

衛生福利部全民健康保險會
第3屆106年第6次委員會議事錄

中華民國106年7月28日

衛生福利部全民健康保險會第3屆106年第6次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國106年7月28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：(依委員姓名筆劃排序)

干委員文男

王委員雅馨

古委員博仁

吳委員國治

吳委員榮達

李委員永振

李委員偉強

林委員至美

林委員敏華

林委員惠芳

林委員錫維

商委員東福

張委員文龍

張委員清田

張委員煥禎

張委員澤芸

郭委員錦玉

陳委員平基

陳委員旺全

陳委員亮良

黃委員偉堯

黃委員啟嘉

楊委員漢淥

葉委員宗義

趙委員銘圓

劉委員志棟

蔡委員登順

蔡委員麗娟

盧委員瑞芬

國家發展委員會曹專員毓珊(代)

中華民國全國漁會張主任祐禎(代)

中華民國全國工業總會何常務理事語(9:33 後代)

謝委員尚廷
謝委員武吉
羅委員莉婷

肆、請假委員：
傅主任委員立葉
李委員育家

伍、列席人員：
本部社會保險司
中央健康保險署

本會

陳專門委員淑華
李署長伯璋 蔡副署長淑鈴(代)
龐組長一鳴
黃專門委員兆杰
周執行秘書淑婉
張副執行秘書友珊
洪組長慧茹
陳組長燕鈴

陸、主席：周委員麗芳(代)

紀錄：范裕春、李德馥

柒、主席致詞

各位委員及所有與會者，大家早！

傅主任委員立葉因為身體微恙，情商本人代為主持今天的委員會議，剛剛有委員垂詢是否還是下午 2 時前結束，我們朝此方向共同努力。另外上週召開全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議，在此深深地感謝所有總額部門的努力，各位的表現都比往年更加進步，也感謝幕僚人員的辛勞籌辦。

捌、議程確認

決定：

- 一、為利本會 10 月份委員會議討論四部門總額地區預算分配案，特別邀請台灣大學郭助理教授年真蒞會說明研究計畫之成果，配合郭助理教授的時間，將報告事

項第八案「『從國際經驗檢視我國總額支付制度地區預算分配方式之研究』計畫成果報告」提至討論事項之前報告。

- 二、另考量本月份報告事項較多，及相關報告亦屬於中央健康保險署執行之業務內容，為提高議事效率，將報告事項第二案「『專業雙審及公開具名』試辦方案之執行情形」、第三案「健保醫療資訊雲端查詢系統之執行情形」、第四案「罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材費用成長之合理性分析」，及第五案「『C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫』執行情形」，併入第一案「106 年 6 月份全民健康保險業務執行季報告」提報。

三、餘照議程之安排進行。

玖、請參閱並確認上(第 5)次委員會議紀錄

決定：確認。

附帶決定：請本會幕僚評估製發委員識別通行證之相關事宜，以利委員蒞部參加會議。

拾、上(第 5)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告

決定：

- 一、107 年度各部門總額協商順序經抽籤，依序為：西醫基層、中醫門診、牙醫門診、醫院，其他預算則安排於最後。

二、上(第 5)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形：

- (一)歷次委員會議未結案件擬解除追蹤項次 1「建請衛生福利部部長與本會委員能建立定期對話溝通機制，期使全民健保之業務運作更符合社會期待」，改列「繼續追蹤」，於安排後再行解除。並建議每年至少安排 1 次本會委員與部長之座談，俟部長親

自出席第 1 次座談會後，考量部長因公務繁忙，無法親自出席，亦可邀請督導本會之次長代表。

(二)上次委員會議擬繼續追蹤項次 4「基於分級醫療政策的推動及維護全民健康保險特約醫院服務品質與可近性，敬請研擬設立地區醫院總額案」，因涉及全民健康保險法第 61 條規定，請衛生福利部(社會保險司)審慎檢視其立法精神及意旨，並提供相關說明，及請中央健康保險署依決議提報工作小組之研議結果。

三、請中央健康保險署依本(106)年第 4 次委員會議(106.5.26)之決議：「請中央健康保險署於 3 個月內邀集專家學者、相關醫學會，及本會保險醫事服務提供者與付費者代表組成專案小組，研議感染管制相關公開指標、公開方式及配套措施等具體作法後，再提至本會討論」，辦理提會事宜。

四、請本會幕僚於委員會議召開前，將會議資料儘早提供委員參閱，以利討論；並請中央健康保險署配合時程提供所需資料。

五、餘洽悉。

拾壹、報告事項第八案(提至討論事項之前報告)

報告人：計畫主持人台灣大學郭助理教授年真

案由：「從國際經驗檢視我國總額支付制度地區預算分配方式之研究」計畫成果報告，請鑒察。

決定：

一、感謝研究團隊的用心，對地區預算分配方式進行紮實的研究，並提出寶貴建議。考量時間因素，請研究團隊以書面方式回應委員所提意見。

二、為利本會討論 107 年度總額地區預算分配案，請各總額部門相關團體儘早研提地區預算分配草案，並請中央健康保險署協助提供試算資料，於本年 10 月份委

員會議前，研提可行方案送會討論。

拾貳、討論事項

第一案

提案單位：本會第一組

案由：「全民健保財務平衡及收支連動機制」修正案，提請討論。

決議：請中央健康保險署參考委員所提意見，於 107 年度總額協商後，研提健保財務及費率推估試算等相關資料，併 107 年度保險費率審議案討論。

第二案

提案人：謝委員武吉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：基於維護台灣整體醫藥生態衡平發展與現行健保藥費議題及藥價支付標準的檢討，建議健保署秉於保險人權責，向藥商調查「專利期內藥品」於各類特約醫事服務機構的折扣狀況，並於本會報告，提請討論。

決議：請中央健康保險署就委員所提意見，審慎檢視資料正確性及引用範圍，並提供包括調查方法、對象、結果及相關數據之標準差等完整資料後，於下(第 7)次委員會議續議。

第三案

提案人：李委員永振、李委員育家、張委員文龍、葉委員宗義、劉委員志棟、干委員文男、趙委員銘圓

代表類別：保險付費者代表

案由：為使政府當責承擔健保總經費不得少於 36% 之財務責任，建請衛生福利部恢復 101 年 10 月 30 日修正通過之全民健康保險法施行細則第 45 條條文內容，並匡正 105 年度之政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式案，提請討論。

決議：本會委員所提意見送請衛生福利部(社會保險司)及中央健康保險署審慎研析並檢討修正。

附帶決議：日後委員如欲新增為提案人，宜請以個別委員意願表達之。

第四案

提案人：黃委員啟嘉、吳委員國治

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：敬請研議「臺灣地區外自墊核退費用(海外自墊費用)」編列於 107 年其他總額部門預算案，提請討論。

決議：請中央健康保險署於下次委員會議，提供該署討論「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」修訂草案過程，各界代表所表達之正反意見，及現行海外就醫的管理機制等資料後續議。

第五案

提案人：劉委員志棟、李委員永振、葉委員宗義、張委員文龍、李委員育家

代表類別：保險付費者之雇主代表

案由：建請依據 106 年度醫院總額協商分配重症金額 60 億元，請健保署提出書面分配內容之詳細表給委員瞭解卓參案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

第六案

提案人：劉委員志棟、李委員永振、葉委員宗義、張委員文龍、李委員育家

代表類別：保險付費者之雇主代表

案由：建請健保署提供截至 106 年 6 月 30 日止，有關 106 年度醫院總額決定事項「106 年醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過 105 年的 90%，超過部分，不予分配」之辦理情形，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

拾參、報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：106 年 6 月份全民健康保險業務執行季報告，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，併報告事項第二案至第五案，保留至下次委員會議提報。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：「專業雙審及公開具名」試辦方案之執行情形，請鑒察。

主席裁定：併報告事項第一案處理。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：健保醫療資訊雲端查詢系統之執行情形，請鑒察。

主席裁定：併報告事項第一案處理。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材費用成長之合理性分析，請鑒察。

主席裁定：併報告事項第一案處理。

第五案

報告單位：中央健康保險署

案由：「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」執行情形，請鑒察。

主席裁定：併報告事項第一案處理。

第六案

報告單位：中央健康保險署

案由：105、106 年度醫院及西醫基層總額醫療服務成本指數改變率所增加預算用於調整支付標準之執行情形，請鑒察。

決定：請委員參閱書面資料，如有意見請以書面送交本會幕僚轉請中央健康保險署回覆說明。

第七案

報告單位：中央健康保險署

案由：106 年度及近 5 年新增給付項目與調整給付內容之執行情形及財務影響，請鑒察。

決定：請委員參閱書面資料，如有意見請以書面送交本會幕僚轉請中央健康保險署回覆說明。

拾肆、散會：下午 14 時 26 分。

第 3 屆 106 年第 6 次委員會議
與會人員發言實錄

壹、「議程確認」、「請參閱並確認本會上(第 5)次委員會議紀錄」
與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

主任委員、各位委員，大家早安。現在出席的人數已經過半，達法定開會人數，開會之前，有 2 件事報告：

- 一、傳主任委員立葉因為生病發燒，昨天下午臨時來電請假，依規定可指定 1 位委員代為主持，在請示主委也徵得周委員麗芳同意下，本日會議委請周委員麗芳代為主持(委員鼓掌)。
- 二、依據本會議事規範，健保署署長是法定列席人員，惟李署長伯璋今天另有要公不克出席，有正式來函請假，由蔡副署長淑鈴代理(委員鼓掌)。以上報告，請主席致詞。

周委員麗芳(代理主席)

各位委員及所有與會者，大家早！

傳主任委員立葉因為身體微恙，情商本人代為主持今天的委員會議，剛剛有委員垂詢是否還是下午 2 時前結束，我們朝此方向共同努力。另外上週召開全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議，在此深深地感謝所有總額部門的努力，各位的表現都比往年更加進步，也感謝幕僚人員的辛勞籌辦。

周執行秘書淑婉

- 一、主席、各位委員，這次的議程安排，共有 6 項討論事項、8 項報告事項，本次報告事項第八案，係本會為利 10 月份委員會議，討論 4 部門總額地區分配，委託台灣大學郭助理教授年真辦理的研究成果，今天特別邀請郭助理教授蒞會說明，而郭助理教授也已經到場，為配合郭助理教授的時間，建議是否同意議程調整，把本案提前至討論事項前報告。
- 二、考量本月份報告事項較多，包括上次會議延至本次，及依年度工作計畫安排的事項，而很多報告都和健保署執行業務內容有關，為提高議事的效率，建議報告事項第二至五案，併入報告事項第一案健保署業務執行報告，因本次業務執行報告是屬於

口頭報告，希望這樣可以加快議事的運作，請主席裁示，謝謝。

周委員麗芳(代理主席)

一、謝謝周執行秘書淑婉的說明，如果各位委員沒有意見的話，我們的議程是不是就確認？(未有委員表示反對)好，議程確認，謝謝。

二、請問各位委員對上次會議紀錄內容有無修正意見？

干委員文男

好啦，通過啦！

周委員麗芳(代理主席)

會議紀錄確定。

謝委員武吉

主席，還是 1 個程序問題。本來程序問題都是希望下午 2 時結束，但今天程序問題和以往不同，我們每個委員難道都沒有向衛福部登記嗎？我們要進來的時候，全部資料都要拿給警衛看，還囉哩八唆的，這是什麼意思？麻煩解釋一下！

周執行秘書淑婉

真的很不好意思，因為過去本會都會派 1 位同仁到大門口迎接各位委員，但現在本會人力非常吃緊，少了 2 位同仁，所以人力真的安排不過來，會再和秘書處做溝通，下 1 次會議如果時間可以的話，我本人會親自到大門口去迎接各位委員。

張委員煥禎

沒有關係，因為這個警衛是新的，但我覺得這樣不是辦法，應該發給委員 1 個委員證就好了，我們其他時間來，警衛要問我們也 OK，但是如果每個月的第 4 個禮拜來，他應該就不要擋，其他時間他要管制我們都沒意見。我的建議是，發給委員 1 個身分證明，因為有時候不會在這邊開會，所以帶著證件可能會好一點。

周委員麗芳(代理主席)

謝謝，等一下請健保會幕僚說明，是不是可以發給委員通行證。請陳委員亮良。

陳委員亮良

主席、健保會各位委員，大家早安，剛剛謝委員武吉提到的問題，個人感同身受，早上要進來確實很不方便，解釋了非常多，才願意放行，我是覺得委員進來衛福部開會，頻率是非常高的，像我下禮拜也還要來衛福部開會。有的要拿公文，整個資料拿給他，也不得其門而入，我們不是在苛責健保會業務人員，我是覺得要建立一個SOP(Standard Operating Procedures，標準作業流程)的制度，讓委員進出衛福部的時候，可以比較方便，也比較自由。委員有時候也會受理一些陳情案件，有必要進來衛福部，和相關部門了解有關健保制度相關的議案，因此本席建議對於進來開會的門禁，要審慎並尊重，這是最基本的，以上報告。

干委員文男

我想這個問題大家都有困擾，如果要徹底解決，剛才張委員煥禎有提到，通行證發給我們，要進來開會，警衛看了就不會囉哩八唆。像健保署就管制的很好，他的警衛知道委員的車子，也知道委員本人，不知道健保署警衛是花比較多錢請的，還是我們這邊的錢比較少，有差別待遇。以上，謝謝。

周委員麗芳(代理主席)

非常感謝剛才4位委員的意見，我們體恤健保會工作同仁的辛勞，而委員所提意見很可行，發給健保會委員識別通行證，這個識別通行證，不僅是用於開健保會，委員有必要到衛福部來的時候，也都可以使用，就請健保會同仁朝這個方向儘速辦理。

周執行秘書淑婉

這個部分本會會按照決議辦理，因為也怕委員忘了帶通行證，以後每個月要開會前1天，本會會再交代警衛，隔天有委員會議。

周委員麗芳(代理主席)

接下來進行上次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請周執行秘書淑婉報告。

貳、「上(第 5)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

一、本會重要業務報告，請各位委員翻到會議資料第 17 頁，依辦理情形建議解除追蹤 4 項，繼續追蹤 6 項，以下就辦理情形簡要說明，但最後還是依委員議定結果辦理：

(一)請各位委員翻到會議資料第 21 頁，擬解除追蹤共 4 案：

1.項次 1，上(第 5)次委員會議決議，有關於刪除第 4 次委員會議議事錄第 79 頁有關何代理委員語之發言，本會業於本年 6 月 30 日更新本會網頁公開之議事錄。

2.項次 2，歷次委員會議擬解除追蹤事項：

(1)建請衛福部部長與本會委員能建立定期對話溝通機制，本會主任委員於本年 6 月 26 日拜會部長，獲部長同意，與每屆委員至少座談 1 次，聽取建言。本會將照辦，排入年度工作計畫，本屆預定於本年年底或明年初安排部長與委員座談。

(2)「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統」自付差額特材申請案，健保署已於本年 6 月 15 日公告發布，並自 8 月 1 日施行。

(3)修訂全民健康保險急性後期整合照護試辦計畫，健保署已於 6 月 26 日修正公告，並自 7 月 1 日施行。有關委員所提建議，參處情形包括納入中醫、參與醫院條件納入藥師、開放社區型醫院參與等，健保署都有說明，請各位委員參閱。

(二)會議資料第 23 頁，擬繼續追蹤共 6 案：

1.項次 1，有關不慎遺失業經醫師開立處方箋所購得之慢性病藥物，健保署將依委員會議決議，函請衛福部醫事司及食藥署，研議相關法規修正之可行性。

2.項次 2，有關家庭醫師整合照護計畫，收案人數超出原預

期及預算超支的部分，健保署將邀請相關醫事團體討論後，再提案到本會。

3.項次 3，有關醫院總額點值皆未達每點 1 元，請健保署提出具體因應策略及輔導改善措施，該署業於 7 月 19 日邀集專家學者討論地區醫院相關訴求。

4.項次 4，有關研擬設立地區醫院總額，同上回覆。

5.項次 5，有關偏鄉離島與原住民健保補助及醫療提升，希望能擬具更具體之建議方案，健保署回覆會適時提報。

6.項次 6，專業雙審及公開具名試辦方案，健保署已配合決議事項辦理，並安排於本次會議報告，爰建議於報告後解除追蹤。

二、請各位委員翻回會議資料第 16 頁，說明二，「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」，依照程序今天要進行各部門總額協商順序的抽籤事宜，等一下會請各部門推薦或委員代表參與抽籤，幕僚在會議進行當中會協助抽籤事宜。

三、說明三，「106 年度全民健康保險各部門總額協商事項相關計畫之辦理情形」，係依年度工作計畫排定於 7 月委員會議提報，簡單說明如下：

(一)在牙醫、中醫、西醫基層，需依法定程序辦理相關事宜，並送本會備查，均已完成，另需提報本會執行情形者，本次也已提報。

(二)醫院總額 8 項需依法定程序辦理相關事宜，並送本會備查者，尚有 2 項未完成，分別是鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)，及醫療服務成本指數改變率所增加之預算，優先以 60 億元調整重症支付標準；14 項需提報本會執行情形部分，除了剛剛 2 項外，尚有醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過 105 年之 90%，也尚未提報。

(三)其他預算尚有 1 項未完成，是區域醫療整合計畫尚未執行，詳細內容請委員參閱會議資料第 25~36 頁。

- 四、說明四，牙醫師公會於 6 月 15、16 日針對醫療資源不足地區及特殊醫療服務辦理訪查，實地訪查報告請委員參閱會議資料第 147~153 頁。
- 五、說明五，「105 年全民健康保險監測結果報告書(草案)」在上(第 5)次委員會議決議，委員如有意見以書面方式供本會幕僚參辦，計有林委員惠芳及謝委員尚廷提供書面意見，幕僚已就委員所提意見回覆說明，在補充資料第 1~3 頁，未來將併入幕僚研析意見完成報告書。
- 六、說明六，健保署於 6 月 23 日回覆吳委員玉琴口頭質詢事項，針對 104 年「提升住院護理照護品質」20 億元用於住院護理費調整，各醫院是否提升相關醫事人員薪資之調查結果，請委員參閱會議資料第 154~155 頁。
- 七、說明七，衛福部及健保署本年 6 至 7 月份發布及副知本會之相關資訊如下：
- (一)衛福部於 6 月 15 日核定公告「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統為全民健康保險自付差額之特殊材料品項類別」，自 8 月 1 日施行，健保署於 7 月 14 日公告收載自付差額品項。
 - (二)衛福部於 7 月 4 日公告修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」，修正內容請委員參閱。
 - (三)健保署公告修訂其他預算之相關計畫/方案共 2 項，包括鼓勵醫事服務機構即時查訊病患就醫資訊方案，及急性後期整合照護計畫。
 - (四)105 年第 4 季各部門總額每點支付金額，在會議資料第 167 頁~181 頁。
- 八、補充資料第 4 頁說明八，105 年度各部門總額執行情形，於 7 月 20 及 21 日舉行成果發表暨評核會議。
- (一)評核結果：牙醫門診 87 分，等級為優，中醫門診、西醫基層及醫院等級都為良，評核委員也提出相關建議，將作為

107 年度各部門總額協商之參據。

(二)所有的委員針對各部門總額一般服務及專款項目之續辦與否及經費也做了具體的建議，請委員參閱補充資料第 5 頁。

1.牙醫門診針對牙周病統合照護計畫，建議擴大辦理及增加經費。

2.西醫基層針對家庭醫師整合性照護計畫，建議增加經費。建議對於家醫群的數量要做控管，但是表現較優良的院所，希望能增加個管師的費用，所以希望經費可以增加。

(三)有關依評核等級酌予獎勵之「品質保證保留款」經費，將提本會 8 月份委員會議討論。

九、剛剛進行 9 月份總額協商抽籤結果，順位一是西醫基層，第二是中醫門診，第三是牙醫門診，第四是醫院，9 月份的總額協商順序將依此做安排。

周委員麗芳(代理主席)

謝謝周執行秘書淑婉的說明，有關歷次委員會議決議(定)事項的辦理情形及重要業務報告，請問各位委員有無垂詢意見？請張委員澤芸。

張委員澤芸

有關議程第 18 頁之六，「104 年『提升住院護理照護品質』20 億元，醫院用於提升薪資調查」，感謝吳立法委員玉琴的關切及健保署調查結果的會知，請問爾後每年皆比照辦理嗎？希望能持續；另因這調查係採各醫院自陳式的填報，過去提了很久的查核機制，是否仍在規劃中，希望能落實推動執行。

周委員麗芳(代理主席)

請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、會議資料第 21 頁，有些需要繼續追蹤，我在 5 月份委員會議提出「為確保全國病人就醫安全及全體醫護同仁之生命財產的

安全，建請健保署公布全國各醫院之各項感染率案」，但這裡沒有這部分的追蹤，是遺漏？還是故意排除？

二、我沒去參加健保署召開的感染率相關會議，聽說那天有人很颯悍的話都說出口了，這對健保會委員的建議有尊重嗎？還是認為健保署一黨獨大能夠控制一切？健保會委員感覺就像廢物一樣不被尊重！我要求健保署尊重健保會委員，本人再度要求感染率的資料，健保署竟然敢這樣說！我們協會同仁都有提供會議紀錄給我，健保署有的人說不必回答！說這些話的人不是今天出席的蔡副署長淑鈴，是另一位副署長，他的回答方式有在尊重健保會委員的建議嗎？難道我要求的感染率不重要嗎？醫界的人自己提出感染率的要求，健保署竟然連配合都不配合，這已經非常過分了！今天來已經滿肚子火，一進來就是火，開會也火，等一下會更火，請健保署醫審小組回答！

周委員麗芳(代理主席)

剛才張委員澤芸與謝委員武吉的垂詢，請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

一、一開始委員火氣就很大，我今天是代理署長。剛剛張委員澤芸提及護理的薪資是否有反映在護理人員身上的調查，這部分已做過，委員希望本署要常做，這部分我們會量力而為，因為需要較大的成本，我們會記錄下來。

二、有關稽核的部分，現在醫院評鑑也有在做查核，另外，勞動部勞檢也有在做，為了避免權責不分，並避免非我們的權責，而去做人力的查核。至於謝委員武吉詢問感染率的部分，請醫審小組的同仁說明。

黃專門委員兆杰

有關謝委員武吉的詢問，在執行上，有部分仍需要再釐清，因為感染率的計算或調查仍有些困難度，已請醫審品質科在執行中，這部分我們會配合健保會的決議辦理，目前的確在統計及定義上有些困難，這部分仍需花些時間。

謝委員武吉

- 一、這樣的回答是行不通的，有回答等於沒回答，當時提的門診感染率、病室感染率、病房感染率、手術感染率、內科感染率、外科感染率及其他感染率，還有住院與門診的總感染率，難道健保署大資料庫裡找不出這些感染率的相關資料嗎？這樣的回答太不負責任，等於在呼攏我們這些委員。
- 二、這很奇怪，應該要追蹤的感染率，但在會議資料裡卻完全看不見、消失了！況且這是我們醫界自己提出的建議，是希望能提升醫療品質而非降低品質，健保署不負責任的回答、不負責任的說詞，如此欺騙委員，真的是很過分！

周委員麗芳(代理主席)

針對謝委員武吉提及感染率細項部分，請健保署審慎研議；另追蹤部分，請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

向謝委員武吉報告，這個案是 5 月份的提案，我們仍繼續追蹤。有關追蹤的原則，是針對前 1 次會議決議辦理情形追蹤報告，若歷次委員會議有解除追蹤的部分，才會在此呈現，其實那個部分仍繼續追蹤。

周委員麗芳(代理主席)

先請陳委員亮良，再請葉委員宗義、干委員文男、林委員惠芳。

陳委員亮良

- 一、會議資料第 21 頁，歷次委員會議追蹤項次 1，非常感謝傅主任委員立葉的用心，這個提案是 104 年 12 月決定，我們這些委員是衛福部聘任，歷經 2 年才有辦法與部長會面，會面時間點都沒訂出來就解除追蹤，這很離譜。
- 二、記得在上次委員會議，與李委員永振共同針對這個問題提出我們的看法，目前的部長有時也要看他的官運，搞不好做了半年或 1 年就被撤換，我認為每屆 2 年才見 1 次面，有點太少，我認為要回歸常態，即每年 1 次，建議這次最起碼在 9 月份總額

協商後，10 月份趕快來召開，因為這些健保委員都來自各階層，且是各團體的當然代表，甚至還有專家學者及公正人士。我們的聲音有必要上達，讓部長在推動健保政策時，才有相當的瞭解，不然永遠關在象牙塔內，根本無法體恤民間疾苦。

三、我來自雲林，非常深刻體驗雲林城鄉落後，醫療不足，我擔任委員一直強調這個議題，希望日期能盡速安排，建議是 10 月份，最起碼每年 1 次。

周委員麗芳(代理主席)

請葉委員宗義。

葉委員宗義

一、我很少講話，您今天擔任代理主席，我是彰化人，要捧場一下，也要請謝委員武吉火氣不要這麼大。我有個提醒，9 月份就要總額協商，我已經歷經很多次，這次我真的很擔心，這屆委員中，以前的老委員都變成代理人，例如，何代理委員語、滕前委員西華、謝前委員天仁，還有蔡委員登順變成公正人士。

二、以前這些委員都是協調高手，現在變成代理人，雖然代理人是合法，但觀感不太一樣，我並非反對他們說話，若這屆他們都不來代理，這龐大的預算將由這些新的委員來協商，他們擔任委員還沒有幾個月，要如何協商？這有很大的隱憂，可能會青黃不接，這個問題到時要如何解決？若老的委員不來代理，問題會更嚴重，我特別提醒這部分。

干委員文男

會議資料第 18 頁，我贊成張委員澤芸的意見，不單要繼續追蹤，還要有稽核，希望成果要回歸健保會，讓我們知道經費是否用了，每次協商都有這筆預算，我們不曉得他們是否有收到錢，有無增加薪水？希望資料不單只給護理師公會，也要讓健保會委員知道，不然協商時要如何給經費？

林委員惠芳

- 一、剛剛張委員澤芸提的意見，未必要常常調查，建議未來定期調查。
- 二、牙醫部門一直是優等生，可是在 106 年相關計畫的辦理情形，才 1 季，有些項目的執行率已超過 100%，有些超過 50%或逼近 50%，有些不到 10%，請問是因為當初在計畫預算需求的問題，或執行面遇到問題？若以目前的執行率來看，我擔心會影響下半年計畫的進行，病人的狀況在年初或年末，不應該有不同的對待，請牙醫部門說明。
- 三、有關區域醫療整合計畫，今年還未具體執行，辦理情形是寫完成分級醫療相關措施後，再繼續溝通，可是從今年開始，健保署署長就透過不同的管道宣導分級醫療，所以這個溝通已經在進行，有無初步的結論？今年已經過了一半，下半年是否會有具體的實施，這涉及明年度的預算，請說明目前的進度。

楊委員漢源

- 一、剛剛謝委員武吉提及院內感染問題，我認為要相當重視，因為這部分是病人安全最重要的項目，若感染率太高或做不好，會影響醫療的效果，甚至會增加醫療的使用與費用。
- 二、剛剛周執行秘書淑婉對追蹤的說明似乎不對，會議資料第 17 頁，有上次及歷次委員會議決議(定)事項之追蹤，院內感染這個項目被漏掉或抽掉，不管是 4 或 5 月份討論的案子，若未執行完畢，應持續被追蹤，不是突然消失。院內感染率要去定義，健保署也召開 1 次會議討論，但是談完就沒了，建議應持續來做。

謝委員尚廷

- 一、我 echo(呼應)陳委員亮良與部長定期會面的事，衛福部每年花在健保的預算有 60%，顯現這個業務非常重要，我認為每年至少 1 次與部長溝通是很有必要的，建議 1 季能有 1 次，因為每個月都來開會，至少半年能 1 次，這真的很重要，執行那麼多

的費用，各位委員都來自於各個領域，幫全民看守這部分重要的資源，希望部長能多花點時間聽聽大家的意見。

二、我不清楚何時可以提這個問題，這是健保署的業務，有關雲端藥歷不去揭露 HIV(Human Immunodeficiency Virus，人類免疫缺乏病毒)病人資訊的問題，醫界有很大的討論，但是牙醫界想到的是，HIV 病人免疫有問題，若未揭露，治療規劃方面與糖尿病、高血壓病人是一樣的，若未將這個問題納入綜合考慮，對 HIV 病人治療計畫會有傷害。以牙科來說，HIV 病人牙周特別容易出問題，回診頻率與照護上會有所不同，若未揭露，恐怕對這些病人會有不好的影響，他們的權益會喪失。

三、這部分請健保署與 HIV 病友團體溝通一下，當然最重要的問題，診所很少有拒診行為，我們一定會呼籲醫界團體不可拒診，若有拒診，院所應該要負應負的責任，不應該拒診。請總額許常務理事世明回覆林委員惠芳的詢問。

許常務理事世明(牙醫師公會全國聯合會)

一、謝謝林委員惠芳的指教，事實上很多的項目都超過，在新增的項目，每年協商提出較高的執行需求，希望有更多的預算，委員或健保署對於剛剛新增的計畫會有所擔心，所以預算數給的較少，今年在協商談判時，會再提出，希望委員可以給我們考量。

二、至於執行率較低的部分，有些牽涉到特定族群，這部分我們已經在做檢討與改進，最低的部分是顎顏面骨壞死術後傷口照護的部分，這是新增項目，主要是申報的單位都是醫院較多，醫院在電腦申報更動方面，需要一部分的時間，可能會在下半年執行率才會慢慢提升。

謝委員武吉

一、剛剛楊委員漢源也提及感染率這部分，這是醫界自己提出來，健保署應好好處理，這是為了保護老百姓的生命財產安全。而健保署今天這麼不負責任的回答，竟然也沒說何時能完成，我

要求應有時間表，並限期 3 個月內完成！感染率的項目可以增加，但原先所提的不能夠減少，如牙醫、中醫、血液透析、腹膜透析有感染率也應呈現。健保署的統計資料，若有感染率的 coding(編碼)，資料就會跑出來，這一定要處理。我 5 月份提案，現在都快 8 月了，我是狗吠火車，無效！我會緊盯感染率這部分完成為止，健保署 11 月份報告就要報告！而且要排序哪幾家醫院感染率最高？哪幾項最高？請寫下來並報告，不要打馬虎眼。

二、有關點值問題，最近我接了很多電話，台北分區平均點值 0.89，浮動點值 0.81，很多地區醫院被扣 2~3 百萬元，醫院已很難生存，不只地區醫院，連區域醫院也一樣，區域醫院也被扣的很嚴重。當時我們和蔡副署長淑鈴開會時就提及，若點值保持在 0.9 以下，分區的組長要列會報告。在此我感到非常懷疑，台北分區是大廟大神特別多，台北分區業務組都不敢動他們嗎？有 8 家醫學中心，幾家的區域醫院，我今天還特別去了解醫學中心費用的總成長率約在 7~7.2%，反觀我們總成長率是多少？難怪李署長講子彈打下去，會死光光，執行一項審查措施，就會被打死。我前天才從大陸回來，他們已將 CT(Computed Tomography，電腦斷層攝影)、MRI(Magnetic Resonance Imaging，核磁共振攝影)、PET(Positron Emission Tomography，正子攝影)等重大檢查的支付標準調降 30%，鄭教授守夏擔任主任委員時，曾說過日本在 5 年前上述 3 項的支付標準已調降 20~25%，日本、大陸都能調降，難道台灣不能嗎？調降其支付標準，才能控制重大武器裝備的使用率，才能降低醫療費用的成長。

三、醫學中心費用成長率這麼高，地區醫院有沒有？地區醫院的核減率，是三層級醫院中最高的！反而新北市有家 1 千床的醫學中心，其費用成長率曾高達 9%，但核減率很低，應探討其原因，這是不應該的事情！我記得某 1 年醫院的點值降到 0.83 時，地區醫院就走上街頭了。健保會有責任責成台北分區業務

組於下次會議進行報告。為什麼台北分區業務組不好好管控？這樣太不負責任了，這1點是我感覺一定要去做的。

四、會議資料第24頁，擬繼續追蹤第4項，地區醫院總額一定要畫出來。我要請教，上次會議我有提到依健保法第61條，得分區訂定門診及住院費用之分配比率，而目前健保總額執行方式完全違法！門診包含牙醫、中醫、西醫基層、血液透析、醫院，但並未分成西醫基層與醫院的總額。若第4項無法處理，我拜託周委員麗芳(代理主席)決議，歸零，從新開始。既然地區醫院總額無法切割出來，就重新做。衛生署於民國89~90年歷經19個月、17次醫院總額支付制度研議小組會議，該小組成員係經過選舉產生，做出公平的決議，地區醫院點值在總額內若沒有保障每點1元，將造成地區醫院無法生存、關門倒閉，現在有沒有？有！大陸有沒成功？有！大陸是大量扶植地區醫院，台灣卻是盡量消滅地區醫院，來壯大財團醫院、大型醫院後續的開發。這是對的嗎？健保會有責任做一些事，不要只是這樣簡單的回應。

周委員麗芳(代理主席)

接下來請何代理委員語、趙委員銘圓及陳委員亮良。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、因為主席和葉委員宗義都是彰化人，我是彰化人的女婿，我也要發言。依健保法規定，健保會的職責有6項，前3項與「錢」有關，後3項是跟「事」有關。健保會成立以來，討論都偏重錢，找新委員去溝通，也是談錢，再談都是談錢，忘了監理的工作。健保資源之所以有許多浪費，乃因未有完整規劃及監理。當初我發了一份資料，希望所有健保會委員，尤其付費者委員，應加重健保監理、事的工作。我非常支持謝委員武吉提出醫院的感染率，要很明確；護理部門張委員芸澤提出關於護理的事，也要很明確地給予規劃。我認為從1月至今，所有健保會委員在監理工作方面，完全還未進入監理的事項，必

須加強。至於對新委員的業務說明，有無提到監理工作，因我未參加並不清楚。我支持謝委員武吉醫院的感染率要很明確，醫院的執行、規劃、監督、管理、監理，都要很明確，而且做得非常好。

二、我一直在收集醫院與西醫基層的相關資料，總額協商時，我會一一提出。上個月我請一群醫院的院長、副院長、主任級的人吃飯，他們最後提出 1 個結論，健保制度對醫師很惡劣、醫院對醫師更惡劣。一整個晚上，他們吐露心聲讓我知道，屆時我會舉列出醫院與西醫基層的缺失。

三、在總額協商的監督，付費者委員須向全國付費者負完全責任。剛葉委員宗義很擔心總額協商，我只能承諾他我不會缺席，就算住院，也要出來參加總額協商，屆時我也不會安排出國活動。實際上我可以不必來搞這些工作，我賺的錢已夠多，來搞這些工作，對我來講是出錢出力，純粹是做功德，我會奮鬥到底。我也是公務人員，我是行政院公務人員訓練班第 1 期結業的學員長，政府給我授階 3 線 1 星，我有 2 本藍色的公務護照，沒有 1 個生意人有 2 本藍色的護照，內政部還頒發給我公務員的內政獎章，故我比公務員還要公務員。與我同期的公務人員訓練班中，現在有 3 位監察委員、也有擔任過法務部部長、其他部會的次長，我定期都會舉辦他們吃飯聯誼。我來做這工作，我也希望所有付費者委員要很清楚，總額協商與監理工作，真的要承擔起來，會上所有發言內容，都有記錄，全民都在看我們的表現。我知道葉委員很憂心，老人家不要憂心那麼多，好好地心寬體胖、吃到 120 歲。

趙委員銘圓

一、主席、各位委員，大家好！針對歷次委員會會議中有關與部長的座談，我贊同謝委員尚廷的建議，但執行上可能會有困難，我想最基本的 1 年 1 次座談，部長應可從善如流。

二、有關吳委員玉琴提出的 104 年提升住院護理照護品質 20 億

元，感謝健保署非常用心整理出相關調查結果，我有 2 點請教，請健保署做說明：

(一)附錄二，會議資料第 154 頁，提到截至 105 年 9 月特約醫院 476 家醫院中，104 年有提升護理人員各類薪資者，有 397 家醫院，其調薪的總金額為 55.2 億元，較 20 億元增加 35.2 億元，到底是 104 年的部分、還是 105 年，請說明清楚。

(二)會議資料第 155 頁，各類薪資調增有發放三節獎金 1.8 億元，另在其他用途 10.6 億元中，還有端午及中秋獎金，這兩項有無重複？

陳委員亮良

一、主席、各位委員，大家好！陳亮良第 2 次發言。剛才我支持謝委員武吉有關醫院感染率的發言，我也支持謝委員尚廷對 HIV 的發言。我來自雲林，有些牙醫院所的醫師很擔心，若不讓醫師知道病人有 HIV，醫師無法在第 1 時間妥善處理，當其他付費者、病患就診時，可能會有感染的風險，這部分請健保署務必慎重處理。

二、剛聽到幾位資深委員一直在講，甚至恐嚇年輕委員，好像都只看到錢，我想既然今天能受聘擔任委員，就像我們總統、立法委員也換了好幾任，並未看到公務機關都停擺、立法院停議，不要說健保會的委員沒有誰就不行，也要給年輕人機會，台灣才有進步，這是我的堅持。不要說總額協商一定要有誰在，才能順利推動，我相信健保制度行之多年，並非因有特定的人，才有辦法順利推展，這是每位委員的共同辛勞。尤其我們新加入的委員，並不是菜鳥，我們也很用心，也代表背後的民意基礎，我來擔任健保會委員，相對會盡最大的責任與義務，這是我人生的使命，既然擔任委員，我就好好做。我是在職的公務人員，身分較特殊，每次要來開會，我都必須請假，甚至有時會影響公務延宕。但我的行動力，可以證明我年輕，相信很多

新進委員都抱持與我相同的理念，並非菜鳥委員的能力就較差，我們具有一定的能力基礎，我也是中正大學勞工研究所畢業取得碩士學位，學歷也不是很低。以上報告，謝謝。

周委員麗芳(代理主席)

我們是否這一輪先回應後，委員如仍有意見，再進行下一輪詢問。
吳委員榮達要先發言嗎？請！

吳委員榮達

主席、各位委員，大家好！我有 3 項建議：

一、建議健保會幕僚能於會議前 3 天將會議資料以 email (電子郵件)或正式書面郵寄給委員，因會議當天要看那麼多書面資料，有點難度。

二、我綜整剛才委員所提意見，能否請主席等一下做裁示。

(一)與部長的座談，大多數委員都有共識，建議每年至少辦理 1 次。

(二)醫院感染率，大多數委員都有共識，建議健保署能於 10 月底前提出感染率的報告，另我也建議每半年提出相關數據。

李委員永振

主席、各位委員，我只有 1 點意見。會議資料第 21 頁，有關與部長座談，我贊成剛委員們所提論述，也感謝傅主任委員的努力，但辦理情形是「每屆至少辦理 1 次」，我擔心其與原來委員的建議原意不同，委員原建議定期，變成每屆至少 1 次，我們體諒部長很忙，能否有個轉換方式，若部長很忙，能否邀請負責督導健保業務的次長，只要能達到向部長表達我們意見的目的即可。因預訂安排年底與部長座談，有需要急著解除追蹤？雖有安排，但尚未執行，是否執行後再解除追蹤。

周委員麗芳(代理主席)

謝謝委員們的發言，我簡單綜整如下：

一、首先，大家最關切與部長座談，剛才有共識，每年至少 1 次。

本案暫不解除追蹤，俟實際執行後，再解除追蹤。

- 二、其次，葉委員宗義與陳委員亮良提到總額協商時老幹新枝的參與，老委員與新委員都有做出承諾，大家應可寬心。
- 三、多位委員提到健保署針對吳委員玉琴關心護理人員薪資調整所做調查，未來能否定期調查，並將調查結果副知健保會，以及附錄二內容，等一下請健保署進行說明。
- 四、林委員惠芳關心牙醫計畫執行率，牙醫部門已做說明。區域醫療整合計畫，等一下請健保署進行說明。
- 五、多位委員支持、關心醫院院內感染率，吳委員榮達建議請健保署 10 月份報告，以及多久期間適度地做資訊揭露，請健保署說明。至於 5 月份委員會議謝委員武吉關於公布醫院感染率的提案，是否列為歷次追蹤，請健保會說明。
- 六、HIV 病人資訊揭露，如何與病患溝通，做適度的揭露，請健保署進行說明。
- 七、謝委員武吉關心點值問題，並建議請台北分區業務組列席報告，請健保署代為說明。
- 八、非常感謝何代理委員語，他非常熱心，縱使為代理委員，其熱情與投入的程度，絕對是有目共睹。剛才他也鼓勵大家，針對健保監理，在「事」的方面，要多強化。何委員也表達他對總額的關切，這部分請各總額部門一起來努力。
- 九、趙委員銘圓提到與部長的座談，也提到吳委員玉琴關心的護理議題。
- 十、感謝陳委員亮良再度表達，不僅對 HIV、醫院感染率，也說明年輕委員的使命感。
- 十一、感謝吳委員榮達提出有關每年至少與部長座談 1 次及請健保署提出感染率報告之建議。
- 十二、李委員永振也提到，俟與部長座談後，再解除該案追蹤。
- 十三、先請健保署說明後，再由健保會說明。

謝委員武吉

主席，還有 1 點沒講到，我剛有特別提到健保法第 61 條。

周委員麗芳(代理主席)

謝委員武吉關心的是會議資料第 24 頁的第 4 項，設立地區醫院總額案，我知道健保署也很關切本案，並召開過會議，由李署長伯璋親自主持，這部分請健保署一併說明。

蔡副署長淑鈴

與健保署有關的部分，我綜整向大家報告：

- 一、有關護理薪資調查，我們於 105 年進行調查，請委員翻到會議資料第 154 頁，委員關心兩部分，一為細節文字的說明，我等下會說明；另一為未來是否會定期調查，我們會再評估。趙委員銘圓問投入 20 億元，105 年 9 月的調查結果，醫學中心有 100% 的醫院、區域醫院有 95% 的醫院、地區醫院有 80% 的醫院，都回覆他們有提升護理人員的薪資。我們再進一步調查，薪資總額增加多少，55.2 億元為 397 家醫院回報的加總數字，若回報的數據是真實的，則 55.2 億元與 20 億元的差距，係醫院自行提升護理人員的薪資福利。第 155 頁細項，發放三節獎金與端午及中秋獎金，有無重複？因其為醫院回報資料，有些醫院發放三節獎金、有些則發放端午及中秋獎金，並未涉及重複。
- 二、林委員惠芳關心區域醫療整合計畫，其為論人計酬試辦計畫，101 年開始試辦，試辦 3 年後結束，之所以一直列在我們的計畫內，因我們認為應持續推動，只是目前時機尚未成熟。該計畫為我們推動分級醫療的 6 大策略、24 項配套之一，但目前尚在持續與醫界溝通中。因本項計畫之推動，需要醫界配合，我們會持續努力。
- 三、多位委員提到院內感染率，我們會遵照委員建議，持續討論，如委員會決議 3 個月內完成提會報告，我們會盡量配合健保會議時程的安排。

四、謝委員尚廷提到 HIV，委員可能誤會，會有此議題，係因疾管署在討論愛滋病病人權益保障條例時，透過病友團體反映希望能隱匿健保雲端藥歷的資料，我們是配合去參加會議，目前健保署雲端藥歷有揭露此部分資料，疾管署的會議係希望透過條例的修訂，隱匿該資訊。本署參加會議時，積極主張不應隱匿，若顧及個人特殊原因，可以採自行個案隱匿，可以透過 IC 卡密碼設定，做個人的隱匿，但我們不主張全部的隱匿。上開條例目前還在討論中，尚未完成修訂，我們將持續關心本案後續發展。

五、謝委員武吉提到醫院總額台北分區的點值，不盡理想，在點值結算時，我們也看到了，謝委員武吉的關心，我們非常理解，我們會在下次醫院總額研商議事會議，請台北分區業務組的主管來報告他們在醫院總額的管理現況，再與醫院總額研商議事會議代表共同討論。

六、謝委員武吉提到健保法第 61 條，涉及法律解釋，宜請主政單位社保司解釋。

周委員麗芳(代理主席)

請健保會說明。

周執行秘書淑婉

以下 3 點補充：

一、楊委員漢源提到歷次委員會議追蹤事項為何無感染率乙項？因歷次委員會議繼續追蹤事項，係每半年提報 1 次辦理情形，本次所提報項目，乃依委員之前建議，若經評估已達解除追蹤的條件，即無須等到半年後再提出，否則在時效上將有所延宕，本月份提出 3 項解除追蹤案件，是經幕僚評估後判斷可解除追蹤的案件；其他歷次會議列管之追蹤案件，本會仍會持續追蹤後每半年定期提會報告。

二、有關「請部長與本會委員能建立定期對話機制」案，部長本人非常樂意與本會委員溝通，惟公務行程緊湊，本會幕僚將盡力

安排委員每年至少 1 次與部長進行座談，惟若時間上真的無法配合，亦會參考委員建議，邀請督導健保業務之次長出席座談。

三、吳委員榮達提到，希望會議資料至少能在 3 天前提供委員參考，依本會會議規範第 3 點，「會議之議案，經主任委員核定並編入議程後，應於開會 7 日前分送各出席、列席人員」，本會幕僚皆有按時寄出(按：本次會議資料業於上週五寄出，但一例一休實施後郵局週末不寄件，爰會議資料於本週一始進行投遞)；在補充資料部分，則需要請健保署配合時程提供，因健保署的資料常無法如期提供，請健保署與本會互相配合，讓行政作業提前。

周委員麗芳(代理主席)

一、「本會委員每年至少 1 次與部長座談」部分，建議每年 1 次還是安排跟部長本人座談，若超過 1 次之上，部長時間不允許，才考慮由次長代表出席。

二、會議資料的部分，懇請幕僚提前提供。接下來請社保司說明。

商委員東福

有關謝委員武吉詢問健保法第 61 條部分，因為還與第 65 條相關，請梁組長淑政說明。

梁組長淑政

一、主席、各位委員大家好，首先說明各總額部門在研議過程中，衛生署(即現在的衛福部)規劃的方向，依據健保法第 61 條第 3 項的規定略以「得依醫師、中醫師、牙醫師門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比率及醫藥分帳制度」，另依第 65 條規定得分階段實施，因此在總額規劃過程中，依序研議及開辦牙醫、中醫、西醫基層及醫院總額。

二、謝委員武吉關心的地區醫院總額乙項，當初於規劃過程中也有進行討論，謝委員武吉先前提出的討論案，健保署也於上週已召開會議進行研討，俟健保署研討的結果再辦理後續事宜。

周委員麗芳(代理主席)

謝謝社保司的說明。

謝委員武吉

- 一、主席，這樣的回答我無法接受。上週的會議是由健保署李署長伯璋主持，總共開了 2 至 3 小時，主席您也有出席，那時您的發言我都記在心裡，我這個人很明理，但也會深切的切入重點，回應梁組長淑政所說明的內容，我是要請你們依法行政，若沒有健保法第 61 條的規定，應該西醫基層、門診透析、腹膜透析、牙醫、中醫及醫院門診，應該全部合併在一起，不要分開了。
- 二、地區醫院在總額內不應該被當成肉砧(台語，被人家當作砧板踐踏。即當作凌辱、欺負的對象)，這口氣我實在吞不下去，地區醫院從 6 百多家到現在只剩 3 百多家，主管機關難道不會感到羞恥嗎？大陸的社區衛生中心、一甲醫院，即我們的社區醫院，看看它們目前發展到甚麼程度了！他們完全根據我們規劃的醫院醫療垂直整合方案來執行，我這次到哈爾濱訪問時，內心真的在滴血，大陸目前進步到這種程度，對社區醫療如此重視，而台灣竟然對社區醫療的發展漠不關心，讓地區醫院被跼踏(台語，踐踏之意)、死亡，還讓財團併吞，難道政府和委員們都不會感到歹勢(台語，不好意思之意)嗎？我覺得大家應該感到歹勢。
- 三、若健保法第 61 條不加以修改，社保司應依法行政，西醫劃分為門診及住院總額即可，要死大家一起死，要活大家一起活，大家歡喜甘願，西醫總額不用再細分，依何代理委員語所提，直接分為門診及住院總額就解決了。我認為我們應該要有魄力，不對的就該改，大陸所有疫苗的注射都在基層，即社區衛生中心執行，沒有在所謂的醫學中心(三甲級醫院)或區域醫院(二甲級醫院)執行，在我訪問過大陸三甲級醫院、中西醫綜合醫院和社區衛生中心後，內心真的在滴血，我們 20 年來嘔心

瀝血研議出的方案，大陸直接拿去複製使用，今年 8 月 1 日起又有新的方案，仍然是抄襲我們的規劃，我們政府真的不會感到羞恥嗎？不會感到「應該要改變了嗎」？大陸以「振興社區醫療為首要任務」，台灣做了什麼？我們只是嘴巴喊一喊而已，做都沒有做，預算編了又編，但到底有沒有注意社區醫院生存困境，有沒有為鄉村的社區醫院或都會型社區醫院提出改進方案呢？梁組長淑政所說的都是老生常談，過去聽你說話時還要認真聽，現在不用認真聽，隨便都可以回答你。

周委員麗芳(代理主席)

- 一、感謝謝委員武吉語重心長，我上週也有出席李署長伯璋所主持的會議，會上李署長伯璋轉達陳部長時中對於振興社區醫療的決心，與會者都有深切感受，這也是會議的共識，我想謝委員武吉可稍稍寬心。
- 二、謝委員武吉所提到健保法第 61 條，有關總額制度的精神，請社保司及健保署再審慎檢視健保法的精神與要義。也請謝委員武吉寬心，您關心的社區醫療，大家都有共識。

謝委員武吉

我再說 1 句，我不敢寬心，我講了快 20 年，都是一樣的，換了什麼政府、換了什麼朝代，換了位置就換了腦袋，所以我現在不敢寬心，我每次會議一定追到底！

周委員麗芳(代理主席)

我們大家一起努力，請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、首先要感謝蔡副署長淑鈴的回應，非常的明確，現場有護理師護士公會全國聯合會的代表出席，醫院是否照健保署所呈現的資料，有真正照顧基層護理師？我不知道公會有沒有做相關的調查，若公會調查結果也相符，就值得慶幸。
- 二、另有關 HIV 病患雲端藥歷中之愛滋用藥資訊，建議健保署應堅持立場，畢竟這對醫護人員之人身安全有重大威脅，若完全

不揭露，則醫療過程中稍有不慎造成感染，後果非常嚴重；除此之外，是否能在本會做成決議，為保障醫護人員之安全，HIV 患者應善意揭露其用藥資訊。

周委員麗芳(代理主席)

- 一、有關趙委員銘圓所提，針對 HIV 病患雲端藥歷之用藥資訊揭露乙案，請健保署審慎參酌委員意見，以確保病患及醫護人員的安全。
- 二、本案洽悉，接著進行報告事項第一案。

參、報告事項第八案「『從國際經驗檢視我國總額支付制度地區預算分配方式之研究』計畫成果報告」與會人員發言實錄

郭助理教授年真報告：略。

周委員麗芳(代理主席)

感謝郭助理教授年真的報告，請李委員偉強。

李委員偉強

- 一、謝謝台大郭助理教授年真的團隊，我想其實在上屆委員會針對地區預算中 R 值(人口風險因子及轉診型態校正因素)與 S 值(開辦前一年各區保險對象實際發生醫療費用比率)應該要如何調整，有諸多討論，於是我建議應委託專業團隊進行研究。試想若台灣某縣市要求匡列該縣市小總額，進行全人照護，我們該如何計算應匡列之預算？要以過去的預算當基礎嗎？若以前給的不足，就會一直給的少，若以前給得過多，是不是以後就給的更多？因此需要一套機制來計算，如何合理的分配。
- 二、台灣目前施行的總額預算是按照健保 6 分區來匡列，這就是剛才郭助理教授年真分析表上的區域劃分，請看本報告第 19 張投影片(補充資料第 29 頁)，比較台灣與其他國家之預算分配參考因素的差異後，可以發現我們目前使用了相對簡單的模式，即以過去的醫療資源利用，再加上年齡、性別與 SMR(標準化死亡比)作為參數進行預算分配。從本表可以看出，這是一個相對簡單的作法，我們沒有把罹病狀態、社經特質、醫療供給成本及未被滿足的醫療需求等列入預算分配的考量，因此純粹就科學角度來看，我們還有很大的進步空間。
- 三、個人認為本報告之結論很有參考價值，研究團隊建議，地區預算分配應漸進式調整，無論英國或紐西蘭，若純粹用公式來計算、分配，如同初學者依食譜做菜一樣，但大師做菜真的是按照食譜嗎？沒有，否則每個人都可以成為大師，他一定是參考食譜及個人經驗，台灣目前地區預算分配是以經驗為主，但透過本計畫之研究成果，可以開始導入較科學的模式來做試算，

但仍需考量台灣特殊的背景與制度。

四、各位可以看到，依本研究結果，區域的預算分配差異並不大，但此方式已無法滿足未來走向論人計酬的需求，應該逐步導入共病症等因素計算醫療費用。印象中大約 7 年前曾至健保署報告，以不同的模型來試算台灣個人、團體或區域之醫療費用，該次結論與本研究差不多，但本研究使用的資料更新。未來台灣可能會走向論人計酬制，但依目前的分配方式，對於個人醫療費用的解釋力僅 3~5%，而這僅是解釋過去的費用，還不包含預測未來的使用，若我們確定朝論人計酬制邁進，應開始進行相關的準備工作，著手研議更精準的醫療費用預估公式，以避免未來在分配預算時，醫療院所只願意照顧健康的民眾，而不願照顧嚴重的病患，這也是國外推行 HMO(Health Maintenance Organization，健康維護組織)或論人計酬制一個很重要的基礎。

五、最後謝謝今日郭助理教授年真提出的報告，也鼓勵健保署未來能提供更多預算，讓更多研究團隊參與，進行後續相關研究，讓未來委員在政策擬定或預算分配時能有較科學之依據。

周委員麗芳(代理主席)

先請何代理委員語，接下來再請王委員雅馨、吳委員榮達、干委員文男及陳委員亮良。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、主席、各位委員好，感謝郭助理教授年真的研究報告，非常具有參考價值。我曾看過相關文獻，有的國家將醫療費用與藥品分開核算，每個地區的藥品費用比重不同，本研究中探討了英格蘭、蘇格蘭、德國等國家，這些國家的藥費占比較低，但台灣目前藥費占總醫療費用約 26%，但先進國家約 8~13%，日本及韓國約占 15、16%，台灣藥費占醫療費用總支出非常高，這是本研究中可再考量的面向。

二、中美洲國家採論人計酬制，建立許多醫療體系，民眾需登入特

定體系中，成為會員，並限定於該體系內就醫，因此政府在管控整體醫療費用時，就會非常容易。假設民眾想加入長庚醫療體系，便去登錄為長庚醫療體系之會員，渠僅能在長庚醫療體系就醫，不能至其他機構就醫，政府再依各體系之會員數，給予總額費用，故在整體醫療費用管控上，就不像台灣一直膨脹，這 2 種制度各有其優劣。

三、另剛才有提到，依據區域特性，老年人口及重大疾病患者的比率是不一樣的，這些先進國家對慢性病患者並未給予很多藥品，或感冒不給藥等，因此研究者在統計費用分配時，應有不同的考量。台灣很多縣市以老年人口為主，其特性是多罹患慢性疾病，都市雖然以年輕人口為主，但罕見疾病患者也多，因此疾病分布的方式不同，在費用分配上有許多因素要再加入考量，不能很單純以此模式直接應用在台灣的 6 區地區預算分配上。這是我的淺見，謝謝。

周委員麗芳(代理主席)

請王委員雅馨。

王委員雅馨

一、主席、各位委員大家好，首先也是感謝郭助理教授年真很詳細的研究報告，在投影片第 34 張(會議補充資料第 37 頁)，結論第 3 點提出「加入『未被滿足的醫療需求』，以縮小可避免的不平等」，個人認為這是一個非常重要的論點。

二、就病友的角度來看，現行的許多調查都沒有碰觸到「未被滿足的醫療需求」，而這對病友來說非常重要，建議應可結合現有的資源來辦理，如健保署現行的病人意見分享平台或民眾對健保滿意度調查等相關資源中，可設計讓病友或民眾有表達未被滿足醫療需求的機會。以我服務的台灣乾癬協會為例，乾癬是一個自體免疫失衡的疾病，好發年齡在 30 歲，部分病友需要持續進行照光治療，目前協會已接獲病友反應，一例一休實施後，部分醫院週六或夜間停止照光治療，而基層診所的照光設

備也不是很足夠，因此病友需要於上班日請假至院所接受治療，造成困擾。希望健保署或衛福部可整合各項資源，找出病友及民眾未被滿足的醫療需求，列入中長期規劃，列為健保總額預算分配考量之參數，以上。

周委員麗芳(代理主席)

請吳委員榮達。

吳委員榮達

- 一、謝謝郭助理教授年真的報告，有 2 個問題想要請教，報告中所提出的預算分配機制是由誰執行，這也會涉及到謝委員武吉提到總額涵蓋的範圍？又，不同層級的醫院該如何進行分配？
- 二、發現本研究的文獻探討，多以英國或大英國協國家為主進行討論，德國則未說明地區預算的分配機制，建議可以再蒐集亞洲、中南美洲等國家之資訊，進行相關分析。

周委員麗芳(代理主席)

請干委員文男。

干委員文男

- 一、郭助理教授年真的報告非常詳盡，台灣目前由各總額部門地區預算的分配，乃先協定部門總額後，再依健保 6 分區分配地區預算並調整跨區就醫費用，若按照此方式套在台灣各縣市、地區的分配，將來會如何？
- 二、依現有的分配公式，無論 R 值或 S 值的推動或改變，希望各總額部門都能在 9 月協商完成 107 年度總額分配後，儘速在 11 月提出規劃方案，以免在討論時雙方無法達成協議，謝謝。

周委員麗芳(代理主席)

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

先讓付費者委員發言。

周委員麗芳(代理主席)

謝謝黃委員啟嘉，請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、主席、各位委員大家好，首先非常感謝台大郭助理教授年真提供許多國家地區預算分配之參考因子供委員參考，惟多以歐美國家為主，台灣地區的醫療體系與生活習慣和歐美國家不同，而中醫在華人世界或台灣有其獨特性，因此模型的預測能力較差，建議文獻探討可以再納入幾個亞洲國家做參考會更完整。
- 二、贊同王委員雅馨提到在投影片第 34 張，結論第 3 點提出「加入未被滿足的醫療需求，以縮小可避免的不平等」，目前民眾仍有未被滿足的醫療需求，健保會 107 年度推動許多新案，包含 C 肝新藥開放給付及癌症患者中醫門診延長照護試辦計畫等，都希望能滿足民眾所需。
- 三、簡報第 16 張(補充資料第 28 頁)另提出「以全國平均取代區域平均」的概念，我不確認這樣會不會造成區域失衡，以雲林為例，其位於健保南區之邊陲地帶，當地人口老化現象顯著，居民深受醫療資源不足所苦，而 107 年度總額協商在即，希望委員屆時能綜合考量各項因素，以上。

周委員麗芳(代理主席)

接下來請黃委員啟嘉、陳委員旺全、謝委員武吉、張委員煥禎、楊委員漢淥、盧委員瑞芬及蔡委員登順。

黃委員啟嘉

謝謝郭助理教授年真的分享，請大家看到會議補充資料第 29 頁：

- 一、我們的 R 值是採取比較保守的前進方式，如投影片第 20 張所提，地區預算分配應採漸進式的調整方式，否則恐有副作用。
- 二、地區預算分配的參考因素應該越多元越好，投影片第 19 張「各國地區預算分配參考因素比較」，其中台灣涵蓋的參考因素最少，英格蘭涵蓋因素則是最完整，連未被滿足之醫療需求都有納入，台灣卻只有年齡、性別及 SMR。

三、當 R 值要往前進時，建議多加考量多元的參考因素，讓 R 值能完善反應現實狀況，往前走才比較恰當。目前台灣的 R 值設計還有很大的討論空間，僅利用簡單的參考因素進行地區預算分配，勢必會產生一些偏差，請大家深思。

周委員麗芳(代理主席)

請陳委員旺全。

陳委員旺全

主席、各位委員，非常感謝郭助理教授年真的報告，點到中醫部門最大的痛：

- 一、投影片第 28 張「中醫部門費用預測模型在個人、縣市、地區層級之變異解釋能力(adj.R2)比較」，中醫在模型一(年齡、性別)的解釋能力都偏低，可以看出民眾就醫的性質不太一樣。
- 二、投影片第 31 張「地區預算分配如何達到公平的目標？」提到，追求分配公平是很難完美達成的，這也是中醫部門在分區協調地區預算的困境。
- 三、短期建議提到，R 值的占率應持續推進，誠如黃委員啟嘉所述，在前進的過程應該還有許多因素要多加考量，尤其中醫 6 分區的醫療生態差異大，地區預算很難取得平衡；此外，也建議中醫應針對跨區就醫有預算撥補機制，但撥補後的都會區可能面臨更大的傷痛。
- 四、非常感謝郭教授呈現台灣中醫的特色，如果有機會，我們也想向郭教授請教中醫的相關機制問題，否則每年地區預算都非常為難，感謝郭教授今天點出中醫的問題，也感謝委員們提出的意見。

周委員麗芳(代理主席)

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、首先，非常感謝郭助理教授年真，我看了整個計畫研究團隊，1 位曾經當過健保署的總經理，1 位曾經當過費協會的召集

人，其餘 2 位我都不太認識，因為我是鄉村子弟，不曉得你們的偉大性，對於今天的報告，我很敬佩你們敢提出這個偉大的成果，剛才委員提過的我就不再講了，我對你們團隊的協同主持人感到很生氣，做出來的結果到底正確不正確，剛才已有委員提出詢問，我感到非常生氣的是，我們所需要的，竟然在報告中都看不到。

二、第 1 個，台灣對 R 值、S 值的需求沒有寫出來，至少在主旨中寫明 R 值、S 值的需求，一般研究計畫應該都這麼寫，但在這裡是沒有看到，可能大本的書面報告才有，我們是小人物，只能看臨時簡報，資料應該提前給委員參考，今天才給委員是完全不對的，等於給委員機智性考試，但我們的計算能力沒那麼好，我們是國民學校畢業。研究計畫不是只有你能寫，有些國民學校畢業的也很會寫，對台灣老百姓的訴求、對委員的訴求，簡報完全沒寫到。

三、第 2 點，對於台灣老年人口的調查，我在報告中完全沒有看到，1 個字都沒有，研究計畫結論是正確的嗎？你有提到投保人口，但年輕投保人口與老年投保人口的分野在哪，投保人口有些是依附於年輕子女，而其父、母親與嬰兒、幼子女則是住在鄉村，以高雄來說，高雄市老年人口占 15%，高雄市是六都之一，更何況其他縣市如台南縣、屏東縣、嘉義縣、雲林縣等，老年人口更多，報告中都沒有看到老年人口與年輕人口的調查。

四、我認為你的結論和建議搭不起來，尤其短期建議我根本無法接受，甚至提到 R 值的占率應持續推進，前面都沒有結果怎麼敢提這個，很抱歉，我沒讀書也不太會說話，我認為報告只能當作參考，明年 R 值還是不能動，這才是正確的。雖然委託你們來做研究計畫，但沒達到我們的需求，報告中探討許多國家的預算分配方式，為什麼沒有日本、韓國，反而都是歐美國家？韓國、日本的健保都做得不錯，為什麼不採用？是不是認為外國月亮比較大，洋人比較魁梧，用這個方式要我們這些人

聽話。我的個性就是這樣，比較皮。

五、最後，你要了解去年 R 值調整，我在這有 1 個建議，我在某個會議曾聽說過，是動用黨政軍來處理，你們有沒有去調查這一塊？(醫院部門)R 值調整 4%，動用黨政軍，你們應該順便調查一下去年的結果是如何，我建議報告僅供參考，並沒有具體的研究計畫。

周委員麗芳(代理主席)

請張委員煥禎。

張委員煥禎

一、以後做委託研究還挺辛苦的，還需要調查有沒有黨政軍介入，幸好研究團隊有 2 位重量級的協同主持人，可以考慮一下。我想任何研究的前提都是為了解決問題，R 值、S 值困擾委員許多年，現在我們講的是地區預算分配，不知在研究報告中有沒有發現，如果一些全國性的基本問題沒改變，地區分配怎麼做都不會有結果，R 值前進或後退的意義都不大，委員可能要思考，前頭也許還有一些待解決的問題，R 值、S 值的影響多寡是否取決於此，如果前頭可以解決，問題就迎刃而解，也算是個大功勞，如果前頭無法解決，委員還是要在地區分配這邊努力，即便影響再小也要努力，其他就不再多說。

二、因為今天才收到資料，我剛跟楊委員漢源提到，台灣醫院協會的 4 位代表回去要把報告消化一下，說不定下次可以提出我們自己的想法。我提出 1 點看法，請大家思考，說到未被滿足的醫療需求，我在這邊已經 20 年了，需求就是人、就醫時間、藥物等，剛很多委員都有提到這些需求的資源分配，我不提其他，真的是不吐不快，每個委員提出未被滿足的醫療需求時，有沒有同時說明資源提供方為誰、提供方有沒有代價、提供方的代價合情、合理、合法嗎？健保會最重要的就是分配，我們是不是要注意、考慮提出來的需求是否合情、合理、合法？我認為這很重要。

三、剛有委員提到，星期假日、夜間看診及其他醫療服務，好像有受到影響，這是事實，但在國外，民眾看病是要請假的，約診排在星期一到星期五，病患影響自己的收入去就診，因為醫師也需要休息。醫護人員不能講人權、不能講其他的，我的意思不是不提供，現在小兒科、急診有加成給付，我認為這是合理的，給多給少是另外一回事，都是合理在進步，但我們需要考慮到醫護人員的權益，另一方面，醫勞盟要求遵循勞基法，提供方是兩邊夾擊。

四、最後要強調，有沒有辦法在研究裡定義何為未被滿足的醫療需求，滿足的限度在哪？國外付出多少代價？提供給委員參考，我想委員都很合情合理的。星期六、日想要照 X 光，可以，也許比照國外多給 1 千元不太可能，但能否多給 1 百元，大家可以再協調，提供方與需求方可以再評估，我認為這才是健保會要做的，而不是每件事情都劍拔弩張，這樣不好，請大家多加思考。

周委員麗芳(代理主席)

請楊委員漢源。

楊委員漢源

地區預算分配方式的研究確實不太容易，以下提出幾個問題：

一、第 1 點，我同意 pace of change(地區預算分配逐步調整機制)，以漸進式來調整，今天為什麼會做這個題目，以前調得很慢，只調 1% 或是不調，然而去年一口氣調整 4%，所以才發生問題，需要特別針對某區撥補費用，但報告仍建議 R 值的占率應持續推進，恐怕不能推進得太快，去年推進太快才產生問題，若現在還要再持續推進，令人有點擔心。

二、第 2 點，結論提到，多數國家採用「以需求為基礎」(need-based)之預算分配方法，我們恐怕很難做到，不論醫院或是診所，在台灣就醫相當自由、寬鬆，許多人到醫院急診就醫，處理稍微慢一點，可能急診室就要遭殃甚至人員被打。理論沒

錯，問題是做不到，當然其中還涉及資源多寡，為什麼中醫不適用，因為它的資源分布不同，中部地區中醫很多、東部地區則很少，整個就不一樣，如張委員煥禎所提，提供面是會影響的。

三、第 3 點，報告所提 5 個國家，大部分我都去過，醫療制度不一樣，民眾就醫的便利性、自由度等通通都不同，可以參考，弄一些外國的東西看起來比較先進，但是真正套用可能還要再調整。

四、第 4 點，現在面臨的問題是地區人口，地區人口有很多種定義，如戶籍人口、投保人口及實住人口，有段時間台北市政府認為為什麼要補助保費那麼多？就是因為投保人口與戶籍人口有很大差距，至於哪個定義可行，從健保署的角度而言，可能會使用投保人口，但真正就醫的是實住人口，我們有投保人口、戶籍人口資料，卻沒有實住人口資料，必須思考如何克服。

五、第 5 點，社經因素應該納入考慮，研究者說不容易取得，社經因素在某些程度上會影響需求沒錯，因為這是計算未來的預算，既然缺乏數據，那要如何做為計算的基礎。

周委員麗芳(代理主席)

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

各位先進，就學術而言，本研究做得頗仔細，我不清楚此委託案提供的經費及執行的時間為何，不過以後學界也不太敢接健保會的委託研究，1 個計畫要回答那麼多問題，還要來健保會接受口試，實在沒多大誘因。針對研究內容有 4 點想請教：

一、在預測模型部分，分為個人、縣市及地區，地區是地理地區還是健保分區？(郭助理教授年真：健保分區)健保分區會較合理，是健保會想要看的，只是要註明，因為研究主題是按照健保分區的地區預算分配，如是健保分區的話，請教跨區就醫部

分如何處理？

- 二、中醫模型的預測能力比較差，是否因為中醫 R 值占率相較其他總額是較低的，是不是這個原因？
- 三、研究大多使用健保申報資料，健保申報是支付制度的一部份，所以很可能有 Upcoding 問題(註：將疾病嚴重度較低者，虛報為嚴重度較高)，現在提也許太慢了，日後可以作為參考，像「國民健康訪問調查」(國家衛生研究院與國民健康署聯合辦理)也有針對民眾的罹病情形調查，可以考慮用此資料預測醫療需要，此非醫療需求，兩份資料可以互為檢測。
- 四、短期建議是大家砲轟隆隆的地方，建議裡面提到 R 值的占率應持續推進，就研究模型而言，R 值、S 值最理想大約是多少，即占率大概是多少？就分析模型來講，最理想大約落在哪？

周委員麗芳(代理主席)

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、地區預算分配是本會的重要任務，今天難得有專家來針對地區預算分配方式進行研究，我希望各總額部門，能盡快提出地區預算分配的建議方案，尤其很多委員都有談到，R 值前進問題是我們最困難的地方。
- 二、R 值與地區人口占率有關，報告又提到預算分配方法要兼顧需求，這方面的論述比較缺少，因為台灣生活文化跟國外差很多，多數青壯年都在都會區就學就業，留在農業縣大多是老、幼及弱勢人口，當然醫療需求會比較高，R 值分項的占比必須要加強，以符合需求，R 值才能前進，今天這個報告對明年的地區預算分配才有助益，希望朝這方面努力。

周委員麗芳(代理主席)

請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、主席、各位長官午安，感謝研究團隊的報告，引起這麼多的討論及看法，不論什麼事都有開頭，然後才會慢慢有結果，我認為本案不是非常成熟、明確，雖然有談到短、中、長期建議，報告中提的國家只能做參考，剛有好幾位委員談到韓國、日本，日本人那麼長壽，當然與醫療品質及醫療架構、制度有關，才能維持生命長壽，我在這裡呼籲，是不是能再加一點經費，進一步分析亞洲地區，亞洲的人種、環境都比較相近。
- 二、楊委員漢源提到，報告所列國家的醫療制度與我們都不一樣，何代理委員語也提到，有的國家醫療體系是登記制，依登記人數給予醫院醫療預算，或是給保險公司醫療預算，再由醫院向保險公司承包，盈虧是醫院自行負責，整個制度是完全不同的。目前台灣根本無法實行這樣制度，而是要做地區預算分配，但我們的結構也很奇怪，戶籍在那邊，人卻不一定住在那，如金門的戶籍人口與居住人口就天差地別，可能與金門福利好有關，許多人的戶籍登記在那，在此制度上，要取得準確的居住人口數有困難，很多在台北市工作的人，戶籍是登記在外縣市，台北市補助，繳稅在戶籍地，還有很多問題需要去探討、分析才能夠實施。
- 三、有開頭才有結果，今天拋出這樣的議題讓委員探討非常好，希望本案可以更進一步詳細分析，甚至提出完整的建議方案，委員們並不是都是專家，有比較明確的意見，才能對整個健保制度的永續有幫助，我們也會盡力配合推動。

周委員麗芳(代理主席)

- 一、感謝研究團隊的用心，對地區預算分配方式進行紮實的研究，並提出寶貴建議。考量時間因素，請研究團隊以書面方式回應委員所提意見。
- 二、為利本會討論 107 年度總額地區預算分配案，請各總額部門相關團體儘早研提地區預算分配草案，並請中央健康保險署協助

提供試算資料，於本年 10 月份委員會議前，研提可行方案送會討論。

三、王委員雅馨有提供書面意見，請健保署書面回應。請干委員文男。

干委員文男

一、我贊同主席的結論，也贊成林委員錫維的意見。但這套衣服要穿在台灣身上，講露骨一點，是不適合啦，幾點原因如下：

(一)台灣的民情、醫療利用情形與國外都不一樣，不宜拿外國地區預算的模型套在台灣上。尤其，台灣是單一保險人制度，國外是多元保險人制度，保險制度不同，管理方式也不同，不適合拿國外的模型來放到台灣用。

(三)因為各總額部門每年都在吵 R 值及 S 值分配，因此，希望藉由委託研究計畫，以科學實證及本土化方式來進行各總額部門的地區預算分配，希望分配的方式和結果都能符合台灣醫療情形，國外的地區預算分配方式僅供參考而已。當然，地區預算分配公式對於實務運作上還是有部分的困難，無法完全反映醫療利用的情形。

二、緊急動議，截至現在會議已進行 3 小時，僅完成報告案 1 案，還有很多的討論案及報告案都尚未討論，而且又設定會議於 2 點結束時間，恐有愧對委員的職責。健保會的議案已延宕多時，討論案有 6 個，報告案有 8 個，但只完成 1 個報告案，還有 7 個。主席控制會議時間是對的，但我們要有效率，不要每次案子都躺幾個月還未討論，好像我們都在睡覺一樣，建議延長會議時間。以上，謝謝。

周委員麗芳(代理主席)

有關干委員文男提到的 2 點意見，第 1 點請研究團隊帶回參考。第 2 點是會議的時間部分，我們儘量趕進度，約 2 點時，再視情況決定。

干委員文男

現在就要講好會議時間。

林委員錫維

建議會議時間延長 30 分鐘，於 2 點半結束。

周委員麗芳(代理主席)

請問，委員是否已先購買回程車票？

干委員文男

30 分鐘不夠啦，買車票是另外一個問題。委員會議是 9 點半開始，但沒有規定幾點結束。因本會已累積很多報告案及討論案都還沒討論，但委員對於健保署執行的相關案子還有意見...。

葉委員宗義

即將要發布陸上颱風警報，不要讓中南部委員無法回家喔！

干委員文男

我們都是福氣的人，颱風不會來的。建議應儘速完成各項議案。謝謝。

周委員麗芳(代理主席)

- 一、考量本次各項議案較多且會議時間有限，請各位委員接續討論時，儘量精簡發言。
- 二、建議未來如有相關研究計畫案提會報告時，儘量不要變更議事程序，因為提前報告較會影響其他案件討論的時間。

王委員雅馨書面意見：

1. 乾癬患者依 PASI 大於或等於 10 的定義被診斷為中重度者人數為何? (95 年至 105 年；各別年)
2. 95 年至 105 年乾癬性關節炎為中重度的人數為何?
3. 民國 95 年至 105 年每年的確診人數、性別及年齡分佈 (分別為乾癬確診人數、乾癬合併有乾癬性關節炎的確診人數、乾癬性關節炎的確診人數)
4. 民國 95 年至 105 年每年的就診人數及年齡分佈 (分別為乾癬就診人數、乾癬合併有乾癬性關節炎的就診人數、乾癬性關節炎的就診人數)
5. 95 年至 105 年依年度、縣市別統計乾癬、乾癬合併乾癬性關節炎患者、乾癬性關節炎患者此三類的人數為何?
6. 95 年至 105 年依年度，乾癬、乾癬合併乾癬性關節炎患者、乾癬性關節炎患者此三類的致死率為何?
- 7 民國 95 年至 105 年每年乾癬患者至皮膚科及風濕免疫科就診的人數各為多少(分別為乾癬、乾癬合併乾癬性關節炎及乾癬性關節炎三種類型)
8. 95 年至 105 年之間扣掉死亡等其他因素，乾癬患者每年仍有定期回診(如固定每個月一次)的人數佔總就診人數的比例?
此題 乾癬患者的定義為 乾癬+乾癬合併乾癬性關節炎+乾癬性關節炎的總合

9. 乾癬暨乾癬性關節炎患者所使用的相關藥物及治療方式近十年來(95-105 年)每年健保給付的總額各為多少? (Ps.相關藥物如塗抹藥膏 得膚寶、絲玫歐凝膠、類固醇藥膏、口服藥物如 MTX、cyclosporine 、生物製劑如 恩博、復邁、喜達諾，可善挺，與照光治療等等)。

10 生物製劑(恩博、復邁、喜達諾、可善挺) 近五年來(100-105 年)用於乾癬、乾癬同時有乾癬性關節炎的病患、乾癬性關節炎病患的使用人數?於皮膚科及風濕免疫科申請的人數各為多少?台灣北中南東各區域使用的人數各為多少?各層級醫療院所使用的人數各為多少?(醫學中心，區域醫院、地區醫院、診所) 各類生物製劑恩博、復邁、喜達諾，可善挺)使用在以下各類別疾病(類風溼關節炎、僵直性脊椎炎、乾癬、乾癬性關節炎)的各別金額)

11.乾癬病患於 95-105 年每年有至健保西醫及中醫看診的人數?(此題 乾癬患者的定義有三：乾癬、乾癬合併乾癬性關節炎、乾癬性關節炎)

12.台灣各區(北、中、南、東)、(醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所、(縣市別)擁有照光設備的醫療院所家數?

13.民國 95-105 年因乾癬、乾癬性關節炎住院人數、住院天數、等待病房的天數。

參、討論事項第一案「『全民健保財務平衡及收支連動機制』修正案」
與會人員發言實錄

同仁宣讀

洪組長慧茹

主席、各位委員、各位長官及同仁，大家好。本會幕僚就本案先做簡單說明。

一、本會前於 104 年 11 月份委員會議(104.11.20)研訂「全民健保財務平衡及收支連動機制」時，其目的係為建立以科學數據為基礎，且不受外力干擾之可長可久費率調整機制，機制內容：健保會協定次年度(下稱當年)總額後，健保署應以高、中、低三種方式推估保險收入與成本，並依下列原則研提保險費率調整方案送健保會審議。

(一)當年起(含)第 3 年年底安全準備餘額超出 3 個月保險給付支出時，啟動保險費率調降機制。其調降以超出之金額計算為原則。

(二)當年年底安全準備餘額不足 1.5 個月保險給付支出時，啟動保險費率調漲機制。其調漲以當年起(含)第 2 年年底可維持 2 個月保險給付支出之金額計算為原則。

二、該機制於 105 年 11 月份委員會議健保署提報本會審議「106 年度全民健康保險費率(草案)」時，考量恐面臨「啟動費率調整時點無法適時反映收支狀況」、「未來保險費率調幅將急遽攀升(調幅高達 20%)」等實務運作的困難。惟該次會議委員對於健保署之建議修正方案，會中並無共識。

三、為使本案更加周延，本會幕僚於本(106)年 5 月 12 日召開專家學者諮詢會議，結論：(一)該機制修正原則，建議朝「啟動條件」多元化，不要單以安全準備金餘額作為啟動條件；「調整方式」具彈性之方向可以多面向標準檢視健保之財務狀況。(二)宜考量費率調整幅度、民眾接受度、健保會委員任期及「健保財務以 2 年收支平衡為宜」等因素，相關資料請各委員

參閱會議資料第 42~43 頁。

四、本會幕僚依 106 年 5 月 12 日專家會議建議，研提 A~F 方案，並洽請健保署提供 106~112 年度之健保財務收支及費率之推估資料，於本年 6 月 30 日再次召開專家諮詢會議，結論：(一)建議將「全民健保財務平衡及收支連動機制」名稱修正為「全民健康保險費率審議機制」，與本會費率審議法定任務相符。(二)依專家會議建議，將原 6 方案收攝為 3 個方案，再徵詢本會委員意見，提本(7)月份委員會議討論。

五、本會幕僚於本年 7 月 6 日徵詢委員對於方案 1~3 意見，35 位委員均回覆，5 位委員無意見，調查結果部分，請各位委員翻閱會議資料第 42 頁，說明如下：

(一)方案 1 是現制的部分，共 11 位委員贊同，贊同理由為方案 2、3 第 1 次調整費率係在 107 年，106 年安全準備餘額為 4.36 個月保險給付支出，恐引發爭議及民眾反彈。又依本機制 109 年第 1 次費率調整的調幅雖比較大，但 2 年多後，若整體經濟狀況有機會改善，相對的衝擊可能不那麼大。

(二)方案 2 啟動條件主要是考慮到 1.當年保險成本超出保險收入之 5%；或 2.當年年底安全準備餘額不足 2 個月保險給付支出。調整方式以當年收支平衡費率及當年年底安全準備餘額維持至少 2 個月保險給付支出之金額計算為原則。共 15 位委員贊同，贊同理由為 1.費率調整幅度低於 10%，調幅較和緩，對民眾衝擊較小，接受度可能較高，相關試算資料詳會議資料附件一及附件二。2.健保法第 18 條費率上限 6%的限制，如採方案 2，則超過法定費率上限年度延至 113 年，準備開源節流因應措施的時間較長。3.啟動條件較多元、啟動方式明確、調整方式依據合理、具有基準、收支連動機制更具彈性，與專家學者建議較相呼應。4. 費率調整次數較頻繁，讓民眾認知費率調整是常態，社會對費率調整的接受度會提高。

(三)方案 3 係配合委員任期 2 年，啟動條件為每 2 年依當年起 2 年收支平衡費率調整。共 4 位委員贊同，贊同理由為 1.調幅變化差異尚在可容忍範圍。2.由每屆委員負責協商支出並審議費率，比較配合實際。

(四)委員對於「全民健保財務平衡及收支連動機制」相關建議，包含：支出管控、總額制度、支付標準、費用調整等面向，也彙整於會議資料第 46~47 頁，請各位委員參閱。

六、雖然本次調查結果，以贊成方案 2 居多，依健保署推估第 1 次費率調整時間為 107 年，但 106 年安全準備餘額尚有 4.36 個月保險給付支出，超出健保法第 78 條規定之「以相當於最近精算 1~3 個月保險給付支出為原則」範圍，本會於審議 107 年度健保費率時，建議宜審慎評估。本案擬辦會依委員會議之議決辦理機制內容之修正，並請健保署提供試算資料，供審議 107 年度費率參考，及名稱建議修正為「全民健康保險費率審議機制」，以符實際，以上說明。

周委員麗芳(代理主席)

謝謝本會幕僚的說明，請張委員煥禎。

張委員煥禎

個人係贊成方案 3。建議不論採何種方案，都要考慮方案 3 所列的第 1 點及第 3 點的理由，要考慮費率調幅變化小，財務相對穩定，及累計收支餘絀至 112 年，可能已達法定費率上限 6%，同時也應整體考量國人老年化與少子化問題對醫療財務的影響評估，及早提出法規修正，研議調整因應對策。不論採方案 1 或方案 2，請各位委員務必納入考量。這也是我個人會贊成方案 3 的主要原因，謝謝。

周委員麗芳(代理主席)

請干委員文男。

干委員文男

我贊成方案 1，幾點補充說明如下：

- 一、建議名稱除修正為「全民健康保險費率審議」外，還要加上「財務平衡及收支連動機制」文字，前者與本會費率審議法定任務相符，後者係讓民眾知道如果使用太多的醫療服務，民眾自己就要多繳納健保費，俗擱有力(台語)，簡單扼要。如只有「審議」，外界不清楚審議內容為何，如健保財務透支 5~6 百億元或餘額 2 千多億也都能稱為審議，建議在名稱後加上「健保財務平衡及收支連動」，更能讓民眾了解及珍惜健保資源。
- 二、方案 1 是在 105 年 11 月份委員會議，經過現場試算及大家協議，所有人都贊成的方案。方案 1 與方案 2 的差異在於，方案 1 的啟動費率調升條件是「當年年底安全準備餘額不足 1.5 個月」，而方案 2 是「當年年底安全準備餘額不足 2 個月」；另外，方案 2 啟動條件多加「以當年保險成本超出保險收入之 5%」為門檻。以方案 2 來說，可能明(107)年就要調整費率，但事實上安全準備金尚有 2 千多億，能說得過去嗎？
- 三、方案 2 雖然有 15 位委員同意，但僅供參考，並非本會決議。請大家不要因為調升費率而有壓力，應將收、支共同討論，讓民眾知道調升費率是因為使用太多醫療服務，才會調升費率的，如此說法，大家都能接受。應該要等到安全準備金慢慢消耗到一個程度，有實際的數據證明健保財務不樂觀後，再送到本會討論，不要每年 10、11 月審議費率時，都一直喊健保沒錢了，就像一直喊狼來了，狼來了，喊太多，都不好，目前安全準備金還有 2 千多億，實為不合理。
- 四、方案 3 係配合委員任期每 2 年部分，因過去勞保曾有前、後屆委員不同，造成政策無法延續或銜接等混亂情形。因此，贊成方案 1，以收支連動，及安全準備金消耗到一定程度後，才能說服民眾調整費率，於實務上較符合法、理、情。以上說明，謝謝。

周委員麗芳(代理主席)

請林委員錫維。

林委員錫維

30 秒啦，我贊成方案 1，理由如干委員文男所提的，不再贅述。

周委員麗芳(代理主席)

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、我贊成方案 1，理由如干委員文男所提的，來龍去脈非常的清楚。對於本案的程序有幾點意見，說明如下：

(一)這案的會議程序上是錯誤的。本案不應找專家學者開完會議後，就調查委員意見，這是很不尊重委員的作法。本案應提案至本會共同討論，如充分討論後委員沒有共識，再調查委員意見，是較光明的做法。在很多委員都不清楚方案 1~3 修正的來龍去脈及優缺點，甚至影響未來醫療總額的方向，就先調查委員意見，較屬黑暗的做法，似乎有點蠟燭作業的意味，不太光明磊落。

(二)會議資料第 42 頁隱埋姓名呈現各方案贊成委員總數，應採記名方式呈現，將贊成各方案及無意見的委員名字臚列出來，以公開透明的方式，也可以讓大家了解各該委員贊成的方案，甚至經過大家的討論說明後，也許委員因更加了解方案，而修改決定，這是很重要的程序問題。

(三)本案違反議事程序，不是直接在委員會討論，而是對委員做意見調查，甚至還違犯之前委員會議的決議，我認為是不應該。

二、建議維持方案 1 現行制度，106 年安全準備餘額為 4.36 個月保險給付支出(約 2 千億元以上)，如以成本採中推估，則 107 年安全準備餘額還有約 3.3 個月保險給付支出，108 年也還有 1.91 個月，安全準備餘額都還未低於原機制的啟動費率調升條件(1.5 個月)及健保法第 78 條 1~3 個月之規定。現在都未低於 1.5 個月就提出本案，啟動協商，實為不宜。

三、本案應於 9 月總額協商後，於 10~11 月才來討論 107 年費率調

整案，當然可以事先提出規劃，讓委員了解，但本次委員被調查時，很多委員對於本案都不了解也不理解。建議維持健保法定規定。

四、我贊成健保財務收支平衡，統支統付，可以每年調整，在 109 年調整費率時也不一定要調那麼高。今年於 1 月份時，我被邀請去總統府，面見總統、副總統及行政院院長時，我也向總統報告，如果健保財務不足，會支持調升健保費。我並不是反對調升健保費，只是要合理化且要有正當的程序，讓社會大眾知道，為什麼調升健保費，或調升健保費才能支應健保財務支出。如果今天這案出去了，全民會覺得不可思議，107 年安全準備餘額還有約 3.3 個月(約 2 千多億元)，竟然要調升健保費，這是說不過去，也沒有理由能說服民眾。如果未來健保財務不足，我贊成每年都調升，如果有餘額，每年都調降，這樣才是健全的健保制度，以上報告，謝謝。

周委員麗芳(代理主席)

先請蔡委員麗娟，再請趙委員銘圓。

蔡委員麗娟

一、主席、各位委員，大家好。有關本次費率調查，我是選擇方案 1，理由如剛才委員的說明。但就實務運作方面，因其他方案是 107 年調升保費，在整體大環境經濟狀況不理想、尤其安全準備金還有 2 千多億元的情況下。需考量如果沒有足夠的理由，民眾是不是能夠在這麼短的時間內接受調整費率，建議調整費率應有更充分的理由，並向民眾說明才可行。

二、目前健保支出不斷的成長，因此不管哪 1 年調整費率，健保應有開源節流的積極作為，例如減少重複檢查，避免浪費健保資源，或逐步回歸健保法第 51 條指示用藥不納入健保給付範圍，指示用藥部分及從民眾端部分，民眾宣導教育，珍惜健保資源，惟有多管齊下，具體落實開源節流措施，節約健保資源下，才能讓健保支出微幅的成長，也才能有機會將新藥、新科

技納入健保給付，讓健保照顧真正需要的民眾，共同創造醫病雙贏。

周委員麗芳(代理主席)

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

贊成方案 1，理由如干委員文男、何代理委員語及蔡委員麗娟所陳述。另外，再補充幾點說明：

一、有關政府應負擔健保總經費法定不得少於 36% 部分，其計算仍有爭議，身為雇主代表仍要表達的，建議在未釐清楚前，不應也不宜調整費率。

二、菸捐分配健保安全準備比率由 70% 降到 50%，所減少 20% 挪作他用的部分，建議應爭取回歸健保，納入健保安全準備金。

周委員麗芳(代理主席)

請李委員永振。

李委員永振

主席、各位委員，我個人是有參加過去 2 場專家學者會議，相關意見如會議資料。當然，今日係以委員的身份討論本案，以下幾點說明：

一、我贊成將名稱修正為「全民健康保險費率審議機制」，這樣與健保法第 5 條第 1 項規定本會法定職責為保險費率之審議，權責相符。如同剛剛委員所提的，要討論這個機制一定會與收支連動財務相關，這是避免不了的。

二、有關委員任期 2 年，費率是不是要每 2 年或 3 年就要調整 1 次部分，這我個人有不同的看法，因為每年 11 月本會都會討論費率審議案，所以每屆委員都會參與討論，只是費率有沒有調整的差別，不論是調升或調降，委員都會參與。因此，委員任期 2 年的部份應該不用去顧慮的。

三、本案個人是贊成方案 1，理由如下：

- (一)我覺得採哪一方案不是重點，重點是一定要有啟動機制，啟動的依據，至於要用什麼方式是其次。方案 1 當時研擬的時間較匆忙，可能不是很完整，但另外所提方案 2 或方案 3 沒有解決剛剛何代理委員語等諸位委員所提的問題，反而違反公務人員依法行政，牴觸健保法第 78 條的規定(註：健保法第 78 條本保險安全準備總額，以相當於最近精算 1 個月至 3 個月之保險給付支出為原則)。
- (二)目前安全準備金還超過 3 個月，就要調整費率，實在是不適合。也考量現在因社運人士力量很大，如採健保法第 78 條挑戰本會決定啟動費率機制案時，那麼本會要如何去因應，而且從去年提到現在，好像也沒有提出相關因應的方法。如果沒有把問題解決，反而產生新問題，建議不要採用新的方案。
- (三)方案 1 受到挑戰是到了要啟動調整費率時，調幅會比較大，保險費率成長率 20.68%，如採方案 2，調幅較緩和，保險費率成長率低於 10%。這幾日拿到會議資料，也在思考，這樣會不會造成健保會是操控朝三暮四或朝四暮三的藏鏡人，而且沒有解決問題，不是改成每 2 年調整 1 次就 OK 了，甚至改成 2 年調整一次有違法的情事，這都是不好的。
- (四)我比較在意的如剛才張委員煥禎提到達法定費率上限 6% 的部分，遲早都會碰到，會議資料提到健保財務收支存在結構性失衡的問題，這要想辦法如何去改善比較重要，否則每年或 2 年調費率怎麼調也沒用的。呼應蔡委員麗娟所提的，我查健保署統計，87~105 年就醫人數成長率約 8%，就醫人次成長約 16%，但是醫療費用成長約 1.4 倍(約 140%)，如果不多管齊下徹底解決醫療浪費，只靠調整費率解決健保財務問題的話，那未來也是一個很嚴重的問題，這也會連動到達法定費率上限 6% 的時間提前到來。

四、建議目前安全準備金約 2 千 4 百多億元，還有 asobi(壓縮比，日文外來語，指留有緩衝的餘地、彈性的意思)，應該去解決

問題，機制要去建立，但解決問題更是重要的。

周委員麗芳(代理主席)

請張委員清田。

張委員清田

- 一、依據會議資料顯示 3 個方案，都需要符合健保法有關安全準備以 1 至 3 個月保險給付支出為原則的規定，超出或不足時才可以調整費率。
- 二、從推行二代健保以後，安全準備餘額達 2 千餘億元，這樣怎能調整費率？我認為方案 1、方案 2 都有問題，例如方案 2 的啟動條件是當年保險成本超過保險收入之 5%，但是目前總額限縮在那裡，而收入為變動，這如何判斷？本次調查我支持方案 3，因為既然每屆委員任期 2 年，這 2 年內也不一定需要調整費率，但是可以根據健保法及這段期間財務變動情形決定是否調整費率。以上是我個人意見，謝謝。

周委員麗芳(代理主席)

請蔡委員登順。

蔡委員登順

首先請問這個案子，在過去健保會有無討論過？是否討論過後，因無共識，才做問卷調查，若無討論過，就進行問卷調查，則似有些爭議！

周委員麗芳(代理主席)

請周執行秘書淑婉。

周執行秘書淑婉

- 一、委員剛剛對於這個案子的發言，其實大大誤會我們了！
- 二、本會第一組為何提報這個案子，其實在去年 11 月份審議 106 年度費率時，健保署有提出 1 個修正草案，當時委員認為未來費率調幅會急遽攀升，因此決議認為原來的財務平衡與收支連動機制應檢討是否修正。

- 三、大家在講幕僚人員怎能在大家都不清楚情形下提案，或是程序有問題等，我一定要澄清，我們幕僚人員是非常認真工作，在會議資料中呈現召開 2 次專家諮詢會議，將專家的意見完整提供委員參考，我們希望委員看了專家意見以後，再初步詢問委員的意見，也就是 follow(遵循)去年 11 月份審議 106 年度費率的決議辦理，委員問卷調查結果僅供參考，我們還是依程序正式提案到委員會議討論，其實我們幕僚人員是多做事，我們是覺得專家諮詢會議的意見可以提供委員參考，私底下先透過問卷調查以瞭解委員的看法與方向，剛才委員認為我們是黑箱作業，對幕僚相當不公平，我這裡有支持各項方案的委員名單，我認為這個僅供參考，這些名單不需要呈現在會議資料裡面。
- 四、費率審議本來就是委員會議的權責，本項機制僅供參考，若想參採則可 follow，至於費率審議時，則依每年度實際狀況辦理，這是屬於委員的自由意識去做審議。

蔡委員登順

- 一、依據周執行秘書淑婉的說明，得知本案係依據去年 11 月份審議 106 年度費率的決議辦理，表示去年 11 月份就有討論過，當然每位委員有不同看法，透過問卷調查屬於民主機制當然要尊重。
- 二、我認為委員不要以個人的意志比較強烈，就去推翻多數委員的意見，我認為這樣不是很好，目前台灣很民主，總統都是選票選出來的，問卷調查也視同選票，應展現民主素養。
- 三、我建議嗣後進行問卷調查，需要謹慎而為，因為沒有共識而進行問卷調查，調查結果則需予尊重，而非在會場因調查結果引發吵鬧，這樣非常不好！
- 四、在 104 年 11 月份審議 105 年度費率時，因為安全準備餘額頗高，所以決議當年起(含)第 3 年年底安全準備餘額超出 3 個月保險給付支出時，就啟動保險費率調降機制，所以費率由 4.91%調降為 4.69%，並依當時何委員語的意見，依健保財務

資料顯示，當年年底安全準備餘額不足 2 個月保險給付支出時，即啟動保險費率調漲機制，也就是當安全準備不足時，何代理委員語會支持調漲費率，這也是大家當時認同的機制。

五、讓民眾認知，費率調整是常態，當安全準備不足就調漲，安全準備太多就調降。因此，這 3 個方案哪 1 個較符合當時認為費率調漲所做的承諾，大家可以檢視。

六、我們對於費率調整都很敏感，因為涉及付費者的負擔能力，政府因為選票考量，也不會隨便碰觸這一塊，我們要慎重處理。以上建議。

周委員麗芳(代理主席)

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

一、其實不管是哪一個方案，每年費率調整涉及世代公平性問題，也就是目前 30、40 歲的人，因為收入高，繳的保費就多，大都是 60、70 歲的人在使用，其實每年預估費率與實際越靠近越好，不要突然暴漲 20% 或 30%，這樣比較好。

二、我有 1 個故事，利用短時間講一下，台灣大學入口就有一段頗寬的校園椰林大道，當初日本人建造時，兩邊都是稻田，蓋好後沒有幾人在走，可是 60、70 年以後，學生擠滿那條路，目前看起來並不大，因此，今天在做任何決策時，我們看得需要遠一點，也就是讓每年費率的調整幅度能越小越好，對於方案 1，我的想法是在 109 年費率可能調整嗎？因為該年適逢總統大選，我認為雖然需要就事論事以專業角度考慮，可是健保很多層面存在政治因素，因此，在處理本案需要多元思考，關於方案 1，我建議 109 年費率調整的幅度能夠分攤到前幾年，讓該年費率成長率不要超過 10%。

三、我希望對於每年繳費者更公平，也就是我今年繳費供我未來使用，若目前我繳費少少的，等到我 70 歲，我的子孫健保費率要負擔 10% 以供我使用，說實在的，我寧可拉高自己目前費

率，那樣我的子孫健保費率可能就不需要負擔到 10%，這樣會比較好一點。

周委員麗芳(代理主席)

先請張委員煥禎，再請陳委員亮良。

張委員煥禎

- 一、我有幾點意見，第 1 點是健保財務平衡及收支連動這件事，的確很重要，而且是我們健保會的職責之一，當然需要考量我們的權限到哪裡，我想替幕僚人員講一下話，本案確實是去年衍生過來的。
- 二、第 2 點是委員所說黑箱作業，其實沒那麼嚴重，因為當時委員若認為這是不對，有所質疑，就應該拒絕作答，既然已經作答，表示我們心胸坦蕩，認為這個問卷調查是 OK(可以的)。
- 三、第 3 點是於問卷調查時若表示會公開名單，則部分委員可能會放棄回答，但當委員回答後，欲公開名單，當然需要徵求委員同意。
- 四、第 4 點是回歸技術層面，我們對於這項議題仍是有共識的，至於其他枝節，請主席趕快做決議。

周委員麗芳(代理主席)

好，等陳委員亮良發言完，我們就趕快做決議。

陳委員亮良

- 一、主席，各位委員，大家好！對於本案，大家已經討論很久，我支持方案 3，贊同中華民國會計師公會全國聯合會代表張委員清田的論述。
- 二、健保費率調漲，會造成全民恐慌，而且目前經濟景氣不是很好，但若健保費率調降，則皆大歡喜，我想既然設置健保會，委員也有任期，費率調整責任應該回歸到健保會承擔，也就是委員代表各團體到健保會發聲，就有一定的發聲權。
- 三、我認為不可以多數霸凌少數，這項問卷調查有瑕疵，很多委員認為被詢問時有點錯愕，並未瞭解前因後果，我想本案於之前

沒有充分討論，在 105 年 11 月份審議 106 年度健保費率時，我還沒有參與，對於當時談論內容完全不知。

四、本會對於公正人士委員的角色是什麼？這需要質疑一下，身為公正人士委員，理應當委員爭議不休時，才出來發言，還是其他委員尚未發言，他就先發言，這樣就很奇怪。

五、我認為本案議題需要充分討論，不能以多數霸凌少數。以上報告，謝謝。

周委員麗芳(代理主席)

好，謝委員武吉，剛剛委員表示希望要儘速做決議喔！

謝委員武吉

一、有關健保財務平衡及收支連動機制，確實很重要，幕僚人員很努力提出 3 個方案，都有委員支持，方案 1、2、3 的贊同委員人數各有 11 位、15 位、4 位，我們今天對此案要做重大決議，是有困難點的，在此要非常感謝健保會的幕僚人員的努力，但因此使大家對他們產生誤會，這樣對他們太不尊重了，我們該尊重就要尊重。

二、我認為大家對於本案仍有意見，建議各位委員帶回去仔細看，下次再討論也不遲，這樣好不好？

趙委員銘圓

主席，不好意思，我要講幾句話。

周委員麗芳(代理主席)

好，請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

本來不想講，不過還是要提一下，我們在 104 年 11 月份審議 105 年健保費率時，就是因為安全準備餘額太多了，所以政府將支出的 9 項屬於社會福利部分納入計算應負擔 36% 健保總經費的計算內，後經爭取只剩下 7 項，然仍有政府少負擔 38.5 億元，還有菸捐挹注安全準備由 70% 降至 50%，這需要非常慎重對待，當安全準備餘額太高，政府就將很多責任加諸健保，雖然我們每個行業不一

樣，但是大家都是付費者，若費率調漲，則需要多繳錢，這是提醒大家，謝謝。

周委員麗芳(代理主席)

請葉委員宗義。

葉委員宗義

- 一、主席很難當！大家都講要控制時間，可是都是大家在拖時間，拖到下午 5 點還在拖！（與會者笑）
- 二、本案係延續去年 11 月討論內容，要議論幕僚人員的不好是不對的，本案所擬的 3 個方案，希望建立好的機制，但只顧及收入部分，未顧及支出，也不對，我建議主席予以裁決，或予以表決。這是我的建議，謝謝。

周委員麗芳(代理主席)

- 一、我們對於本案討論許久，首先，所有委員要對本會幕僚人員表達最高的謝意，幕僚人員非常認真地做了很多準備，請所有委員給予他們掌聲(與會者鼓掌)，非常感謝他們！
- 二、請中央健康保險署參考委員所提意見，於 107 年度總額協商後，研提健保財務及費率推估試算等相關資料，併 107 年度保險費率審議案討論。請李委員永振。

李委員永振

我對主席的裁示沒意見，但是請健保署提出數據之前，是不是可以先說明後面有配合哪些做法。譬如會議資料第 44 頁，提到保險成本採中推估，107 年後之總額成長率採 4.339%。事實上，依照二代健保實施後的趨勢，總額成長率一直在成長，102 年雖為 4.436%，是因為有醫院的 50 億元跟護理師的 25 億元，所以成長率跳上來，如果把這 75 億元拿掉，102 年的總額成長率應該會掉下來，之後到 105 年已上升到 5.642%。所以二代健保實施之後，總額成長率一直在成長，107 年後的中推估憑什麼只有 4.339%，健保署有什麼作為？這個不提出來就試算，講粗魯一點只是算爽的(台語)，實際上卻達不到，我只有這點請求。

周委員麗芳(代理主席)

李委員永振意見請健保署參採，接著進行討論事項第二案。

肆、討論事項第二案「基於維護台灣整體醫藥生態衡平發展與現行健保藥費議題及藥價支付標準的檢討，建議健保署秉於保險人權責，向藥商調查『專利期內藥品』於各類特約醫事服務機構的折扣狀況，並於本會報告案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周委員麗芳(代理主席)

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、這問題從 101 年就開始提出，那時還是楊前署長志良任內、健保局醫審組長則是現任沈主任秘書茂庭。當時所給我們的報告如同會議資料第 48 頁最後 1 行所述，「地區醫院代表及基層代表皆認為此數據報告與事實不符，嚴重偏離事實」。我現在只是想調查原開發廠商「專利期內藥品」，能給地區醫院多少折讓，如果不賺錢，至少還要能跟管銷費用打平，還有就是要考量到總額平均點值的問題，不能用 1 點 1 元去算藥品。
- 二、藥商通常開口就說要給地區醫院 10% 的折讓，我們要求多一點，對方都說不行。但是我向各位報告，我每次出去醫院評鑑時，都會去看藥價，我發現不同層級的藥價就是不一樣，藥商給的 discount(折扣)就是不同。今天我會提出這個問題，是因 102 年的調查資料顯示，診所及藥局有 38.2% 的藥價差，地區醫院有 31.2% 的藥價差，醫學中心更低。但是醫學中心買的量很多，一次進好幾百萬顆的藥，難道醫學中心傻到不會講價嗎？這是不可能的事情！醫學中心一定會講價，但是地區醫院跟基層診所、社區藥局卻無法講價，因為購買量少。所以我們在這些事情上要求公平公正、合情合理。
- 三、但是補充資料第 9 頁提到，地區醫院有 25.6% 的藥價差，我是很懷疑，所以我要請教健保署。因為我眼睛老花眼，看不大清楚了，請健保署同仁幫忙唸說明 3 的部分給大家聽。

蔡副署長淑鈴

請醫審及藥材組黃專門委員兆杰回答。

謝委員武吉

唸說明 3 就好。

黃專門委員兆杰

說明 3 是說明血友病用藥及 C 肝藥品，因為有部分是無成分專利，或是成分專利權在 106 年 1 年 1 日前就到期，故將其歸類為非專利期內藥品，而謝委員武吉是要調查在專利期內的藥品，所以該類藥品數據不在本資料調查範圍內。

謝委員武吉

一字一字唸給大家聽就好。

黃專門委員兆杰

「血友病用藥及 C 肝藥品因無成分專利或成分專利權止日業於 106 年 1 月 1 日以前到期，故皆無專利期內藥品」。

謝委員武吉

等一下再問你，其他委員還有問題請教，但請一定要完整記錄你剛才所唸的第 3 點。

周委員麗芳(代理主席)

其他委員有無垂詢？請古委員博仁。

古委員博仁

一、主席、各位委員，大家好。我看了會議資料第 48 頁的資料也非常驚訝，診所及社區藥局 102、103 年的藥價差有 38.2%、38.4%，我真的不相信社區藥局有這麼高的藥價差。我跟大家報告，以目前社區藥局的部分，藥價差絕對低於 10%，甚至於連 5%都不到。今天這個數字，老實來講沒有一家社區藥局的藥師能夠認為這是正確的。

二、再看補充資料第 9 頁，癌症用藥的社區藥局的藥價差是 12.7%，竟然比地區醫院(9.7%)、區域醫院(8.6%)甚至醫學中心

還要高，這類藥物老實說，在社區藥局應該用得相當少，而且社區藥局也沒有議價能力，我認為數據是偏離實情。

三、在其他藥品，社區藥局的藥價差有 20.8%，合計的部分有 19%，我不知道這個數據的根據是在哪裡，但對社區藥局來講，它是最沒有議價能力的，因為它沒有量，大家也知道生意的部分是，採購量越大的時候，discount 越多，但是我從數據看起來，我真的很訝異，讓社區藥局看起來像是暴利行業，這對社區藥局所有藥師是何其不公，這個部分是否給我們做個說明。

謝委員武吉

- 一、再補充我昨天發生的事，昨天有台灣第一三共藥廠到我醫院報藥品價格，要買里先安膜衣錠 60 毫克，對方一開口就是給 10% 的藥價差。我跟他說依據健保署的資料，藥價差就有 25.6%，你怎麼只給我 10% 藥價差，他說他要去了解。到底我們是要相信健保署還是藥廠？我懷疑健保署是否作假。
- 二、我剛才為什麼要請健保署唸說明 3。健保署說 C 肝用藥專利期過了，但我這有速威干軟膠囊 100 毫克(衛部藥輸字第 026660 號)、坦克干膜衣錠 60 毫克(衛部藥輸字第 026662 號)、維建樂膜衣錠(衛部藥輸字第 026709 號)等 C 肝用藥的資料，健保署把 C 肝用藥排除在外，用心何在？是在呼攏我們，根本不實在！
- 三、我昨天特別從哈爾濱提早回來，查閱了中華民國刑法，該法第 15 章是偽造文書印文罪，其中第 213 條規定「公務員明知為不實之事項，而登載於職務上所掌之公文書，足以生損害於公眾或他人者，處一年以上七年以下有期徒刑」。我覺得本案不用討論太多，白紙黑字寫得這麼清楚，依法送地檢署辦理即可！

周委員麗芳(代理主席)

請葉委員宗義。

葉委員宗義

藥品問題牽涉到工商界及稅務，很複雜很麻煩。本會前曾決議建立藥價差小組，人員包括何代理委員語、滕前委員西華及李前委員蜀平，該小組到現在不了了之，我希望大家來討論看怎麼解決相關問題，要不然我們成立那個小組做什麼。

註：本會105年2月份委員會決議略以：「為利研討健保藥品政策及體制內公開藥價差等重要事項，請李委員蜀平、何委員語及滕委員西華協調1位擔任召集人，並由召集人邀集8位委員組成『健保藥品政策研究小組』」。

周委員麗芳(代理主席)

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、這個小組在1月份聘任委員時就解散了，因為滕西華跟我都不是委員，當時決議的是由這些委員成立藥品專案小組來研究相關議題。
- 二、我曾看過9個國家，包括歐美先進國家、日本跟韓國，它們在藥品方面設有層次很高的藥品委員會，在總理府下面設立中央藥品委員會，所有的健保藥品由該委員會統一規劃、訂價、折價、檢驗，另有單一藥品每年成長率達多少%的時，次年就要自動降藥價10~15%，所以他們有一個很好的機制在運作。
- 三、聽到謝委員武吉的心聲，我也很理解他的心情，這麼多年跟他一起開會，雖然他每次開會都生氣，但看起來還很年輕。我不知道我們的制度跟法規能否把藥價、藥品這個部分拉高至行政院下，設置中央藥品委員會，因為健保署層級太低，只能做藥價調整，沒有檢驗權、無權決定藥價成長多少就要折價多少，也都沒有藥品開發、藥品文獻資料的認定、藥品檢驗認定等權力。
- 四、台灣健保藥品占比太高了，大概占整個總額23%~26%，所以在藥品上應有健全的機制來處理相關事情，很多事情也不是我們成立的藥品小組就能夠解決，我們當時只希望成立這個小組

來協助健保署，藉由較公開透明的方式讓大家了解，但我認為無法改善複雜的藥價差跟藥品行銷行為。

周委員麗芳(代理主席)

請健保署說明。

黃專門委員兆杰

- 一、首先說明「C 肝用藥為什麼沒有計入藥價差比率統計資料？」請看補充資料第 9 頁說明 1，藥價差資料是採用藥商 105 年第 2 季及第 3 季銷售資料，C 肝新藥是今(106)年 1 月 21 日才開始給付，所以沒有辦法收集到這個資料。
- 二、其次，有關藥師公會代表委員提及，「為什麼癌症用藥在社區藥局有 12.7%的價差，比醫學中心、區域醫院都來得高？」這必須看統計表中各層級下的支付金額占率。醫學中心癌症用藥的支付金額占率是 43.6%，也就是占有所有藥品的 43.6%；但藥局的部分只占 6.6%，也就是可能只有少數藥局賣癌症用藥或是只有利潤比較好的癌症用藥他們才銷售。大家看數據的時候，要把占率一起考量。

蔡副署長淑鈴

- 一、謝謝委員對本案的關心，剛剛黃專門委員兆杰也已說明，但委員認為本案內容可能還不足以了解數據的來源，事實上，這是來自一項調查而非「普查」，有特定調查的對象及調查時間，另外廠商自報銷售價格的方式，都是可能的問題點，本署是純粹呈現調查後的資料統計。
- 二、對於本案，不曉得能否做這樣的建議：這次會議之後，由本署醫審藥材組將這次調查的方法、對象及每一項的調查結果再行詳細說明。因為在此呈現的是平均藥價差，但也其實當中也有變異數，可能數值間存在相當大的變異，例如每個藥品在不同層級，或是某藥品在同一層級間有標準差，因數據呈現尚非很完整，有沒有可能，讓我們同仁再將這部分資訊及數據補充的完整一點，再提供給委員參考。畢竟這項不是普查、而是特定

期間內之調查，也許會限於調查對象的限制，例如可能沒辦法完全代表所有醫療院所的問題所在，但還是必須交代，所以仍建議容許本署下次再補充調查的方法、標準差等資料後再來參考，似乎會比較客觀，謝謝。

周委員麗芳(代理主席)

我們花了很多時間討論本案，是否就請健保署在法規允許範圍內，就委員關心事項參酌處理。

謝委員武吉

- 一、剛才說明 1、3 提到 106 年度，我有影印前面提到的幾種 C 肝用藥相關資料，有效期都是 105 年 1 月 7 日、105 年 3 月 1 日、105 年 3 月 1 日、105 年 12 月 9 日，我這邊都有記載，所以你回答的第 3 點我是不能接受的。
- 二、其次，在健保署補充資料提到專利權停止日業於 106 年 1 月 1 日以前到期，你今天給我們的這份是屬於衛福部的公文，如果是公文書的話，我還是很堅持要依據刑法第 213 條「...，而登載於職務上所掌之公文書，足以生損害於公眾或他人者，處一年以上七年以下有期徒刑」，將本案移送地檢署辦理。

周委員麗芳(代理主席)

請健保署以書面回應謝委員武吉後續的補充意見，本案決議同前所述，請健保署在法規允許範圍就委員關切事項參酌處理。

謝委員武吉

主委！我們社區藥局和地區醫院對健保署所提資料的正確性都有所質疑！

周委員麗芳(代理主席)

所以請健保署回去針對委員所提質詢內容，包括數據的正確性、引用範圍等，全面檢視後再提出書面說明。書面說明提供給本會委員後，我們再來討論。但是在資料的整理過程中，請健保署多向前面幾位發言的委員請教。

謝委員武吉

問題是包括上午的研究計畫案和本案的健保署意見都不是正確的資料。拜託！資料要正確。健保擁有大資料庫，這些小資料庫的資料還做得亂七八糟，實在看不下去。社區醫院、藥局及西醫基層根本不可能買到藥，健保署提供每家藥廠都有這樣的藥價差是合理的要求嗎？

周委員麗芳(代理主席)

感謝謝委員武吉的意見。健保署同仁也很努力辛苦，今天蔡副署長淑鈴代理署長出席，我們也給健保署同仁鼓勵及期勉，對於委員的意見也請健保署再詳細解釋。請吳委員榮達。

吳委員榮達

既然我們對數據有些質疑，建議健保署就統計數字的來源，提供詳細資料給委員參考，委員才不會對資料正確性有所懷疑。

周委員麗芳(代理主席)

請古委員博仁。

古委員博仁

社區藥局除缺少採購量、議價能力、少部分藥局還貼錢外，甚至有些藥有錢都買不到。在健保署資料上，藥局其他藥品藥價差比率有20.8%，若這份資料正確，國稅局即可據以課稅，因這是政府機關的資料。沒有任何社區藥局能夠接受我們有20.8%的利潤，但這是公部門的資料，倘若大家都沒意見，以後國稅局就以這些公部門資料來課稅，所有社區藥局豈不垮掉。希望資料能真實反映數據，不要讓社區藥局絕望。我們願意辛苦支持健保，但不應讓我們在內心流淚。

周委員麗芳(代理主席)

請謝委員武吉。

謝委員武吉

從102年至今，我們痛苦忍受多少年？被欺騙多少年？為何我今天有發飆的行為，因為不能再接受無謂的屈辱，而且收到的資料還是

假資料、不正確的資料，我們有 25.6% 的藥價利潤嗎？坦白說，今天健保署落入我的圈套，我在訂本方案時，特別羅列罕病、癌症、血友病、B 肝、C 肝、其他藥品都要分開，而其他藥品應再細分，不只如此而已。健保署已落入我的圈套，彼此互設圈套就是這樣，健保署常設圈套給我們跳，我們現在也設圈套給你們跳。我堅持針對健保署補充資料說明 3，請主席做成決議，依法行政、依法辦理，先移送法院 1 次，以後資料絕對都是正確的！

周委員麗芳(代理主席)

謝謝委員提供健保署寶貴意見，也感謝吳委員榮達建議，請健保署詳實呈現計算過程。

葉委員宗義

本案牽涉到商總的會員，包括藥廠及西藥公會。謝委員武吉很熱心，因地區醫院相對弱勢，因此發言激動，我們表示同情。台灣極少國產製藥，僅有一家浩鼎卻虧損達幾十億元，國產製藥無法成功，中研院長也發生問題。另一個問題是國外與台灣售價差距過大時，國外藥商不願賣給台灣，將導致台灣無藥可買，這是很嚴重的問題。我支持謝委員武吉的提案，但也須考慮相關衍生問題。

謝委員武吉

我非常感謝葉委員宗義的支持，但為何我堅持一定要先移送法辦？因為我已經等了 6 年，到現在還提供假數字，我真的忍無可忍，所以，我建議一定要先移送，依法辦理。

周委員麗芳(代理主席)

我們還是請健保署再將資料整理一下。

吳委員榮達

從法律立場來看，若要移送法辦，必須由部長代表，而非健保會，因本會並非機關，無法移送。既然謝委員武吉已辛苦等待 6 年，不差這 1、2 個月，等健保署提出資料，若資料正確，我們就接受；否則，到時再抓包，理由更為充分，建議就先做成這樣的共識決。

謝委員武吉

您說得有道理，但我還是堅持己見。已經 5 年多了，健保署還不改進，還用這些資料呼攏、欺騙我們。台灣地區醫院快倒光了，反觀大陸則是扶植地區醫院。我們地區醫院是儘量殺光殆盡，社區無法獲得發展，是民眾的悲哀。我堅持請主席決議，先移送給部長，再看部長如何處理。

周委員麗芳(代理主席)

先請何代理委員語發言後，再請蔡副署長淑鈴回應。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

吳委員榮達剛才已說明，健保會無權移送任何法律案件，也無權做成任何相關決議。

謝委員武吉

健保會雖然沒有權力移送，但我剛剛講過，移送是可以轉請衛福部部長去處理。

周委員麗芳(代理主席)

請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

一、謝謝委員對本案的關心，剛剛黃專門委員兆杰也已說明，但委員認為本案內容可能還不足以了解數據的來源，事實上，這是來自一項調查而非「普查」，有特定調查的對象，另外廠商自報銷售價格的方式，都是可能的問題點，本署是純粹呈現調查後的資料統計。

二、對於本案，不曉得能否做這樣的建議：這次會議之後，由本署醫審藥材組將這次調查的方法、對象的樣本及每一項的調查結果再行詳細呈現。因為在此呈現的是平均藥價差，但也其實當中也有變異數，可能數值間存在相當大的變異，例如每個藥品在不同層級，或是某藥品在同一層級間有標準差，因數據呈現尚非很完整，有沒有可能，讓我們同仁再將這部分數字補充的完整一點，再提供給委員參考。畢竟這項不是普查、而是調

查，也許會限於調查樣本的限制，例如可能沒辦法完全代表所有醫療院所的問題所在，但還是必須交代，所以仍建議容許本署下次再補充調查的方法、標準差等資料後再來參考，似乎會比較客觀，謝謝。

謝委員武吉

謝謝蔡副署長淑鈴替醫審藥材組同仁的回答，不過我想說的是，理論上應該要提供的是藥價調查資料，本案應由每年的藥價調查資料作為基礎，分析之後提供委員，而不是剛剛健保署說的一般的調查資料，藥價調查對象分為藥商、代理商、藥廠、醫療院所都有，但現在都混在一起講，所以本案資料感覺是呼攏出來的。我其實不是生氣，而是非常堅持，可能受到我家 2 位長輩都是律師的影響，我比較堅持也喜歡辯論，因此我還是堅持，主席不妨還是要先轉給部長，當部長看完後，看他怎麼處理。像這種公文書，以後拿出來給國際人士看，是行得通的嗎？這是要公布在網站的資料，但感覺有欺騙民眾的嫌疑。

周委員麗芳(代理主席)

感謝謝委員武吉及所有在本案發言的委員，委員語重心長的建議，請健保署務必審慎面對，而且要好好檢視整個資料產生的過程，包括資料正確性，剛剛何代理委員語建議，健保署於 2 個月後再將案子重新提到本會說明。

謝委員武吉

2 個月剛好是總額協商。

周委員麗芳(代理主席)

但 2 個月後是 9 月份，會剛好遇到總額協商。

謝委員武吉

那下個月？

周委員麗芳(代理主席)

請問健保署時間來得及嗎？

蔡副署長淑鈴

可以。主要是會補充這份資料的調查方法及樣本，包含調查對象、樣本數，及數據的標準差。剛剛有再跟同仁確認，還是要強調，這份資料不是普查，而是特定期間內之調查，所以它能代表的是該群調查對象的調查結果。建請容許本署同仁將補充完整數據後再參考，可能比較能夠理解。

周委員麗芳(代理主席)

請健保署參採委員意見，1 個月後再提會討論。

謝委員武吉

對於剛剛健保署說那些藥品專利期間都已經過了，但我手上備有一些藥品資料可佐證並非如此，而且我還特別用彩色影印喔，是有備而來的。

周委員麗芳(代理主席)

這些資料待會兒請一併提給健保署。

謝委員武吉

我不是要給健保署，我是提給主委，請轉送給部長。

周委員麗芳(代理主席)

謝謝。接著進行討論事項第三案。

伍、討論事項第三案「為使政府當責承擔健保總經費不得少於 36% 之財務責任，建請衛生福利部恢復 101 年 10 月 30 日修正通過之全民健康保險法施行細則第 45 條條文內容，並匡正 105 年度之政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

李委員永振

本案內容在每個月委員會議都多少有複習(委員笑)，所以我個人認為邏輯上應該還蠻清楚的，就不重複敘述，以下 3 點報告：

一、本案的提案動機：

(一)二代健保政府要負擔保險經費扣掉法定收入後至少 36%，這是一大亮點。這點在健保會成立後，就一直很受到委員關注，從 3 年前第一屆委員一直到今天第三屆委員，還分三個階段，但有些事情及疑慮都一直沒講清楚。

(二)對健保財務影響很大：依健保署估算，以 105 年為例，會減少健保保費約 107 億元，其占 105 年全年保費收入 5,570 億元約 2%。在 105 年政府本來要再拿出 527 億元，扣掉 107 億元後，只剩 420 億元。107 億元除以 527 億元，其比率是超過 20% 的，因此對健保財務相當大。

(三)對健保會 5 項職責，會牽涉到 4 項：所以不應該再用追蹤的方式一直去追，已經追了半天了，也追不出來。因此，我跟其他幾位雇主代表委員商量後，就提出本案，讓健保會所有委員都有發表意見的機會。

二、在上次會議開完後，我心想健保署在去年 12 月提出報告，而社保司也在上個月很用心的提出說明(請參閱 106 年 6 月份委員會議資料第 36~38 頁)，所以我回去靜下來詳加思考後研提了一份對社保司的回應，於今天早上提供書面供大家參考，等一下討論的時候說不定會有用，該份回應的 2 項重點為：

(一)有關社保司意見(上月會議資料第 36 頁第 3 段)，該司提出

「並未否決健保法第 27 條各類別的個別負擔責任」，既然這樣，健保署在去年 12 月提出的計算公式中，「扣掉 68.5 億元」這部分就不應該扣，因為既然不否定健保法第 27 條，表示這 7 類保險對象及投保單位的繳費責任還在，也就是雖然政府代替他們繳費，但帳上應該還是要算這 7 類所繳交的。

(二)該司意見也提到「施行細則第 45 條之條文內容，業已敘明其法源依據是健保法第 3 條」，但經過我好好解析健保法第 3 條之後，請參閱我的回應資料最後 1 頁，健保法第 3 條第 1 項是說政府負擔不得少於 36%，第 2 項是說不足的部分，應由主管機關(衛福部)去編列預算，但並沒有說可以去把其他法令規定之非社會保險的保費拉進來算。

三、基於上述理由，在此強烈要求，第一，健保署應趕快修正公式，把 38.5 億元補回來，第二，因法源依據並不存在，健保法第 3 條不是可引用的法源，且施行細則第 45 條與健保法第 27 條抵觸，因此應趕快恢復原條文。以上建議，謝謝。

周委員麗芳(代理主席)

請問其他提案委員有無補充說明？沒有的話，請吳委員榮達，再請干委員文男。

吳委員榮達

對於本案沒有其他意見，原則上表示贊同。不過在此提出另一個問題，請參閱健保署本次提供之業務執行報告第 11 頁，表 6-1 全民健保保險費收繳執行狀況表之備註 4.(3)「截至 106 年 6 月底待撥付 314 億元，屬於 102 年至 104 年預算編列不足應分年攤撥數，行政院將分別於 107 年及 108 年各撥付 157 億元」，現在中央機關欠了 314 億元，一般而言民眾欠費，或甚至北高 2 個直轄市欠費，都需再付利息，而中央機關欠健保這麼多錢，在未還款前，是不是也該付利息？

周委員麗芳(代理主席)

請千委員文男。

千委員文男

- 一、我贊成李委員永振提出本案，本案所提係為中央政府本來就應付給健保的錢，並不是額外要求增量的負擔，請政府還是要依法編列預算，來負擔應付的健保費。
- 二、李委員永振把本案做小了，之前本會也有全會委員都連署的提案，但這次只有找付費者之雇主代表連署，看似其他付費者沒有同意，不過我想委員們應該都是認同的，在此呼籲，若大家同意的話，就把所有委員都列為連署人，看看有沒有人反對？(有委員表示：好啦！)，若無，就列入所有委員的名字，表示大家都很認同本案，因為相關問題也已經真的談過很多次。現在健保署的算法相較於李委員永振所提，還少 38.5 億元，這該給的錢就該給健保，我想不只付費者委員，連醫界委員應也會贊同，因為健保收入可以增加 38.5 億元。(幾位委員表示同意)

周委員麗芳(代理主席)

本會也有主計總處的代表，請羅委員莉婷。

羅委員莉婷

建請先由社保司回應。

周委員麗芳(代理主席)

在社保司回應之前，先請陳委員亮良。

陳委員亮良

支持李委員永振，政府本來就該負擔的部分，怎麼可以賴帳，因此支持本案所提。

周委員麗芳(代理主席)

請社保司回應。

商委員東福

- 一、謝謝李委員永振及委員們對本案的關心，其實每次社保司回應的時候都很慎重，特別是針對 2 個問題：有沒有合法？有沒有合理？本司上次提供資料(上月委員會議資料第 36~38 頁)都已努力說明。也謝謝健保會同仁，在今天早上李委員永振於會場提出書面回應資料時，也同步將本司這 3 頁資料，於會場提供書面以利與會人員參閱。
- 二、針對李委員永振所提的意見，其實對於政府需負擔 36% 以上的這件事，我上次也回應過，有點像是哲學又像是道德面的問題，雖說政府應當責，如李委員永振回應意見第 5 頁所提，我沒辦法在此很清楚地去針對回應。
- 三、不過對於是否合法，本司於上次會議資料第 36 頁第一大段，就已詳述健保法施行細則第 45 條規定之適法性，已經寫得很清楚，在此也不用再次複習及贅述。
- 四、至於是否合理，在上次會議資料第 37~38 頁也有說明，因為事實上並不是因為超過 36%，我們就不能接受，而是考慮到重複計算是不合理的。
- 五、因此，對於李委員永振意見，社保司未能予以同意。相關爭議可能與李委員的見解不同，還是要再次表達，這沒有違法的問題，況且雖然本司是相關法律的主管單位有權解釋，我們還是再找了很多專家學者，也包括在座的委員，來共同開會，才做出這樣的結論。
- 六、當然這件事造成這麼多次的爭議，未來在法律上的研修，我們還是會持續去研議，雖然沒有適法性的問題，但為了讓規定更明確，消弭大家的疑慮，也不要再去花精神去討論孰是孰非，因此未來持續進行研議仍有必要。

周委員麗芳(代理主席)

這樣看起來，委員之間已有很大的共識，也謝謝商委員東福的補充說明，另主計總處要補充有關利息的詢問？(商委員東福表示幫忙

補充)請商委員東福。

商委員東福

攤還的部分，在場很多委員知道，因為是設定 105 年才開始攤還，所以必須把前面的部分都計入，當然都是按照相關的法律去做。

周委員麗芳(代理主席)

請李委員永振。

李委員永振

一、請問商委員東福，貴司意見為「不否決健保法第 27 條的分擔」(上次會議資料第 37 頁)，說施行細則 45 條是適法的；但我認為其法源是引用健保法第 3 條，這乃是嚴重誤解，這部分貴司是自相矛盾，所以 105 年 38.5 億元應該先要回來才對，至於施行細則第 45 條雖說立法院已經通過，程序是完備的，目前 68.5 億元要認列看似是依法有據，但是這項法規其實是需要再去更正的，因為施行細則牴觸健保法的規定，你講的法，其實適法性不存在。

二、是不是可以分成兩階段，依 105 年的資料計算，回推總保費的時候 68.5 億元不能扣掉，不能扣掉的話，這 68.5 億元就該算成這 7 類投保對象及投保單位所繳的保費，所以反推母數的時候母數會變大，政府相對要提 38.5 億元一定要提，這個先做，另外一個，立法院要修法還需要時間，但是，那個法理仍是很清楚的！若我講的不夠清楚，等一下是否可以請吳委員榮達補充一下。

周委員麗芳(代理主席)

吳委員榮達表示沒有要補充，請商委員東福。

商委員東福

看來還是要簡單複習一下，剛剛李委員永振提到 105 年的 107 億元中的 38.5 億元，在本司意見(上次會議資料第 36 頁下段)有提到，雖然健保法第 27 條在規範各類目保險人負擔比率，施行細則則是在補充說明應負擔內涵，這兩者事實上並沒有牴觸的地方。

李委員永振

你的內涵是用健保法第 3 條，你自己讀看看，該條文第 1 項至少負擔 36%，第 2 項要主管機關去編列預算撥付，並沒有允許你去拉別的法規的東西納入這裡併計。

商委員東福

- 一、當時的背景，因為補充保費有課徵到雇主及一般民眾，但是政府的責任也要相對負擔多一點，所以才有所謂的至少負擔 36% 這樣的責任。
- 二、既然是 36%，我剛剛提到，李委員永振一直表示政府要有擔當，要付到 36% 以上，但當時的設計是不少於 36%，才會去算民眾、雇主及政府負擔比率的部分，才會衍生李委員永振所稱要把 38.5 億元討回去的疑義。
- 三、還是要再次重申，李委員的要求，我們不是自行解釋而已，也已盡了主管機關能做的事，更客觀地邀集很多專家學者，包括健保會委員也有參與，才做出這樣的結論。但很可惜還是有些爭議，重申本司的立場：我們提供的資料，沒有適法性的問題，計算方面也是合理的範圍。

周委員麗芳(代理主席)

嘗試做出以下決議，第一，本案送請衛福部社保司及健保署檢討修正。第二，有關利息的部分請主計總處提出書面回覆，還是現在要立即口頭回覆？(羅委員莉婷表示要發言)請羅委員莉婷。

羅委員莉婷

- 一、主計總處很榮幸可以參與健保會的運作，我是新任委員，在這幾個月的時間也看到大家都很努力又認真，這個議題就請容我在此補充說明。有關施行細則第 45 條，是源自 36% 的爭議而來，而 36% 的爭議就是主計總處的算法與衛福部有落差所造成，其實回到健保法第 3 條規定，只有寫政府負擔，並沒有寫依照健保法或依相關法令去處理，因此本質上有解釋空間，也經過主管機關衛福部檢討後修正施行細則，並取得專家學者的

認同，也經立法機關審議通過，其行政程序已屬完備，我想適法性部分應沒有問題。

二、再來，針對計算方式的差額，中央每年都會循預算程序編列預算及歸墊健保基金，應無影響健保財務之虞。

三、大家對提高政府負擔的部分有很大的期待，於法我們已經做到法定下限 36% 了，於情的部分，請問大家覺得政府很有錢嗎？其實並沒有，政府是赤字預算，每年都借 2 千億元以上，累積到現在已經欠了 5.5 兆元，這些錢還是要還，但健保的部分，雖然大家說健保費率可能快要調漲，因為入不敷出，但其實健保基金還有 2、3 千億元的現金在手上。目前中央政府每年要籌措 2、3 千億元付利息，可是健保基金卻是可以收利息，以主計總處係扮演為整體政府理家的角色，實須就資源配置合理性審慎考量。

四、其實自 102 年二代健保實施後至今 106 年，健保經費這幾年成長的幅度大約是 12%，而整體政府總預算的成長也才只有 3%，對其他的建設，例如經濟發展或教育等，已經造成嚴重排擠效應，我們也很努力地在處理這一塊，實無力再增加撥補金額，因此，在於情於理於法各方面，還是請各位委員能多擔待。

周委員麗芳(代理主席)

先請何代理委員語，再請干委員文男。不過我要提醒一下，現在已經快 2 點了。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、本來一直不想講話，但聽了主計總處代表的發言，覺得還是得表達一下意見。今天是依健保法第 27 條及施行細則 45 條來看問題，因為政府在 36% 是有短缺，但你們就不想要撥補到滿，就跟軍公教退休金一樣，若 20 年來每年都可以撥補到滿的話，今天軍公教退休金就不會短缺。

二、剛剛羅委員莉婷突然提到國家負債 5.5 兆很高，但觀念錯了，

其實它只有占我國的 GDP(Gross Domestic Product，國內生產毛額) 42%而已，日本的負債是 2.5 倍，美國是 20 億美金，國債占每年 GDP 42%在國際間算是國債很低的國家，而且我國零外債，所以講這個我們聽不下去；另每年歲出歲入差了 2 千億元，但這 2 千億元，在年底執行結束後，都不會執行完，因為公共建設都落後，因此這 2 千億元就會回來。雖然我並非財稅專家，但也了解很多、儘量查閱很多資料，因此對主計總處代表的意見實在沒辦法接受。況且剛剛主計總處的意見已經偏離了 36%這個議題，也沒有回答到利息有沒有補進來的詢問。

周委員麗芳(代理主席)

請干委員文男。

干委員文男

- 一、剛剛羅委員莉婷所言，其實我覺得若屬本來政府就該給的，就應當補回來，這塊並不是額外增量新要求的部分，希望政府代表還是要聽進去，你們的算法跟我們的算法有何不同，本案都已說的很清楚，我就不再重複。
- 二、若你對現在講的量(38.5 億元)不給的話，下次你要怎麼算出政府要負擔的 36%？你還是回去問一下主計總處，然後再請示看看。
- 三、現在已經討論了幾個鐘頭，卻只完成幾個案，急的案子都還沒有處理，我認為要當委員，就一定要盡責把會議開完，有些案件連報告都還沒有報告，每個月都是遞延，不然不要開對不對，大家在家裡視訊，就這麼算數。如果不大聲疾呼的話，大家都漠不關心，我想大家既然要來，就是要來開會，不是大家一直說或是只坐在那裡聽，這樣子後面一些案子都延遲了，過去幾個月健保署的業務執行報告都沒機會報告，但那才是我們關注的重點，如果不報告，我們怎麼知道健保署做的如何？也無從監督。
- 四、最後，本案既然所有委員都沒有反對，就將大家的名字都列上

去，以表示我們的重視。

周委員麗芳(代理主席)

一、這個案子我們現在就要來做決議了，暫請不要再發言。首先將所有委員列入提案人，如果有委員反對的話，可提出不參與。

二、本會委員所提意見送請衛生福利部(社會保險司)及中央健康保險署審慎研析並檢討修正。

商委員東福

主席，我不參與。

周委員麗芳(代理主席)

我也正在想...

羅委員莉婷

我們主計總處基於行政一體的立場，也是不方便參與。

周委員麗芳(代理主席)

瞭解，那麼國發會也是嗎？(曹代理委員毓珊表示同意，其他委員亦表示理解)。

蔡委員登順

基本上，這個案子的資料已經寫的很豐富，簡單看起來，這就是很簡單的一件事，政府應負擔 36% 的健保總經費，就是政府應該負責任的部分，所以不能把補助款混在這當中，政府不可魚目混珠。你說政府沒有錢必須要舉債，政府沒有錢要舉債是很正常的，就像前瞻基礎建設計畫舉債一樣，如果我沒有錢繳稅，也是要舉債繳稅，這是我要負的責任，道理是一樣的。

周委員麗芳(代理主席)

謝謝，李委員永振還要發言嗎？(委員們齊聲：好了啦！)

李委員永振

我對主席的結論沒有意見，我只是要呼籲委員們，因為商委員東福有他的看法，我也有我的堅持，既然今天已經提供了兩份書面意見，請各位委員再好好去研究看看，到底是商委員所說的依法有

據，還是我說的依法無據，以後再追蹤的時候可以再提出，反正這一定要列入追蹤。

周委員麗芳(代理主席)

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

我有一個程序問題，其實不希望個別委員去代表所有委員發言，然後再用刪除法，我覺得這其實對議事的運作是不好的例子，所以要對干委員文男說聲抱歉，因為我覺得提案原本就有提案委員，如果後續有其他委員要加入，可以在事後請幕僚補充加入提案的委員名單，但是不適宜由個別委員替所有委員表示意見，然後其他不同意的委員，又要舉手說不參與，這樣並不妥當。

周委員麗芳(代理主席)

盧委員瑞芬的意見很好，畢竟我們這一次如果做出決議，也會影響到以後的議事進行，用比較嚴謹的方式，除了原先的提案人以及剛才表達要參與的干委員文男之外，其他委員若是也想參與，就請會後告知幕僚，這樣比較快，否則我們又要延宕一些時間在會議中詢問一輪，這個案子是不是就此結束。

干委員文男

主席，再補充一句話，剛才主計總處的委員說，健保現在有 2 千多億元安全準備，還要來要錢，簡單說意思就是這樣，所以說我們錢存多了是一種罪惡，手上錢太多也是顧人怨(台語，讓人討厭)，所以我們也要謹慎點，不要隨意調費率。

張委員煥楨

對不起，我還是要補充一句，我贊成盧委員瑞芬的意見，而且建議要列入通則，因為我覺得在過去的議事場合經驗，那麼多年來常常被霸凌，就是有委員常常講一講，動不動就說我代表全體委員，就這一點我要呼籲，不只這個案子，以後其他案子也是，個人意見不能代表所有委員。

周委員麗芳(代理主席)

謝謝剛才 2 位委員的意見，意即未來若提案要新增提案人的話，請個別加入，不要由委員代表其他委員表達意見，未來列入通則。請宣讀討論事項第四案。

林委員錫維

主席，超過 2 點了。

周委員麗芳(代理主席)

我們剛才不是說 2 點半嗎？

林委員錫維

剛才是說 2 點的時候要徵詢大家的意見。

周委員麗芳(代理主席)

那我們現在決定今天討論到 2 點半好嗎(未有委員反對)？到 2 點半，會議就結束。接著進入討論事項第四案。

陸、討論事項第四案「敬請研議『臺灣地區外自墊核退費用(海外自墊費用)』編列於 107 年其他總額部門預算案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周委員麗芳(代理主席)

請提案委員說明。

吳委員國治

因為時間的關係我就簡短說明，其實理由也都列在提案說明裡面，我們提這個案子的目的，也是希望健保署能儘速處理這個問題，因為這真的是民意，對於公平來說，難道現在的做法對國內的被保險對象就公平嗎？對醫療院所是公平嗎？大家也都知道審查部分，其實對於在大陸看病的案例，能夠看得到他的病歷嗎？沒有辦法嘛！大家也都知道弊端已經出來了，在大陸某一家診所，那個地方所提出的申報案件，證明通通都一模一樣，健保署能夠查核嗎？但是健保署對台灣本地的所有醫療院所是一直在查核、抽審，這對台灣的院所並不公平。因此我們希望能夠將這個項目移到其他預算。當然健保署也提到要檢討這個標準，可是我們想知道進度如何？什麼時候可以查清楚。我們需要一個正面的回應。

周委員麗芳(代理主席)

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

請醫管組龐組長一鳴說明。

龐組長一鳴

- 一、健保署意見的第 1 點，現在被保險對象在境外使用醫療資源的核退，是依據健保法第 56 條，是有法律位階的，這是第 1 點。
- 二、第 2 點，針對這個問題我們有做一些修改，因為核退的標準是可以訂定相關子法規，我們也已召開會議跟各界討論過，在座有些委員也有參加。現在我們已經依行政程序將案子陳報給社

保司，就了解，社保司將會依行政程序進行預告，以上說明。

周委員麗芳(代理主席)

這一案相對的有共識，所以委員所提的建議，請健保署納為修正...(吳委員榮達：沒有共識！)，請吳委員榮達。

吳委員榮達

- 一、原則上這個案子有擬辦，健保會幕僚也有補充說明，認為本案涉及 107 年度總額協商項目，應該在 9 月份協商時討論，這部分我沒有意見。
- 二、但是對於海外就醫核退辦法的部分，剛才龐組長一鳴提到已召開會議討論，我建議是否請健保署將該次會議的紀錄提供委員參考，因為當時有那麼多人發言，也發表了不同的意見，而這邊只有健保署的意見，將不同的出席者的意見呈現給所有委員參考，再來討論才会有廣泛意見，並形成共識。

周委員麗芳(代理主席)

請張委員煥禎。

張委員煥禎

無論如何，我認為這個問題應該要在明年 1 月 1 號前解決，並早一點公布，理由就如同提案所述，不合理的部分我就不提了，所以應該要儘速調低，因為影響到國內的權益，對不對？我們被保險人到國外就醫要核退沒有錯，但國內的要先救，所以既然已經提案討論，不管怎麼樣解決都要設出一個期限，希望明年 1 月 1 日可以開始實施，中間的只是過程，這是醫界的拜託，也是我的意見。

周委員麗芳(代理主席)

先請何代理委員語，接著再請陳委員亮良。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、目前我們在海外工作的國人有 72 萬人，再加上台商外派幹部總數 128 萬人，這些人也許在海外就醫，然後回來申請核退，但是我們看到擬辦建議是要在 107 年度總額其他預算編列預算支應，我們在這裡不予同意，為什麼不予同意，因為我們不知

道金額有多少？萬一我們今天通過這個案子，將來獅子大開口要編個 20、30 億元，我們要怎麼處理？所以沒有金額，我們無法在此同意。

- 二、幕僚說明這應該在 107 年度總額協商，屆時如果健保署認為這筆錢要額外支付，不在總額裡面而是要額外支付，我認為健保署要去編列專案才對，而不是編在西醫基層的項目，到現在我們都不知道金額有多大？所以也無法決定要不要通過，若是現在通過，等於承認這個項目，至於海外就醫核退辦法的修訂草案，核退上限是多少錢，健保署應該自己去擬定，擬定出來讓健保會通過，如果通過就去執行。

周委員麗芳(代理主席)

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、現在時間已經是 2 點 16 分，原則上台灣地區海外自墊費用核退的這個案子，是針對在海外就醫的民眾，因為依照現行健保相關的規範，核退的標準確實有過度保障的嫌疑，針對後續修法的議題，我是覺得，健保署這邊應該要著力去修正，個人在網路上成立了一個「監督全民健保制度聯盟」，很多民眾跟我反映，從付費者的一個角度，海外就醫付這麼多錢，跟國內就醫有很大的差別，等於有變相賺錢的做法產生，我想這不是我們健保政策往後要發展的趨勢，所以若真的有這個漏洞我們要補起來，相對的，境外就醫的核退機制有必要從嚴審核。
- 二、我認為對於國內的西醫基層或是各醫療院所的醫療品質，要給予正面的能量，不要讓台灣淪為一個醫療便宜的專區，大家都來這裡享受便宜的醫療，相對地，這也是不好的一個現象，還有境外就醫的結餘款，要回歸到總額部門，也是有其正當性。所以我是支持這個案子。

林委員敏華

- 一、對於這個案子的擬辦我個人是反對的，因為現在就討論 107 年

度總額預算的編列，是逾越我們的權限。

二、第 2 點，民眾海外就醫其實是人權價值，今天這個提案背後的原因是什麼，我不知道，但若是因為申請案子過多，可以透過行政程序去調整申請的困難度，民眾在國外就醫是因為他有迫切的需求，我希望不要用這些其他的方式來限制，畢竟他們也是有繳交保費，如果是保費收取的標準不合理，我們可以去修改，用其他的方法補正，而不是限縮民眾該有的權益。

三、對於健保署擬將核退標準調降為比照基層診所或醫院的部分，我其實並不會反對，畢竟不管是醫院或是診所，民眾都必須提出收據，我們可以透過匯率的計算，看到底是多少錢，若不在那個額度裡面，民眾也領不到超過的部分，最高他也是只能領到醫學中心給付標準，所以民眾根本不可能因此賺到錢，不能因為少數人的行為，而把多數人的正當權益剝奪掉。

吳委員榮達

因為時間的關係，本來是不想再多說，因為我的意見事實上已經在上次健保署召開的會議表達過，我為什麼會說要把那個會議的紀錄呈現給所有委員看，看過正反兩面的意見後，然後我們再進行討論並決議，我的想法是這樣，這個議題是從何而來？就是從大陸地區來的申報案件有欺騙的問題，對於這類問題到底是加強管理，還是要用查核的方式處理，還是說要犧牲這些海外旅遊及工作人員的權益呢？因為他們都有繳交健保費，如果沒有繳那是另外一回事，我的意見已經表達過，不想浪費時間，請主席要求健保署先提供該次會議紀錄，我們再來做討論。

周委員麗芳(代理主席)

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我支持吳委員榮達的意見，因為今天我們不能決定 107 年度總額的內容。

蔡委員登順

- 一、對於本案我同意西醫基層所提，因為這是公平正義的問題，如果去旅遊的國人，在海外發生疾病需要就醫，這是無法避免，但在海外工作、生活，卻以地區人口低保費投保而享有高給付保障，顯然對健保財務是不合理的。所以建議國人出國旅遊或因公務行程在海外就醫，可由健保的規範來核實給付，但對於工作長住人口及出國依親超過 1 個月者，核退的支付標準應該與西醫基層要有一致性，也就是說，海外就醫的核退案件，平均每件是 1,328 元，而國內是 521 元，差距達 807 元，建議將來以國內的標準 521 元來核付，因為這些人有繳交健保費，不核付的話可能爭議性會更大。
- 二、至於是否要以專案編列預算處理，我想必須要經過委員會充分討論，討論明年度要如何處理這個問題，這是委員會要共同深思的。

周委員麗芳(代理主席)

請黃委員啟嘉，時間因素，請簡短喔！

黃委員啟嘉

- 一、我們提案主要是因為這個部分費用成長很快，雖然目前金額很少，成長率大概是 4%，所以對於這個問題我們要未雨綢繆。另個問題是健保保障所有人的健康，而健保保費的收取是依據給付的方式去精算，再按照支付標準去給付，我們國內就是透過總額預算以及各種查核的方式，訂定出支付標準並算出保費的基礎，再向民眾收取保費，這應該是沒有錯嘛！但如果今天有個不同的支付標準存在在另一個區域，那我們現行的保費的收費標準就可能有問題。
- 二、其實人的健康權利都是存在的，但是保險本身是按照支付標準訂出保險費率，所以，對於海外就醫就應按照國內各層級的支付標準給付，才符合保險的精神。按照支付標準換算保險費率，若認為國外就醫權益重要，就應有不同保險費率，來支應

其支付標準，這是提出本案的動機。不是健保不給付，而是按照保險費付出來給付。

周委員麗芳(代理主席)

黃委員，因剛才已和委員們講好兩點半結束會議，我希望準時做出決議，不好意思打斷您的發言，請健保署簡要回應。

龐組長一鳴

剛才委員發言有兩項重點，一是預算所在部門，這是健保會協商的權責，我們會據以辦理；二是核定的標準，本署正依法定程序辦理中，預告時大家還可再表示意見。

周委員麗芳(代理主席)

請干委員文男。

干委員文男

支持吳委員意見，蒐集完整資料後，下個月再提出討論。因未見正反雙方看法，而且我們的觀念要改變，否則血友病與重大疾病有人花費 8 千多萬元，要另算費率，也不公平。我們應面面俱到，他們人到國外拚經濟也是不得已，我不反對提案，但為求周全，建議下次再討論。

周委員麗芳(代理主席)

- 一、請中央健康保險署於下次委員會議，提供該署討論「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」修訂草案過程，各界代表所表達之正反意見，及現行海外就醫的管理機制等資料後續議。
- 二、報告事項第一至五案延至下次會議合併報告，第六至七案請委員參閱書面資料，如有意見請以書面送交本會幕僚轉請健保署以書面回覆說明。今天會議到此結束。

郭委員錦玉書面意見：

關於海外就醫，是長期在海外工作，還是於國外旅遊時因緊急情況而就醫，如長期在海外工作者，身體健康有問題時也應該趕快回台就醫，海外醫療技術不會比較先進，又醫療費用比台灣還高，這種行為是否在浪費醫療資源？如果有重病應該不會出國旅遊，像是有小感冒就醫就花了新台幣 60 萬元真是太浪費了，是否要查一下因為有其他保險要申請，順便也向本署來申請。

回應 社會保險司「回覆健保法施行細則第 45 條之適法性與政府應負擔健保總經費法定下限計算方式之一致性、合理性說明」

(106 年 6 月健保會會議資料_P36~P38)

雇主代表 李永振 106.07.28

P36 第二段：(社保司說明)

...本部業於 105 年 12 月 23 日依立法院審查結果再次修正發布，並送請立法院備查在案，相關法規修正程序已完備？！

回應：逾越母法不當衍生本案、認列「其他法律規定」之補助款項

立法院於 105 年 6 月 22 日審查健保法施行細則第 45 條修正案時，忽略該案新增第 45 條所認列「其他法律規定」之補助款項，原本歸屬「社會福利、救助」之非強制性補助範疇，並非「社會保險」制度下應解決之議題，而將 7 項政府已實質補助保險費列入「政府已負擔保險費」，更衍生該 7 項保險對象「是否有免繳保險費法律依據之適法性疑義」(與健保法第 27 條規定不符)；因而失焦在審查「政府依其他法令規定已負擔『款項多寡』之合理性？！」(立法院從衛福部提議 9 項中，象徵性刪除 2 項，作為決議)；其修法程序雖已「形式」完備、而「實質」偏頗「社福」，長期將造成「社保」之財務失衡。何來遵循行政程序法第 150 條第 2 項規定「法規命令之內容應明列其法律授權之依據，並不得逾越法律授權之範圍與立法精神。」

P36 第三段中間：(社保司說明)

...施行細則第 45 條則是補充解釋計算政府應負擔保險經費總數之內涵，並未否決健保法第 27 條各類目的個別負擔責任。

回應：真實內涵「政府負擔健保經費 36%之不足數，減少達兩成」！

社會保險司已經認同該 7 項特定對象之補助，應屬「社福」或救助之「其他公務預算」，原非屬「社保(健保)」之法令遵循；惟該 7 項特定對象所屬之社會福利權責單位，未落實社會福利或救助制度

之預算管理！為了消弭前述行政責任歸屬，反而轉由健保修改其施行細則第 45 條，已混淆社會保險、社會福利之「經費渠道」，長期如此將造成全民健保之財務失衡，勢必影響保險費率適足；如以 105 年度為例，政府將繳交原住民健保費等 7 項(約 68.5 億元)認定為政府已經負擔 36%的內涵時，健保收入除了減少原本 68.5 億元外，還進一步減少政府相對應負擔 36%的 38.5 億元，對健保收入整整少了 107 億、實質減縮健保收入結構，亦即 105 年政府負擔「健保經費 36%之不足數」，初估由 527 億→降為 420 億，減少達兩成，負面影響健保財務收入及費率適足性，不符母法之立法精神，更與 102 年推動二代健保所宣導「提升政府財務責任」照顧全民之意旨、背道而馳！已損及多數守法繳交健保費之被保險人權益。

P36 第三段末：(社保司說明)

...施行細則第 45 條之條文內容，業已敘明其法源、依據是健保法第 3 條...原住民健保費等 7 項政府依其他規定補助之項目，自 105 年起計入健保法第 3 條所稱政府每年度負擔本保險之總經費，適法性應無疑義？！

回應：不當解釋本法第 3 條字義、更衍生該 7 項保險對象適法性

社保司「該段說明」已不當解釋「健保法第 3 條」之字義，我們必須重申本法第 3 條第 1 項係規定「政府負擔經費比例 $\geq 36\% \times (\text{保險經費}-\text{法定收入})$ 」，而本法第 3 條第 2 項係規定「有關政府負擔健保經費 36%不足數，依法令規定應「編列」預算、並「撥補」之」！而非「認列」其他法令負擔之特定補助費用，此乃社保司不當引用本法第 3 條第 2 項，擴大解釋「依法令」之字義涵蓋健保法以外之其他法令，社保司已於 104 年 12 月 15 日執意修訂健保法施行細則第 45 條，增列其第 2 項「政府依其他法律規定補助各類被保險人之保險費」後續即可被認列為「政府已負擔本保險經費」之項目，亦即將無關健保法之「社會福利、救助」支出，納入政府已負

擔健保經費之累計項目、不當改變應負擔健保總經費法定下限36%計算內涵，更衍生該7項保險對象(法律並未明文免除其繳納保費之義務，亦非健保法約定事故，卻逕行補助)，「是否有免繳保險費法律依據之適法性」，嚴重質疑！

(詳如附件檔案：「表列、圖解、逐字剖析 健保法第3條及施行細則第45條之法遵關係」)

P37 第一段：(社保司說明)

...健保法施行細則第45條修正**既屬合法**？...政府相對應負擔36%的38.52億元 ($68.48 \text{ 億元} / 64\% \times 36\% = 38.52 \text{ 億元}$)，自無需再另行撥補？！

回應：何來遵循行政程序法「不得逾越法律授權範圍與立法精神」

(1)承上述，社保司不當引用本法第3條第2項，修訂其施行細則第45條新增條文，偏離其立法意旨、及政府實施二代健保之當責與美意，亦未於前述第45條條文明文訂定其款項範圍、管控項數及金額，形同「空白支票」，何來「既屬合法」？！何來遵循行政程序法第150條第2項「法規命令之內容應明列其法律授權之依據，並不得逾越法律授權之範圍與立法精神。」之規定？！

(2)主管機關(健保署)自105年度起依健保法施行細則第45條規定，新增7項政府依其他法律規定補助之健保費(68.5億元)，主張改列為政府負擔，不計入該類被保險人及其投保單位之負擔，因此，進而主張政府不需再負擔相對應36%之金額38.5億元；健保法第27條明訂各類被保險人及其眷屬之保險費，由被保險人、投保單位及中央政府負擔之方式及比率，惟前揭7項保險費雖分由各相關主管機關編列預算，代其繳納應自付之保費，惟法律並未明文免除其繳納保費之義務，亦非健保法約定事故，卻逕行豁免、呈全額補助。因此，主管機關將這**7項保險對象**補助金額改列為

政府負擔、並主張不需再負擔相對應 36%之金額 38.5 億元，明顯與健保法第 27 條規定牴觸，且逾越母法授權範圍。

P38 第一段：(社保司說明)

(一)...若於支出大於收入之年度將「應提列或增列之安全準備」以 0 值計入，等同要求政府單方負擔短絀之 36%，並不合理，亦不符合**健保法第 76 條「年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補」**之規定？！

回應：引用條文，請勿斷章取義！

有關「政府應負擔『保險經費』不足 36%部分之計算」，(1)其「保險經費」(本法第 2 條第 1 項第 5 款)是指「保險給付支出」及「應提列或增列之安全準備」，(2)前述「保險給付支出」是該期間醫界「已提供」之保險給付數，該數字是一個「既定數」，**無涉**本法第 76 條第 2 項「收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補」之規定。

第 76 條 (全文如下)

本保險為平衡保險財務，應**提列安全準備**，其來源如下：

- 一、本保險每年度收支之結餘。
- 二、本保險之滯納金。
- 三、本保險安全準備所運用之收益。
- 四、政府已開徵之菸、酒健康福利捐。
- 五、依其他法令規定之收入。

本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。

P38 第二段：(社保司說明)

(二)...無論依第 2 條(支出原則)或是第 17 條(保險費收入分攤原則)？！

回應：本法第三章「保險財務」之第 17 條，係規範「保險經費」之分擔(總體)，非社保司所謂「保險費收入」分攤原則(個體)。

第 17 條 (全文如下)

本保險**保險經費**於扣除其他法定收入後，由中央政府、投保單位及保險對象分擔之。

P38 第三段：(社保司說明)

(三) 之 1...政府單獨就**短絀**數額外負擔，將導致政府於收入面之保險費負擔率超過 36%，有違勞資政三方負擔比率衡平之社會保險財務機制？！

回應：政府承擔超過 36%，才是當責執政團隊！

依健保法第 3 條規定，政府每年度負擔本保險之總經費，**不得少於**每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36%；政府負擔健保經費比率 $\geq 36\%$ ，絕對合法、更是當責！！當責的主管機關，是有能力支付“one more ounce”(多加一盎司)的團隊特質。

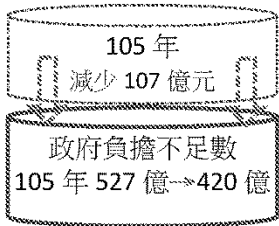
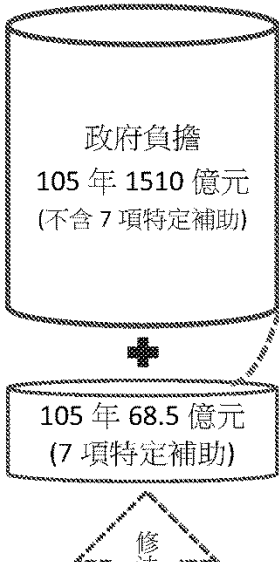
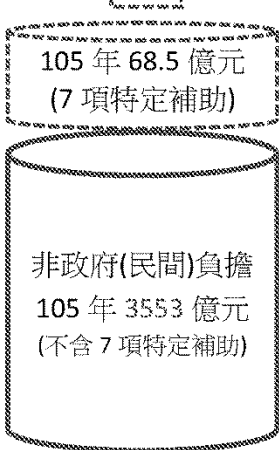
(三) 之 2...若政府「固定」負擔 36%的保險費，不再分盈餘、短絀年度 2 種不同處理方式，可維持各年度間一致性，符合二代健保立法政府責任明確之初衷？！

回應：請正本清源，非「固定」36%、是「不得少於」36%！

請尊重本法立法精神，依本法第 3 條第 1 項規定「政府負擔經費比例 $\geq 36\% \times (\text{保險經費} - \text{法定收入})$ 」，是「不得少於」36%，而非「固定」36%！而社會保險司所建議「固定」負擔 36%的保險，實與計算公式不符、亦曲解本法之意旨。

結語：政府帶頭做不良示範、本案已損及多數合法付費者之權益

健保施行細則第 45 條新增條文負面影響健保財務收入，減少金額龐大(105 年度健保收入-107 億元)，政府已經帶頭做錯誤示範，規避其 105 年對健保財務責任降幅達 7%(= 107 億元÷1510 億元)；而多次**辛苦**的書面溝通，感謝主管機關的回應，既不否認該案所補助這 7 項保險對象「(1)仍須遵循本法第 27 條所規定各類被保險人之投保身份，(2)亦未免除其繳納個人健保保費之義務」；因此，懇請即時匡正「**105 年政府應負擔保險經費不足 36%之決算數**」，並請恢復全民健康保險法施行細則第 45 條 101 年 10 月 30 日版之條文內容！

| | | 圖解 | 法遵 | 說明 |
|--|-----------------------------------|--|--|---|
| 健保總經費（扣除法定收入後） 5658 億元 ↓ 5551 億元（政府負擔 7 項補助之後，105 年健保經費減少 107 億元） | 政府負擔Ⅳ 36% 經費 （本法第 3 條第 1 項） | 不足數 (X) （負擔經費 36% 之不足數部分）  | 本法第 3 條第 2 項 | 本法第 3 條實僅規定「不足數」政府應「 編列 」預算並「 撥補 」之。 社保司不當修法，已減少 105 年健保經費 107 億元 （=68.5 億+38.5 億之相對提撥）。（註） |
| | | 政府已負擔數(36%-X)  | 本法施行細則第 45 條 (1) 依本法第 27 條第 1 款第 1 目、第 2 目規定(政府為雇主)應負擔之保險費及第 34 條規定應負擔之補充保費，及依本法第 27 條規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。 | 105.12.23 新修正本施行細則 ←原條文(101.10.30 修正) |
| | 被保險人及雇主負擔ⅡA 64% 經費 |  | (2) 政府依「 其他法律規定 」補助各類被保險人之保險費。 (3) … … | ← 新增條文 ：社保司不當引用本法第 3 條第 2 項，擴大解釋「依法令」之字義涵蓋健保法以外之其他法令。 |
| | | | 依本法第 27 條投保類別規定負擔保險費，及第 34 條規定應負擔之補充保費。 | 政府已負擔 7 項特定補助之實質內涵， 原本皆各自有權責單位，應負責其項經費預算來源 ，實應回歸社福「經費渠道」，惟未落實其行政權責歸屬，卻不當修法推諉給健保經費處理。 |

註：自 105 年度起依健保法施行細則第 45 條規定，新增 7 項政府依其他法律規定補助之健保費(68.5 億元)，主張改列為政府負擔，不計入該類被保險人及其投保單位之負擔，因此，政府不需再負擔相對應 36% 之金額 38.5 億元(68.5 億元÷64%×36%=38.5 億元)，以致 105 年度健保經費短缺數將擴大為 107 億元(68.5 億元+38.5 億元)，**減少年度保費收入約 2%**。

【表列說明全民健康保險法（以下簡稱本法）第 3 條內容】

| 規定 | 條文內容 | 主題 | 完成條件 |
|--|---|------------------|----------------------------------|
| 本法第 3 條第 1 項 (規定政府負擔比例 ≥ 36% 經費) | 政府每年度「負擔本保險之總經費」，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36%。 | 政府每年度「負擔本保險之總經費」 | 不得少於健保經費之 36% (上述經費須先扣除法定收入後) |

| 規定 | 條文內容 | 主詞 | 動詞 「應該」做什麼 | 哪部分之預算 | 如何完成 |
|-------------------------------------|--|-----------|---------------|----------------------------------|--|
| 本法第 3 條第 2 項 (規定不足數：應編列 預算撥補) | 政府依法令規定應編列本保險相關預算之負擔不足每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36% 部分，由主管機關編列預算撥補之。 | 政府「依法令」規定 | 應「編列」預算 | 負擔健保經費 36% 之不足數部分(上述經費須先扣除法定收入後) | 由主管機關編列預算「撥補」之。(不是「認列」特定補助、不是「沖抵」社保支出) |

【表列說明全民健康保險法施行細則（以下簡稱本法施行細則）第 45 條內容】

| 規定 | 條文內容 | 法遵說明 |
|---|--|--|
| 原規定 本法施行細則第 45 條 (101 年 10 月 30 日修正) | 本法第 3 條所稱政府每年度「負擔本保險之總經費」，指(1)政府為投保單位時，依本法第 27 條第 1 款第 1 目、第 2 目 及第 34 條規定(補充保費)應負擔之保險費，及(2)政府依本法第 27 條規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。 | 本法第 3 條第 2 項之「應」遵循事項，明文規定在政府應「編列」預算，而其範圍在「負擔健保經費 36% 之不足數部分」，並「撥補」之。 |
| 新規定 本法施行細則第 45 條 (104 年 12 月 15 日修正) | 本法第 3 條所稱政府每年度「負擔本保險之總經費」如下 一、政府為投保單位時，依本法第 27 條第 1 款第 1 目、第 2 目及第 34 條規定應負擔之保險費。 二、政府依本法第 27 條擬「其他法律」規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。(新增) 三、受僱者育嬰留職停薪期間，政府補助原由雇主負擔之保險費。(新增) | 社保司擴大解釋：(1)本法第 3 條「依法令」之字義涵蓋健保法以外之其他法令，且(2)「認列」其他法令負擔之費用。 |

有關健保會 106 年 6 月份委員會會議與會人員發言實錄，委員請本署「就新藥、新特殊材料、新診療服務及放寬藥品適應症等項目，進行財務影響評估及替代效應分析提出時程」等(議事錄 P.31)，及提供「目前醫學中心與區域醫院初級照護案件下降情形」(議事錄 P.60)，本署說明如下：

| 項次 | 委員意見 | 健保署回復說明 |
|----|--|---|
| 1 | <p>王委員雅馨：</p> <p>會議資料第 28 頁擬繼續追蹤的項次 2，有關請健保署就新藥、新特殊材料、新診療服務及放寬藥品適應症等項目，進行財務影響評估及替代效應分析，我想了解健保署是否可以提出一個時程，說明什麼時候可以提出評估報告供健保會委員參考。另外，辦理情形這邊也提到可以邀請健保會關切本議題之代表參加工作小組的會議，請問工作小組召開定期會議的時程，希望能讓關切此議題的委員到場參與。</p> | <p>一、有關新藥之財務影響評估以及替代效應分析之方法學檢討及建立，將由本署 106 年科學及技術類項下「健保給付新藥財務衝擊影響評估」委託研究計畫得標機構執行。該計畫執行期間為 106 年 1 月 1 日至 106 年 12 月 10 日，後續得擴充一年，待計畫驗收完成後再提報研究結果。另，該計畫已於 106 年 4 月 7 日召開第 1 次專家會議(會議資料及紀錄如後)，預計將於 9-11 月擇期召開 2 次會議，屆時亦將邀請關切此議題的委員到場參與。</p> <p>二、有關特殊材料部分，擬參考 106 年藥品替代效應之委託研究成果，再將特材之替代效應分析列為委託研究案，俟有結論再提報分析結果。</p> |
| 2 | <p>何代理委員語(劉委員志棟代理人)：</p> <p>請健保署下個月提供相關資料，去年醫院總額協定事項「醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過 105 年之 90%，超過部分，不予分配」，請問目前已下降多</p> | <p>一、有關 106 年初級照護案件不得超過 105 年之 90%一案，本署邀請付費者代表、專家學者、醫學院代表、醫院協會及各層級代表及各專科醫學會代表等召開四次會議密集研議，並提案至本署醫院</p> |

| | | |
|--|-------|---|
| | 少？... | <p>總額研商議事會議，經 3 次會議討論，針對 106 年醫學中心及區域醫院初級照護管控項目獲共識。</p> <p>二、惟本案 106 年第一季結算資料仍需待瞭解及釐清，爰本署於 106 年 7 月 4 日召開醫院總額研商議事會議第 2 次臨時會議，會議決議：為避免延誤第 1 季結算時程，第 1 季暫不處理初級照護點數核減事宜，併第 2 季扣減點數後合併結算，後續將就醫院資料進一步分析及瞭解。</p> |
|--|-------|---|

106年度健保署委託研究計畫 健保給付新藥財務衝擊影響評估

2017/4/7
第一次專家會議

Outline

- 介紹計畫研究團隊及與會人員、專家學者
- 研究團隊報告：
 - 研究計畫之背景、目的、執行方式及時程規劃
 - 說明目前進度及初探結果
 - 未來執行規劃
- 針對研究內容、執行方式及未來方向，進行討論及意見交流

研究團隊介紹

| | | |
|-------|-----|------------------|
| 主持人 | 林芳如 | 臺灣大學臨床藥學研究所 助理教授 |
| 協同主持人 | 林慧玲 | 臺灣大學臨床藥學研究所 副教授 |
| 協同主持人 | 沈麗娟 | 臺灣大學臨床藥學研究所 教授 |
| 協同主持人 | 蕭斐元 | 臺灣大學臨床藥學研究所 副教授 |
| 協同主持人 | 王繼娟 | 臺灣大學藥學系 助理教授 |

| | | | |
|------|-----|------|-----|
| 專任助理 | 王淨榆 | 兼任助理 | 李幸蓉 |
| 兼任助理 | 張庭瑜 | 兼任助理 | 王悅心 |

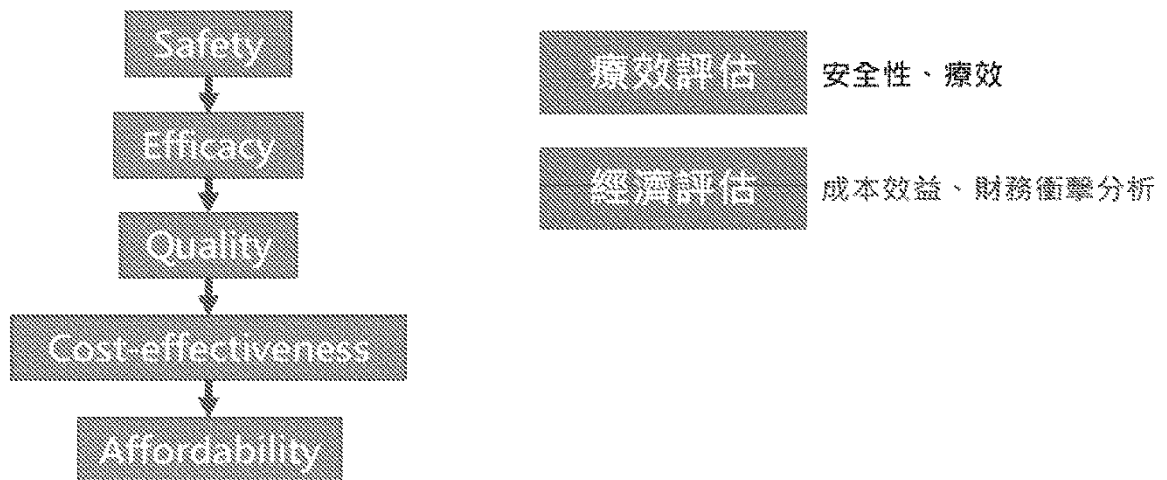
與會專家代表介紹

健保署: 施如亮組長、黃兆杰專委、洛彤科員

| | | | |
|-----|--------------------------------|-----|----------------------------|
| 陳昭姿 | 和信治癌中心醫院 藥學臨床教育中心主任 | 申斯靜 | 大林慈濟醫院 企劃室主任 |
| 毛蓓穎 | 和信治癌中心醫院 一般內科主任醫師 | 黃振國 | 中華民國醫師公會全國聯合會 常務理事 |
| 陳建偉 | 臺大醫院臨床試驗中心 主任 臺灣大學醫藥學研究所 教授 | 陳瑞瑛 | 臺灣醫院協會總幹事 臺大醫院兼任院長室特別助理 |
| 楊銘欽 | 臺灣大學健康政策與管理研究所 教授 | 陳世雄 | 中華民國西藥代理商商業同業公會名譽理事長 |
| 吳麥斯 | 臺北醫學大學 內科教授 | 林慧芳 | 開發性製藥研究協會秘書長 |
| 侯明鋒 | 高雄市立小港醫院 院長 | 周菱 | 開發性製藥研究協會董事 |
| 譚秋英 | 中華民國全國職業藥工會理事 | 蘇美惠 | 臺灣製藥工業同業公會秘書長 |
| 黃鈺瑛 | 消費醫藥法律師團隊組 | 楊忠霖 | 財團法人醫藥品質驗中心經濟評估小組長 |
| 張豫立 | 臺北榮民總醫院藥劑學系藥學科 主任 | 康照洲 | 陽明大學藥物科學院教授 |

5 Hurdles Required for Drug Reimbursement

醫療科技評估(HTA) 報告架構



Orlewski T, Mierzejewski P. Proposal of Polish guidelines for conducting financial analysis, and their comparison to existing guidance on budget impact in other countries. Value health 2004;7(11):1-10.

5

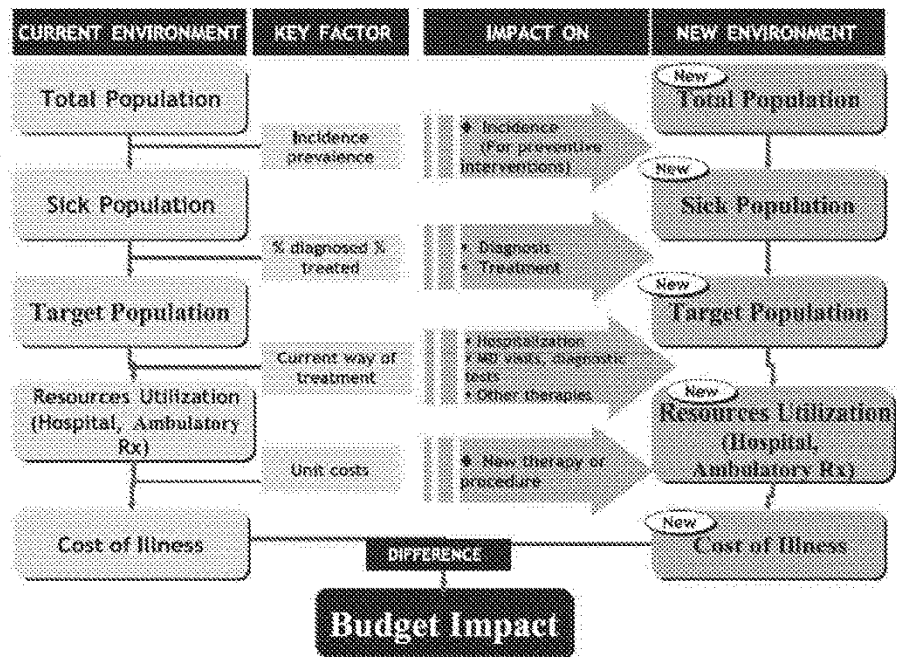
財務衝擊分析、預算衝擊分析 (budget impact analysis, BIA)

- 估算醫療科技納入健保給付後，前五年內每年對健保財務帶來的影響程度
- 給付決策對於醫療總體成本或藥費總預算將有何財務影響
- 幫助決策者瞭解是否增加額外費用 及 預算可否負擔得起
(affordability)

6

BIA 基本架構

Study timeframe:
Usually short-term
(typically 3~5 years)



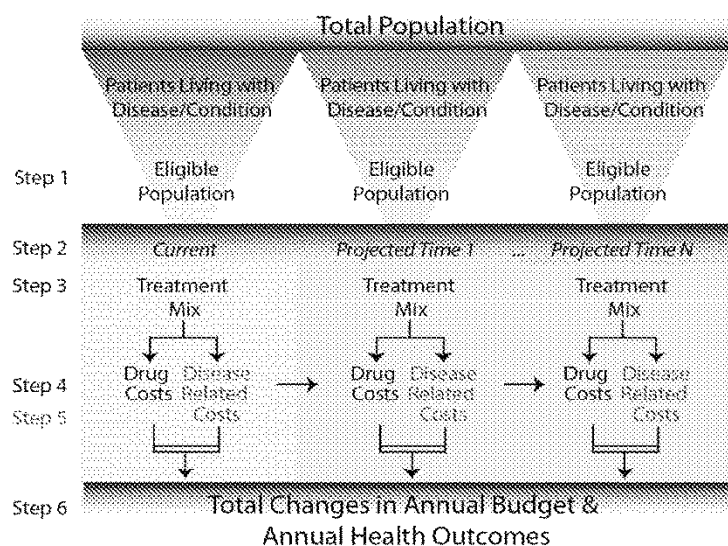
Sullivan SD, et al. Budget impact study is principles of good practice: report of the ISPOR 2012 Budget Impact Analysis: Good Practice II Task Force. *Value Health* 2014;17(1): 5-14.

7

BIA 基本架構

Study timeframe:
Usually short-term
(typically 3~5 years)

Six Steps for Estimating the Budget Impact



- Step 1: Characterize population
- Step 2: Select time horizon
- Step 3: Estimate current and future treatment mix
- Step 4: Estimate drug costs
- Step 5: Estimate changes in disease-related costs
- Step 6: Present budget impacts and health outcomes

Farrinshaw S, Bragan A, Isaac L, et al. Budget Impact Analysis: Applications and Design Issues. 2014.

8

我國HTA/BIA現況

- 依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」規定，廠商向健保署建議新藥收載時，建議書應含財務衝擊分析(BIA)資料，以供決策者參考
- BIA適用時機為: (1) 健保尚未給付之新醫療科技建議納入健保給付; (2) 健保已給付之新醫療科技建議擴增給付的適應症範圍
- CDE在2014年發布「醫療科技評估方法學指引」，當中包含「醫療科技評估財務影響分析方法學指引」
- 目前問題: (1) 僅就廠商所提出之評估方式與結果進行分析驗證; (2) 廠商大多僅評估藥費帶來之財務衝擊; (3) 缺乏經實證資料確立 或 全人照護觀點出發之評估架構

研究計畫目的

- 結合醫藥臨床及經濟評估領域，利用文獻/資料回顧及資料庫分析的研究方式，共同建構完整之新藥財務衝擊評估方法學
- 邀請專家進行共識會議，確立該方法學架構之效度
- 強化對新藥整體價值之評估能力

第一年度預計完成工作項目

1. 系統性文獻回顧

- BIA研究方法學規範/指引
- 各國建議之財務衝擊影響評估方式

2. 檢視我國過去藥品實例資料

- BIA執行方法及分析模式
- 比較新藥預估費用與實際申報金額之差異

整合研究結果，彙集專家學者意見，
針對BIA方法學架構提出建議

11

第二年度預計完成工作項目

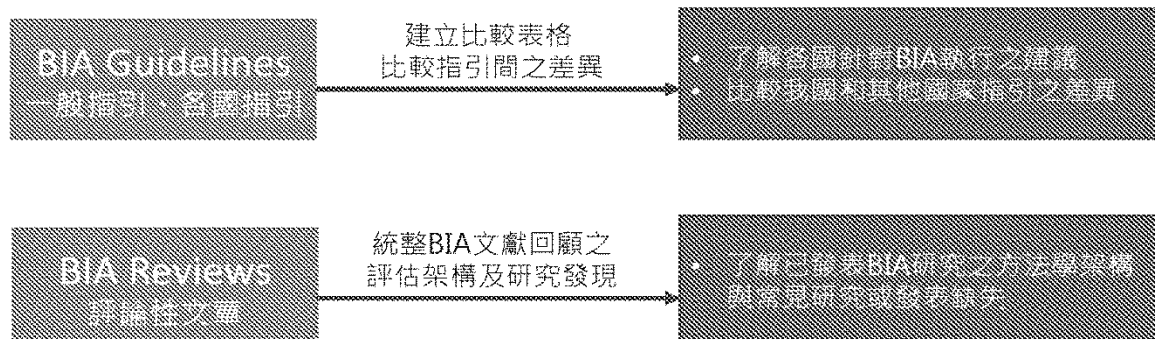
選定2-3個合適分析之藥品
(100-102年間獲得給付)

利用回溯性研究方式，
以健康保險資料庫進行分析

- 利用第一年度提出之方法學架構 & 該藥申請給付時可得的資料，實際進行BIA
- 與過去進行之BIA進行綜合比較
- 探究不同方法學及研究設計所可能造成之估計誤差
- 效度(validity)確認: 評估所提出BIA模式之預測表現

12

1. 系統性文獻回顧－研究方法



13

1. 系統性文獻回顧－研究方法

□ 運用下列方式找尋BIA指引及評論性文章:

- 選定適當關鍵字，以系統性方式搜尋文獻資料庫，如 PubMed、Embase等
- 相關學會資料及網站：
 - 國際藥物經濟暨效果研究學會 (International Society of Pharmacoeconomics and Outcomes Research, ISPOR)
 - 國際醫療科技評估組織網絡 (International Network of Agency for Health Technology Assessment, INAHTA)
 - 國際醫療科技評估學會 (Health Technology Assessment International, HTAi)
- 利用前述所搜尋到的文獻，進一步連結至相關文章或引用資料，找到更完整之文獻及報告

14

1. 系統性文獻回顧 – 初探結果

11

文獻搜尋結果 – Data Source

☐ Literature database

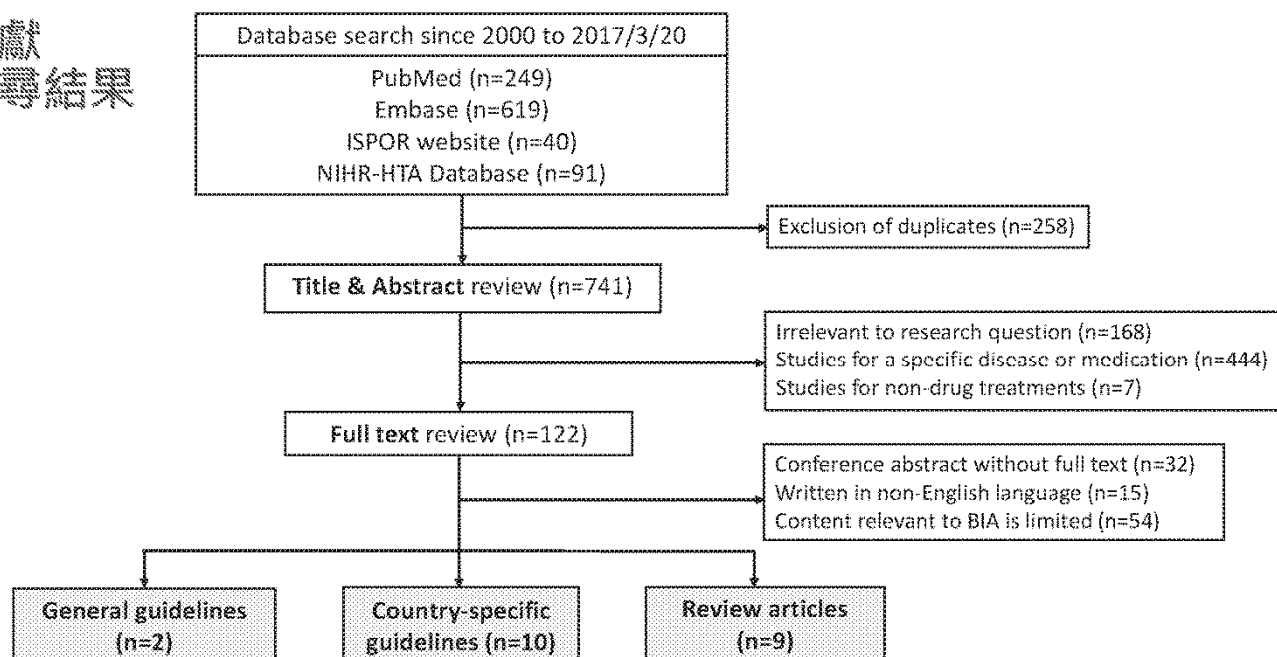
- ✓ PubMed, Embase
- ✓ Searching strategy: (((budget or budgets)) AND impact) AND (guideline or guidelines or guidance); English only
- ✓ **ISPOR website**
- ✓ <https://www.ispor.org/PEguidelines/index.asp>
- ✓ Decision Making Tool → Pharmacoeconomic Guidelines Around The World

☐ NIHR-HTA Database

- ✓ <http://www.inahta.org/hta-tools-resources/database/>
- ✓ INAHTA → HTA Tools & Resources → NIHR-HTA Database

11

文獻 搜尋結果



ISPOR = International Society of Pharmacoeconomics and Outcomes Research
NIHR = National Institute for Health Research

17

目前已搜尋到之BIA指引

| 一般指引 (n=2) | 各國指引 (n=10) |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ISPOR, 2007 • ISPOR, 2012 | <ul style="list-style-type: none"> • Australia, 2015 ▪ Belgium, 2015 • Canada, 2008 ▪ England & Wales, 2011 ▪ Germany, 2008 ▪ Ireland, 2010 ▪ The Netherlands, 2016 • Poland, 2004 • Taiwan, 2014 ▪ Thailand, 2014 |

18

綜整各國BIA Guideline評估項目

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Consider features of the health care system | <input type="checkbox"/> Time horizon |
| <input type="checkbox"/> Perspective | <input type="checkbox"/> Consider time dependencies |
| <input type="checkbox"/> Use and cost of current and new intervention <ul style="list-style-type: none"> ▸ Eligible population ▸ Current intervention ▸ Uptake of new intervention and market effect ▸ Consider off-label uses of new intervention ▸ Calculate cost of the current and new intervention mix | <input type="checkbox"/> Discounting <input type="checkbox"/> Computing framework <input type="checkbox"/> Uncertainty and Scenario analysis <input type="checkbox"/> Validation <input type="checkbox"/> Recommendation for inputs and data source |
| <input type="checkbox"/> Impact on other cost <ul style="list-style-type: none"> ▸ Disease-related costs (health care services) ▸ Treatment-related costs ▸ Concomitant medications | |

Important findings from BIA Guideline Review

- ☐ Treatment-related cost: monitoring, titration, diagnosis, administration
- ☐ Disease-related costs: hospitalization, ER, physician visit
- ☐ Concomitant therapy cost: treatment for AE or to enhance effectiveness

| | Treatment-related cost | Disease-related costs | Concomitant therapy cost |
|--|---------------------------|---------------------------|--------------------------|
| ISPOR guideline, 2012 | ✓ | ✓ | ✓ |
| CDE guideline, 2014 | X (Secondary analysis) | X (Secondary analysis) | ✓ |
| Canada, 2008 (Perspective: drug plan) | X | X | ✓ |
| Poland, 2004 | ✓ | ✓ | ✓ |
| Australia, 2015 | ✓ | ✓ | ✓ |

✓: Should consider; X: No need to consider; NA: Not available

29

Important findings from BIA Guideline Review

- ☐ Leakage (beyond restriction use): 健保給付限制之外的使用
- ☐ Off-label use: 仿單上適應症之外的使用

| | Subgroups | Leakage | Off-label use | |
|-----------------------|-----------|---------|------------------|--------------|
| | | | Current scenario | New scenario |
| ISPOR guideline, 2012 | ✓ | ✓ | ✓ | X |
| CDE guideline, 2014 | ✓ | NA | X | NA |
| Canada, 2008 | ✓ | NA | NA | X |
| Poland, 2004 | ✓ | ✓ | NA | ✓ |
| Australia, 2015 | NA | ✓ | NA | NA |

✓: Should consider; X: No need to consider; NA: Not available

21

Two Examples of BIA Review Articles

| | Faleiros et al, 2016 BIA of medicines: update systematic review and implications | Mauskopf et al, 2016 A methodological review of US budget-impact models for new drugs |
|-----------------------------------|---|--|
| Method | <ul style="list-style-type: none"> Systematic review (2001-2015) Summarize key characteristics of selected studies (publication year, country, disease area) Present <u>9</u> key elements of BIA study design | <ul style="list-style-type: none"> Systematic review (1990-2015) Present <u>7</u> key elements of BIA study design Describe recommended practice for each of these elements |
| Inclusion criteria | <ul style="list-style-type: none"> Studies with "BIA", "drug" (95% were published in <u>Europe and USA</u>) Include all-language studies Exclude evaluations by HTA agencies | <ul style="list-style-type: none"> Include BIA of adding a new drug to the treatment mix in <u>US</u> health plans |
| Number of included studies | <ul style="list-style-type: none"> 92 studies | Based on disease types & impact of treatment – <ul style="list-style-type: none"> Acute disease: 8 Chronic disease with <u>constant</u> mortality or disease progression rate: 17 Chronic disease with <u>changing</u> mortality or disease progression rate: 10 |

22

BIA 評估架構 (in Review Articles)

| Faleiros et al, 2016. BIA of medicines: update systematic review and implications. | Mauskopf et al, 2016. A methodological review of US budget-impact models for new drugs. |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Features of the health care system in question Perspective Population Scenario analysis <u>Direct costs</u> <u>Time horizons</u> <u>Calculation method (framework)</u> <u>Uncertainty evaluation</u> Validation | <ul style="list-style-type: none"> <u>Model structure</u> <u>Population size and characteristics</u> <u>Time horizon</u> Treatment mix <u>Treatment costs</u> <u>Disease-related costs</u> <u>Uncertainty analysis</u> |

以上所有項目皆包含在我們各國BIA指引的比較表格內

Overlapped key elements for evaluation

Important Findings from BIA Review Articles

| Faleiros et al, 2016. BIA of medicines: update systematic review and implications. | Mauskopf et al, 2016. A methodological review of US budget-impact models for new drugs. |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 48% met up to 7 out of 9 key characteristics Only 24% of the studies reported information about the healthcare system 33% of the studies used only drug costs Many lacked sensitivity analysis, validation, and reliable data sources Only 22% stated no conflict of interest | <ul style="list-style-type: none"> Design varied according to the types of diseases & impact of treatment Great variability in inclusion of key elements Many failed to account for population size dynamics for chronic conditions with changing mortality or disease progression rate Many failed to provide a rationale for exclusion of some elements (e.g., treatment/disease related costs) Limited in sensitivity and scenario analyses |

2. 檢視藥品實例資料－研究方法

□ 首先，篩選藥品研究對象

- ※ 納入條件: 100-102年醫療科技評估報告所含藥品，且已獲得給付
- ※ 排除條件: 給付後3~5年內給付範圍、疾病族群、適應症、競爭品有改變之藥品
- ※ 依藥品特性分類，盡量選擇不同類別之藥品實例進行檢視
 - ◆ 治療疾病特性: 急性、慢性(死亡率、疾病進程不改變)、慢性(死亡率、疾病進程改變)
 - ◆ 臨床使用定位: (有可能不僅一種關係)
 - CDE醫療科技評估方法學指引——取代關係(substitution)、新增關係(addition)
 - 取代(substitution)、合併現有治療(combination)、擴充原本涵蓋之使用族群(expansion)
 - ◆ 新藥級別: 1, 2A, 2B

75

2. 檢視藥品實例資料－研究方法

針對篩選出之藥品，檢視

□ 財務衝擊分析方法

□ 評估架構 (參考評論性文章) ——

- | | |
|---|------------------------|
| • Population size & characteristics | • Time horizon |
| • Treatment mix (current, new scenario) | • Calculation model |
| • Treatment costs (incl. related costs) | • Uncertainty analyses |
| • Disease-related costs | • Validation |

□ 財務衝擊分析預估金額 vs. 實際藥費申報金額

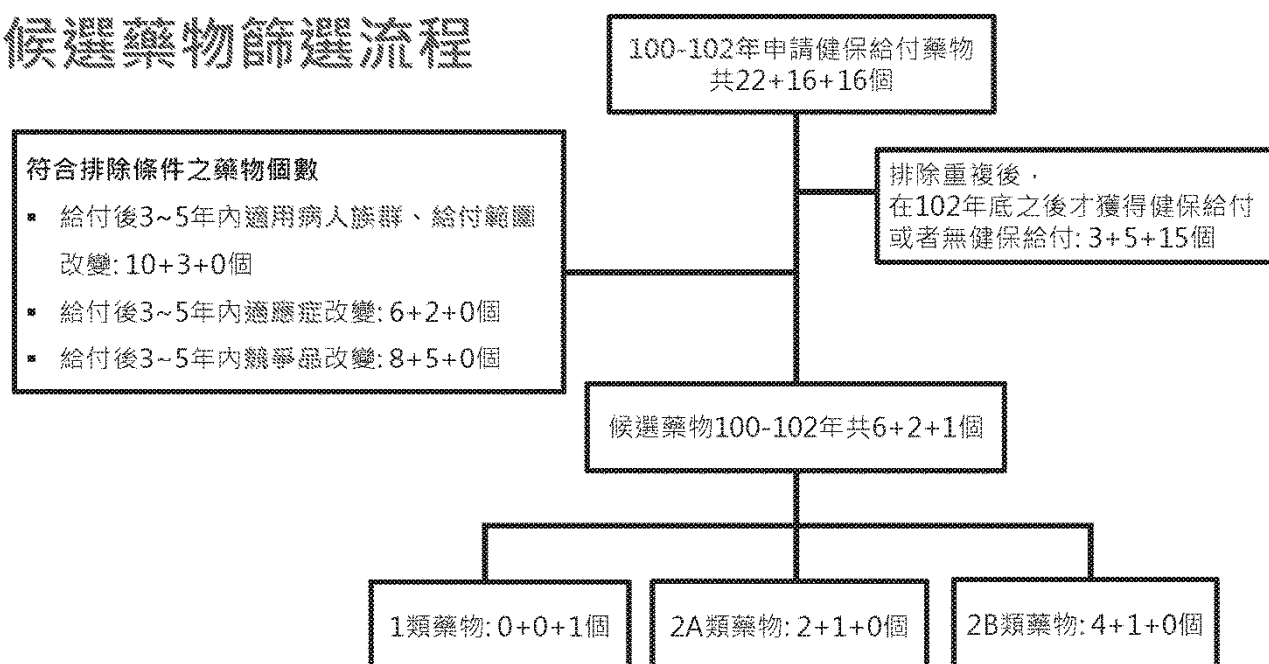
- 利用健保署網站-藥材專區-藥品使用量分析 及 給付價格，計算實際藥費申報金額

76

2. 檢視藥品實例資料 – 目前進度

27

候選藥物篩選流程



28

BIA評估項目

***HTA報告呈現方式不夠詳盡，難以評估？

| 評估項目 | 評估內容 |
|--|---|
| *** Population size & characteristics | Incident, prevalent population; Induced demand; Subgroups; Calculation method |
| *** Treatment mix (current, new scenario) | Intervention mix; Non-drug current mix; Types of changes; Redistribution of treatment mix; New drug uptake rates |
| Treatment costs (related costs not required by CDE) | Drug costs; Acquisition; Administration; Monitoring; Diagnosis Concomitant therapies (treatment for ADR or to enhance effectiveness) |
| Disease-related costs (not required by CDE) | Health care services: inpatient, emergency, outpatient, procedure, complications |
| Time horizon | 5 years |
| *** Calculation model | Cost calculator model; Decision-analytic model, decision trees, Markov models, simulation models |
| *** Uncertainty analyses | Sensitivity analyses (one way, multiway, probabilistic), Scenario analysis |
| *** Validation | Face validity; Verification |

71

目前面臨問題

- ☐ HTA報告&共擬會議紀錄附錄 內容不夠詳盡，難以用於評估BIA執行方法及數值預估？
- ☐ 檢視藥品實例 之 其他參考資料來源
 - * 廠商申請文件 – 擬向健保署申請調閱
 - * CDE審查時使用的試算表格(與專家會議後之調整試算資料) – 擬向CDE申請調閱

72

今年度未來執行規劃

- 持續進行系統性文獻回顧，了解各國之新藥財務衝擊影響之進行方式及研究方法學規範，並回顧其他相關文獻
- 取得詳細的藥品實例資料，持續檢視我國目前財務衝擊分析方法
- 整合文獻回顧及我國實例檢視結果，彙集專家學者意見、取得共識
- 針對CDE醫療科技評估方法學指引中有關新藥納入健保財務衝擊影響評估方法學架構提出建議

11

敬請指教

12

106 年度健保署委託研究計畫「健保新藥給付財務衝擊分析評估」

第一次專家會議 會議紀錄

- 日期：106 年 4 月 7 日（五）
- 時間：下午 3:00-5:00
- 地點：臺大藥學專業學院（水森館） 110 會議室
- 出席人員：和信治癌中心醫院毛蓓領醫師、和信治癌中心醫院藥學進階教育中心陳昭姿主任、臺灣大學健康政策與管理研究所楊銘欽教授、臺灣大學腫瘤醫學研究所陳建煒教授、臺北醫學大學吳參斯教授、高雄市立小港醫院侯明鋒院長、陽明大學藥物科學院康熙洲院長、中華民國全國職業總工會譚秋英理事、消基會義務律師團黃鈺嫻律師、臺北榮總藥學部臨床藥學科張豫立主任、大林慈濟醫院企劃室申斯靜主任、中華民國醫師公會全國聯合會黃振國常務理事、臺灣醫院協會陳瑞瑛顧問、中華民國商業總會陳世雄理事、開發性製藥研究協會林慧芳秘書長、開發性製藥研究協會周菱專委、臺灣製藥工業同業公會蘇美惠秘書長、財團法人醫藥品查驗中心經濟評估楊忠霖小組長、臺大臨床藥學研究所林芳如助理教授、臺大臨床藥學研究所沈麗娟教授、臺大臨床藥學研究所林慧玲副教授、臺大臨床藥學研究所蕭斐元副教授、臺大藥學系王繼娟助理教授
- 請假人員：中央健康保險署施如亮組長、中央健康保險署黃兆杰專委、中央健康保險署洛杰科員
- 記錄人員：王淨榆研究助理

會議內容：

1. 計畫主持人台大林芳如助理教授介紹計畫研究團隊及與會人員、專家學者，並針對研究計畫之背景、目的、執行方式、目前進度、初探結果及未來執行規劃進行報告（報告投影片提供於附件）。
2. 出席專家代表針對研究計畫內容、執行方式及未來方向，進行討論及意見交流，以下詳列專家代表的提問、意見與研究團隊之回應：

| 出席專家代表的提問及意見 | 回應 |
|---|--|
| 1. 藥物的類別是否會影響到 BIA 的結果？在檢視我國過去藥品實例資料的部分，目前篩選出來的 9 個藥品是否為不同領域的藥品？ | 藥物的類別確實會影響到 BIA 的架構和結果。目前篩選出來的九個藥品分別為 pegfilgrastim、epinastine hydrochloride、agomelatine、rasagiline、paliperidone palmitate、pitavastatin、penciclovir、ticagrelor、plerixafor，包含了許多不同領域的藥品，然而很遺憾的是並沒有包含爭議很大的癌症用藥。 |
| 2. 在共擬大會上往往討論最激烈的就是財務衝擊最大的藥，例如：高單價的癌症用藥或是使用人數大的三高用藥，然而篩選出來的檢視藥物絕大部分都不是這類型的藥物，是否會導致研究結果對目前的問題沒有實務上的幫助？ | 設定嚴謹的篩選條件是希望能排除其他干擾因素，能以科學性的方式，適當且正確地解讀研究結果。如果我們沒有排除這些條件，而最後發現新的 BIA 架構預估不準確，我們很難知道是 BIA 本身的架構或方法的問題，還是其他干擾因子(如核准適應症改變導致目標族群改變、同類競爭者增加影響市占率)所導致。 |
| 3. 可以理解設立檢視藥品的排除條件是為了能降低其他干擾因素，但是，是否能放寬排除條件，例如：有些適應症的改變並不會對目標族群有太大的影響，像這樣的情況是否能保留這些藥品？ | 將依代表意見適度調整篩選條件。另外，若代表們之後對於篩選條件有其他想法或有明確的藥品實例可供提供，歡迎以電子郵件方式聯繫我們。 |
| 4. 替代率是否有納入研究範圍內？ | 當時在提出此研究計畫時，並沒有提到會執行替代率相關的研究。健保署的替代率是針對大類新藥(1, 2A, 2B)，而 BIA 的執行是針對個別藥物。若在執行本計畫內容後時間與資源許可，我們的研究可針對選定的 2-3 個藥品去計算其替代效應，因為就科學的角度，由於新藥接連進入市場或獲得給付，且病人族群可能隨之改變，故不適合以大類方式計算替代率，且將難以解讀研究結果，因此此計畫的研究結果並不能直接應用到健保署所謂的替代率上。 |

| 出席專家代表的提問及意見 | 回應 |
|---|---|
| 5. 替代率既然無法被適當解讀財務數據的代表意義，卻是目前藥品共擬會依賴的重要財務評估證據之一，應請健保署參考他國的評估方法，而不該再持續使用此數據，造成誤導會議討論判斷的正確性。 | 建議應回歸到當初研擬替代率的目的、方法、其所代表的意義，並重新檢討其該如何適當應用在財務衝擊分析與新藥預算編列，才可能解決此問題。今天健保署的長官並沒能到席，未來代表們可將這意見回饋給健保署，讓未來會議討論相關議題時，能使用取得大家共識的方式。 |
| 6. 從你們目前文獻回顧的結果，可以發現各個國家都沒有把替代率放進BIA架構中，那我國在執行財務衝擊評估分析，是不是也可以不需要使用替代率？ | 各個國家的 BIA 架構中的確有包含替代效應，一個新藥在進入市場後，確實可能會有一些原先的藥物使用被替代 (treatment mix 改變)，但是這跟健保署內的替代率是不一樣的意思。健保署的替代率是以大類(1, 2A, 2B)來計算，目的是編列預算，而其他國家在編列預算時，是否有使用替代率或是採用其他的方法，或許有待其他後續的研究來了解。 |
| 7. 藥品總額預算制度對於某些藥物是不公平的。以糖尿病用藥來說，新藥的加入並沒有取代舊藥的使用，但是使用新藥確實能改善病人血糖的控制，但是在現行的制度下是無法反應出這樣的醫療成果的。 | 同意且謝謝代表的意見。 |
| 8. 比較各個國家 BIA 指引前，應先簡述各國健康照護體系，例如：公醫制度、社會保險、商業保險。 | 雖無於報告中呈現，但我們的計畫執行已包含這部分。 |
| 9. 為估算執行 BIA 各個步驟所需的參數，建議健保署思考如何將相關申報資料提供給廠商，以加強廠商執行財務衝擊估算之能力。 | 謝謝代表的意見，我們會將此建議(放入會議紀錄或期中/期末報告)提供給健保署參考。 |
| 10. 藥品實例中所使用的申報藥費僅表示院所申報之藥費，沒有包含核刪、折讓回繳(claw-back)。 | 謝謝代表的意見，如果研究計畫要包含這個部分，需要健保署提供更多的資料支持。 |
| 11. 現行健保署所提供給廠商的 BIA 模板就是建議廠商不需考慮未來競爭品的影響。而此研究計畫的目的是為了改進現行的 BIA，那為何還按照現行的 BIA 模板，將許多可能造成影響的因素，如：競 | 排除這些 3-5 年之內核准適應症、競爭品改變的藥物的原因並不是為了遵循現行的 BIA 模板，而是以科學方式進行研究，將可能影響 BIA 的干擾因素排除，才可能正確地解讀結果。 |

| 出席專家代表的提問及意見 | 回應 |
|--|---|
| <p>爭品、適應症改變當作檢視藥物排除條件？</p> | |
| <p>12. CDE 在撰寫 HTA 報告時，首先第一步是檢視廠商資料的正確性；接著第二步在實際計算 BIA 時，若有需要，會跟健保署調閱相關競爭品過去申報的資料。關於 HTA 報告不夠詳盡的問題，因為有些是廠商的機密，我們是沒有權利完全公開的，因此撰寫報告時都是越模糊越好。未來可考慮仿效其他國家，公開的 HTA 報告以塗黑的方式遮蔽機密性的數字，但委員們討論時可看到實際詳細的資料，使得 HTA 報告更詳盡透明。</p> | <p>謝謝 CDE 楊忠霖小組長的分享和意見，同意採用此方式將 HTA 報告更加詳盡且透明化。</p> |
| <p>13. CDE 在計算財務衝擊時，沒有預估未來可能的競爭品，原因有二：(1)其他廠商送件(競爭品申請文件)的時間以及訂價有高度不確定性；(2)以現行的健保的核價方式，即使有第二家廠商提出(競爭品)申請，也是和第一家廠商競爭同一個市場，整體的費用應該不會差距太大。</p> | <p>謝謝 CDE 楊忠霖小組長的分享和意見。</p> |