

衛生福利部全民健康保險會  
第 1 屆 103 年第 2 次委員會議事錄

中華民國 103 年 2 月 21 日



# 衛生福利部全民健康保險會第1屆103年第2次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國103年2月21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

林委員至美

林委員啟滄

林委員錫維

侯委員彩鳳

柴委員松林

翁委員文能

連委員瑞猛

張委員永成

張委員煥禎

莊委員志強

陳委員川青

陳委員幸敏

陳委員宗獻

陳委員錦煌

黃委員建文

楊委員芸蘋

楊委員漢淥

楊委員麗珠

葉委員宗義

中華民國中醫師公會全國聯合會李常務理事豐裕(代)

中華民國全國中小企業總會李監事長育家(代)

中華民國藥師公會全國聯合會古監事會召集人博仁(代)

國家發展委員會謝專門委員佳宜(代)

林口長庚醫院郭特助正全(10:35以後代)

中華民國農會林主任敏華(代)

蔡委員明忠  
蔡委員登順  
謝委員天仁  
謝委員武吉

肆、請假委員：  
周委員麗芳  
蔡委員圖晉

伍、列席人員：  
本部社會保險司  
中央健康保險署

本會

楊副司長慧芬  
黃署長三桂  
蔡副署長魯  
林組長阿明  
沈組長茂庭  
柯執行秘書桂女  
吳組長秀玲  
張組長友珊  
魏組長璽倫

陸、主席：鄭主任委員守夏

紀錄：陳燕鈴、顏銘燦

柒、主席致詞(略)

捌、議程確認

決定：確定。

玖、例行報告

第一案

案由：確認本會上(第 1)次委員會議紀錄，請 鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(第 1)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請 鑒察。

決定：

一、上次委員會議決議(定)事項辦理情形洽悉。

- 二、為提升議事效率，對非屬本會權責之事項，將不予追蹤，惟委員仍可垂詢其後續處理情形。
- 三、本會推派蔡委員圖晉接替郭前委員志龍擔任中央健康保險署牙醫門診總額研商議事會議之代表。嗣後本(第 1)屆委員於擔任「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議」及「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」代表期間，若有異動，則援例逕行推派接續其席次之委員擔任本會於各該會議之代表。

### 第三案

案由：中央健康保險署「103 年 1 月份全民健康保險業務執行報告」，請 鑒察。

決定：洽悉。

### 拾、討論事項

提案單位：中央健康保險署

案由：特殊材料「『聖猷達』翠翡塔組織瓣膜『SJM』Trifecta Valve」自付差額申請案，提請 討論。

決議：

- 一、據中央健康保險署表示，本特材與前同意納入自付差額之牛心瓣膜屬類似功能品項，多數委員乃不反對該署同意廠商所提申請案，惟認為其建議價格過高。爰在維護與增加民眾自我選擇權益，及廠商若可降價之前提下，原則支持本案。請該署參酌委員意見後，依法報主管機關核定公告。
- 二、請中央健康保險署比照牛心瓣膜案，於本自付差額特材品項開放半年後，向本會提報含開放前、後病患的利用情形分析、醫事服務機構收費情形及是否充分告知病患療效等之檢討改善報告。
- 三、為利日後自付差額特材品項案之討論，請中央健康

保險署將提案之基本資料列表呈現，並至少包含以下內容(如附件一)：

- 1.自付差額品項名稱。
- 2.國內外上市日期與價格。
- 3.其它國家保險給付情形。
- 4.健保已全額給付類似功能特材之品項與價格。
- 5.民眾自付差額之額度。
- 6.自付差額品項與「健保全額給付類似功能特材品項」之用途，及相對效果與風險之差距。
- 7.同意列入自付差額特材品項之理由，及醫療科技評估等相關之詳細資料。

#### 拾壹、臨時提案

提案人：葉委員宗義(提案資料詳附件二)

連署人：陳委員宗獻、蔡委員明忠

代表類別：保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表

案由：請健保署針對二代健保實施以來，新藥引進在藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(以下簡稱擬訂會議)之進行狀況，進行報告，提請討論。

決議：本會與中央健康保險署藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議依法各有所掌，宜各司其職。惟為利委員了解新藥的給付情形及對費用影響，請中央健康保險署將該共同擬訂會議所通過之新增品項、財務影響等資料，列入該署例行之「全民健康保險業務執行報告」中，並於每季進行口頭報告時說明之。

#### 拾貳、臨時動議

提案人：謝委員天仁

附議人：林委員錫維、何委員語

代表類別：保險付費者代表

案由：建議本會制訂自付差額特材品項討論案之作業流程，提請 討論。

說明：為避免自付差額特材品項之討論案影響本會議事效率，有必要制訂相關作業流程。

決議：

- 一、配合本會年度工作計畫安排自付差額特材品項之討論，並以上、下半年各討論一次為原則，相關資料於是次委員會議前一個月送請委員參閱。
- 二、請幕僚研擬本會自付差額特材品項討論案之作業流程(草案)，於徵詢委員意見後，提報下次委員會議。

拾參、散會：中午12時8分。

健保署同意後提請討論之自付差額特材品項基本資料表

1	自付差額品項名稱															
2	國內外上市日期與價格	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:33%;">國家</th> <th style="width:33%;">上市日期</th> <th style="width:33%;">價格</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>我國</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>A 國</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B 國</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			國家	上市日期	價格	我國			A 國			B 國		
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	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:33%;">國家</th> <th style="width:67%;">保險給付情形</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A 國</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B 國</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			國家	保險給付情形	A 國		B 國							
國家	保險給付情形															
A 國																
B 國																
4	我國健保全額給付類似功能特材之品項與價格	全額給付特材名稱：_____ 全額給付價格：_____														
5	本品民眾自付差額之額度	健保給付上限：_____ 民眾自付差額額度：_____														
6	本品與「健保全額給付類似功能特材品項」之差距	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:25%;">比較項目</th> <th style="width:45%;">健保全額給付品項</th> <th style="width:30%;">本自付差額品項</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>用途 (適應症)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>相對效果 (療效)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>相對風險 (安全性)</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			比較項目	健保全額給付品項	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)		
比較項目	健保全額給付品項	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：本表可依需要增加內容及篇幅。



附件二

103 年 2 月 21 日全民健康保險會 103 年第 2 次委員會臨時提案

提案人：葉宗義委員

附議人：陳宗獻委員、蔡明忠委員

案由：請健保署針對二代健保實施以來，新藥引進在藥物給付項目及支付標準共同擬定會議(以下簡稱共同擬定會議)之進行狀況，進行報告。

說明：

- 一、自民國 102 年 1 月二代健保元年，上述會議已進行七次會議。
- 二、藥品引進影響廣泛，牽涉臨床效益、倫理及財務評估等。不同類別新藥在共同擬定會議中，常因總額支付制度通過的比率相當懸殊。
- 三、為利於高價新藥引進健保，有必要請健保署至本會報告共同擬定會議之運作狀況，供本會委員酌參。

擬辦：如說明三

決議：



第 1 屆 103 年 第 2 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 1)次委員會議紀錄」、例行報告第二案「本會上(第 1)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」、例行報告第三案「中央健康保險署『103 年 1 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

各位委員、黃署長、蔡副署長及各位同仁，大家早安！今年第 2 次會議開始，請同仁宣讀上次會議紀錄。

同仁宣讀紀錄

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝同仁宣讀！請問委員對紀錄內容有無修正意見？(委員未表示意見)上次會議紀錄確定。
- 二、現做議程確認。今天計有 3 項例行報告案、1 項討論案，另有 1 項臨時提案，請問委員是否同意今天的議程安排？(未有委員表示反對)就照程序進行會議。

鄭主任委員守夏

接下來，請柯執行秘書桂女報告上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務。

柯執行秘書桂女

- 一、在進入本報告之前，先向大家說明今天的 2 份補充資料。1 份是中醫師公會全聯會在 3 月 16 日於台大醫院國際會議中心舉行「第六屆台北國際中醫藥學術論壇」的邀請函；另 1 份是醫師公會全聯會在 5 月 13 至 14 日辦理「103 年全民健康保險西醫醫療資源不足地區實地訪查觀摩活動」的調查表，歡迎各位委員參加，委員可選擇今日直接填寫完成後置於桌上，或攜回填寫後回復。
- 二、接著報告上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務，請委員翻到議程第 8 頁第 2 案：

(一)第一點，上(第 1)次委員會議決議(定)的 16 項中，建議第 13 至 16 等 4 項解除追蹤，其餘 12 項繼續追蹤(議程第 10 至 13 頁)。謹就 4 項解除追蹤，向委員報告：

1.其中第 13、14 及 16 等 3 項，均為特殊材料品項自付差額的討論，已請健保署補充資料後，再提會討論。由於後續討論時，委員若有意見，會依之追蹤，所以，本次先解除追蹤。

2.第 15 項係委員建議健保法第 41 條第 1 項及第 2 項各類代表之名額，比照本法第 5 條第 4 項的原則，重新調整被保險人比例及其推薦單位，因涉及修法，已送請衛福部及健保署參酌。本案與本會權責無關，建議往後類似案件，不列追蹤，但仍會請相關單位表示意見，於收到回復時，再向委員報告。由於本會法定業務繁多，有委員要求提升議事效率，因此提出上述建議，稍後再請主席裁定。

(二)第二點，本會原推派郭委員志龍擔任健保署全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議之牙醫總額代表，因郭委員已由原推薦單位卸職，中華民國工業協進會改推薦蔡副理事長圖晉擔任本會委員，已獲改聘。建議依慣例由接替之委員續任代表，若各位委員同意，將以書函通知健保署。

(三)第三點，衛福部及健保署於本年 1 月份發布及副知本會的相關訊息，列於議程第 25 至 33 頁附錄 2 至 7，請大家參考。

鄭主任委員守夏

一、由於追蹤事項越追越多，因此，幕僚建議：(一)若屬本會權責事項，例如針對總額專款執行情形，請健保署提供資料或報告，即追蹤到報告結束。(二)若屬本會權責以外之建議事項，例如對財稅或警政單位業務相關事項之建議，不作追蹤，但問題若未見解決時，委員可再提出詢問。因為追蹤事項太多，會模糊掉焦點，希望委員可以同意上述幕僚的建議(委員表示：同意)謝謝！

二、本會推派委員代表參加健保署各相關研商議事或共同擬訂會議，若委員於任內有異動，建議不重新選派，而由接替的新任委員接續擔任該會議之代表，也就是本會所推派的代表，都每兩年同時更換。去年首次選派時，干委員文男的前三志願，也都未能如願選上，因此，以每兩年更換乙次，也是可行方式。若大家同意，就不必因委員職務異動，即需重新選派一次，這樣處理可以嗎？(委員表示：同意)謝謝大家！委員對於報告有無詢問？

吳委員玉琴

本(103)年度的工作計畫已經討論定案，並列在去年 12 月份的議程資料中，其中 2 月份安排「門住診費用分配合理性及對社區醫院經營與民眾就醫權益之影響」專案報告，本(2)月份議案雖較少，卻未見提出，請幕僚單位說明何時提出？

柯執行秘書桂女

本項專題報告係依 102 年 11 月份委員會議決議事項辦理，當時附帶決議先諮詢專家學者意見後，請健保署據以分析現況及研提具體策略，於本會進行專題報告。因考量資料產出時間的不確定性，所以在工作計畫中，特予註明報告時間暫訂為 2 月份。本會在舊曆年前已召開專家學者會議，並對所需資料提出建議，目前正由健保署準備中，俟健保署備妥資料後，即予提會報告，這樣討論會比較有效率。

吳委員玉琴

預定在幾月？

鄭主任委員守夏

一、我們邀請了 6 位學者專家，其中 3 位是前費協會主任委員，對此議題非常熟悉。這是十幾年來的大問題，對報告資料的需求若不明確，即直接請健保署或醫事司作報告，呈現的內容可能不符合大家期望。有時主管機關(單位)的觀點和立場，與本會

不同，所以，才會邀請熟悉議題的專家學者，包括吳委員肖琪，研擬所需資料清單，再請健保署提供。資料會詳細列出我們想瞭解的事項，例如各區的層級別，如此，才能觀察出門住診的變化，以及大型與小型醫院營運狀況的不同。

二、要提供的資料在一、兩個禮拜內並無法完成，因為是健保署在例行的會議之外，應本會要求所另外整理的。為觀察長期趨勢，資料涵蓋期間，可能要 10 年，平心而論，是需些時間準備。所要提供資料確實很多，我們希望健保署能夠儘快處理，但卻不宜強制其多久完成。要在 3 月報告恐怕是來不及，因為需要再邀請專家學者，對資料意涵加以解讀，例如是否某區的小型醫院萎縮特別快；或某些門住診費用的點數、點值，在某區需特別注意之類。

三、當專家學者有明確的共識後，再提本會報告，委員比較容易掌握問題的重點，究竟是在分配或執行面。因委員會會議的時間有限，希望能先將問題釐清，以利獲致明確共識，並提出建議。要在今年 3 月提出報告，比較困難，目標可放在 4 月或 5 月，但一定要在評核會之前。既然要解決問題，多花點時間準備是必要的。

#### 何委員語

針對自付差額的特材品項，健保署的回復情形，怎會只有「配合辦理」4 個字？既然自付差額的特材品項須經健保會討論再報主管機關核定，就應要求健保署報告最後核定的金額，否則本會只是為特材品項的通過背書而已，對消費者的權益未盡到追蹤把關責任。

#### 鄭主任委員守夏

謝謝何委員語！何委員所講的是，議程第 13 頁的追蹤表，但可參閱議程第 4 頁，上次會議第 2 案的決定，已清楚規範健保署對自付差額特材品項所應提報的基本資料，該署因而回復「配合辦理」。今天就有相關討論案可以檢視，健保署是否已照本會決定的要求事項辦理。委員還有無詢問？



吳委員肖琪

想確認議程第 17 頁第 4 行所述「該特材相較於『牛』心瓣膜屬新品項」該「牛」字是否為「豬」字之誤植？因上次會議委員比較的品項是「豬心瓣膜」。

鄭主任委員守夏

請本會同仁再做確認。(本會同仁表示，「牛心瓣膜」無誤，健保署同仁也幫忙解釋，本次討論案之特材為牛、豬合體，被比較的品項為牛心瓣膜)

鄭主任委員守夏

接下來第 3 個報告案，是健保署的業務執行報告，依過去決議是 1、4、7、10 月份進行口頭報告，本次(2 月份)係提書面資料供參考，不作口頭報告，委員是否有詢問？(委員未有意見)現在進行討論案，請同仁宣讀。

貳、討論事項「特殊材料『聖猷達』翠翡塔組織瓣膜『SJM』  
Trifecta Valve自付差額申請案」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀議案，請健保署報告。

周科長清蓮報告

鄭主任委員守夏

謝謝健保署同仁的報告！各位委員聽完報告，是否感覺像在上生理解剖課？請委員表示意見，也可提出詢問。

張委員煥禎

- 一、健保會要討論的，應是大方向問題，站在病人立場，希望健保包山包海，最好所有醫療品項，都由健保給付。羊毛其實出在羊身上，費用還是由民眾負擔，醫院只是過個手，不一定會overuse(過度使用)。但如果很多品項不納入健保，而要民眾自付，結果可能因知識不對等，由醫生決定，病人無從選擇，必須自付費用。其次，對於真正沒錢的人，又該怎麼辦？過去一直都在爭論這兩個問題。
- 二、健保會不應只討論這個 Valve(瓣膜)要不要給錢，應是在大原則上取得平衡。包山包海的結果，殷鑑不遠，對於自付差額品項，不論上至健保署、本會委員，下至民間團體，從未考慮後面的問題，也就是一旦列入，就不可能退出。但沒有列入，又要考慮投保人的權益受損，我沒有解決方案可以提出，但健保會必須面對，這一屆的委員應討論出原則。針對個案逐一討論，不是辦法也沒有意義。
- 三、健保署的報告，別說在座的其他委員，連身為醫生，有時候都不一定是我們所屬的領域，因此要作出判斷，都還要再做功課才行。所以自付差額特材品項要本會討論是否支持，有意義嗎？從過去到現在，從未有明確的原則被訂出，只要有人吵就給付；但是有些品項，只因相關團體不夠強勢，無法積極要

求，就沒有列入，這個問題有沒有人認真評估過？

四、很多學者，基於使用者付費及非多數人需要的觀點，都認為應開放自費並補助經濟弱勢者，可以幫助健保解決財源問題；但社會學家則認為，應該照顧到少數的人民。是否可以由本屆的委員訂出原則，以解決 80% 的問題，其餘未符原則的案件，採取爭審方式處理，這樣才有道理，否則無法解決問題。在討論本案之前，希望本屆委員能有一點擔當，訂出原則，讓健保署好處理。

鄭主任委員守夏

請楊委員漢源。

楊委員漢源

- 一、本案與上次討論的牛心瓣膜一樣，也是自付差額。這項產品已進入國內，專業上已經食藥署審核通過，可以在台灣上市及使用。是否依健保法第 45 條列為自付差額品項？差別在於，若列入就可比照豬心瓣膜，給付醫院 43,613 點，再向民眾收取其餘差額；若不列入，則全數由民眾自付。
- 二、在專業上，我們無法討論，因為不具備討論專業的資格。本案既經專業審查通過，並取得許可證，醫院也已在使用的，從病人角度考慮，透過醫師的充分說明與比較後，其可有選擇權並能減輕負擔。因為不使用這項特材，也須使用豬心瓣膜，總要選擇一種，這就像最早核定的塗藥血管支架。本案只是討論而非審核，我支持將其列為自付差額品項。
- 三、上次討論豬心與牛心瓣膜時，效期都只有 2 至 3 年，為何在本案的資料上變成 15 年？另外，單一公司的單一產品，為何在不同國家，價格差距幾乎達到一倍？其內容是否一樣？

鄭主任委員守夏

請健保署再做說明。

張委員煥禎

補充說明一下，不要認為本案只是比照列入自付差額品項，而沒有什麼差別。病患不用這個支架，也一定要用健保有給付的支架；所以，既要民眾自付差額，又要動用到健保的資源，則須訂出類似的原則，不能魚目混珠。我們同意差額自付是因為要求民眾全額自付太過殘忍，因此，我主張將原則訂清楚，由健保署初審即可；自付差額，若金額合理，我們當然贊成。只要訂出諸如此類的原則，很多個案就能順利審核，也會促進醫療進步，就不會像過去，一直罵健保不開放自付差額，以及開放後又質疑標準不一。

鄭主任委員守夏

請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

- 一、上個月曾討論相關議題，並要求健保署應提供資料。在會議紀錄第 4 頁所要求的基本資料中，包括國內外上市日期，但本案僅有國內上市日期；還有，其他國家是否列入保險給付？也僅提及美國、澳洲及日本的價錢。未來特材的議題會很多，因為新的藥材、特材不斷出現，似乎我們的討論會永無止盡，很多專業上的討論，是否為健保會要管的？
- 二、過去健保署提過非常多的原則，例如自付差額品項收載後，每年對自付差額上限，要有控管機制。這個部分，一直缺乏讓健保會明瞭在自付差額特材核准到上市過程，所要扮演角色的清楚流程，是否須再檢視其檢驗報告？付費者代表雖努力閱讀，但真的不易理解。所附的評估或研究報告，都只呈現正面的訊息，而看不到風險或問題之所在。資訊和知識上的落差問題，需要健保會幕僚協助解決。
- 三、本案特材雖只比照豬心瓣膜而僅給付 43,613 點，不致影響健保財務，但我們更關心的是，價差達十多萬元的情況下，可能一年後才會針對差異性過大，或超過國際中位數標準，而啟動差額上限的訂定機制。消費者非常擔心，自付差額雖增加民眾的選擇，但若對差額上限訂定沒有約束力，將會造成漫天喊價。

- 四、沈組長曾在「民間健保會」報告資訊公開的兩項工作，就是要建立自費特材的比價網。健保署未來要建構每項自費特材在各醫院的價格，公開資訊方便民眾查閱。
- 五、另外，每項特材之收費標準係報由各縣市衛生局核定，所以請健保署與各縣市衛生局間須協調溝通，而且針對產品的特性、副作用及其療效比較等資訊之公開，應使用民眾容易瞭解的語言。
- 六、我們的具體建議是，因為未來自付差額特材品項的案件會很多，健保署應訂出明確的 SOP(Standard Operation Procedure，標準作業流程)，讓健保會的討論較順暢；且應建立追蹤機制，再針對每家醫院所訂的價格，比較分析其差異性，若差異過大時，應立即啟動訂定差價上限機制，以保障民眾的權益。

鄭主任委員守夏

先請謝委員天仁，再請何委員語。

謝委員天仁

- 一、最近幾次會議都有自付差額的議案，若健保會有無盡的相關議案，議事效率恐不彰，所以，在流程上應作管控。亦即可在健保會年度議事作業過程中，挑選議案可能較少的月份，討論相關案件。否則，健保署平時提個兩件，本會忙的時候又提很多件，要怎麼辦？到時候讓人看破手腳，健保署就趁我們最忙的時候送件，匆忙中也許矇著眼睛就過了，老實說，這樣很糟糕。
- 二、自付差額，健保署自己可以處理，我們只是幫民眾把關而已，重點是在什麼時限內討論？例如每年的 1 月或 2 月，議案較少的時候，健保署將在其共同擬訂會議通過的品項，集中於此時段提請本會討論。當然，若遇特殊情況，可特別考慮，不可能毫無彈性。就議事效率而言，不要每次提個幾件，讓委員一直看這些自付差額資料，這樣很辛苦！

- 三、所以，我的建議是：第一、幕僚應研擬相關議案，確定集中在何時提送；第二、若本會一直要求很多資料，也是自找麻煩，結果是越把關責任越重。健保署的藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議與經醫療科技評估都通過的品項，我們還要看什麼？幕僚應整理重點，提供委員參考，建構 SOP 的作業流程。針對討論案的重點，蒐集相關資料提會報告，討論速度自然可以加快。
- 四、我們不可能比健保署更專業，委員不要重複作同樣的工作。剛才吳委員玉琴提到，要健保署有一套 SOP，我認為，健保會也應有自付差額討論的 SOP，讓議事能更有效率。不要每次委員看到相關案件就頭痛，支持也不是，不支持也不是；支持後，又無退場機制。這些事項，幕僚都要進行相關研擬，建立討論的基準、原則及作業流程，以後就照章行事，並視狀況調整，這樣健保會才會越來越有效率。否則，就會有耐用年限於上次會議說只有 2 年，本次卻變成 20 年的情形，或所提出資料都報喜不報憂，不列風險問題，但這些都非健保會要考慮的，我們只是幫民眾及健保財務把關。

#### 何委員語

- 一、今天只有 1 項討論案，大家想講多久就講多久。我接到議程時，心想，為何要為個別廠商的產品利潤而開會？若能不來開會多好！委員開會的經濟效益與工作價值，都沒有加以考量。或許我早上會有大筆的訂單，但為了開會，都將手機關機；我贊成討論要有 SOP。
- 二、我將本案內容看得非常仔細，但有個疑問，文獻中僅寫「多國多中心」，為何不將國名翻譯出來？我們才疏學淺，看不懂外文，應列出實驗的國家或醫學中心，讓委員參考。文獻中寫到「經 12.5 億次之瓣膜拍動(約植入體內 31 年時間)」，是很好的產品，我也很認同。
- 三、我因本案訪問裝這組支架的一位大老闆說費用是 20 萬元，這

對他而言僅九牛一毛。我問為何要裝？他答道，自己已 68 歲，若安裝使用年限低於 20 年的瓣膜，萬一活到 80 多歲，則要再次開刀，因年紀已太大，所以不划算，乾脆選擇 20 年的。而且，他又說，醫生有提到豬心瓣膜使用年限約 10 年，牛心瓣膜約 12 至 15 年。

- 四、依據健保法第 45 條第 2 項及第 3 項規定，討論特殊材料給付上限價格，是本會的責任。目前廠商價格訂為 15 萬元，我認為應再打折優惠，且如此高單價的產品，這樣的費用，對有錢人的影響很小，但對一般民眾而言，負擔卻是很大。
- 五、剛剛楊委員漢源提及健保給付的塗藥血管支架，我曾訪問過一位年輕人，他 2 年前裝置健保給付的未塗藥血管支架，手術一年半後，醫生告訴他，還要再換一次，這樣很可憐！年輕人要工作賺錢，一年半後再換一次支架，還要住院手術，會影響工作及收入。塗藥的金屬支架可使用的年限比較久，年輕人卻因每月只賺 3 萬多元，無法自付那麼多的錢，只好選擇較便宜，由健保全部給付年限較短的支架。今天若同意本案，對於廠商的建議售價，衛生主管機關包括：衛福部、衛生局對於核定價格有無決定權？核定價最高上限不能超過多少錢？如果廠商提的建議售價一定要 15 萬元，我們就要背書嗎？核定權在哪裡？是在衛生局、健保署，或是衛福部？
- 六、上次委員會議提及豬心瓣膜的使用年限約 10 年，牛心瓣膜約 12 至 15 年，本案所討論的豬牛合體瓣膜，目前還在國內作臨床實驗，其使用的確定年限是幾年？站在消費者與付費者立場，支持將新的特材提供給消費者及病患，使有更多的選擇機會。但本案健保署並未說明要支付多少錢，豬心瓣膜健保支付點數是 43,613 點，本案若是同樣支付 43,613 點，我就支持，不能有差別待遇。
- 七、如剛才謝委員天仁所言，未來健保署所列的資料，不要只寫摘要結果。委員看了這麼多資料後，還是不太清楚實際狀況，若

這項產品對國人有幫助，會給予支持。希望在價格與使用年限方面，能進一步對國人有所保障。

#### 干委員文男

- 一、我非常贊同楊委員漢淥的意見，新藥新特材應納入健保給付，因為每年協定時，對醫療費用都給予成長率，但是納入健保給付後又怕浪費，所以，應有 SOP，這一點最為重要。消費者有知識上的落差，若健保署能提供標準作業流程及正確的資訊，尤其是價錢部分，可減少知識上的落差。
- 二、我也贊同何委員語所提本案健保支付點數應與豬心瓣膜相同，但本案的自付差額金額很高，若支持等同背書。
- 三、針對上次委員會議討論案第二案，我曾問過多位腦神經科醫師，他們建議要通過腦積水引流管組自付差額，因自付價不高。若能有 SOP，讓消費者知道自付不多，就不會有漫天喊價的情形。我們是外行人不能假裝內行，但就廠商建議價格照單全收，等於為其背書，建議健保署要訂定 SOP，調查市場資料，提出深入且清楚的報告，以供委員了解，否則也討論不出什麼結果。不納入似乎不對，但納入後又有愈來愈多的自付差額品項，健保費也一直提高，享受到新藥新特材，結果是自費愈來愈多。
- 四、台灣的健保很有名，國際上包括大陸都知道很好，我有朋友到大陸旅遊，舊疾復發，當地醫師告訴他說，沒關係，你們台灣健保很好都會付的，該次治療收到的帳單以百萬計，回國申請健保自墊醫療費用核退，僅領到幾萬元。朋友非常生氣，因他誤以為國外就醫，健保也是全額給付。一般民眾其實不明白，健保對國外就醫的自墊醫療費用核退有上限規定，而健保署也沒做宣導，這就是知識的落差。
- 五、另外，民眾必須洗腎，卻不知是血液透析或腹膜透析何者比較好？我接收到的訊息是，腹膜透析比較好，但與腎臟醫學會的醫師開會時，他們卻說血液透析比較好。腹膜透析的病人生活



方便性較佳，因這類病人活動程度較高，可以多做一些事，但確實的情況又是如何？本案提供很多正向的資料，是真的嗎？若不是，我們委員就只是在幫忙背書而已。

鄭主任委員守夏

先請健保署就瓣膜的使用年限數據，補充說明。

施副組長如亮

- 一、剛剛有多位委員垂詢有關瓣膜種類使用年限問題，在上次的委員會議中，報告豬心瓣膜使用的年限約 15 年，牛心與豬牛合體瓣膜使用年限皆約 20 年。但使用年限是臨床試驗時的平均數值，並不能保證每個人都可使用 15 或 20 年，而要視當時身體狀況及後來生活習性而定，這只是參考值，但並非委員所提的 2 或 3 年。另上次委員會議所提，應定期檢討改善的部分，本署一定會做到。
- 二、剛剛張委員煥禎所詢可進入自付差額品項的條件，在上次委員會議曾討論過。「自付差額」與「差額負擔」兩個名詞一樣，只是法律用語為「自付差額」。可列入自付差額特材品項的條件，即健保已全額給付一種有相同用途的特材，而新申請的特材具有明顯改善的功能，並且有相關的附加效果，可增加使用的年限，例如牛心瓣膜比豬心瓣膜，可以多使用幾年，以及可以延長治療效果與增加病人的方便性。上次委員會議所討論之腦積水引流的特材，分為可控制與不可控制之調節功能，就是方便性；或附加一些功能性，有利於病人監控病情。這是上次會議討論後，可列入自付差額特材品項的條件，若認為還有其他應列入的條件，委員都可提出來討論。
- 三、至於是否應將自付差額特材品項全部提健保會討論，依據健保法第 45 條規定，自付差額之特殊材料品項，應由其許可證持有人向保險人申請，經保險人同意後，併同其實施日期，提健保會討論，報主管機關核定公告。目前提請貴會討論的自付差額特材，本署都是先經專家討論後，再提藥物給付項目及支付

標準共同擬訂會議討論通過者。因已通過 2 個專業的會議討論，建議健保會無須對專業問題再行討論，且自付差額特材品項眾多，健保會應無太多的時間加以個別討論，建議對於由健保署同意列入自付差額之特材品項，檢視是否應全額給付，或甚至不應自付差額而由病人全額自費，比較有意義。

鄭主任委員守夏

先請陳委員川青，再請吳委員肖琪。

陳委員川青

- 一、剛才健保署說明，自付差額特材已先經藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議討論，我建議該會是否對於廠商的價格提出建議或結論，彙整於資料內提供本會參考。因為消費者最關切的是價格是否符合經濟效益，因此，希望本會能對品項價格，有建議權。
- 二、剛才謝委員天仁建議集中月份討論，這樣會有時間壓力。因為對消費者而言，健保的給付被保險人有決定採用健保品項或自付差額之權利，這是一種趨勢也有其必要性，不能阻斷其權益。因此，建議在一定支付額度內，或按照比例原則方式，可授權藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議討論。同意干委員文男所提建構 SOP 的建議，不要每件自付差額都送本會討論，影響本會的重要任務，而且會議的時間也不夠用。

吳委員肖琪

- 一、上個月是討論(『愛德華』)牛心瓣膜，本月是討論豬牛合體瓣膜。議程資料第 18 頁，文獻資料中本案損壞率(10 年為 5.7%；15 年為 17.1%)較「『愛德華』卡本特-愛得華沛旅旺人工心瓣膜」(10 年為 19.3%；15 年為 27.8%)低。現在又知道上個月提到的牛心瓣膜，容易有早衰問題，就好像以為上個月已挑出一個好石頭，沒想這月又出現更好的石頭。豬牛合體瓣膜與其他瓣膜實際使用年限差多少？建議在藥物給付項目及支付標準共

同擬訂會議討論完後，能提供專業建議，例如豬心、牛心或豬牛合體瓣膜，使用年限各為 15、20、20 年外，還會產生什麼問題？或是 85 歲以上的病人，建議用哪種瓣膜？

二、議程第 12 頁本會追蹤事項第 12 項，特殊材料「『愛德華』卡本特-愛德華沛旅旺人工心瓣膜『Edwards』Carpentier-Edwards PERIMOUNT Pericardial Bioprosthesis」自付差額申請案，決議(定)事項內容提及，本案牛心瓣膜特材之相對療效與安全性優於豬心瓣膜。今天又得知豬牛合體瓣膜比牛心瓣膜好的資訊，民眾要如何分辨？建議用比較表的方式明列清楚，除了美國健保不給付，民眾需自費外，還有哪些國家是自費？也請列明。

三、剛剛張委員煥禎與謝委員天仁提及本會討論自付差額特材案的方式，有必要案子隨到隨討論？為何本月與上月討論的自付差額特材案不能併案？去年委員會議曾討論什麼情況須提本會討論，Lucentis(黃斑部新生血管病變藥品)與 Statins(降血脂藥品)是因錢不夠的問題，需要至本會討論；至於特材差額負擔需要在本會議逐案討論嗎？本案討論重點需要釐清。

鄭主任委員守夏

請侯委員彩鳳。

侯委員彩鳳

一、當初健保法修法時，我最反對健保法第 45 條第 2 項及第 3 項規定，因開放自付差額一定會有亂象，考慮廣大付費者的權益，就不應讓廠商漫天開價。一般民眾沒有醫學觀念，只能盲目附和醫生，因此，修法階段我反對開放，也招致許多批評。但最後協商結果，還是開放，既然如此，剛剛委員所提的意見，我也非常認同，健保署可先做專業的評估，包括價格是否合理，再將資料送本會決定何時討論。

二、今天委員會有這麼多意見，可能是健保署事前準備資料或溝通不夠充分，上個月「『愛德華』卡本特-愛德華沛旅旺人工心

瓣膜」已經討論通過，因此應採開放態度需給民眾更多選擇才公平。但希望健保署嚴格把關，尤其是產品本身的功能及價格，應提出 SOP 並做充分的評估後，再送本會討論。

鄭主任委員守夏

謝謝侯委員彩鳳！請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

基本上，健保署提供太 detail(詳細)的執行面資料，好像在上醫學課，似乎沒有必要，因為自付差額的特材已先在藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議討論過。資料呈現方式、順序不同，會讓委員看得霧煞煞(台語)，建議依議程資料第 4 頁的決定，將提會討論的自付差額特材資料，做明確的順序安排：第一、自付差額特材品項；第二、國內外上市日期、價格；第三、其他國家是否列入保險給付；第四、已全額給付特材名稱、用途及價格；第五、自付差額幅度；第六、簡述自付差額特材效果、風險差距；第七、健保署同意其納入自付差額品項的原因。每次都將基本資料列成表格，並檢附藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議結論等詳細資料，這樣可以節省很多時間，專業部分則不必再花太多時間討論。

鄭主任委員守夏

本案已討論很久，若與前面的委員意見相同，請說贊同前面委員的意見即可。

林委員錫維

站在被保險人立場，民眾不懂要用牛心、豬心或豬牛合體瓣膜，若支付點數都是 43,613 點，我沒意見。但本案廠商建議價格是 15 萬元，我不同意以 15 萬元做為醫院訂價標準，因會圖利醫院或廠商，而且使用量大，價錢會隨著降低，醫院也會找廠商議價，不可能永遠是這個價錢，醫院是否還要以 15 萬元作為收費標準？廠商不會降價嗎？希望健保署多加考慮。

陳委員錦煌

- 一、我對廠商建議價格有意見，為何健保署只提供美國、日本、澳洲的資料，這 3 個國家的生活水平都比我們高，例如：在美國紐約租一個小房子，折合新台幣要 4 萬多元，紐約的警察一個月薪水折合新台幣 18 萬多元，而台灣的警察一個月薪水才 7 萬多元，台灣畢業的學生跑到澳洲從事殺豬工作，一個月薪水折合新台幣 10 多萬元。
- 二、對於林委員錫維所提的意見有同感，今天不是來背書的，我不同意廠商的建議價格 15 萬元，希望是以健保所支付 43,613 點為基礎，再多給一倍，亦即八萬多點，價錢不用這麼高。健保署只提供美國、澳洲、日本的資料，為何不提供其他生活水平較低國家的資料？請提出其他國家的資料，供我們參考。

連委員瑞猛

附議林委員錫維與陳委員錦煌的意見，不同意廠商的建議價格 15 萬元。

謝委員天仁

如果照幾位委員意見，不同意廠商建議價格，但由法規上面看，應要求健保署在初期時，就應該訂定自付差額上限價，否則，不可能干涉廠商的定價。就法言法，主席可詢問委員的意見，委員的意見若是要訂上限價，健保署是否要做相關的檢討？目前並不訂價格上限，怎樣做會比較合宜，委員也有不同的意見，因此，這個部分值得檢討。

何委員語

只要經過本會討論的自付差額特材，希望能給最終核定價，例如豬心、牛心瓣膜，還有本案豬牛合體瓣膜，衛生主管機關應讓本會知道，最終核定價是多少？知道以後，就很容易算出民眾須自行負擔多少差額。

陳委員錦煌

剛剛謝委員天仁提及健保署的訂價問題，健保署是代管錢及執行單

位，怎麼可以訂價後再提案讓本會背書，這是我反對的理由。廠商建議價格 15 萬元，實在太貴！因健保要支付 4 萬多點，而民眾要自付 11 萬多元，真的太貴！如果能降價，是民眾的福氣。

鄭主任委員守夏

自付差額案件從第一次到本會討論，一直談到現在，今天應該是大家意見表達最充分的時候，除非我們推翻上次的決議，不然就應該依照該決議。該決議是，同意剛開始不要訂上限價，但健保署有很大的責任，要把所有的價格蒐集整理，讓民眾很容易比較各個醫院的價格。價格是廠商賣給醫院的，進貨價看醫院的議價能力，最後健保署要管的是，病患付出多少錢？

陳委員錦煌

我們現在就是在管啊！

鄭主任委員守夏

一、我們管的是不訂上限價，但健保署要蒐集醫院向病患收多少錢？讓民眾可以很容易查到資料。上次委員會議提到，若訂定上限價，每家醫院都會收最高的上限價格，有哪家醫院會不收上限價？除非今天要推翻上次的決議，若要推翻上次決議，則健保署就很難執行。如果是百分之百好的事情，委員早就會有共識，即因好壞太難界定，所以才會討論這麼久。上次委員會議講得很清楚，不能由醫師在診間直接向病患說明用哪種比較好，不然治療會很困難等語，如果醫師這樣說，不管多少錢，病患都會掏出來，所以，要到診間外由非醫師溝通，並希望健保署能多要求醫療院所。建議不要推翻上次的決議，不要訂上限價。

二、健保法既已修訂，則自付差額的規定就應遵守，除非再次修法。要不要有自付差額，當初立法院立法時，各方角力，後來某一方贏了，可以有部分給付。而相對的，反對自付差額的立法委員，就要求須到健保會來討論，但不是要求審查而是討

論。依立法慣例，很少有要求到一個委員會去作討論的規定，討論的意思，是沒有決定權，但相對的，主管機關會斟酌及尊重其意見。亦即，若委員們有反對的共識，大概不會硬給；若委員們有同意的共識，大概不會不給，我相信這是一個很特殊的設計。至於要不要同意呢？平心而論，我們都希望為民眾爭取到最好的待遇，最好都不用付錢，但答案是不可能的，全世界沒有這種制度。若要好的待遇，就須同意差額負擔；若委員的共識是不要，則需要的人須全額自己自費。我們可以有這種意見，但不能說應納入而不加錢，若這樣，就等同不要。

- 三、本案其實跟上次的討論非常接近，我們可以說價格稍微貴一些，或建議價格應該調降，大家的共識是 15 萬元太貴了！若效果比較好，就原則同意，因為我們是建議而已，這樣便沒有背書的問題。如果我是廠商，一年只賣 30 幾個，當然會賣的很貴；如果一年賣 300 個，醫院就會要求廠商降價，這時就會降價。
- 四、我們有共識的是，有幾位委員認為，若效果比較好，就給民眾使用；但也有其他共識，比起 4 萬多元的豬心瓣膜，15 萬元似乎太貴了！豬心瓣膜是最早出來的，現在新出來的心瓣膜，可能可以多用幾年，但是否值得？報告提到鈣化比較少，這是非常臨床的問題，建議委員不須討論這麼細的問題，本案建議原則同意，但建議價格要調降。
- 五、上次的共識是，健保署要去了解到底醫院收了多少錢？看半年後的數據再討論。如果半年後，發現價格明顯的變好或變差，到時候還可以再作建議。因為這是新納進去健保給付的，納進去之後是否可以取消？現在還沒有這個機制，仍須回到藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議去作討論。
- 六、至於自付差額提案過程的安排，非常感謝陳委員宗獻提出非常明確的建議，應予表格化。今天沒有其他特別的案子，原來要作專案報告的案子，因為資料準備需要比較久的時間，而未提

出。以後不會像今天有這麼多的時間討論一個案子，所以，可以好好討論表格的內涵。

- 七、有關剛剛謝委員天仁的建議，其實在上個月委員會議有是否固定在某幾個月討論的議題，例如在 1 月或某幾個月份來作討論。但健保署說明共同擬訂會議是每兩個月例行召開一次，因此，後來的決議是，如果我們的本業很忙，就不安排自付差額案件，例如協商總額的那幾個月份不可能排此類討論案。較有時間的時候，就多排幾個案件討論。上次會議的決議，沒有規定要在哪幾月討論，只確定比較忙的那幾個月份，原則上不予討論，健保署也同意向共同擬訂會議的委員作說明。
- 八、另外，有關審查基準，現在健保署才開始練習，基準如何很難抓得準，例如生命多延長一年，值多少錢？這幾乎不可能會有個基準；民眾願意付多少錢，差異性真的太大。建議在程序上，每個案子都是公平、公開、透明，而且標準都一樣。所以，健保已經給付 4 萬多點的特材，上次有提到，是否超過兩倍以上的，就不要納入自付差額，不過，後來發現好像很難訂上限，所以作成決議，上限先不要訂，以後再來討論。
- 九、HTA(Health Technology Assessment, 醫療科技評估)的資料應該要有，台灣沒有理由當世界第一個，應該也不可能當第一個。要有那些資料，剛剛陳委員宗獻的建議非常好，我個人也很同意，就依照建議的項目列表，並將相關的評估資料附於其後供委員翻閱。
- 十、至於有錢人與窮人的說法，拜託大家儘量不要使用這種字眼。在台灣所謂的真正有錢人，可以不用在台灣看病，稍有不適，就飛到美國、日本。所以，我們不要想有錢人怎樣，對於 4 萬元都不會在乎的人，終究是非常非常少，台灣的民眾普遍多不是有錢人，就跟大家一樣。想像如果是自己家



人，在有需要的時候，健保幫忙付了 4 萬多元，我們是否會傾向於同意？可是如果自己還要再付 30 至 40 萬元，則 4 萬元就沒有意義了！非常誠懇的拜託大家，以後不要再把台灣人分成有錢的人或沒錢的人，我們都是沒有錢的普通人。所以，真正有錢的人是特例，建議用這種方式來討論，會較接近民眾的期望。

十一、請問大家是否同意本案的共識為：原則通過，但價格太高。先請柴委員松林，再請謝委員天仁發言。

柴委員松林

- 一、非常同意主席把各位委員的意見歸納起來，但有兩點建議，第一，做比較表，每案一頁，讓一般人能一眼就看懂；至於很複雜的名詞，對於非專業的委員而言，沒有意義。第二，通過醫材品項經過一段時間以後，應要求衛福部做追蹤研究，針對 6 個月後、1 年後的效果做檢討。若明顯是支付同樣金額的項目，但效果較差，或價格已經下降，即建議該項藥材停止使用；否則，不能促進醫學進步。
- 二、主席建議不訂上限，是希望由供需雙方在市場上決定；訂上限後，常會阻礙醫學發展。目前各醫學院及醫院鼓勵醫生及老師做研究。希望衛福部公開較重要的醫材項目，歡迎大家來做研究。可避免多半由原開發的製藥廠只支持某項研究。最近我看了很多這方面的論文，常常都是利益團體在支持；不僅是醫藥方面，社會上也有很多這種研究，也是利益團體在支持。例如，最近有天主教支持反對伊斯蘭教的論文發表，且非常多。所以，希望衛福部公開歡迎大家研究的項目，發表論文，以檢討各項藥品醫材的比較效果。

謝委員天仁

- 一、健保會已成立超過 1 年，議事效率真的很差，我覺得主席應該要負起責任，幕僚作業顯然也沒有發揮輔助效果。為何健保署經其藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議通過後送請討論的

提案，哪個法律規定本會要馬上討論？健保署要 2 個月就送一次是該署的事，我們並非健保署的附屬機構，有自己的主體性，可以集中在固定時間討論，不能任由健保署隨便送個案子過來就要審議或討論。雖然有些可能涉及財務問題，為什麼好像打散彈一樣，整年度都在審這些提案，現在大家或許還覺得有點新鮮，我看再過一段時間，就會有人開始罵。

二、各位想一想，1 個月開一次會，有時候讓我們餓死(議案太少)；有時候讓我們脹死(議案太多)，幕僚作業應檢討。因為只有一個議案，但又不肯太早散會，就暢所欲言，這樣的開會方式應確實檢討，思考相關作業流程該如何才有效率。幕僚作業本來就應該研擬相關作業流程，提會向委員報告，我們是一體的，主席如此裁示，所以健保署每 2 個月提案一次，我們就得繼續審嗎？開玩笑！若下次再這樣，我一定提擱置案，每次都先程序討論。

鄭主任委員守夏

一、謝委員天仁大概沒有完全了解我的意思，上個月開會前幕僚曾做委員意見調查後製案提會討論，要隨到隨討論或定期討論乙項，並沒有百分之百的共識。健保署藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議 2 個月開一次會，所以，他們準備好就提請健保會討論，我們若沒有特殊理由，就排入議程；如有法定任務要忙，來不及討論，那幾個月就不會排入議程。之前也曾提過，例如：先排好在 1 月、3 月、5 月、7 月討論，因對只排定在某幾個月討論的方式並無共識，後來決定採彈性做法，即較忙的時間不排入議程。

二、對於今天議程只安排一個討論案，很抱歉！我也要負點責任。因為原預訂的專案報告須耗時討論，所以預留時間。但要研析的資料甚多準備不及，且為使討論有意義，因此往後延。會議一開始時，我已先做說明。接著請何委員語。

何委員語

建議通過本項特殊材料，健保署給付每組 43,613 點，讓消費者病患  
有自由選擇的權利，但 6 個月後，健保署應對核定的自付差額價格  
及其功效，提出報告。

鄭主任委員守夏

- 一、請問委員有無不同意見？健保會不是審查，沒有所謂「通過」  
或「不通過」，只有委員的共識。我們的共識是，多數委員雖  
表示本案可予支持，但也同時表達廠商報價過高的意見。另  
外，應比照前案，於 6 個月後，蒐集相關資料提會報告。
- 二、另一個決議是，嗣後類此案件，為使委員方便閱讀，採陳委員  
宗獻的建議，將項目列表，並按柴委員松林的建議，一案一  
頁，其他較細的資料，則附在後面讓委員參閱，至於討論的時  
點，我與幕僚同仁再來安排，但一定儘可能排在適當時間，以  
免有時會開太久，有時好像又沒特別議案，可以嗎？(委員未  
表示反對)本案討論到此。

參、臨時提案「請健保署針對二代健保實施以來，新藥引進在藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(以下稱共同擬訂會議)之進行之狀況，進行報告」、「建議本會制訂自付差額特材品項討論案之作業流程」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

請各位委員看現場所發的臨時提案資料，提案人是葉委員宗義，附議人為陳委員宗獻及蔡委員明忠。請葉委員宗義說明。

葉委員宗義

- 一、本案是剛才討論案的延伸，因為擔任健保藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議的代表，昨天開會 6-7 個小時，覺得很感慨！所以提案。
- 二、我是雇主代表，該會藥物提供者代表也是我所屬公會的會員，但每次提出藥物給付項目，都遭到醫事服務提供者代表否決，理由是會侵蝕總額預算。昨天的會議很多案件，藥價都很貴，例如之前討論過的治療黃斑部病變或 B 型肝炎的藥，結果都被反對，因若是通過，對於總額預算會有非常大的影響。但昨天會議中，有很多勞工代表及其他代表認為，有好的藥，為何不通過、引進？而醫事服務提供者代表則表示，若引進會侵蝕很多的總額預算，雙方因而僵持不下。
- 三、所以，希望健保署將藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議討論結果，送健保會參考並做報告。因為很多的藥品及特材，像牛心、豬心瓣膜特材的討論，相信很多人還是不懂，何況其他藥品及特材，應該更是不懂。本案的提出，希望能讓委員對於共同擬訂會議之運作，有所瞭解。

鄭主任委員守夏

請問兩位附議的委員，是否補充說明？請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、剛剛葉委員宗義提到在共同擬訂會議所面臨困難，我也有很深

的感受。會議從早上 9 點半開到下午 4 點多，一面吃便當，一面討論，根本沒休息時間，但討論結果，令人非常地不滿意。

- 二、一般新藥，改變用途或增加用途，比較容易通過，因為有替代效應，也比較容易瞭解風險所在。但昨天有 5 種新藥，通過 2 種，每種新藥的影響，都是幾億元，健保財務能否吞得下來？是第一個問題。第二個問題，剛才提到特材部分，是可以殺價的，就如陳委員錦煌所言：「就是不同意，我覺得價格應該只有多少錢而已」。但是，昨天討論的新藥，有用於治療困難梭狀桿菌感染、偽膜性結腸炎感染，目前的第一線用藥 Vancomycin (汎克黴素)，已經產生抗藥性；另有一種第三線抗生素，沒抗藥性，是第三選擇，但進口的藥價，每一顆藥高達 3,138 元，而廠商報告歐洲的價格，折合新台幣只有 2,700 多元。若不接受一顆藥 3,138 元的價格，以 2,700 元並無法買到，因為總公司不賣到台灣，所以無法殺價。
- 三、另一個是倫理問題，英國認為一項治療每增加 1 年有品質的生命，民眾願意付出之成本(經濟評估閾值)價值 3 萬英鎊，超過 3 萬英鎊則太貴。而 3 萬英鎊折合新台幣大約是 150 萬元。治療血友病一年的費用，已超過 150 萬元，且年年增加，若有更新的治療方法與用藥，到底要不要讓它進來？會不會超過英國認定醫療金額的 3 萬英鎊上限？
- 四、昨天還有一個問題，胰臟癌沒得選擇，但若同意讓新藥進來，需要 1-3 億元，但是，可以放心的是，這些人不會用掉 1-3 億元，因為根據專家的報告：藥還沒用完，患者在 2 個月內就死亡了。所以這種藥要不要讓它通過？是不是屬於無效醫療？
- 五、轉移性攝護腺癌是男人的最痛，昨天討論的新藥，不知最後有沒有通過，因為到後來，我都搞混了。目前轉移性攝護腺癌治療，採化學或開刀去勢，除此之外，還有其他的選擇嗎？答案是沒有。新的選擇是口服藥品，很方便，但每日吃 4 顆，一天藥費需要 3,600 多元，要不要通過？

六、因為特材自付差額項目要提健保會報告，委員有機會可以瞭解大致狀況，而藥物部分都在健保藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議處理。藥物並沒有自付差額的問題，只有通過或不通過。沒通過是否就會影響到民眾健康的權益？健保藥物給付及支付標準共同擬訂會議每次都讓新藥很難通過，但其實在昨天的會議，已通過的項目，要用「億元」來計算，所以已是好幾億元了，若全部通過的話，真的承擔不起。所以，我與葉委員宗義討論，想請健保署到健保會來報告。以昨天的例子來說，總共通過哪些項目？沒通過哪些項目？原因為何？如花幾億元治療胰臟癌，但最多只能拖 2 個月，要不要通過？一年已經花幾百萬元作治療，如有更好的藥，要不要讓它進來？都是大家要去思考的問題，恐怕不只是財務問題那麼單純。所以，誠如葉委員宗義所說，健保署應向大家報告共同擬訂會議的運作狀況，有機會讓大家共同討論，並聚焦在未來健保應如何繼續走下去。

鄭主任委員守夏

請問各位委員有不同意見嗎？請健保署擇期到健保會報告，應包括的內容：申請幾件、通過幾件、沒通過幾件？或是需要較詳細資料？請問葉委員宗義及陳委員宗獻，希望健保署到會報告，就是要讓委員知道該會議如何審查嗎？

陳委員宗獻

對！如何審查以外，每個新藥都牽涉不一樣的觀點，拿實際的例子，讓大家看一下，有概念之後，對於特材的處理，比較貼近事實，才能確實思考，將來健保收支如何連動。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、我覺得管太多了，健保會每個月開一個早上的會議，到現在都

做不好，還要管到健保藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議，真是開玩笑！只能在監理健保的情況下，對於特定藥物有意見，提出來在健保會討論，沒辦法再就一般性項目形成機制，否則，健保會包山包海，怎麼可能！

二、我們應量力而為，做有效率的事，現在效率已經夠差了，不能再討論其他提案。若認為某藥物有問題，問題出在哪？站在監理的立場，可在健保會提案，但一般性的項目要到會審查，我認為會紊亂法律體制，健保會並非太上機構，委員應清楚自己的權責，這很重要。

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

聽陳委員宗獻報告，覺得很感慨！若經醫界專業評估，使用新藥仍對病情沒幫助，屬於無效醫療的新藥，為何要引進？使用新藥後，對病情一樣沒幫助，不是浪費嗎？不用再討論了，不要讓這種藥進來，可以節省醫療資源。建議如屬無效醫療的新藥，不要引進，以節省醫療資源。

鄭主任委員守夏

請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

我想葉委員宗義的提案，重點是因去年總額協商出現一個比較大的問題，健保藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議通過納入幾個特別的藥(Statins、Lucentis)由健保給付，但可能影響總額。該會議通過，而健保會不買單、不增加額度(成長率)，因此產生衝突。兩個會之間應如何協議？健保會不是太上皇單位，不能管理或要求藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議做報告，應就特定性的項目作溝通與協調，而不是到健保會報告，這樣很奇怪！也不需來報告工作細節，只就有爭議且會影響總額的部分協調，一起討論對總額的影

響，健保會的權限是對財務有影響的部分，參與討論、給予協助，而不是任何事都向健保會報告，就兩會的關係而言，這也不對。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

對於引進新藥，或藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議的討論項目，若認為與健保會的權責有關時，應用提案方式到健保會討論；若認為與健保會的權責不符，則不要浪費健保會的時間。健保會成立 1 年來，最重要的健保監理制度並未建立，所以，浪費很多時間在錢的面向打滾，「健保會委員」應改為「健保會錢委員」比較恰當。委員有提案權，若與健保會職權相符就正式提案，若每次都報告與健保會權責並無關聯的事項，除浪費報告時間，也浪費委員開會時間。

鄭主任委員守夏

請楊委員漢淶。

楊委員漢淶

若只是報告，不能解決任何問題。在健保藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議討論的新藥，若很貴而增加財務負擔，應依健保法第 26 條所定程序處理。核定後要列入給付，應先估算需多少費用，一定要有財源，不能在總額之下，開個大縫，那邊一直核准，這邊一直接受，在總額支付制度之下，會讓醫療體系崩盤。所以，建議應依健保法第 26 條規定，增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務之平衡時，由保險人擬訂調整保險給付範圍方案，提健保會審議。之前討論 Statins、Lucentis 是一樣的情形，不能僅在一個藥、一個病人就花好幾千萬，多幾個病人當然會影響財務。藥物是否列入健保給付，確實不單是財務問題，還有倫理等問題，也會受其影響。

鄭主任委員守夏



請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

我跟葉委員宗義是基於善意提案，主要用意並非要求每次報告，其實與健保監理權責有關，因為納入新藥會影響支出，屬於健保會職責之一。沒參加會議的人，無法感覺要做決定有多困難，葉委員宗義就有貼切感受，真的很麻煩、很複雜，所以希望讓大家了解。不過，我們並非該會的上級單位，主要的意思，例如在健保署例行的業務執行報告中，多列出一項，以說明一下共同擬訂會議的運作狀況為何？若委員覺得不需要聽，當然也無所謂。

鄭主任委員守夏

請問其他委員有意見嗎？

謝委員武吉

- 一、本來今天都不想講話，但今天看報紙專欄「平民英雄開啟自救時代」(註：本文章為台北醫學大學李董事長祖德所書，刊載於蘋果日報)，該文提及 CNN 主持人 Anderson Cooper 所述平民英雄所具有的三項特質值得深思，第一、不抱怨，卻採取行動；第二、以「行動」對抗不合理與不平等；第三、具備「愚公移山」的堅持。他山之石，可以借鏡，我們不要覺得自己擔任健保會委員，就很偉大。
- 二、今日 3 位委員臨時提案，因具有使命感所以提出此臨時提議，主要目的是讓大家瞭解痛苦在哪。黃監察委員煌雄經常提到「無效醫療」，像昨天的會議在討論治療胰臟癌的新藥，可使生命多活 2 個多月；治療攝護腺癌的藥，可以使生命多活 110 幾天。以這些作為例子，就可以簡要的說明，讓大家清楚的了解何謂無效醫療。委員也可以勇敢地提出，哪些事項是無效醫療？或是哪些有類此情事，就是無效醫療？只要在健保署處理就好，不需要送健保會審議。我認為，委員有權利這樣做。

鄭主任委員守夏

請葉委員宗義。

### 葉委員宗義

- 一、因為是我提出的案子，所以，再作說明。全民健保有非常多的委員會，很多問題，尤其是藥物問題，與醫療費用息息相關，不可能都讓健保署處理。昨天的會議，消費者及各行各業的代表表示，時代進步，新醫療可以解決的項目，不納入健保給付，對於繳納健保費的民眾，是不公平的。
- 二、新藥的通過，會產生財務上的問題，在共同擬訂會議曾經討論過，健保會之於共同擬訂會議，是上級單位或平行單位？要不要向健保會報告？討論結果認為，健保會屬於衛福部，共同擬訂會議屬於健保署；因為在層級有所不同，所以，一定要作報告。
- 三、提到健保會的報告形式，不一定是指口頭報告。建議在健保署每個月所編印「全民健康保險業務執行報告」裡，將健保藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議的內容補充列入，並不會浪費時間。特材及其他敏感、重大的問題，應當都報告。

### 鄭主任委員守夏

- 一、葉委員宗義的建議非常明確，並非要求口頭來報告，若健保署將會議的作業細節、所遇到的困難，都到健保會報告，健保會似乎管太多。建議請健保署將較明確的會議紀錄、申請幾項、通過幾項、預估財務影響等，列入全民健康保險業務執行報告中，於1月、4月、7月、10月在本會進行口頭報告時，順便提出，而不必刻意另做特別的口頭報告。
- 二、請李委員永振。

### 李委員永振

贊同此做法，但建議將吳委員玉琴所提意見也納入，即對於總額較有關的部分，做深入分析，並且把資料累積下來，等到9月總額協商時，才不會千頭萬緒，理也理不清。

鄭主任委員守夏

- 一、彙整總額協商資料是本會幕僚的責任，從現在開始，把以前 7 月評核會至 9 月協商會議會遇到的問題，先列下來。因為大部分資料都要請健保署提供，現在先列出需要的資料，有明確的時間表，不要等到協商時，才說資料還沒好。謝謝李委員永振提醒，請幕僚早點跟健保署溝通，需要哪些表格、哪些資料。
- 二、本案作成決議，請健保署將健保藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議相關資料，列入例行的「全民健康保險業務執行報告」中，並在應進行口頭報告的月份(1 月、4 月、7 月、10 月)，順帶向大家說明。
- 三、請問有臨時動議嗎？請謝委員天仁。

謝委員天仁

受到謝委員武吉的感召，要「採取行動」。現在提臨時動議，請健保會制訂特材自付差額討論案之作業流程，說明：特材自付差額討論案影響本會議事效率，有必要制訂相關作業流程。

鄭主任委員守夏

目前的作業流程，幕僚會將每月收到衛福部、健保署與健保相關行政規範的公告或公文，彙整於會議資料的附錄，供委員參閱。討論案則是健保法規定在健保會討論的議案，因此，健保署將全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議決議通過部分，提健保會討論，若同仁於月初收到，會考量是否適合排入當月議程，即依之前會議的共識，7 月、8 月、9 月、10 月因法定任務太多，不排入議程；至於其他月份，需視討論案多寡排之。由於委員也可能提案，再加入例行報告案，所以可能無法列入議程，如同剛才謝委員天仁所說，是健保會權限。請問還有更具體的建議嗎？

謝委員天仁

我提臨時動議，請先詢問在場委員是否附議，或要補充說明，或認為作業流程應訂定哪些相關事項，這才重要。常規性議案編排的流

程，我們大概都瞭解。

鄭主任委員守夏

謝謝！請問在場委員有無附議？(林委員錫維及何語委員表示：附議)請委員表示意見，以利幕僚研擬符合各位意見的流程，不然，下次還要討論，浪費大家的時間，會議又會沒效率。

謝委員天仁

- 一、建議訂定固定的時間，例如每年 2 月、3 月，或總額協商後的 11 月，挑兩個時間，供健保署提案，集中討論有個好處，例如豬心、牛心瓣膜於不同月份提案討論，發現前者 4 萬多元，後者 10 幾萬元，相差很大。若每年固定時間，把議案彙集後再討論，可產生資訊比較的效果，開會討論較有效率；若健保署每兩個月提案，幕僚可彈性處理，看哪個時段有空隙，便排入議程，到最後沒辦法，只好全部塞進去，這樣的作業流程，無法達到提升議事效率的目的。
- 二、時間訂好後，幕僚應該蒐集相關資訊。非常同意陳委員宗獻所提意見，將資料表格化，有畫龍點睛的效果，可點出還需幕僚作業的事項，才是重點。不然，直接把一堆資料轉給委員，每位委員需閱讀大量資料，我覺得太辛苦、沒效率，不但沒辦法彙集重點，也沒有提示的效果。
- 三、這類議案的數量，會逐漸增加，為了因應未來可能的情況，提升健保會的議事效率，一定要訂定相關作業流程。

鄭主任委員守夏

- 一、謝委員天仁所提意見，與上次會議的討論內容有關，不過，上次會議並沒有要固定時間的共識，例如固定在 1 月、4 月、7 月，類此較明確的時間。
- 二、其實，之前就預期會遇到問題，所以，幕僚曾以問卷調查委員的意見，有將近 30 位委員回復，但是並沒有固定時間的共識。謝委員天仁的意思，是分散討論沒有效率，集中審議較有

效率。可能因為到目前為止才討論 2 件，還沒有太多經驗。

三、請林代理委員敏華。

林代理委員敏華(張委員永成代理人)

為節省大家時間，建議由幕僚先研擬作業流程，送謝委員天仁過目並溝通後再提會，若大家都同意，就通過提案，不需再討論。

鄭主任委員守夏

- 一、由幕僚研擬可能的作業方案，請各位委員表示意見，是否集中討論，下次委員會議做決定。
- 二、請何委員語。

何委員語

- 一、個人認為訂定時間很適當，建議於上、下半年各排一次，不要浪費大家太多時間，例如在 2 月或 3 月排一次，下半年要準備 9 月總額協商，不過，11 月只討論健保費率，時間可能較有彈性。所以，上半年訂在 2 月或 3 月，下半年訂在 11 月，不要每月討論特材自付差額案，很浪費時間。
- 二、至於陳委員宗獻建議資料應表格化，我非常贊同，我對醫療器材是外行，雖然花很多時間閱讀資料，仍覺得不是很清楚，所以，希望能把資料表格化，以利抓到重點。
- 三、臨時提案內容建議改為書面報告，本人表示贊同支持。

鄭主任委員守夏

- 一、請問各位委員，現在要討論出共識？或請幕僚研擬方案，送請各位確認？(委員表示：由幕僚作業處理)請幕僚再做一次調查，這次較明確，例如何委員語建議上半年、下半年各排一次，或 1 年排 1 次、1 年排 3 次，以及可能的時間，至多 1 季排 1 次，委員的共識，不要每個月討論特材自付差額案。
- 二、請干委員文男。

干委員文男

贊成其他委員的意見，誠如剛才謝委員天仁所說，價格差多少，我們既不懂，也不知道。不過，不管哪一月份討論，都應先蒐集資料，建議資料提早一個月寄給委員，以便事先閱讀，也可事先請教別人，比較妥善。例如下個月要討論，這個月就將現有的資料先寄給委員。

鄭主任委員守夏

- 一、請幕僚同仁先朝委員建議方向研議：1 年排 1 次、2 次或 3 次 (委員表示：2 次!) 確定嗎？若其他委員沒意見，半年排 1 次特材自付差額討論案，時間另訂。請幕僚先蒐集好資料，並至少提前一個月寄給委員，讓委員有較長的時間閱讀。目前的時程，10 月份很趕，11 月至 12 月份或許可以安排；7 月開始評核會，5 月或 6 月份也許可挪出時間。一般來說，上半年議程較鬆，下半年因為要總額協商，可能火氣較大，不適合再作這類案件之討論。
- 二、通過本臨時動議，決議：原則上半年排 1 次特材自付差額討論案，時間由幕僚調查、安排。在開會討論前，先蒐集、彙整相關資料，並於討論前 1 個月，先行提供委員參考。
- 三、請問有其他臨時動議嗎？既然沒有，今日的會議到此結束，散會。謝謝大家！