

衛生福利部全民健康保險會
第2屆104年第11次委員會議事錄

中華民國104年12月25日

衛生福利部全民健康保險會第2屆104年第11次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國104年12月25日上午9時30分

貳、地點：本部301會議室(台北市忠孝東路6段488號3樓)

參、出席委員：

干委員文男

曲委員同光

何委員永成

何委員語

吳委員玉琴

吳委員肖琪

李委員永振

李委員成家

李委員來希

李委員蜀平

林委員至美

林委員敏華

侯委員彩鳳

張委員文龍

張委員煥禎

黃委員啟嘉

陳委員幸敏

陳委員義聰

陳委員聽安

莊委員志強

楊委員芸蘋

楊委員漢淥

楊委員麗珠

葉委員宗義

趙委員銘圓

蔡委員明忠

蔡委員宛芬

潘委員延健

滕委員西華

中華民國全國中小企業總會李副理事長育家(代)

國家發展委員會沈科員書萱(13:00以後代)

中華民國勞工聯盟總會陳監事會召集人順來(代)

中華民國醫師公會全國聯合會徐常務理事超群(9:50~11:55代)

台灣醫院協會林副秘書長佩菽(代)

中華民國醫師公會全國聯合會李理事紹誠(12:30以前代)

謝委員天仁
謝委員武吉
戴委員桂英
羅委員紀琮

肆、請假委員：
陳委員健民

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
蔡副署長淑鈴
龐組長一鳴
施組長如亮
柯執行秘書桂女
張副執行秘書友珊
范組長裕春
魏組長璽倫

陸、主席：鄭主任委員守夏

紀錄：陳燕鈴、劉于鳳

柒、主席致詞

各位委員、黃署長及所有與會人員，大家早
今天是本人卸任前主持的最後一次委員會議，在此，
特別感謝大家過去 3 年來的支持。健保會設立迄今已 3
年，委員們愈來愈有默契，相信未來的運作會更好！至主
任委員接替人選，蔣部長正在安排中，一定會有很優秀的
繼任者，請大家不必掛心。

捌、議程確認

決定：臨時提案第二案「反對衛生福利部修正發布之全民健
康保險法施行細則第 45 條條文溯自中華民國 104 年
1 月 1 日施行。應自發布日 104 年 12 月 15 日施行」
提至專案報告之前討論，餘照表定之議程進行。

玖、例行報告

第一案

案由：確認本會上(第 10)次委員會議紀錄，請鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(第 10)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請鑒察。

決定：

- 一、上次委員會議決議(定)事項及歷次委員會議未結案件之辦理情形洽悉。
 - 二、本會 105 年度工作計畫如附件一，請各負責單位配合辦理。
 - 三、本會 105 年度委員會議時間，尊重多數委員意見，對涉及費率審議之 11 月份，仍先定為第三個星期五，但可視需要另議；餘則維持現行之每月第四個星期五。會議預訂時間表如附件二，請委員預留時間與會。
 - 四、為利委員實地瞭解健保業務之推動狀況，於 105 年度第 3 次委員會議(105.3.25)中加入業務參訪活動；活動規劃如下：
 - (一)主題：基層診所與醫院間整合之社區醫療運作模式、健保雲端藥歷查詢系統之醫療資訊整合與用藥管理、其他以總額預算推動之專案計畫等。
 - (二)地點：中央健康保險署北區業務組轄下之醫療院所。參訪院所及委員會議地點請北區業務組協助安排。
 - 五、建請衛生福利部部長與本會委員能建立定期對話溝通機制，期使全民健保之業務運作更符合社會期待。
- 附帶說明：依上次委員會議第二項臨時提案決議，並經本

次會議討論獲共識之聲明文稿如附件三。

第三案

案由：中央健康保險署提報「105 年度各部門總額協定事項中需向本會說明或經本會同意後方可施行之項目」案，請鑒察。

決定：本案洽悉，請中央健康保險署盡速依法定程序辦理後續事宜；其中，105 年度各部門總額一般服務保障項目及支付方式如附件四。

第四案

案由：中央健康保險署「104 年 11 月份全民健康保險業務執行報告」，請鑒察。

決定：

- 一、請中央健康保險署於 105 年 1 月份委員會議提出「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」之執行成果與檢討。
- 二、委員所提，以 3 個月 moving average(移動平均)呈現「全民健康保險醫學中心病床增減情形」、摘錄醫療服務給付項目及支付標準公告之重點等建議，請中央健康保險署參辦。

拾、臨時報告

報告單位：中央健康保險署

案由：有關「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修正案，請鑒察。

決定：本計畫已行之有年，為利民眾接受之照護不中斷，原則同意先以中央健康保險署本次所附修訂計畫(草案)續行，並於下次委員會議經該署報告後，照修正意見辦理。

拾壹、討論事項

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：「治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置--『曲克』利弗爾周邊血管支架」自付差額特殊材料案，提請討論。

決議：

- 一、本案特材經中央健康保險署評估，其較健保所全額給付同功能之裸金屬血管支架，有增加耐久性之附加效果，惟因價格因素尚無法納入全額給付，為增加保險對象之選擇機會，多數委員爰不反對本案。
- 二、為維護保險對象權益，本案特材開放自付差額後，請依本會前訂定之作業流程定期檢討，並於實施1年後檢討是否訂定自付差額上限。
- 三、委員所提下列建議，請中央健康保險署參酌：
依據所提供之醫療科技評估資料，本案特材或可評估訂定適用條件，或就病情需要僅能使用該特材之病患，規劃納入全額給付。

附帶決議：

為增進自付差額特材議案討論效率，請本會幕僚與中央健康保險署共同研修前所訂定之「作業流程」、「特材品項基本資料檢核表」，期能於會前蒐集更多資料，以供委員參用。

第二案

提案單位：本會第二組

案由：全民健康保險業務監理指標修訂案，提請討論。

決議：

- 一、全民健康保險業務監理指標修訂如附件五，其中「護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率分布」之指標名稱與計算方式，請中央健康保險署會同中華民國護理師護士公會全國聯合會商定後送會，並據以更

新。

- 二、請中央健康保險署依本次修訂結果，自 105 年起，於每年 6、12 月進行專案報告(季指標需再於 3、9 月業務執行報告呈現)；並於 6 月前提供相關資料，以利編製「年度監測結果報告書」。
- 三、委員所建議依總額部門別進行指標監測乙節，納入下階段規劃、研修參考。

第三案

提案人：何委員 語、李委員永振、葉委員宗義、張委員文龍、
李委員成家

代表類別：保險付費者之雇主代表

案由：建請衛生福利部增列醫療法等相關條文，責令醫療院所為內科、外科、婦產科、小兒科、急診科辦理醫師醫療責任險，以維護、保護執行工作醫師法律責任保障權益，免受法律侵權發生，確保善意工作責任，保險費並由政府、院所、醫師各負擔 20%、60%、20% 案，提請討論。

主席裁定：本案請本會幕僚將本保險付費者之雇主代表所提建請事項，轉報衛生福利部參考。

第四案

提案人：何委員 語、李委員永振、葉委員宗義、李委員成家、
張委員文龍

代表類別：保險付費者之雇主代表

案由：建請衛生福利部責令各醫療院所為醫護工作人員辦理雇主意外責任險承保事項，以利保護醫護人員工作安全權益案，提請討論。

決議：併討論事項第三案處理。

拾貳、專案報告

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：保險對象自付差額特材之實施情形，請鑒察。

決定：

- 一、多數委員支持中央健康保險署訂定「自付差額上限」之作法，請該署逐步研訂及檢討各品項之上限，並對上限保有彈性，以應實務之需及減少不合理價差。
- 二、委員所提，對自付差額品項訂定改列全額給付之條件、對收費高於該署所訂上限金額院所應有更積極作為等之建議，請中央健康保險署參酌。

第二案

案由：全民健保藥價政策短、中、長程之改善方案(包括對策、規劃時程及預期效益)，請鑒察。

決定：考量藥價差問題複雜且影響深遠，請李委員蜀平於下次委員會議提案討論是否成立「健保藥品政策研究小組」，以對健保藥價政策及體制內公開藥價差等重要事項深入研討，期能建立對全民真正有利之常態性制度。

第三案

提案單位：中央健康保險署

案由：擬公開之藥價差資料及相關配套措施報告(併同提出確保健保給付藥品品質之相關機制)，請鑒察。

決定：併專案報告第二案處理。

拾參、臨時提案

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：因衛生福利部(疾病管制署)修正發布「人類免疫缺乏病毒檢驗預防及治療費用給付辦法」，名稱並修正為「人類免疫缺乏病毒感染者治療費用補助辦法」，確

診開始服藥二年內之愛滋病治療費用之給付對象為「有戶籍之國民」。基於健保給付平等原則，對於參加本保險之保險對象，自「確診開始服藥二年內」之愛滋病治療費用，列為非屬本保險給付範圍，爰依全民健康保險法第 51 條規定，提請審議。

主席裁定：保留至下次委員會會議討論。

第二案

提案人：何委員 語、葉委員宗義、李委員永振、張委員文龍、潘委員延健、張委員煥禎、滕委員西華、蔡委員宛芬、吳委員玉琴、陳代理委員順來(侯委員彩鳳代理人)、謝委員武吉、林代理委員佩菽(楊委員漢淙代理人)、楊委員芸蘋、林委員敏華、謝委員天仁、趙委員銘圓、陳委員義聰、黃委員啟嘉、李代理委員紹誠(蔡委員明忠代理人)、干委員文男、李委員來希、莊委員志強、李委員蜀平、何委員永成、楊委員麗珠(提案資料詳附件六)

代表類別：保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表

案由：反對衛生福利部修正發布之全民健康保險法施行細則第 45 條條文溯自中華民國 104 年 1 月 1 日施行。應自發布日 104 年 12 月 15 日施行，提請討論。

決議：為維護健保財務制度之健全與穩定，本會於衛生福利部預告修正全民健康保險法施行細則第 45 條時，多次提出反對意見，惟主管機關仍於 104 年 12 月 15 日修正發布，並追溯自 104 年 1 月 1 日施行，本會委員深感痛心遺憾，並表達以下意見，籲請行政院、衛生福利部應負起政府該盡責任。

- 一、堅決反對藉由修正全民健康保險法施行細則第 45 條，將屬於社會福利支出之項目，納入政府負擔健保總經費法定下限 36% 之認列範圍，以減輕政府必須負擔之財務責任。

二、上開條文於 104 年 12 月 15 日修正發布，卻溯自 104 年 1 月 1 日施行，已違反法律「不溯及既往」之原則，請應依法行政，以為民表率。

拾肆、散會：下午3時35分。

全民健康保險會 105 年度工作計畫

類別	工作項目	預定時程	負責單位	備註
監理業務	一、專案報告			
	1.「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」之執行成果與檢討報告	1月	健保署	依 104 年 12 月份委員會議決定事項辦理
	2.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材費用成長之合理性分析	4月	健保署	依 104 年 9 月份委員會議決議事項辦理
	3.「醫療給付改善方案」之執行成效(含提升照護率)及檢討報告	5月	健保署	依 104 年 9 月份委員會議決議事項辦理
	4.DRGs 相關診斷分類分組由 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 之執行情形	6月	健保署	1.依 104 年 9 月份委員會議決議事項辦理。 2.本項係總額協定事項，主要是為準備 DRGs 擴大實施前，再確認疾病分類轉碼轉換正確性及執行情形。
	5.105 年度及近 5 年新增給付項目與調整給付內容之執行情形及財務影響	7月	健保署	依 104 年 3 月份委員會議決議事項辦理(全民健保年度總額對給付項目調整之處理原則)
	二、業務訪視活動			
	業務參訪	3月	本會、健保署	依 104 年 12 月份委員會議決定事項辦理
	三、例行監理業務			
	1.全民健康保險業務監理指標之監測結果報告	6、12月 (季呈現指標另納入3、9月業務執行報告呈現)	健保署	1.依 103 年 5 月份委員會議決議事項辦理。 2.105 年 1 月仍應進行報告。
2.104 年度全民健保年終決算報告備查案	3月	健保署、本會	依健保法施行細則第 3 條辦理	

類別	工作項目	預定時程	負責單位	備註	
監理業務	3.106 年度全民健保預算備查案	4 月	健保署、本會	依健保法施行細則第 3 條辦理	
	4.自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告	5、12 月	健保署	1.依 103 年 3 月份委員會議決定事項辦理。 2.開放半年後之報告視新品項收載狀況而定。	
	5.自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告	12 月			
	6.依 104 年各月份委員會議決議(定)納入「全民健康保險業務執行報告」之事項				
	(1)各醫學中心病床增減情形資料	每月	健保署	依 104 年 4 月份委員會議決定事項辦理	
	(2)各層級醫院之門診初級照護資料(含案件及各項費用分析)及急診下轉件數	每月 (本項於 105~106 年暫不執行)		1.依 104 年 6 月份委員會議決議事項辦理。 2.健保署表示因 ICD-9 轉換 ICD-10 作業，疾病碼合適性尚需爭取 106 年委託研究經費進行門診初級照護之定義釐清，另考量 ICD-10 甫實施，尚無完整且穩定之資料供統計分析，故 105 至 106 年本項資料暫無法提供。	
	(3)「健保門、住診費用核減統計表」呈現分層級、分區之核減率資料	每月		依 104 年 8 月份委員會議決定事項辦理	
總額協議訂定	1.106 年度總額協商架構、通則及程序之討論	3~6 月	本會	總額協商預備工作	
	2.106 年度總額範圍報行政院前之諮詢	4 月	社保司、本會	依健保法第 60 條辦理	
	3.各部門總額執行成果評核	5~8 月	本會	總額協商預備工作	
	4.106 年度總額及其分配方式之協議訂定	7~12 月	本會	依健保法第 61 條辦理	
費率審議	1.106 年度保險費率提請審議案	本會協議訂定總額後 1 個月	健保署	依健保法第 24 條辦理	
	2.106 年度保險費率審議前專家諮詢會議	10~11 月	本會		

類別	工作項目	預定時程	負責單位	備註
	3.健保署所提 106 年度保險平衡費率案之審議	11 月	本會	
保險給付及其他應討論法定事項	1.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論	5、12 月	健保署、本會	依健保法第 45 條第 3 項及 103 年 3 月份委員會議決定事項辦理
	2.健保署所擬訂 106 年度抑制資源不當耗用改善方案之討論	配合健保署送會時程	健保署	1.依健保法第 72 條辦理。 2.健保署預計於 105 年年底提會討論。
	3.健保署所擬訂醫療服務機構提財務報告辦法之討論			依健保法第 73 條辦理
	4.健保署所擬訂醫療品質資訊公開辦法之討論			依健保法第 74 條辦理
	5.健保署所提調整保險給付範圍方案之審議			依健保法第 26 條辦理
	6.健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議			依健保法第 51 條第 12 款辦理

註：委員會議若另有決議(定)事項，配合安排或調整相關工作項目。

**全民健康保險會
105 年度委員會議預訂時間表**

會議次別	會議時間	會議地點
第 1 次	1 月 22 日(星期五上午 9 時 30 分)	衛生福利部 301 會議室(臺北市忠孝東路 6 段 488 號 3 樓)
第 2 次	2 月 26 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 3 次	3 月 25 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 4 次	4 月 22 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 5 次	5 月 27 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 6 次	6 月 24 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 7 次	7 月 22 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 8 次暨 106 年度總 額協商草 案會前會	8 月 26 日(星期五上午 9 時 30 分)全天	
106 年度總 額協商暨 第 9 次	9 月 23 日(星期五上午 9 時 30 分)至 9 月 24 日(星期六中午 12 時)	中央健康保險署大禮堂(臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)
第 10 次	10 月 28 日(星期五上午 9 時 30 分)	衛生福利部 301 會議室(臺北市忠孝東路 6 段 488 號 3 樓)
第 11 次	<u>11 月 18 日(星期五上午 9 時 30 分)</u>	
第 12 次	12 月 23 日(星期五上午 9 時 30 分)	

備註：

- 1.各次委員會議時間或地點如有更動，另行通知。
- 2.如須召開臨時委員會議，其時間與地點另行通知。
- 3.第 11 次委員會議時間，可視需要另議。

前言

全民健康保險會(下稱本會)趙銘圓等 18 名委員，於 104 年第 10 次委員會議(104.11.20)提出，「國民健康署署長在其個人臉書發表不實言論及誤導民眾說：蔡前委員登順沒有誠實揭露其資訊，此舉已嚴重傷害本委員會及蔡前委員登順名譽。故請本委員會應發表嚴正聲明，以還我委員會及蔡前委員登順名譽」案。案經決議：「蔡前委員登順屬保險付費者代表，於 104 年 11 月屆齡退休後卸任。在擔任本會委員期間，均依相關規定辦理利益自我揭露事宜，並公開於衛生福利部網頁。特別感謝滕委員西華協助擬具聲明稿，以正視聽」。

對滕委員所擬聲明文稿，本會 104 年第 11 次委員會議(104.12.25)並酌修如下

全民健康保險會聲明文稿

本會委員代表來自不同領域，均依相關規定進行職務的利益揭露，且公告於本會網站，蔡前委員登順亦同，並未有邱淑媿署長於臉書所述違反揭露規定之情事(如附)；其因屆齡退休同時卸任本會代表一職，竟被誣指是「國民健康署同仁與本會公文及論戰之結果」，實為「指鹿為馬」，令人不解！

本會於諸次會議中，包含蔡前委員登順在內之多數委員，均曾一再向衛福部表示，不支持菸品健康福利捐調降分配予健保安全準備比率之修法，因此 104 年 11 月 11 日，立法院第 8 屆第 8 會期社會福利及衛生環境、財政二委員會第 1 次聯席會議，審查衛生福利部、財政部函送修正之「菸品健康福利捐分配及運作辦法」時，本會便有包含蔡前委員登順在內之 3 位委員到場旁聽，關注法案進展。如今「菸品健康福利捐分配及運作辦法」對分配予健保安全準備比率仍由 70% 調降為 50%，所以深表遺憾！

高階官員代表政府，於臉書等公開領域針對個別事務發表意見時，當審慎為之！本會蔡前委員登順長期對健保事務盡心盡力，並未有邱淑媿署長於媒體所影射或未按規定做自我利益揭露之情事，而邱署長未經查證所為之意見陳述，已對本會與蔡前委員登順造成傷害，請邱淑媿署長應提出道歉！

11/20/2015 11:51 99052292748

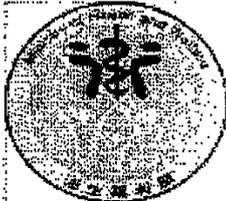
#7755 P.001/002

（... 2015 11 20 11:51 99052292748 ...）



Alvin Huang 健保委員有相關利益自我揭露規定，所有委員名單中都看不到有菸商名稱，除非是我眼拙，否則不是委員違反揭露規定，就是偽稱委員身分，無論是哪種都應該進一步追查喔!!!

http://www.mohw.gov.tw/CHT/NHIC/DM1_P.aspx.....



衛生福利部 - 委員及相關人員利益自我揭露資訊

MOHW.GOV.TW

讚 · 回覆 · 1 · 11月12日 16:17

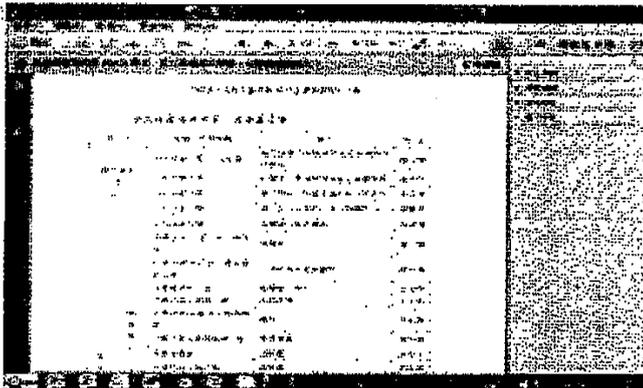


Shu-Ti Chiou 蔡登順。我們同仁發現後，歷經與健保會的公文及論戰，曉以大義，最近移除了，蔡登順也辦退休。但，尚有立法院文件可查。

讚 · 回覆 · 2 · 11月12日 16:33



Shu-Ti Chiou



讚 · 回覆 · 1 · 11月12日 16:34



Shu-Ti Chiou 他以工會身份，成為被保險人代表，實際上卻是菸酒公司董事。

讚 · 回覆 · 9 · 11月12日 16:35



Alvin Huang 那就是違反揭露規定，第6條第2項規定須揭露自我利益，菸商董事身必須要揭露，不是只揭露代表誰喔~

讚 · 回覆 · 4 · 11月12日 16:48 · 已編輯



Shu-Ti Chiou 沒錯，有違反揭露規定。但，事實上 "大家" 都知道他們是誰。所以，問題不僅是當事人違反規定而已。

讚 · 回覆 · 3 · 11月12日 16:56

查看更多回覆



回覆

105 年度各部門總額一般服務保障項目及支付方式

部門別	保障項目與支付方式
中醫門診	「中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫」之論量計酬案件(每點1元支付)。
西醫基層	一、論病例計酬案件(每點1元支付)。 二、「促進供血機制合理方案」之血品費(每點1元支付)。 三、西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案。(註1)
醫院	一、門診、住診之藥事服務費(每點1元支付)。 二、門診手術(每點1元支付)。 三、住診手術費、麻醉費(每點1元支付)。 四、「促進供血機制合理方案」之血品費(每點1元支付)。 五、急救責任醫院之急診醫療服務點數(每點1元支付)。 六、經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院。 (註2)
門診透析	一、腹膜透析之追蹤處理費(58011C及58017C)(每點1元支付)。 二、偏遠地區之門診透析服務院所(每點1元支付)。

註：1.每季各婦產科診所撥付款項=280 點×季申報總住院日數，每點以 1 元計算後撥付，用於提升護理人員之夜班費、超時加班費、提高護理人員薪資、加發獎勵金等用途。

2.以前一季各區門住診平均點值支付，如前一季該分區門住診平均點值小於當季浮動點值，該分區該季偏遠地區醫院之浮動點數以當季浮動點值核付。

全民健康保險業務監理架構與指標

附件五

103.5.23 第 1 屆 103 年第 5 次委員會議討論通過
104.12.25 第 2 屆 104 年第 11 次委員會議修正 11 項指標

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(一) 效率	1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)	半年	1.計算公式： 分子： <u>急性病床</u> 住院日數 分母： <u>急性病床</u> 住院申請件數 <u>急性病床</u> ：包含 <u>一般病床</u> 、 <u>特殊病床</u> 、 <u>精神病床</u> (均含收差額病床)， <u>惟不含安寧病床</u> 。 2.結果呈現：①醫院整體、②醫學中心、區域醫院、地區醫院分列 3. <u>增列之資料：於年度監測結果報告書增列各層級醫院最大值、最小值、標準差等資料</u>	院所營運效率/國際比較
	1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)	半年	1.計算公式： 分子：急診病人留置超過 24 小時人次 分母：急診總人次 2.結果呈現：①醫院整體、②醫學中心、區域醫院、地區醫院分列 3. <u>增列之資料：於年度監測結果報告書增列檢傷分類「1」、「2」、「3」級資料</u>	急診照護效率
	1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數	半年	1.計算公式： <u>癌症死亡病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數</u> 2. <u>增列之資料：於年度監測結果報告書增列「有接受安寧療護病人」、「未接受安寧療護病人」之資料</u>	資源運用適當性/觀察整體趨勢
	1.4 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率	年	1.計算公式： 分子：輔導後平均就醫次數－輔導前同期平均就醫次數 分母：輔導前同期平均就醫次數 2.高診次保險對象：全年門診就醫次數 ≥90 次之保險對象；包含西、牙、中醫門診之高就診輔導專案個案。	資源利用之管控結果
	1.5 區域醫院以上初級門診照護率	半年	1.計算公式： 分子：符合初級照護之門診案件數(不含門診透析) 分母：門診總案件數(不含門診透析) 2.初級照護定義： <u>俟健保署完成修訂初級照護定義及 ICD-10-CM/PCS 編碼後，配合修訂本指標之初級照護定義及提供資料。</u>	觀察急重症資源是否偏重於投入初級照護

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
	1.6 各層級醫院服務量占率	季	1. 計算公式： 分子：該層級醫療點數 分母：醫院整體醫療點數 排除門診透析服務費用點數 2. 層級別為：醫學中心、區域醫院、地區醫院	資源分配及層級醫院間之發展
	1.7 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率	季	1. 計算公式： (1) 病人數占率： 分子：該部門門診就醫人數 分母：西醫門診就醫人數 (2) 件數占率 分子：該部門門診申報件數 分母：西醫門診申報件數 2. 部門別為：西醫基層、醫院總額	就醫變動性
	1.8 藥品費用占率	半年	1. 計算公式： 分子：藥品申報醫療點數 分母：整體申報醫療點數 2. 醫療點數含交付機構	藥品使用情形
(二) 醫療品質	2.1 手術傷口感染率	半年	分子：住院手術傷口感染病人數(次診斷碼為 996.6, 998.1, 998.3, 998.5) (請健保署配合 ICD-10-CM/PCS 實施, 修訂次診斷碼) 分母：所有住院手術病人數	住院照護安全性
	2.2 急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)	半年	1. 計算公式： 分子：分母中之死亡個案數 分母：18 歲以上且主診斷為急性心肌梗塞之病患 2. 急性心肌梗塞(國際分類代碼前三碼= 410)之病患，包含門診、急診、住院(排除轉院個案)。 (請健保署配合 ICD-10-CM/PCS 實施, 修訂次診斷碼)	觀察急性照護品質之整體趨勢
	2.3 糖尿病品質支付服務之照護率	半年	分子：分母中有申報管理照護費人數 分母：符合糖尿病品質支付服務訂定之收案條件人數	評估門診照護之品質
	2.4 照護連續性	年	1. 計算公式： $COCI = \frac{\sum_{i=1}^M n_i^2 - N}{N(N-1)}$ N = 病患就醫總次數 n _i = 病患在個別院所 i 之就醫次數 M = 就診院所數 (採用 Bice 與 Boxerman 於 1977 年所	評估整合性連續照護之品質

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
			發展之指標定義) 2.資料範圍：西醫門診案件(不含牙醫、中醫) 3.排除極端值(歸戶後就醫次數 ≤ 3 次，及 ≥ 100 次者)，因易使指標產生偏差 4.歸戶後先計算出個人當年度照護連續性，再計算全國平均值	
	2.5 醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級)	半年	1.分別計算 健保病床 、 差額病床 2.結果呈現：①醫院整體、②健保六分區業務組、③醫學中心、區域醫院、地區醫院分列	健保病床之供給情形
	2.6 護理人力指標—急性病房全日平均護病比占率分布	半年	<u>指標名稱及計算方式依中央健康保險署會同中華民國護理師護士公會全國聯合會商定之結果修正</u> 1.計算公式： 分子：醫院該月每一個病房之(急性一般病床床位數 \times 占床率 $\times 3$)加總 分母：每月每日平均上班護理人員數之三班小計加總 護理人員數不列計「實習護士」及「專科護理師」，但列計「護理長」(以1人計)。 2.結果呈現：醫學中心、區域醫院、地區醫院分列占率分布	護理人力之供給情形
(三) 效果	3.1 未滿月新生兒死亡率	年	(一年中出生未滿4週之嬰兒死亡數/一年內之活產總數) $\times 1,000$	醫藥進步情形/國際比較
	3.2 孕產婦死亡率	年	(一年內因為各種產褥原因所致孕產婦死亡數/一年內之活產總數) $\times 100,000$	衛生保健成效/國際比較
	3.3 民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門)	年	1.計算公式： 分子：填答「非常滿意」及「滿意」總人數 分母：所有表示意見人數 2.結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列	民眾就醫整體感受
(四) 公平	4.1 以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)	年	1.計算公式：依鄉鎮市區發展程度分類後，計算醫師數最高與最低兩組比值。 分子：每萬人口醫師數之最高組別。 分母：每萬人口醫師數之最低組別。 鄉鎮市區發展程度分類建議採謝雨生(2011)定義，依鄉鎮市區之「人力資源結構」、「社會經濟發展」、「教育文化發展」、「交通動能發展」、	人力供給之公平性

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
			<p>「生活環境發展」及「資訊基礎建設」等構面加以分類，分為 1 級至 5 級區域，共 5 組。</p> <p>2.結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列</p> <p>3.增列之資料：於年度監測結果報告書增列最高、最低兩組「每萬人口醫師數」資料</p>	
	4.2 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門)	年	<p>1.計算公式： 分子：門診就醫人數 分母：總人數 醫療資源不足地區按該部門最近一年公告之醫療資源不足地區之定義；山地離島地區為執行山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS)之地區</p> <p>2.結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列</p>	醫療利用之公平性
	4.3 家庭自付醫療保健費用比率	年	<p>分子：家庭自付醫療保健費用 分母：國民醫療保健支出總額</p>	民眾自費負擔趨勢
	4.4 自付差額特材占率(整體及各類別項目)	半年	<p>1.整體： 分子：自付差額特材申報數量 分母：特材申報數量</p> <p>2.各類別項目： 分子：相同用途自付差額特材申報數量 分母：相同用途之自付差額特材及全額給付特材申報總數量</p>	民眾自付醫材差額之升降趨勢
(五) 財務	5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率	季	<p>分子：保險收支餘絀實際數－保險收支餘絀預估數 分母：保險收支餘絀預估數 保險收支餘絀=(年初至本季保險總收入－一年初至本季保險總支出)</p>	收支餘絀預估之準確性
	5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數	季	<p>分子：安全準備總額 分母：最近 12 個月之保險給付支出月平均數</p>	保險之安全準備是否在法定範圍內
	5.3 健保費成長率與 GDP 成長率比值	年	<p>分子：(本年保費收入－去年保費收入)/去年保費收入 分母：(本年 GDP－去年 GDP)/去年 GDP</p>	保費成長趨勢
	5.4 全民健保醫療支出占 GDP 比率	年	<p>分子：全民健保醫療支出總額 分母：GDP 全民健保醫療支出總額包含保險對象自行負擔費用(部分負擔)</p>	健保支出成長趨勢

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
	5.5 國民醫療保健支出占 GDP 比率	年	分子：國民醫療保健支出總額 分母：GDP	醫療保健支出水準/國際比較
	5.6 資金運用收益率	季	分子：本季保險資金運用收益 分母：本季保險資金日平均營運量	資金管理效率

臨時動議二

提案人：何語、李崇義、李永振、張文龍

潘延健

李煜、陳西華、蔡銘各、吳煥、陳煥平、謝引志

林何英

楊芸、柯錦、許天仁、趙錦圓

代表類別：雇主代表、付費者代表、醫事提供者代表

案由：反對衛生福利部修正全民健康保險法施行細則部份條文修正詔第45條文自中華民國104年1月1日施行。應該於法定日期104年12月15日發布日施行。

說明：(1)全民健康保險法施行細則第45條文若政府應負擔全民健保費收入36%之負擔經費提撥金額責任。既然政府於104年12月15日修正公告施行。應於公告日後實施。不應溯及既往的法律自肥條文。違反政府依

蔡銘各

法行政違背政府誠信執政原現原則。
如此做法只准州官點火，不准百姓點燈
的鴨霸心態和自大自狂的執政不信
心的信心崩態形象。誠實不該不為。

(2) 我們望決反對政府對於全民健康保
險法施行第45條文修正條文於第73條
細則

自中華民國一百零四年一月一日施行。

決議。

第 2 屆 104 年 第 11 次 委員 會議
與 會 人 員 發 言 實 錄

壹、「議程確認」、例行報告第一案「確認本會上(第 10)次委員會議紀錄」、例行報告第二案「本會上(第 10)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與會人員發言實錄

柯執行秘書桂女

- 一、各位委員、所有與會者，大家早！現在委員出席人數已經過半，請鄭主任委員守夏召開今天的委員會議。
- 二、會議開始前，先報告 2 件事情，委員桌上置有 2016 年行事曆，其為健保署所贈送，感謝健保署；另外，何委員語表示本會委員會議的資料很多，希望提供手提袋給委員使用，現也放在桌上了，同仁為使其看來美美的，還貼心的加以裝飾，對委員的要求，幕僚只要能力所及，都會努力去達成。至於桌面上的手工餅乾，是鄭主任委員與我特別訂製，感謝大家 3 年來幫忙所準備的一點小心意，今天適逢聖誕節，餅乾也有聖誕樹造型，增加節日氣氛，謝謝大家！

鄭主任委員守夏

- 一、各位委員、健保署黃署長、蔡副署長及所有與會者，大家早！（與會者回應：早！）今天主持會議有點緊張，因為本人獲准明(105)年休假赴國外進修，且也向衛福部蔣部長報告，並獲同意，所以今天應該是卸任前主持的最後一次委員會議。本人擔任主任委員已經 3 年，超出當初所允諾的 1 年時間。3 年不算短，相信沒有對不起兩任部長。（註：邱前部長文達、蔣部長丙煌）
- 二、本會委員每屆任期 2 年，本(第 2)屆委員任期還有 1 年，中途離開，對各位委員感到抱歉！在此，特別感謝大家過去 3 年來的支持，如果沒有委員的支持，會議其實很難有結論。健保會已經運作 3 年，委員們愈來愈有默契，運作應該也會愈來愈好。接替的主任委員，蔣部長還在安排中，相信一定會有很好的人選繼任。
- 三、今天會議議程，計有例行報告 4 案、討論事項 4 案、專案報告

3 案，以及臨時提案、臨時報告各 1 案，大家若不反對，則照議程安排進行(未有委員表示反對意見)。接著確認上次委員會議紀錄，請同仁宣讀會議紀錄。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝同仁的宣讀。請問委員對會議紀錄內容有無修正意見？請何委員語。

何委員語

- 一、主席、各位委員、長官，大家早！剛才聽到鄭主任委員即將卸任，心裡有點酸酸的，卸任後委員們一定會很想念您。在我擔任健保會委員期間，發覺您主持會議具有相當高的水準及品質，是一位思慮周全的主任委員。
- 二、有個問題請教，會議資料第 120~123 頁(附錄六)，係衛福部的發布令，第 120 頁函文的主旨為：「『全民健康保險法施行細則』，業經本部於 104 年 12 月 15 日以衛部保字第 1041260905 號令修正發布，茲檢陳發布令影本(含條文修正)1 份，請查照」。本會對該施行細則第 45 條之修正一向持反對意見，但衛福部仍一意孤行，逕行發布修正。
- 三、請看會議資料第 123 頁，施行細則第 73 條第 2 項條文：「本細則修正條文，除第 45 條自中華民國 104 年 1 月 1 日施行外，自發布日施行」。不清楚此法條的意思，是指計算應由政府負擔健保總經費法定下限 36% 的部分，從今年 1 月 1 日起，就可以納入 72 億元的社會福利支出嗎？(註：該細則修正後，因第 45 條新增第 2 款後段條文「政府依其他法律規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費」，故政府依其他法律規定已實質負擔的保險費項目，納入政府負擔健保總經費 36% 之認列範圍，致政府較過去可少負擔 72 億元)。
- 四、這是利用條文偷渡！衛福部公告的時間是 104 年 12 月 15 日，因此，公告事項應該在公告後實施，也就是明年才生效，不應

該在今年就施行。之前干委員文男及本會委員所表達反對的意見，都是「狗吠火車」(台語，不自量力之意)，不對！應該是「人吠火車」。政府不僅不顧本會委員的反對意見，還公告溯自今年 1 月 1 日生效！這樣做事，怎麼讓民眾有信心呢？照理，最快僅能自公告日(104 年 12 月 15 日)生效，怎可回溯自 104 年 1 月 1 日起施行呢？請具有律師背景的謝委員天仁為大家解惑，個人認為這種做法形同偷渡，應該提出嚴重抗議！干委員文男，請您也表示意見，不然之前表達的意見都沒用了！

干委員文男

先請謝委員天仁表示意見。

鄭主任委員守夏

何委員語的發言與上次委員會議紀錄確認未有相關。若多數委員對衛福部修正發布「全民健康保險法施行細則」非常有意見，可以提出臨時提案或臨時動議。原則上，「全民健康保險法施行細則」條文之修正，並非本會權限，本會意見屬諮詢性質。雖然本會已表達對施行細則第 45 條之修正持反對意見，但衛福部最終還是依照原定方式修法，本會意見並未被採納。大家可務實地思考，依照本會權限，還能再做什麼努力？至於修正條文的生效日期，可否回溯到公告日之前？請謝委員天仁表示意見。

謝委員天仁

這部分的確與會議紀錄確認無關，但奇怪的是衛福部法規會是睡著了嗎？依法律原則，立法可以溯及既往的，只有在立法院；由老百姓所選出立法委員制定的法律才可溯及既往。至於法律授權訂定的法規命令，如果可以溯及既往，那可不得了！衛福部又不是立法院！法律訂有清楚的原則(不得溯及既往)，怎麼可以這樣做呢？衛福部的法規會到底在做什麼？真的是不可思議到極點，政府為了自肥，制定法規竟然可以溯及既往！我覺得健保會唯一能做的事情，就是按鈴申告，怎麼能做違法的事情呢？這太離譜了！

鄭主任委員守夏

- 一、衛福部對施行細則的處理，雖然最後與本會被諮詢時所提供的意見不相符，但程序合法。至於法規明定可溯及既往施行是否違法乙節，請本會幕僚協助查詢，若確屬違法，則每位公民都有按鈴申告的權利。
- 二、目前衛福部已完成公告，請委員就本會的立場、權限，思考後續的可行作為，但建議不再對施行細則的內容繼續討論，但是否以個別委員名義或健保會立場發布消息等，可再溝通討論。委員在會議結束前，都可提出臨時提案或臨時動議。
- 三、建議照議程安排，先確認上次委員會議紀錄。請問委員對會議紀錄內容有無修正意見(未有委員表示意見)，若無意見，上次委員會議紀錄確認。請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

主席、各位委員及所有與會者，大家好！我對上次會議紀錄沒有意見。但就上次會議進行討論事項第三案(健保財務平衡及收支連動之機制與標準暨 105 年度全民健康保險費率方案)時，所提出的詢問，會後未有相關單位提供說明或資料，此部分請主席要求相關單位說明，最起碼也須提供書面資料。

鄭主任委員守夏

請明確說明您所提問的內容。

趙委員銘圓

例如提到愛滋病感染者醫療費用每年成長 20%、醫療成本是否增加等相關資料。

鄭主任委員守夏

- 一、請同仁馬上調出上次會議紀錄，查閱發言實錄中，須請相關單位說明的事項，若無法於會上說明，至少要有書面答覆。
(註：會上健保署已洽請疾管署提供書面說明予趙委員銘圓)
- 二、請問委員對會議紀錄內容還有無意見？請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、在此祝大家聖誕快樂！依據上次委員會議本會 18 位委員連署提出臨時提案(國健署署長在其個人臉書發表不實言論及誤導民眾，請本委員會應發表嚴正聲明案)之決議，由本人協助擬具聲明稿對國健署提出建議乙事，聲明稿已經完成，並提供鄭主任委員守夏、柯執行秘書桂女、趙委員銘圓參閱，若其他委員也有興趣，請舉手，本人會請幕僚協助發放資料。
- 二、若聲明稿經鄭主任委員、柯執行秘書、趙委員看過沒有問題，就請主任委員裁示，以何種形式發給國健署。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝滕委員西華，我已看過聲明稿，與本會欲聲明的內容相符，個人覺得非常適切。若滕委員不反對，請幕僚影印發放委員參閱，畢竟這是以健保會名義公開的資料，請所有委員看過會較妥適。
- 二、有個小小的提醒，蔡前委員登順參加立法院第 8 屆第 8 會期社會福利及衛生環境、財政二委員會第 1 次聯席會議(104 年 11 月 11 日)時，是否仍為本會委員，還是已經卸任？稱謂上需確認其身分是「委員」還是「前委員」？文字精確一些，以避免誤會。滕委員所擬具的聲明稿，文意婉轉但不失力道，請幕僚將聲明稿發給在座所有委員，委員若有意見，請直接於聲明稿上修改，交本會同仁轉交滕委員參閱或修正文字。
- 三、請問委員對上次委員會議紀錄內容有無修正意見？(未有委員表示意見)若無意見，上次委員會議紀錄確定。
- 四、接著進行「本會上(第 10)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」，請柯執行秘書桂女報告。

柯執行秘書桂女

請委員參閱會議資料第 14 頁，針對上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，共有 8 點說明：

- 一、說明一，上次委員會議決議(定)之 6 事項，依辦理情形建議全

部繼續追蹤，但最後仍依委員議定結果辦理。請翻到會議資料第 17 頁之辦理情形追蹤表：

- (一)第 1 至 3 項，都是 105 年度各部門總額的協定事項，部分事項(104 年 12 月底前應完成事項)於今天提報辦理情形；其他事項(105 年 3、6、7 月前應完成事項)未來會依時程提報，本案建議繼續追蹤，俟執行完成且提報後解除追蹤。
- (二)第 4 項為附帶決議，因為地區預算「錢跟著人走」之政策已實施多年，大家有很多意見，因此委員建議政府可藉由委託研究，或透過召開專家學者會議方式，研究地區預算的分配方案。社保司回復，已召開過多次會議，因為大家沒有共識，無法提出具體可行的方案；至於以委託研究的方式，須向委員報告，健保署、社保司及本會的預算都非常少，105 年度挪不出經費辦理委託研究，這部分我們再想辦法，建議繼續追蹤。
- (三)第 5 項，有關 105 年度健保費率審議案，衛福部已陳報行政院核定，俟衛福部公告後再解除追蹤。
- (四)第 6 項，依據健保法第 72 條，健保署每年都須提出抑制資源不當耗用改善方案，送交本會討論。本會討論後，委員意見已送請健保署參酌，並依法定程序報主管機關核定，本案建議繼續追蹤，於衛福部核定後再解除追蹤。

二、說明二，除 11 月份外，歷次委員會議決議(定)事項中，部分案件仍處於追蹤狀態，這些未結案件，本會依例每半年(6 月及 12 月)彙整乙次向委員報告，請翻到會議資料第 24~25 頁之附表二，截至本年 11 月止，於編製議程時，未結案件計有 11 項：

- (一)建議 6 項於本月份提報後解除追蹤：
 - 1.第 1 項，檢視、評估目前全民健保醫療服務的利用及相關改善方案，此項原列專案報告，健保署建議納入本月份業務執行報告中提報，其已列在業務執行報告第 28~29 頁。

- 2.第 2 項，對現行監理指標研提增修建議，已列入本次會議的討論事項。
- 3.第 3 項，全民健保藥價政策短、中、長程之改善方案，已列入本次會議的專案報告。
- 4.第 4 項，逐步合理調整支付標準並減少保障項目報告，健保署回復已納入本次業務執行報告中。
- 5.第 5 項，擬公開之藥價差資料及相關配套措施報告，已列入本次會議的專案報告。
- 6.第 6 項，104 年度總額其他預算項下「提升急性後期整合照護品質試辦計畫」預算，於燒燙傷部分的支用情形報告，已納入本次業務執行報告第 29 頁。
- 7.以上 6 項建議解除追蹤，不過最後還是依委員的意見辦理。

(二)建議 5 項納入 105 年度繼續追蹤：

- 1.第 1 項，自由經貿區開放對醫療人力及全民健保之衝擊報告，衛福部醫事司表示因立法院尚未通過自由經濟示範區特別條例，所以無法提出報告，等立法通過後再行安排。
- 2.第 2 項，建請衛福部於今年年底前，召開「醫療服務成本及人口因素計算方式」檢討會議，並能利用實證資料檢視計算方式之合理性。衛福部社保司已於 12 月 11 日召開會議，本會也有不少委員參加，委員的意見是希望可以實證資料來檢視計算方式的合理性，但因會議當天未見相關的試算資料，本案建議繼續追蹤。
- 3.第 3 項，請健保署按月提供醫學中心、區域醫院之門、住診初(次)級照護及下轉等數據資料案。健保署回復將於預算許可下，辦理相關委託研究，本案建議繼續追蹤，等研究結果出爐，健保署主動提報後再解除追蹤。
- 4.第 4 項，請健保署對於新藥、新特殊材料、新診療服務及放寬藥品適應症等項目，進行財務影響評估及替代效應分析報告。健保署將收集不同項目的案例及委託研究後擇期

提報，本案於健保署主動提報後再解除追蹤。

5.第 5 項，請健保署提報「人類免疫缺乏病毒檢驗預防及治療費用給付辦法」修法進展及後續辦理情形。健保署已於本次會議提出臨時提案，本項等臨時提案討論後再解除追蹤。

三、說明三，請翻到會議資料第 26~28 頁附件一，有關健保會 105 年度工作計畫草案，係依據健保法及其施行細則的法定事項，及歷次委員會議的決議(定)事項安排：

(一)工作計畫主要就監理業務、總額協定、費率審議、保險給付及其他應討論法定事項安排。

(二)對於健保署所提供的修訂意見，若可行也一併納入修改：

1.專案報告第 3 項，健保署建議修訂專案報告的題目。但該項專案報告名稱涉及 105 年度總額協定事項，所以還是照表定的題目請健保署報告。

2.例行監理業務第 1 項，有關健保業務監理指標之監測結果報告，原本安排在 1 月及 7 月提報，健保署建議調整報告時程為 3 月及 9 月，以利資料的完整呈現。但考量 9 月適逢年度總額協商，議程較緊湊，恐無法排出時間，所以幕僚建議改在 6 月及 12 月報告。不過原定於 105 年 1 月提報的監測結果仍照常進行，因此，105 年的報告時間為 1、6 及 12 月。

3.例行監理業務第 6 項納入「全民健康保險業務執行報告」之(2)，有關各層級醫院之門診初級照護資料，因健保署尚須委託相關研究計畫，所以 105 至 106 年本項資料暫無法提供，特別向大家報告。其餘事項因為都是按照法定事項安排，則不另說明。

四、說明四，請委員參看會議資料第 29 頁附件二，105 年度委員會議的預訂時間表，係沿用 104 年的會議時間，訂於每個月的第 4 個星期五召開，不知委員有無意見？其中 11 月份委員會

議時間，因為要進行費率審議案，也援例提早 1 週，因為衛福部須將審議結果報行政院核定後公告，可讓主管機關有較長的作業時間。如果委員沒有意見，就照表定時間召開委員會議。

五、說明五，依健保法規定，本會委員會議發言實錄，須在 10 日內公開，本次會議的下個週五，剛好碰到元旦假日，因此減少 1 個工作天。照以往時程，委員於 12 月 30 日前回復即可，但這次因為時間關係，敬請委員於 12 月 29 日下午 2 時前回復修正內容，以利即時完成上網公開的作業。

六、說明六，感謝張委員煥禎邀請委員參訪壠新醫院，也送了 1 本「沒有圍牆的醫院：壠新改寫台灣醫療史」書籍，幕僚認真閱讀後，安排下列相關參訪行程：

(一)除了參訪壠新醫院外，須請北區業務組安排適合參訪的院所，以了解健保雲端藥歷系統或總額預算專案計畫之推動情形。若大家對主題沒有意見，本會幕僚將洽請相關單位安排後續事宜。

(二)另外須請委員決定參訪時間。初步規劃就 2 或 3 月份委員會議時間，擇 1 日辦理參訪活動。若委員不同意上開安排，認為委員會議不能停開，也可選擇在表定委員會議時間外，另行安排，幕僚會再調查委員的時間。

七、說明六，本年 11~12 月份期間，衛福部發布及副知本會之相關資料，在會議資料第 101~123 頁附錄二~六；健保署發布及副知本會的相關資料，在會議資料第 124~152 頁附錄七~十七，請委員參考。

鄭主任委員守夏

謝謝柯執行秘書桂女的報告，以下就委員須決定的事項逐一討論，請委員參看會議資料第 14~15 頁：

一、說明五，明年 1 月 1 日為國定假日，本次實錄須請委員提前 1 天回復修正內容，以能在法定時程，即會後 10 日內公開上網。幕僚謹慎處理實錄公開事宜，也懇請委員同意(未有委員

表示反對)，本項就照幕僚建議辦理。

二、說明六，是幕僚依據本年 6 月份委員會議委員的建議，規劃業務參訪行程。除了納入張委員煥禎的建議外，參訪主題還包括健保雲端藥歷及總額預算推動的專案計畫等，參訪的院所則請健保署北區業務組安排。須請委員決定參訪時間，可就明年 2 月份或 3 月份委員會議的時間，或其他時間，擇 1 日召開委員會議並進行業務參訪。依過去經驗，若不是利用委員會議時間，通常只有少數委員方便參加，而且過去好像沒有到部外召開委員會議的情形。

謝委員天仁

以前曾經到部外開過會。

鄭主任委員守夏

除了年度總額協商會議外，曾經在外面召開委員會議嗎？

謝委員天仁

以前(監理會)曾假中醫師公會全聯會場地召開過 1 次委員會議。

鄭主任委員守夏

這是前例，但那次有參訪嗎？(有委員表示：不是參訪)好！請委員決定是否擇 2 月份或 3 月份委員會議的時間。

張委員煥禎

一、本次參訪活動，是我在 6 月份提出邀請，沒想到健保會認真的看待此事。當時有感於個人在一代健保時即擔任委員至今，與委員們共事近 20 年，而區域醫院中，壢新醫院是少數投注許多心力在社區醫療服務，且與基層院所合作密切的醫院，所以才想邀請委員到本院參訪。但我的立場是超然的，參訪重點不在壢新醫院，也不是基層院所，而是看基層院所與醫院如何整合運作，在用藥管控、居家照護服務等方面，為民眾所做的努力。希望利用短短的時間，讓委員瞭解實際情況及醫界所做的努力。

二、參訪的對象不是壢新醫院，而是本院在整個桃園地區所服務的

社區，期讓委員了解，健保制度下所衍生的問題，不論 supply side(指醫療端的供給面)或 demand side(指病人端的需求面)，甚至是民眾的想法等。委員可實地了解醫療院所在健保的諸多規定下，實際的運作情形。對於某些較有爭議，或想深入了解的事項，也都可以納入安排。

- 三、為達到上述目的，委員參訪須好好安排才有意義。參訪的時間，2 月份及 3 月份是本會議案最少的時段，可能還有機會辦理參訪，而其他時段都有既定須處理的議案，不可能有時間。若須要召開委員會議，本院也可配合提供會議場地。每位委員的立場不同、關心的重點自然也不相同，希望委員能提供參訪的主題供參考，待委員決定參訪時間後，我們再好好安排。

鄭主任委員守夏

- 一、特別感謝張委員煥禎真誠地協助。本會須處理的議案真的非常多，會議曾何時在 12 點結束？(委員回答：沒有！)每月都有議題待討論，即便只是意見溝通，也非常重要，因為本會是健保事務溝通的平台，處理相關議題是本會的責任，若要到部外開會或參訪，需要好好安排。
- 二、為能彙集委員意見，請幕僚擬具參訪時間調查表，讓委員勾選以下時段的志願順序：利用 2 月份委員會議、3 月份委員會議，或其他時間。以最後統計結果最多人選填為第一志願的時間來安排。現在離 2、3 月還有些時間，但盡早決定，可讓北區業務組及相關醫院有作業時間，避免造成困擾。請同仁稍後發放問卷，並統計調查結果以讓委員了解。
- 三、接著請委員參看會議資料第 26~28 頁，本會 105 年度工作計畫所安排的事項，多為本會的法定任務。第 29 頁是 105 年度委員會議預訂時間(草案)，委員本職都非常繁忙，事先確定明年度委員會議開會時間，可讓委員在行程表中先預留時間。援例，11 月安排在第 3 個星期五，其餘月份都安排在第 4 個星期五。請問委員，會議時間需要調整嗎？如果沒有調整，就照

表定時間安排明年的委員會議。請曲委員同光。

曲委員同光

- 一、主席、各位委員，105 年度委員會議的預訂時間表，主要沿用今年的時間安排。過去照此安排召開會議，沒有什麼問題，主要是因為實施二代健保以來，前 2 年(102 年、103 年)的保險費率都未進行調整。今年為了費率審議及建立收支連動機制案，特別將 11 月份委員會議時間提前 1 週，才能來得及在 12 月 1 日將費率審議的結果報行政院核定。由於 105 年度健保費率有調整，行政院在作業上因此增加交議審查程序，來年的費率審議，將會啟動財務平衡及收支連動機制，調整的機率勢必提高；依法定時程，費率須在年度前完成公告，所以會有時間壓力，擔心作業時間來不及。
- 二、建議總額協商的時程能再提前一點，以讓後面的作業時間更充裕，但這當然會造成較大的影響，所以先提出此意見請委員參考。若委員能接受行政院核定費率的時間很緊迫，可能會有明年 1 月 1 日尚未核定完成的情形，則大家就須一起承受其壓力。僅說明目前作業程序上會遇到的狀況。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、我因有同時擔任過費協會及監理會委員的經驗，所以在健保會剛成立而討論每月份委員會議時間時，即向大家報告，監理會月底開會無妨，但跟財務有關的議案，在月底開會就會出問題。若其他月份會議時間不變動，只有 9 月、11 月份提前，也很奇怪；若真要調整會議日期，建議全部改至每個月的第 2 個星期五，這是最容易解決問題的方法。
- 二、以後本會大概每年都會面臨這些問題，包括可能須要修正財務平衡及收支連動機制的相關細則，例如，依目前所訂原則「當年年底安全準備餘額不足 1.5 個月保險給付支出時，啟動保險

費率調漲機制」，其以「1.5 個月保險給付支出」做為標準，較不具彈性，可能會造成以後費率的調升幅度太高，所以必須深思熟慮，仔細考慮相關事宜，而要在短時間內建立更好的機制、解決財務問題並不容易。

三、建議委員再思考，明年的會議日期是否提前至每個月的第 2 個星期五，如此，後續和財務有關的事項才有時間好好討論。

鄭主任委員守夏

一、沒記錯的話，先前討論「會議召開時間」案，第 1 至第 4 個星期五都考慮過，因為監理會、費協會的開會日期是錯開的，後來大家的結論是採監理會的開會日期，訂在月底(第 4 個星期五)；而費協會的開會時間是第 2 個星期五。時間提前有好有壞，例如總額的協商時間若提前至 8 月就不適宜，因為時間太早，相關參考數據，包括經濟成長預估值等數據還未公布，時間愈後面預估應該愈準。

二、謝委員天仁的建議很好，目前變動最小的方式，應該是將開會時間由第 4 個星期五調整至第 2 個星期五。不清楚委員是否兼任其他公司職務，致因需要參加別的會議，而有時間剛好撞期的情形，所以大家也許需再確認。謝委員天仁的提議是由第 4 個星期五提前至第 2 個星期五，這樣曲司長同光所擔心的問題，就可以有多 1 週的作業時間，時程上較為充裕。不知今天能否決定，還是需要再調查？

三、現在有 2 個提議，一是維持現行會議時間(第 4 個星期五)，但 11 月份提早 1 週；另一個是移至每個月的第 2 個星期五。請委員表示意見。

楊委員芸蘋

若會議時間改到第 2 個星期五，明年 2 月將遇春節假期，則須停開 1 次。

鄭主任委員守夏

依過去的經驗，遇到年節，會議時間會配合調整至前 1 週或後 1

週，農曆春節較特別，其他的節日大概都還好。請問委員需要再考慮，還是請同仁進行調查？

楊委員芸蘋

過去監理會都有辦理相關參訪活動，希望健保會能辦理參訪(部分委員說明：明年已有安排)，也可考慮參訪與開會一併舉行，其實不會很困難。

鄭主任委員守夏

請同仁進行調查，否則 35 位委員每人問 1 輪，花費太多時間。明年度的行事曆已投影在螢幕，請大家參考。

吳委員肖琪

過去費協會是每個月的第 2 個星期五開會，監理會則是第 4 個星期五，現在也是於第 4 個星期五召開，確實遇到可能影響後續作業時程的問題，附議改至第 2 個星期五。

鄭主任委員守夏

如果改成第 2 個星期五，有無委員已經知道會造成不便？若遇到年假可考慮調整。如果 2 月份進行參訪加開會，時間可以另外調整。請何委員語。

何委員語

改至第 3 個星期五是否也可列為選項？一般人的心態，通常要到每個月的第 1 天才會感受到新月份的開始。本會會議規範規定，議案須於會議 10 天前提出，若訂在第 2 個星期五，當月 1 日才想起來要提案，就已經快截止收案了。建議折衷，採第 3 個星期五也是不錯的方式，看看大家的意見。

鄭主任委員守夏

曲司長同光表示 11 月份如果能再多提前 1 個星期，則後續陳報行政院的作業時間會比較充裕，讓人較安心。如果是第 3 個星期五，則和目前預訂將 11 月份會議時間提前 1 週的時間相同。委員建議改至第 2 個星期五，是因為 11 月可再多 1 個星期的作業時間。對委員其實一樣，都是每個月開 1 次會，只是日期改變而已。

柯執行秘書桂女

如果會議時間改至第 3 個星期五，只有 11 月調整至第 2 個星期五，是否可行？對本會幕僚及健保署來講當然會較辛苦，相關議事作業需要一定的時間。

何委員語

我發現政府很多會議，都擠在第 4 個星期召開，上星期參加的會議就有 6 場，都擠在一起，建議改採第 3 個星期五開會。

張委員煥禎

這麼多年來都已經習慣第 4 個星期五開會，所有的活動，包括出國，已經都不安排在第 4 個星期五。相信在座很多委員雖然沒有發言，但也都習慣將第 4 個星期五的時間預留下來。也不是一定不能調整，但如果只是為解決費率審議案報行政院的問題，可以調整其中 1、2 個月即可，需要全年調整嗎？若要全年更改，希望能早一點決定，例如明年 1 月份起變更時間，但上半年的出國行程，已經避開第 4 個星期五了，所以若要變動，希望提早通知，或下半年再調整。

鄭主任委員守夏

與參訪時間一樣，請同仁進行問卷調查，由委員填志願，第 1 個選項是維持現狀，於第 4 個星期五開會，只有 11 月份提前 1 週；第 2 個選項是全部提前至第 2 個星期五；第 3 個選項是第 3 個星期五。請委員排序，將最喜歡的日期填第一志願，次喜歡的填第二志願，依序填寫，一定不行的日期就特別寫下來。

干委員文男

第 2 或第 4 個星期五我都沒問題，但考量整體運作，第 2 週在上旬，離前 1 個月份很近，健保署結算上個月的資料會有困難，或可考慮第 3 個星期五較合適。

鄭主任委員守夏

干委員文男附和何委員語所提議的第 3 個星期五。請李委員蜀平。

李委員蜀平

報告主席及所有委員，雖然有點傷感臨別依依，但主席還是讓我舉 5 次手才要我發言。想到吳委員玉琴下次就不來開會，陳委員義聰、蔡委員宛芬可能也是，真的很難過。個人提出 1 個建議，可能會引起公憤，但還是要提，仍依剛才所提的 3 個志願，另一種想法就是開會改成星期六或日，這樣才不會佔用正常上班時間，委員本來就是要為國人服務，大家犧牲一點。

鄭主任委員守夏

在場的許多都是公務員，政府預算已經不足，沒有經費可以支付加班費，饒了他們吧！

干委員文男

李委員蜀平建議星期六或日開會，絕對不可行，現在婚喪喜慶都挑周末，光參加告別式就沒時間了(眾委員笑)，還要來開會，這不可行！

鄭主任委員守夏

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、會議時間要變動我沒有太多意見，健保署作業來得及就好。
- 二、若要重新調查，也不一定要訂在星期五，北部的委員比較沒有差別，但住中南部的委員，若星期五會議開得很晚，或遇連續假期，都會因返鄉人潮而增加很難訂車票的困擾。建議可以考慮週三開會，調查可多 1 個選項。若不變動我也沒意見，提出供大家參考。

鄭主任委員守夏

請張委員文龍。

張委員文龍

若要調整會議日期，原則上會儘量配合，但我們團體跟健保會一樣，整年度的會議時間大概在前 1 年年底就會敲定。建議先確定 1

月份的開會時間，因為時間已接近過年，2 月份以後要配合比較沒問題。

鄭主任委員守夏

請葉委員宗義。

葉委員宗義

建議還是維持現狀，本案在健保會已經討論過數次，每個人都有不同考量，改來改去最後才訂在第 4 個星期五。還涉及 1 個問題，健保署或醫界相關的會議也很多，無論是各協會或共同擬訂會議，都已經錯開健保會的會議時間，如果本會現在更改，可能影響其他會議的召開，建議特別留意此問題。

鄭主任委員守夏

一、真的有點為難。葉委員宗義所言有道理，也須要考量健保署醫療服務、藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議及其他相關會議的時間。剛才私下詢問黃署長三桂，署長很乾脆說都可配合，重點是委員能否有共識。還是請同仁進行調查，特定的月份可以再調整，但要儘早議定。

二、剛才張委員文龍的建議很明確，至少 1 月份先維持第 4 個星期五不要變動。現在已經 12 月底，若明年 1 月要變動，大家比較難配合，也有點太晚通知。若委員同意，1 月份的會議時間先維持不變，調查從 2 月份起算。

三、請同仁進行調查，第 1 個方案是維持現狀，已有委員表示維持現狀也可以；另外 2 個方案是第 2 或第 3 個星期五，請委員依順序及偏好儘快選擇。至於滕委員西華建議擇星期一到星期四，不要星期五，這樣方案就有很多組合，調查起來工程比較浩大。本項討論到此，委員有無其他詢問？請李委員蜀平。

李委員蜀平

一、會議資料第 24 頁「歷次會議未結案件辦理情形彙整表」，於本(12)月份提報後擬解除追蹤之第 3 項及第 5 項，建議繼續追蹤。其中第 3 項「全民健保藥價政策短、中、長程之改善方

案」，好像沒有讓相關社團參與。現在台灣大學的梁啟銘教授組織 1 個與各公、學會組成的聯盟，由他擔任總召集人，該聯盟集合了藥業等 15 大公協學會，及其他相關團體。健保署是官方單位，若覺得執行上很辛苦或有困難，應可找民間社團合作，大家一起在最短時間規劃短、中、長期之藥價政策，讓藥價政策規劃到最完美，所以此案不能解除追蹤。

二、另外，第 5 項藥價差的問題，昨天謝委員武吉參與抗爭，是一定積壓許多原因，才會如此，目前監察院及社會上很多團體都關心藥價差，所以本案也不能解除追蹤。我並非主張藥價差要立即全部透明，而是應該由主席、健保署及委員，在體制內討論，不合理的藥價差，如何改變轉化成合理的醫療費用支付，這才是社會所要的。講藥價黑洞這個詞，等一下可能又要被蔡委員明忠責罵，只好講藥價綠洞、藥價黃洞，他才不會罵我。建議繼續追蹤，不然又會稀哩呼嚕通過了。

鄭主任委員守夏

跟委員說明，列入報告或討論的議案，雖已經照決議(定)事項處理，但只要委員認為還有須要追蹤的事項，就會以新案繼續追蹤。該 2 項未結案件於本次會議已安排專案報告，所以報告後會就決定事項繼續追蹤。不過須要說明，同 1 個議案不會連續追蹤 8 年，而是先讓舊案解除追蹤，再以新案繼續追蹤。

吳委員玉琴

一、我想請問健保會的角色和定位。本會很重要的功能是審議保險費率，但審議過程中，對政府部門的作為，包括調降菸品健康福利捐分配予健保安全準備的比率、政府每年度負擔健保總經費法定下限 36% 的計算範圍，還有已公告的調高繳納補充保費扣費下限等影響財務的事項，本會都非常有意見，而且也提出抗議，結果政府還是照樣通過。對前開議題，健保會的角色非常重要，可是本會根本沒有功能，我常形容好像被閹割了，應該對此提出嚴重抗議。

- 二、何委員語於本次會議也提出反對健保法施行細則第 45 條修正案追溯實施日期的臨時動議，我們還是要抗議，因為這是費率審議中所有財源的基礎，但衛福部根本不重視健保會的主要功能。
- 三、健保會還有 1 項重要功能，即保險政策與法規的研究及諮詢，但我也常有被耍的感覺。例如自由經貿區開放對醫療人力和健保相關衝擊的專案報告，醫事司老是說要等立法院通過後再來報告，立法院通過後，我們只是被告知而已，連參與的機會都沒有，健保會到底在幹嘛？功能到底在那裡？如果都只是呼攏我們，那委員真的可以退席了！因為任何建議都沒有用。如果這麼重大的政策，連健保會委員都不知道，也沒有機會表達意見，則擔任委員真的很無力。所以特別提出，健保會的定位應該要更清楚，也要有更積極的作為。

鄭主任委員守夏

- 一、吳委員玉琴的建議非常明確。再次說明，健保會是衛福部的常設性任務編組，因為本會的位階如此，所以法定權責是有限的。而衛福部在行政院之下，當院長有指示時，衛福部則須配合辦理，除非部長請辭表示抗議，不然還是得遵循。體制內，本會屬衛福部內部單位，但很多委員在民間都非常有影響力，或可在體制外表達意見。
- 二、事實上，以現在的規範，重要的決策責任都在部長身上，不論本會做出何種決定，出了問題都是部長要負責，到立法院，立委質詢的對象是部長，要出面解釋的也是部長。因此，衛福部尊重本會決議時，就採用，但也會有主管機關堅持的時候，在那種情況下，我們怎麼講都沒有用。只能說體制內使不上力時，委員也許可從體制外努力。我們當然可以從體制內抗議，吳委員玉琴很快就要變換成另一個吳(立法)委員的身分，轉換跑道到監督行政院及所屬機關，尤其吳委員對健保事務這麼熟悉，知道什麼地方該改進，會更有著力點。我們既在體制內，

還是得照遊戲規則。

謝委員天仁

- 一、有關法規修訂，我講的不是形式問題，形式上法律授權法規制定者制定行政命令，但制定者要衡量法律的精神所在。舉例而言，法律授權衛福部訂定扣取及繳納補充保險費辦法，扣費下限調高至 2 萬元，請問調高到 1 百萬元行不行？當然不行！形式看來好像符合法律授權，實質是不對的！用這種方式來達到變更付費者實質負擔的目的，等同調整費率，這很清楚。授權訂定扣取及繳納補充保險費辦法，只是行政上的便宜措施，考量稽徵成本，所以不需每筆都要徵收補充保險費。但今天補充保險費扣費下限由 5 千元調高到 2 萬元，並不是為了稽徵便宜措施，而是為實質達到降低費率的目的，這一定要送到健保會審議，沒有送，我認為違法。如果可以這樣做，補充保險費扣費下限也可提高到 1 百萬元，假使行政授權可以這樣處理，那立法院可以關門了！全部空白授權，你們去搞就好了！所以我一再強調「實質的意義在那裡」。法律授權的目的很清楚，授權是為了行政程序的稽徵便宜措施，不能逾越，現在都逾越了；為了實質降低股票族的負擔，等同降低實質費率，所以我們不可能接受。
- 二、學者可能認為部分負擔不涉及健保財務問題，但實質上就是有影響，部分負擔增加，健保署支付部分就會減少，等同實質改變費率，這些事情大家要務實去面對，如果沒有此體認，那麼健保法第 26 條，形同虛設(健保法第 26 條為，本保險有下列情形之一時，由保險人擬訂調整保險給付範圍方案，提健保會審議，報主管機關轉報行政院核定後，由主管機關公告：一、本保險之安全準備低於一個月之保險給付總額。二、本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務之平衡)。
- 三、醫療機構說調整給付項目會影響財務平衡，我說通通沒有，合

理嗎？你會接受嗎？如果醫療機構不能接受，付費者怎麼會接受補充保險費扣費下限提高到 2 萬元呢？怎麼會允許沒有經過付費者的審議，擅自調整部分負擔呢？衛福部或健保署應就健保法施行細則第 45 條修正案好好研擬，衛福部的法律人才沒那麼少，老是做錯，我覺得不可思議。

四、10 月份委員會議我也當場指正，保險對象無續留急診治療必要卻仍滯留急診，健保將不給付，此已涉及健保法第 51 條第 12 款不給付範圍的認定，不是健保署修改相關規定就行。健保法第 51 條第 12 款明明規定須送健保會審議，怎麼可以未送審議就修改相關辦法？法制上應照規矩來，如果不照規矩，我們當然也可以不講道理，如果要這樣蠻幹的話，大家等著瞧！

鄭主任委員守夏

謝委員天仁表達的意見很明確，本會過去 3 年也累積一些經驗，知道那些部分健保會真的有功能，那些時候好像只是形式上的徵詢。委員開始慢慢累積經驗後，也許會比較清楚如何發揮本會溝通平台的功能。

干委員文男

一、對本案的意見，本來要留到健保業務執行報告時再發言，現在有人發言就一起來。我覺得本會連橡皮圖章都不如。之前衛福部將預告修正「全民健康保險法施行細則」部分條文修正草案函送健保會、爭審會及其他單位，徵求大家的意見；本會在 8 月份委員會議，針對預告欲刪除施行細則第 45 條案，表達一致反對的立場，但後來衛福部還是照樣執行！不清楚決定過程為何，是衛福部行政權大於法律授權，或有其他特殊考量。當初函請本會就預告案表示意見，我們也提供修正意見，但都未被採納，我非常氣憤，太不尊重健保會了！

二、很認同前面幾位委員的發言，吳委員玉琴自下個月起就擔任立法委員，所有送立法院備查的健保相關案件，應該都改為審查案，建議吳委員要在衛環委員會，不要跑到別的委員會，所有

和健保有關的案件，都送到該委員會審查，和健保會一氣呵成，行政機關才不會作怪。

鄭主任委員守夏

何委員語已經提出臨時動議，等一下還可以再討論本議題。請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

- 一、很佩服吳委員玉琴的意見，我們都心裡有數，但為了和諧，不想讓會議再爆出更大的衝突，所以都沒有提出。其實我們心裡很清楚，健保會的功能真的沒有彰顯，健保法第 5 條規定得很清楚，健保會的功能很多，既然有功能又有機會可以做很多事，真的有必要顯現我們的能力。
- 二、委員都很想為台灣人民做很多事情，希望健保署不管大小事，都可以將健保會當成後盾。尤其黃署長三桂真的想做很多事情，但礙於部長的決定，也不敢反抗。其實不一定得如此，健保會有很多委員可以當您的靠山，不用擔心。
- 三、希望未來健保會的功能可更彰顯，以後吳委員玉琴在立法院，可以把健保會看得更重要一點，請一定要選擇在衛環委員會，這是我們對您的期待。未來不管大小事，在健保會能處理的範圍內，建議先經其同意後再由衛福部發布。

鄭主任委員守夏

好幾位委員都舉手，先請葉委員宗義。提醒一下，已經快 11 點了，發言請簡短。

葉委員宗義

主席剛才表示只做到 12 月底，替你說句公道話，你也擔任過費協會主任委員，當時沒有實權，但在總額協商中都須扮黑臉；現在擔任健保會主任委員，同樣沒有實權，我們只是諮詢單位。因為太了解，所以不想再扮黑臉，下個月就要離開；同是彰化人，我非常了解你的心情。

鄭主任委員守夏

如果有時間我可以做深情表白(委員大笑)，請李委員永振。

李委員永振

- 一、針對健保法施行細則的修正，何委員語已連署提出臨時動議，我也發表一下意見。剛才主席有提到，健保會是衛福部的幕僚單位，這也沒錯，但我贊成謝委員天仁的看法，應該照程序來，先提健保會讓委員發表意見，當然衛福部有權裁示，但本會的意見也應該要呈現。主席也提到，若我們意見被採納的太少，可以在體制外發聲，以後體制外多了 1 位同志，除媒體外，在立法院也可以發言，這樣整個程序才合理。而不是逕行公告將補充保費的扣費下限由 5 千元調高到 2 萬元，並認為此修改未涉及費率調整，規避本會職權，其對保險收入影響很大。協商醫院總額時，付費者代表與醫界代表的方案差距不到 5 億元，就要兩案併陳，但提高補充保費扣費下限後將減少 42 億元保費，豈可如此處理。
- 二、在審議費率時，我已多次提及，補充保險費扣費下限從 5 千元提高到 2 萬元，應屬本會職權；另外，針對「菸品健康福利捐分配及運作辦法」修正條文於 10 月 15 日公告，卻溯自 9 月 1 日生效，我也多次提出異議，但大家都沒像今天這麼激烈。這已不是第 1 次，剛才謝委員天仁也提到許多前例。
- 三、建議健保會幕僚，日後遇有類似情況時，應協同相關單位整理分析影響詳情提會報告。就像「全民健康保險法施行細則」第 45 條修正條文，在 7 月份及 8 月份委員會議已有許多討論，委員也提出諸多建言及獲致決議，既然已經公告，健保署及本會幕僚同仁都應該進行分析，例如本會的意見及決議被採納部分有多少？對財務的影響如何？新增第 2 款及第 3 款條文的影響範圍？修訂內容與立法精神是否一致？這些都是政府負擔健保總經費法定下限 36% 所衍生的問題，相關分析可讓全體委員了解，而民眾也將知道本會已經盡力，最後是主管機關決定

的；或是在體制外，大家再來努力。這樣才能使未來相關的運作方式更明確。

鄭主任委員守夏

謝謝！請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

- 一、本會從「菸品健康福利捐分配及運作辦法」到「全民健康保險法施行細則」的修正，每次都在體制內抗議，但都無效。主任委員也很辛苦，或許想法和委員一樣，卻有難言之隱(與會者笑)。一直講給主任委員聽，也不是辦法，應該找個機會好好向部長表達我們的心聲，可能更為重要。我們要先禮後兵，不要還未照會部長，就在外面抗議，這樣不好。
- 二、健保法第 5 條規定，本保險下列事項(保險費率審議、總額協定分配、保險給付範圍審議等)由全民健康保險會辦理，條文從未提及健保會是諮詢單位。健保會審議、協議訂定事項，須由衛福部發布，因健保會無法自行發布，必須委由衛福部辦理。因此，健保法第 5 條的法定事項應由本會決議才算，本會不同意就不能執行；我們同意後，是由衛福部代為發布命令。我不認為本會是諮詢單位，而是有實質決定權的單位，只因非屬法定機關，無法發布命令，所以須由衛福部代為發布。我們必須讓部長清楚了解法律所賦予本會的權責。

鄭主任委員守夏

謝謝！請何委員語。

何委員語

- 一、以前曾提過，衛福部的官員有點封閉。我參加許多部會的會議，有機會比較各部會處理問題的方式。例如勞動部長邀請資方代表吃飯時，就在飯桌上做成多項決議；即使無法當場決定，資方代表也會提出許多建議供其參考，就如明年 3 月前，所有企業須為適用勞退舊制的勞工提撥退休準備金達 1.6 兆元，可能會造成經濟風暴、股市崩盤，這是很嚴重的問題，資

方代表提供許多解決方法，連立委都承認錯誤，要提案修法。教育部次長也曾邀請業界討論如何改善技職教育，聆聽企業界的想法。只有衛福部部長從來不和我們餐敘，我們不是為了吃飯，而是希望討論政策如何執行，付費者代表希望提供意見，讓政策執行更加健全完美。

二、經濟部長每半年都會邀請工商團體理事長聚會，聆聽他們的看法；勞動部部長也每半年分別邀請資方及勞方代表聽取意見，這樣政策執行才會完善。否則，雇主經常在報上抗議，也會被認為口德不佳，怎麼每天都在責罵部會首長。雖不想罵，但記者整天追著跑，希望我們罵。所有媒體都希望我們罵大聲一點，新聞就能大肆報導，這樣很不好，製造許多對立，也影響政府施政的形象。若能事先溝通，集思廣益，必能想出完美的策略。不會故意和衛福部作對，只要合情合理合法，我們都會大力支持；但參與健保會至今，衛福部部長從未邀請付費者代表喝杯咖啡、溝通想法。不瞞大家說，我參加這麼多部會的會議，都曾和首長見面討論，只有衛福部部長從不和我們討論，這並非好政務官應有的態度。

鄭主任委員守夏

謝謝！希望大家盡可能簡短發言，請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、呼應何委員語的發言，我以前在費協會常說，「狗吠火車，無效啦！（台語）」（何委員語：人吠火車啦！），事實上如何委員語說的健保會委員是「人吠火車，無效啦！」。向大家報告，12月3日我有事南下，所以由台灣社區醫院協會謝名譽理事長文輝帶隊，將昨天社區醫院上街抗議的陳情書送交部長，因我未在现场，不確定部長是否接下。我們原希望在12月3日就能盡快解決此事，結果部長當作馬耳東風，沒有重視。到了12月10日，楊委員漢源和我及部分醫界代表，也再到衛福部拜會部長，當時我提到健保法第43條，結果部長也只說這是

歷史共業，無法解決。昨天我向某位監察委員轉述，他說部長怎能如此回應，依法就應落實轉診，不能這樣推拖拉。

二、我們對部長有所期待，真的碰到問題了，要有感受啦！反觀健保署長官每次開會都到場，而且答覆清楚，令人敬佩！衛福部林次長奏延已在 12 月 21 日卸任，其接續的決策者是誰？應該好好說明，而非總是紙上談兵。健保署有實戰經驗，與衛福部完全不同。我與楊委員漢淥一樣，只與部長見過 3 次面，跟他很不熟，他對醫療到底了解多少，我也不清楚。12 月 10 日我也當場向部長表示，但部長也只是笑而不答，能奈他何？到底部長對醫界及健保會到底了解多少，值得省思。我並非對部長有成見，但他是食品專家，如果對醫療不了解，應多和醫界人士見面了解狀況才對。藉由何委員語的提案，也可對部長よろしく(日語，指教)一下。

鄭主任委員守夏

請張委員煥禎。

張委員煥禎

試著做個結論，我擔任委員多年，也在衛福部開過許多會議，所以能認定健保會委員會議是很重要的會議，因為委員組成多元，而且會議持續召開。在我看來，應可排入衛福部所有會議的前 5 名。我也是醫界代表，歷經 8 任部(署)長，未曾那麼少接觸過部長，但蔣部長真的比較遙遠。我是醫院協會，也是醫師公會全聯會的代表，但至今還沒見過部長，他也沒有時間接見我們。我認為，在座委員雖然有時吵吵鬧鬧，但多數委員對健保的認知，不會比部長少，此現象存在著危機，照理講，政策決定者應該比我們更清楚才對。建議本案做成決定，建請部長定期與健保會委員聚會，並形成慣例。我也擔任桃園市政府的諮議委員，市長每 3 個月都要和我們餐敘，聽取意見。所以，建議將其常規化，不必太頻繁，但至少讓委員有機會近距離和部長溝通、討論，也讓大家的發言可以有個結論。

鄭主任委員守夏

非常謝謝各位的發言！也非常感謝委員多年來的參與，藉由對健保及醫療的了解，可知有很多事情面臨兩難。其實部長的位子不好坐，就我所知，在徵詢各部會首長人選時，財經部會較無問題，而衛福部有意願者最少，因須管的政策最多，但不若財經政策能多興利。謝謝張委員煥禎的建議，就作為本案的結論。建請衛福部部长或次長與健保會委員能有例行性的當面溝通機制，以利瞭解本會並對健保、醫療之運作有所助益。本案討論到此，後面的議題須加緊趕工。(趙委員銘圓：主席…)與本案相關嗎？

趙委員銘圓

- 一、我認為主席的結論很英明，但我另有 2 點建議。首先針對聲明稿部分，抬頭應改為委員會聲明稿，因為既然是委員會通過的決議，就應以委員會名義行之，而非「全民健康保險會委員聲明稿」；倒數第五行的「深表遺憾」，應改為「深表不滿及憤怒」；最後一句應改為「請邱淑媿署長應及時對外道歉並澄清」。
- 二、其次，在會議資料第 17 頁「本會上(第 10)次委員會議決議(定)事項辦理情形追蹤表」之「相關單位辦理情形」中，有關社保司 105 年度無預算可供新增研究部分，不知本會是否有權建議衛福部調整預算，以部長對主席的重視與信賴，應可建議增列社保司預算。在 12 月 11 日「檢討全民健康保險醫療給付費用總額範圍-低推估之計算公式」會議上，獲悉該司的行政經費只有 4 百多萬元，相較國健署每項委託研究都動輒上百萬元，很不公平。希望透過主席私下向部長建議，調整相關研究預算，否則就應增加人力。

鄭主任委員守夏

謝謝！趙委員銘圓所提公務預算部分，本會可協助健保相關單位表示意見，但據我所知，健保幕僚單位包括社保司、健保署及本會的行政預算只有刪減，沒有增加的可能，因為只要主計總處統一核

刪，沒餓死就不錯了，政府目前最頭痛的問題，就是缺錢。缺錢的原因是稅收不足，但這並非本會權限，是否就討論到此？請陳代理委員順來。

陳代理委員順來(侯委員彩鳳代理人)

針對主席決議「建請部長或次長…」，建議稍作修改，建請部長即可，因部長沒空時，可由次長代理，若加入次長，就會是次長參加，部長絕對不會來。

鄭主任委員守夏

好！就改為建請部長。有關趙委員銘圓所提建議文字，稍後再與滕委員西華私下商量，因也有其他委員表示意見，還是尊重大家共同的意見。

蔡委員宛芬

我對聲明稿也有意見，有關「竟被誣指為是『國民健康署同仁與本會公文及論戰之結果』，真是令人匪夷所思！」我認為語氣可以更強，建議改為「竟被誣指為是『國民健康署同仁與本會公文及論戰之結果』，實為指鹿為馬，令人遺憾！」(與會者笑，滕委員西華：就知道我是個好人了吧！)

鄭主任委員守夏

會後再統一修改。最後請潘委員延健。

潘委員延健

- 一、對於剛才委員所提主管機關應回歸依法行政之意見，醫界贊同，並全力支持。
- 二、有關會議資料第 26 頁「全民健康保險會 105 年度工作計畫(草案)」專案報告第 3 點「DRGs 相關診斷分類分組由 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 之執行情形」，對於實施 DRGs(Diagnosis Related Groups, 住院診斷關聯群)，醫院向來希望準備時間能更充裕，而非明年 1 月 1 日立即實施，但其備註第 3 點「本項係總額協定事項，主要是了解 DRGs 擴大施行後，疾病分類轉碼正確性，…」的寫法，似乎要立即實施，與

醫院期待 DRGs 實施日期要有緩衝的想法衝突。轉碼正確性應在 DRGs 實施前確認，以減少對醫界的衝擊，因此，建議調整備註說明為「…為準備 DRGs 擴大實施前，再確認轉換正確性及執行情形，…」。

鄭主任委員守夏

建議很明確，請同仁依委員意見修正。本案已經討論很久，接下來進行下 1 個報告案。

貳、例行報告第三案「中央健康保險署提報『105 年度各部門總額協定事項中需向本會說明或經本會同意後方可施行之項目案』」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝同仁的宣讀。健保署與醫界有無意見？如果沒有意見，就按照雙方的共識執行？(未有委員表示意見)

干委員文男

4 個總額部門是否都與健保署獲得共識？有無尚未獲致共識的項目？

鄭主任委員守夏

一、若未獲共識，就不能執行。本案提報的項目如已獲致共識，則須經本會同意後方可施行(干委員文男：部分項目尚未列入報告內容)，未列入的項目，預算就不能動支。

二、針對今日提報有共識的項目，建議同意其執行，本案通過。

李參議純馥

補充說明，本署已於 12 月 17 日召開中醫及牙醫門診總額研商議事會議臨時會，相關議程均已討論完畢。因本案資料較早送會，本署後續已依健保會所訂時程，完成中醫及牙醫門診總額部分。

鄭主任委員守夏

中醫及牙醫部分都已確定，但本案內容並未更新，有無相關資料可供參考？

李參議純馥

本署可於下次會議補充資料。須更新的主要是本案說明第 2 點所提，牙醫門診總額有部分項目未獲共識，但本署已於 12 月 17 日與牙醫部門達成共識。

柯執行秘書桂女

請健保署提供更新資料，納入本案決定內容，提供委員參閱。

鄭主任委員守夏

- 一、原則上只要健保署與各總額部門雙方有共識，提報本會同意即可。本案並非討論案，只須確定雙方有討論，健保署會按照本會協商時所訂協定事項執行，確定符合條件，才可開始執行計畫。建議委員同意由本會幕僚協助確認健保署所提資料，內容若未違反協定事項，就一併同意。
- 二、請健保署更新附表內容，並授權本會幕僚確認，本案通過。

參、例行報告第四案「中央健康保險署『104年11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

本案為健保署業務執行報告，口頭報告採季(每年1、4、7、10月)報方式辦理，依慣例本次係提供書面資料，不進行口頭報告。請委員參看書面資料，若有相關詢問，可利用桌上的發言條提供書面意見，幕僚會轉請健保署說明。請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、業務執行報告第77~79頁，「表30-1.醫院總額各層級門診初級照護分項費用占率統計」，針對初級照護分項費用占率下降部分，建議加強改善。
- 二、業務執行報告第80頁，「表31.急診品質提升方案之各層級醫院急診下轉件數統計」，地區醫院及區域醫院的下轉率不升反降，應探討其原因，請健保署於下次會議予以說明。

鄭主任委員守夏

健保署提供相關資料後，委員若發現有問題，或認為距離理想目標很遠，或愈來愈差時，可請健保署說明。委員若須健保署正式報告，也可另行安排。謝委員武吉表示已發現問題，須請健保署說明可能原因。請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、業務執行報告第74頁，「表29全民健康保險醫學中心病床增減情形」，所呈現資料均是與去年同期比較，我認為不太有意義。應改與當年年初或前1個月比較，較能看出病床增減的變化，若無變化也無妨。
- 二、雖然在本會重要業務報告有提及健保署各項支付標準修正案，並將公文納入附錄，但我還是拜託健保署，因多數委員並無太多時間上網查閱修正的實質內容，我認為可以在業務執行報告檢附修正摘要，說明支付標準修正重點為何。記得以前監理會都會提供，不是只有公文而已。委員雖有義務及責任上網仔細

查閱，但因數量太多，有時無法全數掌握，建議將重點摘錄，並附在業務執行報告後面。

- 三、據了解，健保署已行文要求醫療院所下載病患的健康存摺，做為 105 年度相關計畫的績效獎勵指標之一(註：105 年度「醫院以病人為中心整合照護試辦計畫」，新增成效指標，將整合照護病人健康存摺下載率列為加分項目)，本人代表參加醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議時，與醫界代表都曾表達反對意見。健康存摺是健保署對全體被保險人的美意，是被保險人的權利，但下載並非醫療院所的義務。因為除藥歷及其他醫療相關登載資訊外，健康存摺還包括其他資料，如整年醫療費用等就醫資訊，病人可能不想讓別人知道這些資訊。
- 四、其次，強迫醫療院所下載，須病患簽署同意書。我相信絕大多數住院病患都是閉著眼睛簽名，也不知為何下載，甚至不會看，但醫療院所卻須要承擔下載後保密隱私的責任，我認為這是越權，不能這樣做。就像我們反對財政部因自然人憑證推動效果不好，為提高績效，想打健保 IC 卡的主意是一樣的道理；健保署也不能為提高健康存摺的下載績效，以績效獎勵強迫醫療院所協助病患下載，這與雲端藥歷的用意不同。再次表達，堅決反對這項措施，其侵犯人民隱私，醫療院所不但沒有義務，也沒有需要下載健康存摺。既無義務又無需要，為何要侵害人民權利呢？

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝滕委員西華。「表 29 全民健康保險醫學中心病床增減情形」，在統計上，按季比較其實就足夠，每月比較並無太大必要性，只是之前委員希望能即時了解狀況，但與去年同期比較，確實沒有太大意義。建議健保署考慮用 moving average(移動平均)，以每 3 個月平均做比較，可能較有意義。
- 二、至於摘錄支付標準重要公告內容，請健保署幫忙，或請本會幕僚與健保署同仁商討採用何種方式，可讓委員迅速了解該次公

告的重點，這是很好的建議，相信對委員很有幫助。

三、以本會委員的監理立場，雲端藥歷有其實際功能，而健康存摺雖也屬善意措施，但可否作為 KPI(Key Performance Indicators，關鍵績效指標)？醫界代表也可表示意見，若醫界代表覺得很好，願意配合，則並無不妥，此點請健保署再考量。

潘委員延健

贊同滕委員西華的意見，除付費者觀點外，要求醫院協助推動有實質困難。因為決定權在病患，相關隱私資料與證件都在病患身上，所以，醫療院所要請病人同意由醫院下載，執行上會比目前雲端藥歷下載更困難，因雲端藥歷下載的目標明確，雖然增加作業，但相對較易執行。要求醫療院所推動健康存摺，執行面確有困難。

鄭主任委員守夏

謝謝！付費者代表與醫界代表都有共識，請健保署考量不要推得那麼用力；倒是雲端藥歷查詢系統有明確的效果，大家比較願意配合。請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

我認為要求醫療院所協助下載健康存摺會有問題。首先，因電子檔可以暫存，部分不肖醫療院所，可能藉此蒐集個人資料，會有違反個資法的問題；其次，做為醫療院所的 KPI 並不適合，健康存摺是為方便民眾了解自身的健康情況，包括醫療資源使用情形及用藥方式等，若變成醫療院所的 KPI，有些牛頭不對馬嘴，兩者性質不同。所以，我呼應前 2 位委員的意見，因目的不同，且有違反個資法問題，建議不應將健康存摺的下載率作為支付醫療院所的獎勵指標。

鄭主任委員守夏

大家都知道健保署的用意良善，希望能多提供資料，讓民眾知道自身的醫療利用情形，但推動上可能面臨的問題，請健保署再思考。請干委員文男。

干委員文男

本次是本年度最後 1 個月份進行業務執行報告，資料應要呈現全年推動雲端藥歷查詢系統的執行情形或成果，但翻遍整份報告，卻未看到相關資料。今年上半年實施雲端藥歷，幾個月後馬上看到績效報告，現在應該呈現全年度績效時，反而未呈現，不知推動進度及執行情形如何？編列的經費支用多少？還剩多少？是否已執行完畢？要有相關資料，才知道未來執行的方向。

鄭主任委員守夏

健保署剛才表示可於 105 年 1 月份委員會議進行專案報告，原來雖未排入議程，不過沒關係，委員想瞭解進度，就請健保署提出專案報告，謝謝委員的建議。本報告案就進行到此，現在時間已經…。

張委員煥禎

- 一、補充一下，同意健保署進行專案報告，但不要都只報喜不報憂，例如只是強調實施雲端藥歷花費少又有成效。舉個例子，健保會擔心醫療服務提供者浪費醫療資源或作假等，但是「健康存摺」、「雲端藥歷」等諸多措施，跟「浪費」沒有太大關係，反而是健保署加諸醫療院所的事，所花費的成本，都未考慮在內，請付費者代表對於未涉及醫療浪費的部分，能給醫界多一點空間。
- 二、建議健保署檢討時不要只提及執行情形很好、節省多少藥費、降低多少就醫費用，也應考慮技術面及醫療院所的看法，請將這些面向的檢討情形都納入專案報告。

鄭主任委員守夏

- 一、請健保署收集醫界代表的相關意見，另各層級醫院團體如台灣醫院協會、區域醫院協會、社區醫院協會，或醫師公會全聯會等，若覺得健保署都只提好的、沒說壞的，也可準備 1 套相對應資料，這些資訊較不涉及專業主題，屬較 soft(軟性)的議題，其實公會、學會都可補充意見。
- 二、請健保署展現誠意，執行過程中若發現待改善之處，也請儘量

於報告中呈現，如此對後續推動才具有助益。請林代理委員佩菽。

林代理委員佩菽(楊委員漢源代理人)

台灣醫院協會第 1 次發言。有關雲端藥歷的查詢，目前全國醫院為了執行雲端藥歷，且要符合個人資料保護法相關規定，醫院必須不斷地請病人簽署同意書，為同一位病人在各家醫院看診都必需重複不斷地簽署雲端藥歷同意書。每次 1 項內容就要再全部重簽，如此造成醫院龐大的行政作業，倘若能由健保署統一處理，將可免除醫院的行政作業。為了此事，台灣醫院協會已多次行文健保署，但都沒有很好解決方法。建請健保會能責成健保署研議，考量由健保署直接簽定，如此較有利醫院作業，免行繁複的行政作業。

鄭主任委員守夏

- 一、印象中，此意見以前就曾被提出，希望健保署研議不需由每位病人簽署同意書的可行性。若是為了全民利益或公務等因素，個資法好像有例外規定(個資法第 16 條略以：公務機關對個人資料之利用，…應於執行法定職務必要範圍內為之，並與蒐集之特定目的相符。但有為維護國家安全或增進公共利益者，得為特定目的外之利用)，否則執行面的壓力太大，請健保署能一併考量，因為不是這邊(健保署)辛苦，就是那邊(醫院)辛苦，只是那邊(醫院)辛苦比較看不見，但不是沒看到就沒事。
- 二、不過，一旦由健保署一併簽署的規定，以命令方式形諸文字，監察院或任何人都可以提告，公務機關須有一定的考量，可詢問個資法的主管機關，若行得通，對於推廣雲端藥歷，勢必有很大幫助。請李代理委員紹誠。

李代理委員紹誠(蔡委員明忠代理人)

醫師公會全聯會第 1 次發言，提供個人意見供參。民眾到醫療院所看病時，常會發現醫師用在看病人的時間愈來愈少，而花在電腦的時間愈來愈多，是因為醫師深怕沒達到健保署行政上的相關要求，所以在地方上處理醫療糾紛時，常常聽到病人 complain(抱怨)「醫

師從頭到尾沒看我，我講完話，醫師還是一直盯著螢幕」，這樣醫病關係會產生很大的問題，醫師花在幫病人做身體理學診察，比花在行政工作的時間還少。其實推動雲端藥歷查詢系統是很好的制度，可減少不必要的浪費，若能有相關配套措施，及減少醫師看診過程中不必要行政時間，將更多時間用在診治病人及講解病情上，因此，希望未來能朝向減少行政業務對醫療行為的干擾。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝！所提建議很好。醫師公會或可思考目前能節省那些作業步驟，或建議健保署放寬那些規定，讓醫界更自主，若有較明確可行的方案，技術面部分，可再與健保署進一步討論。
- 二、今日報告案花費很多時間，接下來進行討論案。

肆、討論事項第一案「治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置--『曲克』利弗爾周邊血管支架自付差額特殊材料案」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

討論事項第一案是有關自付差額特材，大家還記不記得，以前曾討論牛心瓣膜與豬心包膜等自付差額特材案，當時實在看不太懂，而本案也是很有學問。為了節省時間，建議不宣讀(委員表示同意)，直接請健保署說明，本案究竟是何種特材，初審的結果為何？一定是署同意了才會送到本會討論。請健保署說明。

蔡專門委員文全

- 一、本案特材主要用於治療病人下肢周邊動脈阻塞，該疾病會造成後遺症及相關疾病。為治療該疾病，健保目前已給付未塗藥的裸金屬支架，而本案特材則為周邊動脈塗藥支架。
- 二、周邊動脈血管支架分類與健保目前已給付的冠狀動脈血管支架類似，分為「塗藥支架」及「裸金屬未塗藥支架」兩類，本案特材用於治療下肢周邊動脈阻塞。
- 三、基本上，本案特材對於術後血管通暢率及免於血管重建率會比裸金屬支架好，目前健保已給付的裸金屬支架約 2 萬多元(28,773 點)，而本案塗藥支架售價約 6 萬多元，故建議本案特材以自付差額方式納入健保，讓有需要的民眾，可在願意自行負擔 4 萬多元的情況下，多一種選擇。
- 四、本案已依貴會 104 年 5 月份委員會議決議，提請「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」(下稱共擬會議)討論，並獲得專家學者、消費者、醫界等代表的支持，及通過後，提請本次委員會議討論。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡專門委員文全，請問委員有無詢問？

滕委員西華

- 一、已參閱共擬會議紀錄的結論，但未另查閱該會議實錄的逐字稿(註：健保署於網頁公布該會議錄音檔，但未有實錄)，不曉得

在共擬會議中是否有人提出同樣的問題，若屬重複提問，則請見諒。

二、就 11 月份寄送本會委員參閱的「醫療科技評估報告：『曲克』利弗爾周邊血管支架」資料，及本次會議資料第 47~49 頁「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」中(下稱基本資料檢核表)建請同意本案的理由，有幾點請教：

- (一) 依基本資料檢核表的「2.國內外上市日期與價格」，我國 2011 年上市後，本案特材價格為 63,000 元，但該表「5.本品項民眾自付差額之額度」為 42,208 元(自費平均價 70,981-健保給付上限 28,773=42,208 元)；而會議資料第 50 頁所列，本項特材健保自費醫材比價網的 22 家醫院收費平均價為 70,981 元。請問 63,000 元代表什麼意思？為何不用 63,000 元來估算民眾自付差額的額度，反而以自費比價網的平均值 70,981 元計算民眾自付差額的額度？
- (二) 假使本會同意本項特材可自付差額，目前已知本案特材 2011 年的售價，第 50 頁也有各醫療院所的收費價，為何不直接訂定差額上限價？
- (三) 就訂定差額上限價提供意見，健保已公告人工水晶體的上限價(註：人工水晶體係首項訂定差額上限價的自付差額特材品項，所訂上限價自 103 年 1 月 1 日起實施)。之前我曾提過，冠狀動脈塗藥血管支架自付差額特材占率較高(註：依會議資料第 78 頁專案報告內容，104 年 1~9 月自付差額特材的申報點數，冠狀動脈塗藥血管支架占率為 54.16%)，為何沒有優先選擇訂定冠狀動脈血管塗藥支架的上限價，而是選擇人工水晶體？且不同品項的人工水晶體有不同的上限價。雖然公告的上限價與市場價格差距只有 1、2 千元，非常小，但公告上限金額有其法律及形式上的意義，相信效果會慢慢顯現。若屬全新、無法查到自費價格的特

材品項，為掌握價格，可能就必須參考其他國家的 GDP(Gross Domestic Product，國內生產毛額)，或用 ICER(Incremental Cost-Effectiveness Ratio，增加成本效益比)來訂出上限價，但本案特材都已經掌握國內的價格，為何不能訂定上限價？

(四)在 HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)報告中，我看不出適應症的差異。例如以裸金屬支架與塗藥支架的相對風險性(安全性)來看，塗藥支架的安全性是顯著的(P=0.01)，但風險方面整篇報告都讀完了，並未看到 side-effect(副作用)，全部都沒有！這其實蠻罕見的。trial(臨床試驗)的結果提到，在支架斷裂率、病灶血管再手術率，塗藥支架也優於裸金屬支架。看起來無論是再次進行手術，或術後的醫療利用，使用塗藥支架的風險都較低。為何建議本案特材列入自付差額特材？這些實證資料還不足以支撐其納為健保全額給付品項嗎？

(五)以後在討論自付差額特材時，到底 1 項特材要比健保已給付的特材品項，好到什麼程度，才能納入全額給付？或只要健保已給付類似功能的基本品項(例如裸支架)，新品項(例如塗藥支架)就全部不得全額給付？我覺得這些評估原則，是 HTA 非常重要、需要建立與呈現的部分。但向來 HTA 報告中，醫學倫理衝擊的評估，通常沒有資料可參考，這是不對的。試想，若證據顯示某個品項風險較低、安全性較高、療效較好，但我國還是不納入健保全額給付，這當然是醫學倫理的議題！本案特材的確效果比較好，為何不全額給付？健保署可以說因為價格太高，健保付不起，那也沒關係。可是本案並沒有這樣的陳述，只有說明它的療效不足以支撐全額給付，請問對於「療效足以支撐全額給付」的原則或定義為何？

(六)就適應症方面，與裸金屬支架進行比較，本次 HTA 報告顯示，每個病人至少使用 2.2 個支架，另根據英國

NICE(National Institute for Health and Care Excellence，英國國家健康暨照護卓越研究院)適應症資料顯示，疾病狀態在 stage 2A(第 2A 期)、2B(第 2B 期)、甚至 stage 3(第 3 期，疾病分類數字愈大，病況愈嚴重)才會使用此支架。個人純粹就資料來看問題，我是外行人，若理解錯誤，煩請指正。

(七)我的主要疑問是：為何不在適應症中直接規範？病人病況沒有嚴重到需使用塗藥支架的情況時(例如屬首次阻塞、或病況屬 stage 1(第 1 期)、或不屬於閉鎖性阻塞等)，則不應使用此自付差額特材，以避免醫療院所 induce(誘導)民眾不必要的自費。若適應症可訂得非常清楚，則部分民眾就不需要購買自付差額的特材。所以我不太明白，為何本案不訂適應症，而建議開放自付差額。

三、另外，會議資料 50 頁(22 家醫院對本案特材的收費)資料非常有趣，為何公立醫院收費都比私立財團法人醫院高？衛福部要給我們一個交代。看來似乎榮民醫院體系收費最貴，有些私立醫院也收得很高，但平均來看，收費最低的 7 家醫院，介於 6 萬 1 千~6 萬 7 千元之間，都是以財團法人醫院為主。台大醫院體系也很奇怪，不是一起採購嗎？為何台大醫院本院、新竹分院與雲林分院的收費價格不同？理論上，公立醫院收費不應高於私人醫院，政府應該要監督此情形。若公立醫院還想要在特材方面比私立醫院賺錢，用意何在？

四、若自付差額特材已有整體市場價格，民眾自費額度要採用自費平均值估算嗎？因極端高或極端低的數值會拉高或拉低平均值，市場上就可藉由操弄少數醫院的售價，來影響整體的平均價。建議改用中位數計算，可能較適合。

干委員文男

一、同意滕委員西華的看法。會議資料第 50 頁，22 家醫院就本案特材的收費平均值是 70,981 元、但中位數還不到 7 萬元(69,025 元)，因此用平均值不是很公平。

- 二、另外，本案特材若如同健保署說的療效這麼好，為何不納入健保全額給付？請問目前在治療淺股動脈狹窄，使用裸金屬支架與塗藥支架的占率各多少？可否考慮納入健保全額給付？

潘委員延健

- 一、委員以會議資料第 50 頁，自費比價網所列 22 家醫院填報的自費價格來比價，剛開始看到此份價格有點嚇一跳，因此詢問相關醫院，價格的排名在前面或很後面的幾家醫院表示，該價格登錄到健保署網站後，到現在都還沒賣出，也就是一個都還沒有用到。自費比價網的資料，是各醫院經由 VPN(健保資訊網服務系統)自行填報的，當那些排名很前面或很後面的醫院，看到自己登錄的價格時還嚇一跳，表示數據有誤植之虞。
- 二、會議資料第 47 頁基本資料檢核表中「2.國內外上市日期與價格」，在其他國家，不同規格的價差蠻大，表示規格不同時，進貨的成本也不一樣，但在自費比價網只有 1 個代碼，也就是不管材料規格差異，本案特材就只有 1 個代碼，該代號要同時代表最小和最大的規格，其並無法呈現特材間的差異，也會使價格與實際情形出現落差。建議本案特材若經核定後公告，須依規格差異定義合適的代碼。
- 三、建議自費比價網的價格，不要讓醫療院所自行登錄，而是由健保署直接擷取申報資料的金額，因為那是實際發生、確定的價格，也是真正的成交價，如此也可免去醫療院所逐筆維護自費比價網資料的行政作業，更可增加資料的正確性。

鄭主任委員守夏

請李委員永振。

李委員永振

- 一、我不反對本案，但請問會議資料第 44 頁之說明八，有關本案的財務影響評估，照理說，健保署應估算目前自費使用本案特材的人數，作為其納入健保後，計算健保財務影響的費用。請問健保署沒有統計自費人數嗎？為何以「醫療院所年申報量成

長 145 組」估算財務影響？應該以原來自費採用本案特材的使用量，加上預估的成長量，兩者合計才對。

二、說明八中「健保已給付淺股動脈支架及支架傳輸裝置… 103 年申報量為 1,052 組，較 102 年增加 145 組…」，與「…此部分預估財務影響約 4,172,085 點(以醫療院所年申報量成長 145 組估算)…」，這兩個 145 組，是相同的估算數據嗎？

鄭主任委員守夏

請健保署就現場可說明的部分先準備，稍後再一起說明。請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、訂價格雖不是本會職責，但要不要通過，則是我們的權責，所以價格上的疑慮，某個角度來說也要釐清。剛剛聽潘委員延健所述，本案特材在市場上似乎不見得是大眾常使用的品項，不論採中位數或其他數值核價，都容易失真。不清楚共擬會議如何審查，但感覺沒有很多人使用此特材，若將它納入健保自付差額品項，初期在審核價格時，容易偏高，是否須再考慮相關因素？也請健保署思考。特材品項是否須在自費市場達到一定的使用量，才納入差額負擔，這樣所調查的市場價格才不會失真或偏高。
- 二、若無相關標準，那麼一旦廠商申請納為差額負擔的特材，若共擬會議通過、本會也沒意見，則該案就通過了！但如此將造成健保財務的負擔，這部分希望能好好檢討。在共擬會議中，曾因價格或品項本身發生過很多問題，建議健保署記取這些問題，好好研擬管理措施。
- 三、在財務分析方面，若納入健保給付後 1 年，發現實際情形與原來財務分析的差距太大，那本會可能會有意見；或在初期進行 HTA 後，健保署再依實際情形進行其財務影響評估時，發現出入太大，就要特別注意。提醒健保署以後若送類似的議案，本會委員都會注意這些問題，年度結束後，若實際的利用點數

超出預估點數 50%，我認為就有問題，這部分希望大家加以討論。

鄭主任委員守夏

請健保署就需要說明的部分先回應。

蔡專門委員文全

- 一、謝謝委員的指教。價格是大家關心的議題，會議資料第 47 頁，63,000 元是廠商自行提報的價格，亦即廠商預計在市場上的販售價。至於第 50 頁則是健保自費比價網蒐集的資料，是醫院向病人收取的自費價，基本上，價格大多會有落差，因為醫院還有管理費加成等考量，另外也涉及醫院與廠商的議價結果，所以有可能會比廠商的售價高。
- 二、建置自費醫材比價網，主要目的是希望資訊公開透明，剛剛潘委員延健提及，醫院於該比價網登錄的價格，可能是還未開始使用的價格或登錄錯誤資料，希望改採醫療費用申報自費價格為依據。但健保署的立場，是希望醫院一進貨，準備提供病人使用時，就先登錄比價網，目的是先行揭露醫院準備向民眾收費的標準。該比價網除目前已經納入差額負擔的特材外，也包括還未納入健保的自費品項。該網站資料每週二會更新 1 次，若醫院登錄有誤，即應主動更正，這是揭露給所有民眾參考的資料，應該要正確才對。
- 三、有關編碼問題，一般而言，某特材需要編幾個代碼，是由許可證持有廠商向本署提出建議，醫療院所若認為特材的編碼不足，也可以向本署提出建議。
- 四、滕委員西華提到，既然本案特材號稱這麼好，為何不納入全額給付？健保署考量，目前已全額給付的裸金屬支架才 28,773 點，而本案特材報價就要 6 萬多元，價差大約 2 倍多，所以先將本案特材納為自付差額，未來經由市場機制，當價差愈來愈接近時，再考量納入全額給付，此外也期待公開價格資料後，能逐步拉近價格的差距。

五、至於委員提到，既然有市場價格資料，為何不要一開始就訂定差額上限？由於目前 VPN 登錄的自費價格資料尚未完整，希望先將本案特材納入自付差額 1 年後，俟收集較多資訊，並觀察醫院間有無收費差距太大的情況，再來討論是否訂定差額上限。

六、委員詢問財務評估為何以每年增加 145 組估算，其係 103 年較 102 年實際申報增加的組數，以此作為未來使用量增加的預估值，經估算健保支出每年約增加 417 萬點。

謝委員武吉

延續滕委員西華對會議資料第 50 頁的意見，提出相關詢問。院所收費價格中，最低的是馬偕醫院 61,500 元，而本案健保署所提廠商報價是 63,000 元，差距才 1,500 元，但有些醫院價格竟高達 8 萬多元。有人提到公立醫院特別貴，有 7 萬多、8 萬多元，與衛福部上次發生事件的情況是否相同？是否須要進一步瞭解？…若要講，我是想講含蓄一點…好啦！直接講了！就像李委員蜀平所講的藥價黑洞，是否特材也有黑洞的狀況？

鄭主任委員守夏

請李委員永振。

李委員永振

剛才主要是請教健保署，是否有自費特材的使用量資料，我想應該有吧？以此估計財務衝擊，應該會比較準確。

謝委員武吉

雖然剛剛謝委員天仁提到不要在價格上著墨，但我建議，目前自費比價網已經有醫院的售價是 61,500 元，若採用其他較高的價格，似有圖利廠商之嫌。

鄭主任委員守夏

委員如有意見都可提出。請滕委員西華。

滕委員西華

一、健保署還沒回答我關於訂定適應症的問題，請能回應。另外，

剛才健保署的回答，我無法理解的是「本案特材的確有比較好，而廠商報價 63,000 元，跟健保支付 28,773 點差距太多，因此健保沒辦法全額給付」。這怎麼會是好理由？健保署是廠商開價多少照單全收、不議價的嗎？藥品有議價機制啊！通常廠商傾向先報 1 個很高的價格，但健保署不會就這樣同意。既然藥品有價格的協商，特材也應該有此機制。

- 二、剛剛謝委員武吉提到，醫療器材與藥品一樣會有價差，無論是否有黑洞，醫療院所採購醫材時也會有價差，但健保署卻直接採用醫材廠商所提價格，為何如此？健保署與藥品廠商有 PVA(Price-Volume Agreement, 價量協議)機制，相較於藥品，特材的議價能力較無法發揮，個人認為很可惜。
- 三、若因廠商與健保支付價格差距過大，導致醫材無法納入健保全額給付，理由太過牽強，將來醫材廠商只要提高價格，技術杯葛全額給付，就能以自付差額方式納入健保給付，這不合理。
- 四、我認為只要安全性和療效夠好，就應考慮納入全額給付，例如某項特材，若其安全性提高 10%、20%，就以全額給付價格加成 10%、20% 納入健保給付。目前自付差額品項，並未有明確的差額上限。而且不清楚健保署納入全額給付的標準究竟是以「好到可以全額給付」的 scientific impact(科學影響)作為衡量標準，或是「好，但還不足以全額給付」的 finance impact(財務影響)作為衡量標準？

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

- 一、建議衛福部或健保署核准國外醫材進口時，參考下列 3 項指數，第 1 項是「國民生活指數」、第 2 項是「國民的 GDP」、第 3 項是「國民所得差距率」。並將台灣的數值與英國、德國、瑞士、義大利及美國進行比較。
- 二、考量上述 3 項指數，訂定國民可接受的醫材價格才合理，否則

進口商容易漫天開價，我也是生意人，一開始一定開高價，再讓人殺到最低價。我認為沒有黑洞，但是有黑影，外面捕風捉影的傳言太多，因為黑洞看不到，黑影可以傳來傳去。建議政府官員可利用相關指數，考量醫院的獲利率、國民的接受程度、進口廠商的獲利率等，訂定周全的醫材價格。

鄭主任委員守夏

本案已討論許久，請問健保署有無補充？

施組長如亮

- 一、向各位委員簡單報告，目前健保給付的「冠狀動脈血管支架」與本案支架類似，也分有塗藥支架及裸金屬(未塗藥)支架，裸金屬支架為健保全額給付，塗藥支架為自付差額，兩者各有利弊優劣，使用人數約略相等。本案即比照「冠狀動脈血管支架」的給付方式，將使用在周邊血管的塗藥支架，列為自付差額特材品項。
- 二、滕委員西華建議對於自付差額品項，應該設定使用條件，針對某一族群病患，只要符合該使用條件就全額給付。對此，本署近期也在研議目前自付差額特材品項改納入全額給付的標準。若專科醫師認為，某一類病人因病情需要，非使用自付差額的特材不可，則可研擬設定某些可全額給付的適應症。這些事項本署都在持續檢討、研議。
- 三、另回應何委員語，因為醫材是國際的流通材，難以依照 3 項指數高低，要求廠降低售價，例如 GDP 是他國的 1/3，若因此要求廠商訂價也只能是他國的 1/3，則廠商不會願意進入我國市場，民眾則無法使用到新產品，反而阻礙其權益。
- 四、本案所提出欲列為自付差額的特材，在我國自費市場上已經有人在使用，且院所須先經當地衛生局核准其售價。
- 五、本項特材如不列為自付差額項目，則民眾使用時須全額自付。目前對於有附加功能或效果的特材，因價格昂貴，經認定其成本效益尚不足以納入健保全額給付時，可藉由自付差額先提高

市場的使用量，等到用量增多，院所間的價格穩定後，再討論是否訂定自付差額上限，以管制自費價格，但不宜一開始就訂定自付差額上限。本署訂有自付差額之作業原則，有機會可向委員報告。

六、新藥研發愈來愈不容易，但醫材不同，跟藥品不一樣，廠商很容易 modify(變更、修改)，例如附加電腦系統或 IC(Integrated Circuit，積體電路)晶片等，就可聲稱提升效果，但不一定每位病人都有必要使用該新品項，因此訂為自付差額項目，讓病人可自己選擇。本案若通過，則健保可為病患支付 28,733 元的基本費用(裸金屬支架價格)，再由病患選擇是否自費加價使用塗藥支架。

何委員語

主席，我有問題，可以請教嗎？

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

- 一、首先，並非要求廠商一味壓低價格，須讓進口廠商、醫療院所有利潤，而國民也能付得起，才屬合理模式。
- 二、其次，「冠狀動脈血管塗藥支架」健保給付上限為 16,293 元，為何本案健保給付上限是 28,733 元？前者每人每年可自付差額使用 2 支，本案支架每人每年可使用幾支？

施組長如亮

「冠狀動脈血管塗藥支架」每人每年可自付差額使用 4 支。

何委員語

現在提高到 4 支？

施組長如亮

原來就 4 支。

何委員語

「冠狀動脈血管塗藥支架」健保給付上限才 16,293 元啊！

施組長如亮

因兩者是不同醫材，1 個放置在心臟血管，1 個放置在下肢血管。

何委員語

所以腳比心臟重要？

施組長如亮

因為「冠狀動脈血管塗藥支架」使用量多，比較有議價空間。

何委員語

為何「冠狀動脈血管塗藥支架」的健保給付上限，不訂為 28,733 元呢？

施組長如亮

我們是以「冠狀動脈血管裸金屬支架」價格，做為「冠狀動脈血管塗藥支架」的健保給付上限，不同醫材有不同的參考價格。

何委員語

會議資料第 47 頁基本資料檢核表中，台灣「『曲克』利弗爾周邊血管塗藥支架」上市價格為 63,000 元，而民眾自付差額額度卻以 70,981 元(自費平均價)扣除健保給付上限 28,733 元計算，為何不用 63,000 元扣除健保給付上限 28,733 元呢？

施組長如亮

當病人選擇使用「『曲克』利弗爾周邊血管塗藥支架」時，健保署僅給付 28,773 元，差額由病人自付，健保署並未核定各醫療院所自行訂定的收費價格，如會議資料第 50 頁健保自費醫材比價網之「『曲克』利弗爾周邊血管支架-塗藥支架」，院所各有其收費標準，因此民眾自付差額的額度也會不同。

鄭主任委員守夏

請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

補充說明，當原本全額自費的醫材納入自付差額項目時，等同給予民眾部分醫療補助，但醫院如果悄悄漲價，等於沒補助，這是消費者不樂見的。過去本會討論自付差額特材案時已有共識，即各自付差額項目於執行 1 年後，需檢視是否訂定上限價，請健保署持續追蹤，並於 1 年後提出相關報告。

鄭主任委員守夏

先請李委員永振，再請黃委員啟嘉。

李委員永振

請容我確認一下，剛才施組長如亮提到，健保全額給付支架與自付差額支架的使用人數是各半？

施組長如亮

指的是「冠狀動脈血管裸金屬支架」與塗藥支架使用人數各半；本案「『曲克』利弗爾周邊血管塗藥支架」則尚未納入自付差額品項。

李委員永振

使用本案塗藥支架目前須自費，有無相關統計資料？

施組長如亮

尚無相關資料。

黃委員啟嘉

- 一、本案如同搭乘飛機，健保署僅提供經濟艙的服務，民眾若欲搭乘商務艙，是全額自付還是要補貼其經濟艙費用？此一費用補貼是否為納保人的基本保險權益？這才是本案問題的核心所在。
- 二、健保署本職是管控經濟艙的售價與品質，若再要求其管理商務艙、頭等艙，則踰越其能力，當然我們不希望商務艙、頭等艙價格亂賣，也許應該回歸消費者保護法。
- 三、列入自付差額品項，如補貼費用後，會產生 2 個財務衝擊。補

貼後，是否會增加商務艙及頭等艙的載客率？以及是否抬高商務艙及頭等艙的售價？

- 四、身為健保會委員，除了關心財務衝擊議題，更要積極處理議題核心，本案是否納入自付差額特材，等同決定是否對搭乘商務艙者補貼經濟艙費用？

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、每次自付差額特材案都花費許多時間討論。講白一點，在座的各位、包括健保署的同仁，可能都不內行。我之前提過，健保會應該建立審查重點作業流程，由幕僚先行審視，沒問題即可報本會通過，委員若有其他疑慮，再提出討論。一再提出相同的問題，很沒效率，2、3個特材案就把大家搞垮了！
- 二、建議責成健保會幕僚蒐集相關意見，如委員認為應該注意的事項、健保會可接受的條件、審查基準等。以價格為例，大家都認為價格訂得太高，其實價格訂高，不見得不好，因為太貴沒人使用，若將價格降低，部分費用由健保給付，反而會增加使用量；此外，若特材品項只有一種，沒有開放自付差額，因為沒有競爭，則可能產生價格拉高的問題，反而增加民眾負擔。諸如此類，訂在審查基準中，列出標準，並勾選是否達到標準，若還有其他問題，本會再提出來詢問，議案即可討論完成。
- 三、老實講，市場實際運作與我們想像的不見得吻合。比如說，訂價高，用的人反而少，以電子產品為例，價格下降、量變大，對民眾利益的影響才會真的變大。
- 四、建議本會應該建立機制，特材審查實在讓健保會不勝其煩，健保署共擬會議一直定期在審查藥物，時間久了就比較專業，我們真是看得很痛苦。

鄭主任委員守夏

- 一、之前討論特材議案時，謝委員天仁也有類似意見，希望以後能有更明確的審查方式，剛才討論的共識是，1 年後需檢討是否訂定自付差額上限價，健保署也同意照辦。
- 二、我們討論特材議案時，常認為訂價太高，但這是市場行情。想用的、付得起的人就會使用，這是廠商定價的策略；可以訂得高以獲取利潤，或訂得低以擴大競爭力。特材管理相當不容易，全世界皆然，因為很難做到 Randomized Control Trial(隨機對照試驗)，而且特材易由少數廠商壟斷，不像藥品，學名藥廠多，彼此可互相競爭。健保署對於特材，可能無法做到像藥品一般與廠商議價。我猜想，自付差額也是健保署採取的策略之一。
- 三、另外，國內 HTA 才剛開始，項目尚不多，請各位委員容許健保署慢慢累積項目、快快有經驗。希望能儘快訂出標準，如 1 年、2 年後達成條件，即可訂定自付差額上限，或直接納入全額給付。其實很多很明確達到成本效益的醫材，已由健保署直接納入全額給付。並未送到本會審議。可能是某些健保署認為還不足以納入全額給付的品項，才會送至本會討論，納為自付差額特材。
- 四、對於自付差額特材，當然廠商、醫界與委員代表考量都不同，個人支持謝委員天仁的看法，但特材內容太細、太專業，也難以授權健保會幕僚設定標準，容易被認為官商勾結。請健保署跟 CDE(Center for Drug Evaluation，財團法人醫藥品查驗中心)盡量幫忙、詳加評估，運作幾次後，應該就會比較有經驗。
- 五、委員對本案原則上沒有特別反對的意見，至於後續如何訂標準、是否符合納入全額給付的條件、後續監控等問題，委員所提建議請健保署參考。
- 六、向各位報告委員會議及參訪時間的調查結果：
 - (一)有 16 位委員的第一志願是「維持每月第 4 個週五」；第一

志願是「改為每月第 2 個週五」及「改為每月第 3 個週五」者各有 5 位。既然大多數委員建議維持第 4 個週五召開委員會議，就按照調查的結果辦理。至於 11 月份委員會議的召開時間，建議視需要再於 105 年 1 月或 2 月份委員會議另行討論，社保司也可提出時間建議。

(二)業務參訪時間的調查結果，9 位委員建議 2 月、11 位委員建議 3 月、9 位委員表示都可以，最後統計是以 3 月份人數最多，加起來至少有 20 位委員(11+9)可出席，參訪時間暫定於 3 月份委員會議時間。

(三)如果可以，委員會議應照常舉行，請本會幕僚與健保署同仁商議，安排適合的場地及較無爭議的議題，以免開會時相嚷(台語，大聲爭吵互罵之意)，而沒心情進行參訪。如張委員煥禎所提，非參訪單一院所，而是為了解社區、基層醫療與醫院間的合作模式，以及雲端藥歷推動等目的來規劃，請幕僚同仁洽請相關單位安排後續事宜。請謝委員天仁。

謝委員天仁

剛才所提並非請幕僚完成審議 SOP(Standard Operation Procedure，標準作業程序)，而是請幕僚蒐集委員的意見形成流程，了解委員希望看哪些資料，或者請各相關代表團體組成工作小組，研擬制定 SOP 也可以。

鄭主任委員守夏

一、此建議比較明確，本會討論特材議案本來就很吃力，幕僚亦無相關背景可以幫忙處理。請幕僚與健保署盡可能將審議流程標準化，其實目前提會的特材品項基本資料檢核表，也是之前經過很多修正後才確定的格式。現在該有的資料都已含括在檢核表中。謝委員天仁提到，可將委員常提問、有興趣了解的資料蒐集齊全，以節省討論時間。在實際審查過程中，就算在健保署藥物審查的專家會議，也很難照表操課、十分科學地審議。

請將委員關心的資料盡量蒐集齊全，讓委員可以快速掌握重點，例如事先收集委員關心的價格資訊，這樣可節省委員的討論時間。請本會幕僚與健保署一起幫忙，健保署辛苦了！謝謝。

二、討論事項第一案進行到此，請委員一邊用餐，請同仁宣讀討論事項第二案。

伍、討論事項第二案「全民健康保險業務監理指標修訂案」與會人員
發言實錄

同仁宣讀

柯執秘秘書桂女

請問委員要等主席回來再討論，還是有意見就先發言？(有委員回應：主席回來了)

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

病人自主權利法已立法通過，監理指標有沒有提到自我安寧，應該建立這部分的統計數據，以符合社會觀點。目前安寧照護方式有居家安寧療護、社區安寧療護等方式，若都能採用醫療自主，可收集成為指標資料。

滕委員西華

干委員文男您誤會了！病人自主權利法與安寧療護是兩回事，ACP(Advance Care Planning，預立醫療自主計畫)、AD(Advance Directives，預立醫療指示)與監理指標亦無相關，且病人自主權利法於3年後才會生效。

鄭主任委員守夏

其他委員有無意見？請楊委員麗珠。

楊委員麗珠

一、首先，會議資料第53頁「2.6 護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率分布」，本(104)年10月27日中華民國護理師護士公會全國聯合會已正式函文健保署，希望能照我們提出的格式提供統計資料。目前其數據是以各層級醫院方式呈現，建議增加區域性呈現，以提供委員更詳細的比較資料，清楚了解護病比的推動情形。

二、其次，當初建立護病比與給付連動支付方式時，許多委員關心

的是增加護理人力，或提高護理薪資待遇，希望健保署可蒐集相關資料，也請醫院提供，並在醫療品質監理指標項目中，列入這 2 項過去討論的議題。

鄭主任委員守夏

委員還有無意見？請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

- 一、會議資料第 53 頁「1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數下降比率」，以此當作效率指標，似乎暗示或明示癌末病人的醫療費用過高，監測癌末病人接受安寧照護的比率應較醫療費用申報點數有意義。
- 二、同頁「2.3 糖尿病品質支付服務之照護率」，糖尿病已列入支付標準中，如果想要監測門診照護品質，為何只單監測糖尿病人的部分？

鄭主任委員守夏

- 一、監理指標已開發 1 年多，由於本會於總額協商耗費許多時間，且監理業務面向太廣，因此幕僚與健保署同仁參考國外做法，臚列 5 大項監理構面，分別是效率、醫療品質、效果、公平及財務等，經過幾次委員會討論，目前呈現的指標已經過微修、微調，指標已大致定案，本案不通過就無法蒐集資料，沒有資料就無法監測，請能先求上路再求好。
- 二、謝謝干委員文男的建議，如滕委員西華所言，病人自主權利法 3 年後才上路，暫時先不列入。日後當民眾安寧意識比較 popular(普及)或病人自主權利法上路後，再考慮增修指標及其操作型定義，如簽署自主安寧的病患占率等。
- 三、楊委員麗珠提議，護病比的呈現宜照公會所建議方式。畢竟護理人員為第一線工作者，應該更清楚用什麼指標監測較佳，專業問題就尊重專業人士的意見。
- 四、蔡委員宛芬提到指標「1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數下降比率」，客觀起見，建議刪除「下降比率」4 個

字，即修改為「1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數」，指標係為監測趨勢，不需特別標示方向。至於為何選擇「2.3 糖尿病品質支付服務之照護率」指標，用以監測門診照護品質？當初因為台灣的研究證據顯示，加入糖尿病 P4P (Pay for Performance, 論質計酬) 方案的病人，照護結果較好，醫療費用成長較慢，但問題是該方案的照護率，成長過於緩慢，因此設立此指標，目的是請醫界盡可能擴大照護率。

五、請問委員還有無意見或建議？若無其他建議，建議先通過本案，請健保署協助提供監測結果。請龐組長一鳴。

龐組長一鳴

- 一、說明護病比指標的資料呈現方式，對於護理界的建議，健保署並非不願意配合，而是操作面有困難，且指標的解讀也有問題，建議慎重考量。舉例來說，假如有 2 間醫院，1 間 1,000 床，另 1 間 500 床，請問護病比的計算方式是 2 間醫院的護病比相加除以 2，或將床數累加後計算？
- 二、目前健保署蒐集的占床率資料是間接資訊，並非直接資料，當然數據都可以加總計算，但其背後的解讀意義，宜慎重考量。若真要產出符合現況的確實數據，則須請各醫院將目前提報的間接資訊，改為申報直接資料，此改變將相對造成醫院的負擔，請醫院團體考量。

鄭主任委員守夏

請楊委員麗珠。

楊委員麗珠

- 一、我們的要求其實很簡單，總共 3 張表，一是護理費占率，顯示所有醫學中心住院護理費的總合，可用來比較醫學中心、區域醫院等不同層級醫院的護理費占率，這項是既有的資料，不必另外計算。
- 二、其次是護病比資料，在 VPN(健保資訊網服務)系統中，各醫療院所均定期提報護病比數據，例如，醫學中心的護病比大概在

8.5~8.9 之間。剛剛龐組長一鳴所提情形，護理師公會全聯會一直沒有接到相關訊息，過去曾就相關議題與健保署商討，並經其認可，所以全聯會才會函請健保署將相關數據納入例行報告，本項指標的格式可否容我們會後再與健保署討論？

鄭主任委員守夏

指標的目的很明確，至於操作型定義，請楊委員麗珠會後再與龐組長一鳴溝通。其他委員還有無意見？請謝委員武吉。

謝委員武吉

剛剛龐組長一鳴提到，若依護理界的計算方法，申報方式可能必須配合改變，將會增加醫院的困難度，應該如何處理？護理界與健保署的說明並不相同，目前醫院已經很血汗了，建議不要再增加醫院的行政工作。

楊委員麗珠

針對這一點，請容我再說明，所有增加的麻煩事務，護理界也會共同承擔，對於指標資料蒐集的設計，均以不增加第一線人員的麻煩為原則，請謝委員武吉放心！

謝委員武吉

我還是不太放心，因為我和護理界的代表並不是很熟悉。

鄭主任委員守夏

好啦！以後找時間請他們喝咖啡，彼此就會愈來愈熟悉了。請何委員語。

何委員語

- 一、贊成監理指標案先通過並執行，不過，目前指標多為西醫資料，我認為可考量將中醫的監理指標單獨列項分析。
- 二、另外，針對明年度總額的評核會議，除分依不同總額別及層級別資料評核外，建議中醫部門的項目，也應該單獨列出，以不同方式評核，不要將西醫的模式套用在中醫身上。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝何委員語的建議，這應該是下階段本會要努力的方向，可考量要不要將中醫、牙醫資料獨立監測？西醫基層資料是否從現行西醫指標中另外獨立分析？幕僚之前已將目前所訂定監理指標的監控結果完整報告(第一版)寄給委員，後續可朝精緻化方向發展，所以，下階段可考量包括中醫、牙醫及西醫基層等指標進行檢討與細部規劃。
- 二、委員如果沒有其他意見，本案依委員意見修正後通過。接下來進行討論事項第三案，請同仁宣讀。

陸、討論事項第三案「建請衛生福利部增列醫療法等相關條文，責令醫療院所為內科、外科、婦產科、小兒科、急診科辦理醫師醫療責任險，以維護、保護執行工作醫師法律責任保障權益，免受法律侵權發生，確保善意工作責任，保險費並由政府、院所、醫師各負擔 20%、60%、20%案」、討論事項第四案「建請衛生福利部責令各醫療院所為醫護工作人員辦理雇主意外責任險承保事項，以利保護醫護人員工作安全權益案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

滕委員西華

主席！我打岔一下，現在已經 1 點了，為了節省時間，建議不需再宣讀。

鄭主任委員守夏

好！如果有需要，再請相關單位或同仁補充。先請提案人何委員語說明。

何委員語

- 一、首先說明提出本案的用意，雖然衛福部的相關新聞稿顯示，目前外科、婦產科、小兒科及急診等四大科的醫師已經回流，今年考照的護理人員也有 4 千多位，另聽說最近醫療美容的診所，已關掉 200 多家，但對於執行醫療專業的醫師，應該提供其法律保障。
- 二、為使本案資料更為周全，個人蒐集保險公會及保險公司的相關資料，訪查醫療院所，也參考國外的保險制度。發現國外醫師都會投保醫療責任險，且保險金額都在台幣 1 千萬元以上，因為投保對象涵括全球，保險對象較多，所以保費較低。反觀我國，雖然有部分醫院參加國外的醫療保險，但因投保人數較少，所以保險公司核定的費率相當高。據悉國內醫療院所大多只投保 2 百萬元醫療保險，若發生醫療糾紛事件時，醫師都要親自出庭，疲於奔命；而在國外，除非被判定屬惡意的醫療行為，才須由醫師親自出庭，只要是善意的醫療行為，醫師無須

親自出庭，所有的訴訟、出庭等相關事務，均由保險公司承擔，這才是較健全的體制，可讓醫師專心從事醫療工作。

- 三、針對本案我曾請教身為律師的謝委員天仁，平常沒有提案時，較無機會與他談話，但因為這個提案我們談了許久，感謝他提供許多意見。大家都知道，跟律師談話是要付費的，我有個朋友，曾經找律師諮詢，1小時收費1萬8千元，律師的收費很高，所以健保會委員很有福氣，可以免費聽到謝委員天仁的許多談話。
- 四、不過，謝委員天仁認為這2個提案與健保會的職責不太相符。但我認為只要是醫療相關的議題，其實就與健保沾上一點邊，兩者類似「遠親」的關係，雖然不是「直系血親」，遠親還是要關心一下。也許本案的建議不是非常成熟，但可以提供衛福部1個思考方向。原本想找金管會及財政部保險司(註：現稱為「金管會保險局」)主管討論，他們建議應該透過衛福部修訂相關法規，再與金管會及財政部保險司商談如何在保險的相關辦法落實，才是較完整的做法。本提案經討論後，若能決議提送衛福部研究辦理，走向立法的程序，進而建立健全的機制及制度最理想。因對於從事專業危險性較高的醫師，可以提供安全的工作環境，並健全醫療體制。
- 五、雖然謝委員天仁認為，就算本案決議送衛福部，也無實質效力，要不要做，仍需看衛福部的決定。不過，我們後續會向衛環委員會的立法委員提出構想。雖然還不確定怎麼做最好，但須要有人先拋出議題，才有機會慢慢改進。因為現在台灣的政府，須要有反映才會做事，因此提出本(第三)案。本案與第四案內容大致雷同，建議2案可以一起討論。未來若有機會提送立法院，且立法委員認為方向可行，就可朝更細緻的內容規劃辦理。
- 六、因為謝委員天仁提出他的上開看法，所以不好意思再找付費者委員連署，不想拖他們下水。而雇主代表們曾說，只要是我提

的議案都會連署，或許有一天他們會被我出賣(委員笑)。不過，未來與健保有關的議題，還是會邀請付費者委員參與連署。

鄭主任委員守夏

何委員語的用意良善，請委員提供意見。請干委員文男。

干委員文男

- 一、何委員語的立意良善，非常用心撰寫許多內容，不知道是否又凌晨起來工作？只是本案推動的時機尚不成熟，本(第 8)屆立法委員為妥適處理醫療糾紛的問題，曾大力推動「醫療糾紛處理及醫療事故補償」的立法，但醫院及醫師卻都反對，所以至今未成。現在我們一頭熱來討論相關問題，是否合適？應該由當事者主導才對，且等到方案醞釀成熟，再來推動較佳。記得當時「醫療糾紛處理及醫療事故補償法(草案)」送立法院審議時，正反雙方分別運作，即使本案的用意是為了解決醫院及醫師的權益問題，立法委員在兩邊都不得罪的情況下，最後的決議就是保留，待下一屆委員再討論。
- 二、考量目前社會環境的氛圍，建議本案暫時擱置，等到明年 1 月 16 日完成總統大選，及立法院通過「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」後，本會再進一步研究如何配合推動，比較妥適。否則當事者都反對，旁人再怎麼積極，也沒有用。請何委員語考慮一下。

何委員語

我再補充說明。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

- 一、目前醫療責任險的保費都是由醫師自行負擔，如果保險金額高達 1 千萬元，導致每月須繳的保費太高，醫師當然不願意投保。若能參酌國外的情形，由政府補助 20%、醫療院所負擔

60%、醫師自付 20%，則可能醫師會有不同看法。本案只是提出概念、構想，至於如何訂定負擔比率，應由衛福部再進一步討論。

- 二、依國外的作法，所有的醫師都投保醫療責任險，保險金額可達 1 千萬元以上，我國可參考國外做法，提高投保金額。之前分別拜訪醫療院所，並收集保險公會及保險公司的資料，發現我國因為醫療人員參加醫療責任險的人數太少，投保金額偏低，且保費係數太高，導致醫師不願全面投保，因此提出本案。提案的目的並非要馬上立法解決問題，只是先拋出議題，希望拋磚引玉，期盼與衛福部共同討論、繼續推動。

鄭主任委員守夏

剛剛何委員語已點名謝委員天仁，請謝委員天仁發言。

謝委員天仁

- 一、其實個人從事公益事業，腦袋裡從來沒有想過「錢」的問題，凡是本會委員的詢問或打手機給我，只要我懂的事情，一定回答(委員一致拍手叫好!)，舉手之勞，何樂而不為?
- 二、本案並非新議題，其實在邱部長文達時代，衛福部就曾經積極推動該項草案(醫療糾紛處理及醫療事故補償法)，當時在立法院衛環委員會好像也通過一讀。(滕委員西華表示：沒有通過一讀，該案是保留協商)那時大家都有不同的意見，從某個角度而言，像是「剃頭擔子一頭熱」(比喻做一件事情時，一個人非常熱情，而對方卻無動於衷)，說得比較不文雅，就是「熱臉貼人家的冷屁股」。
- 三、當時個人代表消基會去衛福部開會，提出本案應該要「損益同歸」，意思是醫師幫醫院執行醫療職務，賺的錢由醫院拿走，但發生問題，責任卻要醫師自行負擔，並不合理。所謂「損益同歸」就是利益和虧損均應由醫院承擔才對，例如銀行行員若是因為系統問題，導致金額計算有誤，銀行不會要求全部由行員賠償，而是由銀行負擔一定比率的費用，否則誰還敢去辦理

櫃台業務。

- 四、醫界針對「醫療糾紛處理及醫療事故補償法(草案)」有很多意見，所以被耽擱了。我認為這個法案的陳義過高，尤其是「不責難制度」；何必那麼麻煩，只要運用保險機制就上路了，費用由醫院買單即可，根本不須架設那麼多前提。衛福部應該務實一點，目前的氛圍尚未達此水準，何必推「不責難制度」呢？先用目前的水準去做，以後再逐步修正。
- 五、這不是新議題，何委員語心懷慈悲，還是願意提案。但可能不知道反對者都是醫界，法學教授、消費者代表反而都贊成。不過健保會每個月開 1 次會，且只有 2、3 個小時的時間，但尚有許多法定職責待完成，類似這種議案，建議思慮周全時再提，以免佔用太多時間。很抱歉！因為這個原因，個人沒有參與連署，但仍很敬佩何委員語這麼善意的努力做事。

鄭主任委員守夏

請潘委員延健。

潘委員延健

- 一、我要 Echo(附和)謝委員天仁最後的結論。健保法賦予本會 5 項職責，但並沒有本案這項任務。本會一再訴求不受尊重、職權被侵害，所以也不應該跨越到不該管的議題。本會應該以身作則，不應檢討非屬本會權責的事項。
- 二、針對討論事項第三案及第四案，非常感謝提案及連署委員的用心，這麼關心醫院的經營及醫護人員的權益問題。但在此仍要提出程序問題，因為本議題不屬本會的業務職責範圍，建議不要再花費時間討論。

鄭主任委員守夏

請張委員煥禎。

張委員煥禎

- 一、何委員語的立意很好，但是本案問題錯綜複雜，正如謝委員天仁所言，不像表面那麼單純，應以其他方式處理。

- 二、從法律的觀點，本會討論醫糾問題的處理並不妥適，認同健保署的意見，本案非屬本會業務職權，建議不在其位不謀其政。
- 三、為何本案沒有那麼簡單？藉此機會跟委員溝通，現今最大的問題，在於如何使健保支付制度合理化，很多問題由此衍生，看到的只是冰山一角。其次，醫療上有許多問題沒有絕對的對與錯，即便醫師沒有疏失，但只要自行執業，就必須負擔至少80%的損失，這些問題都不是那麼單純。目前事務上，不論醫療行為的對錯，醫院都會先負擔至少50%的醫糾費用，再依醫療行為的對錯，決定醫師應負擔的比率，大約80%以上醫院的做法都是如此，因為醫院不這樣做，招聘不到醫師。
- 四、依照本會職權，不應該做任何建議，尤其本案提出明確的負擔比率，會讓外界誤以為是本會的共識。本案在沒有達成委員共識的情況下，不應該以本會的名義做出決議，甚至提出建議。

鄭主任委員守夏

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

首先感謝何委員語關心醫療同仁工作的權益，用心非常良苦。大家一定很奇怪，為何醫界對醫療糾紛相關的法案有這麼多的疑慮，主要原因在於支付制度欠缺風險成本，所有發生的風險均由醫界自行承擔。如果健保沒有把風險成本納入支付標準，此問題將永遠存在。再次感謝付費者代表對醫界的關心，誠如前面幾位委員所提，本案並非本會職權，建議交由相關主管機關研擬對策。

鄭主任委員守夏

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

感謝何委員語代表付費者提出對醫界的關心，其用心良善，表示健保會的付費者與醫界代表相處和諧。本案本會沒有任何職權或義務處理，而且付費者代表的熱忱，看來醫界也不是很領情，所以大概也不會有結果。問題可能在於保險費分攤比率問題，如果大部分保

險費都由政府支付，或許醫界會比較支持。很贊成謝委員天仁及潘委員延健的意見，本案應等時機成熟、方案更為周全後再提出。

鄭主任委員守夏

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、我想要講的，大部分委員都已經提過，重覆之處不再說明。
- 二、感謝何委員語及 4 個保險雇主代表連署提案，剛剛張委員煥禎提到 80% 以上醫院都是負擔 50% 的醫療糾紛費用，其實地區醫院因為招募不到醫師，所以 100% 的醫療糾紛費用都由醫院支付。
- 三、此外，醫院應納入醫師醫療責任險，已被列為評鑑指標。在此向各位委員報告，醫界也非常重視醫療人員的工作權益，感謝何委員語提案提醒我們，在此致上最大的謝意。

鄭主任委員守夏

請葉委員宗義。

葉委員宗義

- 一、看來許多委員對本案都表達反對意見，不過，大家應該瞭解何委員語的用心良苦，其用意是希望解決目前的醫療缺失。從商業立場來看醫療體系，存在許多不可思議的現象。最近有 4 家醫美醫院來提起，因為他們正準備上市股票，這在一般醫院絕對不可能發生。為何醫院間的差異那麼大，主要是醫師承擔的責任不同。我們團體的會員包含產務保險業，我都儘量保持緘默，以免讓他們認為我圖利醫界。
- 二、何委員語提案目的，是希望藉由推動醫療責任險，提高醫療糾紛保險的額度，增加醫護人員工作的保障；至於保險費主要由政府負擔，是希望不要增加其他有關單位的負擔。本案醫界同意也好，即便不同意，就回歸原點，也無所謂。何委員語只是藉由本案鼓勵醫界繼續往前走，這是很好的想法。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

- 一、謝委員天仁和部分醫界委員提出「不在其位不謀其政」的看法，並認為許多醫療政策與健保會的主要職責無關，在此我要提出反駁。其實所有醫療行為都與健保相關。未來每個月，我會把醫院的黑幕事項透過議案提出，只要擔任健保會委員，所有和醫療相關的事情就都與委員有關。例如，當醫界遭遇困難，發生五大科人力缺乏等困境，就會在健保會協商總額時，極力爭取預算，如果無關，就請醫界不要爭取總額預算。所以醫療相關的事務，都與本會任務直接相關，即使法規沒有明文寫出，也間接與本會任務有關。
- 二、謝委員天仁專攻法律，每天都在念法條，然而能打贏官司，不一定是用法條，而是利用法律的灰色地帶。案由文字為「建請」，並非「建議」，大家都沒看清楚這2個字的用意！如果是「建議」，今天委員會議就要有共識，並做出決議，送請衛福部決定。但「建請」意思不同，醫界不要以為我沒有提案權，未來我會將醫療院所的許多事情，以建請的方式提案，送衛福部參考。我將提案送健保會討論是尊重醫界，也可以不必經過委員會議，就直接發函衛福部、立法院、衛環委員會及行政院等，我是有權利發函的，但今天我尊重健保會，所以才提請委員會議討論。
- 三、另外，我已經收集許多資料，不僅下個月有提案，下下個月也會提案，打算每個月至少提1至3案。委員難道忘了我們的職責，只看健保法那幾條對健保會業務的規範，如此老百姓為何要繳稅？健保法條文寫得很清楚，其他有關保險業務之監理事項也屬健保會應辦事項之一。
- 四、律師很重視法律條文，但我很重視實務，因為這才是重點。再次說明，依健保法所規範的健保會職責，本案在字面上雖非百

分之百吻合，但有遠親關係。醫界說保險雇主代表提此案無意義，不曉得衛福部會如何決定，我沒有堅持一定要照自己的意思決議。希望大家看清楚文字，我的意見是「建請健保署及衛福部研究、參考辦理」，若屬建議，則意思就不一樣。

鄭主任委員守夏

謝謝何委員語。委員還有無意見？請李委員永振。

李委員永振

- 一、我是本案的提案人之一，再補充說明。本案的立意，主要是為解決謝委員天仁所提醫護人員不足，以及醫療糾紛事件及濫訴問題，獲致委員一致給予肯定。
- 二、剛剛有委員提到，目前不是沒有相關的保險，而是保險金額偏低，1件事最高才2百萬元，應提高保險額度，但因為國內參加保險的醫療人員數量太少，所以保費費率很高。對費率係數應該進行研究，未來是否透過產險公會、保險事業發展中心等，制定一種類似強制汽車責任保險法的專法，才能產生類似共同保險(風險分攤)的效果。
- 三、再者，保險費部分，因為提高保險金額後，所負擔的保費相對會增加。這個問題有待解決，也是政府應該解決的問題之一。政府補助20%也許還不足而須再提高；至於身為雇主的醫療院所，負擔的比率是否也須調整，有待討論。制度規劃尚需要長期努力，所以剛剛何委員語提到，本案是對衛福部及健保署提出「建請」，建請的用意是將問題拋出去，若委員同意，就可以做成建議案，送請衛福部參考，以利即早因應規劃。

鄭主任委員守夏

請陳代理委員順來。

陳代理委員順來(侯委員彩鳳代理人)

送委員會議討論的議案，不論用詞是「建請」，或是「建議」都一樣，須要委員支持通過才能算數，不是以「建請」方式提出就算數，對議案達致共識，才是會議的目的。

鄭主任委員守夏

- 一、委員對本案都已表達意見，個人認為，依法本案並非直接歸屬本會監理健保業務的範圍。是不是遠親？當然是！大家講到錢，多少都會有影響。對於本案，可以站在委員的立場表示關心，並提出可能的解決改善方案，此用心大家也都表示肯定。
- 二、本案已研擬「強制納保」的做法，且有明確的分擔比率建議。雖然提案用意良善，但部分委員仍有疑慮，所以現階段似乎未得到委員們的支持。
- 三、建議本案與第四案緩議，但請健保會幕僚將保險雇主代表的建議案轉請衛福部參考辦理，尤其是醫事司，所謂醫師人力幾大皆空的問題，該司是主責單位。我們了解醫事司已經做了很多努力，但健保會有委員也想幫忙，所以提出可能的解決方案，轉請衛福部參考。
- 四、剛剛滕委員西華也提到，有關醫療事故補償，衛福部早已提出法案(醫療糾紛處理及醫療事故補償辦法草案)並由立法院審查中，只是還沒有通過。本案也表示，本會有部分委員支持某個明確方案，只是立法院並未通過，那…。

滕委員西華

本案未能在立法院審查通過，就表示第 9 屆立法委員改選後，法案必須重提。

鄭主任委員守夏

- 一、過去的都不算，須由新一屆的立法委員從新審查。
- 二、本案有委員提出想法及解決方案，就轉請衛福部參考。至於第四案與第三案決議一樣，可以嗎？(有委員表示：好!)討論案到此結束。
- 三、接著有 3 個專案報告，請委員參看今天發放的補充資料；此外，還有臨時提案、臨時報告各 1 案，以及剛剛發送的臨時動議案。

滕委員西華

主席，是否先處理臨時報告案及臨時動議案的討論程序問題？

鄭主任委員守夏

對！進入專案報告之前，徵詢委員先處理哪個議案？現在有臨時報告及臨時動議各 1 案。臨時動議案就是上午許多委員簽名連署的提案，在進入專案報告之前，先處理哪個議案？(多數委員：先討論臨時動議)。好！接著先進行臨時動議案。

柒、臨時提案第二案「反對衛生福利部修正發布之全民健康保險法施行細則第 45 條條文溯自中華民國 104 年 1 月 1 日施行。應自發布日 104 年 12 月 15 日施行」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

本案有許多委員連署，請領銜的何委員語說明。

何委員語

一、主席，剛才您最後的決議是，討論事項第三案及第四案由幕僚單位轉請衛福部參考辦理？(有委員表示：對！)好，就請幕僚單位轉請衛福部參考辦理，謝謝！

二、上午委員對臨時動議案已有很多討論，提案文字已經寫得很清楚，全民健康保險法施行細則部分條文修正案業於 104 年 12 月 15 日發布，希望該施行細則第 45 條不要溯自 104 年 1 月 1 日施行，應該回歸發布日期 12 月 15 日後施行，因為時間關係，在此簡單說明。

鄭主任委員守夏

委員還有無補充說明？本會前已針對「健保法施行細則第 45 條之修正，將政府依其他法令已實質負擔的保險費，納入政府負擔健保總經費法定下限 36% 的認列範圍(即第 2 款所新增「依其他法律規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費」也認列的規定)」議題，表達反對意見。104 年 12 月 15 日修正發布的健保法施行細則第 45 條，竟還溯自 104 年 1 月 1 日施行，這其實違反一般的法律概念，私下了解，衛福部也是因為上級的決定而如此修訂，好像也很為難。此時，健保會委員站在代表社會多方團體的立場，當然可以表達意見。何委員語有無較明確的提議？過去以來，本會委員一向持反對立場，之前討論過幾次，決議當然都是持反對意見。

何委員語

反對健保法施行細則第 45 條溯自 104 年 1 月 1 日施行，應該回歸法制面，以法定日期，也就是自 104 年 12 月 15 日發布日施行才對。

鄭主任委員守夏

若委員沒有反對，決議就是…。

滕委員西華

- 一、主席，不好意思！反對健保法施行細則第 45 條溯自 104 年 1 月 1 日施行，這是最基本的要求，因為根本就是違法的事情，即使我們沒有提出反對意見，衛福部法規會也應該要自我譴責，怎會同意衛福部公告違反立法原則的事情，我認為非常荒謬，說出去會貽笑大方。
- 二、健保會不只反對健保法施行細則第 45 條之修正溯自 104 年 1 月 1 日施行，這樣形同默許修訂條文；另外，難道 105 年後實施就可以嗎？當然不是，這樣的行為已經三番兩次發生，除非衛福部修改健保法，刪除健保法賦予本會的法定任務。我們應該研議如何至法院控告衛福部，然而過去沒有下屬機關告上級機關的案例，不然就由委員出面處理。
- 三、政府已經連續多次修法自肥，本會 104 年 11 月份委員會很辛苦討論訂定「全民健保財務平衡及收支連動機制」，讓健保費率調整回歸公式，避免受到政治干擾。但政府竟然利用政治手段，降低政府應負擔健保總經費法定下限 36% 的認列範圍，減輕自己該承擔的義務，怎會有如此荒謬的事情。
- 四、我們應該再次強烈地，用健保會的名義向政府表示這件事情的嚴重性，政府立法減輕自己應負擔的義務，這是絕對不可以的！我們不只反對施行細則第 45 條溯自 104 年 1 月 1 日實施之修正，而且要再次強烈反對政府修法自肥，雖然不知道這樣反對有無效用。部長應對這件事公開表態，說明自己的看法。不然就如蔡委員宛芬所言，讓委員去拜會部長，請部長公開表態。若部長不願意公開表態，委員只好直接訴諸媒體，向媒體表態。

鄭主任委員守夏

- 一、本案已經過數次委員會議討論，委員非常有共識，先在體制內

做到極限，若還是沒辦法，就只好訴諸體制外的方法。本案決議有下列 2 項：

- (一)堅決反對健保法施行細則第 45 條之修正溯自 104 年 1 月 1 日實施，此違反法律常規。
- (二)堅決反對政府負擔健保總經費法定下限 36%的認列範圍包含社會福利支出，反對政府透過修法減輕自己應該承擔的責任。

該施行細則修法案係由行政院裁決，以上 2 點意見建請行政院與衛福部應依法行政。

- 二、若行政院與衛福部不願意修改，委員有任何體制外的抗爭行為，則不在委員會議的決議範圍。
- 三、個人一直認為，各位既然代表各方團體擔任健保會委員，就盡可能在體制內表達意見，但若無法達到期望，各位也都代表各自所屬團體，如何作為自然各有想法。

趙委員銘圓

主席，還未正式行文前，可否由主席先與部長溝通，若當面溝通還是無效，委員抗爭行為的動作就可以更大一些。

鄭主任委員守夏

我想部長可能有苦衷。委員都代表各個團體，雖然很希望盡可能在體制內解決紛爭，若還是無法解決，委員訴諸體制外的方法，也是各位的權利。本案就此確定，接下來進行專案報告，請健保署報告，請將時間控制在 10 分鐘內，若超過時間請幕僚按鈴提醒。

捌、專案報告第一案「保險對象自付差額特材之實施情形」與會人員
發言實錄

蔡專門委員文全報告

鄭主任委員守夏

謝謝蔡專門委員的報告，請教委員有無詢問？請干委員文男。

干委員文男

目前健保總額為 6 千多億元，請問 1 年的藥品及特材(含自付額)共計多少？有人說是 6 千多億元的 2 倍，有人說不止。實際的金額到底多少？很多民眾反映現在健保剩許多錢，但民眾卻還要自付這麼多費用，是否把民眾當作憨人(台語)，在此代表民眾發問，健保署現在是否有資料可以回復？

鄭主任委員守夏

請健保署先準備，若有資料就請回答。請李委員永振。

李委員永振

有 3 點請教及 1 點建議：

- 一、第 7 張投影片，心律調節器的申報情形，其自付差額占率各年度申報數量與申報點數百分比差異較大的原因為何？
- 二、第 24 張投影片，自付差額特材改列為全額給付之檢討，「考量本類特材(冠狀動脈塗藥或特殊塗層血管支架)與健保給付上限參考品(冠狀動脈裸金屬支架)價差過大，約 4.52 倍，遠高於國際價差比例(平均約 1.9 倍)」，其原因為何？
- 三、第 28 張投影片，腦室腹腔引流系統開放前、後之點數成長分析，請問開放後點數倍數成長的原因為何？
- 四、第 20 張投影片，健保署於 104 年發現有 84 家醫療院所收費高於該署訂定之上限金額，建議應進一步探討這些院所是否有違規累犯，若有，健保署應公告示警或予以處罰，要有比較積極的作為。

鄭主任委員守夏

請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

- 一、先代表滕委員西華表達意見，由第 24 張投影片「考量本類特材與健保給付上限參考品價差過大，約 4.52 倍，遠高於國際價差比例(平均約 1.9 倍)」，更凸顯縮短價差是很重要的議題，只有縮短價差後，才可能討論未來是否納入全額給付。若沒有努力縮短價差，民眾會被廠商予取予求，廠商定價多少，民眾就只能接受，甚至可能不斷開放自付差額特材，造成民眾認為健保給付的特材都不好，一定要自付差額的特材才較好，這不是健保署及民眾樂見的結果。重點還是健保署應該執行那些措施以縮短價差，這樣未來才有全面納入給付的可能，以上為滕委員西華的意見。
- 二、目前訂定差額上限的特材類別已有 2 類(特殊功能人工水晶體及塗藥或特殊塗層血管支架)，可了解健保署需要時間整理資料，請問其他類別預定何時處理？也呼應剛剛滕委員西華的意見，若未訂定差額上限，則無法縮短價差，這樣會讓民眾一直自付差額，差額負擔不應該是常態。
- 三、投影片第 23 頁，提到英國及法國對於(冠狀動脈塗藥或特殊塗層血管支架)是否全額給付訂有標準，NICE(The National Institute for Health and Care Excellence，英國國家健康與照護卓越研究院)建議在高危險群病人，其塗藥支架與裸金屬支架之價差應小於 300 英鎊，法國建議價差為 400 歐元。我們應該參考英國 NICE 或法國的做法，訂定一套標準，做為健保署在何種情況下可考慮將自付差額特材改列為全額給付的依據。之前會議曾經討論過，當時已建議應該要訂出標準，否則每次檢討自付差額特材時，委員即須逐項討論，並非長久之計，建議訂出規則，只要符合，就可檢討納入全額給付的品項清單中。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員宛芬，請李委員蜀平。

李委員蜀平

- 一、今天是鄭主任委員最後一次主持會議，請主席對我們多包容。請教健保署，是否所有的自費特材、自付額都必須向健保署申報、報備。個人一直認為自付額是因為在總額支付制度的壓縮下，醫界不得不利用此措施，才可以讓醫院永續經營。
- 二、記得健保會對所有自付差額特材訂有作業流程，規定開放自付差額一段時間後要進行檢討，以瞭解自付差額特材品項的療效是否確實較好，不曉得健保署有無執行。

鄭主任委員守夏

謝謝李委員蜀平，請潘委員延健。

潘委員延健

- 一、針對此議題提出說明，因為醫療會持續進步，一直有新科技出現，包括新的醫療材料、藥品上市，市場上須要一段時間慢慢成熟及讓民眾接受。新品項剛引進時，一定都是民眾全額自付，接著是健保差額負擔，等到市場接受度大、產品價格下降後，才考慮納入健保全額給付。在健保財務有限的情況下，相信這是必然的趨勢，永遠都會有全額自付及差額負擔的項目，只是項目內容會持續改變。
- 二、請教健保署，投影片第 19 頁有關「上限之訂定方式」第 3 點，「自付差額上限是依特材品項別，各醫療院所收取差額分布之 70 百分位值訂定，並逐年採滾動式檢討」，請問訂在「70 百分位值」的依據為何？後面「逐年採滾動式檢討」讓人更覺得可怕，剛開始價格有高有低，但經過逐年檢討、調整，最後一定會趨於最低值，如果我們把上限固定在「70 百分位」，最終等於完全沒有價差，如此會扼殺特材的運用及影響市場機制，建議百分比的訂定應該要有彈性，以避免前述情況出現。

鄭主任委員守夏

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

- 一、認同潘委員延健的意見，可是也擔心若不設上限，消費者的負擔會過重。沒錯！或許訂定百分比後，價格將逐年遞減，價差會愈來愈少或甚至消失，消費者當然樂見這樣的情形，不過，也不希望醫院因而沒有利潤、影響營運。訂定上限所依據的百分位值會逐年檢討，但還是有彈性空間，不見得都會這麼低。日後若使用的人不多，那麼上限可能還會維持在原來的數字，若用的人多，市面上的流通率高，當然上限會逐年降低。
- 二、個人認為，健保署提出本專案報告，有其必要性。新特材、新醫療科技等產品推陳出新，對民眾是好的；也因為科技日新月異，不得不有這樣的檢討，我覺得本報告及討論非常有必要，也支持健保署的作法及建議，並希望該署繼續做好把關的工作，讓消費者有好的醫材使用。

鄭主任委員守夏

謝謝！請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

- 一、特材本來就有其個別化及差異性，將自付差額上限訂為 70 百分位，可能是目前的權宜之計，我認為應仿照英國 NICE 的做法，朝針對不同特材訂定不同合理差價的方向努力。
- 二、現在將自付差額上限訂在 70 百分位，將來會不會是用喊價的方式調整，我不清楚，但訂定自付差額上限，是消費者希望的方式，因為很擔心醫院會不斷地喊價。到底多大的差距才算合理？應該要有科學數據；不知道財團法人醫藥品查驗中心有無這樣的研究能量，參考國外經驗，並進行系統分析、整理，或許就可找出方法，不要讓醫界覺得被摳得太厲害。國際上有他國經驗可供參考，經驗值如何應用在台灣，若研究單位可幫忙訂定標準，相信會更具公信力，應該朝此目標努力。

鄭主任委員守夏

謝謝！若委員沒有詢問，請健保署就有明確資料部分，簡要說明；現在沒有答案的部分，之後再以書面資料補充；委員所提相關建議，則請健保署參考。

蔡專門委員文全

- 一、謝謝各位委員的指教！有關干委員文男詢問，健保經費有 6 千多億元，自費特材花費多少？目前健保署並未有民眾自費資料，而健保支付特材的費用，1 年大約 2 百億元，但自費部分需另外調查才有資料。
- 二、李委員永振及多位委員提到，冠狀動脈塗藥或特殊塗層血管支架與健保給付上限參考品(冠狀動脈血管裸金屬支架)價差過大，約 4.52 倍，遠高於國價價差比例(平均 1.9 倍)的問題，說明如下：
 - (一)基本上，這 2 種特材功能不同，故價格也不同，因此健保所給付之裸金屬支架，與自付差額的塗藥或特殊塗層血管支架之間的價格會產生差距。
 - (二)目前裸金屬支架的價格，國外好像比台灣高，健保支付 1 萬多元，國外大約 3~5 萬元；我國裸金屬支架剛開始納入給付時，價格約 5~6 萬元，健保定期價量調查，並進行價格調整，目前健保的支付價格約 1.6 萬元，但其他國家仍維持在 3~5 萬元，所以產生差距。
 - (三)塗藥或特殊塗層血管支架部分，國外的價格大約 7~9 萬元，而我國的價格較國外稍高。
 - (四)以上是造成我國塗藥支架與裸金屬支架之價差較其他國家為大的原因。
 - (五)另外目前自付差額特材的「健保給付上限價格」，與健保給付類似功能特材的價格係採連動調整。本署定期會進行特材價量調查，以了解市場價格，並調整支付價，因此健保給付的上限價格有可能會愈調愈低，使得自付差額特材

與健保全額給付特材兩者之間的價差愈來愈大，二者可否脫鉤，必須再尋求共識。

- 三、吳委員玉琴詢問，為何自付差額上限訂為 70 百分位？其實這是相當困難的決定，本署於實施訂定差額上限第 1 年訂在 90 百分位，但外界反映 90 百分位太高，所以今年調整為 70 百分位。在訂定各品項的差額上限時，廠商的供貨願意是很重要的考量因素，因為如果調得太低，廠商不願意供貨，反而讓新特材出局，對民眾而言亦非好事；此外，民眾權益的維護也是考慮的重點。實施訂定差額上限已進入第 2 年，上限訂在 70 百分位，這點可再檢討。剛才潘委員延健提到會不會愈降愈低，實務上，我們會衡量廠商的供貨意願，不會讓民眾無新特材可用。
- 四、有關蔡委員宛芬所詢「英國建議塗藥支架與裸金屬支架之價差應小於 300 英鎊；法國在 2012 年時之價差為 400 歐元」，而我國自付差額特材改列全額給付的條件為何？也許可考量國外在做醫療科技評估常使用的評量工具如 ICER 值(Incremental Cost-Effectiveness Ratio，增加成本效益比)，以 1 個或多少 GDP(Gross Domestic Product，國內生產毛額)做為衡量標準，或可考慮兩者的 QALY 值(Quality Adjusted Life Years，調整品質後存活人年)，但最重要的考量點還是在價格差距，若兩者價差太大，財務衝擊太大就無法納入全額給付。
- 五、李委員蜀平提到塗藥或特殊塗層血管支架與裸金屬支架究竟有何差異？國際上醫療器材 HTA (Health Technology Assessment，醫療科技評估)的資料確實比藥品少很多。醫療器材與藥品最大的不同，在於影響醫療器材使用效果的因素，除器材本身外，還受醫師技術、病人狀況、以及醫院設備等因素影響，所以要評估有相當的限制。至於塗藥或特殊塗層血管支架與裸金屬支架的差異，國際醫學期刊已發表過很多文章，也提出很多證據，結果顯示各有優缺點。

- 六、有關蔡委員宛芬詢問，目前已訂定 2 項特材的自付差額上限，下一步想納入哪些項目？現正評估的項目有 6~7 項，其中人工心律調節器、人工髖關節都在考慮之列，本署會再蒐集資料、善盡責任，研議是否訂出自付差額上限。
- 七、剛才李委員永振提到人工心律調節器的差異較大，不知是否指價格差異較大？由申報數量看起來還算穩定，每年申報大約 6 千組左右(102 年、103 年申報量分別為 5,662、6,148)；申報點數約 5 億點(102 年、103 年申報點數分別為 5.34 億點、5.30 億點)。
- 八、另外有委員詢問，調控式腦室腹腔引流系統自付差額特材的使用量，比健保全額給付的引流系統高出很多，可能是先前自費的病人較多，所以該項特材納入自付差額品項後，原來可能自費的病人，改為自付差額。這部分本署會再監控。

鄭主任委員守夏

謝謝說明，若有委員尚未明確得到答案，可私下向健保署詢問。現在是下午 2 點，接下來還有其他議案，大家是否還要繼續討論？

李委員蜀平

我的表達能力可能很差，所以健保署不清楚，剛才請問的是，所有民眾自費項目都需向健保署報備嗎？署有資料嗎？醫療院所向病人收取自費項目，應有執行標準，包括向病人解釋優點如何等。此外，特材的價格與價值的差異在哪？請問健保署是要私下跟我講，還是要現在讓所有委員知道答案？

鄭主任委員守夏

這太難了！請問黃署長三桂、蔡副署長淑鈴有辦法答覆嗎？因為問題太高階，很難回答，請健保署會後提供資料。健保署對委員提問的答覆資料，本會同仁都會寄供所有委員參考，本案就進行到此。請潘委員延健。

潘委員延健

還是必須提出來，同意剛才吳委員玉琴所提，醫界同意訂定自付差

額上限，請考量不同品項的特材各有適用條件，所以不要匡在 70 百分位，而且實施第 1 年、第 2 年、第 5 年，每年情形也都不一樣，價格一定會往下走，最後趨近 0。需考慮各種不同條件，建議未來操作時，可訂定 1 個範圍，在範圍內調整上限，不宜固定 70 百分位。

鄭主任委員守夏

委員的建議請健保署參考，或可在共擬會議中討論，若執行有困難再調整。接下來進行專案報告第 2 案。

施組長如亮

對不起！因為簡報編排的關係，請問委員可否同意專案報告第 2 案與第 3 案順序對調，會較順暢。

鄭主任委員守夏

好！先進行專案報告第 3 案。

玖、專案報告第三案「擬公開之藥價差資料及相關配套措施報告(併同提出確保健保給付藥品品質之相關機制)」、專案報告第二案「全民健保藥價政策短、中、長程之改善方案(包括對策、規劃時程及預期效益)」與會人員發言實錄

黃科長兆杰報告

鄭主任委員守夏

謝謝黃科長的報告，請問委員有無詢問？先請李委員蜀平。

李委員蜀平

- 一、請各位委員，特別是吳委員玉琴、蔡委員宛芬多關注我的報告，您們以後有機會在立法院要強力質詢此議題。
- 二、雖然剛才黃科長兆杰準備的報告內容非常好，可惜都不是我提出本案想看到的，今天是聖誕節，聖誕老公公駕著馬車，準備1月1日要去見耶穌，但今天的報告還是文不對題。我的訴求非常明確，就只是要知道「藥價差」到底金額有多少？
- 三、跟委員報告，健保署規定藥廠藥商要申報其銷售予各層級醫療院所、藥局的藥品實際交易價格，署絕對可以掌握相關數據，如果廠商申報不實，將會影響該廠商所申請健保品項的支付價，而且歸零，所以沒有1家藥廠藥商敢不申報。我知道健保署非常認真，尤其是黃署長三桂絞盡腦汁為健保業務付出，真的很辛苦。我重視「藥價差」的問題，是不希望此問題扭曲醫療的正常發展，或變成「以藥養醫」的惡名。舉例來說，去年推動雲端藥歷查詢系統後，輕而易舉就省下80幾億元。
- 四、在此誠懇的要求，可否公布健保署給各藥業公協會的公文？(註：有關擬公開藥價資料案，健保署依本會104年7月份委員會議之「請健保署持續收集各界之意見，以免導致產銷結構或機制受到影響」決議，行文藥業公協會蒐集意見)署的公文是告訴廠商，因為健保會委員要求公布資料，所以要查察各藥廠銷售給各醫院的藥價。我並未要求公布每家廠商售予各醫療院所及藥局的藥價，只是要知道到底現在的「藥價差」是多

少？絕對不只 200 億元，也不是 300 億元，本人希望能在體制內檢討藥價政策。我不會大聲嚷嚷，讓民眾或媒體知道，但要讓委員及健保署知道，透過檢討思考，可將不合理的藥價差回歸醫療，以之解決「五大皆空」、「手術費用過低」等問題。再次強調並懇求，我只要求瞭解各層級醫療院所的藥價差總金額，希望在合理藥價差的前提下，共同討論政策，以利健保未來更合理支付各項醫療服務及醫事人員的費用。

五、藥品價格不是 1 個獨裁政策，應該可以邀請所有的藥業公協會、付費者代表、健保會委員及社會公正人士一起討論。我國現在藥品的支付價格合理嗎？相較於 GDP(Gross Domestic Product，國內生產毛額)與我國類似的國家，我們的藥價合理嗎？跟各位委員報告，從人口數及土地面積等比較，臺灣製藥工業的標準是全世界最嚴格的，可是藥品價格卻與歐美國家相距甚遠，未來要如何推動生物科技、製藥工業等產業的發展，請大家要面對此問題。我知道健保署非常無奈，我們希望可以透過跨部會的討論，由健保署、食藥署及相關單位一起研究，唯有藥價合理，藥價差才會合理，未來的醫藥、生技產業才會正向發展。

六、每次開會健保署都說召開各公協會的會議，都說各位的意見很好，都聽到了！可是開過最少 10 次以上的相關會議後，最終還是得聽健保署的決定。每次會議最少 70 人以上與會，但卻無法解決問題，每次都浪費車馬費及社會成本。懇請各位委員要共同面對問題，藥價這麼低廉，又要求高品質，又要求藥廠須符合 PIC/S GMP(Pharmaceutical Inspection Convention and Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme Good Manufacturing Practice，國際醫藥品稽查協約組織所規範之優良作業規範)標準，那是不對的。過低的藥價會使廠商用最低的原物料，可能生產品質比較差的藥品。如果我們要求高品質，要參加 PIC/S(Pharmaceutical Inspection Convention and Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme，國際醫藥品稽

查協約組織)，就要有合情合理的價格與利潤。以上所言，絕不是懷疑健保署，也不是多管閒事或為難大家，只是聖誕老公公已經快要見到耶穌，我們不能再自欺欺人了，騙人會得到報應。

鄭主任委員守夏

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、討論「藥價差」的問題，也應包括我經常提到的「藥價負差(意即醫療院所購買價高於健保支付價)」問題。每次健保署報告時都說，如果藥廠賣的太貴，只要醫療院所反映，健保署會馬上處理，但這不是正確的處理方式。健保署本來就知道存在「藥價負差」的問題，但今天完全沒有提及，好像在騙3歲小孩。
- 二、對於那些不願賣給健保，只在藥局銷售的原開發廠藥品，健保署可以今天報告的藥價政策吸引他們回頭嗎？坦白講，想把人家再騙回來，有這麼容易嗎？這是大家很擔心的問題，要如何處理更是困難。
- 三、醫師透過「雲端藥歷查詢系統」可以看到病人過去6個月的用藥紀錄，經過健保署的努力及統計，病人1年內所領藥品的剩餘藥量可控制在10天內，不像過去，因為病人可能會囤藥在家，甚或帶出國。健保署若要執行重複用藥核扣，就應該提供強而有力的查詢系統，讓醫師可查詢病人1年內的用藥紀錄，以後醫師若因重複用藥被扣錢時，就不能抱怨。擴大「雲端藥歷查詢系統」查詢病人用藥的期間，是健保署應該努力的方向。
- 四、藥品的供應鏈以往也出現過問題，據我所知，Cefazolin(頭孢子菌素，為第一代抗生素)這種藥品每顆15.6元，是由某一家符合PIC/S GMP標準的藥廠所生產，因為製程中發生交叉感染，必須暫時停止生產，等一段時間後才能繼續供應，

政府為了要讓病人有藥可以使用，只好趕快向國外進口，這當然很好，健保署也很盡力，但國外進口的價格每顆 32 元，貴了 1 倍左右。

- 五、我認為藥品供應鏈很重要，若這些符合 PIC/S GMP 標準的藥廠有任何變故，就可能發生供應鏈斷貨的情形。以前每種藥可能有 5~6 家藥廠生產，但因藥廠現在必須符合 PIC/S GMP 標準，每種藥可能就只有 1~2 家藥廠能夠生產，一旦其中 1 家發生問題，而另 1 家也生產不出來，藥品的供應鏈就會出現問題，病人就慘了！
- 六、最後一點，除李委員蜀平一直在講的「藥價差」問題外，還有我過去要求健保署研擬的「多元藥價基準」，相信「多元藥價基準」也是很好的基準，可惜今天的報告並沒有著墨，希望日後健保署可以努力。
- 七、基於維護民眾用藥之安全與權益，應注意藥品原料使用的合法性，提高藥品的品質，且對藥廠的供應鏈確保供貨正常。因此探討藥價差的同時，應先思考現行藥價的合理化，檢討本國藥廠的合理生存空間、原開發廠的合理生存空間與院所採購藥品的合理生存空間。

陳代理委員順來(侯委員彩鳳代理人)

- 一、從今天的報告可知，經過 89~104 年間歷次的藥價調整，大約節省 600 億元，可是消費者對於藥價是否改變，並沒有太多感覺。
- 二、民眾自費就醫，感覺好像就診 1 次，病就會好，但看健保，就得就診 2 次以上才會好。我認為不要一直壓低藥價，桃園很多本土藥廠都表示活不下去了，藥廠出售的價格都非常低幾乎沒利潤，但消費者卻感受不到，我也很納悶這些藥價的差額到底跑去哪？
- 三、藥品品質很重要，除了監控藥品生產過程，透過設備與管理來節省成本外，原料的品質也很重要。廠商為了控制成本，如果

有幾種原料可以選擇，一定會採用最便宜的原料來生產。

四、現在很多藥廠不願意生產針劑，因為利潤很低，管制又很嚴格，藥廠反映一直被健保摳，無法生存。可是消費者卻感受不到任何好處。消費者去看病，例如感冒藥有很多種，醫師可能會開立利潤較高的藥品，而不會選擇利潤低的藥品，也不會考慮到對病情之成效。

五、我認為應該適度管理藥價，但不能壓低到藥廠無法生存，或影響藥品品質，此將影響健保整體成效。以上所言，並非同意讓廠商任意開價，而是希望建立一套兼顧品質與價格的監控機制，不要一味壓低價格，讓藥廠無法生存。

鄭主任委員守夏

謝謝陳代理委員順來，請何委員語。

何委員語

一、10 多年前，日本也曾發生過「藥價差」的問題，建議健保署了解日本的處理經驗與所運用的策略，最終可以讓藥品的供應回歸正常。

二、健保支付中醫每日藥費，20 年前 1 天是 30 元，但中國大陸經濟發達後，中藥材的價格翻漲好幾倍，中醫的每日藥費仍然 30 元。但製藥廠不可能以每日 30 元的價格供應中藥，因此會發生很多問題。

三、再以普拿疼為例，藥局 1 顆賣 10 元，但聽說藥廠賣給醫院，1 顆 5 角，差距如此大？過去我在委員會議中曾開玩笑說過，如果 1 顆藥被殺價 1 元，就會多加 10% 的太白粉，如此一來，藥效就會一直下降。所以探討「藥價差」問題的同時，更要注意的是藥效及品質管理，因藥效為 90%，與為 20% 或 10% 之間，生產成本一定不同。藥廠為了要生存，一定得想很多辦法處理成本的問題，殺頭的生意沒有人願意做，這些問題都很大。

四、據我所知，國內有 1 家已設立 50 年的製造兒童疫苗藥廠，其

產品過去在國內銷售，同時也外銷至歐洲。但我國藥品因全面採用 PIC/S GMP 標準，竟然不准這家藥廠繼續生產，只好轉向韓國藥廠採購，但問題是這家韓國藥廠並不符合 PIC/S GMP 標準。實在很奇怪，國內藥廠若不符合 PIC/S GMP 標準，就不能生產，卻可向不符 PIC/S GMP 標準的海外藥廠採購。這是很奇怪的制度，我認為國家在管理政策上有問題。

五、我一直強調，我國藥費約佔健保總費用的 26%，難道沒有辦法設立藥品檢驗中心嗎？應該檢驗所有藥品的藥效，有多少藥價就應具有多少相對療效，50%的藥價應有 50%的療效、80%的藥價應有 80%的藥效，這樣才合理。日本既然曾歷經慘痛的過程，我們應該蒐集其相關資料參考。

六、我認為藥價議題不是公告藥價差就好，而是藥品要有合理的藥效及品質、藥品生產者可以得到合理的利潤、藥品可以合理的運用在消費者身上，這樣才是良好的藥品管理制度。

鄭主任委員守夏

謝謝何委員語，請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

一、花了很多時間研讀健保署的「健保藥價政策之改善方案」報告，但還是看不太懂。健保署所提的短程、長程改善方案，似乎是希望解決藥價差問題，但中程改善方案卻突然提到實施藥品差額負擔，要民眾自付差額，感覺很奇怪。

二、為何民眾要選擇藥品的廠牌？因為可能被告知或主觀認為原廠與台廠藥品的品質不同。民眾為何認為不同廠牌的藥品，品質有差別？其實是因為對衛福部的藥品管理沒有信心，結果卻須由民眾買單、負擔藥品差額。

三、至於昂貴新藥是否納入差額負擔？這與藥價差更沒有關係，應該回歸健保財務，以及從保障民眾權益的層面考量。對健保署提出的中程方案，個人完全無法認同，差額負擔屬於另一個議題，不適合納入藥價政策，或在解決藥價差的議題中討論。

四、我覺得「日劑藥費」是很重要的議題，應該找時間討論，因為「日劑藥費」不僅與藥價差有關，還涉及民眾用藥安全。採用簡表申報，無法從申報資料中了解民眾有無重複用藥，此外，與雲端藥歷的推動也有關。請健保署重新思考所提藥價政策之短、中、長程策略。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員宛芬，請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、對於前面幾位委員所提意見，個人非常認同，也知道健保署同仁很用心，但從報告內容看來，多針對較好的部分著墨，或以簡單方式帶過。不知健保署同仁有無看過今年7月份天下雜誌雙週刊1篇探討藥價的報導，文中提到「救命的藥比一顆糖便宜，補充營養的點滴不如一瓶礦泉水」，不知道報導內容是否以偏概全，但相信有部分真實性。
- 二、報導中提到，便宜的藥價，真的是消費者的福音嗎？健保已施行20年，過低健保支付價，會不會逼迫藥廠不顧藥品的安全及藥效，而變更包裝及主成分，以削減成本？醫院是否將不再以藥效為藥品採購的優先考量？若真如此，對消費者而言，非常沒有保障。
- 三、合理的藥價非常重要，健保署在核定藥價時，如同何委員語所言，應該給予合理的利潤，並依成分分級，支付合理價格；不能不看藥效，只一味砍藥價。如果沒有好政策，即便廠商生產出再好的藥品，也可能賣不出去或無法同意以健保支付價供貨，如此就無法用於醫治病人，對消費者而言是非常大的傷害，請健保署考量。

鄭主任委員守夏

請潘委員延健。

潘委員延健

- 一、2點意見，第一，同意在目前複雜的環境下，要正確計算藥價

差非常困難，剛剛看到健保署的簡報內容(第 3 張簡報)，要求計算藥價差資料時，將癌症或罕病用藥排除；也看到所節省的藥價差可用於引進一些新的標靶藥物。但癌症或罕病藥物都非常昂貴，而且大部分的利潤也很低，幾乎是負價差，排除這類藥物後，所計算的藥價差會非常失真，建議未來若計算藥價差時不應排除這類藥物。

二、第二，健保藥價政策之改善方案報告第 2 張投影片提到，「藥量部分之管理(減少為賺取藥價差而衝量之誘因)」，以醫界角度，對本項內容覺得很遺憾。健保署對於量的管控，不能用這一句話做交代，因為其中牽涉的因素很多。我曾向委員報告，大部分醫院都做自主管理，額度都已受限，若申報金額超過上限，醫院一毛錢也拿不到，所以沒必要衝量。況且大部分的醫院，醫師開藥並未與薪資掛鉤，健保署下這樣的註解應該要更謹慎。

三、第 2 張投影片，藥量部分之管理第 3 點，「105 年 7 月辦理重複用藥核扣方案之跨院核扣」，對此，有 2 點建議：

(一)之前曾提過，目前雲端藥歷查詢系統的資料並非百分之百完整，有些機構並未被要求在時限內上傳資料。呼籲健保署，於未來半年，應該讓雲端藥歷查詢系統的資料達到百分之百完整，尤其對未能即時上傳資料的院所，也應全力要求，並訂定相關監控指標。資料完整後，再導入「重複用藥核扣方案之跨院核扣」措施，才會比較合理。

(二)使用相同藥品，或相同藥理作用的藥品，都算是重複用藥。重複用藥的定義，牽涉藥品的 ATC code(Anatomical Therapeutic Chemical code，藥品藥理治療分類)，每家醫院用藥品項大概都不到健保署公告的十分之一，建議能夠清楚定義「同時使用哪些藥品」是屬於重複用藥，並建置標準檔，這樣醫院於核對藥品時，才有所依據。如果醫院建置錯誤的藥品碼，例如 ATC code 有誤，而被核扣，就很冤

枉。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

- 一、健保藥價政策改善方案之短程方案，寫得很離譜。只有長程規劃寫得較用心，贊同改變目前的論量計酬方式，未來對門診處方藥品改以論病例計酬方式支付，及實施住院 DRGs(Diagnosis Related Groups，住院診斷關聯群)。
- 二、短程改善方案中，藥量部分之管理，提到「持續推廣雲端藥歷查詢系統」，與藥價政策好像無關，屬擴大使用功能；至於「擴大辦理重複用藥核扣方案之同院所核扣」措施，與 IC 卡有關，但與藥價政策無關；「105 年 7 月辦理重複用藥核扣方案之跨院核扣」，屬管理工具，也不是藥價政策。
- 三、中程方案提到，「試辦藥品差額負擔是為了使病人有自由選擇廠牌的權利」，這更離譜。若病人有能力拿處方箋到藥局選擇自己需要的廠牌，就可以當藥師了！若沒有此能力，病人就應該乖乖聽醫師的話，醫師開什麼藥就吃什麼藥，這才是最好的用藥方式。藥品若實施差額負擔，讓病人自己選擇藥品，想必穩死的(台語)，民眾自付額增加就算了，賠上國人健康問題才嚴重！
- 四、藥品品質很重要，同成分藥品若同品質，則不論專利藥或學名藥，都可採同價位支付。目前健保對於給付超過 15 年的學名藥，是否將同成分、同品質的藥品，調整為同價格？很多醫師都說健保藥沒效，不知道真或假？記得以前有醫師騙我說 Stilnox(史蒂諾斯，安眠藥)吃多會傷身，連健保署也這麼說，但是我吃了 20 多年也沒怎樣，不但沒癡呆，還很健康。很多人認為原廠藥比學名藥好，很多學名藥是本國藥廠製造的，因此我們要檢討，如果學名藥加很多賦形劑，而有機化合物加很少，這樣的品質，如何讓人接受。多少錢買多少東西，廠商也

是很會算。我認同長程計畫，藥品重質不重量，不要讓病人吃一堆沒效藥，藥吃多了就算不死，胃會破洞，腎也會壞掉。

五、有人說健保的藥沒效，到底是藥沒效，還是醫師或健保署有問題？目前有無監控用藥品質？學名藥與原廠藥的成分是否完全相同？若品質沒有完全相同，就不能砍藥價(指同成分、同品質，調整為同價格)；若完全相同，當然要砍藥價。問題出在品質是否不同，食藥署到底有無監測或化驗這些學名藥？曾經建議健保署抽檢藥品品質，但健保署說沒錢、沒人，沒辦法做，這些議題都需要檢討，不能這麼消極。

六、健保總額有 6 千多億元，坊間包括醫界都說，民眾自付的醫療費用，約有 1 兆 2 千多億元，請問健保署有無相關資料？我想是沒有，這些資料可能很難取得。健保花這麼多錢，病人吃這麼多藥都沒效，實在很可惜，到底問題出在哪？希望能改善。

鄭主任委員守夏

謝謝干委員文男，目前是下午 2 點 55 分，委員的詢問愈有重點，建議事項愈具體，健保署才有辦法回答。請謝委員武吉。

謝委員武吉

非常感謝健保署提供資料，雖然有些委員尚不滿意，但要讓全部委員都滿意，困難度相當高。在此提出幾點意見：

一、首先，藥品的原料，一定要請 TFDA (Taiwan Food and Drug Administration, 臺灣食品藥物管理署)做好品質管控；原料好，藥品的品質才會好。

二、個人最痛心的是，1 瓶寶礦力飲料 25 元，1 瓶 500 毫升 Ringer solution(複方氯化鈉注射液，補充水分及電解質之靜脈輸注液)，健保僅支付 17.7 點，這不符合社會公平正義，根本說不過去。這些藥品都是符合 PIC/S 規範的藥廠製造的，希望健保署審慎考慮藥價問題，其與品質絕對有關係。

三、再者是藥品供應鏈的問題，明(105)年起國內原料藥廠須符合 PIC/S GMP，而西藥製劑藥廠則已自今年起全面實施國際

PIC/S GMP 製藥標準。目前約有 100 多家符合 PIC/S GMP 規定得製造西藥製劑的工廠，新規範的標準及管理方式與過去截然不同，請健保署補充說明如何因應，避免發生藥品短缺情形。

- 四、最後，誠如戴委員桂英、干委員文男所言「合理的藥價」，我聽聞有些藥廠不再提供健保核價低的注射液點滴瓶。正如何委員語所言，Panadol(普拿疼)藥局售價每顆 10~12 元，事實上醫院採購價每顆 0.5 元。請健保署妥善考量合理的藥價差，讓醫院及藥廠能夠生存，否則藥廠倒閉後，會增加失業勞工。再次請健保署審慎考量合理藥價。

鄭主任委員守夏

拜託委員簡短發言，請林代理委員佩菽。

林代理委員佩菽(楊委員漢淥代理人)

對於健保署明年 7 月即將實施「重複用藥核扣方案之跨院核扣」措施，提出呼籲：

- 一、醫界目前尚不知此方案將會如何進行，健保署也未跟醫界討論相關配套措施。誠如潘委員延健所言，健保雲端藥歷查詢系統的資料尚不完整，若醫療院所僅利用查詢健保雲端藥歷系統所得的資料，執行藥品調整以配合跨醫院核扣的政策，在實務執行上恐有用藥安全上的問題。
- 二、再者，跨院核扣的政策應如何處理民眾端，是請病患在下次看診時攜帶之前看診的藥品，並告知哪顆藥品因為重複，所以不能再開立嗎？然而同藥品不同廠牌，其包裝不盡相同。每家醫院的藥品包裝也不大一樣，如此要如何判別民眾知道那一顆是那一顆，發生問題時其責任又如何釐清，以上這些細節問題，似乎都須要好好討論。但目前醫界未收到健保署的開會通知，距離明年 7 月，尚有半年時間，建議健保署儘早與醫界討論，訂出好的配套措施。

鄭主任委員守夏

請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

- 一、藥價差是總額預算管控的手段之一，目前健保署推動藥品費用分配比率目標制，但卻未訂定合理藥價，建議應予訂定。今年天下雜誌曾報導救命的藥，比 1 顆糖果還便宜，導致有些藥品不再生產或販售，這都不是消費者樂見的結果。
- 二、健保署專案報告藥價政策改善方案之短、中、長程計畫，個人覺得也許時間不足，無法提出更細緻的方案，但真正的問題是「如何訂定合理藥價」。2 年前「2013 臺日韓全民健保研討會」，日本代表報告其國家收集過去的藥價資料，以訂定合理藥價，請健保署參考其他國家的改善措施。
- 三、支持健保署推動重複用藥核扣方案，以管控醫療院所的用藥，除藉由健保雲端藥歷查詢系統輔助外，核扣方案是另一支棒子，但核扣的重點為何？據我所知，日本醫療院所第 1 次發生重複用藥，是祭以警告，第 2 次又重複用藥，則採扣款方式處理。重複用藥對老人及醫療資源都有負面影響，建請健保署與醫界儘快溝通協調核扣方案的推動措施。
- 四、有關健保藥價政策之中程計畫，提及「研議試辦藥品差額負擔機制及對低收入戶之配套」，但內容並未說明低收入戶或弱勢族群的配套措施作法。
- 五、剛才干委員文男建議藥品應由食藥署把關，105 年度醫院總額也編列相關預算(註：105 年度總額其他預算項下編有「提升保險服務成效」之預算，全年經費 295 百萬元，由中央健康保險署委託食品藥物管理署以外之機關團體抽驗健保給付之藥品品質)，健保署負有抽查藥品品質的責任，尤其是民眾檢舉案，請健保署能承擔及執行此任務。
- 六、今天時間很短，健保署以 3 張投影片說明藥價政策改善方案，似乎有點粗糙，建議未來持續努力，提出更好方案。

鄭主任委員守夏

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

- 一、委員對健保藥價政策改善方案有諸多疑問，健保署可能準備時間不足，所以很多資料未能呈現，但個人覺得健保署已經非常用心了。
- 二、至於李委員蜀平多次提出藥價差議題(李委員蜀平：沒人甩我；楊委員芸蘋回應：大家都有甩你)，但健保署提出的方向似乎都未符合您的期待，建議李委員提出具體的需求及問題，再跟健保署討論。
- 三、今天是鄭主任委員任內最後一次主持會議，下個月就要前往美國，可否請您貢獻如何處理藥價差問題的想法，很想聽聽您的高見，以滿足李委員蜀平及健保會委員的期待。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

我想再討論也不會有結論，建議李委員蜀平，明年 1 月份正式提案「成立健保藥品研究小組」，坦白說，我正在蒐集相關資料，本來打算私下跟李委員蜀平說明，最近開始接洽 1 位日籍醫師，希望藉由他的翻譯，蒐集日本健保藥品政策的相關資料，並進一步了解日本政府在健保藥品方面的相關措施，可能在 4、5 個月後，才能針對藥品議題提案。

李委員蜀平

- 一、抱歉！再次強調，我的提案很簡單，只有請告知「藥價差究竟是多少金額」。健保署所提供的 2 份專案報告，都不是我要的資料，等同變相否決我的提案。如果鄭主任委員、何委員語同意，建議剛才何委員語所提，成立「健保藥價差跟合理藥價研究小組」我樂意邀請產、官、學一起來開研討會。我只問藥價差到底多少？只要健保署署長現在下令，1 小時後就可知道全

國的藥價差金額多少，差別只在健保署要不要做而已。

- 二、不要用「健保藥價差只有 2 百、3 百億元而已」來唬弄委員，從民國 86 年至今，健保的藥價差絕對超過 5 千億元，希望能在健保的體制內好好處理藥價差問題。歹勢(台語，不好意思之意)，這是鄭主任委員主持的最後一次會議，希望讓它成為永恆的回憶。再重覆一次我只想問每年的藥價差到底多少？並且在體制內討論、尋求處理方法，就這麼簡單。
- 三、藥價應該由藥界、學界、官方共同訂定，而非由健保署單方擬定。就像台灣生產的某胃藥，以前售價 10 幾元，現在健保只給付 1.5 元，如果廠商在美國、歐洲藥品市場想賣 12 元，買方一定會認為藥商隨便開價，因為在台灣才賣 1.5 元，憑什麼到國外就賣 12 元，如此會影響台灣藥品的外銷價格，及整體製藥產業的發展。如果委員願意授權成立研究小組，小弟我願意擔任召集人，共同討論藥價差問題如何解決，也有助台灣未來的經濟發展，因為藥品銷售金額最後也會影響 GDP。
- 四、健保署不僅每年或 2 年藥價調整、強迫實施 PIC/S GMP，還不公告藥價差，對製藥產業而言情何以堪？這就是中華民國政府對待製藥產業的方式嗎？如果再這樣唬弄委員，我們就在體制外用自己的方法處理藥價差問題。我都已經懇求、拜託大家幫忙體制內了解藥價差，這樣還行不通，到底要我怎麼做？
- 五、再次重申，只是要了解藥價差金額有多少？未來如何在體制內維持合理的藥價差！如何把多餘的錢用來改善諸多醫療問題，不要把它講得那麼複雜。難道健保署不知道 1 顆原本要價 12 元的藥，現在只賣 1.5 元嗎？希望大家互相體諒，你們不敢講的事，由我們來講，了解數據後看要怎麼處理，不然就永遠無法處理藥價差的問題。請大家一起想辦法，創造合理的藥價差，讓藥品市場回歸正常化。

鄭主任委員守夏

先請楊委員麗珠，再請戴委員桂英。

楊委員麗珠

- 一、我想可能因為鄭主任委員守夏即將卸下主委一職，所以今天讓委員暢所欲言。藥價差問題很複雜，如果有人可以提出完善的解決方案，我想健保署也會樂於接受。
- 二、除了剛剛蔡委員宛芬、潘委員延健所提重複用藥核扣的問題。健保署簡報資料第 4 頁，將實施日劑藥費(即簡表藥費)列入健保藥價政策改善方案之長程規劃，我認為這部分宜再調整提前。因為門診護理人員會關心病人的所有用藥狀況，若採日劑藥費，護理人員就無法查看病人的用藥情形，如此將使避免重複用藥的政策，效果大打折扣，所以建議健保藥價政策之長程規劃方向能再調整。

鄭主任委員守夏

謝謝！請戴委員桂英。

戴委員桂英

- 一、李委員蜀平已多次就藥價差的議題提案，能體會他對該議題的關心，同時也知道健保署很想照簡報資料第 3 頁，本會第 2 屆 104 年第 6 次委員會議的決議事項，規劃在體制內公開藥價差資料的方式。能否請李委員給健保署多一點時間，讓該署可以向李委員請教如何在體制內公開藥價差。而且決議事項第 1 點「體制內規劃公開藥價差資料，…」，須配合第 3 點「藥價差資訊的公開，須有完整的配套措施，如：應註記相關資訊避免誤解」執行。健保署也擔心萬一引起誤解，將來會傷害更多製藥或販售業者，以及影響病人用藥的權益。
- 二、日本健保藥品的相關經驗、處理方法及策略，非常值得參考，健保署可以透過專家學者或自行蒐集的方式，再擇期於健保會或其他會議進行專案報告。我國早期藥價基準也是學習日本的經驗，看看日本這幾年進步之處，有無遇到跟我們一樣的問題，以及他們如何解決等。
- 三、我們一定要處理藥品價格的問題，尤其是健保對於療效好的藥

品支付價太低，價錢太低一定會使得該藥品最後退出市場。我知道健保署配合 TFDA 提出最低保障價格，但該政策只針對 TFDA 品質鼓勵的藥品項目。可否研議針對健保醫療院所評價良好的藥品，也給予合理的價格保障，讓藥商有生產的動機，提供民眾更好的藥品，藥價也不致太貴或太低。

- 四、剛才簡報提及的健保藥價政策改善方案，有些事項必須三思，例如「短程」方案中，「擴大辦理重複用藥核扣方案」之「同院所」核扣，是基於各院所應對自己的行為負責，道理上說得通；但要實施「跨院所」核扣，則務必小心，必須是可歸責院所的部分。
- 五、健保藥價政策「中程」改善方案部分，對藥品差額負擔機制之施行更需慎重，現在光是幾項自付差額特材品項，就已經很不容易了，如果再加上藥品差額負擔，所衍生的要考慮的事項一定更多。能否等自付差額特材部分穩定後，再來討論藥品差額負擔。
- 六、最後要提的是，健保署黃科長兆杰剛才在報告時提及 C 型肝炎的藥在美國 1 顆賣 1 千美元的案例。我認為健保要給付任何新藥之前，應先考慮財務負擔，如果能力不足，應該教導民眾如何事前疾病預防，以收預防重於治療之效。

鄭主任委員守夏

- 一、本案討論時間已超過 52 分鐘，由於是將 2 項專案報告併同處理，所以讓大家暢所欲言。我們很清楚李委員蜀平非常關心本案，但之前曾在委員會議中提過，我們更關心民眾的立場，否則藥品價格低到一定程度，可能致使品質不佳，所以大家才抱怨所吃的藥好像都無效。
- 二、因為 TFDA 有權限上的限制，所以才會在 105 年度總額協商時，在其他預算「提升保險服務成效」項下，落下「請健保署委託食品藥物管理署以外之機關團體抽驗健保給付之藥品品質」之協定事項，也感謝健保署願意接受我們的要求，雖然有

點越俎代庖，但既然要訂定藥品價格，就有責任確保品質與價格相當。我們並未規定健保署一定要如何抽驗，最簡單的就是藥品送驗時療效如何，抽驗的結果也應當一致，健保署願意做就已經跨出第一步。

- 三、也可藉此傳遞 1 個訊息，讓那些用低價競爭、在藥品中添加奇怪物品的廠商知道，以後這樣做是行不通的。當藥品有品質時，價格就不會再往下降，正牌的藥品不可能在那麼低的價格下還願意生產，廠商的態度若是如此，藥品的市場價格自然會回升。
- 四、據我所知，日本實施健保已 50 年之久，也是在 40、50 年後才訂定藥物合理價差，我國健保才實施 20 年，也許還不夠久。可能如李委員蜀平所提，真正的重點是健保署對藥品的責任，不是只有進行藥價調查。健保署在藥價政策上應該可以做得更好，應該要有訂價策略，也須模擬原開發廠與國內廠在各種訂價策略下的發展情形。
- 五、個人反對藥品實施差額負擔，至少在短時間內不適合，因為實施藥品差額負擔後，到底幫了誰、或害了誰，利弊得失其實並不明確。最理想的狀況應該是，民眾不用對健保給付或差額負擔的藥品做選擇，健保給付的跟民眾自付差額購買的藥品療效一樣，民眾不需考慮哪個牌子的藥較有效，哪個牌子的藥效果較差。藥品差額負擔號稱是讓民眾有選擇用藥自由，其實是推卸責任，讓民眾自行選擇用藥不是好的策略。雖然該機制在短期內不會實施，但一旦實施，不論對製藥產業或製藥業者，都有很大的影響。
- 六、媒體報導的藥價差案例中，有些極為特殊，請大家不要把特殊案例當成一般情況。健保給付的藥品中，還有很多品項存在非常高的價差，當有高價差存在時，健保支付價自然不會太低；而健保支付價已經很低的藥，怎會有高價差？
- 七、現在同時討論藥品價格太低、藥價差太高 2 個議題，自然無法

一次解決，但今天做了很好的溝通，我知道這些都不是李委員蜀平想要的答案，但無論用藥品質、藥價政策、藥品支出，這些議題都在健保會討論過很多次，都是大家關心的議題，本報告案可讓大家更了解健保藥品政策，應該是好的方向。

八、個人很贊成剛才何委員語的提議，成立研究小組，請幾位對本議題有興趣的委員，密集地與健保署或 TFDA 討論短、中、長程的可行方案，要在短時間內找出可行的解決方案，幾乎不可能，我們要務實。今天會議時間已經超過非常多…。請李委員蜀平。

李委員蜀平

- 一、何委員語提議由我及付費者委員、健保署、先體制內了解藥價差到底有多少，研擬藥價差的配套措施，及研議藥品的合理定價，我願意承擔此工作，找付費者及醫界代表、健保署及業者一起討論，舉辦相關論壇，屆時希望黃署長三桂也能與會。很多人勸我「蜀平，藥價差的問題很複雜，你不要提好不好」，但我認為它是健保永續經營的弊端，會影響整體醫療體系、製藥產業及人民健康。所謂「在體制內」解決藥價差問題，就是讓付費者代表知道藥價差有多少，健保署也要將數字告知，再共同面對及處理此問題，這才是健保永續經營的策略。
- 二、如果授權我 organize(組織)健保藥品研究小組，預計在 20 日內提出報告，若大家覺得報告內容可行，再繼續擴大為論壇。剛剛提到 C 型肝炎的問題其實非常容易處理，我參加國際會議…。

何委員語

主席！可否請李委員蜀平在下次委員會議，就「成立健保藥品研究小組」提案，因為此議題並不在本次專案報告的範圍，至於該小組要邀請哪些人討論，則交由研究小組規劃細節。

李委員蜀平

讓我點將可以嗎？

何委員語

請李委員蜀平在下次委員會議提案成立「健保藥品政策研究小組」，好不好？

鄭主任委員守夏

可以。

李委員蜀平

我願意提案，但因為年底到了，所以一定要再次提醒大家藥價差的問題，不然拖到明年又會忘記。

鄭主任委員守夏

每位委員都有提案權，如果李委員蜀平願意領銜提案，可以邀請其他委員連署，屆時再討論應該怎麼做。

何委員語

我幫你連署(李委員蜀平：好)。

鄭主任委員守夏

本報告案就討論到此，現在是下午 3 時 25 分，會議已經召開 5 小時又 55 分鐘。除了已經討論的臨時動議外，還有「基於健保給付平等原則，『保險對象自確診開始服藥二年內之愛滋病治療費用』，非屬本保險給付範圍之審議案」臨時提案，及「『全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫』修正案」臨時報告案。在此徵詢委員的意見，要將這 2 案移至下次委員會議或是繼續討論？

蔡委員宛芬

這 2 案都沒有時間上的迫切性，因為前者是民國 106 年起施行，後者只須在 105 年 3 月前由委員會議通過即可。大家也很累了，再繼續討論下去，恐怕議事效率也不理想。

鄭主任委員守夏

討論那麼久，大家頭腦好像都不清楚了。請何委員語。

何委員語

一、我要提出最後 1 個問題，依據「衛生福利部全民健康保險會設

置要點」第 2 點規定，本會共有 6 項任務，雖然其中第 1、2、3 項任務都與健保財務有關，但我認為委員在健保會不只討論健保財務相關議題，因為第 4 項任務為「保險政策、法規之研究及諮詢」，第 5 項為「其他有關保險業務之監理事項」，第 6 項為「其他全民健康保險法所定由本會辦理事項」。

二、依據上述條文第 4、5、6 項規定，只要醫療院所跟健保署存在合約關係，成為健保的特約院所，就屬於健保體系的一環，其人、事、時、地、物、財，皆為健保業務監理事項，都屬於健保法規定本會的應辦理事項，也屬於保險政策、法規之研究及諮詢。所以今天討論事項第三、四案所涉「醫師醫療責任險」，及各醫療院所的「雇主意外責任險」，皆屬保險政策之研究議題，據此，委員有提案權。

三、雖然相關法規未明列委員職責，但委員應該有提案權、發言權、決議權、建議權及表決權。在此跟所有委員說清楚，健保會不只能討論費率、總額分配，所有健保相關法規都屬保險政策的一環，如果委員認為須加以深入研究的議題，都可以在委員會議提出。

四、在會議規範中，「建議」與「建請」是不一樣的，前者需表決，有執行跟約束力，後者是基於尊重對方，提請對方參考，至於要不要接受建言，則由對方決定。會議規範規定得很清楚，「建請」是只要主席覺得該事項可行，就可以裁決移送，「建議」一定要所有在場的人表決做成決議才可移送。

鄭主任委員守夏

謝謝何委員語幫大家上了一課，雖然我認為就事論事、解決問題才是會議的重點，而且自己對議事規範也不是那麼熟悉。說實話，在健保會這個由 35 位委員組成的會議中，議程進行時還是需要輔以議事規範。即使有委員建議發言過長應該按鈴，但到目前為止，我幾乎沒有在委員發言時按鈴，就是因為本會很重要的任務是協商，

協商講氣氛，若按鈴會破壞氣氛，事情就不好磋商。至於監理業務，我認為本會一直有進步。有關臨時討論案、臨時報告案就留待下次委員會議再議！請龐組長一鳴。

龐組長一鳴

- 一、主席！對不起，請容我說明。有關「『全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫』修正案」臨時報告案，雖然依據貴會第 2 屆 104 年第 8 次委員會議決議，只要在明年 3 月底前將計畫內容提經健保會同意後就可動支預算。但台灣家庭醫學會在明年 1 月就要開始招收新會員，如果今天無法詳細討論本案，可否請委員同意先依照醫師公會與健保署討論過的修改內容執行，不然會引發家庭醫學會執行延續性的問題。
- 二、今天有邀請疾管署的同仁與會，但因為時間關係，無法討論到相關議案，特別趁此機會，代表健保署向出席的疾管署同仁致歉。

李委員蜀平

報告主席！有關今年 12 月底公告藥價差案，希望在您主持時，能做成結論，若今天被唬弄過去，之後您去美國，打長途電話的費用很高。剛才何委員語所提組成健保藥品政策小組是另一個議題，我所講的藥價差屬於今年討論的議題，拜託告訴我相關結論為何？

鄭主任委員守夏

剛才龐組長一鳴所提臨時報告案，有必要請在場委員同意讓執行單位先執行。下次委員會議報告後，再依據該案的決定事項，就計畫需修改的部分，請執行單位從明年 2 月開始實施；如果今天不同意，則明年 1 月該計畫就不能施行，行之有年的計畫忽然停擺 1 個月，似有不宜。因為實在無法在今天的委員會議消化這麼多議題，但這是我們的責任，所以原則同意先以健保署與醫師公會討論通過的方案執行，並請健保署於下次委員會議報告。

干委員文男

主席！我看這 2 案都屬於報告案，講清楚也花不了幾分鐘(其他委

員：其中 1 個為討論事項)

鄭主任委員守夏

討論事項需要大家同意才行，我們干委員文男一直都是戰鬥力最強的委員，到最後還願意再繼續討論。

李委員蜀平

那我的結論呢？

鄭主任委員守夏

李委員蜀平所關心的 2 個專案報告案，依照之前委員會議的決議，公告藥價差的同時要有配套措施，我知道今天健保署報告的內容不是李委員蜀平要的。

李委員蜀平

您當初說 12 月要有個明確數字及解決方案。

鄭主任委員守夏

對！就是 12 月要提出報告案，但健保署還是沒有提供數字，所以就依照何委員語的建議，組成 reform committee(改革委員會)。

李委員蜀平

請主席決議由我組成小組，並召集相關成員。

鄭主任委員守夏

決議是委員可以提案。

李委員蜀平

我提了好幾次有關藥價差的議案，結果都不了了之！

鄭主任委員守夏

照剛才何委員語的提議，請提出成立健保藥品政策小組的議案，之後才能討論邀請那些人參與。「提案」後才会有「決議」，對於專案報告通常都是洽悉、請參考或存參。

干委員文男

建議李委員蜀平於下次委員會議提案。

鄭主任委員守夏

最後 2 案移至下次委員會議討論。有關明年會議時間的調查結果，多數委員希望維持第 4 個星期五召開，所以明年 1 月份委員會議的時間不變，請大家準時出席。今天會議到此結束，感謝大家！