

衛生福利部全民健康保險會
第3屆106年第11次委員會議事錄

中華民國106年12月22日

衛生福利部全民健康保險會第3屆106年第11次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國106年12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：(依委員姓名筆劃排序)

干委員文男

王委員雅馨

古委員博仁

吳委員國治

中華民國醫師公會全國聯合會張醫師孟源

(12:48以後代理)

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

林委員惠芳

林委員錫維

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

國家發展委員會陳科長靜雯(代理)

萬芳醫院護理部劉主任淑芬(代理)

中華民國全國工業總會何常務理事語(11:44以後代理)

蔡委員登順
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

肆、列席人員：

本部社會保險司
中央健康保險署

疾病管制署
本會

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
王科長任鑫
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

伍、主席：傅主任委員立葉

紀錄：邱臻麗、陳淑美

陸、主席致詞(略)

柒、議程確認

決定：臨時提案「職業工會會員健保投保金額申報下限之規定與檢討」，列於報告事項之後討論，餘照議程之安排進行。

捌、請參閱並確認上(第 10)次委員會議紀錄

決定：

- 一、「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」之決定一(二)，文字由「...，送請相關單位參酌辦理」，修正為「...，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」。

二、討論事項第一案「107 年度全民健康保險費率方案(草案)，提請審議」之決議二，文字由「...，請中央健康保險署參考」，修正為「...，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」。

三、餘確認。

玖、上(第 10)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 10)次委員會議決議(定)事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤之項次 6，「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」，請註明「本案經討論已撤案」，追蹤建議改為「於 106 年 12 月 31 日解除追蹤」。

(二)擬繼續追蹤之項次 4，「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」。因行政院已於 106 年 12 月 15 日核定，衛生福利部並於 12 月 20 日函知本會，爰改列「解除追蹤」。

二、歷次委員會議未結案件辦理情形：

(一)已達解除追蹤條件，改列「解除追蹤」案件如下：

1.項次 12「委員對現行職業工會會員申報健保投保金額下限，及全民健康保險法施行細則第 46 條第 1 項第 5 款所提意見，請權責單位審慎研議案」(已完成研議)。

2.項次 19「請各總額部門相關團體儘早研提 107 年度總額地區預算分配建議案」(已提出建議方案)。

3.項次 27「107 年度總額衛生福利部核(決)定結果與本會協商結果差異比較案」(已提會報告)。

- 4.項次 28 「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率協定結果報部案」(已奉核定)。
- 5.項次 29 「牙醫門診總額一般服務之點值保障案」(已議定)。
- 6.項次 31 「醫院總額一般服務之點值保障案」(已議定)。
- 7.項次 32 「中醫門診總額一般服務之點值保障案」(已議定)。
- 8.項次 33 「中醫門診總額一般服務風險調控案」(已議定)。

(二)決議內容相近，改列「併案追蹤」之案件如下：

- 1.項次 8、20，「106 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額醫療服務成本及人口因素成長率案，委員所提意見供衛生福利部未來檢討公式時參考」、「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍交議案，本會委員所提意見，供衛生福利部未來擬定政策方向或檢討醫療服務成本及人口因素成長率公式時參考」。
- 2.項次 11、34，「謝委員武吉對於藥價差議題所提意見，請中央健康保險署參辦」、「建議中央健康保險署秉於保險人權責，於本會報告向藥商調查『專利期內藥品』於各類特約醫事服務機構的折扣狀況案」。
- 3.項次 17、上次委員會議繼續追蹤之 6，「本會支持持續改善、提升偏鄉離島及原住民地區之醫療服務品質，請中央健康保險署研擬更具體之建議方案後，再提會討論」、「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」。

(三)有關繼續追蹤之項次 18，「『為使政府當責承擔健保總經費不得少於 36%之財務責任，建請衛生福利部恢復 101 年 10 月 30 日修正通過之全民健康保險法施行細則第 45 條條文內容，並匡正 105 年度之政府應負擔健保總經費法定下限 36%計算方式』，本會委員所提意見送請衛生福利部(社會保險司)及中央健康保險署審慎研析並檢討修正案」。請社會保險司具體回應可以執行事項或有窒礙難行之處，並就政府負擔法定下限 36%，於 105 年是否補提 38.5 億元加以說明。

三、本會 107 年度工作計畫、委員會議預訂時間表及共識營與業務參訪活動行程表如附件一~三。107 年度各工作計畫項目，請相關負責單位配合辦理；業務參訪活動則請中央健康保險署暨所轄台北分區業務組協助安排。

四、餘洽悉。

拾、「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核定結果及後續相關事項，請鑒察。

決定：

一、請中央健康保險署依 107 年度協定事項所列時程辦理相關事宜。至「107 年度各部門總額中應於 106 年 12 月底前完成之協定事項」，就尚未完成項目，請中央健康保險署盡速辦理。

二、餘洽悉。

拾壹、討論事項

第一案

提案單位：本會第三組

案由：107 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，
續請討論。

決議：

一、107 年度西醫基層總額一般服務(不含 106 年度於一般
服務之品質保證保留款額度)地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍
區分為六個地區。

(二)分配方式：66%依各地區校正「人口風險因子及轉
診型態」後保險對象人數，34%依西醫基層總額支
付制度開辦前一年(89 年)各地區實際發生醫療費用
比率分配。

(三)所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險
署會同西醫基層總額相關團體議定之。

二、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，由中央健康保險
署會同西醫基層總額相關團體議定後，於 107 年 1 月
12 日前送本會，以利提 1 月份委員會議討論。

三、請西醫基層總額相關團體於 107 年 1 月 12 日前將所
建議之 107 年度風險調整機制提送本會，以利辦理後
續事宜。

四、基於時效，請幕僚將已議定之醫院、牙醫門診、中醫
門診總額一般服務之地區預算分配案，先陳報衛生福
利部核定，以利實施。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：107 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，
續請討論。

決議：

一、同意 107 年度中醫門診總額自一般服務費用移撥

3,600 萬元，用於撥補五分區(不含東區)各鄉鎮市區內僅有 1 家特約中醫院所之點值；經費若有剩餘，55%分配予台北分區，45%分配予北區分區。

二、所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之。

第三案

提案單位：中央健康保險署

案由：107 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案，提請討論。

決議：

一、同意中央健康保險署所送之 107 年度中醫門診、醫院總額一般服務及門診透析服務之點值保障項目(如附件四)。

二、西醫基層總額之點值保障項目，請中央健康保險署會同該總額相關團體盡速議定後，於 107 年 1 月 12 日前送本會，以利提 1 月份委員會議討論。

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等，提請討論。

決議：委員所提建議，請中央健康保險署及疾病管制署參考辦理。

第五案

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：為能對健保之監理與健保資源使用有更整體性與全面性的視野，建議國民健康署、疾病管制署、食品藥物管理署定期至本會報告與健保資源耗用連動相關之業務情形，提請討論。

決議：除依目前視委員會會議討論需要，邀請國民健康署、疾病管制署、食品藥物管理署等相關單位列席說明外，再由本會每年至少邀請上開相關單位舉辦 1 次業務座談會，與委員交換意見。至於座談議題，請本會幕僚徵詢委員意見後擬訂。

第六案

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：現行健保署依「全民健康保險藥品價格調查作業辦法」第六條第一款規定要求醫事服務機構按季申報藥品採購資料等案，顯有擾民、血汗院所，並已然違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第二條，籲請檢討改正，提請討論。

決議：委員所提建議，請中央健康保險署參考辦理。

第七案

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：現行健保復健之物理治療、職能治療處方開立，顯有圖利復健科專科醫師之嫌，並有徒增病患就醫困擾、增加民眾就醫成本及不便等問題，基於維護復健治療人員的公平對待與考量復健設置皆於醫療機構設置標準有一致規範，建議刪除以處方開立醫師別的差別支付，將兩階支付改為同一支付，提請討論。

主席裁定：本案依提案人謝委員武吉意見予以撤案。

第八案

提案單位：中央健康保險署

案由：107 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

拾貳、報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：106 年 11 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

第二案

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」，本署之執行方式案，提請報告。

主席裁定：依委員建議改列討論事項。請中央健康保險署提供利弊分析等相關資料，提下次委員會議討論。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：保險對象自付差額特材之實施情形，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險業務監理指標之監測結果，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

第五案

報告單位：中央健康保險署

案由：「健保藥品品質監測計畫」之進度報告，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

拾參、臨時提案

交議單位：衛生福利部

案由：職業工會會員健保投保金額申報下限之規定與檢討，
提請討論。

決議：本案請社會保險司補充方案一、二、三對於保費收入
之財務影響評估資料，於下次委員會議繼續討論。

拾肆、散會：下午 13 時 58 分。

全民健康保險會 107 年度工作計畫

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
政策諮詢	一、部長與委員業務座談	視部長行程，至少安排1次	本會	依 106 年 7 月份委員會議決定事項辦理
業務監理	二、業務訪視活動			
	業務參訪、共識營暨委員會議(兩天一夜)	3 月	本會(健保署)	依 106 年 11 月份委員會議決定事項辦理
	三、專案報告			
	1.專利期內各層級醫事服務機構藥價調查結果報告	1 月	健保署	依 106 年 10 月份委員會議決議事項辦理
	2.105 年健保收入超過 4 億元之醫療院所財務報告之公開情形	3 月	健保署	依健保法第 73 條辦理
	3.「基層總額轉診型態調整費用」動支方案報告(包含醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件)	4 月	健保署	依 106 年 9 月份委員會議決議事項辦理
	4.投保金額高薪低報查核及成效報告	5 月	健保署	立法院審查本部 107 年度公務預算委員關切事項
	5.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	6 月	健保署	依 106 年 9 月份委員會議決議事項辦理
	6.推動促進醫療體系整合計畫(「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「區域醫療整合計畫」、「提升急性後期照護品質試辦計畫」，及「跨層級醫院合作計畫」)之執行情形	6 月、12 月	健保署	依 106 年 9 月份委員會議決議事項辦理
7.給付項目及支付標準調整 (1)106 年度醫院及西醫基層總額、107 年度各部門總額醫	7 月	健保署	1.依 105 年 9 月份及 106 年 8、9 月份委	

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
業務 監理	療服務成本指數改變率所增加預算用於調整支付標準之執行情形 (2)107 年度及近 5 年新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)與調整給付內容之執行情形及財務影響(含替代效應分析)			員會議決議事項辦理 2.依 104 年 3 月份委員會議決議事項辦理(全民健保年度總額對給付項目調整之處理原則)
	8.落實指示藥品不納入健保給付之規劃報告(含配套措施及對健保財務之影響評估)	8 月	健保署	1.依 106 年 10 月份委員會議決議事項辦理 2.由健保署視規劃進度，可提前提報
四、例行監理業務				
	1.106 年度全民健保年終決算報告備查案	3 月	健保署 (本會)	依健保法施行細則第 3 條辦理
	2.108 年度全民健保預算備查案	4 月	健保署 (本會)	依健保法施行細則第 3 條辦理
	3.全民健康保險業務監理指標之監測結果報告	6、12 月 (季呈現指標另 納入 3、9 月業務執行報告)	健保署 (本會)	1.依 104 年 12 月份委員會議決定事項辦理 2.本會訂於 6 月產製 106 年度監測結果報告書
	4.全民健康保險業務監理指標修訂案之討論	5 月	本會	依 105 年 8 月份委員會議決議事項辦理
	5.自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告	5、12 月	健保署	1.依 105 年 6 月份委員會議決議之「健保會討論自付差額特材之作業流程」辦理 2.開放半年後之報告視新品項收載狀況而定，107 年至少需提報 2 品項： (1)5 月提報「客製化

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
業務 監理				電腦輔助型顱顏骨固定系統」(106.8 納入) (2)12 月提報「治療心房顫動之冷凍消融導管」(106.11 納入)
	6.自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告	12 月	健保署	依 105 年 6 月份委員會議決議事項辦理
總額 協議 訂定	1.107 年各部門總額執行成果評核作業方式之討論	3 月	本會	
	2.108 年度總額範圍報行政院前之諮詢	4 月	社保司 (本會)	依健保法第 60 條辦理
	3.108 年度總額協商架構、通則及程序之討論	5、6 月	本會	
	4.召開各部門總額執行成果評核會	7 月	本會	預訂於 7 月辦理，5~7 月準備資料
	5.107 年全民健康保險各部門總額評核結果獎勵案之討論	8 月	本會	
	6.108 年度各部門總額及其分配方式之協議訂定	9 月	本會	1.依健保法第 61 條辦理 2.預訂於 9 月辦理總額協商暨委員會議，7~9 月前置作業
	7.108 年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論	10、11 月	本會	依健保法第 61 條辦理
費率 審議	1.108 年度保險費率審議前專家諮詢會議	10 月	本會 (健保署)	1.依健保法第 24 條辦理
	2.108 年度保險平衡費率案之審議	11 月		2.健保署於本會協議訂定總額後 1 個月提請審議 108 年度保險費率案

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
保險給付及其他應討論法定事項	1.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論	2、5、8、11月	健保署(本會)	1.依健保法第45條第3項及105年6月份、106年5月份委員會會議決議事項辦理 2.各季辦理時程配合健保署送會時程
	2.健保署所擬訂108年度抑制資源不當耗用改善方案之討論	12月		依健保法第72條辦理
	3.健保署所擬訂醫療品質資訊公開辦法之討論	3月	健保署(本會)	依健保法第74條辦理
	4.健保署所提調整保險給付範圍方案之審議	配合健保署送會時程		依健保法第26條辦理
	5.健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議			依健保法第51條第12款辦理

- 註：1.健保署表示107年度未規劃修訂「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法」，爰未列入工作項目。
2.預定時程已參酌健保署建議安排。
3.委員會會議若另有決議(定)事項，配合調整相關工作項目。

全民健康保險會 107 年度委員會議預訂時間表

會議次別	會議時間	會議地點
第 1 次	1 月 26 日(星期五上午 9 時 30 分開始，最遲至下午 2 點結束)	衛生福利部 301 會議室(臺北市忠孝東路 6 段 488 號 3 樓)
第 2 次暨共識營、參訪活動	共識營及參訪活動 3 月 22 日(星期四上午 9 時 30 分)全天 委員會議 3 月 23 日(星期五上午 9 時 30 分)全天	新北市萬里區翡翠路 17 號
第 3 次	4 月 27 日(星期五上午 9 時 30 分開始，最遲至下午 2 點結束)	衛生福利部 301 會議室(臺北市忠孝東路 6 段 488 號 3 樓)
第 4 次	5 月 25 日(星期五上午 9 時 30 分開始，最遲至下午 2 點結束)	
第 5 次	6 月 22 日(星期五上午 9 時 30 分開始，最遲至下午 2 點結束)	
第 6 次	7 月 27 日(星期五上午 9 時 30 分開始，最遲至下午 2 點結束)	
第 7 次暨 108 年度總額協商草案座談會	委員會議 8 月 24 日(星期五上午 9 時 30 分開始，最遲至下午 2 點結束) 座談會 8 月 24 日(星期五下午 2 時開始)	
108 年度總額協商暨第 8 次委員會議	協商會議 9 月 27 日(星期四上午 9 時 30 分)全天 9 月 28 日(若有協商未盡事宜，於上午 11 時繼續處理) 委員會議 9 月 28 日(星期五下午 2 時開始)	

會議次別	會議時間	會議地點
第 9 次	10 月 26 日(星期五上午 9 時 30 分開 始，最遲至下午 2 點結束)	衛生福利部 301 會 議室(臺北市忠孝東 路 6 段 488 號 3 樓)
第 10 次	11 月 16 日(星期五上午 9 時 30 分開 始，最遲至下午 2 點結束)	
第 11 次	12 月 21 日(星期五上午 9 時 30 分開 始，最遲至下午 2 點結束)	

備註：

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

**衛生福利部全民健康保險會 107 年第 2 次委員會議
暨共識營、業務參訪活動行程表**

107 年 3 月 22 日(星期四)第一天		
時間	內容	地點
~09:20	集合(衛生福利部)	衛生福利部 (台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)
09:30~10:30(60 分鐘)	路程(衛生福利部→臺大醫院金山分院)	
	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	
10:30~10:55(25 分鐘)	路程(臺大醫院金山分院→照護個案)	
10:55~11:55(60 分鐘)	分組實地參訪-居家醫療照護個案 (居家醫療、重度居家、安寧療護)	臺大醫院 金山分院 (新北市金山區五湖里 11 鄰玉爐路 7 號)
11:55~12:20(25 分鐘)	路程(照護個案→臺大醫院金山分院)	
12:20~13:20(60 分鐘)	午餐	
13:20~13:50(30 分鐘)	健保署簡報	
13:50~14:20(30 分鐘)	臺大醫院金山分院簡報	
14:20~15:00(40 分鐘)	綜合討論	
15:00~15:30(30 分鐘)	實地參訪-臺大醫院金山分院	
15:30~16:00(30 分鐘)	路程(臺大醫院金山分院→翡翠灣福華渡假飯店)	
16:00~17:30(90 分鐘)	健保會共識營 I (發放房卡)	新北市萬里區翡翠 路 17 號
17:30~18:00(30 分鐘)	辦理入住	
18:00~20:00(120 分鐘)	健保會共識營 II、晚餐	
20:00~	住宿	

**衛生福利部全民健康保險會 107 年第 2 次委員會議
暨共識營、業務參訪活動行程表(續)**

107 年 3 月 23 日(星期五)第二天		
時間	內容	地點
07:00~09:20(140 分鐘)	早餐(18 樓，自助式用餐)	新北市萬里區翡翠路 17 號
09:20~09:30(10 分鐘)	大合照(1 樓門口)	
09:30~12:30(180 分鐘)	健保會 107 年第 2 次委員會議 (地下 1 樓會議室)	
12:30~14:00(90 分鐘)	午餐(18 樓)	
14:00~15:30(90 分鐘)	金山社區環境參訪	
15:30~16:30(60 分鐘)	路程(新北市金山區→衛生福利部)	
16:30~	賦歸	

參與人員：

- 1.參訪活動—本會委員、法定列席人員、健保署臺北業務組暨轄下相關院所代表。
- 2.共識營—本會委員。
- 3.委員會議—本會委員、法定列席人員；囿於場地，委員隨行幕僚請以 1 人為限。

107 年度中醫門診、醫院總額一般服務及門診透析服務之點值保障項目

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)。
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、地區醫院急診診察費(每點 1 元支付)。 七、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.依健保法第 62 條之規定，藥費係以元支付。

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。

第 3 屆 106 年 第 11 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 10)次委員會議紀錄」
與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

- 一、主任委員、各位委員，大家早安！今天是冬至，大家桌上都有一碗紅豆湯圓，祝大家冬至快樂！
- 二、現在已有 25 位委員出席，達法定開會人數，請示主任委員是否宣布開始今天的委員會議。

傅主任委員立葉

現在開始今天的委員會議，今天是冬至節，在此祝大家冬至快樂！感謝幕僚貼心帮大家準備紅豆湯圓，希望可以讓今天的會議氛圍更愉快。首先進行議程確認。

周執行秘書淑婉

- 一、今天的議程非常緊湊，首先，議程第五項是「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式核定結果及後續相關事項案」。
- 二、其次，討論事項有 8 案，第一、二案是部門總額地區預算的續議案，第三案是健保署依照決議所提 107 年度點值保障項目案，從第四案開始到第七案是委員的提案，第八案是健保署依法提本會的討論案。報告事項有 5 案。
- 三、另外今天有 1 項臨時提案，有關「職業工會會員健保投保金額申請下限之規定與檢討案」，是衛福部依照全民健康保險法第 5 條第 1 項第 4 款的規定，諮詢本會意見。依照本會會議規範第 3 點第 2 項第 2 款規定，「臨時提案以當次會議亟待決定之緊急事件或具時效性事項，且與本會法定任務有關者為限。應要有出席委員附議或連署始得成立；若不符要件，主席得決定提下次會議討論」，本項臨時提案是否具時效性，因為是衛福部交議案，稍後請社保司說明。若具時效性，則建議納入本次會議討論，列在報告事項之後進行。

干委員文男

附議啦！

傅主任委員立葉

先請社保司說明是否具時效性，再來討論。

商委員東福

謝謝主席，各位委員大家早安！本案是各界都很關切的議案，確實希望儘快規劃相關機制，因為衛福部已完成規劃幾個方案，覺得有必要先送到健保會，諮詢委員的意見，以上補充。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、主席，各位委員大家好！真的非常湊巧今年的委員會議都在很特殊的節日進行，天佑臺灣、天佑健保會。上次也是遇到端午節，吃到肉粽非常窩心；今天是冬至，也吃到湯圓，非常感謝幕僚貼心的安排。
- 二、我從南部雲林上來，早上6點多就出門趕高鐵來到這裡，今天冬至有很多事情需要處理，原則上我不是要求開會時間到幾點結束，但是請主席在確認識程時，可以先確定要討論到第幾案，希望今天可以讓南部或中南部北上的委員有時間早點回去，因為確實有一些事情需要趕回去。這部分希望各位委員體恤一下。

傅主任委員立葉

- 一、有關議程安排，請問其他委員有沒有意見？(未有委員表示意見)臨時提案就安排在報告事項之後討論。
- 二、有關陳委員亮良的意見，因為今天的議案很多，會議需要更有效率的進行，但不一定能在下午2點前討論完成。請問委員的看法，是要訂個結束時間？還是決定討論到哪個議案後結束？請陳委員亮良。

陳委員亮良

一、主席，各位委員大家好，我記得上次端午節也有委員建議提前 1 小時，到下午 1 點結束，個人認為今天情形特殊，也可做此考量。

二、另外我覺得是不是可以討論到討論事項第六案就結束。

傅主任委員立葉

討論事項第七案是有關健保復健治療支付標準的議案，可以再看看。請陳委員亮良。

陳委員亮良

主席如果認為討論事項第七案有其特殊性，可以提到前面來討論。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

還是建議維持會議開到下午 2 點結束，因為不知道前面的議案會討論多久，如果到討論事項第六案結束，有可能會開到下午 4、5 點。建議不要以討論到哪一案為主，應該是設定結束時間。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

我想健保會沒有開到下午 4、5 點過(有委員回應：有)，都是下午 2 點就結束。如果有開到 4、5 點的話，建議議案就用表決方式，這部分我覺得委員要有共識，不要耽誤到大家的時間。

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

我認為今天會議開到下午 2 點為止，因為有些議案一定要通過，假如沒有時間性，以後會更亂，大原則就是到下午 2 點結束，也有很多人下午要處理其他事情，如果設定到哪一案結束，有時候一個議案就要討論 1 個多小時，這個建議不太妥適，開會本來就應該訂定

結束時間，開始一個時間，結束一個時間，我的看法與吳委員榮達一樣，到下午 2 點為止。

傅主任委員立葉

今天還是按照慣例開到下午 2 點結束，對陳委員亮良稍微抱歉，如果您有要事需先離開，也沒關係。今天的議程確認，接下來進行下一案「請參閱並確認本會上(第 10)次委員會議紀錄」。

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請問各位委員對於上次會議紀錄有沒有意見？請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、因為 11 月份召開第 10 次委員會議時，沒有時間可以回應，請大家參看第 10 次委員會議議事錄第 78 頁，針對我的提案及委員回應的部分，再做補充說明。
- 二、今天很高興看到劉委員志棟親臨現場參與健保會委員會議，非常歡迎。今年第 4 次委員會議時，某位代理委員在會議中講話涉及污辱個人，這個案件本來我想他年紀大了，尊重他，而且私底下葉委員宗義跟干委員文男雙方也都在溝通，希望讓事情圓滿，可是他在上次會議又提出要本人就法律的實質面來提出告訴，坦白講，我本來是要提告，但因為已經超過時效了。
- 三、另外，之前他在第一時間也在健保會公開對我道歉，說他發言部分不妥的話要收回，所以後來會議議事錄就把那段話刪掉。特別強調委員之間互相尊重很重要，我們身為臺灣人，大家要互相尊重，不要口出不禮貌的言詞，非常不妥。甚至在總額協商時，也有人把專家學者嗆走，這都是非常不妥的粗暴行為，爾後希望大家就專業度，在健保會的議題主軸認真為健保把關。

傅主任委員立葉

謝謝，李委員永振。

李委員永振

- 一、主席、各位委員大家早，在會議紀錄第 5 頁討論事項第一案，決議的第 1 項沒有問題，決議的第 2 項，委員所提相關意見請中央健康保險署參考，請各位思考一下「參考」夠不夠。因為今年度健保收支開始短絀，對於收支連動怎樣設定平衡機制，健保會周執行秘書淑婉也主持了 2 次會議，並提至委員會議討論，這個議題應該相當嚴肅。特別是上個月的委員會議提到，至 113 年費率就會超過上限 6%。這部分已經討論 2、3 年，也提出很多意見，但這些意見好像到最後都是參考，沒有什麼結果。
- 二、今年是不是應該用不一樣的方式。會議資料第 20 頁本案的追蹤事項，健保署回覆：「委員所提相關意見，本署將留供未來研提費率審議方案時參考」，等到明年審議費率時已經是 11 月的事了。上次會議我曾經提出，健保署很多好的措施可以節省很多錢，這些錢應該反映在社保司提報年度總額範圍的高、低推估中。而且昨天社保司與付費者代表開會檢討總額公式時，也都沒有看到相關資料，總額公式(範圍)案應該明年 4 月就會討論到，如果健保署要到審議費率時再研議，到時已經明年 10、11 月，委員的意見都像狗吠火車不見了。建議應該整理、回應委員所提意見，那些意見可以運用或採納的，應排定處理期程；至於不能採納的意見，原因是什麼，也應該提出讓委員了解，之後再提出建議時，也比較有所依據。我覺得這部分相當急迫，應該即早因應，不要像昨天開會時，社保司提及還需要研究 3~5 年。這部分意見提供大家參考，應該研擬因應措施或審慎研議合適的替代方法。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、延續李委員永振的意見，會議資料第 4 頁決定一(二)，有關「現行違反健保法相關情事」之書面意見，寫著「送請相關單

位參酌辦理」，對於「參酌」這 2 個字讓人看了就不舒服。

- 二、另呼應李委員永振所提及，會議資料第 20 頁項次 1 部分，追蹤建議為繼續追蹤，決議(定)事項是送請相關單位參酌辦理。健保會委員會議決議不應該出現「參酌」這個字眼，應直接敘明到底要不要辦理？要辦理就要訂出時程，但現在都用參酌辦理來搪塞委員。以前的健保法第 33 條現在已變成第 43 條，延宕 23 年沒有實施，衛福部及健保署有沒有違法，大家心知肚明，李委員與我有相同看法，應該要訂出作業時程。身為委員不能僅考量個人私利，應替臺灣投保國民的生命財產安全，及應得的福利把關，包括社會保險、醫療照護，以及國民所要追蹤的健康狀況等，不能只用參酌辦理，一筆帶過，這是不正確的，希望以後不要出現這個字眼。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、各位委員都非常用心參與健保會委員會議，這樣的態度值得持續下去，更要將台灣健保制度的驕傲，延續至下一代永續使用。當然，許多議案就是因為臺灣人個性都非常善良，但是善良的人往往都不好意思發言，都保持沈默，但保持沈默並不表示支持或反對，爾後重大議案如果都要以共識決方式處理的話，如此對臺灣健保改革會有阻礙，我在這裡慎重提出。
- 二、我 4 月份提出 2 個討論案延宕至 11 月才審到，另補充說明在上(第 10)次委員會議議事錄第 78 頁第 2 點提及，有一位代理委員請吃飯，當時大家都不認識，我考量他年紀大邀請我，不好意思拒絕，特別請假來台北赴約，還致贈一個禮物給他，不是空手出席，但是那個餐會不單純，開到一半我就先離開現場了。我在這裡特別澄清，爾後提出的案子要慎重，絕對不能每個案子都連署，他邀請我連署，我絕對拒絕連署。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

主席，按照程序進行，如果確認沒有問題就不要再發言。

傅主任委員立葉

一、現在是進行上(第 10)次委員會議紀錄確認，委員有沒有其他意見？(未有委員表示意見)沒有的話，依剛才幾位委員的意見，會議資料第 4 頁「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」之決定一(二)，及第 5 頁討論事項第一案「107 年度全民健康保險費率方案(草案)，提請審議」之決議二，將參酌辦理或參考的文字，修正為「...，請相關單位/中央健康保險署審慎研議，並訂定時程參採辦理」，這樣可以嗎？(未有委員表示反對)

二、有關委員會議決議(定)事項辦理情形，如果委員有具體建議，等一下進行到該案時，可以再提出補充。

三、會議紀錄予以確認，本案進行到此，接下來進行下一個報告案。

謝委員武吉

剛才主席的決議說得非常好，但是參採辦理要訂定時程，不然半年、1 年、2~3 年都過去了，建議應訂定參採辦理時限不能超過 3~6 個月。

傅主任委員立葉

剛才的決議已請相關單位訂定時程，也許不一定要到 3 個月？

謝委員武吉

一定要訂出最長的辦理時限是多久？

傅主任委員立葉

委員建議事項很多，有些可能 1 個月或 3 個月就可以完成，有些可能需要更長時間辦理。

謝委員武吉

我7、8月的提案到現在還沒有結案，經過好幾個月以上了吧！

傅主任委員立葉

請蔡委員登順。

蔡委員登順

健保需要廣納大家的意見，具時效性當然重要，不過有些牽涉到政策面問題，不是短時間可以處理。請相關單位參酌辦理的議案要訂定時程，個人同意支持，不過不要要求的太苛，政策面或許要經過高層及立法院的處理，時程掌握不在健保會，能夠訂定明確的時程是好事，但是不要太僵化而致無法執行，造成更大的困擾。

傅主任委員立葉

我想剛剛已請相關單位審慎研議，並訂定時程參採辦理。如果委員覺得時程訂得太長或太慢，可以請相關單位更改，至少先請他們訂出具體時程。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

我認同公正人士蔡委員登順說的非常有道理，我在公務機關服務30幾年，要幫健保署說一下話，有些提案很特殊，無法馬上回應，需要區隔及要有彈性，這個工作不好做，公務人員退休基金1天就精算出來，結果錯殺了一堆公務人員，在此特別回應蔡委員所提，要有彈性，請健保署盡量配合，有些議案需要時間來處理。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

剛才主席的結論與我有關，我贊同謝委員武吉，蔡委員登順說的也有道理，是不是可以分成2階段，以我提出的討論事項第一案為例，上個月各位委員提出的意見，請健保署3個月內將意見彙整出來，哪些可行、哪些不可行，理由是什麼，先提出來讓委員瞭解；

接下來是第 2 階段，對於可以採納的部分再訂定時程，如此較為周延，以上建議是不是可行？

傅主任委員立葉

2 位委員都建議 3 個月，時程原則上訂在 3 個月內，可以嗎？

李委員永振

3 個月是針對意見回應的時間要求。

傅主任委員立葉

好，決議文字修正為：「...，請相關單位/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」。各位委員對會議紀錄還有沒有意見？如果沒有，會議紀錄做以上修正，其餘確認。接下來進行下一案。

貳、「上(第 10)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 14 頁，說明一，上(第 10)次委員會議決議(定)事項計有 12 項，依辦理情形建議解除追蹤 6 項，繼續追蹤 6 項，但最後仍依委員議定結果辦理。
- 二、請委員翻到會議資料第 17 頁，上(第 10)次委員會議決議(定)事項，擬解除追蹤部分：
 - (一)項次 1，請健保署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。健保署已提供近 5 年指示用藥給付之品項及各年度之醫令金額，在會議資料第 22 頁；及 101~105 年間給付指示用藥品項從 1,211 項減少至 935 項，年度申報金額從 21 億餘元減少至約 17 億元，供委員參考，這部分已經提供資料，所以解除追蹤。不過，對於指示用藥提出整體評估報告的議案會繼續追蹤，列在會議資料第 56 頁第 35 項，本項只是就提供相關資料的部分解除追蹤。
 - (二)項次 2，有關會議資料的寄送時間可以提早，以利委員參閱。幕僚已在提供本次會議資料時加以改善，於上週四以電子檔併同開會通知單寄送委員參考，本項建議解除追蹤。
 - (三)項次 3，針對第 2~3 季整體業務執行報告，委員後續提出的書面意見，再請健保署說明。幕僚已彙整委員口頭及書面的意見請健保署回應，健保署補充說明列在會議資料第 33~42 頁，請提出意見的委員參閱相關回應情形。
 - (四)項次 4，建議修正全民健康保險會組成及議事辦法第 15 條條文案之意見，已送請社保司參考。
 - (五)項次 5，健保署提報「地區醫院之急診診察費保障每點 1 元案」，本項保障項目已經通過，但決定未來點值保障的案

件需以討論案方式辦理，有關 107 年度各部門總額一般服務之點值保障項目，已改採討論案形式，並列入本次會議討論事項第三案。

(六)項次 6，有關加強鼓勵並協助 C 型肝炎病患至基層診所接受新藥治療，健保署已妥善辦理相關的鼓勵措施，因本案涉及年度預算執行問題，過了本年度預算就不能再支用，建議解除追蹤。

三、請委員翻到會議資料第 20 頁，上(第 10)次委員會議決議(定)事項，擬繼續追蹤部分：

(一)項次 1，有關「提案人提供『現行違反健保法相關情事』之書面意見送請相關單位參酌辦理」之決定事項，社保司與健保署已提出初步回應，因為剛才已修正決定文字，將依照今天修正的文字，繼續追蹤。

(二)項次 2，「健保藥品品質監測計畫」之結案或進度報告，已列入本次會議報告事項第五案，建議報告後解除追蹤。

(三)項次 3，請本會幕僚規劃共識營擬討論議題，徵詢委員意見。本會預定於 107 年 1 月 5 日召開專家諮詢會議，屆時將邀請委員列席，擬具討論議題後，再徵詢委員意見。

(四)項次 4，107 年度全民健康保險保險費率審議結果，報部轉行政院核定案，行政院已經在 106 年 12 月 15 日核定，衛福部也在 12 月 20 日函知本會，相關函文已列入今天的補充資料，建議解除追蹤。

(五)項次 5，有關本案，剛剛李委員永振希望針對費率審議意見，建議先有回應並訂出具體研議時程。將依照今天修正的決定文字，繼續追蹤。

(六)項次 6，委員所提宜加強醫療資源不足地區民眾醫療照護之建議，希望在 108 年度總額協商草案時，納入考量，本項繼續追蹤。

四、請各位委員翻回會議資料第 14 頁，本會依例每半年都會彙報

歷次委員會議未結案件之辦理情形。截至 11 月底未結案件計 39 項，其中擬解除追蹤 3 項，納入明年度繼續追蹤 36 項。

五、請委員翻到會議資料第 43 頁，歷次委員會議未結案件擬解除追蹤 3 項：

(一)項次 1，有關安排部長與本會委員定期對話溝通機制，7 月份決定是於安排後就解除追蹤，幕僚已於 9 月 4 日安排部長與本屆委員座談，未來將納入年度工作計畫。明年已與部長約好時間，部長在 3 月共識營時，會與委員進行座談，未來幕僚會例行辦理，建議解除追蹤。

(二)項次 2，有關分級醫療，委員希望能審慎研議相關策略及配套措施之建議。醫事司已提供具體回應，包括委員關心的鼓勵診所朝向多科聯合執業、推動緊急醫療能力分級、規範醫院不得以交通車載送不當招攬輕症病人、限制醫療法人醫院不得附設門診部、輔導基層診所規劃無障礙空間、加強醫療財團法人監督管理等。健保署之前也已提出分級醫療 24 項配套措施，已經非常完善。而且 107 年度總額已對分級醫療編列較多預算，未來可以繼續關心執行成果。本項建議解除追蹤。

(二)項次 3，對於自付差額特殊材料申請案，希望健保署針對該品項對健保財務之影響評估及其財源規劃，及未能納入健保全額給付原因做說明。上次決議於下個自付差額特材申請案提出後解除追蹤。健保署已在 106 年 11 月 16 日提送新的自付差額特材申請案，經幕僚確認已納入相關的分析資料，該案預計明年 1 月提會討論，本項建議解除追蹤。

六、請委員翻到會議資料第 46 頁，歷次委員會議未結案件，擬繼續追蹤 36 項：

(一)項次 1，有關請健保署初級照護定義資料，健保署表示尚辦理委託研究中，明年會提出相關結果。

(二)項次 2，健保署對新藥、新特殊材料、新診療服務及放寬藥

品適應症等項目，進行財務影響評估及替代效應分析。健保署表示已委辦研究，等結果出來後會提至本會報告。

- (三)項次 3，有關政府欠費之催繳案，本項繼續追蹤。
- (四)項次 4，有關「強制汽車責任保險法第 27 條條文修正草案」，因為本修正案未排入立法院財政委員會審查，本項繼續追蹤。
- (五)項次 5，有關「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」，應有客觀公正之學術單位進行評估。中醫師公會全國聯合會已經結合學術單位進行成效評估，之後會邀請委員及健保署適時參與研究過程，本項繼續追蹤。
- (六)項次 6，菸品健康福利捐分配予全民健康保險安全準備之比率，委員建請將未運用於長照之菸品健康福利捐 17%，回歸健保安全準備之建議。健保署表示會適時反應，幕僚也預計安排國健署針對菸捐的分配使用進行報告。
- (七)項次 7，針對 C 肝炎新藥爭取公務預算部分，社保司回應將持續努力，適時編列相關公務預算。
- (八)項次 8，有關總額範圍擬訂公式的檢討意見，社保司已積極進行檢討中。因為本項與項次 20「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍交議案」之委員建議，決議內容類似，建議併案追蹤。
- (九)項次 9，「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統--『美敦力』鈦密斯顱骨固定系統」案，納入自付差額特殊材料品項後，預估使用量占率達 88%，希望納入全額給付。健保署預計明年 12 月提報執行情形。
- (十)項次 10，「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法」修正案，目前衛福部正送請部內法規會審議中。
- (十一)項次 11，「106 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」及謝委員武吉對於藥價差議題所提意見。因 106 年

方案本會已經討論通過，健保署並陳報衛福部核定，建議解除追蹤；至於藥價差議題，因為項次 34 也是有關藥價差的報告案，建議併同於 107 年 1 月專案報告後解除追蹤。

(十二)項次 12，有關現行職業工會會員申報健保投保金額下限，希望針對健保法施行細則第 46 條第 1 項第 5 款規定進行審慎研議案。剛剛的臨時提案社保司已提出方案，並預定諮詢本會意見，本案已研議完成，建議解除追蹤。

(十三)項次 13，請中央健康保險署研議感染管制相關公開指標案，繼續追蹤。

(十四)項次 14，有關高齡慢性病患者不慎遺失業經醫師開立處方箋所購得之慢性病藥物，研議法規修正之可行性案，繼續追蹤。

(十五)項次 15，有關醫院總額部門點值超出容許變動範圍之原因，並提出具體因應策略及輔導改善措施之提報案，也是繼續追蹤。

(十六)項次 16，有關研擬設立地區醫院總額可行性案，因健保署尚未提報結果，繼續追蹤。

(十七)項次 17，提供偏鄉離島及原住民地區之醫療服務品質建議方案，建議與會議資料第 21 頁，上(第 10)次委員會議決議(定)事項擬繼續追蹤項次 6，有關加強醫療資源不足地區改善方案建議案，併案追蹤。

(十八)項次 18，有關政府當責承擔健保總經費不得少於 36% 之財務責任，建議修正法規的建議案，繼續追蹤。

(十九)項次 19，請各總額部門儘速提出 107 年度總額地區預算分配建議案，各部門相關團體都已提出所建議的方案，本項建議解除追蹤。

(二十)項次 20(委員對 107 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍交議案之建議案)，剛剛已報告併項次 8 一起追蹤。

(二十一)項次 21，有關持續檢討品質保證保留款之發放條件，

訂定更具鑑別度之標準案，繼續追蹤。

- (二十二)項次 22，有關研修總額評核結果與總額專款之獎勵額度案，將提 107 年 1 月 5 日專家諮詢會議研擬，繼續追蹤。
- (二十三)項次 23，針對 106 年度醫院總額協商分配重症金額 60 億元之執行結果，於健保署 107 年 7 月提報執行成果後解除追蹤。
- (二十四)項次 24，委員建議健保署未來研修支付標準調整案時，期實施時間能更提前、諮詢對象能更廣泛案，繼續追蹤。
- (二十五)項次 25，針對 106 年醫學中心與區域醫院之初級照護案件比例，及不予分配情形，健保署表示執行成果會在 107 年第 4 季結算後提供資料。
- (二十六)項次 26，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」協定事項之執行，等一下幕僚會提報工作時程，將於健保署按時程提報辦理情形後解除追蹤。
- (二十七)項次 27，針對 107 年度總額衛福部核定結果與本會協商結果差異比較案，等一下幕僚會報告，建議解除追蹤。
- (二十八)項次 28，107 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率協定結果報部案，衛福部已經在 12 月 13 日核定，建議解除追蹤。
- (二十九)項次 29，有關牙醫門診總額點值保障案，已列入本次會議討論事項第三案，於討論後建議解除追蹤。
- (三十)項次 30，107 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，因為西醫基層總額尚未提送風險調控建議方案，本項繼續追蹤。
- (三十一)項次 31 醫院總額點值保障案、項次 32 中醫門診總額點值保障案、項次 33 中醫門診總額地區預算之風險調控

案，已經列在本次會議討論事項，建議討論後都解除追蹤。

(三十二)項次 34，有關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，並至本會報告案，已安排在明年 1 月進行專案報告。

(三十三)項次 35，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評估案，於健保署提報整體評估結果後解除追蹤。

(三十四)項次 36，建議檢討健保給付價較高之品項支付點數及給付規範案，於健保署提報辦理結果後解除追蹤。

七、請各位委員翻回會議資料第 14 頁，有關說明三、四：

(一)幕僚擬具本會 107 年度工作計畫(草案)，在會議資料第 60~65 頁。依照工作計畫也訂出明年度會議預定時間表(草案)，在會議資料第 66 頁，請委員參閱。12 月份委員會議因考量連續假期，爰提前至第 3 週召開，請委員預留時間。

(二)會議資料第 64~65 頁，針對明年 3 月的共識營及業務參訪活動，列有詳細的行程表，並將於共識營時邀請部長與委員座談。

(三)另外補充說明，每次會議都有委員關心會議何時結束，建議可否在明年度會議預定時間表補入會議時間，例如從 9 點半開始，最遲至下午 2 點結束，委員是否同意併入預定時間表呈現，等一下請委員討論。

八、說明五，本次議事錄上網的時間剛好碰到明年 1 月 1 日元旦休假日，上網日期將提前至 12 月 29 日，因此本次實錄預定於 12 月 25 日送請各發言者確認，敬請提早於 12 月 26 日下午 4 時前回覆修正內容。

九、說明六，有關健保署提請本會討論之「自付差額特材」申請案(「建議新增『加長型伽瑪髓內釘組/長度 180mm 以上』--『史

賽克』伽瑪三股骨固定系統/長釘組自付差額特殊材料申請案」)，預定提 107 年 1 月份委員會議討論。依本會「討論自付差額特材案之作業流程」規定，本案原安排於 107 年 2 月份委員會議討論，但是 2、3 月份委員會議將合併於 3 月份召開，擔心影響保險對象權益，所以提前至 1 月討論。目前幕僚已初審提案資料，並請健保署補充說明，預計於 12 月 26 日將彙整之全案資料寄送委員參閱。

十、說明七，有關中華民國醫師公會全國聯合會來函建議本會「特約醫事服務機構違規扣款費用不列為總額協商成長率減項項目」，因為 107 年度總額協商通則已於本會本年第 4 次委員會議議定，幕僚依之函復該會，並請該會擔任本會之委員代表，於討論 108 年度總額協商通則案時，再提出相關意見。

十一、衛福部及健保署於 9 至 12 月份發布及副知本會之相關資訊，有一些重要訊息如下：

(一)衛福部

1.11 月 27 日修正發布「全民健康保險投保金額分級表」，並定自 107 年 1 月 1 日施行。修正後投保金額分級表之下限金額為 2 萬 2 千元，上限金額維持 18 萬 2 千元，差距大約是 8.27 倍。

2.全民健康保險法部分條文修正案，業奉總統於 106 年 11 月 29 日公布，並自 106 年 12 月 1 日施行，修正重點為：

(1)第 6 條，全民健康保險爭議審議會應定期公開爭議審議結果，並確保個人、法人或團體資料無從被辨識。

(2)第 9 條，在臺灣地區出生並領有居留證明文件之新生嬰兒，應參加本保險為保險對象，無須 6 個月等待期。

(3)第 95 條，保險對象若發生汽車交通事故，目前由健保署行使代位求償，修正為向強制汽車責任保險之保險人請求償付該項給付；另擴大代位求償之範圍，健保署除

現行請求權外，未足額清償時，可再向第 3 人請求，即全面代位的設計。

3.12 月 4 日修正發布「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」部分條文，修正重點：

(1)為讓境外就醫核退更為合理，將現行以國內特約醫學中心平均費用之基準，改為以本保險特約醫院及診所之平均醫療費用為訂定基準。

(2)因為發生於台灣地區外核退之醫療費用不易查得外幣匯率，因此改以彭博社或路透社所登載的匯率計算。

(二)健保署

1.11 月 14 日修正發布「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定，並自 106 年 12 月 1 日生效。幕僚另於 12 月 19 日將詳細內容及健保署全球資訊網相關連結寄送委員參考。

2.9 至 12 月公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目，藥品有 31 件，特材有 10 件，請委員參閱，以上報告。

傅主任委員立葉

請問各位委員有無意見？請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

一、感謝周執行秘書淑婉，您辛苦了，唸的很精要，大家也聽的很清楚。也謝謝健保會同仁將會議資料在委員會議前一週週五前就給所有委員。

二、針對項次 6，復議案：「建請醫院與西醫基層 106 年度醫療給付費用總額之 C 肝用藥專款項目經費得相互留用案」，請問目前還有多少名額？請健保署說明。

戴組長雪詠

目前在診所還有 396 個名額尚未用完，已透過區管中心去告知病人有 55 家診所開立 C 肝用藥，通知病人去用藥。

傅主任委員立葉

請問委員還有沒有其他意見？

趙委員銘圓

- 一、目前仍有 396 個名額，這案子不宜解除追蹤。診所的部分，之前提到有很多原因不太願意，但是仍有部分診所可能願意，民眾可能不太清楚，建議透過媒體或地方的廣播系統告知民眾，請民眾有 C 肝用藥的需求可至哪些診所處理，請問有無這樣的可能性？
- 二、會議資料第 44 頁，項次 2 之相關單位辦理情形，2.(3)建議本署部分解除追蹤，因為上面是寫部分解除追蹤，但是周執行秘書淑婉唸的是全部解除追蹤，請問是部分或是全部解除追蹤？

吳委員國治

C 肝的部分，我知道每位委員都相當關心，基層目前還有額度，建議健保署即早啟動機制，讓在醫院等候的病患 shift(轉移)至基層，不要過了半年後，至 9 月才開始啟動，這樣有點慢。

傅主任委員立葉

關於 C 肝的部分，請問還有沒有其他意見？請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

- 一、關於 C 肝的問題，我的提問與趙委員銘圓一樣，目前還有多少名額未用完？聽到尚有 396 個名額，並沒有繼續消化多少名額，真是可惜。現在至年底只剩 9 天，請問 9 天裡有怎樣的作法能快速讓這些病人即早用藥？
- 二、C 肝治療要有另外一個思考層面，世界衛生組織已發布宣言，2030 年全球要全面根除 C 肝，肝病在台灣是國病，無論 B 肝或 C 肝，尤其 B 肝，過去台灣新生兒施打疫苗都是全球各國借鏡的對象，目前國內約有 40 萬個 C 肝帶原者，每年假設預算是 8 千個名額，有些人 drop out(退出)又加進來，目前接受治療有 8 千多位，治癒率很高約有 9 成，但每年還是會有新增個案。所以第 1 個問題，396 個名額要怎麼樣具體落實在年底

前可以用到這個藥，第 2 個，預防上還要加強宣導，因為這些人治癒了但是還有新的個案產生，40 萬個帶原者要怎樣利用預算，才有辦法全面配合全球的 C 肝根除計畫。

三、臺灣不是 WHO(World Health Organization, 世界衛生組織)會員，但是臺灣醫療衛生的成就獲得很多國家關注及肯定，在 C 肝根除計畫，目前有國家 C 型肝炎旗艦計畫辦公室，有無可能將這 396 個名額在年底前採用具體的作法，將病人真正媒合去接受治療。未來預防宣導仍要持續，有更具體的計畫，全球都在做 C 肝的根除國家型計畫，我們也要與國際同步，讓臺灣在肝病的治療上恢復過去被許多國家高度肯定的榮譽。

傅主任委員立葉

依序請李委員永振、林委員錫維、吳委員榮達、陳委員亮良、干委員文男及王委員雅馨。

李委員永振

- 一、很感謝健保會同仁及健保署用心準備今天的會議資料。先對上次會議追蹤事項提出幾點請教，會議資料第 17 頁，項次 1 要解除追蹤我沒意見，但是健保署的說明有些奇怪，指示藥品申報金額從 21 億元降至 17 億元，省下 4 億元，這 4 億元將用到支應人口老化、慢性病及重大傷病增加等費用，不瞭解省下的費用為何要支應那些費用？本來非協商因素就有老化因素，重症也有編 60 億元，為什麼這些經費又加上去，一直增加合理嗎？
- 二、會議資料第 19 頁，項次 6 復議案，這個案子上次干委員文男提案連署，後來撤案，但是追蹤事項留著復議案，這個案已經不存在，要追的內容沒錯，但是怎樣的表達方式較好，不然到時會被質疑已經撤案又再追蹤，會有點奇怪。
- 三、會議資料第 25 頁提到愛滋病的部分，社保司的說明怎麼會講愛滋病藥物第 2 年起由健保給付，這應該是不對的吧？應該是健保署講的還比較正確，這個說明怪怪的，會不會誤導不清楚

的消費者。

四、另外附帶提到，12月19日自由時報「謠言終結站」針對過去一則網路謠傳關於愛滋病治療要健保買單的訊息提出查證結果，在此也跟健保署建議一下，網傳內容提到錯誤訊息是「政府竟博愛全世界的愛滋病患，只要來台滿2年，後面的愛滋病治療全部健保署買單，用全台灣人民納稅錢照顧全球愛滋病患，甚至會拖垮健保」。後來該媒體查證的結果是，衛福部疾管署解釋今年2月4日起，愛滋感染者確診，開始服藥2年內之醫療費用由疾管署預算支應，2年後則由健保給付，讓愛滋醫療照護回歸健保，以慢性疾病方式照護，但設有門檻。健保署也澄清，並沒有博愛全世界愛滋病患，愛滋病治療全部由健保署買單或拖垮健保的問題。相關新聞回應大概是這樣呈現，但是我看了之後還是霧煞煞(台語，模糊不清)。我知道愛滋病治療藥物在2年後由健保支付，但所謂門檻是什麼就不知道。健保署說應該不會拖垮健保，但消費大眾看到訊息會知道嗎？新聞回應的目的有達到嗎？尤其目前政府很多弊端，這部分公信力到底還在不在？我建議健保署要思考一下，疾管署那邊要怎樣針對問題去解釋清楚，才會達到新聞回應的目的。

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

主席、與會大家早安，要發言的內容非常多，我提出2個請教。

一、有關會議資料第15頁，衛福部已正式發布「全民健康保險投保金額分級表」，因為基本工資21,009元已經提高到22,000元，所以職業工會的投保金額下限也從22,800元提高到24,000元，我想瞭解一下基本工資提高，是不是收入也有增加？增加多少？是不是有一個數據？以我們討論的資料顯示，職業工會的投保金額下限從22,800元提高到24,000元，健保收入會增加17億元，如果是21,000元提高到22,000元，那健

保收入會增加多少？基本工資這 6 年來已經從 15,840 元提高到 21,000 元，投保金額下限甚至提高至 24,000 元，6 年來已經提高這麼多。請教一下，投保金額下限一直提高，那投保金額上限可否也可研擬適度提高？這部分請健保署審慎考慮，因為我們臺灣薪資結構非常不公平，有錢的更有錢，窮的永遠這麼窮，我是認為賺比較多錢的，應該來協助我們的社會保險。

二、再來是有關會議資料第 52 頁，擬繼續追蹤案件的項次 18，這個案子我們專案探討過，這部分本來就有相關法令規定政府至少要負擔健保總經費的 36%，但是現在又回覆還要再修改相關法令才能檢討修正，那請問什麼時候才會檢討修正？整個修正內容又怎麼樣？本來法令就規定應該負擔 36%，現在是要修改什麼東西？到底是怎麼一回事？我認為無論將來怎麼修改，都應該先依現行法令規定先將經費歸還或歸位，以後有需要再去探討 36% 是過多還是過少，等法令正式修改再做相關改變，為什麼會現在還要探討法律？我真的也不懂，請相關社保司或健保署有相關是不是再做更明確的解釋，到底這案為什麼行不通，還要做相關修正？這麼多委員要發言，我就提出以上 2 個請教。

傅主任委員立葉

謝謝，林委員錫維的意見，等一下請社保司回應。請吳委員榮達。

吳委員榮達

我將按照會議資料頁數逐一說明。上次會議中我的發言比較多，先聲明一下，我的發言有 2 個方向，一個是關乎是非對錯跟政策決定；另外則是對健保署資料有不知、不解或有所質疑的部分，需要請健保署說明，大概就是這 2 個方向。

一、第 1 個是有關會議資料第 17 頁，剛才李委員永振也有提到有關指示用藥的節省費用的使用情形，健保署的回覆有做一些說明，但對我們來講還是不清不楚。依健保會明年的工作計畫，會議資料第 61 頁第 8 點，健保署會在明年 8 月對指示用藥做

一個專案報告，這個報告能否針對剛才李委員永振及本人的提問部分一併說明？我想再提醒健保署，為什麼我要連續 3 個月對這個案子發言，因為這是一個違法狀態的持續，我們是擔心這個問題。指示用藥若要以健保支付的話，就應該想辦法修法，若不修法，就應儘快不納入健保支出，這在法律上是個是非對錯的問題，不是我要挑剔的問題，專案報告排在明年 8 月，時程也太慢了，這表示違法的狀態要持續到明年 8 月，健保署能否儘快提報，這是第 1 點。

- 二、再來，會議資料第 34 頁擬追蹤案件項次 5，有關高雄市政府還款計畫，上次會議我也提過，這次健保署就把社保司的解釋函提出來，但這個函也沒有解釋法律問題，只是表示健保署同意高雄市政府的修正計畫，所以應該如何辦理後續，並沒有說法律計算的基準，這部分能否會簽法規會，就如何計算 8 年的始點的問題，請法規會表示意見。
- 三、會議資料第 34 頁，擬追蹤案件項次 6，有關罕病藥費的問題，健保署的說明提到平均每人藥費成長率 5.2%，是因為價量因素的關係，但我還是看不懂，這個說明等於是沒說明，因為沒有研究這個狀況的原因，為什麼人數減少但藥費卻增加，有這樣的問題存在。
- 四、會議資料第 36 頁是林委員惠芳書面意見所提到健保財務惡化的檢討及未來因應，雖然健保署有說明，但是林委員所擔心的部分是健保署財務惡化當中，我們是不是應該提早規劃三代健保，因為我們已經看到 113 年健保財務已經是負數，到達要借貸的狀況，所以健保改革的規劃時程是否需要提早，我想林委員大概是這個意思。
- 五、再來是同一頁的第 6 點，這也是我是最有意見的 1 點。在上次會議資料第 31 頁，我已經提過，不只具名審查核刪率急遽下降，連非具名審查的部分，核刪率也急遽下降。健保署本次的回覆是倒因為果。因為核刪率下降，爭議案件就會減少，這是

相對的，這簡直是在玩數字遊戲。其實我比較擔心是對於為什麼非具名審查的部分，核刪率也跟著下降？健保署沒有針對這點做說明。這邊除了提醒醫界核刪率下降看起來似對醫界有利，但會產生 2 個後果，第 1 個是核刪率下降點值也會下降，第 2 個是鼓勵僥倖，僥倖的情形會更多，但健保署又沒有加強查緝，雖然健保署後面有說要相關業務要怎麼做，但沒有加強查緝的動作，到頭來損失的會是醫界。核刪率急遽下降表面上好像對醫界有利，但事實上是不是這樣，大家可以想一想，也請健保署再做個思考。

傳主任委員立葉

吳委員榮達的意見，等一下請各相關單位回應。接下來依序請陳委員亮良、干委員文男、王委員雅馨，最後再請葉委員宗義、李委員永振。

陳委員亮良

一、主席、各位委員大家早安，我是來自雲林，所以對雲林偏鄉醫療不足的議題非常關切，尤其雲林人口老化現象很嚴重，尤其務農的人，務農的勞動力一直偏向老化現象。另外除了務農人口老化的現象外，呼應一下蔡委員麗娟剛剛提到有關 C 肝治療的部分，因為 C 肝很多所謂吸毒或是血液傳染，而雲林的 C 肝案例數是屬於偏高的地區，在城鄉差距的現況下，我們雲林沒有醫學中心，所以我們只能靠西醫基層，在這邊特別要拜託西醫基層多多幫忙雲林地區，也謝謝西醫基層的用心，希望能加強雲林地區 C 肝的診療工作。據我接受很多個案反應，發現要運用到 C 肝新藥，必須要檢測病毒數，但病毒數時多時少並不穩定，在檢測的過程中也可能出現所謂的暈眩的反應，但病人本身 C 肝的病狀也非常的嚴重，所以在投藥的過程中也要適度的予以收案來診治，我想這部分非常重要。

二、另外針對會議資料第 46 頁擬繼續追蹤案項次 3，針對政府欠費的部分，從第 1 次參加健保會到現在已經第 11 次了，每次

會議我總是會提出來，我是覺得這個政府不應該再繼續欠健保費，政府在放煙火時有沒有想到要繳納健保費，辦活動時有沒有想到健保費要繳納？健保費的欠款一直欠一直欠，欠到超過所謂的 10 年緩衝期，到現在看不到健保署強制作為。我們雲林光一個垃圾焚化爐沒有啟動，就仲裁賠了 40 幾億元，雲林百年以來的縣產都被查封跟拍賣，過程中根本對政府機關根本沒有手下留情，那我們健保署在這邊是不是要有積極作為，要將這些欠費討回來，土地要拍賣而不是只有查封而已。不應該再妥協、不應該再姑息，我們應該要有強力的作為，干委員文男私底下也邀請我一起去按鈴申告。我想這部分，不應該也不希望繼續拖、繼續欠，政府的財政真的有那麼困難嗎？不然怎麼煙火活動一直辦？我們希望看到比較正向的，因為這個案子從 105 年 1 月提到現在 106 年 12 月了，不希望繼續拖下去，以上說明謝謝。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

- 一、主席、各位同仁，陳委員亮良剛講我要跟他按鈴申告部分，要修正一下，我是說還款期限還沒有到，等時間一到，若欠費還沒有還清，就要去按鈴申告，但期限沒到，現在去按鈴申告，就與法律程序不合。
- 二、第 2 個就是今天的報告這麼多，感謝周執行秘書淑婉，你很厲害，報告時間這麼長，一口水都沒喝，這可以跟習近平那個比，比習近平還厲害。會議資料第 54 頁，擬追蹤案件項次 28，總額協商核定的結果應該要先報告，因為裡面牽涉到多出來的預算有助於要偏鄉的醫療，我們要多給予偏鄉關懷，不要讓陳委員亮良掛心。
- 三、會議資料第 50 頁，擬繼續追蹤案項次 14，有關高齡患者遺失慢性病處方箋的案子，對於病患在最後一個月因此而短缺的藥

品，相關單位一再的回覆都是按照法律，但就算如此，也沒有說明如何處理，若是要修法，也沒有說要如何修以及何時要修，沒有提出處理時程，等於是制度害人，這個案子對國家、對個人、對社會都是正向的，只要行政命令改善就可以了，為什麼要死抱著法律修正的藉口。處方箋都是同一個醫師開的，只是短缺幾天慢性病處方箋的藥品，讓病人自己去買就好了，上次我們業務訪視的時候醫生是怎麼說的。你們一直說這樣不行，那樣不行，非要病人回去開處方箋，如果這樣，請問看診次數及門診費用是不是都會增加？你們腦袋都想不開，以前大家都笨笨的，現在吃米不知道米價，也不知道社會長成什麼樣，希望這個一直講要修法但又沒有的啟動案子，能夠讓我們曉得進度，太多了，這個要講講不完。

傅主任委員立葉

接下來請王委員雅馨。

王委員雅馨

主席，各位委員大家好，我所關切的是會議資料第 46 頁，擬繼續追蹤項次 2，我們身為病友團體代表，對於新藥新科技會特別關心，因為剛才我看到明年的工作計畫排定 7 月會提專案報告，是不是呼應這個項次？新藥新科技每年編列的預算都包含了藥品替代率及分類，但我們病友實際上不太清楚這些替代率及分類怎麼判定，又是怎麼計算出來的。很感謝健保署特別編列預算支應新醫材和新藥的費用，但我也有些擔心，現行替代率的計算是否與時俱進，因為現在新藥新科技發展迅速，但健保署似乎並未與時俱進的將替代率拿出來做審視，這樣會不會有失真的部分？我們擔心會對整個國家醫療發展有負向發展，我期待這個專案報告可以成為之後預算編列的參據，可以反應並幫助醫療科技評估上面，可以確實去落實每年在整體規劃的預算並符合民眾實際的需求。之前有個資深的藥師朋友跟我說她所看到的藥品替代率跟署裡面提供資料有落差，這也是我們會比較擔心的部分，因此不曉得這個報告可否在明年 7 月以

前提出來，更早提出來可讓我們相關單位提早來瞭解。以上就是這一點發表意見。

傅主任委員立葉

請葉委員宗義、李委員永振，再請謝委員武吉。

葉委員宗義

- 一、主席，剛才委員們的第 1 句話，都是講追蹤案的第幾案如何、第幾案如何，現在會議已經開了快 2 個小時，還在談追蹤案件，我相信今天連討論事項第一案都沒辦法討論。第 2 個問題是我希望委員們要瞭解，健保會是以前費協會跟監理會合併的，如果我們不太明瞭協商會議，不需要在這裡講，這樣浪費時間。我希望，比如說剛剛我跟 2 位委員講 C 肝新藥費用的問題，今年預算用不完怎麼可以挪轉，我們有權這樣做嗎？如果要挪轉費用，是不是應該還要再開一個總額費用協定的協商會議？所以怎麼可以這樣處理這個問題？這是我們第 1 個要瞭解的事情。
- 二、再來我希望主席要裁決，有時候委員所講出來的事情，若是不對需要當場裁決掉，不要任由大家一直講，你講、他講講到後來就亂掉了，變成各說各話，醫院有醫院的立場，我們有我們的立場。剛才他們講說幾年後預算就會虧空，錢不夠用了，這很簡單啊！政府就將所有公務員薪水提高，加 5 成薪水費用就會帶動各行各業的薪資提高，這就可以增加健保收入！尤其當我們講到政府欠費問題，我認為高雄市政府的欠費，如果是醫生當市長就還完了，以前是臺北市欠最多，但是現在柯文哲當市長就還了，因為他瞭解健保的議題，但政治問題跟醫生想法是不同的，政府欠費問題的癥結就出在這邊，我們沒有辦法解決。我們只能講大原則，不要講細節，不然會議就要開到天亮。委員發言要自我克制，會務人員都有在做發言時間的鈴聲提醒，若大家都不按規定、置之不理，那就都沒照議事規則進行，以後響鈴不就是多餘的嗎？

李委員永振

聽完葉委員宗義的話，健保署同仁應該會很高興。接下來針對健保署的書面答覆，有 3 點請教。

- 一、第 1 點在會議資料 38 頁，因為罕病跟血友病藥費的採購業務已經有 10 年以上的經驗，所以我建議能否在採購方面有什麼改善的方法，但健保署回應好像講到血友病的凝血因子可以使費用調整，未提及罕病藥費，這個說明也並沒有針對問題答覆，這是第 1 點。
- 二、第 2 點，很感謝健保署在會議資料第 40 頁詳細列出罕病最近幾年前 20 名藥費，這部分吳委員榮達從總額協商到現在也提過好幾次，罕病藥費一直在成長，後來我把資料統計稍微一下，前 20 名的總藥費在 101 年是 4.2 億元到 105 年增加為 5.6 億元，另外如果再細看，這 20 個藥費平均每人每年花費也是從 101 年的 2,000 餘萬元增加到 105 年 2,800 餘萬元，成長將近 4 成，請問這部分有沒有什麼辦法或措施，這些患者依法均需給予治療，但藥費高成這樣，總覺得哪裡不對！
- 三、第 3 個部分，就是在會議資料第 42 頁，血友病部分前 20 名最近 5 年的藥費，同樣用剛才方式統計，這個部分費用更高，大概從 101 年的 7 點多億元，降低到 105 年 7.1 億元，但是總費用還超過 7 億多元，平均每人每年所花的費用介於 3,550 萬元至 3,770 萬元，雖有改善成效，但是如何再更進一步改善？另 2 年前健保署曾提供血友病個人改善情況追蹤資料，印象中當時呈現第 1 名在 2 年內花了 1 億 5 千多萬元，但會議資料第 42 頁「近 5 年每年血友病藥費前 20 名」表格，應該是指 102 年的第 1 名(88,445 千點)，到 103 年時已有改善、變成排名第 2 名(64,389 萬點)，102~103 這 2 年費用合計約 1 億 5 千 2 百萬元；至於 102 年的第 20 名花了約 2,122 萬元，但到了 103 年因過世，故費用是 0。希望能針對個人血友病藥費前 20 名做有系統的追蹤，去試著發現健保花這麼多資源在血友病患者身

上，資料分析一下，列出來給委員參考看看，希望資料的表現能更有價值。

傅主任委員立葉

先請謝委員武吉，再請蔡委員登順、黃委員偉堯。

謝委員武吉

- 一、非常感謝大家很認真將本案資料看的很清楚，這裡面健保署也提出很多建議。有關會議資料第 16 頁「12 月 4 日修正發布『全民健康保險自墊醫療費用核退辦法』部分條文」，其實我在健保會前身監理會及費協會時期擔任委員時，就提過前開核退辦法應予修正的建議，但健保署當時長官的回答是，已經很努力在做了，要求核退的很多，但已經儘量不給付。
- 二、今天健保署有向前邁進，應該要給署長一個掌聲和鼓勵，因為本項修正案 106 年 12 月 6 日起生效，過去核退是用國內醫學中心支付標準來付，現在核退標準已經改為「健保特約醫院及診所之平均醫療費用」來支付。這個公告，很多報紙或媒體也有刊登，這會節省健保支出好幾千萬元，我想我們都應該要知道，甚至某家報紙有登出，某地方的一家醫院 1 年內就開出約 9 千張相關單據讓民眾向健保署申請醫療費用核退。所以，平常大家多方要求健保署應對主責業務盡力去做，雖說這原是健保署該做的事，不過我覺得健保署本次的努力，也應該特別予以肯定及掌聲，謝謝你們的努力！（委員鼓掌）
- 三、會議資料第 17 頁，上(第 10)次會議擬解除追蹤項次 1，對於指示用藥之問題：
 - (一)昨天剛開過全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(藥品部分)，也提到了 928 項的指示用藥。請先參看會議資料第 61 頁，本會 107 年工作計畫之第 8 項「落實指示藥品不納入健保給付之規劃報告(含配套措施及對健保財務之影響評估)」，係請健保署於明年 8 月至本會報告，但指示用藥這個提案是很早以前就提出，但若要延到明年才

報告，是比較慢了點。

(二)我記得在 2 個月前，約在今年 10 月份時就有人在藥物共擬會議提出，含 glucosamine(葡萄糖胺)之藥品應取消給付。此類藥品多數人稱之維骨力，共有 31 品項，目前已有正式公文，健保署於 106 年 12 月 11 日奉衛福部核准，依全民健康保險法第 51 項取消給付。這方面可以這麼簡單的處理好，為什麼其他 928 項指示用藥要拖到明年 8 月份？

(三)相關單位回覆的辦理情形中，我認為最奇怪的部分就是「為使取消給付可能引起社會之疑慮及負面影響減至最低」，我比較不認同這種說法，希望健保署以後能修正說法。

四、會議資料第 23 頁，是社保司提供違反健保法相關情事之書面回覆，但我原提案為「盤點現行健保實務中違反全民健保法的情事」，「情事」一詞不單指全民健康保險法，還涵蓋健保法施行細則等所有相關健保法規，要求應立即改善及規劃修正期程。(鈴響)我覺得葉委員宗義講的就沒錯，不要再響鈴了，浪費時間，且越響情緒越差，讓我說完。我有看到社保司及健保署的回答，我看社保司是在呼攏我，回答的內容「離離落落」(台語，意指零零落落，形容凌亂散落而沒有條理)，健保署的回答還比較務實，而且你們社保司回答所引用的法條，就如剛才李委員永振說的，你們以前就講過 2 年以上的愛滋病才會轉由健保支出，但又不是這樣，相較之下健保署的回答比較完美一點。我希望社保司跟健保署的回答應該要完整，但是看目前回答的內容還是不足，還有很多事情沒提到，讓人覺得社保司好像是關著門在搞事情的單位，不要用這種含糊其詞的說法搪塞我，這是不可行的，我連健保法施行細則及特約管理辦法都要追究的！例如特約及管理辦法第 2 條提到保險醫事服務機構之特約及管理，應依公平、對等、尊重及互信原則為之，其實現在都還沒有做到完全落實！感覺社保司完全不負責任，好像只是在當健保署上級指導單位，不要變成不好的示範，應要有

所改善。

五、對於剛才大家所提的意見，我沒有特別反對之處，希望大家能共同努力，但會議資料第 44 頁第(6)項提到「加強醫療財團法人監督管理」，也是本次建議要解除追蹤的部分，我要請教一下學校的醫療財團法人，是否屬於衛福部管轄？好像沒有看到這方面的實際回答。

林委員錫維

主席，程序問題！

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

一、建議一下，因為大家都是來自各方面的代表，提出相關問題及發表意見都是非常非常重要，剛才也有提到以後就把開會時間訂為 9 點半至下午 2 點，諸如此類的規定，未來在開會時間可否再定的仔細一點？例如報告案應該用多少時間？否則目前時間都快中午 12 點了，前面的報告案還沒有辦法講完。

二、再次重申，委員都是來自各方的代表，每個人也都非常重要，都要非常尊重。因此，建請加以考慮，把開會至散會時間這段期間的時間，安排的再細緻一點，例如某案可能用 1 個小時談完，沒有談到的部分就請委員用書面意見詢問，讓相關單位可在會議中口頭回答或之後以書面回覆，這樣的話，也讓委員能完整表達到各方代表的意見。不然的話，有時部分意見跟整體來說沒有很大的關係，但會耗費不少會議時間，剛才葉委員宗義也提到這部分。綜上，建請主席徵詢各位意見，會議時間如何分配是否能再做細部規劃。

傅主任委員立葉

一、對此我我有類似的想法，因為今天剛好碰到每半年提報歷次會議決議事項執行情形的追蹤報告，所以未結案件追蹤量特別多，追蹤事項多達幾十項，照現在這種方式會討論不完。

建議以後訂個時間，請委員只先針對是否解除追蹤部分，若有不同意見先提出來，其他有關細節部分，就看剩下多少時間，也許只能讓最先舉手的幾位委員發言，之後若委員還有意見就請用書面提出。

二、請剛剛已舉手的委員發言完，本案就到此告一段落，未及表達意見的委員，就請提供書面意見。稍後委員發言完，就請健保署及社保司回應。

謝委員武吉

我呼應林委員錫維意見，沒有反對的意思，不過籲請應給消費者及醫界代表同等時間來發表意見，要有公平的對待。

傅主任委員立葉

謝委員武吉希望能妥善分配發言時間，我會盡力安排讓各方都有發言的機會。

干委員文男

主席，我想為了會議的和諧，建議大家可以參考林委員錫維的意見，但是若要限制某一方的發言，可能會產生不良效應，例如借題發揮去講些無關緊要或不相干的事情。

傅主任委員立葉

會議還是依舉手順序發言，我會先決定發言委員，之後就請以書面表達意見。現在依序請蔡委員登順、黃委員偉堯及蔡委員麗娟。

蔡委員登順

一、首先對於發言時間部分，先跟謝委員武吉說聲抱歉，你剛剛反對同仁按鈴提醒這部分，我個人是不同意，本會會議規範訂得很清楚，發言時間以3分鐘為原則，按鈴的同仁是替我們委員會執行掌控發言時間的任務，同仁沒有錯。還是要鄭重聲明，發言時間需要委員自己遵守。

二、延續李委員永振談到指示用藥的部分，依數據顯示，指示用藥不列入本保險給付範圍，年度申報金額可能由21億元降到17億元，健保費1年可減少4億元支出，但這部分轉向自費，消

費者負擔加重，窮人真的是很無奈，建議這筆金額不可流入各部門的一般預算，應回歸安全準備金，以維護健保體制永續及公平。

傅主任委員立葉

先請黃委員偉堯，再請蔡委員麗娟。

黃委員偉堯

- 一、會議資料第 15 頁，全民健康保險法部分條文修正案「保險對象若發生汽車交通事故，目前由健保署行使代位求償，修正為向強制汽車責任保險之保險人請求償付該項給付；另擴大代位求償之範圍，健保署除現行請求權外，未足額清償時，可再向第 3 人請求」，請問此規定於修法後，健保署是更有權力執行業務？還是反而被削弱？
- 二、如果前開修法是強化健保署的求償權力，請參照會議資料第 46 頁，歷次委員會議未結案件項次 4，該項目亦與代位求償有關，修法是否對此項次有影響？此項次仍要繼續追蹤，或可改為解除追蹤？以上 2 點請健保署說明。

傅主任委員立葉

請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

- 一、會議資料第 61 頁，本會 107 年工作計畫草案之「7.(2)107 年度及近 5 年新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)與調整給付內容之執行情形及財務影響(含替代效應分析)」，預計請健保署於明年 7 月報告整個執行狀況，這裡要代表病友團體，尤其是癌症病友團體，對健保署有很多感謝，基本上現在癌症的標準治療健保已提供很多給付，但對於不易早期發現的癌症，像是肺癌，在台灣大概發現時有 7 成病患都已是晚期，臨床上都要進行特有的基因檢測，以尋找 EGFR(表皮生長因子接受器)及 ALK(間變性淋巴瘤激酶)這 2 項基因是否變異。但檢測結果若沒有變異狀況，是無法用標靶藥物，因此對

病人來講癌症免疫療法是一線曙光。

- 二、107 年總額預算已編列 12.7 億元用於免疫治療藥物，李署長伯璋及蔡副署長淑鈴也用心在立委辦公室進行協調，我在這裡代表病友跟家屬建議，希望在預算已編列的狀況下，能否更快讓病友用到此類藥品，其相關給付通則過去曾於 PBRs(藥物共擬會議)討論，但當時可能有很多因素考量尚未有很大進展，但我們也知道健保署很願意跟藥廠來做 MEA(Managed Entry Agreement，藥品給付管理合約)，也就是藥品收載的管理協議，希望協商上能有更快的進展，因為病人的生命是跟時間在賽跑。
- 三、再次重申，既然有預算，能否在配套方面，無論是給付規定，或署跟藥廠協商的風險分攤內容，希望未來新的 1 年在這方面能有更好的進展。
- 四、因此雖然這項工作是預定是 7 月來本會報告，不過希望執行面可以越快越好，因為真正要用到病人身上可能還有流程要跑，也許到明年年底，對病人來講又過了 1 年，感謝健保署在很多方面積極進行，也希望實質上能有更好的進度，謝謝。

傅主任委員立葉

本案就討論到這裡。

李委員永振

我還有整體性意見要給委員參考，可否容我再說明一下。

傅主任委員立葉

請用 1 分鐘簡要說明。

李委員永振

建議未來提報追蹤事項時，周執行秘書淑婉不用那麼辛苦逐項念，節省時間給委員表達意見；另外今天我準備 3 個部分，因為屬於比較系統性、邏輯性的問題，會儘快講，但可能 1 分鐘沒辦法講完：

- 一、歷次委員會議繼續追蹤的部分，項次 1、2 追蹤時間已經超過 2 年，將來要怎麼改善？請注意時效。

二、項次 15、17、21，健保署都答覆說，因為屬於例行性業務故要解除追蹤。我的疑惑是，若為例行性業務，委員怎麼會花那麼多時間討論！因此，署說這是例行性是不對的，委員會提出來表示有其特殊性，不曉得各位委員有何看法。

三、項次 14、18，我不曉得未來健保會同仁要怎麼去繼續追蹤，項次 14 是干委員文男所提遺失處方藥的問題，健保署的答覆是，未修法就等於沒輒，項次 18，社保司就咬定委員誤解，38.5 億元仍然不還，我看這件事衛福部部長也已裁定，因這份公文是衛福部發文的，若比照第 2 屆過去的處理模式，要怎麼因應，可能要請主委考量一下，不然今年又有 70 億元會不見。

謝委員武吉

給我 20 秒就好，非常感謝蔡登順委員給的意見，不過我剛才所講的時間點，是葉委員宗義剛才有先講說不要再按鈴了，我是後面順著這個意見才講的，責任要劃分清楚，我背黑鍋沒關係，但是要背的動。

傅主任委員立葉

針對剛剛委員所提問題及意見，先請健保署說明，再請社保司回應。

李署長伯璋

李委員永振所提，會議資料第 17 頁第 1 項，先由醫審組回應。

戴組長雪詠

一、有關指示藥品部分向委員說明，目前對於指示藥品採取逐步不給付，是依照上一次委員會議決議，在保障民眾用藥安全、減少社會衝擊之下逐步不給付，目前採雙軌方式進行。

二、第 1 軌，若有醫學相關專業團體提出不給付，本署即進行專業評估再推動不給付，例如昨天已經在藥物共擬會議討論通過，取消給付 glucosamine 藥品共計 31 品項，該類品項之申報金額約 1.4 億元，不給付後約影響 14 萬人。

三、第 2 軌，針對 928 項指示用藥中，係涉及 473 成分、劑型、劑量，我們已經寄給相關醫學公協會，請針對每個品項前 3 名使用量之醫學會協助評估，再依照使用人數多寡逐步不給付。特別要向委員說明的是，因為涉及民眾用藥習慣會有社會衝擊，的確需要時間適應，逐步不給付亦需作業時間。

李署長伯璋

謝謝，也在此向各位介紹，這是醫審及藥材組新任組長戴雪詠，過去係服務於食藥署。

蔡委員登順

李署長，重點是指示用藥若不給付，錢的流向問題，我建議這部分不可回流到一般服務費用，否則指示用藥不給付如同變相漲健保費。

李署長伯璋

請同仁先回應這部分。

蔡副署長淑鈴

向各位委員報告，多位委員關心指示用藥若不給付，錢會流到哪裡的問題，減少給付，就應減少支出，至於非協商因素每年有公式計算，還是會照公式去計算。

李委員永振

但健保署的書面說明不是這樣，請看會議資料第 17 頁文字說明，這部分比較真切，反而是目前現場講的不一定可信，應該是以書面為主，而不是副署長的口頭說法，你已經用掉 4 億元了，未來還有 17 億元。

李署長伯璋

- 一、我們會照委員的意思來處理。
- 二、請戴組長雪詠針對李委員永振所提會議資料第 19 頁第 6 項 C 肝部分簡要說明，這個問題事實上涉及基層總額及院所，很多問題是卡在一起的。

戴組長雪詠

向委員說明，上次健保會委員會議後，針對已在醫院登錄的 300 多位病人，透過分區業務組請醫院通知病人，目前共有 55 家基層診所願意開立 C 肝新藥，病人可前往接受治療，也感謝醫師公會居中協助媒合。但有些病人基於對醫院醫師的信賴關係，不見得會到診所用藥，將評估是否發佈新聞讓病人知道有 55 家診所名單自由選擇，至於明年西醫基層跟醫院 C 肝預算已可流用，希望未來可將相關問題減到最低。

李署長伯璋

謝謝，再請蔡副署長淑鈴補充一下李委員永振所詢。

蔡副署長淑鈴

我再回應一下蔡委員麗娟所提免疫療法的部分...。

李署長伯璋

先對指示用藥回應。

蔡副署長淑鈴

指示用藥部分，李委員永振認為若不給付，應要由總額預算將這筆錢收回，我也同意這個作法，因為若已協商總額後，才停止給付的話，原總額不變的情況下，這未被給付的部分就被別的健保項目用掉，但建議這個規則可以列為總額協商時收回的部分，事實上，它就是減少支出的概念，減少支出應該是可以收回，建議委員會可以先做出這樣的決議後，本署就會依之執行。

李署長伯璋

會議資料第 25 頁有關愛滋病用藥等，請同仁簡單回應一下。

黃專門委員兆杰

剛剛有很多委員針對罕見疾病、血友病或愛滋病用藥的部分提出見解，在此說明：

一、罕見疾病用藥，委員詢問人數下降但經費上升的問題，在本署說明資料中，其實已清楚呈現，罕見疾病用藥的人數是增加

的，並沒有下降，費用也是增加的，只是成長率趨緩。

- 二、血友病的部分，委員提到血友病的用藥已經用了 10 年，是不是可以考量聯合採購降低藥費，血友病的藥費無法有效下降，當初主要是為了預防缺藥，因為過去曾發生嚴重缺藥或容易缺藥的情況，為了避免再次發生，故將之列為特殊藥品，特殊藥品有價格保障的機制，較不會缺藥。
- 三、但隨著科技進步，基因工程製造的藥品已經很發達，現在可供應的廠商也比較多元，因此，最近在藥物共擬會議已經決議將血友病用藥不再列為特殊藥品，解除掉這個資格後，血友病用藥的價格，未來就可隨著每年藥價調查，並據以調整。
- 四、愛滋病的部分，目前就是配合法令規定來做，服藥 2 年以後由健保給付，目前看起來申報情形都還算穩定，可能是因為今年才剛納入，還要再觀察一段時間才知道。

李署長伯璋

罕病部分各位委員手上都有資料，包括人數的變化及費用，台灣是世界第 5 個罕病由保險給付的國家，對我們來說也是兩難。另外林委員錫維提到會議資料第 15 頁基本工資部分，請財務組陳專門委員振輝說明。

陳專門委員振輝

基本工資於明年調整，影響數 1 年大概是 23 億元。

李署長伯璋

還款計畫順便回應一下。

陳專門委員振輝

有關北高 2 市還款計畫，臺北市還款計畫於明年到期，今年業依還款進度償還欠費，預計明年會清償完畢。高雄市提出修正還款計畫於 110 年到期，今年業依還款進度償還欠費，以上說明。

商委員東福

吳委員榮達、陳委員亮良和干委員文男關心我們有沒有諮詢法規會，這部分和法律有關，我們雖然是主管機關，因為大家都很關

切，所以過程當中一定會問過法規會。

李署長伯璋

吳委員榮達剛提到指示用藥部分，我們一直有在處理，不會拖到明年 8 月，例如 glucosamine 今年提出後，我們很快就做處理。對於指示用藥問題，各位委員也知道，目前有不同聲音，但我們也是要依法行政，該刪就要刪。目前是透過各醫學會及專科委員會，了解哪些用藥對民眾影響最大，希望蒐集相關資料後再做決定。這個議題不是只有健保會委員關切，還涉及立法委員及衛福部的政策，所以一定會給各位委員一個交代。

趙委員銘圓

針對指示用藥部分，其實站在付費者角度，我們不應該取消給付，建議健保署是否有可能提修法，因為這關係到全民的權益。

吳委員榮達

應該是 2 個方向，是修法還是檢討哪部分可以取消給付。

李署長伯璋

這 2 方面都要考慮。

趙委員銘圓

我比較建議朝修法的方式，假如目前仍給付的 928 項通通都取消給付，恐影響到全民。

李署長伯璋

一、罕病的部分剛剛已經說明，至於吳委員榮達提到三代健保問題，目前為止，李前署長明亮已經在進行研究，但有些細節可能還需要慢慢處理。另外委員提到具名審查及非具名審查的核刪比率問題，跟各位委員報告，依據健保署的這段時間的研究，之前隨機審查是 70%，立意審查 30%，隨機審查按比率回推時，會變成 50 倍或 100 倍，1 年門診量有 3 億 6 千萬件，隨機審查也看不到預期效果。所以目前我們將立意審查當作 70%，隨機審查 30%，立意審查用大數據去分析哪一些醫院、哪一個醫師、哪一些病人的問題需要檢討，我們會加強審查，

不要造成醫療資源浪費。

- 二、再來是 C 肝部分的檢測，剛有提到病毒檢測在基層的確很困難，各位也知道我們目前積極推動雲端資料分享，未來若病人在大醫院已進行 C 肝病毒測定，雖然在基層診所沒有做，仍然可以看到報告，所以這部分還是可以處理。
- 三、干委員文男提到會議資料第 54 頁第 28 項，希望 107 年總額核定的部分可以早一點做說明，我們也是一直在等，俟部長指示出來後，我們再處理。另會議資料第 50 頁第 14 項，有關慢性病處方藥品遺失的問題，在藥事法沒有修正之前，雖然委員希望非經醫師處方可以拿到處方用藥，我們也需要去溝通，就像臺灣醫藥分業，各有各的立場，但我們會去努力。
- 四、王委員雅馨提到會議資料第 46 頁，有關新藥新科技審查部分，最近病友團體對癌症及罕見疾病用藥，都有不同基金會和團體向健保署表達意見，每個團體都有其背景跟立場，但健保署必須站在整個國家的高度。最近風傳媒問我罕見疾病費用很高，但這些是孤兒藥，我們要怎麼去議價，廠商也不會告訴我們底價是多少，本署同仁也很辛苦，都有在追蹤相關資料。
- 五、謝委員武吉提到自墊核退辦法，剛才有做說明，目前是希望海外就醫的費用不要太離譜，目前蔡副署長淑鈴也有和廉政署保持聯絡。據國安局提供的案件資料，河北有家醫院廣告說是臺灣健保署特約醫院，人家要這樣做你也沒辦法。
- 六、黃委員偉堯提到有關代位求償部分，目前我們強制險最多是求償 20 萬，我們也有在研究，除了一般代位求償外，對公安和交通事故也在做整理，最主要是酒駕部分，很多車禍病人造成健保損失很大，對於受害者跟加害者，我們會去處理。
- 七、蔡委員麗娟提到癌症部分，目前很多癌症病人進行基因測定，給付都包括在內，病人使用藥物時，例如 200 位病人使用癌症用藥，會申報 250 個基因檢查，我們也會儘快研究這種 bio-marker (生物標記)要如何處理，希望能夠幫助癌症病人。接下來看蔡

副署長淑鈴有沒有補充說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、黃委員偉堯提到代位求償修法後可向第 3 人求償，因為剛修法通過，對於向第 3 人求償，對我們有沒有助益，我們沒有經驗，但是過去代位求償因為有時間限制，原條文是向保險人求償，保險人也有投保金額的限制，所以過去只有向保險公司求償一途，求償有限。但是現在修法可以向第 3 人求償，也要看個案，將來向第 3 人求償，是否可以再多求償一點，修法通過後如果有碰到，才知道有沒有效益。
- 二、這次修法是反映八仙塵爆案件，因為八仙塵爆的保險公司所保的保額有限，加上我們不是第一優先，最後能夠求償的有限，當然現在都還在訴訟當中，如果可向第 3 人求償時，求償金額可否提高，那就是看個案，可以多一點選擇，對我們當然是以觀後效，但也是要看個案，以上回應。

商委員東福

- 一、先就黃委員偉堯提問的部分回應，其中一個重要要件，過去金管會認為是代位求償，一直主張有肇責比例的問題，但是本部主張健保一開始就先幫強制車險墊付，所以是跟強制車險保險人求償，但這也造成本部的困擾，因為金管會認為有爭議，暫停求償作業，所以本部請行政院解釋，行政院也尊重本部的法律解釋，因為健保是先幫強制車險墊付，所以強制車險當然沒有按責任減少求償，要全部還給健保。
- 二、會議資料第 46 頁，有關立委想要修強制汽車責任保險法第 27 條，立法院財委會還沒有排審，過去也提到說，為什麼要由健保向強制車險保險人求償，因為在立法時就分清楚，健保先墊，強制車險再還，所以這個問題，我們也感謝立法委員，站在讓健保財務更好的立場，所以針對這部分做處理。
- 三、李委員永振提到會議資料第 25 頁，我們回應謝委員武吉部分，謝委員有一些指教。我必需這樣講，當初是希望都能完整

回答，所以社保司這邊也回答，健保署也回答，這部分我們以後會整合。愛滋病部分的回答比較簡略，因為有實務面部分，先向委員道歉，我們以後會改正。至於政府應負擔健保總經費36%問題，我們和李委員已經討論很久，但是我想方向是一致的，希望將來的立法很清楚，您和我們都沒有意見。我們找了很多專家學者，也參考委員歷次發言，希望爭取將來在立法上更明確，這部分再補充說明。

- 四、林委員錫維希望了解基本工資調整對財務影響有多大，民眾大概4億多元，雇主大概10億多元，政府大概8億多元，加起來約23億多元。吳委員榮達、陳委員亮良和干委員文男特別提到高雄市政府欠款問題，吳委員提到認定8年的問題，這部分我們問過法規會，就法律上來講，如果法上可以接受，我們會採這樣的方式處理。這中間不是北高2市想怎樣就可以怎樣，而是主管機關、行政院也有介入協助，才有這樣的結果，所以我們也必須珍惜這樣的成果。我們會繼續讓高雄市在這個法律的規範下還款。對謝委員武吉剛剛的意見，我們會再修正，讓謝委員能夠更加瞭解，謝謝指正。以上補充。

傅主任委員立葉

本案就討論到此，請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、剛才大家對於指示用藥的問題，我現在要請教戴組長雪詠，如果指示用藥不用了，患者看病時，是不是會用到處方用藥？費用要從哪裡來？這是第1個問題。第2個問題，指示用藥案要解除追蹤我看還不適宜，等到明年8月之後，再解除追蹤也不遲。
- 二、我的提案單都有做統計表，5月有1個院內感染的提案，在擬追蹤事項裡面都沒有看到，希望也列入重點處理。因為我才提案不久，環保署馬上就查到台北有7家醫學中心院內細菌數最高，在門診的細菌數很多，所以不要輕忽這一點，我認為應該

要去處理。接下來，社保司對我剛才所提的問題，要細心地去研究改善，不要把我呼攏過去。

傅主任委員立葉

先請黃委員啟嘉，再請吳委員國治。

黃委員啟嘉

- 一、呼應謝委員武吉的想法，其實我剛剛一直在想，指示用藥不給付之後，有沒有藥費轉移的問題，如果今天要檢討指示用藥節省的總額預算該如何處理，也要一併檢討藥費轉移問題。例如 glucosamine 原來是治療慢性退化性關節炎，現在要求病人自費，病人如果不願意自費，可能會要求醫生開立其他類似療效的取代藥品，在這種情況下，就有藥費轉移的問題，故應整體考量。
- 二、若取消指示用藥其藥費有淨節省的話，我支持從總額移除，但是如果藥費轉移，甚至藥費轉移比指示用藥預算耗用更大的話，總額應該要增加，這才公道。所以要檢討取消指示用藥對總額的影響，一定要一併檢討整體醫療費用的轉移，有確切證據才能說服社會大眾，讓我們支持這個變革。

吳委員國治

指示用藥範圍非常廣，如果一下子取消，影響民眾權益非常大，我們也支持署裡和藥物共擬會議的想法，逐步來取消。不過我們還是建議，呼應吳委員榮達的看法，用修法方式解決，因為剛剛有委員提到費用轉移問題，甚至是要列入減項的意見。我提供另一個角度讓大家思考，一開始是用總額的錢來付指示用藥，本來應該要補給醫界，怎麼用了之後現在要取消給付時，反而還要從醫界的總額中移除。

傅主任委員立葉

委員意見請健保署參考。本案決議如下：

- 一、會議資料第 19 頁擬解除追蹤第 6 項(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)，請補充文字說明本案已撤案，或註明經討論已撤案，追蹤建議改為「於 12 月 31 日」解除追蹤。

二、大家表示最多意見的是會議資料第 61 頁，107 年度工作計畫列在 8 月報告的「落實指示藥品不納入健保給付之規劃報告(含配套措施及對健保財務之影響評估)」，本項涉及指示用藥不納入給付的規劃時程，包括檢討是否修法等思考方向，既然牽涉修法，還是請健保署 8 月提報，但也可以提前。

三、其餘追蹤情形就按照幕僚所擬建議，接下來進行下一個議程。請林委員錫維。

林委員錫維

一、不好意思，錢的問題跟健保永續經營關鍵非常大，我剛才跟李委員永振提到會議資料第 52 頁第 18 案，現在 2 個單位講的不清不楚，這些錢在 105 年也要 1 百多億元，106 年也還有 70 幾億元，至少還有 30 幾億元也應該要回來，到底現在情況如何？很含糊也沒有明確答覆，到底要在什麼時候才會答覆？或是要怎麼處理？要跟我們講一下，讓我們知道。

二、剛才也談到，各縣市不還錢，我們也可以按鈴申告，怎麼政府可以這樣賴著，但百姓有事就要馬上查封，沒有道理。這跟健保財務有非常大的關係，2 年來 1、2 百億元，不是說 1、2 億元。剛也請教基本工資問題，那些都是最基層、最可憐的人，一直要他們多繳錢，剛才算一算就要 40 億元，一個 17 億元，一個 23 億元，那都沒有道理。我呼籲相關單位還是要硬起來，不能讓政府這麼賴皮，自己定的法自己不守法，還叫我們百姓一定要守法。

傅主任委員立葉

這個案子是不是....，請李委員永振。

李委員永振

一、商委員東福很會講話，我本來是不講的，但是林委員錫維問我說，你們 2 人看法一致，為什麼還放在那邊？坦白說，看法是

不一致的嘛！所以我一直在質疑，105 年的 38.5 億元為什麼到年底還不還？你自己的說明裡面，衛福部的文也不否定健保法第 27 條，不否定的意思就是，這 7 類的被保險人或是投保單位，就是要繳錢嘛！你一語帶過，說 68.5 億元是政府替他們繳的，你的法源在哪裡？你又不否定健保法第 27 條，列出那些弱勢團體他們又不用繳費，政府替他們繳，那不是互相矛盾嗎？

二、你硬拗說修正健保法第 45 條，依健保法第 3 條，依法令 3 個字亂拗，我們看法是不一致的！沒有法源，結果你去修健保法施行細則 45 條，硬拗第 3 條的依法令規定 3 個字是法源，這不是看法一致，至少你的計算公式是錯誤的。你說立法院修法，也是打到立法院的臉，健保法施行細則 45 條修過了，修法程序完整，但後來發現有不完整地方，主辦單位為什麼沒有主動探討這個問題？衛福部法規會睡覺了嘛！大概整個情況是這樣子。

三、因為林委員錫維也在關心，體制內部長的文已經出來，大概沒用了，健保會放在旁邊，衛福部的態度就是這樣嘛！但是他的解釋不清楚啊！我現在不是說社保司，是說衛福部，被洗腦了啦！我再補充一句話，讓各位委員知道，去年是因為計算公式錯誤，所以變成 107 億元，106 年是 70 億元，以 105 年費率調降來講，1 年差 210 億元，70 億元是占 3 分之 1，我們協商 1 年能砍掉多少？70 億元可以協商幾年？醫界要去考慮這個問題，財源豐富才有辦法有財源，一直在講收支收支，收入少收，支出一直增加，那 113 年費率到頂之時間一定往前移，付費者代表就大家就準備調漲保費。

傅主任委員立葉

本案請社保司於下次會議明確回應，例如是意見不一樣，還是做不到？哪些部分可以做，哪些部分可以先解除追蹤？例如哪些確定已是過去歷史，現在也追不回來。

李委員永振

- 一、商委員東福可能前一段沒有參與，幫他解釋會更清楚。在 104 年 12 月 15 日公告時，當時也是抵死不從，要追溯到 104 年 1 月 1 日開始生效。後來因為健保會堅持，從體制外處理，去行政院抗議，去監察院陳情，後來才到立法院，在轉型正義的情況下去說明，才有 105 年 6 月 22 日的修法。
- 二、我常跟商委員東福開玩笑說，他是幫人家擦屁股，之前有爭議的時候，在行政院 2 位政委協調下，才說健保法解釋權屬衛福部，解釋的結果就是健保署依健保法第 78 條計提安全準備的計算公式是對的，政府要吐出 689 億元。吐出來之後，他們就在協商的時候，列出這個類似喪權辱國的施行細則，1 年照他的公式，104 年後來要回來 116 億元，因為那個生效日是不對的，所以他本來也是結算 116 億元在去年吐回來。但是解釋之後，又修了施行細則第 45 條，說依法有據，但就變成計算政府應負擔保費的方式不對啊！因為這 7 類的被保險人和投保單位並沒有免除繳費責任，怎麼說 68.5 億元是政府繳的？政府是拿錢到社會福利那邊，才硬拗進來，政府先給這 7 類被保險人，他再拿來繳保費，所以繳保費還是這 7 類被保險人和要保單位，政府是補助他，所以一魚兩吃，吃完之後計算公式就不通，不通的話，按照政府的話就通。
- 三、如果照我的建議，就是你以前一毛錢都沒列，現在要 68.5 億元你於法有據，讓你列，這是在政府那邊也出，但是沒有免除被保險人責任，在計算公式中被保險人要保單位應該也要算進去，所以 68.5 億元要算 2 次，會計上不符，為什麼會不符？追根究底就是施行細則第 45 條是不對的，大概原理是這樣子。所以前面那段商委員東福是沒有參與啦！

商委員東福

同仁都有跟我說明。

李委員永振

你剛才解釋的部分，我是不好意思吐槽，我就再吐槽一次。

商委員東福

因為主席叫我別再講了。

李委員永振

愛滋病藥費你寫說第2年開始付，其實是2年後，時間點是不一樣的，第2年還是疾管署在付，健保是第3年才開始付，你們已經都沒錢也不出錢，還很慷慨。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

我想這個案李委員永振也很清楚，商委員東福因為後面才接任，可能就不清楚，我們曾經跑過監察院、立法院還有行政院，還有1個什麼院，不是醫院啦！已經跑了幾個院，最後我們要了1百多億元回來。但是這個過程你不曉得，我希望不要浪費大家時間，可以請教李委員，將說帖再寫清楚一點，我們要的錢有根據，你錢沒有給我們，從裡面扣除就不對，總額不能這樣扣除，我們都聽得很清楚。你如果這樣的話，可以私下請教，說帖怎麼說。如果要我們再跑立法院，我們也可以去，我們講給委員會聽，他們應該也聽的進去，如果有問題我們也可以互相呼應，政府不要耍賴，才是最重要的，健保要永續經營。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

我也贊成干委員文男與李委員永振的意見，法令賦予政府的責任，政府不能逃避，要去面對。臺灣的健保資源有限，而且資源不是政府預算，是由大眾提撥的，這部分要切割，法令賦予政府的責任不能逃避，該給的錢就要提撥，否則健保如何永續發展，因此我非常認同李委員永振與干委員文男的意見。

傅主任委員立葉

請社保司下次會議做更明確的說明。

商委員東福

請問是指我們要講得很清楚才可解除追蹤嗎？主席的意思是這樣吧？(傅主任委員立葉：對)應該不是下一次會議，因為下一次也講不清楚，我知道總有一天會講清楚。

李委員永振

38.5 億元先還回來嘛！

商委員東福

我再講 10 秒鐘，你們說先前的過程我不清楚，但先前的會議都有紀錄，各位委員的貢獻我都瞭解。

傅主任委員立葉

請社保司提供清楚的說明，內容包含 2 部分，一部分是還款說明(38.5 億元)，一部分是施行細則修法研議。本項繼續追蹤。

干委員文男

不是修法，而是要跟主計總處講清楚，公式清楚就不會有這些事情發生，如果講不清楚，上次發生的事情，這次又會發生，要怎麼解釋？他講他的話，我們講我們的話。

傅主任委員立葉

請社保司提供說明時包含公式解釋，本項繼續追蹤。本案討論到此，接著進行下一案。

吳委員國治書面意見

有關「上(第 10)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」中，本會歷次委員會議未結案件追蹤表中，擬解除追蹤事項第 2 案(會議資料第 43 頁)：

有關醫事司回覆內容中「(3)規範醫院不得以交通車載送不當招攬輕症病人」乙項，請醫事司定期報告執行情形。

林委員惠芳書面意見

一、有關「上(第 10)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」中：

(一)擬解除追蹤案件第 3 項，健保署回覆第 5 項(會議資料第 36 頁)，針對本席前次書面意見，有關健保署財務惡化的檢討及未來因應部分，健保署的說明似未能理解本席的擔憂，仍建議健保署應即早分析檢討，例如：是否健保費也支付了非健保醫療行為的項目？除檢討收入之外，支出的檢視也應納入檢討，例如：支付醫療成本的部分，醫院呆帳損失、捐贈、非醫務活動損失也納入成本是否合宜？如納入醫院販售商品的成本要納入健保成本，那醫院銷售商品可以算健保收入嗎？更重要的是，健保未來永續存在要不要去面對更基本關鍵的議題，例如：保障範圍的決定、功能定位的決定等。另，不管大、小決定，都應有數據分析為基礎，因此未來如要進行相關共識討論，建議均應有具體統計分析為基礎，減少概略推估的方式，如健保署對健保改革已有初步草案，建議可以提早與委員來進行對話，以避免共識歷程耗時的狀況出現。

(二)會議資料第 66 頁，有關 107 年度委員會議預定時間表(草案)，建議 107 年 9 月進行 108 年總額協商會議可由 1 天半改為 2 天半(含協商會議及委員會議)，因付費者代表需一一與各部門協商，依本席參與過的經驗，會議時間太久，影響協商品質及委員與工作人員的健康，因此建議協商會議每天以完成 2 個部門協商為規劃，協商會議增為 2 天。

二、有關「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核定結果及後續相關事項(會議資料第 67 頁、會議補充資料第 2 頁)：

總額中有關 106 年 12 月底，醫院部門及西醫基層應完成的項目要送本會備查的部分，尚未完成的部分請問何時會完成、未完成是否會影響 107 年度的執行，例如：基層轉診型態調整費

用、居家照護等及轉銜長照 2.0 的部分要如何進行及處理、區域醫療整合等，是否會影響 107 年轉診目標及相關執行的目標達成？

盧委員瑞芬書面意見

有關「上(第 10)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」中，擬繼續追蹤事項第 36 案(會議資料第 56 頁)：

有關指示用藥違反全民健康保險法第 5 條第 4 款的規定，健保署回覆「1.由於全面取消指示用藥...，本署將持續並逐步審慎評估取消指示用藥之健保給付事宜」。似乎不考慮修法的可能，而會中趙委員銘圓表示，以付費者代表的角度，他希望考慮「修法」乙途與「檢視及取消指示用藥」雙管齊下。修法納入指示用藥茲事體大，因為指示用藥的範圍廣泛，用明列或排除法來設定範圍都有技術性問題待克服。請健保署亦能蒐集國外(如日本、韓國、德國)經驗，通盤考量，提出明確處理方案。

參、「『107 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式』核定結果及後續相關事項」與會人員發言實錄

同仁宣讀及請第三組說明。

陳組長燕鈴

一、請委員參閱會議補充資料第 1 頁，衛生福利部已經於 12 月 13 日核定本會所報「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，針對核(裁)定結果摘要報告：

(一)同意牙醫門診、中醫門診與其他預算之額度及相關分配，依健保會協定的共識版本，即本會陳報的協定內容辦理。

(二)至於西醫基層部門及醫院部門，衛福部裁定如下：

1.西醫基層部門主要以付費者代表方案為主，惟衛福部對「家庭醫師整合計畫」及「西醫醫療資源不足地區改善方案」2 項專款項目另有裁定金額及事項，稍後詳細說明。

2.醫院部門也是以付費者代表方案為主，惟有 5 項裁定事項，主要是針對「醫療服務成本指數改變率所增加之預算及用途」、「C 型肝炎藥費」、「醫療給付改善方案」、「鼓勵院所建立轉診之合作機制」等 3 項專款項目，以及「為落實分級醫療與轉診制度」等 5 項，稍後詳細說明。

二、依據本會本年第 9 次委員會議決定事項，在衛福部核定 107 年度總額後，彙整以下資料供委員參考：

(一)根據上述衛福部核定結果，計算 107 年度健保總額約為 6,853.4 億元，若相較於 106 年度核定總額，成長率為 4.711%，有關各部門總額協定事項及詳細數字，請委員參閱會議補充資料第 6 頁「健保會協商結果與衛福部核定結果比較表」，表格包含各部門金額、年度總額成長率及年度總額預估值。

(二)請委員參閱會議補充資料第 2 頁說明二(二)，有關 107 年度西醫基層與醫院總額本會協商結果與衛福部決定之比較表，表格在會議補充資料第 7~15 頁。

- 1.請委員參閱會議補充資料第 7 頁「107 年度西醫基層總額本會協定結果與衛福部決定比較表」，本表臚列付費者代表、醫界代表協商結果，以及衛福部決定金額，並於備註欄說明付費者、西醫基層代表建議事項與衛福部決定事項之差異，以上先說明表格呈現方式。
 - (1)協商因素成長率：衛福部決定以付費者代表方案為主，所以在付費者代表方案的數字加上灰底，以利委員比較。請委員參閱會議補充資料第8頁，一般服務的各項目，衛福部裁定結果同付費者代表方案，一般服務成長率2.310%。
 - (2)專款項目：除了「家庭醫師整合性照護計畫」及「西醫醫療資源不足地區改善方案」的金額採醫界方案外，其餘都是採付費者方案。
 - ①「家庭醫師整合性照護計畫」：衛福部決定事項為「為促進社區醫療群與合作醫院間應進行實質合作，包括對病人之雙向轉診及慢性病共同照護等要求，以及推廣社區醫療群應規劃主動電訪(Call out)服務，以加強個案健康管理等，全年經費28.8億元，其中4.5億元用於挹注106年度之不足款，107年度本計畫執行經費為24.3億元」。
 - ②「西醫醫療資源不足地區改善方案」：衛福部決定事項為「除原方案以外，增列鼓勵偏鄉地區假日開診，提升偏遠地區就醫可近性，全年經費是1.87億元」。
 - ③請委員參閱會議補充資料第10頁，衛福部決定版本「專款金額」較付費者代表方案增加4.27億元。
 - (3)整體西醫基層總金額為1,337.822億元，總成長率為3.822%，較106年度核定總額成長4.053%，較付費者代表方案增加4.27億元。
- 2.請委員參閱會議補充資料第 11 頁「107 年度醫院總額本會

協定結果與衛福部決定比較表」：

- (1)醫療服務成本及人口因素成長率：衛福部決定事項為「為持續合理檢討支付標準，對醫療成本服務指數改變率所增加之預算，應優先用以提升重症護理照顧品質(如加護病房)及持續推動『護病比與健保支付連動』」。
- (2)協商因素成長率：請委員參閱會議補充資料第12頁，衛福部裁定以付費者代表方案為主，故一般服務成長率同付費者代表方案，衛福部決定事項為「為落實分級醫療與轉診制度，持續推動區域級(含)以上醫院門診減量措施，107年醫學中心、區域醫院門診件數降低2%，即不得超過106年之98%，超過部分，按該院門診每人平均點數，不予分配，以5年降低10%為目標，並定期檢討」。
- (3)專款項目：
 - ①「C型肝炎藥費」：衛福部決定事項為「為提升C型肝炎患者之照護率及照護品質，全年經費4,528百萬元」，金額較付費者代表方案多50百萬元。
 - ②「醫療給付改善方案」：衛福部裁定金額同醫院代表方案，決定事項為「除持續辦理原有之8項方案外，另新增『提升醫院用藥安全與品質方案』，全年經費1,187百萬元」。
 - ③「鼓勵院所建立轉診之合作機制」：請委員參閱會議補充資料第14頁，衛福部裁定金額同醫院代表方案，決定事項為「為鼓勵雙向轉診，用以支付醫院接受轉診、回轉轉診個案，以及將病情穩定病人下轉等之醫師診察費，全年經費258百萬元。預算不足部分由其他預算『基層總額轉診型態調整費用』支應」。
 - ④請委員參閱會議補充資料第15頁，衛福部決定版本

「專款金額」較付費者代表方案多288百萬元。

(4)整體醫院總金額為4,704.386億元，成長率為4.555%，較106年度核定總額成長4.800%，較付費者代表方案增加2.88億元。

(三)請委員參閱會議補充資料第16~19頁，依據衛福部核定結果，整理107年度各部門總額協定事項及相關計畫追蹤時程表，臚列各協定事項的工作項目及應完成時限，未來幕僚將據此追蹤各項辦理情形，並向委員會議提報。

三、請委員參閱會議補充資料第20頁，剛才已向委員報告107年度各部門總額協定事項工作時程，20~24頁則是列出在今(106)年12月底前，依協定事項應完成項目之辦理情形，這部分是根據健保署提報資料做彙整，各項辦理情形請委員自行參閱。

四、請委員翻回會議補充資料第2頁說明三，各部門總額中應於106年12月底前完成之協定事項辦理情形摘要如下：

(一)牙醫門診總額：4項需依法定程序辦理相關事宜並送本會備查，及1項須經本會同意項目，均已完成。

(二)中醫門診總額：7項需依法定程序辦理相關事宜並送本會備查，尚有1項未完成(項次6)；1項須經本會同意項目已完成。

(三)西醫基層總額：5項需依法定程序辦理相關事宜並送本會備查，及3項須經本會同意或向本會說明之項目，均尚未完成。

(四)醫院總額：7項需依法定程序辦理相關事宜並送本會備查，尚有4項未完成(項次1、2、3、6)；3項須經本會同意或向本會說明之項目，尚有2項未完成(項次2、3)。

(五)其他預算：9項需依法定程序辦理相關事宜並送本會備查，尚有5項未完成(項次1、3、4、5、9)，相關詳細辦理情形請委員參閱會議補充資料第20~24頁。

周執行秘書淑婉

因為主委臨時離開一下，所以請問各位委員有沒有要垂詢？因為這是報告案，本會幕僚已經把部核定的版本跟當初報部的版本做了一些比較，不知道委員有沒有需要補充說明的地方？請王委員雅馨。

王委員雅馨

請參閱會議補充資料第 12 頁，醫院總額一般服務成長率的備註，我想請教衛福部核定為落實分級醫療轉診制度，持續推動區域級(含)以上醫院門診減量措施，107 年醫學中心、區域醫院門診件數降低 2%，即不得超過 106 年 98%，超過部分，按該月門診每人平均點數，不予分配。那門診件數降低 2% 這個部分，有沒有什麼配套措施？因為我們很擔心，萬一病人真的很需要去就診的時候，會不會有這些因素，醫院要接收這個病患時可能會有些考量？

林委員惠芳

我想請問一下，剛才有 4 個部門協定事項，還有一些今年 12 月應要完成，但還沒完成的部分，大概什麼時候要完成？如果不完成，會不會影響到明年度的執行？

周委員麗芳

一、我關心的也是在會議補充資料第 12 頁，醫院總額一般服務成長率的備註，107 年醫學中心、區域醫院的門診件數要降低 2%，即不得超過 106 年的 98%，超過的部分，按該月門診每人次平均點數不予分配，我具體提出一些應該要考慮的配套措施，因為我認為這制度立意是好的，但在執行上必須考慮怎麼樣能夠避免在不同層級醫院之間相互推病人，病人變成人球，過去也曾經發生過這樣的現象。

二、在計算基準上有幾點是必須排除計算，所謂排除計算就是不應將其列入增加部分，也就是不可歸責於該醫院：

(一)轉診過來的病人，轉診病人是我們鼓勵的，所以在計算母數的時候，絕對不能算入醫院新增加的人數當中。

(二)重症、重大疾病的病人，重症本來就是醫院應該要看診的病人，也是符合醫院照顧的宗旨，不能算是醫院新增的。

(三)出院回診，這也站在病人權益上，必需要去保障的。

(四)初診的病人，也就是第 1 次來醫院掛診，並不可歸責於該醫院本身。

三、當然還有考慮是否能排除所謂的 heavy user(重度使用者)，一次花費很多費用的病人，因為也許他是多重疾病的病患，這也是我們必須額外再考慮。以上幾項排除的話，在執行上才得以避免病人變成人球。

傅主任委員立葉

還有沒有其他委員有意見？請干委員文男，再請何代理委員語。

干委員文男

一、有關會議補充資料第 12 頁，衛福部核定「107 年醫學中心、區域醫院門診件數降低 2%，即不得超過 106 年之 98%，超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配。以五年降低 10% 為目標值，並定期檢討」乙節，建議應將每年醫學中心、區域醫院門診件數目標值要清楚，1 年要下降多少百分比，或在第 5 年就立刻下降 10%，要將目標值定義清楚，否則會產生許多問題。(周執行秘書淑婉表示每年醫學中心、區域醫院門診件數降低 2%，以 5 年降低 10% 為目標值)不好意思，我會錯意了。

二、請健保署提早規劃各總額部門之協定事項及其他預算部分，不能像去年約 9、10 月份才議定之分配細節，應避免經費一次撥付，或經費透支等問題，否則變成浪費或是到年底要核銷的樣子。

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、西醫基層總額之家庭醫師整合性照護計畫，衛福部核定係採西醫基層代表建議方案，建議應該提出詳實的計畫及數據分析，並評估家庭醫師整合性照護計畫之成效為何，如：推動家庭醫

師整合性照護計畫後，基層門診量增減情形為何，若基層門診量持續增加，是否代表該計畫未達到預期的成效。

- 二、西醫基層總額之西醫醫療資源不足地區改善方案，建議應提出偏鄉地區假日開診、新增偏鄉地區、偏鄉地區就醫可近性等具體方案及成效評估，並向健保會報告。編列相關經費也要有完善的規劃，並評估其成效。
- 三、醫院部門之鼓勵院所建立轉診之合作機制部分，建議提出詳實且具體轉診計畫。因為目前轉診成效不彰、效果不良，現階段也看不出來本項如何執行、成效或目標為何。目前大醫院仍沒有病床，急診仍人滿為患，約等 8 日才有住院病床，健保署能否有效的改善此情形，或醫院是否能提出完善的轉診計畫，以落實轉診合作制度，達到預期目標，否則對民眾而言，就醫情形是很不方便的。
- 四、衛福部核定「107 年醫學中心、區域醫院門診件數降低 2%；以 5 年降低 10% 為目標值，並定期檢討」部分，每年門診案件數降低 2% 是指整體門診件數或單類別門診件數，如初級照護件數？這兩者間差異很大。健保署執行「106 年度協定事項初級照護案件不得超過 105 年度之 90%」，就面臨初級照護之編碼規則尚待釐清的問題，因此應要釐清門診件數的定義為何。
- 五、剛剛專家學者提及應排除轉診之門診件數部分，我非常支持，若是轉診門診案件不要納入計算。建議醫院協會能提出具體方案，包含：執行方式及目標等，並讓健保會委員瞭解。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良表示意見後，再請健保署回應。也請醫院協會代表視需要回應。

陳委員亮良

- 一、主席、各委員，請參閱會議補充資料第 9 頁，衛福部核定西醫醫療資源不足地區改善方案，編列 187 百萬元，總算有看到善意的回應，但仍有預算不足的部分。上次委員會議時，我特別提出希望四大醫療部門能針對醫療資源不足地區民眾，提出適

切的醫療改善方案。尤其雲林民眾很可憐，幾乎都是老年人下田耕種，很辛苦，雲林是蔬果重要產地，每月將蔬果運送台北等各地，不知道台北人是否能適應沒有蔬菜的日子，因此，希望大家要重視醫療資源不足地區民眾的醫療困境。

- 二、雲林縣好幾個鄉鎮沒有牙醫、中醫或診所等醫療服務，若民眾生病，一早 6、7 點搭乘客運奔波至台北或高雄等地就醫，這是中、南部民眾就醫不便的痛苦和問題。希望未來總額協商時，各總額部門都能繼續編列醫療資源不足地區改善方案之經費，有完善且適切的醫療計畫提供予偏鄉地區民眾，希望各總額部門都能重視，這就是我的堅持。雲林人很善良也很努力，早上 4、5 點天未亮就下田耕種，真的很辛苦，希望能落實改善偏鄉民眾醫療資源，就這是我們的期待和希望，不管是雲林、嘉義、花蓮及台東等偏鄉地區，民眾都面臨著醫療資源不足的問題，這都是山地、偏鄉地區，城鄉差距非常大的地方，在此代表雲林，對於本案給予誠懇呼籲及肯定。

傅主任委員立葉

請健保署回應。

李組長純馥

- 一、謝謝委員的垂詢，許多委員都提出詢問。先回應王委員雅馨、周委員麗芳、干委員文男、何代理委員語諸多委員提到「107 年醫學中心、區域醫院門診件數降低 2%」部分，衛福部陳部長時中指示後，健保署已開始進行資料試算，未來會與醫院協會密切及積極溝通，包含委員建議排除特殊條件或相關配套措施等意見，也會納入討論。另委員詢問本案係針對初級照護件數或整體門診件數部分，本案係針對整體門診件數，係考量執行 106 年度醫學中心及區域醫院之初級照護件數部分，產生 coding(編碼)問題，因此本案協定事項係指整體門診件數，不限初級照護門診件數。
- 二、有關何代理委員語提及家庭醫師整合性照護計畫和鼓勵院所建立轉診之合作機制部分：

(一)家醫計畫並未設定下降門診件數之目標值，反而是希望落實分級醫療，鼓勵大醫院將更多病情穩定的民眾下轉至基層診所就醫，及希望將病情穩定之個案下轉至家醫計畫，這也是分級醫療與轉診制度配套措施之一，所以並沒有要減少門診量。

(二)關於家醫計畫是否有完整的計畫及執行成效，家醫計畫每年都有檢討修正，並在每年 7 月份的評核會時報告整體執行成效，同時每次在健保會報告時，會依照委員的建議，調整修訂方案。另，總額協商時，有委員表示希望對上、下轉都能提供誘因，我們將會於計畫中明訂。

(三)李署長非常重視大醫院急診等待病床太長的問題，要求每月統計每家醫學中心急診等待的比率，也回饋給醫院，希望醫院院長能做改善，礙於有些病人不願意配合轉到其他醫院，我們還是要依病人意願。

三、關於西醫基層醫療資源不足區之醫療問題，感謝委員在經費上挹注，本月份的「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」已經通過相關支付標準，1.87 億元僅是增加誘因的經費，並非全部的醫療費用，醫缺部分有另外的預算支應，以上回應，謝謝。

傅主任委員立葉

本案就討論到此，請王委員雅馨。

王委員雅馨

在此回應健保署的說明，請健保署注意計畫執行細節，很多種疾病的病友並非不願意下轉，而是其醫療資源都在區域醫院或醫學中心，降低區域級以上醫院門診量的算法要很細緻，例如含自體免疫相關疾病病友，有大部分還是在醫學中心看診，我們比較擔心新病患會被醫院拒絕。

傅主任委員立葉

委員意見供健保署參考，本案請健保署依 107 年度協定事項所列時

程辦理相關事宜，107 年度各部門總額應於 106 年 12 月底前完成的協定事項，就尚未完成項目，請中央健康保險署儘速完成，其餘洽悉。請林委員錫維。

林委員錫維

個人肯定幕僚針對衛福部核定版本、付費者版本，進行差異說明。在此呼籲醫療提供者能多用心，衛福部的核定金額，比付費者方案高，西醫基層及醫院部門分別多了 4.27 及 2.88 億元，希望能夠看到真正的執行成效。謝謝。

傅主任委員立葉

委員若無其他意見，接著進行討論事項第一案。

肆、討論事項第一案「107 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

同仁宣讀及請第三組說明。

陳組長燕鈴

- 一、有關一般服務之地區預算分配，目前還剩西醫基層及中醫門診總額尚未完成分配。西醫基層一般服務之地區預算分配案曾於今年 10 月份委員會議時討論過，決議全案保留，並請醫師公會全聯會儘速提出建議方案。
- 二、醫師公會全聯會於 106 年 11 月 24 日函復本會，107 年度一般服務地區預算建議維持「各地區校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數」(R 值)為 66%，「總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用」(S 值)為 34%。此分配方與 106 年相同。
- 三、有關 10 月份委員會議決議請醫師公會全聯會提送風險調整機制建議方案，該會函復：有關預算移撥、撥補方式等微調機制，將擇期召開會議，再與健保署商議。截至目前為止，本會還未收到該會自一般服務預算移撥經費做為風險調整的建議方案。如果今天無法確定，幕僚建議先將已經完成議定的牙醫門診、醫院總額，及下一案議定的中醫門診總額部門的一般預算分配案提報衛福部核定，俾能於 107 年 1 月 1 日實施，至於西醫基層總額部分，則請西醫基層總額相關團體於 107 年 1 月 12 日前將建議方案提送本會，以利辦理後續事宜，以上報告。

傅主任委員立葉

請問委員對本案有沒有意見？(眾委員表示：沒有)那就按照幕僚建議，先將完成議定的牙醫門診、醫院總額，乃至等一下討論的中醫門診總額一般服務地區預算分配案，先陳報衛福部核定。並請西醫基層總額相關團體於 107 年 1 月 12 日將建議的風險調整方案提送本會，以利辦理後續事宜。其餘就按照擬辦事項通過。本案討論到此，進行討論事項第二案。

伍、討論事項第二案「107 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

同仁宣讀及請第三組說明。

陳組長燕鈴

- 一、向各位委員報告中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，本案前經本會 106 年第 9 次委員會議決議：「同意 107 年度維持依 106 年度之方式分配。但由一般服務費用移撥部分經費，用於風險調整部分，尚未議定，請中醫門診總額相關團體於下次委員會議前提送建議方案」。
- 二、中醫師公會全聯會於 12 月 4 日函送其與健保署研議之「風險基金提撥及分配方式」，主要是自五分區(不含東區)之一般服務費用移撥 3,600 萬元，每季 900 萬元。至於撥補院所資格，係五分區之鄉鎮市區內僅有 1 家特約中醫院所，惟符合指標 6 「偏鄉人口預算分配調升機制」，或「獎勵開業服務計畫」之院所，排除適用。撥補方式是以所在分區前一季浮動點值為基礎，最高補至每點 1 元。若移撥經費有剩餘，則提撥 55% 予臺北分區，45% 予北區分區。以上說明。

傅主任委員立葉

請問各位委員對本案有沒有意見？(眾委員表示：沒有)本案就依擬辦事項通過，接著進行討論事項第三案。

陸、討論事項第三案「107 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案」與會人員發言實錄

同仁宣讀及請健保署說明。

李組長純馥

各位委員，大家午安，本案依例係由健保會授權健保署與各部門總額研商議事會議進行協商，目前已確定部分有中醫門診、牙醫、醫院、門診透析，都按照 106 年的保障項目做確定，唯一還未確認的部門是西醫基層，健保署會儘快與西醫基層討論，因為該次西醫基層總額研商議事會議討論議案太多，來不及討論，討論之結論依例會陳報健保會，以上說明。

傅主任委員立葉

請問委員對本案有沒有意見？(眾委員表示：沒有)如果沒有意見，本案就同意健保署所送之 107 年度各部門總額一般服務之點值保障項目；至於西醫基層總額之點值保障項目，請中央健康保險署會同該總額相關團體儘速議定後，提會討論。接下來進行討論事項第四案。

柒、討論事項第四案「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等」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請問提案人謝委員武吉有沒有補充？

謝委員武吉

- 一、本案已經提出很久，今天總算可以討論，大部分的醫療院所都與健保署簽訂合約，健保署如果要求我們配合疾管署接種流感疫苗，我們不敢不配合，但是現在問題已經發生，一例一休問題吵得那麼嚴重，還有疾管署僅給我們一劑 100 元的處置費，到底有沒有符合我們提供服務的成本效益，健保會應該要討論。昨天林前部長奏延寫了 1 篇「疫苗處置費應有結構性新思維」文章，點出本案的精神，文章提到疫苗接種有運輸、冷藏及人員訓練及人事成本等費用，提供疫苗注射的醫療院所，必須購置不斷電系統、疫苗專用冰箱和溫度記錄器及針筒、針頭等。還有最重要的是醫師，全部加起來一劑僅支付 100 元處置費。若是到社區接種，處置費也是相同的 100 元，有時社區接種人數較少，才 100 人左右，處置費才 1 萬元，但是需要指派 1 位醫生接種，還需要 2、3 位護理人員、行政人員及司機，社區接種完完全全是服務性質。
- 二、如在院內接種，醫師含看病的診察費為 260 點，患者注射流感疫苗前，應該先經醫師診察才能夠接種，醫師將看診資料輸入電腦後，才可以去注射室領取針劑，才可以注射，還要有藥事服務費，一劑僅 100 元，這是依 98 年就延用的辦法處理。
- 三、疾管署的回應表示，疫苗基金收入短絀，無法提升接種費用，未來將持續爭取。這就是在敷衍委員，應該要有具體的措施，要想辦法讓基層及地區醫院能替一般社區的患者服務，這是很

重要的一環，我們無法接受疾管署的說明，希望疾管署今天可以給我們明確、妥善的說明，讓我們能夠接受。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

主席，我想本案關係所有老百姓，屬健保代辦業務，相信其他委員應該是沒有意見，就由本會通過向上轉，我們也沒有權責來講這些事，是不是這樣就達到謝委員武吉的目的，以上建議。

傅主任委員立葉

先請尚未發言過的林委員惠芳，再請吳委員榮達。

林委員惠芳

有關這個案子，我想要確定一件事情，就是疫苗是健保要處理的嗎？應該只是代辦吧，不是我們要處理的，應該是疾管署及健保署討論行政代辦及公務預算的事情，跟健保會應該是沒有關係。

吳委員榮達

我的意見也相同，這個並非健保給付項目，跟健保會權責無關，我精神上絕對支持，但是不適合健保會決議通過，要求疾管署提高施打疫苗相關費用，我想不太合適。

傅主任委員立葉

請葉委員宗義、何代理委員語。

葉委員宗義

主席，我請教一下，剛才謝委員武吉講的 100 元是健保會代辦的嗎？很奇怪，我今年有打疫苗，但是卻被收費 100 元，還是這是兩碼事？還有另外收取掛號費。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

各位委員，針對本案，我要更正干委員文男表示通過的說法，本案不能通過，健保會沒有權力通過，只能轉請相關單位處理，會議紀錄不能寫通過，這不是我們的權責，只能說此案移請相管單位參考

辦理。

傅主任委員立葉

謝謝何代理委員語的提醒，請問其他委員還有沒有意見？健保署及疾管署需要說明嗎？(健保署及疾管署表示：不用)不用了，相關說明都已經在書面資料。

謝委員武吉

主席，大家都有發表意見的權利，是健保署要求我們醫療院所幫忙執行疫苗注射業務，我們是義不容辭來做，今天在健保會提出本案，給健保署使力，如干委員文男所說要支持，這是合理的，我並沒有要求一定要通過本案，我提出本案是要讓大家知道有這麼不合理的事情發生，非常過份。

傅主任委員立葉

謝委員武吉的提案，本會委員都深表贊同，委員意見送健保署及疾管署參考。

謝委員武吉

請問疾管署有沒有人來？拜託先回答一下吧。

傅主任委員立葉

請疾管署代表說明。

王科長任鑫

疾管署報告，針對接種處置費，去年是用第 2 預備金支應，105 年以前只有 65 歲以上長者及學齡前兒童才有補助診察費。去年爭取預算，也將「診察費」改成「接種處置費」，補助對象也擴及到所有接種對象，除了學校集中接種的學生外，其他的接種對象也納入。今年的流感疫苗接種計畫費用來源為疫苗基金，計畫費用包括採購疫苗、接種處置費及補助地方政府之行政費用，今年支出將近 11 億元左右，疫苗基金已經短絀，所以要調高接種處置費，可能還是需要向相關單位爭取預算。以上報告。

傅主任委員立葉

好，我們就將委員意見...

謝委員武吉

- 一、主席，我不能夠接受疾管署的答覆，今天不是要他來轉述，我提案已經超過2個月，健保會委員不是專門聽人轉述，每位委員都有各自的主張及意見，怎麼可以用轉述的呢？疾管署既然派人列席，林前部長已經點出一些問題，不需要再聽疾管署的人轉述，好像我們要聽從你的命令，這是不應該的。
- 二、如果要轉述，怎麼不說疾管署明年要直接派人替民眾注射，轉述這樣的內容還比較好。我們現在是為了全國民眾，在想如何把這些工作做好，結果你們不是這樣想，把你們自己當成是長官，我們是聽候你命令的小弟。
- 三、我覺得疾管署應該要做接種疫苗成本的細部分析，分析之後再向健保會委員說明，這樣才有意義，我們才聽得下去，不然明年開始由疾管署自己去接種疫苗，醫療院所不再承擔接種的風險跟費用。

傅主任委員立葉

請葉委員宗義。

葉委員宗義

我請教一下，所有的提案提出後，本會幕僚是否有審查權？如果每位委員都可以提案並討論，那就另當別論；或是本案與我們無關，本會有否決權；若是沒有否決權，那每個人都可以提案，提出一堆提案時，該怎麼辦？本案與健保會無關，會裡面直接否決掉，就不會產生種種問題。本案既然已列入議程，當然要進入討論，請問我們到底有沒有權利去審查每位委員的提案，還是全部的提案都要排入議程，或是與本會無關的提案可以先拿掉。

傅主任委員立葉

這部分請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

本會的提案單有設計欄位，對於提案內容屬於本會法定任務的哪一

項，供提案委員勾選，本案議題雖是代收代付，但幕僚認為與監理有關係，如果醫療人員工作量太大，可能會排擠到健保醫療相關工作，是屬於廣泛的監理項目，符合本會法定任務，所以就排入議程。幕僚都有做事先的審查工作。

傅主任委員立葉

委員所提建議，請健保署及疾管署參考辦理。接下來進行討論事項第五案。

捌、討論事項第五案「為能對健保之監理與健保資源使用有更整體性與全面性的視野，建議國民健康署、疾病管制署、食品藥物管理署定期至本會報告與健保資源耗用連動相關之業務情形案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請問提案人謝委員武吉需要補充嗎？

謝委員武吉

- 一、我會提出這個案子是因為感受很深，現在疾病多元，尤其癌症、腦中風年輕化的問題已經非常嚴重，這是我提案的初衷，早上有很多委員提到愛滋病問題，健保今年要負擔愛滋病患者第2年以上病患的醫療費用，疾管署應讓我們瞭解現在到底有多少病人，但他們並沒有派人向健保會報告。我在報章雜誌上看到，今年愛滋病患成長率增加到7%，以前的成長率才2~3%而已，到底疾管署有沒有說明原因。
- 二、今天報紙提到，現在流感比較少，但是醫界並不這麼認為，認為流感可能會擴大流行。還有登革熱或是國外傳入的傳染病，登革熱疫情有可能自國外傳入，疾管署應向我們報告，為什麼我會提出本案？因為流感、愛滋登、革熱、霍亂、瘧疾、狂犬病及其他傳染病的醫療費用，都是健保負擔！所以我們責無旁貸，一定要請疾管署向我們說明。
- 三、國健署是預防保健非常重要的一環，但是好像事不關己，只是一直在招標案子，國健署都在招標時做些什麼我不是不知道！我認為健保會應該責無旁貸去要求國健署向我們報告，包括如何預防保健，以防止腦中風、肝癌、癌症、B肝、C肝等，如何對民眾做宣導？對於流行性感冒要怎麼預防保健，他們都沒有做啊！所以我才會提這個建議。
- 四、對TFDA(食藥署)，我有說過，我們的癌症跟腦中風、三高患者數量都提高很多，第1點是對於食品的管理，到底是怎麼

做？有沒有妥善管理？我想請教各位委員，大家曉得嗎？我們完全沒有人曉得。第 2 點，對於藥品的管理也是一樣，到底有發出多少藥證？有多少藥證實際在賣？多少藥證是收起來沒在賣？這是藥證的問題。第 3 點為藥品使用量議題，是不是都可以瞭解藥品的使用量，以及使用的出處？李署長伯璋常常說我們臺灣的洗腎是世界第 1 名，這確實是我們的恥辱，我在健保會說過很多遍，到底類固醇 1 年用量是多少？使用出去跟事實上健保申報的，是不是有落差？我拜託這 3 個單位一定要到健保會定期報告，讓所有委員更深入瞭解，讓外界體會我們健保會是怎麼樣來保護民眾的健康，並且節省醫療費用，今天早上李委員永振為了政府負擔健保總經費 36% 的問題就講了好久，錢應該要用在刀口上，不能亂用。國健署、疾管署、食藥署這 3 個單位應該有一個審慎妥善的答覆，但是在這裡都沒有看到書面答覆，好像是不關他們的事情，我跟各位委員說明一下，我最不能接受就是他們沒有盡責去做，最後結論只說要健保負責付錢，試問這是整個社會面、制度面應有的公平正義嗎？完全沒有公平正義可言，我要求的就是公平正義！謝謝。

傅主任委員立葉

先請干委員文男，再請趙委員銘圓。

干委員文男

- 一、這個案子立意良好，但是我看到幕僚補充意見也講到，於每年 1、4、7、10 月份口頭報告時，可以適時邀請相關單位派員說明，我想請教的是，我們本身的重要業務在每個月開會時，都沒有辦法聽到健保署報告，不知道健保的執行情形怎麼樣，哪裡有時間在每年 1、4、7、10 月份安排請他們派員說明，每個月都還沒有上課，就先談下課時間，部分委員還因另有要事先離開。
- 二、我建議是希望如果要安排，辦一個比較大型的座談會，每年 2 次都可以，以專案來辦這個東西，請健保署邀請 3、4 百位來

賓，一方面是宣傳，一方面也是預防，聽聽他們的報告是可以，否則我們本身提的案子都沒有辦法應付，每次都 delay(延遲)，委員來開會一開始就要決定散會時間了，就不需要再講其他的了，所以我建議要做的話，1 年可以做 2 次，因為健保署的場所可以舉辦大型會議。謝謝。

傅主任委員立葉

先請趙委員銘圓，再請王委員雅馨。

趙委員銘圓

- 一、主席，各位委員，大家午安，我想對於謝委員武吉的這個案子，我絕對支持，王委員文男所提是說要安排另外時間來做，我沒有意見，但是我支持的理由是以下：第 1 個是國健署在做前端的預防，但是他們現在在做的，我不知道各位委員是不是真的很瞭解，但是我個人戲稱他們是戒菸署，他們把大部分的預算都用在戒菸上，或是了不起再加上減肥或減重，其他部分到底做了哪些事？以前早期還有 AIDS(後天免疫缺乏症候群，簡稱愛滋病)的預防廣告，現在好像也通通沒有了。
- 二、當然疾管署是對傳染疾病的預防，我是對 AIDS 這部分，因為 2 年時間以後，就是整個醫療費用必須由健保支付，這個費用到底是多少，請問疾管署的這個費用有沒有移到我們健保署來？假如沒有移這部分費用，卻把這個業務接收下來，其實是有問題的！
- 三、另外一個部分，其實現在臺灣同性結婚，講得好聽一點叫婚姻平權，講難聽一點叫同性戀，這部分對於愛滋病感染是非常非常大的，甚至 C 肝都會可能從這個地方來傳染，所以後面可能要付的 AIDS 醫療費用可能會越來越多，我想各位都有看到，臺灣現在每年都有同性的遊行，而且這個遊行是世界各國都來，這個部分會不會對於整個臺灣社會產生後續影響，健保支出會不會越來越多，我想都要去做一個思考，當然我們健保署都是做後端的醫療，但是假如沒與前端預防融合在一起的

話，其實這個部分，大家現在都是各管各的，各做各個，對於整個無論前端預防也好或後端治療也好，通通都是事倍功半。

四、可以把這 3 個單位通通都整合在一起，這樣我們整個在後端的醫療費用應該可以節省很多，其實這個部分我非常支持謝委員武吉提的意見。以上是我個人意見。謝謝。

傅主任委員立葉

先請王委員雅馨，再請吳委員榮達。

王委員雅馨

一、大家好，我基本上很支持謝委員武吉和干委員文男所提的意見，因為我們平常討論事項都很多，我很贊成 1 年舉辦 2 次跨部門來跟我們委員報告，因為我們都知道健康醫療體系，沒有辦法單獨分割，應該整個系統來看，包括國健署，有關疾病衛教、預防保健部分，我覺得力道不太夠，可能係因著重特定疾病，但我認為應該要擴大，目前臺灣 2,300 萬人口，疾病也很多元，可能是預算或其他因素造成宣導的力道不太夠，一些疾病宣導，包括冬天心肌梗塞，這部分族群很多，可適時在電視媒體要告知民眾，有哪些症狀要特別注意，這樣可以挽回很多不幸的個案。

二、我也希望包含食藥署也可以定期來會報，因為我們知道藥物跟食品是息息相關，包括民眾就醫的時候，除了診療和藥物的部分，大部分民眾都會食用保健食品，這些交叉的副作用，有時候我們看到有些病友已經有吃了一一些 warfarin(脈化寧錠，屬抗凝血劑)，又去吃了含紅麴的東西，讓他們整個病情發生很大變化，通盤都是整體來看，所以我很贊成謝委員武吉跟干委員文男等委員的意見，應該是規劃每年定期 2 至 3 次座談會都可以，讓大家一起共同看整體性的問題。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

- 一、我對於謝委員武吉這個提案，基本上是贊同的，但有幾點意見補充說明，謝委員武吉提案的案由有一些文字上不夠明確，像第 3 行講「健保資源耗用連動相關」，這是非常不明確的名詞，在法律上非常怕不明確的法律名詞，那是很麻煩的，究竟哪些是，哪些不是，所以等一下會做一個修正的意見，再請謝委員武吉指教。
- 二、有關邀請單位部分，我覺得不只這 3 個單位，我們都知道馬上要成立長照司，現在這些業務部分在社家署，我們知道現在部裡面的立場，是希望醫療與長照結合，這跟健保有絕對密切的關係，是否邀請社家署，值得考量，若只邀請這 3 個單位，好像不太夠，甚至像剛剛討論一些法規問題，都可以考量邀請法規會。
- 三、還有我們健保會有那麼大嗎？我們是他們的上級機關嗎？我們有那麼大嗎？今天是疾管署看我們的面子而來，他們也可以不理我們，我們可以用決議方式請他們定期或不定期來嗎？這是需要慎重考量。
- 四、再來是關於真的要邀請他們來的話，要分為 2 部分，一個是定期，另一個是不定期，定期部分可考量 1 年或半年，以擴大座談會方式大家交換意見，這會比較理想一點，不定期部分就是幕僚單位建議的，本會委員會議討論各項議案事項，若有涉及到其他單位機關權責，我們邀請他們出席，這樣也比較理想。幕僚單位建議的第 2 點也可以放進去，就是針對委員所提的與健保資源使用相互影響、衝突之政策有關事項，可以邀請相關單位列席表達意見，這樣建議是不是比較妥當。以上說明。謝謝。

傅主任委員立葉

委員還有沒有其他意見？我本來想可就吳委員榮達的建議做決議，先請何代理委員語，再請蔡委員麗娟。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、我認為謝委員武吉提的這個案子的構想是很好，但實務上有困難。
- 二、我想臺灣的預防醫療到目前為止，只是讓公衛體系去推動而已，由醫療體系推動的並不多，誠如剛才吳委員榮達講的一樣，我們健保會委員任期 2 年，是部長聘請的，聘不聘請由他決定，你還有權力邀請上級長官要來報告嗎？他們要來不來是隨他們高興，我認為我們健保會委員沒有那麼大的權力，只不過是請人家來給我們說明他們的醫療體系，所以我有跟一些醫界朋友成立了一個臺灣健康基金會，我們就是在推動預防醫療的工作，前一次還邀請林前部長奏延來演講，沒有錯，臺灣的預防醫療應該要走在前面，需要做得非常健全，若預防醫療做得很健全的話，後面的實質醫療就會減輕，這是每個國家都在做的事情，我的想法就是這樣，因為我們不是立法委員，可以請這些官員來備詢，他們只要一句話，說公事繁忙，沒有辦法參加座談會，我們要怎麼辦，難道要簽給部長批嗎？這都是很大的困難，如果能夠安排每 1 年或半年 1 次座談會，邀請他們做預防醫療的前端報告，讓我們委員瞭解，而且只是瞭解而已，我們沒有質詢權。
- 三、我也認為這個案子移請那些單位參考辦理，希望能夠配合我們。剛才干委員文男說的沒有錯，我們每年 1、4、7、10 月份委員會議自己事情都辦不完了，還要請他們報告，真是有困難。我建議另外安排座談會，請有興趣的委員就來，可以增廣見聞，提供寶貴意見給他們參考，若沒興趣的委員也不要來受苦受難。我的建議是這樣。

傅主任委員立葉

請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

- 一、其實謝委員武吉提這個案立意非常好，他有提到跟健保資源耗用連動的狀況業務上，這確實是存在的，譬如我們講癌症，如

果前期癌症的預防，特別是癌症篩檢做得更落實的話，癌症病人能夠早期發現，後續醫療支出則相對就可以減少很多，當然對病人來講，整個身心衝擊也會比較小。

二、現在問題是，以癌症為例，我們在國健署的主要工作就是癌症預防和篩檢，若要治療疾病才是健保署的業務，但這必須是衛福部，甚至是更高層的行政院，有一個比較高度的整體考量臺灣健康醫療政策要如何整合，能夠來這邊報告是非常好，據我所知，四癌篩檢預算是來自菸捐，因為吸菸人口受菸捐調漲影響是在下降，所以用菸捐來做四癌篩檢的經費是逐年遞減當中，未來該經費在四癌篩檢的挹注上可能會更少，若更少則對於能否在癌症篩檢上找到更早期的病患，相對的機率可能也會受限，可是我們不能一直依賴這樣的方式來找到病人，而是需要衛福部，因為無論國健署、健保署、疾管署、食藥署都是屬於衛福部管轄範圍，在部裡面必須是有這樣策略性思考把這幾個署整合起來，然後在疾病上面從預防、治療，到最後的安寧，能夠有系列性的考量，若層級拉得更高，其實我們很多疾病，跟環境污染、空氣污染等有很大關係，PM2.5(細懸浮微粒)跟相關心血管疾病、癌症等都有很明確的相關性，要做到整個醫療費用的減少，必須在更多不同層級上的整合，當然在策略上必須要是更高度的，在健保會能有相關署的人來跟我們溝通，或是怎樣的整合建議是很好的，但是部裡面應該要有這樣的思考方向。以上，謝謝。

傅主任委員立葉

綜合各位委員意見，我嘗試下結論，請委員看是否妥適，首先是...。謝委員武吉還有意見，請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、非常感謝我們所有委員的支持和愛護，我是綜合剛才所有委員所講的意見、想法與看法，來提出這個案子，最主要是為了我們臺灣全體國民的身體健康安全為著想，來提這個案，這沒有

為我個人一己之私，我在這邊特別聲明。

- 二、我建議 3 單位應做業務的說明，這樣處理並不為過，因為疾病要用的醫療費用由健保給付，委員身負監理之責，有權利要求請他們來報告，這很正當的，前端作業若做得非常好，後端就不會發生那麼多問題，若前端沒做好，則後端發生的事情會更嚴重，這是有連動性的。
- 三、以前機械在運作的時候，都沒有感應式停機的功能，造成很多人手斷了，現在有了感應式停機，手只要一伸進去，機械就可以馬上斷電停機，我是基於這個原理提出這個案子。我要請教主席跟執行秘書，今天所講的 3 個單位，還有剛才我們消基會代表的吳委員榮達建議邀請的社家署有沒有派人來？如果他們沒有派員來，表示對健保會及委員不尊重，以後發生的醫療費用，就請他們要各負責 3 分之 1，若 4 個單位分攤，就變成各負擔 25%，這樣是不是才公平、合理？

傅主任委員立葉

- 一、謝委員武吉的提案是希望能邀請這些單位來定期報告，因此，今天應該還沒有正式請他們來報告，邀請他們列席是因為其他議案。
- 二、綜合剛剛委員的意見，大家看看可否做這樣的結論：
 - (一)第 1 點，仍然跟本會過去作法一樣，視委員會議討論議題的關連性，邀請國健署、疾管署、食藥署以及其他相關單位，派員列席說明。
 - (二)第 2 點，有關定期的部分，我想是不是每年先至少 1 次，由本會舉辦業務座談會，邀請相關單位交換意見，至於座談議題，因為「與健保資源耗用連動相關之業務」文字太抽象，就由幕僚徵詢委員意見，再彙整擬訂。若需要也可以多辦幾次，或針對不同單位分別辦理，至少每年舉辦 1 次，這樣是不是可以？(與會委員表示同意)請謝委員武吉。

謝委員武吉

對於我為什麼會寫相關作業的連動，這一定有原因的，我都有在琢磨...。

干委員文男

謝委員武吉，後面都是你的案子，本案大家都同意了，你再講下去，後面就討論不完。

謝委員武吉

沒關係，討論不到，我已經習慣被延期，延期就延期，沒關係。

干委員文男

不然從現在起，休息就好了。

謝委員武吉

好了，沒關係。

葉委員宗義

喝點水啦。

謝委員武吉

相關的連動，是前面大家都不知道，包括趙委員銘圓在問的愛滋病病友有幾個，疾管署目前移多少愛滋病患者給健保，我們都不曉得，我會寫連動的原因，是因為我在琢磨每一個字，一定會想得很清楚，我的頭腦也想很快，8 至 13 分鐘就可投稿 1 篇，所以我琢磨文字一定絕對非常有深思謀略，因為我沒有資料，所以才說連動。

傅主任委員立葉

謝委員武吉，我們瞭解一定是跟我們健保業務有關，才会有連動效應，我瞭解您的意思，只是要辦座談會，可能需要具體的議題，較能聚焦。(眾委員表示：好啦！好啦！)

謝委員武吉

今天請先給我們愛滋病資料，剛剛趙委員銘圓也想要瞭解。

傅主任委員立葉

一、因為事先並沒有將問題送請疾管署提供資料。是否請疾管署會

後提供謝委員武吉需要的資料？就不要再口頭說明了。

二、本案就討論到此，接著進行討論事項第六案。

玖、討論事項第六案「現行健保署依『全民健康保險藥品價格調查作業辦法』第六條第一款規定要求醫事服務機構按季申報藥品採購資料等案，顯有擾民、血汗院所，並已然違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第二條，籲請檢討改正案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請提案人謝委員武吉補充。

謝委員武吉

- 一、很抱歉喔，好像我的意見特別多，因為我從以前的監理會、費協會到現在的健保會，參加了 10 幾年，可以退休了。但我的性格，會提案的都是有道理的，沒道理的半句我都不會提。
- 二、這個問題發生在近期，從去年開始，健保署請各醫院每 3 個月向他們彙報採購藥物品項及數量，以及向哪家公司採購等資訊。現在無論大小間醫療院所都已經很血汗了，多了這項業務後更加血汗。我的疑問是為什麼要醫院每 3 個月申報 1 次，健保署可以直接去向藥廠或藥品公司索取就有資料了。另外，最重要的是健保署每年都會做藥價調查，藥價調查完之後，所有院所的藥物採購資料都是完整的。
- 三、藥價調查有分成甲調查、乙調查等 2 項，每家醫院這 2 項調查都跑不掉，診所就不一定，因為它是抽樣調查。呼籲健保署能夠改善相關作業，不要讓醫院那麼血汗，不要每 3 個月就要申報藥品採購資料，直接跟藥商藥廠討(台語，表示索取)資料就好了，才不會像現在這麼麻煩。

傅主任委員立葉

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

請醫審組說明。

戴組長雪詠

- 一、健保署醫審及藥材組說明，謝委員提到的法規應該是 102 年公告訂定的「全民健康保險藥品價格調整作業辦法」，當時是審計部在查核藥價調查相關作業時，發現健保署只要求藥商回報販售的藥品品項及價格，沒有對醫療院所的採購端做雙向勾稽，所以我們在 102 年依審計部的要求，修訂該辦法第 6 條第 1 款，增訂醫療機構要按季申報採購的藥品跟來源廠商，且考量醫療機構作業的負荷，省掉要求回報價格跟數量。
- 二、現在只是按季調查醫療機構採購端的藥品，來自哪個藥商、品項是什麼，而沒有要求價格跟數量。這個價格調整作業辦法雖然是在 102 年訂定，但是我們一直到 105 年建置好電腦設備之後才開始請醫療機構申報。

傅主任委員立葉

謝謝，各位委員對本案有無意見？(委員表示：沒有意見)委員所提意見請健保署參考辦理。接著進行討論事項第七案，請謝委員武吉。

謝委員武吉

討論事項第七案可能較不重要，臨時動議案好像比較重要。

傅主任委員立葉

會議開始時已經確認議程了，還是按照議程的安排順序進行，臨時動議案看起來也沒有時效性。(多位委員表示若討論事項第七案不重要，就撤案)有委員說如果不重要就撤案。

謝委員武吉

我先撤案，下一次會議再提案(多位委員表示撤案後，就不能再提案)。

傅主任委員立葉

所以謝委員決定撤案嗎？若撤案，我們就不需要討論了。請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

建請儘速進入討論，議程已經確定通過了，儘速討論。

林委員錫維

主委，如果謝委員武吉要撤案就讓他撤案。

傅主任委員立葉

既然提案人提出撤案，是不是就該撤案？

張委員煥禎

我覺得委員要撤案就讓委員撤。好不容易今天我們第 1 次可以把所有的案子與臨時動議討論完，破紀錄了。

傅主任委員立葉

好，討論事項第七案撤案。接著進行臨時動議(周執行秘書淑婉：還有討論事項第八案)。對，還有第八案，請吳委員榮達。

吳委員榮達

- 一、討論事項第八案的內容看起來頗為複雜、資料也頗多，會議只剩下 10 多分鐘，建議把第八案延到下次會議討論。
- 二、請大家看會議資料第 142 頁，健保署所提報告事項第二案「有關『藥品價量協議(PVA)回收金額回歸總額』，本署之執行方式」案，係以報告案的方式提出，但我想建議這個案子改列為下次委員會議的討論案。因為本案不是單純從健保署的報告就可作利弊分析，甚至資料仍有不足，所以提出以上建議，謝謝。

傅主任委員立葉

- 一、請問各位委員意見如何？(多位委員表示同意)那就確定將報告事項第二案改列討論案，於下次會議討論。
- 二、時間關係，今天會議就到此結束(多位委員：還有臨時動議)。臨時動議不是下次委員會議討論嗎？(多位付費者委員：沒有)要今天討論嗎？(多位付費者委員：今天討論)你們不用回去徵詢內部意見嗎？(干委員文男：已經徵詢了)既然已經徵詢了，那就進行臨時動議。

拾、臨時提案「職業工會會員健保投保金額申報下限之規定與檢討」
與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請社保司說明。

商委員東福

- 一、我們在提供的書面資料中整理了幾個重點，有關職業工會會員的健保投保金額申報下限的問題，現行的下限調整是用「全國各公、民營事業機構受僱者月平均投保金額之成長率，每次累積達 4.5% 時，由保險人公告，自次年元月起，按原月投保金額對應等級調高一級」，所以我們明年元月起就會用現行的規定去處理職業工會會員投保金額申報下限。
- 二、為因應本機制檢討修正之需要，我們提出 3 個可行的方案。方案一就是把投保金額申報下限固定在分級表第 3 級，也就是從第 1 級基本工資算上來的第 3 級；方案二是依據基本工資的成長率做調整，於基本工資的成長率累積到 4.5% 後，再按原月投保金額對應等級調高一級；方案三則是將現行方案所用的「全國各公、民營事業機構受僱者月平均投保金額成長率」，修正為隨「職業工會會員排除適用下限申報者之月平均投保金額成長率」調整。以上 3 個方案，我們的書面資料有相關的分析比較，請各位委員參考，我就不再特別補充報告。

傅主任委員立葉

請問各位委員有沒有意見？先請干委員文男，再請林委員錫維。

干委員文男

我簡單說明，因為這 3 個方案我們已經從前天討論到昨天，回去也有徵詢轄下的基層工會，大部分都偏向選擇方案三「隨職業工會會員排除適用下限申報者之月平均投保金額成長率調整」，是用他們自己的投保金額成長率搭配投保級距來加以處理，我想這個方案也是較能被社會接受的；至於方案一「固定分級表第 3 級」及方案二

所採的基本工資根本就跟第 2 類被保險人不搭嘎，基本工資現在調的是越來越快了，因為急著要讓新進人員起薪達 3 萬元，可能很快就提到 3 萬元以上了，以上報告，謝謝。

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、自我提出本案後，受到多位立法委員及相關單位的關心，非常感謝。職業工會會員申報健保投保金額下限原本在 7 月 1 日就要調整，但署長跟相關單位卻能接受我們的想法，提出下限修正案，所以在這裡要代表所有的基層勞工跟各位說聲感謝。
- 二、事實上，以「公、民營事業機構受僱者平均投保金額累積調升幅度」作為計算職業工會會員投保金額下限的作法，真的不符實際，且不合情、不合理，我們的投保金額竟然要用別人的薪水作為訂定依據，並據其計算應納保費。
- 三、剛才干委員文男談到說我們希望用方案三，其實我本來是希望方案二，大家不用爭不用算，只要基本工資調漲就跟著調，勞保跟健保下限會同步。現在我要請教，假如基本工資調到 2 萬 5 千元，計算出來的月平均投保金額是 2 萬 4 千元，我們的施行細則是不是就訂 2 萬 4 千元為申報下限，而非基本工資 2 萬 5 千元。
- 四、其次，希望司長能答覆社保司提出本案後是否需經行政院核准、還要不要經過立法院、施行細則是不是到行政院報備就可以？現制是當初行政院跟立法委員溝通後，到正式要實行二代健保變成一代半的時候，決定將申報下限提高一點，這樣去訂定的，現在我們把它改過來，相關的這些單位或立法委員會不會認同？請司長也努力爭取，並且讓大家知道我們已經盡量讓申報下限簡單化，以職業工會會員的月平均投保金額成長率做為調整申報下限之參據。
- 五、另外，月平均投保金額成長率是否也是成長到 4.5% 才做調

漲，請司長一併說明。假如千委員文男或郭委員錦玉的相關會員工會都同意第3案的話，我也同意用第3案處理，但是相關的困難要去克服，請商委員東福幫忙推動本案，並給予我們相關明確肯定的資訊，回去開會才能夠明確地跟各會員工會報告謝謝。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

不曉得這個臨時提案有無時間上的急迫性，包括我自己還有在座的不少委員應該還沒進入狀況，因為沒有事先給我們資料，我到現在完全沒有進入狀況，還不知道甲乙丙案的優劣、對健保財務的影響程度，所以現在我無法表態支持或反對，建議本案如果沒有時效急迫性的話是否也能延到下次會議的討論案。

傅主任委員立葉

因為會議時間快到了，剛才林委員錫維詢問的那些資料，不曉得... (商委員東福：是否可以先給我2分鐘回應)。請商委員東福。

商委員東福

- 一、我簡單回應委員意見，本案涉及健保法施行細則之修訂，不須送立法院審查但要備查，我們那麼努力找專家學者及工會代表研討本案，是希望找出大家都可以接受、能夠說得過去的方式。委員的第2個問題問到，基本工資調到2萬5千元，申報下限有無可能訂為2萬4千元，因為健保法規定投保金額分級表的下限是基本工資，而且不能低於其他的社會保險，基本上還是要2萬5千元，不能比基本工資還要低。
- 二、另補充說明一點，現制下調整申報下限的時程太趕，譬如我們之前可能在9月、11月達調整門檻，但次年元月就要開始調整，時程上較趕，所以本次我們也有檢討這點，將下半年才到達調整門檻的調整時程再延後半年，並規定在細則裡，就不會讓大家的作業太急促。

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

主席，我同意吳委員榮達的建議，既然基本工資調高時申報下限還是要調高，不如跟著基本工資金額走再做探討，下次再討論，既然其他委員有意見我們絕對尊重，這個只是增加收入不是減少收入，請大家支持。

干委員文男

我為什麼剛才講贊成第 3 案，因為如果說申報下限是按照基本工資，在基本工資以下這段期間的是比較緩衝沒有那麼快，但是明年以後基本工資就會衝得很快，我們回去再研究。

傅主任委員立葉

本案還是下次會議再繼續討論，也請付費者代表再回去研議，並請社保司補充相關推估資料(商委員東福：會議資料有)。剩下的 1 項討論案及報告案，延到下次委員會議。(周執行秘書淑婉：還有趙委員銘圓要發言)各位委員，現在還沒有散會，請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

請教李署長伯璋，好像署長在媒體放話說，以後慢性處方箋假如要再回去拿藥的話，每次要收 200 元的藥品部分負擔，我覺得這件事非常不妥，我也絕對不會同意。我們現在的付費者已經一直在繳太多的費用了，連慢性處方箋每次回去都要再付 200 元不太好，謝謝。

干委員文男

趁此機會，希望李署長伯璋以後對健保相關業務不要先對媒體放話(李署長伯璋：我們都有提供資料)先讓我們委員知道，否則別人問起，我們都不知道如何回答。

李署長伯璋

所有見報的政策，都是部長政策指示讓我們回應的方向。事實上，健保的錢就是這麼多，不論罕見疾病患者、癌症患者等，各方都有

他自己的論點。今天健保是我們在管理的，如果倒閉最沒面子的就是我本人，社會也都知道健保署長是李伯璋，所以我必須負責任。我作政務官，不會沒有擔當，我做事情不會隨便，一定是為了臺灣好，回應媒體的內容都是經過內部跟部長高階會議報告，得到部長裁示才會回應，不可能是我自己作主的。

傅主任委員立葉

今天會議進行到此，散會。謝謝大家！

電子公文

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

機關地址：11558臺北市南港區忠孝東路6段488號
傳 真：(02)85906048
聯絡人及電話：曾淑娟(02)85906731
電子郵件信箱：hg2016@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國106年12月20日

發文字號：衛部保字第1060138366號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：行政院106年12月15日院臺衛字第1060042378號函影本1份 (1060138366-1.tif)

主旨：有關107年度全民健康保險一般保險費費率，行政院業於106年12月15日核定維持現行費率4.69%，不予調整，請照辦。

說明：

一、依行政院106年12月15日院臺衛字第1060042378號核定函（影本如附件）辦理。

二、另請依行政院指示積極辦理以下事項：

(一)依據全民健康保險（以下稱健保）中長期財務推估，在一般保險費費率維持4.69%之前提下，自106年度起開始產生短絀且逐年擴大，至110年保險收支累計餘絀由正轉負。為穩定健保財務，請預為因應，儘速檢討修訂收支連動機制，並審慎規劃未來費率調整時機及幅度，以降低對社會大眾之影響及衝擊；另適時對外說明健保財務情形及保險費率調整機制，降低外界疑慮。

(二)現階段健保財務尚屬健全，惟隨人口老化、慢性病增加及醫療技術發展，健保支出將持續增長，請針對支出面持續推動各項提升醫療資源使用效率之措施，包括：精進各項抑制醫療資源不當耗用措施、進行支付面改革、落實分級醫療制度、改善醫護人員薪資待遇及工作環境等。另針對收入面持續

衛生福利部全民健康保險會收發



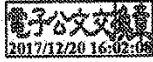
106/12/20

106CC00777

檢討及研議更穩健之財務制度，以增進健保收支結構之衡平性，俾利健保制度永續經營。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：本部全民健康保險會、本部醫事司、本部護理及健康照護司（均含附件）



部長 陳時中



行政院 函

機關地址：10058臺北市忠孝東路1段1號
傳真：02-33566920
聯絡人：王馨儀
電子信箱：shinyi@cy.gov.tw

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國106年12月15日
發文字號：院臺衛字第1060042378號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：所報107年度全民健康保險一般保險費建議維持現行費率4.69%，不予調整一案，同意辦理。

說明：

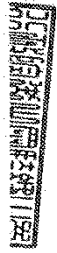
- 一、復106年11月30日衛部保字第1060135694號函。
- 二、依據全民健康保險（以下稱健保）中長期財務推估，在一般保險費費率維持4.69%之前提下，自106年度起開始產生短絀且逐年擴大，至110年保險收支累計餘絀由正轉負。為穩定健保財務，請預為因應，儘速檢討修訂收支連動機制，並審慎規劃未來費率調整時機及幅度，以降低對社會大眾之影響及衝擊；另適時對外說明健保財務情形及保險費率調整機制，降低外界疑慮。
- 三、現階段健保財務尚屬健全，惟隨人口老化、慢性病增加及醫療技術發展，健保支出將持續增長，請針對支出面持續推動各項提升醫療資源使用效率之措施，包括：精進各項抑制醫療資源不當耗用措施、進行支付面改革、落實分級醫療制度、改善醫護人員薪資待遇及工作環境等。另針對收入面持續檢討及研議更穩健之財務制度，以增進健保收支結構之衡平性，俾利健保

衛生福利部 106/12/15
保 1060138366

制度永續經營。

正本：衛生福利部

副本：國家發展委員會





105年罕見疾病重大傷病醫療服務概況- 依醫療費用前20名疾病

罕病排序/罕病分類序號/罕病名稱	人數	醫療點數		藥費	
	值 (人)	值 (百萬)	每人點數 (點)	值 (百萬)	每人藥費 (點)
罕病總計	7,820	4,503.94	575,951	4,163.15	532,373
前20名合計	4,950	4,291.48	47,194,822	4,063.80	46,214,399
1 A3-03 Fabry 氏症	155	1,200.13	7,742,750	1,194.21	7,704,557
2 A4-02 肝膽膽積症	101	678.46	6,717,398	669.71	6,630,812
3 A7-02 黏多糖症	75	577.21	7,696,174	570.87	7,611,558
4 C1-03 原發性肺動脈高壓	294	500.56	1,702,580	480.92	1,635,772
5 B1-01 多發性硬化症	1,089	278.06	255,337	236.83	217,474
6 A3-01 高雪氏症	26	259.78	9,991,716	258.68	9,949,283
7 J1-04 陣發性夜間血紅素尿症	43	222.05	5,163,916	220.28	5,122,709
8 J1-01 重型海洋性貧血	289	144.05	498,452	117.47	406,485
9 A9-01 威爾森氏症	403	112.93	280,231	106.01	263,049
10 B1-08 局部性硬化症	465	65.63	141,145	54.07	116,277
11 B1-02 肌萎縮性側索硬化症	343	58.27	169,897	13.74	40,054
12 A2-05 苯酮尿症	141	53.75	381,201	52.08	369,372
13 B1-07 脊髓小腦退化性動作協調障礙	697	30.21	43,341	9.46	13,578
14 A3-04 Niemann-Pick 氏症，鞘脂類儲積症	6	24.54	4,090,209	23.97	3,994,763
15 N1-03 Prader-Willi 氏症候群	200	20.74	103,679	10.79	53,975
16 A7-04 凝乳酶缺乏症	12	19.32	1,610,253	19.17	1,597,242
17 A1-01 先天性尿素循環代謝障礙	31	13.40	432,132	12.72	410,271
18 B1-06 脊髓性肌肉萎縮症	255	12.06	47,309	0.94	3,688
19 A6-01 粒線體缺陷	143	10.31	72,109	5.45	38,126
20 B1-04 亨丁頓氏舞蹈症	182	10.01	54,993	6.43	35,355

◎罕見疾病：該年持有有效之重大傷病卡(罕病註記為Y者)之重大傷病就醫案件納入統計。

3

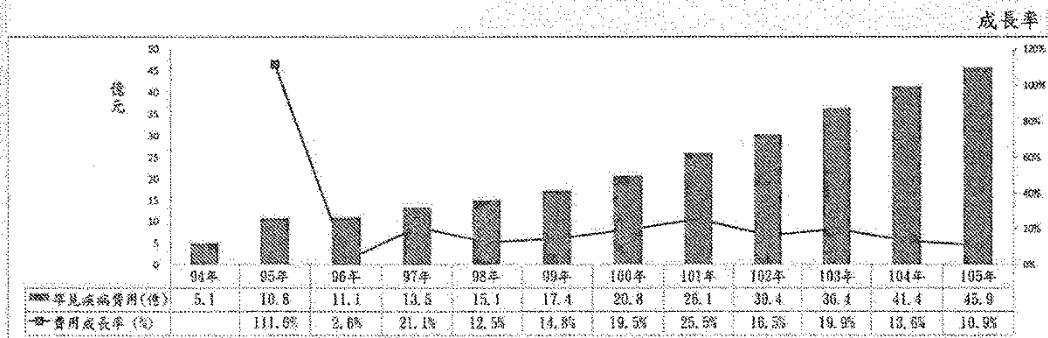


罕病藥費專款支出情形

●罕病藥費專款支出情形：

2005年支出5.1億元，因罕病人數與納入健保給付之罕藥單價高，至105年藥費支出增為45.9億元。

●近五年費用成長率介於10.9%~25.5%間。



4



罕見疾病種類

- 經罕見疾病及藥物審議委員會認定共216類。

排名	罕病名稱	英文病名(縮寫)	領證數
1	多發性硬化症	Multiple sclerosis	1,222
2	脊髓小腦退化性動作協調障礙	Spinocerebellar ataxia	952
3	肌萎縮性側索硬化症	Amyotrophic lateral sclerosis (ALS)	662
4	結節性硬化症	Tuberous sclerosis	546
5	威爾森氏症	Wilson's disease	512
6	軟骨發育不全症	Achondroplasia	379
7	脊髓性肌肉萎縮症	Spinal muscular atrophy	358
8	重型海洋性貧血	Thalassemia major	326
9	原發性肺動脈高壓	Primary pulmonary hypertension (PPH)	317
10	裘馨氏肌肉失養症	Duchenne muscular dystrophy	284

註：上表係統計截至2016年底重大傷病罕見疾病有效領證數前10名



105年罕見疾病重大傷病醫療服務概況- 依罕病主類別

主類別	人數		醫療點數		藥費	
	值 (人)	值 (百萬)	每人點數 (點)	值 (百萬)	每人藥費 (點)	
合計	7,820	4,503.94	575,951	4,163.15	532,373	
A先天性代謝異常	1,685	3,043.35	1,806,143	2,982.14	1,769,813	
B腦部或神經系統病變	3,483	471.91	135,489	326.05	93,611	
C呼吸循環系統病變	330	505.53	1,531,918	482.99	1,463,596	
D消化系統病變	12	0.36	29,679	0.04	2,955	
E腎臟泌尿系統病變	72	2.31	32,041	0.65	8,977	
F皮膚病變	129	6.73	52,148	1.05	8,139	
G肌肉病變	328	16.52	50,353	1.75	5,341	
H骨及軟骨病變	381	14.51	38,095	2.61	6,851	
I結締組織病變	11	0.83	75,059	0.39	35,695	
J血液疾病	355	368.64	1,038,418	337.91	951,854	
K免疫疾病	54	16.92	313,264	10.00	185,265	
L內分泌疾病	259	7.57	29,244	3.53	13,635	
M先天畸形症候群	169	8.82	52,178	0.89	5,254	
N染色體異常	451	33.72	74,774	12.41	27,525	
Z其他未分類或不明原因	7	0.42	60,177	0.03	4,320	
不詳	95	5.81	61,128	0.72	7,593	

◎罕見疾病：該年持有有效之重大傷病卡（罕病註記為Y者）之重大傷病就醫案件納入統計。