意見很明確，請葉委員宗義。

葉委員宗義

請問罕見疾病的定義？

鄭主任委員守夏

衛福部有明確的法規規範，應該是比照國際採用的標準。

楊委員漢淙

罕見疾病的定義是，該疾病的盛行率在每萬人口中少於 1 人。

鄭主任委員守夏

罕見疾病係由國健署的罕見疾病及藥物審議會認定，並訂有認定標準。

陳委員錦煌

對此罕病特材，健保署共同擬訂會議(全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議)的結論為：因廠商建議點數低於國際價格，故採廠商之建議點數，暫予支付 14 萬點。請問國際價格多少？本品項沒有第二家廠商出產，所以應該考慮價格是否合理，預算須節約使用，委員需要知道國際價格到底多少？是哪個國家的價

格？歐洲還是亞洲？請健保署說明。

鄭主任委員守夏

等一下會請健保署提供相關資料。先請楊委員漢淙，再請謝委員武吉。

楊委員漢淙

- 一、罕見疾病的法定定義是，每萬人口少於 1 人，也就是在台灣的病人數不超過 2,300 人，很多罕病的病人是個位數，只有 3、5 位，可想而知其藥物單價一定很高，若將所有罕病費用相加，必然昂貴，但也不能完全依廠商的建議價格支付。剛才陳委員錦煌所提確實是個問題，因為量少，不可能有 2、3 家廠商進口。罕病的病人很特別，一定要吃某種食品才能維生，有些病人需喝特製的牛奶，目前罕病的特殊食品費用係由國健署負擔。
- 二、不清楚當初總額專款談的是「藥品」還是「藥物」，如果用途是藥品，納入特材，會與原來的適用範圍不符，本案若不是由專款支付，則衛福部應該設法找到經費來源。目前罕病病人所需的食品、藥物、檢驗，分由不同的主管機關負擔，應該由各該主管機關依權責處理才是。我認為要幫忙這些病人，若不幫忙，病人一點辦法也沒有。
- 三、但購買時不能被廠商敲竹槓，因為病人很少，罕病用藥的價格必然昂貴，試想全世界只有一家廠商出產，要賣多少錢就多少。應該更廣泛地思考，病人的問題到底有無辦法解決，也許本會做出某個決議，而病人不到 3 個月就死亡，屆時會被罵得很慘。

鄭主任委員守夏

請劉代理委員碧珠。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

共同擬訂會議決議，建議本特材納入罕見疾病專款支應。理由是，

本特材已經衛福部公告列入罕見疾病的藥物，所以應由罕見疾病藥品專款支應，不應放在一般服務，這是共同擬訂會議的共識，不知今天討論後若變成由一般服務支應，是否妥適？雖然金額不多，但不能每次都吃掉一般服務的預算。

葉委員宗義

剛才請問罕病的定義是有原因，之前參加共同擬訂會議，有種黑色素瘤疾病，病人也一樣不多，該會議討論治療黑色素瘤的一種藥品，因為藥費很貴，與會代表都反對，不只付費者代表反對，連醫界代表也反對。共同擬訂會議已經決議健保不給付，但黑色素瘤是非常嚴重的疾病，可否由「罕見疾病、血友病藥費」專款支應，以解決問題。

鄭主任委員守夏

本案討論的「『沛佳』法斯樂-杜瓦伸縮式髓內釘系統」特材，健保一定會給付，問題的癥結在要由「一般服務預算下的新醫療科技項目(20 億元)」支應，還是由「罕見疾病、血友病藥費」專款支應。劉代理委員碧珠提到，共同擬訂會議希望由專款支應，但醫院總額協定的是「罕見疾病、血友病藥費」項目，目前為止，還未把特材列入該專款支應的範圍。所以謝委員天仁建議，今年協商時，可考量將專款用途放寬為罕見疾病、血友病「藥品與特材」，若通過，往後就可將特材納入。去年協商及公告時還未有共識，所以今年不宜在年中更改公告內容。請謝委員武吉。

謝委員武吉

依主席論點，聽起來是要由一般服務支應。照主席的說法，我認為以後這個會可以不必召開，由你自己決定就好！

鄭主任委員守夏

我是向葉委員宗義說明，本項特材費用健保會支付，只是預算要由一般服務或專款支應，則是今天要討論的議題，不是嗎？

謝委員武吉

但你剛才說的，聽來是結論。

葉委員宗義

不是結論。

鄭主任委員守夏

我沒這樣說。

謝委員武吉

本案如果沒有罕見二字，放在一般服務我沒意見，本項藥品才 3 百多萬，委員不是沒良心，向主席報告，共同擬訂會議中，一些罕見疾病的藥品，在還未通過台灣 TFDA(食品藥物管理署)的審核、未取得許可證前，健保就通過給付了，可以馬上進口使用，難道委員沒有憐憫之心，提案的主旨已建議，請同意納入醫院總額罕見疾病專款項目。兩個禮拜前我出席一場研討會，擔任單元的引言人，該單元演講者就是罕見疾病的發起人，聽他們講罕見疾病，差點掉眼淚，大家要有憐憫之心，這筆費用應該放在專款，3 百多萬金額不多。

陳委員宗獻

- 一、剛發言有提到，立法院有 57 位委員，共同連署提出修訂「罕見疾病防治及藥物法」(草案)，修訂範圍非常廣泛，我也不是很清楚，但根據該法第 4 條規定，罕見疾病有關事項，包含罕見疾病藥物認定之審議，由「罕見疾病及藥物審議會」決定。
- 二、目前「罕見疾病防治及藥物法」修法進度如何？會不會連特殊食品等費用都要由健保支應？這些都要考慮(註：依立法院第 8 屆第 5 會期會議案相關文書，罕見疾病防治及藥物法修正條文第 12 條第 1 項：罕見疾病藥物經依本法及相關主管機關查驗登記或專案申請核定通過，其費用應由全民健康保險給付)，如果該法案通過，今年總額協商一定會很麻煩。現在如果咬文嚼字，將專款限用於藥品，協定事項的文字也是去年本會協商，現在本會也

可做出同意不限藥品的決定。103 年的罕見疾病只有 7,374 人，201 種罕見疾病，我認為其用藥、特材應由專款支應，我們自己協定的原則，稍微修改即可，並不增加總額額度，只是在使用科目上酌予調整。因為罕病真的很少，沒辦法限定這屬藥品、食品或特材。如果立法院真的通過該法案，以後都要由健保支付的話，該怎麼辦？

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

要分清楚屬藥品還是特材，藥品每點 1 元，特材會依總額一般服務預算結算，點值浮動。本案說明已指出屬特材，卻支用藥品科目的預算，邏輯怎麼會通？委員會議已經決議「罕見疾病、血友病藥費」專款，並送衛福部對外公告，公告屬法規命令，健保署本來就應該按照法規命令執行，怎麼會提來此種議案呢？健保署不懂甚麼是藥，甚麼是特材嗎？請問施組長，特材怎麼支用藥品科目的預算？

施組長如亮

藥事法明訂，藥物包含藥品與特材，現在有點尷尬的是，專款的用途是「藥費」，若依藥事法，則包含藥品及特材，若考慮到點值問題，放在專款可能會比較好處理。

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

剛剛已經表達過，如果認為罕見疾病的用藥及特材都要支用這筆專款，那以後協商「新醫療科技」預算時，就要慎重考慮。該項目在編列預算時，已載明用於「新增診療項目、新藥及新特材」，這筆預算本來就是用來將新藥、新特材納入健保給付，如果這些都要列入專款，也可同意，但「新醫療科技」預算就可不編列。本案很清

楚，還有甚麼好討論的？

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、剛剛提議的前提是「如果委員會同意的話」，如果委員不同意，我沒意見，因為本案與西醫基層總額沒有相關。但需考慮可能衍生的副作用，因為將來在共同擬訂會議，可能會發生阻斷某些新科技引進的問題。
- 二、大家還需研究本項是否屬於藥品，若屬特材的話，可能衝擊較小，因為目前點值並非每點 1 元，如果納入一般服務，則 14 萬點的點值是浮動的，最後可能只剩 12 萬元。本特材屬賣方市場產品，對這幾百萬，可能醫院總額並無特別看法，因為吞得下。
- 三、9 月總額協商前，我們需好好思考，如果大家認為罕病特材不屬藥品，不能以該專款支應，而需納到一般服務，我也尊重大家的意見。

鄭主任委員守夏

請問施組長如亮，針對剛才陳委員錦煌所詢，本項特材的國際價格為多少？

施組長如亮

經查澳洲價格是 20 萬 3,123 元(台幣)，在共同擬訂會議討論時，廠商提出的報價是 14 萬，所以同意支付價為 14 萬點。

鄭主任委員守夏

健保署說明澳洲價格是 20 萬元，廠商在我國報價 14 萬點。請問本案是否非常緊急？如果今天不做決議，會怎樣？

施組長如亮

立法院有 2 位委員一直很關切，表示共同擬訂會議已經通過，何時

生效。

謝委員天仁

共同擬訂會議的決議是建議，開玩笑，共同擬訂會議搞出這麼多問題，每個都要我們幫忙擦屁股？健保法條文怎麼寫，施組長您真厲害，藥費還可以解釋成包含特材費用。

施組長如亮

沒有啦！我是說明藥事法中，藥物包含藥品與特材。只是解釋這一點。

謝委員天仁

決議的文字是藥費呀！這兩回事，不懂甚麼是藥費嗎？文字有寫藥物費用嗎？

鄭主任委員守夏

看來大家的意見無法一致，我先提出建議方式：

- 一、首先，共同擬訂會議考慮的是新藥物是否納入健保給付，至於要支用哪一筆經費，基本上係由健保署確定有預算支付，就納入給付。
- 二、如果依慣例，目前為止，罕病及血友病藥費專款尚未包括特材，如果有需要，建議今年協商時，請健保署提出明確方案，說明如何完整保護罕病的病人及家屬，以後搞不好連特殊食品也要納入專款，這也有可能。但在還未變更包含內容前，歷來這項罕病專款都只包含藥費，今年若一定要納入特材，並不恰當，但可由一般服務的新醫療科技項下支應，因為本案屬新特材，此做法也符合總額協商的原則。
- 三、若上開提案，經本會 9 月協商通過，明年以後就可做改變。罕病照護不只藥品，還包含特材，甚至食品，既然要保護罕病病人，可考量提供較完整的方案，但在還未規劃前，將此特材納入專款，並不恰當。藉此案例，大家可思考以後是否要將特材及其它部分也納入專款。依據總額協定結果，本特

材屬「新醫療科技」項目的支用範圍，所以今年由此項支應，未來本會協商，如同意放寬適用範圍不限於藥費，則可納入特材項目，大家同意嗎？

陳委員川青

同意。

鄭主任委員守夏

如果沒有特別意見…，請謝委員武吉。

謝委員武吉

主席的決議，與之前說的都一樣，醫界的建議，難道不是人講的話，是狗講的話嗎？也太不尊重我們了！

鄭主任委員守夏

再次向謝委員說明，我沒有如您所說的那樣，沒有講的話就是沒有，等一下可調錄音帶，我並未先做決議，而是在向葉委員宗義解釋…。

謝委員武吉

我是說你好像…，好像…。

鄭主任委員守夏

沒有啦！

謝委員武吉

我有加一句你好像…，這個決議我反對！

鄭主任委員守夏

我知道。本案沒辦法有共識，但希望能將該特材盡早納入健保給付，因為 1 年有 12 位罕病病人需要使用，早點納入給付對病人較好，沒理由拖到年底總額協商完再處理。建議今年就納入給付，並依照公告，預算由新醫療科技項目支應；9 月協商時，再考量是否將罕病所有的費用都納入專款，將用途從藥費放寬至特材，甚至特殊食品。不過若包含食品，倒要好好考慮，因為所需額度會很大！

吳委員玉琴

維持生命所需之特殊營養食品，是國健署的事。

鄭主任委員守夏

所以國健署已編列公務預算支應。

吳委員玉琴

對！健保不須將它納入。

鄭主任委員守夏

OK！已編有公務預算，這一定得搞清楚，是我沒有進入狀況。所以特殊食品費用不由健保支付。

謝委員武吉

反對。有關罕病的定義，楊委員漢淥已經說明清楚，但我對主席的決議無法接受，還是反對到底。兩邊意見可以 Pending(暫緩處理)一下，等到總額協商完，再來做最好的處理。難道罕病的醫療費用只有特材？還包含診察費、藥事服務費、檢查費等，這些難道都不必計算嗎？為何不討論？罕病的醫療費用應該專款專用，在此情況，建議 Pending，等大家心平氣和再好好討論。不要以為健保會最大，共同擬訂會議的建議，也是經過專家研究及討論出來，要尊重那邊代表的意見，不要以為健保會比天公、閻羅王還大，沒有道理，應該暫緩就要暫緩。

鄭主任委員守夏

等一下請學者專家及公正人士表示意見。先請楊委員漢淥。

楊委員漢淥

一、大家認為應該給予罕病病人幫助，但對預算來源有兩種建議方式，一是支用一般服務新藥、新特材的預算，另一是支用罕病專款的預算。既然編有罕見疾病專款，為何不能以專款支應。既然專款的使用範圍是由本會決定，難道不能重新討論，要不然就退回去，回到罕病的主管機關處理，主管機關

絕對不是健保署。

二、沒有記錯的話，罕病的主管機關是國健署，以前罕見疾病的檢查、檢驗、藥品、特殊食品，通通由國健署負責，不知為何七弄八弄，後來將藥物費用移由健保支付？國健署應該要幫忙，如果大家覺得不適合使用健保專款支應，就該依法由主管機關負責處理，或健保署有無預借經費的制度，先借支後，明年再還。共同擬訂會議也建議以專款支應，現在若決定放在一般服務，似乎更奇怪。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

本案幕僚補充說明提到，103 年醫院總額所協定「新醫療科技(包含新增診療項目、新藥品及新特材等)」項目，金額約 20 億元，說多不多，但也不少，請問支用到哪些地方？為利瞭解 20 億元的用途，希望醫界、健保署能提供支用本項預算所新增的醫療科技項目，明列品項讓委員了解。

楊委員漢淙

依本案所請，要以專款支應的就是那根釘子，至於病人所需的手術、診療等服務，健保本來就有支付。

陳委員錦煌

剛剛所提本項特材於各國的支付價格，尚未回答？

施組長如亮

澳洲約20萬。

陳委員錦煌

美國、日本各多少？只有查到一個國家？

施組長如亮

只能查到一個國家。

陳委員錦煌

澳洲殺豬的屠夫一個月薪水20萬元，生活水平明顯高於我國。

鄭主任委員守夏

既然要妥為處理本案，也請公正人士陳委員錦煌，及專家學者吳委員肖琪表示意見，先請吳委員。

吳委員肖琪

- 一、依議程第 56 頁，103 年醫院總額所協定的是「罕見疾病、血友病『藥費』專款」，該協定項目為「藥費」，本案為特材，就不應以專款支應。剛剛一個小時前就有委員提到，我們對於已協定並經主管機關公告的結果，有最好不要變更的共識，所以不應該將本案放到專款支應。另剛剛謝委員天仁提到，今年協商 104 年度總額時，可再思考此項專款是否放寬納入特材費用，該放、不該放或要改為如何，到時再來談，今天就只針對本案討論。
- 二、「新醫療科技(包含新增診療項目、新藥品及新特材等)」項目約 20 億元，剛蔡委員登順、干委員文男提到，共同擬訂會議可能會有阻斷此類新增項目通過的疑義，這確實也是個問題。很佩服楊委員漢淙提到，雖然我們可到今年 9 月再協商本案特材，讓家裡有需要的人再延幾個月，但萬一有人在這段時間就有醫療急迫性時，該怎麼處理？本案所需費用不多，建議今年先納入一般服務的新醫療科技項目，9 月再協商以後怎樣做。
- 三、已經討論很久，右邊的委員(醫界代表)可否同意讓本案通過，雖然可等 3 個月後再說，但對真有需要的病人，這筆錢也不少，支持議程 56 頁所提，今年先由「新醫療科技」項目支應。
- 四、「新醫療科技」項目預算 20 億元，支用情形如何？希望 9 月協商前能讓委員知道，至於明年要編列 10、20、40 億或都不編預算，可再思考。

鄭主任委員守夏

- 一、請健保署先記下，在 8 或 9 月協商前，提供「新醫療科技(包

含新增診療項目、新藥品及新特材等)」項目，在共同擬訂會議所通過的新增項目，及其花費之預算，相關數據先提供委員參考。

二、本案較可能的方式，一是謝委員武吉建議先不要討論，等協商後，再適用新的規範；另一是，包括楊委員漢淥所提，因為病人不能使用很可憐，讓本案早點通過。此外，陳委員錦煌真的沒有意見嗎？

陳委員錦煌

剛剛問題已有答覆，大家先消消氣比較重要。

陳委員川青

站在消費者的立場，同意謝委員天仁的意見，先以「新醫療科技」項目支應，不論對家庭或個人來說，沒有病人能夠等，也不應該等，所以支持先通過；至於9月協商時再檢討未來處理方式，那是另外一個層面，屆時再請健保署提出新方案。結論建議拜託各位醫師服務者委員今天先通過本案，或依謝委員天仁提出由健保署撤案，依權責協調辦理，以免耽誤就醫救人時效。

鄭主任委員守夏

請謝委員武吉。

謝委員武吉

我也不會太堅持，提出折衷方案，今年「罕見疾病、血友病藥費」專款項目，若額度用完，本案就放在一般服務；若未用完，本案就以專款支應。(付費者委員議論紛紛，認為不行，並有動用表決的聲音)

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

建議健保署自行撤案。今年該怎麼做，清清楚楚，至於明年怎麼處理，等9月協商再談。本案在今年法規適用上沒有問題，健保署署

長若撤回本案，問題就解決了。

鄭主任委員守夏

請黃署長三桂。

黃署長三桂

謝謝主席及各位委員對本案提供的意見。本署係依全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議特材部分之附帶決議，而提至健保會討論。剛剛主席提出兩種處理方式，一是以專款支應，另一是以一般服務支應。專款支應部分，依今年總額協商公告的協定結果是「藥費」，所以這條路不通；第二，因本案涉及罕見疾病病人所需治療，整個社會的氛圍，也不允許我們今天不處理本案，萬一當事人有什麼損害，大家都要共同承擔責任，以健保署立場，我們只是把附帶決議提到貴會討論，如果大家覺得不宜於專款支應，就回歸正常的支付方式，也就是以一般服務支應；至於今年協商104年總額時，是否列入討論，則屬健保會權限，我就不便表示意見。尊重大家的看法，本案一定要支應，只是採專款支應或一般服務支應，但若用專款支應如違反法律規定，沒路可走，只有以一般服務支應一途，已無其他選擇了。

鄭主任委員守夏

- 一、限於外界與立法院委員的關切，要健保署撤案，署也有壓力。站在民眾觀點，本案僅需3百多萬，沒有理由不通過。
- 二、感謝委員武吉願意提出折衷方案，但該方案違反103年醫院總額的協定及公告結果。當時「罕見疾病、血友病藥費」專款項目，就只有支應藥費，歷年來也沒有例外，因此年度中要將特材納入，與協商共識及主管機關核定不符，這也是付費者代表堅持之處，但付費者也釋出善意，9月協商104年總額時，可再提出討論，例如擴大專款的適用範圍。
- 三、現在是103年年中，本案今年所需金額，大約是336萬點的一半，若醫界代表同意以一般服務「新醫療科技」項目支應，則付費者也會同意於9月協商時，再討論是否放寬至藥物(即包

含特材)，我認為這樣比較符合社會期望。雖然醫界認為可以「罕見疾病、血友病藥費」專款項目支應，但該項目目前僅包含藥費，並未含特材，今天若要同意讓這些人儘快納入健保的照護範圍，就請同意先以一般服務支應。

謝委員武吉

雖然這樣計算下來，今年僅需1百多萬，但我仍然反對以一般服務預算支應，不然改由其他預算支應。

謝委員天仁

健保署提案內容寫得很清楚，就此特材項目，是否納入醫院總額專款項目進行討論，也就是「准用專款」或「不准用專款」兩種情形。不准用專款時，當然就是以一般服務預算支應，清清楚楚的東西，怎會有其他選擇？不需庸人自擾，就針對專款的法規是否適用討論，主題只有這樣。

謝委員武吉

本案雖提議用專款，但沒寫要放在一般服務預算。

謝委員天仁

回應謝委員武吉，過去共同擬訂會議所通過的項目，如何支付？當然就是由一般服務預算，除非符合專款規定，適用上非常清楚，您是協商老將，要「花」(台語)這個，沒有道理。

謝委員武吉

我不是要「花」(台語)，這是原則問題。

謝委員天仁

原則就是這樣啊！

鄭主任委員守夏

本案並非總額協商，能否從現在開始慢慢培養協商氣氛(委員們笑)。

謝委員武吉

氣氛愈培養愈不好，今天各方的切入角度不同，所以我要把該講的

話都講出來，該修理的就要修理。

鄭主任委員守夏

委員對議案都有發言權。醫界方面，因為本案直接影響醫院部門，西醫基層、中醫、牙醫等部門代表，似乎不太方便表示意見；專家學者也已表示過意見；消費者、雇主代表也表示過意見；醫院部門謝委員武吉也已表達(謝委員武吉：醫院部門代表不只有我)，還是多請問委員意見，先請其他醫界代表。

謝委員武吉

楊委員漢淙意見與我相同。

楊委員漢淙

一、103 年總額編列「罕見疾病、血友病藥費」專款，係以疾病類別編列專款，目前雖對「藥費」兩字有爭議，但既然有該專款，就不能用一般服務支應。依謝委員武吉剛才所提折衷方案，如果專款預算剩很多，就由專款支應，若專款預算 78 億元不夠支用，再移由一般服務支應，其實謝委員武吉的意見已有調整，原則都是要照顧病人，不要為了兩個字起爭執。依其性質應先以專款支應罕見疾病所需費用，專款如有剩餘，也不會移至醫院部門的口袋。

二、過去雖然未有先例，本案我們可以採共識決方式，專案處理，下不為例。

謝委員天仁

楊委員漢淙當過衛生署副署長，請教專款科目項下的預算可否挪用。

楊委員漢淙

科目經過一定程序是可以調整。對於立法院通過的預算，如果覺得有問題，也可以再提立法院討論，不是一成不變、不能調整。

謝委員天仁

「罕見疾病、血友病藥費」專款項目，能支應的是藥品費，本案為

特材項目。我看怎麼講都講不完，公說公有理、婆說婆有理，那就表決好了！（楊委員漢淥：可以啊！）開玩笑！這是法規明訂的事情，涉及法規命令，誰敢表決通過，我就送地檢署，這涉及貪污圖利！

楊委員漢淥

不要講得那麼嚴重，參加表決的人要被告！

鄭主任委員守夏

- 一、應該還沒有到違法的程度，依循多年的協商默契，協定並公告後，即已確立這筆錢該怎麼支用。剛剛楊委員漢淥所提，本案特材符合一半條件，屬罕病但不是藥品，屬新增項目但又屬特材，就是因為這樣才須討論。過去費協會協商總額，是不動用表決的，請求大家維護多年來所建立不動用表決的優良共識。
- 二、目前看來，包括醫界代表都同意要趕快納入本項特材，多數委員都希望讓這些人早日得到健保保障，因此癥結點還是回到要動用那一筆預算。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、就參加健保會與以前參加費協會的經驗，討論過各種性質議案，這麼久以來，幾乎沒有動用過表決。以會議組成來看，基於全國有 2,300 萬人口，必然是付費者委員較多，醫事服務提供者較少，剛剛主席詢問，醫界的其他代表是否要表示意見，我不敢表示意見，不是勇氣不夠，而是因為現在是要醫院總額買單，他是一個 section(部門)，不是只有一位委員。像我們西醫基層總額有 2 位委員，目前只有我 1 人在場，如果西醫基層總額相關的議案要表決，不用說，一定很快就通過，因為只要有 3 位委員立場跟我不同，對我 1 位，很快就有決議，不需要 30 比 1。
- 二、我們有個很好的傳統(意指不動用表決)，大家也都一直遵守，也因為這樣，才花了這麼多時間討論，所以我完全尊重大家的看法，沒有其他意見。

三、另請參考業務執行報告第 102~104 頁，剛有委員提及，是否共同擬訂會議中，大部分的藥品都被阻斷納入或未通過，由這 3 頁資料顯示，共同擬訂會議有通過大部分的品項。第 102~103 頁列出通過項目，第 104 頁是未通過的項目，其中有 39 項通過、12 項不同意，還有 3 項保留。所以共同擬訂會議與本會相同，都是理性議事。

鄭主任委員守夏

謝謝陳委員宗獻補充說明，共同擬訂會議是理性議事，通過的項目很多，所以「新醫療科技」項目的預算 20 億元，應該不至於都未支用，只是用了多少金額？請健保署下次提供資料。在座還有陳委員義聰及楊委員麗珠，要表示意見嗎？不勉強一定發言（陳委員義聰表示可以）。先請陳委員義聰。

陳委員義聰

我是第一次參加本會，首先對主席表示肯定，協商情事的處理非常不容易。其實應該站在較高的角度來看待這件事，因為其牽涉到救人，若這樣僵持不下，對整個社會的氛圍其實不好。剛剛請教陳委員宗獻，基本上本會是不表決的，若不表決，大家應該以更宏觀的角度來看待，這樣不論對委員、社會、醫界都會較好。

鄭主任委員守夏

楊委員麗珠是否有意見？(楊委員麗珠表示無意見)請劉代理委員碧珠。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

一、醫院部門認為不該納在一般服務預算，剛剛付費者委員也提及，罕病專款本來應由國健署的預算支應，不應該由健保來處理這一段的費用，現在莫名其妙跑到健保，現在所有項目陸續開放，我們擔心的是，本案要 3 百萬，以後可能又有別的 3 百萬、再另一個 3 百萬，一直吃掉我們的一般服務預算，怎麼可以！

二、不是不同意，我們同意這些人很可憐、應該通過，但錢由何支

應，應該採納謝委員武吉所提意見，若專款未用完，就由專款支應，若專款不足，再以一般服務支應，大家各退一步才能解決問題。若要回到法規層次，罕見疾病本就不應在健保會處理！

廖代理委員秋燭(翁委員文能代理人)

我也建議應以專款支應，與其他醫界委員相同。

蔡委員登順

如果罕病不應該由健保支應，那所編列的罕見疾病專款做何用？就是用來處理罕見疾病的藥費啊！本案屬特殊材料，若認為103年總額「新醫療科技」項目不能容納此特材，那我們今年協商104年總額時，就要好好檢視，到底103年「新醫療科技」項目預算用到何處？請健保署將所有通過項目及使用情形列出。理論上，「新醫療科技」項目約20億元，其包含新增診療項目、新藥及新特材等，就可用來支應本案所需費用。

謝委員武吉

請教一下，新增醫療項目、新特材、新藥品，實際追蹤的年限多久？是1個月、2個月，還是3、5年？要講清楚，要撕破臉就撕，11月通過的項目，只在12月呈現執行情形，就說已呈現實施1年的資料，不能這樣！至少要追蹤5年！沒有追蹤5年就不算！

鄭主任委員守夏

請黃署長三桂。

黃署長三桂

立法院趙委員天麟及楊委員玉欣都很關心弱勢族群與婦女團體，當然也關切本案。現在付費者代表及醫界委員對本案的看法南轅北轍，個人感到很抱歉。剛剛謝委員天仁提到，健保署提出本案到會討論並不適當，可否撤案之提議。既然雙方僵持不下，事緩則圓，先撤案也是一種選擇，所以本案如果委員會同意，健保署建議今天就先撤案，本署會再分別與付費者及醫界代表溝通，希望能有圓滿的結果。這段時間若有罕病的病友提出疑義，健保署也會全力解

釋，謝謝！

鄭主任委員守夏

謝謝黃署長三桂，本案就撤案。

吳委員玉琴

能瞭解黃署長三桂的意思是要撤案，但委員已有共識本項特材要納入給付，請教黃署長三桂，您的意思是健保不給付本項特材嗎？

黃署長三桂

不是不給付，是給付的方式還無法確定，等本署與付費者及醫界代表雙方溝通後，則會依規定辦理後續給付事宜。

吳委員玉琴

要多久時間？會很久嗎？

黃署長三桂

會儘快依規定來處理。

鄭主任委員守夏

本案就依健保署建議撤案。接下來還有臨時提案及4項專案報告，請問委員要先處理臨時提案嗎？(委員表示先處理臨時提案)接下來進入臨時提案。

陸、臨時提案「健保署應依法不得將全民健康保險憑證(下稱健保IC卡)做為具備電子零錢包、現金儲值或任何塑膠貨幣等非醫療使用目的之功能，以保障保險對象隱私」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

為節省時間，我直接請提案的3位委員推派1位代表說明。(林委員錫維示意)，請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、提出本案的主因係 5 月 6 日聯合報報載，健保 IC 卡將增加各種相關功能，此點我們絕對贊成，但看到健保署 逢明提到，未來可能委由銀行處理電子錢包功能，這部分我們堅決反對。堅決反對交給銀行處理，理由非常多，其中一部分是全國約 2,340 萬人的資料，若將之放到一個沒有辦法防範的範圍，可能整個資料庫會被盜用，產生的後遺症將非常嚴重，牽涉範圍非常廣，例如讓媒體有機會挖出個人資料，也可能影響一個人一生的成敗。
- 二、除了反對委由一般私人銀行處理外，還有個問題，因不可能一直委由同一家銀行，若換到另一家銀行，那前一家承攬銀行拿到的資料怎麼處理？因此若一定要開辦電子錢包的話，希望比照台北悠遊卡公司的模式，由健保署自己成立一個單位來處理。全國人口若每人儲值 1 千元，就約有 2 百多億的金流，此金額甚至可成立一家銀行以上，應要培養相關人才做這件事，不然就不要做相關變動。
- 三、此外，電子錢包的功能，應該僅侷限於支付醫療費用，如掛號費或部分負擔，不能做為其他用途，也不能與其他單位掛鉤。緊急提出本臨時提案，是擔心健保署已規劃交由相關銀行處理，但這是不對的，若健保署已進行相關計畫，要趕快停止。

鄭主任委員守夏

請健保署說明。

蔡副署長魯

首先說明，健保IC卡自93年開始使用，在規劃當時即預估7年後，恐將面臨大量資料的存放問題。第二，委員關心此議題，應為今年5月5日本署舉辦「承保資料增值應用研討會」延伸的後續疑問，當天與會的專家學者，有提到IC卡可朝此方向(電子錢包)規劃。第三，因為長期照護保險目前指定的保險人為健保署，考量接受長照服務的保險對象可能無法行動，保險對象的家裡又不可能設有讀卡機，故當天學者建議，未來可能需要規劃、考慮改用接觸式的卡片。至於委員擔心的電子錢包功能，本署目前並未進行相關計畫，請放心。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

健保法第16條規定得很清楚，若長照資料也要放在健保IC卡中，與健康有關的資料，我們並不反對；但若與銀行合作，林委員錫維已提出，將衍生很多後續問題，我們希望愈單純愈好，尤其健保IC卡相關預算通過後，健保署尚未提出執行報告，只看到報載，大家心裡難免會擔心，希望事情單純化，由健保署成立一個單位辦理較好，況且還是個會賺錢的單位。

鄭主任委員守夏

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

贊成健保IC卡要改革。自93年實施之後，就一直期待有所改革，要多增強其功能。長照保險實施後，可能會有蔡副署長魯提到的問題，因保險對象需要接受到宅服務、無法至院所使用IC卡，報紙一登出可能將由金融業承做後，大家都嚇得要死，因為個資法已經通過，目前看到個資流落，造成很多民眾受騙上當的情況，很可怕。絕對同意健保IC卡改革，但希望多考慮採用適合的方式。

鄭主任委員守夏

本案有很明確的共識，就是請健保署對健保IC卡改革有明確方向

後，到健保會報告，以利委員了解。

柒、專案報告第一案「健保代位求償執行情形與成效報告」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

今日議程尚有4個專案報告，希望加快進行。請健保署盡量於5分鐘內報完。

健保署邱科長峰明報告

鄭主任委員守夏

謝謝邱科長報告。由報告資料顯示，健保所追回的代位求償金額很有限。請干委員文男。

干委員文男

近5年(98~102年)執行統計，追回的入帳金額很少，若改由健保署自己成立保險公司進行強制保險，賺的錢似乎會較多。代位求償才拿這點錢，目前強制險的保費由保險公司收取，但醫療費用卻由健保支付，合理嗎？

鄭主任委員守夏

請李委員永振。

李委員永振

依報告資料，近5年累計的代位求償金額是136億元，剛才主席與干委員文男都有提到，真正的入帳金額僅約560萬元，這部分甚至還未扣掉法務人員的成本，如果扣除後，不知執行效益剩下多少？會不會變成負值？應檢討是否有其他更有效的方式。

鄭主任委員守夏

請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、當初賴教授美淑擔任健保局總經理時，我就向她提過代位求償的問題，但當時都未處理，現在有這樣的成果，顯示黃署長還有值得鼓勵的空間。報告有個缺陷，就是未提到勞工工傷的代

位求償。在勞保局時代，勞工工傷的代位求償(即指：勞保職災之代辦費用)，預估金額是60億元，但現在健保署只估列10多億至20億元，是何原因？應該要讓委員瞭解。

二、勞工上班途中，若騎機車被撞，健保代位求償的對象，是車禍的當事人，或向勞保局負責工傷事故的單位進行代位求償？要分清楚，但報告中都未區分，因為勞工也可由受雇公司向勞保局申請職災給付。

鄭主任委員守夏

一、還有委員要垂詢嗎？因時間有限，建議健保署將委員的意見彙整後，提出書面補充說明；或請教勞保局、保險公司或公會，找出改進代位求償績效的方案。以書面資料提供委員參考，俾節省時間。

二、現請健保署報告下一案。專案報告第二案的內容較長，請把握時間於10分鐘內完成。

謝委員武吉

主席，等一下，現在時間又還沒到下午1點半，既然時間尚未到，為何不請健保署直接回答？如果現在可以回答，就不需要再用書面。

鄭主任委員守夏

剛才有解釋，因為會議時間有限，後面還有幾個專案報告，都是委員會議決議請健保署提會報告的議案，已經延後報告了，所以希望能盡快讓委員聽取內容。對謝委員武吉希望健保署補充的部分，現在若有現成資料，請署簡要回答。

邱科長峰明

一、向謝委員武吉報告，如果勞工在上班途中發生車禍，這屬職災，為代辦費用，這部分費用都由勞保局支付。

二、汽車強制責任險屬於強制投保的保險，當發生車禍時，產險公司受理案件理賠後，健保署依該車禍資料，計算當事人因車禍

就醫，所花費的總醫療費用，並據此向產險公司請求給付當事人車禍的相關醫療費用。

三、至於請求範圍，僅能就產險公司已理賠受害人自付金額後的餘額為限。因產險公司給付每案受害者上限額度為20萬元，故20萬元需先扣除已理賠受害人的自付金額，剩餘部分才屬本署能請求返還醫療費用的範圍。

四、若受害人未有自付金額的前提下，總醫療費用小於20萬元的部分，則可全數拿回，而超過20萬元部分，則不可能拿回。健保是保險對象發生生育、疾病、傷害事故時，給付其醫療服務的保險，而代位求償屬健保的補充財源，亦即實際上不可能全數求償，惟本署仍基於可求償的醫療費用範圍，盡力追回。

謝委員武吉

一、此回答我無法接受，這樣說來車禍受傷時，強制險要先理賠民眾自行負擔的部分，健保僅能就剩餘的部分代位求償，結果就是好拿的先被別人拿走，拿不到的就要由健保支應，世上哪有這麼好的事？難怪保險公司所屬財團一直不斷買地、養地，其背後原因有你們從中幫忙之嫌，所以無法接受你的解釋。

二、請健保署說明如何追蹤車禍個案。

邱科長峰明

若車禍案件有向保險公司申請理賠，理賠資料就會註明受理的賠償項目，例如個案的姓名及身份證字號，有基本資料後，健保署就可從申報資料計算其使用的醫療費用。另因強制汽車責任保險屬強制險，為公辦的保險，並沒有所謂盈餘的分配，所以最後結果是不賺不賠，並未對保險公司或財團，有任何挹注。

謝委員武吉

你在健保署而不是在保險公司上班，敢保證保險公司沒有從中獲利？你敢不敢？

邱科長峰明

這部分主管機關是金融監督管理委員會，該會有相關監理機制。

謝委員武吉

你又沒有在那裡上班，怎可這麼肯定？所以我說，你們根本沒有盡到責任，這些案件應該從警政署或消防署去追蹤，但你們都沒有這麼做！

鄭主任委員守夏

本案請健保署從執行面進行內部檢討後，再另行報告。

謝委員天仁

- 一、補充一下，目前我在產險公司擔任董事，很清楚這種情況，每次看到健保署來請款的資料，查對時發現裡面甚至有感冒等疾病，均要保險公司支付，保險局也要求產險公司對於健保署的請款，儘量不要有意見。以我的了解，基本上產險公司在汽車事故代位求償的給付，不會比實際情形低，若仔細查對，健保署可能還需退費給產險公司，以上個人經驗供大家參考。
- 二、或許還有其他層面的問題，例如任意險發生損害的額度比強制責任險還高，法規上只限制強制責任險可以行使代位求償，好像侷限了我們的權利，大家會覺得奇怪，原因就在此，到底法規應該怎麼調整，可以檢討、修法。以我的角度來看，保險公司反而應該向健保署要錢，就是有討超過(台語)，沒有不足的情形。

鄭主任委員守夏

- 一、感謝謝委員天仁的說明，看起來代位求償的相關法規，眉角(台語)也很多。
- 二、法規若只限制強制責任險，請健保署研究一下非強制保險的部分，有無法源可行使代位求償？若無法源，請健保署一併考量，未來是否需修法？

謝委員武吉

- 一、謝委員天仁既是產物保險公司的董監事，應該最瞭解實際狀

況，健保署如果有多要的部分，應該退還給保險公司；若有不足的部分，例如傷者變成植物人，或是到醫院前尚未死亡，經急救後死亡者，均耗費許多醫療費用，若只賠給患者 20 萬元，卻沒有付費給健保署，是很不公平的事，我們應該想辦法要回來，這是健保署應盡的責任與義務。

二、剛剛請教員工上班時受傷的問題，其實我比你們清楚，勞保職災執行到現在已 40 多年，以前每年勞保工傷約 60 億元，現在只剩 10 幾億元，有了解原因嗎？員工要拿職災證明(即職災單)，如果這家公司發放太多職災單，則其下 1 年勞保的費率就會提高，健保署為何沒有追究這些事，坦白說黃署長三桂很認真地督促本案，但署的同仁並沒有盡最大努力。

鄭主任委員守夏

感謝委員武吉的意見，其他委員還有無意見？若沒有，進入下一個專案報告。請健保署同仁報告。

捌、專案報告第二案「『全民健康保險藥品費用分配比率目標制』試辦方案之執行情形報告」與會人員發言實錄

健保署郭科長垂文報告

鄭主任委員守夏

謝謝郭科長報告。請問委員有無垂詢，先請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、我覺得藥費支出目標制有些不公不義，預先訂個目標值，超過部分，如今年為 56.7 億元，是先由當年一般服務的醫療費用中扣除，隔年才據以調整藥價扣掉這筆費用，但扣掉的這筆費用為什麼不還給一般服務？如果沒有歸還，訂目標就沒有意義，應該將超出目標的部分歸還，才合理。而健保署調整藥價後，藥費金額卻不動，完全沒有意義，每年吃人家豆腐，占別人便宜，當然不公、不義，哪有制度自己獨大，都是別人吃虧。藥費支出目標制實施至年底已近 2 年，應該好好檢討。
- 二、依據現有的資料，沒有人清楚健保署的作業為何。56.7 億元調整藥價後，到底用藥量還有多少？如何計算？根本沒有人知道，怎麼會算這麼準，正好可以計算出這個金額，應該還有使用其他類似的藥品，這麼做並不太科學。總額應兼顧公平性，超出目標值的部分應該扣掉，不然醫院總額中用藥較少的醫院一定會不服氣，因為點值愈來愈低，當點值未達 0.9 時，醫界就來向我們要求預算，能撐多久？最後都是由消費者買單，藥費每點 1 元的制度，喪失原本應有的平衡機制。如果將超過的部分都扣回來，用愈多扣愈多，看看院所用藥可否節制些。每年藥費占率維持在 25% 左右，調整藥價也沒有用，預計調整減少的藥價，只是帳上數字而已，一點意義都沒有。
- 三、本報告最後結論所提調整藥價之效益，很抽象，看不出效益在哪？健保署的簡報別人都看不懂，應該要檢討；而藥費支出目標制對健保運作沒有積極意義，本來每 2 年調整一次藥價，並

衍生缺藥情形，現在變成每年都會缺藥，實質效益在哪？應該好好檢討。至於管制多少量？成果有多少？藥量減少多少？也都沒有數據，我們如何知道成果？老實說，簡報都是官樣文章，並未達到我們預期的目標。

鄭主任委員守夏

請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

- 一、試辦藥費支出目標制，但成長卻有些爆衝，請問超出的 56.7 億元如何處理？從哪裡扣？投影片在藥價調整之效益提到，部分運用於調整偏低的醫療服務給付項目及支付標準、提升總額點值，請問點值提升多少？完全看不出。現在應可計算去年的數據，但簡報內容空洞，並未看到實質內涵。
- 二、藥物使用的三同政策，不知是何原因？造成立法院也來關心，把新的藥價往後延 3 個月，產生的效果如何？請健保署說明。
- 三、另簡報第 8 頁提到建構「健保雲端藥歷系統」，整合病患用藥，以提升用藥品質與安全，請問何時可以達成？上次藥師公會也提到，台灣用藥量非常多，但每年都清出很多未使用的藥品，重覆開藥的問題一直存在，超額藥費根本無法管控的情況下，點值還一直被保障，才導致藥愈開愈多。若能建立雲端藥歷，可警示其他醫師已開過的藥品，才能避免不同醫師開同樣藥品，否則病人藥愈吃愈多，身體卻反而愈來愈不健康。有關健保雲端藥歷的期程與進度，請健保署再詳細說明。

鄭主任委員守夏

先看委員還有無意見，再請健保署回應。請干委員文男。

干委員文男

- 一、藥價調整確實造成許多不便，我就親身經歷過有些藥品連藥房都買不到的情形。
- 二、前案討論罕見疾病的特材費用應由「新醫療科技」項目預算支

應，才需要 300 多萬元，醫界就吱吱叫(台語)，本案藥費超出這麼多預算，且應該調整哪裡？醫界好像都無感，對消費者很不公平。希望調降後的剩餘款可以用於增加新藥、新特材、新科技項目，有去有回，才公道。剛剛的議案，才 300 多萬，講了很久都沒有共識，本案超過 56.7 億元，醫界反而惦惦(台語)，這點讓我很疑惑。

鄭主任委員守夏

謝謝干委員文男。請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、非常感佩謝委員天仁剛剛的提問，雖然謝委員不在醫、藥界上班，坦白說，抓的方向很準確。
- 二、大家懷疑為何醫界可以吞下 56.7 億元，我們醫界沒有發言就似乎以為醫界吃掉那 56.7 億元，我們已經會叫變成不會叫，其實那是犧牲我們點值(下降)，謝委員天仁以前經常講到，藥品每點 1 元是健保的禍害，我非常贊同。干委員文男也親身經歷買不到藥的情形，健保署是罪魁禍首，地區醫院不斷建議應實施多重藥價基準，健保署說沒辦法做到，為何西醫、中醫、牙醫之間可以做不同支付設計，而醫院就不可以？地區醫院經常買不到藥品，這對採購後段班的基層診所、社區藥局與地區醫院非常不公平，如果實施多重藥價基準，可以讓醫院、西醫基層、社區藥局都買得到藥。
- 三、幾天前打電話給施組長如亮，提到購買 3cc 的安全空針，健保支付價為 2.8 元，廠商報價 5 元；5cc 的安全空針，健保支付價 3.1 元，廠商報價 7 元，我們只能忍痛吞下去。現在還有感控查核，所以醫院一定要買，不買不行，我們也只得吞下去，所以在此慎重要求實施多重藥價基準，才對得起地區醫院、基層診所及藥局，也才公平、合理。

鄭主任委員守夏

請李委員永振。

李委員永振

請問第 16、17 張投影片的圖表與標題好像不太一致，讓人看不懂。例如第 16 張投影片，強調國產藥與原廠藥的品質比較，內容卻僅列出各國藥品的支付價格，並未提到彼此的相關性，請健保署進一步說明，以利委員瞭解。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、本報告所提問題，是健保會所有委員的共同責任，一直以來也是健保的慢性病之一。以藥價基準來看，價格一定會調降，因為一過專利期，藥價就會下降，這是趨勢，如果藥價不調降，就有圖利他人之嫌。
- 二、至於超出目標值的 56.7 億元，健保並沒有額外增加總額預算來支應，而是由各總額部門自行吸收，等於由內、外、婦、兒科各科別共同負擔。
- 三、對於拿藥超量或看病太多等浪費行為，至少西醫基層總額可以說，我們並沒有使用任何一項交通工具，載病人到醫學中心看診，但醫學中心的急診室仍然塞爆，若大家仍秉持本位主義，認為不可增加部分負擔，才不會導致民眾的負擔增加，則問題永遠無法解決。去年開會已討論過，各層級院所的部分負擔差距那麼少，在醫學中心的門診或急診看病，兩者相差僅 150 多元，民眾為何要在門診等一個早上才看到病，到急診室只要 10 分鐘就可以看診。這些基本的問題，是我們的權責，也是必須要做的。
- 四、業務執行報告第 82 頁，重大傷病共 30 多項，102 年共支出 1,625 億元，大家應思考這些免部分負擔的患者，未來是否該多承擔一點責任，這個問題應該要解決。不能說現在健保還有錢，等以

後再慢慢處理，只有從制度面的根源處理，才能讓民眾知道，看病不是 7-11。我們常會去查，同天看病的患者，可能在去前一家醫院與這家診所之間，僅相差 2 小時，所以運用雲端藥歷很重要。

- 五、此外，如何讓民眾的腳不要亂跑，制度是大家的責任。拜託不要一直怪醫界，藥品超出的部分，各科已共同吞下去，我們也贊同把藥價砍下來。

鄭主任委員守夏

還有無委員要垂詢？等一下請健保署一併說明。

楊委員漢源

- 一、從議程第 67 頁看出，藥費支出每年都增加。健保署核定調整藥價已歷經 7、8 次，藥費仍節節上升。剛剛有人說藥價應該愈來愈便宜，其實藥費總支出愈來愈高，若超出的 56.7 億元，再加上之前核刪的 30 億元，合計是 86.7 億元，與目標值的差距更大。
- 二、是否要繼續實施藥費支出目標制，確實應該加以檢討。藥品之外的項目，點值只剩 0.82，如果大家覺得這樣很好，就繼續下去，醫院會自謀生路。台大醫院最近整修地下室餐廳，也是為增加收入，連中庭休息空間都要租出去作生意，搞到這樣真得很奇怪。
- 三、藥價調整的機制有問題，每次公告都只給醫院一~二週時間來調整電腦系統，大家都怨聲載道，加上還要換藥。其實醫院不得不換藥，大家可去調查哪家醫院不換藥，必然會虧損更多。
- 四、建議針對制度進行整體檢討，藥品浪費不論天數或次數的增加，及台灣特有的重覆就醫問題，好像都沒有任何調控、處理機制，如提高部分負擔等措施，所以應建立機制檢討不當的醫療耗用。然而老年人口的增加，多重疾病需要較多用藥，這也是無法迴避的事實。老人用藥量多，或許也是導致藥費增加的

主因之一。

- 五、至於調整藥價基準，健保署每次公告的時間，有時在 5 月底，有時在 6 月底，時間隨便訂？從來沒有一次是在同一天實施，藥品不是醫院要換就換，都有事先與廠商簽訂一定期間的合約，健保署必須考慮醫界在實務作業面的困難處，預留多一點時間給醫院、診所調整，以處理合約規定事宜。
- 六、議程第 72 頁，要表達國產藥的品質不比國外差，但可否以價格代表品質？令人質疑。另議程第 73 頁所舉國產失智症用藥，支付價高低差距才 1.54 倍，不知是鼓勵醫院買貴，還是買便宜的藥。有些醫院採購藥品時較為嚴格，有些醫院還是會以利潤來決定購買何種藥品，健保署應該說明清楚，不然很多人都聽不懂這份報告。

鄭主任委員守夏

請施組長如亮一併回應。

施組長如亮

- 一、先跟委員報告，為何會有「藥費支出目標制」的產生。從議程第 67 頁的圖表顯示，自 95 年起，每 2 年調整一次藥價，每次調整後，外界都有一大堆聲音，有的認為調降太多，大家受不了，但也有民眾認為調整額度太少，還有許多藥價差的問題未解決。也有人認為 2 年一次太久，健保署也一直在思考是否要有所變革，以不同的方式處理藥價調整的議題。因此，去年衛福部政策指示，可以試辦「藥費支出目標制」，以了解對民眾、健保、醫界及藥界的衝擊，沒有試辦不知道結果如何，今年結束後，明年還會再調整一次藥價，我們會再來評估試辦計畫的辦理成效及其優缺點。
- 二、有關藥量之管控，如第 7、8 張簡報，確實沒有提出數據，以致委員不太滿意，接下來我們會提供一些成效數據。由於 102 年開始試辦，今年才調整藥價，效益不是這麼明顯。今年過後將進行總檢討，應可看出管控後，有何成效。細節部分請郭科

長說明。

郭科長垂文

- 一、請同仁播放最後一張投影片，有關 102 年目標值超出額度部分如何計算，首先扣除中醫後的整體申報費用為 1,466.6 億元，扣減藥品核減率 2.04%後，102 年核付的藥品費用為 1,436.7 億元，與原先設定的目標值 1,380 億元相減，超出 56.7 億元，即為藥價調整應節省的金額。
- 二、接下來，補充說明第 15 張投影片，過去公、勞保時代，相同廠牌的藥品在不同醫院使用，其支付價格不同。健保實施後，統一支付價，即相同廠牌的藥品在不同醫院使用，其支付價格統一之廠牌別訂價，從過去申報資料來看，價格相對高的藥品，其市場占率即較高，致外界屢屢質疑以廠牌訂價，會造成資源配置的不公平。
- 三、第 16 張投影片，圖列生產某藥品的幾個藥廠都是台灣本土公司，支付價格從 29.7 元到 39.5 元，其實這些藥廠都通過 PIC/S GMP(國際醫藥品稽查協約組織所規範之優良作業規範)，或 C-GMP(優良作業規範)認證，但製造地在印尼的原廠藥，價格(49.4 元)還是高高在上，即使國產藥製造品質並不比委託印尼代工廠差，但支付價卻永遠比他們低。
- 四、另有關楊委員漢源提及藥價調整後，醫院為何要換藥的根本原因。首先，健保使用藥品廠牌別訂價，經藥價調整後，每一種藥品的價格高低分布就會產生不同，對於不同品牌的藥品，醫療院所會選擇最大效率的方式去做調整，也就產生不必要的換藥情形。97 年藥品政策的重點，在於同成份的藥品，因品質一樣，所以就訂定相同價格，目的在避免因支付價格不同，造成醫院採購實務運作的困難。
- 五、第 17 張投影片，呈現的全屬國內製藥廠，這些公司都是上市公司，支付價格也參差不齊，三同支付制度實施後，首先可以落實價格的公平化；其次因藥品品質相同，醫院不會因為品牌

價格不同，被迫選擇不同的藥品，這是三同支付制度未來預期的效益。

六、過去調整藥價都是按照市場價格，直接反映到藥品訂價，所以外界質疑藥費的管控重點，都只在處理價格。實施「藥品支出目標制」後，超過核減率 2.04%的藥費，已做處理；另外超過目標值的 56.7 億元，也會在價格上做調整。

七、至於委員提到，藥價調整的節餘款要如何運用於提升點值，以及要不要從總額扣除等問題，過去在費協會已討論多次，本署並沒有特別意見，會尊重健保會的運作，以上簡單說明。

鄭主任委員守夏

謝謝健保署說明，委員還有無其他意見？請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、對於剛才兩位委員反映買不到藥的問題，健保署一個字都沒提，干委員文男，咱們攞卡細漢(台語)，所以，健保署都沒有回應我們請教的問題。

二、請問健保署何時要落實「多重藥價基準」，不要一天到晚打混，這不行的！地區醫院、基層診所及社區藥局都買不到藥，大家已從報紙看到，不是我講的。干委員文男提到，他也有到藥局買不到藥的情形，落實「多重藥價基準」就可以解決買不到藥的問題，健保署為何不儘快實施？是否有圖利之嫌？

鄭主任委員守夏

委員還有無意見？請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、健保署還是沒有講清楚，調降藥價約 56.7 億元，當然不是所有的藥品都按比例調降，那如何調整？比如一顆藥原本是 2 元，調整後變成 1 元，一共用了幾顆，如何計算？調整後占多少金額，所以最後總共加起來剛好 56.7 億元，我很好奇，調整的機制在哪？這是重點。

二、以前每 2 年調整 1 次藥價，也常常會發現醫院換藥。現在每年都調整藥價，一樣會有換藥的情形，可否讓我們了解，為何醫院換藥就可以架空我們的政策。

鄭主任委員守夏

委員還有無詢問？請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

剛剛謝委員天仁所談的內容，對我而言有個很重要的觀點，因藥價調降的 56.7 億元，在第 1 年發生時，是用藥多的院所、科別或醫師，在總額下逐步擴展至其他較少用藥的科別，如婦產科、外科等一起承擔。謝委員天仁注意的是 56.7 億元如何調整下來，若全數通刪，對之前受虧損的科別，如外科、婦產科，則應該要有補救措施，建議可設定調整比例，例如將藥價調整下來的 70%，用於調整用藥量較多的項目，其餘 30%則用於調整外科、婦產科等較為虧損的科別。每次協商總額時，總會提到外科、婦產科等科別的處境並未改善，請問這部分有無辦法納入調整藥價的機制？

鄭主任委員守夏

請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、請播放最後一張投影片，102 年目標值超出額度的計算，扣掉 2.04% 應該是核減率？(健保署回覆：是的)所以核付給醫院的是 1,436.7 億元，因為藥價調整還要扣除超出目標值的 56.7 億元，所以實際支付醫院的還有多少？請問 2.04% 的核減率，健保署如何執行？有何特殊辦法，或可制訂醫師不當使用的措施。其實健保署不用說明，我已知道你們核減的四大要件或辦法，第一，非必要的核減，因為身為審查醫師，審查時多少要核減一些；第二，「基督山恩仇記」式的核減，看到某些不喜歡的人的案件就予以刪減；第三，指示行為的核減，對醫療院所不爽；第四，設定目標(核減率)的核減，要設定核減幾十%

都可以。我們醫院曾有被高屏分區業務組修理的經驗，被核減 27%，第一次補付率就有 87.4%，但該分區業務組某副座長官卻要其同仁退回去嚴審，當初處理的人現在已被調到北部某地區，都有事實證據，我可以提出告訴。請健保署說明如何處理核減作業。

- 二、我不會故意找麻煩，不像某些人不爽，就故意修理我們。我很有肚量，就算不歡喜也會歡喜問(台語)。針對多重藥價基準及核減方式，請健保署一定要講清楚。

鄭主任委員守夏

請健保署說明。

郭科長垂文

- 一、感謝委員武吉再次提醒，有關研擬「多重藥價基準」政策，謝委員在共同擬訂會議已同意給予寬限期，現在已逐漸接近期限，因涉及支付制度的重大改革，我們會適時在該會議提案討論。
- 二、有關委員文男反映買不到藥的問題，實施藥價調整時，藥師公會少數會員曾反映個別藥品有缺藥的現象，經與藥師公會連繫，了解那些個案均與藥價調整無關。本署也與藥師公會達成共識，任何個案，我們一定會連繫相關的廠商或藥師，以了解真正原因，若屬銷售問題，會請廠商直接處理；若因藥價調整造成，也會有機制處理。未來委員買藥時，若遇到任何問題，請隨時向我們反映，本署會立刻處理。此外，對於缺藥部分，本署也有與食藥署建立完整的溝通機制。
- 三、有關換藥問題，每次藥價調整，本署都拜託台灣醫院協會督促其會員，了解換藥情況，並定期回報，本署也會啟動例行監控機制，從過去的資料看來，顯示藥價調整後的變動不大。不過因為藥品管理制度，產生很大變革，所以預期今年會有些狀況發生。台灣去年已加入藥品的 PIC/S 國際組織，因此，有八成藥廠均會通過 PIC/S 認證，有些廠商的價格還來不及做變動，

目前已陸續進行公告，因為加入 PIC/S 的國際組織，會促使國內藥品的品質提升，多數醫療院所也都願意轉換成 PIC/S 藥品，提供民眾優質藥品；反之，若有醫療院所未與政策配合，本署也會了解其不採用 PIC/S 價格的原因。

四、謝委員天仁提到藥價調整所節省的金額是 56.7 億元，到底怎麼算出，謝委員雖是產業保險的董事及律師，但對藥品的計算相當內行。基本上，這次的藥價調查還是依據市場價格，政策上須節省的金額是 56.7 億元，設定一個單價再乘上去年的服務量，回推計算正好達到應當節省的額度，就不至逾越規範之超出金額，因此，節制浪費的效益是存在的。

五、至於節省的效益到底要不要用於調整支付標準，則屬健保會權責，本署尊重貴會決議。

謝委員天仁

這部分我很有興趣，可否順勢再請教健保署？

鄭主任委員守夏

可以，請謝委員天仁。

謝委員天仁

56.7 億元是以去年的服務量計算，藥費經調整後，應請健保署再去核對今年的服務量有無縮減？有無達到預期減少的部分？資料比對後，才知道哪部分的藥費增加，哪部分的藥費減少，有無實際成效？本方案將試辦 2 年，我們可以藉此了解哪些地方有問題，健保署應該提出完整 1 年的藥品使用資料，若某種藥的價錢減少後，其用藥量是否還這麼多？很值得我們繼續觀察，可以印證問題所在，做久才會知道，藥費占總費用比例為何始終維持在 25%，有些事情就會現出原形。

謝委員武吉

一、謝委員天仁提出的是藥品使用量的問題，不只量，還有藥價問題，價量都須要求，才較周全。

二、在此還是拜託施組長如亮說明何時可以落實「多重藥價基準」制度？

施組長如亮

有關「多重藥價基準」制度，謝委員已提過很多次，我們確實...。

謝委員武吉

我聽過你的長官在某個場合談過相關議題，他的說法讓我很高興，所以才會一直追問。

郭科長垂文

謝委員武吉上次同意延後半年，以讓我們去找學者專家好好研擬此制度，健保署已將之列為下半年的重點工作。

謝委員武吉

你們找的學者專家我不信任，上次有關解決地區醫院萎縮的問題，在分配 50.55 億元預算時，你們找的什麼學者專家？開玩笑，我都不信任！所以，才會追問到底何時才可落實「多重藥價基準」制度？

施組長如亮

說實在的，多重藥價基準是十分複雜，上次我們已調查各層級醫院的意見，一定要讓大家都買得到藥，但不能保證價差一定要給醫院...。

謝委員武吉

不是買不買得到藥的問題，你們救國、救民，也要救我們這些歹命子(台語)，因為藥價調查不是這樣的方式，所以一定要落實「多重藥價基準」制度。

施組長如亮

我們會好好計算、研究。

謝委員武吉

如果如剛剛謝委員天仁所提未落實藥價調整的真正目的，坦白告訴

你，我會告你們圖利，我在監理會、費協會混了 15、16 年之久，已經非常清楚，一定會逼你們去做。

施組長如亮

這要大家有共識。

鄭主任委員守夏

請問委員有無其他意見？

謝委員武吉

主席沒有問健保署何時要落實「多重藥價基準」制度？

鄭主任委員守夏

您已經講得很清楚，不是答應給半年的時間嗎？半年大概就是「藥品支出目標制」實施屆滿 2 年，正要進行檢討的時候，不是嗎？

郭科長垂文

向各位委員報告，有關藥品支出目標制的檢討，於該制度試辦後，本署會進行評估，看整體藥品用量的變化。今天委員所提的意見，也都會在檢討時列入，並做為改進的方向。

鄭主任委員守夏

- 一、謝委員武吉的意見在共同擬訂會議已經多次提出，健保署的答覆也很清楚。請問其他委員有無意見？如果沒有，本報告案進行至此。
- 二、在場委員人數已經不多，現在是 2 點 15 分，開會時間已超過 4 小時，超過我們的上限，請問在場委員，另外 2 個專案報告是否要在今天全部趕完，還是延至下次會議？(委員回覆延至下次會議)
- 三、請問有無臨時動議？(未有委員表示)，今天會議到此，謝謝大家！