

衛生福利部全民健康保險會
第3屆107年第9次委員會議事錄

中華民國 107 年 10 月 26 日

衛生福利部全民健康保險會第3屆107年第9次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國107年10月26日下午14時

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

台灣乾癬協會柯理事長怡謀(代理)

古委員博仁

中華民國藥師公會全國聯合會曾秘書長中龍(代理)

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

國家發展委員會人力發展處蔡專員宜縉(代理)

林委員至美

林委員敏華

中華民國身心障礙聯盟滕秘書長西華(代理)

林委員惠芳

林委員錫維

翁委員文能

商委員東福

張委員文龍

張委員清田

中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠(代理)

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

臺灣菸酒公司工會全國聯合會王處長曉玲(代理)

趙委員銘圓

劉委員志棟

蔡委員登順

蔡委員麗娟
盧委員瑞芬
謝委員尚廷
謝委員武吉
羅委員莉婷

肆、列席人員：

本部社會保險司
中央健康保險署

本會

陳專門委員淑華
李署長伯璋 蔡副署長淑鈴(代理)
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

伍、主席：傅主任委員立葉

紀錄：馬文娟、曾幼筑

陸、主席致詞(略)

柒、議程確認

決定：確定。

捌、請參閱並確認上(第8)次委員會議紀錄

決定：

- 一、請大家為 10 月 21 日普悠瑪出軌意外事件的亡者默哀一分鐘。
- 二、會議紀錄拾、討論事項「108 年度牙醫門診、西醫基層、中醫門診、醫院醫療給付費用總額及其他預算協商案」之決議二、108 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配(三)1(1)③，及決議四、108 年度醫院醫療給付費用總額及其分配(三)1(2)④之附帶建議，文字由「中央健康保險署之新藥預算推估公式，...反映新藥之合理成長」，修正為「中央健康保險署之新醫療

科技預算推估公式，...反映其合理成長」。

三、餘確認。

附帶建議：

本會協定之 108 年度醫療給付費用總額及其分配，已包含 C 型肝炎口服新藥費用，若政策上有增加該項經費之需要，建議由公務預算支應；未來如有類似匡列更多相關預算需求之情形，應納入總額協商整體考量，不宜以外加方式增列預算。

玖、上(第8)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、歷次委員會議擬解除追蹤項次 2「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」改列「繼續追蹤」；請中央健康保險署依委員意見，具體補充完整的節流措施成效。其餘擬解除追蹤案(共 4 案)，同意依照幕僚之擬議，解除追蹤。
- 二、肯定本會幕僚彙整分析委員關切重要議題，並將相關資訊置於衛生福利部網頁，供社會大眾參考，請委員向所屬團體成員多加宣導，以利各界看見委員的辛勞及工作成果。
- 三、委員其他意見，請中央健康保險署及本會幕僚參考辦理，餘洽悉。

拾、108年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率報告案

決定：

- 一、本會協定之 108 年度總額成長率及預估金額，確認如下表。

項目	牙醫門診總額	中醫門診總額	西醫基層總額	醫院總額	其他預算 (註3)	年度總額 成長率	年度總額 預估值 (註2)
總成長率 ^{註1} (金額)	3.192% (450.2 億元)	4.128% (259.2 億元)	3.830% (1,392.2 億元)	4.200% (4,910.0 億元)	128.2 億元	3.989%	約 7,139.8 億元
較 107 年度 核定總額成 長率 ^{註1} (金額)	3.433% (450.2 億元)	4.429% (259.2 億元)	4.067% (1,392.2 億元)	4.428% (4,910.0 億元)	128.2 億元	4.217%	

- 註：1.計算「總成長率」所採基期費用為校正投保人口預估成長率差值及加回 107 年度總額違反特約及管理辦法之扣款；計算「較 107 年度核定總額成長率」所採基期費用為 107 年度核定總額。
- 2.年度及各部門總額之金額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。
- 3.其他預算較 107 年度增加 0.4 億元。

二、本次委員會議確認之「108 年度牙醫門診、西醫基層、中醫門診、醫院醫療給付費用總額及其他預算協商案」協定結果，將報請衛生福利部核定；另，委員對C型肝炎口服新藥費用之附帶建議，併送衛生福利部參考。

拾壹、中央健康保險署「107 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告」(併「107 年 8 月份全民健康保險業務執行報告」)

決定：

- 一、請社會保險司就有關高雄市欠費還款期限之適法性提供說明。
- 二、委員所提意見請社會保險司及中央健康保險署參考。
另，針對委員所詢事項，請中央健康保險署就尚需補充說明部分，提供書面資料。

拾貳、討論事項

因時間因素，本次會議未及進行之討論事項、報告事項及臨時提案，均保留至下次委員會議。請委員先行參閱書面資料，若有相關問題或意見請於會前提供，

由幕僚整理並預作準備，俾利加快下次會議進行效率。

第一案

提案單位：本會第三組

案由：108 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：108 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

第三案

提案單位：本會第三組

案由：108 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

拾參、報告事項

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。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

拾肆、臨時提案(提案資料詳附件)

提案人：謝委員武吉、曾代理委員中龍(古委員博仁代理人)

連署人：張委員澤芸、謝委員尚廷、陳委員旺全、黃委員啟

嘉、吳委員國治、翁委員文能、李委員偉強、林委員錫維、陳委員亮良、張委員文龍、李委員育家、葉委員宗義、吳委員榮達、張委員清田、滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)、劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

代表類別：保險醫事服務提供者

案由：

- 1.針對台鐵重大事故(普悠瑪)所造成重大傷害之醫療支出，請健保署統計，並於下次會議做一初步報告，並討論是否向台鐵追償。
- 2.由於德國麻疹現擴大流行，其費用應屬疾病管制署提供費用(公務)，為保護健保資源不流用至其他應付款單位，敬請本會於下次會議提供其所付費用。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

拾伍、散會：下午 17 時 28 分。

全民健康保險會提案單

提案日期：107年10月26日

提案者	古博仁(曾中龍代理) 莊亞志
委員代表類別	醫療服務提供者
提案屬性 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 一般提案 <input checked="" type="checkbox"/> 臨時提案 <input type="checkbox"/> 修正案 <input type="checkbox"/> 復議案
案由	1. 針對台鐵重大事故(普悠瑪)所造成重大傷害之醫療支出, 請健保署統計, 並於下次會議做一初步報告, 並討論是否向台鐵追償。
說明	<p>> 由於德國麻疹流行規模大流行, 其費用應屬 EDC 提供費用(公務), 為保護健保資源不流用至其他應付款單位, 故請本會於下次會議提供其所付費用。</p> <hr/> <p>1) 普悠瑪事件 18 死約 90 人, 其到院前之急救及其他醫療費用, 未知, 請健保署於下次(11月份)提供資料</p> <p>2) 德國麻疹擴大流行, 其費用極少, 請健保署提供費用資料</p>
擬辦	<p>1-1 滾案代位求償。</p> <p>1-2 公務机关之应付費用應有滾案自行負擔之責任及義務。</p>

<p>內容與本會任務符合情況 (請勾選)</p>	<p>全民健康保險會法定任務：</p> <p><input type="checkbox"/> 保險費率之審議事項(第 5、24 條)。</p> <p><input type="checkbox"/> 保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配事項(第 5、61 條)。</p> <p><input type="checkbox"/> 保險給付範圍之審議事項(第 5、26、51 條)。</p> <p><input type="checkbox"/> 保險政策、法規之研究及諮詢事項(第 5 條)。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 其他有關保險業務之監理事項(第 5 條)。</p> <p><input type="checkbox"/> 其他全民健康保險法所定由本會辦理事項(第 45、72、73、74 條)。</p> <p>註：()內為健保法條次。</p>
<p>連署或附議人 (臨時提案、 復議案填入)</p>	<p>張清堂、謝尚進、邱登貴、黃正志</p>

吳國治、李國強、陳西華、林錫維
 陳景波、鍾錫培
 張文龍、李晉豪
 李辛邦、王榮生
 張清堂

第 3 屆 107 年 第 9 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 8)次委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

請各位委員就座，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、各單位的幕僚同仁，大家好！請大家就座，好像第一次在下午開會，跟大家說午安，我們開始今天的委員會議。

周執行秘書淑婉

- 一、主任委員，各位委員，大家午安！在確認議程之前，有兩件事情先向各位委員報告，因今天的委員會議後，將接續舉辦部長與委員的業務座談會，乃將今天的委員會議延至下午召開，造成各位委員不便，幕僚先致歉。
- 二、第二件事情是依據本會會議規範規定，健保署署長為法定列席人員，但是因為我們今天的會議是臨時從早上改到下午，署長因有要公不克出席，本次委員會議請假，由蔡副署長淑鈴代理，來函影本放在各位委員桌上。
- 三、今天議程安排，計有優先報告項目 2 案，第 1 案係依年度工作計畫排定，也是延續上個月完成的 108 年度總額協定結果，所提的「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率報告案」，第 2 案為健保署「107 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告」(併「107 年 8 月份全民健康保險業務執行報告」)，這次將進行口頭報告。
- 四、討論事項有 3 案，皆係依照年度工作計畫排定，即 108 年度總額協定後各部門總額地區預算的分配，本次分別有醫院總額、中醫門診總額及牙醫門診總額等 3 個總額部門提出其地區預算分配之建議案。報告事項 1 案，係上次委員會議保留案件，以上是這次議程的安排。

傅主任委員立葉

請問各位委員對於議程有沒有意見？(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沒有意見？沒有，我們就確認。進行下一案。請滕代理委員西華。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、不好意思，我其實幾乎沒有對會議紀錄有意見過，但是因為這次的內容與總額協商結論有關，我要對會議紀錄及健保會 9 月 28 日的新聞稿其中一段，做協商原則的確認，不是會議紀錄的確認，因為會議紀錄並沒有提到，但在新聞稿裡面，有提到行政院核定的總額成長率範圍 2.516%~4.5%，但是後面還有括弧，可以外加 0.2%，約 13.7 億元的 C 肝口服新藥費用，故上限可以到 4.7%。
- 二、非常謝謝大家共同的合作，這次的總額協商，我們好不容易全數達成共識，總成長率為 4.217%。大家都在場，我們可以回想一下，協商當時，我們並未處理 C 肝新藥費用可以額外增加的 13.7 億元，為什麼我要講這件事情，因其對總額協商非常的重要。第 1 點，總額協商的原則，是除非出現多案併陳部長裁示，如果達成共識，共識的版本通常都是部長裁示的那個版本。第 2 點，我們從來沒有允許總額協商後可再外掛成長率，也就是說歷年來的總額協商，從來沒有允許在行政院核定的上限之外，可以由部長或任何人再外加金額，今年是第 1 次，據聞是部長去向國發會爭取到 0.2% 成長率(增加 13.7 億元)的 C 肝新藥費用。
- 三、那我們要講第 1 年編列 C 肝新藥費用的時候，為了不墊高醫院與西醫基層總額的成長率，健保署本來是想編在其他預算，因為付費者代表都反對，才把它從其他預算移回醫院與西醫基層總額，所以這兩年也都繼續這樣編列。明年的 C 肝新藥費

用已經達到 54 億元，顯然陳部長時中覺得 54 億元的 C 肝新藥費用不夠，他要另外爭取其他費用來挹注，但是又不想得罪醫界、亦不想墊高醫界之成長率，因為行政院核定的是 4.5%，擔心我們協商的時候會超出，所以部長額外去爭取一個私房錢，但這個比例的外加比當年要放在其他預算項下更糟糕。

- 四、如果協商後，結果都已確立，卻還可以再外加成長率，那我們就不用協商了！第 1 個，因其會影響到精算模型，我今天在精算的時候，因為行政院核定的 4.5% 是虛的、假的嘛！若再加 0.2%，成長率就變成 4.7%。例如協商結果是 4.2%，若再加上陳部長爭取 0.2%，就變成 4.4%，但精算模型就不是這樣。
- 五、第 2 個，如果我今天同意陳部長時中跟國發會要到了外掛，此例一開，以後的部長可以再額外要 30 億元、50 億元，全部都外掛，那我們協商什麼？精算模型還要精算什麼？現在他有 13.7 億元的私房錢，之後可能就會有 20 億元，以後健保署不用編公務預算，行政費用都額外加就好了，其他預算為了因應政策改變(調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費)而編的 8.22 億元，也變得沒有意義，因為部長永遠可以有私房錢去外加，那這是我們的總額協商原則嗎？
- 六、在行政院核定的總額成長率範圍裡面，部長當然有權力可以裁定他要哪一種版本，可是我們這麼多專家學者研究、精算總額模型這麼久，我們可以允許有一筆錢不在成長率之內，也不在協商之內，部長愛怎麼用就怎麼用嗎？這原則要討論，這跟我們送出去的版本，是否同意部長可以外加那 13.7 億元的 C 肝新藥費用有關，請大家討論，謝謝！

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

- 一、各位委員大家午安，滕代理委員西華提出的問題，在 8 月時我

很關心，記得那時我是第一個發言的，當時討論到高推估是 4.5% 或是 4.7%，經過討論之後，為了部門之間的公平性，我們得出一個共識，即是各部門總額的成長率上限都是 4.5%。我們在這個原則下進行協商，且每個總額部門都達成共識。

二、看到新聞稿時，我也請教過周執行秘書淑婉，C 肝新藥費用要外掛的事，當時我沒有想那麼多，我想說我們協商完很高興，還省下了 19 億元。那我就請教周執行秘書淑婉，問部長要用 19 億元、還是原來討論的 13.7 億元，亦或是醫院跟西醫基層的上限 4.5% 到頂，粗算了一下，大概是 11 億元多，畢竟執秘不是部長也無法給予答覆，但是後來我聽到其他委員提到各總額部門都已經達成共識，那部長只有蓋章，為什麼還要外加？當時我就質疑，如果部長爭取到公務預算，OK，公務預算就拿來嘛！但你沒有公務預算，那我們協商了半天，121 億元省下 19 億元，大概是達成 103 億元左右嘛！

三、部長若可如此裁示，大筆一揮就是 13.7 億元，約佔可協商金額 122 億元的 11.2%，這樣合理嗎？這是健保全民所繳的錢啊！當時我們為了討論醫院 3 億、幾億，牙醫幾億，還有第 2 次重啟協商，這樣幹嘛呢？如果照滕代理委員西華講的，未來更有力量的部長，可以爭取到 50 億元，那我們協商空間 100 多億元，就占一半以上了！那是大家的錢，不是公務預算，這哪是爭取，簡直是慷百姓之慨！這樣也可以嗎？

傅主任委員立葉

還有其他委員有意見嗎？先請劉代理委員碧珠，再請干委員文男。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

現在就上次會議紀錄確認的部分，和剛剛議題不太一樣，針對醫院部門協商紀錄，及會議資料第 40 頁表 4，協定項目表內新醫療科技新增診療项目的部分，協定事項說明列了 3 點，但卻沒有將協商時的附帶建議，即對於藥品新藥是不是有超出預算，要反應合理成長的部分，並無放在協定項目表內，在此請求將附帶建議納入。

傅主任委員立葉

這個部分有委員記得嗎？當時是有在協定事項內，對嗎？

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

不是，當時是說因為不在協定事項內，所以放在會議紀錄，因此會議紀錄有，這裡沒有的原因。

傅主任委員立葉

是在附帶建議內，不列在協定事項。干委員文男要讓謝委員武吉先說嗎？好，請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、非常謝謝干委員文男，剛才劉代理委員碧珠所講的附帶建議這個問題，我向各位報告一下，在 102 年到 106 年總共 5 年之間，我們健保總額的總成長率是總共 95 億多元，但是到目前我們新藥及新特材費用已經用了約 200 億元，結果是超出總額給我們的費用，超出了 119 億元。在會議資料第 40 頁的地方，又增加了一個，前面有附帶建議，後面又有說會議資料第 40 頁的地方，如果沒有怎麼樣的話，要核扣我們的費用。
- 二、所以大家看到最後都能夠看到，醫院的總額為什麼到現在都還沒有辦法，現在是已經到 0.90 多，已經降到這個程度，難道還要繼續再降下去嗎？希望大家是在共同生活圈裡面，能夠給醫界一個生存空間，也不要說受傷太嚴重的狀況下，其實醫界已經是先斷頭斷了很多，最後我們只是一個這個建議，就是說附帶的建議，這個能夠考量在我們協定的事項裡面，也要有一個備註欄裡面，那加以說明。

傅主任委員立葉

這個問題先處理，請問附帶建議通常在何處呈現？(有人回應：在會議紀錄)在會議紀錄內，也會有一定的效用，是否當時協定結果沒有列在協定事項內，現在等於...。

吳委員榮達

不在協定事項內。

傅主任委員立葉

- 一、不在協定事項內，但應是各位委員有共識才會做成附帶建議。請大家參考這樣的建議，可以嗎？因我們的慣例，附帶建議不在協定事項內就不列進去。
- 二、另外，剛剛滕代理委員西華及李委員永振都談了此問題，這是上次會議紀錄中沒有特別載明的部分，但是在討論時，有口頭說支持陳部長時中的政策，也說既然是陳部長爭取來的，我記得上次共識是說由陳部長的政策決定，交給衛福部政策決定，我們是不是就照這樣？如果覺得這個方式有不妥的地方，我們做成建議給部內參考，請衛福部明年不要再有此作法，好嗎？我們好不容易協商成功，不要再去推翻。請干委員文男。

干委員文男

- 一、各位委員及與會同仁，這個問題在協商之前，就已將 13.7 億元處理，主席曾特別強調這個部分，講到大家印象深刻。另外滕代理委員西華及李委員永振所說的協商邏輯沒有錯，不能說原來核定多少再外加。但有一個例外，就我所知從以前到現在，協商以往都沒有 100% 成功，都一定有疏漏，沒有成功，再讓陳部長時中有裁示的空間。這次感謝醫界的配合，特別在這次預算內，大家都很務實，也特別感謝翁委員文能，在協商會議中，他很務實，我們也很務實的編預算，讓他不會協商困難，這次協商成功也是例外。
- 二、現在問題是陳部長爭取的 13.7 億元，就我所知是陳副總統建仁對國外媒體發表，我們要消滅 C 肝，所以要有政策性的指導。現在變成有兩個縫隙，到底要陳部長做什麼，我建議既然協商已經成功，就照協商結果，陳部長也說要爭取公務預算，如果公務預算沒有，再向各位委員報告。用在消費者、被保險人的身上，大家也不會太反對，因為牽涉的層面很廣，也沒想到今年協商成功反而會讓陳部長頭痛，就請陳部長能夠編在公務預算。

傅主任委員立葉

這部分我覺得委員說的很有道理，包括滕代理委員西華及剛剛幾位委員。現在都是要針對此議題發言嗎？有多位委員舉手，我先做一個建議，雖然這只是紀錄的確認，但是也關係重大。我們是否可以依照原來的協商結果，附帶建議擬外加的 C 肝新藥費用 13.7 億元，應優先考量由公務預算支應，如果以後要用健保總額的經費，應於預算編列時一併考量，不要用外加的方式，是未來啦！不是今年，這樣會不會比較好。今年給一點彈性去推動政策，也表示大家對政策的支持，各位委員的建議請衛福部參考。

千委員文男

這一次我們就讓陳部長時中好做人啦！下不為例啦！部長及委員都不會做一輩子啦！

傅主任委員立葉

先請吳委員榮達，再請林委員錫維、蔡委員麗娟、陳委員亮良。

吳委員榮達

- 一、我反對主席的建議，當初在醫院部門內，不管哪個部門(可能與牙醫、中醫較沒關係)，沒有另外對 C 肝的部分做預算說明，如果今天有對 C 肝做外加說明的話，外加還有其道理存在。協商結論的整個金額包括 C 肝在內都應涵蓋在裡面，所以我們認為協商的預算結論應該涵蓋 C 肝的費用，如果有外加在 4.7% 協商範圍之內，我的理解應該是這樣才對，所以那個外加的部分，我是反對，這是第一點。
- 二、第二點，剛才謝委員武吉提到會議資料第 40 頁，新醫療科技之協定事項第 3 點部分，「新增項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度」我們了解謝委員關切的部分，但因為這是協定事項，會議紀錄確定後，應無法再更改，需等下個年度協商時再做溝通。謝委員建議的部分，目前沒有辦法接受。

傅主任委員立葉

感謝吳委員榮達，包括第二個意見的補充說明。我剛剛說法和吳委

員的意見是一致，不衝突的，並沒有要在總額上再外加這個部分，如果還要再加這 10 幾億元，希望可以用公務預算支付，所以應該和吳委員的意見不衝突，請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、協商和非協商之間，本來就有相關的非協商，C 肝 13.7 億元要外加，應該是非協商的部分，你們自己做決定，應該就放在裡面。既然已經協商了，協商說沒有到 4.5%，只有 4.24%，一定要加到 4.5%，這根本不需要經過健保會，健保會就不需要這個功能，要加到 4.5% 不就還有空間，再談就要增加費率了，此資料已經公告各工會了，你現在還要這裡加那裡加，要如何增加費率及費用？
- 二、現在我們在做的事情，根本就是本末倒置，一直變來變去，我非常不認同陳部長時中這樣的處理方式，假如今天他已經答應醫界，這對被保險人是好事，我們是沒有意見，但是應該用公務預算，不應用健保醫療費用來支應此部分。

傅主任委員立葉

我也這樣認為，是不是就確認協商結果，並於會議紀錄增加附帶建議，C 肝新藥費用已經包含在我們所協定的總額裡面，若需要再更多預算，應該考慮由公務預算支應，不要影響協商結果，未來如需匡列更多費用時，應該要納入總額協商整體考量。先請蔡委員麗娟，再請陳委員亮良、李委員永振。

蔡委員麗娟

關於劉代理委員碧珠所提新醫療科技協定事項內的文字敘述，其實當天在總額協商時，有一個附帶建議，是說健保署的新藥預算推估公式，應考量預算超支處理是否反應新藥之合理成長。當天附帶建議的文字是放在協定事項的欄位中，因為當天是這樣呈現，是不是依照當天呈現方式。因為將附帶建議，列在表格內，具有提醒及參考的功能，如果只列入會議紀錄，因很少人會去注意附帶建議的文字，而附帶建議是希望能夠提醒並參酌此意見，所以是否能維持以

附帶建議方式呈現在協定事項表格中。

傅主任委員立葉

為免等下又有委員提附帶建議的部分，此是否可以當成健保會的決議事項來追蹤，協定事項的概念就像是法案內的正式條文，正式條文後面會有附帶說明。這部分是有差別，協定和建議，附帶建議沒有牽涉到具體的金額，或是具體的應辦事項，只有提醒參考的作用，同時讓委員明瞭協定結果的背後，應該注意的事項。附帶建議還是有其效用，我們就不要破壞，因為協定是文件的性質，我覺得不太一樣，而且這是大家的共識，也是一種決議，應該按照這樣的決議共識去做。先請陳委員亮良，再請李委員永振、葉委員宗義。

陳委員亮良

- 一、首先我要很慎重嚴肅的，身為台灣人民，感受到花東災難不斷，不僅是上一波的地震，及這次普悠瑪列車造成 18 位死亡、180 幾位受傷，第一時間不只是救災的警消人員，我們非常肯定醫療及護理人員，於第一時間啟動緊急醫療的辛苦，沒夜沒日，為了這次災害投入龐大的人力。我想這不是用金錢或經費可以衡量，這是以愛台灣、身為台灣人民的角度來看待這次的災難，所以本人建議各位委員及與會人士共同默哀一下，大家為了健保經費也都非常用心。
- 二、就我參與健保會以來，感受到這次的協商，大家非常有共識的，為台灣健保永續發展在打拼及用心，不管是醫療提供者或付費者，比如這次中醫部門成長率 4.429%、西醫基層成長率 4.067%、醫院部門成長率 4.428%、牙醫部門成長率 3.433%及透析成長率 3.1%。就我所了解，這是 10 幾年來，在健保會協商事項有達成五大部門 100%的協定，這是非常不簡單，也是大家用心的結果，付費者在內部協商會議過程中，衝擊非常大，在協商中為了看緊人民荷包，尤其在健保的部分，原本省下 19 億元也很不容易，相當於台灣人民每人節省 100 元支出，雖然是小錢，但這也代表是健保會醫療提供者，或是付費

者的角度。

三、剛剛一些委員也提出了看法，包括謝委員武吉、滕代理委員西華、李委員永振等等，都有提出關於會議紀錄的部分，我覺得協定事項在此有爭議的話，建議另外再提一個專案，針對協定事項內容如何做修改。因會議紀錄已經這樣呈現，請醫院部門於下次會議充分說明一下，為何在協定事項內沒有加入這一句話，是不是窒礙難行，或是有困難，是不是另外來提案，針對這個部分，因為離 108 年預算執行還有 2 個月，還有 2 次會議的機會，這是個人淺見。

四、另外，預算要外加的部分，我贊同付費者委員的意見，預算協定已經達成共識，不應該有外掛的現象，這個部分在政府部門很普遍，預算已決定，就依照這樣執行。如果要外掛的話，需編列公務預算，或是有特殊災害、特殊緊急醫療的情形，再來執行，這對台灣健保的制度要推展永續，比較有安全的措施，以上是我的意見。

傅主任委員立葉

請李委員永振、葉委員宗義。

李委員永振

一、我先說明一下，剛才主席的結論內，有要優先如何考量。補充一點，去年 C 肝新藥剛納入時，有列一個條件，需有公務預算，才可以去動支。結果 8 月份在討論時，公務預算還在努力爭取中，但是去年用了，今年也用了，明年還要增加。以過去經驗而言，當時和醫院部門並沒有達成結論的共識，陳部長時中有裁量權，這無可厚非，但還是要追公務預算。今年和西醫基層、醫院都達成共識，為什麼還要外加？

二、剛剛和葉委員宗義討論，如果這樣的話，我做東請客你出錢。剛才主席提到 C 肝的部分，大家都贊成，是贊成公務預算來支應，今年 C 肝已有增加預算，衛福部有辦法的話，就爭取公務預算，最好不是 13.7 億元，137 億元更好，可以加速，這

樣才合理，不然協商最後有結論嗎？好像沒有啊！當然周執行秘書淑婉有考慮到新聞稿中提到 C 肝的部分，但是程序這樣怪怪的，現在國家不是正在轉型正義，結果卻創造一堆不正義，再來轉嗎？這樣不對吧！

傅主任委員立葉

請葉委員宗義。

葉委員宗義

- 一、今天的關鍵在 C 肝的問題，每個人都有每個人的意見，不管對與否，其實最後的裁決權是陳部長時中，他有決定的權力，各位委員要瞭解不能越權。在還沒協商之前，我們也可以做人情給大醫院，將 C 肝的費用給大醫院，陳部長不用另外用這部分費用，就可以給其他預算，說這個費用專門給 C 肝，就很好聽，但不要這樣做，他已經委託我們協商了，如果大醫院協商沒有成功，才可以這樣做，但是已經協商完成了，應該他要聽我們的，不然協商就白做了，講白了是不尊重付費者委員。
- 二、不論是甲案、乙案或丙案，最後都是由陳部長裁決，因為這是政策案，也是協商最後的結果。另外，今天看到滕代理委員西華就和林志玲一樣(眾人笑)，大家都和她握手，這個問題輕鬆一點啦！還有陳委員亮良要選議員，雲林縣地區的委員，請支持他一下。我再特別強調，陳部長有決定的權力，專案就絕對不行，以上是我的建議。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

主席，這個部分已很熱烈的反應，大家各說各話，我希望不要再討論了，按照主席的裁示決定，就確認這個問題，也不需要再另案討論，就按照主席的裁示通過，其他有意見的部分，就不再列了。

傅主任委員立葉

感謝干委員文男，我想針對 C 肝的問題...。請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、會議資料第 19 頁，附帶建議當時在講的時候是這樣，新藥還有新特材、新科技，還有擴大給付範圍，我們是以 5 年來計算，當時我們講的清清楚楚，如果超出我們的預算部分，社保司要怎麼回補，如果支付比預算少的部分，要怎麼樣追扣，超出的部分是要怎麼樣補回來，支付比預算少的時候是要怎麼樣追扣，當時我們講的是 5 年，不是我們現在寫的，應考量預算超支之處理是否能反映新藥之合理範圍，不只是新藥而已，含其他如新特材、新科技、擴大適應症等，我是希望是不是，這給主席一個裁量權、一個建議。
- 二、第 2 點對於陳部長時中那個事情，我今天在高鐵車上很認真在看，好像這裡都沒有 13.7 億元的事情，所以說我們對陳部長時中怎麼樣的作法，我們是給予肯定，但是我們希望也是到此結束，不要再談了。

傅主任委員立葉

- 一、關於這個部分，我一項項說明，先處理 C 肝新藥費用的問題。就如同我剛剛所說，做成附帶建議，就是目前總額協商的結果，協定的內容已經包括 C 肝新藥費用，如果覺得今年 C 肝新藥額度編列不足，需要再外加的部分，希望能夠用公務預算，且希望未來能夠納入總額協考量，不要用外加的方式，這是附帶建議。附帶建議還是有它的效果，也不用像陳委員亮良剛提的意見，因為好不容易已經完成協商，就不要重啟協商，再去考量協定事項，它有它的效果，好不好？
- 二、謝委員武吉剛剛您提的意見，我覺得現在這個文字好像還好，除非您覺得有更好的文字...。

謝委員武吉

這裡只有新藥，我們當時是講新藥、新科技、新特材，還有擴大適應症事項。這給你們自己補，我已經請主席有裁量權了。

傅主任委員立葉

要不然加新科技就好，好不好？

謝委員武吉

還有新特材。

傅主任委員立葉

我覺得這個意思應該就有包含，您用列舉的方式，反而最後會覺得好像漏了什麼，如果我們擴大解釋，它的意涵是比較廣義，反而不需一一列舉，它的意思則包括這些事項。

謝委員武吉

新藥只有一項藥物而已。

傅主任委員立葉

沒有，這裡新藥的意思，也是包括特材。

謝委員武吉

我們中藥有幾百種藥物。

傅主任委員立葉

不然我們將「新藥」改成「新醫療科技預算」，則涵蓋藥物、特材等，文字修正為「新醫療科技」預算推估公式。

謝委員武吉

還有適應症修訂的範圍。

傅主任委員立葉

一、公式當然包括範圍，也不要讓文字太複雜，我們就照這個方式，文字由「新藥」改成「新醫療科技」。

二、最後剛剛陳委員亮良建議為普悠瑪事件的傷亡者來做默哀，尤其是亡者，我們就默哀 1 分鐘。

葉委員宗義

需要站起來嗎？

傅主任委員立葉

不用(眾人默哀)。

貳、「上(第 8)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

同仁宣讀

周執行秘書淑婉

一、請各位委員翻到會議資料第 47 頁，說明一，上次委員會議決議(定)事項計有 2 項，依辦理情形建議解除追蹤 1 項，繼續追蹤 1 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 51 頁，擬解除追蹤共 5 案：

1. 上次委員會議擬解除追蹤項次 1，有關總額協商結果，部分項目之執行目標及預期效益資料尚待補正，請各總額部門於本年 10 月 11 日前提送本會。各總額部門均在期限內提供，並已納入剛剛確認的會議紀錄，建議解除追蹤。

2. 請各位委員翻到會議資料第 52 頁，歷次委員會議擬解除追蹤共 4 案：

(1) 項次 1，加強醫療資源不足地區民眾醫療照護，建議於研議 108 年度總額協商草案時，納入考量，幕僚整理四總額部門於專款項目編列「醫療資源不足地區改善方案」，如書面資料請委員參閱，合計編列有 23 億多元的預算，用於加強醫療資源不足地區民眾的醫療照護，建議解除追蹤。

(2) 項次 2，請健保署提供歷年總額投入相關提升服務效率措施所產生的節流金額，供 108 年度總額協商參考，健保署已提供相關的節流金額與項目，請委員參閱會議資料第 52~53 頁。

(3) 項次 3，依協定通則所訂內涵提報一般服務協商因素項目及專款計畫的相關內容，已於 108 年度協商草案時提出，並完成協商，建議解除追蹤。

(4) 項次 4，有關「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」

的第 2 條第 1 項第 2、第 3 款之附表，9 月 25 日已修正發布，已依委員會建議修正，建議解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤部分，有關 108 年度總額協定事項後續追蹤，本會幕僚將於本年 12 月委員會提出各部門總額協定事項及相關計畫追蹤時程表，通過後請健保署配合辦理。

二、請各位委員翻回會議資料第 47 頁，說明二，本會於 10 月 24 日召開「108 年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議」，會議紀錄刻正辦理中，先整理結論摘要，請各位委員參閱桌上的補充資料第一頁，簡單將結論向各位委員報告。

(一)多數與會諮詢專家之意見，建議 108 年度維持現行費率 4.69%。

(二)健保署平衡費率計算模型及架構所採假設與推估方式尚屬合理，惟仍請參酌下列委員意見，微調「108 年度全民健康保險保險費率方案(草案)」後，送本會 107 年第 10 次委員會會議審議。

- 1.推估保險收入與保險成本所採投保人口成長率推估基準不同，需補充說明理由。
- 2.健保基金投資收益率偏低，宜尋求改善方法。
- 3.各項政策因素預估影響金額的妥適性，如：取消停復保，醫師納入勞基法等，這些政策因素的影響金額，請審慎評估。

(三)對解決整體健保財務收支結構失衡問題之具體建議：

1.收入面

(1)政府應負擔健保總經費法定下限 36%回歸健保法第 2 及第 3 條規定以支出面公式計算的部分。

(2)健保法施行細則第 45 條抵觸母法第 27 條部分應檢討修正。

(3)爭取菸捐分配健保安全準備比率回復為 70%。

2.支出面

(1)為澈底改善收支結構失衡狀況，應及早建立依健保法第 26 條調整保險給付範圍之審議機制，並檢討論量計酬支付制度之合理性。

(2)善用部分負擔作為改變民眾醫療行為，抑制不當醫療利用的有利工具。

(四)健保節流的成效如何反映於健保收支，大家一致希望回歸健保基金或付費者共享。另應檢視歷年總額預算投入政策推動或提升給付效益之各項節流成效，並建立合理反映於總額支出之原則，使節流金額達到最有效率之運用。

(五)「全民健保財務平衡收支連動機制」建議應適度納入整體經濟成長、付費者負擔能力，彈性、漸進式調整費率等意見。

三、請各位委員翻到會議資料第 47 頁，說明三，本會製作之「105 年版全民健康保險會年報」參加本部本年度政府出版品評獎活動，榮獲連續出版品類佳作獎，因其他得獎單位都是署(附屬機關)，像我們這種單位只有本會，這個喜訊與各位委員分享(委員鼓掌)。

四、主委常說我們幕僚愛自己找工作做，說明四，是自找的工作，本會委員會議常有重要議案及委員關切事項，幕僚自本年 6 月起，於每次委員會議後，編製當次委員會議相關議案可與民眾分享或提供委員參閱之資訊，並置於本會網站(路徑：健保會首頁>最新訊息>委員關切重要議題分析)，目前已整理 5 個議題，請各位委員參看幕僚整理的摘要，可拿回去供團體瞭解委員在這裡努力和關切的議題。

五、說明五，108 年度總額協商非常順利，陳部長時中訂於今日下午 6 時 30 分，邀請委員進行業務座談及餐敘，敬請委員踴躍撥冗參加。

六、說明六，衛福部及健保署本年 9 月份發布及副知本會之相關資訊：

(一)衛福部

1.本年 9 月 19 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，這次修正內容比較重要，特地向各位委員簡單說明，未來對於藥價方面，尤其是高貴藥品部分，增訂一些新規定，並作相關修正，幕僚也做重點整理：

(1)為降低昂貴新藥引進對健保之財務衝擊，並增進廠商之財務風險分擔機制，將第 3 章章名由原來的「價量協議」修正為「藥品給付協議」。

(2)藥品給付協議之方式及條件，增訂依療效結果或財務結果為基礎的其他協議。

(3)增訂「其他協議」的期限，以 5 個觀察年為上限，必要時，得重新簽約。

(4)「其他協議」終止條件，增訂廠商或保險人提出終止協議之建議，經藥物擬訂會議同意者。

(5)將原第 45 條的條文調整，原「限量額度」的部分條文移列。

(6)新增共同分攤方案，增訂依療效或財務結果為基礎之其他協議方案，並明定保險人得要求廠商於一定期限內提供藥品使用療效之實證評估資料，以及藥品於給付規定異動時，應重新檢討其支付價格，必要時得重新簽約。這個較複雜，幕僚整理並繪製示意圖，在會議資料第 57 頁，供委員了解共同分攤方案內容。

(7)新增藥品給付協議之返還金額併入各總額醫療費用結算。

(8)調降未於期限內達成價量協議的藥價規定。

2.本年 9 月 19 日修正發布「全民健康保險法施行細則」第 46 條規定，本次修正係參照本會本年第 1 次委員會議決議：

(1)增列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，但不得低於所屬投保身分類目之投保

金額下限規定。(第 1 項第 2 款第 2 目)

(2)第 1 項第 5 款，修正無一定雇主或自營作業而參加職業工會者，於第 2 類第 1 目非以最低投保金額申報者之月平均投保金額成長率累積達 4.5%時，由健保署依規定公告調整最低申報投保金額。用無一定雇主者申報之投保金額的成長當作調整的依據，比較合理。

3.本年 9 月 25 日修正發布「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 2 條附表一、附表二，解除列管時已說明。

(二)會議資料第 50 頁，幕僚整理健保署提供 107 年第 1 季各部門總額每點支付金額摘要表，請委員參閱。

傅主任委員立葉

請問各位委員對於歷次委員會議決議(定)事項及重要業務報告有無意見？依序請吳委員榮達、蔡委員麗娟、李委員永振。

吳委員榮達

一、會議資料第 48 頁，剛剛周執行秘書淑婉唸到「(7)新增藥品給付協議之返還金額併入各總額醫療費用結算」，印象中我們有次委員會議曾討論，當初沒達成共識，並反對返還金額併入各總額醫療費用結算，為何我們已反對，沒達成共識且擱置的結果，還經過公布放在第 44 之 2 條，請健保署說明。

二、會議資料第 53 頁，這裡要解除追蹤，但是協商時也提過，到底節省下來的錢流向如何？上次蔡副署長淑鈴提到就是流到大水庫裡，能夠將點值提高。這是很奇怪的事，在協商時為了節省措施及費用編了一大筆錢，但這些措施健保的支出節省的錢卻又流到裡面，我們每年又在協商時編這麼多預算，這不就等於是到原預算範圍外再把節省下來的錢再外加嗎？

三、我們本來就編這麼大筆費用，在點值裡面討論或做結算，結果省下來的錢又流進去，這不符合協商原則，上次我就提過，這部分我反對解除追蹤，下次我會提案，再做建議，這部分建議不解除追蹤。

傅主任委員立葉

請問吳委員榮達，建議不解除追蹤的事項在第幾頁？

吳委員榮達

會議資料第 52~53 頁。

傅主任委員立葉

會議資料第 52~53 頁，項次 2，等一下請健保署一併回應。請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

- 一、非常感謝幕僚對於共同分攤方案繪製示意圖，我們知道價量協議本來就有，因為有些癌症用藥特別昂貴，所以高費用癌藥的藥品給付通則與藥品給付協議的規劃都定下來，9 月 19 日已修正公布，這個圖也畫的非常明顯。去年編列今年預算時，新藥部分有涵蓋癌症免疫藥物 12.7 億元的預算，現在已接近 10 月底，今年剩下 11 及 12 月，請健保署提供今年新藥預算整個使用狀況，並做說明。
- 二、明年的新藥預算，今年大家都很努力在編，明年這些預算在使用上有沒有規劃？現在藥品給付協議已經有了，在癌症免疫療法給付上是不是因為已有這樣的協議及原則存在，而讓給付可以更加速？今年的癌症免疫藥物到底有沒有希望可以給付？期待藥品給付協議的出現，讓免疫治療藥物給付能夠真正落實。
- 三、關於癌症免疫治療的適應症越來越多，涵蓋各種不同癌症診斷，在有限經費下，對於給付上的優先順序，有怎麼樣的規劃？或優先順序會用怎樣的方式來做規劃的準則？

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

- 一、我有 3 點請教，第 1 點，跟剛剛吳委員榮達提的是同個項次，會議資料第 52 頁項次 2，昨天我想了好久，是否該解除追蹤？如果依健保會幕僚的考量，健保署是有提供資料，但是這

些資料誠如吳委員所提，應強調最後的結果及內容。這裡只看到雲端藥歷藥費平均 1 年才節省 8,500 萬元，指示用藥節省 1.3 億元。我手邊有媒體報導的資料，9 月 23 日大標「CT(Computed Tomography, 電腦斷層掃描)跟 MRI(Magnetic Resonance Imaging, 核磁共振攝影)去年白花 17 億健保」，這大條費用怎不見了？我說過好多次的呼吸器，節省約 40 億元，也不見了，這好幾十億元都不見，然後提個 8,500 萬元與 1.3 億元。

- 二、幕僚真的很為難，若不解除追蹤，健保署有提供資料，但是幕僚沒有權責去審視提供的內容，看了內容差距真的很大，這部分在保險費率審議前意見諮詢會結論也提到，節流措施成效應回歸健保基金後付費者共享。這部分先解除追蹤，再另起事項追蹤，這也是 1 種方式。解除追蹤似乎內容又不完整，建議繼續追蹤，將內容先補充，至於將來節流成效要怎麼運用，應編個期程，看如何去追出結果。
- 三、第 2 點，剛才提到諮詢會的結論二，健保署平衡費率計算模型及架構所採假設與推估方式尚屬合理，但是在三、(一)收入面，第 1 點又提到政府應負擔健保總經費法定下限 36% 回歸健保法第 2 及第 3 條規定以支出面計算。我有參加諮詢會議，有提到這部分。後面收入面有兩點，在執行上解釋有些奇怪，就是在所應該提列的安全準備沒有法遵概念，還有 36% 一直都用收入面推估，這邊又建議用支出面，前面又寫尚屬合理，我們自己的會議結論前後矛盾，要怎樣呈現？整個大架構推估是 OK，在執行面似乎有點奇怪，我提過好幾次，執行面又不是小數目，不要說健保法施行細則第 45 條，就說 36% 這部分，從 105~108 年依健保署的概估是 542 億元，這不是小數目，我們自己做的結論也要思考一下。
- 四、第 3 點，會議資料第 48 頁，為降低昂貴新藥引進對健保財務衝擊，並增進廠商之財務風險分擔機制，媒體在 9 月 22 日也有報導，將這個情況加以說明給消費者知道，不過上次請教過

健保署，當時說明是新藥、新科技等，都是經過一段期間穩定才會引進，若是這樣，目前所說的好像跟解釋有點衝突，既然穩定至一個程度，為什麼要叫人家分擔這個部分？是要讓全民健保消費者當白老鼠？應該不是。我不瞭解健保署的解釋，既然已穩定才引進，這邊又分擔風險，好像真的有發生這件事，請健保署說明。

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、對於剛剛所提到的 MEA(Managed Entry Agreements，藥品給付管理合約)部分，真的很感謝，我們參加很多相關的會議，慢慢了解這個體系，健保署能將 MEA 的架構、方式研議出來，對病友是個福氣，可以解決用藥的問題，剛剛蔡委員麗娟提到這部分的成果，其實這些高貴用藥我們一直認為是病患需要，卻又衝擊健保財務，這部分要怎麼解決？很欣慰經過各位委員和健保署努力，我們看到與國際接軌 MEA 的方式，希望未來可以看到更多精進的方式。
- 二、剛剛有兩個事情，我先前沒有機會表達這些想法，回到剛剛 C 肝部分，我認為 C 肝部分有些應由公務預算支應，我曾想過 1 個假設，假設 3 個新藥同時可以解決以前大家沒解決的問題，這 3 個新藥要怎麼匡列足夠預算去做？所以這樣多少勢必會有些壓縮。但是我知道這是衛福部及健保署很重要及遠大目標，能夠讓 C 肝問題徹底解決，若能做到，會是全球很大的進步指標。
- 三、我剛從聯合國西太地區的聯合國大會回來，看到全球在西太地區 30 幾個國家衛生部長對 13 個 SDGs(Sustainable Development Goal，全球永續發展目標)之發言討論真的是廣泛涵蓋了許多永續發展的議題，包括有關空污、環保、外傷、防疫、偏遠醫療等等都有做長遠規劃和合作框架，這些合作框架

也包括近來新倡議的「以國家為中心」來做為全球衛生政策的核心部分，這些發展需要我們國家去注意，因為我們現在的確是要依著世界趨勢：「以病人為中心」，也「以社區為中心」做為發展脈絡，但是如果我國要做永續發展、造福全民、與國際接軌，甚至將健保成效其中的優良部分能讓全球仿效，一定需要有更積極及進步的作為，這是我個人憂心的部分。

四、回到另外一個，剛剛說到附帶建議與協定事項，簡單提到一點，因為主席一直很困擾，當時我們也很困擾，因為討論事情的規則不太明確，這會造成各方面都有很辛苦的部分，不小心表達有所誤解就會得罪了好朋友，這是我們非常不願樂見的事。所以目前聽起來協定事項是指應該要做，也就是 must，但附帶決議似乎就是可做可不做，即 may or may not，大家都明白，將來這部分若能寫清楚，對大家會比較有幫助，那時其實有些爭議，在外場看到的螢幕就是這樣，當時幕僚作業真的很辛苦，我們可以理解這樣的狀況，這是將來可以精進會議的方式。

五、最後，關於普悠瑪事件衝擊以致許多人外傷的事情我很有感，我舅舅最近也是因為車禍外傷過世，當時比對不出他的身份，所以在外傷急救部分，我想建議能不能研擬應對方法快速比對身分，如同這次普悠瑪事件或未來突發意外事件，救人如救火，儘快比對出傷者身份，以更快速施救，這是我的想法，以上分享。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

一、有關會議資料第 47 頁說明三，首先恭喜健保會幕僚，確實很優秀，在周執行秘書淑婉的領導之下，「105 年版全民健康保險會年報」榮獲佳作獎項，我們也期待 106 年能更上一層樓。

二、會議資料第 49 頁，我們非常關切修正發布的「全民健康保險

法施行細則」，不只彰顯台灣現在的勞動情形，也是各位委員、衛福部和相關單位的用心，這是一種社會互助。修正每月工資不固定的受僱者投保金額計算方式，包括臨時工或是彈性工時，以及在職業工會的自營作業者，當平均投保金額成長率累積達 4.5% 時，由保險人公告調整最低申報投保金額，自次年 1 月或 7 月等級調高一級。勞工代表在健保會的主張，為勞動階層的朋友做一些努力，法令都有適度回應、修正，非常不錯。

三、本席也很關切會議資料第 50 頁所列點值，我發現 107 年第 1 季各部門的點值在台北都是偏低的，偏低現象代表該區可能形成醫療蛋黃區，最近花東有地震、普悠瑪事件，東區確實有待加強，雖然點值高，但從數據來看，部分醫療從業人員偏向在都會工作而不願意到偏鄉，請健保會委員對偏鄉醫療資源不足的情形多花些心力。以雲林縣來講，人口老化是全國倒數第 2，不只人口老化，醫師、護理人員也老化，年輕人不願意到偏遠地區工作，請各位委員用心思考，也請健保會及健保署強化推動政策，我想會比推動 C 肝或疱疹用藥更讓人民有感。醫療政策要長遠、廣大，不要只聚焦在疱疹或 C 肝用藥，偏鄉醫療資源不足需要大家努力的，最近很多高雄年輕人找不到工作，很多社區醫院經營困難，請健保署多用點心，醫療普及是憲法保障台灣人民的基本權益。

傅主任委員立葉

還有其他委員有意見嗎？請葉委員宗義。

葉委員宗義

一、我和王委員雅馨、張委員清田及劉委員志棟是「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」的代表，昨天才開會，照理開會完應該來報告，因為是本會派出去的。昨天是蔡副署長淑鈴主持會議，會有 3、4 次請專家學者表達意見，我記得非常清楚，專家學者也講得非常誠懇，所以我希望

不要讓本會的專家學者空坐，應該讓他們多表達意見，在座委員不一定是專家，一定要多聽聽他們的建議，這是我們幾個人共同的心聲。

二、醫院跟我一樣都是生意人，昨天會中講了許多事情，我也提出一個疑問，所謂大病看大醫院、小病看小醫院，兩者怎麼認定？另外，大醫院會合併小醫院，因為大醫院做大醫院的事情，小醫院做小醫院的事情，大醫院想要全包，就會跟地方醫院、小醫院連鎖，而這會產生問題。財團法人或社團法人醫院牽涉到繳稅問題，如果有的醫院有繳稅、有的醫院沒有繳稅，產生有繳稅與無繳稅的問題，公平正義何在？既然財團法人或社團法人醫院可以免稅，而現在台灣又有很多土地公廟，如果他們成立委員會也是可以開診所。這是大醫院看大病、小醫院看小病，未來可能會產生的後遺症，我只是講出來讓大家瞭解，請大家深思此問題。

三、我還是非常支持 C 肝政策，C 型肝炎問題真的是非常嚴重，若是沒有解決，健保經費會發生很大問題，如能根治 C 肝，每年可以省下很多錢，也就是前面先支出，而不是後面耗用很多醫療費用，過去我就非常支持。一位 C 肝病人治療 20 年，20 年會花多少錢？這個問題大家可想而知，後遺症會有多大，以上是我的看法。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

有個問題想要釐清，剛才有委員提到，協定事項是一定要做，附帶決議則是可做可不做，這點應該要確認一下，否則被要求的對象或幕僚在追蹤時都會產生疑義，我個人認為，附帶決議也是一定要做，附帶建議才是可做可不做，這樣的看法不知道對不對，或者是附帶決議也是可做可不做？為了讓被要求的對象或幕僚有依循準則，應該釐清。

傅主任委員立葉

我先回應李委員永振，原本想在總結時再說明，附帶決議也是大家的共識，不能可做可不做，也是要做的，而且會納入追蹤，既然會納入追蹤就表示一定要做，如果可不做，要怎麼追蹤呢？在此強調，附帶決議也是需要做的事情，只是與協定事項性質不太一樣，不會放在協定事項...

周執行秘書淑婉

總額協定結果所提的是附帶建議。

傅主任委員立葉

抱歉，應該是附帶建議，附帶建議還是會納入追蹤，因此還是要做，只是性質與協定事項不同，附帶建議並不是可做可不做，還是有其拘束力。

周執行秘書淑婉

補充說明，幕僚還是會追蹤附帶建議，只是僅追蹤進度，而協定事項則是會追蹤其結果，兩者程度有所不同。

傅主任委員立葉

協定應該是有必需完成的事項，建議則是希望朝某方向執行，但是無法追蹤完成結果，因為沒有辦法確定，只能要求執行方向。請柯代理委員怡謀。

柯代理委員怡謀(王委員雅馨代理人)

這長久以往及未來都會是一個問題，既然現階段已是關鍵點，我建議大家群策群力想個定義，或是請幕僚研擬確切定義，何謂附帶建議，需要執行到什麼程度、追蹤到什麼程度？如果是協定事項，其範圍為何？解決操作型定義問題，讓大家有依循的準則，使未來的協商更平順，大家也能據此提出所需預算，避免日後一直產生爭議。

傅主任委員立葉

我們再研擬如何界定兩者定義，讓大家更清楚其性質差異，目前我的看法是，協定事項是有清楚的目標，必須要完成的，而附帶建議

是要努力推動的事項及方向，但沒有具體的追蹤項目。既然大家覺得兩者概念易混淆，我們會努力研究，日後界定得更清楚。先請健保署回應委員所詢事項。

戴組長雪詠

一、先回應多數委員關切的問題，請翻閱會議資料第 48 頁，9 月 19 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，除了修訂價量協議外，還引進療效結果或財務結果為基礎的藥品給付協議方式。

(一)目前台灣落後先進國家的協商議價方式至少 3、4 年，大家可以在報紙上面看到 MEA(Managed Entry Agreements, 藥品給付管理合約)，未來藥費協商不只是砍藥價，應該是整體的費用加上廠商返還的費用，就有限的費用，發揮最大的效益，買更多的藥、治療更多的病人。除價量協商的手段之外，還有依照療效、財務等結果的還款，如打折或贈藥。

(二)或許委員可能會問，有主管機關核發的藥證，藥品療效應該有獲得保障，為什麼會有依療效或臨床風險等給付協議？最近幾年，某些癌症或難治的重症，各國藥證發證主管機關只有一個想法，即如何在能夠掌控藥效證據下，儘快讓產品上市，不管是自費或是保險支付，讓病人可以儘快取得。因此，選取療效指標時就會用替代指標，尤其在癌症方面，可能無法等到臨床試驗結束，因而沒辦法取得整體存活率情形，就會使用替代指標，如腫瘤縮小程度或惡化的存活期，這些藥在沒有進行完整的第三期臨床試驗下就上市了，故而上市後需要進一步驗證療效，即所謂的風險指標。

(三)未來藥費的協商方式不只是價量協議而已，療效結果或財務結果的協議方式已經是我們的必要工具。加總廠商返還的款項後，就是買藥的真正費用，當初將修正草案送至

「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」時引起廣泛的討論，因購買藥品費用會加總計算，應該是回到各部門總額比較恰當，加上醫療費用與藥費包在一起，實際藥費沒那麼多，加回去後才是真正藥費的支出，最後依照藥物共擬會議建議修訂，並進行預告程序，於 9 月 19 日發布實施。

(四)多元的藥費協商工具會盡快用於 C 肝用藥，我們希望能夠有全基因型的用藥，讓所有 C 肝病人都能夠使用，以及幾位委員提到的 IO(Immuno-Oncology Therapy，癌症免疫療法)藥品協商，藉由多元協商議價方式，用最少的健保預算購買到最多的適應症，治療更多的病人。

二、病友代表非常關切 IO，107 年協定新藥預算時，IO 只是其中一部份，並未指定給 IO 12.2 億元的預算，預計到 12 月時會用掉 9 成的新藥預算，剩下約 2 億元，目前已經給付約 1.6 億元治療黑色素瘤病人，108 年新藥預算 19.4 億元，也會適當切割一些預算用於 IO。從全球數據來看，IO 對於後期癌症病人是一線希望，目前臨床效果約有五分之一，但不知道有較好效果的病人在哪，不確定性很高，我們會儘快與廠商協商。在有限的額度內治療最多的病人，是我們目前的策略。

三、我們會陸續呈現健保醫療資訊雲端查詢系統的效益，除了醫師主動查詢之外，還有一項配套措施，9 月份已在院所全面推動建置跨院重複開立醫囑主動提示功能 API(Application Programming Interface，應用程式介面)，當醫師開藥或開檢查時，會跳出視窗主動提示醫師，病人最近 3 個月、6 個月執行過的檢查，或其他院所開立過同樣的藥品，剩下幾天藥等訊息，再加上核扣措施，希望雲端查詢系統可以發揮更多效能，節省金額比現在每年 8,500 萬元更多。

蔡副署長淑鈴

一、有關吳委員榮達關心的新增藥品給付協議之返還金額併入各總

額醫療費用結算，會議資料第 48 頁是多元藥價協商方案，無論採用什麼條件，依療效、財務結果或病人有無死亡等來共同分攤，最後的結果都反映在單價，也因為反映在單價，所以返還金額就應該回到總額，觀念可能不是很好理解，會後我再向吳委員榮達詳細說明。

- 二、癌症免疫療法納入給付我們正積極進行中，因為用到的工具很多，加上藥的不確定性很高，希望有限的經費讓最多的病人使用，這是我們近期非常重要的工作項目，目前還在協商單價尚無法定案。
- 三、李委員永振關心節流成效，呈現重複用藥核扣多少費用是一種成效，另一種成效是因使用工具而預防性減少重複用藥，這就不會用核扣金額來反映。未來呈現節流成效時，應該可以看另一個面向，如費用成長率有沒有變小，而不是只看核扣費用，因為我們不斷強調健保醫療資訊雲端查詢系統，醫師也知道要去使用，儘量避免重複，醫師行為也會有所改變，因而減少重複用藥也是節流的成效。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、吳委員榮達所提問題，蔡副署長淑鈴剛也有回應，108 年我們在網路頻寬補助費用總共投入 5.35 億元，牙醫是 1.36 億元，中醫是 0.74 億元，醫院 1.14 億元、西醫基層 2.11 億元，依過去資料推估，平均每年節省 8,500 萬元，這些錢如果回到基期，我認為有點不合理，因為是核刪下來的。蔡副署長講得很清楚，因為有工具做預防性措施，違法的事情就會比較少，這是使用工具的成效，花這麼多錢，卻仍有些部門達到核刪的標準，我建議錢要扣回來。
- 二、我認同吳委員榮達所提，既然投資那麼多錢，就要得到相對的效益，不然一直投錢是沒有意義的，同樣的道理，分級醫療也

花了很多錢，希望以後真的有成效，才有推動分級醫療的意義。

蔡副署長淑鈴

回應蔡委員登順，會議資料第 48 頁的藥品給付協議返還金額與第 53 頁的雲端查詢系統節流成效是不同的 2 件事，不能混為一談。

傅主任委員立葉

- 一、參考各位委員意見，會議資料第 52 頁項次 2 還是繼續追蹤，如果吳委員榮達有新的提案，待新的追蹤事項取代後再解除追蹤。
- 二、有關會議補充資料第 1 頁「108 年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議結論」，其中三、(一)1.政府應負擔健保總經費法定下限 36% 回歸健保法第 2 及第 3 條規定以支出面公式計算，修正為「回歸健保法精神，予以檢討」，因為當天開會李委員永振意思是從收入面或支出面要再討論，因此稍做文字修正。
- 三、另外，我說周執行秘書淑婉很會找事情做，這是讚美的意思，因為公務員不推託還找事情做，很值得肯定。幕僚已經把委員關心的重要議題資訊放到網站上，向民眾分享，請委員有空也可以幫我們向各個團體的成員宣傳，讓大家知道各位委員的辛勞以及成果。
- 四、委員意見就請健保署及健保會幕僚參考，其餘部分洽悉。接著進行下一案「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率報告案」。

參、「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率報告案」與會
人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

- 一、衛福部今年 8 月 10 日交議本會協議訂定 108 年度醫療給付費用總額及其分配，本會已在行政院核定的總額範圍內完成協定，本案是向委員報告整體總額的協定結果，確認後會依法將協定結果報請衛福部核定。
- 二、請委員參閱會議資料第 59 頁表格，協定結果已在委員會議開始時完成確認，依據相關公式計算，整體 108 年度協定總額成長率預估金額為 7,139.8 億元，總成長率為 3.989%，如與行政院核定的總額範圍比較，較 107 年度核定總額成長率為 4.217%，符合成長率上限 4.5% 範圍。
- 三、相關協定結果詳會議紀錄，不再贅述，協定結果將報請衛福部核定。因總額之協定尚包含地區預算分配，為爭取時效，擬先將總額協定結果報部核定，一般服務費用之地區預算分配，則待協定完成後另案陳報，部核定後再一併辦理公告，以上報告。

傅主任委員立葉

請問委員有沒有意見？請滕代理委員西華。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

剛剛確定上次會議紀錄，提到 C 型肝炎 13.7 億元部分，希望報部核定時，也請將其附帶建議併同陳報。

傅主任委員立葉

好的，附帶建議部分，與剛才大家關心的附帶建議是一樣的，會併同陳報。還有沒有其他意見？委員若無其他意見，接著進行「中央健康保險署『107 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告』(併『107 年 8 月份全民健康保險業務執行報告』)」。

肆、「中央健康保險署『107 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告』
(併『107 年 8 月份全民健康保險業務執行報告』)」與會人員發
言實錄

蔡副署長淑鈴報告：略。

傅主任委員立葉

感謝蔡副署長的報告，請問委員有沒有意見？先請滕代理委員西
華，再請干委員文男、吳委員榮達。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

3 點請教，看業務執行季報告的表格比較快，就以表格來說明：

一、第 61 頁門住診藥費點數統計，剛蔡副署長淑鈴提到各種抑制
藥品浪費措施頗有成效，但依據統計資料顯示，105~107 年門
住診之平均每件藥費點數都呈現上漲，戴組長雪詠剛也提到
IO(癌症免疫療法)的部分，近年非常熱絡的討論，挑戰也很
大，未來能否進一步深入分析平均每件藥費點數上漲的原因為
何，究竟是疾病嚴重度所貢獻，或昂貴藥物費用貢獻，深入分
析資料具有意義的。

二、第 119~124 頁表 33-1~33-5 醫療費用核減率：

(一)衛福部 107 年 3 月 14 日修正發布「全民健康保險醫療費用
申報與核付及醫療服務審查辦法」，目的係採精準核刪，
因近 2 年許多核減的爭議，爭議核減，核減制度結果導致
核減率快速下降。

(二)醫院總額 107 年第 1、2 季門診核減率資料，第 1 季門診核
減率為 1.39%，下降至第 2 季 0.20%。其中第 1 季醫學中心
核減率為 0.85%最低，第 2 季門診核減率 0.20%也比 106 年
低，其中醫學中心更低，核減率僅 0.08%。住診核減率部
分也一樣，從 107 年第 1 季 1.35%，下降至第 2 季 0.88%，
106 年住診核減率為 1.26%，醫學中心核減率也低於平均
值。

(三)西醫基層也有同樣的情形，下降幅度很快，從 107 年第 1

季 0.64%，下降至第 2 季 0.29%，106 年還有 0.70%。相較於其他部門，牙醫總額較為穩定，107 年第 2 季 0.26%，變化幅度沒那麼大。中醫總額 107 年第 2 季核減率更是到 0.06%，前 1 季為 0.17%，106 年 0.15%，一下子少 10 倍，相較 106 年也是少了 10 倍。門診透析核減率則一直都很低。

(四)從點值來看，是好現象嗎？我們到底有沒有真的精準，精準到一毛都不刪嗎？只有零點零幾的核減率，在實施核刪制度國家中，大概是全球最低的核減率，花這麼多行政成本執行核減有必要嗎？如果只有零點零幾，核減制度存在的必要是什麼？會不會影響到點值？只要是人都會有壞人，但我們不鼓勵耗費很大力氣只是抓出 1 個壞同學。

(五)剛剛蔡副署長淑鈴報告資料第 45 頁全民健康保險特約醫事服務機構查處統計，107 年 1~8 月停止約與終止特約家數共計 67 家，顯示違規嚴重，這些人也有核減費用的部分，可能嚴重虛報費用的情形，這些人核減率為何？停止特約與終止特約核減率與整體平均核減率是否有相關性？都嚴重去造假或 A 健保，我們也抓到了，這些刪減的核減率與整體平均數有沒有差別或者差在哪裡？

三、第 131~133 頁 107 年 1~8 月分級醫療執行情形：

(一)我們肯定轉診功效，大家一起共同努力，第 132 頁提到轉出，轉診不分級的理由為何？民眾先從基層診所就醫，到地區醫院、區域醫院、醫學中心，但只要經由轉診，基層院所可轉至醫學中心。我看到很多垂直整合廣告，你參加這個家醫群可以直接轉診台大醫院等，台大是最多的，像我住在新北市，明明最近醫學中心是三總醫院，但也跟民眾說有與台大醫院合作，全台灣好像台大最好，就是告訴你可以直接轉診至台大醫院，轉診體系中就不用分級，直接轉診至醫學中心，除了疾病嚴重度外，我想知道健保署

是否訂定相關指標監測上轉跳級的部分？

(二)在急診品質提升方案中，剛蔡副署長淑鈴提到監測急診下轉，但急診上轉呢？為配合分級醫療，於 106 年調整門急診部分負擔，其中大幅提高急診檢傷分類第 3、4、5 級部分負擔，如果也是因為調漲部分負擔，是在鼓勵民眾要急診分級，急診上轉呢？如：地區醫院上轉至醫學中心的件數，怎麼還有民眾到地區醫院急診，經被轉至醫學中心竟然沒有部分負擔減免，我是乖乖分級就醫，遵守小急診就先到小醫院就診，但竟然沒有設計急診部分負擔減免的機制，這不是很奇怪嗎？如果門診有，急診也要有，如果急診部分負擔減免不在邏輯思考內，就不應該調漲急診部分負擔，因為急診有急症和重症的差異。

(三)因此急診分級，不知道健保署有沒有監控由上轉急診的資料？再者，推動分級醫療範圍是含括急診的話，不同醫院層級的急診應該對民眾減免部分負擔，否則一天付 2 個部分負擔，從地區醫院轉到醫學中心，明明是民眾疾病較為嚴重，結果經由轉診後，民眾要多付急診部分負擔費用，基本上這是不對的。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

幾點請教：

一、業務執行季報告第 11 頁二(二)直轄市政府欠費情形，其中關於高雄市政府於 106 年 10 月 6 日函修正還款計畫，將欠費本金及利息配置於 106 年至 110 年分年償還乙節，依據健保法規定，須提出還款計畫，其還款期限不得逾 8 年，這是健保法 100 年修正的落日條款。按照資料內容，是確定了嗎？如果確定的話，將來我提告的話，告健保署還是告高雄市政府？這是很嚴肅的問題，如果寫在這裡，是健保署同意，因為上次委員

會議，我們沒有同意高雄市政府所提出的事項，本來是 108 年要償還，明年就到期，這件事情，你們要管，沒有管的話，我們就真的會做這件事情，我先在此預告。

- 二、剛才大家也為普悠瑪事故罹難者默哀，未來該事件涉及代位求償的問題，有台鐵旅客運送人責任保險的主辦產險公司等須保險理賠，此事件會不會像八仙塵爆一樣，只求償回來一點點金額，健保花 7.37 億元最後求償一點錢，可能還沒有追討回來，將來會不會變成這樣？過去我們常提如何落實代位求償，包含車禍、意外等，有沒有去落實執行，要落實執行否則會加重健保財務的負擔。
- 三、有聽聞即將提案，關於德國麻疹部分，由健保支付還是 CDC(疾管署)支付？這是屬於傳染病，應該是 CDC 支付，請健保署答覆。
- 四、蔡副署長淑鈴，我有點吃醋了，吳委員榮達所提出的問題，您剛才說，我私下再向委員說明，這問題很複雜，為什麼不能公開來講？(蔡副署長淑鈴表示：問題很複雜，說明時間會很長)應該公開來講，什麼都公開來說明，不能說我會後再向委員說明，以後我就提更多問題，再請妳私下向我說明就好了，我希望妳答覆的訊息要公開說明，不能說私下說明，也要向所有委員說明，讓委員都清楚知道，這樣我就不會吃醋了(眾委員笑)。

傳主任委員立葉

依序請吳委員榮達、葉委員宗義、李委員偉強、謝委員武吉。

吳委員榮達

幾點請教：

- 一、第 9 頁表 5-1 全民健保財務收支分析表，其中呆帳成長率，9 月呆帳成長率達到 13.16%，是高成長率，107 年 1~9 月成長率為 6.39%，也是高成長率，關於呆帳高成長率的部分，請健保署說明原因及因應對策。

- 二、第 10 頁表 5-2 收支餘絀情形表，其中業務費用部分，業務費用與去年同期增加 52.77%，增加蠻高的，附註(9)說明是 107 年度開始提列折舊、攤銷費用，剛才請教張委員清田，他是會計師，依據會計原則折舊與攤銷列在業務費用是沒有問題的，想請健保署提供折舊與攤銷費用明細(如：折舊項目及金額)讓委員了解。
- 三、第 25 頁，醫療院所訪查及違規查處，剛才蔡副署長淑鈴也有報告，107 年 8 月違規處分家數增加蠻多，從好的方向來看是健保署積極執行查處，這是予以肯定，但從另一負面來看，表示違規情形呈現成長或增加，與剛才滕代理委員西華所提意見相同，107 年第 1 季與第 2 季核減率相較下，第 2 季遠低於第 1 季，低很多，核減率下降，但違規家數卻是增加，相反的情形，這是非常不合理的。因目前只呈現違規家數，請健保署提供醫院、西醫基層、中醫、牙醫違規態樣讓委員參考，因為我們一直都沒有了解違規態樣的情形，也請提供相關資料讓我們知道。
- 四、第 30 頁，(三)西醫基層門診慢性病，其中 107 年第 2 季件數占率約 14.16%，但其醫療點數占率 27.16%，實在無法理解，件數占率 14.16%，為什麼醫療點數占率則 27.16%，107 年 8 月統計資料也有同樣的情形，無法理解，再請健保署說明。
- 五、第 32 頁，剛才滕代理委員西華也提到，107 年第 2 季門住診藥費較去年同期成長 7.6%，成長非常高，門診每件平均藥費成長 7.22%，確實有偏高的情形，請健保署說明原因。
- 六、第 131~133 頁，分級醫療執行情形，我們肯定健保署的努力，醫學中心及區域醫院門診件數呈現下降，西醫基層件數增加，看起來分級醫療成效是不錯的，未來仍須長期監測，目前初步成效，對於健保署的努力是予以肯定的。

傅主任委員立葉

請葉委員宗義。

葉委員宗義

先請教蔡副署長淑鈴，全世界哪幾個國家有健保？

蔡副署長淑鈴

這問題建議詢問盧委員瑞芬。(眾委員笑)

葉委員宗義

我聽很久，聽說有 4 個國家，是嗎？

蔡副署長淑鈴

不只喔！

葉委員宗義

一、中國、美國及日本都沒有嘛？(眾委員回答有)有喔！回歸正題，今天健保署報告業務執行報告，提報藥物費用情形。在座委員都贊同引進新藥新科技，新藥新科技價格昂貴，政策上，也要引進新藥新科技，你們也贊成新藥新科技，現在藥物費用高成長的部分，卻提出許多意見，你們對於調漲健保費率有意見，也反對藥品部分負擔。

二、我曾詢問過韓國團體，南韓實施健保，藥品部分負擔約 35%，我們不到 20%，結果都亂了套，我剛才向李委員永振提到，之後政府什麼都不做，就都由我們出，就讓他倒嗎？我拋出這個想法，藥品部分負擔，既然想要使用好的藥物，醫療費用就會增加，不然如何解決，沒有錢，以後應共同思考研議藥品部分負擔的可能性，若不解決此問題，國家健保可能會倒。我曾擔任藥物共擬會議代表，所以我才提供此想法，讓大家了解，不然我不會提出的。

傅主任委員立葉

請李偉強委員。

李委員偉強

一、先簡單回應委員關心為什麼門診藥費快速成長？從醫院的角度，門診藥費增加的原因，包含每年通過新藥物，部分新藥很

昂貴，大家曾聽聞民眾 1 年藥費高達百萬元，記得曾聽李署長伯璋報告某些罕見疾病的病人 1 年藥費高達上千萬元等情事，還有 C 型肝炎、B 型肝炎藥費，最重要的是癌症化療藥物，現行醫療實務上，儘量讓民眾於門診接受化療治療，而非住院，由門診申報藥費，化療藥費絕對遠高於高血壓、糖尿病等藥費，基本上，化療、罕病用藥會使藥費成長，若排除的話，我想藥費成長率可能不會這麼高，因為我手邊也沒有相關統計資料，先做上述說明。

二、業務執行季報告第 2 頁，健保署將執行「跨院 28 日再執行 CT、MRI 檢查卻未調閱影像」逕行行政核扣之管理乙節，其目的明確即不要浪費，醫學中心曾討論此議題，大方向是支持，執行細節不是本會討論的範圍，但我仍要提出幾點應注意事項：

(一)現在不是每家醫院均上傳 CT、MRI 影像資料，像今早我看門診時，謹記健保署的叮嚀，要記得調閱檢查影像資料，但卻只查到民眾於 9 月在某醫院做檢查，但沒有附上相關文字報告也沒有影像報告，不是小醫院而是大醫院，所以仍可能發生沒將影像上傳的情形。

(二)現行病人可以拒絕將資料上傳，醫院需要經病人同意才能將資料上傳，如何克服？內部討論時，許多臨床醫生，特別是急重症醫師，如：腦中風等，特別提出請健保署規劃執行細節時，一定要顧及臨床實務的情形。本項是行政核扣，行政核扣很簡單 A 減 B 等於 C，但臨床實務上並不是這麼單純，再請各位多協助幫忙。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、剛才吳委員榮達也提出蠻多意見，對於健保署分級醫療轉診制度，確實健保署是用很多力量在推動。健保署對於雲端的醫療

檔案，剛才提到各種藥品的管控、CT、MRI 相關檢(驗)查也很嚴厲加強管理，這是醫界面臨的痛，大家可能還不清楚我們的痛，痛在哪裡，我們也是很忍耐但還是要配合。現在健保署真的有動起來，有在重視，我的感覺是這樣。

- 二、我對於第 11 頁二(一)保險費收繳部分，107 年 9 月底，自 102 年 7 月至 107 年 6 月之投保單位及保險對象保險費率收繳率為 98.6%，政府保險費補助款收繳率為 98.13%，總收繳率為 98.45%。第 1 點這部分我感覺是，如果保險對象他的保險費晚 1 天繳費時，滯納金馬上就開出來了，有沒有對政府機關開立滯納金呢？這對老百姓來說，我感覺是非常不公平的事情。第 2 點這兩者差異在哪裡呢？我們也不曉得，是不是能告訴我們。第 3 點我感覺這種作法，保費的收繳情形這種作法，我只有一句話幾個字，只許州官放火，不准百姓點燈。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

3 點請教：

- 一、回應葉委員宗義及李委員偉強所提，涉及保險給付與醫療保險內容的議題，這個議題本應在下個月才討論，但既然已經談到，就先提出請各位委員記在心上。因為我們每次審議費率時，無論如何推估，到 112 年都接近法定費率上限 6%，屆時健保署才要縮減給付內容或修法提高費率上限，都將緩不濟急，應及早因應，在考量或公布之前，收支要同時考慮較好。
- 二、業務執行季報告第 9 頁，有關 106 年收支短絀數，雖然本會對該年決算不予備查，但我印象中討論時該年短絀是 88.1 億元，但總額協商時，看到媒體報導已變成 98.4 億元。當時請教幾位委員也都說是 88.1 億元，但執秘告訴我是 98.4 億元，我對她佩服得五體投地，她有確實掌握進度，但印象中本會並未提出這項數字修正。這項修正很重要，因為本會結論與衛福

部看法不同，若短絀相差 10 億元，政府負擔又會少出 3.6 億元，問題出在這裡。我後來查到 4 月份本會討論該年決算時，短絀是 88.1 億元，5 月份修正為 92.48 億元，到 6 月份再修正為 98.41 億元，直到現在，這應是核定數，請健保署清楚說明。

三、上次我提過平均眷口數，請健保署針對健保法施行細則第 68 條影響收入項目提出檢討報告，健保署答覆於費率審議時提出。本應在今天報告，不過沒關係，下個月提出報告，只差 3 週無所謂。但前天已開完諮詢會議，可否先告知明年使用的平均眷口數到底是多少？應該已有數據，否則，前天的推估基礎就垮掉了。可否先說明數據，檢討報告等下個月再看。

傅主任委員立葉

請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

- 一、回應葉委員宗義所提的意見，因為他長期擔任藥物共擬會議的委員，也提到部分負擔的想法，我們都知道老年人口越來越多，少子化後繳保費的人越來越少，對於高費用的藥物不僅是癌症藥物，很多新藥新科技的引進也會受到有很大的衝擊。
- 二、當我們思考如何加速讓病人可以及時獲得一些創新藥物上的使用，提升可近性，的確須很嚴謹的思考部分負擔這件事情。當然這是大工程，包括付費者或所有健保會委員對於部分負擔的議題，大家是否能凝聚共識與充分溝通。
- 三、因此這議題是大工程，我們須要很多基礎建設，包括：民眾對於部分負擔的想法？有沒有相關民意調查，不能以簡約方式調查民眾意見，比方自付多少是您可以負擔的？可能須提供很多背景說明，讓回答者在充分了解背景後，做出最合適、最適切的答案，像審議式的民調，需要提供詳細的背景說明及數據，讓民眾了解後做出理性的選擇，在執行這件事情時，我們除了付費者要有更多溝通外，還需要民眾端的調查意見。

- 四、未來若執行部分負擔的話，因執行方式很多，包含：定率、定額、民眾給付上限、健保給付上限等不同的方式。國發會能否提供民眾付費能力相關資料？日本依據不同年齡層設定不同部分負擔的比例，每個國家會因為本身的經濟條件及民眾付費能力不同而設計各種不同的部分負擔方式。
- 五、未來我們要嚴肅去面對此議題，也要思考的，過程中如何一小步一小步開始執行，也須要大家一起貢獻意見，這是未來不得不面對的問題。像調整健保費率是那麼困難的事情，大家需要不斷的討論，更何況提升民眾部分負擔的議題，但此前提是對於低收入戶一定要編列社福經費，否則民眾可能會因病而貧，這是我們最不樂見的。

傅主任委員立葉

請曾代理委員中龍。

曾代理委員中龍(古委員博仁代理人)

我 echo(附和)謝委員武吉，有關直轄市政府欠費情形，我記得我以前在監理會就一直提出來，不只這個問題，如果再去換算，對民眾的收回率是 69.58%，對直轄市政府收回率是多少？我剛剛算一下是 33.45%，一半都不到，追民眾追的如 12 道金牌急急如律令，那這些縣市政府應該繳的法定金額呢？我們也知道縣市政府很多公共建設都是蚊子館，這些經費都可能比他們欠的金額還多。健保署其實也是難為無米之炊，所以是不是在這部份我們應該要再更積極，因為就我以前所知道，依計畫還款，有時候地方政府不願意或那年用多一點，就不還或者還少一點，所以請大家多關注一下。

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、我 echo 一下剛剛蔡委員麗娟、葉委員宗義，因為藥的部分，我覺得從病人的觀點所看到的問題、還有整個醫藥結構、付費者端，其實都有很多的思維需要更多的理性空間去做討論。比

方說匡列的預算如果不足，則在 PBRs(藥物共擬會議)就會有很多藥被擋住，很多代表可能也有極大困難決定怎麼用藥，另外也牽涉到整個產業面，台灣要往生技產業要發展的時候，國內外的產業有沒有足夠動能繼續在台灣發展，最重要的就是會影響到病人用藥的狀況及健康。

二、台灣健保照理說是很好，因為我們有很好的全民健康覆蓋，也就是 UHC(Universal Health Coverage)，全球在討論 UHC 的時候，我們可以很驕傲的講出來，可是目前在部分負擔，我們的思考能否做出比較前瞻的設計？像國外有些是 out of pocket(自付醫療費用)，要拿出多少錢來負擔，其實不管我們願不願意，這部分可能都被迫要開始思考這些事情，又或者是定率制的一些問題。因為我們希望病患可以用到很好的藥，但健保財務又無法負擔這麼多，講出這些憂慮又會讓病友團體覺得，為什麼不支持我們可以減少一點負擔，我們已經很苦了，但是我們希望以後的健保制度能儘快建立家戶總所得制，在收入弱勢、因病而貧的人都可以得到保障的前提下，其實就可以慢慢回歸母法的定率，或是讓這部分的衝擊面，不管是用藥、醫師點值都能夠互相得到平衡及保障，如果沒有開始做這樣的思考是蠻危險的。

三、我這次去開國際會議談到，全球的衛政系統都不會只關心單一疾病，雖然 IO(癌症免疫療法)今年得到諾貝爾獎，這的確是很大創新，很令人振奮，而除了創新突破新藥之外，國際間也廣泛談到 NCD(Non-Communicable Disease，非傳染病)的防治，這的確更是現階段聯合國很重要的一個目標，如果要讓全世界看到台灣的指標，那同時我們也要加強 NCD 的防護。此外，這些疾病治療目標要達成，當然就需要去比較各國的制度。像我所熟悉日本的病友團體跟朋友所提及，自付額好像快要 30%，因此我們要去思考未來怎麼應用大數據或是雲端病歷，先善用數據讓支出面可以有效率的節省下來，我相信健保署的能力很強，衛福部的人才也很多，絕對有辦法做到這一點，做

到之後，再把部分負擔結合全世界最新的潮流和合理做法，最後我們期待找出對病患最好、最有利、最有保障的方法。

傅主任委員立葉

請陳委員有慶。

陳委員有慶

健保署業務會去訪查醫療院所，可能會發現有些是違規的院所，能否於下次業務執行報告，列表出各項違規的醫療院所有多少家？是哪幾家？哪些是停止特約？違規的情況是怎樣才函送法辦？希望可以讓委員們知道。

傅主任委員立葉

委員若沒有其他詢問，請健保署回應。

蔡副署長淑鈴

謝謝各位委員給我們非常多的問題和建議。在請同仁回答之前，先跟干委員文男報告，我跟吳委員榮達沒有私下說明什麼，主要是吳委員榮達對於藥費的返還，以為我們回到總額有問題，但MEA(Managed Entry Agreements, 藥品給付管理合約)不是三言兩語講的完，所以才說再私下撥時間跟他解釋，希望不要占用大家太多時間，如果干委員文男覺得應該跟大家講，那我們可以找一個時間跟大家講，就也不要占用今天的時間。今天的問題首先請主計室，回答包括呆帳、收支短絀數據，跟業務費用成長。

李專門委員淑芳

一、首先吳委員榮達詢問業務執行季報告第 10 頁，有關業務費用提高，提列折舊、攤銷的費用，這主要是辦理提升保險服務成效所需要的資訊硬體設備和系統軟體的折舊跟攤銷費用，明細資料我們會後再補充。

二、業務執行季報告第 9 頁，李委員永振提到 106 年度收支短絀是 98.4 億元，之前的 88 億元是我們的自編決算數，98.4 億元是經過行政院主計總處跟審計部修正，一個是 36% 的保費收入高估 5 億元，另外一個是代辦愛滋病等醫療費用有多估 5 億元，

所以導致保險給付少估 5 億元，兩者加起來短絀部分要增加 10 億元，所以審計部最後審定決算是 98.4 億元。有關呆帳部分，請承保組再說明。

蔡副署長淑鈴

請承保組。

吳專門委員昕

請各位委員看一下業務執行季報告表 5-1，呆帳截至 9 月底成長 6.39%，這個部分主要為允當表達健保財務狀況，也就是保費開計出來之後，就會按照各應收帳款的催收階段，依呆帳率提列備抵呆帳。因為今年 1 月開始，基本工資及二、三類投保金額調整與補充保險費查核開單，都會使應收帳款略為增加，呆帳提列數隨之增加。另外，近年行政執行署行政執行時間有稍微延長，因為他們非常積極執行，對於查到不動產的部分，如進行處分時間需比較長一點，由於執行案件呆帳率較高，所以提列數相對有成長。

蔡副署長淑鈴

請財務組說明收繳率、高雄市政府分年攤還，以及普悠瑪代位求償。

張副組長溫溫

- 一、有關保險費的收繳，這次看到政府收繳率比較低，主要是因為之前對於 36% 計算的差異，補助不足的部分是用逐年攤繳的方式處理，所以看起來收繳率比較低，沒有滯納金的問題。
- 二、有關於直轄市欠費，之前高雄市所提的計畫是到 111 年償還，因為是 102 年的法規規定要訂 8 年的償還計畫，所以計畫從 102 年開始計算。我們是在 106 年，請高雄市把償還計畫最後期限從 111 年提前到 110 年，以 106~110 年 5 年償還。
- 三、普悠瑪代位求償依健保法第 95 條規定，重大交通事故優先向第三人已投保的責任保險公司來請求，目前已經啟動查詢有哪幾家保險公司承保，若有不足額的部分會再向第三人請求，目前已經在執行當中。

蔡副署長淑鈴

再來請醫管組。

李組長純馥

- 一、針對滕代理委員西華提到急診的部分，目前急診品質提升方案並沒有鼓勵上轉，是因為原本急診的用意是能緊急救治，所以不應該鼓勵上轉。會有鼓勵下轉是因為看到醫學中心病人非常多在等病床，有些狀況其實可以到區域或地區醫院處理，所以有給一個下轉誘因，當然您也提到目前急診為何沒有類似門診，經過轉診到急診可以減免部分負擔情形，主要是我們其實不鼓勵在急診有這樣的一個誘因，因為急診本來就應該盡快處理，如果又要透過分級轉診的概念，會容易造成民眾醫療疏失，所以我們不鼓勵。
- 二、您提到門診目前轉診好像沒有分級轉診的部分，確實在轉診辦法，包括醫療法裡面提的轉診，也都不是一定要分級，而是依病人的病情，需要到哪裡去就可以先轉到那級，因為如果病人的病情因為透過分級而造成延誤，對病患、保險人而言都不是非常妥適。當然您提說基層有一些垂直整合的計畫，很多有和包括榮總、台大醫院合作的診所，會提到它跟大醫院有合作的現象，其實這個是我們當時在談分級醫療一個很重要的目的，就是大家聯防，也就是或許病人在大醫院看診完之後，病情比較穩定可以到基層來，但是病情會變化，或許有出現其他問題要再到大醫院，所以基本上是需要好一點的連結。
- 三、干委員文男提到德國麻疹，在法規上德國麻疹是二級傳染病，目前隔離費用是由疾管署來付，也就是如果在疾病傳播期需要強制隔離，隔離費用是歸疾管署，但如果已經過了隔離期，病人的就醫醫療費用還是由健保支應，這是法規的規定。
- 四、很謝謝吳委員榮達鼓勵我們分級醫療的成效，我們也會持續觀察整體分級醫療的成效，也歡迎委員 10 月 31 日到健保署舉辦的觀摩會一起參與。另外謝委員武吉提到我們用力推動分級醫

療，這是我們本來就應該做的，也很謝謝地區醫院協會最近鼓勵會員醫院假日開診，希望讓民眾就醫比較方便。

五、另外有提到部分負擔，其實每次針對部分負擔的調整，都是廣納各位委員的意見，包括上次慢性處方箋調整部分負擔，或是急診拉高四、五級檢傷部分負擔的事情，其實我們都要透過非常嚴謹的思考，也很謝謝委員給我們的指教。

蔡副署長淑鈴

請醫審組。

戴組長雪詠

一、剛剛幾位委員關切新藥成長幅度，跟各位說明：

(一)如果藥費扣除 4 個專款，就是罕病、血友病、愛滋病跟 C 肝之後，我們看到成長額度在今年，在前半年大概是 6% 成長率，但如果含專款，因為專款額度相當高，這樣今年跟去年比成長率是 6~8%。

(二)如果看整個藥的成長貢獻度的話，的確是在新藥，尤其是第 1 類專利型新藥，它在整個藥費成長貢獻度成長率 25%，貢獻度超過 50%。

(三)如果是看疾病的成長率，我們看到是重症和慢性病用藥成長率都大於 8%，因為包括年齡族群、嚴重程度的確藥費會集中在慢性病藥費跟重症藥費。

二、健保署如何調控藥費？在健保 1 萬 6 千項給付品項裡，三同藥品，也就是過了專利期超過 15 年的藥品，占了 1 萬 3 千項，所以每年在做藥價調查，這些調降的藥費就會發生在這些三同藥品裡面，調降藥費的金額就是灌注於支持新藥及部分慢性病用藥。

三、針對重複用藥的部分，這也是大家關切的，不只是在健保資源的部分還有安全的問題，所以在明年會擴大藥費核扣項目，現在是 12 類，明年 1 月之後會增加到 60 類，就是全部藥費同步用藥的核刪，剛剛提到有 API(Application Programming Interface，應

用程式介面)系統會去提醒診所或醫院的醫師，在開立處方的時候，病人是否已經在其他醫療院所重複開立同一個成分品項，我們希望重複用藥的核扣能發揮它的效果。

- 四、針對 1 萬 6 千項藥費裡面金額占率到 80% 的品項，去年發現只有 684 個品項，今年就不會只管這 684 品項，會含括到 9 千個品項，避免醫師因為管控就開立同成分或是同藥理的其他藥品，因此今年會管控到 9 千項，會讓每個醫療院所的主管知道同一品項在同層級醫院、同樣專科別的醫師開列品項，他的金額有多少，並列出超出 75 百分位的名單，用這樣的方式讓醫院主管者知道哪些醫師開列處方是有點奇怪，當然分區業務組也會知道哪些醫師開列藥費跟同儕醫師來比是不合理的狀況，所以加強抽審。
- 五、其實精準核刪對健保署是最費力氣的，以前只要抽一件放大就達到嚇阻的效果，當初做出精準核刪的決定也很艱難，希望透過健保大數據去精準的抓到，每一件案件命中率都是百分之百，而確實用大數據抓到每一個案件命中率至少是 20% 的精準率去進行核刪，但對健保署的問題是，只能抓一件扣一件，沒有放大效果，這個部分我們希望醫師公會跟醫院協會可以負起監督跟同儕制約的力量，因為精準核刪有它的侷限性。
- 六、因為希望精準核刪能夠有放大效果，所以目前正在研議修法，怎麼樣讓精準核刪案件效果能夠放大 3 倍，不是來一件扣一件，而是乘上 3 倍的效果，還有針對一些我們發現可能不是個案，而是醫院的不合理醫療型態，希望透過放大效果能夠達到嚇阻，其實很多的醫師行為再怎麼去審視，醫療總是有例外情況跟專業，所以核刪措施跟管理制度怎麼樣可以達到嚇阻效果，我們還要加把勁，但希望醫療團體可以自律，不然就會是整體點值向下沉淪，產生不好的效果。
- 七、剛剛委員提到沒有調閱逕予行政核扣，這部分今年 1 月 1 日才發生，但是在最近這一季，已經把一些統計回饋報表，包括個

案數跟個案都已經回饋給醫療院所，而分區業務組也開始進行輔導，希望明年不會再有這樣的個案。另外委員擔心是否會發生調不到影像的狀況，我們有 S 碼的排除條件，如果醫生有碰到這樣的狀況，填報 S 碼就可以排除。

蔡副署長淑鈴

最後請違規查處室。

白科長姍綺

有關委員詢問特約醫事服務機構查處統計情形部分，請參閱業務執行季報告第 45 頁，這裡有針對相關違規類型做簡要分析，可以參考備註資料。另外在健保署網站上面也有針對重大違約機構，公布相關資訊。在函送法辦案件部分，可以參閱業務執行季報告第 44 頁備註資料，9 月份一共函送了 7 家醫療院所，最主要的是以不正當行為申報醫療行為為大宗。

蔡副署長淑鈴

- 一、各單位都已初步回報，最後綜整有關分級醫療部分，在業務執行季報告第 131~133 頁提供 1~8 月份的數據，事實上分級醫療是 7 月才真正開始啟動，所以事實上是只有 2 個月的效應，但是也看到有一些成效，包括轉診件數大幅上升，以及區域級以上醫院門診的減量，這些都是各大醫院全力配合的成果，我們特別感謝區域級以上的醫院，在過去 2 個月分別站出來組成垂直整合的團隊，也都率先開記者會向社會宣示配合分級醫療和雙向轉診之決心。很多的院所率先把穩定的慢性病下轉到地區醫院及診所，這些都顯見大醫院確實在分級醫療的過程中，願意跟小醫院、診所分工合作，而大醫院留下來的能量能夠多去照顧急重症的病人，這也是我們推動分級醫療最大的目的。
- 二、雖然並不是很快的能立竿見影，但是確實是開始轉向了，那我們需要一步一腳印去耕耘，因為也擔心變化太大會影響病人，所以如何雙方努力在分級醫療的這條路上，逐步的耕耘跟做轉變，以後每一次的業務報告都會對我們分級醫療的執行情形，

在最後做 1、2 頁的進度報告，讓各位委員可以隨時掌握這些訊息。

三、另外委員有關心到核減率的下降，當然跟今年 4 月 1 號開始減少放大回推倍數有很大的關係，所以確實有反映在核減率上，雖然這樣，我們還是對於不合理的用藥檢查、醫療，要透過核刪處理，也會轉變成利用精準審查的部分，剛剛戴組長雪詠有跟各位委員報告，但這些需要一段時間做技術上的精進，這也是現在我們努力的重點。

四、當然醫療院所有 2 種可能，一種是不必要的檢查用藥要做核刪，另外是虛報費用要查處，在查處的部分也有多位委員關心查處的成效，現在查處也是我們很大的業務重點，特別對於虛浮報的院所，我們絕不寬待，未來能夠加強深度、廣度的查核，讓院所不要虛報、浮報，以上是我的補充。

傅主任委員立葉

謝謝蔡副署長淑鈴的補充，那委員有沒有其他意見？

謝委員武吉

我剛才請教的第 11 頁第二之一，好像到現在還沒有告訴我，主要是政府欠保費，要不要繳滯納金？老百姓欠保費就要繳滯納金，這是什麼原因，我搞不懂阿。第二點就是說，只許州官放火，不准百姓點燈，這就不行啊，沒有公平性，我主要是追求公平正義、合情合理。

蔡副署長淑鈴

跟委員報告，我們對於民眾的部分，法律上母法裡就有滯納金，這要依法行政；那政府欠款部分就是加徵利息，而且連本帶利要還，這部分在台北市、高雄市都是落實的，因此而還回來的利息也變成增加的收入，這部分確實都有，而且政府的欠款也是會移送行政執行，跟人民欠款移送行政執行是一樣的。

謝委員武吉

向副署長說明一下，滯納金和利息是兩回事，滯納金是好幾倍你知

道嗎，利息是一點點而已，就差很多，欠款的利息很低啦。

蔡副署長淑鈴

財務組說明一下欠款利息是用郵局的 1 年期利率，請查一下回復給謝委員武吉。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

1.04%，跟國民年金欠費一樣。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

- 一、剛才在報告裡面，對法的認知有差距，我們是從 100 年開始，健保法第 28 條是從 100 年 1 月 4 日開始修正實施，從這個起始點應該是到 108 年，但健保署的認定是高雄市政府 106 年來一個函說要分期，怎麼分期！跟我的認知是不同。
- 二、再談到謝委員武吉剛才講的利息的計算，如果一般來算，是有利複利？如果利息沒有繳，有沒有在計算它的利息？如果是滯納金本身有加徵滯納金，有沒有利複利？
- 三、還有八仙的代位求償，到現在都沒有報告花多少錢，將來普悠瑪號的求償要怎麼做，現在要未雨綢繆，這應該要有一個真正的作法，要不然以後大家都比照辦理。

傅主任委員立葉

先請李委員永振，再請滕代理委員西華、柯代理委員怡謀、林委員錫維。

李委員永振

我剛才請教平均眷口數好像沒有回答。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、我盡量 1 分鐘內講完，剛才李組長純馥講的東西，我都理解也都懂，提出來不是我不明白，而是要提醒：急診我們當初反對部分負擔調漲就是您剛剛說的這個理由，因為希望可以立刻去

處理，但是其實沒有看到，現在鼓勵下轉之後，民眾如果一樣跟隨您的意思，小病去小急診看了，我們怎麼樣看待這樣的情況？但您講的理由我是可以理解。

二、分級醫療的部分，我其實也沒有覺得基層直接轉醫學中心有不好，但是我向來不支持醫院分三級制：

(一)醫院分三級制在全球是非常特別的制度，醫院的分級應該依照專長而不是不同層級，民眾根本搞不清楚大醫院除了台北榮總、長庚以外的醫院，其他像是慈濟、雙和，民眾很難區分醫學中心和區域醫院的差別，分這麼細的醫院層級的時候，在分級醫療裡面上轉醫院是很荒謬的。

(二)我剛剛為什麼講垂直整合？垂直整合中區域醫院不見了，也就是說，如果我是診所的話，民眾看到診所要區域整合，現在很多計畫名稱，都是以醫學中心為核心往下整，不是以基層為核心往上整，當然民眾看到這個群有北榮、有長庚、有台大，我的吸引力就會變大，如果是其他區域醫院層級，它要來做為垂直整合的首，它的競爭力當然變小，我要講的是這個，我覺得健保署要去重視這個問題，如果我們還是要維持三級醫院的話，不是由醫學中心帶頭往下垂整，這樣將來分級轉診才是一件好事。

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、幾點分享，因為現在對轉診分級大家都很重視，王委員雅馨今天就是受邀去國外演講，所以我也希望 10 月 31 號大家可以共襄盛舉參加座談會，一起來聽健保署的分級醫療成效。

二、現在知道平轉，以及各種轉診方式，包括下轉、醫院門診減量 2% 都在施行，施行部分目前到底狀況怎麼樣，我很誠懇呼籲要注意「趨勢」這個現象，這包括區域醫院面臨的問題，可能在床數要做一些定義，以及醫院門診減量 2%，到底會不會有

人用其他方式去利用制度上的漏洞，造成分級成效不好。這部分我們就必須趕快觀察趨勢，防微杜漸，因為這就跟下山的梯度很類似，例如為什麼很多人會去某個層級去看，就可以趕快修正制度的合理性，比方說有什麼獎勵方式要改變，或有什麼制約方式可去設計，都是要特別注意。

三、現在國際上常提到以社區或社區的醫院作為醫療網絡發展的中心，可能有點像滕代理委員西華講的由下而上方式，這種方式可多多考慮，善用大數據也的確有助於分級醫療。

四、所以，剛剛講到核刪的部分，我是看到其實可以發揮很多同儕制約的力量，包括使用大數據或 APP，都可以強化很多合理核刪的功能和狀況，而讓優秀的、有熱誠的醫師能有更大動力去服務。我們看到像環保或食安，都有稽查大隊，其實他們也是有這麼多東西和項目要做核刪，但他們就有辦法去找出問題，所以真的要善用大數據。

五、另外講到藥及部分負擔等方面，我有一個部分沒補充到，一般國際上大概說醫療支出負擔不要超過家戶總所得的十分之一（資料源自聯合國），健保署可以找更細數據，可是基本上要 out of pocket 太多時候，的確會影響到弱勢家庭，所以像美國歐巴馬健保之後，其實還是有很多家庭，一個人生病就拖垮全家，所以若以病患的立場來看，就很怕重症，而重症就是連結到剛剛的分級醫療，所以我們要想辦法讓急重症留在醫學中心，並讓資源配置都能各自分配到適當地方，這部分很重要。因為病人被診斷是一回事，有沒有藥可以治療又是一回事，有診斷無藥可治療，就是俗稱的沒藥醫。但我們對病人的瞭解，真的是沒有人喜歡跑醫院，所以如果能把病人未滿足需求找出來並解決掉，其實就可以省下很多資源，如此不僅是點值可以有機會大幅提升，藥費也可以用在刀口上，所以藥的這個部分值得我們好好去思考。

六、最後我要提到的是要很注意杜絕浪費，病友團體有時候會對浪

費很看不下去，有些藥幾噸幾噸的丟掉，這部分要大家群策群力想辦法，因為藥的浪費，其實是讓很多人節省資源的努力白費，也讓付費者有更大壓力，我們的委員很多都很優秀，從不同觀點、不同的專長讓藥費可以開源節流，可是民眾有沒有相對做到節省？所以我要呼籲我們應該要具體研擬辦法來向下紮根教育，讓民眾從小就去學習珍惜資源，我知道立法院也有委員在提議，如何教育民眾去節省資源、珍惜健保，這是很值得大家一起努力的方向。

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

現在應該是超過 5 點了，離業務座談還有 1 個半小時，請問主席到底要開到幾點？

傅主任委員立葉

一開始就說要到 5 點半。

林委員錫維

- 一、我一直談到政府欠費的問題，事實上我差不多將近 10 幾年前就在談欠費跟利息、滯納金的問題，當初政府的欠費我建議要付利息，那時候才有利息，本來只有百姓要繳滯納金，演變到現在已經 10 幾年了，政府欠費還在拖，是非常非常不應該，甚至於不管增加部分負擔或者費率要調漲的話，那對百姓、付費者非常沒有說服力。雖然這些錢不影響我們的財務，但是整個是不應該這樣做的。當初擬訂還款計畫時說要分 5 年還，但繳了 3 年後又提出要再分 5 年、繳了 2 年後又要再分 5 年，究竟要分到什麼時候？
- 二、我是建議中央統籌分配款先將高雄市積欠的健保費扣減下來，直接分配到健保基金還款。我們不分黨派，現在只有高雄市欠費，臺北市不是執政黨都已經還完，為何執政黨還帶頭欠費，還要分年償還到 110 年，非常不合情也不合理。希望以上的建

議可以寫下來向部長反映，請賴院長清德直接從行政院層次處理，因為目前只剩高雄市還在欠費，希望在座委員都能同意我的看法。

- 三、有關投保單位及保險對象欠費及呆帳問題，我上次有提到，這些欠費與呆帳，法令是否有不合實際的地方，已經 20 幾年，欠費、呆帳或違規等相關法令有沒有必要提出修改？預防勝於治療，若等到發生了再懲罰，只是兩敗俱傷，建議應加以改善，以減少欠費及呆帳。

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)

本案發言人數到我已經是第 18 位，不過剛剛提到分級醫療，代表區域醫院的立場，還是要提出一些補充說明。

- 一、事實上，區域醫院目前的角色，是被上下夾擊，非常難生存，也感謝滕代理委員西華幫區域醫院發聲。有關垂直整合這件事，向各位委員報告，第一個啟動垂直整合的分區是北區業務組，而啟動垂直整合計畫為首的 12 家醫院，都是區域層級醫院。我們明明知道現在的環境，對區域醫院非常難生存，但是對於分級醫療，我們給予健保署高度的肯定，所以也積極配合。相對的，在很多區域醫院層級的給付等各方面，並不是很合理，也已經讓區域醫院非常難生存。感謝剛剛翁理事長文能提醒我，應該代表區域醫院發言。即使明知道只能刷存在感，但若我們區協再不講話，沒人知道區域醫院經營有多辛苦。
- 二、回過頭來看，在衛福部所建構的醫療機構照護體系當中，我們也在思考區域醫院主要任務和角色為何，是否乾脆請所有的區域醫院都改成地區醫院或基層診所，因為醫學中心已經夠多，也不可能增加，若通通改成地區醫院或基層診所，區域醫院部分負擔不用那麼多，就醫可近性都很高。但真的是這樣嗎？在整體醫療照護體系，區域醫院的角色是什麼？是急症、重度醫

療照護，是接受地區醫院與診所轉診照護的主要任務。但是我們做了這些，所投注的人力、物力及設備，到底得到什麼？我真的必須站在區域醫院的角色，認真刷一下存在感，區域醫院生存真的很困難，請大家不要忘了，不論在給付或各方面，一定要多少給我們一些支持。

傅主任委員立葉

請曾代理委員中龍。

曾代理委員中龍(古委員博仁代理人)

- 一、就剛剛提到的代位求償有一點建議，因為一般來講，所謂代位求償有二種狀況，第一是債權人因債務人怠於行使對第三人之債權，第二是債權人擔心債務人對第三人之債權在其拿到錢就跑掉。當初八仙塵爆事件當然有可能拿了錢就跑掉，所以健保會主張代位求償，但本次的普悠瑪翻車事故，台鐵大概也沒得跑。
- 二、對於健保署來說，台鐵重大過失就是所謂侵權行為的受害人，代位求償一般而言還要經過訴訟程序，衛福部及交通部是行政院轄下的兩個部會，在開行政院院會時，台鐵收到保險公司的賠償後，院長裁示下去，他也不敢不還，所以我們才會建議，因為剛才提出臨時提案，連署人也過半，若本次會議時間不足，是否於下次委員會議，請健保署說明這段時間到底又花了多少錢。希望透過這樣的方式，請部長在院會的時候，請求院長裁示，只要台鐵得到理賠費用，該賠給健保署的就應該賠，不足的部分，就以交通部或台鐵的公務預算來賠償。

傅主任委員立葉

請健保署先回應。

蔡副署長淑鈴

先就委員堅持要我們回應的幾個項目做說明，其他部分為了節省時間，會將委員意見記下來參考。請財務組回應3件事情，一是干委員文男提到高雄市政府欠費102~110年的8年還款計畫，另外是八

仙塵爆案件的代位求償狀況，以及普悠瑪事故所掌握的進度。

張副組長溫溫

- 一、因為高雄市政府的欠費，是陸陸續續從 80 幾年開始就有，將 101 年以前所有的欠費，最後以 106~110 年的 5 年還款計畫全部還完。
- 二、104 年的八仙塵爆案件，代位求償金額約 4.36 億元，健保署已經提出訴訟，刻正等候法院的處理情形，因此整個程序都在處理當中。
- 三、有關普悠瑪事故，依照健保法第 95 條，需向投保的責任保險公司先進行求償，本署現在已經去詢問是由哪些保險公司投保意外責任險，若有不足情況，會再向第 3 人也就是台鐵公司求償，所以目前都已經在進行當中。

蔡副署長淑鈴

- 一、補充說明，據了解台鐵的意外事故保險人是明台保險公司。往生者的醫療費用沒有多少，最主要是受傷患者才有醫療費用，有些還在 ICU(加護病房)，有些在一般病房，金額尚未完成結算，還在逐漸掌控出院之後的狀況以及是否還有後續住院等。
- 二、依照法律規定，健保署是要向投保意外險的保險公司求償，如果有不足再向發生事故的主管機關求償，這部分依照程序都會逐步進行。其他的部分因為比較廣泛，就不在這裡一一回應。

傅主任委員立葉

委員的意見請健保署參考，剛剛有委員提到給部長的建言，等一下就有機會見面，可以直接向部長提出。請問本案委員有無其他意見？

干委員文男

剛才提到高雄市政府欠費還款的 100 年及 106 年，健保署的說明與本法規定不符。我們請教過吳律師榮達，他也曾經發表過，是健保署同意還是健保會同意？違法是沒有話講。我先告知你們，這件事如果拖過 108 年，一定提告。法令起始點寫得很清楚，100 年 1 月

4 日以前的欠費，8 年內一定要還清，最後 1 年還清也沒關係，但是不能拖到第 5 年第 6 年，才說要從哪個地方算起，那樣解釋是不對的，法律不是你解釋的，希望能按照法律執行。就像李委員永振提到的法遵，講了半天，結果你給的解釋是將過去很多的欠費重整後，就從 106 年起算，不是你講的就算數。

傅主任委員立葉

以上意見請健保署參考，本案討論到此。還有委員要發言，請葉委員宗義。

葉委員宗義

有個問題提醒大家注意，全台灣到底有多少人沒繳健保費，之前有鎖卡措施，但在蔡英文總統當選後就解卡，解卡之後民眾沒有繳費也可以看病，去年大約 40 億元，現在這個問題會延伸，沒有繳費就可以看病，大家會有樣學樣。現在看病很貴，不用兩三年就有可能達上百億元，這個問題要怎麼解決？請大家提早關心，否則呆帳最後仍須由全民負擔。

傅主任委員立葉

好，本項意見請健保署參考，請問還有其他意見嗎？請商委員東福。

商委員東福

對健保署的說明再做補充，二代健保修法後，還款計畫是從那時候起始，並沒有委員所擔心會超過 8 年的問題，亦即自 102 年到 110 年。

干委員文男

落日是 100 年 1 月 4 日。

商委員東福

修法之後才訂定 8 年還款計畫，所以干委員文男所提示的 8 年，是從那時候開始起算。還款計畫對我們和健保署而言，欠費能準時還款，才是最主要的目的，大家會關心也是一定的，以上補充說明。

林委員錫維

司長啊！不好看啦！從 80 幾年欠到現在 100 多年。

商委員東福

我的回答是就法的問題，難看是另外一回事，因為當初這筆錢還的零零落落，政府出面協調解決，讓台北市還完，高雄市 110 年還完，這是大家努力的結果，以上僅就干委員文男提到違法的問題提出說明。

林委員錫維

是 102 年才通過，不是 100 年就通過。

商委員東福

102 年才有 8 年還款計畫的說法，因為 106 年是提出修正計畫，但還款計畫就是自 102 年開始起算到 110 年，這點我們一定會捍衛。行政人員一定是依法行政，請委員了解，沒有違法的事情，健保署是依法行政，我們也會互相提醒，共同努力。

林委員錫維

請教商司長，我剛才建議請中央統籌一次處理，你可以提出建議嗎？

商委員東福

我們有會議紀錄，有時候是法律問題，有些是觀感問題。

林委員錫維

這和法律沒有關係。

商委員東福

所以特別向委員說明，沒有違法的問題。

傅主任委員立葉

相關意見提供社保司參考，本案已經討論很久，先到此結束，本案洽悉。本來還想進行一個討論案，但時間來不及，先請各位委員就討論案部分參閱書面資料，若有相關問題或意見，先提出請幕僚整理，以利事先做準備，能夠加快下一次會議進行的效率。今天不進行討論案，報告案及臨時提案也保留到下次會議。接下來陳委員旺

全有事情向大家報告。

陳委員旺全

11月4日中華民國中醫師公會全國聯合會在小巨蛋召開會員代表大會，不是開演唱會，恭請各位委員蒞臨指導。第二件事情，非常難得，第19屆國際東洋醫學學術大會，於今年11月24日至26日在徐州路台大國際會議廳舉行，恭請各位委員蒞臨指導。

傅主任委員立葉

今天的會議就到這裡結束，在散會前，請幕僚說明等一下與部長業務座談暨餐敘事宜。

盧委員瑞芬書面意見

一、表 19-1、19-2、19-3 最後一欄呈現之占率，請說明分母為何？並註明。

二、表 19-2(醫院門診)、表 19-3(西醫基層門診)的占率加總並不等於表 19-1(西醫門診總表)？

(註：全民健康保險業務執行季報告之表 19-1 全民健康保險_慢性/非慢性病醫療點數統計_西醫門診總表、表 19-2 全民健康保險_慢性/非慢性病醫療點數統計_醫院門診、表 19-3 全民健康保險_慢性/非慢性病醫療點數統計_西醫基層門診。)