

衛生福利部全民健康保險會
第2屆104年第3次委員會議事錄

中華民國 104 年 4 月 24 日

衛生福利部全民健康保險會第2屆104年第3次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國104年4月24日上午9時30分

貳、地點：本部301會議室(台北市忠孝東路6段488號3樓)

參、出席委員：

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
林委員至美
林委員敏華
侯委員彩鳳
張委員文龍
張委員煥禎
黃委員啟嘉
陳委員幸敏
陳委員健民
陳委員義聰
陳委員聽安
莊委員志強
楊委員芸蘋
楊委員漢淥
楊委員麗珠
葉委員宗義
蔡委員明忠
蔡委員宛芬
蔡委員登順
潘委員延健
滕委員西華

國泰人壽陳稽核襄理炳宏(12:10以前代)

中華民國全國中小企業總會李副理事長育家(代)

佑民醫療社團法人佑民醫院謝董事長文輝(10:35以後代)

謝委員天仁
謝委員武吉
戴委員桂英
羅委員紀琮

台灣社區醫院協會朱監事長益宏(代)

肆、請假委員：
張委員賜

伍、列席人員：
本部社會保險司
中央健康保險署

本會

楊副司長慧芬
黃署長三桂
蔡副署長淑鈴
龐組長一鳴
陳研究員尚斌
柯執行秘書桂女
范組長裕春
張組長友珊
魏組長璽倫

陸、主席：鄭主任委員守夏

紀錄：陳燕鈴、曾幼筑

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2)次委員會議紀錄，請鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(第2)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請鑒察。

決定：

一、上次委員會議決議(定)事項辦理情形洽悉。

- 二、委員對「全民健康保險業務監理指標」所提建議，請中央健康保險署參酌納入本(104)年 7 月份須提報之專案報告中；另為期指標能發揮本會監理健保業務之效用，請本會幕僚與中央健康保險署編製監測結果報告(含完整數據報表)，供委員參考，並於本年 12 月份委員會議對現行監理指標研提增修建議。
- 三、行政院尚未回復「政府應負擔全民健康保險總經費法定下限(36%)」之核算方式前，請中央健康保險署各月份續於業務執行報告中，比照本次格式提列「主計總處與衛福部核算政府應負擔健保總經費法定下限差異表」。

第三案

案由：「105 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)諮詢案，請鑒察。

決定：對衛生福利部諮詢本會之「105 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)，本會委員關切重點如下，提供衛生福利部參考。

一、付費者委員意見：

- (一)健保法對年度醫療給付費用總額之成長率並未有所謂「低推估值(非協商因素成長率)」之保障規定，爰建議主管機關對年度總額或可研議更周延之規劃方式。
- (二)本草案未考量社會整體經濟環境及付費能力；對經費之估列並有重複之虞，例如人事成本於非協商、協商(調整)因素中均予計列。
- (三)總額支付制度已實施十多年，對各項具有成本效益之計畫，應計算其效益後列為減項。計算年度總額之基期並應扣除減項所列之費用。

二、醫事服務提供者委員意見：

健保總額長期支付不足，歷年來醫事服務機構配合政策推動所投入之成本遠超過所獲預算，導致點值偏低，應予補足，以利健全發展。

三、來年若仍延用本草案之高、低推估值架構，則設算 105 年度總額之「醫療服務成本指數改變率」所採之指標、指數及權數既已修訂，即應遵循「至少適用 3 年之原則」，以求穩定。

第四案

案由：105 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商工作計畫案，請鑒察。

決定：訂定「105 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。

第五案

案由：104 年 3 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：

一、委員所提相關建議，請中央健康保險署參酌，並按月提供各醫學中心所收治病人之疾病嚴重度(輕、重症比率)及關床等相關資料。

二、餘洽悉。

拾、專案報告

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「罕見疾病、血友病藥費及新增罕見疾病特材」費用成長之合理性分析檢討報告，請鑒察。

決定：中央健康保險署對血友病凝血因子藥品使用之管理，已具初步成效，請該署持續努力，並可考量將相關管控措施運用於其他疾病。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：藥價調整對病患權益影響及各層級醫療院所產生藥價差百分比之評估報告，請鑒察。

決定：

- 一、藥價調整、藥價差、藥品費用支出目標制等，屬「全民健保藥價政策」中環環相扣之議題，無法個別處理，必須在整體且全面性思維下合併考量。
- 二、本會前已安排中央健康保險署於7月份委員會議進行「『全民健康保險藥品費用分配比率目標制』試辦方案之評估與檢討」專案報告，爰請該署併同提出「擬具全民健保藥價政策之問題研析」，並於年底前研提短、中、長程之改善方案，包括對策、規劃時程及預期效益等送會。

拾壹、散會：下午2時17分。

105 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

工 作 項 目 及 內 容	預 訂 時 程
<p>一、協商前置作業</p> <p>1.討論 105 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「104 年全民健保總額支付制度協商參考指標要覽」。 (2)編具「104 年全民健保各部門總額執行成果摘要」。</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 103 年度協定事項執行情形。</p> <p>4.請健保署提報 104 年度各部門總額協定事項重要計畫之執行情形。</p> <p>5.105 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 105 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 105 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>104 年 5 月 22 日 6 月 26 日</p> <p>104 年 6~8 月</p> <p>104 年 7 月 <u>30、31 日</u></p> <p>104 年 7 月 24 日</p> <p>104 年 7 月 24 日 (或 8 月 28 日)</p> <p>104 年 8 月</p> <p>104 年 8 月 28 日(下午)</p> <p>104 年 8~9 月</p> <p>104 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>104年9月18~19日</p> <p>104年10~12月</p> <p>104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>104年10月~ 105年12月</p>

第 2 屆 104 年 第 3 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 2)次委員會議紀錄」與會人員發言實錄

柯執行秘書桂女

各位委員、所有與會者，大家早，現在委員人數已過半，請鄭主任委員守夏召開今天的委員會議。

鄭主任委員守夏

- 一、各位委員、健保署黃署長三桂、蔡副署長淑鈴，所有與會的同仁，大家早！(與會者回應：早！)今天的委員會議，有多項重要報告案，罕見的是沒有安排討論案。委員對於議程的安排有無不同意見？(未有委員表示意見)若無意見，就照議程確認，並依程序進行今天的會議。
- 二、首先確認上次委員會議紀錄，請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝同仁宣讀，請問委員對會議紀錄內容有無修正意見？(未有委員表示意見)沒有修正，上次委員會議紀錄確認。
- 二、接下來進行例行報告案第二案「本會上(第 2)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」，請柯執行秘書桂女說明。

貳、例行報告第二案「本會上(第 2)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與會人員發言實錄

柯執行秘書桂女

- 一、進入報告之前，先向大家說明今天桌面置放的 4 份資料，第一份是本次委員會議的補充資料；第二份是中醫師公會全聯會將於本(104)年 5 月 26~27 日辦理「中醫門診總額參訪活動」之出席意願調查表；第三份是牙醫師公會全聯會預訂於 6 月 24~25 日辦理「牙醫門診總額參訪活動」之出席意願調查表；最後一份為本會第 1 屆 103 年度委員會議資料彙編，幕僚已將去年委員會議的資料彙集成冊，供大家參考。
- 二、自本次委員會議開始，遵照上次委員會議的決議，設定各議案的進行時間，報告案為 20 分鐘、討論案為 30 分鐘，會場螢幕會配合投影計時。另外，為配合衛福部全民抗旱的節水政策，對以往會前即為每位委員都準備一杯水的情況，考量部分委員已自帶水壺，因此從本次開始，幕僚將視委員的需要添水，不再事先備水，這部分尚請委員見諒(委員都點頭表示配合)。
- 三、接著進入本報告事項，請委員翻到議程資料第 27 頁，針對上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，共有 3 點說明：
 - (一)說明一，上次委員會議決議(定)之 8 事項，依議程製作時相關單位的回復狀況，辦理情形原建議解除追蹤 3 項，繼續追蹤 5 項；因有更新資料，將於報告新進度後，徵詢委員意見，可否一併解除追蹤。請委員翻到議程資料第 28 頁之附表：
 - 1.第 1 項，本會 104 年度工作計畫(議程資料第 8 至 10 頁)，各負責單位包括社保司、健保署及本會，都將依計畫時程辦理相關事宜，本項建議解除追蹤。
 - 2.第 2 項，有關 104 年各部門總額執行成果評核作業方式，

相關單位需配合時程提供資料。幕僚已於 4 月 2 日及 16 日請辦健保署及函請各總額相關部門配合提供所須資料，本項建議解除追蹤。

3. 第 3 項，有關健保署上次會議所提，該署依政府預算編製程序，於 105 年度總額協商前，在保險基金預算中先編列「提升保險人管理效率」預算案。剛好該署已將「105 年度全民健康保險基金預算書」送請本會備查，本項之相關資料整理在議程第 63 頁，請委員參閱。日後進行 105 年度總額協商時，將再請健保署提供相關資料，本項建議繼續追蹤。
4. 第 4 項，有關健保署上個月提報之「全民健康保險業務執行報告」，係以備註方式說明主計總處與衛福部核算政府應負擔健保總經費 36%，因方法不同造成的差異數，而委員建議應列表呈現，並分析說明 102 年度決算報告與 103 年 6 月份業務執行報告，對兩種核算方式於 102 年度產生的差異數，為何有 158.36 億元及 192.57 億元兩種不同數據。此部分在本次業務執行報告已列表呈現兩種核算方式之數據，並分析說明差異原因，資料在第 9 頁。依時程，今天健保署針對業務之執行，會進行口頭報告。於報告後，若委員沒有意見，則建議本項解除追蹤。
5. 第 5 項，有關高雄市衛生局因 103 年登革熱疫情嚴峻，建請由「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」支應該市登革熱住院病患醫療費用案，經討論後委員認為並不符合動支經費之評估指標值。本案於 4 月 2 日請辦健保署，該署回復：配合會議決議辦理，本項也建議解除追蹤。
6. 第 6 項，有關全民健保業務監理指標之監測結果專案報告，針對委員建議之指標分析方向，幕僚已彙整如議程

第 24 頁，於 4 月 2 日請辦健保署後，該署回復部分建議可配合辦理，部分建議目前尚無法配合。因為監理指標才剛建置完成，幕僚建議監測一段時間後，若有修訂指標或設立參考值之需，再另案處理。本年 7 月份仍會安排專案報告，本項建議繼續追蹤。

7.第 7 項及第 8 項有關「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」第 16 條修訂，所衍生之醫療費用及預算編列案，本會建請衛福部應有相對之財務規劃，且日後若有涉及調整保險給付範圍或影響財務平衡之類似修法案，應尊重本會審議給付範圍之權責，先徵詢委員意見；另外，並請健保署於得知相關訊息時，亦應即時、主動提報本會。本項辦理情形有更新資料，請委員參閱補充資料第 1 頁，有關應有財務規劃以利 106 年度總額協商乙節，衛福部(社保司)回復將錄案參辦，本項建議解除追蹤。另，衛福部(社保司)已正式行文部內相關單位，未來若有相關修法案，應函知健保署，由該署參酌本會決議辦理，相關函文詳補充資料第 2 頁。至於健保署部分，該署回復，已於 3 月份委員會議提供「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」修訂公告之相關資料，本項也建議解除追蹤。

(二)說明二，健保署依據全民健康保險法施行細則第 3 條規定，將「105 年度全民健康保險基金附屬單位預算表及預算書」送請本會備查，幕僚所擬具分析報告，請參閱議程資料第 59 至 71 頁之附錄一。依分析結果，目前財務狀況看起來還不錯，惟實際的財務預估可能並非如此樂觀，因為其收入面是以較樂觀的方式估算(註：健保署推估收入之保險對象人數成長率，105 年度係以 0.39%推估，惟依國家發展委員會「中華民國 2014 至 2061 年人口推計」，成長率僅 0.14%)；而支出面是以 104 年度總額協商之成長率(3.43%)推估，惟依目前社保司所擬訂 105 年度總額範圍中，低推估

值(即非協商因素)已超過 4%，因此建議委員於評估 105 年度健保財務狀況時，不宜過於樂觀。

(三)說明三，健保署於 3 至 4 月間發布並副知本會之相關資訊，請參閱議程資料第 72 至 89 頁之附錄二至附錄七。

鄭主任委員守夏

謝謝柯執行秘書桂女的報告。委員有無詢問？請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、主席、各位委員大家好。議程資料第 29 頁，有關「急性一般病床平均住院天數」，上次開會我曾提出，有不少病人是先入住加護病房，再轉至一般病房，依指標定義，分子分母都只計算一般急性病床，未將入住加護病房期間的住院天數計入，建議應統計「急性病床平均住院天數」，不應將同次住院加護病房與一般病房的住院日數分開計算，應呈現同次住院天數之總計，以利了解全貌，否則，若資料切開計算，會低估住院天數。
- 二、另外，我國有所謂「社會性住院」，理論上應該出院的病人，卻還住院，讓住院天數過長的現象普遍存在，這也是我一直擔憂的問題。我們將指標切得這麼細，其實會看不到問題。建議健保署除原列指標外，另計算「急性病床平均住院天數」，分子及分母應包含所有的急性住院天數。

鄭主任委員守夏

有關監理指標部分，剛才柯執行秘書桂女已報告，原則上監理指標是提供本會委員監理健保業務之用。健保署有很多的統計數據是為與國際接軌，以利比較，當然須採國際的通用算法。至吳委員肖琪剛才所提建議，請健保署參考，若做得到，也請提供。委員還有無詢問？請蔡委員登順。

蔡委員登順

主席、各位委員，大家早。請參看議程資料第 28 頁，有關主計總

處與健保署核算政府負擔健保總經費 36%的差異部分，103 年 6 月(業務執行報告表 5-1 備註欄)呈現的是 158.36 億元，而上次會議備註欄卻呈現 192.57 億元，兩者落差 34.21 億元，請說明到底哪個數據才正確。

鄭主任委員守夏

請健保署黃署長三桂稍後進行業務執行報告時，針對此點加以說明。委員還有無詢問？請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、請參看議程資料第 24 頁，有關「癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數下降比率」，委員建議就服務型態進一步分析，惟議程資料第 30 頁，健保署回復：建議維持原監理指標，委員建議之分析方向留供本署監控及管理使用。我想了解原因為何？有何特殊理由或困難致無法提供監理參考之分析資料？
- 二、癌末病人使用安寧居家療護的比率，與病人接受的服務型態，如入住急性、慢性或安寧病房有關，可作為未來政策推動的重要依據。我們當然希望末期病人的照護，能往安寧療護的方向發展，總額協商時若有相關資料，才能了解所編列居家安寧療護的費用，究竟有無發揮效益及符合期待。此分析蠻重要，請健保署說明困難點？還是不納入監理指標，但專案報告時可一併提供參考數據？

鄭主任委員守夏

建議非常明確，請健保署黃署長三桂於進行業務執行報告時，一併說明，請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

剛才柯執行秘書桂女提到監測指標要先施行一段時間後，再決定要不要變動，請問觀察時間需要多久？依何原則決定納入或不納入監理指標？若再繼續追蹤一、兩年，委員又要換屆，可否提供明確的

原則或檢討時點？

鄭主任委員守夏

- 一、監理指標訂定前，本會係先委託專家學者進行研究計畫，從眾多的指標中挑選適合本會監理的指標，希望可以如企業界一般，選定重要的指標定期監測，並產製固定的結果報表。本會前已依據委託研究建議及本會法定任務，擬具監理指標建議草案提委員會議討論，並依委員建議增列指標，才完成監理架構與指標之建置。更改指標對健保署而言並不困難，但以本會立場而言，並不需要每個月檢討、更動指標。
- 二、訂定監理指標時，本會幕僚曾與健保署討論，因此，有些指標須按季提報，有些每半年或每年提報即可。目前完整的監測結果及報表都還未正式提報，如果一直更改指標，不知何時才可完成第一版的監測結果報表及報告，因此建議等第一版完整報告出爐後，再檢視指標是否須修訂，例如，有些指標長期監測下來，結果都未變動，則可考慮刪除，若監測結果變動很大，則可考慮每月提報。至於蔡委員宛芬詢問，須觀察多久再檢討、修訂指標？3 年太長，但變動太頻繁也不好。依時程今年 7 月將再進行監測結果專案報告，或許 12 月份委員會議可進行總檢討，看哪些指標需要修訂，哪些可新增。
- 三、請問委員對本案有無其他意見？

陳代理委員炳宏(李委員永振代理人)

有關議程資料第 28 頁，上次會議決議(定)事項辦理情形追蹤表第 4 項，感謝健保署於本次業務執行報告增列表 5-3，將主計總處與衛福部核算政府應負擔健保總經費法定下限(36%)的差異列表呈現，想提請確認，未來此表是否仍逐月呈現於業務執行報告？

鄭主任委員守夏

業務執行報告是每月例行性的報告，應該沒問題，請健保署能每月提報該表。請陳委員聽安。

陳委員聽安

能否對健保署提供之「全民健康保險基金附屬單位預算」資料表示意見？

鄭主任委員守夏

您是專家，當然歡迎表示意見。

陳委員聽安

- 一、請參看該份資料第 3 頁(105 年度業務計畫及預算說明)，保險營運計畫中，於 105 年度總額編列「提升保險服務成效」預算 1 億 9,066 萬 5 千元，用以提高全民健康保險醫療服務效率及品質。這部分我當然支持，但未來若還有後續的維護費用，所需預算恐怕不只 1 億多元？
- 二、這筆預算的成效如何？未來可否訂定明確指標？例如提升哪些服務效率、增加哪些服務人數、改善哪些品質，或降低多少成本等，以監測成效。指標訂定後，將來還須追蹤，才能了解預算有無發揮預期成效。以上淺見。

鄭主任委員守夏

- 一、陳委員聽安真的是財務專家。去年協商 104 年度總額時通過此項專款計畫，預算約 2 億餘元，健保署希望 105 年度總額中，仍保有此計畫。委員會議已花費不少心力，針對本項預算討論過多次，包括謝委員天仁等都曾提出意見。本項是總額協商的專款預算，不是公務預算，當然希望後續能訂定監控指標，以利了解成效。感謝陳委員聽安提醒。
- 二、請問委員還有無詢問？本報告案的討論時間已屆(預定時間為 20 分鐘)，但若有需要，是可酌予延長。先請楊委員漢淙，之後請陳代理委員炳宏。

楊委員漢淙

最近報紙、媒體都在報導明年總額的低推估將達 6,100 多億元，高推估則高達 6,200 多億元。我很納悶，依今天資料(業務執行報告

「表 5-1 全民健保財務收支分析表」)看來，103 年保費收入才 5,431 億元、保險給付 5,188 億元。105 年度總額低推估值增加 238 億元、高推估增加 363 億元，可否說明如何加總才有 6,000 多億元總額？

鄭主任委員守夏

有關楊委員漢淙的提問，於下一案 105 年度總額範圍諮詢案時，請社保司一併說明。

陳代理委員炳宏(李委員永振代理人)

剛才陳委員聽安提到「提升保險服務成效」計畫案，協商所提 104 年度總額中，計畫名稱為「提升保險人管理效率」，主角是「保險人」，執行內容是「管理效率」，很明確。但健保署在「全民健康保險基金附屬單位預算」第 3 頁，所列的名稱卻是「提升保險服務成效」，請問計畫名稱確定要更改嗎？

鄭主任委員守夏

- 一、上次會議委員也有相同詢問，印象中是衛福部法規會建議做此修改，因就法規觀點，認為計畫名稱改為「提升保險服務成效」比較妥適。至於計畫執行，本會將就實質進行監理，不會只看表面文字，所以應該不會有太大問題。
- 二、該計畫才執行第一年，既然法規會有此意見，可否先依其建議；至於計畫執行成效，本會可決定監理那些項目，再請健保署提報相關內容、數據，以及預算如何使用、帶來何效益等資料。這樣處理可以嗎？委員還有無意見？(未有委員表示意見)如果沒有，本報告案已超過預定時間 3 分鐘，還算有效率。進行下一案。

滕委員西華

剛才對癌末病人醫療費用點數監理指標的提問，還未獲解答。

鄭主任委員守夏

請蔡副署長淑鈴說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、有關「癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數下降比率」，是反映整體照護結果的指標，其影響因素眾多。癌末病人的照護，若有安寧療護介入，當然可以減緩無效醫療的花費；但癌末病人生前 6 個月也可能使用昂貴抗癌藥物，例如標靶新藥，此會增加醫療費用。另外，安寧療護支付標準調整，也會對費用造成影響。這些影響因素互相抵消、作用的結果，最終指標會呈現整體醫療費用點數的下降比率，因此，建議保留該指標，因其係反映整體努力的結果，可讓我們在保障病人權益下，繼續保持減少無效醫療的動機，惟本署可再補充數據背後的意義。
- 二、另外，回復楊委員漢淙的提問，業務執行報告所列的保費收入及保險給付數額，其與總額的差距，主要在部分負擔費用。

鄭主任委員守夏

好，進行下一案，請同仁宣讀。

參、例行報告第三案「105 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)諮詢案」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀，接著請衛福部社保司簡報，以 10 分鐘為原則，盡量不超過 15 分鐘。

衛福部社保司梁組長淑政報告

鄭主任委員守夏

謝謝梁組長的報告，請問委員對本諮詢案有無提問或意見？

何委員語

- 一、本會付費者委員參加過好幾次衛福部所召開的會議(105 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」相關座談會)，所提出的建議好像都沒有採用，以後類似的會議大可不必再找我們。
- 二、記得參加衛福部會議時，醫界代表非常堅持，主張人事費用的指標要採勞動部(職類別薪資調查)的數據，為何今天又有變更(註：105 年「醫療服務成本指數改變率」之計算，人事費用指標 1/2 採主計總處「醫療保健服務業」每人每月平均薪資，1/2 採主計總處「工業及服務業」每人每月平均薪資)，既然醫界的主張可以變來變去，那開會有何用？付費者代表的建議完全無效，我認為醫界代表應該給全體委員一個說明及交代。
- 三、主計總處與衛福部對政府應負擔健保總經費 36%，因核算方式不同所產生之差異達 125 億元，主計總處採較低的數值計算，這對未來健保的財務收入而言，是一大隱憂。我國老年人口逐年攀升，1981 年占率 4.4%，2014 年已達 12%，預估 2024 年將高達 20%，2034 年更超過 30%。人口老化再加上少子化的趨勢，未來醫療的負擔將非常龐大且沉重。
- 四、昨天在一個活動場合，我就以下問題報告內政部長，希望政府能夠提出「醫療改革計畫」：
 - (一)醫界一直喊五大皆空，例如，許多醫師跑到鄰國像是馬來

西亞檳城執業，如何解決醫師荒問題？

(二)我國醫療負擔越來越沉重，浪費也越來越多。藥品費用占整體醫療費用比率，美國只占 8% 多、日本與韓國約占 12%~16%，而我國卻高達 26%，應如何改善藥品占率過高問題？

(三)健保一直在做收拾殘局的工作，記得 3 年前我擔任費協會委員時，就曾經提出，我國有毒物品氾濫、進口農產品與食品農藥殘留值很高、食品及民生用品有毒添加物及違劣禁藥氾濫等問題。當時的主管機關(衛生署)，如果立刻著手改善，現在問題就不會這麼嚴重。我來自產業界，說出這些話對產業界有很大的影響，但當時我敢提出，政府官員如果勇於任事，應該趕快稽查，就不致發生現在每天媒體報導的食品農藥殘留值、重金屬、添加劑等問題，現在甚至連藥品的添加劑(賦形劑)也出現嚴重問題。

五、針對上述問題，主政者若再不提出醫療改革政策，未來將會發生很大的問題。

謝委員天仁

一、既然已訂定「醫療服務成本指數改變率」，健保署一定要落實其與支付標準調整間之連動。醫療服務成本指數改變率若為 3%，金額至少超過 150 億元，應配合調整支付標準。理論上，醫療服務成本提高，即代表每個醫療處置的成本提高，因此支付標準就應該跟著提高，如果兩者不連動，預算編列就有問題。健保總額支付制度開辦至今，沒有一次跟著連動，這好比一魚兩吃，在非協商的「醫療服務成本指數」已有成長，但討論協商因素成長率時，又提出調高支付標準的經費需求，這沒有道理。

二、如果健保署沒有將兩者連動，就是行政怠惰。健保署執行上如果有困難，也可以將每項支付標準直接加 3% 調高，要真正反映「醫療服務成本指數改變率」增加預算所產生的效益。如果

不調整支付標準，醫界只想辦法衝量，將總額成長的預算支用掉，即會產生失真的情形，此問題很嚴重。我認為這些要件，應該要在協商條件中落實，今年總額協商時，付費者要求若未能連動調整支付標準，就不能動支預算。

- 三、健保法並沒有所謂的「非協商因素」，當年我首次擔任費協會委員，就提出這項主張，但當時大家沒有感覺，這次相信大家應該有感覺了。蔡委員登順是總額協商的老將，他剛才跟我說：喔！低推估值已達 4.025%，那我們還協商什麼？不用談了吧！依總額近 6 千億元來計算，4%的非協商因素，就已經增加 2 百多億元，會壓縮協商空間，讓本會協商變得沒有意義，只是橡皮圖章而已。
- 四、在此向來自產業界的何委員語請教，業界如果生產成本提高，產品價格是否會立即反應，有無協商空間？有啊！為何我們要以非協商因素反應成長率，而沒有任何協商空間？此點我認為該檢討。社保司不要看到現在健保財務好一點，就像敗家子般一直花錢，今年一下子把基期墊得這麼高，搞不好下年度就變成負成長，請大家深思，不應該用這種方式處理。
- 五、衛福部應該要將健保會委員對本諮詢案的意見陳報國發會，請他們慎重考慮，不應該有這麼高的低推估值，歷年資料從來沒有這樣，我認為這很嚴重。

蔡委員登順

- 一、延續謝委員天仁的意見，今天一看到報告資料，實在有點擔心，低推估已達 4.025%，增加 238 億元，代表 105 年度成長率會大躍進。單單「醫療服務成本指數改變率」就 2.44%，增加 144 億元，歷年來最高。大概代表安全準備金很高，可以盡量使用，也是可喜的現象。
- 二、第 13 張投影片顯示，人事費用有 1/2 採用「醫療保健服務業」的平均薪資成長率，這部分與以前採用「工業及服務業」的計算邏輯不同，所以未來協商總額時，協商因素項目就不應

重複支付醫療人員薪資等相關費用。過去醫界每年都訴求醫療服務成本改變及人員薪資未調整，今天要說清楚，本項費用在低推估的成長率已實質反映，希望協商 105 年度總額時，這部分不要再提出討論，以免浪費時間。

- 三、剛才何委員語提到，低推估的計算公式應具穩定性，不要每年變來變去。衛福部已決定變更 105 年度總額計算方式，今年是第一次變更，我們予以尊重，但建議今年變動後，至少要適用 5 年，何委員語認為 3 年，我則認為至少應 5 年，這樣比較穩定。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員登順，請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、剛剛何委員語也提到，付費者代表跟衛福部開會時，有提出一些建議，確實未被反映。請參看投影片第 16~18 頁，當時我們有提出調整因素應有減項，但今天提報的總額範圍草案，其調整因素都是加項。以低推估值來看，105 年度總額乾脆不用協商，請國發會自行核定。
- 二、投影片第 20~21 頁，「105 年度總額範圍費用推估及健保財務之影響評估」，以表列低推估來看，衛福部與主計總處兩種估計方式，105 年的收支累計餘絀就相差 806 億元(註：依衛福部方式，105 年保險收支累計餘絀為 2,537 億元；依主計總處方式，則為 1,731 億元)，若還要再增加預算，對於主計總處應支付政府負擔健保總經費 36% 不足部分，也請國發會協助一併要回來。
- 三、調整因素未列減項以反映給付效益的提升，例如，實施 DRGs 或新醫療科技產生的效益等，藥品效益可能較難估計，但部分特材的替代效應，或藥價差的費用，全部都未列為減項，亦即，支付制度改革所產生的效益，全未回歸(饋)保險對象或保險費。

- 四、此外，在「其他預期之法令或政策改變對醫療費用之影響因素」又增加 20 億元，105 年度總額在非協商因素已計列人事成本費用，在此又增列醫院評鑑人力設置標準改變或各類醫事人員納入勞基法等相關成本，是否合理？應予檢討。
- 五、由投影片第 19 頁之付費者能力參考指標，可看到所有成長率都低於低推估值，衛福部為何都未考慮？包括實質 GDP 成長率、受雇員工每人每月平均薪資成長率，及健保平均投保金額成長率等，均非常低。按照這樣推估，健保將吃老本，所有的安全準備會慢慢花掉。籲請國發會要好好考慮付費能力，因為衛福部所研擬的總額範圍，完全未考慮付費能力指標，未將之反映在總額成長率，並不合適。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、剛剛付費者委員有不同意見，站在醫療服務提供者尤其是醫院的立場，我們也非常不滿意。長期以來，總額對醫院部門支付就是不足，不然浮動點值怎麼只有 0.85、0.86？這點何委員語也經常提到。從健保開辦以來，醫院點值就長期偏低，顯示並不是衡量問題，剛剛謝委員天仁提到醫療服務提供者衡量，我覺得此論點沒有 evidence base(證據基礎)，只是大家在喊的口號，個人不表贊同。有委員認為現在的這種狀況下(非協商因素成長率較往年高)，醫院會因此衝量，是有偏見的。
- 二、謝委員天仁剛剛提到，健保法並未有非協商因素的相關規定，我也要提醒主席，健保法也沒有規定總額有浮動點值的概念，只規定醫療費用之支付採總額制，總額之運作可分為支出上限制與支出目標制，目標制就是固定點值，每點 1 元，所以健保法也沒有規定要實施浮動點值，但為何健保開辦以來，醫院總額長期就是做 1 元打 85 折，沒有一個企業是這樣的運作狀況。(註：健保法第 62 條略以，保險醫事服務機構向保險人申報所提供之醫療服務點數，保險人依分配之醫療給付費用總額及經其審查後之醫療服務點數，核算每點費用)

三、總額實施 10 幾年後，導致四大皆空、五大皆空、醫事人力崩盤、醫院血汗等問題。去年國發會審議 104 年度總額範圍時，就提出每年行政院核定的總額為何沒有用完，還導致四大皆空、五大皆空，讓醫院這麼艱苦經營，國發會甚至決議要求今年要檢討。照理，今年總額執行報告就應該看到相關檢討，為何行政院核定的總額上限未適當使用，導致醫院這麼血汗，現在還因招不到護理人力，每家醫院都關病床，最後受損的還是民眾的就醫權益。

四、健保支付醫界長期不足，我手頭有資料顯示，新醫療科技、新藥引進五年後，讓醫院短少 250 億元，亦即實際支付不足 250 億元，在今年 9 月份協商總額時，我們會提供相關的統計資料。請付費者代表不要看到低推估 4.025%，就好像要抓狂一樣，認為沒有協商空間。事實上，高推估值才 6.139%，醫界也認為協商空間不足，我們認為高推估應該 8% 或 9% 才合理，因為長期支付不足。站在不同的角度，看法會不同，請大家不要用非常絕對的想法來看問題，不然協商時會造成很大困擾。

謝代理委員文輝(楊委員漢涑代理人)

一、總額範圍草案的調整因素包含許多內涵，但都沒有依 data base(資料庫)精算，包括剛才朱代理委員益宏提到新藥所增加的費用，已有確實證據顯示，歷年預算編列與實際使用的差距很大，這也說明為何付費者覺得每年的總額成長率很高，但醫院還是很血汗的原因。醫改會前曾披露前十大獲利最佳的醫院，其醫療獲利實際只有 3% 左右，甚至更低，顯然並不如大家想像的這麼好。

二、如果大家願意區分成二部分來探討，其一是過去計算不夠周延的部分，應如何逐年改善。依投影片第 18 頁，調整因素第五項，其他預期之法令或政策改變，包括醫事人員納入勞基法及護病比改變等因素，每年增加 20 億元夠嗎？3 倍都不夠！健保署管控得很嚴格，醫院怨聲載道，根本無法衡量，否則就被

斷頭。很多分區業務組是以每月申報的歷史值作為額度上限，甚至不用審核，超過就斷頭。在這樣的管控措施下，總額成長率依人口成長等因素計算，增加的金額絕對不足。

- 三、調整因素還包括新增給付項目、政策改變、減少預算等。其中減少預算項目須扣減 3 億元，理由是「ICD-10-CM/PCS(國際疾病分類第 10 版)編碼」已完成系統建置，殊不知醫院為了配合編碼變更，需增加多少人力及訓練成本，居然還列為減項，完全與事實不符。為何醫界代表會覺得很不服氣，事實上就是因為醫院沒這麼好過，若真的這麼好過，每家醫院都會很安靜。健保署規定醫療費用超過 6 億元以上的醫院，每年都要公開財報，社會大眾可公開檢視，我覺得大家要有體諒的心態。
- 四、健保已經運作 20 年，都有歷史資料，若大家願意就每個項目，包括新藥、新科技產生多少費用，目前的審核管控制度是否合理等重新檢討，成長率都可以談，甚至覺得成長率太高，如同滕委員西華所提，已超過民眾負荷，醫界也願意談。其實二代健保法也提到，有多少錢做多少事，我們要勇敢面對，刪減比較不需要的服務，甚至降低保險費率也沒問題；醫界沒有一定要多少預算，也沒有一定要堅持什麼。醫界的職責是提供付費者醫療服務，大家想怎麼做都可以，若預算折半，還是可以提供服務，只是需要檢討服務項目涵蓋之範圍，現在醫界也做得很辛苦。付費者覺得現在給的成長率已經很好，與醫界的感覺有落差，大家可以一起來檢討。

鄭主任委員守夏

謝謝，本案時間已超過 20 分鐘，依委員共識，重要議案可延長的時間以不超過 50% 為原則。本案是報告案，今天主責的衛福部(社保司)，針對所擬訂的 105 年度總額範圍提出報告，若委員建議修改推估公式，則需再深入討論；至於協商細節，留待後續處理。委員對本報告案若有具體建議可以表達，除非數據有誤，例如人口結構改變率的金額計算錯誤等，否則今年架構已定案，不太可能再改

變，若要修改須等討論 106 年度總額時再議，請委員務實地就衛福部的報告內容提供建議，發言也請盡量精簡。女士優先，請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

- 一、這次的低推估已經 4.025%，實在太高，讓我們覺得後續協商大概沒什麼空間。社保司所提總額範圍是以量入為出，並以公式計算而來，至於國發會審議時，應該要考慮的是付費意願與健保財務，這部分意見請社保司向國發會反映，審查時要審慎考量付費者意願。
- 二、高推估指標中，有一項為民眾付費能力，列出這麼多的付費者能力指標，不知道社保司到底參考那些項目。這幾年付費能力並沒有提升，考量民眾的付費能力，調整因素應列減項。
- 三、剛剛滕委員西華也提到，怎麼醫界提出的調整因素都是加項，沒有減項，健保署或社保司不應全部買單，高推估也有點離譜，有無可能再調降？

鄭主任委員守夏

請林委員至美(國發會代表)。

林委員至美

- 一、國發會代表在此先澄清，滕委員西華可能有誤解，本案還未提送國發會，今天所提總額範圍草案是衛福部的規劃，但低推估 4.025% 確實非常高。剛才醫界委員對國發會的決議也有所誤解，國發會認為要檢討的是，如何在每年協定的醫療費用成長率下，控管不必要的支出，國發會並未要求總額需達到行政院核定的高推估值。
- 二、我們會非常謹慎地檢視每項醫療支出項目的合理性，所以一定會召開專家學者諮詢會議，本次也會針對低推估所設立的公式加以檢視。因為低推估採用既定計算公式，過去國發會對於低推估部分幾乎全盤接受，主要針對高推估部分，檢視其不合理

之處，過去也曾提出應該列有減項的看法，成長率不能一直增加，這部分國發會將非常謹慎地審查。

鄭主任委員守夏

謝謝林委員至美，請干委員文男。

干委員文男

- 一、贊同其他付費者委員的意見。3月3日林次長奏延主持的會議中，付費者也同意勞基法所增加的人事成本應該納入，但今天的低推估 4.025%，超出預期太多，將法令變動所增加的人事成本納入後，成長率不應超過 4%。我們很擔心低推估太高，會增加今年總額協商的難度，過去總額協商時大家都是有嘴講到無涎(台語)。
- 二、調整因素內涵中，是否包含過去執行的各項整合照護計畫？例如醫院以病人為中心門診整合照護計畫，執行成效反映良好，被保險人到大醫院看診可以得到整合性照護，民眾也很喜歡這樣的整合措施，若未包含在內，希望予以納入。

鄭主任委員守夏

本案為報告案，請已發言過的委員禮讓，請羅委員紀琮。

羅委員紀琮

- 一、我覺得剛才大家的意見都非常好，但提醒一下，非協商因素中採計「醫療服務成本指數改變率」，背後的原因是要讓醫界在提供同樣服務予同樣一群人時，將所需新增的成本核算給醫界，例如去年是 1 千億元，今年變成 1 千零 40 億元，所以須增加 40 億元。既然這樣，其實就無需爭議，因為這是低推估，也是非協商因素，目的是讓醫界能維持相同的支付水準。
- 二、非常贊成剛才謝委員天仁的意見，既然所給預算，旨在增加所需的服務成本，則今年支付標準若與去年完全一樣，就不合理。非協商因素應該與支付標準的調整連動，因為醫療是一個生產組合，因此支付標準調整時，應該善用「醫療服務成本指

數改變率」所增加的預算，來進行分配改變。在醫界與健保署之間一定要形成這樣的機制，才能同時解決所謂五大皆空或其他問題，不然每次都新增預算，卻又無法針對支付標準進行必要的調整。所以背後要做到真正連結的，也就是善用這項預算調整支付標準。

鄭主任委員守夏

請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

- 一、我的想法與羅委員紀琮不同，今年總額是以去年的基期為基礎，但在醫界與健保署同仁的努力下，會節省一些費用，所以不表示去年的總額就一定是今年總額的基礎(基期)，直接用去年總額作為基期乘以今年成長率，會有問題。從等一下的報告案可看出，今年的藥費減少 5%(註：依健保署更新資料，104 年第 1 季藥費成長-0.70%)，還有 20~30%的藥價差。若今年做了某些措施，讓整體健保總費用減少，為何協商明年總額時，還是以沒有任何改進措施的總額作為基期？我認為這需要討論。
- 二、衛福部現在所列的減項是不足夠的，只減列違規扣款部分，但健保署所做的努力，所節省下來的醫療費用，並沒有列入，因此，總額永遠只會一直擴大，但這在收入維持現狀或增加幅度不大的情況下，是無法承受的。現行總額計算基礎下，我們認為必須好好思考減項部分。
- 三、只看到調整因素的各项名稱及費用，請能提供各細項的詳細計算方式及說明。例如預期之法令或政策改變對醫療費用之影響項目，醫院評鑑人力設置標準之修正，已實施 2、3 年，只有今年增加預算，還是過去也增加？另，推動安全針具每年都新增預算，實施這麼多年，看不到繼續給錢的理由。本項預算為何編列 20 億元？增加的是那部分預算，過去已編列的項目(納入基期)為何持續給錢？這些都需要健保署加以說明，不然付

費者委員對於推估值會有更多的疑慮。改變原有的低推估公式，其實是蠻嚴肅的問題，這麼大的改變，若是健保會的決定，應有正式決議較好。

鄭主任委員守夏

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、討論問題時，我們要站在對方的立場設想，今天看到低推估的數值達到 4.025%，我跟付費者委員一樣不習慣，因為過去的非協商因素都是 1% 或 2%，很少超過 3%。同樣的，現在醫界對浮動點值低到 0.8 也很習慣，如果有一天浮動點值變成 0.9 以上，我們也會很不習慣。但是有些事情我們不習慣，並不代表原來的習慣是正確的。
- 二、記得幾年前，醫院因為配合醫療機構設置標準改變的政策，在人力配置上產生很大的改變，那一年的高推估還不到 5%，事實上，就算當時把總額高推估所增加的預算全部給醫院部門，也不足以因應其在人力與病床比所增加支出的衝擊。協商過程中，我聽到付費者代表說，就給到最高吧！因為就算如此也不夠用，因此那一年醫院部門的成長率幾乎相當於高推估值。
- 三、如果今天高推估只有 3%，醫界又該如何處理？難道可以建議將高推估的蓋子拿掉，再從費用成長 10% 開始往下談嗎？有些事情的處理真的是兩難。我很認同剛才謝委員天仁所提，應該檢討支付標準的調整，20 年來醫界在意的支付標準，尤其最重要的診察費，幾乎不曾調整過。若今年有調整支付標準的相關預算，可考慮調整診察費，希望今年協商時能討論此議題。醫界如果向付費者抱怨診察費 20 年來都未調整，相信對付費者也很有壓力，明明付了那麼多錢，卻還一直聽到醫界抱怨沒有合理反映在支付標準調整。
- 四、有關衡量的問題，整個醫界都在同一個賽局中，同儕制約之下，大概不會有人敢衡量，因為一旦有人衡量，就會影響他

人，大家也一定會想辦法抵制與處理，這是彼此競爭的關係。實務上沒有看到有聯合壟斷而衝量的情形，只看到相互競爭，審查上設定種種限制衝量的條件，例如很多斷頭措施等，但真的沒看到有互相鼓勵衝量的現象。

五、誠如剛才何委員語所提，面對未來的人口老化，該如何因應醫療費用的增加，我們應思考一個問題，健保到底是要讓所有人都能獲得醫療服務，還是要不斷提高醫療品質，導致醫療資源有限下可能無法照顧到每一個人。在醫療品質提高的過程中，醫療費用絕對不會下降，反而會不斷成長。有些人認為只要醫療品質提高，大家就不生病，醫療費用自然會節省，其實這是錯誤的。有些人生病時不就醫，突然間死掉，或是檢查時已末期，很快就去世，這樣對保險來說最節省。但如果醫療品質很好，每人都早期發現、早期治療，全部的疾病都慢性化，醫療費用一定高漲。在品質與付費能力間求取平衡點，是我們需要共同努力與面對的。最後我要強調，總額就算加上 4% 成長率，浮動點值最多也只能到 0.9 幾。不好意思，旁邊同僚提醒我，不會超過 0.9。

鄭主任委員守夏

本案是報告案，我們已經超時太久，再下去有人要說主席不會控制時間，所以接下來，請未發過言的委員才發言，請潘委員延健。

潘委員延健

- 一、有關點值，大家可以看到趨勢是不斷下降，而且點值多寡還只是表象。健保六分區中，有些分區採取醫院自主總額，所謂自主總額是，今年核給醫院 1 億點，服務點數若為 1 億 2,000 萬點，則申報時多出的 2,000 萬點，醫院需自行了斷、吸收，所以是以 1 億點計算點值，其點值已經過粉飾，真正的點值其實更低。
- 二、非協商因素中，如剛才羅委員紀琮所言，都是環境因素所造成，總額制度下，醫界絕對沒有衝量的本錢。

- 三、台灣不斷追求醫療進步及品質提升，主管機關每年也不遺餘力地提出新標準，包括醫療機構設置及評鑑標準，新標準一提出，醫院所有的人力都需配合調整，護病比也是最近才提出的政策。政策改變時，成本就會提高，這些因素都不是醫院能控制。
- 四、本報告提到減少預算項目，包括違反特約管理辦法及 ICD-10-CM/PCS 編碼減 3 億元。原本是為鼓勵這 1、2 年推行國際疾病編碼由第 9 版轉為第 10 版，及雙軌并行的試行階段，提供醫院每筆編碼幾元的獎勵費用，明年正式實施後，就沒有獎勵。其實醫界並不想要這筆獎勵款，ICD-10-CM/PCS 正式實施後，醫院疾病分類師的人力必須增加 1 倍以上，不僅如此，在 coding(編碼)系統中，不只疾病分類師，所有的醫護人員在前段就要開始作業，醫院電腦系統須要重新規劃、建置。對於此項減少的 3 億元屬獎勵金，醫界沒有意見，但前面所提，政策改變所帶來的成本，並沒有被計算進去。目前 DRGs 使用 ICD-9-CM/PCS 編碼，未來 ICD-10-CM/PCS 若全面實施，也會影響 DRGs 的實施，這並非本報告案的主題，只是在此提醒，健保署必須注意兩者的對應與接軌問題。

鄭主任委員守夏

- 一、很抱歉！時間已經超過太多，我們已經將報告案當成總額協商會前會的方式在討論，有點提前進入協商的感覺。今天重點應該是提供諮詢建議予社保司。衛福部(社保司)在討論「醫療服務成本指數改變率」所採指數及權重時，認為各部門公式一經採用，就適用 3 年不變，這是遊戲規則，也是先前座談會的共識，希望社保司可以落實。上次在林次長奏延主持的會議中，醫院總額部門臨時變更原建議的公式內涵，因為那並非健保會召開的會議，我們不好特別講什麼，但希望各總額部門要配合公式連續 3 年不變的遊戲規則，否則下次要再檢討公式就不容易了。

- 二、無論採用哪個指數，用的都是落後指標。舉例而言，若 103 年員工真的有加薪，而我們 102 年協商 103 年度總額時，因為沒有相關數據，所以無法反映這些費用；但在討論 105 年度總額時，所採計的指數是 103 年對 102 年的薪資成本變化，所以數據會反映在 105 年度總額成長率，我們也許覺得豈會這麼高，但這是因為使用落後指標的緣故。既然之前全國都加薪，那麼醫護人員的薪資理當隨之調整，人事成本自然就會變高，總額適度反映應屬合理。
- 三、至於公式要不要檢討，應屬另一個議題，該選用哪些指標作為計算基礎較合理，或許將來社保司或健保署可考慮自行研議成本資料，但宜否全部攬回自行研發，則需考慮，畢竟在資料的掌握上，衛福部不可能比勞動部或主計總處更精確。
- 四、建議將委員的意見送請衛福部參考。林委員至美也表示，本案陳報行政院後，國發會在審議時，自有其考量。我曾以學者身分參加過幾次國發會的專家審查會議，某任副主委即主張不應有非協商因素，應從零開始討論，我告訴他這不可能；另一任副主委則憂心四大皆空，成長率不應太低，醫師、護士已經很可憐，質疑為何要訂定上限，直接交付協商就好。兩任副主委看法完全不同。我們在體制內有其限制，方案很難讓各界都滿意，今天已經花費很多時間討論，對日後協商應有幫助。若有委員尚未發言，很抱歉！時間實在不夠。
- 五、接著進行下一個報告案，是有關總額協商的工作計畫(重要日程)，之前有委員建議應儘早提出，為節省時間，請柯執行秘書桂女口頭報告。

(會後書面意見)

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)、謝代理委員文輝(楊委員漢源代理人)、潘委員延健、張委員煥禎、蔡委員明忠、黃委員啟嘉

建議社保司對於 105 年總額範圍調整因素內涵中

- 一、第一項新增給付項目：增加 25 億元，應包含新增項目後 5 年

內對總額財務的衝擊。

二、第四項進行支付制度之改革中，持續進行支付基準改革、全面導入住院 DRGs 制度，建議修正為持續推動 DRGs 制度。

肆、例行報告第四案「105 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

柯執行秘書桂女

- 一、本案係 105 年度總額協商工作計畫，總額協商，至今已歷經 10 餘年，因此建立的工作模式已非常穩定，僅日期會有改變。每年總額協商前，幕僚會擬具工作計畫，其包括前置作業、正式協商及協商後等各階段之應辦事項與時程，例如，協商前編具協商參考指標要覽、討論協商架構、通則與協商程序及召開評核會議等，相關日程都已列在議程資料。
- 二、上次吳委員玉琴特別提出，評核會議時間確定後，一定要事先告知委員，目前已預定於 7 月 30 日至 31 日假交通部集思會議中心舉行，請委員預留時間與會。健保署、各總額部門及本會都有應辦事項，請配合時程辦理相關事宜。
- 三、本項工作計畫案，和以往差異不大，僅評核會議時間須在此提醒大家，建議能予通過。

鄭主任委員守夏

- 一、評核會議預定於 7 月 30 日至 31 日(1 天半)召開，因議程資料印製時未及呈現，所以特別在此邀請所有委員都能參加。印象中去年有 5、6 位委員全程參與，尤其是第 1 天人數更多，若能全程參與，可瞭解健保署及各總額部門的執行成果。其實 1 天半時間還不夠，因為內容真的很豐富，尤其是專款項目計畫相當繁多。若時間許可，鼓勵所有委員盡可能參加，很多協定事項在評核會時都會提報或提供資料，對日後協商很有幫助；其他的日程大致比照過去，並未特別改變，不知委員有無請教或詢問？(干委員文男表示沒有)本案通過，也請健保署協助，讓評核會議進行更為順利。
- 二、下一個報告案是健保署的業務執行報告，口頭報告係按季(1、4、7、10 月)進行，本次適逢四月，須請黃署長三桂口頭報告。

伍、例行報告第五案「中央健康保險署『104年3月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

黃署長三桂報告

鄭主任委員守夏

謝謝黃署長三桂的報告，請問委員有無詢問？請陳代理委員炳宏。

陳代理委員炳宏(李委員永振代理人)

- 一、有關政府負擔健保總經費法定下限不足數，感謝健保署已增列「表 5-3 主計總處與衛福部核算政府應負擔健保總經費法定下限差異表」；另本次議程資料附錄一「105 年度全民健康保險基金預算分析報告」，對於政府負擔健保總經費法定下限不足數，也改採衛生福利部計算方式，使 104 年度保費收入增列 721 億元。再次感謝健保署，以該署自己的主張進行修正。
- 二、依財政部的新聞稿，全國賦稅收入統計：103 年全年實徵稅收淨額超過 1.97 兆，創歷史新高，占當年預算數 105.8%，超徵 1,088 億元(較 102 年成長 7.7%)；而今年第 1 季稅收亦較去年同期成長 5.8%，創下近 15 年來第 1 季新高。
- 三、在全國稅收增加的信心下，對「政府負擔健保總經費法定下限不足數」的補列，應會較樂觀。104 年度保費收入增列 721 億元，未來應收款項的攤回方式如有定案，也請健保署能夠明確提供本會知悉。所以請健保署持續與行政院主計總處協調。

鄭主任委員守夏

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、業務執行報告第 16 頁表 9 及第 17 頁表 10，有關安全準備提列與安全準備金運用概況，雖分別為權責及現金基礎，但兩者差距達 258 億元，請教原因為何？
- 二、健保署網站新增「新藥及新醫材病人意見分享」網頁，立意雖佳，但可惜流於形式。網頁第 1 層有新藥及新醫材意見分享品

項，但進入第 2 層品項的基本資料，按下「適應症/效用」及「許可證字號」，兩者的資料一模一樣，就是許可證仿單上的基本資料，只有適應症，病人根本無法填寫意見。原因之一是資訊非常少，第二是病人根本看不懂，第三是沒有 HTA(Health Technology Assessment, 醫療科技評估)報告，病人無法從網頁資訊得到包括適應症有無差異等相關資訊。能夠填寫意見的不是藥商、醫師就是醫院，因為一般民眾根本查不到資料，無從得知所需資訊。我認為網頁立意很好，也可以從中收集民眾意見，但只做到這樣太可惜，有些為德不卒。希望健保署再加把勁，將網頁做得更好，否則病人無法表示意見，這部分請健保署多費心改善。

鄭主任委員守夏

謝謝滕委員西華，請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、提供下列建議請健保署參考，醫學中心大多為財團法人性質，其實都屬公共財，業務執行報告應呈現每家醫學中心治療輕、重症比率。急診問題至今始終無法解決，民眾要住院經常需要候床等待，究竟醫學中心是大砲打小鳥，或有遵循遊戲規則？這是其應肩負的社會責任。我不要求每月，但至少每季應呈現相關數據，以利本會委員藉由這些資料進行監理，應可協助釐清許多真相。
- 二、過去總額協商時，委員經常要求呈現總額相關資訊，既然有此需求，平時的業務執行報告也應有相關資訊。我也不要求每月，但每季應讓委員瞭解哪些醫學中心又關病床，原因為何。已編列這麼多預算，醫院還將病床關閉，很不合理，問題何在？這是我們要關心的。不能花更多錢，可使用的醫學中心病床反而變少。應呈現這些資料，讓委員瞭解，也可做為總額協商的依據。

鄭主任委員守夏

感謝委員天仁，請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

- 一、請教有關業務執行報告第 101 頁「全民健康保險醫院總額醫療品質指標」，103 年參考值依據備註說明，係最近 3 年全國值平均值，是指 100~102 年 3 年的平均嗎？這 3 年均已有數據，為何 103 年仍有部分指標的參考值尚未訂定？另 103 年部分指標的統計數據高於 100 年，請問原因為何？
- 二、部分指標可能因參考值訂得過高，而被認為沒有問題，但事實上某些負向指標有上升的情況，但因在參考值範圍內，而未被重視處理。以糖尿病的慢性病處方箋為例，103 年平均開藥日數，低於 3 年前(100 年)數值，惟因參考值尚未訂定或訂得過高，使得醫療品質的指標看來都沒有問題。對於參考值是否有過於容易達成的疑慮，請健保署說明。

鄭主任委員守夏

請何委員語，在渠發言後，暫時告一段落，請健保署先回應。

何委員語

- 一、業務執行報告第 30 及 31 頁，有關藥費申報情形，不論門、住診或藥局的藥費支付都大幅成長。台灣需要的是高品質的優良藥品和少量用藥，應該讓符合 PIC/S GMP 的藥廠有利潤，而非讓劣質藥品氾濫及過量供應，浪費醫療資源。其實藥價差距很大，我常開玩笑說，藥品添加太白粉也能賣，更別說最近發現不良廠商以工業用粉末充當賦形劑。我認為台灣要提高藥品的品質，且少量用藥，而非用劣質藥品但大量用藥，形成浪費，然後，健保署再每年對這些藥品砍價，讓供應商哇哇叫。
- 二、昨天我看到廖國棟立法委員很生氣，說邀請健保署署長開會他都不來，最後只回一通電話。我想這不是辦法，會惡性循環，藥價一直砍，藥品就多加太白粉，而病人也就多用藥，本來只需服用一顆就有效，變成要兩、三顆才有效，對此問題政府應提出解決辦法。

- 三、重大傷病中，需積極或長期治療的癌症，103 年底有效領證數約 46.5 萬件，記得上次報告才 44 萬多件，可見持續成長。曲司長同光也在場，請問衛福部能否編列預算，追蹤不良的食品添加劑，是否造成國人癌症的產生？我贊成應向這些不良企業追討賠償。站在工業總會的立場，支持應該對這些生產不良的偽劣食品、油品或農藥殘留的廠商追討求償。若追蹤發現與癌症有關，應學習歐美國家向廠商追討費用，這些都是該做的事，若不處理，每年這樣下去也不是辦法。
- 四、在此提醒醫界，醫護人員適用勞基法是好事。台灣的醫療技術優良，受到國際肯定，許多國家都派員到教學醫院實習，最近榮總某科別就有 22 位國外醫師前來實習，應予肯定。從醫院公開的財務報告看來，醫院雖然賺很多錢，但醫師的收入卻變少，我認為這是畸形現象，一旦適用勞基法後，就可要求醫院賺錢時，分配獎金或酬勞予醫師及護理人員，醫護人員可增加很多收入，所以我認為適用勞基法是好事。
- 五、建議衛福部應該成立醫療改革委員會，好好研議醫學院學生培育、醫師制度及醫師到他國行醫的雙邊醫療協定，如新加坡及日本醫師可互相在對方國家醫治本國民眾，但目前我國醫療體系不容許這樣做，需要簽署國家雙邊醫療協定才能進行。

鄭主任委員守夏

謝謝何委員語，詢問暫時告一段落，先請健保署回應。

黃署長三桂

- 一、何委員語提到藥價調降議題，對立委的邀請原則需要健保署進一步瞭解溝通，一定會應邀出席，說明本署立場及做法。如溝通實質效益不大時就會考量。近日媒體也有報導調降藥價的相關議題，在此向大家說明，目前 1,500 億元的藥品費用中，研發藥品項約占 30%，學名藥品項占 40%。研發藥雖只占 30%，但金額卻占 60%；學名藥雖然很多，但費用並不高。外界常說調降藥價，會讓優良藥商離開台灣。其實到目前為止，

全台用藥最多的前 10 名藥品公司，沒有一家離開台灣。從 20 年前開始，隨著全民健保開辦，台灣藥品費用占率都維持在 25% 左右。我不否認有些個別品項情況特殊，但整體而言，調降藥價的方向是對的。我們是利用調降舊藥省下來的錢，才有辦法提供新藥給癌症等重症病人使用，否則癌症病人標靶用藥的財源從何而來？

- 二、全世界的研發藥，隨著上市時日長久(過專利期)，必然走向學名藥，如果不調整藥品價格，恐又產生藥價差爭議。據觀察目前並未因調降藥價，造成換藥風波，僅有小部分換藥情形，但如剛才報告，30% 研發藥還留在台灣，會換藥的，多是學名藥，這是全世界的趨勢。例如 10 幾年前心臟用藥 Inderal 一顆要 10 幾元，現在降到 1 元。並非換藥就不好，重要的是政府必須管好藥品的品質，否則，當然會造成大家的疑慮。基於政府一體，我們認為 TFDA(食品藥物管理署)的品質把關應無問題。
- 三、謝委員天仁所提醫學中心是公共財，應提報其治療疾病嚴重度的相關資料，健保署可提供，亦可提供保險病床增減情形。
- 四、滕委員西華所提網頁意見，其他委員可能不清楚。二代健保實施後，藥品是否納入給付，是交由共同擬訂會議討論。但因參加的委員並不包括所有病友團體代表，為落實二代健保精神，因此在健保署網站開設網頁，希望不同病友團體，可透過網頁平台表達分享對新藥及新特材的看法，及是否贊成納入給付。因為才剛開始建置啟用階段，針對各界建議及滕委員的意見，我們會陸續檢討改進。另有關滕委員詢問安全準備金的問題，稍後請財務組同仁說明；蔡委員宛芬詢問醫療品質指標問題，請醫審組同仁說明。
- 五、有關陳代理委員炳宏提及政府應負擔健保總經費 36% 部分，目前安全準備約有 1,380 億元，超過 3 個月保險給付支出，外界現在看健保財務相當樂觀，但之前亦有健保累計短絀約 600 億

元的情況，另外我在此報告，第一、台灣從今年開始，人口紅利已經變成負數，所謂人口紅利指的就是有產值工作人口；第二、最晚 2026 年台灣人口成長就會變成負數，10 年後人口少於 2,300 萬人；第三、目前 65 歲以上老年人口占 11%，使用 34% 醫療費用。剛才何委員語也提及，2025 年，亦即 10 年內，我國的老年人口會增加一倍，屆時健保基金可能都不夠用。目前安全準備有 1,380 億元，明年可能會超過 1,400 億元，看來非常樂觀，但 3、5 年後很快就會發生赤字。所以，不管外界想法如何，我們仍會堅守健保署應有立場，一定會善盡健保基金管理人之責，這點可以在此向委員保證。其他委員垂詢部分先請醫審及藥材組同仁說明。

陳研究員尚斌

- 一、蔡委員詢問業務執行報告第 101 頁醫療品質指標，103 年醫院總額及西醫基層總額均有尚未訂定參考值的指標，在備註第 3 點已有說明。參考值會提至相關會議與醫界共同討論，參據臨床實務作業經驗以確定如何進行監測，今天的資料已呈現 100 年至 103 年第 4 季的數據，參考值也會在近期會議中，盡快與醫界討論決定，以共同監測。參考值訂定後，健保署除提供數據回饋醫療院所外，也會藉由醫界同儕間自我管理，達成指標監測的目的。
- 二、有關部分指標值可能有退步或參考值過高的情形，我們會和醫界共同檢討、持續監測，並進行滾動式修訂。

唐研究員蕙文

滕委員西華詢問業務執行報告第 16 及 17 頁安全準備金額差異的問題，正如委員所提，一為權責數，一為現金數。其差異原因主要有：第一、如報告第 13 頁，直轄市政府應負擔保險費補助款欠費尚未撥付；第二、政府補助款現金撥付多集中在每年 1、2 月及 7、8 月，加上各月醫療費用支付早於保費收入時點約 1 個月。綜合上述因素，造成兩者金額的不同。

鄭主任委員守夏

謝謝健保署說明，現在進行第 2 輪發言，請干委員文男。

干委員文男

- 一、健保署 105 年預算中，請問政府應負擔健保總經費是以哪一種編列？係依衛福部或行政院主計總處核算的原則編列？
- 二、重大傷病證明實際有效領證數將近 100 萬件，其中慢性精神病就占 20%，似乎偏高。請問這些病患大多安置在機構或在家療養？事關社會安全問題。
- 三、最近兩年總額均有編列雲端藥歷經費 22 億元，其執行成效如何？去年 10 月應有專題報告卻未報告，僅在去年第 3 季提及該季節省 13 億元，委員都很高興，但第 4 季卻未見執行進度報告。若能有效執行，相信對藥費管控會有幫助。
- 四、遽聞醫療院所若有換藥情形，都是將原因歸咎於藥價調降，讓健保署背黑鍋。健保署應召開記者會，向大眾說明為何調降藥價。誠如黃署長三桂所言，藉由藥價調降以引進新藥、好藥，提升療效，這些理由相信民眾都能接受。否則，帳都算在健保署頭上，委員也連帶遭殃，希望署長會後能對外公開說明。

鄭主任委員守夏

謝謝干委員文男，委員還有無詢問？希望不要重複發言，本報告案已超時 23 分鐘，時間真的不夠用。請陳代理委員炳宏。

陳代理委員炳宏(李委員永振代理人)

請大家參閱業務執行報告第 7 頁，有關「保險給付」成長率，104 年第 1 季連續 3 個月的「保險給付」成長率皆超過 5%(1 月 5.27%、2 月 5.12%、3 月 5.28%)，高於 103 年成長率 3.3%，而備註僅說明因總額協商成長所致，請能說明費用成長要因。

鄭主任委員守夏

先請滕委員西華，再請蔡委員宛芬。

滕委員西華

有關干委員文男所提慢性精神病的社會安全問題，以我從事心理健康工作 20 年經驗，要在此特別說明及澄清。台灣對精神障礙者的疾病治療方式已經非常穩定，並非都需住院，也與社會安全無關。對於領有重大傷病證明的精神障礙者，請各位不要輕易把這些病人和社會安全連結，他們可能比在座的每個人都安全。

蔡委員宛芬

請參閱業務執行報告第 101 頁「全民健康保險醫院總額醫療品質指標(全國)」，備註中說明正向指標以最近 3 年全國平均值 $\times(1-10\%)$ 為參考值，有固定公式計算，為何還需協商？我覺得很奇怪。也許以後還有機會再討論，但因為本指標與醫院總額品質保證保留款的預算分配有關，所以在此提出。既然品質指標已訂有清楚的定義及計算公式，為何還有與醫界協商的空間？請健保署說明。

鄭主任委員守夏

委員還有無請教？如果沒有，請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

先就干委員文男提出的問題說明如下：

- 一、有關重大傷病慢性精神病的問題，請委員參閱業務執行報告第 77 頁表 28，重大傷病證明有效領證統計表第 6 項，慢性精神病人數在 104 年 3 月略有下降(-0.77%)，干委員文男關心這群人住在哪裡，他們大多住在精神療養院；由於這群人有年齡老化現象，相對問題也會逐漸減少，應不致造成太大的社會治安問題。
- 二、另有關希望本署可運用記者會或撰寫新聞稿方式，主動向民眾說明雲端藥歷的用途，以及為何病人看病時需要請醫師查詢雲端藥歷等。本署推動雲端藥歷的目的，在於保障民眾的用藥安全，因此會善用各項管道向民眾說明。
- 三、至 105 年預算編列有關政府應負擔健保總經費法定下限 36% 部分，請財務組說明。

唐研究員蕙文

有關干委員文男詢問 105 年預算編列政府應負擔健保總經費法定下限 36%的核算方式，請委員參閱本次會議資料第 67 頁，105 年預算之政府補助保費差額收入暫估為 506.7 億元，此金額係採衛福部的方式估算。

鄭主任委員守夏

本案已討論近 50 分鐘，委員都很有默契，時間控制得很不錯。請黃署長說明。

黃署長三桂

有關干委員文男對雲端藥歷的詢問，本署自 103 年推動以來，估計 1 年可減少重複用藥支出約 58 億元，此數額非常龐大，這件事有以下三點意義：

- 一、對藥界而言，有很大幫助，103 年藥費實施 DET(Drug Expenditure Target，藥品費用支出目標制)，超出額度約為 82.1 億元，若本署未推行雲端藥歷，超出額度應再加上 58 億元，高達 140.1 億元，若此，則今年藥價調整的金額就應該為 140.1 億元，而非僅 82.1 億元。
- 二、對被保險人而言，可減少不當用藥，103 年減少被保險人重複用藥約 58 億元，守護國人用藥安全，這才是本署真正追求的目標，相較去年，預估今年全面推動後，實施成效會更好。
- 三、對醫界而言，減少重複用藥所節省下來的費用，完全回歸醫療機構，可以提升醫療品質及提高點值。綜上，雲端藥歷的推動是一項很重要而且很好的制度，未來本署將持續推動。

鄭主任委員守夏

本案討論至此。接下來有兩項專案報告，都是委員非常關心的議題，專案報告一是「『罕見疾病、血友病藥費及新增罕見疾病特材』費用成長之合理性分析檢討報告」，請健保署報告。

陸、專案報告第一案「『罕見疾病、血友病藥費及新增罕見疾病特材』費用成長之合理性分析檢討報告」與會人員發言實錄

健保署劉科長林義報告

鄭主任委員守夏

謝謝劉科長林義的報告，請問委員有無詢問？

戴委員桂英

謝謝健保署的報告，剛剛接受吳委員肖琪的委託，請我代她表達意見，我也認同她的意見，所以提出以下三點建議：

- 一、吳委員肖琪過去曾表達對血友病用藥的關心，今天簡報內容，明顯看出實施成效，她對健保署的努力表示肯定。第 7 張投影片顯示，103 年血友病平均每人藥費已較 102 年下降，表示整體已有改善。
- 二、請參閱第 5 及第 7 張投影片，從罕見疾病及血友病專款支出情形顯示，後續健保署仍待努力。103 年罕見疾病及血友病平均每人藥費較 94 年、95 年約成長 2~3 倍，未來健保署若能參考血友病用藥適當性之管控措施，將之運用於管理其他類別的疾病，應有更好的績效。
- 三、建議健保署應對相同一群病人，持續追蹤、比較這群患者的用藥情形。總費用成長，有時是因新加入個案所致。未來可運用此管理措施，對相同疾病患者的群體長期追蹤。

鄭主任委員守夏

謝謝戴委員桂英及吳委員肖琪兩位委員。請張委員煥禎。

張委員煥禎

- 一、有關罕見疾病及血友病的藥費專款，健保會應思考，健保實施以來就有部分負擔制度，但對重大傷病及罕見疾病都免除部分負擔，健保制度已穩定提供病人照護，不見得罕見疾病及重大傷病患者都屬經濟弱勢，應將醫療保險與社會福利分開看待。病人若在財務上無法負擔，應尋求社會福利體系的資助，健保

資源的使用應有一定限度，除了住院超過一定天數或額度，設有部分負擔上限外，對所有的醫療利用，都應收取部分負擔，否則政府再有錢也禁不起這樣耗用資源。

- 二、應徹底檢討罕見疾病及重大傷病的部分負擔制度，除健保會外，也要讓社會大眾重新討論及思考，建議健保署今年或明年，將之列入會議討論議題通盤檢討，否則很多重要議題一年一年過去，都無法處理，尤其此部分涉及健保財務。健保會職責在管控健保的整體費用，不應肩負社會福利所必須承擔的責任，這跟發生車禍的第三責任險(健保的代位求償機制)道理相同。
- 三、在此重申，不見得所有罕見疾病及重大傷病患者都屬經濟弱勢。雖然調整部分負擔的議題，可能引發熱烈討論，有專家認為其可抑制醫療浪費，也有專家認為會惡上加惡，大家有不同的見解，不過沒關係，都可討論。

鄭主任委員守夏

謝謝張委員煥禎。請莊委員志強。

莊委員志強

- 一、請參閱議程資料第 43 頁，103 年罕病藥費之前 10 名罕病中，平均每人藥費最高的是高雪氏症 920 萬元，其次是黏多醣症 761 萬元，23 位高雪氏症病患 1 年就花掉 2 億多元藥費。
- 二、印象中去年健保署有統計醫療費用排名前 10 名資料，第 1 名是某位患有某項疾病個案(柯執行秘書桂女提示為血友病)，其 1 年花費高達 3,000~4,000 萬元。二代健保的設計是收支連動，在量入為出的考量下，「有多錢就做多少事」，而不是「先確定花多少錢，再決定收多少保費」。若大家認為挽救罕病病人的生命，是健保重要的要務，那麼對於像感冒這樣的輕症，1 年可能只會發生 1 次，就可考量由民眾自費或多負擔一點費用，相信對大部分的民眾應無大礙。剛才付費者代表聽到今年總額成長率低推估值高達 4% 以上，已經表示反彈了。總

額已破 6,000 億元，未來只會越來越多，但醫界仍嫌總額不足，建議健保署應通盤檢討，該由民眾負擔的部分，就應歸由民眾自行負擔。

三、昨天我去某教學醫院看病，急診室跟台大醫院一樣，好像菜市場。因為頭暈不想去門診排隊，急診的部分負擔又不高，所以就掛了急診，醫師檢查後竟還開藥給我，只好拿回家。誠如謝委員天仁所說，重症與輕症應分開處理，否則急診就會一床難求。如果急診一次須自付 10,000~20,000 元，急診缺床的問題就會獲得解決。例如一般人往生前，大多希望不要火葬，但當土葬費用昂貴時，家屬還是會回頭選擇火葬。台灣醫療費用太過便宜，而且就醫方便，造成不少浪費，建議今年總額協商時，可以朝「有多少錢就做多少事」的方向思考，不要小到感冒，大到罕病，每樣疾病都納入給付，如此，每年費用必定不斷增加，眼看健保可能很快就會破產。

鄭主任委員守夏

先請楊委員芸蘋，再請干委員文男。

楊委員芸蘋

- 一、請參閱業務執行報告第 77 頁，104 年截至 3 月底重大傷病領證人數較去(103)年減少 1.17%，對健保署的努力，給予肯定。
- 二、罕見疾病的藥費真的很高，若不好好管控，還是會持續增加，不見得就此停止，大家不要高興過早。況且健保署又在網站開放病友討論，其他疾病的病友可能會要求比照罕見疾病，由健保全額給付，日後這些都可能造成問題。目前保費收入雖有 5,000 多億元，也不夠，黃署長三桂剛剛也提到，盈餘很快就會沒有，所以這個問題應予考量。
- 三、誠如張委員煥禎所提，罕見疾病或重大傷病的患者不一定是弱勢團體或低收入者，只是比較不幸得到這種疾病，未來重大傷病或罕見疾病的藥費可能還會大量增加，此問題不容小看。建議健保署於近期內研議，將之納入部分負擔的可行性，但針

對低收入及弱勢團體等無力負擔醫療費用者，應另行考量免除其部分負擔，剛開始自行負擔可少一點，以免反彈，之後再逐步遞增，或許可解決此問題。

干委員文男

- 一、對莊委員志強提到小病到大醫院看診的問題，我的看法有點不同。贊同謝委員天仁的意見，應落實急診檢傷分類政策。否則，小病不看也可能轉成大病，或因而產生醫療糾紛就更麻煩，不僅使社會動盪，也可能造成彼此對立。過去代表我國出席國際勞工問題研討會時，常有人提到此問題，年輕人為何要付那麼多稅金來供社會福利，就連高度開發國家瑞士，也曾發生年輕人與老人間看法不同、以此爭論的情形。
- 二、請參閱議程資料第 46 頁，血友病藥費 1 年約可節省 1.2 億元，顯示血友病藥費初步管控頗具成效，但是人數似乎沒有減少，而藥費卻可節省這麼多，兩者不成比例，是藥效還是因病人死亡或其他原因？請健保署說明。

鄭主任委員守夏

請李委員永振。

李委員永振

感謝健保署的報告，今年的內容較去年進步頗多，僅提出以下幾點請教：

- 一、議程資料第 43 頁第 8 張投影片，附註說明提到：醫療點數=申請點數+部分負擔，請問部分負擔是多少？
- 二、議程資料第 46 頁第 14 張投影片，血友病高費用之前 20 名個案的初步控管成效，簡單計算一下，前 5 名 102 至 103 年的藥費，2 年加起來，每人藥費均超過 1 億元！基於人權，不能只談成本效益，但此現象值得我們留意，未來應如何處理？
- 三、健保署管控血友病費用的初步成效，其中有 6 位病患 103 年藥費改善幅度達 2 位數(以百萬計)以上，部分甚至達到 2,000 多

萬元，例如第 1 名藥費減少 24.1 百萬元。請健保署探討管控有效的主因，並考量可否運用至其他疾病或個案。

四、第 20 名病患，102 年藥費是 22.1 百萬元，103 年藥費是 0，請問該病患往生了嗎？第 5 名病患，102 年藥費是 47.9 百萬元，控管之後，103 年藥費反而增加 12.4 百萬元，變成 60.3 百萬元，請健保署說明。

五、罕見疾病的特性是量少、藥費高，請問健保署在採購方面有無可改善措施？

鄭主任委員守夏

委員還有無詢問？請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

罕見疾病的特性就是少數病患，使用大量的醫療資源，在健保資源有限的情況下，建議藥物一定要做 HTA(醫療科技評估)。到底使用多少資源，延長多少有效生命，一定要計算成本效益，最近聽聞有些醫院會將罕病患者轉出，主要考量在有限的醫療資源下，資源移到一些心臟病的患者可以救活更多的病人，使醫療資源的運用更具效率。

鄭主任委員守夏

請李委員蜀平。

李委員蜀平

一、再次感謝黃署長，感恩的心，感謝有您。莊委員志強是付費者代表，聽到其剛才的發言，真是高風亮節，令人感動。莊委員志強提到他去某教學醫院就診，看到大醫院急診壅塞的問題，才想到應該是確實執行轉診門開機了。我也認為應該重新思考，為何大型醫院的急診等不到病床？應研商如何改善？或思考有何方式改善急診壅塞的問題。

二、所謂罕見疾病，意即非常稀少見的疾病，贊同前面幾位委員的意見，罕病民眾若經濟負擔得起，應由他們自行負擔部分的費

- 用；若有貧困證明者應由國家編預算負擔，不應由總額支付。
- 三、少子及高齡化的社會問題，應該重視，贊同莊委員志強所提，應重新檢討制度並推動自我照護(Self Care)，及自行負擔一定費用的可行性，自行負擔費用的設計，應扣除低收入戶及弱勢團體，才可使健保永續經營，並解決未來高齡化社會醫療的問題。
- 四、再次感謝黃署長三桂的付出與堅持，雲端藥歷每年可節省約50多億元的重複用藥藥費，重複用藥另一原因在於民眾重複就醫，若真要解決醫療浪費，應該將重複看診的問題，一併納入監督的重點。否則就像只抓使用者，沒有抓來源，這樣永遠未具實質效益。

鄭主任委員守夏

請潘委員延健。

潘委員延健

- 一、從健保署的報告中可看出，罕見疾病及血友病的藥費整體管控，不論事前報備或事後管控措施，都達到一定成效，值得持續進行。
- 二、罕見疾病的用藥非常少量，甚至有些藥品沒有藥證，必須專案申請才可進口，健保署若調降藥價，可能造成藥商不願進口，導致部分病患的用藥有空窗期，產生藥物使用無法銜接的問題，請健保署於調整藥價或採行相關措施時，若會影響廠商供貨意願，則應先擬訂相關配套措施，使藥品的供應不致出現空窗期，避免造成醫院在照護病患上的困擾。

鄭主任委員守夏

委員還有無詢問？請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

- 一、罕見疾病防治及藥物法的規定很明確，罕病患者的照護，若非屬健保支應部分，應由政府公務預算支應，主要是希望保障這

些弱勢者的就醫權益。我認為健保的目的也是要照顧這些極少數、難以獲得普遍醫療照護患者的權益，健保無庸置疑要照顧這群人。

- 二、至於部分負擔，其實罕病不只藥費高，家人的負擔也很沉重，需考慮家庭為了照顧這樣的家人，所付出的成本是我們看不見的，對於認為他們負擔得起，就該部分負擔的觀點，我認為仍有很大的討論空間。
- 三、另外，有關以 HTA 方式來評估罕病藥物是否應納入健保給付乙節，NICE(National Institute for Health and Clinical Excellence, 英國國家健康暨臨床醫學研究院)曾進行相關討論，指出單純使用 HTA 做為評估罕見疾病給付與否的依據並不適合，他們也特別提出，對罕見疾病應該給予某些保障，並不是所有問題都適合以經濟評估方式處理。之前台灣曾對罕病用藥做過類似的 HTA 研究，最後決定不予給付，在 NICE 正重新檢討 HTA 用於罕藥評估的適用性之際，台灣是否也應對罕病的藥物給付及 HTA 評估的適當性等進行檢討。

鄭主任委員守夏

請莊委員志強。

莊委員志強

在此重申健保有多少錢就做多少事的觀念，健保署應考量增加某項罕病照護，則要相對減少部分給付項目，如感冒或洗牙等輕微疾病，不是健保付費而是由民眾自己負擔全部醫療費用，需進行這樣的評估與調整，健保財務才不致持續惡化。

鄭主任委員守夏

請委員發言盡量聚焦在今天的主題。請陳委員聽安。

陳委員聽安

- 一、聽到各位委員的高見，讓我回想到過去健保未開辦時，在中央研究院有一場全民健保的座談會，會中我擔任與談人之一，當

時與會的沈富雄立法委員曾提出「保大不保小」的觀念，主張感冒等小病不納入健保給付範圍。300~500 元的花費對一般人而言，可能沒有影響，但對窮人而言，則是很大的負擔。

二、其實問題在於政策定位，全民健保走到這個地步，應該進入三代健保的規劃，對於罕見疾病是否納入及其財源等問題，應重新定位及思考健保的給付範圍，例如過去在建立轉診制度時，因遇到反彈就放棄，但回頭來看，當時若能堅持與落實轉診制度，現在就不會發生小病到大醫院就診的問題，當然這些問題也與台灣醫療資源不均的問題有關聯。建請健保署能思考將來健保的定位，因為剛剛聽到各位的高見，與當時沈富雄立法委員所提的理論類似，有感而發，所以將以前的故事提出分享。

蔡委員明忠

健保實施 20 週年之際，面臨的問題是民眾端就醫權益已擴張甚至無限上綱。即使開始規劃三代健保，面臨的最大挑戰是，如何規劃限縮民眾就醫權益，包含已經得到的好處、照顧及利益等，再者誰敢提出這些論點。就算提出來，民眾能否接受？舉例來說，民眾會質疑為何砍老三？而不是砍老四、砍老五？這些問題在未來必然浮現，且未來定會引發熱烈討論。但很抱歉，以台灣的政黨政治生態，最後政府會全部吸收；若沒有錢，也會想辦法擠壓、節約，到時黃署長三桂可能不僅要用雲端藥歷，還要放好幾個雲在天上，想辦法再多節省費用。但無論怎麼省，在自由就醫的情況下，若沒有約束民眾的就醫行為，醫療費用還是無法管控。

鄭主任委員守夏

本案的討論時間差不多了，剛才委員所詢的數據，健保署有無說明？請龐組長一鳴。

龐組長一鳴

委員關心第 14 頁投影片，有關血友病費用初步控管成效，為何 2 年間的藥費差距可達千萬元，這與血友病特質有關。一般疾病用藥量大致固定，而血友病則須視出血狀況決定使用劑量。以實際案例

說明，例如血友病小朋友騎腳踏車摔倒，就需使用大量的藥來止血；另外，隨著年齡增加，血友病人因為凝血機制的問題，關節容易受損，因此病患到了中年，需面臨要不要做關節手術的抉擇，若決定手術，就需用很高劑量的凝血製劑，這時費用就會很高。因此，血友病患用藥，須視其身體狀況、疾病狀況而定，跟一般疾病固定用藥的情形不同，所以管控策略不大一樣，本署也會藉由輔導措施，協助病患在生活上小心保護自己，因此，在降低血友病藥費支出方面，即可見到非常顯著的效果。

鄭主任委員守夏

- 一、報告案討論至此，大家可明確了解罕病的病患人數及其費用成長情形。至於委員所提，對於健保給付範圍的擴大或縮減，則需依法辦理。若屬給付範圍的改變，依法是健保會權責，如有需要可另提方案討論，以今天的討論來看，大家似乎沒有太大的共識。
- 二、回應莊委員志強所提觀點，臺灣的健保過去都是量出為入，而且往往是支出了，但沒有對應的收入，從來不是量入為出。如果要改變，可能還有很長的一段路要走。有關罕病的認定問題，過去曾討論可否再多予斟酌，惟因其認定權責屬衛福部(國民健康署)罕見疾病及藥物審議會，若想節約支出，只能請健保署在用藥方面加強管控，但罕病病患不能不用藥，否則性命不保，因此管控重點並非以部分負擔去控制濫用，而是請健保署在罕病藥物的核價方面多花些功夫，還有使用量不能過於寬鬆。本案是很好的報告，謝謝健保署。
- 三、還有一個藥價調整的專案報告，在這中午時刻，大家可能要打起精神。請健保署郭專門委員垂文報告。

柒、專案報告第二案「藥價調整對病患權益影響及各層級醫療院所產生藥價差百分比之評估報告」與會人員發言實錄

健保署郭專門委員垂文報告

鄭主任委員守夏

謝謝郭專門委員垂文的報告，請問委員有無詢問？請李委員蜀平。

李委員蜀平

- 一、衷心感謝健保署這麼辛苦，準備了這份報告。記得我去年跟今年都提出相同的問題，可能文學涵養很差，所以署提出的報告，內容和我問的問題差距很大，南轅北轍。承諾給我回應提案，卻又悄悄地予以扼殺，而且每次我提的相關議案都安排到最後討論，許多委員已離開。若健保署對我真的有意見，藥費可以不用 DET(Drug Expenditure Target, 藥品費用支出目標制)，直接給 DDT(Dichloro-Diphenyl-Trichloroethane, 殺蟲劑/農藥)，我的性命結束，以後就不會提了，否則一定要重視委員提的問題。
- 二、今天再次說明，上次的提案要求呈現藥價差的金額，且明確要知道醫學中心、區域醫院、地區醫院、西醫基層、藥局之藥價差又各為多少，以及藥價差其占健保費用的百分比，和到底藥價差是屬獎勵金或是其他的費用。只想了解我國藥價差是否與世界各國的藥價差的比對，而且二代健保的執行有無訂定合理藥價差。因此，我要明確知道，藥價差究竟多少金額？為何每次健保署都不正面回答，反而給我不同主題方向的答案。
- 三、藥價差節省下來的費用，可以回歸給醫療機構或醫師；但藥價差若不合理，會造成台灣製藥工業無法發展，及更多可怕的連動效應。昨天臺灣製藥工業同業公會召開會員代表大會，很多長官都有出席，有會員提起，卻沒有長官回答。若以人口及土地面積來看，台灣的製藥工業是全世界最嚴格的，必須符合政府的嚴格規定，從先前的 GMP(優良產品製造規範)，到近期的 CGMP(現行藥品優良製造規範)，再到現在的 PIC/S GMP(國際

醫藥品稽查協約組織所規範之優良作業規範)，政策很好，但要顧品質，也要讓產業能夠生存。

四、我國早已加入 PIC/S(國際醫藥品稽查協約組織)，為了符合其規範，對製藥工業的要求很嚴格。我國在 PIC/S 會員國中好像還擔任副秘書長，所以特別強調還須符合 GDP(Good Distribution Practice，藥品優良運銷規範)，就是每個運送藥品的過程，都要符合國際標準。舉例來說，如果藥品需冷藏，整個運送過程就需要冷藏設備的冷藏車，若無冷藏車運送者，就要受罰，還有運送適溫藥品時，運送時，車子不能因曬到太陽，溫度變高，而影響藥品品質，如果被查到就要受罰，一罰就是很高的金額。這麼多符合的國際標準，但我國的藥價卻僅是歐美國家的 25%，情何以堪，或許這就是政府在嚴重控制的總額制度下，造成許多的醫療不平等，因為缺經費。

五、健保署這份報告，數據這麼多，誰看得懂？我報告過，我要了解的不是簡報上所呈現的資料，而是醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所及藥局的藥價差金額各多少？再附帶請健保署告知歷年藥價差所累計的金額。歷經多次藥價調整，累計好像已砍掉 800 多億元的藥費。自健保實施以來，每年藥費的支出都維持占健保總費用的 25%，目前健保藥費支出約 1,500 多億元，但如果真的是如過去砍掉的金額達 800 多億元，請問製藥工業怎麼生存？懇求健保署回應我的提問，若每次我的問題，都是南轅北轍的回應，那乾脆把我換掉或給我 DDT。

謝委員天仁

一、藥的問題很複雜，監察院把醫療的各項問題都深入調查，唯獨對藥品未有相關報告，可見問題非常複雜。藥品上市一段時間後，會因其效力更好、使用人數增多，而有調降費用的空間，邏輯上大家均可理解；另外，健保法第 46 條賦予健保署進行藥價調整的權限，即使沒有實施 DET，每年都可以調降藥價，法制面也沒有問題。

- 二、有個現象很特別，不管保險人如何調降藥價，最終藥費占健保醫療支出歷年都約 25% 左右，健保署應該很內行，請問為何會這樣？是否有看不見的手在操控？若沒有，怎會這麼準，比神還厲害。不論癌症用藥多少，綜合各項藥品消長的結果，藥品之費用占率都維持在 25% 左右；另，由過去 2 年調 1 次藥價的經驗，第 1 年調整後假使節省 150 億元，第 2 年就沒有節省效果，但無論第 1 年或第 2 年，結果都相同，藥費占率就是 25%，不知箇中原因為何。
- 三、剛才黃署長三桂提到，本次 DET 原來應調降藥價 140 億元，是因實施雲端藥歷計畫節約了 58 億元的藥費，因此藥價調降額度才只有 82 億元，不過調降 82 億元後，藥費占率還是維持 25%？署長比較英明，可能知道其中蹊蹺。本會新任的委員一定也會覺得奇怪，健保自 84 年開辦至今，藥費占率就一直維持 25%，能否查一下，為何會這樣？經常聽到的理由為，因調降的幅度剛好抵銷成長的部分，所以藥費占率維持在 25%，非常神準，實在不可思議。雖然也有人說，這是大家共同努力的結果，但總要告訴我們原因吧！一定有統計資料，請拿出照妖鏡照給我們看，為何產生此效果，值得關切。
- 四、第 20 張投影片，既然已呈現藥價差百分比，就算寫出金額也沒差，但為何還要大家去猜？我猜達 250 億元以上，各位想想，本次調降不過 82 億元，為何不去減這 250 億元？若減了 250 億元，會產生什麼後遺症，若不會產生比 250 億元更大的缺口，為何不這麼做？先進國家一直這樣做啊！我講直白一點，為何我國就一直讓醫院以藥養醫，不能改嗎？不能和諧一點嗎？一直將藥費占率維持 25%，藥價再怎麼降，院所還是要 3 成回扣，這樣藥廠怎麼生存？當他活不下去，產品就開始出問題，這符合一般常理；律師也是這樣，若達不到預期的利潤，就增加業務量，該做的事少做一點，這種自動調整的機制，是人性使然。為何不好好思考，有無更好的方法？還是某種程度上，健保署在保護別人的利益？希望健保署能有比較好

的答案。

鄭主任委員守夏

先請謝代理委員文輝，再請滕委員西華。

謝代理委員文輝(楊委員漢淥代理人)

- 一、此議題應該回溯到健保初期，第 13 張投影片談到藥價調整之效益，可以緩和藥費成長、引進新藥等，這完全違反當年的共識。當時健保倉促成軍，一下子由公勞農保等整合為健保，當時普遍認為，保險中非藥費的支付偏低，所以有個口號「相忍為國」，也就是掩來扯去(台語，截長補短之意)。在此邏輯下，若只談扣減醫療院所較有利潤的項目而不同步檢討其偏低部分，是吃醫療院所的豆腐，所以要有相對均衡的觀念，將減下的用來調高本來偏低的項目(支付標準)，各項費用本來就要合併運用，才能支撐院所的成本，而且也沒有增加整體醫療費用。
- 二、兩年前監察院黃監察委員煌雄也調查過藥費議題，深入了解後，發現的確有以藥養醫的現象，若砍掉藥價差費用，則相對需調整支付標準，但怎麼調又沒共識，只有增加預算時才能調整。健保在非藥品部分的支付全都偏低，要優先調整哪項又是個問題，在此特別說明健保開辦時的狀況及共識。長期以來，每次調降藥品，都說用於引進新藥，增加效益，但這違背當初的共識與初衷。
- 三、第 20 張投影片呈現的藥價差比率，我不認為健保署算錯，因為署有選取樣本及計算的邏輯，但此結果沒人會接受。藥品的採購為自由市場，依此次資料方式顯示，讓人以為台灣是診所及藥局的天堂，量買最少、價差卻賺最多，這完全違反常識及市場機制，應重新檢視藥價差百分比，這樣的報告貽笑大方，竟然是診所及藥局買藥最便宜、藥價差最大，這當然是選樣的基礎邏輯有問題。
- 四、剛剛謝委員天仁問題的答案很簡單，好比先射完箭才畫靶，而

靶就一直畫在 25%。有些分區的管控目標是平均點值要達到每點 0.935 元，有人會問怎麼可能剛好？醫療行為怎麼預估？其實很簡單，只要將超過的部分砍掉就好，每年是有可能維持點值 0.935，所以 25% 是我們管理的功力，而非藥品使用的真貌，這也沒辦法，因為現在設有總額限制，這點我可以體諒，若不這樣管理，要怎麼辦，沒有其他辦法啊！

五、另外，關於藥品的問題，再怎麼談可能都無助益，因為目前藥品保障每點 1 元，先不論此保障正確與否，藥品相當有利潤，而其他非藥費的醫療服務都沒有保障且偏低，在大鍋飯中大家一定會先搶藥費。此問題若不修法，是無法根本解決的，還是要靠修法，才能讓藥費及其他非藥費的支付項目都能回歸正常，就不會有人刻意用藥來彌補或支撐其他的醫療部分。這議題需要凝聚大家的共識，不然無論衛福部、健保署的長官，包括醫界，都無法解決問題。

滕委員西華

- 一、第 15 張投影片，這十大藥品確實應該沒有退出市場，但健保署採用的是 97 年資料，沒什麼誠意，至少應該要用 103 年的資料才對，7 年前的資料太舊了，下次可否更新。
- 二、第 17 張投影片，104 年 1 月 1 日後，沒有達到 PIC/S GMP 的藥廠，原則是禁止製造及販售；去年有個做法，同意 7,000 多個沒有達到 PIC/S GMP 的品項，104 年後還可繼續給付，食藥署也支持這個決定，讓廠商把存貨賣完，但顯然這些藥品占整體用藥品項的比率很高。而我們宣示要推行的藥品 PIC/S GMP 也頻頻出事，出事的品項中雖然幾乎都是指示用藥，但還包含 2、3 項處方藥，且健保也有給付部分的指示用藥，所以應瞭解其中究竟有多少是健保用藥。
- 三、第 19 張投影片，剛剛健保署報告認為 PIC/S GMP 藥品使用率已經提升至 40~50%，而我的疑問是，怎麼只有 40~50% 這麼低？全民健保給付的藥品是靠 PIC/S GMP 把關，也就是健保

署是以食藥署所建立的品質規範，做為最高指導原則，但目前大家對食藥署頻頻出事沒信心，可以去看民眾對政府在食品安全、藥品信心指數便知，昨天還公布抗生素的稽查結果，抗生素一定都是健保給付的藥品啊！健保署應該拿出對策，我們究竟要讓那些非 PIC/S GMP 的存貨賣到何時？如果有替代品項，或藥物品質不良，且廠商屢屢犯規，我們還要支付嗎？支付標準也對藥廠的 GMP 被記點或其他品質不良情事，訂有不給付的機制，健保署要比食藥署還怠惰嗎？

四、投影片第 20 頁藥價差的統計結果，剛剛謝代理委員文輝說違反常識，我倒蠻驚訝。提出以下幾點意見：

(一)R-zone(Reasonable Zone，健保署所訂的藥品合理折讓區間)是15%，剛剛謝委員天仁也提到調降空間，顯然地區醫院、診所及藥局的藥價差(超過30%)是R-zone的兩倍以上，因此可調整藥價的空間，似乎還蠻大的。

(二)過去的說法為，買的量越大，價差就越高，但我覺得量與價差不一定有絕對關係。這些數據很有趣，請問健保署，目前價差的情況，是跟各層級採購原廠藥或學名藥的占率有關連嗎？當然不一定有關，但健保署可用調查結果來分析，用常識推理，超過專利期1~5年的藥品價差應該較大，所以健保法第46條，才會賦予健保署對藥品逾專利期第1年起可開始調降價格，於5年內逐步調整至合理價格的權限。請問健保署，投影片呈現各層級藥價差的差異，是否因藥品類別、原廠藥/學名藥占率不同，或藥品專利期限等因素所導致。

(三)林立法委員淑芬在臉書公布1張健保署所提供之健保支付小於1元及5元的藥品資料。若醫院要拿價差，3成似乎太高，暫以R-zone 15%來估計，小於1元的藥品，若還有15%甚至3成以上的價差，會讓人擔心藥品的品質！下次稽核會不會又出問題？此議題很需要關心。

(四)另若越基層的院所價差越大，那麼鼓勵慢性病連續處方箋釋

出乙節，會不會因為處方釋出更多，反而造成藥差的擴大？當然我還是支持釋出處方箋，但看到此數據，不由得聯想及擔憂，大量的處方釋出，到底會不會讓價差更加惡化？

鄭主任委員守夏

稍後再請健保署統一回答。先由付費者委員發言，請蔡委員宛芬，再請吳委員玉琴。

蔡委員宛芬

- 一、看到藥價差的統計，其實蠻難過，看來健保的資源配置有些不合理，23.8~38.4%的藥費並非使用在該藥品，有可能用在「以藥補醫」或其他用途，健保資源的使用有問題。
- 二、有關藥價差的來源，依藥價調整的公式，對專利期逾期第 1 年的藥品調整價格，是參照先進 10 國的最低價及國內的使用狀況，然後取最低價；但第 2 年開始就只依國內的使用情況調價，也就是台灣的學名藥是比照原廠藥核價，依現在的調整公式，如果我是原廠藥商，只要第 2 年價格變動不要太大，其他的台廠學名藥就比照核價。為何只有逾期第 1 年參照國際藥價調整，而第 2 年起卻不再參考 10 國藥價，此制度似乎會使學名藥的降幅不夠大，這樣是否合理？
- 三、我們的藥價調查只在第 1 年調查 10 國藥價，而核價之後，就不再去調查國外藥價變動的情形。一般藥品專利期至少為 10 至 15 年，期間可能會有更多的新藥出現，導致有些藥品雖仍在專利期，但價格也開始下降，這是我們沒有注意到的部分。我認為是這些結構與制度面的問題導致藥價差，若真如此，那就很可惜，本來這些費用可以做更有效的利用，例如用來調整支付標準，或引進更多需用的新藥，卻因制度問題，導致這些新藥進不來，蠻可惜。請健保署再進一步說明。

吳委員玉琴

- 一、滕委員西華剛才已提過，第 15 張投影片引用 10 年前的數據，年代過於久遠；此外，另 1 個問題是，民眾擔心原廠藥退出

健保市場而導致缺藥，健保署的說明蠻難說服我們，簡報資料顯示藥費申報前十名原廠藥品，至今未有任何 1 家退出健保市場，但這些藥因為市場占率大，故不可能退出，因此不免讓人疑慮，是否有其他占率不那麼大的原廠藥品，因藥價低而退出健保市場？請問有無更清楚的數據可以釐清此疑慮。

二、因台灣藥價一直調降，會不會讓藥廠不敢引進新藥，尤其是剛上市的新藥，不知實際情形如何？因為台灣的藥價比其他國家低，原廠藥商擔心，若將新藥引進台灣而被核予較低價，會影響該藥品在其他國家的價格，因此讓藥廠裹足不前。民眾也不免擔心，是否因此而使用不到好藥？請問健保署是否做過相關評估？

鄭主任委員守夏

請潘委員延建。

潘委員延健

- 一、健保署今天的簡報，似乎還少了些資料，只點出如何調降藥價，但並未說明可據以調降藥價的緣由。藥價可以調降是因為醫院努力議價的結果，我們是在自由經濟的體制下，享受這樣的成果，因為議價產生不同的價格，因此會有藥價差出現，這是自由經濟市場的自然結果。但如果一直不斷地調降，不設停止點，最後就會落得沒有空間可再節省，此需要大家好好思考。
- 二、過去媒體常報導醫界隨便亂換藥，但從今天的簡報，實際換藥比率較過去媒體報導的數據低，所以，換藥不是因為價格或利潤因素，多是以病人需要、藥品療效作為出發點。
- 三、尚需思考一個問題，藥價差是否就等於利潤？從剛才委員的意見聽來，似乎將藥價差視同利潤，認為罪大惡極，但這究竟是不是利潤？其實藥廠出貨，是將藥品送到醫院保管，並非直接送到病人手裡，因此中間尚有倉儲、管理、藥袋標示等相關支

出，管理成本至少 10% 以上。也許大家會說還有藥事服務費，其光攤提藥師的薪資就遠遠不夠，更遑論倉儲藥品不能確定何時會被使用，所累積的資金成本都壓在存貨，所以真的不能只從一個點來看藥價差。

四、請問健保署第 11 張投影片，103 年藥品費用的支出目標的成長率是如何設定？

鄭主任委員守夏

謝謝潘委員延健，委員還有無詢問？請李委員蜀平第 2 次發言。

李委員蜀平

- 一、我剛才一直在思考，自己是否做人失敗、為德不足。我的提案這麼明確，卻沒有引起委員的共鳴，可能是委員不了解我的提案，我的提案並不是藥價調整對病患利益的影響及各層級醫療院所的藥價差百分比，我要了解的是金額。所以我會繼續認真努力報告提案內容，希望與委員達到共識。
- 二、現今藥價差衍生的嚴重問題，如同剛才滕委員西華所說，有關釋出慢性病處方箋，有許多醫院技巧性讓病人不能去社區藥局拿藥，必須回醫院領藥，如果不回醫院領藥就不讓他們享受繼續掛號的方便。我有許多管道可以證明明確有這樣的事情，因為擔任藥師公會理事長，所以許多會員跟我提及此事，我只想請健保署了解。
- 三、當初健保署執行慢性病連續處方箋釋出的用意，目的是讓高齡及慢性病人免受舟車勞頓之苦，不用在醫院排隊等待，所以提供醫療院所一些釋出獎勵誘因，提高其釋出處方箋的意願，讓患者不須每個月或每 2 個禮拜就到醫院看病，讓社區藥局能提供 Pharmaceutical care(藥事照護)，但現在似乎已失去這個精神。
- 四、下次我可以整理聯標合約資料供委員參考，所有的藥品都是按照藥價調降比率調整價格，假設藥品售價 10 元，藥價差 5 元，健保藥費調降，醫療院所還是照調降等比率要求藥價差。

我國的醫藥體系真的要這樣崩壞嗎？

- 五、昨天製藥公會亦有會員提及，以前請帖給健保署長，署長都會來與會，但近幾年很少看見署長來鼓勵，是不是不重視製藥公業？歹勢(台語，不好意思)！我不是要數落署長。如現公佈的數據，關於真實的藥價差，可能的話可以送到監察院或檢調單位做個調查，或是請健保署明確告知藥價差，將實際售價與健保價公開，事情就這麼簡單。但健保署就是不公布藥價差且又無理設很多調降藥價的機制，例如機動藥價調查，如果將 5 大聯標的得標價公佈，許多藥都要被機動調查，所以我們應該思考，真的要這種制度嗎？真的要讓製藥廠在沒有合理利潤下，採用最便宜的原料嗎？
- 六、回想 20 年前若不是李國鼎先生、孫運璿院長，堅持要政府發展電子工業，且強調電子科技的重要性，我們的電子工業能這麼發達嗎？現在台灣是發展製藥工業、生物科技及國際醫療最佳的時機，我們的醫療體系及製藥工業這麼優秀，卻沒人要來投資。我們的藥價低的情何以堪？所以希望下次務必針對我所提的主題報告，不然就不要請我擔任委員。另依二代健保法規定，不給付指示用藥，但健保署付了多少指示藥的費用，未來廠商可能會提告，或告到監察院、調查局、法院。
- 七、今天大家再次探討藥價差這個問題，懇求主席、健保署針對問題，一起討論。再次強調本次報告內容不是我要的，不要用這些假議題唬弄我，這樣會逼得大家都很尷尬，這不是理想的現象。我的問題就這麼簡單，只要問藥價差金額到底多少？占健保總費用多少？定位為何？

鄭主任委員守夏

請葉委員宗義。

葉委員宗義

請委員參看第 3 張投影片，「健保藥價與藥品品質」的最後一點：「健保對於品質有異常者，亦給予降價」。個人的看法是，應該不

是給予降價，而應要求提高品質，如果對方無法提高品質，那麼就下架。因為現在都設法鼓勵新藥、新科技，如果沒有將品質異常者淘汰，而只要求降價，並不合乎理想。

鄭主任委員守夏

謝謝葉委員宗義，針對剛才委員所提問題，請健保署先回應。

陳研究員尚斌

- 一、謝謝委員對健保藥價制度的指正！相信在各位委員的督導下，整體藥價制度會持續改進。由於各界對健保制度的關心，我們在今年2月召開了全國藥品政策會議。與會者給予食藥署與健保署許多有關藥品查驗登記、價格制定政策的建議與方向。相信在委員及各界監督下，本署會對整體的藥價制度持續改進。
- 二、剛才幾位委員提到的問題，包括整體價差到底多少、基層診所與藥局的價差為何這麼高，而有關品質的部分，如同剛才葉委員宗義所提，整體品質如果不符合國家標準，是否應下架等，簡要的補充說明：
 - (一)首先說明為何基層診所與藥局的價差比率會那麼高，主要原因其實剛剛滕委員西華有提到，亦即林立法委員淑芬臉書所公開健保署提供的資料，包括1元以下的藥品及5元以下的藥品計1,000多項，其占健保整體藥費支出大概只有105億元左右。由此藥費支出結構，各位可以了解，其實現行的新藥占率很高，如重要的癌症、免疫治療用藥等，價格都非常昂貴。由於這些新藥在臨床治療準則上，還需累積經驗與傳承，因此大部分都在醫學中心或區域醫院使用，比較少在基層診所或藥局調配。整體而言，基層診所與藥局用藥，主要是大家所熟知的三高疾病，包括高血壓、糖尿病及高血脂等疾病用藥，因這些藥品問世已久，所以單價不會太高，也許在健保署的調查統計中，呈現的價差很大，但金額在整體之占率並不高，這可由本署今天所提供的全民健康保險業務執行報告之統計資料獲得佐證。

(二)其次，有好幾位委員都非常關心藥品品質，像滕委員西華剛才所提，健保署對於不符合規定的藥品，會迅速依藥物支付標準第33條之1做出適當處分，包括剛才葉委員宗義所說的下架，即健保就不給付。例如，這次食藥署所查到藥品添加碳酸鎂跟碳酸鈣的事件，總共發現有52項藥品違反規定，但健保只給付其中3個品項；另外49個品項，有些早在民國94年或者更早，健保就不給付，有些甚至是健保根本就沒有收載過的品項。對於健保有給付的3個品項，本署在新聞事件後，就做了處理，從今年5月1日開始，健保不再給付。

(三)有關潘委員延健所提藥品費用支出的目標值如何設定，其是根據每年醫院及西醫基層總額協定的結果，加以計算而得。

鄭主任委員守夏

- 一、不知道委員是否滿意這樣的回答，在場委員如果感到心情沉重，是正常的，但這個問題能怪誰？以學界看來，萬惡之首大概就是論量計酬下的點值保障，而這個制度誰訂的？不知道。要修法就要到立法院，但就連黃署長這麼英明，也很難主導修法過程。如果這個大框架不改，我們在這邊討論得多熱烈，也難做到真正有效管控。
- 二、有關謝委員天仁所提，藥費占總醫療支出的比率，早期是23%、24%，現在則是25%、26%，其實是在往上，並非固定於25%。理由很簡單，因為其他項目，點值會浮動，而藥品是固定點值，這個制度是我們自己產出的，結果並非我們樂見，但現階段就只能這樣。
- 三、我們的藥價已經那麼低了，還可以有20~30%的價差。請問到底是健保署查得不夠徹底，還是上有政策下有對策？也許有一大半是原廠賺到。原廠大多是外國廠商，所以我們將藥價壓低到不行時，影響的都是本國廠商，搞老半天，是幫外國藥廠賺錢，壓低本國廠商的利潤空間。若問1顆藥賣多少才合理，就如同問急性闌尾切除術應支付多少才合理，這樣叫做「以藥養

醫」嗎？

- 四、此現象存在已久，如果真的要改，可說是本會的職責或權限？李委員蜀平很認真地提問，甚麼叫做合理藥價差，或藥價差叫做支付的一部分嗎？因為現在實施總額制度，所有費用都包括在總額中。

李委員蜀平

藥價差到底是不是屬於總額？是否包括在 5,000 多億元的健保總額中？歹勢(台語)，大家不要緊張，不要喘大氣(台語)。

鄭主任委員守夏

是。

李委員蜀平

- 一、歹勢(台語)！主席，我要報告(有醫界委員起身離席)，拜託甬通走啊(台語)！走了就聽不到我提的問題。我提出這個問題前，已有很多朋友提醒我，說有人會修理我，我回答，已經被修理習慣，若沒有人修理，我還覺得渾身不對勁呢！
- 二、跟各位報告，我們的藥價已這麼低廉，還要再降 20%、30%、40%，這是政策殺人。例如核發 15 張執照，假設市場需要 1,000 萬顆藥，其中 4 家廠商產量占 90%，共銷售 900 萬顆藥，則其餘 11 家廠商就要競爭 100 萬顆藥的市場。假設 100 萬顆者再比價，藥廠可能因為已經生產產品，不賣必定過期，所以即使 5% 的售價金額也要賣，不然只能全部丟掉，所以有 10 元的藥賣 8 毛的情形，對此問題，國家並沒有制定政策或對策，也不應核准那麼多同成份的藥品許可證。
- 三、如把所有聯標案資料攤出來看，許多聯標要比價，許多聯標又設共同決標，逼的其他廠商一定要跟進，在這種惡性競爭下，是政策不對。如果連親愛的主任委員都沒有辦法，那台灣真的沒有希望。我們尊敬的署長絕對有辦法，他一定能訂出好方法，來解決這些問題，只是署長願不願意做。這個問題既然已經浮現，希望大家一起討論。我們開會是需對全民負責，要維

護全民的健康與用藥安全，並讓我們的製藥產業有生存空間，能夠延續下去，如果不加改善，繼續不變，未來一定將成為毀滅性的惡性循環。

鄭主任委員守夏

- 一、我們現在需要的是方案，至少 10 年前就知道藥價差、藥價黑洞，10 年後卻還在討論這個問題。李委員蜀平您要的金額，只要將投影片第 20 頁的數據(各層級院所藥價差比率)乘以業務執行報告第 58 頁的數據(總額部門別藥費點數)，就可以得出。計算數據不難，但數據提出後又如何？而討論是否屬總額也於事無補。剛才有委員提到逾專利期第 1、2、3 年的藥價調降公式，好像值得討論，這個 doable(可做的)，是可改善的部分。
- 二、如果李委員蜀平願意的話，拜託跟藥界討論，提出可行方案至健保會討論，再諮詢健保署是否可行。葉委員宗義所屬公會，也有很多藥廠的會員可提供建議，這樣才可能改進。如果直接修法，將點值保障取消，恐怕也只會造成更多衝量而已。以經濟學角度來看，事實就是這樣，不會因為沒有保障，就不衝量；浮動點值下需要創造更多的量，才能獲得跟原來一樣的利潤。大家其實都清楚問題嚴重，但到現在為止，都沒有提出好的方案或辦法，當然也要拜託健保署幫忙想想有無好辦法。

謝代理委員文輝(楊委員漢淥代理人)

這麼大的議題，如果有很好的對應策略，也不會拖這麼多年無法解決。但最起碼我同意李委員蜀平剛剛提到的，藥價差統計結果違反社會常識，需要對外界解釋為何這樣，這很難解釋，就算把金額寫上去...

李委員蜀平

這部分數據我並不清楚喔！

謝代理委員文輝(楊委員漢淥代理人)

- 一、我是指健保署長官！您又不是長官，當然沒有辦法！建議將金額列出，因為可凸顯基層診所的藥價差有多少。其實藥價差就

是用來支撐其他偏低的醫療服務項目，像基層與地區醫院的基本診療章，就是醫師最基本的勞務費用，占其比率非常高，用這些錢(藥價差)還無法支撐其比例較高的支付偏低服務項目，也是較弱勢的地區醫院容易倒閉的原因。否則依署裡公佈的資料(健保署統計資料呈現越基層的層級藥價差越大)，今天地區醫院應該是蓬勃發展了。

- 二、問題的真貌可能是這樣；健保支付地區醫院偏低的非藥費項目的 100 元中，(藥價差)才補 10 元，但在醫學中心(藥價差)就補了 30 元。所以我今天必須強調的是，要回歸原貌，藥價差目前是醫院用來彌補原本支付不足的部分，如果沒有這樣，醫院一定垮掉。如果只檢討有利潤之處，而不考量其虧損部分，不是理性的方法，應該要有全面性的通盤調整，才算公允。

鄭主任委員守夏

- 一、感謝代理委員文輝。因為時間關係(李委員蜀平：主席，我想再做最後一次發言)請等一下！我知道謝委員天仁之前的提案，其實是希望檢討藥品費用支出目標制，但今天的報告看起來，好像實施效果還不錯；而李委員蜀平剛才所提，是希望呈現藥價差金額，但好像也不大方便呈現。
- 二、建議訂個明確的 request(要求)，例如半年或幾個月為期，請健保署跟製藥公會、藥界討論，提出較遠程的改善方案。日本對藥價差議題已努力了 50 年，日前聽聞其訂定之合理價差為，學名藥 2%、原廠藥 6%，但只是聽說，尚無確切證據。我國還需多少年才能夠達到那個地步？是否需要訂定改革目標？或進行更激烈的改革？若都不改變，看來大家無法接受。
- 三、針對此難題，請健保署以稍微長一點的時間，研提大的改善方案。據我所知，行政院中，衛福部是較特異的機關，因為所有部會都會想辦法拉拔其主管產業，只有衛福部不大管產業，且刀子跟鞭子齊下，對產業進行管制。現在衛福部是否要改變方向，多關注國內製藥產業的發展。相信大部分委員都知道問

題，也已多次聽聞，問題真的蠻複雜。現在缺的，應是明確之「好建議」、「好方向」，謝謝在座委員撐到現在，請問有無較好的建議，可以提供下一步參考，這樣才不枉費 50 分鐘的討論。否則只在會議中「盍各言爾志」，然後又沒下文，下次會議再重談一樣的議題，而結果也如此，那真的太可惜了。請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

- 一、先澄清一點，我的意思不是藥價差不應該存在，在市場機制運作下，本來就有合理的藥價差存在。針對目前健保署所訂的藥品合理折讓區間 15% 沒有意見，但如果藥價差超出合理折讓區間一倍以上，甚至高達 40%，是否還屬於合理範圍？
- 二、另外，對於因市場機制所產生一定比率的藥價差，不處理是 ok 的。但如果是因為藥價調整等制度因素，而產生不必要的藥價差，就是我們應該解決的問題，所以剛剛才會提出，藥價調整公式與支付價的訂價參考標準是否合理的問題。例如，第二大類藥品專利逾期第 2 至 5 年，照原廠藥之調幅等比例調整，這樣的支付方式，跟我們所期待 5 年內要逐步調降至合理價格的概念不一樣，是否應重新檢討。我們是將低價的藥價墊高再逐步調降？還是要將真正高價的項目逐漸降低？這些是在調降藥價時可能產生的問題。
- 三、至於第一大類藥品之價格，只利用市場機制訂價並不足夠，可否進行國際比較，但須健保署提供資料，才能判斷藥價調整的參考標準是否合理，這些是我覺得目前較有可能從制度面解決的問題。而有關市場機制的部分，問題相對複雜，藥品剩餘過多或生產量過大，涉及供需問題，不是本會可解決；本會可解決的是藥價核價等制度面的部分。

鄭主任委員守夏

謝謝！請李委員蜀平。

李委員蜀平

- 一、很不好意思，現在時間已很晚。首先建議，未來對於我提出的問題，請不要安排在議程最後，因會議進行到此，已有很多委員先離席，以致無法充分討論。我再重申黃署長三桂剛才之敘述，103 年 DET 超出額度為 82.1 億元，透過健保雲端藥歷系統節省 50 多億元，合計約 140 億元，但這樣的數據並不透明，也不正確，因為 82.1 億元是 103 年 DET 的超出額度，但 104 年所增加的藥品費用成長率都未計入，這些錢跑到哪裡了？是跑到 others(其他部分)或健保安全準備金？
- 二、若要真正解決問題，應公開、公正、透明，在中華民國法律監督下，提供藥價差有多少金額，占健保費用比率多少，以便未來可共同解決問題。可以一開始就將藥價合理核價，訂定合理藥價差，不應該產生不合理的藥價差，而且所有的藥價差不是歸藥廠、藥商，而是歸醫院，你們知道嗎？這是官逼民反，希望此問題能透明化，且藥價調查也需透明，才符合公平正義。

鄭主任委員守夏

委員還有無明確建議？說實話，我不喜歡藥價差這 3 個字，是很容易被用來炒作新聞、引起民眾反彈，但卻於事無補的 term(名詞)。我們可對「健保藥價政策」，提出全盤做法，例如包含藥品訂價、縮短價差等短、中、長程方案，這樣對社會賦予我們的職責也有交代。非常佩服李委員蜀平將此問題攤開，但如果只談藥價差，scope(視野)太小，不一定能解決問題，甚至會帶來更多不必要而且非本會可討論解決的問題，最後還是於事無補。

李委員蜀平

還是應該面對問題。

鄭主任委員守夏

是，但不要只講藥價差，站在健保會立場，我寧可請健保署提出藥價政策，包括用藥品質、民眾用藥權益保障及考慮國內藥廠藥品供應等議題，其實可以有較長程的規劃，而不是...。

李委員蜀平

報告主席，請問結論是什麼？是否下一次就公布金額，不要再等半年。我認為大家真的要面對問題，一起努力讓政策合理化，藥品市場才能回歸正常。可否請健保署下次公布藥價差總金額，且經由法律程序驗證，證實數據有法律責任。

鄭主任委員守夏

我沒意見，但這是...

李委員蜀平

就這樣決定！

鄭主任委員守夏

現在是專案報告，委員可以提案。

李委員蜀平

不要提案！去年 11 月份委員會議已經提過，今年又提。

鄭主任委員守夏

本案為專案報告，大家可以提供意見。

謝委員天仁

主席，我的意見是專案報告已經報了，內容都是呼攏健保會委員，而我們也都發現了。之前要求健保署檢討評估 DET，提出未來規劃方向，但都未見具體規劃，連金額、數據都不敢寫，我覺得此專案報告沒有必要。這是迫在眉睫的問題，每次只要碰到有關藥價調降問題，新聞媒體便開始報導，當然會引起民眾不滿。應該公布相關資訊，不能一年拖過一年，總要提出解決方法，不然將藥價差金額對分也可以，醫院分 50%，保險人分 50% 也好，總之要有方法，可逐步執行，縮小問題。黃署長三桂現在常講雲端藥歷系統省了 50 幾億元，卻未真心面對藥價差的處理問題。到底 DET 未來要怎麼做？請清楚說明。

鄭主任委員守夏

請莊委員志強。

莊委員志強

主席、各位委員，我之前曾聽聞一現象，想在此確認。假設某顆藥健保署支付醫院 12 元，醫院因要賺 2 元的價差，要求藥廠賣 10 元。2 年後，健保署再將價格調降為 10 元，醫院便再要求藥廠賣 8 元，直到藥廠虧錢時就不賣，改賣另一種藥。因此，聽說健保給付的藥吃了病會好，但頭會有點痛，或有其他副作用，因為好的藥都退出市場了，這就是往下殺價所造成的結果，不曉得這 2 元的差額，是否就是所謂的藥價差。

李委員蜀平

報告莊委員志強，若藥價差僅 2 元的話只有 20%，稱為合理藥價差，真的如此，台灣製藥工業，早已因有利潤而研發出更多的新藥，是世界第一的製藥工業。

莊委員志強

我是問這差額是否就是藥價差。

李委員蜀平

對！一顆藥 10 元，賣 2 元，8 元就是藥價差，而且賣藥的廠商還要付稅金，情何以堪。並非說醫院不好，主因醫院也沒辦法生存，這樣形成惡性循環，會帶來毀滅性的後果。台灣健保 20 週年，許多電視節目請我去講述藥價差問題，但我不敢去，因為這是內部的事，台灣的健保雖是世界第一，但背後的醫療洗腎、RCW(呼吸照護病房)、葉克膜及 MRI(核磁共振)。達文西機械手臂的使用也都是世界第一，醫美診所也是世界第一，這對嗎？所有醫院，包括 19 家醫學中心，利潤來源：1.藥價差；2.停車場；3.商品街；4.殯葬業務；5.門診開刀及住院醫療。目前報紙刊登，全台 52 家財團法人醫院，花掉健保 1,442 億元，其中 2 家大醫院還是 0 繳稅，請問他們真的辛苦到沒利潤、繳不出稅嗎？這是我們要看到的嗎？台灣若要好，我們要共同改變。

鄭主任委員守夏

謝謝李委員蜀平，聽了蠻令人難過。請問委員有無較明確的建議，

請干委員文男。

干委員文男

剛剛主委提到健保藥價政策，建議依此做結論。關於醫藥的政策可以分數個階段，如短、中、長程來執行，近期要做的事項，請李委員蜀平提供相關意見，最好是更好的辦法，供健保署參考，要不然也是霧煞煞(台語，模糊不清)，您說再多，別人做不到，也沒用。另請一併提供各層級藥價差的資料供健保署參考。

李委員蜀平

報告干委員文男，我不知道數據，所有健保的支付價及實際售價，只有健保署知道，該署有全部的資料，拜託健保署下次一定要公布醫學中心等各層級的實際藥價差金額。

干委員文男

您要協助健保署處理，已快下午兩點鐘了，還在這裡對談，討論這麼久，還是沒有結論，耗費大家時間。

李委員蜀平

健保署規定，如果藥廠賣價申報不實，該產品健保藥價要歸零，全台灣的藥廠若賣藥給醫院，健保價如果 10 元，不論賣 4 元、1.2 元，都要申報。若未誠實申報，該產品藥價就會歸零，相關申報資料健保署都有，若要解決問題，請健保署提供這些資料，大家共同面對，解決問題。

干委員文男

可否請李委員蜀平提供意見，不然一直討論這件事，很耗時。請主席以此做結論，健保署有無意見？應該請黃署長三桂說明。

鄭主任委員守夏

請健保署表示意見，下一步可以怎麼辦。

陳研究員尚斌

感謝各位委員提供藥價制度未來的改進方向，因全國藥品政策會議也責成健保署研議，本署未來一定會研究世界各國在藥品價格及保

險政策制定之間的關係。在此請委員給健保署一點時間去了解世界各國的最新演變，再針對我國的特殊情況，向委員會報告未來的改革方向。

干委員文男

需時多久？李委員蜀平剛提及要知道時間，請預估需要多久才可提供。

陳研究員尚斌

確實需要一點時間，可否容許我們研究後再向委員會報告。

干委員文男

仍請健保署預訂時間，李委員蜀平現在就要知道。

李委員蜀平

其他國家的制度可以給台灣參考，因為台灣 2,300 萬人的用藥安全問題很重要，拜託啦！大家要面對，不要等到真的遇到問題，才來解決。拜託！下次請健保署提出藥價差到底多少，及占總額的比率，我們再來解決問題。

鄭主任委員守夏

請對此議題瞭解較深入的委員發言，請謝委員天仁與滕委員西華提出較明確的時間或建議，讓健保署能有明確的方向。

謝委員天仁

健保署做得到啊！

鄭主任委員守夏

健保署建議需要一段時間，到底需多久的時間才能報告？

謝委員天仁

健保署的資料庫是全台灣最完整，老早就知道問題所在，只是不敢做。健保署不敢做沒關係，只要提供資料，由委員提建議，要求健保署執行。除非健保署有不能釋出資料的理由，那就另當別論，否則請告訴我們需多久時間整理，我認為應不需太久。

鄭主任委員守夏

聽起來是比較明確的意見，與李委員蜀平的意見相似。

滕委員西華

這種議題在委員會討論確實較耗時，建議委員可組小組先行討論，找幾位代表就幾個重要的面向先期規劃。因為在 105 年度總額協商前還會報告 DET 試辦方案的執行情形，因此可以接受在 9 月總額協商後，10 月或 11 月將先期方案，至少將待解決的問題釐清，因為問題與問題之間有時是矛盾的。有時為解決 A 問題卻產生 B 問題，只看到其中的一部分，不盡然是好現象，大家各抒己見，講完就算了，有點可惜。我比謝委員天仁樂觀，也許 10、11 月時健保署已有大概雛形，且也已提報 DET 試辦方案之評估與檢討報告，可以好好討論這件事。

鄭主任委員守夏

謝謝！請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

7 月既然已安排 DET 試辦方案之評估與檢討的專案報告，其實今天談的內容與 DET 要不要繼續試辦有連帶關係，建議可在那次會議一併處理。

鄭主任委員守夏

一、原 7 月已安排「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案之評估與檢討，建議健保署屆時可一併提出檢討結果，改革不大可能 1 天或 1 年就完成，請提出中長程方案。如果 7 月的報告已有非常好的內容，就依之辦理，若不行，則在年底前，即 105 年度總額協商後，10~12 月再討論。藥價問題真的累積已久，無法期望一下子就有好的解決方案。相關資料若釋出去，勢必引發各界不同的討論意見，個人不喜歡討論到最後，流於名嘴式的辯論，不僅於事無補，也會混淆真正的 key point(關鍵重點)，最後結果只會偏向一邊，這對民眾的醫療照護不見得是好事。

二、若想在委員會議有較深入的討論，需要讓健保署有多一點時間

準備相關資料，請健保署 7 月報告時，不只說明是否繼續實施 DET，也請提出下一步的做法，及須解決的問題，或何種問題需較長的作業時程，甚至須要修法，並提出中、長期的方向，讓委員放心，外界才不會說 10 年都沒進步，現在也不知做什麼，錢一直花，國內藥廠卻越來越慘，醫院也越來越血汗，做到連我們都不滿意，而覺得應該檢討。健保署若尚未有解決方案，以及必須面對的各方壓力，可趁此機會，請委員多少幫點忙。請李委員蜀平。

李委員蜀平

拜託大家支持我的提案，我拜託的事情這麼簡單，只要 5 天就可做好，電腦按一按就可獲知結果，卻要拖那麼久。已講過 10 次，到底醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所、社區藥局的藥價差金額各為多少？占健保總額比率多少？知道答案後，再討論如何解決問題，以提升台灣醫療品質，就這麼簡單，卻要拖到 10 月。我去年就已提出，今年又提，主席，請不要再等到 11 月。

鄭主任委員守夏

剛剛講的是在解決問題。

李委員蜀平

不是，我提出的要求是讓大家知道數據，我是健保會委員，可以提案，對不對！

鄭主任委員守夏

站在委員會立場，個人不反對，但單就此數據的意義及能做什麼，必須考量。健保署簡報資料第 20 頁有數據，根據藥價調整申報資料統計，103 年三層級醫院的藥價差分別為 23.8%、27.0%、32.5%，這些數據乘以業務執行報告的藥費，即可得出您要的正確數據。個別委員要對外發言，我沒意見，但站在學者立場，我只是提醒，提出單一數據，放在網路上，讓名嘴討論，對健保會、國家而言，不見得有好處，這是我個人意見。

李委員蜀平

那藥價差不合理，長期對國家有好處嗎？

鄭主任委員守夏

所以說要報告中、長期的解決方案。

李委員蜀平

如果一直以偏概全...。

鄭主任委員守夏

您要的數字，已可由今天的報告資料計算。

李委員蜀平

要想長遠一點。許多醫院藥價差國內廠起跳是 40%，藥品沒 40% 藥價差無法進入醫院，這合理嗎？大家來開會是要為了做健保永續，在這裡拚到聲音都沙啞，讓我們看數據就好，請大家面對問題共同解決。拜託！不要再拖下去，不要逼得我去上政論節目，講到許多內部事實，大家都很難看。

謝代理委員文輝(楊委員漢淥代理人)

公布單一面向的數據，對醫療院所是很大的傷害，如要呈現此數據，也應同時提供平衡資料，除醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所所有多少藥價差外，也應呈現藥費以外不敷成本項目的資料，及每年超過總額 3~4 百億被斷頭不給付的服務量能。

李委員蜀平

也可以啊！

謝代理委員文輝(楊委員漢淥代理人)

不能單以一個變項來看問題，如果要呈現，就要兩方面都呈現。

李委員蜀平

多方呈現沒關係，但要事實。

謝代理委員文輝(楊委員漢淥代理人)

應該要這樣呈現，否則容易產生誤導，單就藥價差數據，根本無法解釋，若診所或地區醫院的藥費真的賺了 30% 多，怎麼會一直倒閉，難道我們是賺到撐死，不然怎麼會倒一大片。我覺得，若要呈

現藥價差數據，也應公平提出非藥費部分的支付偏低問題，將四層級的醫療院所資料都算給大家看。此需要從長計議，否則會被標籤污名化。

鄭主任委員守夏

- 一、因剛剛已表達意見，故這個問題，我不做結論，若未符所有委員的期待，表示抱歉。至於健保署是否公布藥價差數據，如何公布，個別委員可要求健保署提供資料，一旦健保署提供後，資料在個別委員手上，如何處理是委員權限，當然委員自己也要承擔責任。今天專案報告的資料全部會上網，因為委員會的報告資料是公開的，個別委員如有需更詳細資料，可向健保署反映，本專案報告討論至此。
- 二、剛才決議是 7 月進行 DET 之評估與檢討專案報告後，希望健保署在年底前能對藥價政策提出短期、中期、長期的想法，包括待解決問題、對策及效益等內容。
- 三、請問委員有無臨時動議？沒有的話，今天會議進行到此。感謝大家！