衛生福利部全民健康保險會
第 4 屆 108 年第 6 次委員會議議事錄

中華民國 108 年 8 月 23 日

衛生福利部全民健康保險會第 4 屆 108 年第 6 次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國 108 年 8 月 23 日上午 9 時 30 分

貳、地點：本部 301 會議室(台北市忠孝東路 6 段 488 號 3 樓)

參、出席委員：(依委員姓名筆劃排序)

干委員文男	
王委員棟源	中華民國牙醫師公會全國聯合會許常務理事世明(代理)
古委員博仁	
何委員語	中華民國全國工業總會綜合企劃處劉處長志棟(代理)
吳委員國治	
吳委員榮達	
吳委員鴻來	
李委員育家	
李委員偉強	
周委員穎政	
林委員敏華	中華民國農會保險部徐課員珮軒(代理)
林委員錫維	
邱委員寶安	
翁委員文能	台灣醫院協會林副秘書長佩萩(09:30~11:30 代理)
馬委員海霞	
商委員東福	衛生福利部社會保險司盧副司長胤雯(代理)
張委員文龍	
張委員煥禎	
張委員澤芸	
許委員美麗	
許委員騄洪	
陳委員有慶	
陳委員旺全	
陳委員炳宏	
陳委員莉茵	
黃委員啟嘉	中華民國醫師公會全國聯合會顏常務理事鴻順(09:30~12:33 代理)、黃常務理事振國(12：33 以後代理)
葉委員宗義	
趙委員銘圓	

滕委員西華
蔡委員明鎮　　台灣總工會陳副理事長錦煌(代理)
蔡委員登順
鄭委員建信
鄭委員素華
盧委員瑞芬
賴委員進祥
謝委員佳宜
謝委員武吉
羅委員莉婷

肆、列席人員：

本部社會保險司	朱簡任視察日僑
中央健康保險署	李署長伯璋 蔡副署長淑鈴(代理)
	李組長純馥
	戴組長雪詠
本會	周執行秘書淑婉
	洪組長慧茹
	邱組長臻麗
	陳組長燕鈴

伍、主席：周主任委員麗芳

紀錄：馬文娟、張琬雅

陸、主席致詞

各位委員、各位與會代表，大家早安大家好！會議開始前，先向大家報告幾件事。首先是昨天召開的「109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商計畫(草案)會前會」，進行的非常順利，在此要特別感謝所有委員、各總額部門及社保司、健保署及健保會同仁們共同的努力與付出，經過一連串密集的會議，大家建立了革命情感，也凝聚更多的向心力，委員所提各項寶貴建議，將送請健保署及各總額部門參考，相信透過委員的腦力激盪與智慧，9 月份的總額協商，一定會順利達成共識。

其次，有 2 件好消息與大家分享，一是根據 2017 年

InterNations 網路調查結果，台灣具有品質良好且價格實惠的健保制度，獲得全球最適合居住的城市第 1 名，相信大家都會深感與有榮焉，身為健保會委員，肩上的責任也因此更重，因為我們要共同努力，讓健保更好且永續發展。

另外一個好消息是，中醫師公會理事長陳旺全委員的研發成果，繼通過我國專利核准後，亦獲得美國專利肯定，最近又獲聘為義守大學終身職講座教授榮銜，陳委員不僅在中醫門診總額推動上盡心盡力，學術專業成就上也是發光發熱，請大家掌聲鼓勵！

柒、議程確認

決定：臨時提案「109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構」復議案，因 9 月將要進行總額協商，確具時效性，同意將其列入議程，安排於報告事項之後，餘照議程之安排進行。

捌、請參閱並確認上(第 5)次委員會議紀錄

決定：確認。

玖、上(第 5)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請鑒察。

決定：

一、上次委員會議決議(定)事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤案(共 5 案)：同意依照幕僚之擬議，解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤案(共 7 案)：同意依照幕僚之擬議，繼續追蹤。

二、歷次委員會議未結案件辦理情形：擬解除追蹤案(共 4 案)，依委員意見，項次 1、項次 2 及項次 4 等 3 案改列繼續追蹤，餘依照幕僚之擬議，解除追蹤。

三、109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商暨本會第 4 屆 108 年第 7 次委員會議(9 月 26~27 日)議程如

附件一，將依照議程安排進行各部門總額協商，倘部門別協商進度順利提早完成者，則下一部門協商依序提前，請幕僚通知各總額部門協商代表較預定時間更早到場，以利銜接。

四、本(108)年 9~10 月其他重要會議如下，敬請委員踴躍出席。

(一)9 月 3 日(星期二)：下午 2 時召開「109 年度總額協商健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會」。

(二)10 月 18 日(星期五)：上午 9 時 30 分召開「109 年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議」。

(三)10 月 25 日(星期五)：本年第 8 次委員會議改為下午 1 時 30 分召開，並於晚上 6 時 30 分與部長進行業務座談及餐敘。

五、有關委員關切醫療院所透析業務外包相關事宜，請衛生福利部及中央健康保險署妥為研處。

六、餘洽悉。

拾、報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：108 年 7 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：

一、委員所提意見，請中央健康保險署參考。

二、餘洽悉。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：區域級(含)以上醫院門診減量措施執行情形及成效檢討報告，請鑒察。

決定：

一、委員所提意見，請中央健康保險署參考，未及口頭說明部分，請提供書面回覆資料。

二、餘洽悉。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：109 年度新醫療科技預算規劃與預估內容，請鑒察。

決定：

一、委員所提意見，請中央健康保險署參考；至委員關切癌症免疫療法之療效等資訊，請於總額協商前提供補充資料供委員參考。

二、餘洽悉。

拾壹、臨時提案(如附件二)

提案人：翁委員文能

連署人：李委員偉強、張委員煥禎、謝委員武吉、張委員澤芸

案由：有關「109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構」，提請復議。

主席裁定：依提案人翁委員文能意見予以撤案。

拾貳、散會：下午 12 時 40 分。

附件一

109 年度全民健保醫療給付費用總額協商暨本會第 4 屆 108 年第 7 次委員會議議程

地點：衛生福利部 301 會議室(台北市忠孝東路 6 段 488 號 3 樓)

時　間	內　容	與 會 人 員
9/26（四）		
09：00～09：30	報到	
09：30～11：10	①西醫基層總額之協商(100 分鐘)	本會委員、西醫基層部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
11：10～11：20	中場休息	
11：20～12：10	西醫基層與醫院總額之門診透析預算協商(50 分鐘)	本會委員、西醫基層與醫院協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚 (本節之協商，邀請腎臟醫學會列席)
12：10～13：10	午餐	
13：10～14：30	②牙醫總額之協商(80 分鐘)	本會委員、牙醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
14：30～14：40	中場休息	
14：40～16：40	③醫院總額之協商(120 分鐘)	本會委員、醫院部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
16：40～16：50	中場休息	
16：50～18：10	④中醫總額之協商(80 分鐘)	本會委員、中醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
18：10～19：10	晚餐	
19：10～20：23	⑤其他預算之協商(73 分鐘)	本會委員、健保署，及社保司與本會幕僚
20：23～22：23	付費者、醫界委員視需要自行召開會議之彈性運用時間(120 分鐘)	
9/27（五）		
11：00～14：00	視需要處理協商未盡事宜	本會委員、相關部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
14：00～17：30	委員會議	

註：時間以醫院協商時間 120 分鐘、西醫基層 150 分鐘(含門診透析)、牙醫與中醫各為 80 分鐘、其他預算 73 分鐘計算，已計列各部門得延長之時間。

各部門協商時間分配

部門別	*1.提問與意見交換**	*2.視需要召開內部會議*		*3.部門之預算協商*	*合計（不含各自召集會議時間）*	*推估最長時間*
		付費方自行召集會議	*醫界方自行召集會議*			
醫院	*30 分鐘*	*30 分鐘*	*30 分鐘*	*60 分鐘*	*90~120 分鐘*	*90~180 分鐘*
西醫基層	*25 分鐘*（*門診透析 20 分鐘*☆）	*20 分鐘*	*20 分鐘*	*50 分鐘*（*門診透析 20 分鐘*☆）	*115~150 分鐘*	*115~190 分鐘*
牙醫	*20 分鐘*	*20 分鐘*	*20 分鐘*	*40 分鐘*	*60~80 分鐘*	*60~120 分鐘*
中醫	*20 分鐘*	*20 分鐘*	*20 分鐘*	*40 分鐘*	*60~80 分鐘*	*60~120 分鐘*
其他預算	*20 分鐘*	*20 分鐘*		*35 分鐘*	*55~73 分鐘*	*55~93 分鐘*

*各部門之協商草案已於會前會報告，若本時段仍須說明，請簡要說明並以 5 分鐘為限。

☆門診透析服務預算之協商時間，併於西醫基層總額部門中協商順序較前者之時段(時間外加)。

備註：各部門協商時間若確需延長，以不超過該「部門之預算協商」時間之 50%為限。

附件二

復議案

提案人：翁委員文能

連署人：李委員偉強、張委員煥禎、謝委員武吉、張委員澤芸

案由：有關「109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構」，提請復議。

說明：

一、門診透析總額自 92 年起即由醫院總額與西醫基層總額中切割門診透析分項預算後再合併預算執行，預算雖有其計算公式，歷年兩部門就預算間移轉問題迭有爭議，參據 108 年 8 月 14 日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議 108 年第 3 次會議」資料，醫院部門門診透析 95~107 年預算數與醫療利用點數占率差異區間約為 1.2%~4.5%(如附件)，仍有預算自醫院部門移轉至西醫基層。

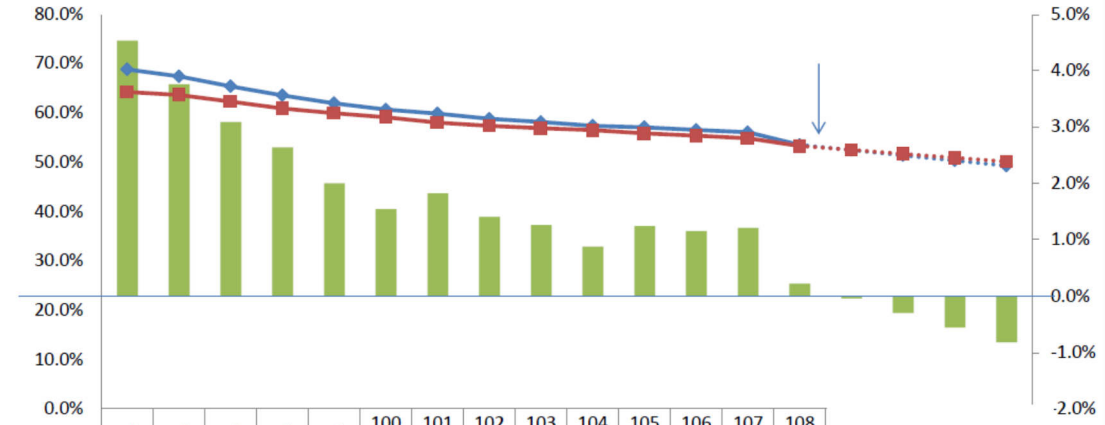
二、現階段門診透析總額因未達各部門共識始無法切割各自回歸醫院總額、西醫基層總額的前提下，為免造成醫院部門長期預算衝擊，且符合目前醫院門診透析醫療利用情形，本會主張應再次就現行門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之分配方式及計算公式予以校正，並於明(109)年即採行校正後之計算公式，爰對 108 年 5 月 24 日 109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構提出復議，誠請支持。

擬辦：建請責成健保署協助試算醫院及西醫基層總額兩部門預算之差距，並提出校正公式後交由健保會備查，並適用於「109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構」的門診透析服務費用計算方式。

決議：

附件

門診透析歷年預算數、與醫療利用點數占率



	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年
差異	4.5%	3.8%	3.1%	2.6%	2.0%	1.5%	1.8%	1.4%	1.3%	0.9%	1.2%	1.2%	1.2%	0.2%
當年第1季醫院預算占率	68.7%	67.3%	65.3%	63.5%	61.9%	60.6%	59.8%	58.7%	58.1%	57.3%	57.0%	56.5%	56.0%	53.5%
當年全年度醫院費用占率	64.2%	63.6%	62.2%	60.8%	59.9%	59.1%	58.0%	57.3%	56.8%	56.4%	55.8%	55.3%	54.8%	53.2%

*108年
*醫院與基層合計100%，本表以醫院為例

5

資料來源：108 年 8 月 14 日全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議 108 年第 3 次會議資料。

第 4 屆 108 年第 6 次委員會議

與會人員發言實錄

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

周執行秘書淑婉

主任委員、各位委員，大家早安。現在出席的人數已經過半，達法定開會人數，請示主任委員是否宣布開會。

周主任委員麗芳

一、各位委員、各位與會代表，大家早安大家好！會議開始前，先向大家報告幾件事。首先是昨天召開的「109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商計畫(草案)會前會」，進行的非常順利，在此要特別感謝所有委員、各總額部門及社保司、健保署及健保會同仁們共同的努力與付出，經過一連串密集的會議，大家建立了革命情感，也凝聚更多的向心力，委員所提各項寶貴建議，將送請健保署及各總額部門參考，相信透過委員的腦力激盪與智慧，9 月份的總額協商，一定會順利達成共識。

二、第二件要跟大家分享的好消息，也謝謝賴委員進祥所提供的訊息，即健保又再次在國際上發光發熱，為台灣創造佳績。根據 2017 年 InterNations 網路調查，全球旅客票選 21 個最適合居住的國家當中，台灣勇奪第一名。勇奪第一名的主要原因，是台灣具有品質良好且價格實惠的健保制度。身為健保會的委員，我們每個人都感到與有榮焉，同時也感覺到我們擔子上的責任更重了，因為我們要讓健保更好，能夠更加永續發展。

三、第三件是要分享我們委員之間的好消息，就是中醫師公會全聯會陳理事長旺全，他是著作等身。上次會議才說他獲得一項美國的專利，這次則是獲得義守大學肯定，聘任為終身職講座教授，陳理事長不僅是在實務投入盡心盡力，在學術研究部分也是發光發熱，請給陳理事長掌聲鼓勵！接下來進行今天的會議，謝謝。

司儀

議程確認。

周執行秘書淑婉

一、主委、各位委員，大家早安！在議程確認之前，有一件事情先向委員們報告，在寄送 7 月份委員會議議事錄的同時，幕僚有附上一份身心障礙福利機構及團體的中秋伴手禮產品目錄，希望委員或所屬團體若有需要，請多多採購支持身心障礙團體，今天幕僚也特別在會議點心裡準備了一個身心障礙團體製作的中秋月餅，因為今天是距離中秋節前最近的一次委員會議，也預祝各位委員中秋節快樂。

二、依據本會會議規範規定，健保署署長是法定列席人員，健保署於 8 月 19 日函知，李署長伯璋因公出國不克出席，本次會議請假，由蔡副署長淑鈴代理，來函影本放在各位委員桌上(如本議事錄第 63 頁)，請參閱。

三、在議程部分，本次會議本來是沒有討論事項，但昨天翁委員文能提出臨時提案，臨時提案的部分等一下再做報告。報告事項計有 3 案，第 1 案是健保署的業務執行報告，第 2、3 案是健保署依照本會本年 5 月份的委員會議決議，提出的兩項專案報告。

四、剛剛提到的臨時提案，是「109 年度全民健康保險總額協商架構」的復議案。臨時提案之要件，依會議規範，須為當次會議亟待解決的緊急事件或具有時效性的事項，且要與本會法定任務有關者為限；另應有出席委員附議或連署始得成立。如果不符合要件，主席可以決定提下次委員會議討論。因為本案與總額協商架構有關，故有其急迫性，如果經委員同意在本次會議討論，因為今天並未有討論事項，建議安排在報告事項前進行。另因本案為復議案，復議案有其成立程序及要件，建議在該案實質討論時再做處理，以上報告。

周主任委員麗芳

對於議程安排，各位委員如果沒有反對意見的話，就依此進行。請吳委員榮達。

吳委員榮達

報告事項第 2 及 3 案，依照議程安排，各只報告 5 分鐘，因這 2 個案子非常複雜，需要仔細地了解與討論，建議延長報告時間，各為 20 分鐘，因為今天只有一個臨時提案，時間上應比較充裕，且這 2 個報告案跟臨時提案也有相當的關係，建議將其安排在臨時提案之前，謝謝。

周主任委員麗芳

各位委員是否同意吳委員榮達之建議，即先進行報告事項，且延長報告事項第 2 及 3 案之報告時間上限為 20 分鐘，然後再逐案討論，之後再進行臨時提案(未有委員表示反對)，請開始進行今天議程。

同仁宣讀

周主任委員麗芳

會議紀錄部分，委員有無垂詢的地方？沒有的話，紀錄確認。請進行下一案。

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

周執行秘書淑婉

一、說明一，上次委員會議決議(定)事項計有 12 項，依辦理情形建議解除追蹤 5 項，繼續追蹤 7 項；歷次委員會議決議(定)事項達解除追蹤條件，擬建議解除追蹤者計有 4 項，但最後仍會依照委員議定結果辦理，請各位委員翻到第 19 頁。

(一)擬解除追蹤部分

1.上次委員會議

(1)項次 1，有關今年總額協商會議安排，幕僚已依抽籤結果擬訂協商會議議程，在會議資料第 38 頁，建議解除追蹤。

(2)項次 2，關於健保署第 2 季及 5 月份業務執行報告委員所提意見，健保署已提供說明，在會議資料第 28~29 頁，建議解除追蹤。

(3)項次 3，是請健保署在規劃 109 年度總額協商草案時，能併同考量提升住院護理照護品質項目，健保署已經列入 109 年度總額協商參考，建議解除追蹤。

(4)項次 4，請健保署於每年 4 月份業務執行報告中，提供前一年大陸港澳人士及無戶籍國民、外籍人士之保險費暨醫療使用統計資料，健保署會配合辦理，委員所提意見健保署也做了說明，在會議資料第 29~39 頁，建議解除追蹤。

(5)項次 5，是委員對 7 項報告事項所提意見，健保署的說明列在會議資料第 30~37 頁，請委員參閱，建議解除追蹤。

2.歷次委員會議

(1)因這 4 案都已在上個月的委員會議做了報告跟處理，所以建議解除追蹤。項次 1，是有關於新藥、新特殊材

料、新診療服務的相關替代跟效益的分析，上個月有進行專案報告。

(2)項次 2，關於 107 年度總額編列的新藥預算執行進度，已於上次委員會議報告完畢。

(3)項次 3，有關 C 型肝炎全口服新藥之給付規定修訂所產生之相關檢查(驗)費用，及其對點值影響的報告，已於上次委員會議中報告完畢。

(4)項次 4，專利期內各層級醫事服務機構藥價調查結果專案報告，已於上次委員會議中報告完畢。

(二)繼續追蹤部分，援例不進行報告。

二、說明二，請翻回會議資料第 14 頁，這是一項重要提醒，為使本會對外發布重要會議決議事項能有一致性說法，依照全民健康保險會組成及議事辦法第 14 條規定：「會議決議事項，經主任委員認有立即對外說明之必要時，應由其本人或指定人員統一發布」。另本會前於 104 年第 2 次委員會議(104.3.27)亦有相關決議補充作法，摘錄請委員參閱。在此提醒委員，未來本會決議事項對外發言，都應該依照此規定辦理。因總額協商在即，且每次委員會議結束後，常有記者對會議相關議案及決議都很有興趣，如屬個別委員針對自己意見之發表，當然可以；如為委員會議的決議，則請依統一發言的相關規定辦理。

三、說明三，108 年 9 月 26、27 日將舉行總額協商會議，敬請委員預留時間與會，依照上次委員會議抽籤結果，擬訂議程草案在會議資料第 38 頁，上午是西醫基層總額部門與透析，下午順序分別是牙醫、醫院及中醫總額部門，晚上是健保署其他預算與未盡事宜，請委員參閱。

四、說明四，為幕僚準備的 109 年度總額協商所需資訊，包括協商參考指標要覽、評核會議紀錄、評核指標摘要，共 3 冊，以及說明六所提 107 年全民健康保險年度監測結果報告，均置於委員桌上公文牛皮紙袋內，上述資料請委員參閱。此外，謝謝健

保署提供最新版的健保法規彙編，也一併放在紙袋裡面，上述資料若委員今日不方便帶走，可將資料公文袋放在桌上，會後幕僚人員再寄送給委員。

五、說明五，本會將於 9、10 月舉辦重要會議，提醒委員預留時間踴躍參加。9 月 3 日(下下週二)將舉辦健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會，和昨天(8/22 舉行的總額協商會前會)不同，此座談會僅限健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表。另，10 月 18 日為費率審議前的意見諮詢會議，將會邀請專家學者諮詢專業意見，希望委員能撥空參加。第 3 和 4 項是因為總額協商後，委員們及本部參與協商的同仁都很辛苦，也希望能和部長有政策溝通的機會，因此幕僚事先安排在 10 月 25 日(10 月份委員會議日期)下午 6:30 邀請部長跟委員們進行業務座談與餐敘，惟為配合餐敘，當天的委員會議將改至下午召開，請委員留意，幕僚會另行提醒委員及確認出席情形。

六、說明六，剛剛已提過，略。

七、說明七為衛福部及健保署本年 7 月至 8 月份發布及副知本會之相關資訊，詳細內容及相關附件業於 8 月 12 日寄至各委員電子信箱，請委員參閱，以上。

周主任委員麗芳

針對剛剛周執行秘書淑婉報告的內容有無垂詢？請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、很感謝周執行秘書淑婉剛剛詳細的報告，對於第 22 頁歷次委員會議總共有 4 個案子要解除追蹤，我感到非常地不以為意，當中只有第 3 項關於 C 肝費用的案子在昨天會議有討論到，看大家要解除追蹤或不解除追蹤，我沒有意見。第 1 項特殊材料或新的診療服務或是放寬藥品服務的影響，這要解除追蹤感覺上是不可行的，這邊感謝健保署委託 2 個單位，成大與台灣醫院協會做出一些研究報告，但這 2 個研究報告有天壤之別，到

底要看的是哪一版本，我們不曉得，因此替代率的方向要怎麼改革，目前沒有辦法解決，所以此案絕對不能解除追蹤。

二、第 2 項，委員對於 107 年編列，以及接下來 108、109 年新藥的方面，我特別講了，在第 37 頁，翁委員文能要離開時，特別交代我一定要提到 109 年新藥新科技新診療項目，放寬的藥品品項要做明確的分析和推估，不要說估算，推估啦，這麼講範圍比較廣，所以希望這項也不能解除追蹤。

三、第 4 項是我最不以為意而且絕對反對到底的案子，為什麼要解除追蹤？我在此鄭重呼籲應該直接移送檢調單位來查。首先，我們講到 2 家外商，1 家是瑞士的台灣大昌華嘉股份有限公司(下稱大昌華嘉)，1 家是馬來西亞商裕利股份有限公司(下稱裕利)的投資，第 3 家是台灣的久裕企業股份有限公司(下稱久裕)，是屬於佳醫集團的，回頭來看他們所做的範圍是物流業、西藥製造、西藥批發、西藥零售、醫材製造、醫材零售、醫材批發、倉儲、整理包裝、洗腎外包，林林總總的一堆項目，他們到底是屬於物流的還是販售商的，我們搞不懂啊，這裡還沒有釐清就要解除追蹤，是不合理的，尤其佳醫集團已經危害到我們醫療體系的發展，這樣下去他是可以壟斷我們健保署，我們健保署等於被他壟斷，他們最重要的就是專利期的藥，賣給地區醫院或診所只有 5%、10%，而賣給大型醫院的就請一個稱作專業經理銷售經理來賣，對另外兩個層級完全是不合理的對待。所以我們要求在第 4 項沒有報告完成以前，不能夠解除追蹤。

四、如果要健保署辦此案，這會需要跨部會辦理，我真的認為健保署權力沒這麼大，既然如此，乾脆送檢調處理，並不是說健保署有問題，我保證健保署是沒問題的，但是他們廠商賣給相關醫療院所的價格實在太不合理了，可以說利潤拿得太多了，拿走利潤後甚至還說要退出台灣經營市場，這是什麼玩意啊？陷健保署於不義、陷老百姓於痛苦、陷小型醫院和診所至水深火熱之中，我認為絕對不能解除追蹤，並強烈建議移送檢調單位

辦理。

周主任委員麗芳

謝謝，謝委員武吉建議第 22 頁歷次委員會議之項次 1、項次 2、項次 4，建議繼續追蹤。其他委員有無意見？請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

主席、各位委員大家早安，針對第 14 頁項次 3，因為我們昨天已開過會前會、9 月 3 日還有健保署與付費者代表的座談會，是否仍有需要把整個協商的時間拉那麼長？我是不知道。建議原則上依照這個議程進行，但其實昨天已經大致了解各總額部門的草案，協商過程可能會很順利，是不是下個總額部門能直接遞補上來，不一定要依照這個程序走，否則整個程序拉到那麼晚，前面所做的這些工作不是就都白做了？以上建議，謝謝。

周主任委員麗芳

針對趙委員銘圓意見，請幕僚同仁再研議。原則上會請各總額部門的協商代表提早到，不要等到表定的時間才來。看起來昨天會議大家都很用心，應該會比過往順暢一些。幕僚會再提醒各總額部門，屆時將會視協商狀況依序遞補，請該部門人員提早到場。請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

有關決議(定)事項辦理情形追蹤表，會議資料第 20 頁，付費者代表建請健保署能提供外籍人士保險費收入及醫療使用統計表，謝謝健保署已回覆配合辦理；另參閱會議資料第 29 頁的相關補充說明，再請健保署附註說明有關外籍人士歸類在第 6 類被保險人的醫療使用情形，謝謝。

周主任委員麗芳

其他委員還有沒有意見？請吳委員榮達。

吳委員榮達

我在 6 月份的時候針對 MRI (Magnetic Resonance Imaging，核磁共振攝影)、CT (Computed Tomography，電腦斷層掃描)檢查部分，有

請健保署提供詳盡資料，上個月漏掉了，這個月補了，但我看資料仍很簡略，希望健保署可以再提供更詳細的資料，至於要提供什麼樣的資料，我會提供書面意見，請幕僚轉送健保署，以節省會議時間。

陳代理委員錦煌(蔡委員明鎮代理人)

一、主委、大家早，有關會議資料第22頁項次4，剛剛謝武吉院長提到佳醫集團、物流中心，佳醫集團是賣透析相關設備與耗材，昨天的109年度總額協商會前會，台灣腎臟醫學會林秘書長元灝報告時，我有請他拿出目前200多家的外包資料，我剛聽了謝委員武吉說佳醫集團不務正業，有做物流，還有很多業務，我忘記了。

二、還有一個問題，健保署和醫院有訂定契約，蔡副署長，你們是跟醫院訂契約，若外包公司發生事情，你跟外包公司沒有關係，你要找醫院耶，對不對？所以我強烈反對透析外包，不准外包。我在費協會有談到這件事情，應獎勵醫院自辦透析業務，不要將透析業務外包再讓承包商賺一手。副署長知道我的意思吧？

三、如果不要讓佳醫集團、佳特透析服務股份有限公司(下稱佳特)、台灣費森尤斯醫藥股份有限公司(下稱費森尤斯)這些外包公司來介入，由醫院自己的醫師進行透析，可能品質會提高。他們賣水、賣機器給醫院就算了，不應要賣又要賺，我是新來的老委員，我不能不知道，所以不管怎麼樣，希望健保署可以把外包拿掉，不准醫療院所外包，將來發生事情，健保署是找醫院，你跟外包公司沒訂定契約，管不到他們。

四、還有跟主委報告一下，希望下次會議請台灣腎臟醫學會至本會進行報告，我要知道有多少家進行透析的醫療院所將透析業務外包，其他委員要不要知道是他們家的事情，好不好？拜託。

周主任委員麗芳

各位委員都已表達意見，在擬解除追蹤的歷次委員會議部分，就如

同謝委員武吉所建議，在會議資料第 22 頁中的項次 1、項次 2、項次 4，維持追蹤。剛趙委員銘圓提到的 9 月份總額協商會議，幕僚會再提醒各總額部門做好時間準備，其他幾位委員所提的意見，請健保署針對委員垂詢的部分回應說明，還有陳代理委員錦煌關心透析外包的部分，也請健保署在下次會議時提供相關資料。

蔡副署長淑鈴

剛陳代理委員錦煌是說請台灣腎臟醫學會提供。

周主任委員麗芳

是否由健保會請台灣腎臟醫學會提供？

陳代理委員錦煌(蔡委員明鎮代理人)

外包公司他沒有醫療行為，也沒有醫師資格，怎麼去訂契約？佳醫、佳特、費森尤斯都好，就是做透析的公司。健保署是跟醫院打契約，醫院外包給其他公司，發生事情是醫院負責，我在費協會擔任委員時，就強烈反對透析外包，當時副署長係醫管組的組長。我會強烈反對的原因是，不要多一手讓別人賺，醫院給外包賺一手是怎樣，差不多 10 年前也是 3,200 多元，點數 3,500 點，再以每點 0.8、0.9 計算後剩下 3,200 多元。昨天聽林秘書長元灝報告每次透析成本 3,900 多元，醫界可以直接經營啊，為什麼要交給外包公司？說真的不要這樣搞。我聽謝委員武吉說，佳醫集團搞物流還有搞什麼啊？重新講一次，搞了好幾項業務，請謝委員武吉補充一下，我忘記了。

謝委員武吉

一、我補充，佳醫集團有做物流、西藥製造和批發、醫療器材批發、西醫藥零售業、醫療器材零售業和製造業。其實我們在藥價調查時，都可以看到裕利、久裕、大昌華嘉，他們分成兩部分，一是屬於專利期以內的藥物，藥品販售則由原開發藥廠負責收費，並且派出業務員進行解說，有時候還會做 seminar (專題討論)，由三家物流公司收費，另一為專利期以外藥物，他們對診所與地區醫院連甩都不甩，缺乏對醫療與健保現況的認

知，一到診所或地區醫院就是 5%、10%喊價，你要或不要有選擇嗎？我們好好詢問對方能不能到我們醫院進行 seminar，他們也甩都不甩，對我們台灣醫療品質與特性、老百姓生命財產安全置之於不顧，所以剛才我已經嚴重聲明，我們希望健保署來想辦法處理。

二、另外，這裡頭沒提到佳醫集團所做的透析外包工作，昨天我提到，楊前衛生署(現衛福部)署長志良曾說核心醫療業務不得外包，但現在，核心醫療業務這集團全部外包，而且上個月、這個月的醫院總額，透析總額是北區成長最多，我手中有資料，有 1 家什麼安字開頭的診所，連續 2 年開 4 家，而且都可以開在大醫院旁邊，是否有掛勾、人頭費的行為，要好好查明。

三、我感覺佳醫集團既然有委員嚴重的反映，也提過上個月應該要報告，結果上個月沒有完整報告，我們並不追究健保署責任，但現在要求這個案子直接送檢調辦理，希望做成最後決議，這樣對台灣的老百姓合情合理合法，保障生命財產安全。

陳代理委員錦煌(蔡委員明鎮代理人)

我請教蔡副署長淑鈴，費森尤斯、佳特一些透析公司到所有的醫院外包透析業務，有沒有違反健保法？你告訴我就好。

蔡副署長淑鈴

一、謝謝陳代理委員錦煌的問題，健保署跟任何一家診所簽訂合約時，都是有一個負責醫師和本署簽約，在簽約時，我們會了解他要從事的業務是什麼，例如提供什麼科別服務，是小兒科診所或透析診所等，這些都要他登載，簽約時會告知其依照全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)之規定，簽約後有何權利義務？若有違規會有什麼代價？這些都是簽約時一定要說明的，甚至要把所有合約書給他看後才進行簽約。至於委員關心的，如果是一個透析診所，可能將透析業務外包，事實上一個負責醫師背後是否有其他經營者我們也不見得知道，有的診所負責人可能是受雇，故出資的人未必是診所

負責醫師等，我們未必知道這些背後關係。

二、另外，剛剛謝委員武吉提到透析不得外包的事情，我記得在醫事司相關法規有規定醫院醫療核心業務不得外包，有些醫院因為這個規定而不願意提供透析醫療服務，但好像沒有規範到診所，容我們會後再查閱相關法規，因為此法規並非健保署的法規，而是衛福部醫事司在規範醫院提供醫療服務行為所訂的法規，如果委員想要釐清透析業務是否得外包，我們可以再向醫事司瞭解相關法規規範。但是我也要跟大家報告，如果醫療院所違反合約進入查核程序，也許藉由查核程序我們會發現幕後老闆等情事，但如果真的屬於違規情節嚴重，健保署也會依法移送。

陳代理委員錦煌(蔡委員明鎮代理人)

我再補充一下，這些公司(如：費森尤斯)如果可以外包，那醫院的醫療行為是否也可以外包給密醫，講句迷糊話，外包密醫比較便宜，但我希望外包公司真的不要介入。以前我們曾獎勵自行經營透析醫療服務的醫院，那些外包公司還來向我反映他們都沒有獲得獎勵，這本來就不應該獎勵，錢不用在那邊一直層層分配，我算是老委員，這些說法不能矇騙我，所以透析外包的問題一定要好好解決。透析預算約 400 億元，包含周邊醫療達 600 多億元，是非常龐大的數字，約占健保總額的十分之一，我希望健保署要好好查核透析外包的行為，只要不是跟健保署簽訂契約的部分，都應該當作密醫處理。這件事我非常重視，拜託蔡副署長淑鈴務必重視及處理。

周主任委員麗芳

剛剛謝委員武吉、陳代理委員錦煌等 2 位委員針對透析外包的意見(吳委員國治舉手表示欲發言)，請健保署妥為研處及加強查緝，請吳委員國治。

吳委員國治

這個議題很多委員都很關心，健保會的職責應該是站在病人的立場，去看這個議題對病人的權益影響有多大，這個議題我想也不是

健保會或健保署就能夠決定，仍要依法處理。過去楊前署長志良有做相關的規範，如果連診所都不行外包，建議將這案子移給衛福部，請他們重新釐清，站在病人及醫事人力規劃的立場，把它釐清後，大家依循相關規範執行醫療服務，這是比較妥當的方式。

吳委員榮達

我提出一個建議供大家參考，請健保署研議比照金管會請檢察官駐署辦公查案的模式。現行在金管會有檢察官駐會查辦辦案有無內線交易情事，而健保總額高達 7 千多億元，其中存在許多嚴重的問題，例如：接獲病患檢舉後健保署派員去查核但沒有偵查犯罪的公權力，查核報告的證據力容易受到質疑，若能有檢察官駐署指揮，就能提升查核的公權力，應該慎重考量。請健保署研議有沒有可能跟法務部協調請檢察官駐署，能夠對健保署執行公權力提供一些助力。

周主任委員麗芳

請李委員偉強、謝委員武吉。

李委員偉強

我想這議題討論一段時間了，這是重要的議題無庸置疑，不過，是否要在健保會一直討論，值得思考。有關醫療院所外包作業，規範在 99 年公告的「醫療機構業務外包作業指引」，現在大家討論的醫療院所當然包括醫院跟診所，法令解釋的權責單位是衛福部的醫事司，但執行單位是各地方衛生局，所以各地方衛生局就有權責針對民眾或任何人的檢舉進行查察，確認是否有違規事實，或是否真的有核心業務外包，涉及診斷或醫療處置就是核心業務，其他如：掃地、拖地或倒垃圾等事項就不是，這在作業指引中是有明確界定，所以如果有相關事證資料就依照剛剛的程序，若中間有涉及不法自然就會啟動檢調司法程序。因此，我建議本案朝這方向去處理。

周主任委員麗芳

請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、李委員偉強有談到一些我想表達的事情，第一點，就是醫療院所核心醫療業務不得外包，這是在楊前署長志良當時所作的決定，這是有一個相關的規範。

二、第二點，我是建議，如果是透析在大型醫學中心或區域醫院，對於其中比較穩定的患者，也應該要有一個下轉的機制，也就是做成一個分級醫療策略，這樣才對。

三、第三點，我們應該要鼓勵醫師很主動的到偏鄉地區提供透析醫療服務，替我們偏鄉地區的老百姓服務，而不是集中在臺北市、新北市這一塊，以前是雲林、嘉義、臺南的透析病人最多，現在又改變了，怎麼會改變這麼快？是雲林、嘉義、臺南的洗腎患者全部都搬到臺北地區來了嗎？這真的需要好好考量，也拜託健保署可以朝此方向做一個大型的計畫來改變此不良的狀況。

四、第四點，從4月份講到7月份，結果只有簡單報告就要在這裡結案，很感謝主席剛才沒有做成結案的決議。但我們還是應該要做成一個專門的討論案，不能做成報告案，因為基層診所和我們地區醫院是滿肚子苦水，有話沒有地方可以說，甚至說了也沒辦法，就是商業行為我們沒有辦法處理，我可以了解健保署的苦衷，但我們可以用一個特別的機制來做到管理才對。所以我建議應該要有一個時間規範，我了解健保署真的權限有限，如果時間到了再辦不到的話，辦不到，我們就直接送檢調單位來辦理就可以，就比較方便一點，謝謝。

周主任委員麗芳

請張委員煥禎。

張委員煥禎

一、關於核心醫療，其實我們已經注意好多年，這是一個很嚴肅的問題。第一，原衛生署(現衛福部)一直沒有給核心醫療很好的定義。

二、第二，當時說不外包是為了保障老百姓的權益，我也同意。但是現在連公家醫院的很多業務都外包，請問如果連衛福部自己的醫院都無法管理外包，怎麼管理其他醫院呢？即使無法認定小醫院的核心醫療，至少公立醫院、財團法人醫院、區域醫院等大型醫院的核心醫療都應受規範，尤其是公立的醫院更應先規範。

三、現在把健檢、洗腎、復健業務外包的醫院是很多，雖然這不是健保會的職掌，但我們有義務關心健保費用是否真正使用在老百姓身上、有無達到應有品質，這是我們要關心的。

四、這議題不適宜在此討論太多，但真的要重視，改天我們可以再深入探討，因為外包品質真的很不好，不僅是健保的錢就這樣流出去，更造成劣幣驅逐良幣。例如勞工健檢都由廠商老闆決定，老闆沒有這方面的專業，以為便宜就好。

周主任委員麗芳

謝謝各位委員的意見，本案除了我剛才所提的決議外，為了確保醫療品質，有關委員關切透析外包之情事，請健保署妥為研處，接著進行報告事項。

干委員文男

提到核心醫療外包，不論是私人、財團或是宗教醫院，也都有急診室外包的現象，如果要查透析外包的話就通通徹查，不要只查其中一段。外包是因為醫院人力不足，經營者為了省事，直接包給外面團隊，要扣多少錢自己扣，造成服務品質不好，很多品質跟待遇差，讓民眾說我們健保沒給人錢，要查就澈底查一下。

周主任委員麗芳

謝謝干委員文男的意見，剛才提到委員意見送請健保署參考，接著進行報告事項。

謝委員武吉

主席，剛才沒說健保署什麼時候回答這個問題。

周主任委員麗芳

謝委員武吉，給他們一點時間準備好嗎？

謝委員武吉

已經給3個月了。

周主任委員麗芳

先讓健保署回去研究一下。

謝委員武吉

我已經忍耐很久了。

周主任委員麗芳

我了解，謝謝。

謝委員武吉

我看再3個月。

周主任委員麗芳

謝委員武吉是說再給哪一案3個月期限？

謝委員武吉

歷次委員會議決議(定)待辦事項第4項，再給3個月，沒有提出報告就移送檢調處理。

周主任委員麗芳

謝委員武吉，因為接下來的重頭戲是總額協商，剛才忘了說明，雖然說桌上這包資料帶回去很重，但是各位委員知道嗎？這麼有份量的資料是由健保會、健保署同仁通力合作完成的，所以我們要先感謝這兩個單位的同仁(在座委員鼓掌)。我們開會很辛苦、他們整理資料也很辛苦，所以拜託謝委員，先讓健保署把本年度總額協商順利完成，再給他們壓力好嗎？

謝委員武吉

說一個時間。

周主任委員麗芳

說一個時間？

蔡副署長淑鈴

我想請教的是，剛才委員談了很多關於外包業務的議題，現在則是回到第 4 項藥價調查結果報告及藥品退出市場相關因應作為等，不知道謝委員講的期限是針對哪項議題？這兩項好像是不同的。

謝委員武吉

我希望是大家剛才有提到的事項，都能列入綜合討論。

周主任委員麗芳

先這樣決議好嗎？剛才委員關切的 3 個案子繼續追蹤，其他委員的意見送請健保署參考，關於透析外包部分請健保署繼續研處，畢竟這麼大的業務需要時間再深入思考，也需研議在權責上如何跟部內其他單位分工合作，再給健保署一點時間好嗎？請賴委員進祥。

賴委員進祥

關於血液透析業務外包問題，應該分為兩方面來討論。第一，該業務是否能外包？這屬於醫事司權責。第二，該業務外包後，是否列入健保給付範圍？或是在支付上給予打折，這屬於健保會權責。即就算醫事司認為可以外包，但我們健保會如認為不合理，我們也可以從健保支付方面著手，適當導正這種行為，保障醫療服務品質。

周主任委員麗芳

謝謝賴委員進祥的建議，關於委員關切透析外包之情事，送請衛福部與健保署妥為研處。

張委員煥禎

一、我贊同賴委員進祥的意見，既然透析外包要請健保署研究，有一件事情我也想請醫事司再研議，因為以前醫事司限定地區醫院的特殊病房不能超過一般病床數，但是現在發現透析病床有個有趣現象，地區醫院 20 床、只能做 20 床透析，但是診所卻可以做 45 床的透析，所以在這限制下，醫院當然可能全部自己設診所在外面做。

二、這件事，醫院這邊反映過好幾次，我們不反對法規設限、也不反對診所做 45 床透析，但不應該說醫院的 Facility(設施)、能力比較好，卻反而受限於規定。當然這是概括式的規定，有其

歷史背景，但是中間邏輯就是怪怪的。

周主任委員麗芳

委員所提意見送請衛福部及健保署研處參考，接下來請健保署進行報告事項第 2 案「區域級(含)以上醫院門診減量措施執行情形及成效檢討報告」，報告時間 20 分鐘。

參、報告事項第二案「區域級(含)以上醫院門診減量措施執行情形及成效檢討報告」與會人員發言實錄

蔡副署長淑鈴

先請劉專門委員林義進行「區域級(含)以上醫院門診減量措施執行情形及成效檢討報告」。

中央健康保險署劉專門委員林義報告：略

周主任委員麗芳

謝謝健保署報告，請接續進行報告事項第 3 案。

干委員文男

主席，建議逐案進行。

周主任委員麗芳

好，採逐案報告。

陳代理委員錦煌(蔡委員明鎮代理人)

一、我對這個報告沒有很內行，很多細節要問才知道。落實分級轉診是我的希望，我當初在費協會就一直提案要求落實分級，為什麼？因為稍微生病感冒也去醫學中心，浪費資源。

二、以前我擔任費協會委員時，當時的台大醫院陳主任瑞瑛說得很囂張，說台大醫院病人已經很多了，小病不用來台大醫院看，台大醫院忙得要死。這有會議紀錄可以查，台大醫院囂張得要死，一直說門診病患很多不用來台大醫院看，這樣嗆我。所以你們現在在怨嘆什麼，門診減量 10%搞不好還太少。但是健保署有報告數據出來，我就不能亂講話。

三、像我們雲林縣人要看好醫院，很抱歉，只有台大雲林分院可以看，所以我說落實分級轉診早就有了，現在落實分級這點要記得，要分級轉診，看小病去診所、大病才來大醫院，只有做電腦斷層掃描、正子攝影、核磁共振攝影之類到大醫院，我是這樣希望。

四、張理事長您是區域醫院院長對吧？你的苦處我也了解，不然改

一改沒關係啊，我講得很坦白。我過去當費協會委員時，謝委員文輝曾報告說，78~98 年之間社區醫院倒了好幾百家。我要請教，這個門診減量 10%，到底有多少量是回歸社區醫院和診所？這值得探討。報告歸報告，我是不知道現場委員有多內行，但我個人是不懂。我想請問區域醫院張理事長，到底減量 10%後，社區醫院、診所有增加門診量嗎？增加病患人數？我關心的是這個問題而已，醫學中心賺不到錢是不可能的事，我一直記得台大陳主任瑞瑛當時嗆我的話，這是陳瑞瑛跟我說的，你可以問她我有沒有亂說話，我今天說的是我的心聲，當時的台北榮總陳組長雪芬也是，她在報告就好像是我欠他會錢，很討厭他。

五、再來就是希望門診減量當季結清、不能延後，蔡副署長您能了解我的意思嗎？以上是我個人意見。

周主任委員麗芳

依序請周委員穎政、干委員文男、陳委員有慶、陳委員炳宏、張委員煥禎、吳委員榮達、盧委員瑞芬、蔡委員登順。

周委員穎政

一、個人肯定健保署推動減門診減量 2%，從報告裡的數字看來是有初步成果，剛才陳代理委員錦煌所提意見，有一點值得健保署進一步注意。我稍微看了統計數字，醫學中心、區域醫院大概 1 季會減少 50 萬件門診量，但是其中只有 7 萬件下轉，消失的 40 幾萬件到哪裡去？這是有趣的問題。假如減少的門診量是沒有經過醫學中心轉診就直接到基層就診，那健保給基層的錢是真的不夠；若基層的門診量還是維持在原有水準，那有一種說法是，醫院要求比較低金額的病患自費處理掉，或是對只看檢驗檢查報告的病患不收掛號費，實質上病人的行為並沒有改變，還是到醫學中心跟區域醫院看病，只是資料沒有呈現。

二、我覺得這 2 個現象要釐清，才知道到底要不要多補一點錢給基

層。假如是資料消失掉，要關注醫學中心跟區域醫院減少的門診量會不會影響到收入，有人跟我說案件量雖然減少但總支出還是不變。所以請健保署關心，案件量減少支出有無跟著減少？甚至為了彌補案件量損失，醫院是否會把支出轉到自費項目，轉到其他檢驗檢查項目，畢竟醫院有很大的操控權，我覺得這都是有趣的題目。基本上我還是肯定至少健保署踏出一步，找出真相、後續分析釐清，才更清楚知道下一步往哪裡走。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

一、延續周委員穎政的意見，我們非常注重這個國家政策，當初李署長伯璋要推分級醫療，阻力非常大，遭受醫學中心醫師批評，我也是在場受批評者之一，說我們是養、套、殺。無論如何，這個政策本來是好意，希望醫學中心門診減量，減量的門診能夠流到基層。我從數據看，真正下轉到基層的門診量不到2%，如果按照門診給的點數，醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層分別是3,000~4,000點、2,000多點、1,000多點及600點，門診減量後健保應該會有紅利，但是數字看起來沒有這樣的效果，而且每一級都叫苦連天，原因何在？希望健保署能夠分析得更清楚。

二、如果醫學中心讓出 1%門診量，將等額的經費拿到基層來，可以多支應好幾倍門診量，當初提出門診減量，是希望能夠解決醫學中心門診壅塞的問題，讓醫學中心的醫生有充裕的時間關照住診病人，同時為讓基層多看門診，也研議開放表別，但是基層這方面也沒有做得很好，怨聲載道，所以造成大家都說不好。但是我知道門診減量政策很好，健保署推動的政策，做了以後不會一針見效，幾年之後就會見真章，蔡副署長淑鈴也在場，我可以印證他們的效用。

三、現在有一個問題是，我們要求屏東、台東的 2 個區域醫院門診減量、下轉釋放到地區醫院，但是它本身沒有醫學中心的病人可以承接，所以這 2 家醫院說病人都撥到基層，他們都說醫院沒辦法生存下去了。所以我認為執行門診減量也要看區域，因為住在屏東、台東的人，如果要到醫學中心就診，就要到高雄，距離、車程都很長，類似的因素也需要納入考量。

四、看報告的數據，門診減量是有進步，但是健保會真正要看的是節流成效，現在有減量但是支出還是成長沒有減少，這樣就沒達到我們的目的。

周主任委員麗芳

請陳委員有慶。

陳委員有慶

請看 108 年 7 月份業務執行報告第 21 頁表 11「營運資金餘額運用情形」，其中列有「代位求償收入」及「代位求償退費」2 項，已經報告了嗎？

干委員文男

現在在進行專案報告。

陳委員有慶

抱歉。

周主任委員麗芳

現在進行的是報告事項第 2 案，稍後再請陳委員有慶發言，請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

一、謝謝健保署的報告，有關政策推動的部分，我們宜先掌握其淨效益到底為何、是正是負？如僅以大家手上的簡報資料，大家如何拿捏？約略就是成果減去費用成本；請各位參閱第 8 張投影片，若以 3 季的數據，推估年化的成果暫估 10 億；而費用成本則先請參閱第 5 張投影片，在推動過程中，轉出及轉入之院所，均可依規定申報轉診、接受轉診費用、以及鼓勵院所建

立轉診機制之獎勵費用等等，第 5 張投影片所揭示各年的費用預算，已是前述成果的 2~3 倍，可以看出其淨效益將轉為負。

二、因此，在費用總額協商過程中，敬請各位委員持續關心未來政策推動的費用成本是否仍有改善空間，以上補充，謝謝。

周主任委員麗芳

請張委員煥禎。

張委員煥禎

一、就效益而言，如果從醫學中心、區域醫院轉到地區醫院跟診所，雖然費用沒有減少但是品質比較好，我們也可以接受。但如果品質也沒有比較好、費用也沒有減少，大家就應該要深入思考這個問題，因為從衛福部、健保署一直到醫師公會，為了推動分級轉診花費許多心力，這個無形的社會成本是很可怕。

二、大家看到帳面上門診量降下來很高興，但有沒有考慮區域醫院發生了什麼事情？醫病關係緊張。即使我可以不看感冒，但是病患沒有掛號前，我無從得知他是感冒；其次，我要求自己以身作則，我轉診的病人數必須是我醫院裡是最多的，當我要將穩定的慢性病患轉診，他說他已經在這裡看了 15 年，落實起來就是有困難，當然我還是會介紹醫生給病患，當著病患的面打電話轉介給醫生，說我把病人轉給你，希望你能夠收他，我也跟病患講有問題隨時可以回來找我加號，要做很多動作。為什麼區域醫院要做這麼多動作？因為醫學中心都是大型財團法人或公立醫院，區域醫院多是財團法人教會醫院，其實是弱勢的。

三、我可以接受分級醫療雙向轉診，但分級醫療不等於門診減量。醫療院所分級為醫學中心、區域醫院、地區醫院一定有其道理，要求我們區域醫院的減量比例跟醫學中心一樣，合理嗎？推動之初，我們把委屈吞下來，但是實施下來區域醫院就是比醫學中心弱勢，今年又有 2~3 家要降為地區醫院，這樣降級是好的嗎？門診減量 10%，區域以上醫院的醫療團隊，要多付多

少的心力？各醫院也努力在付出配合。但是付出了沒達成目標，還要被雙重罰扣。在這樣的醫療環境下醫院必須生存，能做什麼選擇?減少夜間門診、週六例假日門診、限診限號，甚至直接申請降級地區醫院。所以我們要大聲疾呼，請健保署一定要處理，我不反對醫學中心2%，但區域醫院可以是1%，對於偏遠附近沒有醫學中心的區域醫院，如剛才委員講的屏東、台東等偏遠地區，可以比照地區醫院。

四、我的意思是，分析政策良窳不能只看表面，還要深入分析，我不反對分級醫療，但要調整作法，第 1 年不論好壞我們都接受，因為方向是對的，但是實施下來，對於有問題的地方應該儘速配套改善，因為老百姓看病不能等，希望一次通盤檢討不要再拖。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

一、我對本報告很失望，本來是希望能有較多資訊提供我們判斷，到底要不要續行分級醫療，及是否續行醫院部門每年門診減量2%的措施，可是整個報告好像只有兩個重點，第一是件數有無從上往下轉，看起來好像是有；再來是剛才陳委員炳宏講到的支出成本與效益有多少。但我們希望得到更多的資訊，例如門診減量對病患權益影響如何、點值有無受到影響、點值在醫學中心、區域醫院、地區醫院及西醫基層的流向是怎麼樣？因為這些問題都涉及健保資源分配的問題，應該一併檢討。

二、剛才也有委員講到，醫學中心門診量減少後，病患到哪裡去了，這其間的落差沒有分析，到底是流到自費，還是流到急診，或是流到住院？這會影響分級醫療的整個效益，也影響到門診減量措施要不要續行的問題。還有，本案報告資料並未對目前分級醫療狀況所面臨的問題進行整體分析，更未對醫學中心、區域醫院、基層院所或病患，按不同群體所面臨的問題進

一步分析。健保署理應詳細研析，減量之後醫學中心收入真的有減少嗎，但看來點值還在上升，並沒有減少，原因到底是什麼？

三、再來還要思考，上轉及下轉的獎勵金要不要算進去醫院的收入，算進去後醫院的整體收入有無影響？這已涉及是否在下年度預算要不要補 10 億元的問題。報告中這些數字完全看不出來，這樣的報告內容，根本無法進行研析，到底今年健保要不要補這一塊？門診減少 2%的部分要不要續行？從資料實在看不出來！

四、既已執行門診減量，不管醫學中心或區域醫院，照理說減量後人事成本應該要降低，但也看不出成本分析的狀況，本案報告資料來說完全沒有這些資料。

五、對於請健保署提本項專案報告的原意，委員期望能了解的地方，資料有呈現出來的部分甚少，建請健保署重新考量及研析，目前資料是絕對不夠的。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

一、延續剛才前面委員的發言，本案案由雖為區域級以上門診減量，但報告重點應為分級醫療成效，因為執行上應該要檢視區域級以上醫院門診次數減少，地區醫院及診所有沒有接到病人。於報告內容可見醫學中心及區域醫院執行門診減量，但如剛才周委員穎政所提，未呈現地區醫院及診所減少的量，以致於無法知道兩邊門診量消長關係。

二、現在應回到重點「醫療資源合理使用」，不只關注健保支付的部分，我們也擔心自費的部分有沒有增加，若區域醫院與醫學中心事實上沒有下轉，而是改為由民眾自費，這樣分級醫療的效果就要打折扣。

三、建議本案後續再補充書面資料，醫學中心、區域醫院減量的部

分，同一個時期，還要補上地區醫院及基層診所增加的門診量，藉由實質申報量，真正看出分級醫療實際上減少及增加的兩邊數字能否能對應。

四、另亦請署補充呈現點值變化，今天呈現是 107 的第 3、4 季資料，建請補上第 1、2 季，以呈現 1 整年減量的情況。

周主任委員麗芳

請蔡委員登順。

蔡委員登順

一、李署長伯璋上任之後，積極推動分級醫療，希望有限的醫療資源能很好的使用，降低醫院雍塞的問題，因而積極推動分級醫療。

二、但經檢視 106~108 年間，有關推動分級醫療，一共編列了高達 186 億元的相關預算，金額十分龐大，數據提供委員參考：

(一)強化基層照顧人力 14.2 億元、家庭醫師整合性照顧計畫 73.4 億元，皆編列於西醫基層。

(二)鼓勵院所建立轉診之合作機制，於西醫基層編列 3.87 億元，醫院編列 9.47 億元。

(三)基層總額轉診型態調整費用及推動促進醫療體系整合計畫，3 年 49.92 億元，編列於其他預算。

(四)鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案，編列於其他預算 30 億元，編列於四部門 5.35 億元。

三、前述預算並非 186 萬元而已，是 186 億元！但目前成效看來，並沒有很明顯。門診減量措施規定區域級以上醫院門診件數減量 2%、5 年要達到 10%，而現在多數醫院有做到，少數無法做到而把層級降低。剛才張委員煥禎說大家可以評論，為什麼這些院所要降低層級，因為做不到就不給付，但這樣是對的作法嗎？最好小病去診所看；一共有 80 幾億元到診所，錢都砸下去了。但如剛剛周委員穎政所言，醫院件數減少 40 萬件，但下轉件數只有 7 萬件，30 多萬件跑掉，到哪裡去了不曉得。

以剛剛提到推動分級醫療的預算來說，基層診所拿到的資源豐富、錢也很多，但只承接了 7 萬件，目前數據看起來就是這樣。因此，數據仍宜進一步查證，深究這到底是怎麼一回事。

四、如果分級醫療能夠貫徹、好好推動，整個醫療資源的使用當然就可得到適當的分配，貫徹分級醫療費用相對可節省很大(醫學中心門診 1 次約 2,000 元以上，診所門診 1 次約 650 元)，甚至也能讓以後的總額協商衝擊更小。不過也要思考，是否因為醫院資源更豐富，而點值變得更高，結果又把錢拿來調支付標準，支付標準一調整，點值就下降了，這是醫界慣用的方法，結果造成無法看到分級醫療的成果。

五、以上希望呈現給付費者委員較為公正的分析，並希望分級醫療的效益得以呈現、醫療品質能夠提升、並降低醫院壅塞問題，這才是推動分級醫療的目的。我剛剛報告的數字，希望要呈現出分級醫療花費 186 億元的效果為何，不要預算核定而沒有積極推動分級醫療，反而用降低層級的方式來規避，希望這種事情不要發生。至於還有一些醫院，漠視政策的推動，想拜託某些付費者委員幫忙，希望降低的幅度只要 1%就好、不要到 2%，這種請託適合嗎？可以輕易答應嗎？如果同意的話，應該要把投資於分級醫療的經費依相同比率扣回來，以上是我的想法，提供大家參考。

周主任委員麗芳

請李委員偉強。

李委員偉強

一、本案是評估門診減量方面，健保署提出的第 1 份報告，剛才委員已提出的就不再重複，若光看數字，我也贊成顯然還有些不足。看這些數字加總一下，以今年第 2 季來說，醫學中心及區域醫院共減量 53.6 萬件，其中下轉或是平轉，也就是區域及醫學中心轉到診所、地區醫院的大概是 7.4 萬件，約占 14%。按照之前健保署公告的數據顯示，每轉 10 件下去，但真正病

人有去的只有 2~3 件，因為很多病人覺得已好了不用再回去就診。但本案健保署公布的數據，是真正有回去的看的，才會列在這邊，以 7.4 萬件回推原始下轉案件數，將之乘以 5 左右，可知原先試圖下轉約為 35 萬件。

二、有委員提到，其他案件數去哪了？跟大家報告，這段期間，醫學中心及區域醫院最常做的，就是將病人於自己醫院的就診次數合併，藉以降低門診量，也就是原來病人來 2、3 次看病的部分，減為 1 次就診就看完。以前病人拿 1 個月的藥，現在開給病人拿 2 個月或 3 個月的藥，以前病人每個月來，現在可能改為 3 個月來 1 次，如此就診次數就會減少，這對病人應該是好事。還有健保署現在推動整合門診，以前要看 3 科，現在只要看 1 或 2 科，可看到有所改變，特別是慢性病人看病次數已漸減少。另外，病人加強自我照護，有些身體不適不一定要看診，不是更好嗎？

三、剛剛看投影片第 16 張，對大家而言是可喜的現象。說明一下，醫院的趨勢是往下墜，而基層量是成長的，基層整體門診量是所有醫院的 2 倍，所以每 100 件門診，67 件是基層、另 33 件是醫院，所以基層成長 1%，等於是醫院要下降 2%。顯然我們感覺醫院下降的量並沒有那麼大，可能是民眾這 2 年學到經驗，不一定要去大醫院看病後再轉回來，會浪費 2 倍時間。民眾已經被教育「小病到小醫院或診所就診」，某種程度以前投入在西醫基層的家醫計畫等等很多經費，已經發生效果，只是沒有特別呈現出來，或是量化需找學者研究，需要一些時間。現在其實很多病人現在都已經慢慢知道，何必花 2 倍時間去醫院，直接到家附近的優質診所去看病即可。現在的報告內容，只能先看到一個方向及初步數字。

四、還有 1 個尚未呈現，也就是民眾對轉診的感受，目前還沒有對此進行量性研究。另外，看病是雙方共同行為，病人至院所就醫，由醫院提供服務。若我們的努力，都僅要求醫院端要下轉，但民眾端沒有相對應的財務誘因，醫界提過好幾次，例如

某些部分負擔也要調整，才可達到加乘效果。這些都很值得長久繼續討論，不過我覺得以大方向來看，大部分醫院已努力往分級醫療及門診減量的方向去做，大家應予以肯定與支持。

周主任委員麗芳

依序請謝委員武吉、周委員穎政、張委員煥禎、葉委員宗義。

謝委員武吉

一、其實我們今天看到健保署在 3 季內可以做出資料，這是我自從很早參加會議到現在，很少看到能這樣，用不到 1 整年可以做出所有資料，應該給予健保署非常大的肯定，不要過分苛責健保署，我們要憑著良心良知發言。我們有些建議，應該要考量到他的量。今天談到量的問題，但總價、單價的問題，健保署都還沒有呈現，不過這是第一次做的報告，也不能要求一定要做到怎樣，但希望以後能增加一個關於人數的資料，包含跨層級計畫、整合照護計畫、下轉人數問題都可以統計，這是我的初步想法。

二、其實剛剛被陳代理委員錦煌點名，謝文輝說的 700 多家現在降到 370、380 多家，謝文輝的說法都是屬於硬化、固執化的說法，每次他都說他想得對。雖然他說以前 700 多家，但我跟他提醒過，最早勞保時代是 800 多家，而他仍說 700 多家，沒關係，但事實是現在已經降到 370、380 多家沒錯，這是大家有目共睹。

三、對於地區醫院有無成長，投影片第 16 張可以看到，地區醫院微量成長，微量成長不算小，我剛剛看我們醫院監視器，今早有 2 個診，高雄榮總心臟內科李道輿醫師、免疫風濕性科呂聆音醫師 2 位主任到我們醫院看門診，整個診間都排滿人，表示門診很熱門。因為像高雄榮總的規定是，所屬醫師到外面兼診，一定要轉診多少患者出來，這是高榮非常典型的模範及規範，而且他算法跟一般算法不同。所以我感覺上這個方案是有成長，並不能夠歸責於健保署說沒有成長，我認為這是不對

的。

四、跨層級醫院合作計畫，這點很感謝蔡副署長淑鈴於很早就提出這個計畫，又提到如果跨層級醫院合作計畫給地區醫院費用越高，醫學中心對地區醫院的收費又會水漲船高，這句話打中我的心，我是一個固執的人，但我是絕對從善如流。因為我們考量到醫學中心、區域醫院，大部分收費都很貴，一個早上算一節，有的一節算到 15,000 元、12,000 元、10,000 元、8,000 元、6,000 元。抽成比例，有的是如同三七五減租，10,000 元抽 3,750 元，大間一點的，像是剛才陳代理委員錦煌所說的那家醫院，因為它比較大尾，所以可能抽五五，也不能怎樣。

五、有鑑於此，在整體架構下，要求衛福部醫事司在評鑑制度的核心醫療部分，醫學中心的五大任務應要規範地區醫院、診所抽成費用不得高於多少，這應該要有所規範，在此拜託主席，我要說的是如何落實分級醫療，像是我們醫院，高雄市 3 家醫學中心跟 6 家區域醫院有跟我們建教合作，而且都派強棒的醫師來，所以到我們醫院看病的患者，向大家報告，我們醫院的患者大家可以沾沾自喜，因為到我們醫院可以用很少的費用，就能夠看到名醫，真的是大碗又滿墘(台語，物美價廉)，又不用等很久，因此這種作法應該繼續努力推動。

六、最重要的，地區醫院跟診所也一樣，要改善自己的設備，像是我們地區醫院經過努力推動以來，都已在努力改善設備、診間明亮度、整潔度、美化度，還有診間電腦系統、相關系統等等都已改變很多，在此向各位報告一下。

七、但在此由醫學中心 12,000 元、15,000 元的高昂費用來看，我們應該考量現在地區醫院是否要推動，也就是大陸想要吸收的謝武吉推動的半開放性醫院的制度。此制度的優點為：可提升醫療品質、方便病人就醫、減少病人等待時間、減少醫療費用支出等四大重點。

八、前述四大重點做成後，有五贏的狀況，第一，病人贏、不用花

太多時間，就能在小醫院看大醫師。第二，提供支援的醫院贏、透過健保 VPN 下轉病患，這些來支援的醫師也不會吃虧，要 12,000 元、15,000 元都沒關係，是以人數比較重要，人數才真的是落實制度的方向。第三，受支援的醫院贏，他的收入可能會減少一點，但這是未來政府推動分級醫療轉診制度非常重要的一環。第四點就是支援醫師贏、因為在這個制度下可以做到很好的病患照顧及獲得良好的薪酬，而且他的患者不必因為原本醫院沒有診次或時間不夠就沒有辦法掛該醫師診，還可以到駐診醫院看。第五個就是政府贏、落實醫療轉診制度減少 2%，我們政府就可以做到分級醫療的目的。

九、綜上，我是感覺到門診減量 2%的功能性，在地區醫院、在診所都已開始發揮正向，而絕非負向的功能！

周主任委員麗芳

剛才謝委員武吉對健保署第 1 次報告「區域級(含)以上醫院門診減量措施執行情形及成效檢討報告」多所肯定，雖然針對本次報告內容，委員求好心切、多予意見，可是我們必須要將心比心，所有健保署同仁包括報告人劉專門委員林義，已經盡了很大的努力，先予以肯定一下(委員鼓掌)，再繼續請委員發言，謝謝他們，真的不容易。龐大的健保體制要正常運作，因有健保署前線的衝鋒陷陣，才有早上提到的，健保獲得世界的肯定。

周委員穎政

一、我第一個贊同謝委員武吉，我也很肯定健保署。大家可以感受到在委員會內若想要做出決定，必須要有好的資訊，才能夠輔助決策。但我想不只是為健保署叫好，還要幫助該署充實人力與經費。很多東西常常難以做決定，是因為我們沒有給足夠的經費，都走公務預算那邊，但政府越來越窮、人力精簡，健保署也難以例外，因此我們一天到晚期盼該署提供充分的資訊，不切實際。大家要思考怎麼精進健保署，不然會一直在黑暗中摸索。

二、委員提到門診減量的效益，核心問題不是在於給了基層多少錢，在區域醫院、醫學中心 1 個案件 3,000 元，基層 1 個案件 650 元，只要把病人從醫學中心或區域醫院轉到基層去看，就是最大的效益，不該單純只看給了基層多少錢，要怎麼讓病人願意去基層，就要使基層壯大，例如基層要能做些檢驗檢查，基層的房舍可以更新，擁有的競爭力，會慢慢不輸區域醫院及醫學中心。我覺得相對於過去長期給醫學中心、區域醫院的經費及投資，希望各位委員要了解，給基層的還是很少，今天給的是九牛一毛，不要太苛求給基層一點點錢，就要很大的期盼。

三、最後，醫學中心及區域醫院不幸之處，在於整體制度下，過去此兩層級過度膨脹，現在大家反而希望他們要瘦身，但這過程一定很痛苦，不可能推動一個政策，明年就要這兩層級的就醫人數馬上減少，自己開 1 間公司怎麼可能叫人家走路，這是需要緩慢過程，醫學中心、區域醫院隨各種制度及相關配套，慢慢縮減規模。再次強調，過程必然很痛苦，每家醫院的老闆絕不希望組織變小，這點反而是我們在健保會要不要有一個共識，或甚至到國家的層級能有一定的共識，這件事情我稍微悲觀，我相信我們政府大官、衛福部、健保署官員或甚至在座各位，可能多數都在醫學中心或區域醫院看病，官員要能夠先把自己的習慣改變，而不只期盼民眾改變。

周主任委員麗芳

請張委員煥禎。

張委員煥禎

一、我在這邊擔任委員 10、20 多年，從未看謝委員武吉這麼感性及感激，但希望健保署不要沖昏頭，因為這次對地區醫院完全沒有壞處，都是好處，所以他嘴巴那麼甜(委員笑)。(謝委員武吉：我講實話也不行)剛剛謝委員講話，我也很想插嘴都沒有插嘴，不再繼續開玩笑了，第二點我就講正事。

二、剛才有委員提出，投影片第 5 張分級醫療配套措施及預算，內容提到「區域醫院以上取消合理門診量」增加 7.64 億元，事實上過去在合理門診量方面，區域醫院常年以來都是被折付或折扣給予，醫院付給醫師的診察費不可能用減半折付給醫師，這些點數反應根本不夠醫院付給醫師診察費，這不是真的有這些錢，只是帳面上不再核扣而已。不內行的看到，就以為增加這麼多，其實對醫院而言實質並沒有增加這麼多！至於「急重症支付標準」真的是 9.86 億元嗎？剛剛報告說不足，何時補足過？現在急重症醫療服務絕大多數的項目都是屬於浮動點值是 0.87，沒補足就算了，成本還不斷增加。所以真正的增加，是增加在基層或地區醫院調整的這些錢，但真正的增加在區域級醫院以上的錢，並不是投影片所寫的那麼多。

三、剛才說區域級以上醫院平均每件 3,000 元，到診所 600 元，這是看似沒講錯，但其實那是所有案件的平均值。我們應該要知道，在醫學中心、區域醫院治療感冒也不用 3,000 元，那是一個所有案件的平均值，不是說今天感冒轉診下去就能省很多。不過，在診所看感冒要 600 元或 300 元，為什麼到醫學中心可能要 1,200 元，或許病情比較嚴重、CMI(Case Mix Index，疾病嚴重度)值比較高，但沒有高到 3,000 元這麼多，因此不可以用每件 3,000 元去比 600 元，因為那是平均值的數字。我提醒大家看這個，再次強調，不要以為從醫學中心轉下去就省 2,400 元，我們要轉的大部分是輕病，下轉後費用沒有節省那麼多。

四、我並沒有在那邊無謂的要求錢，所以門診減量是 2%、1%，就不要再打擊我。國家衛生政策醫療網計畫既然對醫院分三級，就該有三級的規矩。不然就請國家分兩級，把區域醫院往上列為醫學中心，或往下到地區醫院，因為既然給付、待遇是分二級，為何國家又要分三級醫院？應該要改分二級！要讓區域醫院選擇，這是才是合理的。另外，請看到業務執行報告第 83 頁…。

周主任委員麗芳

對報告事項第 1 案業務執行報告的意見請稍後表達，等本案結束後，再回到第 1 案。口頭發言最後 1 位，請葉委員宗義。

葉委員宗義

一、我當了很多屆委員，從很久以前到現在一直有個問題。以前為了年度協商，就只有 9 月協商會議那 2 天要開會，但現在為使協商更順利，每年從 7 至 9 月大概開了近 10 場會議，也準備及印製了非常多資料，我很同情主席及蔡副署長淑鈴，2 位責任重大，還有健保會幕僚同仁，我覺得你們真的越來越辛苦。但仔細想想本會的責任到底有多少？上面給我們的協商空間僅 110 億元，雖然整個健保總額達到 7,500 多億元，一直增加中，但我們對整個總額其實是沒有權的，健保法規定本會職掌包括協商、諮詢、研究，但被諮詢的地方不多，而我們也沒辦法去研究什麼。109 年的總額雖然有 7,500 億元，但是健保會委員協商的空間頂多 110 億元，要分配給所有的醫療院所，大型院所在協商時也不太理你，小的院所則是討價還價，若有堅持不下的部分就送衛福部裁決，裁決的部分對半，可能部門也覺得還好。大家為了協商，講老半天常常沒什麼用，就是因為協商空間很有限。

二、付費者委員其實都不太了解醫療體系，在此當委員只想到要為民眾做一點事，而不了解醫院內部管理的問題，除非醫院互相鬥爭，才會有機會知道醫院的內部消息。台灣屬於醫療院所密集度高的國家，醫師不在大醫院服務就出來自己開業，有些醫療院所會收取 600 多元掛號費，以後還可能調漲到 1,000 多元，醫院管理存在很多問題。另如剛才談到的透析問題，有委員要求在 1 個月內解決透析的問題，請問 1 個月可以完全解決透析問題嗎？請問砍掉透析的成長率就可以解決問題嗎？目前的健檢也存在許多問題，不同的院所收取不同的健檢費用，200 元、300 元、500 元、1,000 元以上都有，競爭非常激烈，

但重點是健檢出來後，會告訴檢查者有其他的毛病，需要繼續追蹤就診，但除了真正的病灶，也疑似衍生一些不必要的醫療。

周主任委員麗芳

非常感謝葉委員宗義語重心長的發言，對健保會及健保署多所期許與鼓勵，蔡副署長淑鈴回應前，先請趙委員銘圓最後一位發言。

趙委員銘圓

謝謝主席，我的發言比較簡單，針對投影片第 5 張分級醫療配套措施及預算，108 年還未結束，建議增加「使用金額」一欄，這樣醫界比較清楚，付費者更可以了解預算及實際使用金額的差距，例如 106 年除「急重症支付標準」60 億元，另外還有「基層開放表別」、「家庭醫師整合照護計畫」2 項專款 18.3 億元。

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴回應。

蔡副署長淑鈴

一、非常感謝各位委員給予分級醫療報告這麼多回饋，從各位的發言可以得知，大家對於分級醫療的期待很高，也非常了解這是政府非常重要的政策，希望藉由分級醫療可以看到效益，我完全贊成大家從不同角度的發言。

二、台灣全民健保制度下，每人每年平均看診次數約 15 次，這樣的次數是不是太多？與國際比較，我們真的太多，為什麼會這麼高？有許多病人生病，到大醫院就醫，看很多科別，就會有這麼多看診人次，這些次數是這樣累積的，若到診所就只看 1 次。醫療系統會讓病人看那麼多次，當然也有道理，因為病人多來幾次，可以多收幾次診察費。但從病人角度看，1 次可解決的，卻要分成多次就醫，到底是誰損失？誰獲利？請各位委員多思考，在場有許多是付費者委員，我們希望最終得到的醫療服務是病情改善或治癒，但過程是要看診幾次？若 1 次可解決，看診 3 至 5 次，就醫成本難道不會比看 1 次高很多？應該

從病人角度計算成本，而非僅只是看健保醫療費用，若真正需要的醫療費用是 1,000 元，就醫 5 次、就醫 1 次都是花費 1,000 元，請問是要就醫 1 次還是 5 次？這就是問題。

三、醫療系統供給端也是引導民眾看病行為的一種力量，從今天的簡報內容，有些委員質疑推動分級醫療後，有些看診人次消失了，要追究原因，如果是這樣，就代表每人每年看診次數 15 次是合理的，1 次都不能消失，一定要追究流向，這種說法不盡合理。我認為台灣的醫療體系是非常靈活的，過去沒有推動分級醫療之前，也許醫院一直在拆單；推動分級醫療後，醫院必須減量，可能開始併單，這是質變，不可以用數量衡量。

四、有幾張投影片採宏觀看法，請看投影片第 15 張，近 10 年區域級以上醫院門診總件數成長率，每年門診總件數都有一定比例增加，這是成長率，推動分級醫療後變成負成長，當中有很多眉角。醫院供給端很靈活，政策會引導民眾看病結果，但是醫療系統也是很競爭，醫院會害怕聲譽變差，害怕得罪病人，害怕病人的不信任，在多重因素影響下，醫院總是會找到方法，既不減損病人的信任，也可以提供更好的醫療服務，而且醫院間可以互比較，因為是自由市場，所以總看病次數在減少，病人在其中權益是否都可以維持？如果是的話呢？其實我覺得是整個醫療服務生態在改變。民眾端有很多堅持或固執，例如堅持一定要看哪個醫生、相信大醫院比較好，這是供給端要適應，不是我們把病人趕到哪裡，病人就一定走得動。從醫療生態看來，總成長率下降，代表總量減少，若要苛求說這些數量是不是有回到基層、地區醫院，如果委員有看我們的執行情形報告，可以看到醫學中心、區域醫院的量在減少，地區醫院成長蠻多、基層成長有限。就金額看來，醫學中心減少的量，金額並沒有等比例的下降，但金額成長率比過去低。地區醫院應該是三層級中相對得利，人次、金額、占比都是增加，基層給我們的反應是，病人都沒有轉下來，從數字看來，也是這樣，總量沒有明顯增加，幾乎是持平。

五、也許醫院在第 1 年的適應期開始併單，病人過去須來 3 次，變成來 2 次、1 次，但是病人該做的檢查還是照做，該提供的服務還是照樣提供，醫院可能會計算病人來 3 次可能會超過 2%，要減錢，若讓他只來 2 次或 1 次，診察費雖會減少，但是可能比較划算。醫院會開始改變，以前醫院會主動幫病人預約，病人是配合就醫，現在開始改變，而且健保署有鼓勵醫院開立整合門診，針對同一個病人在同一個醫院看多科，鼓勵開立整合門診，這就是一個引導。委員希望我們提供數據，但數據背後必須要多元解讀，不要只看加總，好像看病 15 次永遠是對的，若少於 15 次，要追究到底跑到哪裡，如果看病次數減少，服務沒有減損，難道我們希望民眾付出這麼多次的就醫成本嗎？病人看診的時間成本、陪伴成本、交通成本，這些都是無形的成本。

六、另外，我也要替醫院說話，這一年來醫院史無前例的願意配合我們推動分級醫療，醫院間從過去的過度競爭到現在願意合作，雖然合作效益還沒有很明顯，但是至少他們願意合作。過去看不到病人下轉的數據，這種數據以前我們也沒有，現在開始有，目前基層診所有 1 萬多家，平均每家診所看不到幾個下轉病人，但是確實有表現很好的診所、與醫院關係良好的診所有很多下轉病人，屬於分布不均狀態，這在考驗診所與醫院合作的關係，醫院要下轉病人，也要負起把關責任，將病人下轉到比較好的診所，不能隨機分派。這個質變要持續觀察，分級醫療不是 1 年就可以有具體成效，但我們如果發現醫療系統的分工合作，或是提供醫療服務的模式改變，就應該要看到它的質變。我們應該要持續觀察、監理、鞭策，若我們從制度一開始就算計病人轉到哪裡、錢到哪裡，都不做引導投資，放任不管醫療生態，以後醫學中心會更大，即使有 3 家台大醫院也不夠，下面的醫療院所都關門，請問這是我們要的嗎？我們做的是非常困難的工作，不是一個人說了算，要大家一起做才可以有改變，包括病人、醫界、醫療機構領導者的觀念，要大家都

願意動，才會有改變。各位委員可以鞭策健保署看這件事情的成果，但是不應該只狹隘的看數據，應該看背後的質變，這部分也許不是我們很容易用所謂的數據來告訴大家，但是我們會在過程中，嘗試想想看怎麼把這部分的狀況跟委員報告，也許是數據的描述分析，我們會想辦法把質變的部分跟大家分享，但是要給我們一點時間，有的東西不是我們在會議上就可以體會。

七、今天真的謝謝三層級醫院和基層代表，他們在背後也承受很多的壓力，他們背後有很多醫師不是那麼容易驅得動，建議付費者委員對分級醫療，能多給醫療院所鼓勵，讓他們有能力走下去。

周主任委員麗芳

我們先給醫界代表們掌聲鼓勵(委員鼓掌)，謝謝大家！不管心情如何，畢竟風風雨雨走過來，感謝剛剛蔡副署長淑鈴的說明，委員所提意見送請健保署參考，其他未及口頭說明，請健保署提供補充資料。接下來進行報告事項第1案，請陳委員有慶、張委員煥禎發言。

肆、報告事項第一案中央健康保險署「108 年 7 月份全民健康保險業務執行報告」與會人員發言實錄

陳委員有慶

一、108 年 7 月份全民健康保險業務執行報告第 21 頁表 11「全民健保營運資金運用概況表」的「代位求償收入」、「代位求償退費」，依全民健康保險法第 95 條第 3 項規定訂定「全民健康保險執行公共安全事故與重大交通事故公害及食品中毒事件代位求償辦法」，截至 108 年 6 月底，「代位求償退費」金額為 0.06 億元，108 年 7 月為 0.09 億元。108 年 6 月份全民健康保險業務執行報告，截至 108 年 5 月底「代位求償退費」金額為 0.05 億元。平均每個月約增加 0.01 億元，請問 7 月份為什麼 1 個月就比前 6 個月多 0.09 億元，請問發生原因為何？

二、同表 108 年 7 月「各級政府撥付遲延利息」0.02 億元，請問這是高雄市政府欠費衍生的利息？還是有其他政府欠費？

張委員煥禎

一、108 年 7 月份全民健康保險業務執行報告第 83 頁「醫院總額醫療費用核減率」的「初核核減率」，與第 84 頁「醫院總額之目標管理與非目標管理核減率」的「核減率」，兩者有很大差距，我們醫療院所知道為什麼，只是提醒給各位委員參考，請健保署說明兩者的差距。

二、為什麼區域醫院一直在求救，因為門診減量已經不只是減量 2%，從去年 7 月 2%到現在已經到 3.96%，5 年內要到 10%，這個減量的降幅是區域醫院無法負荷的。台灣最大問題是一年看病 13~15 次，非常不應該，全世界沒有人這樣看病，可見得我們看病太方便，病人一直去看病，我們的單價低，所以醫院一直接受看病。剛剛蔡副署長所說的內容，也是我們期望的，這也是健保制度應該朝向的目標，難道我們的就醫次數不能降到 6、8 次以下嗎？讓看病的單價高一點，讓醫院可以不要看多這麼多的病，以彌補費用的不足，還有剛剛蔡副署長說的社

會成本也會減低很多，這應該是國家要做的事情，所以我們的目標應該是一樣的。但是執行的策略作法，不可能單單從區域以上醫院齊頭式的降10%門診量，作不到就扣罰醫院。得到的結果可能會造成整個醫療生態的另一種結構性失衡問題。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

現在在市面上有很多社區藥局在做促銷，促銷方式是蒐集處方箋，送衛生紙，錢雖然不多，但這樣的行為會慢慢演變成以前勞保時代的弊端。在此希望健保署行文，要求若藥局再有這種行為就要解約，藥師公會在執行上有困難，真正能做的只有健保署，若不遵守就停止特約，讓藥局公平競爭、服務取向，希望健保署能夠予以警告，各縣市公會自主管理，當然要停約也要合乎條件，但是希望健保署能夠減少社會歪風。

周主任委員麗芳

請健保署回應。

蔡副署長淑鈴

有關代位求償及政府欠費，請財務組說明，醫院總額核減率請醫審藥材組說明，藥局送禮物請白科長姍綺說明，先請財務組說明。

唐研究員蕙文

一、業務執行報告第 21 頁表 11「全民健保營運資金運用概況表」是一個現金表，並非權責表，關於代位求償退費部分，汽車交通事故代位求償是向強制車險進行求償，因為保險對象在求償過程中，常有補收據的情形，目前作業方式係將前獲償金額退費之後，再以更正的收據資料重行求償，所以會有退費情事。不過總體可以參考的數據是代位求償收入，1 年大概是 20 億元。

二、有關各級政府撥付遲延利息部分，高雄市政府的欠費及負擔利息情形，呈現於本次業務執行報告第 12 頁及第 15 頁資料中，

另表 11 是現金付息的情形，請委員參考。

戴組長雪詠

業務執行報告第 83 頁醫療費用核減率，是醫療專審案件的核減率，第 84 頁是醫院有參與目標、非目標管理的核減率，也就是攤扣及加上醫療費用核減率之後看到的總核減率。

白科長姍綺

藥局提供藥品其他部分，會針對違反情節，如涉有特管辦法第 39 條之規定，將依該規定停約 1~3 個月，後續也會有司法相關單位的移送。

干委員文男

請問健保署如何執行停約 3 個月？

白科長姍綺

這部分就是看藥局違約情形，針對內容會有停止特約的狀況，若有重大情節，也會面臨到終止特約，也就是停約 1 年的狀況。

干委員文男

我知道你們有停止特約的規定，但執行數很少，希望是嚇阻作用，希望你們趕快去查，把歪風解除掉。

謝委員武吉

感謝干委員文男講出藥局送東西的問題，我在這裡要慎重呼籲健保會主委做出管控機制，我們坐在這裡的 6 個人，跟牙醫一樣，都是嚴重受害者，因為每一家醫院都有藥品的額度，若超過額度，如一家醫院是 1,500 萬元，被挖出去 200 萬元，把十八般武藝都搞出來了，結果是他們得到利益，我們卻是受害者，這個應該要有一個機制來處理，不要永遠讓我們牙醫、基層，或者是三層級醫院受到這種嚴重懲處。結果錢一被扣減，扣的全都是我們費用，我們一毛錢都拿不到，連藥事服務費都沒有了，這是不合理的，請主席做結論時要好好地思量一下。

張委員煥禎

一、我補充一下，可能大家對於這個議題不清楚。

二、我跟干委員文男說明一下，為什麼會有這種狀況，因為現在都鼓勵釋放慢性病連續處方箋，但額度算是屬於我們釋出的單位，就是釋出去算是我們醫院的，但是利潤是由藥局在拿，他們有利潤卻不用負擔責任，我們釋出越多，都是算在醫院的額度中，但是錢都是他們在賺，本來這個病人在醫院看診，我們醫院可以賺藥費，處方箋釋出去我們醫院就賺不到藥費，因為配合健保署這個國家政策，釋出處方箋，讓病人方便取藥，我已經講了很多年，這個要改，絕對不能這樣，一方面鼓勵醫院釋放處方箋，藥局拿到利潤卻不用負責任，當然會讓藥局為搶處方箋而去送東西，甚至將藥送去病人家裡，當然他們沒有違法，是由藥師送藥去病人家中，我不能說藥師這種行為不好，但是要合理，由於調劑處方箋會有利益衝突，我一講這個，藥師公會代表就瞪我(與會者笑)，我的意思是，要不要將權力義務分清楚，最後要講一句話，任何一個行業都有使用一些不屑的方法，我不是泛指所有藥師都有這些不屑行為。

周主任委員麗芳

請古委員博仁。

陳代理委員錦煌(蔡委員明鎮代理人)

給我 2 秒就好。

周主任委員麗芳

給陳代理委員錦煌 2 秒，再請古委員博仁、干委員文男。

陳代理委員錦煌(蔡委員明鎮代理人)

藥局就慢性病連續處方箋調劑在送牙膏啦，請藥師公會注意一下！醫院已經不高興了，藥局還在送牙膏。

周主任委員麗芳

干委員文男在舉手(古委員博仁示意禮讓)，先請干委員文男。

干委員文男

一、剛才張委員煥禎說的，我都知道，但是釋出處方箋是國家的政

策，也是一項德政，當慢性病連續處方箋釋出，後續就不用看診費及掛號費，還給病人就近調劑，至於怎麼分帳，消費者不用知道。

二、我提這件事情，是因為要端正社會風氣，不讓歪風繼續成長，藉由健保署的力量予以通知、警告藥局，不希望再發生不良事情，對你們或對大家都好，老百姓都很歡迎釋出處方箋，不要再說釋出處方箋是不好的事情。

周主任委員麗芳

請張委員煥禎。

張委員煥禎

我沒有說釋出處方箋不好，我是說這樣很好，但不要把額度及義務都算在醫院身上，若不算在醫院身上，我們醫院更願意釋出，假設這樣責任不算在我們醫院，怎麼會不願意釋出呢？

周主任委員麗芳

請古委員博仁。

古委員博仁

一、我想第一個就是要感謝干委員文男對這件事情的關心。

二、醫藥分業到現在已經施行 22 年，真的很不容易透過健保制度，讓民眾取得藥品的部分能夠更方便，可以在地化就近拿到，絕大部分的藥師都是戰戰兢兢一直在努力奉獻，思考怎麼提升民眾用藥的順從性，讓他們得到更好的照顧，這是醫師與藥師共同的責任。

三、我想剛剛部分委員談到的，每一個行業都有一些調皮搗蛋或不守規矩的部分，我們藥局也確實有，因為有一些連鎖藥局可能私心比較重，希望搶到更多處方箋，這是事實，但畢竟這在行業別裡面是極少數。

四、所有的藥師應該要用他的專業服務來關心民眾，這才是我們要的，我們也希望健保署能夠提出更強而有力的整治方法，把這個歪風處理掉，我在這裡也特別感謝醫界支持這項政策，至於

在討論整個架構裡面，我想可以一部分額度釋出到社區藥局，如果說總額全部算到醫院，確實對醫院也不太公平，我想健保今年已經實施 24 年，從以前到現在有許多結構性的問題，我們是不是可以趁著此時修正很多事情，藉以進一步的更合理分配資源，我想這是我們要的，在這邊我再次感謝干委員文男對藥師的意見，藥師公會一定會加強告訴我們的會員，如何運用專業服務民眾，不應該用贈品爭取處方箋。

周主任委員麗芳

謝謝各位委員。

干委員文男

我想只有懲處才會有效果，古委員博仁說的是同行約制。

古委員博仁

一、我也贊成干委員文男的看法，所以希望健保署這邊能夠訂定更加嚴格的規範，讓所有醫療服務做得更好，不應該利用贈品爭取處方箋調劑，讓民眾感覺到這家藥局調劑有贈品，去那家藥局調劑沒贈品，這樣是不好的。

二、在這邊感謝醫界支持釋出處方箋這項政策，對於藥界，若有任何意見，藥師公會願意虛心檢討。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

我跟鄭委員建信、許委員騄洪在私下討論，這個東西到底有無違法？假如沒有違法，對於消費者有利，為何不行呢？只是商業競爭手段而已，又沒有怎麼樣為什麼不行？我覺得很奇怪，這樣會增加其成本，是他們願意自己付出，除非他們違法，如果沒有違法，我認為這沒什麼！

周主任委員麗芳

一、感謝各位委員充分討論這個案子，委員所提意見送請中央健康保險署參考。

二、接著跟各位委員說明，今天議程原通過討論臨時提案，因提案人翁委員文能告知該案還要再做一些修正，故撤案。

三、我們現在只剩下一個報告案，請問各位委員，是否要休息 10 分鐘嗎？還是趕快報告完？(委員回答不要休息)好，不要休息，接著進行報告事項第 3 案。

伍、報告事項第三案「109 年度新醫療科技預算規劃與預估內容」與會人員發言實錄

中央健康保險署李組長純馥、黃副組長兆杰報告：略

周主任委員麗芳

本案起因係翁委員文能前於 5 月份委員會議的提案，翁委員非常關心這個議題，請翁委員先發言。

翁委員文能

一、主席、各位委員，首先謝謝健保署的報告。

二、我看到報告內容滿多的，總共好幾十頁，不過我們本來要求的是 109 年度新醫療科技預算規劃的預估內容，但是報告的內容好像是過去 5 年的執行情形，這跟當初的建議不一樣，我是覺得有進步，至少有報告，但是跟當時的建議不一樣，我是建議下個年度可以提早準備，至少可以報告大約的預算規劃與預估內容，可是本次報告內容僅提到過去 5 年執行沒有超過預算，這些內容跟上次台灣醫院協會報告的內容不同，我們報告很多藥物都是超過預算，這些部分我們可以私下跟健保署溝通。無論如何，還是要謝謝健保署花時間準備，然而我是期望下一次依照我們決議事項來報告。

周主任委員麗芳

謝謝翁委員文能對於健保署的鼓勵與期許。請滕委員西華。

滕委員西華

一、謝謝健保署的報告，我想如果健保署不嫌麻煩，站在實證醫學跟精準醫學的角度，可不可以嘗試對於這些 20%，即 88 個有療效反應的人做分析，或對那些 80%無療效反應的人做分析。

二、這些有療效反應者，除了使用免疫檢查點抑制劑外，有無同時進行使用其他藥物、化療或放療等治療服務，如果有的話，則醫療費用前後變化情形是什麼，還是只有單純使用免疫檢查點抑制劑，因為免疫檢查點抑制劑非常貴，所以有使用跟沒有使用，在存活率上的經濟效益是什麼，在醫療費用部分有沒有什

麼差異，我覺得這個東西，可能是將來如果要擴大支付或是要談精準醫療時，我們可以進一步分析。

三、對於已經結案或使用到中途停藥沒有使用的人，除了本身疾病變化，例如死亡、其他併發症、其他病情改變而沒有使用以外，有多少是因為免疫檢查點抑制劑所產生嚴重副作用而無法持續使用，對於使用這些藥品對病人所產生直接的損害，若可以評估的話，這也是滿重要的，尤其病人接觸到這些資訊，都認為這是最後的救命藥，但同時也對本來就很衰弱的身體產生很大的風險，包括藥廠沒告訴我們的風險，癌症末期的病人可能認為快活不下去而不在乎這個風險，但可能他們用這個藥以為活得下去，可是部分癌末病人死亡都可能是因為藥品副作用，包括標靶藥，這個資訊可能對於病人很重要，即使對於自費民眾也需要這些資訊，我們健保花錢照護他們事小，但是如果他們得到更大的痛苦，我覺得這不是健保給付要有的原意，因此，若能進一步分析對於我們將來的藥品支付政策發展會有很大的幫助，謝謝。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

一、健保署的報告非常詳盡，但是報告後會讓我們產生混淆，因為昨天醫院部門所提出藥品替代率問題，要求健保補預算，醫院部門一直說 5 年來健保已欠了他們幾百億元，那邊數據跟這邊數據不知如何做對照。

二、若健保署這邊數據是對的，則好像今年總額協商有關醫院部門的要求就失去其依據，所以我們真的很混淆，醫院部門是不是要針對這部分說明清楚讓我們了解，也就是說說明昨天提出的數據跟現在健保署提出的數據之間差異，或是不同的思考角度，因為這牽涉到今年總額協商，你們提出需求的可行性。

周主任委員麗芳

其他委員有無要發言？若沒有，就先請健保署回應，回應後再請翁委員文能協助補充，謝謝。

蔡副署長淑鈴

一、首先我還是要講一下，今天的報告會這樣呈現，多少跟健保會給我們每一報告案 5 分鐘說明有很大關聯，因為 5 分鐘可以講什麼呢？若委員希望對報告主題可以充分了解，應該要給報告者多一點時間，否則這麼複雜的事情，怎麼用 5 分鐘就能說明清楚，我們不是希望趕快報告完畢，而是希望委員了解我們所做的努力。

二、有關滕委員西華剛剛所提，關於免疫點抑制劑的問題很好，我們都有這些數據，只是沒有時間報告，這是一個非常複雜的專案，有太多臨床專業。我們於會前有召開專家會議檢討 IO(Immuno-Oncology Therapy，癌症免疫療法)，這些問題非常嚴肅，如同滕委員西華所說，對於一些癌末病人而言這是最後一線希望，而我們用健保預算 8 億元給 800 人使用，我們也有很高期待，但是台灣從 4 月 1 日開始使用 IO，沒有想像那麼神奇，很高比例病人已經惡化、死亡，甚至不再用藥，當然有療效比例跟國際相較，20%至 25%是國際對 IO 有效的共同比例，而滕委員西華剛才提到有療效裡面有沒有併用標靶藥？在目前 IO 給付條件規定中要擇一使用，不可以併用，選擇 IO 就是 IO，選擇標靶藥就是標靶藥，但難保有些病人自費使用標靶藥，或是 IO 的廠商讓他們免費使用標靶藥來測試，這些都有可能，但這些是我們不會申報健保，所以剛剛黃副組長兆杰有提及，我們有一個通報系統，就是這些用藥病人的通報系統，對於是否併用標靶藥的部分有欄位可填，但可能被低報，所以我們正在想辦法要釐清，我們也有蒐集嚴重副作用部分相關數據，但難保也有低報，這都有限制，其實我們資料可以全部呈現，但因報告時間有限，難以全部說明這麼複雜的事情。

三、另外，吳委員榮達一直在說，醫院總額部門所提 5 年藥品使用

預算跟我們的不一樣，跟吳委員榮達說明，最大不同點是在替代率，因為醫院代表或基層代表所提出的預算都沒有扣替代率，我們的是有扣替代率，但是替代率，也許總額部門認為我們扣得不合理，但是因為沒有提出更好的替代率出來前，就只能用我們的替代率，為了解決這個長期替代率爭議，我們委託台灣醫院協會、學界做研究，雖然研究都結案，但都沒有結論，因此，在沒有更好的方法之前，只能先用現有的方法來估計，所以今天本署報告呈現內容是有扣替代率。

四、在扣除替代率後，新藥預算其實沒有用完，是有餘裕，但我們沒有收回，5 年後是不是會超過？也許一開始有餘裕，後面會不足，就是 5 年的平衡，我想醫院代表委員仍會爭執我們的替代率是有問題，但這需要更多人投入做客觀研究，也許就可以替代我們現行算法，或是醫院代表委員可以提出認為合理替代率應該是多少，這才是公平的理性溝通。

周主任委員麗芳

請吳委員國治。

吳委員國治

一、首先，我比較好奇的是，現在免疫療法有療效是 20%，跟當時 HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)的評估有無落差？

二、第二個，其實這個錢要用在刀口上，在藥物共擬會議，很大的爭議點就是財務的衝擊， HTA 專家諮詢會議的討論，我們當然很尊重這些專家所建議的方向，但他們有無考慮到這些？如果有考慮到，是不是還有更好的建議能夠被提出來？如果是這樣的話，我想錢用在刀口上，會議進行會比較有效率，所以專家諮詢會議，建議可讓總額代表一同參加，就財務衝擊的部分，提供另一個思維，說不定會有更好的建議可以提出來。現在藥物共擬會議時間都很冗長，爭議點都在這個地方，建議是否可以考慮一下？

蔡副署長淑鈴

一、謝謝吳委員國治，關於 IO 案子的專家會議會在年底召開，也會提報藥物共擬會議，共擬會議就會有醫師公會代表、付費者代表等參加，目前這一次 IO 的使用都是有仿單的適應症全開，但如果我們再過一陣子把數據攤開出來，也許會發現有些癌別幾乎全軍覆沒，所有用藥者都結案了，但是有些癌別反應還不錯，但這些仍是初期數字，因此，我們在年底共擬會議看到數字的時候，應該較適宜。

二、有關大家關心的預算部分，剛剛黃副組長兆杰有提及，原先預計使用 8 億元，但實際使用不到 8 億元，係因當時估計 800 人，每個人用藥超過 6 個月以上，但目前很高比例病人用不到 2 個月就結案、退出，所以平均每個人使用月份很低，因此年底前會持續開放申請，在適應症與給付條件不變下，於年底前我們都會開放，而這 8 億元沒有使用完的部分，就是給其他新藥使用。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

一、本次會議一開始的時候，對於會議程序，還好我提出報告時間延長為 20 分鐘的建議，我覺得有一些特別重要的報告案，說明 5 分鐘是絕對不夠，剛才講到分級醫療部分，簡報內容過於簡短，讓我們認為不滿意的原因可能也是因為簡報時間短，而減少了簡報的內容。

二、若能夠像蔡副署長淑鈴對於分級醫療報告內容可以多角度分析，我們就不會有那麼失望，以後的會議程序安排，如果對於比較重要的報告案，能夠把時間寬裕一點，這樣我們在各種討論或健保署的說明會更周詳。

周主任委員麗芳

一、剛才委員、還有蔡副署長淑鈴所提出有關未來報告案時間的意

見，我們會加以衡酌每次會議議程的時間安排與調整。

二、感謝每一位委員對於健保署在這麼短時間內可以提出這麼完整的數據分析與說明，都給予高度肯定，健保署在李署長伯璋及蔡副署長淑鈴的帶領下，可以看到每一位健保署同仁真的很用心、工作很辛苦，在這麼多業務情況下，對於委員所關切事項，他們都是盡最大力量去完成。

三、健保會、健保署、社保司三個單位是一體的，本案委員所提意見送請健保署參考。

滕委員西華

主席。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

現在主席要做結論了，因為總額協商之前已經沒有機會再召開委員會議，剛才蔡副署長淑鈴所提及寶貴資料，有關 IO 費用在總額協商是很多委員會關心，為了避免讓委員做出比較不好的判斷或判斷離現實比較遠，如果可行，請健保署評估並提供我們看得懂的資料，若委員不清楚的話可以跟誰請教，這對 9 月總額協商比較會有幫助，不會喊價來喊價去。

周主任委員麗芳

請翁委員文能。

翁委員文能

一、剛才主席說還要我補充說明，可是現在好像本議題要結束了！(與會者笑)

二、我還要再說明一次，因為剛剛各位委員都聽到健保署的報告，與昨天 109 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會，有關醫院總額部門報告新藥進來 5 年費用不一致，我們醫院部門一直在質疑這部分，因為藥費一直在提高，新藥進來第 1 年預算好像沒有用完，但第 2、3、4 年，每年一直提高，相對很多舊

藥，都持續在用，所以整個藥費一直在增加，這不是什麼好或壞的現象，當新藥納入健保，病人與醫院都覺得這項新藥好就一直用，舊藥也是有其優點，所以會用更多的藥治療病人，病人得到好的治療效果，預後會更好，餘命會更長，累積費用很高，至於健保署算的方法跟台灣醫院協會不同，經過 2 個研究計畫結果也不一致，我們會跟健保署繼續溝通做更深入的研究。

三、第二，剛才吳委員榮達提及總額協商前我們與健保署版本差距這麼大，要怎麼辦？我們在簡表部分建議最後尊重健保署提的，不論是新藥新科技或藥品增加適應症預算，都尊重他們的專業，但也讓各位委員知道經過他們的專業評估，希望他們也有責任控制預算，不要第 1 年好像少了，5 年後卻一直增加，不好意思，把責任完全丟給健保署，也尊重他們編的預算，我們那邊是空白，健保署編多少我們就是多少，當然各位委員也會注意他們是不是那麼確實。很抱歉讓你們負更大責任，但相對也要讓所有委員知道藥品為什麼一直在累積。

四、第三，我還是提醒新藥引進要非常地謹慎，剛才滕委員西華提到新藥帶來很多希望，很多委員也認為新藥新科技趕快給病人用，不然延後 1 年、2 年納入健保給付，會讓病人失望，但是我在醫界已經 40 年，覺得有關新藥的引進，未來可能發生的副作用都還不知道，是不是真的那麼有效也不知道，所以應該要很謹慎，因為納入健保支付就是需要很多預算，健保預算應該用在療效穩定的藥品，穩定的治療，才不會浪費資源，這是最後的提醒。

周主任委員麗芳

請黃代理委員振國。

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

一、延續這個議題，我想我在藥物共擬會議也待了 2 年多，有很多感受，我們現在只有第 1 類藥品(臨床療效有明顯改善之突破

創新之新藥)逐年編列足夠預算，2A類藥品(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)，到第 2 年、第 3 年認定是完全替代，2B 類藥品(臨床價值相近於已收載核價參考品之新藥)是完全替代。

二、真的要拜託健保署，事實上健保署每年都有統計各項藥品實際耗用情形，我們可以針對申報金額較大的去計算。當時的新藥不管是第 1 類、2A 或 2B，納入健保後，都是利用假設性的替代率去統計，而這些 2A、2B 的替代率都是假設性的問題，除了癌症藥品外，那些申報藥品都有數據可查。

三、另外上次我們很清楚說過，例如糖尿病盛行率增加時，雖然同時有新藥加入，但舊藥使用也是增加的，每年都為這個替代率在吵，大家可以認真的回去跑數字，我想也不是我們醫界說要多少預算才夠，數字都會說話，不如針對申報金額量較大的藥品去追蹤，我相信可以釐清這個問題，不是任何一個學術單位有能力去做這樣的研究與追蹤，建議我們針對某幾類，新藥比較多，還有使用量比較大的藥品去跑，這樣大家就清楚替代率到底應該是多少，不然老是用假設性的公式，誰也不服氣，我們每年藥費總額目標制，都折付 5%至 10%，有 1 年甚至折付 15%，這代表什麼意思？就是申報的藥費成長大於藥費總額的成長，需要找出其中原因才可以根本解決。

周主任委員麗芳

一、本案發言委員對健保署都是給予肯定，委員提供的意見送請健保署參考。

二、由於總額協商在即，對於委員垂詢的部分，請健保署協助補充資料，本案到這裡。請問干委員文男是否想提出臨時動議？

干委員文男

有臨時動議，我想大家都有感受了，我們這裡太溫暖了！早上來開會，現在衣服都濕了，等一下需要更換，希望可以改善會議室空調，當溫度高，話越說會越發脾氣，希望透過舒適空調可以讓會議

氣氛冷卻一下。

周主任委員麗芳

一、有關空調意見的部分，請本會幕僚參考。

二、接著我跟各位委員說明一下，下下週二，也就是 9 月 3 日，要舉辦健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表總額座談會，歡迎委員出席。再來是 9 月 26 日(週四)、9 月 27 日(週五)，年度總額協商會議即將上場，也請各位委員踴躍出席。

三、再一次恭賀大家，本會幕僚同仁幫大家準備中秋月餅，預祝大家中秋節快樂，月圓人團圓，本次會議到此結束，謝謝大家，散會。

衛福部健保會第 4 屆 108 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

電子公文

檔　　號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署　函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27025834
承辦人及電話：李均浩(02)27065866轉2679
電子信箱：a110906@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108年8月19日
發文字號：健保企字第1080038427號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：貴會訂於108年8月23日(星期五)召開之第4屆108年第6次委員會議，本署李伯璋署長陪同衛生福利部陳時中部長出席「APEC第9屆衛生與經濟高階會議及論壇」，不克出席，擬由本署蔡淑鈴副署長代表出席，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 電子公文交換章 2019/08/20 10:43:01

衛生福利部全民健康保險會收發
108/08/20 1083340161

詢問(委員會議)日期：108 年 6 月 28 日
電子郵件回復委員日期：108 年 8 月 14 日

有關健保會請健保署針對 108 年 6 月份(108 年 6 月 28 日) 委員會議「請參閱並確認上(第 3)次委員會議紀錄」、「上(第 3)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(議事錄 P.62)提供相關書面資料，健保署補充說明如下：

委員意見摘要	健保署說明
吳委員榮達 第 38 頁的項次 10，我對解除追蹤沒有意見，因為會議資料僅提供大略數據，能否請健保署在會後提供 106~107 年詳細數據？(註：依委員 108.7.26 表示，其所需 106～107 年詳細數據，係指重複檢驗/檢查資料)	20 大類檢驗(查)28 日內醫令數再執行率: 106 年 8.0%，107 年 7.6%。 CT28 日內醫令數再執行率： 106 年 2.02%，107 年 1.94%。 MRI28 日內醫令數再執行率： 106 年 1.13%，107 年 1.11%。

區域級(含)以上醫院門診減量執行檢討

中央健康保險署
108.08.23

衛生福利部中央健康保險署

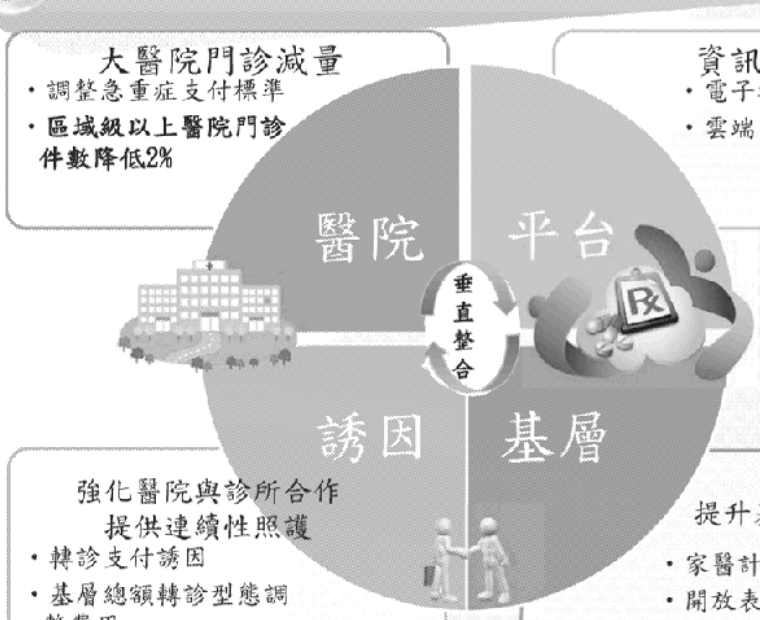
1

報告大綱

- 實施背景及相關措施
- 執行1年結果
- 結論

2

推動分級醫療雙向轉診策略



3

背景說明

- 因應住院醫師於108年9月起納入勞基法
- 配合分級醫療導引醫院減少輕症服務
- 明列於各年度公告總額協定及其分配
  - 106年:醫學中心及區域醫院初級照護案件，件數不得超過105年之90%，超過部分不予分配。
  - 107年:醫學中心、區域醫院門診件數降低2%，超過部分按該院門診每人次平均點數，不予分配。
  - 108年:醫學中心、區域醫院門診件數持續降低2%(106年之96.04%)，超過部分不予分配。

4

分級醫療配套措施及預算

單位:億元

項目		106年	107年	108年
*急重症支付標準 (一般預算)		60	9.86	
*區域以上醫院取消合理門診量 (一般預算)			7.64	
*地區醫院假日開診加成30% (一般預算)			6.82	
鼓勵院所建立轉診之合作機制 (專款)	醫院		2.58	6.89
	基層		1.29	2.58
基層總額轉診型態調整費用(專款)			13.46	13.46
基層開放表別(專款)		2.5	4.5	7.2
家庭醫師整合照護計畫(專款)		15.8	28.8	28.8

註:1.107年急重症支付標準用於調整護病比加成及ICU護理費。
2.區域級以上醫院支付標準調整:已列入共同擬訂會議提案討論。

5

醫院配套措施

- 部分醫院已配合研議將**轉診獎勵措施落實至實際提供服務人員**如下:

相關措施

1. 轉診(上轉、回轉及下轉)案件給予績效獎金提成300%
2. 逐案計算獎勵金:
   1) 醫師接收轉入病人並於期限內完成轉診回復,每案獎勵金100元
   2) 病人轉出至基層診所,每筆醫師及護理師各獎勵50元。
   3) 轉診(上轉、**回轉**及下轉)、門診整合案件給予醫師、護理人員及相關同仁績效獎金提成(論案件計算)或以一定比例列入績效
3. 超出基準目標值之額外獎勵:
   1)醫師每月門診轉入病人超出基準者,超出部分每案獎勵金200元
   2)醫師將病人轉出至基層院所達目標值,每筆獎勵金增加為250元
4. 額外提供誘因:主動拜會基層院所雙倍計算獎勵或額外提供禮券
5. 院務會議表揚轉診前3名醫師

資料來源:審計部

6

執行1年(107Q3-108Q2)結果
-結算資料報告
-申報資料流向分析

7

門診減量結算情形

年度	季別	層級別	需減量家數	達標家數	達標率	未達標	
						家數	核扣點數(億點)
107	Q3	醫學中心	19	13	68.4%	6	0.62
		區域醫院	71	57	80.3%	14	0.72
		小計	90	70	77.8%	20	1.34
	Q4	醫學中心	19	11	57.9%	8	2.22
		區域醫院	71	44	62.0%	27	1.33
		小計	90	55	61.1%	35	3.55
108	Q1	醫學中心	19	19	100%	0	0
		區域醫院	69	55	79.7%	14	1.16
		小計	88	74	84.1%	14	1.16

註1：108年起彰基雲林及郭綜合醫院降為地區醫院，爰需門診減量醫院由90家減為88家。

註2：108Q2門診減量執行情形尚在確認中。

8

連續3季達標院所(結算資料)

醫院層級	院所名稱
醫學中心(共8家)	國泰、新光、臺中榮總、中國、奇美醫院、高雄榮總、高雄長庚、高雄醫學大學
區域醫院(共35家)	臺北市聯醫、部台北、三總松山、基隆長庚、恩主公醫院、羅東聖母醫、耕莘醫院、北醫、雙和醫院、新竹馬偕、為恭醫院、敏盛綜合、部臺中、部彰化、國軍台中、光田綜合、童綜合醫院、秀傳醫院、台中慈濟、大里仁愛、埔里基督教、中榮嘉義、南市立醫院、嘉基醫院、嘉義長庚、大林慈濟、奇美柳營、市立安南、高雄市聯醫、大同醫院、國軍左營、國軍高雄、寶建醫院、小港醫院、台東馬偕

108年第2季門診減量執行情形現正計算中。

9

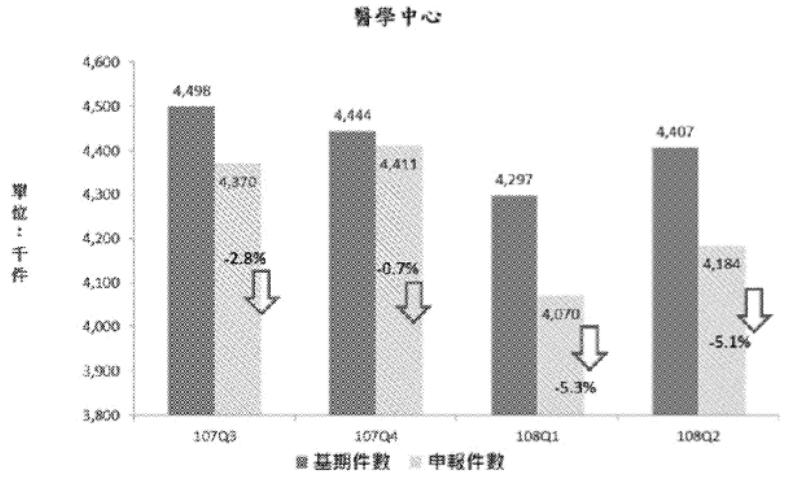
申報資料流向分析
(107Q3-108Q2)

10

減少門診人次可能流向

11

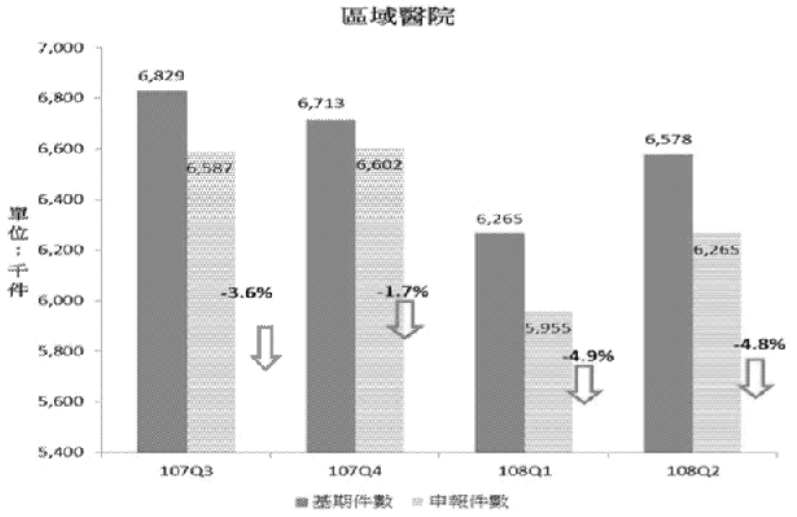
醫學中心門診減量執行情形



108Q2數據尚在確認中

12

區域醫院門診減量執行情形

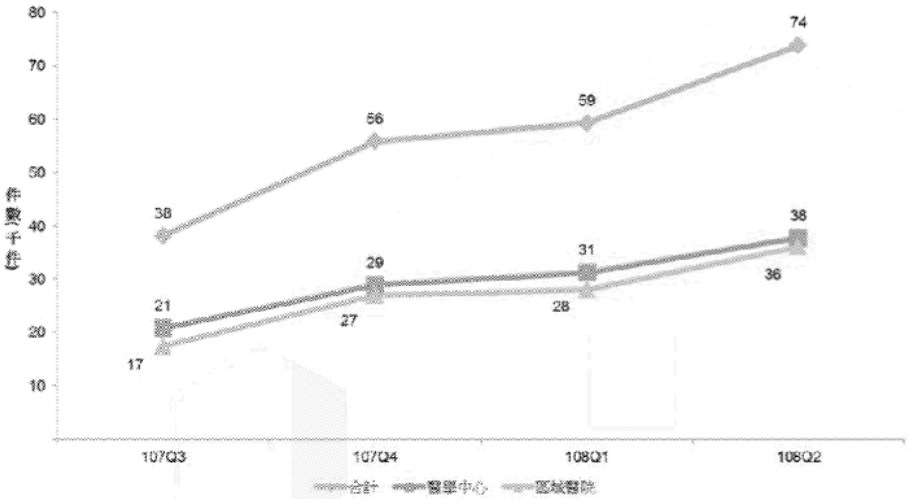


108Q2數據尚在確認中

13

區域級(含)以上醫院逐季下轉(含平轉)件數

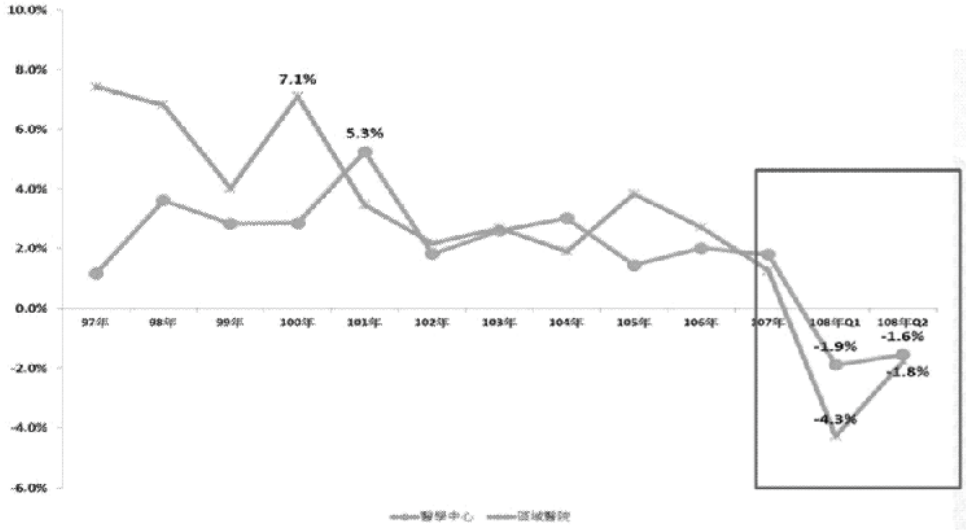
實施以來區域級以上醫院轉診呈現逐季上升趨勢。



14

近10年區域級以上醫院門診總件數成長率

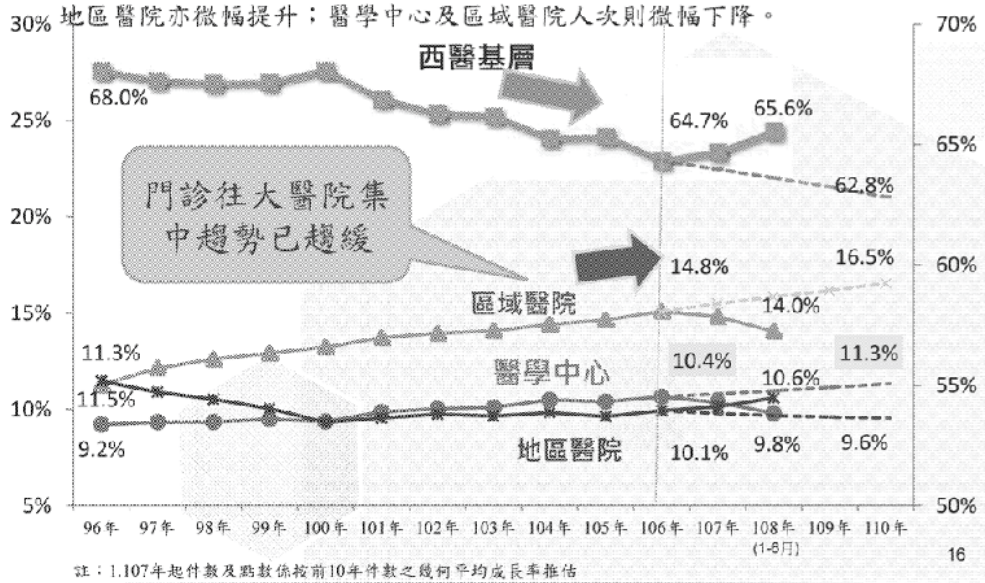
106年推動分級醫療，107年實施門診減量，區域級以上醫院門診申報件數成長率略微下滑



15

西醫門診各層級人次占率趨勢

106年分級醫療實施後，西醫基層人次占率下降趨勢已趨緩且微幅提升，地區醫院亦微幅提升；醫學中心及區域醫院人次則微幅下降。



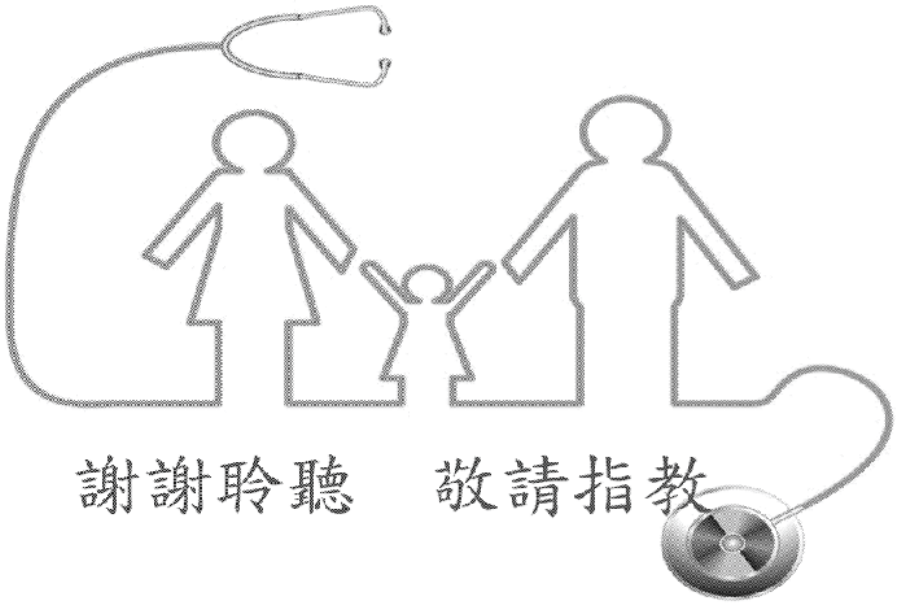
註：1.107年起件數及點數係按前10年件數之幾何平均成長率推估
2.108年為1-6月資料

16

結論

- 推動分級醫療已逐漸減緩門診集中大醫院趨勢。
- 大醫院門診減量執行第1年，除107Q4外均達減量目標，其中下轉案件也逐季成長，期待組成醫療聯盟後能更發揮聯盟內合作綜效。
- 本項政策執行部分是否有改善空間(ex. 減量超出目標件數可遞延至次季扣抵、排除項目之檢討等)，本署將持續與醫界進行檢討。

17



謝謝聆聽　敬請指教

108 年 7 月份全民健康保險業務執行報告更新

參、保險財務業務

表 10　全民健保安全準備金運用概況表

單位：億元

項　　目	歷年截至107年底	108年			歷年截至108年7月底
		1~6月	7月	小計	
安全準備金來源總額①	11,824.76	1,872.64	644.17	2,516.81	14,341.57
法定提撥	206.43	–	–	–	206.43
保險費滯納金	137.48	1.98	0.45	2.43	139.91
運用收益	111.20	6.53	1.51	8.04	119.24
公益彩券	219.24	5.62	1.11	6.73	225.97
運動彩券[註4]	2.92	–	–	–	2.92
菸品健康福利捐[註5]	2,840.94	58.52	21.10	79.62	2,920.56
營運資金撥入[註2]	8,237.50	1,799.99	620.00	2,419.99	10,657.49
保險年度收支結餘	69.05	–	–	–	69.05
其他[註6]	–	0.0002	0.002	0.0022	0.002
安全準備金去路總額②	10,315.28	1,762.35	274.21	2,036.56	12,351.84
撥入營運資金[註2]	10,304.65	1,762.35	274.21	2,036.56	12,341.21
存單質借利息費用	0.11	–	–	–	0.11
投資損失[註3]	10.51	–	–	–	10.51
手續費用	0.01	0.0000003	0.0000006	0.0000009	0.01
安全準備金餘額(①－②)	1,509.48	110.29	369.96	480.25	1,989.73

資料日期：108 年 7 月 31 日

備註:

1.(　)內為負數。

2.每日保費收入不足支付醫療費用時，安全準備撥入營運資金支應；營運資金充裕時，由營運資金撥回安全準備。

3.鑑於本署自 91 年起財務收支日益吃緊，依全民健康保險監理委員會 94 年 3 月 25 日第 118 次會議決議，陸續處分持有之上市、上櫃公司股票及受益憑證，於 94 年 10 月 7 日全數處分完畢，累積投

資收益為 11.69 億元、投資損失為 10.51 億元，淨收益 1.18 億元。

4.105 年 11 月 16 日修正運動彩券發行條例第 8 條，運動彩券盈餘全數專供主管機關發展體育運動之用，並依威剛科技股份有限公司 105 年 12 月 30 日威字第 2016170 號函，自 105 年 11 月 18 日起運動彩券發行盈餘全數撥入教育部。

5.「菸品健康福利捐分配及運用辦法」於 108 年 5 月 24 日公布修正菸捐分配比例，並回溯自 4 月 1 日起生效，致 4 月及 5 月份菸捐受配款遞延撥付(分別於 6 月及 7 月撥付)。

6.其他收入係為捐贈收入。

108年7月份全民健康保險業務執行報告更新

叁、保險財務業務

表11 營運資金餘額運用情形

歷年截至108年7月底之營運資金餘額為243.10億元。

單位:億元

項目 \ 期間	108年 截至6月底	108年7月	108年 截至7月底
歷年截至107年底營運資金餘額①	**112.69**	-	**112.69**
本期資金來源總額②	**5,140.04**	**1,361.56**	**6,501.60**
保費收入	3,237.63	1,057.63	4,295.26
利息收入	0.29	0.05	0.34
代辦醫療收入	118.72	29.32	148.04
代位求償收入	20.23	-	20.23
安全準備撥入[註2]	1,762.35	274.21	2,036.56
短期借款	-	-	-
融資利息歸墊	-	-	-
各級政府撥付遲延利息	0.04	0.02	0.06
收回分區業務組辦理假扣押案	0.002	-	0.002
其他[註3]	0.78	0.33	1.11
本期資金去路總額③	**5,146.61**	**1,224.58**	**6,371.19**
撥付醫療費用	3,342.37	603.58	3,945.95
滯納金撥入安全準備	1.98	0.45	2.43
撥回安全準備[註2]	1,799.99	620.00	2,419.99
代位求償退費	0.06	0.09	0.15
償還短期借款	-	-	-
撥付分區業務組辦理假扣押案	-	-	-
利息費用	-	-	-
手續費用	0.001	0.0003	0.001
其他[註3]	2.21	0.46	2.67
本期資金餘額④=②－③	**(6.57)**	**136.98**	**130.41**
可運用資金餘額(①+④)	**106.12**	**136.98**	**243.10**

資料日期：108年7月31日

備註:

1. ( )內為負數。
2. 每日保費收入不足支付醫療費用時，安全準備撥入營運資金支應；營運資金充裕時，由營運資金撥回安全準備。
3. 其他收入主要係菸品捐補助罕見疾病用藥費用款項撥入；其他支出主要係撥付罕見疾病用藥費用及提升保險服務成效費用。