

衛生福利部全民健康保險會  
第 4 屆 108 年第 4 次委員會議事錄

中華民國 108 年 6 月 28 日



衛生福利部全民健康保險會第4屆108年第4次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國108年6月28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

中華民國牙醫師公會全國聯合會許常務理事世明(代理至11:35)

古委員博仁

何委員語

吳委員國治

中華民國醫師公會全國聯合會張副秘書長孟源(代理)

吳委員榮達

吳委員鴻來

李委員偉強

周委員穎政

林委員敏華

林委員錫維

全國勞工聯合總工會林理事長恩豪(代理至11:40)

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

萬芳醫院護理部劉主任淑芬(12:00以後代理)

許委員美麗

許委員駢洪

陳委員有慶

陳委員旺全

陳委員炳宏

陳委員莉茵

黃委員啟嘉

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

全國工人總工會楊常務理事峯苗(代理)

國家發展委員會人力發展處阮專門委員偉芳(代理)

肆、請假人員：李委員育家

伍、列席人員：

本部社會保險司  
中央健康保險署

盧副司長胤雯  
李署長伯璋  
蔡副署長淑鈴  
李組長純馥  
戴組長雪詠  
周執行秘書淑婉  
洪組長慧茹  
邱組長臻麗  
陳組長燕鈴

本會

陸、主席：周主任委員麗芳

紀錄：馬文娟、張靈

柒、主席致詞

各位委員大家早安，首先感謝這段期間大家對健保議題的關心，尤其本次會議委員提出之議案都攸關民生與健保制度，委員對全民健保的關心，陳部長時中都知道，也相當支持，很感謝大家對全民健保的永續發展貢獻心力。

另外，感謝中醫師公會全國聯合會陳理事長旺全、牙醫師公會全國聯合會王理事長棟源及謝前理事長尚廷，在他們的帶領下，安排委員們實地至嘉義縣、臺南市及澎湖縣參訪偏鄉醫療服務，委員們對總額部門在偏鄉醫療服務及相關專案計畫所投注的心力及堅持，都深受感動，亦十

分感佩。

## 捌、議程確認

決定：

- 一、衛生福利部於本(108)年 6 月 26 日交議有關 108 年 C 型肝炎藥費專款不足案，具時效性，爰同意於議程確認後，列為優先討論之議案。
- 二、臨時提案「建請中央健康保險署就其最近預告修正之『全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 33 條修正草案』，於本會提出財務影響報告(例如將增加金額及對點值之影響等)，並在本會形成共識前，暫停公告及施行」，因涉及修正草案之預告期間至 108 年 7 月 19 日，確具時效性，同意將其列入議程，安排為討論事項第四案，原討論事項第四、五、六案，順延為第五、六、七案。餘照議程之安排進行。

## 玖、衛生福利部交議「有關 108 年 C 型肝炎藥費專款不足」案(新增)

決議：經委員充分討論，為加速我國根除 C 型肝炎目標之達成，增加治療人數，關於衛生福利部交議「有關 108 年 C 型肝炎藥費專款不足」案，建議如下：

- 一、本案請衛生福利部優先爭取由公務預算支應。
- 二、在無適法性疑慮前提下，對公務預算不夠支應之經費缺口，勉予同意由 108 年度全民健康保險醫療給付費用總額「其他預算」項下之結餘支應，並以 19 億元為上限。

附帶決議：請中央健康保險署及各部門總額相關團體，未來妥適規劃各項專款項目之預算及其執行方式，並有效控管預算執行，避免發生預算超支情形。

## 拾、請參閱並確認上(第 3)次委員會會議紀錄

決定：確認。

拾壹、上(第 3)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 11 案)：同意依照幕僚之擬議，解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤案(共 5 案)：同意依照幕僚之擬議，繼續追蹤。

二、歷次委員會議未結案件辦理情形：

(一)擬解除追蹤案(共 15 案)：依委員意見，項次 5、項次 6、項次 7、項次 8、項次 9 及項次 10 等 6 案改列繼續追蹤，其餘 9 案依幕僚之擬議，解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤案(共 18 案)：同意依幕僚之擬議，繼續追蹤。

三、為辦理各總額部門執行成果評核作業，請中央健康保險署儘速提送執行成果報告，俾利評核委員進行評核。

四、餘洽悉。

拾貳、討論事項

第一案

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通則(草案)，提請討論。

決議：依會議決議修訂條文，餘照案通過，訂定 109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商原則，如附件一。

第二案

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程序(草案)，提請討論。

決議：

- 一、照案通過，訂定 109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序，如附件二。
- 二、請各總額部門及中央健康保險署依協商程序配合辦理以下事宜：
  - (一)於 108 年 9 月 5 日前，如期提送所規劃之「109 年度總額協商因素項目及計畫草案」，資料送會後不宜臨時提出新增資料或更動內容。
  - (二)請提供各協商項目或計畫執行內容之詳細說明，其中「執行目標及預期效益(含評估指標)」，請以結果面指標具體呈現資源投入效益，以利總額協商及落實預算檢討。

### 第三案

提案單位：本會第三組

案由：全民健康保險各部門 107 年度總額執行成果評核獎勵額度案，提請討論。

決議：

- 一、109 年度各部門總額之「品質保證保留款」專款作為 107 年度總額執行成果評核獎勵額度，其計算方式：
  - (一)計算基礎：以各部門評核年度(107 年)一般服務預算為計算基礎。
  - (二)獎勵成長率：依評核結果所獲等級，「特優」級給予 0.5%、「優」級給予 0.25%、「良」級給予 0.1% 獎勵成長率。
- 二、原 106 年度列於各部門總額一般服務之品質保證保留款額度，與 109 年度各部門總額之「品質保證保留

款」專款合併運用。

第四案(本次臨時提案列入，如附件三)

提案人：吳委員榮達、滕委員西華、蔡委員登順

代表類別：學者專家及公正人士

案由：建請中央健康保險署就其最近預告修正之「全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 33 條修正草案」，於本會提出財務影響報告(例如將增加金額及對點值之影響等)，並在本會形成共識前，暫停公告及施行，提請討論。

決議：

- 一、因中央健康保險署刻正依行政程序法所訂預告程序公告修正草案，爰委員對於公告內容所提意見，併發言實錄送請該署參考。
- 二、至委員關切之財務影響，請中央健康保險署於研提 109 年度總額協商草案時一併考量。

第五案(原列第四案)

提案人：何委員語、陳委員炳宏、葉委員宗義、張委員文龍、  
李委員育家

代表類別：保險付費者之雇主代表

案由：建請衛生福利部依法公告實際平均眷屬人數，並確實調降全國相關投保單位負擔員工健保費之計費基礎，改善目前不合理的收費，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

第六案(原列第五案)

提案單位：中央健康保險署

案由：增刪修訂「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 2 條第 1 項第 2、第 3 款之附表一及附表二指標項目案，提請討論。



主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

#### 第七案(原列第六案)

提案人：趙委員銘圓、干委員文男、陳委員炳宏、何委員語  
代表類別：保險付費者代表

案由：建請中央健康保險署會同醫院總額部門研議 109 年度總額協商草案，將「提升住院護理照護品質」項目，由一般服務項目重新移列回專款項目，以便專款專用和真正改善護理人員待遇，讓本會編列預算美意真正能夠落實，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

### 拾參、報告事項

#### 第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：108 年 5 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

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：牙周病統合照護計畫之管理機制及醫療利用情形(含管控措施及監測指標)，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、中華民國醫師公會全國聯合會

案由：強化基層照護能力及「開放表別」項目之檢討及規劃，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

#### 第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險業務監理指標之監測結果，請鑒察。

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：「健保新藥預算預估模式研究」委託研究計畫成果報告，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

拾肆、散會：下午 14 時。

## 109年度全民健康保險醫療給付費用總額協商原則

第4屆108年第4次委員會議(108.6.28)通過

### 一、基期

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

### 二、醫療服務成本及人口因素

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

### 三、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

總額協商之前提，應考量全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨；且所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形連動，對有限健保資源，應予合理配置。

### 四、協商因素

#### (一)給付項目之調整：

健保署會同各總額部門研擬之年度協商草案，請依本會第2屆104年第2次(104.3.27)委員會議討論通過之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程」辦理。本會權責為協議訂定醫療給付費用總額及其分配，協商雙方應本對等原則，考量各總額部門之醫療衡平發展，就協商之項目給予合理配置，不涉及個別給付項目之決定。

#### (二)各部門之「品質保證保留款」：

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

#### (三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)之扣款：

- 1.列為協商減項，扣減107年度違反特管辦法第37、39、40條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮

同儕制約精神而主動舉發之案件，且不納入 110 年度總額協商之基期費用。

2.本項扣款數值，以協商時中央健康保險署提供者為準。

(四)一般服務之協商因素項目，應於年度協商時提出執行目標及預期效益(含評估指標)、醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。並於年度實施前提出具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則應核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(五)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。

## **五、專款專用項目**

(一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商考量。

(二)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。

(三)有特殊性、鼓勵性、目標性之新增計畫，宜列為專款項目，俟其執行具相當成效後，再移至一般服務項目。

(四)新增計畫應於年度協商時提出試辦期程、執行目標及預期效益(含評估指標)、醫療服務內容、費用估算基礎、實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)，以利檢討退場或納入一般服務。

(五)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

## **六、其他原則**

(一)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。

(二)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，於衛福部核(決)定前，應經雙方具

有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會會議規範」正式提案，才得進入討論程序；於衛生福利部核(決)定後，則依「全民健康保險會會議規範」正式提案。

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

## 109年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序

第4屆108年第2次及第4次委員會議(108.4.26及6.28)通過

### 一、工作計畫表

工 作 項 目 及 內 容	預 訂 時 程
<p><b>一、協商前置作業</b></p> <p>(一)討論 109 年度總額協商架構、通案性原則及協商程序。</p> <p>(二)召開各部門總額執行成果評核會議： 檢討、評估各總額部門 107 年度協定事項執行情形。</p> <p>(三)109 年度總額案於衛福部交議後，進行各項相關作業：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.請衛福部派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策方向。</li> <li>2.確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。</li> <li>3.提供協商參考資料「全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽-108 年版」。</li> <li>4.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算規劃草案。               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)規劃草案內容應包含協商減列項目及預估金額。</li> <li>(2)各總額部門與健保署擬訂規劃草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。</li> </ol> </li> </ol> <p>(四)安排總額協商之相關座談會/會前會。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.召開 109 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會：           <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)請各總額部門及健保署報告所規劃之 109 年度總額協商因素項目及計畫草案，並進行綜合討論。除簡報外，請提供各協商項目或計畫之詳細說明如下：               <ol style="list-style-type: none"> <li>①執行目標及預期效益(含評估指標，若能提出分年目標值尤佳)。</li> <li>②醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>	<p>本會 108 年第 3 次、第 4 次委員會議 (108 年 5 月 24 日、6 月 28 日)</p> <p>108 年 7 月 18、19 日</p> <p>本會 108 年第 5 次或第 6 次委員會議 (108 年 7 月 26 日或 8 月 23 日)</p> <p>本會 108 年第 6 次委員會議 (108 年 8 月 23 日)</p> <p>108 年 8 月</p> <p>108 年 8 月</p> <p>109 年度總額協商草案會前會 (108 年 8 月 22 日全天)</p>

工 作 項 目 及 內 容	預 訂 時 程
<p>執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。</p> <p>(2)請幕僚彙整評核會議評核委員之共識建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。</p> <p>2.召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。</p> <p>3.另視需要召開座談會。</p> <p>4.請各總額部門及健保署提送所規劃之「109 年度總額協商因素項目及計畫草案」(提供各協商項目或計畫之詳細說明同上)。</p>	<p>108 年 8~9 月</p> <p><u>108 年 9 月 3 日</u></p> <p>108 年 8~9 月</p> <p>108 年 9 月 5 日</p>
<p><b>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</b></p> <p>(一)協定各部門總額成長率及分配方式。</p> <p>1.召開總額協商會議。</p> <p>2.協商結果提委員會議討論、確認。</p> <p>(二)協定各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。</p> <p>(三)年度整體總額協定成長率及其分配之確認，及報請衛福部核定及公告。</p>	<p>108 年 9 月 26 日全天，若有未盡事宜，於 9 月 27 日上午 11 時繼續處理。</p> <p>本會 108 年度第 7 次委員會議(107 年 9 月 27 日下午)</p> <p>本會 108 年第 8 次、第 9 次、第 10 次委員會議(108 年 10 月 25 日、11 月 15 日、12 月 27 日)</p> <p>108 年 11~12 月</p>
<p><b>三、協定事項之執行規劃與辦理</b></p> <p>(一)健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案，報請衛福部核定公告。</p> <p>(二)各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或各總額部門專案報告。</p>	<p>108 年 10 月~109 年 12 月</p>

## 二、協商共識會議

(一)時間：108年9月26日(星期四)上午9時30分起，全天；9月27日(星期五)上午11時~下午2時(若有協商未盡事宜)。

(二)與會人員：

1.付費方：付費者代表之委員。

2.醫界方：

(1)保險醫事服務提供者代表之委員。

(2)牙醫、中醫、西醫基層、醫院等總額部門協商時，由該總額部門代表之委員主談，各部門並可推派9名代表協助會談，推派之協商代表需經充分授權。

(3)護理及藥師公會全聯會代表委員可參與相關部門總額之會談。

(4)門診透析服務：由西醫基層及醫院部門代表之委員主談，並邀請台灣腎臟醫學會推派1名代表列席說明。

3.專家學者及公正人士、國家發展委員會及主管機關代表委員。

4.社保司與健保署相關人員及本會幕僚。

(三)進行方式：

1.分場次協商牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院等各部門總額，及健保署管控之「其他預算」。

2.各部門之協商順序，於7月份委員會議抽籤確定後，不可臨時要求變更。

3.各部門協商時間如下表：

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

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

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

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



#### 4. 相關原則：

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

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

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

(1) 付費者代表委員間無法達成共識時：

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

(2) 總額部門內部無法達成共識時：

由該總額部門代表之委員召集內部會議協調醫界方案。

(3) 總額部門與付費者委員無法達成共識時：

由付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員各自提出一個建議方案。

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

### 三、委員會議

- (一)時間：108 年 9 月 27 日(星期五)下午 2 時起，半天。
- (二)確認協商結論(共識方案或雙方建議方案，含成長率、金額、協定事項)，協定事項之文字在不違反原協商意旨前提下，可酌予調整修正。
- (三)依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，未能達成共識方案時，應將委員會議確認之付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員建議方案，報請主管機關決定。至於個別委員對建議方案有不同意見時，得於建議方案確認後，提出不同意見書，由健保會併送主管機關。

臨時提案

全民健康保險會提案單

附表

提案日期：108年6月28日

提案者	吳榮達
委員代表類別	專家學者及公正人士
提案屬性 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 一般提案 <input checked="" type="checkbox"/> 臨時提案 <input type="checkbox"/> 修正案 <input type="checkbox"/> 復議案
案由	建請健保署就其最近預告修正之「全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 33 條修正草案」，於本會提出財務影響報告(例如將增加金額及對點值之影響等)，並在本會形成共識前，暫停公告及施行，提請討論。
說明	<p>一、依據 108.5.16 健保署預告修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 33 條修正草案」，該草案中詳載「修正本條第一款第一目錠劑或膠囊劑基本價由 1.5 元調升為 2.0 元、具標準包裝基本價由 2.0 元調升至 2.5 元；第四目含青黴素類、頭孢子菌素類抗生素及雌性激素之注射劑基本價由 25 元調升為 30；第五目其他注射劑基本價由 15 元調升為 20 元」。</p> <p>二、由於該等給付標準之調漲，將大幅增加健保給付金額，因而連帶影響點值或健保費用負擔，故建請健保署應就其最近預告修正之「全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 33 條修正草案」中給付項目調漲支付標準後將增加之健保給付金額及對點值之影響向本會提出評估報告，並在本會形成共識前，暫停公告及施行。</p>
擬辦	如說明二。

吳榮達 簽名  
6-1

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

第 4 屆 108 年 第 4 次 委員 會議

與 會 人 員 發 言 實 錄



## 壹、「主席致詞」、「議程確認」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。現在出席的人數已經過半，達法定開會人數，請示主任委員是否宣布開會？

周主任委員麗芳

- 一、各位委員大家早安，首先感謝這段期間大家對健保議題的關心，尤其本次會議委員提出許多議案都攸關民生與健保制度。同時也要感謝中醫師公會全聯會，在陳理事長旺全的號召之下，於4月10日到11日舉辦「中醫門診總額專案計畫實地訪視活動」，實地到嘉義縣及台南市，讓大家看到偏鄉醫療需要很多的堅持跟執著；另外也要感謝牙醫師公會全聯會，在王理事長棟源及謝前理事長尚廷帶領之下，在5月29日~31日進行牙醫門診總額參訪活動，實地到嘉義縣及澎湖縣，看到牙醫部門投入基層醫療及偏鄉牙醫醫療服務，大家深深感受到牙醫部門的用心與努力。
- 二、也感謝在座雇主代表委員，在何委員語帶領之下，提出建請衛福部依法公告實際平均眷口數的議案。據我所知，大家的心聲陳部長都知道，陳部長確實是非常關心健保永續發展，在此特地向大家報告。今天會議正式開始，謝謝。

司儀

議程確認。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

主席、各位委員早安，我提程序問題。會議補充資料的第三點，議程新增「六、衛生福利部交議『有關108年C型肝炎藥費專款不足』案」，擬辦一是先進行協商會議，擬辦二是協商會議結論送委員會議確認。對此提出程序問題，我反對本案列入今日議程：

- 一、依據會議資料第89頁，108年度總額協商通則第六條其他原

則，明文規定「(一)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之，但醫療費用總額經衛福部核定後，對已協定各項目金額之增減應正式提案，在本會議決前，並應再經總額部門與付費者代表協定程序，不在此限」。

- 二、本案與部長核定公告的 108 年度總額不符，印象中，去年部長核定的結果，比本會協商的共識方案增加 C 型肝炎藥費 13.7 億元，對增編額度部份我們也都接受。但 108 年度總額已經核定公告後正式執行，108 年度總額已經在進行中，於進行中再提出經費不足，已經違反 108 年度總額協商通則第六條其他原則的規定，本案首先就違反總額協商通則。
- 三、其次，究竟本案的性質是復議案還是正式提案？如果為正式提案，則違反 108 年度總額協商通則規定；就健保會的會議規範，如果是復議案，則已經執行的決議如何能再提復議案？請問本案是以復議案提出嗎？如果不是復議案，今天不能提出本案。我反對本案列入今日議程，這違反 108 年度總額協商的相關規定。如果今天是以復議案提出修改 108 年度總額協商通則的相關條文，本案或許可以考量，但是 108 年度總額協商通則的規定已明定在此。若為復議案，則須遵循復議案的程序，由當時在場協商的委員參與。
- 四、現在即將進入 109 年度總額協商，今天的會議已經要討論 109 年度總額協商通則及程序規範。108 年度總額在去年 12 月部長核定公告後已經完成法定程序，已經告一段落，不宜再做任何更改或變動。我提出議程修正案，提議刪除新增議程第六項。

周主任委員麗芳

謝謝何委員語所提修正案及說明。想聽聽大家的意見，先請公正人士賴委員進祥，請就法律觀點向委員說明您的見解。

賴委員進祥

本案性質應該不屬於復議案。復議案的相關規範，主要的目的是拘



束出席會議委員，對已議決的議案不能夠反覆無常重新提出討論，以免發生議而不決或決而不行的情形。本案屬於主管機關的交議案，應該不受復議案相關規範的拘束。

周主任委員麗芳

就剛才賴委員從法律觀點提出的想法，此案是否仍按照原規劃的議程安排，之後大家還會針對此議案作充分討論。請何委員語。

何委員語

- 一、再重述一遍，我剛才的意思不是說此案是復議案，而是在說明整個程序的過程而已，重點在於程序。本案需要回歸 108 年度總額協商通則第六條其他原則第一項規定，文字已經規定得很清楚了。
- 二、因此，我提出議程修正案，您要徵詢有沒有委員附議，要進行表決也可以，如果經半數以上委員表決通過納入議程，那就列入討論案，如果認為違反 108 年度總額協商通則所定的程序，那就否決，通過或否決請大家決定。

周主任委員麗芳

請社保司說明。

商委員東福

今天本部提出本項交議案，剛剛何委員語提出他的見解。我們也是尊重大家的意見，我們確實是交議本案給委員審議。

周主任委員麗芳

在大家充分溝通討論前，請醫界代表就本案實質及必要性提出想法，請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、這個問題是在於 C 肝的問題，我記得上個月在健保署開會的時候，我就看到剩下 7 千人，只有剩下 7 千人能夠用，我就感覺到這個問題對老百姓會產生很大的影響。昨天我又看到 1 個報導，到下個月底全部用完了，又提前了 2 個月，我本來預估到 9 月，現在變成 7 月份就全部用完。這個議案最主要是我們

用在於老百姓的身上，能夠幫忙老百姓，我們全體委員都是為了台灣的老百姓在努力奮鬥，我們希望這個議題能夠有個很成熟的結果，不要有很多的困擾。

二、我們主要是治療台灣的老百姓，因為我們是 4.7%和 4.0%多之間有個落差，這次先把它補足並不是把它用完，這是第一次我們可以來試試看，因為這是特案 C 肝，C 肝治癒率我可以講是到 90%幾以上的，9 成 8、9 成 9 的治癒率，C 肝對台灣老百姓絕對有最大的影響力，而且後端醫療可以節省很多的醫療支出，早期我們常說 C 肝一定要有公務預算支應，當時我的想法是對台灣老百姓有用處的、絕對有效果，像這次 C 肝的效果大家都可以去問李委員偉強，他可以告訴大家 C 肝整個的治療...。

何委員語

主席，程序問題！從我提議到現在都在詢問東詢問西，我所提的修正動議案為什麼不徵詢委員是否附議？先徵詢附議是否列入討論案，沒有附議怎麼就進入討論，會議規範是這樣規定的嗎？

周主任委員麗芳

我充分了解何委員語您的意見...請鄭委員建信。

鄭委員建信

請教第一個問題，補充資料新增議程第六項部分，議程安排是編列在報告事項還是臨時動議呢？安排在報告事項前或後，還是討論事項第七案？補充資料黃色單張第三項新增議程六部分安排在議程的哪個部分？(周執行秘書淑婉：在報告事項之前)OK，謝謝。

謝委員武吉

剛才我的話題還沒講完，現在請尊重我一下，對不對？

周主任委員麗芳

請謝委員武吉。

謝委員武吉

如果 C 肝治療沒有效果就可以立即停止，因為這個治療效果非常

好，我們應該愛護台灣老百姓，還是要讓台灣老百姓在落魄的狀況下來生活呢？大家思考一下。

周主任委員麗芳

請鄭委員建信。

鄭委員建信

現在進行議程確認，我需要再詢問及確認。關於剛才請教第 1 點，謝謝回復。關於何委員語提到總額協商通則部分，不是很清楚相關的規範，請教這協商通則是規範當時怎麼協商的原則，還是可以規範本會所有議案的討論。我覺得何委員語所提意見很有道理，如果總額協商通則只是規範本會，問題就涉及本案的性質為何，如果總額協商通則沒有規範本會，僅規範進行總額協商的原則，就是另一個問題。

周主任委員麗芳

請許委員駢洪。

許委員駢洪

我擔任被保險人的代表以來，秉持盡其所職、盡其所司的扮演這個角色，C 肝問題在雲林縣是最嚴重，既然本案是交議案，一定有其必要性，為什麼我們不討論呢？拜託各位，本案一定要進行討論，攸關被保險人的重要權益。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、補充說明，起初通過 C 肝藥費的時候，可以調閱去年協商過程的紀錄，有寫到如果總額的 C 肝預算不足，由主管機關編列公務預算支應，請健保會幕僚調閱去年落下的文字。之前的文字紀錄似乎都沒有作用，請問今年如何進行總額協商？總額協商根本沒有作用，是不是？而且已經違反總額協商通則的規定，這是我對本案的主要立場。

二、對於 C 肝藥費，去年委員會議的決議我們已經同意編列預算

(51.66 億元)，部長又增編 13.7 億元，我們也都接受了，但也落下如有經費不足主管機關應編列公務預算支應的相關文字，總額協商相關紀錄可以調閱給大家看。去年主席是健保會的專家學者委員，這些事情都有相關的記錄，也寫得很清楚，這就是問題的所在。

三、我想來參與委員會議的委員都很照顧患者及全民的健康，每位委員都是，我何語也是，我做很多照顧民眾健康的事情，最近協助 2 個基金會，不足掛齒的事情。回歸正題，我認為要有合情合理合法的規範，如果不遵循，今年總額如何協商，我也可以提出反對協商的意見，不要協商，由主管機關決定就好！這就是問題所在。

四、這個議案干委員文男曾與我討論連絡否決掉，現在干委員文男還沒有發表意見，希望大家要遵循程序規範，如果不遵守，那今年總額不要協商，為什麼要總額協商？我想在座每位委員都很關心全民的健康，沒有人不關心全民的健康，就是因為太關心了，所以當時明定經費不足應編列公務預算支應，請政府編列公務預算，政府去年超收 8 百億元稅金，怎麼會沒有錢。

陳代理委員錦煌(蔡委員明鎮代理人)

一、第 1 次發言，約 10 年前我擔任費協會委員的時候，就非常重視 C 肝的問題，請參閱全民健康保險業務執行報告第 95 頁，共計 3.1 萬多人使用 C 肝新藥，南部占 1 萬多人，東區約 8 百多人，最近雲林地區許多民眾罹患肺腺癌、肝癌，不論本案是復議案或交議案，我都贊成，希望編列足夠的經費。

二、台大醫院雲林分院的院長曾提到經費不足，民眾要自費，也向我提了好幾次，剛剛遇到署長時，拜託署長一定要關心雲林縣的縣民，像六輕工廠設立在雲林台西，嚴重影響民眾的健康，我想不管是交議案還是復議案，我贊成本案要討論。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

## 千委員文男

- 一、以程序正義來講，要贊成何委員語所提的意見。我私下請教他和其他委員，這是從來沒有發生過的事情，不論是從健保開辦以來，還是健保會成立至今都沒有前例，以往沒有產生的問題，現在卻把責任都加諸在健保會身上。
- 二、尤其是 108 年度總額已經完成協商，衛福部也已經核定公告了，現在要將剩餘的錢要拿來用，真的是為難所有委員。如果這樣做，未來總額協商的時候，委員為了公平起見，是不是通通答應編列經費就好了，這會產生許多後遺症。況且 C 肝藥費是延續性的項目，並不是緊急偶發事件。
- 三、我們都站在消費者的立場愛護全民，但也不能違法處理這個以前從沒有過的事情。如果 19.36(註)億元全數支應 C 肝藥費，明天報紙一登，社會認為總額協商都核定公告了還可以再追加預算，以後怎麼交代？我們還是要遵循程序正義，現在的政府是最主張程序正義的。本案如果不討論，也有其他的方式處理，下次總額協商時提出經費不足，不要提到這裡協商，讓所有委員背黑鍋，以後不夠預算的通通都要拿到足，哪有這種道理！  
(註：經試算行政院核定 108 年度總額上限成長率及衛福部決定成長率之差距為 0.283%，金額約為 19.36 億元。)

## 周主任委員麗芳

先請邱委員寶安，再請周執行秘書淑婉說明。

## 邱委員寶安

- 一、以我多年參加會議的經驗，沒有在程序問題討論這麼久的，現在大家的發言應該是會議的詢問，應該不是程序問題。
- 二、何委員語所提意見很清楚，有關 C 肝藥費的經費，總額已經有編列預算了，以前也有決議不足額的部分要編列公務預算支應，何委員語的意思是這樣，現在一下子問公正人士、一下子問其他委員，一個程序問題問這麼久，會議不就要開到明天。
- 三、請主席趕快決定，是否進行表決還是有其他處理方式，有人提

出修正就要徵求是否有人附議，趕快處理，就可以趕緊裁決嘛！

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

剛剛多位委員提出詢問一併回應及補充說明：

- 一、關於何委員語提及去年協商有公務預算編列支應的相關決議，幕僚剛才查證結果，在 105 年協商 106 年度總額時，C 型肝炎用藥相關的決議文字有「應編列相對比例之公務預算」，在此提出說明。
- 二、關於鄭委員建信詢問協商通則中經協定後不得變動之規定，其效力範圍為何？幕僚在此說明，該通則規定是指當次總額協商的結果經過雙方共識並做成的決定，定案後就不要再變更。對於這次衛福部的交議案，應界定屬類似追加減預算的概念，希望委員會議就已核定公告的 108 年總額以外，是否同意增加預算的部分進行討論。目前是討論本部政策交議案在議程安排的妥適性，有關實質內容的討論及意見交換，建議委員在議程安排的時段再討論。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、我仍堅持我的立場，如果 109 年度編列 C 肝預算，我會支持。11 年來我參與全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，很多健保不給付項目我都支持納入健保支付，後來健保署也從善如流，將很多原來非健保支付項目納入健保支付，這些增加全民健康的事情我都很支持，每個委員都很重視全民健康，沒有人會想要去妨礙。
- 二、就是因為 106 年度總額已經落下 C 肝預算要由公務預算支應的決議，107 年度也一樣(註)，這些都有紀錄，請拿出來。最

近查閱歷次會議的紀錄，都有寫 C 肝不足預算要由公務預算支應。剛才我也說明得很清楚，去年總額協商時，付費者同意編列 C 肝預算 51.66 億元，部長又增編 13.7 億元，共計 65.36 億元，我們也接受了，在去年底都已經核定公告，也就是 108 年度總額訂定程序全部完成了。今年突然說預算不夠，要健保會再協議編列預算，哪有錢？去年底總額協商已經結束了，怎麼還會有經費呢？

(註：105 年 9 月份委員會議決議「106 年度醫院醫療給付費用總額及其分配」之付費者方案略以：全年經費 26.55 億元，106 年應編列相對比例之公務預算，107 年新藥應全部由公務預算支應)

三、我們支持 109 年度總額編列 C 肝預算，但反對今天對 108 年度總額再度協商。大家可以調閱去年總額協商開會的紀錄，一定有一段如果 C 肝藥費不足要編列公務預算支應的紀錄，因此，建議本案編列公務預算支應。

四、上屆委員已經完成 108 年總額協商任務，協商結果也經過衛福部核定，而且在 107 年 12 月 5 日公告完成，程序結束。現在要這屆委員再進行 108 年總額協商，不是這樣處理的，怎麼會要這一屆委員推翻上屆委員完成的總額協定內容呢？不能這樣做，這就是我剛才說的程序正義問題。

周主任委員麗芳

各位委員，這個案子其實我們已經進入實質討論了，各位委員的意見並不一致，也有人贊成要討論，周執行秘書也解釋這是追加減預算的概念，與通則不得變更的規定不太相同。既然委員已經進入實質討論，建議這個議案直接移到現在討論，剛剛何委員語及各委員也都提出許多意見，大家可以開誠布公討論支持或不支持。既然是部的交議案，陳部長也非常關心健保，可以透過大家的討論一起為健保打拼，是不是就進行討論。

陳代理委員錦煌(蔡委員明鎮代理人)

主席，開會吵半天，建議開始進行討論，如果不同意，你們就表態

反對，同意就討論，不能不討論。大家要討論是用公務預算還是健保預算，反對就反對、贊成就贊成，就這樣！

周主任委員麗芳

建議進行議程變更，將新增議程第六項往前移，議程確認後就進入討論，委員們已經花許多時間討論...

何委員語

程序問題！我提議是刪掉第六項，您提議是議程變更，建議進入表決。若多數支持議程變更我也尊重，支持刪掉我也尊重，請進入議事程序。

周主任委員麗芳

一、何委員語您的意見我了解，但因為健保會一向以和諧為貴，大家每個月見面開一次會議，剛坐下來就動用表決似乎不妥。我很誠心的期盼能和諧，大家有機會對本案表達意見，反對也好、贊成也好。既然衛福部這麼關心本案，健保會委員也有職責一起來看看這個案子，等一下也有安排重點說明，讓委員了解後有機會表示意見。

二、懇請何委員語，我們秉持健保會和諧為貴的精神，先進行本案討論，也不知道最後的結果為何，在此我誠心拜託何委員語，讓大家交換意見，委員們也聽聽部對本案的看法，到底 C 肝的問題有多嚴重需要大家關心，懇請何委員語能以和諧為貴。

何委員語

我先提出動議案，請您徵求附議。

周主任委員麗芳

要表決嗎？

陳代理委員錦煌(蔡委員明鎮代理人)

沒辦法，委員堅持要表決。

邱委員寶安

本案很簡單，他提程序動議，如果沒有委員附議就納入討論，有委



員附議就不討論，剛剛也有委員提出進行討論的意見。因為去年我們不是委員，不知道應該是編列公務預算還是健保預算？這筆費用是花在被保險人身上，本會有公正人士，可以徵詢他們的表示。

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

謝謝；我認同邱委員寶安、何委員語的說法，也尊重 C 肝新藥在醫療上的功德，但我要提「區隔帳戶」這個觀念，請區分帳戶歸類管理。釐清這筆費用到底是歸屬公務預算還是健保總額預算，如屬總額預算，是我們的職掌，在健保法第 5 條寫得很清楚，而如屬公務預算，健保法第 5 條有無提及？我們要明確區隔預算管理，若要交給健保會審議或協議，必須符合第 5 條職掌。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

我建議程序上可用表決處理，實質討論部分盡量以共識方式，比較不會浪費時間。

周主任委員麗芳

請幕僚同仁準備相關作業。何委員語建議本案撤案，不納入議程，也有委員贊成原議程規劃，我雖然不願意，不得已只好進行表決。

干委員文男

主席，程序問題，剛才何委員語提出的異議，現在已經進入實質討論，如果...。

周主任委員麗芳

何委員語是建議撤案。

干委員文男

這筆額外的費用是公務預算出還是健保總額預算出？如果是公務預算就沒得討論。

周主任委員麗芳

干委員文男是建議大家正式進入實質討論，是否不要表決？各位委員都很有默契，是不是直接討論，拜託何委員語，連干委員文男都搞混了。

何委員語

一、我今天慎重對本案提出程序動議，是要讓衛福部了解，不要隨意到健保會提案，我的用意在此，也要讓所有委員了解健保法的權責與相關法條規範，以及總額協商通則的規定，這是我很在意的地方。

二、既然這樣，我收回程序動議，進入實質討論。

周主任委員麗芳

謝謝何委員語，現在調整議程，將第六項衛福部交議案提前討論，請同仁宣讀。

貳、「衛生福利部交議『有關 108 年 C 型肝炎藥費專款不足案』」  
與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請社保司代表說明。

梁組長淑政

- 一、簡單說明本次本部交議健保會「有關 108 年 C 型肝炎藥費專款不足」案之追加情形，今年 4 月份諮詢 109 年度健保總額範圍時，因為 108 年 C 肝藥費預算有不足現象，本於治療不中斷原則，希望在 109 年預算中編列 108 年預算不足數。
- 二、109 年總額範圍草案，經行政院交由國發會審議時，在專家審議會議中，專家學者建議，109 年度總額範圍最好用於 109 年醫療費用支出，不宜回補 108 年預算。但對於 108 年 C 肝治療藥費專款不足款的問題，也同時建議，因行政院核定的 108 年度總額範圍上限，與健保會協定結果尚有部分差值，為讓預算有效運用，可用此差值之預算支應 108 年 C 肝新藥專款不足。
- 三、本部基於 C 肝治療不中斷原則，及 C 肝治療是屬於中長程的範圍，如不立即治療，費用會遞延至未來年度總額，考量當年度預算的有效運用，才會提出 108 年 C 型肝炎藥費專款不足案，請委員討論。

周主任委員麗芳

請本會幕僚說明。

陳組長燕鈴

- 一、請委員參閱會議補充資料第 7 頁，幕僚先說明 108 年度健保總額與 C 型肝炎藥費訂定之過程與相關數據：
  - (一)請看說明二，107 年 8 月 10 日衛福部依健保法第 61 條，將行政院核定之總額範圍交議本會協商，行政院核定成長率上限為 4.5%，另為加速國人根治 C 肝，同意所請增列 108

年 C 型肝炎口服新藥費用，惟增列額度不得超過 4.7%，即上限有 4.5% 及 4.7%，其中 4.7% 是包含 0.2% 額外增加的 C 型肝炎藥費。

(二)本會 107 年 9 月協商結果，108 年度總額成長率為 4.217%，其中 C 型肝炎藥費預算為 51.66 億元，分別編列於醫院總額 47.6 億元、西醫基層總額 4.06 億元，協商結果已於 107 年 11 月 7 日陳報衛福部。

(三)衛福部於同年 11 月 23 日核定，同意 4 個部門總額協定結果，並於其他預算決定增列「支應醫院跟西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之費用」13.7 億元，約占總成長率 0.2%，108 年度正式核定之總額成長率為 4.417%，並於同年 12 月 5 日公告在案。

(四)依據衛福部 107 年 12 月 5 日之公告，C 肝藥費於醫院總額編列 47.6 億元、於西醫基層總額編列 4.06 億元，及其他預算「支應醫院跟西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之費用」編列 13.7 億元，總計為 65.36 億元，相關協定事項請委員參考。

(五)根據衛福部本次交議於行政院核定 108 年度總額範圍內，協議增加預算，經試算行政院核定上限成長率及本會協定或衛福部決定成長率之差距為 0.283%，金額約為 19.36 億元，相關數字請委員參閱第 8 頁表格。

二、請委員參閱會議補充資料第 9 頁，本案相關法規提供委員參考：

(一)健保法第 61 條規定，本會應該於各年度開始 3 個月前，在行政院核定的總額範圍內協議訂定，不能於期限內協訂時，由主管機關決定。

(二)依本會組成及議事辦法第 10 條，如果無法於期限內達成協定，應分別就保險付費者、保險醫事服務提供者代表委員之建議方案中各提一案，報主管機關決定。

(三)另於會議補充資料第 27~31 頁檢附去年訂定之「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」。

三、剛才何委員語提到，108 年度總額協商有建議 C 肝藥費由公務預算支應的部分，經查，於 107 年 10 月委員會議確認 107 年 9 月協商結論時，附帶建議「本會協定之 108 年度醫療給付費用總額及其分配，已包含 C 型肝炎口服新藥費用，若政策上有增加該項經費之需要，建議由公務預算支應，未來如有類似匡列更多相關預算需求之情形，應納入總額協商整體考量，不宜以外加方式增列預算」，回應何委員語所提之相關決議，是確認會議紀錄時的附帶建議。

四、請委員參閱會議補充資料第 9 頁擬辦，本案會涉及 108 年度總額，所以建議依循總額協商程序辦理：

(一)先進行「協商會議」，協商會議各階段進程序列於會議補充資料第 30 頁，請委員參考。

(二)協商會議討論之結論，送請委員會議確認，再陳報衛福部。

周主任委員麗芳

為利委員討論，請健保署說明 108 年 C 型肝炎藥費執行情形及預算不足之狀況。

黃副組長兆杰

請委員參閱會議補充資料第 23 頁「有關 108 年 C 型肝炎藥費專款不足案」：

一、投影片第 1 張「歷年 C 肝病患就醫相關統計-門住合計」：

(一)長條圖呈現的是 C 型肝炎病人目前使用的醫療費用。紅色長條代表 C 肝病人的所有醫療費用，若不根治，只症狀治療，費用會持續成長，綠色長條圖才是使用 C 肝口服新藥之費用，可以治癒病人。

(二)如果不治癒 C 肝病人，其耗費的醫療費用就是紅色長條圖的部分，其費用遠高於使用 C 肝口服新藥，而且費用是持

續增加的，107 年已經增加到 134 億點，然而 108 年度 C 肝新藥費用只編列約 65 億元，若不治癒 C 肝病人，只能一直耗用健保資源來處理症狀，而且無法根治。

二、投影片第 3 張「歷年 C 肝各年齡層診斷新增人數」：

(一)不論是使用以前的干擾素治療或是現在的 C 肝口服新藥治療，C 肝新發生個案即感染 C 型肝炎者逐年在下降。

(二)為何 C 型肝炎部分我們一直強調治療？主要原因在於 C 肝沒有疫苗，B 型肝炎可以靠疫苗阻絕，讓新生兒不再感染 B 肝，但 C 肝不同，C 肝沒有疫苗，為了減少 C 肝病患，減少傳染率，就必須盡快治癒 C 肝感染者，才能減少新發生個案。

三、投影片第 4 張「108 年 C 肝新藥使用情形」，截至 108 年 6 月 24 日，已有 36,832 人使用，目前只剩下 3,168 個名額，希望委員能支持多編經費來治療 C 肝患者，不只降低治療症狀的醫療費用，也能減少感染情形。

四、投影片第 5 張「108 年治療人數及不足額推估」，現行預算編列只能治療 4 萬人，若是不限名額來推估，低推估名額為 57,000 人，高推估名額為 70,000 人，但即使今天通過 19 億元的預算仍稍有不足。

五、投影片第 6 張「建議增加 108 年 C 肝用藥預算」，若是 108 年 C 肝新藥預算增加 19 億元，治療名額額外增加 13,000 人，也可試著與廠商協議，能否再降低治療費用，增加更多治療名額。

周主任委員麗芳

請李署長伯璋補充說明。

李署長伯璋

一、首先謝謝何委員語提及程序問題，健保費用應該面對所有病人，所以在費用考量下有些盲點。C 型肝炎治療與 B 型肝炎、其他疾病、癌症等都不太一樣，癌症每年用掉 1 千多億元，C 型

肝炎花的錢不多，但問題是病人最後會變成肝硬化，產生其他問題。

- 二、WHO(World Health Organization，世界衛生組織)希望 2030 年根除 C 肝，台灣是希望在 2025 年根除，我們正朝著目標努力，這是一個亮點，以我當醫生的角度來講，是台灣跨時代治療的里程碑。
- 三、至於 C 肝專案不足款要如何處理，部長是期待治療不中斷，站在健保署立場，C 肝新藥治療費用一開始要 170 多萬元，後來跟廠商談到約 24.9 萬元，今年價格更低，我們會持續努力降低藥品價格，治療更多病人。
- 四、雲嘉南有很多 C 肝病人，治療人數也很多，經過我們不斷的宣導，許多 C 肝病人都願意治療，但是沒錢什麼都不好做，有錢什麼都好做，拜託各位委員加以考量。

#### 周主任委員麗芳

從剛剛的報告內容中，摘要幾個重要數據讓委員再次了解：

- 一、行政院核定上限成長率與本會協定成長率之間的差距為 0.283%，金額約 19.36 億元。
- 二、健保署報告提到，19 億元可額外治療 13,000 人，接下來請委員討論。

#### 何委員語

- 一、我們了解 C 肝新藥確實有其療效，所以去年總額協商在西醫基層總額編列 4.06 億元，醫院總額編列 47.6 億元，總計約 51 億元，總額協商後陳報部長，請問部長再加多少錢？(幕僚：13.7 億元)部長核定再外加 13.7 億元，C 肝用藥總共編列 65.36 億元。另外 107 年 10 月委員會議也有附帶建議，若政策上有增加 C 肝新藥費用之需要，建議由公務預算支應。不可以回來再跟健保要錢。
- 二、請參閱會議補充資料第 9 頁，健保法第 61 條法條寫得很清楚「健保會應於各年度開始 3 個月前，在前條行政院核定之醫療

給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定，不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定」，依據條文內容、精神及法律規定，主管機關可以決定，我們也尊重部長多核定 13.7 億元。今天如果要變更已決定的 108 年度總額，再增加預算，是違反健保法第 61 條，違反法律，決議無效。

三、剛才也提到，我不反對 109 年度總額協商再編列 C 肝用藥相關費用，健保醫療費用是採年度結算，而且上一屆委員任期在 107 年 12 月 31 日結束，任務已完成。我們也支持衛福部依據行政院核定增列 C 肝藥費 0.2% 成長率(13.7 億元)，108 年度總額已核定公告，總金額已經定案，怎麼可以在年度執行中重新翻案，沒有這種事情。

四、健保法沒有任何條文提到可以追加預算，請問健保法哪一條提到總額協商訂定後或年度執行中可以追加預算？沒有！像健保署 107 年度其他預算項下的專款項目「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」經費不足，希望 108 年度能編列經費回補，本會也沒有通過，因為通過就違反相關規定。請問健保法哪裡提到總額核定後，可以在隔年任何時候變動總額協定結果，請拿出條文來說服我。

周委員穎政

我們心平氣和來討論。

何委員語

我很心平氣和，否則就拍桌子了。

周委員穎政

一、我認為問題要分為二個層次：

(一)第一個層次是 C 肝新藥有效或沒效？我相信專家及在座委員都同意 C 肝新藥的療效，越早使用對節省醫療支出是有幫助的，我想至少大家對這點有共識，何委員語應該也認同，如果有爭議，討論方向就不一樣，先釐清第一個層



次，大家都認同 C 肝新藥的療效及重要性。

(二)第二個層次是今天的核心問題，我們必須承認目前沒有能力在前一年預估來年有多少病人。不只是 C 肝新藥，新醫療科技都有此問題，我們是用理性假設推估下年度預算，與實際會有落差，算不準的後果由誰承擔？過去是醫界承擔，藉由點值打折來吸收，這次醫界不想吸收了，有多少經費就治療多少人，現在經費不足，醫界也沒能力承擔，C 肝不足款不是由公務預算挹注就是從健保總額支出。

二、最後回歸問題本質，這些病人還是要治療，只是經費是委員同意由健保總額預算支應，還是如何委員語所言，我們通過決議請公務預算出，公務預算就會出？如果這做得到，我們是不是也能通過決議，讓所有健保經費都由政府支出，以後也不用再討論了。

三、我想在座委員都同意，由公務預算支應對大家的壓力最低，若公務預算可以解決，今天也不用在此討論。我相信今天會提出本案，一定是公務預算這條路有阻力，因為政府預算支應有一定行政程序。今天討論重點在於 C 肝不足款是由公務預算出還是健保總額預算出，至於病人端，大家都同意需要治療，就不用再討論了。

周主任委員麗芳

請陳委員有慶。

陳委員有慶

我想各位委員都很重視民眾健康，但 C 肝不是急性病，不是急迫到不馬上治療就會有立即的變化。現在即將進入 7 月份，9 月又要協商明年總額了，最好的辦法當然是公務預算支應，若是無法支應，我建議 9 月總額協商再來討論決定。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、提出我對本案的看法，首先，總額專款從來都是專款專用，用完就沒有，怎麼能用完後又從源頭要錢。其次，本案也打破總額協商的原則，如果總額協定後，還想計算協定結果與行政院核定上限之間差距，爭取運用年度剩下的餘額，此原則一旦打破，協商機制就破功啦！健保會的功能形同虛設，以後也不用協商了，後遺症非常大，不希望發生這種事情。
- 二、我非常認同陳委員有慶的看法，目前 C 肝新藥預算還剩一點，我想可以支應到 9 月份，而且從治療到請款有時間落差，應該沒有問題。
- 三、如同何委員語所述，如果今天要通過，最好用公務預算支應，如果公務預算無法支應，就延到 9 月總額協商再討論，在座委員也還沒換屆，不要再爭議了。如果交議案打破原則，健保會連最後一點遮羞布都沒了，健保會要做什麼？協定的總額都沒有效，我說我的你做你的，請給健保會保留一點尊嚴。
- 四、大家都認同 C 肝要治療，但請於 9 月總額協商時再討論，如果大家同意就能很快解決，已經討論很久了，陳委員有慶的建議很好，我非常贊同，希望大家也能接受。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、我非常認同政府推動根治 C 肝的用心，C 肝新藥能納入健保我也出了一點力量，在 104 年討論時，我一直極力主張要納入健保，也因為政府政策的關係，以及健保署的認同，所以 C 肝新藥很快就納入健保給付。
- 二、我希望盡快根除 C 肝，但國家不能常常把政策所需費用推給健保。向各位報告，今年 1~5 月，健保安全準備金減少 154.5 億元，只剩下 1,970.6 億元，約 3.7 個月的安全準備，若政策一直無限擴張，安全準備金很快就會用罄，包括愛滋病治療費

用、政府對於分擔健保財務責任的認知、菸品健康捐分配比率不只降到 50%，又含 5%經濟困難者保險費的補助，實在有點過分。

三、健保的安全準備金還能撐多久？我贊成要根除 C 肝，但也要衡量我們財務的能力，若政府把所有費用都推到健保，最後只能走上調整保險費率這條路，各位應該深思。我同意 C 肝越快根除越好，但應該考量健保承擔能力，若政府所有政策我們委員都照單全收，將會是付費者災難的開始。

周主任委員麗芳

請賴委員進祥。

賴委員進祥

一、我想藉機會讓大家了解，肝病是台灣的本土疾病，有人稱肝病為國病，台灣每年約有 1 萬多人死於肝病，是非常嚴重的本土疾病。

(一)肝病主要是因感染 3 種病毒所造成的，也就是 A、B、C 三種肝炎病毒。其中 B 型肝炎我們自從 75 年實施全面接種之後，B 型肝炎帶原率已從 20%降到 0.8%，這是世界衛生組織一直稱讚的不平凡成就，由此可見我們 B 型肝炎防治做得很好。

(二)C 型肝炎因為病毒基因變異很快，無法研發疫苗，所以只能依靠藥物加以治療，早期 C 肝藥物治療費用需要新台幣 2、3 百萬元，所以得到嚴重 C 型肝炎的人，簡直就是坐以待斃。

(三)A 型肝炎也很嚴重，尤其在東南亞地區特別盛行，加上我們跟大陸兩地間來往頻繁，受感染的機會也相對的增加，故疾病管制署預防接種小組早就建議要將 A 型肝炎疫苗列入國人常規接種項目，但提了快 10 年，政府卻一直說公務預算不足，無法將之納入常規接種項目。我從公職退休之後，接任財團法人寶佳公益慈善基金會董事長職務，我們

就主動的提出「捐贈 A 型肝炎疫苗提供幼兒免費接種 10 年計畫」，由我們基金會捐贈 4 百萬劑疫苗，差不多 16 億元，提供全國所有新生兒童免費接種，由此彌補 A 型肝炎防疫缺口。

- 二、現在問題出在 C 型肝炎防治部分，已有治療藥物上市，而且藥物確實有效，藥物價格亦已壓低，全民健保也已納入給付範圍，如果因為經費不足，讓有些人不能受惠，結果造成民眾繳同樣的保費，卻有些人可以得到治療，有些人則還要苦苦等待，公平性會受到質疑。
- 三、政府最受民眾詬病的是，被人批評冷血、沒有一點人性、不能接地氣、順民意，當初 C 肝新藥納入健保給付，社會輿論一片叫好，大家認為功德一件，我認為應該要配合政府政策，體諒 C 肝病人及家屬的困境，支持衛福部提出的方案。

周主任委員麗芳

請問還有委員要表示意見嗎？請吳委員榮達、林委員敏華、許委員美麗。

吳委員榮達

對於本案，我僅就制度面探討，提出幾點意見：

- 一、我完全同意 C 肝要治療，但由制度面來看，以後總額還需要行政院訂定總額上、下限嗎？不用，只要上限就好，訂定上限後，其餘的就讓健保署或衛福部自行分配就好，因為不需要協商了。現行總額協商，是在行政院核定的上、下限之間，委員們考量健保收、支情形，經過反覆協商獲致共識後定案。如果協定後發現費用不夠，還可就協商沒達到上限的差額部分，提案增加預算，乾脆以後只要有上限就好，其他部分就由衛福部或健保署分配，這在制度面絕不允許。
- 二、如果本案通過，以後都可就協商後的差額，提出增加預算、增加給付的案子到健保會討論。比如上個月付費者代表提出癌症免疫療法治療差了 8 億元的案子，以後也可以比照辦理。此例

一開，後患無窮！就像何委員語所提，日後健保署費用不足就可提至這裡討論，因為認為還有協商結果與上限差額可以使用！就制度面我堅決反對。

三、請參閱健保署簡報最後 1 頁「為使相關單位積極配合防治政策，藉由篩檢找出潛在感染民眾後，能即時給予治療...」，所以需要這筆錢。現在潛在民眾還沒篩選出來，這不是急迫的事，現在就要拿這筆錢，這對嗎？更何況這次是因為放寬給付標準，預算才會不夠，原本預算是夠用的，是實施一段時間後放寬給付標準所致。民眾的 C 肝治療本來就有先後順序，醫院前輩非常清楚。

四、對於本案我表示反對，因為不利於整體制度發展，若需要增加 C 肝藥費，可於協商明年度總額時考量，這個我贊成。

周主任委員麗芳

請林委員敏華。

林委員敏華

一、我大部分的意見與吳委員榮達一樣，請參閱補充資料第 17 頁，108 年總額協定事項中，C 型肝炎藥費第 2 項寫得很清楚：「本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式」。當初協商時跟醫界及健保署就已經有共識，應選擇最有效益的方式治療，C 肝病程不是馬上得到、馬上就發病，剛剛已有委員清楚表達在治療上應考量的事項。

二、就經費的支用，第 1 項也寫得很清楚：「本經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。請健保署於額度內，妥為管理運用」。健保署需要看看其他預算裡還有什麼錢可以用，這部分當初在協商時已經有協定，健保署可以運用做經費的調撥。

三、我個人意見跟吳委員榮達相似，我參加健保會這麼久以來，盡量不重啟協商，是委員秉持的最大原則。記得去年西醫基層有個項目，也是後來協商時提出預算增補，建議考量這個權宜之

計，雙方各退一步，既照顧病患，也可讓我們不重啟協商的原則不被打破。

許委員美麗

- 一、C 肝病患需要治療在場所有委員都贊同。每年度的總額及支應範圍，都是經過健保會委員協商的結果，我想不只有 C 肝，其實其他很多疾病都急需治療。因為我們的總額預算有限，所以每年度都會考量每種病患的需求及給付的情形，在總額協商中衡量整體民眾需求，以最佳的方式，去平衡各項疾病、給付及病患權益。不能執行後有缺口，就歸因於當初預算編列問題，如果 C 肝開啟總額協定外可以增加費用的先例，將來是不是其他疾病也可說因為急需治療，預算不夠，也同樣要來追加費用？健保會應該把關，在每年總額協商時，要考量各種情形，做好總額資源分配。
- 二、有關 C 肝部分，治療有必要性，但是否急迫到現在沒給這筆錢，會有很多人遭受非常嚴重的損害，符合所謂「緊急避難」的概念。如果不是，我們應該要尊重去年總額協商的決定，甚至最後的附帶決議，如果將來有什麼狀況應該用公務預算支應，不宜以外加方式增列預算，當初這個原則已經很明白了。
- 三、如果不是到達法律上所謂的「緊急避難」條件，或是在必要性上，如果沒這筆錢支應就會有重大慘烈的狀況發生，則我認為在很多程序或決定上，不宜輕易開啟例外或額外的狀況。否則將來會不斷有很多的例外，例外到最後，就會變成原則，這在做決議或在行政程序上是最忌諱的事情。開啟例外一定要有重大的變故的理由。大家都尊重也認為 C 肝病患要即早治療，但總額協商的決定也應該被嚴格尊重與遵守，不可輕易開啟例外的狀況。

周主任委員麗芳

請邱委員寶安、蔡委員登順、盧委員瑞芬、滕委員西華。

邱委員寶安

- 一、這個案子已討論 1 個多鐘頭，我贊同前面幾位委員所提，跟我要說得差不多，請主席做個裁決，如果今天這案子沒有討論，主席會比較不好交代，但已討論 1 個多小時，夠交代了。
- 二、大家都同意病人不能放著，只是公務預算要不要拿出來？醫師不可能拿自己的錢醫治病患，所以 19 億元一定要編列，但希望用公務預算編列。
- 三、剛剛許委員美麗說的很有道理，不可以去年協商好了現在又不算數，此例不可開，不然以後很多案例都會被提出來討論，請主席做個裁決，不要再討論了。

周主任委員麗芳

時間因素，本案發言至滕委員西華...請何委員語。

何委員語

最後論述。

周主任委員麗芳

好，那最後發言至何委員語。請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、今天這個案大家都覺得很重要，所以主席在處理上我覺得蠻困擾的，還好堅守健保會一貫不表決的原則，最後還是守住這個防線，感謝主席的辛苦。否則一旦破例，未來可能會有許多案件需動用表決，這個還是要堅守。
- 二、C 肝大家已經表達很多意見，基本每個人都表達得很好，但站在我的角度來看，縱然投入這 19 億元，還是不足，只解決一部分問題而已，困擾仍在。剛剛有委員說 C 肝不會馬上有生命危急，至少延後幾個月不會有生命危險。既然總額協商有上、下限考量，健保會也已嚴謹的訂定協商制度，若某單項金額不足就可動用上限結餘款，這個制度一打破，會沒完沒了，像上個月有委員提案，免疫療法也要增編 8 億元，我們也是反對。
- 三、大家對 C 型肝炎治療都很重視，我們知道很多人有需求，可

以考量協商 109 年寬列預算，但我不支持預算不足就動用結餘款。請參閱會議資料第 84 頁，協商通則寫得很清楚：「年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。」除非本會委員將這條通則修掉，不然這個規則一旦打破，後患無窮。所以就照委員所說用公務預算支應，就不用再討論了，如果不行就沒辦法，我認為 19 億元一樣不夠，只解決部分問題而已，委員的發言都很珍貴，建議就照多數委員的意見通過。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

- 一、剛剛委員提出蠻多重點，我強調一下我自己的立場，健保會是火力最強大的火藥庫，所以一觸即發，委員捍衛總額協商機制與原則的決心很堅定，因為一旦破壞，後面協商的任何決議都可被推翻，這很危險。我要強調的是機制，所有的醫療費用推估一定都不準確，事實上任何一項推估都不可能完全精準，C 肝也不例外。若在機制上可以有點妥協，只能針對完全不可預測的天災人禍例外考量，因為這個無法預測，而醫療利用都有一定方式可以進行預測夠或不夠用。
- 二、我可以瞭解衛福部對根除 C 肝的重視，除了病人權益考量外，我相信跟 WHO(World Health Organization, 世界衛生組織)設定 2030 年根除 C 肝的目標，以及發展我國醫療外交有關，確有其重要性。但我仍認為健保會的協商機制必需要捍衛，所以不贊成本案在 2018 年完成總額協商後，又由健保費用撥用經費支應，如果政府可以拿出相關公務預算，則樂見其成。

滕委員西華

- 一、剛剛吳委員榮達、盧委員瑞芬、何委員語、趙委員銘圓、干委員文男說的意見，我都很同意。另外提出幾個想法。第一個，總額協商時就是朝著最適分配的概念分配預算，剛才盧委員瑞



芬提到，我們不知道推估是否準確，但委員是在現有資料下朝向最適分配。即便在行政院核定的上、下限成長率限制之下，委員仍然盡力協商，在上一屆委員的努力下，好不容易所有的部門都達成共識，應該在大家認為最適的預算分配下使用預算，總額下預算使用得好，點值會上升，當然使用得不好點值自然下降，靠著總額與點值的管理運用，盡量在範圍內做最好的分配。

二、總額協商分配的原則，最重要的就是程序問題。已經結束的事怎可以因為其他理由而再動支經費。總額協商完成後就沒有所謂「剩下的錢」，若認為有剩，照這個邏輯，安全準備也是剩下的錢，乾脆將 2 千億元的安全準備全部拿去使用好了，不是要將全部剩下的錢用完，更何況沒有剩錢這個概念。

三、請衛福部說明幾個 C 肝政策：

(一)第一個，請問我國是要全面放棄干擾素，讓干擾素全面退場嗎？就算 C 型肝炎沒有 DAAs(direct-acting anti-viral，其他同類全口服直接抗病毒藥物)口服新藥，還有干擾素可以治療，干擾素有七成五的治癒率。其實肝炎醫學會不是也同意後來放寬的適應症在 C 肝在治療的優先順序上不是最緊急的，是可以等待的。上次總額諮詢案，部長想要用 109 年度預算補 108 度預算時，我們就提到，現在用 DAAs 口服新藥預算估算 C 型肝炎病人藥費，政府政策是讓干擾素全面退出台灣健保市場的意思嗎？

(二)第二個，為何沒有想「替代政策」就要增加預算？比如為什麼不去跟 3 家廠商協議降價，這 3 家廠商都生產的是原廠藥，可以協議在專利期間讓所有病人都用原廠藥治療，但廠商要同意降一半以上價格，所有的市場都給他們。如果原廠不同意，我們就讓緊急的人先用原廠藥，等到學名藥進入市場，學名藥的價格只有原廠 1/5 不到，原廠還會有市場嗎？

(三)第三個，使用公共衛生機制，WTO 也有強制學名藥授權生產的作法。如果 C 肝治療在國家的政策上這麼迫切，沒有立刻根除是國恥，國際上也抬不起頭，而且會一直傳染，若是這樣，我們就應該要引用 WTO 授權，強制學名藥授權生產 C 型肝炎口服新藥，來降低國家負擔，怎麼沒有想其他替代政策？即使不編公務預算，我們都還有這麼多手段可以去議價，可以去跟廠商談更有利的市場條件呀！

四、不知道政府有沒有想過替代政策？如果沒有，真的很遺憾，如果有想過，為何做不到？是現行原廠貪得無厭嗎？還記得林前部長奏延，將 C 肝藥價從 100 多萬元降到 25 萬元，廠商立即答應，由此可見 C 肝新藥市場的價差。當年通過 25 萬元藥價時，還有人投書說為何是 25 萬元？我們可以買到比 25 萬元更便宜的價格，當時就有這樣的言論，為何現在沒朝這個方向考慮？所以我也反對用任何方式增加 C 型肝炎藥費預算，這已經是第 3 次為了 C 肝藥費提出違反協商原則的事情，我不支持另外用 19 億元去補足這筆費用。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、議程確認時我會挑出這個議題，是希望主席在安排議程時，應該敢於抗拒違法的議案，本案已經違反健保法第 61 條條文的規定，雖然我們有決議授權主任委員安排議程，但不是衛福部交議的什麼案，已經違反總額協商通則、程序或本會決議內容，還硬要排進來，我主要是想突顯這個問題，請未來主席在安排議程時應予考量。

二、如果政府修改健保法撤銷健保會，以後每年健保總額的分配，就由衛福部自行分配給各醫療單位就好，我們也不用開會增加開銷。既然現行條文還有健保會的存在，我們健保會就有責任把關。第一不能違法，第二不能違反自己訂定的通則，第三不

能違反自己做的決議。當時本會協定的 108 年度總額，部長有權決定增加預算，但年度結束前金額就已經定案，跨年度後就不准再挪動，這是很重要的原則。

三、在健保總額協商通則中，專款是不准挪移的，如果用不完，剩下的錢不能挪到其他項目，若經費不足，很抱歉，計畫就停止，我們也不能再給預算。這是過去 20 幾年來，大家對總額專款項目協議的原則，有很清楚的規範條文。蔡委員登順長期參與協商，他很清楚，所以他擔任公正人士非常公正。公正人士若能說服我，我都很尊重，但若講話內容沒有辦法說服我就很難。我們付費方，火力最強的蔡委員已經退休沒話說，但滕委員西華和吳委員榮達被抓去當公正人士，我們付費方的火力就少很多。

四、我要強調沒有所謂治療不足的情形，過去包括腎臟病也好、其他任何疾病也好，若當年度預算用完，隔年會再編列，因為是延續性的項目，每年都在持續治療，C 肝藥費也是如此。我支持明年編列 C 肝藥費，但不能違反程序正義。若政府用公務預算支出，也不能編入明年總額基期，這點很重要。

五、剛才有委員提到愛滋病治療藥費 20 幾億元，當初由政府編列公務預算支應，突然修改辦法挪到健保支應，因為當時是依照協商程序列入年度總額協商，我們沒話說。若突然在 6、7 月才將愛滋病藥費轉嫁給健保支付，所有的委員一定都反對到底，若循正常程序，我們沒話說。

六、最後，建議健保署署長，請自行衡量其他預算有無結餘，除公務預算外，可以考量挪用其他預算結餘款，只能這樣，這是我最後的建議。

周主任委員麗芳

最後請李委員偉強與干委員文男 2 位發言，我們就來嘗試做結論。

李委員偉強

一、身為醫療服務提供者，我也治療 C 肝病人，剛才聽委員的發

言覺得很感動，大家對於治療 C 肝病人都很肯定。簡單說明 C 型肝炎的病程發展，得到 C 型肝炎後，大約有 10~20% 會自行痊癒，另外 70~80% 會慢慢變成慢性 C 型肝炎，這段期間常常沒有症狀或是很輕微，以至於很多人不知道自己患有 C 型肝炎，這些病人約 20 年左右可能會導致肝硬化，而發生肝硬化的病患，約 1~5% 會有機會罹患肝癌。

- 二、早期得到 C 肝的病人沒有機會治療，但這麼好的藥物問世且納入健保給付後，剛開始是要肝纖維化到一定的嚴重程度，而且干擾素治療失敗才可以使用。現在慢慢放寬之後，肝纖維化不是那麼嚴重就可以使用，造福更多病人，給付標準慢慢放寬。雖然疾病治療沒那麼迫切性，但得到治療的人都很高興，幾乎 95% 治療後都有痊癒的機會。
- 三、現在的問題是錢從哪裡來？剛剛聽大家講完一圈，感覺上大家雖然支持，但又擔心破壞目前的制度，希望可以維持制度又照顧病人。在我的病人當中，有些並不符合現在的給付規定，但又知道有這個好藥，就透過各種管道去買，甚至有人從網路上去買更便宜但是來路不明的藥品，當然我們都不鼓勵。健保署有很強的議價能力，如果今年的目標是增加 1 萬 3 千人，可以給廠商一些壓力，將藥價再往下壓低，說不定可以達到治療 1 萬 3 千人的目標而不一定需要增加預算，因為現在的藥廠有好幾家，廠商之間互相競爭，知道台灣的目標是 2025 年之前將 C 肝根除，相信沒有一家廠商會放棄台灣市場。
- 四、無論本案的決議為何，短期而言，建議健保署能發揮強力的議價功能。如果能將價格壓低 1/3，就能達到治療 1 萬 3 千人的目標，當然這就要看我們議價的能力，對病人來說，有機會提早治療都是好事。

干委員文男

謝謝李委員偉強的說明，他在醫療過程當中，什麼樣的病人都看過。本案已討論很久，最完美的情況是用公務預算，如果沒有公務

預算，C 肝病人還是要治療，但從開始治療到申請費用，還有一段時間，也不急於一時。若到 9 月份總額協商時，衛福部有政策性交議，我們再討論並做決議，建議不要提再議案或追加預算，否則健保會很難面對外界輿論，若能依此做決議，大家都圓滿。

周主任委員麗芳

剛剛聽了委員這麼充分的討論，我非常感動。因為健保會委員第 1 次針對一個案這麼有共識，人飢己飢、人溺己溺，我們不放棄每一位 C 肝患者。有關預算從那裡支應，剛剛干委員文男也點出，能否有兩全其美的方法，我嘗試做以下之建議：

- 一、為加速根除 C 肝目標達成，增加治療人數，本案建議優先爭取由公務預算支應。
- 二、因為剛剛各位委員非常關心，本案到底有沒有適法性的疑慮，所以我們一定要確保在衛福部確認無適法性疑慮前提，且爭取公務預算支應困難的情形下，本會勉予同意由 108 年度醫療給付費用總額「其他預算」項下之結餘支應，並以 19 億元為上限。

何委員語

反對，沒有任何委員說出「同意」這 2 個字。

周主任委員麗芳

請讓我先講完綜合大家意見後，我預擬的建議。最後，還是要附帶建議，請中央健康保險署及各部門總額相關團體，未來妥適規劃各項專款項目之預算及其執行方式，有效控管預算執行，避免發生預算超支現象。以上是我先預擬的決議，也期待本案能充分考量大家的意見，我們也提到優先以公務預算支應，這樣好嗎？

何委員語

我們沒有同意，哪一位委員說勉予同意？

干委員文男

建議將主席所決議的第二段內容修改一下。C 肝藥費不足的部分，於 109 年總額協商時增編預算，我們可以認同，在座委員今天都已

充分討論，但不要在 108 年已經執行一半的情況下追加預算。因為我們也不可能追收 1~6 月的健保費，而是只能在安全準備不足一個月時，去啟動費率調整。所以我們不同意 108 年增編預算，若能等到協商 109 年總額時再編列，沒有人會反對，建議不要再做無謂的爭執。

何委員語

我們不同意用 108 年結餘款 19 億元，如果哪位委員同意，請同意人具名，我拿到會議紀錄資料後就去法院地檢署告他違反健保法第 61 條條文規定。

周主任委員麗芳

請教賴委員進祥，有關剛剛提到在衛福部考量適法性的前提之下，究竟如何將大家的意見參採進去？

蔡委員登順

主席做的第二點決議，我看多數人都會反對，我剛剛說的很清楚，除非修改通則，不然主席剛剛作的決議，是不可能接受的。請委員參閱會議資料第 84 頁，其他原則中明訂「年度總額成長率及相關原則，經協定後不得再以任何理由或方式變動之」。若按照你剛剛的決議通過，我們健保會委員自打嘴巴，除非你今天修改通則，有辦法修改嗎？不可能，所以第二點決議是不對的，協商原則一定要守住。如果可以用任何理由流用 108 年度剩餘款，以後會議會開不完。上個月的免疫療法提案，也是為了 8 億元討論很久，大家也不同意，如果今天可以同意 C 肝增編預算，免疫療法也可以同意啊！我們還是要守護總額協商通則。

賴委員進祥

我想健保會會出現這種僵持不下場面，立法者在制定法律之時，都已經考慮過，各方代表有各方的意見，協商一定難以達成，所以健保法第 61 條規定，健保會應於各年度開始 3 個月前....。最後又提到了，不能於期限內達成協議訂定，報由主管機關決定。可知立法者當時就知道，這個會議很難達成共識，所以我們在不違法的情況

下，似可考慮擬定甲乙兩案，報由主管機關決定，這不失為一個比較可行辦法。

#### 何委員語

- 一、健保法第 61 條是針對協商的決議案，其立法精神及內容，是在年度開始 3 個月前，如果協商沒有共識，採甲乙兩案報主管機關裁定，而不是隔年執行結束後，主管機關再提案過來，希望你們將 61 條條文看清楚，108 年度總額是在 107 年 12 月 31 日前，主管機關就要裁定下來。在座有 2 位律師，可以協助解釋。
- 二、我們在完成 108 年總額協定後，報請主管機關裁定，108 年協議好的總額，衛福部又加了 13.7 億元的 C 肝藥費，我們也接受，尊重主管機關的裁定權，但也在 107 年 10 月份委員會議做成決議，如果再增加任何預算，要由公務預算支應。
- 三、從去年 10 月到今天，已經過了 8 個月，這是今年執行中的案，而且主管機關早就裁決過了，希望你們可以將 61 條看清楚，也請 2 位律師協助解釋清楚。不是說主管機關可以將已裁決、執行中的案，再交議健保會增加預算，這樣以後也不需要總額協商，隨時可以交議增加預算。健保法第 61 條條文所規定的總額協商，是在行政院核定總額範圍後，在年度開始 3 個月前的事情，而不是今天的事情。

#### 滕委員西華

我要澄清幾件事：

- 一、首先，有關賴委員進祥提到健保法第 61 條，何委員語講得對，我本來也想說明。在上年度如果我們沒有完成交付的任務，才可以由主管機關裁決，但我們去年很圓滿達成協商，應該沒有 61 條由主管機關裁決的情況。而且我們講的是去年協商今年的總額，不是明年的總額，所以不適用 61 條。
- 二、有關剛剛用的名詞，我要澄清概念。剛才何委員語和蔡委員登順的意見我百分之兩百同意，但 2 位委員都用到「結餘款」3 個

字，是否應該是誤用，理由是：

- (一)總額沒有結餘的概念，如果結餘款是指各部門協商項目用剩的預算，因為總額下專款不能挪用，所以也沒有結餘款可以挪用。
- (二)其次健保署跟社保司認為有 19 億元的結餘，但我們認為總額協定完成後，匡定的費用就是如此，就沒有結餘的概念，更沒有沒用完的問題，所以我想要澄清這個概念。2 位委員應該跟我的意思一樣，但我擔心大家誤以為有結餘，實際上並沒有結餘，衛福部核定後總額就固定了。

#### 周委員穎政

- 一、我覺得大家爭執點是在制度，不是針對 C 肝藥費該不該付，而是制度要怎麼設計，很多委員只是堅持協商制度不要被打破，大家對治療病人沒有太大爭議，但我的直覺是過去的制度有點僵化，他們可能想趁這次打破制度進行調整。但我個人傾向有時候制度應該先討論好後，再處理議案，否則同時 2 件事情一起處理，大家的焦點就會有迷思。
- 二、過去制度維持很久，這樣運作多年，很多東西也遇到問題。確實我們無法準確估計，事後為了實質問題而必須做調整，委員應該是希望用更嚴格的標準檢視，而不是很輕易的被提出。因為制度沒有先釐清，今天在這裡 2 件事情混淆在一起，主席就難以處理。要嘛今天就是大家為了維持制度而反對本案，確實有些病人會受到傷害，或是可不可能退一步，今天即使通過本案，也不是要違反制度，而是在特案下，為了照顧病人，但長期而言，對制度的調整能否更嚴格，讓健保署在很特殊的情況下，可以提出追加減預算的處理。

#### 周主任委員麗芳

- 一、本案花了很多時間討論，我也認同很多委員的想法，包含未來我們如何在總額協商執行過程的細節上，訂定更加嚴謹的規範。但剛剛也有幾位委員提到，畢竟主席的任務，也是要維持



公平，要顧及這麼多委員的不同的想法，也聽到不同意見。大家都知道，陳部長時中上任後，是第一個來到健保會和大家座談，過去沒有一位部長像陳部長這樣關心和尊重健保會。

- 二、相信本交議案有其背景及考量重點，不是亂花錢，真的就是為了這 1 萬 5 千名 C 肝病患。因為有各個委員的不同意見，而主席的任務是要維持公平性，所以才會懇請大家，我們優先以公務預算支應，如果公務預算還有不足，我們才勉予同意增加 19 億元支應。

#### 何委員語

- 一、反對，沒有勉予同意，我今天講得很清楚，這不是制度問題，公正人士可以修改 109 年總額協商通則，但 108 年協商通則無法修改，健保法第 61 條也無法修改，這不是制度爭議。剛才滕委員西華也提到，沒有 19 億元，我一開始也說總額協商結束後，108 年總額預算額度已經公告，公告後金額就固定，沒有 19 億元那筆錢，所以沒有勉予同意這句話。
- 二、同意由健保署管控的其他預算挪用，因為我們有編列其他預算，我同意由其他預算給一個出口，剛才向李署長伯璋報告，其他預算有 140 多億元，你自己想辦法，我給你一條通路，但沒有 19 億元，年度總額協商已經結束，金額就是這樣。

#### 周主任委員麗芳

非常認同何委員語的意見，你的想法跟我是一致的，剛才可能漏了這句話。我的重點是，衛福部在確認沒有適法性疑慮的前提下，如果今天衛福部商司長東福帶回去，有適法性疑慮誰敢辦？當然不敢辦，一定是沒有適法性疑慮。請何委員語不要誤會，我跟你是同樣的想法。本案就是優先從公務預算支應，再者就是在衛福部確認沒有適法性疑慮，而且在公務預算不夠支應的前提下，才同意動支 19 億元。但是，這是有前提的，前提是沒有適法性的疑慮，這是我們要捍衛的。

#### 何委員語

我反對，我只同意由健保署 108 年度其他預算項下挪用，這已經是給健保署一個台階下，不能再說 108 年度說有結餘 19 億元的預算可動用，不可以，因為根本就沒有這筆錢。

蔡副署長淑鈴

請教何委員語，剛剛你提到的應該是 108 年度醫院及西醫基層總額的其他預算。

何委員語

不是，是健保署的其他預算。

蔡副署長淑鈴

健保署的其他預算？

黃委員啟嘉

何委員語說的應該是不屬於 4 個部門以外的其他部門預算。

蔡副署長淑鈴

是由健保署管控，不屬於 4 個部門以外的其他預算的結餘款，可以拿來用，這也是一項新規則，如果委員同意的話，我們可以重新算一算，但其他預算項下，也是每個項目都編有各自的預算，就看委員的決定。

黃委員啟嘉

剛剛何委員語的意思，其他部門預算若有結餘可以挪用，這樣其他委員應該也同意，大家都希望給 C 肝藥費有一個出口。

趙委員銘圓

剛剛李委員偉強與滕委員西華都有提到，是不是可以再和藥商議價，當初健保署你們可以從 100 萬元談到 25 萬元，難道現在就不能再往下調嗎？應該先去議價，真的沒辦法，再用健保署其他預算作後續處理。

周主任委員麗芳

大家越來越釐清，也有共識，就依何委員語的意見，請衛福部在確認無適法性疑慮前提下，且公務預算不夠支應的缺額內，勉予同意

由 108 年度其他預算項下支應。

滕委員西華

- 一、何委員語講的是健保署負責的其他預算。我需要確認一下，所謂「健保署所控管的其他預算，如果有結餘可以使用」，但其他預算，本會也訂有各項目預算不得互相流用的協商原則。如果可以動用結餘，這樣就會佔到原本編列其他專款的需求，怎麼知道你是故意讓錢剩下來給 C 肝用，還是真的用剩給 C 肝。
- 二、如果勉強要由其他預算支應，衛福部只能請社保司或健保署要求修改「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」之 8.22 億元的動支原則。記得其他預算項下有一筆支應罕病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費等專款不足之經費，在過去(107 年度)總額的協定事項中，曾經落下優先支應罕病、血友病藥費等不足款，並限制支應 C 肝不足款的額度。幕僚可以查紀錄，因為 C 肝已經編很多錢，108 年部長又外掛 13.7 億元。
- 三、部長很關心健保，也很了解健保，他知道要怎麼找錢。我們只能在不違反協商原則，也不破壞去年的協商結論下做決議，其他預算中唯一沒有指定用途，而有使用辦法可以在健保會與主管機關變更的項目，只有 8.22 億元的「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目，否則健保署也可以說居家醫療預算不夠，或哪個項目錢不夠，要從哪項科目再挪用，但專款不能流用。建議主席不要輕易做結論，應重新去審視，若其他預算有可使用的科目與金額再討論，而不是直接授權健保署挪用其他預算項目的結餘款，我覺得這樣有點危險。

周主任委員麗芳

本案相當複雜，各位委員也了解，雖然我們一向期待議事有效率，現在已經 11 點半，剛剛的決議是在大家發言這麼多的情形下，好不容易找出來的共識，建議就按照剛剛的決議，本案先討論到這

裡，進行下一案。

干委員文男

決議再唸一下。

周主任委員麗芳

- 一、為了加速根除 C 肝目標之達成，增加治療人數，建請衛福部優先爭取由公務預算支應。
- 二、在確認無適法性疑慮前提下，同時公務預算不夠支應之缺口，勉予同意由 108 年度健保總額其他預算項下之結餘支應，並以 19 億元為上限。

黃委員啟嘉

應該是健保總額其他部門預算下之結餘支應。

周執行秘書淑婉

正確名稱是健保總額「其他預算」。

周主任委員麗芳

好，謝謝。

吳委員榮達

主席的決議是不對的，黃委員啟嘉的建議我比較贊成。

周主任委員麗芳

就按照黃委員啟嘉的建議修正，本案討論到此結束，接下來進行下一案。

參、「請參閱並確認上(第 3)次委員會議紀錄」、「上(第 3)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(委員表示同意確認上(第 3)次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳

上(第 3)次委員會議紀錄確認。

司儀

請周執行秘書說明。

周執行秘書淑婉

一、主席、各位委員，請參閱會議資料第 15 頁，說明一為上次委員會議決議(定)事項共有 16 項，依辦理情形建議解除追蹤 11 項、繼續追蹤 5 項。說明二為歷次委員會議未結案件之辦理情形，依例每半年彙報 1 次，截至 5 月底未結案件有 33 項，依辦理情形建議解除追蹤 15 項、繼續追蹤 18 項，最後仍依照委員議定結果辦理。

二、請各位委員參閱會議資料第 20 頁，上次委員會議決議(定)事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤部分

- 1.項次 1，為請健保署召開「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參加，健保署已分別於 5 月 29、30 日辦理 2 場會議，本會張委員文龍、干委員文男、葉委員宗義都有參加，健保署也很有誠意安排於本次會議中報告說明，希望能夠讓本會的其他委員也知道相關資訊。
- 2.項次 2 為麻疹疫苗供應問題委員所提意見，已於 6 月 5 日送請衛福部轉知權責機關。
- 3.項次 3，免疫療法預算及治療條件委員所提意見，健保署回復說明在會議資料第 57~59 頁，請委員參閱。
- 4.項次 4，區域級以上醫院門診減量措施執行方式委員所提

意見，健保署回復在第 59~61 頁。

- 5.項次 5，定期評估分級醫療與門診減量政策執行成效與影響委員所提意見，健保署回復在第 61 頁。
- 6.項次 6，109 年度總額範圍協商架構(草案)，委員所提有關報院資料內容修正，已於 5 月 28 日轉知社保司知悉。
- 7.項次 7，自付差額特材之執行概況，健保署將會參考委員意見，依健保法第 45 條檢討自付差額上限訂定方式及納入全額給付之規劃。
- 8.項次 8，為建議採用新修正的監理指標，健保署於本次會議的監理指標監測結果報告，已採用新指標。
- 9.項次 9，委員對監理指標監測結果之意見，健保署回復在第 62~63 頁。
- 10.項次 10，健保收入超過 4 億元之醫療院所財務報告，委員建議結合申報及品質資訊公開，健保署回復相關資料業於健保全球資訊網公開。
- 11.項次 11，108 年 4 月份全民健康保險業務執行報告委員所提意見，健保署回復在第 63-66 頁。

(二)繼續追蹤案件，援例不進行報告。

三、請委員參閱第 27 頁，為歷次委員會議未結案件追蹤：

(一)擬解除追蹤有 15 案：

- 1.項次 1，是菸品健康捐分配予全民健康保險安全準備之比率，希望請健保署在相關會議討論時協助提案，健保署回復部長業於 5 月 7 日健保會召開之座談會中回應，這筆錢編在其他項目對整個制度體系會更有幫助，對醫療體系的效益更高。
- 2.項次 2，是關於原本由其他司署的公務預算應付費用改由健保給付，致保險成本增加時，希望能夠事先徵詢本會委員意見，社保司回復知悉。

- 3.項次 3，是關於普悠瑪列車出軌事故執行代位求償，委員希望了解事故發生後續 1 個月非屬代位求償醫療費用，健保署回復，事故發生後 1 個月的醫療費用代位求償是依照「全民健康保險執行公共安全事故與重大交通事故公害及食品中毒事件代位求償辦法」有法有據，健保署已向台鐵求償 705 萬元，台鐵業於 108 年 3 月 26 日撥付，委員關心事發 1 個月後的醫療費用，因不在代位求償期限之規定範圍，難以與台鐵確認醫療費用的因果關係，故無法提供。
- 4.項次 4，有關於菸品健康福利捐分配及運作辦法的預告案，健康署回復業於 5 月 24 日會銜財政部修正發布，預告期間各方意見及本會委員意見，健康署回應於會議資料第 70~72 頁，請委員參閱。
- 5.項次 5，是請健保署對新藥、新特材、新診療服務及放寬藥品適應症，進行財務評估及替代效應分析，請委員參閱健保署回復第 2 點，健保署已委託成大與台灣醫院協會執行健保新藥預算預估模式研究計畫，將於本次委員會議報告，建議視報告情形解除追蹤。
- 6.項次 6，請各位委員參閱會議資料第 30 頁，有關於檢討健保給付價較高，如：電腦斷層、磁振造影、正子造影等之品項支付點數及給付規範，希望在 3 個月內研擬可行配套方式。健保署回復僅醫學中心協會及區域醫院協會提供成本資料，經檢視他們所提供的相關檢查項目成本都高於現行支付的點數。健保署藉由資源共享，善加利用檢驗檢查共享平台，把不必要的檢查降低，防止院所藉由高單價檢查項目不當圖利的情形，相關方式請委員參閱會議資料第 31 頁。另請參閱會議資料第 32 頁，健保署提到醫師公會也函轉中華民國放射線醫學會，建議新增多部位電腦斷層項目，現階段難以調降 CT、MRI 支付點數，後面也作了相關管制配套措施，包括：同次施行不同部位，以「次」

為單位給付，健保署已經做了一些相關措施，建議解除追蹤。

- 7.項次 7，請參閱會議資料第 33 頁，有關罕見疾病、血友病，血液透析等高費用低效益之醫療服務相關意見，健保署回復，在罕見疾病部分做了一些因應，包含停藥、退場機制、藥價檢討等；在血友病相關的藥費部分，也適度做了一些控管，但因為有一些新藥的引進，藥費成長率還是有一定成長。另外他們會依照委員指示，每年追蹤藥費前 20 名的資料。另請委員參閱會議資料第 34 頁，針對高齡且無意識病患的血液透析醫療處置部分，國衛院已納為該院的論壇議題，另外低效益醫療服務也會每年檢討。
- 8.項次 8，關於 C 肝預算來源，剛剛委員做了很多討論，過去的追蹤是希望用公務預算支應，請委員參閱會議資料第 36 頁，特別提出 C 肝不僅需要治療，還有需要加強防治。在防治部分，衛福部已經以公務預算支應一些 C 肝防治相關計畫，部分達到以公務預算支應之要求，所以希望能夠解除追蹤。
- 9.項次 9，關於醫院點值變動超出容許範圍時，健保署應研析原因，健保署回應點值變動原因複雜，這部分健保署也做了一些討論。103 年至 107 年初核減率已經逐年下降，請參閱會議資料第 38 頁，醫院總額現在由醫院協會管理，這部分各分區業務組也會與醫界共同控管，107 年各季點值介於 0.9310~0.9223 間，屬合理範圍，建議解除追蹤。
- 10.項次 10，請健保署提供歷年總額投入相關專款費用所產生的節流金額，健保署回復內容很多，包括：醫療資訊雲端查詢重複用藥、重複檢查等等，另有關分級醫療已定期於業務執行報告中報告，所以我們認為可以納入例行業務報告，建議解除追蹤。



- 11.項次 11，關於品質保證保留款(下稱品保款)的發放條件希望能夠有更具鑑別度的標準，此為例行性項目，且 108 年品保款方案業於 108 年 5 月 31 日公告。
- 12.項次 12，為委員不同意將推廣「行動支付」納為各總額部門品保款實施方案之獎勵指標，經確認各總額部門均未納入。
- 13.項次 13，關於將醫事司訂定之「無障礙就醫環境」認定標準，納入品保款實施方案之獎勵指標，其均已列在各總額部門之品保款實施方案中，並已於 5 月 31 日公告。
- 14.項次 14，「全民健保相關業務座談會」的部分，未來會視需要，由健保署或本會邀集相關單位舉辦。
- 15.項次 15，關於將「清淨手術術後傷口感染率」作為醫療品質資訊公開指標之研修參考，健保署已於 4 月 30 日召開相關會議並同意納為醫院總額整體性醫療品質資訊公開指標，該署已依照程序提會討論，並列在第 5 案討論事項，建議解除追蹤。

(二)另謝委員武吉對歷次委員會議決議(定)事項相關辦理情形，在 3 月 25 日所提書面意見，健保署回復，如會議資料第 73~78 頁之附件四，請委員參閱。

(三)擬繼續追蹤的部分，請各位委員參閱，就不作口頭報告。

四、請委員參閱會議資料第 15 頁，說明三，5 月 16 日衛福部已經同意本會所報「108 年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式」案，並於 5 月 22 日公告。

五、說明四，牙醫師公會全聯會在 5 月 29~31 日，在嘉義縣及澎湖縣辦理訪查活動，共有 18 位委員(含代理人)參加，幕僚人員彙整的實地訪查報告，列在第 189~196 頁附錄四，請委員參閱。

六、說明五，各部門 107 年執行成果評核作業，之前有請各總額

部門及健保署在 6 月 14 日前提送書面報告，牙醫師公會、中醫師公會是準時提送；醫院協會在 6 月 21 日、醫師公會也於 6 月 26 日提送，目前只有健保署資料還未提供，請健保署盡速提送執行成果報告，俾供評核委員進行評核。

七、說明六，是健保署在 6 月 11 日函知本會，衛福部在 5 月 31 日函陳「精神衛生法修正草案」請行政院審議。其中第 30 條第 1 項修正規定，嚴重病人之強制住院及強制社區治療費用，原由公務預算，改由全民健康保險支付，健保署依本會以往決議，將本修法草案告知委員。

八、說明七，衛福部及健保署在 5~6 月發布及副知本會之相關資訊，已於 6 月 14 日寄送至各位委員的電子信箱，摘要如附件。其中健保署的部分，1.本年 5 月 15 日公告新增自付差額特材「特殊功能水晶體」及「塗藥或特殊塗層血管支架」之自付差額上限金額，因健保署在 6 月 26 日又進行修正重新公告，我們會另以電子郵件補充寄送委員參閱，以上報告。

周主任委員麗芳

謝謝周執行秘書淑婉的報告，請問委員是否同意依據幕僚擬議的解除、繼續追蹤狀況辦理，請吳委員榮達。

吳委員榮達

第 38 頁的項次 10，我對解除追蹤沒有意見，因為會議資料僅提供大略數據，能否請健保署在會後提供 106~107 年詳細數據？

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓，再來陳委員炳宏。

趙委員銘圓

針對第 20 頁的項次 3，關於免疫療法的部分，上次會議的決議是建議 108 年 9 月將進行 109 年度總額協商，請健保署考量病人安全、療效及整體醫療資源配置，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，並作為總額協商依據。但我看到在第 59 頁健保署的說明，建議先維

持現有給付規定，每 3 個月再進行滾動式檢討，並於 108 年 12 月或 109 年 2 月共擬會議確認修訂範圍。這個部分到底是同意付費者建議編列 16 億元，還是維持現有的預算？請說明一下。

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏，再來請謝委員武吉。

陳委員炳宏

- 一、謝謝；關於第 28 頁追蹤表之項次 4，「菸品健康福利捐分配及運作辦法」修正草案，被解除追蹤，我們予以尊重，但是當時委員們「反對」預告菸品健康捐辦法修正草案，並建請恢復為分配 70% 供全民健保安全準備之用，以期正視「菸捐」與「健保安全準備」的顯著關聯及醫療承擔責任，全然被否決。
- 二、因菸害所導致的醫療費用，健保署網頁告訴我們每年保守估計至少 500 億元，惟近年政府分配於健保安全準備的菸捐金額，逐年下降，107 年降到僅約 140 億元，與前述每年至少 500 億元菸害醫療費用相比，根本是杯水車薪。
- 三、在此重申，因菸害衍生健保醫療費用支出，菸捐對其彌補功能，已逐年被弱化！對於本次修法忽視立法之目的、漠視菸捐分配在健保資源的「正當關聯性」，深表遺憾！

周主任委員麗芳

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、對於第 27 頁台鐵普悠瑪的案件，這是我和黃委員啟嘉提出的，依規定是 1 個月就結束了，依規定不能再要求賠償，但是這邊希望健保署是不是可以要求相關單位，要用案件計算，不要用月份計算，有的案件可以拖很久，這是第一個，我認為這是一個建議案。第二個就是說，第 29 頁，新藥新科技委託成大和台灣醫院協會做出分析報告今天報告，這個分析報告我們還未看到結果，要解除追蹤，本人表示反對，可

能每個委員有每個委員的看法，意見不同。

- 二、第 30 頁，CT 及 MRI 要解除追蹤，我是覺得不妥，第一點，當年鄭守夏主委去日本考察，日本已經下降，3,500 變成 2,500，已經 6 年前的事情，台灣竟然還說不能降低價格，這就很奇怪，是不是有圖利廠商的嫌疑？聽說現在還有某些廠商去找某個人，還要擴大大家購買相關的 CT、MRI 儀器，是要浪費我們健保資源嗎？若要解除追蹤，就要追究，鄭教授守夏在擔任主任委員當時去考察回來，有沒有寫個報告書唬弄我們、騙我們，有沒有浪費國家公帑之嫌？如果有的話，請主席直接送監察院好好處理一下，我認為此案不能夠解除追蹤。
- 三、還有罕見疾病用藥，那次大家在藥物共同擬訂會議(下稱共擬會議)時，我要向各位委員特別說明，我不反對罕見疾病治療，但有家公司叫做吉帝藥品股份有限公司，每年最少有 1、2 件的藥品刁工(台語，故意)起價(台語，漲價)，他們沒有藥證又要漲價，每年都有這樣的情形，但共擬會議把這家公司列入專案考核的單位，所以在罕見疾病藥物部分，我們要極注意吉帝藥品股份公司的漲價問題，如果解除追蹤，以後(問題)可能會一直一直一直的再來。
- 四、第 37 頁，醫院總額點值未達每點 1 元的方案擬解除追蹤，因為醫院總額研議方案有提到要保障點值，在民國 90、91 年，歷經 19 個月共召開 17 次會議，我們這裡還有 1 個很大的委員當時也在場，可以跟我們說明一下，我覺得醫院總額點值未達每點 1 元的方案，還是要列入觀察期，不能解除追蹤，以上建議。

周主任委員麗芳

接下來是何委員語、陳委員莉茵。

何委員語

第 34 頁，項次 8 總額協商部分，今天激烈討論後，主席已做出二

個關於 C 型肝炎的建議案，我認為這案應該繼續追蹤不該解除。C 型肝炎部分，再利用這個機會提一下。在 105 年 8 月及 12 月、106 年 6 月及 12 月、107 年 6 月及 12 月、108 年 3 月的委員會議都有決定，除健保署外，宜有更適合爭取公務預算的單位，裡面有個附帶決議，本會委員所提應編列公務預算支應或補助 C 型肝炎口服新藥費用之建議。這是 107 年 8 月、9 月、12 月及 108 年 3 月委員會議做出的決定，我認為本案應該繼續追蹤，不該解除追蹤。

周主任委員麗芳

請陳委員莉茵。

陳委員莉茵

- 一、關於罕見疾病藥商，其實我昨天、前天也在追蹤了解，我也跟健保署共擬會議陳主席昭姿解釋過，據我所知吉帝藥品股份有限公司現在代理治療慢性肉芽腫的藥，是 107 年時台灣百靈佳格翰股份有限公司不再代理的藥物，因為只有 7 個病患分散在 5 家醫院，再加上這個藥只有單一的藥品來源。在資料上顯示的各種藥價，據我所知他們的解釋是，同一個公司賣給不同地方的價錢有高低之分，這跟市場可能有關係。
- 二、因為罕見疾病的病人數本來就很少，在台灣的話，罕見疾病病人數相對更少，吉帝藥品股份有限公司是新的、較小的代理商，向國外藥廠拿不到好的藥價。不知道共擬會議有沒有同意此公司新的價錢，本來這個公司就想撤案了。另外一個案子此公司已經撤案了，因為罕見疾病藥品所能服務病患非常非常少，若不敷成本的話，比如說慢性肉芽腫現在進來的價錢，沒有拿到好價錢，每 1 瓶要損失 1,000 多元，若長期的虧損，他們是無法持續供應此藥物，但為了病患，我們跟他們說可不可以拜託你們再去爭取比較好的價錢。目前還是會再供應藥物半年，讓他們有個機會，這是我要跟大家解釋的。至於是不是要解除追蹤，就看健保會的看法。

三、我大概解釋一下，罕見疾病的特性是人數非常少，加上台灣的人口也比較少，所以有些病患的盛行率、發生率都相對的非常少，其實此公司很難拿到更好的藥價，而且常常是單一的藥品來源，在此解釋罕見疾病的性質與困難處，罕見疾病藥品在市場機制下是難以維持、解決的問題，謝謝。

周主任委員麗芳

請健保署回應。

李署長伯璋

- 一、剛剛趙委員銘圓提到第 20 頁項次 3 免疫療法的問題，目前有 8 億元的預算在運作，現在訂有使用此藥品之適應症，不是要用就可以用，例如須經過標靶治療、化療沒有效果後才可以用免疫療法，使用此藥物的限制蠻嚴格的，目前約 50% 的病人使用到此藥，不是每個病人都有使用此藥。
- 二、在第 27 頁，謝委員武吉提到台鐵普悠瑪的部分，以健保提供醫療給付之日起 1 個月內醫療支出，作為求償範圍之計算，我想這是一個制度的問題，公共傷害事故本來就有一定的法律程序。
- 三、第 28 頁，菸捐部分社保司可以補充說明，因為是部裡的政策。
- 四、第 29 頁，新藥、新科技部分，我想對我們自己來說，不管是新藥、新科技，如果對病人好都應該要提供病人使用。
- 五、第 30 頁，CT、MRI 的價格，委員可以在適當的時機於共擬會議提出價格的問題。因為 CT、MRI，我也承認，各位知道現在影像檢查部分，若醫師重複做檢驗檢查時，費用會被核刪，但我們發現很多醫院的醫師對很多新病人開立檢驗檢查單，還是不會手軟。現在健保署有一項數據，針對醫師開立檢驗檢查單的報告結果是 negative(負)或 positive(正)，跟診斷是否符合，這很重要。這對各個醫院院長來說，他有資料可以檢視你們這間醫院、醫學中心，對病人做的檢查的良性率

是否足夠，裡面的醫生哪裡有問題？我們會朝這方向努力。但價格問題，謝委員武吉可以提出來，讓大家評估哪個價格比較好，進行合理調整。

六、第 33 頁，罕見疾病的問題，事實上罕見疾病的治療費用，從一開始的 50 幾億元，到現在是 60 幾億元。前幾天跟部長報告罕見疾病的問題，我們知道罕見疾病主要是源自基因的問題，我們也很重視這個問題，健保署現在正在清查，罕見疾病的團體也要多表達現況。目前發現國健署診斷認定的罕見疾病人數跟健保申報用罕見疾病藥品的人數差約 25%，國健署診斷為罕見疾病病人的藥費會在健保專款支應，但其他沒有國健署罕見疾病診斷認定的病人(即前述 25%的病人)，醫師以 Off-Label Use(藥品仿單核准適應症外的使用)給藥，其藥費會回到一般款項支應，這是一個很嚴肅的問題。雖然說因為健保的錢比較多，但癌症用藥費用占 1 千多億元，洗腎費用占 6 百多億元，各個項目分配後難怪錢不夠用，這邊特別提出來報告。

七、第 34 頁，何委員語提到 C 肝預算問題，在剛剛的討論已經有一個方向，其中第二個決議我們回去會再研究一下空間有多少，當然有多少錢做多少事，以病人為中心是健保改革的目標。

八、第 37 頁提到的每點 1 元，謝委員武吉詢問的也是我自己一向的目標，我覺得現在點值都已經算好比重，但是這個點值就是我們要努力的焦點，如果能夠讓點值更好，我想很多人的想法會不太一樣。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

第 38 頁第 10 項，原來這個部分是在第 3 次委員會議決議：本案將於 8 月進行報告，是不是 8 月進行專案報告後才解除追蹤？

李署長伯璋

好。

周主任委員麗芳

謝謝各位委員，也謝謝李署長伯璋的說明，本案決定如下：

- 一、上(第 3)次委員會議決議(定)事項辦理情形，同意依照幕僚之擬議，解除追蹤案共 11 案，繼續追蹤案共 5 案。
- 二、歷次委員會議決議(定)事項辦理情形，項次 5~項次 10 等共 6 案改列繼續追蹤，其餘依照幕僚之擬議，爰本案解除追蹤案共 9 案，繼續追蹤案共 24 案。
- 三、餘洽悉，休息 10 分鐘後再進行討論事項第 1 案。

(中場休息 10 分鐘)



肆、討論事項第一案「109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

請委員參閱會議資料第 81 頁，有關 109 年度總額協商通則說明如下：

一、歷年來本會均於每年 9 月協商前先議定總額協商共通性的原則，以提升 9 月份協商議事效率。本案係依據 4 月份委員會議議定的 109 年度總額協商工作計畫表，於本次會議訂定協商通則。經參考 108 年度總額協商通則擬具 109 年度總額協商通則，草案請參閱會議資料第 83~85 頁附件，詳細修正草案對照表請參閱會議資料第 86~89 頁附表。

二、主要修正重點說明如下：

(一)新增第三點「配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源」，相關文字原為 108 年度總額協商通則第三點第(一)項第 1 款及第六點第(三)項所列文字，將文字合併為 1 點，因其意旨皆為應考量健保財務狀況及資源配置，故合併新增為第三點，主要係文字之精簡呈現，未改變實質內容。

(二)修正第四點第(一)項「給付項目之調整」，以臻明確。考量健保法第 61 條規定，本會權責為協議訂定醫療給付費用總額及其分配方式，不涉及個別給付項目之決定。依健保法第 41 條及第 42 條，實質給付項目內容是由健保署共擬會議依據科學評估或相關專家會議建議，討論訂定。為明確本會的權責，乃明訂總額協商不涉及各給付項目的決定，而是協商整體的醫療給付費用。

(三)修正第四點第(三)項「違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦理之扣款」，主要是配合更新相關扣減項目採計的年度。

(四)移列第五點「專款專用項目」，請委員參閱第 82 頁，其主

要是項目的移列，實質內容不變。

(五)修正第六點「其他原則」，請委員參閱會議資料第 89 頁，原 108 年度其他原則第六點第(一)項文字為「年度總額成長率及相關原則經協定後不能再以任何理由或方式變動之」，這一點是維持不變的，即完成協定總額成長率及原則後，就不能夠再做任何變動。原第六點第(一)項後段文字，原意旨為在協定的成長率下，若有一些細部協定項目金額的增減，應正式提案，並由本會協商代表再經協商程序。可是因為過去幾次的委員會議經驗，發現本項涉及本會委員會議協定事項之復議，所以修正原第六點第(一)項後段文字並改列為第六點第(二)項，改為「若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，應依全民健康保險會會議規範正式提案」，主要是回歸本會會議規範之規定，使之符合會議規範的程序。

三、最後，請委員參閱會議資料第 82 頁相關資料，例如：協商通則中有關違規扣款相關規定，經請健保署提供相關金額，如會議資料第 92 頁，此為初步統計資料，正式協商時將以健保署提供的最終資料為準。另外在通則提到的相關作業原則及流程，也放在參考資料供委員參考。

周主任委員麗芳

謝謝陳組長燕鈴的說明，本案委員是否同意？請何委員語。

何委員語

一、我提修正動議，協商因素的第四點(一)項「給付項目之調整」項下增列文字的部分，「本會協議訂定醫療給付費用總額及其分配，不涉及個別給付項目之決定」，這段中間應該要加入以下修正文字：「付費方應對健保各科類別的醫療衡平發展，經共同決議對給付項目給予合理、公平適當之配置調整」。我覺得應該加上這段文字，因為總額協商是付費方跟醫療服務提供者雙方的決定，但是付費方應對健保各科類別

的醫療衡平發展，經共同決議對給付項目給予合理、公平且適當之配置調整，我認為才是協商的精神。

- 二、另外第六點第(二)項，「若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，應依『全民健康保險會會議規範』正式提案」，這個部分現在就發生很大爭議，今天總額協商確定後，明天委員會議就能提案，或是要經過 1 年以後，即明年 8 月或 9 月再來提案，這個會有問題。所以我建議此項修正為：「若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，惟應經雙方協商代表之同意，應依『全民健康保險會會議規範』正式提案，才可進入討論程序」。
- 三、我希望增列以上這些文字，否則會產生模糊空間，未來開會爭議又會很多。每年的總額協商，應該在當年度 12 月 31 日以前，即 12 月最後一次委員會議就要定案，就像剛剛討論的 C 肝藥費專款不足案，如果我是醫療提供者，我明年 5 月或 6 月突然又來提案，這項要加多少錢，那項要加多少錢，沒完沒了，那就不叫總額協商了。

周主任委員麗芳

- 一、謝謝何委員語，因為何委員語所建議修正的文字比較長，幕僚同仁建議先取得何委員的修正文字，由同仁繕打後投影在螢幕上，以便讓各位委員一起確認。
- 二、徵求各位委員意見，在同仁處理何委員修正建議時，我們先進行下一案，等同仁繕打完後，再回來進行確認，這樣可以嗎？(委員表示同意)請先進行討論事項第 2 案。

黃委員啟嘉(於討論事項第 2 案時之發言)

- 一、有關剛剛何委員語的議題，我在這邊也跟何學長講一聲，這牽涉到科別內部平衡的問題，對醫界都很困難，但醫界在總額協商時，我們都非常尊重付費者委員對單一科別的建議，我想您過去對幾個科別的關照，我們後來都有正面的回應，甚至有專門編列。但是如果形諸文字，放在總額協商通則中，恐怕會造

成潘朵拉盒子被打開，就是各科都會開始向所有的委員遊說，說明其困境，導致各位委員承接不暇，因為現在很多科別已經來跟我說明，不同科我也擺不平，若將來各位委員要面對這種情況，不知道問題會不會更加複雜。

二、事實上，在每一個總額部門協商前的溝通，都會有委員提到，這個科別的需求確實有人提過，那他覺得這很重要。我也可以擔保，在過去 3、4 年，我領導西醫基層部門總額協商過程中，全部都有正面回應，沒有一次沒有回應的，所以是否維持現狀，我一定尊重，相信基層一定尊重每一位付費者委員對於某些科別的關切，但請不要形諸文字，我擔心這樣會造成遊說的風氣，因為事實上醫界已經在做了，對於付費者、科別內的想法，只要哪個科反映有困境，我們都會盡可能去滿足。

(進行討論事項第 2、3 案，詳第 90~101 頁發言實錄)

周主任委員麗芳

- 一、現在回到討論事項第 1 案，紅字的部分，是剛剛何委員語針對會議資料第 83 頁，「四、協商因素(一)給付項目之調整」後段文字，所提修正建議「付費方應對健保各類別醫療衡平發展，經共同決議對給付項目給予合理、公平、公開適當配置調整」。請幕僚再放大螢幕上的文字。
- 二、剛剛黃委員啟嘉有針對這段文字提供意見，請問是否還有其他建議？

黃委員啟嘉

其實我沒有堅持不要這個文字，只是我覺得這段文字放上去，本來是只要你提出要求，我們就會處理的事情，但放上這段文字後，變成說大家知道可以跟你們要求，以後就都跑到你們家去了。

周主任委員麗芳

是否還要加這段文字呢？

何委員語

- 一、我補充一下，不是這樣子的，依據「109 年全民健康保險醫療給付費用總額協商通則」草案的第三項條文，後面有一句話「對有限健保資源應予合理配置」。這是總額協商通則給我們的任務，因為有這句話，我才做以上的修正，加了這段文字，希望你不要誤解。第二點，請各位委員參閱會議資料第 93 頁，本會第二屆 104 年委員會議通過之「全民健康保險年度總額給付項目調整之原則」，請大家看一下，貳、運作原則五「保險人依總額核(協)定事項落實與控管給付項目之調整」的文字。
- 二、因為以上 2 段文字明確提到相關概念，我才會建議以上修正，請黃委員啟嘉不要以為我加這個文字是要對你怎樣，其實是總額協商的精神與原則，就有這些文字，我只是具體寫得更明確，希望你們清楚看我講的文字。

周主任委員麗芳

請教法律專家許委員美麗，如何修改文字較合適？

(賴委員進祥表示要發言)

周主任委員麗芳

先請賴委員進祥。

賴委員進祥

這個法規命令，名稱叫做通則，我是有意見的，依照中央法規標準法的規定，法令分為法律、命令。法律得定名為法、律、條例或通則，故定名為通則，就是屬於法律，而法律依規定，必須經立法院三讀通過、總統公布。而本案根本是一種行政命令，但我們卻使用「通則」這個法律名稱，既不合法，也不恰當，大家請再考慮。

周主任委員麗芳

- 一、謝謝賴委員進祥的建議。我們是否將「通則」改為「原則」，第一個是名稱的部分。
- 二、第二個是針對剛剛何委員語所建議增加的文字，各位委員是

否都同意修正？請許委員美麗。

許委員美麗

- 一、這個部分的話，前面的文字只是後面條文的總說明，如果只是後面條文總說明，重點是在後面的條文我們要怎麼修？前面的總說明文字，只是我們就法律層面，要跟你說這個法律後面修了什麼，或是後面修的大概的方向、原理原則在哪邊。
- 二、其實前面怎麼說，但要到後面條文去落實，所以剛才 2 位委員談到這個「各類別...」，因為我不知道之前怎麼處理，可是我覺得這只是總說明，不管這個紅字代表意義是什麼，但重點是後面條文有沒有跟著改，如果沒有的話，就不影響具體條文。我看後面有條文對照表，應該這樣說，對後面的對照表修正條文部分，我們有沒有任何意見，對於總說明文字修正，如果後面的條文是依照現在狀況不變，其實總說明怎麼說明，都不會改變後面條文的。

周主任委員麗芳

謝謝許委員美麗，請教何委員語，您建議的修正文字只寫到付費方，但健保會於總額協商時，應該是全體委員都要有這樣的精神，並非只有付費方要有這樣的思維。

何委員語

- 一、是的，原來總額協商有付費方跟醫療提供者方兩邊單獨協商金額，只有這兩邊人在協商，但在委員會議跟說明會議裡面，都是專家學者跟公正人士才可以參加，你看後面的內容，所以在委員會議跟說明會上，專家學者跟公正人士可以參加，他可以提供建議意見，可是進入總額協商時只有兩方的人，專家學者跟公正人士已經不能表示意見，後面的條文已經寫得很清楚，以前專家學者跟公正人士可以表達意見的部分，都刪掉了。
- 二、專家學者跟公正人士在委員會議跟說明會上是可以提供意

見，但不可以涉及金額的論述，所以我才會寫付費方，因為付費方跟醫療提供者兩邊協商時，我們會說這個或那個項目調整一下，我們可以這樣子，如果這裡都沒有，那前面的「有限健保資源應該合理配置」，就沒有達到這個精神，請各位委員了解這個狀況。

周主任委員麗芳

請翁委員文能。

翁委員文能

照何委員語這樣講的話，修正文字就不該寫「付費方」，而應該是「協商雙方」。

滕委員西華

應該是「協商雙方」。

何委員語

我同意更正為「協商雙方」。

林委員錫維

主席，如果大家沒有意見，就更正為「協商雙方」通過。

滕委員西華

一、我要請教一下，不好意思，雖然我們公正人士這一屆不參與協商，但依照總額協商原則裡面，大的項目是給付項目之調整，我要明確知道，因為在健保相關組織中，除健保會之外有各自互不相隸屬的機關，比方說藥物共擬會議、醫療服務給付項目及支付標準共擬會議或是各總額部門的協商議事會議等，這都不是我們健保會下的委員會，他們是各自獨立運作的會議，所以健保的給付項目，包括：醫療服務給付項目、支付標準都是非健保會的權責。這些組織會根據總額的大框架，不管是協商因素或非協商因素的指定項目，他們去決定是否給付。新藥就是這樣，健保會不可以去決定哪個藥品要付，因為那是共擬會議的權責，共擬會議也不歸健保會管，我們健保會也真的沒有很大，我們能監理的就是社保司

及健保署的政策而已。

- 二、何委員語提到個別給付，我知道幕僚的意思，在去年跟前年協商時，有些委員如黃委員啟嘉剛才所說，非常關切某些或某類支付標準的調整，有些人希望能夠指定項目，有人希望能夠新增項目，有人希望能夠分配，就是類似這些情形。但在我們協商過程中，我們不一定有足夠的資料，不要說不知道金額，我們也不可能知道對的金額，甚至也不知道那樣的方式適合不適合。回到藥物的例子，若要指定藥物匡定多少錢，我們怎麼會知道，因為連健保署都不知道哪些廠商會來申請，他也不能跟你說准不准，醫療科技評估結果如何，也不能跟你說我今年或是明年就要是要給那一類的藥多少錢，因為健保署也不曉得食藥署的准駁結果，這是一樣的道理。所以健保協商精神應該是抓大放小，例如在宅照護服務，我不會針對試辦方案，去指定西醫要多少錢、中醫要多少錢，而是會看整個申請個案分布去做應用。
- 三、我想知道，母法是講衡平費率，合理配置資源是大概的方向，合理配置資源有沒有管到個別給付項目我是很懷疑的，因為一旦管到個別給付項目就不可能衡平，怎麼去衡平？因為西醫就是大，其他就是小，重症就是貴，輕症就是便宜，就有這樣不同的邏輯與新藥新科技。給付項目的調整是什麼意思？各類別是指各總額別嗎？如果是各總額別衡平發展，就不可能啊！中醫再怎麼追都追不上西醫，連牙醫都追不上，這是規模的問題，難道中醫總額小就代表國家虧待中醫？還是中醫總額因此就不能衡平發展？很抱歉以中醫為例子，因為他最小。我有點不太明白，因為如果解釋空間很大，就會造成協商的困擾。
- 四、我想要更加確定，加不加這段文字的意義是什麼？我認為合理資源配置就是一個原則，我們現在是更想要進一步解釋何謂合理配置，這不是不可以，藥物也可以，但如果是這樣，就不應該只有這句話。我們要討論的是，對我們來說資源合



理配置的原則，可能有哪幾個是不能放棄的，例如救命的要先來，或者是什麼，這些應該要回到協商原則討論，緊急性的先來，剛剛講的緊急救難等等，這才是我們調動資源合理分配原則應該要談的。我有點看不懂，所以請何委員教我們多一點，您提的這段文字是什麼意思。另外幕僚應該看有沒有資料可以告訴我們，往年是怎麼看待這些議題，否則在共擬會議或協商議事會議討論給付項目前，我們在協商時就指定人家要做什麼，就會架空其他會議的討論空間，其實也是剝奪他們的權責。

周主任委員麗芳

謝謝滕委員西華的提醒。我可否做以下建議，何委員語所提意見很好，但在執行層面相關細節，可能還需大家更聚焦地討論。因為每年都會進行總額協商，109 年度總額可否先依照幕僚同仁擬具的修正建議，我們可邊做邊蒐集修正建議，也請幕僚同仁研究如何能較貼切地表達何委員語及滕委員西華所關切的精神與細節，明年度再適用，這次先依照幕僚同仁所擬協商原則執行。

何委員語

- 一、我不同意，今天是修正草案的討論，委員有權力提出修正案。幕僚提案前也沒有徵詢我們，或是跟我們討論過，就都沒有啊！你們今天提出來，我依據修正草案前後文字精神，融合之後用更具體文字描述，這樣才是未來協商雙方共同精神存在。
- 二、賴委員進祥建議將名稱的「通則」改為「原則」也可以，因為我們本會第二屆 104 年委員會議通過之「全民健康保險年度總額給付項目調整原則」的文字也是原則，所以改成原則，我是支持的。但是我還是堅持要落下我建議的修正文字，如果沒有這段文字，今年總額協商真的是會脫離跑道太遠。

周主任委員麗芳

感謝何委員語，我覺得這樣也可以。不過剛才幕僚提醒，「給付項目」太細，而且不是健保會權責，修正文字仍按照您的建議，但微調為「協商雙方應對健保各類別醫療衡平發展，經共同決議給予合理、公平、公開適當配置調整」，好嗎？

何委員語

我建議的草案文字，就是寫共同決議啊！

周主任委員麗芳

不是啦！是「對給付項目」這幾個字，因為幕僚同仁提醒這部分不是健保會權責，那是共擬會議權責，「對給付項目」這幾個字可以拿掉嗎？

何委員語

共擬會議是處理健保署提出細部的給付項目，我們這邊是這次提出的經過各醫療單位提出的總額協商項目，建議將「給付項目」改成「總額協商項目」。

周主任委員麗芳

好，那將「給付項目」改成「總額協商項目」。請謝委員武吉。

謝委員武吉

我感覺上「...，經共同決議對總額協商項目給予合理、公平、公開適當配置調整」，共同決議我請問一下，前面有雙方協商代表，人數是不是相同？沒有相同！有沒有公平性？沒有啊！我們要有公平公正而且合理，完全都沒有。

周主任委員麗芳

委員還有沒有其他具體的修正建議？

滕委員西華

這樣已經很好啊！

周主任委員麗芳

一、「四、協商因素(一)給付項目之調整」後段文字，就修正為「協商雙方應對健保各類別醫療衡平發展，經共同決議對總

額協商項目給予合理、公平、公開適當配置調整」。

二、我們繼續看「六、其他原則(二)」，剛才何委員語有提出修正建議。

謝委員武吉

沒有，剛才那個我還是不能接受，我建議是後半段文字刪除。最好都不要放上去。

周主任委員麗芳

請問謝委員武吉是指「不涉及個別給付項目」那句嗎？

謝委員武吉

是「經共同決議...」，協議代表人數就不公平了嘛！

滕委員西華

沒有啊！就是對等協商啊！而且協商醫界代表很多都不是委員。

謝委員武吉

我們永遠是被欺壓的一群。

周主任委員麗芳

請問謝委員武吉您具體的建議是什麼？謝委員是建議「協商雙方應對健保各類別醫療衡平發展，不涉及個別給付項目」嗎？請問何委員語是否同意再微調？大家尋求一個共識。

何委員語

我認為沒有錯，他講的是他們的協商代表 10 位，我們付費者協商代表原來是 15 位今年增加為 17 位，他覺得 10 位對 17 位不平衡、不公平。希望先修改健保法把未來付費者代表也只選出 10 位就好，以後就 10 位付費者代表跟 10 位醫療服務提供者代表協商，那就公平了。但現在是施行細則的規定，衛福部施行細則要將付費者代表由原來 15 位改 17 位，我們也沒辦法。

周主任委員麗芳

請問謝委員武吉能否同意文字先做這樣的修正，我們執行看看，以後可再調整。

謝委員武吉

我們還是不能接受，因為沒有公平正義。

賴委員進祥

我來建議酌作文字上的修正，因為現在文字，還是不太清楚，故我建議作這樣的調整「協商雙方應本對等原則，考量各總額部門之醫療衡平發展，就協商項目分別給予合理配置」，這樣比較清楚。

周主任委員麗芳

這樣子調整後，意思都考慮進來，只是文字讓他順一點，應該兩全其美，大家意見都參採進來。

謝委員武吉

請將修正後文字投影出來再看一次。

周主任委員麗芳

請幕僚同仁重新打好字再投影，兩段修正文字都保留，我們先看下段修正文字。

何委員語

- 一、賴委員進祥提的是第二修正案，我的是第一修正案，請幕僚同步將 2 案的文字都投影。
- 二、先討論第二修正案，如果第二修正案未通過，就回歸第一修正案。

周主任委員麗芳

我們先看剛何委員語所建議的「六、其他原則(二)...惟應經雙方協商代表之同意，才得進入討論程序」，不曉得執行面會不會有問題，例如跨屆之後，協商代表還要找到上一屆的人同意嗎？我們已經有會議規範可依循，是否還需要再加「應經雙方協商代表之同意」？

何委員語

- 一、這個精神就是 12 月 31 日之前要提出修正動議，而不能進入

第二年執行後才提修正動議，精神在這裡，這牽涉會議規範跟法定程序原則，就是說9月份我們協商完，政府在10月份公告，公告之後發現情況不對，在12月份委員會議以前就要提出，不可以跨到隔年1月1日開始執行後才提修正建議案，那不行的，這條精神在這裡。

二、否則每年協商好，隔年8月、5月、10月，每個月都提案復議，委員會豈不就傻眼，這條修正文字精神是在這裡，就是在12月底年度結束以前就要提案修正。

周主任委員麗芳

一、好，聽聽看大家意見，這個條文修正蠻大的，因為依照原來的規定，符合會議規範及提案條件，就可以提案復議。但依何委員修正意見改了後，變成要在當年度，在還沒執行前，發現可能有窒礙難行之處就要提案復議，若執行後就不能再提了。

二、我們再聽聽大家意見，請公正人士提供意見。

何委員語

若我們前面加一句「協商當年度12月份以前」。109年度總額是在108年9月進行協商，健保法第61條規定，健保會應於年度開始前3個月協議訂定總額範圍，因此是當(108)年度結束前就要提案，不可以在109年度中時，再提案復議。

周主任委員麗芳

何委員語所提建議，我覺得很嚴謹、很好，但可能也需考慮到日後若是發生重大災難或是無法預期的重大事件，會綁住我們的手腳，可能全部的委員都同意某案，但礙於此規定，本會連討論都無法討論。

何委員語

一、主席請別忘了，每年健保總額在其他預算項下都有編列「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，這項預算就是要預備突然災變發生所編列之款項，大家可以參閱今天會議補

充資料第 22 頁。

二、「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」就是用來為非預期、緊急事故應變做準備。

周主任委員麗芳

請張委員煥禎。

張委員煥禎

我贊成主席所提。主席剛剛只是舉例，雖然委員立意良善，但文字修正需要小心，以免矯枉過正，造成日後有可能有類似的情況，但委員會這邊什麼都不能做，因此文字修正可能需要更謹慎考量。

周主任委員麗芳

再來聽聽看公正人士委員代表的看法，請吳委員榮達。

吳委員榮達

一、我傾向贊成何委員語的修正意見，但文字上不大通順。至於突發事件部分，因為其他預算項下中有「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」乙項，今年編列 8.22 億元，原本去年協商時健保署建議編列 10 幾億元，但最後刪減到 8 億元，我們若保留預算彈性，可以再看看本項預算金額要不要增加或放寬適用範圍，這樣即可克服，不需要破壞總額協商機制，所以我傾向何委員語所提修正意見，但文字上我建議，因為有 2 個「應」(經現場幕僚人員刪除)。

二、目前文字是「惟應於協商當年度結束前，經雙方協商代表」，這點也有執行上的困難度，如何確認「協商代表」？這又是另一個問題。付費者代表這邊可能變動比較少，因為協商代表都是委員，但醫界除委員之外，還會有其他的協商代表。因此本段文字要不要再修正為「經雙方具有委員身分之協商代表」，這樣更明確，這是我的修正建議。

周主任委員麗芳

謝謝吳委員榮達的建議，文字修正為「經雙方具有委員身分之代表同意」。請滕委員西華。

## 滕委員西華

- 一、依「全民健康保險會會議規範」，對於總額協商議題可以提出復議，本會對復議案的提出條件也相當嚴格，截至目前為止，除了今年有比較多問題外，過去並沒有出現復議案來變更總額協商結果，除非真的有重大爭議，否則本會委員不會輕易去推翻已經協定的項目。
- 二、何委員語的考量確實有其道理，也因為今年出現許多紛擾，他才會提出本項修正。但本項修正跟本會會議規範之間，我想應該要有目的上的區隔，否則會架空會議規範，或是會有適用上的衝突。
  - (一)雙方協商代表中，尤其是醫界的協商代表，大部分不具備本會委員身分，因此這裡的文字若要用「協商代表」，可能也要先釐清「協商代表」的定義。付費者委員也面臨一樣的問題，各部門總額協商時都有推派出主談人，是主談人還是需經所有的付費者代表同意？這部分的細節需要討論。
  - (二)我覺得若是要對當次(如今年 9 月)的總額協商結果提出異議，也應該是在衛福部核定前，這是重啟協商的概念。若年度總額都達成共識就不會有爭執，但通常都會兩案併陳，醫界代表提出 1 案，付費者代表另有 1 案，部長如果核定某 1 案，另一方一定不滿意，就是選了醫界案付費者不高興，選了付費者案醫界不高興，不滿意的一方就來本會提復議案，這樣不是沒完沒了？因為沒有特殊限制，提案一定是要改善不滿意的部分，而這些不滿意，也不一定是預估錯誤而已。若有重大事項或災害發生，毋須復議，政策款就下來了。若我們賦予部長裁決、公告之後還可以提復議，可能比現在文字小幅度修改所產生的問題更大。
  - (三)我支持何委員語所提「協商結果應穩定」的核心概念，過往衛福部多在 12 月左右核定，若可以在衛福部核定前提

出，則等同重啟協商的概念，這樣相對單純，但衛福部正式核定後，應該要依本會會議規範，以復議程序進行，以減少會議成本及總額協商的紛亂。

周主任委員麗芳

滕委員西華的修正建議就是在衛福部核定前，依本項規定，若在衛福部核定之後，就依本會會議規範的復議程序進行。請何委員語。

何委員語

- 一、我補充一下有關於緊急事故應變，108 年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」編列 8.22 億元，這筆錢就是用於緊急應變，目前還沒有動支。
- 二、我印象中去年健保署提出的草案，本項預算編列 15 億元左右，被付費者代表刪減到 8.22 億元，這是付費者代表的共識。依照過去慣例，本項都編列 10 幾億元，以因應非預期風險，所以不會發生主席所說的狀況。
- 三、我提這項修正建議，是希望能穩定總額協商結果，我之前就不斷呼籲，不要總額協商結束後，醫界代表不斷提復議案，這樣沒完沒了，健保會就只討論復議案就好。

周主任委員麗芳

請許委員美麗。

許委員美麗

- 一、剛剛聽各位委員說明，新增「協商當年度結束前」這幾個文字是因為衛福部核定時間大約是 12 月左右，所以要在年度結束及衛福部核定前進行，若是在衛福部核定後，則是屬於復議程序。但本項的前提是「衛福部核定後」，若是時間點在「衛福部核定後」(12 月)，似乎沒有再加上「當年度結束前」文字的必要。
- 二、若大家認同衛福部核定時間就是在 12 月，本項是規範「衛福部核定後」，因此大家要討論的是：「衛福部核定後，若有異議，是否同意可以提案、討論的情形？」，因此新增「當年度



結束前」似乎就會沒有考慮到「衛福部 12 月核定後，隔年 1、2、3 月才提出異議」的情形。

三、修改時要注意本項前提是「核定後」，若涉及到相關改變，要不要讓它可以提案？我們若認為可以提案，但不希望真的提案或是任意變動核定結果，是否還要增設限制，才可以進入提案討論？如果不需要的話，就沒有要修改的問題。

周主任委員麗芳

聽完許委員美麗的意見，請問何委員語仍建議要這樣修改嗎？請吳委員榮達。

吳委員榮達

我建議依照現在的文字修改為「具有委員身分之協商代表」。

許委員美麗

請問要不要刪掉「協商當年度結束前」？

吳委員榮達

留著，就是要在「在核定後」及「協商當年度結束前」提出。

盧委員瑞芬

剛才滕委員西華的意思應該是要分成 2 段，1 段是衛福部核(決)定前，另 1 段規範衛福部核(決)定後，因為「六、其他原則(二)」原本就是規範經衛福部核(決)定後之變動是走復議程序，所以應該新增「衛福部核(決)定前」由雙方具有委員身分之協商代表同意，方能依會議規範正式提案。

周主任委員麗芳

一、謝謝盧委員瑞芬及許委員美麗的建議。

二、「六、其他原則(二)」文字修正為：

(一)醫療費用總額及分配經衛福部核(決)定前，若有涉及各項目金額增減或協定事項改變之建議，應於協商當年度結束前，經雙方具有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會會議規範」正式提案，才得進入討論程序。

(二)醫療費用總額及分配經衛福部核(決)定後，若有涉及各項目金額增減或協定事項改變之建議…。

滕委員西華

建議文字修正為「醫療費用總額及分配，若有涉及各項目增減或協定事項改變之建議，應於當年度協商結束後，衛福部核定前，經…」，這樣文字比較通順。

周主任委員麗芳

那在衛福部核定後呢？

滕委員西華

- 一、若衛福部核定後，就依照會議規範提復議。
- 二、這就是何委員語主張的，要在 12 月底前提出，不要隔年了才來翻案。現在的空間就是「『衛福部尚未核定』及『年度結束前』」，可以提出來重啟協商。

蔡副署長淑鈴

所以應該是「協商結束後」。

滕委員西華

- 一、是在協商後，所以可以加上「協商結束後」的文字。
- 二、「六、其他原則(二)」建議修正為「醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，應於衛福部核(決)定前，經雙方具有委員身分之協商代表同意，依『全民健康保險會會議規範』正式提案，才得進入討論程序；衛福部核(決)定後，則應依『全民健康保險會會議規範』正式提案」。

謝委員武吉

主席，第二項這項，請先了解本項有沒有逾越部長的權限？

滕委員西華

沒有，在協商結果核定前，結果還是要送部長裁決。

周主任委員麗芳

請問商委員東福，謝委員武吉詢問目前修改的文字內容，有沒有逾越部長的權限？

商委員東福

沒有，最後還是要報部核定。

周主任委員麗芳

- 一、本項依滕委員西華建議之文字修正。
- 二、回到前面「四、協商因素(一)」後段，有 2 個修正建議，分別是何委員語的第一修正建議、賴委員進祥的第二修正建議，賴委員進祥的建議文字為：「協商雙方應本對等原則，考量各總額部門之醫療衡平發展，就協商之項目，給予合理配置」，不知道大家同意嗎？其實 2 個建議內容的精神很像，只是文字調整。是不是就採用賴委員進祥的建議？若沒意見，本案就修正通過，請委員再看一下螢幕文字。

謝委員武吉

主席，你是說修正成這段文字嗎？那協商人數要對等...

周主任委員麗芳

那個以後再說(多位委員附和)。

何委員語

主席，若謝委員武吉堅持，我就反對第二修正。

周主任委員麗芳

- 一、本案涉及總額協商，所以大家都很用心地討論，但已經討論很久了，請何委員語及謝委員武吉體諒。
- 二、「四、協商因素(一)」後段文字就依照賴委員進祥的建議進行修正，「六、其他原則(二)」則依照滕委員西華建議的文字，本案修正通過，好不好？

何委員語

再詳細看一遍修正的文字。

周主任委員麗芳

好，再詳細看一次。「四、協商因素(一)」後段文字修正為「本會權責為協議訂定醫療給付費用總額及其分配，協商雙方應本對等原則，考量各總額部門之醫療衡平發展，就協商之項目，給予合理配置」。

何委員語

後面那句「不涉及個別給付項目之決定」的文字是刪除嗎？若刪除的話，我就支持。

周主任委員麗芳

對，刪掉了！（賴委員進祥亦表示同意）感謝，第二個修正處剛才已經宣讀很多次了，就不再重複。

張代理委員孟源(吳委員國治代理人)

主席，請問可以把螢幕顯示的文字拉下來一些嗎？(幕僚調整現場螢幕顯示內容)何委員語原來的建議是「各類醫療衡平發展」，但是現在修正為「各總額部門」。

周主任委員麗芳

一、「四、協商因素(一)」後段文字修正，改依賴委員進祥的修正建議。

二、「六、其他原則(二)」修正處就不再宣讀，就是綜合許委員美麗、滕委員西華及盧委員瑞芬3位委員建議的內容。

何委員語

請讓我們再看一遍。

周主任委員麗芳

「四、協商因素(一)」後段修正為「本會權責為協議訂定醫療給付費用總額及其分配，協商雙方應本對等原則，考量各總額部門之醫療衡平發展，就協商之項目，給予合理配置」。

盧委員瑞芬

主席，「四、協商因素(一)」後段我們剛堅持的是「不應該涉及個別給付項目的討論」，也就是不針對細項進行討論，現在為何刪

掉？那句應該保留，那是大家討論的重點。

周主任委員麗芳

一、好，盧委員瑞芬建議「不涉及個別給付項目之決定」文字應保留，「四、協商因素(一)」修正確定。

二、「六、其他原則(二)」：

(一)文字修正為：「醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，應於衛福部核(決)定前，經雙方具有委員身分之協商代表同意，依『全民健康保險會會議規範』正式提案，才得進入討論程序」。

(二)復議那段文字就不用再寫了，核定後就走復議程序，本條是規範在衛福部決定前依此程序辦理。

三、本案修正通過，進入吳委員榮達所提的臨時提案。

周主任委員麗芳(於討論臨時提案時之發言)

一、幕僚同仁提醒，衛福部公告後之進程序還是要寫清楚，日後才有所依循，因此「六、其他原則(二)」後面還是增列「衛福部核(決)定後，應依『全民健康保險會會議規範』正式提案」之文字。

二、繼續回到臨時提案討論。

(進行臨時提案，詳第 102~107 頁發言實錄)

伍、討論事項第二案「109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

- 一、有關 109 年度總額協商程序，援例在總額協商前先議定，以提高議事效率。依本會 108 年 4 月份委員會議通過之 108 年度委員會議時間表，109 年度總額協商共識會議安排於 9 月 26 日全天，若 9 月 26 日有協商未盡事宜，則於 9 月 27 日上午 11 時繼續協商。
- 二、說明三，查 108 年度協商程序是參考專家諮詢會議的建議，經委員會議討論後修正，去年 9 月依照此協商程序，順利完成 108 年度總額議定，所以幕僚依照 108 年度總額協商程序，109 年度總額協商程序草案僅酌修文字，主要修正年度別，請委員參閱會議資料第 99~103 頁，協商程序實質內容並沒有修正。
- 三、說明四，檢視去年總額協商資料的準備，發現還有改進空間，去年有發生部門在提送協商草案至本會時，有時間延遲、臨時增修內容、抽換資料或提新協商項目的情形，因此今年請各總額部門與健保署配合以下事項：
  - (一)在 9 月 5 日前提送規劃之「109 年度總額協商因素項目及計畫草案」，希望能如期提供，才可以盡早彙製協商資料提供委員參閱，資料送會後就不宜再臨時提出新增項目或更動內容，以避免 9 月份總額協商時，委員對協商內容及數字生混淆，這會影響整個總額協商的效率。
  - (二)所規劃之「109 年度總額協商因素項目及計畫草案」，應包含各協商項目的詳細資料，其中「執行目標及預期效益(含評估指標)」部分，去年有部門沒有提供，希望今年可以提供完整的資料。根據過去各界或專家學者評核會議提供的建議，這些所提的協商指標，應該以結果面指標為導向，

具體呈現資源投入的效益，以利健保總額協商及落實預算檢討。

四、說明五，檢附去年協商時程表，幕僚會在今年 7 月份委員會議進行抽籤，確定各部門的協商順序，進行時序安排，以上說明。

黃委員啟嘉(對討論事項第 1 案發言，詳第 71 頁發言實錄)

周主任委員麗芳

黃委員啟嘉的建議是針對第 1 案，幕僚同仁正在處理何委員語所提修正文字，目前係進行第 2 案，請幕僚將黃委員所提意見歸到第 1 案。針對第 2 案，請問各位委員有沒有意見？(未有委員表示反對)本案照案通過。進行討論事項第 3 案。

## 陸、討論事項第三案「全民健康保險各部門 107 年度總額執行成果評核獎勵額度案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

請參閱會議資料第 107 頁，有關於 107 年度總額執行成果獎勵額度案，依 108 年 3 月份委員會議決議，要在 5 月或 6 月份委員會議討論，因此提出本案。

- 一、根據評核作業方式，評等「良」級以上的部門，酌給品保款以茲鼓勵，請看說明二，歷年總額品保款的編列方式，過去都是在 8 月份，等到衛福部交議、確定有協商空間，且評核結果出爐後再決定品保款額度，但因為今年度委員希望可以在評核前，先決定各評核等級的金額，所以先提出本案，因此部分數字必須進行模擬，等一下再向委員報告。
- 二、106 年度以前，品保款列在一般服務，107 年度以後放到專款，因為各總額部門規模、服務項目不同，所以都是以一般服務預算作為各部門的計算基礎。獎勵成長率的部分，請參閱會議資料第 107 頁下方的表，97~108 年之間，大部分評核「良」是 0.1%、「優」是 0.3%、「特優」是 0.5%，99~100 年因為成長空間很少，且有財務短絀的問題，因此那 2 年的獎勵成長率砍半，變成 0.05%、0.15%、0.25%。
- 三、請參閱會議資料第 108 頁，幕僚對於 109 年度總額協商的空間進行模擬評估，若暫依衛福部報行政院草案 3.708%~5.976% 的範圍推估，以上限 5.976% 乘以過去 5 年行政院核定成長率上限的經驗值，約為衛福部所報的 92.2%，推估可能成長上限約為 5.51%，如果依此成長率上限進行評估，則 9 月份可協商空間約為 117.8 億元。
- 四、幕僚也計算過去 5 年可協商空間的金額，供委員參考，過去 5 年協商空間介於 86.2 億元到 158.9 億元之間，今年協商空間如果是 117.8 億元的話，是比去年及前年都低。過去 5 年 4 個部



門總額品保款合計在 5.61~8.77 億元之間，占當年度可協商空間比率約 3.5%~7.3%。實際品保款金額還是要看各部門真正評核結果，所以也不一定會和推估的一樣，不過無論是金額或占率都有逐年增加的趨勢。

五、請參閱會議資料第 109 頁，對於明年度的品保款，幕僚提出甲、乙二案供委員參考：

(一)甲案是依照近年給予獎勵成長率(「良」0.1%、「優」0.3%、「特優」0.5%)，乙案主要考量品保款是用一般服務預算為計算基礎，因此已經逐年成長，同樣獎勵成長率，額度已經逐年擴大，因此建議酌調成長率，調整為「良」0.1%、「優」0.2%、「特優」0.3%。

(二)根據甲、乙二案進行額度模擬，假設 4 個總額部門評核結果分別都是「良」、「優」、「特優」的情況下，甲案的品保款金額分別是 6、18、30 億元，占可協商空間 5.1~25.4%，即 4 個總額部門評核結果都是「特優」的話，有四分之一的協商空間就用在品保款。若是乙案，4 個總額部門分別都是「良」、「優」、「特優」，品保款會介於 6、12、18 億元之間，占協商空間 5.1~15.3%。

六、有關歷次委員會議與品保款運用相關之決議，主要是過去都會有從一般服務移列部分預算至品保款合併運用，請參閱會議資料第 110 頁，從 102 年起，每年都是以 2 年品保款額度運作，所以 107~108 年度，都是將原 106 年度一般服務中品保款額度，與當年度品保款專款合併運用。

七、擬辦的部分，要請委員討論 109 年度品保款額度要如何計算，包括計算基礎是不是跟往年一樣，用一般服務預算為基礎，成長率要多少，另外也建議與過去一樣，在結算時，將原 106 年度的品保款額度，與 109 年度品保款專款合併運用。以上說明。

周主任委員麗芳

在委員討論之前，因本案事涉 4 個總額部門，先聽聽 4 個總額部門的想法，依照座位順序，先請醫院代表翁委員文能。

翁委員文能

目前沒有特別意見。

周主任委員麗芳

西醫基層，請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

因為品保款是一個獎勵，如果獎勵要有效果，那獎勵本身盡量不要有太多折扣，不然就會失去意義。

周主任委員麗芳

牙醫部門，請王委員棟源。

王委員棟源

我們牙醫一直以來表現都很好，我想榮譽是很重要的部分，但實質的經濟誘因更為重要。

周主任委員麗芳

中醫部門，請陳委員旺全。

陳委員旺全

其實中醫總額是最少的，但應該依照不同比例來增加是最好的，因為每個基層的醫院都一樣有所貢獻，但仍尊重貴會決定。

周主任委員麗芳

現在開放所有委員表示意見，本案幕僚同仁研擬 2 案，一案是依據過去的獎勵成長率，另一案則是調降獎勵的百分比。請滕委員西華。

滕委員西華

一、按理說我們要有一個假設，在合理的支付標準下，每個醫療服務應該都是優良的，照理說應該不存在額外獎勵這件事情，因為對於做不好的會有懲處，所以現在是說，如果今天有做到一些國家政策裡特別要重視的優良品質，我們就在總額之外給這些院所一些獎勵，從之前費協會時代，這些就很費心思，這邊

也有很多費協會的前輩。

二、但不可否認的幾件事，說明如下：

(一)總額的基期越來越大，即使比例不變的情況下，如果這些錢拿去買服務，跟單純作為獎勵，對將來持續成長的總額發展一定有所不同，如去買不管是藥品也好，或是新增的藥物、新藥科技的成長。

(二)如果依照幕僚的估算，4個總額部門通通為「優」，總計大概也要10幾億元的規模，當然也不是一筆很小的錢，雖然在大總額只占零點幾個百分比，但累積起來，金額其實還挺驚人的。

(三)錢都會不夠，剛剛主席詢問各總額部門的時候，沒有哪個總額部門代表敢說，沒關係少一點，都是盡量維持或增加。但有些部門醫療品質獎勵款的鑑別度不足也是事實，也就是在某些部門底下，就都只是多給錢而已，因為不好分，那乾脆就均分，所以其實就每家院所意思意思領個錢，造成鑑別度不好，那每年都花很多時間跟不同總額部門爭論，這些品保款的指標到底有沒有鑑別度，特別有一些品保款的指標，到底多少百分比應該隱含要鼓勵國家政策，例如：鼓勵分級醫療、強化基層量能、鼓勵假日開診，那假日開診這件事，究竟是要用品保款獎勵，還是提升支付標準，政策上就出現不同的爭論。

三、品保款其實產生很多的爭議，所以如果是這樣的理由，我傾向支持幕僚所擬的乙案，也就是維持獎勵，但是調整獎勵比例，我想醫界的夥伴也應該都希望大部分的錢還是用在一般服務，用支付標準與服務得到健保費用，不是額外再做很多研究、繳很多資料，來取得一筆整體分配下來不是很多的錢。

四、如果不採乙案的話，我有一個想法，是不是每一個總額部門按照比例，提出最高金額上限，因為剛剛提到基期會越來越大，比方說「特優」獎勵成長率0.3%，但0.3%算出來，最多不可

以超過幾億元，也就是比例及金額上限都做匡定，可能是一個不會讓費用增加那麼快速的方法。

周主任委員麗芳

其他委員有無建議？請林委員敏華。

林委員敏華

目前大家提出的問題是，因為隨著總額基期越來越大，用獎勵成長率會出問題。幕僚提出甲、乙案，我個人的看法是，這有點一視同仁，對中醫、牙醫比較不公平，因為要獎勵的話，應該是要有鑑別度，但因為現在醫院總額基期已經太大，才發現這問題，是不是可以建議基期比較小的總額部門，用一個方式或規則，而基期比較大的部門，用像剛剛滕委員西華說的，設一個上限或其他規則。

周主任委員麗芳

林委員敏華建議按總額的規模大小，比方規模小的部門維持甲案，規模大的部門採用乙案，是否仍依剛剛滕委員西華的意見，甲乙兩案都有設上限？

林委員敏華

上限多少我沒有意見，可能要尋求大家的共識，至於是不是都用甲案或乙案，我也沒有一定的意見，只是希望鑑別度要隨著不同部門而有不同處理。

周主任委員麗芳

林委員敏華是否要提出丙案嗎？

林委員敏華

我想像是成長率多少，這還要經過計算，目前資料還沒辦法明確提出怎麼做區隔，只是我提出一個意見，是不是牙醫、中醫另外用一個案，因為他規模很小，現在醫院、西醫規模相對太大，大家若要用共同規則或限制，因為規模大造成差距大，是不是先將這2個部門分別處理，幕僚再計算給予的獎勵成長率大概是多少錢，之後大家再尋求共識。

周主任委員麗芳

請千委員文男。

千委員文男

- 一、這樣好像瞎子摸象，都不曉得將來要花多少錢，不確定原因很多，如果有一個明確的數據是比較清楚，委員要決定也比較清楚。至於部門本身基期多少是一個問題，總額最大的醫院部門評核得到「良」，跟總額最小的中醫部門評核得到「甲」，會產生什麼現象？
- 二、站在健保署要領導所有的醫界的角度，品保款是鼓勵他們努力前進的一種方法，我認為是必要，但健保會在協商的時候也很辛苦，不曉得誰是優、誰是良？要留多少錢作為品保款的給予。所以在這邊要討論甲、乙案，也是很頭痛的問題，採甲案，到時候大家都得「優」或「特優」，協商空間變的很少，通通得到「良」，金額太少，又激不起他們努力的展現。建議最好是有一個定額，不然在協商時會有困難。

周主任委員麗芳

請許委員駢洪。

許委員駢洪

品保款項評核獎勵額度案都會有評核指標，重點是在評核指標有無落實執行。台灣醫療服務是全球第2名，醫療技術是第3名，我覺得甲案錢也沒有很多，如果評核指標落實執行，我認為會比這些價格還更有價值。

周主任委員麗芳

許委員駢洪建議採甲案，請翁委員文能。

翁委員文能

剛剛有委員提到上限，例如給醫院 0.3%，然後訂一個上限數值，但因為醫院基期那麼大，0.3%憑良心講沒什麼感覺，所以訂那個數字沒有意義，我建議用比例比較公平，不建議用多少錢，比例多少錢我沒意見。另外我想要提醒，醫界不是接受誰的領導，我們跟健保署是夥伴，大家一起服務民眾，沒有誰領導誰。

周主任委員麗芳

綜合剛剛委員意見，各有不同想法，有贊成甲案，也有贊成乙案；有建議要設定上限，也有人認為對醫界不是很公平；也有委員建議依據規模，小規模用甲案、大規模用乙案。請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、這個案去年也有討論過，確實很難抉擇，不過西醫基層、醫院跟中醫、牙醫相比，畢竟規模相差很大，基期大者按比例成長金額就高，但其實他們也做很多，西醫大概有 3、4 萬人，規模都不一樣。既然要鼓勵醫療品質，我認為獎勵一定要有激勵的作用，錢太少、家數多，獎勵分配恐怕只有 1、2 千元，醫界在乎這 1、2 千元嗎？
- 二、「優等」獎勵成長率從過去 0.5% 降到 0.3%，已經有降過一次了，再降下來可能起不了激勵的作用。今年度健保總額 7,140 億元，既然錢那麼多點值還是不滿意，這個品保款沒有多少錢，只要可以提升品質、病人得到適度照顧，醫療天數、次數就會降低，相對會補回來，既然要鼓勵品質，我建議維持原來的制度。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

我比較贊成滕委員西華的意見，因為醫界本來就要做好服務品質，給予獎勵其實只是附帶，做得好是他的榮譽，所以我是贊成採用乙案，畢竟如同剛剛蔡委員登順所說，幾千元根本不是個大數目，而是一個榮耀，我覺得這才是身為醫界的人真正要的。早期不管護理人員、醫生，都是以救人為天職，對於金錢收入其實並不是那麼在乎，所以我還是認為，作為醫生的人是有偉大的志向，志向就是要解救百姓的病痛，可以把病痛治好就是他們最大的鼓勵與安慰，對於金錢的部分，我認為可以再考量，因此比較贊成用乙案。

周主任委員麗芳

請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、事實上，品保款主要是對各總額部門有沒有遵守法令、程序規則的一種肯定，並非給很多錢的才叫做鼓勵，我認為有表示肯定，也有鼓勵到就可以了，建議採用乙案即可。若要討論錢多錢少，公道伯說的也沒錯，品保款沒有多少錢，我想肯定跟鼓勵才是重點，我們也不可能一次要給幾百億元。
- 二、既然我們依相關學者、專家就各總額部門執行成果的評核結果，給予適當獎勵，有肯定到他們的表現，這樣就可以了，不一定說非要幾%才可以，無論是3%、5%、8%，那又怎樣呢？醫院規模那麼大，也不好分，只要他們是將品保款用於獎勵優秀的相關人員或是提供福利。我認為這樣會比較正確，請主席裁奪。

周主任委員麗芳

請何委員語及趙委員銘圓。

何委員語

- 一、聽到很多醫界朋友說，他們並不在意品保款，他們所在意的是應該得到的，就給合理的支付，不要時常亂扣款。
- 二、收到本次會議資料時，我就寫乙案了，我認為未來健保會更大責任是怎麼公平分配資源給各類別醫師，讓他們得到應該得到的合理給付，我的想法是這樣，所以我支持乙案。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

我補充一下，幕僚整理案子時寫得很清楚，請參閱會議資料第 109 頁，乙案部分的說明，就是我們 108 年預估保險收支短絀 403 億元，109 年預估短絀是 648 億元，因為考量財務狀況的穩定，所以希望採取乙案，給大家參考。

周主任委員麗芳

請王委員棟源。

王委員棟源

請各位委員參閱會議資料的第 109 頁，甲案與乙案的差別就在「優」級的獎勵成長率，甲案是 0.3%，乙案是 0.2%，再看到會議資料第 110 頁，牙醫的部分，96 年到 99 年都「特優」級，100 年開始變成「優」級，看起來甲、乙案的差別只會處罰到牙醫部門。所以，請各位委員幫我們想想，謝謝！

周主任委員麗芳

大家應該是有共識，獎勵的成長率可以適度調降，但剛剛王委員棟源也提醒，調整方式似不宜僅針對某個總額部門，我們可否再微調乙案的調整比例，改採漸進的方式，請吳委員榮達。

吳委員榮達

我提一個折衷案，為了有鑑別度，我建議「良」級維持 0.1%，「優」級修正為 0.25%，「特優」級維持 0.5%。我覺得這樣會有他的鑑別度，因為要達到「特優」級並不容易，就提這樣的調整案為 0.1%、0.25% 及 0.5%。

周主任委員麗芳

吳委員榮達建議只針對「優」級調整，其他級別沒調整，請問王委員棟源這樣可以嗎？

王委員棟源

尊重各位委員決定，但牙醫部門還是很委屈。

黃委員啟嘉

西醫基層其實也會受到影響，我們去年拿到「優」級，今年不一定會有「優」級，搞不好也沒影響。但吳委員建議的 0.25%，我看大部分付費者委員都是支持乙案，而醫療服務提供者都是希望甲案，是否就折衷取 0.25%，我們可能也拿不到，可能教授都不給我們。

周主任委員麗芳

一、本案就採吳委員榮達建議的折衷方案，109 年度總額各部門品



質保留專款額度計算基礎，以各部門評核年度(107 年)一般服務預算為計算基礎。獎勵成長率依照 108 年評核會議所獲等級，「特優」級給予 0.5%、「優」級給予 0.25%、「良」級給予 0.1%獎勵成長率。原 106 年度列於各部門總額一般服務之品保款額度，與 109 年度各部門總額之「品質保證保留款」專款合併運用。

二、幕僚已將討論事項第 1 案的修正建議文字打好，我們繼續討論。

吳委員榮達

程序問題，本人針對健保署近日一個預告修正案提出臨時提案，因為具時效性，若今天沒有討論，下個月開會時，該預告案之公告時間期滿就會生效，我建議在討論事項第 1 案結束後，可否優先把那個案子挪出來，因為有時效性。

周主任委員麗芳

吳委員榮達針對健保署最近預告修正之「全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 33 條修正草案」提出臨時提案，徵詢各位委員是否同意於討論事項第 1 案結束後接續討論吳委員所提臨時提案？  
(未有委員表示反對)

(繼續進行討論事項第 1 案，詳第 72~89 頁發言實錄)

柒、第四案(臨時提案)「建請健保署就其最近預告修正之『全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 33 條修正草案』，於本會提出財務影響報告(例如將增加金額及對點值之影響等)，並在本會形成共識前，暫停公告及施行案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

吳委員榮達

- 一、請看到本案提案單的說明段，本次共調整 4 類藥品，調整比例非常高，基本價調升幅度從 1/3~1/5 間不等。據我詢問的結果，本次調整預估新增近 30 億元費用，金額龐大，不知實際影響範圍、對點值的衝擊、會不會因此需要提早調整保險費率等。
- 二、希望健保署針對草案中擬調整類別項目所增加的金額、對點值及健保費率的影響等，先提出評估報告，在報告提出及本會形成共識之前，先撤下現在公告的草案。本案若於下次委員會議再行討論，將逾公告預告期間，很可能就立即生效，因有時效性，所以希望大家支持。

周主任委員麗芳

- 一、先回到討論事項第 1 案。(對討論事項第 1 案發言，詳第 89 頁發言實錄)
- 二、請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、對於這一案，我在共擬會議及報紙上看到，我們藥品竟然比糖果還便宜，這是什麼道理！我們很多藥品是經過 PIC/S GMP(Pharmaceutical Inspection Convention and Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme Good Manufacturing Practice，國際醫藥品稽查協約組織所規範之優良作業規範)藥廠製造出來的，結果竟然比糖果還便宜，這是應該的嗎？台灣人應該要這樣被處理嗎？不應該的嘛。
- 二、為什麼呢？很多的藥廠因為不敷成本，而造成要離開台灣出走

到國外，這對台灣是一個很大的損傷。還有很多原開發廠商，像史蒂諾斯(Stilnox，安眠藥)，現在 1 顆降到 2 塊錢，這是地板價，不是屬於高價藥品，為何委員不討論高價藥品？這些完全是地板價，應該要給製造廠商和進口廠商一個公平、公正、合情、合理的價格，他們才能繼續為台灣百姓服務，製造出良好品質的藥品出來，這是很重要的一環。

三、這個價格已經 10 幾年了你知道嗎？廠商寧願拿這些藥去賣給其他國家，不要賣給台灣，這是我坦白告訴你，在座的各位，哪一個親自辦理採購？只有我本人。我們醫院的藥品 4 百多種，都是我自己採購的，健保藥品的地板價，讓他們完全無法生存，我認為這個案子不要再討論，提出來對台灣廠商是重大的屈辱，逼走他們的流亡潮。

周主任委員麗芳

其他委員有無意見？請滕委員西華。

滕委員西華

一、我是本案的共同聯署人，我覺得謝委員武吉有點誤會吳委員榮達提出本案的用意。在好幾年前，我就認為沒有定期檢討健保藥物支付標準中對某些藥品的「最低基本價」，是不對的，也就是應該對藥價設停損點。我不只公開對媒體提過，也投書、寫過很多文章，謝委員武吉所提的議題，在這個提案內不存在，我們本來就支持「藥品不應該無限制的砍價」，甚至還主張「藥價調查不要調查上市 15 年後的藥品」，它們都只剩幾毛錢，即使有價差也沒有意義。

二、這個提案內有 2 個重要的精神：

(一)「藥物支付標準中藥品基本價的調整」屬於共擬會議的權責，我支持這個提案是因為健保法中有一個「財務平衡原則」。今天若付費者代表或任何一位委員要提出 1 個新增支付標準項目時，都要提出財務評估方案，相對的，如果是因政策造成支付標準改變，而有大幅金額的增加，希望

健保署也能提出財務平衡方案。醫療服務點值稀釋對付費者並沒有影響，吳委員榮達剛提到若今年 7 月就公告實施，大約需增加 30 億元，等下健保署或許可以補充正確資訊。若於下半年新增 30 億元費用，其影響不小，今天若醫界代表不在乎突然新增的 30 億元費用，身為共同連署提案人，我也覺得沒關係，就公告後實施，但「藥品最低支付價」政策需要定期檢討。

(二)若今年下半年不急著實施，這件事情也是該做的。無論預估影響的金額多少，或是共擬會議之後要繼續調高最低支付價也好，如同過去總額協商同意中醫門診總額編列預算提升用藥品質一樣，中醫部門今年先調升錠劑膠囊 0.5 元，明年再往上調 0.5 元，我們也沒意見。但若是預訂在明年調整，經財務影響評估後，如果確有影響，則年度總額協商時，就可以將這種政策所增加費用對總額的衝擊納入考量。

(三)我之所以連署本案，是基於上面的精神，並不是反對提高藥品基本價，或是錠劑或膠囊劑基本價從 1.5 元變成 2 元、抗生素藥基本價從 25 元調升為 30 元的政策。這部分要說清楚，免得外界誤解委員反對藥品基本價提升，或是在提升藥品品質或病人用藥安全間相互矛盾，在此補充。

周主任委員麗芳

請翁委員文能。

翁委員文能

- 一、我贊成吳委員榮達及滕委員西華的提案精神，因為健保署要做評估，如同我上個月提案有關新藥新科技之預算需要先進行評估一樣，我同意本案要評估，但速度要快。
- 二、以青黴素為例，目前醫學中心因價格問題已買不到，但青黴素是最基本重要的藥物，若不使用青黴素，就要「以 10 倍以上價格的第 3 線藥品作為第 1 線藥品使用」，還會造成抗藥性，

這是非常嚴肅的問題，也是可怕的事情。

- 三、若要請健保署到本會報告，我不反對，本來就需要來說明，但在說明之後，需要盡快通過，不可以一直浪費使用不應使用的藥品，尤其「以 10 倍以上價格的第 3 線藥品作為第 1 線藥品使用」，我想現場藥師公會的代表也應該會同意這些觀念。

周主任委員麗芳

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、謝謝滕委員西華、吳委員榮達、蔡委員登順提出這個案子。這個案子目前是在預告期間，預告到 108 年 7 月 19 日為止。
- 二、這個案子也是經過共擬會議的通過而開始預告，預告的基本精神，就是蒐集各界的意見，也就是蒐集對於預告內容有無增刪或修訂意見，今天有關在健保會委員所提出的意見，也會列為我們蒐集意見的一環。
- 三、這個案子在共擬會議討論的時候，也有提出可能對財務的影響，1 年多支出約 29 億元，若立刻全面調整，因為藥品為每點 1 元，一定會影響非藥品服務的點值。
- 四、我們目前的規劃，是在預告期間先蒐集意見，現在已經有了一些意見，我們再將這些意見加以研議，所需經費會列入 9 月份總額協商時一併討論，以上。

周主任委員麗芳

請葉委員宗義。

葉委員宗義

- 一、因為我是本會在藥物共擬會議的代表，我若不說一下，人家會不知道我在那邊做什麼。
- 二、我有一個疑問，我們健保會是不是有這個權力來提出這個復議案，去檢討共擬會議的決定？健保署在每一季都有業務執行報告，我們應該從中提出質詢，是不是這樣才對？不然我們對於健保署每一次預告都要提出看法，好像我們沒事做一樣。

- 三、共擬會議部分代表反對健保給付納入新藥物，因為這些高價藥物若進來，會侵蝕到總額，但是我們付費者代表或所有患者，大家都希望健保給付納入新藥物或新醫療科技，結果一邊要納入健保給付，一邊不要納入健保給付。藥物是廠商產製的，那些廠商也可以不賣給我們，這些藥物在國外可是很搶手啊！
- 四、這件事情最難做的是在健保署，我跟張委員文龍，分別為中華民國全國商業總會及中華民國工業協進會所推薦，是健保會在共擬會議的代表，我們的立場為藥廠是我們的會員，我們也是消費者，這個案子是健保署政策，我認為這個案子，若屬共擬會議決定的事情，我們又對它來個復議案，這樣會沒完沒了，所以，我覺得我們還是針對每一季健保署的業務執行報告來討論比較好。

周主任委員麗芳

謝謝葉委員宗義的提醒，我們在共擬會議有代表可以發聲，我們可以在執行之後再表示意見。請何委員語。

何委員語

主席，各位委員，本案已經在預告了，所以今天如果我們決定把人家暫停預告(周執行秘書淑婉：預告只是蒐集意見)，所以我認為我們這個案子，應該稍微修正一下，可在它的案由裡面，敘述在本會形成共識前，暫停施行，在說明二後段，敘述並在本會形成共識後才依法施行。以上是我提出這個修正案。

周主任委員麗芳

請張代理委員孟源。

張代理委員孟源(吳委員國治代理人)

- 一、主席，各位委員，大家好，我是張孟源醫師，今天第 1 次發言。
- 二、這個案子涉及二個層面，從法律層面而言，吳委員榮達這個提案，是關於法規命令的修訂，也就是全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 33 條，是屬於健保法第 41 條第 2 項的法規命

令，修訂法規命令是要有預告期間，剛才葉委員宗義有提到，本案會不會侵犯共擬會議的權責？答案是不會，因為健保法第 41 條第 1 項是共擬會議針對個別藥物的支付標準，本案之所以引起這麼大的重視，是全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 33 條提到最低的地板價。我也很佩服本會委員對於健保財務如此重視，希望 9 月份總額協商，健保署能因為法規命令修訂後，可以相對增加各部門總額這方面的預算。

三、根據行政程序法第 154 條規定，所有法規命令的修訂，一定要經過預告程序，所以今天健保會表達意見，本來就是可以，是完全合法。

周主任委員麗芳

- 一、本案討論時間差不多了！委員關心的財務影響意見，請健保署參考，並於研提 109 年總額協商草案時一併考量。
- 二、我們今天的會議，很抱歉只能討論到這個案子，其他案子就移到下次會議討論或報告，謝謝大家，散會！