

衛生福利部全民健康保險會
第 2 屆 105 年第 4 次委員會議事錄

中華民國 105 年 4 月 22 日

衛生福利部全民健康保險會第2屆105年第4次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國105年4月22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
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
楊委員漢淶
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

中華民國全國中小企業總會鄭委員建新(代)

國家發展委員會陳專員靜雯(12:00以後代)

中華民國農會徐課員珮軒(代)

台灣社會福利總盟葉副理事長大華(代)

中華民國勞工聯盟總會陳監事會召集人順來(代)

中華民國牙醫師公會全國聯合會陳常務理事彥廷(代)

滕委員西華
謝委員天仁
謝委員武吉

消基會消費者報導雜誌社吳副社長榮達(代)

肆、請假委員：
莊委員志強
羅委員紀琮

伍、列席人員：
本部社會保險司
中央健康保險署

楊副司長慧芬
黃署長三桂
龐組長一鳴
施組長如亮
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

本會

陸、主席：戴主任委員桂英

紀錄：邱臻麗、方佳琳

柒、主席致詞

各位委員、健保署黃署長及所有與會者，大家早！

首先介紹新任的張委員澤芸，渠為中華民國護理師護士公會全國聯合會新任副理事長，曾任馬偕紀念醫院護理部主任，歡迎張委員的加入。

捌、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」、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」併案討論，餘照議程之安排進行。

玖、例行報告

第一案

案由：確認本會上(第3)次委員會議紀錄，請鑒察。

決定：

- 一、上次委員會議紀錄確定。
- 二、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。

第二案

案由：本會上(第3)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 7，「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」，於金融監督管理委員會正式函覆後，再行解除追蹤。
 - (二)追蹤項次 8，「建請衛生福利部、中央健康保險署就立法委員擬具『強制汽車責任保險法第 27 條條文修正草案』，通盤研議因應方式」乙項，改列「繼續追蹤」。另本會前針對全民健康保險法施行細則第 45 條修正案，已決議籌組立法院拜會小組，爰請將委員對本項修正案之意見一併納為拜會議題。
 - (三)餘洽悉。
- 二、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。
- 三、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，並請即早作業。

四、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。

第三案

案由：「106 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)諮詢案，請提供意見。

決定：

一、對衛生福利部諮詢本會之「106 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)，本會委員關切重點如下，提供衛生福利部參考。

(一)付費者委員意見：

- 1.所擬 106 年度總額範圍之高、低推估值偏高，宜整體考量國家經濟情況及民眾付費能力，並參酌當前經濟成長相關指標，再行評估、調整。
- 2.現行「醫療服務成本指數改變率」中「人事費用」之計算方式，將過去運用「醫療服務成本指數改變率」調整支付標準所增加之人事成本，納入基期計算並成長，爰應檢討其計算方式。另低推估值已將「人事費用」納入計算，不宜於調整因素再行編列。
- 3.擬訂年度總額範圍時，除編列增加之預算外，亦應將過去投注預算(如雲端藥歷查詢系統等)所衍生之效益納入考量。另「減少預算」乙項調整因素，宜明列其減列項目與原則。
- 4.在尚未檢討、評估「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案之執行成效前，不宜將之列為政策目標。
- 5.支持「新增給付項目(高科技醫療及新藥)」政策目標，以利持續引進新增項目、保障民眾就醫

權益。惟亦須考量引進時機及評估整體效益。

6.謝委員天仁、何委員語等 13 位付費者委員於會上提具之書面意見(如附件一)，併請酌參，及納為送請行政院核定之參考資料。

(二)專家學者與公正人士委員意見：

全民健康保險法第 1 條規定略以，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。爰政策目標之設定應依循本法精神，不宜納入非屬上開給付範圍之項目。

(三)醫事服務提供者委員意見：

- 1.106 年度健保總額之政策目標與調整因素內涵，應有具體說明，並提供調整因素之估算方式，例如愛滋病改由健保支應之醫療費用、高科技項目引進等，若無法明確估算其影響，建議編列於其他預算。
- 2.認同「新增給付項目(高科技醫療及新藥)」政策目標，惟考量健保資源有限，須權衡財務負擔能力，審慎評估新增項目之效益。建議明列所編預算之使用範圍、導入優先順序，例如 C 型肝炎新藥是否納入給付，以減少日後爭議。
- 3.醫療院所配合勞動基準法下修每週工時為 40 小時，造成人事成本增加，於協商 105 年度總額時並未編列相關預算，建議 106 年度應於政策目標反映。
- 4.建議將「落實全民健康保險法第 43 條」納入政策目標，以落實分級醫療及雙向轉診制度。
- 5.陳報行政院核定時，請提供我國與 OECD(經濟合作暨發展組織)國家之醫療費用與 GDP(國內生產毛額)成長率等資料供參。

二、請幕僚安排中央健康保險署進行「『全民健康保險藥品費用分配比率目標制』試辦方案執行成果」之專案報告。

第四案

案由：106 年度總額協商工作計畫案，請鑒察。

決定：訂定「106 年度總額協商工作計畫表」如附件二。各部門總額執行成果評核會議預訂於本(105)年 7 月 28 日、29 日舉行，請委員預留時間與會。

第五案

案由：中央健康保險署「105 年 3 月份全民健康保險業務執行報告」，請鑒察。

決定：本案洽悉，委員所提意見請中央健康保險署參酌及提供相關書面補充說明。

拾、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，提請討論。

決議：

一、討論事項第二案併本案處理。

二、請中央健康保險署參酌委員意見，於本年 5 月份提供更完整之資料後再議，併請呈現分區資料。

第二案

提案人：楊委員漢源、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、楊委員麗珠

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，提請討論。

決議：併討論事項第一案處理。

第三案

提案單位：中央健康保險署

案由：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，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，提請討論。

決議：依中央健康保險署說明，104 年度其他預算之「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」項目，係因配合衛生福利部鼓勵安寧療護政策之推動，致原編經費不足支應(約不足 0.52 億元)，經衡量「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，本會勉予同意由該項目之剩餘款支應；惟為避免類似情事再次發生，請中央健康保險署於編列預算時能更準確估算。

拾壹、專案報告

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。

主席裁定：保留至下次委員會議報告，並請中央健康保險署參酌委員建議調整報告內容。

拾貳、臨時報告案

案由：「有關『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，請鑒察。

主席裁定：保留至下次委員會議報告。

拾參、散會：下午 2 時 10 分。

105 年 4 月 22 日健保會開會報告案第三案
106 年度全民健康保險醫療給付總額範圍(草案)諮詢案

建議委員：謝天仁委員、何語委員、葉宗義委員、李永振委員、張文龍委員、李成家委員、干文男委員、趙銘園委員、李來希委員、陳順來委員、楊芸蘋委員、陳平基委員、莊志強委員

代表類別：保險付費者代表

建議意見：對於編列 106 年全民健康保險醫療給付費用總額範圍草案之擬定內容表達反對低推估值 3.769%及高推估值 6.770%之項目理由說明和建議項目，建請查照。

說明：

- 一、付費者代表反對 106 年「因改善支付制度」影響增加人事成本 150 億元，因在總額成長支付已含原本要承擔人事成本，民間企業內部組織改革靠自己革新應變，沒有理由要全民去支付人事革新的費用，顯不合情理，因為本身即大量收取醫療自付額營運在內，且 105 年已列調整支付標準 129 億元。
- 二、反對「以罕見疾病及血友病之用藥權益」大幅增加預算，用障眼法羅列大額預算，在整體總額成長金額也包含在內，比 105 年增加 11.25 億元(104 年編列成長至 89.5 億元)，大幅成長 12%之藥費支出，此藥費之價格沒有一致標準，漫天要價，而比較「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」預算編列 41.6 億元，才成長 4%而已，雖對特殊族群醫療應給予關照注意，但大眾醫療更應注意品質照顧。
- 三、反對 106 年「全面導入住院 Tw.DRGs」再增加預算，105 年已編列 11.14 億元，社會各界不支持，衛生福利部暫緩實施 DRG 制度，106 年何必再編列預算，應等新政府決定政策以後才編列。
- 四、反對「106 年總額範圍之低推估+3.770%，100 年低推估 1.604%，101 年低推估 2.695%，102 年低推估 2.991%，在 103 年低推估 1.557%，104 年低推估 1.772%，106 年低推估不應超過 2%，105 年低推估

4.025%偏離正常實際數據，為了104年年底大選和105年大選，政府不負責任討好醫界，但是醫界並不領情，且104年國內生產毛額成長率只有0.75%，消費者物價指數負-0.31%，躉售物價總指數負-8.82%，醫藥費用104年年增率0.71%，藥品及保健食品1.59%，全部醫藥保健數共計0.71%而已，沒有理由106年總額低推估在正+3.770%成長，不合理的數據，無法讓人接受，而應不予支持。

五、反對106年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍牙醫部門成長率5.12%，增加19.76億元，西醫基層成長率6.464%，增加67.73億元，醫院部門成長率7.327%，增加270億元，應予重新慎重評估合理、合情醫療品質提昇改善項目做成規劃，並納入國家經濟成長率、全民物價指數和全民醫療支付能力，及醫療單位全年自付額收取總額佔比列入評估醫療政策，做為106年度總額支付合理化編列項目支付範圍，應該依據國內實質生產毛額104年0.75%比例加成計算參考值。

六、105年醫院診察費91.6億元加成給付，西醫基層加成22.92億元，牙醫8.88億元，中醫5.8億元等，共129億元計算合列入，如果每年加入基期合計，每年均增加醫療人事成本加成滾入，可以看出「人事費用指數」由103年103.3基準成長至104年106.82基準，可否與「工業及服務業」薪資成長率做一比較基準，而大幅提升診察費、住院診察費及病房費與護理費之提升，又把薪資成長又灌入基期內急速增加醫療費用支出，建議應調整人事費計費公式。

七、建議低推估依投保人口預估成長率： $0.113\% + \text{人口結構對醫療費用之影響率 } 1.168\% + 104\text{年醫療保健指數 } 0.71\% = 1.991\%$ ，而人口結構對醫療費用之影響1.46%是高估數據；請提出103年、104年此項最後數據出來，我們反對如此預估值，完全脫離實際值，因為預估值向來不準，而變動後推掉不負責任的藉口，是預估不必負完全責任。

八、對於106年度高推估值以不超過105年度名目國內生產毛額成長率2.82%，不超過35%為上限值，即不超過3.807%為高推估值。

九、綜合以上說明全民健康保險會付費者委員連署反對說明一、二、三、四、五等項目，並提出建議六、七、八項目等意見，建議健保署編列合理總額範圍再提報衛生福利部重新編列106年度醫療總額範圍合情合理的支付費用，提報行政院做裁決。

附件二

106 年度總額協商工作計畫表

工 作 項 目 及 內 容	預 訂 時 程
<p>一、協商前置作業</p> <p>1.討論 106 年度總額協商架構、通案性原則及協商程序。</p> <p>2.建立協商參考資料： (1)編具「全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽-105 年版」。 (2)編具「全民健保各部門總額執行成果摘要-105 年版」。</p> <p>3.召開各部門總額執行成果評核會議： 檢討、評估各總額部門 104 年度協定事項執行情形。</p> <p>4.106 年度總額案於主管機關交議後，進行各項相關作業： (1)請主管機關派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策方向。 (2)確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。</p> <p>5.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算規劃草案。 (1)規劃草案內容應包含協商減列項目及預估金額。 (2)各總額部門與健保署擬訂規劃草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。</p> <p>6.安排總額協商之相關座談會/會前會。 (1)召開 106 年度總額協商因素項目及計畫草案座談會： ①請各總額部門及健保署報告所規劃之 106 年度總額協商因素項目及計畫草案，並進行綜合討論。 (註：除簡報外，並請提供各協商項目或計畫之詳細說明，其須包含目標、醫療服務內容、費用估算基礎、過去執行成果、預期效益等資料) ②請幕僚彙整評核會議評核委員之共識建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。 (2)召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。 (3)另視需要召開座談會。</p>	<p>105 年 5 月 27 日 6 月 24 日</p> <p>105 年 6~8 月</p> <p>105 年 7 月 28、29 日</p> <p>105 年 7 月 22 日 (或 8 月 26 日)</p> <p>105 年 8 月</p> <p>105 年 8 月 26 日 (下午)</p> <p>105 年 8~9 月</p> <p>105 年 8~9 月</p>

工 作 項 目 及 內 容	預 訂 時 程
<p>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</p> <p>1.協定各部門總額成長率。</p> <p>2.協定各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。</p> <p>3.年度整體總額協定成長率及其分配之確認，及報請主管機關核定。</p> <p>三、協定事項之執行規劃與辦理</p> <p>1.健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案。</p> <p>2.各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或總額部門專案報告。</p>	<p>105年9月23~24日</p> <p>105年10~12月</p> <p>105年10~12月</p> <p>105年10月~ 106年12月</p>

第 2 屆 105 年 第 4 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 3)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、所有與會者，大家早！現在委員出席人數已經過半，請戴主任委員桂英召開今天的委員會議。

戴主任委員桂英

- 一、各位委員、健保署黃署長及所有與會者，大家早！據了解今早因為捷運系統有問題，本來以為會議會較晚開始，剛才葉執行秘書明功宣布，委員出席人數已經過半數，現在開始進行今天的會議。
- 二、首先介紹新任委員張副理事長澤芸，張委員是中華民國護理師護士公會全國聯合會新任副理事長，該會來函改推薦渠擔任本會委員。張委員曾經擔任馬偕紀念醫院護理部主任、院長室品管中心主任。張委員稍後會出席會議，先跟各位委員作介紹。
- 三、首先確認上次委員會議紀錄，請問委員對會議紀錄有無修正意見？請何委員語。

何委員語

105 年第 2 次會議決議成立「健保藥品政策研究小組」，由 3 位委員(李委員蜀平、何委員語及滕委員西華)協調 1 位擔任召集人，並邀集 8 位委員組成「健保藥品政策研究小組」，成員名單提 3 月份委員會議備查。李委員蜀平及滕委員西華都有意願擔任召集人，我則沒有意願，可是有很多委員卻希望由我擔任召集人，現在已經 4 月份，希望今天能夠確定召集人人選。

戴主任委員桂英

對於上次會議紀錄，請問委員有沒有意見？請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

對前次會議紀錄的內容沒有意見，惟對實錄的完整性提出建議。委員詢問事項，有些採書面回應，因委員會議實錄有 10 天內上網公開的壓力，也理解會務人員非常忙碌，建議書面回應資料能在下次

委員會議的會議實錄中呈現。

戴主任委員桂英

- 一、謝謝趙委員，請問其他委員有沒有意見？(委員回應：沒有)若無意見，上次委員會議紀錄確定。
- 二、有關趙委員對委員會議發言實錄補充資料的建議，請幕僚單位依委員的建議辦理。下次會議實錄就依之修改。
- 三、關於何委員語所提第 2 次委員會議決議成立「健保藥品政策研究小組」，並由 3 位委員協調 1 位擔任召集人。因為 3 位委員都很客氣，目前召集人的產生有點處於膠著狀態，或許等委員出席人數較多時，再請大家表示意見。
- 四、接下來進行「本會上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」，請葉執行秘書明功報告。

貳、例行報告第二案「本會上(第3)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」，共有五點說明，請委員參考會議資料。
- 二、上(第3)次委員會議決議(定)之8事項，依辦理情形建議解除追蹤6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18頁附表：
 - (一)第2項，有關105年各部門總額執行成果評核作業方式案，請健保署及各總額部門配合時程提供所需資料，健保署表示依決定事項辦理，本項建議解除追蹤。
 - (二)第3項，有關105年度「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」及「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」，請健保署依法定程序辦理後續事宜，健保署表示已依法定程序辦理後續事宜，本項建議解除追蹤。
 - (三)第5項，有關健保署提報「有關西醫基層總額之『105年度西醫醫療資源不足地區改善方案』之60百萬元支用案，請健保署依法定程序辦理後續事宜，健保署表示已依決定事項辦理報部事宜，本項建議解除追蹤。
 - (四)第6項，有關健保署「105年2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說明，健保署已補充資料，本項建議解除追蹤。
 - (五)第7項，有關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。本會已於本年4月7日函金融監督管理委員會表達本會全體委員反對之立場，本項建議解除追蹤。
 - (六)第8項，有關建請衛福部、健保署就立法委員擬具「強制汽車責任保險法第27條條文修正草案」，通盤研議因應方

式，除評估對健保財務影響外，尚須強化健保代位求償在法律層面之正當性。衛福部社保司的回復內容請委員參閱第 21 頁附件一。健保署表示應優先由強制險承擔之原則，衛福部社保司及該署於本年 3 月拜會立法委員李應元，就代位求償立法背景、目的、作業模式及排除健保代位求償未符公平正義等多面向向李委員說明。另，本修正案若經立法院審議通過，健保署無法向強制險之保險人代位求償汽車交通事故受害人之醫療費用，預估健保財務每年減少代位求償收入約 20 億元。本項建議解除追蹤。說明二...

何委員語

主席...

戴主任委員桂英

請何委員語。

何委員語

主席尚未詢問委員對上次委員會議決議(定)事項有無意見。

戴主任委員桂英

本報告案包括上次委員會議決議(定)事項之辦理情形、重要業務報告兩部分，先請葉執行秘書明功完成重要業務報告後，再請委員表示意見。

葉執行秘書明功

- 一、健保署依據全民健康保險法施行細則第 3 條規定，於本(105)年 3 月 18 日以健保計字第 1050042900 號函送其 106 年度全民健康保險基金附屬單位預算表及預算書請本會備查。本會幕僚就保險收支部分，擬具預算分析報告如會議資料第 55 頁附錄三，請委員參考。
- 二、依本會 104 年第 10 次委員會議討論西醫基層總額地區預算分配案之附帶決議，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，與會專家學者及醫界代表提出諸多寶貴建議，請總額部門相關團體與健保署納為後

續研修參考，其中專家學者所提請健保署協助模擬試算之建議，請即早作業，以利 106 年度總額地區預算分配案之討論。座談會紀錄詳第 68 頁附錄四，請委員參考。另，104 年第 10 次委員會議之附帶決議為：「建請衛福部相關單位及健保署，透過委託研究或召開專家學者會議方式，嘗試研提各部門總額以『錢跟著人走』分配地區預算之較適方案，期作為未來分配地區預算參考」。

三、本會於本年 3 月 25 日擇桃園市辦理「醫院與基層診所整合之社區醫療運作模式」、「家庭醫師整合性照護計畫執行情形」及「健保雲端藥歷查詢系統之醫療資訊整合與用藥管理」業務參訪活動，本會委員(含代理人)計 28 位參加，幕僚人員所擬具參訪活動紀錄如第 80 頁附錄五，請委員參考。

四、衛福部及健保署本年 3 月份發布及副知本會之相關資訊如下：

(一)衛福部於本年 3 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 4 月 1 日生效，詳第 100 頁附錄六，修正內容已置於衛福部全球資訊網。

(二)健保署於本年 3 月 11 日公告暫予支付「『曲克』利弗爾周邊血管支架」等 5 項特殊材料為「治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置」之自付差額品項，詳第 102 頁附錄七。

(三)104 年第 3 季牙醫門診總額、中醫門診總額、西醫基層總額、醫院總額及門診透析服務每點支付金額，詳第 104~115 頁附錄八至附錄十二。

戴主任委員桂英

謝謝葉執行秘書的報告，請各位委員表示意見，請何委員語。

何委員語

第 8 項，有關立法委員擬修正強制汽車責任保險法第 27 條案，建議應繼續追蹤，李立法委員應元雖然聽過說明，但即將擔任環保署署長，而且其他立法委員也還沒有聽到說明，還是有必要向其他交

通委員會之立法委員溝通。上次會議決議請滕委員西華、謝委員天仁擔任召集人、副召集人，針對全民健康保險法施行細則第 45 條修正案之合理性，籌組立法院拜會小組拜會。建議兩案可以一併進行遊說。

蔡委員明忠

有關以本會全體委員名義向金管會表達反對運用健保卡處理非健保法規定之事務案，本會雖於本年 4 月 7 日函金管會表達本會全體委員反對之立場，但不清楚金管會後續處理的原則，若本會行文後就結案，金管會若繼續執行該項政策，則本會決議沒有發揮任何效用。個人對本案解除追蹤有疑義，建議應等到金管會回文，確認該會沒有運用健保卡處理非健保法規定之事務，才能解除追蹤。

戴主任委員桂英

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、前次會議討論事項第 1 案有關針對全民健康保險法施行細則第 45 條修正案之合理性，籌組立法院拜會小組進行拜會案，並未列入追蹤事項，本案的召集人、副召集人是滕委員西華及謝委員天仁，請說明目前處理情形。新任衛福部部長人選已經確定，建議可以請主委協助安排本案的召集人、副召集人拜會林準部長奏廷，若是溝通順利，或許就不一定要拜會立法院。
- 二、有關以本會全體委員名義向金管會表達反對運用健保卡處理非健保法規定之事務案，反對解除追蹤。反對的原因與蔡委員明忠一樣，目前並沒有看到金管會有任何回應。本會行文金管會書函之主旨已清楚表達「本會全體委員一致反對」的立場，但書函卻檢附委員發言實錄，本會 35 位委員並未都針對該案發言，提供發言實錄可能會給金管會抓尾巴的機會，這樣不太好，建議以後做修正。
- 三、有關立法委員擬修正強制汽車責任保險法第 27 條案，衛福部社保司及健保署都有提出說明，請問拜訪李立法委員應元的層

級為何，若是拜訪層級具有相當決策權，可能會讓委員感覺較受到尊重。另請問李立法委員對本案的回應如何，若是李立法委員對本案沒有鬆口，未來可能還會繼續推動修法案。建議本案也可以請林準部長拜會李委員溝通，在未溝通完成前，本案建議繼續追蹤。

戴主任委員桂英

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

建議第 7 項有關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，以及第 8 項有關立法委員擬修正強制汽車責任保險法第 27 條案應該繼續追蹤。

戴主任委員桂英

請李委員永振。

李委員永振

一、第 7 項有關以本會全體委員名義向金管會表達反對運用健保卡處理非健保法規定之事務案，以及第 8 項有關立法委員擬修正強制汽車責任保險法第 27 條案，衛福部社保司、健保署及本會幕僚都很努力，可是努力卻沒有成果，我想應該要重新定位本會決議(定)事項追蹤與否的原則，若是相關同仁已經努力，但是沒有成果，應該要另立議題再繼續追蹤直到有成果，如此才能符合委員期待。

二、會議資料第 58 頁附錄 3 「(三)1.(3)...第 4 類保險對象下降幅度最大，成長率達-50.29%」，請說明原因。第 61 頁「表一.全民健康保險基金—106 年底安全準備餘額推估表」之「保險收支餘點」的「預算數」約為 106 億元，「修正推估數」約為-117 億元，兩者相差二百餘億元，請說明原因。

戴主任委員桂英

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、呼應李委員永振所提應檢討本會決議(定)事項追蹤與否的原則，若是只要行文就可以解除追蹤，其實並不清楚後續結果。
- 二、會議資料第 53、54 頁，有關本會行文金管會及衛福部書函，要拜託健保會葉執行秘書明功，兩份公文的内容實在太過簡單，委員會議紀錄原本就已經對外公開，我們需要的是將討論過程中所得到的重要訊息與會議結論摘錄在公文的說明中，若僅附會議紀錄，就不需要特別行文。如此的辦理情形只是應委員會議的決議行文而已，看不出健保會幕僚在行文上的用心，非常可惜。
- 三、有許多議案，例如第 2 項有關 105 年各部門總額執行成果評核作業方式案，決定請健保署及各總額部門配合時程提供所需資料，屬於健保署應辦事項，健保署答應配合辦理，當然可以解除追蹤；但很多議案，例如以本會全體委員名義向金管會表達反對運用健保卡處理非健保法規定之事務案，我們都已經看到證券公司對外的宣傳廣告，可是卻還沒收到金管會的回函，不清楚追蹤事項有無達到健保會委員的期望就解除追蹤，這樣的標準顯然不是很恰當，如此作法，印證最近很紅的一句話，健保會委員「只剩一張嘴」，健保會委員真的是沒有什麼功能，可能要拜託健保會幕僚多用心。

戴主任委員桂英

謝謝滕委員，請謝委員武吉。

謝委員武吉

對葉執行秘書高位屈就執行秘書一職表達惋惜之意，剛才委員關切之 2 案，本會辦理情形只有簡單行文就建議解除追蹤，請葉執行秘書說明建議解除追蹤的原因。

戴主任委員桂英

多位委員針對追蹤表第 7、8 項次，及會議資料第 58、61 頁「106 年度全民健康保險基金預算分析報告」表示意見，先請葉執行秘書明功說明。

葉執行秘書明功

- 一、謝謝各位委員的賜教，有關第 7 項以本會全體委員名義向金管會表達反對運用健保卡處理非健保法規定之事務案，據瞭解立法院財政委員會已經決議該案暫緩，或許待會健保署或其他單位可以做補充說明。第 8 項有關立法委員擬修正強制汽車責任保險法第 27 條案，關於拜會李應元立委的結果，或許待會相關單位可以說明更清楚。
- 二、有關前述 2 案行文相關單位之書函內容，建議幕僚能將會議重點摘錄在公文中，將列入參考。我們原先的想法是希望如實呈現委員意見，若要摘錄，要視標準作業程序，若僅節錄，可能會有部分遺漏，對某些委員可能不盡公平；若摘錄內容有偏頗，也擔心會引起爭議，這部分如何更精實，以滿足委員期許，我們會努力。

戴主任委員桂英

對於葉執行秘書所提部分，請問幕僚有無補充說明。

張副執行秘書友珊

有關追蹤表第 7 項次，決定事項係以本會全體委員名義向金管會表達反對運用健保卡處理非健保法規定之事務，幕僚已依上開決定事項行文金管會表達本會委員之意見，所以列為解除追蹤；委員對於公文內容所提建議，幕僚會再檢討。依照過去追蹤事項之處理原則，就已依決議事項辦理部分，會先解除追蹤，若委員另有要求、指示，再依新的指示處理。針對本案，金管會雖未回函，但幕僚有追蹤相關進度，該會表示已依立法院財政委員會的決議辦理，因立法院財政委員會認為金管會的作為違反健保法相關規定，也要求該會暫緩實施。若委員認為有需要繼續追蹤本案，我們會再追蹤後續的辦理情形。

戴主任委員桂英

剛剛有委員關切(立法委員擬修正強制汽車責任保險法第 27 條案)拜訪李立法委員應元的情形，請相關單位補充說明。

楊副司長慧芬

謝謝委員關心此項議題，社保司在收到相關法條內容後，就積極與健保署安排拜會李應元立委，健保署係由李副署長丞華帶隊，陳專門委員耀輝陪同，社保司則由陳專門委員淑華及主管科科長一同參與，所以負責溝通的同仁對業務非常瞭解。之前是丁守中立委關切此議題，因丁委員未能當選而卸任，之後柯蔡玉瓊女士(柯媽媽)請李應元立委協助能於立法院持續討論此議題。經拜會李委員後，對於衛福部及健保委員的關切，李委員表示他已瞭解，以上補充說明。

戴主任委員桂英

謝謝楊副司長。剛才李委員永振對 106 年度全民健康保險基金預算的提問，請健保署補充說明。

王組長沫玉

有關會議資料第 58 頁(三)保險收支項目分析 1.保費收入之(3)，李委員關心第 4 類保險對象下降幅度最大。根據國防部資料，目前由徵兵制逐年改為募兵制，所以第 4 類保險對象人數下降。

李專門委員淑芳

有關會議資料第 61 頁，原本 105 年底保險收支餘絀預算數約 106 億元，修正推估數後為約負 117 億元，相差約 223 億元，主要原因係保險費率調降及補充保費扣除門檻提高，另菸品健康福利捐分配比率由 70%調整為 50%，故造成收支餘絀減少約 223 億元。

戴主任委員桂英

謝謝說明。健保署已回答委員的詢問事項，請問有沒有遺漏的部分。請蔡委員明忠。

蔡委員明忠

剛剛執行秘書報告上次委員會決議(定)事項辦理情形，其中第 7 項相關單位辦理情形空白，會讓委員對於本項後續辦理情形不清楚，雖然本會辦理情形有寫去文金融監督管理委員會表達本會全體委員反對之立場，但相關單位辦理情形應補金融監督管理委員會回文及

後續辦理情況，讓委員知道後續辦理情形，才可解除追蹤。

戴主任委員桂英

謝謝，請李委員永振。

李委員永振

有關上次委員會決議(定)事項辦理情形，其中第 7 項及第 8 項，張副執行秘書及委員剛剛已詳細說明，但我還要提出建議，我肯定他們的努力，但是應該要把努力的過程用書面表達出來，讓委員知道接下來要如何處理，才有個根據。另外剛剛提到有做事但沒有成果，需透過滕委員成立遊說小組，進行體制化努力！以過去兩三年間的經驗，如去年施行細則第 45 條之修訂，我們有沒有爭取、建議？有做，公文都已經發函過去，但我們看到的時候已經公告了，努力似乎有擦到一點點，最後還是要進行體制外努力補救！看這些現象有沒有什麼方法可以來改善，這樣委員才有比較多的時間放到其他的議題討論。所以將努力的過程用書面讓委員知道，這樣可以解除追蹤，但要另起一個議題來追蹤結果。也就是要分段追蹤，這樣可能比較會有結論。

戴主任委員桂英

謝謝李委員，請謝委員武吉。

謝委員武吉

剛剛我請教解除追蹤的問題，主席請同仁補充報告，這些補充報告應該書面寫在會議資料中，就不會浪費委員時間。為了以後不要浪費委員討論時間，建議事前就應該把這些口頭補充報告用書面寫在會議資料內，我認為第 7、8 項還是要繼續追蹤。

戴主任委員桂英

感謝委員，請何委員語。

何委員語

我建議第 7、8 項繼續追蹤，並授權滕委員組成遊說團繼續遊說，若是由我去遊說，我會很用心先寫好敘述的說帖。我說帖內容會寫得很清楚，除了爭取這些議案外，也為立法委員打抱不平。因

為立法委員政治獻金收這麼少，卻要回送 20 億元的大禮，這樣太不公平了。我不會用口語說，但會寫在文字上。這樣立法委員就會緊張，因為怕文件外流到記者手上，記者就會開始追蹤此案。不瞞各位，時代力量上週五邀請我參加一場公聽會，我 4 月 14 日一早起來就寫了兩篇敘述說帖，然後跟時代力量立委溝通。要去立法院溝通應該要有技巧，自己要先準備好功課，準備要很充足，以上是我的淺見。

戴主任委員桂英

謝謝。建議本案的處理方式：

- 一、第一，依剛才委員所表達的意見，了解委員不只關心決議(定)事項本會的辦理情形，也很關心相關單位的辦理情形。所以日後請幕僚單位對相關單位的辦理情形盡量書寫詳細。
- 二、第二，委員關心追蹤表第 8 項次(立法委員擬修正強制汽車責任保險法第 27 條案)的辦理情形，綜整委員所提建議，大致可分為兩種處理方式：
 - (一)對主管官署提出建議，例如健保署李副署長前已拜會過李立法委員應元，但因為李立法委員即將陞任署長，故建議主管官署也要拜訪其他提案立法委員。
 - (二)另考量本會上次委員會(針對全民健康保險法施行細則第 45 條修正案之合理性)已決議籌組立法院拜會小組，可否請拜會小組將此訴求一併納入拜會議題？既然委員要跑一趟立法院，或許可以一併處理；不過每位立法委員關切的議案及提案不同，遊說的對象可能不同。請問拜會小組委員的看法如何？請問滕委員意見如何？

滕委員西華

謝謝主席，如果有一些健保的法規要跟立法院黨團做一些請教或互動，或與部長做些討論，不一定要指定那些委員去溝通，因為最後大概都會回到聯席會議或社福衛環委員會，是可以整體性去談，無論這位立法委員是否有提案，在技術上是沒有問題。只是拜會個別

委員時，若議案太多就會沒有效果，尤其若不是這位委員提案的話。但拜訪立法院黨團就不一樣，那就什麼議題都可以談。所以請主席裁示就好，我沒有特別意見。

戴主任委員桂英

謝謝滕委員說得非常清楚。建議追蹤事項第 7、8 項的處理方式：

- 一、第 8 項，之前決議是：「建請衛生福利部、中央健康保險署就立法委員擬具『強制汽車責任保險法第 27 條條文修正草案』，通盤研議因應方式」。依相關單位提報的辦理情形，社保司及健保署已擬具說帖並拜會立委，已經依當時的決議事項辦理，建議本案解除追蹤。但委員擔心本案尚未有具體結果，因此可參採李委員永振的建議，另起新決定，再依之進行追蹤。即接受何委員語所提建議，請立法院拜會小組的委員代表，就本會相關權責，於拜會立法委員時，將此議題一併納入。
- 二、第 7 項，之前決議是：「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」。本會同仁已依決議事項辦理，雖然沒有補充相關單位的辦理情形，做法上有些不周全，但建議先解除追蹤，請同仁將剛才口頭報告立法院財政委員會的資料影印分送委員參考。未來如果金融監督管理委員會正式回函，也會再提供委員參考。請問委員有無不同意見？請滕委員西華。

滕委員西華

我覺得拿財政委員會的發言紀錄或者是決議來解除列管，其實很不合適。因為本會並未向財政委員會陳情，發文也不是發給財政委員會。我們應等到金融監督管理委員會正式回函時才解除追蹤，因為即使在財政委員會也沒有說要停止，只有說暫緩或聽衛福部表示意見，且衛福部也沒有針對此案對委員表示意見。金融監督管理委員會當初在立法院會上，也表示衛福部也沒有對他們表示反對意見，這都有記錄在立法院公報。應該要等到金融監督管理委員會正式回

函。

戴主任委員桂英

追蹤事項第 7 項繼續追蹤，待金融監督管理委員會正式回函，提報委員會會議後再解除追蹤。

謝委員武吉

主席，剛剛何委員語及其他委員都表示第 8 項應該要繼續追蹤，不要解除追蹤。

戴主任委員桂英

追蹤事項第 8 項分兩段處理，該案原決議事項解除追蹤，但遊說立法委員部分，則依新的決定事項繼續追蹤。

謝委員武吉

但這兩案併在一案裏，等於全部解除追蹤。

戴主任委員桂英

是另立新案，繼續追蹤。

謝委員武吉

這兩案併在一案裏，等於解除追蹤。後面的人可以這樣解釋方案已經解除追蹤。我建議還是繼續追蹤，主席，你不要這麼堅持。

戴主任委員桂英

好，追蹤事項第 8 項就繼續追蹤。

吳委員肖琪

主席，各位委員大家好。會議資料第 61 頁我有些部分看不懂，可否解釋一下。原本預估 105 年底預算數保險收支餘絀預算數約 106 億元，修正推估數後為約負 117 億元，相差約 223 億元。也就是說去年到現在變化很大，去年預估到現在差了 223 億元。另請問表格中保險總收入、保險總支出、保險收支餘絀這三個數字，我兜不起來。即保險總收入、保險總支出金額都一樣，那保險收支餘絀金額從何而來？過去到今年的改變，讓推估金額少了 223 億元，今年修正後的保險收支餘絀概算數是負 117 億元，而明年保險收支餘絀概

算數是負 296 億元。將這些數字提出來，讓委員思考有沒有空間去調整。

戴主任委員桂英

對吳委員的提問，請健保署同仁說明。

黃科長莉瑩

有關會議資料第 61 頁表中保險收支餘絀是指尚未收回及提存安全準備。故本表中保險總收入扣除收回安全準備，保險總成本扣除提存安全準備，再將這兩金額相減，就會等於保險收支餘絀。至於委員提到為何修正推估數及預算數會差異 223 億元，主要原因係 104 年 3 月編列 105 年預算時，該時間點不知道會調整保險費率及補充保費扣繳門檻提高及菸捐分配比率由 70% 調整為 50%。因為現在要編列 106 年預算，所以依現行保險費率及規定，重新修正 105 年預算金額作為與 106 年預算比較。

戴主任委員桂英

謝謝，請李委員永振。

李委員永振

剛剛提到 223 億元不是小數字，可否依照我今年 1 月份委員會議建議，將每個影響因素列出。等一下第 1 季的報告會提到第 1 季的情況，還是沒有做到，所以等一下報告大家還是一頭霧水。去年 3~4 月編列預算，後來法令變化，應該將每一項變化會影響多少列出，這樣大家一目了然。剛剛吳委員提的意見很有道理，今年第 1 季保險收支還溢 47 億元，預估到今年年底會負 117 億元，明年會一直遞減，到明年年底會只有負 296 億元嗎？健保署應該要說明一下，這樣委員才能全盤了解。如果委員對財務的部分不清楚，接下來要總額協商，到底有多少財源及支出，就沒有底線了。建議下次要討論總額協商前，財務的部分要詳細的交代，讓委員知道，這樣討論才知道底線。

戴主任委員桂英

一、謝謝，針對委員對保險財務之詢問事項，請健保署會後將補充

資料提供每位委員，也請幕僚同仁協助蒐集。

二、本案已討論 46 分鐘，現在進行下一案，例行報告第三案「106 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)諮詢案」，是衛福部提出的重要諮詢案，請社保司說明。

參、例行報告第三案「106 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍
(草案)諮詢案」與會人員發言實錄

衛福部社保司梁研究員淑政報告

戴主任委員桂英

謝謝梁研究員的報告，有關「106 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」之擬訂，衛福部社保司已開過數次座談會，於綜整各方意見後，將草案提至本會諮詢委員意見。請各位委員提供意見，供部長參考。先請蔡委員明忠。

蔡委員明忠

謝謝衛福部及健保署的努力，關於第 13 張投影片，持續引進新藥新科技，增進醫療服務價值，這樣的說法對於民眾非常有效。第 16 頁投影片新增給付項目(高科技醫療及新藥等)增加 40 億元，向各位委員報告一件事，最近被媒體新聞炒作很厲害 C 肝藥的問題，健保會、健保署或衛福部若要開放民眾使用 C 肝新藥，其費用絕對不只 40 億元，屆時造成的醫療衝擊到底會多大？再和各位委員報告未來五年新的癌症用藥也是非常非常的高，所以雖然政府希望要引進新藥、新科技，同時也要減少民眾自費負擔的情形，但依照過去經驗，新藥、新科技的費用會遠遠超出我們的想像，先和各位委員報告，以上。

戴主任委員桂英

謝謝蔡委員，請何委員語。

何委員語

一、首先對於今天的報告非常的失望，上次衛福部找我們去開會，等於是騙我們的時間，浪費我們的生命，不把我們當人看，當狗看，狗吠火車。所有委員的發言建議都無效，衛福部提案一字不差，連改都沒改，根本把我們看成下流的委員，我在此表示強烈的抗議。

二、另外，現在有 13 位委員連署，雖然是一個諮詢案，但我們知道沒有辦法，我們是小老百姓，無能為力。我們建議意見：

「對於編列 106 年全民健康保險醫療費用總額範圍草案之擬定內容表達反對低推估值 3.769%及高推估值 6.770%之項目理由說明及建議項目，建請查照。」因為我們知道今天開完會也沒有用，一定衛福部又要送行政院、國發會。我們的戰場只好拉到 10 個產業公會跟工人團體聯合抗爭，因為我們不敢拿武器，也不敢拿刀子，也不敢拿棍棒。剛才林委員講只出一張嘴，在此說明如下：

- (一)付費者代表反對 106 年「因改善支付制度」影響增加人事成本 150 億元，因在總額成長支付已含原本要承擔人事成本，民間企業內部組織改革靠自己革新應變，沒有理由要全民去支付人事革新的費用，顯不合情理，因為本身即大量收取醫療自付額營運在內。照統計醫院自付額在 45%~50% 之間，卻 105 年已列調整支付標準 129 億元。在 105 年又把基期加進去。
- (二)第 2 點反對理由醫師不是領月薪，是論件計酬，這點所有付費者要弄清楚，既然是論件計酬，我們把 129 億元醫療支付診察費加至基期，現在又要加 150 億元來做為人事改革。至於其他人事成員，你們也有自付額的行政費用，不應該全部轉嫁到健保的費用中。
- (三)反對以「罕見疾病及血友病患者之用藥權益」為由，大幅增加預算，用障眼法羅列大額預算，將其包含在整體總額成長金額之內，105 年較 104 年增加 11.25 億元(104 年編列成長至 89.5 億元)，藥費支出大幅成長 12%，此藥費之價格沒有一致標準，漫天要價；而比較「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」預算，105 年編列 41.6 億元，才成長 4% 而已。雖對特殊族群的醫療權益應予以關注，我同意應關心罕見疾病與血友病，但更應關注大眾的醫療權益及照護品質。保險醫事服務提供者代表委員剛提到 C 肝用藥，據我了解現有 4 家藥廠在生產，1 個療程約需 120~180 萬元，第 1 代藥僅能將 C 肝病毒量降至最低，無法根除，第 1 代藥

已過專利期，印度等其他國家已在生產，一整個療程約需 4~8 萬元，現在我們打算引進的是第 2 代專利藥。C 肝的傳染方式，不是經由唾液，而是血液傳染，其方式有輸血、針頭、母子垂直感染與性行為傳染造成，目前輸血前都須經檢驗，也都改用拋棄式針具，已降低前兩項傳染機會，故應追蹤這些人在還未進入治療前，究是因母體還是性行為傳染，若是因自己的行為而遭受傳染，自己應負擔一些責任。【註：105 年罕見疾病及血友病藥費(89.40 億元)，較 104 年(78.15 億元)增加 11.25 億元，藥費支出成長 14.4%；鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質，105 年預算編列 41.62 億元，較 104 年(39.75 億元)成長 4.8%】

(四)反對 106 年以「全面導入住院 Tw-DRGs」再增加預算，105 年既已編列 11.14 億元，社會各界不支持，應等新政府決定政策後才編列，為何要用熱臉去貼人家的冷屁股，我反對 106 年再編列，若屆時新政府覺得有編列之需，可以 107 年再編列。

(五)反對「106 年總額範圍之低推估值為 3.770%」，100~104 年低推估值分別為 1.604%、2.695%、2.991%、1.557%、1.772%，105 年的低推估這麼高，是政治操作、選舉考量，我認為 106 年低推估值應在 2~2.23%，105 年的 4.025% 已偏離正常實際數據，為了大選，政府不負責任討好醫界，但是醫界並不領情，且 104 年國內實質生產毛額的成長率僅 0.75%，消費者物價指數-0.31%，躉售物價總指數-8.82%，醫藥費用 104 年年增率只有 0.71%，藥品及保健食品才 1.59%，以藥品及醫療費用的年增率來換算，怎麼會跑到 2.69%，所以我認為這些都不合理，沒有理由 106 年總額低推估值用 3.770% 的成長，不合理的數據，無法讓人接受，我們不希望醫界因將進入年度總額協商每天都在炒新聞，我也知道很多醫界都請退休記者當公關，把持操作媒體。【註：100 年低推估值為 1.644%、102 年為 2.994%、103 年為 1.577%、

106 年為 3.769%】

(六)反對 106 年度全民健康保險醫療給付費用總額牙醫部門成長率 5.12%，增加 19.76 億元，西醫基層成長 6.464%，增加 67.73 億元，醫院部門成長率 7.327%，增加 270 億元，應重新評估合理、合情醫療品質提升改善項目做成規劃，並納入國家經濟成長率、全民物價指數和全民醫療支付能力，及醫療單位全年自付額收取總額占比，列入評估醫療政策，作為 106 年度總額支付合理化編列項目支付範圍，應該依據國內實質生產毛額 104 年 0.75%比例加成計算參考值。【註：各總額部門對 106 年總額目標成長率之建議，牙醫成長率 7.875%，增加 31.92 億元；中醫 4.414%，增加 10.15 億元；西醫基層 8.700%，增加 106.37 億元；醫院 10.816%，增加 457.94 億元】

(七)105 年醫院診察費 91.6 億元加成給付、西醫基層加成 22.92 億元、牙醫 8.88 億元、中醫 5.8 億元等，合計共 129 億元，如果每年加入基期合計，每年均增加醫療人事成本加成滾入，可以看出「人事費用指數」由 103 年的 103.3 至 104 年成長為 106.82，可否與「工業及服務業」薪資成長率做比較？而大幅提升診察費、住院診察費及病房費與護理費，又把薪資成長灌入基期內，急速增加醫療費用支出，建議應調整人事費計費公式。【註：105 年各部門總額協(核)定事項，醫療服務成本指數改變率所增加之預算，應用於調整支付標準，醫院 91.605 億元、西醫基層 22.928 億元、牙醫 8.882 億元、中醫 5.805 億元等，共 129.22 億元】

(八)如果以薪資平均所得成長率來看，並沒那麼高，建議低推估成長率依投保人口預估成長率 0.113%，加上人口結構改變對醫療服務費用之影響率 1.168%，加上 104 年醫療保健指數成長 0.71%，合計 1.991%，而人口結構改變對醫療費用之影響 1.46%是高估數據；請提出 103、104 年此項最後

數據出來。我們反對如此預估值，預估值向來不準，完全脫離實際值，衛福部召開的「106 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」保險付費者代表座談會，研議醫療服務成本指數改變率計算方式的專家學者為何沒來開會，應請他說明是用那些指數作統計，不能隨便呼攏我們，隨便推估，是預估不必負完全責任。【註：人口結構改變對醫療服務點數之影響率 1.460%】

(九)對於 106 年度高推估值，以 105 年度名目國內生產毛額成長率(2.82%)，再成長 35%為上限值，即不超過 3.807%為高推估值。如果比照先進國家作法，OECD 常以中位數計算，2.82%再加 50%，我也贊成用中位數的 50%作為上限，則為 4.23%。

三、綜合以上說明，共有 13 位保險付費者代表委員連署反對說明一~五等項目，並提出建議六~八項目等意見，建議健保署編列合理總額範圍，再提報衛福部重新編列 106 年度醫療總額範圍合情合理的支付費用，並將我們所提供的書面資料併案提報行政院作裁決參考。若即將上任的新部長不送去行政院，表示他沒有擔當。

四、我們付費者不會無理取鬧，作不合理的事情，我也一直在試算，還有公式為何寫「 $(1+1.460\%+2.192\%) \times (1+0.113\%) - 1$ 」，這是亂寫，沒有這種算法，如果後面已用 $1+0.113\%$ ，前面就不能再加 1。

戴主任委員桂英

謝謝何委員代表 13 位付費者委員提出詳細的書面資料，包含 5 項反對、3 項建議。目前有好幾位委員舉手發言，先請李委員來希。

李委員來希

我也有被呼攏的感覺，在衛福部「106 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」保險付費者代表座談會，我們講了半天，但今天的簡報內容仍是維持原案，對我們所提之意見並未有任何回應，應說

明為何沒接受我們的意見。例如補充資料第 21 頁，人力編列 155 億元，但縮短工時並非從 106 年才開始，105 年就已開始，且牙醫與中醫並未提出本項需求，很奇怪，牙醫與中醫不受縮短工時影響、不需要嗎？這是亂編、亂估！在該次會議我已提出，但迄今都未獲說明，縮短工時需要 155 億元的計算基礎為何，為何僅西醫需要、牙醫與中醫不需要，應告訴我們理由，是否如同何委員語提到醫師是採論件計酬？這是程序問題，上次的座談會，我們提出很多意見，但衛福部完全沒提出因應，依然是原報告內容，叫我們來開會又有何用，來背書嗎？

葉委員宗義

我純粹是發牢騷。有兩個問題，首先，最近浩鼎事件，它投資上百億元在新藥研發，因內部的瑕疵，有一堆報導，但卻都沒人提到它的貢獻，站在工商業界，我替他們覺得委屈。若倒了，怎麼辦，沒人願再做藥物的研發，台灣的藥物要往生物科技發展，將變成空談。我昨天參加藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議，我在想參加這會議有沒有用，藥物既然都已認證通過，為何還要提到共擬會議討論，共擬會議的代表並非全都非常了解藥物，很多人都是鴨子聽雷，昨天的會議還因程序問題發生流會，因 18 樓在開會，卻有病友團體在 9 樓藉由電視轉播旁聽，而且還有重要人物帶隊旁聽。因與會代表並不懂藥物，若因錯誤發言被傳出去，就糟糕了，可能被蓋布袋。在座誰不會生病，每個人都是病友，大家可思考若過度民主，是否正確，有無需要召開那麼多會議，若醫藥專家已討論通過，是否還需找不懂的人去開會，又衍生後續許多問題。以上是我的心聲，謝謝。

鄭代理委員建新(李委員成家代理人)

主席、各位委員，大家好，我對本案有 1 個肯定、1 項建議。請參考補充資料第 16 頁，肯定的是健保署願意增加 40 億元用於新增高科技醫療及新藥，以鼓勵新醫療科技及新藥的引進，這也是為促進民眾的健康福祉。多年來政府相關部會包括科技部、經濟部、衛福

部等，都很努力地想要鼓勵台灣生技醫藥產業的發展，在生命科學領域的預算，今年政府就編列約 260 億元的預算，其實每年都差不多，10 年下來累計相當 2,500 億左右的龐大經費，這還不包括民間投入的研究費用，這是投入面。單舉衛福部為例，訂有卓越臨床試驗與研究中心的計畫，以鼓勵臨床試驗的發展，TFDA(Taiwan Food and Drug Administration，臺灣食品藥物管理署)也將相關審查法規透明化，目前已有 6 個拿到藥證的國產處方新藥，最後一哩路就是如何進入醫院讓國人可以使用到新藥與新醫材，1 項建議是：在 40 億元的額度內，保留一定比例用以支持本土藥廠所開發的國產新藥及新醫材，不是支持尚在臨床階段的，而是已經 TFDA 核准取得藥證的，讓他們獲得合理的利潤與回饋，將有助於帶動我國生技醫藥產業的發展，將本夢比轉換為本益比，若無法獲得合理的健保給付藥價，最後只能淪為國外授權上市，讓國外患者先用，也浪費國家投入的龐大資源，非常可惜。

李委員蜀平

- 一、是否要調整新藥、新科技的藥費預算額度，或建請行政院編列新藥、新科技、孤兒藥、特殊疾病的用藥預算，因為這些特殊類別的藥物，不應佔健保藥費總額，如此才能解決特殊病人的問題。例如 C 肝藥物，應為價格與價值的衡量，如價值大於價格，應選擇價值，如果未來治療 C 肝的藥品都在台灣上市，治療費用非常昂貴，約數十億~數百億元，但如果能將約 50 萬的 C 肝病人完全治癒，C 肝的病人就不會惡化變成肝硬化、肝癌，健保費長遠來說應可節省更多，如能價值大於價格，才是健保最好的德政，故是否預先編列較多的藥費預算，還是建請行政院編列特殊疾病的預算支付，是有必要的。
- 二、DET(Drug Expenditure Target，藥品費用支出目標制)及藥價調查所節省的費用，應用在藥物的發展，如此對於台灣的製藥工業及生物科技才有未來。另外部分費用應回歸於新藥、新科技的支付，而不是用在其他的預算。

三、建議滕委員西華未來擔任立法院遊說團團長，因為當健保會，有些法案無法解決時，可能需要請立法委員幫忙修法或請立委幫忙問題的解決，有遊說團隊，一定能讓立委更了解健保會的功能。

戴主任委員桂英

現在有多位委員舉手發言，潘委員延健第一次發言，先請潘委員表示意見。

潘委員延健

主席、各位委員，大家早，我有兩點意見：

- 一、補充資料第 17 頁，106 年 2 月人類免疫缺乏病毒感染者確診開始服藥 2 年後之醫療費用改由健保支應，其為新的給付項目，無法明確預估數量與費用，預估增加 35 億元可能太多、也可能會不足，希望能將此不明確的項目，編列於其他預算，不要放在一般服務項目中，因若估算太多，放在一般服務將會滾入基期，醫界可能會被誤認佔便宜。
- 二、新藥、新科技的預算，剛有些委員提到 C 肝，若依近日發布的消息，總預算需 8 百億元，預計 8 年內將國內 4~5 萬 C 肝重症患者，全部治療完畢。即使有編列此項預算，也應列在其他預算。我們是持比較審慎的態度，應考量整體健保醫療資源相當有限，雖目前健保有節餘，但不代表可將節餘集中在某些疾病的治療上，其節餘之應用應更審慎評估。建議類似這樣新的、大量、費用高的項目，其資源運用應編列在其他預算中。

謝委員武吉

- 一、我多年來參加過健保會、費協會及監理會等委員會議，一直有個感覺，到底健保是屬社會保險還是社會福利保險，應要先釐清。目前健保是包山包海，且長期照護保險很快要開辦，若不釐清，將會是大問題，若是屬社會福利保險，干脆就改名為全民健康社會福利保險，大家就無話可說，這是我一、二十年來參加相關會議深感受的痛苦，分也分不清楚。

- 二、社保司的簡報資料和大家的想法有些不同，今年的流感這麼多，要怎麼處理，並未提到；新藥、新科技引進的第 1 年費用最少，之後將逐年增多，到第 5 年會最多，醫界已提出 N 次將其納入其他預算的建議，不要編在一般服務。
- 三、補充資料第 15 頁「建立支付制度長期(3~5 年)改革方案之協商機制，落實整體制度改革，提升健保支出之效率」，只有寫到落實健保法第 44 條，健保法第 43 條已違法這麼久，為何未提出第 43 條的改革，可能有獨厚之嫌，我點到即可，不要說白了，4 月 16 日分級醫療及雙向轉診研討會，醫改會、醫勞盟及林準部長奏廷都有與會，主委也有去參加，部長也提到落實分級醫療及雙向轉診制度一定要實施，但衛福部的簡報內容完全未提到，應加以修正。【註：健保法第 43 條規定未經轉診者應自行負擔之費用較經轉診者為高；健保法第 44 條規定為促進預防醫學、落實轉診制度...應訂定家庭責任醫師制度】
- 四、參看補充資料第 16 頁，106 年健保總額之政策目標第九條「加強衛生教育及健康知識(Health Literacy)之宣導，強化民眾健康知能，提升資源使用之公平性與責任」，書寫得過於籠統，健康教育應由誰執行？完全不曉得是誰的責任，是學校，還是家長、阿公、阿嬤教導，又應該教導那些健康的知識？很多知識不該由健保署執行衛教，有些衛教應該由國健署及 CDC (Centers for Disease Control，疾病管制署)負責，教導患者生活習慣的改變，為何在此都沒有呈現，健保署應該教導民眾就醫行為的改變，其他的衛生教育及健康知識，建議由教育部推動。
- 五、健保自 106 年 2 月起支應人類免疫缺乏病毒感染患者確診開始服藥二年後之愛滋費用，其感染者有部分是因吸毒所引起，吸毒者管理是否應該由警政單位、CDC 及國健署共同負責，為何唯獨健保署承擔。
- 六、林準部長奏廷在分級醫療及雙向轉診綜合研討會，表示一定要

落實分級醫療與雙向轉診，但政策目標上都未呈現相關字句，只列出落實健保法第 44 條，好似在呼攏委員，一點都不受重視。

戴主任委員桂英

感謝委員，請蔡委員明忠。

蔡委員明忠

- 一、每 3 年檢討並調整全民健康保險醫療給付費用總額計算公式，今年總額是公式調整後的第 1 年，明年總額是第 2 年，後年總額是第 3 年。醫療服務成本指數是採用落後 2 年指標，105 年醫院部門的成本指數是 91.6 億元，西醫基層 22.9 億元，看似增加 114 億元，其實僅反映 103 年醫療服務成長指數的不足。
- 二、醫療服務成本指數的計算公式是根據專家學者的研究結果及各總額部門討論所訂定，依據公式所推估的總額成長率，若有質疑，可以檢討公式合理性，站在公會的立場，必須澄清及爭取總額成長率，過去 103 年非協商因素呈現負值，105 年勞基法修改為一週 40 小時工時，其人事成本會反映在 107 年，我不敢想像明年討論此議題時，醫療服務成本成長率會是多少。
- 三、醫界最常被媒體痛罵，醫界沒有能力養記者，醫界更不會將記者當作御用品。
- 四、世界上沒有國家經濟不成長，醫療費用必須不成長或衰退，本會陳常務理事宗獻向林準部長奏延報告，敘利亞是醫療成效很高的國家，原因無他，只因是戰爭的國家，死亡人數居多。目前台灣的經濟面不好，醫界感同身受，但因應民眾需要醫界提出更好更精的服務。
- 五、C 肝藥物 150 萬元，假設需求人數 30 萬人，總費用高達 4,500 億元，有人提到印度藥廠製造治療 C 肝藥物，藥價僅 4 萬元，請問食藥署，台灣可以使用印度藥廠製造的藥品嗎？曾經有人網購並服用 C 肝藥物，事後抽血檢查，C 肝指數呈現下降，若政府單位表示能使用藥價 4 萬元的 C 肝藥物，就趕

緊引進印度藥廠製造的 C 肝藥物。

六、國家推動 C 型肝炎治療政策，須考量藥物的安全性及療效，C 肝新藥治療 3~5 年成效如何，還是未知數，葉執行秘書明功也是藥界出身，應相當瞭解服用藥物後，C 肝指數會下降，但未來就不會有變化了嗎？這藥品是新開發，尚需時間累積實證。

七、醫界沒有立場表達不治療這群人，醫界認同新藥、新科技的政策，但財源從哪來。當藥費支出很高時，健保署執行藥價調整，但不會只調整 C 肝藥物的藥價，而是通盤調整藥價，結果 1 顆藥只剩下 0.3 或 0.2 元。在此說清楚讓委員知道醫界的看法，醫界不反對新藥、新科技政策，我們也希望給民眾最好的醫療服務，但是請衡量政府財政，當計畫試辦且成效穩定後，再評估後續的做法，請委員做出明確的選擇。

戴主任委員桂英

謝謝蔡委員，(多位委員舉手)還有多位委員要發言...

陳委員聽安

主席，程序問題。

戴主任委員桂英

請陳委員聽安。

陳委員聽安

現在是第 2 個報告案，時間超過逾 45 分鐘，若無限制且冗長發言，是非常無效的，請求委員自我約制發言時間，針對 106 年度全民健康保險醫療給付總額範圍之議題提供意見。

戴主任委員桂英

謝謝陳委員，還有 5 位委員舉手要發言，擔心若未能控制時間，今天恐怕連報告案都處理不完，若無法進行討論案，很多重要事項恐會因而擱置。因此，需請委員控制發言時間，請同仁於委員發言約 2 分半時，按鈴提醒。請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

- 一、回應蔡委員明忠，在衛福部「106 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」保險付費者代表座談會並沒有反對，該給的還是要給，該成長的還是要成長，只是付費者有很多想法及意見，主要是不瞭解成長率公式計算內涵，或者需要再次評估或調整成長率。106 年低推估及高推估範圍過高，擔憂健保收入不足以支應。
- 二、C 肝新藥需醫療費用 800 億元且逐年編列，醫界委員建議編列一般預算或是其他預算，也未有共識。至於罕見疾病、血友病等之用藥費用大幅增加，付費者委員並非完全反對，只是數字是否再調整及評估成長率漲幅。

戴主任委員桂英

謝謝楊委員，請干委員文男。

干委員文男

- 一、支持何委員語書面說明第 4 點，106 年低推估不應超過 2%，理由請參考簡報第 19 頁，受雇員工每人每月平均薪資成長率、國內生產毛額成長率等付費者能力參考指數都下降，失業率提升，但衛福部計算低推估成長卻超過付費者代表預期值太多。當醫界提出成長率與付費者代表協商，未能達成共識時，兩案送主管機關裁決，需呈現付費者能力參考指數，讓主管機關裁量。
- 二、健保法第 43 條立法時，是由醫界主導，能否落實分級醫療及轉診制度，其應考量付費者消費能力，也牽涉民眾就醫權利，分級醫療及轉診制度的涵意在於自行負擔費用的高低，若醫界一直強調健保法第 43 條分級醫療、雙向轉診之議題，導致付費者反感。

戴主任委員桂英

干委員您的意見已表達得很清楚，請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、回應蔡委員明忠，本案與政黨問題無關，建議健保議題不要政

治化。

- 二、贊同李委員來希、何委員語、干委員文男等付費者代表想法，我對人事成本最有意見，在一個企業裡，更新設備或增加人事費用，都是列為經常費用，在我還沒擔任本會委員前，因血汗醫院、血汗護士，編列 5 年 110 億元預算補助醫療人事費用，這部分我不認同，在此非常嚴厲及慎重表達，任何醫院經營者，應當負擔人事費用，沒有理由要全民支付醫療院所之人事費用。
- 三、贊成編列高科技醫療及新藥費用之預算，因為許多疾病治療方式須花費很多研發費用，合適編列於專款項目，若編列於一般預算，個人沒有意見可再協調。
- 四、為減少 C 型肝炎發生，應教育年輕人減少紋身、紋眉及濫交等行為，以斷絕傳染途徑。另 C 肝新藥研究結果可治癒 C 型肝炎，建議 C 肝新藥應納入給付。

戴主任委員桂英

謝謝趙委員，請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

- 一、為節省時間，以下發言已與滕委員西華討論並獲一致性。首先 106 年健保總額政策目標第 7 項，已加入藥品分配比率，是不合理。「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案至 105 年底滿 4 年，健保署尚未提出完整成果報告，且委員會議多次討論藥品費用的分配、藥價差等問題，健保會也未決議是否繼續辦理該項方案，就將其列入政策目標，不符合行政程序，反對將其列入政策目標。請健保署針對「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」報告之後，再討論是否列入政策目標。
- 二、除了「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案之外，各部門總額執行許多計畫或方案。去年我與滕委員西華都提出，試辦計畫或專案應在執行 3~5 年後，整體評估是否繼續

執行。

三、建議所有試辦計畫或專案列入 106 年健保總額政策目標。

四、對於「減少預算」之政策目標，並沒有清楚明列標準及原則，請健保署提供減列 4 億元計算標準。

戴主任委員桂英

謝謝蔡委員，請何委員語。

何委員語

一、原先提出的書面說明是不支持，在討論 106 年健保總額範圍付費者代表會議中表示，有限度的支持成長率，但我在昨天看完資料後，發現衛福部的報告資料仍是一字未改，臨時改為不支持衛福部 106 年總額成長率範圍草案，今天上午 8 點 30 分繕打反對文字。

二、105 年經濟成長率預估 1.49%，國內毛額成長率 0.75%，外銷訂單連續 14 個月負成長，CPI(Consumer Price Index，消費者物價指數)的年增率為負值，躉售物價指數也是負值，各行各業皆衰退，唯獨醫療業大幅成長，我認為醫療費用成長率過高，不合情理，有違經濟發展平衡性。

三、每個人都有參與政治活動的權利，醫學會是利益團體，不應該用醫學會名義參與政治活動，易讓他人質疑有利益回饋，以致民眾觀感不好。

四、歐美知名藥廠在印度、泰國設廠，生產第 1 代已過專利期 C 肝藥品，藥價約 4~8 萬元，第 2 代仍在專利期的 C 肝藥品，藥價約 120~180 萬元。

五、我知道衛福部仍會以原方案，報請行政院核定，付費者提出對應方案，要求衛福部併案連同付費者方案併同送行政院參酌裁定，並請將付費者發表意見送行政院參考。

戴主任委員桂英

謝謝何委員，請李委員永振。

李委員永振

- 一、剛何委員語提到，近 3 年總額低推估成長率分別為：103 年 1.577%；104 年 1.772%；105 年 4.025%，衛福部今日提出 106 年為 3.769%，近 2 年之成長率相對高出很多，應進一步分析掌握，做為未來檢討公式依據。
- 二、在討論總額成長率時，只考量會成長的因素，但為何沒有評估會減少的因素，能否提供國健署投入與健保有關的預算資料參考，如健保署的健康存摺，是否應該納入減項的參考。
- 三、「持續引進新藥新科技，增進醫療服務價值」之政策目標是今天討論的重點，上周在自由時報自由廣場看到陳宗獻醫師，發表一篇文章「新藥新希望？新崩壞？」摘出文章 4 大重點報告，詳細文字請委員自行參閱：「治療的新希望和付不起的藥價」、「引進新藥新科技」是政府「有作為」的假議題」、「釐清國家健康照護的目標：是要提供有品質的平均餘命？減少『失能』？或延長癌末生命？」、「低成本的和昂貴的醫療一樣重要」。
- 四、贊成委員提到新藥、新科技引進健保，但引進的 timing(時機) 在哪裡？
- 五、剛謝委員武吉提到健保是社會保險還是社會福利保險，我個人定位是社會保險，它只是基本保障的提供，新藥新科技這麼有效，一推出就要引進健保給付，未來是否與血友病一樣，無法收拾，請委員深思。

戴主任委員桂英

謝謝李委員，請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、衛福部今天以簡報方式呈現 106 年度全民健康保險醫療給付總額範圍，會後將整理 1 份資料報送行政院、國發會。面對政府改制，建議政策方向應該清楚描述，最好能有明確的數字，例如，愛滋病納入所增加的經費數字是否正確？是否要將 C 肝新藥納入給付？納入後會產生多大影響？建議讓行政院及國發

會清楚，不然會無從審查。

- 二、基本上應宏觀思考，建議將 OECD(Organization for Economic Cooperation and Development，經濟合作暨發展組織)國家的醫療費用與 GDP(Gross Domestic Product，國內生產毛額)比率，還有台灣醫療費用相較全世界各國中是高或低，這是宏觀的參考資料。全世界各國醫療費用成長與 GDP 間的關係為何？假如 GDP 是 2%，醫療費用成長不能超過多少？應該要給國發會委員這些概念。
- 三、新增給付項目(高科技醫療及新藥)目前預訂增加 40 億元，似乎比往年還多，但是這個部分我有很多疑惑，每次在全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議上，不管是醫界或付費者代表對這部分都有很多的爭議與討論，建議這部分要列範圍、重點，以及優先順序，當然國發會可能不會照目前的核定，若核定下來，以後再列入總額，這樣會產生問題。
- 四、目前台灣約有 900 多個血友病患者，病人數維持穩定，但是醫療費用很高，原因是目前血友病的給付都用基因製劑，但是費用相對貴。目前捐血中心做的血液第 7、8 因子只賣出去約 20%，80%是丟掉，若每個病人都需要用基因製劑，我沒意見，若有些病人可用血液製劑，為何一定要用基因製劑，因為費用相差很多，請問健保署這部分要如何處理？
- 五、去年總額協商在談人事費用時，我們曾提出因為今年要實施新制的勞基法，但是在協商時，大家說新制勞基法尚未實施，這件事情等明年再討論。今年討論時，就說這個政策已經實施，不用再談，這有點混淆，基本上法令的改變，是一個外部因素，台灣的醫院絕大部分收費是依健保規定，沒有機會與能力自行去決定收費標準，請各位委員考量，人事成本增加對醫院是個困難的問題。
- 六、3 月份我們去參訪壠新醫院，委員都認為這家醫院做得很好，但是這家醫院經過會計師簽帳的財務報表是虧損，這不是我說

的，報紙有登出來，大家可以去查，這是目前台灣醫院面臨的問題。

七、目前有相當多的民眾埋怨找不到病床，流感期間衛福部說還有 1 千多張 ICU(Intensive Care Unit，加護病房)病床，結果數據不對，因為有很多病床已經關掉，但是衛福部沒有數據，若醫療體系經營不下去，健保的經營將會發生困難。

戴主任委員桂英

謝謝！先請黃委員啟嘉，再請陳委員聽安。

陳委員聽安

可否讓第一次發言的委員優先發言。

戴主任委員桂英

黃委員啟嘉是第一次發言。

黃委員啟嘉

一、正如何委員語剛提的，推估的數據往往不是很準確，從過去推估數據來看不論是醫院、西醫基層、中醫、牙醫總額部門，都不是很準確。因為每個總額點值都不到 1，醫療資源耗用顯然遠高於推估值，最近衛福部與各總額部門召開會議，在這次的報告中，也未呈現我們的意見，我們的感受與付費者委員很接近。

二、醫生是不能去做政治運作的事情，應該要做專業的堅持，要對民眾健康責任有一定的承擔。剛剛提及這次四個總額部門對於勞動條件改變提出的步調不一致，牙醫、中醫部門可能也有問題要調整，只是沒提出來。最近基層這一年接受很多勞動檢查的要求，以前醫院有勞動檢查，因為今年實施新制勞基法，所以診所這一年勞動檢查非常頻繁，一般的小型診所，都還要再請一個 part time(兼職)的護理人員，42 工時變成 40 小時，真的會造成人事成本的增加。

三、我知道整個健保本身對所有企業體都是很大的負擔，其實付費者分資方與勞方，尤其對資方的負擔是很大，勞方付 1 元，資

方要付 7 元，若資方有 1 千個員工，就要付 7 千元，對資方是很大的負擔。

- 四、要有效運用資源，也要考慮民眾的需求，但是必須要考慮支付能力，醫院的服務提供有一定的強迫性與責任性，若支付不足時，是否要降低醫療品質？這是一個議題，但可以這樣做嗎？還是有甚麼方式可以做妥協，或做補償？這是健保會委員在面臨健保支付不足時，對整個醫療思維需要去考慮的。

戴主任委員桂英

謝謝！請陳委員聽安。

陳委員聽安

- 一、我說得很簡單，首先就健保法來論，依健保法第 1 條規定，第二，根據健保法第 1 條來檢討給付範圍，106 年與 105 年所有的醫療給付範圍是否超出一個範圍，第三，若超出這些範圍，將來再訂定給付範圍與兼顧總額費用時，應通盤檢討。
- 二、首先就法規面來講，在全民健康保險法第 1 條「本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，於本法規定給與保險給付」，這裡只有發生疾病、傷害、生育事故時健保法才給付。其次，就傷害而言，強制汽車保險法第 27 條的修訂，將傷害醫療費用排除健保法所規定給付範圍，另外勞工職災發生的傷害，也是健保法不應該給付的，在法律上，若認為給付不夠，應當考量將來強化如何修法及訂定施行細則，因為這有法律競合與位階的問題。
- 三、就健保法上所提的，投影片第 13~15 張，106 年健保總額之政策目標「四、反映偏遠地區及弱勢族群之照護需求，均衡醫療資源之分布」、「六、建立支付制度長期(3~5 年)改革方案之協商機制，落實整體制度改革，提升健保支出之效率」、「九、加強衛生教育及健康知識之宣導，強化民眾健康知能，提升資源使用之公平性與責任」，這些都超出健保法第 1 條有關的給付範圍，以後訂定給付範圍應考慮這個原則，衛福部的

政策，不應該全部由健保來承擔責任，負擔費用，這部分需要通盤考量。

戴主任委員桂英

- 一、謝謝陳委員。本案有相當多的委員發言，首先，委員所提意見提供衛福部制定政策目標參考；另外，委員對 106 年度總額的低推估與高推估也提供很多意見，固然低推估是依據過去議定的方式計算，但委員的意見還是值得納為未來研議參考。
- 二、本案在報告及討論過程中，有些議題在各部門總額協商時會討論，有些則是希望衛福部在報請行政院核定前，能充分理解委員的意見。當然，委員的意見有些有共識，有些則沒有共識，衛福部部長在衡量時也相當困難，本會認真討論所提出的意見，希望衛福部能好好考量。請問曲司長同光是否簡要說明？

何委員語

我再補充說明 1 分鐘。

戴主任委員桂英

請何委員語。

何委員語

有關勞基法的事情我反對醫界的說詞，第一，企業界一直在縮短工時，可是政府並沒有補企業界縮短工時的費用，第二，醫院要改善管理措施、電腦系統作業，提升工作效率，那是醫療院所行政管理的事，若沒管好，浪費太多資源，不是健保會的責任，第三，醫院創造很高的利潤，有優惠的免稅制來補助，不能將全部優惠的免稅制又要全民健保來承擔醫院管理缺失的責任。

戴主任委員桂英

請曲委員同光。

曲委員同光

- 一、非常謝謝各位委員的意見！誠如剛剛戴主任委員桂英所提示，在未來訂定大總額的過程，會考量各位委員的意見。

二、因為時間關係，向各位報告，剛有委員提及似乎我們沒有尊重各位的意見，在上次座談會時曾提供醫界所提的需求給委員參考，大家可能覺得醫界需求太高，事實上這部分已做調整，若完全照醫界各部門的需求，可能高推估會達到 9% 多，但是今天的版本遠低於 9%，已做適當的調整。

戴主任委員桂英

謝謝！本案討論到此，因為已經討論 100 分鐘。

蔡委員宛芬

針對我剛剛的發言，藥品費用分配比率目標制試辦方案試辦至今年底，健保會尚未確認是否要繼續試辦，就將這部分列為政策目標，這個程序上有問題，請主席先處理這部分。

戴主任委員桂英

請問本會幕僚，今年是否有安排「藥品費用分配比率目標制試辦方案」執行成果的專案報告？

張副執行秘書友珊

105 年度的工作計畫，目前並未安排該項專案報告。

戴主任委員桂英

請幕僚安排該項專案報告，「藥品費用分配比率目標制試辦方案」目前已執行將近 3 年半，雖然沒有完整的 4 年資料，但在本會討論藥品費用總額前，應該先安排試辦方案執行成果的專案報告，以利討論。

蔡委員宛芬

若是這樣，還要列入政策目標？健保會尚未確定是否要續辦，若列為政策目標，程序上會有問題，是否要改為待健保會決定後再列。

戴主任委員桂英

一、政策目標是由衛福部訂定，但衛福部也會聽取各位委員的意見，本會將整理委員的意見送請衛福部參考，最後仍由部裁決。

二、接著進行例行報告第四案「106 年度全民健康保險醫療給付費
用總額協商工作計畫案」。

肆、例行報告第四案「106 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商工作計畫案」與會人員發言實錄

戴主任委員桂英

請同仁簡短報告，並請於委員發言 2 分半鐘時按鈴提醒。

陳組長燕鈴

- 一、向委員說明報告案第四案「106 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商工作計畫案」，總額協商已經 10 幾年，相關協商工作計畫，歷年已建立非常穩定的工作模式，每年只在日期上做些改變。為利年度總額之協議訂定，幕僚會先擬具工作計畫，包含協商前置作業、各部門總額成長率及分配方式之協商、協定事項之執行規劃與辦理等三部分。
- 二、請翻閱會議資料第 26、27 頁，由幕僚擬具的 106 年度總額協商工作計畫表(草案):
 - (一)協商前置作業：於本(105)年 5、6 月委員會議提案討論 106 年度總額協商架構、通案性原則及協商程序。幕僚於 6~8 月將編具「全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽-105 年度版」及「全民健保各部門總額執行成果摘要-105 年度版」。至 7 月下旬將召開各部門總額執行成果評核會議，今年預定辦理日期是 7 月 28 日、29 日，地點仍在集思交通部國際會議中心，若委員同意辦理日期，則請各位委員保留時間與會。至主管機關正式交議年度總額案後，8~9 月間健保署及本會將召開相關會前會，以利瞭解各部門總額協商之規劃。
 - (二)各部門總額成長率及分配方式之協商：9 月 23 日、24 日正式進行各部門總額成長率及分配之協商；10 月至 12 月協定一般服務費用分配方式(地區預算)，並進行年度整體總額協定成長率及其分配之確認後，報請主管機關核定。
 - (三)協定事項之執行規劃與辦理：由健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案，並於今年 10

月至明年 12 月進行辦理進度之追蹤。

戴主任委員桂英

謝謝！請各位委員預留 7 月 28 日及 29 日的時間，在各部門總額執行成果評核會議上，會報告各專案計畫的執行情形。請問委員有無意見？

干委員文男

沒有意見。

戴主任委員桂英

本案洽悉，接著進行例行報告第五案，由健保署進行 105 年 3 月份全民健康保險業務執行報告。

伍、例行報告第五案「中央健康保險署『105年3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

本次業務執行報告，由健保署進行口頭報告。為了節省時間，對各位委員提出的意見，請問是否同意健保署於會後以書面答覆？

干委員文男

請健保署盡量用口頭說明，書面很慢。

戴主任委員桂英

請健保署簡短口頭說明，請黃署長三桂。

黃署長三桂報告

戴主任委員桂英

謝謝黃署長！現在有5位委員要詢問，先請尚未發言的委員，請陳代理委員順來。

陳代理委員順來(侯委員彩鳳代理人)

- 一、業務執行報告第25頁，基層門診透析申報件數成長22.43%，請問為何增加這麼多？
- 二、醫學中心、區域醫院、地區醫院的門診比率也在增加，請問是因為病人得到流感去看門診？

戴主任委員桂英

請干委員文男。

干委員文男

- 一、謝謝張委員煥禎3月份精心安排我們至怡仁醫院去看雲端藥歷查詢系統，似乎看到不錯的成效。上個月媒體報導，新店某藥局和藥師因違規使用處方箋，被調查局抓到，請黃署長三桂說明。還有我本身遇到這樣的情形，我領管制用藥，但是被控管後，差一天就不能去領，這種情形似乎很多，請健保署說明，到底問題在哪裡？我認為不應該發生這個現象的。
- 二、很多重大傷病病人看起來都很好，卻還在領重大傷病卡，建議

重大傷病病人每一年都要再檢查一次，不要變成健保制度的累贅，希望這個能做到。

三、依據健保法第 28 條，各級政府須向保險人提出還款計畫，還款期限不得逾 8 年，即 8 年內要還款，但是看到數據，高雄市政府已經延遲還款，若 8 年到還拒還，能真正執行假扣押嗎？

趙委員銘圓

針對地方政府欠費，上個月的資料看到幕僚單位已與高雄市政府協商 6 次，2 月份又去高雄地檢署協調，似乎高雄市政府沒有要還款，目前是要向行政院與立法院爭取協助。上個月提問扣押土地的問題，請問扣押的土地有無達到目前欠款的金額，若還拒還，是否要進行拍賣？

楊委員芸蘋

一、高雄市政府既然不還，我們也催了，若還不還，請問是否要再加滯納金或懲罰？讓他們知道我們是會有後續動作。

二、在 4 月份收到健保署函各個職業工會，有關行政院訂定「政府會計憑證保管調案及銷毀應行注意事項」，看過內容後，這張公文是針對健保署辦理補助款會計憑證及銷毀注意事項，補助款是健保署給我們的費用，因為大型工會的會計憑證很多，儲藏室已經不夠放這些東西。根據審計法第 27 條的規定，財務的憑證要保存 10 年，並會隨時抽查，我認為這有點擾民不便。

三、補助款的經費也不多，建議保存時間不一定要保留 10 年，因為這不是健保財務原始憑證，這是補助款，建議可用掃描的方式保留在電腦以利查核？這樣可以無紙化及減少污染，又不佔空間，可用更經濟的方式來執行。

戴主任委員桂英

請滕委員西華。

滕委員西華

請問八仙粉塵暴燃事件的代墊費用收回沒？

李委員永振

- 一、業務執行報告第 3 頁有關第四類被保險人，剛提到 106 年會減少 50.29%，但是看歷年來的趨勢，似乎減少幅度沒有那麼大，最近的資料似乎還增加，請問原因為何？
- 二、業務執行報告第 7 頁，保費收入與呆帳部分減少的理由都是因為調降健保費率及平均眷口數，但是為何兩個負成長不一樣，保費收入-1.47%，呆帳-7.74%，但是根據我們的數據，保險費率降 4.48%，平均眷口數的影響約 1.61%，兩個加起來約 6% 左右，差異在哪？希望進一步分析。
- 三、業務執行報告第 16、17 頁，安全準備金的餘額，第 16 頁約 2,357 億元，業務執行報告第 17 頁是 1,253 億元，是權責基礎與現金基礎的差異？兩者相差約 1,103 億元，地方政府欠費約 218 億元，剩下差額 885 億元是中央政府還沒給的嗎？
- 四、業務執行報告第 8 頁，在 1 月份時請健保署將實際累計數與去年同期比較增減之差異部分做說明，建議這裡列的說明要再詳細一點，第一，降費率、第二，平均眷口數的減少、第三，補充保費扣款門檻的提高、第四，菸捐分配、第五健保法施行細則第 45 條等影響，請健保署進一步提供資料供委員參考。

黃署長三桂

- 一、謝謝各位委員的垂詢，我們將盡量提供詳細的資料供委員參考，剛剛委員垂詢的部分，請相關單位依序回答。
- 二、有關滕委員的提問，八仙粉塵暴燃事件的代墊費用已全數收回。

滕委員西華

可以知道收回多少費用嗎？

龐組長一鳴

1.29 億。

戴主任委員桂英

請問健保署同仁有無補充說明？

龐組長一鳴

- 一、先說明八仙塵爆案，八仙粉塵暴燃事件的代墊費用為 1.29 億，最後一筆已經於 11 月返還。
- 二、陳代理委員順來關心的門診透析 2 月份醫療費用成長部分，剛剛黃署長的報告中有說明，2 月份醫療費用成長確實與流感有關係，等一下將就相關提案進行討論。謝謝委員對門診透析的指教，數據不合理部分，將於會後 3 天內提供書面說明。

戴主任委員桂英

謝謝龐組長。

施組長如亮

剛剛干委員提到差一天就領不到藥的問題，確實若重複一天也算是重複用藥，但在核扣重複用藥天數時，是有 10 天的緩衝，若病人在藥品用完前 10 天內就醫領藥，不會予以核扣，所以可能是委員您看診的那位醫師比較嚴格，差一天就不讓您領藥。

戴主任委員桂英

意思是有 10 天的緩衝期？

施組長如亮

對！有 10 天的彈性。

黃委員啟嘉

10 天是採累計計算，即滾動式計算，而非單次計算，所以可能每次領藥重複用藥 1 天，累計後會超過 10 天。

施組長如亮

對！所以可能是醫師真的比較嚴格，他認為差一天就是重複一天。

黃委員啟嘉

針對此議題，基層可提出補充說明，重複用藥天數是採累計計算，病人若這次就醫重複用藥 1 天，下次就醫重複用藥 2 天，到最後一次可能重複用藥 1 天，累計達到 10 天，這 10 天是有履歷的，能從病人用藥紀錄查到，就會一直滾動累計下去，所以重複用藥本身是

累計的計算，並非每次都給醫師 10 天的緩衝期，而是把病人過去重複用藥天數全部累計起來。

施組長如亮

所以就是說病人身上還有多於 10 天的餘藥，所以醫師才會不讓病人領，這部分會後再向干委員說明。

干委員文男

管制藥 Stilnox(史蒂諾斯)是只差一天都不行，必須照交藥時間來領取，若看錯時間，院所電腦壞掉，病人還要再跑一趟拿證明。現在應是醫療院所頻寬有問題，才会有此情形發生，雲端藥歷查詢系統要落實，才能防範藥物浪費，不然目前為止做到很好，大家都讚不絕口，剛剛黃署長也報告雲端藥歷系統省下藥費支出，省了以後，省到誠實的病人，但會逃避的病人是如何逃避，類似案件為何會發生？請健保署說明。

王組長沫玉

- 一、財務組補充說明，有關直轄市政府未落實還款、罹於時效部分，追訴權是 10 年，若將罹於時效欠款，本署會建議強制執行，就縣市政府欠款依健保法規定會向其徵收利息。
- 二、扣押金額部分，台北市政府和高雄市政府情況不一樣，台北市是重新鑑價，鑑價後目前扣押的平均鑑價金額為 70.81 億，高雄市則是用公告現值，一般公告現值都會低於市價，目前扣押的金額為 34.18 億，但還是低於所欠款的金額，針對不足部分，健保署是可以再要求移送強制執行。
- 三、有關第四類被保險人數為何會減少，原因在於募兵制是 104 年 9 月，依國防部公布資料其效應預估會在 105、106 年，請參看會議資料第 64 頁「保險對象類別結構人數變動表」，第四類被保險人數 105 年度負成長 32.96%，106 年度負成長 50.29%。
- 四、有關權責基礎與現金基礎的差異，其中，104 年度自編決算中央政府結算至 3 月底待撥數 541 億，另還有一些代辦醫療費用尚未結算。

楊委員芸蘋

我剛剛的提問還未回答。

黃署長三桂

請承保組回答楊委員芸蘋的問題，特別是公文部分。

江專門委員姝靚

楊委員芸蘋所提問題，審計法規定此為會計憑證，須保存 10 年，至於能否以掃描代替紙本，本署研議後再回覆委員。

楊委員芸蘋

健保收支傳票會保存 10 年，因為上面有理事長及各個監召的蓋章。但我講的是補助款的問題，健保署補助工會的會計憑證保管，這是 4 月份才收到最新的公文，內文表示工會須遵照審計法第 27 條規定執行，可是健保、會計等憑證已經夠多了，是否還要加上這份一起保存 10 年？然後等待審計部隨時抽查以供參，這是有點麻煩，如果可以的話，願意留紙本就留，不留是否以掃描存檔這份資料就行，或者如干委員文男所建議，保存年限改為 5 年就好。

李專門委員淑芳

跟楊委員芸蘋報告，補助款基本上是所謂的公款支出，本來以前補助款也是規定要送回本署，但因為有向審計部申請把憑證放在工會，所以憑證才一直留存在工會，目前署內的憑證也都依規定保存，沒有所謂掃描留存後就可以不用保存原始憑證。

干委員文男

有關楊委員芸蘋所提憑證問題，我居住在基隆市，每年 1 月至 4 月健保署、勞保局及市政府等 3 個單位都有來稽查，這做得很好，也做得很對，紙本要保存 10 年是有點困難，到時可能紙張破損或儲藏空間不足，而且工會有許多憑證，工會幹部的任期為 4 年，惟 10 年會經過三任以上，建議保存年限 10 年改為 5 年，並請健保署能提出解決方案。

戴主任委員桂英

這個議題討論到此，2 位委員已清楚表達意見，而健保署也是礙於

目前的規定。請健保署斟酌是否行文主管部門說明其特殊性，詢問可否以掃描方式代替紙本，俟回覆後再提供委員溝通結果，請問黃署長可以嗎？可以，好。現在還有 2 位委員提問，先請陳委員聽安，再請謝委員武吉。

陳委員聽安

- 一、剛剛李委員永振所提，從權責基礎來看，安全準備金餘額 2,357 億元，但現金實際收付數卻只有 1,253 億元，兩者相差約 1,100 多億元，相當於 2 個多月，不到 3 個月保險給付支出。
- 二、大家還記得去年 11 月份委員會議通過的健保費率調整案，所研訂財務收支連動機制係採權責基礎，當安全準備餘額超出 3 個月保險給付支出時，要調降費率。可是權責基礎與現金基礎兩者相差這麼多，如果現金實際收付數不足，需要調整費率時，沒有調整，不需要調整費率卻調整了，除非應當收的費用能夠及時收回來，否則以現在兩者差異的數值來看，這可能會讓健保陷入危機，請問健保署對於這點有何解釋？

謝委員武吉

- 一、大家比較針對財務方面提問，醫界會比較注重醫療方面，張委員煥禎曾提過核減率的問題，核減率分成兩種，一種是協商過核減率，另一種是未協商過核減率，兩者是不一樣的，但是業務執行報告第 113~115 頁「門、住診醫療費用核減統計表」，好像地區醫院的醫師都是國民學校畢業的，而醫學中心的醫師都是台灣大學博士班畢業的，這差異性很大，為何我會這麼講？總核減率部分，區域醫院比醫學中心高，地區醫院比區域醫院高，這種核減率是否具合理性及合法性？
- 二、之前曾經講過，核減率分成 4 點，第一、非必要的核減；第二、設定目標的核減；第三、指示行為的核減；第四、基督山恩仇記的核減，有這 4 點在核減會有很大的問題，因為有會員提出反應，某家在偏鄉地區新開立的醫院，1 個月申報醫療費用

23 萬，核減率卻達 39%，然而該院所的醫師是來自醫學中心的主任及主治醫師，這種情況合理嗎？乾脆叫地區醫院不要再開，尤其在偏鄉地區，對於都會地區的核減我還沒有那麼 care (在意)，但偏鄉地區院所的費用支付一定要合理，即便院所不會申報，也應該要教導如何正確申報才對，並非為核減而核減，要給地區醫院能夠生存的空間。

- 三、初級照護部分，我記得龐組長在之前會議提到，老人、血友病或癌症患者，如果診斷都是感冒，其疾病編碼並不會一樣，所以需重新檢視編碼定義的問題，這樣計算的初級照護率才會準確，我們聽進去也容許了，但為何今天的業務執行報告還未呈現初級照護相關數據？請有所改進。
- 四、上次提到超音波檢查及侵入性檢查方面，要計算 1 位醫師 1 診能做多少胃鏡檢查、超音波及看多少病人？若你是醫師，1 支胃鏡能夠做多少患者，2 支胃鏡你能做多少患者，要包含消毒的時間，究竟 1 診可以做多少次胃鏡檢查、超音波及看多少病人？這應該算的出來吧！此外，我從一家醫學中心的人聽到，一個早上一個超音波能夠做多少患者都能算的出來，醫審及藥材組應該要細心請教院所，才能了解全國醫療院所提供檢查的情況，這部分希望能有所改善，並有執行審查的空間。
- 五、我曾經請教過前衛生署副署長江宏哲，他任高屏分局經理時高雄曾發生過有某家院所一個早上做 50 多個胃鏡檢查，經健保署審查後就被大量核扣，原因在於診所的胃鏡沒有消毒，只浸入福馬林後隨即拿出來用，所以為了病患安全起見，在這裡提出幾項建議，希望在下次會議能看到很好的結果。

戴主任委員桂英

感謝謝委員。請張委員煥禎，此外您要送給大家的紀念品也請一併說明。

張委員煥禎

- 一、剛剛謝委員武吉提到協商核減率，我先補充說明，其實本來沒

有要提核減率的部分，但既然業務執行報告已將核減統計表分為地區別及層級別呈現，建議資料再清楚一點。會議資料第 18 頁第 1 項，有關委員對於業務執行報告中醫療費用點數及核減率相關報表呈現方式之建議，健保署回覆無法於本次會議提報，惟資料完成後，將儘速納入業務執行報告，可是該署並無表示將於哪月份提報。

二、我從 1 月份提到現在，已經過 3 個多月，健保署還沒有辦法完成資料，所以在這邊順便講，為何要給委員看到核減率相關數據，報表所呈現的並非真正的核減率，建議核減率的呈現再分成有無參加自主管理醫院，因為許多醫院是跟健保署協商好核減率，所以有參加自主管理醫院與未參加自主管理醫院，兩者核減率其實有很大的差距，我先就這機會提出來，但這部分可能還要幾個月的工作時間，不一定要在下個月的業務執行報告提供委員參考。

三、另外，剛剛主委所提，謝謝委員 3 月份到壠新醫院參訪指導，桃園市醫師公會與護理師公會後來有召開會議，大家很高興說健保會委員看起來不像外面所講的對醫界都很兇，參訪那天看起來都滿和藹可親，我也不知道要怎麼說才好(眾委員笑)。我這邊已經準備好當天參訪的照片要送給大家，不管是委員或代理委員都有，3 月份請假未出席會議的陳委員聽安、李委員成家及羅委員紀琮等我會事後補，而今天請假的委員再另外寄，謝謝大家。

戴主任委員桂英

在此代表健保會特別感謝張委員煥禎協助安排這麼好的參訪活動。請健保署先就 3 位委員的詢問答覆。

龐組長一鳴

剛剛謝委員武吉關心初級照護的問題，因為今年改採 ICD-10-CM/PCS(國際疾病分類第 10 版)，改版後的初級照護定義，需要做學術性研究並於確認之後，才能提供委員數據資料，所以時間上會

有些耽誤，在此向委員說明及道歉。

王專門委員本仁

- 一、謝委員武吉所關心核減率的問題，核減的依據主要有兩部分，一是電腦審查，即比對申報資料與規定有無相符，另一是會調病歷請專家審查病歷上資料佐證度是否充分，這兩部分都會影響層級別之間核減率，而每家醫院對規定的熟悉度、電腦系統、或者病歷的書寫也會與核減率有關聯。委員所提到個案新醫院核減率較高的部分，於請教是哪家醫院後再去了解原因。
- 二、委員是認為超音波檢查、胃鏡檢查等工時、工作量和人力應該要有一定合理的比例嗎？這部分會回去研究，若現行健保資料庫可取得相關資訊，將先針對數據分析後再對異常進行了解。
- 三、張委員煥禎提到有無參加自主管理的核減，資料困難度比較高，原因在於各分區所謂自主管理的概念不見得一致，這樣數據的呈現會有困難及解讀上的差異。

戴主任委員桂英

謝謝，請張委員煥禎。

張委員煥禎

如果健保署有困難的話，我願意協助，一同將參加自主管理醫院、未參加自主管理醫院的核減率定義出來。

謝委員武吉

主席，對於剛剛醫審及藥材組的回答，我不能接受，他們的回答給我很大問號，我對健保署的回答很質疑，這些資料都是可以拿得到的，我已經請教過前衛生署副署長江宏哲，很明白告訴你們絕對都有資料，還要在這裡呼攏我們，這真的是很過分。

戴主任委員桂英

剛剛委員有關財務部分的提問，請健保署回答。

王組長沫玉

陳委員聽安關心權責基礎和現金基礎的差異，請委員看業務執行報

告第 6、19 頁，以目前現金量來說，截至 3 月底有 2,027.37 億元，其中 773.6 億為營運資金，用於平常的資金調度，目前現金量沒問題，是因為中央政府補助款每半年撥付，故每年 1、2 月為現金的高峰期，若政府繼續欠費下去，就有可能發生資金調度的問題。

戴主任委員桂英

謝謝黃署長的報告，也謝謝委員提供意見，委員的發言都會列入紀錄，健保署剛才的答覆，若還有需要進一步補充部分，請盡快提供。相信健保署對委員的建議都願意配合，只是表達上比較保守，也有委員善意地表示願意一起討論，使數據呈現更為清楚。

干委員文男

主席，我的問題健保署答覆不夠清楚。

龐組長一鳴

我簡單說明，這部分不是走健保申報，是處方交付調劑，屬食藥署管的業務，健保資料無法得知。

干委員文男

這部分不歸健保管，也沒用到雲端藥歷系統，那我知道了。以癌症領重大傷病卡患者大約 40 多萬人，有效領證數負成長 2%，現在有無定期審查重大傷病的資格？

龐組長一鳴

向委員說明，重大傷病經過這幾年檢討，有些重大傷病是有效期限，特別是癌症重大傷病卡，現在效期為 5 年，去年承蒙本會支持，部分癌症重大傷病改為 3 年，委員所關心重大傷病有效發卡的數量，尤其癌症發卡數是有因此下降，我們都會定期進行檢討及改善。

戴主任委員桂英

謝謝龐組長。今天好不容易結束所有的例行報告案，接著進行討論事項第一案，請同仁宣讀。

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」與會人員發言實錄

同仁宣讀

戴主任委員桂英

謝謝同仁宣讀。健保署會有補充本案最新的申報資料，請健保署口頭說明，不進行宣讀。本會幕僚補充說明，則請委員參閱會議資料第 34 頁，主要意見為依會議之議決事項辦理。

張專門委員溫溫

- 一、委員大家好，請委員參閱補充資料，105 年第 1 季初步申報資料部分，醫院總額件數成長率約為 4%，點數成長率為 4.52%，整體較去年同期增加 44.5 億點；西醫基層總額件數成長率約為 5.79%，點數成長率為 1.3%，整體較去年同期增加 3.5 億點。目前申報家數醫院及西醫基層分別為 98.3% 及 96.83%。
- 二、俟 3 月份申報資料完備後，本署試算評估第 1 季流感疫情影響，若達到非預期風險之評估指標，將於 5 月份委員會議提案進行審議。

戴主任委員桂英

謝謝張專門委員說明，請問委員有無詢問？請干委員文男。

干委員文男

- 一、剛剛趙委員銘圓走了，不是走了而是先離席(眾委員笑)，趙委員有交代，他是反對將原閾值 0.3% 下修至 0.1%。
- 二、看完健保署的補充資料，本案還未符合非預期風險之動支程序，也沒有急迫性的問題，建議此案緩議，等到 5 月份看到健保署所提供電腦統計的資料後，才知道應不應該修正，該做不該做，這樣才會比較完整，若現在就否決，則這個案子就無法通過。

戴主任委員桂英

謝謝干委員。其他委員有無意見？請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、本會及台灣醫院協會曾函請衛福部疾管署編列公務預算支應流感疫情所衍生之醫療費用，衛福部疾管署函覆其屬健保總額協定範疇，請循「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」之機制處理。
- 二、我們有跟台灣醫院協會代表委員(討論事項第 2 案提案人)溝通過，建議討論事項第 2 案可以併入第 1 案討論，除了可以節省時間外，因為第 2 案是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，所以可以透過第 1 案解決第 2 案，不知其他委員有無意見？

干委員文男

可以併案討論。

楊委員漢淙

因為第 2 案與第 1 案內容的性質是一樣，所以我們請黃委員啟嘉一起說明。

戴主任委員桂英

依照委員建議，討論事項第 1 案與第 2 案併案討論。第 2 案不宣讀，請黃委員啟嘉說明。

黃委員啟嘉

- 一、我想不宜用這次流感疫情的單項議題來討論是否以其他預算之「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目支應，因為再怎麼定標準，可能無法達到理想，至於總額是否足夠，點值是否偏低，都不是重點，宜通案考量，也就是決定啟動以其他預算之「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目支應的遊戲規則，是否符合民眾的需求，換言之，當民眾發生重大疾病或災情時，是否可以及時啟動其他預算之「其他

預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目支應，也就是是否可以及時達到啟動閾值時，我們就可以啟動，至於閾值訂在哪裡，可以討論。

二、動支條件之啟動閾值訂在醫療費用達發生地區當本季平均總額預算之 0.3% 以上，似乎高了一些，所以建議將 0.3% 下修為 0.1%，因為沒事就不會使用，而是真的發生事情，閾值是否足夠敏感才可以啟動預算，如此編列此項預算才有其意義。因此，請各位委員考量。

戴主任委員桂英

謝謝黃委員的說明，請各位委員表示意見，目前 2 案併案討論，重點在於是否修改動支程序中評估指標的閾值。請干委員文男。

干委員文男

建議請健保署先表示意見，這是他們定的，目前醫界委員建議將啟動閾值由 0.3% 下修為 0.1%，若符合相關規定，則可繼續討論，否則作罷，依據會議資料第 33 頁顯示，也只有 105 年 1~2 月初步申報資料而已。

戴主任委員桂英

謝謝干委員。請問其他委員有無意見？請滕委員西華。

滕委員西華

一、老實講，我沒有很支持本案，理由是如果啟動閾值為 0.3% 沒有很敏感，但為何下修至 0.1%？難道 0.1% 就敏感或太敏感？若其他預算之「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目，需要非常敏感反映某地區或某 season(季節)發生的特別疾病，若該疾病可為公共衛生一起維護與防治，沒道理將此項目啟動閾值降到這麼低，否則這項預算就無存在的必要，我們也不需要採浮動點值，醫療需求若這樣處理，則我們也不必做管理，反正 CDC(疾管署)也不在乎，因為醫療體系及健保會全部吃下來。

二、以前就啟動閾值為 0.3% 的經驗裡，似乎沒有對醫界有特別的

苛刻，因為案子提到健保署，最後會決定回補多少錢，而且是分區在計算所受影響與貼補，不是整個西醫基層或醫院的大總額在計算。至於牙醫總額及中醫總額，也有一些風險基金做點值校正，西醫同樣對於特別區域或偏鄉也有做點值校正。若以整個總額來看，啟動閾值為 0.3% 就不對，因為 base(基礎) 太大，但是以分區而言，透過計算 R 值(各地區校正風險後保險對象人數占率)、風險與人口校正等，都已放入總額經費內，又不若 SARS(嚴重急性呼吸道症候群) 全國流行採集中管理，當然就不適用本案，我們是擔心發生天然災害、氣爆等集中於某區，當然影響該區點值，至於流感疫情，首先不像集中於特定區域，其次在公共衛生及 CDC(疾管署) 防疫上，是應該可以盡點力，而不是全部由健保來承擔。

三、本次流感疫情，大家只看到大型醫院急診壅塞情況，其實西醫基層診所看診大量病人，在此非常感謝，可是經過分析，真的看不出集中在某些特定區，若將啟動閾值由 0.3% 下修至 0.1%，真的過度敏感與反應，如此，則對總額或點值的管控就無太大意義。謝謝。

戴主任委員桂英

謝謝滕委員。其他委員有無意見？等謝委員武吉、楊委員漢涑發言後，再請健保署回答。

謝委員武吉

一、對於本提案，我感到敬佩，有關流感疫情，是否屬於 CDC(疾管署) 管轄？責任歸屬需要劃分清楚。另外，去年有 200 多人因為罹患登革熱而喪生，相關醫療費用卻也是由健保承擔，這是對的嗎？不對！新上任的高雄市衛生局局長，成立醫院與診所防治登革熱方案。還有除了狂犬病防治外，其他屬於 CDC(疾管署)、國健署應該要負責的都要列出，我們健保會有責任與義務區分出來，把應該由 CDC 或國健署或其他國家部門應該負責的項目、費用金額都清清楚楚，明明白白的列出來。

二、本次由西醫基層與台灣醫院協會代表委員所提案，建議修正「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目評估指標之定義內容等，我深切拜託請各位委員深思熟慮，我們應該給醫院合理的回饋，否則可能不會有好的結果。謝謝。

戴主任委員桂英

請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

「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，存在一些公式，是否修正，可以討論。但是我認為目前總額制度，各分區一經分配決定後，就無法流通，雖然臺灣不是很大，但是各地方的疾病種類、就醫情形與醫療資源不盡相同，例如在高雄，假設由於申報點數很多，所以點值很低，在臺中點值相對高，則高雄能跑到臺中申報點數嗎？本案啟動閾值要由 0.3% 下修至 0.1%，付費者代表委員有很多意見，依據會議資料第 32、33 頁顯示，各項評估指標提案前審議額度，第 3 項(事件發生後前 2 個月之醫療費用達該區總額預算 0.3% 以上)是分區計算，但前面 2 項〔平均點值 <0.9 且點值下降 $>5\%$ 、點數成長率 $>$ (醫療服務成本及人口因素成長率 $+5\%$)以上〕則是整體計算，所以我建議上述 3 項都按照分區計算，目前無資料顯示哪些分區點值降到很低，或費用增加很多，雖然實施總額，但不能過當，讓醫療體系受到嚴重處罰，我們不是在賭博，只是分配經費，如用賭博的心理，是輸掉就認了，但若用這種心理來看待本案，我認為不好，也不希望任何一區做不下去。

戴主任委員桂英

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

我再補充一下，之所以調整啟動閾值，有一個正當性，需要跟各位付費者委員說明，在統計風險因子影響疾病時，往往採用疾病碼，就可能大大低估疫病事件造成的醫療耗用，例如本次門診流感病

人，係流感造成不適，被診斷為鼻竇炎等，而沒有歸到流感疾病碼，而且統計上以急診為主，沒有考慮到門診，並只想到流感疾病碼，沒想到衍生疾病的疾病碼，確實低估了流感費用，所以需要將啟動閾值往下修，調整為敏感一點，這是醫療服務提供者的想法。

戴主任委員桂英

謝謝黃委員。請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

我再補充一下，最近連續發生登革熱與流感疫情，對醫界影響頗大，在臺南發生登革熱疫情，醫院病人滿坑滿谷，醫院急診處、病房掛滿蚊帳，可是收入卻減少，因為這種病人相對處理簡單，對於重症病人反而無法收治，醫院總點數是下降，在某些地方，醫療院所的醫護人員每天加班，增加很多成本，所以本案應以區域來看待，我建議定完原則後，請健保署運算資料，若符合標準，就補付相關費用，若不符合標準，就請醫界認了。

戴主任委員桂英

謝謝楊委員。請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

不好意思，插話一下。剛剛楊委員漢淙請健保署運算一些資料，既然這樣，建議本案可再討論，我們不要否認本案，任何疫病事件發生，基層醫療院所付出最多，大家都不可否認，這次流感，很多人罹患，我也是受害者，我買三支兩傘標(台語，感冒成藥)治療，我認為要顧慮到醫界的想法，既然啟動閾值由 0.3% 下修至 0.1%，可能會太敏感了，建議等健保署運算出一些資料，我們再來討論下修幅度。

戴主任委員桂英

謝謝楊委員。干委員文男您要健保署現在說明嗎？

干委員文男

按照健保署訂出來的適用範圍與動支程序。

龐組長一鳴

跟各位委員報告，「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，不是健保署訂定，是貴會訂定。

干委員文男

是健保署提出，本會同意通過。

龐組長一鳴

健保署是依據這項適用範圍與動支程序，提供相關的數據，因為目前不是最完整，健保署嗣後可配合蒐集後完整詳細說明，至於係配合疾管署使用「類流感」診斷碼，範圍會寬一些，以避免診斷不會太精確的問題。以上說明。

戴主任委員桂英

請李委員永振。

李委員永振

何委員語因趕赴另一場下午 2 點召開的會議而先離開，離開前提及不贊成降為 0.1%。我記得「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，曾因高雄氣爆案修正，現在有樣學樣，好像不太好！建議請健保署依委員意見提供完整的資料後，再討論以總額的角度，合理的方式解決這個長久的問題，這樣也不用在這裡喊價，啟動閾值一下子要 0.3%，一下子要 0.1%。

楊委員漢源

健保署蒐集運算的資料時間，建議可以配合醫院申報情形稍微晚一點，而且分區運算看看差異性與衝擊性，若某區衝擊大，真的要關注該區的醫療院所。但我猜今天要通過將閾值由 0.3% 降到 0.1%，機會不大。

戴主任委員桂英

謝謝楊委員。還有 2 位專家學者委員要表示意見，先請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

大家好，剛剛今天會議開始時，我們講到從去年到今年，由於政治

改變，我們少了 220 億元左右，我們去年 3 月用性別年齡別醫療費用支出與保費收入，預估 10 年後健保費用會多或少多少時，估計十年後健保費用會赤字 4,000 多億元，過去一年調高扣繳補充保費門檻成 2 萬元、調降保費、減少菸捐挹注比例...等，10 年後健保赤字可能會高達 5,000 或 6,000 億元。剛剛滕委員西華提到 106 年健保總額之政策目標，有些項目屬於公共衛生問題，如果這個部分我們不去做投資，健保只處理下游的醫療問題，不管健保如何補錢，只是醫界在辛苦。當然我們也不想苛責地方政府，無論是登革熱或是流行性感冒，事實上地方政府的處理已非常辛苦。請衛福部思考，如何在前端加強預防，這是非常重要的的一件事，不是醫療單純可以解決的問題，應朝補足地方政府衛生相關人力努力。

戴主任委員桂英

謝謝吳委員。

楊委員漢涇

非常同意吳委員肖琪的意見，現在的總額制度有點混亂，給予醫療體系一定的預算，卻要醫界承擔所有的責任。我一輩子也沒有聽說過，得到感冒有那麼多人需要使用葉克膜(ECMO, Extra-Corporeal Membrane Oxygenation, 體外維生系統)的情形，請問主管單位有沒有訂定一個收案的標準？沒有錯，真正嚴重的病患可以住進 ICU (Intensive Care Unit, 加護病房)，甚至使用葉克膜。但是目前民眾一有發燒，就送到 ICU，因為 ICU 不足，不但醫院被罵，醫護人員也被罵，還有護士被打，實在沒有道理。主管機關應有所規範，不能依賴醫院做所有的事情，因為每家醫院是各自獨立的，現在病患都集中到大醫院，因為沒有床睡在走廊上，我也覺得他們很辛苦，應該從制度面去調整，現在各層級醫院間的部分負擔差距太小，是否拿出勇氣，將醫院的部分負擔拉開，這樣才能解決多數病患就醫權益，而不是從少數人立場去思考，否則我們永遠會在這裡討論那些大家不喜歡聽的話。

戴主任委員桂英

謝謝楊委員。請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

提供兩點意見供參：

- 一、就制度的穩定性，請考量非預期風險事件是循環性或是突發性？例如 SARS(嚴重急性呼吸道症候群)或 MERS(中東呼吸症候群冠狀病毒感染症)等，屬單次、突然發生之非預期的重大疾病，比較符合非預期風險的屬性。若是每年定期會發生的疾病，不適合使用此方案處理，宜併入一般總額處理。不然以後易出現循環事件不斷提案處理。所以，循環性疾病是否納入此案的對象範圍，應慎重考慮。
- 二、至於是否降低閾值這個部分，與前述有相同的考量，如果閾值調得太低，與此制度調節非預期風險重大衝擊的本意不合，因為個別疾病可能經常會超過閾值，而不斷提案處理，且與制度的恆常而穩定的控管精神悖離，提醒大家做參考。

戴主任委員桂英

一、針對本案，感謝各位委員提出下列寶貴意見：

- (一)部分委員對於檢討動支程序評估指標的閾值，以及指標的敏感度要到什麼程度才適當，表達疑慮；也有委員提出具體建議，認為健保署既然要到 5 月才有比較完整的資料，請該署就委員所提相關意見分析，於 5 月時再提出如分區的實際數據等資料。因此，建議本案先暫緩，5 月以後再提出討論。
- (二)部分委員提出公共衛生制度面的相關意見，如：前端公共衛生做得好，疾病自然會減輕；對於資源稀少的醫療服務，如葉克膜或是 ICU(Intensive Care Unit，加護病房)等之使用，是否訂有收案條件？可能院所知道相關規定，但病患並不清楚，應多加宣導，以避免醫病衝突。

二、本案緩議，等到 5 月份健保署分析且提供更詳細的資料後再行處理。接下來進入討論事項第三案。

柒、討論事項第三案「有關其他預算『非屬各部門總額支付制度範圍之服務』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』支應案」與會人員發言實錄

戴主任委員桂英

本案不宣讀，請健保署直接說明。

張專門委員溫溫

- 一、主席、各位委員好!本案前於 2 月份委員會議中已提案討論，決議是當時還沒有實際發生數，希望請本署後續再提出來，這次已把所有的數據結算出來，因為其他部門的預算是採支出目標制，所以支付標準是以每點 1 元支付。
- 二、本次主要超支的項目，是 104 年總額協商政策方向的推動，有一項「鼓勵安寧療護之推動」之預算，其中有編列支付標準之調整。為考量支付標準的衡平性，當時就參考國外的經驗，分別調整安寧療護、安寧共照、安寧居家及一般居家等費用，並於 2 月 12 日公告及實施，整個實施情形，安寧居家費用的調整幅度為 20%~100%，主要是反映醫療團體服務成本及鼓勵醫療院所積極的參與。
- 三、在本署積極推動安寧療護情況下，醫事人員參與人數，已由 98 年的 200 人，增加到 104 年 1,400 人；服務人數部分，與 103 年比較，104 年的服務件數成長為 7,700 人；服務件數的成長率為 37.8%，整體而言，都是造成點數升高的原因。
- 四、對於重症末期病人，安寧療護可以增進生活品質及醫療品質，也可以減少不必要醫療資源的支出，經本署統計，參與安寧療護死亡前 1 個月醫療費用與未參加者之比較，大概每個個案可以減少約 30,000 點。
- 五、另外，安寧療護整體從醫療院所延伸到社區之中，整體而言，台灣安寧療護的環境，經濟學人在 2015 年的評鑑，台灣在亞洲是惟一且名列全球第 6 名的國家。
- 六、綜上，是本署執行安寧療護的現況及成效，依照「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規定，希望得到委員的支持，目前不足 5,200 萬元，可以由本項費用支應，以上說明。

戴主任委員桂英

謝謝健保署說明，請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

針對安寧療護，多年來我鼓勵推動居家安寧，而非住院安寧。診療項目「安寧住院照護費(每日)」支付點數原為 4,930 點，相當每月 15 萬元，但去年 2 月調升 30%，成為 6,409 點，相當每月 18 萬元。能夠住院安寧的病患，就由健保支付 18 萬元；住不進去的，就什麼都沒有。健保署說可申請居家安寧，這樣很好，那為何不積極推動居家安寧？若能積極推動居家安寧，則住院安寧就會減少，應該也能減少住院費用，理論上還可以更省錢。我向來鼓勵居家安寧，因為不只癌症末期病患需要，還有九大非癌疾病末期病人也需要安寧照護。若希望末期病患都能善終得到照護，將十大疾病末期患者都移到住院安寧，健保也負擔不起，所以，我們應該鼓勵居家安寧，若居家安寧經費不足，我百分之兩百支持。但我不理解為何去年住院安寧支付點數要從 4,930 點提高到 6,409 點？若住院安寧需要的人力配置較高，則無法住院安寧的病患所得到的服務相對很少，又是另一種不公平，這種落差也應從公衛的角度思考。

戴主任委員桂英

謝謝吳委員，其他委員有無意見？請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

從附件來看，本案係社區復健及安寧居家療護等所需費用不足 5 千 2 百萬元，健保署希望由「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之剩餘款支應。有人認為橋歸橋、路歸路，但我認為既然大家支持居家及社區服務，當有經費不足時，就應幫忙解決問題，基本上，我贊成本案。因為這種費用將來還會越來越多，開始推動時，要求病情嚴重的癌末病患居家治療，不只是有無制度的問

題，還有很多病患家人的觀念需要克服。幸好在鼓勵推動下，大家越來越能接受，所以數量會越來越多。據我了解，從事這些工作的醫護人員都相當辛苦，因為病人分散在各自家裡。雖然其經費增加，但針對5千2百萬元的不足數，還是應該通過本案，健保署才能處理運用，所以，我支持本案。

戴主任委員桂英

謝謝楊委員，請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、我想請教原則的問題，亦即各總額部門的專款或試辦計畫都採目標上限制，也就是框定費用後，在該項目執行。以前有些超出部分，包括B型及C型肝炎，決議是滾入一般服務支應。我們當然支持安寧居家療護，但不會因為本案超出原訂目標值，就認為應由「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之剩餘款支應？我認為應有適用與動支的原則。
- 二、若因專案試辦計畫經費不足，就由「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目支應，那其他計畫可否比照辦理？試辦計畫及專款都採上限值作為目標，才不會超出預算，因為多數專款計畫經費以1點1元執行，較少採浮動點值，所以，我要問的是原則。104年「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」是有些剩餘，但不代表都要花光。假設原則確定，若105年有其他專款計畫同樣出現經費不足或執行超過預期，可否由「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目支應？若原則確定可以，就同意動支。
- 三、採用的評估指標應明確定義各種適用範圍及項目，否則以後「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」會有膨脹的傾向，以做為支應其他項目經費不足之用。所以，我想確定原則，若大家同意本案，我也不反對，但希望能好好討論支應的原則。

戴主任委員桂英

請干委員文男。

干委員文男

剛才吳委員肖琪所言正確，居家療護優於住院療護，但經費不足，雖有「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目剩餘 8 千 4 百萬元，但可否待明年再編足經費？滕委員西華所言正確，若規則被打破，日後就無法專款專用，總額協商時也很難討論。建議下年度再多編經費補足差額，或是當年度就需解決？這個問題必須解決，只是要如何解決？

戴主任委員桂英

感謝各位委員。針對本項用於助產所、護理之家照護、居家照護、在宅醫療、精神疾病社區復健及安寧居家療護等所需經費不足案，部分委員考量預算非用於住院安寧，故支持本案；也有委員認為應先釐清預算調整的支應原則。先請本會幕僚說明過去有無訂定相關支應原則？再請提案單位健保署整體回應。

滕委員西華

在幕僚補充之前，在會議資料第 35 頁就有「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。以前有，不代表現在可以；也不代表現在沒有，以後不可以。

戴主任委員桂英

這是可以檢討的。

張副執行秘書友珊

一、正如滕委員西華所提，在其他預算項下有編列「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目，本會於 103 年 12 月份曾修正其適用範圍與動支程序，如會議資料第 35~36 頁。請委員參閱第 35 頁上半段，適用範圍部分經討論後，有明確的規定，分為兩部分，一為「其他預期政策改變」，亦即年度中其他預期之法規、政策修訂，如新增醫藥分業地區所增加之費用，可動支該筆預算，過去在新增醫藥分業地區部分，每年約支用 1.7~1.8 億元費用。

- 二、另「非預期風險」部分，考量總額協定後發生不可預期因素，如疾病異常流行、非天災所致之大型事件等，新增費用不在協定時各部門總額的涵蓋範圍，其經費可依相關動支程序提委員會討論，若符合評估指標的條件，即可動支。
- 三、至於各部門專款部分，有既定協商架構及通則，每年協商各部門總額專款項目時，是以零基預算原則協商預算額度。原則上，每項專款都有其實施方案，該方案是由健保署會同各總額部門討論後議定，就過去擬訂方案的內容，通常不會超過專款的預算額度，以上補充說明。

戴主任委員桂英

謝謝，請健保署回應。

龐組長一鳴

- 一、向各位委員說明，本案確實是過去未曾遇過的事，再說明一次，這筆錢用在安寧居家療護，所以剛才委員關心的住院安寧療護是屬於醫院總額部門。安寧居家療護重點包括：精神疾病社區醫療，及部分安寧居家療護等，所以成長速度較快，確實符合吳委員肖琪所提，朝居家照護的方向發展，導致相關支付標準調整及醫療利用增加，而需調撥其他預算來支援。未來會依據現在發展，編列足夠預算支應此問題，但現在的問題還是需現在解決。
- 二、先向各位委員報告，健保署預定於 105 年 5 月 6 日辦理「居家醫療整合照護觀摩會」，邀請各位委員一起參加。最近的醫療趨勢是鼓勵醫院與社區醫療群走入不方便就醫民眾家中，提供適度醫療，包括一般居家照護、呼吸居家照護、在宅醫療、精神病患居家照護及安寧居家療護等。
- 三、健保署今日的提案，完全是依會議資料第 35 頁「『其他預期政策改變之調節非預期風險所需經費』項目之適用範圍與動支程序」所定程序提會討論。

戴主任委員桂英

謝謝健保署說明，也就是說，本會訂有動支程序。如剛才滕委員西華所說，本案並非一定可以或不可以動支預算，現在正就動支程序進行討論。104 年本項預算不足額為 5,200 萬元，的確是用在居家安寧...。

滕委員西華

- 一、抱歉！主席剛才說，現正在跑動支程序，但我認為是討論動支原則。雖然剛才龐組長一鳴說從來沒發生過，但它確實是專款。若每位委員都同意健保署的解釋，認為符合動支程序「(一)屬『其他預期政策改變』」，我沒有意見，但個人仍有疑慮，認為不應進入動支程序的討論，而是討論其他適用範圍。
- 二、依會議資料第 35 頁下方「註 1：歷年費協會協定對專款計畫經費超支之處理原則」(如下)及健保會幕僚說明：
 - (一)健保署與各總額部門擬訂專款計畫或方案時，已訂定若超過預算，實際服務點數以浮動點值方式處理。
 - (二)屬疾病治療處置、用藥之專款，如：慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫、鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質、罕見疾病、血友病藥費等，另於其他預算編列額度，以因應不足所需。
 - (三)未來若發生專款經費不足，須由各總額內他項經費剩餘款流用時，其經費之動支程序，應依費協會第 170 次委員會議決議，對已協定各項目金額之增減應正式提案，並經總額部門與付費者代表協商。
- 三、我不明白，註 1 的 3 項處理原則，與「一、適用範圍(一)屬『其他預期政策改變』...其新增費用不在協定時的各部門總額涵蓋範圍」的意涵為何？專款確實有那些項目，並非新增項目，而是健保署原支付項目，做社區安寧居家療護、精神疾病社區復健、在宅醫療，只是錢不夠，並未新增項目。安寧居家療護的費用不足，我認為可以給，但要確定是否符合動支範

圍，若是，以後的總額部門都可能有此情形，特別是專款或試辦計畫，會不會一直不夠或要擴編費用？今年 10 億元，明年就變 20 億元？在執行專案計畫的控管上，會不會對目標值的設定過於寬鬆？

戴主任委員桂英

謝謝，滕委員說明得很清楚。請問其他委員意見為何？請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、健保署不是典型行政機關的公務預算，而是事業機構的預算，但即使較嚴格的公務預算編列，例如衛福部某些經費不足時，可經原來核定的機關編列預算，只是程序有原則，即須經原來核定的機關核定。
- 二、剛才大家談到，經費不足可明年再編列，但如此會更麻煩，問題還是一樣。面對經費不足的問題，一是之後就不做了；另一是年度已經過了，如何處理？欠著嗎？或挖東牆補西牆，明年再撥？但在總額制度下，明年還是一樣又付出去了。
- 三、個人覺得若依本案說明四「在本署依政策目標致力推廣下，使安寧療護相關醫療利用大幅成長...」，及會議資料第 45 頁健保會幕僚補充說明四，「由於衛福部交付之 104 年度健保總額協商政策方向，包含『鼓勵安寧療護之推動，倡導正確臨終觀念』」，所以本案符合會議資料第 35 頁動支程序之適用範圍(一)屬「其他預期政策改變」2.健保署配合衛福部政策推動實施計畫經費額度不足時之調整。個人認為應可符合動支程序調整經費，以後若再有這種相同情形，當然仍需提健保會審查，經委員會議決議同意才能動支，不同意就再另外想辦法。
- 四、大家並不反對健保署做社區安寧居家療護，只是現在原預估經費不準或少了些，需做調整，基本上，我支持健保署做此調整。對不起！我向來對滕委員西華很尊重。因為我在行政機關很久，所以我曉得在處理程序上，若不幫健保署解決此問題，

事情已做了，但是付錢了或先欠著，我不知道，只是把時間往後拖，將來還是要重新討論來解決問題，所以請滕委員西華見諒！

戴主任委員桂英

- 一、目前已是下午 2 時。請委員審視本案是否符合適用範圍，請參看會議資料 35 頁，一、適用範圍(一)屬「其他預期政策改變」之 2.「健保署配合衛福部政策推動實施計畫經費額度不足時之調整」。
- 二、依據健保署說明，本案是配合政策推動相關計畫，目前額度不足須有經費撥補。首先確認是否符合適用範圍，然後再討論是否同意動支預算，委員可否同意如此處理？請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

- 一、若照剛才所引用適用範圍(一)2 之註 1(歷年費協會協定對專款計畫經費超支之處理原則：1.健保署與各總額部門擬訂專款計畫或方案時，已訂定若超過預算，實際服務點數以浮動點值方式處理。2.屬疾病治療處置、用藥之專款，如：慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫、鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質、罕見疾病、血友病藥費等，另於其他預算編列額度，以因應不足所需。3.未來若發生專款經費不足，須由各總額內他項經費剩餘款流用時，其經費之動支程序，應依費協會第 170 次委員會議決議，對已協定各項目金額之增減應正式提案，並經總額部門與付費者代表協商)，依據幾個慣例，若是服務性質則採浮動點值；若是藥品這類實物購買，以實際金額去做的，就會動到這塊(其他預期政策改變)。本案是屬於服務性質的項目，是否與之前的慣例衝突？
- 二、我很好奇，若推動安寧居家療護可以減少醫療費用，那麼目前使用社區安寧居家療護的服務對象是來自原來利用急性醫療的人？或是完全新增的社區安寧居家療護服務對象呢？目前的會議資料並未顯示該狀況。因為，若原本會利用急性醫療，而後

轉移至接受社區安寧居家療護者，等於是替代了急性醫療，整體醫療費用應該下降才是；除非，社區安寧居家療護的服務對象是完全新增的，才會產生新的醫療費用。

戴主任委員桂英

謝謝！針對黃委員偉堯所提第 2 點意見，請健保署說明。

龐組長一鳴

一、健保署說明，請各位委員參看會議資料第 45 頁，健保會幕僚補充說明二、...104 年度相關協定事項及金額。(註：如下表)

項目	金額 (百萬元)	協定事項
(一)非屬各部門總額支付制度範圍之服務	3,714	1.用於助產所、護理之家照護、居家照護、在宅醫療、精神疾病社區復健及安寧居家療護等所需經費。 2.請於 103 年 12 月委員會議說明擬調整支付標準項目與作業時程，並於 104 年 6 月底前提送執行情形。
(二)其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費	1,000.0	1.含新增醫藥分業地區所增加之費用。 2.經費之支用，依全民健康保險會 103 年 11 月委員會議通過之適用範圍與動支程序原則辦理。

二、我剛才也說明過，使用較多的是居家照護、精神疾病社區復健及安寧居家療護等所需經費。並非所有項目都是原有支付項目，有些是去年新開始實施，如在宅醫療。原有的醫師居家訪視是在居家照護計畫裡，去年為配合時代需要及立委要求，而新增在宅醫療。有些項目雖然整體費用並不太大，但涉及的部門及機構很多，如精神疾病社區復健、居家照護及安寧居家療護，需因應不同對象來處理。

三、目前整個社會的發展趨勢，鼓勵朝向居家照護方式，精神科也一樣，過去太注重住院，現在則希望回歸社區。費用包括真正的全新項目，如在宅醫療；及其他原有項目，例如支付標準調整、作業相關的社會政策推動及推廣等，以上說明。

戴主任委員桂英

謝謝健保署說明，請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

其實在宅醫療有部分屬於過去就有配合居家護理，有居家醫師訪視，本來就要到宅，所以該項也有替代性，並非全新的項目。

龐組長一鳴

擴充服務。

戴主任委員桂英

- 一、還有其他委員要表示意見嗎？(未有委員表示)本案討論已久，看來本案是因配合政策推動實施計畫而致預算額度不足，如剛才 2 位委員所提，可能少部分服務有替代性，可替代原來的醫療服務，但也是目前政策推動的重點工作。
- 二、請問各位委員可否支持健保署，勉予同意本案。但也希望健保署未來編列預期政策改變相關項目的預算時，能更準確估算費用，以免再發生類似情形(未有委員表示反對)，謝謝各位委員支持！
- 三、依照今天議程還有一個專案報告案，徵求各位委員的意見，是否要移到下次委員會議報告？還是可於參看報告資料後提出書面意見，再請健保署書面回覆？(干委員文男：報告)好！專案報告移列下次會議。請問委員有無其他臨時動議？(未有委員表示意見)非常感謝各位委員...。

滕委員西華

請問主席剛才說專案報告案如何處理？請再把結論說一次。

戴主任委員桂英

專案報告移到下次會議報告。

滕委員西華

可是還有個臨時專案報告！〔有關「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〕有兩案專案報告，哪案是書面報告？哪案是口頭報告？

戴主任委員桂英

- 一、議程表定的「『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」移到下次委員會議，可以嗎？(未有委員表示反對)大家都同意。
- 二、臨時報告案，請問健保署有無急迫性？(健保署表示沒有)(干委員文男：下次啦！)大家都同意嗎？(未有委員表示反對)，臨時報告案一併移到下次委員會議。

吳委員肖琪

主席！類血友病是我們關注此議題後，額外加進來的部分，既然移到下次委員會議再報告，建議健保署另提供一項數據：排除類血友病，只就原血友病(先天性)的部分，統計其年平均醫療費用是上升或下降。

戴主任委員桂英

- 一、謝謝！請健保署同仁向吳委員肖琪請教後，於下次會議提供相關統計資料。
- 二、今天非常謝謝各位委員，現在已是下午 2 時 10 分，感謝大家撥冗參與今天會議，謝謝！散會。

105 年 4 月份中央健康保險署書面回覆委員詢問之資料

健保會委員就「中央健康保險署『105 年 1 月份全民健康保險業務執行報告』」、及專案報告第一案「『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」、專案報告第二案「全民健康保險業務監理指標之監測結果報告」與會人員發言實錄，請本署提供所需參考資料，本署說明如下：

項次	委員意見	健保署回復說明
1	<p>干委員文男 施組長如亮所提今年調降藥費 31.8 億元，將用於嘉惠被保險人，可否具體說明是引進哪些藥品？含糊帶過，我也搞不清楚，改天也可向外界轉述健保署努力的成果。</p> <p>施組長如亮 今年調整的藥費會運用於放寬給付規定，以往藥價調整的金額也都會用於擴增給付規定，例如去年針對 B 型及 C 型肝炎用藥放寬其使用期限，還有抗痛風藥品等，詳細資料再提供干委員文男參考。</p>	<p>相關資料如附件。</p>
2	<p>趙委員銘圓 一、依「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」報告，對健保署以現行健保 VPN(健保資訊網服務系統)為基礎，提升網路頻寬的做法非常認同。但對於各不同層級的頻寬速率最高的醫學中心只提升為 10M、區域醫院 6M、地區醫院 4M、基層診所 2M、藥局 1M，會不會太慢？另，我與干委員文男的意見相同，由於科技進步快速，建議預留一些空間，作為後續擴充之用，尤其醫學中心和區域</p>	<p>一、有關網路頻寬乙節，說明如下：</p> <p>(一)電信公司配合本方案推動提供優惠方案，申請企業型 10M/6M/4M/2M/1M 優惠升速為 30M/20M/10M/3M/2M，經資訊部門評估尚符合各特約醫事服務機構層級之需求，現階段尚無需再提升。</p> <p>(二)本方案 103 年協定專款為 22 億元，104 年為 22 億元，105 年為 11 億元。104 年預算執行約 3.8 億元，預算執行率約 17%，故推估 105 年預算應足數使用。</p> <p>註：</p> <p>1.企業型頻寬與一般家用型頻寬不同，目前配合健保署之資訊網路 VPN 封閉型專用網路，有保證頻寬及 24 小時叫</p>

醫院。另，若要再提升各層級頻寬速率，費用會由現在的 22 億元增加到多少錢，請試算。

二、針對專案報告二，健保雲端藥歷系統問題：我想請教(1)病人有無不同意的權利？另，簽署同意與不同意有何差別？請說明。(2)第 7 張投影片(就醫隱私權保障)第 2 項，「民眾可至各鄉鎮市區公所或健保署各分區業務組聯合服務中心進行健保卡密碼設定或密碼解除作業」，可否讓這項功能更便民？

三、第 11 張投影片，雲端藥歷系統執行成效顯示，醫學中心、區域醫院及地區醫院開啟率已達 100%，西醫基層及特約藥局分別為 86%、80%，中醫及牙醫為 20%、60%，居家照護僅 3%，是否還有改善空間？

四、因執行雲端藥歷系統，104 年減少非必要的藥費支出約 108 億元，建議將節省的經費用於調整不合理藥價，讓消費者多一點保障。

修服務等，其中**保證頻寬**係指所申請之頻寬，如 30M，該 30M 由該院所專用，無須與其他用戶共用。

2.經查某醫學中心 4 月 5 日至 4 月 11 日之網路流量統計，該院申請 30M，期間使用之最大流量值約 9M，故尚無頻寬不足之疑慮。

二、為保障民眾以限制特約醫事服務機構醫師、藥師查詢其用藥紀錄之選擇權，健保雲端藥歷系統已規劃建置民眾設定密碼功能，並與健保卡密碼同步檢核，如民眾設定健保卡密碼或不同意醫事服務機構批次下載用藥紀錄(即不簽署書面同意書)，並不影響其就醫權益，惟醫事人員無法查詢其健保雲端藥歷系統用藥資訊。

另現行民眾可至各鄉鎮市區公所或健保署各分區業務組聯合服務中心進行健保卡密碼設定或密碼解除作業，如醫療院所可於 HIS 系統上增修密碼設定或密碼解除等功能，將可更加方便民眾，惟前開功能增修仍需由醫療院所自行考量增修成本及效益。

三、有關雲端藥歷系統執行成效是否還有改善空間，說明如下：

(一)健保雲端藥歷系統為病人當次就診時，特約醫事服務機構透過健保卡或書面同意書下載病人用藥紀錄，提供醫師處方開立及藥師用藥諮詢與輔導使用，本署將持續推展特約醫事服務機構查詢使用，以提升病人用藥安全及品質。

(二)健保雲端藥歷系統收載用藥紀錄為西藥用藥紀錄，中醫、牙醫及居家照護查詢雲端藥歷系統可輔助醫師提供更完整的照護服務，

		<p>未來本署將持續精進系統，發展牙科處置及手術、中藥藥歷等查詢系統，屆時將可提升查詢使用意願。</p> <p>四、特約醫事服務機構因查詢健保雲端藥歷系統而減少申報之非必要藥費支出費用均已回歸到總額，提升點值。目前之藥價倘有不敷成本者，已另有處理機制。</p>
3	<p>滕委員西華</p> <p>一、請問「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」第 10 張及第 13 張投影片，獎勵費用有的用「元」，有的以「點」計算，上限金額每點不高於 1 元，請說明有何不同？</p> <p>八、報告資料呈現「上傳率低、但查詢率高」的現象(會議資料第 67 頁，第 13 張投影片)，基層醫療單位的雲端藥歷查詢率(60%)，竟然與醫學中心(60%)一樣，甚至高於地區醫院(59%)，令人驚訝！為何醫學中心查詢率這麼低？醫院科別多，病人在同一家醫院不同科別就診的機會大，按理，醫院的查詢率應該比診所高才對；也可能因為院內的 HIS 系統(Health Information System，醫療資訊系統)已滿足醫療人員的需求，所以不需再查詢健保署的雲端藥歷，或其他原因？請健保署說明。</p>	<p>一、有關所詢獎勵費用有的用「元」，有的以「點」計算乙節，說明如下：</p> <p>(一)本方案支付網路月租費、上傳檢驗(查)結果基本費(上傳率 > 50%，每季支付醫院 2,500 元、基層診所及交付機構 750 元)及上傳出院病歷摘要、人工關節植入物資料獎勵金等均以固定金額(元)支付。</p> <p>(二)至於上傳檢驗(查)結果獎勵金，若全年結算超過預算金額，則採浮動點值支付，避免預算執行超過協定金額，因此方案訂定為非報告型每筆醫令獎勵 1 點，報告型每筆醫令獎勵 5 點，本項獎勵金按季核算，以每點 1 元暫付；全年結算，採浮動點值支付，惟每點金額不高於 1 元。</p> <p>八、依據全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法第 11 條規定，「保險醫事服務機構提供保險對象之診療服務時，應依醫療需要，讀取健保卡內已存放或上傳之就醫紀錄。」醫師及藥師應不分科別，依醫療需要查詢病人就醫紀錄，惟大醫院大部分均採用批次下載作業方式，將用藥紀錄下載彙整於院內 HIS 系統進行藥物不當交互作用及重複用藥比對，因同一院所執</p>

		<p>行批次下載用藥紀錄為一次性作業(院所取得病人書面同意書後，於病人就診前 1~2 日透過 VPN 批次下載)，故同一院所同一病人同一就醫日期僅會紀錄及計算一次。</p>
	<p>吳委員肖琪 請參閱會議資料第 70 頁，第 19 張投影片，有關雲端藥歷系統執行成效，以 104 年第 2 季、第 3 季資料觀之，參加院所數增加 3 千多家，查詢次數增加 1 千萬次，但預期減少的非必要處方藥費，僅由 27.57 億元增為 27.85 億元，差距好像不大，請健保署再確認原因為何。</p>	<p>統計資料範圍僅限每季當期門診病人於藥歷查詢院所之藥費及勾稽同院所同病人去年同季申報藥費資料，由於每季門診藥歷查詢病人群及查詢院所均不同、每人平均藥費內涵亦不同，故本表呈現之各季門診雲端藥歷查詢病人之減少藥費申報成效，無法作跨季間比較及趨勢變化解讀，且效益含括各項相關管理措施綜效。</p> <p>另隨著查詢雲端藥歷病人數、就醫人次查詢率逐季增加，初期前二年雲端藥歷查詢使用效益亦逐季持續增加，但累積到相當查詢量時(如 104Q3 起就醫人次查詢率超過 6 成)及每季增加查詢病人數幅度趨緩，且隨著比較基期 103 年 Q3 以後，已屬減少藥費申報有成效之季別，故門診病人經雲端藥歷查詢使用之減少申報藥費效益會逐步遞減或呈現平穩。</p>
	<p>趙委員銘圓(書面意見)</p> <p>一、在全民健康保險業務監理架構與指標，在效率指標部分：八項中的第一項：有關急診病床平均住院天數(整體及各層級)，也就是投影片第四頁，由 101 年至 104 年上半年都是呈現下降趨勢，這其實是非常好的狀況，當然它也代表著各醫院在管控這方面非常好，若是真的應該要給與他們獎勵。但我不知道各單位有沒有去做後續追蹤，也就是病人出院後</p>	<p>一、所詢急診病床平均住院天數乙節，說明如下：</p> <p>(一)有關急性病床平均住院天數呈下降趨勢，表示監理院所營運效率提升，另為監測病患住院後之就醫情形，本署訂定醫療品質指標「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」、「住院案件出院後三日以內急診率」，並將監測結果定期公布於本署全球資訊網，供外界參考。</p> <p>(二)查 101 年至 103 年「非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率」分別為 6.89%、6.92%、</p>

	<p>因不舒服又回去診然後再再度住院的比例有多少？假如沒有當然是真的，就應該給與獎勵。但，據瞭解各醫院為了達到健保給付最大化，常常在病人尚未完全康復下就請他們出院而後又住院，此舉是否反而會浪費健保醫療資源和醫病的關係和時間？另，該項監理重點有與國際比較乙項，但在資料中並未顯示數據，是否可以請報告單位說明我們與國際比較的情形。</p> <p>二、投影片第 14 頁有關手術傷口感染率部分，由 101 年到 104 年上半年都是一直呈現成長的趨勢，而下半年也都一樣，此部分是不是和上項個人所提有關？還是有其他的原因造成，麻煩所屬相關單位幫忙說明。</p>	<p>6.91%；「住院案件出院後三日以內急診率」則分別為 2.71%、2.65%及 2.58%，皆於參考值範圍內。</p> <p>(三)另提供 OECD 資料庫中 2009 至 2013 年各國急性照護平均住院天數資料供委員參考(如後附表)。</p> <p>二、此項監理指標數值已相當低，因指標資料係以上、下半年呈現，故會呈現些微成長之趨勢，但若以全年度來看，101 年 1.23%、102 年 1.38%、103 年 1.37%、104 年 1.38%，除 102 年較 101 年上升外，102 年至 104 年係呈現平穩趨勢，本項指標建議應再持續觀察。</p>
--	--	--

2009 年至 2013 年急性照護平均住院天數

國家\年別\平均天數		2009	2010	2011	2012	2013
澳大利亞	Australia	5.1	5	4.9	4.8	
奧地利	Austria	6.7	6.6	6.5	6.5	6.5
比利時	Belgium	7.2	7.2	7.1	7	
加拿大	Canada	7.7	7.7	7.6	7.6	
瑞士	Switzerland	7.5	6.6	6.5	6.1	5.9
捷克	Czech Republic	7.1	7	6.8	6.6	6.6
德國	Germany	8.2	8.1	7.9	7.8	7.7
西班牙	Spain	6.4	6.3	6.1	6.1	6
愛沙尼亞	Estonia	5.6	5.5	5.5	5.6	5.5
芬蘭	Finland	7	7	6.9	6.9	6.8
法國	France	5.7	5.8	5.7	5.7	
英國	United Kingdom	6.1	5.9	5.9	5.9	5.9
希臘	Greece	5.3	5.3			
匈牙利	Hungary	5.4	5.4	5.3	5.2	
愛爾蘭	Ireland	6.1	6	5.9	5.9	5.7
冰島	Iceland	5.5	5.4	5.3	5.5	5.6
以色列	Israel	4.3	4.3	4.3	4.3	4.3
義大利	Italy	6.7	6.7	6.8	6.8	6.8
日本	Japan	18.5	18.2	17.9	17.5	17.2
南韓	Korea		10	10.1	9.2	8.9
立陶宛	Lithuania	6.4	6.3	6.4	6.3	6.3
盧森堡	Luxembourg	7.4	7.5	7.3	7.4	7.4
拉脫維亞	Latvia	6.1	6.2	6	5.8	5.8
荷蘭	Netherlands	5.6	5.6	5.8	6.4	
挪威	Norway	6.4	6.3	6.1	5.8	5.5
紐西蘭	New Zealand	6.1	6	6	5.8	5.3
波蘭	Poland	7.4	7.3	7.1	6.8	6.7
葡萄牙	Portugal	7	7	7	7.5	7.2
俄羅斯	Russia				10.2	
斯洛伐克	Slovak Republic	6.7	6.6	6.3	6.2	6.2
斯洛文尼亞	Slovenia	5.6	5.5	6.8	6.9	6.3
瑞典	Sweden	6.1	5.9	5.7	5.6	
土耳其	Turkey	4	3.9	3.8	3.9	3.8
美國	United States	5.4	5.4	5.4		

註 1：資料來源：OECD 資料庫(<https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm>)

註 2：本資料係採急性照護平均住院天數(average length of stay in hospitals,ALOS)指標。

103 年健保藥品給付規定擴增之品項及內容

生效起日	內容	修訂內容
1030201	公告修正抗癌瘤藥品 bendamustine(如 Innomustine)之藥品給付規定。	由原給付範圍為 B-細胞慢性淋巴性白血病(CLL)病患之治療，擴增給付於「非何杰金氏淋巴瘤之第二線用藥」。
1030201	公告修正抗癌瘤藥品 rituximab(如 Mabthera)之藥品給付規定。	由原給付於非何杰金氏淋巴瘤、濾泡性淋巴瘤患，擴增給付於「慢性淋巴球性白血病」。
1030301	公告修正含 febuxostat 成分藥品(如 Feburic)之藥品給付規定。	由原慢性痛風之高尿酸血症的第 3 線用藥(需曾使用過 allopurinol 及 benzbromarone 治療反應不佳)，擴增為第 2 線(曾使用過 benzbromarone 治療反應不佳)，及部分使用 benzbromarone 禁忌者(患有慢性腎臟病或肝硬化病人)可第 1 線使用。
1030401	公告修正含 cyclosporine 成分藥品之藥品給付規定。	乾眼症用藥，由原規範乾眼嚴重程度需達 level 4(嚴重程度最高)者，放寬至 level 3 且有修格蘭氏症候群(俗稱乾燥症)者使用。
1030501	公告異動含 rivaroxaban 之藥品 Xarelto Film-Coated Tablets 10mg、15mg 及 20mg 等 3 品項暨修正含 rivaroxaban 成分之藥品給付規定。	由原給付於「靜脈血栓高危險病患，接受人工髖或膝關節置換術或再置換術時」及「非瓣膜性心房纖維顫動」者，擴增給付於「急性有症狀近端深部靜脈血栓症(DVT)及預防急性深部靜脈血栓發生後再發靜脈血栓」。
1030901	公告修正含 rituximab 成分藥品之藥品給付規定。	由原給付於非何杰金氏淋巴瘤、濾泡性淋巴瘤患及慢性淋巴球性白血病，擴增給付於「肉芽腫性血管炎」。
1031001	公告修正含 omalizumab 成分藥品(如 Xolair)之藥品給付規定。	放寬重度持續性氣喘 12 歲以上之青少年及成人之用藥條件，其免疫球蛋白 IgE 檢驗結果由須介於 70~700 IU/mL 修訂為介於 30~1300IU/mL。

健保會委員就「中央健康保險署『105 年 2 月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄，請本署提供所需參考資料，本署說明如下：

項次	委員意見	健保署回復說明
1	<p>陳代理委員順來(侯委員彩鳳代理人)</p> <p>全民健康保險業務執行報告第 9 頁顯示(二、保險費收繳執行情形)，投保單位及保險對象保費收繳率將近 99%，而政府保險費補助款收繳率才 92.36%，被保險人是自己出錢，政府負擔的保險費是編列預算，收繳率反而不如被保險人，且民眾未繳保費還要繳納滯納金，建議應加重政府未繳納保費的處罰，至少應高於一般民眾，否則老百姓乾脆拒絕繳納滯納金。</p>	<p>一、政府保險費補助款收繳率較投保單位及保險對象保險費收繳率低，主要原因為 102 年度至 104 年度政府應負擔健保總經費法定下限 36% 差額，因行政院主計總處及衛生福利部對安全準備計算原則之見解不同，致該差額之預算編列產生差異，案經行政院 104 年 5 月 15 日協商，結論為法定下限 36% 之差額採衛生福利部之計算方式，並自 104 年度起將 9 項政府已實質負擔之保險費，納入政府已負擔保險費之認列範圍，重行計算後，累計至 104 年度自編決算預算編列不足共 698 億元，截至 105 年 3 月底，待撥數 541 億元。</p> <p>二、依健保法施行細則第 30 條規定，政府保險費補助款於當年 1 月底及 7 月底前預撥，並按年結算，有撥付不足者，於次年 1 月底前撥付。</p>
2	<p>趙委員銘圓</p> <p>有關 104 年度全民健康保險基金附屬單位決算書，有幾點建議：</p> <p>一、營運計畫：</p> <p>(一)第 2 頁「B、欠費催收情形」：</p> <p>1.對於 104 年已依計畫足額提撥和完成還款之市政府，即台北與新北市政府，建議發函感謝其配合，並召開記者會說明相關欠款及催收進度，鼓勵已還款之市政府，並向高雄市政府施加壓力。</p>	<p>一、自 101 年 7 月 1 日起，原地方政府補助保險對象健保費之補助款，統由中央政府補助，目前僅北高二市政府積欠 101 年以前健保費補助款。</p> <p>二、北高兩直轄市政府健保欠費(含利息)已移行政執行並分別查封 7 筆及 49 筆土地(勞健保共同債權，如附表)，均已提具償還計畫，其中</p>

- 2.有關高雄市政府欠費部分，於 104 年度應撥付 38.98 億元，目前尚未清償 11.75 億元，請說明高雄市政府對此之態度及處理方式。
- 3.有關「(C)移送強制執行並查封土地，以確保債權：台北市及高雄市政府之欠費已依全民健康保險法第 28 條規定辦理，並移送強制執行，同時查封各該市多筆土地」，請詳列目前查封之土地供委員參考。

臺北市政府截至 104 年度已依還款計畫償還，高雄市政府應償還 38.98 億元，尚有 11.83 億元未償還。

三、本署已於 104 年 10 月 7 日、11 月 16 日、12 月 18 日及 105 年 1 月 11 日、2 月 19 日、3 月 23 日多次函催，促請高雄市政府落實執行 104 年還款計畫，法務部行政執行署高雄分署亦於 105 年 2 月 25 日邀集本署及勞工保險局拜會高雄市政府，該府表示欠費未還源於中央協助北高二市繳納勞健保費補助不公平，該府將向立法院及行政院爭取協助。

四、另法務部行政執行署高雄分署於 105 年 3 月 7 日執行命令，請該府於文到後 30 日內，償付全民健康保險保費補助款欠費，逾期不履行即依法強制執行。

五、本署仍廣續溝通協商，促請北高二市政府落實執行還款計畫，並配合後續確保健保債權等行政執行事宜。

附表：

北高二直轄市政府健保欠費
行政執行查封土地資料

臺北市政府			
中正區	公園段 1 小段	166、168 地號	2 筆
	福和段 2 小段	144、144-1、144-2、145、145-1 等地號	5 筆
合計			7 筆
高雄市政府			
苓雅區	福裕段	1453、1190、1180、1200、1184、1196、1188、1189 等地號	8 筆
	福河段	2024、932、932-1、932-2、932-3 等地號	5 筆
小港區	鳳林段	1491 地號	1 筆
燕巢區	安西段	147 地號	1 筆
新興區	新興段 3 小段	1490 地號	1 筆
左營區	左西段	902、208 地號	2 筆
楠梓區	楠梓段 3 小段	674 地號	1 筆
鳥松區	山水段	477 地號	1 筆

路竹區	大仁段	749 地號	1 筆
三民區	三塊厝 1 小段	622-35 地號	1 筆
	鼎泰段	1451 地號	1 筆
前鎮區	鎮昌段	288-1、288-3、288-5、 293-1、293-4 等地號	5 筆
	瑞隆段 2 小段	673、657、674 等地號	3 筆
	鎮東段	82-17、1278、1278-1、 1278-5、1317-6 等地號	5 筆
	新生段	1052-3、723、1052-8 等地 號	3 筆
岡山區	大寮段	220-30、222-7、229-2、 230、231、231-9、231-21、 231-23、231-29 等地號	9 筆
大寮區	山子頂段	2393-0004 地號	1 筆
合計			49 筆

(三)第 3 頁「3.配合總額支付制度，合理分配醫療資源」：

- 1.有關持續推動及執行醫療給付改善方案與慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫，請說明具體做法及成效。
- 2.有關保障罕見疾病及血友病藥費，請說明 104 年度該 2 項的使用費用，以供瞭解。

一、依有關本署推動之慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫之成效，本署說明如下：

(一)配合衛福部加強肝炎防治計畫之推動，自 92 年 10 月起辦理慢性 B 型及 C 型肝炎藥物治療計畫，並依本保險藥品給付規定給予藥物治療，迄至 104 年 12 月底收案藥物治療人數有 279,586 人(B 型肝炎藥物治療人數約 191,442 人、C 型肝炎藥物治療人數約 88,144 人)，仍持續辦理。

(二)本保險自 99 年辦理 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案，以提升照護品質為支付誘因，建立連續性疾病追蹤管理模式，提供病人整合性之照護服務為目的，迄至 104 年 12 月底收案人數由 99 年 4 萬人增加至 20 萬人，照護率也由 9.8% 提升至 39.4%，目前仍持續推動，俟做為未來導入支付標準之基礎。

二、另 104 年醫院總額專款「罕見疾病、血友病藥費及新增罕見疾病特材」編列預算 78.275 億元，截至 104 年第 3 季結算統計，罕見

	<p>二、收支餘絀情形：第 15 頁之(三)本年度業務外收入決算數較預算數計增加 49,921,227,062 元，約 2987.41%。資料顯示是補列 102 及 103 年度差額，致本年度實際數較預算增加。請教為何誤差會這麼大？102 年誤差數為何會延至 103 年度處理？請說明。</p> <p>三、第 55 頁「各項費用彙計表」，科目「會費、捐助、補助、分攤、救助(濟)與交流活動費」項下之「捐助、補助與獎助」部分，請提供細目供參。</p>	<p>疾病門住診藥費 30.44 億點，血友病門住診藥費則為 26.29 億點，罕見疾病特材約支用 0.02 億點，104 年 1-3 季合計支用 56.75 億點，執行率為 72.5%。</p> <p>由於行政院主計總處對「政府應負擔健保總經費法定下限不足數」之計算方式與衛生福利部見解不同，其 102 年及 103 年度審計部審定決算數係依「主計總處」計算方式核列，惟有關「政府應負擔健保總經費法定下限不足數」之疑義，歷經行政院多次協商後，行政院於 104 年 6 月 2 日函復依照 104 年 5 月 15 日協商結論辦理，採「衛生福利部」之計算方式，重新計算 102 年及 103 年度差額為 489.94 億元，另因 102 及 103 年度決算數業經審計部審定完竣，爰於 104 年度 6 月調整補列收入。</p> <p>有關「捐助、補助與獎助」1.8 億元，係依菸品健康福利捐分配及運作辦法第 4 條規定，菸品健康福利捐供罕見疾病等醫療費用之用，其中 104 年定額分配收入 1.8 億元，全額挹注罕見疾病之全民健康保險用藥費用。</p>
3	<p>何委員語</p> <p>一、中國時報 3 月 23 日報導「健保安全準備 104 年結餘 2,310 億元」。去年我在委員會議就曾預測過，104 年安全準備一定會超過 2,300 億元，當時健保署一直說不會，現在實際數據驗證真的超過 2,300 億元。該報導還提到「健保署官員表示，今年起健保費率下降及補充保費門</p>	<p>有關健保財務之相關報導，係本署應記者專題訪談需求，提供未來健保財務收支評估供參，所提供之財務預估係依貴會審議 105 年健保費率時之相關假設條件與所訂之「健保財務平衡及收支連動機制」，及行政院核定 105 年健保費率為 4.69% 為基礎，試算未來健保財務收支狀況。</p>

	<p>檻上調，健保今年度收支將出現 48 億元短絀，明年短絀將擴大至 200 億元，後年則為 250 億元」，不曉得記者是指哪一位官員，因為沒有特別署名，我對健保署的官員一直這樣放話，深感遺憾。每晚入睡後，僅期望明天早上眼睛能夠睜開，因為現在這個時代，在睡夢中離開人世者很多，所以我每天睡醒一睜眼，就念阿彌陀佛，感謝我今天仍活於人世。</p> <p>二、健保署對今年的事情，為何不在當下講清楚？而一直用不實的數據，在媒體放話，造成人民恐慌。每次有這種報導時，就有人問我，健保今年會賠錢嗎？會賠多少？明年賠多少？後年賠多少？我都得不勝其煩的解釋，讓其他人能瞭解。</p> <p>三、若今年健保財務不會虧損，而有結餘的話，我要請前開新聞報導中提及的健保署官員下台，請他離開，因為講話不實在，都在欺騙民眾，是不負責任的說法。未來的事情，於時間未到前，建請健保署的官員不要再隨便放話！</p>	
4	<p>潘委員延健 本不想再發言，不過站在醫界立場，覺得需要再提醒健保卡使用流程的問題。病人到醫療院所就醫時，須要將健保卡交</p>	<p>一、依據「全民健康保險醫療辦法」第 10 條第 1 項規定，特約醫院於保險對象辦理住院手續時，除精神科日間住院外，應留置其健保卡，於其出院時發還。保險對象</p>

給診間，此時就離開病人身上；至於住院時，依健保法規規定，醫療院所應保管病人健保卡，而病人可能住院 3 天、1 週、甚至 1 個月，此過程中，醫療機構必需承擔保管的責任嗎？這一定要先講清楚，否則醫界無法擔此重任。大家可以共用健保卡的資源，但應先釐清其法律責任。

入住慢性醫院或精神科醫院，如因不同診療科別疾病，經診治之醫師研判確須立即接受診療，而該醫院並無設置適當診療科別以提供服務時，得將健保卡交還給保險對象，供其外出門診；透析病人住院期間，經診治之醫師認定確須立即接受透析，而該醫院無法提供透析之服務時，亦同。

二、基於醫院對於收治住院病人應提供完整照護之原則，及避免住院病人自行外出就醫，影響病人安全與住院治療之情形，現行規範醫院留置住院病人之健保卡，仍有其必要，爰仍請特約醫院配合辦理。