

衛生福利部全民健康保險會
第 1 屆 103 年第 1 次委員會議事錄

中華民國 103 年 1 月 24 日

衛生福利部全民健康保險會第1屆103年第1次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國103年1月24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

楊委員漢淙

楊委員麗珠

葉委員宗義

中華民國全國中小企業總會李監事長育家(代)

新光醫院管理部保險課廖襄理秋錫(10:20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)

台灣大學附設醫院護理部林副主任綉珠(代)

蔡委員明忠
蔡委員登順
蔡委員圖晉
謝委員天仁
謝委員武吉

中華民國醫師公會全國聯合會蘇理事長清泉(11:10以後代)

中華民國消費者文教基金會吳副秘書長榮達(10:45以後代)

肆、請假委員：

林委員啟滄

伍、列席人員：

本部社會保險司
中央健康保險署

楊副司長慧芬

黃署長三桂

蔡副署長魯

林組長阿明

沈組長茂庭

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、黃偉益

柒、主席致詞

各位委員、健保署代表及所有與會人員，大家早

今天本屆委員任內第二年的第一次委員會議，下週就是農曆新年，先向各位拜個早年。接著介紹新任的蔡委員圖晉，渠係中華民國工業協進會副理事長，接替郭委員志龍擔任本會雇主代表，請大家一起歡迎蔡委員加入本會。

捌、議程確認

決定：確定。

玖、例行報告

第一案

案由：確認本會上(102 年第 6)次委員會議紀錄，請 鑒

察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(102年第6)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)事項辦理情形洽悉。

二、針對健保自付差額特材品項，請中央健康保險署於提案或定期提報檢討報告時，依委員意見配合辦理下列事項：

(一)提會討論之議案，請至少包含下列基本資料：

1.同意列入自付差額特材品項的理由及支持證據。

2.其他輔助資料，例如：國內外上市日期、價格、其他國家是否列入保險給付、醫療科技評估報告等。

(二)定期提會之檢討改善報告，請至少包含下列基本資料：

1.民眾利用情形，含選用自付差額品項及全額給付相同用途品項之比較。

2.醫事服務機構對自付差額品項的收費情形。

3.民眾對自付差額特材的反映事項。

4.對哪些項目啟動檢討改善機制。

(三)請檢視委員所提其他建議事項，列出可辦理事項及時程。

第三案

案由：中央健康保險署依103年度總額其他預算之協定事項提報「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」規劃情形案，請鑒察。

決定：委員所提意見請中央健康保險署參考，並請於實施一年後，提報該措施之執行效益與經費使用情形，餘洽悉。

第四案

案由：中央健康保險署依 103 年度醫院總額之協定事項提報「訂定合理調劑量之調整方案」報告，請鑒察。

決定：考量中央健康保險署所提方案，已將合理調劑量納入規範，此作法較過去進步，爰本會原則同意；至中華民國藥師公會全國聯合會代表相關建議事項，則請該署參酌辦理。

第五案

案由：中央健康保險署「102 年 12 月份全民健康保險業務執行報告」，請鑒察。

決定：洽悉。

拾、討論事項

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：特殊材料「『愛德華』卡本特-愛德華沛旅旺人工心瓣膜『Edwards』 Carpentier-Edwards PERIMOUNT Pericardial Bioprosthesis」自付差額申請案，提請討論。

決議：

- 一、考量健保已全額給付同功能之豬心瓣膜特材，且依中央健康保險署所提供醫療科技評估報告，本案牛心瓣膜特材之相對療效與安全性優於豬心瓣膜。為利保險對象在享有基本給付外，能同時增加自我選擇權益，爰多數委員不反對該署同意廠商所提申請案。請參酌委員意見後，依法報主管機關核定公告。

二、為使自付差額品項之開放對民眾確具效益，請中央健康保險署於本自付差額特材品項開放半年後，向本會提報含開放前、後病患的利用情形分析、醫事服務機構收費情形及是否充分告知病患療效資料等之檢討改善報告。

三、日後相關議案，請中央健康保險署提供含廠商報價、國際價等價格資料供參。

第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：特殊材料「『英特加』內植用腦積水引流管組-壓力閥及引流管」、「『美敦力』史卓塔腦脊髓液引流組-壓力閥」、「『美敦力』史卓塔腦脊髓液可調式壓力閥」、「『美的思』柯特曼霍金斯可調式引流閥系統-可程式活門單位」、「『美的思』柯特曼霍金斯可調式引流閥系統-引流控制器」及「『美的思』柯特曼霍金斯可調式引流閥系統-可程式活門單位含導入器」自付差額申請案，提請 討論。

決議：請中央健康保險署除提供前述基本資料外，並洽請許可證持有廠商、財團法人醫藥品查驗中心，提供價格及醫療科技評估報告與過去利用情形等補充資料後，再提會討論。

第三案

提案單位：中央健康保險署

案由：特殊材料「『合碩』顱顏骨固定系統-contour CMF Mesh 預成形不等厚及 contour CMF Mesh，預成形『CUSMED』CMF Fixation System」及「『美敦力』鈦密斯顱骨固定系統『Medtronic』TiMesh Cranial Fixation System」自付差額申請案，提請 討論。

主席裁定：請中央健康保險署參照討論事項第二案之決議

辦理。

拾壹、臨時提案

第一案

提案人：陳委員川青、莊委員志強、干委員文男、侯委員彩鳳、楊委員芸蘋

連署人：蔡委員登順、連委員瑞猛、吳委員玉琴、林委員錫維

代表類別：被保險人代表

案由：建議「全民健保法」第四十一條第一項及第二項各類代表之名額比照本法第五條第四項「被保險人代表不得少於全部名額三分之一」的原則，重新調整被保險人比例及其推薦單位，並自明年度起實施，提請 討論。

決議：本建議案，送請衛生福利部及中央健康保險署參酌。

第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：特殊材料「『聖猷達』翠翡塔組織瓣膜『SJM』Trifecta Valve」自付差額申請案，提請 討論。

主席裁定：請中央健康保險署參照討論事項第二案之決議辦理。

拾貳、散會：下午1時。

第 1 屆 103 年 第 1 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(102年第6)次委員會議紀錄」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

- 一、先進行議程確認。今天計有 5 項例行報告案；3 項討論案，另有 2 項臨時提案，一為健保署提案，另一為被保險人代表委員連署的提案，請問委員是否同意今天的議程安排？(未有委員表示反對)若沒有意見，議程確認。2 項臨時提案的資料請同仁先分送委員參考，若時間許可，則予討論。
- 二、進行例行報告第一案，確認本會上次會議紀錄，請同仁宣讀。

同仁宣讀紀錄

鄭主任委員守夏

謝謝宣讀，請問委員對紀錄內容有無修正意見？請謝委員武吉。

謝委員武吉

上次委員會議因另有重要會議，未能參加，係由朱代理委員益宏出席。有關本人提案，討論事項第 2 案，應包含初、次級照護，不是只有初級照護；討論事項第 3 案，原提供資料即有平均點值及浮動點值，而提案是建議增加固定點值，當時主席可能沒注意。

鄭主任委員守夏

- 一、上次會議確認議事錄時，謝委員天仁特別提到，會議決議應以當時的實質意見為準，並依照當時的結論落下文字。現在係確認決議文字與前次討論結果是否相符，謝委員武吉提出其提案包含剛所陳述內容，但並不表示當時的討論結論即是如此。所以請教委員，決議文字與上次會議結論是否有明顯不符之處。
- 二、有關初、次級照護的討論，因為次級與三級實在不易區分，所以後來只採用初級照護。
- 三、有關點值資料的提供，謝委員武吉的提案也繪製範例表格，包括固定、非固定、浮動、非浮動等，但討論的最後結論就是平均點值及浮動點值。

謝委員武吉

這是本來就有提供的資料，豈不是又回到原點。我很注意這些資料數據。

鄭主任委員守夏

確定嗎？現在的報告有六區、分層級資料嗎？一則是謝委員武吉未在场，再者是朱代理委員益宏也未特別強調，如果上次會議討論的情形就是如此，就不再修改文字。不知其他委員有無意見？請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

這已是很大的進步，建議謝委員武吉同意先這樣做做看，不要再修改決議文字了。

謝委員武吉

若只是浮動及平均點值，我就不須提案，本來健保署提供的即是這些。固定點數中有許多違法的項目，要求健保署提供固定點值的資料，就是要突顯這個問題。

鄭主任委員守夏

希望依照上次會議決議，因為過去只有分區點值資料，現在謝委員武吉特別要求增加分層級點值，而從層級別的平均與浮動點值的差異，也可知道哪個層級的固定點值比率較高。謝委員武吉當初的提案就是特別要看固定點值部分，而當時您的代理人也未特別強調，所以決議文字就是如此。剛也請柯執行秘書桂女再查核過，聽到的錄音就是如此，不確定是否有人堅持要求固定點值資料，聽起來是沒有，所以，若決議文字並非與實況不符，就不特別更改。

謝委員武吉

這樣是要我再提案嗎？

鄭主任委員守夏

建議可依剛吳委員肖琪所提，先讓健保署報告 2~3 次後，如果還是

不能突顯謝委員武吉想要呈現的問題，再增加資料。

謝委員武吉

去(102)年 11 月份委員會的業務執行報告內容中，本就有浮動及平均點值等資料。

謝委員天仁

請幕僚提供謝委員武吉上次會議實錄的逐字發言稿，不須再討論，若認為決議內容仍有不足，再提案即可，多說無益。

謝委員武吉

去年 11 月份委員會的業務執行報告中就有固定點值等資料，我 12 月份委員會的提案也是要求每季提供固定、浮動及平均點值等資料，為何不能提供？有困難嗎？

鄭主任委員守夏

一、再重複一次，提案內容不一定會落入決議文字。上次會議，謝委員武吉並未在場，而朱代理委員益宏也未特別提及，因此決議文字就是如此。

二、確認決議時，可以修改文字，但不應修改實質內容。

謝委員武吉

這會讓我認為有故意避開之嫌。

鄭主任委員守夏

若真有此想法，謝委員可再提案。

謝委員武吉

我若再次提案，內容就不只如此，會比現在複雜許多。我是善意的建議，也應提供固定點值的資料。

鄭主任委員守夏

請同仁馬上找上次的發言實錄，若決議文字沒有錯誤，原則不修正。請問委員對紀錄內容有無其他修正意見？(委員未表示有修正意見)若沒有意見，會議紀錄確認。

貳、例行報告第二案「本會上(102 年第 6)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

請柯執行秘書桂女報告上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務。

柯執行秘書桂女

一、在進入本報告之前，先向大家說明今天的 2 份補充資料。1 份是本會重要業務報告增列說明四、五，等一下會逐項報告；另 1 份是衛福部發布的新聞稿，主要內容為國際上數個媒體的報導，對台灣健保及醫療照護體系都相當讚許，這份資料淺顯易讀，提供委員參考。

二、接著報告上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務，請委員翻到議程第 12 頁：

(一)第一點，上(102 年第 6)次委員會議決議(定)的 14 項，依辦理情形，除第 6 項建議解除追蹤外，其餘 13 項均繼續追蹤。第 6 項係本會 103 年度工作計畫，當時已獲委員會議同意，未來將依之辦理相關業務。

(二)第二點，下週四(1 月 30 日)開始即為農曆春節假期，為配合健保法第 5 條規定，爰本次會議結束後，幕僚須配合於週六、日趕寫會議紀錄，並將於下週一(1 月 27 日)將發言實錄送請發言者確認，也拜託大家配合於下週二(1 月 28 日)中午前回復，俾及時於 1 月 29 日上網公開。

(三)第三點，衛福部及健保署於去(102)年 11 至 12 月份及本年 1 月份發布及副知本會的相關資訊，計有 12 項，列於議程第 51 至 70 頁，請參考。

三、另請委員參看補充資料：

(一)第四點，依健保法第 45 條，對自付差額特材的品項，廠商向健保署提出申請並獲同意後，即送本會討論。今天原列

有 3 項提案，另有 1 項臨時提案，計有 4 項特材欲納入部分給付的討論議案，爰幕僚研擬 6 個問項的問卷，調查委員對相關事項的要求，詳細資料可參考附件一。問卷調查結果略說明如下：

- 1.29 位委員認為提本會討論的自付差額特材品項案，若經健保署同意列入，則至少應提供同意的理由與支持證據，及其他輔助資料，例如：國內外上市日期、價格、其他國家是否列入保險給付、醫療科技評估報告等。其中 10 位委員另有建議增加資料。
- 2.29 位委員認為定期提會之「保險對象自付差額特材之檢討改善」報告，至少應包含民眾利用情形(含選用自付差額品項及全額給付相同用途品項)、醫事服務機構對自付差額品項的收費情形、有無民眾對自付差額特材的反映事項，及有無對哪些項目啟動檢討改善機制等。其中有 7 位委員另提供增修建議。
- 3.17 位委員認為本會對自付差額品項之議案，宜預先安排討論時間(例如：於每年 3 月、6 月、12 月討論)；11 位委員認為可依健保署提案時間，排入委員會議討論；1 位委員建議可依討論之共識安排。
- 4.16 位委員認為健保署宜檢視、訂定年度自付差額品項數的上限；9 位委員則認為不需要；並有 5 位委員提供其他建議。
- 5.16 位委員對健保署於「全民健康保險自付差額特殊材料之作業原則」所訂，得納為自付差額品項之標準，無增修意見，13 位委員另提供增修建議。
- 6.第 6 個問項為其他相關建議。

(二)上開附件一之問卷調查結果，部分委員建議健保署宜檢視哪些項目目前可做到、目前做不到但未來可做到，或做不到等，分類後列出，並回復委員。

(三)第五點，103 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配案，業經衛福部核定，並於 103 年 1 月 21 日公告，相關資料請參考附件二及附件三。

鄭主任委員守夏

謝謝柯執行秘書桂女的報告。先做幾點補充說明，等一下討論事項的 3 個提案及 1 個臨時提案，都是有關部分給付的議案，幕僚為節省討論時間、提升議事效率，主動先向委員進行簡單的問卷調查，包括須否設定差額上限、隨到隨審或預先排定等，若能訂出原則，則可依之安排未來的議案；12 月、1 月、2 月等月份的議程可寬鬆些，一旦下半年開始協商，議程將非常緊湊，所以應可考量預先安排，也讓健保署提案時較好拿捏。請大家參考附件一的委員意見調查結果，部分頗有共識，值得參考，希望有助縮短討論時間。請干委員文男發言。

干委員文男

委員提供相當多的意見，尤其是新產品加入後，其經濟評估、納入時程、對差額上限有無管制及規劃時程等。其實接到議程後，請教過幾位醫師都表示不懂，我想除了專科醫師外，也沒人能懂。所以，建議在審查此類議案前，請健保署應先做介紹，最起碼讓委員瞭解這項特材做什麼用？民眾能否負擔？我們考量的是，若提案一直通過，但民眾又負擔不起，則健保再好也是枉費。今天委員提出很多建議，希望健保署在未進入討論前，先為大家解惑，檢視這些建議的可行性；又，往後健保會討論自付差額特材相關議案前，建議先安排簡報，讓大家瞭解該品項的用途，以及對民眾的效益等。

鄭主任委員守夏

一、謝謝干委員文男。目前作法即是由提案單位，也就是健保署說明，這是署的責任，譬如之前討論的牛心瓣膜、豬心瓣膜，在座委員幾人能懂？我想非常困難。健保法明定自付差額的特材品項要提健保會討論，我們的職責是表示意見，提供健保署於報部核定時參考，並非做最後決定，只是表明贊成是何因，反

對是何因，以及有何疑慮等。剛干委員文男所提非常正確，我們誰有能耐審查，所以不是審查而是討論。前面已有藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議，進行詳細的討論與決議，但不要忘了健保署是操盤手，係由其安排提案與否。至於健保署內部審查的標準或規則，上次蔡專門委員文全已有說明，今天就試著朝此方向討論。

- 二、等一下的討論案，一開始會先請健保署報告，屆時委員如有意見，可再詢問。請問委員對本項業務報告還有無詢問？(未有委員提出)若無，則本案洽悉。

參、例行報告第三案「中央健康保險署依 103 年度總額其他預算之協定事項提報『鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施』規劃情形報告」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

請健保署說明。

李專門委員純馥報告

鄭主任委員守夏

謝謝李專門委員純馥的報告，請問委員有無詢問？請謝委員天仁。

謝委員天仁

已經編列預算，花了錢，講究的是要有效果，所以年度結束後，健保署應有相關統計資料，讓我們瞭解各部門、各層級院所於增加頻寬後，查詢相關資訊的量究竟有多少，是否符合預算的效益。

吳委員玉琴

- 一、報告中提到 103 年上半年從醫學中心開始，下半年才擴及區域醫院，基層診所則應該更晚納入。請教今年能完成多少數量？另，經費需求表係納入全部院所，是否意謂今年就要執行完畢，或 104 年才能完成，請就時程再做說明。
- 二、預算應是硬體建置部分，屬一次性費用。惟依經費需求來看，是否每年都需編列預算？若是，則每年都需 22 億元，實在相當龐大。
- 三、如以醫學中心 10M 頻寬月租費二萬九千多元計算，一家醫學中心一年補助才三十幾萬元，該誘因是否足以讓醫院願意配合？寬頻的建置是希望資訊共用，以減少重複開藥、檢驗情形，但誘因看來似乎不太夠，因此，也請健保署再思考，行政面有無其他方法，可增進醫院配合執行的意願，鼓勵大家上網查詢，共同努力減少醫療資源浪費及重複用藥。醫療院所需符合所設指標才能撥付費用，健保署目前檢視的指標不少，但錢不是太多，不知大家配合的意願如何？

何委員語

政府既已花費 22 億元增加這些資訊措施，我認為接下來雲端的系統建置，應是 1 張健保卡就能完成很多事。若只將醫院的資訊措施做好，健保卡的功能卻不能彰顯，則用處似乎不大。我的看法是應給每個人健保卡的密碼，只要當事人同意，醫師就可調閱病人在其他醫院檢驗、攝影的項目及用藥情形，很容易地從電腦獲知這些資訊，一者可減少檢查費用的支出，再者讓醫師清楚瞭解病人目前的用藥，不重複開藥。我認為政府也應將健保卡納入雲端系統，這才是資訊化、科技化的管理方式，也才能減少檢驗、醫療支出及重複用藥，而病人去另一家醫院就醫時，也不須讓醫師重新摸索病情，所有檢驗、檢查都重來一次，浪費時間與金錢。所以，建議政府要建置一體貫徹的資訊化雲端系統。

鄭主任委員守夏

請問還有無相關詢問？先請干委員文男，再請謝委員武吉。

干委員文男

過去即對雲端系統相當期盼與關注，如今已編列預算支應，若能真正達到效益，將令人感到欣慰，也可減少未來健保的負擔。但，誠如何委員語所言，雲端上線後，若能直接於健保卡加註功能，就能上雲端查詢個人資料，依個人意願，同意者一插健保 IC 卡就能看到完整的病歷、藥歷等資料，可減少重複檢查，也節省大家的時間，才能真正達到目的，而不是完成雲端後，接著還有重換健保 IC 卡或其他需配合更改的問題，這是最令消費者擔心的事。

謝委員武吉

- 一、議程第 21 頁所列核付指標有 5 項，請教這 5 項指標須花費的時間，即使改用光纖，也應予評估。
- 二、議程第 22 頁提到月租費係依中華電信公司與健保署合約的折扣率計算(醫學中心企業型光纖 10M 月租費 2 萬 9,172 元)，但提供光纖服務的公司有好幾家，並不只中華電信公司，請教有

無先進行比價。

三、議程第 25 頁附件二，共編列二十二億四百多萬元，其中醫學中心與區域醫院所編列預算約二千多萬元，若對照第 22 頁說明第四點約一千四百多萬，也用不到二千萬元，為何卻編列二千多萬元，是否有浮編之嫌，這些預算不是現任的林組長阿明所做，是前任的其他人所做的。

鄭主任委員守夏

請問其他委員有無詢問？請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

請教議程第 21 頁所列 CT (Computed Tomography，電腦斷層掃描)、MRI (Magnetic Resonance Imaging，核磁共振)及 PET (Positron Emission Tomography，正子攝影)等，何時實施？

鄭主任委員守夏

您是指何時會上雲端系統？

陳委員錦煌

因可節省經費，在別的地方已檢查過，就不須再做一次。

鄭主任委員守夏

瞭解。請莊委員志強。

莊委員志強

一、現編列經費是要增加院所頻寬，請教院所現行頻寬是否都不足？即醫學中心未達 10M，區域醫院未達 6M，所以才須編列預算增加頻寬。

二、剛報告提到核付標準包括 5 項指標，若指標未達標準，醫院是否申請不到補助經費？也無法提升頻寬？若某醫院頻寬未能增加，是否將造成無法全面查詢？因某醫院未達標準未獲補助，就無法增加頻寬，而該醫院病人若去別家醫院就醫，是否也無法調閱該醫院的檢查資料。

鄭主任委員守夏

請問還有無詢問？若沒有，則請健保署答覆，特別是時程與經費的相關問題，例如預算須否每年編列、是否一年完成、有無進行比價等，至於委員期望做更多、更好的部分，也請儘量予以回應。請黃署長三桂。

黃署長三桂

- 一、謝委員天仁所垂詢，於年度結束後，希望健保署進行報告，以評估是否符合當初需求，我認為這一定要做，也非常合理，本署一定會在年度結束後，將相關效益向委員報告。
- 二、有關今年完成的數量與時程，因為健保會編列的 22 億元經費，屬專款專用項目，我們每一分錢都非常重視，而這屬新計畫，因此不敢冒然一開始即全面實施，係採循序漸進的方式，若願意與健保署合作，我們希望上半年先從醫學中心做起，下半年區域醫院也加入。
- 三、就一年約 30 萬元的補助是否太少稍做說明。即使無此計畫，目前所有醫院的運作也非常順利，只是希望藉由擴充頻寬，讓醫院的傳輸速度更快，以利查詢病患醫療資訊，對病人安全更有助益，並不是靠這 30 萬元就要讓醫院加入。
- 四、何委員語與干委員文男提到雲端及健保 IC 卡，其作業方式係醫師以醫師卡登入雲端系統後，再插入保險對象健保 IC 卡，如保險對象設有密碼，醫師得請保險對象協助輸入密碼，即可查詢，目前已有雲端資料，所提供查詢內容為管制藥品、特定檢查的影像資料等。至於病人的檢查資料，則需要在衛福部推動的電子病歷交換系統才看得到。
- 五、謝委員武吉提及醫院 5 項查詢指標需時多久，等一下由本署同仁說明。有關企業型光纖的月租費是否有比價？公家機關一定是依規定招標，從投標廠商中，選取價格最低且品質最好的廠商。至於預算是否編太多，恰好相反，我們除要求品質好外，合約的預算絕不可能比當初編列的還高，本署同仁非常努力的

將價格壓下來。

六、陳委員錦煌詢問 MRI 資料何時會上雲端，現在不僅已上傳雲端，還有提供誘因，病患如果因此不需再照一次 MRI，還會額外給院所鼓勵資源共享相關費用。

七、莊委員志強提到醫院現在頻寬夠不夠，目前是夠的，故其向健保署申報費用都沒問題，只是我們希望把頻寬變大，做更多事。感謝健保會委員當初同意編列本項預算，我們的思維是，民脂民膏當省則省，如確實需用到這麼多，就會慢慢擴充，如無須支用，所有的錢還是保留在國庫，絕不會浪費。至 5 項指標查詢所需時間，請本署同仁說明。

李專門委員純馥

想先確認謝委員武吉所提，是指查詢雲端藥歷的時間。如果是在門診，確實會讓醫師看診時間拉長，因第 1 次登錄需進行醫師 ID 認證，時間花費較長，約 20~30 秒，之後只要插入病患 IC 卡，10 秒內就可看到資料，但醫師在讀藥歷時，因需與健保的藥歷檔連結，且將病患藥品的使用狀況傳輸到診間也需時間；另涉及醫院資訊功能強弱，本項補助係希望讓醫院與健保署雲端資料的連結能快一點，如果院內資訊系統很強，但和健保雲端資料的連結路徑很窄，將會延長資料查詢時間。

鄭主任委員守夏

我們都是寄予厚望，本項報告案是否...。

黃委員建文

不好意思。

鄭主任委員守夏

黃委員建文是有疑問或...。

黃委員建文

請問本計畫為何未包括牙醫診所，不知是否有包含醫院的牙科部門？討論過程健保署並未邀請牙醫師公會全聯會參加。

鄭主任委員守夏

健保署說有包含牙醫。

黃委員建文

為何牙醫師公會全聯會未被邀請共同研議。

鄭主任委員守夏

請健保署說明。

蔡副署長魯

開會通知單有邀請基層診所代表、藥師及牙醫師公會全聯會參加，至牙醫代表有無出席，則需再查詢會議紀錄。診所部分，當時醫師公會全聯會表示今年不要加入，但我們有特別要求全聯會，如有個別診所要求加入，全聯會不能拒絕。

周委員麗芳

一、本案立意良好，但個人認為目前是站在供給端設想，未來執行時能否也考量需求端，即站在病人角度設想，病人是否願意讓醫院或基層診所的醫師看到其所有就醫資料，例如其通常在居家附近的基層診所就醫，但部分隱疾是到地區醫院就醫，不願意讓診所的醫師知道，如果健保 IC 卡一插上去，所有資料都看得到，是否妥適，請思考。除站在供給端提升效率外，我覺得病人的就醫權益保障絕對不能忽視，否則未來可能會造成軒然大波。

二、議程第 25 頁，22 億元的預算編列，絕大部分是在基層診所(約 17 億元)，就國家而言，17 億元能做很多事，能否讓基層診所先採試辦方式，視其成效，再擴充或全面推動。

鄭委員守夏

謝謝周委員麗芳，請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

一、健保署的預算估算，應是以目前全部的院所家數計算，故顯得

基層診所家數多而需經費很高，議程第 25 頁雖是經費估算表，但與實際費用的差距很大。應於執行後，再看實際發生多少費用，如採浮動點值，我也沒意見。

二、至適用對象，我覺得設計有點保守，重點應非醫院規模大小，而是其對資訊與網路的興趣。建議不用分上、下半年，只要有興趣的醫院皆可提出申請，健保署可再評估其能否做到。現在有相當多醫院與診所的資訊系統都外包，要他們參加，意願恐怕也不高。但如區域、地區醫院都已準備好，卻不准申請，這樣就未達到鼓勵的目的。建議時程不要依醫院層級切割，只要醫院準備好且符合健保署規定的要件，就可列為補助對象。

鄭主任委員守夏

謝謝，其他委員有無意見？

陳委員錦煌

再補充一點，剛黃署長提到 CT、MRI、PET，社區醫院可能有 CT，但沒有 MRI 及 PET。目前醫學中心到底有幾家資料有上傳，能否讓我們知道。

鄭主任委員守夏

不確定主政單位是衛福部醫事司或資訊處，請健保署同仁向衛福部相關單位查詢進度後，讓委員瞭解，目前部立醫院都應已納入，正擴大推動中。

陳委員錦煌

應全面性推動，請讓我們知道進度。

吳委員玉琴

一、黃署長三桂並未回答我的問題，22 億元是一次性，還是以後每年都要編列，應讓我們知道。之前以為是基礎建設，只編列一次。

二、我說三十幾萬太少，是指誘因不足，不知道有無搭配其他管理機制，如黃署長三桂剛提到不重複做 MRI 檢查的院所，會給

予獎勵，是否還有其他誘因鼓勵院所使用雲端資料；另若重複檢查，費用是否會核減。希望工具建置好後，後續健保署有更好的策略，讓此系統確實發揮功能，而非擺著不用，其實我擔心的是大家不用。

黃署長三桂

- 一、謝謝周委員麗芳提醒重視病人隱私，這觀念很重要，當病人不願意別人知道自己情況時，不提供密碼即可，就如干委員文男所言，但要將用藥情形與病情分開，實在有點困難。至建議診所採試辦方式，因診所家數很多，如全部實施，金額會很大，目前南區已有診所加入，我們會在六區找幾家診所試辦，如成效不錯再全面推動。
- 二、楊委員漢源提到時程不要分上、下半年，完全同意，但我們擔心一開始沒做好，會辜負委員的美意，才規劃分兩階段，但如診所與地區醫院覺得已準備好要加入，我們也歡迎。
- 三、吳委員玉琴提到預算的問題，我無法回答，因預算編列要經健保會討論通過，非健保署決定即可，明年是否續編，需各位委員同意。至誘因部分，因醫院也想把病人照顧好，我們是共同合作，這5項核付指標，對醫院而言，是很重要且是他們重視的，故無需特別提供誘因。例如：門、住診病人健保雲端藥歷查詢，可避免發生重複用藥而引發醫療糾紛、CT、MRI、PET資源共享醫院也可獲益、門診抽審案件數位審查能讓醫院節省許多行政作業、特定醫療資訊查詢關懷名單可知道病人使用Stilnox(史蒂諾斯，安眠藥)的情形等。

鄭主任委員守夏

因本案尚未開始執行，我們已表達意見，可俟執行滿一年後，請健保署提出執行與經費使用情形報告。

何委員語

財政部有財稅處理中心，衛福部也應成立全民健保醫療資訊處理中

心，這才是好的方向。

楊委員漢淙

如果只針對預算 22 億元怎麼用，我覺得議程第 25 頁的經費需求表，與實際狀況會差距很大，建議實施時程醫院可不用分層級。黃署長三桂擔心會不會被濫用，因屬補助網路頻寬的費用，我覺得無須顧慮，內容設計則是另一件事。

鄭主任委員守夏

好，請健保署參考。委員若還要繼續發言(謝委員武吉舉手)，則今天會議時間就會拉長。

謝委員武吉

我沒關係。

鄭主任委員守夏

您沒關係，要看大家。

謝委員武吉

一、剛詢問藥歷檔查詢時間，健保署說明要 30~40 秒，若再加上 CT、MRI、PET 查詢，要增加多少時間？若要再查關懷名單或住院藥歷，即 1 加 1、1 加 2、1 加 3、1 加 4，我想瞭解總共要多少時間？

二、剛蔡副署長魯說要查詢牙醫師公會全聯會有無出席會議，但議程第 25 頁，確實未列入牙醫部門的費用，基層診所的數字有無包含牙醫？好像未包含。是叫牙醫診所不用做了，中醫好像也沒有。

蔡委員明忠

有包含牙醫診所。

謝委員武吉

有嗎？

蔡委員明忠

一萬九千多家應有包含牙醫診所，因西醫基層診所家數近一萬家而已。

鄭主任委員守夏

謝委員武吉要求的資料，請健保署儘快提供。

何委員永成

議程第 25 頁的經費需求，編列中醫醫院 13 家，但健保署並未邀請中醫師公會全聯會參加。另想瞭解，編的家數只有中醫醫院，有無包含西醫醫院附設中醫部門。

鄭主任委員守夏

當然有包含，這無須特別說明，因簽約對象是醫院，醫院的各部門都屬醫院的一環，當然會列入。本案是否到此告一段落(楊委員芸蘋舉手發言)，拜託簡短！

楊委員芸蘋

我今天還未發言，且講話速度很快，所以只會花一點時間，無須擔心。請問是否只有找中華電信，不知道月租費有無高估或低估，看起來好像高估，是否符合經濟效益。希望錢能花在刀口上，花得有效率。我覺得月租費蠻貴，不知道數字對不對，只是提出討論。

鄭主任委員守夏

剛健保署已說明這是公開招標，他們是公家機關，會依相關採購規定辦理。本案討論到此，接下來進行例行報告第四案。

肆、例行報告第四案「中央健康保險署依103年度醫院總額之協定事項提報『訂定合理調劑量之調整方案』報告」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

請健保署說明。

李專門委員純馥報告

鄭主任委員守夏

謝謝李專門委員純馥的報告，委員有無詢問？

李委員蜀平

- 一、去年總額協商時，感謝付費者及醫院代表支持本方案，尤其楊理事長漢淶特別鼎力相挺。
- 二、協商當時付費者代表同意調高藥事服務費，並附帶要求訂定合理調劑量，但健保署醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議的「採按月依執業登錄之藥事人員數計算醫院藥事人員合理調劑量，超出部分予以折付 50%」乙項決議不合理，因當時會議藥師公會全聯會堅持反對，但未被接受，而且紀錄也沒有將藥師公會反對意見記錄登載，反對理由，因許多醫院的藥師並未執行藥品調配、藥物諮詢的工作，沒有參與的藥師應將其剔除合理調劑總量，當初的用意，是希望超出合理調劑量的部分，應釋出處方，或請足藥師，懇請主席列入紀錄並修正該決議。我國應與國際接軌，跟著國際標準執行藥師業務，如：美國的藥師一天只能調劑 30 張處方箋，日本 40 張。如果執行最好的用藥安全是可以降低醫療糾紛，因此訂定合理調劑量是很重要的議題。今天醫院都反對合理調劑量，主因是醫療給付太低，藥師服務費太低，醫院經營困難，所以只好找其他收入當利潤，例：藥價差、自費品項…等。

鄭主任委員守夏

先說明，相關執行細節已在健保署醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論，故列為報告案，因本會與署並無隸屬關係，修改

其決議內容，非屬本會權限。如內容明顯不符本會原意，可請健保署再提共同擬訂會議討論，而非本會直接修改其決議。

蔡副署長魯

李委員蜀平所提，在共同擬訂會議已討論過，但執行面很難處理，且藥師執業登錄後從事行政工作的比例很低，故當天會議才會做成這樣的決議。

李委員蜀平

當天我們有強烈抗議，但未被接受及列入會議紀錄，且沒有討論藥師公會全聯會所提的問題。健保會與健保署的會議應有互動性，今天若這樣處理，我認為對民眾及醫療單位都不公平。一直強調要珍惜健保資源，及節省藥費，但真的是這樣嗎？若真的將許多事實攤開，會很難看。不尊重藥師公會的提議，實在也不公平。

鄭主任委員守夏

等一下請楊委員漢涑代表醫院說明執行面有無困難。

陳委員錦煌

主席，藥品處方箋令人不解，醫院的藥袋都有說明各種藥的副作用，為何基層診所沒有？感冒去看診所醫師，藥袋內有 6 種藥，吃了會怎樣、有無副作用？會不會頭暈、嘔吐等，都未說明，應該要讓民眾知道。

鄭主任委員守夏

請健保署說明為何診所的藥袋未說明藥品的副作用。

陳委員錦煌

藥袋我帶來了。

鄭主任委員守夏

為何醫院的藥袋有說明、診所沒有。

陳委員錦煌

我是去王 OO 診所，連處方箋都沒有，不管診所大小都應照規定。

鄭主任委員守夏

請連委員瑞猛。

連委員瑞猛

- 一、主席、各位委員，去年協商時，付費者代表考量的是，一張處方要經三讀五對，標準流程最少要 8 分鐘，合理調劑量和合理診察量的意義相同，都是為提升照護品質。我以前開玩笑說，醫生跟喉嚨痛的病患說回去用藥噴喉嚨，但病人下次回診時反映沒效，醫生問有無噴喉嚨，病人回答有，醫生問怎麼噴，病人就比噴這裡(脖子)，很難想像。2,300 萬保險對象什麼型態都有，藥物給予過程如未提供用藥諮詢，則因用藥錯誤產生的傷害會很大，例如，美國一年的處方藥費用為 730 億美金，卻因用藥不當需再投入 766 億美金，且其還限定藥師每日調劑量為 30 張。
- 二、將所有藥事人員列入合理調劑量計算，已偏離原意，無法展現合理調劑量的精神，它的意義來自用藥安全，能否執行是執行面的問題，最重要應是醫師或藥師在一定工作時間內能做的工作量。對消費者而言，這是基本要求，我們應依此精神計算每個專業人員每日的合理調劑量，如因現實問題，無法做到像日本 40 張處方、美國 30 張，我們可能是 70 或 80 張，超過的部分可緩衝處理，如診所是 80 張，80~100 張支付 1/3，超過 100 張就不支付調劑費，至於醫院部分，應該遵照此精神及原則，規定合理調劑量，超過的張數要有限制，讓藥師調劑工作量在合理範圍，以保障民眾用藥安全。
- 三、記得去(102)年 9 月協商時曾決議相關方案要送健保會通過，今天我站在付費者角度，對健保署所提報的內容不以為然，並未落實當初的基本精神，建議應針對個別藥事專業人員訂定合理調劑量，而非用總數來計算平均值；超過的部分可稍緩衝，但不能無限上綱。此建議方案不是我們要的。

何委員語

最近報紙刊載，某醫院因病人感冒就醫，注射兩種藥物後癱瘓，而被判賠 1,150 萬元。當然這是兩種藥物交互作用所致，醫師不見得瞭解每種藥物的交互作用，其開立藥品的決定並非百分百正確，如有跟藥師討論，可能就不會發生這種情形。我認為除提升藥事人員專業、訂定合理調劑量外，藥師也應擔當醫師開立處方的諮詢對象，醫師與藥師共同攜手合作，對患者才有保障。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

其實臨床藥師做的工作，非僅門診處方調劑，還有很多如照顧住院病患等臨床工作，他沒有調劑藥品嗎？醫院要不要付他薪水？若這些人都不列入計算合理調劑量，合理嗎？醫院、診所與社區藥局的作業負荷是不同的，被賦予的任務也不同，不能完全依人頭來計算調劑量，大家捫心自問，這樣對醫院公平嗎？醫院照顧的病人和診所是一樣的嗎？我們做那麼多工作，折付到只剩 50%，都必須吞下去了，現在還說要按人頭支付。醫院不是那麼愛計較，在經費有限情況下，這部分我們只能吞下去，現在再講不列入支付計算，更過分，這樣合理嗎？

蔡委員明忠

陳委員錦煌所提藥袋標示藥品明細問題，過去西醫基層品質保證保留款規定診所落實執行藥品明細，並經各業務組檢核，執行成果都很好，本案健保署也知道。有關該個案，會立即處理，並向委員報告。

廖代理委員秋鐳(翁委員文能代理人)

我要反映的是醫療品質與成本能否劃上等號，醫療品質愈好，花的錢是否就要愈高？事實上，從很多文獻並未看到很有力的證據，可以佐證花愈多錢，醫療品質就會愈好。相同地，是否藥師人力愈多，醫療品質就會更好？我覺得有時是「質」的問題。設門檻，超出部分要釋出處方或不給付，是不合理的，醫院的工作除了劉代理委員碧珠所提，還有教學研究，這也是為提升病人照護品質。

楊委員漢淙

- 一、剛被主席點名一定要表示意見，本案是醫院總額中編列 3.08 億元用於調整藥事服務費，我想無須把議題拉太遠，且這筆費用是照藥事團體所提建議通過。贊成主席意見及健保署的說明，本案既經健保署醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論通過，有關費用的部分，就依其決議調整。
- 二、何委員語、陳委員錦煌所提意見，我覺得很重要，用藥安全與藥品辨識，法律也有規定，醫療機構應努力執行。我知道有些小型院所因未有診間處方的資訊系統，所以藥袋要印出藥品名稱、適應症及副作用，會有困難，但醫療機構如具有該資訊系統，應很容易做到。
- 三、至何委員語提及藥品交互作用或劑量超過問題，醫院約有 20 個系統專門在監測，如幼兒的用藥劑量有無超過、藥品有無交互作用，醫院只要醫師一開立處方，電腦馬上就會自動進行分析監測，我不敢說所有醫院，但大部分醫院都有類似的系統，尤其是藥品交互作用的系統，是衛福部設計並免費提供所有院所使用。這部分是我們應努力的方向，但如將其作為費用調整的一環，就太複雜了。
- 四、贊成通過本案，至加強用藥安全與充分告知部分，應以其他經費及方式處理。

鄭主任委員守夏

謝謝。請李委員蜀平。

李委員蜀平

謝謝劉代理委員碧珠的指導，後學絕對沒有要忤逆您的意思，我國的臨床藥師未來給付不但會比現在的藥事服務費多，而且最近的藥學教育即將改變，有些學校藥學系要改成 6 年，畢業後的名稱就叫臨床藥師，比照碩士，支付會更好，請不要誤會。健保會是合議制方式運作，沒有將藥師公會及付費者代表當時的意見表達，就這樣

籠統決議支付，我覺得不公平，如此並非原先協商討論的意義與宗旨。

連委員瑞猛

- 一、剛醫院代表所提的意見，個人非常認同，我一再強調健保用藥占總醫療費用近四分之一，每年使用約一千四百多億元，這麼多用藥，卻只支付這麼一點藥事服務費，我認為太過保守。就病患而言，在意的是拿藥過程有無差錯，有無重複，有無禁忌。
- 二、再舉個例子，健保中醫一個禮拜的調劑只給 10 點，現在是誰在做這個工作？如果是中醫師在做？豈不是對中醫師太委屈，若由其他人從事，對民眾用藥調劑的品質在哪裡？今天健保受到這麼多稱許，卻以此方式支付，我們對醫療機構也非常同情。
- 三、調劑非常重要，一年用藥已近一千四百多億元，調劑過程是否適當？以美國這麼嚴謹的情況，因為用藥錯誤 1 天要死掉 600 人。我們關心 2,300 萬人的用藥，給付的精神一定要在，這部分的費用應該要給予支持，我的主張也是這樣。
- 四、合理調劑量的精神在於被服務的人、時間、過程，這是我們在意並認為重要的。標準過程最起碼都要 8 分鐘，8 小時上班時間可調劑的量是一定的，合理調劑量是以人為基礎，不能用變通的方式。個人不反對調高調劑量，但基本精神一定要在，這麼少的支付要如何做到安全。可參考美國的例子，處方藥費花 730 億美元，後來的用藥錯誤要再花費 766 億美元，我們只會過之，而不會更少。

吳委員玉琴

本案是總額協商時決議，應配合訂定合理調劑量，其調整方案須經健保會同意，本會有同意權，不是只有討論而已，當然我們也不能推翻健保署醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議的決議。各位在討論過程中，付費者聽不到對實質方案有何具體建議，這樣的

討論不知道要進行到何時，醫界及藥界的意見聽起來不太一樣，但不知道差異何在？藥界若有意見，能否提供更具體的建議。

李委員蜀平

- 一、健保署的每項作業都非常精細，希望能提出所有醫學中心的藥價差、包括健保價與實際採購價的資料。我曾到一家醫院，院方告訴我，醫院經營困難，只好靠其他收入彌補，醫院每個月的藥價差，就將近 6,000 萬，一年約 7.2 億，這就能解決年終獎金及醫療不足的費用，若按照規定將慢性處方箋全部釋出，醫院沒有藥價差可能經營非常困難，今天並不是醫療單位不好，是支付不公平。邱部長文達曾到高雄與幾家醫院院長及趙天麟衛環召委開座談會，我提問，當場請教所有醫療院所，目前對健保支付滿意的人請舉手，結果沒有一位醫療院所的代表舉手表示滿意；同樣的，對目前醫院的各式評鑑有滿意的請舉手，也沒有人舉手表示滿意。
- 二、健保在無奈的情形下，實施總額，主要收支無法平衡，又無法確實執行使用者付費的觀念，因此許多醫院在給付不足的狀況下，只好另開財路，聽說許多醫院第一好賺藥價差，第二好賺是停車場，第三好賺是商品街，第四好賺是殯葬服務，第五好賺才是醫療開刀與門診，這些都是事實。醫學中心沒有核實申報屬違法，所以要明確告知採購價及健保價的差異，否則整個醫療在此制度下都偏差了。我國的健保世界第一，但同樣洗腎、RCW(Respiratory Care Ward，呼吸照護病房)，五大皆空，急診等床，無效醫療…也是世界第一，或排行前幾名，這樣未來健保會無法永續經營。希望有機會相關單位能夠召開國事會議，將健保總額支付的架構重新檢討，要民眾應如何自我照護，及使用者付費的觀念，確實執行，這才是永續經營所要的，本案涉及全民的用藥安全，大家應慎重討論。

鄭主任委員守夏

- 一、前陣子護理人力不足問題，醫院評鑑用的是「護病比」，許多

護理人員其實也不在第一線照護病人。採護病比或護理時數何者較佳？最好是採護理時數，但我們離該採計標準還很遠，可是採護病比也已經對醫院造成很大的壓力。

- 二、醫院的藥師可能不足，藥師要處理的處方箋量很多，過去 3、40 年就已經如此，李委員蜀平及連委員瑞猛的意見我完全瞭解、支持，應該要計算百分之百站在第一線的人力沒錯。但個人看法是，進步需要時間，短期內，和醫院站在完全不一樣的立場，造成執行有困難，或到時健保署無法計算，可能是我們必需要面對的無奈現實。今天這樣改多少有進步，也許進步一點，我若是藥師公會代表也一定不滿意，但兩邊各退一步，就有進步，不然就只能退回原點，不要編列 3 億元，只是這樣會更差。我的意見是第一年先上路，讓健保署能操作，醫院可以接受。藥師公會是很委屈，離後續目標還很遙遠。我們就先同意，請李委員蜀平。

李委員蜀平

3.084 億元與合理調劑量是兩回事，當初某政府單位答應我們至少調整 10 億元，結果只調升 3.084 億元。如果一千四百多億元的藥費，只用三億多元來調高藥服費，而且我國的藥師服務費，比其他國家相比，低的可憐，如果沒有相對的給付，要如何要求品質，如果每位藥師超時超量的工作，未來用藥安全與藥物諮詢，一定又給醫院造成許多糾紛。如同剛講的，要先將藥價差弄清楚，每家醫院買多少，報多少，如不公布，不排除去檢調單位檢舉，檢舉健保署不當給付健保費、藥費，要還全民公道。

楊委員漢源

- 一、李委員蜀平為這件事情已盡很大努力，對他的精神感到敬佩。現在討論的是兩件事情，一者是調整藥事服務費，再者是合理調劑量。合理調劑量與醫院評鑑掛勾，醫院評鑑每年都在檢討，若我們現在要做成決議，可能會造成衝突及困擾。
- 二、剛主席體諒醫院經營，我們表示感謝。因為護理人員羅致困難，

所以調整護理人員薪水，每人 1 個月調 1,000 元，1 年就要增加 10.8 億元。調整後產生副作用是，醫院藥師的薪水約比護理人員高出 2 萬元，護理人員調薪後兩者差距變少，絕大部分醫院也跟著調高藥師薪水，最近 2 年一個月約調升 5,000 元，這也是我傾力支持李委員蜀平調高藥事服務費的原因。

三、醫院支付藥師的薪水確實有增加，但因藥事服務費沒有調整，結果收入未增加，成本又提高情形下，造成醫院經營困難。剛剛連委員瑞猛提及整體支付偏低，像今年總額協商結果醫院得到什麼？一樣也沒拿到。委員所講的藥費占率，因為我們的基礎(分母)太低，所以藥費的百分比就會提高，不能用百分比與國外比較。

四、為讓本案盡快執行，同意主席所提以健保署目前提出的方案先執行，雖然不盡滿意，但卻是比較簡單且馬上能執行的合理方案。

鄭主任委員守夏

請問委員有無其他意見，與協商情況類似，內部難免有不同意見，只好各讓一步。請蔡委員登順。

蔡委員登順

一、支持主席剛所表達的意見，如同當初血汗護理人員，目的是要增加人力，減少行政工作，讓多餘時間用在護理工作，所以當初要求多聘 2,000 人，調整加班費、夜診津貼。今天藥師要求調降調劑量，相對要增加藥師數，如同護理人員的情形，所以協商時才同意增加三億多元。

二、醫師診察過程中，診察費就包含藥劑師費用，原本沒有編列三億多元時，醫院還是可以支付藥師薪水。現在的目的是要減少調劑量，要增加藥師，費用也給了，初步先這樣做，如果要像李委員蜀平所提的可能執行上有困難，再給 10 億元都不夠。建議照主席意見通過。

李委員蜀平

堅決反對，這並不是照原意所訂的原則，藥師實際上做很多藥物諮詢工作，而且一張處方箋三讀五對七步驟，平均最少要八分鐘。那天在高雄的座談會，正巧蘇清泉立法委員也在現場，今天是健保支付的總額不公平，支付的相關醫療費用太少，才造成這麼多問題。如果與上次會議的紀錄不同，我們會感覺遺憾，再次拜託健保署將實際藥價差列出，不然對民眾不公平，最後造成醫療浪費，健保永續經營堪慮。

鄭主任委員守夏

我們一向有默契，報告案在 11 點前結束，現在是 11 點 15 分，本案同意。李委員蜀平的發言會忠實呈現，至提供資料、藥價差建議等，請健保署參考辦理。

伍、例行報告第五案「中央健康保險署『102年12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

依本會第2次委員會議決議，健保署的業務執行報告，口頭報告採按季(1、4、7、10月)提報，本次進行口頭報告，有請黃署長三桂。

黃署長三桂報告

鄭主任委員守夏

請問委員有無詢問？請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、業務執行報告第 7 頁呆帳部分，十幾年來都沒有改進，每年平均幾乎都在 36 億元以上，請健保署分析到底哪一類的呆帳較多，有無辦法針對這一類的被保險人，加強處理其繳費問題。政府是公權力的單位，竟然可以囂張的不繳錢，有必要加強執行。
- 二、第 11 頁的補充保費，102 年 1~10 月以投保單位繳最多，達 162.5 億元，投保單位的雇主應該會有意見，但看起來他們都沒有反應，可能有賺錢的公司不需反應，因繳補充保險費與繳稅一樣都可以抵稅。我認為較吃虧的還是領取獎金、兼職與執行業務的人員，因此 2% 的比率有待檢討。其他尚有逾當月投保金額 4 倍部分之獎金、兼職薪資所得、執行業務收入、股利所得等來源，我認為股息所得的部分太少，有必要在實施一年後進行總檢討，妥善規劃、處理規避收不到的利息收入。
- 三、102 年補充保費收入較預估超出一百多億元，預期 103 年度可能有些人會知道如何規避繳交補充保費的問題，應一併探討，期望 103 年還是能收取 300 億元以上的補充保費。

吳委員肖琪

報告第 11 頁補充保險費，大家應該很高興看到補充保險費收入 331 億元。若沒記錯，二代健保因為擴大費基，有調降一般保險費的費

率，所以收入減少二百多億元，兩者相減，才是我們真正多收的費用。實施二代健保後，也有許多拆單的現象，造成社會行政成本提高，希望有機會可以討論收取補充保費的社會成本。

陳委員錦煌

我擔任費協會委員時，就對受刑人納入健保很有意見，衛福部好像很怕法務部，有委員幫忙講話你們就不用怕。受刑人怎麼可以用全民健保的經費。而且，現在每個監獄的受刑人都有生產線，也賺很多錢，好像還可提供安家費，健保署應該去瞭解。受刑人賺的錢要用來支應自己的醫療費用才對，他們也應該付得起九億多元保費，不應由健保買單，請衛福部參考。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

- 一、能否提供慢性 B、C 肝炎治療計畫、血友病藥費的人數比較，我知道慢性 B、C 肝炎治療每年都有編列特別預算，但效益有無下降？血友病一定不會痊癒，但請讓我們知道有多少人？使用多少費用？平均一個人花費多少？
- 二、今天護理師公會有推派代表出席，請教健保署執行提升護理照護品質方案執行率達 99.7%，你們有感嗎？若無感，請問要怎麼辦？

陳委員錦煌

我不敢說來自雲林縣，剛干委員文男提到慢性 B、C 肝炎治療計畫，雲林縣帶原者很多，希望能多給經費，因編列在一般服務項目，多使用可能會造成點值降低，而醫師也可能要求病人自費使用干擾素。我擔任委員，一定要照顧雲林縣民眾，雲林縣的肝病病人較多，需要多照顧。

鄭主任委員守夏

請健保署簡要答覆。

黃署長三桂

- 一、干委員文男提到慢性 B、C 肝炎治療計畫、血友病藥費的人數等資料，我們會立刻提供委員參考。
- 二、陳委員錦煌提到受刑人保費，目前由法務部編列預算支應，基於受刑人已納保，保險應提供適切的醫療服務，以保障其醫療人權。
- 三、謝謝吳委員肖琪提醒，補充保費收取 331 億元，但費率由 5.17% 調降至 4.91%，所以減少二百多億元，應計算淨增加。林委員錫維提到呆帳現象，我們會檢討。今年 4 月份將針對補充保費做全面性檢討，也會提健保會報告。
- 四、林委員錫維提出補充保費超收一百多億元，其實沒有，因當初高推估就是三百多億元，所以都在原推估範圍內。目前節餘的 850 億元全部放在安全準備，但還不足兩個月的保險給付總額，健保署對財務管理會非常謹慎。

鄭主任委員守夏

若對外提到補充保費收取三百多億元，一定要提到調降費率相對少收二百多億元。

陳委員錦煌

依署長的說法，難道法務部編錢就不是用百姓的稅金...。

黃署長三桂

稅金不是本保險管轄業務，本署無法處理。

陳委員錦煌

我是替你們擔任打手，建議監獄有基金可以運用。

黃署長三桂

向委員報告，102 年前受刑人未加入健保前，看病都是由法務部編列預算提供，現在只是移到健保而已，沒有改變。

陳委員錦煌

都沒有其他人表示意見，我提出這樣的建議一定會被轟。

鄭主任委員守夏

時間已經很晚，需趕快進行討論案，後面還有 3 個討論案及 2 個臨時提案。

陸、討論事項第一案「特殊材料『愛德華』卡本特-愛德華沛旅旺人工心瓣膜『Edwards』Carpentier-Edwards PERIMOUNT Pericardial Bioprosthesis」自付差額申請案」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀議案。請周科長補充說明。

周科長清蓮

- 一、目前健保已給付豬心瓣膜，這次提出申請的是牛心瓣膜，其最主要使用對象是病患因瓣膜疾病惡化，致需使用外科手術方式植入人工心瓣膜取代患者自身的瓣膜，或無法長期接受抗凝血劑治療的患者。相關疾病主要為瓣膜阻塞或狹窄、瓣膜滲漏或逆流、功能不全或閉鎖不全、混合病症或複合障礙(同時含上述兩項)會用到。
- 二、目前健保給付的有兩大項，一是機械性，需要長期使用抗凝血劑，而生物瓣膜則不需要。
- 三、豬心瓣膜的支付點數為 43,613 點。根據研究結果，牛心瓣膜的臨床效果有改善，包括使用年限及治療效果。建議可納入健保自付差項品項，將依目前健保已給付的豬心瓣膜 43,613 點作為給付上限。
- 四、牛心瓣膜在台灣的上市時間是 96 年，製造國是瑞士，由台灣愛德華生命科學股份有限公司提出申請。

鄭主任委員守夏

各位委員可以參閱議程第 43 頁的比較表，這是健保署之前請財團法人醫藥品查驗中心進行的醫療科技評估資料。再次重申，本案屬依法討論案，委員意見提供健保署參考後，由署報衛福部核定，本會不具有最後的決定權限。委員若有問題可以詢問健保署。請謝委員武吉。

謝委員武吉

健保署應該要再提供 1 項資料，就是在該署藥物給付項目及支付標

準共同擬訂會議建議的健保價，應該也要提供委員參考，讓委員們知道。

鄭主任委員守夏

係指豬心瓣膜健保支付 43,613 點嗎？

謝委員武吉

健保署對牛心瓣膜已有建議健保價。

鄭主任委員守夏

請沈組長茂庭說明。

沈組長茂庭

本案屬自付差額項目，所以給付上限比照豬心瓣膜 43,613 點。接下來，廠商會賣給醫院多少錢，係由醫院去議價。醫院收費標準也會報請當地衛生主管機關核准。

謝委員武吉

這我知道，但當初有個建議健保價。

沈組長茂庭

但那不一定是廠商賣給醫院的價格。

謝委員武吉

我不是該共同擬訂會議的委員，所以不知道，但沈組長茂庭好像都在騙我耶！

沈組長茂庭

當初如果由健保全額給付，則有建議健保價，但本案屬自付差額項目，所以就不討論價格。

謝委員武吉

請呈現價格讓委員知道。

沈組長茂庭

請周科長清蓮說明當初廠商申請的健保價。

周科長清蓮

廠商第一次申請的健保價是 13 萬 5,000 點，最後一次申請的健保價是 9 萬 5,000 點，其實是由市場機制來決定價格。

謝委員武吉

廠商申請的健保價為九萬多點，扣除豬心瓣膜四萬多點，就知道民眾自付差額的金額。

鄭主任委員守夏

感謝謝委員武吉，請吳代理委員榮達。

吳代理委員榮達(謝委員天仁代理人)

議程第 43 頁有關相對療效的數據，係依據 Jamieson 2006 年及 1999 年的觀察性研究報告，因為這些數據將是我們決定同意與否或傾向接受的考量因素，請問健保署是否核對過該報告的原始文件，並檢視數據的正確性。

沈組長茂庭

我們係請財團法人醫藥品查驗中心幫忙收集資料，這些資料都是從公開發表的期刊摘錄，所以數據正確。

吳委員玉琴

- 一、健保署應該要提供我們充分的資訊。102 年 8 月份委員會提出廠商的建議價是 13 萬 5,000 點，但本次委員會，都沒有提到價格，後面幾個議案也一樣，對付費者委員而言，無法判斷價格多少才合理，所以在 102 年 12 月份委員會才會因擔心價格過於昂貴，而討論是否應訂定自付差額上限。
- 二、委員建議的遊戲規則在本次會議資料也有特別提出，可否請健保署提供委員價格，及其和他國的價格中位數比較。雖然牛心瓣膜在台灣是新上市，但至少可以做國際比較，提供我們一些資訊，而不是完全沒有資訊。牛心瓣膜的價格這麼高，去年 8 月份委員會就建議是否宜訂定自付差額上限，但本次提案好像都不討論價格就要我們通過，提供的資訊非常不足，尤其付費

者代表對於這些特材，也較無能力理解。

- 三、對於財務衝擊方面，我們知道有替代性，所以應該沒問題。但議程第 44 頁財團法人醫藥品查驗中心的報告中，提到本案品項之同類特材包含於 DRGs 「心瓣膜手術及其他重大心臟胸腔手術」中，故不另計點數，請問這句話的涵意？係指差額由民眾自己負擔？健保只付四萬多元就好；還是我們不用付差額，可以 DRGs 包裹給付，希望健保署能協助釐清。我想在資訊不充足的情況下，特材又這麼多樣性，本次會議又有這麼多討論案，真的不知如何判斷。

鄭主任委員守夏

請沈組長茂庭說明。

沈組長茂庭

- 一、先回答第二點，對健保財務沒有衝擊。因為如果用了牛心瓣膜，且其被列入自付差額項目，則健保付的價格與現在豬心瓣膜價格一樣，所以不會影響健保財務。
- 二、是否要訂定自付差額上限，委員曾提出意見，所以上次委員會會議健保署有提專案報告，會議決定也提到，收載初期暫不訂定自付差額上限，但加強一些措施，例如兩階段事前充分告知、資訊公開透明化等，如果有價格差距很大的情形，健保署才會制訂差額上限。
- 三、至於醫院收費多少？要等正式實施才知道。健保署給付四萬三千多點，廠商申請九萬多點，但廠商實際上賣給院所，院所跟民眾收費後，還要向各地衛生主管機關報備，也要公布於網路，屆時才知道要付多少差額。
- 四、這是自付差額品項目前的執行情況，過去有 6 大項自付差額的特材品項，如塗藥血管支架、髖關節、膝關節等也都是這樣處理。

干委員文男

- 一、牛心瓣膜聽起來很貴，術後 15 年整體存活率顯示，豬心瓣膜為 29.3%，牛心瓣膜為 35.2%，可否用存活率來談價錢？健保署有能力、義務替民眾把關，若能以存活率計算價格，就不需要這麼多錢。
- 二、納入自付差額項目多久後要導入全額給付？也要考慮被保險人的負擔情形。

鄭主任委員守夏

是否有其他委員有意見？請李委員永振。

李委員永振

呼應吳委員玉琴，剛沈組長茂庭說明目前自付差額的情況，財務衝擊大概沒問題。102 年 8 月份委員會廠商提出十三萬多點，現在申請九萬多點，還是要自付一倍以上的費用。但病患的心理因素，一般不會去談健保已給付四萬多點，而較在乎自己又要多付一倍的費用。若沒有相關配套，本案在健保會通過後，要背負後面的諸多後遺症，請慎重考慮。

陳委員川青

- 一、現在申請價調降至 9 萬 5,000 點，幕僚補充說明提到不符合比例原則，102 年 8 月份委員會時我也提過。請委員翻開議程第 43 頁，主動脈瓣膜置換術與二尖瓣膜置換術的觀察性研究報告，先看二尖瓣膜置換術 41~60 歲樣本的整體存活率好像差不多，40~60 歲是人生最黃金的年齡，豬心瓣膜與牛心瓣膜的存活效果一樣，所以我覺得還是比例原則的問題。
- 二、請問這些研究有多少樣本數？規模多大？樣本數多寡與其經濟規模有關，不曉得健保署是否有相關數據，可以提供委員參考。

鄭主任委員守夏

請問健保署有資料嗎？

沈組長茂庭

- 一、多少樣本數可能要回去翻原始研究報告，特材沒有辦法像藥品般去蒐集很多實驗人口。因為不可能去找一個沒有病的對照組，幫他裝置特材後，比較對照組與實驗組的差異，所以大部分為觀察性研究，從有這些疾病的人去觀察兩組間的差異情況，一般而言樣本數確實不會太多，因為罹患這種疾病的患者並不多。
- 二、剛干委員文男提到，術後 15 年的整體存活率，牛心與豬心瓣膜為 35.2%對 29.3%，但無法以增加多少存活率來議價，因為這屬個人主觀的認定問題。我們也認為應該不必花這麼多錢，但無法跟廠商議價，因這些都是國外廠商，廠商若不認同此價格，總部即不會進口到台灣，民眾就用不到該品項，所以才會將牛心瓣膜申請納為自付差額項目，列入後，因醫院的議價能力都很強，會將價格調降。
- 三、至於何時可列為全額給付？牛心瓣膜出來一陣子後，價格會隨著時間慢慢調降，若降到與全額給付的豬心瓣膜接近時，就可以將之列為全額給付項目。

陳委員川青

謝謝沈組長茂庭的補充，我的詢問是當初臨床報告的樣本數，而不是使用後的數字。食品藥物管理署核准的特材、藥物一定有研究者主持的研究報告資料，這些資料較容易取得，可否提供參考。

施副組長如亮

補充報告，本署委請財團法人醫藥品查驗中心幫忙做的醫療科技評估報告中，牛心瓣膜與豬心瓣膜的樣本數為 1,430 人與 1,825 人，均已達一千多人。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、如果從研究的個案數來看，已達需要的標準，但事實上有一項

我們一直忽略，就是在價格及市場上，樣本本身可能是不一樣的群體。也就是牛心瓣膜與豬心瓣膜的價格不同，病患會因為社經的狀況去選擇不同的產品。就如同 LV(Louis Vuitton, 路易威登)屬社經能力較高的人使用，路邊攤的包包則是一般普羅大眾使用，有得提就好，所以中間的差異就已經有區隔。

- 二、二尖瓣若不是先天性缺陷，基本上與社經地位有關，一般人生病時，社經地位高的族群會較早就醫。所以選擇豬心瓣膜或牛心瓣膜，兩組間的社經地位可能已有差異，若參看議程第 43 頁的對照表，看起來 似乎是使用牛心瓣膜較好，而使用豬心瓣膜較差，但有可能本來樣本就不一樣，而這種疾病個案又很少，其屬觀察性的研究報告，所以要做這樣的比較實在很難。基本上贊成健保署的做法，先將之納入，讓產品可以提供病人選擇，本案先這樣決議即可。

楊委員漢源

- 一、我覺得應該要將之納為自付差額特材項目，本會 102 年 8 月份委員會花很多時間討論，因為我們都不是這類病患，所以無法感受到效果好一點的需要性。我記得上次何委員語認為兩者的確有很大的差距，價格也確實差很多。為何價格會有差，因為全世界只有一家公司開發此產品，要賣多少就多少，要嘛你就買，不然就不要買。以後如果台灣用的多，醫院就比較有議價空間，記得上次提的價格是九萬多元，而非十三萬多元。實務上要特別注意是從病人的角度來切入，醫師提供病患建議時，應該充分告知，這是行政上須特別考量的。
- 二、另外，不管院所買進來多少或收取多少費用，應該讓價格透明化。醫療機構的收費依照醫療法規定，要向地方衛生主管機關報備。我瞭解的是目前已有病患使用牛心瓣膜，現在要自費九萬多元，若本會通過後，說不定只要自付五萬多元的差額。從病患的角度，使用同樣的特材，付 5 萬元還是 9 萬元比較恰當。本會若不通過，變成病患要自費九萬多元，不是不能用，

而是若要用則需全額自費，不能夠只付差額。

三、從病患的角度思考，要充分告知療效等資訊，如果最後還是選用牛心瓣膜，是他的權利，也是見仁見智的問題，可由病患自行衡量，每個人的價值觀不同，所以我認為本案應該要先通過。

四、世界各國對於醫療儀器、特材與藥品的管理都不一樣，藥品都要申請許可證，醫療儀器與特材則不一定。德國管理醫療儀器的不是衛福部，而是工業部；法國把醫療儀器當作一般商品，所以醫療儀器、特材的複雜度會這麼高。若要蒐集可能只有美國的資料，因為美國是需要經過核准的。台灣很多制度是參考美國 FDA(食品藥物管理署)，但我相信美國的價格會比台灣高出許多。

鄭主任委員守夏

請陳委員川青。

陳委員川青

剛有關沈組長茂庭對於樣本數的報告，個人可以接受，而且也期盼本案可以通過，因為付費者可以考量個人的經濟條件自行選擇。

謝委員武吉

本案在健保署藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議已經討論很久，很贊同楊理事長漢源及陳委員川青等多位委員所提，其實在座的每位委員都有慈悲心。還有一點，是一定要考量到的重要問題，就是宗教信仰，如果是回教徒不能用豬心瓣膜，所以也要考量到這群人。我們已經瞭解廠商申請價為九萬多元，這樣就比較好處理，建議本案應該通過。

吳委員玉琴

一、沒有反對本項成為自付差額的品項，而是反映健保署提供的資訊不夠充足。上次報告也說會提供資訊，讓我們知道產品的國際價，一般行情及建議價等資訊。若未提供資訊，健保會的付

費者委員對於同意本案會有很多疑慮。

- 二、另外，從付費者角度來看，要不要訂自付差額上限，健保署的講法是初期不訂，未來會觀察，但觀察多久？一年後才訂上限嗎？本案金額還蠻高，之前提的建議價是 13 萬 5,000 元，我們不知道醫院購買價多少，這部分還是審慎建議應制訂自付差額上限，讓付費者不要付太多費用。請訂個時間，何時要檢討及訂定差額負擔上限的期限。另外，提供 2~3 頁的資訊就要我們判斷，對我們而言非常困難。

干委員文男

完全贊同吳委員玉琴的意見。哪個時程會納入全額給付，如果健保署都沒有能力知道世界各國的價格，要靠所有的醫院自行議價、砍價，砍到全額給付，我看很困難。醫院如果砍價也不會告訴你，哪有這麼笨，醫院都希望多賺一點。我們的期盼是訂出全額給付的時程，讓民眾有機會享用到牛心瓣膜，我沒有反對本案通過。

吳委員肖琪

- 一、第 40 頁財團法人醫藥品查驗中心對於牛心瓣膜的療效也是比較保留，雖然部分療效相對較佳，惟整體差異不大，但廠商之建議價卻高出給付上限數倍，不符比例原則。
- 二、若看議程第 43 頁 1999 年觀察性研究報告的數字，效果及證據皆有限；整體存活率部分，41-60 歲使用牛心或豬心瓣膜沒差別，<40 歲或 61 歲以上才有差。另外術後 30 天死亡率，牛心瓣膜 2.8% 與豬心瓣膜 5%，多活 30 天與少活 30 天意義何在？我較不在意這個數字，而更在意是否真的有效。同一個作者在 1999 年做年齡別分析，發現 41~60 歲整體存活率沒差，到 2006 年發表的數據，15 年整體存活率則有差別，就數據嚴謹度而言，我傾向以較保守的角度來探討。
- 三、至於要不要同意自付差額，我沒有意見。有也可以，沒有也可以，實際要擔心的是民眾有無充分瞭解，還是如同其他項目，說健保給付的沒效，一定要自費才有效，如果是這樣，民眾其

實並不了解存活率的差距，所以充分告知是很重要的。

鄭主任委員守夏

還有無其他委員有意見？請連委員瑞猛。

連委員瑞猛

- 一、本案大家談論蠻久，個人一向主張要看整體研究結果，本案成效憑良心講不是很有差異，價格從上次提出 13 萬 5,000 點，經過健保署的努力，現在降至九萬多點，其實才是最大的重點。雖然療效差異不大，但有個創新的產品，讓它進入醫療體系，以便病人多一種選擇，絕對不是壞事。但就像干委員文男及楊委員漢源所言，價格九萬多點，健保給付四萬多點，付費者還要自付五萬多點，不管由誰來付，最終還是支付九萬多點，價格才是我們最重大的考驗。
- 二、現在醫療院所有向各地衛生主管機關報備價格的機制，但基本上著力不深，在現行機制下，被保險人並沒有任何能力判斷，所以在我們參與討論的過程，委員責無旁貸，要扮演積極的角色。
- 三、個人主張這屬較為重大的疾病，應該考慮由健保全額給付，讓健保署想辦法將價格壓低，這樣的病患也並不多。

陳委員錦煌

- 一、我贊成通過本案，但醫事服務機構要跟病患坦白說明，有的醫院向健保署申請支付後被核減，就跟病患說自費的較好，包括膝關節置換，我問過好幾個進行膝關節置換的老人，答案是用健保給付的膝蓋，以後會蹲不下去，若採自費，將來還可以彎曲蹲下。
- 二、希望醫院不要跟病患說用自費的較好，塗藥支架也是這樣，跟病患說塗藥可以撐較久，這種問題要解決，才較公道，不然牛心瓣膜與豬心瓣膜看來術後 15 年的整體存活率差不多，一個 35.2%，一個 29.3%。我認為本案可通過，但希望醫師對病患

詳細解說，不然病患怎知道哪個較好。

鄭主任委員守夏

瞭解，請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、其實今天談論牛心瓣膜是否納入自付差額項目，都太慢了。因為衛福部已經給予牛心瓣膜輸入許可證，本就可以輸入，現在市面上也都已在使用的，而且用 6、7 年了，因為有輸入，就會有人去買及使用。
- 二、不論廠商申請 9 萬或 10 萬點，現在需要討論的是否納為自付差額項目，要不要由健保付部分費用，其餘差額由病患自付，就這樣而已。大家認為價格應該要控制得很嚴格，例如塗藥支架與本案類似，塗藥支架有五萬多、六萬多、七萬多到八萬多點，醫院其實沒有太多討價還價的能力，因為只有那幾家廠商在做，不是跟這家就是跟那家買，像這種量少又很貴的品項，老實講醫院不可能有太高的利潤，醫院收取的是技術費，而非植入的材料費用。

吳委員肖琪

剛提到議程第 43 頁的意見要修正，若真要看數字，41~60 歲之間整體存活率差不多；70 歲以上的反而是豬心瓣膜較好；小於 40 歲及 61~70 歲是牛心瓣膜較好。剛楊委員漢淙提及這 6、7 年已有人使用牛心瓣膜，請問有無相關健保資料可供參考？

鄭主任委員守夏

委員還有無意見？請吳代理委員榮達。

吳代理委員榮達(謝委員天仁代理人)

議程第 44 頁成本效益項目的倒數兩行，使用牛心瓣膜組之 15 年總費用較豬心瓣膜組高出約 10 萬元，不曉得文字上有無看錯，數字正確否？

沈組長茂庭

因為這是醫療科技評估的摘要報告，我們需要看原始報告如何計算。

鄭主任委員守夏

- 一、全民健康保險法規定自付差額品項由健保署提健保會討論後，報主管機關核定，所以本案本會依法要討論，但不是決定同意或不同意。如果本會有強烈不同意的意見，健保署報衛福部時，可能就要想一下是否同意；若本會都未有意見，結論跟共同擬訂會議一樣，那署就較放心報部核定。
- 二、個人認為我們不能說同意或反對，因為非屬本會權限，但可以提供委員的意見或擔心事項，供健保署參考。委員最擔心的是價格問題，這是本會需要考慮的，所以請健保署之後的提案，都要提供廠商報價，如果找得到國際價格的中位數，就讓我們知道。
- 三、依據上個月的紀錄，對於通過自付差額特材的品項，將來都要定期提出檢討報告，現在還未訂出要多久的期限來會報告，因為還要看使用量，如果半年的案件量很少，則不一定可以提報，但幕僚會列入追蹤。
- 四、終極目標應該是，如果自付差額的特材值得支付，就應列為全額給付。開放初期，個人解讀為試用或試辦期，一旦這些自付差額的特材證明是值得的，就可能因為量大而降價。健保署談判的功力一向很厲害，通常都壓到廠商願意進口的最低價，要不然就是議價的結果低到廠商不進口，這樣對民眾也不好，所以後續的追蹤很重要，需要健保署幫民眾把關。
- 五、另外，就是財團法人醫藥品查驗中心的醫療科技評估報告，健保署應該要先消化後再提供委員參考，而不是直接將摘要拿過來用，就像剛委員垂詢的研究報告個案數，其實資料是有的，所以健保署要先檢視醫療科技評估報告的內容，是否署也同意。個人認為，完全引用醫療科技評估報告的內容，較不負責

任，因為這是健保署委託的報告，責任還是在署。相信這些報告內容提到藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議時，也是同樣的資料，但健保署應有自己的立場。

六、本案結論，請健保署參酌委員同意、反對、或擔憂的意見，依程序報部核定。

干委員文男

因為今天健保署提供的資料並不足夠，我想提個較完善的修正建議。今天原則上同意，但可否請健保署先試辦半年並提供我們數據報告，包括病人使用牛心瓣膜後產生的效果，如此可提供健保署一些時間，也給醫院與器材商議價的空間，否則一旦通過後，實際執行時，就會一點緩衝時間都沒有，大家看法如何？

鄭主任委員守夏

如果各位同意，本案可以用「原則同意」的字眼，剛才健保署已經同意收集半年資料後，就到委員會報告，但半年的數據是看不到使用效果，只能看使用情形，重點還是在醫院如何跟病患解釋，但這有點涉及良心問題。院所請病患簽同意書時，並沒有提供療效比較的資料，難道要提供嗎？(李委員蜀平回應：要提供)但其實就算提供，病患也不一定瞭解，雖然是權利下放，但病患不一定有能力決定，這是事實。而且，在那種狀況下，若跟病人說某項特材較好，但要多 5 萬元，病人家屬十之八九都會同意。將來若醫院類似療效的特材項目有 A 與 B，但在一定時間內，全部由 A 變成 B，或由 B 變成 A，那就可能有問題，但健保署盯醫院盯得很厲害，所以請健保署半年後提報。

干委員文男

下次請提供病患使用率資料，因為不知現在有多少人使用？不論牛心瓣膜還是豬心瓣膜，都已進口很久，所以應該會有數據。我們現在連最起碼的人數統計資料都沒有，健保署說什麼我們也只能聽。希望試辦半年後，人數有多少，一定要提報。

鄭主任委員守夏

請健保署提供原本使用量，即使是自費特材，但因手術費由健保給付，應該還是可以看到服務量，這些數據應該讓委員瞭解，資料提供部分就請健保署幫忙。

謝委員武吉

結論是什麼？

鄭主任委員守夏

本案原則同意，請健保署於執行半年後，提供開放前後的使用情形比較。

柒、討論事項第二案「特殊材料『英特加』內植用腦積水引流管組-壓力閥及引流管、『美敦力』史卓塔腦脊髓液引流組-壓力閥、『美敦力』史卓塔腦脊髓液可調式壓力閥、『美的思』柯特曼霍金斯可調式引流閥系統-可程式活門單位、『美的思』柯特曼霍金斯可調式引流閥系統-引流控制器及『美的思』柯特曼霍金斯可調式引流閥系統-可程式活門單位含導入器自付差額申請案」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

請問健保署有無補充？並請說明是否有相關價格或使用量數據。

沈組長茂庭

請周科長清蓮說明。

周科長清蓮

一、本案所列特材(6項產品)是由3家廠商提出申請，與目前健保給付項目不同之處，是這些項目均屬可調式的腦積水引流系統，而健保目前是全額給付相同用途的定壓引流之腦室腹腔分流術導管組，支付點數為7,127點。

二、因為不同的品項有不同設計，但這6項都是水腦症引流組，用於腦壓上升的水腦症病患，當其顱內的腦脊髓液因形成與吸收不平衡，或是循環本身的問題而使腦壓增加時，則需要透過外科手術將其腦脊髓液引流至身體其他位置，例如腹腔、心房等，相關診療項目包括腦室腹腔分流手術、腦室體外引流及腦脊髓液分流管重置術。針對部分病患如常壓性或低壓性水腦症病人置放可調式引流管後，能降低引流過量所造成的併發症，最重要的是可提高病人生活品質。

三、本案所列特材的基本資料如下：

(一)博暘科技有限公司所申請法國製的「英特加」內植用腦積水引流管組，使用許可證於94年10月7日核發。

(二)美敦力醫療產品股份有限公司申請美國製的「美敦力」史卓塔

腦脊髓液引流組，使用許可證於 95 年 4 月 17 日核發。

(三)美敦力醫療產品股份有限公司申請美國製的「美敦力」史卓塔腦脊髓液可調式壓力閥，使用許可證於 100 年 11 月 21 日核發。

(四)英商壯生和壯生(香港)股份有限公司申請瑞士製的「美的思」柯特曼霍金斯可調式引流閥系統-可程式活門單位，使用許可證於 85 年 2 月 28 日 及 94 年 10 月 3 日核發。

(五)英商壯生和壯生(香港)股份有限公司申請瑞士製的「美的思」柯特曼霍金斯可調式引流閥系統-引流控制器，使用許可證於 85 年 2 月 28 日核發。

(六)英商壯生和壯生(香港)股份有限公司申請瑞士製的「美的思」柯特曼霍金斯可調式引流閥系統-可程式活門單位含導入器，使用許可證於 94 年 10 月 3 日核發。

鄭主任委員守夏

是否有廠商的報價範圍？

周科長清蓮

依廠牌別的不同，3 家廠商的報價也不同，目前申請價格大約從 6 萬至 12 萬點不等。

鄭主任委員守夏

所以定壓式的是七千多點，但可調整壓力式的引流組從 6 萬起跳。委員有無詢問？請干委員文男。

干委員文男

請問本案所列的 6 項特材，屬新特材或舊特材？

周科長清蓮

這些特材的使用許可證很早以前就核發，只是健保沒有給付。

干委員文男

所以是通通沒有給付，還是不用付錢？

周科長清蓮

健保目前給付定壓式的引流組，使用的病患不須付錢；但可調整式的引流組沒有給付。

干委員文男

所以扣掉健保已給付的額度，病患還要自付約 6 萬至 12 萬點？每個廠商都有不同價格，差距多少？我們都沒有資料。

周科長清蓮

如果將來同意將可調整式的引流組列為自付差額項目，扣除定壓式的引流組的價格，才是病患要自付的。

干委員文男

我接到開會通知後，詢問了幾位醫師，有幾位不知道，也許是問到非該專科。將來若要開放新特材，醫師一定要先瞭解，才有說服力，最起碼也要讓在座的付費者委員瞭解，請問醫事服務提供者代表，你們都瞭解這些特材項目嗎？

謝委員武吉

這要詢問腦神經外科的醫師。

干委員文男

價格可否再檢討，以討論事項第一案為例，原本廠商的報價是十三多萬點，後來變成九萬多點，本案可否也按比例計算。

沈組長茂庭

一、本案所列特材項目用於因車禍導致腦部撞擊受傷必須開刀的病患，若術後出現水腦症時，腦脊髓液腫起來會影響神經，所以要埋一個管子進去，將顱內的腦脊髓液引流至身體其他位置，但如果病患狀況改變，或是高血壓等因素，使其腦壓隨之改變，原本的定壓就失效，這時就必須再動一次刀，重新設定壓力；而變壓式的腦積水引流系統會自動調整，不需再次手術，這也是為什麼這些特材這麼貴的原因，因為不用冒著重新手術

的風險。

二、本署曾諮詢相關科別醫師的專業意見，究竟哪些病患用定壓式的引流組就可以，而哪些病患一定需要用可調整式的引流組，但醫師說明，手術當下無法判斷，腦壓在什麼情形會改變，所以選擇哪一種腦積水引流管組，有點像出國旅遊時，有人會買意外險，但也有人因為發生的機率不大而不會買的道理一樣。

鄭主任委員守夏

是永久置入嗎？

沈組長庭茂

應該不會拿出來。

李委員永振

從比例原則的角度，本案的價差比第一案還高，本案或類似議案應比照第一案方式，請健保署再多費些心力，提供更多資訊，協助委員分析，讓我們瞭解，討論才會比較深入，對於比例原則的質疑也或許會降低。

吳委員肖琪

一、我的意見與李委員永振類似，剛才沈組長庭茂說選擇可調整式的腦積水引流管組，可能減少再開刀的機率，請問過去有多少人曾經再重新開刀？再置換率多少？什麼樣特質的病患，比較會有再置換的需要？

二、現在已經有兩個類似的案件，都可減少再手術的機率，第一案使用牛心瓣膜的病人，15 年下來還是要多花 10 萬元，成本效益為何？雖然重點並不是成本效益，而可減少再手術的機率，我很擔心健保會要討論的議題很多，以後此類案件不知還有多少，我們應該從今天的經驗，檢討以後如何處理類似案件。

蔡委員登順

我認為本案所需要的討論資料還很欠缺，而且連醫界也不完全知道這些特材，剛才有委員說這些項目是可調整壓力式的腦脊髓液引流

管，沈組長茂庭又說，病好以後引流管還要繼續置放，我覺得很納悶，認為有盲點，依常理判斷，恢復健康以後不應該繼續放在腦部，所以，這些盲點沒有釐清前就做判斷不好，尤其本案比第一案價差更大，健保給付 7,127 點，自費最高要 12 萬點，比第一案更高，我認為應該等資料準備更充分後，再討論較恰當，資訊不對等，我們很難決定。

鄭主任委員守夏

請教其他委員有無不同意見。

吳委員玉琴

剛才的簡報考驗我們的老花、近視，字太小根本看不清楚。我覺得這次健保署準備的資料不夠充足，尤其要在這麼短的時間去瞭解很困難，因為我們消費者有知識落差，所以建議後面的議案先不要討論，因為無法在資訊不足的狀況下決定，若要矇著眼睛討論，我們良心不安，尤其本案的價差高達 9~10 倍，真的很可怕，令人膽戰心驚，而且後面的臨時提案更是連資料都沒有。建議主席後面的議案不必討論，等健保署資料完備了再討論。

鄭主任委員守夏

幾位委員都提了類似意見，請問有委員附議嗎？

連委員瑞猛、林委員錫維、吳代理委員榮達、林代理委員敏華、干委員文男都表示附議。

鄭主任委員守夏

- 一、請健保署補充相關資料後再提會討論，本會並沒有所謂同意或不同意，剛才的討論很明確，我們需要知道的是價格、國際中位價、醫療科技評估報告，及過去的使用量等資料，如果有辦法提供委員參考，會較有助判斷。
- 二、剛有委員提到本案健保給付是 7,127 點，但自付差額卻需要 6~12 萬點不等，這樣的差距，或許根本不需要健保給付，直接自費就好，所以應該讓廠商知道我們的想法。概念上，若有科

學證據，且說服力夠強的話，就直接納入給付，本案的特材項目可以隨腦壓變動調整，可能會較好，但我們並不知道究竟有多好。本案請健保署洽請廠商、財團法人醫藥品查驗中心補充價格、醫療科技評估報告、過去的使用量等相關資料後，再提會討論。

三、接下來的討論事項第三案及臨時提案有關「聖猷達」翠翡塔組織瓣膜的自付差額申請案，就不進行討論。

四、另外還有陳委員川青及幾位被保險人代表委員所提的臨時提案，如果委員同意，我們就繼續討論。(未有委員表示反對)請同仁宣讀。

捌、臨時提案「建議『全民健保法』第四十一條第一項及第二項各類代表之名額比照本法第五條第四項『被保險人代表不得少於全部名額三分之一』的原則，重新調整被保險人比例，並自明年度起實施」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

請問陳委員川青有無補充？

陳委員川青

- 一、本建議案有兩個核心重點，不知道健保署是否同意我們的意見。上次與部長會談時，健保署好像覺得被保險人代表沒有醫療專業知識，所以對於我們參加藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議有些保留。相信在座委員都同意，很多被保險人代表，包括本人都不是醫療專業，但並不是非醫療專業者就不適合參加共同擬訂會議。不論藥品還是特材，討論的重點在財務面，若希望藥品及特材給付有好的品質，就需要考量財務試算、評估的連動性，以及被保險人的立場來看問題。
- 二、我們主張重新調整藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議被保險人代表的比例，正如今天所討論的特材議案，如果本會被保險人代表有進入健保署的討論系統，相信會對相關案件有更深一層的瞭解，那麼在本委員會會議就可為健保署補充說明，讓此類案件順利討論。
- 三、個人目前代表健保會參加醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，老實說，被派去參與該會議，面對的都是醫事服務人員，面對這樣的壓力團體，要處理的都是「人」而不是物，但藥物是「物」，尤其每年藥品費用高達一千四百多億元，與被保險人有直接關連，所以建議健保署能採納我們的意見。該辦法的修改只要行政部門通過即可，不需送到立法院討論，我們想聽健保署有無較好的意見，可否採納我們的想法。

鄭主任委員守夏

請沈組長茂庭說明。

沈組長茂庭

有關比例問題，因為全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂辦法與健保會組成及議事辦法，並不大一樣。健保會組成及議事辦法中有明確訂出代表的比例，但共同擬訂辦法並沒有列出比例，而僅列出要有主管機關及其所屬藥物管理機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者代表共同擬訂後，報衛福部核定；當初研擬該辦法時，係由本署研提草案，並經衛福部與外界討論後訂出名額，若要修改該組織的組成，必須修改共同擬訂辦法，並報衛福部同意才行，並非健保署可以決定。

鄭主任委員守夏

- 一、有無其他委員要補充？提案的說明已經很明確，但先提醒各位委員，本案屬建議案，建議健保署或衛福部修改藥物給付項目及支付標準共同擬訂辦法，增加付費者代表的名額，如果權責單位同意修改，那很好；第二個建議是，比照醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，讓健保會委員派員參加，這個建議有無委員反對。(未有委員表示反對)
- 二、修正全民健保藥物給付項目及支付標準共同擬訂辦法並非健保會的法定權限，所以本建議案就送請健保署及衛福部參考。

楊副司長慧芬

代表衛福部社保司向各位委員解釋藥物給付項目及支付標準共同擬訂辦法的形成過程，如剛剛沈組長茂庭所說明，共同擬訂辦法訂定時，是先由保險人提供條文草案意見，之後由衛福部邀集各界代表討論，並依行政程序法對外徵詢意見。在徵詢外部意見時，部分民間團體也有不同看法，他們認為需要兼顧擴大參與及多元性，因此不一定所有的被保險人代表都要由健保會推薦，經參酌各界意見，最後才改成由保險人洽請相關團體推薦之，對於委員會今天的建議案，將來還是要經過相關法制程序處理。

鄭主任委員守夏

- 一、這只是意見溝通，委員會若無委員反對，本建議案就請健保署及衛福部參酌。有無其他臨時動議？
- 二、對於剛才討論的自付差額特材案，之前幕僚曾就此類案件的提案時間請教委員，日後是否需要預先安排討論時間，或依健保署提案時間隨到隨審，或安排於每年 3 月、6 月、12 月討論，以避開 7~11 月總額密集協商的期間。
- 三、依據幕僚徵詢委員意見的結果，17 位委員認為此類議案，宜預先安排討論時間；也有 11 位委員認為只要不安排在最忙的時候就好，可依健保署提案時間，排入委員會議討論。因意見並不是很明確偏哪一邊，但為使幕僚安排議程時有較確切的方向，可否考慮固定安排於 3~6 月優先討論此類案件，若不方便明訂，也可以有默契地盡量避開 7~11 月的總額協商期間，否則署有提案，我們不納入安排好像也不對。
- 四、由於此類案件不至於緊急到必須立即處理，所以請健保署盡可在上半年提出，下半年就盡量不要提，這樣議程較好安排，討論的時間也較充裕。

沈組長茂庭

全民健保藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議每 2 個月開 1 次會，會後若有相關決議，就應送請健保會討論，可能無法延遲，惟若貴會要將提案集中處理，本署沒有意見。

鄭主任委員守夏

- 一、其實兩個會是相互尊重，當健保會需要進行其他法定任務時，就可能沒有時間討論，所以請健保署幫忙轉告另一個委員會，總額協商的那段時間可能較不合適，只要有默契就好，不需講得太硬。
- 二、請問委員有無臨時提案？(未有委員表示)今天的會議到此結束，謝謝大家。