

衛生福利部全民健康保險會
第1屆103年第4次委員會議事錄

中華民國103年4月25日

衛生福利部全民健康保險會第1屆103年第4次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國103年4月25日上午9時30分

貳、地點：中央健康保險署大禮堂(台北市信義路3段140號18樓)

參、出席委員：

干委員文男

曲委員同光

何委員永成

何委員語

吳委員玉琴

吳委員肖琪

李委員永振

李委員成家

李委員蜀平

周委員麗芳

林委員至美

林委員啟滄

林委員錫維

侯委員彩鳳

柴委員松林

翁委員文能

連委員瑞猛

張委員永成

張委員煥禎

莊委員志強

陳委員川青

陳委員幸敏

陳委員宗獻

陳委員錦煌

黃委員建文

楊委員芸蘋

楊委員漢淥

楊委員麗珠

衛生福利部社會保險司楊副司長慧芬(代)

中華民國全國中小企業總會李監事長育家(代)

國家發展委員會沈科員書萱(12:30以後代)

中華民國全國漁會陳秘書健民(代)

新光醫院管理部保險課廖襄理秋鐳(10:40以後代)

中華民國農會林主任敏華(代)

中華民國區域醫院協會劉副秘書長碧珠(代)

中華民國牙醫師公會全國聯合會陳常務理事彥廷(代)

台灣醫院協會童常務理事瑞龍(代)

葉委員宗義
蔡委員明忠
蔡委員登順
謝委員天仁
謝委員武吉

中華民國醫師公會全國聯合會周理事慶明(代)

台灣社區醫院協會謝名譽理事長文輝(12:10 以後代)

肆、請假委員：

蔡委員圖晉

伍、列席人員：

本部社會保險司
中央健康保險署

朱簡任視察日僑

黃署長三桂

蔡副署長魯

林組長阿明

施組長如亮

柯執行秘書桂女

吳組長秀玲

張組長友珊

魏組長璽倫

本會

陸、主席：鄭主任委員守夏

紀錄：陳燕鈴、邱臻麗

柒、主席致詞(略)

捌、議程確認

決定：確定。

玖、例行報告

第一案

案由：確認本會上(第3)次委員會議紀錄，請 鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(第3)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：

針對 103 年度醫院總額所協定「『提升住院護理照護品質方案』，健保署應提經健保會同意」事項，請中央健康保險署於提報方案時，納入委員所關心護理人力(包括每年畢業、執業、退休及各醫院新增的護理人數等)淨增加之詳細資料，餘洽悉。

二、由於各縣市衛生局所函復轄區院所自付差額品項收費資料，並無各品項價格，致難以建置可比對資訊供民眾參考。爰請本會幕僚洽詢衛生福利部醫事司，各縣市衛生局是否依相關規定辦理，並請該司更積極督促衛生局，以使所提供資料確能為民眾參用。所詢結果於下次委員會議提報。

第三案

案由：104 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商工作計畫，請 鑒察。

決定：訂定「104 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商工作計畫及時程表」如附件。

第四案

案由：中央健康保險署「103 年 3 月份全民健康保險業務執行報告」，請 鑒察。

決定：洽悉。

拾、臨時報告

報告單位：衛生福利部社會保險司

案由：「104 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)諮詢案，請 提供意見。

決定：全民健康保險法第 60 條既規定，主管機關所擬訂年度醫療給付費用總額範圍，須先諮詢健保會，再報行政院核定，則應有足夠時間供健保會委員事先了解其內容，以提供意見，才符合立法意旨。本案卻於委員會議前一天下午始函送，委員雖倍感不受尊

重，仍考量以不影響 104 年度總額報行政院核定與後續協商之大局為重，因此同意在一週內提供書面意見，請幕僚彙整後併同委員於今日所表達意見，報請衛生福利部參考。

附帶決定：各項提會之討論或報告案，嗣後若未依本會會議規範辦理，即不排入議程，以維議事程序之完備。

拾壹、討論事項

提案單位：本會第二組

案由：全民健康保險業務監理架構與指標建置案，提請討論。

決議：

- 一、原則同意全民健康保險業務監理架構包含「效率」、「醫療品質」、「效果」、「公平」及「財務」等五大構面。
- 二、各構面所包含之監理指標，依委員建議，增列「各層級醫療院所服務量及費用占率變化」、「資金管理效率」與「醫院與診所間病人就醫流動性」等 3 項指標，及修正「安全準備金額與保險給付支出倍數」文字與「區域醫院以上初級門診照護率」之計算方式後，併草案所擬指標，請中央健康保險署就其定義、提報時程及可行性等提供建議後，提下次委員會議檢討訂定。

拾貳、專案報告

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：罕見疾病、血友病藥費專款項目之執行報告，請鑒察。

決定：

- 一、為符 103 年度醫院總額核定事項「檢視本項費用成長之合理性」要求，請中央健康保險署進一步分析罕見疾病、血友病兩項藥費成長快速之原因，並研議因應策略。
- 二、對委員所建議加強民眾教育宣導，以期減少罕見疾病及血友病患者之發生人數乙節，轉請國民健康署參考。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：醫院總額門住診費用分配合理性及對社區醫院經營與民眾就醫權益之影響報告，請 鑒察。

主席裁定：保留至下次委員會議報告。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：103 年度各部門總額協定事項重要計畫執行情形報告，請 鑒察。

主席裁定：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：健保代位求償執行情形與成效報告，請 鑒察。

主席裁定：保留至下次委員會議報告。

拾參、散會：下午1時10分。

附件 104 年度總額協商工作計畫及時程表

工 作 項 目 及 內 容	預 訂 時 程
<p>一、協商前置作業</p> <p>1.討論 104 年度總額協商架構、通案性原則及協商程序。</p> <p>2.建立協商參考資料： (1)編具「全民健保總額支付制度協商參考指標要覽」。 (2)編具「全民健保總額執行成果摘要」。</p> <p>3.召開各部門總額執行成果評核會議： 檢討、評估各總額部門 102 年度協定事項執行情形。</p> <p>4.請健保署提報 103 年度總額所協定計畫(含專款)之執行情形。</p> <p>5.104 年度總額案於主管機關交議後，進行各項相關作業： (1)請主管機關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。 (2)確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。</p> <p>6.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。 (1)規劃草案內容應包含協商減列項目及預估金額。 (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。</p> <p>7.安排總額協商之相關座談會/會前會。 (1)召開 104 年度總額協商因素項目及計畫草案座談會： ①請各總額部門及健保署報告所規劃之 104 年度總額協商因素項目及計畫草案，並進行綜合討論。 (註：除簡報外，並請提供各協商項目或計畫之詳細說明，其須包含目標、醫療服務內容、費用估算基礎、過去執行成果、預期效益等資料) 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。 (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。 (3)另視需要召開座談會。</p>	<p>103 年 5 月 23 日 6 月 27 日</p> <p>103 年 6~8 月</p> <p><u>103 年 7 月 30、31 日</u></p> <p><u>103 年 7 月 25 日</u></p> <p>103 年 7 月 25 日 (或 8 月 22 日)</p> <p>103 年 8 月</p> <p>103 年 8 月 22 日(下午)</p> <p>103 年 8~9 月</p> <p>103 年 8~9 月</p>

工 作 項 目 及 內 容	預 訂 時 程
<p>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</p> <p>1.協定各部門總額成長率。</p> <p>2.協定各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。</p> <p>3.年度整體總額協定成長率及其分配之確認，及報請主管機關核定。</p>	<p>103年9月26~27日</p> <p>103年10~12月</p> <p>103年10~12月</p>
<p>三、協定事項之執行規劃與辦理</p> <p>1.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。</p> <p>2.各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或總額部門專案報告。</p>	<p>103年10月~ 104年12月</p>

第 1 屆 103 年 第 4 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 3)次委員會議紀錄」、例行報告第二案「本會上(第 3)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

鄭主任委員守夏

各位委員、健保署代表及所有與會人員，大家早！今天是 103 年第 4 次委員會議，首先確認議程，計有 4 項例行報告、1 項討論案(為：全民健康保險業務監理架構與指標之建置)，及 4 項專案報告；另昨天所接獲衛福部諮詢本會的 104 年度總額範圍案也屬於例行報告。請問委員對今天議程的安排有無意見？(未有委員表示意見)若沒有意見，就照議程進行。首先進行上次會議紀錄確認，請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

- 一、請問對紀錄內容有無修正意見？(委員表示沒有)沒有修正，上次會議紀錄確定。
- 二、接下來進行上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請柯執行秘書桂女說明。

柯執行秘書桂女

- 一、在進入報告之前，首先向大家說明今天的 2 份補充資料。第 1 份是，牙醫師公會全聯會將於本(103)年 6 月 19~20 日辦理「103 年牙醫門診總額參訪活動」之出席意願調查，委員可今天直接填寫回復單後置於桌上，幕僚會轉交牙醫師公會全聯會彙整；也可攜回再以電話或傳真方式回復全聯會。另 1 份是昨天下午剛收到，係衛福部依健保法第 60 條規定，來函諮詢本會對「104 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)的意見，爰列為臨時例行報告案。
- 二、針對上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務，共有四項說明，請委員翻到議程第 17 頁：

- (一)說明一，上(第 3)次委員會議決議(定)的 7 事項中，建議第 1、6 項解除追蹤，其餘 5 項繼續追蹤(議程第 19~20 頁)。僅就其中重要部分，向委員報告：
- 1.第 1 項，上次會議有委員建議訂定「本會討論自付差額特材案之作業流程」，本會已訂定完成，健保署也回復將配合該流程辦理，所以建議解除追蹤。
 - 2.第 6 項，有關訂定「103 年度各部門總額執行成果評核作業方式」，幕僚已依決議函請健保署及四總額部門配合提供資料，所以也建議解除追蹤。
 - 3.另第 2 項，有關「103 年度中醫門診總額一般服務費用分配案」，在編製議程時衛福部尚未核定，所以列為繼續追蹤案，但衛福部已於本年 4 月 22 日核定，本項建議一併解除追蹤。至其他各項將繼續追蹤。
 - 4.有關第 3 項，醫院總額「提升住院護理照護品質方案」，是近日各界十分關心的議題，向委員報告，其在 103 年度總額協商時，列有該方案健保署應於本年 4 月前提經本會同意之協定條件，因尚未送會，將續予追蹤。
- (二)說明二，健保署依據健保法施行細則第 3 條規定，將 104 年度預算案函請本會備查，本會幕僚基於權責，乃就保險收支部分，擬具預算分析報告，列於議程第 99~103 頁附錄一，請委員參考。
- (三)說明三，健保署依去年 12 月份委員會議之「請健保署彙整各院所自付差額特材品項之收費標準，並置於網站；另協調各縣市衛生主管機關提供其核定之收費標準，以供比對」決定，進行調查，並於本年 3 月 27 日函復本會，15 家提供資料的衛生局中，僅花蓮縣及澎湖縣衛生局有提供轄區 4 家醫院自付差額品項價格，其餘 13 家衛生局並無逐項核備轄區醫療院所自付差額品項的價格，因此尚無法就縣市衛生主管機關核定之收費標準，進行價格比對。相關資

料列於議程第 111~118 頁附錄二，請委員參考。

(四)說明四，衛福部及健保署於本年 3、4 月份發布及副知本會的相關訊息，列於議程第 119~128 頁附錄三至七，請委員參考。

鄭主任委員守夏

謝謝柯執行秘書桂女的報告，請問委員有無詢問？請干委員文男。

干委員文男

- 一、議程第 17 頁說明三，有關自付差額特材品項之收費標準案，健保署已行文各縣市衛生局，惟回復的情形不是很齊全，請問這項工作是否會額外增加衛生局的負擔？還是他們沒有義務執行？如果沒有義務，是否要用鼓勵方式？看起來做得最好的是台中市衛生局，例如其轄內之台中榮總，把各項藥品及特材資料都寫得非常詳細，一目瞭然；而其他衛生局僅回復百分比，有的甚至未回復。建議衛福部在相關法令規範內，鼓勵各縣市衛生局執行，否則我們永遠不曉得實際情況。
- 二、有關健保署 104 年度預算案，雖僅屬送本會備查案，仍應予關心。保費收入對健保財務影響甚深，但 102 年底第 1 類被保險人平均投保金額為 39,846 元，而依據預算書第 53 頁資料，104 年卻高達 40,736 元，是否刻意高估，好讓主計總處有刪減空間？根據過去財務資料，從未見過投保金額有這麼高的成長率，預估增加七百多元，這要在經濟情況很好時，才可能發生；且第 1 類被保險人，人數眾多，有可能影響健保收入，此數據讓人有想像空間。至於第 2 類被保險人的平均投保金額看起來與實際相差不大，而第 4、5 類被保險人保費則是不調整的。

鄭主任委員守夏

預算部分，稍後請健保署說明。

謝委員天仁

本會在協商 103 年度「提升住院護理照護品質方案」時，有要求健保署方案須經本會同意後才能實施，請問健保署是沿用以前的行政作業流程，直接報衛福部嗎？若是如此，則衛福部核定後，健保署再提報健保會，就沒有意義，且與協商意旨相左，我認為健保署的作業流程可能違背協商原則，請說明。

鄭主任委員守夏

待會兒請健保署一併說明，請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

議程第 17 頁有關請各縣市衛生主管機關提供各院所自付差額特材品項之收費標準，據瞭解醫療法第 21 條有規範各縣市衛生局要訂定收費標準，但從各縣市衛生局提供的資料看來，執行不是很精準，有些只訂收費原則，例如「按進價 15~20% 收費」，這樣的資訊對消費者而言，還是看不懂。剛才干委員文男提到台中市衛生局提供的資料最清楚，建議健保署或衛福部應該請各縣市衛生局落實醫療法所規範的權責，不要只訂定原則性的收費標準，因為從消費者立場，真的不清楚實際情況，顯然資訊不夠透明，請衛福部確實擔任督促的角色。

鄭主任委員守夏

顯然各縣市衛生局所提供自付差額特材品項之收費標準，與多數委員的期望有落差。請黃署長三桂說明。

黃署長三桂

一、謝委員天仁所詢「提升住院護理照護品質方案」，因涉及護理人員的權益，所以衛福部護理及健康照護司非常關切，也主動邀請醫院及護理界代表與專家學者等召開會議討論。因與部內其他單位有關，健保署須先完成行政作業後，才能提請健保會同意；而健保署在提報貴會時，若委員有意見，相信衛福部核定時，也一定會尊重。

二、有關預算部分，請本署唐專門委員蕙文說明。

唐專門委員蕙文

有關 104 年度預算之保費收入部分，各類被保險人的平均投保金額是以 102 年的加保資料推估，貴會審議 104 年費率時，本署將依最新情況重行估算保費收入。

鄭主任委員守夏

據我所知，通常在預算編列時，不要高估，以免給自己太大壓力。請干委員文男。

干委員文男

預算通常會寬列，102 年底第 1 類被保險人平均投保金額為 39,846 元，104 年預估為 40,736 元，兩個數字相減就可以計算成長率。從健保署提供的其他報表，各年度的平均投保金額從未成長這麼快，第 1 類被保險人投保金額顯然寬列許多，是否健保署事先知道第 1 類被保險人以後會調薪，否則預算與實際相差太大。

鄭主任委員守夏

干委員文男的意思是，以後健保署真可以收到這麼多錢嗎？委員意見供健保署參考。請何委員語。

何委員語

- 一、針對藥價差，提出詢問：腸胃科專科醫師所開氫離子幫浦抑制劑(PPI)的價差太高，原本進價 1 粒僅 5 元左右，但「Okwe(AC 43842100)每粒報 36.4 元」、「Takeporan(A050432100)每粒報 21.4 元」、「Lanxo(A047368100)每粒報 21.4 元」、「Gafroloc (AB48190100)每粒報 22 元」，價差過高，造成胃鏡診斷胃食道逆流症(GERD)或潰瘍的診斷浮濫不實，病人服藥期間故意拉長，甚至會造假。要病人長時間服用 PPI 以收暴利，造成總額分配的困擾與偏差，建議將其價差調小，以便反應真實需要，節省健保支出與達到總額分配的公平。
- 二、藥品 1 粒 5 元，為何會報到 21.4 元，甚至 36.4 元？未來會繼續追蹤。

[註：本項涉及藥品之核價，已轉請健保署處理]

鄭主任委員守夏

- 一、何委員語所提與本段落的報告事項無關，請健保署先提供書面數據後，再來看是否屬健保會權限，及研究健保署還可以有何作為。
- 二、至各縣市衛生局尚未公布自付差額特材品項之收費標準，與委員期望有落差乙節，請楊代理委員慧芬說明。

楊代理委員慧芬(曲委員同光代理人)

依醫療法規定各醫療機構的收費標準屬當地衛生主管機關權責，本案依議程資料附錄之公文看來，本部醫事司已行文各縣市衛生局，請其提供收費標準，惟有些縣市未回復，或有回復但未具逐項核備的資料。目前健保署已將自付差額特材品項的參考價格，公布於該署網站，只是有些縣市衛生局無法提供價格資料供其比對，會將委員意見攜回供醫事司參考。

鄭主任委員守夏

本案請幕僚進一步瞭解相關規定，再請教醫事司，下次報告進度。請謝委員天仁。

謝委員天仁

不是很清楚黃署長三桂的說明，健保會協商的意旨很清楚，是要經健保會同意後才能報衛福部核定，若健保署遵照這樣的流程，我們當然沒有意見；惟若由護理及健康照護司處理後就核定，我們則會有意見。

黃署長三桂

- 一、謝委員天仁所提很正確，我們會將方案送健保會，若健保會有意見，也會遵照辦理，並不會盡依護理及健康照護司的意見。
- 二、最近媒體一直提到護理費專款議題，健保署夾在中間很為難。本項始自衛生署林前署長芳郁的美意，當時編列 8.325 億元預算，再來是 10 億元、20 億元、25 億元，103 年度又回到 20

億元，累積金額不少。期間護理師公會全聯會有非常多意見，透過衛福部其他單位來提出建議。健保署一定會掌控大原則，而健保會是健保署的監督單位，我們也一定會遵照規定執行，方案訂出來後提健保會報告，若健保會委員認為有需要修訂，會報請衛福部，相信部裡核定時一定也會予以尊重。

干委員文男

請問報紙登載與實際情況是否吻合？醫改會資料是健保署或護理師公會提供？還是醫改會自行計算？應該是有根據。報導內容很聳動，錢都花出去，難道健保會委員笨頭笨腦？花了錢，護理人數卻減少，護理人員也沒有得到實質利益。請健保署講清楚，醫改會的資料從何而來？我們幾次詢問健保署執行結果，都不了了之，沒辦法過問細節，但最起碼之前看健保署的報告，似乎也符合計畫目的，而這次醫改會在媒體的發言內容，卻似乎完全相反，請健保署說明為何會有這麼大的落差。

黃署長三桂

- 一、醫改會報告來自健保署網站公布的資料，是正確的，但解讀有問題。該會提到 101 年有些醫院未增加護理人員，卻可以領錢；其次，有醫院雖然增加人數，但人數很少，有的僅增加 8 位、10 位，等於每個人成本達 2、3 百萬元，資料解讀方向不是很正確。
- 二、本方案從 98 年開始實施，目的是要增加護理人力，且讓現有人力不要流失。預算分配非常困難，因為醫院管理者有自己的想法，護理人員也有想法，健保署夾在中間，要取得平衡，很不容易，外界實在很難理解我們健康保險署的困境。
- 三、謝謝干委員文男的意見，報導之所以有這麼大的誤差，是因為有些較大型醫院，在 99~100 年間就將員額補齊；101 年的重點在提升現有人員的大夜、小夜值班費用，外界質疑人數沒增加，論點沒有錯，是因為只有比較 101 年與 100 年，沒有比較 101 年與 98 年的差異。本方案實施後，98~103 年增加八千多

位護理人員。

- 四、每個人往往都是從自己有利的角度發表意見，健保署站在管理人立場，已多次在健保會報告，我們一分一毫都不會浪費。針對 100 及 101 年費用，已行文醫院繳回不合規定之部分，以 101 年為例，有 62 家醫院不符方案規定，約占經費 4.7%，一共兩千多萬元，拿去買護理服、禮券、旅遊，或繳護理師公會會費等，我們會輔導醫院改善，若不改善會要求醫院要在 4 月底前通通繳回，否則健保署必定會追到底，並在媒體公布名單。
- 五、各團體公諸媒體的訴求都會很聳動，以爭取注意，可是實際情形並非如此。例如醫改會提到長庚醫院僅增加 8 人，卻領取很多費用，經我們實際查證，是增加四十幾位。
- 六、健保署為讓分配均衡，已陸續行文要求改善，否則將追回 100 及 101 年的費用，102 年因為醫院已清楚遊戲規則，所以沒有問題。希望委員信任健保署，我們一定不會浪費被保險人所繳的保費，也謝謝醫院代表的幫忙，大部分醫院都將經費用在護理人員身上。

鄭主任委員守夏

這是還在發生中而且比較熱門的新聞，以健保會的立場，我們應該堅持的是謝委員天仁所提醒，專款計畫要依協定條件，在健保會報告後才實施。這是協商共識，相信健保署會照辦。請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

不只護理人力問題，媒體也提到，醫院並未將健保署投入的 50 億元用到第一線醫師，現在出現問題，能怎麼辦，錢是衛福部給的，但外界會質疑健保會如何監督這部分的經費使用。請問健保署能否有較清楚的說明，讓大家瞭解投入的錢是有效果的，若未落實，健保署也可以追回費用。萬一媒體詢問，我們才能做正確的說明。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

- 一、在十幾天前曾想將剛才的詢問正式提案，但想連署後提案可能會製造衝擊，所以今天先以詢問方式，以後等收集到資料就會提案。
- 二、護理系學生 1 年有幾千位，為何不進入醫療體系就業？我過去擔任教育部科技大學的評鑑委員達 6 年，今年教育部也請我擔任審查委員。護理系學生實習時完全沒有津貼，但其他科系實習有津貼，醫界是否要檢討？每年四、五千位護理畢業生，為何不進入醫療體系執業？例如只單一所醫護管理專科學校，護理系學生有三千多位，一年至少有八百多位畢業生，為何不進入醫療體系服務？護理人員為何會短缺，我們必須重新思考此問題。

鄭主任委員守夏

請護理界代表楊委員麗珠。

楊委員麗珠

- 一、謝謝大家的關心，因為依法醫院一定要用有證照的護理師，但為讓這些剛畢業沒有證照的學生，能早點進入職場體驗，以增加留在護理職場的機會，故在 101 年提出護理改革措施中，依衛福部訂定「實習護士實施要點」，可將實習護士人數列入護理人力計算。此次醫改會的人數資料並未包含實習護士，而各醫院報給衛生局的人數則包括實習護士，這也是醫改會所提數據與健保署核發人數之間有落差的主要原因。
- 二、剛何委員語提到，一年有八百多位畢業生為何不進入職場，這些五專、高中畢業生中有 80% 會繼續升學，實際上每年進入職場約有六千多位。希望護理師公會全聯會能有機會向各位報告各類護理教育體系畢業生進入職場的情形，相信有助委員們了解護理人力的就業市場狀況。
- 三、各醫院護理人員的增加及專款使用情形都要向健保署提報，多

用於增聘護理人員、提高薪資或加發獎勵金等，而且誠如黃署長三桂所言，對護理專款的支用署裡非常嚴謹審查，使用不當的部分，費用都會被追回。對於本項專款，護理師公會全聯會非常珍惜，也很認真監督。

鄭主任委員守夏

謝謝楊委員麗珠，本報告案就到此…。

黃署長三桂

- 一、剛剛吳委員玉琴所提 50 億元預算，是用於調整急重難症之科別，與剛剛的護理費專款不一樣。護理費是為護理界爭取權益，50 億元則為各科之間，包括內、外、婦、兒、急診及麻醉等科別的角度。這是 102 年的預算，直到 102 年底才確定分配方式，所以是以追溯的方式支付，更麻煩的是還要維持三層級醫院間的平衡，讓分配更加困難。
- 二、委員在協商預算時，覺得很痛苦，協商後交由健保署執行，我們執行得也很痛苦。父母親分配財產給子女時都很困難了，我們要分配醫界的預算更是困難，本方案直到去年底今年初才定案，趕在 4 月前將 102 年第 4 季的預算分配完。我們的處理方式是，請醫院協會楊理事長漢淶函請各醫院務必遵守規定，並請各學(協)會函轉會員了解，我也請各分區業務組組長親自打電話給轄下分配額度較大的醫院，給予必要說明並請其配合。
- 三、我們在分配預算時，常要得罪很多人，這廂護理人員不滿意，那廂醫院經營者也不滿意，且常須去監察院說明，非常痛苦。若健保會在分配預算時可以講得更清楚，我們就能有所本；若分配定義不夠詳細，我們執行時就會很痛苦。

鄭主任委員守夏

謝謝黃署長三桂的說明，本報告案就到此。接下來進行例行報告第三案。

貳、例行報告第三案「104年度全民健康保險醫療給付費用總額協商工作計畫案」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

本案與 104 年度總額協商有關。請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

基本上，委員已有去年的協商經驗，且費協會時期也累積十多年的經驗，所以協商過程中曾發生的問題，皆會逐一改善。請問委員對所規劃的工作項目及時程安排有無意見？請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

剛與吳委員肖琪研究護理師公會提到…。(吳委員肖琪徵得陳委員錦煌同意後代為提問)

吳委員肖琪

- 一、剛陳委員錦煌問我，黃署長三桂報告自 98 年至今，護理人數增加八千多位，但護理師公會提供的資料卻僅增加 3,962 位，為何有近四千餘人的落差？我的回答是，護理師公會認為不能計入新設醫院擴床所增加的護理人力，所以雙方有落差。另 1 項問題是 1 年畢業生八千多位，為何從事護理工作者僅六千多位？我的回答是，因有護士退休，所以有差距。他又詢問各年增加的情形，我則說沒有數據無法進一步計算，只知道數據落差的原因。
- 二、去年協商時謝委員天仁的眼睛很利，提到為何有些醫院關床還可照領補助款，那是我第 1 次看到關床相關數據，之後則未再看到。醫改會網站有發布相關資料(103.4.23 新聞稿「43%醫院減人照領補助，八成醫學中心護病比超標」)，建議健保署應清楚說明從 98 年開始，每年增加多少護理人力。另，記得有人提出在計算醫院所增加的護理人力時，應先減掉該聘卻未聘足

之間的數目，例如該聘 100 位，卻只聘 90 位，從 90 增加到 110 位，只能算增加 10 位，不能算 20 位，因另 10 位是醫院本就應聘的。

- 三、有關為何護理人力未增加，醫院卻還可拿幾百萬元？我說因為還有其他可獲支付的評估指標，如品質指標等。剛陳委員錦煌說我是學者專家，應該都要知道，我說能力有限，所以後來提出請對這部分疑問需予釐清的意見。
- 四、至上一案所提到自付差額特材的收費標準乙節，很高興看到健保署提供相關資料，有些縣市衛生局提供轄區內醫院自付差額品項的價格，有些則無。為節省大家時間，有兩點建議，一為自付差額特材的收費資料，可否請醫院直接提報健保署，這樣會較單純；二為護理專款的運用，就我所知，有些費用並非用在改善護理人力，而是提升品質，能否彙整相關資料，以供委員在最短的時間了解，就不用花這麼多時間討論此議題。

鄭主任委員守夏

- 一、回到例行報告第二案，自付差額特材的收費標準可否依剛才決定，請幕僚同仁先詢問醫事司，各縣市衛生局有無依規定公布相關資料，及依現行規範，健保署還能做什麼。
- 二、至於提升住院護理照護品質的 20 億元專款，相關方案一定要提經本會同意。依健保署之前的說明，因要擺平各方意見，需要花費較長時間，所以可採追溯方式支付。請健保署提報本會方案時，一併提供今天委員所詢問題的相關資料，如每年畢業的護理人數、各醫院新增的護理人數等，這部分也請楊委員麗珠協助健保署。如因時間落差、各縣市申報動作快慢不一，資料無法百分之百正確時，也可提供一個資料範圍，但八千多位與三千多位，差距實在太大。
- 三、有關例行報告第三案，今年 9 月總額協商會議前的座談會，是

要加開 1 次或 2 次？曾與幕僚同仁討論，建議 8 月召開 1 次即可，因 7 月有評核會，各部門總額執行成果報告的資料很多，可俟評核委員提出明確建議後，於 8 月座談會將渠等意見一併納入。何委員語曾擔任評核委員，知道要看的資料實在很多，能有專家學者先幫委員消化最好。7 月份委員會議當天，因評核會尚未召開，未有相關資料，所以建議到 8 月委員會議當天下午召開座談會，作為 9 月協商前的預備會議，也讓健保署與總額部門有 1 個月的時間準備協商所需數據，屆時就不會因未有充足數據，而流於喊價的情形。第 21 頁議程資料本建議於 7 及 8 月共加開兩場座談會，委員可否同意改為 8 月召開 1 場座談會？請蔡委員登順。

蔡委員登順

支持主席的建議，7 月評核會後資料才完整，8 月召開座談會，除可節省時間，並能與四總額部門所提供的 104 年度協商規劃草案加以扣連。

謝委員天仁

- 一、對流程無特別意見，只是分享歷年的困擾。我認為最缺乏的是充分的資訊，常在最後一天要上場協商時，資料還未提供，而有不知如何與醫界協談的難處，這部分須請健保署多協助，也請幕僚同仁多加催促，讓資料盡快產出，以使協商更為順利。
- 二、評核委員的建議常與健保署提供的意見相左，一個說計畫做得很差、一個說執行狀況良好，不知如何解讀。舉個最簡單的例子，「家庭醫師整合性照護計畫」之實施已超過 10 年，評核委員說效果不佳，健保署資料卻顯示執行情況良好，資料如何連結、運用，大家恐須用點智慧。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝。評核會議有兩整天，執行成果報告有 1 天半，健保署與

各總額部門會提出哪裡好或哪裡不好，評核委員也有自己的看法，意見不同在所難免，幕僚須忠實呈現各自意見，如只提供一邊的意見，恐有失公允。評核會結束後，請幕僚同仁儘速整理評核委員的共識意見，供委員參考，7位評核委員也不見得有共識，可能有評核委員認為該項計畫執行良好，卻另有委員認為效果不佳，則對該項計畫就無共識。

二、評核會議的資料很多，恐怕委員沒時間逐項看，如對各總額部門執行成果的報告資料有興趣，也可提供委員參考。

三、感謝委員天仁提醒，有多年協商經驗的委員較知道竅門。8月座談會時，付費者委員可提出須請健保署或總額部門提供的資料需求，則至少還有1個月的時間準備，如協商當天臨時想到，而要求當場提供，恐有難度。

吳委員玉琴

時程表中安排座談會係於8月22日下午召開，評核會只列7月下旬，能否早點通知委員時間，以利安排行程。

鄭主任委員守夏

時間已確定。

柯執行秘書桂女

向委員報告，因涉及會議場地的租借，今年度總額評核會議的時間訂於7月30及31日，請委員預留時間與會。

鄭主任委員守夏

訂於7月30及31日兩天，地點與去年相同，在台北市杭州南路的集思交通部國際會議廳。請何委員語。

何委員語

一、剛提到「家庭醫師整合性照護計畫」，評核委員是用嚴謹的角度來看，而健保署提供的資料則是以鼓勵的角度；在人口密集的地區，成效就不是那麼好，而在偏遠地區，則效果良好；以

就醫方便來看，是有達到某種程度的成效，但以評核委員的觀點，則認為不佳。

二、每個人看法不盡相同，最重要是提供的資料要能反映實際狀況，才較公平，也才能真實呈現計畫的成果。付費者委員不是醫療體系的專業人員，只能透過相關書面資料了解，但有些事情不容易以文字敘述呈現，須透過參加評核會議才能了解。

鄭主任委員守夏

非常感謝委員的發言。今天會議除有 1 項討論案、4 項專案報告外，還臨時增加「104 年度全民健保醫療給付費用總額範圍(草案)」諮詢案，故會議時間恐須調配，以盡可能處理完所有議案。接下來進行例行報告第四案。

參、例行報告第四案「中央健康保險署『103年3月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

依本會 102 年 2 月 22 日委員會議決定，業務執行情形之口頭報告，採季報方式，4 月須進行口頭報告。有請黃署長三桂。

黃署長三桂報告

鄭主任委員守夏

委員有無垂詢？請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、業務執行報告第 29 頁，去年第 4 季門住診藥費成長 8.76%，今年 1~2 月成長 7.45%，皆已超出原設定的藥費支出目標。去年超出目標五十多億元，所以今年應調降藥價，但卻自 5 月 1 日才降，而 1~4 月仍沿用舊藥價，如此會產生遞延效果。另外，藥費支出目標與總額也無法產生連結，總額是全年結算，但超出的藥費未於當年而是隔年才調整，且還不是從 1 月 1 日起調降，實難了解其用意。
- 二、藥費支出目標制似乎已破功、沒用，因藥費仍飆得很高；成長率超過預期，表示藥費管理有問題，我認為應檢討。藥費成長如已超出支出目標，應從 1 月 1 日開始調整藥價，怎會從 5 月 1 日？應溯自發生的同年度結算才合理。
- 三、從某個角度來看，衛福部是用偷渡的方式試辦藥費支出目標 3 年，民間團體本就有意見，現在上路，又產生那麼多扭曲的情況，值得好好檢討，其機制顯然有問題。

何委員語

- 一、藥價問題，我要提出兩點建議。胃藥價差很高如屬實，相信很多藥價也都有問題；成本 5 元的藥，卻核付 21.4 元，太離譜。宜重新檢討所有處方藥、專利藥的價格，訂定合理藥價。

二、據悉國外專利藥，尤其美國，雖過了專利期，我們因迫於壓力，卻必須再延長 5 年；延長 1 年，屬合理，但延 5 年之專利藥價支付，我覺得很離譜。台灣的藥廠很聰明，只要 2 年就能研發出與專利藥同成分、同功效的藥品，我們為何還要繼續支付這麼高的藥價給國外廠商，應加以檢討。也希望立法委員提出質詢，我們不應一直用這麼高的價錢購買已過期的國外專利藥；歐洲商會、美國商會這樣壓制我們，太不合理。老百姓也應做政府後盾，提出抗議，不然真會買到太貴的藥。

李委員永振

- 一、業務執行報告第 10 頁，有關政府保險費補助款，自 101 年 7 月 1 日起直接由中央政府撥付，為何 102 年的收繳率是 99.7%，而非 100%？
- 二、依第 18 頁的安全準備金及營運資金投資概況表，103 年 3 月底資金餘額為 843 億元，較去年底增加 563 億元，其中附賣回交易票、債券，增加約 100 億元；定存約增加 165 億元；活期約增加 300 億元，健保署在這方面的運用要更努力。資料提到活期利率已努力達 0.66%，值得肯定，但以資金運用成果來看仍感覺較低！剛報告 103 年安全準備還會增加 80 億元，104 年會有 260 億，未來趨勢還在持續增加，不曉得健保署有何因應措施？

鄭主任委員守夏

先請陳委員宗獻，再請陳委員錦煌。

陳委員宗獻

- 一、藥價部分，贊同謝委員天仁所提，超出部分盡快調降，因整體機制是，超過 102 年藥費支出目標的部分，於今年扣錢；至去年超出部分如何處理？以基層為例，係由外科、婦產科等所有基層醫師共同承擔，並未向健保署多拿錢，外科也曾因此向我抗議。

- 二、5 月才調降藥價確實有點晚，如能提早，將有助各科內部的費用預估。我覺得最快應可在 3 月調整，因去年 12 月的醫療費用，是今年 1 月開始申報，截止日期為 2 月底，故 3 月才能有數據。
- 三、至於藥價問題，新藥引進多為專利藥，通常一引進價格就非常高。目前重大傷病、罕見疾病約 90 萬人，花費 1,500 億元，即這 90 萬人用了約 1/3 的醫療費用。另，癌症已漸變成慢性病，以前從發現罹癌後沒幾個月就過世，現在可存活好多年。這些專利藥在國外一上市，就立即向我國提出申請，但在健保署藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議中，會發現有時不容易找到國際中位價，因其他國家均尚未引進。
- 四、引進新藥最大的好處，除照顧病人外，還可讓藥廠的股價上升。疾病的照護方式一直在進步，我們可否慢點引進新藥，等價格較低時再引進，如只有一、兩個國家在使用的藥品，尚無國際中位價，就先不要引進，讓它在自費市場 5 年後，再納入健保給付，才不會一開始藥價就很高。超過專利期後，藥價雖調為乘 60% 支付，看似降幅不少，但實質藥價仍很高，應從源頭處理才有用。

陳委員錦煌

- 一、記得 98 年醫院慢性 B、C 型肝炎藥費才 6 億元(註：95 年為 7 億元，98 年為 14.84 億元)，101 年增至 35 億元，到底 B、C 型肝炎能治療好嗎？以前 6 億元就可以治療，101 年醫院專款中編 19.22 億元、一般服務中編 15.78 億元，合計 35 億元，醫界也不希望占用一般服務的預算。幾年下來到底醫好多少肝炎病人？效果如何？健保署能否提供相關資料。
- 二、聽說以後罹患愛滋病的外國人來台，一定要醫好才能出境，請問是花誰的錢，是署長的嗎？這有道理嗎？說是人權問題，請問愛滋病能醫好嗎？應醫不好吧！請問健保署打算如何處理。

鄭主任委員守夏

委員的提問很多，李委員蜀平發言後，先請黃署長三桂說明。

李委員蜀平

尊敬的主席、委員，剛聽到何委員語一席話，一位非醫藥人員卻能談 PPI 胃藥的問題，真是心中湧上一股暖流。未來台灣一定要發展製藥工業、製藥工程、生物科技及用藥安全，目前累積多次健保核刪的藥價已有六百多億元，但核刪的藥價，卻未用在發展製藥業方面，請問當初核刪藥價的目的何在？節省的錢用在哪？如不想發展製藥工業，政府不應要求 GMP(優良藥品製造規範)、CGMP(現行優良藥品製造規範)標準，到現在的 PIC/S(國際醫藥品稽查協約組織)標準。國內藥廠實施 GMP 之前約有 550 家，實施 GMP 期間約有 200 家，實施 CGMP 時約有 163 家，從實施 PIC/S 後，剩下的藥廠約只有 63 家，不到 100 家。健保署之健保費一直控制在總額預算中，因為費用不夠才一直核刪藥價，但核刪那麼多藥價，卻未用於發展台灣製藥工業，請問這群製藥工業及生物科技廠商，未來何去何從？希望明確說明核刪藥價的費用用於何用途，如不合理就不應那麼嚴格地要求台灣的製藥工業。再次強調，如果照人口與土地面積比，台灣是全世界製藥工業要求最嚴格的國家，美國、日本並未要求全面實施 PIC/S，但我們的藥費卻只有他們的 30%，情何以堪。

鄭主任委員守夏

請黃署長三桂回應。

黃署長三桂

一、先綜合回應，謝委員天仁及何委員語關心的藥費，講到我們的苦處。去年是實施藥費支出目標制的第 1 年，衛福部試辦 DET(Drug Expenditure Target；藥品費用支出目標制)是 2 年，不是 3 年。102 年藥費支出目標值為 1,380 億元，卻用了 1,436.7 億元，所超出的 56.7 億元要調降藥價。由於 12 月的費用至隔年第 1 季健保署才有完整資料，故辦法規定於第 2 季的第 1 個月，即 4 月 1 日起調降藥價；為何變成 5 月 1 日，是

因有藥廠到處投訴，健保署遭受各方很大壓力，最後立法院決議延至 5 月 1 日及 7 月 1 日施行。健保署是行政單位，所以須受立法院監督。健保署非常期待像謝委員天仁及何委員語等如此認真瞭解健保業務的公正人士，未來也能擔任立法委員，相信會對健保業務推動很有幫助。雖然 5 月 1 日才調降，但第 2 年，仍會依規定自隔年的 4 月 1 日開始調整，故藥界今年雖賺 1 個月，但明年我們只給 11 個月的時間，所以是朝三暮四或朝四暮三的問題。

二、有關藥價專利及調整問題，我們真的非常辛苦，有廠商告我們圖利國內藥廠，可是反過來說這在國內是扶植國內產業。謝謝委員讓本署有機會表達，真的有很多苦水，我們也絕不願意專利藥核價那麼高，藥品剛過專利就會用 10 個國家的最低價檢討，但這樣就已受不了，到處綁手綁腳、無法施展。在這裡向委員保證，會照原訂計畫執行，雖今年讓藥界占 1 個月便宜，明年一定在 4 月 1 日調降藥價。

三、陳委員錦煌提到慢性 B、C 肝炎治療藥費從 6 億升到 35 億元，是因為最初規定須通過肝臟穿刺檢查才可用藥，而後來修改成以其他不具侵入性的方法檢測，故用藥人數增多，導致費用變高。至於療效問題，我們也一再要求肝炎防治委員會要提出藥效報告，不能每年用那麼多健保費用，卻不提供臨床證據，所以很快會有報告出來；但向委員報告，有部分肝炎防治委員認為三十多億元仍不足，要六十多億元才夠，這我也沒辦法，本署實在已管得很嚴格。

四、很佩服李委員永振，在那麼多張報表中，還能看出政府保險費補助款 102 年的收繳率是 99.7%，這部分請本署財務組說明。

唐專門委員蕙文

跟委員報告，關於 102 年政府保險費補助款部分...

童代理委員瑞龍(楊委員漢源代理人)

請向委員說明資料在業務報告的第幾頁，以利閱讀。

黃署長三桂

抱歉！請委員參看本次全民健康保險業務執行報告第 10 頁表 6-1。有關政府保險費補助款的收繳率，為何僅 99.7%而未達 100%，請本署同仁說明。

唐專門委員蕙文

- 一、向委員報告，表列 102 年的政府保險費補助款，其中非法定部分，如地方政府補助老人或身心障礙者等的保險費，因部分 102 年的費用需等到 103 年才能進行人數及資格的核算，而核算後才會開單計收費，目前尚未屆繳費期限，故收繳率未達 100%。
- 二、有關安全準備金投資運用部分(業務執行報告第 18 頁表 12)，健保署在進行定期存款時，都會向各銀行洽詢較優惠條件，但本署金額屬大額存款，利率較一般牌告利率低，且各家銀行亦會審視其資金水位，若水位已滿，也會有拒收的情況。本署在資金運用時，皆會先經過詢價，並兼顧收益性與安全性後，再做整體運用。

李委員永振

- 一、謝謝健保署的回應，葉委員宗義剛已立即查詢，結果一般活期存款利率 0.3%，安全準備金利率 0.66%，可見健保署有努力；但定期存款 1 個月利率為 0.885%，1 年期利率為 1.35%，我也清楚目前銀行不願接受大額存款，但若搭配剛才提到的 104 年趨勢分析，未來健保署仍持續有巨額的現金流入，這與過去現金流量時多時少的情況，已不可同日而語。
- 二、依幕僚推估，未來 9 個月還會增加 80 億元，以定期存款為例，能否跟銀行議價，定期存款 1 年利率到 1%即可，不需太高，或開始考量其他收益較高的投資方式，因現有三百多億元的資金，非僅 2、3 億元，應可做更有效益的運用，以獲取更大收益。

鄭主任委員守夏

此部分請健保署參考，委員可提供建議，但若資金調度出差錯，則健保署同仁需負起責任。李委員永振是建議健保署不需如此保守，可以嘗試不同的處理方式。

李委員永振

我肯定健保署的努力。

鄭主任委員守夏

請陳委員川青。

陳委員川青

提供一個數據供健保署參考，軍公教退撫基金大單的存款利率平均為 0.9%，建議健保署再和銀行業者洽談協商提高存款利率的目標努力爭取。

鄭主任委員守夏

謝謝。請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、剛黃署長三桂所提藥費支出目標制試辦計畫，我看到的資料是 3 年，若去年沒有開始啟動，則今年不會因超出 56.7 億元而須調降藥價，所以應是從去年開始實施，但這已非重點。
- 二、健保很多方案都溯及既往，為何藥費支出目標不行？如適才吳委員玉琴所提，衛福部核定 50 多億元用以調整急重難症的支付標準案，即溯及既往，而護理費專款也如此辦理，為何藥品調降不能溯自今年 1 月 1 日？怎麼說都不合理，這是年度內的事，去年度超出目標，為何不能追溯今年元月處理？
- 三、此運作扭曲的結果是造成大醫院侵蝕小醫院的利益，因為大醫院用藥量多，或許可用總額、浮動點值或調降藥價方式來平衡。我們一直試圖解決醫院層級間平衡的問題，雖然找不出門住診適合的比率，但藥費就是一個很好方式，為何不好好進行相關檢討，建議最好的方式就是在當年度進行結算。以去年為

例，藥費支出目標為 1,380 億元，若超出，則調降藥費，或許會有信賴利益保障的問題，但本來實施總額支付制度，若超出目標，即可進行相關調整；經調整後，大型醫院所拿到的藥費就會下降，經費就可流到中小型醫院。相關計畫的措施不調整，或仍因循故舊，就是在保障大醫院的利益，地區醫院欲爭取保障點值，保障什麼點值？若能照此建議實施，則分配正義就會出現。為何無法如此執行？是因財團壓力？若如此，健保會應下個決議，解決藥費產生圖利大醫院的問題。

- 四、不解衛福部去年為何要啟動本試辦計畫，其曾經費協會 3 次委員會議討論，但都無法通過，係因該機制沒有意義，無法產生應有的效果。此部分我認為應進行檢討，若無法於當年度結算，也應溯自次年 1 月起算，才能產生真正的效益。原計畫就是如此規劃，為何要延後 1 季執行？不了解延後的意義，明明已經超過目標，正義何須遲來？從目標制實施後，各位看到的藥費成長速度可以用爆衝形容，看得我都膽顫心驚，此現象能不予好好因應嗎？健保再這樣下去，會被藥費拖垮。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

- 一、請問業務執行報告第 32 頁，1 月份西醫基層預估點值降低很多，是否與流感有關？
- 二、肯定健保署對管制藥品努力管控，目前已稍微下降，但在此呼籲，管制藥品如抗憂鬱、鎮靜劑等，已達到管制成效，建議可修正管控頻率。
- 三、另業務執行報告第 36 頁提到，門診透析醫療品質指標仍依台灣腎臟醫學會所提供之資料編製，但在協定總額時，已要求院所直接上傳資料至健保署，請說明本段是引用以前文字未修

改，或目前仍無法做到。

鄭主任委員守夏

請李委員蜀平。

李委員蜀平

主席、各位委員，剛聽到黃署長三桂提到為了健保核刪，特別被AIT邀去美國開會說明，但開會時只能坐在最後面冷落的一角，想到心裡很難過，目前我心情也是如此，我代表所有藥師與藥界，但每次提問題時都沒有被理睬，這樣對嗎？我現在的心情比健保署長去美國開會的感受，還要難過，懇請黃署長回應我的問題，為何核刪藥價的款項，不用在製藥發展或提升用藥品質上。

鄭主任委員守夏

難怪今天外面會下雨。請黃署長三桂。

黃署長三桂

不是不回答李委員的提問，而是您的問題都非健保署權責，如藥廠設置標準等，都屬食品藥物管理署的權責。

李委員蜀平

我的問題是核刪這麼多健保藥費，是用在哪？為何核刪下來的藥費不能用在製藥工業、生物科技的發展及用藥安全上。卻用在其他醫事部門，今天核刪藥價只因為總額關係，是藥界比較弱最好修理，因此就不斷地核刪藥價，請問核刪這麼多藥費，合理嗎？如不合理，就不應要求所有藥廠要做到全世界最高的標準，這些不合理也不合邏輯的問題，恭請署長回答，以便未來我向藥界說明政府的政策。

黃署長三桂

委員您的問題應該是食品藥物管理署的權限，健保署實在無法回答。藥價調整節省的費用是用在引進新藥、新科技，就健保署職責，何德何能做到扶植製藥產業。

李委員蜀平

還是沒有答案，我只是問核刪的藥價，用於何處。像藥師公會全聯會在 4 月 20 日舉辦活動，討論用藥安全、珍惜健保資源及拒絕無效醫療等議題，邀請健保署參加，健保署連回應都沒有，真的太漠視藥師與藥界。我的意思是，健保署除了引進新藥外，應有經費用在扶植生物科技及製藥工業發展及用藥安全上，如果沒有此策略，就不要無理的核刪藥價，但一直都未得到健保署合理回應。

黃署長三桂

- 一、剛才干委員文男提到 3 個問題，門診透析醫療品質指標資料，今年 7 月 1 日起院所將直接上傳至健保署。
- 二、西醫基層總額點值部分，因為是預估點值，通常會偏低。
- 三、有關管制藥品的管控，目前仍未穩定，以 Stilnox(史帝諾斯，安眠藥)為例，一年使用 1 億 5 千顆，相當於全台灣 2,300 萬人，每人每年吃 6~7 顆，仍未達管制的理想狀況，所以目前尚不能放寬。

鄭主任委員守夏

- 一、調整藥價其實是讓價差合理化，若沒記錯，到目前為止，民眾及民意代表仍無法接受「合理利潤」，日本也是經過很多年後，才開始訂定「合理利潤」，因此若哪天我們能訂出合理利潤，就可不再用藥價調查來調整藥價。
- 二、調降藥價只會讓藥品處方量增加，而量的增加會造成浪費也增加，所以在研擬藥品支出目標試辦計畫時，專家學者皆持反對意見，目前唯一的好處是，藥廠可以預期藥價調降的金額，以前廠商忐忑不安，不知道是 50 或 500 億元，現在有個目標值，大家心裡就有底，對廠商是有好處；但說實話，對民眾用藥或浮濫用藥，完全沒有幫助，因此若要修正，則須大修改，可能就不只 AIT(美國在台協會)，包括歐洲商會都會來施壓，

基本上這是個很複雜的問題。謝委員天仁所提溯及既往建議，請健保署考慮，因為這是第一次實施目標制，未有過去經驗可供參考，只能邊做邊修正。

三、本案已花許多時間討論，應結束了，後面尚需緊急處理的「104年度全民健保醫療給付費用總額範圍(草案)」諮詢案。

李委員蜀平

抱歉！再占用大家時間，剛才主席提到合理藥價差，其實健保署早訂有合理藥價差範圍，但卻未執行，我屢次提出，都未被理睬。是否將所有藥品的健保價與實際售價攤開，看目前所有的醫學中心的藥價差有多少，如果醫療都靠藥價差來維持醫院的營運，這豈不抹煞了醫師的專業嗎？這些問題一定要打破砂鍋問到底嗎？健保署有訂定合理藥價差，但有確實實施嗎？這些問題一旦某天壓力承受不住，健保署能永續經營嗎？實在令人心寒。

鄭主任委員守夏

因時間因素，進行下個報告案，請衛福部代表報告。

肆、臨時報告「『104 年度全民健康保險醫療給付費用總額』（草案）
諮詢案」與會人員發言實錄

衛福部社保司梁組長淑政報告

鄭主任委員守夏

本案係衛福部送行政院核定前，依法須諮詢本會意見，現開放委員提問。請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

- 一、請問本案的程序是否今天一定要通過？因為昨天晚上才突然收到資料，而且事前並不知會有此報告案。我昨天晚上 11 點才到家，連閱讀或審閱的時間都沒有，或許其他委員都很努力在半夜看資料，但由此可知，行政部門對本會委員非常不尊重。
- 二、本報告案內容複雜，付費者委員對此議題亦不清楚，若就此審查或通過，實在令人害怕，且 104 年上限成長率為 5.011%，似比 103 年高很多，若今天本會通過後，衛福部就陳報行政院，今年協商可能又要跟醫界吵架，他們會認為付費者代表為何要砍那麼多成長率。
- 三、本案資料提供太過匆忙，且不知道今天議程有此案，建議下個月再討論。

鄭主任委員守夏

依健保法規定，主管機關於年度開始六個月前擬訂範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。對吳委員玉琴提議下次會議再討論的意見，請衛福部代表確認流程及說明。

楊代理委員慧芬(曲委員同光代理人)

- 一、感謝吳委員玉琴的建議，衛福部在研擬本案過程，曾召開四次會議，邀請健保會付費者委員、醫界代表及專家學者等參與討論。今年因為嘗試調整低推估值的計算公式，所以過程較費時，期間也徵詢許多專家學者的意見，並希望取得醫界對所採

指數、權數之修正共識，惟醫界截至本週一才全數回復，最終仍無共識意見，爰維持過去的計算公式。作業程序造成延宕提供資料時間，在此致歉。

- 二、衛福部依法需於年度開始六個月前擬訂總額範圍，並先諮詢貴會後再報經行政院核定，才能交付貴會進行協商。因行政院及國家發展委員會亦需作業時間，以召開相關會議，本案若延至下次委員會議討論，年度總額的協商時程恐也必須隨之延後。

鄭主任委員守夏

- 一、照以前程序，衛福部通常會於 4 月底前送行政院，行政院約有 2 個月的作業時間，以核定年度總額範圍。
- 二、委員對本諮詢案，如總額範圍上、下限，及報告內容如專款項目或需特別改善、增加項目等，皆可提供建議，本案為「諮詢」，非「審議」，請委員試著就剛才的報告內容進行討論，對於未有總額協商經驗的委員，的確比較辛苦，但對有經驗的委員，如陳委員宗獻等，應該不成問題。本案是制式報告，非審議案，所以不進行實質審查，否則就會進入協商程序，但目前尚未到協商階段。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、本報告案為諮詢本會對 104 年度全民健保總額範圍的意見，是否會影響各部門總額的成長率？例如非協商因素中藥品的成本指數，若通過本案，各部門總額是否即沿用舊制計算？或大總額歸大總額，各總額部門可有不同的計算公式。我提問的原因是，十多年來對藥品的指數都採用主計總處資料，但主計總處調查時，並非依健保總額的需求進行規劃、統計，調查的品項也與健保無關，但因指標較具公信力，所以就被採用。歷年來，此議題一直被提出討論，現在面臨 5 年 1 次總檢討的時機，四總額部門(牙醫、中醫、西醫基層、醫院)藥品使用的項

目、權重、結構大不相同，現在好不容易有學者的研究報告出爐，基本上已經統計得很清楚，以西醫基層為例，基層有 50% 的藥品屬於腸胃、心臟、微生物等類，但其在主計總處調查的項目中，僅占 10%；換句話說，所採數據不準確，若能改依各總額實際使用藥品的結構計算，對總成長率影響也不大，更不會每年一直成長，將更符合實際情況。

- 二、希望先確認若通過本案，是否並不影響各部門總額的非協商因素成長率計算基礎；若不影響，則同意 104 年度大總額照舊制計算，之後本會協商 104 年各部門總額時，再討論可否依各部門使用藥品的項目、結構來計算。若本案通過後，各總額部門都要依循舊制計算，可能就不適合。

鄭主任委員守夏

- 一、先說明，我與吳委員肖琪參加過 2 次衛福部的座談會。藥品成本調查可以有不同的資料來源，林副教授文德的報告內容明確指出各有好壞，但問題在於，過往調整公式時，都會先請健保署進行試算，簡單說，醫界會選擇對自己有利的方式，這是以前的作法。因此若要改變，能否先決定原則，在 8 月或 9 月之前，如果我們可以談定較合理的公式，不經試算，就直接採用。但專家學者強烈的共識是，不要每年都討論公式、資料來源、權重等，一經定案就適用 5 年，若委員有共識，今年討論定案後，明年就不再討論公式。
- 二、若能在 8 月或 9 月前達成共識，則可以採用新公式計算各部門非協商因素，若無法達成共識，則今年就不改變，仍使用舊制。要有「共識」，這個「共識」就是「大家都有共識」，尤其醫界之間要有共識；之前討論時提到，西醫基層與醫院部門可否有不同的權重、指數等，這在林副教授文德的報告亦有提及，各部門能否達成共識我不確定，歷年來報行政院的公式就

是協商時採用的公式。剛才陳委員宗獻所提 5 年到了要調整，若來得及，我們可以改；若來不及就不改。來不來得及，是指大家能否有「共識」。

- 三、先跟各位報告，要有共識並不容易，因為光專家學者之間，就有許多不同意見，今天不太可能有決議，因為付費者代表可能不清楚現在討論的公式為何，其係指非協商因素(低推估值)，包含投保人口成長率、人口結構改變對醫療費用的影響率，及醫療服務成本指數改變率，計算結果是 1.772%。因此，若改變公式，則會出現不同結果，之前衛福部調查結果就是各部門未有共識，所以才繼續沿用舊的計算公式，1.772%是 104 年總額成長率低推估值。
- 四、若協商前還來得及，亦不違反行政院核定之上、下限範圍，只要各部門有「共識」，即可以新的公式計算總額成長率，但先提醒，專家會議時，十幾位熟稔健保總額協商議題的專家學者，都無法達成共識，因此要達成共識，真的非常困難。
- 五、付費者代表還有無意見？請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、本案為報告案，委員可進行相關探討，並提供意見。剛才吳委員玉琴的意見是，每次都有延遲提供資料的情形，昨天拿到的報告資料，今天就要通過，第一，不尊重委員，第二，委員即使想用功探討，也沒時間。雖然部分委員、醫界代表都有參與之前相關會議，但那只是前端廣泛蒐集意見的會議，應該整合相關意見後提至本會報告，且預留足夠時間，讓委員可以充分討論。
- 二、個人認為社保司資料提供太晚，剛才主席提到 1.772%如何產生，我們若不懂，還有時間可以請教會務人員或蒐集意見，瞭解來龍去脈。不清楚今天可否就此定案。但建議延至下個月討

論為宜，且日後相關提案均應依時限提供，以利委員研讀。

鄭主任委員守夏

看來有委員附議吳委員玉琴的提議，可否先針對本案延至下個月討論，以讓委員有較多時間研讀，表示意見；不過若如此，則衛福部報行政院的時程會較急迫。請何委員語。

何委員語

- 一、我本來要參加 3 月 31 日保險付費者委員座談會，但在前 1 晚接獲通知，因為太陽花學運，須陪同所屬團體赴總統府向馬總統提出建言，所以無法出席。但衛福部於會後，並未依會議慣例，將紀錄及相關資料寄供未出席的委員參考，建議衛福部以後對邀請出席者，無論有無與會，都能提供相關資料。
- 二、104 年預估保費收入 5,113 億元，但醫療費用總額成長率的低推估值為 1.772%，含部分負擔金額就達 5,814 億元，若不含部分負擔，則為 5,378 億元。不清楚衛福部那場座談會，付費者委員是否全數到齊，應讓付費者委員有更多時間詳細閱讀資料，昨天一整天都在開會，到晚上才知道有這份資料，根本來不及看。
- 三、建議下個月再討論，我知道法定程序上是諮詢健保會意見。預訂時程在 4 月沒錯，但 5~6 月是付費者考量付費意願階段；讓付費者需有時間詳細研讀，所以下個月再討論，一定會較圓滿。

鄭主任委員守夏

何委員語支持下個月討論，有無反對意見？

侯委員彩鳳

贊成。

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

剛醫界委員表達對非協商因素有不同意見，我想非協商因素是衛福部為評估整體醫療費用而設計，包括投保人口年增率、人口結構改變率及醫療服務成本指數改變率，都有一套公式。而且每年 3、4 月時，衛福部會找醫界討論，若醫界有不同意見，可在那時表達，十幾年來都採此方式未改變。104 年總額成長率範圍低推估值是 1.772%，這代表 104 年基本的成長率；高推估值為 5.011%，我們就會在 1.772% 至 5.011% 之間協商，看四總額部門各需成長多少？協商的空間就在這範圍內。我想非協商因素就不用再談，若醫界要談，就請在衛福部召集會議時討論，歷年來這部分我們都依循衛福部報奉行政院核定的計算公式與數值。

吳委員肖琪

- 一、主席、各位委員大家好。謝謝各位委員關心這件事情，在去年以前，本案不須諮詢本會意見，但去年已經討論過 1 次，今年是第 2 次。每年費用協商時程幾乎都一樣，低推估值部分，衛福部已經過四次會議討論，且剛主席也提到變化不大，所以建議討論變化較大的高推估值，剛吳委員玉琴也提到較擔心高推估值部分。
- 二、請委員參閱補充的書面資料，第 13 頁第 24 張投影片，有關「低推估值之建議」，其中「建議應加入主計總處公布之資料」，應修正為「建議應採用主計總處公布之資料」，那天柴委員松林也在，剛已先跟柴委員討論並確認文字，這樣才妥當。
- 三、經過多次討論，低推估的部分變化不大，唯一有變化是第 12 頁第 21 張投影片之備註，有些微調整，其他部分則變化不大。呼應剛蔡委員登順的建議，低推估就這些數值，影響不大；至於高推估值，請委員參看第 14 頁第 25 張投影片，很多人反映 Statins 有許多不同藥價，聽說有些醫界就只用最貴的品項(40 多元)。對於政策目標與協商因素之建議，若會影響費

用，應該先處理，以免醫界與健保署關係上過於緊張。

- 四、去年 11 月何委員語提出 R 值應該往前進，且在協商前就應提出，這次我們在協商前要記得提出 R 值應該往前進。若大家不清楚 R 值往前的意義，在 8 月委員會議時可充分討論。
- 五、第 14 頁第 26 張投影片提及總額基期費用已達 5,700 億元，應就分配合理性進行檢討，感謝上個月李教授玉春蒞會報告，委員不只關心往上加的費用，對於基期 5,700 億元是否有不合理之處需扣減？也可於 9 月前充分討論，究竟那些部分可再調整。
- 六、以前總額範圍都是看成長百分比，建議委員這次不要只看百分比，還要看金額為多少億元。請委員參看第 8 頁第 14 張投影片，這是我們比較擔憂的部分，建議衛福部在報行政院前，要將 94~97 年的總額成長率補齊，因為第 7 頁第 12 張投影片，付費者能力參考指標係呈現 90~103 年，但第 8 頁第 14 張投影片，則未列出 97 年以前的數據，年度要一致才較易比較、討論。
- 七、記得去年諮詢案呈現的 103 年度高推估值為 4.5%，大家在討論時已體認到同樣是 4%，意義已不同。早期總額只有 3~4 千億元時的 4% 成長率，與現在已近 6 千億元之 4% 成長率，有明顯不同，應列出增加金額較清楚，這部分提醒大家注意。
- 八、建議本案不用等到下個月再討論，因為低推估的部分幾乎沒有改變，最重要是高推估部分。我們在 9 月前，不論付費者或醫界委員，都必須事先想好，不要讓中間的落差太大。本案應該可在這個月就讓衛福部報行政院。
- 九、希望今年可以把握一點原則，就是請各部門總額提出來的上限不要超過行政院核定的上限，若超過上限將很難談，也希望醫界委員可以配合。在上限範圍內，大家再來談增加哪些項目。以上是就之前參與會議的心得提出說明。

鄭主任委員守夏

謝謝吳教授肖琪！吳教授多年來都被邀請至經建會(現改制為國發會)審議年度總額範圍，國發會每次都會邀請許多專家學者召開審查會議，我也去過幾次，其實那時還會再討論。去年衛生署報行政院的 103 年總額成長率範圍，高推估值是 4.5%，經行政院核定為 4.45%；前年報院的 102 年總額範圍，高推估值 7.0%，行政院核定為 6.0%。國發會開完會後報行政院的數值，通常不會被改變，故報院核定後高推估值會再酌減。請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

這是程序問題，委員覺得行政部門提供資料的時點實在太晚。案子昨天晚上來今天就要通過，等於看都沒看，而且我們非專家學者，尚須研讀資料並請教相關專家後才稍有辦法討論，但本案沒給時間，今天臨時排入議程，就說非通過不可，沒時間了。對不起，我拒絕！這樣等於是橡皮圖章。

鄭主任委員守夏

跟各位委員說明，本案屬諮詢性質。我們可以提意見供衛福部參考，至於要不要採用，是衛福部權限。本案是諮詢並非審查，也不是討論案。請何委員語。

何委員語

實際上健保會是弱勢團體，上次經建會尹前主委啟銘就當面跟我說，醫界有立委去施壓，所以經建會只好核高一點。現任國發會管主委中閔若可以頂住立委施壓，我會非常尊敬、感佩，但我也很擔心，今年立委若去施壓，管主委可能會頂不住，核定值可能會很高，所以希望付費者委員團結起來，推一些有影響力的人士影響管主委。

鄭主任委員守夏

請林委員至美。

林委員至美

一、我是國發會代表，先在此釐清，國發會接到行政院交付審議案

前，相關資料及公式，都是由衛福部提供，我們並未參與前置作業。之前衛福部有召開座談會討論本案，我們也有同仁在該座談會提出意見。

二、衛福部將總額範圍草案報行政院後，院都交付國發會處理，我們會邀請專家學者就草案進行審議，而且將審議結果提報行政院，之後的戰場還是在健保會。希望今天能花點時間討論，若等到下個月，可能還是有很多意見，且若下個月再提報行政院，行政院不知何時再交國發會。另外跟各位委員報告，目前國發會要處理本案的副主委也是新任，所以需要一段時間處理，等國發會開完會，再回報行政院，依過去經驗也需約 1 個月時間，時程上將更趕，在此先將處理時程的可能狀況提供委員參考。

鄭主任委員守夏

請謝委員武吉。

謝委員武吉

早上到現在，我都還未發言，大家可能會覺得怪怪的。其實從參與費協會至今，坦白說社保司這次高、低推估的報告內容，比以前進步許多，我們主要是對程序認為比較有問題，可能會耽誤時程，如果本案回到衛福部，再送行政院，行政院再交付國發會，再由行政院核定，在時間上會有問題，當然我們也應該要考量消費者委員的感覺；但要向委員報告，醫界也不是浪費醫療資源的單位，尤其社區型醫院更不可能，我們是虧錢，很少有賺錢的社區醫院，醫院如果有賺也很有限。大家對本案所提出的考量都很好，不過這次社保司有進步，應給社保司一些鼓勵。

鄭主任委員守夏

請楊委員麗珠。

楊委員麗珠

我知道時間有限，可否提供書面意見？

鄭主任委員守夏

可以，非常感謝！

楊委員麗珠(書面發言如下)

- 一、為改善護理人力不足狀況，並持續推動護病比與健保給付連動，護理師公會建請於「104 年度全民健康保險醫療給付費用總額」之「其他預算」項下編列此筆預算。
- 二、衛福部為重振五大科，提高醫師執業意願，擬訂 3 年 300 億元改善方案，並於醫發基金編列預算，對五大科住院醫師完成 PGY 之訓練後，一次補助每人 12 萬元。今年在藥師方面，為使醫院聘足合理藥事人力，3 月起在支付標準中增列藥事人員合理調劑量，並調升藥事服務費。
- 三、護理人力不足應如何改善？日本亦曾面臨與我國類似的困境，2006 年日本醫院紛傳護理師不足而關閉病床，因此修訂保險診療辦法(護病比給付連動制度)後，護理就業人數成長 15%，明顯獲得改善。
- 四、護理師公會取得護理界共識，希望分階段推動護病比與健保給付連動。103 年方案(草案)是以 3.5 億元試行，以工作負荷過重的一般急性病房為主，獎勵效果尚待觀察。建請比照醫師、藥師的改善方案，於 104 年總額之「其他預算」項下，繼續編列推動護病比給付連動的足額預算，以儘速改善護理人力。

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

大家意見與看法不同，我們都予以尊重。剛我提到國發會核定高、低推估值時，兩者之間的數字範圍就是 9 月要協商四部門總額的成長率。我看資料，這次四大總額部門提報的成長率都很接近，西醫基層部門成長率為 5.814%，醫院部門成長率為 5.591%，可見他們

有與衛福部充分溝通；但草案高推估值為 5.011%，所以今天通過本案，影響並不大，這屬個人意見。建議大家回去好好看資料，到底協商時要給各總額部門多少費用？那些項目應該成長？這是我們須要下功夫努力的。依過去談判經驗，看哪個總額部門對目前整體醫療有需求，給多少成長，這是談判空間。至於在下次會議或本次會議通過，有多少差異性，個人感覺不出來，其只是高、低推估間之協商空間的變動而已，今天並不是要決定給各部門多少成長率。這邊還有很多資料要大家先看過後再深思，支持吳教授肖琪的意見，今天先行通過。

鄭主任委員守夏

委員之間的意見不是很一致。請陳委員川青。

陳委員川青

我也支持蔡委員登順及吳教授肖琪的意見。

鄭主任委員守夏

嘗試做結論，基本上....。

楊委員芸蘋

主席，我給點意見，好嗎？

鄭主任委員守夏

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

剛都未發言。其實衛福部付費者會議已於 3 月 31 日召開，付費者委員大部分有參加，僅 2 位未參加。雖然我們不是很懂，但也有點瞭解。因為國發會擔心其作業時程，而付費者又不清楚，可否給個 1 星期或 10 天時間，請各委員回去看看，若有意見，以書面回復，請幕僚同仁彙整後送衛福部，而不需要今天馬上決定。幕僚可製作表格，詢問委員是否同意本案內容，並請於 1 星期或 10 天內提供意見，也就不需要等到下個月再決定，這樣時間會耽誤太多。委員都

有聯絡窗口，將意見告訴聯絡人後，由幕僚統計、彙整。這樣處理應較不會耽誤時間，這是我的建議，看大家的想法，再請主席裁決。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝楊委員芸蘋，個人非常同意吳委員玉琴所提，這屬程序正義，這樣的方式對本會委員非常不尊重，沒有足夠時間讓委員就資料進行詳細討論後再提供意見，個人也非常不贊同此現象。下次任何單位都一樣，如果臨時送案，原則就不排入議程，這樣處理應該合理。好歹應該互相尊重，因為本會會議規範已訂得很清楚，一星期前要把所有資料提供委員參閱。
- 二、若站在行政順暢的立場考量，其實報告內容蠻制式，再加上衛福部社保司已經辦了好幾場座談會，程序上，已提前徵詢委員意見，所以徵求意見部分衛福部已有做，只是在依法諮詢健保會時，太慢送來，感覺有違程序正義，惟實質上比較接近蔡委員登順所言，這個月通過與下個月通過，並不會產生太大的實質差異，因為真正的重點還是在 8 月會前會，及 9 月協商會。
- 三、如果委員不反對，建議依楊委員芸蘋的意見，請幕僚同仁在 1 星期內，一定要聯絡到每位委員，請教大家意見後，連同今天有發言委員的意見，彙報衛福部供參。剛所談程序正義被忽略的部分，今天先拜託委員為大局著想，以書面方式表達意見，本案就這樣處理。請何委員語。

何委員語

贊成主席剛所提意見，請同仁於下周一(4 月 28 日)提供委員意見調查表。因為屬諮詢案，有意見的委員就提出，至下周五 5 點前，若未回傳，即代表無意見，本案建議就此定案。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝何委員語的建議。請同仁依照今天報告的內容，分為幾個

大項，製作表格詢問委員意見。若以電子郵件調查，請將今天投影片的檔案再次傳送委員參考。就照何委員語的建議辦理，至下周五(5月2日)下班前，若未回復，即代表沒有意見。

二、請委員於1星期內表示意見，這樣決定可以嗎？(未有委員表示反對)謝謝大家！抱歉，現在已超過12點，才要進入討論案，請同仁宣讀。

伍、討論事項第一案「全民健康保險業務監理架構與指標建置案」與
會人員發言實錄

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀，請委員發表意見。請謝委員武吉。

謝委員武吉

有個程序問題，在效率構面建議增加 1 項指標：「各層級醫療院所服務量及費用占率之變化」，理由是：作為健保會資源分配及平衡醫院層級發展的考量。

鄭主任委員守夏

這應該不是程序問題，已進入議案討論。謝委員武吉建議在效率構面的 5 項指標中，再增加 1 項，謝委員武吉等一下可再補充，先看其他委員有無詢問或建議增刪的意見。請李委員永振。

李委員永振

- 一、有幾點建議，在構面上效率與效果不同，效率構面指標都用率呈現，但效果構面也採用兩項死亡率指標，有何差異？
- 二、在公平構面，第 3 項指標為家庭自付醫療費用比率，請委員參看議程第 30 頁的詳細定義，其費用尚包含植牙、美容及醫療保健用品等，惟這些並非健保給付項目，併入計算後的數據不知代表何意涵。
- 三、議程第 25 頁，財務構面的第 2 項指標為安全準備金額與保險給付支出倍數，分母似乎少了「每月」，因保險給付支出全年將近 6,000 億元，而指標意涵說明以 1~3 倍為原則，所以應不是指全年保險給付支出，單位應為每月保險給付支出。
- 四、建議在財務構面增列「資金管理效益」乙項指標。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝李委員永振明確的建議。委員還有無意見？請大家慢慢

看，僅就需要的部分先加以說明。現在提出的意見中，比較明確的是財務構面的第 2 項指標，請同仁直接修改為法律的規範用語。

二、在公平構面的第 3 項指標，剛李委員永振講得很好，如果採用主計總處家庭收支調查的數據，可能會失真，因為涵蓋許多健保不給付的項目，所以比率可能會非常高。據我所知，家庭收支的調查資料顯示，牙醫部門有七成是自費，即家庭收支中與牙齒相關的費用有七成屬自費，因為植牙與矯正都屬較大筆的費用，真正刷健保卡看診的，其掛號費與部分負擔都相對較低，採用此指標是否合適，大家可以表示意見，看有無更合適的指標可取代。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

有關效率構面，第 5 項指標為區域醫院以上初級門診照護率，議程第 27 頁指標意涵與選取理由是，區域醫院以上層級應以急重症照護為主，我想大家都同意，基本上應該要這樣，所以建議一併考量其操作型定義，因現在醫院附設診所逐漸增加，且醫院附設診所幾乎都看初級照護，其機構代碼為 40 與 41，區分上沒有困難。例如國泰醫療財團法人內湖國泰診所，看診人數逐年上升，若只看台北區機構代碼為 40 與 41 者，看診人數已從 16.5 萬人逐漸增加，今年已是 21.5 萬人，建議這部分應該歸回區域層級以上的醫院計算，這樣才能呈現初級照護的真實數據。

鄭主任委員守夏

其他委員還有無意見？請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

有關監理指標之建置，之前係委託台大鍾教授國彪進行研究計畫，本會似乎未邀請鍾教授蒞會報告，幕僚從研究成果報告中挑選一些指標，做為這次討論的依據，想詢問如何挑選這些資料？議程第 33~36 頁，鍾教授所選取的指標還不少，有 8~9 項指標並未被納入

考量，請問幕僚的取捨標準為何？原因為何？可否補充說明。過去的處理方式是，只要與健保會有關的委託研究，都會邀請主持人到會報告研究成果，這次沒有這樣處理，可否讓委員有機會看到完整的研究成果？因議程只有簡單結論。

鄭主任委員守夏

是否邀請專家學者到會專題報告，委員可以建議。例如，今天的專題報告就有 4 案，但議事要有辦法消化，這樣思考會比較務實。吳委員玉琴的建議相當明確，如果有未被挑選的指標，而委員覺得很重要，也可以提出新增建議。但要提醒大家，指標愈多重點就會愈分散。醫界代表有管理醫院、診所者，也許認為真正有用的指標是只要能判斷財務是否平衡即可，若有 20 項指標，重點就會分散，各有好壞，供委員參考。請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、本案涉及保險業務之監理，是健保會很重要的職責之一。過去有監理會，現在合併為健保會，所以本案很重要，若對指標有共識，則須請健保署就資料進行試算，再提會檢討、修正。
- 二、本案所提出的指標，有一半以上為研究計畫所建議的指標，另外也包括健保法賦予本會任務的相關指標，例如癌末病人生前 6 個月申報醫療費用點數下降比率、區域醫院以上初級門診照護率等，可監測醫療資源是否有效使用；至於自付差額特材占率指標，可監測民眾自付費用情形；另外針對社會大眾關心的健保問題，如急診滯留、家庭自付費用增加、醫療資源不足地區就醫公平性等，都有提出相對的監測指標，對付費者而言，這些指標具有監理價值。
- 三、就整體醫療配置效率與效益來看，除偏鄉醫療外，基層醫療與分級醫療等就醫流動性，建議也應納入監測指標。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員登順的建議，委員還有無詢問？暫時討論到此。請問健

保署看過指標後，有無認為哪些指標不妥或無法計算的部分。請蔡副署長魯。

蔡副署長魯

各位委員大家好，健保署願意配合會議決議辦理，本署同仁會就監理構面，檢視哪些指標可以做，哪些要減或增，哪些定義不清楚；定義清楚，後續才能執行。否則大家在這裡討論後才發現並未有資料可供計算，像健保署就沒有嬰兒死亡率資料，建議依此方式進行，除節省委員的時間外，後續討論也會比較容易聚焦。

鄭主任委員守夏

請陳委員川青。

陳委員川青

呼應吳委員玉琴建議，請委員先行研讀鍾教授國彪之研究成果，因為擬辦已經寫得很清楚，本案所列的指標請健保署先行試算後，提下次委員會議檢討修正，委員屆時可再提出具體的建議或想法，這樣比較妥適。

鄭主任委員守夏

- 一、今天主要先徵詢大家的意見，其實也不太可能立即通過，請健保署攜回研究，看哪些指標無法提供，各指標可提供時程，例如，每月、每季、每半年或每年提供，於下次委員會議報告。請問委員還有無意見？或認為哪項指標不妥適？
- 二、鍾教授國彪的研究方法為德菲法，從 7、80 項品質指標來挑選，惟其中有些指標要選取確實有點為難，因為不能清楚區分係屬全國性指標，或健保監理指標，例如平均餘命延長，就不知是因健保辦得好，還是現在大家生活條件較好，這些指標的挑選，雖為專家學者的共識，但不見得符合健保會的業務需求，對那些不確定究竟是否屬健保功過的指標，委員還可再思考。鍾教授國彪未曾參加過健保會，對我們職責的了解，也許不是那麼清楚，現在幕僚所列出的指標，是依照委員過去關切

過的議題挑選，請大家看看是否妥適？

- 三、鍾教授國彪召開的座談會，本人參加過 1 次，一開始也是問要挑幾個指標，當時與會學者專家的意見並不一致，但效率、醫療品質、效果及財務等四構面是明確有共識，因為這都具理論基礎，也是國際上會採用的構面，幕僚同仁再加上公平構面，是因公平對本會很重要，但有些指標在國際比較上，不見得會被採用。再次詢問委員有無其他建議，以使下次討論更順利。

楊委員芸蘋

我認為蔡副署長魯的意見很對，先請健保署試算，讓委員清楚了解指標的可行性，先將大原則訂出，知道什麼能做，什麼不能做，而不是胡亂瞎猜；把握住大原則再思考，才能節省大家的時間。

吳委員肖琪

- 一、建議讓委員看一下鍾教授國彪的研究指標，該研究的指標中，有些是學者期待看見的，有些則是國健署或其他單位可以做的，把它們都放在健保監理指標，不論對醫界或委員都會太沈重，所以之前建議拿掉如死亡率、平均餘命等指標，因為這兩項指標與很多因素有關，而後來也都未在草案中呈現。委員都可再次檢閱研究成果有保留、或未保留的指標，或許還有一些是學者沒想到的指標，也可提出討論。
- 二、依剛才蔡副署長魯所說明，有些是健保署可以算，有些則是其他政府部門收集的，這些面向委員也都可予以考量。另外主席也提醒，指標不宜太多。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

有關照護連續性指標，因為健保會處理的是資源分配，長期而言，希望病人的照護在醫師、資料收集方面，都可以得到連續性的照護。照護連續性有改善，醫療品質就會跟著改善，照護連續性的監

測，與健保關連性較死亡率更高。

鄭主任委員守夏

- 一、所以草案有將照護連續性指標列入。
- 二、原則上，草案所列 5 個構面，即效率、醫療品質、效果、公平及財務等，前面 4 大項偏重醫療，第 5 個財務構面則是本會權責之一，因為要讓健保不能倒。
- 三、委員如果沒有其他意見，剛才的發言我們會詳加記錄，同時請幕僚與健保署對應窗口聯繫溝通，看有哪些指標無法提供，下次會議再提共識版本。

柯執行秘書桂女

請問委員是否都需要鍾教授國彪的研究報告？因為有些委員可能不需要，會後幕僚將聯絡委員，視委員需求提供，對不需要者就不提供，可以嗎？(委員回應可以)

鄭主任委員守夏

請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、不好意思，今天的議案很多，想提個程序問題或建議。以前費協會時期，專案報告都在會議前段，後段才是討論案，現在為掌握會議效率，將專案報告改在後段，因為有些討論案有處理的急迫性。建議今天專案報告第二案結束後，能否留個 10~15 分鐘，就上次委員會議討論事項第二案「『103 年醫院總額一般服務之保障措施』乙案，宜立即增加地區醫院之點值保障項目，以提昇地區醫院固定點值部位之比例與大醫院相當，讓弱勢的地區醫院也能逐步改善擁有比較公平的立足點」的決議交換意見。
- 二、上次的決議是，不贊同以點值保障方式處理地區醫院問題，但經健保署提報「門、住診費用分配的合理性，及對社區醫院經營與民眾就醫權益之影響」專案報告後，若有其他方式可協助

解決地區醫院問題，可再行提案討論。或許今天大家聽完報告後，會對上次地區醫院點值保障項目的提案有不同想法。

三、雖然我們也不認為以點值保障方式處理地區醫院問題是好方法，但就如大家不贊同藥費要保障點值，可是也仍舊保障，雖然強心針的效用只是短期，但畢竟可以擋一陣子。歲月號的海難事件，若有救生衣或許就有救，可見得救急很重要，因為不及時救援就會死。稍後如果能就上次提案交換意見，若可以很快有共識，那很好；若沒有共識，我們下次再提更完善的議案，謝謝！

鄭主任委員守夏

就現在的程序，專案報告十之八九都是委員會議中被認為很重要的議題，且委員都有共識，才會列入專案報告，謝代理委員文輝的建議是，不要報告完就結束，如果委員願意延長一點時間，可再度交換意見，但並非討論案。如果大家不反對，就這樣安排。

吳委員玉琴

程序問題，請問今天要開到幾點？

鄭主任委員守夏

歷來最多是開 4 小時，而且是有急迫案件要處理，同時委員也願意才可以，超過 1 點半就散會。剛謝代理委員文輝也是很客氣的建議，如果有時間，可否用 10~15 分鐘交換意見。

童代理委員瑞龍(楊委員漢淥代理人)

會議通知是寫到 12 點半，可以延長 30 分鐘，因為下午還有其他會議，建議不能超過下午 1 點。

鄭主任委員守夏

過去柴委員松林也曾提醒，會議不要超過 2 小時，因為 3 小時就會頭昏，4 小時是虐待，而且也沒有效率。委員可否同意今天會議時間到 1 點？

吳委員玉琴

同意。

鄭主任委員守夏

好，接下來還有 4 個專題報告，我們要加快動作，也請報告同仁儘量簡短。

陸、專案報告第一案「罕見疾病、血友病藥費專款項目之執行報告」
與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

接下來請李副組長純馥進行第 1 項專案報告。

李副組長純馥報告

鄭主任委員守夏

謝謝李副組長的報告。委員有無垂詢？請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、去年在閱讀健保會資料時，發現罕病及血友病這部分的支出成長很快，最近又從健保署的新聞稿發現，原來這部分的支出需要以 30 萬人繳交的保費來支應，這個訊息很重要，因為這樣社會大眾才會知道，這些龐大的費用，原來需要 30 萬人來一起幫忙。若健保署未來進一步將罕病及血友病兩部分，分開報告多少人用掉多少萬人繳交的保費來支應，會更清楚看到血友病八百多人使用資源的情形。
- 二、請大家看議程第 47 頁，罕病專款在 94 年的支出是 5.1 億元，102 年增加到 29.5 億元，費用增加 5 倍，但人數增加不到 2 倍。此時就要問，為何費用增加這麼多，超出平常可接受的程度；第 48 頁部分，血友病專款在 94 年支出 13.6 億元，102 年增為 34 億元，8 年成長 2.5 倍，8 百多人用掉 34 億元。記憶中，幾年前使用費用最高的個案是 4,000 萬元，去年看到的是 1 個個案用掉 8,000 萬元。
- 三、雖然生命無價，但還是要請教健保署，這部分有何因應措施？血友病專款包含先天性血友病、後天性血友病，還有類血友病的支出，是否每個個案都要用這麼昂貴的藥，有無其他替代方式。剛才提到血友病患者因缺乏凝血因子，常有出血傾向，故需以預防性投藥治療，請問備藥是在患者有明顯激烈運動時預備，還是 365 天都需要，而這類個案的給藥條件為何？今天若

不能回答，請於下次會議補充書面資料。

鄭主任委員守夏

請健保署以書面回答。請問其他委員有無垂詢？請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

罕見疾病及血友病的患者平均藥費成長如此快速，原因為何？真的只是因為病人少、生產成本高，還是因為新藥，所以昂貴？請健保署能說明如何因應。看起來血友病的費用成長 2 倍，罕病則成長 3 倍，將來要如何控管？現在好像並未有特別的策略。

郭科長垂文

一、有關罕病及血友病費用成長部分，罕病每年新增病人數並不多，但部分罕病所需的治療藥品單價都相當高，所以每人每年費用仍呈現持續成長；血友病部分，除不定期因出血症狀施打凝血因子外，也需施以預防性投藥避免出血症狀發生，長期使用也會產生抗藥性，必須增加劑量或改用單價更高的第七凝血因子，致整體醫療費用逐年提高。預防性用藥的部分，於今年 4 月 1 日已經修訂血友病的藥品給付規定，明確規範其符合條件，才可施打預防性藥品，而且施打後必須有完整用藥紀錄，於回診時帶來，讓醫師作為後續診療之參考。

二、對於類血友病亦有明確規範，對於病情不需施打凝血因子的病患，可以用一般止血劑，在本次修訂的公告中已列入。

楊委員芸蘋

罕病及血友病患者使用的藥品費用很高，誠如吳委員肖琪所言，生命無價，我們可以支持，可是要查明得病的原因，究竟有無減少這類病患增加的方法，才是根本的預防之道。

鄭主任委員守夏

向楊委員芸蘋說明，這些疾病多為先天性的遺傳疾病。

何委員語

- 一、兩個月前在醫院急診室，看見有位年輕人因白血球數突然下降到一千多而掛急診，需要其父母親及妹妹在旁照料，因為他還在等病床，所以趨前聊天，發現該年輕人是因熬夜上網所致，因此有這類疾病的人，理應學會珍惜自己的身體。
- 二、全民健保對罕見疾病、血友病患者的照顧很多，希望能多加宣導，因為社會上很多人其實並不清楚健保署做這麼多事、做這麼好，所以應該讓社會大眾知道，大家所繳的保費照顧到很多弱勢團體；如果沒有健保的照顧，這些病患可能和以前因病而貧的家庭一樣，難以支撐下去。既然健保如此功德無量，請健保署針對罕病、血友病患者的受惠情形，提供完整資料，社會支持健保的力量才會更強。

陳委員錦煌

請問健保署，目前來台工作的外籍人士有多少是愛滋病患？一年醫療費用需耗掉多少？我聽說是二十多億元。最近看到疾管署「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」修法案第 16 條的規定，感染者確診後二年內，相關費用由中央主管機關予以補助，所以是 2 年後就會使用到健保資源嗎？應該由疾管署、移民署來支應才對，由健保費支應並不公道，希望將來這部分不要花到健保的預算。

鄭主任委員守夏

請衛福部代表說明。

朱簡任視察日僑

- 一、首先從健保法第 51 條規定來看，依其他法令應由各級政府負擔費用之醫療服務項目，不列入本保險給付範圍。以愛滋病防治來看，假設「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」經疾病管制署修法，將相關醫療費用列為不負擔的項目，此時該疾病治療就會變成健保要給付的項目。所以，第一個層面屬法制層次，因為疾管署的修法程序要先經過行政院同

- 意，行政院同意後，就變成是政府的政策考量。
- 二、第二個層面，是一般法治上的思維，若行政院做出政策決定，並在立法院完成修法程序，那麼行政部門只能依法行政。
 - 三、第三個層面，因為我國在兩公約及其施行法實施後，相關規範的概念成為國內法，所以疾管署在政策擬訂或修法時，就必須考量我國在處理愛滋病人與他國有無差別對待，所以，若在全民健保設計完善的國家已納入，該署對愛滋人權議題的思維，就變成需衡平考量國內及國際因素的問題，因此，行政院必須同時斟酌因應法令更新及人權問題。
 - 四、過去在愛滋病防治政策上，相關醫療費用曾一度納入健保給付，後來又將之排除，改由公務預算支應，這個過程大家應該還記得，照護費用一年支出估計約接近 30 億元，所以一旦納入健保給付，自然會對保險財務有所衝擊。如何在收支間達到平衡，也是我們必須衡酌的。
 - 五、第五個層面，因為這是政策改變，如果貴會能夠形成共識，邀請健保署等相關單位，就此問題加以說明，將能使委員進一步理解。

陳委員錦煌

請問目前來台工作的愛滋病患者有多少人？他們因為在台工作，加入健保後，其醫療支出需要多少？總之，未來這些醫療費用不要由健保支應就好。我這位公正人士要表達的就是這個想法。

童代理委員瑞龍(楊委員漢淙代理人)

陳委員錦煌在幫我們節省健保支出，要謝謝他！

蔡副署長魯

- 一、目前愛滋病患者的醫療費用是由疾管署編列預算支應，但若「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」修法通過，將來就會如陳委員錦煌所言，確診 2 年在其病情穩定後，將視為慢性病，醫療費用就由健保負擔。雖然本會委員都很關

心，但該條例是在立法院進行修法，並非健保署可以處理，將來如果立法院通過，形成政策後，健保署就必須配合辦理。

二、至於外籍的愛滋病感染者不是健保的被保險人，能否使用健保資源，這需要在相關法規修訂時訂清楚，將來才不會變成人權問題，所以重點是「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」的修法必須考量周全。

鄭主任委員守夏

蔡副署長魯的說明已經很清楚。接著請李委員永振。

李委員永振

罕病及血友病的藥費因為使用量少，以致平均藥費高，這可以理解。罕病患者人數 8 年約增為 2 倍，也許人數仍不算很多，應比 8 年前議價籌碼好，但平均藥費卻增為 3 倍，合理嗎？血友病患者人數增加 2 成，平均藥費也增為 2 倍，但每人單價是 418 萬元，所以除了關注專款支出的總額，更需要進一步思考如何因應。

鄭主任委員守夏

李委員永振的意見非常明確，就是有無可能讓藥價不要漲那麼快。雖然健保署歷來都很會議價，但罕病及血友病藥費實在漲太快。健保署如果無法現場答覆，可提供書面說明。

陳委員宗獻

愛滋病費用若納入健保，因保費收取有一定比率是由政府負擔，該比例會不會因此提高？如果不會，等於是轉由健保支付公務預算。

鄭主任委員守夏

委員如有不同意見，請向各區民選立委表示，因為疾管署也說目前沒有公務預算可支應。請莊委員志強。

莊委員志強

血友病不像罕見疾病，會有新的種類被列入，不瞭解為何平均每人藥費會從 205 萬增至 418 萬元，藥費照理應該愈來愈低才對。是否

因新藥的引進可以讓病人服用後較舒服，是副作用較少的新藥，但不是維持患者生命？

蔡副署長魯

分為兩個層面說明：

- 一、罕見疾病用藥是獨買獨賣，價格很難壓下來，且目前係由國健署罕見疾病及藥物審議委員會決定納入後，再由健保支付，這是本署的難處。
- 二、有關血友病藥費成長問題，現在雖然已訂有多項適應症及預防性用藥的規範，但因血友病以前死亡率較高，過去病人只能活到 30 歲，現在可活到 5、60 歲；另外，因為用藥過程可能產生抗藥性，故藥量會愈用愈多。大家在看數據前，若能先有這樣的概念，就不會有很大的疑惑。

鄭主任委員守夏

這實在是醫學新知，我以前都不知道。血友病藥費不是為了降低副作用，而是必須換藥才增加，自然就會愈用愈多。

吳委員玉琴

很多問題就是因為提供的資訊不足，根本沒告訴我們費用成長的原因，所以才會不斷的提出詢問，而且民眾也會問，為什麼我們要花那麼多錢在此？我們也有義務向民眾說明。剛依據健保署的說明我們就比較能理解。

鄭主任委員守夏

之前的新聞稿好像也沒有 to the point(講到重點)，就是為什麼費用壓不下來，或許請健保署再發個新聞稿說明。所以開會討論是有用的，因為很多事項牽涉太多細節。請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

剛才的建議是，雖然罕病或血友病屬先天性遺傳疾病，很難預防，但仍可透過宣導，讓國人瞭解此類疾病的成因，或可減少其患者的人數。

鄭主任委員守夏

相關建議可轉請國健署參考。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

關於蔡副署長魯提到罕見疾病用藥較無議價空間的問題，因為全世界可能只有 1 家廠商生產。前次參加藥品共同擬訂會議時，有聽到為何最近罕見疾病用藥價格會大幅增加的相關訊息；據了解，有 1 家國際私人企業，專門收購全世界罕見疾病用藥或孤兒藥的製藥廠，因其市場小、利潤低，經該公司整合為獨家後再提高市場價格，即使增加 2~3 倍，都任由其喊價。因此，罕見疾病費用如果依據這種資本主義的發展、壟斷趨勢，未來要增至幾倍都沒人知道。若幾年後要考慮納入健保支付，健保會的付費者代表需審慎考慮，應要求附加條款，要由政府單位負責。

莊委員志強

請教健保署，血友病也是罕病之一嗎？若屬罕病，其每人平均藥費應更貴，但只花了 43 萬元，而血友病每人要花 418 萬元，照理罕病每人單價應更高才對。若血友病不屬罕病，其病人數應較多，為何每人平均藥費是罕病的 10 倍？

鄭主任委員守夏

是否屬罕病是由國健署的罕見疾病及藥物審議委員會認定，我們之前也抗議過，說對方都當好人，因為罕病免部分負擔，血友病屬重大傷病，也免部分負擔。兩項疾病有不同的條文規定，但最後都是免部分負擔。至血友病用藥是否比較貴，當然是，這請健保署補充說明。

郭科長垂文

罕病包含各種不同的疾病，有的治療費用每年只有數十萬元，也有的需 1,300 萬元；血友病因有抗藥性問題，而且健保提供的照護，讓病人可以活得更好、更久，所以費用會一直累積。

鄭主任委員守夏

委員有無其他提問？剛童代理委員瑞龍建議今天會議開到 1 點，現在是 1 點 10 分，所以應散會了。委員有無臨時動議？(未有委員表示意見)如果沒有，今天的會議到此結束，謝謝大家。