

**衛生福利部全民健康保險會**  
**第3屆106年第9次委員會議事錄**

中華民國 106 年 10 月 27 日



衛生福利部全民健康保險會第3屆106年第9次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國106年10月27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  
李委員育家  
李委員偉強  
周委員麗芳  
林委員至美  
林委員敏華  
林委員錫維  
翁委員文能  
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  
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

國家發展委員會曹專員毓珊(代)

中華民國全國工業總會何常務理事語(9:32以後代理)

盧委員瑞芬  
謝委員尚廷  
謝委員武吉  
羅委員莉婷

中華民國牙醫師公會全國聯合會許常務理事世明(代)  
台灣社區醫院協會朱監事長益宏(代)

肆、請假委員：  
林委員惠芳

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  
李組長純馥  
戴組長雪詠  
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：

紀錄：馬文娟、廖尹嫻

柒、主席致詞

各位委員及所有與會者，大家好！

介紹新任的翁委員文能，翁委員為現任台灣醫院協會的理事長，也是長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院的名譽院長及長庚大學的特聘教授，請大家鼓掌歡迎翁委員的加入。

捌、議程確認

決定：

- 一、考量報告事項第一案「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率報告案」，需經本次會議確認後，才能報請衛生福利部核定及決定，具有時效性，爰移至討論事項之前，餘照議程之安排進行。
- 二、報告事項第二、三、四案均為中央健康保險署之業務

執行報告，同意併案處理。若因本次會議時間因素未及進行，則於下(第 10)次委員會議議程安排時列為優先項目。

三、嗣後議程之安排，參酌本次委員所提建議，由傳主任委員立葉及周執行秘書淑婉審視、排定。

玖、請參閱並確認上(第 8)次委員會議紀錄

決定：確認。

拾、上(第 8)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、上(第 8)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤事項，改列繼續追蹤，計有三項如下：

1. 「為高齡慢性病患者不慎遺失業經醫師開立處方箋所購得之慢性病藥物，建請同意其逕向同一藥局藥師自費補購買當月不足藥量乙案」。
2. 「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」。
3. 「有關將西醫基層總額 106 年度 C 肝新藥之部分專款額度流用至醫院總額，用於新增新藥使用名額乙案」。

(二)擬繼續追蹤之「107 年度西醫基層、中醫門診、牙醫門診、醫院醫療給付費用總額及其他預算案」，請本會幕僚及中央健康保險署於衛生福利部核定及決定後，彙整核(決)定內容與本會協商結果之差異，及各協定事項之追蹤時程，供委員參考。

二、餘洽悉。

拾壹、報告事項第一案(提至討論事項之前)

報告單位：本會第三組

案由：107 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率報告案，請鑒察。

決定：

一、本會協定之 107 年度總額成長率及預估金額，確認如下表。

| 項目                        | 牙醫門診總額               | 中醫門診總額               | 其他預算<br>(註1) | 西醫基層總額                            | 醫院總額                              | 年度總額成長率 | 年度總額預估值(註2)  |
|---------------------------|----------------------|----------------------|--------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------|--------------|
| 成長率<br>(基期為校正人口差值後之費用)或金額 | 3.740%<br>(435.2 億元) | 3.432%<br>(248.2 億元) | 127.8 億元     | 付費者代表方案<br>3.491%<br>(1,333.6 億元) | 付費者代表方案<br>4.491%<br>(4,701.5 億元) | 4.362%  | 約 6,846.3 億元 |
|                           |                      |                      |              | 基層代表方案<br>4.391%<br>(1,345.2 億元)  | 醫院代表方案<br>4.553%<br>(4,704.3 億元)  | 4.581%  | 約 6,860.6 億元 |
| 成長率<br>(基期為106 年度核定總額)或金額 | 4.001%<br>(435.2 億元) | 3.699%<br>(248.2 億元) | 127.8 億元     | 付費者代表方案<br>3.721%<br>(1,333.6 億元) | 付費者代表方案<br>4.736%<br>(4,701.5 億元) | 4.602%  | 約 6,846.3 億元 |
|                           |                      |                      |              | 基層代表方案<br>4.623%<br>(1,345.2 億元)  | 醫院代表方案<br>4.798%<br>(4,704.3 億元)  | 4.822%  | 約 6,860.6 億元 |

註：1.其他預算較 106 年度增加 15.173 億元，其中未包含醫界代表建議移列之「C 型肝炎藥費」預算：

(1)西醫基層代表方案建議移列 4.08 億元。

(2)醫院代表方案建議移列，但未建議金額。若以健保署預估 C 型肝炎藥費整體需求 48.86 億元推估，須移列 38.63 億元(48.86 億元-醫院總額干擾素專款 6.15 億元-西醫基層總額 4.08 億元)。

(3)上述費用共計 42.71 億元。

2.年度總額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。

二、上開協定結果，將報請衛生福利部核定與決定。

## 拾貳、討論事項

### 第一案

提案單位：本會第三組

案由：107 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、107 年度牙醫門診總額一般服務(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度)地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍，區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.預算 100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

2.同意牙醫門診總額自一般服務費用移撥 3.45 億元，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「牙醫特殊醫療服務計畫」、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」、「投保人口就醫率全國最高二區之保障款」等 4 項，若一般服務費用移撥經費有剩餘，優先用於牙周病統合照護計畫第 3 階段費用；若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

3.所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之。

二、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 106 年 12 月底前送本會同意後執行。

## 第二案

提案單位：本會第三組

案由：107 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：本案保留，請西醫基層總額相關團體盡速提送 107 年度建議之地區預算分配方案及風險調整機制；其各地區校正「人口風險因子及轉診型態後保險對象人數」占率，至少須維持 66%。最遲應於 106 年 12 月份委

員會議定案。

### 第三案

提案單位：本會第三組

案由：107 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、原則同意 107 年度醫院總額一般服務(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度)地區預算分配方式，如下：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍，區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.用於「計算」地區預算所採之門住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

2.「各地區校正風險因子後保險對象人數」占率：門診服務(不含門診透析服務)為 50%、住診服務為 45%。

3.各地區門住診服務費用，依上開方式校正後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

4.所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之。

二、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，於 106 年 12 月底前送本會同意後執行。

三、醫院總額相關團體表示尚須中央健康保險署協助試算，以利討論其建議方案乙節，請中央健康保險署協助模擬試算，分配方案最遲應於 106 年 12 月份委員會議定案。

### 第四案



提案單位：本會第三組

案由：107 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，  
提請討論。

決議：

- 一、基於中醫門診總額相關團體承諾於討論 108 年度地區預算分配案前，將進行研究、規劃並提出建議方案，爰同意 107 年度維持依 106 年度之方式分配。
- 二、107 年度中醫門診總額一般服務(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度)地區預算分配方式：
  - (一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍，區分為六個地區。
  - (二)分配方式：
    - 1.預算 2.22% 歸東區，97.78% 歸其他五區。
    - 2.東區外，其他五區依下列參數占率分配之：
      - (1)各區實際收入預算占率：69%。
      - (2)各區戶籍人口數占率：11%。
      - (3)各區每人於各分區就醫次數之權值占率：9%。
      - (4)各區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：5%。
      - (5)各區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。
      - (6)偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則歸入依「各區實際收入預算占率」分配。
    - 3.所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之。
- 三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定後，於 106 年 12 月底前送本會同意後執行。
- 四、有關自一般服務費用移撥部分經費，用於風險調整乙節，請中醫門診總額相關團體於下次委員會議前提送

建議方案。最遲應於 106 年 12 月份委員會議定案。

## 第五案

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，續請討論。

決議：請中央健康保險署於 3 個月內就委員關切事項，進行專案報告，以利釐清疑義。

## 第六案

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：「鑒於維護全民健保之正義與健保的體制、永續，籲請盤點現行健保實務中違反全民健康保險法之情事，並立即改善或規劃導正期程」及「全民健康保險法明確揭示『成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品』不列入本保險給付範圍，建議儘速依法改正，其他違反之相同情事，亦應比照辦理案」，提請討論。

決議：

- 一、請中央健康保險署於考量病患權益及減少社會衝擊等情況下，檢討如何落實全民健康保險法第 51 條第 4 款之規定，包括研提「成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品」逐步不納入健保給付之規劃與配套措施，及對健保財務之影響評估；若確有窒礙難行之處，亦請評估有無修法之必要性。
- 二、請中央健康保險署將前項整體評估結果，提至本會報告。
- 三、另有關現行健保實務中是否有違反全民健康保險法之

情事，請委員於下次委員會議提供具體內容。

#### 第七案

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：呼應健保署李伯璋署長及其同仁之「從健保大數據分析，邁向健保改革之路」乙文，建議檢討健保給付價較高之品項(如：電腦斷層、磁共振造影、正子造影等)支付點數及給付規範，防杜藉由高單價檢查項目不當圖利之情形案，提請討論。

決議：本案所提建議，請中央健康保險署依法定程序提「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論，及依會議決議辦理後續事宜。

#### 第八案

提案人：陳委員亮良

代表類別：保險付費者之被保險人代表

案由：107 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案建議案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

#### 第九案

提案人：陳委員亮良

代表類別：保險付費者之被保險人代表

案由：建議修正全民健康保險會組成及議事辦法第 15 條條文案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

#### 第十案

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：基於維護本保險資源的價值，籲請本會督促公費流感

疫苗接種之主責業務單位疾病管制署進行該案處置費之檢討與調升，同時對本保險代收代付之作業研擬行政作業補助案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

#### 拾參、報告事項

##### 第二、三、四案

報告單位：中央健康保險署

案由：「106 年第 2 季全民健康保險業務執行季報告」(併「專業雙審及公開具名」試辦方案之執行情形、健保醫療資訊雲端查詢系統之執行情形、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、「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」執行情形報告)、「106 年 8 月份全民健康保險業務執行報告」、「106 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告」，請鑒察。

主席裁定：於下次委員會議議程安排時列為優先項目。

##### 第五案

報告單位：中央健康保險署

案由：有關「藥品價量協議(PVA)回收金額回歸總額」，健保署之執行方式案，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議提報。

#### 拾肆、臨時動議

提案人：黃委員偉堯

附議人：干委員文男

代表類別：專家學者及公正人士代表、保險付費者之被保險人代表

案由：建請中央健康保險署提報「健保藥品品質監測計畫」之結案或進度報告。

決議：請中央健康保險署於下次委員會議提報「健保藥品品

質監測計畫」之執行結果。  
拾伍、散會：下午 14 時 15 分。



第 3 屆 106 年第 9 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 8)次委員會議紀錄」  
與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

各位委員請就坐。報告主委及各位委員，現在出席的人數已經過半，達法定開會人數，請示主委是否宣布召開今天的委員會議。

傅主任委員立葉

各位委員大家早，今天會議首先介紹新任委員，是保險醫事服務提供者代表，現任台灣醫院協會的理事長翁委員文能，翁委員也是長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院的名譽院長及長庚大學的特聘教授。請大家鼓掌歡迎翁委員的加入(委員鼓掌)。接下來進行議程確認。

周執行秘書淑婉

一、主委及各位委員，大家早安！今天的議案非常多，討論事項計有 10 項，其中第一至四案是依照年度工作計畫安排，為 107 年度各部門總額一般服務的地區預算分配案；第五至九案是上次委員會議保留移列案件，第十案是委員本次的新增提案。另外報告事項計有 5 項。

二、考量本次會議的議程內容較多，幕僚有以下建議：

(一)第一部分，報告事項第一案「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率報告案」，因為需經本會確認後，才能報請衛福部核定及決定，具有時效性，因此幕僚建議移至討論事項之前進行。

(二)第二個部分，報告事項第二至四案，考量已經保留多次，包括：「106 年第 2 季全民健康保險業務執行季報告」、「106 年 8 月全民健康保險業務執行報告」及「106 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告」，幕僚建議合併成一案進行口頭報告，以上說明。

傅主任委員立葉

對於議程的變更，各位委員有沒有意見？請干委員文男。

干委員文男

建議確認上次委員會議紀錄及本會重要業務報告要先進行，至於討論事項第五至十案建議移到後面，先進行報告事項第一案至第四案，因為我們已經很久沒有聽到署長的報告了，如果今天先進行健保署的業務執行報告，該說明的已經講得很清楚，則討論提案就可以節省很多時間。因此建議討論事項第一至四案完成以後，就進行報告事項。

傅主任委員立葉

委員希望報告事項第一至四案提到前面，對嗎？(干委員文男回應：對)好，再聽聽大家的意見。

陳委員亮良

主席、各位委員，大家早，對於今天議程的安排，我覺得要按照原訂順序。記得我在第6次委員會議時，本來建議將我的提案提到前面討論，也是有委員反對。個人覺得要按照議事程序一一審議，才不會造成委員之間的錯亂，建議還是照原訂議程的順序進行。

傅主任委員立葉

我提供意見看大家同不同意，具有時效性的議案不得已一定要提前，所以報告事項第一案就提到討論事項之前進行。至於較不具時效性的議案，因為剛剛委員有不同的意見，是不是就還是照原訂的順序進行？

干委員文男

- 一、我認為這樣，報告事項第二至四案，署長已經很久沒有報告，都是說書面參考或提出書面意見，沒有讓署長報告的機會。如果大家都不讓行政院院長上台，人家會說你清彩啦！(台語：隨便)
- 二、署長今天應該要爭取這個機會，尤其業務報告的最後一案，牽涉到今天要討論的第五至八案，如果先報告了，就會知道如何處理，所以報告事項第二至四案還是提前至前面進行，應該比較正確。之前是還沒協商，覺得協商較為重要，現在協商已經

告一個段落，建議健保署應該要跟委員好好做個報告。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

我覺得剛剛主席建議的方式不錯，既然報告事項第一案比較重要，就先進行，至於討論事項已經都擱置好久，我記得我提出的 2 個提案，是在第 4 次還是第 5 次委員會就提出，擱置到現在都已經 10 月了，任期都快結束，要到什麼時候才能將議案提出來討論？我覺得主委的建議非常不錯，當然署長的報告也很重要，但我們隨時都可以提問，這部分我覺得還是要按照程序來。

傅主任委員立葉

請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、討論事項第五至八案、第十案是謝委員武吉的提案，上次會議決議也是移到本次會議討論，但如果依照現在議程的安排，我認為討論不到，會變成委員的提案都在後面進行，個人覺得不妥。所以應該還是依照上次委員會的決議，在本次會議討論，無論如何這幾個提案要排在前面討論。
- 二、至於各部門總額地區預算分配案，應該在今年 12 月之前完成就可以，我覺得委員的提案應該優先進行，不然像陳委員亮良所說，他的提案都已經提出來好幾個月，任期都結束了還沒時間討論，所以我覺得應該優先進行上次決議在本次會議討論的議案，有些案子很快，有些案子則可能要花一點時間。

傅主任委員立葉

先請李委員偉強，再請趙委員銘圓。

李委員偉強

- 一、我覺得本委員會愈來愈有國會的感覺，每位委員對於自己想討論的議題都討論很久，報告案變成討論案，這樣造成每次議程延遲，這是我們都該改進之處。

二、今天主席的決議我都尊重。但為什麼立法院要有議事組來安排優先法案，就是希望提高議事效率，建議將來我們也朝此方向進行。我們今天討論議案的先後順序，其實已經花費很多時間，可不可以在開會前一週，由幾位委員代表協助主席確定有哪些議案需要優先進行，先安排好，這樣會更有效率。

三、很多國內外的會議，報告案若屬 reference(參考)性質，就不用再去深入討論，而有些報告案特別重要，就提出來先報告，而這些事項由誰來決定？就是由幾個代表委員先與主席討論，簡單的報告案就屬參考性質，在委員會提出報告後，委員有意見再提出，這樣可以讓議事更有效率，也有助於之後的討論。至於今天議程的安排，我完全尊重主席的裁示。

傅主任委員立葉

謝謝，請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

主席、各位委員，大家早安。我認同李委員偉強的意見，每一位委員的議案都很重要，報告案也非常重要，其實我們已經半年沒有聽到署長的聲音了，每一次的健保業務執行報告，都因為討論提案討論不完，而延至下次會議。但並沒有像陳委員亮良講的任期快結束，我如果沒有記錯，本屆委員的任期到明年底，最起碼還有 1 年時間，所以案子絕對討論得到。今天是不是就按照干委員文男所提意見，畢竟健保署的業務執行報告也非常重要，所以我比較傾向干委員的意見。

傅主任委員立葉

先請吳委員榮達，因為是第一次發言。再請陳委員亮良。

吳委員榮達

希望大家不要浪費太多時間在程序問題，我提個折衷方案，原則上就依照主席建議的順序進行。另外報告案真的蠻重要，如果今天還是沒辦法進行，建議下次會議就優先將報告事項提前，以解決大家的歧見。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

記得我第 6 次委員會議的提案，本來是覺得我的提案非常迫切，要特別挪到前面，也是趙委員銘圓提出反對，我認為應該依照討論事項的順序進行。不過這次因為主席特別提到，報告事項第一案非常重要，所以我們尊重主席的意見；至於討論事項，我還是堅持按照程序討論，後續討論事項有沒有辦法完成，還是要尊重上一次的會議決議。

傅主任委員立葉

- 一、各位委員，我們還是不要花費太多時間在討論議程，剛剛李委員偉強的建議很好，我們就比照立法院議事組的方式，事實上幕僚事先也有針對議案的時效性來安排優先順序，委員建議可以提供幕僚參考，也許將來在安排議程時，事先徵詢各位委員的意見。(何代理委員語示意要發言)何代理委員語看看我建議的方式好不好，可以的話希望不要在議程討論上花太多時間。
- 二、本次第一至四案為各部門總額地區預算分配案，雖然不是本月就到期，但需要在 11 月報請衛福部核定，具有時效性，保留到下次會議討論可能時間不夠，所以希望今天能夠討論。建議除了報告事項第一案提到前面之外，其他議案還是按照原訂議程的安排進行。
- 三、有關吳委員榮達提出的折衷案，今天如果報告事項第二至四案還是沒有討論到的話，下個月就提至前面進行，這樣大家覺得可以嗎？請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、如果委員對於議事程序有提案，主席要徵求附議，看大家的意見再做決定，不是主席一個人裁決，這是我對會議程序上提出來的看法。
- 二、我非常尊重主任委員及執行秘書在會議前安排議事程序，而不

是找幾個委員來安排，因為到底要找哪幾位委員？剛才醫界委員說要先請幾位委員安排議事的優先順序，我認為不妥當，而且只有幾位委員的意見，並無法代表所有委員。

三、我建議未來委員會議議案單月份及雙月份交錯安排，單月份報告事項優先討論，而討論事項則排定在後面；反之，雙月份就先以討論事項優先，報告事項排在之後。

四、干委員文男所說的報告事項第二至四案也很重要，我們已經好幾個月沒有聽到李署長伯璋的報告，而且考量報告事項會影響提案內容，所以今天應先將需優先處理的報告事項完成，之後可以交叉運用的方式進行，讓傳主任委員立葉及周執行秘書淑婉在委員會議前，先排定討論事項及報告事項的先後順序。

五、我們已經好幾個月沒有聽到監理的事項，也想要聽聽李署長伯璋的報告，讓委員與署長有機會交換意見及看法。分成單、雙月份的優點是，不會造成好幾個月報告事項沒有討論到的問題。如果大家都不反對此方式的話，就請周執行秘書淑婉安排委員會議議程的優先順序。

傳主任委員立葉

一、各位委員是不是同意何代理委員語的提議，在此徵求大家附議，就是下次委員會議起採用報告事項、討論事項交叉安排的方式，讓報告案不會一直延宕，而都沒有機會報告。

二、另參考委員所提意見，於下次委員會議議程安排後，提早告知委員，看看大家對議程的安排有無意見，俟彙整委員意見後，看大家是否同意授權我及周執行秘書淑婉來排定議程的順序。

干委員文男

最後的折衷辦法就是每次都將所有的議案討論完成就好了，許多報告案從 2 月份一直延宕到現在，包括「專業雙審及公開具名」、「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」等，避免以後麻煩，今天就將所有的討論事項及報告事項處理完就好了，這是我們委員應盡的責任。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、每次委員會議我都一大早 6 點多就從雲林搭高鐵過來，每次開會我都很認真、沒有怠慢。有關傅主任委員立葉所提議程的安排方式，應該是各位委員都可以接受的版本，沒有什麼折衷方案。
- 二、每次會議議程及開會通知寄給委員後，委員都會很用心的準備相關資料及深入研究，才能到健保會報告、說明，不是每次報告案一直延宕，每次準備好又沒有討論到，這對委員的提案是非常大的阻礙。討論事項不是臨時提出，所以不用委員連署，各位委員都應遵照傅主任委員立葉所提的方式進行。

傅主任委員立葉

請葉委員宗義。

葉委員宗義

主席，關於這個問題剛才並沒有說要事先討論，卻也討論了半個多小時，有關議程安排的順序問題，希望由傅主任委員立葉及周執行秘書淑婉決定就好，請各位委員不要有意見。

傅主任委員立葉

我想拜託干委員文男同意，有關「專業雙審及公開具名」報告案下次一定提到前面進行。

干委員文男

- 一、「專業雙審及公開具名」報告案，核檢率已經大幅下降，關係到整體健保的財務運作，而「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」也做得很好，報告出來有 1,600 多人受惠，執行率快要百分之百，只有百分之幾沒有做好，所以都很重要。
- 二、每次報告案都沒有辦法進入討論，為什麼呢？就是因為排在討論事項後面，如果一個公司沒有先報告業務的執行情形，如何知道這間公司做到哪裡？做了什麼？我們都忽略這何等重要的

事情，以後如果每個月的會議議程都照此順序安排的話，會有可能產生問題。

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、干委員文男請不要再堅持啦！我比較認同何代理委員語所說，這次會議沒有討論到的報告事項，下次會議就提前報告，請尊重傅主任委員立葉的裁決，不要再堅持了，議程確認的問題已經討論超過半小時了。
- 二、事實上，李署長伯璋也非常關心健保事務，就請李署長伯璋與傅主任委員立葉、周執行秘書淑婉商量，並決定有什麼議題需要提前討論，就不會衍生出這麼多問題了。
- 三、有關會議議程安排的順序，各位委員都很關心，也都說得很有道理，但是關心過頭就會亂了。還是要有會議規範、尊重體制及尊重主席，請干委員文男不要再堅持了，皇帝不急急死太監(俚語)，這樣比較和平啦！陳委員亮良的提案也提出很久，都還沒討論，請各位委員尊重議程安排的順序。

干委員文男

只要將所有議案討論完，就不會有這個問題了，每次都還沒有上課就想要下課，才會造成這樣的問題。

林委員錫維

好啦！對於這個問題我沒有意見，我非常肯定干委員文男的用心及關心，關於議程的事情就不要再說了，何代理委員語說的很有道理，各位委員就授權傅主任委員立葉及周執行秘書淑婉決定，不要再說了，感謝大家。

傅主任委員立葉

我們知道干委員文男對於議案很關切，期望每次會議都可以將所有的議案討論完成。下次會議會將報告事項提前討論。

干委員文男



下次會議議案要不要討論完？

傅主任委員立葉

下次會議就先將這次的報告事項提前討論。

千委員文男

我認為應該要先進行報告事項，將這個月健保的執行情形先說明、討論後，再討論其他報告事項。

林委員錫維

好了啦！傅主任委員立葉已經裁決下次會議將報告事項移到前面。

傅主任委員立葉

是不是就按照這樣的方式進行(未有委員表示反對)，接下來進行上(第 8)次委員會議紀錄的確認，請問各位委員對上次委員會議紀錄有沒有問題？請陳委員亮良。

陳委員亮良

針對上次委員會議紀錄，請翻開會議資料第 2 頁，有些委員名字旁有加註「後代」，這「後代」是什麼原因？依照「全民健康保險會組成及議事辦法」第 15 條第 2 項規定，委員已出席且在會場時，不得指派他人代理。這是不是違反規定，請衛福部社保司說明，先說明什麼是「後代」？

傅主任委員立葉

現在主要進行會議紀錄確認，如果不太明白「後代」的意思，請誰代表說明？

周執行秘書淑婉

這個部分是因為委員親自出席後，臨時有重要事情中途離開，之後就由他的代理人代理，所以本會幕僚會註明委員幾點以後由誰代理，基本上就是呈現委員有到，離開之後才由代理人代理。

傅主任委員立葉

如果各位委員對會議紀錄沒有問題的話，就先確認。至於陳委員亮良關心代理人的問題，等到討論到陳委員提案時再一起提出，請進

行下一案。

貳、「上(第 8)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、各位委員大家好，請翻開會議資料第 47 頁，說明一，上(第 8)次委員會議決議(定)事項有 1 項，依辦理情形建議繼續追蹤 1 項；歷次委員會議決議(定)事項有 4 項建議解除追蹤，最後仍依委員議定結果辦理。
- 二、請各位委員翻到會議資料第 50 頁，歷次委員會議擬解除追蹤部分：
  - (一)項次 1，「105 年全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」，決議依照委員所提建議修正，健保署回覆已經依照委員的建議修正完成，也在評核會議中報告，所以幕僚建議解除追蹤。
  - (二)項次 2，「高齡慢性病患者不慎遺失業經醫師開立處方箋所購得之慢性病藥物」，希望自費補購買當月不足的藥量，健保署回覆仍需依照現行的規定辦理，建議解除追蹤。
  - (三)項次 3，「研擬設立地區醫院總額案」，健保署回覆已在本(106)年 7 月 19 日邀集專家學者、保險醫事服務提供者、付費者代表召開會議，惟無一致共識，爰依現行規定持續辦理。
  - (四)項次 4，「有關將西醫基層總額 106 年度 C 肝新藥部分專款額度流用至醫院總額案」，健保署回覆已於 7 月 5 日函請中華民國醫師公會全國聯合會，協助鼓勵所屬基層診所會員，積極照顧符合給付條件之病患，另於 10 月 3 日發布新聞通知醫院已無名額，有需求者可至診所接受治療。
- 三、上次會議繼續追蹤案件，「107 年度西醫基層、中醫門診、牙醫門診、醫院醫療給付費用總額及其他預算案」，健保署回覆將依照 107 年度協定事項之各項時程辦理，將於健保署依時程提報辦理情形後再解除追蹤。

四、請各位委員翻回會議資料第 47 頁，說明二，本會依健保法第 24 條第 2 項規定，於 10 月 20 日召開「107 年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議」，會議紀錄並於昨天(10 月 26 日)函送委員。

五、說明三，健保署於 9 月 27 日轉知，近來接獲民眾意見信箱反映，希望健保費率如有調整，請儘早在 12 月中公告，俾利薪資資訊系統的更新。向各位委員報告說明，本會歷年均在 11 月依法完成費率審議，並於該月底將審議結果報主管機關，未有延宕的情形。

六、說明四，衛福部及健保署於 8 至 10 月份發布及副知本會之相關資訊如下：

(一)衛福部

1.8 月 24 日核定公告「治療心房顫動之冷凍消融導管」，自 11 月 1 日施行，健保署並據以在 9 月 15 日公告暫予收載 1 項自付差額特材品項，相關文件請委員參閱。

2.9 月 30 日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，其中除流行性感 A、B 型病毒抗原之修正規定，自 7 月 21 日生效外，其餘項目皆自 10 月 1 日生效。本次修訂是依照 106 年度全民健康保險醫療給付費用總額的協定結果辦理，修訂重點請各位委員參閱。特別提醒，醫院總額以 106 年「醫療服務成本指數改變率」增加之 90 億元預算，用以調整急重症項目，及 22 億元調整偏鄉及地區醫院等項目之支付點數，都是依本會總額協商的決議事項辦理，其餘內容請各位委員參閱。

3.10 月 5 日公告修訂「全民健康保險費及滯納金分期繳納辦法」，為簡政便民的措施，保險人可以透過即時查詢個人年度綜合所得總額，以瞭解情況特殊的保險對象是否符合分期繳納的資格，不需再請村里長出具無力一次繳納之相關證明。

## (二)健保署

1.9 月 13 日公告修正「全民健康保險藥品分配比率目標制」試辦方案，也就是 DET 試辦方案，暨 106 年基期值、成長率及目標值，該方案將自 106 年起試辦 3 年，相關內容請委員參閱書面資料。

2.9 月 30 日公告修訂「全民健康保險急性後期整合照護計畫」，修正重點為「醫療服務點數清單及醫令清單填寫說明」之計畫代碼，計畫內容在健保署網站請委員自行參閱。

3.10 月 2 日公告增訂「牙醫總額部門檔案分析審查異常不予支付指標」，新增「同院所同醫師當月申報牙齦切除術大於 24 次」不予支付指標，並自 107 年 1 月 1 日費用年月起實施。

4.106 年第 1 季各部門總額各分區一般服務每點支付金額結算說明，幕僚整理摘要如下表，詳細公文請委員參閱，以上報告。

### 傅主任委員立葉

請問各位委員對於歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告有沒有意見？先請吳委員榮達，再請干委員文男。

### 吳委員榮達

會議資料第 48 頁，有關「106 年基期值以 105 年之目標值為基期，並排除 105 年實際核付之 C 型肝炎、罕見疾病及血友病等疾病治療藥品費用，校正為 1,449 億元」，這段話提到 1,449 億元這個數據，為了不耽誤大家時間，是不是請健保署會後提供書面詳細資料讓委員參考。

### 傅主任委員立葉

這部分就請健保署提供書面資料。先請干委員文男，依序再請趙委員銘圓及陳委員亮良。

### 干委員文男

會議資料第 50 頁，有關高齡慢性病患者不慎遺失慢性病處方箋的處理乙事，我們溝通很久還是沒有結果。不要跟我說什麼法令，如

果所有的法令都有執行，那麼請問謝委員武吉質疑的現行健保實務，健保署都有照那樣做嗎？沒有！短短的差幾天的藥，用差額就可以解決，為什麼不解決？就放任由老百姓、老年人受苦。這件事沒有要健保付錢，又不是其他消耗社會成本的事，為什麼不做呢？我希望健保署用最快、最好的辦法去解決老百姓痛苦，如果一切照法規，那很簡單，就送新法，我們自己找辦法，不要什麼都講法，結果你們都沒有依法執行。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

一、我也針對會議資料第 50 頁辦理情形追蹤表項次 2 部分表達意見，除了干委員文男提的部分，另外請教一下，慢性病處方箋的用藥部分，有沒有立即死亡的危機存在？假如沒有，醫事司跟食藥署為何不開放，或者一些慢性病的藥物是有危險性或有其他特殊可能，不開放才有點道理。但對於一些不會造成立即死亡或另外移作他用的話，我想這應該是有改變的空間。當然按照現行法規，目前是比較有困難性，不過有沒有可能透過修法去處理，這是我對項次 2 的一些意見。

二、對於項次 4 的部分，這邊是建議解除追蹤，不過我還是有一點意見，雖然依照 10 月 3 日發布的新聞通知，醫院的部分 9 月 27 日已經沒有名額，但是診所目前還有，還有多少名額請健保署說明。這個項次是不是這麼迫切需要解除追蹤？我想可以再說明一下。

傅主任委員立葉

這部分等一下再請健保署一併說明，請陳委員亮良。

陳委員亮良

一、針對會議資料 49 頁有關 106 年度第 1 季各部門總額每點支付金額，提出以下詢問。我來自雲林，這個地區是屬於人口老化而且非常偏鄉的地方。我看到這個數據就很心痛。雲林屬於南

區業務組，為什麼南區的各部門總額平均點值那麼低，醫院才 0.9166，牙醫門診 0.9619，西醫基層才 0.9874，但北區平均點值就有 1.0007，東區有 1.0437。

二、雲林很多農業勞動人口，很多勞動服務都找不到人來投入。以後要吃菜、吃米可能要進口，因為雲林人口老化，務農的人急速減少，相對的這就是反淘汰。雲林醫療資源相對不足，也非常偏僻，甚至有幾個鄉鎮市沒有醫療院所，這些都是造成雲林人口減少的因素，為什麼南區業務組核定的點值這麼低，是不是請健保署說明一下。

傅主任委員立葉

請朱代理委員益宏，再請李委員永振。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

一、會議資料第 51 頁項次 3，因為這個提案是謝委員武吉所提，事實上健保署的確是開過 1 次會，但在開會過程中，署裡面沒有提相對草案，只是讓大家講一講就沒有共識。我覺得這樣做法有點草率，所以地區醫院總額要深入研議，不是開 1 次會各言爾志，就沒有共識，建議要持續追蹤，如果真的沒有辦法，也要說明到底執行困難在哪裡？怎麼樣去處理，有什麼可能的方法讓大家可以聚焦，或是盡可能求同存異，不是只有開始，我建議這個案子要持續追蹤，拜託署長持續徵詢各方意見，不是只有開 1 次會就結案，這個案子對於分級醫療的推動，其實至關重要，署長其實也很清楚，我個人建議這個案子要繼續追蹤。

二、會議資料第 48 頁，9 月 13 日公告修正「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案暨 106 年基期值、成長率及目標值。依照健保法第 61 條規定，這是屬於總額分配的部分，該條文規定的很清楚，藥品費用分配也是屬於醫療給付費用總額的一部分，因此是健保會的權責。所以這個案子應該在健保會，不管是討論案或報告案，經健保會洽悉或同意後，再進行

行政上程序的公告。不然的話，健保署這樣子公告，可是健保法第 61 條又白紙黑字寫得很清楚。下面還有一案是關於指示用藥，健保法也是有很清楚的規定。但因為這個案子已經公告，要收回不太可能，可是我要提醒健保署，藥品費用訂定也是屬於健保會權責，一定要依法處理。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

- 一、我對於會議資料第 52 頁擬繼續追蹤項目有一項建議，這個項目我們上個月花很多時間協商，健保會幕僚也用心整理很多資料在會議紀錄裡面，但在這次協商裡面，有將近 6,000 億元是兩案併陳，建議等衛福部裁下來後，請健保會幕僚跟健保署可以詳細整理差異的項目，讓委員知悉。
- 二、另外，這裡面有很多協定事項，若未在時程內導入者，要扣減該額度，或者有些項目是要求實施成效要納入下年度總額協商考量，這些時間點都很重要。不要說協商已經開始要準備了，這些資料都還沒出來，1 年又 1 年，整個沒有辦法連結在一起的話，效果不是很好。特別建議健保會幕僚要跟健保署，彙整出一份資料給委員們參考，然後才會知道什麼時候該去追蹤，要事前先講好，免得到時真的要解除，大家又討論很久，浪費很多時間，這樣比較好，事前講清楚列出來，讓大家都有一個方向遵循。

傅主任委員立葉

以上意見就請本會幕僚跟健保署參考。請吳委員榮達。

吳委員榮達

- 一、會議資料第 212 頁，有關藥品費用支出目標值之處理原則超出目標值之處理，「2.年度結束時，當年度藥品費用核付金額超出前一年度預先設定當年之目標值時，於次年度以超出目標值之額度為限調整藥物給付項目及支付標準。藥價調整程序，依



全民健康保險法第 41 條及第 46 條規定辦理」。這句文字上不太能夠瞭解，如果當年度核付金額超越前一年度所設定之目標值的話，超出的部分到底是要怎麼處理？應該不會影響到總額的點值才對，是不是請健保署說明。

二、會議資料第 213 頁，有關藥品使用量之管控措施，文字很漂亮但是沒有看到具體計畫，這部分健保署有哪些具體措施跟管制計畫，可否提供給我們參考，以上這兩點請教。

傅主任委員立葉

請健保署先說明。

李署長伯璋

謝謝各位委員的指導，我想剛剛針對幾個議題，先說明一下。針對會議資料第 50 頁，干委員文男及趙委員銘圓都提到遺失慢性病處方箋部分，我們一切都是要依法行政，但 2 位委員也提到，是否能夠有適當的解套，我想這是我們的目標。

蔡副署長淑鈴

一、干委員文男所提項次 2 的部分，我還是要再次說明，其實藥事法是法律，規定得很清楚，非經醫師處方不得調劑，干委員建議，若是因遺失處方箋而導致藥品不足的話，可以同意向同一個藥師自費購買藥品，但在這種情境裡面，當然就是沒有醫師的處方箋，要自費在藥局購買處方藥，這種情形在藥事法而言，就是違法的。因為藥局是不能直接販賣處方藥，因此，這真的是非常的為難。

二、1 張處方箋只能允許調劑 1 次，不能調劑第 2 次，這也是藥事法之規定，如果干委員的主張是讓民眾自費購買處方藥，確實得要修法，修改藥事法的規定。若因不同原因遺失醫師處方箋，依現在法令要再取得處方藥，唯一辦法就是重新看醫生，重開處方箋後再到藥局購買或領取處方藥。所以，確實是只有這兩種可能性。但我記得干委員好像一直主張不想再回去看醫師領取處方箋，這就陷入困難，除非修改藥事法。

李署長伯璋

- 一、會議資料第 51 頁，C 肝新藥使用的情形，因為醫院部分的名額都已經用完了，診所部分還有 526 個名額約 1.3 億元，但是之前開會是不同意讓診所跟醫院部門 C 肝新藥的名額流用，所以我們讓一般民眾知道，診所部分還有名額，但是對診所來講，C 肝新藥的價錢對於他們的財務會有相當的影響，但因為要落實分級醫療，所以我們也讓胃腸科的醫師可以執行 C 肝治療，但對他們來講也比較困難。我是覺得假如名額可以給需要的病人用是最好，但是上次委員會議大家都堅持不能流用，所以是這樣的情形。
- 二、會議資料第 49 頁，陳委員亮良提到南區點值比較低，跟各位報告，桌上有 2 份是我們於 6 月跟 9 月在臺灣醫界寫的文章，我們的健保因為有總額預算，當醫療行為量比較多時，點值就會下降，所以這部分一方面需要民眾留意，另方面醫界也是要注意，不必要的醫療，就不要一直開給病人，在我來看，健保財務同時需要開源和節流，假如沒有節流，點值就必然會下降。請各位委員放心，我們已經有方向跟共識去溝通努力。
- 三、會議資料第 51 頁，朱代理委員益宏提到地區醫院總額的問題，事實上我們落實分級醫療，地區醫院角色不得忽略，有時候用嘴巴講很簡單，但我也覺得醫界需要重整，畢竟診所跟醫院都要做的好，全部用政府去介入也會有相當挑戰性。我在這個位置，希望地區醫院能發揮最大功能，當財務上不必要浪費減少時，要充實能量就比較有空間。朱代理委員建議要繼續討論，這沒有問題，只要大家有共識。大家都知道有論人計酬制度，每個縣市也是希望有自己的總額，全臺灣不同縣市都是一個點，那也很容易啊！錢給你，你好好管就好了，但是問題是有些醫院目前是自主管理，一個醫院給他 5,000 萬元，若都不去審查，也是要很小心，否則浪費沒人管，給再多錢也不夠用。

四、會議資料第 48 頁，吳委員榮達提到藥品費用部分，我還是跟各位報告，DET(Drug Expenditure Target，藥品費用支出目標)的觀念就是預期藥的總額是多少，現在是大約 1,500 億元，但如果開藥量一直上升，就會超過該額度，這時就要做藥價調整，但藥價調整對廠商來講，他們會覺得為什麼要配合。說實在，錢就是這麼多，現在藥價是每點 1 元，所以如果藥費弄得很高，相對來講就沒有辦法給那麼多錢，所以我們的目標就是希望可以控制住藥費的使用。

五、會議資料第 52 頁的總額協商，我想就是一些 KPI(Key Performance Indicators，關鍵績效指標)或數字，等部長核定總額後，我們會跟委員報告，另外會議資料第 212 頁部分，請蔡副署長淑鈴說明。

蔡副署長淑鈴

一、吳委員榮達對於藥品費用分配比率目標制提出相關詢問，第 1 個是會議資料第 48 頁提到 1,449 億元怎麼算出來？這部分我們會後再提供資料。

二、藥費當月超過目標怎麼處理，請看健保法第 62 條第 4 項倒數第 3 行，這邊已規範超出的部分，其超出部分，應自當季之醫療給付費用總額中扣除，並依支出目標調整核付各保險醫事服務機構之費用。因為條文訂的很清楚，所以健保署就是按照這項規定執行。

傅主任委員立葉

請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

一、關於第 51 頁 C 肝新藥使用的辦理情形，健保署已在 10 月 3 日發布新聞稿表示醫院已經沒有名額，有需求的民眾需要到基層診所接受治療，並且同時公布曾處方 C 肝新藥診所名單。請問民眾在哪裡可以取得這些診所的資訊？除了新聞稿之外，有無常態性的公布，可讓民眾知悉相關訊息。

- 二、就實務面的瞭解，為什麼 C 肝新藥在基層診所還有這麼多名額，有資訊顯示因為 C 肝治療每個療程藥費非常高，有些診所接受 C 肝病人治療會增加其執業收入，因此執業所得增加，也會有繳稅增加的問題，導致基層診所在治療 C 肝患者的意願不高。所以，我們現在公布曾經處方 C 肝新藥診所的名單，其繼續接受 C 肝患者的意願可能會更低，因為執業所得會增加，所以現在公布這些診所名單，對於後續病人要到這些診所接受治療的可行性如何？
- 三、健保署的回覆提到，透過中華民國醫師公會全國聯合會鼓勵基層診所積極照顧符合條件的 C 肝患者，請問是否能協調目前有意願接受 C 肝患者的診所是哪些？將有意願的診所公布出來，而不是公布曾經治療 C 肝患者的診所，因為醫療收入也會增加，再接受 C 肝患者的意願有可能不高，這樣才能使病人接受治療流程上有更多便利跟保障，是不是請健保署做一些溝通協調，讓病人快速取得資訊，可以趕快到能接受治療的診所去治療。

傅主任委員立葉

稍後請健保署回應，接下來先請商委員東福，之後請干委員文男。

商委員東福

- 一、針對會議資料第 47 頁說明三，關於民眾反應健保費率如有調整，儘早於 12 月中公告乙節，現在我們都是依法處理，但時間上仍無法滿足民眾需求，費率調整的公告會牽涉到總額協商、專家諮詢、費率審議等流程，事實上，我們已經非常努力壓縮作業時間。
- 二、很抱歉要利用這個時間提出，因為過去也有委員提過，是不是把會議提早兩個禮拜，當時是因為提出的時候已經是年底，可能委員明年出國的行程都安排好了，無法調整。現在是 10 月，是不是有這個機會將未來委員會議召開時間變成每月第 2 週，這樣可以滿足過去一直無法處理妥當的事情。

傅主任委員立葉

一、建議調整明年度委員會議的召開時間嗎？(商委員東福回應：對)，等決定明年會議時間時，再一併考量。

二、請干委員文男，之後請陳委員亮良。

干委員文男

一、會議資料第 48 頁，有關修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，醫院總額以 106 年「醫療服務成本指數改變率」的 60 億元用於調整急重症項目，及 22 億元調整偏鄉與地區醫院項目之支付點數。過去西醫基層及醫院部門代表常喊沒有經費調整支付標準，這次以非協商因素調整支付標準，請以後不要再說好多年沒有調整支付標準。這次病房費調整幅度 15%，希望若經費充裕，可以多用於調整照護人事費用。

二、會議資料第 51 頁，使用 C 肝新藥的病人中，有 1,657 人測不到病毒，治癒率將近百分之百。台灣移植醫學學會表示，手術換肝的病人也有可能感染 C 肝，可能有 3 成的機率感染，若有機會，希望也能讓換肝病人使用 C 肝新藥。

三、會議資料第 50 頁，高齡慢性病患者不慎遺失業經醫師開立處方箋所購得之慢性病藥物，建請同意其逕向同一藥局藥師自費補購買當月不足藥量案，在各位眼中看來是件小事，但對老百姓而言卻是件大事，這是件很簡單的事情，卻要病人再去看一次醫師以取得處方箋，1 年會增加多少次就醫次數，民眾會增加多少醫療費用，卻只因為就差幾天的藥量而已，我非常敬佩李署長，希望可以協助解決。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

剛剛李署長回應本席所詢會議資料第 49 頁，各部門總額每點支付金額內容，我非常不滿意，本席來自雲林偏鄉地區，感受到醫療資

源的不足。雲林地區人口老化現象嚴重，許多年輕人往都會聚集，老年人就醫頻率相對較高，且雲林為農業縣，大家都曉得種田很辛苦，漁民出海捕魚不便就醫，常自行購買成藥，健保署對南區點值做了哪些努力，請提供相關資料給本席，並詳實說明。

傳主任委員立葉

請健保署回應。

李署長伯璋

- 一、剛剛蔡委員麗娟針對會議資料第 51 頁，C 肝新藥議題所提意見，部分診所因稅務問題，影響其使用 C 肝新藥治療病人的意願，這確實是個問題。另外，必須是胃腸專科醫師才能開 C 肝新藥處方，所以健保署當初才會發布新聞，希望請符合資格的診所可以收治病人，把 C 肝新藥的名額用完，健保署會努力執行，但是也需要醫生自己主動開立處方。台北榮總的胃腸科醫師就非常優秀，一得知 106 年有這筆經費，就立即著手規劃如何將病人納入治療計畫，計畫一啟動，就有 100 多位病人登錄接受治療；有的醫院則每次只登錄 3、5 位病人。健保署當初為避免開放登錄時，因太多醫療院所登錄，造成系統壅塞，還特別挑選網路較不易壅塞的日期開放登錄。
- 二、關於干委員文男所詢修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，醫院總額以 106 年「醫療服務成本指數改變率」預算 60 億元調整支付標準，健保署有先請各醫學會提出需求，各學會提出的需求有 222 億元，經請專家討論後，才做成結論。關於 22 億元調整偏鄉與地區醫院支付標準部分，健保署是儘可能幫忙地區醫院。
- 三、C 肝病人治療 C 肝往往要花費幾百萬元，健保署與藥廠溝通後，艾伯維及必治妥同意每個療程降價至 25 萬元，但是只能治療第 1 型 C 肝，干委員文男所提台灣移植醫學學會的建議，指的是第 2 型 C 肝，當時廠商希望的價格是 75 萬元，後來同意降價至 50 萬元，最近他們考量台灣病人的需要，也願

意降價至 25 萬元，第 1、2 型都可以適用，預期這部分很快就會有討論結果，屆時台灣移植醫學學會的訴求，困難度就會比較小。

四、干委員文男提到高齡慢性病患者不慎遺失業經醫師開立處方箋所購得之慢性病藥物，建請同意其逕向同一藥局藥師自費補購買當月不足藥量案，我們也知道病人拿藥不方便，但是藥事法屬食藥署的權責，有向食藥署反映，但是食藥署有意見，建議由健保會行文食藥署，看能否得到解決。

五、嘉南地區的 C 肝病人數較其他地區多，故當初分配 C 肝新藥的名額時，雲嘉地區分配的名額較多，劉立法委員建國很肯定健保署的作法。這部分與點值有點關係，若某區執行的醫療業務較多，可能就會影響到該區的點值。健保署會再加強管理，希望各區的點值都很不錯，醫療人員可以得到合理的支付。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

關於西醫基層分配的 C 肝新藥經費，部分診所礙於財務情形，影響其收治病人的意願，這部分要麻煩健保署納入考量，未來規劃西醫基層的 C 肝新藥經費就不要太高，以免變成有預算卻沒有辦法執行。

李署長伯璋

健保署當初在分配 C 肝新藥預算給西醫基層時，是希望有助於壯大基層，且以前沒做過，經驗不足，沒預期到治療 1 位病人 25 萬元的藥費，可能造成醫師的稅務負擔，診所醫師治療病人反而可能會賠錢。106 年 8 月份委員會議決議，西醫基層 C 肝新藥經費不能流用到醫院部門，這 500 多人的名額真的有點浪費。我們有要求廠商治療無效的病人不收錢，將經費節省下來，繼續治療下一位病人，我們有在做管理。

傅主任委員立葉

請吳委員國治。

吳委員國治

向各位委員報告，醫師公會全聯會也有鼓勵基層院所收治 C 肝病人，除了適應症，稅制問題也是很大的原因之一。在費用審查上，我們有釋出善意，將這部分的費用排除在監控範圍，但是在稅的部分，我們就沒有辦法。疫苗也有類似的問題，疫苗是國家推動的政策，我們配合政策施打疫苗，還要處理很多稅務上的問題，我們曾與賦稅單位討論過，希望在賦稅上有減免的措施，希望健保會或衛福部可以代為向其反映，目前疫苗成本只能 40% 認列，建議未來可以 100% 認列成本，不然會造成院所施打疫苗的疑慮。

傅主任委員立葉

- 一、歷次委員會議決議事項第 2 項，高齡慢性病患者不慎遺失業經醫師開立處方箋所購得之慢性病藥物，建請同意其逕向同一藥局藥師自費補購買當月不足藥量案，與藥事法相關，需要跟食藥署溝通，本案繼續追蹤，是否邀請食藥署列席，與委員們溝通來做改善？
- 二、第 3 項有關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，繼續追蹤。
- 三、第 4 項有關 C 肝新藥，若委員覺得剛剛的問題都有得到答覆，就解除追蹤。

趙委員銘圓

建議本案繼續追蹤，還有 2 個月年度才結束。

傅主任委員立葉

- 一、第 4 項有關 C 肝新藥，繼續追蹤，請本會幕僚及健保署參考委員意見執行辦理。
- 二、委員所提其他意見請健保署參考，相關書面資料請於會後提供。請進行下一案。



參、報告事項第一案「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率報告案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

- 一、有關報告事項第一案，本會幕僚係援例將 9 月份總額協商結果於委員會議提報，依據委員在會議一開始確認的委員會議紀錄進行試算，請參閱會議資料第 142 頁，協定結果除了西醫基層總額和醫院部門總額有付費者代表方案及醫界代表方案外，其他總額部門及其他預算都已達成共識。
- 二、依照協定結果及公式進行估算，請委員參閱會議資料第 142 頁協定結果表的第 2 欄，為便於與行政院核定結果比較，與 106 年度總額相較之計算結果如下：107 年度總額成長率，如西醫基層總額及醫院總額採付費者代表方案，則 107 年度總額成長率為 4.602%，預估金額為 6,846.3 億元；如西醫基層總額及醫院總額採醫界代表方案，則 107 年度總額成長率為 4.822%，預估金額為 6,860.6 億元。幕僚會依協定結果，將計算結果及委員確認的會議紀錄報請衛福部核定。

傅主任委員立葉

若大家對本報告案沒有意見，我們就確認 107 年度總額成長率及預估金額，並依程序將協定結果報請衛福部核定及決定。請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

針對這個報告案，建議健保署署長和傅主任委員尊重付費者的方案，並向部長反映，我們已經收到行政院的公文，行政院已經責令部長於裁決後回復院。我們希望付費者方案能夠受到尊重，而且依照以往的慣例，22 年以來，有 21 年都是依照付費者方案做裁決，希望部長能尊重付費者方案並裁決，謝謝。

傅主任委員立葉

何代理委員語意見提供衛福部參考，請問委員還有沒有其他意見？

若沒有，那我們就進行下一案。

## 肆、討論事項第一案「107 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

- 一、有關討論事項第一案牙醫門診總額一般服務地區預算分配，本會職掌除了協定總額成長率外，還包括協定各部門總額下之 6 區預算分配，討論事項第一案至第四案即是協定各部門總額之地區預算分配。
- 二、說明二臚列歷年牙醫部門地區預算執行概況，請委員參閱，牙醫部門自 95 年度開始，一般服務之地區預算已依照衛福部規劃的分配方式，100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配，即所謂的 R 值，已經達到 100%。
- 三、說明三有關 107 年度地區預算分配方式，本會於 106 年 8 月函請牙醫師公會全聯會(下稱牙全會)提送所建議分配方案，以利商議，牙全會回復資料，請委員參閱今天會上所發的說明四更新資料。函復內容如下：
  - (一)依牙全會 106.10.13 函復，107 年牙醫門診總額一般服務預算(不含 106 年品質保證保留款)已達 100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。
  - (二)過去牙醫部門都會從一般服務預算移撥部分費用用於特定用途，牙全會另於 106.10.26 函復，建議自 107 年度全民健康保險牙醫門診總額一般服務費用，移撥 3.45 億元，用於下列項目：
    - 1.「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」。
    - 2.「牙醫特殊醫療服務計畫」。
    - 3.「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」。
    - 4.「投保人口就醫率全國最高二區之保障款」。
    - 5.若一般服務費用移撥經費有剩餘，則優先用於牙周病統

合照護計畫第 3 階段給付費用；若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

四、有關擬辦部分，請委員參閱會議資料第 56 頁，本案係請委員討論地區預算的分配方式，過去分配地區預算時，涉及執行面及計算細節，委員都會授權健保署與各部門總額相關團體議定相關細節。此外，對於需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由健保署會同各部門總額相關團體議定後，於年底前送健保會同意後執行。以上說明。

傅主任委員立葉

請李委員偉強。

李委員偉強

很抱歉，議程進行得太快，剛剛跟西醫基層代表討論過，我們尊重付費者代表委員表示過去 22 年來部核定總額結果的發言，今年西醫基層總額及醫院總額無法達成共識，採兩案併陳，我們尊重這個結果。既然是兩案併陳，應該尊重部長的裁決權，不應該受過去影響，請部長依據今年的各種狀況及雙方理由，持平做出公平判斷，我跟西醫基層代表委員的立場是一致的。

傅主任委員立葉

請吳委員國治。

吳委員國治

我們與李委員偉強意見是一樣的，兩案併陳的制度已運作很久，健保會是部長的幕僚單位，不需要在報部的資料上再加註文字，影響部長裁決。

傅主任委員立葉

我們並沒有決定加註文字，委員意見都會給健保署及衛福部社保司參考。請干委員文男。

干委員文男

本案就依擬辦辦理，牙醫部門 100% 依各地區校正人口風險後保險

對象人數分配，授權健保署與牙醫總額部門議定細節，本案就照案通過。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

針對 107 年度的總額協商成果，我個人覺得非常沉重，對這次的總額協商過程也非常震撼，委員之間沒有辦法取得共識，這對台灣的健保制度到底是好、是劣？107 年度總額協商有共識的部分，只占全部經費的 11.86%，未達共識的還要報部裁決。健保會委員是各團體推選產生的代表，總額協商是健保會的職權，未達共識要報部裁決的比率達 88.15%，這個協商成效值得我們正視，到底是付費者贏？還是醫療提供者贏？雙方若要取得平衡，就是要透過協商的機制。協商時，專家學者被嗆走，委員無法及時請專家學者提供適當的意見來協商，我覺得 108 年度協商，我們要深切檢討協商機制，為什麼會造成這種效率不彰的結果。

干委員文男

主席，建議針對第一案發言，等到第三案、第四案時再來談。

陳委員亮良

我在針對第一案發言，我在講話，你又不是主席，你為什麼插我嘴，你要尊重我發言，我講多久是主席給我的時間。

干委員文男

大家來演講比賽。

陳委員亮良

不是演講比賽，我在講話就不要打斷我發言，都不能尊重我。

傅主任委員立葉

謝謝陳委員亮良的意見，我們每年都會召開協商共識會議，我也覺得我們要好好檢討如何讓總額協商更有效率，並且能夠達成共識。請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

剛剛陳委員亮良提到總額協商，我也有感而發要表示意見，尤其是其他預算部分。依照健保法規定，總額協商是醫療服務提供者與付費者代表對等協商，其他預算怎麼會是付費者代表與健保署協商，程序上顯然有問題，因為健保署是列席單位，其他預算涉及各部門，應該是各部門一起與付費者協商，結果醫療服務提供者有意見，卻被制止發言，主席也沒有制止，這顯然違法，希望明年協商時，請幕僚及主席注意協商程序作業及法令規定。

傅主任委員立葉

這部分我們會再來檢討，是不是可以先回到今天的議案，請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、針對討論事項第一案牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，我尊重牙全會的決定，同意牙全會提出，自 107 年度全民健康保險牙醫門診總額一般服務費用，移撥 3.45 億元，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「牙醫特殊醫療服務計畫」、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」、「投保人口就醫率全國最高二區之保障款」等 4 項。也同意若一般服務費用移撥經費有剩餘，則優先用於牙周病統合照護計畫第 3 階段給付費用；若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

二、有關 108 年度總額協商的內容及細節，建議以後再來討論。

傅主任委員立葉

請問委員是否同意牙醫門診總額部門所提出的方案，若大家都同意，就照案通過。所涉執行面及計算細節，過去委員都會授權健保署與各部門總額相關團體議定相關細節。需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由健保署會同各部門總額相關團體議定後，於 106 年 12 月底前，送健保會同意後執行。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、本案牙醫門診總額擬於 107 年度總額一般服務費用移撥 3.45 億元至「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」等 4 項，我個人沒有意見，但建議明年類似的調整應在年度總額協商時就提出來，若有需要就編列經費於專款項目，盡量不要在年度協商完成後，再從一般服務費用中移撥。
- 二、由一般服務費用中移撥經費將會影響到點值結算，例如為了不要凸顯牙醫門診一般服務的點值比較高，就將部分一般服務費用移列至專款項目；個人認為應該在年度總額協商討論專案計畫經費時就提出，而不是在年度協商完成後再討論。因此，本案個人表示同意，但是希望明年不要再以此模式進行。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、本案事涉牙醫門診總額，應該尊重牙全會的牙醫門診醫療服務審查執行會議決議，以該決議為基準。在年度總額協商專案計畫時，各計畫皆有特定服務對象及用途，而不會以各分區點值平衡作為專案計畫內容。
- 二、各總額部門都是在年度總額協商會議後，才能確認下年度預算成長率及預估金額，經牙醫門診總額評估部門內部之特殊需求，再去推估、平衡點值及彌補偏遠地區的不足等，我認為應該尊重部門的決議，不該由本會直接下決議，規定該怎麼做，這樣較不適當，這是我的淺見。

傅主任委員立葉

先請周委員麗芳，再請葉委員宗義。

周委員麗芳

本案我也持相同看法，我認為應該給各總額部門內部衡平考量的彈性空間，特別在地區預算分配部分。牙醫部門所提 107 年度一般服務之地區預算分配規劃，我深表同意，也建議未來仍要給各總額部

門運作上的彈性空間，謝謝。

傅主任委員立葉

請葉委員宗義。

葉委員宗義

一、主席，我請教社保司 1 個問題，本會已完成 107 年度各部門總額協商，各總額部門之內部分配還需經過本會同意嗎？是否有此規定？可否授權由健保署會同各部門總額相關團體議定後，將結果提會報告即可，不需在本會討論？因為本會已完成年度總額協商之工作，我對於「總額執行細節及地區預算分配」需在本會討論，有些疑義，因為不是所有健保會的委員都熟稔總額相關作業的執行細節。

二、舉例來說，什麼叫做思覺失調症？絕對有人不知道那就是精神分裂症，其症狀跟憂鬱症症狀有些重疊。因此請教社保司，本案是不是可以用報告案的方式處理，不需要本會委員進行實質討論？因為許多委員並不清楚細部內涵，不宜逕行分配，應由較熟稔執行內容的健保署及總額部門進行討論，總額執行細節應不需在本會討論，本案若僅需委員會背書同意，則不用那麼麻煩、費時討論，以報告案方式進行即可，這是我的見解。

商委員東福

基本上除了法規規定外，還要考量過去慣例，我也曾問過類似的問題，因為是尊重健保會委員，因此提委員會討論之議案不一定是明文規定，請梁組長淑政說明。

梁組長淑政

有關健保會協議訂定年度總額及分配案的部分，依全民健康保險法第 61 條第 2 項規定有提到，「醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比率」的內容，至於是否要授權由健保署會同各總額部門團體議定，委員會也可再討論。目前明文規定需由健保會討論的只有各部門年度醫療給付費用總額分配、地區預算分配，及若實施藥品費用分配比率目標制，亦屬於總額分配的範疇。



(註：全民健康保險法第 61 條

健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。

前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比率。

前項門診醫療給付費用總額，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。

第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度。

前項研商應於七日前，公告議程；並於研商後十日內，公開出席名單及會議實錄。

第二項所稱地區之範圍由保險人擬訂，報主管機關核定發布。)

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、因為年度總額協商是由付費者代表跟醫界代表兩方共同協議，現在牙醫門診總額部門提出在地區預算分配要挪用部分一般服務預算到其他項目，基本上今天牙醫門診總額部門提出本案是尊重本會委員，讓委員知道牙醫門診總額部門規劃移撥之預算金額及項目。
- 二、個人認同事前授權讓各總額部門團體先與健保署討論。目前牙醫門診總額部門所提地區預算分配方式我認為程序上是對的，不應限制牙醫門診總額部門明年就不能以這種地區預算分配模式送本會討論。我們應該要尊重牙醫門診總額部門，醫界也要

尊重付費者代表在總額協商時所談定的項目與金額，在進行挪用時讓付費者代表知道、獲得同意，基本上委員都會支持，這是我的看法。我不認同朱代理委員益宏所提「明年就不可以這樣模式提出」的意見。

傅主任委員立葉

委員是否有其他意見，是否就照案通過？(委員表示：通過啦！)請黃委員偉堯發言。

黃委員偉堯

本案我有 2 點補充：

- 一、健保會對於各地區預算分配的責任在於監督「錢跟著人走」。在偏遠及人口不多的地區，應依人口風險因子校正後之保險對象人數(R 值)調整預算，而非依醫療供給者多寡調整預算，這是政策希望 R 值可以推進到 100%的理由。而非在既有醫療資源供給充沛的區域，投入健保預算；反而在醫療資源供給較少的區域，卻是短少預算。這是本會監理的職責之一。
- 二、本案另需要考慮歷史背景因素，目前只有牙醫門診總額部門之地區預算是 100%依各地區校正人口風險因子後保險對象人數(R 值)分配；其他總額部門還停留在爭論 R 值達 100%是否合理的階段。健保會過去同意牙醫部門移撥一部分一般服務預算作為彈性調整，是因為其 R 值已經達 100%，擔心此分配方式太過剛性，因此容許牙醫部門再分配以進行風險調校。其他總額部門對牙醫部門的調整方式有疑義，也許請各部門總額之地區預算分配 R 值能達到 100%再來談。建議其他各總額部門應該向牙醫部門看齊，將 R 值往前推進，以回應全民健保的強制投保特性。

傅主任委員立葉

謝謝黃委員偉堯補充，請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、我對各地區校正人口風險因子後保險對象人數(R 值)的推進有

不同意見，剛剛黃委員偉堯所提「錢跟著人走」，這是政策，出發點是對的，但實際操作起來有很大的問題，因為錢跟著人走，壯年人口因就業需求而往都會區移動，但因年輕力壯健康情況較好其看診次數較低，都會區醫療資源又充足，農業縣及偏鄉地區人口以老弱婦孺占多數，醫療使用率較高，農業縣與都會區相較下更顯不足，所以一般服務之地區預算分配 R 值往前進恐造成醫療資源更不平衡，富者更富、貧者更貧，其分配占率有修正的必要。

二、牙醫部門的 R 值怎麼能達到 100%？檢視牙醫部門歷年之人口結構改變率，不但沒有正成長反而負成長，人口老化對牙醫的需求是降低的，所以牙醫在 95 年 R 值就達到 100%，但結構面顯現出牙醫與西醫、中醫部門是完全不一樣的，每年為了 R 值的前進各部門都有不同的看法，也有許多爭論，本案應慎重考量各總額部門醫療使用率的差異。偏鄉、弱勢地區人口以老弱婦孺占多數，醫療使用率也較高，預算占比應寬列，如同陳委員亮良所提，雲林縣老年人口多，年輕人口外移，總人口數每年下降，資源每年減少，若一般服務地區預算分配時無法妥適分配，則醫師將不願意到弱勢區域服務，因為點值較低，生活機能較都會區差，相對較無吸引力，因此有很大的討論空間。我是反對 R 值往前推進，除非分配參數有調整則同意 R 值前進的討論。

傳主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

一、有關 R 值推進與否，剛剛 2 位委員表達不同意見，我比較贊成蔡委員登順的想法。「錢跟著人走」是一個理想，但現實上臺灣不同區域間有其差異性，蔡委員登順也講得很清楚，在偏鄉或是弱勢地區，其人口密度本就不高，若因此就分配到較少預算是否合宜，必須再審慎思考。

- 二、在部門總額地區預算分配中，不應先將 R 值推進到 100% 後，再來談部門內部風險調校分配，這樣是過度簡化問題，應該要考量不同總額部門需求與不同區域間實際的需要後再做討論。

傅主任委員立葉

先請黃委員啟嘉，再請朱代理委員益宏。

黃委員啟嘉

- 一、地區預算分配是一個非常複雜的事情，需要做很細緻的分析與討論，而每個總額部門的情況也不一樣，各總額部門內部的人員才是最瞭解其地區預算分配合理與否。各總額部門也都非常尊重健保會委員，建議各總額部門應加強與健保會委員溝通，將部門內部分配方式提供給健保會委員參考，讓委員認同，這是各總額部門的責任。
- 二、健保會委員尊重各總額部門的專業性十分重要，像我不是牙科醫師，若討論牙科看 1 個病患要幾分鐘，應該要牙醫師自己講，而不是由我來替他們說；地區預算分配也是如此，各總額部門最瞭解其最適之地區預算分配方式，但也應該尊重健保會委員對於地區預算分配的關心及審議權利。我支持牙醫總額部門所提之地區預算分配規劃。

傅主任委員立葉

請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、地區預算分配之 R 值占率是否需達 100%，在醫院總額已爭論許久，過去也在健保會上聽過專家學者的意見，也參與過相關討論會議，據我瞭解，會議共識認為醫院總額之 R 值到 100% 有其困難。我舉一個最簡單的例子，「錢跟著人走」其政策目的是希望醫療機構要跟著預算分配提供服務，但醫院怎麼跟著預算走？醫院設立的核准權在衛生主管機關。
- 二、最近衛生主管機關已核准輔大醫院 9 月在新莊開業，新莊應該算是都會區，新北市立土城醫院則核准由長庚醫院委託經營；

在新竹，竹北生醫園區要設立規模 500 床的醫院，這些都是醫療資源充足的地區，反而很少看到東部或雲林縣有新的醫院設立，幾乎都沒有。醫療機構怎麼跟著預算走呢？在醫院部門是有困難的，因為醫院的設立與否是依衛生主管機關的核准，不像基層診所雖然要衛生主管機關核准，但其設立門檻相對低，這才是最根本的原因。我尊重學者專家的個人意見，但事實上醫院部門的 R 值要達到 100% 是幾乎不可能的事。

#### 傅主任委員立葉

- 一、謝謝各位委員的意見，回到本案，事實上委員討論的很多部分，並不是只針對第一案牙醫門診總額一般服務之地區預算分配內容，黃委員偉堯建議 R 值應往前進，蔡委員登順則認為現行公式不能完全反映真實需求或使用狀況；目前並沒有要求每個總額部門的 R 值都要達成 100%，我也認同黃委員啟嘉所提要有更好的溝通，若各總額部門有更好的說明，提出如何修正目前公式，或讓公式更能真實反映等具體的建議方案那更好。本案委員都沒有反對的意見，就照案通過，委員所提意見都納入後續研議參考。
- 二、事前與幕僚討論地區預算分配提案時，我覺得還有很多檢討的空間，但 107 年度就仍照此方式進行。請進行下一案。

伍、討論事項第二案「107 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

- 一、請委員參閱會議資料第 65 頁，107 年度西醫基層總額協商因未達共識，將報請主管機關決定。對於地區分配方式，於說明二已臚列過去歷年執行情形，西醫基層總額 R 值分配參數除了校正年齡性別指數外，另校正標準化死亡比及轉診型態。106 年 R 值占率達到 66%，已維持 2 年(105、106 年)。歷年西醫基層一般服務的分配方案，醫師公會全聯會(下稱醫全會)與健保署並另定有微調機制如附件，請委員參閱。
- 二、會議資料第 66 頁，說明三，為利商議 107 年分配方式，本會於 106 年 8 月 17 日函請醫全會及健保署，依本會決議提送建議分配方案，並請健保署協助模擬試算資料。醫全會於 10 月 11 日函復本會，除建議維持 106 年之 R 值為 66%，S 值為 34%外，分配方式該會將擇期召開專案會議研議後提報。
- 三、有關 107 年度西醫基層一般服務地區預算分配建議，依據衛福部指示之政策方向，考量 105 及 106 年 R 值都維持 66%，建議 107 年度適度調升；此外幕僚也模擬 107 年度不同 R 值占率下各區預算估計值如附表 1，在會議資料第 68 頁，請委員參閱。
- 四、會議資料第 67 頁，本案擬辦請委員協定西醫基層一般服務之地區分配方式，另有關醫全會來函表示擇期召開會議研議分配方式乙節，若有涉及自一般服務費用移撥部分經費，作為風險調整之用，委員是否同意，請委員討論。至其他相關細節及點值保障部分，同牙醫部門擬辦方式，以上說明。

傳主任委員立葉

謝謝陳組長燕鈴的說明，本案有幾個重點需要討論，一個是關於 R 值要不要調整，另一個是否要照醫全會所建議維持 106 年的 66%？

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、現在要談西醫基層總額一般服務之地區預算分配的 R 值、S 值，以牙醫部門為例，很多委員都支持牙醫部門所提出的方案，西醫基層似乎沒有提出具體方案。過去在總額協商之後，健保署又定期召開支付委員會議進行地區預算討論，在西醫基層部門還沒有提出新方案之前，建議給西醫基層一點時間進行內部討論。
- 二、若沒有更好的分配方式，建議以 106 年為基礎，不再做變動，因為剛才已討論到，以 R 值、S 值作為地區預算的分配方式有爭議，R 值前進與否、人口結構改變率與醫療使用率都有討論空間，建議依醫全會的意見，而我個人尊重各總額部門內部協商結論。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、本案西醫基層總額建議 R 值維持 66%，S 值維持 34%，想要請教西醫基層部門，在 105 及 106 年以 R 值 66%、S 值 34% 所分配之地區預算是否公平合理？衡平性如何？各地區執行結果等事項，是否請西醫基層總額提出詳細說明。
- 二、本案擬辦中提到「若有涉及自一般服務費用移撥部分經費，作為風險調整之用，本會是否同意」，因為目前西醫基層總額沒有提出實際金額，是否能在今天提出需移撥的金額，如牙醫門診總額部門提出要移撥 3 億 4,500 萬元，今天西醫基層總額能不能提出確切移撥的金額數目，若可以明確提出金額數字，則本案今天就可以做出決定，這 2 點希望西醫基層總額可以說明。

傅主任委員立葉

先請陳委員亮良，再請西醫基層總額代表說明。

陳委員亮良

- 一、謝謝主席，剛剛第一案我有舉手你都沒有看到我。針對第二案

有關 107 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，我個人非常贊成蔡委員登順意見，尤其對於雲林、偏鄉地區，周委員麗芳也提到，確實在 R 值、各地區校正人口風險因子後保險對象人數確實需要做檢討，幾十年來都沒有改變，雲林縣人口一直老化，民國 75 年時，雲林縣人口約有 80 萬人，106 年剩下約 69 萬人，但是人口老化嚴重、死亡數比出生數還多。

二、我認為蔡委員登順講得非常中肯，建議給西醫基層總額部門一點時間做內部討論，或直接維持 106 年方式處理。

傅主任委員立葉

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

一、針對何代理委員語跟陳委員亮良 2 位委員的指教與詢問，我一一回應。

(一)首先針對何代理委員語詢問 105、106 年 R 值、S 值為 66%、34%分配結果，雖然健保會例行在 10 月份委員會議討論各總額部門之地區預算分配，但 107 年度因西醫基層總額成長率部長尚未裁定，目前討論地區預算分配似乎稍微早了一點。

(二)請委員參閱會議資料第 49 頁，106 年第 1 季各部門總額分區平均點值，可以看出相較其他總額部門，西醫基層總額的分區平均點值之標準差是較小的。事實上總額部門在地區預算分配上要兼顧各地區醫療資源平衡，若有些分區點值在 0.9 以下，有些分區點值卻超過 1.1，這樣的地區預算分配結果會有爭議，西醫基層總額地區預算分配本來就有移撥預算及照顧偏遠地區等調校機制。以 106 年第 1 季分區平均點值標準差來看，西醫基層是 4 個總額部門中相對較小的。

二、西醫基層總額一般服務之地區預算分配，除了 R 值、S 值外，還有很多配套，包含對東區的照顧有特別提撥風險調校預算；



對於陳委員亮良關心的南區，106 年第 1 季看起來表現沒有太差，每年都會重新檢討、校正，西醫基層總額在地區預算分配時，對弱勢及偏遠地區都有風險調校，但也不會讓都會區點值變很低，這是目前內部的調校機制，因此希望 R 值、S 值維持 66%、34%，這樣在既有的重分配機制上，不需要加太多、太大的變化去做輔助調整，這是回應何代理委員語的提問，也是希望 R 值、S 值比率能維持不變的原因。

三、107 年度要提撥多少經費進行調校，與 107 年度西醫基層總額核定的成長率有關，因為目前部長尚未裁定，若裁定的成長率不一樣，移撥為風險管控的經費也會不同；當各區都有預算成長時，要怎麼移撥經費，讓在點值較差地區執業的醫師不會出現不敷成本的情況，需要智慧處理；若醫師執業不敷成本，會向民眾抱怨，也會造成政治上的壓力，我們希望做到盡量不要產生這類問題，需進行內部討論，關於本案，西醫基層部門希望可以保留。陳委員亮良關心的偏鄉議題一定會考量；何代理委員語提到的風險調校經費，要等部長裁定，107 年度總額成長率確認後才能討論。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

本案既然西醫基層內部都還沒有共識，部長也還沒裁定，我也建議保留。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

本案應該可以先確認 R 值及 S 值的占比，關於何代理委員語所提的風險調校金額，可以等到部長核定後才確認；但若 R 值、S 值也要等到部長核定後才能決定，那很多案子都不用討論，因為都會面臨同樣的問題。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、主席、各位委員，我建議本案先確認 R 值、S 值，因為醫全會已提出建議，若西醫基層認為 R 值 66%、S 值 34%是最好的比率，請明確說明，爭取委員支持。
- 二、請說明 106 年度對東區、南區、高屏區及偏遠地區，各移撥多少經費，及 107 年預定移撥多少經費給相關分區，下個月再提出 107 年度確切的風險調校經費。建議今天要先確認 R 值 66%、S 值 34%，以利之後討論，因為若下次委員會討論後決議 R 值要調整，則需移撥的經費可能又需改變，所以建議今天先確認 R 值、S 值，後續看要怎麼進行風險調校，再提出確切的金額，我認為這樣較為妥適。

傅主任委員立葉

先請陳委員亮良，再請黃委員啟嘉。

陳委員亮良

我比較贊同趙委員銘圓與黃委員啟嘉所提，畢竟部長尚未拍版定案要核定多少經費，我認為本案要保留，讓西醫基層部門有充分時間來討論及校正公式，像我來自雲林，偏鄉確實存在醫療資源不足的問題，應該校正公式產生更明確的數據，讓臺灣的健保有正向發展，不要一直停留在過去，現在已經快 107 年了，臺灣健保制度要展望未來，朝向更好、更適切的演化，建議保留本案，俟西醫基層部門討論出適宜的分配方式，再來談 R 值及 S 值。

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、假如部長的裁決對 R 值及 S 值的占率沒有影響，我認為能決定的部分盡量先決定，其他還需探討的就一步一步來，不要全部都延宕。

二、先向黃委員啟嘉請教，假如現在先決定 R 值及 S 值占率，對西醫基層部門的各方進度與安排是否比較有利？請你表明本案要全部擱置或是先決定部分議題，我們尊重部門的意見。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

我認為西醫基層內部還沒有討論，現在就要請黃委員啟嘉明確回應 R 值及 S 值占率，他可能還需要跟醫師公會的理事長商量，我覺得不要為難他。

傅主任委員立葉

請吳委員國治。

吳委員國治

感謝所有委員的意見，我們尊重委員對於 R 值及 S 值的討論，剛剛何代理委員語提到微調機制，請參閱會議資料第 76 頁，已有列出歷年微調機制，希望這部分能讓我們 6 個分區回去好好協調。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我要說明一下，R 值占率只能提高不能降低，不要認為下個月再提可以降低，請不要有這種想法，萬一下個月決定 R 值占率要 68%，你們要如何調配？以上是我個人看法。

傅主任委員立葉

西醫基層代表委員認為可於本次會議先決定 R 值及 S 值，風險基金則下次再提嗎？

黃委員啟嘉

我可以向各位委員報告，R 值應該不會往回頭走，這一點沒有問題。但就像剛才所提，我們內部需要先充分溝通，到時再向各位委員報告可能會更好。至於何代理委員擔心 R 值占率往回頭走，就目前而言，西醫基層部門內部沒有這樣的聲音，我非常感謝各位委員支持 R 值占率 66%，我們經過內部討論，取得共識後再向各位

委員報告，事情會更圓滿。

傅主任委員立葉

黃委員啟嘉的意思是全案保留，但承諾 R 值占率不會往後退？

黃委員啟嘉

R 值占率不會往後退是我個人看法，如果 R 值占率往後退的話，下次或許就會看到不同的人坐在這個位置上。

傅主任委員立葉

所以本案保留，請李委員永振。

李委員永振

- 一、我對主席的裁示沒有意見。剛剛各位委員的講法好像都很有道理，我們每年都會碰到地區預算分配案，不是今年頭過身就過，到底提到本會討論是我們職責，或是如葉委員宗義所述太專業了？也有委員提到地區預算分配應該尊重部門，我們管總額就好，而黃委員偉堯則認為錢要跟著人走，但蔡委員登順又有不同的意見。
- 二、本會於 105 年委託專家學者進行相關研究，研究結論提及「在健保分區涵蓋人口眾多的特性下，僅以年齡、性別因子進行預算分配之模擬分析，即具有極佳的變異解釋能力」，但在中醫門診總額則不同，建議要加入疾病診斷處置反映罹病狀態，由此可知各部門情形不同。
- 三、R 值占率是否需要到 100%？現在牙醫門診總額的 R 值占率已經 100%，但我也不知道 100% 是否恰當，畢竟這部分太專業，會議資料第 66 頁也提到「R 值占率須否達 100%，尚有討論空間」。
- 四、為了長久之計，我建議本會只掌握大原則就好，關鍵因素決定後，就尊重部門與健保署之間的研議，提到本會委員會議是已經分配好的方案，不是由委員決定 R 值占率是停留在 66% 或前進到 68%。另外，像中醫門診總額曾決議「『各區戶籍人口數占率』，以 5 年調升 10% 為目標」，106 年的「各區戶籍人

口數占率」是 11%，107 年要維持相同占率，要怎麼決定才合理？如果部門提分配方案有困難，也應提出困難點讓委員了解，這樣執行比較能夠兼顧各方未來想法，不會每年都在爭執地區預算。

五、部長公務繁忙，總額協商兩案併陳已經讓他很頭痛，地區預算就不要再留問題給他，如果每項議案都要上面裁示，健保會就沒有存在的價值了。

傅主任委員立葉

請葉委員宗義。

葉委員宗義

剛才有提到專業問題，我問李委員永振什麼叫做思覺失調，他回答精神病，其實還包括躁鬱症及失智症。就像本會有很多委員不清楚 R 值、S 值是什麼，有時候我們需要淺顯易懂的說明讓人瞭解，本會的資深委員才曉得 R 值及 S 值，新委員突然面對這些，怎麼會知道 R 值、S 值的意涵？要讓每個委員都瞭解，不然講了老半天也不知道在講什麼。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

請參閱會議資料第 82 頁附件四，醫全會已函文確定 R 值、S 值維持 66%、34%，現在還要自打嘴巴說沒確定嗎？是否現在就確定 R 值、S 值占率為 66%、34%，其他部分則下次再提？你們自己確定的東西說還沒定，這不是自打嘴巴嗎？

干委員文男

麻煩西醫基層部門注意一下講過的話，如果 R 值、S 值按照去年的占率是 66%、34%，這是確定的部分，你們想維持占率，認為調了會有困難，現在只是不清楚部長核定多少總額成長率，可能影響風險基金的調配方式而已，R 值及 S 值占率應該是可以決定的，但你們卻不表態。

黃委員啟嘉

一、我要鄭重道歉，吳委員榮達所提的公文內容是我們的疏失，發文時西醫基層內部還未有正式溝通，我要道歉，該負責的人是我，這個責任我承擔。(委員譚然)

二、但目前在西醫基層內部，這是我們最大共識，只是尚未經過正式會議確認，至於為什麼沒有召開正式會議，主要是因為今年總額協商後，兩案併陳還懸在那裡，結果如何還不知道，因此有關總額的相關事務是暫時停擺，雖然說公文內容是大家的共識，但沒有經過正式會議確認，造成各位委員困擾，在這裡向大家鄭重道歉。

千委員文男

不要再談了，下次再提案吧！

傅主任委員立葉

我們就尊重部門意見全案保留，也希望西醫基層部門理解，R 值占率通常只會往前走，不會往後走，這是基本的認知。請進行下一案。

陸、討論事項第三案「107 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案」  
與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

一、討論事項第三案「107 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案」，請委員參閱會議資料第 83 頁，說明二「歷年地區預算執行概況」：

(一)風險因子在門診及住診略有不同，門診包含年齡、性別指數、標準化死亡比及轉診型態，住院則是年齡、性別指數及標準化死亡比。

(二)分配方式請參閱「R 值占率於各年協定情形」，截至 106 年，門診的 R 值占率是 50%、住診是 45%，考量 106 年門、住診的 R 值占率都各調升 4%，因為調整幅度比較大，因此 106 年設有微調機制，由北區移撥部分預算作為東區風險調整基金。

二、請委員參閱會議資料第 84 頁說明四：

(一)本會於 106 年 8 月 17 日函請台灣醫院協會和健保署提送建議之分配方案，並請健保署協助模擬試算。

(二)醫院協會前於 7 月及 9 月 2 次函請健保署協助試算，健保署復函請醫院協會提供具體操作型定義。

(三)醫院協會於 10 月 16 日函復本會，於健保署尚未有相關試算資料前，建議 107 年地區預算分配方式暫時維持 106 年之分配方式。

三、會議資料第 84 頁說明六「107 年地區預算分配，建議維持 106 年方式」：

(一)考量 106 年門診、住院之 R 值占率皆調升 4%，調升幅度高於往年，爰建議 107 年可維持 106 年 R 值占率。

(二)有關門、住診費用比率，建議 107 年仍依 94 年起之方式，以 45：55「計算」地區預算所採門、住診費用比，之後再

合併預算，按季結算。

(三)幕僚模擬 107 年度依不同「校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人」占率，分配各區預算估計值，請委員參閱。

四、有關擬辦部分，相關細節及點值保障部分，同其他部門擬辦方式，以上說明。

傅主任委員立葉

各位委員對本案有無意見？請翁委員文能。

翁委員文能

一、我不占用太多時間，剛剛的說明已經非常詳細，醫院協會也函文貴會，原則上在提出新的計算方式之前，希望維持 106 年 R 值占率，門、住診費用比希望維持過去的計算方式。

二、另外，同西醫基層，在部長裁示醫院部門 107 年度總額方案之前，其他細節今天大概很難正式報告。

傅主任委員立葉

其他委員有無意見？請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

醫院協會函復表明，希望門、住診之 R 值占率維持 106 年的 50% 及 45%。今年 65 歲以上老人與 64 歲以下的人口曲線呈交叉分佈，目前老年人口約有 12.8%，我認為明年起會有不同現象發生，明年老年人口占比開始比嬰兒出生率高，可能會達到 13.4%。我支持醫院部門的建議，107 年度的 R 值先維持現行占率，未來看老年人口變化及出生率下降情形再做考量，我支持你們的建議方案。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

本案我也支持翁委員文能所提，希望可以維持 106 年相關數值比例。



傅主任委員立葉

請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、翁委員文能代表醫院協會，醫院共識我也支持，但去年委員會議有提到，醫院部門可以提出不同的計算方式，不只是 R 值及 S 值的占率調整，不同架構的計算方式也可以提出來。
- 二、醫院協會已 2 次函文請健保署試算，但健保署以資料不明確、定義不清楚而無法提供。最近醫院協會幕僚與健保署協調，健保署則認為總額已經委託，資料應該由醫院協會自行試算。因為醫院協會今年才接總額委託，資料擷取、分析都還沒有經驗，是否能做個決議，請健保署積極配合醫院協會，在釐清操作型定義後協助相關試算，醫院協會才能真正進步。
- 三、大家都在說 R 值、S 值有問題，特別在醫院總額部分，有些學者認為 R 值占率前進到 100%，有些學者認為不行，會上也有很多委員提到公式需要改進，如果醫院協會有一套比較合理的公式，且內部有共識，最後就差健保署幫忙試算，是否能拜託李署長伯璋多費心，協助醫院協會做相關試算，而不是說醫院協會今年接了總額，資料試算就都是我們自己的事。

傅主任委員立葉

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、我非常支持醫院部門的建議，剛剛也有提到，各總額部門的地區預算分配只有部門內部決定，才能夠得到最佳的解決方法。
- 二、去年醫院總額 R 值占率前進 4%，造成東區預算大幅下降，由北區移撥 0.45 億元作為東區風險調整基金，我給予醫院部門一個參考意見，未來對偏遠地區是不是能多做考量，我知道今年沒有打算再移撥 0.45 億元給東區，去年會微調，是因為 R 值前進造成東區的預算損失太大，健保會委員都有共識，對偏遠及弱勢地區都希望有保護機制，以上僅供醫院部門參考。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、醫院部門的總額最大，1 年有 4 千 4 百多億，牽一髮動全身，他們提出 R 值維持 106 年的占率，我也尊重及支持。
- 二、東區的人口結構與其他 5 分區不太一樣，造成醫療利用比較高。再加上東區的地理環境也不一樣，地形非常狹長，從花蓮縣富里鄉、玉里鎮到花蓮市約 100 多公里，重症的病人住院其醫療費用可能會很高，原本 3、4 天可以出院會要求多住 1、2 天，因為病情改善感覺尚未痊癒不願意出院，加上路程太遠怕病況復發難以急救，所以住院天數比其他 5 區長，造成醫療資源耗用高。
- 三、黃委員啟嘉提到，過去有挹注東區風險調整基金，因有種族醫療使用率的問題，再加上精神病患移入東區醫療，造成東區點值偏低，我建議醫院部門支付委員會討論時要加以考慮。

傅主任委員立葉

請張委員煥禎。

張委員煥禎

- 一、R 值占率已經好幾年沒動，去年在大家共識之下有所調整，基本上我們在醫院協會是代表 6 區，並不是代表各分區，但因為我在北區服務，去年幫忙健保署介入協調。
- 二、我們決定 R 值占率前進以後，發現東區預算落差很大，於是大家希望北區移撥，北區也講話，他們認為北區預算成長多，是因為過去 10 幾年來受到不公平待遇，現在有所調整，所以差距才會那麼大，理論上不應該由北區移撥，北區只是平反一部分預算而已，不應該都由北區承擔。後來衛福部、健保署以及我們一些委員也介入幫忙，協調北區移撥預算，北區實在是很不情願，大家曉以大義請他們分一點給東區，那時北區的條件是希望今年 R 值占率可以持續上升，而且以後不可以再由

北區移撥。

三、北區願意協助要給北區鼓掌，但是東區的問題我們應該另外設風險基金，而不是由需要平反的人該負責，要回來的東西不多還要吐出來，平反過去造成的錯誤現在還要額外付出，這樣不太好，去年決議是說要另外設風險基金或之類的，但最後我們也沒堅持。我記得李署長伯璋來北區時，我們有去幫忙說服，這不算政治介入，因為縣、市長為他們地方爭取健保費用是合情合理的，衛福部部長也因此先向 4 位縣、市長打過招呼。

四、過去我們幫忙東區，現在他們因 R 值占率前進造成預算減少許多，這問題還是要幫忙解決，去年是因為健保會通過後一下子反應不過來，我認為今年應該要事先規劃好，不應該用東區一下子減少太多為理由，要任何一個分區移撥或是平均分攤，今年不應該再發生同樣的事情。

五、另外，我認為應該儘快檢討分配公式，成長率上升那麼多是合理還是不合理，去年醫院協會也提出要增加性別等校正因子，但 1 年又要過去了，公式看來還沒有檢討的機會，以上簡單說明情況。

干委員文男

主席！

傅主任委員立葉

先請周委員麗芳，因為剛剛周委員有先舉手。

周委員麗芳

沒關係，先請干委員文男發言。

干委員文男

我認為本案跟西醫基層總額一樣是沒有結果，既然內部歧見還很多，就不要浪費時間，給他們 1 個月好好討論，等到部長裁示後，再提出風險基金調整方案，現在也談不出結果。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

剛剛醫界代表委員提到，希望健保署能協助試算，畢竟要有基本數據才有辦法提出不同的方案，請參閱會議資料第 84 頁說明三，106 年 7 月 28 日委員會正好是由我代理主席主持，會議上也討論得很清楚「請各總額部門相關團體儘早研提地區預算分配草案，並請健保署協助提供試算資料」，請各總額部門提出地區預算分配草案，並請健保署協助提供試算資料，請健保署務必協助總額部門，讓他們有具體數據，才有辦法提出方案。

傅主任委員立葉

請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、我說明一下，請參閱會議資料第 99 頁，醫院協會函文內容也有提到，主要是以性別、年齡及實際發生的醫療費用為基礎，再依照各分區的狀況、因子等做調整。
- 二、例如東區因為較為遠，同樣的疾病可能因住院天數長，造成平均醫療費用較高，因此在 base(基礎)上就會比較多，山地原住民則可能有特殊的疾病，或是像雲林縣、中區等縣市老年人口比例不同，或有特殊疾病如愛滋病等，再做微調，基本上已經與 R 值、S 值沒有關係，但由公式可以確實反映出每一分區實際人口的醫療需求量。
- 三、大架構已經討論出來，但是細節的加加減減需要模擬試算，如果健保署無法協助試算，由醫院協會自己算，我想再談 10 年也談不出來，所以還是拜託健保署，如果願意協助試算，我們雙方可以成立工作小組，針對細節定義討論，在下個月或年底前說不定就可以產出具體、可行方案。

傅主任委員立葉

這部分就請健保署協助，照剛剛朱代理委員益宏的意見，最好是能有一個更好的計算公式或試算方案。請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、醫院總額占健保總額的比例非常高，而且錯綜複雜，醫院層級包括醫學中心、區域醫院還有社區醫院，我也非常認同蔡委員登順和黃委員啟嘉所說的，花東是醫療資源偏遠地區，分配確實不均，雲嘉地區更慘，雲林縣沒有 1 家醫學中心，剛剛在健保會重要業務報告也特別提到，南區 106 年第 1 季醫院平均點值才 0.9166，顯示整個南區醫療資源非常少。
- 二、朱代理委員益宏講得非常好，是不是請健保署做一個比較詳細、精算的資料，給醫院總額做合理的分配，原則上我們也尊重醫院協會的意見，但是我覺得委員的意見也要納入參考，雲林、嘉義地區的醫療資源確實是不足，花蓮跟台東也是相同問題，這個部分希望審慎考量。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

不知道醫院總額的代表今天是要把這個案子先擱置，下個月再提出，還是說門診比率要先通過，下個月再提出剩下的部分？因為醫院總額 R 值占率也沒問題，人口風險因子占率我們認為也沒問題，也支持他們。或是說，全案都要擱置下個月再提出？或是要先通過門住診的占率之後，接下來再來討論東區、南區、高屏區有沒有要調整風險基金的部分，再提出報告？想先聽聽醫院協會意見。

傅主任委員立葉

請翁委員文能。

翁委員文能

我再講清楚一點，我們意見沒有改變，第一點是門住診比率不變，另一點是 R 值維持 106 年。在健保署還沒協助算出詳細費用，包括偏遠地區、性別、年齡因素之前，107 年的地區預算我們就按照這樣的原則去算，如果有新的資料進來之後，我們才能提出細項。所以我意思是，今天先通過 2 項，即門住診比率跟 R 值，維持 106 年方式，當然我們也希望新的算法能夠算出來，這需要健保署能協

助。

傅主任委員立葉

本案就尊重醫院代表委員的意見，R 值及 S 值、門住診比率先通過，其他部分保留下次會議討論。請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

今天有關 4 個總額一般服務地區預算分配的部分，提案單位都是健保會第 3 組，我們也知道西醫基層跟醫院部門，都因為部長還沒裁定總額，導致該部門無法提案。即使是這樣子，這 2 個案子也都花了快 30 分鐘，為了讓議事比較有效率，可不可以建議健保會提案單位在提案以前，如果相關部門有這些考量，要等部長裁決顯然會擱置的話，以後就不要提這類案子，因為只要排進來，大家都還會發言，這次講 60 分鐘，下次又要 60 分鐘，考量提高議事效率，請參酌。

傅主任委員立葉

委員意見提供本會幕僚參考，本案就討論到此，請進行下一案。

柒、討論事項第四案「107 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

討論事項第四案係中醫部門一般服務地區預算分配，請委員參閱會議資料第 103 頁。

- 一、上次委員會決議中醫門診總額一般服務預算成長率為 3%，歷年地區預算執行情形臚列在說明二，中醫部門和其他部門比較不一樣的是，在 94 年以前是按照衛生署交付的規劃方案，95 年至 98 年改採試辦計畫，99 年起至今是依修正後試辦計畫做分配。
- 二、上開分配的方式是東區占率 2.22%，其他 5 分區占率是 97.78%，這 5 分區再按照 6 項分配參數分配預算，這 6 項分配參數請委員參閱會議資料第 104 頁，其中第 2 項分配指標「各區去年同期戶籍人口數占率」，在 106 年是 11%，105 是 8%，提升了 3%。
- 三、會議資料第 105 頁，說明四，本會函請中醫師公會全聯會(下稱中全會)提出 107 年建議方案，並請健保署協助模擬試算。中全會在 10 月 18 日函復本會，建議在未有新方案提出之前，先凍結分配公式之指標 2「各區去年同期戶籍人口數占率」，即 107 年維持 106 年的 11%，並建議提撥醫療均衡基金補貼偏鄉不足的費用，如有剩餘款再提撥給就醫率最高的分區。
- 四、本會 104 年 11 月 20 日的委員會議討論 105 年中醫門診總額預算分配之決議：「為了提升民眾就醫公平性及資源均衡發展，中醫門診總額一般服務之地區預算，自 105 年度起，分配參數中之『各區戶籍人口數占率』，以 5 年調升 10%為目標」。過去 2 年依本會委員會議決議，105、106 年人口占率分別是 8%、11%，即各調升了 1%、3%。106 年並同意自一般服務費用移撥部分經費，作為風險調整基金。本會幕僚也模擬 107 年

度依不同戶籍人口數占比(11~16%)，分配各區預算占率，在會議資料第 108 頁，請委員參閱。

傳主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、剛才前面討論的 2 個案，委員先講一講，討論了半天，結果有的要擱置，有的要下個月再討論。我的建議是，以中醫部門來說，中全會理事長就是委員，不如就先請他來說，對於這個案子有什麼看法，有沒有哪些他們支持，那其他人就不需要太多意見，假如他不支持什麼，或是哪些方面需要委員補充再來討論，不要討論半小時結果說要撤案，那有什麼意義！我的意思是，先請當事人來做解釋，或是認不認同這樣的處理方式以及法案的相關規定。
- 二、本案擬辦第 2 點，我認同 107 年分配維持 106 年方式，沒有其他意見。不知道各位等一下要探討，還是怎麼樣，我還是希望先請陳委員旺全說明一下，您對於這個案子的看法，再繼續探討。

傳主任委員立葉

請陳委員旺全。

陳委員旺全

- 一、有關本會函文給健保會，在會議資料第 121~123 頁，都有做詳盡的說明，很感謝各位委員對中醫一直以來都是大力支持，我這 1 年裡也費了很多心力，請各區提供總額如何分配的案子，已經討論了 1 年，本來有 1 個案子提出來，但因為沒辦法取得全部的共識，以致於變成多數決的現象。
- 二、我在健保會承蒙各位委員的指示，盡量不要用表決方式，既然是多數決，那就先還是希望大家有幾個共識之後，再提相關的案子，所以今年我們就不再提升 R 值，以 106 作為基準。
- 三、我也不是說這樣就不做事，我們在各區 1 年期間開了很多次會



議，但一直沒有辦法取得共識決，既然我們自己無法取得共識決，現在我們就提了專案，請外面的專家學者，因為中醫有很特別的狀況存在，面臨了很多問題，我也跟各位報告，我不好意思講，這些專家學者，我說請你們幫我們好好弄，他說你這個很難，剛剛李委員永振也特別提到性別年齡的情形，以及加入每個總額部門都不一樣，所以我們現在精心想要請專家學者來做詳盡的規劃。

四、所以我是懇求各位委員的支持，我們就比照 106 年的方式，我們也懇請各位對於風險的管控基金，我們認為用醫療均衡基金來做相關處理，這個原因在哪裡，其實我們有很多醫療團體的朋友們也都提到，這區挪到那區，那區移到這區，都會產生問題。

五、未來最難解決的就是錢，所以我們就要彼此考量，取得共識、犧牲，然後取得整體上的發言，所以中全會才認為先取得共識，如果取得各位委員同意，我們明年度一定會在年底以前，請專家學者提出很好的方案，其實每一區都花很大精神，譬如說有些區域還沒有用職業傷害拿健保署的相關費用，因為時間到了，就恭請各位幫我們的忙，謝謝。

傳主任委員立葉

請干委員文男，再請林委員敏華。

干委員文男

我想中醫部門比較值得肯定的是，他們說就照 106 年的方式，今年要研究明年要能如何進步，這樣比較誠懇，不然討論到最後又說不行。中醫部門現在是要照 106 年的方式去做，然後請專家學者來做專門的研究，如果是這樣的話我是同意，你們內部也有很多意見，但是一定要進步，沒進步不行。

林委員敏華

從剛剛討論到現在，大家對於 R 值的看法都蠻趨同，表示這東西不能反映目前真實的狀況，我看了一下會議資料第 77 頁，剛剛陳

委員旺全也講到，研究報告指出，建議中醫部門能提出具代表性的計算方式，既然剛剛陳委員旺全已經承諾明年一定會提出來，那我也支持 107 年就照 106 年方式，不作調整，明年度提出的方案，他們認為 OK 的話再提到委員會來，但我這邊想確認一下，擬辦的第 3、4 項裡面提到風險調控的部分，經費是由健保署跟中全會協調就可以了嗎？這部分我沒有意見，只是確認一下。

陳委員旺全

這個費用我們有初步預估，但是我們也要跟健保署討論，不是我說了算，我們也要懇請健保署支持，健保署都會站在使用比較偏鄉的地區，先用這個原則，然後再補其他地區。

傅主任委員立葉

先請蔡委員登順，之後請周委員麗芳、何代理委員語。

蔡委員登順

今天前面討論 3 個案問題都是相同的，那既然中全會已經表達那麼清楚了，我個人表達尊重，未有新方案提出前，凍結分配公式之指標 2「各區去年同期戶籍人口數占率」，107 年人口占率就不前進，維持 11%。

周委員麗芳

- 一、首先我要肯定陳理事長旺全，因為畢竟陳理事長還有總額委員會陳執行長憲法，他們很用心，這邊有提到中全會內部已經成立「中醫總額專案成效評估小組」，希望對未來提出更合理的方案，個人予以肯定。
- 二、今年也有提撥醫療均衡基金，希望能夠解決偏鄉費用不足的問題，我個人也是予以肯定。
- 三、針對剛剛陳理事長旺全提出，希望 107 年先維持 106 年 R 值比率，這個部分我支持他們。另外，理事長提到新的年度會請專家學者協助規劃新方案，但我們看到會議資料第 49 頁，106 年第 1 季各部門平均點值，中醫門診各分區當中，中區的點值明顯偏低，也就是說未來假設有新方案出來，個人也建議還是

要正視中區點值偏低的問題。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我也支持中全會提出 107 年 R 值占率比照 106 年，另外中全會的公文也提到「中醫總額專案成效評估小組」，還有醫療均衡基金，我希望在 R 值確定以後，下個月健保署會同中醫門診總額相關團體議定分配的數字，在下次會議能夠給予通過，這是我的淺見。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

謝謝主席有看到我，原則上中醫這個部門非常特殊，中全會的公文也講得非常詳實，我個人的意見是支持中醫部門，就以這個辦法通過，不要再討論了，因為他們有答應明年要做一個總額分配的專案，但我希望最起碼要提到雲林縣，因為我發現這整個公文三個說明都沒說到雲林縣，其實雲林縣現在也有沒有中醫診所的鄉鎮，變成了顧生命看個中醫要走很遠，希望這個部分中醫部門是不是也特別要考量一下。

傅主任委員立葉

先請葉委員宗義，再請黃委員偉堯。

葉委員宗義

剛才大家所講的差不多都是支持陳委員旺全，因為陳委員早上也講過，他做這個理事長很痛苦，為了這個總額分配弄了 4 個月。弄一弄為了錢的問題大家都相爭，今天我看大家都非常支持你，因為你已經有個結論，而且理事長真的不好做，我們這裡 5 位雇主代表全力支持你。

黃委員偉堯

這邊有一點提醒，我要說明這是全民健康保險，出發點應該是從全民來考慮，希望健保資源分配是按全民來走。而不是醫療供給者多的地方就健保資源多，這樣反而會損害醫療供給少的地方，讓所在的民眾受到損害。關於這部分，請大家在地區預算分配的時候列入

考慮。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

大家一致都支持這個案子，我再確定一下，中醫部門所提的方式，是指會議資料第 108 頁註的括號 2 的這些指標？(委員回應：對)好，謝謝。

傅主任委員立葉

聽起來大家都同意支持中醫提出來的方案，陳委員旺全要發言，請。

陳委員旺全

剛剛何代理委員語有特別提到風險管控基金，我們下個月就提出來，這樣可以嗎？(何代理委員語表示可以)好，謝謝。

傅主任委員立葉

我們就同意中醫門診總額的地區預算分配，即按照 106 年的分配架構。關於風險調整基金還有其他事宜，就提下次委員會再來決定。本案就討論到這裡，請進行下一案。

捌、討論事項第五案「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」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

提案委員有沒有要補充？請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

一、這次的資料其實謝委員武吉他覺得不是很理想。

(一)因為所有數字都是用百分比呈現，但百分比會失真，比方說某藥物醫院買 1 元，健保給付 2 元，藥價差是 50%，但是另一個藥健保署支付 100 元，但醫院買了 70 元，藥價差是 30 元。我個人和謝委員武吉都覺得這樣的資料其實沒有意義，應該是用實際數字去呈現。

(二)資料裡面分醫學中心、區域醫院、地區醫院，但事實上地區醫院態樣很多，謝委員武吉在很多場合也都提過，舉例來講，這家地區醫院如果是部立醫院，那他的採購一定是跟部立聯標的價格，那這個到底要算他是地區醫院的價差高，還是價差低，還是怎麼回事？但是一般小型地區醫院絕對買不到這樣的價錢，所以我們一再要求健保署在分析地區醫院藥價差的時候，應該要做區隔，是不是體系的醫院？如果是體系的醫院，他是跟整個體系內去採購，那怎麼併到地區醫院的藥價，這樣會看不到整體，今天強調整體，就是一般地區醫院，尤其是現在逐漸在萎縮的地區醫院，事實上買的藥也比人家貴，甚至有些藥還買不到，有些還高於健保給付價，依照這樣的統計是完全看不出來的，但健保署知不知道這問題，確實知道，只是在這邊沒有呈現。

二、所以我們希望：

- (一)會後提供給謝委員武吉，或是提供給所有委員一個實際上數字的資料，不要用百分比。
- (二)地區醫院這部分請再細分是不是屬於某個體系，體系之間不一樣，藥價差狀況到底是怎麼樣。
- (三)現在藥價調查的辦法，是針對直接銷售到醫院的藥廠進行藥價調查，但是中間轉了幾手？事實上是不知道的，也調查不準，或許健保署知道但是在這邊沒有呈現。地區醫院就發生過，經過轉了幾手之後，賣到地區醫院藥就特別貴，那有些醫院在體系之內聯合採購，直接跟中游，甚至上游採購，那價格就會便宜，這一段健保署到底怎麼去處理呢？因為現在藥價差只針對下游、直接跟醫院交易的廠商去調查，那中間那段怎麼樣狀況都不知道。所以感覺這樣的報告是太粗淺，建議這個案子是不是等健保署補充資料之後，下次再議。

傳主任委員立葉

先請趙委員銘圓，再請陳委員亮良。

趙委員銘圓

- 一、針對本案原則上我尊重謝武吉委員的意見，基於維護台灣整體醫療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，不過我也認為實質上是有困難，因為這裡面除牽涉到法令，還有買的量多寡、流通速度快慢，這些都和價格有很大出入。就像我們公司賣東西給量販店、便利店、連鎖超市都跟消費者的價格一定都不一樣。要通通調查的很清楚、很合理，我想是有它的困難性。
- 二、針對會議資料第 124 頁藥價差調查資料部分，醫學中心 102 年 23.4%、103 年 23.8%，區域醫院 102 年 25.4%、103 年 27.0%；地區醫院 102 年 31.2%、103 年 32.5%；診所及藥局 102 年 32.8%、103 年 38.4%，資料的解讀好像診所及藥局拿的回扣比較多，假如是這樣的話，我想那就太不可思議了，講給其

他人聽都不太可能相信，事實上大家都知道這是不可能的事情。因為買的量多且用量大的醫院，反而較買的少且周轉率低的診所及藥局之藥價差還低，這在業界不會有人相信的事情。就舉例我服務的公司，產品賣給量販店、便利店或連鎖超市等之價格會有所不同，因此，如要健保署將所有藥品品項及其價格調查的非常清楚或很合理，是有難度的。

三、如果會議資料第 124 頁之藥價差調查結果是真的，那就太不可思議了，難怪上次謝委員武吉對健保署藥價差調查結果的數據非常有意見，甚至提到是否有違法情事要送調查局查等，我不知道是不是提供的資料有所誤植，或是其他原因造成等。我覺得有必要將調價差調查資料解釋清楚，不然會有問題，亦可讓謝武吉委員較能心服口服。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、有關謝委員武吉提案，觸動臺灣健保冰山一角，健保署推動落實分級醫療之際，藥價差也是關鍵之一，也可以再思考健保總額是否有必要再細分醫學中心、區域醫院及地區醫院。
- 二、鼓勵民眾至基層診所就醫，民眾所拿到的藥物是原廠藥還是學名藥，其效果是否能讓民眾信任？大家都有看病的經驗，診所和醫學中心開立處方藥品是有差異性，因此，有關藥價差調查資料應再確實及更精準的檢視。
- 三、如剛剛朱代理委員益宏所提，藥價差調查結果，應確實呈現出來，不要以比例呈現，應用實際的數值來反映，較能符合未來臺灣健保的方向，因為藥價的確會觸動整個醫療環境的結構。

傅主任委員立葉

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、回應謝委員武吉的提案，以邏輯思考，診所採購規模最小，地

區醫院次之，但就調查結果呈現採購規模最小的，藥價差比率卻是越大，我曾想是否調查品項不同或等其他因素？是否真的有如此差距大的藥價差現象？我設想應與調查方法相關。

二、就健保署提出藥價差調查報告，我認為影響因素很多，貿然提出，容易誤導社會大眾，未來如再提出相關報告能讓醫療提供者瞭解調查及統計的方式，也可同時檢視我們是否有如此大的利潤空間，否則貿然提出報告，會有風險，建議要更審慎，至少要讓醫療提供者瞭解該報告的統計方式，如有誤差亦可及時提供修正。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

一、本案不是今天才看到的，已有 2、3 年的風暴。記得上屆李委員蜀平擔任健保會委員時就曾提出，但仍然無解，如果能解決的話早就解決了，如果能解決卻不解決就有所怠惰，是否請李署長伯璋說明藥價差的問題是否能解決？您的看法如何？

二、本打算本次委員會議請健保署先進行業務報告，向署長請教之前報載林口長庚醫院濫用子宮鏡檢查的新聞，未來健保署如何提出相關改革，就如今天健保署補充資料「善用資訊科技管理，健保節流勢在必行」及「從健保大數據分析，邁向健保改革之路」2 篇文章，未來如何運用大數據進行健保改革或監控資源耗用等，期有效的解決健保問題。

傅主任委員立葉

謝謝委員提供意見，先請健保署回應。

李署長伯璋

先向委員介紹健保署新任組長，戴組長雪詠由食藥署組長調任本署醫審組組長，請戴組長雪詠回應。

戴組長雪詠

一、如剛剛各委員所提到，有關會議資料第 124 頁藥價差調查結果



資料，與醫療院所使用的藥品品項種類、品項數及採加權平均計算方式而有相關，如醫學中心用藥品項多樣化、無法議價之高單價藥品或可議價之低價藥品等，再經加權平均計算後，就呈現出如會議資料統計結果。

- 二、但以會議資料第 125 頁「專利期內藥品按藥商銷售資料統計藥價差比率」之 B 肝藥品，為單一品項，醫學中心藥價差比率 9.5%、區域醫院 8.2%、地區醫院 6.5%、西醫基層 6.4% 及藥局 2.1%，可瞭解單一藥品品項藥價差部分，實際採購規模和議價能力的差異，藥價差比率會下降。
- 三、有關價差是屬市場競爭機制，健保署訂定藥價支付制度，是透過藥價差去調整藥品支付價格，因此，藥價差是一個工具。藥價差大是否代表品質不好嗎？舉例三同品項中，健保給付的前幾名幾乎都是原廠藥品。

李署長伯璋

- 一、健保藥費占整體健保總額比例很高，未來如何抑制藥費的成長，藥品的問題很多，很現實的問題是民眾就醫所拿的藥品都沒有吃。每年會設定健保總藥費，超過預計的目標值後，會調整健保藥價，但對許多人而言，調整藥價就是健保給付藥品的價格不好，變成趕走原廠藥品，事實上，沒有這個現象。
- 二、目前藥品分為原廠藥和學名藥，如歐洲、美國、日本的原廠藥，台灣生產學名藥等，是一個很多元的市場，有不同的歷史背景，每個藥品所代表團體也有所不同。曾有同仁告訴我有關藥品部分，建議由 9 大公協或 18 大公協會先行討論，待有結論再與健保署討論，但我認為這不是解決問題的方式，因此，我會在許多場合跟大家好好談，健保是大家的，要怎麼面對這個問題。
- 三、我想謝委員武吉及朱代理委員益宏都提到，會議資料第 124、125 頁的調查結果，是很現實的問題。我曾擔任地區醫院院長、醫學中心擔任教授，採購藥品品項種類、數量有所不同，

但不能否認這些藥物都是政府認證許可，我們也要求食藥署評估各項藥品及其療效，但因為藥效不同，給付價格也不同，藥價差的結果也有所不同。

四、大家都知道，健保支付標準訂定西醫門診日劑藥費(每日)，俗稱簡表。起初，我不知道何謂簡表，後來才瞭解是支付特約藥局、西醫基層簡表每日 22 點。以前對於腎臟移植的病人術後服藥，每次藥費皆為上百元，因此，覺得給付每日簡表 22 元覺得不可思議，當然這與本次委員會議討論案指示用藥的問題也有相關性。健保中很多議題都與歷史背景有關，就如同剛才朱代理委員益宏提到，類似這種健保議題，也應該深入研究，但藥品價格涉及市場競爭等相關問題，很複雜的。

五、如剛才趙委員銘圓所提，藥品價格訂定是市場機制，只能尊重市場機制，且涉及商業機密的問題，希望委員能理解。健保署推動雲端藥歷，我曾與同仁檢討雲端藥歷的成效，現階段效果已高達 90%，因此，未來雲端藥歷節省藥費相當有限的，雲端藥歷的優點是可減少藥物交互作用、提升民眾用藥品質及控制藥費浪費。

六、民眾藥費部分負擔，增加民眾的負擔，這對大家都有壓力。未來健保署會努力改善，希望醫界也能審慎開立藥品，大家共同努力。我擔任這個職務，不會逃避責任，但健保議題非常多，也會向各委員報告健保相關措施及檢討等，請委員放心，例如下週監察院要健保署報告「全民健保自墊醫療費用核退辦法」、向立法院報告「分級醫療」執行情形等。

傳主任委員立葉

請朱代理委員益宏，再請干委員文男。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

一、謝謝李署長伯璋說明，我們及謝委員武吉也都瞭解，但是今天提出這樣的報告資料，先不講醫界內行，付費者一看都知道資料有問題，採購規模小者，但藥價差比率越高，提供這樣的數

據會造成誤導，因此，建議應該要進一步分析，依不同性質進行分析，如原廠藥、國產藥等。

- 二、謝委員武吉曾想到，會造成這樣調查結果是否為醫療體系間聯合採購後，再行加權平均計算，所產生的誤差，或者如李署長伯璋所言，原產藥和國產藥差異等因素，健保署亦可進一步分析，不能我們要你做這個你就做這個，最後得出錯誤的數據，也無法有效的解決問題。
- 三、本案主要是凸顯藥價差對於小型地區醫院不公平。如果真的是大型醫院採購量大，藥價差小，而小型醫院採購量小，藥價差大，我們也曾多次提出多元藥價支付方式，如採購量大者，藥價支付點數低，採購量小者，藥價支付點數高，但是健保署未說明多元藥價支付方式不可行的原因為何。
- 四、類似本案一再提出及健保署提供粗略的調查結果資料部分，要是先行瞭解事情的現況和原貌，之後針對問題再行解決。若依據會議資料第 124、125 頁藥價差統計資料，看不到事情原貌，只會讓大家越看越模糊。

傳主任委員立葉

請干委員文男

干委員文男

- 一、有關李署長伯璋的答覆，如果謝委員武吉在場的話，也不會滿意的。我想謝委員提出本案，希望健保署能提供詳實的調查結果，才能正視及回應社會的期待，不要每次都談到藥價差、藥價黑洞等問題，議題一再重複，但卻也無法改善。
- 二、其實健保會委員幾乎都是從新聞媒體報章雜誌才知道，那些新藥納入健保給付或健保藥品支出情形，例如：健保前 20 大用藥等。希望李署長未來能規劃及提供有關新藥納入健保給付的進度，讓民眾能使用新藥。
- 三、有關藥價差部分，建議健保署深入研究，委員也重視本案，會議資料第 124 頁藥價差調查資料，呈現的是 102 年及 103 年的

資料，亦應更新，建議健保署在新任戴組長雪詠上任後，可以提供詳實報告。

四、健保署李署長伯璋約半年未進行業務報告，大家不瞭解健保署做了什麼，如果一間公司這樣，早就倒了，近半年未進行業務報告，一直講也沒有用啊，回去也是讓人罵。我也是好意提醒，沒有惡意。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

一、我想提出本案的另一問題，不曉得會不會得罪醫界或其他人。依據會議資料提案說明第二點及擬辦，依「全民健康保險藥品價格調查作業辦法」，藥價調查之對象包含有藥品供應商(藥商)及保險醫事服務機構。而藥商所需填報之「藥品實際交易價格調查」銷售資料明細是以藥品代碼為別，提供各該藥品的銷售量、銷售金額、退貨數量、贈品數量、發票金額、退貨金額與折讓金額(折讓單、指定捐贈、藥商提撥管理費、藥商提撥研究費、藥商提撥補助醫師出國會議費用、其他與本交易相關之附帶利益)等。

二、有關「折讓金額」部分，健保署和藥商協商藥品價格時，是否包含折讓金額？請健保署說明如何處理藥商所需填報之「藥品實際交易價格調查」銷售資料明細及折讓金額？

李署長伯璋

請黃專門委員兆杰回應。

黃專門委員兆杰

向委員報告，起初健保為了要執行藥價調查部分，也曾擔心調查結果與實際情形不符，例如健保支付 100 元，醫院向廠商採購也是 100 元，與市場機制不相符合。因此，要求廠商填報之「藥品實際交易價格調查」銷售資料明細，應該包含藥品的銷售量、銷售金額及折讓金額等資料，藉由廠商申報詳實的銷售資料，健保署會扣減

上述相關折讓金額，這樣才能夠呈現醫療院所實際採購藥品的價格。

李署長伯璋

有關各委員詢問，由健保署醫審及藥材組彙整相關資料提供委員參考。

傅主任委員立葉

- 一、剛剛委員所提藥價差調查結果之各項疑義或建議，如調查方式或資料呈現等，請健保署參考。
- 二、請健保署提供詳實專案報告，以消除委員的疑慮，因為就目前提供的資料，與一般認知有所不同，需要再釐清相關問題。
- 三、請健保署 3 個月內提出專案報告，有關委員對於本案之相關意見，請健保署參考。請進行下一案。

玖、討論事項第六案「鑒於維護全民健保之正義與健保的體制、永續，籲請盤點現行健保實務中違反全民健康保險法之情事，並立即改善或規劃導正期程及全民健康保險法明確揭示『成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品』不列入本保險給付範圍，建議儘速依法改正，其他違反之相同情事，亦應比照辦理」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請朱代理委員益宏補充說明。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、會議資料第 128 頁健保署對本案之意見，經盤點本署相關業務，目前尚無法完全落實全民健康保險法第 51 條，似乎只有 1 條，但我已經列出 5、6 條未落實健保法相關規定。
- 二、全民健康保險法的主管機關是衛福部，不知道為什麼社保司沒有意見，主管機關應當知道健保署未落實執行健保法相關規定，健保署是健保業務的執行單位，但是健保法明文規定健保法的主管機關是衛福部，因此，社保司應表達意見，怎麼是社保司意見係尊重委員會會議決議。健保署是否落實健保法規定，不應是由委員會會議決議，應由法的主管機關即衛福部社保司提出。
- 三、請就上述 2 點請先回應，之後我再提出未落實健保法的相關規定的各項說明。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

- 一、全民健康保險法第 51 條已有明確規定，怎麼會容許指示用藥納入健保給付範圍呢？而且普遍存在多年。依會議資料第 130 頁，統計至 105 年底歷年取消之指示藥給付之品項數共 1,518 項，106 年 8 月給付指示藥尚有 922 品項，畢竟這仍違反健保法第 51 條規定，就依法行政角度，本案涉及諸多疑慮和質

疑。

二、再者，指示用藥已從 2,000 多種品項降至 900 多項，取消指示用藥 1,518 項後，所省下的費用在哪？後續處理情形為何？之所以會提出本案的原因是希望指示用藥不再納入健保給付範圍，也可以節省健保支出，省下一筆錢，但這筆錢後續如何處理呢？也是大眾關心的部分。

三、民眾對於 922 項指示用藥仍有其需求，及經濟上考量，如立即取消指示用藥會引發社會大眾情緒等問題，建議應落實健保法第 51 條規定，訂定實施時間，取消指示用藥納入健保給付範圍，並設有緩衝期及相關配套措施，如公告和宣傳等措施。

四、再補充說明，既然已經取消 1,518 項指示用藥，但省下的費用在哪？歷年健保總額協商相關資料中，未呈現相關資料，也未見健保署提及。因此，未來取消 922 項指示用藥後，所節省下的費用，健保署應於下一年度總額協商前提報相關資料，以作為協商參考資料。

傅主任委員立葉

其他委員有無意見？等委員表達意見後，再請健保署一併說明。請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

一、針對本案，原則同意謝委員武吉提出要回歸健保法第 51 條。但考量指示用藥的歷史因素，由公、勞保延續至今，所以我贊成健保署的意見，有些事情事緩則圓，不是立即全部取消。

二、我也同意剛剛吳委員榮達所提，訂定落日條款的時間，請健保署就實務或執行面進行評估。

三、本案涉及到民眾就醫權益，包含弱勢民眾就醫權益，因此，建議採逐步進行方式，以保障民眾用藥權益和弱勢民眾就醫權益。

傅主任委員立葉

先請干委員文男，再請王委員雅馨。

## 干委員文男

- 一、差異在於，民眾購買指示用藥，是由民眾自行負擔藥品費用，沒有支付調劑費，但如果醫師開立處方藥品，則健保支出，包含調劑費及藥費等。
- 二、未來如取消指示用藥，應有配套措施，如：教育民眾等。

## 王委員雅馨

有關指示用藥的部分，有其歷史背景，影響層面廣泛，提供幾個思考的方向：

- 一、有關指示藥品部分，是民眾罹患小病可以自行到藥局購買，不用去醫療院所就醫，但問題是民眾沒有被教育什麼是小病？什麼是大病？是否提供民眾就醫指引的相關宣導手冊，讓民眾知道什麼情況屬小病、若是小病時應怎麼做、指示用藥有哪些等。很多制度的推行，都需要配套措施，且要取得社會共識，才能減少衝擊，如果在尚未取得一定共識前即貿然實施，我相信會產生些衝擊。建議應待民眾衛教宣導、配套措施等前置作業，政府相關部門都已準備好後，再取消給付指示用藥，接下來就是要討論吳委員榮達剛剛提到的資源合理分配的問題。
- 二、另一個思考的方向是，取消指示用藥給付，真的可以幫健保節省費用？這也是需謹慎思考的部分。
- 三、應朝向有步驟有規劃的宣導及相關的配套措施，針對弱勢及特殊情況也需加以保障。同時讓民眾清楚了解，省下來的資源要如何的公平正義合理分配？如果大眾對前置作業有共識時，漸進地取消指示用藥的給付後，這些資源將如何合理分配，可以用在醫療環境改善、民眾用藥權益改善等。

## 李委員偉強

- 一、請委員參閱會議資料第 125 頁，可以看到不同層級醫院的用藥分配，不是要看「藥價差比率」那一列，而是「支付金額占率」，以醫學中心為例，罕見疾病用藥 11.8%、癌症用藥 43.6%、B 肝藥品 4.2%、其他藥品 40.4%。可以看到「其他藥品」



支付金額占率，越往地區醫院占率愈高。這個比例如果是對的話，驟然取消 900 多項指示用藥的話，按照這個比例，影響最大的，就是屬基層的院所影響越大。

二、我認為這個趨勢是對的，否則當初健保法就不會這麼寫，只是現在準備進入深水區，之前已經取消 1,500 多項指示用藥的給付，表示說那些相對影響較小的，民眾已慢慢接受了，接下來是，剛才也有幾位付費者代表提到，如果趨勢是對的，我們往這方向去做，我們可以採取分階段的方式，找專家學者討論逐步取消哪些項目對病人的影響最小，我想最後重點還是要回歸到對病人的影響。

三、10 幾年前我在美國時，醫院是不賣藥的，病人看完病後必須開車去 pharmacy store(藥局)買藥，現在醫院也開始設藥局了，因為美國民眾也受不了看病跑 1 趟、領藥要再跑另 1 趟，最後慢慢地反而接近我們的做法了。

四、我們將來要怎麼做，現在是高齡化社會，一個病人不管高血壓或癌症，多少還有便秘、拉肚子，如果不給付指示用藥，例如民眾需要 5 種藥，4 種是處方藥可以在醫院拿藥，另 1 種則需去外面藥局拿藥，這樣做是否會影響民眾就醫方便性。取消指示用藥，不是不能討論，可以做，但建議要循序漸進，先後順序可請專家學者做討論，建議健保署可朝這方向努力。

黃委員啟嘉

一、誠如李委員偉強講的，越屬基層的院所其他藥品金額的占率就越高，按照李委員的論點，取消指示用藥，受影響最大的是基層。這讓我想到，我們的醫療生態有很長的歷史，指示用藥的定義有時是模稜兩可的，民眾可以自己買藥，因那個藥沒有很大的副作用，不會造成立即的傷害，民眾知道那個藥的作用，無須藥師推薦要買什麼藥，他自己就可以當醫生。其實很多疾病，需要醫生的醫療專業判斷，screen(篩選)是否適合用這個藥。在這種情形下，是否為指示用藥，是模稜兩可的，它

是醫師指示的藥，只是風險性比較低的，之前最沒有爭議的指示用藥已經取消給付了，留下 922 項。

二、我們可以思考，當時設計公、勞保支付制度的人，難道沒有專業知識嗎？他當然有專業知識！為什麼會給付指示用藥？因有些事情，需要醫療專業的介入，我今天回到小病要不要健保給付的議題，若小病不給付的話，可能有一半的基層醫師會拍拍手，可以跟牙科一樣快快樂樂的執行醫療業務(眾委員笑)。對不起，我是羨慕你們很快樂。

三、我要講的就是，這個要從民眾健康長遠的發展和社會醫療型態來看，如果指示用藥的費用沒有占用醫療資源很大一塊，且民眾本身對這一塊的期待和使用習慣也無法一次改變，我們要緩著陸，如果一下子讓民眾自己去藥局買藥，可能小病拖成大病、造成副作用。我認為若是指示用藥全部都不給付，健保絕不會省錢，因可能有些病因此被延誤了，將來要花更大錢去修補回來，所以我建議從長計議慢慢來，不要一下子就全部取消。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

一、其實指示用藥取消與否，並不是從健保能夠省多少錢去考量，因為它是健保法的規定，就算是無法省錢，法已規定的還是要做，更何況從健保 84 年開辦，健保法就已明訂，剛很多委員說要給緩衝時間，已經給了 22 年的緩衝，還要再給多久？再給 22 年、還是 30、50 年的緩衝？從第 1 代健保法就已規定指示用藥不給付，當初修 2 代健保法時，為什麼沒拿掉？如果有很多考慮，在修法時就應該拿掉，但是連行政院版本都沒拿掉指示用藥不給付，更不要講立法委員版，表示行政院、衛福部、健保署也認為指示用藥不應該給付。

二、我覺得今天並不是爭議指示用藥到底要不要給付，因這個並無爭議，其在法已規定，如果現在還要給緩衝期，健保署應提出來，比如還要 1 年、2 年、3 年多久的時間，我剛剛提醒已經

給了 22 年的緩衝期，還要再給幾年，健保署應該要提出指示用藥不給付的時程。

三、剛剛有委員提到指示用藥是不是 borderline(邊緣)，會影響到病人，這是 TFDA(Taiwan Food and Drug Administration，臺灣食品藥物管理署)的責任，到底這項藥品是否屬指示用藥，是 TFDA 依照其專業判斷，如果其被歸到指示用藥，但大家認為還是需要醫師處方，那 TFDA 應該去更改其特性，而不是將其列在指示用藥。

四、既然大家認為讓民眾自行去購買某種 OTC 藥(Over-the-counter，非處方藥，即成藥)會有危險，TFDA 就應該要去調查、瞭解到底哪一類藥品有這個問題，並將其改成處方用藥，而不是列為指示用藥，且法也清楚規定不給付，我們在這邊還認為對民眾衝擊太大、民眾要花錢，那就是違法，何況健保會委員會的決議也不能阻卻違法，我要講健保會委員會的決議不能阻卻違法，違法就是違法。

李委員永振

一、第六案應有 2 個主題，但大家比較偏重指示用藥這個議題。我的看法是，無論社保司或健保署，都必須遵守法令；但卻讓委員提出本案，而社保司的回應好像怪怪的，怎麼會說尊重委員會議決議？若沒有違法情事，就說沒有，有就列出來討論怎麼辦；健保署則因第 2 個主題與指示用藥有關，不得不說明。難道除了指示用藥乙項外，就沒有了嗎？以前謝委員武吉常常提到部分負擔的部分，不是嗎？他在委員會議已講了 N 次，怎麼都不見了？沒有違法情事，就沒有，1 句話；有違法情事，就列出來，或也可列出有爭議的條文，例如施行細則第 45 條要怎麼處理。

二、第 2 個議題，在會議資料第 130 頁，提到 94 年開始處理，算一算至今也有 10 幾年了，應有成效，健保已取消給付之指示用藥有 1,518 項(62%)，還留有 922 項(38%)。剛有委員提到，

現應是進一步分析為什麼過去的 1,500 多項，可以取消給付，是藥證過期、還是無利可圖而退出市場？應讓委員了解是什麼因素。這 900 多項裡面，包含什麼東西；有委員說這些就是需要的藥品，因病患可能有便秘的情形，所以開一個解便秘的指示用藥。如果將來需依法行政，是否可將其改列為處方藥，總是要有明確的處理方式來解決這 900 多項，才不會因健保法第 51 條的規定而卡在那裡，發生有在處理、卻還是違法的情形。以上想法，供大家參考。

傳主任委員立葉

等一下再請健保署回應，先請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

剛委員提到要依法行政，原則上我並不反對，但有些事情還是有其歷史緣由，這是立法院在 104 年度中央政府總預算案所做的決議，假如指示用藥的給付真有其必要性，健保署有無可能修法？如果取消指示用藥真的窒礙難行，且對民眾影響是非常重大，我們也不想明顯違法，就誠如剛剛委員們提的，若能透過修法是最好的，不然就按照李委員永振所提意見，是不是有其他變通的方式，可以做改變，讓整個案子可以順利處理。

(註：

- 1.立法院附帶決議：為兼顧減輕病患自費負擔及推動健保法規定之指示用藥不給付之雙重目的，避免指示用藥取消給付後發生藥費不減反升的矛盾情形，爰要求衛福部應考慮病患經濟負擔，臨床用藥選擇及財務衝擊，並參考「全國藥品政策會議」結論辦理。
- 2.104 年 2 月 10 日全國藥品政策會議結論：指示用藥給付是否有充足法源，應進一步檢討修正。)

蔡委員登順

一、剛剛所談的指示用藥，法令有規定要漸漸廢止。我們過去常常談藥品的替代性，這部分一年多少金額可扣減，新藥取代舊藥每年都沒將其金額列出來。我們還編列那麼多新藥新科技的預

算。既然指示用藥要民眾自付，健保費費率 3 年後又要調漲，民眾的抱怨會更多，對有錢人而言，多付 100 元不算什麼，沒有錢的人多付 100 元是很辛苦的，也違背健保的精神，建議應慎重考量。

- 二、今日看到媒體報導感冒藥、腸胃藥都是指示用藥，未來恐需自費，感冒與腸胃病有很多種病菌型態及治療用藥均不同，一道政策下來指示用藥健保不給付，弄得消費者都很緊張，尚未確定的事，建議健保署這方面要慎重，不要隨便發布這種新聞。健保的精神——照顧弱勢、照顧偏遠地區，我建議一定要守護。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、謝委員武吉提本案，並非表面所見的那麼單純(朱代理委員益宏：很單純啦！)，是有很深層的意義。有關討論事項第五案，謝委員於提案內容沒有明寫出，醫院買多少錢、健保署就給多少錢，他是想藥品價應按醫院層級分級支付，只是不好意思寫出來，私底下我們有討論到藥價差的問題。藥價差本來就是自由經濟裡必然產生的，誰都無法去管控，只能做到很好的管理規範而已，健保署已經盡最大能力去做管理規範。
- 二、指示藥的用法裡面，確實很多處方藥必須搭配指示用藥，這是我去訪問很多醫生，他們告訴我的，很多處方藥都有副作用，處理副作用的方法就是用指示用藥來除去副作用。一個藥品如果很單純，醫生不會開那麼多藥品，我認為健保署要全部取消指示用藥的給付之前，要慎重考慮，醫生所開的處方藥裡面，為何要加指示用藥？一定是因為有副作用產生，例如會導致嘔吐，醫生就會加一個讓病患不會嘔吐的指示用藥在裡面；並非醫生僅單開一項指示用藥，沒有那麼單純。
- 三、謝委員武吉認為指示用藥應全部取消，我覺得健保署應慎重考慮，如果處方藥會有副作用，必須搭配指示用藥，就不能把它拿掉，例如服用該處方藥會瀉肚子，就需加止瀉藥在裡面。我不是醫生，但是我去訪問醫師時，他們有對我解釋說明很多，

所以為什麼還有 922 項無法拿掉，原因就在這裡。謝委員所講的違反健保法的項目，不只指示用藥而已，包括分級醫療的制度建立、自付額的比例，還有其他在法規上規範的事情，他應該是很清楚哪幾條違法，但他沒有一條條寫出來，我認為謝委員應該把違反健保法哪幾條內容寫出來，讓委員知道才對，委員才能弄清楚，而非請社保司和健保署清點。

#### 傳主任委員立葉

謝謝，我想討論重點就先暫時放在指示用藥。委員已表達過意見，先請社保司說明後，再請健保署回應。

#### 商委員東福

謝謝各位委員提供寶貴意見，其有歷史淵源和複雜因素在裡面。健保業務的主管機關是衛福部，社保司是衛福部的幕僚，健保法是我們主管，因為本案是委員提出來的，所以我們尊重委員會所討論的決議。趙委員銘圓提到歷史因素，健保係延續當時公、勞保所給付的指示用藥，健保並沒有增加新的指示用藥，在此必須向委員說明。李委員永振過去也曾質疑衛福部有違法情事，但是我們自認並無違法，社保司和健保署是公務人員，不可能做違法的事情，但是歡迎大家提出需要檢討改進的項目。

#### 戴組長雪詠

- 一、剛剛商委員東福提到政府機關依法行政，所以在健保法、藥物給付項目及支付標準都有提到逐步縮小原公、勞保時代指示用藥的給付範圍，健保署的確是依照這樣的原則，從過去到 105 年總共取消了 1,518 項的指示用藥給付，不給付的品項，包含 94 及 95 年取消制酸劑與低含量、低效價的維他命用藥，接著是其許可證已經註銷了，或者退出市場等。
- 二、剛剛委員提到指示用藥的定義，TFDA 係依照藥事法規定，屬風險較低、年代久遠的品項，就會列為指示用藥，由民眾在是醫師、藥師、醫事人員的指導下使用這些藥品。目前這類指示藥品的金額約 17 億元，約占 1,600 億元藥費的 1%，原則上只

要不給付，就不會發生藥費。

三、大家關切 104 年立法院的附帶決議，其重要精神為於兼顧醫師臨床用藥的選擇、病患用藥權益、健保財務負擔，去考慮是否不給付指示用藥。健保署也是這樣考量，如何減少對病患用藥的衝擊，讓醫師有漸進式選擇的狀況。

四、經我們分析 106 年 1 到 8 月申報的指示用藥品項數計 922 項，經歸戶後的使用人數，不含西醫基層簡表申報的醫令資料，85% 的品項數約有 5,000 人使用，1 萬人以下為 87%，5 萬人以下為 93%，約都落在這個範疇，因這部分並未含西醫基層簡表申報的醫令資料，故可能會低估。向委員說明，這些指示藥，包含解熱、鎮痛、祛痰、點眼液劑等，這類品項在藥局、藥房，都可以買到，以上簡短說明。

傅主任委員立葉

委員還有沒有其他意見？

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

一、健保法並未規定漸進式取消指示用藥的給付，剛剛有提到如果真的窒礙難行，建議健保署、衛福部提出修法，哪些狀況下，無法取消指示用藥的給付。如果不修法、又不取消給付，確實有問題。我覺得今天開完會馬上決定說明天就取消，那對民眾衝擊確實是大。

二、戴組長雪詠提到 85% 的指示用藥，歸戶後全台灣只有 5,000 位病人使用，門診就醫總人數可能上百萬至上千萬人，只有其中的 5,000 人會受到影響。建議健保署能否考慮先處理這 85% 的指示用藥，不然只有戴組長剛剛提到的 94~95 年時取消制酸劑等的給付，其他都沒有取消，都是藥證到期、廠商不賣的市場自然淘汰，之後都沒有取消給付。

三、因委員多不希望健保署違法，又不希望對民眾造成衝擊，我提出具體建議，優先處理剛提到的 85% 指示用藥，這個做為第 1 階段，之後再提會報告其執行情形，以決定下階段的處理方

式，並不是處理 85% 的品項數後就不用再處理了，又要再等個 10 年，那樣不行。但我覺得也要顧慮民眾反應，故於第 1 階段處理完後提會報告執行結果，並提出預計第 2、3 階段要取消哪些項目的給付，總是要有一個時間表。我覺得健保署至少對於項目的處理要有時程，不然一拖就 20 幾年，今天謝委員武吉若不提出本案，指示用藥的問題，再放 10 年也不會處理。

傅主任委員立葉

有多位委員舉手要發言，因為將來還有表達意見的機會，綜整委員意見，共識其實滿高的，我可否先做結論，請健保署在兼顧病患權益與社會衝擊之下，檢討如何落實健保法第 51 條第 4 款的規定，對於成藥或指示用藥如何逐步不納入健保給付的作法，提出具體的規劃及配套措施，然後再提到本會報告，委員如有相關意見，屆時還可再表達。

千委員文男

可以啦！

蔡委員登順

如果指示用藥不納入健保給付，建議要計算出 1 年不給付指示用藥而節省的費用金額供委員參考，在總額協商時，我們才知道這部分到底節省多少錢，要再加多少金額進去，我想這是合理的。不能這部分不給付，而省下之費用仍留存各部門總額，又繼續投資新藥新科技，永遠無止盡。既然大家講那麼清楚了，指示用藥不給付，變成自付後，民眾的負擔就會增加，相對地我們要知道指示用藥不給付 1 年省了多少錢，它的流向到哪裡，委員們方知下年度協商時要給多少成長率。

傅主任委員立葉

健保署的報告內容，請包含相關規劃、配套措施，及對健保財務的影響評估，再提會報告。先請陳委員亮良，再請趙委員銘圓及蔡委員麗娟。



陳委員亮良

- 一、針對本案大家討論非常久，也讓人更感受到，近來形成的「公務人員難為」這種現象，我也要為我們公務人員講點話。本案一直在說違法，但其實在公部門都是依法行政，最近我在職場上看到離職率也非常高，很多同仁考上又辭掉工作，而公務人員努力做到爆肝，似乎社會上還是不滿意，一說要砍公務人員退休年金，就馬上通過了。
- 二、我覺得本案若要提到健保署或衛福部，還是要審慎處理，因為涉及層面很廣，也希望不要動不動就說是「違法」。公務員最怕違法，因為平常都是在執行法令，三人成法，也就是執行的內容是要多數人能夠認同的，建請本案就依主席裁示內容來做。補充一下，擔任公職真的是很難做，薪水少、責任又很重。

林委員錫維

主席，提出程序問題，現在已經超過 1 點半了，請問今天是否要把所有討論案都討論完？若要延長會議，大概需要多久時間？希望有個較明確的時間點。

傅主任委員立葉

循例委員會議時間不超過 2 點，所以今天仍預計 2 點結束。請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

若指示用藥不予給付窒礙難行，建請健保署提出修法案，使現況符合法制。

傅主任委員立葉

請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

- 一、依昨天健保署發布的新聞稿，若指示用藥改為健保不給付，1 年將可省下健保支出約 17 億元，不過前陣子也有專家學者統計表示，可節省 120 億元，2 個數據差異非常大，我覺得健保

署有很好的數據可以分析，應該可以去看看指示用藥有哪些類別、分別用於哪些相關疾病種類，並且分析若錢省下來之後，到底該怎麼規劃應用。

- 二、若能將節省下來的錢，指定用於新藥新醫療科技項目，對於病友來講，因指示用藥費用較低，改為民眾自付的阻力相對較小，且目前節省了對疾病影響不大的用藥，但未來對重大疾病所需的新藥新科技費用，提供一個可以使用的機會及希望，相信對於推動「指示用藥改為健保不給付」，有助於提升民眾的意願及減少阻力。

傅主任委員立葉

先請古委員博仁，再請何代理委員語。

古委員博仁

- 一、指示用藥行之多年，是對過去社會習慣的一個尊重，但是既然目前健保法規定指示用藥不給付，也確實有必要予以修改。我想健保總額就是這麼少，若把指示用藥改為不給付，希望可用這筆費用，把病人照顧的更好，並建議政府可順著這次機會來教育民眾。
- 二、在此分享我到日本參訪的經驗，看到日本在政策上是鼓勵社區藥局藥師去告訴民眾小小病，可以自己改用轉類藥品，也就是從處方藥改為使用 OTC 藥品(over-the-counter drug，非處方藥)，甚至鼓勵在年底可以扣抵稅額，如此便可減少健保資源浪費。
- 三、會議資料第 124 頁說明三之表格所呈現的藥價差數據，其中特約類別為「診所和藥局」，102 年藥價差為 38.2%、103 年為 38.4%，若說此數據是正確的，那多數社區藥局都會跳腳！社區藥局的藥價差怎會這麼大，收取的處方箋，絕大部分都是慢性病連續處方箋，根本不可能會有藥價差這麼高的數據。
- 四、建議未來於特約類別，應將診所及藥局分列，分別呈現其藥價差。因為藥局絕對不會超過 10%，目前將診所及藥局混在一起

呈現，若我不提出異議，會等於默認，社區藥局藥價差怎可能比醫學中心、區域醫院、地區醫院還高？社區藥局沒有採購及議價能力，也沒有主導權，請問對這個數據怎能認同？我們看了實在心在痛！到底前開數據的依據在哪？我們也很想要瞭解。連醫界都認為，怎麼會有這樣的數據？未來數據也應該要有說服力，以藥師公會來說，我們看到社區藥局的藥價差竟然是最高的，這樣的數據真的是令人很訝異。我想應可再次檢視，於當中找出可能的問題。

五、再次重申，社區藥局在慢性病連續處方箋的部分，我可以保證，藥價差絕對不超過 10%，我們的議價力、毛利這麼微薄，但是卻呈現我們是 38.2%、38.4% 這樣的數字，真的是所有的社區藥局都要跳腳。

傅主任委員立葉

黃委員啟嘉要發言，不過依剛剛的發言順序，還是先請何代理委員語，再請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

不好意思，因為剛剛古委員博仁的發言中提到基層診所，所以我想先予回應。我對社區藥局藥價差的冤屈是非常支持，但診所也很需要澄清一下！若以古委員所言藥局藥價差為 10%，似乎是說其餘的藥價差都是西醫基層診所的，那等於是說診所的藥價差達到 70% 多？但絕非如此，荒謬極了！數據不可能是這樣。(委員笑)

傅主任委員立葉

等健保署專案報告時，再看看是否有相關資料可以說明或呈現。請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、我不知道藥品要歸類於指示用藥或處方用藥是否由健保署判定，如果是的話，建議對使用處方藥時，所應搭配的此類指示用藥，應將其名稱轉換，不要再稱呼此類藥品為指示用藥，例如改稱為「處方搭配藥品」。

二、以我個人經驗來說，兩個禮拜前因感冒引發病毒型腸胃炎，一開始醫師就很坦白，現在開給你的，對於病毒性腸胃炎不算是很好的藥，不過吃完 3 天藥再去回診時，醫師說這次會開比較好的藥給我，但是它的副作用會讓攝護腺排尿有困難，所以囑咐我要另行購買攝護腺的藥品來搭配著吃。試想今天若民眾就醫，醫師開了處方藥，但又叫民眾要自行再去外面藥局買另一種藥來吃，這樣對患者很不方便。

三、請問健保署，目前這 922 項指示用藥，是不是有很多屬於處方用藥所必須搭配使用的藥品？如果是，建議就轉換名詞，不要再稱它為指示用藥，這樣就解決了，也不會有違法的問題。若屬健保署權責可決定的範圍，就很容易解決這 922 項指示用藥的問題。建議整個重新評估，尤其針對處方用藥副作用所須搭配的指示用藥來考量，這樣就可解決很多困難之處。

傅主任委員立葉

請問委員是否還有其他意見？沒有的話，稍微修正剛剛的結論：

一、請健保署考量病患權益及對社會之衝擊，檢討如何落實全民健康保險法第 51 條第 4 款之規定，或評估有無修法之必要。

二、對於現存 922 項指示用藥，如何逐步或分階段改為不再納入全民健康保險給付範圍，及其相關配套措施，包含健保財務影響之評估，請健保署提出具體規劃後，再至本會報告。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

請問此決議會列入追蹤事項嗎？

傅主任委員立葉

討論事項的決議一定會列入後續追蹤事項，不過本案決議就不設定完成時間，因為健保署規劃時需要諮詢更多意見，建議不設定期限。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

但不能讓署完全沒時間壓力，否則可能又規劃 20 年，還是需有追蹤機制來讓署有點壓力。

傅主任委員立葉

請放心，會納入本會委員會議追蹤事項。請問委員是否還有其他問題？沒有的話，我們就進行下一案。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

第六案是將 2 個案子併案討論，現在已經討論完後半段的指示用藥部分，但前半段還沒討論，是不是要討論一下？

傅主任委員立葉

請問各位委員認為如何？

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

後半段已討論結束並做成決議，但前半段的部分，則是希望要依健保法規定來盤點，看看目前到底還有哪些違法事項。目前絕對不只健保法第 51 條未落實執行，我這邊也列出一些可能有的違法之處，請相關單位還要提出說明，如果真的違法的話，衛福部要予以檢討，更何況我是對社保司對本案提供之「尊重委員決定」意見，有所質疑。請問社保司，你說尊重委員決定，所以違不違法是由委員決定嗎？

商委員東福

剛才已說明過，因為本案是委員提案，因此，主要是尊重委員的討論結果。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

提案人謝委員武吉提案的原意，是希望盤點違法情形。

商委員東福

如果有盤點出來，大家可以討論。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

一、我想這不應該由委員來盤點，同時應請衛福部也要考量，若衛福部只盤點出健保法第 51 條違法，那也是部做成的結論。在此向各位委員報告，剛剛謝委員武吉臚列違法情形，我已幫謝委員列出來了：

- (一)健保法第 43 條部分負擔，依該條文規定，常規應採定率收取部分負擔、例外才用定額收取，但現在是把例外當常規，也就是一直都採定額收取，更何況這個定額都沒有依法每年公告，因為就算採用定額也仍須每年公告。
- (二)健保法第 51 條，這剛剛討論過了。
- (三)健保法第 61 條總額是分成門診跟住院，門診總額再去依醫師、中醫師、牙醫師、藥師及藥品來分，但是現在並不是這樣分，顯然這也違反健保法。
- (四)健保法第 62 條有沒有違法，我認為有點灰色地帶。依法條所示，超出藥費支出目標時，應由醫療費用總額扣除，所以我認為應該從大總額去扣掉，但是目前實際執行上，是由各部門總額去扣除，執行面的扣除方式，我覺得是有問題的。
- (五)健保法第 44 條全民健保應實行家庭醫師責任制度，雖然本條文未執行可能不違法，但經過 20 多年，健保署也一直都沒執行。

二、前述所列 5 點，在此特別向主席、衛福部長官及何代理委員語報告。所以我們才希望衛福部要去盤點一下，對於健保法實施現況，到底有哪些地方違法？不知道衛福部到底有沒有盤點？因為健保署是執行單位，盤點的責任不在該署，而是法令及政策的主管機關衛福部該負責，因此委員提案是希望衛福部盤點，剛好衛福部代表商司長東福也在場，反映給他。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

主席，我想朱代理委員益宏不必向委員報告，建議他應改用書面列出，每項條文違法詳情及內容，送交健保署研議，並請衛福部法規會指導。因為法律規定方面，委員也很難弄清楚，我現在這樣看是甲方，但他那樣看是乙方，中國字其實很難解釋，因為都可以各自表述。再次重申，宜以書面方式送健保署、再請衛福部法規會研議，確認其內容是否真的有違法。

傅主任委員立葉

- 一、我想就依之辦理，本會一方面會將委員意見轉達給衛福部，請衛福部盤點是否有違反健保法之處，另一方面，委員如有具體違法事項，亦請提出。
- 二、以上資料會一併轉交給衛福部，請衛福部就法律規定予以檢討，爰請委員以書面意見方式提供意見，較為合適。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、就我們所認知到的違法部分提出本案，用意就是希望衛福部進行盤點，但並未看到衛福部去做。因本會職責亦包含監理，監督健保相關權責單位執行法律時是否違法，也就是督促健保署及衛福部應依法行政。
- 二、若何代理委員語的意見是委員的共識，覺得不需在此討論，那就依委員會議決議，由謝委員武吉擬具書面資料提送衛福部。
- 三、但無論如何，衛福部盤點結果，仍應到本會報告及說明，不然講了半天一點回應都沒有。若衛福部認為自己不違法也可以，因為本來解釋權就是在主管機關，但是就算是認定不違法，也要向委員解釋及說明。

傅主任委員立葉

請所有委員，包括謝委員武吉，若覺得有具體事項需反映，請以書面意見提出，彙整後據以轉達衛福部，如此較能得到具體回應，也比較能追蹤。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

所以是提書面意見，於下次討論嗎？

傅主任委員立葉

如果有書面意見的話比較好，以利得到具體回應及後續追蹤。

干委員文男

- 一、大家講那麼多，其實應該還是要先問衛福部及健保署有沒有能力解決此問題，真的有辦法可將 900 多項都改為不給付嗎？前

面健保署表示有那麼多的考量及困難，因為若不給付指示用藥，就等於是全民的負擔及風俗習慣都得改變。

二、請衛福部及健保署如果做的到就盡量做，若做不到，要提出來跟大家討論。今天講那麼多，其實沒有實質效用，還是請 2 個單位回去好好考量，做得到的就去做，也請別忘了，無論如何應以全民利益為優先。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

對不起，我跟干委員文男意見有點不一樣。做不做的到是一回事，若做不到，主管機關應該要提出修法，直到法令修訂完成，得以執行。健保法第 51 條也是這樣，目前實際執行如有違法處就應該改，例如總額依該條文的規定來切，實際上有困難的話，就是主管機關應提修法，以符現狀。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

一、本案已討論蠻久，剛剛朱代理委員益宏也多次提到及強調違法，但我覺得說違法太沈重。我要幫衛福部社保司，還有健保署講一點話，像剛剛提到的部分負擔，委員可參閱健保相關法規條文，請看健保法第 43 條規定略以：「保險對象應該自行負擔門診或急診費用之百分之二十...」，但該條文第 2 項也提到，應自行負擔之費用，得以定額方式收取。

二、剛才朱代理委員益宏認為「部分負擔依法應採定率收取，目前採定額收取，即視為違法」。但是目前的執行方式，完全就是依健保法第 43 條規定辦理，我認為完全沒有違法的問題。所以我認為督促主管機關來做些變革是有必要，但是態度要更為持平，盤點可以，但不要預設立場認為有違法，這樣太沈重了。

傅主任委員立葉

一、感謝委員提供不同解讀，可能有些委員解讀成違法，可是有些



委員卻不這樣認為，所以建請具體提供書面意見，這樣後續研議後仍有機會討論，到時候再來決定是否要提送衛福部參考，這樣好不好？(未有委員表示反對)本案就討論到這裡。

二、接著進行下一案(有委員提示會議時間僅剩 7 分鐘)，目前第六案已經討論完畢，要進行討論事項第七案嗎？

蔡委員登順

本案健保署意見已表達很清楚，應該不用討論太久，所以 7 分鐘可以討論完就繼續討論。

吳委員榮達

第七案就同意健保署意見即可。(委員笑)

趙委員銘圓

我對第七案有意見。

傅主任委員立葉

有委員要對討論事項第七案表達意見，那我們就儘快進入討論。

拾、討論事項第七案「呼應健保署李伯璋署長及其同仁之『從健保大數據分析，邁向健保改革之路』乙文，建議檢討健保給付價較高之品項(如：電腦斷層、磁振造影、正子造影等)支付點數及給付規範，防杜藉由高單價檢查項目不當圖利之情形」與會人員發言實錄

傳主任委員立葉

為節省時間，幕僚不再宣讀及說明，請委員直接表達意見，先請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、對於健保署意見「本案建議下修健保給付價較高品項之支付點數及檢討給付規範」，我原則上當然是同意，但建議檢討出來的規範及給付點數應該都要合情合理，絕對不是為了檢討而檢討、為了砍價而砍價的方式。
- 二、對於李署長伯璋在聯合報發表之文章「避免重複檢查，醫病都應盡己力」，對於署長的呼籲，我個人是非常認同，但對於文章中「節制浪費、研議部分負擔制」乙節，提到「對於醫療資源的使用管理，我們不該將責任全然要求醫療院所，站在人性觀點，許多民眾對不必額外付費的檢驗檢查來者不拒，甚至認為繳了健保費就要多做檢驗、檢查才划算」，這段話由署長口中說出來，個人認為非常不妥，節制浪費我當然贊成，但要做檢查，到底是醫生主導還是病人主導？
- 三、假如病人可以主導，那署長講的是對的，但實務上，病人往往是沒有主導權的。一般來說，都是醫生要叫病人做什麼檢查，病人就得去做該項檢查！病人怎能要求多做檢查？或許真的有，但應是極少數的病人，多數人都不會這樣。因此，把抑制檢驗檢查這樣的責任丟給民眾，實在有點太沈重。
- 四、目前健保在比較精密的檢查，不管是 CT(Computed Tomography，電腦斷層掃描)或是核磁共振，幾乎都是醫生認為可能有問題，病人才能去做某個疑似病灶部位的檢查。不知

道現在是否有針對 40 歲或 45 歲以上可以去做的健康檢查，還有針對比較重大的疾病，能否整合為一套檢查，因為要是這次懷疑有病灶的部分，做了一套檢查，但可能檢查的部位不對，下次又得整套檢查重做，不但會錯失一開始最利於診斷的黃金時機，並且對健保資源也是浪費。建議應朝精準醫療的方式去規劃，在同一次檢驗檢查中，把可能所需的部位、或需防範的部分一併納入，以避免健保資源不必要的浪費。

傳主任委員立葉

先請蔡委員麗娟，再請李委員永振。

蔡委員麗娟

- 一、關於高端檢查的重複狀況，首先，對於病人而言需要做什麼檢查，完全都需尊重醫生的醫療專業判斷，醫師認為確實有診斷或治療上的必要，才能去做這些檢查，也就是「必要性」是由醫生決定，提案內容所提用「高單價檢查項目不當圖利的狀況」，我想就醫院或醫生來說，應該不至於有這些狀況。
- 二、為何有重複檢查的情況，如病人於同一院所就診，應該就可以看到過去已做過的檢查結果，較不會有問題；但若為重大疾病，往往會鼓勵病人尋求第二意見，因此病人跨院所就診時，當下病人可能不是很清楚過去做了什麼檢驗檢查，而另家院所醫生也基於診斷需要，也可能會再開 1 次檢驗檢查單。對重複檢查，我想可能的解決方式有：
  - (一)現在健保署已建置雲端醫療紀錄，讓醫師可在跨院所方式，去查詢病人在最近 6 個月內做過什麼檢查，這是一個解決方法。
  - (二)另一個解決方式，則可由病人端進行教育宣導，並於初次檢查後，就提供病人 1 份影像檢查的光碟，供後續使用：
    - 1.對病人進行教育宣導，使其知悉例如電腦斷層這樣的檢查，需要施打顯影劑，病人會暴露於醫療輻射中，重複一直檢查累積的醫療輻射劑量甚至會有不利健康的風險，也

就是需讓病人了解，重複檢查除非必要，否則是有危害的。

2.以病人做了 MRI(Magnetic Resonance Imaging，核磁共振攝影)、PET(Positron Emission Tomography，正子攝影)或 CT(Computed Tomography，電腦斷層掃描)為例，通常做完後要等到下次回診才能去看報告，建議在病人看報告時，就提供給 1 份病人影像檢查的光碟給病人，然後教育病人下次要做檢查時，不管是在相同或不同的醫院就診，都可帶著這個光碟去，病人就可提供最即時的檢查訊息給醫師。這樣可以減少病人重複檢查的問題，同時對病人也是保護。

3.另外這也利於即時性，因為做完檢查，要等到下次回診才能看報告，可能又要多花 1~2 週等候，病人若能帶著光碟(已經做過的檢查結果)走，於後續就診時(例如尋求第二意見等)，就可立即提供更足夠的醫療資訊，以利醫生判斷。

四、綜上，當然以本案健保署所提意見「減少支付點數以減少重複檢查」是解決的方式之一，但是從由雲端檢查資料庫系統，或是針對病人進行教育，並於做完高端檢查後，提供 1 張影像光碟，也是另種解決途徑，如此一來，很多不必要的重複檢查或許也可減少。

傳主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

健保署提的做法值得肯定，簡單 2 點建議：

一、目前健保署處理的檔案屬於結構性的資料庫，是過去資料的回溯，若是大數據分析，最主要的功能應分析非結構性的資料，建議往這方面努力。

二、努力的結果誠如剛才蔡委員登順所提，要回歸到對健保支出到底影響多少？將來在協商上應該要變成一個貢獻，這樣對收支

平衡的那個點才有解。

傅主任委員立葉

請葉委員宗義。

葉委員宗義

我提結論建議，本案已經呼應健保署長及其同仁的意見，若沒通過健保署就沒面子，建議照健保署的意見為結論。

傅主任委員立葉

我也是這樣想，委員的意見請健保署參考，就按照健保署的意見通過。請何代理委員語，再請干委員文男。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我尊重健保署的意見處理，但在說明四「...進行支付點數下修(減少3成)...」，減少3成這部分請健保署慎重考慮，有無必要減少3成，還是3成太少，要減少至4成，或是3成太多，要減少至2成，請慎重考量，因為每家醫院買來的設備價格差距太大，做128切或256切的電腦斷層是多少錢？同樣的檢查，不同的機器設備成本是不同的，所以請健保署慎重考量，評估設備來做最後決定。

傅主任委員立葉

減少3成不是健保署的意見，是提案人的意見，這部分不列入決議。請干委員文男。

干委員文男

我贊成健保署的看法，降低支付點數是一種手段，但是反過來，使用量可能會增多，會不會又出現以量衡價，這是個問題。雲端藥歷大數據我們都沒用到，雲端藥歷以前講多少，現在只剩下使用量多的給你查詢，請問署長雲端藥歷回饋多少費用給查詢的醫生？1年花多少？

李署長伯璋

請同仁說明雲端藥歷的使用情形。

曾專門委員玫富

向委員報告，目前全部的醫院、約 1 萬家(94%)的西醫基層診所、67%中醫診所、8 成牙醫診所、8 成藥局都有在使用，約有 6 萬個醫事人員在查詢，81%的病人看診時都有被查雲端醫療系統。

干委員文男

那還是不足啊！那時才 6、7 成。

曾專門委員玫富

病人數已經有 8 成，約 81%。

干委員文男

所用的回饋金有多少？

曾專門委員玫富

那是頻寬補助，與查詢不同，查詢是診間插卡就可以查。

干委員文男

當初要他們辦理，查多少要補助他們嗎？現在沒了嗎？

李署長伯璋

沒有，現在是沒有查詢，萬一重複檢查，就要扣費用，這本來就是他們的責任。

干委員文男

這部分若要省一點，可以多請一些人來看，就可以減少重複及不必要用的檢查，賺的錢會比現在說的還多，但是我們都沒做。

李署長伯璋

請您放心，這個原本都有在做，不管是頻寬或其他部分，今年健保署的醫管、資訊都在布局，有些醫師認為不方便查詢，還有很多醫院專門在看的處方的部分，他們有來健保署指導要如何看，畫面會比較好看。

干委員文男

癌症的電腦斷層、磁共振影、正子照影等，若可以看的時候，就不用再重複檢查了嗎？

李署長伯璋

當然，過去就是大家要查詢，但不好使用，10 月整個系統都連結，所以會多鼓勵醫院使用。

干委員文男

今年 10 月才連結？

李署長伯璋

本來就可以查詢，但是速度比較慢，剛剛蔡委員麗娟提到要有即時的資訊，現在是若您去台大醫院看病，1 個禮拜後可以看報告，1 個禮拜後您去黃啟嘉診所也可以看到報告，不用跑來跑去。

干委員文男

但是很多醫院都抱怨速度太慢了，可以看的時候病人不知道看多少，時間都耽誤了。

李署長伯璋

所以 10 月會連結所有網路頻寬，22 年的健保，有些健保資源要改善我們的設備，若都沒做，醫生就會做的很辛苦。

干委員文男

請問「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」的經費，頻寬的經費還有剩嗎？建議澈底做下去比較快，不然病人看了好幾個還不能看，使用率自然就減少。

傅主任委員立葉

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

其實雲端藥歷推動的相當成功，現在基層診所使用雲端藥歷是越來越高，大家普遍已有共識且支持，但是過去對於雲端藥歷，基層有個爭議點，我們是以行為而不是以結果做評估，我們希望用結果評估，雲端藥歷的目標是減少重複用藥，要看這家診所重複用藥是否降低，若降低很多，就不要限定查詢的行為，有些東西若醫生有把握不會重複時，有很多情況是不可能會重複，若你強迫從行為去評估，他會浪費時間在查詢上，而不是花時間在病人身上，基層的爭

議點在此，但基本上我們對整個雲端藥歷的政策是很支持，也很肯定。

干委員文男

你們有問題都不敢說出來，頻寬的問題也拖太久了。

傅主任委員立葉

請吳委員國治。

吳委員國治

我們沒拿到錢，又花時間，但是我們還是肯定健保署的作法，這部分可以節制浪費。

干委員文男

肯定你們有做，但健保署沒給你們錢。你們有問題不提出來，我問了你們才講，很多醫師都說要等很久才看的到，這些時間可以看不少病人，所以我發現頻寬有問題，我們上次一再提及頻寬要換，但沒看到有在進行。

傅主任委員立葉

好，本案就討論到此，剛剛委員的意見請健保署參考，按照健保署的意見通過，為了避免誤會，強調一下，健保署意見是在會議資料第 131 頁下面，為了節省時間，不再重複唸文字，提案人的說明文字不包括在決議。

干委員文男

建議性也可以參考。

傅主任委員立葉

這些意見也請健保署參考。現在已經超過下午 2 點鐘，請黃委員偉堯。



## 拾壹、臨時動議與會人員發言實錄

### 黃委員偉堯

我用 30 秒提臨時建議案：關於健保會提供預算，委請健保署進行「健保藥品品質監測計畫」一案，建議健保署進行該計畫的結案或進度報告。

### 千委員文男

「健保藥品品質監測計畫」也做很久了。

### 傅主任委員立葉

臨時提案大家是否附議？(有委員附議)大家附議我們就列入下次報告案。今天會議就進行到此，散會。

## 討論事項第一案「107 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案」

### 更新說明四(依牙全會來函)：

四、牙全會函復本會資料，摘要如下：

- (一)依牙全會 106.10.13 函復(詳會議資料第 64 頁)，107 年牙醫門診總額一般服務預算(不含 106 年品質保證保留款)已達 100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。
- (二)另依牙全會 106.10.26 函復(詳後附資料)，建議自 107 年度全民健康保險牙醫門診總額一般服務費用，移撥 3.45 億元，用於下列項目：
  - 1.「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」(經費 2 億元)。
  - 2.「牙醫特殊醫療服務計畫」(經費 0.5 億元)。
  - 3.「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」(經費 0.8 億元)。
  - 4.「投保人口就醫率全國最高二區之保障款」(其中中區 0.1 億元，高屏 0.05 億元，合計經費 0.15 億元)。
  - 5.若一般服務費用移撥經費有剩餘，則優先用於牙周病統合照護計畫第 3 階段費用；若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

附件

檔 號：

保存年限：

## 中華民國牙醫師公會全國聯合會

地址：台北市復興北路420號10樓

傳真：(02)25000126

聯絡人及電話：柯懿娟 (02)25000133 轉 261

電子郵件信箱：coco@cda.org.tw



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國 106 年 10 月 26 日

發文字號：牙全延字第 0563 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關 107 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，  
請 查照。

說明：

一、依據本會第 13 屆第 2 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議辦理。

二、本次地區預算分配方式調整，「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」移撥 2 億元，「牙醫特殊醫療服務計畫」，經費 0.5 億元，「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」移撥 0.8 億元，「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」移撥 0.15 億元，共 3.45 億元。

(一)「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」，經費 2 億元由一般服務支應，經費使用如下：

1.「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」，經費 2 億元，為避免因預算不足排擠偏鄉民眾就醫之權利，由一般預算提撥 2 億於此。該預算按季均分及結算，以當區前一季浮動點值不低於 1 元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

2.計算方式：以 106 年第 1 季一般費用執行數同期推估全年一般費用執行約 1.8 億元，預估 106 年全年執行數較 105 年一般費用成長率約 7.39%，推估 107 年由

一般支出經費約 2 億。

(二)「牙醫特殊醫療服務計畫」，經費 0.5 億元由一般服務支應，經費使用如下：

1.107 年特殊計畫協商結果為 4.84 億，為避免因預算不足排擠身障民眾就醫之權利，由一般預算提撥 0.5 億於此。該預算按季均分及結算，以當區前一季浮動點值不低於 1 元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

2.計算方式：106 年 1-6 月特殊醫療服務計畫經費為 2.2 億，執行率為 51%，推估全年執行率為 102%，特殊醫療服務每年成長率為 10%，預估 107 年預算所需 5.34 億，缺口 0.5 億。

(三)「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」移撥 0.8 億元。

(四)「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」移撥 0.15 億元，移撥全國一般服務醫療給付費用總額支應全國投保人口就醫率最高之二區中區及高屏，經費分別為 0.1 億元及 0.05 億元。

(五)若一般移撥經費有剩餘，優先用於牙周病統合照護計畫第三階段，若再有剩餘則回歸一般服務預算。

正本：衛生福利部全民健康保險會

牙醫全聯會  
校對章(262)

理事長 謝尚廷 出國

常務理事 黃立賢 代行

本案依照分層負責規定  
授權 牙醫門診醫療  
服務審查執行會 主委決行

## 從健保大數據分析，邁向健保改革之路

文、圖 / 李伯璋 張禹斌 林子量 黃信忠 詹建富 龐一鳴 蔡淑鈴

衛生福利部中央健康保險署

### 前言

全民健保開辦至今已有22年，讓全民享有就醫的便利性，掃除弱勢民眾就醫的經濟障礙，並保障其醫療權益，此一社會保險制度是台灣社會安定的基石，也吸引各國來台取經效法的對象。為落實蔡英文總統之醫療政策目標及具體主張：「進行醫療體系水平與垂直整合，推動『從社區到醫院』的連續性全人照護健康體系，以因應高齡社會」，健保署今年積極推動分級醫療與落實雙向轉診作為政策施行重點，期待透過有效的社區健康照護網絡及雙向轉診制度，提供民眾最完整、便利的健康醫療照顧。

健保署於105年12月首次針對全民健康保險特約院所執業之西醫師，進行滿意度調查，醫師對全民健保表示滿意（含非常滿意）為30.2%、普通31.0%、不滿意（含非常不滿意）為38.7%，其中，有高達86.8%醫師認為「民眾浪費醫療資源及藥物」，這也提醒健保制度要改善的方向。就醫療經濟學而言，人口老化、慢性疾病增加與新藥新科技不斷進步，都會讓醫療費用支出合理上升，但除了這些外在因素外，是否還有其他造成健保醫療支出繼續飛漲的原因呢？我們嘗試從健保大數據的資料中，希望能挖掘某些值得醫界與社會大眾共同省思之處，作為未來健保改革的方向。

### 健保申報資料分析結果

門診就醫人數維持在2,053萬人到2,199萬人，住院人數維持在169萬人到199萬人之間，平均每年變動幅度不大（圖1）。但從每年就醫人次趨勢來看，全台門診就醫人次則由每年約2億5,675萬人次成長到105年已達2億9,166萬人次（圖2），近20年間增加了4,000萬人次。如果以每年每位門診病人平均就醫次數來看，在不含中醫、牙醫就診人次，這些年都維持在12到13次左右，只有民國92年SARS疫情來襲那一年才降到11.77次（圖3）。

健保的醫療費用則從87年的2,520億點到105年的5,953億點，成長2.36倍（圖4），其中，門診費用從87年1,627億點到105年的3,924億點，成長141.2%；住院費用從87年的893億點到105年的2,028億點，成長127.1%。換言之，在就醫人數、就醫人

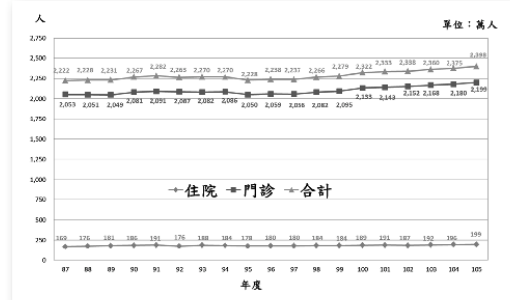


圖1 門診就醫人數趨勢圖。

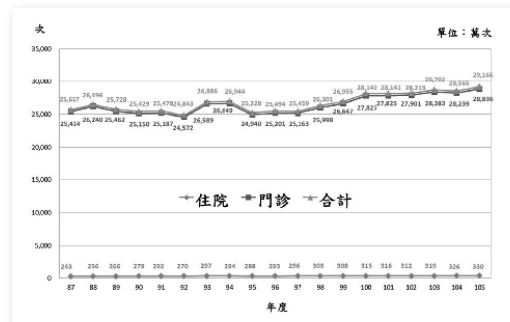


圖2 門診就醫人次趨勢圖。

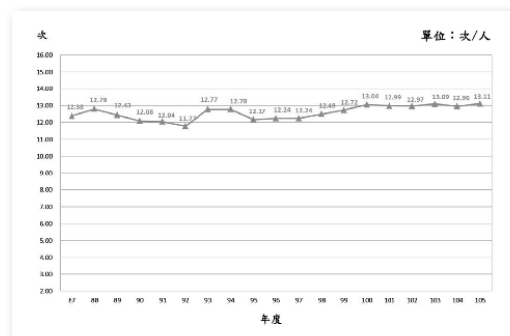


圖3 每位門診病人平均門診次數趨勢圖。

次、平均就醫次數維持在一定數值下，每年整體醫療費用是持續攀升，而且每人次就醫的平均費用也呈現逐年上升的趨勢。

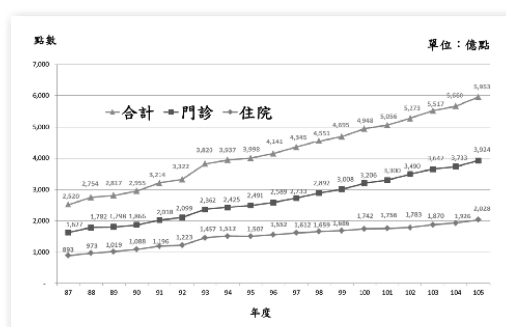


圖4 醫療費用趨勢圖。

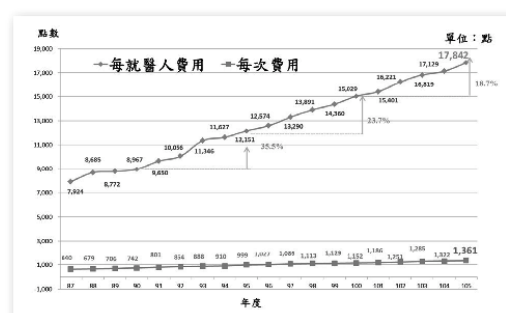


圖5 門診病人平均每人及每次「門診費用」趨勢圖。

從健保申報資料顯示，「門診病人」平均每位門診費用從87年7,924點到105年的17,842點，成長125%。而每次門診就醫費用從87年640點到105年1,361點，成長112%（圖5）。「住院病人」平均每位住院費用從87年的52,839點到105年的102,072點，成長93.9%，每次住院就醫費用從87年的36,739點到105年的61,412點，成長67.1%（圖6）。

單就醫院門診及住院的費用結構，105年門診占56.5%，住院占43.5%（圖7）（92年發生SARS疫情，93年將較多的預算用於住院，但隨著醫療科技之進步，部分傳統住院手術已由門診手術、非侵入性治療（放射線）、藥物…等取代，慢性病費用也增加，因此，94年以後門診費用占率逐年上升），進一步解構門診醫療費用項目，由低往高排列，分別為醫師「診察費」、「藥費」、「治療費（包括門診手術、復健治療及檢驗檢查，如：尿液檢查、血液檢查、生化檢查、放射線診療…）」，其中「診察費」從87年的522億點到105年的854億點，成長63.6%；「藥費」從87年的546億到105年的1,522億，成長178.7%，「治療費」從87年的501億點到105年的1,522億點，成長203%（圖8）。

醫學中心門診醫療費用項目解構來看，則可發現「藥費」比「治療費」還高（圖9），區域醫院門診醫療費用項目解構與整體醫療費用趨勢一致，「治療費」及「藥費」支出仍是大幅增加（圖10），至於地區醫院的門診醫療費用項目雖逐年成長，但「治療費」及「藥費」成長幅度不若醫學中心或區域醫院那麼大（圖11）。

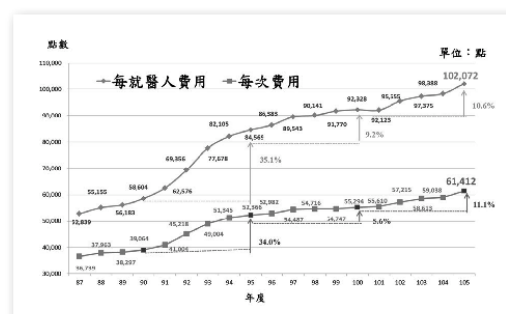


圖6 住院病人平均每人及每次「住院費用」趨勢圖。

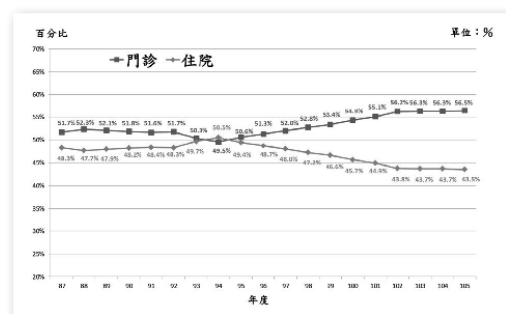


圖7 醫院之門住診醫療費用占率趨勢圖。

單就門診病人之「治療費」來分析，門診病人平均每位「治療費」從87年的2,439點到105年的6,921點，成長183.7%。平均每次門診「治療費」從87年197點到105年528點，成長168%（圖12）。若從住院

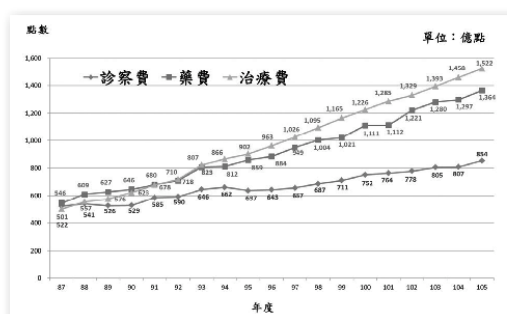


圖8 門診分項費用結構趨勢圖。

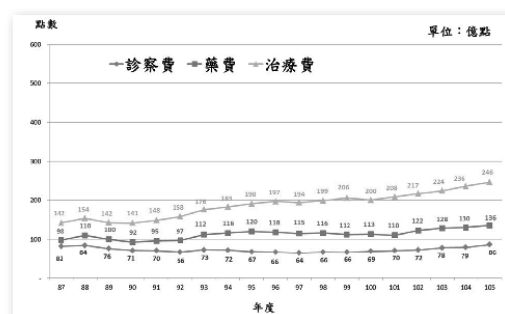


圖11 地區醫院門診分項費用結構趨勢圖。

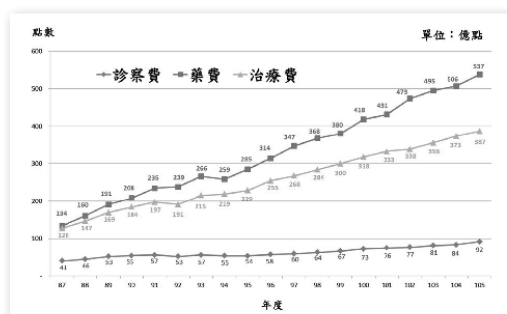


圖9 醫學中心門診分項費用結構趨勢圖。

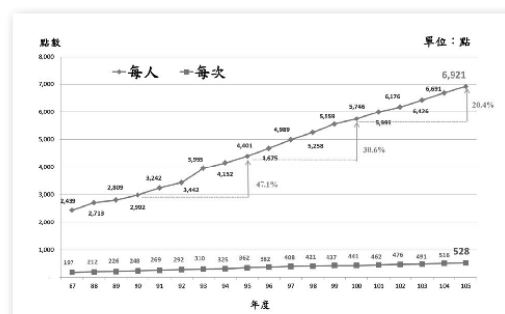


圖12 門診病人平均每人及每次「治療費」趨勢圖。

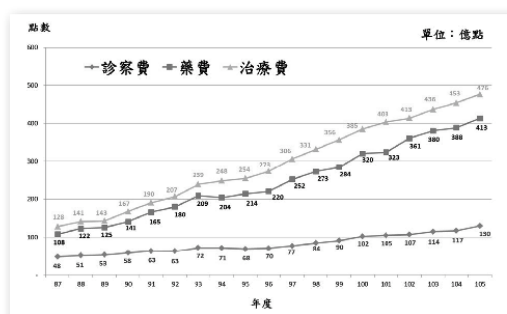


圖10 區域醫院門診分項費用結構趨勢圖。

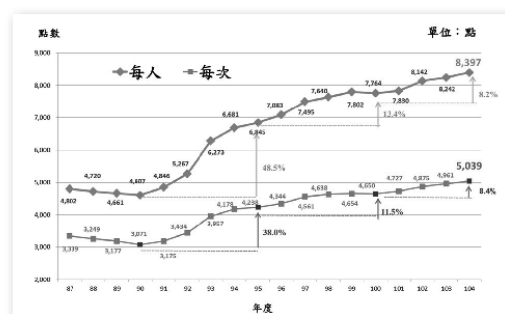


圖13 住院病人平均每人及每次「檢查費」趨勢圖。

病人之「檢查費」（住院「檢查費」係指檢查項目，如：尿液檢查、血液檢查、生化檢查…）來分析，住院病人平均每位「檢查費」從87年的4,802點到105年的8,397點，成長74.8%。平均每次住院「檢查費」

從87年的3,319點到105年的5,039點，成長50.9%（圖13）。若從住院病人之「治療處置費」（住院「治療處置費」指住院期間之治療處置項目，不包含手術、檢驗檢查、放射診療）來分析，住院病人平均每位

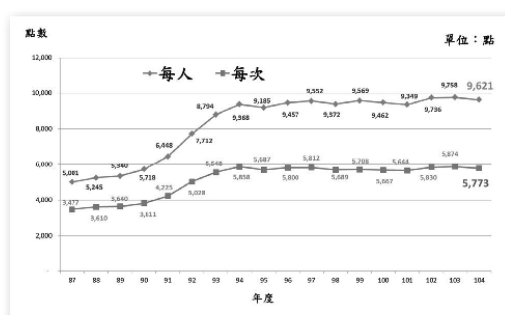


圖 14 住院病人平均每人及每次「治療處置費」趨勢圖。

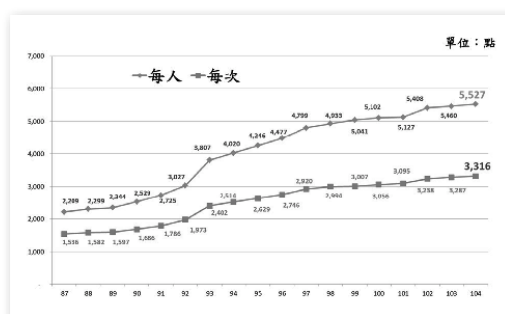


圖 15 住院病人平均每人及每次「放射診療費」趨勢圖。

「治療處置費」從 87 年的 5,001 點到 105 年的 9,621 點，成長 92.3%，住院病人平均每次「治療處置費」從 87 年的 3,477 點到 105 年的 5,773 點，成長 66%（圖 14）。若從住院病人之「放射診療費」來分析，住院病人平均每位「放射診療費」從 87 年的 2,209 點到 105 年的 5,527 點，成長 150.2%，住院病人平均每次「放射診療費」從 87 年的 1,536 點到 105 年的 3,316 點，成長 115.8%（圖 15）。

從上述監控結果發現，門診之「治療費」及住院「檢查費」、「治療處置費」、「放射診療費」之每人費用，每 5 年成長幅度雖有減緩，但不論門診或住院的「檢驗檢查費用」，每年仍持續成長，在健保費用支出占有不小比重。

綜觀 105 年健保支付檢查項目點數前二十名排名，總計費用支出達 688 億點（表 1），其中以「電腦斷層造影」花費最多，計 92.92 億點，其次「超音波

表 1 105 年檢查項目支付點數前 20 項排名

| 排名 | 名稱        | 點數（億）  |
|----|-----------|--------|
| 1  | 電腦斷層      | 92.92  |
| 2  | 超音波       | 90.96  |
| 3  | 磁振造影      | 58.86  |
| 4  | 心臟酵素與血脂脂肪 | 55.43  |
| 5  | 病理        | 36.45  |
| 6  | 循環機能      | 35.60  |
| 7  | 糖尿病       | 34.52  |
| 8  | 血液        | 34.36  |
| 9  | 鏡檢        | 32.95  |
| 10 | 骨頭 X 光    | 32.34  |
| 11 | 免疫        | 27.19  |
| 12 | 腎功能       | 25.25  |
| 13 | 細菌培養      | 19.37  |
| 14 | 肝功能       | 18.27  |
| 15 | 胸部 X 光    | 17.89  |
| 16 | 神經學       | 17.82  |
| 17 | 攝影及掃瞄     | 16.38  |
| 18 | 甲狀腺功能     | 16.30  |
| 19 | 正子造影      | 12.59  |
| 20 | 腫瘤標記      | 12.57  |
| 合計 |           | 688.02 |

檢查」，計 90.96 億點，再來「磁振造影」，計 58.86 億點。單以「電腦斷層造影」之歷年費用趨勢來分析，從 87 年的 31 億點到 105 年的 92 億點，成長 196.7%；「磁振造影」從 13 億點到 105 年 58 億點，成長 346.1%（圖 16）。另外，「血液生化檢查」從 88 年的 72 億點到 105 年的 199 億點，成長 176.3%；「微生物免疫學檢查」從 88 年的 24 億點到 105 年的 93 億點，成長 287.5%（圖 17）。

## 討論

從歷年來的統計得知，國人求治西醫門診平均一年看病 13 次，是美國的 3 倍。看完門診有 8 成病人會拿藥，一張處方平均開出 3.2 種藥，也高過歐美國家的 1 到 2 種。健保法中門診藥品部分負擔之費用是 0-200 元，所以即使是 1 萬元的藥品，部分負擔也只有 200 元。

反觀醫師診察費用在過去近 20 年的成長相當有限，雖然歷經幾次健保保險費率及部分負擔的調整，



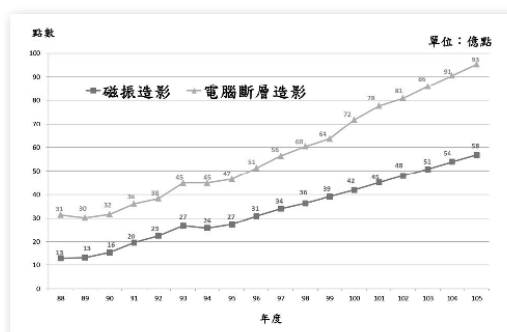


圖 16 門、住診「磁振造影」、「電腦斷層造影」費用趨勢圖。

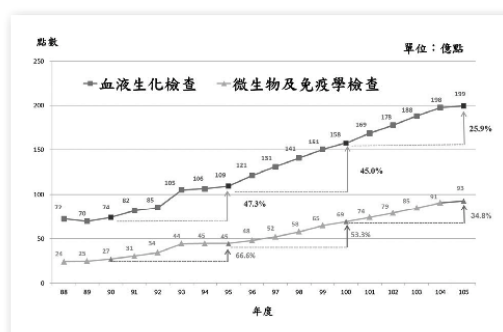


圖 17 門、住診「血液生化檢查」及「微生物免疫學檢查」費用趨勢圖。

但這筆收入卻始終未真正反應在支付醫療人員的勞務收入，如：醫師診察費、藥事服務費、護理費、醫事檢驗師、醫事放射師、呼吸治療師、物理治療師、職能治療師…等專業服務費，反而「藥費」、「治療費」、「檢查費」、「治療處置費」、「放射診療費」成長幅度相當高。許多病人到醫療院所看病，各醫療院所就會做一系列的生化檢驗、影像檢查，還有很多病人並未按時服藥，等到年終大掃除時再從抽屜裡清出許多過期藥物而被迫丟掉，這些花費積少成多，每年的支出都高達幾百億元。換言之，這些年來健保有許多費用是支付給使用機器的檢查費用與藥費上，因此，為促使醫療資源合理分配，並減少不必要的醫療行為，包括降低重複檢驗或檢查，同時有效抑制藥品浪費，將成為健保未來的改革重點，重要措施如下：

#### 一、「推動分級醫療與落實雙向轉診」

民國95年，各層級院所的門診件數占率分布，西醫基層占70.2%，地區醫院占11.2%，區域醫院占10.2%，醫學中心占8.4%；但到了民國105年，西醫基層和地區醫院的占率各下滑到64.7%和9.7%，相反的，區域醫院和醫學中心則上升到14.8%和10.8%。在衛生福利部前部長林奏延、現任部長陳時中與醫師公會全國聯合會邱泰源理事長的支持下，健保署推動「分級醫療六大策略廿四項配套」，藉此導引民眾改變就醫習慣。以輕症而言，在基層診所只需50-100元掛號費，加上50元部分負擔就能完成診斷治療，若是病情單純，根本不需至醫學中心花費100元掛號費

與420元部分負擔。如果經由基層診所為我們做完鑑別診斷後，因病情複雜而轉診至醫學中心，部分負擔也降低為170元，而且經修正公布的「全民健保轉診實施辦法」，對於需後續治療者，也把當次轉診之日起一個月內可有4次回診也視同轉診，這對於轉診病人而言，等於到醫學中心可享5次部分負擔減免的優惠，這才是聰明就醫者的省錢之道。此外，健保署也建置「轉診資訊交換平台」，病人至基層院所就醫後，如果需要轉診，可透過資訊平台將病人及病情資料等，轉介至接受轉診院所，促進醫療資訊暢通，減少不必要反覆檢查與醫療處置，提升效率與安全。該系統已於106年3月1日上線，截至5月1日止，共有1,849家醫療院所使用，轉出病人計有14,951人次，其中12,158人次於一個月內完成掛號，佔81.3%。

#### 二、「健保醫療資訊雲端查詢系統」

102年7月建置以病人為中心的「健保雲端藥歷系統」，供醫師及藥師可查詢其病人過去三個月門、住診處方用藥內容，發揮用藥安全把關的成效。105年參考醫界意見，擴大為「健保醫療資訊雲端查詢系統」（簡稱「健保雲端醫療系統」），涵蓋雲端藥歷（西醫用藥紀錄）、藥物過敏史、特定管制藥品用藥紀錄、特定凝血因子用藥紀錄、檢查（驗）紀錄、手術紀錄、牙科處置與手術紀錄、檢查（驗）結果、出院病歷摘要、中醫用藥紀錄及復健醫療紀錄等資訊，提供各特約醫療院所及藥局進行線上查詢，已自106年3月29日起全面上線。「健保雲端醫療系統」上路

後，統計105年全年有22,708家醫療院所啟動查詢，包含醫院層級(100%)、9,784家西醫基層診所(99%)、1,783家中醫診所(52%)、5,087家牙醫診所(78%)、5,517家藥局(93%)及41家其他醫事機構，每月平均查詢筆數計2.3千萬人次，就醫病人查詢比率約79.6%。根據統計，從103年至105年第三季，被查詢雲端藥歷病人降血壓、降血脂、降血糖、安眠鎮靜、抗思覺失調及抗憂鬱症等六類藥品跨院所同藥理用藥日數重疊率，均呈現下降趨勢，顯示健保雲端醫療系統確已發揮避免慢性病人重複用藥的成效。

### 三、「重要檢驗檢查項目結果共享制度」

初期先採取主動提醒功能，亦即當醫院或診所就診時與開立檢驗檢查項目時，電腦系統將提醒醫師該病人近期已作那些檢驗檢查，避免重複檢驗檢查。但非強制性，仍尊重醫師之醫療自主性，惟重複檢驗檢查之案例將為專業審查之立意抽審重點。

### 四、「醫事服務人員勞務收入點值固定」

健保現有調高的保費收入大幅度流向檢驗檢查費及藥費，換言之，即使增加了醫院的收入，醫療人員收入未必增加。而醫師為了維持收入，只能提高門診量，也使得「檢驗檢查」及「藥品」也隨之增加開立數量，這現象必須透過支付標準及總額協商來解決。醫療人員對醫療院所而言是醫療運作的重要核心，以目前民眾就診需求量，醫療人員工作環境倍感辛勞，其專業能力應受肯定，筆者認為其勞務收入，包括：醫師診察費、護理費、藥事服務費、醫事檢驗師、醫事放射師、呼吸治療師、物理治療師、職能治療師…等專業服務費、住診手術費、住診麻醉費，應給予保障，先朝「勞務收入點值固定一點一元以上，調高勞務支付點數」，及減少不必要的重複檢驗檢查（目前檢驗檢查為浮動點值）、檢討支付標準方向規劃，作為減少不必要醫療行為之改革措施之一來處理，是可以討論的議題。

## 結語

從健保財務收支趨勢來看，預計109年安全準備金將用罄，屆時勢必面臨調整保費的巨大壓力；問題是，當前台灣經濟遭逢不景氣，全體雇主及被保險人收入沒有增加，國民所得成長有限，但物價卻又持續上漲之際，民眾與醫界一定要共同節省不必要醫療所

造成的支出，來避免調漲健保費。

健保署近年陸續利用資訊科技推出「健康存摺」、「雲端藥歷」、「雲端醫療」、「轉診資訊交換平台」，除了提供民眾自主健康管理參考，以維持或促進健康外，也要促成醫療與健保資源做更有效率的分配，並配合「分級醫療六大策略廿四項配套」，加速醫療改革藍圖逐步落實。

不論「二代健保」或將規劃「三代健保」，皆以財務收入增加及公平性為重點，但這些年來不論是「藥費」、「治療費」、「檢查費」、「治療處置費」、「放射診療費」之單次費用均呈大幅成長是不爭事實。如果民眾就醫行為及醫師執業醫療環境未能有效的改變，即使未來調整健保費率，真的把「餅」作大了，卻僅是治標而未治本。沒有開始，就沒有改變的機會，「推動分級醫療與落實雙向轉診」追求優質的醫療，我們追求台灣健保能永續經營，為2300萬人民提供最好的醫療照護，也為醫療人員創造快樂的工作環境。

通訊作者：

衛生福利部中央健康保險署 李伯璋署長

電話：(02)27022788

電子信箱：pochang@nhi.gov.tw

## 善用資訊科技管理，健保節流勢在必行

文、圖 / 李伯璋 張禹斌 詹建富 林子量 黃信忠  
龐一鳴 施如亮 唐蕙文 蔡淑鈴

衛生福利部中央健康保險署

### 前言

許多民眾感到不解，當大家的保費負擔增加了，在醫院等待病床卻要大排長龍，自費項目也相對增加；另一方面，醫界卻感嘆他們的診療業務增加，有8成7的醫師認為收入越來越少。那麼，健保的錢從哪裡來，又該如何花在刀口上，是所有關心健保議題的人最想知道的。

健保的收入來源，主要為保險對象、雇主及政府共同分擔之保險費，占整體保險收入比率約為97%，另有少部分補充性財源挹注，包括菸品健康福利捐、公益彩券盈餘分配之收入等，占整體保險收入比率約3%（圖1）。雖然截至106年6月底止，健保財務收支累計結餘計2,463億元，約當5.08個月保險給付支出；不過，隨著少子化及高齡化趨勢，近年來(102-105)保費收入的平均成長率為2.27%；相反的，由於高齡化造成慢性病人增加，以及病人對於新藥、新醫療科技的需求（例如C型肝炎全口服新藥、癌症免疫療法）等因素，使得102-105年健保支出的年平均成長率高達4.22%，收支相差1.95個百分點。換言之，如果就健保收支連動來看，健保並未達到收支平衡。

以現行健保費率4.69%，並依醫療給付費用總額協定成長率推估，至109年安全準備將用罄且發生短絀187億元，111年短絀甚至達3,469億元（表1），因此健保勢必在109年要調整費率。然而，衡諸台灣目前整體的經濟環境，實在不宜貿然調整，所以健保若要永續經營，必須同時考量開源節流，尤其是在開源不易的情形下，節流勢必是未來重要的選項。

### 問題分析

除了面臨健保財務支出的壓力外，事實上，健保還要面臨開辦22年來所累積的一些制度問題，也有些是人性的考驗，卻難免造成資源的浪費，從健保大數據分析發現，105年西醫門診總醫療費用為3,924億點，依分項費用占的比例高低分別為：診療費及檢驗檢查費占38.8%(1,552億點)，藥費占34.8%(1,366億點)，診察費占21.8%(855億點)，其他占4.6%（圖2），過去這些年來健保支付藥費、治療費、檢查費、治療處置費、放射診療費等費用成長幅度驚人，從近十年的趨勢來看，7成的健保費用來支付檢驗檢查及

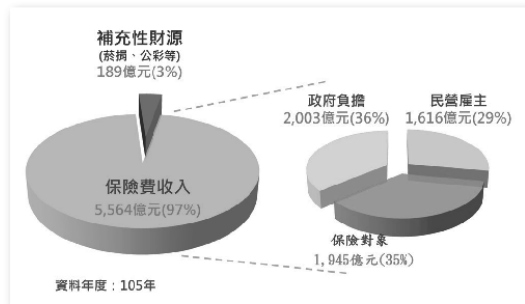


圖1 健保收入來源。

表1 健保財務收支預估-依「現行費率4.69%」推估

| 項目                 | 105年             | 106年(P)          | 107年(P)          | 108年(P)          | 109年(P)          | 110年(P)          | 111年(P)          |
|--------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 一般保險費率<br>(補充保險費率) | 4.69%<br>(1.91%) | 4.69%<br>(1.91%) | 4.69%<br>(1.91%) | 4.69%<br>(1.91%) | 4.69%<br>(1.91%) | 4.69%<br>(1.91%) | 4.69%<br>(1.91%) |
| 保險收入               | 5,753            | 5,801            | 5,879            | 5,940            | 6,005            | 6,059            | 6,080            |
| 保險成本               | 5,684            | 6,068            | 6,386            | 6,730            | 7,103            | 7,503            | 7,918            |
| 當年收支餘額             | 70               | -268             | -506             | -790             | -1,097           | -1,444           | -1,838           |
| 保險收支累計餘額           | 2,474            | 2,207            | 1,700            | 910              | -187             | -1,631           | -3,469           |
| 約當保險支出月數           | 5.22             | 4.36             | 3.20             | 1.62             | -0.32            | -2.61            | -5.26            |

註：106年按舊推估，費率調整成長率假設為5.642%，107年費率成長5%，108至111年以前三年年之成長率平均，依+前五年年之調整率平均推估，即5.128%、5.264%、5.367%及5.28%推估。

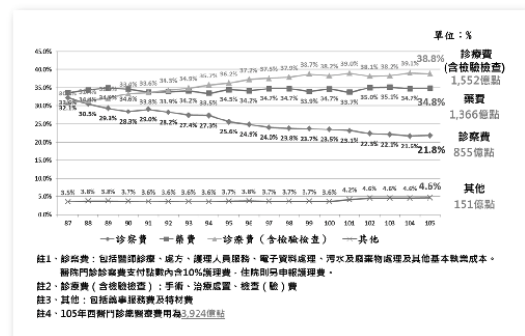


圖2 西醫門診分項費用占率趨勢圖。

藥費，是造成健保費用直線上升的主要原因。

**現象一：非必要之檢驗檢查，造成費用攀升**

105年西醫門診診療費及檢驗檢查費為1,522

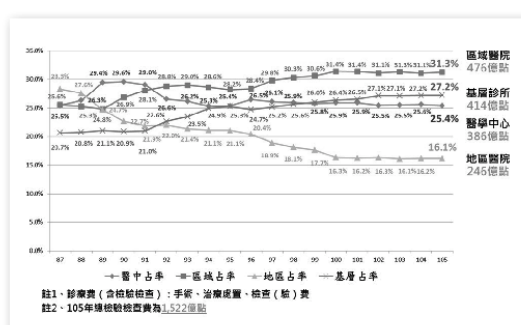


圖3 西醫門診診療費(含檢驗檢查)之各層級占率趨勢圖。

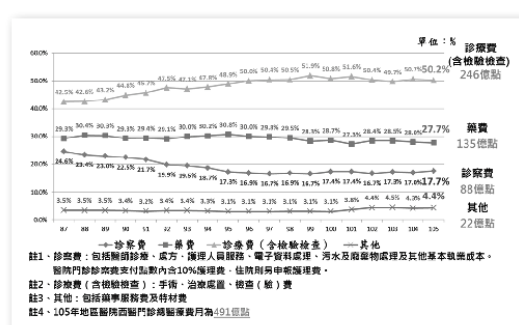


圖5 地區醫院門診分項費用占率趨勢圖。

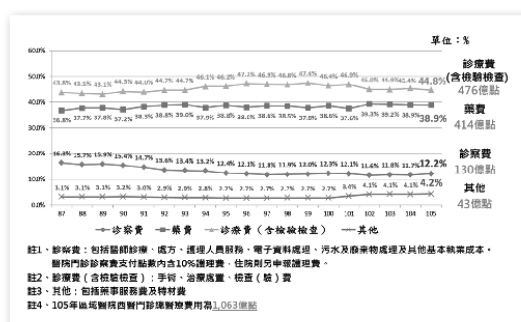


圖4 區域醫院門診分項費用占率趨勢圖。

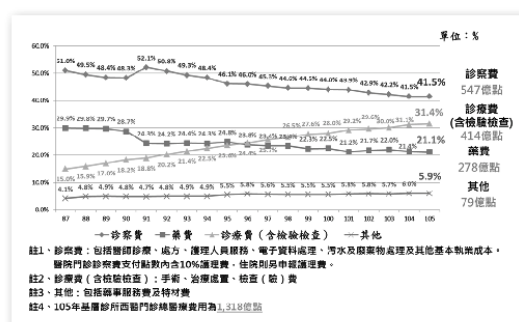


圖6 基層診所門診分項費用占率趨勢圖。

億點，其中區域醫院占31.3%(476億點)為最高，基層診所占27.2%(414億點)次之，其餘為醫學中心占25.4%(386億點)，地區醫院占16.1%(246億點)(圖3)，從區域醫院之門診分項費用結構來看，有44.8%是屬於診療費及檢驗檢查費用，若再加上藥費38.9%，幾乎占了83.7%的費用(圖4)。另外，地區醫院雖然瓜分檢驗檢查大餅的比例最低，但從門診分項費用結構來看，診療費及檢驗檢查費用占了50.2%，占了一半的健保費用，若再加上藥費27.7%，也幾乎占了八成的費用(圖5)。而基層診所診療費及檢驗檢查費31.4%加上藥費21.1%也超過五成的費用(圖6)。

檢驗檢查項目前廿大排名，總計支出達688億點，其中以電腦斷層造影(CT)花費最多，支出92億點，其次為超音波檢查支出90億點，磁振造影(MRI)

表2 CT及MRI檢查項目病人1個月內再次執行率

| 年季    | CT      |           |        | MRI     |         |        |
|-------|---------|-----------|--------|---------|---------|--------|
|       | 再次執行案件數 | 總執行案件數    | 再次執行比率 | 再次執行案件數 | 總執行案件數  | 再次執行比率 |
| 105Q1 | 37,953  | 428,069   | 8.9%   | 4,065   | 152,596 | 2.7%   |
| 105Q2 | 39,074  | 449,169   | 8.7%   | 4,706   | 170,263 | 2.8%   |
| 105Q3 | 38,604  | 450,930   | 8.6%   | 4,693   | 171,858 | 2.7%   |
| 105Q4 | 40,419  | 463,730   | 8.7%   | 4,700   | 175,002 | 2.7%   |
| 105年  | 156,050 | 1,791,898 | 8.7%   | 18,164  | 669,719 | 2.7%   |

支出58億點。再深入分析105年病人於一個月內再次執行CT、MRI檢查的比率分別為8.7%及2.7%(表2)，若細分至醫院別，可以發現個別病人在部分醫院的CT再執行率高達10%以上、MRI再執行率高達5%以上。

從上面的統計得知，許多病人到醫療院所看病，各醫療院所就會做一系列的生化檢驗、影像檢查，這



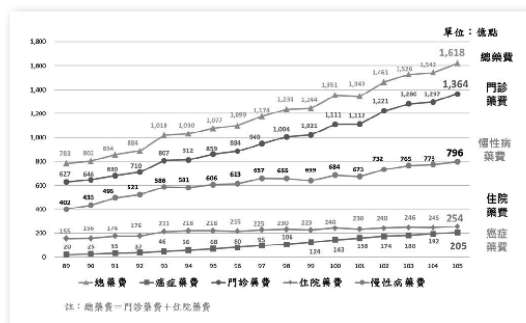


圖7 健保總藥費結構趨勢。

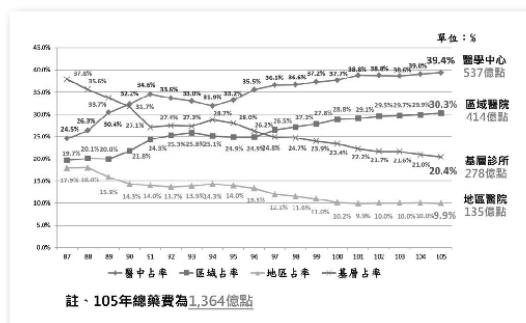


圖8 西醫門診藥費之各層級占率趨勢圖。

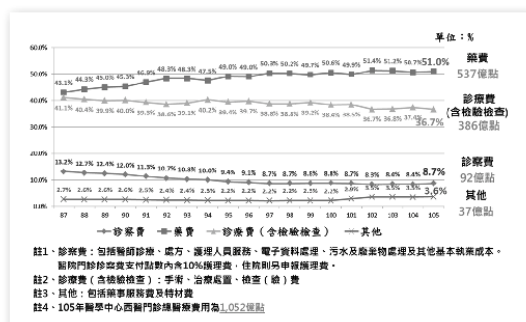


圖9 醫學中心門診分項費用占率趨勢圖。

些花費積少成多，它對健保財務已經帶來沉重的負擔。從民眾例行就醫的某些檢驗檢查，其實不乏是短期內重複受檢的項目，但就臨床需求來說，是否真的

表3 開立慢性病連續處方箋案件醫療申報概況

| 年度別 | 人數(千) |       | 件數(千)  |        | 診療費(百萬元) |        | 藥費(百萬元) |        | 藥費佔率  |
|-----|-------|-------|--------|--------|----------|--------|---------|--------|-------|
|     | 值     | 成長率   | 值      | 成長率    | 值        | 成長率    | 值       | 成長率    |       |
| 101 | 5,037 | 6.22% | 20,515 | 8.98%  | 64,621   | 2.31%  | 48,745  | -0.41% | 75.4% |
| 102 | 5,328 | 5.77% | 22,774 | 11.01% | 74,663   | 15.54% | 56,546  | 16.00% | 75.7% |
| 103 | 5,587 | 4.78% | 24,775 | 6.37%  | 80,406   | 7.69%  | 60,427  | 7.74%  | 75.8% |
| 104 | 5,815 | 4.19% | 25,439 | 5.01%  | 82,772   | 2.94%  | 62,133  | 1.99%  | 75.1% |
| 105 | 6,043 | 3.89% | 26,722 | 5.05%  | 88,818   | 7.30%  | 66,208  | 6.56%  | 74.5% |

必要？確實值得醫界與社會大眾共同省思。

## 現象二：非必要之藥品處方，過期丟棄形同浪費

根據統計，健保在93年的藥費支出首度突破千億，達到1094億元，到105年則更高達1,681億元，其中門診藥費達1,364億元（圖7），等於八成以上的藥品處方是由門診開立，其中醫學中心占39.4%（537億點）為最高，區域醫院占30.3%（414億點）次之，其餘為基層診所占20.4%（278億點），地區醫院占9.9%（135億點）（圖8），換言之，健保支付醫學中心及區域醫院的藥費就占了7成。從醫學中心之門診分項費用結構來看，51.0%是屬於藥費，若再加上檢驗檢查36.7%，幾乎占了近九成的費用（圖9）。

進一步分析，105年向健保申報慢性病連續處方箋的案件共2,672萬件（表3），其中藥費為662億元，由此可見，近9成慢性病絕大部分係開立連續處方箋處理。不過，當年為政策鼓勵慢性病人領取慢性病連續處方箋，以致這類病人免繳藥品部分負擔費用，造成部分民眾未能珍惜，甚至有許多慢性病人因擔心「斷藥」，往往重複就醫或跨院領取相同藥物，過度囤藥的結果導致不少藥品過期棄置情況。

依據中華民國藥師公會全國聯合會對說明，國人每年過期廢棄藥品多達136噸，除了浪費健保資源外，多數人直接丟棄至垃圾桶、馬桶或水槽，也嚴重影響生態環境。如何避免藥品浪費，已刻不容緩。

## 健保節流三大策略

針對檢驗檢查及藥費是否過度濫用或浪費的問題，健保署提出三大節流策略，可以馬上來執行，分述如下：

### 一、利用資訊科技降低不必要檢驗檢查及用藥

健保署建置「醫療資訊雲端查詢系統」（含「雲端藥歷」及「雲端醫療」），已採取主動提醒功能，

表4 預估減少重複檢驗檢查節省的點數-以105年為例

| 醫事類別 | 醫療費用     |        | 檢驗檢查費用<br>佔總費用<br>比率 | 檢驗檢查費用<br>減少率 |       |       |        |
|------|----------|--------|----------------------|---------------|-------|-------|--------|
|      | 點數       | 金額     |                      | 5%            | 10%   | 15%   | 20%    |
| 總計   | 4,310.14 | 577.74 | 13.4%                | 28.89         | 57.77 | 86.66 | 115.55 |
| 合計   | 3,148.96 | 407.27 | 12.9%                | 20.36         | 40.73 | 61.09 | 81.45  |
| 門診   | 1,161.18 | 170.47 | 14.7%                | 8.52          | 17.05 | 25.57 | 34.09  |
| 住院   |          |        |                      |               |       |       |        |
| 醫學中心 |          |        |                      |               |       |       |        |
| 合計   | 1,015.88 | 189.55 | 18.7%                | 9.48          | 18.95 | 28.43 | 37.91  |
| 門診   | 532.89   | 119.86 | 22.5%                | 5.99          | 11.99 | 17.98 | 23.97  |
| 住院   | 483.00   | 69.69  | 14.4%                | 3.48          | 6.97  | 10.45 | 13.94  |
| 區域醫院 |          |        |                      |               |       |       |        |
| 合計   | 1,176.07 | 240.67 | 20.5%                | 12.03         | 24.07 | 36.10 | 48.13  |
| 門診   | 661.59   | 160.54 | 24.3%                | 8.03          | 16.05 | 24.08 | 32.11  |
| 住院   | 514.48   | 80.13  | 15.9%                | 4.01          | 8.01  | 12.02 | 16.03  |
| 地區醫院 |          |        |                      |               |       |       |        |
| 合計   | 501.52   | 90.29  | 18.0%                | 4.51          | 9.03  | 13.54 | 18.06  |
| 門診   | 338.69   | 69.73  | 20.6%                | 3.49          | 6.97  | 10.46 | 13.95  |
| 住院   | 162.83   | 20.56  | 12.6%                | 1.03          | 2.06  | 3.08  | 4.11   |
| 基層診所 |          |        |                      |               |       |       |        |
| 合計   | 1,616.66 | 57.23  | 3.5%                 | 2.66          | 5.72  | 8.59  | 11.45  |
| 門診   | 1,615.79 | 57.15  | 3.5%                 | 2.66          | 5.71  | 8.57  | 11.43  |
| 住院   | 0.87     | 0.09   | 10.1%                | 0.00          | 0.01  | 0.01  | 0.02   |

期待醫界能共享檢驗檢查資源，包括「最近6個月內有執行特定檢查(驗)項目類別之最近一次執行日期提示視窗」、「最近6個月內檢查(驗)紀錄」、「醫事機構上傳之最近6個月檢查(驗)結果」及「連結該查詢機構於衛生福利部電子病歷交換中心(EEC)之檢查影像」(註：健保署正開發醫療院所近二個月影像查詢系統，開發完成前，先以EEC之查詢為主)。

因此，當醫院或診所開立檢驗檢查項目時，電腦系統將提醒醫師該病人近期已作哪些檢驗檢查，在尊重醫師醫療自主性前提下，醫師若判斷仍要進行同樣的檢驗檢查，應在病歷上註明理由。

健保署也提供各醫事機構之「健保雲端醫療系統提示之20類重要檢查(驗)項目統計」及「病人一個月內門診跨(同)院再次執行相同重要檢查(驗)項目名單」，每月產製資料後上傳健保資訊網服務系統(VPN)供醫院自我管理。在經過資訊提示、資訊回饋之後，如果醫療院所仍有過多重複檢查之案例，未來將列入立意抽審。

## 二、大數據分析配合立意抽審，遏止短期內重複的檢查

健保署以往已對「同院所」同一病人的電腦斷層造影、腹部超音波、X光及過敏原檢驗等項目，已設定指標立意抽審。以105年為例，共計抽審3,670件，其中有1,619件經醫界同儕的審查醫師專業審查後被核減。因此，健保署近期利用大數據分析，將以病人歸戶的基礎，擴增至「跨院所」檢驗檢查立意抽審的項目。

事實上，若能經由運用資訊科技及立意審查，有效遏止短期內重複的檢驗檢查，從健保大數據模擬的預測模式，只要節省費用5%，便可減少支出28.89億元，10%可減少支出57.77億元，15%可減少支出86.66億元，20%可減少支出115.55億元(表4)。

## 三、檢驗檢查支付標準逐項檢視

現行全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，計有1,282項檢驗檢查診療項目，其中僅129項曾調整支付點數。未來將針對部分檢驗檢查項目之支付點數，一一進行成本分析，並據此調整，惟此項作業頗為耗時費工，需依服務量多寡或單價高低逐步進行。

## 結語

推動「分級醫療」的策略之一是調整「部分負擔」，有醫界人士認為調幅太低，不具嚇阻效果，也有部分醫改團體認為它遏止輕症病人越級就醫只有半年效果，甚至批評這項措施是「懲罰病人」。

目前全民健保依規定向就醫民眾收取「部分負擔」費用，但不論採定率或定額制，仍是在總額預算中的一部分。對醫療院所而言，也只是代健保署收取，並增加醫療院所的現金流量，待申報健保給付時再從中扣取，顯然部分負擔並未讓醫院或診所所有額外的收益。

對民眾而言，主要是「使用者付費」的概念，藉此提醒民眾應珍惜醫療資源，但由於現行部分負擔收取之金額不高，以「藥品部分負擔」為例，最高上限為200元，而且依慢性病連續處方箋調劑，可免藥品部分負擔，對於強化民眾珍惜醫療資源概念，其效果有限。但也不能因調高部分負擔費用而造成民眾就醫困難，延誤病情。因此，如何在尊重民眾就醫權利、保障弱勢群體，及落實「使用者付費」之間取得一個合理的平衡點，是一個重要課題。但爭取民眾自然信任是「分級醫療」改革的目標，這需要醫界一起努力，不能只期待公權力介入來剝奪民眾就醫權，何況大幅度調高部分負擔(例如增加500元或1000元)，勢必引發民眾強烈反彈，倒不如因勢利導，透過微幅的調整加上充分的宣導與溝通，讓民眾知道「厝邊好醫師，社區好醫院」，主動配合分級醫療。

醫療人員對醫療院所而言是醫療運作的重要核

心，以目前民眾就診需求量，醫療人員工作環境倍感辛勞，其專業能力應受肯定，從105年各層級分項費用來看，醫學中心的勞務收入僅占8.7%，區域醫院占12.2%，地區醫院占17.7%，基層診所占41.5%（圖4、5、6、9），估算各類醫療人員勞務收入若採用「一點一元」估算，預計金額為981億元。以目前總額點值大約為每點在0.9元上下，等於約短缺98.1億元，因此只要檢驗檢查費用能透過資訊科技及立意審查方式，大約減少20%支出，預計可因此節省115.55億元，如此便能補足並達成醫事人員勞務收入「一點一元」的目標。因此，期盼醫界應攜手合作，每一位醫師必須改變看診習慣，減少不必要的醫療浪費，共同來扭轉醫療生態。

健保實施22年以來，雖然經由多次調整支付標準，但仍有不少醫護人員批評健保給付不合理，甚至對於總額支付「吃大鍋飯」的制度，造成收入縮水而屢有怨言。另一方面，民眾雖然對健保滿意度達8成以上，但由於近年來醫療費用不斷高漲，健保財務隱憂揮之不去，甚至到109年健保又將面臨調漲保費之壓力。以台灣目前的經濟情況下，既然調漲保費已不可行，醫療提供者及民眾應共同省思未來健保改革的方向與策略，必須勵行節流措施，而且刻不容緩。

醫療生態的改變不是一刀兩斷，而需要靠漸進式的改革，包括一方面要壯大基層診所與社區醫院的服務能量，另一方面強化醫學中心收治急重難症及罕病，因此健保總額106年編列60億元用於調高重症醫療給付，讓各層級醫院回歸到照護病人的本質。

全民健保既然是全體國人的珍貴資產，期盼醫界與民眾共同珍惜醫療資源，共同來節省諸多不必要的醫療浪費，健保署會藉由資訊科技，透過健保雲端醫療資訊系統及雲端藥歷，有效抑制非必要的檢驗檢查及重複用藥，藉此減少醫療支出，並積極落實分級醫療與使用者部分負擔，穩固踏實地逐步推動國內的醫療改革工程，讓健保可以永續經營，繼續照顧我們的下一代。

通訊作者：

衛生福利部中央健康保險署 李伯璋署長

電話：(02)27022788

電子信箱：pochang@nhi.gov.tw