

衛生福利部全民健康保險會
第3屆107年第11次委員會議事錄

中華民國107年12月21日

衛生福利部全民健康保險會第3屆107年第11次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國107年12月21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

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

黃委員宗義

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

中華民國藥師公會全國聯合會曾秘書長中龍(代理)

國家發展委員會人力發展處蔡專員宜縉(11:18以後代理)

中華民國全國工業總會何常務理事語(9:30-12:13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(952-1210代理)

肆、請假委員：

李委員育家
林委員錫維

伍、列席人員：

本部社會保險司
中央健康保險署

疾病管制署

本會

盧副司長胤雯

李署長伯璋 蔡副署長淑鈴(代理)

李組長純馥

戴組長雪詠

黃組長彥芳

詹簡任技正珮君

周執行秘書淑婉

洪組長慧茹

邱組長臻麗

陸、主席：傅主任委員立葉

紀錄：盛培珠、陳淑美

柒、主席致詞(略)

捌、部長致詞

傅主任委員及各位委員，大家午安！今天是本屆委員任期內的最後 1 次會議，藉此機會向大家表達感謝。大家在健保會這個協商平台，處理重要的健保議題，使健保的財務、支出等各方面的爭議減到最低，讓最重要的社會制度能順利進行，在此特別表達我的感謝。其實我今天請休假，原本是請薛次長瑞元出席，但想到若錯過今天這個機會，下次見面的就會是下一屆委員，若沒有親自向大家表達我的謝意，心中會過意不去，所以特地趕來謝謝大家，再次感謝各位委員，謝謝大家！

玖、議程確認

決定：確定。

拾、請參閱並確認上(第10)次委員會會議紀錄

決定：

- 一、會議紀錄第 8 頁，第五案「108 年度全民健康保險保險費率方案(草案)，提請審議。」決議二，依委員意見修正為「委員就健保財務所提相關意見，保險收入包括：健保基金預決算案不予備查有關政府依法應負擔之保險費、基金投資策略、代位求償範圍、菸品健康福利捐之影響金額分析及政策因素試算之建議，請中央健康保險署參辦。」
- 二、餘確認。

拾壹、「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核定結果及後續相關事項，提請鑒察。

決定：

- 一、請中央健康保險署及各部門總額相關團體確實依「108 年度協定事項及相關計畫追蹤時程表」辦理相關事宜，附帶建議部分亦請依所列時程提報本會。
- 二、「108 年度各部門總額中應於 107 年 12 月底前完成之協定事項」，尚有未完成項目，請中央健康保險署協調各部門總額相關團體盡速辦理。
- 三、委員所提意見，請中央健康保險署參考辦理。
- 四、餘洽悉。

附帶決定：

- 一、再次函知衛生福利部重申應尊重本會總額協商結果。關於「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核(決)定結果，衛生福利部於其他預算增編 C 型肝炎口服新藥費用 13.7 億元部分，應遵循法

定協商程序，經本會協商始得納入總額。

二、委員不同意將推廣「行動支付」等與醫療品質無關之項目，納為各總額部門品質保證保留款實施方案之獎勵指標。

三、同意將醫事司研訂之「無障礙就醫環境」認定標準納入品質保證保留款實施方案之獎勵指標。另建請醫事司研訂相關認定標準時，邀請身障團體共同研商討論。

拾貳、108 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，續請討論。

決議：

一、一般服務(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度)地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1. 一般服務費用東區以 107 年東區各季預算為基期，其他五分區預算 67%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態後保險對象人數(R值)」，33%依西醫基層總額支付制度開辦前一年(89 年)各地區實際發生醫療費用(S值)比率分配。

2. 同意西醫基層總額自一般服務費用移撥部分經費，作為風險調整基金。東區一般服務費用，另加風險調整基金撥予該區之各季提撥款。風險調整基金金額盡速送本會備查，俾憑辦理公告事宜。

(三)所涉執行面及計算(含風險調整基金)等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之，風險調整基金執行方式並送本會備查。

二、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原

則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，送本會同意後執行。

附帶決議：西醫基層總額相關團體若認為現行地區預算分配方式有需修正之處，應於本會討論 109 年度一般服務地區預算分配方式前，檢討執行問題並提出具體修正建議，供本會討論時參考。

拾參、上(第 10)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請鑒察。

決定：

一、上次委員會議決議(定)事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤案(共 3 案)：項次 2「委員提出保險成本增加項目，倘其非屬健保給付範圍者，應由權責機關以公務預算支應，若屬健保給付範圍，且將影響健保財務收支者，請衛生福利部事先徵詢本會委員意見」，改列繼續追蹤，於衛生福利部回復本會後，再解除追蹤。其餘 2 案同意依照幕僚之擬議，解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤案(共 8 案)：同意依照幕僚之擬議，繼續追蹤。

二、第 3 屆委員會議其他未結案件辦理情形：

(一)擬解除追蹤案(共 17 案)：

1.依委員意見，改列繼續追蹤案件如下：

(1)項次 10「請中央健康保險署研議並試算委員所建議之感染率指標」，建議再研議其他感染率指標。

(2)項次 12「請中央健康保險署盡早規劃新醫療科技預算，及擬調整或導入之相關項目與作業時

程」，請提出具體之調整或導入項目與作業時程。

(3)項次 14「請中央健康保險署研析罕見疾病、血友病與血液透析等高費用但低效益之醫療服務，並提出因應管理作法」，請補充具體因應之管理措施。

(4)項次 15「請中央健康保險署提供歷年總額投入相關專款預算等，提升服務效率措施，所產生之節流金額」，請補充各項提升服務效率措施之節流金額。

(5)項次 16「請中央健康保險署依委員意見，具體補充全民健康保險法施行細則第 68 條檢討報告」，請補充公告平均眷口數 0.61 之設定依據及調整原則。

2.其餘 12 案同意依照幕僚之擬議，解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤案(共 23 案)：項次 7，有關委員關切民眾用藥安全管理之事項，原擬解除追蹤食品藥物管理署辦理部分，改列繼續追蹤，其餘部分則依幕僚擬議繼續追蹤。

(三)本屆歷次委員會議未結案件，移請下屆委員繼續關心。

三、其他預算項下之「區域醫療整合計畫」，考量 107 年度將屆，執行內容尚無法達成共識，且 108 年未續編該計畫費用，爰不再執行。其餘 107 年度全民健保各部門總額協定事項尚未完成之項目，請中央健康保險署與各總額部門相關團體盡速完成。

四、為即早規劃辦理 107 年各部門總額執行成果評核作業，請各部門總額受託團體及中央健康保險署於 108 年 1 月 21 日前，配合提供年度執行重點目標及評核

相關執行建議，以利後續作業。

五、餘洽悉。

拾肆、討論事項

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：108 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)，提請討論。

決議：委員所提意見，及有關病人自主權利法生效實施後，對於醫療資源耗用及健保財務影響持續監測、研析之意見，請中央健康保險署參採辦理後，依法定程序陳報衛生福利部核定。

第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：108 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案，提請討論。

決議：同意中央健康保險署所送之「108 年度各部門總額一般服務之點值保障項目」，如附件。

第三案

提案人：翁委員文能、李委員偉強、黃委員啟嘉、謝委員武吉、吳委員國治

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：有關擴大 C 型肝炎治療所將產生之相關檢查(驗)費用，應併入專款專用 C 肝藥費預算中編列，不宜由醫院總額(或西醫基層總額)一般服務預算中勻支，造成排擠效應，提請討論。

決議：

- 一、本案不予通過，108 年度醫院、西醫基層總額之「C 型肝炎藥費」及其他預算之「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費」，仍依總額核(決)

定事項辦理。

- 二、請中央健康保險署持續監控C型肝炎全口服新藥之藥品給付規定修訂所產生之相關檢查(驗)費用及其對點值可能的影響，並請幕僚於 108 年度工作計畫安排專案報告，以利委員了解。

第四案

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代表

案由：

- 一、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。
- 二、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，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

拾伍、報告事項

第一案

報告單位：疾病管制署

案由：有關「愛滋感染者慢箋領藥時已超過 2 年之醫療給付」，本署對於本項修訂之重點，提請報告。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：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。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：107年11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。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：107年度「基層總額轉診型態調整費用」動支方案報告(包含醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件)，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

第五案

報告單位：中央健康保險署

案由：推動促進醫療體系整合計畫(「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「區域醫療整合計畫」、「提升急性後期照護品質試辦計畫」，及「跨層級醫院合作計畫」)之執行情形，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

第六案

報告單位：中央健康保險署

案由：保險對象自付差額特材之實施情形，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

第七案

報告單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險業務監理指標之監測結果，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

拾陸、散會：下午 14 時。

108 年度各部門總額一般服務之點值保障項目

| 部門別 | 保障項目及支付方式 |
|------|---|
| 中醫門診 | 「中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫」之論量計酬案件(每點 1 元支付)。 |
| 西醫基層 | 一、論病例計酬(每點 1 元支付)。 二、「促進供血機制合理方案」之血品相關項目(每點 1 元支付)。 三、西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項=280 點×季申報總住院數(每點 1 元支付)。 |
| 醫院 | 一、門診、住診之藥事服務費(每點 1 元支付)。 二、門診手術(每點 1 元支付)。 三、住院手術費、麻醉費(每點 1 元支付)。 四、血品費(每點 1 元支付)。 五、經主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診醫療服務點數(每點 1 元支付)。 六、地區醫院急診診察費(每點 1 元支付)。 七、經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院(註 2)。 |
| 門診透析 | 一、腹膜透析之追蹤處理費(每點 1 元支付)。 二、偏遠地區之門診透析服務(每點 1 元支付)。 |

註：1.依健保法第 62 條之規定，藥費係以元支付。

2.以前一季各區門住診平均點值支付，如前一季該分區門住診平均點值小於當季浮動點值，該分區該季偏遠地區醫院之浮動點數以當季浮動點值核付。

第 3 屆 107 年 第 11 次 委員 會議
與 會 人 員 發 言 實 錄

壹、「議程確認」、「請參閱並確認上(第 10)次委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

主任委員、各位委員，大家早安！現在已經超過會議時間，委員出席人數也已經過半，請示主任委員是否宣布開會。

傅主任委員立葉

開始今天的委員會議。

周執行秘書淑婉

- 一、在確認議程之前，先跟大家報告 1 件事情，依照本會會議規範規定，健保署署長為法定列席人員，但健保署於 12 月 12 日函知李署長伯璋因另有要公不克出席，所以本次會議請假，由蔡副署長淑鈴代理。來函影本已置於各位委員桌上，請參閱。
- 二、本次議程安排與往常委員會議程順序不同，有略作調整，在決議事項辦理情形及重要業務報告之前，安排優先項目 2 案，均與 108 年度總額協商應完成事項有關，因為具時效性，所以安排在前面，包括「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核定結果及後續相關事項，及上(第 10)次委員會議保留的「108 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」。
- 三、討論事項有 4 案，第一案及第二案是依照年度工作計畫排定，第三案及第四案是上次的會議保留，也是委員提案。報告事項有 7 案，第一案是疾管署依據衛生福利部的政策指示，必須到本會來做說明的事項，第二案是上次會議保留案，第三案是健保署的業務執行報告，第四至第七案是依照年度工作計畫排定。因為本次是本屆最後 1 次的委員會議，所以希望能夠將所有的議案都處理完畢。
- 四、另外，有一個非廣告，今天在各位委員桌上放置了聖誕糕，因為聖誕節快到了，所以祝福各位委員聖誕快樂，還有一個平安龜，也祝福各位委員在年末時，歲歲平安。

傅主任委員立葉

請問各位委員對議程安排有沒有意見？請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

主席、各位委員，大家早安！剛剛周執行秘書淑婉有報告，健保署署長為法定列席人員，但是李署長伯璋好像已經連續好幾次都沒有參加委員會議，真的是不太恰當。當然我不是說蔡副署長淑鈴不應該來代理他，既然署長是法定列席人員，就應該做他應該要做的事，而不是開幕典禮或其他會議他就一定要去，其實這個部分應該由副署長去代理反而更好。建議下次不應該再有這樣的情形發生，或許下屆委員不見得還是我們，不過既然法定列席人員是署長，除非有重大事由，否則還是希望由本人出席。

傅主任委員立葉

謝謝，上述意見就麻煩蔡副署長淑鈴帶回轉告李署長伯璋。剛好今天健保署今天也有準備一些小禮物，署長特地請蔡副署長向委員致意，請蔡副署長說明。

蔡副署長淑鈴

謝謝主席，各位委員大家早安！今天署長確實另有一個比較重要的行程，所以沒辦法來參加會議，向委員們抱歉。另外，署長為了表達對委員這一年多來的支持、協助和指導，今天特別在各位委員桌上，放置 1 個精緻的小禮物，這是健保署署長為了表達對委員們的感謝，藉由今天這個機會，在今年的最後 1 次會議，送給各位委員，再次感謝各位委員長期對健保業務的支持、協助還有指導，非常感謝。

傅主任委員立葉

謝謝，如果其他委員對議程安排沒有意見，議程確認。接下來進行下一案。

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請問各位委員對上次委員會議紀錄有沒有意見？請李委員永振。

李委員永振

主席、各位委員，大家早！會議資料第 9 頁第五案決議的第二點，建議補充修正。因為本年 4 月份委員會議對於「108 年度全民健康保險基金附屬單位預算」案是不予備查，其中所涉及的是上次委員會議對政府依法應負擔保險費和整體保險收入沒有准予備查，既然提到財務和保險收入，是不是應該將其列入比較明確？這麼做健保署和社保司可能會很頭痛，但事實上，我們是有不予備查在案，這樣處理才能前後呼應，建議將這一項列入，因為不是幾億元而已，而是二、三百億元。

傅主任委員立葉

好，上(第 10)次會議紀錄第五案決議二，依委員意見修正，保險收入之影響金額分析及政策因素試算納入「政府依法應負擔之保險費」，請幕僚事後補充。請問委員還有沒有其他意見？沒有的話，我們就確認會議紀錄，請進行下一案。

貳、「『108 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式』核定結果及後續相關事項」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳研究員淑美

一、衛福部於 11 月 23 日核定本會所報「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，針對核(決)定結果摘要報告：

(一)各總額部門與其他預算額度及相關分配，同意依本會呈報內容辦理。

(二)有關行政院核定增列 C 型肝炎口服新藥費用，決定如下：

1.於其他預算項下增列「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費」項目，金額為 13.7 億元。

2.另原陳報其他預算之「支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及C型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費」項目，併同修正文字。

(三)根據上述衛福部核定結果，計算 108 年度健保總額約為 7,153.5 億元，相較於 107 年度核定總額，成長率為 4.417%，有關各部門總額的詳細數字，請參閱會議資料第 16 頁。

二、衛福部已於 12 月 5 日公告「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，請參閱會議資料第 200~238 頁。

三、有關 108 年度各部門總額協定事項及相關計畫辦理情形，幕僚也會依時程追蹤辦理進度，說明如下：

(一)108 年度追蹤時程表及附帶建議參辦情形提報時程表，請參閱會議資料第 17~24 頁。

(二)「108 年度各部門總額應於 107 年 12 月底前完成之協定事項辦理情形」，相關辦理情形請參閱會議資料第 25~31 頁。

傅主任委員立葉

請問各位委員對本案有沒有意見？請林委員惠芳、何代理委員語及陳委員亮良。

林委員惠芳

- 一、有關本案我想表達的是，對於各部門總額品質保證保留款實施方案，要提撥 5% 做為政策獎勵，我反對以保險費支付行動支付的獎勵，行動支付的獎勵與健保品質有什麼關係？與所有的保險對象的關聯是什麼？國發會與經濟部想要透過本案，提升行動支付的涵蓋範圍，然後將醫療院所做為目的對象，如果要補助，請經濟部與國發會另編列預算，怎麼會允許用保險費支付行動支付的獎勵？他跟我們的健康無關。這部分是很嚴重的瑕疵，既未在委員會議討論，也沒有在各部門總額研商會議中處理，就這樣強行通過。我知道各部門總額中有很多委員持反對意見，但是他們的反對意見都沒有被接受。
- 二、品質保證保留款應該用來獎勵有助提升醫療品質的相關作為，也希望是對民眾健康有益的事情。如果將各部門總額品質保證保留款都撥 5% 金額用來獎勵行政支付，金額總計將近 5 千 5 百萬元，這筆款項比西醫基層總額新醫療科技 4 千 2 百萬元還要高，合理嗎？這件事情請大家深思，獎勵行動支付的款項，不應由健保費支出；若真的要獎勵開放行動支付的醫療院所，可請銀行或金融業者編預算來做，因為獲益的是他們。

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)

主委、各位委員、各位先進，大家好。很高興總算能夠順利地完成這 2 年的代理工作，沒有中途夭折掉，雖然 2 年的會議中都是自己帶便當跟水果，也義務擔任代理委員，但是要感謝大家給我 2 年壽命的開會期間。我有以下 2 個意見：

- 一、本會已依健保法總額協商精神與規則，完成 108 年度總額協商並議定總額金額，但政府卻另外自己決定編列 13.7 億元，作

為 C 肝專款。若回歸總額協商精神，這筆款項應該經過協商程序再定案，而不是自己就決定把它放在專款裡面。所以，以總額協商的精神與總額條文規定來看，我們堅決反對這種做法。如果一開先例，那以後就不必協商，由部長自己決定整個專款項目就好了，我們認為這個作法是不妥的。

二、在健保相關法規、年度總額協定事項與支付標準裡，有提到可以支付行動支付嗎？如果沒有，卻以健保費支付行動支付相關款項，那是違法支付，所以我認為這也是不妥的。若有這樣的違法行為，我們就請監察院來監督調查及糾正。我想我們所有付費者都反對以行動支付作為品保款獎勵指標，品保款是用來獎勵醫療團隊的款項，目的是在提升醫療工作品質，而不是用來推動行動支付。推廣行動支付是銀行的事情，應該請銀行來支付相關費用，這是我的意見。今天是本屆最後 1 次會議，謝謝大家讓我能夠開到現在！

傅主任委員立葉

謝謝何代理委員語，接下來請陳委員亮良，再請趙委員銘圓、吳委員榮達及李委員永振。

陳委員亮良

一、首先感謝主委及各位委員在過去兩年對於台灣健保費盡心力，有的委員從花蓮跑來，公道伯蔡委員登順確實不簡單。108 年健保總預算四大部門順利達成協商，也是各位委員認真參與及努力的結果，大家都為台灣健保付出心力，協商過程不管是付費者或醫療提供者都很辛苦，尤其牙醫門診總額的謝理事長尚廷很不簡單，他是第 1 棒比較吃虧，但是後來總算當天馬上再啟協商，所以突破了我們 108 年的目標，四大總額部門完全達成協商，通過之後就回歸到各部門去辦理。剛剛林委員惠芳提到，健保經費是由社會大眾及台灣人民繳納，為的是醫療的需求。從馬斯洛需求的觀點來看，我想這個觀點已經要被推翻了，因為人除了吃飽穿暖的需求外，醫療需求也是非常重要，

而這些需求的經費，來自社會大眾保險的互助，尤其醫療的互助是錢賺多的來補貼錢賺少的人，賺多的人繳多一點，賺少的人繳少一點，這是臺灣健保創立的精神。

二、行動支付到底有沒有醫療行為？若用品質保證保留款去獎勵，支用的是保險費用，而行動支付並非醫療行為。我是覺得身為執政者一定要正視真正人民的聲音，人民辛苦繳納的血汗錢一定要用在刀口上，用在醫療行為上，絕對不能為推動其他政策而來覬覦健保的這塊大餅，這樣會影響到人民繳納健保費用，所需要得到的醫療補助。醫療科技與疾病種類、型態一直在演變，健保制度已經推行那麼多年，有其過去及未來，今天雖然是這一屆委員的最後 1 次會議，但為了健保的永續發展，我們應該要負起歷史責任，認真監督各項健保經費支出，所以關於林委員惠芳所質疑用品質保證保留款獎勵行動支付的部分，本席也是反對。

傅主任委員立葉

好，接下來請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

一、首先，非常認同林委員惠芳及何委員語的意見。有關 C 肝專款外加費用部分，其實我們通通都沒有意見，但應經過正式程序，讓這筆費用的編列存在正當性，而不是就直接讓 C 肝專款外加 13.7 億元變成例外。當然 C 肝新藥這個部分，只要是罹患者可以痊癒，我想我們都全力支持，但是拜託最起碼要尊重所有委員，讓它的行政程序可以走的比較正當化。

二、運用品保款推廣行動支付真是天大笑話，它和健保醫療品質保證有什麼關係？這麼做會不會涉及所謂的「背信」？健保會目的是監督健保費的運用和流向，所以更應督促健保署合理掌控健保費的用途，假如隨便編列 1 個項目就可以使用健保費，這樣對醫療行為有什麼幫助？假如完全沒有幫助，那不是在浪費健保資源嗎？而且政府一直在提健保入不敷出、健保費率在

110 年可能就要大幅調升，又用來協助推廣行動支付不是很奇怪？所以我希望這項政策真的要馬上煞車，怎麼可以沒有提會討論，就擅自呼攏加入各部門總額品保款指標，有點太離譜。

三、另外就是針對這次議案部分，我看了各總額部門的執行情形，其實還有很多項都沒有在 12 月底協調完成，後續要如何處理，麻煩健保署適度說明。

傅主任委員立葉

因為很多委員都對行動支付有意見，這部分先請健保署說明。請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

個人很支持推動行動支付，因為它是未來趨勢，但是品保款跟行動支付兩者間的連結有很多疑義，剛才多位委員也都有提到。我必須釐清，這裡並不是指直接去支付行動支付，健保署等下應該會解釋，但是它會相對排擠其他指標。亦即，雖然不是拿錢去做行動支付的獎勵金，但在品保款指標裡放入行動支付後，它排擠了其他可以提升品質的指標，使其相對被稀釋，或是有些項目因而無法列入。所以說以品保款去鼓勵行動支付是有排擠作用的，且間接影響健保支付。因為品保款支付的每分錢都應與醫療品質有關，所以對於行動支付這件事，我建議應該審慎考慮，不要跟健保做任何連結，而是用政府相關部門公務預算去推動。

傅主任委員立葉

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

一、首先謝謝各位委員對於行動支付所表達意見。這部分並非健保署所發起，但為配合整體國家發展，上級希望運用健保署現有機制幫忙推動行動支付，所以才有這個獎勵條件放在品質保證保留款實施方案，這項建議已在相關會議提出跟大家商量。獎勵指標納入行動支付在品質保證保留款實施方案是加分項目，並不是額外撥一筆錢去做這件事，完全不是這個意思，那只是

加分項目，意即就是有做才有加分，沒有做也不會影響原來品保款的支付。所以並沒有因此讓品保款的經費更多，完全不會增加預算，只是在原來的品保款內鼓勵。在這邊跟委員補充，如果委員有興趣去看草案，就可以看到。

- 二、今年共有 2 項政策指示是為鼓勵基層院所，一個是鼓勵行動支付，另外一個是無障礙就醫環境。這 2 項都用同樣的方法列為品質保證保留款實施方案的加分項目，純粹是經過開會商量，因為我們針對的是診所端，最後的結果是大家互為溝通之後所通過。目前行動支付這項中，牙醫門診總額都有通過，但西醫基層總額堅決不要接受，我們也都同意。以上都有經過充分溝通，願意成為加分項目的，才會放進去，沒有接受的，我們也不會勉強，會議都是合議制，須經雙方溝通、說服。
- 三、健保署在政府架構中是三級單位，有很多上級單位會交付我們一些期待跟指導，目前狀況是行動支付牙醫及中醫門診總額的品質保證保留款實施方案已通過列為加分項目，但因方案剛通過沒多久，案子還在健保署，尚未陳報衛福部，今天各位委員的意見我們也會收錄，假定有所決議，我們也可以來做修正，但健保署是三級單位，也一定要幫助推動政府政策，以上補充說明。
- 四、另外，今年的品質保證保留款實施方案還有另一項加分項目，就是希望診所配合分級醫療政策，提供身障者無障礙就醫環境，但這部分目前仍待努力，包括大家質疑何謂無障礙就醫環境，定義為何？所以在這個項目，大家都持保留態度，後來勉強同意增列為鼓勵項目，但還要等看到何謂無障礙就醫環境的定義才能生效。部裡正由醫事司草擬無障礙就醫設施的標準，要等標準草案出來後，我們會提到相關會議跟大家商量，待確定可行後，才會成為加分項目。健保署在相關過程及程序上，確實都有好好說明溝通，因為三級單位承接多級長官指導，因此也需要踐行這些過程的決定。

傅主任委員立葉

請問何代理委員語是針對這個議題？(何代理委員語：是)請稍等，我們先請等候的委員發言結束，先請吳委員榮達及李委員永振。

吳委員榮達

我有以下 2 個意見：

- 一、第 1 個部分是針對 C 型肝炎藥費，在上次委員會反對之下，部長還是把 13.7 億元增列在其他預算部門裡面，我覺得應該要表示強烈抗議跟反對，不應該是這樣，根本違反正當程序原則，沒經過協商，硬要依據自己的裁量做出裁示，因此我提出堅決、強烈的抗議跟反對。
- 二、剛才提到獎勵行動支付部分，我認為真的是太草率了，竟然連提到健保會都不敢提，想要透過暗中偷渡的方式進行，不應該是這樣子的，跟健保費相關的支出，本來就應該要提到這邊來談，談了有共識，再來公告實行，完全沒有，就用偷渡的方式，這是我們非常訝異的，所有的文件都看不到這件事，還是林委員惠芳提出，我們才知道有這回事。我建議等一下提 1 個臨時提案，請大家針對這部分做一個反對的決議，讓健保署上級機關，知道我們健保會的意見。

傅主任委員立葉

接下來請李委員永振。

李委員永振

- 一、首先要感謝林委員惠芳，若她不提我們就不會知道，蔡副署長淑鈴才可說明他們的無奈，吳委員榮達剛才也從法律面提出他的見解。我個人的感覺是，這牽涉到法遵的問題，所以贊成吳委員榮達的建議，可以提 1 個案子讓我們表示態度，不要像 103 年政府處理 36% 議題，結果將近 4 年半的時間，就像連續劇一樣越演越烈，現在回去看政府應該負擔的很簡單，就是健保法第 3 條第 1 項規定，再引用 2 項定義就解決了，結果健保署不提出來討論，反去和主計總處去扯健保法第 78 條，現在

無法自圓其說，明明已經很明確，卻沒有結論。這很不應該。我希望大家要正視法遵的問題。這個事情跟 C 型肝炎藥費專款點類似，雖然大家一直談，但到最後結論是不是會和 C 型肝炎藥費一樣？

二、C 型肝炎藥費所新增的預算，其實是預算財源的爭議。前面好幾次會議委員都提了很多建議，但長官就是充耳不聞、硬幹啊，政府該負擔保費硬拗不出，現在又慷人民之慨，硬加進來，真的是很遺憾！我們應該要有一個態度的表示，以後才不會繼續下去。請各位看會議資料第 76 頁繼續追蹤項次 9，也是有關於 C 型肝炎藥費的預算來源，這是 105 年 8 月的決定，雖有繼續討論，但當時的協商決定是，開放 C 型肝炎新藥一定要有公務預算，但是後來沒有啊！107 年還增加預算，108 年又額外再增加，政府一直強調民間企業要法遵，但政府自己又不法遵，我都覺得很奇怪，雖然健保署有長篇的解釋，但只有強調治療效果和整體計畫，這都很好，我們也是贊同，但問題是錢從哪裡來？我們關切的也是這部分，不要一方面說健保財務有問題，幾年後就必須調漲保費，結果這時候又忘記了，希望考慮這些事的時候，應該將收支連在一起考量，不可以只要政績不要出錢，沒有這麼好的事。

三、有關於今天書面資料，我有一點建議，我算了後面的表，加上 C 型肝炎新藥所增加的額度，其他預算，就是健保署的部分成長率是 11%，以前協商時都有提到四大總額部門，再加上透析就是 5 大塊，都有協商上限，108 年是 4.5%，整體也不能超過 4.5%，但是健保署這塊好像一直沒有強調，所以今年的例子，將來是不是健保署編列的預算也要有上限，因為健保署也是跟付費者協商啊！我認為未來應該要有一個上限，超過上限，要配合政策時就要拿公務預算，這樣比較合理，建立一個機制，未來會比較容易進行。

傅主任委員立葉

請何代理委員語、蔡委員麗娟，再請林委員惠芳及陳委員亮良第 2 次發言。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

聽完蔡副署長淑鈴剛才的報告，提出以下回應：

- 一、第 1 點是關於獎勵醫療院所提供無障礙就醫環境，我國已向 WTO 申請成為已開發國家，所有團體應該要為尊重身障者的人權，自己努力去做好無障礙設施的工作，而不是要從健保的費用拿獎勵，這個事需要人家獎勵嗎？所以我們還不是完全開發的國家。若醫療院所以這樣的心態面對身障者和其所需要設施，坦白講，這樣的思維只是開發中國家的態度跟行為而已，拿預算去獎勵這件事，是匪夷所思的事情。以 OECD (經濟合作與發展組織) 的 33 個國家來說，他們的政府不必去獎勵，所有公共設施包括醫療院所的無障礙就醫環境，相關單位就會自動自發將無障礙設施做得完整到位。
- 二、坦白講，我也是中華民國身心障礙者協會的董事，這個做法真的匪夷所思，外國人要是知道我們的醫療院所做無障礙就醫設施，還要健保拿錢獎勵才願意做，真的是笑死人，是很慚愧的 1 件事。若真要這樣子做，我認為至少要將方案提健保會討論，經我們認可才通過。鼓勵行動支付也是一樣，沒有錯，行動支付是現金流支付程序的進步，但不是用獎勵去推動，而是醫療院所要自動自發去跟銀行、金融單位進行合作的流程，這是一個給患者方便的付款機制，而不是有獎勵才要做。
- 三、第 3 個，今年總額已經通過了，其中也包括網路寬頻的補助費，我過去強調過企業界在海關報關，所有繳費都要到財政部下面的關貿網路公司申報，因此才一直建議衛福部也要成立醫療網路公司來規劃這些工作，而不是拿健保費的錢去補助醫療院所使用的網路寬頻費用，這真的是很奇特的事項，衛福部應編公務預算，成立醫療網路公司來健全全國醫療網路的設施才對，以上是我的淺見跟建議。

傅主任委員立葉

請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

- 一、剛剛幾位委員都提到 C 型肝炎藥費的預算，我們部長又特別編列 13.7 億元，對於全球根除 C 肝計畫，我們希望可以跟上國際的腳步，所以協商時已經編列相當額度的預算，現在部長又增加了預算，我想要了解的是，給付條件一直在放寬，只要找到 C 型肝炎的病人就可以給付，跟過去 2 年要達到肝纖維化 F3 等級的條件不同。但到底要怎麼樣去找到這些病人，因為一般來講，C 型肝炎的病人沒有明顯症狀，甚至有些人也不知道自己感染，我們編列這麼多預算，估計起來明年大約可以有 4 萬人接受治療，請問健保署有沒有更積極的篩檢計畫，找到早期感染的病人讓他接受治療，我們一定要有配套措施，否則有這麼多預算想用在 C 肝治療上，但沒有更明確的篩檢計畫，預算恐怕不能真正落實。
- 二、另外在民眾教育部分，我們有沒有足夠宣導讓民眾知道 C 肝要早期治療，以避免惡化成肝硬化、肝癌？需要更多民眾端的衛教宣導和更具體的篩檢計畫來找到病患，才能將辛苦編列的預算好好運用，讓病人能得到最好的治療。

傅主任委員立葉

請林委員惠芳。

林委員惠芳

- 一、謝謝黃委員啟嘉說明，但即便放在加分項目，我仍然覺得這是 1 件不應該的事情。剛剛蔡副署長提到另外 1 項是獎勵「無障礙就醫環境」，我同意何代理委員語說的，我們應該要讓無障礙環境是普及式的，我們已簽署國際身心障礙者權利公約並制定了國內施行法，這些是法制面已經完備的規範，但要討論無障礙設施獎勵時，還需要先請醫事司訂定標準後才能獎勵，可是對於「行動支付」的獎勵，並沒有進行相關討論，然後就這

樣做對嗎？我覺得如果還沒有核定，應該要停止，也不會壓縮到品保款實施方案中其他品質指標配分額度。我希望品保款的預算是用在跟健康有關的項目，跟健康無關的指標不宜列入。

二、若能改善基層診所的就醫環境，或許可以讓原來只能到醫學中心的病人就近在基層就醫，有些人或許現在使用在宅醫療服務，就可以到鄰近診所看病，這些都可以改善醫療品質，我們要獎勵這樣的事情，都還要請醫事司訂出很清楚的標準才能執行，但獎勵行動支付跟健康一點關係也沒有，也沒有討論就這樣推行，雖然健保署曾在總額研商議事會議提出討論，但大家感覺是很不爽的接受，我強烈建議這件事情應該要停止，若還沒有核定也應該要止住，即使要放在加分項目也不適宜，這是合理性的問題。

三、如果我們國家想要支持行動支付，想要獎勵，那就編出公務預算來，不是用健保費用支出，應該在其他地方編預算，我要強調這件事。還有一個補充，如果醫事司要討論無障礙就醫環境相關標準，請邀請身心障礙組織參與討論，我們到目前為止都不知道醫事司在討論相關事項，基層診所要達成的無障礙就醫環境，有它們可以做到的事情，有些可以用容易、簡便方式達成，希望衛福部有機會要聽聽身心障礙團體的聲音。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

一、謝謝主委，各位委員大家好，首先我要肯定醫療提供者，政府在推動很多公共政策的過程當中，原本都是以公務預算支應，但是推動之後，慢慢的會跑到其他所謂的社會間相關預算，像我們健保經費其實是來自於人民的醫療保險稅捐，這項稅捐是我們要用來購買醫療相關服務。有時候政策推動，如同剛剛其他委員講的，有關無障礙就醫環境部分，這個在公部門也好，在建築物也好，已經有法令和相關規範，法制面有身心障礙保

護法的規範，相關單位都有在考核、評核，一定規模的建築都要具有無障礙空間的環境，目前都已有相關的部門和政策在推動。但「行動支付」及我剛提到所謂的載具部分，都是間接跟醫療有關係，並不是直接跟醫療的關係。

二、蔡委員麗娟提到 C 肝經費的問題，如何去把 C 肝病患找出來？我來自雲林，有雲林鄉親跟我反應，他被檢查出有 C 型肝炎，但因為病毒數不足，目前被排除在 C 肝治療對象外。這屬於醫療專業的層面，但照理說 C 肝口服新藥治療是一個有效的治療，病患理應要逐年減少，剛剛蔡委員麗娟特別提到，我們是不是應該要重視篩檢這方面，但不是從健保經費支出，要從疾病管制署或衛福部相關部門編列公務預算，先把 C 肝患者找出來，病患找出來之後，再以健保總額預算來思考，健保總額就像一杯水，水位是固定的，若增加很多東西，水就會滿出來，滿出來就是不足，若不足的部分太多，二代或三代健保就會出現，就要變相要課徵台灣人民的健康捐。往後請委員要特別關注這部分，希望政府部門在推動公共政策時，不要一直把相關公務預算挪到健保經費支應，這個思維比較不恰當。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

- 一、就 C 肝部分再補充說明，請看到今天健保署的業務執行報告第 70 頁，有關醫院總額部門 107 年度 C 型肝炎用藥預算使用情形，第 1 季執行率 32%，第 2 季執行率 32%，107 年上半年預算已使用 64%。
- 二、我們不是不願意多支付 C 型肝炎費用，而是我們認為這在程序上是不對的，我建議是不是請部長能夠就 108 年總額其他預算增列的 13.7 億元 C 型肝炎藥費來重啟協商，讓它在程序上能合乎法定、正當的程序，讓對 C 型肝炎藥費有需求民眾可

以合法使用這個預算。

傅主任委員立葉

一、很多委員已經表達意見，就委員的共同意見，做成下列附帶決定：

(一)C 型肝炎藥費部分，再次正式發函給衛福部，重申希望尊重本會協商結果，以及應遵循法定協商程序。衛福部於 108 年其他預算增編的 13.7 億元 C 型肝炎藥費，若要納入總額支付，應經本會協商。

(二)關於行動支付，未來政府若有相關政策要納入品保款實施方案的品質指標進行獎勵，請依照正常程序送健保會討論後再核定執行。反對將行動支付納入品保款實施方案的新增指標並由健保支付相關獎勵。

(三)無障礙就醫環境若要列入品保款實施方案新增指標，應先送健保會討論。但委員主張無障礙就醫環境應該是普遍性政策，建請醫事司進行醫療機構評鑑時納入指標，相關指標之訂定請邀請身障團體共同研議。

(四)其他如：何代理委員語所提網路寬頻、蔡委員麗娟及陳委員亮良建議使 C 肝用藥預算更具效益等意見，請健保署參考。

二、剛才趙委員銘圓提醒，各部門總額應該在 12 月底前完成的協定事項，請健保署協調各部門總額相關團體盡速辦理。另外也請健保署及各部門總額相關團體確實依照「108 年度各部門總額協定事項及相關計畫追蹤時程表」辦理後續事宜，附帶建議部分也請依所列時程提報本會。接下來請蔡委員登順。

蔡委員登順

剛才聽了許多委員發言，基本上大家都反對品保款實施方案新增獎勵行動支付相關指標，也沒有提及要再提健保會討論，至於新增獎勵無障礙就醫環境指標部分，大家也是反對，我認為這樣決議比較明確。

傅主任委員立葉

- 一、我的原意是行動支付部分不需送本會討論，但無障礙就醫環境如果要列入則須提會討論，因為委員還可以就指標提出建議。如果委員同意的話，這 2 項都反對列入品保款實施方案新增指標項目。
- 二、先請盧委員瑞芬，再請黃委員啟嘉及謝委員武吉。

盧委員瑞芬

- 一、主席，針對無障礙就醫環境部分，我非常同意這是普世價值，一定要做。我認為這項會列為指標的原因是因為現行法規沒有強制規定，若要全面執行，最釜底抽薪的辦法是直接由法律規定，所有醫療院所都要有無障礙設施。
- 二、目前健保署將無障礙就醫環境納入指標進行獎勵，是因為現在處於過渡時期，沒有法規強制規定只好先獎勵，而且只是納入成為指標的一部分，如果我們現在反對，過渡時期亦無法可管，無障礙就醫設施就更無法普及，我贊成納入指標內。

傅主任委員立葉

不納入品保款實施方案的指標，也可以請政府另外編列預算獎勵。再聽聽其他委員意見，請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、在行動支付部分，大家意見是一致的。對於無障礙就醫設施這部分，我有 1 個想法供大家參考，雖然說已開發國家很多公共設施都有無障礙設施，但也不是每個場所都需要，再來是目前台灣醫療預算占國民生產毛額及醫療支付，有達到已開發國家的標準嗎？請問大家付的健保費跟醫療費，有達到最先進開發國家的標準嗎？若大家認為這點沒有這麼急、這麼快，那麼勢必政府修法也不會那麼快。
- 二、西醫基層堅持行動支付不要與健保連結，但是無障礙就醫環境我們可以考慮增設，因為這和醫療品質有相關。我的建議是行動支付大家意見一致，但無障礙就醫設施部分，大家有不同的

意見，我們國家畢竟沒有把醫療給付弄到跟美國一樣，如果我們希望能對身心障礙人士就醫有所幫助的話，可以在過渡時期規劃獎勵措施，獎勵措施如果有可行的標準就可以先做，不宜直接把它排除。

傅主任委員立葉

這樣大家是否可以同意？請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、其實我剛才都很認真在聽，在無障礙設施這方面，我要替台灣老百姓講一些公道話，民眾到診所去的話，目前整個就醫環境是非常不方便的，我們應該要有所獎勵，今天健保署有這種想法，我認為健保署的想法是正確的，是為全民老百姓做事情、想事情。所以我們應該要將心比心，我們要為全台灣老百姓就醫品質能夠提升，我們應該對健保署的想法、做法給些掌聲，我是建議這個大家要審慎考慮。
- 二、至於剛才主席所講的，剛才盧委員瑞芬也提到，我現在跟大家說明醫院的情況，現在醫院評鑑指標已經不寫無障礙設施的查核，我向各位報告，現在評鑑規定醫院一定要有無障礙環境與相關設施，每個病房都要有無障礙設施，所以醫院絕對都有符合。但是我們要幫助改善基層診所的無障礙就醫環境，加上現在人口老化、老人增加，我們應該要有同理心和同理性，來幫忙比較年長的同胞和老百姓，這是我們的目標和理想。我想大家應該要儘量想辦法，而不要直接就把它刪掉，這樣不太好，這是我的建議，謝謝。

傅主任委員立葉

請林委員惠芳。

林委員惠芳

我支持現階段先保留無障礙就醫環境部分列入指標，主要的原因是因為它跟醫療品質有關係，很多身心障礙者因為沒辦法到診所就醫，而被迫要到醫學中心、被迫提高部分負擔，通用設計是未來大

家要努力的方向，現階段其實也有相關規定，建議初步推動時棒子跟蘿蔔可以一起下，讓無障礙環境能夠快一點普及，但行動支付真的跟醫療品質一點關係也沒有。

傅主任委員立葉

請李委員偉強。

李委員偉強

- 一、目前台灣大概有 470 幾家醫院，約 2 萬家診所(包含中醫、西醫及牙醫診所)，在座各位都看過診所，有的診所在 1、2 樓或其他樓層。無障礙就醫環境除了診所裡面空間外，還包含診所外面，很多診所門口外面都停滿了摩托車、腳踏車，甚至直接在車水馬龍的路邊，這不是法令一要求就可以馬上就改變的，法令突然變革只會讓診所生存不下去，醫院改建無障礙硬體環境大約花了 10 年的時間，大家都陸陸續續進行，需要導入期。
- 二、呼應大家意見，先經過醫院評鑑的要求，醫院經過 10 年努力後，多數醫院都達到了之後，才正式列入強制性法令內，要求未達到的醫院盡速改善。我建議診所更需要導入期，2 萬家診所遍布全台，山地鄉、離島地區到處都有診所，一個法令執行下去，不管多偏遠、離島都要執行，在過渡時期應用鼓勵手段，我覺得這對推動分級醫療政策、鼓勵民眾到診所就醫都有正向的助益。

傅主任委員立葉

請王委員雅馨。

王委員雅馨

- 一、各位委員大家好，這是我今天第 1 次發言，就大家討論議題，提出一些看法，剛有關行動支付的部分，我也覺得應該由公務預算支付。
- 二、無障礙就醫環境部分，剛才像林委員惠芳、黃委員啟嘉、李委員偉強及謝委員武吉等諸多委員的意見都很有道理，因為我們

法令尚未完備，沒有強制性，建議保留獎勵誘因。無論是病友就醫或是老年人看診，有時坐輪椅要上台階都有困難，完備無障礙就醫環境對民眾有益，建議應該先保留。

傅主任委員立葉

- 一、按照委員的意見，反對行動支付納入品保款實施方案的指標獎勵，同意無障礙就醫環境納入品保款實施方案的新增指標項目，但指標訂定時希望能邀請身障團體一起參與討論。
- 二、目前討論無障礙就醫環境時，已經不只是無障礙行動的硬體環境，還包括就診時檢查和機器設備是不是能讓身障者能夠無障礙地進行，如：X光、核磁共振等，也就是無障礙的就診，這部分身障團體最了解，到時候請邀請身障團體共同研議，包括醫院與診所都還有努力的空間。

謝委員武吉

主席，醫院不用了。

傅主任委員立葉

這部分獎勵若要考慮的比較周延，請多與身障團體研議。

黃委員啟嘉

- 一、主席，我再提 1 個想法給大家參考看看。我曾經去銀行，看到它們有設無障礙廁所，我就很好奇，因為銀行內很多空間都已經改造成無障礙空間，我問：「這裡有沒有人來用過？」，結果行員說：「都是員工在使用，沒有真正身心障礙人士來用，但規定要有這些設施」。
- 二、我有個想法，各位及身心障礙朋友一起來思考，是不是針對公共場所設置無障礙設施時，不是要求每個地方都要，因為這些都需要成本，是不是集中獎勵給有設置的人，讓它可以設置的更完善，讓身心障礙者可以使用，而且這友善不只是硬體的友善，還有軟體服務的友善，如醫生看到身心障礙者是不是很高興、熱烈的服務，而不是冷冰冰交代式立法，所謂交代式立法就是立法要求普遍都有，但利用率是 0 或幾乎沒有利用。若我

們可以針對某些特定的地方，註明是身心障礙者友善的地方，社會投入其他地方的 2 到 3 倍資源，集中起來做最好的設施，我覺得這樣社會資源的利用會更有效率，社會成本會是最低的。這是我的想法給大家參考。

傅主任委員立葉

以上意見請健保署參考，請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、無障礙設施的建置是觀念的問題，你要吸引客人，就要讓客人能非常方便地出進，患者也是客人，醫療服務提供者這 20 年來一直吃糖，糖量越吃越大，什麼都要獎勵，不獎勵不做，獎勵才做，如果醫療也是屬於服務產業，服務產業就要提供給所有來的消費者非常方便的空間，這是觀念上的改變。
- 二、如果每個事情都要獎勵才要做，這是很怠惰的行為。所以我建議如果「無障礙就醫環境」要獎勵，不只有身心障礙團體要參與討論，還要回到健保會討論，這是我的建議。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、我們非常支持身心障礙者就醫的權利，也非常肯定黃委員啟嘉，尤其是醫療提供者也是西醫基層代表，他很願意增進身心障礙者就醫環境。謝委員武吉也提到，醫院很早就開始建置身心障礙者無障礙空間的設施，其實我是在公部門服務，提出幾點淺見跟看法。我們非常重視林委員惠芳所提身心障礙者的就醫環境，無障礙設施範圍非常廣泛，不只是社會福利單位在管理，也涉及建管單位，有的建築物可以改建成無障礙設施，有的建築物不適合，因為舊的建築物要修改可能會有涉及到建管法規及道路使用等各種層面，而無障礙設施在中央或地方都有主政單位。
- 二、品保款實施方案如果硬是納入這個項目，我不曉得以後西醫基

層院所要怎樣得到分數，我也很擔憂，當然也肯定你們的努力。剛才也有委員提到，有的診所搞不好在 2、3 樓或是其他建築物通道、路權等問題，這個非常複雜。我也在公務機關擔任總務主任，知道要推動無障礙空間時，建築物可能要修改也要考量到現有建築法規等元素，以上提供淺見，我是支持這方面的意見。

吳委員國治

- 一、關於無障礙設施，我想醫院幾乎都沒有問題，重點應會在診所，診所並不如部分委員說得那麼不堪，很多年輕醫師都很有理念，只是現實環境並沒有那樣簡單，各種不同障礙者需要的設施太多，例如視障、身障、精障的無障礙設施該怎麼處理，如要納入設置標準內去規範，院所無法設置而關門，反而會危害到民眾就醫的權益。
- 二、有些偏遠地區即將退休老醫師的診所要頂讓出去，建管、消防等單位都要重新再去檢查，結果是沒有醫師要承接原診所，因為診所的 1 樓是停車空間，因為是二、三十年的舊診所，沒有問題，但是要更換負責醫師，就無法通過，有好幾家偏鄉診所因此關門，從原本的 3 家減為 2 家，無障礙設施應該要循序漸進，以我的診所為例，外面停放一堆機車，連正常人都很難行走，更何況是身障人士，要向市政府抗議，情況才有改善，因此應採鼓勵方式。醫界醫師不是吃糖吃習慣才會做，請不要把辛辛苦苦的診所醫師講得這麼不堪，許多醫師是很有理想的。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

我想本案在無障礙環境部分花費太多時間討論，後面還有很多議案要討論，無障礙設施也不是正式的提案，請問是不是要調整一下議事的進行。

傅主任委員立葉

本會同意無障礙就醫環境納入品保款實施方案的新增指標項目，請健保署研擬指標時，邀請身障團體及醫界一起討論，並提報本會。

李組長純馥

衛福部部內有分工，無障礙就醫的品質指標是衛福部醫事司主責，健保署是依照醫事司的指標連結到品質指標支付的條件，爰邀請身障團體討論無障礙的定義是醫事司職責。

黃委員啟嘉

這個指標如果要執行，要依行政的主責機關訂定的標準，依法執行。

傅主任委員立葉

請問醫事司已經訂定指標了嗎？

李組長純馥

品保款的指標執行要依照主責機關訂定的指標執行。

傅主任委員立葉

那就請醫事司邀請身障團體一起討論指標訂定。

黃委員啟嘉

這部分健保會只能做成建議，主責機關有其行政裁量權。

傅主任委員立葉

同意品保款實施方案納入無障礙環境指標，本案討論到此，請進行下一案。

參、「108 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」與會人員
發言實錄

同仁宣讀

方薦任科員瓊惠

- 一、幕僚簡要說明，本案上次會議討論時，多數付費者委員建議「各地區校正『人口風險因子及轉診型態』後保險對象人數」(R 值)占率至少調升 1%，惟考量西醫基層代表委員表示須再經內部研商，爰本案保留，並請西醫基層總額承辦團體盡速提送修正後之分配建議方案。
- 二、請委員參閱桌上編號 2 的單張會議補充資料，這是醫師公會經過內部討論後函覆本會的公文，建議 108 年度一般服務地區預算 R 值 66%，S 值 34%，分配方式與 107 年度相同，另建議移撥 5.55 億元做為風險調整基金。依照上次委員會議決議，本案需於本次委員會議討論定案，才能依規定於年度開始前陳報衛福部核定。

黃委員啟嘉

- 一、各位付費者委員就像是公司的董事會，代表資方，我就像是經理，協助付費者委員我來管理勞方，所以我今天是勞方代表。今年總額協商時，付費者委員已經講好今年度的總額，也就是勞工的總薪資就這麼多，請我回去跟下面的勞工說總薪資就這麼多，並與大家討論如何分配，每個人的意見很多，好不容易討論出有共識，有些地方是依照往例，有些地方微幅修正。在上一次董事會報告時，董事對分配方式有意見，像是吳委員榮達說 R 值要增加 1%，我想就回去報告就好，結果沒想到，我一回去報告，原先大家談妥的條件全部要歸零，全部遊戲規則要歸零。
- 二、向各位委員誠懇報告，既然總薪資已經核定好，就讓勞工們快樂去分配可能會好一點，這是經理要離開之前的最後懇求，不能的話，我也只能掛冠求去。委員若不答應，則只能重新找一

位新的經理去談，總薪資就這麼多，勞工擺不平，我只能辭職。我講的是我真正的心情，就請老闆讓勞工們自己做決定，高高興興為老闆們工作。各位委員都代表民眾，就等於我們的老闆，醫生跟員工好好幫你們工作是最好的方式，我也必須承認很多東西其實是心理因素，人會快快樂樂本來就是心理因素。

三、我原本的想法是 R 值前進 1%，分區預算減少多少，就補多少，分區預算增加，就補預算減少的分區，結果要這樣挪動，各區都不同意，因為撥補別人的分區不同意，被撥補的分區因為補的太少，也不同意。所以 R 值前進我們真的做不到，要請主席另找他人處理分配工作。

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)

建議本案擱置不予討論，黃委員啟嘉的比喻是有點不倫不類，從總額實施到現在，96~104 年 R 值維持 65%，105~107 年 R 值維持 66%，65%維持 8 年，66%維持 3 年，西醫基層當時有承諾要往前進，所以 108 年 R 值往前進 1%是很合理的。我們也不確定還會不會繼續擔任健保會委員，今天是第 3 屆最後 1 次委員會議，做 1 天和尚敲 1 天鐘，我們也是盡責做好，至於西醫基層還會不會指派黃委員啟嘉擔任委員我們也不知道，我們今天是就事論事，不是就人論事。所以我建議 R 值還是要 67%，S 值 33%，我的意見是這樣，我尊重其他付費者委員意見，但是我們認為西醫基層 65%已走了 8 年，以前都有承諾要 R 值要往前推進到 100%，會議紀錄也有記載。黃委員啟嘉今天的發言讓我認為有點沒有完全盡到責任。若黃委員認為醫師公會理事長行文，健保會調整...

黃委員啟嘉

以理事長名義行文，是因為理事長是公會的代表人，不能以我的名義發公文。理事長尊重西醫基層總額分配方式共識，跟理事長意見

完全無關。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

公文是理事長具名發出。

黃委員啟嘉

理事長只是我們醫師公會全聯會的代表人。

傅主任委員立葉

- 一、謝謝黃委員啟嘉及何代理委員語的說明，我想都很有道理，建議是否比照上(第 10)次委員會議中醫門診及醫院總額部門，先同意 108 年 R 值維持 107 年占率，明年除非提出相對方案，否則 109 年 R 值應予調升，這是我個人意見。
- 二、如果 R 值往前進這麼困難，也許計算方式真的有再檢討的空間，但是須提出相對方案，因為研究報告都是建議 R 值應持續推進，除非能夠針對原本的計算方式做修正，才能參考新的分配方式。建議比照上次委員會議醫院及跟中醫門診總額部門的決議，今年先同意 R 值不往前進，但是明年請提出相對方案，否則 R 值要往前進。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我反對主席的建議，上個月中醫部門主動提出 R 值前進 2%，西醫基層為什麼不比照中醫部門前進 2%？我提議比照中醫前進 2%，牙醫部門已經 100%，不必再前進。醫院部門的說明，我覺得很合理，且他們這幾年也有往前進，但是西醫基層 65%維持 8 年不前進，66%維持 3 年不前進。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

我與何代理委員語意見一樣，我們還是認為應該要往前進 1%，西醫基層的困難應該自己想辦法克服，研究報告的趨勢非常明顯，也真的 3 年沒有調整，這樣說不過去，有好幾位委員都堅持要再往上調整 1%。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

主委，各位委員大家好，本案是上個月討論，我剛好請假，我覺得要尊重醫療提供者的觀點，我還是贊成主委的意見，緩和健保會付費者委員跟醫療提供者之間的平衡，我們先觀測看看，明年 R 值就要再往前，我覺得主委的意見非常好。

傅主任委員立葉

請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

- 一、主席、各位委員，我的建議是要前進，前進的百分比由大家決定，但是至少要進 1%。黃委員啟嘉講的是他的難處，他手下的勞工們確實是很辛苦；但是這個分配要兼顧民眾和他手下的勞工，6 區裡頭有些醫師的權益是受損的，有些則是得利的，是不是受損的醫師在內部討論時被壓抑，才會破局無法前進。R 值占率已維持 3 年不動，西醫基層如果有準備，就應該有做疏導和安排；反過來講，西醫基層可能完全沒有將 R 值占率要前進的議題放進內部討論的議程裡面，只有在每年討論地區預算時，才會提出來討論。
- 二、西醫基層每年都是這樣不斷地請我們給他們一點空間，我們同意給空間，但是卻沒有看到 R 值占率的前進，也沒有提出草案，甚至也沒有方向。從健保會提供的會議資料，可以看到各區的落差，增加 1% 的時候，北區會增加，其他區是維持或是沒有減少太多，健保署的資料，可以看到中區、高屏、南區是下降，其他區則是維持，北區則是增加。
- 三、北區人口數增加最快，但是每萬人口醫師數最少，這表示北區的醫療服務供給相對是不夠的，這是為什麼 R 值要前進的第 1 個理由。第 2 個理由，民國 95 年，訂 S 值的時候，北區人口還很少，所以 S 值是最低的，當時為了緩衝制度實施過程的衝

擊，所以保留以利用率為主的 S 值，但長遠希望以人口需求為導向，若 S 值占率繼續維持，則原先醫療利用低的地區，費用基礎就會變低，而原來利用率高的地區，就會佔便宜繼續高，繼續拿偏高的金額。可是這幾年的人口變化，會造成人口少但成長快的地區是損失。

- 四、至於台北區，西醫基層一直說公式有問題，覺得 trans 有問題，但我不覺得。有關台北區的平均每人醫療費用比較低，各位可以想想台北區的醫院門診量有多少，台北區的民眾醫療需求是固定的，民眾跑去醫院門診就醫，西醫基層的需求就會比較低；而醫院門診服務供給比較少的地區，診所服務需求量會比較高，這是當時設定 trans 的目的，醫院門診幫西醫基層分攤掉需求了，以上 3 點補充。

黃委員啟嘉

- 一、先回答黃委員意見，確實有些人會吃虧，可是如果 R 值前進以後，以實質來講，可能是吃虧的會更吃虧，點值低的更低，這是第 1 點。北區的點值大概是第 2、第 3，當然不要從結果論。另外講到 trans 的問題，有個前提是醫院跟基層看診人數總和是固定的，看的多的相對分得錢就要少一點，但公式用的是費用，有支付標準的差異，醫院看診費用高出基層很多，台北區在 R 值 66%與 67%的預算不是差不多，台北區算出來是差了 1 千多萬。
- 二、其實 trans 有支付標準偏差，台北區因為醫院中心很多，相對基層占率少，分的不見得那麼好。其次，台北區的點值已經比較低，R 值如果前進，台北區點值最好的情形是跟現在點值持平，但是實際上會再更低，我們每年都要撥補台北區，今年就規劃要補 3 億以上，因為他點值跟其他區落差很大，你同樣看一個病人診察費可以給那麼低嗎？結果 R 值前進 1%之後，當初願意分給台北區的其他分區就不願意了，因為各分區表示條件在 R 值 66%前提下討論的分配方式，如果 R 值前進，一

切重新討論。

三、錢跟著人之外，還要跟著需要，R 值往前走的話，中部、南部都往下降很多，高屏、南區都會下降非常多，東區是因為保護的關係，不然用 R 值公式算出來，每年東區預算成長率是-7%，就算東區人口沒有減少這麼快，因為東區有慈濟醫院。按照公式理論，東區不會有醫學中心，因為要有 1 百萬人口才能維持一個醫學中心，可是花東不到 60 萬人口，當初吳凱勳教授與黃煌雄教授就跟上人講不要蓋醫學中心，蓋區域醫院就好，我說如果按照理論，1 百萬人口才能蓋醫學中心，那在這邊蓋是不對的，但如果重症都要用救護車送到台北需要 4 個小時，病人大概撐不住。所以計算需求並不是按人，是按需要計算，西醫基層覺得東區要保障，所以給固定補貼，維持東區點值不會過低，中醫部門東區則是單獨計算。所以 R 值往前走，真的是越落後，越偏南部的地方，點值會掉很多。就算我當初談妥補貼條件，R 值一變動，原本願意拿出錢的人變成不願意拿出錢，原本願意接受的也不接受了，這是我的難處。另外錢是跟著需要走，青壯人口不是醫療耗用者，耗用者是老弱婦孺。

傅主任委員立葉

請吳委員國治。

吳委員國治

跟黃委員報告，西醫基層在討論 6 區預算分配時，並沒有某些區被壓抑的情況，是和諧氣氛下談出來的結果。第 2，我們不是沒有討論，但健保會對公式沒辦法解決，請問西醫基層可以解決公式的問題嗎？現在大家得到的資訊，東區沒影響點值跟預算，那是在現狀有風險基金下呈現的數值，若全部還原，風險基金歸零，東區就倒了，我們不是沒有努力做補救措施，所以有風險基金的提出，我們算過，如果往前走的話，落後的點值的區域點值更下降，預算更減少，東區就會倒。我覺得當時的數據是建立在有補救措施之下，為什麼會有補救措施？表示這個公式是有缺陷的，我們希望公式可以

研擬出來，公式的修正責任是我們嗎？還是在健保會？當時的附帶決議說醫院部門討論時，我們也很樂意去學習，看看能不能討論出讓大家都接受的公式。

傅主任委員立葉

請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

- 一、我們已經進入所謂的辯論階段，我就直接講，你是以東區打 5 區，認為東區不合理，所以其他 5 區也可以變得不合理化，你都以單點問題在打整體全部的東西。我也同意制度推動的過程一定會有閃失的地方，所以為什麼補救基金我們會同意，是因為我們看得到過程可能發生的問題；但是你們拿我們同意的東西，去打你們其他不同意的問題，這是單點突破。若你們真的有討論的話，那我們的付費者委員上次在問你們有什麼對策的時候，你們提不出來，你們不曾有想法，或是覺得社保司要修改哪裡，那要提出來你們的建議，例如公式哪裡不合理？我覺得今天只是來辯說到底 R 值占率要不要前進，重點差別在這裡而已。
- 二、剛剛黃委員啓嘉講的後面那段，雖然我之前已說明過，也不想再重複；但就今天的狀況看來，我還是得需要再重複 1 次。跟著需要走，在 R 值的公式已經放進去了，何謂 R 值的公式是人口占比，是指以地區人口需要的比例，其中人口占比已經按照性別、年齡去計算它的需求，重新再乘回去，所以 R 值的占率越高，人口老化的地區會分配越多。現在 R 值占率不前進的狀況下，反而是年輕地區分配的比較多，老化的地區分配的比較少。把 R 值占率調高之後，因為老年人費用比較高，所以如果那個地區老人數多、費用又高，乘上去後回推給那個地區的醫療費用，也就是這裡的分配預算是會增加的。
- 三、公式明明已經有考慮人口需求，可是現在卻來說公式沒有考慮到需求，這是不對的。不想要前進 R 值的占率，卻說公式什

麼地方不對；我們從來沒講說這公式是完美的，但它的大方向上已經符合我們應該要走的方向跟人民需要；可是卻沒有去這麼做，反而停留下來。

四、為什麼點值會越低？我們剛剛講 S 值，降低 S 值受影響的是台北市、中區、南區、高屏區等原來人口多的地方，因為民國 95 年時人口多醫療利用高，所以它們的 S 值很高；但是其他後來人口增加快的地區，你們反而就不在意了、沒關係了！這些原本人口少但成長快的地區，是因為原本人口就少，所以 S 值的基礎就低；其他地區 S 值高，所以它原本領得就高；按照人口需求因素來提高 R 值占率，調整完之後，當然點值就會往下降一點，那是很正常的，原本已經得利的地區經過今天的方式調整完後，所受一點點的損失是合理回歸中位數；結果居然說因為自己的眼前損失了，所以要讓那些原本就損失的地區跳不上來，我們是這樣做的嗎？R 值占率前進不管是對民眾，或是對當地的醫療供給者都是平衡做法；但現在只是因為內部擺不平，所以停在原點不前進。

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)

12 月 13 日下午在健保署 18 樓，黃委員啓嘉過來跟我打招呼，我說 R 值跟 S 值請照付費者意見，他跟我講「沒問題！沒問題！我會解決。」你有沒有跟我講這個問題？

黃委員啓嘉

那時候我沒有聽清楚你在跟我講什麼，我要和委員鄭重澄清我沒有跟你講沒問題。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

沒有，沒有，你說「學長，這個我會來解決。」我們解決好就是付費者給你加 1%，今天你看，上次我們同意醫院 R 值不前進，中醫自動前進 2%，牙醫已經 100% 了不能前進，我們也無法推它前

進，那我們今天只給你加 1%，所以我那天也有跟你講付費者上個月的決定，那你說你要去解決，會給我們一個滿意的答覆，今天公文送出來，一樣都沒解決。

黃委員啟嘉

我跟何語學長報告，我那天是純粹以打招呼為主軸，我真的沒有聽到你跟我講的那個要求，當然你講什麼，我一定說我會盡力完成你的希望，但我盡力卻失敗。另一個就是說，西醫基層 R 值現在到 66%，已經高過醫院門診跟中醫。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我們也同意西醫基層 5.55 億元的風險調整基金，並沒有說反對，但這次付費者只要求 R 值調整 1%，到現在公文出來都沒有調整，上個月所有付費者都建議調整 1%，今天付費者如果有不同意見，我贊成付費者表決，如果 15 個付費者有半數以上都同意 R 值不前進我也支持，但如果半數以上要求進 1%那就進 1%，但我不希望開這麼久去表決 1 件事情。

傅主任委員立葉

請陳委員旺全。

陳委員旺全

- 一、中醫界每次談到這個 R 值、S 值的時候，我說真的也是內心很痛，中醫上次自動提高 2%之後，反而造成其他醫療團體受到質疑。其實我在做理事長的時候，人家說這個很難解決，但我試著解決，所以這個 R 值、S 值的方式，我也請台大公共衛生的教授做一些研究。
- 二、剛剛黃委員啟嘉談到的真的是內心的問題，每個地方談到錢的問題就都會有所顧慮，哪怕少零點幾都會斤斤計較，因為 6 區當地的主委或理事長都會說，我有爭取但是爭取不到，全聯會有全聯會的方式。我們會為了 6 區的 R 值、S 值的分配，很多地區都利用相關人員施壓，第 1 個都施壓我，但每個地區都有立法委員，所以我後來也發現健保會似乎也很堅持 R 值的問

題，雖然我們暫緩了 1 年，我也受到很大的批評，但沒有關係，甘願做歡喜受。

三、但是我覺得還是要做適當的方法，所以我知道每年地區預算都遇到很大的問題，因此私底下 1 年開過很多次的協調會議，我就說不要讓我到了健保會，讓其他委員感覺我當了理事長，怎麼能力不好，都沒有協調成功，所以好不容易協調成功，但成功之後上一次委員又說我進太少，還要進得更多，我都有點灰心了，我 R 值進了以後，公文給健保會，周執行秘書淑婉特別講說難得這次弄得好。

四、所以黃委員啓嘉所談的也是我心痛的問題，中醫真的也很難，我坦白講 R 值調升了以後我發現還沒有很大的變化，所以我是想說，每個醫療團體有每個醫療團體的痛，不管怎麼樣，我要拜託各位看淡世間的滄桑，內心要安然無恙，明年 1 月 20 日在國賓飯店我們舉辦忘年會，歡迎你們來這邊舒心歡唱好不好，謝謝。

傅主任委員立葉

請林委員敏華。

林委員敏華

其實付費者跟西醫基層都各有堅持，那我們也聽了很多意見，我個人建議，因為 R 值前進付費者的堅持是滿確定的，是不是可以建議西醫基層 R 值就按照我們的建議前進 1%，但是風險調控的部分，因為時間的關係，就麻煩回會裡面算出來 1 個金額，然後報會備查就好，這是我提出來的解決方案。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

一、感謝陳理事長旺全，用很幽默的方式邀請我們參加忘年會，把剛剛劍拔弩張的氣氛稍為緩和一下，應該效果不錯。這個部分我本來是沒有什麼意見，但是看了資料之後，及聽了黃委員偉

堯的解釋，讓我心中的疑惑解了一半，上次討論的時候，看到會議資料第 35 頁，R 值原規劃在 95 年就要到 100%，後來費協會修正要 97 年才到 100%，延了 2 年，後來就停著了，也不知道是什麼因素，如果目前一直維持下去，是當時費協會決策錯誤嗎？健保會現在要推翻他們的決議嗎？我記得前 1、2 年也有提到說，如果 66% 是上限，應該要提出說明，也就是說前進到某個數字是極限要提出說明，但離上次開會又 1 個月了，也沒有看到說明的情況。

二、剛才黃委員偉堯也把過去歷史情況解釋的很清楚，我覺得 R 值是必須向前進，但是黃委員啓嘉和吳委員國治他們的心情剛才也提過，他們心路歷程我們是可以體諒，但是 R 值 66% 已經 3 年了，付費者的要求也不多，是不是也要比照中醫幾年前的模式，現行維持但是 5 年內要調升 10%，現在陳理事長旺全就是在履行調升至 10%。

黃委員啓嘉

- 一、我可以請問一下健保會，R 值 97 年協定結果是用試辦計畫，這個試辦計畫是什麼內容？我跟付費者說實話，我回去再重新分配講的第 1 句話，就是請大家從 67% 的基礎上開始討論，我說因為付費者堅持一定要 67%，所以請大家從 67% 開始討論，這句話我絕對有在會議裡頭一開始就講。
- 二、但是我先講，其實西醫基層門診進的 R 值 66% 或 67%，都已經比醫院門診還有中醫高了，而且高不少，中醫才 10 幾%，進 2% 也還是在 10 幾%，但是我想如果中醫再進下去，可能理事長 1 個月就換 1 個人，而牙醫進到 100% 是有原因。R 值往前走的話，如果是中南部會變得稍微好一點，或是點值差的地方能夠變好，內部阻力就不會那麼大，但我們的內部阻力就是，發現如果 R 值往前走，點值差的地方更差，高屏區損失最大，但每區都有各自的委屈，黃委員偉堯講已經保護東區，我就不再講東區。

三、只是說 R 值前進後，真的不是點值比較高的地方會往下降，點值差的地方會往上升，如果真的是這樣，R 值進 3、4% 我都會答應，點值差的地方讓它好一點點，點值好的地方讓它差一點點，我一定答應，或者說點值落後地區預算會增加，那我也答應，這怎麼會不答應呢？就是因為算出來點值差會更差，就是預算真的減少，要去撥補。

四、剛剛林委員敏華說，撥補的金額可以給我彈性一點，可是這問題我說實話，即使我在這邊答應各位，回去是沒把握做的，當然這會是第 2 個接受的方式，把雙方的堅持能夠達到一個妥協點，但是回去以後，要分配的那些人今天沒有來開會，沒有坐在這邊列席，有列席就知道我今天窘境如何。我只能說，希望各位能夠儘量考量到，因為我們預算並沒有增加，只是分配而已，其實勞工心情越好，顧客得到的利益應該就越高，這並不是什麼壞事，勞工如果覺得不平還是會覺得不舒服。

傅主任委員立葉

先請謝委員武吉，再請蔡委員登順。

謝委員武吉

一、剛才已經聽了很多大家的意見，其實大家對 R 值內涵的問題，醫界都有很多的批評，還有我們消費者的代表也應該都會有很多的意見，其實我們健保會應該要去想想，叫一些有實務的專家們來做成一個 meeting，來好好的討論，R 值到底是要什麼樣的結構，在西醫基層和醫院這一方面都能夠非常有很好結果，這是很重要、很重要的一環。

二、在台東，它的生存餘命都比較少一點，現在台灣的南部也很嚴重，現在的高屏是北漂族，那台南是中漂和南漂族和北漂，現在其實講南區也是很嚴重，很多年輕人他都到別的地方去了，但是去了以後把父母親留在當地。那當地就醫的父母和他不超過 6 歲的子女也都是留在當地就醫，這種狀況是算起來是對整體的 R 值的結構是正確的嗎？因為如果是越發展工業區、電

子工業區的地方，他的人口占率是越來越高的，這也是大家應該要思考及注意的一點。所以說我是很支持剛才主席有講你的構想，主席的構想是非常好，我們是不是應該大家仔細的再考量一下，再給它有一個緩 1 年的機會，大家好好再思考，好不好，謝謝。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順。

蔡委員登順

這個案子已經討論過 N 次，而且每次也都討論很久，其實剛剛大家所表達的意見有個人的立場與看法，我都予以尊重。我過去也講過錢跟著人走，政策方向基本上是對的，錢跟著需要走，這個就需要大家一起思考，所以剛剛黃委員偉堯所談的，理論上來說是對的，不過就是 R 值指標內部各細項占比的問題，像偏鄉老年、幼兒人口占率高，醫療使用占率目前訂下的是否合理，各區各鄉鎮每萬人口醫師數占比是否合理，所以反映出，窮的更窮、富的更富，因此造成西醫基層不想前進，這真的是要好好探討這些問題，縱然各有占率分配沒有錯，但占率是要經過很仔細的評估細算，才能訂出一個比較好的 R 值來反映人口移動，否則會與使用率背道而馳，人口多不見得使用率高，都會區壯年人口多醫療使用率低，所以我也常講即使人口往都會區移動，都會區的資源更豐富了，偏鄉、弱勢的農業縣市資源更少，但它們醫療使用率卻增加，所以這些問題沒有經過好好評估細算，R 值前進我是反對的，因此我建議大家心平氣和，給醫界一個自理的空間，讓他們自己好好再去調整，我同意主席的決議。

傅主任委員立葉

一、當然最後還是尊重付費者的意見，不過剛剛話沒有講完，再補充一下。應該錢跟著人走還是人跟著需要走？理論上以現在的公式，人口也反映了需求，但很可能有某些狀況沒有在公式裡面反映出來，例如 R 值如果往前進，結果是北區的預算增

加，這與我的經驗、感受會有點矛盾。這時候我就會思考是不是原來的公式或理論還有什麼缺陷，但這個責任不能只是學者承擔，因為醫界有實務運作的經驗，也應該想辦法貢獻智慧與經驗，究竟如何修正才更周延，須提出相對方案。

二、在目前的狀況下，如果落實分配公式有這麼多困難，是不是也可以再緩一下，但也必需提出足夠的理由和說明，例如這些需要不光是人口學變項去反映，還有其他的因素。舉例來說，年齡的因素，老年人到最後高齡失能的狀態，可能也不是就醫需求，而是照顧需求，但這又無法從固定的年齡數字反映，還須參考其他指標，這些都須進一步研究，不光是健保署或健保會的責任，而是各界都有責任，尤其醫界要執行這筆預算，更要站在第一線負起這個責任。

三、剛剛還是有委員舉手要發言，我本來是希望可以早點結束討論做成決議。依序請蔡委員麗娟、陳委員亮良、周委員麗芳、干委員文男及吳委員榮達。

蔡委員麗娟

一、關於 R 值的問題，剛剛有委員提到中醫或牙醫的 R 值前進跟現在西醫基層是不一樣的，但我想要提醒的是，中醫或牙醫 R 值在前進的變數，跟西醫基層前進考量的變數是否還是有所不同？因為這牽涉到除了人口之外，還有真正的醫療需求面向恐怕也是不一樣，所以或許我們不能把別的部門已經前進多少當做要求西醫基層也要跟著前進的理由，因為就病友團體，在使用者來講，還是需要實務面的考量，也就是到底 R 值增加 1% 之後，造成醫療給付、醫療費用的影響到底如何。

二、剛剛聽起來，其實在每一個區裡面，因為人口需求或是年齡層也不太一樣，所以不是醫療次數而已，而是醫療真正使用的費用恐怕也不一樣，所以我們不能把別的部門的前進比例，要求西醫基層也應該等速率前進。我只是想要表達，因為裡面變數還很多，也如同剛剛主委講的，或許有些變數真的沒有在公式

完整呈現，所以我個人建議，目前西醫基層希望還是維持 66%，是不是讓他們有機會，把更多的我們想要了解的問題，做更具體的分析後報告給大家，今年就先維持現狀，但是在西醫基層各區和各科別，大家去取得精準的討論，給下一屆的委員有更客觀的分析。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、我要特別提到，我是來自雲林，30 年前的雲林有 80 萬人口，20 年前剩下 75 萬人口，現在的雲林剩下 68 萬人口，我想健保制度也創立好幾年，健保制度透過這種公式化的演化、總額的分配，真的有年輕的醫生願意到鄉下去嗎？就誠如蔡委員登順特別提到，這個公式真的是有問題，需要好好的再做修正。它涵蓋的人口老化也好，人口數也好，各方面的換算基準確實需要做一些檢討，不像牙醫部門已經成長到 100%，沒辦法再上調，但是年輕牙醫師真的願意下鄉去嗎？醫療品質在鄉下、偏遠地區有更好嗎？R 值的提升會改善這種狀況嗎？
- 二、如果可以改變的話我很支持，就像謝委員武吉曾經說過，中南部社區醫院倒的倒，已經倒好幾家了，誰願意繼續去投資這種鄰居社區型的醫院？現在醫院也越來越財團化、大型化，而且都在蛋黃區裡面，蛋白區都沒有。我想我們要尊重醫療提供者的心聲，這不是點值的問題，是整體制度的問題，像雲林不是人口老化而已，醫生也老化，找不到年輕的醫生來雲林執業。R 值如果再調升的話，我看公式算起來，偏遠地區會越淒慘，有些東西不能太理想化、公式化，要真正符合健保制度的精神，普及到台灣全民，這才是健保永續發展。
- 三、我剛剛一直強調，我很尊重主委意見，是不是既然西醫基層有困難，而且涉及的層面很廣，我們就給他 1 年的機會，因為我們也是最後 1 次開會，下次會議不知道是哪些委員來審，就給

他們一個調整的機會，因為增加 R 值，真的有辦法改變偏鄉地區醫療的普及嗎？真的有辦法落實健保嗎？還是只是大家的堅持而已？請大家放棄堅持吧，台灣健保是要永續發展，醫療普及是真正全民迫切需要的，要了解基層人民聲音，這才是未來健保要走的路。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

我個人是非常認同錢跟著需求走，但是請看到會議資料第 38 頁，西醫基層針對 108 年度總額分配試算，如果 R 值從 66% 調整成 67% 的話，北區成長率會從 3.2% 成長到 3.48%，台北區維持不變，中區由 3.33% 下降 3.31%，南區由 2.96% 下降到 2.77%，高屏區從 3.25% 下降到 3.18%，東區維持不變，從這樣的數據，我個人認為還需要更多考量及合理的試算，所以我也贊同剛才蔡委員登順、蔡委員麗娟及陳委員亮良，也都尊重主委的意見，即在尚未有完整試算條件及模式之下，今年是不是就先按照西醫基層所提的方案，但主席也提到，明年度西醫基層一定要提出改進方案，若屆時沒有改進方案的話，還是要請西醫基層依循「錢要跟著需求走」的原則去做。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

一、剛才聽黃委員啟嘉講的讓人心有戚戚焉，黃委員今天講的非常淒涼和感慨，不過黃委員偉堯也講得很激動，有史以來沒看過他這樣激動，因為這個議題的確是有衝突的地方，不是只有今年才有衝突，每年講到 R 值前進，一定都是有衝突。今年西醫基層有衝突，明年可能會換醫院部門有衝突。我建議若還沒有想出更進一步的解決辦法，希望還是依法，明年度還是要遵循。那麼多年來，每次 R 值都會逼著往前走，這些事情我也看很多，心裡都有數，因為若 R 值沒有往前走，我們會被罵

說健保會沒盡到責任，沒有去照顧需要的人。

- 二、如果 R 值今年沒有進到 67%，那西醫基層明年直接由 66% 進到 68%，也就是在明年直接進 2%，請問基層代表這樣可以嗎？但希望明年健保會、健保署能夠去研究 R 值，到底縫隙出在哪裡，要去解決它，才能解決這問題。上個月我們提出建議，請西醫基層至少進 1%，若有問題請黃委員偉堯跟你們溝通，結果你們基層都沒去跟黃教授請教或溝通，因為學理上對於公式已經有一套完整的說法。
- 三、我知道你們西醫基層代表今天已經很努力，但我們付費者委員其實也有心裡的平衡感。如果明年進到 68%，今年不要前進，也是一種方式。例如中醫在 5 年內要進 10%，現在慢慢每年進 1%，有點像是在還帳款，以前欠的，現在仍在慢慢還款，但仍還沒還夠。所以說，R 值前進的方式仍有需要再檢討一下。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

- 一、情感上真的是很想支持黃委員啟嘉，我來擔任健保會委員 1 年多，黃委員是我非常敬重的委員，情感上我也非常想支持主委的建議，但我沒辦法說服自己，我覺得看起來就只有西醫基層內部擺不平的問題，其他部分你沒辦法說服我，因為你們提不出數據來說服我，剛剛周委員麗芳所提出的數據，我根本不相信那個數據。
- 二、我在一年多健保會的時間裡，真的非常用功看了每個數據，就是這個部分沒有辦法說服我。若要我贊成西醫基層的 R 值不要調整，那就要由基層提出各種數據或資料來說服我。所以我仍然認為，R 值應該繼續調整及往前進。我覺得西醫基層真的是不夠用功，這想法似乎有點負面，但他們的確把這個問題懈怠了，一直延宕了 3 年，到現在為止，還是沒有具體方案和解決措施。剛才那些理由，我都認為不是理由！也沒辦法說服

我，因此我仍堅持 R 值要調高 1%，這樣才有辦法推動西醫基層往前走。

傅主任委員立葉

先請葉委員宗義，再請何代理委員語。

葉委員宗義

- 一、主席，因為今天本屆委員最後 1 天開會，因此今天是最後 1 個關鍵點。無論主委或委員們都不確定自己能否再續任，在我立場來看本案，我想當然有瑕疵的話，就要改變，不能說以前能改而現在不能改。試著想想我們醫療上的瑕疵有多少，有人要去解決嗎？例如台北都會區的大醫院收 5、6 百元的掛號費、基層診所只收 1、2 百元，另有些院所要付稅金、有的不用付。因此可見醫療體系內的問題或瑕疵還是很多，實在說不完。
- 二、談到本案的問題，我是支持主席的意見，因為不能表決、也不能把問題留給下一屆。此外，本案問題是牽涉到對我們中南部民眾不利，我一定支持中南部。醫療體系中，基本上是北部醫院開的比較大、醫療也比較好，中南部、東部的民眾相對接受到服務較少且壽命比較短。我想，本案考驗主委的智慧，雖然今天是最後 1 天，仍希望能有解決方式。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、我自 99 年起就擔任監理會及費協會委員，西醫基層一直討論 R 值問題，99 至 104 年每年都說不要動、維持 65%，每年都說不要動、有困難，他們協商時都是在講同樣這些問題，到 105 年才進 1%達到 66%。但是 90 年當時有做出決議：要在 7 年內進到 100%。但後來 7 年還是沒進到 100%，98 年的時候是 65%，我們也還是支持你，但直到 104 年仍停留在 65%，到 105 年至 107 年期間才有進展 1%、達到 66%。

二、每次黃委員啟嘉見到我就說學長好，照理說學長要照顧學弟，論個人情感我是很希望支持他、照顧他；但是就本案的公式而言，我的意思是對事不對人，如果每個人都是對人的話，很多事情都不能做了，因為每個人都有見面三分情之類的情感。所以我要表達的意思是，西醫基層你仍應該要進 1%，請你們回去解決。我想今天只要健保會決定要進 1%，他們內部就會自行解決掉了。我不相信會完全無解，甚至我可以肯定的講，他們是有智慧解決的，但是他們不願意解決。

三、我表達願意支持西醫基層 5.55 億元的微調基金，若不夠，那就用 5.7 億元啊，你不是說台北區補 1 千 5 百萬元，那就用微調基金加 1 千 5 百萬元，就可以達到補台北區的目的。我們支持你們做微調基金，你要提多少錢出來我都支持你，不過前提是 R 值一定要進 1%。再次重申，這不是情感，我認為我還是很堅持在事情的本質上，我是對事不對人，台灣現在就是態度馬虎被感情牽絆，所以很多事情都做不好。本案是件很重要的事情，我們的建議就 R 值是要進 1%，讓你們西醫基層回去處理。

傅主任委員立葉

大家決定怎麼樣？

張委員清田

我們那邊常有一些協調事情的經驗，我想或許黃委員啟嘉沒表達出來其困難程度，因他面善總是帶著笑容，但可能他們內部已協調多次而且很難解決。

黃委員啟嘉

我們為了協調大概開了 5 次會。

張委員清田

我們常常為企業及員工之間進行協調，例如資遣福利要稍微做一點調整，有時候協調真的是非常痛苦，要員工少拿 5 百、2 百元都很困難。

黃委員啟嘉

簡單講，我透露一些協調的內情，例如台北區雖然在 R 值往前進的時候預算沒有減很多，但因該區點值低需要去彌補，就需由風險調控基金那塊，從其他區拿出預算給台北區，但其他區因為 R 值前進也碰到預算減少時，尤其像是中南部預算會減，就不肯認這個帳了，不願意再補台北區，他們就不認我當初協調好要補台北區的帳。

張委員清田

- 一、OK，我想請黃委員啟嘉先聽我講。我很同意干委員文男的意見，至於黃委員啟嘉你那邊可能已經答應內部了，所以回去要再談就很難，因此我建議健保會今天就採干委員文男所提意見，到明年 1 次調 2%，到時候一定要完成。我是覺得我們當中會有人續任明年委員，例如主計處是當然代表等等，因此建議本案就如此決議並繼續追蹤。
- 二、不然現在大家立場不一，有的人堅持今年 R 值要進，有的人又說不要，要扯到什麼時候。尤其工(公)會幹部，被選出來是為了服務會員，至於整個工(公)會的立場，有時候真的不是這些派出來的代表講了算，就像醫師公會也不是黃委員啟嘉的。因此建議本案就到明年前進 2%，一次解決 2%，我們做成決議再後續追蹤，我是覺得這樣應該就會解決。

傅主任委員立葉

請吳委員國治。

吳委員國治

感謝各位委員一直幫我們想不同的方法，如果這個公式是好的，真能帶動大家的理想，對民眾福利跟就業權益，若有這種功能的話，那我們就可以不用撥補機制做處理，可是真的達得到嗎？大家都承認這個公式是不合時宜、是不對的，我們還是強調這樣。我很感謝委員能夠替我們想各種不同方法，但是要我們接受明年 R 值要進 2% 的但書，回去爭議會更大。我想請黃委員啟嘉再次表達基層立場，

因為我個人是在北區，我是北區的委員，要有能夠接受的方式，不然真的會亂。請黃委員啟嘉做最後結論。

傅主任委員立葉

剛剛黃委員偉堯先舉手，先請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

我要鄭重再表達 1 次，請別怪罪公式不好，它沒有不好！是你們不想做，就怪罪公式不好，拿改公式作為藉口來拖延。在此鄭重地再講 1 遍。

黃委員啟嘉

一、對於公式其實我已經找到一個修正點，就是 Trans(轉診型態因子)本身應該要設定一個下限來保護。因為 Trans 本身的影響，就是我們在考慮很多變數時，R 值裡面納入的東西要更多，但沒辦法短期內達到說服黃委員偉堯、說服其他人，甚至說服所有基層內部的點。

二、黃委員偉堯剛剛講到 R 值公式已經考慮到人口老化，但以權重的影響來講，各因素間環環相扣，其中是受到人口增減因素的影響最大。那當然這個東西，黃委員可以再研究一下，我們也很歡迎再與您討論，但是用死的公式去做預算分配真的有困難，剛剛我講過，如果 R 值前進，對於落後地區真的有幫忙的話，不要說 67%，即便到 100% 我們都答應。但協調過程中，我們發現窮者越窮，北區人口增加，但成長率也是最高，R 值往前走的時候，北區的成長率會由 3.2% 成長到 3.4%，其成長率在六分區中算是相當高，因為吳委員國治也是北區的，今天說實在他沒辦法發言，在此他為醫師公會表達全體意見是大家同意不要前進，但回到裡頭北區會覺得你這個人出賣北區，然後在健保會這邊替北區講話會被醫界說他出賣醫界，所以很多意見還是由我來表達好了。

三、我只能說，我們能夠把何代理委員語的意見，拿回去試著說服大家，你們給我 1 個空白支票去做撥補(微調基金)，但是我不

敢答應，萬一將來有人說黃委員啟嘉答應了這個條件，講實話我這個肩膀沒那麼硬，回去後談分配的過程，真的不是像教授講的那麼簡單，我們開會開非常多次，電話也接到手軟，Line 一直傳，每個區一直在試算他自己的東西。

四、我想可以確定的是，實務上計算出來，真的北區獨高，中南部都是差，台北區算是比較沒有變動，但是需要靠別區的撥補，當其他區更差的時候，其他區不願意撥補台北區，台北區點值最差，差到哪裡？我們其他區平均在 0.93、0.94，台北在 0.83、0.87、0.85 都有。我不知道實務上如何讓這東西平衡，台北區醫師是不是很濫用資源？這要去找這個理由去讓教授認可，說真的學長學弟差 2 屆而已，不講人情，單講事理去說服，這件事真的有困難。

五、何代理委員語說 R 值前進 1%，讓我回去用撥補方式去補，我之前也是這想法，所以我在內部開會時，跟大家說先前進 1% 再討論撥補，但是討論後發現，本來該出錢補的區，都不願意拿出錢。分區認為因為 R 值前進，預算已經減少了，還要補台北區，沒有道理，但台北區認為點值差這麼多，其他區點值 0.9 幾台北區點值才 0.8 幾，不撥補台北區可以嗎？所以，我真的無解，這樣大家了解意思嗎？所以我說何代理委員語的所提意見是個解決方向沒錯，那本來就是我處理的 1 個方法，但是呢，我沒有把握能做到。然後你講說我有沒有研究，我有，從去年談判完一直研究，但是沒有結論，不是我懶惰，地區分配跟總額談判是我研究的 2 個主要目標啊！

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、主席，我的意見是，我們今天沒有權力去決定 109 年進 2%，到底在座能不能繼續當委員沒人知道，沒有權力決定、沒辦法解決，而西醫基層 2 位委員也不敢答應，那你們不敢答應要怎

麼解決？再次重申，我還是建議，我們就決議 R 值要進 1%，至於撥補的基金由西醫基層自己去調配。

二、另外，假使明年西醫基層認為在 67% 之後，若還被要求需再前進，是很困難做不到的事情，希望西醫基層提早到健保會提案討論，把困難點提到健保會，若可讓健保會認可，有可能就決議後年 109 年開始，就維持 67% 就不再繼續前進了。用這樣一個法定程序，來讓下一屆的健保會決定。

三、所以我今天還是建議，R 值調高 1%，並用風險基金去調整部分金額，這樣事情就解決了。重要的是，健保會有決議下去，他們兩個才有尚方寶劍可以拿回去用，但是本會不決議，他們當然不會主動願意往前進。所以再給他們協調的機會，也不可能會自願前進，如果決議下去，他們才會坐下來談。我希望是這樣做，這樣很多事情可以圓滿解決。再次強調，我們沒有權力去決定 109 年度的事情。

傅主任委員立葉

如果不能決定明年度的事情，我們現在不是也在執行很多以前定下來的政策嗎？應該有其延續性。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

明年進 2% 是 109 年度總額的事，我們現在不能決定 109 年度的事情，現在是決定 108 年度的事情。

傅主任委員立葉

付費者委員現在有 2 個意見，一是干委員文男的意見，108 年 R 值暫時維持 66%，但是請西醫基層明年若沒有提出相對方案，109 年就要前進 2%。另外，有些付費者委員的意見是 108 年 R 值先前進 1%。請問大家的看法為何？

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

剛才黃委員啟嘉自己已經講了，前進 1%，風險調控基金可以增加金額給他們，他們就回去處理，人家已經表達這個意願了。

傅主任委員立葉

若這樣子可以的話...。

吳委員國治

感謝各位委員，就討論至此不再爭執，我們西醫基層接受 R 值往前進 1%，但是風險基金需要調整空間回去討論。但是我們也還是要表達，期待公式能夠更完美，學者提出的研究計畫也不是只有 R 值、S 值往前進的問題，還有其他應該考量的建議，我們相信在健保會內，包括健保署及社保司，對於地區預算分配公式的其他建議，沒有看到公式繼續檢討修正的痕跡，期待研究計畫中的結論及建議可以落實，能提出說服醫療提供者更好的公式，讓我們可以在內部和諧分配預算的狀態下，大家齊心去照顧病人。

傅主任委員立葉

好，本案達成共識，R 值前進 1%，亦即 67%，風險調整基金就請西醫基層自行調整後，儘快送本會備查。另外，仍要強烈建議醫界，包括西醫基層，對於 R 值計算公式，若認為有需要修正之處，或還有重要考量因素尚未納入，應於討論 109 年地區預算分配方式前，提出具體方案及說帖，讓健保會委員參考，供未來修正。本案討論至此，請陳委員亮良。

陳委員亮良

當然非常高興醫療服務提供者，願意接受我們付費者意見。不過我剛剛也稍微看一下計數資料，請問委員發言次數到底有沒有在管制？這個是影響下一任委員發言的因素，我是覺得既然本會之前對發言次數要適當管制，已有相關決議，也請主委特別注意一下發言次數，希望大家都能遵守，開會就不會拖那麼久。

傅主任委員立葉

謝謝提醒，因為都在討論同一個議題，尤其是本案主要涉及西醫基層，恐怕不能不讓黃委員啟嘉發言，我會注意發言次數。接下來進行下一案。

肆、「上(第 10)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周執行秘書淑婉

一、各位委員午安，基於時間因素，本案用比較快速的方式說明。請各位委員翻到會議資料第 52 頁，說明一及二，一併說明。說明一是上次委員會議決議(定)事項計有 11 項，依辦理情形建議解除追蹤 3 項，繼續追蹤 8 項。說明二，本(第 3)屆委員任期內(自 106 年 1 月 1 日至 107 年 12 月 31 日)所有委員會議決議(定)事項，截至 11 月底未結案件計 40 項，依辦理情形建議解除追蹤 17 項，繼續追蹤 23 項。說明一及二最後都會依照委員議定結果辦理追蹤事宜。未結案件，將移請下屆委員繼續督辦：

(一)請委員參閱會議資料第 58 頁，上次委員會議決議(定)事項，擬解除追蹤共 3 項：

- 1.項次 1，有關李委員永振建議刪除會議紀錄第 3 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」之文字內容，已於 107 年 11 月 26 日更新本會公開網頁之委員會議紀錄，建議解除追蹤。另謝謝李委員提醒本會幕僚該次諮詢會議是否併同修正，不好意思，委員詢問時尚未修正，業於昨天發文更正該次諮詢會議紀錄，隨文並附上紀錄之修正對照表，在此一併向李委員回覆說明。
- 2.項次 2，委員針對保險成本增加項目如涉及本部其他附屬機關(疾管署、食藥署、國健署等)應付費用，如不屬於健保項目應由權責機關公務預算支應，如屬健保給付範圍且將影響健保財務部分，則要事先徵詢本會意見。有關委員此項建議，已於 108 年度總額協定結果陳報衛福部時，一併函陳，這部分也建議解除追蹤。
- 3.項次 3，有關 10 月份業務執行報告之委員書面意見，趙委

員銘圓提出關於慢性病床設置和銜接長照相關問題，健保署回覆內容在會議資料第 62 頁，請委員確認內容，若認為 OK，即可解除追蹤。

(二)上次委員會議決議(定)事項之擬繼續追蹤共 8 項(會議資料第 60~61 頁)，因時間關係就不逐一報告，請各位委員參閱。

(三)請參閱會議資料第 63 頁，本會第 3 屆委員會議其他未結案件之追蹤，擬解除追蹤 17 項，本次幕僚業將更新部分以底線標示，請委員惠予確認：

- 1.項次 1，有關健保署重新以委託研究進行初級照護之定義，這部分追蹤非常久，該署的回應是，於 106 年 12 月委託成功大學協助研究分析，嗣後業於 107 年 11 月 21 日醫院總額研商議事會議報告該研究結論，此結論並呈現於會議資料第 63 頁，請委員參閱。此追蹤事項，亦包含按月提報分級醫療執行情形，健保署亦回覆，業於業務執行報告按季向本會提報，該署並於網頁按月更新，這部分請委員確認後解除追蹤。
- 2.項次 2，有關健保署「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統」自付差額特材申請案，當時本會基於使用量已達到 88%，建議該署宜積極研議納入全額給付。該署回覆辦理情形，業於 107 年 9 月特材共同擬訂會議討論通過，並公告 107 年 12 月 1 日起納入健保全額給付，嘉惠民眾。
- 3.項次 3，請健保署及各部門依評核委員建議，將品質保證保留款發放條件鑑別度提高。委員都一直很關心本案，在此健保署回覆，發放標準業已完成並公告在案，107 年品保款日後亦將依時程核發，建議解除追蹤。
- 4.項次 4、5 是同一案，有關 106 年度總額協商分配重症金額 60 億元，請健保署提供分配內容之詳細表及提出執行結果專案報告等，健保署已於 107 年 7 月提會，另委員意見亦

請該署作為支付標準調整的參考，健保署在此均一一回覆，建議解除追蹤。

- 5.項次 6，委員於 107 年度保險費率審議所提意見，希望健保署在 3 個月內回應。健保署回覆，108 年總額範圍及本會委員意見，衛福部已陳報行政院並經核定在案，另該署業提供相關減項資料，納入總額協商的補充資料，提供委員參考。
- 6.項次 7，有關 108 年度地區預算分配問題，希望能收集相關參考資料。今日會議稍早於討論 108 年西醫基層地區預算分配後，108 年度地區預算已全部通過，這部分建議解除追蹤。
- 7.項次 8，有關 106 年醫學中心及區域醫院之初級照護案件，件數不得超過 105 年的 90%，健保署回覆，與項次 1 一樣，該署納入委託成大之研究案，該案已有初步報告結論，這部分已完成。
- 8.項次 9，有關鼓勵院所即時查詢病患就醫資訊方案之檢討，委員建議落實執行效益及核實估算所需經費，這部分於 108 年度總額已編列相關預算並協定完成，建議解除追蹤。
- 9.項次 10，謝委員武吉關心感染率指標，健保署回覆業函送開刀感染率、住院感染率等指標之操作型定義及 107 年第 1 季試算資料予相關醫學會及謝委員參考。
- 10.項次 11，有關東區地區預算分配，這部分 108 年度醫院總額地區預算分配已完成並參採本會建議，建議解除追蹤。
- 11.項次 12，請健保署及早規劃新醫療科技項目導入時程，因 108 年度總額協商已經完成，也依照本項決議辦理，建議解除追蹤。
- 12.項次 13，有關推動區域級以上醫院門診減量措施需納入

健保署業務季執行報告之例行提報項目，該署自 107 年 10 月起已按月提報及更新。

13.項次 14，請健保署對高費用及低效率醫療服務提出管理作法報告，該署已說明這些項目之管制措施，包括罕見疾病、血友病及血液透析等等，這部分已完成，請委員參閱。

14.項次 15，有關節流措施的成效需詳細說明相關的核減率下降原因，健保署這次有提出非常完整的數字及說明資料，請委員參閱。

15.項次 16，請健保署依委員意見具體補充說明健保法施行細則第 68 條檢討報告，檢討報告在 92 頁請參閱。

16.項次 17，C 肝口服新藥費用的部分，剛剛討論後已有相關決議，會依照今日決議繼續辦理。

(四)本會第 3 屆委員會議其他未結案件之追蹤，擬繼續追蹤共 23 項，在此不逐項報告，但是幕僚有進一步分類整理，按照委員關心議題之性質，區分為財務、新醫療科技與支付標準、總額協商、其他等大類，方便委員審閱。

二、請各位委員翻回會議資料第 52 頁，說明三，本次會議是本屆委員最後 1 次會議，稍後大約是下午 1 時，部長將蒞會向委員致意，感謝各位委員的貢獻及辛勞，並致贈每位委員感謝獎座。

三、說明四，這部分是要拜託委員幫忙，依健保法第 5 條規定，本會議事錄要在 10 天內上網，本次則需於 12 月 31 日上網，因當日為休假日，因此上網日期預計提早至 28 日，實錄預定在 24 日送各發言者確認，敬請大家配合在 25 日下午 4 點前回覆幕僚，以配合上網公開時間。

四、說明五，有關本會本(107)年第 6 次委員會議(107.7.27)決定事項：「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』，請中央健康保險署就西醫基層、醫院總額及其

他預算尚未完成之項目，盡速辦理」。健保署提出辦理情形，請參閱會議資料在第 93~95 頁，經檢視辦理情形，尚未完成之項目如下：

- (一)西醫基層總額「醫療服務成本指數增加預算用於調整支付標準」尚未提報執行情形。
- (二)醫院總額「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」尚未依法定程序辦理並送本會備查。
- (三)其他預算則有 3 項未完成法定程序之項目，分別為「基層總額轉診型態調整費用」、「區域醫療整合計畫」及「居家醫療照護整合計畫」。
- (四)107 年未完成之協定事項，幕僚建議處理方式：

1.下列 2 項建議不再執行：

- (1)其他預算項下的「區域醫療整合計畫」，因為健保署表示和醫界的討論還有疑慮，無法達成共識，分級醫療目前也正在推動，建議等分級醫療相關措施有執行成效後，再續溝通。考量 107 年度即將結束，本計畫執行內容尚無共識，108 年也未續編相關費用，年度結束不續辦，本項計畫建議不再執行。
- (2)醫院總額項下之「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」，因為下(108)年度有持續編列預算執行，107 年度也建議不執行。

2.請健保署與相關總額部門，盡速完成 107 年度協定事項，若 108 年度仍有類似計畫，亦請即早研擬，以利如期完成。

五、說明六，依照全民健康保險法第 5 條第 3 項規定，健保會在審議、協議重要事項前，應該要先蒐集民意，必要時須辦理相關的公民參與活動。所以本會在今年度委託國立台灣大學辦理「利用科技工具，建構全方位之民眾參與模式與平台—以全民健保財務收支連動機制為例」研究計畫，其中以分級醫療為主

題辦理公民會議，希望透過這個會議，能協助建立公民參與的運作機制。該計畫已經於 12 月 13 日完成期末報告審查，正式報告將公布在本會網站，供大家參考。

六、說明七，有關規劃辦理 107 年各部門總額執行成果評核作業，依本會 107 年第 2 次委員會議(107.3.23)決議：「請幕僚於未來研擬『健保署及各部門總額之年度重點項目—必要項目』及規劃評核作業方式時，納參委員意見」，多位委員也希望幕僚能事先蒐集部門意見並預設相關目標值。本會幕僚將於近期函請四部門總額受託團體及健保署，希望能於 108 年 1 月 21 日前配合提供下列資料，以利後續規劃順利進行。

(一)年度執行重點目標，相關內容請委員參閱。

(二)本會幕僚已研擬完成各部門總額評核作業方式草案，希望能就草案部分提出修正建議。

七、說明八，剛才所報告之第 3 屆委員會議未結案件追蹤，建議解除列管項目之「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統」，在各位委員督促及編列相關預算下，已自 107 年 12 月 1 日起納入全額給付。

八、說明九，有關衛福部及健保署本年 11 至 12 月份發布及副知本會之相關資訊，幕僚已於 12 月 6 日寄至各委員電子信箱供參。說明如下：

(一)衛福部：

1.11 月 26 日修正發布「全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件」。

2.配合基本工資調整，於 12 月 7 日修正發布「全民健康保險投保金額分級表」，並自 108 年 1 月 1 日施行。修正後投保金額分級表之下限金額為 23,100 元。因為當天新聞報導很多，幕僚也於 11 月 27 日分析其對整體健保財務的影響程度，書面資料並以電子郵件寄送委員參閱。

(二)健保署：

- 1.11 月 6 日函知重新執行「106 年度西醫基層總額部門品質保證保留款」核發結果，請委員參閱。
- 2.11 月 9 日公告 107 年中醫 5 項醫療照護計畫的承作院所及醫師名單。幕僚有整理統計資料，請委員參閱。
- 3.11 月 20 日公告「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」之承作院所暨團隊名單。
- 4.9~11 月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目，藥品計 23 件，特材計 9 件，彙整表請委員參閱會議資料第 197~199 頁。

傅主任委員立葉

請問委員對本案有無詢問意見？請李委員永振。

李委員永振

- 一、會議資料第 53 頁說明六，本會的委外研究計畫有 2 項主題，1 項是全民健保財務收支連動機制，另外一項是分級醫療。這 2 項主題都是本會關心的議題，雖然會放置於本會網站供參考，建議是否安排於下屆的委員會議報告，讓委員了解。
- 二、有關本屆委員會議歷次追蹤事項：
 - (一)會議資料第 67 頁項次 14，建議繼續追蹤，因為當時是要求健保署研析並提出因應管理作法報告，雖然健保署很認真回答，但是目前的作法好像並未就追蹤事項具體回應，而且相關措施還在進行中，應該繼續追蹤。
 - (二)第 68 頁項次 15，本會要求提供提升服務效率措施之專款所產生的節流金額，健保署很認真整理，但好像都在講政績，沒看到節流金額，也和媒體上看到的資訊差異很大，本項建議繼續追蹤。
 - (三)第 71 頁項次 16，很感謝健保署在三催四請之下，終於提出檢討說明。請委員參閱第 92 頁，其中第 4、5 類定額保險費，檢討說明為該類保險對象之保費是由政府全額負擔，意思是不調也沒關係，但這會牽涉到健保財務，雖然是政

府負擔，但是保費繳多少對收入面會有影響，影響後再提列安全準備也會有影響，所以與整體財務有關，不是政府全部負擔就不用管。

(四)有關平均眷口數部分，有 3 點應該要再加強，第 1 點是平均眷口數實際是多少看不到，公告是 0.61，但並未說明為什麼是 0.61。第 2 點提到退休人員要參加第 1 類農保會從嚴審查，這在二代健保就開始辦理，但平均眷口數數字還是遞減，應該不是主要的原因。第 3 點和上次的說明一樣，提到國發會推估未來會緩升，我已經提示好幾次，你該降的時候不降，將來要升的時候要怎麼升？針對這幾點，檢討的時候都沒有交待，所以本項建議繼續追蹤。

(五)第 72 頁項次 3，有關政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式，相關的追蹤已經有好幾次，應考量如何併案處理。幕僚人員是以原貌呈現，所以這裡有交代，建議整併成一個新議題追蹤即可，當然下屆委員可能要重新了解，本屆委員大概了解其中的意思，但下屆委員不一定知道。社保司的答覆還是沒有新意，大概已經定調。但我覺得很疑惑，社保司提到經歷 4 年的檢討解決，但這是錯誤的方式，一開始一直講收入面和支出面，但是沒有數據，現在已經很清楚，支出面是對的，但收入面是不對的，安全準備也是不對的，這些都不去講，不曉得幕僚如何追蹤。這部分我已經講太多，就不再贅述。

三、從本案可以看到，法遵是我們的職責，健保法第 5 條第 4、5 項這兩項法定任務，對健保會相當重要。剛才周執行秘書淑婉提到，本會第 3 屆委員任期內所有委員會議決議(定)未結案件有 40 項，建議解除追蹤 17 項，若再加上剛才我建議繼續追蹤的 3 項，就只有 14 項解除追蹤，還有 26 項還要再繼續追蹤。看到這些資料，很感謝健保會的同仁，真的很認真，而且周執行秘書繼續加持的話，他們就必須更認真。但在聯繫過程中，他們的認真有時候像是打在棉花上面，人家不一定理會，也感

覺到他們很辛苦，很不捨但又必須追蹤，例如政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式，不知道要如何追蹤，在未修法之前，大概追不出來。

- 四、有關總額協商，這 2 年的共識營經過周執行秘書的規劃，大家真的有共識，今年各部門總額協商也全部完成，建議比照這個經驗，在共識營提出對健保法第 5 條第 1 項及第 2 項有關健保會職責的提案，供大家共同討論，對未來健保會執行法定任務，應該會有所幫助。本來我是想做成附帶決議，但剛才何代理委員語也提到，本屆委員不能去約束下屆委員，所以採建議的方式請幕僚參考，對未來追蹤委員關心的議題，比較有依據，透過明確的方式比較會有成果。追蹤事項最早的有 104 年就開始，已經 4 年都還沒有結果，當然政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式已經超過 4 年，像連續劇一樣，愈追問題愈多，但還是沒有答案。希望未來健保會的職責愈來愈清楚，委員都很關心健保能永續經營，但要思考如何才能達標。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、剛才周執行秘書淑婉所報告的會議資料第 56 頁，有關 108 年 5 項中醫醫療照護計畫專款項目之承作院所及醫師名單，「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」在東區只有 6 家院所及 17 位醫師加入，預算是 1 億 8 千 2 百萬元，金額相當大，但在東區承作院所及醫師人數非常少。「中醫提升孕產照護品質計畫」預算為 6 千 5 百萬元，在東區承作院所只有 7 家，醫師數僅 27 人。「中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」預算較少為 1 千萬元，但東區只有 3 家承作院所及 6 位醫師。「中醫癌症患者加強照護整合方案」預算 1 億 6 千 6 百萬元，在東區只有 3 家承作院所及 11 位醫師。

- 二、東區很多患者經常反映，中醫既然有這麼好的計畫，但承作院

所及醫師數很少，很難找到醫師來看相關病症，讓東區有醫療需求的病患覺得非常苦惱，找不到醫生看病。建議中醫全聯會陳理事長協助，在全聯會大力推動，讓東區的中醫師願意加入這些專案計畫，為有醫療需求的東區民眾服務。希望下次看到的結果不是這樣，而是增加院所及中醫師願意加入專案計畫，以上是反映有相關醫療需求民眾的心聲。

傅主任委員立葉

接下來請蔡委員麗娟、葉委員宗義、王委員雅馨。

蔡委員麗娟

- 一、請委員參閱會議資料第 67 頁項次 12 解除追蹤事項，對於 108 年度總額協商，請中央健康保險署盡早規劃新醫療科技，包括新增診療項目、新藥及新特材之預算，及擬調整或導入之相關項目與作業時程。記得在今年 9 月 27 日協商會議，在新藥、新科技協定事項中，請健保署在本次委員會說明規劃的新增項目和作業時程，等一下請健保署進行更詳細說明。
- 二、因為今年只剩下 10 天，2018 年即將結束，我在 10 月份委員會曾請教健保署關於今年新藥、新科技預算的支用狀況，當時健保署戴組長雪詠的回覆是預計於 12 月份執行 90%，大概會剩下 2 億元，其中 1.6 億元預計用於黑色素瘤治療藥物。至於明年的新藥預算，健保署也會做更適切的規劃，希望用到最多的病人，這是健保署當時的答覆。
- 三、我覺得非常遺憾，今年剩下 10 天，原本新藥預算有編列用於癌症免疫治療藥物，而且當時 PBRs(藥物共擬會議)也審查通過，戴組長在健保會委員會也向委員說明剩餘的費用會用在黑色素瘤，因為黑色素瘤病人很少，財務衝擊很小。當初提到的是 1.6 億元，如果真正用於這些病人，可能也用不到 1.6 億元，所以到現在剩下 10 天時間，看起來這些引頸盼望的黑色素瘤晚期病人，可能也沒有機會用到了。
- 四、對於今年新藥預算的執行狀況，其實也還未得到完整的回覆，

而關於明年新的預算如何規劃及作業時程，因新藥預算非常有限，但適應症很多，健保署也很難進行 priority(優先順序)的分配。無論如何，對於困難到底在哪裡及如何解套，目前卡在哪些關卡，是否也可以提出討論，邀請專家學者、病友團體和學會，一起面對這個問題，將有限的經費設定優先順序，透過討論得到共識，雖然經費實在非常有限，但如果一直卡在這裡，有些病人的生命就在等待中流失。

五、會議資料第 73 頁也提到新藥、新科技，為合理估算新藥納入健保給付後對支出的影響，很高興看到健保署委託執行健保新藥預算預估模式的研究計畫已經在進行，這些研究計畫有些是從藥事經濟的觀點，有些從臨床醫療的觀點，有些從醫院管理者的觀點，以及藥品管理觀點，各方面的預估模式，都有費用進行研究計畫，不過現在只發包 1 項計畫。但是在這麼多的 stakeholder(利益關係者)當中，並未看到病友團體的觀點，其實病友團體的參與是國際趨勢，因為所有的醫療照顧，病友是最主要的 stakeholder，也是最直接的使用者，病友團體所爭取的絕對不是為特定的疾病或團體，而是因為經歷過疾病，所以更知道問題及需求。為了解不同 stakeholder 的觀點，希望也能納入病友團體觀點的研究計畫。

傅主任委員立葉

請葉委員宗義。

葉委員宗義

一、現在到下午 1 點鐘，主席的任內快結束了，在座的委員可能都有個心聲，在您的領導下，這 2 年確實做得非常好，有時我說的太多，希望您體諒，在座的委員不是每位都能擔任下一屆的委員，我現在提的意見不是任內的事，這屆委員有精算師、會計師和律師，健保會約有 7 千億元的預算，我們每個月 3 千元請他們來，還有公正人士和專業人才，可以說我們人才濟濟，包括周執行秘書淑婉也是非常優秀，建議下一屆可以聘請他們擔任個職務，顧問也好，能夠共襄盛舉，給健保有個交代。

二、我們非常肯定健保會，在你們 2 位領導下也做得非常好，有些委員下一屆就會離開，建議將這些人才留著，讓他們掛個義務職來幫忙健保會，為健保共同奮鬥，這個意見建議在下一屆第 1 次委員會議提出來參考。

三、我擔任委員很多屆，主委的修養非常好，也很有耐心，下一屆會怎麼樣不知道，大家有機會在一起，希望日後可以更團結為醫療進步努力，人生在這個階段能在一起實在很難得，學到很多，我常說大家以後回去可以開醫院了。今天非常感動，不知道明年會怎樣，我語重心長希望大家團結一起，醫療界也很幫忙，也謝謝主委、周執行秘書淑婉和蔡副署長淑鈴。

傅主任委員立葉

請王委員雅馨。

王委員雅馨

一、第 2 次發言，首先要感謝健保署，最近我看到健康存摺破百萬的抽獎活動，有跟民眾做些互動，以及健保 app(mobile application 之簡稱，手機應用程式)、line(手機即時通訊)、FB(facebook，臉書)的健保署相關活動推廣，都跟很多病友團體合作，我們也將健保署推廣的政策與活動跟很多病友分享，在此感謝健保署，今年很多地方有很大的進步。

二、我要回應蔡委員麗娟剛說的，會議資料第 73 頁，新藥新科技，這裡提了 4 個不同的觀點，藥事經濟觀點、臨床醫療觀點、醫院管理觀點及藥品管理觀點，很可惜缺了病人的觀點，尤其現在的國際趨勢，很多研究都把病人當成 partner(夥伴)--- Patient Research Partners (PRPS)，現在很多新藥架構裡欠缺病人的觀點，病人是實際的消費者(使用者)，裡面欠缺病人的生活品質、治療可選擇性、配合度及便利性等相關資訊，病友團體強力建議應將病人觀點納入研究計畫中。

三、第 2 部分，會議資料第 63 頁項次 1，這裡的說明我看不出初級照護目前的定義，有沒有結果出來？因上網查詢還是 ICD-9-CM

(國際疾病分類第 9 版臨床修訂)的部分，這部分請說明。

- 四、會議資料第 75 頁項次 7，關切民眾用藥安全管理之回應事項，食藥署回覆部分解除追蹤，這部分我認為不是很完整，這裡略述強調它之前是怎麼管理這些可疑的致癌原料藥物，後續有哪些檢驗檢查方式及報告，但是看不到 1 個重點，當這些事情發生時，對病人藥物回收安全的部分，很多病人目前都是被動從新聞報導看到的，並沒有主動告知病友，可以從現在雲端藥歷的資訊，主動告知病友回診或社區藥局輔導，這部分沒有很清楚的告知病友，因為香港、新加坡的作法是直接公告給病友，告知他們可以去哪幾處換藥，社區藥局的藥師也可做很多的協助，但是沒看到這部分的詳述，之後的 SOP(Standard Operation Procedure，標準作業程序)要怎麼執行？希望可再強化這部分，補充這方面的執行程序。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、主席，會議資料第 58 頁項次 2，對 CDC(疾病管制署)、TFDA(食藥署)跟國民健康署，我們只在 107 年 1 月 26 日發個報部公文，到現在它們的回答結果是怎樣還不曉得，這要解除追蹤我認為比較不妥當，仍要繼續追蹤。就像愛滋病它們一下子丟那麼多給我們，今年好像又多了 1.4 億元或 1.6 億元的樣子，一直丟過來怎麼可以？這一定要嚴格把關，而且有我們健保會代表，尤其健保署的人還要被挨罵，被老百姓說你們管得不好，浪費的錢是這些單位在浪費，所以我建議這個不能解除追蹤，應該要繼續追蹤。
- 二、還有會議資料第 66 頁項次 10，這是我所提的案，但只有列了開刀感染率和住院感染率，住院的感染率還分好幾種的耶！病室感染率和病房感染率，這不是我發明的，是彰化基督教醫院的總院長郭守仁講的，門診感染率不是我發明的，是郭院長守

仁發明的。在總額研商議事會議時，郭守仁總院長講了好幾次門診感染率，如果在門診等待太久比較會有感染，所以這個感染率要解除追蹤也是不宜，這 2 項我建議應該要改成繼續追蹤，謝謝。

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、會議資料第 81 頁項次 19，雖然我也支持裡面健保署回覆的做法，我記得當初這是趙委員銘圓提出來的，他的主要考量是因高齡慢性病患者可能記性不好，身體也有問題，再加上屬經濟上弱勢，如果因不小心藥掉了，健保法修正後必須自費去買，可是自費買藥時，對他們已經是種處罰，現行規定卻必須要再回診看醫師，部分負擔、掛號費各方面，尤其對經濟弱勢、偏遠地區高齡患者，都會造成他們更大的壓力。
- 二、真正的問題應是解決這些老人家，如果藥掉了，我們有沒有更好的方法去協助他們，可以去補他們掉了那個月藥量不足的部分？現在是繼續追蹤，各位委員是否同意可以建議部長責成法規會和相關部門再去研議要如何協助，或請醫界協助，是否可讓這些老人家再去拿藥或看診時能免除掛號費？以減輕他們的負擔。

傅主任委員立葉

- 一、委員的意見請健保署及本會同仁參考。原本建議解除追蹤的部分，依委員意見改列繼續追蹤如下：會議資料第 58 頁項次 2、第 66 頁項次 10、第 67 頁項次 14、第 68 頁項次 15 及第 71 頁項次 16。另第 75 頁項次 7，有關食藥署回覆部分，也繼續追蹤，其他部分則按照幕僚所建議辦理。
- 二、請幕僚協助將本屆歷次委員會會議未結案件，移請下屆委員繼續關心。
- 三、另外，其他預算項下之「區域醫療整合計畫」，考量 107 年度

將屆，執行內容尚無法達成共識，且 108 年未續編該計畫費用，建議不再執行，其餘洽悉。請蔡委員登順。

蔡委員登順

剛剛我建議中醫專款項目，承作院所及醫師數很少，請陳委員旺全協助推動，請說明一下。

傅主任委員立葉

請陳委員旺全。

陳委員旺全

- 一、感謝蔡委員登順對中醫的重視，我們提了很多專案，我付之行動在各區，這涉及醫院跟診所，我說明原因，第 1 個是改程式，每個專案每家醫院都有程式設定，不管哪家醫院都會考量成本效益，他們會問這個有沒有健保給付？我告訴他們還沒承攬這個業務時，沒看病人健保就不給付，但是有好幾家公司每次程式的更改費用都蠻高的，這是第 1 件事情我要去克服，我已經密集找廠商。
- 二、第 2 件事情，因為在東區，東區慈濟醫院有做，805、門諾醫院等有些沒設中醫，要跟他們配合，又要再進一步商談，我當然會秉承你們的指示，會召開東區的委員會，剛剛黃委員啟嘉提到東區有受到保障，有時對這些的意願性會降低，我會積極努力，剛才您講完後，我已經寫了議案，明年 1 月 20 日要召開「中醫門診醫療服務審查執行會」則會提出來，我一定會積極努力，您若有更好的意見，也可以指導。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順。

蔡委員登順

中醫不要說東區有 2.2% 總額分配，點值可以保障 1 元以上，專案部分就可用敷衍式的做法，病患無法得到好的治療。剛剛陳委員旺全說的我有些不同感，好賺的就拼命賺，不好賺的就不做，這不是醫療人員該做的事，應該要為全民健康努力，好賺要賺，難賺也要

賺，這才是造福全民健康的醫療目的，我想陳委員應有辦法說服花蓮承作醫師數及院所要增加，造福全民。

陳委員旺全

我剛才說過每個人的性質不太一樣，我還沒有那麼德高望重可以說服他們，我會繼續努力來讓他們承攬相關業務。

傅主任委員立葉

一、委員還有沒有其他意見？幕僚請我特別說明，關於 107 年各部門總額執行成果評核作業，請各總額受託團體及健保署於 108 年 1 月 21 日前配合辦理，請大家不要忘記。

二、最後回應葉委員宗義，謝謝你的肯定。在部長蒞臨之前，利用這個時間特別感謝各位委員過去兩年的努力付出，本屆委員真的很棒，我們共同締造了 5 項新紀錄：

(一)第 1，我們首次完成所有部門的總額協商，全部都達成共識，這是很難得的經驗，也讓部長很高興。

(二)第 2 也是新紀錄，不過可能會讓部長比較頭痛，讓「108 年度全民健康保險基金附屬單位預算」不予備查，這好像也是第 1 次。

(三)第 3，很感謝部長同意與我們定期座談，從本屆開始與部長有定期召開座談會，一方面也是聯絡雙方感情。

(四)第 4，證明本屆委員特別的努力與付出，除例行的委員會議外，還舉辦「全民健康保險相關業務座談會」，提供與其他業務單位交流對話的機會，這也是從本屆開始啟動，委員們真的付出很多。

(五)第 5，是上屆委員決定，但從本屆才開始舉辦共識營。

三、這些新紀錄除了說明本屆委員的付出，同時幕僚也特別辛苦，要處理的事情非常多，藉此機會感謝健保會同仁，提供我們最好的資源與服務，謝謝周執行秘書淑婉帶領的團隊(委員鼓掌!)。委員對本案有無其他意見？請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

我剛剛有幾個問題好像沒有進一步的解釋或答覆，依 108 年度「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」項目的協定事項，應該在今天會議上說明規劃的新增項目與作業時程。此外，戴組長雪詠於 10 月委員會會議時曾回應，到今年 12 月會用掉 9 成的新藥預算，剩下約 2 億元，請問實際執行情形為何？又曾提到 1.6 億元用在黑色素瘤病人，今年只剩 10 天，顯然是來不及作業了，請問接下來有無因應作法，能否說明一下？

傅主任委員立葉

請健保署回應。

戴組長雪詠

向各位委員說明，今年新藥預算是 25 億元，當時核定是針對所有新藥，並未指定額度給 IO(Immuno-Oncology Therapy，癌症免疫療法)藥品，今年底我們與廠商密集溝通，目前還在持續中，明年 3 月前應該會有比較好的定案，以上是現階段處理此類癌症藥品的方式。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

因為今天我們公司的董事長要離開，跟我們工會有個餐敘，所以剛剛暫時離開，請見諒。我還有一些問題是有關「慢性病床今起禁再增設」部分，不好意思佔用大家一點時間。

- 一、用減床的方式來推動居家醫療，邏輯似乎有點奇怪。
- 二、居家醫療表面上看起來是有成長，提供服務的院所數成長 15.8 倍，由原來的 112 家增加至 1,880 家，雖然看起來很多，但假如分布到全國各地還是很少，普及率不夠，不應該用這樣的方式解釋減床。
- 三、居家護理所是強迫家屬將人送到機構，並不是真正的居家醫療。
- 四、慢性病患者的情形很複雜，居家護理所並沒有足夠的醫療專業

來幫助這些病症複雜的人，會不會反而讓病情更加惡化？健保署不應該視而不見，一個命令下來就不能增設，在整體配套措施做好前應該要審慎考量，以上是個人意見。

傅主任委員立葉

請健保署回應。

蔡副署長淑鈴

- 一、有關趙委員銘圓所詢，請看到會議資料第 62 頁，慢性病床不再增設是衛福部所公布，不是健保署，請委員體諒，該案是衛福部於 107 年 11 月 6 日公布修正「醫院設立或擴充許可辦法」第 6 條規定，除辦法修正實施前已許可者，慢性一般病床不得再增設。
- 二、另外，我們提供失能者居家醫療，有一部分是透過居家護理所，但居護所主要是針對帶著 3 管的出院病人，護理師也只是到病人家裡換管而已，這些病人的醫療還是由居家醫療提供，現在提供居家醫療的院所已經從 112 家增加至 1,880 家，成長 15.8 倍，是由醫師到患者家中提供服務，不是由居家護理所提供。
- 三、投入這些服務的醫院、診所非常辛苦，實在是勞心勞力，我們最近也在檢討居家醫療計畫，將來居家失能病人若有緊急需求時，醫師能夠做緊急訪視，這些都在討論範圍內，並沒有只做居護所，詳細內容再請委員參閱。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

蔡副署長淑鈴的說明很清楚，不過我想衛福部在政策修正時，應該會徵詢健保署意見(健保署表示沒有)，都沒有嗎？所以是政策交代下來就直接修正，這樣是不太合理，應該要先徵詢幕僚單位的相關意見，政策才能做最後定奪，而不是單方面的政策下達，相關配套措施還沒安排就執行，實在很奇怪。

傅主任委員立葉

雖然本屆委員即將任滿結束，或許未來舉辦健保相關業務座談會時可以與醫事司討論。委員有無其他意見？請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

- 一、會議資料第 67 頁項次 12 是解除追蹤，但聽完戴組長雪詠的說明後，我認為本項應該繼續追蹤，還不適合解除追蹤，因為本項包含擬調整或導入之相關項目與作業時程，如果到 108 年 7 月底才提報執行情形，那上半年似乎就沒有持續性的進度規劃及說明。
- 二、另外，我先前也有提過，我們預算非常有限，我們也了解健保署的困難，在這麼多新藥申請通過適應症後，要怎麼取得優先順序的共識，是下個年度應該強化的部分，我們有新藥預算，卻因諸多不確定的原則及因素，讓新藥的可近性一直卡關停頓，這對病人的用藥權益有很大影響及衝擊，希望下一屆能持續追蹤新藥新科技的時程擬定及項目導入。

傅主任委員立葉

蔡委員麗娟的意見請健保署參考，會議資料第 67 頁項次 12 改為繼續追蹤，委員有無其他意見？

商委員東福

我補充說明一下，趙委員銘圓關心的慢性一般病床問題，相關法規修訂是醫事司主管的公告，我簡單代為回應，慢性一般病床於 2010 年就已經不再增設，只是當時讓小型醫院還可以開放，後來檢討發現占床率不到 4 成，最近才做這樣的修訂讓慢性照顧回歸長照體系。趙委員擔心會影響病患需求，醫事司曾經公開說明，如呼吸衰竭等病人需要使用的是特殊病床，不是這類的慢性一般病床。

傅主任委員立葉

本案討論到此，接下來請進行討論事項第一案。

伍、討論事項第一案「108 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

請劉專門委員林義報告。

(部長蒞臨)

陳部長時中

傅主委及各位委員大家午安，很抱歉，打擾大家開會的時間，不過今天是大家任期內的最後 1 次會議，我一直想找機會向大家表達我的感謝，大家在這裡把健保議題處理好，讓健保的財務、支出等各方面的爭議減到最低，讓最重要的社會制度能順利進行，我要特別表達我的感謝。其實我今天請假，原本是請薛次長瑞元出席，但想到除了今天這個機會，下次見面就是下一屆了，沒有親自向大家表達我的謝意，心中一直過意不去，所以特地趕來謝謝大家，再次感謝各位委員，謝謝大家！

(頒獎、合照)

傅主任委員立葉

各位委員請就座，我們繼續進行討論事項第一案，請健保署說明。

健保署劉專門委員林義報告：略。

傅主任委員立葉

請問各位委員有無意見？請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

簡單請教一下，剛才所提內部管控項目是否有具體的執行定義？在資料上並沒有看到，可否會後提供給我參考，謝謝。

傅主任委員立葉

委員有無其他意見？請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

內部管控項目是為了本案的抑制資源不當耗用目的，能否呈現這些內部管控項目指標與不當耗用的連結意涵。也就是呈現管控項目的指標意涵，這樣對項目意涵會有抑制資源不當耗用直覺式的瞭解。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

我有 1 個建議，投影片第 10 張項次 4「區域級(含)以上醫院回轉率」，還有針對基層、地區醫院的門診人次占率，這樣很好，因為我們現在推動分級醫療，投影片第 9 張開宗明義就講「分級醫療，院所合作」，投影片第 10 張「區域級(含)以上醫院回轉率」，只有回轉率，我希望能增加下轉率，因為我們有下轉的鼓勵方案，建議再增加一個下轉率，好不好？

傅主任委員立葉

委員有無其他意見？請林委員惠芳。

林委員惠芳

對於黃委員偉堯所提，管控能否減少不當耗用，我也有些疑慮，這些策略都很大，具體作法為何？因為要與 107 年的方案銜接並修正，我希望成果報告能看到執行方式，當目標不如預期時，來年在方案上有沒有修正，我看了下本方案(草案)，我建議要更具體的呈現作法。

傅主任委員立葉

先請吳委員榮達，再請干委員文男。

吳委員榮達

會議補充資料第 3 頁提到「108 年刪除提高審查精準度」，我想要請教為什麼刪除，不知道來龍去脈為何？

傅主任委員立葉

請干委員文男。

千委員文男

- 一、投影片第 6 張項次 10「強化違規查處機制」，全年目標值是 765 家，目前是執行 559 家，請問 765 家是怎麼訂出來的？目前執行已經有部分績效，是先畫靶定目標，還是抓到後會有升降，應該沒有固定形式。
- 二、有關雲端藥歷系統的精進，先前在健保署開的會議我認為很成功，資料顯示各醫院已經相當精進，但是我不曉得效益為何？如果有精進，無論在違規情形還是用藥浪費，每年產生的效益有多少？現在都 12 月了，卻還沒看到相關數據，希望明年能提出。

傅主任委員立葉

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

回應委員的提問題前，先簡單說明這份簡報資料係呈現今年努力的結果，沒有詳細說明過程，僅以數據呈現結果的方式並向委員報告，回應委員提問如下：

- 一、關於盧委員瑞芬、黃委員偉堯所提之內部管控包含哪些項目及其定義，或如監控 60 類藥品、門診 10 項檢驗(查)包含哪些項目等，這些詳細資料都可在會後提供給委員參考，去年、今年各項指標之定義，包含分子、分母都可一併提供。
- 二、謝委員武吉所提之區域級(含)以上醫院回轉率，本項所稱之回轉率是指有上轉後的下轉，雙向轉診的下轉率，意即指標所稱之回轉率。謝委員武吉建議加上沒有上轉有下轉之下轉率，這是沒問題的，會再將它納入。
- 三、林委員惠芳所提之如何達成這些目標？執行方式或作法為何？我們是費盡所有力量去執行，訂定各項目標值，因此使用非常多的方法去執行，林委員惠芳若想了解執行方式，我們下次可以整理資料後提供予委員參考，過程面是階段式並逐步地進行，如方法無效就嘗試新的作法，沒有事先設定後再去執行，

事實上整年不斷嘗試更好的方法並滾動式修正，非常多的執行面過程，現在確實也看到結果。

- 四、吳委員榮達提及，為什麼 108 年沒有提高審查之精準度項目，精準審查與浪費的減少是相呼應的，精準審查屬過程面，現在係以結果面來監控，包含減少用藥重複率、減少檢驗檢查再執行率，盡力對於可以減少浪費的項目去執行，精準審查是過程面的方法之一，所以沒有呈現過程面而是以結果面去呈現我們的努力。
- 五、干委員文男提及違規查處訪查家數部分，請參閱投影片第 6 張 107 年執行目標值為 765 家，截至 9 月份執行 559 家，訪查家數是強化違規查處機制之其中一項，有查核到真正違規的院所才是最重要的，當然對於訪查家數我們一定有人力與時間上的限制，因此我們也更積極推動更精準違規查處，嘗試以大數據分析，對於可能有違規的院所或真正嚴重違規的院所加強查核，將嚴重違規的院所減到最低或不再發生，對於輕微違規的院所採輔導方式讓院所改善，及讓院所繳回違規金額為努力的目標。

傅主任委員立葉

委員提問所需資料，請健保署會後提供，委員意見請健保署參採辦理，再將本方案...。請干委員文男。

干委員文男

關於區域醫院以上層級醫療檢查 CT(Computed Tomography，電腦斷層掃描)及 MRI(Magnetic Resonance Imaging，核磁共振攝影)上傳率之全年目標值是 50%，截至 9 月份執行已達 86.3%，遠高於目標值這是值得勉勵，但是上傳後利用率多少？效益多少？省多少錢？103 年起開始編列經費，107 年也編列 11 億元持續用於鼓勵院所將檢驗檢查資料上傳，如果檢驗檢查上傳後沒有查閱也是沒有用等於是零。

蔡副署長淑鈴

謝謝干委員文男詢問，區域醫院以上層級醫療檢查 CT 及 MRI 上傳率的效率會反應在投影片第 10 張 108 年內部管控項目之項次 7 合理使用-門診 10 項檢驗檢查再次執行下降比率，換言之，影像分享後可以減少不必要的再次執行的情形，因此會持續監控結果面。現在執行的過程中，107 年該指標的目標值為 50% 算是低標，我們真正想達到的是 CT 及 MRI 可以在 24 小時內 100% 即時上傳，讓之後的醫師能夠即時查詢，不僅是上傳影像檔，也要上傳報告，這些都內含在本計畫中，希望這些重要的檢驗檢查再次執行率可以下降，門診 10 項檢驗檢查項目包含 CT、MRI 及超音波等其他重要檢查項目。

干委員文男

關於蔡副署長淑鈴所回應將檢驗檢查上傳後，再次執行的比率能下降，不知能否在今年結算資料呈現重複減少利用的相關資料呢？金額多少？

蔡副署長淑鈴

金額嗎？可以。

干委員文男

要不然對外都說節省很多，每年也編列許多經費挹注建構相關設備，最後用多少錢、剩下多少錢、省下多少金額？

蔡副署長淑鈴

我們可以於會後補充相關資料予委員參考。

傅主任委員立葉

委員有沒有其他意見？沒有的話，本案委員所提意見請健保署參採辦理後，依法定程序陳報衛生福利部核定。接下來進行討論事項第二案。

盧委員瑞芬書面意見

108 年內部管控項目，管控項目的操作型定義攸關是否能達成政策目標，建議涉及指標的操作型定義應隨會議資料事先提供，以資瞭

解並評估適當性。

林委員惠芳書面意見

- 一、本席能瞭解蔡副署長淑鈴所說滾動式修正。
- 二、但本席在意的是計畫中於策略方法提出的同時，應對想達成的成效有清楚的定義，及可行的作法。以推動分級醫療為例，其方法中提及精進轉診資訊交換平台，但是目前轉診資訊交換平台產生的問題為何？要解決到什麼程度，可代表分級推動成功，建議將來在執行報告時應有呈現。
- 三、建議未來整體計畫規劃時，即應將現行問題需求分析做清楚呈現，才能找到適切策略，避免執行無故再換作法的方式，以避免浪費資源。

陸、討論事項第二案「108 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

李組長純馥

108 年各部門總額一般服務之點值保障項目部分，各個總額部門都是仿照 107 年度的保障項目。

傅主任委員立葉

一、本案委員有沒有意見？(委員表示：沒有)。

二、先回到討論事項第一案，雖然剛才委員未及討論，但幕僚提醒一定要補充這部分，並列入會議紀錄。有關病人自主權利法生效實施後，對於醫療資源耗用及健保財務影響持續監測、研析之意見，請中央健康保險署參採辦理後，依法定程序陳報衛生福利部核定。主要是針對病人自主權利法生效實施後的相關監測。

三、討論事項第二案，委員有沒有意見？(委員表示：沒有)。同意中央健康保險署所送之 108 年度各部門總額一般服務及門診透析服務之點值保障項目，其餘洽悉。

四、離會議結束時間尚有 15 分鐘，接著進行討論事項第三案。

柒、討論事項第三案「有關擴大 C 型肝炎治療所將產生之相關檢查(驗)費用，應併入專款專用 C 肝藥費預算中編列，不宜由醫院總額(或西醫基層總額)一般服務預算中勻支，造成排擠效應案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請李委員偉強簡要說明。

李委員偉強

- 一、因為翁委員文能趕另一個會議，特別交代我堅守到最後，所幸還有一點時間可以討論本案，首先先簡要說明，就提案內容已經寫得很清楚，也感謝健保署回應。事前看到健保署回應後也召開相關會議進行討論，也再次整理相關資料，請詳會議資料。
- 二、預計 108 年有 4 萬名病人接受 C 型肝炎的治療，這是好事，已編列許多經費支應，過去對於應由公務預算支應的部分也有諸多的討論，因衛福部已核定明年預算，健保署也明確回應本項專款費用係支付藥品費用，剛才委員也提及台灣約有 70 萬的 C 型肝炎患者，我本身是腸胃科醫生，也使用 C 肝口服新藥治療很多病人，治療約 3 個月效果就很好，我們很支持這件事情，在臨床上沒有任何的異議。
- 三、現在約增加 4 萬名病人，許多民眾不知道自己是 C 肝患者，就算知道好了，開始接受治療的 2 星期第 1 次進行檢驗，後續還有其他檢查，這治療過程不能多也不能少，病人除增加藥費外，每個療程檢驗檢查的費用增加約 9,000~10,000 元，以 4 萬名病人計算，檢驗費用增加 3.6~4 億元不等，這些都要由一般服務預算支應，某種程度上造成 C 肝檢查會排擠到其他項目的使用。
- 四、健保署具體回應部分，第 1 點專款項目係以藥費來編列，就文字上沒有討論空間。第 2 點提到節省費用可以涵蓋檢查檢驗的

支出，邏輯上是對的，但有效益遞延的問題，以我開始擔任醫師時，或以 10 年前慢性肝炎及肝硬化或其併發症是國人十大死因之第 7 位，106 年已經掉到第 10 位，預計不出幾年就會排出十大死因之外，改變很多醫療生態，B、C 肝用藥的成效及其中長期對醫療資源的節省需要幾年後才會見到，但使用的當時費用是高的，也會對其它非肝炎病人的醫療資源及點值有所影響。

五、綜上，就健保署回應意見之第 1 點我無法辯駁，健保會通過專款編列是支付藥費，但第 2 點係有爭議性的，我沒有要在會上辯論，係根據健保署意見提供其他意見供大家參考，另外外加 C 肝費用約 13 億多元部分，類似採論人計酬包裹給付，將藥費及檢驗檢查費用統一包裹給付，如此一來不會排擠到其他病人及其檢查費用，也能讓 C 肝病人可以充分使用醫療資源。

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

關於 C 型肝炎藥費預算部分，健保署意見說明已非常清楚，李委員偉強也有說明，就不贅述。我補充 2 點表示反對意見：

- 一、這個提案應算是技術犯規，醫院部門在協商時本來就應該有所預期，預期明年度 C 型肝炎有多少人，協商時就應編列預算，在協商時討論。現在協商已完成，再提出檢驗費用由專款費用支應的提案，有點技術犯規，這是我的想法。
- 二、我想今年在執行時檢驗費用部分應該也有相同的問題，但醫院部門今年並沒有提出由專款費用支應檢驗檢查費用的意見，今年都已經執行，為什麼明年不能持續比照執行呢？一定要由其他部門或專款項目支用？如果由公務預算支應，我絕對贊成，但不同意由專款或其他預算之 C 型肝炎藥費支應。

傅主任委員立葉

請李委員偉強。

李委員偉強

簡要回應，今年 C 型肝炎人數較去年少，因為明年預算增加更多，人數增加約 4 萬，之前沒這麼多使用的病人因此沒有想過這方面的排擠效應問題，但也謝謝委員的提醒，如果本案未能通過，明年於協商因素項目爭取相關費用支應。今年協商時真的沒想到，也不知道會編列這麼多經費支應 C 肝治療讓人數增加這麼多，人少時排擠效應相對小，人多就影響層面相對較大。

傅主任委員立葉

先請謝委員武吉，再請健保署回應。

謝委員武吉

- 一、我認為大家可以知道我們醫界是很善良的一群，該忍受的時候絕對會忍受，沒辦法忍受就要向各位報告說明，我們現在真的無法接受這些痛苦了，希望大家都是將心比心，不是我們醫界以前怎樣現在怎樣，以前比較少，我們不會計較，現在卻增加那麼多。
- 二、早上我們討論 C 肝相關經費部分，部長在其他預算核定增加 13.7 億元，是否能從這筆 10 多億的經費拿出個 3 億多，人數增加到 4 萬人時可能會再增加幾億多元，相關檢驗檢查應該要補助醫界，這是很重要的。
- 三、為什麼，因為我們估算費用增加約 3.62 億元不是 3.6 千萬元，如果是 3.6 千萬元，我們去爭取這筆費用，我們就算是沒品的，現在費用增加金額 3.62 億元。像新醫療科技部分如果沒有做的會全數追回，想看看這樣做對嗎？
- 四、也是有很多不對的地方啊，剛才何代理委員語提及自己擔任委員很久，我是沒有擔任很久，我只有擔任幾年而已，但我有認真聽，所以我覺得這部分可以用部長爭取經費來支應，以包裹式給付方式支應，讓 C 型肝炎的老百姓能有完善的治療，這樣會很圓滿，3.6 億元分在六分區，對我們的點值真的很吃力，不是一般的，所以我還是希望委員都能將心比心，大家都

能體會我們的痛苦，謝謝。

傅主任委員立葉

委員有沒有其他意見？請健保署蔡副署長淑鈴說明。

蔡副署長淑鈴

謝謝給我們機會說明，請委員參閱桌上有份 2 頁的資料「C 肝全口服新藥對檢驗及 C 肝相關併發症醫療費用之影響分析」，請戴組長雪詠向大家簡短重點說明。

戴組長雪詠

- 一、向各位委員簡要說明，非常謝謝醫界提出的疑義，健保署與醫界估算費用的最大差異的部分，請參閱投影片第 2 張，醫界估算增加檢驗費用增加 3.62 億點支出，只估算 C 肝全口服新藥，健保署估算係如果 C 肝全口服新藥未納入健保時，每年至少約 8 千人會採干擾素的治療。
- 二、請參閱投影片第 3 張是比較干擾素治療與 C 肝全口服新藥的每人檢驗費用比較，C 肝全口服新藥之每人檢驗費用約 9,050 點，干擾素治療之每人檢驗費用約 8,677 點，兩者沒有差太多。醫界與健保署估算最大差異係如果 C 肝沒有得到好的治療會引發併發症，像是肝硬化、肝癌或接受肝移植等等相關併發症之醫療費用。
- 三、請繼續參閱投影片第 5 張干擾素治療與 C 肝全口服新藥之各年度檢驗費用及節省 C 肝相關併發症醫療費用比較資料，以 2019 年為例也就是現在醫界所提的，單就 C 肝全口服新藥之所需檢驗費用增加 3.62 億點，但沒有 C 肝全口服新藥的情況下，仍約有 8 千人接受干擾素治療之相關檢驗費用的支出約 0.69 億點，兩者相減後之所需檢驗費用約 2.93 億點，及估算 C 肝相關併發症節省的醫療費用約 2.58 億點，因此推估 108 年 C 肝所需檢驗費用淨增加約 0.35 億點。
- 四、以 C 肝治療計畫維持至少約 8 年分析，請參閱最後一欄，推估淨減少 36.17 億點。與醫界估算最大的差異，健保署估算包

含新、舊用藥情境的概念，不僅僅估算 C 肝全口服新藥的支出，進一步分析如果不使用新藥，仍然會有其他藥品及檢驗支出，及 C 肝相關併發症節省的醫療費用。本張投影片羅列 2017~2025 年 8 年間每年淨減少費用的資料，8 年後合計減少 36.17 億點，這是健保署與醫界估算最大的差異處，節省 C 肝相關併發症醫療費用的效益已可涵蓋檢驗費用的支出。

傅主任委員立葉

委員有沒有其他意見？離會議結束的時間只剩 1~2 分鐘。請謝委員武吉。

謝委員武吉

我簡單說明投影片第 5 張干擾素治療的資料，我認為太不切實，這是胡作非為干擾視聽的作法。我看了之後心情很不爽快，脾氣快要發作，寫出來我覺得你們真的是天才，你知道嗎？請問，加上部長核定的 13.7 億元，推估增加為 7 萬人(依健保署藥物共擬會報告 2021 年治療 4 萬人、2022 年治療 3 萬人)後，點值會下降多少？你們有估計嗎？你們沒有估算，你們只有胡作非為的事情，這種數據我看不下去，雖然我沒有讀書但是我很認真看資料，這份資料就是不行，沒有正確的數據說服我們這些委員，這不是很正確的做法。現在又講這樣，又說會減少很多費用，再請問 1 個問題，如剛才李委員偉強所提肝癌是國人十大死亡的第 10 名，C 肝經過治療後平均餘命增加多少？原本活 55 歲可延長到 85 歲，每增加 1 歲、增加 5 歲、至 85 歲共 30 年，究竟平均餘命每 1 年、5 年、30 年醫療費用又會增加多少？請一併精準估算！對醫院總額點值衝擊有多少？點值會下降多少？這些資料你們有估計嗎？沒有啊，如果你們要做分析，不要只做單方面的分析，要有全方位的想法去做分析，下次委員會應該要報告給大家知道。我可能與李委員偉強的想法比較相近，我是比較龜毛一點啦。

傅主任委員立葉

本案顯然付費者委員不同意，健保署也建議不宜將檢驗相關費用編

列於該項專款，本案無法達成共識，提案委員所提之「C 型肝炎相關檢查檢驗併入專款專用預算支應」不予通過，仍請醫院、西醫基層總額之「C 型肝炎藥費」及其他預算之「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費」，依核定事項辦理。

謝委員武吉

我再補充一點，健保署既然今天提出這個報告，健保署應該要估算增加 3.6 億元或 5 億元，點值會下降多少，不管下屆我是不是委員，一定要提下一次委員會議報告。

傅主任委員立葉

再請健保署提供相關資料。

謝委員武吉

不能隨便做一做...，隨便做一做我也會。

傅主任委員立葉

另請中央健康保險署持續監控 C 型肝炎全口服新藥之藥品給付規定修訂所產生之相關檢查(驗)費用，並請幕僚於 108 年度工作計畫安排專案報告，以利委員了解。

謝委員武吉

要提出正確的數據。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

關於剛才主席的結論我沒有意見，但 2 點建議：

一、起初外加 13.7 億元部分，付費者一直爭取不能納入總額經費，這是民眾的錢怎麼可以納入預算。另外如果醫界認為會額外增加相關費用，應於總額協商時提出，不能在衛福部已經核定費用後提出變更，不符合程序。

二、如果健保署投影片第 5 張估算是正確的話，8 年後會節省合計 36 億元，未來協商時，節省相關費用如何處理？以前謝前委

員天仁曾提出，編列預算與節省醫療費用如何處理，方能助於健保財務永續，才是有意義的事情，持續編列預算卻沒有相對應節省費用的效益，無法落實健保財務收支平衡的精神。

傅主任委員立葉

- 一、委員意見請醫界參考。因時間因素，討論事項第四案及報告案，除報告事項第三案外，其餘保留至下次委員會議討論或報告。
- 二、報告事項第三案洽悉，如委員有其他意見，請於3日內以口頭或書面意見提供幕僚，再轉請健保署回應。本次會議進行到此，請干委員文男。

干委員文男

據11月29日報載「台大醫師涉轉介病患買造血針」，請問一下該醫師觸犯哪個相關法規？

傅主任委員立葉

請健保署回應。

蔡副署長淑鈴

健保相關法規很難管理這部分，這是醫師將病患推薦護理師給藥部分，不是健保相關法規規範範圍，屬於醫事相關法規規範範疇，衛福部醫事司也已進行相關處理。

干委員文男

已經處理了嗎？處理方式為何？從台大買或到外面買，藥價差那麼多，你們忍心處罰這個醫師，如果這樣的話好像不盡公平，我想健保可能還需要大大改革，尤其藥品費用的部分，藥價差那麼多。醫師開處方讓病患去其他地方購買，這也沒有不對，我是替老百姓發聲。

傅主任委員立葉

干委員文男意見轉請醫事司參考，會議進行到此結束，非常感謝大家，本屆任務圓滿完成，謝謝大家，散會！（眾委員鼓掌）

衛福部健保會第3屆107年第11次委員會議
議程確認現場補充資料
中央健康保險署李署長伯璋請假函

電子公文

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

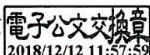
機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27025834
承辦人及電話：呂佳青(02)27065866轉2582
電子信箱：A110932@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國107年12月12日
發文字號：健保企字第1070039027號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：貴會將於107年12月21日(星期五)召開之第3屆107年第11次委員會議，本署李署長伯璋應邀出席榮民醫療體系整合精進與發展十週年研討會(地點：臺中榮總)，不克出席，將由本署蔡副署長淑鈴代表出席，敬請諒察。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：本署署長室  2018/12/12 11:57:59

衛生福利部全民健康保險會收發



107/12/12 1073340210

有關健保會請健保署針對 107 年 11 月份(107 年 11 月 16 日)委員會議干委員文男發言實錄(議事錄 P.99)，提供家戶總所得書面資料，健保署說明如下：

| 委員意見摘要 | 健保署說明 |
|---|--|
| <p>干委員文男(議事錄 P.99)</p> <p>我們這裡是平台，主要是提供建議，如果要調漲保費就要提到家戶總所得，委員心裡會有被恐嚇感，希望健保署用 105、106 年的資料試算家戶總所得，以及目前補充保費的狀況，讓委員心裡有數。否則動不動就說要調整保費，最後的尚方寶劍就是家戶總所得，在座委員也不知道家戶總所得的 model(模式)是什麼情況，矮矮胖胖或高高瘦瘦都不曉得，所以你們要提出 model 給我們看，委員才不會感覺一直被恐嚇。</p> <p>傅主任委員立葉(議事錄 P.99)</p> <p>如果健保署可以的話，請試算家戶總所得，會後提供委員參考，如果不行再提出說明。...</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1.原規劃之二代健保計費方案，係以家戶總所得為計費基礎，但因國人無申報所得稅資料比率約有 4 成，基本保險費設計(虛擬所得)、所得稅為事後申報有 2 年時間落差、家戶組成認定、家戶變動頻繁，及單身保費負擔增加(懲罰單身)等諸多疑慮致無法達成社會共識，爰將可行性較高之 6 項所得項目列為二代健保修法(即現行制度)課徵補充保險費，使健保費基涵蓋綜合所得之範圍擴大至 9 成以上。 2.為克服過去推動以家戶總所得為基礎之計費方案修法所面臨問題，並深入研析不同計費制度之優劣，衛福部 107 年先以深度座談方式，邀請嫻熟健保議題之專家學者，提出對健保制度之想法、期望及改革建議，後續並將再邀請具備財務、經濟或稅務專長的學者專家，進一步深入解析財務面議題。 3.接上，鑑於健保財務改革尚持續進行中，需配合具體方案，始予模擬試算。 |