

衛生福利部全民健康保險會  
第4屆108年第3次委員會議事錄

中華民國 108 年 5 月 24 日



衛生福利部全民健康保險會第4屆108年第3次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國108年5月24日上午9時30分

貳、地點：本部301會議室(台北市忠孝東路6段488號3樓)

參、出席委員：(依委員姓名筆劃排序)

干委員文男

王委員棟源

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)

何委員語

吳委員國治

吳委員榮達

吳委員鴻來

李委員育家

中華民國全國中小企業總會范行政長秋芳(代理)

李委員偉強

周委員穎政

林委員敏華

中華民國農會保險部徐課員珮軒(代理)

林委員錫維

邱委員寶安

翁委員文能

馬委員海霞

商委員東福

張委員文龍

張委員煥禎

張委員澤芸

許委員美麗

許委員駮洪

陳委員有慶

陳委員旺全

中華民國中醫師公會全國聯合會柯秘書長富陽(代理)

陳委員炳宏

陳委員莉茵

黃委員啟嘉

中華民國醫師公會全國聯合會張副秘書長必正(12:33以前代理)

中華民國醫師公會全國聯合會黃常務理事振國(12:33以後代理)

葉委員宗義

趙委員銘圓  
滕委員西華  
蔡委員明鎮 台灣總工會陳副理事長錦煌(代理)  
蔡委員登順  
鄭委員建信  
鄭委員素華  
盧委員瑞芬  
賴委員進祥  
謝委員佳宜  
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

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  
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：周主任委員麗芳

紀錄：范裕春、彭美熒

陸、主席致詞

首先感謝各位委員踴躍參與 108 年 5 月 7 日「全民健康保險相關業務座談會」，陳部長時中與各位委員進行詳細對談，也感謝協助單位，包括國民健康署、中央健康保險署、社會保險司、疾病管制署，還有也要感謝周執行秘書淑婉及幕僚同仁費心安排。

接著介紹新任委員，中華民國牙醫師公會全國聯合會因為理事長改選，現改由新任理事長王委員棟源擔任，請大家鼓掌歡迎王委員的加入。

## 柒、議程確認

決定：確認。

## 捌、請參閱並確認上(第 2)次委員會議紀錄

決定：確認。

## 玖、上(第 2)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 4 案)：同意依照幕僚之擬議，解除追縱。

(二)擬繼續追蹤案(共 3 案)：同意依照幕僚之擬議，繼續追縱。

二、本年度各部門總額執行成果發表暨評核會議，訂於 7 月 18、19 日在衛生福利部 1 樓大禮堂召開，會議議程詳附件一，請委員預留時間與會。

三、餘洽悉。

## 拾、討論事項

### 第一案

提案人：翁委員文能、李委員偉強、張委員煥禎、謝委員武吉、黃委員啟嘉、吳委員國治

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：有關 109 年起西醫部門協商因素-新醫療科技(包括新藥、新特材及新增診療項目等)之協商，應於正式協商前三個月，請健保署相關單位先行提供預擬於 109 年引進健保支付標準或擬擴增適應症之新藥等新醫療科技項目，做為協商之依據，以落實收支連動，避免預算失衡之爭議產生，提請討論。

決議：

- 一、鑑於 108 年 9 月份將進行 109 年度總額協商，請中央健康保險署於總額協商前 1 個月，提出 109 年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾作為總額協商之參據。
- 二、請中央健康保險署於下週召開「健保新藥預估模式研究計畫」成果報告會議時，邀請本會專家學者及公正人士委員與會。

## 第二案

提案人：謝委員武吉、黃委員啟嘉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：為維護健保財務及資源的穩定，保障大小醫療機構從業人員執業安全與民眾健康，籲請對麻疹疫情延燒及 MMR 疫苗供應不公問題進行檢討與改正，詳如說明，提請討論。

決議：委員所提意見，送請衛生福利部轉知相關權責機關。

## 第三案

提案單位：中央健康保險署

案由：建請 107 年「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」(以下稱方案)全年結算金額超過預算額度部分，由 108 年同項方案其他部門預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」項目支應，提請討論。

決議：本案經委員充分討論與溝通後，不予討論。

## 第四案

提案人：趙委員銘圓、干委員文男、許委員駢洪、陳委員莉茵、林委員錫維、馬委員海霞、陳委員炳宏、葉委員宗義、鄭委員素華、吳委員鴻來、鄭委員建信、林委員敏華、陳委員有慶

代表類別：保險付費者代表

案由：鑒於免疫療法經統計後符合條件者約 2,600 人，而今年預算僅 8 億元，約 800~1,300 位患者可接受治療，明顯不符合需求人數，勢必造成爭搶名額、醫病關係危機、患者恐慌等情形，依據公平治療原則，故建議增加明年度免疫療法治療預算數，全面治療符合資格者 2,600 人，至少增加 16 億元；另，已有臨床醫師提出部分癌別給付條件過嚴情形，實屬不公，建議中央健康保險署，重新審視並適度放寬給付條件，讓每位患者擁有公平治療之機會，提請討論。

決議：

- 一、鑑於 108 年 9 月份將進行 109 年度總額協商，請中央健康保險署考量病人安全及療效、整體醫療資源配置，妥適規劃新醫療科技，於總額協商前 1 個月，提出 109 年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾作為總額協商之參據。
- 二、委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

第五案

提案人：張委員煥禎

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：108 年區域級(含)以上醫院門診減量措施執行方式，續請討論。

決議：

- 一、請中央健康保險署於 108 年 8 月份委員會議提出區域級(含)以上醫院門診減量措施執行情形及成效檢討報告。
- 二、委員所提意見，送請中央健康保險署作為執行參考。

第六案

提案人：李委員偉強

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：建請健保署每年定期評估分級醫療與門診減量政策執行成效與影響，以作為次年度門診減量降幅比率之依據，提請討論。

決議：

- 一、請中央健康保險署於 108 年 8 月份委員會議提出分級醫療及區域級(含)以上醫院門診減量措施執行情形及成效檢討報告。
- 二、委員所提意見，送請衛生福利部及中央健康保險署參考。

#### 第七案

提案單位：本會第三組

案由：109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構(草案)，提請討論。

決議：

- 一、照案通過，109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構，如附件二。
- 二、委員所提意見，送請衛生福利部參考。

#### 拾壹、報告事項

##### 第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：保險對象自付差額特材之執行概況，請鑒察。

決定：

- 一、請中央健康保險署定期檢視納入自付差額特殊材料品項之使用情形，倘其已近常規使用者，建議研議納入全額給付之可能性。



二、委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

## 第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險業務監理指標之監測結果，請鑒察。

決定：

一、本報告係適用修正前之監理指標項目所作之監測結果分析，本年度請中央健康保險署例行提報監測結果時，改依 107 年度第 5 次暨第 1 次臨時委員會議(107.6.22)、107 年第 6 次委員會議(107.7.27)修正通過之監理指標為之。

二、委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

## 第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：106 年健保收入超過 4 億元之醫療院所財務報告之公開情形，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

## 第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：108 年 4 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

## 第五案

報告單位：中央健康保險署

案由：家庭醫師整合性照護計畫之監測指標及執行成效—落實以病人為中心之照護與執行面監督，請鑒察。

決定：本案洽悉。

拾貳、散會：下午 13 時 27 分。

## 全民健康保險各部門總額 107 年執行成果發表暨評核會議議程

日期：108 年 7 月 18 日、19 日(星期四、五)

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂(台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)

7 月 18 日	報告內容	主持人/報告單位/評論人
09：00～09：20	報到	
09：20～09：25	開幕致詞	周主任委員麗芳
09：25～10：15	各部門總額(含門診透析)一般服務執行 成果報告(50 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.各部門整體性、一致性項目執行成果 3.門診透析服務	報告單位：中央健康保險署
10：15～10：40	中場休息(25 分鐘)(出席人員大合照)	
10：40～11：20	跨部門及其他預算專案計畫執行成果 報告(40 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.專案計畫/方案執行成效	
11：20～12：30	評論及意見交流(70 分鐘)	
12：30～13：30	午餐	
13：30～14：20	醫院總額執行成果報告(50 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：台灣醫院協會
14：20～15：10	評論及意見交流(50 分鐘)	
15：10～15：30	中場休息(20 分鐘)	
15：30～16：20	西醫基層總額執行成果報告(50 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：醫師公會全聯會
16：20～17：10	評論及意見交流(50 分鐘)	

— 賦 歸 —

7月19日	報告內容	主持人/報告單位/評論人
08:50~09:00	報到	
09:00~09:50	牙醫門診總額執行成果報告(50分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位:牙醫師公會全聯會
09:50~10:40	評論及意見交流(50分鐘)	
10:40~11:00	中場休息(20分鐘)	
11:00~11:50	中醫門診總額執行成果報告(50分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位:中醫師公會全聯會
11:50~12:40	評論及意見交流(50分鐘)	
— 成果發表會結束 —		
12:40~13:30	午餐	
13:30~16:00	各部門總額執行成果評核	周主任委員麗芳 評核委員
— 賦歸 —		

註：依健保會 108 年第 1 次委員會議(108.3.8)通過之評核作業方式，簡報內容請以「年度重點項目之推動與未來規劃」為主。

## 109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構

第 4 屆 108 年第 3 次委員會議(108.5.24)通過

### 一、總額設定公式

#### ■ 年度部門別<sup>註1</sup>醫療給付費用=

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

#### 年度部門別醫療給付費用成長率=

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

#### ■ 年度全民健保醫療給付費用=

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

#### 年度全民健保醫療給付費用成長率=

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

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

2.依費協會第 114 次委員會議(95.06.09)決議，考量協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 109 年總額基期須校正 107 年投保人口成長率差值)。

3.依本會 107 年第 5 次委員會議(107.6.22)通過之「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則」，108 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，不納入 109 年度總額協商之基期費用。

4.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

### 二、醫療服務成本及人口因素

#### (一)成長率計算公式

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

#### (二)各項因素之計算方法

##### 1.人口結構改變率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年費用及計費人口數資料。109年度總額係以106年每人醫療費用點數為基礎，計算107年相對106年保險對象人口結構之影響(即以各季季末保險對象人數之年齡及性別百分比平均值計算，並以1歲為一組)。

## 2. 醫療服務成本指數改變率

### (1) 成本項目之權數

採行政院主計總處105年工商及服務業普查所作之「醫療機構專案調查實施計畫」調查結果，刪除「最高及最低5%極端值」後之平均數。

### (2) 成本項目對應之指數與權重如下(均沿用108年度總額之計算方式)：

採行政院主計總處發布之「物價統計月報」與「薪資與生產力統計」資料。

項目	指標類別	
人事費用	1/2 採用主計總處「工業及服務業」每人每月平均薪資。 1/2 採用主計總處「醫療保健服務業」每人每月平均薪資。	
藥品費用	醫院部門	躉售物價指數-西醫藥品類權重及指數
	西醫基層及牙醫部門	<u>105</u> 年全民健保藥費申報權重及躉售物價指數-藥品類指數
	中醫部門	躉售物價指數-藥品類中藥製劑之權重及指數
醫療材料費用	躉售物價指數-醫療器材及用品類	
基本營業費用	「躉售物價指數-醫療器材及用品類」與「消費者物價指數-居住類房租」之平均數	
其他營業費用	消費者物價指數-總指數	

註：1. 醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，採用「理化分析用儀器及器具」；「電子醫療用儀器及設備」；「放射照相或放射治療器具」；「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」及「其他醫療器材」。

2. 「躉售物價指數—西醫藥品類」指數，其內涵排除「動物用藥」、「中藥製劑」、「中藥材」項目，不納入計算，由行政院主計總處另行提供，另西醫基層及牙醫之全民健保藥費申報權重，係以105年為基期。

### (3)醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

前述各指標項目，以 105 年 為基值(訂為 100)，計算 107 年 相對 106 年 各指數年增率，並將各部門之服務成本指數改變率，按其 107 年 醫療給付費用占率加權計算而得總醫療服務成本指數改變率。

### 3.投保人口預估成長率

以 107 年 對 106 年 投保人口成長率估算(採各季季中投保人數之平均值)

註：本項醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法，將依行政院核定之內涵辦理。

## 三、協商因素

### (一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如新科技醫療及新藥)改變，對醫療費用之影響率。

### (二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康，而允許增加費用之幅度。

### (三)其他醫療服務利用及密集度之改變

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

### (四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

### (五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因，對醫療費用之影響。

## 四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

## 五、門診透析

(一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：

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

(三)計算公式：

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

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





第 4 屆 108 年 第 3 次 委員 會議  
與 會 人 員 發 言 實 錄



壹、「主席致詞」、「議程確認」、「請參閱並確認上(第 2)次委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

- 一、各位委員大家早安，很開心我們又見面了。首先要謝謝各位委員踴躍參與 5 月 7 日本會所舉辦的「全民健康保險相關業務座談會」，相當圓滿順利，陳部長時中很詳細的與委員進行對談，也很感謝協助我們的單位，包括國民健康署、中央健康保險署、社會保險司、疾病管制署，當然也要謝謝健保會周執行秘書淑婉及幕僚同仁，我們給大家一個掌聲，謝謝。
- 二、接下來我要介紹新任的委員王委員棟源，他是中華民國牙醫師公會全國聯合會理事長，因為改選，王委員是新任的理事長，歡迎王委員的加入，和我們共同為健保努力，今天會議開始，謝謝。

司儀

議程確認，請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

- 一、主席、各位委員早安！在確認議程之前，先向委員報告，依據本會會議規範規定，健保署署長為法定列席人員，但健保署在 5 月 21 日函知，李署長伯璋陪同陳部長時中出國出席世衛行動團，本次會議請假，由蔡副署長淑鈴代理，來函影本放在各位委員桌上，請委員參閱。
- 二、本次議程安排，包括：討論事項 7 案，第 1 案至第 5 案都是上次委員會議保留的委員提案，第 6 案是本次委員提案，第 7 案是依照年度工作計畫排定；報告事項有 5 案，第 1 案至第 3 案是上次委員會議保留案件，第 4 案至第 5 案，則是依照年度工作計畫排定，以上。

周主任委員麗芳

因今天議案比較多，讓我們一起努力，抓緊進度。此外，在各位委

員桌面上有一張議程預定時間表，請委員參閱。請干委員文男。

干委員文男

程序問題！第 5、6 案雖表達方式不同，但都與門診減量有關，是否要併案討論？因這個案子已被提出很多次，我們也聽了很多次；另第 3 案，也是和第 5 案一樣，皆涉及本會會議規範，因為都是要推翻原決議，重新再來，這有困難度，建議也可以一起討論，節省時間。以上，謝謝。

周主任委員麗芳

干委員文男，我確認一下，您的意見是第 5、6 案併案討論。我必須詢問提案委員的意見，先請吳委員榮達。

吳委員榮達

我覺得第 5、6 案合併不太適當，因為第 5 案涉及程序問題，若第 5 案程序上不能討論的話，就沒有第 5、6 案的併案問題，所以我建議還是分開處理。

周主任委員麗芳

一、請問干委員文男，是否還是按照原訂的議程進行？(干委員文男：好)

二、議程確認、議程的預定時間也確定。我們抓緊時間開始後續討論。接下來進行會議紀錄確認。

同仁宣讀

周主任委員麗芳

各位委員是否要提出垂詢？若各位委員沒有其他意見的話，會議紀錄確認，請進行下一案。

貳、「上(第2)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

- 一、各位委員好，請委員看到說明一，是上次委員會議決議(定)事項計有 7 項，依辦理情形建議解除追蹤，從 3 項修正為 4 項，繼續追蹤從 4 項修正為 3 項，最後仍依照委員議定結果辦理。剛剛修正的追蹤建議事項，在補充資料裡面，我等會再做報告說明。先請各位委員翻到第 28 頁。
  - (一)擬解除追蹤 3 案，項次 1 是有關 108 年第 1 季健保署的業務執行季報告，委員所提意見，健保署回復辦理情形在第 33 頁，請委員參閱。
  - (二)項次 2、3 都是有關 108 年區域級以上醫院門診減量措施執行方式的部分，項次 2 是請健保署提供詳細數據，因本案保留至本次委員會議續議，健保署已在本次會議資料中提供相關數據，今天另外還有一張健保署補充資料在各位委員桌上，本案已完成。
  - (三)項次 3 是依提案委員建議，刪除提案內容之說明三及擬辦三，在本次議案已修正，本案已辦理完成。這是解除追蹤的三案，擬繼續追蹤部分，請各位委員參閱，不作口頭報告。
- 二、請委員們翻回第 25 頁，說明二是剛剛主席有提到，5 月 7 日我們邀請陳部長時中、國健署、疾管署、健保署召開的健保相關業務座談會議，幕僚已經把會議紀錄併同本次會議資料寄送給各位委員。
- 三、說明三是為利委員會議的進行，我們特別印製內政部公布的會議規範，放在各位委員桌子抽屜內的黑色資料夾，供會議參用。
- 四、說明四是提醒委員，本會訂於今年 7 月 18、19 日兩天，在本部 1 樓大禮堂召開「全民健康保險各部門總額 107 年執行成果

發表暨評核會議」，敬請委員預留時間踴躍參加。

- 五、說明五，是中醫師公會全聯會於 4 月 10、11 日辦理實地訪查，幕僚已經整理訪查報告，在第 146~150 頁附錄二，請委員參閱。
- 六、說明六是衛福部與健保署於本年 4~5 月份發布及副知本會的相關資訊，詳細內容及附件已在 5 月 10 日寄至各位委員電子信箱。相關重點摘要，請各位委員參閱。
- 七、最後，我剛有提到追蹤建議事項要做修正，請各位委員翻到藍色封面的補充資料第 1 頁，說明一為追蹤建議事項的補充，還有一項重要業務報告補充說明，這兩項是相同的案子，我就一起報告。幕僚在 5 月 2 日將本會委員對 109 年度總額範圍諮詢意見，函陳衛福部參考，衛福部已在 5 月 13 日報請行政院鑒核，公文及總額範圍草案，在補充資料第 5~39 頁，請各位委員參閱。我簡單摘要報告：

- (一)衛福部建議的 109 年度健保醫療給付費用總額範圍，成長率為 3.708% 至 5.976%。
- (二)整體健保醫療費用，預估會在 7,419 億元至 7,581 億元之間。
- (三)幕僚已幫各位委員確認，本會委員提供的諮詢意見，衛福部已摘錄在補充資料的第 33~35 頁，以上報告。

周主任委員麗芳

謝謝周執行秘書淑婉說明，各位委員針對辦理情形是否同意？請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

- 一、大家早，麻煩大家翻開會議資料第 29 頁，繼續追蹤項次 2，關於上次座談會(108/5/7)中，討論政府應撥補健保經費 36% 不足數的議題，今天要跟大家簡單說明，就是完成的期限與管考週期，請大家看最右欄的敘述，依社保司修法進度辦理，是否跟上次討論不太一致？健保法解釋與問責是掌握在衛福部，但我今天要提醒大家一件事，解釋與問責的「維權天平」，維護健

保權益的天平在那裡，請問大家，我們花這麼多會期、這麼多時間討論該案，問題在修法嗎？請回想兩週前，在大雨中通過的亞洲第一個法案，大家記憶猶新、而且刻骨銘心，從去年公投大家耗時排隊，法案模糊、人民疑惑、陷阱重重，是否同樣也耗盡社會資源，形同愚弄多數傳統人民！但是我們民族的繁衍、昌盛，還不是仍由這些多數傳統人民，默默的貢獻嗎！

- 二、而回到本案議題，請教社保司，我們花這麼多時間、會期，究竟政府負擔健保經費 36% 不足數問題，是否在修法？大家應該知悉，問題不在修法；回顧二代健保實施第 2 年起，主計總處開始逕行減列健保安全準備，後來在健保署及社保司的努力，協助我們健保會，成功請主計總處依法「補列」102~104 年三年政府負擔健保經費 36% 的不足數，以當時揭露的金額是 530 億元；但改善後，後續問題仍在衍生且往上更新，所以問題核心不在於修法！請問大家，過去這三年(105~107 年) 政府負擔健保經費有沒有達到法定 36%？沒有，因為上次委員會議已討論過，這次不浪費時間，所以懇請社保司轉請主計總處依法「撥補」105~107 年政府負擔健保經費 36% 的不足數，三年合計約 299 億元；這金額已經超過本年度中醫總額預算，拜託大家一起關注、努力，建立全民健保安全準備的「完整勾稽軌跡」。
- 三、另請社保司與本會幕僚討論，有關在會議資料第 29 頁追蹤事項「完成期限」是否要修改？敬請確實依法撥補政府負擔健保經費 36% 不足數之後，才可以解除追蹤！如果依現在會議資料所示「社保司修法進度」來判斷是否要繼續追蹤，則是一種模糊的條件！否則，繼續讓問題模糊，當未來的安全準備不足時，是不是又再藉由調漲費率、轉嫁給全民承擔！請讓大家明確認知，本案解除追蹤的條件，是在政府「何時要撥補」其負擔健保經費 36% 之不足數！有規有矩，能成方圓，我們觀照母法已本自俱足，謝謝在座各位。

周主任委員麗芳

根據陳委員炳宏的意見，我修正一下完成期限及管考週期，請社保司與主計總處協調並積極修法辦理，其他委員是否都同意我們這些進度？請謝委員武吉。

謝委員武吉

我支持陳委員炳宏，這在李前委員永振時，就一直要求要處理這件事情，到剛剛主席的決定是相當有氣魄的，但他們要怎麼做我們不知道，我們應該要求確定完成時間。

周主任委員麗芳

關於這一個事項，主計總處是否要回應？

羅委員莉婷

主席、各位委員好，這邊代表主計總處補充說明，我知道健保負擔法定下限 36% 的案子，從以前到現在吵了很久，陳委員意見本人尊重，至於之前商委員東福回應內容，亦即目前衛福部設算的方式，則是代表整個政府團隊的一個共識，而非本總處自行決定，倘須修法，因為法的主管單位是衛福部，應該是由衛福部主導處理，我們會就財政立場提供幕僚意見，沒有辦法偕同執行修法的動作，以上補充。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

我贊同陳委員炳宏的做法，如果說主計總處只管撥錢，法是衛福部在管的話，也不能推來推去，只要依據規定把應該給我們的錢，照給我們，其實我們不修法也可以，這樣很簡單啊！謝謝。

周主任委員麗芳

請商委員東福。

商委員東福

一、謝謝主席，謝謝剛剛陳委員炳宏、謝委員武吉與干委員文男的關心。我還是要強調，剛剛陳委員炳宏有說一句話，法律上已



經俱足，這也是我們主張說這件事情，在法制上是完備的，只是說因為引起這麼多爭議，所以我們願意修法。

二、我一再強調在法制上已是完備的，誠如陳委員炳宏剛剛講述，法令俱足並不是說修法要怎麼樣，上次也特別說過，畢竟也引起大家一些爭端，所以我特別強調法制上是好的，也不是數字的問題，要求政府是否有道義全部負擔不足的部分，我還是要一再強調，這在法制方面已經完備。

三、至於修法，我們是主管機關，我上次也說明我們有解釋權，因應大家的爭議，特別找專家，包括在座的一些代表討論過，基本上法制上是好的，修法是為了解決這件事情，讓大家將來減少爭議，不要浪費時間，以上。

周主任委員麗芳

一、有關上次委員會議決議(定)事項之追蹤情形，決定如下：

(一)擬解除追蹤4案，同意依照本會幕僚之建議解除追縱。

(二)擬繼續追蹤3案，同意依照本會幕僚之建議繼續列管。

二、7月18日、19日2天，我們的評核會議在衛福部一樓大禮堂召開，請委員預留時間與會，其餘洽悉，接著進行討論事項第1案。

參、討論事項第一案「有關 109 年起西醫部門協商因素-新醫療科技(包括新藥、新特材及新增診療項目等)之協商，應於正式協商前三個月，請健保署相關單位先行提供預擬於 109 年引進健保支付標準或擬擴增適應症之新藥等新醫療科技項目，做為協商之依據，以落實收支連動，避免預算失衡之爭議產生」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

提案委員補充說明的時候，請同仁不用列入發言次數，因為這是我們請他發言，謝謝。

翁委員文能

一、過去我們對新藥新科技，在總額協商那一天，就匡了一個數字，大家也沒有時間討論，建議從今年開始，在總額協商 3 個月前，請健保署或相關單位把下一個年度新藥新科技的內容詳細報告給各位委員酌參，我們決定多少錢，109 年就按照討論後內容去執行，內容包括新藥到底哪幾項要列入，我們目前有一個共擬會議，會討論新藥的合理性及一些專業意見。我們建議以後就反過來辦理，先請共擬會議建議下一年有哪幾種新藥，例如有 10 種可以當作參考，我們在健保就列一個預算，這 10 項中可能只有 5 項通過，也就是說若沒有那麼多錢，就不要提出這麼多新藥進來，以上補充意見。

二、這邊有一個擬辦，依擬辦執行就可以了，謝謝。

周主任委員麗芳

請健保署說明是否有辦法配合。

戴組長雪詠

一、這邊是健保署醫審及藥材組說明，先謝謝翁委員文能的提案，簡單說明健保署預估情形，以 109 年預算來講，109 年到底有哪些項目會被健保給付，其實是未知的，因為在專家會議或是共擬會議，並不知道那些品項會被列入，為解決這樣的問題，

今年委託台灣醫院協會跟成功大學做這個研究計畫，我們會在  
下週請台灣醫院協會跟成功大學來做報告，希望針對台灣醫院  
協會所提出的方案進行研析，至於台灣醫院協會有提到，希望  
能確實列出明年有哪些品項會列入給付，讓預算完整編列，我  
想這樣的建議是最理想的狀態，但的確有其侷限性，因為當用  
這樣的方式來推估，整體給付的速度會比現行的 9 個月再延後  
大概 4 個月至 16 個月。依台灣醫院協會的建議，比方說今年  
是 108 年，希望在 108 年總額協商之前就知道哪些項目確定要  
納入給付，並於 109 年正式生效，所以會有延後的狀況。

- 二、既然台灣醫院協會已經提出這樣的計畫，我們就會在下周來討  
論，但還是要在這邊說明一下，今年整個新藥預算的預估，請  
大家參閱會議資料第 41 頁上半部，現行新藥預算預估的模式，  
依新藥新穎性分為第 1 類、第 2A 類、第 2B 類，依收載年分 1  
年至 5 年，都是用過去 5 年發生的平均值乘上替代率。
- 三、今年採取不同的做法，請參閱會議資料第 42 頁表 2「109 年度  
新藥預算編列說明」，因為第 1 類新藥替代率是 0，如果預估  
不準會影響整個預算的執行率，所以在預估 109 年新藥預算  
時，第 1 類新藥收載的第 3、4、5 年，是確實知道的 107 年、  
106 年、105 年已收載的新藥，當時廠商提供預估 109 年會發  
生的預算數，當作確實的預估數，用這樣的方式來做預估，因  
為若有和廠商簽訂 PVA(Price-Volume Agreement, 價量協議)  
的話，還會再壓回限量額度，用這樣的方式以增加預估準確  
性。下禮拜就會邀請台灣醫院協會討論，希望找出最好的財務  
預估的方法。

#### 翁委員文能

- 一、主席，我想要再補充，剛剛有提到緊急用藥，它是另外一個流  
程，我想各位委員可以參考一下。我這邊只是建議說，按照剛  
剛提到有一個已經執行完的計畫，下禮拜要討論，其中我們就  
發現過去順序應該要反過來，現在的做法是，例如目前有科學

根據的 10 種新藥，可能可以提供消費者使用，提出這 10 種新藥的重要性或學理到共擬會議，共擬會議通過後就開始納入給付了。應該共擬會議決定建議納入健保給付的新藥後，交給健保署評估這 10 項中哪幾項比較重要，算出來大概需要多少預算。

二、我們不敢要求預算有多精準，因為預算和真正執行數還是有差距，這我們可以接受，但應該給各位委員看看預算，明年大概有幾種藥是最優先要執行的，推估大概是多少錢，包括除了新藥，還有使用新藥造成的新增檢查項目，像 C 肝口服新藥是最近的例子，C 肝口服新藥造成新增的檢查，計算需要編多少預算，各位委員看過後同意後通過，下年度就執行。我同意下個年度執行可能會有一些落差，我們可以接受，可是過去流程剛好相反，大家先開個支票，像去年，我當時就反對說，這支票寧可不要，因為不知道會怎麼用。

三、所以建議將現行流程反過來，新品項大概要多少錢，大家同意，可能預估要 20 億元，那我們就給 20 億元。不是開個空頭支票 20 億元給共擬會議用，共擬會議可能提出 10 項就全部通過，到時候就不夠。我同意實際上會有點困難，但您也同意是對的方式、比較合理，可能目前沒辦法完全執行，我也認同，但可以朝這個方向試試看。

四、各位消費者團體、學術代表，所謂的新藥其實都不新，都是經過幾個月、幾年的試用，發現這個藥的治癒率比較好，才開始納入健保，所以其實新藥並沒有急迫性，不是說今年不用明年就會怎麼樣，所以應該排列優先順序或考量財務情況，有多少錢就做多少事，這樣比較好。不知道各位委員是否清楚我的說明，如果有不清楚之處我可以再說明，我是建議把順序倒過來，健保署有困難我們可以接受，但應該往這個方向走。

周主任委員麗芳

謝謝翁委員文能，因為下週也要召開專門的會議研商，相關的意見

請健保署參採，請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

- 一、確實我覺得翁委員文能想要的是新藥納入給付之優先順序的安排，而不是沒有優先順序，來一個、核一個，某種程度我也是同意的，但我要說的是，以目前的做法，新藥申請納入健保給付，並非來申請我們就一定要納入給付，是要經過專家會議及共擬會議才決定要不要給付。此外，納入給付後的財務影響也並非一開始就知道，是要經過共擬會議後雙方議價後，才是真正的財務衝擊，所以這些並不是想像說，現在已經有多少藥物在準備申請納入給付，可是這些是不是每一項都會納入健保給付？不一定。其實我們也是有一定的否決權，若不符相關專家要求的準則、經濟效益，或是財務衝擊太大，也是不會納入給付的，所以很難說把清單上的新藥全部拿來排序。
- 二、但如果退三步想，假使通過納入給付後再進行排序，這樣新藥引進的速度幾乎會是現在的再加1倍的時間，這樣的延遲對病友需求，及其他希望趕快納入的壓力，其實是很難兩全的。不過翁委員文能提出本案，我們可以試著想想用什麼方式朝這個方向邁進，但很難有完美的作法。
- 三、另外我要補充的是，案由有提到「避免預算失衡的爭議」，其實這個在歷次共擬會議，大家都很有意，特別是醫療服務提供者代表，在座很多委員也是以付費者代表參與共擬會議，不管新藥、新特材、新醫療服務，與會醫界代表對於當年編列的專款是否夠用、會不會排擠其他預算，把關都很嚴格，所以我們每半年都會在該會議中報告，通過的項目對實際當年預算的衝擊，以及累積5年的預算衝擊，假定還在當年度的預算之內，衝擊就是專款可以支應的，但假如有超過，我們有義務在隔年補進不足的部分，納入新藥或新特材預算中，但如果支用有剩餘，也就是通過的項目，當年編列專款沒有用完，依然會收回，這些程序在共擬會議，每段時間都要跟各位代表交代，所以應

該不至於發生如案由所說預算失衡的爭議，因為這部分確實大家很在意。

- 四、另外翁委員文能有提到，是否有些東西沒有納入估算，像是新藥是否伴隨相關檢驗檢查，這個部分，從 C 肝口服新藥，在共擬會議有衍生這部分的討論。我們可以在總額協商的時候，大家再來想一想，因為每年總額協商都有醫療密集度改變的項目，或是相對複雜度的改變，因為不知道預先會發生什麼事情，所以會有此預備的專款，將來也可以研究怎麼來討論這項專款是否夠用。

#### 翁委員文能

- 一、我不想占用大家時間，我做最後一次說明，謝謝蔡副署長淑鈴的說明，部分我聽得懂，但邏輯我是不完全贊成，我還是建議，因為健保會是最後決議財務的會議，過去開空頭支票給共擬會議給專家去討論，哪些是可以納入健保給付，哪些要否決；我覺得這些專家應該是提供資訊給各位，包括我，例如現在有提出 100 項，否決 90 項，剩下 10 項可以進來提供給消費者，但財務預算有 20 億，算一算 5 項可以進來，跟大家報告後，大家同意嗎？同意就通過，不同意就增減，可以根據重要度，例如 C 肝口服新藥很重要，預算不夠可以加，多的就刪掉，下一年度就實行。
- 二、這邊很多專家，新藥並不是突然今天發明就要馬上用，其實共擬會議就應該在去年跟我們報告，有多少藥物可以用，現在剛好相反。共擬會議這些專家在裡面，有沒有醫療經濟學專家我不知道，都是專科醫學會的專家比較多，也沒有足夠的人去評估，我現在只是要把它反過來而已，我同意突然要改滿難的，但以這個為目標今年試試看，算一算多少錢，給各位委員看一看錢怎麼用的。
- 三、我同意這有點難，但這是我建議的方向，今年不能做，請明年做做看。我是不希望有空頭支票，我們醫界、提供醫療服務的

人，覺得有沒有都無所謂，就是要一個真相而已。今年如果還是這樣，最後協商我不會接受這樣的方式，一定要報告明年有幾種藥、大約多少錢，在座的委員大家都說可以，那我就可以接受。

周主任委員麗芳

本案提案委員也說明相當清楚，下週就要召開會議研商，細節內容請健保署帶回參考，請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、剛才翁委員文能所講的我就不再贅述，今天看了擬辦的社保司是，尊重貴會委員的提案及討論，我感覺上社保司這樣的話好像是沒有用的一個單位，可以乾脆廢掉算了，既然社保司是你在規劃一些健保的相關的計畫，你這樣的回答是完全不負責任的，這是第一點。
- 二、第二點，健保署寫得洋洋灑灑有很多點，很多點那個最重要，我們翁委員文能所講的，是要有一個真實面的表現出來，並不是說沒有真實面。我希望健保署也是盡量來朝這個方向來做，因為共擬會議是由一些藥品的專家或是特材的專家先來選項討論以後，再送到共擬會議，要完全推給共擬會議也是有一些困難點啦，我建議我們健保署先用預估的方式來處理，不要用說可能會怎麼樣、怎麼樣。
- 三、我是希望社保司你特別要注意一點，剛才我們蔡副署長淑鈴也曾經講過，她有說收回和提撥款這兩方面，我記得我們的健保會，和以前的費協會，只有收回沒有提撥款，沒有重新再提撥款的，所以要有提撥款的，你社保司就要有一個方針、大策略的改變，這樣才對的，不是說收回和提撥款，用講的就可以了。
- 四、還有就是說，剛才翁委員文能所要求的，我認為沒有錯，健保署都有請 HTA(Health Technology Assessment, 醫療科技評估) 來評估嘛，就叫 HTA 先評估出來嘛，看我們今年 9 月要討論

的，用 HTA 討論評估的東西出來和我們醫界、和我們的消費者，共同來瞭解一下，不是很好嗎？

其實我們是非常感謝健保署的回答，那個社保司的回答就是很簡單，健保署的回答他有寫了很多數據，很多的都是超過嘛，5 年內都是超過的很多，尤其 1 年內有達到 90% 的那真的是太多了，所以說我在這裡，尤其對於替代率的這方面，到現在都還沒有結果，替代率也應該要有審慎的考量。

五、我也是共同提案委員，不可以把我算一次發言。所以說，我是建議這個一定要像翁委員文能剛才講的，翁委員文能講的已非常清楚，希望就是要由 HTA 來先做出一個相關的預估值，大家來討論，這樣可能蔡副署長淑鈴也不要背負很重的責任，戴組長雪詠也不會背負很重的責任，HTA 來替你們背嘛，對不對，這合理的嘛，你拿給他們也是有錢給他們，又不是做免費工，所以說我是感覺上應該要找 HTA 來做一個預估值的評估才對，謝謝。

周主任委員麗芳

請張委員文龍。

張委員文龍

一、聽到幾位委員對於新藥的議題，我剛剛跟葉委員宗義私下稍微聊了一下，因為我們兩個參與藥物及特材的共擬會議也有幾年了，當然很多專業的前輩在會議上都有很多的討論，我們不是醫療背景出身，但是聽到一些用語及說法，其實我也蠻震撼的，例如剛剛翁委員文能說，新藥沒有急迫性，我知道他的邏輯，但是這句話對我有點衝擊就是說，在共擬會議討論的沒有太大急迫性，因為藥物都可以排序，這個推論我可以了解，因為藥物已經問世、在市場運用，使用有一定要效果後，可能是廠商或是市場需求的拉力，送到共擬會議來爭取健保支付。邏輯上我清楚，但新藥有無其急迫性，對我內心有一些挑戰，因為任何新藥到共擬會議都有其目的。



- 二、剛剛謝委員武吉提到幾個數字，我們是真的比較模糊的，像是替代率，我知道這個挑戰度很高，因為新藥理論上都有替代，但替代的效果如何？又牽扯到更多複雜的因素，例如年限的問題，我們都假設剛開始替代的比較慢，但後續幾年替代會快一點，但也看過很多例子在未來是沒有替代的，特別是很多特材，納入給付後很多還是沒使用，所以變數很多，不過就替代率的部分，我個人也很好奇，記得健保署一直有針對替代率進行研究，但這個研究報告可否告訴我們大概什麼時候完成？因為我參加健保會、共擬會議後，發現人生沒有絕對，也就是沒有絕對的黑，也沒有絕對的白，是很多變數糾葛在一起，很多理念就像剛剛說到的新藥的界定，都對我產生很大的衝擊。
- 三、在共擬會議其實提到很多次消費者自付差額，但是這需要修法，現在很多重大傷病用藥沒有自付差額，都由健保全額給付，大家很清楚這個財務壓力是很大的。我記得剛進入健保會時，健保總額大概是6千多億元，現在已經突破7千億元，所以不管是藥、各種因素都對我內心有一些衝擊，例如醫界說雲端藥歷要補助網路支應費用，我們企業在很多運作過程中，多數成本都是自行吸收，像是勞動條件基本工資調整，在企業也都是自己吸收，但醫界把很多費用都列入總額討論，今天不多說，雖然方向都對，但盡可能給我們更具體的答案，否則對我衝擊是越來越大，也就是新藥到底是不是新藥？還是送到共擬會議就是已經舊藥了？下週有會議討論，請讓我們知道一下討論的結果。

周主任委員麗芳

請吳委員國治。

吳委員國治

剛剛健保署有提到如果用新的架構，會有效率上的疑慮，其實按照我的經驗，現在共擬會議的效率也不高，因為在會議討論時，醫界對藥品給付內容有所疑慮的情況下，效率一定會慢，因此醫界期待

一個新的架構，我相信這不會耽誤到給病人使用的效率。

周主任委員麗芳

本案討論時間已經超過，我做以下的決議：鑑於 9 月份即將進行 109 年度總額協商，請中央健康保險署於總額協商前 1 個月，提出 109 年度預估新醫療科技預算規劃與預估內容，俾作為總額協商之參據。請蔡委員登順。

蔡委員登順

對於 109 年新醫療科技預算之協商，提案委員建議於正式協商前 3 個月，先提供 109 年將引進擴增適應症之項目，做為協商之依據。個人表達支持，但有個看法，在預估明年成長率時應該一併考量新醫療科技每年所成長的金額併入一般預算後所滾動成長所增加的金額。因為總額每年都有編列新醫療科技預算，投入的成長金額很大，再加非協商因素成長金額的滾動，每年累進成長，成長金額不僅是當年所協商的金額而已，應詳實估算 5 年或 10 年新醫療科技所投入之金額，如此才不會失真。

周主任委員麗芳

鑑於下週即將召開「健保新藥預估模式之研究計畫」成果報告會議，建議健保署可以邀請專家學者及公正人士委員，共同參與、關心。請進行討論事項第 2 案。

肆、討論事項第二案「為維護健保財務及資源的穩定，保障大小醫療機構從業人員執業安全與民眾健康，籲請對麻疹疫情延燒及 MMR 疫苗供應不公問題進行檢討與改正」與會人員發言實錄

同仁宣讀

謝委員武吉

- 一、這個問題是攸關全民的重要性，我在兩天前還看到我們的麻疹的盛行率還增多，增加了 2 個人，這不是我說的，這是我看報紙刊的，因為我本人有剪報的習慣，你如果要找醫療的歷史可以找我，我整個抽屜、很多櫃子都是裝剪報，舊報紙都有，誰哪一家醫院有什麼醜陋的新聞、哪個醫師有醜陋的新聞我都有，有需要的都可以跟我要，我可以供應。
- 二、請大家看到第 47 頁，這家裕利公司你看多霸道，他只有提供，說明二：「故後續疫苗數量將優先供應簽約之醫療院所」，難道沒有簽約的醫療院所它就不是醫療院所嗎？它也是醫療院所，它是為我們是全民百姓來服務、來努力、來照顧我們的老百姓的身體健康為原則，但是我們的社保司，說這是屬於公平交易委員會來管，我們社保司應該是要提出來說你這家公司要再繼續這樣的話，我們就要把你轉到公平交易委員會，不是要叫我們醫療院所來提交公平交易委員會，你們把立場完全搞錯了，你社保司應該是要這種立場才對，你怎麼能夠完全把責任推到我們醫療院所的身上呢？
- 三、因為黃委員啟嘉剛好他現在很忙啦，在花蓮很忙，所以我不加以多說，所以說第一個，我們要對於這個整個麻疹的患者到現在有多少，我們也不曉得，我們大部分都是從那個新聞報導來看到的，今天不知道 CDC 有沒有人來？有人來的話，希望 CDC 也能夠補充一下。
- 四、最重要的一點，就是裕利這家公司，裕利、久裕、大昌華嘉，這三家公司是台灣醫療原開發廠商資源的壟斷者，所以這三家公司我們在健保會如果不嚴加把關來處理這 3 家公司的話，我

們以後健保永遠被他們把持，可能到最後我們要用的任何一種藥品都要經過他們點頭，他才能夠提供給我們藥品，所以說在這裡，我們希望社保司你要提，要拿出你的責任出來，因為這是健保，健保署是屬於我們的實際操作者，社保司你是屬於書寫文字來提供撰文辦理制度規劃設計的一個單位，所以你應該要有責任來處理這一塊才對，謝謝。

周主任委員麗芳

其他委員還有沒有詢問？(委員均無詢問)請社保司回應。

商委員東福

- 一、有關謝委員武吉關心的這個議題，其實上次提的時候，我們有特別了解政府機關，尤其是疾管署在這方面是否有應對措施，在幾天前，疾管署就已經有釋出公費疫苗，分配給各個醫療院所，所以這邊也是請問謝委員武吉，是不是你們的成員之中，有拿不到疫苗的事情？如果有的話，是否能提供給我們讓疾管署知道。
- 二、現在有公費和自費疫苗，謝委員武吉是關心自費疫苗，為什麼裕利公司他可以去分配？我們多次強調市場機制屬於公平交易的事情，商業上常見運作方式是當數量有限時，公司會優先分配給其簽約的醫療院所。因此這件事情就法制層面，本案疫苗供應處理屬疾管署權責，但既然謝委員武吉還有健保會委員也非常關切，上次提案的時候，我就與疾管署同仁直接聯繫，了解目前疾管署也在觀察市場需求，之後發布新聞稿說明，提供 5 萬劑公費疫苗予 55 家醫療院所。我也進一步詢問 55 家醫療院所情形為何？是有使用並上傳全國性預防接種資料管理系統(NIIS)接種紀錄。因此，基本上疫苗是足夠。
- 三、關於謝委員武吉關心現在疫苗供應不足，或擔心未來疫苗供應不足的部分，若是以後不足的部分，疾管署也已經部署處理，現在不足的部分，已經提供公費疫苗 5 萬劑分配予 55 家醫療院所，最近按照需求能量會增加至約 80 幾家。如果謝委員武

吉有知道哪家醫療院所有需求但無法取得疫苗之情形，請不吝向我們反映，會轉知疾管署處理。

周主任委員麗芳

感謝社保司重視委員所提意見，並積極與疾管署溝通協調。在此也肯定謝委員武吉非常熱心、積極地關心健保大小事。本案決議為委員對麻疹疫情及疫苗供應之相關意見，請衛生福利部轉知相關權責機關。委員是否還有其他意見？請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、剛才我已經語重心長的說出來，台灣的原開發藥品都是裕利、久裕及大昌華嘉等 3 家控制，說要退出就退出台灣市場的藥品就是他們 3 家，所以我們這裡應該要從這裡，這裡雖然是一個小點，但小點就應該要擴大成大點，台灣的藥品才不會被他們 3 家所壟斷，最主要原因在這裡。
- 二、剛才說明公費疫苗會從 55 家到 80 幾家，到底台灣的醫療分布是這樣的嗎？診所約有 1、2 萬家、醫院約有 400 多家，478 家，難道只有這 55 家或 80 幾家嗎？5 萬劑疫苗到底如何分配？剛才我已經提到，現在麻疹盛行率的患者有多少人？也希望 CDC 可以回復讓委員了解。
- 三、還有我們的分布狀況為何，55 家醫療院所是拿到幾支，每家是分配 10 劑、100 劑、500 劑、1000 劑，我們也不知道，應該要說清楚。我覺得事情還是要說清楚，事情就會比較好處理，不是含含糊糊帶過，以後越長越複雜，這是我的建議。

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

- 一、謝謝謝委員武吉及黃委員啟嘉的提案，該藥商是亞洲藥廠名列前茅之醫藥物流業者，也是可敬的國際集團。該藥商既然在亞太地區已經建立了高效的醫藥物流配送標準，應該有其內部控

制作業處理程序之有效性，實不宜以「庫存吃緊」之理由通知醫療院所，仍期盼廠商們持續正向支援亞太地區不斷成長的健康醫療需求。

二、查閱健保署的業務職掌有藥品價格調查相關事項，社保司的業務職掌有藥品交易契約相關事項，感謝你們為藥品交易或其法律風險把關並善盡職責。考量防疫醫療需求，同時兼顧醫藥合理成本，如在職掌所及、能力可行範圍之下，適時關切本案，知其可為而為之，不也是逐步強化防疫工程之基本做法。

周主任委員麗芳

感謝委員充分討論，本案委員所提之相關意見，請衛生福利部轉知相關權責機關，請進行討論事項第3案。

伍、討論事項第三案「建請 107 年『全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案』全年結算金額超過預算額度部分，由 108 年同項方案其他部門預算『獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用』項目支應」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請健保署說明。

李組長純馥

- 一、主席、各位委員大家早，本案起因係 107 年起鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫醫療資訊方案，新增醫療影像上傳之策略。協定 107 年度總額預算時，未預想醫療影像上傳推動速度加快，醫療院所的配合與因應也超出大家預期，上傳非常多的醫療影像和報告資訊，也讓健保雲端資料分享更加有效。
- 二、因 106 年協定 107 年度總額時，未預期 107 年本方案內容有此重大改變，當時預算已有不足。於 107 年 6 月健保署曾提案至健保會「建請 106 年度全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案預算結餘款流用至 107 年度同項方案支應」，委員則建議編列 108 年度總額預算時，擴編 108 年度預算用以支應 107 年不足，但協商 108 年度總額預算時，委員不同意健保署擴增預算以支應 107 年之不足。
- 三、107 年度本方案全年結算，每點支付金額約 0.73 元，考量醫療院所上傳醫療影像或檢(查)驗報告工作繁重，點值浮動對醫療院所不盡公平，才提出本案之訴求並懇請委員予以同意。又 108 年度本方案較 107 年嚴格，明訂需於檢查日或報告日 24 小時內上傳結果，初估 108 年本方案結餘款約有 1.45 億元，期以 108 年結餘款回補 107 年不足，懇請委員予以支持。本項方案預算係自 103 年起編列預算支應，103~104 年度編列預算各為 22 億元，105 年度被扣減後編列 11 億元，造成 107 年不足。(註：

105~107 年本項方案編列預算各為 11 億元)

周主任委員麗芳

請健保會幕僚補充說明。

陳組長燕鈴

本會幕僚向委員補充說明如下：

- 一、請委員翻閱會議資料第 49 頁，本案涉及 107、108 年度總額專款項目流用，107、108 年度總額協定事項分別就獎勵院所上傳資訊項目編列專款預算，其中 108 年度總額協定事項並明訂，請委員參閱會議資料第 49 頁一、(二)之第 4 點「本項預算不用於回補 107 年度不足款」。
- 二、請委員參閱會議資料第 50 頁，本會 107 年 6 月份委員會議，健保署曾建議將 106 年度本方案節餘款流用至 107 年度同項方案，委員基於對制度及本會所議定總額協商通則之尊重，該次會議決議：不同意 106 年度預算流用至 107 年度。
- 三、本會 107、108 年度總額協商通則之相關規定如會議資料說明三，專款專用項目均規定各款項不得以任何理由流出。
- 四、對於本案討論，建議委員考量下列事項：
  - (一)本案涉及 108 年度總額協定事項，協定事項已載明不用於回補 107 年度不足款。若涉及改變總額協定事項，需釐清確認提案性質是否屬復議案，建議優先處理議案性質及程序問題，若屬復議案，則需循會議資料第 61 頁本會會議規範之復議案程序處理。
  - (二)本會已完成 108 年度總額協定任務，並陳報衛福部核定，案經衛福部核定完成法定程序，並公告在案。就法之立場，本案已屬政策決定，故本提案之性質不論屬一般提案或復議案，對於衛福部已公告之協定事項是否有實質變更？本會著力有限，若委員對本案有共識意見，建議本會可以政策諮詢的角度，將委員意見提供衛福部參考。



### 周主任委員麗芳

一、剛才健保署已提出之困難點，107 年超過預算額度為 1.49 億元，導致每點支付金額約 0.73 元，希望以 108 年度預算支應 107 年不足。另外幕僚同仁明確地說明，本案須優先釐清確認提案性質屬於一般提案或復議案，若是一般提案則進入討論，若為復議案則遵循復議案之程序。

二、因涉及本案屬性之認定，先邀請本會法律或專家學者向大家分享，請賴委員進祥。

### 賴委員進祥

本案性質偏屬於復議案。

### 周主任委員麗芳

一、偏屬復議案，若偏屬復議案，則須遵循復議案之條件。請委員參閱會議資料第 61 頁，復議案須具備下列之相關條件：

(一)復議理由：因情事變遷或有新資料之必要時得提請復議。

(二)提請復議應具備條件：原案決議後尚未執行、具有與原決議不同的理由者，及提案人須符合相關人數等條件。

二、再邀請法律或專家學者協助認定，本案是否符合會議資料第 61 頁所訂之復議條件，請趙委員銘圓。

### 趙委員銘圓

程序問題，本案應優先徵詢委員意見，是否同意復議，若同意才進行復議案，若不同意則就無需花費時間進行討論。

### 周主任委員麗芳

感謝趙委員銘圓所提之建議，趙委員銘圓建議，由委員就本案是否繼續討論提出共識意見，如果委員共識不同意復議或討論則不須討論。請林委員錫維。

### 林委員錫維

一、剛才健保署說明本案的緣由，會議資料也載明衛福部社保司的意見，也寫得非常清楚。我認為本案不予討論，理由係本案業

已協商通過並已公告。關於 107 年經費超支部分，總額協商通過編列相關預算支應醫療影像上傳，非屬突發狀況，若屬突發狀況，或許還可考慮用其他方式處理。

二、歷年本方案皆編列經費支應，自 103 年起編列預算為 22 億元，過去本方案預算執行率皆未超過，故協商 107 年度預算時編列 11 億元，108 年度編列 8 億元(註：另 108 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額網路頻寬補助費用共計編列 5.35 億元)。

三、若各款項經費可以互相流用，就不用總額管控也不用總額協商，健保署怎麼經費流用就怎麼用，未將預算管控好，卻要健保會背書，根本不合情、不合法、也不合理，不應該發生這種事情，否則以後天下大亂。

周主任委員麗芳

請鄭委員建信。

鄭委員建信

一、關於本案，我也持反對意見，依照總額協商制度或相關通則，已通過的協定事項，不應再提出變更或修正。

二、健保署提出本案超乎我所能想像，就實務面，本項屬於政策獎勵所需之經費，若經費全數用罄後就無法支應，怎麼還能再追加獎勵經費呢？即使地方議會也不會有這樣的情形發生。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

一、剛才委員所提已涉及實質討論部分，關於提案之性質，我與賴委員進祥看法一致，應屬復議案。本案是由健保署所提出，健保署沒有提復議案的資格，程序上本案不應再進行討論。

二、我經常提及每年挹注健保政策之相關經費約 100 多億元，但 1 年節流約 4 億多元的效益，其節流費用又回大水庫。若有不足

款，何不乾脆用節流費用回補，怎麼會向健保會再要求增編預算 1 億多元呢？非常不合理。程序上不該再討論。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、去年協商 108 年度總額預算，當時協商時我注意到本方案無法預估準確的費用，健保署也沒辦法預估或說明清楚，經過協商後，大家對於協商結果都有共識。我知道上傳 MRI 等醫療影像資料龐大，也需要很多經費。
- 二、本案提案的性質或實質討論均涉及討論事項第五、六案，如果確認本案屬復議案或進行實質討論，未來類似此情事會一再發生，不利總額管控。我認為不必再討論，牽涉問題太多也太複雜了。

周主任委員麗芳

剛才委員均有一致意見，再依序請李委員偉強、吳委員國治及謝委員武吉 3 位委員發言後將進行決議。

李委員偉強

- 一、剛才我也注意到，後面討論事項也會涉及提案屬性是否屬復議性質？但有趣的在於健保署提出本案，但健保會表示不適合討論的情形。
- 二、依據全民健康保險會會議規範之復議案條件，除有情勢變遷等重大狀況才可復議。但真正執行者是各層級的醫療院所，全案突顯的重點係重大政策的推動前顯然規劃不足，一直要所有醫療機構全部且加速執行影像上傳雲端，但又沒有編列相對應的經費，如今經費不夠，每點支付金額約 0.73 元，換言之，約四分之一無法給付。
- 三、其實多項健保政策都同樣是打折給付，如每年浮動點值約 0.8 元，再次突顯醫界實際服務量或醫療影像上傳等經費都是不足

的。就醫界立場，希望通過本案訴求回補 0.27 元之差額，但仍尊重委員會議討論結果。

周主任委員麗芳

依序請吳委員國治、謝委員武吉。

吳委員國治

我也贊同各位委員意見，核定公告後不適合翻案，但醫界是實際執行者，預算不足時醫界就必須概括承受。經費估算不準在所難免，如之前西醫基層家庭醫師整合照護計畫經費估算不準的情形，故在此提出建議，要有其他機制配合處理，若有協定事項明定不可回補或不可流用之決議時，應要求健保署向醫界提出進度報告，如於 9 月預算執行率約 90% 或 10 月預算執行率約 99% 應即時通知醫界，不應該要醫界承受這樣的財務風險。我認同各位委員的想法，但健保署應有職責即時通知醫界執行情形。

周主任委員麗芳

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、剛才委員已經提出很多意見，雖然今天是健保署提案，但他是不可以提案的單位，但既然有勇氣提案，我們也應該要尊重他們，各位委員應該要有這種心胸，健保署已經說明提案的用意在哪裡，如果用意很好，我們應該要審慎思考，我也可以告訴各位，我們醫療院所被當肉砧來揍(台語，意指毆打欺負)也是習慣了，講難聽一點就是被揍習慣的樣子，含血吞下去。
- 二、我向各位說明，我們為了維護老百姓健康，雲端醫療檔或雲端藥歷檔等，現在開放給所有的醫院院所，從醫學中心、區域醫院、地區醫院及診所，包含中醫和牙醫大家可以看到所有的醫療檔，這是世界各國都趕不上的，最近衛福部部長及健保署署長到日內瓦參加 WHA 分享台灣健保經驗，這也是在世界各國引以為傲的地方。希望健保署可以報告一下，優、缺點讓各

位委員知道。我建議若本案不能復議的話，也應該能有一個疏通的辦法，例如是否我們醫界就可以不上傳醫療資料，這樣就兩全其美。

周主任委員麗芳

請許委員美麗。

許委員美麗

關於本案，我只陳述議事程序的部分說明如下：

- 一、關於本提案，依會議資料第 61 頁第 2 點之提案規定，健保署有提案權，所以本案應該納入提案，主任委員也納入提案，所以本案是可以討論。
- 二、接續關於討論部份，則請參閱會議資料第 50 頁第三點總額協商通則規定，本案業經總額協定後並經衛福部核定，類似法院的判決確定，判決一旦確定一定要遵循相關程序才能恢復到原來的狀態，換言之，是否符合復議條件才能重新提出討論是否要翻案。
- 三、現在只要討論本案是否符合本會會議規範之提出復議理由及復議應具備條件，若不符合則本案就不能翻案。至於本案是否有額外討論理由？則須再另行提案討論，如健保署有無其他解決方案並提至健保會討論。
- 四、綜上，本案列入提案後，接續討論是否符合復議條件，若不符合，就應該 PASS，換言之，本案應屬復議案，但不符合復議條件，不進行討論，本案就結束。其他討論則是於臨時動議時，健保署是否提出其他解決方案或處理方式。

周主任委員麗芳

感謝許委員美麗提出精闢法律見解。請張委員文龍。

張委員文龍

再次表達，關於本案性質是否為復議或相關作為部分我沒有意見，但獎勵補助部分，從頭到尾我都是反對。剛才有提到不要上傳，我

個人沒有意見，但健保是否買單部分則是尊重委員會議決議。關於網路頻寬補助部分，我個人包括在場資方委員代表大家溝通意見，沒有人同意。如果我家網路頻寬太窄，是否能補助我家網路頻寬嗎？

周主任委員麗芳

謝謝各位委員提供意見，並感謝許委員美麗提供法律見解。關於本案健保署有提案權，並納入討論，經委員充分討論與溝通後，本案不予討論，接下來進行討論事項第4案。

陸、討論事項第四案「鑒於免疫療法經統計後符合條件者約 2,600 人，而今年預算僅 8 億元，約 800~1,300 位患者可接受治療，明顯不符合需求人數，勢必造成爭搶名額、醫病關係危機、患者恐慌等情形，依據公平治療原則，故建議增加明年度免疫療法治療預算數，全面治療符合資格者 2,600 人，至少增加 16 億元；另，已有臨床醫師提出部分癌別給付條件過嚴情形，實屬不公，建議中央健康保險署，重新審視並適度放寬給付條件，讓每位患者擁有公平治療之機會」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓補充說明。

趙委員銘圓

- 一、首先，感謝共同提案人提案。免疫療法技術非常不簡單，健保署開放免疫療法等較精進醫療科技技術，造福病患，應該要給予掌聲的。鑒於免疫療法初上路，108 年預算約 8 億元，明年是否能增加預算？關於新藥新醫療科技部分，如剛才翁委員文能也提到，目前國內新醫療科技或新療法已在國外施行一段時間，有其療效，才會引進新醫療科技或新療法。
- 二、今年 4 月 1 日開始開放免疫療法，4 月 29 日上傳申請案件數約 694 件，已送審案件數 647 件，依此速度約 5 月底即將達到管控名額 800 人，但仍有病患需要接受免疫療法治療，卻無法受到政府的德政。我想若有心開放免疫療法予病患使用，使患者早日脫離癌症病痛的折騰，是否能於明年預算加以考量？
- 三、另外關於肝細胞癌之免疫治療部分，適應症規定蠻嚴苛的，包含：Child-Pugh A classe 肝細胞癌成人患者、先前經 T.A.C.E 於 12 個月  $\geq 3$  次局部治療失敗、病人之心肺與肝腎功能須符合相關規定等，同時符合規定才能接受免疫治療，相較於其他 7 種癌別則沒有這麼嚴苛的限制條件，是否適度放寬肝細胞癌

患接受免疫治療之相關適應症，這對於國家競爭力也會有很大的幫助，畢竟現在罹癌的年輕人越來越多，讓他們有機會接受治療，對於國家的競爭力也會有助益。

周主任委員麗芳

委員有沒有其他意見？請翁委員文能。

翁委員文能

- 一、本案與我所提討論事項第 1 案的精神是一樣的，我必須再次說明，新藥定義係依照食藥署(FDA)核准新上市的藥才是新藥，同樣的，新醫療科技也是相關管理單位核准新上市的才是新醫療科技。目前大家所談的新藥新醫療科技的定義係指新納入健保給付的藥物，因剛才委員混淆，在此重申說明，故本會所討論的新醫療科技係指新納入健保給付的醫療科技，並不一定是最新的醫療科技。
- 二、關於新藥新醫療科技部分，仍建議進行 HTA(Health Technology Assessment, 醫療科技評估)，並由專家評估後，將其相關的臨床療效、經濟效益及提出下年度之優先順序或重要性等資料，並向我們報告後再通過，報告內容也包含新藥及新醫療科技所增加的檢驗檢查。大家都知道如本案所提的免疫療法的治療不僅只有免疫治療，之前要做的檢驗檢查是上萬元或超過 10 萬元，委員們才會知道要將相關的費用都估列進去，不然就會跟雲端藥歷及影像檢查上網一樣，發覺很好、對療效有幫忙，又減少浪費，但預算評估又與實際有一些落差。這些落差在討論時就要提出來，有落差要彌補會比較好，對健保執行也比較容易。所以建議還是跟討論事項第 1 案一樣，要提出來報告，讓各位委員知道這茲事體大，會造成多大的財務衝擊效應，然後才考慮是否通過。在場也有醫療經濟專家，可以提出按照健保目前預算，免疫療法應該是排在優先序位或是其他順序，這是比較正確的方法。
- 三、另外我再補充一點，很多委員來自企業，認為成本就是要企業



負擔，包含上網的成本。我想健保署一定覺得很冤枉，影像上傳的費用當然要算，企業的各種成本可以用實際的價格去反映，企業可以按照成本訂價或漲價，但健保給付的訂價是誰訂的？是健保委員跟藥物共擬會議的委員，訂價權並不完全在健保署或醫界，所以，這些成本應該由大家承擔才對。我也要為健保署說明，要不然健保署的政策就完全自己用公務預算吸收。這是不對的，因為這些成本是為應健保運作所需，而且經過一定程序由各方代表共同訂定。

周主任委員麗芳

先請李委員偉強，接續請盧委員瑞芬及滕委員西華。

李委員偉強

- 一、於公於私，我對本案都沒有反對的理由。於私是自己的家人今年罹癌，自費打免疫療法，可惜打完第 1 針後就走了。各位要知道打免疫療法 1 個療程約 6 針，1 針的花費約 5~6 萬元，每個療程需要 30 萬元左右，若有效才會第 2 個、第 3 個療程繼續打下去，這就是免疫療法，我充分了解病人家屬的心情與期待。
- 二、並不是每位癌症患者都適合免疫療法，療程前需要做很多檢測，確定是否符合條件，要花好幾萬元，即使符合，有效的也大約只有 1/5 的病人，這跟 C 型肝炎不一樣，患者治療後 97% 有效且可以斷根，這是完全不一樣的。用到免疫療法的患者，都是因為前面的治療如傳統手術、化學及放射治療，甚至於是標靶治療都無效才會考慮使用免疫療法，所以免疫療法並不是第 1 線的治療，免疫療法若有效，可以讓該病患生命存活多久，還要看不同的癌症期別。同樣的議題接著還有細胞療法，細胞療法更貴約需 100 萬元，另外還有質子治療、重離子治療都超過 100 萬元，將來昂貴的治療方法愈來愈多，所以我呼應翁委員文能剛才提到，這些新的療法對民眾很好，如果通過，這些療法多在大型醫院提供並會增加治療量，對病人有福，這我都

贊成，但問題在所需費用龐大，就看我們能否同意開放健保有更多的給付。

三、綜上，建議不要這麼快做決定，我們應該在今年的總額協商前，透過 HTA 或是醫療經濟專家的意見或其他更詳細的資料，我們再討論是否值得增加預算。我不是從個人，也不是從個別醫院立場表示意見，而是從整體預算管控來看這件事情。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

- 一、基本上這類議題還有後面會議陸續都會出現，我們在討論藥品要不要納入給付，基本要考慮 2 項議題，一個是該藥品的臨床療效，另一個是健保有限資源的合理運用。我認為這類議題無法個案討論，因為事實上是針對給付內容必須要排優先順序，就是很多其他各種選項，因為這涉及的病人不同，所以只看 A 案、不看 B 案，對 B 案病患有失公平，我贊同翁委員文能的意見，凡在藥物共擬會議或是相關會議中已經討論過的項目，必須要排出優先順序，不適合個案討論，因為會對各病友團體產生不同的排擠效應，而產生不公平現象。
- 二、環觀世界各國多數社會保險的經驗，我認為都不可能給付各該國食藥署(FDA)最新核准上市的藥，因為資源有限，所以一定要經過一段時間施行，確認該藥品具經濟效益(cost-effective)，才可能納入給付考量。其實各式各樣的新療法或新藥物，所謂的新，其實都已經實施一段時間，要能確定其療效，而且優先順序的排列上是名列前茅，才可能納入給付，所以我認為不該進行個案討論，應該是在藥物共擬會議或是該會議通過項目的優先順序進行整體考量。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

## 滕委員西華

一、今天這個提案我有一些想法與建議，但我想花一些時間，跟在場新委員講一些我們知道的事實。

(一)我們藥品給付每年費用算出來雖有類似藥品總額的 DET (Drug Expenditure Target, 藥品費用分配比率目標制)，提到藥品金額的占率，但我們在藥品管理分配上有幾種形式，一種是在總額部門下設專款，以 C 型肝炎來看，採上限目標制，預算用完就沒了，所以優先順序的限制，在藥物共擬會議或健保署的管理就很重要，因為要將病情嚴重的患者要往前排、能夠等的往後排，讓病患在隔年或在隔年後可以用，也不會影響其生命安全。

(二)第二是在其他部門下設專款，如罕病、血友病的專款，因為是救命的藥，原則採上限目標制，預算用完之後，可用其他預算去補，因為這類病患人數較好估算，不會突然新增很多病人，因此在可控制的風險範圍內可用其他預算的錢去補足。

(三)另外是翁委員文能今天一直提的新藥費用，我想戴組長雪詠也說明已經委託做研究，其實我們吵了很多年的公式。先不管新藥好像有上限制，實際上有嗎？我們來看一下過往的經驗，先不說公式的侷限，我們不可能有完美的公式精確的預測每年新藥會有多少、廠商要不要提出申請、申請的價格等等，C 肝自費時 100 多萬，你要用 100 多萬去估算嗎？納入健保馬上打折變 25 萬元，所以在核價過程中會導致很多的不確定，還有替代率問題跟新藥申請、審查、給付以及申報，申報的遞延效應剛剛戴組長也提到，可能今年核准未必在今年產生實質申報，或是用到今年的預算，可能遞延，替代率準確與否、遞延效應有多少，因為已經委託醫院協會及成功大學進行研究，我就不多說。

(四)所以粗淺的講，如果今年申請給付的新藥越貴，可能喔！注

意一下是”可能”，可能受益的病人就會越少，因為金額放在那邊，可是有沒有真的變少？健保署用幾種方式讓給付效益變大，第一是去跟廠商議價，在新藥核價時，不論是參考十國中位價或其他議價方式，我們會去壓低新藥價格，比如說 C 肝新藥的價格越低就可以納入更多病人。第二個是風險分攤的方式(risk-sharing)，包括用療效、風險跟廠商分攤，健保署以療效來付費，如果沒有療效就不付錢，雖然核准時那麼貴，但沒產生一定療效就不付錢，替健保省錢。第三是價量協議，無論賣 3 億元、5 億元或 3,000 萬元都要按回餽機制回饋給健保，這些回饋金可以擴大使用病人數。

(五)最後是回到 DET，就像剛剛吳委員榮達提到，用這個費用時不管病人怎麼用，我們健保會或總額協商時什麼時候去說病人的用量、什麼藥的病人只能給幾個人用、什麼病的病人有那些人可以用，數量有匡定嗎？其實沒有。不管是新藥還是舊藥，無論是高血壓或癌症，特別是重症的病人，在總額協商的歷史，從開辦以來，從未規定什麼樣的病人在今年只能用多少，去年總額協商有談到類似的議題，過去標靶藥物剛出來是天價，創造了標靶神話，當時根本還沒有免疫療法，我們有限制什麼樣的癌症病人有多少數量可以使用什麼標靶嗎？「我不是藥神」這部電影很紅，基利克(Glivec)這麼貴，我們有說只有幾個病人可以使用基利克嗎？沒有。過去黃斑部病變新增適應症，放寬適應症增加很多病人，增加的費用那麼多，我們有說只有幾個人可以使用嗎？沒有啊！全都是醫師根據健保署通過的適應症開處方，病人依醫師處方接受治療。

二、去年協商時，有委員提出免疫療法的金額是否要設定，當時為何沒有匡定金額？因為我們不知道會有多少癌症病人、也沒有討論適應症，也不知道多少病人會符合適應症。我就不明白，明明沒有訂上限，也沒有匡定金額，為何健保署對外說符合接

受免疫療法的病人只有 800 個？我們沒有通過這樣的決議，有的話就是健保署在總額核定的額度內用各種方法去適用。因此，我也不支持健保署每天在網站上公告還剩下幾個使用額度，這樣不是造成醫病恐慌嗎？如果我沒記錯，禮拜一還有 152 人，禮拜三又變 200 多人，先不要說，剛剛李委員偉強講，有些病人有機會接受完整療程，但也有在第 1 個療程第 1 劑，就因為其他原因走掉了，患者未必完成整個療程，因此會產生的病人數的變化，將所剩使用名額公告在網站上，不就是產生醫病恐慌，何況我們健保會並沒有匡定免疫療法的費用上限，也未匡定全國有多少人可以使用，病人數上限是一個假議題，深刻建議健保署即日起拿掉網站上病人數量的管控。

三、最後提到趙委員銘圓的案子，要編足預算或是拿特定的疾病適應症，編足這個概念是不可能達到，我們不會有”編足”這個可能發生，更不要說核准藥品適應症跟價格是在藥物共擬會議或其他機制。現在昂貴的問題已經不僅是在罕病的藥物，因為罕藥現在反而已經變得沒那麼昂貴。日本今年 3 月底通過全亞洲第一個 CAR-T 細胞免疫療法，3 月 28 日通過的是諾華的藥，就在上禮拜 5 月 15 日，日本通過該藥品的給付價格，一個病人是 30 萬 6 千美元，折合 3,350 萬日幣，也就是一個病人一年要花約 1,000 萬台幣，日本粗估每年約有 216 個病人，這個藥就吃掉 72 億日幣，6,500 萬美元，折合新台幣約 20 億元，就 1 個藥而已，治療血癌跟部分淋巴癌，我們要進到系統的是什麼，包括很多對藥廠訂價的質疑，是否符合可負擔性沒有錯，但建議健保會委員不是去要求是否編足特定預算，或只針對哪個特定疾病有沒有得到治療做政策決定。

四、我在此大膽的建議，其實我們早就應該要做，國家應該趕快、即刻啟動有關藥品支付制度的全面檢討，包括是否要採醫藥分帳，例如實施藥品總額或是昂貴的新藥給付是否符合合理負擔範圍，以及特定族群全面免部分負擔政策的檢討，在可負擔性

包括年度負擔上限和比率、均衡所有被保險人權利義務的原則下，應該全面檢討所有的免部分負擔政策，在將來做因應時，特別是這些越來越昂貴的醫療體系。這跟差額負擔完全不一樣，舉例來說，1,100 萬元的藥費，民眾做差額負擔 5% 好了，5% 很低吧？但有多少人付得起 1,100 萬元的 5%？我們在那麼多勞動代表，如果我們走差額給付，而不去全面檢討藥品負擔跟支付制度政策，全民健保只有變相淪為贊助有錢的被保險人，因為還是只有有錢的被保險人可以負擔剩下的差額比例，因為藥只有更貴，沒有最貴。

周主任委員麗芳

請周委員穎政。

周委員穎政

聽到大家很多的爭辯，像滕委員西華所講，大家可能要重新回去上課，才有辦法理解所有的內容。

一、憑良心講現在實證證據太少了，簡單說，我們對於很多整體的現象了解是不足的，例如到底背後有多少病人、可能的花費多大？產生的 QALY (Quality Adjusted Life Years, 調整品質後存活人年) 要多少錢，理論上要有這些資訊，比較可以幫助委員會做決策，我個人看法是科學的理性應該先盡量發揮，最後才回到我們協商，然而協商卻常常是跳到前端去。

二、聚焦到本案議題，從過去經驗來看，大概沒有這樣的作法，可能是考慮我們現在有些新療法，確實相當昂貴，目前健保署這套作法可能是在平衡過去 2 個力量，我們常常開放新的治療，後續的財務衝擊是很大，限縮人數可能是妥協後的產物，因為不限縮人數的時候，最終這些都會稀釋到各醫院點值，仍有人會買單。從 800 人變成 2,600 人，若是不調整預算，另外一群人就得買單，當然醫界不該承受這樣風險。

三、最大困難是，現在仍有名額，當名額用掉了，我們分配的邏輯

上，變成先到後，得病時間不同，接受不同治療，健保會委員做的決策，最終是否能達到社會的期許，同樣是得癌症，只是發生時間不同，接受到完全不同的待遇。從政治上清楚的反應出這樣的問題。我認為還是要回到適應症以及可能的財務影響估算，天下沒有白吃的午餐，該給的錢還是要給，這是我的意見。

#### 周主任委員麗芳

請張委員煥禎、吳委員榮達、葉委員宗義、吳委員鴻來、干委員文男，其他委員若還有意見未及表達，就請提書面，因為還要留時間給健保署回應。

#### 張委員煥禎

- 一、這個問題已經很久了，我們健保會委員的目的，是如何公平的分配有限的資源給台灣所有需要的人，若只看到罕病及癌症病患，覺得不救他們很可憐，但其實我們責任是在照顧更多需要的病人，不宜只看到少數的弱勢病患，而影響分配的公平性。以我經常提到血液透析為例，不是全部的病人每週都要洗 3 次，為何不能向其他國家學習，對於有些癌症病患或植物人，考量洗腎的投資報酬率不高，所以每週只給付 1 次，要洗第 2~3 次就須自費或尋求社會補助。但對於一般洗腎病人，就可以給付每週洗 3 次，因為洗完可以恢復功能，和正常人一樣工作。
- 二、剛才滕委員西華提到差額負擔，目前的制度仍有很多問題，建議邀集專家學者，一起研擬一套可行的方法，讓未來 5、6 年可以使用。其實差額負擔未必是有錢人才用得到，而且可以減少健保給付，所以不應是使用免疫療法的這 800 人都不用錢，讓其他人都沒機會接受治療。我認為所有的治療都須要部分負擔，才不會濫用，若連部分負擔都付不起，再考量其他辦法。健保是醫療保險，不是社會福利，不宜全部由健保負責，健保會應該讓更多人在更公平的情況下使用。
- 三、我的結論是，包含血液透析都一樣，若是植物人、癌症病患，

可以給付每週洗腎 1 次，但第 2、第 3 次就要讓有錢的人自付，沒錢的人可以尋求社會補助，大家可能都認為不需要洗到 3 次，1 週洗 2 次甚至 1 次也可以，至於能維持多久，這是他的命，我們必須做公平的分配。雖然我們國家現在不允許差額負擔(除特材外)，建議還是要朝這個方向研究，不然為何這麼多的國家使用差額負擔？其缺點我們可以改善，但可以比別人做的更好，因為我們有 25 年的健保經驗，別人不好的部分我們可以改善。建議可以考慮要不要修改健保法允許差額負擔；其次，對於罕見用藥等問題，一定要設法改善。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

針對這個議題，提出 3 個矛盾與選擇，其他部分因為健保問題太多，就先不討論。

- 一、第一個矛盾是健保給付的擴大或增加，與保費負擔的增加，有必然的矛盾與選擇性。所以要增加新藥、新科技預算支出，也要考量會不會連帶增加健保保費負擔，這需要健保會做選擇。
- 二、對於特定疾病、醫療藥品或新科技，是否會排擠其他新藥、新科技的使用及預算，或單一、少數的部分，是否會排擠其他的適應症或給付，這是第二個矛盾與選擇問題，也需要考量。例如免疫療法，如果在新藥、新科技占了大宗，一定會排擠其他新藥、新科技使用者的權益。
- 三、回到剛才翁委員文能提到的問題，到底我們是要等到健保署藥物共擬會議通過，而且議價完成，知道確定金額後，才能細數到底預算要多少，才有辦法匡列，再到健保會協商討論，但可能有半年、一年或兩年的時間落差，對於需要的病患又是不公平，所以這也是與矛盾的拔河。關於這些問題，我沒有一個必定的答案，但我提出這 3 個矛盾與選擇，供大家參考。



周主任委員麗芳

請葉委員宗義。

葉委員宗義

- 一、本案我是連署人之一，而且我也是藥物共擬會議代表，所以兩方都有關係，就說幾句話。看情形本案今天很難通過，因為醫界有不同意見，但既然免疫療法已經有 800 人在使用，本案與總額預算有關，若預算未通過，根本無法解決，總額預算由委員共同決定，但本案已經有 13 位委員連署，一定是表示同意，不然就是自打嘴巴，若到藥物共同擬訂會議討論，則兩方面都不會得罪。其實現在的問題很多，不是只有醫療問題，社保司商司長在此，我提出建議，商司長也是委員之一，應該幫健保會講話，5 位雇主代表常在討論，到現在健保費用已經被 A 了 300 億元，若能將這 300 億元要回來，情況就不一樣。因為現在不是只有這個問題，醫療和藥的問題還有很多，大、中、小型醫院買藥和價差等，這些問題很複雜。
- 二、幾天前我參加藥物共擬會議，代表居然還質疑藥物共擬會議代表與健保會委員誰比較大？為何他們通過了還要我們通過，變成兩頭馬車。我們是衛福部聘請的委員，他們是健保署聘請的委員，當然是衛福部比較大。希望商司長可以多替健保會委員設想，盡量將 300 億元要回來，這最重要。其次，免疫療法已經開始給付，也有 800 人可以接受治療，最後一定要先經過總額預算協商後，再到藥物共擬會議討論，否則絕對不會通過。

周主任委員麗芳

非常感謝葉委員宗義的用心，在藥物共擬會議幫我們健保會、消費者把關。請吳委員鴻來。

吳委員鴻來

剛剛滕委員西華提到，可以接受免疫療法治療的 800 位名額，每天公布在網路上，真的會造成醫病關係緊張，不只是病人焦慮，醫師

也很為難，因為在臨床第一線面對病人的醫師，都希望可以盡量醫治病人。但現在免疫治療藥物給付條件，比核准的適應症嚴格非常多，特別是某些癌別，顯然是鑑於預算有限，基於財務考量才這樣匡限。事實上，也有一些咬牙去借貸，想辦法嘗試免疫療法的病人，使用後其實是有效果的，建議能否在給付條件上的考量，比較有彈性，以貼近臨床需求。另外，因為免疫治療是一個新興快速發展的療法，明年這些治療的適應症可能會擴大，希望健保署可以考量未來的處理方向，例如今年的名額用完後要如何處理，接下來有什麼規劃，這都是需要思考的重要議題。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、我贊同本案，因為我是連署人，我特別回應翁委員文能，剛剛也提到，這已經進入健保給付，不是新藥，也不用經過藥物共擬會議，目前已經有 800 個名額，不知有沒有增加名額的機會？像對於 C 型肝炎，在治療上一個療程需要 180 萬元，經過衛福部與健保署的努力，我聽李署長說過，現在我們把 180 萬元降到 24 萬元左右，還有眼睛黃斑部病變，原來治療預計要 4 萬元，現在只要 4 千元，以需求量維持原來的供給量，但價格下降很多。
- 二、我希望通過這個案子，我們可以跟藥商提出一個降價的合理看法，這些屬於編列預算問題，跟藥物共擬會議無關，都是為健保使用的藥物，只是增加預算，不是增加健保新的給付藥。

周主任委員麗芳

請健保署回應。

戴組長雪詠

- 一、謝謝各位委員的意見，我想說明在健保核准給付新藥的部分，在各國的藥政主管機關與其保險單位是不同的角色，其實在各

國藥政主管機關，基於治療急重症疾病，尤其是癌症會牽涉人命生死的藥品，一般是採取加速核准的概念，就是臨床上面數字看起來可接受，基於民眾有未滿足的醫療需求，就會加速其上市，所以有可能在第二期臨床試驗時，只是在少數病人身上看到藥效，就會核發許可證，由自費市場或保險市場自行決定是否買單，至於保險單位面臨的問題，是替被保險人買藥，藥效到底如何，花多少錢去買，要花多少費用去照顧多數的病人，這是一個困難。

二、我覺得大家要思考，免疫療法這個藥品，大家對其有很高的期待，但以健保署目前支付的 8 個癌別，只有一部分完成三期臨床試驗，大部分是用二期來加速核准。健保署面臨的考量是如何知道哪些病人是真的有效，因為健保資源有限，免疫療法的藥品有一個特性，就是大概知道 1/5 病人有效，但不知道是那些人有效，因此健保署會用一些評估的方法，這些藥品是必須要啟動人體免疫機能去對抗癌細胞，而不是直接對抗癌細胞，而有一些標靶藥品是直接對抗癌細胞，換言之，免疫療法是靠病人的抵抗力去啟動之後，產生免疫細胞去對抗癌細胞，所以健保署設定的條件是病人的體能不能太差，以肝、腎功能來看，另外，其作用於某些受體上，利用一些檢測找出可能有效的病人。

三、還有，在臨床上也發現病人用了 3 個月仍是惡化，就不是對這個藥品有反應，這也是為什麼健保署在設定條件之後，使用這些藥品可以治療癌症的適應症來看，其實可以適用的對象高達 6,000 人，但是健保署設定篩選條件之後符合資格者只有 1,300 多人，即這些人在用藥後，或許會有好的反應。現在因為健保經費有限，健保署預估預算是 8 億元，治療 800 名額，剛才部分委員提問，為什麼健保署網站上一直呈現這 800 名額，就如同剛才說明，這些癌症病人來來去去，可能用了藥一陣子之後，就算前面看起來免疫功能還可接受，但在用藥 3 個月後，

發現為不適合用此藥的病人，就需要請這些人退場，這些名額就要讓給別人，這些在網站上顯示，只是讓醫師可以了解還有多少個名額，到5月23日，健保署同意473名。

- 四、因為健保資源有限，健保署需要確定使用免疫療法有效用的病人，健保署也已經建立登錄系統，請診療醫師上傳所有病人的資料，希望在年底或明年1月後，評估對於這些病人的治療效益，以決定預算是否繼續擴增或給付範圍是否要更寬鬆。
- 五、健保署想確定委員現在提案，要增列16億元，而健保署現在預估109年為26.38億元預算，在此強調，免疫療法的藥品不是萬靈丹，若這16億元要跟26.38億元一起列進去，就會排擠到其他需要用到新藥這項預算的病人，這些病人可能罹患癌症或其他急重症，如果這是新增預算，則26.38億元再增加16億元，健保署尊重各位委員的意見，我先做這樣簡短的說明。
- 六、另外剛剛台灣醫院協會代表委員提出，希望可以在非常理想的狀況，共擬會議說要買單這些藥品，健保署再列出透過109年預算，要讓那些藥品真正可以健保給付。
- 七、我想委員都能理解，依醫院協會方案我們預估106年申請健保給付的新藥品，我們也知道有那些藥品在今年4月至5月都已通過共擬會議，可以健保給付，這樣預估我們健保新藥給付時間，會有13個月至25個月的落差。依現行新藥申請之給付機制若順利的話，從廠商申請，3個月專家審查，3個月通過共擬會議、議價協商3個月，從申請到健保給付會有9個月的時間。這些是大家要考虑，以上。

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

- 一、關於這個案子，健保會多數的付費者委員為提案人，認為明年免疫療法要增加一倍預算，這樣訴求在過去較少見到。

- 二、免疫療法確實在今年4月1日開始給付，當然背後有很多病人的期待，所以我們也不是有足夠的預算來完全滿足。
- 三、各位委員都知道免疫療法的一年藥費也是上百萬元，我們有多少預算可以治療多少人？再加上戴組長雪詠剛才報告，目前免疫療法HTA (Health Technology Assessment, 醫療科技評估)的核准，多數是經過第二期臨床實驗就已經核發藥證，但最近某幾種藥品，在第三期臨床實驗結果失敗，然而那些藥品已經提前上市，依國外經驗約1/5的人有效，我們卻也投入另4/5的錢，這是事實，病人本身期待他是幸運的1/5，期待可以用到免疫療法。
- 四、剛剛幾位委員也提到，我們是不是在登錄系統中，因為預算就是這麼多，所以我們有一些排序？健保免疫療法之給付係訂有給付條件，包括適應症及病人條件，希望能夠找到對的病人。台灣在過去免疫治療的自費病人是有的，但我們都沒有蒐集到這些自費治療有效果或者沒有治療效果的數據，所以藉由這次健保給付，我們開始蒐集療效的數據，我們想要知道究竟有多少人在台灣使用免疫療法是有效，這些有助於我們未來修訂適應症及給付條件之依據，也可以讓真正服用藥物的病人有效比例能夠提高，這是我們台灣需要自己累積的實證經驗。
- 五、大家如果認為明年免疫療法的預算要增加，我們需要理解的是每年新藥預算，健保署會主動提出匡列20億元至30億元，這些昂貴藥物只能讓少數病人有機會治癒，也就是約只有1/5病人治療有效，其他4/5病人在治療無效之後就會很快惡化，這樣多數在臨終之前，會耗費很多ICU (Intensive Care Unit, 加護病房)費用，這就是代價，所以我們在衡酌之中，要考慮還有很多其他新藥，對其他類別的病人仍有需求，若集中某項治療會產生對其他新藥之排擠效應。
- 六、我具體建議，今天這個案子是在談明年的總額，而明年的總額不該是今天決定，應該是今年9月總額協商時決定，而非今天

的會議通過，則不知 9 月要如何協商？我想 9 月還有很多項目要協商，這是我的建議，如果可以的話，本案應該併入 9 月總額協商時考量。

周主任委員麗芳

本案經過充分討論，做以下決議：鑑於 9 月份將進行 109 年度總額協商，請健保署考量病人安全及療效、整體醫療資源配置，妥適規劃新醫療科技，於總額協商前 1 個月，提出 109 年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾作為總額協商之參據。委員所提相關意見，請健保署參考。接下來進行討論事項第 5 案。

柒、討論事項第五案「108年區域級(含)以上醫院門診減量措施執行方式」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請張委員煥禎。

張委員煥禎

- 一、剛剛看到上一個案子，討論時間到 10 時 50 分，比預定時間提早 20 分鐘，需要嘉獎一下，大家把時間拉成準時，現在輪到我這個案子，希望這個案子可以依照原定時間，於 25 分鐘以內完成，甚至提早完成。
- 二、我把所有健保署提供的數據，以及健保會幕僚的補充說明，和補充說明中有關台灣社區醫院協會的說明，還有最後對於本案的建議，我想重複上一次委員會議我說過的事情，醫學中心與區域醫院門診每 1 年少 2%，我強調兩個事情，第一個是我提這個案子，對於區域醫院的額度沒有關係，我上次委員會議已經提過，是因為區域醫院夾在醫學中心與地區醫院、診所的中間，臨床的醫師接收到很多病人對於轉診的抱怨。所以麻煩都集中在區域醫院，我們接到醫學中心轉來的病人抱怨，我們轉下去的病人也來抱怨，所以我們是接收到最多抱怨的受害者。
- 三、我提本案，是因為這個分級醫療的門診減量政策的實際執行面有問題，所以我們經由各種會議管道在反應希望訴求。並沒有要本案成為復議案，也沒有一定要少掉多少%，我的兩個提案擬辦，第一是區域醫院不應該與醫學中心門診一樣，每年少 2% 的降幅，我們要承接上面跟下面，希望門診每年減少的降幅比例是醫學中心的一半，第二是要檢討成效後再推行，不管每年要減 2% 或 1%，這樣做對我們區域醫院的總額無影響，但就是造成病人不方便的問題希望政府要重視。
- 四、我在上次委員會議也說過，因為很多新的委員需要了解，實際

上我們也是剛做3季，也就是去年2季加上今年第1季，事實上我們要看很多東西，我不認為需等到今年年底才提出建議給衛福部或健保署參考，這樣太慢了，所以我不是要提出復議方式，這本來就是攸關民眾就醫以及醫療資源分配合理性的一般提案，也沒有要用健保會決議去做任何事情，只是因為我代表區域醫院，要負起責任，健保會不是區域醫院或地區醫院的，是大家的，是老百姓的健保會。

- 五、我不贊成本案列為復議案，我也沒有要申請復議，我認為現在應該就開始檢討，由健保署這邊檢討造成民眾就醫困擾的原因，不用等到健保會提出要求，而是健保署提出修正建議，再由健保會決定要不要修正，若今年要修正，一定要經過健保會，我認為現在一定要去檢討，不要等到年底才在檢討，這樣又會過一年。
- 六、依照慣例，年底一定是要趕快處理，需要在很快的時間內有結論，重點是造成老百姓的不便與我們的困擾，希望可以檢討。我具體來說，本案已經都寫得很清楚，現在醫學中心門診轉到下面的2%，有1/3跑到區域醫院，有1/3跑到地區醫院，1/3直接跑到基層診所，但是我們轉下去的部分，也包含所承接醫學中心轉來1/3的部分，我想在場也有學者專家、公正人士，我認為不是只看數目字，要看老百姓是否得到好處？
- 七、很多民眾來區域醫院看診，要一次拿3個月藥的慢處箋，既然民眾可以拿慢處箋，表示民眾病情穩定，應該可以去地區醫院或基層診所看診拿藥。若真有必要複診診療或檢查，可以在6個月後回來區域醫院門診就可以，我們保留這些民眾回診的權益，但他們不接受，每個人都為自己着想，這是人之常情，我們把這些民眾下轉，就被客訴，我們跟這些民眾說道理，又不能說這是健保署規定門診需要減少2%才如此做。
- 八、我想第一個就是現在要開始檢討，第二個是我不是要提復議案，縱使是這個一般提案在健保會也不一定能達成決議，第三



個是我建議要在每一季或兩季之後，希望健保會責成健保署提出對於到今年7月實施一年，或實施3季的期中報告與成效，最慢於今年8月委員會會議提出整個實施報告，希望其中有具體的改善建議。以上。

周主任委員麗芳

剛才提案委員所做說明，這個案子不是復議，也沒有要健保會當場做具體決議，但是提案委員訴求這個案子要送請健保署來做檢討、參考，並提出檢討成效報告，若是這樣的內容，我是不是可以試著預擬如下決議，本案委員所提意見，送請健保署參考，並進行成效檢討。

何委員語

主席。

周主任委員麗芳

請等一下，先讓提案委員說明。

張委員煥禎

我的意思還是請健保會專家學者與公正人士這一組，針對這部分可以提出研究意見，至於新任委員要不要有意見，是另外一回事，但是我最後要說，希望藉由這個案子，讓所有委員知道不是所有案子都是為了錢。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、主席，各位委員，針對這個案子，提案委員說明後，既然已經成為討論事項第5案，主席沒有徵詢在場所有委員有無意見，就自己在下決議，主持的會議程序不能這樣，應該先徵詢大家有無意見，若無意見再下決議，而且提案委員一直提出希望聽聽其他委員的意見，我知道主席要講求會議績效，但會議績效不是這樣做，要依照程序辦理。

二、我這邊有建議給健保署，就是當初第一 year 要實施，因為準備來不及，就從 7 月 1 日開始實施到 12 月 31 日，這個年度已經結束了，就要依照這個年度結束的那一天，實際上門診量，在第二年以減少 2% 來進行，不應該馬上進入累計，我認為這樣才符合公平合理的過程。

三、假設在 107 年只完成 1.3%，就以 1.3% 到一個段落，因為如果以健保法的精神來說，是每年做總結算，既然是每年做總結算，為何要累計到明年一起算？照道理說是不應該累計，每年都要 2%，但第一年準備是來不及，不是他們的錯，是健保署跟醫界溝通來不及，才自 7 月 1 日實施到 12 月 31 日，這段期間已經結束掉了，第二年應該從 2% 開始計算起，不應該用累計開始算起，這在我的觀點，不管任何的政府機關或民間機構，這是年度結束的過程，因為每年 2%，如果到第 5 年他沒有完成 10%，才跟醫界討論為何無達到 10%，而不能把 107 年沒有完成的部分，累積到 108 年。這是我的淺見，提供參考。

周主任委員麗芳

謝謝何委員語對我的指教，我會留意。請干委員文男。

干委員文男

我想這個案子，剛剛提案委員已經陳述得很清楚，在擬辦也有說，希望減量為醫學中心的 50%，我想這是健保署在執行，因為健保會以前決定總額時 5 年門診減少 10%，每年減少 2%，醫學中心、區域醫院及地區醫院要怎麼劃分，由健保署調配，剛剛主席也做了很短的決議，為了節省時間，提案委員若無意見，這個案子就依照主席決議，以上，謝謝。

周主任委員麗芳

其他委員是否還有意見？請林委員錫維。

林委員錫維

針對本案，我認為剛才提案委員講得很清楚，主要是要凸顯無法達

到5年門診減少10%的規定。我是認為現在剛開始而已，應該每年再做檢討，剛剛有談到不需要做成決議，我也同意請健保署那邊好好地規劃、溝通，探討不能達到的原因或困難是在哪裡，我們再來做一個討論，我認為給健保署來做處理，謝謝。

周主任委員麗芳

請張委員煥禎。

張委員煥禎

我想部分委員是有誤解，並非不能達到，我提出是因為可以達到，但是會造成病人抱怨，我們區域醫院層級收到最多抱怨，我是說相關層級醫院可以達到5年減少門診10%這個目標，因為沒有達到，健保署就斷頭不給錢，我們都必須被迫接受，但我的意思是說這樣不好，雖然目標可以達到，但對老百姓不好，因為我們訂定的是數目字而已，我們也控制到預算，但我們可以下去看，大家很多親戚都在區域醫院看病，因為他們不用去醫學中心看病，我們也同意很多病情穩定者要下轉，但是可否研究一下，該下轉就下轉，而不是為了達到每年門診減少2%的目標，而將病人隨便下轉，這樣聽話的病人下轉，不聽話的病人還是留著，這樣對老百姓是不好的，不好意思，說明一下，謝謝。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

一、謝謝主席，我有點不太知道提案委員是否要討論，如果這個案子要回到主席一開始想要裁示的內容，請健保署再去做進一步的檢討後討論，我就有兩點意見，請在討論時考量，第一點是不管怎麼協商，還是應該要以總額協定的範圍與原則為主，不是說私下討論，就可以超出原先總額協定的方式，幕僚已經提到總額協商的方式為何。

二、第二點是病人都會抱怨，要住台大醫院卻住不進去，門診減少

2%的計算，在協定時分母不是以前一個年度，像 109 年的，我們是採 106 年的案件數。若是這個當年度接受醫學中心下轉的病人，照理說該數字不應該在這個年度 2%的分母內，例如 107 年度要達到的數字，是以 106 年度初級照護案件為主，這個案子本來在 106 年就要做，只是一直跟醫界喬不定，才一直拖到 107 年下半年才做，我認為健保署可以跟醫療體系討論，不過醫學中心比較沒有問題，因為區域醫院夾在中間，比較會有問題，但不可否認，有的區域醫院蓋得跟醫學中心一樣，讓民眾無法區分。

三、在計算基礎上，如果區域醫院接受醫學中心下轉的這些案件，包括個案數或病人數等，健保署都會有資料，建議健保署考量不納入區域醫院初級照護應該降 2%的分母，也就是他接受別人轉診，我認為這一點是可以考慮，但是其原本的病人應該可以在他初級照護的分母中，但也有可能區域醫院照顧得非常好，或者病人在區域醫院照顧下病情變得更穩定、變得更輕微，隔年也符合初期照護案件比例時，我們要什麼機制，要什麼納入計算，要什麼不納入計算，都可討論，我們鼓勵病人穩定就醫，不要到處亂跑，尤其是慢性病患者，如同剛才張委員煥禎所言，醫學中心轉給區域醫院看診，看了一年又被轉走，我們希望病人對於醫院有黏著度，有忠誠度，不希望其一直換醫院就醫，其實在初級照護門診比例下降時，應審慎考慮接受轉診的病人，應該在哪一個部分排除或納入。謝謝。

周主任委員麗芳

請葉委員宗義。

葉委員宗義

其實這個案子很簡單，剛才提案的張委員煥禎說過，通不通過都好，由主席裁決贊成與否就解決，不要再多問，浪費時間。

周主任委員麗芳

感謝葉委員宗義同意讓主席趕快做成決議，本案委員意見送請健保署於執行時參考，並進行成效檢討。現在差不多該是中場休息時間。

張委員煥禎

我有 2 個具體建議，一個是我們的學者及公正人士可不可以在 8 月時給我們意見，另外請健保署在 8 月時要以過去一年的執行情形提出檢討。這 2 個不是模糊的建議，是有明確日期，希望能於 8 月份委員會議向委員說明。

周主任委員麗芳

這時間可以嗎？請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

- 一、本案因原提案內容之擬辦都不考慮了，等於是重新改擬辦。
- 二、至於張委員煥禎所提，健保署同意於本年 8 月份健保會委員會議，將這一年來的執行結果向委員報告，屆時討論結論則可考量納入 109 年總額協商決議。

吳委員榮達

對於本案我是覺得非常讓人困惑，剛剛張委員煥禎講到，他不是要提案、也不是要提復議案，我不知道到底是想提出什麼？

張委員煥禎

這是我的提案，我沒有說我不要提案。

吳委員榮達

請尊重我的發言。

張委員煥禎

這是我的案子，你講錯了我就要抗議，我仍是正式提案，只是說不要變成復議案。

吳委員榮達

- 一、這本來就是復議案，符合條件嗎？我非常贊成蔡副署長淑鈴的看法，由健保署先進行實施一年之評估，再於本會提出報告

案。之後大家對於實施的狀況給予意見後，再作決議，我覺得這樣比較適當。

- 二、我覺得以後委員的提案應該真的要弄清楚，到底是一般提案還是復議案，復議有其嚴格的條件。所以我們應該要先討論提案性質，而不是依提案委員個人認知來決定，而需以提案的本質，來認定其屬一般提案或復議案或其他性質。

周主任委員麗芳

請張委員煥禎。

張委員煥禎

- 一、我有意見，請委員認真看一下(參閱會議資料第 55 頁)，釐清本案是否屬於本會權責及提案性質，請相關單位表示意見彙整如下，有(一)(二)(三)項意見請看清楚。委員提案就是一般提案，這個是不是復議案要由大家來決定，除非我提出來就是復議案，就應該經過原會議出席人數的十分之一以上連署，不同意是不能連署，而且若有總額協商議題，則需為當時在場同意原決議案者。我非常清楚，當時若不同意的就不能連署喔！所以我也希望委員看清楚，不要把這個變成復議案，現在怪罪說我原來提案不清楚。
- 二、第二個，不應該把我原來的意思這樣講，我不是說吵到一定要怎樣，我現在要說，不要把我合理的提議，變成說我不清不楚，這是我不能接受的。

周主任委員麗芳

謝謝，剛才本案已做成決議。現在休息 10 分鐘，12 點 10 分再繼續進行會議。

捌、討論事項第六案「建請健保署每年定期評估分級醫療與門診減量政策執行成效與影響，以作為次年度門診減量降幅比率之依據」  
與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

各位委員請入座，我們現在開始討論事項第 6 案，請宣讀。

同仁宣讀

李委員偉強

- 一、各位委員午安，剛剛在討論事項第五案已討論過許多關於本案處，提出此案係經醫學中心協會內部討論後，交由我提至本會委員會議討論，提案大致上的意涵在於，現在主要是推動分級醫療，至於門診減量是分級醫療的方法之一，而不是最後的目標，希望可以把這件事講清楚。
- 二、可是目前在於健保署，不管是內部定期分析資料，或後面回答所提到的每一季公告，其大部分都仍以門診減量為主。但原目標是要達到分級醫療，這禮拜蔡副署長淑鈴主持的健保共同擬訂會議也討論到，現在 108 年第 1 季所有醫學中心的減量都達到標準 3.96%，但是，很多基層診所、地區醫院卻說病人並沒有回到他們那邊。我們要推動的政策，不只要醫學中心減量，而是希望病人能大病看大醫院，小病看小醫院，但目前的實證數據，只能說我們已達到或部分達到門診減量，但還不足以印證達成醫療分級的目標。
- 三、因此，今天提案的主要目的是，檢視當初政策決定 5 年門診減量 10% 的執行情形。目前係以 106 年為準，每年減 2%，等到討論 109 年預算時，差不多是要減 6%，為何不是 7% 或 5%？剛剛討論事項第五案時已討論過，應要檢討執行成效如何，以作為明年減幅的依據，應不是光看健保署公告的減量數字，這不是唯一的指標。重要的是還應該要上看、下轉的病人量，而且不是只有門診數字，尚須包括急診、住院。而且更重要的是，

在座很多委員代表民眾、病人、付費者團體，在此政策下，不知道您本人或朋友有無反映過，對於病人就醫的可近性也是該考量之處，一開始減少 2% 可能感覺不出來，4% 開始有感覺，明年是 6%，後年是 8%，要減很大的量。以我服務的醫院來看，每 1 季要減近 2 萬人次的量，但被減的到底是誰？我們都希望是別人不是自己，但別人是誰呢？也都是我們的國人同胞、是所有的病人。

四、因為每年 9 月都會討論明年的總額協商，剛才於第五案已提到 8 月份委員會議要提出成效檢討及評估，屆時門診減量也剛好執行滿 1 年，健保署有更完整資料。希望到時候能呈現，不只有門診減量的數據而已，剛剛提到的幾個相關指標，可以的話更希望有問卷調查，讓被轉診的民眾的看法可以呈現。目前能看到的偏向於數字，數字當然很重要，但病人、民眾的看法如何，可以作為我們明年政策討論的重要依據，這是本案提出的目的。我覺得剛剛於討論事項第五案時，有些概念都已討論過，再次強調，目標是分級醫療，而不只是門診減量，評估成效要看全面，不是只有看其中一部分。

周主任委員麗芳

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

謝謝李委員偉強，我想剛剛於討論事項第五案也已討論很多，並有結論，就是本署將於 8 月份至健保會委員會議進行整體報告，包含李委員所說分級醫療、門診減量一起報告，這樣可以嗎？

周主任委員麗芳

請張委員澤芸。

張委員澤芸

本案與討論事項第五案都談到分級醫療，剛剛第五案的決議是說，會在 8 月份委員會議時，以成效資料來看政策實施結果。我以醫療



服務提供者的立場，所看到的現象，希望可以提供給健保署參考，並於 8 月份評估時一併考量此影響。依 108 年 3 月資料顯示，西醫醫院總數是 473 家，其中醫學中心為 26 家約占 5%、區域醫院約 80 多家占 17%、餘為地區醫院約 78%，每年門診減量 2%，這個制度實施後，有一些區域醫院已經開始思考要自願降級變成地區醫院，勢必影響整個急性醫療體系床位配置。為何我一個護理背景的委員要提出這個問題，因為我看到可能會在急性醫療體系上出現人力需求的變化，因為我們都非常清楚，越高層級的醫院需要醫事人力的比例越高；另外令人擔心的是，此現象若發生在醫療資源原本就較為缺乏的地區，例如雲林縣目前只有 4 家區域醫院，除了 1 家去年已自行降級為地區醫院，接著今年還有 2 家也可能考慮申請轉為地區醫院，如若成真，將只剩下 1 家區域醫院，這樣是否會造成 3 層級醫院配置的適切性問題？也值得評估時一併追蹤，並於本會委員會議提出報告，應要更全面地來檢視此問題，這事關乎民眾就醫及醫事人員的執業環境。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、上次開會我提出會議詢問，有多少區域醫院降級為地區醫院，當時回應是 3 家，現在聽到護理界代表張委員澤芸提到未來會更多。區域醫院、醫學中心代表於本次會議分別提案，其實兩個層級應該要共同提案，雖然會議規範有規定執行後不得再提，但其實可以提出復議案。假使你們認為門診減量 2% 的決議對醫療生態衝擊非常大，兩個層級醫院代表應該跟付費者代表提出簡報說清楚，如果我們認為你們說得非常合理，對醫療結構生態體制衝擊非常大，對我們病患影響很大，向我們解釋完之後，我們會支持你的復議案，會幫你連署，不會拒人於千里之外。

二、我一向不跟你們兩個單位打交道，但就事論事，如果你們認為

這很合理，我第一個會幫你們復議連署，也會請其他委員幫你們連署復議我認為，以現在健保制度體制而言，我們都希望讓它越來越好，但不希望過去的相關決議，導致衝擊醫療結構更快的敗壞下去，很不願意看到這樣的情形，這是我今天提出的建議。

周主任委員麗芳

請張委員煥禎。

張委員煥禎

- 一、我原本沒有要發言，但剛剛聽到其他委員發言，因為我是區域醫院代表，所以還是講一下。其實去年我們應該是最早提出來要變成地區醫院的，因為健保署也跟我們道德勸說，但我要說這不是健保會權責，但我要提到健保會，若大家同意，希望健保會建議衛福部，這已經 30 年沒有檢討，用三層級來對醫院進行分級這部分，當時的設計可能符合當下時空背景，適合醫學中心的院所就擔任醫學中心、適合區域醫院就做區域醫院，沒有絕對的好與壞，其實各層級都各有好處及壞處，就看各院所的本質，適合做哪一個層級。
- 二、但經過 30、40 年演變為現在這個樣子，我們不能改，只能按照此三層級來定相關規則。所以我們訂醫學中心 2%、區域醫院 2%，但理論上此三層級應該是要有區別的，因為衛福部訂了三個層級給我們健保會遵循，我們健保會認為兩個層級可一起適用門診減量 2%，這就是沒有尊重衛福部原訂三層級醫院的初衷與精神，我們健保會應該要修正。
- 三、但這個制度 30、40 年了！應該建議衛福部對三層級醫院的權利義務去檢討，尤其現在節骨眼，明年要評鑑了，老實說，原屬區域醫院者要申請改為地區醫院來評鑑，你也不能拒絕他。不是我們想要改，雖然健保會也不希望這樣，但因為目前體制就是訂定為三層級，若不合理，我們要在這不合理架構下，去訂定門診減量這個事情，然後這責任推給健保會也不好，是不

是可以請衛福部檢討，因為 30、40 年沒檢討，現在各層級醫院權利義務差很多。

周主任委員麗芳

有關本案決議如下：委員所提建議送請衛福部及健保署參考，並請健保署進行成效檢討，於 8 月份委員會議提出專案報告。接下來進行討論事項第 7 案。

玖、討論事項第七案「109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

- 一、本案係為 109 年度總額協商準備，依健保法第 61 條規定，本會需於行政院核定年度總額範圍內，進行年度總額協商。歷年來本會都依照行政院核定的總額範圍與架構，及衛福部交付的政策目標去協商，所以本案也是循例事先協定 109 年度總額協商架構，使今年 9 月協商可以有所依據。
- 二、請參看說明二，109 年度協商架構草案請參考附件，如會議資料第 68~71 頁，因為本案擬案時，衛福部尚未將 109 年度總額範圍草案陳報行政院，所以暫以 4 月 26 日諮詢本會草案來擬案，如補充資料，衛福部已經在 5 月 13 日將總額範圍草案函報行政院，因此本案主要架構仍是依照衛福部報行政院的總額範圍草案，並參考 108 年度總額協商架構與通則做研訂，「109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構(草案)」調整重點如下：
  - (一)依 108 年度總額協商通則「108 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，不納入 109 年度總額協商之基期費用」，因此修訂第一點「總額設定公式」註 3 文字，配合去年通則訂定的事項，修訂 109 年度總額基期費用的計算方式。
  - (二)另修正第二點醫療服務及人口因素資料之採計年度，「醫療服務成本指數改變率」之成本項目權數，原採主計總處 100 年工商及服務業普查之調查結果為基期，配合主計總處已於 107 年發布最新的 105 年工商及服務業普查結果，所以配合改採 105 年調查結果；至於醫療服務成本指數改變率之指數值及計算，也配合上開權數更新，改以 105 年資料為基期；其他「人口結構改變率」、「投保人口預估成長率」部分，亦配合更新各項參數資料，採用最新年度資料計算，以上說

明。

周主任委員麗芳

請問委員對本案有沒有意見？沒有的話我們就照案通過。接下來進行報告事項。請王委員棟源。

王委員棟源

請參閱補充資料第 10 頁，需求面有 2 點，第 2 點的第 3 小點，「牙周病統合照護計畫增加約 10 億元」的部分，因為牙周病統合照護計畫 107~108 年增加 6.552 億元，加上牙周支持性治療 3.5 億元，總計才是 10 億元，建請社保司將此部分條列清楚。

周主任委員麗芳

委員所提意見提供社保司參考，本案照案通過，接下來進行報告事項。

## 拾、報告事項第一案「保險對象自付差額特材之執行概況」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

現在進行報告事項，本次共有 5 案，預計每案報告時間為 5 分鐘，共約 25 分鐘，徵求各位委員意見，是否同意先讓報告者每一案報告完，再逐案討論？這樣好嗎？(委員未有反對意見)接下來就按此進行。

張委員煥禎

剛剛我對討論事項第六案的建議，衛福部真的應要檢討三個層級的分類，希望是否可以轉給衛福部，若大家不反對，希望轉給衛福部檢討。

周主任委員麗芳

剛剛討論事項第六案的決議，有將委員意見提供衛福部及健保署參考，張委員煥禎您的意見也包含其中，謝謝。請開始進行報告。

中央健康保險署張科長淑雅報告：略

中央健康保險署張副組長鈺旋報告：略

中央健康保險署洪科長于淇報告：略

周主任委員麗芳

報告事項第四案健保署業務執行報告，請參閱相關紙本資料，不進行口頭報告，請進行報告事項第五案之口頭報告。

中央健康保險署韓科長佩軒報告：略

周主任委員麗芳

非常感謝每位報告人，接續進行逐案交換意見，首先是第一案「保險對象自付差額特材之執行概況」，時間 10 分鐘，請委員表示意見。請吳委員榮達。

吳委員榮達

請參看會議資料第 95~96 頁，投影片第 5~7 張，從數據上看來，急

診病人留置急診室超過 24 小時...

周主任委員麗芳

吳委員榮達所詢應為報告事項第 2 案，請稍後再提問。目前先討論第 1 案有關自付差額特材，委員有沒有意見？請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、有關自付差額特材，其實健保署醫審藥材組施前組長如亮還沒有退休之前，曾經在健保會表示，部分特材品項確實因為醫療器材商提出的價格太過昂貴，所以改列為差額給付品項。以目前健保的規定，特材經食藥署核准後，必須要先跟健保署申請給付，在健保署審核期間或最後審核未通過，只有這兩種情況，才可以在健保特約醫療院所銷售並收取自費。因此，醫療器材商現在有一部分是所採的策略為，向健保申請核價時，廠商定價偏高，為的就是不納入健保。廠商申請的訂價越高，健保署核准納入健保給付的可能性越低，此乃因考量療效及經濟效益，價格十分昂貴、但療效增加不多或不明確所致。
- 二、當時提到，因為某些特材跟藥品不同，其實有適應症差別，並不宜以太貴為理由，就將之核定為健保自付差額特材品項，而是應該要採取更嚴謹的適應症，讓它納入健保全額品項。我記得幾年前本會討論淺股動脈狹窄之塗藥裝置時(註)，也就是投影片第 4 張的第 8 項，當時就有提到這個。我要請教健保署醫審藥材組，目前的方向有沒有這樣做，還是其實沒有按照這樣規劃？因為其實 HTA(Health Technology Assessment, 醫療科技評估)也是會告訴我們用在哪種病人的療效比較大，而不是只要開放差額就算了，仍有很多病人用了差額特材，但對他的病情並沒有比較好。

(註：本會 104 年第 11 次委員會議討論事項第 1 案「治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置--『曲克』利弗爾周邊血管支架自付差額特殊材料案」，決議第三點略以：「三、委員所提下列建議，請中央健康保險署參酌：依據所提供之醫療科技評估資料，本案特材或可評估訂定

適用條件，或就病情需要僅能使用該特材之病患，規劃納入全額給付。」)

三、另健保署乃依健保相關法令辦理自付差額特材品項納入健保並訂定差額上限事宜，健保會委員、尤其在座是資深委員都知道，健保會成立後這幾年以來，納入自付差額已經比較久的特材品項，應同時要評估兩件事情：

- (一)要適時評估納入健保全額給付：會議資料第 79 頁投影片第 4 張的第 9 項「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統」已納入。
- (二)訂定差額上限：目前塗藥血管支架及人工水晶體有訂。但問題來了，依會議資料第 79 頁投影片第 4 張資料顯示，人工水晶體目前收載 100 個自付差額品項，塗藥血管支架則有 34 個品項，但在另外一個公告差額上限的網頁中，塗藥支架有 51 個品項，也就是不同品牌有不同的上限價。以塗藥支架來說，可能分為分第一代、第二代，或與傳統健保給付品項，這幾個因為功能有差別所以價格有差還能接受，但同一代的支架，都是同功能，可以有 10 幾種價格嗎？如果我是廠商，就採取較有利的自由定價方式，若收取自費就可以有不同的價格，這樣合理嗎？這是該思考的問題點。

四、特別是塗藥或特殊塗層血管支架，第一代及第二代，甚至與傳統健保給付支架，目前國際上很多論文在談，今年至少 3 篇提出存活率比較，我們應該考慮存活率未有影響的情況下，是不是應該至少考慮將第一代品項，比照納入健保全額給付品項。因為超過 6 成病人使用塗藥支架，表示臨床上確有需求，應該要考慮評估納入全額給付，更不用說，腦室腹腔引流系統申報資料顯示，達到 8 成選擇自付差額品項，此品項已經近乎客製化電腦輔助顱顏骨固定系統的自付差額占率，也就是 10 個醫師有 8 個選擇用差額品項，也就是對傳統品項的取代性很高。若一直讓病人使用差額品項，其實是不符合保險給付精神，應研議納入全額給付。



周主任委員麗芳

其他委員若沒有意見，就請健保署回應。

張科長淑雅

健保署回應滕委員西華意見，關於第一個問題，有沒有訂定更嚴謹的適應症來使自付差額特材有機會能納入全額給付，最近本署正進行通盤研議，考慮朝食藥署核准的醫材使用範圍內，來訂定適用於健保的給付規定。第二部分關於自付差額特材使用占率較高的部分，例如以塗藥血管支架來說，滕委員說的也沒錯，產品第一、二代按仿單功能是看不太出來差異，因此未來健保署會再盤點差異性，未來朝著以支架功能，來將塗藥血管支架歸類分組及定價，會朝著這概念來檢討自付差額品項。

何委員語

提出一個會議詢問，塗藥或是特殊塗層血管支架，目前健保給付是一年 2、3 或 4 支？或 1 次幾支？

張科長淑雅

一年 4 支。

何委員語

現在增加到 4 支，也就是一年健保支付 4 支血管支架？

張科長淑雅

對。

干委員文男

一、依剛剛滕委員西華所言，希望能夠將塗藥支架納入健保全額給付。因為剛剛報告顯示，有 60% 的病人選擇自付差額的塗藥血管支架，另腦室腹腔引流申報系統則是達到 80% 選擇自付差額品項，以這兩樣特材來講，醫生及病人多數選擇了自付差額特材。一般來說，若醫師建議病人要選塗藥血管支架，病人要是不聽，這是牽涉心臟血管的問題，可能會死啊。

二、我想請問，血管支架有沒有塗藥，到底有沒有關係？若沒有關

係，健保為何不支付塗藥支架？應該公告周知有無塗藥之療效差異為何，到底是短暫的效果，或是有其他特別療效？另一方面來說，目前聽到大家多為選用塗藥支架。

三、因此，第一個希望是健保可以將塗藥支架納入全額給付，第二，若塗藥與不塗藥支架沒有顯著差異，應要把這 2 種品項清楚說明，不然百姓若聽醫師的選用差額品項，似乎多花了不必要的錢。

周主任委員麗芳

有關本案決議，請中央健康保險署定期檢視納入自付差額特殊材料品項之使用情形，倘其已近常規使用者，建議研議納入全額給付之可能性。委員所提意見，請中央健康保險署參考。若委員沒有其他意見，接著進行報告事項第 2 案。

拾壹、報告事項第二案「全民健康保險業務監理指標之監測結果」與  
會人員發言實錄

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

- 一、會議資料第 95、96 頁投影片第 5~7 張「急診病人留置急診室超過 24 小時比率」，比率逐年升高，分析上升原因，從投影片第 7 張可以看出癥結在 1、2 級病患，也就是說疾病嚴重度較重的病人都卡在急診室超過 24 小時沒有後送到病房，這對病人、家屬都是很大的折磨，應該要改善。
- 二、會議資料第 97 頁投影片第 9 張「癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數」，表面上看來，有無接受安寧醫療照護者醫療費用差額約 12 萬多，惟統計數據是不含安寧療護費用，若加上安寧療護費用，請問會節省多少醫療費用。
- 三、會議資料第 97 頁投影片第 10 張「高診次保險費對象輔導後就醫次數下降比率」，高診次就診對象經過輔導，個案數減少很多，這是可喜的現象。
- 四、會議資料第 99 頁投影片第 14 張「藥品費用占率」，107 年上半年藥費占率成長率頗高，有可能是因為 C 肝新藥，但歷年趨勢是逐年升高。藥費點值是 1 點 1 元，藥費占率逐年上升，可能會排擠到其他醫療項目的點值，很令人憂心。
- 五、會議資料第 102 頁投影片第 20 張「醫院病床數」，有值得肯定及擔心的地方，整體看來健保病床的床數是逐年增加，106、107 年醫學中心醫院整體病床數是增加的，這對病患負擔來說非常好，這是可喜的現象，但北區、東區的健保病床數卻是減少，這 2 個區域值得再做努力。
- 六、會議資料第 112 頁投影片第 39、40 張「全國健保醫療支出占 GDP 比率」、「國民醫療保健支出占 GDP 比率」都是逐年升

高，值得思考。

周主任委員麗芳

請干委員文男、滕委員西華。

干委員文男

許多醫院無法中西醫合併治療，連國泰醫院這種規模的醫院都無法配合，中風病患經過急診治療後，若能在黃金期接受中西醫合併治療，例如接受針灸，或許有助於病情的改善，建議新增中西醫合併治療的指標。

滕委員西華

剛剛吳委員榮達提到會議資料第 102、103 頁「醫院病床數」，104~107 年間醫院病床數約增加 600 床，中區、高屏區增加比較多，請問是因為新增醫療院所嗎？健保署有無掌握增加原因，若是新增加醫療院所則沒話說。從投影片第 21 頁張，比較擁擠的醫學中心沒有增加差額病床，維持 104 年的床數，區域醫院增加到 267 床，地區醫院增加更多。占床率越低的醫院差額病床數增加愈高，值得我們重視，何況有超過一半的社區醫院全年的病床占床率不足 50%，甚至有的醫院占床率是 10% 以下。特定醫院的差額病床數增加，有可能集中在幾個病人比較多的地區醫院，因為門診減量沒有減到地區醫院，我們希望地區醫院以門診為主，跟基層共同服務社區病人，建議健保署及醫事司應該要注意占床率較低的地區醫院、區域醫院層級，增加這麼多的差額病床是否屬於合理的醫療資源成長。

周主任委員麗芳

本案決定為委員所提意見提供中央健康保險署參考，請何委員語、盧委員瑞芬。

何委員語

一、會議資料第 100 頁投影片第 16 張「手術傷口感染率」，107 年上半年的「平均值 $\pm$ 1.5\*標準差」、「平均值 $\pm$ 2\*標準差」高達

7.91%、10.29%，103 年下半年的數值也很高為 11.49%、14.92%，105 年下半年高達 8.21%、10.65%，表示國內手術傷口感染率很高，很多病人因為手術後感染併發症死亡，所以醫院的清潔護理工作、消菌消毒工作很重要，之前謝委員武吉曾提到醫院的感染率很高，請問是否與這個有連帶關係？

盧委員瑞芬

- 一、會議資料第 106 頁投影片第 27 張「公平指標」，我記得上次會議曾提到，這裡的公平性指的是不均度，建議指標正名化，記得上次會議有講過，但好像仍繼續沿用。
- 二、會議資料第 107 頁投影片第 30 張「家庭自付醫療保健費用比率」、健保署同仁指出 2 點，商業保險的理賠沒有納入衛福部公布的統計數據(所以會高估家戶自付費用)，另外我們涵蓋的範圍比較廣，如附註二指出進行國際比較時，屬於高估。但注意 OECD 的分母並不是支出總額，而是僅有經常門，不含資本門，比率上還會有差異。若要與 OECD 資料比較，分母應該是國民醫療總支出的經常門，不含資本門，才能進行國際比較。

周執行秘書淑婉

剛剛盧委員瑞芬提到的公平指標實質內容不符，因這是舊的指標，新的監理指標已做調整修正，下次監測報告就會採用新的公平指標，謝謝委員提醒。

周主任委員麗芳

請健保署回應。

蔡副署長淑鈴

何委員語提到的傷口感染率，請參閱會議資料第 100 頁，應該要看「院所平均值」，107 年上半年「院所平均值」是 0.79%，略高於 106 年上、下半年 0.57%、0.54%，數值向來都是高高低低，若看的是標準差，代表醫院間的感染率差別性，代表有些醫院管控很好、有的醫院感染率比較高，就平均值來看，雖然略有高，但這幾年是高高

低低，都沒有超過 1%。

何委員語

標準差最差的醫院未來能不能再下降？

蔡副署長淑鈴

有些醫院會相對高一點，所以標準差變大。

周主任委員麗芳

- 一、本案委員所提意見送請健保署參考。
- 二、本報告係監理指標項目修正前最後一次報告，本年度請中央健康保險署依照 107 年度第 5 次暨第 1 次臨時委員會議(107.6.22)、107 年第 6 次委員會議(107.7.27)修正通過之監理指標，於每年 6、12 月提報監測結果之專案報告。請吳委員榮達。

吳委員榮達

會議資料第 97 頁投影片第 9 張「癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數」請問若含安寧療護費用，有接受安寧療護的醫療費用支出是多少？

蔡副署長淑鈴

- 一、若加上給付給醫師的安寧療護費用，有無接受安寧醫療照護者的醫療費用差距就沒那麼大，目前是鼓勵安寧療護。
- 二、補充說明病床數，關於健保病床及差額病床，差額病床數有增加，健保法有規定不同層級、公私立醫院健保床的比例，醫院要符合規定，差額病床要民眾願意入住才有用，所以差額病床的多與少、有沒有實際使用，是 2 件事情。

周主任委員麗芳

請謝委員武吉。

謝委員武吉

感謝剛剛何委員語有注意到我去年的提案，希望不要只有健保署，疾管署也要參與，希望 12 月報告時，疾管署也要一起來報告。

周主任委員麗芳

委員若無其他意見，接下來請進行報告事項第3案。

拾貳、報告事項第三案「106 年健保收入超過 4 億元之醫療院所財務報告之公開情形」與會人員發言實錄

周委員穎政

- 一、健保署所做的財報分析，資料非常可貴，剛剛報告也提到一個問題，資料要標準化，才可以做長期性比較、追蹤後續結果，這部分要加緊腳步。
- 二、既然財報是公開資訊，有沒有可能提供學者產製報告資料前的相關表格，讓我們進行分析，也許我們看到的會與健保署不一樣，畢竟健保署傾向美化數字，我們的立場較為中立，會嘗試找出醫院營運的問題在哪裡，有時分子、分母的取捨，得到的結果會差很大。

周主任委員麗芳

本案洽悉，委員所提意見送請健保署參考，接下來請進行報告事項第 4 案。



拾參、報告事項第四案「中央健康保險署『108年4月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

本案是業務執行報告，過去的慣例是請委員參閱，請干委員文男。

干委員文男

雲端藥歷在重複用藥發揮的效果很大，業務執行報告第1頁「門診特定藥品重複用藥管理方案」提到虛擬核扣費用，請問實際上有沒有核扣費用，虛擬好像是假的，希望改正。

蔡副署長淑鈴

業務執行報告第1頁「門診特定藥品重複用藥管理方案」是健保署近期重點工作，從今年1月開始，對於重複用藥會真正核扣，過去之所以會有虛擬核扣，係先資訊回饋，提醒醫院注意，是輔導期，還沒有扣錢。我們在去年第3、4季回饋資訊給醫院，提醒醫院要改善重複用藥，不然108年1月會開始真正核扣。自從將資訊回饋給醫院，醫院行為就有改變，重複用藥情形有下降。虛擬就是先跑資料給醫院，輔導醫院改善，還沒有核扣費用，今年1月才開始核扣費用。「虛擬」文字讓人誤解，我們以後改成「資訊回饋」。

周委員穎政

重複用藥就像是一把刀有兩面刃，我們一直強調重複用藥要把錢扣下來，但真實數字連健保署都看不到，大部分的慢性病是一年365天都要吃藥，但我們做出來的數字是慢性病人並沒有吃那麼多藥。這樣的政策實施下去，可能某部分有省錢，但會不會衝擊到慢性病病人的定期用藥，建議政策應有配套措施，還要更鼓勵慢性病人能持續用藥，健保會常常只看到成本的節省，往往忽略價值的創造，醫療品質還有很多面向待提升，希望健保署提供數字時，能讓我們知道慢性病病人接受規律治療的比重有無一併提升。

蔡副署長淑鈴

健保署重複用藥的管理方案有計算邏輯，基本概念與周委員穎政所

說的完全沒有衝突，完全鼓勵病人該吃藥就吃，並沒有因為要省錢，要他一年就斷藥。

#### 周委員穎政

蔡副署長淑鈴誤會我的意思，我曾看過健保署分區業務組的報告，確實是因為實施這制度後，規律治療的慢性病人的用藥天數是下降，我只是提醒要弄清楚數字，我知道這沒有衝突，但你們自己做出的報告都顯示有這樣的隱憂，建議要稍微檢討一下，如此而已。

#### 周主任委員麗芳

委員所提的意見送請中央健康保險署參考，餘洽悉。請何委員語。

#### 何委員語

健保署 107 年上半年的藥品費用占率是 26.71%，從去年開始推動雲端用藥，推動之後，藥品費用占率是否有下降，是否低於 26.71%？希望可以統計出今年第 1 季的占率，可以運用電腦大數據，統計出用藥佔率，若雲端藥歷實施後占率仍提升，這樣雲端用藥的效果在哪裡，我們需要重新檢討。

#### 蔡副署長淑鈴

藥費占率要合理化太複雜了，不是只有雲端藥歷，雲端藥歷要處理的是資訊分享及減少重複用藥，但藥費占率會提升，有很多是新藥的貢獻，所以不是說我們有雲端藥歷，就可以看到藥費占率降低，這沒有百分之百的因果，何況大家今天說的 C 肝用藥這幾年用很多，金額投入顯著，IO(Immuno-Oncology Therapy，癌症免疫療法)的藥也是，還有很多昂貴的藥物，都會貢獻在藥費的總支出。雲端藥歷分享之後產生的效力，是看浪費的部分有無減少，特別是重複的部分有無減少，這不等同一定要看到藥費占率下降。最後，我們知道藥費占率不要太高，因為會排擠到其他醫療服務，服務及藥品都要兼顧，在每年總額協商時，不可以把增加的費用都挹注到藥費上，還要兼顧其他醫療服務。雖然每年引進很多新藥，但長期藥費占率大概維持在 26~27% 之間，幾乎跟醫療支出成長等步，最後再

透過超過 DET 部分調降藥價，是很多配套的結果。

周主任委員麗芳

請黃代理委員振國。

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

針對這個議題，雲端藥歷是針對跨院所就醫的病人才會有效果，比如日常中各位熟悉的一般用藥、慢性病、三高等等。不會發生在跨院所的就醫病人，如很多的新藥、C 肝用藥、癌症用藥、癌症免疫療法，還有之前提到的愛滋病用藥，這些都無法靠雲端藥歷有效節省，建議可以分類呈現，再進一步分析雲端藥歷是否節省費用，或是什麼樣的用藥類型可以從雲端藥歷看到真正的效益。

周主任委員麗芳

請李委員偉強。

李委員偉強

從臨床實際經驗，雲端藥歷實施後，真正影響大的是慢性病用藥，如糖尿病、高血壓、關節痛、腸胃不舒服等，我覺得減少的效果會比較明顯，大小醫院等級都會開立的用藥，透過雲端藥歷，會減少重複開立，集中在某些層級醫院開立的藥物，可能不太會影響。待資料更完整，或許健保署可以委託專家更細分，才可看出效果。

周主任委員麗芳

本案洽悉，委員所提意見送請健保署參考。

拾肆、報告事項第五案「家庭醫師整合性照護計畫之監測指標及執行成效—落實以病人為中心之照護與執行面監督」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

委員沒有其他意見，本案洽悉。再次感謝委員，我們今天不僅處理完所有委員的提案，也處理上一屆委員的提案，再次感謝大家，也感謝所有的幕僚同仁。會議進行到此，謝謝大家，散會！

衛福部健保會第4屆108年第3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

類 別：  
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

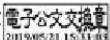
機關地址：臺北市民權西路3段140號  
傳真：(02)27025834  
本署人員電話：李伯璋(02)27065866轉2679  
電子信箱：a110906@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國108年5月21日  
發文字號：健保企字第1080037827號  
類別：嚴密件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：無

主旨：貴會訂於108年5月24日（星期五）召開之第4屆108年第3次委員會議，本署李伯璋署長因陪同衛生福利部部長赴瑞士日內瓦出席世衛行動圈，不克出席，擬由本署蔡淑鈴副署長代表出席，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 

衛生福利部全民健康保險會



1080521 1083340084

108年4月份全民健康保險業務執行報告更新

壹、本署近期重點工作-門診特定藥品重複用藥管理方案

108年第一季重複用藥核扣統計

- 一、108年第1季重複用藥費用核扣5,483萬元、重複用藥家數2,051家、重複用藥天數465萬天、重複用藥人數12萬人。
- 二、統計108Q1至107Q1重複用藥資料，已見醫師處方行為之改變：
  - (一) 重複用藥費用：由6,651萬元(107Q1)降至5,483萬元(108Q1)，下降18%。
  - (二) 重複用藥家數：由2,694家(107Q1)降至2,051家(108Q1)，下降24%。
  - (三) 重複用藥天數：由550萬天(107Q1)降至465萬天(108Q1)，下降15%。
  - (四) 重複用藥人數：由18萬人(107Q1)降至12萬人(108Q1)，下降32%。
  - (五) 核扣費用區間家數：核扣100萬元以上，由14家醫院減為12家醫院；核扣10~99萬元間，由90家醫院減為79家醫院；核扣1~9萬元間，由294家院所減為226家；核扣1萬元以下，由2,296家院所減為1,734家。
  - (六) 核扣最高費用：107Q1，醫院298.9萬元、診所8.2萬元；108Q1，醫院403.7萬元、診所6.6萬元。

### 107Q1 至 108Q1 重複用藥統計

季別	核扣費用 (單位：萬元)	核扣家數 (單位：家)	核扣區間(單位：家)			
			100 萬元以上	10~99 萬元	1~9 萬元	1 萬元以下
107Q1	6,651	2,694	14	90	294	2,296
107Q2	5,795	2,265	10	79	255	1,921
107Q3	5,368	2,053	13	69	231	1,740
107Q4	4,918	2,013	11	69	225	1,708
108Q1	5,483	2,051	12	79	226	1,734
108Q1 VS. 107Q1	下降 18%	下降 24%	下降 14%	下降 12%	下降 23%	下降 24%

備註：當次給藥日數大於14日以上，且保險醫事機構之當季重複用藥藥費1,000元(含)以上者，方核扣該藥費。

### 108Q1 各分區業務組重複用藥核扣統計，分特約層級

藥費單位：萬元

項目		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計
醫中	重複家數	8	1	4	2	3	1	19
	重複費用	1,325	84	296	171	202	83	2,160
區域	重複家數	20	13	15	15	15	3	81
	重複費用	722	322	230	285	254	40	1,853
地區	重複家數	59	43	59	33	56	13	263
	重複費用	230	162	206	97	130	38	864
診所	重複家數	505	246	393	195	311	38	1,688
	重複費用	186	98	134	61	110	18	606
小計	重複家數	592	303	471	245	385	55	2,051
	重複費用	2,464	666	865	614	697	178	5,483

備註：當次給藥日數大於14日以上，且保險醫事機構之當季重複用藥藥費1,000元(含)以上者，方核扣該藥費。

- (一) 住診醫療點數占率：醫學中心 43.80%、區域醫院 40.23%、地區醫院 15.97%。

## 二、醫院總額部門107年第3季專款項目支用(結算)情形(詳表25)

- (一) C型肝炎用藥：支用 10.92 億元，占全年預算 24%。
- (二) 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材：支用 32.46 億元，占全年預算 23%。
- (三) 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：支用 11.03 億元，占全年預算 25%。
- (四) 醫療給付改善方案：支用 1.94 億元，占全年預算 16%。

## 三、107年第3季各部門總額點值結算情形 (詳表表26、26-1)

- (一) 牙醫部門：一般服務平均點值為 0.9462 元；整體總額平均點值為 0.9520 元。
- (二) 中醫部門：一般服務平均點值為 0.9277 元；整體總額平均點值為 0.9278 元。
- (三) 西醫基層：一般服務平均點值為 0.9571 元；整體總額平均點值為 0.9577 元。
- (四) 醫院部門：一般服務平均點值為 0.9249 元；整體總額平均點值為 0.9287 元。
- (五) 門診透析：平均點值為 0.8620 元。

## 四、108年第1季各部門一般服務總額點值預估(詳表27)

- (一) 牙醫部門：平均點值為 0.9604 元。
- (二) 中醫部門：平均點值為 0.9105 元。
- (三) 西醫基層：平均點值為 0.9190 元。



(四) 醫院部門：平均點值為 0.8979 元，另各分區目標平均點值介於 0.91 至 0.93 之間。

(五) 門診透析：平均點值為 0.8572 元。

#### 五、重大傷病證明實際有效領證統計表(詳表28)

截至 108 年 4 月實際有效領證數共 951,037 件，較去年同期減少 0.48%，其中以癌症約 41.4 萬的領證數為最多，其次為慢性精神病約 20.0 萬、全身性自體免疫症候群約 11.5 萬、透析病患約 8.5 萬，以上合計約 81.4 萬，約占領證數 85.53%。

#### 六、全民健康保險醫學中心病床增減情形(詳表29)

108 年 1 月至 108 年 3 月醫學中心平均病床數為 32,320 床(急性病床 30,266 床，急診觀察床 1,283 床、慢性病床 771 床)，較 107 年 12 月至 108 年 2 月平均病床數增加 12 床。

#### 七、「急診品質提升方案」之各層級醫院急診下轉件數統計(詳表30)

108 年 3 月「急診品質提升方案」中，醫學中心急診下轉件數為 292 件，較去年同期成長 2.82%；區域醫院急診下轉件數 259 件，較去年同期減少 12.50%。

#### 八、醫療費用之核付部分(詳表31-1至表31-12)

107 年第 4 季醫療費用核減率

(一) 醫院總額：門診初核核減率為 0.37%、申復後核減率為 0.37%、爭審後核減率為 0.37%；住診初核核減率為 0.83%、申復後核減率為 0.83%、爭審後核減率為 0.83%。

## 衛生福利部全民健康保險會第4屆108年第3次 委員會議議程\_討論事項第五案補充資料

**案由：108年區域級(含)以上醫院門診減量措施執行方式案(詳 P53-54)**

健保署提供數據：

● 區域級(含)以上醫院門診減量措施執行情形：

一、107年第3~4季初步執行情形已列入108年4月26日全民健康保險會第4屆108年第2次委員會議全民健康保險業務執行季報告中，說明如下：

(一)90家區域級以上醫院，符合減量範圍件數計2,197萬件，較去年同期減少51.5萬件，其中醫學中心下降1.8%，區域醫院下降2.6%，整體約下降2.3%，較原設定目標下降2%略高。

層級別	107年Q3-Q4符合減量範圍件數(萬件)			
	106年 (基期年)	107年	件數變動	下降率
	(A)	(B)	(B-A)	(B-A)/A
醫學中心	894	878	-16.0	-1.8%
區域醫院	1,354	1,319	-35.4	-2.6%
合計	2,248	2,197	-51.5	-2.3%

(二)本案係按季結算，各季未達-2%標準者，依其超出件數予以核減，107年第3季共核減1.34億點(醫學中心6家未達標，共核減0.62億點；區域醫院14家未達標，共核減0.72億點)；第4季共核減3.55億點(醫學中心8家未達標，共核減2.22億點；區域醫院27家未達標，共核減1.33億點)，總計兩季約共核扣約5億點(約占當期區域級以上醫院門診申報

費用的 0.4%)。

## 二、108 年第 1 季初步估算：

- (一)88 家區域級以上醫院，符合減量範圍件數計 1,002 萬件，較 106 年(基期年)同期減少 53.7 萬件，其中醫學中心下降 5.3%，區域醫院下降 4.9%，整體約下降 5.1%，較原設定目標下降 3.96%為高。

層級別	108 年 Q1 符合減量範圍件數 (萬件)			
	106 年 (基期年)	108 年	件數變動	下降率
	(A)	(B)	(B-A)	(B-A)/A
醫學中心	430	407	-22.7	-5.3%
區域醫院	626	596	-31.0	-4.9%
合計	1,056	1,002	-53.7	-5.1%

- (二)108 年第 1 季估計核減 1.16 億點(醫學中心皆達標；區域醫院 14 家未達標，估計核減 1.16 億點，惟實際核減點數仍以結算為準)。