

全民健康保險醫療費用協定委員會
第 178 次委員會議事錄

中華民國 100 年 12 月 9 日

全民健康保險醫療費用協定委員會第 178 次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國 100 年 12 月 9 日上午 9 時 30 分

貳、地點：中央健康保險局臺北業務組901會議室

參、出席委員：

何委員語

李委員明濱

張副秘書長孟源(代)

孫委員茂峰

孫委員碧霞

張委員惟明

莊委員淑芳

許委員怡欣

連委員瑞猛

陳委員玉枝

陳委員宗獻

陳院長特助瑞瑛(10:40 以後代)

陳委員明豐

陳委員錦煌

陳常務理事彥廷(12:50 以後代)

黃委員建文

黃委員偉堯

李科員惠涓(代)

黃委員碧霞

葉委員宗義

葉委員明峯

廖委員本讓

劉委員清芳

曾簡任視察錦春(代)

蔡委員登順

謝委員武吉

蘇委員清泉

劉副秘書長碧珠(代)

肆、請假委員：

林委員啟滄

凌委員月霞

謝委員天仁

伍、列席人員：

行政院衛生署

朱組長日僑

梁組長淑政

中央健康保險局

戴局長桂英

黃副局長三桂

蔡組長淑鈴

沈組長茂庭

全民健康保險監理委員會

柯副主任委員桂女

本會

林執行秘書宜靜

張組長友珊

陸、主席：楊主任委員銘欽

紀錄：黃偉益

柒、主席致詞(略)

捌、協商會議：100 年度醫院總額「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」預算不足案(協商時間：10:40~11:37)

玖、報告事項

第一案

案由：確認本會上(第 177)次委員會議議事錄，請 鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(第 177)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、本會第 177 委員會議決議(定)事項辦理情形，其中「101 年度全民健保各部門總額協定事項之相關計畫與後續須辦事宜」、「請中央健康保險局儘速檢討住院病患至他院轉診、轉檢等相關規定」、「請中央健康保險局儘速邀集相關醫事團體，釐清十大初級照護疾病與支付標準項目相關性之事宜」、「台大醫院誤移植愛滋器官

相關醫療費用及賠償不應由全民健保支付案」及「請中央健康保險局籌組專案小組研擬實施方案，並可邀集本會醫界與付費者代表委員參與」等五案繼續追蹤，餘結案。

二、原預訂於明(101)年 1 月 13 日召開之第 179 次委員會議，有委員提議，因次日適逢第十三任總統、副總統及第八屆立法委員選舉，考量交通因素，建議停開一次。請幕僚視預訂討論之議案，調查委員開會意願後決定。

三、餘洽悉。

第三案

案由：中央健康保險局報告「全民健康保險第 7 次藥品支付價格調整方案及相關配套措施」，請 鑒察。

決定：洽悉。

第四案

案由：中央健康保險局報告「醫療費用支出情形」，請 鑒察。

決定：洽悉。

拾、討論事項

第一案

提案單位：本會第一組

案由：100 年度醫院總額「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」預算不足案，經協商會議獲致之結論，提請 討論。

決議：

一、100 年度醫院總額「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」雖經協定專款經費不足時，由一般服務支應。惟因 100 年實際執行可能超過協商時預估之服務量及經費額

度，考量該計畫之專款係配合衛生署政策，爰經召開協商會議，同意超出原預估額度(28.6 億元)部分，由 100 年度其他預算項下，「其他預期政策改變所需經費」之剩餘款挹補，並以 2 億元為上限。若該計畫經費仍有不足，依 100 年度協定事項，仍應由一般服務支應。

- 二、上開「其他預期政策改變所需經費」之動支，將依本會 100 年度協定事項，陳報衛生署核可。
 - 三、後續經費挹注所涉執行面之結算事宜，請中央健康保險局會同醫界議定之。
 - 四、本次經費之挹補係屬特例，往後仍應遵循本會前所立下「專款項目之款項不得以任何理由流出」之原則。
- (各委員發言之意見，摘錄重點如附件一，併陳衛生署參酌)

第二案

提案單位：本會第一組

案由：其他預算項下「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目，其經費之適用範圍與動支程序案，提請 討論。

決議：

- 一、修訂非預期風險動支程序之提案前審議評估可參用之指標如下：
 - (一)不可預期因素影響致使部門總額該季全局預估平均點值在 0.9 以下，且較去年同季點值下降幅度 $>5\%$ 以上。
 - (二)不可預期因素影響致使該部門一般服務之該季醫療費用點數成長率 $>$ (當年度醫療服務成本及人口因素成長率 $+5\%$) 以上。

二、餘照案通過。修正後之「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費項目之適用範圍與動支程序」如附件二。

第三案

提案人：謝委員武吉

案由：針對第七次藥價調查及調整作業，請健保局提供各層級醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所之採購價(最高、最低及中間)、數量(最高、最低及中間)與其交叉分布、廠商販售價格…等相關資料，供本會委員了解是否符合公平或有圖利之行為案，提請 討論。

決議：於下次委員會議續議。

拾壹、臨時提案

第一案

提案單位：本會第一組

案由：有關中央健康保險局來函表示，「101 年門診透析預算協定增加 1% 成長率用於鼓勵非外包經營之透析院所」乙案，因外包之認定確有其困難，乃請本會再予考量案，提請 討論。

主席裁決：移至下次委員會議討論。

第二案

提案單位：本會第一組

案由：中央健康保險局函請本會推薦「全民健康保險『研擬轉診實施方案專案小組』」之委員代表案，提請 討論。

決議：

一、本會推薦醫界代表 4 位，分別為三層級醫院及中華民

國醫師公會全國聯合會代表各 1 名；付費者代表 2 名，為陳委員錦煌及何委員語；專家學者代表 2 名，為黃委員偉堯及許委員怡欣。

二、上述醫界代表請洽詢相關單位確認名單後，函覆中央健康保險局辦理。

三、另醫院及西醫基層代表建議，各層級醫療院所皆應有代表參加，至少 2 名；中華民國牙醫師及中醫師公會全國聯合會代表建議，希望能有參與機會，至少可以列席等意見，併送中央健康保險局參酌。

拾貳、散會：下午 1 時 15 分。

附件一 各委員對本案之重點意見彙整表

| 代表方 | 重點意見 |
|------|---|
| 醫院部門 | <ol style="list-style-type: none"> 1.全體醫院代表建議，嗣後計畫於年度中之執行數若已達原協定額度，應立即終止執行，並追究健保局編列該預算不足之責任。 2.明(101)年預估「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」需 35 億元經費，但健保局協商草案只編 19.22 億元，若還是不同意其他專款經費可流用，則建議明年該計畫預算用完就不再實施，要治療就自費，這是沒辦法的事，不可能每年從一般服務切 20 億，貼錢給 B、C 肝。否則，就要看健保局有什麼讓費用不再成長的管控方法。 3.健保局預估的數值不是不準，但一直由一般服務支應 B、C 肝治療專款經費不足，一定會排擠、壓縮到其他重症的治療。難道只有 B、C 肝治療重要，其他重病、住院等治療都不重要嗎？醫院長期在低點值的情況下，收治重症是收一個虧一個，以後醫界何去何從？平心而論，其實不管挹注多少錢，這都是用在民眾身上，並不是給醫院。 4.何來 15.78 億藥價節餘款？去年協商時，即一再強調這根本是虛無的數字，但始終不被認同。檯面上給醫院 3.17% 的成長率，但扣掉須由一般服務撥給 BC 肝的金額後，其實 100 年醫院的成長率所剩無幾。 5.B、C 肝治療費用驟增的主因是 Indication(適應症)開放太多，原須穿刺檢查，現放寬為生化檢查即可，藥物治療的年限也放寬，但健保局放寬這些適應症也不曾與醫界協商，所以醫界才会有這麼大的反彈，健保局當然也須負管理上的責任。 6.醫院部門也支持採事前審查，事實上，醫界於年度中已知計畫經費不足，當時也曾向健保局建議應馬上管控收案並逐案審查，但似未見積極作為。因此，若要等預算不足時，再跟健保局協商如何處理，恐怕也沒用。 |

| 代表方 | 重點意見 |
|--------------|--|
| 醫院部門 (續) | 7.全民健保不應該是包山包海,「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」的目的是預防肝癌,既然是預防性計畫,就應由公務預算支應而非由健保負擔,例如乳癌、大腸癌、子宮頸癌等癌症篩檢,即由國健局編列預算支應。 |
| 其他醫界 | B、C 肝的治療有醫療上的延續性,任意停藥、終止治療,恐影響病人權益。為避免病人治療到一半不能停藥,但又因經費不足被迫終止治療的窘境,建議可事先就計畫之年度經費及每位病人所需藥費推估可收案量,收滿即止;並須透過事前審查,確認醫療之必要性,該使用就使用,只要收案的病患就好好治療,如此,應較為公道,也是醫病雙贏的做法。 |
| 付費者及 專家學者 | <p>1. 99 年 9 月協商 100 年 B、C 肝治療費用之專款經費 12.82 億元,不足部分由一般服務支應,當時預估 100 年所需費用是 28.6 億元。惟 100 年實際執行後,推估可能須支出 32 至 33 億元,超出原預估的 28.6 億元,因此,才同意對不足部分重啟協商。為符費協會協商之精神與原則,有關挹注經費來源,希望尋找可行、合乎程序,且無特定使用對象的經費項目。</p> <p>2. 考量 B、C 肝治療是政府政策推動方向,爰同意以「其他預期政策改變所需經費」項目之剩餘款,在不超過 2 億元額度內,給予挹注,惟該項經費之動支須送署核定。至其他專款項目,如罕見疾病、血友病藥費等,因有特定對象,故反對挪用。</p> <p>3. 由於「其他預期政策改變所需經費」之剩餘款額度尚未明確,雖同意在不超過 2 億元額度內挹注,但若 B、C 肝治療費用仍有不足部分,建議仍依過去的協商原則,由一般服務支應。</p> <p>4. 本案之經費挹注屬特例,往後仍應遵循本會前所立下「專款項目之款項不得以任何理由流出」之原則。</p> |

| 代表方 | 重點意見 |
|-----------------|--|
| 付費者及專家學者 (續) | <p>5.對醫院代表建議「嗣後計畫於年度中之執行數若已達原協定額度，應立即終止執行，並追究健保局編列該預算不足之責任」乙節之意見</p> <p>(1)醫院代表之建議案，前段有關「該計畫於年度中之執行數若已達原協定額度，應立即終止執行」乙節，宜另案討論；至「追究健保局編列該預算不足之責任」乙節，因協商係今年協商下年度之預算，而預算本須概估，原即有不可預測的風險因素，就是神仙也無法精確掌握。所以，反對以此做為懲處健保局行政人員的依據，因為這非常不妥。</p> <p>(2)預算係費協會協商後，由健保局及醫界去執行與管理，若要追究預算不足之責任，「追究相關單位之責任」，也要追究費協會的責任。</p> <p>6.若醫界也認同健保局經費估計準確，就付費者的立場，我們付錢給健保局，可以單純只跟健保局談，付費者的協商結論再交由健保局，請其與醫界進行後續協商。</p> <p>7.應由此經驗學習在未來如何避免發生類似情形，建議醫界代表可於協商時，提出可接受的配套方案或選項，俾供付費者代表參考及選擇，譬如協商時可提出，若事前篩選收案，計畫經費需多少；若不事前篩選收案，計畫經費又需多少等，如此，或可減少事後預算不足時的爭議。</p> |

附件二

「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目 之適用範圍與動支程序

一、適用範圍：

(一)屬「其他預期政策改變」：

- 1.年度中其他預期之健保法及相關法規、政策修訂，其新增費用不在協定時的各部門總額涵蓋範圍，如新增醫藥分業地區所增加之費用、年度中擴大全民健保納保範圍等。
- 2.健保局配合衛生署政策推動實施計畫經費額度不足時之調整^(註1)。

(二)屬「非預期風險」：

年度中發生其他不可預期因素，如疾病異常流行等突發性特殊情況，致使民眾醫療需求大幅上升，對該部門整體醫療費用造成顯著影響^(註2)。

二、動支程序：

(一)屬「其他預期政策改變」：

由健保局依適用範圍，提經本委員會通過後，報請衛生署核定。原列於本項下之「新增醫藥分業地區所增加之費用」，自92年起皆每年按季撥入總額部門結算，同意健保局逕行動支。

- 1.屬已協定項目，經費額度已定，但執行時發生經費不足：於執行年度尚未結束前，推估全年經費將不足時，提案至本委員會報告其實施情形、成效、經費需求及預算不足之因應方式等。

註 1：歷年協定對專款計畫經費超支之處理原則：

- (1)健保局與各總額部門擬訂專款計畫或方案時，已訂定若超過預算，實際服務點數以浮動點值方式處理。
- (2)屬疾病治療處置、用藥之專款，如：慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫、鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質、罕見疾病、血友病藥費等，另於其他預算編列額度，以因應不足所需。
- (3)未來若發生專款經費不足，須由各總額內他項經費剩餘款流用時，其經費之動支程序，應依本會第 170 次委員會議決議，對已協定各項目金額之增減應正式提案，並經總額部門與付費者代表協商。

註 2：本項目係用以因應年度中發生特殊性、單次性狀況之需，費用不計入次年度總額基期。對於非預期政策改變部分，考量政策制定有延續性，需預先籌劃及持續執行，爰對政策項目，建議於協商該年度總額時即納入部門總額協商考量，則協定之預算將列入基期，以敷政策持續推動之需。若不及事先納入協商，則可於實施之當年度，協商次年度總額時，併入考量，爰未將其列為「非預期風險」。

2.協商時已列為將實施之政策，但實施日期及經費額度未定：於政策實施前，提案至本委員會報告該政策實施方式、預估影響、經費需求等^(註3)。

(二)屬「非預期風險」：

1.提案前審議：

由總額部門與健保局共同評估，確定其對總額影響顯著，且其影響不可歸責於該總額部門。

考量「非預期風險」範圍廣泛、無特定標的，建議於實施一段期間，累積經驗及共識後，再逐步建立明確之指標。初期建議評估時可參用之指標如下：

- (1)不可預期因素影響致使部門總額該季全局預估平均點值在0.9以下，且較去年同季點值下降幅度 $>5\%$ 以上。
- (2)不可預期因素影響致使該部門一般服務之該季醫療費用點數成長率 $>$ (當年度醫療服務成本及人口因素成長率 $+5\%$)以上。

2.提案及處理程序：

由總額部門、健保局或本委員會委員正式提案，並提供前述評估內容與相關數據(含不可歸責於總額部門之評估資料)，供委員會討論議定，結果如下：

- (1)不同意動支：結案。
- (2)同意動支且額度明確：確定及進行後續事宜。
- (3)同意動支但額度無法確定：召開協商會議，由健保局會同相關總額部門先協商草擬處理方式建議案，交由本委員會全體委員進行協商。

3.協定、核定與執行：

協商會議結論提經委員會通過後，報請衛生署核定，相關執行細節及結算事宜，請健保局會同總額部門議定。

註3：對協商時已知將實施之政策，但實施日期未定，且非屬單一部門總額涵蓋範圍者，建議健保局於協商時，能列在「其他預期政策改變」項下。

本會第 178 次委員會議
與會人員發言實錄

壹、報告事項第一案「確認本會上(第 177)次委員會議議事錄」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

各位委員及與會人員早。向委員報告，依議程安排是先進行醫院部門「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」預算不足案之協商會議，因為有幾位付費者代表及醫院部門的區域層級代表還沒到，可否同意先進行委員會議，宣讀上次會議紀錄及進行報告事項，預計 10 點左右，等出席委員人數齊全，再進行協商會議？若無意見，請同仁宣讀上次會議紀錄。

同仁宣讀(略)

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。請問委員對會議紀錄文字有無修正意見？若暫時沒有，就先確定。接著進入報告事項第二案，在第 21 頁...，請謝委員武吉發言。

謝委員武吉

有 3 案在前面(會議紀錄)列追蹤，但在後面報告事項第二案的附件 1 怎麼變成建議結案？

楊主任委員銘欽

剛才宣讀的是上次會議紀錄，您現在看到的是今天報告事項第二案的附件 1。

謝委員武吉

第 22 頁附件 1 所列追蹤情形怎麼與第 17 頁不一致？

楊主任委員銘欽

了解，請林執行秘書說明。

林執行秘書宜靜

向謝委員說明，剛剛宣讀的是上次委員會議的決議，第 22 頁是等一下會報告的事項，是有關上次委員會議的決定事項經過追蹤辦理情形後幕僚的建議，是否等我說明後，再請謝委員看看是否適合結案。

謝委員武吉

但上面寫第 177 次委員會議決議事項辦理情形，意義不一樣喔。

楊主任委員銘欽

謝委員現在看的第 17 頁是...

謝委員武吉

我現在看 22 頁，第 177 次委員會議決議的執行狀況，不同喔。

楊主任委員銘欽

再釐清一下，謝委員指的是第 17 頁會議紀錄的附表一嗎？

戴局長桂英

謝委員是將第 17 頁的決議事項文字與第 22 頁追蹤情形的文字進行比對。

楊主任委員銘欽

了解，第 17 頁是上次會議的決議事項，經過委員討論決議，有些要追蹤，有些在某個時點備查後結案。今天謝委員所提第 22 頁內容，等一下將請林執行秘書報告，是對於第 177 次委員會議決議事項，有哪些要結案，哪些要繼續追蹤。這兩者確實不一樣，前者是對第 176 次委員會議(決議的辦理情形)，後者是對第 177 次委員會議(決議的辦理情形)。

謝委員武吉

問題是，(決議事項)在第 176 次委員會議決議就沒有結案，到第 177 次就要結案？

楊主任委員銘欽

你的意思是既然第 176 次委員會議決議繼續追蹤，在第 22 頁的第

177 次委員會議決議追蹤情形，也應繼續追蹤。

謝委員武吉

第 2、3、4 項都要繼續追蹤。

楊主任委員銘欽

了解，可否先請林執行秘書報告上次委員會議決議追蹤情形，之後再一併處理，如謝委員所提，有些項目必須繼續追蹤，就做修正。接著請林執行秘書報告第二案。

林執行秘書宜靜

- 一、請各位委員翻開議程資料第 21 頁，進入本會重要業務報告之前，先向委員說明，桌上有一份會議補充資料，包括第一項是報告事項第 3 案的資料，第二項為討論事項第 3 案的補充資料，第三項及第四項是今天的兩項臨時提案，請委員看看桌上是否有這份補附資料。
- 二、首先說明第 177 次委員會議決議(定)事項的追蹤情形，請委員參看第 22 頁議程資料。
 - (一)第一項是 101 年度總額協商結果後續須辦事項，相關資料在第 24-26 頁，第 24 頁是牙醫與中醫總額試辦計畫/方案的辦理進度，目前都已經健保局相關總額支付委員會通過，並辦理後續相關事宜中。第 25 頁西醫基層部分，除了第 9 項調整支付標準，需要等 RBRVS 相對值表完成後，再做後續研議，其餘項目都已完成提總額支付委員會討論的程序。醫院總額部分，因衛生署尚未核定，所以各相關方案大概都與醫界進行草案的初步討論中。第 26 頁是跨部門部分的進度，只有第 5 項及第 6 項目前還在收集相關資料，其他都已陸續進行相關程序，另第 7 項有關門診透析部分，等一下在臨時提案第一案會討論。針對 101 年總額協定事項會再繼續追蹤。
 - (二)請委員翻到第 22 頁，其他 5 項的追蹤情形，第 2 項是請中央健康保險局儘速檢討住院病患至他院轉診、轉檢等相關規

定，健保局與相關團體正研議方案中，所以會繼續追蹤。

(三)第 3 項是請健保局邀集相關醫事團體，釐清十大初級照護疾病與支付標準項目相關性之事宜，健保局已提 100.11.17 醫院總額支委會討論。在該會議中，大家認為此議題與本會 11 月份委員會議討論成立專案小組較有關，故決議本案納入「分級醫療及轉診實施方案專案小組」一併討論，才能有完整、全貌的規劃，所以建議本案先結案，後續由「分級醫療及轉診實施方案專案小組」繼續討論。

(四)第 4 項是針對台大醫院誤移植愛滋器官相關支付案，健保局答覆，經查台大醫院 10 月份申報費用中，並無申報相關費用，確實依相關規定辦理，所以建議結案。

(五)第 5 項是針對第 7 次藥品支付價格調整方案及相關配套措施，已列入本次會議報告事項第三案，所以建議結案。

(六)第 6 項請委員翻開到第 23 頁，是針對健保法第 33 條及二代健保法第 43 條之規定，分級醫療及轉診制度乙案，請健保局籌組專案小組，目前健保局已行文請本會推薦委員名單，並列入今天臨時提案第二案，因為小組尚在籌組中，所以建議繼續追蹤。

三、請委員翻回第 21 頁，本會重要業務報告第二項，本會明年整年度的委員會議預定時間表，列在附件 2，原則上還是訂在每個月的第二個禮拜五，上午九點半，會場一樣在這裡，請委員預留時間。

四、第三項是健保局 11 月份函送的資料，有關 101 年度西醫基層地區預算及西醫基層 100 年第 2 季結算點值，相關資料在附錄一及二，以上資料請委員參考。

楊主任委員銘欽

謝謝說明。請廖委員本讓發言。

廖委員本讓

我看第27頁附件二明年會議的預定時間表，明年第1次會議是元月13日，正值歲末年初之際，農曆過年是1月23日，我記得過去也曾一月會議停開，因為該月遇到農曆過年，大家都很忙。尤其1月14日適逢總統大選，我們從中南部來開會的委員，不知道交通上可否回得去？費協會會幫我們訂車票嗎？若無重大議題，建議可否停開一次，讓大家有比較好的心情過年。

楊主任委員銘欽

謝謝廖委員，這是很務實的考慮。委員可否同意廖委員的提議，在沒有重大議題急迫需要討論的前提下可以停開，本來費協會依規定是兩個月開一次會就可以，如果大家不反對，我們就做這樣的決定。

陳院長特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

- 一、請看第 27 頁，第 185 次委員會議時間是 7 月 13 日，行政院預定二代健保明年 7 月開始實施，所以 7 月已經沒有所謂的費協會，而是健保會，所以是暫時先列，屆時若有改變再配合修改嗎？另外，若等到時間接近再成立(健保委員會)，還來不來得及？我也提醒費協會，因為 9 月就要討論 102 年的總額，如果 7 月委員全部改選，那 9 月不知該如何協商！是否事先就要有預備委員，先來了解費協會的作業程序，不然才新聘 2 個月，9 月就要開始協商，恐會有問題。這是重大事情，請稍微注意一下。
- 二、我也同意剛剛廖委員本讓的意見，明年元月份若沒有重大議案，可以停開一次。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝陳特助瑞瑛非常重要的提醒，我們記錄下來。剛剛謝委員武吉提到第 2、3、4 項建議列入繼續追蹤，我想可以列入繼續追蹤。今天有報告的案子就可以結案。委員對其他事項，有無詢問？如果沒有，第二案就進行到此。

二、現在醫院三層級代表委員都已經在場，可以先進行 100 年 B 型及 C 型肝炎治療計畫預算不足案之協商會議嗎？

謝委員武吉

第 2、3、4 項還沒有處理？

楊主任委員銘欽

您剛剛跟同仁講話時，我已經處理過了。

貳、協商會議「100 年度醫院總額『慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫』預算不足案」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

現在將議題回到表訂的 100 年度醫院總額「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」預算不足案之協商會議。先請教付費者代表委員，是否需要 5、10 分鐘時間先交換意見，還是直接協商。請何委員發言。

何委員語

主席，我希望付費者代表與健保局私下先協商一下。

楊主任委員銘欽

10 分鐘可以嗎？隔壁的會議室可以使用。可否請從黃委員偉堯到許委員怡欣中間，幾位付費者及政府機關代表委員和健保局移駕到隔壁會議室，其他幾位委員請在這邊休息。

(召開付費者、政府機關代表委員及健保局會議，討論 35 分鐘)

楊主任委員銘欽

各位委員，尤其是醫界代表委員，對不起讓各位久等，剛才付費者及政府機關代表有討論一些基本原則及共識。原定協商時間是 40 分鐘，所以從現在開始(10 點 40 分)到 11 點 20 分前，希望能夠有結論，若能提早更好，現在進度有點落後。進行方式，先請付費者代表表達剛剛的共識，其他委員可再補充，然後再請醫院代表委員對付費者委員所提部分表示意見，最後再綜合討論，希望能獲致共識。先請蔡登順委員表示意見。

蔡委員登順

主席，各位委員大家早。有關 B、C 型肝炎治療費用不足部分，在本會第 174 次委員會議已有共識，對不足的部分要重啟協商。我的看法是，99 年 9 月協商時對 B、C 肝治療費用已有共識，專款經費 12.82 億元，不足部分由一般服務之藥價節餘款支應，預估 100 年所需費用是 28.6 億。後來醫界認為 28.6 億仍是不足，推估 100 年可能用到

32 至 33 億，雖然委員會議有同意對不足部分可以重啟協商，不過費協會過去沒有這個慣例，說某項費用不足可再重啟協商，如果這個慣例被突破，對未來協商的功能性，會受到很大的挑戰，所以我們認為還是要維持慣例共識，依照協商的機制來為全民服務，這是一貫的立場，以上建議。

楊主任委員銘欽

謝謝蔡委員，其他付費者及政府機關代表對剛剛討論的內容。有無要表示意見或補充說明？請何委員語發言。

何委員語

- 一、因為 99 年度協商時我並未參與，該次協定內容是不足部分由一般服務支應，後來同意再啟協商，我想今天是可以協商程序來處理。但是據我深入瞭解後，認為本案是特例，往後仍應遵循本會前所立下「專款項目之款項不得以任何理由流出」之原則，才能維護費協會正式協商程序的結論，也較合乎法定程序。
- 二、或許今天可以考量，因為 B、C 肝治療是政府政策推動方向，既然屬於政策推動方向，我們只同意以「其他預期政策改變所需經費」項目之剩餘款，在不超過 2 億元額度內，給予挹注，這一點我們比較有共識。至於其他專款項目都有對象，我們認為不應該去挪用其節餘款，這樣會違反費協會過去協商的立場與精神，這是我的淺見。

楊主任委員銘欽

謝謝何委員的發言。對剛剛所討論的共識，其他委員有無要補充說明？如果沒有的話，我再重申一次：

- 一、第一，還是儘量維持我們之前協商的共識。在 B、C 肝治療部分，我們看到醫院也是在為全民服務，原本所估計的數字，有些不是那麼準確，現在看來一定會超過原本所估計的 28.6 億，委員也充分認同這樣的情況。
- 二、如果要挹注經費的話，剛剛委員也提到願意從「其他預期政策

改變所需經費」項目的剩餘款來挹注，可參看議程資料第 1 頁，預估剩餘 2.02 億，健保局也特別強調，這是預估值，所以剛剛委員說明，如果同意挹注，最多是 2 億元。對這共識，不曉得醫院代表那位要先回應。

蔡委員登順

- 一、對不起，如果主席做這樣的決議，要從「其他預期政策改變所需經費」之剩餘款挹注，當然這筆剩餘款還不是很明確，所以同意在 2 億以下額度內挹注。對這部分，我還是建議，不足部分應該由一般服務支應，採浮動點值，這是過去的慣例。
- 二、如果今天真要動用這筆款項，我建議往後仍應遵循本會前所立下「專款項目之款項不得以任何理由流出」原則。這個原則如果沒有堅守，而被突破，那往後專款項目都可以不做，餘額都可以拿來流用，那設專款就沒有意義，所以如果主席要動用這筆錢，以消費者立場，我還是堅守這個原則。

楊主任委員銘欽

好，謝謝。請謝委員武吉發言。

謝委員武吉

感謝幾位委員的發言，我有一個很大的感受，我們這些醫界委員，署長所發的聘書是缺一角、還是剩一半。我們在這裡等了 40 分鐘之久，說難聽一點，是在忍耐，我們也是有脾氣，你們想要如何處理，也要尊重我們，好像你們是王，我們是小卒子，那有這種事啊！大家互相尊重，而不是你說的話是天，而我們是地，要互相尊重。

楊主任委員銘欽

對不起，剛剛真的拖太久，讓大家在這邊久等，請劉副秘書長發言。

劉副秘書長碧珠

- 一、主席，各位委員大家早，剛剛付費者代表提到，如果專款專用預算的剩餘款不得再流用到其他項目，那反過來，現在的 B、

C 肝專款事實上已經用完，可否就不要做，醫界可以不要做嗎？怎麼老占醫界便宜。

- 二、坦白講，今天講 15.78 億藥價節餘款，那來的 15.78 億？我們從去年協商時，就一直說沒有這個節餘款，根本就是一個虛無飄渺的數字，可是你們一定要說有個節餘款在那邊，檯面上說給醫院 3.17% 成長率，事實上若將這十幾億撥回去算，我們成長率又剩多少，要不要算出來向民眾交代醫界的成長率到底是多少？醫界每年點值低、超額問題，為什麼都不提出來，每次都要占醫界便宜，醫院沒有辦法永遠這樣承擔，這樣流血！
- 三、醫院也必須要生存，記得上次蘇委員清泉提到一個案例，台塑六輕廠的問題是來自哪裡？這個問題大家可否認真思考，這樣壓縮下來，到最後到底是誰要埋單？最後的結果會是怎麼樣？我覺得，長久這樣爭論下去，不是民眾之福，把醫界壓垮，對民眾真的好嗎？

楊主任委員銘欽

請陳院長特助瑞瑛。

陳院長特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

- 一、醫學中心協會的代表發言，還是謝謝剛剛很多委員的意見。大家都講本案沒有前例，但我認為這個問題是健保局造成，大家看議程所寫，可以瞭解以往的情形，這筆經費從 90 幾年開始編列，過去是怎麼做的，為什麼到 99 年突然間只給多少錢，不足的由一般預算項下支應。到 100 年時，因為基期已經有 15.78 億，又用這樣的方式編列預算。扣這筆經費其實是虛的，真正扣掉的是其他重症的治療，因為是從醫院總額的一般預算支應，這樣等於降低其他重症的治療。B、C 肝很重要，因為你們說肝癌防治很重要，請問肺癌重不重要？子宮頸癌重不重要？乳癌重不重要？肝癌防治就要花這麼多錢，而且現在沒有辦法控管，費用一直節節上升，明年又是需要 35 億的經費，

但只編 19 億，如果是這樣，請問可不可以不要做，就停止？

- 二、議程第 9 頁的附表 4，健保局意見 2，99 年全年專款有 100 億，100 年以 99 年為基礎成長 3.007%，扣掉專款最後其實大概只有非協商因素的成長率，請問我們其它重症都不要治療了嗎？現在重大傷病醫療費用每年上升，若拿一般預算的錢來挹注 B、C 肝治療，等於壓縮其它重症的治療。
- 三、第 10 頁，100 年其它 3 項專款，推估下來只剩 1.63 億，如果按照健保局意見，超過 28.6 億可否考慮由其他專款的剩餘款挹注。當然還是有付費者代表認為不適合，現在已經 12 月，其實醫院真的是流血流淚經營，該扣的都扣了，老實說這樣的協商，我們接受與不接受，意義其實不大。
- 四、在這裡還是呼籲，明年的預算怎麼辦？今年已經這樣，如果可以動用 3 項專款剩餘款，也不過 1.63 億，大家可參看第 13 頁，支應罕病及血友病藥費、器官移植專款不足之經費還有 2 億，這筆錢可否也拿來挹注？這樣大概有 3.63 億，但我想付費者代表也不會同意。
- 五、如果支用 32 億多，而預算只編列 12.82 億，所差的 20 億就是壓縮重症的治療，請問健保局，我們對其他民眾的重病醫療、住院治療這些都不重要嗎？只有 B、C 肝重要嗎？這 20 億全部都要用到 B、C 肝嗎？請問付費者代表，其他的治療要怎麼辦？開刀手術費，浮動點值只有 0.82、0.85，打 85 折支應，大家要的治療是這樣嗎？如果是，我們也沒話講，以後這些重症有人要做嗎？沒有人要做！因為做一個虧一個。只專注在 B、C 肝的用藥，每年都有新藥出來，沒有經過跟醫界協商，就引進來，費用也沒有跟醫界協商，給多少就多少，我們都要認，這種情況下，請問醫界未來要怎麼做？今年不管最後結論如何，醫界真的已經無話可說，我們已經講過許多次，只要再多講，都會被罵，今天事實已經發生，現在 12 月，所有費用支出，還是

停在 8 月份，請問這樣的費用預估，全世界執行總額預算，尤其上限制的國家，是這樣協商嗎？可以犧牲其他的重症治療，來專注某一項嗎？健保只要治療 B、C 肝嗎？不是這樣！預算沒有編足，請問醫界要怎麼實施？就像剛剛委員講，明年編 19 億多，用完就沒有，如果專款專用預算不能流用，我們建議，明年預算怎麼編，用完就不再實施，要治療就自費，這是沒辦法的事，我們不可能每年切 20 億在 B、C 肝，再重申，不可能每年這樣貼錢！否則看健保局有什麼政策讓這項費用不再成長，醫界已經沒有辦法支應，以上。

楊主任委員銘欽

謝謝陳院長特助瑞瑛說明。請謝委員武吉發言。

謝委員武吉

- 一、我感覺委員的任命權都屬於衛生署長，你們剛才這個動作就違反公平正義，我要 challenge(挑戰)，為什麼把醫界委員排除在外，難道我們不是人嗎？希望主席以後任何會議，都能夠讓大家都發表意見的時間，沒有誰比較大，大家要互相尊重。
- 二、第二點，若有不對就要改、應該改善的地方就要去改善。主席，請問你，因為可能你不是讀法律，這裡有人讀法律，法律上如果有不對的地方就要修，醫療法是不是常送去立法院修改，健保這次推動二代健保法也是再修改，我們認為不對的地方，就要修正改變，不能過去規定不對，陳特助瑞瑛所講，你們剛剛說得很清楚，我請問「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」與預防有無關係？請主席就食而不化，繼續再沿用，這樣不對，我們應該好好思考這些問題。
- 三、在這裡我要接續陳特助瑞瑛所講，「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」是預防肝癌。這種計畫是否應該由健保局來負擔？還是應該由國健局負擔？或衛生署編列特別預算來支應，大家要說清楚，到現在都還是含糊攏統，到底我們是全民健康保險，還

是全民健康福利保險，完全在做福利保險，全民健保不應該包山包海，全部包含進來，大家好像都很大，我們卻好像小孩子被罵假的，叫人吞也吞不下去，你們說也說不聽，就算把我打死，我也吞不下去，一定反抗到底。所以，委員以後開會時大家都要進去，不能留我們在外面，太不公平，也沒有道理。請問，像乳癌、大腸癌、子宮頸癌等癌症篩檢，都是國健局在處理，為何唯獨 B 肝及 C 肝由健保局處理，委員還振振有詞一定要來做這些事，讓我感到汗顏，我認為要對治療單位及防治單位說清楚、講明白。

- 四、第三點，B 肝和 C 肝一年用了幾種新藥，拜託沈組長茂庭等一下回答。今年引進幾種 B、C 肝的新藥？有幾種舊藥還繼續使用？此外，你們有調查 B、C 肝炎用藥的採購價嗎？我們醫院完全零價差，還要付管理費用，包括冷氣和儲存場所等費用，都要醫院負責，大家有考慮到嗎？你們藥價調查有問題吧！我還聽到一些專家提到，藥價差還不少，所賺的淨利潤很高。主席，順便告訴你，為什麼健保局沒有調查清楚，有怠忽職守的嫌疑。這些都要記錄清楚，我今天的發言都要送監察院，你們不要又向黃煌雄監委投訴，說謝武吉每次都要提到監察院，被說習慣了，還是一樣要這樣做。藥價差你們沒有調查，還硬要強辯，這是你們不對的地方。
- 五、第四點建議，現在說不可以調整費用，委員很大，那有氣魄點，既然這些費用已經都超過這麼多，還不能調整，你們剛才提到藥價節餘，去年藥費還有成長，節餘在那裡？記在天上或地上，看不到，藥費反而正成長，不用我們說，你們自己知道，費協會也知道，根本沒有藥價節餘，還振振有詞地講。
- 六、我有很深的感受，我們要拿出氣魄，第一，如果健保局放寬 Indication(適應症)，以前規定要穿刺，因為有很多人不喜歡，現在放寬到生化檢查就可以使用 B、C 肝藥物，而且年限也放寬，健保局有依照健保法第 51 條規定與保險醫事服務機構協

商嗎？不但沒有還胡亂做，是不是需要處理？放寬的原因我們不曉得。第二，費協會要做出決定，只要用到 10 幾億，就要結束執行，若經費預算花完了就不要再，要繼續治療是他家的事，與我們無關。要朝中華人民共和國中國大陸的那種氣魄，該負責的就是老百姓自己，在座不是沒去醫療訪問過，大家都很清楚。我建議大家要有這樣的氣魄，拜託以後尊重醫界委員。

楊主任委員銘欽

- 一、三位醫院代表委員都發言過，等一下可以再表示意見。現在先回應，因為這段時間屬於協商階段，是我沒有講清楚，協商的時候會請付費者、政府機關代表，先討論共識，只是剛才沒有講清楚要花多少時間，讓大家在這裡枯坐久等，真的很不好意思。當然醫院代表也可以要求須要時間一起討論共識，因為這是協商，並不是委員會議，特此向謝委員武吉說明與致歉，為什麼會有這樣的做法，是讓彼此有個形成共識的時間。但是現在已經進入協商會議，大家一起討論，每位委員都一樣大，都可以發言，包括其他部門的代表。
- 二、有關預防性計畫，我想健保所提供的每種服務，本身都有預防性效果在內，國民健康局所做的篩檢屬於第一階段，在還沒有生病前，看看能不能提早發現。對於已經生病，像 B、C 型肝炎，希望不要變成肝硬化、肝癌，甚至有的人有中風或比較嚴重的疾病，還有物理、職能治療等復健處置，就是希望其不要惡化。所以剛謝委員武吉提到的部分，正確來講，其實每種服務都有預防性質，只是到底應該由誰負責，需要釐清。目前看來，B、C 型肝炎因為屬於疾病治療，所以是在健保涵蓋範圍。

謝委員武吉

還要抽血檢查才知道。

楊主任委員銘欽

- 一、如果是預防性，如大腸癌、乳癌、子宮頸癌等篩檢，目前是國民健康局負責，但我想今天還是回到 B、C 型肝炎這個議題。剛聽到三位醫界代表發言，可以瞭解對付費者代表所提出版本較難以接受，因為額度和你們的期待有很大的落差。今天在這裡以主席身份，可否還是請雙方再思考，費協會從 10 幾年前開始進行協商事宜，就一直演進，很多以前沒有碰過的事情，碰到以後就需要解決與改善。
- 二、大家是否還記得，今年度提出 99 年 B、C 肝費用不足問題時，當時因為已經過了年度申報時間，所以就沒有接受，可是後來有委員提到，如果在年度內發生，若要重啟協商宜有程序，而且在第 173、174 次委員會議提出討論通過，所以今天我們會重啟協商，就是在這樣的機制下。至於怎樣做會比較好，說真的，是不斷學習，所以我呼籲，雙方都有提出一些看法，有沒有可能再拉近一點。
- 三、今天 B、C 肝問題是個讓我們很重視的題目，經費也有限，不可能提供太多挹注，有沒有可能付費者和醫院代表雙方再想一想，當做一次重要事件處理，處理得不夠好，還可以學習怎麼做得更好，而不要就協商破裂，這樣會很可惜。像剛陳院長特助瑞瑛也提到，這項費用如果由一般服務支出，會排擠到一些其他的服務，今天付費者代表提出的金額雖然不多，也是有一些金額的挹注，還是可以幫助很多的民眾，我希望大家可以再考慮一下。接下來請蔡委員登順發言。

蔡委員登順

- 一、回應謝委員武吉的話，要互相尊重，我同意，但是雙方的立場有點不太一樣，付費者基於要讓提供者與需求者取得平衡，所以需要取得內部共識，再與提供者一起協商，這符合慣例，過去協商也都這麼做，我們內部一定要先取得共識，所以沒有不尊重的道理，請多包涵。

二、今天打破慣例重啟協商，代表我們對醫療提供者的尊重，所以才有重啟協商的機制，雙方應該可以體諒，雖然沒辦法達到完全滿意，但為了維持費協會的功能，我們還是沒辦法完全滿足醫院提供者的需求，建議相忍為民眾的醫療來服務，謝謝。

楊主任委員銘欽

請謝委員武吉。

謝委員武吉

對蔡委員登順的說詞，一半能夠接受，一半不能夠接受。我在這裡開會時，從來沒有稱呼過消費者委員，只有稱呼某某委員。今天竟然還把我們醫界定位成提供者委員，如果我們不提供時，我們比你還大，當統領全國的醫院都不要做時，要如何處理？希望你要尊重醫院委員，不要稱醫院提供者委員，這樣太侮辱了！

楊主任委員銘欽

我想這部分大家就是在用語文字上，再稍微注意。請何委員語。

何委員語

一、剛剛一直想聽聽醫療界委員的意見，我剛才提議希望付費者委員跟健保局先協商討論，提議時你都沒有反對啊！你當場可以舉手反對，或說也要參加，都沒有！這是會議程序的規範；第二點，我們就是太尊重醫界的需求，所以希望先交換意見，不要付費者一直沒有共識，而且意見很分歧，所以先交換意見；第三點，希望程序要合法，整個重啟協商的程序要合法，這樣才合乎費協會協商的機制與精神。

二、我在這裡提出，不曉得健保局在醫療給付改善方案預算 4.873 億元部分，有無可能節餘？因為有特定對象的專款項目付費者都反對挪用，包括罕見疾病、血友病藥費等。但是醫療給付改善方案，不知道有沒有節餘？如果有，能否提出大約的數字，以讓付費者交換意見。我們也是在幫忙，想從那個地方挪錢出

來，可以對醫界、B、C 肝病患者有幫助，付費者這邊也有共識，朝這個角度思考，當然也有其他意見，希望從一般服務支應。今天能夠挪用的，就是超過 28.6 億部分，希望能找尋可行而且合乎程序、沒有特定對象的可支用項目，比較合乎費協會協商的精神，這是我們的觀點。

楊主任委員銘欽

謝謝何委員語。請委員參看今天的議程資料第 10 頁附表 5 的下表，有關何委員所詢問，依健保局所提供的資料，100 年醫療給付改善方案預估剩餘 0.823 億元。

陳院長特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

醫療給付改善方案原來的預算為 4.873 億，其實不會用到 4.05 億，因為健保局挪了部分費用去做論人計酬計畫，到現在為止，論人計酬案件雖然已提出計畫，但尚未簽約，現在都已經 12 月，即使做也是明年開始，所以其中有 3 億是要做論人計酬計畫。

楊主任委員銘欽

可能要說明一下。

陳院長特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

請健保局說明 4.05 億是怎麼估算出來的。

楊主任委員銘欽

應該是指 P for P(論質計酬)部分，請蔡組長淑鈴說明。

蔡組長淑鈴

有關論人計酬費用，係支用其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下，預算 8 億；醫療給付改善方案純粹用於推動相關 P for P(論質計酬)的計畫。

楊主任委員銘欽

請葉委員宗義。

葉委員宗義

這個案子我想請大砲委員來做結論，好不好？

楊主任委員銘欽

是不是對剛才委員的討論，有進一步的修正方案，就邀請陳委員錦煌說明。麻煩陳委員錦煌，謝謝。

陳委員錦煌

- 一、葉委員叫我大砲委員，我就不太開心，還是要請醫界委員說明，我算最心軟、最支持醫界的委員。我公私分明，該給就給，該省就省，原則很簡單。不知道你們還記不記得，上次要 6 億多，結果現在快 30 幾億(B、C 肝炎用藥)，你們推估都不太正確，才會引起困擾。上次陳委員明豐提案，被我們謝大砲委員天仁，發一個公文說圖利他人，我們都嚇到了，他是律師，我們確實會怕，本案讓我們知道總額協商必須依協商的程序進行，比較安全，否則來台北上法院，還要搭高鐵，也很麻煩，所以我們會很注意。
- 二、個人意見，B、C 型肝炎和罕見疾病這些項目，健保 5 千 3 百多億預算，就是要用在治療全民的病，有需要就用，我贊成要處理，這是身為付費者代表的看法。但就預算層面，我希望尊重付費者委員的協商機制，既然協商結束，現在又提這些，把我們委員帶來帶去、躲來躲去，讓醫界委員不清楚到底是什麼意思，這樣也不好。今天是正式會議，應該公開討論，結果有位何特大委員叫我們去旁邊討論，醫界怎麼會高興，還出去 40 分鐘，如果只離開 10 多分鐘還好，不滿意但可接受，40 分鐘去廁所可以走 10 多趟，他們怎麼會高興，所以火藥味就出來。
- 三、我們希望按步就班，依總額協商的慣例進行，我當委員也沒遇過這種事情，看可否加開會議我不清楚，例如中醫、牙醫、基層診所、醫院都有給付會議，我都站在全民那邊，不可以就保留，該給人家的就給，我的看法是這樣。全民若要用錢，就要給人家，不要節省，所以上次陳院長明豐提案時，我傻傻的表

示同意，其實也不能這樣就同意，所以才會被謝大律師上法律課。他說總額協商結束了，就不可以給，所以才會發文說這是圖利他人，害我嚇一跳，謝委員是律師我怕他，他夫人在當法官，都是內行人。所以我剛才提醒大家，今天謝委員天仁沒有出席，後來主席將前次會議內容念給我聽，說謝委員天仁有同意這件事，對不對？不過謝委員天仁瘋瘋的，說不定來這裡翻臉說他沒有同意，這也有可能，所以要很注意。我認為總額協商就依這個角度進行，該給人家的要給，該省則省。

楊主任委員銘欽

謝謝陳委員錦煌。提醒一下，表定時間為 40 分鐘，我想我們可能還是可以有些共識，所以也許再延長 1、2 分鐘。請張副秘書長孟源。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

今天開會付費者先帶出去談 40 分鐘，個人必須說些公道話，其實剛何委員說他提出這樣的意見，當時謝委員武吉沒有提出異議，但這並不是代表臨時案成立。因為何委員在議事規則上相當瞭解，且費協會議事規則也寫得很清楚。蓋以，臨時動議成立要件，必須有委員附議才算成立，而與謝委員是否提出異議無關。

楊主任委員銘欽

對不起，因為這樣會用到協商時間，可否針對實質內容發言。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

這是程序問題，這件事情過去就算了。

楊主任委員銘欽

您是表達坐在會議室委員的心聲，非常抱歉。請廖委員本讓發言。

廖委員本讓

一、主席、各位委員大家好，大家午安。對本案我們討論的問題應該都不是這些，剛謝委員武吉講的都對，我們今天都是希望事情圓滿解決，剛開始大家並沒有那個意思，但現在變得很在

意，我年紀比較大，比較不會在意，謝委員武吉只是提醒，不是刻意講這些問題。

- 二、重啟協商到底合法與否，只要我們講好，給 20 億也沒關係，但 20 億從那裡來，現在要面對的問題有二個，第一，再次協商合法嗎？第二，錢從那裡來。因為已經 11 點多，所有議案都尚未討論，所以希望大家可否先有共識，如果合法再來協商，然後討論我們有多少錢。如果不合法，就依原協商結果執行，協商會議就結束，否則再討論下去，又和過去協商總額的情形一樣。
- 三、雖然我不常看會議規範，也不瞭解程序問題，但委員應該沒有大小，我們是鄉下人，有時對稱謂較不拿手，但是說話較粗魯的人，反而較有感情，我是這樣覺得。有的人很會講話，但都在騙我們，像陳大委員雖然兇兇的，但對我其實很好，所以我希望大家和和氣氣來處理這件事情，朝這個目標進行。

楊主任委員銘欽

- 一、剛才廖委員本讓已將重點點出，第一是合法性，我們在委員會確實有通過這樣的程序(重啟協商)。第二是動支的經費來源，剛剛有委員建議經費來源為「其他預期政策改變所需經費」，此經費的動支有一定程序，如果要動支須送署核定，這是合法的，並沒有專款流用的問題。這也是為何一開始就希望由這個款項來動支的原因，因為考量到可行性及合法性。有關額度，因為還無法確定，希望最多是 2 億元，這是剛剛付費者代表建議的版本。
- 二、請教醫院代表，我知道你們很不滿意這樣的結果，可是畢竟也是有所補貼，能夠幫助更多民眾，今年度可否接受這樣的挹注，當然我們會愈做愈好，如果可以的話就做成會議紀錄。不然就沒辦法有決議。

陳院長特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

- 一、做成決議前，我想醫院代表還是要再次沈痛的說明，今天不管最後挹注多少錢，這些錢都是給民眾用的，不是給醫院，這些錢都已經花在病患身上，請大家要用這個想法來看待。只是很沈痛的再說明一次，我們不需要施捨。
- 二、如果委員認為不需要挹注，也沒關係，未來重症會變成什麼樣子，大家可以想像。今天我們很多費用，照理要有 55% 的費用花在住院，但是從 94 年李玉春教授提出來以後，現在可以看門診與住院費用變成什麼樣子，門診的點值比住院高，住院的成本很高，反而拿到的點值很低。
- 三、剛剛說到底健保局有沒有做藥價調查？我不知道，但可以跟各位講，如果按照今年藥價小組的規定，藥價差 15% 以下的都不調整，因為 B、C 肝用藥的藥價差都很低，連 5% 都沒有，所以不會調整。舊藥會慢慢沒用，舊藥不調整，新藥又愈來愈貴，今天有部分費用無法控制，我想是因為大部分費用為藥費的關係，其他檢驗、檢查甚至住院治療，都沒有用到這筆錢，大家要從這個方面思考。我再次聲明，錢不是給醫院，是給病人用的，我們最後很沈重也很痛心的接受。

楊主任委員銘欽

謝謝陳院長特助瑞瑛，她很沈痛地向我們呼籲。確實費協會最主要的任務是幫忙看錢怎麼分配，可以讓全民得到最適合的醫療服務。我想今天這個案子就到這邊，剛剛醫界說沈痛接受，這樣也很好，這是我們重啟協商後的第一個案例，以後如果還有機會再重啟協商，可以知道過去怎麼走，有什麼地方做的不好，可以再加強。請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、有關這剩餘款 2 億，到底錢還剩多少，要讓醫界瞭解，前面很多委員也都提過，這是第一點。

二、第二點，我們希望和期待今天能圓滿解決這件事情，但我在此要求一件事情也要做成決議，就是健保局對明年所推估費用的終止點，例如是 18 億或 30 億都沒關係，超過此額度就停止計畫，醫院不再供應藥品，這是很正確的做法，要有氣魄做成決議。先知者總是寂寞，我常常說的事，現在都已開始推動。B、C 肝的問題我也講了好幾年，但是大家都不聽，我常向健保局提出，你們預估的數字一定要很正確，但都沒有，所以現在台灣的健保制度變得歪七扭八。有人去大陸演講，我當引言人，在下面聽得很痛苦，因為是自己人，不想批評，我也說過，大陸是以社會制度走經濟制度的醫療，台灣則是以經濟制度走社會制度的醫療，我在這裡好像講過 4、5 次，我們不要再這樣，要有一終止點，超過就不要再做，若這樣，醫界也不會和其他委員一天到晚在這裡大小聲，說些有的沒有的理由，都不必講，也不用討論，這樣做就好了。

楊主任委員銘欽

- 一、我想本案的協商結論就是照剛剛所講，對於 100 年醫院總額慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款項目，預算不足的部分，今天決議，超過 28.6 億的部分由「其他預期政策改變所需經費」之剩餘款挹注，以不超過 2 億元為限，動支條件是要先送署核定。另外，請參看議程第 1 頁最右邊一欄的最下面，有個附帶條件，本次挹注屬特例，以後如果有從專款流出的情形，除非委員會有新規定，否則仍應維持不得流出的原則。
- 二、後續經費所涉結算事宜，因為屬細節部分，煩請健保局與醫界議定。至於剛謝委員武吉提到超出專款如何處理部分，這樣回應，這部分我們可以寫下，在年度執行當中，如果預估將超出協定額度時，應請健保局會同執行單位協商如何處理。

謝委員武吉

應立即終止。

楊主任委員銘欽

還是要保留彈性。

謝委員武吉

既然有本事就應該要立即終止。

楊主任委員銘欽

建議還是留點彈性。

謝委員武吉

我認為不要彈性，已經被騙習慣，騙到都會怕。

楊主任委員銘欽

如果要立即終止，我沒辦法做這樣的決定，還是可以寫此點為謝委員武吉建議，可以嗎？

謝委員武吉

三個委員都這樣建議，不是只有我。

陳院長特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

寫醫院代表建議。

楊主任委員銘欽

那就寫醫院代表建議。

謝委員武吉

而且超過時要追究健保局估算錯誤的責任。

楊主任委員銘欽

請張副秘書長孟源。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

在醫療上 B、C 肝治療是延續性，假如立即終止，站在病人的權益是不太恰當。宜採折衷辦法，可以透過事前審查，估計每位病人一個月的藥費多少，一年費用多少，收案量事前審查後，估計今年的費用額度，只要審查通過，醫療上有必要使用就使用，才能保障病

人的權益，因此只要病患進入計畫，就好好治療。建議將目前是事後審查，改成事前審查，就可以估計合理的量有多少，這些預算可以收多少病人，這樣是比較公道的做法，也不會損害病人權益。

楊主任委員銘欽

請劉副秘書長碧珠。

劉副秘書長碧珠

主席，剛張副秘書長孟源所提方式，醫界在今年7、8月時就已知知道預算會不足，也曾跟健保局協商過，當時我們很誠懇提出，如知道預算將不足時，是否馬上管控，但健保局一個動作也沒做，這也是剛為何主席說，預算不足時再跟健保局協商，謝委員武吉會反對的理由。我們曾提出錢已不夠，就逐案審查，看還有多少案件可以使用，但都沒有做，從7、8月談到現在年底，預算不夠，就是占醫院便宜，這也是我們認為跟健保局協商，一點用都沒有。

黃副局長三桂

我要釐清說明，剛那個話不正確。對於B、C肝炎防治計畫健保局都會做各種審查與管控，這是我們應該要做的事，只是我們沒有對外說明而已，你不能講健保局完全沒有做。

蔡委員登順

協商係今年協商下年度預算，所以裡面有不可預測的疾病及人數，預算無法掌握很準確，我想任何人來做都是如此。若因此而追究健保局相關人員的責任，本人反對，沒有那麼厲害，若有人那麼厲害，可請他來做。

楊主任委員銘欽

剛是醫院代表的建議，可供健保局或費協會日後參考。

陳院長特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

我要幫健保局講一句話，其實健保局當初預估的數值滿準，如今年健保局原預估28.6億，但不知為何只編列12.82億元，明年預估要

35 億元，卻只編 19.22 億元，問題是出在這裡，一直認為要從一般服務預算支應，這樣就會排擠到重症醫療。

楊主任委員銘欽

請謝委員武吉最後一位發言，本案討論很久，須告一段落。

謝委員武吉

我講話絕對講道理，不會亂說。請參看第 8 頁附表 1-2，99 年 B 型肝炎新收案人數增加 8,000 多人，C 型肝炎則增加 6,000 多人，這就是我剛講 indication(適應症)開放所致，剛要求對健保局這種管理方式，如適應症開放，須與醫界協商，但健保局並沒有，我覺得這一定要追究。

楊主任委員銘欽

委員的意見很清楚，可供健保局日後相關決定時參考。本案可否到此告一段落，謝謝各位。接下來進行委員會議。

謝委員武吉

還有本案的結論文字。

楊主任委員銘欽

協商結論之文字，幕僚正整理中，等下會經由投影螢幕呈現，讓委員確認文字。在整理結論文字同時，會議繼續往前。今天會議有兩個報告事項，報告事項第三案「第 7 次藥品支付價格調整方案及相關配套措施」，可否請委員，尤其謝委員武吉，同意與您所提的討論事項第三案一起處理，即健保局報告後，即進行該議案之討論。

謝委員武吉

可以。

楊主任委員銘欽

謝謝。報告事項第四案「醫療費用支出情形」，原訂 12 月應口頭報告，因今天時間未控制好，可否徵求委員同意，今天不報告，請委員自行參看書面資料。(委員未表反對)可以，謝謝。接下來進行今

天的討論事項第一案，即確認剛討論的 100 年慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫預算不足案之協商結論。因同仁尚在整理中，可否先進行討論事項第二案，請翻到議程資料第 31 頁。

參、討論事項第二案「其他預算項下『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目，其經費之適用範圍與動支程序案」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

本案係討論因其他預期政策改變或調節非預期風險所需經費之動支，上(第 177)次委員會議曾提出草案，委員覺得有點不夠具體，本次提案內容已詢問委員意見，並作修正，請同仁宣讀後再討論。

同仁宣讀(略)

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝宣讀。大家應都記得本案背景，如發生類流感案件要不要採取行動？什麼時候叫作有顯著影響？什麼時候叫做非預期影響？議程資料第 33 頁有提出具體數字，如平均點值在 0.9 以下，且較去年同季點值下降幅度超過 10%，或該部門一般服務該季醫療費用點數成長率超過 10%，這是幕僚建議，可再討論，目的是希望以後在啟動相關機制時能有所依循，才不會 1%、2%就要啟動，而是到 10%才啟動。
- 二、草案前已先送請委員表示意見，有半數以上委員表示無意見，10 位委員提出意見，請有提出意見的委員看是否已將您的意見納入修正，其他委員則可廣泛性的表示，在邏輯、實務上，有無可更好的地方。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

- 一、主席、各位委員大家好。關於非預期風險，當時我們認為在醫療正常使用下，經過審查後點數大幅增加，我們為了服務病人，當然必須繼續提供醫療服務，但也不能把所有財務風險都交由醫療機構負擔。今天議程資料第 32-33 頁，西醫基層點值今年第一季是 0.8877，去年同期是 0.9892，下降 10%，當時我們估計是 23.6 億元，西醫基層全年有 1,000 億，分成 4 季，每季 250 億，點值下降 10%，約 25 億，跟我們當時的估計一樣。結果

今年第 1 季，疾病管制局要補給西醫基層共計 8 萬元，後來減為 6 萬多元，每家診所補 6 塊多，我們差 25 億元，卻補助 8 萬元，全國 1 萬多家診所，每家 8 元，買個報紙都不夠，非常令人傷心。

二、我們知道政府採購或招標有相關規定，政府採購法規定，勞務採購金額達 2,000 萬元，財務採購金額達 1 億元，就算巨額採購；但議程資料第 33 頁要 10% 以上，即西醫基層要達 25 億以上損失，才會考量。所以建議依公式計算，請參看議程資料第 37 頁，將醫療需求當 A，年齡性別人口老化預估的非協商因素為 B，健保局每年給醫療機構人口結構因素 1.5%，A 點數的成長假設為 5%，除以 1.5%，就是大於 3 倍，預算給 1 元，我們做 3 元，已超過 3 倍，算不算重大？對醫療機構而言，表面上數字很小，但經過換算是 25 億元，與我們當初估計 23.6 億元差不多。

三、我們懇切希望，屬非預期風險，平均點值小於 0.9，已打 9 折，或醫療費用的增加與預算增加相除大於 3 倍，已是給 1 元卻要做 3 元的事，算起來已達數十億元，可否考量醫療機構的辛苦及承受非預期的風險，即應啟動本協商機制。

楊主任委員銘欽

多收集幾位委員的意見再一起說明。已是中午，請委員趁熱邊用餐。

何委員語

一、主席、各位先進，小時候就種過田，至今南部還有些農地，我曾當過童工，也當過勞工，不是我沒有喊我不愛台灣或很愛台灣，人就有不同形象、不同性情。在今年總額協商時，我有個想法，我們繳健保費給健保局，並不是給醫院，照理講我們應該直接與健保局協商，討論保費要如何分配運用，這是天經地義的事情，這是我個人的看法。今年總額協商完成，我就一直思考這個協商機制，當然政府、立法委員可以改。

二、很多基層診所醫師跟我反映，降血脂藥每顆 23 元，一次拿 28

天藥，就要 460 元。今年 10、11 月已連續 2 個月申請費用都打 95 折，點值只有 0.79，日劑藥費每日 22 元，3 日只有 66 元，但有患者需降血脂藥，診所醫師不得不給對方 460 元的藥品，這些對西醫基層來講都很不好，而且他們認為為何要打 95 折，點值降到 0.79。

三、看了會議資料，很支持健保局提出來的作業程序。

楊主任委員銘欽

謝謝何委員語，稍微修正，本案是費協會幕僚提出來的，之前有請委員與健保局表示意見。

張委員惟明

目前草案對非預期風險的評估指標，是以季做為比較基礎，假如這季和上年度同季相比，點值下降 10%，但下一季又增加 10%，一加一減，平均起來並未減少。記得上次討論類流感，有委員提到那幾個月點值確實有下降，但之後幾個月的情況如何？故是否以連續 2 季的變化作為判斷較為妥適，當然遇到重大狀況，無須等到 2 季，可設定由健保局提報衛生署同意後，馬上啟動該機制。這樣設計可以解決剛提到，這季點值下降，當要啟動時，次季的點值又上升，平均起來未減少，到底要不要繼續啟動的困擾。

陳院長特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

贊成何委員及政府機關代表張委員所提意見，大家可以看到現在已是 12 月，點值只結算到第 2 季，當點值出來才提出要怎樣處理，已經很慢了，全國醫療案所申報費用的數字龐大，等健保局確定這季與上季的差異，時間落差至少要 5-6 個月，根本緩不濟急，就像今年第 1 季，不管醫院或基層所發生的事情，我們到 6、7 月知道，當時第 2 季點值出來了嗎？還沒有。如果要做，真的要一季一季看，否則若要等 2 季，都要到明年，正如目前第 3 季點值尚未核定，不知醫療費用申報數，也無法得知點值，都沒辦法預估。

黃委員偉堯

- 一、主席、各位委員，針對非預期風險部分，因沒有特定的主體對象，所以很複雜。現在所討論的，到時都會因發生的個別案例不同，狀況條件也不一樣，在此僅提供參考架構。
- 二、建議可分成兩個層面，第一為事件的認定，要先認定該事件是否屬於我們認為的非預期風險所涵蓋的範圍。因為該事件也許費用或點數變化很大，但卻不在我們考慮的範圍內。當確定事件符合後，第二為考慮多大的變化幅度以上，才構成重大程度的要件，是我們應該要考慮的，而多少變化幅度以內，總額部門應自行吸收。
- 三、為何基準很難訂定，我的看法是，因其屬於廣稱性範圍，需要經過一段時間的累積後才會知道結果，也就是需要一件一件案例累積經驗。現階段對我們而言，逐件討論當然會耗費很多時間，但因非屬特定案件，故性質多變，因此有難度。以上建議供參。

葉委員明峯

所擬支付程序，我都贊成，張委員惟明提到檢討週期，原訂以1季來核算，張委員建議以2季，我認為較合理，不過從剛才醫院代表的發言，得知好像費用申報資料要較晚才會出來，2季會緩不濟急，我覺得很奇怪，現在會計資訊系統那麼發達，資料產出為何會delay(延後)那麼久？是否健保局須強化資料通報系統，不太清楚。若delay那麼久，如何吻合年度決算，這點請教。

楊主任委員銘欽

是否還有其他委員要表示意見？先整理委員剛才的發言意見，大家支持...，請謝委員武吉。

謝委員武吉

很仔細聆聽委員意見，陳院長特助瑞瑛所說的對不對，我不清楚，因為我不聰明，請健保局回答，也讓其他委員更清楚瞭解。

楊主任委員銘欽

謝委員是指費用結算的時間，好，我略做整理...。

謝委員武吉

請健保局回答。

楊主任委員銘欽

我會一起整理，再請健保局補充說明。大家剛所表示的意見，聽起來是支持，在協商會議時大家同意訂定本制度，其次支持指標可以一方面看點值，一方面看費用點數。需要討論的部分是，第一，張委員惟明及葉委員明峯提到，要看 1 季或連續 2 季的資料；第二，張副秘書長孟源所提，時點到底是用 10% 或依公式，張副秘書長提出大於 3 倍就是提出的時機。有關費用結算，請健保局說明何時可看到季的點數及點值。

蔡組長淑鈴

- 一、費用申報為事後申報，資料要次月底才會進來，申報作業就已遞延 1 個月，但資料申報進來後，還要審查，60 天內要核付，須等核付後才能結算，故申報加上審查時間已落後 3 個月，3 個月後才能確定該季的實際核付費用點數，結算點值，基本上結算點值落後 4 個月是正常，而且勢必要經過這些程序。我們的計算程式都已 ready(準備好)，但一定要等當季所有的核付點數都確認，才能計算點值。所以目前這個時點公布到 100 年第 2 季點值，是正常的。
- 二、另我們並非等到結算才付款，有暫付款，只要院所申報費用，就會先支付 8-9 成的暫付款，後續 1-2 成的費用，須等點值結算後再做補付，過去以來都是這樣的慣例，在此說明。

楊主任委員銘欽

謝謝說明，總額是每季結算。我再補充，草案所指的為確定點值，當然還有預估點值，預估點值的時間就可再提前一點。

陳委員宗獻

誠如黃委員偉堯剛所提，在非預期風險的部分，有 2 個關卡，第一

為初步評估的要件，大家聚焦的部分在「(1)提案前審議」，其實並不是通過，就要做補付，還要再進到「(2)提案及處理程序」部分，大家可以放心。我建議(1)部分，以下指標為提請討論評估的初步要件，有這個基本的要件，因影響特別重大，所以不能訂太寬，如 2%、3%就要提出，是不行，10%則可以。但該季全局平均點值在 0.9 以下，且較去年同期點值下降幅度大於 10% 以上，②與費用點數成長 10% 以上，這兩個都是 10% 以上，但其實意義不一樣。請參看議程資料第 40 頁，各部門總額全局平均點值，不論醫院、西醫基層、牙醫、中醫，點值變動超過 10%，只有西醫基層於 100 年第 1 季達 -10.3%，換句話，94-100 年 7 年只發生 1 次，故這個比例可再稍微調整，因不是達這個比例就要處理，只是提請討論而已，建議改為 5%，從第 40 頁資料可看出超過 5% 的情形並不多。

楊主任委員銘欽

請問是指②點數成長率或①點值變化幅度。

陳委員宗獻

兩個都改為 5%。另，②費用點數成長率要再修正，例如非協商因素成長率 2%，如再加 3%，已達 5%，就超過，所以，應是超過非協商因素 5% 以上。

楊主任委員銘欽

本來我們就預期會有成長...

陳委員宗獻

本來就有預期的成長，不能把它算成非預期。

楊主任委員銘欽

非協商因素成長率...

陳委員宗獻

超過非協商因素成長率 5% 以上。

楊主任委員銘欽

這樣比較清楚。

陳委員宗獻

這樣就可把預期的拿掉。

楊主任委員銘欽

很具體的修正意見。其他委員還有要補充嗎？本案因大家也覺得有需要，可否讓制度試行一段時間，累積足夠經驗，才會較理想。今天最主要的修正在第33頁，時點要1季或2季，請問委員的看法。

陳委員宗獻

1季或2季不會是問題，當1季點值出來時，已經過3個月，也是在2季後才會檢討，看得到2季的趨勢資料。

楊主任委員銘欽

現在的啟動機制是1季。

陳委員宗獻

1季就啟動，不至於在第2季...

楊主任委員銘欽

你是說討論時就會看到2季的資料。

陳委員宗獻

對，在進行處理程序時就可看到2季、甚至3季的資料。

楊主任委員銘欽

一、好，時點的部分，我裁決還是維持1季，點值可用預估點值，5%就啟動討論，是否要撥補，則要看整體趨勢，但一定要有啟動時機。先試行後，再看有無須修正處。

二、至陳委員宗獻剛建議，②不可預期因素影響致使該部門一般服務之該季醫療費用點數成長率超過非協商因素5%。

陳委員宗獻

非協商因素再疊上去。

林執行秘書宜靜

即非協商因素成長率再加上 5%。

楊主任委員銘欽

好，本案到此告一段落。接下來再回到討論事項第一案，不曉得幕僚同仁協商結論的文字準備好了嗎？

林執行秘書宜靜

已整理好書面資料，並發給委員。

楊主任委員銘欽

接下來回到討論事項第一案的協商結論文字確認。

肆、討論事項第一案「100 年度醫院總額『慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫』預算不足案，經協商會議獲致之結論」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

請委員參看剛補付幕僚所整理的協商結論文字資料。請同仁先宣讀，之後再看是否須修正文字。

同仁宣讀

100 年醫院總額「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」專款項目預算不足案，經協商會議獲致之結論：

- 一、100 年醫院總額「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」雖經協定專款經費不足時，由一般服務支應。惟，100 年實際執行可能超過協商時預估之服務量及經費額度，考量該計畫之專款係配合衛生署政策，爰經召開協商會議，同意超出原預估額度(28.6 億元)部分，由 100 年其他預算項下，「其他預期政策改變所需經費」之剩餘款挹補，並以 2 億元為限。若該計畫經費仍有不足，依 100 年協定事項，仍應由一般服務支應。
- 二、上開「其他預期政策改變所需經費」之動支，將依本會 100 年協定事項，陳報衛生署核可。
- 三、後續經費挹注所涉執行面之結算事宜，請中央健康保險局(以下稱健保局)會同醫界議定之。
- 四、本次經費之挹補係屬特例，往後仍應遵循本會前所立下「專款項目之款項不得以任何理由流出」之原則。

附帶建議事項：

醫院代表建議，嗣後若計畫於年度中預估執行數將超出原協定額度，應立即終止執行該計畫，並追究健保局責任。

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。目前進行討論事項第一案，等一下文字修正後，就是今天的決議。

謝委員武吉

請問結論和附帶建議是什麼意思？難道我們的話都不是話嗎？我們說的也可被列入協商結論，難道我們委員聘書是有缺角或比較小張，只剩半張。

楊主任委員銘欽

剛我說明是否可用醫院代表建議，醫院3位委員也表示同意。

謝委員武吉

剛也說過，難道我們委員聘書是有缺角或比較小張，只剩半張。

楊主任委員銘欽

沒有，謝委員意見...

謝委員武吉

要把文字落在結論中。

楊主任委員銘欽

請問其他委員有無意見。

陳院長特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

能否將「醫院代表建議」修正為「全體醫院代表建議」，免得到時會說這是誰講、不是誰講的，建議文字修正為「全體醫院代表建議，嗣後若計畫於年度中預估執行數已達原協定額度，應立即終止執行該計畫，並追究健保局編列該預算不足的責任」，要講清楚，可否這樣修正？

楊主任委員銘欽

好，文字修正。

蔡委員登順

如果謝委員武吉的建議要列入決議，我的建議也要列入決議，剛才講，年度計畫有不可預期風險的因素，所以當然無法掌握準確的預算，如要因此追究健保局責任，本人反對，我的發言也要列入紀錄。

楊主任委員銘欽

請葉明峯委員。

葉委員明峯

- 一、同意蔡委員的意見，預算本來就有概估，沒有那個神仙可以做出準確的預算，所以要拿預算做為懲處行政人員的依據，是非常不妥、不對的，我認為不應該列到決議。至於要不要終止這個計畫？是可討論。亦即，如果預算不足要終止，是應該討論。假如大家都可接受，此部分尚可列入正式紀錄，否則我認為不應該列進去。
- 二、結論第三項有一括弧，「...中央健康保險局(以下稱健保局)」這段文字很奇怪，下面文字都沒有再出現「中央健康保險局」，不曉得為什麼還要有這個括弧及括弧內的文字，建議刪除。

楊主任委員銘欽

請陳瑞瑛特助。

陳院長特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

我們之所以做此要求，主要是 99、100 年健保局原來預估的數字都很準確，可是 99 年明明預估要用到 20 幾億，可是只編列 6 點多億，100 年明明預估會用到 28.6 億，可是只編列 12.82 億，所以當然要追究這個責任。公務機關的預算編列，如果執行不足，要追加預算，但如果執行不力，沒有超過 85%，首長與會計室主任也要被懲處，我想大家都很清楚。

葉委員明峯

但一般行政機關的懲處都有一定的機制，不需要在這裡處理。

陳院長特助瑞瑛 (陳委員明豐代理人)

可是我們這兩年已經受不了，像明(101)年明明就預估要 35 億，卻只編 19 億多，醫界真的沒辦法承受這樣的預算數。

楊主任委員銘欽

- 一、建議這次協商結論還是維持第一至四點，其中第三點的「(以下稱健保局)」等文字刪除，這部分大家都沒有爭議。
- 二、有關附帶建議部分，本不該在協商結論中，且依本人擔任主席的立場，也不能做成「...要追究健保局責任」的結論，剛剛主要是因為全體醫院代表希望納入這些文字，而我為了會議和諧，認為可以放進去，但一定要釐清，這並不是本會決議，只是全體醫院代表的建議意見。

葉委員明峯

主席，其實醫院代表的發言都會列在發言實錄，發言實錄既然有記載，即表示其意見已反映，只是未被大家接受放在決議中。

楊主任委員銘欽

好，所以現在有委員不贊成這段建議文字出現在結論。

謝委員武吉

主席！我已經講第3次，為什麼醫界委員講的話就不能做成結論或當成建議案？講清楚嘛！

楊主任委員銘欽

委員的意見若與此案直接相關，例如剛剛陳瑞瑛特助的意見，我們都接受。請蔡委員登順。

蔡委員登順

剛剛葉委員明峯說得很清楚，這些討論過程已經有實錄，如果謝委員武吉的意見要當做決議，我們尊重，但我們的意見也要做成決議，就是要平衡，對不對？

謝委員武吉

我並不反對蔡委員的意見。

蔡委員登順

我也沒反對，如果謝委員的意見一定要放，則我的意見也要放。

謝委員武吉

我從頭到尾都沒有反對蔡委員的意見放進去。

楊主任委員銘欽

請何委員語發言。

何委員語

剛剛謝委員武吉自己親口講，這是他的建議案，可聽一下錄音，既然是建議案就不是結論。我同意他放在建議案，但若這樣要追究健保局責任，我反對！為什麼？因為我剛剛講，我們付錢給健保局，以後協商，只單純跟健保局談，而付費者協商出來的結論，再由健保局跟醫界協商。

楊主任委員銘欽

謝謝何委員。剛剛我只是想讓謝委員武吉將所關心的問題提出，本來我也準備結束討論，可否藉這個機會...。

謝委員武吉

我們也非常贊成。

何委員語

如果健保局預估都很準，那我們...。

楊主任委員銘欽

好，這個部分...。

謝委員武吉

主席，我跟你說，今天會發生這件事情，就是因為 indication(適應症)放寬太多，所以費用才會一直增加，為什麼健保局不用負責任？不必接受追究的問題？這根本就是很大的誤差點，醫界才会有這麼重大的反彈，其實醫院不再做這個計畫，跟我也沒有太大關係，我這是雞婆(台語)，你們知道嗎？

楊主任委員銘欽

好，現在就這部分...。

廖委員本讓

主席！讓我講一下。

楊主任委員銘欽

請廖委員本讓。

廖委員本讓

謝委員，跟你拜託一下！今天開會的最大目的已經達到，我也覺得你的意見非常好，但我認為與這次討論及我們所需要處理的重點不相同，如果認為是健保局的問題，可以另外再掣案提會討論，做成決議看以後怎麼處理，但我們有權力對健保局處分、懲罰或追究責任嗎？上次協商時我就提過，假如大家的意見都做成結論，我們有 20 幾個委員，如果有 20 幾個結論，這樣也不好，應該盡量討論出一個共識，也就是主席剛才說明的這幾項，如果還有什麼建議案，可以另外再提案討論，我覺得這樣比較好。大家要和和氣氣，今早本來覺得氣氛還不錯，後來卻愈來愈差，後面還有好多案要討論，我怕氣氛會更壞。

楊主任委員銘欽

請葉委員宗義。

葉委員宗義

醫界建議要追究健保局的責任，但我認為應該要追究費協會的責任，因為是我們費協會協商的，後來弄不成，怎麼會變成是健保局的責任。

楊主任委員銘欽

請張副秘書長孟源最後一個發言。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

一、任何決議或結論應該是絕大多數委員的共識，才能夠形成結論，況且所有委員的發言都有實錄，大家也都可以查詢。依費協會的會議規範，假如有爭議，而要形成決議，必須有三分之二的

委員通過，才能夠列入決議。所以，假如決議有 3、4 個，又多個附帶建議，看起來是非常熱鬧，但就議事效率與規則來看則是不恰當，既然是費協會依正當之民主程序，就應該遵照議事規則。

二、剛提到關於事前審查的部分也沒有列入決議，其實我們也不想終止，因為治療病人要延續，為保障病人的權益，B、C 肝的治療不能隨便停藥，所以醫界不一定贊成終止。但是我們贊成要事前審查，也要有合理的預算及估計，這樣才是醫病雙贏。

楊主任委員銘欽

- 一、本案決議維持四點結論，至剛全體醫院代表之建議，會於發言實錄中呈現。
- 二、確實也有好多位委員都表達意見，但也未列入結論，如果通通都列進來，實在太多，也比較奇怪。但這不代表我們否決全體醫院代表的意見，只因為大家都一樣大，每個委員的意見通通都要寫進來的話，屆時附帶事項反比結論內容多，會很奇怪，是這樣的考量。

謝委員武吉

主席，剛何委員語說我，我沒有反駁，也沒說什麼，我的為人是既然已經講了就講了。何委員的建議，我沒反駁，我認為當時有這個講法，所以，現在還是要有個附帶建議。

楊主任委員銘欽

謝委員武吉發言時，我確實有提到此附帶建議事項，但在各位委員發言後，讓我瞭解到這樣處理可能不是很恰當，所以做修正，如果謝委員沒辦法接受，很抱歉。否則，還要再詢問大家，是否要再加一些附帶建議。

謝委員武吉

既然主席剛有說此附帶建議，我現在也同意用附帶建議的方式，我已經又退了一步。

楊主任委員銘欽

我知道謝委員本來是希望變成結論，但後來退一步變成附帶建議，但就剛剛的討論過程來看，如果要列此全體醫院代表的附帶建議，則付費者委員這邊，這個也說要加，那個也說要加，如此，整個結論看起來就比較奇怪，怎麼會結論後還有好多附帶事項。

謝委員武吉

要加幾百個附帶建議都可以啊！

楊主任委員銘欽

還是徵求一下謝委員的意見，這次是不是可以同意？

謝委員武吉

不同意！我不會讓步！

陳院長特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

對不起，還是要講一句話。

楊主任委員銘欽

請陳院長特助瑞瑛。

陳院長特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

- 一、沒有錯，所有委員講的話都會在議事錄裡面記載，可是請問有幾個人會去看議事錄？大家只看自己講的話，費協會現在會將我們講的話讓我們確認，可是除非發生什麼事情，大家才會去翻閱我們曾經講過的話，否則，我不知道誰會去看實錄。
- 二、就議事規則，當然應該這樣，雖然希望我們所講的意見可以做成結論，但大家不同意。再說到前面四項結論，我們也不同意，可還是放在結論了，所以倒過來是一樣的，像這一項是付費者委員代表提出，其實我們也不同意，所以，剛說結論要大家同意，如此，就很難講到底誰對、誰不對。
- 三、我們已經退讓一步，變成建議事項，不是結論，會議紀錄也會呈給署長，如果署長看到認為這是很重大的意見，可能會請健

保局再跟醫界協商，這是另外一回事。

楊主任委員銘欽

確實是這樣，大家對這部分沒有辦法達成共識，我想還是再退讓一步，就是附帶建議再回來，如果委員有一些很重要的附帶建議事項，也可以一起納入，但這樣一來，還是必須說這是很奇怪的結論。

陳院長特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

剛張副秘書長的意見，對新收案要事先審查，其實我們都有提議過，但要怎麼做，審查是由健保局與醫界協商...

楊主任委員銘欽

這部分剛剛黃副局長已經說明有在做。

陳院長特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

沒有！那是事後審查，不是事先。大家要知道 B、C 肝治療個案是怎麼做出來的？是肝病防治基金會每年到各處去做篩檢...

楊主任委員銘欽

對不起，陳特助我必須終止您的發言，因為我們後續還有提案要討論。

陳院長特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

這個要講原由，因為它是這樣，所以預算執行確實很困難，我們現在很多新病患，都是因為這個基金會去做篩檢，之後病患可能需回到醫院進行 B、C 肝治療，所以建議 B、C 肝治療的新收案要事先審查，而不是事後，目前是事後審查。以上補充說明。

楊主任委員銘欽

謝謝補充。請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

簡單兩點意見：

一、有關附帶建議事項部分，有沒有可能做成還是原有的四點結論。

剛才的討論中也提到大家的意見會在實錄呈現；但有沒有可能在會議紀錄，也註記各方建議，就是做一個統整建議，放在會議紀錄中，但不在結論中，也就是會議紀錄有，實錄也有。純粹提供建議供大家參考，因為不確定在程序上合不合宜。

二、由這個事件，包含剛所談非預期風險的概念，建議我們應從中學習如何避免下次相同的情況再發生。有個很簡單的建議，提供醫界代表參考，就 B、C 肝治療計畫來說，經過這幾次的處理經驗，醫界可以在協商時，提出各種可接受的方案，譬如若今年協商時，提出如果有事前篩選，計畫應該需要多少費用，如果不事前篩選，又應該多少，其實如果醫界也可提出一些配套方案或選項，供付費者代表參考及選擇，則出來的結論可能就會有所不同，以上建議。

楊主任委員銘欽

請陳宗獻委員。

陳委員宗獻

既然是會議結論，則應符合費協會的規則與功能，如果某項結論不是費協會做得到，在這裡做成結論也沒有意義。建議依黃委員偉堯所提，討論過程可在發言實錄呈現，但會議結論應符合費協會應負的責任與事項，所以不宜記載。至，這裡寫的「已達原定額度，應立即終止執行該計畫」，應是我們可以討論的範圍，這是全體醫院代表的建議，而我也要在此建議，明年應該在年度前，事先預估收案的案件數，收滿即止，這樣才可以避免病人被治療到一半不能終止，但是又被迫終止的窘境。

楊主任委員銘欽

瞭解大家希望結論可以很清楚、具體，但畢竟今天是協商討論，一方是付費者代表，一方是醫院代表，而醫院代表是執行計畫很重要的一群，這也是為什麼我之前會將其建議列為附帶事項，好像特別重視他們的意見，但剛剛大家的發言也很有道理，為什麼只放一方

的意見，而不放其他人的意見，只是這樣一來，今天會議沒辦法結束。因此，可否接受剛黃委員偉堯的建議，會議結論還是維持四點，但其下附註，有關這次協商過程，各方所提建議詳如附表。我們另外再做個附表，因為發言實錄確實如陳特助瑞瑛所講，不見得每個人都會看，也不見得會仔細看，所以，請本會幕僚辛苦點，從每位委員發言過程中，整理一份重點意見，譬如何委員語提到應該直接與健保局協商等，讓大家的意見都在附表呈現，如此，也不會遺漏大家的寶貴意見，這樣處理可以嗎？否則現在沒辦法結束本案討論。請何委員語。

何委員語

提議結論還是這四項，後面加一條，即：相關其他建議事項內容，依發言實錄提供衛生署參考。

楊主任委員銘欽

這個當然最好，但不知醫院代表能否接受？

謝委員武吉

請問主席，你有在看實錄嗎？

楊主任委員銘欽

我是一定得看的。

謝委員武吉

你有每個字都看嗎？

楊主任委員銘欽

我也一定每個字都得看。

謝委員武吉

衛生署有幾個人是每個字都看？

楊主任委員銘欽

那就比較難了，因為我們...。

謝委員武吉

所以難度很高！

楊主任委員銘欽

這個我承認。

謝委員武吉

我已經又退了一步，都這樣了，還有什麼一定要阻的，再這樣，我就要開始反對到底了。

楊主任委員銘欽

是不是可以...，剛剛何委員語的建議...。

蔡委員登順

主席，我有意見。

楊主任委員銘欽

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、大家還是要和諧來談，如果真要反對到底，那我也要反對到底，有什麼關係！2 億，你們不要拿，我們也歡喜撿 2 億回來，不需要用這樣的語氣。
- 二、我認為這裡有個字應修改，就「...並以 2 億元為限。」這段文字，建議加一個字，「上」限，因為怕節餘款沒那麼多，到時如果只有 1.8 億，怎麼辦？如果寫「...2 億元為限」，就必須有 2 億，則差額的 2,000 萬要從那裡來？因此，建議修訂為「...並以 2 億元為『上』限」，2 億最高，但要看實際剩多少錢。

楊主任委員銘欽

謝謝，改成「...為上限」。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

我是非常贊成主席剛所提的方式，我們的決議還是要符合執掌，其

他相關的意見以列表呈現，這與會議實錄不同，因為會議實錄有雜七雜八講的話，沒辦法看到大家對本案發言的重點，所以另外列表呈現，但也僅限於與本案有關的意見，其他不相關的就不要列入，如此就很清楚。因為這個創舉，將來我們碰到比較困擾、意見不容易整合的議題，也可以比照此方式處理。

楊主任委員銘欽

好的，我想大家應可以接受，即彙整各方意見，未來請大家確認會議實錄時，併同將其納入附表的建議文字，也請大家確認您的這段文字是否要放進附表內容，文字陳述對不對，如此，即清清楚楚。

謝委員武吉

從早上到現在，所有你們講的，我都很認真聽，要我們等 40 分鐘，我也很忍耐等了...

陳委員宗獻

寫進去，以後不能等 40 分，等 30 分就好。

謝委員武吉

也不能等 30 分鐘，3 分鐘都無法忍耐。坦白講，從早上到現在，每一項，包括健保局有什麼缺失，我都講得很清楚，為什麼不能追究責任？這「追究責任」是要提供衛生署去追究健保局的責任，因為它現在是「行政院衛生署中央健康保險局」，已經不是古早的健保局，前面加了「行政院衛生署」，後面的公文也看得到，所以，應該要讓衛生署來追究責任。我是把這個球丟給衛生署，不單單我們來追究責任。

楊主任委員銘欽

謝委員武吉建議的文字還是沒拿掉，會彙整在意見中。

陳委員錦煌

我看這個案講這麼久都沒辦法結束，應該要保留，但若「保留」，可能又亂掉。剛剛葉大委員說應該要追究費協會，所以我建議改成「...

追究該負責的單位」，你們也要讓人家追究，而葉大委員自告奮勇要被追究，我們也不要緊，若做得好，那會怕人家講。健保局被追究，費協會也被追究，那有什麼問題？講那麼久就沒意思，建議尊重醫院的意見，而費協會有人說要追究自己，也尊重，既然這樣，就寫成「...追究該負責的單位」。

楊主任委員銘欽

既然這樣，我想文字上，綜合大家的意見，剛剛也有委員提到紀錄也要提供衛生署參考，所以就寫「各委員於協商時所發言之意見，由本會列表(如附)送衛生署參酌」。

黃委員偉堯

關於這部分，再提個補充建議，不是各委員的建議都列上去，應該是像今天全體醫院代表同意、有共識的建議才列入；否則若是個別委員的建議都列入，則與實錄沒兩樣，建議在列參考建議時，還是要有個標準較合適。

楊主任委員銘欽

我想這部分先這樣處理，委員可以再確認，如果有委員覺得，我的意見很重要，但沒有列進去，我們還是會再納入，但全體醫院代表剛剛的意見一定會放入，因為是其共識意見。本案進行到此，很抱歉耽誤大家很多時間。

伍、討論事項第三案「針對第七次藥價調查及調整作業，請健保局提供各層級醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所之採購價(最高、最低及中間)、數量(最高、最低及中間)與其交叉分布、廠商販售價格...等相關資料，供本會委員了解是否符合公平或有圖利之行為」及報告事項第三案「中央健康保險局報告『全民健康保險第七次藥品支付價格調整方案及相關配套措施』」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

接下來進行討論事項第三案，請教提案人謝委員武吉要繼續進行或同意保留至下次會議討論？

謝委員武吉

當然繼續進行，因為昨天看到這些資料，很火大。

楊主任委員銘欽

進行第三案討論前，先請健保局進行專題報告。

陳委員錦煌

主席，我剛講的，不算數嗎？

楊主任委員銘欽

有，我們會列表進去。

陳委員錦煌

因為我想公道起見，不要光追究健保局，我看戴局長也很辛苦，我們這邊挺她，要追究付費者委員，也不要緊。

陳委員宗獻

那是民事求償問題，可能不適用。

楊主任委員銘欽

先這樣，現在進入討論事項第三案。健保局會先進行專題報告，再進入討論。請參看補附資料所列投影片，請健保局的代表郭垂文科長報告。

陳委員錦煌

等一下，現在負責藥價業務的副局長應該要到場。

楊主任委員銘欽

局長在這裡。

陳委員錦煌

黃副局長三桂負責醫療，我要請負責藥價的李副局長到場，這事情要問他才知道。

楊主任委員銘欽

之前並未邀請他出席。

陳委員錦煌

現在馬上邀請，這是他的工作，怎麼可以這樣？他沒來不行，要尊重我們。

楊主任委員銘欽

還是先報告，有什麼問題要問，局長在這邊，可以請局長說明。

陳委員錦煌

請他來，這我不能打折。

楊主任委員銘欽

比較困難啦。

陳委員錦煌

時間有的是，請他來再說。

楊主任委員銘欽

請戴局長說明。依會議規範，本會可視需要邀請，但應該要事前邀請才對。

戴局長桂英

向各位委員報告，基本上，這次(第七次)藥價調整的整個過程，我非常清楚，可以說明。當然如果各位希望李副局長也來，可否下次

會議事先請他來參與會議。

陳委員錦煌

現在來就好，那需要等下次？

謝委員武吉

我覺得戴局長的說法好像也對，好像也錯，平常你都要求黃副局長從頭坐到尾，今天他可能有事先走，但講到藥價，主管的副局長卻不必來，是不是有歧視李副局長？是否對黃副局長不公平。

陳委員錦煌

報告主席，先請健保局報告，然後請局長通知他過來。

楊主任委員銘欽

這請局長定奪，我們還是先進行專題報告，因為都已經準備了。

謝委員武吉

這不同，要先處理好。

陳委員宗獻

建議先報告，因為是對所有委員報告，至於陳委員錦煌的意見，再看如何處理。

楊主任委員銘欽

對，陳委員錦煌的意見請局長定奪，不要在這邊讓大家等。請健保局郭垂文科長報告。

郭科長垂文報告(略)

楊主任委員銘欽

謝謝說明。請教各位委員有無詢問意見？

陳院長特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

一、這次報告很可惜，只有簡單明瞭的說法，我不知道委員是否都很清楚，但今天健保局並未呈現一張很重要的表格，本次調整重點不只是報告的內容，當初健保局說這次調查的價差在

0~15%，則不予調整，大於 15%至某個%，則調整多少…，重點是最大為 40%，醫界很懷疑，如果調降幅度最大為 40%，則表示這個藥應該是價差大於 40%，才會調降 40%，但到底有多少%或多少家醫院可以買到價差這麼大的藥品，如果沒幾家卻這樣調整，表示大部分的醫院都會買不到這個藥，因為原來買的價格就比新價貴，這是重點之一。

二、另，剛講到同成份、同劑型、同規格藥品 Grouping(分組分類)部分，我們要問這樣做之後，公立醫院因為要依照政府採購法，不能採限制性招標，Grouping 後，如果有原廠，不管專利期到了或還沒到，降價後，因為被 Grouping 在同一組，就必須同時列標，如此，醫院實在沒有辦法保證不換藥。舉例來講，如果我沒有記錯，Norvasc(脈優，高血壓用藥)原健保支付價格為 8 塊 8，現在專利期正好過，而與符合 BA/BE(身體可用率/身體相等性)或 PIC/S(國際醫藥品稽查協約組織) GMP 同成分的國產藥品歸為同一組，以 6 折計算，現在是給 4 塊多，所以公立醫院招標時，兩種藥也必須放在同一組，因為在同一組，原本 8 塊 8 的藥品不會賣 4 塊，4 塊多的國產藥品，開出的價格是 4 毛，能不能列為結標？這就是問題，現在 Grouping 以後，造成醫院很大難處，廠商開出來的價格是 4 毛，健保局支付價 4 塊多，醫院沒有辦法不換藥，所以，我必須提出，讓所有委員知道現在的問題在此，衛生署一再強調希望醫院不要換藥，既不可能，也辦不到，我要替公立醫院特別說明，Grouping 以後，造成很大的問題。

三、所謂設定下限價格部分，其實不列入定期調整品項不是只有這幾項，之前也提出，因為那是急救的藥，雖然也有其他不同成分的藥可用，但還是有效果問題。進口藥已經表明要退出市場，這個藥如果退出市場，某些心臟血管的病人就只能用國產藥。另有一種藥品也說要退出市場，但台灣的 FDA(食品藥物管理局)卻說，可請國內廠商製作，但如果現在才要請國內廠商製

作，不知道什麼時候才做得出來？這段時間，如果明年1月開始，原廠商不再提供時，又該怎麼處理？這些意見都已向健保局反應。當然，今天主要是講藥價調整問題，但這次藥價調整後，其實發生很多問題，或許委員也有興趣知道，所以順便說給委員聽，以上補充。

楊主任委員銘欽

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、剛才委員建議明年1月份委員會議暫停1次，我認為不妥，這是第1點，不能接受我的提案合併在本次報告案(報告事項第三案)處理，我要專案處理，1月份來處理。
- 二、第2點，剛才陳委員錦煌要求李副局長丞華來報告是正確。目前共有多少臺灣藥廠不願意製藥，健保局應該說出來；外國原廠商因為超過專利期，一直被殺價，後來不賣了，退出臺灣市場的有多少家，健保局也應該報告。順便說一下，目前我與外國原開發廠商談這些事，他們說：「抱歉，謝院長，我們一些新藥不敢先賣臺灣，都先賣到中國大陸」，我們現在變次等民族，委員應爭取不要變成次等民族，健保局公報私仇，藥廠退出台灣的資料有多少？健保局也無提供？我是醫界，順便說一下，健保局已把臺灣老百姓逼為次等民族、次等老百姓，像乞丐一樣，吃的藥一顆才4角，剛才陳院長特助瑞瑛說臺廠產的「脈優」1顆才4角，不應用 grouping、平均值降價，4角是如何買的？
- 三、第3點，健保局在此好像很誠意說有配套措施，我跟戴局長桂英開會時曾說，地區醫院比較敢講話，其餘的醫院都被叮到用爬的，我也有次被叮到翻臉，健保局很多公報私仇，所以才提案要處理健保局。實在講，現在要處理健保局的方向太多，又多了個廉政公署。退出健保的藥有多少？健保局到現在都沒講，還有剛才講的B型及C型肝炎的藥，為何都不調？為何不

處理？難道沒有價差嗎？醫院無價差，但原輸入廠商利潤很高，一開始就講好了，我不好意思講太多，再說下去，事情就很大洞，我的電話常被監控，所以我故意在電話中講，爆更大洞，要死大家一起死。

四、第 4 點，剛才報告資料投影片第 4 頁「設定劑型別調整下限價，錠劑為 1 元」，很多錠劑為 1.3~1.4 元，健保局如何核價？所以你們寫出來的東西，是騙其他委員，有坦白向委員說明這些事嗎？你們自己上網 download(下載)，多少錠劑在 1 元以下，請沈組長茂庭現在馬上報告，剛才我提的這幾項。

陳委員錦煌

- 一、請聽我外行的說一下，我都聽不懂。
- 二、聽醫界提到脈優，有人 1 顆買 8 塊半，也有人買 1 顆 4 角。長庚醫院買普拿疼 1 顆 1 角，區域醫院買 1 顆 2 角，診所買 1 顆 4 角，藥房也賣 1 顆 4 角。請問藥都一樣嗎？病患吃的是麵粉嗎？這問題我們應瞭解。
- 三、為何 1 顆脈優 8 塊半或 4 角，價錢差這麼大，到底有沒有效？我也吃脈優來降血壓，身上正帶著脈優，搞不好無效，不然血壓怎麼降不下來。
- 四、長庚醫院 1 顆 1 角就買到普拿疼，因為買的量是大宗，雲林虎尾鎮有個獸醫買 1 顆 2 角，診所、藥房賣 1 顆 4 角，我覺得藥價很亂，政府官員都不認真，我去藥房買加重型的藥，一盒 10 顆要 120 元，1 顆 12 元，請說明。

楊主任委員銘欽

謝謝幾位委員的詢問，請健保局回應。

沈組長茂庭

- 一、謝謝委員。陳特助瑞瑛提到，價差大於 40% 的藥有多少？我印象中價差大於 40% 的項目比較少，在 10~20、20~30、30 以下比較多，40 以上比較少，我們有統計價差多少到多少之間有多少品項，因為每家醫院都不一樣。

二、健保局並未要求醫院不能換藥，但如果換藥必須向民眾說清楚。

我知道很多情況是因為招標的關係。

謝委員武吉

等一下，健保局說我們不能換藥。

沈組長茂庭

沒有，健保局沒說不能換藥，只是請分局監控，若換藥不能故意換到比較貴，或價差比較大的，且需向民眾說明。

謝委員武吉

以前是以前，你這樣說，又說錯話。

沈組長茂庭

所以，健保局沒說不能換藥。

謝委員武吉

你剛才講的話就不對了！你剛才說「請不要換價差比較大的」，又沒調查，要如何...。

沈組長茂庭

所以才說要監控 6 個月。

謝委員武吉

你說的話不通。你們說正面的話，負面的話也要包，我今天火氣特別大，要是昨天沒 e-mail(電子郵件)給我，火氣還不會這麼大。

楊主任委員銘欽

請讓沈組長說完。

沈組長茂庭

一、剛才陳特助瑞瑛說，有些藥可能市場不供應，這種藥是不調的必要品項，每次調整後，有些藥真的缺貨，健保局會以必要藥品調高，陳特助瑞瑛講的可能是心臟用藥，目前已經調高價格，廠商會繼續供貨。對於用量很少、可能不敷成本，而某些情況一定要用的藥，健保局會調高價格。

- 二、謝委員武吉提到有些藥廠不做、外商退出，或不引進新藥等問題，舊藥如陳特助瑞瑛所說，若外商覺得舊藥不敷成本，但評估不能沒有此藥，臺灣又沒廠商做類似藥品，健保局會斟酌調高支付價。新藥是另一回事，新藥的核價太低，廠商不願意引進，核價太高，又花健保很多錢，所以健保局會在中間拿捏，不能太高或太低，外商一直認為核價太低，國內藥廠可能覺得太高，必須在兩個之間取得平衡。
- 三、謝委員武吉提到分局調查地區醫院有否買不到藥時，第一線不敢講。其實分局都很客氣地向地區醫院詢問，也有部分醫院回覆，健保局已跟藥廠洽商，也提供聯絡窗口，都表示可以健保支付價賣，如果還有問題，健保局將再與藥廠溝通、協調。
- 四、剛剛提到設定劑型別調整下限價 1 元，因為以前未設限，所以有些價格被調到零點幾元，訂一個下限的用意是若本來高於 1 元，調降至 1 元後，則不再往下調；至於以前被調至低於 1 元的藥，仍維持零點幾元，但有機會往上調，即做 PIC/S GMP 後，可以調高到 1.5 元，2 年後若全部符合 GMP，則以後錠劑都是 1.5 元，是逐步調高。
- 五、陳委員錦煌提到，有的藥賣 8 元，有的賣 4 角，市面上脈優同類成分的品項，大概有 10 幾種，這次調價後，原廠脈優本來健保給付 13 元多，調為 8 元多；臺廠製的脈優大約 4 元左右，所以現在健保給付的脈優，約在 4-8 元之間。至於若有賣得更低的價格，會在下次調查顯現，再做調整，本次已從 13 元調至 8 元。

陳委員錦煌

請問沈組長茂庭，1 顆 4 角的是什麼藥？

沈組長茂庭

我不知道是哪一間，因為現有 10 幾家臺廠製作脈優。

謝委員武吉

你說不知道是哪家，就表示沒調查，有圖利某家廠商的嫌疑。

沈組長茂庭

有調查，但要回去看資料。

謝委員武吉

不是，剛才你說...

沈組長茂庭

現在不知道。

謝委員武吉

一、都有錄音，不能胡亂講。我跟你說，現在說的這些話都準備要處理，不是不處理。我今天火氣特別大，主席，我是不是很早就說，健保局一定用這些話回我，與我所料一樣，所以今天火氣特別大，要再戰，下個月再來，要再戰到底，我感覺沈組長茂庭沒講到重點。

二、有次開會時，你們的人還說，藥品賣給小診所和小醫院的時候，特別賣貴一點，這句話你們的人講的，有沒有？我當場指責你們，對不對？各位委員，我就是到健保局說，你們有沒有講這句話？是討論麻黃素問題時，你們說的。什麼原因要賣小醫院和診所比較貴？欺負人嘛！所以我們認為藥價調查就是健保局不公平，才有今天的提案。

三、請教戴局長桂英，你說要與某層級好好地談論這問題，因為某層級受傷最嚴重，完全是死掉的單位，你們到現在都沒釋出善意回應，到底是什麼原因？

陳委員錦煌

沈組長茂庭沒回答普拿疼的問題。

沈組長茂庭

普拿疼在健保的給付價，應該很便宜，但在藥局購買指示用藥或成藥，屬健保不給付項目，所以是由藥廠自己定價，不是健保定價。

陳委員錦煌

感冒藥加重型一盒 10 顆 120 元，藥房賣的，不是我講的；我曾有朋

友送我一桶大約 1,000 顆，我嚇一跳，問他是否要當菜來配，他說：「二哥，一顆 4 角，才花 400 元而已。」，我才知普拿疼一顆 4 角；長庚醫院更厲害，1 顆才買 1 角，也有朋友在南投幫忙去藥房買，1 顆 4 角，聽說區域醫院可以買到 1 顆 2 角，藥價是否太亂。

沈組長茂庭

不同的藥。

陳委員錦煌

都是普拿疼，怎會不同？

沈組長茂庭

不同在於，照理說，成藥及指示用藥應該健保不給付。

陳委員錦煌

普拿疼也不給付嗎？

沈組長茂庭

在勞保時代已經給付的指示用藥，健保會繼續給付，但很多止痛藥或感冒藥屬成藥，已在市面上賣，那是另外品牌，健保不給付，所以是廠商自己定價，幾角與幾元的藥，是不同的...。

陳委員錦煌

請問普拿疼健保有無給付？

沈組長茂庭

有給付與普拿疼相同成分的藥。

陳委員錦煌

我去拔牙，醫師開的止痛藥裡面有顆藥就是普拿疼。坦白講，我只認得脈優和普拿疼，要問的是，價錢為何差那麼多？

楊主任委員銘欽

等一下...。

陳委員錦煌

問題是否分好、壞藥？進口或本地的差別，可以說明清楚嗎？

楊主任委員銘欽

請沈組長茂庭簡要說明後，我再下結論。

沈組長茂庭

普拿疼含有一種成分 acetaminophen(乙醯胺酚)，這成分健保有給付。外面藥局賣的是多種成分混一起，像流鼻水之類，與健保給付的成份不同，那是另外的成藥，成藥健保不給付。

陳委員錦煌

什麼牌子？

沈組長茂庭

有些單一成分的止痛藥，健保都給付。

楊主任委員銘欽

我想是不是先這樣...

陳委員錦煌

你們給付的藥名，我知道就好了。

楊主任委員銘欽

那個再請健保局提供。

謝委員武吉

陳委員錦煌問的是 1 角與 2 角、4 角的問題，同藥品成分，劑量是否一樣？你回答這些比較重要。

陳委員錦煌

加重型的一盒 120 元，你可以去問。

謝委員武吉

可以先問 acetaminophen，劑量都 500mg，不是嗎？我們買 1 顆 3 角，健保局給付多少？

楊主任委員銘欽

對不起，打斷一下，現在大家討論的議題很有趣，生活上可以用到，但這樣談下去，大家的時間就都耗在這邊...

謝委員武吉

沒關係，今天我準備耗在這裡。

楊主任委員銘欽

剛才謝委員武吉提到希望本案能專案討論，建議今天交換意見到此，可否延至下次繼續討論？是否需要補充資訊？請何委員語。

何委員語

- 一、我認為這次藥價調整發生很大爭議，跟沈組長茂庭回答得零零落落(台語)同樣意思，當一個健保局組長，這樣的回答不夠格，為什麼？你比我還不專業。普拿疼有單一止痛、流鼻涕頭痛的，還有治療其他併發症的，綜合型、加強型，很簡單的答案，到現在都講不出來，單一成分、3種成分、5種成分及7-8種成分混在一起的劑型，怎麼可以比價錢？表示你們平常不到醫院或大賣場去看賣什麼藥，這點很重要。
- 二、第2點，我認為這次健保藥價調整，搞到藥廠做不下去，進口藥不進來，藥界很難生存，為什麼會這樣？因為你們砍到見骨了嘛！一隻鵝拔幾根毛就好，不要全身拔光，這樣一定會大聲喊痛。處理過程真的有待商榷，否則不會爭議那麼大。生意人當然要賺錢，不賺錢的生意誰要做，若砍得太過份，當然就不做。
- 三、我贊成專案討論，以上是我的看法，謝謝。

楊主任委員銘欽

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

若專案討論，怎樣的機制造成藥廠退出市場，今日報告都是大藥，但裡面有很多處理方式、計算方法合理與否等問題，如果要深入討論，其實都要提出，包括公式、處罰方式等。

謝委員武吉

公式我都帶著。

陳委員宗獻

沒有啦，今天沒時間，後面還一案。反正現在要專案討論，希望這部分再補強，才可了解問題。

謝委員武吉

一、還有我拜託戴局長桂英回答的。

二、另外，我感到非常懷疑，脈優以前健保價 1 顆 13.1 元，現在 1 顆 8.8 元，但我們買的比 8.8 元還貴，什麼原因應該告訴我們，講出道理來。DIOMIN(降血糖用藥)也一樣，很多我們都買得比現在健保支付價格貴。你們有無跟廠商掛勾來坑診所及地區醫院的嫌疑？這點值得懷疑。列入紀錄，我絕對要求。

楊主任委員銘欽

委員發言都會列入紀錄。請戴局長桂英綜合回應。

戴局長桂英

剛剛委員提到，還有一點是某層級醫院的反應意見，本局正在處理中，因為牽涉到要適用簡表的建議、支付標準的調整，以及整個額度估算的問題，須確認到底有無額度可用，而且立法院也要求健保局，如果有調整額度須公開討論，及如何使用等，這些資料都需要評估，健保局會處理，但需要一點時間。

楊主任委員銘欽

謝謝。

謝委員武吉

脈優？

楊主任委員銘欽

是否要專案報告？

謝委員武吉

我吞不下去，為何我們買比別人貴？

楊主任委員銘欽

請沈組長茂庭。

沈組長茂庭

我們跟廠商聯絡過，都表示可以用健保價賣給醫院，若真的買不到，可以再協調，他們答應可以賣。

謝委員武吉

若大家平均點值都 1 點 1 元，因為醫院經營都以平均點值計算，不是以 1 點 1 元計算藥品，我們用 8.8 元買，乘以平均點值 0.92，剩多少？7 點多元，賠將近 1 元，你們要替我們想一下，有替我們想嗎？所以，如果有一天我不爽，告你們圖利大型醫院。

楊主任委員銘欽

謝委員武吉...。

謝委員武吉

我一直強調多重藥價基準，但他們都不實施。

戴局長桂英

- 一、我知道謝委員武吉提過好幾次，大醫院與小醫院對藥商的議價能力不同，因為買的量不同，議價結果就不同，所以謝委員武吉建議很多次，同成分、同規格、同品牌藥品，若大醫院及小醫院都用，可否大醫院核一種價格，小醫院核另一種價格，大醫院可能價格低一點，小醫院可能高一點，以符合實務狀況，這部分並非不能討論，但現階段並未有此規定，健保局的彌補措施是調查現在哪些醫院買不到什麼藥，趕快處理，跟廠商溝通，瞭解為何不提供給小醫院，協助處理讓小醫院可以買到藥。
- 二、另一方面，藥商可能會說不敷成本，健保局會請藥商把相關資料提供給我們參考，考慮其所提不敷成本的證據，若很明顯，又是不可或缺的藥，可以再調整，即進入逐案申復處理，只要儘快給健保局，會儘量追溯到 12 月 1 日起生效。以上是現已有的救濟程序。

楊主任委員銘欽

先交換意見到此，一定還有很多意見要繼續談。今天因為時間關係，

會議準備結束，但有個提案，因具時效性，今天必須談，請委員參看補充資料第 14 頁，臨時提案第二案。

陸、臨時提案第二案「中央健康保險局函請本會推薦『全民健康保險研擬轉診實施方案專案小組』之委員代表案」與會人員發言實錄
楊主任委員銘欽

上次會議，本來何委員語提議付委動議，後來還是請健保局籌組轉診實施方案專案小組，現在健保局邀請費協會委員一起參與討論。請大家參看補充資料第 14 頁，健保局希望邀請醫界、付費者及專家學者三領域的代表各約 2 名，假設醫界覺得三層級都很重要，所以推派 3 位代表，健保局也有表示歡迎。請問醫界有幾位代表願意擔任小組成員？請謝委員武吉。

謝委員武吉

這不是我們在這可以討論的！這已逾越我們的權限！這是健保局違法在先！我們無權利組成。

楊主任委員銘欽

我們是推薦專家去...。

謝委員武吉

不是。我們要討論健保法第 33 條，那是在立法院通過的法案，只是沒執行，健保局違法在先，要懲處他們在先，所以，本會無權利組成專案小組。

楊主任委員銘欽

是由健保局組成。

戴局長桂英

我們組成專案小組。

謝委員武吉

健保局也沒有權利，他已經違規、違法在先。

楊主任委員銘欽

因為上次委員會議有決議，所以健保局是依照費協會的決議辦理。

陳委員宗獻

所提醫界、付費者及學者專家，但轉診制度實施下去，一定不只一

個層級，而是四個層級都受影響，所以四個層級都應該有代表參加，至於討論時機合不合適、或該層級可否討論，謝委員武吉的看法是另外一回事，推派代表的話，應讓各層級都有機會發言。

楊主任委員銘欽

醫界是否先推派代表，至謝委員武吉所講，畢竟是依上次委員會決議而請健保局成立專案小組，現在健保局既然誠懇地邀請我們推薦委員，是否就配合健保局的邀請去開會，或選擇不去開會也沒關係。

謝委員武吉

不是像主席所說，選擇去開會或不去。我今天從頭到尾火氣都很大，就是健保局回覆我的意見，讓我不爽，都被我所料。

楊主任委員銘欽

好，那現在轉換一下心境...。

謝委員武吉

這東西講起來，我們應該沒資格談，依法...，拜託，讓我講完。依法我們不能討論，但健保局有這種誠意，我認為各層級最少要有 2 位代表，因為不可能每位代表的想法完全一樣，所以 2 位的話，溝通、協調比較好一點。

楊主任委員銘欽

這樣就有 8 位，人數會不會...。

戴局長桂英

- 一、因為監理會也關心此議題，所以本局也有請監理會推薦代表。原則上，健保局認同各層級都可以推派代表，是否監理會及費協會推薦的代表合起來，每層級都有 2 位代表即可？因為都是公、協會代表，可以協調一下，監理及費協會合起來，每層級推薦 2 位。
- 二、對於轉診實施方案，健保局希望能有可行的制度，預定明年 3 月有草案，送經兩會討論後再報署，若署同意，因制度會牽涉到部分負擔的改變，對民眾需要很長的政策宣導期，所以拜託

各位，看看以上建議能否接受。

楊主任委員銘欽

請陳醫師彥廷。

陳醫師彥廷(黃委員建文代理人)

可否考慮讓牙醫及中醫也有機會參與，與西醫型態雖並不相同，但希望至少可以列席。

楊主任委員銘欽

一、所以牙醫及中醫也表示有意願。

二、請問付費者代表，上次陳委員錦煌報名，再確認一次是否願意參加？(陳委員錦煌點頭)願意參加，好，謝謝。還有另一位是請何委員語或蔡委員登順？

蔡委員登順

推薦何委員語。

楊主任委員銘欽

一、就請何委員語多費心。

二、學者專家部分，現在只剩黃委員偉堯在此，本會的學者專家還有許委員怡欣，可否請2位多費心，因為健保局希望有學者專家參加，當然監理會也會推薦。

戴局長桂英

我們也一邊請監理會推薦，因為兩會委員都關心此議題。

楊主任委員銘欽

確認一下，先邀請現場委員參加，沒時間可推派代理委員。今天有委員先離開，請幕僚確認委員名單後，再正式函覆健保局。

戴局長桂英

好，可以。

楊主任委員銘欽

一、謝謝。不好意思，耽誤大家休息時間，今天會議到此告一段落。

在此特別感謝大家過去一年參與費協會的業務，謝謝各位。祝

大家佳節快樂！新年快樂！

二、有關下個月委員會議，要看整體的議案及有意願出席的人數，因為出席人數過半才能開會，請幕僚調查後通知，謝謝。今日會議到此結束，散會。