

衛生福利部全民健康保險會
第2屆104年第1次委員會議事錄

中華民國104年1月23日

衛生福利部全民健康保險會第2屆104年第1次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國104年1月23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

國泰人壽陳稽核襄理炳宏(代)

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

張委員賜

黃委員啟嘉

陳委員幸敏

陳委員健民

陳委員義聰

中華民國牙醫師公會全國聯合會陳常務理事彥廷(10:45以後代)

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

新光醫院管理部保險課廖襄理秋鐳(9:30~10:50)

12:16 以後代)

滕委員西華
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(10:05~10:46代)

肆、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
蔡副署長淑鈴
林組長阿明
施組長如亮
柯執行秘書桂女
范組長裕春
張組長友珊
魏組長璽倫

本會

伍、主席：鄭主任委員守夏

紀錄：陳燕鈴、彭美熒

陸、主席致詞

各位委員、黃署長及所有與會人員，大家早！

今天是本(第二)屆第一次委員會議，共有 11 位新夥伴加入，誠摯表示歡迎。為讓大家彼此認識，逐一介紹(唱名，略)所有與會委員。

柒、議程確認

決定：確定。

捌、例行報告

第一案

案由：確認本會上(第 1 屆 103 年第 12)次委員會議紀錄，請鑒察。

決定：

一、修正第五項討論案「檢討全民健康保險保險對象應

自行負擔費用之合理性案」決議第二點，將其「基於本案屬保險政策諮詢事項，本會為溝通平台，爰」文字刪除。修正後決議為「綜整保險付費者、醫事服務提供者代表委員之意見(如附件一)，供衛生福利部及中央健康保險署參酌」。

二、餘確定。

附帶事項：有關委員已在現場得否由代理人代行委員職權乙節，經請教衛生福利部法規會專家，依其見解，本會組成及議事辦法第15條「委員應親自出席會議；其因故不能親自出席時，應於開會前通知健保會幕僚單位。委員未能親自出席會議時，除專家學者及公正人士外，得指派代理人；受指派之代理人，列入出席人數，並得發言及參與表決」已有十分明確規定，即「委員指派代理人出席會議須在『委員未能親自出席』之情況下為之，若委員親臨會場，即不符得指派代理人之要件」，爰往後議事依之辦理。

第二案

案由：本會重要業務報告，請 鑒察。

決定：

- 一、本會上(第一)屆歷次委員會議之未結案件，列入繼續追蹤事項。
- 二、請本會與中央健康保險署兩方幕僚依下列原則，調整本會 104 年度工作計畫(草案)中之專案報告部分，提報下次委員會議。
 - (一)屬專案報告性質之上屆會議未結案件，納入本計畫之工作項目中。
 - (二)考量 7 月~10 月須處理年度總額協商相關事項，爰盡可能將專案報告整併、安排於 7 月份之前執行。

三、本會 104 年度委員會議預定時間表如附件一，請委員預留時間與會。

四、有關委員座位安排及委員會議起始時間，請幕僚於調查委員意見後，提報下次委員會議。

第三案

案由：中央健康保險署「103 年 12 月份全民健康保險業務執行報告」，請 鑒察。

決定：

一、請中央健康保險署參酌委員所提下列建議，整理相關資料送會：

(一)檢視、評估目前全民健保醫療服務(例如：重大傷病、門診透析等)的利用情形有無改善空間，並研提改善方案。

(二)為了解目前安全準備的額度是否足以因應未來人口老化及少子化的情形，請試算至 2025 年全民健保的財務收支狀況(包含安全準備、保險費率等)，以利即早因應及規劃相關事項。

(三)為利委員了解中央健康保險署與主計總處對核算政府負擔健保總經費 36%見解不同產生的差異，請於業務執行報告之「全民健保財務收支分析表」，呈現該兩種見解之核算結果。

二、餘洽悉。

玖、討論事項

第一案

提案單位：本會第一組

案由：推派「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議」及「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之本會代表案，提請 討論。

決議：經抽籤及協調後，推派如下：

會議名稱	代表屬性	人數	推薦名單
醫療給付費用總額研商 議事會議—醫院	保險付費者	2	陳幸敏委員 侯彩鳳委員
醫療給付費用總額研商 議事會議—西醫基層	保險付費者	2	楊芸蘋委員 張 賜委員
醫療給付費用總額研商 議事會議—牙醫門診	保險付費者	2	吳玉琴委員 莊志強委員
醫療給付費用總額研商 議事會議—中醫門診	保險付費者	2	蔡登順委員 李永振委員
醫療給付費用總額研商 議事會議—門診透析	保險付費者	2	蔡宛芬委員 林敏華委員
醫療服務給付項目及支 付標準共同擬訂會議	被保險人	2	干文男委員 滕西華委員
	雇主	2	何 語委員 葉宗義委員

第二案

提案人：李委員蜀平

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：關於保險醫事服務提供者代表委員之席次，應平均分配並建立透明遴選機制，提請 討論。

決議：提案委員所建議之保險醫事服務提供者代表委員分配方式未獲得支持，多數發言委員支持現行組成方式。

第三案

提案人：李委員蜀平

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：關於現今醫療院所藥品之健保價與實際售價之差

額，係屬於全民健康保險健保總額之一部分，或是屬於獎勵金，提請 討論。

決議：請中央健康保險署擇期提報各層級醫療院所(包含醫學中心、區域醫院、社區醫院及診所)之藥價差統計資料。

第四案

提案人：楊委員漢源、潘委員延健、張委員煥禎、謝委員武吉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：為維護醫療照護體系正常運作，保障民眾就醫權益與品質，應立即依品質確保方案就平均點值低於百分之五進行檢討及補救機制，提請 討論。

決議：鑑於本案所提點值補救機制有違總額支付制度之精神、醫院之財務報告甫公開，尚待觀察，及對特殊案件已有回補機制等，爰建議本案於趨勢較明朗後再議。若醫院部門經營確有困難，可於協商 105 年度總額時提供相關數據供參酌。

附帶事項：有關委員建議設定各討論案或報告案之進行時間，及限制委員發言次數等意見，請幕僚於調查委員意見後，提報下次委員會議。

拾、專案報告

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：保險對象自付差額特材之實施情形，請 鑒察。

決定：委員所提建議請中央健康保險署參酌。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險業務監理指標之監測結果，請 鑒察。

主席裁定：保留至下次委員會議報告。

拾壹、臨時提案(如附件二)

提案人：滕委員西華、蔡委員宛芬

連署人：吳委員玉琴、楊委員芸蘋、謝委員天仁、干委員文男、蔡委員登順、張委員賜、陳代理委員炳宏(李委員永振代理人)、吳委員肖琪、陳委員聽安、羅委員紀琮、李委員蜀平、何委員永成、鄭主任委員守夏

代表類別：保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表、專家學者及公正人士

案由：針對立法院 1 月 22 日三讀通過漁業法第 69 條之 2 修正案，另要求健保署返還 98 年 1 月 1 日起至該法修法生效日止之已收健保費，且對欠繳者不再催繳及罰鍰一案，本會應表示反對此一違反保險權利義務之事，該法通過前之欠費及滯納金仍應依法繳納，已收取之保費不應返還，提請 討論。

決議：以本會名義對外表示意見之案件，須取得半數以上委員支持。本案雖未獲得共識，但尊重個別委員對漁業法修正案所表達之反對意見。

拾貳、散會：下午2時52分。

**全民健康保險會
104 年度委員會會議預定時間表**

會 議 次 別	會 議 時 間	會 議 地 點
第 1 次	1 月 23 日(星期五上午)	衛生福利部 301 會議室 (臺北市忠孝東路 6 段 488 號 3 樓)
第 2 次	3 月 27 日(星期五上午)	
第 3 次	4 月 24 日(星期五上午)	
第 4 次	5 月 22 日(星期五上午)	
第 5 次	6 月 26 日(星期五上午)	
第 6 次	7 月 24 日(星期五上午)	
第 7 次 暨 105 年度總額協商 草案座談會	8 月 28 日(星期五全天)	
105 年度總額協商 暨第 8 次	9 月 18 日(星期五上午)至 9 月 19 日(星期六中午)	中央健康保險署大禮堂 (臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)
第 9 次	10 月 23 日(星期五上午)	衛生福利部 301 會議室 (臺北市忠孝東路 6 段 488 號 3 樓)
第 10 次	11 月 20 日(星期五上午)	
第 11 次	12 月 25 日(星期五上午)	

備註：

- 1.各次委員會會議時間或地點如有更動，另行通知。
- 2.如須召開臨時委員會議，其時間與地點另行通知。
- 3.各次會議之起始時間於調查委員意見後另行通知。

針對立法院 1月22日三讀通過漁業法第69條之2修正案。
 要求僱傭者返還 98年1月1日起至該法修正生效日止之
 已收僱傭費，且對欠繳者不再催繳及罰款一案，表平反
 對此一違~~反~~反保險權利義務之事。 本會立
 該法通過前之欠費及滞纳金仍應依舊法繳納，已收取之
 僱費不應返還。

提案人： 蔣西華，蔡冠谷

連署人： 吳水榮、楊英毅、林天仁、于文男
 蔡登順、張 賜、陳炳宏
 吳育達、陳松山、羅以璋
 李國平、何子明、鄭守夏

第 2 屆 104 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(第1屆103年第12)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，大家新年好！現在委員人數已經過半，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！今天是第二屆委員的第一次會議，35位委員中有11位是新委員，我想除了介紹新任委員外，也讓新任委員有機會認識所有委員。
- 二、現在就按照座位順序介紹委員，從我的左手邊開始，首先是曲委員同光、林委員至美、陳委員幸敏，接著是新委員張賜，再來是莊委員志強、干委員文男、蔡委員登順、謝委員天仁、新委員林敏華(過去也曾擔任代理人，這一屆成為正式委員)、新委員陳健民(過去也經常擔任代理人)、吳委員玉琴、侯委員彩鳳，新委員蔡宛芬與滕西華。然後是雇主代表何委員語、葉委員宗義、陳代理委員炳宏(代理李委員永振)、新委員張文龍、李委員成家。再來是專家學者及公正人士，新委員陳聽安與戴桂英。接著是醫界代表，新委員潘延健(今天由廖代理委員秋鐳出席)、楊委員漢淙、張委員煥禎、謝委員武吉、李委員蜀平、楊委員麗珠、蔡委員明忠、新委員黃啟嘉(之前也曾擔任代理人)、陳委員義聰、何委員永成(部分委員尚未抵達會場)。我右手邊是列席單位代表，有健保署黃署長三桂、蔡副署長淑鈴、林組長阿明，及社保司楊副司長慧芬。
- 三、過去健保會慣例，例如開會時間，第二屆委員是否沿用，稍後會再行確認，若委員認為有些慣例並不適當，也歡迎提出。今天未安排很多議案，希望會議不要開到下午，也希望大家有默契讓會議時間不要太久。現在正式進行本次的會議，有2個報告案、4個討論案…。

謝委員武吉

- 一、主席，我有程序問題。是我比較不乖嗎？今天早上才拿到「衛生福利部全民健康保險會委員利益自我揭露聲明書」，聲明書的背後雖有說明，但我國文程度不好，請解釋填表說明中壹之二「…其業務上之利益明顯與健保會之職權相關」的意義。
- 二、今天委員會議的座位好似兩軍對壘，好像要發生戰爭，應該要改以互相合作的方式安排才對。

鄭主任委員守夏

如果是程序問題，我就簡單回答，如果需要法律解釋，就請另外提案討論。

謝委員武吉

需要明確回答。

鄭主任委員守夏

- 一、謝委員武吉之前也是健保會第一屆的委員，過去沒發生問題，現在也不會有問題，這些要公開的內容純粹屬道德宣示，所有委員都要簽署，也都有簽署。
- 二、關於座位安排，目前這種方式已經持續一段時間，如果委員希望更動，例如要採抽籤方式決定位置，或依照性別、代表類別等排列，我沒有意見，如果大家都同意，就來討論，但請提臨時動議。

謝委員武吉

主席說我之前也是委員，但我們第二屆已經重聘！不一樣！我們這一屆是新聘委員，發現有些委員利益上明顯與健保會之職權相關，尤其有些非醫界委員的適當性有疑義。記得前次委員會議曾提出，如果有違反組成及議事辦法第6條規定，是否移送相關單位進一步瞭解，不該推給法規會解釋而已。

鄭主任委員守夏

既然謝委員武吉提到利益自我揭露聲明書，這屬於法規解釋。

謝委員武吉

這不是法律問題，我怎麼會不知道！

鄭主任委員守夏

有關健保會委員要填寫利益自我揭露聲明書乙節，因為委員是由衛福部部長聘任，若部長覺得委員不適任，可以重聘，至於聲明書填寫的詳實程度，由委員自行決定。如果委員有隱匿不填的情況，且遭人檢舉，則需由部長處理，感謝謝委員武吉的提醒，請問謝委員明確建議應該如何處理？

謝委員武吉

不行！若我做壞事，還是敢簽聲明書，繼續擔任委員，那要怎麼辦？所以應該要送請相關單位瞭解才對。相信部長也不會清楚這麼多事情，聽說是有人向部長報告，點選出健保會的委員人選。

鄭主任委員守夏

如果是程序問題，我已經處理，謝委員武吉如果認為很重要，就請提臨時提案。

謝委員武吉

每次提的意見，主席都叫我提臨時提案，最後再來被消遣！議案就會被消滅掉，我怎麼肯又這樣！

鄭主任委員守夏

您提的是程序問題，我們就看今天的議程在程序上有無問題。

謝委員武吉

就是有問題。

鄭主任委員守夏

請問謝委員，是哪位委員有問題？委員是由部長聘任，若有需要，就請熟悉法律的委員，或請衛福部代表說明。現在是召開委員會議，若有委員在此表示部長發的聘書不是很好，請問合適嗎？

謝委員武吉

您是主席可以裁決，所以不合適的，我若是主席一定會處理。

鄭主任委員守夏

不好意思，現在是處理程序問題，必須不影響今天開會…。

謝委員武吉

請送相關單位瞭解。

鄭主任委員守夏

請問在場有哪位熟悉法律的委員可以幫忙說明，我認為有關委員適任與否的議題已經超出程序問題，請謝委員天仁。

謝委員天仁

主席、各位委員，程序問題是就議程內容有關的程序表示意見，關於謝委員武吉所提委員的適任性議題，相信資深的委員應該有印象，之前曾有中部地區的醫療體系負責人，經團體推薦來擔任費協會的付費者代表委員，我們當場只能表達抗議，最後反映給衛生署(衛福部前身)處理，所以健保會的主席並無法處理此議題。若謝委員武吉認為某委員有問題，就請正式提案，提案討論若有決議，則送請衛福部參辦。

鄭主任委員守夏

請謝委員武吉。

謝委員武吉

當時也不是用很正常的方式處理問題，我今天是用程序問題，且有備而來，所以才要請主席送請相關單位，例如法務部調查局、廉政署等單位處理。

鄭主任委員守夏

- 一、謝委員武吉手上既然有明確名單，則請提案，現在的問題是，提案是否需要經過委員會議討論，並做成決議後，再提送相關單位參考；如果不需要，謝委員武吉可以自行提送相關單位。
- 二、剛剛謝委員天仁提到，過去費協會時代，有位代表明明是醫界

人士，卻坐在付費者代表席，大家覺得似乎不妥，我不清楚當時有無做成決議，只知道是請衛生署署長更換人選，後來也有更換委員。謝委員武吉的意見是已知有不適格人選，且要提案，那就屬臨時提案，與委員會議的程序無關。

謝委員武吉

接下來的問題與程序無關，這次所推派的委員是由貴單位某位人士向部長說明哪些人不好，像謝委員武吉、楊委員漢淥、張委員煥禎、李委員蜀平都是不好的委員，翁委員文能則說是經常沒來，這都是事實。請問為何要醫界一定要推派 2 個人，請問主席是否也是先推派 2 個人後，再由部長勾選。

鄭主任委員守夏

如果是這個問題，則屬於委員聘任規範。

謝委員武吉

規範可以改。那天部長也說規定是可以改的呀！

鄭主任委員守夏

規範是可以修改，但要有人提案。現行健保會組成及議事辦法的規定是，所有團體都須以複數方式推薦人選，專家學者及公正人士則不用。不清楚為何醫界要求特例而不複數推薦。若辦法不好，可以提案建議修改，但未修改前，還是要照規定辦理。所有的團體代表都是採複數推薦，這才公平，針對這點，我不認為現在的做法不對。

謝委員武吉

您的意思是邱部長文達時代做得不對？

鄭主任委員守夏

這不是我的意思，我的意思是現在所有的團體都採複數方式推薦委員人選，如果認為這規定不好，可以提案修改。

謝委員武吉

醫界的委員都是由理事長擔任委員，就好像須要推派將軍來開會，

難道要我們推派工友來開會嗎？工友與將軍一起開會，恰當嗎？

鄭主任委員守夏

報告謝委員，雇主、被保險人代表也是推派幹部或理事長，並無推派工友來開會的情形，而且現在所有的團體代表都是採複數推薦方式。

謝委員天仁

主席，我們這邊有意見。

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

我們尊重謝委員武吉的意見，但請不要濫用程序問題，會議規範訂得很清楚，主席已經處理您的意見，若今天沒辦法處理，就請您往上報告。

謝委員武吉

您講得不對，我講的是我擔任委員的權益問題，這不是程序問題。

蔡委員登順

委員的聘任問題不是健保會可以處理，委員也不是由鄭主任委員守夏派任。

謝委員武吉

我是詢問主席，不是詢問您。

蔡委員登順

主席也同意將您的意見往上陳報，您擔誤我們的會議時間。您濫用程序問題，我抗議。

謝委員武吉

我哪有濫用，這與我權益有關。

鄭主任委員守夏

請暫停發言！

蔡委員登順

主席剛剛有提到，之前曾有醫界代表擔任費協會的付費者委員，利益是有衝突，所以解聘。

謝委員武吉

那是費協會時期，與健保會不一樣。

蔡委員登順

建議不要濫用程序問題。

謝委員武吉

建議您不要妨礙我發言。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

一、健保會第二屆委員第一次會議一開始就開砲，好像不吉利，也攻擊到其他委員。若謝委員武吉不好意思點名，就請送衛福部裁決，現在已經快要 10 點，卻還沒開始開會。

二、有關委員自我利益揭露、委員聘任、委員出席會議情形等問題，請另外找時間討論。至於團體推薦誰來擔任健保會委員，我自認是小兵，因為所屬團體的理事長沒空出席會議，所以就推薦我來參加，我們團體也配合採複數推薦，您若認為哪位委員有問題，就請提出，建請衛福部調查。您只講一點點訊息，要主席如何處理？希望主席注意我的權益問題，請開始開會。

謝委員武吉

也請主席注意我的權益問題，如果有委員因業務上的利益違反健保會權益，有人報告要求處理，卻這樣就算了，是打太極拳，我最討厭就是這種打太極拳式的處理，主席可能平時常打太極拳，但我堅持要進一步瞭解並處理。

鄭主任委員守夏

感謝委員武吉提醒，請幕僚蒐集所有委員的利益自我揭露聲明書，並加以檢視，若發現有疑慮，則請送衛福部處理。請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、主席，本會沒有立場這樣處理。依照「全民健康保險會組成及議事辦法」第6條規定，要求委員揭露相關事項，若有違反規定而不得為委員時，謝委員武吉所提的程序問題則成立，因為有該辦法中所指之利益與健保會職權相關的情況者，就不能坐在這邊開會。
- 二、主席剛剛已裁示送部審酌，沒有理由再做此裁示，因為謝委員武吉提出的議題與程序問題性質不合。當初在費協會時，我們是當場指名該委員不適任，謝委員武吉卻連指名都沒有，如果這個議案假程序問題發言可以裁示，那會亂成一團，我認為應按照規定而不是這樣處理。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

剛才沒有聽得非常詳細，但他的提案第一，沒有案由；第二，沒有對象；第三，不敢指名道姓；第四，混淆視聽；第五，拖延開會時間，妨礙所有委員開會權益；第六，他的理由不構成健保會做成任何決議。我認為他應該用書面向部長指名道姓哪位委員違背利益關係。健保會的職責不包括處理委員的人事問題，建議主席不必裁示，請他以書面方式送由部長決定，例如認為何語不適合，就請部長撤消聘書，健保會沒有資格決定任何一位委員的資格問題。

謝委員武吉

主席，我也認為他講的內容不對，因為他也沒有用稱呼，我連題目都給您了，只是沒有點名，我不是沒有情資資料，今(104)年正月初

二時有人打電話給我，說了健保會內部如何操盤，我太清楚這部分，不要這招。剛才是為了健保會和諧，提出座位安排方式不要像兩軍對壘，現在果然變成兩軍敵對，說「他」怎樣「他」怎樣。主席剛剛的裁決，我可以接受，這樣就 OK 了！至於說我不禮貌、沒有主題，已經污辱到我的人格。

何委員語

大家可以平心靜氣的討論。謝委員武吉的主題與健保會職掌無關，理由是健保會沒有權力處理委員資格問題，各位可以仔細看健保會委員的職掌範圍。

謝委員武吉

我是提醒主席，我也沒有要求就一定非得怎麼做，是要主席建議！

何委員語

我提醒主席沒有資格處理這個問題。

謝委員武吉

我是建議主席如何處理。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

主席，我提真正的程序問題，謝委員武吉所提與程序問題性質不合，請進行下面的議程，這個就應該要裁示。

鄭主任委員守夏

我想大家都已經表示意見，謝委員武吉提出的個人意見，包括目前在場委員的身分、是否簽署利益自我揭露聲明書等問題，由於並不影響現在開會的正當性、合法性，所以程序上沒有問題。如果是對個別委員的正當性有疑義，請謝委員武吉正式提案，委員會議可以討論，並做成決議。我採用謝委員天仁的意見，繼續開會，請同仁宣讀上(第 1 屆 103 年第 12)次委員會議紀錄。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝宣讀！請問各位委員對會議紀錄內容有無修正意見？請蔡委員登順。

蔡委員登順

我提出真正的程序問題，現在有委員親自出席，且目前仍在會場，但由第二順位代理人坐在委員席，是否符合議事規範？這就是程序問題。

鄭主任委員守夏

請幕僚查詢相關議事規範，蔡委員登順的意見是，委員本人在現場，但請代理人坐在委員席，這樣是否違法或不宜？請同仁協助查詢後再來處理，請問委員對紀錄內容有無修正意見？請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、我想剛剛的提議是針對謝委員武吉，主席已經允許我發言，我要針對議程第 7 頁討論事項第五案「檢討『全民健康保險保險對象應自行負擔費用之合理性』案」，決議第二點「基於本案屬保險政策諮詢事項，本會為溝通平台…」表示意見。
- 二、若基於本案屬諮詢性質，故沒有決議權，但議程第 9 頁幕僚所整理的相關意見中，保險醫事服務提供者代表之意見第 4 點，主要是針對健保法第 43 條規定，如果以定額方式收取，也須依照各級醫院前一年平均門診費用及第 1 項所定的比率計算。記得健保法第 43 條規定每年公告前一年平均醫療費用，如果採定率，則以 20%、30%、40%及 50%收取；如果採定額，也要依前一年平均門診費用的 20%、30%、40%及 50%計算，並每年公告。既然屬健保法的規定，如果違反相關法律規定，健保會就不只是諮詢平台，則屬業務監理範圍。個人認為在會議紀錄寫本會只能做為溝通平台，並不妥適，如果違反健保法第 43 條，本會當然可以從監理的角度提出相關意見。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

付費者代表向來認為，保險對象應自行負擔費用的相關議案屬健保法第 26 條的範圍，也是本會審議事項的權責之一，而非諮詢事項。建議將決議第二點的第一行文字刪除，修正為「綜整保險付費者、醫事服務提供者代表委員之意見，供衛生福利部及中央健康保險署參酌」。我認為法規適用上仍有疑義，原載會議記錄文字不適合如此表達。

鄭主任委員守夏

本案我們上次討論很久，委員對適用法規的看法不同，如果是健保署沒有依法行政，所有人都可以向監察院提出糾正案。朱代理委員益宏的意見已經納入附件，至於謝委員天仁的意見，可否再重述一次建議修正文字。

謝委員天仁

請將決議第二點的第一行劃掉，因為我們認為適用健保法第 26 條規定，屬健保會的審議事項，審議事項就不是諮詢性質，沒有經過本會審議的議案，就不可能去變更，因為這涉及保險付費者負擔會增加的問題，健保財務也會增加。

鄭主任委員守夏

那就將決議第二點的第一行劃掉，修正為「綜整保險付費者、醫事服務提供者代表委員之意見，供衛生福利部及中央健康保險署參酌」。至於委員對引用條文的看法不同，上次會議已經討論很久，今天就不再討論。針對會議紀錄還有無修正意見？(未有委員表示意見)確定上次會議紀錄。請問同仁找到議事規範了嗎？

張組長友珊

麻煩委員翻開桌面下抽屜的 A4 大小的資料夾。

柯執行秘書桂女

幕僚都有準備會議資料夾供委員參考，因為桌面太小，所以置放在桌面下的抽屜，請幕僚協助委員翻閱。

張組長友珊

相關議事規範在衛福部所訂定之「全民健康保險會組成及議事辦法」，請委員翻開資料夾 10-4 頁面，參看「全民健康保險會組成及議事辦法」第 15 條第 1 項，「委員應親自出席會議；其因故不能親自出席時，應於開會前通知健保會幕僚單位」。若依字面解釋，應是委員在無法親自出席時委請代理人出席。

鄭主任委員守夏

我想這應該屬一般性規定，委員無法親自出席，可以委請代理人出席，但若可以親自出席，委員當然就應親自出席。請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

我覺得法規並沒有這樣講，並沒有規定「非親自出席」時，委員不可以在會場。

鄭主任委員守夏

如果出席委員簽了名，也沒有請假，應該就不會有所謂代理出席的情形，我的看法是這樣。如果大家不是很確定，可以請衛福部法規會協助解釋清楚，下次就依照法規專業人員的解釋來執行。今天在場的委員，沒有可以解釋法規的人，所以先這樣處理。

謝委員天仁

法規我是很懂啦！(笑聲)怎麼會沒有真正懂的人呢！

鄭主任委員守夏

因為您現在的身分是委員。

謝委員天仁

白紙黑字，寫得清清楚楚，現在解決的方式只有兩種，一是謝委員武吉坐到前面來；另外是謝委員武吉離開現場，就沒話講，這沒有

模糊空間，是程序問題。我們學法律的人都知道，本人在場時，哪有代理人來表示意見的？不可能，正式會議不可能這樣。

鄭主任委員守夏

好，聽聽其他委員的意見。基於互相尊重，如果大家都覺得依照本會組成及議事辦法的規範來執行比較好，就這麼辦。請朱代理委員益宏等一下再發言，先聽聽其他委員的意見。

楊委員漢淙

主席，謝委員天仁是法律專家，我們當然絕對尊重。不過組成及議事辦法寫的是委員要親自出席，我不曉得所謂出席，是一定要坐在這個圓桌座位上，還是在這間會議室內都算？我們醫事服務提供者代表，不可能完全了解所有事項，何況，代理委員都有事先報備，不知道為何要討論此議題？基本上，本會有代理委員名單，除非推派的代理人不是原先報備的代理人，否則我認為在會議上，不論出席人坐在圓圈座位上，或座位牌後面，都算親自出席。例如我有代理人，但本人現在不想表達，委請代理人表達意見，也並不違背規定，只能說法律文字沒辦法寫得很清楚。另外，醫事服務提供者代理人代表的是團體，不是個人意見。

鄭主任委員守夏

我想代表團體的委員非常多，如果大家都同意此做法，則各代表團體也都可比照，才公平。剛才沒有請謝委員天仁解釋組成及議事辦法，係因他目前身分是委員，而非法律專家，希望議事辦法是由學法的法制人員來解釋，看目前做法是否符合當初規範的精神，否則，同樣的文字大家的解讀可能也會不一樣。為讓會議能順利進行，在下次會議前，請幕僚確認目前做法是否適合、有無違法；如果不適合，則請委員基於互相尊重的立場，依照組成及議事辦法規定辦理。今天就先按照過去的做法，暫不討論，但下次開會前要定案。

蔡委員明忠

呼應楊委員漢淙的說法。另外，強調一點，醫界代表擔任健保會委

員是以非常負責的態度，所以有代理制度。針對此程序議題，請諸位委員基於尊重過去運作非常好的原則下，不要再討論、研究，我認為醫界代表之委員應該要對醫界負責任，才是該有的精神所在。

謝委員天仁

法律的問題，是就是，不是就不是。謝委員武吉可以出場喝茶聊天，只要離開會場，我們就可以認為您沒有出席；您在會場的話，要告訴別人您沒有出席，誰能接受？立法院也一樣，侯委員彩鳳也擔任過立法委員，您進去會場，不是出席是什麼？以前謝委員武吉要離開委員席，我們也沒那麼嚴謹，但現在講的是議事辦法規定的處理方式。朱代理委員益宏在場我沒有意見，但謝委員武吉應該離開會場，本來法律規定就如此，與和諧無關，法律沒變動前照規定執行，沒有商量空間，我也有代理人在後排，也要請他坐我旁邊嗎？

鄭主任委員守夏

(朱代理委員益宏舉手)當事人請晚點再講，請何委員語。

何委員語

- 一、主席、各位委員，我們是保險付費者代表團體推派來參加健保會，尊重醫界代表，也支持其權力、利益，付費者代表也很有同理心，不會隨便反對醫界的要求。付費者代表都是由各團體推派出來的，代表的是一個責任感。坦白說，付費者代表在這邊的角色是拿錢出來，我們本身有得到甚麼利益？今天在健保會花時間開會，是在維護醫界利益，我們自己也有企業要經營，希望醫界代表能夠多體諒、尊重付費者代表。
- 二、開會通知單已標示出席者與列席者，出席者坐在圓桌座位，後排座位是列席者，公文寫得很清楚，如果公文將您列在列席者，我很贊成您去坐在列席者的座位；既然您是出席者，就坐在圓桌跟大家一起開會，如果今天我故意坐後排座位，都不來坐圓桌，您心裡有何感想？出席者的名牌就放在圓桌上，您不坐在自己座位牌後面開會，而是坐在沒有座位牌的後排，坦白講，對我們是侮辱、看不起、輕視的行為。好像表示您們這些

笨蛋都坐在圓桌開會，我是老大就坐在後面。

三、本週二下午與行政院毛院長治國開會，現場我也表達醫療資料不能全部中文化，但大項可中文化。因此，希望醫界尊重、愛護我們，體諒大家來開會的辛苦，如此才會和諧。請針對議程討論議題，醫界要爭取的項目，我們若認為合理，都會支持，如果我們認為不合理，也請講出理由，讓我們心服口服。圓桌會議是期望能圓圓滿滿、高高興興的完成討論，對不對？您們高興，我們也高興，大家都很快樂，不要弄成這樣！

干委員文男

主席，我先講一下。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

這個議題大家本來就放在心裡，很多事都是心照不宣，既然提出來，今天就把事情講清楚。法規文字上有無規定出席者的第一順位、第二順位？有次會議，我看到會議室裡換了 5、6 個人，如果要離席或不能來開會，就要先講清楚是由第一順位、第二順位的代理人出席。同一間會議室有固定代表的座位由不同人換來換去，那是不對等的會議，您們是專家而且內行，所以要講清楚。如果可以的話，我也要叫第一順位、第二順位代理人來學一下，不然我死掉後，單位也需要再派人來參加，不先來學個 3、5 年，還是不會懂。因此，請主席把順位代理人及出席者的規定釐清。

鄭主任委員守夏

請楊委員漢淥。

楊委員漢淥

- 一、其實這不應該是一個討論議題，現在提出來有點奇怪，不過先說明，醫界從來沒有不尊重付費者委員，何委員語講得太嚴重。
- 二、法規文字上並未針對兩個人交換，但只有一個人發言加以規

定；或強制出席者須從頭到尾坐在座位上，不能短暫交換意見等。現在的爭議是，出席者都坐在同一間會議室還不夠，剛剛提過前面的圓桌是出席者的座位，後排是列席者的座位，幕僚也在旁蒐集相關資料，委員可能代表團體或個人，這都沒關係，但問題是，你們在這邊表達意見之後，回去要處理的事情相當少，但醫界代表在會場所談的事情，回去都要花很多時間處理。這種情形其實從健保會，甚至過去監理會、費協會，一直都存在，並非今天才發生。出席者可能發言很累，需要到後面座位休息，就推派法定代理人參加，現在卻說這樣不行，對醫界代表來說，出席真的很辛苦，所以希望能彼此體諒，互相了解、尊重。

三、若要將事情講清楚也行，就明文規定，我們不會派一車的人來佔座位，不可能有那種事情。只有兩種情況，一種是銜接問題，今天討論的事情，下次可能會回過頭來討論，若代理人能夠到場來聽，才不會脫節；另一種是從頭到尾要求坐在座位上，上廁所算臨時離開，但我的同仁會留在會議室聽大家的發言。

四、代理人議題不用看得如此嚴重，弄些奇怪的規定，我反而不支持。

鄭主任委員守夏

謝謝楊委員漢淙。先請朱代理委員益宏，再請李委員蜀平。

楊委員芸蘋

主席，我們還沒有發言，可否先發言？今天女士還沒有發言，想講幾句話。

鄭主任委員守夏

大家同意，好，請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

各位委員，大家早！104年第1次會議搞成這樣的氣氛，實在不是

我們所樂見。這幾年來，醫事服務提供者好像都以此模式開會，今天雖然有爭議，建議還是先稍微放下彼此的心結。每年總額協商時，都鬧得很不愉快，去(103)年難得這麼和諧，且各部門總額都能順利完成協定，是非常寶貴的一次經歷！所以剛剛我們幾位女性委員有共識，尊重主席的決議，這次就照以往做法，但下次開會前，須先請法規單位解釋清楚，並確定議事辦法對出席者、代理人的規範。所以今天會議不必再討論，以免浪費大家太多時間，這次議程的提案到目前還無法開始討論，請委員遵守大家的意見，希望會議能夠繼續進行，且完整結束。

鄭主任委員守夏

謝謝！為了這個程序問題，我要做個破紀錄的決定，從以往的費協會到今日的健保會，我主持會議已多年，今天第一次喊中場休息。休息 10 分鐘後，再繼續開會。

(中場休息 10 分鐘)

柯執行秘書桂女

各位委員，10 分鐘已經到了，請大家回座，繼續開會。

鄭主任委員守夏

一、謝謝大家！剛剛休息時間已經跟衛福部法規會的專家請教，所謂的出席就是簽名、進入會場，進入會場後，有排座位的就照座位坐，此為一般會議規範。至於無法出席，可能是一開始就請假未來，也可能中途離開，離開會場就是無法出席，可委由法定代理人或臨時指定代理人代理，並坐在出席者的座位，法規文字無法將所有情況都寫明。看起來法規單位的解讀與謝委員天仁的說法一致，出席者座位後面稱為幕僚席，包括健保署的幕僚、健保會的幕僚等，本會議室圓型座位，就由出席委員來入座，謝謝大家的幫忙！我想基於和諧，大家互相尊重，往後就照此方式進行。

二、接下來進行本會重要業務報告，請柯執行秘書桂女說明。

貳、例行報告第二案「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

柯執行秘書桂女

各位委員新年快樂！針對本會重要業務，共有五項說明，請委員翻到議程第 11 頁：

- 一、說明一，本會上(第一)屆(期間：102 年 1 月 1 日至 103 年 12 月 31 日)歷次會議決議(定)之未結事項，整理如第 15~17 頁附表。其中許多委員所關心的第 7 項(議程第 16 頁)「有關中央健康保險署與主計總處核算全民健康保險法規定政府負擔 36% 總經費比率見解不同案」，衛福部已經兩度函陳行政院裁決處理方式，目前行政院尚未回復，衛福部表示將於行政院回復後會轉知本會，等接到回復意見，若委員還有其他想法再行處理，本案將繼續追蹤。
- 二、說明二，本會 104 年度工作計畫(草案)如議程第 19~21 頁的附件一，全民健康保險法及其施行細則之法定事項，及上屆歷次會議決議(定)請健保署提出專案報告的事項，都已先排入工作項目，如果委員認為有缺漏，請於會後告知幕僚，可於下次宣讀會議紀錄時再予確認。
- 三、說明三，上屆委員會議時間為每月第四個星期五(上午 9 點 30 分開始)，若本(第二)屆仍繼續沿用，則 104 年度會議時程表(草案)如附件二；若不沿用該時間，則依委員的共識另行安排。
- 四、若以每月第四個星期五為委員會議時間，則須考量下列事項：
 - (一)2 月份委員會議時間(2 月 27 日)為 228 國定假日之補假日，另外，前一周適逢農曆春節假期，請委員參看螢幕的年曆表，爰建議可考量是否停開，並視需要於 3 月份延長會議時間。
 - (二)至於 105 年度總額協商暨 9 月份委員會議時間為 9 月 25 日、26 日，隔天(9 月 27 日)適逢中秋節，因此 9 月 26 至 28 日為連續假期，也請考量會議時間是否提前一周或一日，再請大家決定。

五、說明五，衛福部 103 年 12 月至 104 年 1 月份發布及副知本會的相關資訊，總共 3 項：

- (一) 第 1 項，有關「104 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，衛福部已核定且發布，如議程第 51~56 頁的附錄二。
- (二) 第 2 項，有關「104 年全民健康保險保險對象住院應自行負擔費用之最高金額」，如議程第 57~58 頁的附錄三。
- (三) 第 3 項，有關 104 年度全民健康保險一般保險費費率，行政院已核定依照本會審議結果，維持現行費率 4.91%，不予調整，並請檢討全民健保各項開源節流措施，妥適對外說明健保制度運作狀況，在兼顧財務穩健的原則下，參考各界意見，持續規劃健保改革制度之各項作業，如議程第 59~60 頁的附錄四。

六、說明六，健保署 103 年 12 月至 104 年 1 月份發布的相關資訊，列於議程第 61~80 頁的附錄五至二十三，請委員參考。

七、至於上次(103 年第 12 次)委員會決議(定)事項，請委員翻到議程第 18 頁，建議解除追蹤計 7 案，其中第 1~5 項，健保署均表示遵照辦理。另，本會第一屆有 27 位委員於 103 年 12 月 31 日連署寄送反對「強制汽車責任保險法」修法案之陳情書予立法院全體委員，陳情書在議程第 49~50 頁的附錄一。

鄭主任委員守夏

在委員詢問之前，需要先確定 104 年度的議事日程，是否依循第一屆的會議時間，訂為每月第四個星期五？如果沿用的話，2 月 27 日為公務機關補休日，請大家決定 2 月份委員會會議是否停開，並酌量於 3 月份延長會議時間，其餘事項請委員稍後再表示意見或請教。

陳代理委員炳宏(李委員永振代理人)

謝謝柯執行秘書前述的報告，並重點說明到政府負擔健保總經費 36% 之議案的追蹤情形。而考量新舊兩屆委員會的經驗傳承，在財務收支方面，本代表已於 103 年 12 月份會議中(上屆最後一次委員

會)建議：「健保署計算累積安全準備時，敬請改以原依健保法第 76 條有關『應』提列安全準備規定，計算『表 5-1 全民健保財務收支分析表(權責基礎)』相關數據；而為了尊重主計總處的意見，主計總處所主張的安全準備，則請改列在備註的說明中！」，當時也獲得干委員、何委員兩位先進的附議支持，我們建議本項的目的，就是希望讓新任委員可以立即掌握健保安全準備實際權責金額有多少！惟目前表 5-1 右下角所列示累積安全準備 1,233 億元，仍舊採用主計總處所主張的安全準備，實乃喧賓奪主！若按健保署依本法第 76 條規定計算安全準備，實際金額的規模將比本表更高，這個重大差異的歷史軌跡，應該被記載下來，由本屆委員持續追蹤，讓政府落實負擔健保總經費 36% 的政策，以確保未來健保長期費率的適足性及財務穩健。以上補充，謝謝！

鄭主任委員守夏

謝謝陳代理委員炳宏。等一下進行例行報告第三案時，請黃署長三桂一併說明。請問委員對本會重要業務報告有無詢問？請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、對於剛才的火花，稍微感到內疚。在此提出 2 點建議，首先，議程第 16 頁第 1 項，有關 103 年第 12 次會議之決議(定)事項：「需保障或鼓勵之醫療服務，以支付標準處理才是正途，現行之點值保障等方式，久而久之恐將使結構失衡，請健保署於 6 個月內研提相關改善方案送會」。本案要在 6 個月內提報，辦理情形卻預計於 104 年 7 月提出，時程不對。
- 二、其次，議程第 19 頁附件一「全民健康保險會 104 年度工作計畫(草案)」，預定時程在 6 月及 7 月份的工作項目，並未安排前述須提報的改善方案，請問柯執行秘書您的用意為何？讓我們搞不懂！

鄭主任委員守夏

如果決議是在 6 個月內提出改善方案，請幕僚直接更改至 6 個月

內，也請健保署幫忙，不要安排於 7 月。至於謝委員武吉的第 2 個問題，如果屬決議(定)事項，幕僚都會列入追蹤。

謝委員武吉

附件一「全民健康保險會 104 年度工作計畫(草案)」，該有的根本都沒有列到！

鄭主任委員守夏

請柯執行秘書桂女說明。

柯執行秘書桂女

剛有特別報告，過去未結案件中，其決議(定)事項如果有需健保署專案報告的項目，都會列入工作計畫中，未來歷次委員會議，也會有議案須請健保署報告，幕僚會以追蹤的方式辦理。如果謝委員武吉認為議程第 15 頁請委員繼續關心之相關事項還不夠周延，一定要列在工作計畫的話，也可全部列入工作計畫的項目。另外，剛剛主席也裁示，第 15 頁第 1 項的辦理情形，會請健保署配合於 6 月份提報改善方案。

鄭主任委員守夏

請潘委員延健。

潘委員延健

主席、各位委員大家早！議程第 17 頁第 12 項為 102 年第 6 次會議的討論案「針對新醫療科技項目的利用情形及財務影響進行評估」，此議題屬依法辦理的事項，我想委員都有經驗，過去新增給付項目對健保的支出費用影響很大，而且預估值往往與實際值相差好幾倍，如果該案能夠盡早完成，有助總額預算的預估值與實際支付值間取得較佳的平衡點，但辦理情形的說明，實在很難理解到底何時才可完成。此案需要大規模統計分析及檢討，因此建議在 104 年度的工作計畫中，針對此議題訂出明確提報時間。

鄭主任委員守夏

本建議很好，新醫療科技項目上次已經報告過，要做的事情真的蠻

多，健保署表示各種推估都要有假設條件，需要一些時間整理。建議最晚在 104 年內再報告 1 次。請幕僚記錄下來，並請健保署幫忙。請問還有無其他意見？請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

本會第一屆委員會議移請本屆委員繼續關心的相關事項中，其辦理情形有很多議案都列在今年 7 月提報。不知 7 月份委員會議時，是否有足夠的時間詳細聆聽報告，建議部分議題的報告時程可否提前，我並未特別指出哪個議案要提前報告，只是覺得報告時程可以調整，因為 7 月份委員會議，有很多議案與編列總額預算的相關議題待討論。

鄭主任委員守夏

謝謝楊委員漢淙的建議，因為 7 月份會召開總額評核會議，其實評核會議的報告最詳細，但本會 35 位委員中，能一天半全程參加的委員並不多，一方面會議時間較長，再者委員的事務也很繁忙。請本會幕僚與健保署幕僚討論，不要全部報告都安排在 7 月份，能否提早到 6 月或 5 月份的委員會議，而 8 月及 9 月份的委員會議已經醞釀進行總額協商，所以儘可能安排在 5 月、6 月及 7 月份。請謝委員武吉。

謝委員武吉

剛才潘委員延健所提的議案在 102 年第 6 次委員會議有報告過，現在已經 104 年，有一年半的時間沒有報告。之前「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」曾決議，通過新增的新科技、新特材項目應至少每 6 個月至健保會報告 1 次。至今為何只報告過 1 次，我感到很懷疑，難道柯執行秘書都沒有注意到嗎？

鄭主任委員守夏

- 一、健保署底下有 7 個相關會議，包括「全民健康保險各總額部門之研商議事會議」（計 5 個）、「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」、「全民健康保險藥物給付項目

及支付標準共同擬訂會議」等。這 7 個會議若都決議將通過的項目提報到健保會，健保會若沒有拿捏好，而讓 7 個會議的議案都提會報告，則要思考議程是否有辦法容納，這樣議事運作會很困難。所以應該要看議題，對於比較重要的，如新增藥品、新增醫療器材，新增民眾的自付差額項目，這些一定要到健保會報告。至於其他項目是否必要？過去 2 年，健保會與健保署的各個會議都還處於磨合期。

二、第一屆的委員都知道，我們的會議幾乎都無法在下午 1 點半結束，經常要開到 2 點多，都是因為議案很多，或委員的意見無法達成共識，才需要開這麼久。個人建議能安排則盡量，若碰到總額協商時，當然以總額協商的事務較重要，希望委員可以諒解。

三、本會常要求健保署提出很多專案報告，但真正能留下來將專案報告聽完的委員並不多。所以要如何安排健保會的議事，包括討論案、報告案、專案報告等，過去 2 年，我們學到一些經驗，但相信還有很大的改善空間。希望委員能繼續支持，需要改進的部分，我們會盡量改。

謝委員武吉

主席可能對些事情不太了解，我更詳細的說明。「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」規定，健保署在 9 月份總額協商前要報告新特材、新醫療科技資料，因為這些項目的醫療費用很可觀。新特材、新醫療科技費用最高的時間點是引進後第 5~7 年。這些都與 8~9 月份的總額協商很有關，建議新特材、新醫療科技項目應該安排在本會 4 月或 10 月份委員會議報告，這樣才能讓總額協商更具公平性。雖然主席剛剛說的沒錯，但我覺得要有公平性的處理方式。

鄭主任委員守夏

謝謝委員很務實的建議，以前曾遇到的問題是，「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」決議與本會的意見不一

致時，在一些議題就會有點卡住，而健保署也不知如何處理，所以報告時程要拿捏好。請健保署幕僚與本會幕僚密切溝通，對於有可能影響協商額度的案件，早一點提到本會報告或討論，才不致在 9 月份進行總額協商時，因沒有參考數據，只好用吵的方式處理，這樣就不好。感謝委員武吉的建議，請新任委員滕西華。

滕委員西華

- 一、各位委員午安，剛剛楊委員漢淥提到議案的部分，請委員參閱議程第 15 頁「第一屆委員會議移請本屆委員繼續關心之相關事項」，及第 19 頁「本會 104 年度工作計畫」。4 月份委員會議的議案有 4 項，7 月份委員會議的議案有 7 項。根據我們私下分析健保會第一屆委員會議的議事效率，特別是 7 月及 8 月份委員會議，議事效率確實較差，因為 9 月要進行總額協商的關係，議案遞延的情況非常多，最高曾遞延 3 次以上，專案報告一延再延，不知道是報告不重要還是有何情況，導致壓縮專案報告的時間，而且每次委員會都要重新印製議程資料。建議能平均分配議案的數量，對於繼續追蹤的資料，並先書面提供委員參閱，就可以盡量縮短當天的報告時間。
- 二、建議本會訂定報告案最高的遞延上限，例如遞延次數最多不得超過 2 次，應該要有這樣的規則，否則遞延超過 3 個月的案件不在少數，特別是 7 月及 8 月份委員會議。
- 三、若對總額協商原則無法定案，則不應該在每年總額協商前 2 個月，還在討論總額協商技術層面的問題，這樣會浪費非常多時間。若真的需要確定總額協商原則，建議找總額協商的代表另外加開臨時會，以討論技術層面的問題，不應該在 7 月或 8 月份討論，以免因總額協商程序及技術層面問題，排擠到其他專案報告。當然 7 月份安排 7 個報告案實在太多，絕對報告不完，請幕僚將報告案再調整一下，謝謝。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝滕委員西華的建議，請委員參看議程第 22 頁，8 月份委

員會議已安排加開半天，去年 8 月份會議也是加開半天，這樣做對總額協商似乎有些幫助，將 9 月份總額協商會議雙方的數字差距先拉近；或者讓健保署有 1 個月時間產出大家認為協商時該提供的資料。對於不能遞延超過幾次的問題，建議委員先放在心中。新的委員可以參看過去委員會議的實錄，就知道過去委員並沒有休息喝茶再回來開會，大家都很認真、盡忠職守，但有些議案的討論確實很花時間。

二、若還是決定委員會議在每個月第四個星期五召開，2 月份委員會建議停開。不知道以前是否有停開委員會議的情形？

柯執行秘書桂女

過去曾經停開過。

鄭主任委員守夏

過去曾經停開過，我自己主持的任內沒有。現場大部分委員點頭同意，那麼 2 月份委員會就停開。請干委員文男。

干委員文男

對於每個月第四個星期五召開會議沒有意見，但建議可否改為 9 點開始，過去是因為有些委員建議，才變成 9 點半開會。

侯委員彩鳳

建議不要 9 點開會，我們住高雄的委員來不及，高鐵 9 點 06 分才到台北車站。

干委員文男

抱歉！

鄭主任委員守夏

委員一句話就提醒了！因中南部的委員可能 6 點多就要起床。

謝委員武吉

我與侯委員彩鳳都住高雄，在高雄要搭 7 點 30 分高鐵，6 點多就要起床，9 點 06 分到台北車站，再搭捷運走路到會場已經 9 點 50

分。建議委員會議的開會時間應該往後挪，不然我為了怕遲到，有時還要搭 6 點 30 分的高鐵。

鄭主任委員守夏

- 一、原則上委員會召開日期為每個月第四個星期五，2 月 27 日為國定假日就休會一次。另請同仁記得將報告案在 3~6 月間做妥適安排。
- 二、對於第一屆未結事項，請本會幕僚繼續追蹤，有些追蹤案件會納入健保署的業務執行報告，現在業務執行報告的內容太多，會進行口頭報告的部分，是大家比較重視的議題，例如主計總處與健保署對政府負擔 36% 總經費核算方法不一致的問題，兩者相差一百多億元，這是不能輕忽的問題，所以我們會繼續追蹤。
- 三、至於 3 月份委員會議，請委員多預留一些時間，需要坐高鐵回去的委員，原本要買 12 點或 1 點的車次，也許改買晚上 8 點，這樣會比較放心，因為 3 月份的議程要討論的議案會多一些。
- 四、9 月份委員會議時間提前一周，改為 9 月 18 日至 19 日，也請委員預留時間與會，本會幕僚會不斷提醒委員。

柯執行秘書桂女

幕僚會重製開會時間表提供委員參考。

曲委員同光

對開會日期沒有意見，但希望能調整 11 月份委員會議的開會日期。依照目前運作，9 月總額協商後，健保署會提出收支平衡費率方案至健保會審議，審議後，衛福部會依照審議結果，將健保費率提報行政院核定。依照過去程序，都是安排在 11 月份的委員會議審議費率，11 月底委員會議開完，等會議紀錄出來，通常衛福部陳報行政院時，已經 12 月中旬，行政院還必須交付其他單位進行審議，所以過去 2 年，行政院核定費率的日期都在年底的最後一天。之前行政院也曾反應此問題，因這 2 年費率審議都還算順利，若有

特殊狀況，恐怕就會延誤時間，因此，建議 11 月份委員會議時間提前一星期召開，多點運作的緩衝時間，屆時若有狀況，也不至到年底費率還未核定。

鄭主任委員守夏

9 月份總額協商後才會知道總體支出多少，10 月份健保署須要依此試算費率，本會最晚會在 11 月份討論健保費率是否需要調整。衛福部代表提出希望提前召開，開會日期就從 11 月 27 日改為 11 月 20 日，若委員沒有意見，就予以調整，會請幕僚再三提醒委員開會日期。請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、對於開會日期沒有意見，台北發達，而南部就比較笨，南部委員都要很早出門，建議開會時間可以往後挪，改為 9 點 50 分。
- 二、不希望有不和諧的狀況，對於座位安排建議以後採抽籤方式，當次抽籤決定坐哪個座位，這樣委員和諧度會增加很多。

侯委員彩鳳

每次開會都要抽籤，不要這樣啦！

鄭主任委員守夏

謝委員武吉有 2 點建議，有關每次抽籤安排座位乙節，會後請幕僚調查所有委員的意見，看多數委員喜歡固定座位還是每次都要抽籤。今天不用討論。

干委員文男

我不認同謝委員武吉建議座位要抽籤，大家不要互相刺激，別人是互相刺激求進步，我們這樣互相刺激沒有進步。

謝委員武吉

我覺得現在分成付費者、學者專家、政府機構、醫界代表分開坐，不太好，如果代表能分散，坐旁邊的委員也會見面三分情，覺得這樣大家感情可能會比較好些。

鄭主任委員守夏

照剛剛建議，會後請幕僚調查所有委員的意見，只要過半數同意，以後每次委員會議就抽籤決定座位。還有一種提議是男生、女生間隔坐。

滕委員西華

建議每 1 季或半年授權幕僚安排座位，這樣就不用抽籤。可以讓主席先挑座位，主席不用抽籤。

鄭主任委員守夏

請幕僚調查所有委員的意見，若有更好的建議，只要有共識就可以。對於會議是否要改為 9 點 50 分召開？請大家表示意見。

蔡委員登順

委員都很辛苦，為健保發展盡一份心力，也都來自不同地方，出發時間也不同。謝委員武吉剛剛說 6 點半搭車很辛苦，應該要 5 點半就起床。我今天從花蓮搭 6 點零 6 分的太魯閣號，比其他委員都早出發，黃委員啟嘉也是花蓮人，應該很清楚，我今天是第一名 8 點 40 分就到會場。要找到大家都認同的時間其實蠻為難的，每次開會都要往後延到下午 2 點、3 點，個人覺得延後開會時間不是很好，建議維持現在的開會時間。

鄭主任委員守夏

- 一、會後一樣請幕僚調查所有委員的意見，看開會時間要往前、往後或者不變，今天不再討論。
- 二、針對第二案還有無問題需要請教？若沒有，就進入例行報告第三案，提醒各位委員現在時間已快 11 點 30 分，歷來報告案的結束目標時間是 11 點之前，請大家把握時間。
- 三、依本會第 1 屆第 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。

參、例行報告第三案「中央健康保險署『103年12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？請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、請問健保署的重大傷病資料檔與內政部死亡登記檔及戶政資料檔大約多久勾稽 1 次？因為最近發現有被保險人已經死亡，但醫療院所申報相關費用時，並不知道渠已死亡的情形。另外，論質計酬試辦計畫會先收案，採按季申報而非每月申報的方式，實務上也出現過健保署不知道被保險人已經死亡的情形。是否為可能因與死亡登記檔勾稽的時間有落差。
- 二、我遇到的案例是醫療院所非常誠實地向健保署反映該署提供的名單，根據家訪後知道被保險人已經死亡。所以醫療院所希望健保署不要再提供那些已經死亡的被保險人名單，但健保署分區業務組的回應是，該署無法知道被保險人是否已經死亡。我相信健保署不會不知道，只是會有時間落差，想知道落差時間有多久。死亡登記確實需要有些相驗程序，請問健保署多久可以掌握被保險人的死亡資訊？
- 三、剛剛署長特別提到台北市柯文哲市長承諾還款，但根據台北市政府財政局新聞稿指出，28.6 億元利息要分 5 年償還。想知道台北市所欠的 104 億元保費有無內含 28.6 億元的利息，還是 28.6 億元的利息也要分 5 年償還？健保署是否同意利息分 5 年償還？
- 四、業務執行報告第 79 頁重大傷病醫療費用的部分成長速度驚人，102 年上半年至 103 年上半年，這中間肯定發生什麼事情。例如早產兒併發症的醫療費用上升 72%，成長率很高，想知道是否有季節性差異，照理說早產兒併發症的醫療費用應該是持平的，為何會增加這麼多？另器官移植的醫療費用不如

想像中高，是否需要檢討給付問題，將來在健保署調整支付標準時，應該要一併檢討。

五、業務執行報告第 104~106 頁附表，是新藥審議的報告，想詢問 2 個問題，第 1，為何同意給付的有 49 項，卻只有 35 項生效？第 2，列在第 106 頁的申報資料中，有幾項是因廠商沒有供貨意願，為何廠商沒有供貨意願卻來申請健保給付？還經過冗長的藥物審查程序，請問中間發生何事？謝謝。

鄭主任委員守夏

等幾位委員詢問後再請健保署一起答復，還有其他委員要詢問嗎？請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、請參閱業務執行報告第 15 頁，上一屆有許多委員關心安全準備金提列數，個人最擔心到 2022 年人口就不再增加，但需要醫療的人口會愈來愈多，當人口快速老化時，我們可以利用安全準備金去調整，不然屆時要繳的保費會很高。
- 二、建議健保署依照目前的趨勢，試算到 2022 年或 2025 年時應繳多少保費的資料？這樣就可以達到提醒政府安全準備金是否足夠的目的，這也是許多已開發國家都在做的事情，當人口老化時，不希望繳交巨額保費，這時就要利用安全準備金來調控。請健保署試算至 2025 年，如果我們現在就將安全準備金用光的話，屆時衝擊會有多大，我想這是我們應該預做準備的事情。
- 三、謝謝健保署黃署長，今天報告得很清楚，甚至提醒我們真的要注意某些項目的醫療費用。請委員參閱業務執行報告第 78~79 頁，慢性精神病重大傷病卡有效領證數，目前已達 20 多萬張。精神慢性病床全世界都在減床，但我們還再加床，這樣到底對不對？精神病床的部分是否宜再增加，尤其是慢性精神病床屬長期住院部分。
- 四、業務執行報告第 79 頁第 2 項血友病的部分，6~7 年前平均一

個血友病患花費 200 萬元，到 2 年前平均一個血友病患花費 400 萬元。之前健保署有提供資料，7 年前一位血友病患最高一年花費 4,000 萬元；2 年前一位血友病患最高一年花費 8,000 萬元。去年政策有做些改變，所以費用應該會降下來。

五、從本表看來，102 年上半年血友病人數為 927 人，103 年上半年人數為 967 人，剛剛署長也有報告每人醫療點數為 176 萬元。雖然 104 年本會工作計畫在 6 月份會安排「『罕見疾病、血友病藥費及新增罕見疾病特材』專款項目費用成長之合理性檢視結果報告」，若 6 月份議案太多，則希望能夠提早報告，以早點看到結果。在健保關心弱勢的同時，希望費用也要花在刀口上。

鄭主任委員守夏

謝謝吳委員肖琪，請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

剛剛兩位委員提到重大傷病，我也認為這是很嚴重的問題；另外署長提到真的有浮濫使用的狀況，所以認為應再從新討論重大傷病的資格認定。重大傷病人數每年增加的比率不低，雖然血友病患的人數增加看來有趨緩現象，但費用還是居高不下。重大傷病申請資格應該要從新認定、討論，發放重大傷病卡要從嚴認定，不要申請就發放，發放的資格建議再重新討論。

鄭主任委員守夏

謝謝楊委員芸蘋，請干委員文男。

干委員文男

一、有關健保署與主計總處核算全民健康保險法規定政府負擔總經費 36% 比率見解不同案，剛剛陳代理委員炳宏提出的問題，主席裁示在業務報告時說明。上次會議就請健保署提出該署與主計總處兩種核算方法的對照版，今天並沒有看到相關數據，差異在哪？要讓委員知道真正原因。最怕會採主計總處的計算

方法並定案。

- 二、剛剛吳委員肖琪的發言我很認同，安全準備金應該要多準備些，不然2年後這些安全準備金可能就沒了。本案與強制汽車責任保險法相同，強制汽車責任保險法有人要我放心，立法院財務委員會雖然決議，但我們仍可依健保法求償。所以請大家一定要注意政府負擔36%的議案，若依主計總處的定義計算，以後就很難翻案。
- 三、前些日子報章刊登藥局的違規案件很多，健保署查處到的是違反哪些項目？借牌還是賣禁藥、偽藥等，委員也要知道相關的違規內容。
- 四、有關「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」專款，不知道健保署目前執行到何程度？院所網路頻寬配備已經安裝到何程度？所有基層診所都安裝了嗎？藥局安裝了嗎？若都已經安裝，健保署就可以馬上看到資料，馬上糾正。去年雖有專案報告，但未看到執行進度。新的年度已經開始，將繼續執行本專案，希望每個月的業務執行報告都能提報該款項的使用效果及進度。

鄭主任委員守夏

謝謝干委員文男，張委員煥禎發言後請健保署同仁回答。

張委員煥禎

- 一、兩個部分，第一是有關安全準備金，第二是有關重大傷病。從費協會到現在，我們在細節部分討論很多，這一屆委員是新的開始，各位委員都是由付費者及醫事服務提供者團體推派出來的，期望這一屆委員可以一起為健保打拼。
- 二、累積那麼多安全準備金似乎有賺錢？但要讓大家了解安全準備金並不表示健保署有賺錢，這部分同意吳委員肖琪所提意見，健保法有規定安全準備金的上限，不能因為現在安全準備金多，或為了以後準備，就要愈來愈多，這是連動關係，應該要未雨綢繆。準備金太多則要減少保費，不夠則要增加保費，能

否在發生安全準備金不足之前，讓健保會或衛福部有足夠時間想出新方法，我認為試算的意義在此。

- 三、曾在健保會第一屆的會議中提出這樣的意見，安全準備金不要只有多或少，夠不夠用的討論，建議健保署能好好研究，下次或有機會能對委員說明，這部分很重要，不能以後才急就章，沒錢要借錢，否則民眾會受到影響，若說3~4年後健保財務會變好，但是剛好民眾在健保財務發生危機之前的2、3年生病，估算數據就會受到影響了。
- 四、我們應該要支持健保署對重大傷病的意見，健保會不只是監督醫事服務提供者，消費者也要一起努力。記得在健保會第一屆時，健保署曾提出一些改革意見，似乎會影響消費者權利，引起一片反對的撻伐聲，建議健保署能重新檢討重大傷病，不僅重大傷病，若其他部分有問題，也請一併提出檢討。
- 五、大家都想砍透析預算，若病人需要透析，可能一週需要洗2或3次，不會只洗1次，因為若能只洗1次，日後就可以不用洗腎。事實上，全世界都一樣，透析都是洗3次，但少數病人只需洗2次，就不該洗3次，若真的要更好，第3次就由病人自行付費。健保會若要進步，希望能朝此方向努力，而不是砍費用。
- 六、贊同楊委員芸蘋所提重新檢討重大傷病資格認定的意見，重新檢討這部分，並不會影響真正須使用重大傷病卡的人，只會影響到不該使用的人，這也會讓醫事服務提供者更好，所以要多實施這些建議。不僅重大傷病，還有其他部分，請健保署一併檢討，希望這一屆委員能有機會將此議題處理好。

鄭主任委員守夏

謝謝張委員煥禎！請黃署長三桂說明。

黃署長三桂

- 一、剛剛干委員文男提及政府應負擔健保總經費36%部分，會請同仁將主計總處及本署的核算金額列表對照。另有關藥師租牌的

問題，日前檢調單位已執行查調專案作業，違法案件司法機關已經陸續起訴，近期健保署亦會同政風單位啟動藥師租牌清查專案，透過藥師申報費用進行檔案分析，經核對其上班地點，查到不少藥師確有租牌情形，甚至有些具公職身分，本次查獲違規情事，就所犯情節嚴重度依規定予以終止特約或是停約 3 個月，涉及刑責者並移送法辦；另，雲端藥歷的查詢問題，會配合健保會安排的時間進行報告。

二、滕委員西華詢問重大傷病的部分，內政部 2~4 個月提供死亡檔資料供本署勾稽。台北市政府健保費補助款欠費利息規劃分 5 年還款；另因為自 101 年 7 月份起，健保法修法後，北、高兩市健保費補助款就沒有新增欠費，欠費會逐漸減少。

三、吳委員肖琪詢問提及未來人口老化影響健保財務問題，會請同仁估算至 2022 年的健保財務情況；有關重大傷病醫療服務部分，會注意 psychosis(精神病)與精神病床變化的分析。最重要的，剛才報告血友病的費用情形，從檔案分析資料發現有些院所，對於血友病的用藥不符合規定，甚至有些病友有重複使用的狀況，若發現這些問題，本署都會即刻告知院所及病人，大家發揮互助精神。一個血友病人 1 年約花費 3~4 百萬元，大家都應該珍惜有限的醫療資源，當發生重複使用的情形，健保署會即時輔導院所及病人。

四、有關滕委員西華詢問的藥品部分，請醫審及藥材組同仁說明。

施組長如亮

業務執行報告第 105~106 頁，表 34-4 103 年 1 月~6 月藥品擬訂會議同意納入給付之新藥明細，有關部分藥品廠商無供貨意願，是因為藥品依照支付標準之規定核價後，無法如廠商所期望的建議價，所以無供貨意願，但廠商仍可循「再次建議」之申復程序，再由健保署提至「全民健保藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論。

鄭主任委員守夏

謝謝施組長如亮，因為 1、4、7、10 月是請黃署長三桂進行口頭報

告，所以這次的時間會久一點，請大家諒解！

楊委員芸蘋

剛剛詢問重大傷病卡有浮濫發放狀況，是否要重新檢討認定資格，署長尚未回應我的問題。

鄭主任委員守夏

- 一、好幾位委員對重大傷病部分都有提出意見，建議健保署對重大傷病的申請資格重新檢討，並研提較佳方案。剛剛張委員煥禎所提有關洗腎部分的建議，也是可考慮的檢討方向。醫界代表也可提出其他的改革建議，若以前不是很合理，健保署在有更好的資料或想法時，都請提出來討論。
- 二、張委員煥禎特別提議，請第二屆委員若還有心力，則不應只做到防弊，還可以改革。這部分不用請健保署回答，建議安排健保署報告。

蔡委員宛芬

- 一、我在意黃署長三桂所述有些重大傷病的病人，病情已經好了，還繼續持有重大傷病卡；重大傷病的定義，原則上應該是需要長期且固定就醫，而在病好之後，不應該繼續持有重大傷病卡，這是很重要的問題。建議健保署進行專案報告，並請列出病好之後還持有重大傷病卡的人數有多少？要有數據才能討論。
- 二、剛剛滕委員西華提及早產兒併發症部分，人數減少，但費用成長率卻高達 72%，這是異常的數據，不知健保署對這種異常狀況是否已有相關研究及調查，請能提供資料或說明。

鄭主任委員守夏

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、謝謝施組長如亮對藥品的說明。我要確定的部分是若廠商不供貨給全民健保，就是不賣健保價，病人會不會自費購買？還是

這些藥品不會出現在台灣市場上？

- 二、昨天立法院國民黨與民進黨兩黨協商案中，國民黨黃立法委員昭順、蘇立法委員清泉及民進黨潘前立法委員孟安(已於 103 年 12 月 25 日轉任屏東縣長)均提出漁業法第 69 條之 2 修正案，結果三讀通過的版本中，對外籍漁工部分，第一，將來勞健保都不必保；第二，據了解該提案協商中，從 98 年開始有 7 成的外籍漁工雇主欠健保署的錢，這部分的欠款一律大赦，一筆勾銷，有三成已經繳錢的雇主，健保署還要把錢還給對方，這是甚麼道理？以前該繳的錢就要繳，以後要不要保是另一回事，請衛福部表態，可以透過漁業法修法，就讓健保的穩定性與衡平性受到迫害嗎？
- 三、在監理會時就曾提過此問題，當時的委員也都表示反對，認為應該要繳納健保費，從 98 年欠款到現在，怎能不還，還免繳滯納金？免罰免繳，繳了錢，健保署還要歸還，這是甚麼道理？若這個產業有例外，別的產業也可以有例外，漁業法已經破壞健保法的精神，衛福部若未表態是不對的。
- 四、請健保署說明是否有這件事情，已經繳錢的三成雇主，事實上，錢是無法還給被保險人，外籍漁工中，很多已不在受雇名單，變動非常大，若還給他們，反而是圖利雇主，對其他繳健保費的雇主(雇用外籍勞工)，健保署與衛福部要如何說明？不知道這筆錢有多少？即便是 10 元，也是不對的，立法院有無要求返回這筆錢？若有，衛福部不應該答應。

鄭主任委員守夏

請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

- 一、針對滕委員西華的發言，對於就地合法，連過去有繳的費用，都可以免除這件事，站在付費者代表的立場，其實非常難過，惡法亦法，這些遠洋船員因產業特殊性，不應納入健保，大家可以討論。修法後，若立法院認為這屬特殊行業，決定這些船

員沒有在台灣本島待過 1 小時，則可以接受不加保。

二、對於過去依照法令應該收取的保險費，則要收取，從 98 年到現在，對於沒有收取的保費，健保署難道沒有任何行政處分？對弱勢民眾，若不繳保費，健保署有非常多的方案來催收欠費，但對這些雇主，竟然可以讓他們欠到現在，最後還告訴大家，以後不用還，甚至已經繳的錢還要還給他們。贊同滕委員西華所提意見，錢會還到哪？是否連政府幫忙繳 1 成的錢也要歸還？健保會對這件事情應該要表態，針對立法委員的做法，提出意見與表示抗議。

鄭主任委員守夏

請陳委員健民。

陳委員健民

我是漁會的代表，昨天立法院的提案其實是我們漁業界的議題，希望大家了解，漁業是很弱勢的產業，漁民風險很大，收入卻很少，所以經營困難。漁業也是很重要的產業，因為台灣四面環海，漁產資源豐富，另外蛋白質是國人重要營養來源，漁業更可說是一種蛋白質產業。一直以來，為了保護漁業，希望能減輕這些漁民負擔，所以才會有立法院的提案，希望大家可以支持弱勢的漁業產業。

鄭主任委員守夏

請蔡委員明忠。

蔡委員明忠

有關滕委員西華與蔡委員宛芬兩位委員的提問，剛剛查詢過立法院的提案，這是 102 年之前，健保署對於雇主雇用外籍漁工情形的資料不全，所以立法委員才提出這樣的做法，是很簡單的一件事情。提案重點是，若過去有使用健保卡者一定要繳錢，但有些外籍漁工，連健保卡都沒收到就回去了等情事，因此就未領有健保卡期間的外籍漁工，不受健保法第 9 條限制。換句話說，對外籍漁工投保資格認定清楚，不要產生該繳而未繳的一些情形，這是提案的主要

精神。

鄭主任委員守夏

請黃署長三桂說明。

黃署長三桂

- 一、有關遠洋漁工是否特准免予加入健保疑義？依照目前健保法的規定是一定要加入，有些遠洋漁業雇主透過不同黨派，表達希望外籍漁工得免予參加健保的立場，礙於國際勞工公約及健保法現行規定，是一定要加保。
- 二、剛剛蔡委員宛芬似乎有誤會，這些漁業雇主應該要繳的費用，若沒繳，本署都會進行催繳，若催繳不成，則移送強制執行。部分立法委員認為依國際勞工公約，台灣對於遠洋的外籍勞工，若沒有保障，會造成人權上的爭議，所以即使是同一個黨派的立法委員，也有不同看法，這就是為何本案是修正漁業法，而不是修正健保法，因為衛環委員會有很多不同看法。
- 三、漁業法增訂第 69 條之 2 條文既已修正，本署就會依照規定執行，目前遇到最困難的問題是，大部分的人未繳費用，已經繳的約有 4 億元，這些費用本署仍依法行政辦理退費相關事宜。

鄭主任委員守夏

- 一、本案與上次連署反對強制汽車責任保險法的提案有些類似，其實與健保有關，但卻避開衛環委員會，而提到別的委員會討論。若目前已經完成修法，不知總統是否已經公布？若總統還未公布，我們可以做甚麼？如果委員會議非常有共識，除了少數委員不連署，例如政府代表，不能與政府單位對抗，無法連署外，醫界委員若表示與他們無關不參與連署，也百分之百尊重。
- 二、只要過半數委員同意，我們就可用健保會的共識名義表達意見。此外，個別委員對外的發言，健保會完全無約束力；個別委員對外要如何發言，若只是代表所屬團體發言，則沒問題。

健保署是在行政院之下，只能依法行政。

三、謝謝滕委員西華與蔡委員宛芬的提醒！是否兩位委員要提出臨時動議？本報告案就到此結束，現在已經中午 12 點多，很少報告案進行到這麼晚。

干委員文男

- 一、藉由這個機會跟大家說明，很多新任委員還不知道。我們沒有加入聯合國，但還是要遵守聯合國的勞動規章，我們自己的漁工，不論是不是遠洋漁工，都要加保，不然 2 年後他們回來要看病怎麼辦？
- 二、還有一個是歧視外國人的問題，以前稱外籍勞工，其實就是棲徙勞工，工作到哪裡，棲息到哪裡。他們是在世界流動的，若這樣歧視他們，在國際勞工會議場合，別的國家就會提問，就像以前高雄捷運虧待外籍勞工事件一樣，國際會議時，就會有人詢問為何虧待外籍勞工？NGO(Non-Governmental Organization，非政府組織)及 ILO(International Labour Organization，國際勞工組織)會用藍領 301 條款來制裁不人道的人權問題，到時我們的各種產品銷往國外會受抵制？現在是世界國際村，這樣做對不對？主要是保護所有勞工，也希望外國政府也能照顧在外國就業的國人，所以別人也希望受到保護，這些意見提供各位參考，不能有例外，若要走出國際，都被說虧待外籍勞工，我們還有何立場提出人權議題？

鄭主任委員守夏

謝謝干委員文男！若這部分要提出臨時動議，可稍後再討論。請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

向黃署長三桂說明，剛剛的建議不能只計算至 2022 年，至少要計算至 2025 年，因為 2022 年老年人口還在增加，如果能估算到 2030 年最好，也就是預估 10 至 15 年後的情況，等資料產出再看後續如

何處理。

鄭主任委員守夏

請健保署盡量幫忙，本案就進行到此，現在進行討論事項第一案，
請同仁宣讀。

肆、討論事項第一案「推派『全民健康醫療給付費用總額研商議事會議』及『全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議』之本會代表案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

- 一、本案幕僚同仁已先行調查所有付費者委員的意願，委員最多可填列 5 個志願，幕僚依照付費者委員的回復資料，盡量安排至第 1 志願的會議，若無法排上，就安排至第 2 志願，依此類推。去年干委員文男就被安排至第 5 志願，很感謝他不計較。
- 二、現在同仁分發的建議名單，就是依照委員所填列的志願序初步安排，參加「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議」，醫院總額部門是滕委員西華、侯委員彩鳳；西醫基層總額是蔡委員登順、蔡委員宛芬；牙醫門診總額是陳委員幸敏、莊委員志強；中醫門診總額是干委員文男、李委員永振；門診透析服務是林委員敏華、楊委員芸蘋。
- 三、至於參加「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」的被保險人代表是張委員賜、吳委員玉琴；雇主代表是何委員語、葉委員宗義。
- 四、幕僚盡可能依委員的志願序安排，請問委員有無意見？若有個別意願，只要兩位委員同意對調，就可以調整，請問有無需要再討論？

楊委員芸蘋

可以更換嗎？

鄭主任委員守夏

只要雙方同意就可以調換，例如您與吳委員玉琴都同意調換，就直接調整，若您是第 2 志願要換到第 1 志願，可能比較困難。

楊委員芸蘋

我填的資料不是這樣，為何會如此安排？門診透析服務是我填列的

最後一個志願。另，會議好像 1 年會召開 3 至 4 次，可否訂出整年召開會議的時間，若有特殊狀況再更改，我們好事先安排時間。我想更換，不知陳委員幸敏可否願意調換？

鄭主任委員守夏

先休息 2 分鐘，直接在會上談可能不太適合，請需要調換的委員私下討論。

(中場休息 2 分鐘)

鄭主任委員守夏

- 一、除了「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」的雇主代表依照目前的安排外，其餘會議的 12 位委員重新抽籤，因為之前大家填的志願序太類似，所以很不容易安排。
- 二、請同仁作籤，抽完後要調換再調換，本案稍後再回過頭來討論。若有委員不在現場，由我幫忙抽籤。
- 三、現在進入討論事項第二案，請同仁宣讀。

伍、討論事項第二案「關於保險醫事服務提供者代表委員之席次，應平均分配並建立透明遴選機制案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

請提案人李委員蜀平說明。

李委員蜀平

- 一、非常高興一大早就聽到謝委員武吉帶給大家的空襲請安，空襲就是震撼教育，震撼教育後，以後開會就會風平浪靜、一帆風順。
- 二、先報告說明提案的緣由，國家要面對未來高齡化的社會，慢性疾病愈來愈多，全國的醫師對民眾的醫療服務與健康的維護貢獻很大，但未來面對慢性病及高齡化社會，應是醫事團體團隊合作，民眾才能享受更好的醫療品質，所以醫師在健保會有 6 席次，而其他醫事服務提供者代表的席次偏少，請考慮分配原則。譬如中醫師、牙醫師、護理師、藥師、放射師及檢驗師、物理治療師等也是醫事人員，舉例：藥師約有 4 萬人，為何只有 1 席？這分配席次的原則到底為何？假設依總額費用來分配，五千多億元的健保總額，藥費約 1,500 億元，藥事服務費約 100 多億元，1：6 也不合理，因此面對未來高齡化社會，是否應將整體醫事服務代表，以團隊的專業明確分工，這樣對醫療品質提昇一定有幫助。

鄭主任委員守夏

- 一、若我沒記錯，二代健保修法時，對此議題即有許多討論，包括付費者代表須占一半席次等，醫界的席次似乎沒有特別討論過，至於這 10 席如何產生，我猜是以健保會的前身，就是監理會與費協會的委員席次再微調。
- 二、李委員蜀平可否提出明確的建議，再請大家表示是否同意本建議案。若只提出要檢討，但沒有明確的辦法或方案可以取代現

行方案，恐怕難以討論。若要以人數分配，楊委員麗珠代表的護理人員最多，約 24 萬多人，國人約 2 千 3 百多萬人，他們的代表也只有 1 位，所以以人數分配好像也不太好，至於什麼樣的基準最好，似乎沒有最理想的方式。

李委員蜀平

未來醫療要的是團隊合作，專業分工是非常重要的，以前費協會、監理會在訂定委員組成時，可能是當時的考量，但時空背景已改變，才有今天兩會合一的健保會！當然醫師是社會金字塔最頂端的代表，而且以前衛生署署長也都是由醫師擔任，所以醫師席次 6 席可能是醫療的需要，但現在的時空背景已不一樣，希望能讓其他醫事人員也一起來參與健保會。建議醫界席次應由 6 席變為 3 席，另外 3 席能讓其他醫事人員參與，大家共同專業分工面對未來高齡化的社會，因為提昇醫療品質是需要團隊合作。

鄭主任委員守夏

李委員蜀平所提席次的建議，很明確。目前西醫相關席次包括醫院、診所。

李委員蜀平

鄭主任委員所講是指醫學中心、區域醫院、地區醫院、西醫基層嗎？

鄭主任委員守夏

是的，目前三層級醫院加上醫師公會代表，共有 6 席，您指的是西醫的 6 席代表？

李委員蜀平

是全部醫界。

鄭主任委員守夏

您也屬於醫界代表。

李委員蜀平

我是代表藥界。

鄭主任委員守夏

醫檢師是否算醫界，他可能會說不是醫界代表，而是醫檢界代表。

李委員蜀平

醫界的代表有 6 席可能不符合比例原則，應讓醫事團體共同參與，一起面對高齡化的社會。

鄭主任委員守夏

- 一、所以李委員蜀平係指西醫師代表，但事實上西醫還分為醫院總額及西醫基層總額，您認為西醫師有 6 席代表太多，3 席即可。
- 二、記得費協會時期，醫事檢驗師、物理治療師、職能治療師等相關醫事團體也曾表達希望能有席次。現在還有語言治療師、放射治療師等很多相關醫事團體，他們皆擁有合格的專業執照，也有所屬的公會團體，若要減少 3 席西醫師的代表，則改由何種醫事團體參加較合適？謝謝李委員蜀平的建議，接下來聽聽其他委員的建議，看大家是否有共識。

蔡委員登順

先請醫界代表表示意見。

鄭主任委員守夏

請醫界代表先表達意見，問題太難。醫界代表是否須先協商？

謝委員武吉

我不破壞和諧，還是先由其他委員發言。

楊委員芸蘋

- 一、主席，我有不同的想法，本案與勞工代表的狀況有點雷同。今年勞工代表少 1 席，大家應該都很清楚，去年最後一次委員會，林委員錫維曾提出抱怨，因為他已經不是這一屆委員，所以我要替他講幾句話。

- 二、當時他質疑為何有些團體須抽籤，有些則不用，像我就是經公開徵求推薦團體方式產生的，運氣較好被抽中。林委員曾建議可否依委員的表現情形進行評比，例如以該屆委員的出席、發言情形等作為考量。剛剛有徵詢侯委員彩鳳的意見，她也認同可依表現的好壞，雖然不見得是最好的方式，但也是可考慮的方式之一。
- 三、至於委員人數，若能增加席次當然更好，但本會的組成及議事辦法明訂委員 35 人，不能多、也不能少，席次有限，醫事服務提供者可能須先協商。我覺得其他非經公開徵求的團體，也要對所屬團體負責，所以也應建立公平的推薦機制。上次委員會議林委員錫維發言時不是很高興，現在沒人為他講話，我覺得對他很不公平，我也是勞工代表之一，請健保會重視此問題，建議能建立公平的推薦機制。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝！我先說明健保會的組成及議事辦法，係由衛福部訂定，所有委員皆由衛福部依該辦法洽請有關機關、團體推薦後遴聘之。除非健保會內部有請部長重新發聘的共識，將其中 3 位醫界代表換成其他代表，掌控權仍在衛福部，但若新的推薦方式較好，相信部長也會尊重本會委員的意見。而本案目前仍屬內部意見交換的階段。
- 二、對楊委員芸蘋所提意見，我非常有感，但如果要將委員的表現列為下屆遴聘參考，則須有量化指標，僅以出席會議卻都未發言，或發言最多者來評量，恐也不妥。若要以發言情形衡量，以後可能開一整天的會議也討論不完，因每位委員都得踴躍發言。

楊委員芸蘋

應為有效的發言。

鄭主任委員守夏

有效的發言，這是個好問題，但須請學者專家先定義何謂有效發言；反過來說，學者專家本身的發言，算不算有效發言？這真的不容易！李委員蜀平提出本案，我們若有共識，可建請衛福部修改本會的組成及議事辦法；若未能達成共識，委員的意見則請衛福部參考。剛剛付費者代表建議先聽聽醫界代表的意見，請問醫界代表有無意見？若都沒有意見，就無法進入實質討論。

侯委員彩鳳

請保險醫事服務提供者代表自己先喬好。

蔡委員登順

請大家共同思考，醫事服務提供者不論是醫師、藥師、醫檢師、護理師…等，每個部門都很重要，應共同合作，才能提升醫療品質，若某個部門未做好，就會影響醫療品質。個人看法，藥師當然很重要，主席剛剛提到護理人員數也不少，若依人數分配，問題會更複雜，例如目前勞工人數超過 800 萬人，以目前的席次也不足。藥師是依醫師處方箋配藥，兩者的任務與責任並不對等，既然不對等，若按人數比率分配，則不盡理想，建議以權責為考量，才是較好的方式。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員登順，其他委員有無意見？如果沒有，可否請專家學者委員表示意見。

李委員蜀平

如果說以比例原則，藥師也分藥師公會全聯會、台灣藥學會、臨床學會、社區藥局等，而是在面對未來高齡化、少子化、慢性病漸增的情形下，醫療服務的專業分工相對非常重要，醫師是最前端的健康守護者，但藥師也很重要，以目前健保署執行的雲端藥歷計畫，聽說已可節省 10 幾億元藥費，這就是專業分工的結果，不浪費健保資源。其他醫事人員也很重要，例如放射師、檢驗師、物理治療師等在不同的醫療過程，希望能專業分工，讓其他醫事人員也能一

起參與健保會，醫事人員共同合作。希望不要把問題點弄擰了，其實醫師是台灣社會金字塔的菁英，但台灣對醫師的給付很不合理是事實，也希望醫師的給付要符合與我們 GDP 類似的先進國家，以此當做相同比例的待遇。我只希望能讓專業分工，讓專業擁抱群眾。

鄭主任委員守夏

請專家學者表示意見。

侯委員彩鳳

請公正人士發言。

鄭主任委員守夏

公正人士是陳委員聽安。請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、從另一個角度思考，去年付費者代表曾提出年度總額協商時誰可擔任代表，因為事涉 2 千多萬人權益，所以須先思考有無代表性。醫事服務提供者代表於第 1 屆的委員會議，並未提出代表性的問題，第 2 屆才提出，這確實是個很好的問題，但也應思考，醫院所有的人都要推派代表出來開會嗎？當然不可能，理論上，應該思考如何讓各層級醫院的聲音都能表達。
- 二、主席剛剛提及醫事人員中以護理人員最多，若依照人數比率，護理界恐須占最多席次；然若依照總額預算費用比，醫院則會認為他們的席次還不夠。所以，希望大家在這個會議平台能拋開己見，理性地思考什麼才是對台灣最好的方式。我覺得不應在乎人數多寡，而是要考量能否讓不同領域的聲音都能獲得反映。
- 三、剛剛滕委員西華提到應提高本(第 2)屆委員會議的議事效率，希望也能針對此問題解決。今天有好的開始，黃署長三桂提到重大傷病部分有很多事項待處理，我覺得從這部分先切入會較好。第 2 屆委員既已完成聘任，建議依此模式繼續運作下去，

等到本屆快結束時，再提出本會委員組成的建議方案供衛福部參考，但應把握一個重要原則，即如何讓委員以外的不同聲音能被聽到。

鄭主任委員守夏

謝謝吳委員肖琪。是否還有委員要表示意見？

謝委員武吉

主席剛剛提到醫療專業團體中，可能護理人員數最多，護理人數多是不可抹滅的事實，但醫事團體中，其實以醫療行政人員最多，我計算過，他們占 35% 以上，他們也是勞工，只是未組工會。若要增加席次，我不反對，請也增加 1 位醫療行政人員的席次。

鄭主任委員守夏

- 一、現在不是討論增加席次，而是如何調整。其他委員有無意見？本會係整合監理會與費協會，我們都知道總額協商的影響最大，是大家最在乎的，故以部門總額來推派代表，我認為合理。各總額部門的占率中，以醫院總額占 65% 最多，年度總額協商時也最花力氣，其委員人數較多應屬合理；至於西醫基層、中醫門診及牙醫門診也都屬獨立總額部門，故也都應該有代表席次。醫院部門中還包括很多醫療專業人員，如：藥師、護理人員等，可能是最重要的兩部分，所以從費協會時期，即有藥師與護理人員代表，他們也都有代表的公會，剛剛提到其他醫療專業團體也有公會，但卻未納入席次，因為健保會席次有限，但又擔心其他團體的聲音無法表達，所以討論相關議案時，會邀請他們列席。
- 二、記得費協會時期，透析團體曾多次反映門診透析服務預算 1 年 300 多億元，卻沒有席次，因一直無法達成共識，所以只好安排他們在協商會議時列席並報告，即西醫代表除醫院與西醫基層以外，還有透析服務的代表，這是後來的調整做法。
- 三、個人建議本屆依循此模式繼續執行 2 年，李委員蜀平的意見，

請曲委員(司長)同光代為向衛福部反映。我在乎的是，少數專業人員的權益是否未被考慮到，因為付費者代表，如吳委員玉琴等會幫弱勢團體說話，故在會議上弱勢團體較不會被忽略，但醫療方面的弱勢專業團體，可以在哪部分加強？請曲司長同光考慮有何方式可再加強。李委員蜀平的意見與我的意見不同，我擔心的是弱勢醫療專業團體的聲音有無被忽略，而不是有幾個席次。建議目前先不要改變委員組成，其他委員有無不同意見？

李委員蜀平

- 一、抱歉！我的表達能力較差。假設健保委員以總費用占率來分配，醫院占 65%，藥費也占 25%，以藥費來做分配比例，藥師也不能只有 1 席，所以要以全民的健康為考量，改變也是很好的創意，今天提出非常敏感的問題，帶給很多委員極大的困擾，其實改革如果是對的方向，也可以嘗試，請委員可以多加思考。例如當初推動的雲端藥歷計畫也是困難重重，但現在不是省下很多錢，過去重覆用藥現在發生機率就變少，對民眾用藥安全更有保障，也節省健保資源。
- 二、在各醫事團體中，健康把關是分工的，今天提這問題雖很敏感，也懇請大家重視，如果今天醫師的待遇非常好，醫界也不會爭取這些小收入，主要是因為醫師在現今的健保總額制度下收入不合理，才會產生今日的現象。請委員先不要下定論，大家可再思考如何讓醫事人員專業分工，全民獲得最好的醫療照護，才是未來全國民眾想要的。

黃委員啟嘉

- 一、李委員蜀平提出本案，我看法如下。我認為擔任健保會委員是一種責任與承擔，並非有任何利益與好處。健保會的組成，是以讓全民健保能更有效率地照顧民眾健康為目的。委員組成考量應奠基於此，而非其他的因素。
- 二、另解釋說明，李委員蜀平提到西醫有 6 席代表，其實目前 6 席

委員中有 2 席是醫療管理人員，並非單純醫師，即楊委員漢淙與謝委員武吉都是醫管專家而非醫師。

謝委員武吉

我也具有醫事人員資格的喔！

黃委員啟嘉

- 一、抱歉，我也是半個管理人員，當醫療管理人員來參與沒什麼不對。若沒有醫療行政人員協助醫院的管理與運作，醫師也無法很有效率地提供醫療服務。這裡請大家想一想醫療服務提供的成敗由誰負責，試一試思考下列問題，第一，當看病看不到時，民眾會找誰負責，是找醫師、藥師、護理師還是醫檢師呢？第二，看病有副作用時找誰負責？是找醫師、藥師、護理師還是醫檢師呢？整個醫療成敗的責任，民眾自然要求醫師負起全責，醫師也責無旁貸。所以健保會醫療服務提供者，醫界佔的比例較高也是責任承擔的比例原則。
- 二、剛剛李委員蜀平提到醫師濫用藥物問題，這也讓我們反省，藥物的濫用與不當用藥，是歸責於醫師自律不足，未盡到醫師該有的責任，醫師應改進，但這本身仍應屬醫師專業職權而非其他專業所能替代。醫師開藥時應弄清楚病人的用藥情形，這是醫師該做的事情。醫師沒做好是醫師該改進，而非由非醫師取代醫師去做。
- 三、應考量如何安排委員席次，應以符合健保會設立的目的以及民眾醫療最大的利益為考量。

鄭主任委員守夏

謝謝黃委員啟嘉，請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、本案只有破壞醫界內部和諧，不會有結果的。現在是衝著醫院的代表，醫院有 4 席代表，我們是分 3 層級，而不是以費用占率分配。李委員蜀平提到藥費占 25%，其中醫院占大多數，但醫院的費用占率 65% 已包含藥品，所以不能單獨將其切割出

- 來。事實上，關心醫院藥費問題的是院長，不是藥師。
- 二、我覺得這樣討論下去永遠都不會有結論，醫院中有醫師及各類醫事人員，醫師還分很多專科。目前有五大皆空的問題，是否五大科的專科醫師都要進來，這樣馬上就增加 5 位；還有老年化的問題，其涉及的專科相當多，是否也應考慮納入骨科、復健科醫師，這樣下去，相信後面再加一圈座位，大家也不見得會解決。
 - 三、向大家說明，我們相當重視各層級醫院、醫師、所有醫事人員的權益與意見，為此，醫院協會還另外成立健保委員會，每次來開會前，我們都要先凝聚共識，會後還要討論如何執行，例如本會通過提升住院護理照護品質方案後，有 20 億元的預算，我們事後必須與 3 層級的醫院代表討論如何分配。
 - 四、我們是代表醫事服務機構，機構內所有部門與人員的權益，都必須納入考量，例如替醫事人員向勞動部爭取權益，包含住院醫師的工作時數等。勞工團體建議廢除勞基法第 84 條之 1(規範部分工作性質特殊者，與雇主間有合理協商工作時間之彈性)，對醫院的傷害非常大，我們為此也討論很久，因在大醫院行得通的事情，在小醫院未必行得通。我們是經由這樣的機制，將各種意見凝聚成共識。我代表醫院團體來表達意見，在本會的發言不代表楊漢涑個人，我並未經營醫院，沒有為我自己醫院講話的問題，只是本人長期投入醫療政策管理工作，被選出來代表醫院團體參與這個會，希望大家了解這是不同的代表性。

鄭主任委員守夏

謝謝，其他委員有無意見？請謝委員天仁。

謝委員天仁

付費者沒什麼意見，希望醫界能形成共識方案後再討論。若醫界內部都沒有共識，大家各抒己見，則會議時間會很冗長，請主席英明一點，現在已經下午 1 點鐘了。

鄭主任委員守夏

抱歉！李委員蜀平的提案未獲得委員支持，有發言的委員，傾向維持現行組成。若有更好的改善方法，歡迎委員日後提案。今天委員所提意見，也請曲司長同光參考，看看未來是否有改善空間。接下來進行下個討論案，請同仁宣讀。

陸、討論事項第三案「關於現今醫療院所藥品之健保價與實際售價之差額，係屬於全民健康保險健保總額之一部分，或是屬於獎勵金案」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，請提案人李委員蜀平說明。

李委員蜀平

- 一、主席、尊敬的健保署署長、所有委員及與會者，本案非常簡單而且明確，但健保署說明的內容與本案有些出入，健保會的委員要了解健保費如何使用，有錯嗎？舉個例子，一支注射劑，健保支付 100 元，賣到醫院 40 元，就有 60 元的藥價差。健保署明文規定，所有藥品銷售，只要健保價與實際售價有不實虛報者，經查屬實，其未來所有銷售之藥品健保價就要歸零，所以健保署絕對有資料可分析。
- 二、我只想了解藥價差有多少，每年約 1,500 億元的藥費，占總醫療費用 25%，藥價差有多少？其是否屬健保費，我估計藥價差超過 300 億元。曾詢問過製藥界的朋友，這樣的連動，台灣製藥界工業不易發展，因我們的健保價格只是歐美的約 20%。因為總額的限制，健保署必須二年一次的藥價調整，因而調降藥價，這種惡性循環，會影響台灣的製藥工業。
- 三、以剛剛提到假設 60 元的價差為例，請健保署提供總共累積多少金額之藥價差，有助日後訂定相關機制，例如藥價差的總數 90% 的金額可歸醫師，10% 則歸其他醫事團體，僅這樣而已，而不是如健保署告知藥品費用分配比率非屬監理事項為說詞。
- 四、身為健保會的委員，連 5,000 多億元的醫療費用如何使用，都沒資格知道嗎？拜託所有委員，我們只是想了解方向而已，是要幫醫界爭取合理的給付。另外，內、外、婦、兒科、急診的支付價太低，導致醫師沒有加入這些專科的意願。

- 五、拜託健保署與主席，就這麼簡單，藥價差到底有多少？並未要求公告，只是讓委員知道，有什麼方法可改變，讓藥價差不要影響到台灣的製藥工業之方法、民眾用藥安全能節省開支。台灣是全世界製藥品質要求最嚴格的國家，醫療支付卻很低。今年要全面實施 PIC/S GMP(國際醫藥品稽查協約組織藥品優良製造規範)，藥廠要改成 PIC/S GMP 會花很多錢，少則 1 億多元，多則更多，但健保的支付價卻還那麼低，請問台灣製藥工業的未來在哪裡？
- 六、我只希望了解藥價差有多少？如何合理運用這筆費用？用在醫療上或有其他處理方式？健保開辦至今藥價已刪除約 700 億元藥費，1,500 億元的藥費，砍了 700 億元，情何以堪，這些政策都可以探討，也可與國際比較。台灣藥廠家數因要全面實施 PIC/S GMP 而愈來愈少，家數少了後，又全面 PIC/S GMP，那品質一定提升，應給予相對利潤，讓醫院也能提供更好的醫療服務，大家一起打拼。

蔡委員明忠

- 一、因與果應分清楚，是健保署先訂定藥品價格，醫療院所才採購藥品。滕委員西華剛剛也提到 103 年同意給付 49 項新藥，卻仍有 14 項未生效，因健保署採取非常嚴格的審核標準，以國際中位價訂定藥品支付價，大家都清楚其健保支付價低。但在維護健保總額的概念下，大家共同面對低支付的問題，醫界也不敢講自己獲得太低的支付，只能心裡淌血。
- 二、藥給付有它原本的架構，健保署已有多年經驗及非常完善制度執行藥價調查進行訂價，健保署的報告值得肯定的。今天政府推動 PIC/S GMP 以提升藥品品質，但有關藥品訂價情形為何，屬另一項議題，與本議題完全無關，一併請付費者委員能清楚了解。藥價低、醫療支付低，是目前台灣的現況，也是大家都知道的事情，但這些狀況是否在合理的情況下產生，希望委員可以了解整個流程，及先後因果關係。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、我覺得李委員蜀平所提的議題很深奧。從付費者的角度來看，很簡單，就是要了解藥價差，包括各層級醫事服務機構每年或每半年的藥價差。本案案由不易明白，但藥價差和以藥養醫、用藥浮濫有極大關連。至於個別廠商採購的價格，屬於商業機制，不在本會的監理範圍內。
- 二、印象中，費協會時代，健保局(健保署前身)曾經統計過各層級醫院的藥價差，我認為應該形成機制，每半年、每季或每年統計相關資料，讓委員了解各層級院所(醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所)的藥價差，相信資訊累積多了，大家會較有如何處理的感覺。就監理的角度，我認為各層級醫事服務機構的藥價差比較重要，有必要透明化。

鄭主任委員守夏

- 一、為爭取時間，先提一個較可能的決議，上次決議有一半不是李委員蜀平關心的議題，請委員翻到議程第 29 頁，本會幕僚補充說明一、(一)，本會於 103 年 11 月份委員會議討論「關於現今藥品實際成本及藥品健保給付價格等相關資訊不透明化，導致藥價差情形日益嚴重，應即改正」案，已有決議。雖然決議內容有一半並非李委員蜀平所關心，但屬付費者關心的事項，即藥價調整後，產生很多換藥情形，影響民眾權益。
- 二、至於李委員蜀平關心藥價差百分比部分，誠如剛剛謝委員天仁所言，以前費協會時期曾報告過，所以，安排健保署於 104 年 4 月份提報相關內容，包括醫院總額各層級間的藥價差資料，等健保署報告後，再看看是否為李委員所想的資料。請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、因為對面較多年輕女孩，我們這邊都老了，舉手時主席都沒看

到，不過沒關係！我關心兩件事情，TFDA(食品藥物管理署)已通過 98 家 PIC/S GMP 藥廠，其中好幾家屬同公司，造成壟斷。臺灣大約有 140 多家藥廠，完全通過 PIC/S GMP 者有 98 家；另 26 家藥廠已提出申請，但審查有牛步化現象，今天是否有 TFDA 的人在會場？或者請曲司長同光加以了解，該輔導就趕快輔導通過，另外，還有 22 家尚未申請。希望臺灣老百姓都能吃到非常優良的藥品，這一直是我的期待。

二、另外，調降藥價的結果，導致藥價一直降低，低到藥商不願意賣，我們也應該有所考量，其實醫療院所買不到藥，最吃虧的還是被保險人，而不是醫院最吃虧。

三、謝天仁委員，我會稱呼對方是委員而不會說「他他他」！贊同剛剛謝委員天仁所提，應該將資料區分醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所(4 層級)；或少一點，區分為醫學中心、區域醫院、地區醫院與基層診所及社區藥局(3 層級)，因為地區醫院、基層診所及社區藥局買的量較少，所以價格較貴。至於藥價差一定會有，要怎麼找是技術上的問題。藥費可以不有藥價差，但是要給「藥品管理費用」，這才是合理做法，不能砍了藥價，還連藥品管理費用都砍，就就不對了！我認為應該多方考量，建議李委員蜀平往此方向思考，整體藥品的費用就能更公平、合理化。

鄭主任委員守夏

請李委員蜀平。

李委員蜀平

主席、各位委員及與會者，再次強調，我要的不是本會幕僚補充說明的意見。因為上次提案可能不夠明確，經許多前輩委員告訴我方法，所以本次再提案。我要的很簡單，以針劑價格為例，一支針劑健保價 100 元，藥商賣給醫院 40 元，60 元就是價差，這些金額多少，跟「透明」或「個別資料」沒有關係。而且，我講得很清楚，健保署也有明確規定，因健保價與實際售價不同，例如健保價 10 元，藥商賣給醫院 4 元，6 元就是藥價差，要誠實申報，若未誠實

申報，藥品健保價格就要歸零，非常嚴重！感恩謝委員天仁所提，先整理 1 季的數據讓大家參考，總是要有數據，才知下一步要如何改變。祈望未來必須面對此問題，所以請安排專案報告。有的「藥價差」可以差到 60%，健保支付價 100 元，醫院才買 40 元。健保署如要做機動調查，應全部公開，不能只處理個案。我只希望能了解藥價差佔多少比率、未來是否有機會檢討重訂政策。拜託主席，請挺此提案。

鄭主任委員守夏

- 一、我同意！103 年 11 月份委員會議的決議，暫時不提。請問大家是否同意謝委員天仁的建議？(未有委員反對)好！本案決議依照謝委員天仁所提建議，請健保署提供藥價差的相關統計資料，並進行專案報告。
- 二、接下來進行討論事項第四案，本案因故未於會議資料印製時列入議程，請大家參看今日的補充資料，並請同仁宣讀。

柒、討論事項第四案「為維護醫療照護體系正常運作，保障民眾就醫權益與品質，應立即依品質確保方案就平均點值低於百分之五進行檢討及補救機制案」之與會人員發言實錄

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀。請提案人楊委員漢淙補充說明。

楊委員漢淙

- 一、這個議題其實已經提過幾次，我國實施總額支付制度，原是希望將健保的財務控制在一定範圍，但現在幾乎是將財務的壓力都轉嫁給醫院，目前點值太低的痛苦，已讓醫院部門無法再承受。最近健保署公布年收入 6 億元以上醫院的財務報表，全部都是依法令規定辦理，有相當多的醫院，如果只單純靠健保支付的收入，通通都是虧本。財報有盈餘的醫院，其盈餘大多來自自費服務，或來自其他業外收入。營運好的醫院，盈餘最多的也只有 10%，但醫院的投資成本那麼高，工作的人員那麼多、那麼辛苦，這種盈餘算很低的，何況還有相當多的醫院正處於虧損狀態，盈餘低於 3% 以下的醫院，其實相當多。
- 二、上次提案時，大家都提到總額支付制度的精神，就是希望部門可以自主管理，但現在問題在服務量，這並非醫院單方面可以控制。醫院總額的點值偏低，也許是醫院衡量，也可能是管控不佳，但病人的結構及就醫情形，也是存在的，並非單由醫院所造成的影響。舉例來說，剛才大家在討論的新生兒人數一直減少，但新生兒的醫療費用為何卻呈高度成長，主要是現在不足月或不足重量的新生兒愈來愈多，1,000 公克或 800 公克的新生兒，各有不同的問題需要處理，費用差距很大。還有大家花了很多時間討論的慢性病費用，快速成長，這些費用都包含在總額中，雖然醫院總額每年接近 4,000 億元，但之前光放寬適應症，Statins 藥品的費用，1 年就增加 30 幾億元，我們哪有那麼多 30 幾億元可以填補？這些問題，從來都沒有做過結構

性的調整。

- 三、也許大家認為醫院部門並未提出解決對策，但有很多問題並非醫院可以控制，希望大家可以理解。醫院最大的困難，就是平均點值一直徘徊在 0.85~0.88 之間，點值惡化的問題，應該要用結構性方式來處理。我去演講時，最常舉的例子就是，百貨公司只有逢年過節會打折，但醫院總額卻一年 365 天每天都在打折。以現在財務報告的資料，應該可以相信，因為醫院不可能做手腳，雖然有幾家醫院經營得不錯，但絕大部分都經營得很辛苦。現在安全準備已經將近 1,200、1,300 億元左右，這種情況下，我們能否想一個解決醫院點值低落的方案，否則長期下去，醫院很難經營。以經營還不錯的財團法人長庚體系為例，也是 2 家醫院有盈餘，2 家醫院赤字，長期以往，對醫院是很沉重的負荷及傷害。

鄭主任委員守夏

楊委員漢淙的說明已經很清楚，現在開放其他委員表示意見。

謝委員天仁

- 一、102 年 4 月曾討論過謝委員武吉的提案，當時的決議是以浮動點值低於 0.9 為監測標準，現在不到 2 年就要提高至 0.95。假使點值低於 0.95 就要回補的話，那健保會等同在做違法的決議，因為健保法講得很清楚，我們就是實施總額支付制度，在總額支付制度下，本來就會有點值的問題。
- 二、假如不管協商的結果如何，當醫院一直衝量，只要衝到點值低於 0.95 就可回補，一旦有這種決議，所有的醫院馬上開始衝量，屆時我們要如何對付費者交代？我認為這個問題在 102 年 4 月才剛提出來，總要監控一陣子，探討到底有哪些問題，然後思考如何處理才對，而不應該在此時又提出來，加上現在時間也晚了，不能充分討論，根本無法處理，建議本案擱置，否則，大家每年協商時辛苦將預算砍下來的結果，只要點值一低於 0.95，就立刻回補，那幹嘛協商，我們解散就好了！我認

為這樣做並不適宜。應該好好檢討之後，再尋求合理的處理方式。

鄭主任委員守夏

感謝委員天仁，請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、這是個老案子，我也知道，醫界長久以來都很在意點值偏低的問題，但將心比心，我也贊同謝委員天仁的意見，總額預算是固定的，管控得好，點值就高，管控不好，點值就低。
- 二、每年總額都是依法公告，總額已經確定，健保署其實也沒有多餘的預算可以啟動補救措施，所以今年總額若有不足致影響點值偏低，建議醫院部門透過明年總額協商時，再提出方案及數據，以符合民眾實際需求的角度，大家再來慎重考量，不應該於現在要求補救措施。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員登順，接著先請謝委員武吉，再請陳委員聽安。

謝委員武吉

- 一、大家說的各有道理，102年4月我有提過相關提案，其實是在之前提出的，只是拖了好幾次才列入102年4月份的議程，但可惜仍是見樹不見林的討論，希望這個問題能從見樹又見林的角度思考。
- 二、請委員參閱剛才黃署長三桂的業務執行報告第76頁，醫院總額的平均點值只有在92年是0.9559，接下來93年是0.8998，當時還有一位衛生署副署長下台，之後沒有任何1年或1季超過0.95；浮動點值的數據更難看，難道這個問題不值得重視嗎？希望大家幫忙考量一下！我只是醫界的一個平民，請大家認真想想，早點面對此問題。

鄭主任委員守夏

請陳委員聽安。

陳委員聽安

- 一、過去我曾擔任第一屆的監理會委員，那時覺得監理會效率不太好，但沒有想到，二代健保實施後，以我第一次來參加健保會的心得來看，會議比較缺乏效率，所以在此提出以下具體建議。如果委員可以同意的話，也要尊重主席，因為主持會議不容易。
- 二、各議案包括報告案及討論案，依案件複雜程度，預訂委員的發言次數及時間。針對提案人或對議案有意見的委員，我認為 3 次的發言機會應該足夠，對於已經發言過的委員，請優先讓給尚未發言的委員，使所有委員都能有發言機會，也容易得到結論。
- 三、楊委員漢淥是我的老朋友，但您今天的提案我不能表示贊同，因為基本上本提案與總額支付制度的精神不相吻合，與其如此，不如先請健保署將總額支付制度實施以來，就歷年的經驗，分析利弊得失，也許較妥適。提供個人的淺見，請各位委員多多指教。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

- 一、我尊重剛才委員們的發言，但醫院總額實施至今，一直不斷地提高預算，這麼多年下來，預算已經成長很多，直到去年才較合理，現在又提出點值要保障 0.95，付費者實在很難接受。希望以後不要再提出此議題，我看每個月的業務執行報告，平均點值都超過 0.9 以上。
- 二、我最感佩的是牙醫門診及中醫門診總額部門，他們管控得很好，點值都在 0.95 以上，也許你們會說他們有收自費項目，但哪個部門沒有自費項目，每次都拿這件事向消費者開刀，消遣我們。如果從歷年核定的成長率來看，10 幾年來醫院總額成長多少？我們的薪水未調整，物價卻飛漲，陳委員聽安只是

客氣地說不表贊同，我則要明確表達反對。

- 三、如果有好的建議，請在評核會前提出，總額支付制度的精神就是要做好內部管控，為什麼牙醫門診及中醫門診總額部門有能力管控，而醫院反而沒有辦法，點值一偏低就說撐不下去，一定要救到 0.95，哪有這種事，把總額的精神放在哪裡？希望以後不要再這樣，每隔一段時間就舊案重提，這件事讓大家吵鬧不停。總額實施以來，健保整體預算成長多少倍？從 2,000 多億元成長至快 6,000 億元，繼續這樣吵有何意義？

鄭主任委員守夏

謝謝干委員文男，請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、我也同意謝委員天仁的看法，事實上成本跟利潤的爭論，在總額協商會議時已經討論多次，從健保署公布的第 1 次財報資料看來，醫院間的差異其實非常大，而且社會上對利潤分配，也還是爭論不休，本案等於變相保障點值至 0.95，使得點值保障每點 1 元的項目意義變小，加上部分分區每點超過 1 元也沒有退回，還是給 1 點多元，雖然這樣的分區並不多。
- 二、在醫院財報還需要繼續觀察，及兼顧總額支付制度的精神下，我呼應謝委員天仁的意見，如果 102 年已經討論過謝委員武吉的提案，並決議要觀察，目前也已經有特殊案件的回補機制，例如高雄石化氣爆事件，已經有補償機制，似乎也沒有太虧待醫界，建議本案就依謝委員天仁的建議，先觀察一段時間，如果真的還有問題，就在今年協商明年總額預算時再列入議案，探究點值偏低的問題究竟是在分區還是在不同部門總額。

鄭主任委員守夏

請李委員蜀平。

李委員蜀平

我非常贊同陳委員聽安的意見，建議可以考慮將 35 位委員分成 5

組或 6 組，這裡有很多團體代表，很努力為健保奉獻心力，所以時間很寶貴，將來如果要提案，各小組可以先自行召開會前會討論，並將擬辦寫好，正式委員會會議時，發言時間及次數都可以限制，將會議時間控制到不用吃便當，效率才會好，也減少社會成本。

鄭主任委員守夏

- 一、大家可以想像，這個提案並不容易形成共識，目前為止的作法是，在協商之前醫界可以提出明確的訴求，協商時請付費者代表對額度的設定寬鬆一點，這是以前的作法，至少保留這個彈性。另針對點值低落，或醫院經營困難的問題，可否再觀察一陣子，尤其現在剛公開醫院的財務報表。協商之前請醫界代表就點值低落或經營特別困難的問題，提出數據，這樣一來協商時會比較好談。至於回補，坦白說，在總額支付制度下難以執行，所以本案就先觀察後再議。
- 二、對於陳委員聽安所提建議，請同仁先調查委員的意見，可否開始設定規則。外界對本會的看法是較沒效率，我還可以接受這個意見，因為有一大半是主席的責任，另一半實在是因為討論熱烈停不下來，這是沒辦法的事。但至少重要的事情我們都有達成，沒有效率並不是致命傷。如果委員都覺得應該要改進，當然就要限制發言次數，甚至限制發言時間；委員若都有共識，以後請幕僚就各報告案或討論案，依議案複雜程度，預先設定時間，每位委員各案發言次數限制 3 次，但建議先不要限制發言時間。有的議案較複雜，若一直按鈴催促，可能會使發言者情緒變差，而氣氛對於本會很重要，需要有一點妥協，沒有辦法完全追求效率。
- 三、如果半數以上委員認為限制發言次數可以提升效率，那就試辦看看。第一屆委員已經互相認識 2 年，也了解彼此的脾氣，誰講話快，誰講話慢，都已經習慣，這樣也許有助於控制時間。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

- 一、我還是要表達意見，擔任委員不能怕講話，或擔心會議時間太長，否則自己要檢討，其推薦單位也要檢討。主席要將立場不同的雙方，磨合到有共識，頭腦要很清楚，不是那麼容易，必須同時具備公衛、醫藥方面的專業，還要了解民眾的需求。
- 二、我認為不要限制委員發言，如果要限制，不如不要開會；既然要開會，內部作業沒有先管控好，提那麼多議案，還講什麼效率？到此開會要背負許多壓力，若發言內容被推薦團體內部成員質疑，回去馬上遭到電話關切。說本會沒有效率，讓我很遺憾，本會基本上有付費者及醫界兩大團體，立場不同，在會上要講到雙方都滿意，本來就是很困難的事情。

鄭主任委員守夏

- 一、干委員文男的意思是，基於本會議案的重要性，既然當了委員就認份一點，當次會議盡量將議程完成，不要遞延。不過有關陳委員聽安的建議，我想還是請幕僚調查委員的意見，嘗試尋求可改善議事效率之處。不過若為了追求效率而未達共識與做成決議，則沒有意義。
- 二、回到討論事項第一案，有關付費者代表委員參加健保署相關會議之建議名單，抽籤結果為：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議」，醫院總額為陳委員幸敏、侯委員彩鳳；西醫基層總額為楊委員芸蘋、張委員賜；牙醫門診總額為吳委員玉琴、李委員永振；中醫門診總額為蔡委員登順、莊委員志強；門診透析服務為滕委員西華、林委員敏華。至於「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之被保險人代表則為干委員文男、蔡委員宛芬。委員若有其他考量，需要私下協調互換的，只要雙方談定，再告知本會幕僚即可，但更換後就不再變動。(註：滕委員西華與蔡委員宛芬等 2 位委員，於會上告知幕僚，雙方互換；莊委員志強與李委員永振等 2 位委員，於會後通知幕僚，雙方互換)

- 三、現在剛好下午 2 點，已開會 4 個半小時，第 1 屆的柴委員松林曾說，若開會超過 4 小時，將因疲勞而導致腦筋不清楚。請委員考量，目前尚有一個臨時提案，滕委員西華及蔡委員宛芬所提的漁業法修訂案，該案將使健保署還要退回過去所繳交的健保費，若委員能有共識，就可對外表示健保會反對此修法案。
- 四、另外，還有 2 個專案報告，其中「保險對象自付差額特材之實施情形」已經遞延 1 次，為了效率，是否 2 案中至少要報告 1 案。建議先處理臨時動議。(委員未有反對意見)

捌、臨時提案「針對立法院1月22日三讀通過漁業法第69條之2修正案，另要求健保署返還98年1月1日起至該法修法生效日止之已收健保費，且對欠繳者不再催繳及罰款一案，本會應表示反對此一違反保險權利義務之事，該法通過前之欠費及滯納金仍應依法繳納，已收取之保費不應返還案」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

- 一、依上次(103年12月份委員會議臨時提案)的默契，出席會議的委員，有27位都簽名連署，只有2位政府代表沒有簽名，所以可算是健保會全體委員的共識。
- 二、本案因連署委員的人數沒有過半，尤其醫界代表都沒有簽名，可否算健保會有共識？個人持較保守看法，請問這可說是付費者代表委員之共識嗎？但漁會代表陳委員健民又反對，因此請委員針對本案表示意見。先請提案人滕委員西華或蔡委員宛芬說明。

滕委員西華

- 一、委員人數須過半才能以健保會的立場發表意見，尊重此看法。事實上，我們這次提案沒有為難本會10位保險醫事服務提供者代表加入連署，因為立法院的提案委員之一是蘇清泉委員。
- 二、基於維護健保保費權利義務的完整性，健保會不應對此議題懈怠，漁業法的修法案，導致健保署還要歸還已收取的保費，而該收的又不收，若不堅決反對，下次就會有團體再以同樣手法，用立法院來強暴健保法，強迫衛福部接受，強迫健保署買單。所以不是錢的問題，如果本案沒有辦法做成決議，我們提案人與連署人都都接納，因為相關意見都會列入會議紀錄，若有人問起，我們還是會強烈表達這是不對的事情，本案尊重主席的裁決。

鄭主任委員守夏

表達個人意見，本案我同意連署，故目前除2位提案人外，共有

11 位委員連署(李委員蜀平：我願意連署，所以是 12 位)，若還有要連署的委員，請再加入(何委員永成加入連署，所以是 13 位)。

陳委員健民

- 一、我是漁會的一員，針對本案說明原委。其實擁有漁船的漁民，不全是公司或大老闆，有很多漁民是因為住在海邊，就靠海吃飯，擁有一條小船，因為現在很多年輕人都離鄉了，沒辦法只好雇用外籍漁工，船上大概也只有 2、3 個人而已，規模很小，加上有些本國漁民不太清楚健保規定，沒有幫外籍漁工辦理健保。因為沒有辦理加保手續，這些外籍漁工，當然就沒有拿到健保卡，更無法享受健保的醫療資源。至於遠洋漁業的漁民，因為長期都在國外，其實也很少使用健保。
- 二、本次漁業法的修正案已三讀通過，希望就依法辦理，不要再討論。主要考量那些外籍漁工自始自終沒有拿到健保卡，也沒有使用健保資源，建議就依本次修法案所通過的內容來辦理，也算合乎情理。

鄭主任委員守夏

- 一、本案就不再進行討論，因為沒有共識，所以不算委員會議的決議，至於個別委員可自行對外表達個人意見。
- 二、現在還有兩個專案報告，要不要趕工一下，至少拚一個？(謝委員武吉：下次啦！)干委員文男的意見是，盡量完成該次所有議案，另也有委員認為可以遞延至下次。
- 三、因為專案報告第一案「保險對象自付差額特材之實施情形」，是之前本會強力要求的，而且自付差額特材也是非常多委員關心的議案，今天至少先完成第一個專題報告好嗎？(未有委員表達反對意見)。
- 四、對能留下來的委員，非常感謝！委員若因時間關係無法留下來討論，也可以書面表達意見。我們採用陳委員聽安的意見，報告時間不超過 10 分鐘，12 分鐘的時候請同仁按鈴，討論也不超過 15 分鐘，本專題報告預計 30 分鐘內完成。

玖、專案報告第一案「保險對象自付差額特材之實施情形」與會人員
發言實錄

健保署蔡專門委員文全報告

鄭主任委員守夏

謝謝蔡專門委員文全的報告。請問委員有無垂詢？請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、自付差額特材似乎是無法避免，因為要顧慮病人的選擇權，目前醫療科技又進步那麼快，很多新的產品上市，所以必然會有自付差額的品項。現在醫院購買這些產品很麻煩，因為廠牌相當多，每個廠牌的價格又都定得很硬，其實沒有太多討價還價的空間。
- 二、不曉得健保署現在核定的特材品項，是否能將所有廠牌及型號都納入？以大家都很關心的塗藥血管支架為例，價格差異蠻大，由5萬多到8萬多元都有，跟醫院查了一下，是廠商本來就賣給醫院這麼貴，不過根本原因是與醫院的使用量有關，有的醫院1個月用3個，有的醫院一個月用100個或200個，購入的價格就會差很多。如果健保署在核定價格時，沒有考慮到採購量小的醫院，就會造成病人就醫更集中，朝採購量大、能壓低價格的醫院就醫，不曉得制度上如何改善，才能讓所有的醫院都適用？

鄭主任委員守夏

先讓幾位委員都提問後，再請健保署統一回復。女士優先，先請滕委員西華。

滕委員西華

在此請教兩個問題：

- 一、投影片第17張提到訂定自付差額上限值，第一個公告的類別是人工水晶體；另依投影片第13頁，人工水晶體共有41個品項，其中依同功能類別予以分組，同組內的價格，卻仍有

50%的價差，也就是有醫院定價 4 萬多元，有的定價 1.9 萬元。因此，我主要想知道同功能、同組別內的價差是否要列入監控？因為民眾還是選擇醫師及院所的機率較高，不太可能為了價差就換醫院。試想台北的民眾看到高雄榮總價格較低，會真的跑去高雄就醫嗎？

- 二、自付差額改列為全額給付，有幾個情況，其中之一是健保已給付的特材，因市場自由競爭機制，已由市場退出，請問這是甚麼樣的情形？如果是自付差額品項已成為常規使用，這就不在話下。但若以自付差額的占率來看，例如投影片第 6 張，血管支架自付差額的占率已高達 5 成，可稱為常規使用嗎？也就是 2 支支架中，有 1 支使用自付差額特材，這樣為何還不能算常規使用？許多產品的自付差額占率也都在上升，心律調節器甚至比人工水晶體高，我想詢問健保署，何謂「常規使用」？結合價格、療效、健保已給付品項占率下降趨勢等因素，可看出該自付差額品項的使用率這麼高，另也可再結合健保署資料分析看看，以心臟血管支架來看，已有國際研究顯示對存活率及生活品質甚至併發症，都沒有明顯差異，卻為何沒檢討將之納入全額給付的項目？或列入差額上限值的品項中？

鄭主任委員守夏

請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

- 一、我的部分意見與滕委員西華一樣，自付差額特材改列全額給付的標準為何？所謂退出市場的定義為何？是市場都沒有了，還是少了 10%、20%？從作業原則看不出來，或許對於何謂退出市場應有更精確的定義。
- 二、回到訂定差額負擔上限的目的，現在健保署的方式是當自付差額差異擴大的情況下，才訂定上限。但差額負擔上限的訂定，應是為保障更多民眾使用特材的權益，建議應重新思考訂定自付差額上限的標準，將較常使用的特材，例如心臟血管支架已

有 50% 民眾使用差額負擔品項，則可開始考慮訂定民眾負擔上限。

- 三、關於自付差額作業原則之修訂，列為差額負擔特材的條件為價格昂貴且經認定無法納入全額給付者，但不清楚價格昂貴的定義為何？因為其功能有可能是增加耐久性，長期使用會使健保支出下降，但可能價格昂貴，故成本效益如何認定？從作業原則看不出來，建議相關規定應該更細緻、精確化，以避免不必要的爭議。
- 四、自付差額上限的訂定原則之一，高出國際價格且顯有不合理，所謂國際價格的定義為何？平均價、最低價、還是最高價？作業原則中並沒有訂清楚，建議將之定義清楚，以避免誤解。

干委員文男

健保署的報告僅呈現自付差額特材品項的申報數量，但未呈現民眾自付差額的費用與健保給付的比率。現在財務情況尚佳，醫事服務提供者希望自付差額特材品項愈多愈好，但民眾希望特材納入自付差額 2、3 年內即改為全額給付，所以自付差額的品項愈少愈好。

蔡專門委員文全

謝謝委員的指教，以下重點答覆：

- 一、委員所提有關列為自付差額的條件，其中對於價格昂貴如何認定乙節，自付差額特材品項依法需送健保會討論，也訂有相關條件。但何謂昂貴確實很難定義，因其為相對的概念，例如血管支架目前健保約支付 16,000 多元，民眾自費如為 2、3 萬元，因納入給付會增加 2、3 倍預算，在此情況下，並未符合成本效益，尚無法納入全額給付，故暫時採自付差額方式。此外，相對於已納入健保給付的既有特材，若有附加功能，例如增加耐久性、讓病人更方便或有利於監控病情等，都會逐項提到健保會討論，並提供證據，以獲得支持納入自付差額品項。
- 二、有關訂定差額上限，例如人工水晶體價差非常大，為何會有價差，因為即便同屬可改善眩光情形的非球面水晶體，有的醫院

收 2 萬元，也有醫院收 6 萬元，差距非常大，有可能是採購問題，或是產品有一代與二代差別，比較新的產品價格會較高。我們現在的做法是先訂定同一品項的差額上限，尚無法依同功能品項來訂定。例如，同樣是非球面水晶體，可能有 20 項，但會有不同代的產品，故價格不同。若要統一訂定差額上限，會讓新品項直接出局，無法引進。因此，目前第一步要做的，是先依相同品項訂定差額上限，讓價差不要太大。所以人工水晶體的差額上限，約有 50、60 個上限，不會只有一個數字，否則會讓新品項進不來。

- 三、對於國際價格的認定，健保署要查詢國際價格相當困難，雖然現在藥品公開在網路上的國際價格資料非常完整，但特材則相當缺乏。事實上，因為其他國家對於特材大多內含在診療費用，所以要由網站取得具公信力的資料，非常少、也很困難。所以採醫院公布的價格，先縮減相同品項的價差，讓相同品項在不同醫院間，價差不要太大，將來再縮減不同品項間的價差。
- 四、剛剛有提到自付差額之塗藥血管支架品項使用量已經占 50%，是否要改為全額給付或訂定差額上限，這也是我們要考慮的部分，的確，為何無法納入全額給付，是因目前塗藥支架自費部分仍高，現階段健保沒有能力納入全額給付。對於部分品項已經降價的部分，逐步納入全額給付是可以做的。至於大家所提，對自付差額占率超過 50% 者可訂定差額上限，這也是我們考慮的部分，所以下一步可能須針對塗藥血管支架訂定差額上限。
- 五、本次的報告有呈現自付差額品項的件數、費用及占率，但健保支付的單價可於會後再提供委員參考。

蔡委員登順

一般而言，生病的人屬弱勢，對於需使用的特材，通常只要求知道其耐久性及未來會發生什麼變化，但談到需自付差額或採用的品

項，病人多數會聽從醫師的建議。對於自付差額差異太大的問題，只有健保署有能力管控，建議各醫院間的落差不要超過 5%。因為病人對特材的功能性不懂，只能聽從醫師的建議，既然會到某家醫院或指定某位醫師看診，一定是相信他，但開價是憑道德良知，少數醫師恐有漫天喊價的行為，也請健保署能盡責管控。

謝委員武吉

建議清點人數，散會。

鄭主任委員守夏

對本報告案，委員還有無請教？如果沒有的話，報告案到此結束。

楊委員漢淙

我擔心健保署蒐集、公告的自付差額品項不完整，例如現在公告的項目，若醫院使用的型號或品牌不同，會被認定超額收費而予以違規記點。建議在處理時應更為周延，能將所有的廠牌及型號都納入，或將目前核定差額上限的情形讓醫院充分了解，例如核定為 6 萬元，醫院就不會買超過 6 萬元；但不能因資料蒐集有困難，就只公告部分項目。尤其現在病人取得資訊很便利，可從網站或國外友人得知，並要求醫院使用健保未公告品項，這種情況下，醫院被處罰並不合理。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝，委員所提相關建議請健保署參酌。過去曾討論是否訂定差額上限，但考慮只要訂有上限，醫院就會收取上限費用，所以訂與不訂各有優缺點，請健保署盡量幫忙。收集資料確實很困難，但若很容易，還需要健保署嗎？就是很困難才需要健保署。很抱歉本次會議時間拖到比較晚，第二個專案報告遞延至下次會議。
- 二、請問有無臨時動議？沒有的話，今天會議到此結束，散會。謝謝大家！