

衛生福利部全民健康保險會
第2屆105年第5次委員會議事錄

中華民國 105 年 5 月 27 日

衛生福利部全民健康保險會第2屆105年第5次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國105年5月27日上午9時30分

貳、地點：本部301會議室(臺北市忠孝東路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

吳委員肖琪

李委員永振

李委員來希

李委員蜀平

林委員至美

林委員敏華

林委員惠芳

侯委員彩鳳

張委員文龍

張委員煥禎

張委員澤芸

黃委員偉堯

黃委員啟嘉

陳委員平基

陳委員幸敏

陳委員義聰

陳委員聽安

楊委員芸蘋

楊委員漢淙

葉委員宗義

趙委員銘圓

蔡委員明忠

潘委員延健

滕委員西華

衛生福利部社會保險司楊副司長慧芬(12:27以前代)

國家發展委員會陳專員靜雯(代)

中華民國全國職業總工會吳秘書長征陵(代)

中華民國醫師公會全國聯合會李理事紹誠

(9:40~12:20、12:40以後代)

謝委員天仁
謝委員武吉
羅委員紀琮

臺灣社區醫院協會謝名譽理事長文輝(代)

肆、請假委員：
李委員成家
莊委員志強
蔡委員宛芬

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
李署長伯璋
蔡副署長淑鈴
龐組長一鳴
江專門委員姝靚
葉執行秘書明功
張副執行秘書友珊
洪組長慧茹
陳組長燕鈴

陸、主席：戴主任委員桂英

紀錄：范裕春、葉肖梅

柒、主席致詞

各位委員、健保署李署長及所有與會者，大家早！

首先介紹新任的李署長伯璋，渠曾任衛生福利部臺南醫院院長及國立成功大學醫學院教授，目前兼任財團法人器官捐贈移植登錄中心董事長，請大家以掌聲歡迎李署長！

其次，特別感謝葉技監明功於兼任本會執行秘書期間的貢獻，渠自下(6)月起，另被委以重任，衛生福利部已指派周技監淑婉接任本會執行秘書，周技監學經歷俱佳，公職經驗非常豐富，請大家以掌聲感謝葉技監及歡迎周技監！

今天非常難得邀請衛生福利部林部長在百忙之中抽空

蒞臨本會向各位委員致意，歡迎林部長！

捌、林部長奏延致詞

戴主任委員、各位委員及所有與會同仁，大家好！

本人於本(105)年 5 月 20 日接任衛生福利部部長後，即前往日內瓦參加世界衛生大會，今天一早返國後的行程也十分緊湊，僅能利用中午時間來向大家致意，在此向各位委員致歉。

自上任後，即期許衛生福利部同仁要成為一個良好的溝通團隊，過去溝通不足之處，尚請委員不吝指教！在場的健保署李署長，及督導健保業務的新任次長也即將就任，隨時可與大家溝通、再溝通。

參與世界衛生大會期間，雖接獲有關貴會討論全民健康保險法施行細則第 45 條修正案之相關資料，惟因與會期間尚有諸多議題及資料須研議，委員關心的事項容我再深入了解，今天也會詳細記錄委員所提意見。

全民健康保險會是健保制度中重要的一環，委員認真論事，會議常至下午 2、3 點才能結束，各位雖為所代表的團體發聲，惟最終仍是以全民的健康為依歸，所以即使討論過程各方有不同的意見，最後還是努力以和諧方式達成共識，在此一併向大家表達感佩之意！

玖、議程確認

決定：討論事項第一案「敬請研議『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目評估指標之定義內容案」、第二案「建議流感疫情所衍生之醫療費用由 105 年度其他預算之『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目支應案」、第三案「流感疫情等相關非預期疾病發生所產生之醫療費用，是否應由健保全額支應案」併案討論，餘照議程之安排進行。

拾、例行報告

第一案

案由：確認本會上(第4)次委員會議紀錄，請鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(第4)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：

(一)追蹤項次 2，「為保障保險對象之權益，以本會全體委員名義向金融監督管理委員會表達反對運用健保卡處理非健保法規定之事務」乙項，改列「繼續追蹤」，請中央健康保險署依照委員所提建議與金融監督管理委員會進行後續溝通。

(二)追蹤項次 4，「請幕僚將本會委員就『全民健康保險法施行細則第 45 條條文』修法案歷次表達之反對立場，於新政府上任時向新任首長報告」乙項，併同該修法案之相關決議事項改列「繼續追蹤」。

(三)追蹤項次 10，「衛生福利部『106 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍』(草案)諮詢案」乙項，改列「繼續追蹤」，於行政院核覆衛生福利部後解除追蹤。

(四)追蹤項次 12，「有關張委員煥禎所提核減率的呈現，細分有無參加自主管理醫院」乙節，改列「繼續追蹤」，於中央健康保險署與委員溝通獲致結果後再行解除追蹤。

(五)餘洽悉。

二、「全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議」議程如附件一，請委員預留時間與會。

三、委員針對中央健康保險署本年 4 月 26 日修正發布「全民健康保險辦理自付差額特殊材料之作業原則」

所提建議，請該署納入考量。

第三案

案由：中央健康保險署提報「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」(草案)修訂內容，請鑒察。

決定：

- 一、考量本次再研修方案已朝鼓勵提升品質之目標邁進，及提高指標獎勵之分配比率，本案洽悉。
- 二、請中央健康保險署於實施 1 年後，提出成效檢討報告，並將委員所提建議，如：提高指標獎勵分配比率、指標達成項數等，納入 106 年度方案研修參考。

第四案

案由：中央健康保險署提報「健保藥品品質監測計畫」(草案)，請鑒察。

決定：

- 一、委員所提有關投標廠商資格、利益迴避及檢驗品項等建議，提供中央健康保險署參酌。
- 二、本項計畫屬 105 年度總額協定事項之執行，針對中央健康保險署報告該項預算於立法院審查時可能遭凍結、刪減乙節，委員十分關切，請該署持續溝通，必要時可請本會委員協助，以免影響健保業務之運作。

第五案

案由：中央健康保險署「105 年 4 月份全民健康保險業務執行報告」，請鑒察。

決定：洽悉。

拾壹、討論事項

第一案

提案人：蔡委員明忠、黃委員啟嘉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：敬請研議「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經

費」項目評估指標之定義內容，續請討論。

決議：

- 一、討論事項第二案及第三案併本案處理。
- 二、討論事項第一案依提案委員建議，修改擬辦文字，其內容未涉及修正評估指標，爰 105 年度「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之經費支用，仍依本會第 1 屆 103 年第 11 次委員會議通過之適用範圍與動支程序辦理。
- 三、依中央健康保險署提供之相關資料及評估結果，105 年度流感疫情所衍生之醫療費用，尚未符合「『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目之適用範圍與動支程序」所訂「提案前審議」之條件。
- 四、106 年度總額實施前，宜參酌委員所提建議，檢討上述項目之動支程序與評估指標。

第二案

提案人：楊委員漢淙、潘委員延健、張委員煥禎、謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)、黃委員啟嘉、蔡委員明忠

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：建議流感疫情所衍生之醫療費用由 105 年度其他預算之「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目支應案，續請討論。

決議：併討論事項第一案處理。

第三案

提案人：蔡委員明忠、黃委員啟嘉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：流感疫情等相關非預期疾病發生所產生之醫療費用，是否應由健保全額支應案，提請討論。

決議：併討論事項第一案處理。

第四案

提案單位：本會第三組

案由：106 年度總額協商架構案，提請討論。

決議：照所擬草案通過。訂定 106 年度總額協商架構如附件二。

第五案

提案單位：本會第三組

案由：106 年度總額協商通則案，提請討論。

主席裁定：保留至下次委員會議討論。

第六案

提案人：干委員文男、謝委員天仁、何委員語、葉委員宗義、李委員永振、張委員文龍、李委員成家、趙委員銘圓、李委員來希、楊委員芸蘋、陳委員平基、莊委員志強、林委員敏華、侯委員彩鳳、李委員蜀平

代表類別：保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表

案由：建請修改全民健康保險會組成及議事辦法第 5 條條文：健保會委員任期為二年，保險付費者代表及保險醫事服務提供者代表之委員，以連任一次為原則，每一屆並應至少更替五分之一；委員連署建議刪除「以連任一次為原則」和「每一屆並應至少更替五分之一」的限制文字，提請討論。

主席裁定：保留至下次委員會議討論。

第七案

提案單位：本會第二組

案由：「健保會討論自付差額特材案之作業流程，及健保署提案需檢附之基本資料表、檢核表」(草案)，提請討論。

主席裁定：保留至下次委員會議討論。

拾貳、專案報告

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「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專案報告，請鑒察。

決定：請委員自行參閱書面資料。若有相關提問請以書面提出，由本會幕僚轉請中央健康保險署書面回覆。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：「醫療給付改善方案」之執行成效(含提升照護率)及檢討專案報告，請鑒察。

決定：請委員自行參閱書面資料。若有相關提問請以書面提出，由本會幕僚轉請中央健康保險署書面回覆。

拾參、散會：下午 2 時 10 分。

全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議議程

日期：105 年 7 月 28 日、29 日(星期四、五)

地點：集思交通部國際會議中心國際會議廳(臺北市杭州南路一段 24 號 3 樓)

7 月 28 日	報告內容	主持人/報告單位/評論人
09:00~09:25	報到	
09:25~09:30	開幕致詞	戴主任委員桂英
09:30~10:40	各部門總額(含門診透析)一般服務執行成果報告(70 分鐘)	報告單位：中央健康保險署、 臺灣腎臟醫學會
10:40~10:55	中場休息(15 分鐘)	
10:55~11:45	牙醫門診總額執行成果報告(50 分鐘) 1.一般服務執行成果 2.專案計畫執行成果 -醫療資源不足地區改善方案 -特殊服務計畫 -牙周病統合照護計畫	報告單位：牙醫師公會全聯會
11:45~12:35	評論及意見交流(50 分鐘)	評核委員
12:35~13:35	午餐	
13:35~14:25	中醫門診總額執行成果報告(50 分鐘) 1.一般服務執行成果 2.專案計畫執行成果 -醫療資源不足地區改善方案 -西醫住院病患中醫特定疾病輔助 醫療試辦計畫 -提升孕產照護品質計畫	報告單位：中醫師公會全聯會
14:25~15:15	評論及意見交流(50 分鐘)	評核委員
15:15~15:30	中場休息(15 分鐘)	
15:30~16:20	西醫基層總額執行成果報告(50 分鐘) 1.一般服務執行成果 2.專案計畫執行成果 -西醫醫療資源不足地區改善方案 -家庭醫師整合性照護計畫	報告單位：醫師公會全聯會、 中央健康保險署
16:20~17:10	評論及意見交流(50 分鐘)	評核委員
--- 賦 歸 ---		

7月29日	報告內容	主持人/報告單位/評論人
09:00~09:30	報到	
09:30~10:50	醫院及其他預算專案計畫執行成果報告(80分鐘) -急診品質提升方案 -鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs) -西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層) -全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 -加強慢性B型及C型肝炎治療計畫 -醫療給付改善方案 -山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 -非屬各部門總額支付制度範圍之服務 -全民健保高診次民眾就醫行為改善方案 -支應醫院總額罕病與血友病藥費及器官移植、西醫基層慢性B型及C型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費 -推動促進醫療體系整合計畫 -其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費 -ICD-10-CM/PCS 編碼 -鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施 -提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 -慢性腎臟病照護及病人衛教計畫 -提升保險人管理效率	報告單位：中央健康保險署
10:50~11:00	中場休息(10分鐘)	
11:00~12:00	評論及意見交流(60分鐘)	評核委員
--- 成果發表會結束 ---		
12:00~13:30	午餐	
13:30~16:00	各部門總額執行成果評核	戴主任委員桂英 評核委員
--- 賦歸 ---		

106 年度總額協商架構

第 2 屆 105 年第 5 次委員會議(105.5.27)討論通過

一、總額設定公式

■ 年度全民健保醫療給付費用=

$$\sum_{i=1}^4 [\text{校正後前一年度部門別醫療給付費用} \times (1 + \text{年度部門別醫療給付費用成長率})] + \text{年度其他預算醫療給付費用}$$

年度全民健保醫療給付費用成長率=

$$(\text{年度全民健保醫療給付費用} \div \text{校正後前一年度全民健保醫療給付費用}) - 1$$
■ 年度部門別^{註1}醫療給付費用=
$$[\text{校正後前一年度部門別一般服務醫療給付費用}^{\text{註2}} \times (1 + \text{醫療服務成本及人口因素成長率} + \text{協商因素成長率})] + \text{年度專款項目經費} + \text{年度門診透析服務費用}^{\text{註3}}$$

年度部門別醫療給付費用成長率=

$$(\text{年度部門別醫療給付費用} \div \text{校正後前一年度部門別醫療給付費用}) - 1$$

註：1.部門別(i) =牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2.依費協會第 114 次委員會議(95.06.09)決議，自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 106 年總額基期須校正 104 年投保人口成長率差值)。

3.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

二、醫療服務成本及人口因素

(一)成長率計算公式

$$[(1 + \text{人口結構改變率} + \text{醫療服務成本指數改變率}) \times (1 + \text{投保人口預估成長率})] - 1$$

(二)各項因素之計算方法

1.人口結構改變率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年費用及計費人口數資料，106 年度總額係以 103 年每人醫療費用點數為基礎，計算 104 年對 103 年保險對象人口結構之影響(即以各季季末保險對象人數之年齡性別百分比平均值計算，並以 5 歲為一組)。

2.醫療服務成本指數改變率

(1)成本項目之權數

採行政院主計總處 100 年工商及服務業普查所作之「醫療機構專案調查實施計畫」調查結果，取去除「最高及最低 5%極端值」後之平均數。

(2)成本項目對應之指數與權重如下(均沿用 105 年度總額之計算方式)：

項目	指標類別	
人事費用	1/2 採用主計總處「工業及服務業」每人每月平均薪資， 1/2 採用主計總處「醫療保健服務業」每人每月平均薪資。	
藥品費用	醫院部門	躉售物價指數-西醫藥品類權重及指數
	西醫基層及牙醫部門	101 年全民健保藥費權重及躉售物價指數-藥品類指數
	中醫部門	躉售物價指數-藥品類中藥製劑之權重及指數
醫療材料費用	躉售物價指數-醫療器材及用品類	
基本營業費用	「躉售物價指數-醫療器材及用品類」與「消費者物價指數-居住類房租」之平均數	
其他營業費用	消費者物價指數-總指數	

註：醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，採用「電子醫療用儀器及設備」；「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」；「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」；「放射照相或放射治療器具」；「理化分析用儀器及器具」及「其他醫療器材」。「躉售物價指數—西醫藥品類」指數，其內涵排除「動物用藥」、「中藥製劑」、「中藥材」項目，不納入計算，由行政院主計總處另行提供，另西醫基層及牙醫部門之全民健保藥費申報權重，係以101年為基期。

(3)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

前述各指標項目，以 100 年為基值(訂為 100)，計算 104 年對 103 年各指數年增率，並將各部門之服務成本指數改變率，按其 104 年醫療給付費用占率值加權計算而得總醫療服務成本指數改變率。

3.投保人口預估成長率

採國家發展委員會 103 年公布「中華民國人口推計(103 至 150 年)」之 106 年人口總增加數之中推計數值估算。

註：本項醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法，將依衛福部報奉行政院核定之內涵辦理。

三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如高科技及新藥)改變對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

反映其他醫療服務利用及密集度改變對醫療費用之影響(排除已於醫療服務成本及人口因素反映部分)。

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因對醫療費用之影響。

四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

五、門診透析

(一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：

先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

(三)計算公式：

年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用=前一年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用×(1+成長率)

年度門診透析服務費用=年度醫院門診透析服務費用+年度西醫基層門診透析服務費用

第 2 屆 105 年 第 5 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(105 年第 4)次委員會議紀錄」與會人員發言實錄

葉執行秘書明功

各位委員大家好！現在是 9 點 30 分，統計委員出席人數已經過半，正式宣布會議開始。在開會前，有幾件事情請委員幫忙：

- 一、因今天議案較多，時間相對緊迫，每位委員發言達 3 分鐘時，幕僚會按鈴提醒，請委員把握發言時間。
- 二、今天部長剛從 WHA(World Health Assembly，世界衛生大會)回國，我們特地邀請他在百忙之中蒞會，大約中午 12 點左右，向各位委員致意，請大家儘量留至中午與部長合影。
- 三、在各位委員桌上有 104 年版全民健康保險會年報，請各位指教，也感謝大家提供第 91 頁「委員對健保會的期許與展望」，在此致上 12 萬分的謝意。
- 四、現在會議正式開始，請戴主任委員桂英召開今天的會議。

戴主任委員桂英

- 一、現在開始今天的委員會議，一早委員們的會前溝通似乎非常熱絡。本(第二)屆委員任期已邁入第 2 年，很高興跟大家介紹 2 位新人，首先，是健保署新任的李署長伯璋(委員鼓掌歡迎)。相信大家已透過媒體看到許多報導，李署長於 101 年至 105 年間在衛福部臺南醫院擔任院長，之前曾擔任國立成功大學醫學院教授，有 5 年之久，另自 100 年 11 月迄今，擔任財團法人器官捐贈移植登錄中心董事長，還有許多其他重要經歷，時間因素就不一一報告。以後每個月的委員會議，署長都會和我們一起研議健保相關業務。
- 二、在介紹第 2 位之前，要特別感謝葉技監明功於兼任本會執行秘書期間的貢獻，自下月起，部長另委以重要的督導業務，並請周技監淑婉接任本會執行秘書，她今天也在場(周技監起立致意)，周技監自 102 年起擔任衛福部技監迄今，工作經驗非常豐富，除本部外，過去也長期在環保署服務。請大家以掌聲感

謝葉技監及歡迎周技監！（與會者鼓掌）

三、在確認議程前，本會幕僚有重要訊息，請葉執行秘書說明。

葉執行秘書明功

剛確認部長早上回國後，先至總統府及行政院報告，因此，會比原訂的 12 點稍微延後蒞會，可能在 12 點半至 1 點間，到場前會先通知本會。

戴主任委員桂英

一、謝謝葉執行秘書！現在進行議程確認，今天的議程有例行報告五案、討論事項七案及專案報告二案，因此，請大家發言更扼要、更有效率。林部長於中午會來向大家致意，因滕委員西華曾邀集委員代表共同研議健保法施行細則第 45 條修正案相關事宜，也拜會過立法院黨團，今天也將代表委員向部長報告。不知大家對於今天議程的安排有無意見？（未有委員表示意見）若無意見，則依議程安排進行。

二、接著進行例行報告第一案「確認本會上(第 4)次委員會議紀錄」，在會議資料第 2 頁至第 12 頁，因議事錄已於會前寄送委員，故不再宣讀。請問各位委員對上次會議紀錄有無修正意見？（未有委員表示意見）若無意見，本案確定。接下來進行例行報告第二案，請葉執行秘書報告。

貳、例行報告第二案「本會上(第4)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

葉執行秘書明功

- 一、戴主任委員、各位委員，有關例行報告第二案，「本會上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」，共有 5 點說明，請委員參考會議資料。
- 二、上(第4)次委員會議決議(定)之 13 事項，依辦理情形建議解除追蹤 11 項，繼續追蹤 2 項，但最後仍依委員議定結果辦理，請參閱會議資料第 16 頁附表：
 - (一)第 1 項，請幕僚依委員建議，將中央健康保險署會後就委員詢問所提供之書面說明，納於下次委員會議與會人員發言實錄之後，以利完整呈現會議資料。本會自 105 年 4 月份委員會議起遵照辦理，本項建議解除追蹤。
 - (二)第 2 項，為保障保險對象之權益，以本會全體委員名義向金融監督管理委員會表達反對運用健保卡處理非健保法規定之事務乙案，於金管會正式函覆後，再行解除追蹤。金管會證券期貨局於本年 5 月 13 日函覆略以：本案以健保卡作為開戶之身分認證係政府之便民服務措施，且健保卡尚無法開戶與下單，並未涉及影響民眾權益之情事，該會將與衛生福利部就適法性及民眾權益再進行協商討論，本項建議解除追蹤。
 - (三)第 4 項，有關「請幕僚將本會委員就『全民健康保險法施行細則第 45 條條文』修法案歷次表達之反對立場，於新政府上任時向新任首長報告」案，於向新任首長報告後解除追蹤。本會業於本年 5 月 4 日衛福部 520 交接作業會議提報，部長也將於今天與會聽取委員意見，本項建議解除追蹤。
 - (四)第 5 項，有關「請健保署提供來臺依親人士之投保類別、人數、投保金額及國籍分布等資料」案。健保署已提報資

料如附，本項建議解除追蹤。

- (五)第 6 項，有關「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」案，於健保署將本案決議函報衛福部裁示，並提本會報告後解除追蹤。健保署表示，衛福部業於本年 3 月 16 日裁示函覆，本項建議解除追蹤。
- (六)第 7 項，請幕僚日後就相關單位對委員會議決議(定)事項之辦理情形，提供更詳細說明，以利了解後續事宜。本會將遵照辦理，本項建議解除追蹤。
- (七)第 8 項，為利 106 年度總額地區預算分配案之討論，本會於本年 3 月 4 日召開「西醫基層、醫院與中醫門診總額地區預算分配方式」座談會所獲致之結論，請總額部門相關團體與中央健康保險署配合辦理，並請及早作業。健保署表示，將依各部門所提地區預算分配方案協助模擬試算，作為後續研擬地區預算分配之參考，本項建議解除追蹤。
- (八)第 9 項，委員對「106 年度全民健康保險基金預算」相關詢問，請中央健康保險署提供書面補充說明。健保署已提供資料如附，本項建議解除追蹤。
- (九)第 10 項，有關「106 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)諮詢案，本會已於本年 5 月 2 日將本會委員之意見函報衛福部參考；衛福部於本年 5 月 11 日函陳行政院，建議 106 年全民健康保險醫療給付費用成長率範圍，訂為 3.769%至 6.49%，本項建議解除追蹤。
- (十)第 12 項，有關健保署「105 年 3 月份全民健康保險業務執行報告」，委員所提意見請健保署參酌及提供相關書面補充說明，健保署已提供資料，本項建議解除追蹤。
- (十一)第 13 項，有關其他預算之「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」項目 104 年經費不足部分，為避免類似情事再次發生，請健保署於編列預算時能更準確估算。健保署表

示，106 年度總額預算編列，除考量歷年成長情形外，將考慮計畫推動情形及可能之支付標準調整，以更準確估算，本項建議解除追蹤。

- 三、本會訂於本年 7 月 28、29 日(星期四、五)，假集思交通部國際會議中心國際會議廳(臺北市杭州南路一段 24 號 3 樓)召開「全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議」，敬請委員踴躍參加並能全程參與。
- 四、中華民國醫師公會全國聯合會於本年 4 月 27、28 日，擇高雄市訪查「105 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，及觀摩「家庭醫師整合性照護計畫」辦理情形，本會委員(含代理人)計 14 位參加，幕僚人員所擬具活動報告，請參閱。
- 五、本會於本年 4 月 28 日將「衛福部健保會第 2 屆 104 年度委員會議資料彙編」寄送本會委員及推薦團體參考。
- 六、衛福部及健保署本年 4 至 5 月份發布及副知本會之相關資訊如下：
 - (一)衛福部於本年 4 月 28 日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，並自 105 年 5 月 1 日起生效。
 - (二)衛福部於本年 5 月 17 日修正發布「全民健康保險憑證製發及存取資料管理辦法」部分條文及第十條附表二。
 - (三)健保署於本年 4 月 12 日公告 105 年「全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫」承辦院所及醫師名單，執行起迄日自 105 年 4 月 1 日至 105 年 12 月 31 日止。
 - (四)健保署於本年 4 月 13 日公告「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」。
 - (五)健保署於本年 4 月 15 日公告 105 年「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」新增承辦院所及醫師

名單，執行起迄日自 105 年 4 月 1 日至 105 年 12 月 31 日止。另修正 105 年第一季承辦院所及醫師名單，執行起迄日自 105 年 2 月 1 日至 105 年 12 月 31 日止。

(六)健保署於本年 4 月 19 日公告修正「105 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」，自 105 年 1 月 1 日起生效。

(七)健保署於本年 4 月 21 日公告「105 年度全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」。

(八)健保署於本年 4 月 22 日公告 105 年「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」新增承辦院所及醫師名單，執行起迄日自 105 年 4 月 1 日至 105 年 12 月 31 日止。另 105 年第一季承辦院所及醫師名單新增德心中醫診所(機構代號：3803190180)鄭基杰醫師，執行起迄日自 105 年 2 月 1 日至 105 年 12 月 31 日止。

(九)健保署於本年 4 月 26 日修正發布「全民健康保險辦理自付差額特殊材料之作業原則」，並自 105 年 6 月 1 日生效。

(十)健保署於本年 5 月 10 日公告「全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案」，並追溯自 105 年 1 月 1 日起實施。

(十一)健保署於本年 5 月 10 日公告 105 年「全民健康保險中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫」新增承辦院所及醫師名單，執行起迄日自 105 年 5 月 1 日至 105 年 12 月 31 日止。另公告 4 月異動院所及醫師名單。

戴主任委員桂英

謝謝葉執行秘書，針對本案請委員發表意見。

何委員語

一、首先恭喜李署長上任、葉執行秘書高升，也歡迎新任周執行秘書來與我們同甘共苦。我有兩點意見，首先，追蹤表第 4 項，有關全民健康保險法施行細則第 45 條條文修法案，不應只向

部長報告就結案，我反對解除追蹤；第 10 項，「106 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)諮詢案，目前尚未進入協商，也反對解除追蹤。

二、其次，請問對具有經濟能力遭鎖卡者，免除其欠繳健保費，依法係衛福部部長、健保署署長或本會的權責？請給我明確的答案。因為今天報載，李署長一上任，即針對 4.2 萬有經濟能力遭鎖卡者要全面解卡，過去針對經濟弱勢者可免除其欠費，但李署長認為這 4.2 萬人是經濟弱勢者嗎？或者只要拿出黨證就可免繳保費，自認是經濟弱勢？如此草率宣布對 4.2 萬有經濟能力遭鎖卡者全面解卡，這權責究竟是部長、署長或本會委員的？因為這涉及健保財務，希望有明確的法令依據。

三、我最近收到健保署的公文，回覆我和干委員文男、葉委員宗義及滕委員西華的去函，有關衛福部核定 103 年 7 月起實施的不予支付項目指標，在 104 年討論檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式會議決議修正，並自 105 年 2 月起適用。請健保署提供決議修正版資料給我們 4 位委員好嗎？健保署未提供此項附件，僅來文表示尊重醫師公會全聯會於會上之專業意見，其專業意見內容為何，我們並不知道，只用一紙公文想呼喚我們，是將我們當作 3 歲的白癡小孩嗎？因此，我在此要求，請健保署提供上述會議決議修正版及醫師公會全聯會專業意見的完整內容，若今天不能給，也希望在下周內寄給我們。

戴主任委員桂英

謝謝，請張委員煥禎。

張委員煥禎

一、請看追蹤表第 12 項，現在是 5 月，我從 2 月起提出這個問題，一再請健保署幫忙，但這次的回覆實在看不出誠意，而且拖得離譜，健保署在相關單位辦理情形最後表示，醫療費用核減率無法依「參加自主管理」、「未參加自主管理」醫院分層呈現，而且希望解除追蹤。過去的「全民健康保險業務執行報

告」每月提供委員有關核減率的資料都有 5 頁以上，這次只有第 75 頁一頁，根本就在考驗委員有無認真閱讀資料，所以，委員們要分工合作。以前都有 4、5 頁，現在要它講講不清楚，就變成 1 頁，想要呼嚨我們。3 月份的資料還有那麼多，4 月份提供的核減率簡略得離譜，只提供 1 頁的分區總額核減率，完全看不到層級別的核減率，只呈現百分比，而且計算公式還刻意放大分母，低估核減率。

二、業務執行報告第 75 頁下方的備註，我舉兩個例子，說明健保署企圖欺騙委員，實在是過分。備註 2 的初核核減率是申請點數減去核定點數後，除以醫療點數；備註 4 的爭審後核減率是申請點數減去核定點數、申復補付點數及爭審補付點數三者之和後，除以醫療點數。我只講一點就好，申請點數是不含部分負擔的金額，醫療點數卻含部分負擔金額，怎會這樣計算呢？健保署卻說不清楚。我記得在上次會議，健保署表示無法計算，我自願參與協助，這都有紀錄可查，但健保署有找過我嗎？沒有啊！主委應該也記得我自願參與，執秘也點頭了嘛！都沒找過我，結果就要解除追蹤？

三、我認為健保署不應用這樣的態度對待委員，委員們都各有專長，我相信其他委員生氣有理。剛才何委員語說騙 3 歲的白痴，我覺得是騙我這個 60 歲的白癡，太過分了！舊署長走了，新署長剛來，沒有關係，這樣對新、舊署長都不會不好意思。這種態度實在不好，也令人懷疑健保署對其他委員的專業也是這樣呼嚨的。

戴主任委員桂英

謝謝。剛才還有 3 位委員舉手，先請謝委員天仁，再請趙委員銘圓、李委員永振。

謝委員天仁

一、張委員煥禎若沒講，我們也看不出他有 60 歲，長得那麼年輕。追蹤表第 13 項健保署動支「其他預期政策改變及調節非

預期風險所需經費」，上個月我未參與討論，本案就這樣通過。我認為健保會內部要先檢討，我剛才數落幕僚同仁，本會之前不是訂有「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」之適用範圍與動支程序？同仁表示動支程序已附在上月會議資料，我問為何不摘錄重點提醒委員？動支程序清楚寫道，於執行年度尚未結束前就需提案，本案卻在年度結束後提出。現在已是105年，健保署要動支「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」，在去年度結束前就應提出。對自己這麼寬鬆，對其他部門要求動支那麼嚴格，這樣公平嗎？今天也有其他總額部門代表委員連署的提案，健保署的意見提得很好。健保署提別人的意見，講得頭頭是道，我相當肯定與讚許，但面對自己時，卻沒用同樣標準檢驗。

二、我認為健保會幕僚同仁應該檢討，明明資料那麼清楚，為何不將相關條文移至前面，故意放在後面，委員可能沒看到。那是早就訂下的規矩，有些新委員根本不知機關何在？那本就是我們嚴格規範預算動支的程序，哪有別人預算動支都要事先告知，並遵照公式執行，健保署卻不用的道理，年度結束後還可打包提會討論，開玩笑嘛！國家預算可以這樣做嗎？健保會所立的程序不算數嗎？健保署可以不遵守嗎？這是很嚴重的事情，這也是我在健保會關切預算動支及變更，特別要求必須訂定規則的原因，任何人都不能例外，都須仔細審查動支的預算，通過後若要變更，就必須符合程序，而不是像現在這樣，超過5千多萬元，大家就認了。

三、我現在考慮是否提復議案，這件事太糟糕了。健保會幕僚同仁既然看到關鍵文字，就應收錄在本會幕僚補充說明，提供委員了解。本案在形式上一看就知，是在年度結束後提出，明明規定年度尚未結束前就應提案，健保署為何不提？你不提，抱歉！我沒辦法認帳。反正葉執行秘書要高升了，我希望健保會同仁發現問題，要有勇氣揭發。本會有監理與財務分配的任務，指出不對的事，讓每位委員知道，也讓各總額部門都能服

氣，而非其他預算變成健保署的私房錢，動支後才提案要大家接受。

戴主任委員桂英

謝謝，請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、主席、各位委員、各位幕僚，大家早安！我想針對會議資料第 16 頁追蹤事項第 2 項，也就是例行報告第 2 案「為保障保險對象之權益，以本會全體委員名義向金融監督管理委員會表達反對運用健保卡處理非健保法規定之事務」案提問，在本案「相關單位辦理情形」提到，金管會將與衛福部就本案之適法性及民眾權益再進行協商。所以，首先我想請教衛福部跟金管會已經協商了嗎？假如相關單位尚未就本案進行協商，就要解除追蹤，這樣我是反對的。
- 二、其次，在金管會的回函裡寫得很清楚而且蠻強勢的是，他們認為以健保卡作為開戶之身分認證，是政府的便民服務措施，且健保卡無法開戶與下單，所以未涉及影響民眾權益之情事，我不知道健保署對這個部分的意見為何？等一下是否可請健保署同仁回應。
- 三、至於會議資料第 17 頁追蹤事項第 4 項，有關「請幕僚將本會委員就『全民健康保險法施行細則第 45 條條文』修法案歷次表達之反對立場，於新政府上任時向新任首長報告」案，我的看法跟何委員語的看法相同，不應只向林部長奏延報告完就將本案解除追蹤。其實這個案子還在進行中，比如滕委員西華和我們幾個健保會委員在 5 月 17 日還去拜訪立法院各黨團，所以這個案子應該還要繼續追蹤下去，等到定案後再解除追蹤。
- 四、另對會議資料第 19 頁追蹤事項第 10 項，有關「106 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)諮詢案，我也想請教行政院是否已經核定總額範圍？假如行政院還沒核定就把本案解除追蹤，似乎有點離譜。另外，我看了一下本案相關公文的

附件，本會行文給衛福部的公文是有檢附付費者代表的意見，但是我看衛福部行文給行政院의公文就沒有檢附付費者的意見，這樣子是不應該的。

- 五、既然健保會把所有與會者的意見提供給衛福部，衛福部就應該把這些相關意見附給行政院。因為我們其實對 3.769%的低推估值非常有意見，而且將醫療院所的人事費用全算進醫療給付費用總額是非常不應該。我想這些想法在之前的會議都已經談了很多次，醫療院所的人事費用本來就屬人事成本，怎麼可以把人事費用擺進總額呢？尤其醫療院所本來很多工作都是採論件計酬，幾乎與三班制沒有關係，可能只有護士真正可以跟輪三班制扯上關係，把護士的人事費用擺進去總額或許還有些道理，但是把其他的人事費用都放進總額是不應該的，謝謝。

戴主任委員桂英

謝謝。

李委員永振

- 一、主席，各位委員大家早！我要提的是會議資料第 19 頁追蹤事項第 10 項，有關「106 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)諮詢案，剛才趙委員銘圓跟何委員語都提過。我看本案的法定程序大概已行禮如儀地完成，雖然在討論過程中，委員對總額範圍多所建議，可是我看報出去的高推估值還是 6.49%。這樣的話，委員之前的努力好像都沒有被採納，甚至如剛才趙委員銘圓所說，連委員的意見都沒附給行政院，對委員的這些建議也沒有進一步評估分析，我想應該是沒有附上去！
- 二、所以我有兩點建議，第 1 點是以後每年 3 月底的「全民健康保險醫療給付費用總額範圍」付費者座談會跟 4 月份在健保會提報之「全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)諮詢案是不是就可省了，免得大家費那麼多心力，沒用嘛！只是又一次健保會委員常講的「狗吠火車」(臺語，徒勞無功)。

三、第 2 點是從健保業務執行報告看來，今年的保險收支餘絀在 105 年 4 月已出現第 2 次負數，且今年 1-4 月保費收入及保險給付相較去年同期實際數之成長率分別為-2.64%、4.84%；今年度截至 4 月底，安全準備只入帳了 2.29 億元，若跟去年同期比較，安全準備淨提列數整整少了 153 億元。在協商 106 年度總額時，我建議社保司跟健保署及早評估這趨勢對未來健保財務所產生的影響並及早因應。不然，今年度才過 4 個月，健保財務就已快接近收支平衡，安全準備淨提列數近於零，接下來幾個月照趨勢推估，安全準備淨提列數將會是負數，這樣將使我們去年在審議費率時對財務的規劃翻盤，請健保署及早因應，謝謝。

戴主任委員桂英

感謝以上幾位委員發言，接下來依序請黃委員啟嘉、潘委員延健及滕委員西華。

黃委員啟嘉

- 一、首先針對健保署這次解卡的政策方向，民間輿論正向反應居多，我想解除鎖卡並不是把沒繳的保費一筆勾銷，積欠保費的事實還是繼續存在，還是要繼續追討，解除鎖卡就好像是你不能叫欠稅的人繳完稅金後才能繼續生活一樣。不過我對何委員語的剛才表達的意見也非常認同，就解卡而言，有二個問題是需要處理的。
- 二、第一個是要釐清解除鎖卡的法源，第二個是有關健保欠費的問題，好比說僑胞平日不需繳納保費，他回國後只要補繳幾個月的保費就可以享受健保的各種給付，但相對地我們的國民積欠保費後卻要補繳很多保費，因此對於二者間相對權利義務的公平性、合理性應有所檢討，使其權利義務能夠對等，相信這樣將來追討保費會減少爭議，請署長對這個問題再加以考慮。
- 三、我雖然對署長這次有魄力地解除鎖卡的政策給予鼓勵，不過後續的財務及法源方面還是要處理。我要重申最重要的一點，解

除鎖卡絕對不是將欠費一筆勾銷，如果他們欠費一筆勾銷，我們健保會委員大概沒有人會同意，那當然政府機關積欠的保費比民眾更大，請健保署能繼續努力，我們健保會委員會做健保署的後盾。

潘委員延健

- 一、主席，各位委員，大家早！首先我要 echo(呼應)剛才趙委員銘圓對運用健保卡的看法，如果本案因金管會已來函回覆就解除追蹤，好像我們是只問過程不管結果就滿意了。當初我們提案，是因為質疑健保卡會被濫用、會侵害到病人的個人隱私，但是金管會的回函是避重就輕，回函裡說這個措施對民眾很好，而且事實上現在也還不能用啊，套句白話就是「你在急什麼？我都還沒做，做了以後再跟你講就好」的意味。
- 二、我們在上次(105 年 4 月)委員會議討論本案時，除提到應考量民眾權益與健保卡運用的適法性外，我也提到民眾持健保卡到醫療機構就診的過程中，有一段流程是由醫療機構保存健保卡，必須釐清此階段的權責歸屬，這個問題也沒有被重視。
- 三、因為曾在健保會對本案進行充分討論，我們也不滿意金管會來函，且本案尚未做成最後決議，是否可以在本案決議附註，本案應待金管會與健保會充分討論溝通，並獲所有委員同意才放行，這樣才能充分表達當初健保會所有委員的意見，並達堅守民眾權益的意念。
- 四、第二點是在第 14 頁第 9 項，健保署在 4 月 26 日修正發布「全民健康保險辦理自付差額特殊材料之作業原則」，主要是修正第 5、6、7 條有關訂定自付差額上限的規定，不管是對民眾、醫療院所選用自付差額特材或是醫療院所的營運都有很大影響。但是我跟臺灣醫院協會的會員醫院，都沒受邀參與本作業原則修訂的討論。如果這個作業原則的修訂對民眾或醫療院所影響很大，應該要充分溝通後再做修法或是相關調整，尤其

我們新政府首長也強調要多溝通。我覺得作業原則中有爭議的條文應先撤回，如自付差額上限之條件與訂定方式對百分比或百分位之規定，先跟醫療機構做充分的溝通。

戴主任委員桂英

謝謝潘委員延健，請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、歡迎新上任的李署長伯璋第一次參與健保會委員會議，希望不會太難受。有關幕僚報告的追蹤事項，先呼應謝委員天仁提到有關上次會議「其他預算之『非屬各部門總額支付制度範圍之服務』項目 104 年經費不足部分，請准予由『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目支應」案之決議，我上次對此案也提出非常多顧慮，認為這樣動支其實是不妥的，會議實錄裡都有記錄，既然謝委員天仁提出來，所以我就再次囉嗦一下，我建議如果可以的話，將來也許可以再進一步討論這個支用原則。
- 二、我也不支持健保法施行細則第 45 條及第 73 條跟新部長報告後就解除追蹤，聽說林部長奏延稍後會來跟委員見面，我想我有機會就會直接請教部長對於第 45 條的看法。當然部長剛下飛機很辛苦，我不確定他有沒有非常熟悉本案內容，但是因為看到幕僚在資料中表示已經跟部長報告，所以就要解除追蹤，我假設部長已經知道本案內容。
- 三、再跟各位委員報告，我昨天晚上 8 點多下班時，收到立法院民進黨社會福利及衛生環境委員會林淑芬召委與吳玉琴委員召集委員通知，已邀請主計總處、健保署、衛福部社保司於 6 月 1 日下午 3 點，針對施行細則第 45 條及第 73 條召開本案審查前的協調會，因為施行細則在立法院已由備查改為審查，所以必須在這個會期內完成審查，否則就會自動生效。也因為立法院尚未完成審查程序，我也覺得本案不宜解除追蹤。
- 四、關於剛才潘委員延健所提金管會運用健保卡案，大家想要講的

都差不多，我簡單地對金管會回函做摘要，發現它很明顯地是把整體金融機構使用健保卡作為身分認證跟進行證券交易行為的程序說了一遍。如果我有說錯的話，請其他委員或是署裡同仁再指正。簡單來說，就是我們健保卡要不要給別人做營利行為的介面，還是跟上次講的一樣，這跟報稅其實是不大相同的，報稅是協助人民完成應盡義務，就算我們再怎麼反對，對健保卡的運用還是侷限在國家的整體服務範圍之內。

- 五、金管會跟證交所到底有沒有必要使用健保卡作為金融機構、證券行、證券交易所做營利、營業用的媒介，是需要進一步去考慮的。特別是健保卡在做線上認證時怎麼有辦法驗證對方是不是輔助宣告、完全監護宣告、或是無行為能力人，除非對方是小孩子，就可以很明顯地知道他在法律上是未成年人，否則這部分在線上認證是很難規範的，健保卡也並未加註相關資料。
- 六、在委員會議的重要業務報告，同仁會提供資料，告訴我們衛福部或健保署本於權責宣布修訂的一些法規命令，建議幕僚可以摘要一下它修正(訂)重點。比如在健保法第 45 條第 3 項提到，自付差額特材品項要提到健保會來確認，所以當然「全民健康險辦理自付差額特殊材料之作業原則」的修正對健保會委員就有一些重要性，因為我們要知道它修了哪裡(健保法第 45 條第 3 項：前項自付差額之特殊材料品項，應由其許可證持有者向保險人申請，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)。
- 七、就修正發布前述作業原則的公告(會議資料第 133 頁)，我們看不出它修了哪幾個條文，沒有辦法做修正前後的對照，所以不知哪些條文跟我們即將要討論的修正程序有關，我覺得有點可惜。幕僚應該要告訴我們、幫我們摘出來，譬如「全民健康保險辦理自付差額特殊材料之作業原則」第 3 條第 5 款「可增加美觀或舒適性」，我就不知道可增加美觀這件事情跟全民健保有什麼關係(會議資料第 135 頁)。

八、該作業原則已經完成修訂了，我的意思不是要它立刻改，我是希望增加對修法內容的理解，譬如說前開條文所述「可增加美觀或舒適性」，什麼樣的美觀或舒適是自付差額特材裡面要考慮的，我就不大明白。或者是該作業原則第 4 條第 2 款提及「保險人得針對建議自付差額之品項先辦理醫療科技評估」，我們現在好像都有辦理醫療科技評估，所以此程序到底是「應」還是「得」辦理。

九、我只是任意舉例，很有可能健保會委員都會有不同的想法，當然包括剛才潘委員延健提到的一些想法，我覺得都可以請健保會幕僚幫我們摘一下這一條為什麼要修正的理由，因為健保署要修訂一定有原因在，可以告訴我們，也許我們就會被說服也不一定，謝謝。

戴主任委員桂英

謝謝，請謝委員天仁。

謝委員天仁

我要跟同仁致歉！剛才同仁有拿上次委員會議資料(請參閱 105 年 4 月份委員會議資料第 35 頁)給我看，他們有將「『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目之適用範圍與動支程序」列入會議資料，這是我的錯誤，我願意對本會同仁表示歉意。

戴主任委員桂英

謝委員您太客氣，沒這麼嚴重！請陳委員幸敏。

陳委員幸敏

有關預算經費之動支，必須符合相關的預算動支程序，所以適才謝委員天仁所提動支非預期政策改變這個案子，還是須符合相關的動支程序。

戴主任委員桂英

謝謝，請何委員語。

何委員語

一、主席！我剛才發言詢問有關鎖卡被解卡的權責歸屬問題。現在

醫界對新署長當然要歌功頌德，要不然以後醫界就只好過日子。但我要強調法源依據，到底宣布鎖卡解卡是部長或署長的權責，還是需要健保會通過以後才可以宣布，我認為權責要釐清。

二、第二點是希望新署長了解，目前臺灣有 140 多萬海外工作者，我聽他們說，他們可以先不繳保費，等到生病回臺就醫時，只要把前 6 個月的保費繳清，就可以再拿到健保卡。我不清楚法規是不是這樣子規定，請你們再查清楚，到底是要把全部欠費都繳清、還是只要回來把前 6 個月欠費繳清就可以發健保卡。這樣我們每個人都可以來欠健保費啊！如果真如他們所講只要繳清 6 個月欠費，那這 1 百多萬海外工作者很好康，平常都可以不用繳健保費，生病回來再繳清 6 個月欠費就好。

三、所以，我希望新任署長弄清楚這些因欠保費而被鎖卡的保險對象，究竟是經濟弱勢者還是強勢者，因為我們健保會委員之前在討論健保法施行細則第 45 條時，提及政府已實質負擔 9 項健保費，其中的第 9 項就是對經濟弱勢者的補助，我也很贊成讓經濟弱勢者免繳保費，他如果是經濟強勢者，行政機關卻怠於執法就不應該，我認為這個要弄清楚。

戴主任委員桂英

最後再處理委員對追蹤事項的建議，例如那些議案要由解除追蹤改列繼續追蹤。先請健保署就委員剛才的提問說明，可否請署長指派幕僚回應。

蔡副署長淑鈴

針對各位委員的指教，我們就健保署職掌部分，先請 3 個單位做回應。首先請承保組江專門委員姝靚回應鎖卡跟金管會的問題。

江專門委員姝靚

一、主席，各位委員，大家好！委員所詢今天報載全面解卡的問題，因目前保險對象大約有 4 萬多人被鎖卡，可否全面解卡的法源依據是 102 年 1 月 1 日開始實施的二代健保法第 37 條

(註：健保法第 37 條：保險人於投保單位或保險對象未繳清保險費及滯納金前，經查證及輔導後，得對有能力繳納，拒不繳納之保險對象暫行停止保險給付...)。該條文規定，對於欠費者本署必須要查證其有繳費能力才得以鎖卡；相對地，若無法證明對方有經濟能力，本署不能依據法規對其鎖卡。

- 二、在新政府上任前多位立法委員就非常關心這 4 萬多名被鎖卡的民眾，建議讓健保費跟就醫權利脫鉤，報紙會報導是因新政府蔡總統英文政策白皮書第 11 項有提到要全面解卡。本署目前作業會以欠費者的財稅資料來比對，查詢該欠費者是否有經濟能力，但因核定之財稅資料有 2 年的時間落差，有可能財稅資料顯示保險對象經濟是有能力繳納保費的，該保險對象因欠費而暫時不能用健保身分就醫，但保險對象會主張那是 2 年前的資料，他現在的經濟狀況確實是經濟弱勢無力繳納保費，所以跟委員報告鎖卡的法源是健保法第 37 條，且查得對方有經濟能力才得以鎖卡。
- 三、對於金管會部分，雖然該會已回函健保會，但金管會目前尚未就應用註冊健保卡身分認證開戶一案跟本署做任何溝通。其實從立法院財政委員會表示暫時不處理本案後，金管會就未與本署做進一步洽談。

蔡副署長淑鈴

接下來請醫審及藥材組同仁回應檔案分析審查異常不予支付指標、自主管理核減率及自付特材上限三項問題。

王專門委員本仁

- 一、主席、各位委員、各位長官，大家好！先回應何委員語跟張委員煥禎所詢問題。首先，有關何委員語所詢檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式會議相關資料，因該指標是依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第 31 條規定，須由保險人跟醫事服務機構代表共同討論，再就達成共識的部分報衛福部核定，在網站上僅單純公告最後核定版，不

會提供討論過程，對於何委員語所關心的討論過程的會議紀錄，健保署可在下週提供何委員語參考。

- 二、有關張委員煥禎所詢醫療費用核減率相關問題，一是對自主管理與非自主管理醫療院所醫療費用核減率之比較，二是 105 年 4 月份健保業務執行報告第 75 頁僅提供醫療費用核減率總表，但未提供委員前所要求的層級別核減率，三是核減率計算公式中，為什麼分母採醫療點數，而分子部分只採申請點數（醫療點數包括申請點數跟部分負擔），使公式中分子與分母的計算基礎不一致。

註：初核核減率=(申請點數-核定點數)/醫療點數

申復後核減率=[申請點數-(核定點數+申復補付點數)]/醫療點數

- 三、我從第三個問題開始回答，公式的分子只放申請點數，因我們在核定點數時，是針對醫療院所申報請領的部分去核定，部分負擔金額在民眾就醫時，已先繳交給醫療院所，所以申請點數不含部分負擔，核定點數的部分也不含部分負擔，假設都要加進來的話，那變成分子減號左邊的申請點數要加部分負擔，分子減號右邊的核定點數也要加部分負擔，最後分子兩個部分負擔一加一減就抵銷了，我們為了讓公式單純呈現，所以用這種寫法。
- 四、其實本署先前有提供層級別醫療費用核減率，本月份業務執行報告未呈現該資料，據製表的同仁回覆，有委員反映層級別的核減率看不到總額別的概念，所以我們才把層級別的維度拿掉保留總額別的維度，假設委員有共識恢復提供層級別的核減率資料，我們就增加提供層級別的核減率資料。
- 五、自主管理與非自主管理核減率統計的困難度，除已提報的說明外，另在於核減率的可比較性，因為各個健保署分區業務組不見得都有做自主管理，就算分區有做自主管理，各分區自主管理的內容也不一定都相同，因此本署會擔心若公開這樣的資訊，外界在不清楚的情況下拿來比較，可能會產生一些不必要

的困擾。

蔡副署長淑鈴

請財務組同仁就李委員永振所詢問題說明。

王組長沫玉

財務組補充說明今年截至 4 月底安全準備累計提列數只有 2.29 億元，主要是今(105)年起調降健保費率(105 年為 4.69%)及平均眷口數(0.61 人)，使保費收入負成長，而醫療給付正成長 4.84%，所以今年截至 4 月底安全準備累計提列數相較去年同期有大幅下降的情形。105 年度依醫療費用協商總額收支平衡費率為 4.76%，去年審議 105 年度健保費率時，貴會最後建議採用 4.69%，而非 105 年度當年平衡費率 4.76%，當時也有預期到 105 年底會產生短絀 48 億元。

蔡副署長淑鈴

接著請江專門委員姝靚回答何委員語所詢，有關海外工作者停復保及欠費催收的問題。

江專門委員姝靚

海外人士若是長期在國外從未參加健保，回國加保必須有等待期，目前法令是規定設籍滿 6 個月後才能加保，符合加保資格之日起加保後才能持健保卡就醫。若有健保欠費的話，本署當然會循欠費催收、強制執行的流程處理，由行政執行署對其財產或存款強制執行。至於保險對象若之前有停保而回國後可立即復保的案例，必然都是經過健保署同仁依照相關法規核定。

李署長伯璋

一、何委員語，各位委員，大家好！由於我剛就任，所以健保署的很多業務不見得完全清楚。但是對於剛才何委員語所提有關解卡的問題，健保署的立場一定是依法行政，解卡一案雖然林部長奏延今天早上才回國，但是也已事先上簽給部長。假如解卡政策需先經過健保會委員同意，健保署也會配合辦理。剛才說醫界對我歌功頌德，事實上沒有那回事，我做事的原則還是以

病人為中心。就像過去病人到醫院要開刀，若拿不出保證金的話，醫院就不會接受這個病人。現在這個狀況都沒有了，假如病人要出院的時候沒有錢繳出院費，我們會先讓他欠卡。

二、解卡並不是讓大家不繳保費就能使用健保卡，只要被保險人有經濟能力，我們還是會依法跟對方催討健保欠費，請委員不要懷疑。有些人知道我擔任這個職務後，認為我是往火坑裡跳，其實我並沒有那麼想。署長一職是我生命中非常有意義的工作，我希望能幫臺灣病人建立一個很好的就醫環境，而且同樣也希望醫界能脫離血汗醫院的境況。我對於自己所做的決策當然要有擔當，昨天(105.5.26)對「廢除健保鎖卡」政策的回應時間很匆忙，雖然健保署之前一直壓著這個問題，但中國時報記者一直追問，所以我們才回覆，我會持續檢討委員所提相關問題。

戴主任委員桂英

請李委員永振。

李委員永振

一、剛剛蔡副署長淑鈴誤解我的意思，我的意思不是安全準備的計算有問題，在上(第 4)次會議業務執行報告時，請健保署分析清楚健保基金之保費收入情形，非常感謝健保署也配合在本(第 5)次會議業務執行報告第 8 頁表 5-2 收支餘絀情形表附註 2(1)中每項都敘述得很清楚，所以我不是在今天例行報告第 5 案(健保署 105 年 4 月份健保業務執行報告)提出質疑，而是在追蹤表第 10 項提出，重點是今年 1~4 月保險給付支出只成長 4.84%，目前衛福部陳報行政院 106 年健保醫療給付費用成長率高推估為 6.49%，低推估是 3.769%，假設協商後為高推估與低推估合計除以 2 為 5.1295%，將來健保財務會如何變化，請健保署預先瞭解及掌握，至於影響保費收入的因素有些是既成事實，105 年截至 4 月底安全準備只提列進帳 2.29 億元，可能會越來越少，怎麼辦？若 106 年健保醫療給付費用成長率協

商結果為 5% 以上，而保費收入卻差不多只能這樣，這是第一點。

二、第二點是剛才江專門委員姝靚提到，國家的政策是全民都能擁有健保卡並可使用醫療資源，則對欠費鎖卡者全面解卡都 ok(可以)，但是健保是社會保險，不是社會福利，這需要強調！但欲達到全民都可使用醫療資源這個國家政策目標，對於欠費鎖卡者可以運用社會福利加以補充，這樣也會涉及健保法施行細則第 45 條，及健保法第 3 條有關政府負擔不得少於保險經費之 36% 部分，這些都是需要整體考量，對於那些欠費鎖卡者全部解卡，是很容易達到這個國家政策目標，但這樣不行，健保是屬於保險，真的需要思考一下。

三、健保署若對於有經濟能力負擔而欠費者解卡，則明年在健保業務執行報告第 7 頁之呆帳金額與成長率會跳升起來，去年就是對於健保欠費鎖卡者的解卡條件予以放寬，造成對呆帳的一些影響，這些說明在健保業務執行報告中已經刪除。105 年截至 4 月因進行催收階段之應收款項較去年降低，且保險費率調降，使應收帳款減少，致實際呆帳提列數較去年同期減少。

戴主任委員桂英

依序請趙委員銘園、張委員煥禎、何委員語。先請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

謝謝主席，有關金管會(證期局)回函的意思非常清楚，敘及將與衛福部就適法性及民眾權益再進行協商討論，我希望健保署能夠積極一點，不要那麼被動，不要一直等，請看會議資料第 92 頁，金管會的回函說明二就身分認證、開戶與下單，敘述相關後續事宜，這部分似乎不是如他所說只是為了便民而已，這些都與我們所有委員當初擔心是一樣的，健保署應該主動積極去跟他們溝通協商，我們堅持健保卡不應該處理非健保法規定之事務，不能騙到通過了以後，將後續相關事項納入，這是非常不應該的。以上，謝謝。

戴主任委員桂英

請張委員煥禎。

張委員煥禎

- 一、健保署回答有關核減率的呈現，細分有無參加自主管理醫院的部分，我還是覺得截至目前為止一點誠意都沒有，我提的問題，不是為了醫界，每次都需要我把話講得很明白，健保署回答怕被誤解而簡單化，但也承認其中如我所言是有問題的。
- 二、健保署回答因同仁沒有檢附詳細資料，以後可以附上，這是官方回答。
- 三、健保署回答自主管理資料釋出會糟糕，會被誤解，我想應該不是怕被誤解，而是怕真相被知道，我提問主要關鍵是醫療院所只要跟健保署講好額度，健保署就不審查他的醫療品質，若沒講好額度，健保署則大量核刪，這是很嚴重的，已經好幾年了，違反健保法規定，因為健保法規定醫療院所提供所有醫療的服務品質，健保署都要審查，若符合規定則予支付。
- 四、今天我的訴求很簡單，這項不要解除追蹤，另外因健保署表示做不到，請讓我當三日志工組長，底下的同仁讓我運用，以完成委員要求的事務，於下次委員會議提出報告。
- 五、若健保署遇到困難，我們一起討論尋求一個平衡點。

何委員語

- 一、主席！我剛才聽到健保署新任的李署長伯璋提及血汗醫院這句話，我認為非常可怕，也認為非常悲哀，李署長伯璋擔任過醫院院長，難道不知醫院自付額收多少嗎？民眾付的費用收多少嗎？有血汗醫院老闆，沒有血汗醫院，也沒有血汗醫護等，你當了健保署署長，口中還講出血汗醫院，這是非常可怕，這是誤導社會大眾、媒體、人心等的一句話，我認為這樣不應該，若你心裡存著血汗醫院的心態，我們付費者委員應該要退出，讓健保署自己去搞。
- 二、對於李署長伯璋剛剛的解釋我不認同，華僑欠了很多健保費，他回國後馬上復保，治療好重大傷病、牙痛等病症，馬上又出

國了，為期不必一個月，當健保署想運用行政處分程序追討其欠費時，他已經出國去了，我現在要求健保署把 4 萬多欠費鎖卡者分類，哪些是華僑，哪些是海外工作幹部，哪些是居住在國內，我目前是某團體急難救助金的負責人，若有人因擁有祖先遺留房地產等而非屬低收入戶或中低收入戶，卻屬經濟弱勢者且罹患疾病無法工作等而發生健保欠費問題，我們會幫忙從各縣(市)政府社會局申請免繳保費而加以救濟，現在你都不清楚因欠費被鎖卡的這 4 萬多人是什麼身分卻要解卡，這只是討好民眾的觀感而已，只要新政府執政就全部解卡！我想能從政府撈錢是一大堆人，但是你們公務人員都搞不清楚，人家怎麼在挖政府的錢，我的意思是需要召開醫療國是會議，整體檢討並改革國家的醫療制度，給予醫師、護理人員好的待遇，給予醫院合理的待遇，目前是醫院老闆賺太多錢了，人家都不知道嗎？右手拿健保的錢，左手拿民眾自費的錢，你知道回扣拿多少嗎？這些事情不是表面上所呈現的，李署長伯璋講血汗醫院，那些醫院老闆每天晚上都笑到天亮。

戴主任委員桂英

謝謝各位委員，大家都非常認真論事，本案討論時間已經超過預定時間 42 分鐘。記得剛才有一項希望列席的衛福部社保司說明。請楊副司長慧芬。

楊副司長慧芬

各位委員好，因為曲委員同光至行政院開會，由我代理說明。有關追蹤表第 10 項，106 年度健保醫療給付費用總額成長率陳報行政院案，不管是醫界或付費者委員的意見，或是座談會所有與會者的意見，都附在陳報行政院的公文附件內，所以各位委員的意見，我們都非常重視，經重新檢視後，關於高推估值部分有酌調一下，以上補充說明。

戴主任委員桂英

謝謝楊副司長慧芬，請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

剛剛關於核減率的呈現，細分有無參加自主管理醫院的部分，希望維持各層級內容，大家都很清楚這些屬於長期資料，地區醫院在層級中平均點值最低，核減率又最高，健保署也沒有積極作為，這屬雙殺，健保署應該積極幫忙輔導地區醫院如何申報，以避免過高的核減率。

戴主任委員桂英

- 一、有關追蹤表第 2 項，金管會(證券期貨局)希運用健保卡案，改列繼續追蹤，基於金管會未來仍會與健保署繼續溝通，追蹤的目的是希望健保署依照委員所提建議與該會進行後續溝通。
- 二、追蹤表第 4 項，因為本會之前對於健保法施行細則第 45 條修正案有幾項建議事項，原考量部分決議已辦理完成，例如幕僚單位已向新任的首長報告委員之反對立場，爰建議解除追蹤，惟引發委員關注，基於其他相關決議仍在進行中，建議併其他決議事項繼續追蹤，俟完成後再解除追蹤。
- 三、追蹤表第 10 項，有關 106 年度總額範圍諮詢案，本會意見已向衛福部表達，委員關心的是希望衛福部及行政院可以看到我們的意見，剛才社保司楊副司長慧芬已說明，確實有將本會委員的意見陳報至行政院，建議本案解除追蹤。
- 四、追蹤表第 12 項，有關 105 年 3 月份全民健保業務執行報告中，呈現核減率部分，除了委員建議健保署原呈現層級別表格繼續維持外，另外，委員建議細分有無參加自主管理醫院的部分，剛才已先請教李署長，署長表示可以再溝通，本項建議繼續追蹤，俟溝通結束再看結果如何。
- 五、追蹤表第 13 項，當時討論非常熱烈，感謝委員天仁再度提醒須於年度結束前提出，確實非常重要，請健保署未來在管控其他預算時要特別留意，至於各總額部門也應遵守於年度結束前提出的規定，本案因為上次會議已經討論通過，建議維持解除追蹤。

六、以上建議處理方式是否妥適？請滕委員西華。

滕委員西華

我有點不太明白主席剛才建議追蹤表第 12 項，涉及核減率部分，有關委員自願參與區分參加自主管理及未參加自主管理醫院分層呈現作業，李署長伯璋認為可再溝通的意思若是指委員可以進入健保署指揮作業，我認為若委員進入健保署參與作業實屬萬萬不可，我們就是委員會組織，委員對於健保會幕僚參與可以多一點，但對於健保署運作有意見，宜以整體表示，若個別委員參與其中作業，健保署會多很多老闆，這樣很難行政一體，我想進一步確認主席的想法，李署長伯璋表示與醫界擴大溝通，我覺得沒有問題，我想張委員煥禎想當健保署志工組長只是一個比喻，他不是真的想要進入健保署(張委員煥禎回答謝謝)。

戴主任委員桂英

謝謝滕委員西華讓我有機會更清楚表達，這部分我的建議是繼續追蹤，直到該案溝通最後有結果止，至於溝通時不宜只邀個別委員。請何委員語。

何委員語

我認為追蹤表第 10 項雖然是諮詢案，衛福部有把我們的意見陳報行政院，但我們還是希望聽聽行政院最後核定 106 年度健保醫療給付費用總額範圍的結論，是了無新意、無法採信或看法幼稚等，行政院若認為我們這些人一字不提，都是在放屁也沒關係，讓我們知道，所以建議保留，不要解除追蹤。

戴主任委員桂英

謝謝何委員語，追蹤表第 10 項建議也改列繼續追蹤。請潘委員延健。

潘委員延健

剛剛健保署回答所有問題，只有我提的沒有獲得回應，就是有關健保辦理自付差額特殊材料作業原則部分，是否需要繼續溝通後再實施。

蔡副署長淑鈴

我想若漏掉，請蔡副組長文全說明。

蔡副組長文全

- 一、剛才潘委員延健、滕委員西華詢問修正健保辦理自付差額特殊材料作業原則將於今年 6 月 1 日生效，基本上這個案子，健保署在今年 2 月 17 日邀請消基會、醫改會、付費者代表與專家學者等一起溝通研議後，陳報衛福部核備，最主要是將文字模糊部分修正得更明確，請看會議資料第 135 頁，將列入自付差額特殊材料品項的條件規範更為完整，會議資料第 136 頁，明確規範保險對象自付差額上限之訂定方式，即什麼情況下要訂定差額上限及如何訂定，另有關自付差額特殊材料納入健保全額給付之作業機制將原條文修得更明確。
- 二、有關滕委員西華關心健保辦理自付差額特殊材料作業原則四、(二)保險人「得」針對建議自付差額之品項先辦理醫療科技評估，是否應改為「應」？目前健保會要求每 1 項都必須做 HTA(醫療科技評估)，本項係援引健保法第 42 條，藥物給付項目及支付標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估之規定，所以本條文也跟著寫「得」，事實上每案都有做 HTA。
- 三、以上簡單回應，若委員對於我們修訂內容有意見，歡迎提出，我們再來研議。謝謝。

戴主任委員桂英

謝謝蔡副組長文全補充說明。有關健保署發布之「全民健康保險辦理自付差額特殊材料之作業原則」，於修正後，執行一段時間，仍須再檢討。委員所提建議，請該署先收錄。請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

不好意思，追蹤表第 10 項，剛才主席已建議繼續追蹤，不過我仍須提醒幕僚單位，請看會議資料第 109 頁，衛福部陳報行政院函「106 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」之附件為該草案 pdf 檔，並無呈現彙整委員等相關意見之附件，應該予以呈

現會比較完整。

戴主任委員桂英

社保司等一下是否要說明？先請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、有關修正健保辦理自付差額特殊材料作業原則，健保署說明找了一些單位參與討論，可是聽了半天沒聽到有邀請醫療服務提供者，我不知這個案子是否與醫療服務提供者有密切關係，若需醫療服務提供者作業，則該作業原則之修正應有醫療服務提供者參與討論或提供意見，而今卻由健保署自行修正、公告，請問施行日期是否需要稍做調整？
- 二、目前醫院經營環境是好或不好？我不必要每次都重複說今天的醫院經營得多麼困難！我不相信非醫療界者能夠體諒，但是醫院經營確實有相當的難度，是一個高成本低效益的行業，希望大家勿用敵對語言挑釁醫療體系，因為大家都兢兢業業為病人服務。以上報告。

戴主任委員桂英

謝謝剛剛幾位委員的發言。請社保司再說明委員意見是否併陳行政院參考，請楊副司長慧芬。

楊副司長慧芬

我再次說明一下，我們陳報行政院函的相關附件，確實含括各次座談會、健保會委員意見及付費者委員書面建議內容等，併同送請行政院審視 106 年度健保醫療給付費用總額範圍時參考。

戴主任委員桂英

- 一、會後請向趙委員銘圓清楚說明相關文件。
- 二、請健保署說明「全民健康保險辦理自付差額特殊材料之作業原則」之修正案，於研議過程為何未邀請醫事服務提供者代表。

蔡副署長淑鈴

謝謝楊委員漢淙及幾位醫界代表委員，剛才蔡副組長文全的說明，

本案沒有請 provider(醫療服務提供者)參與討論，雖然已經公告，若醫療服務提供者有任何意見，我們還會再收集，假設與現行規定有很大歧異，請醫審及藥材組再開會邀集大家研議。

楊委員漢淙

健保署已公告修正健保辦理自付差額特殊材料作業原則於下個(105年6)月1日生效，今天是105年5月27日，兩者相距時間很緊，我想知道修正時究竟有無邀請醫療服務提供者討論？(蔡副署長淑鈴回答沒有)既然沒有，應該針對此部分做一些改變，而非硬幹，若這樣對醫療服務提供者太不公平！

戴主任委員桂英

包括醫界、付費者代表委員針對「全民健康保險辦理自付差額特殊材料之作業原則」均有提出詢問與建議，請健保署納入考量。請李署長伯璋。

李署長伯璋

這個部分我們先暫時收回，健保署在這段期間有些政策，包括DRGs(住院疾病診斷關聯群)、雲端藥歷、新藥議題等，需要多溝通，若大家都覺得流程很順暢再施行。

戴主任委員桂英

接著進行例行報告第三案，請同仁宣讀。

參、例行報告第三案「中央健康保險署提報『全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案』(草案)修訂內容案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

戴主任委員桂英

謝謝宣讀，本案曾提本會第 2 屆 105 年第 3 次委員會議(105.3.25)討論，委員意見係請健保署會同總額相關團體參酌委員所提建議研修後再提報。請委員再次審視本案，不知有無意見？請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、主席，各位委員，大家好！有關醫院總額品質保證保留款實施方案，希望健保支付能回應在醫療品質上，在基本獎勵部分，我感謝醫學中心之品質保證保留款由 30%降到 20%，其中含義是有 80%係以醫學中心之醫療品質做得好或不好來分配，也就是將基本獎勵降越低越好，區域醫院之品質保證保留款則由 30%降到 25%，在上次會議討論時，我希望地區醫院基本獎勵之品質保證保留款由 70%降到 50%，當然，我很高興地區醫院願意將基本獎勵之品質保證保留款由 70%降到 60%，不過，我還是認為此部分由 70%降到 50%會比較好，這是第一個提醒。
- 二、第二個提醒係在品質獎勵指標部分，目前醫學中心與區域醫院訂定 10 多項，地區醫院訂定 20 多項，以前是訂定 5 項，只要均通過就是滿分，通過 4 項就是 80 分，所以建議可把項次提高。
- 三、指標獎勵之達成項目數部分，健保署所提方式不錯，把地區醫院依開業執照登載之診療科別與病床數，區分為兩組〔第一組：開業執照登載之診療科別為五科(含)以上且病床數達 200 床(含)以上(不含急診觀察床、血液透析、嬰兒床)，指標最高以 8 項計算；第 2 組：非屬前述條件者，指標最高以 5 項計算〕。依地區醫院大小規模分級是好的，至於規模大小要訂

100 床、150 床或 200 床以上，這部分可以再斟酌。

戴主任委員桂英

謝謝，請問其他委員有無意見？(未有委員表示意見)因吳委員肖琪為專家學者，所提意見有其理想性，請健保署說明之前與醫界溝通的情況，有無可能朝理想再往前進一步，包括地區醫院分兩組之床數規模界定，及基本獎勵分配比率能否再調降為 50%。

蔡副署長淑鈴

禮讓地區醫院代表先表示意見。

戴主任委員桂英

好，請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、首先，謝謝吳委員肖琪的鞭策，我們會盡量往此方向努力。
- 二、吳委員肖琪希望地區醫院能追上醫學中心或區域醫院基本獎勵之比率，但以地區醫院的能力而言，會有困難。

(一)現在地區醫院的平均點值是所有層級中最差的，且地區醫院的人力有限，為達到基本獎勵而參加相關訓練，對它就有很大影響，因地區醫院有些只有 4~5 個醫師，一個出來受訓，就占掉 20~30%，已屬很大的承擔。

(二)地區醫院品保款的基本獎勵中，不全然只是參與繼續教育，還要參與品質競賽，依名次來算積分，其實這項不應算在基本獎勵，所以基本獎勵雖占 60%，但並不完全像大家所想的那麼輕鬆，報名去上課就可以拿到。

(三)之前有所謂「血汗醫院」新聞，雖然何委員語的觀點與大家有點不同，認為是「血汗老闆」，事實上是人力已不夠了，還要想辦法派人去上課，所以地區醫院都在生存邊緣掙扎。

- 三、地區醫院品保款基本獎勵已跟著降 10%，相當有 guts(勇氣)，下一步會不會再往下降，要看未來環境。至於分組之床數規模應訂為 100 床或 200 床，個人認為這次特別訂出分組規模，對

地區醫院而言是新遊戲規則，今年先試試看，之後若有進步空間，我們也願意一直往好的方向進步。

- 四、希望所有委員了解，地區醫院品保款的基本獎勵，並不像大家所想的那麼基本，若扣掉品質比賽，基本獎勵比率就少於60%。有關基本獎勵，區域醫院降5%、醫學中心降10%，地區醫院也咬牙降了10%。此外，今年新增依床數規模分組的規定，這些我們都支持，但需慢慢適應，希望委員多加給一些時間。

戴主任委員桂英

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、我的想法跟吳委員肖琪比較接近，如果地區醫院要提升競爭力，勢必在品質或其他指標上能更具挑戰，就不討論執行困難的部分，因為醫界自己較清楚。但就醫學中心、區域醫院的指標來看，基本獎勵是低標，很容易拿到。因此，要在品質指標上更能肯定有努力的院所，指標獎勵的比重，邏輯上會較重。若只要像地區醫院加進來都可以拿到錢，院所就沒有力氣及動機爭取指標獎勵，贏得民眾信賴感。
- 二、指標獎勵的難易度，相信大家都能達到，因為這些長期以來都是健保署的監理指標，數字看起來都很好，沒達到的院所應該很少，醫學中心、區域醫院也是這樣，品保款其實是送給大家的鼓勵。
- 三、我們希望錢付出去，各層級醫院能在我們期待的品質指標，表現趨於一致，否則看不到地區醫院的努力。吳委員肖琪已算客氣，建議分配品保款的基本獎勵與指標獎勵各占50%，我認為基本獎勵應占40%、指標獎勵占60%。因為以往地區醫院在健保署監控指標的表現並不差，何況還分200床上下兩組、排除急診觀察床、血液透析、嬰兒床等，要達到指標應不困難。若目前真的沒辦法考慮，將來一定要思考這件事，因為若無法

在指標上激勵品質提升，地區醫院要贏回民眾的信心，恐怕還要多花點力氣。

戴主任委員桂英

謝謝滕委員西華，請干委員文男。

干委員文男

請問會議資料第 143、146 頁，為何刪掉住院及門診病人健康存摺系統下載率指標項目？這項公共政策是健保署所提出，應落實執行，若不能多方面執行，表示這項政策有問題。希望用鼓勵的方式，讓醫師也鼓勵民眾多辦理健康存摺，齊頭並進，才能有效率推行公共政策，因為一看就可知道病人的各項資料，有利節省健保開支。

戴主任委員桂英

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、抱歉！向干委員文男報告，我跟蔡委員宛芬非常反對將健康存摺下載率列為指標，醫界也都支持。因為健康存摺下載是民眾的權利，不是醫療院所的義務，是民眾個人的健康存摺，與雲端藥歷使用不一樣。醫療院所用醫院的電腦，協助民眾下載健康資料，無法保護民眾隱私。例如民眾只是去醫療院所看高血壓，其他健康資料如愛滋病、精神病可能不想讓別人知道，或健康資料對於這次就診並無幫助，所以不需將所有資料給醫療院所。
- 二、我們支持健保署向民眾推廣健康存摺，但不贊成列為支付指標，因透過強制的支付手段讓醫師或醫療院所幫病人下載，會有個資使用疑慮。不過干委員文男提醒得好，因為健康存摺的用意，本來就是為了達到干委員文男所提的目的，讓民眾知道自己的健康資料。但不適合列為醫療院所獎勵的支付指標，因為有強制性，在法規上有疑慮。

戴主任委員桂英

謝謝，請干委員文男。

干委員文男

我們所講的目標一致，但做法不同。希望由醫療院所直接告訴民眾比較快，若只有政府協助每位被保險人，可能會有困難，投保單位、醫生直接告訴民眾，對推行公共政策才有幫助，並非強制院所下載個資，而是強制院所幫忙推行公共政策，並不衝突。

戴主任委員桂英

謝謝，請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

衛福部有相當多單位在努力推動健康存摺，相信用意是好的，但以今天健康存摺的成熟度，個人不認為可以馬上當指標，因確實相當不成熟。我不曉得是誰刪除這項指標，但現在納為獎勵指標似乎太早了點，或許幾年後可以列入。

戴主任委員桂英

謝謝，請林委員惠芳。

林委員惠芳

我今年才剛參與委員會議，開會坐到現在一直很困惑，例如剛才例行報告案，各位委員提出的意見，好像與待會要討論的議案有些關聯，卻又再花那麼多時間討論。本案也是，記得本案在之前的會議已充分討論，也確認過，可是今日會議又再討論，這樣下去，會議恐怕會很沒效率。健康存摺下載部分，記得上次的共識是應鼓勵民眾，讓民眾知道下載健康存摺的意義，對民眾而言，其有選擇的權利，但暫不列為獎勵院所的指標。

戴主任委員桂英

謝謝，請問健保署要說明嗎？

蔡副署長淑鈴

一、謝謝各位委員，本案是因上次討論時，委員建議減少品保款之基本獎勵所占比率，提高指標獎勵的比率，健保署依此原則，

會同醫院及西醫基層團體展開系列討論，並應委員要求將結果提健保會報告。今日「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案(草案)」中，劃線部分代表與上次提報不同之處，表示已修改。有關委員所提地區醫院品保款基本獎勵與指標獎勵的比率應否再調整的看法，健保署今日報告的內容，已與醫療院所討論並修正，但委員若有新決議，健保署會依照辦理。

二、有關健康存摺部分，已於之前委員會議充分討論，健保署認為健康存摺應全國推廣，將民眾最常去的醫療院所加入推廣，對推廣率一定有幫助，特別是資訊不對等的情況下，醫師鼓勵民眾下載健康存摺，會比任何人有效，所以原來將健康存摺下載率列為指標，後來多位委員質疑健康存摺下載與品質之關聯性，另考量是否加諸醫療院所太多責任及壓力，因此後來健保署從善如流，暫不將健康存摺下載率列入指標，但並非代表不推廣，而是改用其他方式。很多熱心院所在此項不列為指標的情況下，仍很正向地協助推廣，所以這是共同的目標，但為了不要成為醫療院所執行上的壓力，建議暫不列指標，明年檢討時再做考慮。

戴主任委員桂英

謝謝，本案係健保署根據3月份委員會議討論後再研修的報告案，地區醫院品質指標的獎勵比率雖然還不是十分理想，但至少已提升10%(由30%調高為40%)。今天委員的諸多指教，留待來年繼續努力，請健保署與總額相關團體協調時，儘量提高品質指標之獎勵比率。至於床數規模界定部分，吳委員肖琪所提相當有道理，且滕委員西華也予呼應，但因健保署已與醫界協調，今年暫依所報草案通過，明年請再加以改進，本案洽悉，委員所提建議請納入明年方案研修參考，讓106年方案內容能朝鼓勵提升品質再邁進。

陳委員聽安

主席，基本上支持剛才的決定，但建議稍微修正。由於本案為報告案，委員雖有不同意見，不過已訂出指標，建議實施一年後，提出

成效檢討報告，然後綜合委員意見，下年度再修正。

戴主任委員桂英

謝謝，陳委員聽安所提修正意見，一併納入決定。接下來進行例行報告第四案，請同仁宣讀。

肆、例行報告第四案「中央健康保險署提報『健保藥品品質監測計畫』
(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

戴主任委員桂英

請健保署補充說明。

蔡副組長文全

- 一、本案是依健保會去年「105 年度全民健康保險總額協商會議」及 104 年第 8 次委員會議之決議，健保署應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辦理。因本計畫與藥品抽驗結果有關，屬於食藥署基於藥事法的職掌，食藥署是主管機關，衛福部 104 年 12 月 24 日函釋，為提升藥品品質及促進國人用藥安全，由食藥署及健保署本於權責共同研議辦理，所以將來藥品抽樣及檢驗結果若有疑義，健保署會請食藥署協助辦理。
- 二、會議資料第 149 頁為『105 年度「健保藥品品質監測計畫」(草案)』，此計畫(草案)須公開招標，委託廠商辦理。本案已奉衛福部核定，希望徵詢委員意見，健保署會再修正。另補充說明，昨天下午收到本署主計單位通知，目前立法院正在審議健保基金預算，本計畫經費來源為「105 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」第二項預算分配相關事項之(十)「提升保險服務成效」項目，立法委員對該項目之內容及額度運用有意見，須依立法院之決議辦理，故目前健保藥品品質監測計畫尚無法進行。

戴主任委員桂英

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、程序問題，請看會議資料第 29 頁，本會幕僚補充說明三「中央健康保險署乃依之研擬本計畫草案，惟依協定事項，其計畫內容尚無須提經本會同意，爰請該署口頭補充說明」，既然無

須經本會同意，何必提會報告？

二、會議資料第 30 頁，衛福部函正本給全民健康保險會，說明三，「副本抄送健保署及食管署，有關『提升保險服務成效』項目所列之協定事項『中央健康保險署應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』一節，為提升藥品品質及促進國人用藥安全，請本於權責，共同研議辦理」。不知健保署是用何想法處理，所提「健保藥品品質監測計畫」草案，依衛福部函之說明，不應提健保會報告，若要本會同意，應正式提案。不過，個人非常認同本計畫內容。

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

本計畫是健保署行政預算不足，透過健保會總額協定方式，於 105 年度總額其他預算「提升保險服務成效」項目獲得預算，其實是健保付費者的錢，補貼行政上被立法院縮減的預算，何須經立法院同意才能動支？第一，這並非原來的行政預算，而是健保付費者拿出來的錢，我們要求拿出來的錢，其中 1 千萬元做藥品品質檢驗；第二，本計畫涉及協定事項之執行，健保署之後應將藥品品質檢驗結果，列在保險業務執行報告中，讓健保會委員瞭解。主要是因衛福部健保署推動差額負擔，大家考慮到原廠藥都退出，常有消費者反映學名藥與原藥廠藥的藥效差很多，才想驗驗看學名藥成分與原來藥廠的藥證取得之記載是否相吻合，而有本案，我認為這影響整個健保業務，希望健保署列入執行。

戴主任委員桂英

謝謝，請滕委員西華。

滕委員西華

一、首先，呼應謝委員天仁的話，這並非公務預算，怎需經立法院同意，是否有誤解？若這 1 千萬元需經立法院同意，而幾億元卻不用經立法院同意，不是很妙嗎？

二、請看會議資料第 149~150 頁，我對計畫草案之檢驗項目無意見，但對投標廠商資格認定有些想法，請健保署參採。

(一)因本計畫涉及檢驗，有關投標廠商的資格，是否需檢附具合格的 Lab.(laboratory，實驗室)，得標廠商會不會再委託出去、再外包別人？公、協會本身可能沒 Lab.，計畫中是否要附加規定，例如規定廠商本身應具備檢驗能力，或已與合格檢驗機構簽約的證明，因公、協會不一定具有檢驗能力。我們不支持得標廠商再委託外包出去，要辦理健保署委託業務，應是有能力檢驗的機構，應共同承辦。

(二)對於投標廠商的其他附屬機關，或經政府合法登記的公司機構，應規定利益迴避條款，包括投資股東、檢驗機構主持人、藥品相關廠商、擔任一定程度職務、幾年內任職的工作等，都應迴避，訂定利益迴避條款是做藥品品質檢驗最大重點，否則請廠商送報告就好，不用自行檢驗，健保署今所提計畫草案中並無利益迴避規範。此外，學校的 Lab.若承攬單一廠商做檢驗、藥品研發或長期與廠商有無長期合作，是否應列為利益迴避規範要件？我覺得利益迴避是本案很重要的精神，建議健保署應詳列利益迴避相關規則。

戴主任委員桂英

謝謝，請李委員蜀平。

李委員蜀平

一、主席、各位委員及與會者，尊敬的李署長伯璋，大家好！署長今天第一次參加健保會，一定有很多了解及不同的想法。另外，在中午與部長大合照前，我先報告部長今天回臺後一定會有許多立委修理部長，因為部長在 WHA(World Health Assembly，世界衛生大會)的報告，沒有提到臺灣只說中華臺北，但據我所知臺灣參加 WHA 本來就很委屈，並所有的文稿，都要經過 WHA 的秘書處審核，才可以報告，而且要照著審核過的文稿唸，所以部長如因此被修理，拜託各位委員，用

不同管道，拜訪立委情義相挺，這次 WHA 的報告，已超乎水準，不要為難部長。

二、向主席及署長報告，藥品品質監測計畫很好，但必需仔細思考，為何臺灣製藥工業想為全民製造健康的好藥，做出高品質的藥品，但巧婦難為無米之炊，因為現今很多藥品給付有很多問題。尤其是藥價差及不合理的藥價調查。署長以前在公務體系行醫，現在會更了解藥價，舉例一顆藥品可能健保價 15 元，臺大醫院可能買 13 元藥價差 2 元，很多私立醫院可能只以 1.5 元就買到，藥價差約 13.5 元，這些不合理的藥價差會破壞健保總額結構，請統計這種比例的有多少品項，可去查查看，就看得到真相。

三、我認為政府要求品質也同樣要給予合理的給付，如不合理的要求，及不合理的藥價差，但又要要求品質，此時應共同檢討，是否制度上出了問題。我曾多次提出藥價差問題要如何合理化，全都被封殺，還被蔡委員明忠反對討論藥價差。向署長報告，前兩次的全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議，因醫界全部不參加而流會，這是很荒謬的事，浪費所有委員及與會者時間及金錢，其實任何事都可溝通，不可用多數暴力，如此非委員會的委員所應盡的義務。

謝委員天仁

主席！

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

程序問題，應針對藥品品質監測計畫(草案)發言。

戴主任委員桂英

是，請先討論本案。

謝委員天仁

我知道李委員蜀平關心藥價給付的問題，但那是另外一回事。

李委員蜀平

不合理的藥價差會影響品質。

謝委員天仁

那是另外的問題，本案是有關藥品品質監測，如何抽驗、取樣等問題。李委員蜀平關心的事，請另外提案。

李委員蜀平

結構很好，但背後還需要共同努力健保品質，尤其是洗腎、ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation，葉克膜)、RCW(Respiratory Care Ward，呼吸照護病房)、CT(Computed Tomography，電腦斷層掃描)、MRI(Magnetic Resonance Imaging，核磁共振攝影)等...。

黃委員啟嘉

主席！目前蔡委員明忠不在場，建議李委員蜀平牽涉蔡委員明忠的言論，等蔡委員明忠到時再發表剛才的意見。

李委員蜀平

我已報告過幾次，都是事實。實際上這是屬於其他預算，大家要共同面對。世界第一的臺灣健保，所有大醫院利潤的來源，第一是藥價差、第二是停車場、第三商品街、第四是殯葬業、第五才是門診、住院醫療。這些都可能是醫療給付不足，才有的奇特現象。

戴主任委員桂英

本案可否進行處理？(委員表示：還不能)請干委員文男。

干委員文男

剛才李委員蜀平講了很多藥品問題的真相，議程第 149 頁 105 年度「健保藥品品質監測計畫」(草案)中所列之藥品品項，建議可以增列安眠藥一項，因為這類藥品成長很快，而個人使用安眠藥已 20 多年，感受特別深，有些藥品摻雜太多麵粉，一點效果都沒有，所以，這類藥品的問題也很大，應就其成份品質進行監測。

戴主任委員桂英

謝謝，請何委員語。

何委員語

- 一、我認為「藥品品質檢測計畫」1 千萬元的預算，是健保會通過的案子，不是經過立法院同意的，所以不需要聽立法院的。
- 二、上次會議通過的健保藥品政策研究小組，目前小組及召集人還未組成，我推薦由李委員蜀平擔任召集人。因為藥品研究和藥品品質的監測是相互關連的，兩者都很重要。
- 三、我也贊同市面上藥品的成效愈來愈差，主要原因在於健保藥價砍的太兇，生意人不願賠錢去賣，為了利益只得偷工減料；第二點，國人吃藥吃得太多，體質抗藥性增加了，藥效當然會遞減。
- 四、健保總額每年約有 6 千多億預算，經費非常龐大，其中藥品經費每年約有 1,600 多億，卻不進行檢驗，這是不對的，應該要提升我國製藥工業技術及藥品的品質。
- 五、另外是藥品進口商因臺灣市場太小，不願來臺投資的問題。前些日子有一位曾任衛生署署長的朋友，和我一起打球時提到，臺灣人口才 2,300 多萬，申請藥品進口許可需要 3、4 年；至少要 7~8 年才能上市，最快也要 6~8 年才可使用，好的藥品不願進口，藥廠也不願意在此投資。所以，應整體檢討我國的藥品政策，以提升國人藥品的品質。

戴主任委員桂英

謝謝，健保署為了慎重起見，特別將其負責的業務提會報告，委員很認真地提供許多意見，供健保署參考。請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

- 一、本案可分為二部分，首先，這是第一次以專案方式進行藥品品質的研究，為了慎重起見，所以在委員會議上報告。
- 二、滕委員西華擔心投標廠商資格及利益迴避的問題，未來在招標文件上都列明。還有干委員文男建議增列安眠藥乙節，請同仁列入研究品項中。

二、另針對幾位委員質疑為何立法院要審查，有關立法院共同關切的問題，請本署主計室同仁說明立法院審查預算之程序。

李專門委員淑芳

向各位委員報告，有關提升保險服務成效計畫係在醫療費用總額協定內所編列之專項計畫，金額是 3.41 億元，立法院審議 105 年度健保基金預算時，於分組審查階段已決議刪減 300 萬元及凍結 2,000 萬元；目前已進行至朝野協商階段，又有委員提案刪減 5,000 萬元並凍結 1 億元，因本計畫係在保險給付外單獨列示之計畫，其相關預算如有被立法院指定刪減，經費需在立法院審議通過之額度內執行，不得超支。

謝委員天仁

主席！這未免太...

戴主任委員桂英

可否請健保署再說明。

蔡副署長淑鈴

可以理解委員的質疑，本署從業務單位的角度，也有相同的疑惑。不過本項是列入基金預算，在主計系統裡，這樣的預算，確實會被列入特別計畫中，由於今年預算是第一次出現，所以在立法院審查時，立法委員都盯著這個項目，有非常多的答詢。這一項並不是行政預算的審查，而是列在基金預算裡面，可否請主計單位再詳細說明，在主計系統中，本署為何需要列在基金預算裡面？

李專門委員淑芳

本項是單獨拉出來的專項計畫，內容包含固定資產，所以，必須經過立法院審查。這個部分是 105 年新增計畫，針對計畫內容，立法委員有許多意見，必須要在立法委員通過的額度內執行，計畫不能超支。

戴主任委員桂英

謝謝健保署的說明。請謝委員天仁。

謝委員天仁

如果是保險醫療服務的節餘，撥付至健保基金，立法院審查是合理的，但是本案是年度健保收入去支應總額支出的「提升保險服務成效」項目，錢是健保支付的，立法院憑什麼來審查這項預算？這是有問題的。請健保署提出阻擋預算動支的立法委員名單，我們和他們拚一下輸贏。付費者委員要檢測這些學名藥的品質，請問為什麼不可以檢測？

戴主任委員桂英

在場委員有主計總處代表，可否幫忙大家解惑？

陳委員幸敏

原則上，預算的編列及審議，依憲法之設計，行政機關提出預算後，必須經過民意機關即立法部門的審議，而健保基金預算部分，如同健保署主計室同仁所說的，本案是專項列出的計畫，這個部分立法院會進行審議。

戴主任委員桂英

請滕委員西華。

滕委員西華

陳委員幸敏的說明，我們可以理解，但是健保是附屬單位的基金預算，非一般基金，應屬特種基金預算，有特定的用途，健保收進來的錢，透過健保總額協商分配預算，因健保署是附屬單位，依預算法應呈報立法院進行審議及備查，甚至可將基金併入決算。惟如謝委員天仁所說，立法院對基金的用途，可以有些顧慮、擔憂及指導，但不是經過他們同意，健保署才能使用，這樣是否符合特種基金預算設立之目的。不知道附屬單位的特種基金預算的審查是否有這樣的規定？可否請主計總處代表說明？如果確是這樣，以後立法院就可以對總額運作指指點點了。本項計畫預算的性質與其他附屬單位是否有不同，例如與國健署的菸捐等基金預算不同？本會是否應該與立法院溝通一下？已協定的健保總額預算，立法院可以給予限制或刪減嗎？

陳委員幸敏

我再說明一下，預算可分為公務預算及附屬單位預算，附屬單位預算又分為好幾類，包括國營事業、非營業特種基金(含作業基金、特別收入基金及資本計畫基金等)，無論任何類別的預算，包括健保署單獨列示之計畫預算，都必須經過民意機關的審議，這是我們每年依循的原則。

謝委員天仁

各部門總額協定之預算金額，立法院都可以凍結，抱歉！下一年度像提升保險服務成效這類預算，健保會一律不給，請政府編列行政預算去支應，並交由立法院去監督。這是健保的預算，又不是用政府的錢，開玩笑！健保使用自己的錢，立法院還要來監督我們。

戴主任委員桂英

基本上，本案已充分討論。在座有委員非常熟悉預算的運作程序，其意見可提供健保署與立法院後續溝通的參據。希望健保署與立法院的溝通是成功的，避免未來在協商總額時，會讓委員沒有意願設定一部分預算用以提升品質。委員提出許多具建設性的建議，蔡副署長也提到部分會予採納，至於跟立法院溝通預算動支的部分，有些委員希望可以再提供資料，請健保署在可能範圍內儘量提供。本案討論到此。

謝委員天仁

有些立法委員會以為是本會委員自行運作的，建議本會做成決議，把委員的意見，正式行文立法院，讓立法委員了解本項計畫是使用健保自己的錢，立法院凍結這項預算是什麼意思？

蔡副署長淑鈴

非常感謝委員為我們仗義執言，105年本署健保基金預算將於6月上旬立法院院會進行最後的表決，本案從委員會的審查開始，經過不斷的溝通、協調。事實上，大家都很支持，最後黨團建議要送到院會，這幾天我們還要再努力，若未來還有問題，再請求本會委員的協助。

戴主任委員桂英

謝謝蔡副署長淑鈴，請干委員文男。

干委員文男

本案我贊同謝委員天仁的意見。不過，剛剛何委員語提到「健保藥品政策研究小組」的成立，李委員蜀平對於藥價差很執著，也很認真，這是大家都知道的，很值得大家肯定，只是李委員蜀平若擔任主席，從頭到尾都是他一人包辦，若是成案，後遺症將會很大。因為目前衛福部及健保署等執政者都是醫界的，社會有許多疑慮議論紛紛，若專案小組也是由藥界的人主導，健保會的可信度會降低，所以，站在宏觀的角度，不希望健保會的名聲也賠進去。建議李委員蜀平做個參謀共同參與就好，而由滕委員西華擔任藥品小組的召集人。

戴主任委員桂英

請李委員蜀平。

李委員蜀平

- 一、我希望可以擔當「健保藥品政策研究小組」召集人，接受所有付費者給我的指導，因為我對藥品的政策有了解，知道藥品銷售的真相，而且在我背後還有一大群幕僚可以協助。尤其是 15 大公、協會會當我的智囊團(干委員文男：我也希望你能參與啊！)
- 二、藥界是非常沒膽，並不敢製造紛爭，只是希望醫藥合作。目前正是改變的契機，新的總統、新的國會、新的部長、新的署長、新的氣象，讓我們共同打拚，成為真正的世界第一的健保。請思考健保署推動雲端藥歷後，發現 103 年有節省 80 多億的藥費，這些有多少是重覆用藥，有多少人因為重覆用藥而引起之副作用？有多少人因此而變成 RCW？又多少人因此而使用葉克膜？有多少因而洗腎？有沒有考慮這些問題？李署長長期一直在公務體系，請將私立醫院與公立醫院做一些比較，如此才會更有改革的想法。在此重申，我擔當召集人，是希望不合理的藥價差能夠合理，讓不合理的藥價差回歸醫療。

謝委員天仁

主席！提出程序問題，請主席維持秩序，本案明明在講健保藥品品質監測計畫，請大家聚焦來討論，不應該夾帶其他議題，如果大家都這樣，委員會議怎麼開呢？請委員自制。

戴主任委員桂英

請委員針對本案議題發言。

何委員語

本會部分委員為了「健保法施行細則第 45 條條文」修法案，6 月 1 日將至立法院民進黨團拜會，既然要去立法院溝通，建議健保藥品品質監測之相關議題可以一起談，「摸蚬仔兼洗褲」（臺語），也可以一舉兩得。

戴主任委員桂英

何委員語所提建議，為了尊重拜會小組召集人滕委員西華，可否等她稍後進來，再予確認？

趙委員銘圓

可否請幕僚單位把本案本會幕僚補充說明三拿掉？

戴主任委員桂英

- 一、請問張副執行秘書友珊可以刪除嗎？(張副執行秘書友珊表示可以)
- 二、有關「健保藥品品質監測計畫」(草案)，健保署係為執行 105 年度總額其他預算之「提升保險服務成效」項目所增編的 1 千萬元，所以提至本會報告。委員所提建議提供健保署後續執行參考。
- 三、本案預算在立法院審查時，可能遭凍結或刪減部分，本會委員願意做健保署的後盾，也很樂於聽到健保署表示，目前的溝通大致順利。
- 四、請問滕委員西華，6 月 1 日本會委員至立法院討論健保法施行細則第 45 條條文修正案時，可否同意依何委員語的建議，將

藥品品質監測計畫的議題一併提出？

滕委員西華

大家一起去立法院，委員要提出什麼議題都可以。

戴主任委員桂英

謝謝。接下來進行例行報告第五案。

伍、例行報告第五案「中央健康保險署『105年4月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

戴主任委員桂英

按照往例，本次是提供書面資料，不進行口頭報告，下次健保署進行口頭報告時間安排在7月。請委員表示意見。

千委員文男

有關腎臟醫學會於103、104年即同意要提供門診透析總額醫療品質指標資料，該會已依規定提供相關資料，但會議資料第32頁第(4)點顯示，本項指標100至102年相關數據分別由腎臟醫學會及健保署提供，即分子為登錄人數由腎臟醫學會提供、分母為病患人數由健保申報資料彙算而得，但103年分子及分母皆由腎臟醫學會所提供之資料編製，因資料提供單位及計算定義不同，所以資料數值有所差異，建議健保署和腎臟醫學會應加強溝通、協調，使數據可以一致化，讓品質指標可以順利編製。

戴主任委員桂英

請葉委員宗義。

葉委員宗義

- 一、今天第一次發言，新署長已經上任，委員也講了很多，不過講歸講，感覺上好像沒有什麼用處。我在健保會(包括前身之費協會)擔任已10多年，感覺到健保署藥物共同擬訂會議的「決議」和「執行」好像是兩回事，為什麼會這樣呢？因為最近健保署藥品共同擬訂會議有兩次流會，第一次流會還有話講，第二次竟然只來了6位委員，好像流會是有人刻意製造的。兩次流會有其原因及困難，請衛福部檢討、分析真正原因，並協助健保署解決這個問題。
- 二、藥品共同擬訂會議是一個重要的會議，有許多病人等著要使用的新藥，須在此做決定，因為兩次流會，有的病人可能等到死亡了，藥還沒有通過，實在無法向付費者交待。
- 三、最近個人經歷到上述兩種情況，5月初眼睛不舒服，覺得看到

的光線都會扭曲，於是去醫院就診，發現是黃斑部新生血管病變，醫師使用新藥樂舒晴(Lucentis)為我治療，這個藥非常昂貴，須事先向健保署申請才可使用，注射一劑 35,000 元，一個療程須注射三劑，共計 105,000 元，此項藥品雖已通過健保署藥物共同擬訂會議，因為藥價太昂貴，會侵蝕到基層部門的總額，即便我是健保會的委員，醫院托延向健保申請，所以，再好的藥品，因為醫療院所不願意申請，病人也無法使用。

四、健保署施組長如亮曾提出，全國有 245,000 黃斑部病變的人，有些民眾沒有能力支付這項費用，醫院又不配合提供這項健保給付，付費者完全沒有享受這項福利。醫界雖有他們的苦衷，我們可以了解，但民眾的需求也是非常迫切的，若是新的藥很貴，付費者也可以負擔一部分，否則僅僅空談沒有用處，希望新任署長特別留意，並積極解決這個問題。

戴主任委員桂英

其他委員對業務執行報告內容有無意見？如果沒有，請健保署說明。

李署長伯璋

謝謝葉委員宗義的說明，健保署對於新藥、新科技是須面對的課題，不能因為財務不足就中止，最近臺灣腦中風學會來函，針對頸動脈狹窄開發的一項新藥，還有新近引進的達文西手術，因為新技術不在以往舊的手術規範中，而不予給付，這樣的處理並不妥適，因為許多醫療技術都在進步。這項議題如何拿捏很重要，剛剛葉委員提到使用者部分負擔的部分，可以思考，不過，本署不太敢如此做，因為要民眾多負擔一些費用是很困難的。請問葉委員的眼睛好一點了沒有？

葉委員宗義

這藥的效果很好，僅注射 1 次，即有明顯效果，故今天才能來參加會議，否則可能連走路都不行了。

李署長伯璋

希望醫界同仁該為病人爭取的醫療權益，一定要提出申請。至新藥的審查，本署會加快審查的速度，並給予明確的審查結果，以免影響彼此的信任。

戴主任委員桂英

請健保署回應干委員文男的提問。

蔡副組長文全

干委員文男關心 55 歲以下透析病患移植登錄率之計算問題，其為門診透析總額醫療品質指標，分母為 55 歲以下血液透析或腹膜透析之病患人數，分子為 55 歲以下血液透析或腹膜透析病患登錄移植人數，分子分母計算資料來源及定義應一致，所獲結果才具意義。100~102 年分母為健保申報資料，分子則由腎臟醫學會提供，因健保資料庫並無器官移植登錄人數的資料，103~104 年分子及分母皆由腎臟醫學會所提供之資料，105 年的分子與分母，則皆由健保署提供。

干委員文男

希望健保署能先與醫界溝通好，分母與分子資料定義應有一致的標準，才不會有落差，否則你想你的、他想他的，屆時做出來的資料又不符合。

張委員文龍

主席、各位委員，大家好，葉委員宗義剛提的，也是我心裡的疑問，即新藥對既有給付的排擠效果。從科學的角度看，新藥一定會愈來愈多，因現在受限於我們預算的結構，常聽到新藥引進後，排擠到舊有項目的預算，未來能否委託學者進行進行相關研究，例如 3 年內新藥產生的預算排擠效果有多少？

戴主任委員桂英

謝謝，請李署長伯璋說明。

李署長伯璋

一、臺灣罹患 C 肝的人數相當多，C 肝用藥的費用很高，本署內部刻正評估，如何拿捏，才不會讓民眾反彈，是門很重要的藝

術。委員的意見，我們會注意。

- 二、從事臨床工作多年，一路走來，我始終認為腎臟移植，對病患而言是有益的。昨天有電視媒體訪問我，我提到透析相關的數據，若門診透析服務費用成長 7%，點值 0.8，1 年門診透析治療的費用約 360 億元。但各位不要忘記，8 萬個透析病人中，會有人因病需住院治療，其約需 106 億元，故 1 年的門、住費用合計約需 466 億元。透析治療處置是治標的行為，在世界各國皆然，臺灣換腎 5 年的存活率為 90%，透析治療的 5 年存活率則為 55%，故不代表採透析治療就不會死，當然換腎也有風險，其在換腎手術後的初期較為嚴重，之後就不太一樣了。
- 三、未來我們會提出改善計畫，本人身為腎臟移植醫師，不會讓透析病患的就醫權益受到影響。各位是否知道透析病患住院治療，其合併症較嚴重，平均每人需 12 萬元，但因換腎合併症的住院治療只需 3 萬元，兩者差別很大，還有生活品質，8 萬個透析病人，受影響的是 8 萬個家庭。個人長期照顧腎臟病患，我一直呼籲要推動腎臟移植。
- 四、剛委員提到腎臟移植登錄，有病患來看我的門診，我問他為何要換腎臟，他說不知道，是其他醫師要他來蓋章。我也拜託過腎臟醫學會對透析治療及換腎等相關衛教資料一定要很清楚，讓尿毒症病患知道不同治療方式的結果後再做選擇。如要換腎，是由其家人捐腎或從他人的大愛捐贈，前陣子我們在推動大愛捐贈，當因故過世捐贈器官給他人時，未來若他 3 親等以內的血親需器官移植時，將有優先進行器官移植的機會，我們是全世界第一個用這樣的方式推動器官捐贈的國家，留給子孫的不僅是財產，而是無價的健康保障。在此向委員說明，謝謝。

戴主任委員桂英

謝謝李署長，本案健保署已提供說明，可否洽悉。接下來進行討論事項。

李委員蜀平

報告主席，我舉手想發言已經舉到快脫白了。

戴主任委員桂英

抱歉！請李委員蜀平。

李委員蜀平

- 一、剛剛李署長講的非常有道理，所有新藥，尤其是 C 肝，它的價值與價格，應進行評估。在藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議討論時，曾發生擬引進很多好的藥品，卻未獲通過的情形；舉例：現在還有很多醫師還在用老藥，例：糖尿病用藥 euglucon(佑而康錠)，它的 side effect(副作用)很大，又無法給病人創造優質的生活品質時，故我們在評估引進新藥時，必要時應要堅持，若價值優於價格，我們應當要採用，例如 C 肝用藥若能將 C 肝病毒根除，而且價值大於價格，又短空長多，應要堅持，否則如果 C 肝從開始不治療，最後變成肝硬化、肝癌，可能累積的醫療費用要更多，更浪費健保資源。
- 二、另蔡委員明忠已到會場，先請他入坐在委員的席位上，剛黃委員啟嘉說應於蔡委員在場時再說明。請問蔡委員在最近的健保署藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議，是否曾兩次因醫界沒參加會而流會，一次請醫界代表離席，一次為有在場卻不簽名，是否有這樣的事情？

謝委員天仁

主席！...。

戴主任委員桂英

因李委員蜀平的發言屬於本會議程序之外的議題，蔡委員明忠暫時無須回應。

李委員蜀平

請蔡委員明忠入坐參與會議，不能只是要來和林部長照相。

謝委員天仁

主席！程序問題，這樣弄得大家很緊張，無法好好吃飯。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

主席...。

戴主任委員桂英

請問謝代理委員文輝也是程序問題嗎？(謝代理委員文輝表示：不是)請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、剛葉委員宗義分享自身就醫經驗，供大家參考，我覺得這很重要。我們需承認一件事實，本會在進行相關決定時，一定要考慮實際執行面能否執行，決議才有意義。要讓醫療院所該用則用，剛李署長對此有很大的期待，我覺得健保署及健保會該給醫療院所的，也就應該給，這是相對的。
- 二、新藥、新科技引進的議題，已爭執多年，醫界一直說引進新藥會對醫院部門的一般服務產生排擠作用，希望改列於其他預算，等5年穩定成熟後再移回醫院總額部門。我知道健保署的長官很怕放在其他預算，健保署承擔不起；但你們怎能忍心放在醫院的一般服務中，讓醫院獨自去承擔呢？你們若擔心其影響，就不應長年不顧及醫院的反應，將其一直列在醫院的一般服務。
- 三、我承認裡面確實有爭執點一即新藥的替代率，但衛福部、醫療界、專家學者皆無法提出讓大家可信服的數據，這是最大的爭執點。剛張委員文龍提到新藥排擠效應，最近我們獲得的資料，5年新藥引進的費用與預算金額差距250億元，因要醫療院所扛起來，才會發生葉委員宗義所提的困難。5年內新藥費用增加250億元，若替代效果有150億元，只要補給醫療院所100億元即可，這是可討論的，希望健保會的委員能重視此問題，問題若未解決，雖有編列預算，未來開會時醫界當然會想辦法杯葛，民眾就醫時也可能無法享受到該項新藥。署裡的長官現在也表現出善意，希望能好好解決這問題，既然替代率無

法算清楚，風險就應由大家共同承擔，不要讓醫界獨自承擔，以免產生葉委員剛提的問題。

戴主任委員桂英

請何委員語。

何委員語

我要在這裡鄭重宣示，我絕對沒用健保會委員的身分就醫。醫師開Asprine(阿司匹林)讓我服用，但因為服用後胃部有不適感，醫師建議改用自費藥物，我也是照單全收，購買 1 顆 52 元的藥物，我在此澄清，不用健保會委員身分至醫療院所就醫。

葉委員宗義

不要搞錯了！因為無法送至健保行政單位審查，而且已經有 24 萬個類似病人都沒有機會使用相關的治療方式。我相信沒有任何一個委員就醫時，會主動告知醫師「有健保會委員之身分」，如有委員身分更糟糕，委員在醫院更是不受歡迎的。

戴主任委員桂英

健保會委員都是奉獻精力與時間為民眾發聲，不會因身為委員，而在就醫時運用特權。委員所提健保業務相關建言都會記錄下來，本案洽悉，接下來進行討論事項第一案。

陸、討論事項第一案「敬請研議『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目評估指標之定義內容案」、討論事項第二案「建議流感疫情所衍生之醫療費用由 105 年度其他預算之『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目支應案」、討論事項第三案「流感疫情等相關非預期疾病發生所產生之醫療費用，是否應由健保全額支應案」與會人員發言實錄

謝委員天仁

主席！程序問題，討論案前三案屬同一性質，建議可否併案討論。

戴主任委員桂英

謝謝，請問委員是否同意將討論事項第一~三案併案討論(多數委員表示同意)。請同仁宣讀至擬辦即可，無須宣讀幕僚意見。

同仁宣讀

戴主任委員桂英

請同仁暫停宣讀，林部長奏延於百忙之中蒞臨本會向各位委員致意，歡迎林部長！

林部長奏延

- 一、各位委員好！請容我坐下來說話。因為 520 接任衛福部部長後，即前往日內瓦參加 WHA(World Health Assembly, 世界衛生大會)，此次出席會議過程相當艱困，也是苦戰居多。今天一早返國後的行程十分緊湊，10 點總統召見，11 點行政院長召見，接著召開記者會。
- 二、我認為來自各方的多元聲音，對事情是有助益的，我也向總統提出建言，對於不同的意見及想法，應視為正面能量，此次代表團成員承受委屈及批評，表示仍有進步空間。在討論議題時，若出現不同聲音，亦可視為兩岸談判時我方的籌碼，如此贏面相對提高，對此總統也表示贊同。
- 三、在此先向各位委員致歉，僅能利用中午時間來向大家致意，我與在座多位委員都屬舊識。我上任後，即期許衛福部同仁，要成為一個良好的溝通團隊，過去溝通不足之處，還請委員不吝

指教！在場的李署長伯璋，及督導健保業務的新次長也即將就任，隨時可以與大家溝通。

四、參與世界衛生大會期間，雖接獲有關委員對健保法施行細則第 45 條修正案之相關資料，但因為與會期間尚須處理兩岸議題及研議相關資料，委員關心的事項可否容我再深入瞭解，今天也會詳細記錄委員所提意見。

五、健保會是健保制度中重要的一環，委員認真論事，會議常至下午 2、3 點才能結束，各位委員在此雖為所代表的團體發聲，然而最終仍是以全民的健康為依歸，所以即使討論過程各方有不同的意見，最後還是努力以和諧的方式達成共識，未來希望能與各位溝通再溝通，在此一併向大家表達感佩之意。

戴主任委員桂英

感謝林部長致詞。多位委員對於健保法施行細則第 45 條修正案有意見，並推舉滕委員西華擔任代表人，先前已拜會立法院，請滕委員西華代為說明。

滕委員西華

一、祝福部長仕途順利。部長時間寶貴，在此簡短說明，本次拜會議題是有關健保法施行細則第 45 條修正案，健保費若短收將影響醫療支出以及健保政策改革，並涉及健保費率調漲問題，此修正案使政府原本應負擔的健保費至少短列 72 億元，先不論金額合理與否，將來健保經費不足時，政府又依法短繳健保費，意味著需要調高付費者(雇主、被保險人)的健保費率來填補缺口，這是健保會委員的疑慮。

二、健保法施行細則第 45 條修正案是制度面的問題，涉及行政法規的合理性，健保署李署長伯璋新官上任，我不希望您規劃的醫療願景最大的絆腳石反而是政府。我們先前已拜會過立法院各黨團，並獲得立法委員支持，目前已先由社福及衛生環境委員會的林立法委員淑芬安排溝通協調會，預定於 105 年 6 月 1 日下午召開，在此邀請部長一起參與。

三、謝委員天仁是副召集人，是法律方面的專家，我們就法論法，透過溝通協調，使問題圓滿處理，本人代表健保會立法院拜會小組，以付費者代表的名義向部長陳情，請部長多方考量。

戴主任委員桂英

謝謝滕委員西華，請問副召集人謝委員天仁有無補充？

謝委員天仁

部長才剛回國且公務繁忙，需要一點時間來了解始末，我建議此議題到此為止。

林部長奏延

向各位委員報告，雖然衛福部是注重溝通的團隊，但也會力求革新，李署長伯璋已提出許多改革方案，本團隊將設定優先順序，逐項討論、執行，不只要溝通也要改革。

戴主任委員桂英

非常感謝部長百忙之中來健保會致詞勉勵。請李委員蜀平。

李委員蜀平

一、我有 2 點建議，首先，臺灣的健保世界第一，但他背後隱藏的 CT、MRI、RCW、洗腎、葉克膜、過多的醫美...等問題需要好好檢討。其次，大型醫院利潤最高的是來自藥價差、第二是停車場、第三是商品街、第四是殯葬業，第五才是門住院醫療費用，這些都需要改變。我們應該教育民眾珍惜健保，讓醫療院所給付足夠，且遵守健保規範，健保才能永續。

二、世界第一的健保，後面隱藏許多不合理的問題，如果將這些問題整理出來，請部長一一解決，臺灣健保才是真正的第一。再報告，曾有 4 位卸任長官請我不要提出藥價差的問題，因為認為這問題太嚴重，不適合在此時提出，應慢慢解決，我很抱歉，我們從健保開辦至今，已累積多少的藥價差，它又佔健保多少費用，是很可怕且可以立即改變的問題，但我們總是要面對問題、解決問題，以上。

戴主任委員桂英

謝謝李委員蜀平，請各位委員移駕至 1 樓與部長合影留念。

(健保會委員與林部長奏延至 1 樓大廳合影)

戴主任委員桂英

各位委員請就坐，為節省時間，本案不再宣讀，由提案人直接補充說明，請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

一、討論事項第一案已在上次委員會議提出，當時決議等健保署提供完整資料後再討論。請各位委員看會議資料第 35 頁說明三，「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之適用範圍與動支程序中，「非預期風險」的評估指標原本只有 2 項，為因應 103 年高雄氣爆事件，另增訂指標 3「不可預期因素屬天災所致之大型事件(為非屬健保法第 52 條事件，並經主管機關認定之案件)，且該事件發生後，前 2 個月之預估醫療費用達該地區當年季平均總額預算之 0.3% 以上」。另請看會議資料第 41 頁「105 年第 1 季醫院、西醫基層總額各分區醫療申報情形」，許多分區的醫療費用點數成長率已達到指標 3 閾值。

二、流感疫情與氣爆事件類似，是不可預期之因素，是非天災所致的大型事件，對醫療費用總額衝擊甚劇，期望動支其他預算是醫界心聲，請各位委員能夠理解醫界的需求。

戴主任委員桂英

謝謝黃委員啟嘉，請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

一、我代表討論事項第二案提案人，本案於上次委員會議已提出，當時討論以 5% 為閾值，醫療費用點數成長率如未達 5% 就認了，超過 5% 就應該補貼為流感疫情付出的醫療成本，另外也特別提及，計算時應該分區，因總額點值是分區的，這些在上次委員會議議事錄都有紀錄。

二、然而健保署所提供的資料，卻無視遊戲規則，閾值除醫療費用

點數成長率 5%外，還任意加上醫療服務成本成長率 2.485%及人口因素成長率 0.140%(醫院閾值合計 7.625%)，應純粹計算醫療費用點數成長率是否大於 5%，如閾值考慮醫療服務成本及人口因素，去年的醫療費用點數也需要扣除醫療服務成本及人口因素，計算反而太複雜。

三、依健保署資料(會議資料第 40 頁)，門診及住診的醫療費用點數成長率都大於 5%，反映醫院處理流感病人增加的醫療成本以及醫事人員加班費用，以上說明。

戴主任委員桂英

謝謝楊委員漢源補充說明。接下來請委員針對討論事項第一~三案提出看法，請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、我們需要有遊戲規則，在首例修改前就要依照遊戲規則執行，不能改掉首例還要立即溯及既往，我無法接受這樣的觀念，我認為閾值 0.3%已經很低了，假設基層診所醫師收入少了千分之三，你們認為影響大不大？我都沒提案修正閾值上調，現在還提案下修到千分之一，不知道立論基礎何在？我認為欠缺資料，難以說服委員你們無法容受千分之三的影響。

二、首先，即便修改也無法溯及既往，所以此 3 案都一樣，不能因符合千分之一都溯及既往，大家要互相尊重這樣的遊戲規則。其次，健保署提供的資料有其價值所在，我們表示肯定，既然訂了遊戲規則，原則上就要遵守，這是誠信問題，套入遊戲規則如不符，我建議撤案，因為既沒達到標準也無法溯及既往，如果可以溯及既往，在座委員如何面對付費者。

三、我建議提案人再斟酌，不要一有風吹草動就想歸入非預期風險，或許今年就考慮廢除「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目，預算使用要合理，而不是像私房錢一樣，隨時都可以拔一點錢，這樣對付費者無法交待。

戴主任委員桂英

謝謝，請趙委員銘圓、何委員語。

趙委員銘圓

我非常認同謝委員天仁的意見，先前動支程序的制定我沒參與，遊戲規則是 103 年 11 月 28 日才修訂通過，現在又要推翻，不符合當初針對這議題討論的共識，既然有共識，就應該按照那個遊戲規則去走，所以我也反對下修為 0.1%。

戴主任委員桂英

謝謝趙委員銘圓。

何委員語

- 一、上次因為高雄氣爆事件，才修訂「『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目之適用範圍與動支程序」，將指標 3「(不可預期因素屬非天災所致之大型事件，(為非屬健保法第 52 條事件，並經主管機關認定之案件)，且該事件發生後，前 2 個月之預估醫療費用達該地區當年季平均總額預算之 0.3% 以上」，由 0.5% 降到 0.3%。
- 二、高雄氣爆事件發生至今，距上次修訂的時間不長，本案到目前為止，幕僚單位提供的資料都非常正確，所以這 3 個案均應擱置。我昨天去醫院照胃鏡、腸鏡，下星期一去照胰臟、抽血，全部自費，拿一個禮拜的藥，藥費就要 2 千多元，所以我不認為醫界遇到這一點點的風險，就要推翻以前的原則或架構。若這 3 案的原提案人不撤案，建議全部擱置。

戴主任委員桂英

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、剛才 3 位付費者代表委員所給予的指教都非常正確，確實遊戲規則不應該輕言修改。剛剛在提案說明時，我提到之前提出本案，希望將指標 3 由 0.3% 降到 0.1%，並未得到認可，而目前我們已不需修改指標 3，因費用超支應已超過原來標準。此外，我們也發現健保署的意見中，刻意忽略指標 3，只提到指

標 1 及 2。

- 二、依醫界目前撈到的資料來試算，其實在指標 3 已經達標，很多分區的費用成長率均超過 5%，所以在此要鄭重拜託委員，按照過去訂好的遊戲規則，讓醫界依「『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目之適用範圍與動支程序」來動支費用。為免大家誤解剛剛的說明，再次重申，我們已經不需要提案將指標 3 降至 0.1%，希望委員都可遵守目前的遊戲規則，讓醫界動支這筆費用。

戴主任委員桂英

請潘委員延健。

潘委員延健

- 一、再補充說明，健保署的資料顯示，醫院的北區、中區、南區醫療費用成長率均超過 5%，全國的合計也超過 5%，應符合指標 2 [註：該部門一般服務之該季醫療費用點數成長率 > (當年度醫療服務成本及人口因素成長率 + 5%) 以上]，但上次審議時，又加上當年的醫療服務成本及人口因素成長，因此標準又被墊高，使得本次計算的成長率無法符合指標 2。
- 二、向付費者委員說明，流感事件是突發性質，醫界就得承擔下來，醫院部門實際醫療費用成長率已超過 5%，甚至在北區業務組的門診醫療費用成長率達 7.3%，明顯比過去高，請不要忽略其所導致的成本效應。醫院在流感期間付出非常多的努力，將疫情慢慢冷卻下來，在討論費用的同時，請不要抹煞醫界那段期間的努力。

戴主任委員桂英

謝謝潘委員延健，接下來請謝代理委員文輝，再請滕委員西華。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、很認同剛剛謝委員天仁的意見，已訂好的遊戲規則，遇到事情就要改，是不太好的，但當然話也不要說死，有時就是怕會遇到很特殊的狀況，就像遇到高雄氣爆，大家就特別把問題提出

來討論並予以修改，有些事情本來就需要一點點彈性。基本原則我也認同，訂好的規則就算檢討或修改，應該適用到下次。

二、有關計算符合指標 2 的標準，目前醫院部門各分區醫療費用及總體醫療費用的成長率，都已超過 5%，但上次健保署並沒有提到，除了 5% 還要加上醫療服務成本及人口結構因素成長才符合標準，上次沒講就不應該加入。結果現在醫院部門要成長 7.625% 才能符合標準，這些細節之前沒講，在修正之前，至少醫院部門已達到 5.15%，超過指標 2 所列的 5%，就應按照以前的遊戲規則。日後若還要修正什麼地方，還可以再提出討論，討論通過後就適用於下一次，這符合剛剛付費者委員的意見，也符合一般處理事情的常態，即不溯及既往的原則。不能遇到事情才改規則，這沒有道理。

三、還是要強調一點，所有的事情並沒有那麼絕對，有時候就是要保留一點彈性，就像之前發生高雄氣爆，遇到了就立即提出來修改，降低標準。消費者剛剛講的原則我也尊重，既然尊重，就應按照之前訂的 5%，讓醫院部門符合支用標準。今年第 1 季，尤其在農曆春節的時候，流感疫情真的是讓醫界人仰馬翻，也應該給予適度的回饋。

戴主任委員桂英

謝謝，請滕委員西華。

滕委員西華

一、有關醫療費用的變動，除特殊、短時間所造成的天災人禍，例如剛剛提到的氣爆、塵爆，或是八八風災、九二一震災等很明顯的大型災難，確實會在短時間、特定區域產生大量的醫療費用。至於流感，第一，它是全國性；第二，醫療費用的成長都是與前期比較，原本就有一定的成長率。

二、由健保署的業務執行報告之表 18-1 全民健康保險_總額部門別醫療點數統計_醫院及表 18-2 全民健康保險_總額部門別醫療點數統計_西醫基層，所呈現 99 至 105 年第 1 季兩部門之門、

住診申請點數統計數據，除醫院部門的住診費用，在 105 年第 1 季的成長率明顯較歷年平均偏高外，其他如醫院、西醫基層門診的成長率，都不算是歷年中成長最高的。不過，我這樣講算是比較籠統，因為 99 年~104 年都是全年的數值，只有 105 年是第 1 季的數值。

- 三、在計算符合指標 2 之醫療費用成長率的標準時，係以當年的成長率加上 5%，此標準當然要涵蓋原本的成長率，而不是只看醫療費用的成長。我們在協商成長率時，本來就有將醫療服務成本及人口成長的部分估算進去，因此，在計算非預期風險及政策改變時，當然要將原已預估的醫療服務成本及人口因素成長率納入，再加上 5%，算出來才是標準值。
- 四、我們是否能證明醫療費用的成長，就是因為 H1N1，這很重要。以塵爆為例，很容易就可辨認其造成的醫療費用，因為有很特定的診斷碼。H1N1 也一樣，即使採納西醫基層的建議，將指標 3 下修到 0.1%，也要證實是 H1N1 所致，沒有其他干擾因素，特別是在門診部分，因為這次西醫基層提出的是門診。住診的影響因素當然更多也更複雜，包括治療方式、有沒有其他併發症等。就像剛才署長提到的，洗腎病人去住院有可能會骨折，這樣能算到洗腎費用嗎？精神病患也有可能需要動手術，都是類似的道理。這和不可能將以疾病別來歸納重大傷病病人全年的醫療費用，都算是重大傷病支出的理由是一樣的。
- 五、本案須進一步釐清，假如單一疾病設定的幾個診斷中，經排除非診斷申報的取巧，感冒或上呼吸道感染，是不是因為 H1N1？因為不是每個病人都做快篩，不是經由快篩去證明，因為醫療診斷不是我的專業，但必須釐清是否為 H1N1 單一疾病疫情產生的影響，所導致醫療費用的異常上升，如果能夠確定，當然能夠動支。以上所提的幾點，希望能在政策上確定。
- 六、最後，為什麼將指標 3 下修至 0.1%，為什麼不是 0.2% 或

0.25%，而是 0.1%，應向委員說明。上次指標 3 下修到 0.3% 時，我也提到這個問題，因為我們沒有辦法知道好或不好，並非質疑 0.1% 不好，而是想了解為什麼是 0.1%？總要有個說法，請醫界代表或健保署進一步澄清與說明，否則我也不是很支持再繼續討論。

七、今後對「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」所編列 10 億元，若須進一步討論支用原則，建議在總額協商前一併討論整體規則，可提供歷年來適用該原則而動支費用的事件、相關變動情形或費用到底延續多久時間等，例如八仙塵爆已屆滿 1 年，105 年是否需要再繼續支應，類似的議題亦可一併納入討論。

戴主任委員桂英

謝謝滕委員西華，先請黃委員啟嘉說明，再聽聽專家學者委員的意見。

黃委員啟嘉

為避免付費者代表誤解，建議修正第一案擬辦為「按過去既有的 3 項指標中，西醫基層第 1 季的費用，如有滿足指標，請惠予支付。」我們並沒有要更改原來的 0.3%，因為從我們撈到的資料分析顯示，整體流感疫情對西醫基層的衝擊，已超過原訂的指標 0.3%，故不須修改指標。

戴主任委員桂英

一、提案人建議修改擬辦文字，委員應該都同意，第一案擬辦依提案人意見修訂。

二、其他委員有無意見？請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

提案人要修改擬辦我沒有意見，不過依健保署前幾次的回應，西醫基層流感疫情似乎未達指標，雖然已再做修正，惟是否符合指標，仍須健保署認定。

戴主任委員桂英

請健保署先釐清西醫基層所提流感疫情是否符合評估指標，請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

- 一、首先，宜先考慮 3 項指標中到底要適用那項指標，接下來才考慮是否有達到指標。請委員參閱會議資料第 39 頁，對「非預期風險」的動支程序，大家可以一起討論本案適用 3 項評估指標中的那 1 項。當初研擬該 3 項指標時，意義並不一樣，針對大家希望適用的第 3 項「不可預期因素屬非天災所致之大型事件」，為什麼因高雄氣爆而增加本項指標？就是因為其屬「事件」，有發生的起點及之後產生的費用，故指標 3 是因為高雄氣爆才增列，為「非屬健保法第 52 條事件，並經主管機關認定之案件」，叫做「大型案件」。健保法第 52 條是指因戰爭變亂，或經行政院認定並由各級政府專款補助之重大疫情及嚴重之地震、風災、水災、火災等天災所致之保險事故。因此，建議先確定適用何項指標，再討論有沒有達到門檻。
- 二、本案委員表達的意見中，有些委員主張適用指標 3，採 0.3%；有些委員建議採指標 1 及 2，但不要納入醫療服務成本及人口因素成長率，只看 5%。各位委員可以一起來認定，本次流感疫情到底適用那項指標，再認定超過的門檻，因其中的意義不同，否則大家講的項目各異，將很難討論。

戴主任委員桂英

謝謝健保署的補充說明，請林委員敏華。

林委員敏華

經過蔡副署長的說明，各位委員應該更清楚，剛才趙委員銘圓也提到，「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費之適用範圍及動支程序」在 103 年第 11 次委員會議(103.11.28)修正通過，相關規範及適用範圍都寫的很清楚，蔡副署長也說明健保法第 52 條的內涵，看起來西醫基層的訴求似乎未達到相關標準，建議本案不要再討論，因為所有的標準看起來都不符合。

戴主任委員桂英

謝謝，除專家學者委員外，其他委員有無意見？請干委員文男。

干委員文男

本案已討論很久，從今天所提供數據來看，既然未達到指標，就不要全部混在一起講，否則有理說不清。如果要得到大家的認同，應該儘量遵守原則，不然提出來很難討論，要東拿一個東，要西拿一個西，再湊合起來，好像不太對。認同謝委員天仁的建議，還是建議撤案。

戴主任委員桂英

好，請問專家委員有無意見？

陳委員聽安

- 一、先表示一些淺見，首先這3個案基本上是要將目前的評估標準調降，即「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目，屬「非預期風險」的指標3「醫療費用達該地區當年季平均總額預算之0.3%以上」，建議下修為0.1%，我對這點持疑，若因達不到標準就要下修標準，這種削足適履的做法，不是很妥適，而且要下修至0.1%或0.2%，這也會有爭議。
- 二、我並非不支持其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費，而是在財政上有個最大的原則，非經常的支出應當用非經常的收入來支應，這是最穩健的做法。例如氣爆所需經費不是每年都有，也非經常發生，所以應當使用非經常的經費，不宜用經常的經費來支應。
- 三、保險收入還有一些其他收入應當做當初預期訂定政策目標所需經費，這是有估計的總額，既然是非經常的支出，建議用非經常的收入。過去健保費調整的討論，考慮到安全準備，當初我反對調整保費，雖然安全準備超過3個月，那是帳面數字，不是現金的數字，現在保費調整了，但是問題也產生了。所以若還有非經常的收入，就可動用安全準備來支應，但是安全準備並沒有這個動支規定，若能有這個規定，日後發生這些經費所

需時，就能有經費來源支應非經常的支出，以上建議，請大家參考。

戴主任委員桂英

謝謝陳委員聽安，請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、今天滕委員西華提到每年總額都有成長率，但是成長率會造成費用增加，這是第一個提醒。剛剛蔡副署長淑鈴已針對 3 項評估指標清楚的說明。理論上，若用指標 1、指標 2，就要將去年協商時，除了大家很關心的成長因素，另外去看還有額外再增加的部分。指標 3 是去定義不可預期因素屬非天災所致之大型事件，例如氣爆是否是個意外事件。並且是要看不可預期因素額外增加的費用，而非整個醫療費用。
- 二、我曾在上個月委員會議上發言，我們是衛福部不是醫療部，若前端預防不做好，後面就要一直收尾，醫療很辛苦，醫界的朋友也很辛苦。不管是疾管署、地方政府衛生局及社會局，若有疫情發生時，應該要如何做？不管是流感或登革熱，若預防沒做好，會累到醫界的朋友，也會造成健保費用的增加，地方政府應該要重視社區公共衛生與公共衛生人力的配置。

戴主任委員桂英

謝謝，目前有 4 位委員舉手，依序請謝代理委員文輝、張委員煥禎、潘委員延健、黃委員啟嘉。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、我認為應該有再討論的空間，早期費協會對點值的監控，醫院的點值若低於 0.95，應該要啟動檢討的機制，目前訂 0.90 以下，為何標準往下調整？是因為長期以來，點值大都沒在 0.95 以上，大家可能認為降 5%，即 1 元降 5% 應該還可承受，但是目前點值在 0.95 以下。還有連 0.95 都是假的，每個分區怕難看，怕別人高，我們控制不好，所以醫界也很合作，其實都是先訂個標準，目前行情大家看起來是 0.92、0.93，實際上是做了之

後，發現點值才 0.90，就自行剝一剝，不用審查就到 0.93 了。

- 二、目前點值訂 0.90 可以拿掉，沒有意義，因為 0.90 也不會呈現，目前是極度營養不良的狀況，不是一點一元，理論上會認為降 5% 影響不大，其實影響很大，若每個分區忠實呈現，大多是 0.90 或以下，若增加這些費用會造成很大的衝擊，所以本案後續有討論的空間，某些指標可以再做後續討論。

戴主任委員桂英

謝謝，請張委員煥禎。

張委員煥禎

- 一、我補充一件事，過去那麼多年來，同樣的事情一再發生，我贊成滕委員西華提的，醫界會提出這個案子，是因為之前的規定並沒有很清楚，所以我們提出來討論，並沒說強要或一定要怎樣，若討論完，適合就修改。每個月要開會，是因為有緊急的情況可以馬上修改，若不需要，則可延至明年修改。
- 二、我認為委員可以對提案的委員持反對、不贊成或再討論的意見，請不要批評委員的提案是 stupid(愚蠢的)，請互相尊重，過去發生太多案例，只要醫界提案，常遭到另外的委員說出難聽的字眼，我可以接受請再說明或討論的意見，就算是健保署的提案，也不宜說出難聽的字眼。建議下次若有委員有不適當發言，請主席主動糾正，以免破壞委員之間的感情。

潘委員延健

- 一、這裡補充說明，我們的提案醫院並沒有要改變遊戲規則，只想確認是否符合動支條件，委員對指標 2 認定有不同的基礎，尊重委員的意見。
- 二、針對指標 3，因為流感會大型爆發，3 月時看媒體就知道當時疫情不可收拾，箭頭指向疾管署未事先做好預防，中間調度又出問題，床位、葉克膜這些設備都出狀況，雖然這樣，醫界還是全力投入，請問疾管署對這件事的認定為何？
- 三、指標 3 不可預期因素屬非天災所致之大型事件(為非屬健保法

第 52 條事件，並經主管機關認定之案件)，健保法第 52 條「因戰爭變亂，或經行政院認定並由各級政府專款補助之重大疫情及嚴重之地震、風災、水災、火災等天災所致之保險事故，不適用本保險」，重大疫情也在其中，疫情的嚴重程度應由疾管署認定，但是疾管署現在說沒事，兩袖清風就沒責任，當時是否認定是重大疫情，我認為是關鍵，疾管署應該要表達專業的看法，這次討論這部分被忽略了。

黃委員啟嘉

- 一、再次跟大家說明，剛剛為何要改擬辦，第一，我們沒有要將指標 3「醫療費用達該地區當年季平均總額預算之 0.3% 以上」，下修為 0.1，所以這部分不討論。第二，這個遊戲規則是只要符合 3 項評估指標之任一就好，只要滿足其一指標就好，不管醫院部門著眼在指標 1 或指標 2，但是基層是看指標 3，只要符合就好，若符合希望能給予給付。
- 二、還有委員手上的資料缺乏數據，健保署的意見中，只針對指標 1、指標 2 提供資料，指標 3 卻略過未提供，但是基層私下針對指標 3 所計算的資料，6 個分區都超過，但是詳細的費用要以健保署核定為主。
- 三、這個費用本身不是一個安全準備，這是總額協商的其他預算，是總額協商範圍內的費用，沒有所謂安全準備的問題。健保署應該要提供更多的資料供各位委員參酌，了解這次流感疫情對整個醫療費用的衝擊，讓委員可以更審酌，這一點請各位委員能夠理解。

戴主任委員桂英

謝謝，請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

不好意思！其實討論事項第一案，原來擬辦的部分是有寫建議下修，現在你要做修正，這部分不討論我沒有意見，但是整個案子與「非預期風險」的 3 項評估指標，請問討論重點為何？

滕委員西華

為何你們不將指標 3 的資料提供給我們看？

黃委員啟嘉

剛剛滕委員西華提及是否會有些未經過快篩就認定流感的案例，其實流感疫情是很嚴重的，因為很多醫師診治病人時，認為是流感，但其診斷並不一定標明流感，而是以感冒或其他診斷結案，所以在統計上往往會低估整個疫情。

戴主任委員桂英

謝謝黃委員啟嘉，請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

討論案第一案之案由「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費項目評估指標之定義內容」，提案人建議「醫療費用達該地區當年平均總額預算之 0.3% 以上修改為 0.1%」，才有研議的內容，若提案人修改擬辦說明，既然不下修標準，不清楚討論的重點，請說明研議理由。

戴主任委員桂英

謝謝趙委員銘圓，請何委員語。

何委員語

- 一、請問宣布重大疫情權責，是總統、行政院長、衛福部部長、健保署長、或是疾管署長的職責？請先釐清。據我所知，有些國家是由總理/首相發布疫情，我國是否已經宣布進入流感疫情期？若未宣布疫情，如何稱為重大疫情。
- 二、有關「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之適用範圍與動支程序，已明確規定提案及處理程序，供本會討論議定，結果分為 3 種：(1)不同意動支：結案。(2)同意動支且額度明確：確定及進行後續事宜。(3)同意動支但額度無法確定：召開協商會議，由健保署會同相關總額部門先協商草擬處理方式建議案，交由本會全體委員進行協商。
- 三、因為付費者委員尚未接獲宣布重大疫情之訊息的情況下，誠如

謝委員天仁提出，請提案人撤案。若提案人不撤案，我提出建議擱置，若委員不同意動議擱置，我的意見是「不同意動支：結案。」

戴主任委員桂英

謝謝何委員語，請林委員惠芳。

林委員惠芳

- 一、我認為若依健保署計算之資料，醫院及西醫基層部門未符合「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之 3 項評估指標，毫無爭議是不通過。同時尊重各委員提案權，既然委員已提案，應就提案內容進行討論，且應依據相關標準議定，若未達標準，自然是否決。
- 二、103 年第 11 次委員會議修正「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之適用範圍與動支程序，通過修正才沒有多久，建議在執行一段時間之後再檢討是否修改。
- 三、至於委員提及重大疫情宣布之權責、流感疫情低估等，都能理解，今天這個議案已經討論很多，多數委員對既有的評估指標是無爭議，因為是併案審查，請主席裁示。

戴主任委員桂英

謝謝林委員惠芳，請李委員永振。

李委員永振

- 一、若是沒聽錯，剛才委員提到，有些點值是喬出來的，這部分請健保署要說明，否則以後委員閱讀業務執行報告時，會對數據的可信度有所懷疑。
- 二、這個議題已討論許久，但並無新的資料證明符合動支程序的 3 項評估指標，而且醫界與健保署對於評估指標的認知又有所不同。若依健保署的說明，目前數據顯示這個議案尚不符合動支程序。
- 三、建議依照何委員語所說「本案不同意動支，結案」。若是醫界有其他意見，將來可再提出新的討論案。現在繼續討論也不會

有結果。

戴主任委員桂英

請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(謝武吉委員代理人)

- 一、今天的結論，其實是大家可以預期得到的，但我仍然要提醒大家，除了剛才所提的那些理由外，106 年度非協商因素的成長率只有 3.769%，這個成長率的預算是為因應新增人口數或是人口老化程度所編列，協商因素成長率的預算是在完成協商所要求的計畫或項目才有，所以一個流感疫情所增加的支出，幾乎要吃掉非協商因素成長率的預算。
- 二、健保會應該正視這個問題，好好的談清楚，因為這個對醫界影響很大的，不是沒有影響。

戴主任委員桂英

- 一、謝謝各位委員的發言，討論事項第一~三案合併討論，雖然討論事項第一案的擬辦文字有修正，但尚不致影響結果。
- 二、本(105)年度「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之經費支用，還是依現行的適用範圍與動支程序辦理。如果符合評估指標的條件，就可動支預算，若不符合，則不能動支。
- 三、至於未來，動支程序有沒有可能修改。聽了剛剛大家的意見，有些委員建議於 106 年度總額協商時，可檢討「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之動支原則，今天委員提出的寶貴意見，可於 106 年度總額協商期間，進行適度檢討。剛才西醫基層總額部門認為，依目前統計的數據，該部門已符合第 3 項評估指標的條件。醫院總額部門則建議，不能將當年度醫療服務成本及人口因素成長率納入第 2 項評估指標計算。
- 四、以現行的評估指標來看，如果要適用第 2 項評估指標，其已明定納入當年度醫療服務成本及人口因素成長率；如果要適用第 1 項評估指標，現行規定有 2 項條件，一為該季預估平均點值

在 0.9 以下，另一為較去年同季點值下降幅度>5%以上。唯一一點是當時並未考慮分區的因素，依目前遊戲規則，似乎找不到相關規定，未來討論是否修正動支條件時，或許可考慮納入或檢視分區調整的規定。

五、至於這次流感事件是否適用第 3 項評估指標，則屬認定問題，必須要先確定該事件究竟屬非天災所致之大型事件，或者是每年都會發生的流感，只不過今年的人數特別多，所以必須經過認定。依健保署初步的評估結果，都是針對第 1 項及第 2 項評估指標加以評估，也就是說，這次流感事件暫時不符合動支條件。因此，這 3 項討論案，還是依現行的適用範圍及動支程序處理，但在 106 年度總額實施前，要審酌委員所提建議，檢討「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」的動支程序與評估指標。

六、本案討論到此，可以嗎？(委員回應：可以)後面還有幾案討論事項及專題報告，可否繼續討論至下午 2 點鐘，尚未完成的議案，就保留至下次委員會議，大家同意嗎？(委員回應：好)

七、接下來進行討論事項第四案，請同仁宣讀。

柒、討論事項第四案「106年度總額協商架構案」與會人員發言實錄
同仁宣讀

戴主任委員桂英

對不起，打斷一下。因為總額協商架構每年都會提出，請提案單位說明與往年不同之處，有哪位同仁可以說明。請張副執行秘書友珊。

張副執行秘書友珊

請委員參閱會議資料第 52 頁，本案係循慣例在總額協商之前，事先議定下一年度的總額協商架構。幕僚所擬具「106 年度總額協商架構(草案)」，原則上沿用 105 年度模式，包括總額的設定公式、醫療服務成本及人口因素、協商因素、專款項目及門診透析的計算方式等，相關文字與 105 年度總額均相同，只有在計算醫療服務成本及人口因素成長率部分，參照衛福部「106 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」諮詢案所列相關資料，酌修其適用年度。因此，僅有以上微幅調整，其餘內容均依循 105 年度模式。

戴主任委員桂英

- 一、謝謝張副執行秘書友珊的說明，也謝謝同仁前半段的宣讀。
- 二、請各位委員表示意見，請何委員語。

何委員語

- 一、第 1 點，我對整個總額協商的架構是沒有意見，但是對協商的內涵有意見，我對於 106 年度總額協商的成長率以及醫療給付費用有意見，所以我要保留這個部分。也就是說我贊成協商的架構，但是對於醫療給付費用的成長率及計算公式，我是反對的。
- 二、在 105 年 5 月 24 日 8 大工商團體，加上消費者文教基金會、全國公教聯合會、會計師公會及 5 個勞工團體已經聯名去函向行政院、國家發展委員會反映，我們認為現行總額協商計算公式的內涵，在 104 年全年經濟成長率僅 0.75%，以及 105 年保 1 也有困難的狀況下，政府究竟要將醫療服務的成長率拉到多

高，我們贊同醫療費用合理的成長，但堅決反對這種不合理的跳躍式成長。最後行政院或國發會要怎麼裁決，是你政府的事，說不定最後我們工商團體就全面退出與政府的協商機制，讓你們政府要怎麼搞就怎麼搞。對於醫療給付費用的成長率及計算公式，我持保留態度。

戴主任委員桂英

謝謝，還有沒有委員要針對本案表示意見。請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、我只提一個很小的建議，針對會議資料第 53 頁，計算人口結構改變率，雖然我不是記得很清楚，但過去在編算國民生命表的時候，通常都是 0 歲到 1 歲為一組，因為 5 歲以下幼兒，其年齡的改變與醫療費用的需求是比較敏感的，死亡的統計也是一樣。
- 二、基本上，我贊成醫療服務成本及人口因素的人口結構改變率計算，以 5 歲為一組，但建議 5 歲以下幼兒，用 1 歲為一組，雖然計算上會稍微麻煩，但卻比較接近事實。5 歲以上，就可用 5 歲為一組來計算

戴主任委員桂英

謝謝楊委員漢淙，針對楊委員所提建議，不知技術層面是否可行？先請滕委員西華發言後，再請幕僚說明。

滕委員西華

- 一、我只是要釐清一下提案內容的語意。請問會議資料第 56 頁說明二(一)五、其他原則之(四)，這邊是建議參照政策目標將「醫療照護整合與效率提升成效之利益共享」，修訂為「醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象」。請問這部分修正是對應議程第 62 頁(八)的內容嗎？但會議資料第 62 頁的文字是「如高診次輔導、減少用藥重複政策，節省之醫療支出一部分用以獎勵醫療服務提供者，一部分回歸保險對象。」

二、請問協商架構是否需要對應會議資料第 62 頁的文字敘述？是同一件事嗎？有人說是，也有人說不是。

葉執行秘書明功

不是，我們現在進行的是討論事項第四案，會議資料第 56 頁是討論事項第五案。

戴主任委員桂英

會議資料第 62 頁屬於討論事項第五案的內容，在說明二有研提修正建議…。

滕委員西華

對不起，我看錯案子。

戴主任委員桂英

謝謝，繼續進行討論事項第四案。請幕僚就剛才楊委員漢源所提建議，人口結構改變率的計算方式，原則上以 5 歲為一組，但針對 5 歲以下的幼兒，可否修改為 1 歲一組，請說明技術層面是否可行？

張副執行秘書友珊

一、技術層面是可行的，但有個前提，因為依健保法規定，本會需在行政院核定的總額範圍內，協定各部門總額及其分配方式，所以在擬具總額協商架構時，醫療服務成本及人口因素的計算，是引用衛福部所定「低推估」之數值與計算公式。所以若要在行政院核定的總額範圍內完成協定，應該要依據衛福部所設定的低推估公式來計算醫療服務成本及人口因素成長率。

二、如果本會現在調整人口結構改變率的計算方式，則可能無法與衛福部所定低推估的數值相吻合。

戴主任委員桂英

一、謝謝張副執行秘書友珊的說明。聽起來的意思是，本會須依循衛福部報奉行政院核定低推估值的計算方式，但並不是不能改。所以，未來衛福部陳報行政院核定時，若參酌楊委員漢源的建議修改，本會也就跟著一起修改。

二、總額協商的架構就依照草案內容通過。同時也理解何委員語對醫療給付費用的成長率及計算公式等實質內涵所持的保留態度，9月協商時還會提出相關問題。

趙委員銘圓

主席！不單只有何委員語所提的問題，還有其他付費者代表委員的意見。

戴主任委員桂英

- 一、對！在實際協商時，委員們還是可以提出相關的意見及問題。
- 二、現在距離下午 2 點僅剩 7 分鐘，我們有沒有能力完成討論事項第五案？
- 三、該案去年討論時有些爭議，如果作業時程許可，請問委員可否同意將第五案保留至下次委員會議討論？(委員回應：好)。

何委員語

那討論事項第六案跟第七案呢？也是納入下次會議討論嗎？

戴主任委員桂英

- 一、亦即討論事項第五案以後的議案，均保留至下次會議討論，可以嗎？(委員回應：好)另外，還有 2 項專題報告，請委員自行參閱，若有提問請以書面提出，由本會幕僚彙整後，洽請健保署書面回復。
- 二、請問有無臨時動議？請李委員蜀平。

李委員蜀平

主席！有關「健保藥品政策研究小組」的召集人，跟滕委員西華討論後，她建議由本人擔任...。

滕委員西華

- 一、不是啦！我的意見不是這樣。您要當召集人我沒有意見，但我對這個任務小組有意見，由健保會成立這樣的任務小組是否恰當？其他委員可以再表示意見。因為目前健保署已有「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」，所有藥品的

給付、給付原則，乃至於藥品的價格、政策，似乎都是在那個會議中討論，而涉及差額給付和總額協商、試辦計畫的部分才歸屬本會，而本會之前討論是針對藥價差資訊是否公開進行討論，之後也召開了「藥價差公開相關事宜」的專案小組會議，所以那個任務已經結束了，但是因為李委員蜀平不滿意，所以又和何委員語另提了一個案，要成立一個與「健保藥品有關的小組」。但是我不清楚這個小組的任務究竟為何？名稱也搞不清楚，所以也就一直沒有去討論由誰擔任召集人，老實講，這部分要請李委員蜀平再講清楚一點，這個小組到底要達成哪些事情？

- 二、現在全民健保已有 PBS (Pharmaceutical Benefits Scheme)、藥價調查的規定等相關作業規範，而健保會上次的討論是藥價差的資訊公開，當時對於資訊解讀的落差也都討論很多了，當時會議是鄭前主任委員守夏主持，戴主任委員您也是當時健保會的委員，這些就不再贅述。我們都覺得藥價差的資訊公開很好，但是如何解讀這些指標也很重要，政府不是只公開數據，也應該告訴民眾這些指標所代表的意義。當然每個政策同時會有正面及負面的效應，因為不可能只有正面效應或只有負面效應，不管是正面還是負面，都要由社會來檢視，再討論我們該如何看待價差這件事。
- 三、我一直以來的主張都是藥價差不是罪惡，因為本來就會有價差，但重要是如何讓價差合理化，怎樣去處理這個問題。二代健保修法時，只有民間監督健保聯盟建議要藥價差入法規定，結果也導致健保署後來的三合一藥價政策，當時都沒有人支持，才會搞到現在的版本，但也沒有關係，因為那是社會共識，我們都要承擔，不管我們是不是支持。
- 四、我的看法是，這個小組討論的並不是框定一個費用，也不是討論排擠效應問題。如果要討論的議題是跟總額協商架構有關，健保會當然可以成立一個小組，去研議將來藥費要如何在健保總額中如何分配，這是可以的，沒有問題。但是如果只是處理

藥價差資訊公開，我認為那個任務已經結束，如果是要處理藥品給付的原則或相關問題，那又是「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」的權責，我認為主任委員要和共同擬訂會議的主席好好溝通，我們不應該僭越彼此間的權責劃分，但如果涉及到健保資源的分配時，也不是他們說了算，因為我們就是沒有錢。健保會的另外一個重要任務，是要顧及醫療倫理及關切病人的權益，這是以往健保署醫療科技評估沒有做的，也涉及藥品給付原則及 value base(價值基礎)，其最重要的不是 base，而是什麼 value，但是我們並沒有討論到這部分。這個小組與立法院拜會小組是不一樣的，我不清楚該小組討論議題及成立目的，無法加入，也沒有興趣擔任召集人，在此澄清。若李委員蜀平想要擔任召集人，我覺得很好，李委員若有能力、清楚小組成立目標，若大家也都贊成，我沒有意見。

戴主任委員桂英

請何委員語。

何委員語

- 一、若「健保藥品政策研究小組」僅單純討論藥價差，我想實際上沒有成立的必要，藥價差的存在是必然。衛生署在 98 年間就曾委託研究各國的藥品支付制度及藥價政策，我現在已經拿到包含英國、法國、義大利、日本、美國、加拿大、韓國等 7 個國家的「世界各國藥品支付制度及藥價政策分析及評估報告」，這是份非常好的資料，若當初沒有提出建議案，現在我們也拿不到。我認為這個小組不應該只討論藥價差，該從藥品支付、品質檢驗、藥廠管理、藥品上市、許可證核發、藥品給付、藥品核價合理化等制度著手。
- 二、前陣子碰到一位朋友，其母親年邁，每餐需要吃 18 顆藥，經請教幾位醫師共同處理，只要吃 4 顆就足夠，現在身體狀況還是很好的，這代表國內部分醫師有浮濫開藥的問題存在，部分藥品支出浮濫，代表我們應該建立完善的國家藥品制度，這是項

龐大的工作，我清楚自身能力不足，李委員蜀平學識高、藥品知識廣博，就由他擔任召集人。但是請放心，我會從藥品制度、保險制度、藥品核價、健保支付醫師藥品等政策把關，若醫師浮濫開藥，例如病人只要吃 2 顆藥就夠，卻開立 4、5 顆藥，健保署應該處罰。

戴主任委員桂英

謝謝何委員，請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

我不贊成成立「健保藥品政策研究小組」，目前已有食藥署，期望新署長上任能讓「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」如期召開且議事有效率，這樣比較能解決問題，瞭解新署長有新的政策要推動，建議能將藥品議題排在較前面。

戴主任委員桂英

謝謝吳委員肖琪，現在已經超過下午 2 點鐘了。

李委員蜀平

- 一、我想超過下午 2 點也沒有辦法，為了全民的用藥安全，我一直堅持要處理藥價差問題，我已經提過好幾次，6 千多億元的健保醫療支出中，藥價差絕對超過 5 百億元，它是屬於健保費，還是屬於獎勵金，黃前署長可以一筆帶過說涉及個資法，我是針對問題，背後有 15 大公、協會可以支持我，提供我需要的資料。現在的健保制度對藥界及藥師非常不公平，因為只有我一個人擔任委員。當然，我不能批評醫界，醫界總是我的老大哥。請大家思考為何 103 年可以節省 80 餘億元藥費，104 年可以節省 30 幾億元藥費，我希望從醫療面、製造面處理藥價差問題，並且可以與國際接軌，讓民眾享受最好的用藥安全。
- 二、請李署長現在就可以下令整理出健保核付價 1 錠 10 元的藥品，實際上卻賣 1 錠 1 元、2 元、3 元的藥品，品項有多少種？看看光是聯標的品項就有多少，這讓製藥業如何存活？如此繼續下去，藥品品質怎麼可能會好，我們要正視這些問題，

讓藥價差回歸醫療給付。我堅持要處理藥價差，若是無法可管，最後藥界只能無奈的提告健保署，無理支付健保藥費，若是走到這地步，這不是我們願意看到的。

戴主任委員桂英

謝謝李委員蜀平，本案不屬於臨時動議，而是討論今年2月份委員會議決議之處理方式。李委員關心的是藥價差問題，現在新政府上任，希望能多點溝通，建議李委員可以與健保署再多溝通。其他委員則認為目前健保署已設有「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」，不希望再疊床架屋，何委員語也關心到更大層面的問題。現在的情況是推選不出召集人，因為小組的功能改變，本案建議暫緩...

李委員蜀平

不行，不行，這案子已經拖很久...

戴主任委員桂英

請李委員蜀平與健保署多溝通您的訴求，看能解決到什麼程度。請何委員語。

何委員語

基本上本案已經在委員會議通過，不能否決掉，除非原提案人提議撤銷小組，或其他委員連署提案撤銷小組。本案決議由滕委員西華、李委員蜀平及我協調一位擔任召集人，滕委員西華與我都同意由李委員蜀平擔任召集人，現在又說要撤銷小組，恐怕不太好。請由李委員蜀平擔任召集人，並請其提出「健保藥品政策研究小組」運作準則，應包括9位委員，討論議程、內容、開會頻率、預算來源。

李委員蜀平

我一個禮拜內會整理出小組運作準則並呈現給主席...

戴主任委員桂英

本案就依原提案人何委員語的建議處理。

李委員蜀平

主席，本案的結論就是由我擔任召集人，我會馬上整理小組運作的結構，並取得付費者委員、主席、署長的認可。

戴主任委員桂英

請依何委員語的建議提出運作準則，請問何委員是只要提出準則，還是需要提報委員會議？

何委員語

提報委員會議。

李委員蜀平

我會調出錄音檔，依照何委員的指示，逐條列出組織準則內容，請主席及健保署共同參考改變，藥價差只是其中一部分，還有醫療用藥等問題都需要討論，也讓李署長更因瞭解，而有更好策略，大家共同努力。

戴主任委員桂英

謝謝各位委員的耐心，今天會議進行到此，散會！