

衛生福利部全民健康保險會
第1屆103年第3次委員會議事錄

中華民國103年3月28日

衛生福利部全民健康保險會第1屆103年第3次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國103年3月28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

吳委員玉琴

吳委員肖琪

李委員永振

李委員成家

李委員蜀平

周委員麗芳

林委員至美

林委員啟滄

林委員錫維

柴委員松林

翁委員文能

中華民國全國漁會陳秘書健民(代)

林口長庚醫院郭特助正全(12:30以前代)

台北榮民總醫院陳高級分析師雪芬(12:30以後代)

連委員瑞猛

張委員永成

張委員煥禎

莊委員志強

陳委員川青

陳委員幸敏

陳委員宗獻

陳委員錦煌

黃委員建文

楊委員芸蘋

楊委員漢淥

楊委員麗珠

中華民國農會林主任敏華(代)

葉委員宗義
蔡委員明忠
蔡委員登順
謝委員天仁
謝委員武吉

台灣社區醫院協會朱監事長益宏(11:10~12:45代)

肆、請假委員：
侯委員彩鳳
蔡委員圖晉

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(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2)次委員會議紀錄，請 鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(第2)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、為利健保自付差額特材品項之討論，訂定「本會討論自付差額特材案之作業流程」如附件一。請中央健康保險署於提案時填具「自付差額特材品項基本資料檢核表」連同所須資料，照作業流程所列時程送會；並於各品項開放半年後及每年 12 月依「檢討改善報告內容」提報各該檢討改善報告。

二、上次委員會議決議(定)事項辦理情形及其餘各項重要業務報告洽悉。

第三案

案由：103 年度各部門總額執行成果評核作業方式案，請鑒察。

決定：訂定「103 年度各部門總額執行成果評核作業方式」如附件二，請中央健康保險署及各總額部門配合時程提供所需資料，以利籌辦評核會議。

第四案

案由：中央健康保險署「103 年 2 月份全民健康保險業務執行報告」，請鑒察。

決定：洽悉。

拾、討論事項

第一案

提案人：謝委員武吉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：為確保全民健保全體被保險人權益及維持總額妥適運作，建議新增之醫療科技包括藥品、特材、支付項目等預算編列於「其他預算」，俟其穩定後再納入一般預算案，提請討論。

決議：

一、考量各部門總額之涵蓋範圍有其歸屬性，及新增項

目之於既有項目，大多具有替代效應，不易切割，爰「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」項目，仍維持編列於各部門總額一般服務之「協商因素」項下，暫不變動。

- 二、為利 104 年度總額協商，請中央健康保險署就以前年度所曾納入之新醫療科技項目，擇數項對醫療費用影響較大者，計算其替代效應，於 103 年 6 月前提報。

第二案

提案人：謝委員武吉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：攸關『103 年醫院醫療給付費用總額一般服務之保障措施』乙案，宜立即增加地區醫院之點值保障項目，以提昇地區醫院固定點值部位之比例與大醫院相當，已逐步矯正長期資源分配的偏頗，讓弱勢的地區醫院也能逐步改善擁有比較公平的立足點，提請討論。

決議：

- 一、本會委員均認同應維護偏鄉地區醫院之存續，俾當地民眾能獲得應有基本醫療照護，並關切地區醫院經營問題，爰同意以宏觀角度探討問題並以較周延方式處理之。
- 二、付費者委員並不同意以點值保障方式處理地區醫院問題，惟考量中央健康保險署必須依本會前決議進行「『門、住診費用分配的合理性，及對社區醫院經營與民眾就醫權益之影響』之現況分析及具體策略」專題報告，爰經該署專案分析報告後，若有其他方式可協助解決地區醫院問題，再行提案討論。

拾壹、專案報告

第一案

報告人：陽明大學李教授玉春

案由：「建構全民健保醫療給付調整之審議機制」研究成果報告，請 鑒察。

決定：

- 一、肯定本研究在「給付範圍審議之啟動時機與適用範圍」、「給付範圍變動與支付項目增刪與總額預算之扣連」、「給付範圍審議之架構及流程與原則」等面向，提出十分寶貴之具體建議供本會參用。
- 二、研究團隊就委員垂詢所提如下意見，應可供本會於相關業務中參採：
 - (一)年度總額除協商新增預算外，宜就既有之五千多億總額，檢討現有給付項目之效益、釐清無效醫療並善用該區塊之資源及導引民眾自我照護等。因此建議於年度總額協商時，應請中央健康保險署同時提出資源配置方案，供併案協議訂定總額，才有機會在有限資源下，創造出更多協商空間。
 - (二)為建立本會於保險給付範圍之審議機制，相關單位有必要共謀審議原則及操作方式。
 - (三)宜定期檢討總額協商架構，尤應建立新藥、新科技引進後所產生影響之對應機制。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：罕見疾病、血友病藥費專款項目之執行報告，請 鑒察。

主席裁定：保留至下次委員會議報告。

拾貳、散會：下午2時。

本會討論自付差額特材案之作業流程

第1屆103年第3次委員會議(103.3.28)訂定

程序	時程		說明
	上半年	下半年	
1.健保署將提案送會	3月1日前	10月1日前	<p>健保署：將提案送會（含「健保署同意後提請討論之自付差額特材品項基本資料檢核表」及參考資料）。</p> <p><i>(基本資料檢核表如附表)</i></p>
2.本會幕僚檢視提案內容	3月20日前	10月20日前	<p>本會幕僚：檢視提案內容是否完整，並得視需要洽請本會專家學者委員提供建議，若資料不完備，再洽請健保署補充。</p>
	4月10日前	11月10日前	<p>健保署：提供補充資料。</p>
3.委員參閱	4月15日前	11月15日前	<p>本會幕僚：彙整各自付差額特材品項案之資料，送請委員參閱。</p>
4.委員會議討論	5月份委員會議	12月份委員會議	<p>本會幕僚：排入議程。</p> <p>委員會議：討論提案。</p> <p>健保署：參酌委員意見，依法報主管機關核定公告。</p>
5.健保署向委員會議報告各品項開放半年後之檢討改善情形	次年5或12月份委員會議		<p>健保署：依「開放初期之檢討改善報告內容」提報委員會議。</p> <p><i>(報告內容如附件一之1)</i></p> <p>本會幕僚：排入議程。</p>
6.健保署向委員會議報告整體檢討改善情形	次年12月份委員會議		<p>健保署：依「整體檢討改善報告內容」提報委員會議。</p> <p><i>(報告內容如附件一之2)</i></p> <p>本會幕僚：排入議程。</p>

註：議案排入委員會議討論或報告時間，得配合屆時議程之安排，酌予調整。

「健保署同意後提請討論之自付差額特材品項基本資料檢核表」

項目	基本資料			檢核結果
1.自付差額品項	名稱：_____ 許可證字號：_____ 核准日期：_____ 功能類別：_____			
2.國內外上市日期與價格	國家	上市日期	價格	
	我國			
	A 國			
	B 國			
3.其它國家保險給付情形	國家	保險給付情形		
	A 國			
	B 國			
4.健保全額給付類似功能特材品項與價格	全額給付特材名稱：_____ 許可證字號：_____ 核准日期：_____ 功能類別：_____ 全額給付價格：_____			
5.本品項民眾自付差額之額度	健保給付上限：_____ 民眾自付差額額度：_____			
6.本品項與「健保全額給付類似功能特材品項」之差距	比較項目	健保全額給付類似功能品項	本自付差額品項	
	用途 (適應症)			
	相對效果 (療效)			
	相對風險 (安全性)			
7.同意將本品項列入自付差額特材之理由	依健保署所訂「全民健康保險辦理自付差額特殊材料之作業原則」，本品較已收載類似功能特材品項具臨床價值，但價格較昂貴，並符合下列情形： <input type="checkbox"/> 具主要醫療功能外之附加效果：_____ <input type="checkbox"/> 有較長之使用年限：_____ <input type="checkbox"/> 其他可改善醫療或生活品質：_____			
8.醫療科技評估(含對健保財務之影響評估)等供參資料	1.參考資料 1：_____ (詳附錄一)。 2.參考資料 2：_____ (詳附錄二)。			

註：1.針對特材品項之「2.國內外上市日期與價格」及「3.其它國家保險給付情形」，請盡可能包含 4~5 個先進國家及 3 個亞洲鄰近國家之資料。

2.本表可依需要增加內容及篇幅。

健保署提報之「檢討改善報告內容」

附件一之 1

一、健保署於各該品項開放半年後，應提報自付差額特材「開放初期之檢討改善報告」，至少包含以下內容：

- (一)開放前、後病患的利用量及點數成長分析(含選用自付差額品項及全額給付相同用途品項之比較)。
- (二)醫事服務機構的收費情形(含健保署彙整各院所之收費標準，並置於網站供民眾查詢)。
- (三)民眾對自付差額特材的反映事項。
- (四)對哪些項目啟動檢討改善機制(含訂定自付差額上限之規劃)。
- (五)對健保財務之影響評估：預估值與實際發生值之比較。

附件一之 2

二、健保署每年 12 月應提報自付差額特材「整體檢討改善報告」，至少包含以下內容：

- (一)自付差額特材品項利用情形：含現行特材品項數及開放自付差額品項數、病患的利用量及點數成長情形比較。
- (二)相關管理規範之執行情形：醫事服務機構的收費情形、事前充分告知(療效及價格)，及資訊公開等病人權益保障措施。
- (三)醫事服務機構的收費情形，及訂定自付差額上限之規劃與執行情形。
- (四)自付差額特材品項改列全額給付之情形：經健保署持續監測療效、安全性及成本效益，若有結合療效提升及價格下降之新事證，或已成為常規使用者，應檢討是否改列全額給付之時程，及其財源預估。
- (五)對健保財務之影響評估：預估值與實際發生值之比較。

103 年度各部門總額執行成果評核作業方式

第 1 屆 103 年第 3 次委員會議(103.3.28)訂定

壹、評核範圍

- 一、醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額之一般服務(含品質保證保留款)及門診透析服務執行成果。
- 二、各部門總額專案計畫/方案執行成效。

貳、辦理方式

一、評核會議之報告

由各總額部門及健保署提供各部門別之一般服務及專案計畫執行成果報告(報告大綱及提報單位，詳附表一~三)，並於一個月前先提出書面報告，以供評核委員事先審閱。

二、評核委員

參考各總額部門推薦之評核委員名單，邀請 4 至 8 位專家學者擔任評核委員。

三、一般服務與專案計畫/方案評核會議

(一)會議期程：2 天。

(二)第一階段：公開發表會議(1 天半)。

1. 依報告各部門總額一般服務及專案計畫之執行成果，由評核委員評論，並開放與會者提問。

2. 參與人員

除本會委員、各總額部門相關團體與健保署外，另邀請衛福部相關單位與附屬機關，如：社會保險司、醫事司、照護司、中醫藥司、全民健保爭議審議會、國民健康署、疾病管制署等，以及民間團體，如：病友團體、社福團體、醫策會、消基會、醫改會等(名單如附表四)。

(三)第二階段：評核內部會議(半天)。

1. 評核委員就各部門總額執行成果，進行意見交換與評分。最終除對各部門總額之整體執行成果評分外，並對專案計畫/方案之規模、經費等提供一致性建議。

2. 參與人員：主席、評核委員、本會幕僚。

參、評核項目與評分方式

一、一般服務與專案計畫分開評核之後再加權合併計分。該二項評核之計分權重為，一般服務：專案計畫＝75%：25%。各部門總額執行成果評核項目及配分如下表。

評核項目	配分
一、一般服務執行績效 (一)民眾滿意度 1.滿意度調查結果及檢討改善措施 2.民眾諮詢及抱怨處理 (二)就醫可近性 1.就醫等候情形及醫師診療時間 2.民眾自費情形 (三)就醫公平性 1.不同都市化地區醫療資源分布情形 2.醫師人力地理分布 (四)醫療服務效率 醫療利用情形 (五)醫療服務效益 民眾健康狀況改善情形 (六)醫療服務品質 1.專業醫療服務品質指標監測結果及檢討改善措施 2.品質指標及監測值之檢討及增修 (七)總額管理效能 1.醫療利用及費用管控情形 2.點值穩定度 3.支付標準修訂 4.專業審查及其他管理措施績效 5.院所違規情形及醫療機構輔導	75
二、專案計畫/方案執行成效 (一)預期目標達成度 (二)醫療服務效率 (三)醫療服務效益(照護率、民眾健康狀況或就醫可近性提升)	25

註：列入評核之專案計畫/方案如附表三。

二、102年度未接受健保署專業事務委託之總額部門，由健保署報告執行成果，未受託部門得補充報告，並予以評分。

肆、評核結果之應用

一、評核結果依所獲分數，區分為下列五等級：

評核分數	等級
90 分及以上	特優
85 分至未達 90 分	優
80 分至未達 85 分	良
75 分至未達 80 分	可
未達 75 分	劣

二、評核結果作為次年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給協商因素中「品質保證保留款」項目之成長率。

三、專案計畫/方案評核之相關建議，並作為次年協商該項專案經費增減及續辦與否之依據。

伍、103 年度評核作業時程表

時間	作業內容
4 月上旬	本會函請各總額部門及健保署，就所送一般服務及專案計畫報告大綱格式準備資料，並請各總額部門推薦評核委員參考人選。
5 月中旬	各總額部門視需要請健保署提供相關資料。
6 月中旬	健保署及各總額部門提送一般服務及專案計畫執行成果之書面報告。
7 月上旬	健保署及各總額部門提送「各部門總額執行成果發表暨評核會議」之簡報資料。
7 月下旬	召開為期兩天之「各部門總額執行成果發表暨評核會議」。

一般服務執行成果報告大綱

<p>壹、維護保險對象就醫權益</p> <p>一、滿意度調查結果之檢討及改善措施</p> <p>二、民眾諮詢及抱怨處理</p> <p>三、民眾自費情形及改善措施</p> <p>四、就醫可近性及公平性之改善措施</p> <p>五、其他確保民眾就醫權益之措施</p>
<p>貳、專業醫療服務品質之確保與提升</p> <p>一、品質指標監測結果之檢討與改善措施</p> <p>二、品質指標及監測值之檢討及增修</p> <p>三、其他改善專業醫療服務品質具體措施</p>
<p>參、總額之管理與執行績效</p> <p>一、醫療利用(含全國及各分區)及費用管控情形</p> <p>二、點值穩定度</p> <p>三、支付標準修訂(含新增給付項目)</p> <p>四、專業審查及其他管理措施</p> <p>五、院所違規情形及醫療機構輔導</p>
<p>肆、品質保證保留款實施方案</p> <p>一、預算及協定事項</p> <p>二、分配方式(101、102年)</p> <p>三、實施結果(101年)</p> <p>四、檢討及改善方向(含103年方案修訂重點)</p>
<p>伍、附錄</p> <p>一、品質確保方案</p> <p>二、品質保證保留款實施方案</p> <p>三、其他視需要提供之方案內容</p>

註：1.各部門總額之滿意度調查結果及品質指標監測結果，統由健保署提供。

2.報告內容請至少提供5年(98-102年)之數據。

專案計畫/方案報告大綱

報告內容
1.歷年協定事項及經費
2.102 年計畫/方案目標及重點
3.歷年執行情形及成效評估
(1)預算執行數與執行率
(2)年度執行目標及目標達成情形
(3)執行概況及結果，包含醫療服務提供與支付方式(含不予支付指標)，及民眾利用情形
(4)成效評估與退場機制，包含計畫/方案評估方法與工具、評核指標、成效或健康狀況改善、是否達預期目標、相關退場機制等
4.檢討與改進(含 103 年計畫/方案修正重點)
5.附錄：各項專案計畫/方案內容

各部門總額專案計畫/方案及提報單位

部門別	計畫／方案名稱	提報單位
牙醫	醫療資源不足地區改善方案 特殊醫療服務試辦計畫 牙周病統合照護計畫	牙醫師公會 全聯會
中醫	醫療資源不足地區改善方案 腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫 腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫 腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫	中醫師公會 全聯會
西醫基層	醫療資源不足地區改善方案	醫師公會 全聯會
	家庭醫師及診所以病人為中心整合照護計畫	健保署
醫院	醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案 提升住院護理照護品質計畫 急診品質提升方案	健保署
醫院、 西醫基層	醫療給付改善方案(糖尿病、氣喘、乳癌、精神分裂症、B、C型肝炎個案追蹤方案等) 慢性B型及C型肝炎治療計畫	健保署
其他預算	推動促進醫療體系整合計畫(醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫、論人計酬試辦計畫、醫院垂直整合方案) 增進偏遠地區醫療服務品質計畫(醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫) 藥事居家照護試辦計畫 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫(初期慢性腎臟病醫療給付改善方案、末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫) 全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	健保署

出席單位與人數

	相關單位	名額
1.健保會	本會委員	35
2.各總額部門相關團體	台灣醫院協會	10
	中華民國醫師公會全國聯合會	10
	中華民國牙醫師公會全國聯合會	10
	中華民國中醫師公會全國聯合會	10
3.衛生福利部相關單位及附屬機關	社會保險司	5
	醫事司	2
	中醫藥司	2
	護理及健康照護司	2
	全民健康保險爭議審議會	5
	中央健康保險署	12
	國民健康署	2
	疾病管制署	2
4.民間團體	台灣腎臟醫學會	1
	財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會	1
	財團法人台灣醫療改革基金會	1
	中華民國消費者文教基金會	1
	民間監督健保聯盟	1
	中華民國老人福利推動聯盟	1
	兒童福利聯盟文教基金會	1
	台灣女人連線	1
	財團法人罕見疾病基金會	1
	中華民國血友病協會	1
	財團法人肝病防治學術基金會	1
	中華民國糖尿病病友全國協會	1
	中華民國乳癌病友協會	1
	中華民國康復之友聯盟	1
	台灣氣喘之友協會	1
	財團法人中華民國腎友協會	1
	中華骨髓移植關懷協會	1
	財團法人羅慧夫顱顏基金會	1
	台灣腦中風病友協會	1

第 1 屆 103 年 第 3 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 2)次委員會議紀錄」、例行報告第二案「本會上(第 2)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

各位委員、健保署代表及所有與會人員，大家早！今天是 103 年第 3 次委員會議，首先確認議程，計有 4 項例行報告、2 項討論案及 2 項專案報告。先向大家說明，第 1 項專案報告是邀請衛福部委託研究計畫的主持人李教授玉春，蒞會報告其成果。依過去會議進行方式，健保署的專案報告係安排在討論案之後，惟若是邀請外賓報告，會配合渠等之需要而將時間提前。前邀請醫事處處長專案報告也是提前，今天也如此辦理，可以嗎？(委員表示可以)既然委員不反對，等一下就安排李教授先報告。現在進行上次會議紀錄確認，請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

- 一、請問對紀錄內容有無修正意見？(委員表示沒有)沒有修正，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

大家早，請翻到議程第 9 頁，本次共有 5 點說明事項，第一點，請參閱議程第 12~15 頁的附表，上(第 2)次委員會議決議(定)的 11 事項中，依辦理情形建議第 3、7、8、11 等 4 項解除追蹤，其餘 7 項繼續追蹤。謹就 4 項解除追蹤部分，向委員說明：

- 一、請參看議程第 12 頁，第 3 項有關「103 年度西醫基層總額一般服務費用分配案」，本會協定各部門總額一般服務分配方式後，執行面則由健保署與相關團體討論訂定。本案業經西醫基層研商議事會議討論，決議請醫師公會全聯會就全聯會與健保

署版本討論後，將結果送健保署辦理後續事宜。對本會而言，本案之辦理，已告一段落，建議解除追蹤。

- 二、請翻到議程第 13 頁，第 7 項為去年 8 月健保署提報自付差額特殊材料之執行規劃案時，委員提出相關建議事項，上次會議因為部分建議還未處理，所以繼續追蹤。本次健保署回復，委員所要求事項，都會納入未來請該署提報的基本資料，或執行半年、1 年後的檢討報告中，所以本項也建議解除追蹤。
- 三、第 8 項有關本會推派蔡委員圖晉接替郭前委員志龍擔任健保署牙醫門診總額研商議事會議之代表，健保署已邀請蔡委員參加相關會議，本項建議解除追蹤。
- 四、請再參看議程第 15 頁，第 11 項有關上次會議臨時動議，請本會制訂自付差額特材品項討論案之作業流程。幕僚已照決議事項進行委員問卷調查，相關結果等一下會報告。有關「本會對自付差額特材品項之討論，以上、下半年各討論 1 次為原則」之決議，健保署回復，該署同意列入自付差額之品項，會提請本會討論，至於討論時間則尊重本會議程安排，討論時也會配合派員報告及提供相關說明。所以本項建議解除追蹤。
- 五、除了上述 4 項外，請翻到第 12 頁，第 1 項有關醫師公會全聯會建議，希望 Statins(降血脂藥品)及 Lucentis(黃斑部新生血管病變藥品)恢復原給付規定之建議，本會前決議請健保署討論，健保署與醫界討論未達共識，所以將兩案報衛福部核定。據了解，衛福部已經核定，對本會而言，本案已辦理完成，所以建議解除追蹤，本項請問大家的意見。

吳委員玉琴

請問核定內容為何？

柯執行秘書桂女

本會雖有先了解其辦理情形，但並未收到正式函文，有關核定內容，稍後可否請衛福部或健保署說明。以上是說明一，其他事項說

明如下：

- 一、說明二，健保署依據健保法施行細則第 3 條規定，將「102 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告書」送請本會備查。在監理會時期本項屬審議案，現在則屬備查案，雖然如此，本會幕僚仍就保險收支部分，擬具決算分析報告，如第 56~66 頁附錄一，供委員參考。會前經過干委員文男位置，發現干委員將 102 年度的預算資料，都拿出來非常認真地閱讀，相信本份報告許多委員應該都已看過。委員若看到分析報告下面的備註就會了解，除決算報告內容外，平常健保署依據施行細則第 2 條規定送本會的表報內容，也都已納入報告中分析。整體而言，目前健保的財務狀況尚可，本份備查案，請委員參考。
- 二、請翻回議程第 9 頁，說明三，是健保署依據 103 年度醫院總額之協定事項，將會同相關團體議定的「103 年度醫院總額一般服務保障項目案」函報本會。依署來函，103 年度的保障項目與 102 年度相同，相關內容詳第 16~17 頁。
- 三、說明四，是本會幕僚依據上次委員會議決議，研擬本會自付差額特材品項討論案之作業流程、健保署提案需檢附之基本資料檢核表，與往後需提檢討改善報告的內容等面向之問卷，經徵詢委員意見，共 31 位委員回復。幕僚已彙整委員意見，並將可融入之意見納入，及修訂相關內容。問卷調查結果詳第 18~22 頁，三問項調查結果並建議其處理方式，摘述如下：
 - (一)本會討論自付差額特材案之作業流程：30 位委員認為不需修改；1 位無意見。委員看法相當一致，認為流程沒問題，詳細流程請參看第 18 頁。
 - (二)健保署提案需檢附之「自付差額特材品項基本資料檢核表」：25 位委員認為不需修改；5 位提供修改建議；1 位無意見。檢核表請參看第 19 頁，已將委員的意見融入，劃底線部分，即為依委員建議修改之處。

(三)對新的自付差額品項，於開放半年後，健保署須提報之「檢討改善報告內容」，詳第 20 頁附件四之一。此外，每年 12 月健保署須就自付差額特材整體執行狀況，提報之「整體檢討改善報告內容」詳第 20 頁附件四之二。已將委員的意見融入修訂內容。

(四)對以上結果，如果委員沒有其他意見，建議往後依之執行。

四、說明五，是衛福部及健保署於本年 1~3 月份發布及副知本會的相關訊息，列於附錄二至九，詳議程第 67~86 頁。

鄭主任委員守夏

謝謝柯執行秘書的報告，請問委員有無詢問？如果沒有，剛剛第 12 頁(上次委員會議決議定事項辦理情形追蹤表)，有關兩項藥品恢復原給付規定建議案，後來以兩案併報衛福部裁定方式處理，請問哪一位可以說明裁定結果？

施組長如亮

有關降血脂類的藥品如 Statins 及黃斑部新生血管病變藥品(Lucentis)放寬給付規定案，經本署召開之共同擬訂會議討論的結果是兩案併陳報衛福部核定，甲案是本署建議維持已經公告修正的給付規定；乙案是醫界建議恢復未修改前的給付規定。最後衛福部核定採甲案，維持現行修正後的給付規定，亦即放寬適應症。依據衛福部核定的意見，經追蹤評估放寬適應症後之執行情形，若確實對總額造成衝擊，可規劃納入 104 年度總額協商項目。

鄭主任委員守夏

謝謝說明。請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

有關 Statins 及 Lucentis 給付規定案，本會曾經討論過，我也一再提出應該要依據健保法第 26 條執行，該條文並沒有規定先執行，再事後追蹤。希望將衛福部核准的公文，提供醫界委員參考，我們須

對本案好好研究。

鄭主任委員守夏

依前例，對於委員所詢相關公文、報告或計畫書，一律提供所有委員參考，請健保署協助將核定函提供所有委員參考。請問有無其他詢問？如果沒有，例行報告第二案就進行到此。請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

議程第 18 頁有關本會討論自付差額特材案之作業流程，剛才大家都未有意見，對於流程第 2 點說明欄「本會幕僚檢視提案內容是否完整，並得視需要洽請本會專家學者委員提供建議...。」可否加入一段文字：「必要時可諮詢健保會委員是否召開公聽會，或與相關專家、病友團體召開諮詢會議」。因為特材比較有知識上的落差，不見得每個人都懂，但會有少數專家比較了解，必要時可諮詢專家學者或讓病友團體參與，這也是擴大公民參與的機制之一。

鄭主任委員守夏

- 一、這個提議對原擬內容有大幅改變，若大家同意，就不只是文字修正而已。上次會議討論時，主要考量特材的專業性，認為不宜逐案審，才決議 1 年安排 2 次會議討論，且盡可能 1 個月前提完整資料供委員參閱，所以委員可各自徵詢專家意見，這是委員的權利義務；但開公聽會跟上次會議決議並不相符，上次會議大家認為是否同意納入自付差額品項，依法屬健保署藥物共同擬訂會議之權責。若由健保會召開公聽會，可能不符權責，也不會比健保署專業，何況本會沒有人力。
- 二、依此流程，個別委員早一點拿到資料，可以徵詢專家意見。另外，流程中也特別納入「得視需要洽請本會專家學者委員提供建議」，可藉由專家學者的判斷，幫忙本會檢視提案內容。請問吳委員玉琴同意嗎？
- 三、委員對報告案還有無詢問？請陳委員川青。

陳委員川青

問卷調查結果的其他建議，其中一項為請健保署提供相關資料，請問今天有提供嗎？還是會另外提供？請參看第 22 頁末段所建議的相關資料，請問是否附在議程資料？

鄭主任委員守夏

一、請參看第 19 頁(基本資料檢核表)，這是依據上次會議陳委員宗獻及其他委員建議所設計的基本資料檢核表，並以問卷請委員對該表提供意見。25 位委員認為不需修改，5 位提供建議，例如，建議提供 4~5 個先進國家及 3 個亞洲鄰近國家之價格及給付情形等資料。因為資料不見得可取得，若硬性規定，健保署也難以執行，本會已考量實際狀況，將可行之建議內容，盡量納入。

二、陳委員是認為哪些特別的資料需要納入基本資料檢核表？或同仁準備的資料有不清楚之處？

陳委員川青

第 22 頁我有 2 個建議事項，要請健保署提供參考資料，這些資料有無附在議程資料？還是何時能夠提供？

鄭主任委員守夏

第 22 頁有 2 位委員提出其他建議：

一、第 1 位建議「各項藥物、醫材應列入對效果的追蹤調查，並鼓勵各院所醫師及學術單位列為研究項目」，有關追蹤調查部分，本會已請健保署於各個自付差額特材開放後，定期提出檢討報告，本項已有監督機制處理。

二、第 2 位建議提供下列資料供參：「1.特材廠商申請健保給付案件目前各年度累計尚待審核案件數」、「2.每 2 個月列入『藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議』審議約多少件數？何時可以全部審畢？」之建議。本會已決議上、下半年各討論 1

次，對健保署提案，本會將盡可能完成討論。事實上，共同擬訂會議剛運作不久，還不清楚每 2 個月可以審幾個案件。至於本會，上次會議也未有共識 1 年應討論幾件，所以並未將這部分納入規範。至於「3.請說明自付差額特材待審案件尚有多少？自付差額提本會討論案件有否列入優先順序計畫及作業流程標準？」之建議，請健保署參考，該署每 2 個月開 1 次共同擬訂會議，到底審查速度如何，本會並不清楚。

陳委員川青

這些建議跟本會沒有關係，而是要求健保署將這些資料提供參考，今天健保署有無提供？或何時提供？可否提供，作為將來討論自付差額特材案參考。

鄭主任委員守夏

今天沒有提供這些資料，本案是健保會訂定遊戲規則及流程。

陳委員川青

跟建立遊戲規則及流程無關，這是額外的，為了解議案。

鄭主任委員守夏

您的意思是，這次就要請健保署提供資料？

陳委員川青

為了解議案，所以請健保署提供相關資料供參，了解將來(健保署共同擬訂會議)不論是新特材或既有特材的審議，其累積的案件，是否會造成本會討論案件太多而討論不完，若案件太多，則建議優先討論的順序為何？有哪些特別重要的特材需要優先處理？

鄭主任委員守夏

這次問卷的重點是訂定遊戲規則。細項資料的提供，則請健保署於提案送會時考量，本會並未特別要求提供這些資料。今天才剛訂定流程及規範，還未開始執行，建議等執行一段期間後，再評估有無此需要。至於提案送會是否排定優先順序，則請健保署考量。以本

會立場，經共同擬訂會議審查通過後提送的案件，本會都需要討論，沒有優先順序之別。陳委員好意提醒，請健保署參考。請謝委員武吉。

謝委員武吉

請問健保署在審查特材及藥品時，若當時主持會議者不是法所規定的主席，那次開會算不算數？

鄭主任委員守夏

這須請法務專家解釋，健保會似無解釋法規的權限。您是指共同擬訂會議嗎？該會如何運作，不屬我們管轄範圍！

謝委員武吉

我們也需了解。

柯執行秘書桂女

依法健保署對所同意納為自付差額的特材，於行政程序完備後，才會送健保會討論。所以本會需制定何時送會、檢附哪些資料等流程規範，對於討論需要的資料，則請健保署提供。

謝委員武吉

我不是對健保署或本會有意見，而是請問如果不是那個會議的代表，能夠擔任主席嗎？

鄭主任委員守夏

對於共同擬訂會議，本會並無管轄權限。等一下請柴教授松林或謝委員天仁表示意見，對委員提出健保署開會程序是否完全合法之疑慮，本會要不要接受其提案？

謝委員武吉

本來就不合法。

鄭主任委員守夏

若本來就不合法，就表示該會議有問題，但我們其實不清楚其運作，也無權置喙。請問柴教授松林或謝律師天仁可以幫忙解釋嗎？

謝委員天仁

依法定流程，共同擬訂會議討論通過的議案並不會送本會，而是由健保署直接報衛福部核定，跟本會有何關係！假使有爭議，可以向部反映，若對個別給付項目有爭議，可以到爭審會提爭議審議，法規有清楚界定，本會討論此議題是多此一舉。

謝委員武吉

我們需要確確實實地了解整個會議的法定程序，謝委員天仁所講的我清楚。我的意見是要了解這些情形，可避免未來產生很多麻煩。

楊委員漢源

共同擬訂會議是隸屬健保署的組織，健保署是否對共同擬訂會議的議事程序、成員、主席及主席請假時代理主席的產生訂有規範？可否提供委員參考？共同擬訂會議是什麼組織？我們常討論共同擬訂會議送過來的議案，但對該會都不了解，很奇怪！

鄭主任委員守夏

就我所知，健保署對共同擬訂會議的組成及相關作業訂有規範(全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂辦法)。

楊委員漢源

那就應該提供我們參考，找了半天會議資料手冊，沒有這份資料。

鄭主任委員守夏

因為這並非本會主管…。

楊委員漢源

那健保署應該要說明。

鄭主任委員守夏

聽起來，有些委員對於該會議進行的程序有意見，但這並非本會權責，管太多會很奇怪。基於本會是溝通平台，剛好也有委員參加該會議，想藉此機會表達其有可改善之處，所提建議請健保署參酌、考慮改進。還有無委員對本報告案有意見？(委員表示沒有)沒意見

則進行下個報告案。

蔡委員明忠

主席！對不起附帶說明，也請列入紀錄，關於黃斑部新生血管病變藥品及 Statins 藥品，醫師公會全聯會已正式行文衛福部及健保署，說明對法規的解釋仍有疑義，請主席裁示併列入紀錄，謝謝。

鄭主任委員守夏

很抱歉，該份公文沒有送本會，本會不適合表示意見。請循一般行政或法律程序處理。委員還有無意見？沒有的話就進行下個報告案。

貳、例行報告第三案「103年度各部門總額執行成果評核作業方式案」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

本會在年度總額協商前，會先進行各部門總額的評核，本案是對評核會的辦理方式提出規劃草案，希望徵得各參與團體代表的同意。請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

評核會議已行之多年並建立制式的辦理模式，議程第 25~29 頁，列出各部門報告大綱及議程安排，時間從 9 點半到隔天下午，請問委員對此安排有無意見？請楊委員漢源。

楊委員漢源

- 一、第 25 頁，有關評核委員的這段文字(參考各總額部門推薦之評核委員名單，邀請 4 至 8 位專家學者擔任評核委員)，我還是不清楚名單是由四總額部門推薦，一個部門推薦 4~8 人嗎？但後面附表卻又說明各總額部門可推薦 10 人(附表四，各總額部門相關團體出席名額各 10 人)。另外，評核委員在各部門推薦後，是由誰邀請 4~8 名專家學者擔任評核委員？希望能講清楚遊戲規則。
- 二、第 27 頁有關評分方式第二點的文字沒有道理(102 年度未接受健保署專業事務委託之總額部門，由健保署報告執行成果，未受託部門得補充報告，並予以評分)，我們吃悶虧，因為總額團體若有接受專業事務委託，可以自己報告執行成果，若未接受委託，則由健保署報告。至於署報告好壞，醫界不得而知，但我們得被動接受成績不好的結果，醫院協會不是不願意承接醫院總額，我們每年都來投標，但評分結果卻都是 67、68 分，這種設計相當不合理。

鄭主任委員守夏

楊委員漢淙所提第二點，有關醫界團體與健保署專業事務委託部分，本會無權過問。至於評核委員推薦名單，歷來都是由各總額部門推薦，再由本會邀請，以前做法就是如此。請謝委員武吉。

謝委員武吉

與楊委員漢淙一樣關心評核委員的產生，由本會邀請 4~8 位專家學者擔任評核委員，請問本會如何邀請？去年邀請的都是學者，沒有一位是實務專家，這樣能夠瞭解實務狀況嗎？請問如何選定這 4~8 位評核委員？

鄭主任委員守夏

歷來我們就是邀請專家學者，沒有業界代表。從開始有評核會議以來，就是如此。

謝委員武吉

前面是由總額部門推薦專家學者，但最後邀請的都不是…。

張委員煥禎

不是專家，也不是學者。

謝委員武吉

看起來不是專家，也不是學者(笑聲)。

鄭主任委員守夏

等一下可以聽聽付費者委員的意見，是否本會邀的都不是專家學者。

謝委員武吉

評核委員是有開放醫界推薦但你們如何挑選？是挑乖乖牌、聽從指揮，還是挑不聽話的，要說清楚。

鄭主任委員守夏

現在要找所謂的乖乖牌，大概找不到了！

謝委員武吉

有啊，像我就很乖！

鄭主任委員守夏

所以您推薦的都是乖乖牌？(笑聲)等一下可以請曾參與評核會議的付費者委員表示意見。請郭代理委員正全。

郭代理委員正全(翁委員文能代理人)

對剛才楊委員漢淪所提部分，做點補述。現在各總額部門的專業委託，只就審查的部分委託，至於總額的整體執行與運作，還是在健保署手上，所以不能單純就專業審查的部分評核，應針對總額的整體運作，目前的評核方式稍有偏頗，評核結果好，是健保署執行得好；評核結果不好，則要醫界分擔責任。醫院總額這幾年來都沒有因評核結果加過成長率，在此要幫擔任醫院協會的楊理事長說明清楚。

楊委員漢淪

健保署都不委託我們專業審查。

鄭主任委員守夏

了解，請何委員語。

何委員語

- 一、評核委員的責任，只是針對所提供的書面報告進行瞭解與分析、考核，並非親自走到第一線蒐集資料，及了解執行情形。我認為評核委員須具備幾個面向，首先對醫療體系須要了解、認識；其次對醫療作業過程要有經驗；第三則要能客觀地對書面資料進行評核，依據學術、經驗、個人瞭解做最後評定。
- 二、依據過去參加評核會議的經驗，我認為邀請的評核委員沒有問題。如果邀請醫界代表擔任評核委員，因為其本身投入醫療過程太久，會有主觀意識存在，反而會有先入為主，或持不同觀點的情形，也可能會很固執(笑聲)，所以贊成推薦專家學者擔

任評核工作。

三、最重要的一點是，所提供評核的報告內容要正確、務實。這是我的淺見，謝謝。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝何委員語，就像健保會的組成，委員中要有一定名額是專家學者及公正人士，用意是希望不要偏袒買方或賣方，因為雙方立場不同，當各自主張都有道理，卻無法完全符合彼此期望時，就需要他們幫忙。評核會邀請專家學者的用意也是如此。
- 二、剛才何委員說得很清楚，評核委員應該要瞭解台灣的醫療體系，能認真的把各部門一本本厚厚的書面資料看完，才能真正公正、客觀的評論。至於謝委員武吉所提，評核委員中是否有學者偏向哪邊，這點我們不清楚。若謝委員認為本會邀請的評核委員，有哪位不是專家也不是學者，可私下反映，本會可再考慮。

謝委員武吉

若照主席所言，那就是火燒菇寮(台語)，沒望了，燒光光了！我所提出的，都是有希望的事情，我們要談有希望的事情。

鄭主任委員守夏

- 一、好，還是請各總額部門推薦評核委員人選，本會再一併考慮。議程的時間安排應該可行，以前是一天辦完，後來改一天半，現在是將近二天，快要跟年度總額協商的時間一樣長。說實話，專家學者不見得願意來，因需要看的資料很多，還會被質疑不夠公平、客觀或反醫。
- 二、委員對本案有無其他意見？(未有委員表示)沒有的話，7月的評核會議就照此作業方式進行。

參、專案報告第一案「『建構全民健保醫療給付調整之審議機制』研究成果報告」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

接下來是第一項專案報告，其為衛福部委託李教授玉春進行的研究計畫，名稱為「建構全民健保醫療給付調整之審議機制」。本研究主題是本會法定任務之一，李教授的研究團隊已到了，請李教授報告相關成果。

李教授玉春報告研究成果

鄭主任委員守夏

謝謝李教授玉春的報告。委員有無請教？請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

謝謝李教授玉春的詳細報告。二個問題請教，第一，健保會主要任務之一是協商總額，但能否確實發揮協商精神？因為現在的方式並非協商而是核定，雖然協商內容從頭至尾都沒有裁定或核定字眼。請問您認為協商最重要的原則應該是什麼？另外，以現在健保法的運作方式，財務不會爆掉，但醫院會倒掉，因為所有的財務壓力都是由醫院承受，您認為點值降到多少以下就不合理？現在浮動點值已降至 0.82，您認為合理嗎？

郭代理委員正全(翁委員文能代理人)

- 一、延續楊委員漢淙的問題，健保法第 60 條規定每年度總額範圍須經行政院核定，個人的見解為，行政院核定的是上限制總額，不能超過；但第 61 條則是規定在該上限制總額下，由健保會協議訂定各部門的目標制總額。
- 二、剛李教授玉春提到架構每 5 年得檢討一次，因為會有預估上的差異，須進行調整。我認為目前執行的都是上限制總額，亦即將健保法第 61 條目標制總額當做上限制執行。如同楊委員漢淙提出的問題，假設目標和上限有落差，建議在付費能力許可及主管機關核定範圍內，應有調整機制。以上問題請教李教授

玉春。

鄭主任委員守夏

因時間有限，請委員先提問，最後再請李教授玉春一併答覆。

謝委員武吉

- 一、感謝李教授玉春的報告，李教授曾擔任費協會主委，對付費者、醫界、政府機關如健保署等架構很清楚，也知道各方想法。在此請教報告上寫總額的財務是上限制，但看診卻沒有看到上限，希望本報告能看到相關的討論。
- 二、有關財務責任問題，報告沒有寫得很清楚。請問財務責任到底由當年協定的委員或由健保署負責？這些應有依據，而非委員高興就多給一點，不高興就少給一點，這是多年來的現象。
- 三、請教目前世界上有幾個國家實施總額預算？未實施的國家又有幾個？目前洗腎服務點值已降至 0.78，該由誰來負財務責任？是醫界承擔嗎？完全沒有公平性，也沒有補救措施與檢討機制，雖然說要檢討，但到現在都沒有執行檢討。

鄭主任委員守夏

先請謝委員天仁，再請何委員語及李委員蜀平。

謝委員天仁

- 一、李教授玉春是專家，但委員應針對衛福部賦予的任務詢問，不宜將健保相關問題，全部丟到她身上，對她不公平。
- 二、就李教授所提的建構全民健保醫療給付調整之審議機制，重點在審議機制，健保法不是只有醫療、藥品、特材給付項目產生審議機制問題，還有一部分與這無關，不需進入共同擬訂會議討論。例如：給付內容改變，本來保險人付 90%，被保險人付 10%，結果改成保險人付 80%，被保險人付 20%，等同增加被保險人的負擔，若影響層面過大，可說類似直接調整費率，這部分在審議機制內並未著墨，但我認為可檢討。
- 三、相關流程中，假設經過科技及財務評估後，認為對財務沒有任

何影響，當然就在共同擬訂會議討論，而不是由健保會在審議機制做相關考慮。這種情況下，這條線到底由誰劃？是HTA(醫療科技評估)或健保署，抑或我們有相關的機制原則，將其劃分出來，這部分應如何處理？因這些事項牽涉到健保會審議機制的完整性，提出就教李教授玉春。

何委員語

- 一、感謝李教授玉春很辛苦地進行本研究，建議不須做到 100% 完美，因為您不是神，這樣衛福部才會再編預算進行下個研究。希望委託單位(衛福部)將本研究資料列印成冊，提供每位委員及未來的新委員參考。健保會委員任期為二年，且只能連任一次，但對下屆新委員來說，還是什麼都不知道，會鴨子聽雷(台語)。因為付費者對健保體系及相關資料的瞭解與經驗不足，希望所有的研究報告都能傳承下去。
- 二、架構 5 年檢討一次太長，希望 4 年就可以修正，總統和立委任期都是 4 年，健保會委員一任 2 年，若連任也只有 4 年，而且環境改變太快速，4 年檢討會較合宜。總統上任，所指派的部長頂多當 4 年，如果 5 年後再檢討，可能部長任內都沒有機會檢討，因此 4 年期限較合理。
- 三、如何落實本研究報告所建議之可行方案，以便健保會運作據以改善，最為重要。若政府只將研究報告建檔、歸檔，健保會永遠這麼亂。應將好的建議做為改善基礎，健保會才能一直進步。
- 四、健保會委員除總額協商外，應建立付費者與收費者(醫事服務提供者)之間的教育體系。此外，現在健保會無法完整運作的部分就是監理作業，現在只看得到收多少錢，支多少錢，但希望融入更多監理機制，才是較建全的作業程序。
- 五、台灣的健保排名世界第二，在全民普及的部分尤其成功，加拿大、法國和挪威雖然都不錯，但沒辦法像我們這麼普及，只要有一張健保卡，不分貴賤、男女老幼都可看病，其他三國並非

如此，手術住院要排 3~6 個月之久，且自付額很高，屬較有階級的制度，但我們的健保制度真的全民化，很平等。這是很好的研究報告，還是要讚美您。

李委員蜀平

- 一、請李教授玉春提供本日的報告資料供委員參考。
- 二、整個研究計畫是非常用心，但許多是參考國外經驗與資料，請李教授將國外的經驗與台灣的文化結合，因為台灣的民情不同，收入和做法不同，如能以台灣這個小島當作全民所需，那才符合民意與未來。
- 三、台灣的健保是全世界最好，尤其是管理制度，行政管理費用花費不到保費的 1%，這也是世界之最。但在總額框架下，健保署從沒有投入任何宣導民眾加強自我照護的費用，希望未來可以編列費用，以便加強宣導，避免浪費健保資源。
- 四、葉前署長金川在美國倡言，我國健保世界第一，但葉署長沒有看到很多單位也是世界第一，如洗腎、RCW(呼吸照護病房)、急診壅塞、葉克膜使用、無效醫療等，也是全世界第一，這些都沒人注意。
- 五、據了解，現在國內所有的醫學中心經營，第一利潤來源是藥價差；第二是停車場；第三是商品街；第四是殯葬業介紹；第五才是醫療開刀與門診，這樣合理嗎？未來應針對醫療永續經營的方向，實際處理不合理的醫療經營。最近和很多小醫院聊天，他們認為 5 年內，小型的榮民醫院和軍醫院一定會關門，因為醫學中心太多他們無法經營。在台灣需要這麼多醫學中心嗎？有些縣市沒有醫學中心，卻創造另一種名稱，叫做急重症醫院，且用醫學中心層級的給付來支付所有費用，造成小醫院無法生存，這樣公平嗎？
- 六、李教授與其夫婿楊教授都是台灣可以救健保的優秀學者。這次在服貿引發的學運中，本想丟出一個議題，請學生將全國在健保之外曾經自付費用的民眾全部找來，保證會讓國家引起另一

種民眾運動；若今天未針對健保的未來問題處理，保證健保無法永續經營。醫界經營很辛苦，但當健保修理醫界及藥費時，醫界第一個想到的是修理藥界，最簡單的就是按健保調降藥價比例調降，否則不用此藥，這樣合理嗎？這次健保藥價調了56.7億元，4月1日公布新藥價，全國醫院的藥劑部都要修改電腦程式，突然又改為5月1日，大家都累死了！請問這些社會成本誰要負責？我敢保證台灣若以土地面積及人口數當比較基礎，台灣是全世界製藥工業最嚴格的國家，因為從GMP(優良藥品製造規範)到CGMP(現行優良藥品製造規範)到PIC/S(國際醫藥品稽查協約組織)，我們花了那麼多錢投資設備，但我國的藥品價格卻只有美國、歐洲的30%，請李教授玉春多研究這方面的問題。

鄭主任委員守夏

因為時間關係，發言請簡短。請干委員文男。

干委員文男

- 一、謝謝李教授玉春開門見山地說因為「資源有限，欲望無窮」所以醫療制度有必要改善，剛所有委員的發言，幾乎都在此打轉，但都沒提到無效醫療占20~40%的問題。
- 二、新藥、新醫療科技的分配相當重要，針對健保會如何進行此部分的配置，請教李教授的看法。
- 三、何委員語曾說，健保會能協商的部分是雞翅膀，只有一點點，但卻須承擔總額與財務的收支扣連責任，雖然財務有健保署精算，但健保會真正能發揮的是，共同擬訂明年度所需的給付項目，再進行總額協商，健保會在過程中應扮演何種角色？現在四總額部門都喊缺錢，委員聽了頭很大，在此情況下，健保會應如何發揮功能？如何與共同擬訂會議之間協調？請教李教授玉春。

鄭主任委員守夏

請張委員煥禎。

張委員煥禎

- 一、同意有些委員提到應該就審議機制討論，其實身為醫療服務提供者，跟大家一樣，不見得懂這些很專業的問題，懂臨床不代表就清楚審議機制與給付調整。
- 二、健保實施多年，至今已累積 17 年以上的經驗，所以剛有委員提到，不要只參考國外的制度。我們都需要被再教育，到底審議制度做得好會怎麼樣，以過去 17 年來費協、監理二會的運作經驗，做得好的部分可以提供委員參考，的確我們做到了。其次，做不好會怎樣？我們在這裡吵吵鬧鬧，有時候認為做得不錯，但卻未做到審議制度應該要做的事，因此應以 17 年為例，像我自己是費協會第一屆委員直到現在，我們應該很清楚知道，哪些可以繼續保持，哪些應該要改進。
- 三、至健保是否永續經營？醫院會不會倒？我認為醫院不會全倒，健保一定要永續經營，因為只要是對老百姓好的，就只能改革後繼續前進沒有讓其毀滅的道理。但我們不能說這一代好，就不管下一代。這一代健保很好，是全世界前三名，但能否永續經營，其實很困難，不要導致下一代認為這樣的健保應該上街頭，到時不是衝進立法院，而是衝進衛福部。健保不會倒，醫院也不會倒，一定會有醫院存留，但該考慮，如果看病愈來愈困難，品質愈來愈差，這是我們要的嗎？希望大家思考這個問題。

鄭主任委員守夏

因為時間有限，請李教授玉春針對今天報告的主題簡短回應，至於不是主題的部分，我們在會上已經聽過非常多次，李教授大概也很難全部回應。

李教授玉春

謝謝各位委員熱心提供非常多好建議，未來還是要看健保會如何與

健保署共同運作，這個研究如果能有一點貢獻，應該是在這部分。針對大家所提的建議與問題，簡要回應：

- 一、對於總額協商架構，並未建立定期檢討的機制，所以才會於今天的報告，建議應建立定期檢討的機制，雖然不一定要採他國經驗，但針對架構，其實可於一段時間後進行檢討。建議對總額協商架構，特別是新藥、新科技引進後所產生的影響，及事後能否調校，應建立相關機制，才不會有問題。
- 二、大家都提到點值，現在行政院核定的總額與協定的總額有落差，所以應可從中尋求解決之道。台灣健保已經是世界第一，方便性、品質各方面都沒話講，建議付費者在總額協商時可以放寬一點，當彼此都有空間時，才有機會再成長，如果每個部分都掐得很緊，會沒有機會改革。這不代表現在的不需要改，我一直強調要思考健保五千多億預算如何應用，由其他國家的資料顯示，真的存在很多無效醫療，目前全世界有很多國家都在倡導有效醫療，有效的才做；另外則是減少無效醫療，無效醫療在很多項目已具共識，舉例來說，支氣管炎大部分是病毒感染，使用抗生素的機率很少，所以大家把它當成一項監控指標，像這種有證據基礎的案例，我們應該儘快引進，這樣才有更大的檢討空間，不會老是在談很小的預算。建議健保會在協商總額時，不是每年都只談增加，而應將資源配置方案納入考量，這樣彼此才能創造更大空間，不會讓已經很沈重的點值愈來愈低。
- 三、謝委員天仁提到如何劃一條線，建議健保會與共同擬訂會議要建立共識。每年協商時都會討論該年度新藥、新科技預算額度，健保會在授權健保署的同時可以有附帶決議，要求什麼狀況下必須提健保會同意，所以是可設定一條線，針對財務影響大或小，訂定相關規則，例如超過 5 億或多少費用，或在什麼狀況下即進行處理，這樣對後續的運作應有幫助。
- 四、有關總額架構的調整時機，其實多少年都可以，若配合健保會

委員任期，4 年是較合適的。對於今天的報告，同意剛李理事長蜀平所提到的民情不同，事實上我們完全以本土觀點提出建議，其他國家並沒有像台灣把全部的收支相關事項，都由同一個委員會議處理。剛也有委員問到，實施總額的國家很多，但架構和我們完全不同，所以今天的建議是依照本土狀況設計，我們甚至把研究報告結果全部重寫，希望能針對本土的情況提出建議。

- 五、有委員提到民眾自我照護，雖然和今天的主題無關，但在二代健保總檢討中已提出，有些部分應讓民眾自己處理，所以我想到的是另外一個有關 delisting，就是不給付議題。像最近健保署提出指示用藥不給付，應是個好時機，讓大家檢討哪些屬自我照護部分，而哪些又是無效的，應該開始有所限制，現在已經沒有辦法讓大家都做聖誕老公公，一定要共體時艱。每當健保署提出方案，很多時候容易引起反彈，但如果站在如何讓資源利用更有效的角度，彼此互相成長，希望未來大家能朝這個方向努力。
- 六、有關健保會未來的狀況，建議針對新、舊給付都能檢討，剛提到的資源配置方案，就可同時考量，過去那麼多年，我們著墨較少。其次是定期的事後調整，新藥、新科技引進後，都沒有相關執行數據，如果沒有檢討、調整，對點值仍會有影響。以上針對大家的提問，先擇要說明，希望以後有機會，彼此還可以再交流，感謝讓我有時間介紹這個小小的研究，也希望能夠有點貢獻，謝謝大家！

鄭主任委員守夏

- 一、感謝李玉春教授的報告。現在進行第四個報告案，健保署的例行業務執行報告，1、4、7、10 月才口頭報告，本次請委員自行參閱書面資料。
- 二、委員桌上有一份粉紅色紙張印製的資料，是中醫師公會全聯會邀請委員參加訪視活動的簡介與調查回函，請何理事長補充說

明。

何委員永成

中醫師公會全聯會於 5 月 28、29 日辦理金門醫療資源不足地區改善方案醫療服務的訪視活動，誠摯邀請各位委員及長官蒞臨指導，除了實地參觀外，全聯會也會進行成果報告。請大家填具調查回函，直接交給我們或傳真回復都可。

鄭主任委員守夏

歡迎各位委員報名參加。報告案進行到此，接下來請同仁宣讀討論事項第一案。

肆、討論事項第一案「為確保全民健保全體被保險人權益及維持總額妥適運作，建議新增之醫療科技包括藥品、特材、支付項目等預算編列於『其他預算』，俟其穩定後再納入一般預算案」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀。請提案委員補充說明，請朱代理委員益宏。

干委員文男

主席，程序問題，第一、二案都是談錢的問題，與資源配置有關，剛李教授玉春也講得很清楚，屬財務運作，是否併案討論？

鄭主任委員守夏

提案委員有無意見。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

第一及第二案雖然提案人都是謝委員武吉，但實質內容不太一樣，建議還是分開討論。

鄭主任委員守夏

分開討論。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

一、本案主要是因為去年 9 月份協商醫院總額時，醫界的建議就是將新藥、新科技經費編列在其他預算，但並未獲得付費者代表同意。去年 12 月份委員會議，謝委員武吉再次提出，主席表示其涉及協商方式的改變，若要討論，須正式提案，所以依主席建議於本次會議正式提案。

二、本案同時也回應剛李教授玉春所提，總額架構須定期檢討、調整。總額執行後產生財務衝擊時如何處理？在李教授的報告中，很多項目都圍繞在新醫療科技部分，包括醫療科技評估，因該架構目前只是研究報告，尚未落實，最快的方式就是將新醫療科技項目先暫時編列在其他預算，因為是由健保署負責，

且每點 1 元，該署就可依年度狀況執行。

三、如編在其他預算，年度中如果需納入新醫療科技，可再調整；若覺得經費不夠，預算可寬列，即使執行率低，因為沒用完不會回到醫院總額，大家也較能接受。等到 3~5 年後，剛才付費者代表何委員語建議 4 年，我們也不反對，等到 4 年後服務量相對穩定，且健保署已在該期間透過市場價格調查，了解實際交易價，此時再納入醫院總額，對整體運作，至少在新藥、新科技部分會較容易執行。若委員同意，希望今年度就可實施。

鄭主任委員守夏

朱代理委員益宏說明得很清楚，但依議程資料，健保署持反對意見。現在請付費者代表表示意見，或請健保署補充說明執行面有無困難。

林組長阿明

若依謝委員武吉的意見，是將新藥、新科技編到其他預算，但其確具有替代效應，所以實際操作面會有困難。其他預算新增項目假定有 10 億元，替代效應 6 億元，那新增項目在其他預算到底要編列多少經費？目前新藥、新科技是納在一般服務，其替代效應，淨增加多少，費用都含在一般服務的成長內，若將新增項目編在其他預算，醫療院所申報費用後將很難切割新增項目的帳目，實際執行面有困難。

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

本案健保署林組長阿明已經講得很清楚，確實具有替代效應，因為用了新藥，當然就不用舊藥，新藥效果較好才會使用，所以用藥量自然減少，而這也是使用新藥的目的，一來一往，沒辦法算清楚。在總額協商時，基本上醫療服務成本指數成長率已有反應其成長，建議本案依健保署意見做決議。

鄭主任委員守夏

請陳委員川青。

陳委員川青

- 一、二代健保已實施第二年，應請健保署邀請專家學者，針對幾個總額項目及預算分配的合理性進行檢討，才會進步，也讓付費者代表來年協商總額時，有檢討空間，也更合理。舉例來說，台灣醫療體系內，洗腎為何會用雙 B 車接送病患，服務品質為何這麼好？這也有檢討空間。一般而言，患者到醫院就診都是求爺爺告奶奶，所以是資源分配上的問題。
- 二、針對新藥、新科技，上次會議討論自付差額特材時，曾討論過頭部受傷引流器，針對此類對生命品質有重大影響的特材、新科技、新醫療，在共同擬訂會議時，健保署應列為優先討論的項目，因可讓消費者多一點選擇。個人認為，特材自付項目的增加可由消費者來決定，例如腦部受傷引流器，由消費者就其經濟因素考量，這也是一種方式。上次會議對腦部受傷引流器議案，因資料不足請健保署再檢討，但就消費者立場，很重視對生命健康有直接重大影響的項目，應優先審議，我們也願意支付較多費用。雖然消費者不是專家，但生命安全最重要。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

- 一、過去對於新藥、新科技的預算已有多次討論，新藥既然可以取代舊藥，病人使用新藥後，應該可以降低住院日，要不然新藥就沒有效果。由此可知，新藥、新科技不一定都會增加預算，但到底新藥、舊藥之間有多少替代率，即使目前還無法精確計算，健保署還是應該努力進行評估。
- 二、若編列在其他預算項下，但到 9 月時，發現已無預算可用，民眾就要自費才能使用，對被保險人而言極不方便；若編列在一

般服務，因為各協商因素都已包含在內，且每年總額評核會議也會進行檢討，當新藥、新科技實際使用量超出總額預算，可於次年度總額協商時，檢討並予調整。本案的數據不足，無法做決定，我們沒那麼內行，否則就有資格開醫院了。本案希望健保署表態，退回重新擬訂或邀請專家進行研究。

鄭主任委員守夏

謝謝干委員，請郭代理委員正全。

郭代理委員正全(翁委員文能代理人)

- 一、這個議題大家原本就有不同想法，剛李教授玉春幫忙上了一課，我們會以較宏觀的角度來看這個問題。新藥、新科技是否應該放在其他預算，大家見解不同，但的確突顯現行存在的問題。干委員文男所提意見，本人非常同意，健保署應提出替代率的數據，若有技術面的困難，應該想辦法克服，不應不作為。
- 二、我認為新藥應該會有替代性存在，正如陳委員川青所言，過去有醫療院所用雙 B 轎車接送洗腎病患的情形，可能屬個案，絕非全部的醫療院所都如此。至於新藥替代程度有多少，不可能每種新藥都有 75% 的替代率，不同的新藥會有不同程度的替代率。我認為健保會應該討論影響重大的新藥，至於其他影響較小的項目，在總額的一般服務協商時討論即可。
- 三、蔡委員登順提到的非協商因素，不可能將所有項目都涵括進去，它是一項落後指標，以過去經驗談未來的預算，因此很多項目都無法反映現況。照李教授建議，健保會的層次應該提高，重大影響或較宏觀的項目，才提到健保會討論，太細項目不在此討論，以後的議事進行才會較順暢。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、請教謝委員武吉本提案是將新藥、新科技放在其他預算，就表示該項在醫院總額的成長率為「零」，該項目就不存在，對不對？(謝委員回應對)過去每年都會對新藥、新科技框列預算，本案建議與我想法不太相同。
- 二、聽了李教授玉春的報告後，我覺得健保會其實不必管這麼細、那麼多，只要在總額協商新藥、新科技項目預算後，再由健保署醫療服務或藥物共同擬訂會議執行即可，若執行到一半，已無預算，就暫時不要引進新藥、新科技。本案既建議改變作業方式，就要考量未來可否執行。
- 三、健保署真的有些懶惰，請參看議程第 36 頁，健保署意見二之(二)：未來 1 年有多少新藥物獲得上市許可其難預估，因此若列為其他預算，預算於年中用完即表示當年年中以後新上市之藥物即無法獲得給付。本意見與剛談的不一樣，沒錢當然無法給付，難道要醫院或基層承擔嗎？健保署不可以便宜行事，我們現在的點值已是 0.9、至少於 0.9，還要從艱難科別挪出經費來運用，這樣是不對的。
- 四、另外，健保署意見二之(三)：過去藥品及特材亦會定期依規定辦理藥物市場調查，以及健保支付價格之調整，其調整所節省下來的支出，除運用於放寬給付範圍外，亦可作為新藥物給付之財源。其實從去年元旦起，健保即實施藥費支出目標制，所謂藥費支出目標制，就是去年使用的藥費，若超過預設目標的額度，即從今年的費用中扣掉，但怎麼辦？聽說去年超出 57 億，在今年 5 月 1 日會全部扣掉，所以根本不會有剩餘財源可以支應新藥物給付。李教授剛所談的理念，在本提案恐怕無法執行。
- 五、健保署的想法很奇怪，若不改變，繼續放在一般服務，超過預算的額度硬要醫界吸收，也是無法執行。建議本案應該修改，把替代藥物或新藥全部放在健保署的籃子裡，有剩的就扣掉，不夠的由該署補足，健保署如果口袋不夠深，共同擬訂會議就

要稍微踩煞車；若今年保費徵收充足，財務狀況良好，給付就放寬點，我認為這樣才是合理的作法。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、總額制度下我們是與各部門做相關協定，原則上，只要有特殊性或關聯性較強的，就應該歸到各部門總額，不可能全部放在其他預算，就如健保署所提意見，會有替代性，所以執行上，就列入各部門總額，不可能還要將預算劃出，否則健保署不就完蛋了，私房錢愈來愈多。我當委員已6年，看到其他預算不斷膨脹，覺得此現象很怪異，不是該有的正常現象，預算應該回歸各部門才對，現在再提這樣的建議，就是反其道而行，基本上，付費者反對本案。
- 二、李教授玉春的報告主軸是在建立審議機制，與預算放在哪個部門並沒有必然關係，不能因為有這個審議機制，就把所有項目都放在其他預算。審議的目的在於財務控管，使之公平及達財務平衡，放在其他預算，財務就會比較平衡嗎？不可能的事，不要引用李教授的部分建議，而誤解她的初衷，其實兩者沒有必然聯結。所以，審議機制很重要，只要能健全運作，問題就少一大半，但與預算放在哪個部門，全無關係。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

完全贊成謝委員天仁的看法，新藥、新科技的問題應該在審議機制處理。不過，大家應記得本人上次提出，健保署應向本會報告共同擬訂會議的討論結果，基本上也是基於這個概念。共同擬訂會議已經發生困難，因為無法討論替代效應，如果沒有公平、客觀的基礎，且為大家公認合理的替代率，財務責任要誰來扛？對於無法預

估的預算，總額部門當然扛不下來，我們只要求新藥、新科技，並非所有的項目都編在其他預算。新藥、新科技的財務影響，太難預估，可能第一年支用 300 萬，第二年 3,000 萬，第三年 3 億，預算每年大幅成長，當然需要確定其財務影響，總要先把蛋孵出來，才知道究竟是鴛鴦還是雞，這樣才可以放在各部門總額預算中。

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、從總額開始實施以來，就有許多人提到「替代效應」這個名詞，經過十幾年的時間，健保署仍算不出來，相信別的國家對於「替代效應」問題一定有處理方式，為什麼健保署不去參考？如果提到「替代效應」，健保署就迴避不談，那麼總額做這麼久，到底有無進步？希望可以理性地討論此問題，但每次提到「替代效應」，健保署總是回應無法計算，就不處理。
- 二、其實，醫院並不希望占付費者便宜，但也不希望付費者占醫院便宜，這是對等公平的立場。剛有委員提到編在其他預算，萬一經費用完，病患就無法獲得給付；但編於醫院部門，經費不足時，是否就要占醫院便宜，我認為應該要有年終檢討機制或相關配套措施。若超出預算，或第 2~4 年快速增長，以致超過總額非協商時，就應進行後續的補救措施。如果編在其他預算就沒有此問題，因為不是「上限制」，而是「目標制」，可以處理。但若放在一般服務，就應該要有配套機制，否則會像剛所講，第一年支用 300 萬，第二年變成 3,000 萬，第三年 30 億的情形。如果健保署不處理，也不提出每年的財務影響，並向付費者說明清楚，等於少編許多預算給醫界，可以接受委員反對，但對此情況應有機制，不可都不處理，所以我認為應該要有客觀第三者來共同討論這件事。
- 三、12 月份提出本案建議時，主席曾裁示，請健保署提出數據或替代方案，也說可委託學者專家等客觀第三者進行評估研究，但

健保署到現在也都沒有提。我們建議編在其他預算，還有另外一個目的，就是解決所謂的「替代效應」，可以觀察 3~4 年間預算實質的變化情形，等到時間成熟，就可以放回部門總額的一般服務，再來算總帳，到底增加多少費用，替代效應又有多少，增加的部分就加到總額，減少的部分就從總額扣除，這樣才有機制計算「替代效應」的真正影響，並知道其對財務的衝擊。

- 四、現在完全沒有檢討機制，若不用本案所提議方式，仍將新藥、新科技放在總額的大鍋裡，就無法處理這個問題。付費者反對本提案，個人表示尊重，但請大家思考「替代效應」應如何解決，難道本案就不予理會，結束了嗎？未來總額制度可能還要實施 10 年，甚至 20 年，我們不應該用這種方式來處理問題。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、我把它講得更清楚一點，現在面臨的問題，例如是否放寬 Statins、Lucentis 適應症的問題，健保會的醫院部門代表與共同擬訂會議的代表，各有各的想法，這條線就劃不出來。本問題以新藥、新科技項目為例，若照李教授玉春規劃的審議機制，當有人提出新藥、新科技時，共同擬訂會議會經過醫療科技評估，並考量今年健保的財務可否承擔後，再列為新增給付項目；若今年財務無法承擔，則在隔年總額協定時，再考慮是否列入新增給付項目中。
- 二、醫界如果同意此說法，請問新藥、新科技項目放在其他預算或總額部門的一般服務有何特殊差異呢？重點在於健保會的審議機制能否處理，所以這必須看健保會與共同擬訂會議之間的界線怎麼劃分，李教授的答覆是兩者要有共識，我覺得很難達到。醫界和共同擬訂會議代表的意見本就不同，彼此又不願接受對自己不利的事項，共識就不易產生，這條線怎麼劃得出

來？所以須要共同研擬相關操作原則，界限當然不可能百分之百劃分清楚，文字中間一定會有模糊地帶，但某個角度則已相對明確。所以，重點並非放在總額部門或其他預算，而是應該先將此問題弄清楚，提出這個議案並沒有幫助。

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

舊藥與新藥、新醫療科技之間，本來就有互補性，舊的品質效果不明顯，新的效果一定比較好，才會用之取代舊藥，否則就不需要引進新藥、新醫療科技。每年總額協商時，因為兩者變動落差太大，很難掌握，所以用「醫療服務成本指數改變率」去涵蓋這部分的成本，該項成長率每年並都滾入基期。中醫用藥就是用此項反映成本，醫界不同意列入一般服務，那「醫療服務成本指數改變率」的用意是什麼？如果本案意見成立，中醫也可以中藥藥材漲價幾次的成本，每年要求重新計算成長率。本來非協商因素的設定，就有這樣的用意。非協商因素包含「投保人口年增率」、「人口結構改變率」及「醫療服務成本指數改變率」等項，每年都有成長率且都滾入基期，這部分已經清楚反映相關醫療成本。所以，我支持健保署所提的意見。

鄭主任委員守夏

付費者的意見已經很明確，稍後再請醫界代表發言。現在先請雇主代表李委員永振。

李委員永振

一、贊同謝委員天仁的意見，這部分在共同擬訂會議就應先釐清，例如替代率及財務之影響、病人需要性等，都須詳細分析評估。去年總額協商時，大家討論很多相關議題，如 Statins 的協商有點烏龍，我已向鄭主委報告過，5 年的預算共 27 億元，醫院版本卻將預算全部編在同一年的預算中，其實 1 年只

需編 5 億多。

- 二、健保署評估若開放高血脂患者的適應症，最後醫院五年可節省 42 億元，所以不同意增加預算。(但給付門檻已修訂，醫院確實發生醫藥支出！)我回去與同仁研究，發現醫院並沒有節省那筆錢，健保多花那些錢，是購買患者生命的價值或延長生命。曾私下請教過楊委員漢淥，他說醫師若不開藥，病人可能會生氣，但是開給降血脂藥，病人可能一邊服藥，一邊繼續享受豬腳美食，這並不符合健保社會保險的精神。
- 三、建議共同擬訂會議應該考量病人的需要性，因為社會保險只是提供民眾基本的照護，否則新藥、新科技的成本一直往上成長，費用將會不足。現在雖然健保收支差額，在權責基礎上已超過 1,000 億元，但不知可以撐多久，至少應該維持 4 年；從健保財務收支趨勢來看，何時會往下掉，誰也不知道，不要想哪天會降低保費，沒那麼好的事。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、我與謝委員天仁的看法愈來愈靠近，不過要先弄清楚共同擬訂會議的運作情形，他們目前是在空轉，運作困難，根本沒辦法弄清楚替代率、財務影響，以及什麼藥應該先引進等，因為很多新藥並沒有替代性。剛才詢問提案單位，醫院提出本案，未來該項協商因素成長率會變為零，他們回答的確如此，所以，風險只會轉移，不會消失；換句話說，放在其他預算是由健保署負擔，放在醫院部門則由醫院負擔，這並不公平。
- 二、有人老是提「醫療服務成本指數改變率」是很奇怪且沒有誠意要解決問題的心態。非協商因素中「醫療服務成本指數改變率」的藥物本來就是牛頭不對馬嘴，舉例來說，麻醉藥在主計總處統計約占 30%，其升或降，對成本指數的影響很大，但麻醉藥在基層診所的使用率根本不到 3%，與實際情形差距很

大。建議委員在面臨問題時，不要把「不想解決或無法解決的」部分，丟到非協商因素這個不可知的黑洞當託辭。要共同尋求解決方案。

鄭主任委員守夏

如果大家的意見都是支持前面委員的意見，就請簡短發言。請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、其實本案並沒有要大家贊成或反對，只是請求支持應有觀察期，因為共同擬訂會議一直丟很多事情過來，健保會的總額協商不能沒有經過詳細討論，又缺乏足夠資料以瞭解總額衝擊有多大的情況下，就全部要總額部門承擔。若是我們爭取納入的項目，自己承受就算了，但這部分我們完全屬被動，卻要全盤承受，不合理。
- 二、另外，應關心有無依照健保法第 26 條規定，詳細評估新增給付項目的財務衝擊，就像放寬 Statins、Lucentis 的適應症，根本沒有經過詳細評估，很多人的健康因素並不是靠藥物，而是靠行為。既然沒有詳細評估資料，又無法進行漫長討論，則可否先將這些項目先放在其他預算，看衝擊有多大，再移至一般服務。未來若衝擊變小，就降低預算，若衝擊變大，就應增加預算。
- 三、請參看健保業務執行報告第 82 頁，102 年第 4 季，基層總額的浮動點值預估只有 0.86，醫院只有 0.84，若不斷納入新藥、新科技，收入長期被打八四、八五折，醫療院所可以撐多久？大家不要高興地以為台灣健保是世界第一，其實是醫療院所長期血汗、努力的結果。葉金川教授在美國國務院提到台灣民眾滿意度高，但回過頭來，醫界應向他反映，我們還要忍受多久。希望可以弄清楚，該給的就要給，針對無效醫療，我們也同意應減少給付，但有些政策交議的項目如 B、C 肝治療，有多少效果，實令人懷疑，但政策要求列進來時，就會提出美好的說

詞。所以，我們是閉著眼睛在討論，沒有一點意義。

鄭主任委員守夏

由於時間因素，恐只能再有一、二位委員發言。朱代理委員益宏，發言請簡短。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

健保署應正式回應如何處理「替代效應」，即便新藥、新科技放在一般服務，還是要反映其「替代效應」，大家才可以討論並接受。也許是個人想法偏頗，認為健保署因不想承擔責任與風險，所以不願意放在其他預算。目前唯有健保署有能力提供客觀數據，所以應該講清楚，若無法計算，可以在健保會之下成立工作小組，針對「替代效應」做檢討，計算清楚，替代效率不能又含糊處理，或因付費者代表反對，就不了了之，這樣對醫院總額部門並不公平。

鄭主任委員守夏

- 一、兩邊意見表達已經非常明確，我先做個可能的結論，再請吳委員肖琪補充。
- 二、大家的爭議若在協商架構，內容應包括協商及非協商因素兩項，就如李教授玉春所說的協商架構要不要變動，以健保署的立場，不大會主動要求，一定是由委員提案。以前就表示過，各界都可提案討論協商架構，上次陳委員宗獻曾提出某個指數加權應該修正，我們也做了修正。基本上協商架構的修正，一定要由委員提案，因為這與總額協商有關，而總額協商就是本會的責任。
- 三、今天明確的重點就是新藥、新科技是否繼續引進，若決議應該引進，要量力而為，這些的操盤手正是健保署。若問題卡在新、舊藥品的替代率，在此有個建議，如果做不到，以後大家就不要再討論。請健保署找一群人，也請醫界找一群人來研究，若健保署做出來的替代率是八成，而醫界做出來的是兩成，也無妨，至少要先有數據，才能夠討論；若兩邊都做不出

來，沒有科學的證據，醫界或健保署也可以採用德菲法謀求專家共識，兩邊至少有初步數據，否則健保會的付費者無法討論。醫院除三層級都有協會外，更有楊理事長漢淥所領軍跨越三層級的全國性醫院協會，這麼多協會不可能無法找出數據，一旦醫界提出數據，健保署當然也要提出。希望能在9月協商前搞定。

- 四、共同擬訂會議是實際操盤者，健保會通過20億元新藥、新科技預算，因為數據無法精確估算，所以並非上限而是個目標，但不能太離譜，漫無目標地開放給付，否則預算可能就會超過，醫界也可適時採煞車，目前此功能已逐漸浮現。如果某年經濟非常差，決議不再引進新藥、新科技，預算就是零，這就是負責任，不是誰佔誰便宜。
- 五、由於無法估得很準，剛委員提到如果超過預算怎麼辦？我們會納入明年協商考量，付費者就知道因為前一年度預算給太少，對於某部分預算就會放寬，歷來都是如此處理。所以建議不須改變，因為改列在其他預算並沒有幫助。
- 六、至於共同擬訂會議的運作，係屬健保署權限，我們不應該管，只是如果運作的確發生困難而影響到部門總額，我們可以請醫界提出可行方案，共同討論後，將意見提供健保署參考。請吳委員肖琪補充說明。

吳委員肖琪

- 一、首先，應依歷年藥價調降資料進行分析，有多少費用能用在藥、新科技項目？所以上次我即建議，以後類此議題的討論，健保署應該拿出數據，從過去到現在，累積多少金額？在這部分新藥新科技還有多大空間？當然可質疑新藥也許花費更多，所以將資料清楚分析是很重要的。建議健保署把歷年因新藥、新科技滾入基期部分？藥價調降多少金額？應該都完整呈現，讓我們更清楚瞭解。
- 二、過去參加費協會協商所獲得的資訊，當藥品因過專利期而變便

宜時，就配合調整支付標準，所以新藥、新科技、新支付標準不代表都是昂貴的。若可區分哪些已過專利期，哪些屬於真正的新藥，就可有不同的給付項目及支付標準，有的需要增加經費，有的反而會減少。所以，資料分析愈清楚，才能做更好的討論。

三、最近常有人提到 big data(海量資料)，就像李教授玉春的報告也提到實證性資料，成本效益很重要，就像新藥的替代性，健保署可以把主要相關的藥品，列出概算或估算，以檢視有多少替代率，如血友病，88 年一個人平均花費 120 萬元，現在則要花費 399 萬元，幾年後，費用可能還會大幅成長。雖然呈現血友病患的死亡率因健保而可下降，但我們要思考年輕患者存活，必須一輩子吃藥，新藥費用及使用頻率都會增加，目前健保還有能力負擔，但 11 年後，人口老化更嚴重，對健保是極大的考驗，所以一定要算清楚替代效應有多少。雖然有點為難健保署，計算太清楚也會被外界 K 得很慘，不過這麼多年累積的健保資料，應該可以計算清楚，請健保署提出幾項較有把握的藥品，計算其替代效應。

四、李教授也提到我們每年都著重在協商成長的那幾百億元，卻忽略既有給付項目的五千多億元，仍有許多不合理處，例如癌症及慢性病用藥有許多不合理情形，之前審查一項癌症用藥，可延長 2 個月壽命，可是需多花上百萬元，現在我們也許還可以支撐，但十幾年後，健保是否還能支撐？剛楊委員漢涑質疑使用 B、C 肝治療用藥的人是否真有效，是否有嚴謹的條件，篩選適合的人才可用藥，這部分討論確實較少。相信新藥都會有部分的替代效應，除非這個新藥非常特別，至於編在一般服務或其他預算，各有優缺點，應權衡利弊得失，建議仍維持在一般服務，不要移出來比較好。

鄭主任委員守夏

請李委員蜀平。

李委員蜀平

希望藥師可以納入討論，二代健保明確規定藥品是獨立總額(註：相關條文略以，門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比率及醫藥分帳制度)，從健保實施至今，每年藥品費用都占 25%左右，所以討論藥的問題一定要讓藥師參與。藥價七次調降，調了約新臺幣六百多億元，那麼多費用，好像都是健保署將此費用用於醫療，到處分，就沒有用在藥品研發上，或加強製藥工業的發展，服貿已讓藥師驚慌，健保署還要凌遲我們，這樣合理嗎？

鄭主任委員守夏

如果李委員有明確提案，我們也樂於討論。請朱代理委員益宏簡短說明，本案討論時間差不多了。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、剛主席做的建議值得討論，因為藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議的職務與本案層次不同。我們健保會是決定費用要放在哪裡，至於決定以後如何使用，屬健保署藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議的權責，但如果全部都推給共同擬訂會議也不對！又如果健保會都不談，也不太對。
- 二、第二點是吳委員肖琪剛講的，我贊成將藥價調整節餘的藥費拿出來，但事實上健保藥費每年成長率是固定的，若沒有進行藥價調整，則藥費每年成長約 7~8%，因為有藥價調整，所以藥費每年成長才控制在 4~5%之間，這個大家都很清楚，其中有藥價調降與健保納入新藥給付等效應，屬於總效應，所以我覺得編在其他預算 OK 的，沒問題。
- 三、最後一點，回應主席所提，宜由醫界與健保署進行 data(資料)分析，不要因為醫界分析後，健保署才把手中的底牌掀開來，本會議畢竟是由付費者與醫事服務提供者協談，健保署應該是客觀公正的第三者，當雙方要談時，由健保署提供所有的資料，今天變成是醫事服務提供者與健保署在談，怎麼會對等

呢？更何況醫院總額不是由醫院協會承接，而是健保署。

四、跟主席及付費者委員報告，我們手上只有個別醫院的資料，所謂 big data 根本拿不到，如果要取得，只能花錢研究，而且很多研究所用的藥品資料已經過加密，不見得能判斷是否屬新藥或新科技的影響，就算醫界拿得出來，客觀性呢？付費者代表會同意醫界所提供的資料並採用嗎？我覺得需要先釐清，今天若主席裁示雙方都拿出資料來談，那 OK，健保署要提供相關資料，我們可請學者做有 evidence base(實證)的 study(研究分析)。

五、我認為要有個公正的平台來談，不能說我們所提供的資料就有偏頗或其他問題，否則事情無法解決，只是換成另一個議題拖延，這樣處理事情是不好的。建議要有具體的處理方式，或如主席所講，請健保署先報告手上的資料，也請專家來談談，進行各方面的對話，大家再往下走，但總不能將這個議題移為其他議題，不知道下次何時談，是否又拖個三、五年再提出，付費者代表也會因為一直談又沒解決，而覺得很厭煩，所以建議應該要有具體的解決方案。

鄭主任委員守夏

好，說明已經很清楚！

干委員文男

主席。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

主席，歹勢(台語)，我想本案已經談很久，剛才主席已做結論，大概醫界能夠接受，公正人士也講得很清楚，主席所做的結論與朱代理委員益宏講的一致，就不要再浪費時間，後面還有討論案。本案就依主席裁示，我想健保署在一、二個月內尚無法拿出資料，健保

署可否接受？這需要健保署接受並產出資料才有效，屆時雙方再來談，就像濁水溪總有澄清的一天，值得期待。

鄭主任委員守夏

如果楊委員漢淙沒有特別的意見...

楊委員漢淙

- 一、我們各醫院都有很好的電腦系統，但醫院間加起來的 big data，就是所謂海量資料，只有健保署有，健保署應該分析一下，例如 102 年度健保署辦理「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦計畫，及 103 年度依據超出目標值的額度進行藥品支付價格調整事宜，到底造成健保藥費支出成長或減少多少，你們認為減少的錢可以挪到別的地方使用，事實上整體的藥費支出還是增加，所以應該提出數據，讓大家瞭解。
- 二、新增診療項目與現有醫療服務的替代效果並非都一樣，有的屬短期，有的屬長期效應，到底會增加或減少多少醫療費用，並不清楚。當然理論上，降血脂藥會降低血壓，導致五、十年後的醫療費用下降，目前可將該情況納入考量，但我們計算費用時好像又沒有下降的趨勢，付費者代表會認為醫界包贏不包輸(台語)。
- 三、我們推行數年的慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫，從第一年用不到 10 億元，到目前超過 35 億元，但 B 型及 C 型肝炎患者有無減少？上次問卷調查好像有效，應該拿出佐證資料證明真的有效。剛才付費者代表說，錢已給了，包含於醫療服務成本指數改變率中，但服務成本有包括這些嗎？應該講清楚，記得今年醫院總額之醫療服務成本指數改變率還是負數。醫院的服務成本包括人事費、物價指數等，醫院每天在經營，人事費用增加，所買的東西一樣也沒減少，醫療服務成本指數改變率竟然負數，真的有夠奇怪！本案應該保留，而不是瞎子摸象，應將資料補足，下次再來看看是否有道理。

鄭主任委員守夏

一、這樣應該很清楚，如果大家可以同意，本案保留或緩議，而不是馬上反對，因為我們需要看到更多資料。

二、健保會的權限只能要求健保署提供資料，而沒有權限要求醫界提供資料，現在是3月，不知健保署可否於6月提供資料？我們都知道新增的診療項目與現有醫療服務的替代效果非常難算，請健保署提供幾個案例，最好是使用量大、價格高的藥品，這樣影響總額的費用才會顯著，有些替代效果可能八、九成，有些替代效果則較低，可以彙整後，讓委員知道真的有其複雜與困難性。

謝委員天仁

報告主席。

鄭主任委員守夏

是。

謝委員天仁

剛付費者代表全部持反對意見，假使主席要緩議的話，請照規矩，一個個唱名表決。

鄭主任委員守夏

好。

謝委員天仁

醫界提的事項，跟本案無關，我已經講過是審議機制的問題。

鄭主任委員守夏

了解。

謝委員天仁

你們要算帳，我們也不反對，這跟放在哪個部門有什麼關係？對不對。

鄭主任委員守夏

好，如果這樣的話，那...。

蔡委員登順

報告主席。

鄭主任委員守夏

是。

蔡委員登順

還有一點，剛楊委員漢淙說今年醫院總額之醫療服務成本指數改變率為負成長，請健保署提供十年來醫療服務成本指數改變率總共成長多少？有多少費用滾入基期？提出數據來算清楚。

鄭主任委員守夏

一、這部分與總額協商有關，協商時可請健保署提供。

二、因為兩邊意見不一致，剛楊委員漢淙建議緩議，付費者代表發言全部反對，學者專家代表也建議先不變更原來的架構，所以決議暫不變更，請健保署提供相關資料，也歡迎醫界提供相關資料。可以嗎？(在場未有委員反對)本案就這樣處理。

三、接下來請同仁宣讀討論事項第二案。

伍、討論事項第二案「攸關『103年醫院總額一般服務之保障措施』乙案，宜立即增加地區醫院之點值保障項目，以提昇地區醫院固定點值部位之比例與大醫院相當，已逐步矯正長期資源分配的偏頗，讓弱勢的地區醫院也能逐步改善擁有比較公平的立足點」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀，提案委員有無補充說明？(朱代理委員益宏舉手)有請。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、在醫院總額研商議事會議討論 103 年度一般服務的各項保障措施時，地區醫院代表特別提出本建議，當時謝委員天仁及吳委員玉琴認為此議題確實涉及總額分配，討論層次應該高於研商議事會議，所以建議提到本會討論，因此，今天提出本案。
- 二、請參看議程第 40 頁健保署提供的附表，現行的保障項目，為第 39、40 頁所列，除藥費外，還包括門住診之藥事服務費、門診手術、衛福部公告之偏遠地區急救責任醫院提供之急診醫療服務點數、住院之手術費、麻醉費、門住診之血品處理費等。
- 三、102 年核定點數之固定點值占率，醫學中心為 41.82%，地區醫院為 27.91%。何委員語關切臺北業務組所轄地區醫院曾提過，因為固定點值保障的不公平，導致地區醫院整體的平均點值低於其他層級醫院 5~6%，這跟衛福部長期喊要振興社區醫療，完全背道而馳，口號喊一套，實際做出來對地區醫院的保障又是另一套。今天這些保障項目，對地區醫院的幫忙也只到 27.91%，我們認為地區醫院有其特殊性，特別在一般服務門診部分，所以希望門診診察費能夠保障每點 1 元，不然依現行規定，地區醫院由八百多家，關到剩三百多家，達仁鄉原來有一家仁和醫院，因為支撐不下去而倒閉，聽說衛福部要用醫發基金在那邊重新成立 1 家醫院，這是很奇怪的事情！

四、在總額不公平的制度下，地區醫院 1 家 1 家倒閉，如果各層級醫院核定點數的固定點數占率均為 40%，病人還是不選擇地區醫院，則我們認為自己競爭不如人，沒話講，但目前是地區醫院做的大多拿浮動點值，約 0.82，不知道有哪家小型醫院有能力可以支撐這樣的虧損，所以拜託、拜託，請謝委員天仁、吳委員玉琴及其他付費者代表可以支持本案。謝謝！

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、我的本意，朱代理委員益宏好像有點誤解。

二、點值保障有其特殊目的，有些是為鼓勵，有些是為艱難的科別。假使地區醫院也要點值保障，感覺怪怪的，他們不大可能那麼弱勢，102 年總點數為 656.1 億。某個角度，反對用點值保障來處理，我在醫院總額研商議事會議中講得很清楚，健保會職責在決定總額及其相關協商與分配，可以決定要分配到何種程度。

三、以前總額協定後，相關細節交由健保署的相關研商議事會議處理，假使我們認為醫院總額在各層級醫院間處理不公平，需要調整，我支持健保會負起這樣的責任，但並不是去保障點值，這點我要講清楚。希望提案委員提出點值保障要師出有名，如果不提保障點值，而是如何分配，則可以提出具體方案來檢討，我覺得健保會不必迴避此問題，本來就是本會的職權。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

我很重視謝委員武吉所提出的議案。地區醫院大多分布在小地方，但我們也要重視核心醫療。關於點值議題，以往也提過多次，我們要尊重議程第 38 頁提案說明三的論述，請健保署醫管組再試算全

國地區醫院的平均點值，我看本案就不要再浪費太多時間，剛才討論事項第一案有很好的決議，也希望本案能夠計算清楚，到底誰佔誰便宜。還是那句話，濁水溪有澄清的一天，否則我們聽得一頭霧水，除非像仙一樣獨自住在山上完全不理人，所以沒有意見，不然穿衣服的神也會被申訴，希望健保署將本案併前案一起算清楚，資料更齊全後再提會報告。

鄭主任委員守夏

請陳代理委員雪芬。

陳代理委員雪芬(翁委員文能代理人)

請教健保署，議程第 40 頁附表顯示地區醫院保障每點 1 元診察費點數為 90 億，但健保署的說明三表示 103 年將增加 9.9 億元費用，兩者指的是同樣事情，還是我誤解，抑或是補點值？

林組長阿明

地區醫院申報診察費點數為 90 億，若保障每點 1 元，則與目前點值 0.88，大概差 0.12，兩者相乘約 10 億元，若非額外增加這 10 億元預算，則需由醫學中心與區域醫院吸收，將會有此影響。

鄭主任委員守夏

請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、感謝委員們提出寶貴意見，請問健保法有規定要保障這麼多項目嗎？(議程第 40 頁)因剛才發言已經不大舒服，所以拜託朱代理委員益宏幫忙發言。其實，討論事項第一案也是根據偉大的健保會建議而提案，而本案討論事項第二案，剛才朱代理委員已經清楚地向委員報告，本案也不是我要提出，是由健保會委員建議而提出的，我們尊重偉大的健保會委員，既然尊重，還要在此被修理，心裡非常不舒服，表達沉重地抗議。

二、向各位委員報告，地區醫院從八百多家降到現在三百多家，難道社區醫療不重要？在都會區的地區醫院不重要嗎？當初在

SARS(嚴重急性呼吸道症候群)期間，高雄地區 3 家醫學中心中，2 家病患只出不進，等於封院，當時也是由地區醫院照顧病患。點值是我們的致命傷，也是 key point(關鍵點)。總額已經實施 12 年，我們也已經委屈 12 年，我們要求的只是一個公平合理，希望給我們公平正義的回應。請公正人士代表之委員替我們講一下話。

楊委員芸蘋

主席。

鄭主任委員守夏

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

- 一、其實本案與前一案有點雷同，我們非常尊重醫界辛苦地付出，也希望醫界代表不要那麼難過，或許意見不一樣，請你們要統合理念，醫療品質對於消費者非常重要，醫界內部要是不合，實在非常擔心會影響到民眾的就醫權益，如同剛謝委員武吉所說，八百多家醫院變成三百多家，聽起來很恐怖，豈不是每個人都要到醫學中心就診？但若不去地區醫院就診，對基層醫院也不公平。
- 二、要點值保障比較困難，是否有更好的方式可以再研究，如同剛干委員文男所講，請健保署提供數據，好好討論與評估此問題。我們重視每個人的議案，大家若有想法請趕快提出，多提供建設性意見，現在已經下午 1 點，希望儘早結束會議。請公正人士與專家學者代表可否提出建議。

鄭主任委員守夏

請公正人士代表。

陳委員錦煌

- 一、我當委員的第一個月，社區醫院協會謝理事長文輝有進行簡報，他表示 78~98 年，社區醫院倒閉五百多家。我看到聯合報

3月20日刊登醫改會的指控簡報，轉述其中兩家就好，馬偕醫院於100年虧損1.7億，對外捐款卻高達9億；振興醫院連續多年捐款給婦聯社會福利基金會。據醫改會董事長的陳述，醫療財團法人是非營利組織，所設立的醫院，屬於社會共有資產，若有盈餘，應優先用來提升醫護人員的工作條件，或改善醫療品質，不能拿去蓋房子等。

二、假設沒有保障社區醫院的點值，我想不需幾年，很多家就會變成診所。鄉下地方若只有1間醫院，但也剩下1位醫師而變成診所，這樣謝委員武吉所說的社區醫院要如何生存，目前台大、長庚及榮民等大型醫院一床難求，我們要落實分級轉診，如果社區醫院做得起來，可以分散病患。所以要照顧社區醫院，支持社區醫院。

鄭主任委員守夏

謝謝公正人士代表！請謝委員天仁。

謝委員天仁

剛才已經講過，點值保障要師出有名，總額分配為健保會權責，用點值保障是最簡單，但也最容易失去平衡的方法。以前急重難症用這種方式處理，幾年後，地區醫院認為有損失，應該用更合理的方式解決此問題。大醫院有其設立目的，地區醫院也有其使命，可思考將地區醫院的門診比例調多一點，大型醫院的門診比例調少一點；將大型醫院的住診比例調高一點，而地區醫院的住診比例調低一點，這種方法最複雜，但本來就要面對各層級醫院所肩負的相關任務，而不是保障地區醫院點值，否則區域醫院活不下去時也要保障，這樣整個點值會亂掉，應該針對問題做適度調整，點值保障是否合理，值得深思。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

希望健保署拿出資料，確認地區醫院點值是否特別低，下次再專案討論相關問題，各層級醫院都要照顧，不要偏頗，否則再討論 3 個鐘頭也講不完。

鄭主任委員守夏

請謝委員武吉。

謝委員武吉

請教一下，法規單位可否解釋健保法第 62 條第 1 項。

鄭主任委員守夏

健保會沒有法規單位，請您先唸條文。

謝委員武吉

健保法第 62 條第 1 項規定「保險醫事服務機構應依據醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，向保險人申報其所提供之醫療服務之點數及藥物費用。」法條有無規定每點 1 元？請翻到議程第 16 頁，為何健保署可以決定 103 年度醫院總額一般服務之保障項目為每點 1 元，依法有據嗎？我們的要求過分嗎？我們只要求公平、公正、合情、合理的對待，若本案要保留，拜託連議程第 16 頁的各保障項目也一起保留，這樣才公平。

鄭主任委員守夏

其他委員有無意見？請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

上次在醫院總額研商議事會議的討論過程中，我們知道三層級醫院有矛盾之處，彼此無法協調，在那邊也討論不出結果，因為涉及總額分配，所以謝委員天仁才建議可以提到健保會討論，惟我們確實沒有提到、建議或承諾要保障地區醫院點值。話說回來，若總額連地區醫院都要保障點值，不知外界觀感如何，是否會破壞總額的基本精神？還沒看到醫學中心與區域醫院代表表示意見，有無其他解套方法，剛才謝委員天仁提到可否從三層級的醫院，就其使命與任

務來調整門、住診比例，這也許是另外一種處理方式。

鄭主任委員守夏

謝謝吳委員玉琴的說明。

鄭主任委員守夏

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

剛建議三層級的醫院代表可以先溝通，看內部如何分配。總額原來就有些限制，當初在談分配時可能有些疏忽或缺點，現在依地區醫院的說法，其實地區醫院比較吃虧。建議本案若無法決議，還是先暫時保留，有共識時以更好的方式解決。

鄭主任委員守夏

請謝委員武吉。

謝委員武吉

剛才已經講了，議程第 16 頁，健保署建議 103 年度醫院總額一般服務之保障項目採每點 1 元，跟議程第 38 頁我的提案部分，與議程第 39~40 頁健保署提供的資料，都是一樣的。若本案要保留，則兩部分一起保留，因為我們已經吃虧 12 年了，難道還要讓地區醫院一直倒嗎？從屏東縣楓港地區到台東縣台東市，以前有家仁和醫院，當時我擔任費協會委員，而鄭主委剛好也是費協會主委，我那時候曾說這家醫院一定要保護，結果因為東部有家醫院在衡量，造成點值只剩 0.8 多，使得仁和醫院倒閉。我們並非胡亂要求，若本案保留，則議程第 16 頁保障每點 1 元的項目也要全部暫停，這才公平、公正、合情、合理。

鄭主任委員守夏

請健保署表示意見。

蔡副署長魯

一、跟各位委員報告，我是當次醫院總額研商議事會議的主席。當

天在討論 103 年度一般服務保障措施時，確實是沿用往年的方式執行，當時謝委員武吉有提出地區醫院點值保障每點 1 元的建議，才有消費者代表表示這涉及資源配置的議題，可以提到健保會檢討，我先做當時的背景說明。大家講的都沒錯，包括謝委員天仁與謝委員武吉。

二、至於 103 年要不要依本建議案執行，健保署沒有意見，尊重健保會最後的討論結果。惟若議程第 16 頁的保障項目保留，則 103 年第 1 季的點值結算就無法處理，特別補充說明。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

本案不是退回也不是保留，建議併同前一案，請健保署一起拿回去算清楚。

謝委員武吉

已經算好了。

干委員文男

算的只有你這部分。

謝委員武吉

向干委員文男說明，這不是我算的，我們沒有能力也沒有數據可計算，地區醫院沒有數據也算不出來這些數據。

干委員文男

這算得不清楚，我們要的不只這些，先忍一下，不要生氣，生氣會短命，請健保署拿出更詳細數據併前一案討論，到時才能真正提出建議。本案健保署是依據謝委員武吉的建議，陳述試算出來的附表，不是健保署自主的意見。

謝委員武吉

一、本案我們的要求是依據李教授玉春於 89~90 年間，在歷經 17

次醫院總額研議會議後制定的醫院總額支付制度研議方案，認為地區醫院是弱勢團體，很容易倒閉，當時承諾從優保障每點1元，我們今天在這裡不敢要全部，只要求保障門診、住診的診察費，103年才9.9億元而已，這是總額內的重分配，不會增加總額，且這數據是健保署計算，並非我們計算；再者，此建議若依法也是有據的(醫院總額支付制度研議方案)。

二、剛才蔡副署長魯也講了，2月26日醫院總額研商議事會議有委員認為這是資源分配的議題，應該要提到更高層次的健保會來討論，所以那次醫院總額研商議事會議有關本案部分不算數。

鄭主任委員守夏

請陳代理委員雪芬。

陳代理委員雪芬(翁委員文能代理人)

一、請教健保署，若將社區醫院每點支付金額補足至1元後，議程第40頁附表，醫學中心及區域醫院的占率(102年核定點數之固定點值占率)會各多少？希望讓醫學中心及區域醫院知道一下這兩個數字，還會是原來的數字嗎？重新分配後，應不可能是原來的占率。

二、對於地區醫院的方案，我們沒有意見。很多委員問，醫學中心沒有意見嗎？我們雖同情地區醫院，但也同情自己，醫院各層級每年點值都非常差、很慘，不希望為了9.9億元自相殘殺，所以基本上非常尊重地區醫院提出本案。

林組長阿明

議程資料第40頁附表，醫學中心及區域醫院「102年核定點數之固定點值占率」，係指自己層級內的占率。醫學中心為41.82%、區域醫院的36.15%，都是層級內的占率，與地區醫院層級無關。

張科長溫溫

補充說明，醫學中心及區域醫院層級內102年核定點數之固定點數占率不會改變；但9.9億元費用需由整體浮動點數來攤分，若本案獲

得同意，醫院部門浮動點值會整個往下修。

鄭主任委員守夏

吳委員肖琪有無意見？先請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、本案涉及醫院內部問題，當仲裁者很困難，如同洗腎預算問題，也很難處理。但以整個調整方案(102 年度支付標準之協商因素成長率，換算額度為 50.55 億元，係用以調整急重難症支付標準)而言，地區醫院受保障項目較少，造成其點值較低，當然影響到該層級。
- 二、地區醫院要求保障門、住診診察費，若本會同意，日後醫學中心及區域醫院也要求比照，那問題就變大了，屆時會造成我們無法反對，因為有前例可循。故本案基本上很難同意。
- 三、不是很清楚除了保障門、住診點值外，還有無其他方式可以保障，希望健保署回去詳細規劃，看用什麼方式，讓醫院內部各層級能更公平些，不要差那麼多。地區醫院的點值看起來蠻不好，若有辦法適度調節，會樂觀其成。醫院總額有三千七百多億元，差 0.01% 就差很多。

吳委員肖琪

- 一、肯定謝委員武吉的認真，每個月都有提案。平心而論，需要思考如何不讓偏遠地區的醫院倒閉，因為它們蠻重要的。
- 二、剛提到「八百多家地區醫院、現在只剩三百多家」的說法，要跟大家報告，八百家的時代，此數字包含醫學中心、區域醫院、地區教學醫院及地區醫院。地區教學醫院，若我沒記錯，每院平均有十幾位醫師，而地區醫院則院內不超過 5 位醫師，很多是 1 人或 2 人醫師的醫院，性質與診所較像，所以有些地區醫院轉型為診所，我覺得合理；但，若地區醫院由八百多家轉為三百多家，床數減一半，我們就該緊張。實際上，過去十幾年，醫院家數減少，但床數卻仍一直增加。2 年前我曾報告

過一個數字，過去 11 年當中，醫學中心增加 5 千床，區域醫院增加 2 萬床，這兩個層級的床數已占整體床數的六成；因此家數雖減為三百多家，但整體床數仍然增加，其意義就代表醫院的大型化，而大型化確實會擠壓到地區醫院的生存空間，但大型化、床愈來愈多這件事，剛陳委員錦煌說台大等大醫院還是一床難求，雖然醫學中心與區域醫院的床超過六成，以健保住院病人計算，住區域醫院以上的住院病人，更超過整體住院病人六成以上。因此，床一直蓋，造成點值更低的問題，這個問題比較嚴重，需要政府重視。

- 三、實際上台灣的連鎖型醫療機構，是醫學中心去經營分院，區域醫院及地區醫院去經營附設護理之家或設立基金會等，或診所經營護理之家等，一路往下游醫療照護產業整合發展，就會變成寡占壟斷的市場。若變成此類市場，就該照顧處於偏遠地區的地區醫院，用何方式照顧？不能以保障每點 1 元，這樣會讓浮動點值更低，浮動點值太低，對某些醫院、醫師也不公平。
- 四、希望能提至更高層次來討論，檢討台灣床數太多的問題。雖說醫院代表會因床數增加，要求消費者多給一點費用，但消費者不會因為床數的增加就給額外預算，而認為應從民眾的需要面考慮。即便如此，我們仍應面對床數增加太多所造成的問題。例如 PAC(Post Acute Care，急性後期照護)不應在區域醫院執行，因為會擠壓到大家的點值！比方說在醫學中心之間轉來轉去的問題，是否也應研議相關限制，例如，只能往下轉等管控措施，慢慢的就可讓更下游的小醫院有生存空間。這些方式可能比用保障每點 1 元來得好，要由上游來思考及研提解決方式。

鄭主任委員守夏

時間已下午 1 點半，本會有默契，開會以 4 小時為原則，因非常辛苦。本案嘗試結論：

- 一、多年來費協會協商總額，若用保障方式來鼓勵醫療服務，都希

望最後回歸支付標準，才是正道。非要用保障方式時，十之八九都有政策意涵，例如目前保障每點 1 元之手術費、血品處理費等，是因為當時急重症沒有人要做；還有保障偏遠地區的急救責任醫院提供之急診醫療服務點數，亦然。真正重點在保障民眾就醫權利，不是保障經營者一定不會倒閉，兩者的出發點非常不同，到目前為止都是這樣處理。

二、剛有委員提到，若某地區有小醫院倒閉，而該地區又不能沒有醫院，那就是保障不足，會影響當地民眾就醫權益，很明確的是，健保署應考量及加強這部分，或者也可跟醫療發展基金合作。

三、我先用學者立場來談本案。地區醫院想要保障門診點值，是有點怪，若需經由保障來讓社區醫院有功能，應以住院、手術之類的服務為優先。

謝委員武吉

主席，先讓我講一下。健保署各分區業務組核付給地區醫院的住院額度費用，抱歉喔，有的是 8 萬、10 萬，有的是 30、40 萬，根本無法經營，光晚上請醫生的費用都不夠，不是我們不做，是有問題，而且我們才提出保障門、住診診察費，也不敢要求全部都每點 1 元。

鄭主任委員守夏

一、應回到保障民眾就醫權益面向，我們要保障的到底是什麼？若只有保障門診，就如同收掉醫院只留門診，相對地保障醫院的住診較為合理。

二、再者是 RBRVS(資源耗用為基準的相對價值表)，我們都沒有仔細去做，但都會區的大醫院，及偏遠地區的小醫院，光進貨成本就不同，這也是 RBRVS 的概念，應該給地區醫院一點好處，讓他面對競爭時可以公平點。例如聘用 1 位護士的成本，都市跟鄉下當然不同，只要能提出成本資料，保障兩邊可合理競爭，應是可以做的。

- 三、但本案要直接保障門診點值，似乎是比較粗糙的作法，也違反歷來的慣例；保障點值都是健保署會同各部門談，談完後送到健保會備查，也就是知會一下，至於本案可能是因健保署搞不定，才會提到本會。希望能再提出較為細緻的方案，所需經費9.9億元雖然看起來不是很多，但若決策下去，假設是合理的作法，那其他層級可否也要求比照，屆時本會又要用什麼理由面對。因此應該用合理、有邏輯的概念，提出較為精緻的方案，大家會比較容易討論、接受。
- 四、到目前為止並沒有非常好的方案，整體而言就是台灣經濟不夠好，保費繳得不夠多，醫界也撐得很辛苦，然後又還有浪費的部分，最後才又回到點值低的問題。但點值低其實有部分是可檢討的，例如實施抑制資源不當耗用改善方案的相關措施。所以本案所提保障建議，不算是好方式，以學者立場，我持保留態度，跟付費者的意見比較相同。

謝委員武吉

主席，似乎你說我提本案是比較粗魯(台語)一點。

鄭主任委員守夏

那不是我講的，是您說的。

謝委員武吉

你是說我這個方案比較粗糙一點，就是比較粗魯(台語)啊！

鄭主任委員守夏

公正人士可否說明，粗糙及粗魯這兩個詞差很多。

謝委員武吉

- 一、我雖然說話比較直，但做事很細緻。坦白說，主席提到RBRVS，多年前社區醫院協會一直要求健保單一藥價基準要修改為多元藥價基準，卻也沒改呀！藥價調查怎麼查你知道嗎？主席當過衛生署副署長，管過健保署應該知道，是以醫學中心的平均值作為調降基準，調到這麼低，地區醫院、診所與社區藥局會

死。連我們建議採用多重藥價基準，健保署都沒辦法處理，RBRVS 就有辦法處理嗎？

二、我覺得，要嘛大家在這邊就有氣魄一點，一起進來算，請問地區醫院有什麼項目可以讓其保障點值比率超過 30%？沒有，只有本案這個辦法，可用最不傷害各團體的方式，來處理此問題，就才 9.9 億。若主席認為這個方式比較粗魯(台語)，那請問還有何方式？你是教授，請教教我們。

葉委員宗義

很欽佩謝委員武吉提出本案，觀察委員對本案的意見，並非全都反對。我的意見是，不要再將別的問題牽扯進來，建議參考委員意見，不要用「保障」，用別的方式(名稱)，請健保署另提方案再來談。

鄭主任委員守夏

這是折衷方式。

謝委員武吉

感謝葉委員的建議，但議程第39~40頁，過去這些保障每點1元的項目，就是用「保障」，那它們的名目是否也不正當，所以請全部刪除，要就同歸於盡。

鄭主任委員守夏

一、多年來，無論在費協會時代，或本會去年算是第 1 次，都同意保障這些項目。若要取消，則不是今天原提案的內容。而是要取消已保障每點 1 元的項目，不再繼續的新提案。但其實保障項目送到本會是「備查」，不是「審查」，因為從以前就是授權健保署去做。其他委員有無意見？(委員表示沒意見)。

二、回到本案，葉委員宗義的意見很明確，另外，若要醫學中心或區域醫院在此也表示意見，是困難的。個人傾向採用葉委員宗義的意見，在此還是強調，方案或作法粗糙，跟委員個人無關，謝委員武吉做事很精細，要跟您個人打對台是很困難的，

不論主席是誰都一樣。本案還是希望就方案的合理性來談。

謝委員武吉

主席你認為不合理處在哪？請告訴我們哪裡不合理、怎樣不合理。

鄭主任委員守夏

佔用大家一點時間，我以學者立場發言。102年總額協商時，為了保障急重難症，同意給予預算調整其支付標準，當時無論醫界或付費者都同意、沒有人有意見，事前哪知道這筆錢會怎麼分，但我們現在就是看到三層級分得怪怪的。當初的出發點，百分之百符合邏輯，在場大家都同意，但現在看到結果，有點走精(台語：失去準度、走樣)，歪掉了，我們能否想個辦法，不要讓結果愈來愈歪。一個方式是保障點值，除了此方式外還有無其他方式？也就是葉委員宗義的意見，如果堅持只有本方案，沒有別的，那就難談。葉委員也說，似乎大家並沒有完全反對，但就此通過也會很擔心。

謝委員武吉

現況就是看到愈來愈偏差，其他兩層級也都曉得地區醫院經營非常困難，因為地區醫院實際領到的，比平均點值還低，所以我們要求保障點值，主席你說本案保障門診診察費不合理、不好，那你剛才說你是學者就請用學者的觀點來提出，地區醫院還有什麼可以保障每點1元的項目？你頭腦很好，可以馬上提出別的方案。掃地的清潔工保障每月5萬元，你說好不好？不可能的嘛！

鄭主任委員守夏

我厲害的話，就不會在這裡了。

謝委員天仁

我們之前就因為便宜行事，現在才會出現問題，那還要繼續便宜行事嗎？沒有人說方向有問題，但採用「保障」方式就怪怪的，我們現在要開始考慮，以前那些保障項目是否也要取消，因為理論上要用調整支付標準的方式才對。便宜行事永遠都會有問題，現在正嚐到苦果，所以不要再弄個不合理的事情。依你們的方向，再去想想

看有何方式可以調整，但就是不要用「保障」兩個字。

謝委員武吉

請問一下，健保法第62條，也沒有說保障，但議程資料第39~40頁，都有是用「保障」兩個字，我也是用這個方式在處理。

陳委員川青

支持謝委員天仁、葉委員宗義等付費者代表的看法。謝委員武吉本次提出的保障方式，請問醫學中心及區域醫院兩層級同不同意？若都同意，就要「剝雞頭」(台語：發誓)，也就是以後他們不可要求比照辦理。不然今天通過本案，哪知道日後他們會不會也要求比照。付費者希望知道還有無其他方式可以解決地區醫院的困難，希望醫院三層級講好，因為是支用同一筆總額，若今天改變，將來可能牽動其他層級。若能答覆此問題，本案就可繼續討論。

謝委員武吉

剛陳代理委員雪芬有講，這屬地區醫院層級的問題，知道地區醫院的困難，也沒反對。

鄭主任委員守夏

這本來就是非常困難的問題。請公正人士陳委員錦煌。

陳委員錦煌

我的看法是要照顧社區醫院，不要讓它們倒掉，我們鄉下大醫院少，如馬偕醫院副院長施壽全，兒科被核減5百萬就罵政府土匪、極權健保。本案1年只要9.9億元，醫院中心不會因為少了這筆錢就倒閉，要倒也是倒社區醫院，我當5年委員沒聽過醫學中心或區域醫院倒閉。

張委員煥禎

有啦！嘉義那邊有間區域醫院倒了。看來不能不說話，下次該我提出區域醫院如何辛苦。

陳委員錦煌

區域醫院只有倒這1家。話說回來，要保障社區醫院，不然都倒了怎麼行。

鄭主任委員守夏

- 一、上次謝委員武吉有提案，說要看到底健保實施後，這幾年來誰拿了多少、實際上又是誰萎縮，本會有個決議，並請7位專家學者提供意見，為瞭解相關問題，已開出處方，也就是提供分析資料的方向。健保署資料才剛跑完，並送至本會，但幕僚還需要點時間整理，後續尚須再次召集專家學者會議來幫忙解讀資料，看到底那邊有問題、或方向有無偏誤。我請同仁加把勁，看4月份能否提出報告，因為過去沒有這麼詳細的資料，甚至某些資料都是健保署願意給我們看的、才有辦法看到；但現在是學者幫我們提出要求，希望看到細部資料，包含六分區、三層級、各種點值等。
- 二、比較明確的建議是，第一，所有委員，包括付費者及專家學者都認同偏遠地區的醫院不能倒，因為對民眾的健康照護很重要，也同意地區醫院經營困難，是值得注意的問題，不應再置之不理，這是應該處理的方向，大家可以同意嗎？(委員表示同意)雖然大醫院也會表示狀況好不到哪裡，但我們會優先處理地區醫院的經營困境。第二，本案所提保障門診診察費點值，不知後續會引發何種效應，付費者委員都認為不宜，應回歸修改支付標準，例如手術耗時3個小時，才支付5千點不合理，或醫院進貨成本不同等，我們需要的是較精緻的方案。有關本案，就請提案人謝委員武吉，於下次健保署專案報告上述分析資料後，考量再次提案，可以嗎？

謝委員武吉

我才不要再次提案被你們消遣、糟躐(台語，意指輕侮對待)。

鄭主任委員守夏

或請健保署跟你一起提案。

張委員煥禎

- 一、所有發言都會列入紀錄、公開上網，也還有錄影，外界都會看到，所以還是要表示意見。
- 二、有人說不講話看起來好像就不辛苦，醫學中心好或不好，我不清楚，但區域醫院真的不好過，我們沒有反對本案，但不表示就不需要被救；不講話的也可能屬於弱勢，如同目前很流行的「沈默的螺旋」觀點。(註：政治學與大眾傳播理論，媒體通常會關注多數派的觀點，輕視少數派的觀點。於是少數派的聲音越來越小，多數派的聲音越來越大，形成一種螺旋式上升的模式)。
- 三、我同意花一年時間，慢慢解決問題。因為可能需要些數據、指標或標準，看到什麼程度時該去救。例如，剛有人提出，要救社區醫院也要看地點，若不差這1家醫院的話，為何全部的社區醫院都要救呢？應要具有特殊性，才要救。另，目前保障每點1元的項目，我不是很贊成，應該要檢討。
- 四、兩點結論：第一，我們面對一直該解決、而尚未解決的問題，健保署是該拿出方案，例如每年解決1個問題，要有KPI(Key Performance Indicators，關鍵績效指標)嘛！至少1年解決1個長久問題。第二，具特殊性、而非普遍性的方案實施後，是否該進行檢討。

謝委員武吉

張委員煥禎也沒反對；都市型地區醫院也重要，高雄發生SARS時，如果沒有地區醫院，也無法救高雄的老百姓。在此還是強調，因大家對「保障」有意見，因此請將議程第39~40頁的保障項目全部暫停，大家一起都沒有保障。

鄭主任委員守夏

這樣應要另提臨時動議，因為與原來提案沒有關係。

謝委員武吉

這是你們自己寫出來的案，怎麼會要提臨時動議，又不是不知道議事規則。再次向主席報告，行政院衛生署「醫院總額支付制度研議方案」，李教授玉春也有參與，方案中寫到「為降低地區醫院的風險，考量地區醫院層級承擔風險的能力相對較低，可採從優支付」。所以本案原先提的「保障」文字，因委員們有意見，我想可以改為「從優支付」，即每點支付額降到不足1元時，仍以每點1元支付，若每點支付金額超過1元時，則依後者計算，以降低總額支付制度對地區醫院的衝擊，主席在當衛生署副署長時，應該有看過這本吧！

鄭主任委員守夏

您提的這部分，已報告過4、5遍了，大家都有印象。

謝委員武吉

其實報過10幾遍了，都沒人在聽。

鄭主任委員守夏

討論至此，差不多可以結束，地區醫院經營困難的問題，委員們都表示應該注意，共謀改善之道，但不要用「保障」兩個字。

謝委員武吉

改用「從優支付」。

鄭主任委員守夏

相關措施應該是等下個月有比較完整資料與報告後，屆時請提案人考慮再提案，這樣可以嗎？

謝委員武吉

那個(目前保障每點1元的項目)也應該要暫停。

鄭主任委員守夏

那些項目是我們以前協商時就有的慣例，除非有委員同意，就以提出臨時動議的方式處理。現在已經103年，那些保障項目均在執行中，而公正人士也沒特別說不行，這在今天沒有提案，若取消，影

響層面會很大。這樣可以嗎？(委員表示同意)謝委員，本案暫時就這樣處理。

謝委員武吉

我認為不行。

鄭主任委員守夏

也沒辦法了，今天已無時間再討論，會議時間差不多到了。會議議程還有一個專案報告「罕見疾病、血友病藥費專款項目之執行報告」，是我們上次要求一定要報的，希望能留下來的委員儘量留下來聽，就可以知道花了多少錢，這是件很大的議題。

謝委員武吉

主席我剛剛講的，現在的保障項目，應該也不行做。

鄭主任委員守夏

不能這樣說，那是大家一直以來的慣例。

謝委員武吉

也不能寫保障啊！我發覺那些字有錯，應該要修正。

鄭主任委員守夏

下次討論。

楊委員漢淙

一、我想大家都認為要設法解決地區醫院的困境，這是第一個，另外，現行健保制度下，各層級的醫院通通是賠錢，只是有的醫院有能力去賺自費，有的醫院沒能力，但不要把此議題併入本案來思考。今天談的感到最困難也最困擾的，幾乎不想再說，好像只有某幾個委員講的話才算數，我們講的都不算。上次協商總額時，說我們不可以調整支付標準，今天又說不可以提「保障」，什麼都不行，真是有夠奇怪！

二、剛主席建議應有更精緻的辦法，既然今天沒有更精緻的辦法，那就暫時保留，也不要叫原提案人再提一次，精緻的辦法大家

都可以提，包括健保署、原提案人等。

謝委員武吉

原提案人再提，比較容易讓人家蹭躑！

楊委員漢淥

沒關係啦！反正被蹭躑習慣了。有興趣的人，大家都可提出辦法，一起找出解決方案。要原提案人再提一次，他會覺得被蹭躑。

鄭主任委員守夏

若謝委員武吉也同意的話，就依楊委員漢淥的建議，本案下次繼續討論。

蔡委員登順

剛楊委員漢淥提說不能調整支付標準，我們從來沒有說過這句話喔！調整支付標準已內含於非協商因素項目，每年都有成長額度，你們可以自己調整。

謝委員武吉

我要嚴重抗議，可以將以前的會議錄音調出來。

謝委員天仁

我們講的是「提升住院護理照護品質」項目的費用，不可以用來調整支付標準。資料拿出來看清楚，不要亂講。

謝委員武吉

可以調錄音、錄影等，大家查清楚。另外我要講，現有保障每點1元的項目也都要暫停，不然有圖利之嫌。

鄭主任委員守夏

本案下次會議再討論。

謝委員天仁

主席我反對，我提散會動議，請主席先處理。

謝委員武吉

不是誰說散會就可以散會。

鄭主任委員守夏

散會動議是要優先處理沒錯，但我們的會議希望能稍微有點默契，基本上剛那個提案不容易有共識，不能冀望一次就搞定，這樣期望太高。至於過去的慣例是否全部打破，那是另外一案，今天沒有提此案，不適合討論。

謝委員武吉

本案是謝委員天仁及吳委員玉琴說到本會提案的。我要求調出錄音檔，在費協會時代也有錄音…。

鄭主任委員守夏

好了，拜託不要這樣，已經下午2點，大家都想睡了嗎？看起來都沒精神，基本上本案真的很複雜，已經十幾年的問題，怎能希望一次會議、啪一下子就通過，真的不容易。至於您說兩位委員建議在此提案，但他們建議的，並非本案保障點值的方式。

謝委員武吉

主席確認會議紀錄時，我們也都沒有反對你喔！

鄭主任委員守夏

哪一件事？

謝委員武吉

今天會議在確認紀錄時，沒有人反對你。

鄭主任委員守夏

有問題的時候就會有人反對啊！但今天確認的上次會議紀錄，又沒有問題，就不會有人提出反對。

謝委員天仁

主席！我已經提散會動議，請照程序處理，我們不要熱臉去貼人家冷屁股。

鄭主任委員守夏

希望本會的氣氛是好的，先不要這樣。會議時間已經超過4小時，也已有很多委員離席，尚未進行的專案報告，基本上並未具急迫性，建議今天會議到此，同意嗎？(委員表示同意)今天會議至此，散會。