

衛生福利部全民健康保險會
第3屆106年第10次委員會議事錄

中華民國106年11月17日

衛生福利部全民健康保險會第3屆106年第10次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國106年11月17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：(依委員姓名筆劃排序)

千委員文男
王委員雅馨
古委員博仁
吳委員國治
吳委員榮達
李委員永振
李委員育家
李委員偉強
周委員麗芳
林委員至美
林委員敏華
林委員錫維
林委員惠芳
翁委員文能
商委員東福
張委員文龍
張委員清田
張委員煥禎
張委員澤芸
郭委員錦玉
陳委員平基
陳委員旺全
陳委員亮良
黃委員偉堯
黃委員啟嘉
葉委員宗義
趙委員銘圓
劉委員志棟
蔡委員登順

國家發展委員會陳科長靜雯(12:55以後代理)

中華民國農會徐課員珮軒(代理)

全國勞工聯合總工會陳秘書長爾嘉(代理)

中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠(代理)

中華民國中醫師公會全國聯合會陳常務理事憲法(代理)

中華民國全國工業總會何常務理事語(代理)

蔡委員麗娟
盧委員瑞芬
謝委員尚廷
謝委員武吉
羅委員莉婷

中華民國牙醫師公會全國聯合會許常務理事世明(代理)
台灣社區醫院協會王副秘書長秀貞(代理)

肆、列席人員：

本部社會保險司
中央健康保險署

楊副司長慧芬
李署長伯璋
蔡副署長淑鈴
李組長純馥
戴組長雪詠
周執行秘書淑婉
張副執行秘書友珊
洪組長慧茹
陳組長燕鈴

本會

伍、主席：傅主任委員立葉

紀錄：馬文娟、彭美熒

陸、主席致詞(略)

柒、議程確認

決定：

- 一、有關臨時報告案「中央健康保險署提報『地區醫院之急診診察費保障每點 1 元案』」，基於時效考量，提至討論事項第三案之後進行。
- 二、干委員文男所提「建請醫院與西醫基層 106 年度健保醫療給付費用總額之 C 肝用藥專款項目經費得相互流用案」復議案，符合復議應具備之條件，該復議動議成立，經徵得在場委員同意，安排於上開臨時報告案之後討論。
- 三、餘照議程之安排進行。

捌、請參閱並確認上(第 9)次委員會議紀錄

決定：確認。

玖、上(第 9)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告

決定：

一、上(第 9)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形：

- (一)擬繼續追蹤項次 6「107 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案」，因台灣醫院協會於 106 年 11 月 15 日來函表示同意本會 10 月份委員會議(106.10.27)之分配決議，不另提出建議方案，爰本項改列「解除追蹤」。
- (二)擬繼續追蹤項次 10「鑒於維護全民健保之正義與健保的體制、永續，籲請盤點現行健保實務中違反全民健康保險法之情事，並立即改善或規劃導正期程」及「全民健康保險法明確揭示『成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品』不列入本保險給付範圍，建議儘速依法改正，其他違反之相同情事，亦應比照辦理案」，請中央健康保險署依委員建議，於 12 月份委員會議提供歷年指示用藥不列入給付範圍對全民健保財務之影響評估及藥費之相關資料。另提案人(謝委員武吉)提供「現行違反健保法相關情事」之書面意見，送請相關單位審慎研議，在 3 個月內回應，並訂定時程參採辦理。
- (三)擬繼續追蹤項次 12「建請中央健康保險署提報『健保藥品品質監測計畫』之結案或進度報告」，請中央健康保險署於 106 年 12 月份委員會議進行專案報告。
- (四)餘洽悉。

二、107 年度委員會議時間安排如下：

- (一)維持於每個月第 4 週之星期五上午 9 時 30 分召開；

2、3 月份委員會會議合併於 3 月份召開；至 11 月份配合費率審議時效，比照往例提前至第 3 週。

(二)於 3 月份委員會會議合併舉行業務參訪活動及共識營，時間預定於 107 年 3 月 22 日、23 日(星期四、五)，請委員預留時間與會，並請本會幕僚規劃共識營擬討論之議題後，徵詢委員意見。

三、請本會幕僚研採適當寄(發)送方式，讓委員最晚在委員會會議前一週的週末收到會議資料，俾有充分時間審閱資料。

拾、「106 年第 2 季全民健康保險業務執行季報告」(併「專業雙審及公開具名」試辦方案之執行情形、健保醫療資訊雲端查詢系統之執行情形、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材費用成長之合理性分析、「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」執行情形報告、「106 年 8 月份全民健康保險業務執行報告」、「106 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告」、「106 年 10 月份全民健康保險業務執行報告」)，請鑒察。

決定：洽悉。請本會幕僚會後徵詢委員是否尚有其他垂詢事項，並轉請中央健康保險署提供書面說明。

拾壹、討論事項

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：107 年度全民健康保險保險費率方案(草案)，提請審議。

決議：

一、107 年度全民健康保險保險費率審議結果，本會建議維持 4.69%。後續將依法報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。

二、委員所提相關意見，請中央健康保險署審慎研議，在 3 個月內回應，並訂定時程參採辦理。

第二案

提案人：陳委員亮良

代表類別：保險付費者之被保險人代表

案由：107 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案建議案，提請討論。

決議：委員所提宜加強醫療資源不足地區民眾醫療照護之建議，請四部門總額相關團體及中央健康保險署於研議 108 年度總額協商草案時，納入考量。

第三案

提案人：陳委員亮良

代表類別：保險付費者之被保險人代表

案由：建議修正全民健康保險會組成及議事辦法第 15 條條文案，提請討論。

決議：本案未獲共識。委員所提意見，送請衛生福利部社會保險司參考。

拾貳、臨時報告案(如附件 1)(提至討論事項第三案之後)

報告單位：本會第三組

案由：中央健康保險署提報「地區醫院之急診診察費保障每點 1 元案」，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉，同意 106 年度醫院總額一般服務保障項目及支付方式，新增「地區醫院之急診診察費(每點 1 元支付)」乙項，並自 106 年 10 月 1 日實施。
- 二、本案屬「須提報本會同意後執行」之議案，未來請以討論案方式辦理。

拾參、復議案(如附件 2)(提至臨時報告案之後)

提案人：干委員文男

連署人：陳委員亮良、張委員清田、吳委員榮達、陳委員平基、郭委員錦玉、林委員惠芳、蔡委員麗娟、李委員永振、張委員文龍、羅委員莉婷、王委員雅馨、李委員育家、徐代理委員珮軒(林委員敏華代理人)、陳代理委員爾嘉(林委員錫維代理人)、何代理委員語(劉委員志棟代理人)

代表類別：保險付費者代表

案由：建請醫院與西醫基層 106 年度健保醫療給付費用總額之 C 肝用藥專款項目經費得相互流用案，提請復議。

決議：

- 一、本案基於尊重西醫基層總額部門代表之意見，及本會前所議定之總額協商通則，爰依提案委員建議，予以撤案。
- 二、為維護病人就醫權益，請中央健康保險署依循本會 8 月份委員會議(106.8.25)之決議，加強鼓勵並協助 C 型肝炎病患至基層診所接受新藥治療。

拾肆、討論事項

第四案

提案人：謝委員武吉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：基於維護本保險資源的價值，籲請本會督促公費流感疫苗接種之主責業務單位疾病管制署進行該案處置費之檢討與調升，同時對本保險代收代付之作業研擬行政作業補助案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

拾伍、報告事項

報告單位：中央健康保險署

案由：有關「藥品價量協議(PVA)回收金額回歸總額」，健保署之執行方式案，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

拾陸、散會：下午 14 時 15 分。

臨時報告案

報告單位：本會第三組

案由：中央健康保險署提報「地區醫院之急診診察費保障每點 1 元案」，請鑒察。

說明：

- 一、依「106 年度全民健康保險各部門醫療給付費用總額一般服務費用分配方式」公告，「需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，由健保署會同各總額相關團體議定後，送本會同意後執行」。查 106 年度各部門總額一般服務保障項目，前經本會 105 年 12 月份委員會議同意(如附件一)。
- 二、查健保署於 106 年 9 月 1 日「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議第三次臨時會議」，討論「應用 106 年度醫院總額醫療服務成本指數改變率預算(29.67 億元)，調整支付標準案」，通過下列項目：
 - (一)修訂地區醫院部分項目之支付標準：業於 106 年 9 月 30 日發布修正，並自 106 年 10 月 1 日生效。
 - (二)地區醫院之急診診察費保障每點 1 元：須依上開 106 年度總額公告，經本會同意後執行。
- 三、本次健保署提送「地區醫院之急診診察費保障每點 1 元案」(附件二)，擬自 106 年 10 月 1 日實施，推估增加 1.35 億點，預算來源為 106 年度醫院總額醫療服務成本指數改變率所增預算(29.67 億元)，建請同意自 106 年 10 月 1 日實施。

決定：

衛生福利部全民健康保險會第 2 屆 105 年第 12 次委員會議紀錄(節錄)

壹、時間：中華民國 105 年 12 月 23 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)

拾、例行報告

第三案

報告單位：本會第三組

案由：中央健康保險署提報「106 年度各部門總額點值保障項目案」，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉，106 年度各部門總額一般服務保障項目及支付方式，如附件。
- 二、重申「需保障或鼓勵之醫療服務以回歸支付標準處理才是正途」，未來請中央健康保險署依此原則辦理，並減少點值保障之項目。

106 年度各部門總額一般服務保障項目及支付方式

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

- 註：1.每季各婦產科診所撥付款項=280 點 x 季申報總住院日數，每點以 1 元計算後撥付應用於提升護理人員之夜班費、超時加班費、提高薪資、加發獎勵金等用途。
- 2.以前一季各區門住診平均點值支付，如前一季該分區門住診平均點值小於當季浮動點值，該分區該季偏遠地區醫院之浮動點數以當季浮動點值核付。

電子公文

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324
承辦人及電話：宋兆喻(02)27065866轉3616
電子信箱：al10995@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國106年11月10日
發文字號：健保醫字第1060034071號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

裝

主旨：106年應用醫院總額部門醫療服務成本指數改變率增加之預算8,967.4百萬元，調整全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準修訂案辦理情形之補充說明，請查照。

說明：

- 一、旨揭預算用以支付標準調整案，本署業於106年10月19日以健保醫字第1060034032號函請貴會備查在案（諒達）。
- 二、除上開支付標準調整外，於106年9月1日本署召開之全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議第三次臨時會議亦議定「地區醫院之急診診察費保障每點一元」，並自106年10月1日實施，推估增加135百萬點，亦由旨揭預算支應，該會議紀錄已於106年9月7日以健保醫字第1060033857號函副知貴會在案。

訂

線

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：本署醫務管理組  2017/11/10 13:43:36

衛生福利部全民健康保險會收發



全民健康保險會提案單

提案日期：106 年 11 月 17 日

提案者	于文男
委員代表類別	付費者
提案屬性 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 一般提案 <input type="checkbox"/> 臨時提案 <input type="checkbox"/> 修正案 <input checked="" type="checkbox"/> 復議案
案 由	建請醫院與西醫基層 106 年度健保醫療給付費用總額之 C 肝用藥專款項目經費得相互流用案
說 明	<p>一、106 年度健保醫療給付費用總額之專款項目分配用於 C 型肝炎用藥之情形如下：</p> <p>(一)西醫基層：</p> <p>1、C 肝新藥 2.88 億元。</p> <p>2、B 肝用藥及 C 肝干擾素療法共 4 億元。</p> <p>(二)醫院：C 型肝炎用藥經費 26.55 億元(含一般服務移列 9.43 億元)。</p> <p>二、健保署以名額管控方式管理 C 肝新藥專款項目經費之運用，該署提供截至 106 年 11 月 12 日之 C 肝新藥剩餘名額如下：</p> <p>(一)醫院：自 9 月 27 日起已無使用名額。</p> <p>(二)診所：剩餘名額 471 個(41%)，預估至年底仍剩餘約 325 個。</p> <p>三、健保署建置之 C 型肝炎全口服新藥使用登錄系統，可供醫療院所先行上傳暫存患者資料，待患者確定開始接受藥物治療當日，由醫事機構操作系統取得用藥名額號碼後，其用藥方由健保給付。依據健保署提供統計資料，目前醫院已於系統上傳暫存之病患資料，尚未取得用藥號碼者，</p>

	共有 302 位(詳附件)。
辦 法	<p>一、本案專款流用所涉項目之用途，均為 C 型肝炎之用藥治療，且 C 肝新藥專款項目經費之運用已採取名額管控方式管理，西醫基層專款經費流用至醫院專款是為讓健保資源充分利用，非撥補醫院專款之不足。</p> <p>二、建議比照總額協商 107 年度 C 肝用藥經費編列方案精神，讓 106 年度醫院與西醫基層總額之 C 肝用藥專款項目經費得相互流用。</p>
內容符合 (請勾選)	<p>全民健康保險會法定任務：</p> <p><input type="checkbox"/> 保險費率之審議事項。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配事項。</p> <p><input type="checkbox"/> 保險給付範圍之審議事項。</p> <p><input type="checkbox"/> 保險政策、法規之研究及諮詢事項。</p> <p><input type="checkbox"/> 其他有關保險業務之監理事項。</p>
連署或附議人 (臨時提案、 復議案填入)	<p>陳高良、許清田、趙榮進</p> <p>趙銘圓、孫佩軒、林銘維</p> <p>陳子豐、郭錦玉、陳國嘉</p> <p>許嘉芳、蔡麗娟、李永振</p> <p>張文龍、羅淑玲、何昭</p> <p>王雅馨、李育良</p>

第 3 屆 106 年 第 10 次 委員 會議
與 會 人 員 發 言 實 錄

壹、「議程確認」、「請參閱並確認本會上(第 9)次委員會議紀錄」
與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

主委和各位委員，大家早安！現在有 26 位委員出席，已經過半數，請示主席是否宣布開始今天的委員會議。

傅主任委員立葉

各位委員和同仁，大家早安！現在就開始今天的委員會議。首先進行議程確認。

周執行秘書淑婉

一、報告主委和各位委員，這次的議程安排有討論事項 4 案、報告事項 2 案，其中討論事項第一案為「107 年度全民健康保險保險費率方案(草案)審議案」，係本會法定任務，其餘案由均為上次會議移列。

二、議程第五項是依照上次會議決定列為優先報告的項目，其中併案處理多項的特定業務報告，為了提高議事效率，建議健保署就「全民健康保險業務執行季報告」進行整體口頭報告。本會幕僚考量涵括內容繁多，為利委員瞭解，已於會前整理各報告案的重點摘要，寄送給委員參考，並於今天提供書面資料，委員如有問題可於李署長伯璋報告之後提出詢問。

三、另外，健保署提報「地區醫院急診診療費保障每點 1 元案」的臨時報告案，幕僚建議安排在第七項報告事項「有關藥品價量協議(PVA)回收金額回歸總額，健保署之執行方式案」之後再進行討論。

傅主任委員立葉

對於議程的安排，各位委員是否同意，有沒有不同意見？(未有委員表示意見)沒有的話，就照議程的安排進行下一案。

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請問各位委員對於上次委員會議紀錄有沒有意見？(未有委員表示意見)沒有的話，就予以確認，接下來進行下一個報告案。

貳、「上(第9)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

- 一、請各位委員翻開會議資料第 13 頁，說明一，上(第 9 次)次委員會議決議(定)事項計有 12 項，依辦理情形建議繼續追蹤 12 項；歷次委員會議決議事項達解除追蹤條件，這部分本會幕僚有更新資料，擬解除追蹤由原先的 3 項修正為 2 項。但最後還是依委員議定結果辦理。
- 二、請委員翻到會議資料第 16 頁，歷次委員會議擬解除追蹤部分：
 - (一)項次 1，配合勞基法修法一例一休政策，對於門診假日開診成本增加，請准由「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目，支應增加之費用案。本案健保署的辦理情形為「107 年度總額協商時，醫界代表已將一例一休納入協商，惟付費者代表均未表贊同，並無共識可據以執行，本項建議解除列管，俟有新案再議。」
 - (二)項次 2，有關「治療心房顫動之冷凍消融導管--『美敦力』北極峰進階心臟冷凍消融導管自付差額特材申請案」，這部分希望健保署督促特約醫院，加強事前告知保險對象，需自付約 24 萬元的「必要共同使用之同組特材」相關訊息，以保障病患權益。健保署業於 10 月 12 日將該特材的相關資訊，公布於健保署全球資訊網，內容包括「民眾篇」、「醫院篇」及「作業問答題」等，供外界就醫參考，建議解除追蹤。
 - (三)項次 3，本會幕僚考量健保署需要提供完整的報告至本會討論，故將本項修正為繼續追蹤。
- 三、請各位委員翻到會議資料第 18 頁，擬繼續追蹤有 12 案，簡單說明如下：
 - (一)項次 1，有關「107 年度西醫基層、中醫門診、牙醫門診、

醫院醫療給付費用總額及其他預算案」，在衛福部核定及決定後，由幕僚與健保署彙整核定內容與協商結果之差異，及各協定事項之追蹤時程，供委員參考，本項預定於106年12月彙整提報後解除追蹤。

- (二)項次 2，有關「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率報告案」，須將協定結果報請衛福部核定與決定部分，幕僚業於 11 月 2 日以書函陳報衛福部核定，將於衛福部核定後解除追蹤。
- (三)項次 3，「107 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案」，如仍有部分服務需採點值保障，於 12 月底前送本會同意後執行，本案將於健保署送本會同意後解除追蹤。
- (四)項次 4，「107 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」，醫師公會全國聯合會還在配合辦理中，最遲於 12 月定案後解除追蹤。
- (五)項次 5，有關「107 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案」，如仍有部分服務需採點值保障，也一樣在 12 月送本會同意後再解除追蹤。
- (六)項次 6，有關請醫院協會提出「107 年度醫院總額地區預算分配的建議方案」，原本希望健保署協助試算後再提出。不過今天醫院協會有補充提出公文，公文的說明三提到，同意 107 年地區預算分配同 106 年之占率。另在說明四述明，請健保署協助試算部分，期望在 108 年作為地區預算分配之依據。本項建議修正為解除追蹤。
- (七)項次 7，「107 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案」，如仍有部分服務需採點值保障，一樣在 12 月送本會同意後再解除追蹤。
- (八)項次 8，有關 107 年度中醫門診總額一般服務費用移撥部分經費，用於風險調整之建議方案，中醫師公會全國聯合會已於 11 月 13 日函送建議方案至健保署討論，詳細資料在

補充資料第 3 頁，期望能於 12 月定案後解除追蹤。

(九)項次 9，「基於維護台灣整體醫藥生態平衡發展與現行健保藥費議題及藥價支付標準的檢討，建議健保署秉於保險人權，向藥商調查『專利期內藥品』於各類特約醫事服務機構的折扣狀況」，請健保署於 3 個月內就委員關切事項，進行專案報告，本案預定於 107 年 1 月專案報告後解除追蹤。

(十)項次 10，請委員翻到會議資料第 20 頁，有關「落實全民健康保險法第 51 條第 4 款之規定，包括研提『成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品』逐步不納入健保給付之規劃與配套措施，及對健保財務之影響評估；若確有窒礙難行之處，亦請評估有無修法之必要性」，將於健保署提出整體評估報告後解除追蹤。另外今天的更新資料有新增項目，是有關現行健保實務中有無違反健保法之情事，請委員提供具體內容部分，謝委員武吉已提供具體內容在更新資料的附件二(第 7 頁)，本案繼續追蹤，這部分請相關單位參考辦理。

(十一)項次 11，有關「從健保大數據分析，邁向健保改革之路乙文，建議檢討健保給付價較高品項的支付點數及給付規範，防杜藉由高單價檢查項目不當圖利之情形案」，決議請健保署提共同擬訂會議討論，健保署預定於 107 年 12 月底完成協商，本案在健保署提報辦理結果後解除追蹤。

(十二)項次 12，請健保署提報「健保藥品品質監測計畫」之結案或進度報告，健保署回覆已於 106 年 7 月 13 日請藥政主管機關食藥署協助判斷、說明，食藥署則建議需再行複檢確認，將俟確認檢驗結果後提出專案報告。

四、請各位委員再翻到會議資料第 13 頁，說明二，幕僚為規劃 107 年度工作計畫，相關事項擬先行確認，俾利後續安排：

(一)部分委員反映是否調整每個月委員會議的固定開會時間，本會幕僚爰於 10 月 31 日以電子郵件初步徵詢委員意見，

感謝 35 位委員全部回覆，結果是以選擇每月第四週星期五開會的委員最多，回覆結果整理在附件，第 22 頁，作為本次會議討論之參考。最後仍依委員會的決議情形辦理。

(二)明(107)年 2 月 15 日至 20 日適逢農曆過年，2 月 28 日為國定假日，如按行程於 2 月 23 日開會，幕僚需在春節期間完成議程編製、寄送，會後議事錄委員之確認將逢 228 假期，行政作業時間緊迫，有其困難，爰建議 2 月份、3 月份委員會議合併召開。

(三)為利委員彼此溝通及實地瞭解健保業務之推動狀況，預定明年 3 月份安排共識營及業務參訪活動，且與當月的委員會議合併舉行，時間為 2 天 1 夜，幕僚提出初步構想如下：

1. 預定參訪主題：全民健康保險居家醫療照護整合計畫之執行情形，預定參訪的地點是健保署台北業務組轄下金山地區的醫療院所。
2. 共識營預定主題：如何提升總額協商之議事效率。這部分請委員提供意見給幕僚參考。

五、請委員翻到會議資料第 14 頁，說明三，衛福部和健保署 10 月份發布及副知本會相關資訊如下：

(一)衛福部

10 月 27 日公告修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」主要修訂滿意度調查相關內容、專業醫療服務品質指標之定義及排除條件，以及刪除獎懲機制，相關資料請各位委員參閱。

(二)健保署

1. 10 月 26 日公告 106 年 4 項中醫醫療照護計畫新增承辦資料，本會整理目前承辦醫療院所及醫師名單，請各位委員參閱。

2. 10 月 17 日函知 106 年第 1 季「全民健康保險其他部門結

算說明表」，資料在第 129~130 頁，請各位委員參閱。以上報告。

傅主任委員立葉

謝謝周執行秘書淑婉的說明，首先針對委員會議決議事項的辦理情形及追蹤部分，請委員表示意見，請吳委員榮達。

吳委員榮達

針對會議資料第 20 頁第 10 項，上次會議我有提出建議，就歷年有關指示用藥不再納入健保給付部分，能夠檢討其相關用藥經費的使用情形，及將指示用藥不再納入健保給付的相關項目及數據資料，提供總額協商時參考，好像都沒有提到，可否再做說明。

傅主任委員立葉

是否將吳委員榮達的意見補充列入追蹤內容？請干委員文男。

干委員文男

同一個問題，健保藥費占總費用的四分之一，我們從來都不知道藥費的使用情形，希望健保署每 1 季分析使用量最高，以及藥費最貴的幾項藥品，舉例至少 30 或 50 項藥品的資料給委員參考，讓委員瞭解健保四分之一的費用用到哪裡。總額協商時跟藥費沒有關係，業務報告中也沒有藥費的相關資料，都放風吹去了(台語)。我同意吳委員榮達的意見，希望健保署能夠提供委員藥費的相關資料。

傅主任委員立葉

委員所提意見請健保署參考，希望健保署能儘速提出相關報告，這些意見也都列入追蹤內容，可以嗎？請李委員永振。

李委員永振

一、對於上次委員會議繼續追蹤第 12 項，建請健保署提報「健保藥品品質監測計畫」之結案或進度報告，建議健保署排出一個時程，本案是提報計畫的執行結果，健保署回覆已於 106 年 7 月 13 日請食藥署協助判斷、說明，但至今已延宕 4 個月，還未提出專案報告。

二、本案如果不是上次委員會議提出臨時提案，在冰山之下不知道

要等多久，本案並不只是計畫，而是要呈現執行的結果，希望健保署訂出一個時程，以利本會幕僚追蹤。

傅主任委員立葉

稍後請健保署提供提報的時程，請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、有關會議資料第 20 頁，上次委員會議繼續追蹤第 11 項，我很關切李署長伯璋在媒體發表中提到「從健保大數據分析，邁向健保改革之路」。我想其內容涉及的層面十分廣泛，透過文字和實際操作或許會有一段差距，而且李署長難得在場，是不是可以請李署長針對這篇文章做深度的說明。
- 二、我希望瞭解健保署未來對臺灣健保努力、著力的方向是什麼，想要聚焦一點，且有明確的方向，我想這也是社會大眾及健保會付費者代表殷切的期待。今天剛好李署長也在場，可否請他針對這篇文章內容做細部說明。

傅主任委員立葉

等一下請李署長伯璋一起回應，是否還有其他委員要提問？請王代理委員秀貞。

王代理委員秀貞(謝委員武吉代理人)

- 一、我代理謝委員武吉出席本次會議，感謝各位委員對於謝委員上次會議提案的關切，會議資料第 19 頁上次委員會議繼續追蹤第 9 項，有關藥價調查的議題，當時有擬訂進度，委員在會議中也有提出希望提供絕對數字，而非比率，不知道絕對數據可以在 3 個月後的專案報告呈現，還是可以先提供。
- 二、另外，有關上次委員會議繼續追蹤第 10 項，有關指示用藥不給付部分及其他違反健保法事項，也是剛剛吳委員榮達及其他委員關心的議案。在上次會議之後，已將補充資料送交本會，但該議案含括項目比較廣泛，且沒有制訂時程，剛才也有委員提出上次會議繼續追蹤的議案，要提出追蹤時程，建議本案也要訂定時程進度，在後續 Follow(追蹤)時也會比較明確。

傅主任委員立葉

還有沒有其他委員要提出問題或意見，請商委員東福。

商委員東福

我想針對開會時間的部分提問。

傅主任委員立葉

請商委員東福稍等一下，我們先將決議事項的辦理情形處理完，再討論明(107)年度的開會時間事宜。各位委員如果沒有意見，先請健保署回應，請李署長伯璋。

李署長伯璋

- 一、我想針對王代理委員秀貞所提，上次委員會議繼續追蹤第 10 項，「成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品不納入保險給付範圍」部分先做回應，健保署已將 928 項指示用藥的資料寄給各相關協會，請他們提供意見，有些用藥的確是醫界及民眾需要的，如何減少民眾負擔並取得平衡點，是我們需要思考的，因為要一次停掉 928 項指示用藥很容易，但會引起不必要的反彈。
- 二、委員提到藥品使用去向的問題，我們分析目前健保的用藥共 16,000 多項，其中只有 684 項在 14 類藥品(指藥品藥理治療分類碼 Anatomical Therapeutic Chemical code，簡稱 ATC)中，此 14 類包含高血壓、糖尿病等藥品，這些藥品佔了所有費用的 80%，所以未來要針對這 684 項藥品做管理。雖然在雲端藥歷有管控 6 項藥物，但只有 300 多億元，這部分我們會再了解醫界使用藥物的合理性。目前用藥最多的是高血脂部分，此部分應該要回歸社區醫院及診所使用，這是屬於慢性疾病，也是未來落實分級醫療政策需要面對的議題。
- 三、關於李委員永振提到藥品品質監測計畫部分，我們目前已與 TFDA(食藥署)討論，原則上 12 月底會有結論，因為有些部分請需 TFDA 加強審查，這部分必須向委員報告，藥品目前無論學名藥或原廠藥，藥效一致的話，我們認為政府目前品質監測的情況應該都一樣，不過這一點需要 TFDA 協助完成，希望

12 月底會有結論。

- 四、至於陳委員亮良提到上次委員會議繼續追蹤第 11 項，有關雲端資料部分，各位委員應該知道，這幾天我們與相關醫院代表討論如何善用雲端資料，在影像部分，過去診所都不容易看到，目前策略是先從 8 家醫學中心開始運作，包括臺大、林口長庚、成大、高醫、慈濟等醫院，協助將雲端資料上傳，上傳速度沒有問題的話，接著要處理調閱的問題，希望各家醫院及診所都可以調閱到雲端資料，如果可以落實，未來民眾不管在基層診所或地區醫院看病，雖然沒有充足的設備，但是有許多相關資料可以調閱，可以充分協助落實分級醫療政策。
- 五、我們已向部長報告，要求醫學中心將病人轉診至地區醫院或診所所有困難，因為民眾對於地區醫院或診所的設備沒辦法完全信任，但是未來在基層就醫，可以藉由雲端資料向病人解釋，病人曾經在台大醫院進行檢驗的項目及結果，或後續應該如何治療等。目前雲端資料建置的進度很順利，希望 12 月下旬可以落實將雲端資料分享。
- 六、前幾天蔡理事長在臺灣醫學會聽我報告關於癌症用藥的情況，他們給我最多 5 分鐘說明，我說 1 分鐘就可以說完，假如所有癌症用藥健保都給付的話，當然很好，但是做不做到才是問題，希望台灣病人在接受治療時不要被當人球。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、主席、各位委員，聽完李署長伯璋對於「從健保大數據分析，邁向健保改革之路」的說明，這些資源包括斷層掃描、核磁共振等雲端數據的分享，這是非常正面的，我希望不管是在醫院或在西醫診所都能充分來運用。
- 二、關於本項議案，健保署回覆要到 107 年 12 月底才能完成與醫界協商，可是剛剛李署長說明已經完成協商，馬上可以上線，

到底是 106 年還是 107 年？需要 1 年時間嗎？這樣速度太慢了，應該盡快將這些資源讓醫界共享，讓付費者得到最好的醫療品質。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

- 一、我補充陳委員亮良所說，他說得比較婉轉。其實就是健保醫療資訊雲端查詢問題，等一下再來談。
- 二、先說謝委員武吉的提案，是指要看到李署長伯璋的報告及執行情形，也許署長與健保會有距離，因為都是沒有時間讓署長來健保會報告，只在報紙上看到許多問題之後，才會在健保會提出，委員也不曉得有這些問題，健保會委員被外界問到時，也一問三不知，都不知道李署長對外發表一堆問題。
- 三、有些問題在李署長的權責之下就能解決，只要將手段或方法提報健保會，討論是否有其必要性，不然健保會委員好像所有問題都是在報紙上看到，我有時候簡訊也會看到，但反而不知道李署長做了什麼，感覺李署長都忽略健保會，請李署長補充說明。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

針對署長的答覆，我非常不滿意！但不想浪費大家的時間，我另外用書面提出詢問，因為我覺得針對上次委員會議繼續追蹤第 10 項，健保署的答覆都是虛應故事，對於違法狀態持續存在，然後說再開一個會議，又沒有訂定時程。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

- 一、本來這個意見是在下 1 個議題才要提出，剛才干委員文男已經

提到，有關健保署的例行報告，應該將重點說明讓委員知道，不是將每月的執行數據唸一次。但每次呈現出來的資料都一樣，只有將 1 個月改為「季」，但重點的業務執行內容是什麼，都看不到。

- 二、李署長伯璋時間寶貴，但是報告了半天，委員要的都沒有，你的政績也沒有讓委員知道，只有透過媒體得知，是在收買消費者嗎？希望健保署能再考量，如何將每 1 季的業務執行重點，及 3 個月內的執行狀況，就委員需要了解的議題提出報告，雖然這次列了 4 個月的業務執行報告，因為上半年都沒報告，8 月及 9 月又一起報告，資料就會掩蓋過去，重點卻沒有呈現。
- 三、我認為業務執行是 1 個議題，而不是 3 個議題，對於上次季報沒有報告到的議題，應該在今天一起報告。請健保署看怎樣整合，以利委員了解業務執行重點，而不是用 3 個議題來報告。以上是我個人看法，請健保署參考。

傅主任委員立葉

我想李委員永振的意見就提供健保署參考，其實這些書面的統計資料，委員們自己都會看，健保署口頭報告時應該要報告業務的重點，尤其是政策重點事項，委員會更關心，因為書面資料沒有辦法凸顯。希望以後口頭報告時，能夠將業務重點提出來。接下來請王代理委員秀貞。

王代理委員秀貞(謝委員武吉代理人)

- 一、謝謝署長剛剛的說明，我們詢問的是追蹤事項的項次 9「向藥商調查『專利期內藥品』於各類特約醫事服務機構的折扣狀況，並於本會報告案」，就我的印象，健保署於上次委員會已用百分比方式提供各層級藥價差狀況，但當時朱代理委員益宏在會上有提出是不是可以提供絕對數字，因為用百分比去看，可能與實際還是很有距離，所以希望健保署可以就上次會議提供的百分比數據，補充絕對數字。
- 二、還有委員關切項次 11「從健保大數據分析，邁向健保改革之

路」乙文，建議檢討健保給付價較高之品項(如：電腦斷層、磁振造影、正子造影等)支付點數及給付規範，防杜藉由高單價檢查項目不當圖利之情形案」。當時候主要是感受到署長跟健保署同仁很用心，健保署開始將長久以來的健保資料，幫大家去做數據上的分析，未來我們怎麼讓這些資料有意義，所以謝委員武吉才在健保會提出討論。就我所知，昨天健保署召開有關的檢驗檢查上傳資料會議，可能在健保會的資料議程準備比較早，所以健保署來不及呈現這些資料，但我們可以感受署裡面很用心。對於委員所寄予厚望的事項，希望健保署能幫忙我們一起完成。

傅主任委員立葉

謝謝，還有沒有其他委員有意見？請干委員文男。

干委員文男

剛才前面提到項次 12「健保藥品品質監測計畫之進度報告」要繼續追蹤，但不曉得健保署何時可提出專案報告？12月份可以嗎？

傅主任委員立葉

健保署有沒有要再回應？

蔡副署長淑鈴

針對項次 9「向藥商調查『專利期內藥品』於各類特約醫事服務機構的折扣狀況，並於本會報告案」，我們上次已經按醫療院所 3 個層級提供藥價差的百分比，剛剛王代理委員秀貞好像是要我們提供絕對金額是嗎？這部分，我們會後再看看怎麼樣提供好不好？

傅主任委員立葉

關於上(第 9)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形，有委員認為有些擬繼續追蹤的案件應該要訂出追蹤時程。首先是項次 12「健保藥品品質監測計畫之進度報告」，剛剛李署長的意思是下(12)個月提出，那我們就列入紀錄。至於項次 10「『成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品』不列入本保險給付範圍，建議儘速依法改正，其他違反之相同情事，亦應比照辦理案」，請問健保署覺得什麼時候可

以提出報告？

蔡副署長淑鈴

吳委員榮達剛剛說會後把他的需求給我們，我們另外再回覆委員。

傅主任委員立葉

- 一、項次 10 就不訂定報告時程，委員還有沒有其他意見？沒有的話，就照剛剛的意見處理，其餘各繼續追蹤的事項就洽悉。
- 二、接下來討論明年度開會時間，請問大家對於這部分有沒有意見？幕僚將相關意見的調查結果列在第 22 頁，供委員參考。先請商委員東福說明。

商委員東福

- 一、謝謝主委，容我再次向各位委員補充說明，建議調整委員會議的時間，是因為各公司行號或機關配合費率調整，其資訊系統需配合修改，程式的修改需要時間，因此他們才會建議次年度的保險費率需要在 12 月中以前決定，以利即時完成系統的修改。依照過去 2、3 年的實務經驗，無論行政作業再怎麼壓縮，健保會將審議結果陳報到部裡面，再到行政院核定都已經 12 月底，時間上沒辦法讓這些單位即時將資訊系統修改好。所以去年才建議委員會議的時間要提前，但當時已屆年底，大家第 2 年行程可能都訂了出國，所以這次調查時，才會建議是不是可以將每月委員會議都提前到第 2 週召開。若委員會議都訂在第 2 週，就不會像現在這樣，要在 11 月份以提早 1 週的方式召開。
- 二、所以我還是要在這邊補充說明，事實上感覺委員意見的調查結果，選擇第 2 週跟第 4 週的票數僅差 1 票，也有委員表示無意見，所以也想再聽聽各位委員的意見，在此還是要強調因為這樣改變，可以解決民間或機關團體公司的困難跟需求，以上補充。

傅主任委員立葉

有關商委員提供的意見，其實這兩個時間的票數很接近，還有 4 位

委員沒有表達意見，現在要表達也可以，大家看法如何？我們是不是先將第幾週開會先訂下來，再處理其他事項。有沒有還沒有表達意見的委員要表達，或是原來有表達意見，現在要改變態度的也可以。

趙委員銘圓

我是建議其實大家對這個議案都沒什麼問題，就按照調查結果處理，不需要為了這個浪費後面議程時間，以上建議。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

我是沒有表達意見的，但我不曉得社保司建議的第 2 週，跟目前的第 4 週，對於委員的其他會議安排習慣及會議幕僚作業有沒有影響，尤其是保費的結算是不是來得及有沒有關係？請會裡面先表達意見？看怎麼樣安排對委員會議比較好。

周執行秘書淑婉

其實 11 月份我們本來就是將委員會議提早 1 週，像今天一樣，所以我們已經盡量把時間作調整，但可能商委員東福覺得他們的作業上還是會有影響。因為我們今天會後，就會把費率審議的結果陳報到衛福部。

商委員東福

- 一、這個我補充一下，其實我們內部過去曾反映過，若僅將 11 月份委員會議提早到第 3 週，就會有干委員文男提到幕僚作業會來不及的情況，所以今年才會建議整年都調成第 2 週的方式，這邊還是強調，雖然第 2 週跟第 4 週好像差不多，但第 2 週的話，確實可以達到公司團體民間或行政機關的需求。
- 二、我也可以特別講一下，以 105 年為例，健保會報部是在 11 月 28 日，部裡面報轉到行政院是 12 月 6 日，但行政院核定的時間，不可能是一、兩個禮拜，最後是 12 月 30 日核定，而且是中間有行政催促才有的結果，按照原來第 4 週這樣的方式，是

無法符合民間作業的需求的。所以才會再次提希望調整委員會議的時間。

傅主任委員立葉

各位委員覺得如何？因為我們是依照共識來決定，投票當然是 1 個參考，如果大家都沒有意見，就按照投票的結果。要維持第 4 週還是提前到第 2 週？其他委員有意見嗎？

千委員文男

我是沒有投票啦！但我尊重 18 位委員的選擇，建議第 4 週。

傅主任委員立葉

- 一、既然這樣，就還是跟今年一樣，維持每個月第 4 週開會，不過 11 月份會議提前 1 週。
- 二、接下來是關於委員建議委員會議時間要不要變更。有委員建議提前到 9 點開始、12 點結束。這部分我想也要考慮中南部委員在交通上的時間是不是來得及？請陳委員亮良。

陳委員亮良

我想住在都會區台北的人開會很方便，但是在中南部委員要趕高鐵，像我早上趕 7 點的高鐵，這已經是最早的高鐵了，再更早我們是沒辦法準時參加，這部分就照往例，不宜再修正，以上說明。

傅主任委員立葉

這樣子的話，因為也只有少數委員的提議，我們就維持跟今年一樣。接下來是有關議程的掌控，我們會努力盡量不要讓案子往後延宕。請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

不好意思，雖然希望會議資料可以早點寄送不是我提的，但因為我們接到時間都是星期一下午，有沒有可能星期五下午之前就接到，或許可能在整個處理過程裡會有一點困擾？但假如沒有的話，會議資料的寄送是否可以提前，讓委員星期五下午可以收到，那麼週末還可以看一看，因為星期一接到都還在上班，一邊要上班，一邊要再看會議資料的話，就會有點匆促，這是建議啦，謝謝。

傅主任委員立葉

我知道健保會的同仁已經非常努力。平常準備資料的時間都已經很壓縮，同仁覺得有可能提前嗎？或是可以用快遞的方式處理。

周執行秘書淑婉

如果是這樣，我們以後就用快遞寄送，不過快遞需要有人簽收，我們會後再看看可以怎麼處理，原則上還是要請健保署將會議資料及時提供，因為議程的作業時間已經很壓縮，但我們會盡量去達成，如果是用快遞寄出，不知道有沒有人可以幫忙委員收件？(委員回應：應該沒問題)

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

我想趙委員銘圓講的非常有道理，我們平常還要上班。星期五跟星期一就是差1天寄而已，委員也希望在開會前一週下午就可以收到這份資料，充分的理解以上說明。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

陳委員亮良講的跟趙委員銘圓講的資料，我感受最深啦，我如果星期五收到，週末就可以好好研讀，不懂的可以去請教人家，如果說收不到，因為現在有週休二日，所以郵寄時間都會拖很久。但我們上班時間，還要抽空看議程，有點辛苦，所以希望可以盡量提早在星期五送到，但也我知道，有時候是健保署資料還沒有送出來，以前都這樣，送不出來的話，健保會的議程就沒辦法送出來，以往記錄都這樣，這樣的話，要請健保署能夠配合啦。

傅主任委員立葉

一、這部分請健保署幫忙，並請同仁盡量努力讓委員們在星期六之前拿到會議資料，不管是遞送方面或資料準備方面，都再努力一下。還有沒有其他意見？沒有的話，其餘就洽悉。

二、另外 2、3 月份委員會議合併召開，這部分委員應該沒有意見；因為過年的關係，就將 2 月跟 3 月的委員會議合併召開，如果沒有問題，就通過。請進行下一案。

吳委員榮達

- 一、就會議資料第 13 頁及第 14 頁提出以下詢問，第 13 頁說明二(三)的第 2 點提到要舉辦共識營，這部分我建議健保會再考慮看看，因為有關於總額協商的部分，不能達成共識是雙方意見歧異的問題，不是議事效率的問題，我們要花半天去討論議事效率，並沒有必要。
- 二、會議資料第 14 頁說明三(一)及(二)，雖然會議資料附了衛福部及健保署的函，但這 2 個函都說詳附件，我們沒看到附件，等於不知道裡面內容是什麼，如果以後會議資料附錄是函的話，可否連函的附件都給我們看一下。
- 三、會議資料第 130 頁，我有一點疑問想要請教請健保署，我們看一下「(十)有關提升保險服務成效部分」，裡面有 2 個預算，1 個是 106 年的 310 百萬元，1 個是 105 年「健保藥品品質監測計畫」未執行完成的 10 百萬元，總共 320 百萬元，因為我不是很瞭解相關的法規，請教一下，對於上年度未執行完畢預算能否保留至下一年度合併使用？這是第 1 點我想瞭解的部分。然後第 2 點是，上面只講到第 1 季使用的情形，但不知道使用的項目包含哪些，可不可以提供書面資料，讓我們瞭解裡面使用情形。

傅主任委員立葉

還有沒有其他意見？沒有的話，請健保署蔡副署長淑鈴說明。

蔡副署長淑鈴

有關保留的部分，請主計室說明，另外提升保險服務成效內容我們會後提供書面資料給吳委員榮達。

李專門委員淑芳

跟委員報告，提升保險服務成效我們會按照總額協定內容控管執

行，如果當年度沒有執行完畢，可併到下年度持續執行。

蔡副署長淑鈴

我補充一下，這項已經列入本署基金預算裡面，立院也併同監督，這部分就循預算程序辦理。吳委員所提有關提升保險服務成效執行內容我們會後提供書面資料給吳委員榮達好嗎？謝謝。

傅主任委員立葉

謝謝！關於剛剛吳委員榮達提到共識營的問題，我想幕僚擬這個題目，主要目的不是只有提升議事效率，而是因為上次協商的經驗，發現大家對於協商規則有一些不同看法，對於規定的認知也不同。委員是不是可以藉由共識營的機會多加溝通，增加大家的共識，而不單只是提升議事效率。請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、關於會議資料第 13 頁共識營及業務參訪，我記得在今年參加過的訪查中，也有到過非常偏鄉的地方，在訪查過程中我看到牙醫部門在台中提供的身心障礙者診療，特別是有個仁愛之家，看了讓人很感動，裡面都是那些身心障礙者、殘障而且是癱瘓的兒童，這部分讓我非常有感。對於提升總額協商議事效率，我是覺得有需要，因為我們今年總額協商議事效率，總協商達成率才 11.8%，未達共識的部分卻達 88.6%，我認為對付費者來講，我們希望用最時價的金額，去買到好的醫療品質，醫療服務提供者也很有意願提供好的醫療品質，要達成這部分的共識，兩造之間應該要有非常好的協商策略，才會是健保及臺灣人民雙贏的局面，並不是說其中一方堅持，然後來癱瘓整個總額協商的金額的預算。
- 二、若弄到最後都是部長裁示，那就不要設健保會算了。健保會功能就是大家坐下來好好談，通過對話取得共識，為什麼醫界的訴求是這樣，他們的困難點在哪？付費者代表到底要怎樣為付費者把關？這才是臺灣健保永續發展的一個重要的因素。
- 三、我想今年的總額協商過程當中，我是覺得我們一些新進委員被

誤導，我想在座包括王委員雅馨、蔡委員麗娟等等，我們在內部的閉門會議討論中都被誤導，最後發現總額協商的精神並不是如此，對於這種結果，我覺得內心非常沈重，我認為應該要有一個突破，這樣的話，臺灣的健保才能繼續發展、推動。

四、我發現這種按照往例的協商架構，協商流程好像非常僵化，開會開到半夜1點多快2點，但是協商的成效也沒有出來。在座也有西醫基層代表搞整天，但部長到現在還是沒有裁示下來。這是付費者需要看到的地方，我們希望未來是雙贏，大家都是為臺灣的健保努力，以上說明。

傅主任委員立葉

其實，我還蠻認同陳委員亮良的一些看法，就是透過共識營，討論如何提升協商功能，並不會只針對議事效率。透過這個機會，讓大家都能夠意見交流，因為平常的委員會會議都是討論業務的議題，在共識營才有機會對此交換意見，創造一些默契，這樣好不好？就照幕僚的規劃來進行。

趙委員銘圓

原則上，要開共識營我是沒有什麼意見，但是我比較認同剛剛吳委員榮達提的。假如所有醫界需求都要同意，哪裡還需要協商呢？那根本就不用談嘛！今天雙方會有歧見，就是因為僧多粥少。不過我的看法是，假如雙方都能捐棄彼此成見，當然比較好協商。但醫界都是獅子大開口，我們健保預算就是那麼多，政府又已經把該負擔的部分慢慢抽掉，都是要用全民的錢去挹注的話，這種協商就沒有意義。假如我們都沒有意見，那我們就都當凱子，最後就是全民受罪、全民承擔。所以要辦共識營我沒有意見，但是有沒有實質效果，這就是吳委員榮達所提出的意見。協商過程中，身為付費者代表當然應該把關，這是我的意見。

傅主任委員立葉

我想協商是雙方要讓步，如果大家沒有意見(王委員雅馨示意發言)，請王委員雅馨。

王委員雅馨

- 一、今年是第 1 次參與協商，我認為健保是全民的健保，其實在整個溝通過程可以更細緻化，因為今年的協商，有醫療服務提供者代表及付費者代表，而付費者代表中又有不同身分的新加入代表進來如病友團體代表，因為這是一個多元的社會，大家可以讓更多不同的觀念想法進來，彼此互相尊重，我覺得是可以一同朝向的目標。
- 二、協商過程的操作細緻度，包含整個協商的過程的議程安排、第 1 天協商到清晨快 2 點，我發覺很多委員眼睛都非常累，期待明年在效率上是應該有所提升。對於病友團體來講，協商到半夜是個挑戰，坦白講當天回到家，發現全身關節都腫起來。我們都樂見健保要往正向發展，讓整個醫療品質提升，這是我們最終目的，要怎麼達到，就是接下來大家要好好思考的部分。

傅主任委員立葉

謝謝王委員雅馨，既然大家都不反對辦理共識營，就決定依之辦理，至於細節就留待之後再討論。

林委員惠芳

請問一下共識營日期是 3 月哪 2 天...？

周執行秘書淑婉

訪查時間應該是訂於 3 月份第 4 週的星期四、五，配合委員會議的時間，我們屆時會安排。

林委員惠芳

希望能儘早確定時間，這樣委員可以早點保留時間。

周執行秘書淑婉

我們也要配合訪查地點的安排，原則是 3 月份第 4 週的星期四、五。

傅主任委員立葉

請幕僚盡快確定訪查時間，並通知委員。請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、主席、各位委員大家好，早上才參加臺北市政府的市政顧問會議 30 分鐘，就趕過來參加委員會議。我們雇主代表有 5 席，約占付費者代表委員席次的三分之一，健保費有將近 40% 是由雇主負擔，51.8% 的補充保費是由雇主負擔。
- 二、以最近 2 年總額協商的態勢來看，醫界代表是希望能增加更多的經費，但是付費者只能考量目前的財務狀況來同意可以支付多少醫療費用，因此總額協商要全部達成共識是很困難的。而且目前衛福部部長來自醫界，醫界應該會期望部長所做的決策對醫界有利。部長來自醫界而非公衛界，醫師擔任部長，一定要完全站在醫師立場，否則下場一定不太好，我觀察幾位醫界出身的部長，最後的感受都很寂寞。
- 三、我不反對召開共識營，但是主張應該事先規劃共識營的主題，如果只是期望馬上完成協商，是無濟於事的。會議宜講求效率和秩序，如果共識營只是泛泛討論總額協商應該如何進行，相信是無助於協商的結果。最近幾年總額協商的成長率都高達 5%、6%，較以前的成長率 2%、3%，多了將近 1 倍。健保醫療支出越來越龐大，總額協商時，要讓醫界接受付費者版本，付費者同意醫界版本，是很困難的，神仙來談都很難，這是我的看法。妥善規劃共識營的主題，才是最重要的，不是辦理共識營就能夠讓總額協商達成共識，這是不太可能的。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

謝謝主席總算有看到我了，各位委員大家好，我在這邊特別強調，我本身是學勞工領域的，非常認同勞動者，因為他付出畢生的勞動力，在其付出畢生勞動力的過程中，誰獲得利益，就是雇主啊！就是這些商業者啊！賺那麼多錢，當然就要繳那麼多錢。繳錢多不代表就是老大，這是全臺灣 1 千萬勞工付出的勞力所換來的生產力，

我們要知道這種情形，不是財大氣粗說付費多，就可以大聲，並不是這樣，勞動者付出他畢生的勞動力，他獲得什麼？在生產過程中，勞動力也是成本，資本也是成本，土地也是成本。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

主席，程序問題。

陳委員亮良

現在我在講話。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

主席，我提程序問題。

陳委員亮良

(拍桌子)現在我在講話，為什麼要插話。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

主席，程序問題，會議規範的程序問題，我提程序問題，我們現在討論共識營的議題。

陳委員亮良

你提程序問題要等我講完，主席也沒有制止。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

程序問題。

陳委員亮良

主席有制止嗎？主席都沒有講話，你講什麼話。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

程序問題。

傅主任委員立葉

這個議題就討論到此，大家都沒有反對辦理共識營。至於共識營的討論議題，請幕僚儘快規劃並徵詢委員意見後，再來討論。接下來進行下一案，請干委員文男。

干委員文男

進行下一案之前，提出程序問題，提出「建請醫院與西醫基層 106

年度健保醫療給付費用總額之 C 肝用藥專款項目經費得相互流用案」復議案，醫院部門的額度已用完，西醫基層還有一些名額，依照總額協商通則，部門間的經費是不得流用，現在希望能用移撥的方式，讓醫院部門可以使用，讓病人有機會享用健保的照顧，先希望聽聽西醫基層的看法，我們也要尊重西醫基層對本案的看法，我曾徵詢過他們的意見，他們似乎還有意見。

傅主任委員立葉

請各位委員參閱桌上的提案單，請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

本案涉及西醫基層總額的經費，西醫基層內部有討論過，我們基本上是支持資源活用。

傅主任委員立葉

我們要先確定復議案是否成案，請周執行秘書淑婉說明復議案的相關規定。

周執行秘書淑婉

- 一、干委員文男提出的是復議案，依照「全民健康保險會會議規範」第五點「提請復議之理由：議案經議決通過或否決後，如因情勢變遷或有新資料而認為決議確有重加研討之必要時，得提請復議」，本案在今年 8 月份第 7 次委員會議曾經討論過，當時決議不同意流用到醫院部門，希望鼓勵病人到基層診所治療，經費還是留在西醫基層。
- 二、現在委員提出復議案，係認為情勢變遷或有新事證資料，當初不同意，現在提出同意的復議，提案委員已依照提請復議應具備之條件「提案經當次出席委員十分之一以上之連署」規定，目前共有 16 位委員參與連署，加上提案委員，總共有 17 位委員，已經符合提出復議應具備之條件。
- 三、關於復議動議之討論，會議規範規定「復議動議之成立，須經正反雙方對有無復議必要發言後，由出席委員三分之一以上同意決定之」，提案加上連署的委員人數已有 17 位委員，已經

超過三分之一以上同意，惟剛剛黃委員啟嘉似乎要提出不同意見，這部分請大家再做討論，以上。

傅主任委員立葉

要先確定復議案是否成立，目前連署的委員人數已超過三分之一，確定復議案成立。剛剛干委員文男表示還是想聽聽黃委員啟嘉的意見，請黃委員說明。

黃委員啟嘉

請問復議案成立，是代表本案已通過嗎？還是復議案成立後，我可以再發言？

傅主任委員立葉

復議案先成案，接下來再決定要現在立即討論復議案，還是排在討論事項之後。

蔡委員登順

本案有超過三分之一委員連署，已經成案，但本案屬臨時提案，還是按照議程，排在其他議案之後，不能說議案提出成立，就要立即討論，很多遞延案都尚未討論，突然冒出復議案，就要求先討論，這樣很難對其他提案委員有交代，建議還是按照議程進行。

傅主任委員立葉

本案就排在討論事項之後，委員若無其他意見，接著進行報告事項。

參、「106年第2季全民健康保險業務執行季報告」(併「專業雙審及公開具名」試辦方案之執行情形、健保醫療資訊雲端查詢系統之執行情形、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材費用成長之合理性分析、「C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」執行情形報告、「106年8月份全民健康保險業務執行報告」、「106年第3季全民健康保險業務執行季報告」、「106年10月份全民健康保險業務執行報告」)與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請健保署報告。

李署長伯璋

過去每月都有業務執行報告，每季都有季報，基本資料在月報告及季報告中都會呈現，今天口頭報告主要是針對重要議題，讓各位委員知道健保署在這段期間做了哪些事。

吳委員榮達

請教主席，我們是要等李署長全部報告完4案才表示意見，還是逐案表示意見。

李署長伯璋

我先針對9月份的季報向各位委員口頭說明重點，接著針對委員詢問事項，重點補充說明。

李署長伯璋報告：略。

吳委員榮達

一、106年10月份業務執行季報告第7頁「全民健保財務收支分析表」，截至106年10月底，收支短絀124.39億元。會議資料第86、87頁「107年度全民健康保險保險費率方案(草案)」審議案的簡報資料「平衡費率試算假設、方式及結果」，預估106年短絀約110億元。從前者的財務數據，預估106年的短絀金額會超出後者的財務預估。可以預見106年11、12月的

保險費收入應該是不會增加，還是會短絀，106 年有可能會短絀 200 億元，依此趨勢，107 年的短絀金額應該不是 106 年 10 月 20 日召開的「107 年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議」所預估的 107 年短絀 200 多億元。費率試算推估金額與實際情形為何會差距這麼大，健保署是不是應該重新評估。

- 二、106 年 10 月份業務執行報告第 10、11、13 頁全民健保保險費收繳率，收繳率呈現逐年下降趨勢，第 11 頁「投保單位及保險對象保險費收繳統計表」第 6 類保險對象的收繳率僅 85.69%，與其他類別保險對象相比，收繳率非常低。第 12、13 頁欠費收回統計比率，也是呈現逐年、逐月下降趨勢，請問健保署內部是否有討論解決方案。
- 三、106 年 10 月份業務執行報告第 22 頁醫療院的訪查及違規查處，106 年 10 月訪查藥局 17 家次，與以往相較，突然增加很多，希望瞭解原因。
- 四、106 年 10 月份業務執行報告第 23 頁「106 年 9 月牙醫門診總額之申報情形」，申請點數成長率(17.03%)及申請件數成長率(14.83%都非常高，希望瞭解原因。
- 五、106 年 10 月份業務執行報告第 24 頁「西醫門診慢性病醫療申報情形」，我們比較擔心醫院門診慢性病部分，106 年 9 月醫院部門的慢性病件數占率 41.03%，點數占率 49.99%，將近一半，我們原本期望醫院能處理急重症，但是醫院慢性病的件數、點數占率都超過四成，幾乎達五成，也想瞭解原因。
- 六、106 年 10 月份業務執行報告第 28 頁「急診品質提升方案」之各層級醫院急診下轉件數統計，醫學中心急診下轉件數減少，減少比率很高，我們期望醫療體系能上轉、下轉，所以撥了一筆經費去鼓勵推動，可是執行成效完全是負成長，請健保署瞭解原因並簡單跟大家做報告，謝謝。

傅主任委員立葉

先請李委員永振，再請干委員文男。

李委員永振

- 一、10 月份業務執行報告第 7 頁「全民健保財務收支分析表」，在此強調其趨勢，106 年上半年收支不足 10.88 億元，106 年第 3 季(3 個月)不足 53.61 億元，106 年 10 月(單一月份)收支不足 59.90 億元，代表財務惡化的速度一直在加速，但是健保署在費率審議案的健保財務推估，推估到今年底才不足 110 億元。請健保署深入瞭解原因，這樣對未來的健保財務收支平衡才會有比較大的助益。
- 二、會議資料第 81 頁一般保險費推估，其他類別保險對象的保險費都有增加，103~107 年第 6 類保險對象的保險費都是維持 1,249 元，表示該類保險對象的保險費負擔相對其他類別是比較輕，但是 10 月份業務執行報告第 12 頁「投保單位及保險對象保險費收繳統計表」顯示，第 6 類保險費的收繳率僅 85.81%，收繳率最低，建議應該探討原因。
- 三、感謝健保會幕僚非常用心針對委員關心議題，整理「106 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告」本會幕僚意見，我昨天晚上閱讀此份資料時，覺得很奇怪，健保署的資料應該比較充分，為什麼健保會幕僚可以利用健保署的資料，分析到委員想要瞭解的重點，而健保署的說明似乎都簡單帶過。期許未來健保署的報告可以比照，將重點講得清清楚楚，我並沒有說健保署不用心，而是覺得健保會幕僚很用心。
- 四、本會幕僚意見及摘要第 1 頁「健保欠費是否因此增加及健保署是否提出相關配套措施」，本項議題是我去年提出的，自 105 年 6 月健保全面解卡，我當時曾詢問健保署是否有配套措施，但 1 年多來都沒有聽到健保署有提出相關說明，從健保會幕僚整理的資料，可以看到欠費未收回金額愈來愈多，99 年 7 月~104 年 6 月增加 8.49 億元，100 年 7 月~105 年 6 月增加 11.6

億元，解卡後(101年7月~106年6月，解卡只是其中的1年)欠費未收回金額增加到18.23億元，1年就增加7億多元，請健保署深入分析解卡到底是怎麼回事，是不是沒有配套，而且收回率從99年7月~104年6月的74.38%降至101年7月~106年6月的71.67%，值得大家參考。

- 五、本會幕僚意見及摘要第5頁提到蘋果日報「37億暴跌至4800萬 收嘸菸捐挹注健保」報導，提到健保署解釋是說菸稅增加，造成囤菸，請問囤菸真的有造成這麼大的差異嗎？健保署是否有掌握，這只是1個月的數據，但是其對於今天的討論事項第1案費率審議案，對於未來健保財務的影響應該是很大的關鍵。請健保署掌握此項因素，相信對未來健保的財務預估才會比較貼近事實。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

- 一、業務執行季報告第10頁有關直轄市政府欠費情形，剛剛李署長報告說還款期限延長1年，但健保法第28條規定8年內要還清，健保署同意延長1年是否違法，這很明顯違反健保法規定。
- 二、剛剛李署長的口頭報告提到，健保署有購買台電的績優股，請問台電的績優股有沒有比中華電的股票好，兩者都是公家的，我知道中華電的交易一年股利有6%~7%，台電只有2%~3%，台電的股份有很多問題，而且現在馬上要民營化，將來配線跟供電都要分開，這會影響未來股權的成長與下降。
- 三、剛才李署長有報告調降藥價機制，我是非常反對調價，大家拼命用藥，造成藥費超過額度，結果全部的藥品都被齊頭式砍藥價，民眾最常使用、價格低的藥品一旦又被往下砍藥價，遭殃的是病人常用的藥品，馬上會有一波反彈，會有換藥潮。
- 四、關於「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」，為透析的器

官捐贈，我們同意編列經費，醫界也同意執行，但是欠缺器官來源，請問是由國健署或是行政院層級來處理器官捐贈事宜，現在有人捐贈大體，為何器官來源卻不足。

- 五、醫療院所違規情形比以前改善，但是健保署業務繁忙，查處的量較以前少，查處的金額也不多。違規可分成有意違規及無意違規，健保署應區分清楚。惡質的違規一定要查，更加重罰。

傅主任委員立葉

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

- 一、贊同剛才委員所提，本次健保會幕僚準備的資料內容非常清楚，是非常好的摘要。
- 二、健保署的業務執行報告內提到保險費的表述，有時僅為以經常性薪資對照投保金額所計算出的一般保險費(如表 6-1、6-2、7、8)，有時卻包含補充保險費，為「一般保險費」及「補充保險費」的總和。目前的作法是在備註說明不包含補充保險費，但是有很多人看表格時，不會看底下的備註，所有的表格都有同樣的問題。建議統一表格表頭，若包含補充保險費，則在表頭呈現「保險費」；若不含補充保險費，則為「一般保險費」，以示區隔。(健保署在會中並未回應此點)
- 三、有關菸品健康捐及菸稅的部分，我覺得健保署在這議題上屬於被動，收多少拿多少，但這個問題影響深遠，包含囤菸後續效應等，其實應由衛福部出面與行政院溝通。若要請健保署處理好像超過其職權範圍，基本上健保署是人家收多少你們就拿多少，但本案根據簡報或現況就知道影響頗為嚴重，而無論是菸捐或菸稅，都會影響到全民健保及長期照護服務的財務收入，我覺得這問題應該拉到衛福部層級跟行政院進行溝通。
- 四、再看到 9 月份全民健康保險業務執行季報告第 17 頁，表 9 全民健康保險安全準備提列情形表，可以看出今(106)年 1 月到目前為止，每個月都是虧損的，每個月的當月保險收支結餘都

呈現短絀，而我們很多時候在討論保費時，僅提到還有多少 reserve(準備金)，但是民眾較不清楚健保其實每個月都在虧損，所以當討論保費的調升調降議題時，健保署應該要公開這些數據，免得民眾有錯誤印象，認為健保基金盈餘很多，而應該要調降保費。

傅主任委員立葉

先請蔡委員麗娟，再請趙委員銘圓。

蔡委員麗娟

- 一、有關於菸捐、菸稅挹注全民健保基金部分，需要有更長遠的規劃及考量。現在國健署及許多民間單位都在推廣戒菸，吸菸人口也逐年下降，目前台灣成人吸菸率約 16% 左右，未來吸菸人口也一定逐年下降，因此菸捐或菸稅收入一定是遞減的，若僅依賴菸捐或菸稅來挹注全民健保或是長期照顧基金，這個作法將會面臨很大的挑戰。
- 二、菸捐、菸稅收入減少之後，挹注健保或長照的經費也會相對減少。香菸對健康的危害已經過大量實證研究證實，如果能戒菸未來心血管疾病和癌症將會陸續降低，有助於減少健保醫療支出。而仰仗菸捐或菸稅挹注全民健保的作法一定要開始考量替代方案，因為吸菸人口一定會持續下降，健保未來能從那裡得到的經費也會一直減少。

趙委員銘圓

- 一、主席、各位委員大家早，先針對高雄市欠費的部分提出意見，剛剛干委員文男也提到，到底有沒有違法？因為本來就是 8 年之內繳清，現在又提出延長，這個部分是只要繳交利息就可以允許嗎？還是有違法之虞？請健保署說明清楚。
- 二、剛才署長似乎提到以安全準備金買台灣電力公司的債券或股票，我沒聽清楚，但干委員文男說有聽到。我們(台灣菸酒)公司福利委員會是台電股票的受害者，我自己還持有台電的股票，台電的問題是在核四廠停建後，本來完工啟用後應該會有

一些利潤，但因政治因素把核四封存，因此影響台電的股價。台電目前還未上市，當初購買時約 25 元、市價約 30 元，現在只有 7~9 元，低於票面價值(10 元)，假如核四繼續封存下去，我建議健保署對台電的股票要慎重考慮，否則也是會跟我們一樣，因為我們福委會還有好幾千萬都還被套牢中。

- 三、在欠費解卡的部分，當初委員都反對全面解卡，但是署長建議要放寬，這也是衛福部政策，後續效應已開始出現，這個政策是不是應該重新檢討？我建議要重新檢討，否則按照目前的收繳情況，雖然降低的幅度還算小，但觀察歷年趨勢，有越拉越大、越欠越多的傾向。
- 四、有關菸品健康捐部分，蔡委員麗娟提到吸菸人口會下降，但我認為除非是老一輩吸菸人口死亡，否則吸菸人口僅會有微幅下降，絕不像報紙所寫的那麼明顯。但本次菸稅調升的結果，嚴重衝擊健保安全準備金。當初菸品健康捐提撥健保安全準備金的比率由 70% 調降為 50%，在研議過程中，我雖然堅決反對調降為 50%，但仍無法阻止，而現在菸稅調升 20 元之後，後續影響會越來越嚴重，尤其 8 月份，按照報紙所登載的內容，應該也是健保署釋出的消息，只有 4,800 萬。原本應由公務預算推動的政策，改以菸稅或菸品健康捐來支應，做為健保的安全準備金或長期照顧發展等費用，實在非常不應該，好像是在處罰這些吸菸的民眾。
- 五、最近臺灣白牌菸(泛指非法進口或來源、質量及製造商等皆不明之走私菸或冒牌假菸)越來越猖獗，剛剛蔡委員麗娟提到吸菸人口會持續下降，我並不相信，因為白牌菸已猖獗到連地下菸廠都出現了，白牌菸一包約 40 元，不用繳菸捐也不用交菸稅。台灣整體國民所得一直下滑，民眾為了滿足吸菸的需求，當然不會去買這些需要繳交菸捐及菸稅的高價正牌菸，轉而去買便宜的白牌菸，希望政府及衛福部重視，若再不努力查緝白牌菸，將影響未來菸捐及菸稅。106 年 8 月菸品健康捐挹注健保基金僅有 4,800 萬，當然跟之前市場的囤積行為有關，但等

到明(107)年 1 月，所有囤積的菸品都消耗完後，就可以觀察菸稅調升後的影響，這點供大家參考，謝謝。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、謝謝主委，主席、各位委員大家好，請看到今天補充資料第 1 頁，誠如李委員永振所提，表 8 中欠費應收的金額逐年增加，從 712.6 億，增加到 779.51 億，欠費未收回金額也增加。
- 二、剛才很多委員也提到，關於高雄市的欠款，我覺得拖的太久，如果是民間企業，早就被拍賣土地，不可能只有查封，而沒有進行下一步。尤其依照健保法第 28 條規定，欠款最長期間就是 8 年，怎麼可以拖到 110 年！明確違法，我想健保署應該要有 guts(膽識)，我看很多地方政府辦活動、放煙火，很多錢就這樣虛耗掉，全民健保是人民在社會需求中，最基本的安全需求，老百姓如果聽到健保要破產，我想臺灣整個社會都會陷入混亂。二代健保徵收補充保費之後，大家都頗有微詞，若未來繼續擴大，有三代、四代健保一直衍生，那真的是臺灣的悲慘。關於高雄市的欠款，我覺得要趕快執行，不要再同意有違反法令攤還的情形。我們絕對支持，署長要有魄力，干委員文男私底下找我，表示若署長沒有動作，我們要直接去按鈴申告，我覺得高雄市欠款還款計畫有明確違法。
- 三、另外翻開 10 月份健保業務執行報告第 18 頁，關於健保安全準備金的運用，基金投資要很謹慎，不要像公務人員退撫基金，買中環的股票，從 1 股 100 多元跌到現在 2、3 元，還不賣、還抱著，這部分是不是可以比照新制勞工退休基金委外經營，新制勞退基金現在都有賺錢，現在每個月公布的經營概況都績效良好，所以說是不是可以委外操作，委託專業經理人或公司行號來操作，最起碼透過政府採購法招標、保障最低收益，這樣比較妥當，不然到底是誰決定這些股票的買賣？也請署長說

明，謝謝。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、主席、各位委員好，我在這裡提出幾點意見請教署長。有關 107 年軍公教調薪 3%，基本工資每月調整至 22,000 元、每小時基本工資由 133 元調整至 140 元，是否有推估明年將增加的保費收入。
- 二、全面解卡政策降低保費收繳率，未來欠費金額會越來越大，收繳率會越來越低，是必然的趨勢。
- 三、最新的財稅改革方案對健保費的收入有沒有影響？另，針對贈與稅調高 5%~10%，是否有爭取部分稅收來挹注健保基金，本次稅率提高的用途就是要分配在長期照護與公共支出，建議健保署亦可努力爭取。
- 四、我認為專業雙審及公開具名試辦方案，方向、作法都還不錯，相關事項說明如下：
 - (一)依會議資料第 29 頁，由 105 年第 3 季至 106 年第 2 季，觀察 4 季資料，整體醫療費用申報件數較去年同期成長 1.70%，非具名科 4 季合計成長 1.67%，但具名科 4 季合計成長 1.81%，比非具名科多；醫療費用申報點數也是如此，非具名科 4 季合計成長只有 5.86%，具名科 4 季合計成長 6.78%。
 - (二)樣本專審初核減率，105 年第 4 季較 104 年第 4 季減少了 44.48%，106 年第 1 季較 105 年第 1 季減少 29.81%，表示 100 件裡面少了 29.81 件去核減；而整體初核減率也是一樣，105 年第 3 季較 104 年第 3 季減少 77.78%，106 年第 1 季較 105 年第 1 季減少 35%。
 - (三)核減的量降低很多，爭審案件也就因此減少。105 年較 104 年爭審件數減少 18.81%，但 106 年第 1 及 2 季較去年同期

減少 31.38%，顯示因核減率跟核減件數的降低，進而使爭審率下降。健保署執行專業雙審及公開具名試辦方案後，整體醫療費用申報點數上升很多，爭審件數卻減少很多，雖然爭審件數減少是好事，但是否在審查上有不周延的地方？我認為該刪的就刪，不該刪的當然不該刪，但該刪的是否真的有被刪減？希望可以很嚴謹看待這件事。

傅主任委員立葉

謝謝，現階段還在討論健保署業務執行季報告的部分，剛才何代理委員語針對專業雙審及具名公開試辦方案的意見，健保署在報告該方案後，再併同其他委員的意見一起回應。請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、謝謝主委，各位委員大家好，我想身為中華民國全國公務人員協會推派的被保險人代表，不得不發言，有關軍公教人員明年調薪部分，我記得在上一次會議就有請健保署提供相關資料。雖然軍公教人員加薪 3%，但公務人員其實是減薪，因為明年公保保費及退撫基金提撥率都會增加，因此相對來說，明年的公務人員是減薪的。
- 二、基本工資的調漲將會加速勞動派遣型態的演化。對於部分高薪的勞工來說，調漲基本工資對他們來說並沒有影響；而職業勞工部分，因為是自營作業者，時機不好時收入是 0，時機好就賺很多，現在不景氣，對職業勞工來說，健保費是他們沈重的負擔。未來的健保收入要更多元化，僅仰賴勞動者薪資收入而課徵的一般健保費，對健保長期發展並沒有幫助。
- 三、未來還是回歸到股市、菸捐及相關稅收，來挹注健保經費才是正途。台灣廣大的勞動階級民眾，再沒有飯吃也會想辦法繳健保費，因為這是他安全需求的最後一道防線。所以在此特別強調，明年雖然軍公教人員加薪 3%，但其實是減薪的，退撫基金費率從原本的 12%調漲到 18%，公保基金提撥率從 7%調漲到 12%，對軍公教人員來說，實質上是減薪、收入是短少的，

以上謝謝。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

剛才陳委員亮良所提軍公教人員加薪 3%其實是減薪的說法，也困擾我好久，我也曾在 line 上看到類似的文章，但經思索後發現，那篇文章內容有些誤導，並不正確。

(註：106.9.14 總統府國家年金改革委員會「網路流傳有關公務人員調薪錯誤資訊之澄清」內容摘要如下：

- 一、現行公教人員提撥退撫基金費率為 12%，其中公教人員自行負擔 35%，政府負擔 65%，即公教人員每月提撥退撫基金為本俸(薪)2 倍的 4.2%。依據新修正「公務人員退休資遣撫卹法」及「公立學校教職員退休資遣撫卹條例」，提撥費率上限修正為 18%，惟提撥費率將採逐步調整方式，並由考試院會同行政院依法定程序釐訂並公告之，目前尚未公告調增費率，也不會一次調增至上限 18%。
- 二、另現行公教人員保險部分，公教人員僅得領取一次給付，費率為 8.83%，同樣由公教人員自行負擔 35%，政府負擔 65%，亦即公教人員每月繳交公教保險費為本俸(薪)的 3.1%。為推動公教保險年金化，考試院、行政院業於本(106)年 5 月 11 日會銜函請立法院審議「公教人員保險法修正草案」，依草案規定，費率上限訂為本俸(薪)的 16%，並依定期財務精算結果釐定保險費率。
- 三、另本次年金修法改革所得替代率分 10 年逐年調降，從「本俸(薪)2 倍」的 75%調降至 60%(年資 35 年)。以銓敘部及教育部所公布退休所得影響試算資料顯示，其中含新舊制年資人員調降幅度較大，以 35 年年資為例，依不同俸(薪)點及職務別退休，調降幅度約 14%-37%。網路資料提及「退休軍公教減 40%」為錯誤資訊。

資料來源：

http://pension.president.gov.tw/News_Content.aspx?n=24EEE60D085C3437&sms=C3C8C7E3C8A38EF2&s=6108D1277F97A271)

陳委員亮良

我再補充說明，因為講到軍公教我特別有感，我已經帶隊上街頭陳情 20 多次，我想這也是一個誤解，雖然退撫基金提撥有提高，但是打 6 折，本來是 100%，打 6 折，減少 4 成耶，減少的部分要向誰討？這是政府賴帳，我們眼前的會務人員都是公務人員，本來退休金都領 5 萬，打 6 折剩 3 萬，你知道嗎？我們繳那麼多退撫基金還少領，我也很懷疑錢跑去哪裡去，在刪減年金給付的時說退撫基金虧損，但修法後說退撫基金賺 2,000 多億，這真的是臺灣的冤案。

傅主任委員立葉

好，謝謝。

李委員永振

主席，對不起，這個議題跟我們討論無關，因為剛剛陳委員亮良有提到，所以我才提出來分享。我是針對軍公教人員調薪 3% 部分提供意見讓大家參考。

傅主任委員立葉

健保署業務執行季報告就討論到此，請健保署回應。

李署長伯璋

剛才委員有提到幾個重點，在財務的部分，先請同仁說明有關高雄市政府欠費的部分。

唐研究員蕙文

- 一、跟各位委員報告有關高雄市府欠費部分，高雄市政府在 102 年提出還款計畫，本次提出的是修正計畫。依健保法第 28 條規定，還款計畫期限為 8 年，高雄市政府原來在 105 年所提的修正計畫是希望延到 111 年還清，但因為超過健保法第 28 條的 8 年還款期限規定，因此本署持續與高雄市政府協調。
- 二、在 106 年 10 月，高雄市政府已依健保法第 28 條規定，提出修正後還款計畫，預定在 110 年前全部還清，目前是符合健保法第 28 條的相關規定，以上說明。

李署長伯璋

請同仁說明有關資金運用的情形。

唐研究員蕙文

有關資金運用部分，依照健保法規定，健保基金可以運用於公債、庫券、公司債或存放於金融機構等，本署目前承作的台電公司公司債利率是優於銀行大額定存利率，未來在資金運用部分，會兼顧流動性、安全性及收益性，以上說明。

李署長伯璋

請承保組同仁針對委員所提民眾欠費及解卡部分做說明。

楊專門委員玉美

- 一、向各位委員報告，為實踐蔡總統英文在醫療政策上照顧弱勢民眾的政策目標，自去(105)年 6 月 7 日開始實施全面解卡。在保費收繳的部分，健保署於 94 年開始執行欠費鎖卡，97 年開始陸續針對弱勢民眾都有放寬解卡的措施，觀察歷次放寬解卡措施後的收繳率趨勢，短期收繳率確實會略有下降，但長期收繳率仍可維持在 99%。
- 二、針對欠費逾期未繳的民眾，本署會加強催收作業，只要逾期達 150 天就會送行政執行，若有薪資、存款、股票、利息或有租金等收入，我們就會直接扣存，若真的查無可扣存之資產，則就真的是需要由政府照顧的弱勢民眾。未來本署仍會持續加強監控，以上報告。

李署長伯璋

請同仁補充說明菸捐及軍公教人員調薪的影響。

唐研究員蕙文

- 一、關於 8 月菸捐收入減少部分，因菸稅法的修正條文於 106 年 4 月三讀通過，但實際生效日是 106 年 6 月 12 日，因菸稅調升導致銷售量下降，且預期漲價的囤積效應，所以導致漲價前後菸品健康捐金額有大幅的震盪。

二、今(106)年 1~4 月平均每月菸捐分配健保安全準備金額約 14~16 億元，106 年 5 月為 25 億元，6 月為 37 億，6 月之後囤菸效應出現，導致 8 月只 4,800 萬元，惟觀察 8 月之後的數據已逐步恢復，9、10 月菸捐分配健保安全準備金額分別有 4、6 億元，以上說明。

李署長伯璋

剛才委員提到在會議資料第 86 頁，投影片第 22 張，本署財務推估今年虧損 110 億元，但是專家認為 106 年可能會虧損到 200 多億，是否需重新評估，請同仁回應。

唐研究員蕙文

有關於委員提到「為何依 106 年 10 月份業務執行報告第 7 頁全民健保財務收支分析表資料，106 年截至 10 月底已短絀 124.39 億元，但在今日本署費率審議的報告中，106 年的財務預估僅短絀 110 億元」，因財務推估係參考歷年趨勢，而保費收入及醫療費用都有季節性變化的情況，像補充保費在年底時收繳較多，因此推估在 106 年底時保險收支餘絀是負 110 億元，以上說明。

李署長伯璋

請承保組同仁針對第六類保險對象之保費收繳率再補充說明。

楊專門委員玉美

- 一、補充報告，第六類保險對象本來就屬於沒有工作或工作不穩定的地區人口，應收保費 1,249 元，其中個人自負額 749 元，相較其他保險對象類別，保費負擔並沒有比較輕。
- 二、如果民眾有欠繳保費的情形，本署會依照相關程序進行強制執行，如剛才報告，若有所得、薪資等就會立即做扣繳，收繳率短期來看會略為下降，但長期來說，收繳率仍會恢復穩定。以上說明。

李署長伯璋

請醫審及藥材組同仁回應藥價部分。

戴組長雪詠

- 一、各位委員說明有關於 DET(Drug Expenditure Target, 藥品支出目標制)部分，若藥費超出目標值，健保署會做藥價等比例調降。剛才委員關切藥價太低恐影響品質，健保署也曾抽測 33 件價格低於 1 元的藥品，送食藥署化驗，結果除了 1 個皮膚科製劑的含量有點不均勻之外，其餘都過關。
- 二、目前健保署已設有最低保障的地板價格，本署並將與食藥署建立合作機制，未來會將醫療院所通報有疑義藥品或針對價格太低的品項列為食藥署抽驗對象。

李署長伯璋

請醫審及藥材組針對專業雙審及公開具名試辦方案做回應。

傅主任委員立葉

專業雙審及公開具名試辦方案俟報告後，會同其他委員的意見再一併說明。健保署是否還有回應或說明？

李署長伯璋

- 一、我針對剛剛委員比較一般性的問題回應。吳委員榮達關心牙醫門診總額的醫療點數不斷成長，這應該要問院所端的想法，我來自醫界，很多東西是我們拜託醫界多溝通，共同努力節流，民眾其實是無辜的，因為都是醫生在開藥、安排檢查，但現在問題是，醫師擔心不檢查會有醫療糾紛問題，這也是我們一直努力做雲端資料分享的原因。
- 二、至於菸捐的比率調整問題，實在不是我們說了算，部長也一直在考量這個問題，菸捐分配是個很大的挑戰，我們會再跟部裡報告。核減率等一下再提，先做以上說明，有沒有委員的問題沒回應到？
- 三、還有器官捐贈問題，國人對於全屍有傳統的想法，透過長期的宣導有在改善中，當然量還是比不上器官衰竭的病人，不管是 C 肝病人或是糖尿病引起的尿毒症病人，賴行政院長清德當台南市市長時也一直在推動器官捐贈，我們會繼續努力。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

有關高雄市政府提出的還款計畫，我不是讀法律的，旁邊有位吳大律師，健保法第 28 條「各級政府於本法中華民國 100 年 1 月 4 日修正之條文施行前，未依修正前之第 29 條規定將所應負擔之保險費撥付保險人者，須即向保險人提出還款計畫，其還款期限不得逾 8 年」，而高雄市政府的還款計畫是到 110 年，能否說明一下，是不清楚規定還是健保署的解釋比較寬鬆？

吳委員榮達

我看了健保法，條文確實是不得逾 8 年，起算年應該是 101 年，8 年是到 109 年，而高雄市政府還款計畫是到 110 年，這部分恐有違反健保法規定，能否請健保署跟高雄市政府協調，不然有違法之虞。

李署長伯璋

請唐研究員蕙文回應一下，看我們目前進度或有需要改善的地方。

唐研究員蕙文

針對高雄市政府還款計畫，101 年 7 月以後保費補助款改由中央政府負擔，101 年的保費補助款是在 102 年結算，結算後才會有欠費的確定數額，高雄市政府於是在 102 年提出還款計畫，因為健保法第 28 條是規範還款計畫期限，所以自 102 年提出時點起算，8 年期限是到 110 年，尚符合健保法第 28 條規定。

傅主任委員立葉

請問委員有沒有其他意見？請吳委員榮達。

吳委員榮達

關於健保署的回應，我還是覺得有違法的部分，是否請健保署與法制單位討論，因為條文是修法之前的欠款，還款期限是 8 年，而不是結算時點起算，法條上並沒有這樣寫，不是 102 年結算後再提 8 年還款計畫，不要浪費時間，請健保署回去研究一下。

傅主任委員立葉

這部分請健保署參考。

唐研究員蕙文

我們之前已經有報部解釋了，就如剛才所述，以上補充說明。

傅主任委員立葉

一、請健保署將衛福部的解釋函提供委員參考。

二、接下來是「『專業雙審即公開具名』試辦方案之執行情形」、「健保醫療資訊雲端查詢系統之執行情形」、「罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材費用成長之合理性分析」及「『C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫』執行情形報告」4 項報告，請健保署報告，擇重點說明即可，委員都有書面資料。

李署長伯璋

請王專門委員本仁報告「『專業雙審即公開具名』試辦方案之執行情形」。

王專門委員本仁報告

李署長伯璋

請曾專門委員玟富報告「健保醫療資訊雲端查詢系統之執行情形」。

曾專門委員玟富報告

李署長伯璋

請黃專門委員兆杰報告「罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材費用成長之合理性分析」。

黃專門委員兆杰報告

李署長伯璋

謝謝黃專門委員兆杰，請針對 C 肝新藥的執行情形做總結即可。

干委員文男

一、主席，程序問題。本案已經報告很久了，如果 4 個主題都討論

完，可能到散會都沒辦法進入討論事項第一案，明年會議議案的問題，是否徵得大家同意，先討論完「『專業雙審即公開具名』試辦方案之執行情形」就好，因為這項已經提很久了，剛才也有委員提問，討論完後就進行 107 年度全民健康保險保險費率方案(草案)審議案，要報部核定，勢必要在今天完成，否則會有時限問題。

二、至於其他提案，陳委員亮良的 2 個提案先討論一下，謝委員武吉的提案慢一點沒關係，那已經是常年老病，稍早的復議案也需要提出來大家討論，有時效限制的問題，讓今天的會議有個完成目標，若等 4 項報告都討論完，可能就沒時間討論費率，變成要召開臨時會，在此徵求大家同意，同意的話就這樣執行。

傅主任委員立葉

稍微修正一下，因為罕病也報告了，是否也可先討論？

干委員文男

罕病應該很快，先前並沒有委員提問，只有雙審有委員發問。大家是不是都同意？

傅主任委員立葉

請問各位委員看法如何？請吳委員榮達。

吳委員榮達

針對干委員文男的建議，我提一個修正方案，是否不分主題討論到 12 點 40 分，沒有討論完的部分則以書面請健保署答覆，之後就進入討論事項。

傅主任委員立葉

我也認為這樣比較妥適，先設定一段時間，之後就提書面意見給健保署。

干委員文男

我想可能要委屈吳委員榮達，因為罕病、癌症的醫療耗用很高，委員可能都有問題要詢問，不要讓大家回去做功課、寫書面，下個月

再提出來報告就好，有報告比較容易溝通，不然又要拖很久。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、我支持吳委員榮達的建議，剛才雙審、罕病都已經報告，下次不要再報告，委員如果有意見，可以提供書面意見給健保署，下次再做答覆。
- 二、至於 C 肝新藥執行情形就不用報告了，併入干委員文男的復議案一起討論，以上是我的建議，大家如不反對就進入討論事項。

傅主任委員立葉

- 一、因為 4 項報告都有書面資料，健保署也沒有要補充說明，除非委員認為書面無法表達，必須口頭說明之外，本案在 12 點 30 分就停止討論，如果還有意見，就請委員提出書面資料，健保署再做回應，之後就進入討論事項。
- 二、討論事項第一案今天必須要完成，最好干委員文男的復議案和陳委員亮良的 2 個提案也能討論，就依照此程序進行。請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、我同意主席的建議，剛剛報告提到醫療費用成長，我們每年都在調支付標準，非協商因素是可以調支付標準沒錯，但支付標準調整是會影響點值，支付標準點數調得太高，點值就會被稀釋，然後醫界就會說總額給付不足，造成點值下滑，點值與點數是環環相扣的。
- 二、建議健保署要審查支付標準的調整，不能任由各部門自行調整，需要建立管控制度，維持點值穩定，某科別調整支付標準必然影響其他科別的點值，假設診察費由 320 點調高至 360 點，1 年要增加多少費用，點值當然就會降到 0.9、0.8，建議健保署嚴加管理。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

我要搶先提問，我已經做了 1 個多禮拜的功課，看好多資料。

- 一、首先針對具名審查，我看資料後真的很震驚，不是震驚具名審查的核減率降低，因為這本來就在預期當中。請看到會議資料第 31 頁，非具名的樣本專審初核減率降得非常多，105 年 Q3 比 104 年 Q3 減少 46.43%，在整體初核減率，下降的比率也很高。
- 二、我有做個統計，把整體初核減率與一般服務平均點值進行比較，核減率下降的比率與點值下降的比率很相近，表示最近 1、2 年點值下降可能與核減率下降有極大密切的關係。既然我們已經得到這樣的數據，以後協商會加以考量，是否真如醫界所講，因為量大所以錢不夠、點值下降，上述顯現的情況是我所質疑的。
- 三、針對具名審查有 1 點提醒，目前有 6 個科別參與，希望健保署對於審查專家能訂定相關配套措施，避免他們受到威脅、干擾。另外，希望健保署能夠加強查核工作，目前都是被動式的，有檢舉才去查核，這樣成效不太，以上是我個人建議。
- 四、會議資料第 52 頁，剛剛健保署報告提到，罕病藥費有逐年下降的趨勢(註)，但平均每人藥費卻是逐年上升，整體藥費與平均每人藥費成反比，請健保署說明原因。
(註：罕病藥費逐年增加，惟近年罕病藥費成長率逐年緩降。)
- 五、會議資料第 59 頁，有關後天免疫的部分，因為納入健保給付的時間不長，建請健保署在實施 1 年後，針對後天免疫缺乏病毒治療藥費管控情形提出專案報告。
- 六、會議資料第 62 頁，C 肝新藥分配名額總計有 9,929 名，目前已使用名額為 9,418 名，今年還有 11、12 月未過完，分配名額是否會不足，如有不足，健保署有無因應措施。

傅主任委員立葉

請李委員永振，再請干委員文男。

李委員永振

- 一、我本來想提書面意見，但還是接續吳委員榮達所提，健保署在罕病跟血友病部分有個迷思，罕病平均每人藥費成長率是下降，但絕對數值是增加。雖然血友病平均每人藥費及其成長率都是下降，但金額真的很高，1個人將近400萬。
- 二、總額協商曾提到，雖然是專款但成長率沒有去監視，從整體成長率來看，罕病部分是在降，但還是用平均5年成長率，健保署態度如果沒有轉變，反正是專款，時間到就發出去，建議健保署思考一下。
- 三、另外，過去曾列出血友病醫療耗用前20名，但現在不見了，是否能提供罕病、血友病醫療耗用前20名的2年趨勢，最好是5年趨勢。過去第1名的醫療耗用是6千多萬，不知道有無下降，或是已經不在了，我常以這個當例子，1個人2年就用掉1億5千萬的健保資源，法律規定不能擋他，但還是讓人覺得怪怪的，也請教健保署的看法，讓委員瞭解一下。

傅主任委員立葉

請干委員文男，之後請健保署說明。

干委員文男

- 一、有關具名審查，健保署是被立法委員趕鴨子上架，非做不可，但我對這個制度非常有意見，出席相關會議的代表，無論是醫界代表、學者專家或是付費者代表幾乎表達反對立場，反對的理由就是知道點值會降，門開了就沒辦法收回來，而且影響會擴大，最後點值低下，反而怪總額預算不足，事實上是被審查制度消磨掉。到目前為止，記名的審查醫藥師專家名額還是不足，只有一開始那幾個，沒有新人加入。另外，核減率以前6%，現在剩1%，幅度很大，是否以前的標準讓人吃虧？如此就太苛刻了。這個核減的法標準是否一致？

二、反過來說，社會大眾會怎麼想，政府怎麼會做出這樣決策，浪費健保資源，做到大家都不高興。據我所知，來抗議的人士只有一位是經常違規者，我知道醫界也有冤屈，對老實的醫師來說實在很不公平，我認為具名審查的制度浪費太多資源，應恢復以前的制度。至於 C 肝的問題我就到復議案再提。

傅主任委員立葉

請健保署回應。

李署長伯璋

以下簡單回應委員所詢問題：

- 一、蔡委員登順提到支付標準調整，醫院總額提撥 60 億元調高重症支付標準，如果委員有其他意見，我們可以再研究一下。
- 二、在審查部分，我們是尊重醫療專業，醫療處置到底要不要核刪，尊重審查醫藥專家的想法。透過大數據分析，如果醫師或醫院用太多健保資源，我們就會去瞭解。例如病人歸戶後，我們就能知道病人做了多少檢查，可以進一步進行審查；或是某位醫師看 300 個病人，其中 250 個病人做電腦斷層，其他醫師同樣看 300 個病人，只有 50 個病人做電腦斷層，這很明顯有差異。讓醫界知道本署有在關注這些事情，只有從源頭處理掉不應該做的事情，後面才可以解決。
- 三、雖然大家會認為罕病的醫療耗用很高，但在健保法的保護下，我們必須要面對、接受，因為罕病是屬於重大傷病，委員如果認為不應支付罕病，則要修改健保法，這也是個問題。
- 四、有關 C 肝新藥使用的分配名額，醫院部分已經都使用完了，至於診所名額剩餘問題，原意是希望利用機會壯大基層，假如沒有辦法跨部門使用，我們再回去研議。
- 五、至於罕病人數問題，以前有 201 種罕病，現在是 218 種，我有請同仁分析病人的存活率以及年齡分布，這樣才能知道是否真的有成長，因為有一些疾病到某個階段後就不再產生新病人，這部分需要再研究一下。

六、有關違規部分，我想醫界也知道署長是很積極的，違規就是違規，我們不是針對個案，而是要從整體考量醫療行是否有改善空間。

傅主任委員立葉

本案就先討論到此，委員如有進一步問題或意見，就請提供書面意見。接下來進行討論事項第一案。

干委員文男

雲端藥歷還沒討論，留到下次會議再談？

傅主任委員立葉

委員如果有問題就請提供書面意見，或下次提案。

干委員文男

書面意見太麻煩，我還要找秘書來打字。

傅主任委員立葉

委員口述也可以，請幕僚同仁協助處理。現在開始進行討論事項第一案。

林委員惠芳書面意見

- 一、有關健保財政惡化的檢討及未來因應，建議應有更細緻的檢討分析，並共商因應策略(針對收入減少的原因及因應、支出成長未能控制的原因及因應，應有明確的數據分析)，並規劃一定時程，逐步管控降低惡化，建議上項檢討共識也可以納入明年共識營討論並凝聚共識。
- 二、有關討論案第二案，理應於協商前完成討論，現 107 年已完成協商，無法在 107 年處理，建議下一年度協商前，各醫療部門應依目前既已執行的偏遠地區醫療推動執行情形及成效，提出改善方案，並訂定未來持續跟進的規劃，以利預算分配，如有實質執行困難也應思考替代性方案，以符平等醫療權的目標。
- 三、有關第三案，不同意限制團體代理人只能代理 2 次，同時建議未來協商時，如可安排每部門進行 1 天，那麼就可以減少本

席因體弱而需代理人協助。107 年總額協商當天，本席亦謹守與代理人同一時間只能 1 人參與協商及發言，且本席代理人尚在會議中，協助協調衝突場面，因此本席認為既有代理制度，就不宜無視代理人的存在及功能。

盧委員瑞芬書面意見

「專業雙審及公開具名試辦方案」自 106 年 1 月起將作業方式調整為「以第 2 審醫師的審查結果作為核減結果為原則...」，是否第 2 審醫師較第 1 審醫師的資歷、審查經驗皆較豐富，得以為最後審查結果，否則並不合理。審查採雙審制度時，一般有爭議時，會採第 3 審，力求公平。請健保署說明調整的原因，及如何評估現行作業方式改善成效。

李委員永振書面意見

一、健保醫療資訊雲端查詢系統

感謝署長期推動醫療資訊雲端查詢系統，降低病患重複用藥及檢查、並改善健保資源合理使用！

(一)至於如何促進「本系統」與署曾推出的「健康存摺」相結合，即時掌握記錄自己的看診、用藥、健康狀態變化，利於(1)「個人」進行自我健康管理，(2)同時能為「家人」的健康把關，(諸如最近三年之內的健保就醫紀錄，如門診、住院、牙科、中醫就診、過敏資料、用藥資料、影像或病理檢驗報告資料、預防接種紀錄等相關健康訊息)，建請持續強化醫、病之「資訊取得」及「雙向溝通」，提升醫療安全與效益。

(二)另外，如何防杜健保給付價較高之檢查項目不當圖利之情形，建請署參酌「本系統」即時數據，找出可能不當圖利之案源，啟動更有效率的主動查核，例如短期內密集重覆使用高價檢查或異常高頻率者，即時進行糾正改善。

二、罕見疾病、血友病等治療藥費及罕見疾病特材費用之執行情形
會議資料第 51 頁(投影片第 4 頁)，追蹤 94 年「罕病與血友

病」藥費支出為 25 億元，至 105 年為 80.6 億元，其中血友病藥費近五年(101~105)平均藥費每人仍高達 401.0 萬元！該類給付業務，實已超過 10 年以上經驗，應請持續研究該類藥品採購(對外公開招標或國際標)改善評估案，方為有效節流、健全健保財務之道。

三、C 型肝炎全口服新藥健保給付執行情形報告

- (一)會議資料第 65 頁(投影片第 9 頁)，「其他因素，經專業醫療評估需停藥者」有 239 人，已占停藥比例 50%以上，敬請再進一步補充說明詳細緣由。
- (二)會議資料第 62 頁(投影片第 4 頁)，統計資料應由總數 9418 人出發，有多少人死亡？多少人治癒？在不同 C 肝嚴重程度下治癒率為多少？
- (三)可否推估因為使用新藥，對於健保之醫療成本減少為何？請以同樣病況之醫療費用推估。

肆、討論事項第一案「107 年度全民健康保險保險費率方案(草案)」
與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請健保署簡要、重點說明即可。

蔡科長佩玲

向委員簡單說明 107 年度全民健康保險保險費率方案(草案)內容：

- 一、本案經貴會於 106 年 10 月 20 日召開「107 年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議」決議，107 年度全民健康保險一般保險費率，與會者大多同意維持現行費率 4.69%，並請本署參酌與會專家學者及委員意見修正方案內容。
- 二、本署依前揭會議決議事項，研提「107 年度全民保險保險費率方案(草案)」，請參看會議資料第 75~89 頁。
- 三、有關前揭費率方案(草案)修正部分，以下簡要說明：
 - (一)108~113 年保險成長平均年成長率，在推估資料中，付費者版本或醫界版本都超過 5%，但 108 年以後的總額成長率都沒有超過 5%，這是因為醫療費用總額還需要扣除非保險給付支出才是保險成本，為了避免讀者誤解，改以總額平均年成長率呈現，付費者版本為 4.89%，醫界版本為 4.91%，請參閱會議資料第 85 頁，投影片第 21 張。
 - (二)105 年結餘在 106 年 1 月份的健保署業務執行報告中是 186 億元，在方案中卻是 70 億元？因為政府應負擔的 36% 健保總經費法定下限不足數，在 105 年時補列 104 年的補列數 116 億元，為了讓保險收支完整呈現當年實際權責基礎，所以把各年度資料都回歸到當年，因此 105 年結餘扣除 104 年的 116 億元就是 70 億元。
 - (三)本署在結論及建議中提到，健保署將持續抑制醫療浪費，委員建議將「醫療浪費」修正為「醫療資源浪費」，已依委員意見修正。

(四)政策因素試算結果中，並未說明整體條件為何，已依委員意見，加註說明「整體條件為納入政策因素中所有高低推估因子」。

四、以上是前揭諮詢會議後費率方案(草案)有修正的部分。另，本署將所有試算資料編列成附錄，請委員參閱會議資料第90~101頁。

傅主任委員立葉

各位委員對本案有沒有意見？請李委員永振。

李委員永振

多數意見已經在先前的諮詢會議提出，以下還有幾點建議：

一、我上次建議，已經實際出現的數字能否改用實際數字，健保署解釋是為了前後一致才採推估，我可以接受這個理由，但建議以括號註明實際數字，讓委員清楚瞭解實際情況，而不是一直都在預估的情況下，這樣 2 邊都能兼顧，署的立場可以考慮到，委員也能夠理解。

二、請看到會議資料第 89 頁「結論及建議」：

(一)健保署提到「本署將持續抑制醫療資源浪費，以維持財務穩健及減緩費率調整幅度」，今年健保署有提出很多措施，我們應該給予肯定，但是在會議資料第 86 頁，投影片第 22 張中，並沒有把這些措施的結果與未來保險成本成長率結合，先前有建議過，可能時間太匆忙還沒有改，像雲端藥歷系統應該會使保險成本下降，至於到底下降多少，應該在明年協商 108 年總額前，社保司報高、低推估時反映出來，不能做很多事情，媒體報導了，掌聲也得到了，最後反映在保險成本的影響卻看不到，我認為結論及建議與前面的推估好像有些脫節。

(二)結論也提到「考量現階段安全準備存量」，去年已經提醒過，還是掉入安全準備過高的迷思中，當然我同意明年度費率依健保署建議，一般費率維持 4.69%。先前諮詢會議

有提到，現行全民健保財務平衡及收支連動機制與健保法規定不太一致，目前安全準備推估到 107 年還有 2,121 億元，約當 4.03 個月保險給付支出月數，建議健保署研究調降費率讓安全準備歸零，再回歸健保法，每年或每幾年達到收支平衡。

三、會議資料第 74 頁說明三，現行健保財務存在收支結構性失衡之問題，結構性問題如果不解決，預估 113 年的健保費率就會超出法定上限。

四、有關健保署節流措施如何反映到保險成本，以及未來結構性失衡的問題，能否排出時程？讓委員比較容易追蹤，不然之後調費率還是再講這些問題。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

一、同意學者專家及健保署的建議，107 年費率維持現行 4.69%。

二、現在的基金有 2,000 多億元，如果我沒有想錯的話，何代理委員語可以再算清楚，應該基金會增量，不會減量。明年要用什麼方法降下來，可能花出去更多或是拿去投資，還是怎麼樣，我要說的是，現在這個機制就非常好，每一年檢討連動的關係，應該要搞清楚是本身年度的收支不夠，不是基金不夠，因為如果一直講說經費不夠，不是基金不夠，那剩下 2,000 多億要怎麼向社會交代？如果說年度的收支不平衡，可以分析當年度是多發的，還是增量發出去，還是收入減少？這樣老百姓比較可以接受。這個案子已經討論很久，學者專家也都已經討論過，就同意 107 年維持現行費率 4.69%。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、我也同意 107 年度全民健保費率應維持現行費率 4.69%。

二、請問有關 107 年平均眷口數是多少？因為今年是 0.61，今年是 0.605，四捨五入以 0.61 計算，我們想瞭解明年眷口數到底是多少？希望能夠精確算出來讓我們瞭解一下。

傅主任委員立葉

請健保署回應。

蔡副署長淑鈴

請財務組先回應。

蔡科長佩玲

跟委員報告，明年平均眷口數目前是依 0.61 人推估。

蔡副署長淑鈴

其他的部分要不要一併回應？

蔡科長佩玲

一、關於李委員永振提到的實際數，除了上次會議我做的一些回應之外，因為每隔 1 年再回去檢視，各年度實際數也會有不同的數據，所以如果要放實際數，報表的呈現會比較複雜，會後再研究看看怎麼呈現。

二、會議資料第 89 頁的抑制醫療資源的部分，我們回去跟醫療部門討論之後，再看怎麼呈現在推估的假設條件裡面，至於安全準備迷思是比較大的議題，就留待明年討論費率時再來檢討。

蔡副署長淑鈴

一、補充一下，其實剛剛李委員永振有談一個觀念，因為結論有提到將抑制醫療資源浪費，李委員認為要有節流效果跟保險成本之間的連動關係，跟李委員報告，因為健保實施總額預算，保險成本就是總額的成長率，雖然是這樣，但健保署還是對醫療浪費這件事不斷做很多努力，這些減少浪費的部分跟保險成本不會有連帶關係，只會反映在總額預算下的點值，因為總額已經事先談定了，去做節流是反映總額之下的點值問題，點數高點值會低，所以我們認為應透過雲端病歷分享，或事後審查減少不必要的點數浪費，在總額固定，也就是成本不變的情況下

讓點值變好，當然李委員永振也有提到一個更前面的階段，衛福部報行政院的總額高低推估，是不是該把節流的努力放進去，這部分可能要請社保司列入參考，確實從高低推估也可以考慮總額一般成長率部分做為反映。

二、我也回應一下，剛剛包括盧委員瑞芬的建議，如果當年度已經產生虧損應該跟社會做說明，未來如果有對外說明的機會，會把當年有虧損和當下安全準備還剩下多少都一併解釋，這樣是比較完整對外說明的內容，以上補充。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

- 一、實際部分如有 1 個敲定的數字，就用那個實際的數字，我並不是說把推估的也推翻掉，可以留著，但實際可以拿出來，或者是說已經有的數字，用備註的方式讓看表的人比較清楚。
- 二、副署長回應這部分，我的意思也是這樣，因為前面協商已經訂定了，不可能再更動，但是健保署做了那麼多好事，結果對整個財務都沒有影響，這如何去跟被保險人交代，這樣不是白做了嗎？在未來的部分應該會產生效果才對，所以我是希望看到那個部分。這些部分要怎麼用成時程，以及醫療結構失衡問題怎麼解決，有一個時程大家比較有未來的期待，不然光單方面的話，下次再討論調升保費的時候，可能還是這些問題。

蔡副署長淑鈴

- 一、投影片裡面 106 年全年是估計數，其實按月有實際數，但全年還有 2 個月實際數沒有出來，因為這是用年來表達，所以是 1 個估計，當時也有其估計基礎。但是還是要提醒委員，健保財務報表有 2 個概念，1 個是權責制，另 1 個是現金制，如果大家關注的是現金制的報表，它當然沒有辦法直接認定這樣就是一年的結果，因為有時候收入按月是不規則的，例如政府補助款並不是按月撥進來，有一筆大額進來就會感覺現金很多，而

支出也是有結算的時點，其實反映在現金裡面有時會有按月不平均的狀態。

二、會議資料第 86 到 89 頁這幾個表，都預估今年是收支短絀 110 億元，跟現在到 9 月份的數據相比，大家感覺有點落差，這個都是建立在當時估算的基礎之上，我可以理李委員永振的意思，就是說假定已經有當時的預估值和實際數產生落差時，要趕快去校正，這點本署財務組會記下來。

李委員永振

一、剛才提出來討論的應該都是權責制，應該要用權責制才對，所以沒有兩個數字，但我並沒有反對，可以把原來的推估值放著，但實際有的數字就弄出來，現在已經 106 年底了，說 105 年還不知道，這怎麼解釋下去呢？您跟我們解釋我不曉得幾個人聽懂，若聽不懂怎麼跟人家解釋？

二、何代理委員語提到的平均眷口數，去年開會時預估 107 年會減少為 0.6，剛才提到還是 0.61，到底中間的差異在哪裡，是不是可以分析一下讓委員瞭解？

蔡副署長淑鈴

眷口數的部分有沒有還要回應的？(健保署同仁表示沒有)如果有比較具體數據就會後回應給各位委員。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

如果平均眷口數已經降到 0.59，就不應該還用 0.61，如果降到 0.58，頂多是用 0.6，怎麼還用 0.61，這是我們一直要求要瞭解的狀況。

蔡副署長淑鈴

剛剛回應過了，如有平均眷口數實際數字就請同仁回應給委員。

傅主任委員立葉

委員有沒有其他意見？(未有委員表示意見)委員所提意見請健保署參考，本案決議如下：107 年度全民健保一般保險費率審議結果，建議維持 4.69%，本會將依法報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告。接下來進行討論事項第二案。

伍、討論事項第二案「107 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案建議案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請陳委員亮良補充。

陳委員亮良

- 一、我是來自雲林的健保委員，親身體會到一個貧窮落後的地方，跟都會畢竟是不一樣，很多的醫療確實有不足的地方，因為現在的政府也是提倡用人口數去分配相關的資源和預算。但是這樣對一些偏遠地區確實非常不公。尤其以雲林來講，到目前還沒有 1 間醫學中心，也有好幾個鄉鎮沒有西醫診所，甚至 2 個鄉鎮沒有牙醫診所，更多鄉鎮沒有中醫診所，在看病、保健、治療疾病的過程當中，確實有相對的困難。
- 二、為了鼓勵醫療提供者下鄉，願意到比較偏遠的地區執業，我想雞蛋不可能永遠放在同 1 個籃子，要稍微分配一下，讓每個人都吃得到雞蛋。不只是雲林，花蓮、台東、嘉義、南投等好幾個縣市都有這種情形，本席提這個案是以雲林為案例，4 月提出到現在，被擱置了 7 個月，橫跨了 107 年總額協商，等於是馬後砲了，但是我還是非常堅定的在此呼籲，我們要重視這個問題。如果有一天，雲林這個全國生產 80% 蔬果的地方，1 個月都不要運蔬果來台北，看台灣會不會亂掉？
- 三、最近發生一個案例，我非常心痛，一個農民請不到工人，不得不請外勞到第一線從事農業，結果被抓到罰了 15 萬元，這個農民叫天天不應，叫地地不靈，非常可憐，這做 1 件事 1 年才賺沒多少錢為什麼要被罰，不得不啊！雲林人為了要治療重大疾病，早上 6 點多要搭客運到林口長庚、高雄長庚，這種痛苦住在都會的甘嚙(台語，有沒有)瞭解？你們有瞭解嗎？瞭解住在雲林的人的痛苦嗎？所以說我希望重視，希望明年的總額不只是西醫基層，牙醫、中醫都要提出相對的方案，本席一定要

支持，絕對不能讓資源落後、偏遠地區，在山區也好，各農業縣市也好，出現了這種狀況，社會是有公義的，大家要正視這個問題，拜託各委員支持，這一案希望明年度西醫基層、中醫、牙醫都要提出相對的方案，以上報告。

傅主任委員立葉

對於這個案子，各位委員有沒有意見？請干委員文男。

干委員文男

跟各位委員報告，我昨天參加中醫門診總額研商議事會議，特別提到雲林、嘉義等很多鄉村的地方都沒有中醫，希望中醫師公會能夠支應，因為要到各地方去開業，健保署當然有很多利多的誘因及方法，但是健保署可能沒有辦法支配，叫哪一個中醫師去哪裡執業，除非是衛生所或者是公立的，你的痛我們也都想到，但是希望這個案子大家來共識、認真思考，其實這個案子時間，您也說已經超過了，我想這個案子就留著大家參考。

蔡委員登順

關於本案，提案人陳委員亮良已講得很清楚，希望明年 4 個總額部門都能針對偏遠地區的醫療服務提出獎勵方案，因 107 年度總額已完成協定，不可能再去改變，故他呼籲希望於協商 108 年度總額時，4 個總額部門能提出相關方案，建議本案可照陳委員亮良所提作成決議。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、嘉義地區現在老年人口超過年輕人，65 歲以上的人數比年輕人還多，嘉義山區與海邊有很多地方都沒有中醫、牙醫，其實於 7、8 年前，健保署、雇主代表跟醫療團體就很重視、也很支持偏遠地區的醫療資源，以獎勵中醫師至醫療資源不足區開業為例，有提供 3 年的獎勵費用，其實我參與費協會、健保會多年以來，健保每年都有編列很多經費給醫療資源不足區。
- 二、健保會幕僚補充說明寫得很清楚，我建議可依之辦理。107 年度的總額協商已完成，4 個總額部門都有「醫療資源不足地區

改善方案」，其他預算也有編列「山地離島地區醫療給付效益提升計畫」，其均有專門的經費在推動，大家都很重視偏遠地區醫療資源之推動。

三、建議本案的決議，可依健保會幕僚補充說明辦理。至於 108 年度總額，希望 4 個總額部門能自己推出相關方案來，因於總額協商時，大家都有共識說不要寫出 108 年，但是我們可以請 4 個總額部門在編列 108 年度經費時，能對偏遠地區的醫療服務，提出相關計畫或方案，謝謝。

傅主任委員立葉

看起來大家都很有共識，請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

我對本案並無意見，但想請健保署彙整相關資料供陳委員亮良瞭解，其實我們對於偏遠或是醫療資源不足地區，已做了蠻多的事情，建議健保署提供相關資料，免得民眾因不清楚，而誤解為國家政府對偏遠地區民眾的醫療需求虧欠太多，這是我的建議。

傅主任委員立葉

請健保署提供相關資料給陳委員亮良參考。

黃委員啟嘉

一、感謝付費者代表對偏遠地區的關懷，這不只是醫界要關心的，也是全民關心的事。其實醫界也很關心偏遠地區民眾的醫療需求，也一直鼓勵醫師前去提供醫療服務，包括西醫基層也是如此，很多地方都是我們公會幹部自己去，路程真的很遠，大家可能不知道從花蓮市開車到花蓮偏鄉地區需時 2 個小時以上，這樣的時間若走高速公路，都可從台北開車到彰化了。我們希望能提供很多誘因鼓勵醫師前往提供醫療服務，以照顧偏鄉民眾。

二、感謝付費者代表有這共識，全民健保應往這方向走，過去大家就很重視這部分，我想陳委員亮良的用意，係希望大家再把力道加大一點。謝謝大家的支持，醫界也會盡全力，在有資源配

合的情況下，一起共同努力照顧偏鄉民眾的健康。

陳委員亮良

非常感謝各位的支持，我想偏鄉地區的問題，真的是你要穿上他的鞋，你才知道他的痛在哪裡。雖然對偏鄉醫療已做了很多措施，但是問題誠如黃委員啟嘉所講，確實仍有它不足的地方，希望於協商 108 年度總額時，各總額部門務必提出相關方案來救濟，拜託救救我們。本案就感謝各位委員的支持，謝謝。

傅主任委員立葉

現在可以做個結論，就是陳委員亮良及委員們所表達的意見，請 4 個總額部門相關團體及健保署參考。特別在提出 108 年度總額協商草案時加以考量。接下來進行討論事項第三案。

陸、討論事項第三案「建議修正全民健康保險會組成及議事辦法第
15 條條文案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請陳委員亮良補充。

陳委員亮良

- 一、本案我從 4 月份提出來至今才討論，提出本案，我的內心是非常的掙扎跟沈痛，因為我覺得法條的制訂，為何要透過修法來補其缺漏，就是因為它確實有漏洞的地方。台灣人是很善良的，台灣的社會是講道理的，尤其健保是我們台灣人民最安全的一道防線，台灣的健保是需要永續發展的，不只供上一代使用，也是我們這一代要使用，更是以後下一代要使用。
- 二、從 101 年 1 月 1 日頒布健保會的組成及議事辦法後，雖就有代理出席的情形，但在 104 年曾出現有代理委員在代理出席的過程當中，出現了不太合宜的行為。舉個例子，像今年度總額協商時，個人就觀察到、也請示了衛福部的社保司，竟然有所謂的代理委員跟正式委員都在同一個場地，我想這邊都有監視器，我不用再 PO(POST, 張貼)我的照片出來，為什麼可以這樣輪流？我個人就從早上 9 點開到半夜 1 點多，對我所擔任的職責負責。協商當天竟然有代理委員把正式的學者專家委員嗆走了，我不知道我們這些付費者代表委員要諮詢誰，因為專家學者都不在場了。所以，我要鄭重呼籲，我在這裡開了 1 年的會，請問劉志棟委員在哪裡？我等你 1 年了！大家都是同事，想認識一下。請問他的代理委員如果在開會時出言污辱到其他委員，到底是代理委員要負責任？還是正式委員要負責任？還是推薦的單位要負責任？在場有代表消基會的委員，他也是律師，想請教一下。
- 三、本席在此呼籲大家支持本案，我覺得代理委員不能說一上任就說未來兩年都由他代理出席，那衛福部的派令就直接丟掉算了

啊！我認為健保會沒有非誰擔任委員不可，臺灣健保才有辦法順利運作。我希望健保會要有革新的魄力進行改變，臺灣就是缺乏這種改變的動力。

四、所以，我提案在現行第 15 條條文新增「除有特殊原因每年最多以 2 次為限」，就是委員代理最多可以 2 次，甚至也要考慮增加但書限制代理委員不能參加總額協商，否則，發生代理委員把正式委員嗆走，這種行為能夠繼續再下去嗎？所以，我在此呼籲，並誠懇拜託各位，這是社會公益的問題，是臺灣健保未來永續的問題。不一定非要誰在本會做幾任才是臺灣健保之福，一定要有正當性，一定要對臺灣人民、付費者代表、醫事服務提供者都有說服力。本席特別呼籲將修正條文移請衛福部修法，將代理次數適度限制。

傅主任委員立葉

請商委員東福。

商委員東福

一、感謝陳委員亮良提出建議修正「全民健康保險會組成及議事辦法」第 15 條條文。我必須說明，現行條文在制訂過程中，都經過大家的思考及充分討論，我認為是智慧的結晶，但不代表不能修改，正如陳委員亮良所言，要與時俱進、適度修正，這點我也同意，但我必須說明為何我認為現行條文很有智慧，因為本會有許多團體代表，我們希望團體能夠充分發表意見，不能因代表委員無法出席，就不允許代理或限制次數。當初條文這樣訂定，其實是滿有智慧的，也在當時獲得共識。

二、二代健保希望做到訊息充分公開，所以，我們的回應雖然經常都很簡短，但都是表達事實，讓李委員永振常認為我們太過官僚，但其實並非如此，我也希望盡量做到實問實答。若要規定特殊原因或代理次數，勢必衝擊當初條文設計的初衷，亦即希望大家充分表達各團體代表的權益。社保司絕對尊重委員意見，若委員有共識，我們就配合修法。但我必須說明現行條文

的設計是滿有智慧的選擇，若大家要作修改，也希望能取得共識。

傅主任委員立葉

其他委員有無意見？請吳委員榮達。

吳委員榮達

- 一、對於本案，我基於三個尊重表示反對：第一、尊重部長職權，第二、尊重推薦團體(機關)、第三尊重機關所派委員。第一、尊重部長，因為委員是由部長所圈選，若委員在這兩年表現不理想，那是下一屆部長是否再圈選的問題。第二、尊重推薦團體(機關)，目前委員多由團體(機關)推薦兩名人選，再由部長圈選，既然是代表團體(機關)，推薦人選適當與否，應由機關決定，而非由本會決定。第三、尊重委員意見，委員基於時間及多方考量下指派代理人出席，就應尊重委員決定。
- 二、就以坐在對面的劉秘書長碧珠及王副秘書長秀貞為例，兩位都是代理委員，但我和她們開過幾次會，她們的專業、思考及智慧都比我好太多了，再說我目前的代理人謝天仁，在健保各方面都有豐富的經驗，我指派他當代理人難道不行嗎？所以，我認為基於尊重部長圈選、團體(機關)指派及委員權責，我反對本案。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

- 一、剛才商司長東福提到我的名字，我必須加以解釋，我從未講過司長官僚。上次會議有關健保法施行細則第 45 條，我沒說他違法，而是有爭議，結果他自己對號入座，這不是我的錯，當然我們的觀點有所不同。剛才商司長提到這部分，我本來要建議司長要將原來立法精神講清楚讓委員知道，因新委員也有半數以上，了解原本的立法精神何在。
- 二、剛才司長已說明團體代表必須有代理人，醫界的專科也很多，

非一人能完全代表，眼科及腎臟科都不一樣，在相關議題上可合理說明。因此，我們可清楚看到在議事辦法裡，專家學者個人就沒有代理人，其他均為團體代表，可指定 3 位代理人，依立法精神，代理人與本人出席的效力是相同的。

三、就我的瞭解向陳委員亮良報告，總額協商與目前討論的議事辦法是不一樣的。議事辦法適用於委員會議，但總額協商則由協商代表參加，所以，過去曾有爭議，在委員會議時，代理人坐在委員席，而委員坐在旁聽席，以致引起爭議，因此，才新增委員及代理人不能同時在場的規定。但總額協商時，只要是協商代表就可在場，所以，協商時曾發生小插曲，付費者代表針對腎臟醫學會發言，結果醫界協商代表抗議。所以，依此精神，協商過程中委員坐在旁邊是 OK 的，因每個人專長不一樣。我補充這個部分，按照這樣答案已呼之欲出，剛才吳委員已提到，本案並不適當。

傅主任委員立葉

請千委員文男。

千委員文男

一、我同意剛才吳委員榮達及李委員永振 2 位委員的發言，也尊重陳委員亮良的發言權。剛才已提到，除專家學者是個人代表外，其他委員都由團體指派，各團體有其推薦代表的標準，也有指派的方式。同時還有 3 位代理人，當委員無法出席時，就由代理人參加。若嚴格規定代理次數，像翁委員文能這 2 次出席都坐很久，他是大忙人，曾任長庚醫院院長，目前是台灣醫院協會理事長，黃委員啟嘉也經常趕場開會，我認為陳委員亮良應可體諒他們的難處。

二、委員的產生是由各團體、機關推薦 2 名，再由部長圈選決定。至於委員表現如何，我認為提及個人也不好意思，希望陳委員能諒解，大家都有實質上的困難。例如昨天在開會時，健保署李組長純馥開會中接到立法院通知，馬上就得離開，其他會議

也有很多類似的情形。請陳委員亮良體諒，再思考其他更好的解決辦法。

三、辦理共識營時，請健保會周執行秘書多講解相關規定，也許是陳委員亮良誤會在協商過程中發生不愉快的事情，亦即學者專家能否參與協商，以往是沒有，對於規定看法不同，所以會產生誤會，希望共識營能夠講清楚。

傅主任委員立葉

依序請陳委員亮良、何代理委員語及趙委員銘圓。

陳委員亮良

一、法令在修訂過程中有其時代背景，李委員永振講得很好，所以，我在提案前就針對過去的立法背景進行檢討，但臺灣不可能一直停留在 100 年的時候，現在已經 106 年了，未來還是會改變。每次開會我都從雲林趕來，從未缺席。我認為被部長圈選，有機會擔任健保委員是一種榮耀，但在會議中聽到有人說他未來要代理 2 年，我認為不應有這種制度上的缺失和漏洞。

二、目前臺灣很重視酒駕問題，酒駕肇事所造成的創傷很大。在總額協商過程中，竟然不讓專家學者提出意見，那專家學者參加總額協商要幹嘛？最後還被噙走了。在開會過程中並非限制不能由代理人出席，但總要有個限度，不能一任 2 年都是同 1 個代理人，而正式委員均未出席，這個團體這樣像話嗎？可以這樣嗎？臺灣社會可以存在這種行為嗎？雖然我和代表乾癬協會的王委員雅馨及代表癌症基金會的蔡委員麗娟都是第 1 次參與健保會，但都很用心認真投入，但在總額協商過程中，我們都被教育成不敢講話，好像閉門會議出來後發言，就變成豬隊友一樣，我認為這不是臺灣健保正向的發展。

三、在此，我還是希望代理要有限制，否則，臺灣還有公理嗎？大家冷靜思考一下。我還是堅持本案建議修正。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、若代理人不能參加總額協商，那麼明年醫界也只能派委員協商，其他人都不能，因為目前在場的 4 位醫界代表都是代理人。既然不是委員不能參加總額協商，那你們都不是委員，就不能參加總額協商。法律一旦規範，就要一視同仁，無論付費者或醫界，只有委員才能參加總額協商。
- 二、提案人指名道姓劉委員志棟，因為劉委員志棟是工總代表。我今天有 3 個會議，包括健保會，早上另有臺北市市政顧問會議，下午 1 點還有民視錄影。我打電話給周執行秘書問說能否請假，因劉委員志棟出國，第 2 代理人華清吉到醫院檢查身體，因心臟裝支架，無法出席，所以，我不得不來。但如陳委員亮良所說，劉委員志棟從未出席嗎？他有簽到，和他不認識嗎？我在松江路的「邊田莊」(松江旗艦店，台北市松江路 237 號 B1)請付費者委員吃飯時，你們不是同桌吃飯嗎？哪會不認識呢？那時就已介紹認識得很清楚了吧！他是代表工總的委員，今天你說不認識，這樣太離譜了吧！
- 三、若代理人在會有污辱性的發言，屬於法律問題，可以提出告訴，法律會主持公義。若有受到侮辱，現在就指名道姓列入紀錄，就可到法院提告。
- 四、我們是依據現有條文允許代理的規定進行代理，若條文修改，我們會尊重法律規定，工業總會也會非常尊重。我要題外話講一件事，6 月 8 日我受邀參加中央政府的密室會議，還包括中央銀行副總裁、國安會及國發會及各部會等相關人員，是因為我提出 15 個建議案，並簡報 20 分鐘，第 1 個建議案是軍公教人員調薪 8%~10%、發表在中華民國全國工業總會雜誌，及請林理事長伯豐及許理事長勝雄 2 位理事長公開向社會大眾宣布，建議軍公教人員要帶頭調薪，後來政府才採納。我所提 15 個建議案，還包括教授調薪等。我不要講那麼多啦，上星期內政部長頒發獎狀給我，是因為我所提的 15 個建議案，他

們參考七成以上。

- 五、若你認為開會時，有被侮辱到可以把具體事實拿去法院，我們非常尊重每個人的法律權益，每個人都可使用法律權益。今天提出的討論案，是依據現行條文建議修正，但在未修正前，我是依據現行規定出席會議。今天我本來不想來，想請劉委員志棟出席，但他出國了，華代理委員清吉至新光醫院就診，也沒辦法出席，逼得我只好來了。早上顧問會議開 30 分鐘、下午民視錄影不能去，簡訊都有行程可查的。
- 六、若不能代理，建議修正條文文字為不得代理，所有委員都不得代理，醫界代表的委員 12 個月都能親自出席會議嗎？醫界代表的醫師有這麼多時間可來開會嗎？我倒是建議修改為不得代理，也不必派代理人。我反對這個案，依現行規定，我有權力反對這個案，以後條文怎麼改，中華民國全國工業總會一定遵守條文規定。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、我尊重陳委員亮良的提案，但我反對這個提案。
- 二、我們全都是各團體推派出來的，就連代理人也是各團體推派的，他當然可以代理，也可參與這個會議。
- 三、我們是委員會議，不是一言堂，不是你陳委員提案大家就都一定要拍掌全數通過，這個部分我希望陳委員能清楚瞭解，我們是委員會議，是採共識決的。
- 四、另外，我不希望提案是針對人，甚至大辣辣寫出，對於您與何代理委員語之間不愉快的事情，來提這個案子，我真的覺得不太好啦！應該心平氣和，那些事情都已經過了，過去了就不要一直在吵，變成一直炒冷飯吃，實在沒有意義。
- 五、當然，如剛才所提的法律應與時俱進的部分，我們通通要尊重的話，就不該說公務人員還要去抗議。有些事情應該是要有道

理的，法律理當應要尊重啦，但有些惡法我們當然去反對啊，就像你會為了維護公務人員退休金部分。建議本案保留，從本案也可以看出陳委員是真的很用心啦，這個東西我們都很清楚。

- 六、本案是針對付費者代表或全體委員？你也要思考清楚。如果是針對全體委員，那還有道理。但如果是針對付費者代表，我想我們付費者真的會啞口無言，因為總額協商時，醫界是多少人，我們付費者才多少人，每個總額部門代表都是 7、8 個甚至 10 個人，我們才幾個人，在協商，若再把自己綁死，真的不好啦，以上建議，謝謝。

傅主任委員立葉

請王代理委員秀貞。

王代理委員秀貞(謝委員武吉代理人)

- 一、主席、各位委員，在座都是我的前輩，我只是很嫩的小朋友，但我也跟著謝委員武吉參與費協會至今健保會第 3 屆。首先，先回應何代理委員語提到總額協商會議時，醫界代表很多人出席，參與這麼多年來，每 1 年也都參與協商，我們能理解各委員從早坐到晚，非常辛苦，但是總額協商是採對等協商模式進行，醫界人數與付費者人數是相同，因此，醫界才會有其他代表出席總額協商會議，大家都是想要把事情做好，一起努力。
- 二、剛才吳委員榮達針對本案所提的三個尊重部分，從本案也可理解陳委員亮良，要的也是一個尊重，他也認為我們不管擔任哪一方的代表，是委員或代理委員，都應要在議場上彼此尊重不同立場及意見，就像醫界及付費者是有共同目標要將民眾照顧好，但會因為看到東西不同，立場不同，講出來的話就不同，但未來如何讓議事進行更平順、圓滿，達成大家共同要追求的目標，這確實是需要智慧，也相信委員都很有智慧。但本案要如何修改，或符合陳委員亮良之所以提出本案是希望委員間彼此互相尊重的部分，真的不要一言不合就告來告去，我相信這

不是陳委員亮良要的，以上淺見。

傅主任委員立葉

謝謝各位委員所提的意見，因為委員會議是採共識決，依剛剛委員所提的意見，對本提案並沒有共識，是否就做成決議，議程才能往下走(有委員示意發言)。先請李委員永振，再請干委員文男、陳委員亮良。

李委員永振

- 一、我很同意王代理委員秀貞所提的意見，最近才在 line 接到簡訊說，人會吵架是因為立場不一樣，就像數字的 6、9，1 個看是 6，另 1 個從不同方向看成 9，因為看的角度不一樣，就開始吵，那個簡訊相當讓人有省思的。
- 二、我本來以為對本案很清楚，但剛才聽完後，我也有點搞混了，是不是能請周執行秘書淑婉解釋，本案和協商會議是兩回事吧？(周執行秘書淑婉回應兩回事，本案是針對委員會議)。兩回事嘛，總額協商會議是依照協商程序進行，規範付費者、醫界代表人數，本案則是規範委員會議的部分，如剛才有委員所提，協商會議的醫界談判代表，與委員會議的代理委員是不同的 2 件事情。協商會議時，協商代表及其相關人員，本尊、分身可同在一個地方，未上場的醫界代表也可坐在後面傳遞紙條給上場的協商談判代表，釐清協商會議與委員會議之與會者後，能較容易討論。
- 三、因為陳委員亮良提好幾次，澄清一下，9 月份總額協商會議，是根據本會訂定總額協商程序進行，包含：協商時間、專家學者、委員發言情形等，當日在經過充分溝通後，也提醒主席應按照大家的共識去執行，並沒有噓的意思。大家釐清協商程序後，就不會再提這件事情，重新再提起似乎也怪怪的。
- 四、對陳委員比較抱歉的是，我有不一樣的看法，討論案說明提到萬年國會，我想健保會不是萬年國會，以前會批評萬年國會是委員久任未經改選，聽命行事參與表決，才會被形容成這樣

子。我比較 care(在意)的是委員參與健保會，用心用力，為健保永續發展而努力，有所貢獻，如果大家都秉持著這種精神，就不會成為萬年國會。至於本尊或是代理部分，都在法定規範內允許的，大家應共同努力，讓健保永續。

傅主任委員立葉

請干委員文男，再請陳委員亮良。

干委員文男

我想委員對於本案已經充分表達意見，陳委員亮良也充分表達了，請主席裁示。有關復議案部分，也請主席做決定，要不然努力半天也不知道結果如何。

傅主任委員立葉

陳委員亮良請簡短說明，好嗎？

陳委員亮良

- 一、主席怎麼到我講話就要簡短，我一樣是委員，還是說我不是委員，要解聘我？我想委員間，最重要的是要互相尊重，這是一個精神。為什麼要提出本案，我想大家心知肚明，有些事我也不用講的太白，但是我的用心是為了整個健保制度往好的走方向出發。公共政策制訂過程中，先產生爭議，形成議題，才會產生共識，最後形成法令，這就是制定公共政策過程中的演化。
- 二、我相信今天的提案已經讓很多人私底下竊竊私語，甚至都討論過，其實我也聽到很多給我的意見。但我今天提這個案，我一定不會後悔。我提這個案是為了整個遊戲規則、整個政策往好的方向演變，有錯我們就是把它修正，我想我對我提出本案的過程當中，從 4 月準備提案到現在已經 11 月了，為什麼都技術性的讓我審不到，還有 1 次審到我身體不舒服去上廁所，結果有人想要偷渡說我的案不算數，這些我都知道，但我不會矇著我的良心，我一定要把我善良的一面講出來，我一定要把對的事情講出來，至於有沒有共識，大家心中一把尺。我想每個

人的壽命都是有限的，很不巧前一陣子我的岳父往生了，這也是事實。

- 三、我是非常有感的才提出這個案，我也很堅決的要提出這個案。我希望會議紀錄要記錄下來，我很堅決要提這個案，至於其他委員反對，誰反對就把名字記錄下來，納入會議紀錄吧。(某委員回應有委員會議實錄)可以啊！我們回歸社會公信吧！我的意見就是這樣，謝謝。

干委員文男

本會委員會議紀錄都有上網公開。

陳委員亮良

會議紀錄上網公開是不夠的，我覺得要納入會議決議。

傅主任委員立葉

- 一、我想我們都非常瞭解陳委員亮良的用心，委員會議有會議實錄，會把大家發言都記錄下來。因為委員會議是共識決，本案沒有達到共識，也許陳委員亮良的呼籲下，說不定有天也會變成共識。
- 二、因為委員沒有共識，委員所提之意見，請社保司參考，本案討論到此，進入下一案，請王代理委員秀貞。

王代理委員秀貞(謝委員武吉代理人)

- 一、我相信干委員文男今天所提之附議案「醫院與西醫基層 106 年度健保醫療給付費用總額之 C 肝用藥專款項目經費得互相流用案」是很重要的，但是委員桌上也有 1 份臨時報告案是健保署所提報，也有時效性問題。
- 二、干委員文男及各委員很抱歉，希望大家可以支持臨時報告案「地區醫院之急診診察費保障每點 1 元」，本案是健保署 9 月 1 日「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議第 3 次臨時會議」通過，推估增加 1.35 億元，因本案涉及保障點值項目，提報委員會議同意後執行，才能公告。想和干委員文男及各委員商量一下，是否先進行臨時報告案，應該很

快，就等大家決議而已。

傅主任委員立葉

- 一、下次類似提案較像討論案，可採討論案形式，列在前面先行討論。
- 二、委員是否同意？因為本案具有時效性(眾多委員回應：好啦!)，好，就先進行臨時報告案。

柒、臨時報告案「中央健康保險署提報『地區醫院之急診診察費保障每點 1 元案』」與會人員發言實錄

傅主任委員立葉

本案是臨時報告案形式，但仍要經過委員會議同意後執行，才能完成相關程序。由誰先說明？健保署還是...？請周委員麗芳。

周委員麗芳

主席，有關 106 年各總額部門一般服務保障項目，業經 105 年 12 月份委員會議通過，因為當時未擔任健保會委員參與委員會議，因為本案只有寫地區醫院，沒有包括其他層級的醫院，是否能先說明本案的來龍去脈，為什麼只有地區醫院？

傅主任委員立葉

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、由我向各位委員說明本案，再回應周委員麗芳質疑前，我先說明前提，每年都有討論各總額部門保障點值每點 1 元部分，106 年度的部分也討論過了，該保障每點 1 元的項目也都報健保會同意後已經實施。因本案也是保障每點 1 元的項目，其經費來源係 106 年度醫院總額醫療服務成本指數改變率的部分經費支應，希望能保障地區醫院急診診察費。
- 二、但因碰巧本案屬保障項目每點 1 元的項目，就按照 105 年度健保會委員會議共識，醫療服務涉及保障每點 1 元部分，送健保會同意後執行，因此將本案送到本會討論，算是一個臨時報告案，至於您所提的各總額部門保障點值部分都會循此模式處理，因本案係年度中通過新增項目，因此才成為臨時報告案，以上補充說明。

傅主任委員立葉

委員會議只是備查嗎？

周委員麗芳

我想瞭解本案係地區醫院急診診察費採點值保障，區域醫院與醫學

中心急診診察費是否也採點值保障呢？

蔡副署長淑鈴

沒有。

傅主任委員立葉

各位委員有沒有意見？(委員回應：沒有意見啦！)

傅主任委員立葉

如果沒有意見，本案通過。請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、一般服務點值保障恐有違健保的旨意，為什麼採浮動點值，因為就醫人數、使用率是無法確定的，採用浮動點值才不會產生人球，總額協定後額度確認就不能變動，如果太多點值保障的科別，沒被保障的科別，點值可能會受到很大的衝擊。
- 二、過去通過保障點值的如：藥費、住院、手術、檢驗...等項目，係有其特殊性，倘若持續增加點值保障項目，我個人是持反對的態度，應回歸浮動點值較符合總額的精神，亦可發揮同儕制約的效果，還是要兼顧健保能永續經營。

傅主任委員立葉

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、就蔡委員登順所提，我想趁機向大家說明，我不是醫院部門代表，但我相信醫院部門提出本案，其應已經過 3 個醫院層級代表討論通過。大家可想想，在 1 個醫院總額裡頭有 3 個層級，今年有做很大的變動，即大幅調整急重症支付標準，前開調整將會壓縮到地區醫院，這可以列入會議紀錄。因壓縮到地區醫院，故應針對其中較應受保障的部分給予保障，才會產生本案的點值保障措施，等於是 1 個代償、補償機制。蔡委員登順所擔心的事情，因地區醫院急診費用的占率很少，影響的範圍很小，不會違反點值浮動的自律精神，我沒有替他們講話，只是將我知道的事情向大家報告。

二、另我想提的是，本案因有時效性、很重要而移到前面來。干委員文男所提復議案，涉及西醫基層總額部門，我必須在場。然因我 2 點後有要務，屆時我必須先離席，現已快 2 點了，希望能將其移至前面討論。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

106 年度醫院總額醫療服務成本指數改變率 90 億元尚有結存預算 29.67 億元分配地區醫院，我想瞭解的是，目前已分配 22 億多元，還有 7 億多元，是要用這 7 億多元來保障地區醫院的急診診察費每點 1 元嗎？還是從一般服務的費用支用？

蔡副署長淑鈴

向委員報告，都不是，106 年度醫院總額醫療服務成本指數改變率所增預算其實是 89 億多元，60 億元用來調整急重症的支付標準，(何代理委員語：剩下的部分)，剩下的預算則調整地區醫院的支付標準及保障其急診診察費點值，預估增加費用點數為 22 億點，支付標準的調整已通過並公告了，本項點值保障也是 22 億裡面的一部分。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、如果是這樣，我支持本案，讓它通過，另外 7 億多元是否再另外處理？(蔡副署長淑鈴：對)

二、另，針對上一案，我覺得主席做的決議不是很清楚，是否應該說此案委員沒有共識，請社保司參考辦理，應該是這樣的決議。(干委員文男：好啦，這樣說)

傅主任委員立葉

對，我們並無共識，委員意見請社保司參考。請蔡委員登順。

蔡委員登順

我們不能因為某個案、或所需金額不大就特別照顧這塊，我認為醫療體系的每個部門都很重要，都應公平對待，不能因為它小而不去關心。小也會變大，這樣做慢慢會更多保障，未來健保制度是否會變成每項醫療服務都逐漸變成保障項目，這是我們要的結果嗎？

王代理委員秀貞(謝委員武吉代理人)

謝謝蔡委員登順、周委員麗芳、何代理委員語和黃委員啟嘉，我稍加說明，本案的確於9月1日的支付標準共擬會議就已討論過，在討論過程並沒有針對某一個醫院層級來做這樣的事情，大家發現我們對其他項目並沒有保障點值，但我們認為地區醫院若能照顧好急診病人，將可減少大型醫院急診壅塞的狀況，所以希望鼓勵地區醫院的急診部分，讓他們因有點值保障而有動機要做好，其實這也呼應到強化在地社區醫院急診醫療照護的概念。謝謝。

傅主任委員立葉

好，謝謝，委員還有沒有其他意見？如果沒有的話，因為本案是報告案，就予通過，以利後續執行。本案討論到此。剛剛有委員提議將復議案提前，請問討論事項第四案提案人謝委員武吉的代理人是否同意？

王代理委員秀貞(謝委員武吉代理人)

討論事項第四案，同意延至下一次委員會議討論。

捌、復議案「建請醫院與西醫基層 106 年度健保醫療給付費用總額之 C 肝用藥專款項目經費得相互流用案」與會人員發言實錄

傅主任委員立葉

委員同意先討論復議案，請黃委員啟嘉說明。

黃委員啟嘉

- 一、因為我看連署的付費者代表非常多，付費者代表對本案應該已經有一定程度的認識。對醫療資源的靈活運用，西醫基層總額部門當然歡迎、絕對不會反對；但因為本案牽涉到專款、跨部門、跨項目的挪用，如果可以挪用，我希望其可以形成為通案，而非個案。
- 二、若是選擇性的個案，不禁要問為何僅此個案可以，其他類似的案子為何不能適用？必須有一個公定的準則、辦法，大家才知道以後應怎麼做，應該要多加思考再做決議。如果變成通案，讓專款可以跨項目、跨部門挪用，也需要經過健保會同意，如果健保會不同意，也不能挪用。
- 三、但是當初會訂定不能跨項目、跨部門挪用的原則，自有其道理，如要改變既定的原則，必須提出充分的理由，且日後若再發生需跨部門、跨項目挪用時，就應照這新的準則辦理。當然一切權責在健保會，大家不同意，就不能通過，若有共識，就能通過。我認為要跨項目、跨部門挪用，一定要先建立準則。在這個準則成立下，就提到健保會討論，健保會有共識，就 OK，我建議應這樣處理才對。

傅主任委員立葉

謝謝黃委員啟嘉，其他委員有沒有意見？請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

我同意黃委員啟嘉的意見，其實我在簽名連署時，就覺得不太妥。假如西醫基層總額部門不同意的話，我就把我的簽署撤掉，謝謝。

干委員文男

- 一、因 C 肝新藥是新的藥，其於預算分配的估算，可能有點失準，

是否會影響明年度預算的分配，也是 1 個問題。我提出復議案的前提，必須先經西醫基層總額部門同意。我並非拿自己的手打自己的嘴巴，我也知道挪用的程序，尤其是復議案，要大家簽署非常困難，但是基於 C 肝新藥有不錯的療效，且時間不足無法再拖了，才提出本案。剛才也是在西醫基層總額部門代表委員的同意下，復議案成立。

二、等一下可否請健保署詳細說明，年度結束時，若西醫基層總額部門 C 肝用藥的專款預算沒有用完，剩餘的錢拿去哪裡？如果回歸健保基金，就沒有問題，如果沒有的話...(周執行秘書淑婉、黃委員啟嘉：回到健保基金)。如果回到健保基金，從健保署的績效來看，健保署應表示意見。

傅主任委員立葉

先請何代理委員語，再請周委員麗芳、蔡委員登順。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

因為干委員文男是提復議案，其復議案的程序是合法的，以前決議的內容是這樣子，經過這段時間後，至年底西醫基層診所的 C 肝新藥使用名額還剩 325 個，沒用完的預算，是否就回到一般服務？

黃委員啟嘉

沒有，會回歸健保基金。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、如果西醫基層總額部門尚有治療名額，我贊成讓 C 肝患者在這 2 個月之內，可以趕快接受到治療，不要讓這 325 個名額，被挪回健保基金裡面，所以昨天干委員文男打電話給我時，我因支持這個看法，才簽名連署。

二、我認為西醫基層應該可以評估到年底可以用掉多少名額，剩下的名額應可以給醫院用。因本案為復議案，復議案就是可以推翻以前的決定，不是不可以。如果大家有共識，讓 C 肝患者有提早 2 個月使用新藥的機會，也未嘗不可。健保署的觀點為何，也應聽聽健保署的看法。

傅主任委員立葉

等一下，因為剛剛有發言順序，周委員麗芳之後是蔡委員登順，再來請劉代理委員碧珠。

周委員麗芳

- 一、主席、各位委員，我可以理解干委員文男及連署的付費者代表，提出本復議案的用心良苦。剛剛干委員也講得很清楚，本案的前提須在西醫基層總額部門同意下，才能提出。個人也覺得，其為專款項目，107 年度總額也做了醫院與西醫基層可相互流用的決議，但畢竟 106 年度還是有不得流用的限制。
- 二、我覺得本案很簡單，就是西醫基層總額部門同不同意流用，一句話！你們不同意，就不用談下去，因為就不成立，必須經過你們同意，才能往下走，這是我的觀點。我覺得 106 年要流用的話，除非西醫基層自己評估用不完，同意將其預算流出給醫院總額部門使用。如果你們覺得還想使用、不願流出，不管多少人連署，都不能動用該筆預算。請西醫基層趕快評估，是否願意將預算流出。

傅主任委員立葉

剛才周委員麗芳所提，請問所有連署復議案的委員，立場是否都是先看西醫基層總額部門的態度？

黃委員啟嘉

本案可否建議做成這樣的決議，所有與會者認為此案須經西醫基層總額部門同意後始得動用預算，西醫基層是否同意，讓我們攜回研議，如同意動用，建議直接使用不須再提會討論，請給我們一點討論空間，授權給我們決定。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、每年的總額協商，係經大家共同努力才辛苦談定的，爭取預算並不容易，過去有「專款項目經費不得流用」的決議，曾經討

論多次有會議記錄可查，如果專款項目可以挪用，可能就不會很努力去執行該項專案計畫，因預算在各部門總額裡面也丟不了，應付性執行既可，剩餘的錢還是可留用是不對的，有些專案計畫是政策或是試辦計畫，一定要去執行的，所以才會匡列專款不得流用。

- 二、當然干委員文男提出本案，是用心良苦，認為有很多 C 肝病患等待接受新藥治療，剛剛周委員麗芳也提到，前提是西醫基層總額部門同意挪用。如果他們同意，我是反對用「挪用」兩字，是否可以改為「移撥」，因過去已決議不能流用，現在不能因某需求而推翻前決議，否則會沒完沒了，過去的決議還是要尊重，如果西醫基層總額部門同意，我建議將剩餘預算移撥到醫院總額部門，按等候名冊排序就醫，可以照顧更多 C 肝患者。

傅主任委員立葉

謝謝，請劉代理委員碧珠。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

- 一、謝謝主席，本案係付費者代表的好意，但醫院部門也須尊重西醫基層代表的意見。我覺得應該回過頭來看，我並不是算舊帳，當初在討論 106 年度醫院總額 C 肝用藥預算時，付費者代表曾建議編在一般服務，如果真的編在一般服務，發生像現在預算不足的結果，醫院部門是不是也要吞下去。
- 二、站在民眾立場來看，西醫基層總額部門到年底還有 325 個餘額可用，但是醫院部門已登錄仍在等待的，9 月中就沒有名額，從 9 月等到現在者有 302 位，明知道還有 C 肝新藥的預算，但是醫院卻不能使用，我們協商這些預算，到底是為了誰？站在民眾權益的立場上，我們懇請西醫基層總額部門可以適度考量，但我還是要強調尊重西醫基層代表的意見。

傅主任委員立葉

謝謝，等一下(黃委員啟嘉：剛才黃委員偉堯有舉手)，先請蔡委員

麗娟，再來是黃委員偉堯。

蔡委員麗娟

- 一、上次會議我曾提到，希望能站在病友團體的權益跟立場來考量，我之所以連署，係希望可以趕快將剩下的名額提供給病人使用。因為我是新委員，不清楚過去所訂的規定，如果相互流用會違反過去的規定，我也不希望此例一開，會造成後續的問題，但是我們也 concern(關心)醫院部門還有 300 多個病友在等待使用 C 肝新藥，西醫基層總額沒有用完的預算，不管是放到健保基金或其他處理方式，對於病人而言，他們最希望的是可以趕快使用到新藥。
- 二、是否有符合目前規定的解套方式，健保署有沒有數據可以做媒合？登錄系統裡有人名、地址，能否據以媒合，告訴對方哪個縣市的哪個診所，還有名額可提供 C 肝新藥，新藥就是給病人救命的契機，希望可以透過其他方式來解決目前困境，在不違反專款不能流用的狀況下，把尚有的名額消化掉，這才是對病人最大的保障。

傅主任委員立葉

請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

主席、各位委員，剛才黃委員啟嘉和蔡委員麗娟所提的看法，與我的部分意見相近。在此，再補充 2 點：

- 一、制度運作面的考慮，誠如黃委員啟嘉所提，若為本案打破專款專用的原則，日後可能很多案也會要求比照辦理，有可能演變成事後追溯的通則，而不利於專案執行與成效。其次，今年度已快結束，是否還要再為此推翻本年度先前的決議？更何況明年已不會發生這個問題，是否還需要急於在目前這 1、2 個月來處理這個問題？
- 二、就疾病急迫性的考慮，倘若是 C 肝問題急迫性高的話，相對於只為了處理西醫基層 C 肝用藥的餘額；反而應該優先考慮全

部有多少 C 肝病人須治療，是否全部都應該涵蓋。

最後，如果因為本案而打破了總額協商的結果與總額的執行原則，日後健保制度的運作有可能因事後追溯而亂了套。請大家慎重考慮這點。

干委員文男

- 一、我要謝謝幫我連署的所有委員，我是站在付費者的立場，也站在我們協商的立場，也站在西醫基層及醫院部門的立場，最主要還是為了 C 肝病患者有沒有藥可用趕快治療。首先，我先撤案，所有委員都同意，我們撤案，因為復議的前提是在西醫基層總額部門代表不反對下，我們才可以做，這是一個大前提。
- 二、第二個，是希望醫院把病患轉到尚有名額的基層診所治療，至於西醫基層有沒有要做、病患要不要去基層治療，是另一回事，但希望能做到轉移，能讓病患有趕緊使用到 C 肝新藥的機會，也感謝所有委員對本案的關心，我們撤案，就不要再討論了。

傅主任委員立葉

好，謝謝，既然干委員文男同意撤案，我們就不要再討論了，剛剛蔡委員麗娟和干委員文男所提意見，請健保署參考，是否能透過媒合或是其他方式來解決。本案討論至此，因為時間關係，剩下 1 項討論案及報告案，延到下次委員會議，今天會議進行到這裡，散會，謝謝大家！

檔 號：
保存年限：

台灣醫院協會 函

地址：251 新北市淡水區中正東路二段29-5號25樓
承辦人：林佩菽小姐
電話：(02)2808-3300 分機52 傳真：(02)2808-3304
電子郵件信箱：peichiou@hatw.org.tw

11558

台北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國106年11月15日

發文字號：院協健字第1065496號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：

主旨：關於107年度醫院總額一般服務地區預算案，尊貴會10月會議分配決議，敬表同意，復請查照。

說明：

- 一、復貴會106年11月7日衛部健字第1063360159號書函。
- 二、有關107年醫院總額一般地區預算分配案，雖本會暨各層級醫院協會經多次會議共識，擬以健保多年累積之大數據試算以做為分配之依據，並函請健保署惠予協助指導暨試算。然，因模擬試算尚需細部研商校正，爰此前於10月16日院協健字第1064848號函復貴會，建議在尚未完成試算或提出更合宜之分配方式前，建議先沿用106年之分配。
- 三、承貴會10月27日第3屆106年第9次委員會議決議，感謝各界對醫院部門之協助，同意107年地區預算之分配同106年之占率。
- 四、另，擬以健保大數據以模擬試算分配地區預算之議案，本

會將繼續戮力並商請中央健康保險署支援指導，期能成為
來年地區預算分配之依據。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：衛生福利部中央健康保險署

理事長翁文能

裝

訂

健保現行審查制度檢討與改革

中央健康保險署，醫審及藥材組，1061116 核定

一、審查執行現況

- (一)本署每年受理門診申報醫療費用案件約 3.6 億件、住診約 300 多萬件，在預算審查經費及審查醫藥專家人力有限情況下，全年僅能審查約 250 萬件。
- (二)105 年 10 月前，審查醫藥專家在審畢案件上以代號簽名，但不對外公開。
- (三)本署於專業審查採抽樣方式，核減方式的計算為立意案件不回推、隨機案件回推，以樣本案件點數核減率，比例回推至抽樣母體。
- (四)105 年 12 月，本署首次針對健保特約院所執業之西醫師，進行滿意度調查，有高達 86% 的醫師認為「民眾浪費醫療資源及藥物」；105 年西醫門診診療費及檢驗檢查費占 38.8%(1,552 億點)，藥費占 34.8%(1,366 億點)，而檢查項目中以電腦斷層造影花費最多，支出 92 億點(歷年成長近 2 倍)，其次超音波檢查支出 90 億點，磁振造影支出 58 億點(歷年成長 3.4 倍)。

二、爭議點

- (一)本署雖依法由審查醫藥專家進行專業審查，惟仍迭有專業見解差異而引發爭議與公開具名以示負責之訴求。
- (二)核減點數之計算，雖然隨機回推有其統計學理，然而回推後之總核減點數較未回推之樣本核減點數達數十倍，醫事機構認有不合理之爭議。

三、改善方案

(一)推動「醫院總額專業雙審及公開具名試辦方案」

- 1.目的：減少個人專業見解差異，以提升醫療費用核付之合理性。
- 2.內容：自 105 年 10 月起實施於醫院總額部門中，除專業雙審外，另對小兒科、婦產科、耳鼻喉科、眼科、神經科及精神科等 6 個科別有核減費用之案件，於核減清單中呈現審查醫藥專家姓名，並於 106 年新增泌尿科；對於有核減的特定案件，必要時得採雙審方式。

(二)修正審查醫療辦法第 22 條及其計算方式

- 1.目的：降低隨機抽樣統計回推結果對特約醫事服務機構造成財務衝擊。
- 2.內容：設定隨機抽樣比例回推上限值，且該數值得由相關機關團體共同
研商；另為調整門診及住診的極端值均為 14%。

(三)強化雲端系統功能，共享「藥品」及「重要檢驗檢查項目結果」資訊

- 1.目的：避免不必要的醫療資源及藥物重複使用。
- 2.內容：積極推動「雲端藥歷」及「重要檢驗檢查項目結果共享制度」，

在尊重醫師醫療自主性的前提下，透過提醒功能，作為醫師開立處方或執行之參考，若仍有必要，應於病歷上詳細記載。

(四)結合大數據分析與醫療專業，提高立意抽審案件比例，以達精準審查。

四、初步成果

(一)推動「醫院總額專業雙審及公開具名試辦方案」

- 1.公開具名試辦 4 季後，原試辦之小兒科因有意願於核減案件公開具名之審查醫藥專家人數已不足以於法定核定期限內完成各分區之審查業務外，婦產科、耳鼻喉科、眼科、神經科、精神科及泌尿科等六科仍持續辦理個案核減公開具名。另依據 106 年 4 月 25 日與各界討論之結論，醫院總額整體審查醫藥專家之名單，則依審查醫藥專家之意願，公布於「健保資訊網服務系統(VPN)」，以供第一線臨床醫師查詢(1,300 多位醫師同意公開姓名，約 5 成)。
- 2.專業雙審試辦 4 季後，其核減件數、申復件數及爭審件數相較辦理前均呈現降低，有效達到降低審查爭議之目的，故本署將續辦專業雙審。
- 3.在點值部分，影響點值因素甚多，且經統計分析顯示，「總額點值(Y)」與「核減率(X)」間並無顯著相關，另 105 年支付標準調整後，預估總額點值將下降約 0.02，符合 105Q3 起之後續點值變化。經進一步探究，「總額點值(Y)」與「醫療費用申報(X1)」及「總額預算額度(X2)」間有統計顯著相關，故真正影響點值的因素為前述兩項原因。
- 4.已與各專科醫學會及總額公協會完成現行審查注意事項之整體研修討論，並已完成泌尿科、耳鼻喉科、婦產科及復健科審查注意事項改版修訂及公告，近期將再公告 6 個科別的修訂條文，以提升審查共識。
- 5.已邀請專科醫學會共同參與 5 場次的爭議案例討論，並將專家結論作為修訂審查注意事項之參考。

(二)修正審查醫療辦法第 22 條及其計算方式

目前已將修正條文案草案函報衛福部審議及進行後續預告中。

(三)強化雲端系統功能，共享「藥品」及「重要檢驗檢查項目結果」資訊

經 106 年 4 月 25 日與各界共同討論及某醫學中心子宮鏡檢查事件後，本署將以「精準審查」為目標，將立意審查案件比例調高至 70%~80%。另本署已針對門診 12 類用藥及門診 20 類檢驗檢查有重複使用之部分，回饋明細資料給醫事機構，並以同儕平均值為參考，對申報量或檢查量異常的院所或醫師，亦或病人在短期內多次接受相同檢查之案件，進行立意抽審。

詢問(委員會議)日期：106 年 10 月 27 日
電子郵件回覆委員日期：106 年 11 月 14 日

有關健保會 106 年 10 月份(106 年 10 月 27 日)委員會議與會人員發言實錄，委員對於藥品費用分配比率目標制試辦方案所提問題 (議事錄 P.24)，健保署回復說明如下：

委員意見	健保署回復說明
<p>吳委員榮達： 會議資料第 48 頁，有關「106 年基期值以 105 年之目標值為基期，並排除 105 年實際核付之 C 型肝炎、罕見疾病及血友病等疾病治療藥品費用，校正為 1,449 億元」，這段話提到 1,449 億元這個數據，是不是請健保署會後提供書面詳細資料讓委員參考。</p>	<p>有關 106 年 9 月 13 日公告之 DET 試辦方案，主要以前一年 DET 目標值為基期，但因今 (106) 年公告之 DET 試辦方案範圍，不含人類免疫缺乏病毒感染、C 型肝炎、罕見疾病及血友病等疾病治療藥品費用，故 106 年基期值以 105 年 DET 目標值 (1548.2 億元) 為基期，並排除該四類藥品費用之 105 年實際核付藥費(人類免疫缺乏病毒感染治療藥品於 106 年才納入健保給付，105 年無相關費用)，校正基期值為 1,449 億元。</p>