

衛生福利部全民健康保險會
第3屆106年第2次委員會議事錄

中華民國106年3月24日

衛生福利部全民健康保險會第3屆106年第2次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國106年3月24日上午9時30分

貳、地點：日月潭青年活動中心地下1樓會議室(南投縣魚池鄉中正路101號)

參、出席委員：

干委員文男
王委員雅馨
古委員博仁
吳委員國治
李委員永振
李委員偉強
周委員麗芳
林委員敏華
林委員惠芳
林委員錫維
商委員東福
張委員文龍
張委員清田
張委員煥禎
張委員澤芸
郭委員錦玉
陳委員幸敏
陳委員旺全
陳委員亮良
陳委員義聰
黃委員偉堯
黃委員啟嘉
楊委員漢淶
葉委員宗義
蔡委員登順
蔡委員麗娟
盧委員瑞芬
謝委員天仁

林口長庚醫院潘特別助理延健(代)

台灣社會福利總盟滕理事西華(代)

中華民國牙醫師公會全國聯合會陳常務理事彥廷(代)

台灣醫院協會林副秘書長佩菽(代)

謝委員武吉 台灣社區醫院協會謝名譽理事長文輝(代)

肆、請假委員：
李委員育家
林委員至美
陳委員平基
趙委員銘圓

伍、列席人員：
本部社會保險司
中央健康保險署
本會

梁研究員淑政
蔣科長翠蘋
李署長伯璋
蔡副署長淑鈴
龐組長一鳴
施組長如亮
周執行秘書淑婉
張副執行秘書友珊
洪組長慧茹
陳組長燕鈴

陸、主席：傅主任委員立葉

紀錄：馬文娟、曾幼筑

柒、主席致詞(略)

捌、議程確認

決定：

一、臨時提案「現行職業工會會員申報健保投保金額下限，其調整竟以公、民營事業機構受僱者平均投保金額累積調升幅度為計算方式，造成職業工會勞工沈重負擔，顯不合理案」列入議程，於討論事項第四案之後討論。

二、餘照議程之安排進行。

玖、例行報告

第一案

案由：確認本會上(第 1)次委員會議紀錄，請鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(第 1)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、有關上次委員會議決議(定)事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤之項次 3「請相關單位於回覆本會決議(定)事項之辦理情形時，應更具體明確及說明預訂辦理時程，俾利評估可否解除追蹤，及提升議事效率」，及項次 5「考量業務執行報告係按季進行口頭報告，爰請中央健康保險署於口頭報告時，以季別方式提供資料及綜合說明」等 2 項，改列「繼續追蹤」。

(二)擬繼續追蹤之項次 2「請社會保險司於下次委員會議前，就 105、106 年政府應負擔健保總經費法定下限 36%所採計算方式之一致性與合理性，提供進一步解釋及說明予委員參考」，改列「解除追蹤」。

(三)餘洽悉。

二、中央健康保險署函送之「105 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告」，政府應負擔總經費首次將 7 項政府依其他法令補助負擔的保費納入計算，委員質疑該 7 項保險對象是否有免繳保險費之法律依據，若有適法性之疑義恐將限縮政府財務責任之虞，爰建請社會保險司及中央健康保險署應審慎檢視相關法令，研議因應處理，本案予以備查。但未來如有違反法律授權部分，應重新調整。

附帶決定：為符合二代健保法修法意旨，請社會保險司就委員所提全民健康保險法第 27 條與同法施行細則第 45 條有無扞格之處，及現行規定對政府財務責任規範不夠明確等意見，審慎評估、檢討修法之必要，以確保依法行政，在政府財務責任明確化下，促使健保財務更臻穩定。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：106 年 2 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：委員所提意見請中央健康保險署參辦，並依「健保藥品品質監測計畫」之執行成果，提出確保健保藥品品質及用藥安全之專案報告，餘洽悉。

拾、討論事項

第一案

提案單位：本會第三組

案由：辦理 105 年各部門總額執行成果評核之作業方式案，提請討論。

決議：

- 一、照案通過，「辦理 105 年各部門總額執行成果評核之作業方式」如附件一，請中央健康保險署及各總額部門配合時程提供所需資料。
- 二、為利評核委員及與會者掌握重點並聚焦討論，請各總額部門於簡報時，以「整體規劃與執行檢討」內容為主。
- 三、委員所提「對於有、無接受專業事務委託之總額部門，其評核結果之獎勵原則是否宜有區別」之建議，將另案討論。

第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統--『美敦力』鈦

密斯顱骨固定系統」自付差額特殊材料申請案(併「保險對象自付差額特材之實施情形」專案報告)，提請討論。

決議：考量本案通過後，可減少有需求的民眾財務負擔，為保障其醫療權益，乃予同意本自付差額特殊材料申請案，請中央健康保險署依法定程序陳報衛生福利部核定公告。

附帶決議：依中央健康保險署所提供之資料，本案納入自付差額特殊材料品項後之預估使用量占率達 88%，已近常規使用，委員認為宜請該署積極研議於 107 年納入全額給付之可能性，並於 106 年 12 月份提報研議、評估結果。

第三案

提案單位：中央健康保險署

案由：「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法」修正案(併「104 年健保收入超過 6 億元之醫療院所財務報告之公開情形」專案報告)，提請討論。

決議：

- 一、為使公開後之醫事服務機構財報資料更具可比較性，同意增列「各保險醫事服務機構需另行提報醫務收入明細表及醫務成本明細表之補充表格」，並建議於「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法」第 10 條，明訂修正條文之施行日期。
- 二、請中央健康保險署參酌本案之討論結果，依法定程序陳報衛生福利部核定發布。

第四案

提案單位：中央健康保險署

案由：106 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

拾壹、專案報告

報告單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險業務監理指標之監測結果，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

拾貳、臨時提案

提案人：林委員錫維(提案資料詳附件二)

連署人：干委員文男、郭委員錦玉

代表類別：保險付費者代表

案由：現行職業工會會員申報健保投保金額下限，其調整竟以公、民營事業機構受僱者平均投保金額累積調升幅度為計算方式，造成職業工會勞工沈重負擔，顯不合理案，請審議。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

拾參、散會：下午 13 時 35 分。

辦理 105 年各部門總額執行成果評核之作業方式

第 3 屆 106 年第 2 次委員會議(106.3.24)通過

壹、評核範圍

- 一、醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額之一般服務(含品質保證保留款)及門診透析服務執行成果。
- 二、各部門總額及其他預算專案計畫/方案執行成果。

貳、辦理方式

一、評核會議之報告資料

由各總額部門及健保署提供各部門之一般服務及專案計畫執行成果報告(報告大綱及提報單位，詳附表一~四)，並於評核會議 1 個月前提出書面報告，供評核委員事先審閱，及本會推派擔任健保署「醫療給付費用總額研商議事會議」、「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之代表參閱。

二、評核委員

參考各總額部門推薦之名單，由本會邀請 4 至 8 位專家學者擔任評核委員。

三、評核會議

(一)會議期程：2 天。

(二)第一階段：公開發表會議(1 天半)。

1. 健保署統一報告各部門一般服務之整體性、一致性項目(如：利用概況、滿意度調查結果、品質指標監測結果等)，及分區共管執行成效。
2. 105 年度接受健保署專業事務委託之總額部門，由受託團體報告一般服務、專案計畫之執行成果；為利評核委員及與會者掌握及聚焦於重點項目，簡報內容請以「整體規劃與執行檢討」為主。
3. 105 年度未接受健保署專業事務委託之總額部門，由健保署報告執行成果，未受託團體得補充報告，並予以評分。
4. 評核委員評論各部門總額一般服務及專案計畫之執行成果報告，並開放與會者提問。
5. 參與人員

除本會委員、各總額部門相關團體與健保署外，另邀請衛福部相關

單位與附屬機關，如：社保司、醫事司、照護司、心口司、中醫藥司、全民健保爭議審議會、國健署、疾管署等，以及民間團體，如：病友團體、社福團體、醫策會、消基會、醫改會等，預估約 160 人。

(三)第二階段：評核內部會議(半天)。

1.評核委員就各部門總額之執行成果，進行意見交換與評分。最終除對各部門總額之整體執行成果評分外，並對專案計畫/方案之規模、經費等提供一致性建議。

2.參與人員：主任委員、評核委員、本會幕僚。

參、評核項目與評分方式

一般服務與專案計畫分開評核之後再加權合併計分。該二項評核之計分權重為，一般服務：專案計畫=80%：20%。各部門總額執行成果評核項目及配分如下表。

評核項目	配分
壹、整體規劃與執行檢討 一、整體資源配置與未來規劃 二、年度重點項目之推動與檢討 (一)必要項目(附表三)105 年之執行成果，及 106 年之執行規劃。 (二)自選項目(部門自行提報，最多 2 項)105 年之執行成果，及 106 年之執行規劃。	80
貳、一般服務執行績效 一、就 105 年評核委員評論意見與期許之回應說明 二、維護保險對象就醫權益 (一)滿意度調查結果之檢討及改善措施 (二)民眾諮詢及抱怨處理 (三)民眾自費情形及改善措施 (四)就醫可近性及公平性之改善措施 (五)其他確保民眾就醫權益之措施	
三、專業醫療服務品質之確保與提升 (一)品質指標監測結果之檢討及改善措施 (二)其他改善專業醫療服務品質具體措施	
四、協商因素項目之執行情形 (一)新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等) (二)給付項目及支付標準修訂 (三)其他協商因素項目(依協定結果分列) (四)品質保證保留款實施方案	

評核項目	配分
五、總額之管理與執行績效 (一)醫療利用(含全國及各分區)及費用管控情形 (二)點值穩定度 (三)專業審查及其他管理措施 (四)院所違規情形及醫療機構輔導	
參、專案計畫/方案執行成效 一、就 105 年評核委員評論意見與期許之回應說明 二、105 年計畫/方案執行成果 三、歷年執行情形及成效評估 四、檢討與改善方向(含 106 年計畫/方案修正重點)	20

註：列入評核之專案計畫/方案如附表四。

肆、評核結果之應用

一、評核結果依所獲分數，區分為下列五等級：

評核分數	等級
90 分及以上	特優
85 分至未達 90 分	優
80 分至未達 85 分	良
75 分至未達 80 分	可
未達 75 分	劣

二、評核結果作為107年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給「品質保證保留款」之預算，以茲鼓勵。

三、評核委員對專案計畫/方案評核之相關建議，並作為協商107年度總額該項專案經費增減及續辦與否之依據。

伍、評核作業時程表

時間	作業內容
106 年 3~4 月	本會函請各總額部門推薦評核委員人選；並請各總額部門及健保署依一般服務及專案計畫報告大綱格式準備資料。
106 年 5 月中旬	請健保署提供各總額部門所需數據；各總額部門視需要另洽請健保署提供相關資料。

時 間	作 業 內 容
106 年 6 月中甸	健保署及各總額部門提送一般服務及專案計畫執行成果之書面報告，供評核委員審閱，及本會推派擔任健保署「醫療給付費用總額研商議事會議」及「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之代表參閱。
106 年 7 月上旬	健保署及各總額部門提送「各部門總額執行成果發表暨評核會議」之簡報資料。
106 年 7 月下旬 (預定7月 20、21 日)	召開為期 2 天之「各部門總額執行成果發表暨評核會議」。

整體規劃及各部門總額一般服務之執行成果報告大綱

項目	健保署提報	部門提報 (未受託由 健保署提報)
壹、整體規劃與執行檢討		
一、整體資源配置與未來規劃	V	V
二、年度重點項目之推動與檢討(必要項目、自選項目)	V	V
貳、一般服務執行績效		
一、就 105 年評核委員評論意見與期許之回應說明	V	V
二、維護保險對象就醫權益		
(一)滿意度調查結果之檢討及改善措施	調查結果	檢討及改善
(二)民眾諮詢及抱怨處理	—	V
(三)民眾自費情形及改善措施	調查結果	檢討及改善
(四)就醫可近性及公平性之改善措施	調查/統計結果	檢討及改善
(五)其他確保民眾就醫權益之措施	—	V
三、專業醫療服務品質之確保與提升		
(一)品質指標監測結果之檢討及改善措施	監測結果	檢討及改善
(二)其他改善專業醫療服務品質具體措施	—	V
四、協商因素項目之執行情形		
(一)新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等)	預算及申報情形	推動情形、 檢討及改善
(二)給付項目及支付標準修訂	預算及申報情形	推動情形、 檢討及改善
(三)其他協商因素項目(依協定結果分列)	預算及申報情形	推動情形、 檢討及改善
(四)品質保證保留款實施方案	—	V
五、總額之管理與執行績效		
(一)醫療利用(含全國及各分區)及費用管控情形	醫療利用情形	檢討及管控措施
(二)點值穩定度	點值	檢討及改善
(三)專業審查及其他管理措施	—	V
(四)院所違規情形及醫療機構輔導	—	輔導改善情形
參、附錄		
一、品質確保方案	—	—
二、品質保證保留款實施方案	—	—
三、其他視需要提供之方案內容	—	—

註：請健保署配合於 5 月中旬提供各總額部門所需數據，以利各部門提報檢討與改善措施。報告內容請至少提供 5 年(101~105 年)之數據。

各部門總額及其他預算專案計畫/方案之執行成果報告大綱

項目
一、就 105 年評核委員評論意見與期許之回應說明
二、105 年計畫/方案執行成果
(一)計畫目的
(二)執行目標
(三)經費來源與協定事項
(四)費用支付
(五)執行內容
(六)評核指標及退場機制
三、歷年執行情形及成效評估
(一)預算執行數及執行率
(二)目標達成情形
(三)執行概況及結果，包含醫療服務提供及民眾利用情形、獎勵情形等
(四)成效評估，包含評核指標達成情形、就醫可近性及健康狀況改善情形、相關退場情形等
四、檢討與改善方向(含 106 年計畫/方案修正重點)
五、附錄：各項專案計畫/方案內容

註：由各總額部門負責之專案，請健保署提供執行情形之數據；
由健保署負責之專案，各項目均由署提報。各計畫/方案之提報單位如附表四。

各部門總額年度重點項目—必要項目

類別	項目
各部門共通項目	(1)品質保證保留款分配方式之精進
	(2)專案計畫之整體檢討與後續規劃(導入一般服務或退場)
	(3)地區預算分配後六分區民眾就醫及資源分配之公平與合理性檢討(含風險調整基金及移撥費用之運用情形)
部門個別項目(含其他預算)	(1)初級照護減少之策略與執行現況
	(2)護理人力(護病比)之現況與改善情形
--醫院部門	
--西醫基層部門	(1)加強基層量能之策略與執行現況
--其他預算	(1)提升保險服務成效(含藥品品質監測計畫)之檢討與規劃
	(2)推動醫療體系整合(含以病人為中心、整合性照護)之檢討與規劃

附表四

各部門總額及其他預算專案計畫/方案執行成果之提報單位

部門別	計畫/方案名稱	提報單位
牙醫	- 醫療資源不足地區改善方案 - 特殊醫療服務計畫 - 牙周病統合照護計畫	牙醫師公會全聯會
中醫	- 醫療資源不足地區改善方案 - 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫(包含 1.腦血管疾病；2.顱腦損傷；3.腫瘤患者手術、化療、放射線療法後照護；4.脊髓損傷) - 提升孕產照護品質計畫 - 乳癌、肝癌門診加強照護計畫 - 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	中醫師公會全聯會
西醫基層	- 西醫醫療資源不足地區改善方案	醫師公會全聯會
	- 家庭醫師整合性照護計畫	健保署
醫院	- 急診品質提升方案 - 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs) - 西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層) - 醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	健保署
醫院、西醫基層	- 加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫(註) - 醫療給付改善方案(糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦全程照護)	健保署
其他預算	- 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 - 非屬各部門總額支付制度範圍之服務 - 高診次暨複雜用藥者藥事照護計畫 - 支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費及器官移植、西醫基層慢性 B 型與 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費 - 推動促進醫療體系整合計畫 - 其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費 - 提升 ICD-10-CM/PCS 住院編碼品質 - 鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案 - 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 - 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫 - 提升保險服務成效	健保署

註：醫院之慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫，已於 102 年由專案計畫移至一般服務項下。

全民健康保險會提案單

提案日期：106 年 03 月 21 日

提案者	林錫維
委員代表類別	保險付費者代表
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	現行職業工會會員申報健保投保金額下限，其調整竟以公、民營事業機構受僱者平均投保金額累積調升幅度為計算方式，造成職業工會勞工沈重負擔，顯不合理案，請審議。
說明	<p>一、全民健康保險法(下稱健保法)第 20 條第 2 項規定：「第一類及第二類被保險人為無固定所得者，其投保金額，由該被保險人依投保金額分級表所定數額自行申報，並由保險人查核；如申報不實，保險人得逕予調整。」惟本法施行細則第 46 條第 1 項第 5 款規定：「無一定雇主或自營作業而參加職業工會者，按中華民國一百年一月一日生效之投保金額分級表第六級起申報，並於上開投保金額分級表生效後，全國各公、民營事業機構受僱者月平均投保金額之成長率，每次累積達百分之四點五時，由保險人公告，自次年元月起，按原月投保金額對應等級調高一級。」爰無固定所得者，應依其投保金額按投保金額分級表所定數額自行申報，並無下限規定，且依健保法之規定，亦非符合一定條件即須調升，健保法施行細則已踰越母法之規定。</p> <p>二、按司法院釋字第 676 號解釋之解釋理由書謂：「個人投保金額等級之事先指定，應儘量與實際所得契合」，該理由書並針對原全民健保以第 6 級起申報投保金額之作法，提出要求檢討改進之意見謂：「被保險人職業種類不一，所得又經常隨社會或個人因素浮動，於其實際所得未達第六級時，仍應按第六級申報，造成該等本屬低所得之被保險人超額負擔保險費。是相關機關自應考量設立適當之機制，合理調降保險費，以符社會保險制度中量能負擔之公平性及照顧低所得者之互助性，落實國家推行全民健康保險之憲法意旨」。</p> <p>三、現今國營事業與民營事業勞工待遇存在一定落差，若因國營事業調整而連動調高職業工會勞工投保金額申報下限，顯不合理；又職業工會會員所得經常隨社會或個人因素浮動，且其實際所得往往不如受僱勞工，即使基本工資從 106 年 1 月調整為 21,009 元，但多數工會會員薪資往往不及基本工資，即便受僱</p>

	<p>勞工薪資調升，工會會員所得仍紋風不動，因此其申報下限與公、民營事業機構受僱者之月平均投保金額連動，顯然不具關聯性。又按司法院釋字第 676 號解釋之意旨，應可解讀為工會會員之實際所得未達提高投保金額上一級之標準，仍應按上一級之投保金額申報，將造成低所得之被保險人超額負擔保險費之情形。</p> <p>四、現行職業工會會員投保金額申報下限為 22,800 元，係於 103 年 7 月起調整，當時受僱勞工之基本工資為 19,273 元，然即使目前已調高為 21,009 元，仍低於投保金額申報下限之 22,800 元，職業工會會員長年來已超額負擔；詎衛福部將於 106 年 7 月 1 日起將申報下限調整為 24,000 元，若職業工會每個會員每月所得確實超過 24,000 元以上，自當依該標準投保，但此一基準與職業工會勞工收入之真實變動狀況，落差極大，且目前民生物價，處處喊漲，卻只有薪水不漲之情況下，調整 267 萬保險對象之投保金額，大張旗鼓下每年僅能挹注健保費收入 10.6 億元，並無必要。</p> <p>五、有關健保法施行細則第 46 條第 1 項第 5 款調整職業工會會員投保金額申報下限之規定，增加了健保法第 20 條第 2 項所無之限制，且不符司法院釋字第 676 號解釋意旨，衛福部自應考量設立適當之機制，對於各職業工會會員健保費調整應依實際收入調升狀況計算，甚至對本屬低所得之工會被保險人超額負擔保險費，合理調降。在健保法施行細則第 46 條第 1 項第 5 款規定未確實檢討修正前，應暫緩調整，以免損害職業工會勞工的權益。</p>
擬辦	衛福部對於各職業工會會員健保費調整應依健保法暨司法院釋字第 676 號解釋規定以實際收入調升狀況計算，建議在相關規定及機制未確實檢討改進前，應暫緩其調整投保金額申報下限。
內容與本會任務符合情況 (請勾選)	<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>
連署或附議人 (臨時提案、復議案填入)	干委員文男、郭委員錦玉

第 3 屆 106 年 第 2 次 委員 會議
與 會 人 員 發 言 實 錄

壹、「議程確認」、例行報告第一案「確認本會上(第 1)次委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

報告主任委員及各位委員，現在出席的人數已經過半，達到法定開會人數，請示主任委員是否宣布召開今天的委員會議。

傅主任委員立葉

- 一、現在開始開會，我想經過昨天的共識營，委員也獲致一些共識，相信今天的會議可以更有效率地進行，而且委員會議之後還有安排參訪活動，更需要控制時間，希望可以準時結束會議。
- 二、接著進行議程確認，今天有林委員錫維提出的 1 項臨時提案，也已經得到干委員文男、郭委員錦玉連署，爰列入今天的議程，大家是否同意該案於討論事項第四案之後進行？(委員回應：同意)好，接下來依議程安排進行會議。
- 三、請問委員對於例行報告第一案，上(第 1)次委員會議紀錄有沒有修正意見？(委員回應：沒有)好，會議紀錄確定。接下來進行例行報告第二案，請周執行秘書淑婉報告。

貳、例行報告第二案「本會上(第 1)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、請各位委員翻到會議資料第 20 頁，說明一，上次委員會議決議(定)事項計有 11 項次，依辦理情形建議解除追蹤 5 項，繼續追蹤 6 項，但最後仍依委員議定結果辦理。就辦理情形簡要說明：

(一)請委員翻到會議資料第 30 頁，擬解除追蹤共 5 案：

- 1.項次 1，本案係有關第 2 屆 105 年第 12 次委員會議紀錄內容的修正，李委員永振建議增列文字「...計算公式需宏觀與合理思量...」，幕僚已於 3 月 10 日配合更新本會網頁公開的議事錄內容。
- 2.項次 2，有關「風險調整基金」的內涵，幕僚已於 3 月 14 日以電子郵件提供補充說明予委員參考。
- 3.項次 3，有關相關單位回覆本會決議(定)事項之辦理情形，應更具體明確並說明預訂辦理時程，本會已於 3 月 1 日請辦社保司及健保署，社保司、健保署均回覆配合辦理。
- 4.項次 4，有關本會 106 年度工作計畫、會議時間表及共識營與業務參訪活動之規劃報告，幕僚已於 3 月 1 日請辦健保署，另於 3 月 2 日函送各位委員會議時間表，至有關這 2 天舉辦的共識營及參訪活動，幕僚也於 3 月 13 日函請健保署提供相關的行政協助。
- 5.項次 5，有關健保署業務執行報告的部分，希望能夠以季別方式提供資料及綜合說明，健保署回覆會配合辦理。

(二)請委員翻到會議資料第 32 頁，擬繼續追蹤共 6 案：

- 1.項次 1，有關「分級醫療」及「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」等 2 項繼續追蹤案，健保署目前辦理情形請委員參閱書面資料。
- 2.項次 2，有關政府負擔健保總經費法定下限 36%所採之計

算邏輯應具有一致性部分，社保司所提供的書面資料，幕僚已於 3 月 14 日以電子郵件寄送各位委員參考，昨天(3/23)晚上 9 點 30 分也在這間會議室召開討論會至 11 點 30 分，有 15 位委員出席，這部分待會請本會同仁補充昨天晚上的討論重點。

- 3.項次 3，有關「全民健康保險癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」，健保署表示將於報請衛福部核定後公告。
- 4.項次 4，有關委員關心北高二市政府欠費、專業雙審及公開具名的部分，健保署表示將配合於季報時呈現。
- 5.項次 5，有關「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之適用範圍與動支程序修正草案，本會業於 2 月 23 日請辦健保署提供試算分析資料，並於 3 月 20 日召開專家學者諮詢會議，後續將依會議結果就教各位委員的意見。
- 6.項次 6，有關一例一休是否適用上開適用範圍與動支程序，將俟適用範圍與動支程序修正完成後，健保署再行提案。

二、請各位委員翻回會議資料第 20 頁，說明二，健保署依據全民健康保險法施行細則第 3 條規定，檢送 105 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告，請本會備查案。幕僚就保險收支部分，擬具決算分析報告，在會議資料第 161~172 頁，請委員參考。

三、說明三，本會會議實錄應於會議後 10 日內公開，爰本次會議實錄需於 4 月 3 日前上網，茲因適逢連假，故將提前至 3 月 31 日上網，因此本次實錄預定於 3 月 27 日送請委員確認，請委員配合於 3 月 28 日下午 4 時前回覆修正內容，以利及時上網公開。

四、說明四，醫療改革基金會於 2 月 24 日函詢健保署對全民健保

醫療品質資訊網之院所別醫療品質指標資訊之疑義及提供相關建言，並副知本會。來函內容略以，尚有部分透析院所未揭露「B 肝、C 肝是否設立透析專屬機器」指標的相關資訊、特約藥局是否公開品質資訊等意見，並提及去年曾提報本會，幕僚爰將當次委員會議討論的情形摘錄，供委員參閱。嗣後若接獲健保署回覆該函的內容，會再轉知委員參考。

五、說明五，衛福部 106 年 2 月發布及副知本會的相關資訊，擇要向委員報告，相關內容請委員參閱書面資料：

- (一)修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，除第七部全民健康保險住院診斷關聯群修正乙節，自 106 年 1 月 1 日生效外，其餘均自 106 年 3 月 1 日生效。
- (二)2 月 14 日修正發布「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分條文，修正重點為簡化特材收載流程、明定國內藥物短缺事件之收載、鼓勵新品項之研發等。
- (三)2 月 18 日修正「全民健康保險保險對象西醫門診、急診應自行負擔之費用」，並自 106 年 4 月 15 日生效，修正重點為西醫門診及醫學中心急診的費用。
- (四)2 月 24 日修正發布「全民健康保險藥品價格調整作業辦法」部分條文，主要係配合現行「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」，修正相關文字及價格調整原則。

六、說明六，健保署去(105)年 12 月至 106 年 3 月發布及副知本會的相關資訊，擇要向委員報告，相關內容請委員參閱書面資料：

- (一)公告增修訂牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院總額與其他預算相關計畫/方案共 8 項，修正重點整理於會議資料第 25~27 頁表格，請委員參閱。
- (二)2 月 15 日公告修訂醫院總額部門檔案分析審查異常不予支付指標及處理方式計 13 項。

(三)2 月 10 日公告「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」等 4 項專案計畫之承辦院所及醫師名單。

(四)去年 12 月至 106 年 3 月公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目，藥品計 22 件，特材計 7 件，整理在會議資料第 199~201 頁。

七、以上報告。接下來請同仁補充昨天晚上對於政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式的討論結果。

洪組長慧茹

主席、各位委員、各位長官同仁，大家早安。有關政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式，昨天晚上在本會 15 位委員出席狀況下，大致的重點結論簡要說明如下：

一、會造成現在的爭議，癥結點在於把不相關的項目都納進去計算，造成原本的邏輯結構走鐘(台語：失去準度、走樣)，怎麼樣都兜不攏，無法自圓其說，關鍵在於 36% 計算範圍的適法性部分。目前將 7 項政府已負擔保費納入政府應負擔 36% 計算範圍的適法性如下：

(一)健保法第 27 條就保險對象、投保單位，還有政府對保費的分攤已有明確規定，並未規範這 7 項保費之三方負擔，健保法施行細則第 45 條將原本屬於社會福利的補助，強行納入政府負擔的範圍，恐牴觸健保法母法。

(二)雖然立法院決議接受這 7 項列入政府負擔 36% 計算範圍，但並未免除該等保險對象及投保單位繳納保險費的義務，因此政府須相對負擔的責任仍在。

(三)社會保險之被保險人和政府間處於公法契約的關係，互負給付的義務，給付範圍應限於契約成立時的法律規定；該 7 項屬社會福利，為國家單向給付，與社會保險性質不同，所以原施行細則第 45 條的規定，並未有限縮母法的疑慮。

(四)修正後施行細則第 45 條將與健保法無關之其他社會福利支出，認列為政府已負擔健保經費中，實乃減輕政府負擔健

保財務的責任，且該條文並未明定其認列範圍，形同空白支票，逾越健保法所授權的權限。

- 二、委員對於會議資料第 37 頁「102 年度至 106 年度政府應負擔健保總經費法定下限 36%不足數」的計算數據，還是有不清楚的部分，例如「應提列或增列安全準備」的計算方式，建議健保署應就 105、106 年數據不一致的部分，明確說明其立論基礎及計算依據。
- 三、昨天晚上委員還有提到，應予釐清目前健保法第 27 條及第 3 條所規範保險經費涵蓋的 36%為何？否則施行細則第 45 條會擴張解釋，實質上會造成保費短收，也會影響後續費率的審議。

傅主任委員立葉

謝謝周執行秘書淑婉的報告及同仁的說明。昨天因為只有部分委員出席討論此議題，原則上也不能說是結論，不過很感謝健保會的同仁，清楚整理大家的主要意見，委員有沒有補充說明？請李委員永振。

李委員永振

- 一、首先感謝健保署和社保司，這麼努力地提出說明，健保會幕僚在上週二(3 月 14 日)就以電子郵件將內容提供委員參考。但本次說明內容跟以前講的都差不多，好像也看不到新論述或觀點。2 個單位的長官也很辛苦，把一些不相關的項目硬列進來使原架構失衡，要合理的說明真的很難！
- 二、剛剛提到健保署把我以前提出討論的觀點，號稱我的版本，事實上我並沒有提出那個公式，而是從健保法第 3 條論述出發。依會議資料第 37 頁附表所示，105 年度「應提列或增列安全準備」為 143 億元，上次提到以目前的計算方式，在收入面有 68.5 億元，但有一些不明的項目納入後，變成民眾和政府多列了 68.5 億元，所以必須修正，143 億元應該再扣減 68.5 億元，數據修正為 74.5 億元才正確，首先更正本表的數據。

三、其次，社保司一直強調，係依據健保法第 17 條「保險經費於扣除其他法定收入後，由中央政府、投保單位及保險對象分擔」之規定，這點沒有錯，但法並沒有提到 36%、64%的比率問題。不過在健保法第 27 條有清楚提到，各類被保險人、投保單位和政府應如何分擔保費，所以這 7 項保費依據健保法第 27 條規範，應該屬於保險對象或投保單位依該法條所訂的比例負擔，既然母法已有明確規定，若再以施行細則第 45 條將這些保費納在政府負擔的範圍，明顯與健保法第 27 條抵觸，且逾越母法(健保法)所授權的範圍，這是本項爭議最主要的關鍵。如果逾越的話，則施行細則第 45 條修訂案是無效的。所以我建議相關長官，可否思考本人的建議方式：

(一)將施行細則第 45 條修改回原來的規定，因為原施行細則的規定並未限縮母法的解釋。

(二)或修正健保法第 27 條，把 7 項屬於社會福利的保費，列在政府的負擔範圍，這樣就有法源，且可免除繳費的義務。但如果這樣做的話，各部門的預算就不能再以社會福利的經費支用，也就是不能一魚兩吃。

四、在還沒有修正施行細則第 45 條之前，105 年的決算，是我提的方案，保費必須把它認列為民眾及政府兩邊都有，但因重複計算，提列安全準備時需扣除該數額加以修正。民眾部分一定要算進去，因為法令並沒有免除民眾繳費的義務。施行細則第 45 條修正後，這 68.5 億元要列進來政府負擔部分，兩邊都算是為了合法，所以安全準備還是要修正，這樣 105、106 年的計算邏輯就會一致，不會像現在所提的版本不一致的狀況。所以昨天我提到，106 年若用 105 年的方式計算，政府應該出的錢不是 2,123 億元，只有 2,030 億元而已，所以不一致的部分有 2 點，結果不一樣(未放大)，政府應該支出的金額也會不一樣(少算 93 億元)。

傅主任委員立葉

謝謝，還有沒有委員要補充？(委員回應：沒有)請社保司說明。

商委員東福

謝謝主委、各位委員，昨天 15 位委員很辛苦的一起參與，不過我還是必須說明，剛剛李委員永振特別提到，母法(健保法)第 17 條，規範保險經費於扣除其他法定收入後，由三方分擔這個事實。

一、昨天也花了一些時間說明會議資料第 37 頁的附表，因為李委員永振希望能在公開的場合，讓所有委員知道我們的訴求為何。雖然今天的時間很短，但還是說明一下，我們的算法在 105 年及 106 年是一致的：

(一)105 年要提列的數據，一定要從被保險人和雇主所負擔的保險費回推，才知道政府負擔的 36% 應該多少，也才能計算提列的安全準備有多少，再減掉所有支出，以計算政府應該負擔的部分。

(二)105 年是在收入大於支出的情況下，所以必須回推計算，到底提列多少安全準備，才能計算政府應負擔金額；而 106 年因為支出大於收入，不需要回推，所以是以這樣的方式計算，2 年都一致。

二、李委員永振的主張，我們無法同意，我雖然是健保會委員中衛福部的代表，但也是健保中央主管機關的幕僚，所以跟各位委員一樣，希望健保財務維持穩定。感謝當時施行細則第 45 條修正時，包括干委員文男、滕代理委員西華，還有李委員永振等多位委員，透過很多的努力要搶回那 9 項，結果搶回來 2 項，也是非常感謝。事實上，政府還是有盡到應有的責任，特此說明。

三、至於有無違背母法，昨天晚上的會議也提到，這部分係經過立法院處理，因此，以本部的立場，計算原則還是要依法令規定。至於將來是否須再檢討，以更符合所有人的需求，我們會採納相關建議，所以才會說明將相關意見登錄下來，以上補充。

傅主任委員立葉

好，謝謝，請張委員文龍。

張委員文龍

- 一、昨天討論到很晚，大部分的委員大概都了解，現在比較大的問題，應該是社保司和李委員永振認知的缺口。簡單的說，我和葉委員宗義在來之前就開過會，資方團體支持李委員的看法，干委員文男昨天和滕代理委員西華也參與討論，個人覺得支持李委員看法的比重其實蠻高的。
- 二、我覺得這件事情沒有絕對的對錯，就是法律的精神與認知上的缺口，有個小建議，既然對法存有疑義，還是應盡可能釐清。就數字來看，昨天盧委員瑞芬也有提到，在比較的基礎上，過去的委員多少了解一致性或不一致性的問題，但對於新委員，至少須花一段蠻長時間才能夠了解。建議除記錄李委員的意見，後續如何在法規面進行調整，可能要持續追蹤。

傅主任委員立葉

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、計算方法不一致的問題，各有各的解釋，建議社保司何妨回到二代健保的修法精神，當時政府對外宣稱其負擔健保總經費約33%左右，為了換得大家支持二代健保的修法方向，所以願意將負擔比率調整為36%。依當時的背景，如果將政府福利的補助加進去，已經很接近36%，現在再用這種方式將9項中央政府依其他法令規定補助的健保費納入施行細則，我覺得是違背當時的立法精神，意思是施行細則第45條違反母法的授權。
- 二、建議社保司應就相關的數據進行了解，我們當然也希望政府不要博壞賭(台語，詐賭之意)，要有誠信。如果當時確實已經存在這樣的情況，今天將該9項福利支出加進去就不對了，這是很清楚的事情，表示你承諾要將負擔比率從33%增加到36%，根本不存在，是騙人的，這部分值得檢討，法制面應該

仔細的了解，大家好好細算，看問題出在那裡。

傅主任委員立葉

謝謝，請干委員文男。

干委員文男

- 一、贊同李委員永振、謝委員天仁和張委員文龍的意見。衛福部於 104 年 12 月修正發布健保法施行細則第 45 條，將社會福利支出項目，納入政府負擔法定下限 36% 範圍，並追溯至 104 年 1 月 1 日施行，這些都是錯誤的決策。後來經過委員的努力，除了不能溯及既往，並將原本納入政府依法負擔的 9 項保費，更正為 7 項。
- 二、對政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之計算方式，今天要將數據講清楚非常困難，希望李委員永振本於精算師的專業，就你的算法提供相關數據，和健保署的數據進行比對，不要浪費太多時間。昨天的共識營才說要有效率，但這個議題已經討論十幾次，還是沒有結果。對於雙方數據的差異，我比較偏向李委員，我很早也發現類似問題，但沒有李委員看的那麼詳細，而且可以說出所以然，請商司長體諒，大家都在同一條船上。
- 三、對於施行細則 45 條所列的項目，希望到此為止，不要三不五時就加上幾項政府社福支出，否則以後沒完沒了。健保基金是大家的錢，政府應該負擔的就由政府付，健保基金應負擔的就由基金付，不要隨便開個門，都算到健保費用。

傅主任委員立葉

謝謝，請李委員永振。

李委員永振

很抱歉，雖然時間很緊迫，但該說明的部分，還是說明如下：

- 一、很贊成謝委員天仁提到的論點，以前的會議我也提過，原來的立法精神已經得到民眾的支持(達到目的)，但自 103 年討論這個問題時，執行面好像背道而馳，再重覆一次。
- 二、在法規尚未改變之前，雖然對法存有疑義，但還是依法有據。

對於干委員文男提到的數據部分，請委員參閱會議資料第 37 頁，健保署已將我的想法納入，姑且用該公式計算，因為太複雜的計算方式，既然健保署沒有算出來，我如果提出來，健保署或社保司也不一定會接受。

三、我的想法和健保署的主要差異在於，這 7 項保費民眾部分該不該計入。經檢視健保法或施行細則並未免除保險對象及投保單位繳保費的義務，所以民眾部分應該要計入，但安全準備提列方式需修正。現在是增加的部分民眾和政府兩邊算，但事實上只有一筆保費，依施行細則第 45 條所列入政府的 68.5 億元沒問題，但應在提列安全準備時拿掉，這樣會比較合理。亦即政府還是要相對提列 38.5 億元，雖然費用是政府拿出來給社會福利經費，以前也是這樣，但現在直接繳進來，繳費方式不管怎麼繳，並沒有免除保險對象及投保單位繳保費的義務，這是我的看法。

傅主任委員立葉

好，謝謝，還有沒有委員有補充意見？請商委員東福。

商委員東福

大家都是共同為了健保財務穩定，同意李委員永振的說法，雖然法有疑義，但還是於法有據，我們的立場大概是這樣。我們的算法和李委員的算法都正確，但現在已經不是算數問題，而是哲學概念。政府的責任是負擔比率一定要達 36% 以上，現在也已經負擔 36%，表示我盡到責任，並不是說沒有達到 36%。至於健保是福利還是保險，這是大哉問，在會議講求效率的情況下，沒辦法在這裡處理。

李委員永振

一、再補充一點回應商司長的發言，我說的依法有據，是因為你修施行細則第 45 條，但是你們的公式計算有一個問題，法令並未授權你們免除保險對象和投保單位繳交保費的義務，你依法在那裡？這是我的疑點。

二、如果這也可以，這裡還是有差異，雖然你負擔 36%，但是你的分母是比較小的 36%，是扣掉 68.5 億元之後的分母；我的分母則是要含 68.5 億元的分母，算出來就是差 38.5 億元，所以徵結還是在於，你怎麼去免除繳保費的義務。

傅主任委員立葉

這個議題我們已經做了相當充分的討論，請陳委員亮良。

陳委員亮良

因為我和傅主任委員坐在同一陣線(同一排座位)，所以你比較沒有看到我。李署長、各位委員大家好，我想第一次參加會議是學習，第二次參加會議就做自己，剛才聽了幾位委員先進的意見，個人認同李委員永振所提出的數據及論述，謝委員天仁也特別提到修法時的立法意旨，這部分也非常重要。委員提出很多看法，希望健保署仔細研議，針對李委員的版本再深入研究看看，以上報告。

傅主任委員立葉

我們之前已經針對這個議題進行相當充分的討論，先嘗試做以下裁示，看各位委員是否同意。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

這個議案的其他議題還要討論嗎？

傅主任委員立葉

- 一、先針對這個部分做處理。第一是委員們對於母法第 27 條與施行細則第 45 條有無扞格之處，以及政府的財務責任不夠明確，是否形同變相減少政府的財務責任等部分提出意見，認為值得檢討。請社保司檢討是否需要修法，以確保健保財務穩定，及促使政府財務責任更為明確。
- 二、基於上述決議，105 年度決算予以備查，但請社保司參考委員意見，對於所提供資料不清楚部分，請社保司會後提供更清楚及更詳細的計算方式，包含數據及相關資料供參。
- 三、本案要不要解除追蹤，請教各位委員意見，建議可以先解除追蹤，俟需要時再行提案。若繼續追蹤，可能不知道要追蹤到何

時。

四、委員是否同意前 2 項決定？(委員表示：同意)以及是否同意解除追蹤？因為請社保司檢討法規部分，也需要衛福部內部討論，甚至到行政院層級處理，一直追蹤下去，好像也沒有結論及實質效益，可否先解除列管？

李委員永振

建議本案原來的決定可以解除追蹤，因為已經努力那麼久，但剛才主席裁示請社保司就法令進行檢討修正部分宜追蹤，因為已經是另外的新議題，不然又變成是內部參考，狗吠火車(台語，意指白費力氣)而已。

傅主任委員立葉

換句話說，就是決算的部分備查；關於法規的檢討，列入未來的追蹤事項。

干委員文男

同意備查，但直到發文這段期間，是否請李委員永振和商司長東福再溝通清楚，若再怎麼溝通都講不清楚，就只能停在這裡。如果有時間急迫性，同意備查，但建議約定在多久時間內講清楚，正確與否都予以釐清，再決議接下來怎麼做。

傅主任委員立葉

請謝委員天仁。

謝委員天仁

原則上當然可以准予備查，但若涉及施行細則違背母法授權，我認為這部分應予保留，且應有保留文字，例如：涉及違反母法授權部分，必須要調整。如果連法規都不對，已經違反母法授權，當然以後要重新再調整。

傅主任委員立葉

105 年度決算報告准予備查，但有附帶決定，須要檢討法規。請李委員永振。

李委員永振

- 一、我本來的意思，主席已經裁示，就是我贊成謝委員天仁的意見。因為備查的動作，我們沒辦法擋他，因為只是備查，他也可以不理我們，講白一點就是這樣，你們提的意見我參考，但我還是照法令走，所以備查程序已經完成。
- 二、干委員文男一直擔心的問題，請放心，如果我們講的有道理，以前的 490 億元是怎麼要回來的？102~104 年都有要回來，到 105 年才還，到現在還沒有還清，所以決算並不是備查就結束，將來如果認為沒有道理，還是要吐出來。104 年追溯始期的 116 億元不是也已經決算了嗎？後來還是吐出來了，所以這部分應該不用擔心。如果我們講的有道理，後面還須要各方再各自努力。
- 三、剛才也提到修法的部分一定要繼續追蹤，不然就沒有下文，准予備查後，謝委員天仁的意見一定要列入，這樣才有所根據。健保署提到，法的解釋權在衛福部，但健保會、健保署和社保司都是衛福部的幕僚單位，我們已經協調到這個程度，希望衛福部在做解釋時可以考慮這個部分，會比較周全。

傅主任委員立葉

照剛才的決定，同意備查但有附帶決定，法規的檢討調整，列入未來的追蹤事項。現在進行其他事項的討論，先請李委員永振，再請滕代理委員西華。

李委員永振

在解除追蹤部分，有一點建議，因為還沒退休前，曾聽過專家學者的研究報告，說 1 個新的事項大概要講 6 次才會了解，要做 21 次才會習慣。若依照專家的研究，建議解決追蹤之第 3 及第 5 項，應繼續追蹤，我們不要講 6 次或做 21 次，做 21 次我們這屆委員就畢業了，至少看 1 次，確認有按照我們的意思，再解除追蹤會不會比較好？不是說意思到了，但沒有用。是否先做第 1 次，如果我們認為還可以，再假設他們已經習慣了，不用做 21 次，到時候再解除

追蹤，如果還沒有習慣，我們再提案，這樣會不會比較好，謝謝。

傅主任委員立葉

其他委員是否同意第 3 項及第 5 項繼續追蹤？(委員表示同意)委員還有沒有其他意見？

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

今天有一個全民健保基金附屬單位決算的備查案，請教下列兩點：

- 一、DET(Drug Expenditure Target，藥品費用支出目標制)的扣款在決算是屬於收入、支出減列、業務剩餘，還是安全準備？還是說 105 年的藥品結算金額，到 106 年才會計算出來，所以不會列在 105 年決算？是因為屬於應收，在這裡看不到，還是說不是在這本應該要看到，而是在其他地方？
- 二、健保署台北(信義路)聯合門診中心，原本是要在去年底結束營業，所以應該在當年編預算時，就有門診中心資產處分，我也看不到，因為又順應民意延到今年 7 月，不知道會不會永無止盡的順應民意，一直營運下去。若涉及門診中心的熄燈，可能會有些資產的處分，想知道這些資產處分，會呈現基金附屬單位決算的什麼科目？現場也有會計師，能否指導一下？

傅主任委員立葉

請健保署說明。

施組長如亮

滕代理委員西華提到的 DET，就是我們在進行藥價調整的 DET，藥費超出目標值扣下來的額度是用來進行藥價調整了，不會呈現在會議資料裡面。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

所以會在那裡呈現？不在收入面，也不在減列面？就是在總額支出面總體嗎？

施組長如亮

還在總額裡面，用於擴大給付規定。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

是在 106 年擴大給付規定，還是回到 105 年？

施組長如亮

會反映在今年的總額裡面。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

先不說扣錢的問題和業界爭議，假設扣了 50 億元，在去年決算編列了一筆支出，會反映在 105 年總額，還是把扣下來的 50 億元，反映在 106 年 DET 的藥費支出上面？

施組長如亮

對，就反映在當年的藥費。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

當年是那一年？是 105 年嗎？

施組長如亮

今年扣的就是反映在今年。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

但今年是結算去年的部分，如果是結算，應該要反映什麼，因為你有編一筆錢，假設 105 年預計的藥費支出，全部在總額裡面，因為你列的科目我看不懂，而且都是粗科目沒有細科目，所以是依法定分配，不算收入面也不算支出減列？

施組長如亮

不算。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

就是一個 5 千 7 百多億元保險經費的支出，不管 DET 扣多少錢，全部用在 105 年都沒有動。

施組長如亮

對。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

這樣我們的決算就永遠看不出當年度藥費支出多少。

施組長如亮

我們降多少，就是那個額度。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

所以 106 年某種程度是 105 年剩下的錢，滾入 106 年含藥費的醫療費用支出。

施組長如亮

不是，超出 DET 的費用，那一年扣掉的錢，就在那一年的總額內去滾了。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

所以會反映在 105 年的點值。

李專門委員淑芳

跟委員報告，信義路門診中心目前還在營運當中，請委員參閱 30 頁的平衡表，固定資產裡面就有屬於信義路門診的資產，我們沒有處分，如果到時候門診要結束營運，相關的資產會移撥到公務去做保管，以上說明。

傅主任委員立葉

好，謝謝。委員有沒有其他意見？先請李委員永振，再請蔡委員麗娟。

李委員永振

有關決算分析報告，有 2 點請教和 1 點建議：

- 一、第 1 點請教是在會議資料第 164 頁，有關催收款項，105 年底較 104 年底增加 11.93 億元，能否進一步說明有多少是從去年 6 月解卡以後所發生的。
- 二、第 2 點在備註 19 有提到健保法第 28 條各級政府於本法 101 年 1 月 4 日修正之條文施行前，未依修正前之第 29 條規定將所應負擔之保險費撥付保險人者，須即向保險人提出還款計畫，其還款期限不得逾 8 年。早上在大廳時聽到干委員文男提到，今天媒體有報導高雄市欠費 143 億元的問題，等一下請干委員

再說明。我要請教的是，業務執行報告有關高雄市欠費，97年還有28.39億元，97年迄今已經超過8年，有無違反上述規定？如有違反，應如何處理？

三、1點建議，請委員參閱第161頁，105年度保險收入負成長8.43%，保險成本成長5.63%，一來一往等於差了14%。再看到165頁，昨天共識營我也提到，105年度安全準備雖然增加185億元，但是較104年度1,029億元減少843億元，106年保險成本支出也成長將近6%。當然保費收入沒有那麼悲觀，應該有正成長，因為去年調降保費，所以負成長，但應該還是有差異。我們去年在費率考量時曾做過很多推估，預估最晚在110年就要調漲保費，這部分建議健保署應隨時監控，並在過程中讓委員充分了解，比較不會像政府負擔健保總經費36%已經討論了3年，還沒有結束，這樣會不會比較好，建議健保署宜提早因應。

傅主任委員立葉

先請蔡委員麗娟發言，再請健保署一併回應。

蔡委員麗娟

- 一、各位委員大家早，在會議資料第25頁第4項有提到，2月24日修正發布「全民健康保險藥品價格調整作業辦法」部分條文，健保署於3月1日也公布藥價調整結果，為減少藥價差額及節省醫療支出，共計調升332項、調降7,331項藥品價格。對此，有些病友會覺得非常恐慌，擔心自己的用藥是否受到藥價調整的影響，被改成學名藥，和其原來的用藥有差別。考量病友對於健保署所揭露資訊的獲取較為不足，是否建議在後續有更詳盡的說明。
- 二、依健保署公布的資訊，106年所進行的藥價調降，總共減少藥費57.1億元，調整效益可運用於支付如癌症、重大疾病、罕病、老化引起疾病之新藥及擴大適應範圍。對病友而言，希望能將節省的藥費，落實在上述所列的效益，因為未來癌症用藥

的價格將一直上升，在適應症方面，病友也希望有更一步給付範圍的增加。

三、會議資料第 32 頁追蹤事項第 3 項，今年會實施癌症化療、放射線療法病人中醫門診延長照護試辦計畫，這是非常好的計畫，建議在公告時，能透過病友團體或癌症相關基金會、協會，讓病友知道可以加入中醫輔助療法的計畫，病友端也有管道知道有那些醫院加入試辦計畫，以利在看診時詢問醫師，了解自己是否適合參加該計畫，讓病友在知和選擇上多一層保障。

傅主任委員立葉

因本案屬報告案，建議委員的問題與意見都表達後，再請健保署一併說明，希望可以減少一點時間。請問委員有無意見？請王委員雅馨。

王委員雅馨

各位委員大家好，請參閱會議資料第 24 頁，我們對健保署目前推動的醫療分級政策持肯定態度。因目前轉診和非轉診應自行負擔費用有差異，想請教假如有病患經由基層醫療院所轉診到醫學中心，轉第 1 次有折扣，如果第 2 次直接到醫學中心就診，其應負擔費用是依據經轉診或未經轉診的收費標準？若病人第 2 次直接到醫學中心並自付 420 元，之後有沒有相關規劃，一般而言，政策有短、中長程規劃，希望了解後續有無相關因應措施。

傅主任委員立葉

其他委員有無詢問或意見？若無，請健保署說明。

施組長如亮

委員詢問到有關藥價節餘的運用部分，我們會有一些擴大給付規定及引進新藥的效益，這些效益在我們每次開完藥品共擬會議後，都會將結果上網公告，如果需要整理年度的執行成果，也可以提供委員參考。至於藥價調整後，無論原廠或學名藥，都是健保給付的藥品，醫院在採購時也會換藥，不是降價就一定會換藥。慢性病患者

如果原來用的是原廠藥，若仍須使用原來的廠牌，可以請醫院釋出處方，到特約藥局要求拿到原來廠牌的藥品。

李署長伯璋

請各位委員參閱今天的新聞報導，占很大的版面，我們要面對這個問題，並沒有逃避，報導只是沒寫出是健保署署長李伯璋說的....。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

請問署長，您說的是什麼新聞，我們都不知道。

李署長伯璋

- 一、請傳閱一下，這份報導是干委員文男提供的。對於高雄市欠費的問題，健保署會依法行事。但直到目前為止，高雄市每個月都有按規定還款，雖然高雄市希望再往後延，但我們沒有同意，還在持續溝通當中。
- 二、信義路門診中心是健保署最後一個要關閉的門診中心，也不是不能關，但有很多立法委員和監察委員介入，我們也盡量溝通，希望該走的程序還是走完，該關還是要關，但講都很容易，坐在我這個位子，面對的問題都不一樣，但我覺得沒什麼好怕的，目前的方向大概蠻具體的，應該很快就有結果。
- 三、剛才有委員提到藥價問題，目前我接觸的業務重點，一個是藥價問題，另外一個是具名審查，再來就是分級醫療。藥價部分委員也必須了解，從過去九大公協、十五大公協到十八大公協，大家的背景都不太一樣，所以醫生、醫院和藥廠都有不同利益考量，我們也盡量在溝通。或許有委員擔心醫院會將原廠藥換成學名藥，今天我在這個位子，必須要說，學名藥和原廠藥是一樣的，雖然我們每個人可能都有不一樣的想法，但有二個重點，原廠藥不要因為我們砍藥價而退出台灣的市場，另一是對於國產藥，一定要能升級在台灣生根，這是目前的狀況。
- 四、剛才施組長如亮所說明藥價部分，請各位放心，部長和我們一直在積極處理。若有對病人有幫助的癌症用藥，無論是新藥或

新科技，都需要給台灣的病人有空間可以使用，這也是我們努力的方向，但前提是一定要控制不必要的醫療，才有足夠的經費可以支付。會前我也和本署同事提到，很多事情要從源頭做起，若病人不必要的醫療浪費太多，後面的努力都是枝節，無法真正改善台灣的醫療制度。

五、台灣的醫療，看病人數、開刀人數、住院人數沒有增加，但每年醫療給付費用明顯增加很多，尤其最近的資料顯示，內科費用的成長很驚人，對於這種現象，本署將積極進行管控。有關分級醫療轉診部分負擔，請蔡副署長淑鈴說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、王委員雅馨詢問有關經過轉診部分負擔優免及次數問題，本署已訂定轉診實施辦法，目前正預告中，馬上會公告。如剛才的舉例，基層診所轉醫學中心，究竟要優免幾次，目前的想法是1張轉診單的有效期限是3個月，這3個月都可以持這張轉診單去醫院，但是這次的優惠，例如3月1日轉診，但是3月10日才去看第1次門診，從那次之後，轉診辦法就規定，從轉診就醫日起1個月內，至多4次的門診都視同轉診，亦即那4次都可以優免部分負擔。現在的規劃是這樣，我們也期待4月15日前公告，併同實施。
- 二、蔡委員麗娟關心的癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫，該計畫已經公告，提供服務的醫院也會公告在本署網站，所以資訊是透明的，若委員希望進一步告知，我們也可以分享該項資訊。這些醫院大部分有附設中醫部，因為是癌症患者化放療之後的中醫延長照護，所以是長時間留在中醫部，可提供整合的中醫服務，包括減少化放療之後的疲憊、各方面的營養諮詢及中醫相關的輔助療法等。

傅主任委員立葉

先請滕代理委員西華，再請張委員文龍。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、原本沒有要發言，但延續蔡副署長淑鈴回應王委員雅馨關於轉診辦法的議題，現在確實在預告，我們除參與討論，也提出預告的意見。關於分級轉診部分負擔的優免，病人不管是到基層診所或地區醫院，轉診就表示病人的病情在原本的院所無法處理，且有些疾病不是一、二次可以解決，例如涉及手術、重大傷病的治療，療程可能不是一個月 4 次，而是需要 2、3 個月。
- 二、如果確實要鼓勵民眾不直接越級就醫，能夠在基層診所或地區醫院就醫，然後落實專業轉診，我們主張接受上轉的醫院，在療程結束後，除將病人轉下來，還要併同說明把治療紀錄轉下來的前提下，所以應該是療程結束前的部分負擔都要優免。因為病人是被迫在那裡看病，他乖乖聽你的話，乖乖遵守我們的制度讓你轉上去，又不是他不回來基層或地區醫院看病，他的病在醫學中心、區域教學醫院就還沒有看好。可是你給的優免，本來只有 1 次，現在好一點，1 個月至多 4 次。若 1 個月不止去 4 次，因為都是醫師協助預約掛號，療程由醫師而不是由病人決定。如果是這樣，病人也沒有誘因，也不要回來，因為透過轉診，只會省 150、200 元，然後 1 個月到了，還要再回去原本的基層診所再拿 1 張轉診單，就為了那一點優免，健保也不會省錢。
- 三、現在是預告期間，原本我沒有要在這裡提出來，因為我們已經表示意見，但我要在健保會提出，如果確實希望民眾能夠遵循分級轉診的政策，而且也鼓勵上轉醫院能在療程結束後，就把病人下轉，在上轉醫療院所就醫的期間，病人的部分負擔，應該都視同轉診的優免。

傅主任委員立葉

謝謝，請張委員文龍。

張委員文龍

對剛才李署長伯璋提出的數字很感興趣，就醫人數沒有增加，但支

出增加且幅度還很大，似乎比業界常見的通膨比率還高。若健保署有統計數字，可以進一步分析主要原因，也讓委員了解。

李署長伯璋

- 一、下次會議再列入報告。自從去年 520 就任後，我做的每個動作，都是我當時就職時自己的理念，分級醫療是我認為台灣的生態需要去做改善，其次是部分負擔，假如沒有改變，以台灣人的就醫習慣，醫療生態永遠不會改變。例如目前藥品部分負擔是定額，最高 200 元，很多人用藥的問題就不能解決。
- 二、以前曾向林前部長報告，不止是藥的問題，檢驗也很可怕，例如電腦斷層、MRI(Magnetic Resonance Imaging，核磁共振攝影)等。有時候不是只有做 1 次而已，大家拚命做，這些都是錢，醫師認為有需要就開，反正健保會出錢，假如病人須部分負擔，才會考量其必要性，因為當時健保法要修改時，我們當做第二階段的目標。資料顯示費用成長較高的部分，很多是檢驗，診察費也沒有增加，很多服務都沒成長，成長的原因有時候是醫師的原因，有時候是病人要求，都要雙管齊下，才能落實管控，這是我的觀察。

傅主任委員立葉

本案討論到此，除上述對於政府財務責任 36% 的決定，以及 2 項擬解除追蹤改列繼續追蹤外，餘洽悉；委員所提意見，請健保署參酌。接下來進行例行報告第三案。

盧委員瑞芬書面意見

請社保司根據李委員永振的資料更新附表，並說明社保司計算 105 年度 7 項「應提列或增列安全準備 C」項的 36 億元計算方法。

參、例行報告第三案「中央健康保險署『106年2月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

傅主任委員立葉

本次不進行口頭報告，請問委員對於書面資料有無詢問或意見？請
干委員文男、謝委員天仁。

干委員文男

- 一、主席、署長，最近藥的問題鬧的沸沸揚揚，最初是爆幾個藥說是偽藥，後來愈講愈多，變成三百多項偽藥，電視都有報導，如果不正確的話，我們可以更正。發現偽藥以後，醫院可以拿到正牌藥，但地方的社區健保藥局可能拿不到，病人還要回到原醫院去換藥。砍藥價是為健保省錢，我們也非常贊成，但同功能的藥品有很多，若一家醫院只集中使用同一種藥品，可能有問題。同樣的藥效應該可以分散採購，若沒有分散，反而大家都集中使用同一種藥品，有可能是利潤比較高，或回饋金較多，建議健保署進行藥價調整時多加注意。有些藥品價格已經很低，再砍價也沒有意義。
- 二、藥品可使用二維條碼，透過清楚標示藥品的生產履歷，知道配方內容，就不可能發生「偽藥」的問題。上個禮拜到台中，向藥界的朋友抱怨為什麼提供假藥給病患，他們說那是藥的配方有點差別，並非是假藥，這中間的細節，也是聽不下去。因為剛好有機會了解，才會知道其中的癥結，但多數人可能就不清楚。我認為如果使用清楚的履歷標示，大家就會比較清楚。
- 三、上個月委員會議以及剛才李署長伯璋都有提到，有些科別的開支特別大，請問審查標準是否已經訂定出來？大家都說有浪費，但要讓我們知道到底浪費在哪裡？否則以後審查醫師不敢審，你不敢審查我的案件，我也不敢審查你的，大家都放水，最後就變成健保支出的增加。

傅主任委員立葉

謝謝干委員文男，本案採統問統答可以嗎？(未有委員表示反對)請

謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、去年我們編列 1,000 萬元的預算，用於「藥品品質監測計畫」，但健保署遲至 12 月才完成計畫的招標，去年 12 月標出去的計畫到現在，也已經 3 個月了，一個檢驗的東西為何要這麼久，我覺得沒有效率。剛開始健保署說預算被立法院凍結，經過我們一再質問，到 6 月才開始動起來，後來又說無法順利完成招標，直到去年 12 月才標出去，雖然不知道招標的內容是什麼，但假設有 100 件藥品要檢驗，那要等 100 件都完成才能給報告，抑或是完成 30 件或 50 件後，每 2 個月先報告一部分？作業的方式很奇怪！最近剛好又發生偽藥事件，這與我們前年度所討論的東西其實是一致。消費者屢屢反映原來服用 1 顆就有效的藥品，現在卻要服用到 2~3 顆才會有效，就像這次的「冠脂妥」一樣，用舊藥偽裝成新藥，舊藥的效果本來就比較差，所以服用 1 顆，就不會達到原來的效果。我認為既然有預算，也有需要檢驗的項目，就應該儘速執行。以上是我第 1 個要指出的事項。
- 二、第 2 點，我很關心分級醫療的推動情形，署長也口口聲聲說他很重視，但老實講，醫學中心初級照護服務量不得超過 105 年 90%，超過不予分配總額，請問這部分相關的東西定案了沒？現在第 1 季已經過去，老實講，去年衛福部是很快核定並對外公告，並不是放到 12 月才處理，為什麼健保署執行的速度這麼慢？相對的還有，挹注 60 億元調高重症項目，到底調整的情況如何？我們要求要將相關措施的執行情形儘快到委員會來報告，看起來好像是去年 12 月以前很積極，但現在好像就消風了(台語，洩氣之意)，我覺得很好奇，到底有沒有在做啊？這涉及我國醫療體系的重大變革，到底這樣的方式有沒有效？我們希望這些措施能早日啟動，讓委員會從相關的數據進一步去了解實際情況。

三、第 3 點是關於轉診制度，我認為效果相當有限，要嘛你就突破法令的限制，如果沒有經過轉診，若逕赴醫學中心就醫的人，最後發現不是屬於醫學中心該處理的病例，就應依照規定，該多收 50%，就多收 50%。這樣才會有效果，不是小幅的調整一點點到 420 元，我覺得這樣效果很低啦！但如果是本來就應該到醫學中心就診的病例，為什麼還要先到基層診所看完，才能搭上轉診列車到醫學中心，這不是很奇怪嗎？反而是浪費不必要的醫療資源。從某個角度看，這個東西應該要更細緻化，做的更好，但現在我覺得好像是為了調部分負擔而調整，老實講這個東西是值得檢討的。

李署長伯璋

- 一、有關干委員文男所詢的偽藥事件，其實就是因為利潤高，才會被人仿冒，便宜的藥就不會有人要做偽藥，這跟國際名牌 LV 皮件會遭仿冒是同樣道理。照理來說，偽藥問題是食藥署的主管業務，但健保署業務包山包海，也得加入其中。這次的偽藥事件就是 Crestor(冠脂妥)膜衣錠產品遭人用早期的另一種藥品 Lipitor 蒙混，雖然 Lipitor 也有類似的效果，但其原料不是用原廠的，而是由大陸進口，因為成分不相同，所以就不像原廠的那麼有效。這次我們協助食藥署查核的方式，是從健保的申報藥量去跟藥廠的出貨量比對，如果兩者間有差異，可能就是有問題的品項，當時也對另外 2 種品項有所懷疑，不過經過市場抽調，並沒有查出問題，也許已經被患者服用，也可能仿冒的人已經把偽藥都藏好，但食藥署對此非常重視。
- 二、關於分級醫療跟轉診的議題，等一下請黃委員啟嘉幫忙從醫界的角度提供看法；公開具名審查的部分，也要請謝代理委員文輝跟大家說明醫院協會目前進行的狀況；我常強調醫療界的改革與團結不是哪一個人獨力可以做到，今天我擔任署長，任何人都可以質疑我，但是政策的推動需要靠大家一起努力，待會就請 2 位將你們所做的工作向大家說明。

三、至於 1,000 萬元的「藥品品質監測計畫」，請施組長如亮要把 CEA(cost-effectiveness analysis, 成本效益分析)做好，並跟大家說明當時偽藥事件爆發時，我們也是有請食藥署幫忙相關的檢測。坦白講，分級醫療的 6 項策略 24 項配套，我們是把收錢的部分工作放在最後，其他很多工作事實上都積極的進行中，包括電子轉診部分，黃委員啟嘉可以告訴大家已經做到什麼程度。很多事情沒有開始，就不會知道問題在哪裡，我的心態就是把這些項目一樣樣做起來，讓我們的民眾就醫很方便，古委員博仁也可以告訴大家社區藥局也已經加進來，現在大家動起來了，千萬不要以為我們沒有在做事。

四、我的司機每天早上 7 點去載我，晚上 7 點以後再送我回去，蔡副署長淑鈴、龐組長一鳴以及同仁們也都一樣，這部分讓我感到非常佩服，我們一定會做對台灣有幫助的事。我知道他們的辛苦，也不希望他們過勞。上任至今已經 10 個月，該做的事都有在進行，請各位委員放心，我不會亂做，做一個醫師怎麼能去做沒有效益的事，大家在此講的話，講完你們也許就回去了，可是我做不好就沒有頭路了，所以請你們放心，也請給我們同仁鼓勵。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

那就應該要給同仁加班費啊！

李署長伯璋

但我們就是行政經費很有限，沒有辦法，要請委員幫忙爭取。請施組長如亮先來回答。

施組長如亮

一、剛才謝委員天仁關切的「藥品品質監測計畫」，這部分因為我們真的是第 1 次做，不像食藥署那樣駕輕就熟，時間上也確實比較慢一點，去年到 12 月才標出去。

二、因為我們需要知道哪些藥品，都分布在哪些醫院及縣市，才能去把藥品抽回來。這個計畫已請廠商 6 月底要把報告交出來，

報告出來以後，我們會交給食藥署，畢竟我們不是藥政主管機關，所以還是要尊重他們，請他們依報告結果做專業的判定。

黃委員啟嘉

- 一、分級醫療的推動，主要就是因為我們的醫療資源有限，如果今天醫療資源是無限的，那麼世界上就只會有醫學中心一個層級的醫療機構，而不需要其他層級的醫療機構，因為每個人都希望去醫學中心就醫，得到最好的醫療，但問題是醫療資源的耗用就會非常可怕。
- 二、我們常說大病去大醫院看，小病去小醫院看，但事實上，沒有人知道自己是大病還是小病，但每個人都認為自己是大病，所以需要有個守門員的角色，可以初步篩檢出大病還是小病，診所就是扮演這樣的角色，畢竟醫師還是比一般病人多一點專業知識，能夠判斷出大小病的區別。當然，剛才謝委員天仁也提出很好的理想，讓大病的患者直接去醫學中心就醫，不一定要透過轉診初步篩檢，但這只是理想狀況，因為很多人主觀上都認為自己是大病，但客觀來說，病人沒有能力區分是大病還是小病。所以，雖然多花一個轉診程序，但卻可能減少輕症到大醫院占用醫療資源的情況。
- 三、去年 1 月到 3 月發生流感大流行，事實上在基層，9 成以上的流感患者都可治癒。那時候我們東區唯一醫學中心急診大爆滿，結果發生一件醫療糾紛，當時我去協調，患者是鄉鎮級代表會的副主席，他罹患胰臟炎，因為當日急診大爆滿，耽誤 30 分鐘，結果最後患者往生，變成醫療糾紛。他全家人都在醫院擔任義工，對於急診分類幾級應該採取何種程序非常清楚，認為當時醫院違反程序，急診分類幾級在幾分鐘之內就應該處理，為什麼要等 30 分鐘，這說的很有道理。
- 四、協調過程把急診的醫師請來詢問，才發現當天急診的狀況是流感的病患很多，院方已經把有值班、沒值班的醫師全數召回，人力還不足及時完成現場的急診分類，實務上篩檢需要有過程

的時間，也要經過醫師判斷，因此當天的急診等於是一種當機的狀態，最後導致犧牲了真正重病患者。我想表達的是，雖然這是極端的例子，但實務上仍會有這樣的案例發生。健保的醫療服務的效率 CP 值是高的。我們希望使這個社會以承擔最小成本的方式，獲得 CP 值最高的醫療，因此，分級醫療的推動是有必要的。

傅主任委員立葉

請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、關於公開具名醫療審查的部分，是健保會委員少見有共識的議題，無論是付費者委員代表還是醫界的代表，都認為公開具名的作法不宜。雖然兩邊的看法相同，但理由卻不太一樣。消費者的看法，就是台灣現在的氛圍，審查委員一定不敢審查，具名公開等於就是放水，就是不審。最近試辦的結果就會出來，健保會委員都很英明，因為試辦的結果跟委員們所預期的很接近，試辦前後的核減率差距真的很大，之前要試辦公開具名審查的時候，健保署有設定一些調整的條件，也就是核減率的紅線，這些核減率的差距都已超過紅線，所以我想到時候署長一定會做出睿智的裁定。
- 二、實務上醫界反對的理由，並不是反對審查的形式，具名公開審查很好，說起來很有道德性，我敢審就敢簽名，若被審的人不服氣，都可以來申訴，其實這在道德性上，很正確很好。但是我們認為目前醫療審查上有盲點，健保署長官很認真，訂定了「全民健康保險醫療費用審查注意事項」，各科都有，對於審查醫師也有管理，審畢還有評量，看起來這個制度真的是一流，絕對沒有問題。但實務上，為什麼被審查的人會感到不滿，我們看到一個盲點，這些審查注意事項是法律條文，但健保署也沒有加重宣導，所以不管是臨床醫師或是審查醫師都沒有當一回事，都依自己的意見，覺得對的就是對的。對於被審

查的醫師來說，會感到這件事很矛盾，因為一樣的醫療行為，這個月如果遇到一個看法比較特別的審查醫師，可能會被砍到趴在地上，但下個月，換別的審查醫師又沒有問題，在這樣的情況下，醫院也不知道如何改善，所以最簡單的方法就是就照自己的認知做，其他就憑運氣，所以醫勞盟會要求要具名公開審查，但如果遊戲規則不明，具名公開審查其實也是笑話，因為以前的爭議也沒有解決，審查醫師沒有明確依據，所以沒有人敢審，我認為在這樣的制度下，最後也是笑話一場。

三、所以這次署長採取開放的態度，讓醫院協會自己辦看看，這也是我們第 1 次辦專業審查，我們的原則就是跳脫過去的經驗，從源頭解決，因此召集了所有專科醫學會，將現行的醫療費用審查注意事項，請各科拿回去全部重新檢討，將長期有紛爭的部分進行修改，回收後送回健保署邀請專家核閱，如果經過客觀審查沒有問題，我們就公告並且到 6 分區舉辦各科的座談會，有共識後，大家就按照遊戲規則執行，如果這樣，應該就不用再怕什麼黑手。將來如果還有爭議，那麼這些專科醫學會就定期像 3 個月檢討，檢討後再改，相信 2、3 年以後，至少會有一套大家比較會服氣的標準，將來只要醫師按照規範，天王老子來審，也不用怕，民眾也會很有保障。

四、其實跟各位委員報告，專業審查沒有這麼偉大，也沒有這麼了不起，醫院需要進行專業審查的案件只有 32.2%，其他 67.8% 案件都是靠檔案分析免審，外界把專業審查說的好像天要塌下來，實務上過去審查不通過的案件，大約在 5% 到 6%，實質審查不過的案件只有 1 點多%，也就是說，對點值的影響沒有這麼大，就各醫院來說，以前都沒有在用力談實質審查，因為影響的程度太小，醫院在意的的主要都是行政審查。以現在 6 個分區業務組，實質審查案件的點值大約只有 0.8 幾、0.90。但是專業審查重不重要，也很重要，我們也很重視，既然署長交付這個任務給醫院協會，我們就很認真的去檢討並建立制度，這個制度就像是一個警察，如果沒有專業審查，這醫療行為好

像沒人管，屆時全部都變成壞學生，健保也會失控，我們希望有好的管理制度，不良的醫療行為就沒有了，就像是要有警察但希望他們很閒，但是治安很好，希望健保會支持我們的努力。

張委員煥禎

- 一、我補充一下，謝代理委員文輝講得太簡單，也講得太複雜。但我不能阻擋他發言，主席才可以。因為我們委員都很專業，我報告美國統計的經驗，一般來講疾病從最簡單到最複雜，讓一流的醫師來審查，審查結果的一致性是從 80%到 40%不等，也就是說，越困難的疾病，一致性越低，為什麼呢？因為人體太奧妙，美國一流的學者，都是各大醫學中心的醫師，在審查困難的疾病時，不算罕見疾病，通常也只有 40%的一致性。
- 二、所以，我認為大家並不是不遵循健保署的醫療費用審查注意事項，而是我想建議健保署不要包山包海全部都管，應該針對已經有實證經驗的疾病，將絕對不可以做的治療方式訂得很清楚，這樣醫師就會很清楚知道有哪些不可以做。審查的人不要什麼都審，只要針對有清楚規範不可以做的 30%或 40%部分審查就好。現在大家為什麼不服氣，因為有些處理過程是藝術。如果把禁止的部分訂出明確規範而且很嚴格，所有的人都要遵守，這樣民眾的健康才會得到保障。我們現在是全部都訂規範，然後審查的醫師全部都要審，這是很大的問題。

古委員博仁

- 一、回應剛才多位委員都提到 Crestor 的事情，我想跟各位報告，這次偽藥事件是社區藥局藥師的細心才被發現，老實講他的細心與專業應該被獎勵，但這次事件卻讓社區藥局幾乎被打趴，因為民眾以為到社區藥局容易拿到偽藥，但其實不是這樣。
- 二、這次也要肯定政府在極短的時間內，就讓情況穩定下來，剛才干委員文男說，在社區藥局拿不到藥，但老實講 3 天以內一定拿得到，只要跟藥商聯絡，3 天一定可以出貨，像我的藥局 2

天就把貨都補齊了，這部分現在真的改善很多。

- 三、署長也提到高價藥有它的銷售量，自然就會有不肖廠商會仿冒，而且這次做到外包裝幾乎跟真的一樣，仿冒已經達到科技的水準。將來我們要如何防範，如何做到更嚴謹，這次事件以後，相信所有社區藥局的眼睛會更亮、更謹慎，每批藥進來都會前前後後的檢視包裝內外，就像是偵探一般。另外我們也積極跟各大藥廠聯繫，請他們在包裝有任何改變時，要跟公會聯絡，我們會將最新訊息放在網站上，讓社區藥局、藥師以及民眾能掌握正確訊息並辨識。
- 四、我們也肯定政府在極短時間內讓事件平息，藥廠部分也是，坦白說這次的事件並不是藥廠的錯，但是他們全數收回所有的藥品，讓民眾能得到安心。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

- 一、我要幫署長說幾句話，他上任後我觀察到每當健保署有需要釐清的業務，署長都會透過媒體說明，這次偽藥事件，我留意到他在自由時報的自由廣場投書，解釋偽藥風波與健保藥價，所以這種主動出擊的精神是值得肯定的。但剛才前面幾位委員的發言，都是因為委員的期待更高，求好心切，因為還有很多事情要做。
- 二、站在監理的立場，針對這次「冠脂妥」偽藥事件，有以下幾點疑惑請健保署說明，雖然這件事把關的是食藥署，但是和健保也有關係，我要請問健保署的立場在哪裡？
- 三、這次事件於3月5日於媒體披露，但到3月20日又有另篇報導出來，我不知道這部分是否有誤導，大意是說經過2週調查，食藥署好像還沒搞清楚偽藥源頭和流向，我擔心的是會不會像以前的黑心油事件，如果沒有掌握好，就會造成民眾恐慌。

- 四、剛才古委員博仁提到，偽藥風波 2 天後，媒體就報導民眾可以去換藥，因為大家叫我要留意財務，消費者換藥不用錢，那這筆錢是誰付，因為舊的藥就銷毀，換藥的錢也不可能是食藥署付(有委員回應是廠商付)，所以，那跟健保沒有關係？OK，那我就比較放心。
- 五、另外據報載，在醫學中心與區域醫院的藥都是原廠直接送，但是在地區醫院或基層診所就不一定，看到這樣的報導，我有點擔心，民眾會不會又都跑到醫學中心看診，這樣一來，對剛推出的分級醫療會不會有影響？
- 六、原藥廠整理出 3 點方法，教民眾如何辨識這次「冠脂妥」偽藥，所以我也認真研讀。他們說原廠藥的外包裝「冠脂妥」字樣，妥的第一筆畫較「撇」，偽藥筆畫較平，可是我看半天還是看不出來。所以我的疑惑是有幾個消費者可以辨識，如果民眾一開始拿的就是偽藥，那要從何辨識起，雖然廠商的辨識圖都放出來，但可能我比較笨所以還是辨識不出來，民眾如果沒看過真的，又要如何去辨識？我覺得這個好像是放屁安狗心(台語，比喻畫餅充飢)而已，請問是否還有其他更好的方式，可以在用藥安全上宣導進而幫助民眾了解。

傅主任委員立葉

先請干委員文男，再請滕代理委員西華及謝委員天仁。

干委員文男

- 一、關於偽藥的辨識，剛才也跟大家報告，現在常用的 2 維條碼已經落伍，將來若採多彩多維條碼，就可清楚的掌握產品的履歷及生產流程，那個環節出問題都可看出來，這是個可以使用的指標。
- 二、剛才古委員博仁提到，這次能發現偽藥，全賴社區藥局藥師的認真，我認為應予鼓勵。另外，事件開始時，健保署原本說要追討健保給付，後來陳部長時中當機立斷說不用，大家就立即平靜下來，這個危機處理相當好。但類似的事件以後會不會發

生，我想絕對會發生，所以就如同剛才李委員永振所提，應該要去思考如何防範，我想彩色的多維條碼是個選項，因為花費的錢並不會很多，希望健保署研究看看。

傅主任委員立葉

請滕代理委員西華。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、我想沒有人會說健保署署長或是同仁的工作不辛苦，光是要應付立法院就很辛苦。我要請教的第 1 點是有關政府欠費的部分，這個看報紙不準，在業務執行報告第 8 頁，這邊的說明健保署業已代擬部函請該府調整還款期限並修正還款計畫，可否說明清楚一點是什麼意思？
- 二、第 2 點，剛才大家一直討論「冠脂妥」偽藥事件，但我沒有要討論案件內容，我要就剛才謝委員天仁詢問的「藥品品質監測計畫」請教，以剛才施組長如亮的回答，我不是很清楚這個計畫發包跟執行的情形如何？因為上屆委員最後 1 次會議的說明是已經發包了，但因為我們有具體要監測的項目，可否請施組長再補充。
- 三、再來是我對業務執行報告中的幾張統計表，有些不理解，請健保署幫忙解說一下：
 - (一)第 73 頁表 29「全民健康保險醫學中心病床增減情形」，因為備註 3 說明中山醫學大學的附設醫院減少 83 床急性病床的原因，是因為該院病房老舊需要裝修，但這種理由並非我們所關切的減床原因，以後可否考慮不要將這類暫時性理由的減床數列在病床增減的統計表當中，因為我們很容易誤會是急性病床變少了，可是其實這些病床都還在，只是因為短暫的理由不開放。
 - (二)第 74 頁表 30「全民健康保險醫院總額各層級醫院急診下轉件數」，請問地區醫院的案件是下轉到哪裡？地區醫院已經是輕度急救醫院最後一個等級，所以是下轉到基層診所

嗎？有基層診所提供急診嗎？

(三)第 75 頁表 31「各層級醫院服務量占率」，資料來源是健保署二代健保倉儲系統門診明細檔，可是因為我沒有看到指標的說明，請問各層級醫院的服務量，好像不是指醫院門診服務量？所以這張表說明的是各層級醫院服務量中屬於門診的服務量占率嗎？沒有包含住院的部分對不對？

(四)第 76 頁表 32「西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率」，件數我可以理解，因為件數占率加起來都是百分之百，但人數的占率是怎麼算的？因為加起來顯然不是百分之百，那是因為歸戶導致的嗎？這部分要如何解讀，可以幫忙一下嗎？

傅主任委員立葉

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、第 1 個問題還是「藥品品質監測計畫」的問題，我們編列預算，做出來的檢測報告，為什麼要先送食藥署，食藥署自己從來都沒有在檢測(有與會者表示有)，有嗎？從來沒有在媒體上看到他們對外有什麼報導啊！我要講的是為什麼要先送給他，我們花了 1,000 萬元，應該先到我們委員會來報告檢測的情況如何才對啊！請問你送給食藥署的法源依據在哪裡？
- 二、第 2 個，署長當然是認為調整部分負擔，可以達到分級醫療的效果，可是我們民間團體全部都否定他，今天我要告訴署長，如果不是我們要求減少初級照護的服務量，民眾掛號掛不到，不然都會地區誰會去基層診所，所以這是你運氣好，我要講的是這個。
- 三、第 3 個我要指出，總額協商已經公告的東西，健保署就應該積極執行，剛才我問初級醫療的服務量不得超過 105 年 90%的相關的機制什麼時候可以完成，這個要送到委員會備查，重症項目的調整也一樣，要送到這裡備查，不要搞到像以前那 50.6

億元一樣，等到當年底才啟動，然後追溯到當年的元月 1 日，我覺得這個東西應該要有時程，我既然在問了，你就應該告訴我，這些工作都在執行中，大概何時會完成，這樣我們問才有意思啊！結果你王二麻子的講一堆，我問你，你卻叫黃委員啟嘉回應，到底這是健保署的業務執行報告，還是黃啟嘉先生的業務執行報告，不覺得這很怪異嗎？主席很客氣沒有糾正，但是像我們這種有經驗的委員就覺得很奇怪，你們真的是一家親，我們跟你們不同家啊？

李署長伯璋

我可以回答，...

傅主任委員立葉

建議還是採統問統答方式，最後再請健保署說明。請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、全國公務人員協會代表發言，就業務執行報告第 8、9、12 頁，以及今天報紙對北、高二市積欠健保費補助款的報導，我感覺這位記者應該是有參考到這次會議書面報告的內容，但相對的我也請李署長不用擔心，相信健保會的委員都會支持您，希望政府機關欠費會有好的處理，說起來政府機關欠錢確實很難看，若是一般民眾有欠費，就會被送行政執行，在此，還是請健保署繼續加油。
- 二、我肯定李署長就任以後，積極推動分級醫療，我是來自農村縣市，對此體會很深，轉診制度確實是立意良善，但可能這個制度還沒建立好，例如說，我到某個診所就醫，有的醫師在開立轉診單也許有些壓力或是其他考量，使得轉診過程不夠順暢。
- 三、民眾喜歡去大醫院就醫，可能是因為大醫院能拿到原廠藥品，而基層診所開立的藥方多為副廠的藥，我不知道原廠與副廠藥品之間差異如何，但這部分確實也有爭議。就台灣整個健保制度來看，醫療貴在即時，如何落實相關機制，不止是政府機關的責任，我們擔任健保會的委員也是責任重大。以 105 年度的

健保決算將近 6,000 億元來看，金額是相當的龐大，因為 1 個縣市預算 1 年也只有 200 億元，而健保的金額相當於 30 個縣市政府，要靠我們 35 個委員確實是力有未逮，雖然我還是菜鳥委員，但還是會責無旁貸，戮力以赴的監督健保相關業務，也會全力支持署長。署長是醫界的專家而且是器官移植的權威，我希望健保署在您的領導下會有一番不一樣的創舉，歷史會定義會說話，在此肯定署長的努力。

- 四、剛才提到的偽藥事件，畢竟主管機關是食藥署而不是健保署，可否建議下次委員會議，請發文食藥署派員到委員會來做個簡要報告，說明偽藥事件後續的處理，還有未來如何與健保署結合，抑制偽藥事件再發生。

傅主任委員立葉

請潘代理委員延健。

潘代理委員延健(李委員偉強代理人)

- 一、剛才提到醫療費用審查公開具名以及專業雙審，大家都知道這是從去年的第 3 季開始。這邊我簡短地請大家注意幾個數字，請各位委員參閱業務執行報告的第 83 頁醫院總額部門醫療費用核減率，同時也請倒回去看第 81 頁、79 頁及 77 頁的數據。
- 二、在第 83 頁，醫院總額部門醫療費用核減率 104 年門診初核核減率是 2.54%，住診初核核減率是 2.36%；第 81 頁，105 年第 1 季門診初核核減率是 2.04%，住診初核核減率是 1.92%；第 79 頁，105 年第 2 季門診初核核減率是 1.40%，住診初核核減率是 1.41%。這個時候醫療費用審查公開具名以及專業雙審還沒有開始，但核減率已經是向下的趨勢，因為有些案件還會遞延到第 3 季才審查。再看到第 77 頁，105 年第 3 季門診初核核減率是 0.57%，住診初核核減率是 0.73%。這時候的數據已經是原來平均值的 4 分之 1。
- 三、剛才謝代理委員文輝提到，初核核減率包括 2 種，1 種是行政

審查，另 1 種是專業審查，專業審查的部分，其實還占不到一半，但已經造成這麼大的影響。雖然現在只有 7 個科別開始試辦，但我要提醒，當初健保署曾設定一些 criteria(準則)，在這些條件成立，並對核減率達到一定程度的影響後，就應該重新檢討這個制度。陳部長時中上任時也曾經提過，專業審查公開具名要好好再檢討，因為他也覺得有疑慮，但後來可能遭受到壓力，就改口了。

四、綜上，我認為大家對於公開具名及專業雙審應該重新思考，雖然核減率的下降只有 1%到 2%，好像對於總額影響也可能只有 1%到 2%，但這個制度對於總額的管控會有深遠的影響。今年專業審查由醫院協會承辦，最近會針對專業審查提出一些比較有建設性的看法，希望能夠將公開具名審查的影響力降低，屆時還希望各位委員予以支持。

傅主任委員立葉

委員的提問就先進行到此，請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

一、針對幾位委員的提問我先回應，第 1 個是業務執行報告第 8 頁，有關高雄市政府欠費部分，滕代理委員西華詢問本部代擬部函的意思，原來高雄市政府的還款計畫是希望將還款期限延長至 111 年償還，但這樣就違反我們還款期限不得逾 8 年的時效，所以我們現在的立場就是，本署代擬部稿等於就是部的意見，回覆高雄市政府，表示我們沒有辦法接受其所提到 111 年償還期限，請該市政府修正還款計畫。另外，滕代理委員也詢問一些有關統計表數據的部分，稍後由龐組長一鳴說明。

二、接下來，我要回應的是謝委員天仁詢問分級醫療的部分，謝委員好像認為健保署沒在委員會報告，就是沒有進度。其實，分級醫療這項政策從去年開始啟動，從規劃到細節，所有的策略及配套，都花非常多時間去溝通，而且也跟醫界數度開會。可能謝委員認為在總額的協定事項中有幾項與分級醫療相關，希

望知道結果跟進度，特別是您關心的，醫學中心初級醫療的服務量不得超過 105 年 90% 的部分。在此要跟謝委員報告，初級醫療的服務量不超過 105 年的 90% 這件事，也許您覺得就是這麼簡單，健保署就去執行就好，但問題是，當要真正要去執行時，爭議點就是醫界就會圍過來問，何謂初級醫療？這不是三言兩語可以講得清楚，光是在定義何謂初級醫療，健保署就跟醫界開過 4、5 次會議，因為必須檢視所有的疾病，並釐清在何種狀況下算是初級醫療，這是個浩大的工程，並不是沒有做事，我們為此動員了所有專科醫學會，並跟 20 幾個專科醫學會開會討論，一共車輪戰 4 輪，最後才初步有定案，而且大家都還有意見，但這是第 1 回合我們要去面對、正視的事情。執行時要讓大家能夠心服口服，一定要先把這件事搞定。

三、其次要解決的事情，就是當初級醫療服務量超過 90% 時，如何去扣錢，因為超過之後就是不予支付，不予分配就是要扣錢，這部分大家也很有意見，我們已與醫界開過第 1 次會議，但大家沒有共識，所以還要再召開臨時會處理，這部分會趕快來取得共識。但不會影響今年第 1 季的結算，因為一定要趕在第 1 季結算前，把所有規則講清楚，因為第 1 季已經過去，到時候若服務量真的超過，最後就是要去扣款，因為總額協定的結果是不予支付，但對醫院來說，他們是非常在意這件事的。這部分並不是沒有報告結果，就好像沒有進度，而是因為這件事真的並不如委員認為，這句話講出來很簡單，就容易執行。因為不管是定義也好，執行方式也好，都須要考慮醫界的認知，以及與我們達成共識，執行時大家才會心服口服。

四、60 億元調整重症項目確實是分級醫療政策中的配套，其實我們很早就已啟動，但何謂重症？各醫學會都認為其專業領域有很多重症項目，因此署長要求我們行文請各醫學會就其專業領域，自己先提出認為給付偏低的重症項目，現在好不容易大家都回覆，但提列出的項目是天價的金額，不是 60 億元能夠解決，所以接下來，還要再啟動優先順序排定的工程，這部分的

工作一直都在進行，而這 60 億元已有指定用途，不會做點值的分配，也不影響總額的結算，就算是最後有修正，也會用在原先指定的用途上，這一點請謝委員天仁放心。但因為這牽涉到資源與利益的重分配，其實不是很簡單的事，再說這次的 60 億元比起過去的規模還大一點，絕對不是容易的事，尚需要多次協商才能完成。

- 五、剛才謝委員天仁一再提及「藥品品質監測計畫」，這項計畫將於 6 月結束，屆時可在委員會上提報讓大家了解，不過當藥品品質有問題時，真正的業務執行單位還是食藥署，所以報告一定要送給他們，因此剛才施組長才會提到要將監測結果送給食藥署，讓他們去判定品質是否真有問題，但依然可以應委員的要求，同步在委員會上報告。接下來請龐組長說明統計數據的部分。

龐組長一鳴

- 一、滕代理委員西華所關心的幾個表，首先是報告第 73 頁表 29 有關醫學中心病床增減情形，先跟委員報告，這張報表的數據並不是健保署產製，而是我們從各縣市政府衛生局核准的數據統整，過去都是只列出病床增減的數據，並沒有原因，但因為委員關心，所以這次將病床增減的原因列在備註，是補充的性質。
- 二、表 30 是有關各層級醫院急診下轉情形，請各位委員參閱備註，首先備註 3 列出「急診品質提升方案」有訂定可以申報下轉獎勵的適應症，再者這些醫院都必須是參與方案的院所，醫學中心 16 家、區域醫院 46 家、地區醫院 84 家，顯示很多地區醫院並沒有參加這個方案，對於參加方案的院所，他們會依照急診的分級責任，等病人病況穩定，轉到適當醫療機構，接受後續照護，雖然層級上是平行轉移，但功能上是下轉，因為這些地區醫院沒有參加急救責任分級。
- 三、有關第 75、76 頁，表 31「各層級醫院服務量占率」及表 32「西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率」，請委員翻到

會議資料第 145 頁，這 2 項是監理指標，相關資料定義請委員自行參閱，不再重複說明。

傅主任委員立葉

請謝委員天仁。

謝委員天仁

我知道這些項目很複雜，所以當時並未要求送健保會備查的時點，現在我想了解健保署何時可送至健保會備查？

蔡副署長淑鈴

向謝委員天仁報告大概進度，初級醫療大概可以列入 4 月份業務報告，重症調整可能需要到 5 月或 6 月，讓謝委員天仁可以追蹤進度。

陳委員亮良

主席，我的提問到現在都沒有回應，委員發言是不是有大小牌之分，我發言的部分好像都沒有得到回應，都是針對資深委員回應，是否請主席處理一下。

傅主任委員立葉

是要請健保署回應的部分嗎？

陳委員亮良

我提出 2 個問題：

- 一、有關分級醫療轉診，坊間民眾可能會有正廠藥品、副廠藥品情結，為了要拿到原廠藥品，就直接到大醫院看診，相較於在基層診所看診，民眾負擔會加重。另外，分級醫療有無轉診機制 SOP(Standard Operation Procedure，標準作業程序)？實際上我們去診所看醫生，有些疾病症狀醫師不一定會轉診。
- 二、有關偽藥事件，下次會議可否請食藥署派人來參加，表示我們的委員會議重視偽藥事件。

我提的問題都沒人回應，上次會議也是一樣。

蔡副署長淑鈴

非常抱歉，陳委員亮良從民眾觀點出發的說法很有道理，在此回應您的問題，有關分級醫療，您提到偽藥事件後，民眾對基層沒信心，通通跑到大醫院拿藥，剛剛很多委員都有說明，包括古委員博仁，所有藥品都已更換，都是原廠藥，也鋪貨完成，我可以理解委員是怕民眾會擔心...。

陳委員亮良

這跟偽藥事件不一樣，我是針對分級醫療，偽藥是偽藥。

蔡副署長淑鈴

您剛剛提及，擔心原廠藥都在大醫院...。

陳委員亮良

不好意思，我剛提到 2 件事，第 1 點，有關分級醫療，我很肯定李署長伯璋任內推動這項醫療機制，立意良善，但是在基層，老百姓怕拿到副廠藥，會直接到大醫院就醫，相對會增加消費者負擔。第 2 點，針對偽藥事件處理，主管機關是食藥署，健保會可否要求或邀請他們來委員會報告？

蔡副署長淑鈴

一、有關民眾為了原廠藥至醫學中心就醫，署裡認為原廠藥與學名藥品質一樣，兩者沒有差別，不要迷信原廠藥，至於是否會造成分級醫療障礙，我們會加強宣導。

二、病情是否需要轉診，我們需要多向民眾宣導，最好由醫師進行專業判斷，而不是自己決定，因為疾病認定非常複雜，我們很難直接訂出標準，所以在推動分級醫療時，我們希望民眾先找熟悉的診所或小醫院，由他們來把關，而不是取決於部分負擔，如此醫療資源無法得到合理運用。

三、能否請食藥署來報告，請主席裁示。

傅主任委員立葉

關於陳委員亮良關心的偽藥問題，健保會可否請食藥署到委員會議報告，體制上是否可行，請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

向各位委員說明，偽藥是委員關心的項目，但依過去往例並不會特別邀請部內其他機關或單位，因為非屬本會法定任務範圍。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、提一個折衷方案，能否邀請食藥署是一回事，如同我們有些業務與醫事司有關一樣，健保署對藥品安全管理並非沒有管控機制，施組長如亮對藥品相關業務非常熟悉，應該由健保署提出處理藥品安全的專案報告，偽、劣藥經過通報 ADR(Taiwan National Adverse Drug Reactions Reporting System，全國藥物不良反應通報系統)後，健保署會取得什麼訊息、後續處理方式、給付有無調整、院所換藥流程掌控等。
- 二、保險人要維護保險權益，不應付錢給偽、劣藥，並確保保險對象用藥是 qualify(合格)，qualify 不只食藥署認證，如謝委員天仁剛所提及的「健保藥品品質監測計畫」，品質監測不是交給食藥署就好，報告完成後，健保署有權不支付劣藥，特別在有可取代性情況下，如果劣藥取代性很高，不管是原廠藥或學名藥，應當機立斷不予支付，先前質疑 PIC/S(Pharmaceutical Inspection Convention and Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme，國際醫藥品稽查協約組織)藥廠有問題，健保署依舊給付。
- 三、特別現在有第 3 屆新委員，在藥品費用占率高的情況下，健保署更應提出報告，說明處理藥品安全及確保保險對象權益等的措施，不能完全靠食藥署，如果都靠食藥署，就如委員所提，請食藥署來報告，保險人買藥怎能不做市場抽查？也許藥品送食藥署申請時是合格的，但上市流通時是假的，或是出廠是合格的，運送、儲存時也有可能變質，保險人需要抽驗藥品，或是有確認藥品有效性的機制，否則病人吃一堆藥也吃不好。
- 四、因此我們才編列 1 千萬做「健保藥品品質監測計畫」，希望買藥的保險人能肩負起責任，藥品可能在 BE(Bioequivalence，生體相等性)試驗有問題，或是療效有問題，醫師、醫院不會知

道，藥師更不會知道。健保署提專案報告時可邀請食藥署來指導，但我們沒有權責要求，只能請求。

干委員文男

我的問題也還沒答覆。

傅主任委員立葉

先處理陳委員亮良關心的議題，請健保署針對藥品安全部分進行專案報告，如果食藥署願意，歡迎他們列席說明，這部分由食藥署決定。請健保署回應干委員文男的提問。

龐組長一鳴

干委員文男所詢也是食藥署業務範疇，就我所知，現在已經不是使用 QR code(Quick Response Code，快速響應矩陣碼)系統，而是使用條碼系統，因最近辦理骨材登錄業務，食藥署同仁提及，相關物流可透過系統查詢生產批號、生產量、賣到哪裡等，透過科技解決問題，這也是為何政策鼓勵使用原包裝藥品，因原包裝上有相關條碼，可以做後續追蹤。

李署長伯璋

補充一下，偽藥出現時，健保署在第一時間就與廠商比較所有藥量，如果差距很大就要小心，我們有在留意，這是食藥署業務範圍，但我認為健保署與食藥署要一起合作。

干委員文男

- 一、二維條碼已經落伍了，現在已經進步到彩色多維條碼，到哪裡都可以看得出來，我們要做比較有前瞻性的，請健保署多研究。
- 二、能賺錢的大家都搶著做，冠脂妥好賺，所以偽藥出現了，對於藥價差大的藥品，藥價調整時應該要多砍一點，當大家集中生產一種藥，就表示有問題，沒問題就不會有一堆人，當然是有賺頭。
- 三、偽藥事件是社區藥師發現的，雖然民眾已經吃下很多，包括我也吃錯，雖然吃下去也沒事。健保署應該找個機會公開表揚，

並向民眾宣導藥師功能、醫藥分業目的。

傅主任委員立葉

請張委員文龍。

張委員文龍

昨天下午才開過健保會共識營，講到會議要有效率，在此提醒大家。

傅主任委員立葉

一、謝謝提醒，至於委員發言超過 3 分鐘時，我會想辦法做更明顯的提醒。

二、本案決定請健保署提出藥品安全專案報告，餘洽悉，委員所提意見請健保署參考。

千委員文男

參辦，不是參考。

傅主任委員立葉

好，請健保署參辦。接著進行討論事項第一案，請同仁宣讀。

趙委員銘圓書面意見

有關 C 型肝炎全口服型新藥健保給付政策執行預算成效檢視之建議：

治療 C 型肝炎將國病根除是新政府重要的醫療公衛政策之一，今年將 C 肝全口服型新藥有條件納入健保，起初因健保財源有限並且無法使用公務預算支應，提出申請給付條件限制，以一年治療 8,000 名患者為上限，上半年分三期並分區使用，各期分別開放 2,400 名至 2,800 名不等，於今年 1/24 正式開放登記申請。

C 肝給付上路至今已剛好滿兩個月，檢視目前 C 肝申請執行度發現不如預期，根據健保署網站提供的 106 年度 C 型肝炎全口服新藥名額分配及使用資訊，C 肝新藥納入健保給付第一階段申請率僅五成左右，第二階段從三月開始截至 3/20 申請率也不過兩成左右，截至目前為止只有一千八百多名患者申請服用，情況比先前預

判的相差甚遠。原先預估申請人數應該會超量，所以才有分階段與分區域的決策，但以目前的情況看來，當初擔心的情況並沒有發生，而且實際申請人數也與預期人數存在極大的落差。

基於落實 C 肝政策以及盡早完成根治 C 肝治癒病患，改變肝炎國病之現象，讓許多的 C 肝病患有了一線曙光，不用忍受干擾素治療的副作用，治癒困擾多年的沉默病症。健保署應隨時檢視申請狀況，別讓這麼好的醫療政策，落入執行成效不彰的質疑，以下幾點為本人建議健保署應加速處理之問題：

- 一、盡速提升患者治療意願，找出申請率低的原因。建請健保署關心申請率不佳的問題，讓 C 肝病患能盡快得到妥善的治療。以健保會委員立場而言，當初健保會針對 C 肝新藥納入健保的 20 億預算表示支持，如今卻成效不彰，預算執行率不如預期，難免會讓媒體與民眾質疑這 20 億是否有必要，甚至是對政策產生懷疑，這樣的情況對健保會與政府而言都不是好事，雖然目前政策還在起步階段，一定有很多調整的需要，但希望可以儘量使需要的患者得到治療。
- 二、基於前次健保會中提到，李伯璋署長曾提到目前有很多 C 肝病患是無法接受干擾素治療的問題，並提到會持續進行追蹤統計，不曉得現在是否已有相關數據可以提供本會參考及是否作為政策調整的參考依據。
- 三、根據健保署署長李伯璋於媒體上的發言，第二波開放時間以 5/1 為目標，3/22 也召開了專家會議討論第二波開放條件，目前於第二波申請給付條件上，健保署是否已決議？實際上執行目標訂定與時程規劃是否能於 5/1 前完成？建請健保署對於第二波政策調整的相關佐證數據及資料提供給本委員會參考，考量到一年 20 億預算的使用，不是一筆小數目，應隨時檢視執行成效，以期達到當初設定的政策目標。

肆、討論事項第一案「辦理 105 年各部門總額執行成果評核之作業方式案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

謝謝同仁宣讀。請問委員有無詢問？

干委員文男

評核結果牽涉到品質保證保留款預算多寡，去年委員會議(105 年第 8 次委員會議)有提到，要重新檢討獎勵金給予方式，今天應該要做出決定，大家達成共識，評核才有執行依據。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

附議干委員文男，去年在評核結束之後，對於品質獎勵金要如何分配、有無鑑別度、是否滾入基期等有爭議，基於誠信原則，當年度的遊戲規則雖然沒有改變，但隔年需要討論，並在評核前訂出新規則，成長率是要外加或是併入總額，都是討論議題，例如牙醫每次都是優等，他們非常努力，成長率外加還是內含意義不同，不只牙醫，我相信其他部門也是，尤其今年醫院總額由醫院協會承接委託，顯然會更在意總額成長率，我對評核方式沒意見，但品質獎勵金給予方式確實要討論。

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

附議干委員文男的建議。

林委員敏華

主席、各位委員大家好，有關獎勵金給予方式是今天做決定或另外提案？

陳組長燕鈴

幕僚補充說明，依歷年辦理情形，於 5 月份委員會議會提「107 年度總額協商通則」討論案，在通則中可議定品質保證保留款編列方

式，放在專款或是放在一般服務預算滾入基期；至於獎勵款實際額度，則待 7 月評核會結束，各部門評核分數出來且行政院匡定總額上下限後，會在 8 月份委員會議提案討論。

傅主任委員立葉

謝謝說明，請問委員可否同意這樣處理？

林委員敏華

那就不再另外提案。

傅主任委員立葉

請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

請教一下，總額部門沒有承接專業事務委託時，能否獲得品質保證保留款的議題，是今天討論還是併 5 月的總額協商通則？以前評核時曾經提過，總額部門如果沒有受託，則僅提出報告，不予以評分，即評核結果不給分數只提供建議，所以沒有分配品質保證保留款，因評核項目涉及總額管理績效，建議未受託的總額部門不予以評分。

傅主任委員立葉

請幕僚說明。

張副執行秘書友珊

請委員參閱會議資料第 44 頁「辦理 105 年各部門總額執行成果評核之作業方式(草案)」貳、辦理方式三之 2.3.，有接受健保署專業事務委託之總額部門，由受託團體報告執行成果，未接受健保署專業事務委託之總額部門，則由健保署報告，未受託團體可以做補充報告，並予以評分。原則上係依循過去方式辦理。

傅主任委員立葉

請問黃委員偉堯同意嗎？

黃委員偉堯

我認為總額部門如果沒有承接專業事務委託，就不宜進行評分，也

不予分配品質保證保留款，因為該部門總額是由健保署管理，功勞在健保署。106 年各總額部門都有承接委託案，但未來則不一定，所以可否在本作業方式予以規範？

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、由健保署代管的其他預算也有百億之多，在協商其他預算時，健保署的執行方案很多是來自評核意見，當初納入評核的意義在於無法管考績效，監理指標也不見得能完全監理。不給予獎勵金是因為健保署是行政部門，健保署分不分獎金我沒意見，這是另一個議題，要給也是可以。
- 二、評核委員都很辛苦，短時間審查許多資料，藉由外部專家評定健保署所推動的專案成效，例如建議擴大在宅醫療、增加或限縮部門預算等。總額部門需要透過評核來管考，績效好就給予獎勵金以茲鼓勵，基於此觀點，不論部門有無承接委託都應該要參與評核。

傅主任委員立葉

請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

同意滕代理委員西華的意見，各總額部門都需要參與評核，但建議未受託的總額部門不予以評分，只提供評核意見。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

可以。

傅主任委員立葉

請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、主席、各位委員，我認為這個議題有爭議，自總額開辦以來，4 個主要部門都有進入總額，但是醫院部門從未完全承辦委託，今年也只承接專業審查部分。不是醫院部門不願意承擔責任，我們每次都有投標，可能是醫院占整體醫療比例很高，健保署不放心交給醫院協會，每次分數都不及格。

二、即使醫院總額由健保署管理，醫院部門仍然很配合，雖然評核成績都不是非常好，我們常常消遣健保署，給你們辦還是辦不好，其實大家都很配合，一個口令一個動作。醫院總額當然也要評核，健保署替我們管理才有鞭策力量，獎勵金也應該給予醫院部門，往年也都有給予，不應再設立新的遊戲規則。醫院部門也希望能承接委託，今年很高興健保署對我們稍具信心，讓醫院部門承接專業審查，審查也屬於總額的一部分，我認為醫院部門應該納入品質獎勵。

三、醫院服務量占了整體醫療的 65%~68%，是最辛苦的部門，也是健保署長期不敢讓醫院部門承接的原因，總額茲事體大，醫院協會只是小小的民間團體，如同小孩玩大車，我們能夠理解。醫院部門已經很辛苦了，應該要維持往年規則，如果成績不好，我們會跟健保署互相勉勵。

傅主任委員立葉

健保署有無意見？(健保署：沒有)本案照案通過。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

請問通過什麼？

傅主任委員立葉

辦理 105 年評核的作業方式。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

黃委員偉堯有提修正意見。

黃委員偉堯

印象中各部門總額之管理功能只有專業審查部分，其涉及醫界自治，及發揮同儕制約精神。我沒有針對個別部門，僅就制度的持平性來看，印象中更早以前，沒有接受健保署專業事務委託的部門，是不予分配品質保證保留款，只是期間有調整過，以上補充。

傅主任委員立葉

請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、我了解黃委員偉堯的意思，是針對普遍性的原則，基本上自總額開辦以來，4 個部門都有進入總額，沒有進入總額當然不需要進行總額執行評量。
- 二、我坦白講，也請長官不要介意，今年醫院部門能承接委託，是署長在還沒招標前就宣示，醫院應該要發揮同儕制約、自主管理的精神，可見醫院部門長期無法承接委託是政策考量，我們也不怨嘆(台語，怨恨)，醫院總額影響太大，占了將近 70% 的醫療利用，辦不好就全民受害，大家都理解。
- 三、只要有辦總額就應該進行評核，也應該給予同樣鼓勵，不管誰來承辦，雖然醫院總額的主導權由健保署代勞，只要進入總額就應該要評量績效，不能說健保署承辦就不評量，仍然要督促他們。我贊成沒進入總額的部門不評量執行成效，有進入總額就要評量，即使是健保署承辦也要評量。

傅主任委員立葉

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、我尊重 2 位委員的發言，我有個疑問，醫院部門一直都沒有承接健保署委託，在健保署管理下，以前沒有給予品質獎勵金，後來基於何種考量開始給予？給予的原因消失沒有？
- 二、一開始醫院部門都沒有承接委託，過去評核也沒有給醫院獎勵金，但 4、5 年前卻開始給予，不知當初委員決定給醫院的理由為何？理由消失沒有？如果理由沒有消失，應該要回頭審視原因。
- 三、如果無法接受當時的理由，新一任健保會委員當然有權利做政策改變，但我認為應該要參考過去健保會委員的思維，畢竟獎勵金已經給予 4 年，去年醫院部門沒有承接委託，如果決定不給予獎勵金，馬上影響到醫院總額成長。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

是不給分數，不是獎勵金。

黃委員啟嘉

後來有給獎勵金。主要是會影響總額成長，今年評核 105 年總額執行狀況，決定 107 年度的總額成長率，所以醫院部門才會跳腳，我只是想了解 4 年前政策轉變的原因，了解原由才有助於大家思考。

傅主任委員立葉

請幕僚說明。

張副執行秘書友珊

一、請大家參閱會議資料第 44 頁，評核範圍是各部門總額之一般服務及專款項目的執行成果，考量各部門總額的運作區分為有、無接受健保署專業事務委託，有受託部門由受託團體報告，而未受託部門，則由健保署報告。基於總額操作面尚存在共管機制，例如健保署下設研商議事會議、共同擬訂會議，以執行總額運作的相關細節，這些事項都需要總額團體參與討論、配合辦理，因此無論有、無受託，都可依評核結果給予品質保證保留款，作為獎勵。

二、另外，品質保證保留款不是分配給受託團體，而是列在各部門總額成長率，所以即使醫院總額是由健保署管理，品質保證保留款也是分配給醫院總額內品質較佳的醫院。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

沒有回答到問題，為什麼以前沒有給予獎勵，後來又給？

張副執行秘書友珊

因為後來委員認為總額操作面還是存在共管機制，所以也應該依據執行成果給予獎勵。

傅主任委員立葉

請謝委員天仁。

謝委員天仁

過程如幕僚所提，原先有區別有無受託，後來有人提及執行面的獎

勵問題，最後不管有無受託都有獎勵金，黃委員偉堯所提，某個角度有其意義存在，他希望總額部門能發揮受託管理的效果，所以給予獎勵，沒有受託，只評核不給獎勵，2 個面向都能考慮，我沒有任何預設立場。

傅主任委員立葉

請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

議題討論到現在已經很清楚了，獎勵金不是給受託單位，即使今年由醫院協會承辦也不會給醫院協會，而是給參與的醫院，不管由醫院協會承辦或是健保署承辦，醫院都是配合單位，這是團隊工作，做得好當然要獎勵，其他總額部門做得好就有獎勵金，和醫院沒有關係，他們永遠沒有承辦權利，只能配合、接受，我認為獎勵是獎勵承辦團隊，不是承辦單位，應該要給予。

謝委員天仁

我再說明一下，總額受託部門為達目的採取的作法，取決於受託部門考量，受託部門可以將獎勵金分配給品質好的醫療機構，但不能反推一定要這樣執行，沒有必然關係，只是選擇要採取的方式，假設我選擇應該著重受託部門的管理績效並提供獎勵金，分配方式要自己提供意見，或是依照我們的方式執行，都未嘗不可，而不是有執行就有獎勵，沒有必然關係。

周委員麗芳

謝謝幕僚說明，我贊成黃委員啟嘉所提意見，因為當時的條件現在仍存在，今天要立即改變評核方式還需要一點溝通，我比較贊成謝代理委員文輝所說，今年度評核方式沿用過去規則，未來如要改變需要多點討論及溝通。

傅主任委員立葉

謝謝，請林代理委員佩菽。

林代理委員佩菽(楊委員漢淥代理人)

醫院協會補充一點，今年醫院部門只有承接審查勞務委託，不是專

業自主事務委託，兩者有差距，所有管理部分仍是原來共管方式，受託部分只有專業審查，以上向大家說明。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、評核會議已經實施多年，由於醫院總額大，在管理上可能比較困難，過去如果沒有受託是由健保署來報告，報告後還有評核委員考核，成績優或良就有獎勵金，良以下則沒有，因為醫院執行面較複雜，拿到好成績的困難度很高，最多拿到良。總額協商也決議，獎勵金不能齊頭式分配，而是要獎勵優良院所，實質鼓勵醫療機構，如此評核才有意義。
- 二、今年醫院部門承接委託，總額管理本來就是自主管理最好，不要再為難健保署，建立醫院內部管理機制，自編書面報告，醫院總額有4千4百多億元，0.1%的獎勵金就增加4億多元，鼓勵醫院部門承接委託，自主管理效果才好，有參與才有榮譽感，以上建議。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

從付費者角度而言，不論有無承接健保署委託，還是要有評核機制，從消費者角度，醫療院所可以提供付費者好的醫療品質，我認同謝代理委員文輝的意見，評核作業仍按往年方式執行，確保醫療品質。

傅主任委員立葉

請謝委員天仁。

謝委員天仁

建議先訂原則就好，例如有無受託獎勵方式要一致，就寫原則一致，或是有無受託獎勵方式有區別，如獎勵比例不同，受託給予0.1%，沒受託0.07%之類的，細節在討論協商通則時再考慮，先訂

原則就好。

傅主任委員立葉

原則是要訂在總額執行成果評核之作業方式嗎？

謝委員天仁

評核作業方式訂原則就好，依黃委員偉堯建議，就是有無受託獎勵方式有區別，至於區別細節後面再談。

傅主任委員立葉

無論有無受託都要評分，但獎勵方式原則上有區別。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

今天委員的看法很分歧，並沒有結論，有些委員認為都要有獎勵，只針對品質不管由誰承辦，我們也沒有因總額小、可能比較輕鬆而有區別，不論重量級、輕量級，都是同樣的標準評核，不要有差異性，既然已執行多年，而且也不是全體委員一致贊成要有區別，在沒有共識前，建議維持原狀。無特殊理由，我做為醫院代表，回去難以交代。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

不好意思打斷你的發言，謝委員天仁的意思是，本案通過，獎勵機制我們另案討論。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

但是有無受託原則上有差異。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

沒有關係啦！

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

當然有關係！謝委員天仁都在笑了，他是內行人，這句話就代表之後會有差異，不然你們保證沒有差異。既然有爭議，今天就不應該做決議，不是全體一致都贊同，這樣我回去很難交代，謝委員天仁是消費者代表，如果對消費者有影響，你也很難對消費者交代。

謝委員天仁

還沒有...

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

還沒有什麼以前不要做原則性的決定。

謝委員天仁

差異會有多少還沒有決定。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

就是會有差異！

謝委員天仁

差 1 元是差異、差 1 萬元也是差異、差 1 億元也是差異，這是後面才決定的事情。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

不應該有差異，有爭議就不要做決定。

傅主任委員立葉

本案只討論評核作業方式，先照案通過，至於獎勵原則將另案討論，或於相關議案提出討論。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

另案討論就好，要不要有差異、要怎麼分配，到時候再討論。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

現在說有差異，以後也不需要討論了。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

結論沒有要寫有差異。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

謝謝，感恩！

傅主任委員立葉

回歸提案內容比較單純，至於獎勵原則另案討論，本案照案通過。接著進行討論事項第二案，請同仁宣讀。

伍、討論事項第二案「『客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統--美敦力鈦密斯顱骨固定系統』自付差額特殊材料申請案(併『保險對象自付差額特材之實施情形』專案報告)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請健保署簡單說明。

周科長清蓮

- 一、主席、各位委員大家好，這次特材是使用於口、頷，頷即下巴部位，以及顱顏面外科重建手術，是客製化電腦輔助型顱骨固定系統，裡面包含 1 片骨網及 12 隻骨釘。目前健保全額給付類似功能之特材為人工塑型顱顏骨固定系統。
- 二、本案經提全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議特材部分第 5 次(102 年 11 月)會議討論，結論如下：
 - (一)本項特材用於固定顱顏面骨骨折，替代傳統使用自體骨重建或健保給付之骨水泥、骨網等固定方式，解決較大面積之顱骨損傷患者自體骨移植常見因骨組織不敷使用，骨水泥易產生排斥、骨網硬度不夠之問題。產品可依患者受損面積客製化處理，臨床上有利於醫師手術操作及增加效能，故同意納入健保給付。
 - (二)考量健保已給付類似品，即人工塑型顱顏骨固定系統，又本項特材價格昂貴，故同意列為自付差額的品項，以健保已給付類似品之點數作為給付上限。
- 三、105 年度特材價量調查後，健保全額給付之類似品支付點數已由 27,324 點調整為 26,239 點，故本案特材納入自付差額品項後，比照前開類似品支付點數，其給付上限為 26,239 點。
- 四、本案特材比全額給付的人工塑型顱顏骨固定系統功能佳，但是價格非常昂貴，擬請同意列入自付差額品項。
- 五、有關實施日期，將俟今天會議討論通過後，報主管機關核定公告之時程辦理。

六、目前醫院收費價格中位數約 11 萬 8 千元，民眾須自付 9 萬 1 千多元，以上報告。

傅主任委員立葉

請問各位委員對本案有無意見？請滕代理委員西華。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

一、本案於上次會議提出時，我已讀過所有資料，包括 HTA 報告 (Health Technology Assessment, 醫療科技評估報告, 詳如會前寄送委員之另冊「106 年第 1 季提請討論之自付差額特材案」附錄三), 令人匪夷所思, 健保署提出自付差額案似乎想反映 HTA 報告沒有參考價值? 其建議內容完全與 HTA 報告不同:

(一)HTA 報告提到, 對傳統骨水泥產生排斥的百分比、產生的相關費用等, 以及非常多差異, 如副作用包括感染率, 健保署都沒有列出, 沒有看到中間的差異。

(二)本案特材是屬於較新的特材, 其係為解決較大面積之顱骨損傷, 惟健保署並未說明較大面積定義。

(三)未來預估使用量有 204 組(納入後預估: 自付差額品項 180 組+健保全額給付品項 24 組, 會議資料第 56 頁), 其中 88% 為自付差額者, 是否都屬於較大面積之顱骨損傷?

二、納入自付差額後, 自付差額特材品項占率達 88%, 本案特材怎麼會不好? 從 HTA 報告中顯示, 臨床上完全具有取代性, 適用於頷、顱顏面外科重建手術者, 適用對象遠比健保全額給付的雅式顱顏骨釘骨板系統多, 而且相對療效較好、手術時間短、骨釘使用數目較少、滿意度高、感染率低。

三、除了澳洲外, 健保署沒有查到其他國際價格。澳洲的保險支付價為 11,060 澳幣, 但先不論澳幣及台幣之比值問題, 我也不覺得我們要付到澳洲的價格(折合台幣約 265,329), 這方面應改以百分比來看, 澳洲健保在此疾病治療方面的支付, 手術之處置費較便宜而其支付百分比比較低, 只付 75%, 但特材較貴卻是付百分之百, 而台灣是倒過來, 我們的處置費是百分之百支

付，但特材只付 23%，這樣不對啊！

- 四、依健保署預估數據(會議資料第 5 頁，4.健保財務影響評估之「納入前後使用量」)，可呈現出本案特材自從 102 年引入台灣後，使用人數快速成長，假設目前將之納入自付差額品項，預估未來 3~5 年的使用量(180 組)，相較於 104 年本案特材作為自費項目的使用量(76 組)增長了 2.4 倍，而 102~104 年間作為自費項目，其成長甚至達到 9 倍(104 年 76 組/102 年 8 組=9.5)。
- 五、本案特材成長率這麼快，HTA 報告也告訴我們，替代率這麼高，病人的 outcome(治療結果)又那麼好，這個品項不納入全額給付，那到底有什麼品項能納入全額給付？若納入全額給付，相較於原來健保的全額給付品項，適應症應要有差別，若本案特材適用於顱骨較大面積損傷者，那就請定義清楚何謂「較大面積」。
- 六、依檢核表(會議資料第 58 頁)，健保署認為價格沒有偏離國際行情，但國際價格只提供了澳洲價格，而且是健保給付價(會議資料第 57 頁)，還不是自費市場價格。
- 七、本案特材最主要在於開放後預估使用量，其「自付差額特材品項占率」(預估為 88%)將高於健保目前已開放的自付差額品項(最高為 68.45%)，然後叫病人去付 9 萬多，我覺得完全不合理。從 HTA 的評估、從病人 outcome 來看、從 cost-effectiveness(成本效益)來看都不對！HTA 報告完全認為本案特材會「完全取代」現有健保給付特材的情況，依 HTA 報告資料(會前寄送委員之另冊資料第 16 頁)，可見本案特材在病人的滿意度、取代健保全額品項的情況，都有統計上的顯著差異，也就是認為本案特材取代健保全額品項比較好。因此，基於 HTA 報告，為何健保署提案並非建議納入全額給付？令人不解！
- 八、我記得過去在討論自付差額特材品項時，曾提到若自付差額品

項與健保全額品項相比，其適應症如有差異，應該是針對適應症有差異之處予以健保給付，而不是全面開放叫病人付差額。因此本案我完全無法接受，尤其在 HTA 報告的呈現出的結果如此 solid(穩固)、證據這麼強的狀況下，對不起，若要同意本案特材納入自付差額品項，辦不到。

傅主任委員立葉

滕代理委員西華的意見是傾向全額給付，請問委員有沒有其他意見？請張委員文龍。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

對不起張委員，我先補充一下。我的意思是健保署應該再回去評估，為何無法全額給付。這項疾病的治療，處置費比特材費用便宜，在澳洲處置費只支付 75%，而台灣處置費付了百分之百，但比較貴的特材，澳洲卻是全額給付 11,060 澳幣，折合台幣 265,329 元，還比我們調查出來的自費醫材比價網之中位數 118,000 元、最大值 147,000 元都還要高，澳洲認為這麼有效又重要的特材就全額付了，但我們只打算付 23%(=健保支付點數 27,324/自付醫材比價網中位數 118,000)，實在太低了。

傅主任委員立葉

請張委員文龍。

張委員文龍

我與葉委員宗義都是健保署藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議特材部分(下稱藥物共擬會議)的代表，雖然我沒有那麼專業，也有很多前輩在現場，不過嘗試依個人有限的記憶來補充一下。我參與該會議的感想是，往往就是因為沒有錢、新特材的預算就這麼多，有些案子看起來效果蠻好的，才會提到會上，但預算就沒這麼多錢，3 月份剛開過一次會，有個案子是人工電子耳要納入健保給付，當時還有病友團體與會，而病友團體的訴求之一，就是若今天人工電子耳案未通過，就要上街頭抗議。因此本案若要納入全額給付，要先請健保署看看有沒有預算，況且在人工電子耳案的討論

中，大家就提過，若沒限制的一直通過新特材，說穿了，可能未到年底就沒錢可用了。

傅主任委員立葉

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

健保署稍後由周科長清蓮說明，會就納入差額品項或全額給付品項的原則是如何區別，應先予說明，以利釐清。難道只是錢的問題嗎？應該不只是這樣。

傅主任委員立葉

先請謝委員天仁，健保署再說明。

謝委員天仁

- 一、理論上該全額給付的品項，但健保署提案將之列為自付差額品項，送到健保會討論時，本會究竟應該如何因應？我們可以把它踢回去？跟健保署說你應該全額給付，是這樣嗎？但若全額給付遙遙無期的話，付費者本身到底是受益或受害？我們應該要正視這個問題。
- 二、我當然贊成這個東西若療效很好，符合相關條件，財務評估也沒問題，那就全額給付，問題是全額給付也不是我們這邊決定的，是健保署藥物共擬會議的權責，本會可以決定的是，先讓有一部分人可以自付部分費用，來使用這個東西，然後要求健保署檢討，考量本案自付差額品項未來納入全額支付之可行性，然後多少時間內需完成，我覺得這樣處理，在程序面是比較緩和而妥適的方式。

周科長清蓮

- 一、這個案子其實已經提過藥物共擬會議，為了本案文獻所呈現出的臨床療效這麼好，我們也去問過臨床專家，而臨床專家則是表示其與目前健保全額給付之類似功能品項(人工塑形顱顏骨固定系統)，其臨床療效差不多，只是因為本案特材，廠商建議價一直都很高，其實廠商希望本案特材不要納入健保差額品

項，希望它留在自費市場，也因為一年使用量不高，所以廠商沒有誘因加入健保，我們有去查廠商實際販售量，102~104 年的平均每年賣出 130 個而已。

二、本案特材在共擬會議的主要關切點就是預算，現在健保已給付功能類似品項，本案自付差額品項只屬於功能好一點，但價錢很昂貴，因此會議上就有代表認為這類品項就不該納入全額給付，應該改以自付差額方式納入健保。

三、另外署裡也會接到民眾反應，有些特材蠻好的，但很貴，健保既然已給付類似品，是否至少能幫忙付一點的意見。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

一、健保署完全沒回答到我的問題，也就是說共擬會議中會討論預算問題，因為每年總額都有匡定新醫療科技(包含新特材)的費用，這是沒錯，但健保署的回答完全不是在談預算方面的問題。以剛剛周科長清蓮說一年 130 組，這個數量實在沒有很多，若全部納入健保全額給付，財務衝擊到底大不大？一般而言提到財務衝擊很大，多半指「量少但單價非常昂貴」、或「單價不高但數量非常大」的品項，則較可能有明顯的財務衝擊。但就本案特材健保署才估計 130 組，顯然健保署也認為不至於會大量開放使用。不過，健保署給我們的書面資料卻是 180 組，數字又不相同。

二、若健保署又拿到新的文獻，顯示健保全額品項與自付差額品項於新的研究結果顯示兩者療效差異不大，那請健保署還是將資料送出來，而不是僅口頭告知委員，療效無差異。依目前健保署所提供資料，可見自付差額品項的 outcome 就是比較好。

三、請問施組長如亮，C 肝新藥原提出的藥品價格是一百多萬元，請問健保署最後砍到幾萬？(施組長如亮：那不是我們砍的。)沒關係，總之最後健保署支付 C 肝新藥的價格是 25 萬元，那憑什麼醫材商送上來的價格，健保署都不砍？若我是醫材商，當然想要走自費或自付差額時，當然技術上就開個 20 萬元的

建議價格給健保署，當然健保就不會付，因為貴死了！如果這個特材療效有那麼好，可以降低感染率，降低住院日數，不是我講的喔，是 HTA 報告的內容，病人的滿意度高達 94%，對顱骨大面積損傷的病患，還可以提高其生活品質，這也是由 HTA 報告看到。在 cost-effectiveness(成本效果)方面就是有價值，可以節省後端的費用。

四、目前健保全額給付品項是支付約 2 萬 7 千點，另若將本案自付差額品項限制在某個範圍的適應症去付，例如將顱骨大面積損傷或受損程度予以定義，然後把節省的後端費用(如降低感染率或住院的費用)，假設要付本案特材 6 萬點，那健保署就是該與廠商議價啊！目前醫材的差額給付有個共通的問題是，廠商開多少，健保從來不議價。我於擔任本會第 2 屆委員任內就提過，若因廠商開價太高，健保署就把該品項列為自付差額品項，就像上次談過的淺股動脈支架也是這樣，它明明也有適應症，英國 NICE(National Institute for Health and Care Excellence，英國國家健康暨照護卓越研究院)寫得很清楚，第一次栓塞的人不能用，死亡率會變高，所以我就說，若健保署將之開放為自付差額品項後，這些就不管了，這樣是不對的，應該是要禁止第一次栓塞的人使用。我們都希望病人有用到對的東西，不是讓病人有這種印象，自付差額品項若就是新、就是貴、就是有比較好的話，但是貴太多，而引導病人去使用自付差額特材品項是不對的。

五、而且本案特材若納入自付差額品項後，健保署預估會有 88% 的病人都會轉而使用此特材！但健保署在醫材面從來不議價，跟藥品的思維完全不同，這是我完全無法接受之處，由 C 肝新藥大降價的例子來對照更明顯，不管 C 肝新藥是當時部長去殺價也好，那本案特材是否也可請部長出面殺個價？當時 C 肝新藥在市場上賣 180 多萬或 89 萬元，納入健保給付時價格殺到 25 萬元，那本案特材現在在市場上賣 10 多萬元，健保署說沒辦法用 5、6 萬元買到，我沒辦法理解。

六、不過謝委員天仁講的機制還是需要討論，若健保署送來的自付差額品項，理論上是該全額給付的品項，我們要不要討論？我們只能退回去。退回去是希望健保署再用財務衝擊的資料去說服共擬會議的代表，到底健保署當時是開什麼樣的財務衝擊資料給共擬會議代表？新醫療科技預算中，藥品與特材各有其預估額度，而本案全額納入給付的財務衝擊是 2 千多萬，使用量 130 組，為何這算的上是財務衝擊而不納入全額給付？

干委員文男

剛剛滕代理委員西華講得很清楚，就消費者立場，本案特材其實應該要改為全額給付，若目前還沒辦法納入的話，本案是不是可以先通過，另外在今年會進行 107 年度總額範圍擬訂及協商分配，可將本案特材納入考量，最快希望能於明年起將本案特材納入健保全額給付。

林委員敏華

- 一、提醒一下，制度上有些弔詭之處，剛剛有去問過，本會其實不能去干預藥物共擬會議的決議。假設今天本會決議說要全額給付，但案子回到共擬會議，該會議又說不同意納入全額給付，這樣民眾就只好回到全額自費。
- 二、還有替代率的問題，現在目前量這麼少，需求沒那麼多，是因為價錢太高，若全額給付，量可能就會衝上來，這個東西沒有人很清楚的去估計。所以署裡接到民眾反映也很為難，現在若將之納入自付差額品項，幫忙付一點差價，對民眾不無小補，也讓民眾至少有個其他選擇在。假設民眾不願意付這個差價，民眾仍然有健保全額品項可以用，不會沒東西用。
- 三、綜合考量各方因素，應該選個比較好的方式來解決，若大家選擇退回藥物共擬會議，那必然可預知該會議不會同意給付，變成民眾要全額自費。

傅主任委員立葉

委員意見已慢慢有些交集及共識，考量民眾權益，至少先同意本案

特材列入自付差額品項，讓民眾可先開始使用，不過大部分委員還是認為將來應該要全額給付。所以本案目前雖傾向同意本案特材先納入自付差額品項，但同時要請健保署參考委員意見，積極評估將之納入健保全額給付品項的可能性，同時也須評估財務影響，在預算允許的情況下納入全額給付。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、我的思維完全不一樣！本案特材不是少數民眾要用，健保署已經估計納入健保自付差額品項後，會有高達 88% 的病人會使用本案特材。民眾將不會選擇使用舊的、健保全額給付品項，而是改為使用新的、自付差額品項！剛剛林委員敏華講的，我完全可以理解，但現在癥結點是，有絕大多數的民眾都要用本案特材，為何能幾乎完全取代？因為好太多了。民眾都不會去用舊的，將會只剩 12% 的人來用舊的、健保全額給付品項，這些人可能因為沒有錢付差額，或是健保全額給付品項就已經足以治療其疾病。再次重申，有 88% 的人一定會去使用本案特材，當他有了更好的選擇時，他不會去選擇用健保全額給付品項，而是他已經一定會選用本案特材這個新產品了。
- 二、不是只有醫師的推薦，還有 HTA 報告也顯示出，本案特材具有感染率下降、住院日數下降、人體排斥情形改善等療效較好的資料，而且對健保也會較節省後續醫療費用，這都是 HTA 報告所呈現的效果，除非這份報告寫錯。因此，就因為它效果這麼好，澳洲才會全額給付，澳洲還支付了台幣約 26 萬的價格，還不含處置費。
- 三、若委員會議要做這樣的決議我沒意見，但這樣並不是真的是對民眾好、不是讓民眾多一點選擇，我們是讓一定會使用本案特材的 88% 病人，每人都得付 9 萬多元的自費金額！

傅主任委員立葉

請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

- 一、綜合剛剛委員的意見，我覺得本案特材若真的要納為自付差額的品項，要慎重考慮。若健保署只因為預算的關係，就把自付差額議案送來本會討論，本會又通過了，但是請健保署未來再考慮是否將之改為全額給付品項，若一直照這樣的模式，本會會變成一個過水平台，未來也可能變成，健保署只要預算不夠，各種自付差額議案就會一直提送本會討論，並要求先以差額負擔的方式納入健保。
- 二、所以應思考列為自付差額品項的基本要件、原則是什麼？本案有沒有符合那些要件？剛剛蔡副署長淑鈴也提到，差額負擔不是只有考慮預算的問題。所以須要所有要件都符合了，才能討論該品項要不要列為自付差額。其實我以前就提過類似的觀點，因為貿然列入自付差額品項會有很多後遺症。
- 三、本案若同意列為自付差額品項，將有 88%，也就是將近 9 成的民眾會使用該特材，就表示它的效果是存在的，這時候若還將之列為自付差額品項，似乎就違反列為差額品項的原則，如果這些病人已經沒辦法選擇全額給付品項，也就是說本案特材是一項「必要」使用的特材，則宜思考是否已經違反列為自付差額品項的原則？
- 四、因此不能僅由價格或財務面來看要不要列為自付差額品項，爰建議再予考量。若將本案特材列為自付差額品項，那麼日後列入差額負擔的標準似乎會越來越寬，健保會也要花更多的時間來處理這類議案。

傅主任委員立葉

這件事真的是兩難。請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、我想還是要回到健保法賦予健保會的職掌，自付差額特材的案子依法需送本會討論，但要不要全額給付的責任不在本會，而是在健保署。所以當民眾已有那麼多人已經在用了，健保署自當有此責任，要將之納為全額給付品項。若納入全額給付，健

保署會議價、定期價格調整，把價格降低，若忽視之，健保署怎可放任廠商一直有超額利益？

二、不納入全額給付的後果，是健保署要承擔的責任，本會沒必要去承受這個壓力，我們把球踢回去，健保署你自己去判斷，現在署把責任怪到共擬會議，但這個會議只是諮詢性質，重點是職責還是在於健保署。所以我的看法是，本會為何要幫健保署承擔這個壓力，簡單講是這樣。

三、既然這個東西這麼好，剛剛滕代理委員西華都分析過了，我的看法就是那現在就通過，讓它列入自付差額品項，並建請健保署考慮，在適當的條件下應該納入全額給付。納入全額給付後，其價格就會降下來了。以納入全額給付之角度而言，對我們是比較有積極的意義。

傅主任委員立葉

謝謝委員天仁。我想他指出癥結點，個人本來也是比較想建議健保署納入健保全額給付，不過剛剛有委員提到，對於是否納入健保全額給付，本會無法就本案做出決定，只能討論是否納入健保自付差額品項。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

那我們就退回這個案子啊！

傅主任委員立葉

不過這就會面臨兩難，退回的話，這 88% 的民眾就必須完全自費，通過的話還能讓他們減輕一些財務負擔，可是委員又很擔心，未來會有很多議案以價格昂貴為理由，通通都要納入自付差額品項。請李委員永振。

李委員永振

一、贊成謝委員天仁及滕代理委員西華的看法，本會不需要去承擔不必要的事情。健保署既然送會討論，就該把財務負擔等考量明確提出，讓大家能夠了解。以剛剛健保署口頭說一年會有 130 組，算一算納入全額給付，財務影響也只有 1 千多萬，不

過若有原則性的問題，也不是說只有 1 千多萬就可讓它通過全額給付。

二、另外，還是需要釐清，本案特材究竟有無被濫用的風險？若無，則 1 千多萬的支出就比較 OK；以前在談 Statins(降血脂藥品)時，納入後費用一下子就變成 6 億元，對以前沒開放的東西，一下子完全開放，量馬上就很大，若像這種情況，過去經驗值就完全沒辦法作為推估財務影響之參考。

三、剛剛林委員敏華提到，若本會退回去，可能變成民眾需完全自費，那是否請健保署再補充數據後，再來討論，會不會比較好；還有議價空間方面也可再看看可能性，雖然 2 位參與藥物共擬會議的委員也說過，若品質太好的特材，廠商多半不會願意降價，不過其實像 C 肝新藥也是療效很好，最後還是降價了。現在可能因為量少，健保署要求廠商降價，他是不會理你的，未來若有 130 多組，或甚至更多的量，或許還有些議價空間。以上建議，希望能使本案更為周全，謝謝。

傅主任委員立葉

對不起，若請健保署下個月再來報告，雖然委員會有更詳細的資料，但議案本質還是一樣，本會仍會面臨相同的兩難困境，似乎還是只有「退回」或「通過本案但附帶決議」這兩種作法。

干委員文男

退回本案沒道理。

林委員敏華

一、主席，若健保會退回此案，對外將會背負一個責任，會被講成是因為健保會不通過，因此這些民眾用不到本案特材，那這樣回去也很難面對我們各自所屬的團體。

二、就如同謝委員天仁所言，本會為何要幫健保署背這個責任，因此我贊成依謝委員天仁建議，本會先通過，不過要附帶條款，並敘明此條款之內容，這樣對外面、對病人都可以交代，這是對本案決議之建議，謝謝。

傅主任委員立葉

嘗試做出本案決議如下，請委員看看是否可行。健保署提請將本特材列入自付差額品項案，予以通過，惟附帶決議，請健保署積極評估、研議納入全額品項之可能性，並於今年底前提報結果。

千委員文男

這樣沒辦法確認納入時程，今年即將研擬 107 年度大總額及協商總額分配，為了不讓醫界反彈，建請健保署將本案特材納入 107 年度新特材預算之估列範圍，以利將本案特材儘快納入健保全額給付，對民眾才有保障、才是對民眾之福祉。

傅主任委員立葉

這個建議更具體，就是請健保署積極研議於明(107)年將本案特材納入健保全額給付品項之可行性。

葉委員宗義

補充說明，藥物共擬會議是分為藥品及特材 2 個會議分別召開，在這 2 個會議，健保署都有請工業協進會及全國商業總會推派代表出席，若本案退回共擬會議，我們在裡面也是會面對問題；另一方面，藥品與特材不同，特材都沒辦法議價，而每次藥品共擬會議都開會一整天，特材則是半天左右就結束了，就是因為很多特材都是廠商不同意納入健保給付，若本案退回去，廠商其實還是不會同意納入健保給付。要退回去我們兩位代表也沒有意見啦，只是沒有實質意義。

傅主任委員立葉

本案予以通過，附帶決議請健保署積極研議，於明(107)年將本案特材納入全額給付之可行性，並於今年 12 月提報研議、評估結果。(委員表示：同意)。接下來進行討論事項第三案。

陸、討論事項第三案「『全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法』修正案(併『104年健保收入超過6億元之醫療院所財務報告之公開情形』專案報告)」與會人員發言實錄

健保署張專門委員溫溫報告：略

傅主任委員立葉

請問委員對本案是否有意見？(未有委員表示意見)本案就照案通過，為使公開後之醫事服務機構財報資料更具可比較性，原則同意增列「各保險醫事服務機構需另行提報醫務收入明細表及醫務成本明細表之補充表格」，並建議於「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法」第10條，明訂修正條文之施行日期。請健保署參酌本案之討論結果，依法定程序陳報主管機關核定發布。

周科長清蓮

請問討論事項第二案的專案報告部分還需要再補充報告嗎？

蔡副署長淑鈴

視為已報告。(未有委員表示反對)

傅主任委員立葉

現在離1點半還有20分鐘，接下來進行討論事項第四案。不過林代理委員佩菽似乎對本案尚有意見，請林代理委員。

林代理委員佩菽(楊委員漢源代理人)

一、主席，不好意思，仍須就本案提出意見。其實目前各醫院對財報應公開部分都有依法辦理，但不了解要進行本案要變更財報格式之原因何在？是因大家看不懂財報嗎？因為醫院還需要多增加2個報表，欲新增的這2個報表，其實資訊是散在目前已公開的各報表中，不是很明白為何還要醫院多彙整2張報表出來？

二、另一個問題是，要提報含非健保項目的財務報表這件事到底有沒有違憲？值得商榷。目前醫院是需對全民健保的部分，有責任向健保署及國民交代預算使用流向與情形，但非健保的部分，對某些非屬法人的私人醫院來說會有這個疑問，因為依憲

法規定，私人財產是可以不公開的，這個部分是否應該要納入考量，就教各位？

龐組長一鳴

- 一、本次所提修正案，其實大部分都來自醫院反映的意見，舉例來說，現在的公開方式已經造成某東部醫院募款困難，因為目前是公布所有盈餘，但分不清楚是健保部分、或非健保部分的盈餘，所以某些醫院被誤解為是健保部分盈餘很多，而募款困難，但其實那些盈餘是來自募款或其他非屬健保之來源。
- 二、所以健保署被要求，希望公開之財報這件事要讓大家能把合理性分清楚。未來若有新增的 2 張報表後，就有較為明細的帳目可以來做詳細分類，幫助大家做判斷。因此本案還是因應醫院的需求所新增，麻煩醫院協會，回去仍可向提出要求的會員確認及請教一下。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

我是覺得有收受捐款的私人宗教醫院，其性質如同財團法人醫院，本案若要求醫院提供這些資料，應排除純粹的私人醫院，因為這些醫院與健保署有簽約的部分，就是健保方面的收支，其他部分財務資料，並無正當理由要它公開。不過財團法人就可以，依其公益性質，財報資訊本來就應全部公開。關於私人醫院未涉及健保的部分，健保署本來就沒權力要求公開，因此本案的表格應有其侷限性，若屬私立醫院，自願提供無妨，但若不願意提供，也可以不提。

龐組長一鳴

- 一、再補充一下，現在健保法之外的法規各有不同，財團法人有財團法人制度，公立醫院有公立醫院制度，確實私人醫院目前是沒有法規去要求，因此過去本署是依據健保法第 73 條，財務報表公開時，若醫院是依現有的法規製作財報者，可就目前已製作資料來提供，不需重複作業；但公開後，卻又發現各家醫院間的財報不具可比性，產生了新的爭議。

二、本次修正係將資料區分為健保及非健保部分，再依現行方式，醫院希望健保不要再找麻煩，就現有公開資料做公開就好，因此修正後，例如某醫院需報衛福部醫事司的報表，將之送健保署公開時，就只要再補充 2 個新增表格就好，以利呈現比較性，也不會多增加醫院負擔。

周委員麗芳

就本案而言，無其他意見。惟希望未來如有類似案件，請健保署在提健保會討論前，宜於事前先邀請相關單位(如醫院)討論，以免來到本會委員會議，才各自表達其顧慮，除未能充分溝通，也影響本會會議效率，建請未來相關作業宜更加嚴謹。

謝委員天仁

聽起來謝代理委員文輝所表達的與健保署說的是兩回事，本案討論的是有人反映目前公開資料不具可比性的問題，因此要把部分資料切出來，就這樣而已；但謝代理委員是從根本去否定財務報表公開這件事，認為不應該叫私人醫院提報部分財務資料，但這與本案是兩回事，你的意見可以向健保署反映或提案，這是另一問題，我們對此沒有意見，但今天本案是為應實務需求的修正，我想此作法是沒什麼大問題，不影響公開，健保署擬案的內容是得當的。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

既然醫院與健保特約辦理健保業務，因此對健保的部分有義務公開，私人醫院亦要遵守，但現行的 6 個表格中私人醫院之非健保部分不應公開，於新增的 2 個表格亦不應公開，我是覺得所有的私人醫院對健保部分的財報都有義務公開，但非健保部分財報資料則有法定權利可以不予公開，我希望至少這點要先確定，因為現在健保署所擬新增的 2 個表格，還是違反私人醫院的權利，只要非健保的部分都應該由財務報表中剔除，希望健保署仍要考量這點。

傅主任委員立葉

本案並沒有要處理剛剛醫院協會代表委員所提的財務公開之原則性問題，但是剛剛也提到，其實目前擬新增的 2 個表格，係就現有資

料再予以彙整呈現，亦未有新增的部分。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

再次強調，以前不該公開的部分就被公開了，現在新增的表格，亦有不該公開的部分。因此現在再次提出異議，私人醫院只有跟健保特約的部分有義務公開，非特約的財務資料，也不是跟健保拿的錢，憑什麼要醫院拿出來公開？這是天經地義的事。況且是延續以前的表格，仍侵害了私人醫院的權益。

傅主任委員立葉

請滕代理委員西華。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、股票上市公司的財報必須公開，亦有相關規定，類似這樣的概念，健保基於與醫事服務機構簽訂合約的精神，健保署當然可以要求特約機構、也就是醫院要公布財報，財報內容也應包括向民眾收取自費的部分，我覺得合約若是這樣寫，應該沒問題，除非合約明確指出只需公開健保收入。
- 二、但其實若只要醫院公開健保收入，健保署自己也可以公布，為何還要醫院公布，每年付給醫院多少錢，健保署難道自己不知道嗎？應該知道。所以當時為何訂出法規，要求醫院公布財報，其實是要掌握幾個部分，一個就是大家在講血汗醫院，健保給付的費用到底分配到哪裡去了，這個流向很重要；第二部分，檢視醫院收入面，其中醫療收入與健保收入所占比率，若某醫院在醫療面收入占的比率越來越低，當然是個警訊，若沒有財報的這些資料，其實看不出來。
- 三、若只是公布健保收入，健保署自己公布就好了，署應該比醫院還準確，因為每年都付錢給你，由健保署的會計單位或銀行公布就好了，我覺得大概也不會有問題，但因為財報的格式一直都非常有問題，我自己連續3年看財報，有的醫院這次公布跟下次公布的也不一樣，實在很妙。本案要新增表格，看起來也比較具體、比較細，但仍對財報的內涵都沒說明，我還是建議

應該要說明，才能具備剛才很多人都提過的「可比較性」及「標準化」。

- 四、對我來說，標準化與可比較性差異為何，以人事費用來舉例，部立醫院與台大醫院格式不一樣，有的醫院列到什麼程度，會公布底薪多少、加班費多少、獎金多少；而有的醫院只會公布整筆人事費多少，讓人無法分辨，是 PPF(Private Physician Fee，醫師費。屬獎金性質)比較高呢，還是加班費比較高，還是底薪比較高。對我來說，如果醫療人員的底薪偏低，加班費及 PPF 超過 50%，就會覺得有可能問題。大家再想想，若我們想去回答血汗醫院或醫療盈餘的流向、分配的問題，這些資料就很重要。
- 五、有的折讓就只寫醫療折讓，讓人很好奇，明明健保法明文規定，藥品定型化契約中要明列折讓，可是我們看不到折讓，我們既然不要「以藥養醫」，就應該要知道在折讓中，藥品折讓占了多少，或是其屬醫療折讓。每次我們在比較的時候，總是因內涵不清，而有所疑問。而這只是我隨意舉例，不是僅僅如此。其實財報中最容易閱讀的只有固定資產，醫院租儀器、土地、房租，這屬於固定資產，大概可以蠻清楚地看到，而在固定資產以外，其他的收入面、支出面的名目及內容，其實是很難看得到。
- 六、本次擬新增的附表 7、附表 8，只是進一步呈現，譬如說該醫院的醫務成本中，你是分人而已，事實上分人也沒有辦法告訴我們，究竟是 PPF 多、還是什麼項目多，我的意思是，若我們應該要在乎什麼，要很明確地講出來，如果人事費用，我們只關心他的占率，我們當然不用去管占率中究竟是獎勵金或底薪占較高，但是若我們關心並認為我國醫院的 PPF 不應該這麼高，不希望醫師像業務員一樣看越多病人，抽成越高，薪水越多，如果是要這樣，當然現在的報表就沒辦法看的出來。
- 七、若相較於某醫院讓醫師領高底薪，低 PPF，保障一定的程度。

一個醫師，底薪 5 萬元跟底薪 15 萬元，一個月同樣領 20 萬元，當然醫師的勞務付出就不一樣，我要講的是這個，以目前的財報完全看不出這樣的東西，我必須說，以目前的財報公布的方式，對民眾來說，雖然我不知道其他人看不看，但至少對我來說，完全沒辦法比較，哪一家醫院比較血汗。謝謝。

傅主任委員立葉

吳委員國治還未發言，請他先發言。

吳委員國治

謝代理委員文輝所提，似與本案未有實際相關，可是他所在意之處，應回歸到健保法第 73 條來檢視，我剛剛仔細看了健保法第 73 條，裡面提到的是應在期限內向保險人提報經會計師簽證或審計機關審定之全民健康保險業務有關之財務報告。因此，又要回歸健保法的規定來談，跟全民健康保險無關之財務報告一定要列出來嗎？這是大家可以考慮的，應回歸健保法規定辦理。

龐組長一鳴

請容我再一次說明更清楚，條文講的是...。

傅主任委員立葉

請健保署稍後回應，先請謝代理委員文輝，再請健保署回應。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

吳委員國治講的就是我剛剛爭執的重點，法律這樣規定，不要用下位階的行政命令來違反法令，依會議資料第 114 頁之投影片第 9 張三、寫得很清楚，財務報告範圍指與全民健康保險業務有關之財務報告，非常清楚。看得懂或看不懂是一回事，醫院只需把和健保業務有相關的部分公開，就只有這樣的範圍，法律也是這樣規定，行政作業不能抵觸法律，這最簡單，當然健保署說依現在的規定來做似乎大家還看得不太清楚，我也知道，雖然大家希望最好知道所有財務的眉角(台語，意指訣竅)，但仍應依法律的規定辦理，我覺得行政作法不能超過法律規定。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、主席，我對法律的解讀不一樣，該條文是指「與全民健康保險業務相關」，但並不是「與全民健康保險給付相關」，若規定寫「給付相關」當然就沒問題；但因為今天是全民健保的保險對象到你的醫院看病，若你向保險對象收取自費項目，健保署就該知道。若醫院看外國人收全自費、國際醫療收入、自費健檢、所有不用健保卡的醫療業務，醫院收了多少，不願意講都沒關係；但若是全民健保的保險對象，持健保卡去就醫，醫院向他收自付差額品項的錢、自費項目的錢，只要醫院向健保保險對象收錢之處，就跟健保業務有關。
- 二、當然我知道你們醫院一定不同意我，沒關係，我也覺得可以不同意，有多元意見很好；但若確實存在此爭議，我覺得法規會也要認真一下，因為顯然委員對於什麼叫做「全民健康保險業務有關」之財務報告的看法出現爭議，醫院也覺得公布全民健康保險業務有關的部分沒問題，不過醫院為了承攬健保業務，它是否整家醫院都要跟健保有關？某醫院是健保特約機構，健保署似可以要求特約機構都要公布？若是這樣，那我覺得就法規來說，只要是特約醫事服務機構所有的財報都要公布，因為很難去說那些部分是跟全民健保業務完全沒相關，因為它是健保的特約機構。
- 三、所以，我覺得若法規上出現爭議，我的看法是跟謝代理委員文輝不一樣。我是覺得應該都要提供，因為醫院是提供保險對象就醫，醫院診療外國人、不是診療健保的保險對象這部分，不用告訴健保沒關係。但我們還是得知道究竟醫院內自費的部分有多少，不然為什麼我對差額給付那麼在意，因為醫院傾向去收差額。若醫院只想公布健保給付，而這條不要公布，我們就修健保法，把它弄清楚一點。

傳主任委員立葉

- 一、各位委員很抱歉，本來以為本案可以早點通過，結果又花了 20 分鐘討論，現在只剩 1 分鐘就必須散會。本案當然反映出

一件事，就是目前大家對法規的詮釋，事實上還是有些爭議，但畢竟是不同層次的議題。

二、就本案來說，健保財報公開辦法還牽涉到較多的財團法人醫院，而其公開也影響到民眾知的權利，資訊公開當然是需在資訊能讀得懂的前提下，公開才有意義。

三、在此嘗試決議，本案所擬財報辦法修正案就先予以通過，但關於法規解釋的部分，需要另案討論，因為我覺得其屬於不同層次的議題，這樣可以嗎？(委員表示：可以)

四、不好意思，因為謝代理委員文輝談到的是屬於更高層次的問題，宜另案討論，若討論後針對財報辦法適用的對象有所變更，那就必須配合修改。但就目前所擬的財報辦法修正案，先暫依目前認定的適用對象，同意健保署做這樣的修改。謝謝！

五、請問林委員錫維的臨時提案，可以改於下次討論嗎？

林委員錫維

其實我很希望今天就能討論臨時提案，所以我一直都沒講話，結果還是來不及，那現在我想先請教一下，就提案所請，是否可行？因為這是有時間性的，本來健保署的規劃是 7 月 1 日就要開始做調漲，我建議一下，是不是還沒討論之前，是否能夠慢一點通知，照規劃是 7 月 1 日要實施，可能 3 個月之前，因為有些收費是 3 個月，然後還沒討論之前，是不是整個通知可以慢一點再來通知，請教健保署。

傅主任委員立葉

現在 3 月，若列入 4 月份委員會議的議案討論後並獲致決議，是否還來得及？

林委員錫維

若 4 月份來得及，我沒意見，我現在是怕來不及。

江副組長姝靚

健保署就執行面說明。針對第 2 類保險對象投保金額下限之調整案，我們也是搭配工會對會員預收 3~6 個月的健保費作業方式，不

過現在本署不能理解的是，如果依林委員錫維所提本案延至 4 月的話，來得及通知會員及收保險費嗎？屆時工會預收保險費可能有困難，工會到時候可能需申報欠費，因為原來由 22,800 元調整至 24,000 元的這案應該是在 106 年 1 月 1 日生效，只是因為作業時間關係，考慮到工會預收 3~6 個月的保險費之作業時程，所以本署特別上簽至部裏，對於原應由 106 年 1 月 1 日生效的調整案，就建請延到 106 年 7 月 1 日生效，全案也由林前部長核准在案。其實重點就是在搭配工會向會員預先收取保費的作業，剛才林委員錫維說如果 4 月來得及本署沒意見，而我們擔心的是實務面工會會員繳費及工會的行政作業會不會來不及而產生非常大的行政面上的困擾，以上說明。

林委員錫維

只要健保署這邊做決定，決定以後，我們可以追繳、可以補繳，沒有問題。

傅主任委員立葉

- 一、林委員錫維所提臨時動議，就提下次(4 月)委員會議討論。
- 二、會議進行到此，在結束之前，對健保會幕僚表示感謝，由周執行秘書淑婉帶領同仁，幫委員辦了這 2 天很好又非常充實的參訪行程及共識營，真的非常感謝你們，大家辛苦了！請委員大家鼓掌感謝健保會及健保署協助的相關同仁(委員鼓掌)。

周執行秘書淑婉

感謝委員的參與，謝謝！

依據健保會第 3 屆 106 年第 1 次委員會議例行報告第 1 案「確認本會上(第 2 屆 105 年第 12)次委員會議紀錄」之附帶事項：「委員所詢討論事項第一、二案『106 年度醫院總額、中醫門診總額一般服務之地區預算分配案』，其決議二所提『風險調整基金』之內涵，請本會幕僚提供書面補充說明予委員參考」，本會幕僚提供書面補充說明如下：

一、第 2 屆 105 年第 12 次委員會議紀錄，有關「風險調整基金」之決議及發言內容摘要如下(與會人員發言實錄請參閱當次議事錄)

(一)醫院總額「風險調整基金」：

1.決議：同意醫院總額自一般服務費用移撥部分經費，作為風險調整基金，所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之。

2.發言實錄重點摘要：

(1)健保署建議：尊重委員對 R 值比率的調整，但建議保留一點彈性給東區，在預算分配至 6 區前，先撥部分預算到東區做微調，較能兼具各地的需要。(發言實錄第 52 頁)

(2)委員意見：付費者委員基本上尊重健保署建議，但對於保留經費給東區是否公平，請健保署再評估。(發言實錄第 54 頁)並有付費者委員以書面意見表示，同意 106 年先予東區風險調控，惟未來檢討公式時應將區域資源特性納入思考。(發言實錄第 56 頁)另，有醫界基層代表委員補充說明東區因族群結構及精神科利用，其資源耗用與西部地區不同。(發言實錄第 55 頁)

(3)主席裁示：

106 年度醫院總額地區預算的處理方式為：門診部分 R 值前進至 50%，住院部分 R 值前進至 45%，並同意自一般服務移撥部分經費，作為風險調整基金，至於風險調整基金的額度及所涉執行面及計算等相關細節，授權健保署會同醫院總額

相關團體議定。委員若無其他意見，接著進行討論事項第二案。(發言實錄第 56 頁)

(二)中醫門診總額「風險調整基金」：

1.決議：同意中醫門診總額自一般服務費用移撥部分經費，作為風險調整基金，所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之。

2.發言實錄重點摘要：

(1)委員意見：

①付費者委員支持區中有區的概念，例如提出 1 筆預算撥補因 R 值前進後，某些縣市內醫療資源不足之鄉鎮，惟中醫所提草案皆無區中有區概念。(發言實錄第 60 頁)

②經討論後，付費者委員及專家學者委員均認為，中醫部門所提的兩個草案，沒有比現行方案的處理方式更好，最後主席裁示，採現行分配方式，戶籍人口占率調升 3%(如下主席裁示①)，中醫部門代表委員乃表示：「同意主席所做的決議，但建議有風險調整基金，並授權由健保署與本會(中醫師公會)協調」。(發言實錄第 61、63、64 頁)

(2)主席裁示：

①106 年度中醫門診總額地區預算的分配方式，採用現行分配架構，指標 2「各區去(104)年同期戶籍人口數占率」，由 8%調升至 11%，本項調升 3%，指標 1「95 年第 4 季至 98 年第 3 季之 5 分區實際預算占率」配合調降 3%。本案就此定案，請問各位委員有沒有意見?(委員表示：沒有意見)。(發言實錄第 63 頁)

②中醫師公會希望有風險調整基金(委員表示同意)，同意中醫門診總額比照醫院總額，自一般服務移撥部分經費，作為風險調整基金，至於風險調整基金的額度及所涉執行面及計算等相關細節，授權健保署會同中醫門診總額相關團體議定。(發言實錄第 64 頁)

二、有關 106 年度醫院及中醫門診總額自一般服務移撥之「風險調整基金」，健保署會同總額相關團體議定情形如下：

(一)醫院總額

健保署於 106 年 2 月 7 日召開「106 年醫院總額自一般服務費用移撥部分經費，作為風險調整基金案」會議，邀集醫院總額部門之各分區代表共同商討，惟尚未有共識方案。

(二)中醫門診總額

健保署於 106 年 2 月 16 日召開「中醫門診總額研商議事會議」，決議通過一般服務地區預算分配計畫(草案)，其中風險基金提撥及其分配方式如下(健保署刻正辦理報部作業中)：

1.設立風險基金，自一般服務項下全年移撥 4,000 萬元，每季移撥 1,000 萬元。

2.適用資格：除東區外之五分區的鄉鎮市區，其當月月底特約之中醫醫事機構僅有 1 家之院所。

3.分配方式：

(1)每季結算時，撥補適用院所之一般服務部門核定之浮動點數，以最高每點 1 元支付與該區前一季浮動點值之差額。預算若有不足，則以核定浮動點數之占率分配。

(2)前開撥補剩餘款，全數提撥就醫率最高之分區。

註：1.符合指標 6「偏鄉人口預算分配調升機制」之院所及中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之院所均不納入風險基金撥補對象。

2.就醫率=(當季該區就醫人數/當季季中戶籍人口數)。

詢問(委員會議)日期：106 年 2 月 17 日
電子郵件回覆委員日期：106 年 3 月 14 日

健保會委員就例行報告第二案「本會重要業務報告」與會人員發言實錄(議事錄 P. 43) ，請本署提供所需參考資料，本署說明如下：

委員意見	健保署回復說明
<p>趙委員銘圓</p> <p>會議資料第 12 頁說明三(三)，有關去年 12 月 29 日公告訂定「一百零六年全民健康保險保險對象住院應自行負擔費用之最高金額」，其中「因同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額」為 3 萬 7,000 元，及「全年累計住院應自行負擔費用之最高金額」為 6 萬 2,000 元，這部分包含哪些項目？請提供書面資料。</p>	<p>一、健保署依全民健康保險法第 47 條及其施行細則第 62 條規定，訂定同一疾病每次急性病房住院 30 天之內，或在慢性病房住院 180 天之內及全年累計應自行負擔金額之最高金額。</p> <p>二、以 106 年為例，每次住院的部分負擔上限為金額 37,000 元，全年住院的部分負擔上限金額為 62,000 元。即保險對象因同一疾病分次入住急性病房住院 30 天之內，或在慢性病房住院 180 天之內，每次住院部分負擔最多繳交 37,000 元，無論是否同一疾病，分次住院部分負擔累計大於全年上限 62,000 元時，可於次年 6 月 30 日前申請核退。</p>