

衛生福利部全民健康保險會
第3屆107年第7次委員會議事錄

中華民國 107 年 8 月 24 日

衛生福利部全民健康保險會第3屆107年第7次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國107年8月24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

陳委員旺全

陳委員亮良

陳委員有慶

黃委員偉堯

黃委員啟嘉

葉委員宗義

趙委員銘圓

劉委員志棟

蔡委員登順

蔡委員麗娟

國家發展委員會陳科長靜雯(13:42以後代理)

中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠(代理)

中華民國全國工業總會何常務理事語(13:05以後代理)

謝委員尚廷
謝委員武吉
羅委員莉婷

中華民國牙醫師公會全國聯合會許常務理事世明(1033-11:49 代理)

肆、請假委員：
李委員育家
盧委員瑞芬

伍、列席人員：
本部社會保險司
中央健康保險署

本會

楊副司長慧芬
李署長伯璋
蔡副署長淑鈴
李組長純馥
周執行秘書淑婉
洪組長慧茹
邱組長臻麗
陳組長燕鈴

陸、主席：傅主任委員立葉

紀錄：馬文娟、劉佩甄

柒、主席致詞

首先介紹新任委員，中華民國全國漁會原推派的陳委員平基因屆齡退休辭任，經該會重新依規定推薦後，新聘陳委員有慶，陳委員現任中華民國全國漁會理事，曾於 91 年 2 月至 98 年 2 月擔任全民健康保險監理委員會委員，請大家鼓掌歡迎陳委員的加入。

捌、議程確認

決定：確定。

玖、請參閱並確認上(第 6)次委員會議紀錄

決定：確認。

拾、上(第 6)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、108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商暨本會第 3 屆 107 年第 8 次委員會議議程如附件，請委員預留時間與會。
- 二、為利本會討論 108 年度總額地區預算分配案，請相關單位配合辦理下列事項，並於本年第 9 次委員會議 (107.10.26) 前提送本會：
 - (一)請各總額部門承辦團體於提升各區民眾就醫公平性之原則下，儘早研擬地區預算分配草案。
 - (二)請中央健康保險署協助提供各總額部門承辦團體所需資料，並就其所提建議方案，提出執行面建議，做為本會討論地區預算分配之參據。
- 三、上(第 6)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形追蹤表：
 - (一)上(第 6)次委員會議擬解除追蹤項次 3「緊急照護資源之運作，係依緊急救護辦法、緊急醫療救護法等規定辦理，委員所提意見，轉請相關權責機關參考」，改列「繼續追蹤」。
 - (二)委員對新醫療科技執行情形及替代效益分析等意見，納入繼續追蹤項次 5「委員期盼加速新藥的引進，另為利新醫療科技之執行情形與財務影響估算能更為明確，建請提供 5~7 年累計預算數及扣除替代效應之申報數(含替代率計算方式)等意見，請中央健康保險署參考辦理」，繼續追蹤。另委員關切民眾用藥安全管理之相關事項，併請食品藥物管理署回應說明。
 - (三)擬繼續追蹤項次 2 後段「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」部分，同意解除追蹤，另請中央健康保

險署就委員所提有關罕見疾病、血友病與血液透析等高費用但低效益之醫療服務等意見，予以研析並提出因應管理作法報告。

(四)委員呼籲強化宣導與及早防治後天免疫缺乏症候群等意見，轉請疾病管制署參考辦理。

四、餘洽悉。

拾壹、108 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍交議案

決定：

一、為利 108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商，請各部門總額承辦團體及中央健康保險署，參照衛生福利部交付之協商政策方向，於 107 年 9 月 6 日前研提「108 年度總額各協商因素項目及計畫草案」送本會，以利協商。

二、本會委員支持加速根治國人 C 型肝炎，增列 108 年 C 型肝炎口服新藥費用之政策，惟顧及總額協商各總額部門間之公平性，依據本會 108 年總額協商通則(註)，經委員共識決定，108 年度整體總額及四部門總額成長率以 4.5% 為上限，進行總額協商，其他則依衛生福利部交議內容辦理，餘洽悉。

(註：本會 108 年總額協商通則六、其他原則(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」)

附帶決定：

本會委員所提「應編列公務預算支應或補助 C 型肝炎口服新藥費用」之建議，提供衛生福利部明年納入擬定政策時參考。

拾貳、討論事項

第一案

提案單位：本會第三組

案由：106 年全民健康保險各部門總額評核結果獎勵額度案，提請討論。

決議：

- 一、108 年度各部門總額之「品質保證保留款」專款項目，以「106 年度各部門總額一般服務預算」為計算基礎，依評核結果所獲等級，「優」級給予 0.3%、「良」級給予 0.1%之獎勵成長率。
- 二、原 106 年度列於各部門總額一般服務之品質保證保留款額度，與 108 年度各部門總額之「品質保證保留款」專款合併運用。
- 三、請中央健康保險署與各部門總額承辦團體依 107 年評核委員建議，持續檢討品質保證保留款之發放條件，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。
- 四、委員所提建議，請本會幕僚於 108 年研擬評核作業方式草案時納入考量。

第二案

提案人：黃委員啟嘉、吳委員國治

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：請研議在健保 IC 卡增列註記勞保身分，以利特約醫療院所提升申報職災案件案，提請討論。

決議：本案會後依提案委員建議，予以撤案。

拾參、報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：107 年 7 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：因時間因素，請委員參閱書面資料，如有意見，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提供書面說明。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：落實指示藥品不納入健保給付之規劃報告(含配套措施及對健保財務之影響評估)，請鑒察。

決定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

拾肆、散會：下午 14 時 20 分。

108 年度全民健保醫療給付費用總額協商暨本會第 3 屆 107 年第 8 次委員會議議程
地點：衛生福利部 301 會議室(台北市忠孝東路 6 段 488 號 3 樓)

時間	內容	與會人員
9/27 (四)		
09:00~09:30	報到	
09:30~10:50	①牙醫總額之協商(80 分鐘)	本會委員、牙醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
10:50~11:00	中場休息	
11:00~12:40	②西醫基層總額之協商(100 分鐘)	本會委員、西醫基層部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
12:40~13:40	午餐	
13:40~14:30	西醫基層與醫院總額之門診透析預算協商(50 分鐘)	本會委員、西醫基層與醫院協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚(本節之協商，邀請腎臟醫學會列席)
14:30~14:40	中場休息	
14:40~16:00	③中醫總額之協商(80 分鐘)	本會委員、中醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
16:00~16:10	中場休息	
16:10~18:10	④醫院總額之協商(120 分鐘)	本會委員、醫院部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
18:10~19:10	晚餐	
19:10~20:23	⑤其他預算之協商(73 分鐘)	本會委員、健保署，及社保司與本會幕僚
20:23~22:23	付費者、醫界委員視需要自行召開會議之彈性運用時間(120 分鐘)	
9/28 (五)		
11:00~14:00 (暫訂 12:30-14:00 午餐)	視需要處理協商未盡事宜	本會委員、相關部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
14:00~17:30	委員會會議	

註：時間以醫院協商時間 120 分鐘、西醫基層 150 分鐘(含門診透析)、牙醫與中醫各為 80 分鐘、其他預算 73 分鐘計算，已計列各部門得延長之時間。

各部門協商時間分配

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	30 分鐘	30 分鐘	60 分鐘	90~120 分鐘	90~180 分鐘
西醫基層	25 分鐘 (門診透析 20 分鐘 [☆])	20 分鐘	20 分鐘	50 分鐘 (門診透析 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。

第 3 屆 107 年 第 7 次 委員 會議
與 會 人 員 發 言 實 錄

壹、「議程確認」、「請參閱並確認上(第 6)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！今天部分委員因中南部連日豪雨交通延遲晚到，現在出席人數已經過半，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

- 一、各位委員大家早安！(委員回應：早)，今天南部大雨，部分地區受水患影響，交通受到阻礙，北部地區沒有什麼狀況，看來蠻平靜，但是南部地區比較嚴重，造成高鐵延誤，有幾位南部委員還在路途中，特別感謝南部委員今天排除萬難特地趕來開會，陳委員亮良已經及時趕到會場。
- 二、中華民國全國漁會推派的陳委員平基因為屆齡退休辭任，改推派陳理事有慶兼任本會委員，陳委員是現任中華民國全國漁會理事，曾經在 91 年 2 月至 98 年 2 月期間，擔任全民健康保險監理委員會委員。
- 三、接下來進行今天的議程。

周執行秘書淑婉

- 一、主任委員，各位委員大家早安！這次議程安排，計有優先報告項目 1 案，係「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍交議案」，包括「衛生福利部社會保險司說明『行政院所核定 108 年度總額範圍』」及「確認 108 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額之醫療服務成本及人口因素成長率」，因為總額協商是本會主要業務，為年度工作項目，屬於優先報告事項，故安排在討論事項之前。
- 二、討論事項計有 2 案，第 1 案係依照年度工作計畫排定「106 年全民健康保險各部門總額評核結果獎勵額度案」，第 2 案是本次委員提案。
- 三、報告事項計有 2 案，第 1 案係健保署「107 年 7 月份全民健康保險業務執行報告」，及第 2 案係依照年度工作計畫排定「落

實指示藥品不納入健保給付之規劃報告」，以上是議程的安排。

傅主任委員立葉

對於議程請問各位委員有沒有意見？(委員回應：沒有)沒有意見，會議就照議程進行。

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請問各位委員對於上次會議紀錄內容有無修正意見？請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、非常謝謝主委的關心，我們雲林淹大水，高鐵慢了 20 分鐘，牙醫師公會理事長謝委員尚廷也一樣奔波在高速公路上，非常危險。我們排除萬難趕來開會，是為了關心臺灣健保的永續發展，身為一個付費者，我們是責無旁貸，付費者委員全部都出席會議，精神可嘉。
- 二、上次會議時，本席有提出一個看法，就是有關評核會中醫部門的問題，針對整個評核過程中，我覺得有點太學術化，當時我提出疑問，沒有任何人給予回應，會議紀錄也沒有呈現，這部分可能被忽略了，被忽略的原因可能是我太小牌，不夠大牌，蔡委員登順是資深委員，每次發言大家都有回應，我發言好像狗吠火車，沒有人在重視。
- 三、我在學術領域也教過書，教過 9 年勞資關係，也認真寫學術論文，該篇論文在學術領域被引用了十幾次，一個碩士論文可以被引用那麼多次，也不簡單。評核過程中太過學術化，會造成沒辦法彰顯實際的成效，有的學者可能非常偏頗在某一個領域的數據，我覺得數據可以有很多的解讀方向，尤其量化的東西，可以透過非常多的論述、非常多的討論、非常多的解讀，並不是侷限在像學生做考卷一樣，一定非要怎樣，否則就不行，你不照我的規定，就不給你好的成績。
- 四、健保會既然花費這麼多錢做評核，成效要出來，成效出來的目

的，是讓臺灣人民就醫得到優良的品質，我不是否定本次評核結果，當然非常恭喜牙醫部門在謝理事長尚廷的領導，及西醫基層在邱理事長泰源所率領的五虎將，包括黃委員啟嘉、吳委員國治等，這2個部門今年都得到優，予以肯定。我覺得數據的東西太過學術化，希望納入往後評核討論的重點，以上說明。

傅主任委員立葉

我想大家都聽見了，也理解陳委員亮良的意見，未來將納入評核作業參考。會議紀錄應該沒有問題，陳委員的發言在會議實錄都有。

陳委員亮良

可是沒有人回應啊！

傅主任委員立葉

我們的會議實錄都有記載。

陳委員亮良

我的發言就是提案啊！

傅主任委員立葉

一、提案有提案的程序，陳委員所提意見，大家都已了解，幕僚也會納入參考，且今年評核委員係經調查委員意見而產生的。因會議紀錄是重要議案的決議，重要事項才會呈現在紀錄內，每位委員的發言內容，雖不一定會呈現在會議紀錄，但是都會列在實錄中。

二、請問各位委員對上次會議紀錄內容有無修正意見？(委員回應：沒有)好，會議紀錄確認。接下來進行「上(第6)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」，請周執行秘書淑婉說明。

貳、「上(第6)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，請各位委員翻到會議資料第8頁，說明一，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4項，繼續追蹤5項；歷次委員會議決議(定)事項達解除追蹤條件，擬建議解除追蹤者，計有4項。但最後仍依委員議定結果辦理。

(一)請各位委員翻到會議資料第15頁，擬解除追蹤共4案：

- 1.項次1，依四總額部門代表委員抽籤結果，請幕僚據此並依協商程序進行協商會議細部時程之安排，在本會重要業務報告說明二會詳細說明，已經安排完成。
- 2.項次2，有關健保署「107年第2季全民健康保險業務執行季報告」，委員所提意見很多，健保署也很詳實的回應，詳會議資料第23~36頁，對每位委員的意見及回應都說明得非常清楚。
- 3.項次3，關於緊急照護資源運用的意見，本會幕僚已於本(107)年8月6日將委員之意見函送內政部消防署及衛福部醫事司參考辦理。
- 4.項次4，有關107年度及近5年新醫療科技與調整給付內容之執行情形及財務影響，沒有委員提出書面意見，建議解除追蹤。

(二)歷次委員會議的解除追蹤案，請各位委員參閱會議資料第17頁：

- 1.項次1，有關「強制汽車責任保險法第27條條文修正草案」，希望強化健保代位求償在法律層面之正當性，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。健保署回覆：依107年7月5日行政院林政務委員萬億及陳政務委員美伶已邀集法務部、衛福部、國發會及金管會等機關，召開研商「強制汽車責任保險與全民健康保險因汽車

交通事故醫療費用所生之損失分擔問題案」會議結論，金管會所提強制汽車責任保險法第27條修正草案，不予修正。建議解除追蹤。

2.項次2及3，與106年各部門總額執行成果評核會議之作業方式有關，評核級距與獎勵額度相扣連，配合時程提供資料，並已於7月份完成評核，相關意見都已納入，建議解除追蹤。陳委員亮良所提到評核會議太過學術，本會幕僚絕對會納入未來評核作業的重要參考。

3.項次4，有關推動促進醫療體系整合計畫相關之執行情形，委員要求參採結果後解除追蹤，健保署依據委員關心的議題及意見回應，例如：提供「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」之成效部分如何作參採，以及委員對於「跨層級醫院合作計畫」，建議提高支付點數的具體回應，建議解除追蹤。

(三)請各位委員參閱會議資料第20頁，擬繼續追蹤案，共5案，簡單向各位委員報告案件，辦理情形請委員參閱：

1.項次1，有關「107年度全民健保各部門總額協定事項相關計畫之辦理情形」，請健保署就西醫基層、醫院總額及其他預算尚未完成之項目，盡速辦理。

2.項次2有2項，第1項是初級照護案件數變化，有否病例碼錯編(up coding)情形需要做一些分析，這個部分還沒有完成，建議繼續追蹤；第2項是罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費等之合理性分析，這部分已經有詳細說明，詳會議資料第40~42頁，建議解除追蹤。

3.項次3，有關區域級(含)以上醫院門診減量2%措施，納入全民健康保險業務執行季報告之例行提報項目，請健保署納入辦理後再解除追蹤。

4.項次4，有關醫院及西醫基層總額部門，盡速辦理支付標準調整事宜；以及項次5，有關新醫療科技與調整給付內容之執行情形及財務影響，需再提供6~7年累計預算數及扣除替

代效應之申報數等研析，建議繼續追蹤。

- 二、請各位委員翻回會議資料第8頁，說明二，108年度總額協商暨第3屆107年第8次委員會議訂於9月27、28日於本部301會議室舉行，依據上次委員會議抽籤結果，擬訂議程草案詳會議資料第43頁，請各位委員參閱。
- 三、說明三，為完備108年度總額協商所需資訊，以客觀數據作為協商基礎，本次會議提供「全民健保醫療給付費用總額協商參考指標要覽--107年版」、「107年全民健保各部門總額執行成果發表暨評核會議紀錄」、「106年度全民健康保險各部門總額執行成果評核指標摘要」共3冊供委員參用。其中協商參考指標要覽增列：健保署提供之專案計畫重要績效指標、國衛院2017台灣腎病年報及本部最新口腔健康調查等資料。
- 四、另外口頭補充，今天桌上資料真的很多，向各位委員報告，本(107)年3月曾安排參訪金山醫院，譚院長出書「真情轉運站」，特別要送給各位委員。我看過內容，譚院長有於書中提到健保會參訪的事情，譚院長把金山醫院服務的點點滴滴寫下來做紀錄，她非常有心，希望讓各位委員看看她的成績，她現在已經不在金山醫院服務，已經回到台大醫院服務。另一本是本部社家署身心障礙福利機構團體2018年中秋節伴手禮手冊，每年中秋節，這些身心障礙機構團體都希望他們的產品能獲得大家支持，如果公會團體要訂購相關佳節禮品可以參考，聽說今年的訂購量不是很好，請大家多多支持。另外，中醫師公會陳理事長旺全也送各位委員一本中醫斷病根書籍，也許等一下請陳理事長說明。桌上資料很多，如果委員不方便攜回，請裝入桌上信封內，本會幕僚會協助寄送。
- 五、說明四，為利協商108年度各部門總額之地區預算分配，本年第3次委員會議(107.4.27)決議，請本會幕僚蒐集委員所需參考之資訊，並洽請健保署協助提供。相關辦理情形如下：
 - (一)幕僚業於6月11至19日進行委員意見調查，並彙整相關資料需求建議表洽請健保署提供意見。該署回應，考量目前各

總額受託單位均已有完整資料庫，應由各總額受託單位自行評估或委請學術單位研究後，擇定適當且共識之模式，再由該署於評估確定後協助相關數據之確認。

(二)經函請各總額受託單位就健保署上述建議表示意見，都反映健保署提供申報資料庫內容還是不足，希望健保署協助支援。

(三)年度總額協商及分配在即，本會將在衛福部規劃之分配方式下，依法進行各部門總額地區預算分配之協商。為利討論108年度總額地區預算分配案，擬請各總額部門及健保署配合辦理下列事項，並於本年第9次委員會議(107.10.26)前提送本會：

1.請各總額部門相關團體於提升各區民眾就醫公平性之原則下，儘早研擬最適之地區預算分配草案。

2.請健保署協助提供各總額部門受託團體所需資料，並就其所提建議方案，提出執行面建議，做為本會討論地區預算分配之參據，以保障各區保險對象公平之就醫權益。

六、說明五，是衛福部及健保署本年6至8月份發布及副知本會之相關資訊，詳細內容及附件已於8月10、13日寄至各委員電子信箱。

(一)衛福部

1.項次1，本年7月26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。

2.項次2，本年8月10日修正發布「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」第2條附表一，本次修正重點係增訂川崎病之重大傷病證明申請要件，並依要件訂有不同之有效期限。

3.項次3~5，有關西醫基層、中醫門診、醫院總額支付制度品質確保方案之公告修訂。

(二)健保署

1.106年各總額部門品質保證保留款及慢性腎衰竭病人門診透

析服務品質提升獎勵計畫之核發結果，中醫部門的品保款大概有4千4百多萬元，核發的占比為79.5%，平均每家中醫院所核發14,626元；醫院總額部門品保款7.5億元，核發率98.5%，平均每家醫院核發金額，醫學中心16.21百萬元、區域醫院3.72百萬元、第1組地區醫院1.41百萬元、第2組地區醫院0.30百萬元；西醫基層總額部門品保款2.06億元，核發71.8%，平均每家基層院所核發27,183元；牙醫門診總額品保款2.29億元，核發率81.5%，平均每家牙醫院所核發40,116元；門診透析品質提升獎勵計畫費用4千5百萬元，血液透析院所核發75.38%，腹膜透析院所核發64.71%。

2.7月25日公告107年「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「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」及「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」5項中醫醫療照護計畫7月1日起新增之承作院所及醫師名單，請各位委員參閱。

3.106年第4季各部門總額每點支付金額，請各位委員參閱，以上報告。

傅主任委員立葉

請問各位委員對於歷次委員會議決議(定)事項辦理情形有無意見？先請李委員永振，再請謝委員武吉、趙委員銘圓、干委員文男、王委員雅馨。

李委員永振

一、主席、各位委員，大家早！今天會議時間很緊迫，第一點要請教的是，會議資料第12頁有關品保款的部分，在討論事項第1案也會提到，現在要提出的是透析部分，在討論事項第1案看不到。關於透析部分的核發率，上週三在健保署開會，在會議當場才看到資料，我常強調有些資料應提前提供，當場討論時才有辦法回應，否則在會議當場才看資料，會來不及做詳細思

考及回應。

- 二、這次收到會議資料，思考後有一些發現，第一個是在各部門協商之間，透析部分的核發率最低，最低應該要嘉許，因為這不是分錢，是要給好的。其中血液透析核發率 75.38%，腹膜透析核發率只有 64.71%，腹膜透析家數比較少，會比較弱勢，因為第一次參加協商會議，不曉得有這樣的情形。血液透析有 161 家、腹膜有 41 家沒有拿到費用，請問沒有拿到的原因及院所的品質如何，請健保署進一步分析說明，因為有多項品質指標，是不是可以在下個月協商之前，提供這些不合品質指標的原因，讓委員協商時可以參考。
- 三、歷次委員會議解除追蹤的項次 1，建議解除追蹤，我沒有意見，但是要提醒健保署，6 月份委員會議本來建議解除追蹤，當時委員有意見，後來改成繼續追蹤，當時會議結論特別強調健保署要主動關注、即時提報，但是這次健保署說明，召開會議時間是 7 月 5 日，我的疑問是，上次委員會議是 7 月 27 日，為什麼上次委員會議沒有解除追蹤，會議最後的結論是金管會不予修正，健保署並沒有說明不予修正的影響。本案是 105 年的議案，在場有半數委員沒有參與當時的討論，我已經忘記當時會議有沒有討論到這部分，若是有爭議，應該會有爭議內容才對。
- 四、第 20 頁項次 1，其中有 1 個項次 9 要解除追蹤，說明是在會議資料第 40~42 頁，這部分我建議繼續追蹤，雖然健保署用心整理 3 頁文件給我們參考，但對裡面的分析我還是有些疑問。例如第 40 頁說明一、罕見疾病(一)106 年病人成長 3.9%，費用成長 16%，主要是 Fabry 氏症病人人數成長高達 12%，但其對總藥費之成長影響僅 40%。我計算不出為何權重僅 40%而影響是 16%？這點從去年協商就在追問，但目前仍未獲合理解釋。
- 五、最主要問題還不在此，我向來強調的是罕病及血友病藥費前 20 名，上次提過罕病前 20 名，每人每年需 2,200 萬元，血友病需 1,800 多萬元，應如何妥善處理？健保署受限於法規，大概也

沒輒。上週三透析會議提到一個 case(個案)，討論到某洗腎中心有 20% 的患者均無意識，當時引起熱烈討論其事態嚴重。在透析費用裡面，一家洗腎中心竟有 20% 不省人事的病患在洗腎，醫療資源利用到底有無善盡其目的，值得思考。後來經過討論，當然我們不能決定是否讓他們洗腎，但至少應凸顯這個問題，將來交由有權決定修法者參考，到底怎樣才對。如此，我們向來強調健保永續經營，才能達到目的。

六、因此，同樣的問題，罕病、血友病藥費前 20 名使用那麼多錢，也應形成問題，加以研究處理。總之這兩者藥費前 20 名，每年分別花費 6.1 億元及 6.9 億元，都不是小數目。本項若要解除追蹤，我並不反對，但應另起議題追蹤，如此處理較好，才不會繼續追蹤，不知追到何時？曠日廢時，明年又換一批委員，也不清楚本屆委員的討論內容。

傅主任委員立葉

李委員永振所提問題，稍後請健保署回應，接下來請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、會議資料第 15 頁擬解除追蹤第 3 項，是我上次提案「基於落實分級醫療政策推動，確保緊急照護資源的妥善運用，119 救護車運送就醫，應貫徹分級醫療，讓送醫個案前往就近適當機構，非一味送往大醫院急診」，我要求依緊急救護辦法、緊急醫療救護法等規定，就近醫院送醫，而非都送大醫院。當時主席決議轉請相關權責機關參考，但我們不是要參考而已，而是要求他們執行。這是高雄市消防局前副局長曾託我在費協會提出此案，因此，本項應繼續追蹤，給他們一個答覆，相關單位應開會討論良策。

二、我記得當初是某人經常到某單位去，每天都窩在那裡，才搞出 119 方案。結果讓大醫院急診擠的半死，即使在小醫院前面，也不送小醫院看病。不是小醫院不會看病，小醫院醫師也是出自醫學中心的主治醫師，尤其早期小醫院的外科院長都是當時醫院的頂尖人物，才敢出來開業。例如現在台中有家婦產科，

就是中部某醫學中心教授出來開業的地區醫院，地區醫院是可造之才。我要求本項繼續追蹤，等 3 個單位開會有結果後才解除追蹤。

- 三、會議資料第 16 頁擬解除追蹤第 4 項，我們要求新醫療科技及新特材，尤其新藥方面，我在第 24 頁委員意見摘要講得很清楚，因為曾發生牙痛患者在西藥房購買止痛藥品，結果有偽陽性 K 他命發生。最近又發現 TFDA(Taiwan Food and Drug Administration，臺灣食品藥物管理署)在檢驗降血壓藥品，最後是由冰島發現有致癌的藥品，才轉通知歐盟，由歐盟轉給中國大陸，中國大陸再轉給台灣藥廠，是這樣轉過來的。我要求 TFDA 要善盡責任、義務，保護全台灣老百姓的生命財產安全，而且用藥安全更重要。
- 四、更可貴的是，我聽某些藥商在講，當初我在藥物共擬會議要求所有 PIC/S GMP (Pharmaceutical Inspection Convention and Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme Good Manufacturing Practice，國際醫藥品稽查協約組織所規範之優良作業規範)藥廠的成品和原料，一定要經 GMP 藥廠通過，而且到臺灣要通過 TFDA 檢驗後，才能製作成藥，最重要的就是 TFDA 要達到我們要求的目標。本項若現在就解除追蹤，以後 TFDA 不理我們，要再次提案就很麻煩。若主席要解除追蹤，須保證 TFDA 絕不再出差錯，就可以解除，否則就不要解除。
- 五、剛才我所講的第 3 項，尤其分級醫療轉診制度是必要之最，也必須繼續追蹤。

傅主任委員立葉

- 一、謝委員武吉的用心，我們真的很敬佩，有關會議資料第 15 頁項次 3，因非屬本會權責範圍，無法繼續追蹤，委員意見已送請相關單位參考，若日後委員還有其他意見，仍可再提出。
- 二、目前外界有人議論健保會擴權，管了太多非權責範圍內的事情；但我知道許多委員用心良苦，意見非常寶貴，值得參考。因此，我們將意見透過健保會轉達相關部門參考。因為不屬本

會權責範圍，很難繼續追蹤，請謝委員體諒。

謝委員武吉

我們不是擴權，上次 4 個單位到健保會報告後，委員才了解健保之外的運作狀況，健保署為何要承擔很多不必要的醫療支出呢？最主要讓社會大眾了解，是他們便宜行事，卻說我們擴權，難道我們這樣追蹤不對嗎？他們是根本不想做事，才說我們有擴權行為。因此，第 3 項還是要繼續追蹤，即使非權責範圍，也應了解。這是用到我們健保的錢，不是嗎？若可以不由健保付，我就同意。

傅主任委員立葉

- 一、是否用到健保經費也很難認定，謝委員武吉提到的緊急醫療，當然大部分醫療相關事務，多會用到健保經費，但可能也會有不見得是健保相關的業務，建議還是只針對我們監理的部分，可以繼續追蹤，要求他們處理改善，但其他相關單位，我相信他們也都很重視我們健保會的意見，因為我們是以健保會名義將這些意見送請他們參考。
- 二、若非我們的權責範圍，要追蹤也有點困難，範圍會太大，太多要追蹤的事項。我們表達意見後，先觀察一陣子，也許有些就改善了，而改善後也可能產生新問題，這時再提意見好嗎？接下來，先請趙委員銘圓發言。

趙委員銘圓

- 一、我的意見與謝委員武吉、李委員永振大致相同。會議資料第 15 頁擬解除追蹤第 3 項，在權責機關部分，我們或許不是主導單位，但建議案應可發文敬請對方惠復，最起碼了解他們如何處理。若僅發文過去，根本沒有下文，他們如何處理，我們也不了解。若對全民有益，發文時請對方惠復，一般來講機關發函若有敬請惠復，大部分都會回復理由及做法。
- 二、會議資料第 17 頁歷次委員會議擬解除追蹤第 1 項，有關強制汽車責任保險部分，我想了解衛福部指派開會的單位代表是誰？照理講，應是幕僚單位最瞭解委員提出本案的真正用心，若指派對本案不了解的單位，就有點可惜了。另回覆內容僅說

不予修正，建議也將不修正的理由，讓健保會委員知道，這樣有助了解彼此落差何在。

- 三、會議資料第 27 頁委員意見摘要第 5 項，有關專業雙審公開具名部分，其實我們不反對雙審，而是反對具名。健保署說明裡有很多小陷阱，我們可看到核減率及醫療費用核減點數，自具名雙審後，均減少一半以上，這部分對健保支出會有影響。我們並非不信任審核者，但具名部分很清楚，大家都願當好人，而不願當壞人。當初大家都同意雙審，但不具名，再提供健保署思考，否則費用增加越多，又一直講健保沒錢，然後就要調整費率，影響大眾。

傅主任委員立葉

趙委員銘圓所提意見，稍後請社保司及健保署回應，接下來請干委員文男。

干委員文男

- 一、剛才李委員永振提到會議資料第 12 頁血液透析及腹膜透析，若照目前的獎勵家數，我認為達不到我們全民要求的目標。若血液透析 1 週 3 次，1 次需要 4 小時，病患就沒時間服務社會，但若是腹膜透析，多少還能對社會、家庭或經濟有些貢獻度。因此，應獎勵腹膜透析，若按家數就沒意義。目前方式的經費已完成分配，我不知是任務分配，或健保署也有參與？若有參與，應加以導正，能夠多付出給社會家庭，這對健保也是有利。民眾有所得，健保也能增加收入。
- 二、剛才謝委員武吉提到會議資料第 24 頁，他是鎖定 60 項藥品進行抽查，但事實上我們知道很多藥都沒效。目前 TFDA 有無定期檢查，健保會完全不知道其運作方式。上次會議 TFDA 表示以後將半年 1 次，使用量最多的藥，代表藥品需求多，若成分較差是否會加重病情？所以，我們要求不只 60 項，希望健保署多規劃幾項進行抽查。只要有抽查，無論是 PIC/S 或其他認證，生產一段時間後，可能也多少會有變質。所以，建議不要管 60 項，藥品有幾萬種，我們就鎖定使用量最多的 100 或 120

項，即可增加藥品的效用。

傅主任委員立葉

接下來請王委員雅馨，之後蔡委員登順，再吳委員榮達。

王委員雅馨

- 一、會議資料第 18 頁歷次委員會議擬解除追蹤第 4 項，我們在此肯定健保署推動以病人為中心的多項方案，並簡略提出人次及人數統計。但以比例來看，我想了解目前收案人數占健保資料庫所有符合資格人數的比例。例如三高整合門診達 33.8 萬次，我們知道目前三高病患人數不只這些，需要整合服務的病友人數可能更多，所以，想了解目前所有與此方案相關的(如高齡醫學等等...)收案人數與健保資料庫符合資格人數的比例。
- 二、這些整合或合作計畫與民眾息息相關，但似乎未見針對這方面訊息的露出，讓民眾方便取得。例如健康存摺 APP 很好用，很肯定健保署在這方面的投資及努力，但我認為多數人使用電腦比例與手機相較下，手機使用比例較高，相關資訊露出應藉由 APP 平台，讓民眾更了解哪些醫院有整合照護門診或跨醫院層級的合作計畫。
- 三、7 月份業務執行報告前面提到各層級垂直整合策略聯盟的合作計畫，本質上，這與原有的區域醫療整合計畫有哪些的差異性？或有重疊的部分？
- 四、會議資料第 34 頁委員意見摘要，我要回應健保署給我的回覆，我這幾天看了內容，不是很滿意。以下幾點說明：
 - (一)這邊有條列有關黃監委煌雄在 102 年對重大傷病卡管理的建議，我相信黃監委當時立意是要提醒相關單位要重視重大傷病卡的核發及管理，主要是教育民眾自我健康管理和預防保健的重要性(由源頭減少重大疾病的發生率)之外，和有關核發資格的審訂應與時俱進的管理。我在書面意見特別提到我的擔心，是因醫學中心及區域醫院每年減少 2% 病患下轉的部分，主要仍以重大傷病、罕病、偏遠地區及急診計算。我擔心有些病患可能會被犧牲(病患可能會成為人

球，得不到適合的醫療)，他們不列在其中，又沒人可幫他們發言，所以，這部分必須提出我的擔心。在重大傷病部分，3.8%納保人口使用1/4醫療資源，為健保帶來沉重壓力，當然要有效管理。這讓我想到平安保險，假設3.8%的人發生意外出險，用了1/4的醫療資源，其餘90%以上的人就會指責他們，沒有好好照顧自己造成出險，使得後續要投保的人就無法加保，這在健康平權、倫理上有值得再深入全面審視的部分。這部分也要提醒，還有很多病患符合重大傷病資格，政府應給予申請機會。並非每位病友都想申請，也可能面臨在私人保險會被拒保的情況。

(二)第3點回應本署持續檢討以周延重大傷病之核證機制，也給予肯定，但檢討重大傷病有時程規劃嗎？這也攸關之後每年降2%、五年降10%，有些病患權益在無形中也被犧牲掉了。請健保署審慎思考在資格認定上可能損及其他病患權益部分。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順。

蔡委員登順

接續李委員永振所提洗腎問題，有20%沒有意識的腎衰竭病人繼續耗用醫療資源，這部分的病人不但增加家屬的負擔，也增加健保負擔，勞民傷財。此類病人如何解脫痛苦，若有好的處理方法，家屬及健保亦可減輕負擔。政府及立法機關可以思考，提出好的政策，安寧及安樂死是可選擇的路，建議相關單位要好好思考如何解決。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

一、會議資料第23頁委員意見摘要第1項第二點，上次詢問南區核刪部分，健保署回覆107年第1季南區業務組3家醫學中心皆為自主管理方案醫院。這樣的回答很奇怪，將核刪部分交給3家醫學中心自主管理，百分之百相信他們。健保署的自主管

理方案有無查核或監管措施，這項機制如何運作？

- 二、會議資料第 40、41 頁有關 AIDS(後天免疫缺乏症候群，簡稱愛滋病)部分，從去年開始將 2 年後相關醫療費用納入健保支出，建議比照罕病及血友病，於業務執行報告定期報告愛滋病就診人數及醫療支出，這部分經費支出應該不少，希望也能進行追蹤。
- 三、會議資料第 41 頁(三)，健保署有提到，建請本會可同步轉達疾管署有關愛滋病的宣導跟防治，我覺得是不是就發函給疾管署，請該署加強宣導及防治，或增加一些措施。
- 四、會議資料第 40 頁，有關罕見疾病的部分，其中健保署的管理措施裡面，可能有些還在進行當中，建議健保署在這些事項進行到一個段落，或有些結論、效果的時候，能夠向本會提出報告。
- 五、會議資料第 51~55 頁，有關國發會「108 年全民健康保險醫療給付費用總額範圍」的審查會議重點紀要，我覺得這個紀要建議內容，是一個神都沒有辦法達到的工作，把神都沒有辦法達到的目標或工作，就這樣丟給衛福部、健保署去研商辦理。對於這個部分，是不是請健保署針對國發會紀要表示你們的意見、難處或規劃進行的狀況，跟本會做一個報告。
- 六、會議資料第 56、57 頁，有關總額協商政策方向，這也是一個神的工作，把神都無法達到的工作也丟給我們當作協商政策方向，我覺得難度太高了，不知道衛福部或健保署要怎麼進行，希望給我們具體建議，因為很多都是互相衝突、互相矛盾的東西，不知道要我們怎麼做？

傅主任委員立葉

請李委員永振，再請陳委員亮良。

李委員永振

- 一、第二次發言，我先回應剛才蔡委員登順，剛才談到無意識病人洗腎的問題，因為時間關係無法詳細說明。當時在討論的時候，聽說這些都是從安養中心移過來的，我事後在想這 OK

啊，大家都可以接受，因為安養院本身需求滿高的，不一定會留那些人，假使移到健保來，家屬一個月至少省 2~3 萬元，洗腎中心機器設備已購置，收治這些患者可善用設備，所以一拍即合，但是到底這樣做是合理嗎？醫療資源的應用是不是妥適？我在考慮的是這一點。

二、第二個回應剛才謝委員武吉提到消防署的部分，消防署願不願意做，坦白講我們管不到，但有時候做了的效益也不是很明顯。當然我贊成要繼續追蹤，雖然追不一定有用，但至少 3 個月提醒它一次，代表至少還有人在注意，大家有共識大概追蹤幾次以後，要解除追蹤再解除，至少它不做還有人在看嘛，如果解除追蹤好像就沒有人注意了。

三、吳委員榮達也提到愛滋病的問題，在會議資料第 41 頁，愛滋病的宣導及防治是疾管署的業務，這和上次門診透析研商議事會議一樣，提到腎病預防是國健署的業務，國健署有提出目前的作法，我看了之後覺得滿空洞的，有做但沒有效益。我比較擔心將來愛滋病的宣導及防治是不是也這樣子，會做但是沒有效果。我的看法是說，腎病的上游是國健署，治療就是健保署，上下游之間應該是因果關係，健保署應該從果這邊去分析因，這樣才能真的達到預防重於治療，才比較容易出現效果。

四、有關會議資料第 30、31 頁，上次健保署業務報告裡有些書面的答覆，有關我的部分，我有 2 點看法。

(一)有關於健保法施行細則第 68 條所列 4 項，應該把檢討分析提會報告，健保署答覆說會在費率審查會議時再提出來，這應該是可以，但我是希望儘早。坦白講下次第 3 季報告是在 10 月的例會，費率審查會前會應該會比例會提早一點，如果已經有檢討的書面出來就可以提供委員參考，正式資料到時候再附到 11 月的審議會議資料是不是會更好，不要資料都是要開會議時才丟過來，大家接到資料，下一個禮拜就開會了，我是消化不良，如果可以的話希望儘早。

(二)有關政府應該負擔保費的部分，102 年及 103 年差額 489 億

元，104 年差額 116 億元，健保署解釋是因為隔年度，所以放到其他收入裡面，這個說法我還是有意見，政府要補足保費負擔，前面繳的放在保費收入，後面不夠再補的不是保費收入嗎？難道政府負擔的總經費有好幾個科目嗎？健保署是不是可以再考慮一下。

傅主任委員立葉

請陳亮良委員。

陳委員亮良

- 一、我想臺灣健保制度實施這麼多年來，它的精神就是社會互助，就是收入多的人幫助收入少的人，讓人民都可以在醫療保障之下，能夠維持他的生命，生命是可貴的，錢繳多了不代表他的生命比較有價值，繳少的人家境困難，我們更應該在於社會互助之下，共同來推動和發展臺灣的健保永續。
- 二、針對今天的議案，有關會議資料第 10 頁第 5 點，「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」表一，公告公文在第 99 頁，裡面沒有細節，但主要是針對「同、跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血糖」指標降血糖藥物之 ATC 分類範圍增列項目；另外是「用藥日數重疊率-同、跨醫院門診同藥理用藥日數重疊率-抗思覺失調症」指標之用藥。我想請教一下，針對重疊用藥，衛福部在公告的過程中，這個決定到底是有透過什麼會議，還是有跟醫界商談？我想民眾用藥或吃藥其實有他的必要性、必然性，如果要用管控的方式，會不會造成他生命安全的疑慮，這部分我覺得也要慎重思考。
- 三、另外針對我個人提案，在會議資料第 25 頁，有關「107 年區域級(含) 以上醫院門診件數降低 2%，自 107 年 7 月 1 日施行」，我認為今年目標值要降到 10%，5 年內要降到 20%，確實非常困難，三級醫療是署長上任以來極力要推動的政策，我不是反對，而是希望循序漸進，真的 5 年做不到就不要說一定要降到 20%，因為臺灣民眾就醫用藥確實有他的習慣，如果要用強壓性的，好像是一種醫療就醫暴力，限制就醫一定要怎麼樣，我

想要有一個非常彈性且比較審慎可行的方案來推動，才有辦法符合臺灣健保的精神。

四、會議資料第 24 頁第 2 項，謝委員武吉提到類固醇的問題，家父就是深受其害，因為皮膚過敏，醫生過度的開立類固醇，吃到整個身體皮膚都變薄，很容易破皮，肚子會漲大，後遺症真的非常的大。我希望健保署真的要重視，我只是提出我父親的情形，我想其他類似有皮膚疾病的也好，醫生在開立類固醇要非常慎重。像我前陣子身體不舒服，就看中醫不看西醫了，我就去找中醫診所去看過敏的體質，然後天氣太炎熱中暑，透過中醫的診療，吃一吃就好了，我想這類固醇的使用真的是需要適度的管制。

五、另外身為公務人員暨付費者代表，也要幫公務人員講話，我們署長非常認真用心，他是腎臟權威，也是財團法人器官捐贈移植登錄中心董事長，更是我們雲林之光。對於健保署的業務權責，我們關心的是總額、健保資源分配、健保各項醫務管理，如果要超越健保署的權責範圍，可能層級要到衛福部的會議，主委講的非常有道理，我要支持一下，幫公務人員講話，不能黑卒仔吃過河(台語，表示撈過界)，大家都一樣大，署長有他的業務權責，要跨單位、跨部會確實有他的困難，如果都要強加在健保署的同仁確實也是力有未逮，所以是不是各位委員都盡量聚焦在健保署業務權責範圍內。

傅主任委員立葉

請陳旺全委員。

陳委員旺全

因為稍早開另外一個會所以遲到了一下，非常抱歉。剛剛周執行秘書淑婉有特別提到，委員手上有本生活與健康今周刊的雜誌，是要贈送給各位委員的，我真的非常感謝各位委員對中醫的督導。評核委員以及各位有去訪視偏鄉的委員都有提醒，中醫的就醫人數有下降的趨勢，所以責我要在逆境中做相關規劃跟想法，所以就在今周刊給民眾瞭解相關的觀念，我們也因為今周刊雜誌，諮詢了很多各

院校或醫院教授，希望來做推廣。我們在 9 月 8 日會舉辦跟媒體及民眾活動，關於民眾需求是什麼，所以才做了這一本書，也送給各位，懇請各位做適當的指正和指導，相信各位委員的關注和責成，我一定會把觀念轉個彎，相信我們的醫情會無限寬。

傅主任委員立葉

我們也很感謝。

謝委員武吉

主席，我第 3 次發言。

傅主任委員立葉

先謝謝陳委員旺全送我們很好的刊物，接下來請謝委員武吉，再請蔡委員麗娟、王委員雅馨。

謝委員武吉

我在這裡就第 20 頁...

傅主任委員立葉

我們可能需要控制時間，最後一輪發言，因為本案已經花了太多時間討論。

謝委員武吉

一、好，那個第 20 頁第 2，那個有第 2 的 9，中間有一個 9，罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒藥物治療案，又是罕見疾病的特材費用，但是我在這個全民健康保險業務執行業務報告這本書裡面，看到這全部都是在重大疾病裡面，重大疾病裡面，這好像這樣的話，變成會有重複的感覺，那個在這裡的 74 頁的 29，它是庫賈氏病，這只有那個本月申請才有 1 個，七月份才有 1 個的，那個總共是有效的證數是 25 個，那 106 年領證的是 18 個啦，那下面的就是罕見疾病，有 9,700 多個案例和 1 萬多個，那本月是 18 個，我希望因為是罕見疾病這個名詞可能已經是很久了，那很久的原因應該有它的歷史背景，那我希望如果是久了的時候，它罕見疾病的範圍要擴大或是怎麼樣，我並沒有意見啦，我是希望把它定位定得更清楚一點，這是我在這裡一個建議啦。

- 二、再來就第 3，剛才大家都講，談到那個地區醫院以上 2 個層級的那個，門診下降 2 個%，5 年是總共是下降 10 個%而已，它是慢慢的下降，在這裡我們要等健保署業務執行季報告提報，在健保署的業務執行報告裡面的第 20 頁的第 1 和第 2，附件的 20 頁的第 1 和第 2，最大一個層級第 1 季的成長率是 3.66，第 2 季是 4.65，那個次一級第 1 季是 2.94，第 2 季是 1.41。
- 三、但是我在這裡要向各位委員，尤其向主席報告一下，以前我記得是在張鴻仁當總經理的時候，他對於某一個委員，那個委員不是我，可能是和我同姓的啦，非常不爽，就是把所有的醫療院所、醫院，把所有的醫院都上網，所以現在是每一家醫院都能夠看到網上的東西，我希望我們健保署既然已經上網了，這個也應該給我們委員來瞭解，到底醫院是不是有配合我們健保政策的走向、我們部長的走向，我們署長的努力，我們大家希望能夠看到，還有最後對於地區和基層診所是成長或者是沒有成長，若也都能夠看的到，對於我們的分級醫療轉診制度的推動，我相信是一個非常正面的結果，不是負面的反映。
- 四、這裡我有一個附帶就是說，應該要有每一家醫院資料，公告門診需下降的 2 個層級，醫學中心 19 家、區域醫院 84 家，以及另外 2 個層級的成長率，它任何一個成長率、費用、件數都有，還有它每家醫院每一件成長(點數)多少，希望健保署也能夠跑出這些資料給我們曉得，是哪幾家非常配合我們部長的意見、我們署長的努力，尤其我們蔡副署長是最辛苦的，在開門診透析總額研商議事會議就像剛才李委員在講的，我曉得那天她也是有很痛苦的一面，在這是不是應該給我們健保署的長官一個非常好的掌聲和鼓勵，給他們有所作為，謝謝。

傅主任委員立葉

請蔡麗娟委員。

蔡委員麗娟

- 一、會議資料第 16 頁第 4 項，有關 107 年度以及近 5 年新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)調整狀況以及執行情

形，目前呈現的是解除追蹤，但我希望署裡面能提供進一步的資料，因為 7 月份給我們的資料中，大致上說明的都是一些新增診療項目及新特材品項數的列舉，當然裡面有提到一些實際申報數，但是我們希望瞭解的是，過去 5 年來在新藥新科技的執行狀況，當年預算是多少？當年的執行率是多少？比如當年可能撥了 10 億元，那實際上到底用掉了多少？是超出了還是沒有用完？有沒有過去 5 年的數據可以提供我們參考，這樣才能很清楚的知道，每年在新藥、新科技預算的編列，是不是還有要再改進的地方。

二、對於上次的資料，我們希望也能提供替代效益的分析，可是資料裡面完全沒有提到替代率的問題，健保署有非常好的大數據，替代率這樣的分析在過去這麼多年來，好像都無法實際反映真正的需求，是否能請專家學者在大數據資料庫裡面，把幾項高費用的藥物，根據健保署過去的用藥資料，作一些分析跟研究，這對於往後編列新藥新科技預算會有很大的助益，因為新藥新科技的發展實在是突飛猛進、日新月異，對於未來各種疾病的治療上會有很重大的影響，所以在新藥新科技預算的編列必須要與時俱進，但是實證數據的支撐也很重要，我看到 7 月 27 日提供的資料並沒有替代效應的分析，所以希望本項先不要解除追蹤，把剛剛提到執行率的問題，也能有數據的給我們做參考。

傅主任委員立葉

在王委員雅馨發言之前，先針對謝委員武吉、蔡委員麗娟所關心的問題做說明，因會議資料第 21 頁項次 5，也是新醫療科技議題，委員所提是否併入該項繼續追蹤，等健保署回復後，再解除追蹤，會議資料第 16 頁項次 4，則解除追蹤。

謝委員武吉

最重要是 TFDA，健保署沒有權力的喔。

傅主任委員立葉

那我們也把這個意見轉給 TFDA，請 TFDA 回應，回應之後再解除

追蹤。

干委員文男

主席我再補充一下，各位委員抱歉...

傅主任委員立葉

請等一下，接下來應該是王委員雅馨。

王委員雅馨

- 一、我簡單的 echo(附和)蔡委員麗娟，因為我們希望這些報告能包含執行率，希望下次報告可以清楚呈現，另外替代效應分析的部分，我們知道健保大數據非常難能可貴，我相信 20 幾年來的藥品可以挑選一些高費用、或是篩選一些項目先來進行實際審視，我相信很多專家學者都有能力來看，尤其是藥物經濟學方面的專家，希望下次的報告可以清楚呈現未來的一些規劃。
- 二、我簡單回應剛才陳委員亮良及謝武吉委員說到要重視類固醇的部分，確實要很重視，因為之前有些乾癬病友長期口服類固醇，所以引發很多問題，可以跟大家分享一個例子，之前在中部有些病人是長期口服類固醇，剛好那個醫生可能因為往生而沒有執業之後，一大堆病人因為長期不當口服類固醇爆發很嚴重的後遺症，而大量需送其他醫療院所診治，有關這方面的用藥安全，真的很需要大家一同把關。

傅主任委員立葉

先請干委員文男，再請陳委員亮良。因時間關係，真的只能開放最後一次發言了，並請簡短發言。

干委員文男

- 一、我們委員會開會一直談到很多政策，大家談到健保法第 43 條的轉診，健保署長也不見得願意做，但法律有規定，醫界也提出一定要做，經過健保會同意後，我們也訂了一個時程，健保署已在各縣市都成立醫院及基層診所的聯盟，正如火如荼的做，如果健保會再潑冷水，這樣不好，讓他好好去推動，看看多久時間後，例如 1 至 2 年。
- 二、我們委員會都有留下紀錄，委員也不會全部都換，等一段時間

執行後，若沒有做到部分再提出來檢討，要不然老是講誰受損而不去配合。其實說誰受損？我也受損，也會有人受損啊，類似的話很多啦，都提出來不太可能，每個政策都有不容易做的地方，就請配合一下。我們最後的目標是減少健保支出和對財務負擔，看健保署能否做到，做不到再檢討，不然署還在推動，本會就一直在檢討，這樣會手軟，還是需要委員的支持。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、我來健保會快兩年，跟大家相處兩年以來，在健保會我一直堅持一個原則就是公平正義、社會正當性，對的事情我絕對非常堅持，那最近接獲幾位立法委員主動跟我聯絡，他說他有研究過我們健保會的發言議事錄，包括前陣子林靜儀委員召開的代理人制度公聽會，最近徐志榮立法委員也主動派他國會辦公室主任跟我約時間，要討論未來我們的總額協商，他認為是一種亂象他非常重視。
- 二、我希望總額協商過程中要建立起一種機制，絕對要讓委員來擔任所謂的協商的主角，平常沒有來開會的人，突然在總額協商時跳出來，甚至總額協商談到已經結束了、僵局了，還要找我們這邊付費者進去裡面再改數據，我想種種的亂象是非常的不應該。既然已經僵局，數據就要維持僵局的數據才是正確的。
- 三、所以我要再次語重心長的呼籲，健保不是我們這一代要用，更是下一代要用，我們在此的發言、主張的任何議題，絕對會影響往後臺灣健保的成果，以及健保的永續發展，我們也非常希望跟醫院達成協商的共通性，但據了解，那麼多年來協商成功沒有幾次，沒有幾次能達成，這也是有待瞭解及共同努力。
- 四、最近我遇到很多民眾跟我反映，非常肯定社區藥局的藥師，民眾拿到處方箋後，在用藥過程當中，社區藥局在使用藥物解說真的非常清楚。但是在我們公立醫院、大型醫院的藥師，藥包一包就隨便丟給病患了，根本沒有解說，尤其我們部立醫院真

的非常嚴重。這些藥師只把藥包一包就丟給病患，我不曉得他領薪水所做的服務、所做的品質，會跟社區藥局差異性這麼大，社區藥局是沒有領薪水的。所以我再這邊特別要提出來呼籲一下，如果要提案我會正式提案。

五、另外我來兩年多了，還是有人把公文或是邀請卡寄錯地方，寄到台北去，我是雲林人，我的通訊地址是雲林縣斗六市雲林路2段515號(雲林縣公務人員協會)。我很關心醫界舉辦的各項論壇，我相信像陳旺全理事長所舉辦的各項論壇我都有到場，也非常支持，我也非常願意去瞭解各項的醫療政策的改變，尤其影響到我們全體臺灣人民的部分。

傅主任委員立葉

委員發言先到此。有關委員提問，先請社保司回應後，再請健保署。

商委員東福

剛剛趙委員銘圓及李委員永振等幾位委員都提到，會議資料第17頁金管會針對汽車強制保險之修法，這是一個陳年的案子，大家都一直很關心，金管會一直希望能夠透過修法或其他方式，想把健保署墊付的車禍醫療費用排除在汽車強制保險之給付範圍。這是不可能的事情，委員的叮嚀，其實我們都謹記在心，而行政院最後做的決議，也是不修法。這次會議，衛福部是由薛次長瑞元率社保司及健保署同仁與會，事實上這個案子也完全不符合本部的立場，不管是從立法的精神或是兩個保險中間的關係來檢視，結果都是如此，在此補充說明讓委員了解。

傅主任委員立葉

請健保署回應。

李署長伯璋

謝謝各位委員的指導，有些問題是重複的，在此統整向委員說明：

一、有關陳委員亮良的提問，因為上次沒回應到陳委員，所以這次先向他說明：

(一)有關分級醫療部分，各位也知道現在全台灣，各醫學中心

都在跟診所垂直整合，這是小英總統的政見，整個過程一定要先溝通，醫學中心假如不願意站出來，地區醫院怎麼喊都沒用。目前感謝很多醫學中心都願意協助雙向轉診，雖然成效如何是另一回事，剛剛陳委員亮良提到，我們是預計 1 年減少 2%，5 年減少 10%，但是隨著所處位置不同，若勉強這些區域級以上醫院都要減少門診量，也可能造成當地民眾困擾，這我們都會再去檢討，這是第一個。目前來講，各醫學中心最後一個拼圖是台大醫院，該院也預計本年 9 月 20 日要辦記者說明會，所以之前有榮總這樣的領頭醫院出來說要配合，整個氛圍就不一樣了。前天我也和蔡副署長淑鈴去花蓮慈濟精舍拜訪上人，上人也願意協助推動分級醫療這樣的工作。

(二)陳委員及謝委員武吉都提到類固醇問題，醫院的雲端藥歷都有註明，但是之前有診所醫師在群組裡面寫說，健保署都怏怏(台語，比喻傻傻的、呆頭呆腦的)，開了三種藥都沒有申報，簡表申報出去開的藥跟真正給病人吃的藥不一樣。我就跟蔡副署長淑鈴說，有醫生這樣講，但是後來發現醫師已經把這句話收回了，因為有人告誡他，說開的藥跟病人真正吃的不同，這是件嚴重的事。這一點也是我們是非常小心的。

(三)至於陳委員提到部立醫院及社區藥局的部分，社區藥局的部分，藥師公會古委員博仁有找我，社區藥局的部分我們會努力去做好。

二、李委員永振及蔡登順委員都有提到洗腎問題：

(一)38 年前我開始當醫生，那時候是李登輝先生當總統，當時洗腎人口是 3 萬 8 千人；直到前年已達 8 萬 2 千人，去年 8 萬 5 千人，今年是 8 萬 7 千人。為什麼我一輩子一直在推動器官捐贈，因為站在病人角度，已開發國家沒有用洗腎當唯一治療，那是臺灣有健保制度，用毫無保留的態度在照顧這些病人，這是一個問題，所以說腹膜透析及血液透析，

剛講到獎勵辦法，這個也是本署醫管組都知道也會去處理。

(二)不過其實現在有一股力量很難去撼動，我來健保署兩年多，也一直跟同仁說要注意、要處理，不然即使花一千億元照顧洗腎病人也不夠用，所以之前跟國衛院討論慢性腎臟病治療計畫，以前是腎臟科醫師在治療，今年就跟國衛院所長及本署同仁說，我們要在前面的階段就找內分泌科專科醫師合作規劃，就如同糖尿病的照護，前期有找內分泌科醫師合作，這是未來改善腎臟病及洗腎照護的方向。

三、至於剛剛李委員永振提到罕病問題，有些部分吳委員榮達也提過，罕病這個東西是這樣，我們台灣是聯合國裡面第 5 個用國家力量去照顧罕病，這對病人人權是很好、也值得高興，例如黏多醣症(Mucopolysaccharidoses)一個病人一年用掉 3,800 萬元，目前有 6、7 個在用，已經走到這裡了也沒辦法算，有些也不是病人的問題，是基因的問題。李委員永振也提到洗腎病人中沒有意識者占 2 成，蔡副署長淑鈴說前幾天在評核會資料中有報告的確有 20%，這也需要去面對的。

四、謝委員武吉提到救護車的事情，我們當然是可以拜託相關部會，其實這不是只有你們而已，其實一般地區醫院或區域醫院都跟救護車維持關係很好，病人在送的時候不會一定要送到大醫院去，會就近送醫。我想這不用擔心，我在台南醫院當院長時，會提供一瓶礦泉水而已，這部分我們會再多溝通一下。

五、趙委員銘圓關心雙審具名的問題，說實在這個我也知道，前幾天自由時報又有東區的醫師說被核刪，說我們沒有具名、是黑箱作業，我們東區業務組的組長就主動跳出來澄清，有時候該怎麼做就怎麼做，就不會有問題。在核刪這方面，有刪減醫師會有意見，但沒有刪減又說讓醫療品質變低，這部分我們健保署會拿捏得很好，請不用擔心。我也跟同仁講，本署很多時候都是尊重醫療專業，若個別醫師有問題，我們一定找專科醫師來審查，絕不是健保署的行政人員自己審。最怕那些溢報浮報

的部分，不要以為那個不多，其實還不少，我們現在考量健保法的修正方向，正在跟衛福部討論，有些醫事機構覺得把溢報浮報的錢還給健保署就好就沒事，陳主委美伶就問我說有沒有刑罰，我說有啊，但若犯罪者在檢察官面前都看起來態度良好，雖然起訴但沒有達到管理效果。所以目前規劃，若溢報浮報，他溢報的部分回到總額，罰款的部分回到安全準備基金，這樣好人才不會被壞人欺負，這很重要。

六、另外就是剛剛委員提到 60 項，健保藥品有 1 萬 6 千項，而其中 684 項藥品就占了健保總藥費 1 千 6 百億元的 80%，以 80、20 理論來說，所以應該針對這 684 項來管理，這些項目大概可分為 60 類藥品，在我們目前來講，健保署有把雲端藥歷做的很好，最近不管是醫院或診所都知道透過雲端藥歷的 API(醫療資料傳輸共通介面)功能，同成分的藥開下去的時候，電腦會主動提醒你，就可以節省不必要的用藥。我想要把病人的部分負擔拉高不會得到同意，那就用其他方式要求醫生注意不必要的浪費，不過當然醫生會有點生氣，醫生會覺得要開給病人藥還要這樣被管控、健保署是怎樣啊，醫生還要去管這件事，所以那天去找上人，上人也表示看病時要拿給醫生看，才會知道漏水那麼嚴重，這部分我們知道，未來會這個樣子去推。所以剛剛王委員雅馨提到三高的門診，事實上那本來就是我們的重點，很多藥物在用的時候要注意重複，對於到宅醫療或到宅藥師服務是我們未來推動的重點，其實很多人行動不便，在家剩藥也很多，這些都要去面對。

七、剛剛吳委員榮達提到自主方案，我個人覺得亦應改革，舉例來說，某個區域醫院或醫學中心，假設健保這一季給你一百億好了，每間醫院都會做超過一百億，讓你去斷頭，我們又預設點值是 0.9 或多少，問題是我們不是怕病人看病，該給的服務就要給，剛剛蔡委員麗娟提到的新藥新科技，因為健保藥費都超過，所以大家都不敢再讓新藥進來，所以昨天歐洲商會也在找我，他們也希望病人有機會接受免疫療法，事實上我自己心裡

也承認，若真的要好好照顧病人就要有好的藥可以用，我們就該去用、該去處理，這是一個目標一直在走。剛剛我的同事就說，有個病人之前用藥有排斥，現在又等到別的機會可以用藥，就來問我，我當然覺得就要用好的較強的藥品，不要又造成惡性排斥，所以就是要考慮到病人的利益。

八、我們希望不必要的浪費要控制，既然病人有需要就該用，而病人不需要的，我們就要刪。最近像是 CT、MRI、胃鏡、大腸鏡等各種檢查之影像都有上傳，因此最近 30 日內重複檢查的比率已經降到 3%。但是醫師若不去查，30 日內重做的比例高達 30%。所以我就跟同仁說，針對這些不查閱影像系統的醫師，我們核刪絕對不會手軟，一定要給醫師這個壓力。

九、至於愛滋病，幾位委員也在關心，我想以目前法令來說，2 年內是疾管署負責，2 年後就是健保署負責，這我們會拿捏，尤其會去注意愛滋病人數的變化，其實這是民眾、公眾教育很重要，現在不好好教育的話，有些愛滋病人自暴自棄、繼續傷害別人，這樣就很難控制。

十、吳委員榮達提到罕病問題，因為罕病藥費都很貴，有位藥物共擬會議的陳瑞瑛代表就提醒我，罕病藥物專利期過了以後，國外的價格就會往下掉，所以我們會面對這個問題，用 10 國中位價來做調整；至於提到 108 年總額協商，國發會指示的政策方向，幾乎可說是神的工作，我會好好去問問看神是怎麼交代(委員們笑)。請問陳委員亮良您的問題我應該都答過了?(陳委員亮良：回答了)，請各位委員看看，是否還有未回答之處。

王委員雅馨

我剛剛有問到占比的部分，現場若未有數據，可以會後書面提供，請看會議資料第 18 頁，想要瞭解以病人為中心這部分，以病友團體來說，想了解整合的情況，我們知道署裡面及醫界都很努力推這一部分，想了解人次占比，例如符合資格的人和納入計畫的人大致比例。

李署長伯璋

請李組長純馥說明。

李組長純馥

委員所問是有關三高病人收案比率，我要先說明，基本上這是自願性參加的計畫，也就是自願開設整合門診的院所來參與，本署會篩選出此醫院比較忠誠的三高病人名單供給醫院收案，這 33 萬人占目前收案率約 7 成，也就是我們給的名單，院所願意收案、提供整合服務的部分約占 70%，若要更詳細知道哪些醫院有參加，本署全球資訊網都有參與院所的名單，會後可提供委員查詢路徑。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、幫李署長伯璋補充一下，我曾任職雲林消防局，消防大樓還是我幫忙蓋起來的，消防體系我很清楚，消防分隊救護當中有所謂的醫療責任區，接到病患需送到最近的醫院去急救，除非該家醫院急診病床數已滿，這時才有第二方案，方案也不是消防局定出來的，是地方衛生局定。所以打火兄弟沒有在收紅包、也沒在收礦泉水的，打火兄弟就是做該做的事，因為牽涉到急救過程中，送的太遠，萬一在病死在車上，怎麼承擔，所以幫消防弟兄講清楚說明白。
- 二、另外特別要拜託，為什麼皮膚病患、乾癬病患要開類固醇，這也是有個過程，在醫療給付或開立藥物過程中，要經過一連串醫療無效之後才用新藥，就是說你要日照、光照什麼等療程之後才能用新藥，但 80 幾歲的老人家去醫院做光照等療程確實有困難，希望健保署能研議一下，是不是有什麼可行方案可以讓這些老人家乾癬發作時，能有最適合的照護。因為現在氣候非常異常，最近新聞報導北極最後一塊冰塊也溶解，希望在這種氣候異常的大環境下，病人病況起伏，能接受適合的照顧。就像王委員雅馨很重視乾癬照護、蔡委員麗娟重視新醫療新科技，但不是說前面有一個但書，一定要經過什麼醫療的一個過程，才能在用這個新的醫療的科技，我想這部分是造成白老

鼠，民眾是白老鼠，好像吃其他藥物沒用，醫生才能開這個萬古黴素最好的藥給你。我想這部分是不是有可以解套及處理的部分，這是李署長說明後，我個人有一些不同看法給署長建議。

傅主任委員立葉

這部分我們已經討論很久。葉委員宗義表示要發言，因他今天尚未發言，請葉委員宗義。

葉委員宗義

- 一、現在臺灣是老人社會已經很嚴重，老人已經漸漸多，小孩漸漸少，到後來毛病會越來越多，健保以後能不能支撐，未來是嚴重的問題，若沒有健保，這問題是很嚴重，所以每個在座委員要有共識保護健保，不能說我們只為了自己的立場。
- 二、我會說這件事，是因為我和幾個委員參加藥物共同擬訂會議，有關新藥新科技健保署雖然有自己的方針，但在共同擬訂會議若沒辦法通過呢？醫療部門絕對反對，因為藥費貴，會侵蝕總額預算，那沒通過，則要自費，這是會產生另一個問題，我們要瞭解這個問題...

(會議中斷 3 分鐘：現場一位工作同仁突然暈倒，本會感謝所有委員的關心，尤其現場具醫師及護理資格之委員及人員協助急救，已送醫無礙)

傅主任委員立葉

除了到場協助急救的醫師及護理委員之外，請其他委員及人員先離開急救處，回到座位上繼續開會，請葉委員宗義繼續發言。

葉委員宗義

我們在座每位委員要瞭解一下，現在有個現象已正在發生，就是因為少子化，很多學校都得關閉，其實正好可把這些學校移至醫療用途，我們想一想若可做為安養院、醫療設施，以後變成世界上的老人都會來台灣安養，現在安養中心一個月收 3 萬元，若這麼多人要來安養，一個月可改為收 10 萬元，這賺取外匯應該是比開工廠好賺，你們認同嗎？這麼多學校要關閉好幾十間，未來一定要朝向替

老人設想，尤其學校位在風景區的、裡面又大的很適合。這是我們改由健保醫療來賺外匯，一個非常好的機會。

傅主任委員立葉

對於前次會議決議定事項辦理情形及追蹤，綜整各位委員意見如下：

一、有關「非本會權責範圍而轉請相關權責單位參考」的處理方式：

如果是衛福部的單位，則由本會幕僚請相關單位提供說明後，再解除追蹤；如果是其他部會，則本會無法要求對方必須回復。依據此原則，要做改變的部分為會議資料第 15 頁項次 3，謝委員武吉提案的緊急醫療照顧，改為俟醫事司回復後再解除追蹤。

二、會議資料第 16 頁項次 4，很多委員關心新醫療科技部分，委員意見將併入會議資料第 21 頁項次 5 的追蹤，等健保署回應後，再解除追蹤。另請幕僚將剛剛謝委員武吉所提 TFDA 的部分，送請 TFDA 參考，等他們回應後，再解除追蹤。

三、接下來還有要改變的是，會議資料第 20 頁項次 2 之後半段「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」，有很多委員提出意見，本項仍維持解除追蹤，但改追蹤不同的內容，即針對委員提到的罕病、血友病、愛滋病及血液透析，特別是針對高費用但低效益的醫療服務，相關藥費及特材費用的分析等，也是等健保署提供資料後，再解除追蹤。

四、最後一個是剛剛吳委員榮達提到會議資料第 41 頁，關於委員呼籲愛滋病及早防範的事項，一樣轉達給疾管署參考。本案擬這樣處理，其餘部分洽悉。請問各位委員，還有其他意見嗎？

謝委員武吉

請問會議資料第 20 頁項次 3？

周執行秘書淑婉

會議資料第 20 頁項次 3 本來就是繼續追蹤，是謝委員武吉所關心

之各家醫院費用、件數、平均費用的成長率等資料，後續會請健保署整理呈現。

傅主任委員立葉

會議資料第 20 頁項次 3，本來就是繼續追蹤，另剛剛委員所提意見，請健保署一併納入回應說明後，再解除追蹤。本案處理至此，餘洽悉。請吳委員榮達。

吳委員榮達

會議資料第 40 頁，健保署說明辦理情形，有關罕病疾病(二)健保署之管理措施，有 3 個項目，有些是在進行當中，例如健保署函請學會表示意見，或是研擬退場機制及停藥原則，還有 107 年藥價檢討，如果有結果時，可否對委員做業務報告。至於第三個愛滋病的部分，我建議就診人數及點數成長的部分列入至業務報告。

傅主任委員立葉

好，吳委員榮達所提意見，請健保署列入業務執行報告。還有沒有其他意見？

干委員文男

我補充一下，剛才謝委員武吉提到 TFDA 的事，TFDA 有沒有做，我們都不知道，現在注意的 60 項藥品，要再多擴張也好，真的是要追蹤到底什麼藥吃了都沒用，到底哪一種藥品有問題要讓我們知道，即使久久提報一次也好，要有追蹤的機制。不然吃無效的藥，一點效果都沒有，這樣很不好。

傅主任委員立葉

一、委員所提意見，請健保署提供書面資料說明；另委員關切民眾用藥安全管理相關事項，轉請食藥署回應說明。

二、接下來提醒各位委員幾件事情：

(一)108 年度全民健康保險醫療給付費用協商暨 107 年第 8 次委員會議將於 9 月 27、28 日進行，請大家預留時間與會。

(二)為利討論 108 年度總額地區預算分配案，請各總額部門及健保署配合辦理下列事項，並於本年第 9 次委員會議前提送本會。

- 1.請各總額部門相關團體於提升各區民眾就醫公平性之原則下，儘早研擬地區預算分配草案。
 - 2.請健保署協助提供各總額部門受託團體所需資料，並就其所提建議方案，提出執行面之建議，做為本會討論地區預算分配之參據，以保障各區保險對象公平之就醫權益。
- 三、請本案討論到此，請進行下一案。

參、「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍交議案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

社保司梁組長淑政報告：略。

陳組長燕鈴

- 一、請委員參閱會議資料第44頁，說明二，於衛福部交議本會後，本會需確認108年度醫院、西醫基層、牙醫及中醫門診總額的「醫療服務成本及人口因素成長率」，也就是俗稱的非協商因素。依據行政院核定108年度總額範圍的高、低推估成長率2.516%~4.5%，基期費用暫依107年度總額核定金額試算，預估醫療費用為7,026億元(低推估)~7,162億元(高推估)，高低推估差距約136億元，其中包含須回補基期的「人口差值14.16億元」。所以108年度總額實際可協商空間只有122億元。
- 二、依據本會本年第5次委員會議(107.6.22)通過之協商通則，108年度各總額部門的非協商因素成長率，採衛福部報奉行政院核定之數值與計算公式，幕僚依照前開數值與計算公式，計算各部門總額之非協商因素成長率。會議資料第45頁主要是衛福部報行政院核定之計算公式及相關內涵，不再贅述。
- 三、請委員參閱會議資料46頁第4點，根據公式計算結果，108年度各總額部門的醫療服務成本及人口因素成長率，包括醫療服務成本指數改變率、人口結構改變率及投保人口年增率等，醫院總額為3.292%、西醫基層總額2.549%、牙醫門診總額0.187%及中醫門診總額1.365%，以上結果經確認後，將做為9月總額協商非協商因素數字。接著請委員翻閱至會議資料第47頁，有關衛福部交議108年度總額協商之政策方向，請健保署和各總額部門在研擬協商因素計畫草案時納入考量。
- 四、會議資料第47頁，說明三，因為今年衛福部交議108年度總額範圍跟往年不同，新增額外的C型肝炎口服新藥額度，因涉及總額協商時各部門總額上限的認定，需進行討論，說明如下：
(一)依衛福部交議函說明二，行政院核定「108 年全民健康保險

醫療給付費用成長率下限為 2.516%，上限為 4.5%；另同意衛福部所請增列 108 年 C 型肝炎口服新藥費用，惟其增列額度不得超過 4.7%之上限」。為了協商資料準備及成長率計算，需確認 108 年度總額協商 C 型肝炎口服新藥，新增多少額度會達到行政院核定成長率上限 4.7%，因為 C 型肝炎口服新藥的額度包含原框列上限 4.5%內的額度，及從 4.5%到 4.7%之間的特別額度，因涉及部門成長率上限的計算，須請衛福部提供相關數值。

(二)依據「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則」通則六、其他原則(二)的後段規定「各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值」，須確認總額協商時，各部門總額的上限值。牙醫跟中醫門診部門因無涉 C 型肝炎口服新藥，所以成長率上限值是 4.5%；但醫院或西醫基層部門可能會增列 C 型肝炎口服新藥，若總額協商的結果同意這兩個部門增列 C 型肝炎口服新藥特別額度，則上限值要如何認定，是以 4.7%為上限?還是以 4.5%~4.7%之間的 0.2%成長率，先換算額外增列 C 型肝炎口服新藥的總金額，再依照委員同意兩個部門增列的 C 型肝炎口服新藥特別金額，回推成長率外加，如果這樣，上限可能會超過 4.7%，以上報告。

傅主任委員立葉

委員有沒有意見？請周委員麗芳。

周委員麗芳

一、我想請教的是有關醫療服務成本指數改變率的部分，請大家看會議資料第63~64頁，各部門間醫療材料費用的年增率，相較於105年，106年是-4.601%，我仔細看了一下內涵，醫療材料費用的躉售物價指數，感覺上與物價上漲的一般社會觀感背道而馳，因為出來的是負值，我仔細看了備註，備註欄提到醫療材料費用選擇，是採用「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」等項目。我想請教，假如這些項目是一籃子物價，籃子裡面放很多東西，請問目前醫療材料選樣的內容是否足夠能反映現實，因為畢竟這籃子的材料選用可能已有一段時間，也建議重新檢視一下；如果整體而言，醫療費用的材料是確切呈現衰退的趨勢，那當然就沒有問題，但如果是因選樣的普及度不夠，導致無法充分反映醫療材料成長，那就應該要做調整，當然今年度也許來不及調整，建議來年要重新檢視。

- 二、醫院及西醫基層部門的醫療材料費用以這樣的物價籃子計算，可能沒有太大問題，但請大家看會議資料第64頁，牙醫及中醫門診醫療材料費用計算，備註說明也是同樣的內容，牙醫跟中醫門診的醫療材料費用採用的項目，也有整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品，這和牙醫及中醫門診的診療性質不是相當符合，這部分請說明一下。請大家翻閱會議資料第46頁，下面的這張表，整個醫療服務成本指數改變率，牙醫門診部分整個還是呈現負值，與其他部門明顯是不一樣的，是不是也請說明原因。

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

- 一、我接續提問的是，會議資料第63頁有個地方我不太瞭解，藥品費用部分，醫院部分的成長率是4.196%，西醫診所是1.806%，同樣是藥品，為什麼兩者的躉售物價指數會有不同，這是不解的地方。
- 二、再來是有關剛才提到C型肝炎口服新藥是不是要增加2%的上限額度，基本上我是持反對看法，反對理由有2個，第1個，很顯然會對於牙醫及中醫門診部門不公平；第2個，截至107年7月止，健保的收支已經是負150億元，這對健保財務來說已經是負擔很沈重，故不贊成再擴張健保支出的成長率。

傅主任委員立葉

委員還有其他意見？請李委員永振。

李委員永振

一、剛才與鄰座兩位委員討論，有以下幾點請教：

- (一)會議資料第 46 頁提到，非協商因素的整體成長率是 2.878%，非協商因素一定有最低成長率，那為什麼還有成長率下限 2.516%，那這 2.516%又是做什麼用的，這是第 1 個。
- (二)第 2 個，後面資料所附的國發會審查會議重點意見紀要或是 108 年度總額協商政策執行方向，都寫得滿周詳，但其中有些好像又會互相矛盾，例如說，醫療資源要妥善運用，但是後面又提到要持續提升照護罕病、血友病等醫療照護，我覺得這樣好像有點互相矛盾。還有會議資料第 57 頁第 4 點，是不是漏掉字了？我看不太懂意思，沒有主詞、動詞，到底這 1 點是在說什麼？
- (三)在健保財務方面，大家都一直在關心，心裡也都有預期大約在 109 年左右可能會調漲費率，會議資料第 54 頁提到「提升健保給付效益，減少民眾負擔」等政策目標，那調漲保費不也是民眾負擔嗎？諸如此類的內容，都是提到問題之所在，但解決方式，似乎前後之間並沒有搭在一起，這部分社保司可以好好再研究一下，整個方向到底是怎麼回事，因為感覺行政院核定下來的這些內容，和今年 4 月討論的時候一樣，總覺得講到一點點，但整體又沒呈現有效方式。

二、關於 C 型肝炎口服新藥，我的意見如下：

- (一)行政院已經核定 108 年的成長率的低推估為 2.516%，高推估為 4.5%，這就是是總額的框架。C 型肝炎口服新藥增列額度不得超過 4.7% 之上限的意思，並非將高推估由 4.5% 提升到 4.7%，而是用到 C 型肝炎口服新藥的部門可以把上限用到 4.7%。事實上，推估可能的差異大約在 1.3 億元左右，並不是很多，但是解釋上應有明確的說明。我的看法就是高、低推估就是 108 年總額的框框，上限不可以超過就是 4.5%，C 型肝炎口服新

藥新增 0.2%的額度，只能放在C型肝炎的部分，最多可以給到 4.7%，但這樣的解釋有個風險，這樣是不是代表醫院跟西醫基層總額部門就可以弄到 4.7%，反正所有其他總額部門協商所砍下來的費用，可以用到C型肝炎口服新藥上？因為行政院同意可以用到 4.7%啊！這是我第一點看法。

(二)第 2 點，當然會有批評到政府，從這個例子裡面，行政院核下來又製造矛盾，讓衛福部有解釋權，為什麼不講清楚呢？在這邊健保會要執行時，跟社保司看法又不一樣，這樣是不是好的現象。因為越明確越好，執行上比較好施力，結果又留下問題讓我們討論，都已經沒有時間還討論這個。

(三)第 3 點，從去年我們就一直在談，C型肝炎口服新藥應編列公務預算，可是到現在公務預算八字沒有一撇，行政院核下來，又同意C型肝炎口服新藥可以加碼，到底政府政策是怎麼樣，社保司一直說要爭取公務預算，但沒有啊！這裡又要增加 10 幾億元，這些矛盾的現象真的不解。等一下是不是可以開示一下。

傅主任委員立葉

委員的提問，稍後請社保司及國發會代表林委員至美做說明。再來請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

一、第1個提問也是和周委員麗芳一樣，覺得比較納悶，牙醫門診總額在醫療服務成本改變率是-0.453%的部分，為什麼會負那麼多，應該要做一下說明。

二、另外針對C型肝炎口服新藥的部分，因為整體治療效果是非常好，所以行政院可能是因為這樣的考量，讓這些患者早日回到工作崗位，能夠增加政府的勞動力。不過剛剛李委員所提的意見，我也算是有些認同，不過這部分可能要看各位委員的意見，是不是針對另外0.2%特別額度的部分，做比較好的處理。就說明三(一)部分，我比較想要瞭解的是我們在原來編列的C型肝炎口服新藥的費用到底是多少？是不是等一下可以幫忙說明。

因為後續經過大家的討論，這部分究竟要如何處理，我想還是尊重多數委員的意見。

傅主任委員立葉

還有沒有其他意見？請劉代理委員碧珠。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

- 一、就C型肝炎口服新藥的部分，我們過去一直說要從公務預算來，這幾年下來，最後也是不了了之，其實會執行C型肝炎口服新藥的部門的大宗會在醫院部門，如果要編列這個預算，現在行政院已核定要增加0.2%的特別額度，本來就是要讓相關部門增加才對，這樣才跟行政院核定的本意及執行上一致，不然現在核定不超過4.7%，卻說協商上限不能超過4.5%，執行上真的是讓人錯亂。
- 二、不能說每次要推動的項目，要錢沒錢，沒錢又要吃醫院總額部門的經費，事實上，讓部門長期去擔這些責任也是不盡公平。醫療是大家使用的，醫院在執行總額預算時，都是本著照顧弱勢及有需要的病人，而且在使用上，真的是靠著每位個管師很認真去監控所有病患狀況。所以我要拜託付費者代表委員們，不要一談到錢，就說醫院總額部門不能超過到4.5%上限，當然醫療資源有限，但公務預算既然編列不出來，那理所當然就應該在核定的上限範圍核給醫院部門才對。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

我想C型肝炎口服新藥治療大家都非常重視，尤其在雲林、中南部大家對於這個政府這個措施非常認同，本來這是公務預算要支出，是政府政策用來買票綁樁才要推動，結果到最後，所需要的資源經費都讓醫院部門來負擔，來吃他的總額成長，我是覺得這不合理，剛劉代理委員碧珠講的很有道理，個人非常認同，我任為一個社會要有他的正當性，不能說一個執政的機關要推動各項福利，然後變相要綁樁，搞到最後變成全民買單，全民買單是何其無辜。健保的

經費有他一定的底線，我們要好好來維護，才能有辦法創造我們台灣健保的進步，同時也要讓醫院有辦法繼續經營，來照護更多的台灣人民，這是我的個人建議。

傅主任委員立葉

好，謝謝，還有沒有？沒有的話，就先請社保司商委員說明。

商委員東福

- 一、各位委員所關心的議題，共有兩個部分，大家對醫療服務成本指數改變率計算說明的詢問，待會請梁組長淑政做說明。
- 二、C型肝炎口服新藥的部分，根據健保署提供107年3月的建議方案，108年C型肝炎口服新藥以及干擾素的費用較去年增加2.3億元，這部分先在這邊說明。至於政府預算部分，上次委員也有特別提出詢問，針對這部分我們也與疾管署及國健署討論，但大家可能覺得還不夠，不過這次部裡面及國發會也都對這部分有所討論，在各位委員及健保署的努力下，希望讓C型肝炎患者得到一些幫助，這樣的幫助是未來對於疾病的控制，還有進一步對醫療發展都非常有效益，所以才會得到國發會的委員會議的支持鼓勵，我先做這樣說明。以下請梁組長淑政就委員提問，針對醫療服務成本指數改變率的計算補充說明。

梁組長淑政

- 一、首先由我來說明有關醫療服務成長指數改變率的問題，謝謝委員們的指教。牙醫門診的改變率是-4.53%部分，如周委員麗芳提到在會議資料第63頁，可以很清楚看到，醫療儀器及用品類躉售物價指數的負成長好像滿高，依據我們過去在計算這個指數的經驗，其受到匯差的影響比較多，因為有些材料是進口的，在醫療材料方面占率比較高，所以計算時受匯差影響會比較大。過去的選樣是整個採用儀器類，但經過幾次跟醫界的討論與修正，才選擇偏屬醫療儀器及用品部分。有關行政院主計總處的查價項目，因為是針對整個市場，而非侷限於健保部分，所以我們也多次跟行政院主計總處瞭解，希望在健保部分能有多一點相關數據，這部分未來會持續跟主計總處溝通。

- 二、剛剛吳委員榮達提到，為什麼醫院藥品費用的躉售物價指數跟西醫基層或牙醫不太一樣？其差別在於醫院藥品費用躉售物價指數是採用行政院主計總處計算出來的，不包括動物用藥及中藥製劑等項目。西醫基層跟牙醫門診則是依據健保不同藥品類別的申報費用，計算其權重；各不同藥品類別的指數部分，採用主計總處調查資料，加權計算而得的數值，因此會有不同。但這也是尊重各總額部門的選擇，選擇用哪一個計算方式去做為成本計算的模式，以上是關於醫療服務改變率的計算。
- 三、會議資料第46頁，李委員永振提到為什麼整體的醫療服務成本及人口因素成長率是2.878%，而衛福部報行政院核定的低推估值是2.516%？因為2.878%是算在一般服務的費用上面，而我們都清楚總額協商的內涵還有相關專款計畫及其他預算等等，因此，相較於前一年整體總額的成長率計算，就不會直接用2.878%的數值。所以，今年比較務實，這也是修正公式的一部份，也就是按前一年一般部門之預算占整體總額之占率來校正醫療服務成本及人口因素成長率，作為低推估的成長率2.516%，簡單向委員說明低推估值的計算方式。

傅主任委員立葉

先請林委員錫維，再請林委員至美補充。

林委員錫維

- 一、主席、各位委員，大家午安。前項議程規劃進行20分鐘，結果討論了120分鐘。我們尊重每位發言者，但希望能針對該案相關內容提出問題，與該案無關的發言應有所節制，才能讓想發言的人都有機會表達。又如本案規劃進行60分鐘，卻沒有多少人要發言，我認為議程規劃還是有待加強。以下有兩點建議。
- 二、剛才醫事服務提供者說好像一提到錢，付費者代表就會有很多意見。社保司在「108年總額協商之政策方向」第七項提到(參閱補充資料第4頁)「受僱醫師納入勞動基準法」，對於增加醫師相關保障我們沒意見，但是後面提到「衍生之人力成本之增加」，這跟上次討論一例一休或週休二日問題類似，其實醫院

也有很多自費項目，醫師納入勞基法增加的成本若全由健保總額負擔，是會有爭議的。

三、若認為醫師納入勞基法會使成本增加，應將增加金額估算出來，付費者代表對相關費用也會適當同意。而不是你提增加20億元，我們就給20億元，要交代20億元這個數字怎麼算出來的？如果有必要增加經費，我們絕對會支持。但若含糊帶過、強迫增加就有待商榷。去年總額協商也發生過類此成本計算問題，假如要增加總額的話，一定要呈現相關的計算明細讓委員了解，應該要給的我們絕對會支持，假如只喊出大項目，會有決策困難。

四、第二點，剛才談到C型肝炎醫療費用要增加，我們絕對沒有意見，但應該是在總額成長率上限4.5%內做分配，我不認同C型肝炎費用一定要另外多加0.2%，倘若其他疾病也說自己非常重要、醫療費用非常透支、也要求增加0.2%，我們總額協商怎麼處理？我認為C型肝炎費用如果要增加，應該是在框定的總額裡做分配，而不是在總額上限再加0.2%，我們協商也會有困難，我事先跟社保司聲明，你們這樣是打算讓我們協商時去亂、去盧(台語)，我看這樣沒有比較好，簡單提出這兩個建議。

傅主任委員立葉

依序請葉委員宗義、林委員惠芳、干委員文男發言。

葉委員宗義

主席，我替你講話，這是政策報告案，不是用來討論的。我們委員會是要協調總額協商，可以提供意見，不是要來反對，這個是報告案，報告讓你們知道，委員即使有很多意見也要縮短，政策案就是政策，健保會有35個委員，若都發表意見，會議開到下午也開不完。

傅主任委員立葉

請林委員惠芳。

林委員惠芳

主席、各位先進，我的想法跟林委員錫維相近，醫師納入勞基法的成本確實不應全部轉嫁納入總額，而是應該提供清楚的計算過程。我記得去年協商時，就曾提出這樣方向，現在已經過了1年，相信如果今年要再進行類似議題的討論，應該會有清楚的數據才對。其次，商司長剛才報告C型肝炎新藥部分，今年3月有提出建議明年增加2.3億元，到底C型肝炎新藥在107年至今實際支用情形如何，我覺得可以一起參採這2個數據，也請幕僚幫忙計算，看C型肝炎新藥實際的需求再做決定，不一定要增加到0.2%。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

社保司雖然寫了七項總額協商政策方向，但僅是第七項就把所有的可能情形，包括政策、相關法令的改變都包含進去，實在太籠統。前面講總額上限4.5%，後面又多出個0.2%，到底這0.2%是用醫院總額、去年C型肝炎總預算、還是西醫基層總額去計算，都沒說清楚，這只是製造給人發言的機會，沒有必要。真正有需要的費用不需多講，我們一定會支持，但是要提供明確的資料，今天政策講出來0.2%是怎麼算，我們的推薦團體也有人監督我，他問我我才會回答的出來，以上謝謝。

傅主任委員立葉

請問委員還有沒有其他意見？請謝委員武吉。

謝委員武吉

其實，我這樣看起來社保司這一次也是很努力，但是努力的強度在哪裡我不曉得，記得當時我們大家都一致認為，C型肝炎治療是絕對有效的，我們都了解，那時候是決議一定要由公務預算來編列，當時也是這樣的處理方式。但是最後強渡關山，我們緊咬牙關讓它來吃健保的這塊大餅，那過去的事就不說了。但是我希望社保司這次在整個報告的政策方向裡，關於C型肝炎新藥增加0.2%的部分，要交代你們是怎麼去爭取的？或者C型肝炎經費在總額範圍的結構面你們怎麼爭取？範圍基礎為何？尤其是C型肝炎這方面的，為什

麼和當時不一樣，現在又變成以前的結構面要順從現在的結構面，這是不對的方向，希望社保司好好告訴委員，你們到底怎麼爭取，謝謝。

傅主任委員立葉

請劉代理委員碧珠。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

主席、各位委員，就剛剛社保司提出來的 108 年總額協商政策方向第七點，一直在猶豫說要不要就這點再做補充說明，但已經連續聽了好幾位付費者代表提到，不認為勞基法實施的成本需要從總額費用增加。事實上，前幾年一再呼籲、提醒，醫院部門將因勞基法實施而增加人力成本，坦白講今年已不想再提。我們為什麼沒有再提，因為坦白講，該政策實施後真正影響的數據，到目前為止，醫界是算不出來的。要不要算？應該要算。108 年真的落實醫師納入勞基法後，人力成本在 109 年才會反映。所以我們今年在協商會議，不會去提勞基法對人力成本的影響，但今年還是要再講一次，這政策一定會有影響。大家想想看，勞基法實施後，醫院人力的數量要不要增加？絕對要。休假係數要不要改變？一定要。這個成本你說不應該轉嫁到健保，那請問所有醫界的訂價政策在哪裡？也是健保啊...

林委員惠芳

我們沒有說不能轉嫁，是說不能全部。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

的確，我是有聽到付費者代表認為可以適度轉嫁，但我們今年不會算到這部分的成本，因為目前醫院部門還算不出來，但是 108 年執行之後，希望當我們醫院部門總額在協商 109 年總額時提出數據後，拜託付費者代表認真看看該政策的影響是什麼，讓醫界適度去調整這一項。醫界對於父母官衛福部，在 108 年提出政策方向要適度調整費用反應成本，醫界非常肯定，但是坦白講我們現在真的沒辦法算出，108 年這個政策實施之後，增加的成本到底會有多少，所以我們希望這件事情在 109 年協商時必須要適度給我們醫院總額

部門反應成長率。

傅主任委員立葉

請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

- 一、我有2點看法。第1點，C型肝炎的治療不只是醫療的處理、也是預防，因為C型肝炎病人治療完成後，也能減少他人感染機會，所以也是公共衛生的一環。剛才提到C型肝炎新藥費用要調整增加，可能也是因為WHO希望各國在西元2030年前提出國家型計畫根除C型肝炎。臺灣的B肝防治在過去一直是各國競相借鏡的模式，在C型肝炎的根除上自然也不能落後於其他國家，而能跟其他先進國家並駕齊驅。它既然是國家型的政策，所以在預算編列上，不應該只用健保資源，應該有行政院層級以上從國家一定要做的政策來考量預算的編列。
- 二、無論可以撥多少經費治療C型肝炎，我們還有個問題需要考慮，就是如何找到病人，因為C肝病人沒有明顯症狀，有些人即使有C型肝炎也不知道，所以需要運用配套的篩檢措施找到C型肝炎病人。根據目前統計資料，假如我們在2030年要根除C型肝炎，只剩下十幾年時間，在健保目前有限的預算下，要達到這目標，可能會有很大的困難，所以C型肝炎經費的增列，像剛才幾位委員講的，應該由公務預算提撥。
- 三、第2點，是關於受僱醫師納入勞基法造成的人力成本增加，以致可能影響到醫療服務的提供，所以病友團體覺得在能計算得出的範圍裡，應適度的挹注經費。但除了經費的撥列外，更擔心的是，醫生納入勞基法後，在執行醫療行為時會出現什麼問題？譬如說醫生開刀到一半，8小時到了，接下去的人力怎麼銜接？如何能讓醫療服務不因勞基法實施，而影響到治療品質或其他重要的醫療行為，這也是我們持續要關注的。作為病友團體的付費者，我們覺得是應該適度的增列經費作為補償，因為最希望的是不要影響到醫療品質。

傅主任委員立葉

有些問題先請林委員至美說明後，也許大家會更清楚，請林委員至美。

林委員至美

- 一、主席、各位委員，健保現面臨兩難的處境，一方面希望照顧更多病人、提供更好的醫療品質，一方面又看到未來2、3年財務將入不敷出，去(106)年當年財務已經發生短絀，到110年將變成負債。所以，每年行政院交給國發會審議時，都是非常大的挑戰，希望在財務控管與醫療品質中找到一個平衡點。
- 二、我大致說明國發會審查的過程。行政院將108年總額案交給國發會後，國發會先研析數據合理與否，之後召開專家學者審查會議，並將審查結果提報由各部會首長組成的國發會委員會。
- 三、剛才有委員認為審查委員的意見，全屬高層級且難以做到或互相矛盾，其實我們找的專家學者，不但有學術上的專業，而且都擔任過健保會委員或主任委員，也曾多(3~7)次參與國發會審查，實務經驗豐富，應不至於不瞭解健保制度，而是太清楚健保長期問題所在，同時憂心財務機制，為了長遠解決健保現存問題，所以才提出很多建議。所以大家看到不是國發會的意見，是我們忠實記錄專家學者審查委員對財務或醫療品質、資源如何更有效率的想法，依重點議題摘要而成。總額範圍的合理性是，其實是國發會委員會各部會的首長共同決議的。
- 四、我國人口最快3年後、最晚7年後會負成長了，老年人口在今年已達高齡社會、8年後進入超高齡社會，老化速度非常快，對健保財務負擔很大，如果沒有好好控管，財務短絀會如滾雪球般加快速度。所以審查委員提出更長遠、更具高度的解決對策，例如解決健保、長照制度長期的財務競合問題等，並不是要衛福部，或健保會去解決這麼高難度的挑戰。
- 五、可以看到專家學者審議時，從健保永續經營的觀點去看，最後提出108年總額成長率上限4.5%，大概有308億元的協商空間，應該是財務上極致的範圍。我們過去一直是單一的成長上限，今年是因陳部長時中極力爭取，針對C型肝炎能有效治療，並

能減少未來肝硬化的醫療費用，希望再額外給予成長額度，並獲得各部會首長的支持，所以才有4.5%上限外，再外加最高0.2% C型肝炎口服新藥新增額度之決議。

六、雖然成長率上限4.7%，可能對健保財務不利，但若新增額度是用在C型肝炎口服新藥，確實能解決國人C型肝炎問題(雖然能得到治療的C型肝炎病人比率還是很少，外加0.2%的新增額度約13億元，其實能照顧到的病患比率不多)，國發會委員會願意額外新增0.2%額度，但我們要求一定要用在C型肝炎口服新藥上。

傅主任委員立葉

謝謝林委員至美說明，本案主要是說明行政院核定的 108 年度總額範圍(趙委員銘圓：主席，請先讓我發言)。好，我們依序請趙委員銘圓、陳委員亮良，拜託請簡短發言。

趙委員銘圓

一、剛才林委員至美提到整個健保財務的變化，政府對健保財務惡化應該要負很大責任，C型肝炎治療最初決議是由公務預算編列，但現在轉由健保支應，這是其一。另外還有政府應負擔健保總經費法定下限36%計算方式、菸品健康福利捐分配健保安全準備比率從70%降到50%、屬於社會福利的政府負擔7項健保費計入政府負擔，都是財務惡化的主要原因，請您不能只用現在面臨的情況來說，應該把真正的原因分析出來。

二、關於C型肝炎口服新藥，看起來政府不大可能全用公務預算支應，建議是否一半由健保出、一半由公務預算出。另外，健保署是否能跟廠商溝通降價，假如可以降價，相對可以醫治更多病患。關於新增0.2%額度，我個人立場是認同的，因為我在醫院看到很多C型肝炎患者的神情跟以前完全不同，現在回診時都很高興，我贊成把錢花在刀口上，既然C型肝炎可以根治，應儘快醫好患者，讓他們可以回到社會、工作崗位。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、主席、各位委員，大家好。這個議題討論非常久了，C型肝炎的議題就是要有共識，C型肝炎新藥對患者非常重要，C型肝炎得到治療之後預算應該減少，怎麼會每年的C型肝炎預算持續攀升？原因何在？是藥商要賣藥、抑或真的民眾有那麼大的需求？
- 二、據我瞭解，很多C型肝炎患者在就醫上是邊緣人，因為病毒數還沒達標未符健保C型肝炎口服新藥收治標準，但仍是C型肝炎罹患者。我們每年花那麼多經費治療C型肝炎，為什麼相關經費一直增加？很多委員提到，C型肝炎治療本來是用公務預算，搞到後來也來分吃健保大餅，國發會剛才也講未來長照可能跑到健保，這是個無底洞。我想如果C型肝炎這個案例到時候長照也會跑到健保來，未來政策演變是一個問題。
- 三、剛才講到勞動基準法、一例一休，我想大家可能都忘了，雖然現在醫生將納入勞基法，但一例一休之後就一例二休，修了2次後，現在是勞資之間可以協商，可以不用一例一休。生意人要賺錢，不用受限一例一休，所以是一例惡修。我是勞動學者，很關注勞基法修法過程，一例一休政策立意良善，鼓勵不要過度勞動，讓勞動者可以充分休息，可是這政策一實施，為政者發現選票會流失，又馬上修法一例惡修。所以，修法後所有工時例假都可透過勞資協商調整，不用透過工會，只要過半數勞工同意就可以實施。吃人頭路的勞工是弱勢，敢跟老闆挑戰說不同意嗎？不同意可能就被解雇。所以我對勞基法也有充分研究，我是覺得C型肝炎口服新藥的成長額度真的是有待商榷，我是覺得照理說治療應該是越來越少才對，因為C型肝炎治癒率既然這麼高，難道還有新的C型肝炎患者，要如何預防罹患C型肝炎，才是正本清源，照護台灣人民避免C型肝炎繼續惡化。

傅主任委員立葉

先請干委員文男，再請葉委員宗義。

干委員文男

本案討論很久了，其實沒有什麼可討論，就是新增0.2%額度要內含還是外加。先確定要不要外加，如果外加不同意就是內含，這個問題就解決了，其他事項行政院都已清楚在公文上表達了。

傅主任委員立葉

很多委員都表達意見了，就像干委員文男說的，現僅就內含或外加來做決定。

葉委員宗義

我的意見和干委員文男相近，現在問題是國發會訂的總額成長率上限到底是4.5%還是4.7%，講清楚就好，現在這樣模稜兩可講不清楚。

傅主任委員立葉

委員對本案的意見，提供給衛福部參考，特別是很多委員認為C型肝炎應由公務預算支應或至少部分補助。至於成長率上限，剛才國發會代表林委員至美已清楚報告，本來行政院核定的上限是4.5%，因為陳部長時中努力爭取C型肝炎新藥費用，才爭取到另外0.2%的額度。基本上我們支持本項政策，跟C型肝炎無關的總額部門成長率上限是4.5%，至於醫院及西醫基層2個總額部門，因為跟C型肝炎防治有關，如果不含C型肝炎額度成長率上限是4.5%，含C型肝炎額度後成長率上限可以到4.7%(周執行秘書：不完全是這樣，成長率4.5%中也含C型肝炎費用)。4.5%不是完全不含C型肝炎，就是含了C型肝炎最多4.7%。

干委員文男

4.5%已經含C型肝炎，所以增加0.2%是模稜兩可的事。

傅主任委員立葉

含了C型肝炎之後的成長上限是4.7%，不含C型肝炎的部門的成長率不能超過4.5%。

吳委員國治

C型肝炎口服新藥費用新增額度不納入成長4.5%，加入後的總成長率不超過4.7%嗎？

千委員文男

我這樣講比較快，4.5%是最高的成長率，沒有部門可以打破，4.5%裡有 0.2%保障給 C 型肝炎？

傅主任委員立葉

請國發會代表林委員至美再說一次，好讓委員了解行政院核定的原意為何？

林委員至美

- 一、我只能說當初衛福部所提的案子當中，的確費用包含 C 型肝炎口服新藥，可是那個量沒有很多，所以其中的確有點難度，如何在 4.5%上限的範圍中，依據過去協商經驗，看看 C 型肝炎口服新藥費用需要多少。如果之後醫院部門或西醫基層還有餘力想要造福更多 C 型肝炎病患，就再加上去。
- 二、當初行政院核定 4.5%為上限，就有含 C 型肝炎口服新藥費用在內，但是外加的 0.2%純粹只能拿來多做 C 型肝炎口服新藥費用。

傅主任委員立葉

先請蔡委員登順，再請謝委員武吉。

蔡委員登順

我建議 108 年總額上限，牙醫跟中醫為 4.5%，西醫基層跟醫院，涵蓋 C 型肝炎口服新藥費用是 4.7%，這樣就明確了。

傅主任委員立葉

那就這樣子，我們含 C 型肝炎口服新藥費用上限為 4.7%。

謝委員武吉

主席。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、剛剛問社保司對於整個今年要去國發會報告的時候，有關結構面到底是怎麼樣，應該要向我們這些委員報告一下吧！這樣大家才知道。

二、你有沒有在向國發會的報告中講 C 型肝炎口服新藥費用要公務預算編列？這是最重要 1 句話，有或沒有，要告訴我們，這是公務人員應盡的責任與義務啊！

趙委員銘圓

主席。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

我剛剛一開始發言，就有提到原來 4.5% 上限，含 C 型肝炎口服新藥多少費用，另外是否可以說明，屬於 0.2% 部分是外加嗎？

傅主任委員立葉

請蔡副署長淑鈴為我們做說明。

蔡副署長淑鈴

一、我跟大家說明一下，今年的總額核定情形，理論上應該由社保司說明，因為我滿瞭解這個過程，來協助釐清。理論上 4.5% 就是今年的上限，多出來的 0.2%，實際金額約為 13.6 億元，全部都是 C 型肝炎口服新藥的費用，此為前提，所以我們協商應該是 4.5% 為上限來協商，但這個上限內醫院部門有包含增加 C 型肝炎口服新藥 2.32 億元，在醫院總額約為 2.3 億元，西醫基層總額約減少 0.02 億元，這兩個費用都在 4.5% 上限裡面，所以各部門總額上限都是一樣為 4.5%，建議俟協商出各部門成長率後，這個 13.6 億元 C 型肝炎口服新藥費用再外加，由醫院與西醫基層做必要分配。

二、所以有可能出現一種情形，就是如果醫院總額最後協商是接近 4.5%，或正好是 4.5%，再外加 C 型肝炎口服新藥費用上去，真正最終部核定成長率會超過 4.5%，但是不一定到 4.7%，上限是 4.7%，所以今年比較特別，就是最後真正成長率會有這樣變化，但我建議協商時把這 0.2% 部分拿出來，根本不需要談的，大家還是以上限 4.5% 進行協商。我想我的瞭解是這樣，因為大家發言有點混淆，無助於我們對於協商的共識。

傅主任委員立葉

這樣清楚了嗎？請李委員永振。

李委員永振

謝謝蔡副署長淑鈴的解釋，如果照我獲得的表達，假設所有部門都用到 4.5%，如果又要增加 13.6 億元，就是最後總額成長率會超過 4.5%，是這樣嗎？

蔡副署長淑鈴

李委員永振說的如果，是有前提，假設各部門都用到 4.5%的話。

李委員永振

行政院核定的高、低推估，就是自打嘴巴了。

蔡副署長淑鈴

因為上限 4.7%，是外加的 0.2%，且外加 0.2%部分是純粹在 C 型肝炎口服新藥費用。

李委員永振

一、請看會議資料第 47 頁，三(一)裡面敘述行政院核定 108 年全民健康保險醫療給付費用成長率下限為 2.516%，上限為 4.5%，這是大框架，所以上限不管怎麼變，一定不能超過 4.5%，但是因為 C 型肝炎口服新藥要強化，所以在 4.5%上限範圍內去挪，如果醫院與西醫基層有 C 型肝炎口服新藥費用的需要，這部分可以到 4.7%。

二、請看會議資料第 47 頁本會幕僚用心整理的三(三)1.第 3 行，我們已經有討論過各部門總額成長率不得超過行政院核定的上限值，因為該值為 4.5%，所以行政院核定之後，只是說有但書的話，最大框架還是 4.5%，剩下自己去協商，協商之後有關醫院跟西醫基層 C 型肝炎口服新藥費用成長率可以到 4.7%，這樣才合理啊！

蔡副署長淑鈴

我剛的說法就是這樣啊！

李委員永振

剛剛你的說法是另外 13.6 億元再加進來，這就是干委員文男詢問的

部分，此部分是外加還是內含，我想應該是內含在上限 4.5% 裡面。

傅主任委員立葉

各位委員，我想這樣子...。

李委員永振

我強調 4.5% 是上限，屬於全部額度，已經都框住了，下限為 2.516%，因為我們委員會決議通過不能超過行政院核定範圍的上限值，因此，行政院認為 C 型肝炎口服新藥費用可以多一點，因為會排擠其他的部門總額，說不定牙醫、中醫都用到 4.5%，就會有影響，若醫院、西醫基層不自己承擔，則牙醫、中醫就不同意，這項政策推行下來，政府都不出錢，不是很奇怪嗎？

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

我現在要講為什麼對中醫跟牙醫不公平的地方，因為剛剛蔡副署長淑鈴說上限 4.5% 再外加 0.2%，請看看我們討論事項第 1 案，涉及獎勵議題，如果西醫基層跟醫院上限是 4.7%，則獎勵的基準是 4.5% 還是 4.7%，所以我才說這樣的事對牙醫、中醫是不公平的。

周執行秘書淑婉

有關品保款是以 106 年總額為基準，目前與本案無關連。

傅主任委員立葉

請商委員東福。

商委員東福

- 一、謝謝主席，我若沒說，謝委員武吉又會一直說要社保司回應。
- 二、我先說公務預算支應部分，當然之前我有說明過，因為大家知道 C 型肝炎可以治癒，所以大家這麼努力將健保納入口服新藥，這是非常值得珍惜的，為了病人和健保將來花費，大家都支持。大家一直希望公務預算去做這樣事情，我也講過，公務部門有做出他的努力，因為 C 型肝炎口服新藥效果顯著，健保責無旁貸去做，公務部門是進行預防的部分，謝委員武吉希

望講清楚，我就花一點時間講清楚一點，CDC(疾管署)、國健署是做預防宣導與篩檢，不限於 C 型肝炎，包括其他如 A~E 型肝炎都有監控，民眾宣導部分，也是公務預算在努力。

三、另外還有我們為了長期統籌規劃，設立 C 型肝炎辦公室，大家都希望公務部門越做越多，我們在分工上大概沒什麼問題，民眾預防、宣導、篩檢等部分，政府都有依法在做，在比例上是不是要增加更多，這也是在努力，我們不會為了財務問題，放掉這群人，不去爭取預算，所以多出了大家討論的上限 4.7%，就是那天陳部長時中親自出席國發會提出這樣證據，讓國發會所有委員了解 C 型肝炎口服新藥的重要性及受到感動，林委員至美在現場非常清楚。

四、至於剛剛的上限 4.7%與 4.5%的事情，在過去我們可能設定上限為 5%，總額成長率有人超過 5%，有人沒超過 5%，但平均沒超過 5%就好。但是現在我們健保會自己決定，不是平均不能超過上限就好，而是每一個部門都不能超過上限，但是我們以前發生過，也曾經實踐過大家互相平衡之下，總額不超過上限，因為國發會也希望控制費用，不要增加太多，有關我們的立場，不管內部怎麼紛擾，我們絕對爭取他們給我們比較大的協商空間，否則協商上限就會影響到各位委員協商彈性，我們的立場都一致，希望行政院讓委員可以有更多的協商空間，讓委員充分發揮經驗跟專業。有關本項議題，講白一點，要不要 C 型肝炎口服新藥這件事讓更多人受益，剛才陳委員亮良表示這項費用應該越來越少，然而此費用只能選擇性，有時候非常不合乎邏輯，需要越早期則越有效益，怎能反而不去做？坦白講我們委員都有責任，我這邊就是希望大家決議，有關 C 型肝炎口服新藥費用，在醫院或西醫基層個別的部門是否可以超過上限 4.5%，甚至到上限 4.7%，在這裡請教各位上述如何選擇。以上補充說明。

傅主任委員立葉

我想剛剛商委員東福和蔡副署長淑鈴已經清楚說明...

謝委員武吉

商司長東福沒有回答，我的重點是說，你對得起我們這些委員嗎？你有沒有去在這次 108 年計畫案，寫到 C 型肝炎口服新藥費用應該由公務預算編列？有無寫到這幾個字嗎？我只要聽到這些。

傅主任委員立葉

我現在嘗試做結論，看大家是否可以接受，我們就附帶決議，希望明年的 C 型肝炎口服新藥費用，能夠用公務預算支應或補助，因今年已來不及了，只能依行政院核定內容。請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我要請教司長 2 個問題，在行政院已經核定下限是 2.516%，上限是 4.5% 下，第 1 個問題為是否全部總總額不能超過上限 4.5%？第 2 個問題為是否只有 C 型肝炎口服新藥費用這兩個部門的總額可以超過上限 4.5%？行政院在核定主旨裡面有沒有明確說明？

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

謝謝主委，各位委員大家好。我想從付費者的角度，不希望臺灣健保有 2 代，再繼續產生 3 代，不希望健保破產，需要治療的，我們絕對支持，尤其 C 型肝炎患者，大家都非常關切，我想行政院核定版本上限就是 4.5%，衛福部可以推翻行政院的 4.5% 嗎？他已經公告上限就是 4.5%，接下來是衛福部需要提供相關數據。

傅主任委員立葉

請看會議資料第 49 頁，行政院的函已明確敘述增列額度不得超過 4.7% 之上限，所以該函示已經是上限拉到 4.7%。

陳委員亮良

針對 C 型肝炎口服新藥費用的議題，依吳委員榮達講的，對牙醫、中醫很不公平，牙醫治療牙周病那麼用心作得要死，中醫施做針灸、整復只收 1 種錢，這樣真的很不公平，大家要更公平，不要因為 1 項政府政策，本來需要公務預算支出，跑到健保這邊，大家就爭論不休，我是覺得這個部分要統一。

傅主任委員立葉

請林委員敏華。

林委員敏華

主席，我想跟大家做 1 項說明，今天好像也不是協商會議，剛才蔡副署長淑鈴的說明，及會議資料第 49 頁行政院函也已經寫得很清楚，遊戲規則都定了，因為下個月才協商，建議針對上面爭議的問題，是不是當天協商再來討論，因為我們也不知道協商出來會有成長率多少%，現在講的都是模擬情況下，而且這是 1 個報告案，讓大家都已經瞭解了，真的等到協商再來針對這項議題討論，可以嗎？

傅主任委員立葉

- 一、本案是衛福部交議本會協議訂定 108 年度總額，問題是在於這些框架，屬政策方向，我們是沒辦法去改變。
- 二、我想是不是就這樣，剛剛蔡副署長淑鈴講得很清楚，4 個總額部門都是以成長率上限 4.5% 作為協商原則，但因陳部長時中的努力爭取，故行政院同意增列 C 型肝炎口服新藥的費用，成長率上限可以到 4.7%。且原本醫院及西醫基層總額中，就已經有含 C 型肝炎口服新藥的費用，只是為了加速根治 C 型肝炎，才增編 C 型肝炎口服新藥預算，故成長率增加到 4.7%，所以我們是不是就用這樣的原則。
- 三、其實付費者還是會評估，如果醫院及西醫基層總額的成長率，在 4.5% 的範圍內都沒有 C 型肝炎口服新藥費用，只列在增加的 0.2% 的成長率內，則付費者可能也不會同意。也就是上限 4.5% 需要包括 C 型肝炎口服新藥費用，增加的 0.2% 的成長率是為加強而外加的特殊額度。所以我們是不是可以朝這樣的原則，也就是原則上都以上限 4.5% 去協商，但是醫院及西醫基層總額為了加強 C 型肝炎治療，成長率可以到 4.7%。請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

不好意思，我請教 1 個數學問題，如果這個 4.5% 是上限，到時候協

商結果可能只有 4.3%，由於 C 型肝炎口服新藥費用，最高上限可以到 4.7%，若醫院總額協商結果是 4.3%，中間有 0.4% 空間，這個母數是協商總額，再乘以 0.4%，是不是這些多出來的都給 C 型肝炎口服新藥費用？是這樣計算嗎？應該要先把算法釐清楚。

周執行秘書淑婉

我們是在上限 4.5% 之上再加 0.2%，就是約 13.6 億元，這是行政院給的數字。

傅主任委員立葉

周執行秘書淑婉的意思，是上限 4.5% (健保署預估 C 型肝炎藥費增加 2 億多元) 再加上增加的 0.2% (約 13.6 億元)，約增加 15 億元多。

蔡委員麗娟

可是這個空間...

傅主任委員立葉

協商時，不一定會將增加的額度全給 C 型肝炎口服新藥，付費者還是會綜整考量 C 型肝炎口服新藥費用的額度。

干委員文男

主席，我看這樣，快刀斬亂麻，政策上是政府決定，這個 0.2% 我們就不去理會，由政府去處理，去年也有類似情形，談得那麼多，還沒 9 月協商，他們心裡就要這樣，這樣到時候怎麼談，會沒得談，上限就是 4.5%，政策上的問題由政府來解決，不然每個人解讀都不一樣。

傅主任委員立葉

那這樣子好了，最大共識就是原則上每個部門都是以 4.5% 作為成長率上限來協商，但是大家也都知道，如果在 C 型肝炎口服新藥部分有要加強的話，也許可以上調到 4.7% 的空間。

干委員文男

我們不要再講了，現在不談這個，政策上由政府來解決。如果這樣的話，第 1 個要抗議的，是中醫和西醫為什麼有差別待遇，這樣跟去年一樣，由上面決定下來，我們連協商的機會都沒有。

傅主任委員立葉

好，我了解，付費者的意思是以上限 4.5%去協商。請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我剛才請教司長，司長為什麼不敢答覆？

商委員東福

是司長還是署長？有無捲舌。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

是司長(與會者笑)，因為國發會拿出來的數據，我們工業總會去跟他要，他都不敢給我們，所以現在對國發會產生的數據存疑，所以希望司長給我答覆。工業總會要正式發文給國發會，讓他把研究報告正式書面給我們。

商委員東福

因為剛剛在講，我聽成署長，是司長喔！我確定一下我的問題。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

因為我沒有讀書，所以發音不標準。

商委員東福

一、我們嘉義人的國語本來就是這樣。這個上限議題，我剛剛說其實行政院沒有要求各部門不能超過上限，因為對國發會來說，整個增加的錢需要控制，其實是我們健保會自己在這邊有 1 個規範，每個部門都不能超過上限，所以針對這件事情，共識不是上限 4.5%，而是 C 型肝炎患者這群人要盡量得到治癒的機會，不是喊需達到什麼條件，如肝硬化才能治療，應該回到要做的事，越早發現就要介入越早治療，這件事情是我們的共識。

二、所以我希望，是不是可以綜合來說，大家都用上限 4.5%討論總額，我們針對 C 型肝炎口服新藥費用增加 0.2%的錢，醫院、西醫基層部門用這個錢就醫治多少人，若大家同意，我們就不要讓他們超過 4.7%。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

主席。

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)

我要弄清楚，如果總總額成長率不超過 4.5%，但是只有 C 型肝炎口服新藥費用，醫院、西醫基層這兩個部門可以超過 4.7%，這樣內涵就不一樣了，這樣表示中醫、牙醫都要相對減少 0.2%。我今天要弄清楚的就是，如果整體總額成長率上限 4.5%不變，那兩個部門因為 C 型肝炎口服新藥費用可以到 4.7%，其他部門就要低於 4.5%，所以才會有其他委員表示不公平，這點要弄得很清楚。

傅主任委員立葉

付費者委員的共識，係每個總額部門成長率上限都是 4.5%，至於外加部分，就交給上層決定，且委員也都知道衛福部 C 型肝炎口服新藥的政策，其他部分則視協商時的狀態，就看提出來的預算內容，能不能說服付費者。因為 4.5%是上限，不是所有總額部門的成長率都要到 4.5%，可能有些是 4.3%、4.2%等，其中零點幾%就含 C 型肝炎口服新藥費用。

干委員文男

- 一、報告主委，這樣的決議不好，這樣就像丟 1 把刀，大家在相殺，連醫界自己也會相殺。
- 二、我想最明確的辦法，我們決定上限 4.5%，我們也同意政府的政策，C 型肝炎口服新藥是我們健保最驕傲，治癒率達 90 幾%，大家都說 C 型肝炎口服新藥治療很好，我的市政府朋友的小孩被治癒，不希望在我們裡面製造隔閡與階層，一律上限 4.5%，我們在協商之後不明講金額，這樣才有得談，我們知道政府 C 型肝炎口服新藥的政策一定要做，但不要牽扯到往後事情。

傅主任委員立葉

我就不指導協商這個事情，原則上就是以每個部門成長率上限 4.5%來做協商。其他部分我就不念了，就照委員意見，好不好。請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、我同意于委員文男的意見，他發言不止 5 次，已經 8 次了，我有在算，螢幕上都沒有紀錄。
- 二、原則上我是覺得我們很重視 C 型肝炎口服新藥，希望在協商過程中，各位委員要對於 C 型肝炎口服新藥的經費予以寬列，原則上我們不希望各部門不公平，本來陳部長時中是立意良善，發文給行政院建議，然後行政院答覆，所以有時候太過關心，像是初期照護一樣，我們立意良善，結果都被亂報。
- 三、原則上很多委員都有共識，會重視 C 型肝炎患者的醫療跟費用，不希望 4 大部門的成長率不同步，這樣對於其他中醫、牙醫真的是不公平，已經先入為主了，我們怎麼談下去！談的結果也不一定會達到 4.7%，照往例 3 點多%就不錯了，要突破 4%機會非常少，這部分不希望爭論不休，這樣弄 1 個框架在那邊，我們付費者代表很難去談。如果硬要過，就根本不用到健保會討論，這是大家的共識。
- 四、C 型肝炎口服新藥部分，我們的但書是重視該項醫療費用，希望主席裁決。

傅主任委員立葉

陳委員亮良已經幫我做了 1 個很好的結論。我們每個部門還是以成長率 4.5% 為上限來做協商，同時我們也支持為加速根治國人 C 型肝炎，108 年增列 C 型肝炎口服新藥費用的政策，這樣好不好。請李委員永振。

李委員永振

剛才主席結論，大家應該可以接受，有關最後協商總額結果不能超過 4.5%，這是法遵議題，如果到最後又外加導致超過 4.5% 的話，這樣會卡到健保會的法遵問題，我們在要求人家落實法遵，結果我們自己法遵有問題，這樣子不好啦！

傅主任委員立葉

其實我相信總成長率不會到 4.5%。

李委員永振

但是你要把結論落下來，這樣幕僚才可以作業。

傅主任委員立葉

結論是我們支持衛福部對 C 型肝炎口服新藥的政策，但委員認為為了公平起見，每個部門總額成長率上限不得超過 4.5%，依此原則協商，至於 C 型肝炎口服新藥由衛福部決定，其他則依衛福部交議內容辦理。委員若無其他意見，接著進行討論事項第一案。

肆、討論事項第一案「106 年全民健康保險各部門總額評核結果獎勵
額度案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

各位委員好，因為下午兩點還有總額協商會前會，以下簡要說明討論事項第 1 案：

- 一、請委員參閱會議資料第 67 頁，根據本會通過的評核作業方式規定，評核「良」級以上的部門，酌給品保款獎勵，並俟行政院核定總額範圍，確定總額協商空間後，討論品保款獎勵額度。本案需決定 4 個部門的品保款額度。
- 二、會議資料第 67 頁之「獎勵等級別計算方式」表，主要呈現歷年的歷史資料，107 年以前品保款放在一般服務，以前一年度一般服務預算為計算基礎，「優」級者乘以 0.3%、「良」級者乘以 0.1% 成長率為獎勵額度。自 107 年起品保款改為專款，「優」級者也是以前一年度一般服務預算乘以 0.3%，「良」級者乘以 0.1%。
- 三、請委員翻到會議資料第 68 頁，今年實際可以協商的空間約為 122 億元，相較於 107 年總額可協商空間約為 158 億元相對緊縮。接下來報告 108 年品保款的擬案：
 - (一)考量本年評核會議係評核「106 年度總額執行成果」，建議以 106 年度一般服務預算作為計算基礎，若此原則確定，則以後每年都以被評核年度一般服務預算作為品保款的計算基礎。
 - (二)為了讓委員對品保款獎勵額度有更多參考資訊，提供近 4 年品保款研析資料，近 4 年品保款佔總額部門一般服務的比率約 0.11%，若以 108 年度高、低推估成長率試算一般服務預算，再乘以 0.11%，則四部門品保款合計約 6.7~6.8 億元。請委員參閱會議資料第 69 頁，近 4 年品保款占可協商空間的比率，介於 3.5~7%之間，亦即協商空間之 3.5~7%是用於品保款。

(三)幕僚提出甲、乙兩案供委員參考。甲案的獎勵成長率同 107 年，「優」級給予 0.3%成長率，「良」級給予 0.1%成長率。乙案則考量今年協商空間有限，將獎勵成長率微幅下調，「優」級成長率 0.24%，「良」級 0.08%，約為甲案的 8 成。若以甲、乙兩案試算品保款金額，甲案四部門合計約 8.7 億元，遠高於過去 4 年品保款額度，若採乙案約 7 億元左右，較接近過去的額度。以上兩案供委員參考。

四、除品保款獎勵額度外，過去委員會議相關的決議如下：

(一)依 108 年協商通則，各部門可視需要由一般服務移列部分預算至品保款合併運用。其次，過去幾年品保款主要用於提升醫療品質，而且是以最近 2 年品保款成長率額度執行。107 年度總額品保款協定事項，也規定原 106 年度一般服務品保款額度，與 107 年合併運用。

(二)有關核發標準，評核委員建議應訂定更具鑑別度的標準，我們也整理 105、106 年各部門核發品保款的占率供委員參考，大多在 7 成以上。

五、經過上述說明，請委員討論 108 年度品保款基礎是否以 106 年一般服務額度為基礎，獎勵成長率「特優」級給予多少百分比，採甲案或乙案？「優」級是給予 0.3%或 0.24%成長率，「良」是給予 0.1%或 0.08%成長率。過去品保款都是以兩年累計金額執行，為利制度穩定，建議 106 年度各部門一般服務品保款與 108 年度合併運用。最後仍建議持續檢討品保款發放條件，以更具鑑別度。

傅主任委員立葉

請問各位委員有無意見，請陳委員亮良。

陳委員亮良

一、對於今年的 106 年各部門總額評核結果，我必須為中醫抱屈，因為整個評核過程我也在現場，為了 1 個數據僵持不下，我覺得評核如果太過於學術化，真的會造成大家只是寫考試卷，沒有實質讓台灣民眾真正感受到醫療的提升。總額評核的目的是

提升醫療品質，讓醫療更加落實，讓台灣人民享受健保制度的好處。

- 二、既然已經是結論，非常恭喜牙醫與西醫基層的認真努力，尤其牙醫是醫界的模範生，確實讓社會大眾非常肯定。因為要看牙醫，在雲林光是掛號就要 1 個多月，好的醫生更是如此，年輕醫生也沒辦法下鄉，牙醫如果得到特優也不為過。
- 三、有關中醫的部分，我一直強調，點值確實偏低，這也牽扯到總額評核的結果和成長率。我特別要強調，臺灣第一屆中、西、牙醫三大部門整合的醫療學術論壇，在我們雲林舉辦，而且是中醫主辦。中醫的醫療是我們華人國粹，連美國五角大廈也認同中醫醫療的醫術及固本，有數據而且有研究認證，所以對各部門的考核，希望明年有進步的空間。

傅主任委員立葉

請問委員還有沒有其他意見？沒有的話，陳委員亮良的意見就參考。請李委員永振。

李委員永振

- 一、會議資料第 70 頁，有關核發標準需具有鑑別度，評核委員的建議是滿先進的，105、106 年各部門品保款核發家數及占比顯示，去年討論時就覺得核發比率都很高，這是品質的獎勵，不是在分錢，所以應該還有改善空間。
- 二、對甲、乙兩案提供 2 個數字供各位參考，今年健保會同仁很努力，除深入分析，還提供可協商金額的比率讓我們參考。請參閱會議資料第 69 頁表 2，104~107 年品保款占可協商金額比率為 3.53~7%，各年度都有起伏，我算了一下，4 年度平均是 4.78%。
- 三、請委員再參閱會議資料第 69 頁最下面的表，若以同樣標準，甲案占可協商金額的比例達 7.2%，乙案則是 5.76%，比最近 4 年的 4.78% 還高。另請參閱第 68 頁表 1，品保款占一般服務預算的百分比，從 0.106% 一直增加到 107 年的 0.110%，這 4 年的平均是 0.1087%，四捨五入後就是幕僚整理的 0.11%。如果

以此為標準來看甲、乙兩案，甲案是0.14%，乙案是0.112%，對照107年的0.110%也是增加，提供這二個角度給委員參考，決定採甲案或乙案。我個人比較贊成乙案，乙案最大的缺點就是百分比較去年降低，但是若從客觀的數據分析，乙案會比較合理。

傅主任委員立葉

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、首先感謝今年學者專家和評核委員對西醫基層的鼓勵，我記憶中，過去的七、八年裡，今年西醫基層第一次拿到優，在此向所有的學者專家、評核委員及在場鼓勵西醫基層的付費者代表，致上最大的謝意。其次，我也要向其他3個總額部門致歉，因為西醫基層拿到優，造成品保款占率增加，所以大家的獎勵金要全部打折。我不知道健保會幕僚的邏輯是什麼，如果照健保會幕僚邏輯，建議下次評核我們是不是都拿良或可就好，這樣品保款占率就會大幅下降，可能可以要求良的成長率到0.2%。另實際可協商金額，108年比105、106年高，但為何今年會有乙案的討論，就是因為我們拿到優，所以我們要回去檢討一下。
- 二、另外要請付費者代表放心，以我目前可靠的資訊來源，署版的協商建議方案，離可協商空間還有非常大的距離，即使今天給較多的品保款獎勵金，也不會影響協商空間，相信最後若達成共識，離可用空間還是有很大距離，這點要請付費者放心，可協商空間其實還滿高的。當然我要再次向健保會幕僚致意，幕僚的邏輯讓我重新思考，雙方對於品質項目的認知不太一樣。

傅主任委員立葉

我想黃委員啟嘉應該是比較贊成甲案。接下來請謝委員尚廷，再請干委員文男。

謝委員尚廷

- 一、上禮拜牙醫實施總額剛好滿20週年，謝謝很多相關單位的長

官及健保會的委員們，大家一起來關心牙醫總額 20 週年。桌上的 USB 是我們送給各位委員，裡面也包含牙醫這 20 年來為民眾口腔服務所做努力的成果報告。

- 二、剛才大家對於 108 年成長率上限是 4.5%或 4.7%討論很久，其實我還滿羨慕，因為健保署建議方案，牙醫總額 108 年成長率只有 1.8%，距離 4.5%還很遙遠，所以我們一點也不在意，但很羨慕大家爭論那差距 0.2%。
- 三、那天在 20 週年時有好幾位健保委員也來為我們加油打氣，其中有位委員提到，牙醫每年評核都是模範生，好像大家常講，但是看歷史記錄，總額成長都是敬陪末座，牙醫就是很不會談判。我們回去想，每年都拿優等，但談判比較弱，需要檢討。剛剛進來看到討論案第一案，黃委員啟嘉就不斷向我們道歉，說因為他們評核拿優，害我們獎勵金要被打 8 折。
- 四、其實提升品質或對品質的要求，是所有委員和健保署長官一直非常重視和堅持。去年我剛到健保會，就有一個案子通過，原本品保款是納入基期，去年提案不要納入基期，今年又說要打折，這樣對品保款的鼓勵，好像和原本的用意背道而馳，懇請各位委員支持對品質比較好的方向，我個人當然比較支持甲案。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

- 一、對本案的擬案沒有意見，但希望就明年品保款的計算方式提出看法。對於剛才的討論，好像先射箭再畫靶，還是先畫靶再射箭，我有這個委屈。站在健保會委員的立場，理應支持健保會幕僚的擬案，有什麼苦衷及看法，他們是憂國憂民，比我們還累，做得好或不好都會被罵，健保會委員也罵，醫界也罵，所以是動輒得咎，擬不擬方案都不容易。我去年也講過，如果品保款都以總額成長率來計算，醫院總額維持「良」就好，因為其他 3 個總額部門品保款加起來累積幾年還不及醫院部門的額度。

- 二、中醫部門比較可憐，要幾 10 年才能累積到一樣的額度，能否想辦法解決，如果沒有，請周執行秘書說明相關的規劃，不然我也有點疑問。去年討論品保款就提過，今年又再重複提出，希望能設法解決，都是做相同的工作。今年西醫基層評核結果為優，去年是沒有，但是以前所做的評核，醫院部門沒有受託，是由健保署進行報告，106 年由醫院協會接受醫院總額的專業事務委託，因此今年由醫院協會報告。今年在評核會有針對健保署執行成果評論及意見交流的時段，但沒看到評核委員對健保署的評核結果，不知道是優、良或可，健保署做的再認真也被罵，沒認真做也被罵，不如都不要做，但這樣對全民健保不是好事，因為執行面是健保署在執行。
- 三、我有關注李署長伯璋的臉書，這幾個月看他全省跑透透，推動分級醫療政策，有人支持，但也有人不支持。改革一定會有陣痛，現在是否先請健保會的周執行秘書說明提案的精神及理想，雖然剛才幕僚已經有說明，但可能有新的委員還不清楚。

周執行秘書淑婉

- 一、謝謝干委員文男，剛剛開會之前他就有跟我說，會請我說明。其實我們就是做好幕僚的工作，幕僚僅彙整過去針對品保款的討論及委員關切的方向，進行資料研析，像之前委員曾經提過品保款金額若一直增加這樣是好還是不好，因此幕僚整理過去歷史資料，並沒有任何的建議，就是請委員對甲、乙案進行討論。
- 二、我也清楚，若四總額部門品保款占一般服務預算占比固定為 0.11%，以後得到「良」級就可以分配到很多預算，但若委員不健忘的話，前 2 年討論品保款時，很多委員就希望要有固定額度，因此幕僚也是在衡酌過往委員討論的意見後，希望藉由數據呈現，讓委員們討論時更清楚，至於怎麼決定，我相信委員的智慧，幕僚只能呈現科學數據，最後還是由委員討論決定。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、主席、各位委員大家好，本案第 2 次發言。我覺得各部門的品保款金額因各總額部門計算基礎(一般服務預算)不一，所以建議獎勵成長率還是同 107 年。我看中醫部門的品保款確實少的可憐，牙醫部門做得那麼好也是少得可憐，真的是為他們抱屈。
- 二、我的意見與謝委員尚廷一樣，建議採取甲案，會議時間有限，希望本案趕快處理。

傅主任委員立葉

- 一、委員所提訂定品保款占協商金額比率上限，還有其他附帶條件等意見，列為明年訂定評核作業辦法時考量。但今年是否就在甲、乙兩案中做決定，我相信影響沒有那麼大，因為都包含在協商空間裡，現在先多拿，之後協商空間就會少一點。
- 二、先請蔡委員登順，再請吳委員國治。

蔡委員登順

- 一、品質保證保留款是用來鼓勵品質做得好的院所，每家西、中或牙醫診所得到的金額並不大，但是鼓勵的作用是很大，我很支持這個政策。
- 二、剛才謝委員尚廷有提到，過去品保款成長率是列為總額一般服務預算協商項目，總額部門獲得品保款獎勵後，下年度預算就滾入基期，在 107 年將品保款改列至專款項目，我覺得好像鼓勵一半，因為若預算滾入基期，則總額預算會變大，每年隨著非協商因素一起成長，無形中加速成長，既然現在品保款沒有滾入基期，我不支持獎勵額度降低，支持甲案。

傅主任委員立葉

請吳委員國治。

吳委員國治

- 一、首先我要感謝大家，西醫基層部門基本上也是非常努力，第 1 次拿到「優」級，在此請教健保會幕僚，不清楚這 6、7 年來，有關品保款獎勵案，是否每次都有甲、乙案？我剛剛檢視資料，

好像不是如此。

- 二、提案理由是說今年協商空間有限，但會議資料第 69 頁上，108 年有約 121.81 億元，107 年約 158.45 億元，106 年約 109.6 億元，105 年約 86.24 億元，並未因品保款預算，可協商空間就下降，這理由好像有點牽強；另外是占協商比例部分，剛剛委員也有提到，我覺得這是西醫基層之過，因為今年拿到「優」級，我們要跟其他總額部門抱歉，就算拿「良」級或「優」級也都要打折扣，這樣我實在於心不忍。
- 三、我也要建議醫院部門，以後不能拼品質，因為醫院部門一旦拿到「優」級就完了，這樣推論下去，我認為不是一個好現象。蔡委員登順也提到，這樣的獎勵只獎勵了一半，我們用比較持平、謙卑的講法，品保款已經移列到專款，已合理減少，若真的要打折扣，就好像 1 個很用功的學生從 70 分拿到 90 分，但去年是拿鋼筆的獎勵，今年卻變成原子筆，好像沒有實質的獎勵，我拜託各位委員支持甲案。

傅主任委員立葉

抱歉，現在時間應該要開始進行 108 年度總額協商計畫(草案)會前會的座談，僅能開放最後 1 個發言，請周委員麗芳。

周委員麗芳

- 一、主席我就長話短說，因為今年的評核結果出來了，在結果出來之後，才提出甲、乙兩案，我個人覺得，應該事先訂好獎勵規定，才不會讓得到獎項的人覺得是給他負面的壓力。
- 二、衡酌今年狀況，建請維持甲案。

傅主任委員立葉

請葉委員宗義。

葉委員宗義

我支持甲案，但我覺得現在大醫院分到的品保款較多，小醫院分到的獎勵較少，這部分如何平衡，請在未來執行時考量。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

我原則上支持甲案，但我也要提醒，無論是醫院、中醫、牙醫或是西醫基層，做好本來就是應該的，至於後續品保款獎勵要怎麼制度化，我贊成可以再整體檢討，才不會讓醫界委員有所詬病。

傅主任委員立葉

我也同意，請吳委員榮達。

吳委員榮達

今年我傾向維持甲案。但我建議健保會能在明年評核之前，建立一個遊戲規則出來，包括計算基礎、對各部門做統一考量等，在規則訂定後，明年就按照規則來執行。

傅主任委員立葉

吳委員榮達講的很有道理，這部分我想大家都有共識，請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

2 點說明如下：

- 一、首先，補充健保會幕僚的說明，依我的印象，過往曾有想在評核前提出獎勵標準的確認；但委員認為可在評核結束後再討論，也就是等評核作業完成之後再來談獎勵額度。為何今日討論會變成請幕僚在評核前先確定獎勵標準？在年度評核作業方式中，保留有後續彈性異動的可能。這部分先幫幕僚澄清，並非幕僚未事先訂定，而是按作業方式在評核之後討論獎勵額度，這是第 1 點。
- 二、其次，品保款不滾入基期，我覺得是應該的，因為本案的獎勵性質是 1 年 1 次性。若滾入基期，會出現矛盾的現象，一次獎勵終生獎勵金，還帶成長率；而且日後萬一總額部門執行狀況不佳，不僅以前品保款的獎勵額度存在總額中，還存在因之前年度品保款的獎勵額度帶來的總額成長，這是概念上的問題。品保款的獎勵總金額未來還是需要討論的，跟主席剛才所提一樣，不可能一直增加，這會影響未來總額協商。剛才有委員以過去數據指出今年協商空間並沒有比較困難，過去亦出現比 108

年可協商空間(約 121 億元)低的情況；但這並沒有考慮到母數，前幾年健保總額只有 5,000、6,000 億元，而 108 年預估將達 7,000 億元，因此不宜直接跨年比較。

周執行秘書淑婉

- 一、年度評核作業方式係經過委員會討論後確定，該評核作業中提及有關獎勵額度部分，因為年初時不清楚有多少協商空間，所以需俟行政院核定 108 年總額範圍，確定協商空間後，在委員會議討論獎勵額度，並非幕僚延遲，而是按照評核作業方式進行。若委員認為未來應在評核前事先討論決定獎勵額度，則明年度在訂定評核作業方式時可再研究如何做調整，幕僚會按照相關規定辦理。
- 二、去年討論品保款時也是提出 2 案，因為總是要讓委員在討論時能有基本的憑據與選擇，今天幕僚只是善盡職責呈現數據，甲、乙案還是請委員做討論，幕僚沒有任何預設立場。

傅主任委員立葉

- 一、隨著制度的發展，有時就會發現有新的問題需要處理，也許以前覺得制度可以這樣長久執行下去，但因為品保款成長會壓縮到協商空間，幕僚想的比較長遠，包括：品保款占可協商金額比率是不是要在一定範圍內及過往歷史資料呈現等等，所以才會有今天議案的內容，也是提醒我們需注意到這些問題。
- 二、我想大部分委員都有共識、認為今年我們採甲案...

趙委員銘圓

主席，我在黃委員偉堯之前有發言，螢幕上的資料沒有顯示。

傅主任委員立葉

- 一、好，請幕僚補上趙委員銘圓的發言登記。
- 二、今年我也覺得西醫基層部門第一次拿到「優」級，本會就突然改變獎勵成長率，變成沒有鼓勵作用，而且很多委員支持甲案，本案就採取甲案，餘如幕僚所擬。
- 三、請幕僚將委員所提建議及考慮的問題，列入下一年度規劃評核作業的參考，如：品保款要不要設一個比率的上限、採哪一年

度的一般服務預算為基礎、不滾入基期等，這些都是制度執行後發現有新的問題要處理，持續改進的過程。本案就討論到這裡，請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

我剛才的發言若對健保會同仁造成感情上傷害，在此向你們致歉，你們的努力我們是看的到。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、大家共識就是甲案，我是覺得非常感動，因為今年會得到「優」級的部門，背後辛苦的一面要肯定，尤其牙醫在做特殊的醫療，照顧特殊病患的牙齒健康，背負沉重儀器至偏遠地區提供服務，確實讓人感動。
- 二、另外，西醫基層部分提出 2 個非常特別的分析，1 個是精神科，另外 1 個是婦產科，這顯現台灣目前的社會壓力，大家可能就是薪資沒有漲，生活壓力沈重，各種壓力接踵而來，因此精神科的醫生非常賺錢，所以說也凸顯社會另外一個壓力。台灣也面臨少子化，所以婦產科也面臨業績萎縮，如何轉型、改變，這個專案報告讓我非常感動，評核會討論這 2 個部門時，我都有在現場提出我的看法，再次恭喜，也再次肯定，希望未來可以再更上層樓，得到「特優」級。民眾總是殷切期待醫療服務，付費者也很甘願來提供醫界必要的預算成長，我們要馬兒跑也要馬兒吃草，付費者也希望提供適度經費讓醫療提供者提供更完善服務及醫療品質。再次恭喜這兩大部門。
- 三、中醫未來是一匹黑馬，我們希望中醫可以迎頭趕上，我個人是非常肯定中醫，我生病能好真的都是看中醫。對於評核作業，我希望明年的評核會更公平、更完善，明年我可能會提議評核委員要換新人，不要每年都重複，希望有新的評核委員來做評核，每年都不一樣，做起來的評核績效應該會更加完善。我不希望委員一直重複，每年都固定，我覺得這樣會有先入為主的

觀念，在這邊拜託各位付費者委員特別注意，我不希望評核委員都固定那幾位，會先入為主，對特定部門產生偏見，希望有新的委員，每年都不一樣，評核出來的結果大家都心服口服，也可以讓台灣健保的品質更加進步，以上說明。

傅主任委員立葉

- 一、謝謝陳委員亮良的意見，我們會納入參考，本案討論到此。
- 二、因為時間關係，討論事項第 2 案保留到下次討論。

干委員文男

主席，因為討論事項第 2 案其實也沒得討論，我看這個案子不會成啦，建議提案委員自行撤案。

傅主任委員立葉

討論事項第二案若要撤案，也是下一次會議再撤案。

干委員文男

但現在會議還沒有結束呀！5 分鐘之內就可以解決。

傅主任委員立葉

- 一、現在離會議結束時間只剩下 5 分鐘，幕僚需要處理換場的庶務，就不再進行討論。
- 二、兩個報告案部分，第 1 個報告案是全民健保署業務執行報告，依例不做口頭報告，請大家參考書面資料，如果有問題或意見請在會後 3 天內用書面或口述提供給幕僚轉知健保署。第 2 個報告案因為時間因素留到下一次報告。

干委員文男

討論事項第 2 案呢？

黃委員啟嘉

干委員文男似乎對討論事項第 2 案有些誤解，是否可以先報告一下內容？

傅主任委員立葉

- 一、本次會議進行到此，不再進行討論。討論事項第 2 案就保留到下次，委員間若需要交換意見，請私下進行溝通。(會後提案委員同意撤案)

二、現在休息 10 分鐘後，預計 2 點半開始進行 108 年度總額協商計畫(草案)會前會。

林委員惠芳書面意見

針對報告事項二有關指示用藥不予給付部分，本席建議不應全面取消，如要取消的項目，是否有辦法先解決健保給付時的藥價跟自付時藥價之間的差距過大的問題，以避免民眾選擇不買藥不吃藥，讓症狀受到影響的狀況發生。

有關健保會請健保署針對 107 年 7 月份(107 年 7 月 27 日)委員會議報告事項第一案「106 年度醫院及西醫基層總額、107 年度各部門總額醫療服務成本指數改變率所增加預算用於調整支付標準之執行情形」林委員敏華發言實錄(議事錄 P.54)提供相關書面資料，健保署說明如下：

委員意見摘要	健保署說明
<p>林委員敏華(議事錄 P.54)</p> <p>主席，我想請教健保署會議資料第 71 頁，投影片第 7 張，106 年支付標準調整項目執行情形-重症 60 億，其中重症特定診療調升治療處置、檢驗檢查點數，我瞭解基本上，重症部分大家可以接受調升住院、急診、麻醉等，這些加成我都可以理解，但是檢驗檢查部分，跟這些重症所涉項目差異似乎頗大，這部分是否可以做個解釋，謝謝。</p>	<p>106 年重症 60 億元之調整項目，係由專科醫學會提出，並經諮詢專家會議討論後訂定，亦依程序經「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」討論通過後報部核定，公告自 106 年 10 月 1 日起實施。經調整之檢查項目共 13 項如下：</p> <ol style="list-style-type: none">1. 調升點數：KOH 顯微鏡檢查、胎兒/臍帶或孕期子宮動脈杜卜勒超音波、骨盆腔血流檢查、無壓迫性試驗、催產素挑釁試驗(胎盤功能試驗)、超音波導引(為組織切片，抽吸、注射等)、高危險妊娠胎兒生理評估、肋膜腔鏡檢查合併切片、胸腔穿刺、心包穿刺、骨髓穿刺併骨髓切片。2. 新增項目：陰道式超音波。3. 放寬適應症：免疫組織化學染色(每一抗體)。