

衛生福利部全民健康保險會
第3屆107年第5次暨
第1次臨時委員會議事錄

中華民國 107 年 6 月 22 日

衛生福利部全民健康保險會第3屆107年第5次暨
第1次臨時委員會會議紀錄

壹、時間：中華民國107年6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

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

台灣乾癬協會柯理事長怡謀(14:00以後代理)

中華民國藥師公會全國聯合會賴執行長振榕(代理)

中華民國醫師公會全國聯合會張副秘書長孟源(13:00以後代理)

國家發展委員會蔡專員宜縉(11:05以後代理)

台灣社會福利總盟馬常務理事海霞(代理)

全國勞工聯合總工會林理事長恩豪(代理)

中華民國全國漁會張主任祐禎(10:20以後代理)

中華民國中醫師公會全國聯合會陳常務理事憲法(09:30至12:30代理)

詹常務理事永兆(12:30以後代理)

劉委員志棟 中華民國全國工業總會何常務理事語(14:00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

中華民國牙醫師公會全國聯合會羅常務理事界山(代理)

肆、列席人員：

本部社會保險司
中央健康保險署

陳專門委員淑華

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

洪組長慧茹

邱組長臻麗

陳組長燕鈴

本會

伍、主席：傅主任委員立葉

紀錄：馬文娟、廖尹嫻

陸、主席致詞(略)

柒、議程確認

決定：

- 一、原討論事項第十案「為加強民眾用藥安全宣導，建請中央健康保險署將門診藥事服務費調高 10 點，以利民眾用藥安全，並將用藥安全宣導編列於 108 年度總額預算實施案」，因提案委員另有行程需提前離開，經與會委員同意，提前為討論事項第五案，後續討論事項次依序遞移。
- 二、討論事項第十一案「建請中央健康保險署就中醫醫療給付依療程計價乙節予以檢討改善案」，同意提案委員自行撤案。

三、餘照議程之安排進行。

捌、請參閱並確認上(第4)次委員會議紀錄

決定：

一、同意第4次委員會議紀錄第9頁及第10頁修正後之「全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議議程」(如附件一)。

二、餘確認。

玖、上(第4)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4)次委員會議決議(定)事項辦理情形洽悉。

二、歷次委員會議未結案件辦理情形：

(一)擬解除追蹤之項次1「建請衛生福利部、中央健康保險署就立法委員擬具『強制汽車責任保險法第27條條文修正草案』，請健保署於本修正案排入財政委員會審查後主動、即時提報案」，改列繼續追蹤，俟健保署提出評估報告後再解除追蹤。

(二)部分擬繼續追蹤案件，因案情及決議內容相近，改列「併案追蹤」：

1.項次12、29，均為全民健康保險法施行細則第45條，及政府應負擔健保總經費法定下限36%計算方式之檢討修正案。

2.項次18、23，均為107年度總額協定事項之辦理情形追蹤。

3.項次22、25，均為加強醫療資源不足地區民眾醫療照護，請總額部門相關團體及中央健康保險署於研議108年度總額協商草案納入考量。

(三)委員所提追蹤事項尚有遺漏部分，請幕僚重新檢視，倘有遺漏，再行補列。

三、本會針對「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」不予備查，立場明確，至其肇因於對政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之計算方式、全民健康保險法施行細則第 45 條之適法性疑慮，連同委員對同施行細則第 68 條修正草案預告案之相關意見，一併送請衛生福利部參考。

四、餘洽悉。

拾、討論事項

第一案

提案單位：本會第三組

案由：108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構(草案)，提請討論。

決議：訂定 108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構，如附件二。

附帶決議：倘中央健康保險署規劃 108 年度總額將依本會 106 年 9 月份委員會議決議「將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」，涉及修正本協商架構第 5 點門診透析內容者，請於本年 7 月前提經本會議定，俾利協商。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則(草案)，提請討論。

決議：訂定 108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則，如附件三。

附帶決議：請各總額部門及健保署於研提 108 年度總額協商草案時，依協商通則所訂之內涵，提報「一般服務協商因素項目」及「專款計畫」之相關內容，

以利總額協商。

第三案

提案單位：本會第三組

案由：108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)，提請討論。

決議：訂定 108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序，如附件四。

附帶決議：本會訂於 9 月 4 日下午舉辦「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」，並另於 9 月 21 日上午加開「總額協商資料說明會」，敬請相關委員保留時間與會。

第四案

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。

決議：

- 一、本會委員支持中央健康保險署推動即時查詢病患就醫資訊的政策，但基於對制度及本會前所議定總額協商通則「專款專用項目之款項不得以任何理由流出」之尊重，不同意 106 年度經費流用至 107 年度使用。
- 二、請中央健康保險署於編列下(108)年度總額預算時，檢討該方案具體執行效益，並覈實估算執行所需之充分經費，俾利協商參考。

(12:30~13:00 休息 30 分鐘)

第五案(原列第十案)

提案人：陳委員亮良

代表類別：保險付費者代表

案由：為加強民眾用藥安全宣導，建請中央健康保險署將門診藥事服務費調高 10 點，以利民眾用藥安全，並將用藥安全宣導編列於 108 年度總額預算實施案，提請討論。

決議：本案涉及醫療服務給付項目支付標準之修訂，係屬中央健康保險署權責，委員所提意見，供該署參考。

第六案

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。

決議：請中央健康保險署研議適當之「清淨手術術後傷口感染率」整體性指標，供作「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」公開指標之研修參考。

附帶決議：請中央健康保險署研議並試算委員所建議之感染率指標，研議過程可邀請本會委員參與討論。另指標未經審慎研擬及試算前，尚不宜公布等意見，請該署參考辦理。

第七案

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。

決議：有關醫院部門分設不同層級別總額之議題，因涉及全民健康保險法第 61 條第 3 項及第 65 條規定，係屬主管機關(衛生福利部)權責。惟為利本會委員了解現行制度及分設不同層級別醫院部門總額之利弊得失，請執行機關(中央健康保險署)進行分析檢討後，至委員

會議進行專案報告。

第八案

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。

決議：本會委員支持醫院總額東區之地區預算分配，可參考中醫或西醫基層總額部門之執行方式，給予特別處理。至執行方式與細節，請中央健康保險署會同醫院總額承辦團體儘速研議後，納入未來醫院總額地區預算分配規劃草案，依程序提送本會議定。另委員所提意見，請併同參考。

第九案

提案單位：本會第一組

案由：全民健康保險業務監理指標修訂案，提請討論。

決議：本案有條件通過，請幕僚依委員意見再行檢視後，將最後修訂結果提報委員會議。

第十案

提案人：趙委員銘圓、蔡委員麗娟、葉委員宗義、張委員文龍、林委員錫維、劉委員志棟、郭委員錦玉、干委員文男、林委員敏華、林委員惠芳、陳委員亮良、張委員清田、李委員永振、吳委員榮達、陳委員平基、羅委員莉婷

代表類別：保險付費者代表

案由：建請中央健康保險署說明 107 年新藥納入健保給付之進度、預期效果，以及新藥預算執行情形案，提請討論。

決議：

- 一、委員對於 107 年度總額編列的新藥預算執行進度至為關切，並期盼加速新藥的引進，以符民眾需求，爰請中央健康保險署本於權責，儘速依原訂新藥導入項目與作業時程辦理。
- 二、鑑於 9 月份將進行 108 年度總額協商，請中央健康保險署儘早規劃新醫療科技，包括新增診療項目、新藥及新特材之預算，及擬調整或導入之相關項目與作業時程，並妥為管理運用，以符民眾期待。

拾壹、報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「107 年 5 月份全民健康保險業務執行報告」，請鑒察。

決定：洽悉。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：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，請鑒察。

決定：

- 一、鑑於近來有原屬公務預算支應之相關醫療服務或項目，轉由全民健康保險支出，將加重健保財務負擔，請中央健康保險署務必本權責審慎把關，維護健保之穩定運作。
- 二、委員對於簡報資料內容之提問，例如罕見疾病、血友病患者醫療費用前 20 名之費用支出情形及原因分析、評估未來後天免疫缺乏病毒感染者人數及藥費增加情形等，請中央健康保險署提供書面說明；另委員如有其他詢問，請於會後 3 天內以書面或口述請幕僚

代為整理成書面方式，提供本會幕僚併送中央健康保險署辦理。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：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，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署參考辦理。

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。

決定：本案洽悉。委員如尚有其他意見，請於會後 3 天內以書面或口述請幕僚代為整理成書面方式，提供本會幕僚送請中央健康保險署參考，並依委員所提建議修正年度監測結果報告。

拾貳、散會：下午 17 時 10 分。

全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議議程

日期：107年7月19日、20日(星期四、五)

地點：衛生福利部1樓大禮堂(台北市南港區忠孝東路6段488號)

7月19日	報告內容	主持人/報告單位/評論人
09:00~09:25	報到	
09:25~09:30	開幕致詞	傅主任委員立葉
09:30~10:20	各部門總額(含門診透析)一般服務執行成果報告(50分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.各部門整體性、一致性項目執行成果 3.分區共管執行成效	報告單位：中央健康保險署
10:20~10:35	中場休息(15分鐘)	
10:35~11:15	跨部門及其他預算專案計畫執行成果報告(40分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.專案計畫/方案執行成效	
11:15~12:05	評論及意見交流(50分鐘)	
12:05~13:30	午餐	
13:30~14:20	牙醫門診總額執行成果報告(50分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：牙醫師公會全聯會
14:20~15:10	評論及意見交流(50分鐘)	
15:10~15:30	中場休息(20分鐘)	
15:30~16:20	中醫門診總額執行成果報告(50分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：中醫師公會全聯會
16:20~17:10	評論及意見交流(50分鐘)	
--- 賦 歸 ---		

7月20日	報告內容	主持人/報告單位/評論人
09:00~09:10	報到	
09:10~10:00	西醫基層總額執行成果報告(50分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：醫師公會全聯會
10:00~10:50	評論及意見交流(50分鐘)	
10:50~11:00	中場休息(10分鐘)	
11:00~11:50	醫院總額執行成果報告(50分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：台灣醫院協會
11:50~12:40	評論及意見交流(50分鐘)	
--- 成果發表會結束 ---		
12:40~13:30	午餐	
13:30~16:00	各部門總額執行成果評核	傅主任委員立葉 評核委員
--- 賦歸 ---		

註：依健保會 107 年第 2 次委員會議(107.3.23)通過之評核作業方式，簡報內容請以「年度重點項目之推動與未來規劃」為主，其包含：必要項目及自選項目。

1.必要項目(如下表)：請提出 106 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。

2.自選項目：部門自行提報，最多 2 項，建議可提出改善最多或有所突破之項目。

單位	項目
健保署	(1)整體資源配置與未來規劃
	(2)分級醫療推動成效
	(3)C型肝炎預算執行與治療成效
牙醫門診總額	(1)約診不易之現況與改善情形
	(2)牙周病統合照護計畫於108年回歸一般服務之規劃
中醫門診總額	(1)就醫率之檢討與改善規劃
	(2)專案計畫之整體檢討與後續規劃
西醫基層總額	(1)加強基層量能之策略與執行現況
	(2)就醫方便性(包含假日開診情形)
醫院總額	(1)初級照護減少之策略與執行現況
	(2)護理人力(護病比)之現況與改善情形
其他預算	(1)提升保險服務成效(含藥品品質監測計畫)之檢討與規劃
	(2)推動醫療體系整合(含以病人為中心、整合性照護、急性後期照護)之檢討與規劃

108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構

第 3 屆 107 年第 5 次委員會議(107.6.22)通過

一、總額設定公式

■ 年度部門別^{註1}醫療給付費用=

[前一年度校正後部門別一般服務醫療給付費用^{註2、註3}×(1+醫療服務成本及人口因素成長率+協商因素成長率)]+年度專款項目經費+年度門診透析服務費用^{註4}

年度部門別醫療給付費用成長率=

(年度部門別醫療給付費用－前一年度校正後部門別醫療給付費用)/前一年度校正後部門別醫療給付費用

■ 年度全民健保醫療給付費用=

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

年度全民健保醫療給付費用成長率=

(年度全民健保醫療給付費用－前一年度校正後全民健保醫療給付費用)/前一年度校正後全民健保醫療給付費用

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

2.依費協會第 114 次委員會議(95.06.09)決議，考量協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 108 年總額基期須校正 106 年投保人口成長率差值)。

3.依本會 106 年第 4 次委員會議(106.5.26)通過之「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則」，107 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，不納入 108 年度總額協商之基期費用。

4.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

二、醫療服務成本及人口因素

(一)成長率計算公式

[(1+人口結構改變對醫療服務點數之影響率(下稱人口結構改變率)+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1

(二)各項因素之計算方法

1.人口結構改變率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年費用及計費人口

數資料。108 年度總額係以 105 年每人醫療費用點數為基礎，計算 106 年相對 105 年保險對象人口結構之影響(即以各季季末保險對象人數之年齡及性別百分比平均值計算，並以 1 歲為一組)。

2. 醫療服務成本指數改變率

(1) 成本項目之權數

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

(2) 成本項目對應之指數與權重如下(均沿用 107 年度總額之計算方式)：

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

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

(3) 醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

前述各指標項目，以 100 年為基值(訂為 100)，計算 106 年相對 105 年各指數年增率，並將各部門之服務成本指數改變率，按其 106 年醫療給付費用占率加權計算而得總醫療服務

成本指數改變率。

3.投保人口預估成長率

以 106 年對 105 年投保人口成長率估算(採各季季中投保人數之平均值)

註：本項醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法，將依行政院核定之內涵辦理。

三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如新科技醫療及新藥)改變，對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康，而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

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

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因，對醫療費用之影響。

四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

五、門診透析

(一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：

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

(三)計算公式：

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

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

108年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則

第3屆107年第5次委員會議(107.6.22)通過

一、基期

以穩定為原則。若確需變動，應於前一年6月前提經議定；6月以後所議定調整事項，適用於下年度總額。

二、醫療服務成本及人口因素

各總額部門醫療服務成本及人口因素成長率，採衛福部報奉行政院核定之數值與計算公式。

三、協商因素

(一)健保署會同各總額部門研擬之年度協商草案：

- 1.應配合全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨。
- 2.給付項目之調整，請依本會第2屆104年第2次(104.3.27)委員會議討論通過之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程」辦理。

(二)各部門之「品質保證保留款」：

- 1.列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。
- 2.考量各部門對「品質保證保留款」之運用方式各異，同意總額部門於取得內部共識後，可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款，並須提經本會通過。

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)之扣款：

- 1.列為協商減項，扣減106年度違反特管辦法第37、39、40條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件，且不納入109年度總額協商之基期費用。
- 2.本項扣款數值以協商時中央健康保險署提供者為準。

(四)一般服務之協商因素項目，應於年度協商時提出執行目標及預期效益(含評估指標)、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)。並於年度實施前提出具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則應核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協考量。

- (五)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，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。

四、專款專用項目

- (一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協考量。
- (二)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。
- (三)有特殊性、鼓勵性、目標性之新增計畫，宜列為專款項目，俟其執行具相當成效後，再移至一般服務項目。
- (四)新增計畫應於年度協商時提出試辦期程、執行目標及預期效益(含評估指標)、醫療服務內容、費用估算基礎、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)，以利檢討退場或納入一般服務。

五、其他預算

除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

六、其他原則

- (一)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之，但醫療費用總額經衛福部核定後，對已協定各項目金額之增減應正式提案，在本會議決前，並應再經總額部門與付費者代表協定程序，不在此限。
- (二)年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值。
- (三)所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形連動，且對有限健保資源，應予合理配置。

- (四)醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。
- (五)對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (六)各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。

108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序

第 3 屆 107 年第 3 次及第 5 次委員會議(107.4.27 及 6.22)通過

一、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"> 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。 2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。 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」。 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"> (1)規劃草案內容應包含協商減列項目及預估金額。 (2)各總額部門與健保署擬訂規劃草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。 <p>(四)安排總額協商之相關座談會/會前會。</p> <ol style="list-style-type: none"> 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"> (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"> ①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)。 ②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 	<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>之費用)。</p> <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)。</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>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</p> <p>(一)協定各部門總額成長率及分配方式。</p> <p>1.召開總額協商會議。</p> <p>2.協商結果提委員會會議討論、確認。</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>三、協定事項之執行規劃與辦理</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，報請衛福部核定公告。</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>

二、協商共識會議

- (一)時間：107年9月27日(星期四)上午9時30分起，全天；9月28日(星期五)上午11時~下午2時(若有協商未盡事宜)。

(二)與會人員：

- 1.付費方：付費者代表之委員。
- 2.醫界方：
 - (1)保險醫事服務提供者代表之委員。
 - (2)牙醫、中醫、西醫基層、醫院等總額部門協商時，由該總額部門代表之委員主談，各部門並可推派 9 名代表協助會談，推派之協商代表需經充分授權。
 - (3)護理及藥師公會全聯會代表委員可參與相關部門總額之會談。
 - (4)門診透析服務：由西醫基層及醫院部門代表之委員主談，並邀請台灣腎臟醫學會推派 1 名代表列席說明。
- 3.專家學者及公正人士、國家發展委員會及主管機關代表委員。
- 4.社保司與健保署相關人員及本會幕僚。

(三)進行方式：

- 1.分場次協商牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院等各部門總額，及健保署管控之「其他預算」。
- 2.各部門之協商順序，於 7 月份委員會議抽籤確定後，不可臨時要求變更。
- 3.各部門協商時間如下表：

部門別	1.提問與意見交換*		2.視需要召開內部會議		3.部門之預算協商		合計 (不含各自召集會議時間)	推估最長時間
			付費方 自行召集會議	醫界方 自行召集會議				
醫院	30 分鐘	(門診透析	30 分鐘	30 分鐘	60 分鐘	(門診透析	130~170 分鐘	130~230 分鐘
西醫基層	25 分鐘	20 分鐘 [※])	20 分鐘	20 分鐘	50 分鐘	20 分鐘 [※])	115~150 分鐘	115~190 分鐘
牙醫	20 分鐘		20 分鐘	20 分鐘	40 分鐘		60~80 分鐘	60~120 分鐘
中醫	20 分鐘		20 分鐘	20 分鐘	40 分鐘		60~80 分鐘	60~120 分鐘
其他預算	20 分鐘		20 分鐘		35 分鐘		55~73 分鐘	55~93 分鐘

*各部門之協商草案已於會前會報告，若本時段仍須說明，請簡要說明並以 5 分鐘為限。

[※]門診透析服務預算之協商時間，併於西醫基層或醫院兩總額部門中協商順序較前者之時段(時間外加)。

備註：各部門協商時間若確需延長，以不超過該「部門之預算協商」時間之 50% 為限。

4.相關原則：

所有委員均可入場，惟非該協商場次之總額部門委員，可以提問與發表意見，但不參與預算協商。個別部門之協商場次安排分為三個階段，與會人員之參與方式如下：

協商階段 \ 場次	四部門總額協商	其他預算協商
1. 提問與意見交換	總額部門委員及協商代表： 說明協商草案與回應提問 所有委員：均參與提問與意見交換 (若協商草案中，有部分項目涉及其他總額部門者，相關之醫界委員得表達其看法；另必要時，得請健保署提供必要之說明)	健保署： 說明協商草案與回應提問
2. 視雙方需要召開內部會議	付費方或醫界方： 自行召集內部會議 (可請本會幕僚與健保署同仁協助試算或說明)	付費方或健保署： 自行召集內部會議 (可請本會幕僚協助試算)
3. 部門之預算協商	⇨ 由「付費方」與「醫界方」雙方進行預算協商 (請健保署相關人員提供所需說明)	由「付費方」與「健保署」雙方進行預算協商
	⇨ 若經雙方協商初步無法達成共識時： 由專家學者、公正人士、政府機關代表委員，在不涉及特定金額下提供專業見解及中立意見，供雙方參考，再決定是否召開內部會議或繼續協商。	

5. 若部門與付費者代表順利完成協商，達成共識，則於其預算協商時段當場試算，作成共識方案。倘未能達成共識時，其處理方式如下：

(1) 付費者代表委員間無法達成共識時：

由付費者代表之委員召集內部會議協調之，若無法以共識決形成一案時，得以多數決定付費者方案。

(2) 總額部門內部無法達成共識時：

由該總額部門代表之委員召集內部會議協調醫界方案。

(3) 總額部門與付費者委員無法達成共識時：

由付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員各自提出一個建議方案。

- 6.經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得再重新協議，並酌予調整該部門總額細項金額，並予以定案。
- 7.各部門總額年度預算之協商終止點，訂為9月份委員會議之前，經委員會議確認後定案，不得變更。
- 8.為利瞭解年度總額之協商過程，與會人員之發言內容，將以實錄方式上網公開。

三、委員會議

- (一)時間：107年9月28日(星期五)下午2時起，半天。
- (二)確認協商結論(共識方案或雙方建議方案，含成長率、金額、協定事項)，協定事項之文字在不違反原協商意旨前提下，可酌予調整修正。
- (三)依全民健康保險會組成及議事辦法第10條規定，未能達成共識方案時，應將委員會議確認之付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員建議方案，報請主管機關決定。至於個別委員對建議方案有不同意見時，得於建議方案確認後，提出不同意之意見書，由健保會併送主管機關。

第3屆107年第5次暨第1次臨時委員會
與會人員發言實錄

壹、「議程確認」、「請參閱並確認本會上(第 4)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，大家早安！跟大家報告，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！我們開始今天的委員會議，上午是進行第 5 次委員會議，下午則是第 1 次臨時委員會議，今天大家要特別辛苦，也感謝大家今天來開會，現在開始今天的委員會議。

周執行秘書淑婉

- 一、本次議程安排包含第 5 次委員會議和第 1 次臨時委員會議，計有討論事項 11 案，其中第 1 案至第 3 案係依年度工作計畫且與 9 月份總額協商有關，具時效性，爰列為優先議案；第 4 案至第 7 案為上次委員會議保留提案，依保留次數排序，其中第 4 案及第 5 案已保留 4 次，第 6 案已保留 3 次，第 7 案已保留 2 次；第 8 案依年度工作計畫排定，第 9 案是上次委員會議臨時提案；第 10 案及第 11 案是本次新增提案。報告事項計有 4 案。
- 二、預計在中午 12 點 30 分前進行至討論事項第 4 案，預定休息半小時；在下午 1 點鐘接續召開臨時委員會議，最遲於下午 5 點鐘結束會議，但會依照會議實際進行時程彈性調整。

傅主任委員立葉

因為我們今天開會的時間較長，議案也非常多，請各位委員在發言時，能夠儘量控制時間，讓會議進行更有效率。目前係預定上午能夠進展至討論事項第 4 案並完成，但如果可以的話，希望進度能夠再往前，否則下午的討論案就會非常多，但如同周執行秘書淑婉所說的，會議時程將會視實際情況做彈性調整。預計 12 點半先讓大家休息用餐，之後再接續臨時委員會議。大家是否同意以上的議程安排？請陳委員亮良。

陳委員亮良

有關這次會議議程安排，定期會和臨時會排在同一天，時間是有點長。我剛剛有問一下干委員文男，是不是上一次的會議決議。我想在座包括謝委員武吉、蔡委員登順、葉委員宗義都是 30 幾年次，年紀很大，又住在高雄、花蓮，要開整天的會議很痛苦，對我們來說是一種處罰，大家都是健保會的委員。我建議下一次定期會和臨時會，不要同一天開，將會議日期錯開，會議效果會比較好，從早開到晚開一整天的會，不見得效率會出來，這是本席的意見。

傅主任委員立葉

- 一、陳委員亮良的考量也有道理，向各位委員說明，第 5 次委員會議和第 1 次臨時委員會議安排在一起的原因，係因為臨時委員會議的程序及性質，視同正式的委員會議，幕僚必須在 7 日前公告議程，會議後 10 天內要將會議實錄上網公開，如果分 2 次開會，幕僚的作業時間可能會太緊湊。另外，也考慮到中南部的委員可以不用跑 2 趟。
- 二、評核會議和總額協商都是開一整天，這次的議程安排是跟幕僚同仁討論後，而做這樣的安排，在時間上幕僚作業也比較來得及。希望我們的會議能夠更有效率，能夠不加開臨時會議是最好的，若下次需開臨時會，會再多徵詢各位委員意見。今天委員會議是否就照議程進行？(委員回應：同意)議程確認。接下來確認會議紀錄。

同仁宣讀

陳組長燕鈴

幕僚補充說明，有關會議資料第 3 頁，上次委員會議通過 7 月份評核會議的議程，會後健保署向本會提出修改建議，說明如下：
請委員參閱會議資料第 10 頁，由健保署主責的西醫部門專案計畫，如醫療給付改善方案和 C 肝新藥計畫，原本安排在評核會第 2 天於西醫基層及醫院總額部門報告場次併同報告。健保署建議將這些少

數專案一併移到第 1 天上午，於健保署報告「其他預算專案計畫執行情形」場次報告。因此報告場次名稱加「跨部門」3 個字，並於第 2 天報告單位將健保署刪除。

傅主任委員立葉

請問各位委員是不是同意這樣的修正？(委員回應：同意)好，同意依健保署建議，修正「全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議議程」，會議紀錄確認。接下來進行「上次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」，請周執行秘書淑婉報告。

貳、「上(第4)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、本會重要業務報告，請各位委員參閱會議資料第 12 頁，說明一及說明二，一併說明，這 2 項都是針對委員會議決議(定)事項辦理情形追蹤，說明一是上次委員會議決議(定)事項計有 9 項，依辦理情形建議解除追蹤 8 項，繼續追蹤 1 項，但最後仍依委員議定結果辦理。
- 二、說明二是歷次委員會議未結案件之辦理情形，每半年彙報一次辦理情形，截至 5 月底未結案件計 36 項，依辦理情形建議解除追蹤 4 項，繼續追蹤 32 項。

(一)請各位委員參閱會議資料第 16 頁，擬解除追蹤共 8 案：

- 1.項次 1，上次委員會議決議安排加開一場臨時委員會議，已安排在今天下午加開臨時會，故建議解除追蹤。
- 2.項次 2，有關健保署「107 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告」(併「107 年 4 月份全民健康保險業務執行報告」)，針對委員所提意見，健保署已回覆書面補充說明資料，在會議資料第 19 頁。
- 3.項次 3，其他預算「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」分項費用預算超支之因應案，因決議是 106 年總額協商通則訂有各項目預算不得相互流用原則，請健保署遵循辦理，健保署回覆依 106 年度總額核定公告事項辦理。
- 4.項次 4，關於慢性病連續處方箋比照一般處方箋收取部分負擔案，本案係屬政策諮詢案件，委員意見已提供給健保署納入政策研議參考。
- 5.項次 5~8，都是上次委員會議報告事項，決議請委員於會後 3 天內以書面或口述請幕僚代為整理成書面意見提出，在會後 3 天內都無委員提出意見，建議解除追蹤。

(二)請各位委員參閱會議資料第 18 頁，擬繼續追蹤共 1 案：

有關增修「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」部分條文，健保署將依照程序，報請衛福部公告，將於衛福部核定發布後解除追蹤。

(三)請各位委員參閱會議資料第 20 頁，本會歷次委員會議未結案件追蹤，擬解除追蹤共 4 案：

- 1.項次 1，關於「強制汽車責任保險法第 27 條條文修正草案」檢討因應，此項已追蹤 2 年多，目前未排入立法院財政委員會審查，且提案立委目前也已不在任，建議解除追蹤，但仍請健保署持續關注，若有修正草案，再主動、即時提報。
- 2.項次 2，有關「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法」修正案，健保署回覆：維持現行財報公開方式，先完成財報公開之三階段作業，目前未達修法共識，建議解除追蹤。
- 3.項次 3，有關「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍交議案」，委員提供衛福部未來擬訂政策方向或檢討醫療成本人口因速成長率公式時參考，社保司回覆業將委員意見納入「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」公式檢討中，並已提至本會本年第 3 次委員會議報告，建議解除追蹤。
- 4.項次 4，關於疾管署的疫苗處置費之檢討與調升，以及保險代收代付之作業行政補助案，疾管署回覆，已於 107 年向衛福部積極爭取調升處置費，惟囿於疫苗基金短絀未獲同意。另外自 102 年底起，疾管署已編有預算支付該代辦業務的行政費用。

(四)請各位委員參閱會議資料第 22 頁，歷次委員會議未結案件追蹤，擬繼續追蹤共 32 案：

每項繼續追蹤案件的辦理情形，都以底線方式標示更新進度的部分，簡單說明如下：

- 1.項次 1，係有關初級照護的定義。
- 2.項次 2，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。
- 3.項次 3，有關政府欠費的追蹤。
- 4.項次 4，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」客觀公正評估計畫實施成效。
- 5.項次 5，有關爭取回復菸品健康福利捐分配比率。
- 6.項次 6，在會議資料第 24 頁，關於 C 肝新藥之預算來源，希望爭取公務預算等財源挹注。
- 7.項次 7，在會議資料第 25 頁，有關「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，納入全額給付之可能性。
- 8.項次 8，有關感染管制相關公開指標、方式及配套措施等。
- 9.項次 9，關於高齡慢性病患者不慎遺失慢性處方箋自費補購藥品之可行性。
- 10.項次 10，在會議資料第 26 頁，有關研析醫院總額部門點值超出容許變動範圍之原因，及具體因應策略及輔導改善措施。
- 11.項次 11，有關研擬設立地區醫院總額案之可行性。
- 12.項次 12，在會議資料第 27 頁，有關全民健康保險法施行細則第 45 條，及匡正 105 年度政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式案。
- 13.項次 13，有關檢討品質保證保留款之發放條件，能更具鑑別度。
- 14.項次 14，在會議資料第 28 頁，是有關建立各部門更細緻的總額評核級距及獎勵額度等建議。
- 15.項次 15，關於 106 年度醫院總額協商分配重症 60 億元之執行情形。

- 16.項次 16，未來研修類似支付標準調整案時，應更提前、諮詢對象能更廣泛周延。
- 17.項次 17，有關 106 年度醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過 105 年的 90%之辦理情形。
- 18.項次 18，有關 107 年度各部門總額及其他預算案協定事項辦理情形。
- 19.項次 19，有關全民健康保險法第 51 條第 4 款之規定，研提成藥及指示藥品逐步不納入健保給付之規劃與配套措施，及對健保財務之影響評估。
- 20.項次 20，有關檢討健保給付價較高之品項(如：電腦斷層、磁共振造影、正子造影等)支付點數及給付規範。
- 21.項次 21，在會議資料第 30 頁，有關「107 年度全民健康保險保險費率方案(草案)審議案」委員所提相關意見，請健保署審慎研議。
- 22.項次 22，有關加強醫療資源不足地區民眾醫療照護之建議。
- 23.項次 23，有關「107 年度各部門總額中應於 106 年 12 月底前完成之協定事項」，尚未完成項目之辦理情形。
- 24.項次 24，有關「全民健康保險藥品價格調整作業辦法」第 6 條第 1 款規定，要求醫事服務機構按季申報藥品採購資料之檢討改正案。
- 25.項次 25，關於充實醫療資源不足地區之醫療資源等意見，研議納入 108 年度總額協商草案。
- 26.項次 26，有關 106 年度各部門總額執行成果評核，請中央健康保險署及各總額部門配合時程提供所需資料。
- 27.項次 27，有關藥品價量協議回收金額處理方式的後續追蹤。
- 28.項次 28，有關「基層總額轉診型態調整費用」動支方案專

案報告，應儘速提報。

29.項次 29，有關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，建請衛福部檢討修正，並提出研修方向及期程。

30.項次 30，請健保署在 108 年度總額協商前，提供歷年總額投入相關專款預算，所產生之節流金額的資料，供本會協商參考。

31.項次 31，有關 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。

32.項次 32，有關專利期內各層級醫事服務機構藥價調查，委員所提有關藥價調查作業方式與調查結果呈現等意見。

(五)以上是 32 項擬繼續追蹤案件，向委員報告。

(六)另外補充，項次 12 及項次 29，都是全民健康保險法施行細則第 45 條，及政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式案，建議併案處理。項次 18 及項次 23，都是 107 年度各部門總額協定事項的辦理情形追蹤，建議併案處理。還有，項次 22 及項次 25，都是關於充實醫療資源不足地區之醫療資源，納入 108 年度總額協商草案考量，也建議併案處理。

三、請各位委員翻回會議資料第 12 頁，說明三，中華民國中醫師公會全國聯合會於本年 5 月 10、11 日，於台中市訪查中醫門診總額專案計畫辦理情形，計有 14 位委員(含代理人)參加，訪查報告在附錄一，第 175~179 頁，請委員參閱。

四、說明四，中華民國醫師公會全國聯合會於本年 5 月 15 日、16 日，於台東縣辦理西醫基層總額醫療資源不足地區實地訪查，計有 16 位委員(含代理人)參加，訪查報告在附錄二，第 180~185 頁，請委員參閱。

五、說明五，本會於本年 6 月 6 日辦理「全民健康保險業務監理指

標修訂及相關年度重要工作專家學者諮詢會議」，邀請周教授麗芳等 3 位專家學者，諮詢各部門總額之地區預算分配及其所需數據資料、業務監理指標修正草案 2 項議題，會議紀錄如附錄三，第 186~188 頁，請委員參閱。

六、說明六，本會業編印完成「106 年版全民健康保險會年報」及「106 年度委員會議彙編」，已置於各位委員桌上，請參閱指教，考量這 2 本書的重量，委員可留在桌上，會後由幕僚另行寄送。

七、說明七，衛福部及健保署本年 5 月份發布及副知本會之相關資訊，詳細內容及相關附件，本會幕僚業於本年 6 月 7 日寄至各委員電子信箱，供委員參閱。

(一)衛福部

- 1.本年 5 月 14 日核定公告「鈦合金加長型伽瑪髓內釘組(長度 180mm 以上)」為自付差額之特殊材料品項類別，自 107 年 6 月 1 日施行。健保署乃據以在本年 5 月 25 日公告暫予收載「"史賽克"伽瑪三股骨固定系統-長釘組」之自付差額品項，計 2 項。
- 2.本年 5 月 18 日修正發布「全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法」部分條文。本次修訂重點主要為：保險對象申請製發、換發或補發健保卡時，應檢附相片。其餘修正重點，請委員參閱。
- 3.第 3 點及第 4 點主要是配合 106 年 11 月 29 日修正公布的全民健康保險法第 95 條「代位求償」規定。將原施行細則之第 69 條至第 71 條條文內容移列至「全民健康保險執行公共安全事故與重大交通事故公害及食品中毒事件代位求償辦法」。所以本年 5 月 21 日修正發布刪除「全民健康保險法施行細則」第 69 條、第 70 條、第 71 條。
- 4.至於本年 5 月 21 日修正發布「全民健康保險執行重大交通事故公害及食品中毒事件代位求償辦法」，主要除移列前揭

健保法施行細則的 3 條條文外，並修正名稱為「全民健康保險執行公共安全事故與重大交通事故公害及食品中毒事件代位求償辦法」。詳細修正內容請委員參閱。

5. 本年 5 月 24 日修正發布「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分條文之附件，此次修正主要是依據本標準第 4 條第 8 項規定，將年度暫予收載的結果，報請主管機關公告收載。
6. 本年 5 月 31 日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，本次修正主要係依據 107 年度全民健康保險醫療給付費用總額協定結果辦理，主要是開放適用表別至基層院所執行。

(二) 健保署

1. 本年 5 月 17 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。
2. 本年 5 月 29 日公告「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案之 107 年目標值成長率為 3.212%。
3. 本年 3~5 月份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，藥品計 17 件，特材計 6 件。

八、另外幕僚補充，衛福部在 107 年 6 月 1 日預告修正「全民健保法施行細則」第 46 條及第 68 條草案，公告周知 60 天，至本年 7 月 31 日前供各界陳述意見或提出修正建議，幕僚業於 6 月初以電子郵件寄給各位委員，因本次修法草案涉及民眾權益及與健保財務相關，所以幕僚在此做補充。修正重點主要為：

- (一) 第 46 條針對每月工資不固定之受雇者，得以最近 3 個月平均工資申報投保金額；另調整職業工會會員申報投保金額下限之規定。
- (二) 第 68 條主要修正原法規規範保險人應每年公告之事項，修正為未調整之年度即不需辦理公告。包括：第 3 類被保險人

投保金額，與第 4~6 類被保險人的平均保險費及眷口數等。

傅主任委員立葉

請問各位委員，對於歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告有沒有意見？先請李委員永振，再請吳委員榮達、趙委員銘圓。

李委員永振

- 一、剛才周執行秘書淑婉提到，這次全民健康保險法(以下簡稱健保法)施行細則要修正。首先感謝健保會同仁即時提供本次健保法施行細則修訂之訊息，讓委員能掌握資訊，執行健保法第 5 條賦予我們的職責。但對於此次修訂內容，本人實感不解。不須修訂的第 68 條，卻遷就「類」「積非成是」的實際作法而修法，而在本會中歷經多年爭議，主辦單位又無法釋疑的第 45 條，卻不動如山，真的是“裝睡的人叫不醒”。
- 二、先看第 68 條，回顧 96 年 1 月至 104 年 1 月期間，歷經 8 年未落實公告平均眷口數之職責，當時該降都沒有降，徒增該期間投保單位「不合理、不合法」健保保費之負擔。依健保署之報告，105 年底之平均眷口人數實已下降為 0.60 人，又以國發會推估未來人口扶養比將逐年上升為由搪塞，不公告調降。
- 三、另檢視每年應公告之 4 項，均與健保保費收入有關，實應由健保署每年檢討後，提健保會報告後公告，才吻合健保監理之規範。前均以「類」「黑箱作業」處理，且均未公告，今又要將「每年」兩字刪除，做法實有規避健保會監理之嫌。
- 四、基於健保法第 5 條賦予健保會之職責，本會對於本次健保法施行細則之修訂應有所反映。因為剛才提到第 68 及第 45 條會中曾談到很多，尤其是第 45 條。建議第 68 條不應修訂，健保署應於每年檢討該 4 項內容，提健保會報告後依法公告，以符監理法遵。另請健保會同仁彙整歷次會議討論第 45 條之不合理、不合法之點，藉此次修訂回原規範。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

- 一、關於健保法施行細則第 68 條修正部分，我與李委員永振意見相同，就不贅述。另外在會議資料第 16 頁，項次 2，有關健保署「107 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告」，及「107 年 4 月份全民健康保險業務執行報告」，我們看一下會議紀錄第 41 頁，上次會議李署長伯璋及蔡副署長淑鈴均未出席，我針對審查辦法第 22 條第 3 項修正做請教，在上次會議中，李副署長丞華沒有做任何答覆，相關主管也沒有答覆，這部分我希望健保署能針對審查辦法第 22 條第 3 項，我所詢問的事項以書面作補充說明。
- 二、會議資料第 29 頁，項次 19，針對有關「成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品」的部分，雖然健保署有回覆怎麼辦理，但看不到時程，我建議就目前指示用藥的檢討及取消情形，每季或每半年向健保會提出檢討報告。
- 三、會議資料第 32 頁，項次 30，雖然健保署回覆，適時提供相關說明。但 108 年度總額協商馬上就要進行，雖然說會適時提供相關說明，但沒有適當的時程，建議請健保署可以在協商之前，給我們資料，並給我們一個時程。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、我想針對會議資料第 23 頁，項次 5，菸品健康福利捐分配予全民健康保險安全準備之比率的部分，此部分於 105 年 8 月就已經做決定，希望請健保署主動提出，但到目前已經 107 年 6 月，都還沒有處理，這部分是否能請健保署儘快處理。
- 二、會議資料第 24 頁，項次 6，有關 C 型肝炎的新藥，此新藥對很多病患是非常大的利基。所有相關報導都是將近 99% 的治癒率，我想這對台灣 C 型肝炎患者是很好的治療方式。社保司回

應說有成立「國家 C 型肝炎旗艦計畫辦公室」，雖然 C 型肝炎這部分是非常重要的，但是差不多只有 60 萬左右人口。

- 三、B 型肝炎在台灣將近有 3、4 百萬的人口，反而 B 型肝炎沒有這樣處理，不是說 B 型肝炎也要成立旗艦計畫辦公室，最起碼將 B 型肝炎及 C 型肝炎合在一起，這樣對於肝炎國病，可以給大家一個比較好的處理，這部分是否能夠請社保司再做一些處理。
- 四、想請教健保署，對於 C 型肝炎新藥使用後，不管是增加多少費用，或節省多少費用，到目前為止，可能時間不是很長，但是希望在今年底之前，是不是可以試算一下，用新藥和舊藥費用支出是什麼情況，請健保署幫忙處理。
- 五、會議資料第 29 頁，項次 19，有關「成藥、醫師、藥師藥劑生指示用藥」的部分，當初決議是有窒礙難行部分能否做修法，不知這部分是否朝修法方向處理，健保會已經有這樣建議，希望健保署是否可以針對確實有必要做指示用藥部分，朝修法方式做處理。

傅主任委員立葉

請問還有沒有委員有意見？請李委員永振。

李委員永振

- 一、第 2 次發言，會議資料第 20 頁，項次 1，此重點應該要請健保署通盤研議因應方式，評估對健保財務影響和法律層面的正當性等。我沒有忘記的話，這部分健保署也沒有提出報告，現只是說立法院沒有列入議程，就要解除追蹤。我們在會內討論那麼多都不一定有用，現在這樣的話，請健保署繼續注意有用嗎？這一項我建議繼續追蹤，至少健保署應該在這部分提出報告。
- 二、會議資料第 22 頁，項次 2，我記得在擔任第 1 屆委員的時候，我有代表參加共同擬訂會議，就曾經提過，對於新藥對財務的影響評估及替代效應提出建議，到現在大概 4 年了，若那個不算，該案的正式提案是 104 年 7 月，算一算也 3 年了，但是看到健保署的回覆，都 3 年了還在規劃要委託研究，這速度是不

是也該檢討一下，不然我看這個健保會同仁要追蹤的事情會越來越多。

- 三、會議資料第 24 頁，項次 6，當時要列入 C 肝新藥的時候，我們就一直說要有公務預算，也請社保司積極爭取，爭取到現在 1 年過去了，20 億元大概也花的差不多，今年人數又大幅成長，好像也沒有聽到什麼訊息，這邊的回覆都是在防治，我們要的不只是防治而已，防治本來就是要做的，但我們關切的重點好像卻都沒有提到，我也不曉得這樣健保會同仁怎麼作業。
- 四、會議資料第 27 頁，項次 12，周執行秘書淑婉提到這要併案，因為在 4 月份已經又討論新的部分，所以資料應該要更新，105 已經不是 38.5 億元，而是 45 億元，106 年是 99 億元，除了這個之外，有提到 106 年決算跟 108 年預算是不予備查，我想了很久，不予備查的話，就代表健保會責任已了嗎？我想想不對，已經知道那裡有問題，這樣不予備查就沒事，好像怪怪的，應該要有如何去執行處理的內容，才比較有結論，符合我們監理的職責。

傅主任委員立葉

依序請王委員雅馨、蔡委員麗娟、干委員文男、吳委員國治、謝委員武吉發言。

王委員雅馨

請參閱會議資料第 22 頁，其他委員有談論到的部分我就不再贅述，關於第 2 點新藥、新特材財務影響評估，我想要請教幾點：

- 一、記得去年有收到有關新藥預算衝擊的相關研究報告，這邊講到說要再做研究、共同討論以達新藥預算預估方式之共識。請問這是之前研究的延伸，還是另外規劃一個研究？
- 二、之前的研究方案，因為我只有收到一次的資料，不知道是我自己有沒有遺漏，去年上半年有收到相關的研究資料，但今年就沒收到相關資料，我強烈建議應定期提供健保會委員近期的研究方向跟近況，讓我們可以共同關注這個議題。

三、我希望這件事有個時程，因為這邊說要共同討論以達共識，104年7月就已經有決議要朝這個方向做，今年也107年了，時間很快就3年過去了，希望健保署能提供健保會具體的時程，什麼時候有什麼規劃，現在研究到哪個部分，有哪些建議方向，相信這對健保的永續一定是有幫助的，讓大家都有一個共識，一起貢獻智慧，讓健保的新藥政策更能與時俱進。

傅主任委員立葉

請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

- 一、我們知道C型肝炎的防治計畫，是WHA在2016年5月就提出全球病毒性肝炎的防治戰略，過去台灣在B型肝炎防治可以說是全球典範，也是台灣之光。目前WHO已經把肝炎的感染和死亡率列為全球要一起努力的目標，希望在2030年達到根除病毒性肝炎。在台灣，我們也有2030年消除C型肝炎的政策目標，那以目前台灣本土研究調查來看，大概有62萬人感染C肝，約44萬人變成慢性C肝。
- 二、過去當然也有一些病人用自費治療，之後健保也開始給付C肝治療，所以大概還有35萬人需要持續治療，若希望在2030年達到根除C肝的目標，以目前健保署預算，想想看每年要編列多少預算，所以要落實這個目標還是有很大的距離，C肝不像B肝有疫苗可以預防，C肝就是要治療，而且C肝的治療等於預防，只要能夠消除病毒，變成肝癌、肝硬化的機會也會降低，也就是說未來醫療支出會降低很多。
- 三、有學者研究指出，現在投入1元至少可以減少15到20元後續的醫療，在整體的健康照護上是很重要的工作，但以目前健保的預算要做這樣的事會有很大的困難，所以爭取公務預算當然是必須的，因為在台灣加入WHA都很艱苦的狀況下，如果在肝炎的防治，能做出好的成績，應該也是國家總體計畫應該要強化的部分。

四、但是如果從經費上面考量，似乎是困難重重，必須找出一些作法，例如目前肝纖維化到 F3 才能做治療，我們可以看看別的國家，像是澳洲已經有一個模式，類似健保，但它跟提供 C 肝藥物的廠商簽合約，可能是簽 5 年或 10 年，澳洲就簽 10 年，它不限制 1 年有幾個人可以治療，就是有找到 C 肝的病人，就讓病人治療。以這樣的模式去估算全部的經費，10 年之後到 2030 年，我們要投入多少預算，去跟藥廠協調，找到病人就讓他治療，因為只要治療，就少掉一個傳染的機會。這些模式要整體考量，除了健保預算之外，應該由衛福部和行政院層級當作一個國家級計畫，因為 C 肝就是要治療，治療就是預防，這是在防治上面很重要的政策，公務預算一定要積極爭取。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

會議資料第 25 頁第 9 項，有關高齡慢性病患遺失慢性病處方用藥的問題還是沒有進行，講了一大堆，我想自費向原藥局購買藥，差不了多少錢就能解決，對老百姓、健保、政府也好，這個可以做，如果不做，好像是無所為，希望署長能夠更努力完成。

傅主任委員立葉

請吳委員國治。

吳委員國治

有關會議資料第 22 頁第 2 項，我的意見跟王委員雅馨一樣，不過要補充一下，新藥、新科技、新特殊材料資源計算和替代效應，健保署回覆說沒有國際間公認定義可供參考，要委託研究，但連國際間目前都沒有正式的參考資料，不知道這個研究的效果會如何，當然就醫療提供者的立場，我們也希望能夠有具體數據。在協商的時候，如果還沒有具體資料，而且大家也沒有共識，希望各位委員能夠將現況列入參考。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、首先要請教的，剛才委員有請教的我就不再贅述，對於我們全民健保法施行細則和全民健保醫療費用審查注意事項，這兩項東西是不是要，我記得以前的時候，都有按各層級來討論要改變其中的內容，但是這次我看起來好像沒有邀請各層級來共同討論這內容。至於有沒有公布的時間，公布時間到底是多久，是不是也應該給我們曉得，這是我們在這裡，希望商司長給我們一個說明，如果應該補救的地方也應該補救。
- 二、那至於第二點就是說，我們對於繼續追蹤的這些資料，後面還有第 2 項，如果是第 1 項的時候，他的就是繼續追蹤，就是請健保署主動提報，這個有 2 的地方表示是都還是繼續追蹤嗎？如果是繼續追蹤，就不應該再有 2 的存在，這是我第二項的建議。
- 三、第三項就是說，這 32 項的繼續追蹤案件，我看還有很多漏網之魚沒有寫到，還有很多啦，我是現在不想舉例太多，我只是舉例一個，就是說我記得我們委員都很注重的，對於上一次我們要求四個單位來提出報告的，這也應該列入繼續追蹤才對啊，但是這裡好像沒有看到。
- 四、那第三項呢，我對於，也是委員都很注重的，我們對國健署拿了 50% 的菸捐，但是他們回饋給我們的好像是幾乎零，對我們健保署的應該要給予，像那個廣告一些對於預防保健的這些，國健署也都好像不聞不問，只是弄一些給學者專家的研究計畫而已。這是不對的，我是感覺上，這一點是不對的。
- 五、最重要的一點，我們對於大家，委員都很注意的 AIDS，到底到現在，每年送給我們多少？像昨天的報紙登了，北聯醫洩漏了 3,000 位 AIDS 的姓名的資料出去。那 AIDS 到底我們健保署每

年是花費多少錢，今年現在是第 1 年，是花費多少錢，到現在用多少錢，應該要讓人知道，這都完全沒有，我是覺得我們健保署不要當凱子，說好像我們很有錢，好像委員都很好講話，都可以替他們出錢，我認為這是沒有必要的，應該他要公布就要公布，這是很重要的一環。

六、第四點呢，對於剛才所提到對於新特材的方面，我們只有講 1 年而已，像 107 年就這 1 年而已，這是不對的，應該要追溯 5 年，107、106、105、104，藥品用到最高量是到第 5 年，但是我們給的費用卻是不夠的，我們應該要追溯到 5 年，要提供就要提供不是 1 年，是 5 年的費用，這是必要的條件。

七、再來就是說，我們新藥，尤其對癌症，像是昨天共擬會有癌症的藥，有比較便宜的，馬上就通過了。我也提到癌症及罕見疾病的藥費會否擠壓到一般用藥的問題。因為我們每年有一個所謂的藥品總額，而癌症和罕見疾病的藥品藥價都比較高，譬如癌症的藥品擠壓到一般的用藥時，一般用藥會產生到什麼樣的程度呢，我向各位委員說明一下。

(一)會產生到現在目前的藥廠，小藥廠對於他的產量、經濟價值比較不夠的，他就不做了—停產，或者就乾脆都委託讓給大型藥廠來做，可是大型藥廠他的產量又不夠，變成現在有缺藥的現象，這因為藥價調查的結果有關，這是對於藥廠的影響。

(二)第二個，對於原開發廠商的藥廠和台灣的藥廠都應該要有一個保護的作用，因為我們藥價調查都是以採購價最低的價格來做，這樣是不對的。我們給藥廠都有一個叫做管理費用，但是為什麼給醫療院所卻沒有管理費用？因為你把所有的管理費用全部砍掉，這樣藥廠就完全做不下去了，所以我是感覺上，給藥廠也有管理費用，藥商尤其原開發廠商，他的藥品進來都是有管理費用，應該給醫院也要有管理費用才對，應該對於新藥的程序的報告都要完整性一點。

八、在這裡所提出的意見，很抱歉，我說話都說實話，我不會說假話，而且都是實實在在目前發生的事情。我希望我們要為台灣老百姓來做一些事情，不要給原開發廠商、台灣廠的藥品都退出台灣，他算不划算就是退出，再來就是要讓藥廠要有利潤，我的利潤是合理的利潤，什麼叫做合理利潤大家可以討論，但是一定要有給他們能有生存的空間，不要把他們給逼到死路一條，像很多地區醫院，就這樣被逼到死路一條，我希望這條路不要再發生在藥廠的身上。

傅主任委員立葉

先請陳委員亮良，再請趙委員銘圓。

陳委員亮良

- 一、會議資料第 22 頁第 2 項，剛剛好幾位委員都有提到，有關新藥、新醫療、新科技、新特殊材料和診療服務，及如何放寬藥品適應症等。我在臉書有建立一個「監督全民健保制度」的部落格，裡面有很多從付費者的角度，提到許多心聲，他們都特別提到，在醫治疾病的過程當中，台灣健保應該是要從尊重生命的角度來實踐。台灣健保所有經費是取自於台灣人民所繳納的錢，基於社會公益原則下，讓有需要的人使用。民眾也特別提到，當他們在治療疾病的過程中，發現到在台灣沒有藥物，都要仰賴特殊專案從國外預訂進口藥物，而且要自費，自費額都是上百萬，這是非常嚴重的情境。
- 二、王委員雅馨是乾癬協會秘書長，他也特別關注乾癬，很多付費者給我的意見，也都特別提到，包括癌症的化療，一些特殊的疾病，在國內都沒有現成的藥物，都是透過自己或是一些精通外文的親友，上網搜尋從國外找到可以醫治的藥物，很多答案其實也都在醫院裡面，沒有講出來，很多醫生其實也知道在國外有研發出新的藥物，我想這部分是不是請健保署特別回應一下，重視付費者的心聲。
- 三、我們非常樂意看到健保署的努力，從辦理情形看到，107 年 9

月，台北市政府會償還政府應該負擔的健保費用，高雄市政府也將要在7月份撥付，這部分我希望是確實的，因為從報紙看到，高雄市政府財政非常困難，負債1、2千億，希望在9月份清償完成之後，再來解除列管。

- 四、會議資料第23頁第4項，中醫治療兒童過敏性鼻炎是非常有效的，而且身為台灣未來的主人翁，兒童的過敏性鼻炎，對於他在學校學習的專注性是所有影響，所以透過這種中醫的治療是非常妥適的，希望這部分可以繼續再擴大、普及化，列入健保的常態給付，不要僅是在試辦計畫。
- 五、會議資料第26頁第10項，李署長伯璋很辛苦，今天來健保會列席，希望針對分級醫療的推動情形做一個回應。另外會議資料第29頁第20項「建議檢討健保給付較高之品項(如：電腦斷層、磁振造影、正子造影)支付點數及給付規範，防杜藉由高單價檢查項目不當圖利之情形」，我非常贊成健保署的意見，過度的檢查有沒有必要，希望健保署能夠嚴格把關，也希望健保署提出一些說明，針對這部分如何防弊不當圖利之情形。
- 六、會議資料第32頁第27項，上次也有特別討論到，針對藥品價量協議回收金額的處理方式，健保署是還在研議評估當中，因為這些項目，當然各委員都有各自的立場跟意見，如果從付費者角度，我們希望回歸全民共享，這部分希望健保署審慎的來處理。
- 七、第29項，本會委員認為現行健保法施行細則第45條，恐有違背母法第27條之虞，社保司回應業於5月份提出初步的報告說明。不知道6月份有沒有進一步的進度，希望社保司持續努力，我知道你們的辛勞，我想在立法院要遊說立法委員也相當辛苦，希望請社保司辛苦一點。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

一、會議資料第 25 頁第 9 項，我非常可以理解干委員文男提這個案子的心態，我也希望健保署應該站在全民的便利性上去處理，但健保署的回應其實，如果有點不禮貌還請見諒。

(一)我覺得這是官樣文章，你們的回應就是說醫事司、食藥署，還有相關規定就是這樣，所以沒有辦法，但其實假如可以到藥局直接去領的話，最起碼可以節省付費者往返醫院的時間和費用，也可以省掉為了拿這幾天的藥，病人再去看病，健保署還要再付出的費用。

(二)而且這邊說「藥事法之修正屬主管機關之權責」，這主管機關是食藥署吧？也只是衛福部裡面單位的權責，也沒有牽涉到立法院，假如他們真的不願意，健保署可以在部務會議跟部長提出來，這部分可以節省健保費，也可以讓人民有便利性，我想應該沒有那麼的困難，還是麻煩請健保署再多多用心一下。

二、會議資料第 29 頁第 20 項，陳委員亮良剛剛有提到，關於電腦斷層或是 CT，現在其實各醫院都有在推，不過還是有一些醫院沒有上網，還是做拷貝，拷貝少則半小時多則 2 小時、半天，其實現在各大醫院都有在做，是不是可以在有申請的地方貼公告，假如他們有簽署同意書，就請病人的醫生上網查詢就好，病人不用跑到醫院申請排隊繳錢，等個半天，這很可惜，健保署有在推，各醫院有在配合，但是還有很多的民眾不清楚，我想這個部分可以再加強。

傅主任委員立葉

委員還有沒有有其他意見？請葉委員宗義。

葉委員宗義

我聽不太懂，問隔壁現在說到第幾條，說現在在追蹤案，但我聽了很久好像都在講新藥新科技，但新藥新科技這次就有案子，結果大

家都請健保署出來說明，那等下新藥新科技還要不要再答覆？我覺得有時候針對哪一方面就在哪一方面來講，不要全部說一大堆，這樣討論很浪費時間，我建議主席要分清楚，這是我的建議。

傅主任委員立葉

委員沒有意見的話，先請社保司商司長回應說明。

商委員東福

- 一、剛剛包括李永振委員、趙委員銘圓和蔡麗娟委員，關心 C 肝的部分，我們的回應有提到，在公務預算，國健署會對於一般民眾做一些篩檢，疾管署也會針對特殊族群作疾病監測。趙委員銘圓特別提到 B 肝及其他肝炎的部分，因為過去各位委員都很關心 C 肝的防治，衛福部成立「國家 C 型肝炎旗艦計畫辦公室」，成效也很顯著，感謝各位委員和健保署努力，不過不管是國健署、疾管署，他們做的這些防治工作並不會限於 C 肝。
- 二、李委員永振、謝委員武吉、陳委員亮良，都對這次 5 月底 60 天的健保法施行細則修法預告表示關心，我知道李委員永振一直很關注這個問題，我們之前回復就有提到現行施行細則條文過去在立法院經過實質審查確定，所以才講說應該更直接的從母法上做研修，並用這樣的時程來規劃。這次施行細則是解決過去大家所關切，職業工會會員投保金額成長率採認的標準，以及薪資不固定之受僱者，其投保金額的計算，還有大家也十分關切的保險人公告事項，現行的作法是沒有調整之年度就不會特別公告，雖然有人覺得不是很適合，可是確實是以現在大家可以接受的方式在做，因此我們希望在法規上規定清楚。

傅主任委員立葉

請健保署回應。

蔡副署長淑鈴

其實大家針對的都是繼續追蹤事項，又再度提出來，有些項目確實追蹤滿久的，我們每一次會議都有提供最新的辦理情形，委員就又

針對這些辦理情形再提出一些意見。我針對大家提出比較多的項次，簡單回應一下，後續還是會在追蹤辦理情形跟大家做詳細報告。

- 一、第 2 項，新藥、新特材、新診療項目的財務評估及替代效應，其中新的診療項目，事實上在納入健保給付的時候，就已經把替代效應扣掉了，所以是淨的支出，才會用到新增的專款，新藥、新特材因為比較複雜，需要一些新的想法，國際上也沒有好的 copy(複製)方法，所以要本土研究，是需要研究時間。
- 二、第 4 項，委員提到中醫過敏性鼻炎試辦計畫不要一直在試辦，但這個計畫也才剛開始，目前的收案人數非常有限，在相關會議上，一直有請中醫師公會全聯會提出療效評估，他們也在準備中，應該在今年的評核會議會提出來。
- 三、第 5 項，確實菸捐調降對於健保財務是有影響，這是事實，菸捐的主辦單位是國健署，最後決策也是由部長敲定，我們也不斷把委員意見反映給國健署跟相關會議，這部分我們一直都有在做。
- 四、第 6 項，有關 C 肝新藥的部分，事實上最近這幾年都有新編預算，已經服用了一段時間，療效也有出來，效果非常好，但也相對的，非常昂貴。如何配合 WHO 在 2030 年完全根除 C 肝，如果都用完全淨增加費用的觀點來編預算，是不可能支應的，我們應該要有新的想法，要有長遠的打算，需要再來考慮一下。
- 五、第 9 項，干委員文男和趙委員銘圓不斷提出來，有關病患遺失藥品之後能不能直接跟藥局購藥，這個部分我們反覆一直說明，目前醫藥分業是法律，如果沒有醫師處方箋，到藥局是無法購買處方藥，這件事情我們真的是太為難了，健保署不是醫事司或食藥署這些制訂醫藥分業法律的單位，並不是我們說了就算，事實上沒有醫師處方箋，要去藥局買處方藥，目前就是違法，不斷追蹤答案也會是這樣。
- 六、第 11 項，本署推動分級醫療是全面展開，這是部的政策，委員經常在報紙上看到，署長參加分級醫療的地區性垂直整合計

畫，當然我們推動分級醫療不是只有分級醫療，而是加上雙向轉診，這兩項加起來才是真正能夠讓體系運作有效率的方法，所有大醫院都動起來，我們希望真的能夠落實雙向轉診，這是長期要推動的事情。

- 七、第 19 項，成藥跟指示用藥逐步不納入健保給付之規劃與配套措施，主辦單位醫審藥材組請等一下補充時程。檢討 CT、MRI 的部分，是我們目前的重要政策，推動雲端醫療系統希望資料可以分享，包括影像、檢驗檢查報告，委員應該看出我們多麼用心在做這件事情，希望因此能減少 copy(複製)報告，這當然是要一步一腳印，我們是努力在做，但如果目前無法百分之百上傳，偶爾會變成查不到，現在署長也指示希望醫院從 7 月 1 日開始是即時上傳，這樣就更即時，要去看的時候就可以查的到。我們也要求、拜託在第一線的醫師真的去查詢，這些都是全國性、全面性、整體性，有待時間去慢慢累積成效。
- 八、第 27 項，我們請戴組長說明目前進度。再來是第 30 項，有關相關專款的執行進度和時程，我們目前的所有專款或專案計畫的執行進度與時程，在年度總額協商前、7 月份評核會議都會進行報告，今天的會議資料中亦有相關的資料；委員詢問罕見疾病、血友病及愛滋病患者費用成長，及謝委員武吉所詢問的，今天會議中另有排定專案報告，我就不重複說明。
- 九、吳委員榮達提到，上次委員會議中詢問醫療審查辦法修正及指示用藥取消給付案的進度，醫療審查辦法因為較複雜，因此會後請主辦同仁再跟您報告。請戴組長雪詠報告指示用藥取消給付案及藥品價量協議收回金額的處理方式。

戴組長雪詠

- 一、跟各位委員說明，有關指示用藥取消給付案的執行時程，本署依照委員會的決議，以減少社會衝擊及保障民眾用藥權益的方向規劃，現採雙軌辦理，第一軌是由學會主動提出取消哪些品項的建議，本署再進行後續評估，另外一軌是健保署主動行文

給 32 個醫學會，請醫學會針對哪些指示用藥無臨床上的必需性提供專業意見，目前還有 8 個醫學會沒有回復意見。

- 二、待彙整醫學會意見後，本署會做整體評估，若多數醫學會建議，認為該藥品非臨床必需者，本署會列入優先剔除給付的對象，但當然還會評估到底有多少保險人使用，若依照目前統計，1,000 人以下使用的品項大概占 928 張許可證的五分之一，希望逐步、漸進式剔除這些品項。
- 三、另外，本署也在評估目前 928 項指示藥品中，有些藥品在臨床上是非常必需，也相對安全、低價的指示用藥，像是普拿疼這種成分的解熱鎮痛劑或是抗組織胺劑，是民眾日常感冒、頭痛等症狀都需要用到的藥品，是不是列入最後剔除給付的品項，甚至維持給付，本署都還要評估，若是如此，就會涉及修法。
- 四、本案的整體評估結果列為 8 月份委員會議的報告事項，本署會依照委員會決議辦理。

傅主任委員立葉

剛才李委員永振舉手要進行第 3 次發言，之後再請謝委員武吉。

李委員永振

- 一、剛才聽社保司的說明，我有點不解，他說因為有些相關的法令因素，所以要修訂健保法，他講的應該是施行細則 45 條，若是這樣，不是很奇怪，先射箭再畫靶嗎？現在找不到法源，所以要修健保法，因此就有法源基礎；現在那條法律沒有法源依據，就應該先拿掉，待法源具備後再修回來，大家就沒話可講了，1 年 70、80 億耶！
- 二、目前政府的作法我覺得很奇怪，像施行細則第 68 條，配合現在實際的作業方式，刪除「每年」2 字，這樣是對的嗎？原來的立法精神是這樣嗎？84 年健保開辦時，施行細則第 43 條明文規定：「本法第 28 條所定之眷屬人數，保險人應於前 1 年 9 月底前公告」，後來「9 月底」的文字就被刪除，最後愛公告就公

告，不公告就不公告，這種作法對嗎？上次委員會議還談到公務員都依法行政，但法遵看起來就不是這樣，我看到一個談話性節目給大家參考，新新聞副社長講：「公務人員最喜歡講依法行政，但最不依法行政就是公務人員」，這跟談話性節目沒有關係，但我引述他的話，應釐清應該怎麼做才對，先做對的事。

三、如果要找法源，有辦法就修健保法，大家就遵循，現在找不到法源，就硬要卡在那裡，讓健保財務每 1 年就繳少 70、80 億，從 68.5 億，到 106 年就超過 70 億，差距還會持續增加，委員會對幾千萬的預算都要討論很久，但一下子損失 70、80 億，就沒辦法要回來，那不是很奇怪嗎？所以我剛才建議健保會應該表態，不一定有用，但總是要建議。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、剛才我所提新藥的排擠作用可能產生的評估，與可能產生對於台灣的藥品、製藥廠商及開發廠商的衝擊，這些都沒有報告。
- 二、我是看完資料後綜合性的提問，所以有關於 AIDS 部分，沒有明確指出哪一點，但 AIDS 到現在也都沒有報告。
- 三、最後，本會繼續追蹤事項有漏網之魚，我希望以後全部補上，今天不一定要說的很清楚，但要承諾以後會補上，還有很多繼續追蹤的事項都應該要補上。

陳委員亮良

主委，我舉手舉很多次了。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良，第 2 次發言。

陳委員亮良

- 一、主席我坐在你旁邊都沒看我，都看對面，可能對面的委員都比較大牌，旁邊比較小牌所以你比較沒注意。我想要回應一下，

身為公務人員，我要為公務員發聲，電視節目當然有批判到公務人員依法行政的議題，但大家要瞭解，那些有辦法做決定、政策的人，都是人民用選票選出來的，那些人是主張政策的改變，上至總統下至立法委員，甚至縣市首長及鄉鎮市長，有辦法提案的都是政務官，不是像我們這樣考試及格，寒窗苦讀十年無人問，考上公務人員後，工作 30、40 年退休，結果原先說好的退休金不算數，平均 1 個退休公務人員的月退休金大約被刪減 2、3 萬元。

- 二、不是我們不依法行政，我們連要提案的資格都沒有，都要服從。上面指示下來，我們只能服從，只有政務官、所謂的高官，才有辦法決定政策的改變，我在此要為公務人員發聲，我們基層的公務人員坐在這裡，都只能聽從上級的指示，而政務官都以選票考量。公務人員一定都依法行政，法令如何規範就如何處理，但有辦法提案的都是立法委員，不然就是部長級的長官，基層的同仁哪有辦法解決這種問題？我發表一下我們的心聲。
- 三、剛剛我特別提到希望署長針對三級醫療提出看法，因為署長是我們雲林人，雲林之光，也是我們虎尾人，我住虎尾，所以會覺得說你在推三級醫療很好，我也希望將地區醫院總額獨立切割出來，我也支持三級醫療政策的推動。上次因為署長請假，上次與會的副署長有提出工作報告，醫院總額部門整體門診量是正成長，我們要求醫院總額門診件數 5 年內要減少 10%，但現在整體是正成長，沒有減量反而是提高。我希望署長能說明有什麼作為，我們一定支持，讓署長歷史留名、為雲林爭一口氣，請署長針對三級醫療的部分發表意見。

傅主任委員立葉

先請蔡副署長淑鈴回應。

蔡副署長淑鈴

- 一、有關謝委員武吉剛提的愛滋病費用支用情形，我沒有特別回應是因為今天報告事項第 2 案將會進行報告，簡報資料在各位委

員桌上的書面資料中，待會也會進行專案報告。

- 二、簡單來說，現在有 1 萬 9 千多位愛滋病患者，106 年編列 35 億專款，去年支用約 25 億。等會報告內容也包含罕病及血友病、今年新藥納入健保給付的執行情形，以及如何管控這 3 項費用，我就不重複說明占用大家時間。

傅主任委員立葉

在做最後裁示之前，我先做一些說明，李委員永振關心的施行細則…。

謝委員武吉

還有關於新藥納入給付對藥品總額的衝擊這部分還沒有回應。

傅主任委員立葉

- 一、因等一下還有 1 項報告案及 1 項討論案，都是跟藥品有關係，謝委員武吉是否可以留到那時再一起討論？
- 二、謝委員武吉提到追蹤事項有遺漏的部分，請幕僚再行檢視，若有遺漏再補列，但有關本會跟 4 個機關或單位的業務座談會，因其並非委員會議，亦非屬本會的業務範圍，故不列為追蹤事項，這也是為什麼要舉辦業務座談會的原因—讓委員可以表達意見供相關單位參考。
- 三、李委員永振提到「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」，本會除了不予備查外，還能做什麼？我認為不予備查已經是非常激烈的作法，我不曉得過去是否曾有相關案例。因為本案的決策不僅牽涉健保會、健保署及衛福部，還有行政院主計總處等，這個部分就到此，我們會再繼續追蹤。
- 四、會議資料第 20 頁擬解除追蹤第 1 案，改列繼續追蹤，並俟健保署提出評估報告後再解除追蹤。其他委員意見，尤其長期關切的意見，請相關單位參考，也請幕僚根據委員意見，更新追蹤情形。本案就討論到此，接下來進行討論事項第 1 案。

參、討論事項第一案「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

- 一、向委員報告，討論案第 1 案是為 108 年度總額協商，幕僚研提的協商架構案，歷年來本會都是在行政院核定的總額範圍、架構及衛福部交議的政策目標下進行協商，因此需要在總額協商前議定協商架構，以利後續各總額部門據以擬訂協商草案和辦理相關作業。
- 二、請委員參閱會議資料第 37 頁第二點，108 年度總額協商架構修正重點如下：
 - (一)107 年度總額協商通則第三點，已明定「107 年度總額違反特約及管理辦法之扣款不納入 108 年度總額協商之基期費用」，因此 108 年度協商架構須配合修正。請委員參閱會議資料第 39 頁，「一、總額設定公式」新增註 3「107 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，不納入 108 年度總額協商之基期費用」等文字，以配合去年通過的協商通則，調整一般服務醫療給付費用(基期)的計算。
 - (二)根據衛福部報行政院之 108 年度總額範圍，調整「醫療服務成本及人口因素」相關文字，請委員參閱會議資料第 40、41 頁：
 - 1.人口結構改變率：原以 5 歲為一組，衛福部改以 1 歲一組，爰配合修正。
 - 2.投保人口預估成長率：原採國發會公布的人口中推估資料，衛福部改採最近 1 年可取得的實際投保人口資料，以 106 年對 105 年投保人口成長率估算，爰配合修正。
- 三、請委員參閱會議資料第 38 頁，要特別向委員報告，去年 9 月份總額協商會議時依健保署建議，決議請健保署規劃「將門診

透析及腎臟移病人之醫療費用列為獨立預算」。若執行獨立預算，會涉及會議資料的第 41 頁，協商架構「五、門診透析」相關費用的公式及計算都會跟改變，因此若健保署研議的結果，預定在 108 年度進行變更，請於本年 7 月份委員會議前提經本會議定，相關架構再配合修正，以上說明。

傅主任委員立葉

- 一、請問委員對本案有沒有意見？(未有委員表示意見)，本案照案通過。
- 二、有關本會 106 年 9 月份委員會議決議，健保署建議「將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」乙節，為利本年 9 月協商 108 年度總額，該署若擬變更「五、門診透析」內容，請於本年 7 月前提經本會議定，相關架構內容再配合修正。
- 三、請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、會議資料第 37 頁，人口結構改變率由 5 歲改為 1 歲為一組計算，這是本人 10 幾年前在監理會時就提出來，現在才改變，非常感謝。
- 二、希望向委員說明，由 5 歲為一組改為 1 歲為一組計算，費用差異率多少。

傅主任委員立葉

請社保司說明。

商委員東福

在上次委員會議，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)諮詢案中有提出相關資料，我們再個別提供給謝委員武吉參考。

傅主任委員立葉

我也記得上次委員會議中曾說明過，會後再請社保司提供相關資料給謝委員武吉，接著進行討論事項第 2 案。

肆、討論事項第二案「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

一、向委員報告，討論事項第 2 案也是為了今年 9 月總額協商，依過去慣例會先確定總額協商通則，以提高 9 月協商效率。108 年度協商通則內容，詳會議資料第 45 到 47 頁。108 年度變動不大，主要是配合今年 4 月份委員會議通過之年度總額協商工作計畫表，對於協商因素及專款專用項目之內容有更明確的規範，爰配合修正。

(一)請委員參閱會議資料第 45 頁，協商通則「三、協商因素」(四)一般服務之協商因素項目，新增「於年度協商時提出執行目標及預期效益、醫療服務內容…」等文字。

(二)請委員參閱會議資料第 46 頁，「四、專款專用項目」也是依前述精神修正，新增「於年度協商時…提出執行目標及預期效益…」等文字。

二、本協商通則若獲委員同意，建請各總額部門及健保署在研擬 108 年度協商草案時，對於一般服務協商因素項目和各項專款計畫能依據協商通則內涵，提供相關資料及數據，以利委員有更準確的資料和充分的資訊進行協商，以上報告。

傅主任委員立葉

一、請問委員對本案有沒有意見？(未有委員提出意見)沒有的話，本案照案通過。

二、請各總額部門及健保署研提 108 年度總額協商草案時，依協商通則所訂內涵，提報一般服務協商因素項目及專款計畫的詳細說明，接下來進行討論事項第 3 案。

伍、討論事項第三案「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

- 一、向委員報告，討論事項第 3 案主要是在 9 月份總額協商共識會議前，事先議定與會人員、進行方式和原則等規範，幕僚援例提出 108 年度協商程序案。根據去年 12 月份委員會會議通過會議時間表，108 年度協商共識會議安排於 9 月 27 日全天進行，若有協商未盡事宜，則在 9 月 28 日上午 11 時繼續協商。
- 二、因去年 9 月協商共識會議時，委員間對於委員在協商共識會議的角色及安排，有不同之意見，爰於今年 1 月 5 日召開專家學者的諮詢會議，專家意見摘要如下：
 - (一)對等協議精神重在雙方互相尊重，目前協商機制及程序尚稱穩當，沒有太大問題。
 - (二)專家學者和公正人士扮演中立的角色，提供專業、中立、客觀意見供協商雙方參考，以利總額協商進行，但建議不涉入金額的談判。
 - (三)其他預算部分，因為有部分項目是由總額部門配合執行，建議讓委員有表達意見的機會。
- 三、幕僚參考本年 1 月 5 日專家諮詢會議之建議，所研擬之 108 年度協商程序如會議資料第 53 至 57 頁，主要修正第 1 天協商共識會議進行方式，在協商時段有更細緻的安排：

依據歷年各部門的協商時間安排，首先進行「提問與意見交換」，之後視需要召開醫界跟付費委員的「內部會議」，內部會議之後正式進入第 3 階段的「部門預算協商」。為了讓委員更清楚在每個階段的角色，今年度新增 3 個協商階段與會人員之參與方式，將委員及參加人員扮演的角色做清楚的規範。
- 四、請委員參閱會議資料第 52 頁，3 個協商階段的重點說明如下：

(一)「提問和意見交換」階段：明訂所有委員都可以參與提問和意見交換。若協商草案中，有部分項目涉及其他總額部門，相關醫界委員可在這階段補充意見並爭取其他委員支持。另，必要時可請健保署提供相關執行經驗和說明。

(二)「視需要召開內部會議」階段：

- 1.由「付費方」跟「醫界方」視需要自行召開會議，參考 1 月 5 日專家學者諮詢會議建議：「專家學者公正人士應扮演中立角色」，若專家學者或公正人士參加任一方內部會議，恐怕容易產生角色衝突；另外專家諮詢會議也認為，應該在協商會議前有充裕的時間進行專家意見諮詢，基於以上考量，今年度刪除過去「得邀請專家學者及公正人士參加內部會議」之規定。
- 2.另外補充說明，本會今年將於 8 月 24 日、9 月 4 日及 9 月 21 日舉辦 3 場總額協商座談會，除付費者代表外，也邀請專家學者及公正人士委員出席，建議可利用座談會進行充分諮詢。此外，委員也可在總額協商前，自行召開內部會議諮詢其他專家學者，若有需要，幕僚可以協助議事相關準備。因為協商會議的時間很緊迫，建議事前就諮詢專家學者和公正人士的意見。

(三)「部門預算協商」階段：

- 1.此階段分成 2 部分進行，首先由「付費方」及「醫界方」雙方進行預算協商，目的在讓協商雙方有單獨且自主談判時段，以掌握彼此談判步調。
- 2.若雙方協商初步無法達成共識時，就由專家學者、公正人士跟政府機關代表，在不涉及特定金額情況下，提供專業見解及中立意見供雙方參考，再決定是否召開內部會議或繼續協商，期讓第三方角色充分發揮，協助達成協商共識。

五、請委員參閱會議資料第 53 頁，年度工作計畫「一、(四)安排總

額協商之相關座談會/會前會」，3場座談會第1場「108年度總額協商草案會前會」，訂於8月份委員會議下午舉行；第2場「健保署和付費者代表、專家學者與公正人士等代表座談會」，經調查委員時間後，訂於9月4日下午舉行；另預定於9月21日上午，加開1場「總額協商資料說明會」。因會議時間已經確定，一併向委員報告，請委員預留時間。

六、請委員參閱會議資料第55頁「(三)進行方式」，各部門之協商順序將於7月份委員會議抽籤確定，不可臨時要求變更，在此特別跟委員說明。會議資料第56頁，關於協商3階段與會人員的參與方式表，剛才已經報告過，不再贅述。

七、請委員參閱會議資料第57頁，倘協商未能達成共識時，其處理方式的第7點，原文字為「各部門總額年度預算終止點，訂為9月份委員會議之前，經委員會議確認後，不再重啟協商」，但幕僚仔細閱讀後，覺得會與協商通則混淆，請委員參閱會議資料第46頁，協商通則「六、其他原則」(一)「…醫療費用總額經衛福部核定後，對已協定各項目金額之增減應正式提案，在本會議決前，並應再經總額部門與付費者代表協商程序」。因此若於會議資料第57頁載明「不再重啟協商」恐造成混淆，爰建議第7點酌修文字為「…經委員會議確認後定案，不得變更」較為明確，以上報告。

傅主任委員立葉

一、補充說明，去年的總額協商共識會議，因為委員間對專家學者及公正人士的角色認知不太一致，很抱歉讓專家學者及公正人士覺得不受尊重，故今年乃強化這部分，讓每個階段的委員角色能夠更清楚。過去付費者代表可以邀請專家學者委員參加其內部會議，但受邀的專家學者委員於協商該部門預算時，即保持中立、不再發言。於1月份的專家諮詢會議時，專家學者認為內部會議時間緊湊，能夠諮詢專家學者的時間也非常有限，爰建議專家學者及公正人士不參與內部會議，扮演中立角色，

提供專業及中立客觀之意見。

二、今年將在9月4日、9月21日舉辦的2場座談會，僅邀請付費者代表跟專家學者、公正人士參與，沒有醫療服務提供者，故屆時付費者代表可以充分諮詢專家學者意見。另除這2次座談會外，若付費者代表有需要，也可以在總額協商前自行召開內部會議，健保會的幕僚同仁會樂意協助相關庶務，付費者代表一樣可以邀請專家學者、公正人士委員，甚至可擴大邀請非委員的專家學者來諮商。也就是說，諮詢專家學者意見這部分，可以在別的場合更充分的進行，但到正式協商會議時，內部會議就單純是雙方內部會議。

三、剛才陳組長燕鈴報告，協商分為3個階段，第1階段「提問與意見交換」時，所有委員都可以參與提問及意見交換，第3階段「部門之預算協商」時，由付費者跟各部門協商代表雙方進行，若無法達成共識，就請專家學者、公正人士及政府機關代表等提出意見供雙方參考。請問委員對本案有沒有意見？請吳委員榮達。

吳委員榮達

有關「提問跟意見交換」階段，草案規劃所有委員均可參與提問和意見交換。依去年經驗，委員間較有爭論的是「其他預算」的部分，是不是「其他預算」才需要所有委員表達意見，其餘各總額部門是否由部門委員及部門代表表示意見即可？不知這樣建議是否可行。

傅主任委員立葉

我們先看看還有沒有其他意見再一起討論，先請干委員文男，再請陳委員亮良。

干委員文男

過去協商時，都先確認非協商因素成長率，再進入協商因素項目的協商，付費者代表往往很快就確認非協商因素成長率，但是進入協商因素的協商時，醫界代表好像要爭取的就講，不要的就算了，好

像不是很尊重我們付費者代表；未來總額協商時，若協商因素成長率沒有達成共識，則付費者代表可以不確認非協商因素成長率？

傅主任委員立葉

等一下再一併討論，請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、無論付費者或是醫療提供者，大家都希望在一個平衡、可以溝通、創造台灣健保雙贏的價值理念下，進行總額協商。非常遺憾 107 年度的總額協商達成率才 18% 左右，未達成率高達 80% 以上，其中有很多原因，可見整個協商過程確實有需要改變的地方。
- 二、我想經過 106 年參與 107 年度總額協商過程中，我們也發現，舉例有某位付費者委員邀請某位學者委員參與內部協商，那另 1 位付費者委員是不是也可以邀請另 1 個學者委員進入內部協商會議討論？我認為這有其必要。另外，我覺得協商過程中，協商因素沒有幾項，希望逐項討論，不要包裹式，好像一刀切，沒有機會表達意見。付費者代表這邊是不是可以逐項討論，醫療提供者提出寶貴、為台灣人民健康提供的醫療服務，付費者代表這邊是不是可以逐項提出意見，我想很多事情要有共識、要完全一致是很難，但總是有產生共識的機會，期待 108 年總額協商的達成率可以到 100%，那在座委員就是在創造台灣歷史，在這邊說明。

王委員雅馨

- 一、回應陳亮良委員的意見，對於專家學者及公正人士委員的角色，我有不同的看法。雖然在準備協商會議前，我們都有機會諮詢專家學者及公正人士的意見，但我們也都知道，協商會議的進行是滾動式的，討論過程中很可能會有一些看法不同的議題，這時候就需要第 3 方提供一些資訊。若內部會議要完全避免專家學者及公正人士的參與，以去年實際參加的經驗，我認為他

們的協助，還是有其必要性。

- 二、我們可以再想想專家學者及公正人士參與的方式，第1種方式，可能就是沿用之前的方式，內部會議邀請他們全程參與，或是在一些議題的討論上有需要觀念釐清，或須要協助的時候，再請專家學者參與並做些觀念的釐清，這樣可幫助我們在協議時順利進行討論。參與的方式我們都可以再討論，但要完全避免，我有點擔心因不同的協商代表有不同的觀點，恐將影響到協商會議的順暢度。
- 三、雖然剛才講到，若專家學者跟公正人士參加任一方的內部會議，易產生角色衝突，所以希望委員們能在協商會議之前，就充分諮詢他們的意見，可是我剛才也提出，會議的進行是滾動式的，並不是硬梆梆的，所以可能需要有些彈性，以上是我的建議。

傅主任委員立葉

還有沒有其他的意見？剛剛陳委員亮良和王委員雅馨的意見牽涉到專家學者和公正人士委員的角色，是否也應聽聽他們的意見？先請葉委員宗義。

葉委員宗義

- 一、現在談到專家學者及公正人士委員的角色，我剛跟附近幾位委員講這個問題，其實公正人士都是以前我們的委員，而且有擔任過多屆委員的經驗，他們每樣東西都懂，才會擔任公正人士，委員們應該也都有共識，相信在座的委員包括學者專家，將來也都有機會擔任公正人士，所以我認為不要有什麼定見，公正人士一定是有他好的一面，不然就不會擔任公正人士，這一點在我的立場上來講，是不反對的。
- 二、剛才我也跟李委員永振提到，在外面我是工商界人士，人家常常都說我是商業界代表的委員，我也做的比較久，年紀也大，剛才陳委員亮良也說我資深，年紀大的人，講話比較不負責任。

其實，台灣現在的審查預算額度，除了立法院，第 2 大的單位就是健保會，你們有沒有注意到？每年有 7,000 多億元，哪一個單位有 7,000 多億元的預算，所以我們委員負責的這筆預算是很大的。當外面評論說我們的健保很好，你們不覺得與有榮焉嗎？不是這樣感覺的嗎？作為健保會委員，我覺得心裡很痛快。但是當委員也很痛苦，以前開會有些委員一早就要從南部搭車上台北，1 次只領 3,000 元而已(有委員表示協商會議沒有)。協商沒錢啦！我是說例行委員會議，就我的觀察，我認為委員們都還是很可愛，在提出建議或是討論時，都是很和氣，這都是為了全民健保，所以有時候，不要計較得太清楚，大家都是為了全民健保好，健保署也是，我常常跟李署長伯璋說，您當這個署長很痛苦，大家互相勉勵，不要有太多的限制。我的建議是這樣。

傅主任委員立葉

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

- 一、對於本案，個人比較贊同原本提案的內容，因為之前我們有討論過，專家學者加上公正人士只有 5 位，主席不能發言，所以只剩 4 位，專家學者及公正人士在協商會議中，是扮演緩衝的角色，就是一個潤滑劑，所以只要進去任何一方的內部會議，出來就不應該發言，因為在那樣劍拔弩張會議中，需要潤滑劑存在。
- 二、我同意會議的進行是滾動式，沒有錯，但基本上，委員們的立場或意見可以在事前先去諮詢專家學者，去瞭解一些專有名詞跟看法，這些準備工作在正式協商前都可以做，但會議一開始，協商雙方就有利益關係，這時候專家學者及公正人士進去任何一邊的內部會議，出來就不能發言，這是對的。我認為在開始時，已有個公開可以諮詢的時間點，在那個時候可諮詢專家學者的意見，所以會比較傾向專家學者跟公正人士在會議中扮演

潤滑劑的角色，發表專業的意見。

傅主任委員立葉

- 一、我想這個事情關係到專家學者和公正人士委員的角色，還是應該要尊重他們的意見，以及他們期望採取扮演的角色立場。事實上，我覺得這樣的作法，並不會減少諮詢他們意見的機會，甚至付費者代表要多召開幾次內部會議都可以，雖然協商會議的進行是滾動式，但我們可以更早開始滾動，因為協商會議當天的時間很短、也很趕，如果要現場諮詢專家學者意見，效果恐有限，所以今年是不是可以先做做看。
- 二、針對剛剛幾位委員的意見，我先回應一下：
 - (一)陳委員亮良剛講到要逐項協商，但那樣的話，會議的時間可能會不夠，需要改變整個協商程序，未來可以研究看看。如果是這樣，其實我也覺得，那樣子也許是更好，但可能就不是在2天內的會議可以完成，而是要從年頭到年尾排定時程去協商，我是這樣想。但我也覺得要很倉促的包裹協商，的確沒辦法做到那麼仔細，就是各有利弊。
 - (二)關於干委員文男所提，若是協商因素項目沒有達成共識，非協商因素的部分，可否不予確認？經詢問幕僚覺得不太可行，因為其非屬可協商的部分，今年我們還是按照幕僚所擬的作法進行。
 - (三)吳委員榮達提到，只有在其他預算的部分，在提問的部分開放所有委員發言，但是在4個總額部門的部分，就不需要開放其他的委員來發言。但我不曉得在那時候會不會專家學者也可以提一些問題，來釐清資料上的問題，以及是不是政府機關代表委員也可以做說明，因此是不是還是維持目前今年提案的方式，進行看看好不好。
- 三、如果大家都沒有意見的話，是不是可以照幕僚所擬？先請蔡委員登順，再請李委員偉強。

蔡委員登順

- 一、原則上，尊重專家學者討論出來的方案，至於陳委員亮良談到協商項目要逐項協商，其實本來就是逐項協商，醫界提出來的項目什麼地方可以給付，什麼地方不同意給付，都是可以談判的，那是逐項協商沒有錯。
- 二、至於邀請專家學者及公正人士的參與方式，今年做一個變革。就剛才所提，有些委員邀請某些專家學者，或者某些委員想邀請另外一位，當然過去是沒有邀請第二人，不過，今年有修正，專家學者及公正人士是不參與付費者內部會議，而是雙方有任何諮詢意見，到協商平台正式討論時可以提問，我個人覺得這樣的方式滿公開的，也滿好的。雙方如果協商有共識，我們就不介入，除非雙方沒有共識需要提供諮詢意見，當然我們願意提供，這樣的協商方式比較平和，達成共識機會比較高，我支持專家學者委員協商出來的方式。

傅主任委員立葉

請李委員偉強。

李委員偉強

會議資料第 52 頁的(三)，我想到去年的協商時間搞到很晚，希望今年能夠至少順利一點，(三)第 1 點，4 部門的總額協商部分，由付費方與醫界方進行協商，這沒有問題。但其他預算則由付費方與健保署協商，我們知道「其他預算」是個專有名詞，其實去年有發生類似的問題，其他預算大部分都是與政策推動相關的項目，所以由付費方與健保署協商，我記得去年協商時，為了這件事大家也討論過，醫界是執行方卻沒有參與協商，到底這些項目能不能執行或合不合理？我只是覺得其他預算部分，只能由付費方及健保署協商嗎？執行方是不是可以參與，不管基層或是醫院總額部門都是，希望大家能討論這一點，因為去年發生過類似的爭議。

傅主任委員立葉

先請張委員煥禎。

張委員煥禎

補充一下，這部分不只是應該共同協商，因為其他預算是政策項目的支出，實際執行者是在各個總額部門，所以不但要建議付費方、健保署跟醫界必需要共同協商以外，還要建議將其他預算放在各總額部門特別協商之前，依據過去經驗這樣會比較好，這點希望要慎重考慮，就是說，不只是3方一起協商，而且要優先協商本項預算，並放在各總額部門特別協商之前，這一點請主席特別考慮，因為從過去經驗，這樣會比較恰當。

李委員永振

- 一、對於這個議題，健保會的幕僚相當用心，歷年來發生的問題都想辦法克服，所提方案應該都經過深思熟慮，我覺得去年健保署的努力，也值得肯定，那份厚厚的協商資料。針對剛才委員們所提意見，還是請健保署多幫忙，會前座談的時候，不管醫界或是付費者代表提供的意見，你們與兩方面都有座談，對於爭議會比較大的項目，應該深入分析，提供多一點資訊讓委員可以充分掌握，因為到時候那些項目可能也是協商的爭議點，從你們中立、公正的立場，究竟怎麼樣處理才對，應該將你們的看法提供給委員們參考會比較好。
- 二、我比較擔心是會議資料第52頁，有關第三階段裡面，請專家學者及公正人士提供專業見解，這個沒問題，但中立意見的「中立」2字，我比較擔心，因為人言人殊，每個人對「中立」的解釋會不太一樣，去年發生的情況也是這樣，我的認知跟你的不一樣，我的認知是可以發言，但前面講過，在過去的經驗是不能發言，所以才會有一些不愉快情況出現，這邊能否再定義比較清楚，「中立」才不會那麼抽象。
- 三、剛才醫界兩位先進提到，會議資料第52頁的(三)其他預算是健保署控管的項目，由付費方與健保署協商，但這個部分在前面「提問與意見交換」時，所有委員都有表達意見的機會啊！醫

界若有意見應該是在這裡表達，真正在協商就是健保署和付費者代表雙方，這樣應該都有兼顧到，幕僚應該也都有考慮到去年的情況，才會這樣寫，這樣是不是已經足夠，如果可以的話，是否就依照主席剛剛所說，今年就這樣試行看看，健保會的幕僚很用心，若有哪些地方卡卡，將來也可以再改善。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、我想很多委員都很關切未來的協商的架構跟方式，我本身的專業就是在勞資關係，這個領域裡面常常要面對的就是談判、協商，像去(106)年協商 107 年度總額預算的時候，醫院跟西醫基層總額部門幾乎都是零和賽局，等於是沒有辦法談的架構之下，當時我們因為是第一任新委員，對內部會議的協商方式不是很瞭解，所以等於我們在內部會議，出現沒辦法充分表達意見的情形，王委員雅馨及蔡委員麗娟都有這個感觸。蔡委員登順剛才也提到可協商因素部分，是可以逐案來討論，並不是整本預算包裹討論。
- 二、進入內部會議協商時，我希望幕僚這邊可以提供人力，協助我們付費者委員，針對醫療提供者提出可協商因素項目部分，逐條的充分討論，不要一進去內部會議，任憑 1 個人或幾個人改一改就跑出來了，我們根本沒辦法去充分表達每個案子的細節，這是我們付費者委員的心聲，也期待 108 年度的總額協商，可以建構一套真的符合協商的方式，我想也可以先以這個案子建議的方式試試看。
- 三、但是在內部會議的部分，尤其付費者需要一套整合的機制。因為我們一進去，誰要做主席也沒有一個邏輯，整個很亂，不像各總額部門的協商代表，他們都有理事長或是什麼長，一開始就有一個主張，而付費者委員一進內部會議，也不知道誰是誰，誰要講什麼意見都無法充分表達，這是我們的困難點，希望幕

僚這邊提供協助，所以希望說就像是預算審查一樣，逐案的來說明，逐案的來表達內部協商部分。

- 四、希望下一次的付費者協商的教育訓練，不要再重複了，希望找新的老師來，請真的會談判的專家來，進行所謂的教導，我們這些付費者如何來完成一套非常好談判的機制。我想這非常重要。可能的話，每位委員都需要 1 本書，書名叫做「賽局高手」，我覺得那本書非常不錯。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

- 一、談判那麼多年，每一年的形式各有變化，今年也有新的變化，我想不妨試試看，就不要再談，已經談很多了。只要事先的準備，每個團體自己的準備做好，就沒有意見，最怕就是個人意見的表達或成見很深，那就沒有辦法，和諧的進行討論，也會產生很多困擾。我想事先的準備，如果做的好，就不會有問題。
- 二、因為去年是第 1 年合作，現在有 1 年的磨合期，誰要做什麼事情，大家心裡都有數，既然方案已經出來，就不妨試試看，建議照案通過。

傅主任委員立葉

請王委員雅馨。

王委員雅馨

首先，我要附議剛才干委員文男的建議，總額協商之前籌備工作非常重要，還有事前要有不同方面的整合，包含像陳委員亮良所提，協助付費方委員針對協商項目逐項討論，這樣可讓我們有條理的，有足夠的時間討論。希望今年可以將前置作業做的更充分，當天可以有效率的把協商任務圓滿的達成。

傅主任委員立葉

請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

- 一、各位委員都有提到事前的準備，剛才在業務報告有提到，今年我們會在9月21日召開會前說明會，大家如果還記得，去年我們就是逐項進行協商項目的說明，就是那一本很大本的協商資料，本會幕僚將每個部門所提項目、健保署及本會的分析清楚列出，那是幕僚們在短短時間，密集工作所趕出來的資料。我們會1項1項跟委員報告，所以當天會跟委員逐項說明，健保署跟本會幕僚的分析建議，在那個時間讓委員們可以充分的瞭解，若有不清楚的部分，需要哪些補充，我們都可以再做。
- 二、其實9月21日的會前說明會會議時間是在當天早上，幕僚也已借妥下午的會議室，若付費者委員代表需要對於協商時的分工繼續討論，下午還可以繼續進行內部的討論，這部分我們已預為安排。

傅主任委員立葉

- 一、謝謝周執行秘書淑婉的補充說明，就像剛才講的，付費者委員雖無正式的組織，但內部的沙盤推演、內部會議的主持人、總額部門協商代表的推舉等事項，都可以在9月21日下午的內部會議討論，我想這些應該都是可以解決的。
- 二、有關李委員偉強跟張委員煥禎提出協商其他預算時，是否應該包括執行部門？其實我們這次也有提，就像剛剛李委員永振講的，醫界可以在前面的「提問與意見交換」階段，充分表達意見。除非其他委員也覺得有必要，否則還是維持這樣一個形式，也請執行部門利用那個機會充分表達意見。
- 三、另外，張委員煥禎建議將其他預算之協商移至總額部門前，經詢問幕僚表示，其他預算可以補其他部門協商結果不足的地方，即透過其他預算，可對部門總額的協商結果，進行補充或調整，所以我們是不是按照原本的建議方式進行。

張委員煥禎

沒有啦！這樣前後都做就可以，在前面做比較重要，不能說後面再補，沒有人在開後面的會，每一年都是前面沒弄好，這樣不是很理想啦！可以前面先處理，後面再補充也是沒有問題啊！

傅主任委員立葉

聽聽看其他委員意見，請吳委員榮達。

吳委員榮達

我還是比較傾向主席的建議，其他總額部門金額確定之後會影響各個部門的協商空間，所以我還是認為等各總額部門協商完之後，再進行其他預算的協商會比較理想一點。

傅主任委員立葉

這樣的話，本案仍是依照幕僚所擬草案進行。謝謝，請進行下一案。

陸、討論事項第四案「建請 106 年之『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』節餘款可流用至 107 年同項方案支應案」與會人員發言實錄

傅主任委員立葉

請健保署說明。

李組長純馥

- 一、這個案子其實已經提了好幾次，很謝謝今天有辦法讓我們跟各位委員說明，我們在 106 年即時查詢病患就醫資訊方案，就是現在大家耳熟能詳雲端查詢系統，這個系統需要醫療院所上傳檢驗、檢查結果，包括我們今年 1 月開始的 CT、MRI 的影像，我們新增上傳這些影像結果，但因為在協定 107 年度總額時，技術還沒有那麼好，所以當時並沒有估算到影像上傳的費用，只有估算文字型報告或是數值型檢驗檢查結果上傳的費用，這樣的結果造成 107 年實際執行時，預算會有所不足。
- 二、所以我們希望，請大家參閱說明三，就是在 106 年的同項預算有剩下 2.48 億元，能流用到 107 年繼續使用，也就是讓 11 億元以外，還有更多預算鼓勵院所去做上傳，若現在的預算 11 億元，沒有辦法流用 2.48 億元來挹注，推估可能會有浮動點值情形，這部分的訊息希望委員可以知悉。
- 三、雖然健保會幕僚的意見是專款不能流用，但這是跨年度的同項目預算，因為是前一年度有剩餘，而且是在其他部門，希望委員能夠支持。這也是賴院長今年 1 月 17 日在健保署辦記者會時，所宣示雲端查詢系統要擴大功能，基層分級醫療能夠落實看到大醫院檢驗、檢查結果，不致於病患都湧到大醫院去的政策，我們希望這個調整對整體健保的費用支應有所幫忙，希望委員支持。

傅主任委員立葉

各位委員對這個案子的意見？請李委員永振。

李委員永振

- 一、對於這個案子，因為有一個定義要先釐清，所以我就趕快舉手。我們應對這個案子所謂的「節餘款」內容要先認識清楚，依照提案這邊所解釋，節餘款是節慶的「節」而不是結果的「結」，這兩者之間是不一樣的，如果是結果的「結」，那是結算以後還有剩下，等於是賺。這邊「節」的定義上，應是預算執行單位，因為有創新、求新的作為，得以擲節支出，擲節就是省下來的錢。這個系統是在查詢病患就醫狀況，主要性質在提醒重複用藥，並減少不必要的醫療浪費，這個查詢系統有很多建置成本，應要求使用者共同分攤費用，但未分攤，因此建議這個部分應該不予流用，健保會幕僚也把相關的訊息寫的非常詳細。
- 二、另外 1 點要提出，在會議資料第 63 頁，在健保會的幕僚補充說明部分提到，健保署提案資料的說明四，把過去預算得以流用的現象提出來，單看健保署這樣寫的話，如果健保會幕僚沒有提供補充說明，我擔心健保署的說明會誤導委員，在討論的時候，會認為過去有前例，為什麼不援例，我認為這樣就會不中立、不客觀，健保署這個類似的作為不可取，你應該就事實論述，你的理由和要求是什麼？不要產生誤導，如果今天健保會幕僚沒有將過去的歷史提出補充說明的話，我就會被誤導，這 1 點建議健保署將來留意一下。

傅主任委員立葉

請張委員煥禎。

張委員煥禎

- 一、我不知道為什麼健保會幕僚的補充說明第 4 點要請健保署說明能否用浮動點值，到底是贊成不贊成？好像是建議可以考慮。但我基本上不太贊成用浮動點值，我認為應該比照過去 B 肝專款用完後，再去看明年怎麼做。

二、過去醫界會配合，有時候是政策問題，但政策提出來很多都沒有考慮成本，醫界也是咬著牙做，最終預算不足，就用浮動點值，這樣是不好的事情。雖然過去有些東西是這樣，但那樣不好。所以我的意思是說，大家應該要互相讓一步，政策性的項目要配合，醫界就配合，但是沒有辦法考慮成本，因為有時候新的東西，沒辦法算出真正成本。我的意見是，大家是不是都後退一步，不要用浮動點值，不然很多東西看起來好像很廉價，這不是健保署及健保會委員樂見，因為一開始真正的成本沒有辦法算出來。不要什麼都用浮動點值處理，我們就先做，等到預算用完，明年再看看如何調整，讓方案更完整。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順，然後干委員文男。

蔡委員登順

一、這個案子在過去也發生很多類似案例，我們都採行如健保會幕僚所建議，專款項目採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得任何理由流出。類似的案例過去也討論過很多次，都是這樣決議的。如果專款可流用此例一開，各部門可以比照，恐衝擊原有制度，我是建議工具不能破壞為原則。

二、第 2 點，請健保署明年專款項目預算要好好估列，爭取有效的專案，我們當然會支持。

傅主任委員立葉

請干委員文男，然後再陳委員亮良。

干委員文男

針對本案，我的意思跟蔡委員登順一樣，採零基預算，因為也沒有差多少錢，已經有 11 億元可用，若最終仍有不足，明年度編列預算時，可以提高一點。我想這個案子就到此為止，不要再討論下去，過去已經討論過很多次，都沒有辦法通過，因為大家都不希望說有個尾巴留著，將來比照再比照，就會出很多問題，4 個總額部門也

會提出很多同樣的事情，這案子就討論到此。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

我的意見也是和蔡委員登順、干委員文男一樣，如果專款可以流用的話，例子一開，以後健保會真的是會糾纏不完，這個部分，我也是採同樣的意見。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

我要講一句公道話，其實雲端資料檔的上傳或者查詢，我們真的要感謝李署長伯璋和蔡副署長淑鈴，他們是想盡辦法要求醫療院所要將影像紀錄上傳，節省醫療的浪費，這是事實的一面，希望各位委員瞭解，我並不是反對你們的意見，而是希望各位委員可以給李署長跟蔡副署長適當的鼓勵，這是一個正向的反映。

傅主任委員立葉

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

一、我想健保署會提出這個案子，主要是因為這是個政策的項目，但是很多委員的寶貴意見是說專款不要流用，是根據若專款可以流用的話，將來專款計畫的執行程度就不會那麼努力，因為預算是可以流用到其他地方，這是之前訂定專款不能流用原則的精神，但這其實是對民眾有利，我也尊重這個原則，因為當年會這樣規定是有其存在的意義，但我認為所有政策推動時，預算應該要寬列。

二、今天若本案不能通過的話，我尊重各位代表堅持專款不能流用的原則，但希望明年可以有寬編的預算，因為結算是要等年度結束，在結算的時候可彌補目前的不足，畢竟這對民眾有利，

這個計畫是提升保險服務成效，而不是提升保險經營成效，如果是提升保險經營成效，那就是對我們醫界有利，若做的不好，醫界要吸收，但既然提升保險服務成效是對民眾有利，各位委員的任務也是在為民眾爭取利益，希望明年政策上可以寬編預算，以來年的預算填補今年的不足。

傅主任委員立葉

請吳委員國治。

吳委員國治

兩邊的想法其實我們醫界都非常尊重，預算寬列也是我們所希望的。現在 107 年度還沒結束，若本項預算不能跨年度流用的話，健保署還是能有其他處理的方式，只要不再繼續推動就好，可比照家醫計畫的處理方式，不要最後做到爆表，導致點值很低，健保署可以按照你們的方式處理，我們也可以協助向會員宣導。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、主席都不看這邊，可能是我今天穿的不夠帥。我認為黃委員啟嘉講得很正確，本案不需要再繼續討論，如果專款可以流用，很多部門都會爭取，幕僚提供的寶貴意見，就是要建立起台灣的健保機制，如果用過去的經費來支付，未來台灣的健保制度真的會失靈。
- 二、黃委員啟嘉講得非常好，107 年的額度不變，108 年再儘量想辦法寬編，付費者會全力支持，因為這是健保署署長辛苦、努力推動的好政策，付費者當然會支持，但不應流用 106 年節餘款，此種案例不要開放，會沒完沒了。

傅主任委員立葉

請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

- 一、工欲善其事必先利其器，減少醫療浪費有許多重點，包括避免不需要的重複檢查以節省醫療費用，病人也不用重複暴露於醫療輻射下，對病人也是好的。但如果沒有提供使用端足夠的頻寬、速度，導致醫療提供者不太願意配合，可能使政策難以落實。
- 二、許多委員都有提到，專款預算編列後，各項目之間不能相互流用，是過去以來的原則規範，但如果是針對同專案項目，我覺得視實際需求反而是最重要的，如果同意流用，可以讓傳輸更有效率、節省更多時間，讓醫療提供者更願意配合政策。法是死的，而且法是人訂定的，在考量需求與必要性後，如有緊急需要，能否在同專案項目之下做流用？
- 三、我不是長期參與的委員，當然法的規範有其嚴謹性，雖然許多委員認為此例一開會助長風氣，但我們每次在考量時，委員都會基於個案情況討論是否值得、是否公正公平。法不是死的，下次有類似提案時，我們可以針對個案情況評估是否同意流用，不受限於制式的法律規定。
- 四、我是就事論事來考慮，個人觀點是支持本案，讓相同項目的專案可以流用，把經費做最大限度的利用，提升頻寬使醫療提供者享受更快的速度，病人也不用重複檢查，減少醫療資源重複浪費，以上是我個人想法。

傅主任委員立葉

請林委員敏華。

林委員敏華

- 一、今天第一次發言，其實上至總統、下至基層公務人員，每個人都想做自己想做的事情，但即使總統權力在大，所有的預算還是要經過立法院，如同本會目前的情形，我們都願意支持健保署的提案，可是在法令、慣例限制下，為什麼我們不打破，其實都有不得不的原因。

- 二、每個委員的意見都很重要，只是我們會堅守這些原理原則或法律規定，其實是要避免未來產生爭端，不是不支持政策，像 106 年「家庭醫師整合性照護計畫」專案預算超支，委員也都支持基層的政策，只是在原則的限制下，建議專案暫緩執行，不是不推動。
- 三、不要打破原則，一旦打破原則，日後所有專案都要逐項檢討、逐項討論，那樣請問標準何在？我們要如何訂定標準？畢竟重要性是委員各自認定，覺得重要就同意，覺得不重要就不同意。如蔡委員登順所講，這是很多委員過去以來的觀念，是因為大家都考慮很多問題，才不想打破原則。

傅主任委員立葉

請張委員煥禎。

張委員煥禎

我沒有說一定要打破原則或不能打破，但我有幾點意見：

- 一、如果我們在協商時有先講定「到年底不能打破」，先講在前面，表示在年底不會挪用，大家也不用再討論，因為已經沒有機會改變，再好也不能改，這是經過大家決議的。假如要推翻決議，可能要有三分之二或四分之三的委員同意，因為原來的決議是超過一半的人同意不改，再有理由，除非有四分之三的委員同意，否則就別再提了。
- 二、我一直耿耿於懷想要提出來，那麼多年來，我們都在健保會為老百姓的錢把關，我想請消費者代表不要誤解，認為挪用就好像是給醫療服務提供者錢，不是，這些錢必需要通過健保署的醫療服務項目，我們才能拿到錢，真正得利者是消費者，剛剛有幾位委員提到，我們要站在消費者立場，最終都是消費者在使用。如果擔心提供者很容易拿到錢，可以訂嚴格一點，例如需要服務到某種程度才能申請費用，這些都 OK。
- 三、這 10 幾年常聽到「給你錢哪有這麼簡單，你們想要我就要給

嗎」，我認為這真的不對，錢不是給我們，是要不要給預算來服務消費者，應該以合情合理的角度來考量，不只是本案，只要講到預算，好像就是無緣無故給醫療提供者錢，好像我們要錢就是很丟臉，我甚至聽過不要臉要這個錢，會議紀錄可以去找這句話。

四、藉這個機會提出來，希望大家在討論時可以心平氣和，考慮經費是否要給醫療提供者使用，以及使用時是否加以規範避免浪費。

傅主任委員立葉

請王委員雅馨。

王委員雅馨

一、剛剛聽了各方面的意見，我想到今年年初參加健保署有關醫療影像上傳的記者會，我們知道這部分是額外增加的，我上個月去美國參加病友大會，與其他國家的病友、專家分享健保雲端資料庫，他們也覺得台灣做得很好，站在病友的立場，只要對病友的醫療體系有幫助，我們都會贊成。大家有各自觀點，也有技術層面需要克服，如果經費真的無法流用，我建議明年的預算要寬編，挹注更多能量來執行方案。

二、另外，我想瞭解健保署的立場，因為臨時增加許多上傳影像，是否會因經費的短缺造成品質上的影響，使病人端或醫療端在使用影像資料時有不好的結果，例如影響醫院影像上傳的品質，或民眾、病友查詢健康存摺時的時效性問題等等。請針對這部分說明。

傅主任委員立葉

請黃委員啟嘉，再請謝委員武吉。

黃委員啟嘉

看來主席已經快要得出決議，決議就是挪用是不可行，但我希望決議能附帶一句話，既然此專案是要提升保險服務成效，假如傷了鼓

勵之意，還是有損民眾權益，希望決議可以增加這句「明年總額協商時能寬編此項預算，部分得以彌補今年預算不足之處」，為了優先考量此議題，建議增加於附帶決議。

謝委員武吉

- 一、剛才黃委員啟嘉已經把我最後要講的都講了，其實我要向各位說明，即時查詢專案是經過署長和副署長的努力，是有目共睹的，對台灣老百姓同胞是絕對 100% 非常有利，而且藥品雲端藥歷、檢驗檢查，還有相關結論檢查報告，我們小醫院、小診所都能夠看到大醫院報告，這是非常重要的，可以減少老百姓非常多的支出，希望委員瞭解這個狀況。
- 二、第 2 點，我要提議一下，如果沒有這個政策，例如 CT 檢查，有時候到不同家醫院就要再檢查一次，所吸收的倫琴量(輻射量)對身體是好的嗎？我相信大家都曉得，對身體絕對是不好的，癌症罹患率也會提高。
- 三、我在這裡呼籲各位委員，我今天所講不是為醫院醫界來著想，我所講的是為全國老百姓來著想，所以我個人建議，既然大家認為流用會破壞制度，我也不提出反對意見，但我認為政策不能中斷，要繼續執行下去，對百姓才是福不是災害，就像黃委員啟嘉所講，明年預算編列能夠加以補足缺失，這樣也不會跟大家意見相左看法。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

謝委員武吉講了案例和經歷，我也舉個粗淺例子，我中午的飯吃不完還有剩，卻還想要吃昨天剩下的，如果是吃不夠了，來要求明年多編點，這樣還可以接受，不要今天的飯都還沒吃完就想著吃昨天的剩飯，你舉例我也舉例，今天的午餐都沒吃完，再多半盒吃得下嗎？每月、每季、每年的執行率都有資料，不要再浪費時間，已經

講得很清楚了，不要破此例，免得以後節外生枝，請主席儘快裁決。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、我非常認同謝委員武吉和黃委員啟嘉的意見，以醫療提供者的角度，讓台灣人民能共享醫療資源，而不是浪費沒必要的醫療資源，我們從付費者角度也很肯定。
- 二、但站在付費者的立場，我認為 106 年經費不要流用，108 年可以寬編預算，我贊同黃委員啟嘉所提，但建議不要用補貼 2 個字，好像要吃過去的飯，寬編預算可能會比較妥適，也比較符合台灣社會正義，補貼好像付費者欠醫療提供者很多的感覺，欠不完也算不完，各部門有很多醫療預算不足之處，如果每個部門要補貼，可能大家就需要多繳健保費，二代健保會破產變成三代健保，我贊成謝委員武吉和黃委員啟嘉的意見，但用寬編不是用補貼，寬編 108 年度預算，把預算編足夠。

謝委員武吉

- 一、我還是要講幾句話，我從頭到尾都沒有說要拿去年的經費，一句話都沒有講，我只有說尊重各位的意見，大家要聽好，是尊重！
- 二、第 2 點，我沒有說要吃去年的飯，我沒說這句話，我也沒有說要拿去年的預算來用。
- 三、第 3 點，我要再三聲明，這個政策非常好，應該要延續，我很怕中間不做的話最後會中斷，前功盡棄時要再追回來是很困難的一件事情，這是很審慎、很尊重的向各位提出我們寶貴的意見。

傅主任委員立葉

請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

我提供另外一個思考角度供大家參考：

- 一、我們常常提到，如果執行方案能改善醫療效率，應該要評估該方案所帶來的效益及節省的費用，並考慮是否列為總額協商的減項。本案因健保署的努力得到績效，大家也肯定有節省醫療費用，減少民眾接受不必要的醫療風險。本案因效率所產生的節省，是否應該回歸到健保基金。
- 二、如果沒有回到健保基金，這筆錢還是留在總額裡，理論上醫界點值應該會上升。因為當利用率下降且總額沒變的狀況下，點值應該會上升。既然得到的利益是大家共享，責任也應共同承擔。我提供這個觀點給大家參考。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

我贊成黃委員偉堯的看法，如果明年度要寬編預算，應該檢討該專案歷年的執行情形，花了多少錢、擲節多少錢，寬編僅 1 年或是要累積下去，讓委員知道相關數據，編列預算時才會比較客觀。

傅主任委員立葉

- 一、針對本案，我做以下裁示，本會委員非常支持健保署的政策，但基於對過去原則的尊重，不同意 106 年度經費流用至 107 年度，請健保署在編列 108 年度預算時能更覈實估算、充分編列該項預算，並檢討該政策的節省效益，委員是否同意以上決議？
(委員回應：同意)本案就討論到此。
- 二、現在休息 30 分鐘，請大家先用餐，預計下午 1 點進行第 1 次臨時委員會議。

(休息 30 分鐘)

周執行秘書淑婉

現在已經下午 1 點，我們準備開始第 1 次臨時委員會議，請各位委員就坐，進行下午議程。

傅主任委員立葉

現在繼續討論下午的議程，進行討論事項第 5 案，請陳委員亮良。

陳委員亮良

在臨時委員會議開始之前，我向各位拜託一下，因為我下午臨時有重要事情要趕回雲林處理公務，本次我有 2 個提案，今天加開臨時會的目的是要討論完所有議案，其中第 11 案剛才休息時間中醫部門向本席反映要自行提案，故我先撤案，第 10 案是否可以提前討論？

傅主任委員立葉

陳委員亮良提出變更臨時會議議程，請問各位委員是否同意？(委員回應：同意)好，原討論事項第 10 案改為討論事項第 5 案，後續之討論事項項次依序遞移；第 11 案則依提案委員意見撤案。

柒、討論事項第五案「為加強民眾用藥安全宣導，建請中央健康保險署將門診藥事服務費調高 10 點，以利民眾用藥安全，並將用藥安全宣導編列於 108 年度總額預算實施案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳委員亮良

- 一、本案是我今年提的第 1 案，會提此案是因為上個月委員會議時，許多委員對於慢性病連續處方箋收費政策提供很多意見，我認為台灣健保制度中最重要的把關點是落在藥師，民眾在藥局拿藥的同時，是藥師服務的關鍵黃金時期。特別是台灣被列為洗腎王國，可能就是因為吃藥過量，造成洗腎病患非常多，而且洗腎的醫療支出也很龐大。
- 二、有關處方箋的釋出，我查了維基百科和相關部門資料，釋出的比例大概有 30%。醫師有診治醫療的專業，藥師有藥理作用的專業，回歸專業目的，希望民眾在使用藥物的過程中，藥師能加以提醒或是加強用藥安全的宣導。很多事情都要從基礎教育做起，像台灣的基礎教育就是從國小、國中、高中，慢慢建立起來。另外，藥物副作用除了印製在藥包顯眼處，並註明用藥過量可能危及生命安全的警語之外，藥師在處理慢箋或是提供藥品時，都能提醒民眾。
- 三、在雲林，民眾看完病會就近在藥局領藥，若有藥師同時向民眾關心吃完藥的感覺、吃藥後有無副作用、有沒有出現特殊反應，並簡單說明每顆藥的作用，下一次去門診，民眾可以更清楚的向醫生反映用藥狀況，例如哪顆藥可以不用開，開另外 2 種藥就好了。
- 四、基於使用者付費原則，要馬兒跑又要馬兒不吃草是不可能的，我建議門診藥事服務費調高 10 點，幕僚有補充說明，依照健保法 41 條規定，本案是屬健保署權責，應送交由各方代表組成之「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論，我也同意這樣處理，以上簡要說明，喉嚨沙啞，說的不

好，希望各位委員支持。

傅主任委員立葉

委員有沒有其他意見？請吳委員榮達。

吳委員榮達

本案我持反對的意見，反對意見如幕僚補充說明所述，這是屬於醫療服務項目共擬會議職權，我不贊同議案。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

我的意思跟吳委員榮達是一樣，但我要強調，現在 1 張處方箋調劑費有多少錢？現在又要增加 10 點，如果是診察費多 10 點，可能醫師看診時還會多花功夫，現在藥都是 1 袋 1 袋的，不是藥師去撿藥，調藥方式跟以前不同，都是固定量倒一倒而已，還要加 10 點，我是反對本案。

傅主任委員立葉

如幕僚補充說明所述，本案屬健保署權責範圍，決策機制在健保署的「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」。委員所提意見供健保署參考，本案討論到此，如果委員還有其他意見，會後可提供給幕僚彙送健保署。請藥師公會代表賴代理委員振榕表達意見。

賴代理委員振榕(古委員博仁代理人)

這邊還是向各委員說明一下，雖然權責在醫療服務項目共擬會議，我想應該還是要讓各位委員瞭解，現階段民眾用藥很多都不只是單張慢箋，很多老年病人在吃藥上有很大問題，如陳委員亮良所提，偏鄉有很多年長者，如果每家醫院都給一藥一袋，回去都不會吃，這是現況讓各位瞭解，我也認同要在醫療服務項目共擬會議討論，但我們要瞭解偏鄉的年長病人在用服藥上有很大困難，需要藥師要幫忙，至於費用問題尊重醫療服務項目共擬會議討論。

傅主任委員立葉

委員意見請健保署攜回參考。請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

剛剛賴代理委員振榕提到，一藥一袋的方式會讓病人在服藥有困難，應該要正視這個問題，對基層而言，一藥一袋有高度困難，是否要堅持一藥一袋是可以討論的議題。

傅主任委員立葉

以上委員意見請健保署參考，依照議程，接著進行討論事項第 6 案。

捌、討論事項第六案「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」與會人員發言實錄

同仁宣讀

曾專門委員玟富

- 一、本案是謝委員武吉 106 年 5 月委員會議提案的後續處理情形，當時決議是請本署 3 個月內邀集專家學者、相關醫學會及健保會醫療服務提供者與付費者代表組成小組研議。依照決議，我們在 106 年 7 月 7 日、11 月 3 日邀集成員召開 2 次會議，詳細會議紀錄請參閱會議資料第 216~223 頁。
- 二、7 月 7 日會議是針對謝委員武吉建議公布的 5 項指標討論評估，並盤點國內目前有做醫院感染指標的單位及其內容，現在有疾管署、醫策會及謝委員武吉擔任理事長的台灣醫務管理學會有在收集、處理醫院感染的指標。另外，在 107 年 5 月 4 日「全民健康保險相關業務座談會」會上，疾管署也講明，依照傳染病防治法第 32 條，醫院感染管控業務法定權責單位為疾管署，該署並已建立一整套查核監管作業。有關 7 月 7 日的會議結論，請參閱會議資料第 77 頁下方表格：
 - (一)「門診感染率」、「住院同一病房感染率」、「住院同一病室感染率」3 項指標，經仔細討論後，目前國際上沒有這 3 項指標，而且「門診感染率」的定義非常不清楚，疾管署在 107 年 5 月 4 日「全民健康保險相關業務座談會」會上也有所說明。
 - (二)國際上，醫院感染的主流指標有 4 類，第 1 類是血流感染，如敗血症，第 2 類是肺炎感染，第 3 類是泌尿道感染，第 4 類是手術部位感染。
 - (三)「住院感染率」、「開刀感染率」2 項指標，疾管署、醫策會、

台灣醫務管理學會都有在做，會上決議請本署向這3個單位要資料，若他們願意提供院所別資訊，本署可以協助處理公開作業，惟三個單位均表示與通報院所均簽有保密協定，無法提供院所別資訊供本署進行資訊公開，目前該三單位也僅公開整體性指標監測結果資訊。

(四)朱代理委員益宏建議，希望本署用健保申報資料試算國際主流的4類感染率指標，會上決議請本署試算。本署參考疾管署100年委託賴前總經理美淑團隊的研究，嘗試釐清4大類感染指標的操作型定義，並初擬及試算8項由健保申報資料計算之感染相關指標定義，於第2次的會議討論。

三、11月3日第2次討論會議結論，請參閱會議資料第79頁：

(一)與會代表認為，用健保申報資料計算的指標結果與實際資料差很多，因醫策會、疾管署等是由每家醫院感染團隊，透過病歷資料、臨床專業來確認數據，所以會中大家都有共識，健保申報資料計算的感染率指標無法替代現行通報系統收集的資料。

(二)健保申報資料本身無法釐清時序，難以判定感染發生的因果關係，但台灣內外科醫學會及感染科醫學會建議，若屬清淨手術，透過健保申報資料就可釐清因果時序，所以不反對用健保申報資料來計算清淨手術抗生素的術後感染率。

(三)目前醫院感染管控的法定權責單位為疾管署，疾管署有其督導系統，相關內容於5月4日座談會已經說明。另外，國內的醫策會、台灣醫務管理學會等已向醫院蒐集資料，為免增加醫院行政負擔，建議不要再由本署要求醫院提報資料，而且疾管署、醫策會和台灣醫務管理學會的資料也因為合約保密的關係，都只有公開整體性監測結果，沒有公開院所別資訊。

四、目前健保署已經公布一些感染率指標，第1個是手術傷口感染率，這項也是健保監理指標，但開會討論過程中，台灣外科醫

學會認為即使是健保監理指標，定義還是不周延，不適合用健保申報資料來計算，但認為清淨手術可以，人工膝關節置換手術感染率也有公開整體及院所別資料，也是清淨手術。

五、綜整 2 次會議，經過仔細討論後，建議清淨手術術後傷口感染率指標可以研擬增訂整體性公開指標，因為醫療品質資訊公開辦法修訂案已於上次委員會議通過，正在預告修訂醫療品質資訊公開辦法，本案討論後，如委員認為清淨手術術後傷口感染率可以整體性公開，建議可以將這項指標併入修訂。

傅主任委員立葉

請問各位委員對本案有無意見？請謝委員武吉。

謝委員武吉

因為這個案子以前是我提案，所以應該要先問我的意見才對，怎麼本末倒置，我感到很奇怪耶！可能醫界委員比較小漢(台語，意謂較不重要)。

傅主任委員立葉

本案是健保署回應您的提案而提出的議案。

謝委員武吉

- 一、我都還沒有解釋，他們就都先解釋完，現在不就剛好相反，他們的解釋根本就與我的提案及見解都不同！
- 二、我要的資料是健保署從醫界申報資料去撈，並不是說要醫療院所去撈資料給你們，你們根本就是以立意改變我的原意，我現在所說的門診感染率，不是我發明的，這是彰化基督教醫院郭院長守仁發明的，我們可以請問蔡副署長淑鈴，是不是我們在總額研議會議，郭院長守仁常常在講門診感染率，這是大家有目共睹，而且有共識的，一些老人到醫院看病，等太久時，或是體弱多病的人去醫院看病，他等的時間久，互相感染引起的感染率，我要求的是你們要去蒐集這些資料，不是說由我們醫院報告這個資料，這樣反方向操盤，怎麼對呢？我是黃種人，

硬用黑墨把我塗變成黑人，這樣是不對的。

- 三、我是要門診感染率，你是從結果面的標示，但是我要求你從結構面就有標示，你們沒有講結構面，只有講結果面，你們開會只有開 1 次，台灣社區醫院協會朱監事長益宏也是講了，要求你們從申報資料去撈，能夠撈多少就撈多少，我的提案單並沒有說你撈不對，就要受某種懲罰，剛才有人說公務人員怎樣又怎樣，我不會講這些，雖然我初中 2 年級就發誓不作公務人員，生活所逼，我就是這樣，不然要怎樣。
- 四、所以我要求的是你能夠從你的健保資料庫撈出來，我要求的 5 項門診感染率等，你都要對過程面和結果面去表示，還有住院同一病房感染率，現在都規定有 4 床的，頂多是一般非急性病房可以到 6 床，醫界申報給健保署都有資料，醫審單位是不是要去找這些資料，看哪些病床有申報到某種感染，這是實務上經常聽到的感染率的問題，所以我才會提出來。
- 五、還有同一病室的感染率，就是一間病房裡面有 5 個病床，加起來 15 或 20 個人感染，這些都算得出來，對於住院感染率和開刀感染率，我是要你們從申報資料庫來取得這些資料，並不是說你一定要獲得非常圓滿的結果，我是要從健保署的方面來走這 1 條路，不是要有絕對結果的結果面，因為我們先做，你現在寫的第 1、2、3 項感染率，是世界都沒有，第 4、5 項感染率還可以，這是我謝武吉沒有去參加這個會議，你也要尊重我的意見，你們在後面寫的意見我會同意嗎？我絕對不會同意。
- 六、你們最後還是要被列入追蹤，你們不做，就追蹤到做，我這個人的個性就是這樣，一直會追蹤，我希望大家共體時艱，不喜歡聽到感染率的問題，雖然我們醫院不大，1 天大約 4 百個患者，我們也常常聽到大醫院就醫遇到感染率的問題，因為要減少感染率，所以才會提出這個問題。同一病室或同一病房，4 個人同房或同室，咳嗽得要命，很怕得到肺結核，這是很正常，因為這樣而得到肺結核，你的感染率可以從過程面追到結果

面，你為什麼不去追呢？你是否感覺到我是在找麻煩，我不是在找麻煩，我是要製造事實面的結果，要達到維護台灣老百姓的身體健康為宗旨與目標，謝謝你們這樣的回答，但是我不能夠同意。

傅主任委員立葉

請問其他委員有沒有意見？若委員沒有意見，因為本案是健保署的提案，有關謝委員武吉所提對健保署的一些期待，就請健保署參考，關於這個案子…。

謝委員武吉

先試做。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

基本上我是贊成謝委員武吉的意見，我當然知道在整個調查作業上，健保署有困難的地方，請你們試看看，在過程中遇到困難或是問題，再跟我們報告，看看謝委員武吉覺得不可行，如果真的存在困難度，也獲得謝委員武吉的諒解，說不定也是可以來做解決，建議朝這個方向試看看，這樣好不好？

傅主任委員立葉

一、本案按照健保署所建議，有關「清淨手術術後傷口感染率」整體性指標，請健保署研議納入「全民健保醫療品質資訊公開辦法」的公開指標之研修參考。

二、另外，請健保署研議是否可能朝謝委員武吉所建議的方向試算，因為這不是健保署的提案內容，算是附帶決議。請戴組長雪詠。

戴組長雪詠

謝謝主席及謝委員武吉的關切，我們再確定一下，就是謝委員武吉提出的5項指標，前3項指標的確在國際間沒有這樣定義，也沒有辦法定義明確，至於第4、5項指標，如果委員特別關切的話，我們

可以再跟委員討論與溝通，看看怎麼樣試做。

傅主任委員立葉

建議健保署於研議試算方法時，可邀請謝委員武吉或其他關心本案的委員一起討論。請謝委員武吉。

謝委員武吉

主席的結論我可以接受，但是我要補充一下，台灣醫管學會的THIS(Taiwan Healthcare Indicator Series，台灣醫療照護品質指標系列)，我也是發起人，第2個指標TCHA(地區醫院品質指標系統)，台灣社區醫院協會的指標，我是元老，是老發起人，也是主持者，再來是醫策會要做的指標，我也是有參與，所以健保署跟我說這些東西無法做，在我謝武吉來說這是impossible(不可能)，我希望你們要有誠意的溝通與協商，我這個門是打開的，不是閉鎖的，希望戴組長雪詠能夠聽進去我這句話。

傅主任委員立葉

請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

主席、各位委員，針對本案，建議健保署審慎處理，或是謝委員武吉可同意修正提案中的部分文字。因為案由文字中有「公布」兩個字，若是由健保署公布，則表示這是官方所公布且有正式效力的數據。就剛才的討論，至少提案所建議的第1、2、3項感染率指標，目前仍沒有共同認定的標準及定義；倘若計算出來就逕行公布的話，茲事體大，可能造成非預期的影響。如同謝委員武吉所言，只是要模擬試算指標結果，那麼案由中的「公布」兩個字建議刪除。以上建議。

傅主任委員立葉

黃委員偉堯的意見請健保署納入參考，委員若無其他意見，接著進行討論事項第7案。

玖、討論事項第七案「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案」與會人員發言實錄
同仁宣讀

傅主任委員立葉

請提案委員張委員煥禎說明。

張委員煥禎

- 一、健保署沒有要替我做說明嗎？(與會者笑)剛剛謝委員武吉說要叫提案人說明，所以現在開始說明了，大家要有一個規矩，以後到底是健保署先說明、還是提案人先說明？我當然是贊成提案人先說明，你們這樣換來換去，不知道怎麼辦。
- 二、這個事情請大家看一下，重點是在說明一的第 2 行，不論在民眾端、醫療端、保險人，甚至政府決策端，都要負起一定程度的責任，近期政府一直在推動分級醫療、強調要壯大社區醫療，我們都沒有意見，但是實際上好像是把本來一開始區分醫學中心、區域醫院、地區醫院，不管是在結構面、人力要求面，或是政策期待面，我想都是不一樣，所以才要分成這 3 個層級，而且這 3 個層級，目前評鑑也還是分開的，健保給付也是有些不一樣，但是從今年開始，希望醫學中心、區域醫院要壯大社區醫療，其實醫學中心和區域醫院還是要在這些方面做預期的配合，而不是只有基層診所和地區醫院才叫做社區醫療。
- 三、所以我想說這次提案，一部分原因就是大家有沒有發現合理門診量在地區醫院是沒有，但在區域醫院、醫學中心是有的，因此我們必需要受合理門診量限制，但是區域醫院在被要求減少門診量 2% 時，卻跟醫學中心要一致，我想不只這樣，後面都有說明，就不浪費時間，大家可以看出區域醫院變成中間角色，事實上，在上面的醫學中心的好處不一定能夠享受到，但他某種程度必須跟醫學中心一起擔負一些所謂大型醫院的責任，而社區醫院能夠享受到的好處，或是一些被寬容，實際上都不會

考慮到區域醫院。

- 四、最後我想也不要浪費大家的時間，請各位委員能夠理性的看一下這部分，我同意健保會幕僚寫的，有關 106 年 6 月份委員會議地區醫院總額，還是列為繼續追蹤，而健保署於 107 年 3 月 1 日的時候有說台灣醫院協會表示，該案待時機成熟後再議。我是同意健保會幕僚補充說明第 3 點，考量本案與「設立地區醫院總額案」的論述，可是一樣的意思，但是內容可能不一樣。所以我希望我們回去再到台灣醫院協會裡面提案，但是我強調本案重點是希望不要有朝一日把地區醫院總額分出來，又把醫學中心和區域醫院搞在一起，不管大家有沒有看出這一點，至少大家同意以後醫院就是 3 個總額。
- 五、因為地區醫院分出來以後，剩下的醫學中心與區域醫院當然就是要分開，這個部分在某種程度也不是不能考慮，因為量就是不一樣，當時西醫基層為何會分出來，中醫、牙醫、醫院也會分出來，是因為實際上不一樣，請健保署、台灣醫院協會需要說明醫院這 3 個層級到目前有什麼東西不一樣，要讓委員參考，他的不一樣是跟牙醫、中醫的不一樣是一樣的，大家不要以為醫院都一樣，為什麼要分開，這不是很好笑，但是大家要知道，當初把中醫、牙醫、西醫基層、醫院分開，是因為他們 difference(不同)，分開是比較好處理，對於保險是比較好落實。
- 六、現在是屬於臨時委員會議，所以在這裡，我最後強調這個案子會很快討論完畢，就是立案，跟地區醫院總額一樣列為繼續追蹤，我也希望能夠研究，在下一次委員會議有機會討論時，不要再丟去台灣醫院協會，我們會努力讓付費者委員、社會人士或專家學者瞭解為什麼醫院總額這 3 個分開可能比不分開會好一點。

傅主任委員立葉

其他委員有無意見？請吳委員榮達。

吳委員榮達

我覺得這個案子不是很成熟，因為看不出來分開跟現在的現制相關利弊得失狀況，我們沒有任何資料可以做分析，在沒有充足資訊的狀況下，我覺得不適合討論，本案建請緩議。

張委員煥禎

一、主席，我要說，為什麼不清楚？為什麼健保署不做說明？所有資料都在他那裡，我要求健保署應該就這3個層級的利弊得失分析讓我們知道，我們也拿不到真正的資料，我同意吳委員榮達的講法，我們有感覺應該要分開，但是不能靠感覺做事，所以希望健保署、台灣醫院協會能夠用數據來分析，是不是請健保署能夠把這3個分開，下次討論時可以證明這3個分開或不分開是沒有差別，分開沒有比較好，我們則證明分開比較好，讓大家來判斷。

二、所以我這邊補充說明，我以委員身分，希望下次健保署告訴我們這3個層級是不需要分開的。

傅主任委員立葉

依序請蔡委員登順、李委員偉強、干委員文男。

蔡委員登順

這個案子，基本上我尊重吳委員榮達的意見，因為案件內容看起來不是很成熟，但是我比較擔心3個層級如果獨立總額，會不會產生人球的問題，有沒有辦法去防範？如果總額各自獨立以後，各部門要提升點值，會產生一些排擠效應，如果這部分能論述清楚，人球問題可以解決，3個層級獨立總額分開被接受的可能性比較高，如果沒有辦法防範人球問題，我想我們消費者代表都不會支持。

傅主任委員立葉

請李委員偉強。

李委員偉強

一、從之前提出地區醫院要獨立總額，到區域醫院要獨立總額，這引起我們需要深思的課題，我們每年7月 routine(慣例)都有兩

天的總額執行成果發表會，我覺得無論中醫、牙醫、西醫基層的總額已經施行多年，醫院總額還是併在一起，而且健保署也會來報告，其實總額實施多年，我們可思考結構性改變，現在分4個總額，其中醫院有3個層級卻包成一個總額，這樣也做了10多年，好還是不好，可能不是健保署短期可以回覆。

二、我覺得要讓這個提案更成熟，健保委員會應放眼未來10年，可以按照現制做，也可以有不同思考，請健保署委託1個研究案，讓專家學者好好思考看看，一方面是檢討過去，另一方面是策勵未來，目前年度總額快達7千億元，其中醫院占了3分之2，可是大家看到一大筆錢，但是大家都不滿意，是否有更好的方法，是不是結構出了問題，是不是要分成3個層級，或是2個層級就夠了？還是不要這麼複雜，1家醫院1個總額，都是小總額算了，都自主管理。

三、建議將很多不同的選擇放在桌面上，希望我們不是在像喊價一樣，要有數據、客觀分析和國內外經驗分析，這樣或許我們就有半年或1年時間，明年9月協商總額前可以先擬訂政策。假設今天這個案子不小心通過了，理論上今年總額協商就討論6個總額，也就是醫院3個總額加上中醫、牙醫、西醫基層總額，9月總額協商討論到凌晨3點都無法完成，所以是不是在明年協商之前要把大架構都弄好，這談何容易！是很大的改變，這個提案，引發我們對現行總額制度檢討和未來規劃，我建議健保會當成嚴肅的事情來審慎規劃，將來在適當時機，找第3方專家學者來報告，並且好好討論。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

一、主席，我贊同李委員偉強所講的構想，剛才張委員煥禎提案說明，講了很多，像在繞口令，事實上就消費者的立場來講，區分越細，將來流用的問題會產生困難，現在你們可以互相挪來

挪去，若定案以後，我想對消費者是不利的，但是你說要研究，我非常贊同，無論如何將來是個別醫院、個別縣市或是 3 個層級都要研究，讓所有將來定的目標政策能更清楚，也讓消費者跟醫療服務提供者都知道，有關他們內部溝通最少也要 2、3 年，消費者聽到醫院總額要區分，就沒有轉診的問題，我們是不煩惱，但是怕病人多付點錢跑到大醫院就醫，到時候健保就倒了，要怎樣辦，所以我們可以參考研究，但是不一定是今年或明年的事情。

二、政策最少要 3、2 年後制訂出來，要有 10 年以上的願景才算是政策，倉促成軍不見得好，現在你們 3 個合在一起也頗好，互相流用互相支援，若到時候分了，你是你，我是我，個人公媽隨人立(台語，表示各管各的事)，屆時就有問題。

周委員麗芳

我也肯定張委員煥禎拋出這樣的需求跟議題，李委員偉強及干委員文男也提到可先進行周延的規劃，經過規劃結果再做討論，這也是 1 個可行的方法。

傅主任委員立葉

剛才幕僚提醒，有關總額的訂定權責在主管機關(註)。但還是可以進行研究，請執行機關健保署加以研究分析，有關醫院總額，是採目前合併預算的作法好？還是將醫學中心、區域醫院、地區醫院 3 個層級的預算分開好？就制度的利弊得失進行分析檢討，請健保署作專案檢討分析後到本會報告，這樣決定可以嗎？(委員回答：可以)，好，接著進行討論事項第 8 案。

[註:依健保法第 65 條，健保法第 61 條第 3 項(總額之切分)之規定得分階段實施，其實施日期，由主管機關定之]

拾、討論事項第八案「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」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

先請提案委員蔡委員登順說明。

蔡委員登順

- 一、我的代表身分是屬於公正人士，所以不會隨意提案，但本案已經健保會通過而沒有貫徹執行，所以今天我再提出這個案。
- 二、第 1 點，本案為第 2 屆第 12 次委員會議通過決議，因東區族群結構及精神科的利用，其資源耗用與其他 5 區不同，在預算分配前，先撥部分預算到東區進行微調較能兼顧各地區需求，本案議決後授權健保署會同醫院總額相關團體議定之。但僅 106 年 R 值(校正人口風險後保險對象人數占率)有前進，動用風險管控基金移撥 0.45 億元，而後就沒有遵守委員會議決議。形同打臉健保委員會議之議決而不執行，R 值前進壯年人口往都會區移動，健保資源常態性往都會區挹注，弱勢地區缺口無法回補財務更艱困，既然有這麼明確的決議，怎麼可以敷衍了事？健保會存在的價值是要照顧弱勢和照護偏鄉，這樣的精神要維護。
- 三、第 2 點，會議資料第 99 頁，以投保人口數計算出來的平均每年預算數來做預算分配，是有失公允的。健保總額預算分配的因素很複雜，不是單一投保人口就可以代表該地區可以獲得多少預算，每年在計算總額分配的人口校正因子、年齡性別標準化死亡比等等，這些資料難道都沒有意義嗎？更何況僅用那幾個校正因子都還無法正確反映弱勢地區的醫療需求，R 值前進造成醫療資源差距變大，富者恆富，窮者更窮。
- 四、第 3 點，因弱勢地區人口老化快及組織結構不同，壯年人口往

都會區移動，加上東區地理因素路途狹長，就診及住院需求比其他地區高，這在會議資料第 102 頁可以顯示出來，住院天數長。

五、第 4 點，因疾病嚴重度高，偏鄉地區及交通因素等造成就醫可近性低，無法在預算上校正，加上弱勢地區民眾社經地位偏低，生活苦悶醫療需求偏高。

六、第 5 點，健保會上述決議應將區域資源特性納入思考，東區因族群結構的問題在會議資料第 101 頁顯示很清楚，105 年全國一般住院率 8.2%，東區住院率 11.4%，共病問題嚴重，醫療資源要投入更多，建請依健保會 105 年第 12 次委員會議決議執行，或設東區獨立預算，以保障東區的醫療服務品質。

七、第 6 點，在會議資料第 95 頁，健保署表達的意見 3 及健保會補充說明意見 3，對於東區的保障，請予以尊重，讓東區醫療服務提供者能夠永續經營，維護醫療品質。

傅主任委員立葉

健保署需要說明嗎？(蔡副署長淑鈴回答：不用，因為都在會議資料內)不用了，因為會議資料已納入健保署意見，其他委員有無意見？請干委員文男。

干委員文男

主委可先做結論。

傅主任委員立葉

先做結論，若與委員意見不同，需再修正，還是先請委員表示意見。

干委員文男

剛才蔡委員登順表達的提案用意良好，都有相關數據佐證，在 6 區裡面，他們是弱勢中的弱勢，那邊老人、身心障礙者(含精神障礙)都特別多，住院的費用也特別高，本案所提要求，希望健保署能夠研究這個地方怎麼彌補，以示公平。

傅主任委員立葉

因為健保署同意本案，並做相同的建議，本案是否就按照這樣處理？
請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

- 一、這個案子，基本上我們在 105 年第 12 次委員會議紀錄有說明，在 106 年因為 R 值的前進讓各區預算有一些位移，那時候我們做一些協助，從北區調撥 4,500 萬元給東區，感謝北區醫院代表，當時作了一個權宜措施。
- 二、但今年這個動作必須在總額協商後、地區分配之前做，而不是大家都分完後，再請哪個分區調撥費用給東區，建議主席在做決議前，於時序上，如果大家有共識是要執行 105 年第 12 次委員會議決議，同意醫院總額自一般服務費用移撥部分經費作為風險調整基金，若要執行這部分，應該是在總額協商之後，這些總額費用回到各部門時，各部門分到各區時就要考慮。
- 三、我記得 106 年各區的分配，也是各總額部門提到健保會委員會討論之後通過，所以如果明年再來討論這件事情，醫院總額各分區分配時，健保會就要討論，不能在本會通過之後，事後再要求其他分區調整，這樣程序上就非常不好，所以前提是今天大家都同意蔡委員登順的建議，要從一般服務費用移撥部分經費作為東區風險調整基金，或設定獨立預算，若有共識的話，就執行面而言，總額協商結束後，分區分配的當下就要執行，而且屆時提案一定要到健保會討論，這樣才有辦法去落實。

傅主任委員立葉

謝謝蔡副署長淑鈴的提醒和說明，有關地區預算分配的處理，時序上就照蔡副署長剛才所言。請李委員偉強。

李委員偉強

我是尊重剛才大家的發言和決議，只是覺得相對而言，東區人口在減少，R 值不管怎麼校正，自然而然都會吃虧，我們希望有補救的措施，這屬開源，但是開源之外的節流，我們在好幾次會議都知道

東區某些部分保障每點 1 元，不像我們這邊很多都是 1 點為零點幾元，依據本會幕僚補充說明第 3 點，東區門診與住院就醫率、每人門診與住院就醫次數及點數，均為 6 區最高，是不是使用率方面也要管控，我覺得開源與節流一定是相輔相成。所以我覺得這個案子通過的同時，應該要有配套措施，如何讓門診和住院的利用率，都有一定的管控，不然預算永遠都不夠。

傅主任委員立葉

請問委員還有沒有其他意見？請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、提供一個數據供大家參考，不管是哪一種醫療耗用，在 6 分區當中，平均每人醫療耗用最高的就是東區，第二是高屏區，再來是南區、中區及北區，耗用最少的是台北區。不知道大家看到什麼樣的趨勢沒有？就是經濟水平愈差、愈偏遠的地區，其平均每人醫療耗用就愈高。從各部門總額的數據去看，6 分區的比例就是如此。
- 二、如同剛才李委員偉強的意見，其實我一直告訴東區的醫院要節流，但醫院也提出很多他們經營的困難，所以我覺得在醫院協會討論地區預算分配時，他們有必要直接跟你們對話。因為我擔任過花蓮縣醫師公會理事長，從醫療利用的數據來看，真的就是東區最高，其次是高屏區，再來是南區、中區，4 個總額都一樣。
- 三、西醫基層總額從 10 年前，吳教授肖琪擔任委員的時候就建議，因為健保是社會保險，她當時就提倡要保障偏遠地區，所以從那時候開始，東區在西醫基層總額是獨立討論，另外五區再去進行地區預算分配，我現在講的是西醫基層總額的情況，謹供參考。

傅主任委員立葉

請張委員煥禎。

張委員煥禎

- 一、當時 R 值北區的那個部分我有參與協調，要北區讓出來的時候，北區也曾經提出質疑。第 1 點，你說經濟情況愈差，醫療利用率會愈高，現實面是這樣，合不合理是另外一回事。第 2 點，為什麼東區預算減少，要北區來補，北區拿到的，只是健保會過去 10 幾年來沒拿到，總算健保會有人伸張正義，給了一點點，結果好像多拿了，又要分回去。
- 二、雖然大家都在談東區很可憐，我到現在是覺得，那一年因為應急，如果要研究完再補東區，恐怕會來不及，所以我也居中協調，但是不應該從 105 年、106 年到現在，問題還在，所以我們要研究。我沒有真的反對，和健保會一樣，大家要看數字，如果是不可避免的部分，那我們真的要面對，但如果是兩者皆有，環境的因素有，但民眾的衛教不夠，可能要依照責任的多寡，去決定要補多少。
- 三、非常贊成李委員偉強的意見，補的部分不能拿某一區去補，也贊成蔡副署長淑鈴所提，這個問題一定要在那之前，而不是之後再來討論，那一年是特例，請主席就委員的共同意見做處理。我前面的提案是 1、2 年解決的問題，但本案應該在這時候趕快處理。今天應該不直接決議同意或不同意，而是要去研究，但本案和上一案不同，應該儘快處理。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、補充說明，同意張委員煥禎剛才的看法，如果本案大家沒有反對意見，不是拿某區去補東區，建議給東區獨立的預算，不是獨立總額，而是可以比照中醫有獨立的預算，西醫基層也有編列特別的一筆預算，來照顧西醫基層的風險管控。
- 二、醫院部門總額東區的費用占率，95 年從 3.2% 降到 106 年 2.96%，

107年再降到2.81%，雖然人口外移，但人口老化很嚴重，而且地理環境太狹長，醫療成本很高，住院天數會加長，其他5分區並沒有這種情形，只有在東區有，當然要以特別的資源來挹注，這也是為何當年會用風險管控機制。如果每年都要提案，也非常困擾，建議比照中醫總額的處理方式，給東區獨立預算，一勞永逸，這樣東區醫療資源才不會發生問題，以上建議請委員參酌。

傅主任委員立葉

請問其他委員有無意見？

張委員煥禎

這不衝突，因為現在沒有數據，無法決定是否給獨立預算，所以要快一點處理，我沒有反對，這只是其中一個解決辦法，可以列入參考，但必須要有數據，再決定用什麼方法來解決。今天委員不用表示什麼意見，同意趕快提出解決方案，提供建議給我們參考。

傅主任委員立葉

請李委員偉強。

李委員偉強

- 一、這個問題大概2年前討論過，那時候蔡副署長淑鈴召集學者專家，討論公式如何突破R值、S值的限制，當時參考過歐洲很多國家及美國的做法，地域因素是一個考量。和世界各國相較，台灣算是相對小，很多國家幅員非常大，偏遠地區醫療服務成本很高。
- 二、建議短期可以先有共識，因為馬上要開始總額協商，長期而言，還是應該使健保資源分配更具科學性。記得在健保署討論的時候，不是只有東區偏僻而已，南區包括雲林、高雄市部分地區等，6區都有相對偏僻的地方，建議下次在公式中，將這些因素考量進去，但短期還是要有共識，先支持本案，長期而言，還是須成立專案好好研究。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

李委員偉強講得很好，原則上我們先通過本案，再交給健保署提出解決辦法，大家再來討論。

蔡委員登順

如果大家不反對本案，總額協商完成後，就到醫院總額研商議事會議討論，本會無法做分配決定，不是今天通過就照案執行，還有一個研商議事會議。剛才聽起來，張委員煥禎和李委員偉強對本案都沒有反對意見，只是相關執行細節還要經過研商會議，和剛才蔡副署長淑鈴所表達的意見相似。請體恤東區經營的困境，給一條可執行的方案。

傅主任委員立葉

請柯代理委員怡謀。

柯代理委員怡謀(王委員雅馨代理人)

- 一、支持公正人士蔡委員登順的提案，大家到東區去考察時，感覺真的很偏遠，醫師也很辛苦，很多醫師願意犧牲自己的時間，帶著家人或甚至離開家人，到偏鄉服務，非常令人感動，就是因為如此，台灣的健保制度在全世界才有愈來愈大的亮點。我去美國開會或早期在國外念書，誠如李委員偉強所講，因為地域太大，開車開幾十哩見不到幾戶人家，台灣相對幸福，距離相對小，國外幅員很大，會產生很多醫療保險制度的問題。
- 二、台灣現在是一個很好的開端，發現東區有這樣的問題，應該要投注資源，雖然之前常講說，在預算分配我們是錢跟著人走，大方向是沒錯，但是另外一個想法是，有時候個人的規劃，人也會跟著錢走，前面的資源沒有投入，大部分的人就不會想過去服務或居住。花蓮、台東是好山好水，但不會好無聊，其實是好地方，所以我們應該要在花蓮、台東有更多規劃，讓資源

挹注。

- 三、很多人退休後，或者甚至有慢性病或精神疾病需要治療，花東地區是很好休養生息的地方，但是為何人不往那邊去呢？因為沒有足夠的資源，住家附近如果沒有足夠的醫療系統支持，請問誰敢去那邊住？今天不管 R 值、S 值如何研議，相關的研究有助於將來對醫缺或偏鄉地區，不管是東區或者是中彰投雲林等地區，要如何對偏遠弱勢民眾，提供更多的照護，這是很好的起點。

傅主任委員立葉

請問蔡副署長淑鈴有無補充說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、因為是分區預算的分配，所以牽涉到 R 值和 S 值，蔡委員登順提出的概念，又超越了 R 值跟 S 值的概念，R 值、S 值如果有變動，各分區必然就有預算的位移，醫院總額也不是每年都去調整 R 值，當 R 值不調整的時候，顯然蔡委員也建議對東區特別考慮，並不是只有動 R 值才考慮。
- 二、我們現在面臨兩種可能性，一是 R 值、S 值不動的時候，也希望對東區給予特別考慮，或是 R 值、S 值要動的時候，也要為東區做考慮。R 值、S 值要不要動，是在委員會討論，所以討論這件事的時候，就必須把蔡委員的提案一併考慮進去。R 值、S 值不動時，還要兼顧到對東區特別考慮，那應該在各總額拿回去之後，再提出各分區如何做互相貼補時考慮，因為基層就是這樣處理，中醫、牙醫也是如此。R 值、S 值都不動，或者是動，當拿回去分配到各區時，雖然有 R 值、S 值的約束，但還是可以大家共同拿一部分基金，補貼到認為特別需要補貼的地方，那部分是回到總額各區的共識。
- 三、如果是這樣的話，應該分兩個層次，當 R 值、S 值討論完後，醫院總額就會回到醫院協會內部，各區去討論，如何讓想為東

區做調整的因素納入考量，再將結果送健保會做最後的確認，屆時大家再來看，是否有將蔡委員登順的期待納入考慮。至於是基金的調移或固定的占率，都有可能，因為中醫採固定占率的概念，西醫基層則是將金額直接先分配給東區，但不宜叫獨立預算，以上供參。

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)

理解支持蔡委員登順提出本案的精神內涵及心願，但決議不能寫「通過」，建議本案同意移請健保署及各總額相關醫療服務團體，研究可行方案。決議不能寫通過，既然通過就要照案執行，但若照案執行，到底是採東區風險調整基金還是用獨立預算，會產生矛盾。故建議不要用「通過」這個詞句。

傅主任委員立葉

請張代理委員孟源。

張代理委員孟源(吳委員國治代理人)

- 一、剛才大家討論到很多有關西醫基層總額對於醫療相對不足之花東區過去 10 多年來的處理經驗，西醫基層總額對於東區基層開業醫，一直給予支持，因為東區生活上比較不方便，還有家人及小孩的教育等問題，過去 10 年來東區的點值都接近每點 1 元以上。但是無論是中醫、牙醫、西醫基層或是醫院總額，每個總額都有不同的行政策略，因此完全贊成委員的想法，應該移請各總額部門辦理。
- 二、關於 R 值、S 值公式，R 值公式是純粹的數學計量統計，這種計量的經濟統計套在現實的世界是不準確的。比方說，諾貝爾經濟學家曾用計量的經濟統計公式去投資資本市場，結果公司倒閉。瞭解蔡委員登順的想法，用計量 R 值公式的方式去分配，東區一定是艱困區域。

三、我們過去 10 多年來，對東區儘量幫忙，現在東區點值每點超過 1 元，至少給東區一點點溫暖，西醫基層希望 R 值不要再前進，讓各專業有調整的空間，各總額委員會來做調整會比較好。

傅主任委員立葉

依委員的共識，原則上支持本案的理念，至於執行細節需要再研究。先決議如下：本會委員支持醫院總額東區地區預算分配，可參考中醫或西醫基層總額部門的執行方式，給予特別處理。請健保署會同醫院總額承辦團體，儘速研議評估執行方式與細節，納入未來醫院總額地區預算分配規劃草案，依程序提送本會議定。這樣可以嗎？請謝委員武吉。

謝委員武吉

我是可以同意，東區的人口是外流，但是現在也有兩區人口也是外流，是南區和高屏區，要考慮到東區，拜託一下，也要考慮到南區和高屏區，比較公平一點。這是一定要爭取的。

傅主任委員立葉

這個意見提供健保署參考，好不好？

謝委員武吉

併案參考。這是確實啊！我早上很認真看資料，都是人口流失，可能我們那邊的主管官署努力不夠，造成人口流失，兩個人都一樣，和南區的都要打屁股，但是兩個都高升。

傅主任委員立葉

有關謝委員武吉的意見…。

謝委員武吉

我不反對，我只是要併案處理而已，因為我們也是人口流失，老人、嬰幼兒都留在我們區，我只是把實際面搬出來檯面而已。

傅主任委員立葉

這不是同一件事情，謝委員武吉意見還是請健保署參考，若有需要，以後再獨立提案。

謝委員武吉

你可以後面在附加一點，不加進去不行。

傅主任委員立葉

因為是不一樣的案，無法併案處理。

謝委員武吉

這是完全一樣的案子，跟3年前多4%的案子一樣，才會有撥4千萬元給東區，那次是黨政軍聯合，這次還沒有黨政軍聯合，我們用連線來聯合作戰，這樣比較會成功。

傅主任委員立葉

其他委員意見如何？還是建議這個意見供研議時參考，但如果要成案，應該要單獨另外提案，因為決議不同。

謝委員武吉

主席，你要考慮到，我說的是事實面，我並沒有說一定要怎麼樣，只是把事實面提出來，由健保署自己參考。如果考慮到他們，就要考慮到我們，如此而已。不用再提案，不然會更亂，現在這樣反而比較好做。

傅主任委員立葉

請健保署在進行研議地區預算分配方式時併同參考。請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

說到併案，但這裡沒有第2個案，只有1個案，東區還有地廣人稀的問題，整體面積、醫療生態和其他區不一樣，有其特殊性。本案是根據之前會議決議，因沒有執行而去補強，糾舉為何已經通過的事情沒有做，所以性質不一樣，建議單純化。若其他區有其他考量，再另外提出證據，這樣會比較好。

謝委員武吉

你要說地廣人稀嗎？我們澎湖也是地廣人稀，又是離島，有100多個島，都要高屏區來管，是不是對我們不公平，我們的範圍比東區還要廣，還有台灣海峽中線。

傅主任委員立葉

也許高屏區有另外的特性，建議單獨另案研究會比較好。

謝委員武吉

我現在要求的是，你要考量就一起考量高屏區和南區，如果陳委員亮良在場，一定吵的更厲害。我是跟你講道理，希望你們考慮東區時，也一起併案考慮高屏區和南區，拜託蔡副署長淑鈴，一起考慮一下。

張代理委員孟源(吳委員國治代理人)

在醫院總額方面其實謝委員武吉講的很有道理，在台北區有一個地區的醫院就是在金門，已經跨過海峽中線到對岸。金門醫院很難經營，因為台北區點值很低，政府補助又很困難，是不是金門也可以比照花東地區的醫院一起考慮。

傅主任委員立葉

請健保署研議時儘量參考相關意見，每個地方有其特殊性，東區的案例不見得適用其他區，真有需要再提案。本案就照剛才的決議通過，接著進行下一案。

謝委員武吉

請主席再重述一次決議，我要聽清楚。

傅主任委員立葉

本會委員支持醫院總額東區的地區預算分配，可以參考中醫或西醫基層總額部門的執行方式，給予特別處理。但是同時請中央健康保險署會同醫院總額承辦團體儘速研究評估執行方式與細節，納入未來醫院總額地區預算分配規劃草案，依程序提送本會議定。謝委員武吉及其他委員的意見，請一併參考。接下來進行討論事項第9案。

拾壹、討論事項第九案「全民健康保險業務監理指標修訂案」與會人員發言實錄

洪組長慧茹

- 一、本會第一組就本案進行簡要說明，因為保險監理是本會法定職掌之一，所以本會在 103 年建置全民健康保險業務監理架構與指標，其中包括：效率、醫療品質、效果、公平及財務等 5 大構面，共 27 項指標。健保署必須定期到本會報告監測結果，本會也會彙整研析前一年度的監測結果報告。
- 二、105 年 8 月份本會委員會議決議，希望就各構面的監理指標進行檢討，於是幕僚根據會議決議，在 106 年度委託臺北醫學大學辦理委託研究案，並於本年 2 月完成期末報告，成果報告也提出監理指標的建議方案，請參考會議資料附錄十六，第 224~226 頁。
- 三、本會幕僚將建議方案請健保署進行試算及提供意見，在綜合考量健保署意見、本會委員關切項目、本會業務職掌及政策相關項目後，研擬監理指標修正草案，並召開專家學者會議，就草案諮詢專家學者意見。會中專家學者主要就指標修訂方向提出幾項原則，包括：監理的重點應該要符合政策需要，且要富有政策意義，項目數不要太多，希望小而美，必須符合健保會權責範圍下發揮監理功能，「公平」構面其實是監測「不均度」，建議修正為「資源配置」構面等。
- 四、本會幕僚根據專家學者建議修正草案，完成本案之修訂建議表，提本次委員會議討論，請委員參閱會議資料 109 頁之監理指標修訂建議表。修訂後原來 27 項指標變成 24 項，以下逐項說明：
「1.1 急性病床平均住院天數」沒有修正，「1.2 急診病人留置超過 24 小時比率」沒有修正，「1.3 癌末病人生前 6 個月申請醫療點數」，指標名稱沒有修正，但計算方式增列一些分析項目，將過去委員建議的分析項目列入。例如，使用安寧照顧人數比例，或有無接受安寧療護病人於死亡前 6 個月內每人平均醫療費

用，及每人平均前 5 項醫療費用最高診療類別。「1.4 區域醫院以上初級門診照顧率」沒有修正，「1.5 西醫基層與醫院門診服務病人數及件數占率」也沒有修正，「1.6 藥品費用占率」…。

傅主任委員立葉

打斷一下，請先報告到這裡。由於指標非常多，擔心逐項報告可能較花時間，而且委員可能已先看過資料了，請問委員需要逐項說明嗎？或僅就有意見的指標提問？請謝委員武吉。

謝委員武吉

本人對指標修訂案給予正面評價，但是剛才有提到，THIS 指標 (Taiwan Healthcare Indicator Series，台灣醫療照護品質指標系列)、TCHA 指標(地區醫院品質指標系列)及醫策會的指標都做得非常好，也都會向健保署申報相關資料，不知道有無邀請這 3 個學協會共同研擬指標修訂草案？

傅主任委員立葉

請問委員有無其他詢問？請張委員澤芸。

張委員澤芸

本人對會議資料第 114 頁「2.4 護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率分布」，有 1 項建議、2 項修正。建議的部分是，「醫療機構設置標準」草案已經明訂急性一般病床全日平均護病比計算公式，其公式跟本指標算法略有不同，該草案現為預告階段，請本會在立法通過後，同步修正本指標公式，以利日後醫院提報。另請問主席是否可以同時對「106 年全民健康保險年度監測結果報告(草案)」提供修正建議？

傅主任委員立葉

對不起，請在進行報告事項第 4 案時，再提供監測結果報告的建議。

張委員澤芸

好，謝謝。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

在效果構面建議刪除「3.1 未滿月新生兒死亡率」及「3.2 孕產婦死亡率」，我沒有意見，但是刪除理由是「因該項指標相關業務是國健署主政」，這邏輯似乎怪怪的。我個人認為應回頭檢視當時設立這2個指標的用意，現在要刪除則是因原來用意已不復存在，這樣解釋可能會比較合理，因為這2項業務本就是國健署主政，現在用這個理由拿掉怪怪的，是否再考量刪除的理由，謝謝。

傅主任委員立葉

請問委員有沒有其他意見？先請謝委員武吉，再請周委員麗芳。

謝委員武吉

- 一、有關「1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)」，這個我要向主席報告，好像在 2、3 年前好像有改變，這個有沒有跟著設置標準的改變？設置標準是改變放鬆，如果是放鬆，我們就要抓的緊，看比率有沒有改變，這是一個問題。
- 二、「1.6 藥品費用占率」(會議資料第 111 頁)，看不出來醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所和藥局這 5 個單位個別占率，應該要分別提供前述 5 個單位的占率，才能顯現出來實際用量在哪裡，才能瞭解弱點在哪裡。所以我剛才才說為什麼沒有找 TCHA、THIS 和醫策會的人員來參與這個資料考量的地方。

傅主任委員立葉

稍後請幕僚一併說明。

謝委員武吉

我還沒說完，還有「2.3 照護連續性」，我也是非常不能接受，因為慢性病連續處方箋到藥局去拿，如果參加 A 計畫的醫院，扣回來的錢是向醫院扣，和藥局沒關係，我是感覺上這是不公平的事情，應該要想個辦法來處理慢性病連續處方箋的指標的改革方式才對。

傅主任委員立葉

請問謝委員武吉是對哪個指標提出建議？

謝委員武吉

慢性病多加 1 個指標。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

- 一、對幾項指標提供淺見。首先是「1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數」(會議資料第 109 頁)，新增「使用安寧照護人數的比率」，及「有無接受安寧療護病人於死亡前 6 個月內每人平均醫療費用(含安寧費用)」之資料，我在會前討論就曾提出相關意見。因為本指標主要是分析癌末病人有無使用安寧療護在整體醫療費用上的差別，但是癌末病人死亡前 6 個月使用安寧療護，有可能只使用 1 週、也有可能使用整整 6 個月，這樣統計出來的醫療費用是有誤差的。所以當時建議，現階段的構想需進一步研擬成熟後，才能提出作為指標。
- 二、就本指標新增之「每人平均前 5 項醫療費用最高之診療類別(排除基本診療)」資料，個人認為應該把全民健保業務監理用的指標，跟執行單位(如健保署)的業務監理指標區別出來。這邊提到的新增資料我覺得很好，但是就全民健保監理而言，是否需將比較細的、屬於例行性業務執行的監測提到健保會，我覺得仍有討論空間。
- 三、關於新增「5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率」(會議資料第 121 頁)，在會前亦曾表示過意見。該公式分子是本年度之呆帳提列數，分母是本年度一般保費收入數，分子跟分母的基礎是不一樣的。因為呆帳是累積數，涉及歷年累積下來及行政執行速率問題，不是只有今年度發生的呆帳，所以可能看到出現比較高的呆帳數。如果要把這個指標放進去的話，勢必要先校正分子、分母不一致的地方，指標才能發揮功能。

傅主任委員立葉

請柯代理委員怡謀。

柯代理委員怡謀(王委員雅馨代理人)

- 一、感謝學者專家、健保署及健保會用心建立監理指標，使健保系統更完善。先前參加在美國舉辦的全球病友大會，共有 70 多國代表與會，就急性及慢性病的照護進展，我發覺台灣沒有建立足夠的指標來做監測，也不知道什麼原因造成台灣在刺絡針(The Lancet，著名醫學期刊)慢性病照護的全球排名不是很高。
- 二、建議開始研議新的指標，包括剛剛其他委員表示的，與慢性病治療費用、癌症、自體免疫疾病、慢性疾病及腎臟病等疾病綜合的「慢性病指標」，以呈現我國在這方面的進展。目前僅看到急性或急診的指標，但是沒有慢性病相關的指標。我們知道同仁工作繁重，不是說馬上就要做到，只是說病友本身有看到這方面的需求，期待能與時俱進、逐步地建立完整的指標。
- 三、「5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率」(會議資料第 120 頁)，是討論很久、也很敏感的問題，我們是覺得目前很多指標不那麼明確，比方說現在工商經營環境很多辛苦面向，醫療服務的提供者也很多預算的缺口和需求，如果我們參照國際標準，把長照或是這部分的衝擊考量進去，適時修改本指標的分子或分母，並進行差異化的分析，譬如說把長照都扣掉或是都加進去的比率各是多少。如果要客觀評估 GDP 占比是不是符合國際趨勢，不管是付費者或醫療服務提供者，都需要客觀數據，以建立討論空間。

傅主任委員立葉

請李委員偉強。

李委員偉強

在資源配置構面，新增「4.4 應申報或公開財報之醫事服務機構非健保收入數占醫務收入數之比率」(會議資料第 118 頁)，是要醫療機

構公開非健保收入，其目的究竟為何？說明提到是要藉本指標了解醫院營運狀況，以及是否有區域性差異，理由跟指標本身看起來不是很搭，而且好像跟資源配置構面沒有什麼直接關係。

傅主任委員立葉

請問委員有無其他意見？如果沒有，先請幕僚回應。

洪組長慧茹

謝謝各位委員指教，簡單說明如下：

- 一、謝委員武吉提到指標研議過程有無邀請相關團體，譬如醫策會、台灣醫務管理學會等團體加入，由於本案係以論壇方式進行，委辦單位臺北醫學大學在論壇進行過程中，都有邀請相關法人團體共同參與；另謝委員武吉亦提到，希望「1.6 藥品費用占率」能進一步分析各層級別醫院的藥品費用點數占率，我們會在計算公式的增列資料說明加入這項資料。
- 二、張委員澤芸提到「2.4 護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率分布」，會後我們確認護病比公式修正情況後，再併同修改。
- 三、周委員麗芳提到，「1.3 安寧療護病人每人平均醫療費用」可能會因其使用安寧照護的時間長短不同，而使資料失真，幕僚將於會後再討論斟酌細部資料的呈現方式；財務構面指標「5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率」，因呆帳率在每年費率審議都備受關注，是極為重要的項目，已跟健保署確認，分子分母的定義沒有問題。
- 四、柯代理委員怡謀所提問題，本次新增指標「3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率」及現行指標「2.2 糖尿病品質支付服務之照護率」，皆是與慢性病相關的監測指標。
- 五、李偉強委員提到新增指標「4.4 應申報或公開財報之醫事服務機構非健保收入數占醫務收入之比率」的理由，主要是因委託團隊建議新增，藉由現有公開財報的資料進一步分析，了解非健保收入占醫務收入的比率，提供大家了解醫院營運狀況，如果

委員有其他意見，我們也可以考慮刪除本指標，以上。

周執行秘書淑婉

- 一、我再補充回答幾點。謝委員武吉提到急診病人留置急診室超過 24 小時比率的相關規定，我們會後會再確認。李委員永振提到原指標「3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)」、「3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率」的刪除理由，幕僚會再調整。至於李委員偉強提到指標「4.4 應申報或公開財報之醫事服務機構非健保收入數占醫務收入之比率」，是因研究團隊建議，希望了解醫院會不會花太多心力從事非健保收入相關的業務，所以希望在原本已公開的資料，再進一步呈現非健保收入之占比。
- 二、基本上健保監理指標，跟醫院評鑑還是有所區隔，因為我們是希望瞭解保險費用支出的效率與公平性，所以我們也希望指標是較宏觀的，而不是較細部的，我們會依據委員的建議再檢討。

傅主任委員立葉

先請李委員偉強，再請賴代理委員振榕。

李委員偉強

- 一、到底指標是 For What？我覺得有些構面的指標真的是多了，如果 5 個構面，每個構面都有 4~6 支指標，指標多了反而失去 KPI(Key Performance Indicators，關鍵績效指標)的意義。
- 二、另要建議 1 點，最近聽李署長伯璋演講提到，一般民眾的健保滿意度都在 8 成以上，在費用不增加的情況下，很少會跌破 8 成；但有 1 項滿意度未必那麼好，那就是醫療從業人員的滿意度，我們知道健保是三角關係，所以除了民眾滿意度外，是否也能同時設計操作型定義，測量了解醫療從業人員的滿意度？因為目前效果構面只有 3 個指標，相對其他構面特別薄弱，所以建議有的指標可以拿掉、有的可以補上去，每個構面平均維持 4 個指標就差不多了。

傅主任委員立葉

請賴代理委員振榕。

賴代理委員振榕(古委員博仁代理人)

謝謝剛才幕僚的說明。有關「1.6 藥品費用占率」，我想提醒除了提供分層級的占率之外，應就日劑藥費及非日劑藥費，也要分別統計數據。因為非慢箋的日劑藥費，實際藥品費用不是那麼高，卻是依日劑藥費支付標準向健保署申請費用，所以我覺得如果要看藥品費用占率，這部分也應一併提供數據。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、對於剛才的回答我不能夠接受。第 1 點，你們和北醫合作，委託專家學者研議指標修訂事宜，說北醫有通知 THIS 指標、TCHHA 指標、醫策會指標的學協會參加論壇，但我是現任 THIS 指標台灣醫務管理學會理事長、TCHA 指標台灣社區醫院協會的理事長，我沒有接到邀請啊，怎麼可能參加呢？所以我感覺你們的指標非常有問題。
- 二、第 2 點，剛才偉強兄提過的我就不講了。重要的是，我剛才講慢性病連續處方箋也應該要設指標管理，但是這裡都沒看到，只看到糖尿病。台灣盛行三高一高血壓、高血糖及高血脂，中國以前的三高是一高血壓、高血糖及精神病，現在他們的三高改成跟我們一樣。所以我們的指標設計，希望能夠找 THIS 指標、TCHA 指標的學協會參與，這點很重要。

傅主任委員立葉

請問委員有無其他意見？

謝委員武吉

我剛才是對回答不滿意，不能算發言 1 次。

周執行秘書淑婉

提醒謝委員武吉，您有參加北醫在台南辦的那場座談會(註：106年9月27日舉辦之「106年建立監理指標與健保效能之關連性評析案第5次論壇」)，會記得您有出席，是因為我也參加，並在會上向您請教。不過沒關係，委員今天所提的意見，我們都會併同參考。

張代理委員孟源(吳委員國治代理人)

指標訂定將影響未來醫療品質如何呈現，剛才柯代理委員怡謀提到增設慢性病相關的監理指標，個人建議訂定指標時，是否也可邀請病友團體參加，不管是慢性病或癌症都好，因為病友都有切身感受與了解，所謂三折肱成良醫，病患就是我們的老師。

傅主任委員立葉

- 一、請問委員有無其他意見？若無其他意見，請幕僚就委員提出的諸多建議、以及指標定義是否與醫療機構設置標準規定一致等問題，再次檢視指標內容，在目前的指標架構下進行微調。
- 二、委員所提涉及結構性的建議，如邀請病友團體提供指標建議、是否將醫護人員(滿意度)評量納入指標等，則留待下一階段，未來研究規劃參考。
- 三、因為本案相關的委託研究已經結案，僅就委員意見再次檢視監理指標，如果有指標不妥適，將會考慮刪除。本案是否先保留，下次會議再討論？或有條件通過？洪組長慧茹有無補充？

蔡委員登順

我支持有條件通過。

洪組長慧茹

剛才委員所提意見，幕僚在會後都會加以處理，建議本案能有條件通過。

傅主任委員立葉

好。

周執行秘書淑婉

針對剛才委員提到的指標，我們會再請教委員怎麼修比較好。但是

因為明年度的監測報告會依修正後的指標來進行，所以本案是否有條件通過，讓我們明年度可以先依修正後版本進行監測。

傅主任委員立葉

本案有條件通過。委員沒有異議的指標通過，委員有提出意見的指標，請幕僚檢視後，將最後的修訂結果提報委員會議，好嗎？(未有委員表示反對)接著進行討論事項第 10 案。

盧委員瑞芬書面意見

會議資料第 107 頁，說明三(四)所指之「公平」不同於「平等」。建議刪除「『公平』構面指的是不同條件族群就醫機會的平等」文字。

拾貳、討論事項第十案「建請中央健康保險署說明 107 年新藥納入健保給付之進度、預期效果，以及新藥預算執行情形案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請健保署說明。

黃專門委員兆杰

- 一、請各位委員參閱補充資料第 1 頁，107 年 1 至 4 月共有 25 項新藥生效，其中第 2A 類新藥有 6 項、第 2B 類新藥有 19 項。2A 的新藥包括用於治療青光眼、門診肺炎、骨髓瘤等用藥，2B 的 19 項新藥主要是用於治療骨關節炎、僵直性脊椎炎、成人鬱症及第二型糖尿病等。前述新藥在 107 年 1 至 4 月申報金額是 1,070 萬元，其中 2A 類是 980 萬元，2B 類是 90 萬元。
- 二、資料中的表 1 就是前述提到的 25 項新藥分類，表 2 是本署從 103 年 1 月到 107 年 4 月納入新藥的申報情形，提供委員參考。提供這麼多年新藥的資料，主要是要讓各位委員了解，新藥納入健保給付後的第 1 年申報金額通常是比較少的。以 103 年生效的新藥為例，生效當年申報總共是 1 億 8 千 4 百萬元左右，但 106 年則是 42 億 9 千 5 百萬元左右，至 107 年 1 至 4 月已申報 12 億 7 千 5 百萬元左右。
- 三、所以，當初本署預估新藥預算時，健保會或共擬會議委員都認為，必須把 5 年之內納入給付的新藥都列入評估，因此我們把這 5 年納入給付的新藥申報情形，也都列出來提供委員參考。

傅主任委員立葉

請問委員對本案有無意見？請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、因為時間的關係，大家今天都很辛苦。感謝健保署為大家說明新藥執行情形，但是看了資料發現，107 年 1 至 4 月納入的 25

項新藥只申報了 10.7 百萬元，金額真的非常少。依據幕僚補充的資料，107 年新醫療科技預算在西醫基層為 1.16 億元、醫院為 34.4 億元，總共 35.56 億元。以這樣的額度來講，新藥申報的比率真的是太少了。

- 二、尤其在癌症新藥部分，台灣病友聯盟、台灣癌症基金會、癌症希望基金會 3 個團體，今年 4 月份聯合在公共政策網路參與平台就有類似倡議，可能有很多委員都有參與連署，就像本案提案時，大部分的付費者委員也幾乎都有連署，這代表所有委員對癌症新藥納入健保給付都非常非常關切。
- 三、健保的預算編列應該是非常審慎的，既然編列時很審慎，在預算執行時就應該按照預算執行。不知道健保署在預算執行的過程，到底碰到什麼問題，是否有太多的預算程序要處理，如果是這樣的話，應該在事先評估就要處理，而不能使預算編列之後，看得到吃不到，這對全民、尤其是癌症病患來講，都是不好的現象。所以我希望既然預算已經編列，可以克服的問題就趕快克服，讓病患可以早日康復。
- 四、C 肝新藥納入健保給付的歷程可為借鏡，當初要納入給付時，還有一些委員反對，但通過後可以看到，幾乎是 100% 可以把它治癒，現在很多癌症新藥，也很多都可以治癒病患，雖然治療前期的費用會比較高，但是治療後期可以節省許多人力或費用，所以我建議可以趕快讓新藥通通可以上市，讓病患都能夠得到他們需要的治療。

傅主任委員立葉

依序請李委員永振、何代理委員語、蔡委員麗娟。

李委員永振

- 一、感謝健保署提供資料，我不大理解表 2 的數字，今年度編列 25 億元的癌症新藥預算，到底是對應表 2 的哪個數字呢？如果是對應全部合計金額好像太少，若是對應今年生效的新藥，截至

4月卻又只申報1,070萬，即使106年的新藥也才申報3億元，也不對。健保編了25億元新藥預算，那如果照歷年納入健保給付的新藥，第1年都只花1~2億元，去(106)年最多是3.1億元，剩下都不到3億，新藥納入的後續年度金額當然會衝出來，但是後續年度產生的數字應該就不是歸屬在這25億元的範圍。若是如此，我們今年編列了25億元，到4月才申報1千萬元，去年只花了3.1億元，我不曉得對應的數字關係是怎麼樣，如何解讀這個表。

二、去年討論C肝新藥時，並非反對納入健保給付，而是膠著在預算來源，我們希望能回歸公務預算，否則就由各方分攤，現在雖然C肝新藥治療的效果不錯，但卻是健保全部買單。因為星期一的新聞報導提到，癌症免疫療法新藥納入健保後，估計要20億元，依據統計，治療癌症患者的醫療費用1年要932億，藥費是358億，病友團體也提到考慮健保財務收支已經不平衡，所以如果需要的話，可以採部分負擔。我建議將來如果真的要將癌症新藥納入健保給付，應該先做整體規劃提會討論，因為本案預算20億元跟我們去年討論的C肝新藥差不多。不要說開始執行之後，又後續衍生問題。

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、請教1個問題，因為最近碰到幾個人聊到糖尿病打胰島素的事情，1個是1週打1次、另1個是1個月打1次、也有1個是3個月打1次、甚至有1個是1年只打1次都沒有問題，到底胰島素的新藥有沒有在醫療市場裡面使用？但是健保應該沒有支付，因為跟我講的人都很明確的說是自費支付、不是健保支付。反推需要每天打的針，是不是就是健保支付，我要弄清楚這件事。

二、2週前打高爾夫球時，碰到1位藥品進口商，他不知道我是健

保會委員，我們在聊各行業時，他跟我說他經營藥品進口 30、40 年，觀察到好的藥品一直進不了台灣市場，還有藥品一直退出去。因此我心裡想，若真是好的藥品一直進不來、有的藥品一直在退出台灣市場，那對台灣是不是好的現象，這是因為我去高爾夫球場打球遇到一個進口商，跟我同組打球，一直在聊藥品的事情，他不知我是健保會委員，因我在外打球，從不透露自身工作。但我心想，若長此以往，台灣的整體醫療及藥品環境恐受到極大影響。

- 三、另李委員永振提到，國內引進新藥是否有很多障礙？這些障礙能否加以變通至可行方向，否則新藥、新科技在第 1 年將很難引進，健保編列大量預算，卻支付不了那麼多，重新規劃後，第 2、3 年仍須編列預算，因此，我認為這方面可做改善。尤其目前很多疾病在國際上都有多種新藥，甚至可能有人搭乘自用飛機出國施打。所以，我希望瞭解，若胰島素有長效型的新藥，健保應如何處理較好？

傅主任委員立葉

請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

- 一、剛才很多委員非常關心癌症病人在新藥給付的進度，真的非常感謝。今天已是 6 月 22 日，我們從剛才的列表裡面，今年 1 至 4 月健保給付的新藥明細，從附表來看，只有 1 項多發性骨髓瘤算是癌症的一種。我們向來關心的，包括今年 3 月份在公共意見分享平台裡，病友團體提出希望癌症藥物的健保可以趕快給付，其實就是指癌症的免疫藥物。這部分因藥費非常昂貴，尤其最近報紙一直在講，也包括署長說，健保新藥有 25 億元的預算，其中免疫治療大概有 12.7 億元，但現已半年過去，尚未看到相關進度。
- 二、我們知道高費用癌藥的給付原則已定案，但與藥廠的給付協議尚在進行中。因為免疫治療藥物很貴，因此，健保署也要求藥

廠分擔風險，包括財務性的風險分擔，或是 outcome base 的成果分擔。無論如何分擔，6月18日很多報紙都提到，免疫藥物在今年年底可以給付，但從目前進度來看，我們很擔心1年過去了，可能都還沒辦法給付。因目前給付協議在部長處，還沒有簽核，定案後還需2個月的公告期，無異議才算定案，然後藥廠才能提出申請，還要經PBRs(藥物共擬會議)同意。因此，全部流程最快也要到年底才能完成，之後健保才能給付，因此，所有癌症病友引頸期盼今年可以給付的希望，恐怕都要落空了。

三、剛才趙委員銘圓也提到，在已編列預算的狀況下，但病人卻一直無法使用到最新、最突破性的癌症藥物。對他們而言，生命和時間賽跑，一天過去，他們的生命又少一天，尤其是末期癌症病人。我們也知道這項藥物很貴，因此在使用上有所限制，這是完全可以接受的。只是在流程方面到底卡關在哪裡？我們要如何突破目前關卡，讓流程能夠早日完成，既然已有預算，但看得到用不到，對病人而言，是很大的心理挫折，這部分也請健保署設法解決。

四、我們很期待今年可以給付，但從目前實務面來看，今年可能沒辦法達成。去年大家很辛苦地把預算編列進去，但或許是因首次有癌症免疫療法納入給付，大家有較多考量，擔心財務衝擊過大。但事情總要解決，因此，我們非常期待透過今天的討論，我們希望就如6月18日各大報紙所講的，年底癌症病人可使用到免疫療法的藥物。

傅主任委員立葉

請柯代理委員怡謀。

柯代理委員怡謀(王委員雅馨代理人)

一、有關新藥新科技的給付，無論病人或家屬都感同身受。新藥部分不只是癌症用藥，還有其他各類自體免疫疾病，未來也可能面對新藥已編列預算，但執行上並不理想。目前癌症病患也編有預算，在執行上，我們瞭解會有很多考量，或許第1次須在

細節或通則上進行配套。但目前已過了半年，我們也得知 PBRs(藥物共擬會議)在進度上，很多代表也面臨新藥引進的困擾。

- 二、誠如何代理委員語所講，台灣是個淺碟市場，因此，很多新藥廠商會加速退出台灣，不是沒有原因的。因為比起國際上的參考價格，我們的健保核價沒有那麼好的競爭環境，讓他們能夠在此生存。因此，病患在使用新藥的狀態之下引頸期盼，但卻用不到藥。這有時是生命歷程在賽跑的問題，打個比方，你用 4G 手機聯絡很方便，不過遇到打 119 的生命交關時刻，你一直說手機是 2G，通訊不好，再多打幾通試試看，但設備就是還不到 4G，錯失良機，所以現在新藥一直進來，能較早用到較好的藥，對病人而言，能在生命或生活品質上很快得到改善，其實對健保後續的浪費或支出，或許也有很好的抑制效果。
- 三、健保署在決策或預算上，較無大膽的試算或嘗試，或許須打破既有的想法窠臼。假設某些核價必須參考 10 國價格，如韓國的保險制度跟我們很像，但他們的價格可能未納入平均值計算。所以，我認為，今天聽到很多病人，不管各類型疾病，有時會自費去買藥，其實也有原因。甚至有的還跑到印度或鄰近國家自費購買，的確這種現象是存在的。
- 四、政策上一定要幫病人想到，他在疾病上新藥的迫切。尤其是預算已經編列，就像 C 肝防治各方面，有心要解決問題，就必須做出執行力道，在評核效果上也可看到有落實執行。若有窒礙難行部分，健保署有何困難，也可私下告訴委員哪些部分需要大家通力合作，才能讓健保系統有更好的未來。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、其實如果本案拿給我簽，我也會簽連署。對於新藥這方面，大

家是否記得，上次我們拜託醫事司、TFDA(食藥署)、CDC(疾管署)及國健署來報告，大家記得這件事情嗎？何代理委員語應該會記得非常清楚，我有問 TFDA 核准一件藥品要多久時間，因為我很早就聽說過，是 2 年半到 3 年。我跟他說，你們這時間難道不會太長嗎？對老百姓這樣好嗎？結果他說我們儘量趕在 1 年半落實完成核准藥價、藥品的許可。這是一段，另外一段，是在健保署這邊也要等待，有等待時間，等待這個月輪到誰，輪到第幾項，是這樣排下來，這一排下來就要好幾年的時間了。所以說，我是覺得這整個結構面的改變，不是我們在健保會，我們只是一個幕僚單位，只能建議他們而已，但他們要怎麼做，真是個很大的問題。尤其我們主委當過政務委員更清楚，轉型正義的政府應有轉型正義的作法。

二、在這裡，我們只看到新藥這方面，但健保署報告時，等於把 34 億元給醫院的部分，是有包括新科技、新特材和新藥，還有放寬給付範圍，這個健保署都沒報告，這是不對的地方。等於是嫁禍給醫院、醫療單位，我們西醫基層和醫院兩個單位來承擔，應該不要有這種做法，應該據實以報，才是正確的方式。

三、對於癌症這一方面，今天我聽說有一個癌症，就是他本來那個藥廠藥商是一個吉字頭的，那個藥商的藥價就很貴。醫院為幫患者減少費用支出，最後也是透過管道從印度進來。印度進來的藥品應該也還可以，因為也是 GMP 藥廠生產的原料做出來的。結果效果和吉字頭的都一樣，4 千多元和 1 千多元的效果都一樣。

四、所以說，我們感覺上，如果是癌症藥品一直進來，我沒有反對，我是希望它能獨立出來。因為我早上一直講，這樣才不會排擠到台灣廠商和原開發藥品廠商從台灣出走。剛才很多委員都講到，要進來的進不來，要上市的無法上市，台灣藥廠不敢做，因為做不夠成本。藥價調查不能排拒藥廠，我的建議是乾脆讓癌症藥品能夠專款專用，這是最好的方式，不用去擔心什麼事

情。

五、所以說，我的建議就是，為了台灣老百姓生命財產安全的重要目標，我們大有為的政府應該讓等待的時間不要太長。上次報告說要 2 年半到 3 年，我就跟他說，你不覺得很久嗎？我們已經很瞭解他們整個狀況，昨天我更能瞭解健保署這邊也要等待時間，因此，我們這裡有兩邊的等待時間。是不是能夠縮短，對癌症同胞更愛護一點，這是我們最基本的目標和理想。但我最後還是建議，能夠專款專用最好，大家不會有心理上的障礙。

傅主任委員立葉

請健保署說明。

戴組長雪詠

- 一、剛才報告的是今年 1 到 4 月份納入健保給付的新藥所產生的預算項目，費用為 1 千多萬元。在計算今年各類新藥所增加預算時，是採過去 5 年納入給付之新藥至 107 年時新增的預算數，亦即替代率的概念，也就是這類新藥之前已經給付，但在第 2 至 5 年會再新增多少預算。若以此方式估算，大家可看表 2 的資料，就是用過去 5 年的新藥在今年會發生的費用，再加上剛才的 1 千萬元，應該是 27 億元。用替代率計算後，今年會產生的效益是 5 億元，占今年 25 億元的 5 分之 1，也就是 20% 左右。
- 二、目前排隊等待申請審查給付的癌症新藥共 13 件，第 1 年的費用約為 43 億元，其中 2 件已通過共擬會議，將與廠商議價。預估 1 年藥費 18 億元，但尚未用替代率算過，我們期待如果只是替代既有藥品，新增預算就不會太多。
- 三、新藥預算的確有增加的必要性，但健保署一定會把關。尤其目前上市新藥，一般是為了滿足必要性醫療需求，是為滿足無法有好的藥，去治療某些疾病領域而進行研發。各國藥政主管機關在核發藥品時也基於這樣的原則，希望儘快滿足病人急迫性需求。因此，在核准時，會用替代性療效指標，讓病人儘快用

到藥。例如癌症藥品不會用整體存活期，而是用無惡化存活期或癌症縮小程度，作為替代指標，讓藥品儘快上市。但上市後是否有效，須做後續評估，這項責任會落在保險人手上，因為我們是付錢的單位，有無療效就須好好評估。

- 四、這就是為何我們在癌症新藥給付上，今年做了 2 件事情，一是訂定高費用癌症藥品送審通則，要求經健保給付的癌症新藥若超過 5 億元，須先在 3 個國家列入給付，包括英國、澳洲和加拿大，其中 1 國有給付。另必要時，須提出還款方案，也要在台灣進行成本效益分析，用這種方式來把關。二是在法律上，我們在藥物支付標準中，訂定類似廠商還款的法律條文，草案已經衛福部核定，最近會進行預告程序。這些措施都是希望能在管控健保資源，又能讓病患真正用到好的藥品之間，找到平衡點。例如今年編列 25 億元，是否今年一定用完，我沒有把握，但會逐步儘快讓癌症或重症病人能用到好的藥品，這是我們要努力的目標。

傅主任委員立葉

- 一、本案就討論到此，本會委員非常關心健保署對 107 年度總額編列的新藥預算執行進度，希望能加速新藥的引進，以符合民眾需求。請健保署本於權責，儘速依原訂新藥導入項目與作業時程辦理。
- 二、鑑於 9 月份將進行 108 年度總額協商，請健保署儘早規畫新醫療科技，包括新增診療項目、新藥及新特材預算，及擬調整的相關項目與作業時程，並妥為管理運用，以符民眾期待。

拾參、報告事項第一案「中央健康保險署『107年5月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

傅主任委員立葉

本案請問各位委員有無詢問？請林委員敏華。

林委員敏華

因吳委員榮達有事先行離席，請我代為請教第76頁表29「全民健康保險醫學中心病床增減情形」，部分國內指標性醫院如台大、亞東及林口長庚都有減床的情形，請健保署說明發生原因。

周執行秘書淑婉

主席暫時離開，各位委員對於業務報告有無其他意見？(未有委員發言)請健保署針對剛才委員的詢問先做回答。

蔡副署長淑鈴

這些都是非常零星的個案，床數也非常少，醫管組有無知道原因的同仁？

林專門委員淑範

那是3個月的平均值，因此我們沒有特別分析。如副署長所說，都是個位數的調整，沒有特別去了解。

蔡副署長淑鈴

這其實非常少，偶爾都會有這種狀況，應該沒有特殊原因。

林委員敏華

吳委員有提到這些醫院都是醫學中心，也都是指標性的醫院，關床對民眾就醫權益影響很大，若只是例行性調整，吳委員榮達應可接受。

蔡副署長淑鈴

這幾家醫院總床數都很多，台大醫院有2,287床，僅有8床的異動，其實比例非常低。

周執行秘書淑婉

- 一、各位委員有無其他詢問？(未有委員發言)請健保署進行瞭解後，再向吳委員榮達說明，因林委員敏華是代為詢問，因此請健保署於會後提供說明書面資料給吳委員榮達參考。
- 二、委員無其他意見，接著進行報告事項第 2 案。

吳委員榮達書面意見

- 一、第 8 頁備註第 8 點，107 年 5 月份醫療費用支出較去年同期成長百分之 10.69%，成長幅度較平均成長比率超出甚多，請教其主要或可能原因？
- 二、第 19 頁備註第 3 點，請問此處所稱提升保險服務成效費用之支出內容及金額？
- 三、第 25 頁至第 28 頁，有關各級醫院醫療費用及藥費申報情形部分，申報點數之成長率顯而超出申報件數甚多，此表示每申報案件之點值較去年同期成長甚多，本席在健保會已多次詢問，但均未獲回覆，敬請健保署能就申報點值成長與申報件數成長不成比例情況，研析說明其原因？
- 四、第 30 頁第十二(四)點，107 年第 1 季醫院部門平均點值已降至 0.8864，下降甚多，可否請教其主要原因？
- 五、第 76 頁 107 年 2 月至 4 月全民健保醫學中心病床增減情形部分，依該統計表所示，台大醫院總減床 8 床、亞東醫院總減床 5 床、林口長庚及慈濟醫院總減床各減 3 床，可否請教其主要原因？

拾肆、報告事項第二案「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」與會人員發言實錄

健保署戴組長雪詠報告：略。

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

針對投影片第 9 張「後天免疫缺乏病毒治療藥費支付情形」，請問 106 年藥費支出 25.04 億元，是由健保署或疾管署支出？

戴組長雪詠

是由健保支出，有編列 35 億元。

趙委員銘圓

我們不是一直建議，要將疾管署經費移撥過來嗎？

蔡副署長淑鈴

服藥 2 年後的藥費是由健保支付，「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」修正後，病患服藥 2 年後的藥費由健保支應，因此，從 106 年起，我們就有這項預算。

趙委員銘圓

我們並不反對由健保支出，但應將疾管署的預算移撥過來才對。

蔡副署長淑鈴

因條例修正，故公務預算僅支付 2 年內的藥費，2 年後的藥費就由健保支應。

傅主任委員立葉

請何代理委員語，再請李委員永振、謝委員武吉。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、據說立法院研修將所有疫苗經費，約 64 億元，由健保支出。後續條文修正情形，請健保署回應。據提案立委告訴我，已修改

為由公務預算編列，移請健保署支付，條文是否如此？我想瞭解一下。

- 二、後天免疫缺乏病毒治療藥費在去年就已移轉，但只修正其相關條例，但健保法並未修正。因本會委員堅持反對，應由疾管署編列預算。若未來疫苗可編列公務預算，移請健保署支付，也應修改為由政府編列預算，移請健保署執行，這樣才對。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

- 一、對於報告我有 2 點疑問，第 1 點本報告是去年總額協商所留下的議題，從去年 9 月至今已有 8、9 個月，為何資料還要後附？應早有準備才是。
- 二、去年談到有關罕見疾病編列預算時，認為成長率太高，因此要瞭解成長率的合理性及成長原因。但今天僅能看到統計數據，也看不到原因。
- 三、我記得當時還提到血友病，後來有 5 年前 20 名的資料，統計方式和 103 年不大一樣，103 年是追蹤個人，去年是提供前 20 名資料。我記得前 20 名的總費用超過 7 億元，約占血友病 2 成支出。當時我建議，若能掌握前 20 名支出情形，就可改善 20% 醫療費用支出的情況，但本報告並未呈現。
- 四、血友病藥費支出逐年降低，從中可汲取的經驗為何？應掌控相關情況，對醫療資源的善用才有幫助。愛滋病今年是第 1 年，希望罕病和血友病過去的經驗，可作為未來愛滋病追蹤的參考。其藥費已立法移由健保支付，就須依法行政，只能再想其他辦法，但至少目前應朝此方向處理。請健保署於下次會議就不足之處補充說明，讓委員瞭解。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、很感謝戴組長詳細的報告。她報告時，我很認真地前後對照。我很感謝她做出這些資料，希望以後資料更具完整性，逐項列出，這樣我們比較容易閱讀。剛才李委員永振也說，這是去年9月份委員會議的決議，但我們到今天才拿到這些資料，當場閱讀較有困難(李委員永振表示是前天)。前天我也沒進公司，我又不是天才兒童，因此翻來翻去看不懂。我希望日後有所改善，逐項歸類向委員報告，委員才能較快瞭解。
- 二、罕見疾病在102年是6,783人，至106年增至8,351人，成長率是3.9%，但平均每人藥費106年是64.1萬元，我們不知這是全年費用或每月費用(蔡副署長回答是年)。還是要寫年，否則我以為是每月費用。這不是要挑剔，我看不懂啊！沒看到我剛才很認真翻來翻去。
- 三、血友病也一樣，從102年813人，成長至106年899人，成長率為負0.8%，但5年平均每人藥費是398.3萬元，從102年424萬元降為106年380.3萬元，這是年或月，也要寫清楚。
- 四、AIDS(後天免疫缺乏病毒)應是自105年健保就開始支付部分費用，這裡應註明從幾月份開始，但卻未呈現。從幾月份開始及105年總費用，都應向委員報告。資料顯示106年平均每人藥費是13.1萬元，到底105至106年人數成長多少？報告只寫106年是19,109人，每年平均每人藥費是13.1萬元，但我希望能加以分析，到底愛滋病原因為何。我聽到最多罹患愛滋病原因是打針，不是到醫院打針，而是自行施打。健保署應分析原因何在，日後要和CDC(疾管署)溝通時，才有充分理由。愛滋病的年齡層多在幾歲？接受治療的外國人有多少？領有台灣身分證算是台灣人，但屬外國籍究竟有多少人。很多會想方設法，據新聞報導，愛滋病患者會因此找流浪漢假結婚，這樣也不好。
- 五、健保署今天初步提供這些資料是不錯，但我希望本案早從去年9月份開始，資料完整性應更齊全。針對罕見疾病及血友病核

減率的問題，未作說明，僅對愛滋病目前有疾管署的事前審查，及健保署的事後審查。健保署也應有事先審查的機制，不是疾管署推給我們，我們就要接，我們也要對其事前審查，表現出我們的官威，不能說他們推過來，我們就要接。這本就是 CDC 要出的錢，為何要健保署支出，這很沒道理。

六、報告中核減的理由有 4 項，是否還有其他更多的理由？可能最多的是這 4 項，既然今天要報告，就應將所有的核減理由列出來，委員也會幫忙尋求解決辦法。這樣戴組長日子也比較好過，大家溝通也較快。

傅主任委員立葉

其他委員有無意見？

張代理委員孟源(吳委員國治代理人)

有關 2 年後由健保給付問題，在「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」該法第 16 條是有規定，但其中保險對象應自行負擔之費用及依健保法未能給付之檢驗及藥物，應由中央主管機關編列預算支應。但今天資料未呈現中央主管機關編列預算支應之相關費用的部分，也請健保署補充。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

抱歉占用大家時間，這部分要麻煩健保署，之前將 7 項政府補助列入健保，現又將愛滋病藥費列入健保，菸品健康福利捐分配比率 70% 降為 50%。健保支出持續增加，很快地，健保經費不夠，就須調整費率。我希望健保署對有關全民利益的部分，應讓付費者代表委員瞭解。立法委員任意提案，又不負責，但健保署應在第一線替付費者把關。若你們有所顧忌，起碼也讓我們知道是哪些立委在做這些事，才能讓健保節流，否則，健保虧損越來越大，最後就是調整費率，受害的還是全民。

傅主任委員立葉

請健保署回應。

戴組長雪詠

非常謝謝各委員提供寶貴意見，相關投影片也會依照委員建議，補充人年歸類的部分。委員也提到血友病部分，針對費用前 30 名血友病人有製作相關檔案，也請所屬的轄區業務組組長與就醫院所院長溝通，希望對病人治療方案和藥費有良好的管控，以上再向委員補充說明。我們會修正投影片後，再請委員給予指教。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、我剛才請教，未來疫苗預防接種將由健保支付，現在情形如何，為什麼沒有回應說明呢？立法院修法，你們是第一線接觸，剛才趙委員銘圓也提到，怎麼都不讓我們付費者知道呢？
- 二、之前黃委員啟嘉聯繫我，立法院提案修改疫苗預防接種全部移由健保支付，請我趕快去處理。有立法委員聯繫我，並說明這案已經擋下 2 次，現在又提出修法，到底情形是如何？是否未來所有疫苗預防接種都由健保支付？總金額多少？各位委員要清楚知道，不然條文寫得不清不楚，就像健保法施行細則第 45 條條文不清楚，就把政府公務預算支付的項目轉由健保支付。

傅主任委員立葉

請健保署…。

蔡副署長淑鈴

是否先請社保司回應。

陳專門委員淑華

請周研究員雯雯回答。

周研究員雯雯

委員所提有關疫苗由健保支付的提案並未通過，若涉及要求編列公

務預算的部分應是由本部 CDC 在處理，我們會再持續了解。

傅主任委員立葉

請張代理委員孟源。

張代理委員孟源(吳委員國治代理人)

- 一、何代理委員語所提預防注射疫苗費用應是中央主管機關編列預算支付的問題是相當重要。立法院上個會期最後 1 天，立法委員就已撤案，主要是因為健保法第 1 條規定，健保給付範圍是發生疾病、傷害、生育事故，及健保法第 51 條第 1 項第 2 款規定排除給付範圍如預防接種，所以法律已明訂疫苗不在健保給付範圍，立法院也了解健保法精神。
- 二、這件事情是希望應由國家編列預算支付疫苗之費用、防疫是世界趨勢，本應由國家編列預算來做為保護民眾健康。我們甚至提出建議應設立相關法令來規範如『預防保健法』專法，來處理疫苗費用之問題，專法也該包括早期身體疾病的預防、營養、運動、健康生活型態、工作環境的安全等各方面的健康諮詢及衛教。疾病前期的健康促進及預防不應全部納到在健保，應學習德國、澳洲、韓國及日本設立『預防保健法』專法，在疾病前期就做前端保護，才能讓國民健康，而健保給付範圍是疾病、傷害、生育事故。

蔡副署長淑鈴

- 一、何代理委員語所關切的，其實母法健保法第 51 條第 1 項第 2 款，已清楚明訂預防接種是本保險不給付的範圍。當然立法院有立委提案修法，將預防接種納入健保給付，並修改健保法第 1 條，確實有這事情，但是因為涉及修健保法，所以這事情就沒有通過，目前預防接種是沒有納入健保給付範圍的。
- 二、還有愛滋病的部分，剛剛大家也說明，這是修改另一個法律，愛滋感染者自確診開始服藥 2 年後之醫療費用回歸健保支付，是從 106 年 2 月 4 號後才開始給付，因此剛剛有委員提到是不

是 105 年的部分，105 年健保沒有給付，我們是去(106)年才開始編專款支應，是 106 年 2 月 4 日才開始給付。

- 三、剛剛戴組長雪詠報告是 106 年的金額，是從 2 月 4 號的滿 2 年後的藥費，相關健保不給付有檢查、部分負擔是由公務預算編列支應，換句話說，愛滋病人依照目前納入健保，還有部分負擔仍由公務預算支應，及有部分特殊檢查健保不給付，也是由公務預算去支應，以上是目前現況。

傅主任委員立葉

請柯代理委員怡謀，再請趙委員銘圓。

柯代理委員怡謀(王委員雅馨代理人)

- 一、站在病患端角度來看，在公務預算能夠支應的狀況之下，還是希望建請相關單位能夠據理力爭，因為付費者端，總額協商空間已經非常有限，有些明顯不屬於健保需要負擔的部分，我想不只是付費者端或醫療提供者端都有壓力，就健保署再處理這麼多疾病下會承擔越來越多的壓力，一直承受外部單位的壓力，像在國外 CDC 已經可以處理，就像剛剛委員表達，就是有時候疾管相關單位應該要出面處理，包括兒童小兒疫苗，或是全民疫苗，這明顯在國外都是屬於疾管的課題，怎麼很多問題都會由健保來負責處理和支出？
- 二、健保資源真的很有限，像 5 月份召開「全民健康保險相關業務座談會」，邀請疾管署、食藥署等單位來找源頭，我們有參與會議及表達看法，要找源頭，如果把這些本來他們要解決的原因，都歸到健保給付，到時候健保制度或資源真的崩潰的話，所有健保委員都須承擔這樣壓力，非戰之罪，我是覺得非常不公平，因為我們已經看到這個問題而且多次提醒。
- 三、我有個建議說，或許我們可以試試看由健保會委員來形塑意見書，向立法單位說明我們所觀察到的事情，譬如不應該由健保給付的項目就不要一直往健保堆，也不應該不同單位一直提出

的不同的需求進來，然後堆進來之後卻又由健保來承擔責任。

四、愛滋病患者也是要照顧的對象，病權就是人權，必須要保障，不管是疾管署或是健保署，一定要有單位編列預算支應及照顧到他們。但是預算之合理性到底哪個單位來負擔的問題，有些明顯不屬於健保能承擔的部分，尤其疫苗的部分更加明顯，所以我在此要誠心呼籲，我們健保委員很努力把協商空間加大，至於有些預算本來就是公務預算要做的，我們願意當健保署的後盾，但也要勇敢表達心聲，麻煩把我們的心聲反映給立法單位，不能把不該納到健保的一直追加進來，健保體系真的負擔不了，以上是個人建議。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

一、我和各委員意見是一樣的，剛才幕僚說不知道這案，感覺不太對，因為5月份委員會議滕代理委員西華就已提出相關資訊。隔幾天我有去立法院拜訪立法委員，希望委員要反對。其實不止是疫苗這案，包括平地原民免除健保部分負擔案。

二、其實健保署不一定要完全對抗立法委員，畢竟你們是行政單位，但與全民息息相關的部分，要讓健保會委員知道，我們真的可以幫健保署去擋一些本來不應該由健保支應的部分，讓健保會當健保署的後盾，你們不用自己去做對抗，因為這攸關到全民往後要繳的費用，這部分相關的資訊還是請健保署讓我們知道。

傅主任委員立葉

請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

我想請教，後天免疫缺乏病毒治療病人自確診開始服藥2年後由健保給付的定義問題，106年後初次所納入的愛滋病患者，是否滿2年的病人瞬間都納入健保？若是，日後所增加的愛滋病患者，應是

每年新增的愛滋病患者人數，例如 2 年前的新增病例即將納入，是否評估往後愛滋病患者人數的年成長率是多少或者年新增病人數是多少呢？

戴組長雪詠

每年度會滿 2 年的愛滋病患者人數不固定，107 年大約增加 3,000 人，目前尚未詢問後續會有多少人再納入。

傅主任委員立葉

- 一、請問委員還有沒有其他問題？沒有的話，本案就討論到此。委員意見請健保署納入參考。特別是委員關切應由公務預算支應的相關服務或項目，請健保署將來能夠據理力爭，避免轉嫁到健保，甚至在立法院面對立法委員時，也可表達健保會委員意見。
- 二、如果委員還有其他意見或問題，請會後以書面方式補充，接著進行報告事項第 3 案。

吳委員榮達書面意見

- 一、第 5 張投影片：依該投影片所示，106 年罕病藥費支出成長 16.8%，另依第 6 張投影片所示，106 年罕病人數成長僅為 3.9%，兩者顯不成比例，可否請教其主要原因？
- 二、第 6 張投影片：106 年罕年每人藥費成長百分之 12.4%，費用成長甚高，請教其主要原因？
- 三、請教關於罕見疾病之醫療費用，應由健保預算支出或應由其他公務預算支出，如何分際？
- 四、第 19 張投影片：
 - (一)請教血友病藥費管控措施所示，血友病患者跨院就醫之型態及原因？
 - (二)請教「辦理醫療機構凝血因子空瓶回收查核作業」之目的及實施情形？

五、請教第 16、17、18、22 張投影片所示，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」費用核刪原因？

拾伍、報告事項第三案「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」與會人員發言實錄

健保署林專門委員淑範報告：略。

傅主任委員立葉

本案請問各位委員有無意見或提問？請干委員文男。

干委員文男

- 一、以病人中心為門診整合照護計畫的部分，我看照護人數的部分，已經試辦幾年，成效好像不怎麼好，尤其在用藥的部分，最末端把關是藥師，事實上是做不到，也照顧不到，人力不夠，而且病人整包整包藥品丟掉。
- 二、蔡副署長淑鈴很用力推動這計畫，也很努力，我看這計畫很像當年家醫計畫，現在家醫計畫已經慢慢有成效。現在以病人為中心整合照護計畫，是將罹患多重疾病病人去就醫時，提供整合照護，我想請教一下，有幾個人真的有接受整合照護？這人數不多，三高病人特別多，但整合性特別少，計畫的錢不就都白花了。是否能說明，在三高病人接受整合性照護的有多少人？

傅主任委員立葉

委員有沒有其他詢問？請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、我對於健保署報告跨層級醫院合作計畫，就診人數比以前增加一半，將近二分之一，而且用藥的重複率也下降很多，這是重要的一點。
- 二、在這裡醫療資源的補助部分，我們感謝蔡副署長淑鈴幫我們點破，本來是希望費用能再增加一點，但是蔡副署長說不要再增加了，增加的話會水漲船高，大醫院不在了就說直接點，水漲船高的原因是在現在大型醫院，就像黑道在菜市場、水果行、

賣菜或賣魚的地方，有黑道在抽取地盤稅。其實最重要的原因就是在於地盤稅的問題，一般的地盤稅，像我們這補助款是 3,500 點，但是要到 7,500 點，甚至到 12,000 點，有的到 15,000 點都有，但有沒有看那麼多患者？根本就不夠成本，確實有待考量的地方。

二、在這裡我要向委員報告一下，我講的都事實，沒有一家收 3,500 點，絕對都超過 3,500 點，比黑道還像黑道，所以我希望健保署能夠對醫學中心和區域醫院，因為現在醫學中心及區域醫院門診件數降低 2% 的規定，還有不能再往上成長的門診量，可以儘量往地區醫院合作方案處理，要求他們對地區醫院收取支援的費用不要超過 3,500 點，我在這裡拜託健保署幫忙的地方，可用道德規範要求他們來做這件事情。

三、我講的都是事實，我都有合約，高雄市 3 家醫學中心我都有合約，高雄市 6 家區域醫院我都有合約，合約也都可以拿出來的。事實證明，要說他們抽稅金，像黑道稅金，這比黑道還要黑道，是白道中的黑道，就像大陸山東俗稱的響馬(即華北騎馬攔路的馬賊的一種，劫掠時先施放響箭)，台灣的響馬更多，大醫院就是響馬，所以這邊要拜託蔡副署長淑鈴幫忙，道德規範他們一下，或是我們在研議方案時納入規範。

傅主任委員立葉

請賴代理委員振榕。

賴代理委員振榕(古委員博仁代理人)

我有幾點提醒：

一、投影片第 12 張，平均每人每月門診次數下降率的部分。我自己的經驗是，當然我不是指這個統計有問題，而是希望未來相關計畫要注意的是，門診次數應區分慢性疾病、一般疾病，要分開看待。像藥師公會分析高診次者藥師照護計畫，有個案是屬於本計畫所定義的高診次民眾，實際上，他只有 1 種慢性疾病，

其他都因頭暈、腰痠背痛，約 3、4 天就到基層診所看病，該個案就是高診次患者，但只有 1 種慢性病，所以未來就診情形的部分，要再進一步分析。

二、投影片第 13 張，平均每人每月用藥品項數呈現下降，以 106 年第 4 季來平均用藥品項數 7 項，中午我與陳委員亮良談到，如果年老患者服用 7 種藥品，各位想像一下我們以後都會老，這 7 種藥品能正確服用嗎？有沒有藥品浪費的問題？這問題必須要重視的。如果 7 種項目 1 天吃 1 次或許問題不大，但如果有分早、晚、飯前或飯後，請大家想一想，醫生開完處方後，病人用藥卻是一大問題。當然站在藥師立場，整合照護計畫應該擴及社區，病人最後回到鄰近社區藥局是否能就近幫忙病人？我想未來可以往這部分在去考慮。

三、剛剛主席有問到後天免疫缺乏病毒用藥部分，我很好奇那些藥，好像健保署說社區要發 AIDS 的藥，我們有接受訓練，我個人也有參與受訓，但我不知道 data 裡面，我是覺得以後要進一步瞭解愛滋病患者回到社區去拿的藥有多少，社區藥局藥師可幫忙在病患的用藥正確性和浪費上，對健保會有幫助，我在共擬會議也曾提過很多病人到藥局拿藥時，卻告訴藥師說這個藥不吃，那個藥不吃的情形，但在雲端藥歷查詢系統卻看到病人都再吃那些藥，這會是事實嗎？

傅主任委員立葉

委員還有沒有詢問？沒有的話，請健保署回應。

蔡副署長淑鈴

一、干委員文男關心以病人為中心門診整合照護計畫，99~101 年時，對於醫院多重慢性病患者的照護是覺得非常重要，很努力也做的非常有成效。但後來這幾年，雖然醫院收案數約有 50 幾萬人，願意提供整合門診，但就像干委員文男所提，是不是真的有幫病人做實質上的整合照護這部分，我們也覺得好像也越來越少，雖然投影片第 12 張是略有成效，但是有些成效已經

越來越不好。我們打算今年要重新檢討本計畫，明年重新用不同方式來進行。照護人數 52 萬中，確實有些病人是經過整合後病情穩定或穩定用藥情形，我們配合分級醫療政策，鼓勵這類病人下轉到基層或是社區醫院持續做慢性病管理。

- 二、剛剛謝委員武吉提第 3 項的跨層級醫院合作計畫部分，107 年醫學醫院、區級醫院門診件數降低 2%，現在各醫院都有下游小醫院或基層診所垂直整合團隊，現在各地區也漸漸形成。許多大型醫院為了下轉病情穩定的病人，也藉由這個計畫讓醫師到小型醫院甚至診所支援，由醫師帶著把病人下轉，而不是直接將病人下轉就醫，對於雙向轉診更有幫助，包括謝委員武吉也可以藉由這樣的趨勢，讓跨層級醫院合作計畫更有成效。至於醫療支援應該支付多少錢，本計畫是採補助方式每診日 3,500 點，是 3 個小時為單位。若硬性規定只能收 3,500 點，可能會破壞大家去支援的意願，但我們只能補助這麼多，我們相信在推動下轉政策下，理論上在資源成本部分不至於會拉得太高。
- 三、賴代理委員振榕提到平均每人每月門診次數計算方式，尤其是門診次數下降，再區分慢性病和一般疾病的部分，這些照護對象都是醫院的忠誠病人，事實上不太會跑外面，都在醫院就診為主，診次的下降我們認為有整合效果，但如果要再區分慢性病和一般疾病，這也可以來試試看，看數據是否會不同，另外這個計畫今年會重新檢討。
- 四、賴代理委員振榕提到雲端藥歷所顯示的訊息，確實是我們給付病人藥品的數據，但是否等同病人吃下所有的藥，這是不一定，確實存有落差。這表達出病人領有這麼多藥，至於是否有按照時間或醫囑服用藥物，這在醫生向病人問診時所需要去瞭解的。我們期待雲端藥歷查詢系統是儘量不要重複用藥、給藥，如果病人不吃的藥品就不要開立，或是病人已經領取藥品就不要重複開立，這是雲端藥歷所揭訊的意義，當然這不等同病人吃下去的。

五、現在年長老人服藥種類這麼多，每種服藥方式很複雜，如飯前、飯後、睡前、每 6 個小時或每 4 個小時等，確實這部分我們值得想想以後如何幫助這些年長長輩，確實我也有同感，自己家裏也有長輩，是靠我們來幫他分藥，但這太複雜了，所以這是系統性問題，有機會再與藥師公會專家來請教或討論是否有更好的解決辦法。

傅主任委員立葉

本案討論到此，委員所提意見請健保署參考，接著進行報告事項第 4 案。

拾陸、報告事項第四案「全民健康保險業務監理指標之監測結果」與
會人員發言實錄

健保署張組長鈺旋報告：略。

傅主任委員立葉

請問委員有無詢問？依序請盧委員瑞芬、張委員澤芸及周委員麗芳。

盧委員瑞芬

幾個問題請教及說明：

- 一、會議資料第 161 頁投影片第 18 張「糖尿病品質支付服務之照護率」，計算方式之有申報管理照顧費人數，是指有參加論質計酬？大家較習慣論質計酬，是否寫明是有參加論質計酬的人數。
- 二、會議資料第 163 頁投影片第 21 張「醫院病床數及占床率」部分，占床率是算 total，既然有區分健保病床、差額病床，是否也將占床率分別計算，還是這無法分開計算呢？
- 三、之前在健保會也有提過，這次要再提到會議資料第 166 頁投影片第 27 張公平指標部分，我發現健保或政府統計喜歡用「公平」這個字，但事實上這都不是公平，這只是不平等或不均度，公平性是經濟學專有名詞，亦有明確定義，目前這些指標都不是公平性指標，若要提公平性，應先要有所定義，目前僅屬分布的不均度。
- 四、會議資料第 167 頁投影片第 30 張「家庭自付醫療保健費用比率」，今年討論全民健康保險業務監理指標修訂案，已將該指標取消。我提供部分資訊供各位參考，台灣家庭自付醫療保健費用比率很高，像我到國外演講時，就曾被問台灣健保做那麼好，但是台灣的 out-of-pocket share(自付費用比率)和開發中國家差不多，我還要跟他們解釋為什麼台灣這麼高的原因，是因為衛福部公布的數據沒有涵蓋商業保險部分，即家庭收支調查中家戶支出部分有部分費用係由商業保險(醫療附加險)支付，所以這不是真正家戶所負擔的費用。目前衛福部統計數字沒有

完全按照 SHA(System of Health Accounts, 醫療健康帳制度) 統計定義。我自己曾計算過(依據人壽保險統計數據), 平均國人買 3.9 個商業醫療附加險, 而商業保險費用占整體醫療費用約 15%, 這不是一個小數字, 目前此指標經過檢討後已取消, 但此部分資訊仍提供各位參考。

傅主任委員立葉

請張委員澤芸。

張委員澤芸

首先感謝健保署整理資料讓我們瞭解, 我剛才提到護病比有 2 項修正:

- 一、衛福部 106 年 4 月 28 日公告(106 年 5 月 1 日實施)護病比的級距及加成率, 已由原 3 級距及 9%、10%、11%的加成率, 調整為 5 級距及 3%、6%、9%、12%、14%的加成率, 而「106 年全民健康保險年度監測結果報告(草案)」第 34 頁報告中仍沿用 3 級距及 9%、10%、11%的加成率, 請修正和補述。
- 二、另「106 年全民健康保險年度監測結果報告(草案)」第 34 頁之指標意義說明, 考量這些都會公開揭露, 數據的正確是非常重要的, 不要有錯誤解讀或資料誤用, 最後一行提及地區醫院「小於 15」之月份占 94.1%, 此數據誤植, 因其中有 5.3%是當月沒有住院的病人或資料未填, 故事實上「大於等於 15」應是 0.6%, 應予更正, 以免造成資料誤用。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

提出 2 點就教:

- 一、會議資料第 165 頁投影片第 25 頁「孕產婦死亡率」, 104、105 年結果蠻穩定的, 但 103、104 年結果呈現較大改變, 請說明。
- 二、會議資料第 167 頁投影片的 29 張「一般地區/醫療資源不足地

區/山地離島地區之就醫率」，剛報告時清楚說明，醫院及西醫基層的醫療資源不足地區和山地離島地區的就醫率相對較高。我嘗試解釋，可能留在當地老弱婦孺較多，所以會有這種現象，不知道是不是這樣？就牙醫和中醫而言，醫療資源不足地區和山地離島地區就醫率相對偏低，尤其以醫療資源不足地區最低，各部門數據看起來差距蠻大，一則是如何把資源輸送進去，如同牙醫和中醫也有努力減少無牙醫村、無中醫村，或努力提供醫療資源不足地區的相關醫療服務，另一則是如何設法將這群人運送出來，這部分是我覺得必須持續要強化的。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、會議資料第 168 頁「自付差額特材占率」，為什麼會有自付差額，難道是健保署規劃的特材是不好的嗎？是不是要有所改善的地方？
- 二、會議資料第 168 頁投影片第 32 張，第 1 項是眼科的人工水晶體，第 2 項是骨科的人工髖關節，第 3、4、5 項都是心臟科的。但還少一個，是神經外科，一般神經外科開刀的時候，很多開刀就要你交 20 萬元或 25 萬元。如果認識的是 18 萬元，在這裡好像都沒有看到，建議這應以老百姓照顧來說，這也是醫界要改進的地方。

傅主任委員立葉

請柯代理委員怡謀，再請健保署回應。

柯代理委員怡謀(王委員雅馨代理人)

- 一、我關心重複用藥的問題，未來應多加強用藥的衛教宣導，不管是從基層或是醫院端，像病人拿這麼多藥，卻沒有相關機制防範病患服用過多的藥物，這問題應該要重視，或許可透過醫師看診電腦螢幕的提醒或鎖定，如醫師看診的過程中，醫院端可

從電腦螢幕警示出患者可能在別家院所拿過多的藥，從電腦螢幕上去鎖定，甚至不要再繼續開無謂的用藥，這會對病人健康造成影響。

- 二、有關護病比的問題，剛提到護理人力的部分也很重要，因為醫護人員太過疲累，像有加護病房或其他單位等，這會造成一些問題。我很好奇一些資料，包括像心肌梗塞的死亡率和糖尿病照護品質等，能否進一步比較護病比，弱勢、資源不足的年度或層級對照的照護，例如，心肌梗塞死亡率或糖尿病照護品質等，有無相關或正相關，也可分析哪些地區必須要加強資源，尤其是護理人力的部分。從病患端角度，一定要正視護理人力過度勞累問題，有些醫院需要加足夠的預算或人力，希望健保署責成醫院去做到這點，因為醫師診斷病人是一回事，可是在醫師巡房後，其他部分則交給護理人員，有時1位護理人員要照顧很多床病人，這在台灣是公開的秘密，有時病人在那邊一直按鈴，但是他們未必能得到真正的照護，因為護理人員過累，造成他們無法應付這麼多，如果能分析這些正相關是存在，我們就有理論基礎去加預算，幫助護理人力強化這部分的不足。
- 三、另外自付差額自費部分項目，誠如剛剛專家學者的分析，有時自付的費用相當高，隱藏在商業保險或其他部分，病患或家屬自付的費用已遠高於健保給付，是否能提供這些資料供委員參考，或做研究性的研討？這樣就能知道健保未照顧到的面向，其實有些病患家庭支持系統不強，無法負擔這麼大的醫療費用，或資源應該用在哪些疾病上，我們可能都沒有注意到。
- 四、GDP(Gross Domestic Product，國內生產毛額)的部分，剛剛我有強調要比較鄰近國家，在OECD(經濟合作與發展組織)的狀況，有些指標顯示有差異，例如家庭自付醫療保健費用比率，在會議資料第167頁，但這指標與國際上差異的原因在哪裡？比如日本長照做得很好，我們加入這因素，有沒有比人家更好？如果不足，就要一起想辦法解決不足的部分，以後協商會有更多

的解決方法，能解決資源不足問題，這樣對付費者及醫療提供者端都是較正向的空間，可以去被探討。

五、最後我要提到以「病人為中心」的部分，曾提到自體免疫照光機不足的事，不管是乾癬、白斑、異位性皮膚炎或腎臟病人，或一些罕見疾病都要照光，但對照分級醫療，現在就是屬於倒三角的不合理狀況，基層的照光機不足，才 10 台，這種狀況見微知著就可知道為什麼以病人為中心沒有做好。現在到醫院去看診的人雖然變少，但是才降了幾個百分比，其實就是有些治療無法在基層做，迫使病人只能跑到醫院，這會衝高醫院門診的比率。例如病人來回 2、3 小時只是去照幾十秒的光，完全不符成本效益及可近性，這其實是冰山一角，而且不完全是上述疾病有此情況，不管是腎病或其他疾病，病人都有遭遇類似的問題。因為李署長伯璋一直強調厝邊好醫師，因此，我們必須要做好衛教宣導，所以我們要探究醫療系統有沒有做到讓民眾去信賴，除了信賴外，有無配套的設備或藥物至關緊要，例如社區藥局是否可以讓他們信任，社區藥局本來可以負擔更大的使命，包括衛教宣導，不要濫用抗生素等，我們需要做到這點，現在這部分的宣導配套不足，所以無法期待病人從觀念去改變行為，這點我認為非常重要。

傅主任委員立葉

我們本來預期本案進行至下午 5 點，現在是 5 點 1 分，本案暫時發言到此，請健保署做回應，如果委員還有意見或問題，請於會後提供書面給本會幕僚。請干委員文男最後 1 位發言。

干委員文男

我們的藥費占總額的四分之一，從 1,800 億元到現在 7 千億元，都在四分之一以上，是否能控制在 22% 或 23%，才能讓健保費的年增率不會那麼高，是否能做到？這幾年的數據都超過 25%，請健保署提出正確的辦法，能夠讓藥利降低。

傅主任委員立葉

請健保署回應說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、有關監理指標剛剛提案已經討論過，可能會重改，今天可能是最後 1 次報告，因為有些會更新，我就略做說明。首先是干委員文男提到的投影片第 14 張，藥品費用的占率，占率均維持 25%~26%，很重要的原因是新藥太貴，但是舊藥我們每年都有價量調查，所以新藥與舊藥的價格是天壤之別，所以可以控制在一定的占率，跟總額一樣的成长率也非常不易，最近還有生物製劑要進來，這部分更貴，一個人可以抵舊藥好幾百倍或上千倍都有，所以有這樣的困難，不過我們藥價一直都有定期做調整。
- 二、投影片第 18 張，糖尿病品質支付服務之照護率，盧委員瑞芬剛剛提到分子是申報管理照護費人數，即所謂 P4P(Pay for Performance, 論質計酬)的人數，這部分沒有問題。投影片第 21 張，健保病床跟差額病床的占床率是否可以分列？這部分我們可以分列。
- 三、投影片第 22 張，張委員澤芸提到護病比的級距，為什麼沒有用 5 個級距？原因是健保會告訴我們要做 3 年比較，所以不得已縮短級距，如果明年還有這個指標，我們 2 年就可以恢復至 4、5 個級距比較。
- 四、投影片第 25 張，周委員麗芳提到為什麼孕產婦死亡率在 103~104 年會有較大變化，因為這個數據不是我們做的，是統計處做的，主要是死亡診斷書在採計孕產婦死亡率欄位勾選上做了系統性改變，所以這數字有較大的變動。
- 五、投影片第 27 張是公平指標，這部分我同意盧委員瑞芬的說法，應該改為不均的指標。
- 六、投影片第 29 張，剛剛周委員麗芳提到山地離島跟醫療資源不足地區在各層級之間有變化，其實很大的原因是山地離島不管是

醫院或診所都有 IDS(Integrated Delivery System，山地離島地區醫療給付效益提升計畫)，IDS 就是將 supply(供應)放進去，所以會增加就醫率，醫缺則是醫療不足，醫療資源不足地區我們採用巡迴醫療，顯然巡迴醫療的力道不如 IDS，所以就醫率略有差距，現在巡迴醫療也是我們鼓勵的項目，所以這部分有些不同。

七、投影片第 30 張，家庭自付醫療保健費用比率，確實呈現 33% 是完全不符合事實，這數據是衛福部統計處做的統計，方法是用家戶調查資料再去配合家庭收支調查資料推論出來，跟國際比較與 SHA(System of Health Accounts，醫療健康帳制度)定義有很大不同，就如盧委員瑞芬說的，未扣除商業保險。我們一直跟統計處討論這數據要如何修正，不過從主計的系統他們認為傳統是這樣推論，為了讓數據跟國際比較有可比性，我們將做委託研究看看要如何真實呈現家庭自付醫療保健費用比率。

八、投影片第 32 張，有關自付差額特材占率(各類別項目)，剛剛謝委員武吉關心這些項目是不是比較不好，其實這些比較好，但是我們付不起，我們只付基本額度，剩下則是差額負擔，所以有點誤會。另外柯代理委員怡謀提到餘藥的部分，請戴組長雪詠說明。

戴組長雪詠

柯代理委員怡謀關切重複用藥的部分，向委員說明，目前在健保署的雲端藥歷，醫師可以查每個藥，這個病人在前 3 個月有無重複用藥，累計的餘藥是多少？我們已經開發系統針對診所的醫師，特別加強管控藥品可以主動提示餘藥。

傅主任委員立葉

一、因為時間關係，本案討論到此，委員若還有問題或意見，請事後提供給本會幕僚，再整理成書面意見供健保署參考，本案洽悉。

二、今天的會議完成預定目標，並將所有的議案討論完成，這是所有委員努力的結果，謝謝大家，散會！

電子公文

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

機關地址：11558台北市南港區忠孝東路6段488號
傳 真：(02)85906048
聯絡人及電話：蔡季君(02)85906666轉6726
電子郵件信箱：hgcy-ia@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國107年5月29日

發文字號：衛部保字第1071260265B號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：預告修正「全民健康保險法施行細則」第四十六條、第六十八條草案之公告影本1份
(1071260265B-1.pdf, 1071260265B-2.docx, 1071260265B-3.docx)

主旨：檢送本部107年6月1日於行政院公報刊登預告修正「全民健康保險法施行細則」第四十六條、第六十八條草案之公告影本1份，對於本公告內容有任何意見或修正建議者，請於本公告刊登公報隔日起60日內陳述意見或洽詢本部，請查照。

正本：衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會

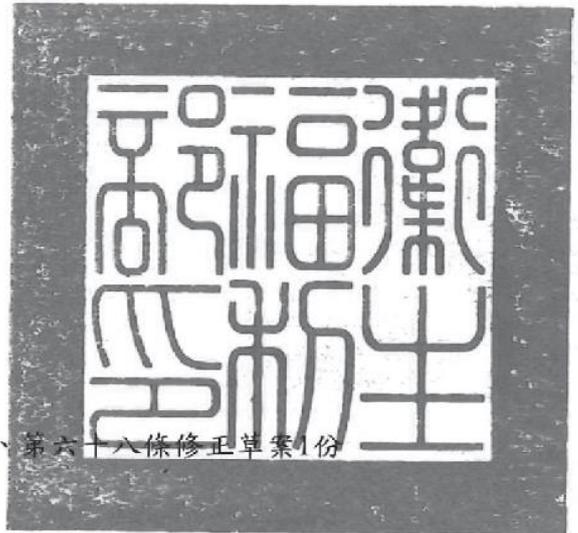
副本：2018/05/30 09:11:57

部長 陳時中

衛生福利部全民健康保險會收發



衛生福利部 公告



發文日期：中華民國107年5月29日

發文字號：衛部保字第1071260265號

附件：「全民健康保險法施行細則」第四十六條、第六十八條修正草案1份

主旨：預告修正「全民健康保險法施行細則」第四十六條、第六十八條草案。

依據：行政程序法第一百五十一條第二項準用第一百五十四條第一項。

公告事項：

- 一、修正機關：衛生福利部。
- 二、修正依據：全民健康保險法第一百零三條。
- 三、「全民健康保險法施行細則」第四十六條、第六十八條修正草案如附件。本案另載於本部全球資訊網站「衛生福利法規檢索系統」（網址<http://mohwlaw.mohw.gov.tw/>）之「法規草案」網頁。
- 四、對於本公告內容有任何意見或修正建議者，請於本公告刊登公報隔日起60日內陳述意見或洽詢：
 - (一)承辦單位：衛生福利部社會保險司
 - (二)地址：11558台北市南港區忠孝東路6段488號4樓
 - (三)電話：(02)85906666轉6726
 - (四)傳真：(02)85906048
 - (五)電子郵件：hgcyn-ia@mohw.gov.tw

部長陳時中

全民健康保險法施行細則第四十六條、第六十八條修正草案總說明

全民健康保險法施行細則（以下稱本細則）於八十四年一月二十八日訂定發布，歷經十五次修正，最近一次修正為一百零七年五月二十一日。

茲因現行條文中，有關無一定雇主或自營作業而參加職業工會者之最低申報投保金額調整規定，自一百零二年實施以來，各縣市工會代表多次提出建言，全民健康保險會一百零七年第一次委員會議討論相關議題時亦作成決議，建議應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。另經檢討將現行有關工資不固定之受僱者其投保金額申報函釋規定納入規範，並配合實務作業現況修正部分文字。謹擬具本細則第四十六條、第六十八條修正草案，修正要點如下：

- 一、為使每月工資不固定之受僱者，其投保金額計算更符合實際，爰明定其得以最近三個月平均工資申報投保金額；另調整職業工會會員申報投保金額下限之規定。（修正條文第四十六條）
- 二、現行保險人應公告之事項，於未調整之年度即不需辦理公告，為避免外界誤解，並符合現行實務作業，爰刪除「每年」二字。（修正條文第六十八條）

全民健康保險法施行細則第四十六條、第六十八條 修正草案條文對照表

修正條文	現行條文	說明
<p>第四十六條 下列被保險人之投保金額，應配合投保金額分級表等級金額，依下列規定向保險人申報：</p> <p>一、無給職公職人員：</p> <p>（一）直轄市議會議員、縣（市）議會議員及鄉（鎮、市）民代表會代表，依地方民意代表費用支給及村里長事務補助費補助條例第三條規定，以公務人員相當職級計算其投保金額。</p> <p>（二）村（里）長及鄰長，按投保金額分級表第十二級申報。</p> <p>二、受僱者：</p> <p>（一）具有公教人員保險或軍人保險被保險人資格者，應以其俸（薪）給總額計算其投保金額。</p> <p>（二）前目以外之受僱者，應以合於勞動基準法規定之工資計算其投保</p>	<p>第四十六條 下列被保險人之投保金額，應配合投保金額分級表等級金額，依下列規定向保險人申報：</p> <p>一、無給職公職人員：</p> <p>（一）直轄市議會議員、縣（市）議會議員及鄉（鎮、市）民代表會代表，依地方民意代表費用支給及村里長事務補助費補助條例第三條規定，以公務人員相當職級計算其投保金額。</p> <p>（二）村（里）長及鄰長，按投保金額分級表第十二級申報。</p> <p>二、受僱者：</p> <p>（一）具有公教人員保險或軍人保險被保險人資格者，應以其俸（薪）給總額計算其投保金額。</p> <p>（二）前目以外之受僱者，應以合於勞動基準法規定之工資計算其投保</p>	<p>一、為使每月工資不固定之受僱者，其投保金額計算更符合實際，爰參照衛生福利部一百零五年五月十一日衛部保字第1051260293號函規定之精神，於第一項第二款第二目後段增列文字，規定其得以最近三個月平均工資申報投保金額，但不得低於所屬類目之投保金額下限規定。</p> <p>二、現行條文第一項第五款規定，自一百零二年一月一日實施以來已調整二次，各縣市工會代表曾多次提出建言，表示職業工會成員多屬無一定雇主或自營作業者，與全國各公、民營事業機構受僱者之立基點不同；全民健康保險會一百零七年第一次委員會議討論職業工會會員健保投保金額申報下限之規定與檢討案時亦作成決議，建議職業工會會員之投保金額，應隨職業工</p>

<p>金額。<u>每月工資不固定者，得以最近三個月平均工資申報投保金額，但不得低於所屬投保身分類目之投保金額下限規定。</u></p> <p>三、僱用被保險人數五人以上之事業負責人或會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師自行執業者，除自行舉證申報其投保金額者外，應按投保金額分級表最高一級申報。自行舉證申報之投保金額，最低不得低於勞工保險投保薪資分級表最高一級及其所屬員工申報之最高投保金額。</p> <p>四、僱用被保險人數未滿五人之事業負責人、前款以外之專門職業及技術人員自行執業者或屬於第一類被保險人之自營業主，除自行舉證申報其投保金額者外，應按投保金額分級表最高一級申報。自行舉證申報之投保金額，最低不得低於本法</p>	<p>金額。</p> <p>三、僱用被保險人數五人以上之事業負責人或會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師自行執業者，除自行舉證申報其投保金額者外，應按投保金額分級表最高一級申報。自行舉證申報之投保金額，最低不得低於勞工保險投保薪資分級表最高一級及其所屬員工申報之最高投保金額。</p> <p>四、僱用被保險人數未滿五人之事業負責人、前款以外之專門職業及技術人員自行執業者或屬於第一類被保險人之自營業主，除自行舉證申報其投保金額者外，應按投保金額分級表最高一級申報。自行舉證申報之投保金額，最低不得低於本法第十條第一項第一款第二目被保險人之平均投保金額及其所屬員工申報之最高投保金額。但未僱用有酬人員幫同工作之本款專門</p>	<p>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。爰以「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」，替代「全國各公、民營事業機構受僱者月平均投保金額之成長率」，並為避免保險人公告時間過於倉促，影響職業工會保險費收繳作業等情形產生，調整生效時間變更為「若上半年達調整門檻（累積成長率達百分之四點五），維持次年元月申報下限調高一級，若下半年達調整門檻，則修正自次年七月起調整」。</p>
--	---	---

<p>第十條第一項第一款第二目被保險人之平均投保金額及其所屬員工申報之最高投保金額。但未僱用有酬人員幫同工作之本款專門職業及技術人員自行執業者，其自行舉證申報之投保金額，最低以投保金額分級表第六級為限。</p> <p>五、無一定雇主或自營作業而參加職業工會者，於非以<u>第二類第一目最低投保金額申報者</u>之月平均投保金額成長率累積達百分之四點五時，由保險人依<u>下列規定公告調整最低申報投保金額</u>：</p> <p><u>(一) 於一月至六月累積達百分之四點五時</u>，自次年一月起按原<u>最低</u>投保金額對應等級調高一級。</p> <p><u>(二) 於七月至十二月累積達百分之四點五時</u>，自次年七月起按原<u>最低</u>投保金額對應等級調高一級。</p> <p>六、參加船長公會為會員之外僱船員由船</p>	<p>職業及技術人員自行執業者，其自行舉證申報之投保金額，最低以投保金額分級表第六級為限。</p> <p>五、無一定雇主或自營作業而參加職業工會者，按<u>中華民國一百年一月一日生效之投保金額分級表第六級起申報</u>，並於<u>上開投保金額分級表生效後</u>，全國各公、民營事業機構受僱者月平均投保金額之成長率，<u>每次累積達百分之四點五時</u>，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。</p> <p>六、參加船長公會為會員之外僱船員由船長公會投保者，除自行舉證申報投保金額者外，應按投保金額分級表最高一級申報。自行舉證申報之投保金額，最低不得低於勞工保險投保薪資分級表最高一級。</p> <p>前項第一款第二目所稱船長，指第九條第三項所定無職業，並準</p>	
---	---	--

<p>長公會投保者，除自行舉證申報投保金額者外，應按投保金額分級表最高一級申報。自行舉證申報之投保金額，最低不得低於勞工保險投保薪資分級表最高一級。</p> <p>前項第一款第二目所稱鄰長，指第九條第三項所定無職業，並準用公職人員規定參加本保險之鄰長。</p>	<p>用公職人員規定參加本保險之鄰長。</p>	
<p>第六十八條 保險人應公告之事項如下：</p> <p>一、依本法第二十二條規定第三類保險對象適用之投保金額。</p> <p>二、依本法第二十三條所定之平均保險費。</p> <p>三、依本法第二十九條所定之眷屬人數。</p> <p>四、依第四十六條第一項第四款所定之平均投保金額。</p>	<p>第六十八條 保險人<u>每年</u>應公告之事項如下：</p> <p>一、依本法第二十二條規定第三類保險對象適用之投保金額。</p> <p>二、依本法第二十三條所定之平均保險費。</p> <p>三、依本法第二十九條所定之眷屬人數。</p> <p>四、依第四十六條第一項第四款所定之平均投保金額。</p>	<p>本條文規範之公告事項，依規定檢討後並非每年需調整，於未調整之年度即不需辦理公告，為避免外界誤解，並符合現行實務作業，爰修正文字內容。</p>