

衛生福利部全民健康保險會  
第3屆107年第3次委員會議事錄

中華民國 107 年 4 月 27 日



衛生福利部全民健康保險會第3屆107年第3次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國107年4月27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副秘書長孟源(11:40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

國家發展委員會蔡專員宜縉(代理)

林委員敏華

中華民國農會徐課員珮軒(代理)

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

中華民國中醫師公會全國聯合會陳常務理事憲法(代理)

陳委員亮良

黃委員啟嘉

葉委員宗義

趙委員銘圓

劉委員志棟

中華民國全國工業總會何常務理事語(9:45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、請假委員：  
黃委員偉堯

伍、列席人員：  
本部社會保險司  
中央健康保險署

本會

楊副司長慧芬  
李署長伯璋  
蔡副署長淑鈴  
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  
邱組長臻麗  
陳組長燕鈴

陸、主席：傅主任委員立葉

紀錄：盛培珠、劉于鳳

柒、主席致詞(略)

捌、議程確認

決定：確定。

玖、請參閱並確認上(第 2)次委員會議紀錄

決定：確認。

拾、上(第 2)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 2)次委員會議決議(定)事項辦理情形洽悉。

二、中央健康保險署提送本會備查之「106 年度全民健康保險基金附屬單位決算」及「108 年度全民健康保險

基金附屬單位預算」案，委員認為尚有諸多適法性疑義，爰不予備查，所提理由及意見，如附件 1。

三、原依年度工作計畫訂於本次會議進行之「基層總額轉診型態調整費用」動支方案(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)專案報告，係 107 年度總額協定事項，請中央健康保險署盡速完成後提報。

附帶決定：本會委員認為現行全民健康保險法施行細則第 45 條，恐有違背母法第 27 條之虞，建請衛生福利部檢討修正，並於下(第 4)次委員會議提出研修方向及期程。另委員針對上開中央健康保險署所送預、決算備查案所提意見，併送請衛生福利部參考。

拾壹、衛生福利部「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)諮詢案，請提供意見。

決定：

就衛生福利部諮詢本會之「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)，委員關切重點提供衛生福利部參考，整理如下：

一、付費者委員意見：

(一)對 108 年度總額範圍之建議：

- 1.所擬 108 年度總額範圍已達 7 千多億元。但我國今年經濟成長率自第 2 季開始下修，且各國經濟情況也不如預期，若總額持續成長，未來醫療支出將非常可觀。建議行政院核定 108 年度總額範圍時，宜考量整體經濟狀況及民眾付費能力，再行評估、調整。
- 2.衛生福利部以平均每人經常性醫療保健支出(CHE)與平均每人 GDP 數據，推論我國醫療支出相較其

他國家不足的说法，有待商榷，因各個 OECD 會員國政府均投入許多醫療保健預算，而我國屬淺碟型的經濟體，且超過 60% 的民眾月薪在 4 萬元以下，貧富差距較大，亦即各國國情不同，所以醫療支出的高低，應先衡酌國家整體的經濟狀況再行定論。

3. 行政院核定 107 年度總額範圍時，附帶決議要求應積極採取提高醫療資源使用效率的相關措施，以有效控制醫療支出之合理成長。惟歷年健保總額均投入相關專款預算執行節流措施，卻未見具體成效資料，亦未納入總額範圍考量。

(二) 對 108 年度總額政策目標與調整因素之建議：

1. 就擬增加預算的各項調整因素項目，應檢視其必要性，並提出增加的理由及分析。
2. 有關「新增給付項目(新醫療科技及新藥物等)」之調整因素，增加 30 億元，應有相關的費用估算方式，以利了解是否有調整之必要。
3. 支持「持續提升偏遠地區及特殊族群之照護」調整因素，希望能強化鼓勵誘因，以利提升偏遠地區的醫療資源。
4. 支持「提升民眾健康知能，強化病人自我照顧能力，增進資源使用之公平性與責任」政策，建議加強民眾衛教與溝通。

二、專家學者委員意見：

- (一) 「醫療服務成本指數改變率」，僅牙醫部門是負值，建議再行檢視、檢討導致負值的原因，究因整體成本下降，或因選取之查價項目不具代表性所致。
- (二) 「醫療服務成本指數改變率」中，西醫基層及牙醫部門之藥費申報權重，目前仍以 101 年為基期，未

來應採用更貼近現況的資料。

### 三、醫事服務提供者委員意見：

#### (一)對 108 年度總額範圍之建議：

- 1.依 2016 年我國平均每人經常性醫療保健支出與平均每人 GDP 數據顯示，相較其他國家，國內醫療支出相對不足。爰應思考在目前經濟環境不佳情況下，如何縮小落差，否則醫界過勞現象仍無法改善。
- 2.108 年住院醫師納入勞基法、首屆 6 年制醫學系學生畢業，此兩項政策因素，將影響醫師的人力結構，且對醫療體系造成衝擊。建議衛生福利部應將其對醫療費用的影響，納入總額範圍考量。
- 3.分級醫療政策的主要目的是為因應未來社會長遠的醫療需求，及讓資源的運用更加妥適，尚非節省費用。

#### (二)對 108 年度總額政策目標與調整因素之建議：

- 1.有關「推動支付制度改革及建立醫院診所合作機制，逐年分階段導入相關措施」調整因素，增加 20 億元是否足夠？建議應多鼓勵跨層級的整合照護及建立半開放性醫院模式。
- 2.有關「持續發展居家整合醫療，建立急性期、急性後期與居家醫療照護或長照服務等轉銜機制」調整因素，應界定健保與長照銜接機制的關係，並提出長期、明確的規劃及所需預算。從醫院端來看，目前預算編列遠不足實際發生的費用。
- 3.調整因素之減列項目，減少 15 億元，其中「107 年專款費用的減列，及配合 108 年將全面導入支付標準的專款計畫等」部分，應提供詳細內容及參據資料。

附帶決定：請中央健康保險署於 108 年度總額協商前，提供歷年總額投入相關專款預算(如：「強化基層照護能力，推動醫療服務整合」、「健保醫療資訊雲端查詢系統」等)等，用以提升服務效率措施，所產生之節流金額，供本會協商參考。

拾貳、108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商工作計畫(草案)案，提請鑒察。

決定：

- 一、訂定「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商工作計畫表」，如附件 2。
- 二、為利協商 108 年度各部門總額之地區預算分配，請本會幕僚蒐集委員所需參考之資訊，並洽請中央健康保險署協助提供。另委員建議「請中央健康保險署提供地區預算分配方式之執行檢討與建議」一節，提請該署納為未來努力方向參考。

拾參、中央健康保險署「專利期內各層級醫事服務機構藥價調查結果」專案報告，請鑒察。

決定：委員所提有關藥價調查作業方式與調查結果呈現等意見，如附件 3，請中央健康保險署妥處。另請該署於未來檢討藥價調查作業方式時，可多諮詢專家學者之意見。

拾肆、中央健康保險署「107 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告」，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

拾伍、討論事項

第一案(併案討論)

提案人：趙委員銘圓

代表類別：保險付費者代表

案由：建請衛生福利部暨中央健康保險署重新考量「調漲慢性病連續處方箋領藥收取部分負擔之作法」，以避免增加民眾負擔及民怨，提請討論。

提案單位：中央健康保險署

案由：「慢性病連續處方箋比照一般處方箋收取部分負擔」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。

## 第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：增修「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 2 條第 1 項第 2、第 3 款之附表一及附表二指標項目案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

## 第三案

提案單位：中央健康保險署

案由：建請 106 年度之「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」(以下稱本方案)節餘款可流用至 107 年度同項方案支應案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

## 第四案

提案單位：中央健康保險署

案由：有關謝委員武吉提案建請健保署公布全國各醫院之各項感染率，包含「門診感染率」、「開刀感染率」、「住院同一病房感染率」、「住院同一病室感染率」、「住院感染率(a.內科、b.外科)」等項目案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

## 第五案

提案人：張委員煥禎

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：為落實推動分級醫療並兼顧民眾就醫權益與醫療生態平衡，建請設立區域醫院層級總額，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

#### 第六案

提案人：蔡委員登順

代表類別：公正人士代表

案由：建請醫院總額於地區分配時，無論採用何種公式，在預算分配至六區前，應自一般服務費用移撥部分經費作為東區風險調整基金或設獨立預算案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

#### 拾陸、報告事項

##### 第一案

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。

##### 第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：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，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

拾柒、散會：下午 13 時 55 分。

「106 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告」、  
「108 年度全民健康保險基金附屬單位預算」備查案  
委員所提理由及意見

- 一、有關「政府應負擔健保總經費之比率」能否超過 36%，應回歸二代健保立法的原意，當時係因增加補充保險費，致民眾負擔的保費增加 2 百多億元，立法委員乃提出政府應相對負擔保費 36%~40%之建議，以衡平保險對象、民營雇主及政府之三方負擔，爰政府負擔可超過 36%(明定於健保法第 3 條第 1 項條文)。
- 二、健保法第 3 條規定，「政府應負擔健保總經費法定下限 36%之不足數」，係以支出面公式求出( $[(\text{保險給付支出} + \text{應提列或增列之安全準備}) - \text{法定收入}] * 36\% - \text{政府已負擔}$ )，尚非健保署所述，由第 17 條以收入面公式回推(以保險對象、民營雇主及政府三方分攤保險費概念，由保險對象、民營雇主負擔占 64%，反推政府負擔之 36%)，其欠缺明確之法源依據。
- 三、健保法第 76 條第 1 項明定，為平衡保險財務，其安全準備的 5 項來源(健保每年度收支之結餘、健保滯納金、健保安全準備運用收益、政府已開徵之菸酒健康福利捐、依其他法令規定之收入)，其各項來源金額均大於等於零，爰健保法第 2 條規定「應提列或增列之安全準備」，不應為健保署所採計之負數。另第 76 條第 2 項規定，當保險財務年度收支產生短絀時，再由安全準備填補，本項係說明保險財務短絀之處理，與計算「政府應負擔健保總經費法定下限 36%」無關，亦非「應提列或增列安全準備」可為負數之理由。
- 四、為釐清「政府應負擔健保總經費法定下限 36%」之疑義，健保法相關條文之用語應予統一、明確定義，例如：
  - (一)「法定收入」(第 3 條)、「其他法定收入」(第 17 條)、「依其他法令規定之收入」(第 76 條)之內涵。
  - (二)「政府」(第 3 條、第 76 條、施行細則第 45 條)、「中央政府」(第 17、27 條)及中央社政、役政、矯正主管機關(第 27 條)

之定義。

(三)健保法第 76 條第 1 項第 1 款規範之「本保險每年度收支之『結餘』」，及同條第 2 項之「本保險年度收支發生『短絀』」，其計算方式宜再衡酌。

(四)健保法第 3 條規定政府負擔保險總經費，不得少於保險經費扣除法定收入之 36%，所謂的「法定收入」，應只包括：菸品健康福利捐、公益彩券與運動彩券盈餘之分配收入等 3 項。目前健保署採計之「法定收入」及「其他法定收入」內容無差異，除前述 3 項外，更額外納入多項科目，致實際減少政府負擔 36% 之計算基礎。

五、健保法施行細則第 45 條之適法性疑義仍然存在：

(一)目前並無法源依據：社保司引健保法第 3 條第 2 項「依法令」之規定為該條之法源，完全曲解立法意旨。本法條規定原意係在明定政府應負擔經費 36% 不足部分，由主管機關編列預算撥補。而經檢視健保法立法之嚴謹度，已相當充足，若另需擴及其他範圍，健保法亦會先行明訂於法條中，如健保法第 76 條第 1 項第 5 款「依其他法令規定之收入」。

(二)健保法第 27 條明定各類被保險人及其眷屬之保險費負擔，由被保險人、投保單位及中央政府負擔之方式及比率。健保法施行細則修正第 45 條，將原住民健保費等 7 項保險費納入政府負擔範圍計算，惟該 7 項保險費仍分由各相關主管機關編列預算，代其繳納應自付之保費，法律並未明文免除其繳納保費之義務，現卻逕將這 7 項政府全額補助不計入健保法第 27 條被保險人負擔之保險費，等同將該 7 項之保險對象視為免繳保險費用，爰健保法施行細則第 45 條規定抵觸健保法第 27 條，且逾越母法授權範圍。

六、基於本會監理健保之職權，建請衛福部及其所屬，應落實法令遵循，確盡依法行政之本分，以實現政府承擔二代健保財務責任之立法美意。

## 108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商工作計畫表

工 作 項 目 及 內 容	預 訂 時 程
<p>一、協商前置作業</p> <p>(一)討論 108 年度總額協商架構、通案性原則及協商程序。</p> <p>(二)召開各部門總額執行成果評核會議： 檢討、評估各總額部門 106 年度協定事項執行情形。</p> <p>(三)108 年度總額案於衛福部交議後，進行各項相關作業：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.請衛福部派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策方向。</li> <li>2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。</li> <li>3.提供協商參考資料「全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽-107 年版」。</li> <li>4.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算規劃草案。 <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)規劃草案內容應包含協商減列項目及預估金額。</li> <li>(2)各總額部門與健保署擬訂規劃草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。</li> </ol> </li> </ol> <p>(四)安排總額協商之相關座談會/會前會。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.召開 108 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)請各總額部門及健保署報告所規劃之 108 年度總額協商因素項目及計畫草案，並進行綜合討論。除簡報外，請提供各協商項目或計畫之詳細說明如下： <ol style="list-style-type: none"> <li>①<u>執行目標及預期效益(含評估指標，若能提出分年目標值尤佳)。</u></li> <li>②<u>醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。</u></li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>	<p>本會 107 年第 4 次、第 5 次委員會議 (107 年 5 月 25 日、6 月 22 日)</p> <p>107 年 7 月 19、20 日</p> <p>本會 107 年第 6 次或第 7 次委員會議 (107 年 7 月 27 日或 8 月 24 日)</p> <p>本會 107 年第 7 次委員會議 (107 年 8 月 24 日)</p> <p>107 年 8 月</p> <p>107 年 8 月</p> <p>108 年度總額協商草案會前會 (107 年 8 月 24 日下午)</p>

工 作 項 目 及 內 容	預 訂 時 程
<p>(2)請幕僚彙整評核會議評核委員之共識建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。</p> <p>2.召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。</p> <p>3.另視需要召開座談會。</p> <p>4.請各總額部門及健保署<u>提送所規劃之「108 年度總額協商因素項目及計畫草案」(提供各協商項目或計畫之詳細說明同上)。</u></p>	<p>107 年 8~9 月</p> <p>107 年 8~9 月</p> <p>107 年 8~9 月</p> <p>107 年 9 月 6 日</p>
<p><b>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</b></p> <p>(一)協定各部門總額成長率及分配方式。</p> <p><u>1.召開總額協商會議。</u></p> <p><u>2.協商結果提委員會議討論、確認。</u></p> <p>(二)協定各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。</p> <p>(三)年度整體總額協定成長率及其分配之確認，及報請衛福部核定及公告。</p>	<p>107 年 9 月 27 日全天，若有未盡事宜，於 9 月 28 日上午 11 時繼續處理。</p> <p>本會 107 年度第 8 次委員會議(107 年 9 月 28 日下午)</p> <p>本會 107 年第 9 次、第 10 次、第 11 次委員會議(107 年 10 月 26 日、11 月 16 日、12 月 21 日)</p> <p>107 年 11~12 月</p>
<p><b>三、協定事項之執行規劃與辦理</b></p> <p>(一)健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案，<u>報請衛福部核定公告。</u></p> <p>(二)各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或各總額部門專案報告。</p>	<p>107 年 10 月~ 108 年 12 月</p>

中央健康保險署「專利期內各層級醫事服務機構  
藥價調查結果」專案報告  
委員所提意見

一、關於藥價調查作業方式

- (一)經查裕利、久裕、大昌華嘉等 3 家廠商，是西藥代銷商、零售商、批發商，為何不能對他們進行藥價調查？依謝委員武吉之說詞，是否有圖利之嫌？
- (二)台灣有很多廠商直接把藥品賣給醫院的，也有經過代理商賣到醫院的，健保署可以去向這些公司調查藥價，但中間這段廠商，如裕利、久裕、大昌華嘉，為何健保署不敢去碰他？
- (三)健保署應該要比照目前的藥價調查方法，在進行調查時，這範圍裡面全部都得調查，包含原開發廠商和裕利、久裕、大昌華嘉等代理商之間，才是完整的藥價調查。原開發廠商賣藥給醫院也分成 2 段，專利期以內的藥品是自己賣自己賺，專利期以外的藥品，就委託裕利、久裕、大昌華嘉這 3 家公司來賣。

二、關於藥價調查結果呈現方式

健保署用百分比計算藥價差的方式，是不對的(怎麼會是採購量大之醫院層級，整體價差比率較低，一定是採購量大者藥價較便宜)，應該採實際用量的算法。

三、關於檢討支付結構

藥價調查應於每年重新檢討、調整，其中：

- (一)藥品管銷費用，不應包含在藥劑師調劑費用裡面。
- (二)健保實施至今已 23 年，很多問題是長時間累積下來，現應是調整支付結構的時候，應好好檢討如何把藥價差回歸專業給付，並使醫界的醫療服務能調整為合理公平的給付，讓所有專業人員得到該有的給付，不是由旁門左道來增加收入。

四、全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議對於每件新藥審核，皆應提供相關佐證資料，以及每項藥品完整之成本分

析。

五、全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議之參與成員，如委員、幕僚、報告藥品療效之醫師，皆應有迴避原則，以免造成圖利之嫌。(謝委員武吉會後書面意見)

第 3 屆 107 年 第 3 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 2)次委員會議紀錄」  
與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

主任委員、各位委員，早安！現在出席的人數已經過半，達法定開會人數，請示主任委員是否宣布開會。

傅主任委員立葉

各位委員早安！目前已達法定人數，開始今天的委員會議。

周執行秘書淑婉

- 一、本次議程安排，優先報告項目計 4 案，第一案係「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」諮詢案；第二案係「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商工作計畫(草案)」案；以及第三案係「專利期內各層級醫事服務機構藥價調查結果」專案報告，是上次會議保留優先安排於討論事項之前的報告案；第四案是「107 年度第 1 季全民健康保險業務執行季報告」，今天須進行口頭報告。
- 二、討論事項計 6 案，第一案是上次保留的提案，健保署建議優先討論，本次列在年度工作計畫排定討論事項第二案之前；第二案是年度工作計畫排定的議案；第三到五案是上次保留的提案，第六案是委員本次所提的新提案。報告事項計 2 案。
- 三、要特別向委員報告，上次保留案「有關 106 年度醫院總額部門『新醫療科技』項目之新增功能特材預算，未於年度內支應之額度，請准予於 107 年度支應案」，健保署在 4 月 12 日以請辦單表示，為避免影響點值結算時程，擬請撤案，故本次會議予以撤案，以上為本次委員會安排之議程。

傅主任委員立葉

- 一、請問委員對議程安排有無意見？(委員回應：沒有)沒有意見，會議就照議程進行。
- 二、為了讓議事更有效率，幕僚非常用心，依照 3 月份本會委員共識營會議的結論，對議事作業做了些準備，請周執行秘書淑婉

說明。

### 周執行秘書淑婉

謝謝主委，今天會議室的 2 個投影螢幕，幕僚準備 2 項投影內容，一是在主委前面的螢幕，呈現個別委員在每項議案的發言次數，因為依照共識營會議結論，每位委員單一議案的發言次數以 3 次為限，故發言達第 3 次時，數字就會變成紅字，提醒委員如果仍有意見想表達，建議改提書面意見；在主委後面的螢幕，則呈現每個議案已經花了多少時間討論，因為每項議案都有排定時程，螢幕呈現目前已使用多少時間，讓委員們可以瞭解，提醒該議案是否差不多該結束討論。

### 傅主任委員立葉

- 一、謝謝周執行秘書淑婉和幕僚的用心，他們想辦法讓議事更有效率，請委員參考。如果委員對 1 個議案已經發言 3 次，數字就會呈現紅字，如果還需發表意見，請儘量改提書面意見，我也會優先請發言未達 3 次的委員先發言，可能不再請發言超過 3 次的委員發言。如果大家沒有意見，就照這個方式進行會議。
- 二、接下來進行下一案，確認上次會議紀錄，請問各位委員對於會議紀錄內容無修正意見？(委員回應：沒有)好，會議紀錄確認。
- 三、接下來進行「上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」，請周執行秘書淑婉說明。

貳、「上(第2)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、本會重要業務報告，請各位委員參閱會議資料第 17 頁，說明一，上次委員會議決議(定)事項計有 6 項。依辦理情形建議解除追蹤 2 項，繼續追蹤 4 項。但最後還是依委員議定結果辦理。

(一)請各位委員翻到會議資料第 21 頁，擬解除追蹤共 2 案：

- 1.項次 1，有關辦理 106 年度各部門總額執行成果評核之作業方式案，需參納委員意見，本會幕僚已經完全參納委員意見，並將評核委員建議納入今年的評核作業予以執行，惟部分新增指標部分，考量各部門可能未及準備，暫以參考指標方式呈現。
- 2.項次 2，關於「107 年 1 月份及 2 月份全民健康保險業務執行報告」，計有謝委員武吉及盧委員瑞芬提出書面意見，健保署針對兩位委員意見回覆說明如附表第 24 頁，請委員參閱。

(二)擬繼續追蹤共 4 案，有 2 案特別跟委員報告，請各位委員參閱會議資料第 22 頁：

- 1.項次 1，有關謝武吉委員所提 3 家藥廠進價意見，請健保署併入「專利期內各層級醫事服務機構藥價調查結果」專案報告補充說明。健保署已於 4 月 16 日提出回覆意見，補充說明部分已經完成，幕僚建議解除追蹤，至於實質內容視專案報告討論情形處理。
- 2.項次 2，106 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告備查案，上次委員會議決議，請健保署就委員疑慮提供說明資料，健保署分別於 3 月 31 日及 4 月 10 日提供相關說明資料，幕僚建議提供說明資料部分解除追蹤，實質部分則視本會重要業務報告討論情形處理。

- 二、請各位委員翻回會議資料第 17 頁，說明二，依照上次委員會議決議，業於 4 月 16 日召開「106 年度全民健康保險基金附屬單位決算備查案相關疑義」會前討論會，會議結論如今日置於桌面之會議補充資料，請委員參閱。本案保留至本次委員會議續議。
- 三、說明三，有關健保署依全民健保法施行細則第 3 條規定，於 3 月 16 日函送「108 年度全民健康保險基金附屬單位預算書」請本會備查。本會幕僚就保險收支部分，擬具預算分析報告併同預算書各 1 份，於 4 月 13 日先行寄送委員參閱並請委員提供書面意見，計有李委員永振於 4 月 18 日提出書面意見，健保署回應資料置於桌面，請委員參閱。
- 四、說明四，有關 3 月 22 日辦理「全民健康保險居家醫療照護整合計畫之執行情形」業務參訪活動暨共識營的紀錄，在附錄三、附錄四，請委員參閱。
- 五、說明五，有關「全民健保各部門總額執行成果評核會議之評核委員會前會議」會議結論重點摘要，如附錄五，其中提到有關評核表增修部分，請幕僚邀請健保署及各總額受評部門，召開資料填報說明會，將安排在 5 月 7 日召開。
- 六、說明六，本來 107 年度工作計畫原定本次會議由健保署提出「基層總額轉診型態調整費用」動支方案專案報告。健保署於本年 3 月 30 日以請辦單表示：「本案於全民健康保險西醫基層總額研商議事會議討論未達成共識，將於下次會議繼續討論。」考量本項為 107 年度總額協定事項，須請健保署盡速完成，並提出專案報告。
- 七、說明七，衛福部及健保署本年 3 月份發布及副知本會之相關資訊如下：
- (一)衛福部：
- 1.本年 3 月 14 日修正發布「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」部分條文及附表。修訂重點請委

員參閱。

- 2.本年3月19日核定健保署所報「107年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，在會議資料第204~209頁，請委員參閱。

(二)健保署：

- 1.公告修正牙醫門診、醫院總額相關計畫/方案共2項，請委員參閱。
- 2.106年第3季各部門總額每點支付金額，整理如附表，請委員參閱。

八、最後要拜託各位委員，下週二是5月1日勞動節，依照議事錄作業程序，發言紀錄需在下週三中午前回覆，因適逢假期，擔心作業不及，請各位委員協助盡早回覆。

傅主任委員立葉

謝謝周執行秘書淑婉的報告，請問各位委員對這部分有沒有意見？請李委員永振。

李委員永振

主席、各位委員大家早，剛才周執行秘書淑婉已報告，有關106年度全民健康保險基金附屬單位決算備查案，因委員意見尚待釐清，上次會議我建議再行分析、提供說明資料。所以在4月16日召開「106年度全民健康保險基金附屬單位決算備查案相關疑義」會前討論會，討論熱烈，幕僚也詳細記載結論並呈現在本次會議資料。不過考慮到會前會當天有近6成的委員因其他行程無法參與，所以今天試著利用健保署提供的數據，從法遵的觀點，將重點提供各位委員參考。希望這個爭議將近1年半的問題今天能夠定調，就以簡報「106年度健保基金附屬單位決算備查案不予備查之關鍵說明(會議補充資料4)」解釋：

一、投影片第1張，主要呈現2個爭議的問題點：

- (一)第1個問題是政府負擔健保經費至少36%的計算公式，經過當天討論，從法遵的觀點，得到新的結論是：105年大概

還需要撥補 45 億元，本來是說相對提撥 38.5 億元，但從法源依據來看應該是 45 億元。106 年度健保署計算所帶的提存安全準備-88 億元是違法的，以法遵觀點，政府待補 99 億元，這在既有法律規範很明確，沒有爭議，等一下再用投影片向大家報告。

(二)105 年 12 月 23 日修訂的健保法施行細則第 45 條，經過討論之後，應該是沒有法源依據，因其抵觸本法第 27 條，且有逾越母法授權的疑慮，請各位參考。

二、投影片第 2 張，對於第 1 個問題(政府負擔健保經費 36%的公式)，列出計算公式正解、曲解，讓各位容易瞭解：

(一)從法遵的觀點可以得到正解，應從支出面導出公式，遵循健保法第 2 條及第 3 條規定，政府負擔健保總經費要大於等於 36%，以 36%乘以保險給付支出，加上應提列安全準備，再扣掉法定收入，計算出政府已繳健保費是否足 36%之判定點。這 3 個因素中保險給付支出很明確，健保署會計算出來沒有爭議。應提列安全準備這部分等一下會再說明，跟法定收入做比較。

(二)對於過去在會議上一直談論的問題，雖然我跟商司長東福很麻吉，但每次談到這個問題，還是必須提出來，我認為健保署以前所算的應該是曲解，一直錯用收入面方式計算，所引用法源是健保法第 17 條。但詳細看，該法條只是規範保險經費扣掉其他法定收入之後，是由投保單位、被保險人與政府三方分攤，只是分攤原則，並沒有規定要分攤多少，分攤多少是由健保法第 27 條明確規範各類人員的保險費負擔。

(三)健保署計算政府負擔健保經費 36%的公式，是用「保險對象的負擔跟民營雇主的負擔的和」除以 0.64，再乘以 0.36。至於這樣公式對不對，以前 102~104 年有些爭議，但是 105 年很明確用這個公式計算，政府會少出，其負擔比

率不到 36%。

三、投影片第 3 張，剛才提到正解公式裡有 3 個部分，保險給付從會計表可以查出；應提列安全準備部分，以前說無法計算，現在從法源來看，健保法第 76 條第 1 項規範得很清楚，有 5 項來源，因時間因素不一一唸。請委員留意，這 5 項都是大於或等於 0，既然本法對於安全準備來源沒有其他該怎麼提列的規定，那麼 76 條第 1 項就是安全準備提列的依據，既然這 5 項都是大於或等於 0，為什麼會有負值出現？所以提列-88 億元安全準備是違法的，是不對的。

四、投影片第 4 張，是健保會幕僚依據「106 年度全民健康保險基金附屬單位決算」第 27 頁所整理的資料，比較 105 及 106 年度安全準備的來源及去路項目，剛好那 5 項都有，請各位委員參考一下，關於此表提出 2 點建議：

(一)第 1 點，在第 5 項部分，就是本年度保險收支結餘，如果有結餘就列進來，沒有結餘就是 0，但是表上 105 年度列了-9.68 億元，106 年列了-187.56 億，這與健保法第 76 條第 1 項相違背，修正後 105 年應該提存的安全準備是 195 億元，不是 185 億元，這 185 億元是扣除短絀後安全準備的淨增加。而 106 年提存的安全準備四捨五入是 188 億元，因為裡面有負 200 多億元的收支短絀，所以必須做個修正，剛才報告 105 年還要待補 45 億元，106 年要待補 99 億元，差異就在這裡，這 2 個數字各乘以 0.36，大概就是 45 億元及 99 億元。

(二)第 2 點，說明此表正確的處理方式，應該每年在會計表內，根據健保法第 76 條第 1 項計算提列安全準備，第 76 條第 2 項如果有短絀，再收回安全準備，一來一往的淨值才是當年度年底的安全準備到底是純增還是純減？依法令規定來看，105 年到最後安全準備是純增 185 億元，這是原來健保署所提的數字，106 年是純減 88.1 億元，這是一來

一往後的純減，不應該是提列-88 億元，這是最主要的爭議點。

#### 五、投影片第 5 張，有關「法定收入」計算差異：

- (一)107 年 4 月 16 日的討論會議提到法定收入與其他法定收入到底有沒有差異，最後還是沒有答案。我在上次會議曾提出，依照健保署的答案來看，這 2 個應該是一樣的，沒關係，就先用兩者一樣觀點，此表列出來健保署提供的數字。
- (二)當時社保司提到法定收入的定義也有疑義，目前健保署定義的範圍比較廣泛，有人認為不應該那麼廣，應該只看菸品健康福利捐、公益彩及運彩券盈餘這 3 項。表中對於法定收入的計算，第 1 列是依照健保署目前的計算方法，第 2 列是採計 3 項比較少項的計算方法，這些都是健保署提供的數字，因為無從查證，就先引用健保署的數字。
- (三)各位委員可從此表的第 3 列看出，數字若為正，表示採計 3 項的法定收入比現行健保署所算的多，政府多出了；公式中法定收入是減項，如果法定收入列越多，政府負擔就會少一點。例如 102 年政府法定收入多了 7 億元，7 億元乘以 0.36，就是政府多負擔了 2.5 億元。但是各年度有正有負，最後 5 年下來政府多出了 5 千萬元。坦白說這麼多錢之下，5 千萬元是可以忽略的，這個部分爭議應該不大，但就法遵的觀點，社保司還是應該釐清法定收入真正的計算方式，以釐清問題。

#### 六、投影片第 6 張，剛才提到支出面公式有 3 個因素，這張表要說明政府負擔健保經費 36% 的不足數：

- (一)以 106 年來看，保險給付支出(A)是 5,991 億元，應提列安全準備(B)是 188 億元，法定收入(C)是 173 億元，這樣算起來就是  $A+B-C$  之後乘以 36%，這是政府應該負擔 36% 的判定點，算出來 106 年政府應負擔健保總經費是 2,162 億元。

(二)算出政府應負擔健保總經費之後，再看政府已經出多少，如果政府負擔比這個數字多，就不用再出一毛錢；如果政府負擔比這個數字少，就該補齊不足部分。106 年政府已經負擔 1,573 億元，以前面算出來 2,162 億元相減，政府應負擔健保經費 36% 的不足數是 589 億元，但在決算書內，健保署用收入面去算是 490 億元，這 2 個數字相減，就是剛才所提待補的 99 億元部分。

(三)而 105 年一樣，照這方式計算，政府應負擔健保經費 36% 的不足數是 475 億元，但去年已經備查的數字是 430 億元，差了 45 億元。所以我們一直爭議的 68.5 億元應相對提撥 38.5 億元，現在回歸法遵面，待撥補的金額應該是 45 億元，而不是 38.5 億元。

七、投影片第 7 張，回歸施行細則第 45 條條文，社保司一直強調修法程序完備，此點我們並無質疑，但是修法程序完備並不表示現行規定是對的，對該條文有 2 點需要考慮：

(一)第 1 點，沒有法源依據。當時說明修法是依照健保法第 3 條第 2 項規定，但這次討論時，發現健保法整體條文訂得很嚴謹，如果容許有不一樣的擴大解釋，一定有其他條文規範。可參考健保法第 76 條第 1 項第 5 款，依其他法令規定之收入，也是列為安全準備的來源，此條規定得很清楚，是依其他法令規定。但是施行細則第 45 條條文並沒有這樣的規定，所以個人認為是社保司擴大解釋，沒有法源。

(二)第 2 點，這 7 項特定補助對象的被保險人，到底要不要繳保費？依健保法第 27 條規定是需要，例如在民營企業上班的人，保費分擔比例是政府 10%、個人 30%、雇主 60%，如果社福編列預算，個人負擔的 30%由政府幫忙出，最後政府就是出 40%。根據健保法施行細則第 45 條，政府已經付了 100%，但母法規定政府最多負擔 40%，現在負擔

100%，不是逾越了母法嗎？現在說政府沒錢，但這時候又很慷慨！建議還是要回歸母法。

#### 八、投影片第 8、9 張「結語」部分：

- (一)第 1 點，法令並沒有問題，目前的爭議在計算方式，不需要修法，只要用剛才所提法遵的觀點，105 年多撥補 45 億元，106 年多撥補 99 億元，問題就解決了。
- (二)第 2 點，施行細則第 45 條逾越母法，這是衛福部可以處理的，修施行細則是衛福部職權，應該納入剛才提出的那些考量點後趕快修法，爭議就不存在了，1 年多 70 億元左右。
- (三)第 3 點提供各位委員參考，在研議二代健保時，明確區分保費分擔，雇主及被保險人分擔不應該超過 64%，政府負擔的不應該少於 36%，投影片第 9 張可以看得很清楚，這是此案的重點，特地再一次向各位委員報告。

#### 九、另外，對於會前討論會議紀錄，有 2 點修正建議：

- (一)結論一、(五)最後一行，如前述(四)1.所提之「其他法定收入」，應該改成如健保法第 76 條第 1 項第 5 款「依其他法令規定之收入」，可互相呼應，這樣比較明確。該處有 3 個名詞需再釐清，但與這裡有關的是第 76 條第 1 項第 5 款的部分，應該寫很清楚「依其他法令規定之收入」。
- (二)其次，建議修訂附帶建議，原本的附帶建議是「政府應負擔健保總經費法定下限 36%之計算公式及內涵，此部分要再釐清」，但經過剛才的報告，若以法遵的觀點就沒有疑義，不需要修此部分。該修的是施行細則第 45 條，因沒有法源且抵觸母法，趕快修回原本的條文，這 2 個問題就可以解決。所以我建議改成「105 年 12 月 23 日修訂之健保法施行細則第 45 條增修訂之條文，無法源依據，亦抵觸母法第 27 條逾越母法授權範圍，建請衛福部儘速修訂回歸原健保法施行細則第 45 條條文」，這樣比較貼近目前經過討論

後得到的結論。

### 傅主任委員立葉

- 一、感謝李委員永振說明政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式的問題點，讓本會委員更清楚瞭解。正如李委員永振所說，本會對這個爭議已久的問題，已先召開會前討論會(107.4.16)，並在會議中做出初步的結論，結論內容請參考會議補充資料 1 第 1~4 頁。當時初步的共識是對 106 年度全民健保基金附屬單位決算報告不予備查，附帶建議請衛福部及其所屬，就政府應負擔健保總經費法定下限 36% 的計算公式及內涵，包括計算公式的每個分母、分子，直接明定於母法(即健保法)條文，提出研修健保法條文草案及訂定修法期程。
- 二、剛才李委員永振的意思是，因為現行健保法施行細則第 45 條違背母法，因此不必修健保法，只需修施行細則第 45 條。請問各位委員是否同意？我擔心如果只修施行細則第 45 條，是否能完全解決爭議？詮釋方法不一樣的問題是否仍然存在？到底是修母法較能徹底解決問題，還是只修施行細則第 45 條就可以？當修訂母法時，通常也會跟著修訂施行細則。請各位委員表示意見，一起做出決定。請李委員永振。

### 李委員永振

- 一、主委剛剛說的意思應該大家很清楚，但我要再次強調的是，目前這 2 個爭議的問題點，其實在健保法中已立法具足。第 1 個問題點，有關「政府應負擔健保總經費 36% 之尚不足數」，其計算公式不需要修法，只要依據健保法第 76 條第 1 項及第 3 條第 1 項之法遵，就可以解決，沒有什麼爭議空間。就是以支出面的公式去計算，算不算得出來屬於技術問題，以 105 年決算數為例，就可以顯現出來採收入面公式是不對的，這 2 年裡面都是收支短絀，採支出面公式時，當有收支短絀、沒有結餘時，第 76 條第 1 項第 1 款「本保險每年度收支之結餘」就是帶入零，因此 105 年、106 年之「政府應負擔健保總經費法定

下限 36%不足數」，與健保署計算出來的金額，就會相差 45 億元跟 99 億元，這個問題很清楚。

- 二、有關第 2 個爭議點，我不反對修訂母法將名詞定義清楚，但是修法過程曠日費時。我那天跟健保會同仁討論時，講到健保法中主管機關還是衛生署，我就請問對方，衛福部已經成立好幾年了，為什麼主管機關還沒改過來，他說母法難修，一提修法，各界就又要爭取這個、爭取那個。大概只能期待第三代健保法出來時會不會修，目前只能拖著。若是施行細則第 45 條的爭議，只要社保司修訂就可以解決，修完之後再跟立法院報備，報院 3 個月就生效公告了，速度比較快，相信付費者代表大概不會再去抗議，105、106 年政府已經少負擔原住民健保費等 7 項之金額，總計是 68.5 億元跟 71 億元，如果繼續拖著、政府就繼續少出，以上補充。我不反對修母法，但那個是其他問題，這 2 個爭議點這樣處理會比較快。

傅主任委員立葉

其他委員有無意見？請商委員東福。

商委員東福

- 一、李委員永振每次的指教我一定要回應。李委員永振最後提到修母法或施行細則，哪個實務可以先做到都可以，但其實更快的方式，就如同李委員永振在會議補充資料 4 投影片第 8 張提到的，健保法規的解釋權實際掌握在衛福部，其實我們可以用解釋的方式處理。但我必須說明的是，整個二代健保對財務制度的設計，是架構在收支平衡的基礎上，若是完全實現就不會有這幾年的問題產生，當健保財務收支平衡時，不論從收入面或支出面，算出來的結果都會是一樣的，是很完美的結果。
- 二、因為健保法設計得很有智慧，當中同時有收入面和支出面的概念，所以當 103 年主計總處對「政府應負擔健保總經費法定下限 36%」之計算產生不同見解，認為安全準備不會用那麼多，湊齊 1 個月就可以的時候，我們其實就是用收入面的精神跟主

計總處講說，民眾出這麼多、政府就應該要出這麼多，在那個情況之下，我們以收入面的邏輯爭取到認同，這個過程本會許多委員，包括李委員永振都有參與。

- 三、但是自 106 年起，健保財務收支開始出現短絀，請播放李委員提供的投影片第 9 張，大家看到的這個立體柱狀圖就是保險經費、就是支出、就是 3 方(被保險人、民營雇主、政府)付了多少再加上法定收入，就是我們整個保險經費。李委員永振所提供的資料，對於我們將來修法，絕對是有幫助的，可以讓法條更為精準。收入面，也就是保險經費的來源，大概就是由保險費跟法定收入構成，所以保險經費扣掉法定收入後才是保險費，保險費的部分是由被保險人及民營雇主、政府以 64：36 的比例分攤，所以是這樣算出來的。
- 四、我也瞭解李委員永振的立場始終如一，希望健保能夠爭取更多經費，但我必須交代最初計算 36% 爭議處理的過程，就是用收入面的方式去爭取，最後才能得到行政院回應「尊重衛福部的法律解釋權」，也就是跟李委員永振提供的投影片第 8 張是一樣的。
- 五、李委員永振花了很多時間在說明何謂法定收入，或者說明安全準備怎麼計算，可是我必須要講，健保法第 76 條第 2 項提到當健保財務收支產生短絀的時候，用安全準備去填補，所以它是「淨(收支相抵後)」的概念，法定收入不是只有盈餘、投資可能也有損益，所以安全準備也是一個淨收入的概念。當然李委員永振的立場，是希望說應提列或增列安全準備都用正數帶入，最後政府應該要付更多。
- 六、上次我們也曾討論過政府是不是就只需付到 36%，李委員永振提供的投影片第 9 張也提到可以超過 36%，所以我必須要講，我們沒有說上限 36%，只是說因為過去在二代健保之前，政府財務負擔可能只到 34% 而已，當二代健保規劃以家戶總所得作為徵收保費基礎時，民眾的保費負擔都增加了，希望政府也應

該有個決心，希望能達到 36%。但是我舉個極端例子，假設未來大家採人工智慧，沒有僱傭關係，所有被保險人都是 2~6 類，是政府補助都超過 40% 以上，政府負擔保費經費就會可以超過 36%。

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、二代健保施行以來，每次衛福部計算的政府應負擔的金額跟主計總處計算的都不一樣，衛福部計算出的金額都高於主計總處計算出的金額，這是第 1 點差距。
- 二、第 2 點，照理講政府補助原住民等 7 項健保費，原來是被列為被保險人及民營雇主負擔之健保費，但是最近這 2 年來卻被列入政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之計算範圍。照理講，這 7 項健保費是政府代繳，本來政府應該要發給該 7 項保險對象，他們再來繳保費，這樣計算基礎就會不一樣，計算結構也完全不一樣。但現在政府把這 7 項健保費納入計算 36% 的範圍後，政府就少了這 7 項的保費支出。例如勞工保險的 10%，原來是編在勞動部預算裡面；弱勢族群健保費，有些是編在衛福部的支出，有些編在內政部，有些編在教育部，預算來源完全都不一樣。所以我認為政府這 2、3 年來，反而把這個價格差距轉換掉了，一般來講是你要先發給這些要補助的對象，補助的對象再來繳保費，那計算基礎完全就不是這樣子。
- 三、第 3 點，我認為要修健保法是很困難的，這 2 年我參與的，不論是內政部、教育部、勞動部修法都是非常的困難，短則 1、2 年，多則 3、4 年，都無法完成。所以，我認為應先修正施行細則第 45 條，把它修正得完整，而且必須不能抵觸母法的各條文，包括母法第 27 條，不能逾越母法範圍。先修施行細則第 45 條，才符合法治程序的基礎。

傅主任委員立葉

綜合委員意見，考量修訂母法可能比較困難且曠日費時，會前會紀錄附帶決議修正為「委員認為目前健保法施行細則第 45 條，恐有違背母法之疑慮，請社保司檢討、修正施行細則第 45 條」，作這樣的決議可以嗎？不建議修母法，改成修施行細則第 45 條，請問委員有無意見？請羅委員莉婷。

羅委員莉婷

- 一、我跟我左手邊的這些委員們，同是付費者代表，但是今天的場合看起來就是 17 個付費者代表共同質疑說政府怎麼樣、怎麼樣。其實聽在耳中，我個人感到非常難過，因為我們是公務員，法遵是政府最基本的施政原則，但是我只要坐在這個場合，就得一直被質疑說，政府違法失職或是沒有依法行政，我個人聽了真的很難過又很傷心。
- 二、基於行政一體，我同意衛福部現行算法，至有關政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之計算，因為健保法定的不是很明確，所以才會衍生最初那個爭議，針對這一套運作機制，到底要從收入面、還是支出面計算，其實主計總處一直跟衛福部討論。當初我們也是表達，公式要從健保法第 2 條、第 3 條支出面來處理；但是，衛福部社保司依照貴會第 1 屆委員的決議，說從收入面比較符合實際，以及法律解釋權屬主管機關，提到行政院爭取，後來我們詢問行政院法規會表示，主管機關在法案上具有解釋權，所以我們主計總處才會遵從上級指示，與衛福部共同去遵循現在這樣一個分攤基礎。
- 三、但是今天在這個場合，衛福部依照過去委員所做決議辦理，卻一直聽到你們指責政府說違法失職、少撥經費、或沒有遵循法遵，昨是今非，讓我覺得這指控對坐在這邊的健保會官員或衛福部的官員是個羞辱，這是第 1 點。
- 四、第 2 點，今天最大爭點應該是施行細則第 45 條，及保險年度收支短絀時，安全準備是否能帶入負值，細則已程序完備，暫且不提。就安全準備流向部分，我們在規劃二代健保時，不就

是要讓被保險人、雇主跟政府用合理的比率去分攤，當初立法說就是 36%，所以大家就是依法按照應該出的比率去處理。但我不知道為什麼來到這個場合，就可以自己解釋法規，要求政府就要多分攤呢？健保是財務獨立的基金，盈虧本應按既定原則前後一致處理，難道民間企業經營虧損時，就可以隨便要求說某個股東要特別多分攤嗎？公司經營就是這樣子嗎？可以開個會讓其他人決定某個人就應該要多分擔嗎？不是應該有賺大家照比率分，有虧也是照比率承擔，為什麼健保有虧的時候，就要政府多分擔？這是我個人很疑惑的地方。

五、各位看到虧損都只想要政府再多出一點補貼，然這些錢不論是來自公務預算或是基金預算，追根究柢都是民眾的錢啊！大家有沒有想到之後會衍生預算排擠問題？又其實政府公務預算出的部分已經遠遠大於 36%，不論菸捐提撥安全準備或是 2 代健保實施前以多元微調機制，改由公務預算支應之愛滋及預防保健那塊都是政府單獨出的，可是問題是你們在計算 36% 的時候，並沒有納入計算啊！

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

一、行政院主計總處代表羅委員莉婷很少發言，但是她發言之後，真的是觸動我們軍公教警消的心聲。我們這 4 天以來，從星期一走街頭走到現在，整個臉部都曬黑了，甚至有些軍公教夥伴手指頭被警察剪斷了，好幾個退休的軍中袍澤也被犧牲掉了。我為什麼要講這件事，因為依據憲法五權分立的觀念，公務人員退休是考試院的職權，竟然法案送到立法院去，無視考試院委員存在，考試院院會各委員都通過的法案，送到立法院去又被狠狠的大砍一刀。

二、所以，在臺灣就不用講法令。我很認同精算師李委員永振的意見，法律面賦予政府該盡的責任要盡。可是衛福部社保司司長

這邊，對於到底是要編或不編也很頭痛。不編的話，省下來的預算，也沒有進入他的口袋；編下去之後，政府財政又更吃緊。

三、我覺得很多事情要回歸法律面，臺灣政府真的是要依法行政，法律怎麼規範，不論是解釋令或施行細則，抵觸母法就是無效。就像我們公務人員的退休金，法律的層面抵觸憲法所賦予人民的財產權，政府竟然要用立法剝奪人民的財產權，這樣適當嗎？

四、就像今天這個議案，本來母法規範政府的負擔不得少於 36%，36%就像勞基法是一個基準，就是最起碼要負擔 36%，如果政府有錢負擔 40%、45%都可以啊，減輕民眾負擔，善良老百姓這麼的弱勢，這幾年薪資也一直都沒有調，大家都處在壓力鍋，經濟也沒有看好。我來自雲林，我們感受的到經濟在退步，所以我還是支持李委員永振的意見，政府該撥補不足的地方還是要撥補，106 年度決算應該不予備查，這是我的意見。

#### 傅主任委員立葉

一、其實本案在會前會已經討論過，會中也有蠻大的共識，我們理解主計總處的立場及感受，但問題的癥結在於大家對於政府應負擔健保總經費法定下限 36%的詮釋不同。雖然法律的解釋權在主管機關衛福部，但問題是各方對於法規有不同的詮釋。

二、本會委員對目前衛福部的解釋並不完全同意，尤其認為衛福部修訂的施行細則第 45 條內容有抵觸母法的疑慮，所以請衛福部再行檢討施行細則第 45 條。雖然衛福部有解釋權，但請再重新檢討政府應負擔健保總經費法定下限 36%的算法，尤其是施行細則第 45 條的內容，各位委員是否同意這樣的決定？李委員永振先舉手，這是第 3 次發言了，請李委員永振，再請謝委員武吉、趙委員銘圓。

#### 李委員永振

一、雖然是最後一次發言，但是還是要講，我對主席的結論沒有意

見。雖然剛才提到，衛福部對健保法令有解釋權，這是在健保法有明文規定的，我沒有疑義。但是有解釋權，不表示可以隨便解釋，解釋出來的內容應該要有公信力、說服力。以前我們對採支出面或收入面就一直有爭議，但是今天我就引用法條規定，剛才提到依法行政啊，我就用法律面來講，健保法第 76 條裡面就寫得那麼清楚。而且剛才商委員東福對健保法第 76 條的解釋是誤解。第 76 條第 1 項是講安全準備來源怎麼計算，健保法第 2 項是規範如果健保財務收支短絀時怎麼解決，所以第 76 條原意是，安全準備來源是流入，如果保險財務收支短絀的時候，才用安全準備流出，流入流出相抵之後，有個淨流入或流出，那是安全準備的純增的或純減的，並不是表示說，你這樣 2 個相抵之後，如果是負的就用負數帶進去，這樣解釋是不通的。

- 二、第 76 條第 2 項跟政府負擔 36% 是無關的，不要把兩者搞在一起，這條是再規範觀念，安全準備如同池子，106 年度安全準備要流入 187 億元，虧損短絀 275 億元再流出去，所以流出跟流入是無關的。至於以前衛福部跟主計總處怎麼協商，我們沒有參與其中不知道，但是你不能說收入面公式跟第 76 條有抵觸的時候，以前這樣解釋是錯的，現在就這樣繼續錯下去？這是應該要去思考的。因為第 76 條第 1 項第 1 款之「本保險每年度收支之結餘」在 104 年以前都是結餘，所以看不出來，105 年、106 年就很清楚，你的計算方法就是抵觸該條規定啊。
- 三、剛才主計總處長官所提讓我不解，今天我們是在討論整個法令遵循的過程，法令就是明文寫在那裡。以前也提到說政府是不是能負擔 36% 以上，所以在會前討論會特別去找資料，找到健保法第 3 條修訂時的發言過程，本來要印給委員參考，但因頁數多、字太小所以作罷。當時主要的在野黨(現執政黨)的版本是提高到 40%，當時的執政黨(現在野黨)則是提出 36%，由於當時的執政黨在立法院有人數優勢，所以大約是以 66：31 的

票數通過的。

四、也就是政府到底應該負擔多少比率，在立法過程中是有爭議的。為什麼會有這個爭議？是因二代健保增加補充保費，使民眾負擔相對增加，為了平衡這個部分，後來法條就修成最少36%。所以，剛才司長提到能不能到40%，當然是可以啊，依現行法令就是可以啊，政府如果認為不可行應該去修法，法條修了大家就沒話講了，看法條要修到多少。

五、但是在還沒有修法之前，目前就應依法論法，法條擺在那裡，你就應該落實法遵啊，可能我這句話傷到主計總處，但是我講的沒錯，就是你沒有落實第76條，如果我有哪裡講錯，請你可以舉出來沒有關係。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、這個案子，我記得是以前在費協會的時候，李委員永振已經提到很多次了，所以我對李委員永振一直追蹤這個案子的精神感到非常敬佩，這也是值得我們學習的地方。李委員永振也是精算師，他所看的、所要求的，我想應該是沒有什麼差異性。他今天既然提出了很多質疑點，像剛才討論的健保法第76條，政府承擔健保財務的責任有違法、有偏頗的現象，像安全準備金這些東西，衛福部如果認為李委員永振有說錯的地方，直接就可以指正，如果沒有說錯的話你應該要馬上修正。我現在有個很大的疑慮是，36%的計算公式是有錯誤的嗎？如果沒有錯誤的話，就要落實執行，公務人員是要依法行政，如果你沒有依法行政就是違法，這是很明確的事實的交代。

二、對於105年和106年不足的數目字，李委員永振應該都看過了，分別有45億元和99億元，到底衛福部對於45億元和99億元的算法是對還是錯，也應該有所解釋，不能含糊過去。衛福部經常用子法規來抵觸母法規，這是不對的，子法規是屬於

行政命令，母法才是重要的法律，所以說我要告訴衛福部，不對的要即時改正，提出改善辦法，像剛才李委員永振所提出的，剛剛主席說找時間回答(辦理期程)，我認為這不妥，你要的什麼時候完成？要在 1、2 個月內就完成，哪有一拖就從費協會的時候拖到現在，健保會都已經快 6 年了還在拖，這是不公平的，對李委員永振是不公平以及不公道的一件事情，希望能訂個時限來完成，就在今年度以內，現在是 4 月份，頂多是在 6 月份就應該完成，謝謝。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓

趙委員銘圓

我非常認同李委員永振、謝委員武吉的看法，其實本來就是已經違背母法。104 年為什麼要修施行細則第 45 條，就是因為健保的安全準備金太多，所以如果現在把施行細則第 45 條恢復到原來的條文，本來就是應該的，違背母法就應該恢復。本案已經耽誤太多時間，應該趕快處理。

傅主任委員立葉

本案決定「106 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告」及「108 年度全民健康保險基金附屬單位預算書」不予備查；附帶決議，委員認為目前健保法施行細則第 45 條恐有違背母法之虞，建議衛福部檢討修正，對於委員所提政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算上的差異問題與意見，也一併提供衛福部參考。

謝委員武吉

請問修法期程？

傅主任委員立葉

請社保司於下次會議時提出健保法施行細則的修法期程。

謝委員武吉

距離下次委員會議只有 1 個月。

傅主任委員立葉

請社保司先提出修法期程。

謝委員武吉

這樣可能會拖太久。

傅主任委員立葉

已經請社保司於下次委員會議提出修法期程。

謝委員武吉

我的看法是要給李委員永振一個交代，應該要有個修法時程，因為這個時程已經從過去費協會到現在都還沒有改善，請問李委員我這樣說得對不對，從費協會到現在都沒有改善，所以時程一定要設定，不要又一直說再提出時程啊！

李委員永振

商司長已經表示，衛福部有健保法施行細則的解釋權。

謝委員武吉

雖然有健保法施行細則的解釋權，但也要看什麼時候提出解釋。

傅主任委員立葉

請社保司於下次委員會議提出修法的期程，他們也要評估需要花費多少時間進行施行細則修法。

謝委員武吉

我認為社保司已經呼攏健保會委員太多次了，不能夠再這樣呼攏，你今天就可以講說什麼時程並提出結論，這樣才對嘛！這樣對健保會委員才有交代，不然你看李委員永振已經(提出這個案子)這麼久了，從社保司前曲司長到現在的商司長都還是這樣呼攏我們，這樣是對的嗎？

傅主任委員立葉

先請商委員東福，再請陳委員亮良。

商委員東福

回應剛剛李委員永振所提我們有解釋權，我的意思是如果要修法，我們會根據委員的意見，把法條修得更精確，但修法前最快的解決

方法是用解釋，意思不是說我可以解釋，我不敢呼攏健保會委員，謝謝。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、我還是非常認同李委員永振的意見，我想即使是修法，也是適用修法後的制度，修法前該補足的部分還是要補足，修法不能違反所謂的信賴保護原則，也不能溯及既往。
- 二、修法前適用舊法的部分，還是要補足提撥健保費不足部分，不能一刀砍，說以前的都不算，若法律修正廢掉死刑，那以前判死刑且被槍斃的人該怎麼補償他？我想台灣是個法治國家，憲法是根本大法，法令的修正有其適用原則，從新從優，不能從舊從嚴，軍公教退休法就是從舊從嚴，違反信賴保護原則且溯及既往，有人已經退休 20 年還要被更動退休金額，這是破壞台灣的憲政體制。
- 三、特別提出呼籲，即使修法通過，還是要補足健保費補助款，不然李委員這幾年的努力不是都白費了嗎？他為了我們台灣健保永續發展，這麼認真投入在這一部份，難道他的辛苦就被抹煞了嗎？我想再怎麼解釋，也是不能違反母法，我一直強調這點，謝謝。

傅主任委員立葉

先請張委員文龍，再請盧委員瑞芬。

張委員文龍

會議補充資料 2 第 5 頁「105 年至 108 年政府應負擔健保總經費法定下限不足數計算說明」，依李委員永振提出來的意見，試算 105~108 年的財務，可以很明顯看到兩者數字的差異，105~108 年相差 45、99、148、246 億元，我們可以很明顯從數字上來看，財務缺口越來越大，提醒各位委員，我們不能有鴛鴦心態，不去面對這個問題，我還是支持李委員永振的意見。至於修法，還可以再討

論。

傅主任委員立葉

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

已經召開過多次會議討論本議題，關於修法，不清楚修法是要朝向誰的目標，現在的問題是法律不完備，各有各的解釋，但是雙方的解釋並沒有共識。現在要修法，請問是要朝向誰的方向？每次討論時，李委員永振和社保司都會提出看法，因為法令有不完備之處，雙方的解讀講法好像都有道理。現在提出要修法，不清楚是要朝向誰的解釋，若這個部分沒有共識，我覺得很難提修法的時程。

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)

實際上健保法是很完備的，只是社保司沒有依據健保法第 2、3 條的條文執行，而是採用第 17 條條文，誤解、扭曲第 17 條條文，問題出在這裡。健保法第 2、3 條規定，政府每年度負擔本保險之總經費 36%，要乘以保險給付支出加上提列之安全準備，減去法定收入的公式。第 17 條規定，政府負擔金額是用保險對象負擔加上雇主負擔，除以 46%，再乘以 36%。所以，兩者差距就會很大。我們希望社保司依據第 2、3 條處理，不能用第 17 條條文處理。

傅主任委員立葉

一、顯然目前衛福部社保司對於政府應負擔健保總經費法定下限 36% 及計算公式的詮釋，與多數委員的看法不一樣，既然不予備查決算案及預算案，就是表達本會的態度及意見。同時附帶決議請社保司進行健保法施行細則的檢討修正，至於檢討修正的方向，就交由衛福部處理。委員已經充分表達意見，希望衛福部能朝向與委員有共識的方向修法。當然衛福部修法時，可能會更廣泛的徵詢各界意見。

二、剛剛委員對法令詮釋及計算公式提出的意見，包括未來計算政

府應負擔健保總經費法定下限 36% 的算法，提供衛福部參考。同時請檢討施行細則第 45 條是否有違背母法之虞，是不是應該修正？請社保司於下次會議提出修法期程，評估需要多少時間，以及如何進行等。如果委員沒有意見(未有委員表示意見)，本案就作這樣決定。

三、剛剛幕僚提醒，依本會 107 年度工作計畫，原定本次會議由健保署提出「基層總額轉診型態調整費用」動支方案(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)專案報告，請健保署盡速完成，並提出專案報告。

四、接著進行下一案「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)諮詢案」。

#### 盧委員瑞芬書面意見

建議後續業務執行報告在表 4 及表 5-1 分別加註醫療費用(現金實際支付數)、保險給付的定義及其係按權責發生基礎。

#### 趙委員銘圓會後書面意見

有關「106 年度全民健康保險基金附屬單位決算」分析報告意見：

一、決算報告第 1 頁(一)營運計畫 1.(2)「為健全保險費收繳基礎，除持續輔導國人以正確身分投保，覈實申報投保金額外……，對於投保金額低報者，發函通知投保單位逕調保險費，106 年截至 12 月底止，增加保險費收入約 15.6 億元」，請說明有多少投保單位及人數是高薪低報的？另，對於刻意高薪低報的投保單位有無相關罰則，請說明。

二、決算報告第 2 頁(一)營運計畫 1.(4)B、「欠費催收情形：(A)為確保債權，北、高二市政府欠費已移行政執行，並分別查封 2 筆及 49 筆土地」，請提供查封土地之明細表供參考。

三、決算報告第 3 頁(一)營運計畫 1.(5)「政府應負擔健保總經費法定下限(36%)差額相關說明：C、截至 106 年 12 月底……；其

餘 314 億元，將循預算程序爭取足額編列」，請說明預計何時可爭取足額編列。

四、決算報告第 7 頁(一)營運計畫 4(1)B、「健保費補助：各級政府對特定弱勢民眾補助健保費」請說明要透過何種程序申請。

五、決算報告第 40 頁「保險成本明細表」中，呆帳的決算數 3,968,141,737 元較預算數 3,903,681,000 元，增加 64,460,737 元，係哪個部分增加所導致，請說明。

六、決算報告第 41 頁「其他業務成本明細表」中，會費、捐助、補助、分攤、救助(濟)與交流活動費計 243,000,000 元，請提供各項相關金額及單位明細供參考。

參、「衛生福利部『108 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍』  
(草案)諮詢案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

社保司梁研究員淑政報告：略

傅主任委員立葉

請問委員對本諮詢案有沒有意見？依序請陳委員亮良、吳委員榮達、周委員麗芳、李委員偉強、何代理委員語。

陳委員亮良

- 一、展望 108 年度臺灣的健保制度，我想能夠真正落實全民健康是非常重要的，會議補充資料 1 第 28 頁投影片第 7 張「醫療服務成本指數改變率」，我們在基層深深感受到 2 個部門的費用百分比，106 年中醫的費用百分比只有 3.721%，牙醫的醫療服務成本指數改變率為-0.453%，難怪我們要看牙醫需要掛號 1 個多月，要看中醫時找不到中醫診所，讓我們深切體會到偏遠地區醫療不足，我去年提出 1 個案並通過，希望真正落實臺灣全民的健康需求。
- 二、108 年度健保總額調整因素之內涵金額為 163 億元，除了新科技醫療新藥物所增加的 30 億元，以及鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康增加的 30 億元，我要說明的是如何把醫療落實到醫療面不足的地方，很多制度並不是我們付費者所需要的，如何讓醫療服務提供者及付費者之間達成所謂的合意，我們需要什麼，你提供給我們什麼，這樣才能真正達到所謂健保的制度，例如我們一直很重視原住民族鄉鎮，不管各種方案，還有原住民各項制度的保障，我們都很肯定，但是對於偏鄉醫療照護，確實有不足的地方，希望 108 年能夠看到成效。
- 三、我們也希望看到牙醫的到宅服務或照護身心障礙者的照護成效，但是我們很難看到醫生願意下鄉服務，尤其是偏鄉地區，這部分需要特別提出更加強大、更多的誘因，讓中部、雲嘉南、彰投，那些沒有醫生的鄉鎮市真正有醫師開業、執業，真

正的落實到偏鄉醫療不足的地方。

- 四、醫院總額金額太過於龐大，包括醫學中心、區域醫院和社區醫院，我覺得需要適度切割，把醫院部門切割成 3 個部門，讓專款專用，才有辦法落實 3 級醫療的服務，我想這樣才是台灣未來健保制度的永續發展，真正能照顧到台灣人民，不要忽視偏遠地區的人口，我們一定要做好健保永續發展。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

- 一、之前在 108 年總額範圍座談會時，已針對社保司的報告部分表達過意見，就不再重複發言。對照社保司的資料及健保署「108 年度全民健康保險基金附屬單位預算分析報告」資料，兩者數據不太一致，不知道該看哪個才對，執行面該在健保署，我想健保署提出的數據應該比較正確才對。
- 二、會議資料第 144 頁「108 年度全民健康保險基金附屬單位預算分析報告」(二)「保險財務狀況」1.108 年保險成本 6,708.61 億元，與會議補充資料 1 第 34 頁投影片第 20 張的數據是不相符的，不管高推估、低推估都不太一樣，不知道哪一個是對的。會議資料第 145 頁中間的表格，108 年短絀數為 541.59 億元，與投影片第 20 張的數據也不符合，不曉得到底該參考哪個數據才對，是不是請社保司或健保署說明數字差異原因。
- 三、健保署的相關數據也有歧異之處，會議資料第 147 頁 4.(1)，108 年度保險給付 6,667.06 億元，與會議資料第 144 頁的 108 年保險成本 6,708.61 億元，兩者也不一致。147 頁 4.(3)108 年度總額預估為 7,176.30 億元，又跟社保司數字不一樣，請教社保司或健保署，謝謝。

傅主任委員立葉

稍後請社保司及健保署一併回應，先請周委員麗芳。

周委員麗芳

- 一、首先我要針對我們社保司提出 108 年度健保總額 5 項政策目標給予肯定，也要感謝醫療部門提出的擬辦事項，感覺非常有前瞻性，我要提出的疑問，投影片第 8 張「各部門醫療服務成本指標改變率之計算」備註 1「西醫基層及牙醫之健保藥費申報權重，係以 101 年為基期」，之前就曾提出，是不是能採用比較新的數據，也請一併說明。
- 二、投影片第 7 張「醫療服務成本指數改變率」，只有牙醫的醫療服務成本指標改變率是負值，目前各項物價指數明顯都有增加的趨勢，請教牙醫醫療服務成本指數改變率為負值，是物價調查取樣的品項中，有項目導致其為負值？還是各項目整體的反映是負值？建議請再檢視。

傅主任委員立葉

稍後請社保司一併回應，先請李委員偉強。

李委員偉強

- 一、善意提醒社保司，在編列 108 年預算時應考慮醫療供面在 108 年間會有 2 個重大變化：第 1 項是 108 年 9 月所有受僱醫師將納入勞基法，我們去看會有哪些衝擊，第 2 項是 108 年是 6 年制醫學系的第 1 屆畢業生，加上舊制 7 年制的醫學生，108 年同時會有 2 屆的醫學系畢業生進入醫療體系，預期會有 2,600~2,800 位醫生進入醫療體系，大概是 108 年 6 月到 8 月，這 2 個涉及醫師人力結構改變的因素，不管是人力增加或醫師納入勞基法的影響，都會衝擊到醫療體系。趁現在 108 年度總額還在草擬階段，建議社保司討論 108 年總額時，應該跟醫事司討論，因為醫事司做了很多因應準備，一定會涉及醫療費用的調整及影響。
- 二、投影片第 15 張「推動支付制度改革及建立醫院診所合作機制，逐年分階段導入相關措施」，共 5 大項的方向，有 20 億元經費，這項係配合醫療技術，且大家已經討論很久並朝支持的方向，有好幾次場合都有提到，我們一方面希望減少醫療機

構，特別是大型醫院的門診量，同時希望調高急重難症支付，請問相關費用會呈現在哪個地方？讓我們知道預算會在哪個地方呈現？

三、投影片第 15 張第 4 點「持續發展居家整合醫療，建立急性期、急性後期與居家醫療照護或長照服務等轉銜機制」，我們已經執行越來越多的長照銜接機制，請問與健保的關係如何？這部分的費用如何估計？所編列的預算到底夠不夠？在此並未看到長期明確的規劃，從醫院端看，實際上發生的費用可能比 20 億元還多。

四、投影片第 15 張第 5 點「建立醫院診所合作機制、持續落實分級醫療」，病人轉出去後，預算是不是要跟著過去，不然基層點值會越來越低。但另外一方面，目前醫院的點值並非每點 1 元，當初我們也提出，希望減少醫院門診量的同時，能將費用轉到住院，請問這部分如何分配經費。

五、107 年 4 月 21、22 日「第三波健保改革—醫療資源分配正義再探討」研討會，很多人都提到，我們不要只做「全民醫保」，而是要做「全民健保」。兩者的差別在於是否投入預防醫學的經費，最近的麻疹疫情，雖然是小風波，但引起民眾大恐慌，目前在預防醫學教育方面，比較沒有看到重點，相關預算編列可代表政府重視的方向及程度，建議應該要呈現相關經費編列情形，以上幾點意見請社保司參考。

傅主任委員立葉

依序請何代理委員語、謝委員尚廷、謝委員武吉、干委員文男。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、投影片第 18 張「2016 年 OECD(Organization for Economic Cooperation and Development，經濟合作暨發展組織)會員國與我國平均每人經常性醫療保健支出(CHE)與平均每年 GDP(Gross Domestic Product，國內生產毛額)」，將台灣平均每人 GDP 的放在 5 萬元的位置是錯誤的，依據世界貨幣基金

會統計，台灣的 GDP 不到 2 萬 5 千元，應該要放在西班牙的左邊才對，這張圖表是錯誤的，如要提供給國發會和行政院，顯然不妥。如果以投影片第 19 張「經常性醫療保健支出 (CHE) 占 GDP 比率之國際比較(1996 至 2016 年)」，我們比重為 6%，南韓 7.7%，他們現在的 GDP 是 3 萬元，我們還不到 2 萬 5 千元。以 OECD28 個國家來看，若以我們的國民所得換算，我國(CHE 占 GDP 比率)是高的，專家學者若對外講我國是低的，就不符合現實。OECD 的 28 個國家的 GDP 都比我們高，包括西班牙都比我們高出很多，建議社保司整理圖表時，能夠詳細地引用準確數字。

- 二、下半年跟明年的世界經濟景氣不如想像中那麼好，臺灣今年的 GDP 成長率在第 2 季開始下修，第 3、4 季也都要下修，如果我們的醫療費用成長率都比 GDP 成長率高 1 倍以上，則未來醫療支出會非常可觀，我認為我們的健保醫療一直在支出，但是醫療使用單位有無節儉？假使醫療使用單位都不節儉，一直浪費資源的話，再多的醫療預算都不夠使用，這是我的淺見，謝謝。

謝委員尚廷

- 一、謝謝剛才周委員麗芳與陳委員亮良提及牙醫醫療服務成本指數改變率是負的，我們牙醫界看到也都傻眼了！大家都在問為什麼，我們都沒有感覺牙醫的成本在下降，牙醫成本比例最重的是技工費，可是全臺灣沒有一家技工所降價，因為這是固定的，雖然房價有下降一點，但是租屋者也沒有減少房租。牙醫的材料部分所占成本頗重，「醫療儀器及用品類」占率約 25%，該項成本指數下降 4.6%(106 年對 105 年)，這是造成牙醫醫療服務成本指數改變率是負的主因。
- 二、投影片第 8 張「各部門醫療服務成本指數改變率之計算」備註 2(「躉售物價指數之醫療儀器類」選取之項目)，從第 1 項到第 5 項都是西醫用的材料，可能很少用牙醫材料，所以統計結

果可能以西醫為主，這些材料可能因新臺幣兌美元升值而有降價。如果能調查材料商賣給牙醫的設備及材料，沒有人覺得有降價。此外，牙醫會購買新一代的設備，因此永遠是漲價的，因為設備供應商跟 iPhone 廠商一樣，每年都會出產新機型，如果今年出產 iPhone8，你買 iPhone7，則 iPhone7 可能有降價，但是廠商可能沒賣 iPhone7，只賣 iPhone8，同樣是手機，其實是漲價的。我想主計總處推估醫療服務成本指數改變率 -4.6%，可能是反映整體西醫的狀況。

三、謝謝陳委員亮良的關心，有關牙醫約診服務，我們會盡量不超過 1 個月。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、謝謝主席，我想最重要我們今天要討論的 1 點就是我所要求的公平、公正、正義、合理之互惠原則，我現在要請教一下商司長，社保司於 3 月 29 日那天開會，有無邀請醫界的代表參加出席？應該沒有吧，那天只有一邊的人，另外一邊的人都不是人，你這樣做法是對嗎？我記得以前任何醫界的司長在討論這個的時候，都沒有說醫界的人不要參加，唯獨這次 3 月 29 日的會議，醫界的人沒有參加，你公平、公正、正義的原則都消失了！你這樣的公務人員心態到底是怎麼樣，我真的是非常不瞭解，所以在 4 月 3 日臺灣醫院協會正式行文給你們需要改進的地方，就是這一點。對於當時提出我們對於總額公式的討論，有無討論？是有討論嗎？但是我在這裡沒有看到。

二、包括昨天在立法院召開分級醫療會議的時候，薛政務次長瑞元也講了一句話，現在老年人口一直在增加，退休人口也在增加，退休人口會去投保以前的保費嗎？不會，他們會到鄉鎮公所投保，這樣才便宜，所以說這一點我在這裡看不出你所謂的醫療費用之影響率為 1.622% 是怎樣產生的，我很佩服吳委員

- 榮達點出計算公式有錯誤，我也感覺計算的方式完全有錯誤。
- 三、還有就是老年人口的成長率，昨天薛政務次長瑞元也說這是嚴重的問題，在這裡完全沒有辦法呈現出來，你是故意違背你的長官，還是你是獨行俠，獨斷獨行的行為，我真的搞不懂，這完全沒有公平正義的原則。
  - 四、還有一點，你一直要求醫界配合我們的政府執行政策，剛才我們李委員偉強也講了，造成醫界有很多的因素應該要改變的，但是協商因素也不接受醫界的意見，非協商因素也不接受醫界的意見，到底要叫醫界何去何從，而且更重要的是計算公式又是錯誤的計算公式，而且沒有把很多重要因素放在裡面，這是完全不對的行為。
  - 五、你不應該要所有政策都由醫界完全買單，這樣叫醫界完全買單對老百姓是對的嗎？我在這裡經常講，希望衛福部所屬的單位，包括健保署、國健署、疾管署、食藥署都要對老百姓有教育的行為，但是我在這裡沒有看到，我一直強調，應該要有這些能力行為的表現才可以，但是完全都沒有看到。
  - 六、剛剛李委員偉強有談到的，對於第 5 項，投影片第 15 張的可以拿 20 億元，你這樣是有點在呼攏醫界，我相信你也是醫界出身你卻還這樣呼攏醫界，拜託踏實一點好不好，我們經常在講患者都會跟著醫師走，這是大家都常在聽的話，現在我們有在推動跨層級整合照護計畫，推動後已經開始有成效了，我相信從 7 月 1 日以後會更有成效，現在還有醫界的人做了 1 套叫做半開放性醫院的系統，人家已經講過了，如果我們的衛福部不想要落實執行的話就送給對岸，對岸現在正需要，因為他們已經開始執行 113 家的 3 甲級醫院改成一般門診都不能看了，我們這裡在政策上有沒有？完全沒有，所以我們對於垂直整合的方案，或是跨層級整合照護方案，在這裡都完全沒有看到，但是我們相信在 7 月 1 日起，因為病人要下轉，病人會跟著醫師走的因素，這應該會產生很大的效益性，這個在這裡完全也

沒有表達出來，我希望還要再增加 1 個半開放性醫院的整合方案，這個也是很重要的一環，這是對於患者非常重要，跨層級整合照護方案是 3 贏，半開放性醫院整合方案是 5 贏，看你要選擇 3 贏或者是 5 贏，看你在翻東西，希望能夠聽到我在講話。

七、還有一點我要請教的(投影片第 16 張)減少預算 15 億元，第 1 點是扣減因違反健保醫事服務機構特約及管理辦法的費用，我想這一定是有限的，那其他 107 年減列的預算到底要減列在哪些地方？這是我們感到質疑的地方。

八、剛才非常感謝何代理委員語提了 OECD 相關項目的提示，對於剛才所要求的項目，希望主席與商委員東福能夠給我們表以正面的回饋，謝謝。

傅主任委員立葉

先請干委員文男，再請李委員永振。

干委員文男

我有 1 個很小的意見，我們每年談到醫療保健支出都會提到比 OECD 國家少，還有增加空間，我也不否認，但是我們的收入不均衡，造成貧富差距很多，每人 GDP 都是以國人所得平均，對於付不起醫療費用的貧窮人怎麼辦？剛才談到很多，我稱商委員東福為三保師，因為管 3 種保險，其實健保問題要迎刃而解，如果長照沒有改變內涵的話，不管長照 2.0 或 4.0 都沒用，長照很多是用到醫療資源，他們需要長期照顧或居家照顧，這些都是用到健保資源，也許李署長伯璋可向上反映，健保會委員在建議，屬於長照就用長照資源，這樣可以解決很多健保壓力。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

我心裡在掙扎要不要講話，但還是不講不行，我想這個議題到底是真的要諮詢還是過場，請社保司可以明確告知，我們也比較好配

合，我提出以下幾點問題：

- 一、第 1 點，是因為過去講的一些建議好像都沒用，我在今年 4 月 9 日座談會(社保司「108 年度全民健保醫療給付費用總額範圍擬定方向」保險付費者代表座談會)提到，以前會議資料都提供紙本，後來改用電子檔，這次的電子檔前天才收到，到底是要我們好好研讀資料呢，還是來這邊過過場就好了。
- 二、第 2 點，是健保會幕僚很辛苦、用功在整理，會議補充資料 1 第 36 頁，把以前委員所提供的意見摘要列出，其中第 1 項已經建議好幾次，去年 12 月 21 日座談會(「全民健康保險醫療給付費用總額範圍擬訂公式檢討」付費者代表座談會)，今年 4 月 9 日座談會及過去歷次會議也都有提出相同的建議，且行政院核定 107 年總額範圍時，也附帶決議強調要積極採取提高資源使用效率措施，控制醫療支出合理成長。提高資源使用效率之策略，如果有效，可節省資源，這跟總額應該會有關係，但到現在還是看不到資料。上次健保署說好像沒有關係，那我們這麼辛苦協商幹嘛！只是要在媒體上面曝光嗎？如果是，跟委員提一下，以後我們就不講了！不然媒體報導 1 年節省多少又多少，但在討論總額時又好像不見了。我認為應該是要掛勾的，尤其剛才討論政府負擔健保總經費至少 36% 的議題，政府一直講沒錢，在財務收支結構又不去改善，將來保險給付會越多，政府相對負擔也會越多，到底什麼時候才要改善財務收支失衡的結構？
- 三、第 3 點，今年 4 月 9 日座談會的資料，醫界提供 108 年度總額範圍高推估是 4.391%，本次報告提出高推估是 4.890%，不曉得其中是否包含其他政策，建議將這兩個數字比較一下，或是認為 4.890% 比去年高推估低就 ok，這樣好像怪怪的。好像我們談論的問題，都沒有 touch(碰觸)到，希望把這些都釋疑一下，以後才知道怎麼去配合發言，可能說話也會比較好聽一點。

傅主任委員立葉

請李委員偉強。

李委員偉強

- 一、其實剛才部分委員提到投影片第 18 張「2016 年 OECD 會員國與我國平均每人經常性醫療保健支出(CHE)與平均每人 GDP」，基本上這個圖是正確的，橫軸即 X 軸是 GDP 沒錯，其後括弧備註 PPP(Purchasing Power Parity)，是經校正的購買力平均指數，我剛才特別上網查詢，臺灣人均 GDP 大概 24,222 美元，但經過 PPP 校正購買力以後，2017 年約 49,800 美元，跟圖上顯示是一致的，但坦白說數字雖然對的，但卻可能是醫界血汗的根本，這些國家，扣除美國、盧森堡等，其中美國屬 outlier(極端值)，大部分國家落在迴歸線上，意思是國民的購買力多強，國民的平均醫療支出(包含非健保的部分)即 Y 軸就多高，臺灣購買力可以到 5 萬美元，但是醫療支出大約 3 千美元，依照這個公式應該到 5 千美元才對，應該到達比利時、澳洲、奧地利的水準，但是我們實際只達到 6 成而已，這個中間 4 成落差就是涉及今天討論的第 1 項議題，台灣整體醫療的投入仍不足，這個錢應該誰去負擔？包括政府及民間都應去思考，這當然已經超出本案議題了。
- 二、之所以呈現上述比較圖，是依會議補充資料 1 第 36 頁二、(二)「醫療保健支出占 GDP 比例，請增加國際性比較資料」，但是因為我們一直鎖在這個位置，造成投影片第 19 張「經常性醫療保健支出(CHE)占 GDP 比率之國際比較(1996 至 2016 年)」，這些國家大都是 OECD 國家，屬於領先群，先不要跟他們比，就與我們最接近的韓國相比，剛才討論時，我看一下手機，兩韓領袖現在握手吃冷麵(與會者笑)，圖上死亡或黃金交叉也剛好大概落在 2007、2008 年，他們開始超越我們，10 年來，人家 7.7，我們 6.0，在 1 週前的第 3 波健保改革座談會，很多學者都提出這個問題，有關 2 國間的落差我看

到沒有縮小趨勢，我們健保會應該要花點時間好好討論，這不是 1、2 年改得過來，但是現在沒有看到任何人想去改善這個趨勢，建議主席找個時間邀請專家學者怎麼去克服這些落差，慢慢補回來，看在現在經濟困難的情況下如何克服，不然落差會越來越大，也會涉及重分配的問題，結果不僅會讓醫界越來越血汗，亦影響醫療品質。

傅主任委員立葉

因為王委員雅馨還沒發言，先請王委員，再請何代理委員語。

王委員雅馨

- 一、回應剛才李委員偉強，有關第三波健保改革座談會，剛好那 2 天我有去，相關表格我有看到，也跟大家分享，因為當時報告者講到南韓跟臺灣的狀況，可以從 1996 年到 2016 年，這 10 年當中，其實除了斜率的差異性之外，也就是說還有講到平均餘命，南韓民眾平均餘命已經比我們臺灣來得高，也就是他們比較長壽，當天我在聽報告時，也有聽到學者說，這也反映到他們在健康照護系統的投資上，這 10 年來的增長比台灣來的多，有得到正回饋的部分，這真的是很值得我們健保會大家審慎來思考的方向。
- 二、另外，剛剛委員提過的部分我就不再贅述，請看投影片第 12 張「108 年度健保總額之政策目標」，第 5 項「提升民眾健康知能，強化病人自我照顧能力，增進資源使用公平性與責任」，這邊有 2 點，第 1 點是透過多元媒體通路跟活動，加強宣導健保署推動的政策，不知有無預算對應相關的政策裡面。我這幾天在看會議資料，也看了一下健保署網站有關一般民眾網頁，健保署很多資料及訊息都有很認真放上去，但是我覺得現在李署長伯璋很積極地推動分級醫療和一些雲端病歷的這些政策需要加強與民眾的溝通，包括衛教宣導相關政策的施行，現今，以我一般民眾與病友觀點來看是不夠的，我強烈建議跟民眾溝通方面要加強。因為假設前端宣導溝通不足，則民眾不

瞭解健保署為什麼要實施這個政策，如此可能會造成一些民怨，所以，想問有關第 5 項有無預算或特別增加預算在這一塊跟民眾溝通宣導部分。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、剛才醫界代表講的沒有錯，我講的是世界貨幣基金會的數字，他講的是國際貨幣組織統計的數字，他講的購買力，其實我們的每人 GDP 也沒有到 2 萬 7 千美元，那是虛的，實質只有 2 萬 5 千美元左右，沒有錯，國際貨幣組織統計我們的物價購買力有達到德國水準，但 OECD 先進國家是統計政府全部的醫療支出，但是我要在這裡強調，這裡數字是健保支出，有無包括自負額支出，再來有無包括中醫藥的支出？有無包括健康食品的支出？這都要很明確的把數字弄出來。
- 二、如果以我們的實質每人 GDP 來講，我們是很高的，是比一些國家高很多，但是因為前面都是福利國家，編了很多國家預算在這一塊，所以世界貨幣基金會和國際貨幣組織的數字是不一樣的，我都可以背給你聽每個國家的情形，所以我認為這個差距要用明顯的分類，我們的地下經濟有 30%，這不在每人 GDP 統計中，所以我認為這個有待商榷，我只是認為國家經濟體達到什麼程度，醫藥費用就要付出到什麼程度，這是最重要的概念，不能說我們是淺碟型的經濟體國家，要跟 OECD 先進國家比，這是很難比較，比來比去會氣死人。

傅主任委員立葉

請問有沒有委員要表示意見？(未有委員舉手)先請社保司回應後，再請健保署回應。

商委員東福

- 一、謝謝主委和各位委員，剛才各位委員的指正都很重要，我們是依據健保法第 60 條規定，將 108 年度健保醫療給付費用總額範圍，送到這裡諮詢，我們在 3 月 29 日及 4 月 9 日、10 日，分別邀請醫療服務提供者、保險付費者、專家學者開座談會，

其實時程很緊湊，盡量在送行政院之前到健保會諮詢，相關圖表也是在諮詢過程中，獲得很多寶貴意見而去做修正，諮詢真的很重要，也感謝大家。

- 二、至於有關醫院服務者部分，我們是邀請臺灣醫院協會，確實大家知道時間有限，健保會希望多說明，但是時間就是這麼多，我們希望能夠邀請所有醫院服務者都來，我們當時對臺灣醫院協會沒有限制人數，其實針對這項議題，除歡迎在健保會給予指導之外，也可以多利用很多的場合提出建言，李委員永振剛才也有提到要給多點時間讓大家思考，但時間確實很緊湊，我也要求同仁盡量將時間弄充裕一點，我先做這些說明。
- 三、有關細節部分，大家提出的問題，我請梁研究員淑政針對委員的指導來說明。

#### 梁研究員淑政

- 一、跟各位委員報告，就委員所提出的建議。有關人口結構改變對醫療費用影響，涉及未來人口老化部分，為了更符合人口老化對於費用影響的敏感度，本次公式修正把年齡組別從 5 歲 1 組，改成 1 歲 1 組，就可以更顯現出投保人口結構改變對費用的影響。
- 二、投影片第 8 張，周委員麗芳提出為什麼西醫基層及牙醫的健保藥費申報權重是以 101 年為基期，因為我們在 104 年做檢討時，之前已經有委託 1 個 2 年的研究計畫來做相關研究，研究單位有試算很多方案，因此 104 年在討論時，就是採用研究單位針對健保各總額部門各類藥品申報藥費之結構所作的分析，當時有分析 100 年及 101 年，因此採用最近的數值。周委員麗芳提醒，為了避免為何其他權重基期是 100 年，而這部分是 101 年的爭議，在明年計算 109 年總額更換基期時，我們會注意以 105 年為基期進行處理，感謝委員指正。
- 三、有關牙醫藥費及醫療材料躉售物價部分，在去(106)年公式檢討時，於 11 月 15 日及 12 月 21 日分別與醫界討論，並向付費

者報告。牙醫部門當時也提出，希望我們與主計總處合作，針對醫療材料部分選樣能不能符合牙醫需求部分，這部分我們會再向主計總處提出需求。但要向大家說明，因主計總處係針對臺灣整體物價調查，很難因應健保需求進行調整，但我們還是會努力爭取。

- 四、有關民眾衛教部分，衛福部在政策目標中有提到，就健保部分會透過多元媒體通路及活動加強宣導，健保署也持續在推動健康存摺及雲端查詢。另在臨床的民眾衛教部分，會透過論質、家醫及論人計酬等政策推動加以考量，影響健保費用部分，會在調整因素進行處理；惟若屬健康署或疾管署相關政策，係屬整體政策目標，但非屬健保費用的考量。
- 五、有關第三波健保改革座談會所提預防醫學部分，雖依健保法規定，一般統稱的預防保健，不在健保給付範圍內，但屬疾病照護的預防臨床措施仍會在論質計酬相關計畫中考量。
- 六、陳委員亮良關心偏遠地區醫療照護，我們在相關費用上也有考量，未來在總額協商時，也會多加斟酌。
- 七、有關「調整因素之內涵」第 5 點「推動支付制度改革及建立醫院診所合作機制」，李委員偉強所提及門住診費用改變或急重難症項目處理，係反映在支付基準及支付結構的改變。這部分預算在使用上是多元的，端視 9 月份總額協商時所提相關項目而定。
- 八、有關分級醫療病人流動對西醫基層費用的影響，自 107 年起，已在其他預算中設有基層總額風險調整費用項目。
- 九、有關住院醫師納入勞基法部分，我們會持續與醫事司注意進度，並將人力影響推估納入考量。
- 十、有關財務影響評估部分，我們是和健保署密切合作，也就是任何數據改變，都會即時與健保署進行財務預估。剛才委員指教的部分，可再請健保署說明，但我個人認為可能是因時間因素，針對 108 年成長率所用的推估數值不同而造成的。以上簡

單說明。

傅主任委員立葉

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、有關政策部分社保司已作說明，健保署補充 2 點。吳委員榮達質疑會議資料第 145 頁與社保司報告之投影片第 20 張的數字有差異。向委員說明，會議資料第 145 頁金額均屬預算數，編列時都會有保險成本成長率的假設，第 153 頁備註 3 有提到，108 年醫療給付費用總額係依 107 年以成長率 4.711% 推估，我們是以這個比率編列預算書，我們每年的預決算都會進行調整及修正。投影片第 20 張的醫療費用成長率低推估是 2.516%、高推估是 4.890%，與預算書所採 4.711% 必然不同。這 2 套數據無法一致，因建立在成長率不同的假設下，數據不同是因用途不同。
- 二、王委員雅馨所提對民眾的宣導費用，屬行政事務費，非屬總額經費，因此總額範圍不含宣導費用所衍生的成本。

傅主任委員立葉

先請趙委員銘圓，再請干委員文男、陳委員亮良。

趙委員銘圓

- 一、針對 108 年預算部分，目前總額醫療費用成長率低推估是 2.516%，增加額度 172 億元，總額為 7,026 億元；高推估是 4.890%，增加額度 335 億元，總額為 7,189 億元。剛才何代理委員語提到，今年台灣整體經濟成長率第 2~4 季都會下修，108 年總額醫療費用成長率範圍是否還要訂在 2.516% 至 4.890%？雖然今年國內有 3% 的薪資成長，但物價及油電持續上漲，目前國民平均所得在 4 萬元以下者超過 60%。按此趨勢下去，我在前年就曾提醒，以目前每年的成長率，醫療費用必會超過 7 千億元，果然預計 108 年就要超過。這部分應再做調整，否則基期越大，每年成長會越來越高。

- 二、調整因素之內涵共計 163 億元，其中 1 至 6 項均為增加項目。針對增加項目之前所編列之預算，請健保署提供資料，以便委員瞭解。
- 三、108 年新科技醫療及新藥物等也增加 30 億元很好，但這部分在 107 年已有編列，到目前為止均尚未執行。只有編列，患者看得到卻用不到，請健保署就 107 年度部分盡快處理。
- 四、希望針對效果不佳的藥品進行汰換，在醫療過程中，可減少許多病人的往返，也可降低後續健保費用，希望健保署可以盡快處理。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

- 一、接續趙委員銘圓的看法。行政院核定 107 年總額範圍之附帶決議，要求積極採取可提高醫療資源使用效率相關措施，有效控制醫療支出合理成長。健保投入大量經費，也提出許多辦法與機制，但未見應有的效能及效益，例如在減少重複用藥方面，我們有雲端藥歷、強化基層照顧、推動醫療整合及資訊雲端整合等。這麼多的設備，也投資不少錢，但從未見應有的投資效益及報酬。
- 二、9 月份即將進行總額協商，希望在協商前，能提供付費者代表委員相關資料，以了解資源分配是否合理。我們要求醫療提供者應合理使用資源，以符合民眾需求。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、針對第 1 次發言進一步補充說明，今(107)年 4 月份已近尾聲，即將邁入 5 月份，眼看關係到全臺灣人民的 108 年總額協商也即將來臨。108 年總額醫療費用成長率的低推估值是 2.516%，增加 172 億元，總額達 7,026 億元。這麼大的數據對

臺灣來講，是人民的安全醫療保障。從馬斯洛需求理論的觀點來看，屬第 2 層次。在吃得飽、穿得暖之外，醫療安全是很重要的，若缺乏醫療安全，臺灣人民將陷入重度憂鬱。我很肯定醫界的付出，正如剛才謝委員尚廷特別強調，讓雲林民眾掛號不超過 30 天。非常肯定牙醫的付出，但看到牙醫總額負成長，不禁為你們捏把冷汗。牙痛不是病，但痛起來要人命。我們希望 80 歲 20 顆牙的美夢能成真，有好的牙齒咀嚼食物，才能讓身體健康。

- 二、剛才我也提到中醫部門，但陳代理委員憲法並無回應，不知是否不關心我的發言。我也為他們捏把冷汗，長期以來中醫的總額額度，雲林許多中醫師也向我抱怨，經營的點值收益非常低廉，有人好有人不好，差異非常大，希望 108 年能有較好的成長。
- 三、我們也很擔心西醫基層，我最近聽到戲稱台灣醫界現況是「五加皮當道」(五官科與皮膚科)的說法，我也經歷過 107 年度總額協商，發現在協商過程中，付費者代表用心把關，醫療提供者代表也用心提出服務專案，但 107 年度總額協商達成率僅有 18%，未協商成功的高達 82%，須送主管機關決定，讓部長為難。我們很不樂意見到這種情形，希望 108 年大家可以好好的來協商，為臺灣健保制度寫下永續發展的新頁。
- 四、我剛才針對醫院部門提出將醫學中心、區域醫院及地區醫院適當切割，是因為在協商過程中發現 3 個層級各有不同思維及考量。我們很肯定醫學中心對各種重症，包括癌症診療及器官移植確有其重要性。希望委員們思考如何針對醫院部門進行適當切割，如此才能落實醫療分級制度，大病到醫學中心，小病到社區醫院或診所，才能與健保制度串連起來。

傅主任委員立葉

請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

- 一、剛才已有多位委員提到，108 年度健保總額政策目標的第 1 項是「持續引進新藥物及新科技，提升健保效益，減少民眾負擔」，尤其是民眾自付費用的負擔。108 年度在新科技醫療及新藥物方面，增加 30 億元預算是如何計算而得，希望能有詳細說明。因為引進新藥新科技，對許多重症疾病的治療的確有更好的成果及效益，因此，預算的推估和執行也成為許多病人和家屬非常關心的事情。
- 二、趙委員銘圓提到，107 年也有編列新藥新科技的預算，但執行上還有許多障礙存在。我也屢次提及去年編列癌症新藥時有匡列免疫藥物的預算，因為是新藥，在給付方面健保署需要和藥廠進行風險分擔，的確是新的挑戰。我接觸到許多病友及家屬都希望有預算卻無法執行的情況能有所改善，流程上可以加快讓病友在今年能夠使用。目前是看得到預算，但今年有可能用不到。在 4 月份「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」中，有關藥品給付協議已有討論，但文字還須修正，再呈部長核定後才會公告。我們希望了解文字修正及審核需要多少時間，若按照過去文字修訂、公告再收件，我們很擔心今年有預算也用不到，這是病友對新藥新科技的期待，在此向健保署表達。
- 三、根據過去的經驗，新藥新科技的預算編列往往不足，在執行上造成核准新藥給付時，因預算編列不夠，醫療服務提供者也很擔心會排擠到其他醫療服務預算，因此，在討論給付的過程中經常被延宕。108 年新藥新科技預計增加 30 億元，我們希望了解 30 億元的估算基礎，以及有無增加或調整的必要。

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、剛才干委員文男提到健保投入相關改善或分級醫療各方面所增加的費用，在哪些方面有產生節流效益？希望健保署能提供相

關成本效益的詳細資料。是否該增加或改變，檢視其成效是否繼續辦理。

- 二、剛才許多委員談到為何高推估與低推估一定要增加，總額已從 3 千億元至今超過 7 千億元，仍持續增加。我希望針對一定要增加的理由，提出相關分析。檢視有無必要增加，或有些已不須開放的項目，也沒有必要再開放。
- 三、會議補充資料 1 第 19 頁表二「醫療服務成本指數改變率」，有關醫院整體的費用百分比，事實上總額在健保會協商成功的比率真是少之又少，70% 以上仍須由衛福部裁定。說到總額協商，醫院總有許多理由或關係，認為直接從部長這邊可能多拿一點，這種種因素我們也管不了。我呼應陳委員亮良，將醫院部門再分層級，至少再分為醫學中心及地區醫院兩個部門，這樣總額在健保會談成的比率應會較高。希望醫院部門也能分析，目前僅分為醫院及西醫基層，將各層級醫院都攪和在一起。我認為總額協商已實施多年，也應做出改變，將醫院拆成 2 個或 3 個部門，不要讓總額協商只有 10% 幾通過，70% 幾無法通過，這樣乾脆都讓部長裁決就好啦！協商還有什麼意義？若建議可行，則各部門協商成功的比率會提高，不要再將所有醫院都綁在一起，已經這麼多年了，應重新分配。

傅主任委員立葉

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、剛才提到分級醫療時，大家都在討論能否省很多錢。過去政府單位總是用省錢做為爭取民眾支持政策的誘因，但這種思維有問題。再過 10 幾 20 年後，在座各位都垂垂老矣，那時社會上的老人人數可能是現在的 3 倍，而能夠工作支撐醫療體系的年輕人可能僅剩目前的三分之一。屆時需要醫院照顧的病人會很多，但若大家都不分輕重，有病都往醫院跑，醫院要如何維持醫療效能，照顧真正有需要的病人？這才是分級醫療最大的意

義。未來社會老化後如何滿足醫療需求，讓醫療資源妥適運用，這與省錢是兩回事，省錢並不考慮滿足需求。醫療資源的有效利用是讓病患經過家庭醫師的分流，輕症到基層、重症到醫院，透過各種配套使各醫療體系各司其職照顧病人，讓民眾健康得到滿足，這才是分級醫療的意義。

二、分級醫療的政策落實涉及民眾就醫習慣與各項配套措施的完備，非一蹴可幾。我從不認為今天提出政策，明天就能立竿見影，但推廣幾年後，這項思維逐漸深入人心，醫療人員與民眾形成共識，好的政策經過時間醞釀就會開花結果。20 多年前我開始從事醫療行業時，正是醫院拼命開設夜間門診的時候，但今日已無此現象，政策的方向對醫療產業的發展還是有一定導正的作用。當然醫院開門診就是為了增加營收，這牽涉到支付制度結構的問題，對急重症支付不足，必須依靠門診補貼，因此，制度上必須調整。政府花費大量稅金補助，讓財團蓋大醫院看小病，就社會負擔而言，未免也太奢侈了。

三、分級醫療是符合未來社會需求的長遠政策，我認為要立竿見影看到成果是很困難的。我們不是共產國家，中國大陸可以立竿見影，馬上設定 30% 的醫學中心不准接收未經轉診的門診病人，也不必考慮民眾反彈，這樣當然可以做到，但我們國情不同。因此，要給我們的社會、政府及醫療單位更多時間，互相磨合、溝通，讓醫療體系的配套更臻完善，使分級醫療水到渠成，如此才是我們民主社會所能接受的。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順，再請陳代理委員憲法。

蔡委員登順

剛剛有些委員支持再細分醫院總額，包括地區醫院、區域醫院、醫學中心，這個思維我個人尊重，但大家也要思考，如果把醫院分成 3 層級的總額，可能會造成人球，因為各醫院可能排擠病人把量降下來，點值才會高，這個要請大家好好去思考，為什麼當初會把這

3 個層級合併在一起，用意就在這裡，不然萬一造成人球的話病人是非常辛苦的，尊嚴亦會受到傷害，請大家慎思。

#### 陳代理委員憲法(陳委員旺全代理人)

非常感佩陳委員亮良對全體公務人員和雲林地區民眾長期的關心，以及對中醫的照顧。委員的提議、建議部分我會帶回去給陳理事長旺全，事實上陳理事長旺全帶領的團隊也一直都在思考，如何提升中醫對患者的照顧，謝謝委員的指教。

#### 傅主任委員立葉

- 一、委員提供了很多寶貴意見，本案就先討論到此。委員的意見，尤其幾個關切重點，請社保司及健保署參考。另外，委員提及希望能提供進一步的資料，包括過去健保總額投入預算提升效率、節流的相關費用，如健保醫療諮詢雲端查詢系統、強化基層照顧能力、推動醫療服務整合，所產生的節流效果，希望健保署盡量提供分析資料，供委員協商 108 年度總額參考。
- 二、接著進行下一案「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商工作計畫(草案)案」。

#### 林委員惠芳書面意見

- 一、在計算 108 年度總額時，可以將過去為節約或減少支出的各項策略的實際效益納入考量。
- 二、高推估的成長中，是否也應將消費支出成長也納入參採，而非只看醫療支出成長改變。
- 三、在醫療資源變動方面，是否也應納入思考，如醫療資源的消長、與長照服務的分工合作等，是否會有所影響。
- 四、牙醫醫療服務成本指數改變率的計算是否有誤？醫療材料費用、基本營業費用的計算內容為何？是否現行計算內容是可以反映實際的現象？建議如果牙醫與其他部門的計算本就有差異，是否可貼近實際支出項目來計算？如將技工成本反映計算納入。

五、有關提升民眾健康知能政策的落實，建議應結合國民健康署預防保健項下，及結合教育部在各教育階段健康與生命教育相關課程課綱、教材編定及教學執行，才能真的收效。

#### 王委員雅馨會後書面意見

有關蔡副署長回應，第 5 項有關健保實施政策在民眾溝通宣導這一部分的費用，是由行政事務費用支出。本席想問，是不是有可能在現今預算編列不足的情況下，而導致無法對民眾宣導相關健保實施政策有全盤的規劃？

肆、「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商工作計畫(草案)案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

為利推動 108 年度總額協商，本案是幕僚援例提出年度總額協商工作計畫，請委員參閱第 27~28 頁劃線處，108 年度總額協商工作計畫主要參照 107 年度計畫，作小幅酌修，說明如下：

- 一、於協商前置作業，在原有程序「由健保署會同各總額部門預擬協商規劃草案」項下，於 8~9 月，增列地區預算分配方式檢討及規劃程序，以利各分區財務責任分攤及共管機制之運作。
- 二、原先在總額協商相關座談會/會前會，各部門和健保署報告之規劃草案，於「註」呈現需報告之內容，現在將註的文字條列，分點呈現，並酌修文字，以臻明確。
- 三、請委員翻閱會議資料第 28 頁，於第 4 點增訂提送協商草案的時間及須包含的內容，以利 9 月協商會議議程的編製。
- 四、在 9~10 月，各部門總額一般服務費用分配方式之協商項下，新增由健保署會同各總額部門預擬地區預算分配草案，並提供過去預算分配的執行檢討與建議，提供委員 10 月份協商地區預算參考，並明訂規劃草案內容，以上是今年預擬的草案說明。

傅主任委員立葉

請問委員對於 108 年度總額協商工作計畫草案有沒有意見？請蔡委員登順。

蔡委員登順

地區預算分配是總額預算分配的重要一環，今年工作計畫將地區預算分配的檢討及規劃納入工作項目，有助於 10 月份本會地區預算的分配，尤其健保署負責六分區預算的執行，瞭解各分區面臨的問題和需求，以及對農業縣、弱勢地區、偏鄉醫療照護如何加強等等，預算如何分配較公平、合理，因此在本會 10 月份委員會議討

論地區預算分配前，建議健保署與各總額部門先檢討，並規劃來年地區預算分配方式，提出建議方案，供本會委員協商參考。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

我呼應蔡委員登順。

傅主任委員立葉

2位委員意見就納入今年的工作計畫，請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

想表達一下，剛提到工作計畫表中，檢討一般服務費用之地區預算分配方式，並研議規劃草案，這項希望由健保署來做，但是這項目以往都不是健保署在做，都是健保會跟各個總額別去協商，而且是在這個會上來協商，所以建議維持原來的機制，因為這牽涉到健保會的權責，不宜直接移給健保署。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

以往我們都沒有這些執行後的資料，到了10月協商R值(校正人口風險後保險對象人數占率)、S值(保險對象實際發生醫療費用占率)時，要怎麼前進都沒有版本，都是現場直接協商，造成醫界和付費者雙方都很不愉快，會後都會有一點心結。健保署是執行單位，一定有數據，健保會有數據的話也不會暗藏，所以希望健保署多出一點力，讓我們在會前會看到數據，才知道R值到底要前進多少。不然委員認為要前進，東區說沒辦法，南區說前進這樣夠了，很難決定，所以希望健保署儘早讓我們知道執行檢討結果，因為你們才有數據。

蔡副署長淑鈴

所有的數據我們都可以完全提供給委員，只要健保會需要，我們以

往也都會提供，能夠提供的一定全力提供。至於分區預算分配，理論上是健保會的權責，但協商還是回到這個平台。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

這麼多年，協商完後好像斷了線的風箏，不知道預算到底分配得怎麼樣，也不知道其他預算分配的結果如何。例如去年 60 億元(106 年醫療服務成本指數改變率所增加之預算，優先以 60 億元調整重症醫療給付項目及支付標準)無法盡早執行，我也曾因為這件事在會上疾呼，所以預算執行結果應該要盡早讓委員知道，應該要做研考追蹤，不要等到健保會開會，才臨時要我們消化一大堆資料，看的了也消化不了。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順。

蔡委員登順

整個總額預算，健保署是執行單位，而健保會是總額預算協商的平台，對於各部門預算的執行面並不是很清楚，因此，請健保署在各部門總額協商之前先進行檢討，用意就是要讓委員知道那個部門分配預算執行的很好，那些部門做的還不夠，或是預算有所不足需再增加，在 10 月份協商就可以很清楚的進入狀況。若委員協商時沒能及時掌握、反應，可能會讓協商增加爭議，因此建議在本會協商前，由健保署和各總額部門先進行檢討，提出建議方案，降低歧見。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

我贊成蔡委員登順所提的方式，這樣可以解決剛講的那些問題，不然直接提到健保會，若沒有充分的資訊，直接協商不容易有好的結果。剛才蔡副署長淑鈴所提，我們並不是請健保署做出決定，而是

在本會協商前先檢討，如果各方有什麼意見，最後還是會提到權責單位，由健保會進行協定，這樣問題才會比較明確。

傅主任委員立葉

委員是希望協商前，先看到健保署的檢討分析，以利參考健保署的分析意見。請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

蔡委員登順的意見，希望健保署能提出具體建議到健保會，當然健保會委員還是有決定權，只是希望健保署能多提出一些具體建議。

傅主任委員立葉

就如黃委員啟嘉所言，委員希望健保署能幫忙先做點規劃、提出建議草案，但還是在健保會的協商平台協定地區預算。是否請健保署先做檢討，並預擬初步的規劃草案？

李組長純馥

- 一、不好意思，其實我不適合發言，因為我是利害關係人，請參閱會議資料第 27 頁，健保署在每年協商時，8 月都要預開每個總額的各協商項目的討論，實際上這部分就非常耗時耗工，如果同時又要提出六個分區的預算分配建議，我們比較擔心是，在時程上可能會來不及。
- 二、其實在部裡面的分工，地區預算分配跟公式調校，都是屬於健保會的幕僚業務，健保會本來就有各組，也有不同職責，我們覺得原來部內就有分工，直接應用健保會會議決議的方式讓健保署來做，其實對署內的同仁來講，是加量不加價，工作量一直在增加，但我們會擔心品質沒辦法兼顧，所以懇請各位委員，因為這部分涉及部內的分工，應該是在部內去做協調，不應該是這個大會來決定，而且依照健保法第 5 條，這個是健保會的權責。

周執行秘書淑婉

- 一、對於本次的改變，本會幕僚其實有討論過，如同主委所言，健保會是個協商平台，委員需要對各部門地區總額做出分配。就

像剛剛蔡委員講的，我們看到過去地區預算分配過程中，委員並不清楚各區，包括東區的執行現況，以及面臨的問題、困難是什麼？健保署是執行單位，其實是最瞭解實際狀況。

二、在地區預算分配上，我們只是希望健保署能否瞭解並將各分區的問題，提供給委員作為地區預算分配參考。健保會幕僚無法知道六分區實際執行上的問題？以及不同部門是否有不同的資源配置需求？或有其他須考量的事項。相信在第一線執行的健保署，可以提供委員更詳細資訊。

三、歷年地區預算提案的資料及試算表都是健保會同仁製作，我們只是建議健保署能跟各部門一起討論，提出地區預算執行上的問題，告訴委員分區別有哪些差異及需求，讓委員在做決定時更清楚問題所在。

張代理委員孟源(吳委員國治代理人)

關於地區預算分配，剛剛聽到健保署、健保會同仁的意見，我個人要很誠懇說，像西醫基層地區預算，是所謂基層專業組織、專業團體對地區預算提出基本建議，例如東區的開業醫點值都是全國最高的，都是每點超過1元，因為東區是醫療資源相對不足，所以西醫基層會把東區預算分配多一點，哪些地方比較偏遠也會分配多一點，我們希望公私部門一起合作，專業團隊也願意加入，讓委員瞭解地區預算分配是很公平，也照顧到偏遠地區。

傅主任委員立葉

先請周委員麗芳，再請林委員惠芳。

周委員麗芳

有關提到究竟是要由健保會，還是由健保署來提供資料，因為剛才也提到這是部內的權責分工，也不宜由健保會強制健保署提供，是不是大家已經充分瞭解委員所需要的資料，至於究竟是健保會跟健保署共同合作完成資料，或是由哪個單位負責，我個人建議是回到部內，權責分工好之後，提供委員相關資料。

傅主任委員立葉

請林委員惠芳，再陳委員亮良。

林委員惠芳

我有點被搞糊塗，想請教一下，會議資料第 28 頁，各部門總額一般服務費用之分配方式之協商：「健保署與各總額部門擬訂規劃草案時，應同時提出各分區預算分配之執行檢討與建議」這裡所謂的執行檢討與建議是什麼？跟蔡委員登順剛剛提到，事前應該給委員更多執行資料是同件事情，還是 2 件事情？

傅主任委員立葉

是同一件事情。

林委員惠芳

所以我們原來就這樣規劃了嗎？

傅主任委員立葉

這是今年新的作法，希望在地區預算協商前，就將地區預算檢討的資料，提供給委員參考。請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、本席認為周委員麗芳提的意見非常好，到底要由誰來提這個計畫，以健保會立場，我覺得還是要拉高層級，由衛福部來提供這方面的相關資料，健保署就是協助，我想以這個角度來講，應該是這樣會比較符合行政組織制度裡面的規範。
- 二、另外也要特別強調，公務人員難為，我也要替我們衛福部、健保署很多公僕講一些公道話，有時候要依法行政確實很困難，在困難當中的困難，也不得不依法行政，在這個過程呷頭路，要蓋這個章、執行公權力，有時候確實有它的難處，有時候也要揣摩上意，又要考量法規面，所以說公務人員絕對不是米蟲，公務人員絕對是枵腹從公(形容不顧己身，勤於公事)，像大家開會開這麼晚，旁邊很多都是公務人員，也是很辛苦準備這個會議，會議結束還要做紀錄，確實非常辛勞，有時候也要給他們一些彈性，我們也不宜介入太深，我們要的是資料跟相關數據，我覺得這個部分確實很重要。

三、我們非常肯定西醫基層對臺灣人民各項醫療的付出，有你們在基層打拼，很多臺灣病患也不用跑到大醫院去，費時又舟車勞頓，確實也非常辛勞，在這邊也特別要感謝西醫基層在醫療方面的服務。

傅主任委員立葉

本案如果再涉入衛福部，不曉得最後資料做不做得出來、什麼時候完成？如蔡副署長淑鈴所言，這些數據健保署都可以提供，建請健保署與健保會同仁，一起將檢討分析與建議資料整理出來。也許不是非常正式的規劃報告，但可以提供一些分析和建議給委員參考。請吳委員榮達。

吳委員榮達

建議就委員的需求，先具體提出來給健保會幕僚，再由幕僚整理後，再來跟健保署協調看看，能提供多少資料或有什麼困難，再做整理。

傅主任委員立葉

吳委員榮達所提的建議很好，今年先請委員向健保會幕僚提出資料與分析需求，再由健保會幕僚請健保署協助提供資料。今年要改變比較倉促，明年可以考慮這個方向，請健保署早一點開始規劃，以納入年度工作規劃。

周執行秘書淑婉

健保會幕僚會收集各位委員在協商地區預算時，需要瞭解哪些資訊，並早點提供給健保署，如果健保署能提供就請直接提供，若需要跟部門一起討論，就討論後再提供，後續可以朝這個方向來努力。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

剛剛為什麼我會提出這個意見，除了四大總額部門之外，健保署也涵蓋跨部門的業務，要彙整的話還是應該透過本部幕僚人員，可能

會比較符合行政體制，因為除了各部門總額之外，健保署還有推動各項醫療政策，也就是其他預算，健保署也算是其中一個部門。

#### 李組長純馥

可能還是要說明一下，剛剛周執行秘書淑婉提到有跟健保署事先有協商，其實沒有跟本組溝通，我們是接到會議資料，才知道有這樣新的業務，要請健保署來協助，其實並沒有事先溝通，本署在時間上或人力上能不能配合，再去增加這樣協商項目進來，所以還是希望主席能夠予以保留，因為我們重視的是提出來的東西有沒有品質，同樣時間點要處理這麼多事務，我們擔心原來的業務上能不能承受，希望主席能夠聽到我們的聲音。

#### 傅主任委員立葉

- 一、剛才我已提出折衷的處理方式，今年工作計畫這部分先保留。今年只請委員提出需求給健保會幕僚，幕僚再請健保署協助提供相關資料和分析，希望能盡量提供委員需要的資訊，今年的工作計畫會後再配合作文字修正。
- 二、從剛剛委員的發言看來，委員認為事先的檢討分析及規劃建議很重要。委員意見請健保署參考，明年是否可以這樣做，如果可行，就正式納入明年的工作計畫。因為擔心臨時人力和時間不足，今年先採取折衷方式，請健保署盡可能提供資料，但如果有些臨時提出的需求沒有資料，也沒有辦法。今年先跨出這一步，也許就會知道委員需要什麼資料，明年可以儘早開始準備。
- 三、依本案之決定，請幕僚會後修正「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商工作計畫」相關文字後通過。
- 四、接著進行下一案「『專利期內各層級醫事服務機構藥價調查結果』專案報告」。

#### 林委員惠芳書面意見

同意依幕僚規劃草案執行，至於會議資料第 28 頁一般服務費用之

分配方式所提執行檢討與建議，其資料究竟由健保署或健保會幕僚提供，本席建議健保署與健保會幕僚合作提供，至於細部分工由 2 個單位自行處理協調，惟過去業務報告或工作報告已提供過的資訊，就不再費時處理，可由健保會幕僚提醒委員即可。

伍、「中央健康保險署『專利期內各層級醫事服務機構藥價調查結果』專案報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

健保署戴組長雪詠報告：略

傳主任委員立葉

請問各位委員對本案有無無詢問？請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、非常感謝健保署的報告，本案我已經想過很多次，也思考很久，到底應如何做結論，由你們自己選擇。因為我在上上個月已經提到，會以書面意見提出相關看法，結果健保署的回應是風馬牛不相及的回答，我真的是沒有辦法聆聽以及接受或受教，真的是不知道要怎麼回答他們。我所要的 3 家裕利、久裕、大昌華嘉資料，健保署連半句話都沒有回答，這樣是不是有規避的行為？

二、針對健保署回覆給我的書面報告，我真的是感嘆很深，以下幾點請教：

(一)說明一「藥商與醫事服務機構間之藥品交易折讓或贈送，係屬自由市場交易行為」，如果折讓贈送係屬自由市場交易行為，藥價調查的時候可以調查這部分嗎？應該是不能調查，但是現在你們都調查這些，你們東說一種話語、西又說不同話語，你們要我們怎麼做，讓人無所適從，以上是自由市場方面。再來提到「若係涉及不公平交易條件須調查相關利潤一節，建請公協會可備齊資料函送公平交易委員會或由本署代轉」，拜託，我們協會或謝武吉個人都不需要，我自己就會辦，我自己就可以做了，要怎麼做，要辦多深多淺，要辦到什麼程度，我都可以拿捏的很準，今天叫我交給公平交易委員會，是什麼意思？是以此恐嚇我嗎？這樣是太欺負我們這些委員，對委員的意見非常非常的不尊重。

- (二)再來是依照健保法第 46 條這方面，說明二中段有寫到「若將上游藥廠、中盤商等與藥商間之交易價格皆納入調查，而非以市場最終交易價格作為參考基礎調整價格，可能造成因經銷商無利潤而不販售」，針對這點，我覺得你們說一套、做一套，所以我今天無法接受。你們調查秀傳醫療體系總裁黃明和案件，是不是牽扯到本案？和本案一樣，秀傳也是經銷商，難道剛才我提到的這 3 家公司，沒有經銷商的行為嗎？資料我都準備好了，我來說明一下，久裕企業股份有限公司統一編號是 05071926，在民國 69 年 6 月 2 日成立，代表人是佳醫健康事業有限公司傅輝東、王明廷、張明正 3 位。依據我查出來的資料，和你們調查黃明和的資料，如果這 3 家公司有賣給相關企業體的時候，是不是也要照這樣調查處理？你們有這麼做嗎？其總金額是 5 億元，比黃明和秀傳醫療體系的金額還少，你們這個完全是在欺騙我們這些委員和老百姓的回答方式。
- (三)說明二後段「調整藥品價格之用，則不符健保法收集市場交易價格之目的，另，若將所蒐集之各藥商交易資料公布，亦可能涉及違反公開個別藥商之營業秘密之規定」，請教一下，你們調查黃明和秀傳醫療體系及對各醫療院所藥價調查的時候，是不是也涉及危害到公共秘密？這要不要處理？這個藥價調查，我們的署長今天也特別有說出來，藥價調查一定要這麼做，竟然署長這麼講，部屬又是這樣回答，不就是一個講東、一個講西，部屬可以不聽署長的話嗎？可以胡作非為嗎？可以要怎麼做就怎麼做嗎？署長在 4 月 24 日的報紙說得很清楚，如果不調整藥價該怎麼辦？但是你們在此所寫的，和署長的心意是完全違背的，這是我不能夠接受的重要原因。
- (四)說明三「採購量大之層級整體價差比率較低」，這種說法我會相信嗎？去找大家隨便問問，我旁邊是藥師公會理事長，他藥品買少藥價會比較便宜嗎？還是買多藥價會比較

便宜？當然是買比較多的藥價比較便宜，所以你這是顛倒是非的寫法。然後最後提到「應已能客觀回應提案之疑義」，這是什麼意思？請等一下回答，你可以回答我的疑義嗎？我現在提出的疑義已經非常多了，你還能夠回答我的疑義嗎？我今天是還客氣了一點，希望你們在這裡的回答一定要是很正面。

(五)說明四「另因醫學中心採購量及金額較大，價差金額勢必高於其他層級院所，若以價差金額呈現，可能無法客觀判斷各層級院所採購及藥品使用情形」，這句話又跟前面相反，這樣是要如何解釋？完全無法解釋，所以你們真的是睜眼說瞎話。其實藥價調查就是以前健保局江前副總經理宏哲做出來的，我還特別找他到我辦公室來請教，請問他現在藥價調查有必要改善嗎？他說有必要，有必要一定要改變，但是我在開會時提出的建議，戴組長你有沒有做，沒有嘛！你要感謝署長，署長特別拜託我講話對戴組長稍微網開一面，我今天才比較客氣，不然就會讓你好看。

三、我為什麼會提出專利期內各層級醫事服務機構的藥價調查案，還自己區分罕見疾病的藥品、癌症藥品、B 型肝炎藥品等，當時提案時 C 型肝炎口服新藥尚未給付，所以現在還要加上 C 型肝炎口服新藥。我請問一下戴組長，你們計算價差的方式，藥局竟然有 18.6% 的獲利率，你不要說藥局啦，就說我們地區醫院，也經常遇到藥商說地區醫院最多 5% 折扣，增加成本，賠了夫人又折兵，我回答說，若是 5% 折扣，我們要賠錢才有辦法照顧患者。

四、跟各位報告，我是個管理者，管理者要瞭解整體的管理方式，我們是以浮動點值加上固定點值來計算平均點值，雖然藥品是每點 1 元，但我們管理者一定不會這麼算，一定會算到合理藥價差，例如台南差不多需要 15~20% 價差，再讓健保署扣掉點值，就差不多 1 毛也沒賺；如果在地區醫院就不同了，地區醫院價差就要更高，因為固定點值少，所以平均點值會降的更

低。如果臺北區平均點值算起來是 0.92 的時候，醫學中心的平均點值大約是 0.93 左右，區域醫院約 0.90~0.91，地區醫院則是 0.88~0.89 左右。地區醫院的金額一定比區域醫院和醫學中心低，因為我們的用藥少、手術也少，所以固定點值會比較低。所以我在此要請教你最重要的一點，我也去問過了，請現在馬上回答，你是用百分比的算法嗎？

戴組長雪詠

非常謝謝委員武吉的指導，我們現在都是用百分比的算法，而且是預估。

謝委員武吉

- 一、江前副總經理宏哲告訴我，百分比算法就是不對的，我就這樣直接了當的告訴你，還有很多離開健保署的人也告訴我，不應該用百分比算法，百分比算法是欺騙所有委員，算出來好像大家獲利率都很高，應該採實際用量的算法才對，全民健康保險藥品價格調整作業辦法竟然用這樣的算法，難道不能以實際用量的算法計算出來嗎？
- 二、我上次已經特別請健保會轉告你，不要用百分比算法，結果你還是不改，今天還是依然故我，你固執到這種程度，連署長寫的文章，等於在和他唱反調，這樣做對嗎？第 1 點，你要我送公平交易委員會，辦不到，謝武吉有個人的作法、個人的行為能力，我要怎麼做我有自己的辦法；第 2 點，你有欺上瞞下之嫌；第 3 點，你所做出的資料是偽造文書。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、我們非常肯定醫界也是健保會的藍波謝委員武吉，針對藥價差議題這麼關注，這也是為台灣人民把關。冰凍三尺非一日之寒，很多問題並不是今天一時一刻有辦法釐清，身為公務人員，不得不為公務人員講話，確實這份報告謝委員看不下去，

但健保署美化數據，就是要給你看的。特別強調，西醫地區醫院藥價差偏高，但是本席質疑藥局價差比率 18.6%，請委員參閱會議資料第 33 頁，投影片第 3 張，藥局是 1 個鄉鎮好幾家藥局，藥師公會全聯會理事長古委員博仁也在座，藥局價差比率可以這麼高嗎？值得懷疑，因為藥局有時候叫藥的量非常少。

- 二、至於部立醫院、公立醫院或教學醫院，很多藥品必須透過政府採購法招標買進，都要適用採購法的規定。很多數據要做的鉅細靡遺，也難為健保署承辦單位，確實不是神仙，一時一刻要像孫悟空七十二變，變得出來也不簡單，是否給他時間做適度的調整，滿足健保會包括謝委員武吉或其他委員的疑問。我們非常關切，因為這也涉及醫藥品質、人民健康，還有經營者、管理者的成本效益，這都是非常多層面的因果因素。
- 三、在此特別為藥局發聲，藥局確實是弱勢中的弱勢，藥師公會理事長只有 1 位委員在這裡，全國藥師有那麼多人，光雲林就有幾千位。這部分確實是藥局的命脈，有時候也需要適當的藥價調查資料，來維持藥價市場的平衡機制，這是本席的意見，謝謝。

傅主任委員立葉

先請古委員博仁，再請黃委員啟嘉。

古委員博仁

- 一、這個問題我不發言好像不對，也謝謝陳委員亮良對社區藥局的關注。看到本案呈現的數據，我們藥師的心已經在淌血，假如社區藥局真的有 18.6% 的藥價差，那大家應該很滿意，但實際上大家所認知到的是，社區藥局的藥價差應該不到 5%。現在這麼高的數據，絕大部分原因，可能是門前藥局的藥價差也加到這裡面。社區藥局的藥師，看到藥價差為 18.6% 或 20.3%，是沒辦法接受的。
- 二、健保總額就這麼多，藥品費用占率約為 26%，因此大家一直都

很關注藥價差議題。其實這是制度面的問題，現在透過藥價差補貼醫療院所支付面的不足，為什麼我們不好好的來談談及解決此問題？看看如何把藥價差回歸到專業給付，讓醫師診療費等專業人員的費用提高，讓更多藥價能更為公開透明，我認為這樣也可以抑制很多浪費，很多問題真的需要好好談。

三、健保實施至今已 23 年，很多問題是長時間累積下來，該是時候來想想如何調整支付結構，若可改善，則可讓健保未來朝向永續經營，才是人民之福。也不要太苛責我們的長官，確實沒有辦法面面俱到滿足所有人，不過我仍期待由政策面好好思考藥價議題，例如中國大陸藥價差為零，先進國家像是日本則不到 5%，我國如何把藥價差回歸專業給付，並使醫界的醫療服務能調整為合理公平的給付，讓所有專業人員得到該有的給付，不是由旁門左道來增加收入，這個部分需要好好檢討。

傅主任委員立葉

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

一、正確的數據如果錯誤的引用，就會造成錯誤觀感。謝委員武吉提到，為什麼要提各層級藥價差，他一直有個理想，希望能有多元藥價。當初本案提出來的數據，就讓我嚇一跳，越低層級藥價差越高，今天再次看這個表，其實在於健保署的計算方式有問題，罕見疾病藥品在此數據中，幾乎沒有價差，但是罕見疾病藥品只有醫學中心和區域醫院在使用，自然就把這 2 個層級的整體藥價差拉低，因此這個統計本身就有錯誤。未來若要考慮多元藥價之可行性，以投影片第 3 張計算各層級藥價差的資料，應該考慮只能用「其他藥品」來計算，或是用「B 肝藥品」及「其他藥品」這 2 個來計算，如此方能呈現合理的市場概念。

二、對於藥價差這個問題來說，這是健保的經濟學，我們可以這樣講：完全沒有藥價差就是沒有市場機制。利潤歸到源頭，也就

是製造藥品的廠商會有最大利潤，因為他定價多少錢就賣多少錢。試問：這時候沒有藥價差，是最便宜？還是最貴？一定是最貴！沒有市場機制來制衡的狀況下，是由生產者得到最大利益。

三、但是，若改為透過市場機制，將利潤分配到供應鏈，包括每層的藥商到末端零售商，雖然供應鏈會拿到利潤，但是可使整體藥品價格下降，至於生產者則會覺得利潤被剝奪，但這就是經濟的理論。到末端產生藥價差，其實是因為有 3 個費用需要去支應，第 1 個是稅金，第 2 個是管理費用，第 3 是庫存損失，這必須由藥價差支應，否則無法支應這些費用。

四、就經濟學來講，有市場機制在，可以讓末端消費者或民眾，得到比較優勢的議價空間及較為便宜的藥品，健保也可逐年調降藥價，因為有市場機制，所以有此優點。但假如變成單一藥價，而沒有多元藥價及市場，這個藥價絕對是非常貴，這樣誰會最高興？當然是製藥廠最高興。

傅主任委員立葉

謝委員武吉示意還要發言，請儘量簡短。

謝委員武吉

一、主席，我可讓別人先發言。你看我雖然兇但還是很有風度，而且看事情的角度也很明智。我的意見書提到 3 家藥廠，上次健保署戴組長雪詠告訴我，你講的我們可以拿會議錄音出來聽，你告訴我說這 3 家公司是屬於物流公司，當時我說不是物流公司，我這裡都有查出他們的相關資料和營業資料，他們是西藥批發商、西藥零售商、西藥製造商，但上次你們竟然還是要向我們這些委員拗說這幾家屬於物流公司，這是非常不對的事情。既然他們是西藥代銷商、零售商、批發商，我想問一下我們的藥價調查為何不去查？為什麼你會講說，若調查他們，可能會因為沒有利潤而不想賣藥？我想請問健保署，台灣有很多藥品製造廠商直接把藥品賣給醫院的，也有經過一手直接賣到

醫院的，健保署可以去向這些公司調查藥價，那為什麼中間這段的廠商健保署不敢去碰他？你的行為能力是如何？或是基於什麼想法及作法？到底是清楚或是不明白？或是乾淨俐落？我不曉得。

- 二、健保署應該要比照目前的藥價調查方法，在進行調查時，這範圍裡面全部都得調查，不是你講的這些零零落落的東西來挑去做，是要全部去做，才是完整的藥價調查。我剛剛有舉例，以黃明和公司及佳醫集團公司來講，為什麼黃明和所開的公司就要被罰，但佳醫集團公司與其他 2 家公司，你們到現在有去查過嗎？我上次已講過佳醫集團的事，但你們連聽都不想聽、做都不想做，你們有去作為嗎？
- 三、接下來，我要求原開發廠商和代理商之間，也一定要藥價調查，這樣就是達到署長所要求的，藥價調查是屬於必要之行為，該怎麼辦，就是連這些都要去辦！這樣如果全部辦出來，健保制度內的藥價差就無所遁形。我要告訴署長，戴組長是你在管的。有人問我，我謝武吉是很清白，我現在在當醫務管理協會理事長，因為某家公司跟明基公司聯合辦理台灣醫院高峰論壇，我當醫管協會理事長，我就斷然說不跟這間公司合作，避免瓜田李下之嫌，但現在你們這種說法，我就感覺你們有瓜田李下之嫌，我懷疑，高度懷疑，不是低度懷疑，是高度懷疑喔！
- 四、所以我要求的，其實原開發廠商也要告訴過我他們跟代理商之間是有利潤的，由原開發廠商到 3 家公司之影響有多少百分比基本利潤？是否依法行政使用？為什麼你們不敢去查這段？這應該要查的。還有原開發廠商直接就賣給醫院的也有，分成 2 段，一段就是指專利期以內的藥品是自己賣，另一段也就是專利期以外的藥品，就委託裕利、久裕、大昌華嘉這 3 家公司來賣，我已經調了很多這 3 家公司的資料來看，當中有寫到：「我們的生意蓬勃發展，從 400 人增加到 600 人」這可見他們真的從健保藥價賺很多錢，有人提醒我發言差不多了，不過等

一下，我再 2 句就說完了，裕利是馬來西亞的華僑，大昌華嘉是瑞商華嘉集團，都是外國人，難道我們這些不敢去查他嗎？既然認為我們是一個國家，就應該做出我們的魄力以及行為，一定要大力的要求前端這段一定要查，不要讓署長的希望落空。

傅主任委員立葉

請葉委員宗義。

葉委員宗義

- 一、謝委員武吉在本案所提出的問題，會牽涉到我們全國商業總會的會員，也就是藥品代理商，因此我要講一下。剛剛所講的一些問題是存在的，但是問過會員，他們的說法與謝委員武吉是不太吻合的，不合之處就去查清楚就好。我們商會裡面本來就知道，也常常講藥價差問題，我直接跟會員說，這個問題若搞到稅金問題、法律上問題出來，那牽涉的風浪就會很大。可能你現在講的，他不能夠接受，但慢慢去講講看或許有可能性。
- 二、我常講公平正義，今天社區醫院在醫療體系中，沒有自己的總額預算，今天討論案第五案區域醫院也有提案，為什麼西醫基層診所有自己的總額預算，但上面的醫院層級是共同一塊，醫院內各個層級沒有個別的總額，這才是最重要，我常說這問題會涉及平衡。
- 三、另一個問題則是很多人提到的這個藥價問題，砍很多。不過除此之外，我們在醫療面仍有很多矛盾的問題，我簡單說一下，我國有宗教醫院，他們有繳稅嗎？很多醫院都要繳稅金，但宗教醫院不繳稅，可能再過不到 10 年，市場上全部都是改為宗教醫院了。我們健保會委員要往大格局來看，要去看公平正義，例如我講到西醫醫療體系中間層級沒有總額預算，還有宗教醫院的錢，其實是向人民募捐來的，但是它也沒有免除病人的掛號費。現在保值的是醫療產業，我國在全世界很有名的就是醫療體系，你把它打垮了，這樣是不對的。

四、署長很用心又想要好好改革，我沒有遇過這麼用心的署長，對於本案我不講話，因為我信任健保署的把關，做的很好，我本身也不是學醫的，相信健保署的專業。其實本案主要應該還是在於健保署跟謝委員武吉的溝通不夠，先去好好溝通再來討論。希望謝委員武吉可以諒解我說這些話，因為涉及代理商製造商等等，都是我們的會員。也是提醒，其實還有很多問題比這件事更嚴重，所以希望多少互相諒解。時間也快要下午 2 點，希望這個問題健保署再和謝委員好好再溝通，這是我的建議。

傅主任委員立葉

請問委員還有沒有其他意見？請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、我要特別提出，藥價差問題我們需要聚焦，很敬佩謝委員武吉對藥價差問題的投入，那我也聽到古委員博仁，以藥師公會理事長的立場，講到基層的聲音，對付費者來說特別感同身受；另外黃委員啟嘉談到藥價對整個健保制度的影響，也剖析的很清楚。我想藥價差，真的是對台灣人民來講，我們用正面思維來看，不僅是對台灣健保費用支出很有影響，也關係到台灣人民的健康，因為一分錢一分貨，我們也不希望藥價太賤賣，民眾還是希望要能買到好的藥品。
- 二、藥價差裡面到底隱藏了什麼因素，這裡面臥虎藏龍，對於整個健保制度來講，確實需要再給健保署一些時間，針對這個藥價差的問題好好的來瞭解或研究，來滿足謝委員武吉或多數健保會委員的期盼，希望能為台灣人民的藥品品質把關，不希望在那種情境下誤殺國人，整個藥價的穩定是需要的，最後提出這個看法。

傅主任委員立葉

本項報告案進行到此，委員所提意見請健保署參考，未來藥價調查，請多諮詢委員的意見，特別是謝委員武吉的意見。剛剛委員的

提問，若有資料，請健保署於會後提供委員參考。請干委員文男。

干委員文男

- 一、這個問題請大家不要視而不見，葉委員宗義及謝委員武吉都說很多了，我們的藥價占總額的四分之一，若 1 年總額是 7 千億元，藥價則有 1,750 億元，這麼高的藥價，利潤高低卻無法節制，在國際上是鬧笑話，若一定要有藥價差，請問容許度多少？以前說 25%，現在分析出來沒有 25%，請問健保開辦時是多少？現在已經超過 1,800 億元的總值，大家容許這樣胡亂漲嗎？砍了有無成果？不砍漲的更快，用四分之一的費用真的太多，要如何節制？請不要開那麼多藥，不該用的還是不要用，吃到腎臟都壞了。
- 二、臺灣的腎病在國際上不是第 1 名，就是第 2 名，陳委員亮良都認為我國醫療品質是第 1 名，現在已退至 45 名(Lancet 期刊公布全球健康照護可近性與品質我國評比結果為第 45 名)。不要任其漲價，要有節制，請公部門拿出辦法，健保署的機制很多，李署長伯璋上任至今已提出 6、7 個機制，有機會請說明成果，讓我們知道。
- 三、葉委員宗義是生意人，可以容許這樣疊床架屋下去，但是死的是這些消費者，GDP(Gross Domestic Product, 國內生產毛額)高是有高收入的人，一般人現在付不起，你們一直說漲沒關係，拜託大家節制一下。

謝委員武吉

我剛剛問很多，我希望健保署這邊先。

傅主任委員立葉

您是希望健保署先回應嗎？

謝委員武吉

是。

傅主任委員立葉

本來是請健保署若有資料會後提供給委員參考，不過謝委員武吉希

望健保署現場回應，就請健保署簡要回應。

戴組長雪詠

- 一、謝謝各位委員的指導，有關藥價調查及藥價差事件，李署長伯璋指示的政策很明確，希望從前端讓醫師減少重複用藥與合理用藥之下，讓藥費不要超過 DET(Drug Expenditure Target，藥品費用分配比率目標制)總額，這樣就不需要作藥價調查與調整，這是最上位的政策。剛剛有委員提問為何不是用藥價差絕對金額，而是用藥價差比率，因為藥價調查是用發票去調查，即醫療機構或廠商是用價格與數量提報，數量可能是用在健保病人、自費或庫存，所以藥價差進至醫院的金額，藥價調查無法知道，所以只能用比率方式呈現，這是預估值，因為在診所和藥局的調查對象也不是全面。
- 二、我們無法回答謝委員武吉提到這 3 家藥商的狀況，因為他們除了是最下層的藥商身份外，也是上游及中游的藥商，即本身是藥商、物流公司，也提供藥物給醫療機構，所以也是最後一線的藥商，所以有 3 種身份，若要知道他們在中游與上游藥商的賣價，這不在我們藥價調查的範圍內。
- 三、剛剛提到診所與藥局關切藥價差那麼少，加權後變高的部分，因為 4 個分類裡，其他類的價差比率最高，若診所、藥局採購其他類藥品，加權後藥價差比率會變高。剛剛委員關切各層級醫療機構的藥價差金額、比率是多少？每個醫療機構照顧的病人疾病別、用藥種類不同，每種用藥種類價差金額就不一樣，無法完整呈現。

謝委員武吉

- 一、戴組長雪詠的回答，我還是不能夠接受，我這裡的資料很齊全，剛才已經唸過了，大昌華嘉 F108021 是西藥批發業，F208021 是西藥零售業，久裕 F108021 也是西藥批發業，F208021 也是西藥零售業，你竟然說你不能調查，你們也沒資格調查，我相信李署長伯璋也不希望聽到這些話，我參加監理

會、費協會至健保會 10、20 年來，我認為李署長是最盡責的署長，我很尊重他的意見，但是我希望我們當屬下的也要尊重署長嘔心瀝血寫出來的文章，你也該把它當成文章在看啊，結果你好像是沒有把那些當成文章在看，這是不對的方針及方向，這是很重要一環，所以這個案子我還是不能夠結。我這個提案已經 1 年多了，換到你已是第 3 個組長，副組長可能跑掉 4 個了，這可能就能代表問題的嚴重性在哪裡，再搞下去就難看了，我再提示警告一下。

- 二、對於藥品的研擬會議，每件藥品應該都要有成本分析，但是若被降價降至最低，藥廠不想賣要退出台灣市場的時候，或者藥廠都不做的時候，重新申請要調升藥價，健保署戴組長雪詠你們就要請他們做成本分析，其中管銷費用 15%、25%到 35%都不一定，但是管銷費用就是要有一定比率，每個新產品要有這個成本分析的資料，要有 HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)，這樣健保署跟廠商才能算出來。
- 三、我感覺署長是堅持一定要有藥價調查，我也認為一定是要有藥價調查的機制，但是要算到 1 個原則，MGO(Magnesium Oxide，氧化鎂，醫學上做為軟便劑)1,000 顆從 390 元降至 380 元，拿麵粉做都不夠，葉委員宗義拜託請您回去說一下，應該要給醫院管銷費用，為什麼可以砍到廠商要退出，完全沒有管銷費用，管銷費用灌在藥劑師調劑費用裡面是不對的，應該另外列出實際的管銷費用，藥庫裡面的水電費、場地費、設備費、人員費，還要有 2 台冷氣，若 1 台停，另 1 台要馬上啟動，再來冰箱還要有溫度計，且若屬於疫苗等重要藥品，又有另外的冰箱處理，所以這本藥價調查要重新修正，將不對的地方改過來。
- 四、健保局江前經理宏哲，現在他是在中國醫藥大學當副校長，他也告訴我，這本藥價調查要改正，不能再繼續下去了，因為會危害到廠商、危害到醫院無法生存，買不到藥，結果用急買的東西，像 100 萬單位的 penicillin(青黴素)降至 6.7 元，急買是

120 元，議價後用 82 元向國外買，結果還是不賣，最後還是買了 120 元。2,400 萬單位的青黴素也是降到沒人要做，到最後急買是 830 元，人家才要賣。所以為何要做到這樣呢？做到這樣簡直是直接消滅臺灣廠商，間接在圖利外國廠商，所以我要拜託署長要給醫療院所管銷費用，不能設在藥事服務費裡，藥事服務費才一點點而已。我在評鑑時，曾看到 1 家醫院 1 天才看 6 個患者，所以我認為要有這個機制存在，所以這本要重新修正。(謝委員武吉會後書面補充：藥價調查應加以修正，其中包含管銷費用，應達到合理性，而原廠與代理商中間存在的藥價黑洞，健保署應於近期就查這些藥廠及代理商之利潤、價差，對百姓才有合理的交代。)

葉委員宗義

我提議散會，藥品的問題很複雜，為什麼藥物共擬會議要有工商業界代表參加，因為這牽涉到很多問題，例如稅金等，需要從長計議，請溝通好再來報告。

傅主任委員立葉

李署長伯璋要回應嗎？

李署長伯璋

不用。

傅主任委員立葉

- 一、本案就討論到此，因為時間關係，李署長伯璋後面還有行程，委員對於藥價調查的意見，請健保署參考，將來進行藥價調查與數據統計等，可以參考委員及專家的意見。
- 二、剛剛葉委員宗義建議散會，現在離預計會議結束時間只剩 10 分鐘，若大家同意，今天會議就進行到這裡。報告事項「107 年全民健保業務執行季報告」保留至下次會議報告，因為是口頭報告，下次也是放在討論案之前，所有討論事項保留至下次會議討論。

謝委員武吉

這個案是繼續追蹤或不繼續追蹤？

傅主任委員立葉

請問要追蹤什麼？因為這是報告案。

謝委員武吉

前段可以解除，但後段我要繼續追蹤。

傅主任委員立葉

請問謝委員比較希望追蹤什麼？

謝委員武吉

可以追蹤的太多了，我剛才的問題太多了，為什麼不能繼續追蹤？

傅主任委員立葉

請幕僚整理可以追蹤的具體建議。

謝委員武吉

所以還是繼續追蹤嗎？

傅主任委員立葉

繼續追蹤。本次會議進行到此，謝謝大家，散會。

謝委員武吉會後書面意見

全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議之參與成員，如委員、幕僚、報告藥品療效之醫師，皆應有迴避原則，以免造成圖利之嫌。

有關貴署提送本會107年4月份(107年4月27日)備查之「108年度全民健康保險基金附屬單位預算」，請補充說明事項如下：

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振</p> <p>一、關於會議資料第143頁項次二(一)、1、③「投保金額」提及，第2類第1目被保險人投保金額申報下限及第3類被保險人投保金額，自107年1月1日起，由22,800元調整為24,000元。請問本會107年第1次委員會議(107.1.26)決議：「委員建議採方案三『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』，請將本會建議陳報衛生福利部作為研修職業工會會員健保投保金額申報下限之參考」，將於何時開始實施？是否應據此修改投保金額估計數？</p> <p>二、同上項會議資料第143頁項次二(一)、1、③「投保金額」部分，假設第4、5類及第6類定額保險費為1,759元及1,249元。經查前項定額保險費自101年起即維持此定額不變，故去年有多位委員對此提出質疑，現編製108年預算仍未見調整，請問原因？</p>	<p>(一)有關【職業工會會員健保投保金額申報下限之規定與檢討案，建議採行「隨職業工會會員排除適用下限者之月平均投保金額成長率調整」方案】，因涉全民健康保險法施行細則第46條第1項第5款修正，權責單位為衛生福利部(社會保險司)，實施日期及後續相關作業，本署將配合衛福部政策指示辦理。</p> <p>(二)108年度預算該2類投保金額，暫依現行公告之自107年1月1日起，由22,800元調整為24,000元金額估算編列。爾後年度預算，將依修法結果據以估算編列。</p> <p>108年度保險人應公告事項尚在評估中，爰暫依現行公告金額編列。</p>

委員意見	健保署說明
<p>三、會議資料第 144 頁項次(一)、3、(1)提及，108 年度「總額」係依據 107 年度總額以成長率 4.711% 推估。惟今年 4 月 9 日參加衛福部「108 年全民健保醫療給付費用總額範圍(草案)擬訂方向」付費者座談會之會議資料第 30 頁顯示，醫界提出 108 年總額成長率上限為 4.391%。歷年探討健保財務收支時，都會論及健保財務收支結構失衡問題，此處是否應採用較接近事實之 4.391% 為推估成長率，以避免收支結構失衡被放大。</p>	<p>依據 108 年度中央政府總預算附屬單位預算-非營業部分編製日程表，預算書表應於本(107)年 3 月 16 日前送主管機關審核，考量貴會協定醫療給付費用總額時程晚於中央政府總預算附屬單位預算編製期程，爰本署循例按最近一年度(即 107 年度)實際協定醫療給付費用總額加計 107 年度成長率 4.711% 推估 108 年度醫療給付費用總額，據以估算編列 108 年度「保險給付」，惟該科目屆時仍將按 108 年度實際協定醫療給付費用總額及成長率執行，其實際執行數依附屬單位預算執行要點第 21 點規定，配合業務增減需要得併年度決算辦理。</p>
<p>四、有關會議資料第 148 頁項次肆「104~107 年度保險收支項目比較表」，請問：</p> <p>(一)104 年保險收支餘絀之「費率審議推估數(b)」與「決算數(c)」相差 670 億元之原因。</p> <p>(二)107 年保險收支餘絀之「預算數(a)」與「費率審議推估數(b)」相差 293 億元之原因。</p>	<p>(一)104 年度保險收支賸餘，「費率審議推估數」較「決算數」減少 670 億元，主要係因政府應負擔健保總經費法定下限不足數，104 年費率審議時採計主計總處計算方法推估，而 104 年度決算數係依行政院協商結論之核算原則重新計算，補列 102-103 年度差額所致。</p> <p>(二)107 年度保險收支短絀，「費率審議推估數」較「預算數」減少 293 億元，主要係因預算編列時點於 106 年 3 月，未及納入 107 年基本工資調整為 22,000 元、第 2 類最低投保金額及第 3 類投保金</p>

委員意見	健保署說明
<p>五、會議資料第 156 頁附表七「108 年底安全準備餘額推估表」提及，依據最新預估 107 年保險收支，108 年底安全準備餘額為 1,593.52 億元，惟附表一至附表六之 107 年收支數據仍以預算書金額呈現，是否應採用 107 年最新預估數，以求資料之一致與可比較性。</p> <p>六、請分別提供下列計算基礎之「105 年至 108 年政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數」金額：</p> <p>(一)依健保署現行計算方式</p> <p>(二)依本會 107 年 4 月 16 日會前討論會所提法令遵循(依健保法第 3 條規定採支出面公式、依同法第 76 條第 1 項規定本保險每年度收支之結餘不得帶負數)</p> <p>(三)同時採上項法遵概念，且法定收入只包括菸捐分配收入、公益彩券盈餘分配收入、運動彩券盈餘分配收入。</p> <p>另請列示 108 年度該項金額計算過程。</p>	<p>額調整為 24,000 元、軍公教人員調薪 3% 之財務影響，及補充保險費係依 106 年度預估數推估、醫療給付費用總額暫依 5% 成長編列所致。</p> <p>本署於爾後年度預算書表送貴會備查時，將配合提供上年度預算推估數相關明細資料，俾供貴會研擬分析報告參考。</p> <p>「105 年至 108 年政府應負擔健保總經費法定下限不足數」計算說明如附表。</p>

**105年至108年政府應負擔健康保險總經費法定下限不足數計算說明**  
(健保署)

單位：億元

年度 計算項目	105年		106年		107年		108年	
	保費分攤原則 <sup>註1</sup> =(A+B)/64%*36%	支出原則 =(C+D-E)*36%						
保險對象負擔A	1,945		1,976		2,024		2,047	
民營雇主負擔B	1,616		1,692		1,760		1,801	
保險給付支出C	-	5,683	-	5,991	-	6,318	-	6,667
應提列或增列安全準備D <sup>註2</sup>	-	70	-	-88	-	-251	-	-542
其他法定收入E <sup>註3</sup>	-	189	-	173	-	154	-	112
<b>政府應負擔健康保險總經費F</b>	<b>2,003</b>		<b>2,063</b>		<b>2,129</b>		<b>2,165</b>	
政府已負擔一般保險費	1,463		1,459		1,486		1,483	
政府已負擔補充保險費	40		44		46		47	
中央政府已實質負擔保險費	70		71		72		73	
<b>政府已負擔保險費G</b>	<b>1,573</b>		<b>1,573</b>		<b>1,605</b>		<b>1,603</b>	
<b>政府應負擔健康保險總經費法定下限36%不足數H=F-G</b>	<b>430</b>		<b>490</b>		<b>524</b>		<b>562</b>	

製表日期：107/04/23

- 備註：1、健保法第3、17條規定，保險經費扣除其他法定收入後由三方分攤之，政府負擔其中之36%，因此由保險對象及民營雇主負擔之64%，反推計算總保險費及政府應負擔健康保險總經費。  
 2、以保費分攤原則計算所得之實際營運值計入應提列或增列安全準備。  
 3、依健保法第17條規定，其他法定收入為保險經費扣除三方分攤保險費後之金額，計列項目包含滯納金、公益彩券盈餘分配收入(含運彩)、菸品健康福利捐分配收入、呆帳提列、投資淨收益及其他(呆帳轉銷後收回金額、未兌現支票轉入數、保險費小額溢繳數等)。  
 4、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

**105年至108年政府應負擔健保總經費法定下限不足數計算說明**  
**(依108年度健保基金附屬單位預算備查案之李永振委員意見，提供不同計算基礎計算供參)**

單位：億元

年度 計算項目	105年		106年		107年		108年	
	計算基礎一 保險收支結餘 不得為負數	計算基礎二 同左但法定 收入僅3項 收入僅3項	計算基礎一 保險收支結餘 不得為負數	計算基礎二 同左但法定 收入僅3項 收入僅3項	計算基礎一 保險收支結餘 不得為負數	計算基礎二 同左但法定 收入僅3項 收入僅3項	計算基礎一 保險收支結餘 不得為負數	計算基礎二 同左但法定 收入僅3項 收入僅3項
保險經費 <sup>註1</sup> A=B+C	5,879	6,179	6,179	6,179	6,479	6,479	6,809	6,809
保險給付支出B	5,683	5,991	5,991	5,991	6,318	6,318	6,667	6,667
應提列或增列之安全準備 C=C1+C2+C3+C4+C5	195	188	188	188	161	161	142	142
保險收支結餘(短絀) <sup>註2</sup> C1	0	0	0	0	0	0	0	0
滯納金C2	3	4	4	4	3	3	4	4
安全準備運用收益C3	7	8	8	8	8	8	11	11
菸品健康福利捐分配收入C4	172	162	162	162	135	135	115	115
公益彩券盈餘分配收入(含運彩)C5	13	14	14	14	14	14	13	13
法定收入 <sup>註3</sup> D	189	185	173	176	154	149	112	128
政府已負擔保險費E	1,573	1,573	1,573	1,573	1,605	1,605	1,603	1,603
政府應負擔健保總經費法定下限36% 不足數F=(A-D)*36%-E	475	476	589	588	672	674	808	802

製表日期：107/04/23

備註：1、依健保法第2條第1項第5款規定，保險經費指保險給付支出及應提列或增列之安全準備。

2、保險收支結餘(短絀)，依健保會107年4月16日會前討論會李永振委員所提簡報第10頁，保險收支結餘為安全準備來源扣除滯納金、安全準備運用收益、菸品健康福利捐分配收入及公益彩券盈餘分配收入(含運彩)等4項計算，亦即保險費收入、營運資金投資擴餘、雜項業務收入及其他業務外收入之合計數，扣除保險給付、營運資金投資損失、利息費用、呆帳、業務費用及其他業務外費用合計數之差額，惟不得為負數。

3、計算基礎一之法定收入，包含滯納金、公益彩券盈餘分配收入(含運彩)、菸品健康福利捐分配收入、呆帳提列、投資淨收益及其他(呆帳轉銷後收回金額、未兌現支票轉入數、保險費小額溢繳數等)；計算基礎二之法定收入，包括菸品健康福利捐分配收入、公益彩券盈餘分配收入(含運彩)。

4、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

## 【107.4.16 討論會議】

# 106 年度健保基金附屬單位決算備查案 不予備查之關鍵說明

李永振委員  
107.04.27

## 一、問題點 (107.4.16 討論會議)

### (一)政府應負擔健保經費36%之尚不足數

- 105年度→待補 45億元 (如本投影片P6 說明)
- 106年度→待補 99億元 (如本投影片P6 說明)

### (二) 105.12.23 修訂健保施行細則第45條

→牴觸本法第27條，且逾越母法授權範圍。

## 二、政府應負擔健保經費36%之公式

### (一)正解：

- 支出面公式

- 遵循本法第2、3條規定

→政府負擔健保經費  $\geq 36\% \times [(\text{保險給付支出} + \text{應提列安全準備}) - \text{法定收入}]$

(法遵如P3)

(說明如P5)

### (二)曲解：

- 收入面公式

- 無法源依據、誤解本法第17條

→政府負擔健保經費  $= (\text{保險對象負擔} + \text{民營雇主負擔}) \div 64\% \times 36\%$

P 2

## 三、「應提列安全準備」之法源

本法第76條明訂

**應**提列安全準備，其來源如下：

- 1.本保險每年度收支之結餘。(「非餘絀」、 $\geq 0$ )
- 2.本保險之滯納金。
- 3.本保險安全準備所運用之收益。
- 4.政府已開徵之菸、酒健康福利捐。
- 5.依其他法令規定之收入。

P 3

## 〔應提列安全準備之說明〕

(摘錄：107年04月健保會會議資料\_第141頁)

表二、安全準備項目比較表

來源及去路項目	106年度決算數(a)	105年度 審定決算數(b)
安全準備來源	187.56億 → 0	18,557,249,998 ← 195.25億
滯納金收入	352,224,536	338,660,394
運用收益	840,362,689	659,217,371
公益彩券分配收入	1,396,815,791	1,344,076,380
菸品健康福利捐分配收入	16,166,736,323	17,183,758,637
保險收支結餘(上述各項以外) (應 ≥ 0)	-18,756,139,339	-968,462,784
安全準備去路	8,810,525,503	0

應提列安全準備 流入187億元 + 收回安全準備 88億元 → 流出275億元(前後差距)

P 4

## 四、「法定收入」計算差異

單位：億元

項目	102年	103年	104年	105年	106年	102-106年
目前法定收入(依健保署計算) (A)	259.0	247.0	229.0	189.0	173.0	
法定收入改列三項 (公益彩、運彩券盈餘分配、菸品健康福利捐) (B)	265.9	245.3	226.2	185.3	175.6	
差異 (C=B-A)	6.9	-1.7	-2.8	-3.7	2.6	
影響政府負擔健保經費 36%之不足數 (= Cx36%)	2.5	-0.6	-1.0	-1.3	0.9	0.5

P 5

## 五、試算表 (政府應負擔健保經費36%之不足數)

單位: 億元

項目	105 年度	106 年度
保險給付支出 A	5684	5991
應提列或增列安全準備 B	195	188
法定收入 C	189	173
政府應負擔健保總經費 $D=36\% \times (A+B-C)$	2048	2162
政府已負擔保險費 E	1573	1573
政府應負擔健保經費法定下限 36%不足數 $F=D-E$	475	589
依健保署計算政府應負擔健保經費法定下限 36%不足數 G	430	490
差異 $F-G$ (政府待補)	45	99

P 6

## 六、請回歸原施行細則第45條條文

(一) 肯定修法程序(105.12.23修訂健保施行細則)

(二) 無法源依據

- 等同將該7項之保險對象視為免繳保費
- 牴觸本法第27條，且逾越母法授權範圍。

註：該7項特定補助對象之保險費，仍須由各相關主管機關編列預算，代其繳納應自付之保費，法律並未明文免除其繳納保費之義務。

P 7

## 七、結語

### (一)敬請政府落實法遵

- 依本法第2、3、76條承擔健保財務責任
- 確實撥補負擔36%不足數(105年45億、106年99億)

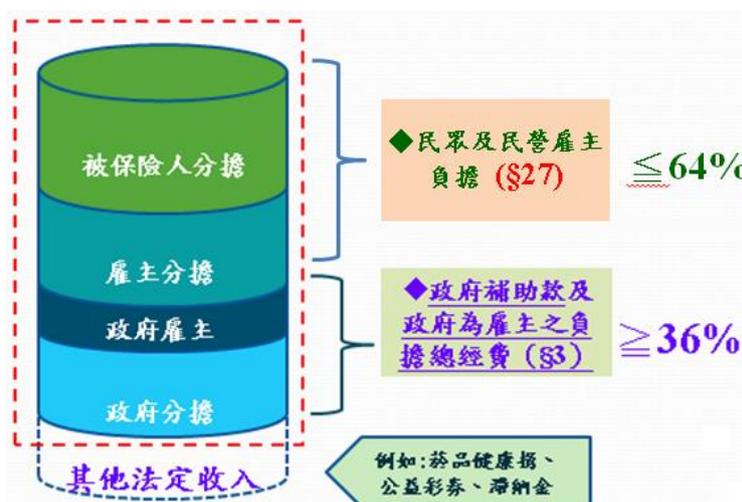
### (二)逾越母法、不當增修施行細則第45條

- 真實內涵「減少政府應負擔健保法定經費」
- 健保法規之解釋權…實際掌握在衛生福利部！

P 8

## 七、結語 (續)

### (三)立法俱足：政府負擔健保經費，可以超過36%！



P 9



## 本署近期重點工作(補充)

### 一、辦理「世界衛生日 健康大步走」健走活動

- (一) 本署於107年4月7日在臺北市大安森林公園舉辦「世界衛生日 健康大步走」健走活動，與民眾一同為健康而走，活動當天衛福部陳時中部長、外交部吳志中政務次長、臺北市柯文哲市長、立法院邱泰源委員、林靜儀委員、陳曼麗委員等貴賓參加健走。
- (二) 會場周邊設有活動攤位，參與民眾熱烈踴躍，人數約達2千人，當天計有中國時報、聯合報、蘋果日報等數十家媒體報導，圓滿成功。

### 二、二代健保卡計畫報院審議進度

- (一) 二代健保卡案業於107年4月10日(星期二)假國家發展委員會召開審議會，由陳主任委員美伶主持，會上主席裁示結論：健保卡改革可朝行動軟憑證方向發展。
- (二) 本署將配合行政院政策方向，針對健保卡改革朝行動軟憑證方式研議可行性方案辦理。

### 三、其餘工作重點摘錄如下：

- (一) 檢討醫療審查管理機制，考量審查必須全面建置懲罰機制，才具嚇阻功用，其中懲罰費用擬修法回歸總額或基金。
- (二) 開發「藥品療效不平等通報功能」系統，預計5月將邀請食藥署共同召開記者會。
- (三) 全面檢討藥品核價機制，從廠商交付文件、專家會議、共擬會議等檢討及檢視藥價調整公式。
- (四) 預計5月召開「以雲端醫療為根基，邁向AI健保」論壇，並朝讓健保大數據能利於台灣各界對精準醫療產業發展之方向規劃。
- (五) 建構各醫院及診所HIS有重複用藥及重複檢驗之提醒功能。

## 107年4月20日召開「慢性病連續處方箋恢復計收藥品部分負擔」之 與會發言重點摘要

- 一、本署邀請健保會付費者代表、消基會、醫改會、醫師公會、醫院協會及藥師公會等單位(醫界代表、健保會委員、民間團體)
- 二、有發言者代表中，5位同意、11位不同意慢性病連續處方箋恢復計收藥品部分負擔
- 三、同意理由：
  - (1) 使用者付費符合公平性原則。
  - (2) 適度分攤健保財務責任，讓民眾珍惜健保資源，增加醫病溝通並確認用藥必要性。
  - (3) 民眾繳交藥品部分負擔，健保減少支出，有穩定健保基金效果，應以健保或國家整體考量。
  - (4) 恢復收取藥品部分負擔，除民眾審視用藥的必要性外，其附帶效應包括減少廢棄藥物對環境的汙染等。
  - (5) 目前健保對於低收入戶、重大傷病、持身心障礙證明就醫..等，已有免部分負擔的機制，減少對弱勢者的影響。
- 四、不同意理由：
  - (1) 恢復收取藥品部分負擔時機不對，目前物價上漲民眾收入未增加，對弱勢或收入低民眾影響較大。
  - (2) 不應以少數民眾藥品浪費，懲罰持慢性病連續處方箋患者，尤其是規則服藥者。

- (3) 恢復收取部分負擔理由不充分，例如收取部分負擔不一定減少藥品浪費、藥品浪費不等於慢連箋浪費。
- (4) 要落實雲端藥歷、高診次藥事輔導整合計畫等減少藥物浪費之措施，有具體成效後再行討論。
- (5) 恢復計收藥品部分負擔，可能導致民眾就醫次數增加、診察費繼而增加，健保支出不見得減少。
- (6) 確定浪費的源頭(例如醫師開藥妥適性、民眾用藥行為)，針對原因提出解決措施後再行討論。
- (7) 應提出恢復計收藥品部分負擔所節省的費用，將如何應用。

#### 五、與會人員建議事項

- (1) 慢性病連續處方箋的設計可更有彈性，例如一次領取 90 天。
- (2) 除目前已經執行的雲端藥歷、高診次藥事輔導整合計畫等管理措施外，對於異常申報情形，應進行檔案分析，依申報樣態予以輔導改善，建立不予支付指標。
- (3) 建議建立部分負擔儲金制。
- (4) 強化民眾教育、宣導、正確使用藥品及自我健康管理。
- (5) 以實證或系統性科學分析，例如病人就醫經驗調查，瞭解台灣民眾用藥浪費的情形。

六、上述相關意見，本署將補充說明並提供 107 年 4 月 27 日健保會委員會參考。

**107 年 4 月 20 日本署召開「慢性病連續處方箋恢復計收藥品部分負擔」  
溝通會議各界意見之說明**

**一、不同意慢連箋恢復計收藥品部分負擔之意見**

內容	健保署回應說明/澄清
<p>一、恢復收取藥品部分負擔時機不對，目前物價上漲民眾收入未增加，對弱勢或收入低民眾影響較大。</p>	<p>全民健康保險法或權責機關相關法規已對弱勢及低收入戶免除或補助部分負擔，相關規範如下：</p> <p>一、健保法第 48 條：重大傷病、分娩、山地離島地區就醫之保險對象，慢連箋件數約 1,700 萬件，約占慢連箋件數 27%。</p> <p>二、健保法第 49 條及同法施行細則第 63 條第 2 項：低收入戶(經轉診)、榮民(眷)家戶代表就醫部分負擔費用，由中央社政主管機關(社救司)及行政院國軍退除役官兵輔導委員會，定期撥付補助。亦即由相關主管機關補助。慢連箋件數約 216 萬件，約占慢連箋件數 3%。</p> <p>三、其他中央各級機關補助業管對象之部分負擔費用，包括：</p> <p>(一)3 歲以下兒童(社家署)</p> <p>(二)列管結核病患至指定醫院就醫(疾管署)</p> <p>(三)多氯聯苯中毒的油症患者(國健署)</p> <p>(四)替代役男(役政署)</p> <p>(五)因職災傷病就醫(勞保局)</p> <p>(六)領有身心障礙證明者之各層級院所門診一律 50 元、百歲人瑞免部分負擔</p>

內容	健保署回應說明/澄清
<p>二、不應以少數民眾藥品浪費，懲罰持慢性病連續處方箋患者，尤其是規則服藥者。</p>	<p>一、健保基本精神，強調「全民共享，平等就醫」，即確保每位保險對象就醫可獲得所需的醫療診治及藥物，並依全民健康保險法規定支付應自行負擔費用。</p> <p>二、慢連箋恢復計收藥品部分負擔，即回歸所有病患接受診治及用藥並收取部分負擔，共同善用有限醫療資源，而不區分一般處方箋或慢性病連續處方箋。</p>
<p>三、恢復收取部分負擔理由不充分，例如收取部分負擔不一定減少藥品浪費、藥品浪費不等於慢連箋浪費。</p>	<p>一、社會保險制度中，民眾收取部分負擔的目的主要為提高有限資源的成本意識，本次慢連箋恢復收取部分負擔，除珍惜醫療資源，主要是落實公平性原則。</p> <p>二、部分負擔的意義，是病人就診時須自付部分費用，藉以提高民眾對有限醫療資源的成本意識，強化民眾個人責任。</p> <p>三、減少藥品資源的浪費，相關措施如下：</p> <p>(一)醫院端：積極推動健保醫療資訊雲端查詢系統、異常案件的檔案分析及管控，避免病患重覆用藥及確保用藥安全。</p> <p>(二)病人端：善用家庭醫師及社區醫療、正確就醫、加強自我健康管理、使用健康存摺、多與醫師溝通。</p> <p>(三)健保署：推動醫院以病人為中心門診整合照護計畫、全民健康保險</p>

內容	健保署回應說明/澄清
	<p>高診次者藥事照護計畫、全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫等，亦即透過獎勵誘因，鼓勵醫療院所對於多重醫療需求病患提供整合式照護服務，避免因重複及不當用藥、重複檢驗檢查或處置等，以善用健保有限資源避免浪費。</p>
<p>四、要落實雲端藥歷、高診次藥事輔導整合計畫等減少藥物浪費之措施，有具體成效後再行討論。</p>	<p>有關健保醫療資訊雲端查詢系統、全民健康保險高診次者藥事照護計畫及醫院以病人為中心門診整合照護計畫之執行情形，說明如下：</p> <p>一、健保醫療資訊雲端查詢系統：</p> <p>(一)為提升病人用藥安全及品質，本署 102 年 7 月建置健保雲端藥歷系統，於 107 年 1 月發展醫療影像上傳及調閱查詢之互享機制，提供使用者查詢 CT、MRI 等 36 項醫療檢查影像。</p> <p>(二)106 年共計 24,478 家院所、62,796 位醫事人員使用本系統查詢（使用率：醫院 100%、西醫診所 95%、中醫診所 72%、牙醫診所 86%、藥局 93%）；82.4% 的病人在就醫或領藥時，醫事人員有查詢本系統，平均每月約有 2.8 千萬查詢人次。</p> <p>(三)醫事人員利用本系統查詢病人跨院所處方紀錄，使得高血壓、高血脂、糖</p>

內容	健保署回應說明/澄清
	<p>尿病、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜類用藥等六類慢性病藥品重複處方的日數逐年降低，推估近 3 年節省 3 億元藥費支出。</p> <p>二、全民健康保險高診次者藥事照護計畫：</p> <p>(一)針對門診高利用保險對象中需輔導建立正確服用藥物觀念者，安排藥師進行居家訪視，藉由藥師的介入，導正病人用藥觀念，提升用藥安全。</p> <p>(二)106 年門診就醫次數較 105 年下降 19.8%、106 年門診醫療費用較 105 年節省 0.35 億元。</p> <p>(三)另於 107 年計畫監測指標，新增藥品品項數下降 15%、降低個案餘藥品項數及藥師協助照護個案將藥品整理成 7 日藥盒之比率達 30%，以期減少藥物浪費。</p> <p>三、醫院以病人為中心門診整合照護計畫：</p> <p>(一)提供多重慢性病人適切、效率、良好品質的醫療服務，避免重複、不當治療用藥或處置。</p> <p>(二)106 年計有 189 家醫院參加計畫，照護人數約為 52 萬人。</p> <p>(三)106 年度全年照護對象，每人每月門診次數下降 4.2%，門診費用及用藥品項數分別上升 0.2%及 2.7%，三高用藥日數重複率均為下降，降血脂、降</p>

內容	健保署回應說明/澄清
	<p>血壓、降血糖用藥日數重複率分別下降 38.7%、24.9% 及 34.3%。</p>
<p>五、恢復計收藥品部分負擔，可能導致民眾就醫次數增加、診察費繼而增加，健保支出不見得減少。</p>	<p>一、健保開辦初期，考量病患對於慢性病防治概念薄弱及服藥順從性不足、欠缺自我健康管理並配合醫藥分業政策。20 年來隨著社會環境改變，在醫界團體、民間團體及衛生福利部共同努力下，慢性病患自我照護、認知及行為改變，均大幅提升。</p> <p>二、慢連箋計收藥品部分負擔對民眾就醫行為的可能影響：</p> <p>(一)民眾審視用藥情形並與醫師討論減少不必要的藥品開立。</p> <p>(二)經與醫師討論後，對於不需要開立慢連箋處方的情況改以一般處方，民眾部分負擔較少且不拿不必要的藥。</p> <p>(三)假如，病情穩定須使用慢連箋的病患，改領一般處方箋，反而造成民眾增加支出，除藥品部分負擔外，每次就醫還須繳交門診基本部分負擔及掛號費，民眾的負擔反而增加。</p> <p>三、慢連箋計收藥品部分負擔可能的附帶效益：</p> <p>(一)引導民眾關心個人用藥情形及用藥安全，減少不必要用藥，藥品支出減少，對有限的健保資源稍有挹注。</p> <p>(二)減少藥物丟棄或屯積，避免藥物廢棄物</p>

內容	健保署回應說明/澄清
	對環境所產生的影響，進而促進民眾健康。
六、確定浪費的源頭(例如醫師開藥妥適性、民眾用藥行為)，針對原因提出解決措施後再行討論。	<p>減少藥品資源的浪費，須各界共同努力，持續推動相關措施如下：</p> <p>一、醫院端：推動健保醫療資訊雲端查詢系統、異常案件的檔案分析及管控，避免病患重覆用藥及確保用藥安全。</p> <p>二、病人端：善用家庭醫師及社區醫療、正確就醫、加強自我健康管理、使用健康存摺、多與醫師溝通。</p> <p>三、健保署：推動醫院以病人為中心門診整合照護計畫、全民健康保險高診次者藥事照護計畫、全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫等，亦即透過獎勵誘因，鼓勵醫療院所對於多重醫療需求病患提供整合式照護服務，避免因重複及不當用藥、重複檢驗檢查或處置等，以善用健保有限資源避免浪費。</p>
七、應提出恢復計收藥品部分負擔所節省的费用，將如何應用。	因實施總額制度，年度總額協定金額已包含部分負擔，爰部分負擔之增減不影響年度總額金額，增加之部分負擔金額將回到健保基金，供以後年度使用。

## 二、相關建議事項

內容	健保署回應說明
<p>一、慢性病連續處方箋的設計可更有彈性，例如一次領取 90 天。</p>	<p>一、依全民健康保險醫療辦法規定，開立慢性病連續處方箋(開藥 28 天以上)，給藥日數，至多可開立 90 日，分次調劑。但對於預定出國、返回離島地區、為遠洋漁船船員出海作業、國際航線船舶船員出海服務或罕見疾病病人，可一次領取慢連箋之總給藥量。</p> <p>二、本建議留供研議參考。</p>
<p>二、除目前已經執行的雲端藥歷、高診次藥事輔導整合計畫等管理措施外，對於異常申報情形，應進行檔案分析，依申報樣態予以輔導改善，建立不予支付指標。</p>	<p>一、依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第 31 條規定，不予支付指標及處理方式，由保險人與保險醫事服務機構代表共同擬訂，報請主管機關核定後公告。</p> <p>二、中華民國醫師公會全國聯合會於 106 年 11 月 22 日及 107 年 4 月 11 日全醫聯字第 1060001768、1070000429 號來函建議，增訂西醫基層不予支付指標「西醫基層院所開立慢性病連續處方箋未再調劑案件占率過高」案。</p> <p>三、考量不予支付指標之精神，係就申報超過極端值部分逕予電腦核檢，指標定義及閾值設定宜審慎研擬，本案將列入本年度西醫基層不予支付指標修訂會議討論，期與醫界共同訂定合理之指標定義及閾值。</p>

<p>三、建議建立部分負擔儲金制</p>	<p>一、全民健康保險法第 43 條規定，保險對象應自行負擔採定率或定額方式計收。</p> <p>二、部分負擔採儲金制，無法源依據。</p>
<p>四、強化民眾教育、宣導、正確使用藥品及自我健康管理。</p>	<p>一、106 年本署辦理「避免重複檢驗檢查及避免重複用藥」宣導包括：</p> <p>(一)於新興媒體道(ETtoday 及社群網站)撰文推播，另拍攝 2D 動畫影片 1 支；另於 FB、Line@管道發布 25 則訊息。</p> <p>(二)東森 57 健康同學會、非凡台灣名人堂節目宣導。製作廣播帶，於中廣流行網及新聞網、寶島聯播網播出。</p> <p>(三)利用車體外廣告於台北、台中、高雄、桃園、雲林、嘉義、高高屏、台南及花蓮等地區，進行宣導。</p> <p>二、本署持續推動並加強民眾用藥衛教及宣導，將更落實，規劃放入教科書內。</p>
<p>五、以實證或系統性科學分析，例如病人就醫經驗調查，瞭解台灣民眾用藥浪費的情形。</p>	<p>一、本署已於 107 年全民健康保險醫療給付費用總額其他部門「提升保險服務成效」項下編列預算，辦理「住院病人就醫經驗調查運作模式之先驅研究」。</p> <p>二、目前已進行委託研究程序，對於政策議題的提問將與委託單位進行討論。</p>