

衛生福利部全民健康保險會
第3屆107年第6次委員會議事錄

中華民國 107 年 7 月 27 日

衛生福利部全民健康保險會第3屆107年第6次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國107年7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

林口長庚醫院潘特別助理延健(代理)

周委員麗芳

林委員至美

國家發展委員會蔡專員宜縉(10:58以後代理)

林委員敏華

林委員惠芳

中華民國身心障礙聯盟滕秘書長西華(代理)

林委員錫維

翁委員文能

商委員東福

本部社會保險司楊副司長慧芬(代理)

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

陳委員旺全

中華民國中醫師公會全國聯合會陳常務理事憲法(代理)

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

中華民國全國工業總會何常務理事語(代理)

蔡委員登順

蔡委員麗娟

盧委員瑞芬
謝委員尚廷
謝委員武吉
羅委員莉婷

肆、請假委員：
陳委員平基

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(代理)
李組長純馥
戴組長雪詠
周執行秘書淑婉
洪組長慧茹
邱組長臻麗
陳組長燕鈴

陸、主席：傅主任委員立葉

紀錄：范裕春、彭美熒

柒、主席致詞(略)

捌、議程確認

決定：確定。

玖、請參閱並確認上(第 5)次暨第 1 次臨時委員會議紀錄

決定：確認。

拾、上(第 5)次暨第 1 次臨時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、依四總額部門代表委員抽籤結果(如附件)，108 年度各部門總額協商順序，依序為：牙醫門診、西醫基層、中醫門診、醫院部門，最後為其他預算。請幕僚據此並依協商程序進行協商會議細部時程之安排，提報下次委員會議。

二、有關「107 年度全民健保各部門總額協定事項相關計畫之辦理情形」，請中央健康保險署就西醫基層、醫院總額及其他預算尚未完成之項目，盡速辦理；至於 108 年度總額協商架構有關門診透析部分，依該署建議維持現況。

三、通過「全民健康保險業務監理指標修訂案」。

四、上(第 5)次暨第 1 次臨時及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形追蹤表：

(一)擬解除追蹤之歷次委員會議項次 1「本會委員所提意見，請中央健康保險署參考，並於 106 年第 2 季醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算確認後，提供書面資料予委員參考」，及擬繼續追蹤項次 9「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」(原追蹤建議為解除追蹤)，改列「繼續追蹤」。

(二)另委員針對擬繼續追蹤項次 2「研擬 108 年度總額協商草案」、項次 3「檢討全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」，及項次 6「醫院總額地區預算分配移撥部分經費作為東區風險調整基金或設獨立預算案」，請中央健康保險署具體回應辦理情形或提供資料分析。

(三)餘洽悉。

拾壹、中央健康保險署「107 年第 2 季全民健康保險業務執行季報告」，請鑒察。

決定：

一、洽悉。

二、委員所提意見建請中央健康保險署參考。另委員如仍有意見，請於會後 3 天內以書面或口述請幕僚代為整理成書面方式提出，由本會幕僚送請中央健康保險署

參考或提供書面說明。

拾貳、討論事項

第一案

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：有關 107 年度醫院總額協定事項持續推動區域級(含)以上醫院門診減量措施，為確保執行成效與目標，建議應制定費用結構、價量變化等相關分析，並將分析結果回饋醫院，且定期向本會報告，提請討論。

決議：請中央健康保險署將委員建議提供之資料，納入全民健康保險業務執行季報告之例行提報項目，以利委員了解推動區域級(含)以上醫院門診減量措施之執行成效。

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：基於落實分級醫療政策推動，確保緊急照護資源的妥善運用，119 救護車運送就醫，應貫徹分級醫療，讓送醫個案前往就近適當機構，非一味送往大醫院急診，提請討論。

決議：緊急照護資源之運作，係依緊急救護辦法、緊急醫療救護法等規定辦理，委員所提意見，轉請相關權責機關參考。

拾參、報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：106 年度醫院及西醫基層總額、107 年度各部門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：請中央健康保險署會同醫院及西醫基層總額部門，盡速依 107 年度總額協(決)定事項辦理支付標準調整事宜，餘洽悉。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：107 年度及近 5 年新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)與調整給付內容之執行情形及財務影響(含替代效應分析)，請鑒察。

決定：

- 一、委員期盼加速新藥的引進，另為利新醫療科技之執行情形與財務影響估算能更為明確，建請提供 5~7 年累計預算數及扣除替代效應之申報數(含替代率計算方式)等意見，請中央健康保險署參考辦理。
- 二、委員如仍有意見，請於會後 3 天內以書面或口述請幕僚代為整理成書面方式提出，由本會幕僚送請中央健康保險署參考或提供書面說明。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：有關醫院附設門診部回歸醫院，於 107 年一般服務其他醫療服務利用及密集度之改變編列 4 億元，扣減 2.32 億元報告案，請鑒察。

決定：洽悉。

拾肆、散會：下午 13 時 43 分。

108 年度各部門總額協商順序抽籤結果

抽籤日期：107 年 7 月 27 日(健保會 107 年第 6 次委員會議)

序位	總額部門	
1	牙醫門診	謝尚旭
2	西醫基層	黃品
3	中醫門診	陳嘉凌
4	醫院	翁文龍

監票人：蔡登順

第 3 屆 107 年 第 6 次 委員 會議
與 會 人 員 發 言 實 錄

壹、「議程確認」、「請參閱並確認上(第5)次暨第1次臨時委員會議紀錄」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！向大家報告現在出席人數已經過半，達法定開會人數，請示主任委員是否宣布開會。

傅主任委員立葉

各位委員大家早，今天有許多委員下午都有重要行程，且本次議程較少也簡單些，期望今天的會議能有效率，可以早點結束，現在開始今天的委員會議。

周執行秘書淑婉

- 一、在報告本次議程安排之前，有件事情先向各位委員報告，依據本會會議規範規定，健保署署長為法定列席人員。健保署在7月23日函知本會，李署長伯璋因另有要公不克出席，本次委員會議請假，由蔡副署長淑鈴代理，來函影本放在各位委員桌上。
- 二、這次的議程安排，計有優先報告項目1案，係「107年第2季全民健康保險業務執行季報告」，健保署須進行口頭報告。
- 三、討論事項計有2案，皆是本次委員提案。報告事項計有3案，報告事項第1案及第2案係依照年度工作計畫排定，第3案則是本次健保署提案。

傅主任委員立葉

首先對於議程請問各位委員有沒有意見？(委員回應：沒有)沒有意見，會議就照議程進行。

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請問各位委員對於上次會議紀錄內容有無修正意見？(委員回應：沒有)好，會議紀錄確認。接下來進行「上(第5)次暨第1次臨時及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」，請周執行秘書淑婉說明。

貳、「上(第5)次暨第1次臨時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24頁，說明一，上次暨第1次臨時委員會議決議(定)事項計有17項，依辦理情形建議解除追蹤原為7項，因補充資料後續更新，故建議解除追蹤8項，繼續追蹤改為9項；歷次委員會議決議事項達解除追蹤條件，擬建議解除追蹤者，計有1項。但最後仍依委員議定結果辦理。

(一)請各位委員翻到會議資料第27頁，擬解除追蹤共8案：

- 1.項次1，關於委員所提歷次委員會議決議追蹤事項，尚有遺漏部分，請幕僚重新檢視補列，感謝委員提醒，經幕僚重新檢視，追蹤案並未遺漏。但委員關心107年5月4日「全民健康保險相關業務座談會」結論，應持續規劃辦理，將新增列入後續追蹤之案件。
- 2.項次2，「108年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構」，關於將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用是否列為獨立預算，健保署回覆：已在5月3日邀集台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、各專科醫學會等討論，無法達成共識，爰108年總額協商架構透析維持現況。
- 3.項次3，在會議資料第28頁，建議中央健保署將藥事服務費調高案，本案係屬中央健康保險署權責，委員所提意見，健保署將納入研參。
- 4.項次4，關於區域醫院層級設立獨立總額案，決議係請健保署分析現行制度及分設不同層級別醫院部門總額之利弊得失，提至委員會議進行報告。健保署回覆：有關總額之擬訂與分配方式，非本署權責；有關利弊得失部分，則提供原衛生署在91年訂定醫院總額支付方式研議方案，針對分區與分層級總額之優缺點比較，在會議資料第37~38頁，該署已完

成提報相關利弊得失，建議此部分解除追蹤。至於是否設立區域醫院層級總額，請各位委員同意與歷次會議決議繼續追蹤案件「設立地區醫院總額研議」併案處理。

5.項次5，係監理指標修訂案，已依照委員意見完成修正，之後於本會重要業務報告說明五再作說明。

6.項次6，係委員對於近來陸續有原屬公務預算支應相關醫療服務或項目之費用，轉由全民健康保險支出，希望健保署本權責審慎把關。健保署回覆：將依權責審慎把關。

7.項次7，有關監理指標監測結果報告，已依照委員建議修正，委員所提意見健保署已回覆，本會幕僚完成年度監測結果報告修正，於本會重要業務報告說明四再作說明。

(二)歷次委員會議的解除追蹤案，請各位委員參閱會議資料第31頁：

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」案，請健保署提供辦理情形。健保署回覆：自105年11月起陸續召開8次針對初級照護定義、編碼原則的討論會議，在106年10月確定相關編碼指引後，才開始執行，執行期間為106年11月至12月，經統計有11家醫院件數未減少10%，核扣點數約為11.32百萬點，並已提報107年6月27日醫院總額研商會議確認。

(三)請各位委員參閱會議資料第33頁，擬繼續追蹤案，共10案，簡單向各位委員報告案件，辦理情形請委員參閱：

1.項次1，有關全民健康保險法施行細則第45條之適法性疑慮，以及施行細則第68條修正草案預告案之委員意見，幕僚已在7月12日將委員意見函陳衛福部參考，也副知各委員在案，社保司的回覆說明在補充資料第3頁，請各位委員參閱。

2.項次2，關於請健保署及各總額部門研提108年度總額協商內

容時，應依全民健康保險醫療給付費用總額協商通則提報相關內容案。

- 3.項次3，有關「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」，希望健保署在編列108年度總額時核實估算案。
- 4.項次4，關於「清淨手術術後傷口感染率」指標，供作「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」之研修參考案。
- 5.項次5，上一案的附帶決議：感染率指標研議過程，可邀請本會委員參與討論。
- 6.項次6，關於醫院總額東區地區預算分配，請健保署會同醫院總額承辦團體，參考中醫或西醫基層作法，盡速研議其分配方式。
- 7.項次7，有關新藥預算，請健保署依照原定導入項目與作業時程辦理。
- 8.項次8，有關108年度總額協商，請健保署應盡早規劃擬調整或導入的新醫療科技項目及作業時程。
- 9.項次9，有關罕病、血友病患者醫療費用前20名之相關支出情形及原因分析的資料補充。健保署已提供委員需要的相關資料；另原列為繼續追蹤案件，係因吳榮達委員的書面意見尚未回覆，健保署已在今天提供的書面補充資料將作詳細回應，爰建議將項次9改列解除追蹤。
- 10.項次10，關於促進醫療體系整合計畫，委員所提意見，請健保署參考辦理案。

二、請各位委員翻回會議資料第24頁，說明二，依照本會上次委員會議通過之108年度全民健保各部門總額協定協商程序，本次委員會議將進行各部門總額協商順序的抽籤作業，援例邀請各總額部門推派代表抽籤，為求慎重並邀請公正人士蔡委員登順監督抽籤，為不耽誤會議時間，邀請抽籤代表及監督抽籤蔡委員登順到會議場地右前方進行抽籤，會議繼續進行，等抽籤完成

後，再行公布抽籤結果，所以請牙醫、西醫基層、中醫、醫院協會代表進行抽籤。

- 三、說明三，有關「107年度全民健保各部門總額協定事項相關計畫之辦理情形」，援例於7月份委員會議請健保署提報，經檢視辦理情形，牙醫門診及中醫門診總額已全數完成，西醫基層、醫院總額及其他預算尚有項目未完成，簡單說明西醫基層是有關品保款的實施方案，尚未提至本會備查；醫院總額有關於DRGs(住院疾病診斷關聯群)及提升用藥安全與品質方案；其他預算有關基層總額轉診型態、區域醫療整合計畫及居家照護整合計畫尚未提出執行情形報告。另外，門診透析協定事項的規劃，剛追蹤事項有提及，108年度總額協商門診透析維持現況，不與腎臟移植病人之醫療費用合併為獨立預算。
- 四、說明四，有關「106年全民健康保險年度監測結果報告」，因會後無書面意見，已依委員會中意見修正定稿。
- 五、說明五，有關監理指標的修訂，本會業依委員意見完成「全民健康保險業務監理指標修訂案」。
- 六、說明六，關於健保署6至7月發布及副知本會相關資訊，7月12日、16日寄至各位委員電子信箱，因項目較專業，就不逐一說明，請委員自行參閱。
- 七、說明七，請各位委員翻到補充資料第7頁，中華民國牙醫師公會全國聯合會於7月12、13日，在新竹縣、台中市及南投縣辦理107年度全民健康保險「牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」及「牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」之執行情形訪查，本會委員計有11位參加，幕僚已將實地訪查報告整理，在補充資料的第8~13頁，請委員參閱。
- 八、說明八，請委員翻到補充資料第14頁，是有關7月19、20日本會辦理106年度各部門總額執行成果發表暨評核會議，該會議評核結果：
 - (一)牙醫門診及西醫基層是優等，中醫門診及醫院部分是良級。

評核結果已於當天(7/20)下午6時在本會網頁對外公佈。本次評核委員對於臺灣醫院協會13年來首次擔任總額執行成果報告，給予肯定。

(二)對於108年度健保署及各總額部門執行，未來有些期許及共識建議，請委員參閱，有3部分：

- 1.對健保署及各總額部門整體性共識建議，在第16頁。
- 2.對個別總額部門共識建議，在第17~20頁。
- 3.專案計畫，有32項專案計畫，評核委員對每一項專案計畫是否續辦、經費建議，及續辦的共識改善建議，幕僚已綜整於第21~24頁，請委員參閱。

(三)至於評核等級的部分，在「良」級以上的部門，將依評核作業方式規定，給予「品質保證保留款」之預算做獎勵，至於獎勵額度，必須等行政院核定108年度總額範圍，確定總額協商空間以後，在本會8月份委員會會議討論確定。

(四)對於評核委員所提相關建議，會作為108年度各部門總額協商時之參據。

傅主任委員立葉

- 一、在委員對於歷次委員會會議決議(定)事項辦理情形提出意見之前，我先公布各部門總額協商順序的抽籤結果，第1~4的序位依序是牙醫門診、西醫基層、中醫門診及醫院。
- 二、對於上(第5)次暨第1次臨時及歷次委員會會議決議(定)事項辦理情形，各位委員有沒有什麼意見？先請蔡委員登順，再請謝委員武吉、陳委員亮良、吳委員榮達。

蔡委員登順

主席、各位委員，大家早。請翻開會議資料第34頁，擬繼續追蹤項次6，本會委員支持醫院總額東區之地區預算分配，可參考中醫或西醫基層總額部門之執行方式，此案目前是依決議執行中，醫院有否足夠的資料可供討論。建議如討論本案，請健保署給醫院必要的協助，使本案有個圓滿的結果，落實本會的決議才可解除追蹤案，以

上建議。

傅主任委員立葉

蔡委員登順提的一個補充的建議，請健保署落實決議。是不是就先解除追蹤，委員的意見請健保署協助，提出一個具體的作法。請謝委員武吉。

謝委員武吉

對於擬解除追蹤項次1，107年5月4日「全民健保相關業務座談會」，這個持續規劃解除追蹤，不繼續追蹤，我認為是不對的。還有一些，包括我上次講的外配的那些，外籍配偶的那些，也不應該漏網之魚，應該要繼續追蹤。這是第27頁的繼續追蹤。還有很多應該要繼續追蹤，我會再提列給你。

傅主任委員立葉

謝委員武吉請問的追蹤項次是第幾項？

謝委員武吉

第27頁。

傅主任委員立葉

好，謝謝。

謝委員武吉

一、還有第28頁項次3要解除追蹤，這要解除追蹤，第1點我是比較不能同意，第2點就是說委員所提意見，供該署參考，這種用藥藥品，到西藥房去買一個藥品，裡面都有安非他命這種成分，雖然最後驗出來是偽陽性，但是偽陽性，我還是有所Question(問題)，表示懷疑的存在，所以這個不應該列入解除追蹤的狀況。

二、還有接下來第31頁，對於初級照護這個，總共才11家，84家加16家等於100家醫院，居然才10分之1的醫院，超出這個初級照護的狀況，這個coding(編碼)有沒有改變，應該是要考量的。我們建議健保署應該要用大數據來抓，到底有沒有改變coding(編碼)的情形，這就是要好好處理，這是在浪費醫療資源的地方，

我是聽很多，但是我是建議繼續追蹤，而且要提本會報告，有沒有改變ICD-10(國際疾病分類標準第10版) coding(編碼)，有改變就要依法辦理，這等於是詐領健保費用，這是我的建議。

- 三、還有第33頁，對於鼓勵醫療機構資訊上網的問題，據我瞭解，我們的健保署新推了XML(意指以XML檔案上傳資料至健保署)，可連動分級轉診的平台，這都屬於VPN(健保資訊網服務系統)的平台，聽說健保署明年元月1日要讓這個如一指神功的平台上路，建議此上路時間能否提早。
- 四、我希望這個是不是能夠提前給醫師好用，不要他看診，一邊打一邊看診，又要轉診又要找很多資料，醫師要做的時候就比較麻煩，如有一指神功平台讓相關資訊可一次呈現，看起來資料就會比較簡短，實際轉診人數可能是1萬人，但是有上網申報，可能只有十分之一的人數而已，我是建議這個應該多加一個，提前XML(一指神功平台)的改變，不要訂為明年元月1日，可以更提前一下，這是善意的建議。
- 五、第34頁項次6，不只是東區，當時我也講到南區跟高屏區老年人口非常多，尤其高屏區，商店街都變成那個，以前有1位電影明星叫做素珠阿(台語)，現在已經變成叫做售租街，出售出租的街。我們人口跑了很多，不能夠只是顧慮到東區，也要顧慮到南區，南區的老人人口24%，高雄市就有15%，比我們現在的老人人口還要更多，以前的舊高雄市，更鄉下的高雄市現在已經到18%，雖然這個項次是繼續追蹤，但也要增加南區和高屏區，對我們也比較合理一點。

傅主任委員立葉

先請陳委員亮良、吳委員榮達，再請葉委員宗義。

陳委員亮良

- 一、感謝我們傅主任委員立葉，每次我舉手都有看到，很感謝。各位委員，大家早安。我記得上一次的健保會工作業務，健保署業務工作報告的時候，李署長伯璋有特別提到，這個所謂分級

醫療推動的情形，本席在會議中，特別請他針對這個事項，提出所謂有關這方面推動的成果。

- 二、可是，當時李署長卻沒有給本席做回應，好像委員在這邊提出發問，好像沒有效果。據了解，健保署李署長今天又因為有要公，不克前來又請假。兩年來的健保會，不曉得他參加了幾次，但是難得他來了，我身為付費者代表委員，有問題就要請教健保署，問題我們提出來了，他卻沈默不表示意見，我不知道健保會的功能性，到底是有沒有效力。
- 三、當然這裡不是立法院，我們不是立法委員在質詢，但是任何一個委員提出來，總是有背後陳情或反應的壓力，必須在健保會表達看法和意見，今後我們也希望要彼此尊重，尊重各委員所提案的事項和提問，這樣為了不是個人的問題，是為了我們台灣健保永續發展的問題。
- 四、首先，呼應一下謝委員武吉提到的第28頁，項次3，這一項我也反對解除追蹤，這個案還沒有落實，這個提案是上次會期所提案的，因為新聞媒體竟然在報導，報導說用藥過於浮濫，然後決議的藥物1年達到193公噸，那我就提出納悶，各位委員有沒有看到193公噸的藥在那裡，不知道這數據如何統計出來？
- 五、不能將浪費的用藥，加諸在付費者的責任上面，然後形成所謂的慢箋要來收費，我想這都是反其道而行，沒有真正了解基層實際就醫的情形。所以有關項次3，討論事項第5案的部分是本席提案的，與謝委員武吉一樣反對解除追蹤。
- 六、會議資料第31頁「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』之辦理情形案」，今年上半年我剛好是醫院醫療給付費用總額研商議事會議代表，覺得應落實查核初級照護案件，我想守法的醫院會自行扣抵，但投機取巧的醫院會將全部案件納入初級照護案件的成效，這部分確實還是需要持續的追蹤管理，一定

要有實際的數據提出後，才能解除追蹤。

七、補充資料第14頁「106年度各部門總額執行成果評核結果及相關建議」，針對本次評核會，對評核委員給予尊重，因為已有評核結果。但是評核過程當中，我個人參加了中醫部門的實地訪查，那天剛好不慎腳底筋膜炎發作，第一時間在梨山駐點就診，就診過程中發現中醫部門的辛苦，連梨山也上去，現場除了針灸，也做了一些物理治療，後來聽說只能申報一項經費，即使兩項同時申報，也是支付同樣的經費。我在上次委員會議時曾提出請中醫部門對給付不合理的部分，於相關會議或是協定將來的總額預算時，改善支付不合理的情形。

八、我想評核的過程不要太學術化，要真正提升醫療品質，這才是辦理評核會的目的，不要太著墨學術的理論，應該有較多實務上的查證，才能看出實際的品質管理，才会有評核成效，建議未來評核過程不要太著墨書面資料，一定要考量實際的執行成效，才能真正提升基層的醫療品質。

吳委員榮達

主席、各位委員，大家早，會議資料第35頁「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」，個人曾提出書面意見，106年罕病藥費支出成長16.8%，罕病人數成長僅為3.9%，兩者顯不成比例，請教主要原因。從會議資料第35頁及補充資料第4頁健保署的說明，以及會議資料第39頁「106年罕病藥費前20名」、第40頁「血友病藥費前20名」，並沒有針對我的問題回答，例如補充資料第4頁說明「…以藥費占率第1名Fabry氏症分析，其106年對藥費增加之貢獻度達40%，其中平均每人藥費成長5%，人數成長12%」，並沒有回答我的問題，我們是想瞭解藥費的成長與病人數成長不成比例的原因，所以我反對本項解除追蹤，並建議請健保署提供107年1~6月罕病、血友病藥費支出成長與病人數成長情形，供委員進一步瞭解。

葉委員宗義

在座委員都很辛苦，健保會主要任務之一是每年9月份的總額協商，本人已擔任多屆委員，每年度的總額協商，占大宗的醫院總額協商有共識的次數不超過3次，中醫門診總額、牙醫門診總額占醫療費用的比率不高，問題出在哪裡？到底是委員的問題？還是醫院部門的問題？醫院總額占全部醫療費用的68%，應該正視這個問題，並提出檢討。建議可以考慮對協商達成共識的總額部門給予獎勵，不希望今年9月協商時又未達共識，送部裁決。

傅主任委員立葉

謝謝葉委員提供意見供各位委員參考，也請幕僚未來檢討時參考，接著請李委員永振、干委員文男。

李委員永振

- 一、主席、各位委員，關於追蹤建議，接續剛剛吳委員榮達提到的「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」案，會議資料第35頁的追蹤建議是「於健保署提供資料後解除追蹤」，吳委員表示健保署提供的資料是答非所問，這並不是只此一項！如會議資料第29頁健保署回覆：「將依權責審慎把關」，幕僚追蹤建議是「解除追蹤」，請問健保署以前沒有這樣做嗎？
- 二、又如會議資料第33頁擬繼續追蹤事項「108年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則(草案)」，決議「請各總額部門及健保署於研提108年度總額協商草案時，依協商通則所訂之內涵，提報『一般服務協商因素項目』及『專款計畫』之相關內容，以利總額協商」，是要求「提報」，但健保署回覆「洽悉」；同頁第3項「建請106年度之『全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案』節餘款可流用至107年度同項方案支應案」，決議「請中央健康保險署於編列下(108)年度總額預算時，檢討該方案具體執行效益，並覈實估算執行所需之充分經費，俾利協商參考」，健保署回覆「納入研參」。這2案與總額協商有關係，應該盡早提出資料給委員參考，不然等到9月協商

時才提供那麼多資料，委員會有充足時間消化嗎？

- 三、再回到剛才提到的會議資料第35頁「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」案，健保署很努力提出資料，幕僚建議解除追蹤，應可考慮，但需另立一個追蹤項目。本案我已經追蹤3、4年，請各位參閱會議資料第39~40頁，過去是追蹤血友病，這次有將罕病列出，前20名每位罕病患者所用的醫療費用不低於血友病，前20名約總共花費6億1千萬元，前20名花費都在2千萬元以上，前次會議提到，血友病已有改善，金額從7億多元降到6.8億元，但是第1名還是花費將近7千萬元，第20名花費1千八百多萬元，是否還有檢討空間，可另立一個主題進行深入分析讓委員瞭解。
- 四、會議資料第31頁「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』之辦理情形案」，同意幕僚建議「解除追蹤」，但本案為106年度事項，執行期間卻只有106年11月至12月，僅2個月，待會健保署的報告事項有「107年醫學中心、區域醫院門診件數降低2%」，也是107年7月1日才開始實施，請問這種情況與決定原意是否相符？若不符，應該怎麼改善？
- 五、會議資料第33頁第1項有關本會針對「106年度全民健康保險基金附屬單位決算」及「108年度全民健康保險基金附屬單位預算」不予備查，連同委員對同施行細則第68條修正草案預告案之相關意見，一併送請衛生福利部參考案，很感謝主委及執秘將委員建議，用函陳衛福部，社保司的資料放在補充資料。本案已經討論很久，為什麼資料2、3天前才提供，當然也可以解釋是資料沒有什麼新意，僅提供書面答覆就好。補充資料第3頁社保司答覆「…本案爭議自102年二代健保施行以來，歷經4年檢討始獲解決」，請問一波又一波的爭議有獲得解決嗎？若有解決，我現在就不會再提出，健保會也不會再建議。另提到「法制程序完備」，所以這一次就不用納入，但是趙委員銘圓

也提到，勞基法一例一休年初修法施行，年底再次修法，不是也法制程序完備嗎？為什麼會有這麼大的差異？這個理由怎麼可能讓全民接受？又提到「不宜再將施行細則修回爭議原點」，當初就是因為沒有全盤考量，才会有這些爭議，我們才建議要做全盤考量，解決缺點，但社保司表示「將配合健保法研修納入考量」，我上次會議提到，這是先射箭再畫靶，等於沒有答覆。另有關健保法施行細則第45條及36%執行面的問題，從105~107年3年間，7項社會福利補助視為政府繳費，收入1年約減少70億元，3年間收入約減少210億元。政府應負擔至少36%從支出面公式來看，105年少了45億元，106年少了99億元，107年少了148億元，108年少了246億元，接下來要協商108年總額，由支出公式短少的246億元加上收入短少的70億元，達316億，幾乎達總額的5%，接近高推估的成長率，應該要做合理解決，而不是打文字仗，就算是打文字仗，也要講得很漂亮，而不是讓人家有很多質疑。

六、本次會議還未看到行政院核定的總額高低推估，剛剛總額4大部門也已經抽籤，請問何時才能看到行政院核定的總額高低推估，9月就要總額協商，是否影響到後續作業？希望可以說明。

干委員文男

- 一、延續剛剛李委員講的行政院核定的總額高低推估，根據以往的協商經驗，今年的協商想必會很痛苦，我們上次會議也提出，如果要解決問題，非協商因素及協商因素應該要掛勾，這是我們的看法，希望可以研究看看。
- 二、會議資料第38頁「為加強民眾用藥安全宣導，建請中央健康保險署將門診藥事服務費調高10點，以利民眾用藥安全，並將用藥安全宣導編列於108年度總額預算實施案」，我非常認同陳亮良委員所講的前半段，所有醫藥浪費都是消費者，但是回想當天討論情形，醫藥浪費又要多增加10點，做不好要多給10點，若再做不好，不是還要多給更多，本案並沒有獲得通過，主委

很婉轉地說這是健保署的權責。本案建議解除追蹤，但陳委員還是耿耿於懷。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、主委，各位委員，大家早，剛剛葉委員宗義講得非常好，我想歷年來在健保會的最主要任務就是總額協商，協商過程當中，當然希望達成率可以高一點，沒有達成共識，最後還要送部裁決，有些事明明可以在健保會解決，就不要讓部長來困擾，總額協商是未來大家要努力的一個共同方向。也利用這個機會恭喜牙醫抽到籤王，這確實是非常不容易，當然希望今年協商比率，不要像去年達成率才將近20%，80%都是要送到部長來裁決。
- 二、另外也非常感謝干委員文男特別針對本席提的案子這麼仔細認真地瞭解，我提的不是付費者浪費這些藥，我是覺得付費者被冤枉，不是付費者醫藥浪費，誰給的藥才是重點，給藥的過程中，誰交給付費者，就是藥師，藥師在做藥事服務的過程中，藥師的功能就是把關，在幫付費者把關，到底有沒有按時吃藥，哪顆藥的功能是怎麼樣，不給他一些錢，怎麼來努力，這是我當天的意見，你還原的不夠仔細，我再補充我為什麼會提這個案，就是希望不要因為新聞報導說浪費醫療藥物達到193公噸，新聞報的非常大，就要來課慢箋，每個月要收200元，我來自雲林，我們做一天的工，上午6點出門，做到11、12點才600元，還請不到工人，那200元繳下去，你想1個家庭，如果有2張慢箋，1張慢箋3個月，1張慢箋就要加收400元，1個月加收800元，1年加收將近4,800元。所以說，我們要體諒一下做事人的難過。
- 三、剛剛謝委員武吉針對會議資料第34頁第6項「建請醫院總額於地區分配時，無論採用何種公式，在預算分配至六區前，應自一

般服務費用移撥部分經費作為東區風險調整基金或設獨立預算案」，提到高屏及南區有售租街，是要出售出租的，雲林縣政府對面也有，整條路都是最精華的地方，貼出來的也都是出租、出售，那條路可能要改成售租街，我們都是非常有感，民眾壓力非常大，敬佩西醫基層在本次評核，挑選2個項目，一個是精神科，一個是婦產科，這都是體現民眾的困境。第一個是人壓力太大，第二個是少子化，這是我們共同努力的方向跟目標，台灣健保是臺灣真正驕傲，我們要如何永續來發展，就是把應該的錢花在應該的地方，不要浪費健保資源，就是台灣未來健保要永續發展的目標跟使命。

傅主任委員立葉

謝謝，還有沒有哪位委員有意見？請李委員永振。

李委員永振

回到剛才所詢的會議資料第35頁第9項，上次會議討論的是愛滋病治療2年後由健保給付費用問題，以及罕病及血友病。愛滋病醫療費用自106年回歸健保給付，記得106年費用是35億元，健保署預估108年費用為43億元，預期將來愛滋病的費用成長率會非常驚人。我們希望對於已經比較有經驗的罕病及血友病，健保署能深入探討及掌握原因，對於剛開始納入健保的愛滋病能夠及早防範。對本案是否解除追蹤沒有意見，但建議健保署針對這部分另外提出說明，這樣會比較完備。

傅主任委員立葉

請問還有沒有委員有意見？若沒有，我先嘗試綜合大家的意見後做裁示，首先是謝委員武吉提到的會議資料第27頁第1項「委員所提追蹤事項尚有遺漏部分，請幕僚重新檢視，倘有遺漏，再行補列」。

周執行秘書淑婉

我再補充說明，委員可能有誤會，這邊所提的「解除追蹤」是指審視歷次委員會議追蹤案件有沒有漏掉，我們已經審視完了，是對審視做解除追蹤，座談會部分會另列新案去追蹤。

傅主任委員立葉

那這樣可以，座談會部分我們就另列追蹤事項。請謝委員武吉。

謝委員武吉

我是可以啦，就是要請4大公司來讓我們瞭解他們做什麼，健保會花費這麼多經費，我們要去注意這4大公司，就是食藥署、疾管署、國健署、醫事司這4大公司，他們應該要來向我們健保會報告。

傅主任委員立葉

一、瞭解，這是第一點。關於會議資料第28頁項次3，陳委員跟謝委員都有意見，是希望能夠繼續追蹤，但就像剛才干委員文男講的，其實有很多是健保署的權責，或用藥安全包括限制用藥，甚至提到安非他命的問題，有些則是食藥署的權責，是不是把相關意見請相關單位參考，這個部分維持解除追蹤。

二、接下來是會議資料第31頁項次1，謝委員武吉很關心醫學中心初級照護案件的問題，是不是就請健保署加強管理即可，因為該署已經提供相關的資料分析，是不是就維持解除追蹤，如果還有問題的話，可以提出來請健保署補充資料。

謝委員武吉

以後又要再提一個案，又要討論很麻煩，我們還是列入繼續追蹤，列入繼續追蹤的重要原因就是，coding(編碼)居然偷改，我感覺這是很丟醫界臉的一個現象，最可恥的，不要臉，醫界不要臉到透頂。

傅主任委員立葉

那針對謝委員武吉的問題，請健保署再進一步提供資料後再解除追蹤。

謝委員武吉

我剛才已經有講，叫健保署用大數據來抓，如果有更改coding(編碼)時，應將這種不法醫院移送法辦，這種行為叫做盜領健保費用。

傅主任委員立葉

這個意見也請健保署參考。請陳委員亮良。

陳委員亮良

這個意見剛剛我也有提，因為我是醫院總額研商議事會議代表，這部分當初在審就很有爭議性，所以謝委員武吉提出來，我就馬上呼應謝委員武吉的意見，所以這個案不是只有謝委員武吉提，我也有提。

傅主任委員立葉

- 一、會議資料第31頁項次1改列繼續追蹤，請健保署針對陳委員亮良跟謝委員武吉的意見及問題，再進一步提供分析及資料後再解除追蹤。
- 二、會議資料第33頁項次2本來就是繼續追蹤，委員希望健保署的回覆能夠能做一些修正，做更清楚的說明。接下來會議資料第33頁項次3...

謝委員武吉

對於第33頁的項次3，健保署現在的資訊平台，要將VPN的資訊平台，與轉診制度的平台串聯，我們希望能夠提前，本來是108年的元月1號要開始做XML的轉檔，直接轉檔到那個轉診的平台套進去裡面，我希望這個是不是能不能夠提前，我們拜託蔡副署長就幫忙一下，給醫師能夠做一指神功，這樣的成效也比較好，我是希望這樣啦。

傅主任委員立葉

- 一、會議資料第33頁項次3是繼續追蹤，謝委員武吉意見就請健保署參考。
- 二、接下來項次6是繼續追蹤，係上次蔡委員登順的提案，剛才謝委員武吉、陳委員亮良都有提到，其他地區，例如南區、高屏區，是不是也要比照，我想是不同的案子，因為這個案子是已經有了共識，請健保署跟總額承辦單位去做具體的規劃，至於其他地區，像是謝委員武吉跟陳委員亮良的意見，我想就請健保署參考好不好？看看將來是不是有需要，畢竟我們也不過幾個區，每個區是否都需特殊辦理。現在通案實施是不是真的

這麼大的問題，但2位委員的意見都值得重視，就先請健保署參考，研究看看，有沒有需要針對別的區域做特殊處理。

謝委員武吉

不要說參考啦，應該併同辦理，不要用參考這兩個字，參考是馬馬虎虎就可以過了，重要的辦理啦，這樣才對啦。

傅主任委員立葉

如果另外要比照東區的處理方式，恐怕也需要另外提案，全體委員有共識才有辦法。

謝委員武吉

主席，我是每天從北部到南部這樣跑來跑去的人，真的是要考量到偏鄉地區，雖然東區是偏鄉地區，可是現在南部也是偏鄉地區，所以才會有那個一個議員去咬警察的事情發生，東區也主要是人口老化問題嘛，我們南區和高屏區也一樣是人口老化的問題啊，所以我們在這裡，雖然上次有這麼講，但是上一次我們講的主席你沒有聽進去，所以我們在這裡是加強補充而已，要把它列入重點、重要辦理的事項，不是說參考，參考就馬馬虎虎就過了。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

我們健保會謝委員武吉特別強調的就是，我們南區和高屏區，確實現在年輕的都往北部去，南部都剩下年紀大的，醫療資源確實不足，主委你比較忙，不然我就邀請你來我們雲林逛一圈就會知道，看過「汪洋中的一條船」這部電影嗎？那就是我們雲林的故事，鄭豐喜的故事，所以說醫療偏遠地方確實有不足的地方，需要更多資源進入，醫療品質才有辦法提升，這就是健保創立的價值和精神，所以本席也同意不要用參考，併同辦理比較妥適。

傅主任委員立葉

會議資料第34頁項次6稍微做一點修正，除了東區按照原來的決議辦理之外，其他地區就請健保署做一些各分區之分析，提供一些意見

給委員參考。請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

這項是有關地區預算的分配，在健保署的回覆中講得很清楚，歷年來地區預算的分配都是由總額受託單位研議，提出版本後再提健保會討論，所以這過程沒有經過健保署，這是過去的流程，而且分區預算分配也是健保會的權責，所以不管東區或是南區、高屏區，理論上應該是總額受託單位在研議的時候，就要多方衡酌，能夠做一些討論，提出一個共識版本，再提到健保會討論。在這個過程當中，如果有需要健保署提供數據或相關資料，我們可以配合，但是討論的平台應該是總額受託單位跟健保會，這部分請大家參考。

傅主任委員立葉

- 一、項次6請健保署協助提供相關分析資料給各總額承辦團體，做為委員協商時參考，因為最後還是要回到健保會的協商。
- 二、會議資料第35頁項次9，本來是解除追蹤，改列繼續追蹤，就請健保署進一步提供資料，特別是回應像吳委員榮達、李委員永振委員關心的問題，等資料補充完後再解除追蹤，還有沒有問題？(委員均無意見)那本案就討論到此。請進行下一案。

參、「中央健康保險署『107年第2季全民健康保險業務執行季報告』」與會人員發言實錄

健保署蔡副署長淑鈴報告：略。

傅主任委員立葉

感謝健保署的報告，請問委員有沒有詢問？請吳委員榮達。

吳委員榮達

一、業務執行報告第1頁，第1大點的括號2，有關醫院門診件數降低2%的範圍。

(一)先排除重大疾病、罕病、偏遠、急診及經轉診個案，這部分沒有太大問題，但是下面留下一個伏筆，「惟不設定範圍，以保留醫院視個案彈性調整之空間」，這是非常不明確、不確定的概念或定義，一個不明確的東西存在這裡，以後一定是爭議之所在，對於這個爭議以後到底應不應該列進去，誰來當裁決者？怎麼處理？不知道健保署打算是怎麼樣？要不然以後這個計算，一定是跟醫學中心會吵架，健保署可不可以給我們一些想法？

(二)因為減量範圍有要排除急診，我們最擔心就是，會不會利用急診來規避門診數量的計算，如果是這樣的話，將變成急診的量會暴增，這樣對於急診部門的負擔是不是能夠負荷？我們非常擔心，但因為剛實施而已，要再觀察，可能一段時間後，再請健保署就相關數據做分析。

二、業務執行報告第2頁，括號3阿拉伯數字2，提到「院所針對同一病患之轉診，不應分科分次轉出，應同院整合後辦理轉診。」不太瞭解這個的意思，例如說轉診過來後，病人有多項疾病，某部分在區域醫院或診所就可以治療，是不是還是要在醫學中心把全部的病都治療到可以轉診後才可以轉診？文字上我不太理解，所以做一個請教。

三、業務執行報告第90頁，剛才蔡副署長淑鈴也有報告過，有關重大疾病的領證，我比較有疑問的是在第5項，因為我也不是學醫

的，看不懂那個疾病名稱，因為我看該項疾病成長率比較高一點，叫做「需終生治療之全身性自體免疫症候群」，這是什麼我真的不知道(蔡副署長淑鈴：愛滋病)，這樣的話，愛滋病的成長是非常可觀的，可能是需要好好觀察。

四、業務執行報告第149~150頁，有關核刪率的問題。

(一)這也是我都非常擔心的議題，請大家看業務執行報告第150頁，特別誇張，南區業務組醫院總額醫學中心的核減率是0！北區業務組及南區兩個地區核刪率都算是非常低的，有的0.01，也有0，真的好到這種地步嗎？連一點核刪的機率都沒有嗎？我真的非常擔心，核刪已經降到這種地步，我一直在講核刪率這麼低，會造成一些投機，或是衝量的情況。

(二)剛才蔡副署長淑鈴報告，事實上查處違規的數量不大，總共起來也不過3,000多萬，加上核刪率這麼低的狀況，醫師當然敢衝、敢冒險，我覺得這樣對健保財務衝擊真的是非常大。

(三)事實上我也一直在提醒我們醫界，真的這樣會不會讓大家的點值下降？到底是增加大家的權益？還是有劣幣逐良幣的狀況，這是我非常擔心的。

傅主任委員立葉

請干委員文男，再請王雅馨委員。

干委員文男

一、剛才吳委員榮達講的，有很多跟我要講的相似，不過我看署長到處推廣轉診及分級醫療，各大醫院、基層醫院也都在很努力做，我們也很配合，我會訊就發了5,000份，擺在頭版裡面，說明分級醫療的優點，從用的點數告訴大家，轉診及分級醫療對老百姓未來的好處，以及用的藥是不是正確，請他們相信基層醫師都是各大醫院的主治醫師以上層級出來開業的。我們非常肯定這項政策，要有信心。

二、有關偏遠地區，我從進來健保會第1天，就講健保卡的製作，現在逐漸有成效，一個政策從開始到現在也10幾年，沒有到普

及，但是現在還有努力空間，所以要繼續努力，尤其是健保卡一定要有相片，現在可以要求要有相片，將來很多地方可以用上，去銀行辦事要對照雙證，也可以看健保卡，坐飛機也可以當做身分證用，這個做得很好希望更加努力。

三、台北、高雄兩個直轄市，我們委員這樣一直催有效，健保署財務組也很努力，但是後面的尾巴不要溜了，超過108年我們會提告的，趕快弄完以後就沒有這件事情了。

王委員雅馨

一、健保署現在很努力推行分級醫療，我們對政策之大方向的推動給予肯定，同時，我想要針對業務執行報告第1~2頁表達看法。

(一)第1項「醫院門診件數降低2%」及第3項「轉診支付標準項目」的部分，我們看到現在提供的資料，包含門診件數、點數的成長或降低，這都是量化方面的數據，在補充資料有106年推行分級醫療之實施成效，但我覺得現在比較欠缺民眾及病人端質化的調查，如此在審視整個分級醫療，會有無法全面客觀審視目前整體的執行情況，恐有以偏概全之虞。

(二)我們都知道商業界要推銷產品的時候，一定會做市場調查，分析使用者需求。換句話說，健保署清楚說明分級醫療的重要性及必要性，且使用模式及未滿足的需求。分級醫療是系統性的，不是單一層級醫院就可以涵蓋全部，必須是各個層級醫院需扎實扮演好自身的角色，才能使分級醫療能落實。所以本席建議健保署可以委託學術研究單位或是市調公司，做民眾跟病患對於分級醫療相關措施的全面調查，例如針對民眾、病患端覺得分級醫療未滿足需求的部分、使用經驗及認知部分等等不同面向做一個比較全盤性研究、調查及抽樣問卷，再加上量性的資料，我覺得二者配合起來，健保會委員會看到更全面及客觀的資料呈現。

二、我們看到健保署有針對分級醫療做一些文宣，包含在網站上很努力的一直做宣導，但是從病患的觀點來看，還是覺得有努力

的空間，像在診間外面等診看病的時候，我們常看到診間外面的電視播的是一般性的節目，沒有健保署要推的分級醫療或健康存摺等訊息的推廣實在很可惜，在候診的時候也是一樣在等時間，所以是不是也可以善用醫院的資源、管道，讓民眾和病友可以更瞭解健保署在推行的分級醫療、健康存摺等政策。

三、業務執行報告第46頁，有關「每張處方箋藥品項目大於十項之案件比率」較106年第4季值略高，亦較去年同期值略高，且略高於參考值，將持續監測其趨勢。這並沒有因為雲端藥歷或合作一些方案而有下降，我們也希望健保署、醫界，可以針對使用者，也就是病友未滿足的需求，以認真嚴肅的態度面對，病友、醫界、政府大家好好共同合作，我們相信整個醫藥系統，還是需要解決病友的問題，當解決病友實際問題的時候，會從根本上改善很多醫療浪費，並增進醫療品質及效率。

傅主任委員立葉

先請謝委員武吉，再請滕代理委員西華、陳委員亮良。

謝委員武吉

一、首先非常感謝健保署提供這個非常寶貴的報告資料，我們先向健保署說聲謝謝、辛苦了。其實要推動這個分級醫療、轉診制度，垂直整合這方面是困難重重，但是健保署和衛福部也走出了這一步，我們知道其實健保署與衛福部也受到如大獅大虎大熊的壓迫，等於是一個小兔子要被壓扁，這個小兔子有奮鬥能力，我們應該要給健保署一個掌聲，給他們一個真心的鼓勵，這是我們坦白要講的。非常敬佩健保署的努力，這方面是第一點。

二、第二點，我們健保署現在鎖定60項的藥品，這是屬於重複用藥的問題，但是健保署對於我在開會的時候，經常在講的一件事情好像都忘記的樣子，似乎是有失憶症，這個我很不客氣的講，我一直講類固醇的使用，到現在為止也沒有作為，所以說剛要講說要解除那個方案，就表示反對；對於類固醇藥品，我

是非常注重的，因為類固醇吃多了，它會容易產生腎臟的疾病，或者是心臟其他的疾病，吃多了會產生身體很多毛病出來，所以說我在這裡要求健保署，對於類固醇的追蹤，和TFDA有關，今天不知道TFDA有沒有來？應該沒來吧！沒來嘛！以後就拜託他們列席參加一下！並請TFDA於下次會議列席報告此類藥品的出貨量和實際使用量，進行比對並追究其管理的責任與承擔!!這叫食品管理藥品管理的重要性，才不會有偽陽性的K他命的發生，TFDA很會閃東閃西!!所以這方面我希望健保署對於類固醇的管理也應該要加強一下，我在這裡很慎重的建議提案。

三、還有一點就是說，政府欠的費用是用利息，但是一般老百姓、公司行號欠款的時候，對我們所有的，尤其商業界的代表是非常沒有尊重的，為什麼是用滯納金，滯納金是用累進的，這是非常嚴重的一個懲罰，政府的就可以用利息來辦理，一般老百姓用滯納金延遲滯納金的方式來罰扣，這叫做罰扣，這是不對的方向，我希望這一點要用兩造平等方式來辦理。

四、還有一點就是說，業務執行報告第29頁，5月份我們申報點數是224億，部分負擔是15.1億，我們要請教一下，我們自從去年開始到現在為止，我們在醫學中心有增加60點，比一個便當費用還少的費用，這個效益性有沒有產生嚇阻的效益性、減少的效益性有沒有？給予我們瞭解一下好不好，謝謝。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

有2個請教及1個建議：

一、業務執行季報告第2頁，有關今年7月1日起實施新增5項轉診支付標準項目，實施本案立意良好，只是有些地方不太清楚想要請教：

(一)因為預算是由醫院總額跟西醫基層總額分別編列，所以若中醫或牙醫診所發現病人需要轉診到西醫，就不在此試辦方案的範圍內嗎？因為中醫也可能接觸到病患，牙醫也可能碰

到口腔癌或是因牙科就診口腔而發現的其他病症，當察覺到病情有疑慮時，難道不能直接由中醫或牙醫診所轉診到西醫醫院或診所，要叫病人自行就診嗎？另外，不曉得上述病患可能有多少？想請問健保署，是本方案在目前階段本來就不考慮中、牙醫的部分，還是原本中醫跟牙醫的量就很少？本會也有中醫及牙醫都有代表在現場，我是不太清楚這個情況。

(二)本案規定：「同醫療體系間(含委託經營)之轉診不得申報本項轉診費用」，此規定可以理解。不過現在法人連鎖型態非常多元，如何區別「同體系」？若以長庚體系為例，林口長庚、桃園長庚都是長庚系列很容易分辨；另如雙和醫院是衛福部立醫院委託北醫(臺北醫學大學附設醫院之簡稱)經營，萬芳醫院則是台北市立聯合醫院委託北醫經營，也就是北醫承接了萬芳、雙和醫院的經營，那台北市立聯合醫院轉萬芳醫院，算不算同醫療體系？那雙和、北醫、萬芳算不算是同體系？上述關係有點複雜，但其實就是衛福部立醫院、台北市立聯合醫院、北醫三個集合在一起，不同的委託經營方式，這樣算不算同體系？

(三)我其實也蠻建議健保署應該監測同一體系的轉診率，例如台大新竹醫院轉台大總院，同一醫療體系內的轉診率，雖然不能申報本案轉診項目，但醫療體系內轉診率也是一個重要指標，如果作業面上不麻煩，也建議可納入監測。

二、業務執行季報告第47頁107年第1季「子宮肌瘤手術出院後14日以內因該手術相關診斷再住院率」，子宮肌瘤手術目前在婦女相關手術算是自費的比率非常高，有的醫院用門診手術、有的要住院3或5天，住院超過3天以上的部分還得自費，這與病患之複雜度有關，但此處的指標數據，看不出ICD-10-CM/PCS(國際疾病分類第十版臨床修訂/處置分類系統)的coding(疾病編碼)有沒有差異，希望能知道本項指標在子宮肌瘤病情複雜度不同時，再住院率有沒有不同？另，若病情比較簡單的病患，應該

要鼓勵用門診手術，例如用手術若採腹腔鏡方式，當天就可出院、不會在住院的範圍，這邊也看不出來這些人有沒有納入出院後14日再監測機制。

三、業務執行季報告第129頁，建議健保署適度修改表33-3標題：

(一)表33-3「106年7月至106年12月納入健保給付之新藥費用申報情形」，依表33-7「106年7月至106年12月納入健保給付之新藥明細」資料顯示(業務執行季報告第135~138頁)，有些品項是106年7月以前就於共擬會議同意給付，有些則是105年就同意給付，當然有些則是106年7~12月同意給付的，總而言之，此表格列出所有於106年7~12月期間公告生效的藥品；另同樣在第129頁還有表33-1「106年7月至106年12月共同擬訂會議新藥審議情形」、表33-2「106年7月至106年12月共同擬訂會議同意給付且生效之新藥分類」。

(二)第129頁列出3個表的呈現方式，會讓人誤解，以為是同一件事。問題在於，看似表33-1及33-2給付後，變成表33-3的費用申報情形，其實不然。表33-1及33-2講的是同一件事，表33-1呈現106年7~12月期間共擬會議審議情形，表33-2呈現106年7~12月期間審議後同意給付並生效的品項，但其中僅4項為106年7~12月期間生效，其餘都是107年才生效。但表33-3全部都是106年7~12月期間生效的品項，只是有的是106年7~12月期間共擬會議審議的，有的則是在106年6月以前共擬會議就已審議通過。總而言之，表33-3與表33-2、33-1的藥品應該不屬於同一群。

(三)另，表33-3的細項呈現於表33-7，其中年份有的用西元、有的用民國呈現；表33-2的細項呈現於表33-4，則全部用西元。建議年份呈現方式能改為一致。

陳委員亮良

一、業務執行季報告第1頁，非常肯定健保署各部門的辛苦，持續推動一些重點性的工作，那在推動過程中當然也是非常辛苦，可

能會遇到在推動過程中，沒辦法完全在預期內的結果，例如本次所提重點工作「一、107年區域級(含)以上醫院門診件數降低2%，自107年7月1日起施行」，我想這個案子本來從今年度的目標值就是要降低10%，5年內要降低20%，那我又是健保會派至醫院總額研商議事會議的代表，我們發現醫院門診件數仍居高不下，醫院門診的比例還是非常的高。舉個例子第1季就有的都達到超過10%以上，當然署裡面一直推動如何落實3級醫療，但是3級醫療要從醫學中心及區域醫院的門診量要扣下來。要讓這些病患跑到的基層，也就是社區醫院或西醫基層診所，但我發現還是這個情況還沒辦法在數據上很明確的看到。所以這部分就教一下蔡副署長淑鈴，今天你代表李署長伯璋出席會議，未來貴署如何盡速達成、真正的去落實3級醫療？

二、重點工作「二、擴大『門診特定藥品重複用藥費用管理方案』之藥品範圍」，我想這個制度是立意良善，但是當初推這個制度也是署裡面主動推出的，推出的過程中，如同謝武吉委員很關心的類固醇品項，那我也曾經在健保會提到，家父因為年紀大80多歲皮膚常常過敏，就醫開的都是類固醇，吃到最後皮膚都變薄，動不動流血破皮，當兒子的當然非常不捨，這部分謝武吉委員提的品項是非常重要的；但是其他的品項也有他的不一定，因為一列管之後，就等於再也找不到醫生開這個處方箋，沒辦法用藥，我想今年度的西醫基層特別提出精神科及婦產科，來呼應這個社會的現狀，也就是壓力，很多是壓力使然，例如我們在公部門壓力非常大，有時候一個工程案要驗收、處理採購標案，有時候都加班到三更半夜一兩點，都沒有人知道，我想我們健保會幕僚也常常加班打字整理資料弄到半夜一兩點才回去，沒有睡覺隔天還要上班，也是類似情況，這壓力的確非常大，所以本席覺得說這些所謂的控管的項目，有些是不是有必要，也要適度的解除控管，來滿足社會的需求。

三、說真的當健保委員很洩氣，我們在雲林縣政府服務，很多同事都找我問說晚上睡不著，但安眠藥吃不夠找不到人開，提到安

眠藥議題好像聞到毒品一樣，如同是這種管制藥品很嚴重，要自費又買不到。我想總是要有一個特殊的門診或特殊的人，可以開啟這一把鑰匙，不要鎖的死死的，很多同事都在問我，知道我當健保委員，能不能建議一下，因為限制一個月28顆，一個月30或31天，根本藥量不夠，你一直把他鎖住，若需要安眠藥只能去跟別人周轉藥品，就如同要去找人周轉錢一樣的意思，形成這種怪現象。

四、真正要落實3級醫療的推不動，管制的做的太過於落實，電腦打下去大數據就知道什麼藥物，我是覺得說管制的立意是良善，但真的是需有個超級醫生可以開出這個需求，有些人是出門出國去玩藥品遺失，回來要再開藥也不行等等，我想很多的情境可能有需要，所以我在這邊特別拜託一下健保署，是不是再研議一下有沒有比較活性的計畫，不要說硬梆梆，不行就是不行，我想有時候醫者父母心，有時候醫生也想幫忙病患，因為病患確實有他的困難，就像有時候牙齒非常痛，不趕快在第一時間處理、痛起來要人命，這部分需要改善的空間。

六、那另外也非常肯定，干委員文男提到北高兩市欠費問題，在健保署辛苦的努力之下，總算今年有辦法將這些欠費追討回來，我記得上一次有針對藥價差50幾億的處理方式的一個討論，那後來好像是要回歸總額，這部分是不是請健保署回應一下。

傅主任委員立葉

依序請干委員文男、趙委員銘圓、吳委員國治、潘代理委員延健、李委員永振、蔡委員麗娟。

干委員文男

一、請教蔡副署長淑鈴，民國81年以前我們的憲法是推行公醫制度，81年之後改為推行全民健康保險制度，86年憲法修改後也是一樣，以前是訂在增修條文第18條，之後訂在增修條文第10條，該條文相關處念給各位聽：「國家應推行全民健康保險，並促進現代和傳統醫藥之研究發展」，我要請教一下，我們的

傳統是哪一個醫學？應該是中醫吧？如果是中醫，我們以前用的是水煎藥，憲法沒有改的時候還沒健保，憲法改了以後，在憲法第10條已有健保及傳統醫學的條文，但直到現在都還是說水煎藥不行，推三阻四，又是誰來擋，還有人說中藥材檢驗不合格，這次有機會聽到消基會說去各縣市查核藥材品質，說結果還可以，我們聽了很高興。

- 二、我希望健保署在水煎藥方面應該努力，不要變成有名無實、違憲喔！傳統是對的，研究發展也是對的，什麼都可研究發展，可以去研究如何讓水煎藥可以納入健保，因為水煎藥的效果很好，有人說科學中藥的效果是水煎藥的十分之一，我看圖表則是五分之一。希望趕快解決，不然有傳聞說中醫總額所用的藥沒效，那種打落水狗態度，講到變成沒人要的。我特別呼籲，還是要注重傳統醫學，不做的話變成健保署違憲。

趙委員銘圓

- 一、非常認同干委員文男所提中醫水煎藥的意見，希望健保署能否研議將之開放，每個去看中醫的人，都認為水煎藥能夠讓病好的比較快，因為科學中藥那種藥粉的藥效真的是很差，我這邊還是希望健保署針對這部分能夠做後續的處理。
- 二、另外有兩個部分，第一個，吳委員榮達提到有關愛滋病的成長率，請參看有關業務執行季報告第90頁表28「全民健康保險重大傷病證明有效領證統計表(107年6月)」，在此也可看到成長非常快速，今年6月相較於去年同期，成長率為4.25%，光107年6月這個月，愛滋病的重大傷病領證數又多了334人。所以愛滋病的成長，其實會使健保支出會越來越多，之前我們一直建議這原本應為疾管署的管轄，現在移撥過來給健保，是不是原來放在公務預算的額度，也該撥過來，這樣對健保的影響會相對小，剛剛李委員永振也提到，現在有太多費用都用健保費用支出，到後面都變成是付費者承擔。另外，有關愛滋病的部分，我不知道目前推動多元成家的方案，會不會變相鼓勵愛滋病繼

續成長，這部分我希望健保署也要有一些作為。

- 三、業務執行季報告第151頁是有關核減率，從開始我們都反對具名核刪，但健保署仍一意孤行，還是用具名核刪，煩請健保署能提供實器具名核刪前、後的資料來比較。建請提供實施前3年的核刪金額跟比例，及實施後到現在的核刪率跟核刪金額，希望了解具名核刪後，對健保醫療費用支出的影響是不是越來越大，健保署應該要有很明確的資料，讓我們能清楚了解。

吳委員國治

- 一、業務執行季報告第2頁，我要詢問有關同體系醫療院所轉診的問題，去年醫院總額協商，有編列一項醫院部門附設門診部回歸醫院總額的預算，我們有去查門診部回歸的情況，發現分成幾個樣態，若不釐清的話可能在分級醫療上會有模糊空間，剛剛幾位前輩也都提到。
- 二、第1個樣態是回歸到原醫院的總額；第2個則是歇業；第3個樣態，為了便於了解，我直接點名：委由秀傳醫院經營的台南市立醫院安平門診部，在今年8月1日起要變更成安平西醫診所，台南市立醫院的安南門診部則要變更成安南高家醫診所，中國醫藥大學豐原分院也預計要成立新的診所，這部分是不是同體系？當然另外在台南的新樓醫院，則會更名為他們體系的診所。
- 三、若以目前醫療法第31條規定，醫院可設立1家診所是授權給主管機關核可，但這可能會造成分級醫療中，會有同體系認定的問題。以不利於推動分級醫療，或造成推動困難的狀況下，是否能請醫事司重新檢討，當初於民國95年衛生署函釋，醫院可設立1家診所，與目前的時空背景已不同，現在診所已經越來越多，有必要讓醫院體系去設立診所或門診部扯不清，也跟醫院及西醫基層總額扯不清，跟分級醫療又是扯不清，建請健保署能向衛福部反映上述問題，希望修正後能讓分級醫療更好推動。

潘代理委員延健(李委員偉強代理人)

提出2點意見：

一、業務執行季報告第1~2頁，蔡副署長淑鈴剛剛提到雲端藥歷運用情形持續進步中，健保署這邊也會提供一些重複率比較高的名單給醫院，可以協助醫院內部管理及提醒。不過之後要在107年第4季開始做重複藥品的核扣，但在此之前希望健保署能夠做到：

(一)首先要做到完整性，希望健保署能提供更完整的資訊出來，要能夠把上傳率很清楚的統計，包含醫院、診所及藥局，所有的東西都要上傳，因為有上傳才辦法查。

(二)第二個是及時率，到底資料是當天上傳？還是3天後上傳？還是1週後？甚至1個月後？他的參考及來源就差別很大了，若先把來源確立之後，資料都有上傳了，在整體的核扣的作業上面，我們也不會太直接的反對，就可往雲端藥歷全面實施的方向進行。2種統計數據一併出來，再來看它實際狀況。

二、感謝吳委員榮達關心醫院總額南區申報核減率：

(一)據我所知，南區在各分區業務組中是管控最嚴格的，醫院部門與健保署整體管控點值的機制中，核減率只是其中一小部分，真正的管控點值是醫院的自主管理，何謂自主管，舉例來說某家醫院給它100元的額度，它做了105元，自己需吞下超出的5元，只能向健保申報100元。

(二)南區最嚴格的原因，除了醫院的自主管理外，還做單價管控，也就是還對每家醫院的單價去管控。因此就我的認知及預期來說，南區點值應該不會落在最後面，當然這個數字這樣呈現出來，我們會帶回去請南區分區執委會再予注意。

(三)會出現南區這樣的數字，可能是因為採分層級又分區來呈現，不是每個區都有好多家醫學中心，樣本數相對小很多，針對性就會有點強，但是不是真的就是0，我們回去會再提醒南區業務組。在此還是要特別跟各位委員報告，點值管控在

分區業務組的領導下，每個業務組下都有醫院的共管小組，大家都非常自律，該報多少錢就是多少錢。

李委員永振

這邊有幾點向健保署請教跟建議：

一、業務執行報告第4頁平均投保金額與平均保險費統計：

(一)上個月我曾提過，健保法施行細則第68條所列4項，跟此處所列有點接近，且公告的這4項與本會11月份的費率審議案有關，建議於10月份進行下1次業務執行季報告時，把施行細則第68條所列之4項提出來深入分析，不要像今天這樣只是念過去，沒有意義，希望每項確實檢討後，列出來讓委員瞭解。

(二)還有1項也請一併提供資料，就是之前曾提到修正後的施行細則第45條像1張空白支票，所以後來除了政府已負擔7項健保費之外，又加入災區受災全民健康保險對象保險費的政府補助款，記得後面這項去年的金額大概是7、8百萬，不曉得到今年為止的金額是多少，建請下次報告一併提出數字，以上是第一點。

二、第2點，業務執行報告第10頁表5-1全民健保財務收支分析表，對此處已建議數次，但表格仍未修正，請看「其他收支餘(絀)」欄位，從105年以後都是負成長，雖然104年金額達755億元，那應該是將102年到104年追回政府應負擔至少36%健保費約500億元的差額放在這裡，從表5-1看不出來「其他收支餘(絀)」這個項目內涵到底為何，是否可在下次會議深入分析該項目負成長的緣由，讓委員瞭解整個情形。

三、第3點，請看業務執行報告第11頁表5-2，附註的分析都沒有掌握到收支項目增減的根本原因，有些項目有說明、有些沒說明。譬如菸捐分配收入，幕僚同仁提供的資料還比健保署詳細，我常常覺得健保署的資料應該會比較齊全啊，怎麼反而是健保會同仁可以提供比較清楚的數據，健保署提供的資料有講跟沒講一樣，下次是否可以針對這個部分再加強。

- 四、同樣在表5-2的附註(4)提到，利息收入成長是因將部分資金放在定存，所以我產生1個疑問。因為之前曾提相關建議，應該在安全準備增加的時候，比較容易運用資金，但是現在安全準備已經開始減少了，反而健保署提供出來的理由是這樣，這解釋我無法接受。以前錢越來越多的時候沒有去做，現在錢在開始減少，健保署反而很樂觀地把資金存在定存，這不是背道而馳嗎？
- 五、表5-2最後1行「保險收支淨餘絀」顯示，今年上半年是負1百億元，去年上半年約負11億元，短絀增加89億元！另從表5-1觀察，第一季短絀10.5億元，第二季則由4月短絀62.2億元，5月減為短絀31.8億元，6月則轉為結餘4.2億元，似乎健保財務狀況越來越好！？建議第三季報告時此部分應深入分析，讓委員充分了解健保財務真相，以利11月份審議108年度費率。

蔡委員麗娟

- 一、關於今年7月1日開始實施「107年醫學中心、區域醫院門診件數降低2%，以五年降低10%為目標值」一案。我們有接到風濕免疫症的病友反映，醫生跟他講說，因為門診量要降低2%，所以門診要開始限量。由於他已經在這家醫院看病看了20多年，再加上風濕免疫疾病別的醫生人數不是很多，因此造成他心理上的焦慮與恐慌。
- 二、推動門診量降低2%的時候，也應同時考量到，由於高齡化社會的來臨，有共病的民眾其實很多，譬如說同時有重大疾病及三高或輕症，在這情況下，病人會希望得到一站式的服務。就是病人在這個醫院看，他所有的疾病資料都在這個醫院，病友希望的是這種一站服務到底的醫療提供。所以我們在推動降低2%門診量時，如果能夠提供類似的共照制度，較有可能達成目標，當然也希望醫院及基層院所可以有更明確的有共照機制。
- 三、上週評核會在醫院總額執行成果報告時，很高興聽到醫院代表說，現在他們已經有提供這樣的整合式照顧，甚至也提到他們

會有logo露出，告訴民眾這個診所後續是跟哪間醫院或醫學中心有提供聯合服務。

- 四、我們在推動門診減量2%時，應該讓民眾知道相關的配套，把他們下轉到基層後，萬一有問題，還有哪些醫院可以提供後續的醫療服務，讓他們知道，才能夠放心的下轉到基層看診。
- 五、要改變過去大家往大醫院去看診的習慣，不是一朝一夕的事，所以要讓民眾看到我們分級醫療的宣導。其實有看到我們的廣告，宣導片是由幾個立委來做分級醫療的宣導，他們本身都是醫師，但是這比較像政令宣導，可能對民眾來講比較無感。要用什麼樣內容來宣導，才能讓民眾能夠放心，就是要讓民眾理解其實在基層看病，我們還有後續的醫院提供診療，可以持續地給他們照顧。
- 六、推動門診減量2%，應該還要看疾病別，到底是什麼疾病的病人要讓他轉到基層。我們在7月1日已經開始實施分級醫療門診減量，但是民眾顯然還不知道已經實施，只有醫院醫生跟病人傳達說，我的門診要開始減量，但是減量後對病人所造成就醫便與不便，顯然在民眾或病友端還要做更多說明，讓他們有更多的理解，在這樣的共識之下，實施減量可能比較容易達成，以上。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、請翻開會議資料第79頁，表23-1「藥局申報情形_總表」，我要建議一點，因為藥局申報總表裡，涵蓋很多西醫基層和醫院的總額申報，現在每個區都有不一樣的醫院總額申報管控方式，尤其像剛才潘副執行長延健已經講了，就是南區、中區、高屏區都有個別醫院總額，個別醫院總額之下，再分出藥品小總額。
- 二、因為我們對於藥品有一個總額，藥品的小總額給醫院以後，醫

院開出去的慢性病連續處方箋，有的人為了方便性到藥局去拿，但是醫院沒辦法管控這些量，所以說會超出很多的量，結果這些量都是被斷頭。醫院只是開慢性病連續處方箋，卻要負擔、承擔這些很多藥錢，在這個表裡面都沒有看到。應該能夠看到每個分區每家醫院到底被斷頭的量是多少？我們在這裡希望下一次也能夠看到這些量，到底醫院部門的量是被斷了多少？西醫基層是被斷了多少？讓我們能夠看到這些量。我們並不是反對藥局，但是要瞭解我們要如何來管控我們自己、如何來互相配合，避免產生最大的損失，這是很重要的一點，謝謝。

傅主任委員立葉

請健保署回應說明。

蔡副署長淑鈴

謝謝委員提問，以下簡單回應：

- 一、吳委員榮達提到會議資料第1頁，「惟不設定範圍」這句話，好像保留太多空間。這整段話的意思是，門診總量要減2%，但是重大傷病、罕病、偏遠、急診、經轉診這些個案我們先排除，剩下所有的人次總量要減2%，所以我們是建議輕症跟穩定的慢性病可以優先考慮，也就是說排除範圍後剩下的依然是在減量2%的範圍內。大家都會擔心會不會影響到個人就醫權益，事實上，對那麼大的門診量，減2%的量是很少的，所以說不是排掉這些個案後每個人都會被減到。具體的數字是這樣的，門診減量2%，大約是80萬人次，80萬人次除以260天，其實就沒有多少人次，而且又分散在每家醫院。所以我們才會建議醫院先考慮減少輕症或穩定慢性病門診，大家分工合作，不一定全部病人都要到大醫院，這樣子大醫院的工作量太大、也會過勞等等，以上請吳委員參考。
- 二、吳委員榮達也問到，減量排除急診，會不會讓急診增加，我們也擔心，但是急診是不能拒絕病人的，所以會將其列為監控項

目。

- 三、吳委員榮達另提到愛滋病患者增加及核減率太低，還有其他委員提到提供具名雙審之前之後的核減率，這些本署都可以配合。
- 四、王委員雅馨提到，是否也要考慮分級醫療病人端的感受，我們會將其列為民調題目。另外提到文宣要加強，其實我們已經很努力在加強宣導，但是大家永遠會說我們文宣不夠。我們這個月還會針對分級醫療跟雲端藥歷再拍1支文宣，剛才有委員說，現在在放的有些影片是我們的首長現身說法，民眾比較無感，我們預計在八月份拍攝1支溫馨感人的影片、九月份會上檔，除了鋪在一般正常的媒體管道外，也會放到每個醫院的電視牆加強播放，這部分跟各委員的建議是一致的。
- 五、謝委員武吉提到有關類固醇用藥出貨量跟實際量的部分，其實出貨量是TFDA的權責，我們醫審組會跟TFDA合作、一起努力。謝委員武吉也提到，政府欠費是用利息計算，民間為什麼用滯納金，這是健保法的規定，假如大家有意見，是要回頭修健保法。
- 六、謝委員武吉問到，去年醫學中心部分負擔提高60元，到底對門診減量有沒有效果？請看業務執行報告第67頁，表20-1「醫院總額醫療點數_醫學中心」，我們從去年4月1日開始，調高未經轉診醫學中心部分負擔60元，其實當時醫學中心的門診量是略有減少，但是今年的第1季因為流感，所以又沖銷了所有的效應，大家可以參考相關數據。謝委員武吉另外有追加，請我們可不可以持續的收集提供這些數據，譬如共管的數據，這個我們會再努力。
- 七、說明滕代理委員西華提的幾點問題，首先是這次分級轉診到底有沒有提供牙醫、中醫誘因。其實牙醫本身在牙醫總額內本來就有專科診的轉診誘因，中醫部分我們沒有規劃進去，因為總額協商時沒有協商到這塊，但是中醫轉診量其實也不多，這次

是優先考量西醫的部分。

- 八、另外，關於體系內轉診的問題，我們目前是採用醫策會公布的全國39個體系，針對體系內醫院的互轉沒有給誘因，因為它們本身基於不同目的的互轉就已經非常頻繁，但是對於體系內醫院跟診所間的互轉則同樣有提供誘因，我們依然會持續監測體系內的轉診率。滕代理委員對「子宮肌瘤手術出院後14日以內因該手術相關診斷再住院率」的相關意見，我們會納入考慮，以及表33-3的表頭，也會參考您的意見。
- 九、陳委員亮良提到的問題，跟剛才謝委員武吉的部分一樣，也是同樣類固醇的部分，我們會來處理。
- 十、干委員文男提到說我們違憲，應該要現代醫療與傳統醫療並重。事實上我們一直都並重，所以中醫有納入健保，所以大家都可以從健保得到中醫治療，至於水煎藥要不要給付，屬於社保司的權責，應由社保司回應。
- 十一、趙委員銘圓提到具名核刪相關數據的提供，我們可以提供，事實上在這本(107年7月)業務執行報告裡就有106、107年的數據，如果需要更早年度的資料，我們可以再來提供。
- 十二、吳委員國治提到院前診所，對不對？事實上涉及醫療法的規定，是醫事司主責，我們會把相關意見轉給醫事司，大家再一起來討論。李委員永振提到的有關承保、投保金額還有財務餘絀、特別是虧損的分析，這部分我們會後會請承保跟財務參酌李委員的意見再做回應。
- 十三、潘代理委員延健提到，其實點值管控不只有核減率，還有共管效應，這部分剛才已經回應過。
- 十四、最後蔡委員麗娟提到是門診減量2%相關問題。剛才其實我有提到，其實扣掉排除項目，剩下來的人次，減2%的影響沒有想像那麼大，我們永遠都知道重症、高齡化的共病、一站式的服務、共照等，這我們都理解，這也就是為什麼我們在推動過程中，一直強調分級醫療跟雙向轉診一定要做到以病人為中心、

連續性的醫療。所以您的這些想法都在我們的考量當中。

傅主任委員立葉

謝謝蔡副署長淑鈴回覆。本案討論至此，委員如欲進一步詢問或提出意見，可以書面或口述的方式，請幕僚代為轉達給健保署，並請其提供書面說明，接下來進行討論事項第一案。

王委員雅馨書面意見

本席對於107年7月開始執行的107年區域級(含)以上醫院門診件數降低2%的方案，有以下幾點意見：

一、推行的政策內容提到門診減量範圍先排除重大傷病、罕病、偏遠、急診及經轉診個案，而以輕症及慢性病穩定為主。然而，目前有許多疾病需要但仍未被列入重大傷病之列，可是病人病情是需長期被治療且目前實務面多是需要至區域級以上醫院就診的案例(例如許多中重度的免疫疾病患者等)，因此，針對該類病患，這樣的減量範圍仍有適度修正或採取相應配套措施的必要。

二、其具體理由如下：

(一)在門診掛號方面：舉例來說，一些免疫性皮膚疾病，如中重度乾癬(含乾癬性關節炎)、中重度異位性皮膚炎、中重度蕁麻疹、以及其他各種類有類似掛號困擾的慢性疾病等，由於門診減量的政策甫推行不久，相較於舊有固定回診的病患，新發病的病患及舊有的病患但未固定回診者，在這種情況下，隨門診減量政策的持續且長期推行，如無對前述病患的相關配套措施，患者可能會面臨更艱難的處遇，比方有可能會掛不到號或是成為不同層級醫院間的人球。建請健保署及醫院端在執行此項方案時需注意到疾病的個別差異性，以病人的治療權益為首要考量。

(二)在病患治療方面：本席關切長期門診減量之後，如無與時俱進的配套措施，是否會影響部份病患就醫的權益?本席就實務

面瞭解，現今有許多疾病(如自體免疫疾病像是乾癬、乾癬性關節炎、類風溼關節炎、僵直性脊椎炎、紅斑性狼瘡及其他慢性疾病等等)，確實因著歷史緣由，這些疾病類別的醫療資源(醫材、藥物、治療配套方式及相關設備等)多數是在區域級以上的醫院中，爰此，考量目前分級醫療推行之初，在實務面各層級院所對於不同疾病別之醫療資源長期以來的配置，現階段仍存在許多不均等的情況，本席呼籲在做門診減量的同時，也需維護到病患的就醫權益，以免病患無法得到妥適的治療，衍生更多的社會問題。

(三)合併前揭意見，爰目前重大傷病之涵蓋範圍久未修訂，實應檢討與調整；建請相關單位重新審視重大傷病類別及範圍，以符合分級醫療之政策推行，並兼顧病人就醫之合理性及公平性。

三、另外像是分級醫療的宣導應有媒體露出數，影片瀏覽率、社群媒體觸及率等數據呈現，同時針對民眾、病友端對分級醫療的認知調查、意見回饋等，以供後續在做政策施行調整時的依據。

肆、討論事項第一案「有關107年度醫院總額協定事項持續推動區域級(含)以上醫院門診減量措施，為確保執行成效與目標，建議應制定費用結構、價量變化等相關分析，並將分析結果回饋醫院，且定期向本會報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請提案委員謝委員武吉補充。

謝委員武吉

- 一、非常感謝同仁宣讀，其實這是依健保規定，健保署應該要在這裡提出1個報告案，藉由統計的方式，統計數據讓我們瞭解到底分級醫療門診減量2%，在相關費用上到底有無成效，應該要統計這個。健保署有大數據，進行相關統計非常簡單、不是非常困難，我向委員報告一下，我們自己就有跑資料了，如果你們有需要，我的協會也可以提供數據給各位。
- 二、比較醫學中心106年第1季和107年第1季的門診數據，我用念的比較快。台北區的醫學中心費用(點數)總成長率是10.08%、件數總成長率是3.3%、每件點數總成長率是7.3%，這是比較嚴重的狀況。北區的醫學中心費用(點數)成長率是8.5%、件數成長率是5.4%、每件點數成長率是2.9%。其實北區的每件成長點數不多，只有88點，但是在台北區的每件成長點數多為2百多點，最低的1家是71點。中區的費用(點數)總成長率是8.2%、其中有1家成長率高達19.5%、件數總成長率是2.0%、每件點數總成長率是6.1%，其中有1家平均每件成長455點，但它的件數是負成長3.8%，這就是轉移的作用。所以早上我要求去年的初期照護要追蹤就是這個原因，大家都會搞這些把戲。南區費用(點數)總成長率是10.2%、件數總成長率是6.2%、每件點數總成長率是3.7%，其中有1家每件點數是負成長13點、有1家成長144點、另1家成長90點。高屏區的費用(點數)總成長率是10.9%、件數總成長率是4.4%，每件成長點數最高那1家，它的件數成長率是-

2.1%，但是它的每件成長點數是402點，你看他怎麼加量。東區只有1家醫學中心，它的費用(點數)成長率是12.3%、件數成長率是0.2，但是它的每件成長點數是394點，成長率是12.1%，以上向各位報告醫學中心的部分。

三、區域醫院的部分，北區的費用(點數)總成長率是12.7%、件數總成長率是6.1%、每件費用總成長率是6.3%；中區的費用(點數)總成長率是5.4%、件數總成長率是3.6%，每件費用總成長率是1.7%。南區的費用(點數)總成長率是10%、件數總成長率是4.8%、每件費用總成長率是5.0%；高屏地區的費用(點數)總成長率是9.0%、件數總成長率是3.2%，每件費用總成長率是5.6%；東區的費用(點數)總成長率是7.7%、件數總成長率是0.1%，每件費用總成長率是7.6%，有1家的每件成長點數比醫學中心還多，是264點。

四、所以我在這裡強烈要求，健保署應該每月或每1季對委員報告及檢討相關的費用成長率，讓委員瞭解發展的狀況。

傅主任委員立葉

感謝委員武吉的補充說明，以及對本案提供豐富的分析資料。請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

一、主席、各位委員，謝委員武吉提本案我認為非常有意義，我也站在專業立場，提出一些建議供各位委員參考。其實在看門診件數時，也需要觀察每件費用跟件數之間的關係，當件數減少或件數增加比率低，但每件平均費用增加較高時，對付費者而言可能不是壞事，為什麼呢？因為件數越多，代表付費者要去醫院越多次，但如果把多次看診整合在同1件門診、而使單次門診費用較高時，相對付費者來講，會使其就醫的邊際成本下降，所以重點應該是有沒有創造出不必要的醫療需求，但是我們過去都把重點在每件醫療費用上，這是一種迷思。

二、我舉個極端的例子來講這個問題，如果今天1個病人必須跑3次

醫院看3個醫生，以1個醫生開3顆、4顆藥計算，最後會拿到10顆藥；如果可以整合成看1個醫生，件數當然只剩下1/3，但是它的費用可能是3倍。所以，在看件數跟費用的時候，我們必須用另外一種思維，追究到底為什麼會產生這樣的結果，這樣才對整個醫療狀況，提出改善與糾正。換言之，解讀數據比收集數據更重要。

傅主任委員立葉

謝謝黃委員啟嘉補充說明，再請張委員煥禎。

張委員煥禎

- 一、其實我們不能只看數字，我同意健保署提供數字給委員，但是應該多探討數字後面的道理，要求門診量減少2%，其實真正不只減少2%。大家只追求財務上的平衡，其實真正要觀察的是，每間醫院的門診量本來就會自然成長，有2個因素使然。一是醫院擴充、醫院爭取更多病人、營造好口碑，另一個是醫院穩穩的、不去積極擴充爭取，但因在地老年人口增加，而使門診量每年自然成長。自然成長一定會有，醫院就算不擴充、不做什麼，它每年可能也有3~5%的成長率。現在要做到比去年門診量減少2%，大家看到的好像認為不多，實際上加上自然成長率可能少掉6~7%。
- 二、剛才有委員講到要維護舊的病人，但是我們有沒有想到新的病人如果需要看病，以後會越來越難，因為他掛不上號，因為醫生一定會優先讓原來的病人約診，這一點倒是要擔心，就是說新病人突然生病了，掛號掛不上，掛不上的時候他就等，或情況真的不行就掛急診還OK，但是有些病，事實上可以早期發現早期治療。我也認同剛才黃委員啟嘉提到，全世界沒有人像我們1年看病14、15次，這中間浪費的社會成本是我們要探討的，這個都沒有誰的錯，我們健保那麼方便是好。但是我的結論就是，這些都要一起討論，你說加錢一定不好嗎？不一定不好，但是也有人故意增加看醫次數，就讓他少來2、3次。

三、如果都讓病人方便少來2、3次，那OK，他本來來2次花1千5百元，現在來1次花1千2百元，病人方便、健保署也方便、醫院也好，醫院沒有少賺，但是社會成本又會減少，很好啊。所以我的意思是，這中間還有很多細節，像剛剛跟所有委員講，大家委員都認為說只有2%，事實上我們做醫院很清楚，它少掉的不是2%，每個月都比去年少掉5~8%，這是1件很可怕的事。對於新的病人怎麼辦呢？這是1個很大的問題。

四、這個問題有沒有人去探討過？應該在做降低的前2%時，就要提出來這個部分，我的意見是因為台灣的健保對全世界而言是很新的東西，是不是要搭配一些研究，亦即一開始要做這個案子，就是要搭配研究案，這是我的建議，因為研究案可以提早讓我們委員及健保署知道一些問題，而不要等問題發生才去研究，因為我們無法判斷是好事還是壞事，就讓專家學者一起搭配研究案，這種研究對我們很有價值啊！實際上也對老百姓的權益有價值，以上建議希望健保署能夠考慮。

傅主任委員立葉

- 一、我想數據資料的提供的確很重要，但是相關的分析及詮釋可能更重要。
- 二、謝委員武吉提的本項議題，也確實是大家關切的議題。我建議按照本會幕僚的意見，建請健保署就謝委員武吉所提的資料分析，納為全民健康保險業務執行報告之例行提報項目，如果我們從數據上發現有特別需要進一步研究的時候，再請健保署評估需不需要委託專家學者做特定的研究。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、主席做的結論是要請健保署按月提報，因為謝委員武吉是提案委員，可以徵詢謝委員武吉的意見。
- 二、我覺得每個月呈現門診件數，實在沒有意義，1個月1個月病人的慢性病變化可能不多，我覺得按季好不好，因為若按月，那個數字對我們來說實在沒有辦法解讀，一堆數字陳報上來是沒

有意義，因為今年7月1日開始實施，如果這些數字真的對我們將來很重要，其實今年9月協商也用不到了，就算是實施1季，搞不好都還沒有數字，即使健保署提供第1季數字，已經是10月了，不如就到年底才提供，若將來要陳報，也是季報比較好，也可以半年報，若論月，我不相信有多少人會去分析這個數字，如果謝委員武吉不覺得委屈，麻煩就按季。

謝委員武吉

滕代理委員西華剛才可能沒有聽清楚，我對於按月或按季都沒有關係，大家可以選擇。

傅主任委員立葉

謝謝滕代理委員西華的意見，我認為很有道理，我們就按季納入例行業務報告，剛好健保署也是每季做口頭報告，委員若無其他意見，進行討論事項第二案。

伍、討論事項第二案「基於落實分級醫療政策推動，確保緊急照護資源的妥善運用，119救護車運送就醫，應貫徹分級醫療，讓送醫個案前往就近適當機構，非一味送往大醫院急診」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請問提案委員有無補充說明？

謝委員武吉

- 一、非常抱歉，又提了1個案件，這個案件是有鑑於臺灣社區醫院協會的很多會員反應，昨天及前天報紙也有採訪我、謝名譽理事長文輝跟另外1個人，問題是發生在119救護車的急救人員，本來就有檢傷分類的訓練，他依照現場的情況，就可以檢傷分類結構性的支配方式。
- 二、我提這個案子，就是要配合落實急診分級醫療的作法，很多在小型醫院前面發生過車禍，結果那家醫院是外科很強的地區醫院，但是救護人員就說規定不行，一定要送到合作的重度責任醫院，這到底是有什麼牽連關係，我們不曉得，我們只是要給他們回歸於正常化，依照緊急救護辦法第5條規定辦理。
- 三、我對於醫事司的意見，以緊急醫療救護法第12條規定來解釋，比較不能夠接受，我是依緊急救護辦法第5條規定來說明，最主要就是說對於比較輕症的病人，救護車就可以直接送到就近的醫院來就診，不必要將其送到大醫院去做檢傷分類，有時候病人要等1個多小時才能就醫，這是1個重要的問題。
- 四、還有第2個重要的問題，既使某家地區醫院的同仁在距離該醫院不超過5分鐘的地方發生意外，但是他向119急救人員講說要送其自己的醫院看診，這是經常發生，在彰化也有發生，但是119急救人員回答不行，依規定絕對要送到緊急急救責任醫院，基於這幾點重要因素，而且分級醫療也要落實到急救檢傷分類制度上，讓臺灣共同發揮更好的醫療，以提升對老百姓的醫療服務品質。謝謝。

傅主任委員立葉

關於這個案子還有無其他意見？我想謝委員武吉也提了很重要及應該關切的議題，只是現行的緊急醫療救護法、緊急救護辦法，主管單位是消防署，有些部分則是跟醫事司有關，不是本會可以解決的範圍，我建議把這些意見提供給相關的權責單位參考。請干委員文男。

干委員文男

- 一、主席的處理方式我可以接受。
- 二、我在消防隊也擔任義消45年了，有空還會去兼救護車的協助人員，其實要叫消防隊的救護人員做檢傷分類，實際上有困難，如果沒有生命危險可就近送醫，若有生命危險就近送醫就有問題，你的好意是對的，送醫可就近或病人指定，若屬某醫院同仁先送該醫院就醫，要轉診再轉診，但是如果改變這個規定，牽涉的範圍很廣，建議由醫事司、社保司跟健保署再去協調，我們在這裡無法決定關於這三者的規定。以上，謝謝。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

- 一、先來補充一下，謝委員武吉提的這個案子立意良善，剛才主席的裁示也是對的。
- 二、建議在轉給他們之前，是否建請他們能就已經發生的個案作研究，這樣就算要去修改規定，也比較有根據，會貼近實際的需要，因為119救護人員在判斷檢傷程度或患者習慣去的醫院，應該都會有關係，而且若遇到意外事故，則一定要快速就醫，所以他的case(案子)真的去想的話還滿複雜的，是不是可以用已經發生的案例去做分析，這樣的話比較有憑證，將來要跟別人說明，可能也會比較有說服力。謝謝。

傅主任委員立葉

把剛才李委員永振和干委員文男的意見，請併同一起送相關權責單位參考。接著進行報告事項第一案。

陸、報告事項第一案「106年度醫院及西醫基層總額、107年度各部門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」與會人員發言實錄

同仁宣讀

健保署王科長玲玲報告：略。

傅主任委員立葉

感謝健保署的報告，請問各位委員有無意見？請干委員文男。

干委員文男

請看會議資料第72頁，投影片第9張，有關107年預算及執行情形，優先用以提升重症護理照顧的加護病房跟開刀房，現在調整後，他們的錢有多少？他們是否領得到？以往錢給了，說是要給護理費，但調整了幾次，都拿不到錢，請問這次是不是真正能夠落實他們拿到錢？

傅主任委員立葉

請蔡委員登順。

蔡委員登順

一、調整支付標準以後，醫生看診的收入會更好，其所得增加是件好事，但是每年的非協商因素服務成本指數改變率成長很高，應用這些錢拿來調整支付標準，再加上老年人口持續增加，醫療使用量的增加，在非協商因素人口結構率改變每年均有成長，當然量增加亦會影響到點值，所以我過去也常說，醫生收入提高，但仍然覺得點值不好，醫界會認為我們健保會委員給的總額還是不足，即使每年都投入那麼多資源，四部門非協商因素醫療服務成本指數改變率的成長比率幾乎都很高，但看不到點值的改善。

二、有一點需要大家共同來思考，支付標準調整是每個醫生看診所得到的費用更高了，但總不能講我們每年給的總額是不夠的！依資料顯示，不管中、西、牙醫，月所得都超過30萬元，每年醫師數成長率這麼高，又能保持這樣的高所得，表示我們整個

醫療總額是足夠的，因為醫師數的成長，相對會降低醫師的工作量，服務品質亦可提升，但是所得沒有下降，所以這是大家共同所期盼的，不要每年都提出點值僅為0.85或0.9，說付費者委員對不起醫界，其實是你們調整支付標準而把錢分配掉了。以上是我的看法，謝謝。

傅主任委員立葉

其他委員還有無意見？請林委員敏華。

林委員敏華

主席，我想請教健保署會議資料第71頁，投影片第7張，106年支付標準調整項目執行情形-重症60億，其中重症特定診療調升治療處置、檢驗檢查點數，我瞭解基本上，重症部分大家可以接受調升住院、急診、麻醉等，這些加成我都可以理解，但是檢驗檢查部分，跟這些重症所涉項目差異似乎頗大，這部分是否可以做個解釋，謝謝。

傅主任委員立葉

請健保署回應。

蔡副署長淑鈴

- 一、委員詢問共有3點，第1點是干委員文男所提會議資料第72頁，投影片第9張，今年醫院總額的醫療服務成本指數改變率，有26億元要優先調整加護病房、護病比等，以提升重症護理照護品質，這個方案還沒有做最後的確定，雙方還沒有共識，仍在討論中。
- 二、另外，有關這些護理費用，最終有沒有回到護理人員身上，我們都有調查醫院有沒有把這些費用給護理人員，每年調查結果都有在健保會報告，麻煩干委員文男留意。
- 三、蔡委員登順提到醫療服務成本指數改變率，已經調整支付標準，對於人口老化所產生的量，是不是會因為調單價去稀釋點值，我跟蔡委員登順報告，非協商因素有3個因素，包括人口老化、人口數增加、成本指數增加，基本上有關人口老化跟人數

增加，都在反應量，成本指數增加是反應單價，就是這樣的關係。

四、人口老化跟人口增加的非協商額度夠不夠，每次在協商時，還有一個密集度的討論，也是在反應量。當然單價提高會影響點值的稀釋，但是那是用成本指數改變率的成長率去計算，然數量的增加，可能還是比人口增加或老化的速度快，這需要透過專業審查把關，看看有沒有不必要的數量在裡面。

五、有關林委員敏華提到投影片第7張，檢驗檢查點數也作為重症調整項目，會後我們會把哪幾項提供給你看，這不是你想像的一般檢驗檢查，是屬於比較特殊檢查的部分，因為檢驗檢查範圍非常大，這部分可以提供細項給林委員敏華參考。以上。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順。

蔡委員登順

有關人口結構改變率，每年都有相對在成長，非協商因素有3個指標沒錯，可是每年服務成本指數改變率成長的金額也是很高，支付標準的調整把這個錢稀釋掉，所以醫界通常應用的方法，先調整某科別支付標準，再過幾年調整另某科別，不然會造成科別不平衡，內部也會爭議不斷。我剛說收入增加，不是壞事，所得增加是好事，但不能陷入迷思，認為因為總額不足造成醫界點值很低，醫師所得增加，還講點值不夠好，說我們總額不足點值低欠醫界很多錢，這樣聽起來很矛盾，醫界所得增加了，就不能說我們給你的總額不足，讓浮動點值很低，這話我聽了很難過，其實每年醫療費用成長率約3%~5%，投入這麼多錢，點值仍無法達到滿意，不是付費者委員把關太嚴苛，而是調支付標準把成長總額稀釋了。

傅主任委員立葉

一、我想蔡委員登順的提醒很重要，請健保署參考，本案討論到此。

二、本案洽悉，請健保署會同醫院及西醫基層總額部門，儘速依107

年度總額協(決)定事項辦理支付標準調整事宜。接著進行報告事項第二案。

柒、報告事項第二案「107年度及近5年新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)與調整給付內容之執行情形及財務影響(含替代效應分析)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

健保署王科長玲玲及黃專門委員兆杰報告：略。

傅主任委員立葉

感謝健保署的報告，先請潘代理委員延健，再請盧委員瑞芬。

潘代理委員延健(李委員偉強代理人)

一、首先在這裡跟健保署建議一下，新增診療項目呈現方式很清楚，包括項目數、5年來預算與申報費用的成長等，但是新藥及新特材就缺少這個呈現，以致完全看不到這些資訊。

二、請看投影片第10張，如果我們用5年累計數，看起來好像預算編列數還是比實際申報數高，但是這是到第5年，而且這裡包含106、105年，因此，有些項目的金額還在成長中，但是如果我們於106年往下看的話，對於102年新增者，已經是第5年了，或對於103年新增者已是第4年了，實際申報數都超過預算數，因此，往後每1年至少都超過這些，若停在第5年，好像預算數沒用完，其實把每年不足數，這樣攤下來，再過一、兩年，就吃到原來沒用到的部分，在此我必須提出以上意見。

三、第2個，請看投影片第16張，這邊可以看到如果從102年新增項目來看，102年是1.56億點，但到106年變成13.73億點，他的成長不是一倍、兩倍，這5年中，單就102年是8倍以上，其實這個增幅是相當的大，當然現在已經比以前好，因為現在是用5年追蹤，但事實上，第6年以後看不到的部分是更多的，大家可能要注意在新增項目裡面，其實他在長期對財務是1個滿大的壓力，以上。

傅主任委員立葉

先請盧委員瑞芬，再來謝委員武吉、吳委員國治、滕代理委員西華、蔡委員麗娟、周委員麗芳。

盧委員瑞芬

我想請教，剛才健保署同仁報告裡面提到新藥收載的過程中，有用公式調整替代效益，我們之前討論過，替代效益很少有適當的evidence(證據)去support(支持)，我想請教在這個公式裡面，健保署放了哪些考慮的因素，請看投影片第16張，以trend(趨勢)來講，新藥收載當然與品項數及所屬類別是第1類新藥(臨床療效有明顯改善之突破創新新藥)、2A(與現行最佳常用藥品比較，顯示臨床價值有中等程度改善之新藥)或2B(臨床價值相近於已收載核價參考品之新藥)有關，第1年收載的隔年，是倍數成長，例如102年收進來的，到103年增加了2倍多，103年收進來的，到104年是增加了8倍多。上述都是會影響的因素，請教健保署所謂的公式到底放了哪些考慮的因素，謝謝。

謝委員武吉

- 一、在這裡對於健保署這次報告內容，以我的個性，會對醫審及藥材組的意見特別多，但這次也要對他們有所鼓勵，他們勇於面對現實，以前都不可能講出來的，這次都講出來了！做不好就說做不好，做得好就說做得好，我的人就是該說的我就說。以前鄭教授守夏擔任我們的主席時都不敢講，但在這次評核會議有講了，你們兩造，即我們(醫界)與消費者之間有什麼應該要溝通協商，也應該要拿出來講，就是今天我們看到的資料。
- 二、本次健保署報告新增診療項目、新藥及新特材，我好像在看變魔術一樣，你這個魔術變來變去，好像我在上海遇到的1位魔術師，他是1位藝術家，沒有隨便在表演，但他魔術變得很好。這個裡面也好像是在變魔術，剛才潘代理委員延健講得很清楚，新增診療項目的收入和支出都講很清楚，但是有一些要補充，我就不加以贅述。但是很奇怪的1點，新藥品的費用花了是多少錢？我們在醫院醫療總額費用成長率的項目核定表裡面所看到的費用，在這裡沒有顯現出來，這是有差異性，我的感覺是有掩蓋的地方。現在我要講的就是說，我都是有統計的，不是講

假的，新醫療科技102~106年，總共是95億4,200萬，但是，我們對於新藥和新科技的支出，從102~105年，我們是119億，這等於是吃了醫院豆腐將近120億。

三、剛才潘代理委員延健也講了，我們醫院被斷頭就斷頭，該怎麼樣都怎麼樣，包括基層診所也一樣該斷頭就斷頭，但是實際給我們的和實際的支出是不成正比的，所以我們的點值，有一段時間到0.83，現在是到0.89到0.92，這等於是在吃我們豆腐的狀況，在這裡我們要顯現出來的，應該也要給醫療使用者和醫療消費者代表也能夠明瞭我們9月份協商的方式到底是要朝哪方面來走比較合理化，對於我們全國老百姓生命財產的安全保護是比較公平公正還有合理性。我在這裡還要增加建議1點，就是說對於開刀部分的自費特材項目，希望我們在這裡請醫審及藥材組開始要以妥善的審慎評估方式來處理這個方案。

四、最後這個新藥、新特材有支出沒有預算，這個差異性很大，這個差太多，讓醫院賠很多，所以在這邊向各位特別報告，我還要再補充的是這個擠壓到我們的藥廠，我們臺灣的藥廠被擠壓的非常嚴重，每次藥價調查就是從這方面來擠壓，因為新藥就擠壓到那邊，擠壓到大家都不想做，寧願賣出到國外也不要賣到臺灣，這都是我們痛苦的地方，希望我們以後不要傷害這些廠商是最重要的1點，尤其是臺灣的廠商更需要保護，在這裡拜託主席能夠明確處理。具體建議：希望健保署每年總額協商的一個月前，將新醫療科技，包含一新增診療項目、新藥、新特材及放寬給付條件等相關費用資料，提供健保會委員參考了解。

吳委員國治

一、剛剛盧委員瑞芬提到公式如何計算，我們也很有興趣，可是最後仍會歸到替代率，這部分已經吵很久，期待能提出說服雙方的公式，這是第1個。第2個，剛剛潘代理委員延健提表列的問題，建議以後表列上面應列出當年規劃的預算金額，5年不夠長應列更長，這樣呈現會比較好。

二、最後有個細節部分，藥品的爭議已經非常多，有些高血壓病人藥物遺失，目前規定需要自費購買，但是高血壓用藥是28天，1天1顆共28顆，我們有同意給30顆嗎？有這個例子存在嗎？我是眼科醫師，看到眼科製劑有單一包裝，裡面寫到1天1支，4週同意給30支以下，含30支，這是甚麼道理，為何要給30支？單一包裝與藥品1顆一樣，1支1支給可給28支，怎麼會給30支？對藥物遺失的病人他們要自費購買，這不是很公平，是否能提到藥物共擬會議？請他們重新思考。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、新增診療項目有特定用意，這報告不能只給我們數字，而應說服我們每年新增費用有無達到效益，基於這個概念請教幾個問題。投影片第6張、第11張，這2張要一起看，投影片第6張，發現血小版抗體3個月已增加0.78百萬點，一整年肯定會超過原推估11.77百萬點，依實際申報量再往後預估就超過了，這部分如何因應？是抑制？或超過不管依實際量申報嗎？投影片第11張，眼科手術申報量異常，這異常有無可能產生預估值偏差？也就是在通過這個項目時，預估量不對才會造成實質上偏差，過度使用的狀況當然也不能排除，與預估量之間怎麼做控管？
- 二、投影片第7張，提到導管式膽胰管內視鏡沒有增加支出，理由是替代項目點數較低，所以沒增加支出，1個新增診療項目有他的用意，可能是較好、便宜或有些新改善功能，應能減少原有支出，替代是指與原本產品相較效果較好，是否會增加健保財務效益？就是給付上的1塊錢效益是增加的，給付新東西價格變便宜，沒有增加支出，但可能會提高原本給付效益。
- 三、特材也是，特材有功能改善部分，若增加使用有可能降低病人併發症或減少住院等，不一定會產生產品替代率，但對保險財務效益方面有幫助，新增的醫療科技要告訴我們這個項目，尤其是對整體財務、病人治療與生活品質有貢獻，所以不增加支出就覺得好欣慰，因為便宜，只寫沒增加支出，這樣的分析太可惜。

四、投影片第10張，102~106年整體而言，只有105及106年的錢超出預算編列數，102年申報通過新增的品項可能在下半年7或10月才生效，申報時數字其實不準，是否會至103年才列入申報？目前沒相關內容不知數字怎麼計算出來，102、103年通過那幾項？有跨年度情形？或102年第4季才通過的品項至103年隔年統計進來變成新的？若是如此，這張投影片完全沒有意義，因這不是一個compare(比較)，基礎不同，不知道這張投影片的意思是什麼？

五、投影片第12張，102年雖然新增陰道人工網膜外露修復術，但美國2008年新增vaginal mesh(陰道人工網)的warning，這東西全球使用量都在下降時，臺灣卻在上升，甚至有些國家禁用，因考慮副作用，陰道人工網對男女雙方都有副作用，我們給付的東西危險性增加，使用量卻上升，與其他趨勢不太一樣。新增科技不只是做修補，有無可能同時監控vaginal mesh的使用量？不要只有擦屁股的給付，這比喻不好請原諒，但我想不出更好的比喻，這可能是前端量使用增加時，表示陰道人工網沒弄好修復量才一直增加，所以不是看增加的量，應檢討原本vaginal mesh的手術品質與訓練，台灣醫界有不少報告與vaginal mesh有關，不只單純量的增加，應告訴我們差異是什麼。

蔡委員麗娟

一、去年編107年新藥、新科技預算是25億元，107年1~6月第1類新藥是1項，新藥品項數共26項，新特材是18項，現在只看到項目的統計，不知道包括新藥及新特材總共已消耗了多少預算？希望能呈現這個數字。最近在大陸有個真人真事的改編電影「我不是藥神」，上週我在內蒙古開癌症高峰論壇，很多人提到這部電影，是在描述大陸的原廠抗癌藥物太貴很多人付不起，電影才上映4天就有高票房，引起對岸李總理克強的重視，這些高費用癌症用藥問題，是所有癌友共同面臨的困境。

二、健保署上週六的數據，台灣癌藥健保給付已達35%，跟一些歐美國家來比相對不錯。我們癌症病友團體對健保署有很深的感

謝，無論是一些癌症新藥或過去的新藥，包括標靶藥物，也逐步給付，現在5年平均存活率已達55%，與歐美國家相近，去年編列預算時，最重要的是因為癌症免疫治療藥物已拿到藥證，所以去年編的25億元新藥當中有涵蓋免疫治療藥務的預算，可是以現在的進度看起來，今年要給付仍有相當困難，我們理解這個藥物很貴，不是對全部的癌症病人都有效，可是一旦有效會是長期有效。

三、最近台灣癌症基金會好幾次邀請臨床醫師談實際的治療經驗，若有效，很多病人在生活品質上或者是過去認為無法延長生命的晚期癌症病人的治療上確實會有很大的幫助，現在包括高費用癌症藥品送審原則，及新藥給付管理協議(MEA)已陸續完成並公告中，原60天公告已縮短為30天，以這樣的進度，公告後沒異議藥廠再送件，經專家會議與PBRs(藥物共擬會議)討論，可能今年還是沒辦法給付。我們代表病友心聲，期待免疫治療藥物進度能更加速進行，今年到現在為止沒有1個癌症新藥有給付，病人的生命與時間賽跑，已有這個預算卻遲遲無法進到給付階段，很多病人生命就這樣流失令人惋惜，期待今年在進度上加把勁能夠趕快給付。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

一、請教有關新增修特材給付，會議資料第87頁，投影片第19張，期待新增修特材可逐年穩定成長，看到105年大概到高峰期，創新功能品項52項，功能改善54項，總計106項，105年較104年，從60項增至106項，增加幅度相當大，但106年下降至84項，107年1~6月只有18項，這樣的趨勢是否代表未來新增修特材給付會持續下降？

二、會議資料第88頁，投影片第21張，新特材生效年度105年是106項，申報點數316.9百萬點，106年成長非常快，同樣是106個品

項，106年成長率高達142%，申報點數765.9百萬點，請問申報數快速成長原因是什麼？比起其他年度的申報成長率，相對幅度較大，以上請教，謝謝。

傅主任委員立葉

請健保署回應說明。

蔡副署長淑鈴

先請戴組長雪詠說明。

謝委員武吉

我先補充一下。

傅主任委員立葉

請簡短補充。

謝委員武吉

投影片第14張，總共新增藥品是207項，這裡面屬於台灣的藥廠有幾項？我們要了解一下，因為我愛台灣。這些藥品就我所知很多都是原開發藥廠，都很貴，他們說的理由都很充足，讓健保署的人百口莫辯，快變成啞巴，但很多都是口沫橫飛的話，要如何使這些原開發藥廠在藥價調查時，不要因藥價調查而擠壓台灣的藥廠到沒辦法生存的狀況，請說明一下。

傅主任委員立葉

請健保署說明。

戴組長雪詠

- 一、非常謝謝各位委員的提問，向各位委員說明，第1個，委員關切收載從第1年至第5年整個藥費增長幅度，以前健保署觀察在第4、第5年會到達高峰期，這是之前的經驗，委員建議要延長觀察期，這可以考量，因為藥品研發和整個市場行銷在改變中，過去健保署是用5年的新藥逐年去看增長幅度，過去經驗是4~5年達高峰期，未來至6~7年新藥有無改變我們會再做統計。
- 二、第2，有關替代率的問題，過去一直被提出來認為這需要再檢討，向委員說明，替代率是依藥品的新穎程度分成第1類、2A、

2B，新穎程度最高是第1類，整個邏輯是第1類1至5年替代率用0%來計算，整個藥費全是新增額度，然後依照2A、2B，2A第1年替代率是60%，逐年增加10%，所以2A的藥品逐年會替代已有藥費的預算，比如60%，另外40%是會增加預算額度，用這樣的方式來解釋替代率。剛提到2A是60%、70%、80%、90%，2B是90%、100%，這個替代率過去健保署在估算新藥會增加預算額度，用這個邏輯來計算，新藥的增加預算執行率約90%~110%間，去年成長幅度超過100%，所以今年我們用2倍預算編列新藥的新增額度，總共24億元。

三、有關謝委員武吉的提問，例如104年收載40項新藥，包括第1類、2A、2B類，其實國產非常少，最近某家藥廠有屬於胰臟癌新劑型新藥，在新藥部分還算少見，但也是與國外聯合開發的藥品。

四、另外，蔡委員麗娟所關切的癌症免疫療法(IO)藥品的進度，今年有2倍的新藥預算，我們的確有考慮將新的癌症藥理類別納進來，IO類別的藥品，廠商已經陸續送件，他們運用現有的藥物給付支付標準，可以用藥品價量協議(PVA)的還款機制送件。

五、最後，有關替代率的部分，我還是要說明，過去健保署用這樣的公式計算，但各界都不是很滿意，今年會編列預算邀請醫界、藥界跟學界，若大家能有更好的替代率計算方式，希望你們可以提出研究計畫，因為全球至今尚無替代率這樣的計算方式，以上說明。

蔡副署長淑鈴

請李組長純馥。

李組長純馥

一、謝謝委員的提問，針對投影片第6張，滕代理委員西華所詢「血小板抗體」這個項目會不會超過預算，若以3個月實際增加點數78萬元乘以4，1年大約是300多萬元，還是會在原推估預算1,100多萬元額度內。

- 二、至於投影片第10張，跟委員說明一下，這張表格的計算方式，以102年新增的項目為例，橫向看103年的預算編列數及實際申報數，比如說102年的預算是3.72億元，實際申報數的是1.08億元，因為這3.72億元及1.08億元會累積成長率，所以到下一年會累滾一些成長率，因此103年的預算數是3.79億元，實際申報數是2.8億元，這是第1列數字計算的說明。所以102年新增的項目到累滾到106年，預算編列數合計是4.21億元，實際申報數是4.35億元，所以整體5年的累計預算數是19.64億元，實際申報數是15.6億元。考慮當年編列的預算在總額會有一定成長率，我們的算法是將診療項目新增後第2年預算成長率，以該年度非協商因素成長率做累滾計算。這邊跟委員做說明。
- 三、再來是投影片第11張，尤其眼科坦玻璃微創手術，是一個新的技術，其實當時替代傳統手術的部分，是依眼科醫學會建議估算替代率，但可能因為後續民眾接受度很高，或是醫生使用量越來越多等緣故，因此替代程度會越來越大，費用累滾之後就與預算出現落差。若各位委員要看到類似投影片第10張的細項分析，我們可以提供明細。
- 四、另外您為女性發聲，提到「陰道人工網膜外露修復術」，因為一個新的技術進來，相對應地，其他項目也會相應而生，其實人工網膜(mesh)已經很久了，只是從102年開始，出現裝好之後沒多久就發生外露情形，因此需要新技術處理。這個項目是針對技術給付點數，並未包含人工網膜(mesh)的費用。我想未來如果醫界開始自省，發覺這部分有問題，使用情形就會越來越少，我們會持續關切，謝謝委員的提醒。

戴組長雪詠

剛剛尚未回應蔡委員麗娟的提問。截至目前，今年新藥的25億元預算執行率多少？向委員說明，執行率是37%，費用大概是9.25億元。另外，周委員麗芳所詢新特材申報從105年的316.9百萬點，到106年的765.9百萬點，這部分，需要回去確認一下是怎麼樣的狀況。

蔡副署長淑鈴

- 一、最後我再補充一點，有關投影片第10張，這個部分其實是有扣掉替代項目，滕代理委員西華剛才提到長期替代跟短期替代的問題，這邊所扣掉的都是服務提供當下的替代，對於長期的替代，其實目前並沒有足夠的證據去處理，所以長期替代會在總額內分享掉，以上補充。
- 二、當下的短期替代，總額及共擬會議共識是追蹤5年，潘代理委員延健提到5年之後會怎麼樣，事實上5年大概也都接近拉平了。我們當時在總額會議裡，承諾會追蹤五年，如果預算不足，再研議如何處理，但是已經5年，並沒有超過預算數，而且這部分都在一般服務裡面，是一直有每年成長率在累滾的。

傅主任委員立葉

這個案子就到此...

吳委員國治

健保署還沒回答我的問題，28天跟30天的給藥問題。

李組長純馥

我們當時在修「全民健康保險醫療辦法」的時候有提，可是後來沒有通過，社保司沒有同意這一塊的修正建議，所以後來沒有公告。

吳委員國治

這樣會引起很大的爭議，以後每個藥品都要求28天給30天，能否重新要求「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」檢討？

蔡副署長淑鈴

你們可以在相關會議會提出，其實我們在將草案提給主管機關時是有的。

傅主任委員立葉

請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

剛剛戴組長雪詠說明新藥、新特材的預算到6月底，那就是半年的執行率是37%，這樣的執行進度，是否應該是癌症免疫療法(IO)藥品，因為執行進度的關係，經費沒有用掉。如果是這樣的話，下一年度是不是有可能寬列，因為適應症又增加了。我們不能只考量財務衝擊，因為它很貴，財務衝擊太大，所以延遲給付。當然要找到最適合、最能夠有效使用這個藥物的病人，這是絕對要有的前提。但是怎麼樣在我們整體的考量上，如果因為使用這些藥物，病人生活品質更好，加上後續副作用或是住院病情變化狀況下所衍生的費用可能也會減少。所以前期的藥物貴，可是後續的醫療支出減少，整體上，以病人為中心來考量，這是可以值得投入的藥物給付，所以，如果今年沒有把預算完整消耗掉，期待明年有更寬裕的編列。

戴組長雪詠

- 一、跟委員說明，剛剛提到37%的執行率是到5月為止，用保守估計(37/5*12)，今年執行率應該會有九成以上。其實，若癌症免疫療法(IO)藥品未及於今年納入的話，應該明年，就是108年，會將今年的預算滾入基期，再加上108年還是有新藥新增額度的概念，再算一遍，所以9月總額協商時，要請委員支持新藥的預算。
- 二、另外一個是癌症免疫療法(IO)藥品影響的確很大，我們在健保署的角度，就算是食藥署(TFDA)核准的適應症，從保險人立場，還是可以去考量如何找到更適合，更能夠達到最好治療效果的病人。因此，到時候使用範圍可能會限縮，而在議價協商機制上，也會善盡保險人職責，用最有效的資源，去買到最好藥品，也希望這些病人能夠讓治療效果百分之百呈現，就是說，因為這類藥品昂貴，希望找到最恰當病人的去用藥，以達到最好的治療效果。

傅主任委員立葉

這個案子討論蠻久的，是大家都關切的問題，時間的關係，我們就討論到此。請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

我非常認同戴組長雪詠的說明，但希望健保署也可以用對血友病患者用藥相同的心理態度，去看待這些癌症患者的用藥，因為健保署之前提供的血友病藥費資料，好像每個人的平均藥費要380萬元，雖然癌症新藥也很貴，不過我想或許也還沒有血友病的藥這麼貴，而且說難聽一點，血友病是幾乎沒有辦法治癒的疾病，但是癌症患者假如用了這些新藥，或許還有好起來的機會，就如同C肝新藥同樣的方式，對於國家的工作力、勞動力都會有所增加的，以上是個人意見，謝謝。

傅主任委員立葉

- 一、這個案子就討論到此，委員期盼加速新藥的引進，另為利新醫療科技之執行情形與財務影響估算能更為明確，未來建請提供5~7年累計預算數及扣除替代效應之申報數(含替代率計算方式)等意見，請中央健康保險署參考辦理。
- 二、委員如仍有意見，請於會後3天內以書面或口述請幕僚代為整理成書面方式提出，由本會幕僚送請中央健康保險署參考或提供書面說明，本案洽悉。接著進行報告事項第三案。

捌、報告事項第三案「有關醫院附設門診部回歸醫院，於107年一般服務其他醫療服務利用及密集度之改變編列4億元，扣減2.32億元報告案」與會人員發言實錄

李組長純馥

- 一、這個項目是去年協商今年總額預算時，針對醫院附設門診部原來在基層的預算要回歸醫院總額，共編列4億元的預算。可是今年3月我們依照當時醫事司提供的名單，原預估需4億元預算的29家院所中，截至5月底，只有7家有申報，實際上，一些當時名單上的院所，並沒有回歸到醫院總額申報。
- 二、我們認為當時預估的4億元預算，應該要將未回歸的部分扣除。經計算，實際上要扣回2.32億元，這部分我們已經提到107年醫院總額研商會議討論報告通過。

傅主任委員立葉

- 一、委員對這個案子有沒有問題或意見(未有委員表示意見)。沒有的話，本案洽悉。
- 二、請問有無臨時動議？沒有的話，很高興今天會議能在2點前，1點43分結束，謝謝大家。

衛福部健保會第3屆107年第6次委員會議
議程確認現場補充資料
中央健康保險署李署長伯璋請假函

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

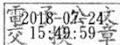
地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324
承辦人及電話：呂佳青(02)27065866轉2582
電子信箱：A110932@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國107年7月23日
發文字號：健保企字第1070038188號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：貴會將於107年7月27日(星期五)召開之第3屆107年第6次
委員會議，本署李署長伯璋因出席107年第2次衛政及社政
首長聯繫會議，不克出席，將由本署蔡副署長淑鈴代表出
席，敬請諒察。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：本署署長室 

裝

訂

線

有關健保會請健保署針對 107 年 6 月份(107 年 6 月 22 日)委員會議與會人員發言實錄，委員請健保署補充說明之事項(議事錄 P.37 及 P.129)提供相關書面資料，健保署補充說明如下：

項次	委員意見摘要	健保署補充說明
1	<p>吳委員榮達(議事錄 P.37)</p> <p>有關「上(第 4)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」意見：</p> <p>會議資料第 16 頁，項次 2，有關健保署「107 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告」，及「107 年 4 月份全民健康保險業務執行報告」，我們看一下會議記錄第 41 頁……希望健保署能針對審查辦法第 22 條第 3 項，我所詢問的事項以書面作補充說明。</p>	<p>「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」修正條文第 22 條第 3 項與健保法第 61 條第 4 項之相關性說明如附件。</p>
2	<p>吳委員榮達書面意見(議事錄 P.129)</p> <p>有關報告事項第一案「中央健康保險署『107 年 5 月份全民健康保險業務執行報告』」意見：</p> <p>一、第 8 頁備註第 8 點，107 年 5 月份醫療費用支出較去年同期成長百分之 10.69%，成長幅度較平均成長比率超出甚多，請教其主要或可能原因？</p>	<p>107 年 5 月醫療費用現金給付較去年 5 月成長 10.69%，係因增加 2 個工作天(106 年 5 月端午節放假 2 天)，以及醫療院所申報醫療費用時點不一，致費用有跨月暫付及核付(4 月費用成長率為 1.44%)所致；以 107 年 1 月至 5 月醫療費用現金給付合計為 2,521 億元，較去年同期成長約 4.3%。</p>

項次	委員意見摘要	健保署補充說明
	<p>二、第 19 頁備註第 3 點，請問此處所稱提升保險服務成效費用之支出內容及金額？</p> <p>三、第 25 頁至第 28 頁，有關各級醫院醫療費用及藥費申報情形部分，申報點數之成長率顯而超出申報件數甚多，此表示每申報案件之點值較去年同期成長甚多，本席在健保會已多次詢問，但均未獲回覆，敬請健保署能就申報點值成長與申報件數成長不成比例情況，研析說明其原因？</p>	<p>有關提升保險服務成效費用說明如下：</p> <p>(一) 貴會第 3 屆 106 年第 8 次委員會議協定，於 107 年度全民健康保險其他預算項下，分配提升保險服務成效經費。</p> <p>(二) 為使全民健保持續發展與永續經營，及因應資訊科技快速發展並顧及執行效率、資訊安全、民眾或醫療機構服務品質及效能等，107 年度本項經費支出，用於提升醫療影像檔案儲存傳輸所需軟硬體、強化資安作業進行即時監控及系統維護、強化行動化應用服務、醫事人員溝通平台與健保開放資料創新應用服務等，以期達到提升保險服務成效之目標，107 年 5 月支出金額計 249 萬 4,969 元。</p> <p>(一) 醫院總額部門 106 年依貴會協定非協商因素之醫療服務成本指數改變率所增加預算(60 億元)，於 106 年 10 月調整相關重症支付標準，致 107 年 1-4 月較 106 年醫療費用之成長高。</p> <p>(二) 107 年 1 至 4 月藥費申報成長率約為 11%，經分析如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 為落實 C 肝之防治與有效治療，降低肝硬化、肝癌之發

項次	委員意見摘要	健保署補充說明
	<p>四、第 30 頁第十二(四)點，107 年第 1 季醫院部門平均點值已降至 0.8864，下降甚多，可否請教其主要原因？</p>	<p>生，今年醫療總額專款編列 C 肝藥費約有 49.36 億元，其中今年 1 至 4 月 C 肝藥費增加 15.17 億點，預估 C 肝藥費之成長約占 2.58%，其餘藥費之成長約占 8.42%。</p> <p>2. 分析各類藥品之成長貢獻度，主要為全身性抗感染劑(包括 C 肝用藥)占 41%，其次為抗腫瘤及免疫調節劑占 23%，胃腸道及代謝用藥占 9%，血液及造血器官用藥占 7%。</p> <p>3. 每件藥費申報點數較去年同期成長甚多一節，主要是新藥昂貴如 C 肝及癌症新藥，造成藥費成長幅度較高，相對影響每件藥費之成長幅度。</p> <p>(三)107 年配合藥費支出目標制試辦第五年(106 年)之超出目標值額度，調整藥價約 73.82 億元，並於 107 年 5 月 1 日生效。經統計 107 年 5 月藥費成長率約為 7%，相較於 1 至 4 月藥費成長率 11%，下降 4 個百分點。</p> <p>(一)107 年 5 月份全民健康保險業務執行報告之表 27(P.74)醫院部門一般服務平均點值預估為 0.8864，係以醫院申報點數進行監測之預估值，尚未反映分區管理措施、審查核減等事</p>

項次	委員意見摘要	健保署補充說明
	<p>五、第 76 頁 107 年 2 月至 4 月全民健保醫學中心病床增減情形部分，依該統計表所示，台大醫院總減床 8 床、亞東醫院總減床 5 床、林口長庚及慈濟醫院總減床各減 3 床，可否請教其主要原因？(註：請納入貴署業務執行報告說明)</p>	<p>項；另參考表 26(P.72)醫院部門總額於 100 年-106 年，各季結算之平均點值均介於 0.92-0.94 之間。</p> <p>(二)107 年第 1 季點值將於 107 年 8 月辦理之各部門總額研商議事會議確認。</p> <p>(一)部分醫學中心近三個月病床異動平均數有較小幅減床情形，說明如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 台大醫院：107 年 3 月起減少 25 床，其中急性一般病床減少 11 床，經濟病床減少 12 床，急性差額病床減少 2 床，係因內部整修病房致有暫時性的增減床數情形。 2. 亞東醫院：107 年 3 月起減少 13 床，其中加護病床增加 1 床、急性精神病床增加 2 床，急性差額病床減少 16 床，係因新舊大樓病房規劃，致病房有暫時性的增減床數情形。 <p>(二)查整體醫學中心近 3 個月平均病床數仍增加 18 床。</p>

註：討論事項第一案「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構(草案)」謝委員武吉發言「希望向委員說明，由 5 歲為一組改為 1 歲為一組計算，費用差異率多少」，經請辦社保司回覆「業依司長指示，於當日會議結束前，提供謝委員」。

對於吳榮達委員詢問

「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」修正條文 第 22 條第 3 項¹與健保法第 61 條第 4 項²之相關性說明

1070705，健保署

- 一、本次修正「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」(以下簡稱審查辦法)修正條文第 22 條第 3 項之緣由為：為避免現行隨機抽樣之回推計算對保險醫事服務機構產生過度之財務衝擊，爰增訂採隨機抽樣之案件，得設定回推倍數上限值。另考量核減方式之改變對各總額部門之影響，爰併同訂定回推倍數上限值之設定程序，即本署應與各部門總額相關團體共同研商之機制，並將整體設定程序條文增訂至審查辦法第 22 條第 3 項。
- 二、本署為研商及推動總額支付制度，依健保法第 61 條第 4 項規定訂定「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」(如附件)，並依全民健保醫療給付費用總額部門至少每三個月召開一次會議。
- 三、本次各總額部門之隨機回推倍數上限值之設定，本署於 106 年 7 月 25 日召開修訂審查辦法討論會第二次會議，與各總額公協會及專科醫學會共同討論修正審查辦法中隨機抽樣案件之回推倍數計算方式，並請各與會單位提供對於回推倍數上限設定值之意見，經彙整後，各總額部門回推倍數上限值設定如下，且分別於 107 年第一次各總額部門研商議事會議上報告後，報請衛生福利部核定後公告。
 - (一)醫院總額部門採設定回推倍數上限值，門診 10 倍、住診 3 倍。
 - (二)西基總額部門採設定回推倍數上限值，門診 20 倍、住診 5.8 倍。
 - (三)中醫門診總額部門採設定回推倍數上限值，門診 20 倍。
 - (四)牙醫門診總額部門採不設定回推倍數上限值。

¹「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」修正條文第 22 條第 3 項：隨機抽樣回推方式得設定回推倍數上限值，由保險人與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體共同擬訂，並依本法第 61 條第 4 項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。

²「健保法」第 61 條第 4 項：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。

附件、全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點

101年10月30日健保醫字第1010009170號公告

101年11月29日健保醫字第1010074100號修正公告

102年 9月18日健保醫字第1020033811號修正公告

105年10月25日健保醫字第1050034087號修正公告

一、全民健康保險保險人(以下稱保險人)為辦理總額支付制度之研商事宜，特訂定本作業要點。

二、保險人應依全民健保醫療給付費用總額部門(以下稱各總額部門)至少每三個月召開一次會議，必要時得召開臨時會議。

三、保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別分別邀請下列代表出席：

(一)保險付費者代表二名。

(二)保險醫事服務提供者代表之名額分配如下：

1. 醫院總額：

(1)各層級醫院代表二十名至二十八名，由台灣醫院協會推薦。

(2)中華民國藥師公會全國聯合會代表一名。

(3)特殊材料提供者代表一名。

(4)藥品提供者代表一名。

(5)中華民國護理師護士公會全國聯合會代表一名。

(6)西醫基層代表二名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。

(7)中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表一名。

2. 西醫基層總額：

(1)西醫基層醫事服務提供者代表十八至二十九名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。

(2)中華民國醫師公會全國聯合會代表三名。

(3)中華民國藥師公會全國聯合會代表一名。

(4)藥品提供者代表一名。

(5)中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會代表一名。

(6)中華民國物理治療師公會全國聯合會代表一名。

(7)醫院代表兩名，由台灣醫院協會推薦。

3. 牙醫門診總額：

(1)牙醫門診相關醫療服務提供者代表十五名，由中華民國牙醫師公會全國聯合會推薦。

(2)中華民國牙醫師公會全國聯合會代表一名。

(3)台灣醫院協會代表四名。

(4)中華民國藥師公會全國聯合會代表一名。

(5)中華牙醫學會代表一名。

(6)中華民國醫院牙科協會代表二名。

4. 中醫門診總額：

(1)中醫門診醫療服務提供者代表十八名，由中華民國中醫師公會全國聯合會推薦。

(2)台灣醫院協會代表二名。

5. 門診透析：

(1) 醫院門診透析醫療服務提供者五至九名，由台灣醫院協會推薦。

(2) 台灣醫院協會代表一名。

(3) 西醫基層診所門診透析醫療服務提供者四名，由中華民國醫師公會全國聯合會推薦。

(4) 中華民國醫師公會全國聯合會代表一名。

(5) 台灣腎臟醫學會代表一名。

(三) 專家學者三名。

(四) 政府機關代表：

1. 主管機關代表一名。

2. 保險人代表二名。

3. 中醫門診總額：主管機關所屬中醫藥管理政策之單位代表一名。

4. 牙醫門診總額：主管機關所屬牙醫管理政策之單位代表一名。

前項代表應依下列方式產生：

(一) 保險付費者代表由保險人洽請全民健康保險會自該會推派。

(二) 保險醫事服務提供者，由保險人洽請各醫事團體推派。

(三) 專家學者由保險人遴選。

(四) 機關代表由該機關指派。

四、本會議代表均為無給職，其任期為二年，期滿得續任之，代表機關出任者，應隨其本職進退。

本會議代表由全民健康保險會遴薦推派者，於任期內失去代表身分，得由該會重行遴選推派。

代表保險醫事服務提供者出任者，若有變動，應依前點規定重新推派。

五、保險人得就會議相關議題向相關團體或專家諮詢，其提供之意見，得以書面方式併入本會議提案內說明。

被諮詢之團體代表或專家，得列席本會議說明。

六、本會議代表於出席首次會議前，應填具利益揭露聲明書，聲明其本人、配偶或直系親屬業務上之利益，與本會議討論事項有無相涉情事。

本會議代表違反前項之規定，且情節重大者，經本會議決議後，保險人得予更換；其缺額保險人得依本要點辦理改推派事宜。

七、保險人於辦理本作業要點業務時，應將會議全程錄音列入檔案備查，並將下列事項對外公開：

(一) 會議議程。

(二) 會議內容實錄。

(三) 利益揭露聲明書。

前項第一款事項，應於開會七日前對外公開，並送交本會議代表。並於會議結束後十日內，公開出席名單及會議內容實錄。