

衛生福利部全民健康保險會
第4屆109年第10次委員會議事錄

中華民國109年12月25日

衛生福利部全民健康保險會第4屆109年第10次委員會議紀錄

時間：中華民國109年12月25日上午9時30分

地點：中央健康保險署高屏業務組7樓第1會議室(高雄市前金區
中正四路259號)

主席：周主任委員麗芳

紀錄：盛培珠、陳思縝

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徐常務理事邦賢(代理)

朱委員益宏 台灣社區醫院協會王秘書長秀貞(代理)

何委員語

吳委員國治

吳委員榮達

吳委員鴻來

李委員偉強

林委員敏華

林委員錫維

邱委員寶安

柯委員富揚 中華民國中醫師公會全國聯合會詹常務監事永兆(代理)

翁委員文能

馬委員海霞

商委員東福

張委員文龍

張委員煥禎 中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠(代理)

張委員澤芸

許委員駢洪

陳委員有慶

陳委員炳宏

陳委員莉茵

黃委員金舜

黃委員啟嘉

葉委員宗義

趙委員銘圓

滕委員西華
蔡委員明鎮
蔡委員登順
鄭委員建信
鄭委員素華
盧委員瑞芬
謝委員佳宜
羅委員莉婷

請假委員：

李委員育家
周委員穎政
許委員美麗
賴委員進祥

列席人員：

中央健康保險署

李署長伯璋(蔡副署長淑鈴代理)

張組長禹斌

戴組長雪詠

周執行秘書淑婉

張副執行秘書友珊

洪組長慧茹

陳組長燕鈴

本會

壹、主席致詞

各位委員、蔡副署長淑鈴以及在座各位先進，大家早安！今天的全民健康保險會(下稱健保會)第4屆委員最後1次的委員會議，2年來所有委員同心齊力將民眾的健康擺在心中，並致力於提升醫療服務品質，為健保資源充分把關，在會議中我們理性溝通、詳加論述並達成共識，令人感佩。這2年來，感謝所有委員堅守崗位、善盡職責，大幅提升委員會議事效率與績效，讓所有議案均能順利討論完竣，交出漂亮成績單，請大家給自己一個鼓勵與掌聲。

歲末是感恩的季節，本人謹代表健保會感謝這2年來為醫療健保點燈及做出重要貢獻的人。首先，感謝衛生福

利部陳部長時中對全國新冠肺炎的指揮與調度，因為防疫成功，才能守護人民的生命健康，特別感謝陳部長時中，昨晚蒞臨與委員進行業務溝通，給我們最大的鼓勵及肯定。其次，感謝所有在第一線為防疫貢獻心力的醫護人員，包括中華民國醫師公會全國聯合會邱理事長泰源所率領的5萬名醫師，以及翁委員文能、李委員偉強、張委員煥禎、朱委員益宏、黃委員啟嘉、吳委員國治、王委員棟源、柯委員富揚、黃委員金舜、張委員澤芸與所代表的各醫事服務團體，各位都是防疫英雄，藉由大家以防疫醫療守護臺灣，讓臺灣成為 Number one，感謝有您們！

接續要感謝藥師公會全國聯合會黃理事長金舜，於12月10、11日首次辦理實地參訪活動，讓委員了解第一線藥師的貢獻與辛勞，包括社區藥局協助口罩實名制的販售、臺大醫院臨床藥事照護模式及藥廠的創新研發等，有助整體了解藥事實務與醫藥界合作契機。另一方面，中醫師公會全國聯合會在柯理事長富揚的帶領下，廣為與社會大眾互動交流，積極建置中醫藥知識庫平台，有效提升中草藥的自給率以及推廣中醫預防醫學，值得肯定。

最後，還要感謝李署長伯璋、蔡副署長淑鈴帶領的中央健康保險署同仁，對於健保會的順利運作，可說是功不可沒。其次，感謝衛生福利部社會保險司商司長東福所率領的團隊，這2年來的協助，包括健保政策、總額範圍擬訂及相關議案的處理，若沒有他們協助提供相關資料，健保會也不可能順利完成任務。

本屆健保會能如此有效率運作，更要感謝周執行秘書淑婉所帶領的健保會同仁，每每挑燈夜戰，完成不可能的交付任務，委員們感激在心頭。也要感謝健保會同仁傾全力辦理這2天的山地離島地區醫療業務訪視，委員們收穫很多。最後，在即將卸任之際，本人要感謝所有委員，這2年來給麗芳的鼓勵與指導，從委員們身上，可以看到大家對健保的理想與堅持，這些寶貴學習過程，麗芳將做為後續努力的動能與成長的養分，衷心感謝大家！

貳、議程確認

決定：

- 一、同意將臨時提案「建請健保署依健保法第 61 條第 3 項規定研議健保醫療給付費用總額中合理的醫藥分帳制度，避免健保給付藥物(品)費用占率與點數的逐年增加，造成其他醫療服務點數受到排擠及點值的下降，影響醫療服務品質案」排入議程，列於討論事項第二案之後。
- 二、餘照議程之安排進行。

參、請參閱並確認上(第 9)次、第 1 次臨時委員會議紀錄

決定：確認。

肆、上(第 9)次、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，請鑒察。

決定：

- 一、上(第 9)次委員會議決議(定)事項辦理情形：
 - (一)擬解除追蹤案(共 1 項)：同意依幕僚擬議，解除追蹤。
 - (二)擬繼續追蹤案(共 3 項)：同意依幕僚擬議，繼續追蹤。
- 二、第 1 次臨時委員會議決議(定)事項辦理情形，擬繼續追蹤案(共 1 項)：同意依幕僚擬議，繼續追蹤。
- 三、歷次委員會議未結案件辦理情形：
 - (一)擬解除追蹤案(共 6 項)：依委員意見，將項次 5 改列繼續追蹤，其餘 5 項依幕僚之擬議，解除追蹤。
 - (二)擬繼續追蹤案(共 14 項)：依上開委員意見及幕僚之擬議，15 項繼續追蹤。
- 四、請各部門總額相關團體及中央健康保險署於 110 年 1 月 22 日前配合提供下列資料，以利後續辦理評核作業：
 - (一)提供 109 年度各部門總額評核內容(草案)修訂建議。
 - (二)研提 110 年度重點項目及其績效指標。

五、有關「109 年度全民健保各部門總額協定事項相關計畫」尚未完成之項目，總計 6 項，除醫院總額「藥品及特材給付規定範圍改變」及西醫基層總額「藥品給付規定範圍改變及其他醫療服務密集度增加」提出定期監測報告 1 項，於中央健康保險署提報後解除追蹤，其餘解除追蹤。

六、有關門診透析預算協商，未來中央健康保險署若有其他相關之分析及資料，請於年度總額協商前提出，以利納入協商參考資料。

七、委員所提意見，送請衛生福利部社會保險司及中央健康保險署研參，餘洽悉。

伍、討論事項

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：110 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)，提請討論。

決議：

一、有關 109 年度未達標之 3 項管控項目，請中央健康保險署於 110 年持續加強改善，並依法定程序陳報衛生福利部核定。

二、委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：110 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案，提請討論。

決議：同意中央健康保險署所送之「110 年度各部門總額一般服務之點值保障項目」，如附件一。

第三案(臨時提案，如附件二)

提案人：滕委員西華、吳委員榮達

代表類別：專家學者及公正人士代表

案由：建請健保署依健保法第 61 條第 3 項規定研議健保醫療給付費用總額中合理的醫藥分帳制度，避免健保給付藥物(品)費用占率與點數的逐年增加，造成其他醫療服務點數受到排擠及點值的下降，影響醫療服務品質案，提請討論。

決議：委員所提建議，送請中央健康保險署酌參。

陸、報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：109 年 11 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：108 年全民健康保險自付差額特材執行概況，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

柒、散會：下午 12 時 15 分。

附錄：與會人員發言實錄

110 年度各部門總額一般服務之點值保障項目

部門別	保障項目及支付方式
中醫門診	「中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫」之論量計酬案件(每點 1 元支付)。
西醫基層	一、論病例計酬案件(每點 1 元支付)。 二、血品費(每點 1 元支付)。 三、西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案,每季各婦產科診所撥付款項=280 點×季申報總住院日數(每點 1 元支付)。
醫院	一、門診、住診之藥事服務費(每點 1 元支付)。 二、門診手術(每點 1 元支付)。 三、住院手術費、麻醉費(每點 1 元支付)。 四、血品費(每點 1 元支付)。 五、主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診醫療服務點數(每點 1 元支付)。 六、地區醫院急診診察費(每點 1 元支付)。 七、經主管機關核定,保險人公告之分區偏遠認定原則醫院(註 2)。
門診透析	一、腹膜透析之追蹤處理費(每點 1 元支付)。 二、偏遠地區之門診透析服務(每點 1 元支付)。

註：1.藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

2.以前一季該分區平均點值支付,如前一季該分區平均點值小於當季浮動點值,該分區該季偏遠地區醫院之浮動點數以當季浮動點值核付。

臨時提案

提案人：滕委員西華、吳委員榮達

代表類別：專家學者及公正人士代表

案由：建請健保署依健保法第 61 條第 3 項規定研議健保醫療給付費用總額中合理的醫藥分帳制度，避免健保給付藥物(品)費用占率與點數的逐年增加，造成其他醫療服務點數受到排擠及點值的下降，影響醫療服務品質案，提請討論。

說明：

- 一、健保醫療給付費用總額，乃以「醫院」、「西醫基層」、「中醫」、「牙醫」等四大部門及「門診透析」與其他分別協商金額與成長率，且各部門不採門、住診與醫療或藥物費用分帳制度。總額除醫療給付中部分保障點值項目外，藥品費乃採每點 1 元自總額扣除後，其餘費用點值採浮動計算。然，近年藥費持續增長，根據健保署近 3 年(107~109 年)統計為例，門住診藥費占率介於 26.2%~28.4%之間，成長率持續增加，醫院部門更逾 30%，其中醫學中心因醫院特性更可高達 35%~38.1%。
- 二、藥費的不斷增加，已對總額點值形成壓力。而長期以來對於醫療專業服務採浮動點值、而產品(藥)採固定每點 1 元是否合理的討論不斷，且新藥新科技或藥品新適應症所增加的健保財務壓力，亦是總額協商中之重要議題。目前健保署透過多種手段管理藥費，如藥價調查、藥費風險分攤、DET(藥品費用支出目標制)、雲端藥歷等。然每年總額協商時仍然在新藥新科技費用、專款藥費與新增適應症藥費等金額之足夠與否多所議論，顯然在病人權益與財務壓力間難以取捨。
- 三、藥價差不僅是歷史使然，仍將持續存在，各界莫不在降低藥價差而努力，藥價差也可能墊高給付價格的原因之一，且藥價差難以抑制的理由之一便是以藥養醫，如此循環除了無助健保財務壓力紓解外，也加深了醫療提供者在用以藥價差彌補點值的

依賴，這些誘因當然也可能導致某種程度上處方的浪費。

四、藥品部分負擔政策改革呼聲近年來升高，多方提出關於調整結構的建議，無論是在對象或是金額上，縱使增加民眾對藥品的部分負擔，對藥費占率的下降恐怕影響不大，也難以斷言可直接回饋到新藥之引進，隨著越來越貴的藥價，藥品占率持續增加反倒可預期。

擬辦：建請健保署依健保法第 61 條第 3 項規定，研議健保醫療給付費用總額中合理的醫藥分帳制度，以有效管理藥費成長與引進新藥，提升病人用藥權益、降低藥價管理的行政成本，並避免健保給付藥物(品)費用占率與點數的逐年增加，造成其他醫療服務點數受到排擠及點值的下降，影響醫療服務品質。並避免其成長過度影響總額點值。

第 4 屆 109 年 第 10 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 9)次、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，早安！希望大家昨晚在飯店都有睡得好。向大家報告現在出席的人數已經過半，達法定開會人數，可以開始進行今天的會議，請主席致詞。

周主任委員麗芳

一、各位委員、蔡副署長淑鈴以及在座各位先進，大家早安！今天是全民健康保險會(下稱健保會)第 4 屆委員最後 1 次的委員會議，2 年來所有委員同心齊力將民眾的健康擺在心中，並致力於提升醫療服務品質，為健保資源充分把關，在會議中我們理性溝通、詳加論述並達成共識，令人感佩。這 2 年來，感謝所有委員堅守崗位、善盡職責，大幅提升委員會議事效率與績效，讓所有議案均能順利討論完竣，交出漂亮成績單，請大家給自己一個鼓勵與掌聲。

二、歲末是感恩的季節，本人謹代表健保會感謝這 2 年來為醫療健保點燈及做出重要貢獻的人。首先，感謝衛生福利部陳部長時中對全國新冠肺炎的指揮與調度，因為防疫成功，才能守護人民的生命健康，特別感謝陳部長時中，昨晚蒞臨與委員進行業務溝通，給我們最大的鼓勵及肯定。其次，感謝所有在第一線為防疫貢獻心力的醫護人員，包括中華民國醫師公會全國聯合會邱理事長泰源所率領的 5 萬名醫師，以及翁委員文能、李委員偉強、張委員煥禎、朱委員益宏、黃委員啟嘉、吳委員國治、王委員棟源、柯委員富揚、黃委員金舜、張委員澤芸與所代表的各醫事服務團體，各位都是防疫英雄，藉由大家以防疫醫療守護臺灣，讓臺灣成為 Number one，感謝有您們！

三、接續要感謝藥師公會全國聯合會黃理事長金舜，於 12 月 10、11 日首次辦理實地參訪活動，讓委員了解第一線藥師的貢獻與辛勞，包括社區藥局協助口罩實名制的販售、臺大醫院臨床藥

事照護模式及藥廠的創新研發等，有助整體了解藥事實務與醫藥界合作契機。另一方面，中醫師公會全國聯合會在柯理事長富揚的帶領下，廣為與社會大眾互動交流，積極建置中醫藥知識庫平台，有效提升中草藥的自給率以及推廣中醫預防醫學，值得肯定。

- 四、最後，還要感謝李署長伯璋、蔡副署長淑鈴帶領的中央健康保險署同仁，對於健保會的順利運作，可說是功不可沒。其次，感謝衛生福利部社會保險司商司長東福所率領的團隊，這2年來的協助，包括健保政策、總額範圍擬訂及相關議案的處理，若沒有他們協助提供相關資料，健保會也不可能順利完成任務。
- 五、本屆健保會能如此有效率運作，更要感謝周執行秘書淑婉所帶領的健保會同仁，每每挑燈夜戰，完成不可能的交付任務，委員們感激在心頭。也要感謝健保會同仁傾全力辦理這2天的山地離島地區醫療業務訪視，委員們收穫很多。最後，在即將卸任之際，本人要感謝所有委員，這2年來給麗芳的鼓勵與指導，從委員們身上，可以看到大家對健保的理想與堅持，這些寶貴學習過程，麗芳將做為後續努力的動能與成長的養分，衷心感謝大家！

同仁宣讀

議程確認。

周執行秘書淑婉

- 一、謝謝主任委員，本會幕僚只是盡自己本分。在確認議程之前，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，惟健保署於12月23日函知，李署長因事不克出席，本次會議請假，由蔡副署長淑鈴代理，來函影本置於委員桌上(如本議事錄第59頁)。
- 二、本次議程安排，計有討論事項2案，第1、2案分別依年度工作計畫、110年度總額協定結果排定，屬於本會法定任務應完成的事項。

- 三、報告事項 2 案，第 1 案依本年度工作計畫，第 2 案依「健保會討論自付差額特材案之作業流程」(105 年 6 月 24 日修訂)每半年自付差額須報告執行的現況。
- 四、另有 1 項臨時提案，為滕委員西華及吳委員榮達提出之「建請健保署依健保法第 61 條第 3 項規定研議健保醫療給付費用總額中合理的醫藥分帳制度，避免健保給付藥物(品)費用占率與點數的逐年增加，造成其他醫療服務點數受到排擠及點值的下降，影響醫療服務品質案」，請委員參閱補充資料第 11 頁。另有關臨時提案之處理方式，依本會會議規範第 3 點第 2 項第 2 款規定：「臨時提案以當次會議亟待決定之緊急事件或具時效性事項，且與本會法定任務有關者為限；並應有出席委員附議或連署始得成立；若不符合要件，主席得決定提下次會議討論」。本次會議是本屆委員最後 1 次委員會議，該案應該是符合具時效性事項，但仍請主席徵詢委員意見，若決定提本次委員會議，建議列為討論事項，敬請主任委員裁示。

周主任委員麗芳

- 一、謝謝周執行秘書淑婉的報告，我認為委員如此熱心，願意花心思提出議案，大家是否就同意該案列入討論(有委員表示附議)，有委員表示附議，臨時提案就列入討論事項第 3 案。
- 二、議程確認。接下來進行上(第 9)次、第 1 次臨時委員會議紀錄確認。

同仁宣讀

周主任委員麗芳

各位委員對會議紀錄有無修正意見？(未有委員表示意見)如果沒有意見，會議紀錄確認。請進行下一案。

貳、「上(第9)次、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

同仁宣讀

周執行秘書淑婉

請各位委員參閱會議資料第17頁：

- 一、說明一，是上(第9)次委員會議及上次臨時委員會議決議(定)事項之辦理情形追蹤，上次委員會議決議事項建議解除追蹤1項、繼續追蹤3項；臨時委員會議決議事項1項，繼續追蹤。
- 二、說明二，是為了讓委員瞭解歷次委員會議未結案件之辦理情形，援例每半年彙報1次，截至11月底未結案件計20項，依辦理情形建議解除追蹤6項，繼續追蹤14項，最後仍依委員會議議定結果辦理。
- 三、說明一、二擬解除追蹤部分，請委員參閱會議資料第20頁的附表，上次委員會議決議(定)事項，有關「109年10月份全民健康保險業務執行報告」委員所提意見之辦理情形，請委員參閱會議資料第39~41頁之健保署說明，擬解除追蹤。
- 四、歷次委員會議未結案件，擬解除追蹤計6項，請委員參閱會議資料附表內容：
 - (一)項次1，請參閱第23頁，有關106年、107年、108年全民健康保險基金附屬單位預算及決算不予備查案，本案全民健康保險基金附屬單位預算及決算，其中108及109年度預算，業經立法院完成審議，並經總統公布。另106至108年度決算業經監察院審計部審定，分別依預算法及決算法完成法定程序，建議解除追蹤。
 - (二)項次2，請參閱第24頁，有關全民健康保險109年度保險費率方案之審議的附帶決議，請衛福部持續檢討推動各項提升健保資源使用效率之措施，增進健保收支結構之衡平性。這部分本會業於109年第1次臨時委員會議(109.11.27)完成110年度保險費率審議案，建議解除追蹤。

- (三)項次 3 及項次 4 是同案，請參閱第 25 頁，有關自付差額特材「經導管置換瓣膜套組(TAVI)」，以保險對象自付差額方式納入健保給付建議案，向各位委員特別說明，這個特材原本是用自付差額的方式納入健保給付，不過在全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(特材部分)(下稱藥物共擬會議)討論下，已經改為全額給付特材，因為不屬於依法須送請本會討論的自付差額特材，建議解除追蹤。
- (四)項次 5，請參閱第 26 頁，是有關 C 型肝炎藥費之預算來源，希望能夠有公務預算支應，解除追蹤的條件為「俟社保司提出具體之公務預算規劃及期程後解除追蹤」，本次的辦理情形社保司已提出公務預算之具體作為，建議解除追蹤。
- (五)項次 6，請參閱第 28 頁，本項比較特別，因為 109 年西醫基層總額一般服務地區預算之分配較晚才議定，議定後已完成相關作業，並於 109 年 7 月 9 日公告分配方式，建議解除追蹤。其餘繼續追蹤的部分再請委員參閱會議資料。
- 五、請各位委員翻回會議資料第 17 頁，說明三，是要拜託各位委員，本會之會議實錄應於會議後 10 日內上網公開，該期間適逢元旦國定假日，本會幕僚會在 12 月 28 日(周一)將發言實錄送請各發言者確認，希望能在 12 月 29 日(周二)中午前回復修正內容，俾能依法完成上網公開作業。
- 六、說明四，是為即早規劃明年 7 月份各部門總額 109 年度執行成果的評核作業，近期會函請四部門總額相關團體及健保署於明年 1 月 22 日前配合提供相關資料，包括 109 年度執行成果評核項目內容之建議及 110 年度重點項目及績效指標之建議，詳細內容請參閱會議資料。
- 七、說明五，依照本年第 5 次委員會議的決定事項，有關「109 年度全民健保各部門總額協定事項相關計畫之辦理情形」，其中各總額部門及其他預算尚未完成之項目，請健保署盡速辦理。健保署於本次提報辦理情形，請各位委員參閱補充資料第 1 頁，

根據健保署提報的辦理情形，共有 9 項，其中有 6 項未完成，其後續處理建議如下：

- (一)有 2 項是牙醫門診及中醫門診總額於牙醫、中醫診所設立無障礙設施支付標準之調整案，處理建議為本項為一般服務項目，健保署認為應考量財務影響、總額間一致性及衡平性再議；因 109 年度即將結束，建議解除追蹤，惟請健保署持續徵詢各總額相關團體意見，取得共識後盡速辦理。
- (二)有 2 項是「藥品及特材給付規定範圍改變」及「藥品給付規定範圍改變及其他醫療服務密集度增加」等決定事項，提出定期監測報告，處理建議為未來本會依決定事項要求健保署每半年(1 月、7 月)提出監測報告，依健保署說明，於 110 年 1 月提出業務執行報告後，再解除追蹤。
- (三)另外 2 項「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」及「提升用藥品質之藥事照護計畫」專款項目，這 2 項都是專款項目，年度結束預算即不再支應，建議解除追蹤。因 110 年度總額協定結果，也將這 2 項列入總額專款項目，請健保署於衛福部核定後，盡早研訂及推動。

八、請各位委員翻回會議資料第 18 頁，說明六，是有關於健保署於本年 12 月 14 日函送「109 年第 4 次門診透析預算研商議事會議紀錄」，其中報告事項第一案有 1 個決定為「與會代表對門診透析預算之建言，請健保會委員參考」，幕僚將相關的決定事項及發言實錄整理在會議資料第 80~94 頁；本案處理說明如下：

- (一)首先，在 7 月評核會議及 8~9 月召開之總額協商會前會，都有安排各部門總額承辦團體及健保署說明執行情形，尤其在門診透析預算部分，也有請台灣腎臟醫學會說明，以利委員瞭解。
- (二)其次，本會在 9 月協商總額預算前，幕僚也會彙整門診透析預算相關資料提供給委員參考。

(三)未來健保署有其他相關之分析及資料，希望在年度總額協商前提出，以利幕僚彙整納入協商之參考資料，提供委員參考。

九、說明七，是有關衛福部及健保署於本年 11 至 12 月份發布及副知本會之相關資訊，已於 12 月 11 日寄至各委員電子信箱，相關重點摘要，請各位委員參閱。另外補充衛福部公告「110 年全民健康保險保險對象住院應自行負擔費用之最高金額」，幕僚認為這項公告應該盡早向委員說明，故新增在補充資料第 2 頁，請委員參閱。

周主任委員麗芳

謝謝周執行秘書淑婉的說明。有關周執行秘書的說明內容，請問委員還有沒有詢問？請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

謝謝幕僚整理歷次委員會議決議事項辦理情形的資料，先向大家報告，我們付費者代表從今年 8 月份起按部就班、辛苦鋪陳、並逐月提案，皆是有利健保總體財務的穩健管理、以期挹注健保安全準備的正能量、並對政府應負擔健保法定經費 36% 等議題提出建議，但追蹤辦理情形的會議資料，卻沒有列示這段期間付費者代表的連署提案，我建議相關提案應列入繼續追蹤案，說明如下：

- 一、請參閱會議資料第 22 頁，附表二有關第 1 次臨時委員會議(109.11.27)決議(定)事項辦理情形追蹤表，建議將該次會議付費者代表所提討論事項第 2 案「多次請求政府撥補應負擔健保法定經費的不足款未果，已嚴重影響健保財務健全，建請比照投保單位欠費處分方式加徵滯納金」及第 3 案「在政府未撥付補足 105 年至 108 年應負擔 36% 保險總經費差額前，應不調整 110 年度健保費率」併同列入追蹤。
- 二、請參閱會議資料第 30 頁，附表三有關歷次未結案件追蹤表，擬繼續追蹤事項未將今年 8 月起付費者連署的相關案件列入，包括：109 年 8 月 28 日所提「考量防疫期間門診及住診件數下降，請健保署持續落實 109 年預算檢討」，109 年 9 月 25 日所提

「建議衛福部繼續推動健康促進相關法規，開徵食安健康捐，挹注健保安全準備，持續維護國人食安健康的醫療保障案」，109年10月23日所提「建議健保署依102年本會決議之費率審議作業需配合事項，提供相關必要費率審議資料，包括安全準備提撥『法定』項目，使委員能確實掌握費率調整的預警基礎，即真實『安全準備』之法定餘額，以有效審議110年費率案」；因此，建請將上述付費者代表於今年8~11月計5個正式連署提案，列入繼續追蹤。

周主任委員麗芳

請問委員還有沒有詢問？依序請干委員文男、趙委員銘圓、滕委員西華、何委員語。

干委員文男

一、會議資料第24頁，項次2有關請衛福部及健保署參採委員意見，研提110年費率方案，列為解除追蹤，我對解除追蹤有意見。110年費率審議，大家創造了歷史，這次是有史以來第1次付費者代表同意調漲費率。但是我認為這次費率審議的過程，有很多不合理的地方，怎麼說呢？我認為用總收入當作財務推估基礎，來協議訂定總額或審議費率，是不合理的。因為健保署無法確實收到所有保險對象的保險費，這也是我一直強調的呆帳問題，沒辦法百分之百收到保險費，卻用權責計算應收保險費作為基礎去審議費率或協定總額，實際上根本沒有收到那麼多，卻全部納入支出，因而產生虧損。我希望社保司能盡速研議改善，並釐清政府應負擔健保法定經費36%的計算基礎，是以總支出作為計算基礎。

二、其次，全民健康保險法(下稱健保法)第24條規定，費率審議由健保署於本會協議訂定醫療給付費用總額後1個月提請審議，因此，我認為費率應依協定後總額成長率去討論，而不是像今年這樣，是依醫界及付費者版本的2個成長率去做試算，最後討論出2項建議費率陳報部長裁決，而部長裁決時又可能出現

第 3 項方案，方案太多會造成陳部長時中裁決的困難，這是我們當初沒有考慮到的，希望社保司盡快研議解決辦法，不要讓下一屆委員重蹈覆轍。費率審議時會徵詢所有委員的意見，但是健保會委員又分為醫事服務提供者及付費者代表，兩者立場絕對有很大的差異，最後應該依多數意見整合出 1 項建議費率陳報部長，少數本來就應該服從多數，否則大家提出很多意見，甚至提出第 4 個或第 5 個建議方案，怎麼辦？不應該弄出很多項的建議費率，這樣會讓部長很為難。

三、我再次強調，付費者和醫事服務提供者代表的立場絕對不同，醫事服務提供者代表的立場會希望提高費率，次年總額協商就可以爭取多一點成長率。因此，我認為目前費率審議的討論方式是不合理的，在制度的設計上應該要改進。今天是本屆最後 1 次委員會議，所以我提出來提醒大家，希望社保司研議改善。我個人認為費率應該由經營者(健保署)和付費者一起討論，由經營者依營運狀況來計算費率，並和付費者討論是否負擔得起。如果由醫事服務提供者與付費者代表來討論，他們希望愈多愈好，絕對沒有共識，再吵 3 遍也不會成案，最後就會變成 2 項建議費率陳報部長裁決，這樣真的很不好。我再次強調，應該整合多數意見提出 1 個建議方案就好，頂多在會議紀錄中呈現不同的意見。我也不知道此次併陳 2 個建議案的方式是否合法？社保司應該訂出費率審議的原則或規章，以利所有委員遵循，否則，之後還是會重蹈覆轍，我們也無法對社會大眾交代。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

一、會議資料第 26 頁，歷次未結案件追蹤表，擬解除追蹤部分項次 5，有關委員關切 C 型肝炎藥費爭取公務預算案，追蹤建議為社保司已提出公務預算之具體作為，所以建議解除追蹤。我看了社保司的回應，只有 1 段內容談到防治經費，「本部各單位以

公務預算辦理與 C 型肝炎防治相關計畫，如：B、C 型肝炎篩檢計畫、藥癮愛滋減害計畫、全國醫院感染管制計畫、醫療機構血液透析感染管制措施指引、扎傷及血液體液暴觸之感染控制措施指引等...」，這些內容似乎與 C 型肝炎藥費沒有關係，似乎與前期的防治作業有關。因此，我個人並不能認同社保司已有提出公務預算的具體作為。

- 二、會議資料第 34 頁，有關建請健保署恢復給付胃腺癌與晚期肝細胞癌病人使用癌症免疫新藥案，雖然健保署回應，分析胃癌與肝癌使用 IO(Immuno-Oncology Therapy，癌症免疫療法)藥品的真實世界證據，整體結果僅與化療藥物或標靶藥物差不多，但健保卻需付出數倍藥費。我相信臨床成效有可能是如此，但現在病人使用傳統第一線的癌症標靶藥品，其實產生很大的副作用，而使用癌症免疫新藥對病人身心的傷害相對較小，也能提升病人的生活品質，因此，建議健保署再多加考量。
- 三、近年，衛福部已投入大量經費用於 B 型肝炎及 C 型肝炎的藥物治療，近 4 年中，有近 10 萬名病人接受 C 型肝炎全口服新藥的治療，我認為完善肝病防治的最後一塊拼圖，就是將肝癌的治療納入，讓台灣能成為世界的領頭羊。此外，健保署也曾表示會逐步給付更有效的肝癌新藥，但依據健保署公布的 108 年藥費申報資料，申報藥費第 1 名及第 2 名均為 C 型肝炎治療的組合用藥，分別為 39.57 億元及 28.63 億元，而排名第 5 名則為 B 型肝炎治療用藥，費用為 18.37 億元，且 109 年健保預算投入 C 型肝炎藥費專款為 81.66 億元，相較之下，肝癌治療的藥費僅使用約 13.32 億元，兩者支出相差懸殊。
- 四、依據鄭安理醫師在新英格蘭醫學期刊發表的研究顯示，癌症免疫新藥併用標靶藥物的新聯合療法，用於晚期肝癌病人，其生存期中位數延長為 13.2 個月、生活品質惡化時間延後為 11.2 個月，可以大幅提高晚期肝癌病人的治療成效。既然已經有比較好的用藥方式，幾乎達到 65% 的療效，建議健保署考量將此種用藥方式納入給付。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

何委員語

主席、各位委員，大家好...(有委員提醒剛才主席是先請滕委員西華發言)。沒關係，先請滕委員西華發言。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

一、謝謝何委員語讓我先發表意見，會議資料第 26 頁，有關經導管置換瓣膜套組(TAVI)以自付差額方式納入健保給付建議案，我很好奇發生什麼事情，讓這個特材從原本討論的自付差額變成全額給付？這是史上第 1 個健保會通過以自付差額納入給付，但還沒實施就變成全額給付的案例。我記得 109 年 8 月、9 月討論本案時，委員們壓力很大，因為根據新修訂的全民健康保險藥物給付項目及支付標準(下稱藥物支付標準)規定，這將是第 1 個訂有健保給付自付差額上限的自付差額特材品項，我們當時也花費很多時間審查，包括閱讀 HTA(醫療科技評估)的資料，當時的證據告訴我們，這個特材的療效雖然很好，但依據臨床實證等級證據，所以核定費用之 30%，約 109 萬元的產品，健保給付上限約為 32 萬元，民眾還需自費約 77 萬元。我印象非常深刻，我們還拿這個案例去告訴民眾，我們要相信 HTA(醫療科技評估)的資料，並依臨床療效的等級，訂定健保給付上限比率介於 20%~40%。

二、我很好奇在健保署的藥物共擬會議發生了什麼事情？之前 HTA(醫療科技評估)的報告不正確了？我們將來要怎麼相信送來健保會討論的自付差額特材案，所檢附的 HTA(醫療科技評估)報告是正確的？這個案子才經過幾個月的時間，有什麼新的事證顯示經導管置換瓣膜套組(TAVI)的療效變好了嗎？

三、另外，原本規劃的經導管置換瓣膜套組(TAVI)給付適應症是非

常嚴格的，依據 HTA(醫療科技評估)報告，其他國家給付的適應症(如：使用年齡)也非常嚴格。現在納入健保全額給付，不知道相關適應症是否有修改？如果沒有修改，仍維持原本較嚴格的規定，我記得當時推估 1 年市場使用量約 500 多人，這 500 多人都符合健保全額給付的資格嗎？請健保署說明經導管置換瓣膜套組(TAVI)變成全額給付的原因，我並沒有說這個決定不好，其實這對病人也很好，我只是好奇造成這個大轉變的原因是什麼？

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、第 1 次臨時委員會議(109.11.27)決議，有關 110 年度保險費率方案審議案，甲案(由現行調整為 4.97%)有 18 位委員支持，19 位委員書面連署，而乙案(5.47%~5.52%)有 12 位委員支持，無意見 8 位。事實上當天陳委員炳宏 1 位委員表示反對調整費率，所以我認為「無意見 8 位」，應該修正為「無意見 7 位，反對調整 1 位」，雖然陳報衛福部的公文已經送出去了，但我還是必須提出來。陳委員炳宏沒有跟其他付費者一起連署，也沒有表示贊成調漲費率，他的立場是反對調整費率，如果他當時簽名連署付費者所提的甲案，就有 20 位委員連署，即超過半數的委員支持。
- 二、會議資料第 18 頁說明六，有關 109 年第 4 次門診透析預算研商議事會議之決定，透析預算研商議事會議趙委員銘圓及鄭委員建信是本會委員代表，與會人員發言摘要中，鄭集鴻代表一直提到健保會總額協商是不理性的，不僅是 4 個總額部門的協商不理性，對於透析預算的協商更是不理性，甚至是草率，像在菜市場喊價一樣，他認為總額協商不應該是這樣進行。如果我有去開會，我會跟他說明，因為總額協商的時程真的非常緊湊，使得每個委員都繃緊神經，可能因此造成協商有點不理性，但

這件事也給我們所有健保會委員一個提醒，明年要擔任總額協商代表的委員們，自己要多做功課、多閱讀資料、多蒐集各方意見，因為擔任總額協商的主談人，真的不是簡單的任務。我們的醫事服務提供者代表讀 7 年的醫學系畢業，畢業後也有 10 幾年的開業經驗，經驗豐富，而付費者代表委員擔任健保會委員不過 2 年的經驗，就要擔任協商代表，是非常大的挑戰，一定要很用心的做功課。當 1 天和尚敲 1 天鐘，協商代表要多方蒐集大家的意見，不論是好的、壞的意見都要蒐集，才能好好完成總額協商的任務。否則外界容易對總額協商有不好的印象，認為我們的協商就像菜市場喊價一樣，不理性或不合理，這樣對健保會的聲譽不好。

三、剛才趙委員銘圓所提委員關切 C 型肝炎藥費爭取公務預算案，雖然社保司已提出治療面、防治面等非常詳細的內容，但是我看不到爭取公務預算的規劃，如果能看到公務預算編列 50 億元挹注 C 型肝炎藥費，我一定高興得拍手，可是我並沒有看到相關的資料。社保司提出的內容非常精彩，構想也非常好，但是應該編列具體的經費，讓我們更有信心，這點非常重要。否則一直用健保的預算支應 C 型肝炎藥費，也造成健保藥費占率逐年增加的原因，109 年健保編列 C 型肝炎藥費專款共 81.66 億元，也讓藥費占率大幅增加，110 年 C 型肝炎藥費專款仍編列 65.7 億元，也占整體藥費很大的比重。當然，與世界各國相比，國人相對吃了太多的藥，可能也是造成藥費占率高的原因，我不知道有什麼方法可以改善，但是如果社保司願意爭取公務預算支應 C 型肝炎治療，我認為是非常好的事情，也能夠降低健保藥費占率。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

有關會議資料第 26 頁的 C 型肝炎藥費爭取公務預算案，我也反對

解除追蹤。因為社保司的回應，從頭到尾都沒有針對公務預算的規劃提到隻字片語，這樣的回復內容並沒有回應委員當時關切的重點，因此我也建議本案不能解除追蹤。

周主任委員麗芳

請問委員還有沒有詢問？(未有委員表示意見)請社保司及健保署回應前，在此特別向商司長東福致歉，我每次感謝各單位的時候，因為社保司商司長也是健保會委員，所以沒有特別提出來感謝社保司的協助。在此，我要特別感謝社保司這2年來的協助，包括在許多健保政策、總額範圍的擬訂及相關議案的處理，若沒有他們協助提供相關資料，健保會也不可能順利完成任務，再次感謝商司長所率領的社保司團隊(眾人鼓掌)。接下來先請商委員東福簡短回應。

商委員東福

- 一、回應干委員文男對費率審議所提的意見，二代健保重要變革為兩會合一，即合併全民健康保險監理委員會與費用協定委員會，成立全民健康保險會，並賦予費率審議的法定任務。現在的制度是匯集過去前輩們的智慧及共識，並據以執行，而民眾對健保的滿意度也高達9成，但不論是規劃健保改革或是推動修法，確實都是社保司未來可以持續努力的方向。事實上，不論是各界的意見，或立法委員及健保會委員提出的建議，若各界有共識，我們都可以逐步來推動。我也必須強調，目前費率審議方式都是依法令規定辦理，並沒有所謂違法的情形。
- 二、有關C型肝炎藥費預算來源的議題，健保法已有明訂，保險對象發生疾病、傷害等，應由健保來給付，至於什麼情況下健保可以不用給付，就依其他法令明確規定以公務預算支應的部分。至於C型肝炎藥費爭取公務預算的議題，也經過多次的討論，相關公務預算並不是由社保司來編列，必須由相關單位(如：疾管署、國健署)分別來編列。今年社保司依陳部長時中的指示，正在規劃4~6年健保中長程改革計畫，這個計畫不同於以往，會針對健保提出新的改革及政策方向，陳部長時中在很多場合

中也提過，希望用長遠的願景來處理健保改革。對社保司而言，每年的年中之前，必須擬訂總額範圍報請行政院核定，並提出政策目標及規劃。因此，請社保司針對相關問題，必須有 1 個比較中長程的整體規劃，而在這個 4~6 年的中長程改革計畫中，我們也針對 C 型肝炎藥費爭取公務預算的部分加以規劃，雖然健保對於 C 型肝炎治療有一定的貢獻，但我們認為公務預算的投入也不能少，疾管署或國健署也要提升相關的經費投入。另外，如同何委員語所提，社保司應該要呈現相關的數據，才能讓大家瞭解健保的貢獻到底有多大，這個部分其實是沒問題的，過去的數據我們都有整理得很清楚。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

依據 WHO(World Health Organization，世界衛生組織)的決議文，各國政府依據國家預算，在 2030 年前消除 C 型肝炎疾病的存在。WHO 宣示的文字是，每個國家的政府機關要編列國家預算來消除 C 型肝炎，而不是說台灣要用健保費來消除 C 型肝炎，請大家將原文拿出來看，才能瞭解 WHO 決議文的原意。

周主任委員麗芳

請商委員東福。

商委員東福

既然何委員語關心這件事情，我回應一下。WHO 也提出全民均健的目標，WHO 有這樣的理想當然很好，但是台灣又有在世界上被讚賞的健保制度來協助推動 C 肝防治工作，所以可以預期台灣的 C 肝防治一定比其他國家更先進。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

一、對於商委員東福的答覆，我很不滿意，因為現在已經發生問題

了。若按健保法第 24 條第 3 項規定，應依協議訂定的醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率的審議，本項指出二代健保收支平衡的精神。應該用確定的總額成長率來審議費率，而非依據付費者及醫事服務提供者建議的 2 個總額成長率進行討論。然後在費率審議過程中，對談的對象又不對，應該由健保署和付費者對談，不是醫事服務提供者和付費者代表來談，因為費率審議應該要考量付費者的付費能力，而且也沒有必要製造對立。

二、我希望費率審議的制度能夠更健全，經過費率審議後，彙整大家的意見，提出 1 個建議費率，而不是 2 案併陳、3 案併陳，頂多在會議紀錄中呈現討論的過程和意見。最終希望，能訂 1 個較詳盡且讓大家接受的審議原則，讓下一屆委員會議可以使用，健保能夠永續經營。不要說現行法律規定是如此，我知道現行法律沒有規定付費者要跟醫療團體協商費率成長，但經思考我認為很多地方都不對，希望社保司能好好研議。

周主任委員麗芳

先請陳委員炳宏發言，再請蔡副署長淑鈴回應。

陳委員炳宏

能夠體諒社保司的辛勞，但我還是附議干委員文男剛剛的建議。

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴回應。

蔡副署長淑鈴

有關健保的部分有 3 點，回應如下：

一、第 1 點，關於 C 型肝炎藥費的部分，多位委員都提到，這幾年藥費占率的提升和 C 型肝炎藥費的使用是有非常大的關係。其實 109 年是 C 型肝炎藥費編列預算的高峰，總共編列 81.66 億元。事實上，109 年沒有用那麼多預算，剩餘經費也會繳回健保基金。另外，因為已經渡過所謂的 C 型肝炎治療高峰期，明年 C 型肝炎藥費的預算也會減編，很快地預算會逐年減列的愈來愈

愈多，所以不會讓藥費占率因 C 肝藥費而持續攀升。在今年總額協商的時候，各位委員也已經有看到 C 型肝炎藥費減少編列的情形，就算照健保署建議編列預算，如果有剩餘經費也是回歸健保基金。另外依據過去治療 C 型肝炎的經驗，C 型肝炎口服新藥的治癒率非常高，是非常好的藥，治療失敗的比率約 2~3%，原因包含對 C 型肝炎口服新藥產生抗藥性，還有約 2% 是中斷治療，可能是忙碌或工作，沒有持續服藥，以至於沒有達到原來服藥的效果。未來努力的目標除持續對 C 肝病人給予治療外，對治療失敗病人須持續提高服藥的順從性，另一個就是對已經產生抗藥性的病人，雖然約 2~3% 的人，但幾年累積下來人數也會繼續增加，所以目前委託台大肝癌的團隊，研究對於產生抗藥性的病人是否有其他再治療的機會，這是未來 C 肝可能發展的方向。但回到預算的觀點來看，它已經渡過高峰期，接下來是預算逐年減列的情況，請大家放寬心。

二、另外，滕委員西華提到 TAVI(經導管置換瓣膜套組)，從自付差額變成全額給付，以及趙委員銘圓關心 IO(Immuno-Oncology Therapy, 癌症免疫療法)對於肝癌和胃癌治療的部分，先請戴組長雪詠向大家做初步說明。

戴組長雪詠

一、首先針對剛剛委員提到的 TAVI 進行說明：

(一)一開始廠商是依據健保法的規定，建議以自付差額的方式將 TAVI 健保納入給付，所以本署援用藥物支付標準第 52 條之 4，一層一層進行討論，然後在健保會討論同意納入自付差額特材。

(二)過程中，有委員、代表及外界等反映，就算是健保給付 30%，民眾還是要自付將近 80 萬元的差額，造成就醫障礙，所以本署也非常慎重。在健保會委員會會議同意自付差額方式納入健保給付後，我們找到 6 家 TAVI 使用量最多的醫院，醫師特別提到 TAVI 和其他自付差額特材不一樣，沒有既有的健

保全額給付品項讓病人選擇，TAVI 幾乎是全新的特材。第 2 個考量是，民眾自付的金額是 70~80 萬元，因為 TAVI 適用於 80 歲以上病人，這些病人確實有經濟障礙的問題。第 3 個考量是，醫師提到 TAVI 的醫療效益非常好，病人死亡的原因都不是心臟疾病，而是其他的疾病過世。經上述考量後，本署以全額給付的方式提到藥物共同擬訂會議討論，也很謝謝醫界的支持，所以在 11 月份的共擬會議通過以全額方式將 TAVI 納入健保給付，這是針對 TAVI 簡要的說明。

二、剛才趙委員銘圓提到 IO 的部分，針對肝癌和胃癌，廠商已經再次提出以療效為基礎的方案，本署積極評估後會再和廠商討論。有關 IO 併用治療的趨勢，本署每 3 個月會召開專家會議，收集國際的資料，進行滾動式的檢討與評估，目前 IO 會併用各種治療，例如標靶藥物、化療等，目前國際上，合併治療的模式理論上可行，但是臨床上，失敗的案例還是多於成功的案例，當然還有重複毒性問題。不管怎麼樣，這是在各國和台灣也取得許可證的產品，目前會將 IO 合併治療模式列入專家評估，當然它的費用非常高。

蔡副署長淑鈴

一、我再補充說明 IO 部分，IO 是健保過去給付昂貴藥物之後，第 1 個能夠使用真實世界資料(Real World Data)，再次驗證療效的給付項目。過去我們也給付非常多的昂貴藥物，但是用藥之後效果是否如預期，因為我們沒有收集治療之後的真實世界資料，所以沒有再依治療結果重新評估給付的政策。有這次運用真實世界資料的經驗，本署依據台灣病人的治療經驗及治療的結果，因為資源有限，當時做了取捨，率先把比較沒有療效的胃癌和肝癌先行拿掉。目前趙委員銘圓不斷地訴求，是否可以給付胃癌、肝癌病患 IO 的費用，及 IO 可否和化療藥物併用等，因每年協商後的新藥預算有限，當增加 IO 的預算支出就會排擠其他病友使用新藥的權益，這都是取捨的問題。不過戴組長雪詠特別向大家報告，如果廠商可以提出比較好的 MEA(Managed

Entry Agreements, 藥品給付管理合約) 方案, 以減少資源的耗用, 本署樂意對這類的病人再恢復給付, 這些都持續在進行中。

- 二、第 2 個, 從這次 IO 的經驗, 我們也思考到未來還有更昂貴的新藥、罕見疾病的藥物, 也都會有類似需要再建立真實世界資料收集療效資料的情形證明其療效, 特別是昂貴的藥物, 以上向趙委員銘圓補充說明。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、剛蔡副署長淑鈴提到, C 型肝炎藥費的減列當然是非常好, 因為 C 型肝炎的病人愈來愈少。不過還有另外 1 項支出造成藥費的增加, 就是愛滋病的藥費, 愛滋感染者服藥超過 2 年者的藥費會持續的成長, 大家也希望這些費用由疾管署編列公務預算支應, 但是看起來也好像和 C 型肝炎藥費一樣, 通通都由健保支應。尤其是愛滋病藥費持續成長, 會影響整個藥費支出, 以後會非常嚴重。
- 二、第 2 個, 剛何委員語談到, 門診透析預算研商議事會議中鄭集鴻代表發言內容很不客氣, 但我和鄭委員建信當場有做回應, 表達各位付費者代表對於門診透析的期許, 希望透析的人數能夠下降, 尤其在政府多年來已經投入許多預算, 透析人數不降還一直增加, 預算還要持續增加, 我們認為不盡合理。另外, 成功換腎人數只有個位數, 活體腎臟移植部分有待加強。洗腎不管是對病人生活品質造成影響或造成醫療費用增加, 都不是我們所樂見的, 所以在那次會議中, 都有表達我們的意見。就如何委員語所提, 門診透析研商議事會議的代表認為總額協商好像在喊價, 其實我們並沒有刪減門診透析的預算, 但若一直無限制增加透析預算, 難道台灣洗腎王國要永遠存在嗎?

周主任委員麗芳

- 一、針對委員所提意見, 本案做成以下決定:

(一)上次委員會議決議(定)事項辦理情形：

1.擬解除追蹤案(共 1 項)：同意依幕僚擬議，解除追蹤。

2.擬繼續追蹤案(共 3 項)：同意依幕僚擬議，繼續追蹤。

(二)第 1 次臨時委員會議決議(定)事項辦理情形，擬繼續追蹤案(共 1 項)：同意依幕僚擬議，繼續追蹤。

(三)歷次委員會議未結案件辦理情形：

1.擬解除追蹤案(共 6 項)：依委員意見，將項次 5 改列繼續追蹤，其餘 5 項依幕僚之擬議，解除追蹤。

2.擬繼續追蹤案(共 14 項)：依上開委員意見及幕僚之擬議，15 項繼續追蹤。

(四)有關「109 年度全民健保各部門總額協定事項相關計畫」尚未完成之項目，及 110 年度各部門總額 109 年度執行成果之評核作業，同意依幕僚之建議辦理，其中 110 年度評核作業之建議，請相關團體及健保署於 110 年 1 月 22 日前配合提供資料。

(五)有關門診透析預算協商，未來健保署若有其他相關之分析及資料，請於年度總額協商前提出，以利納入協商參考資料。

(六)餘洽悉。

二、接下來進行討論事項第一案。(干委員文男舉手)請干委員文男。

干委員文男

剛才我所提的意見，主席都沒有做成決議，也沒有請社保司回應，就是我希望研議費率審議原則，讓明年度委員能夠使用，但未做成決議，這樣對不起這一屆委員。如果下一屆發生類似的事情會沒完沒了，主席沒有做成決定，我講了也是白講。

周主任委員麗芳

好，我補充進去。

干委員文男

第 2 個問題，有人攻擊健保會門診透析協商過程很草率，像在菜市

場喊價。剛趙委員銘圓提到，我們要治療病人不是要養病人，現在透析的人數一直增加沒有減少，腎臟移植也沒有積極推動，透析病人一直增加，預算也要增加，把所有的總額都稀釋掉。有人攻擊我們很草率，我們承認嗎？我們也應該要有會議決定，我們希望治療病人不是養病人，如果因為門診透析預算而稀釋整體總額預算是不對的，對於他們的指責，我們也要有相關的決議，表達我們不能接受等說法。

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

本案一開始，我就提出，敬請權責單位要補列 5 個繼續追蹤的事項，這些都是付費者代表於今年 8~11 月的 5 個正式連署提案，皆是有利穩健健保財務管理，請權責單位列入繼續追蹤。

周主任委員麗芳

一、剛才委員所提的意見，列為決定第六點。委員所提意見，送請
 社保司及健保署研參。

二、接下來進行討論事項第一案，請同仁宣讀。

參、討論事項第一案「110 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請健保署說明。

吳副組長科屏

一、本署先就 110 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案草案進行說明。本案是依全民健康保險法第 72 條辦理，本署每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提本會討論後，報主管機關核定。

二、109 年抑制資源不當耗用改善方案，本署於 108 年 12 月 27 日報經貴會同意後實施，本方案主要分 3 大構面 10 項策略，並訂有 16 項指標衡量成效。至 109 年第 3 季執行情形請參閱會議資料第 49 頁。

三、原提報 16 項指標中，達標的項目 12 項、暫緩追蹤項目 2 項、未達標項目 2 項，說明如下：

(一)第 3 項「基層與地區醫院門診占整體件數之占率」、項目 4「非同體系區域級(含)以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加」均為「正確就醫觀念行為」策略的管控項目，此 2 項主要是因為疫情關係，所以今年暫緩追蹤。

(二)第 5 項「接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率」，原所列的執行值未達標，係因長照司提供本署的資料不全，經長照司於 12 月 1 日提供本署更新資料並重新計算後，本項執行值為 29%，已達到目標值。因此，達標的項目更正為 13 項、暫緩追蹤項目 2 項，未達標項目 1 項。

(三)未達標的項目，「精進雲端資訊系統」策略的第 9 項「醫療檢查影像資訊即時上傳率」，目標值為 90%，目前執行值為 86%。

(四)請參閱會議資料第 50 頁，剛已經說明第 3 項和第 4 項是因

應疫情暫緩追蹤；第 5 項「接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率」經長照司更新資料並重新計算後，本項已經達標了；第 9 項「醫療檢查影像資訊即時上傳率」未達標，院所表示，主要是受疫情影響，資訊人力不足，導致未能及時上傳，但 109 年第 3 季已較前季成長，110 年持續列入管控並加強辦理。

四、110 年的方案將延續 109 年方案內容，並提會討論。

周主任委員麗芳

請問蔡副署長淑鈴需要補充說明嗎？

蔡副署長淑鈴

沒有。

周主任委員麗芳

- 一、先提醒大家，因為前面的議案有延遲，中場休息取消，另外幕僚也提醒我，今天是週五又是聖誕節，會有塞車的狀況，我希望今天能在 12 點結束會議，不然可能大家會趕不上高鐵。
- 二、接著請委員提供高見，依序請干委員文男、滕委員西華及吳委員榮達。

干委員文男

- 一、關於抑制資源不當耗用之改善方案，年年談談年年過，始終就是這樣子，浪費的還是在浪費，像剛才提到的有人覺得門診透析預算太少，但透析人數又一直增加，應該提出相對應的策略解決透析人數增加的問題。沒有對策，照樣通過，錢照給，給的不足，還是健保會來背。
- 二、第 2 個，「醫療檢查影像資訊即時上傳率」執行值僅 86%，應該可以再提升，也都有編列預算支應，希望可以再加強。
- 三、另外，有關藥物浪費，我聽很多也看很多，消除藥物浪費是重要的事情，但也不能光說不練。應該在藥局或醫院前設立藥物回收箱，進行藥物回收箱查誰丟的藥物，健保署進行實際追蹤，沒有病人的名字沒有關係，只要追蹤幾個人，知道哪個人領藥

後馬上丟到藥物回收箱，領了什麼藥？領藥後為什麼不服用？透過新聞報導，馬上會有很大的回應。藥物浪費也談幾年了，如果醫院沒辦法做，就讓藥師來做，如果藥師不能做，沒有人做的話要多編列一些預算，讓其他單位做，想盡辦法進行追蹤和改善。

四、藥物浪費的原因很多，主要是藥價差額的利潤，使得醫師不開藥也不行。如果醫師沒有透過健保醫療資訊雲端查詢系統，查詢病人用藥的狀況，談都是白談，錢也是白花。如果新聞報導後，民眾知道丟藥會被抓到，健保署掌握所有的資訊，透過這資訊，瞭解民眾為什麼將藥物丟入回收箱？是哪個醫師開的？是病人不服藥？還是病人不想服藥，但醫師還硬開藥嗎？不要推來推去的，從健保開辦就已經在討論抑制資源浪費，但光門診回收藥箱就喊了多少年，健保署才有公權力，所以健保署進行相關的追蹤，這樣才能消除醫藥資源浪費。另外希望調整門診診察費，避免以藥養醫的情形。

滕委員西華

請教健保署，第 5 項「接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率」和第 7 項「與長照 2.0 之銜接率」的個案是否有重複計算？

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

請問「正確就醫觀念行為」策略的 2 個管控項目的執行值和「增進院所合作機制」策略的 2 個管控項目的執行值，並請參閱 109 年 11 月份業務執行報告第 81 頁，表 32「醫院總額各層級醫院急診下轉件數」呈現非常高的負成長，負成長的情況與本案的數據是否有不吻合之處？

周主任委員麗芳

請問委員有沒有其他意見？依序請趙委員銘圓、何委員語。

趙委員銘圓

- 一、剛剛忘了向各位報告，那天門診透析預算研商議事會議結束後，碰到鄭集鴻代表，他有稍微道歉。
- 二、請參閱會議資料第 50 頁，「善用資源合理使用」構面，第 13 項「違規院所訪查」目標值 129，執行值 333，請問本項是指違規院所是 333 家嗎？如果違規數據這麼高，請健保署再加強辦理。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、建議衛福部運用公務預算進行國民抗藥性相關調查，因為國人用藥量越來越大，過去民眾感冒，只要服藥 3 天就可以痊癒，現在需要 6 或 9 天，到底是藥品藥效不足，或是國民抗藥性高，導致服用更多藥品？目前國內已經從第 1 代抗生素使用到第 4 代，有些民眾因產生抗藥性，只能以第 4 代抗生素進行治療，政府相關單位應著手進行相關調查，並針對市面上流通的藥品進行藥效分析，避免不良廠商為降低成本而變更主要原料劑量，影響藥效。
- 二、蔡副署長淑鈴報告 C 型肝炎新藥的治療成效良好，請參閱會議資料第 27 頁，106 年治癒成功率為 97%、107 年為 97.4% 及 108 年為 98.7%，3 年平均達 98.1%，未來可有效預防肝癌的發生。
- 三、國內大腸癌高居 10 大癌症前 3 位，民眾進行大腸鏡檢查即可有效降低大腸癌發生率，目前健保給付大腸鏡檢查 1 次約 2 千多元，相對於 C 型肝炎新藥，費用相當低廉。我自己都做自費健康檢查，4 年前做 1 次大腸鏡檢查，並沒有發現瘻肉，今年健檢除大腸鏡檢查外，另加做胃鏡檢查，檢查結果正常，也沒有瘻肉，健檢費用需 3 萬元，但有輕微的胃潰瘍，所以醫師開立 2 週的自費藥品，藥費約 6,000 多元。若民眾在大腸鏡檢查發現瘻肉時直接切除，即可有效預防大腸癌，建議健保署考量調整大腸鏡檢查給付標準。
- 四、另請教轉銜長照 2.0 服務與安寧療護服務二者間轉介情形，例

如：轉銜長照 2.0 之民眾轉介至安寧療護之比率，或是醫院安寧緩和病患轉銜長照 2.0 之比率為何。

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴回應。

蔡副署長淑鈴

- 一、謝謝各位委員對於抑制資源不當耗用改善方案所提之意見，我先簡要說明之後，再請同仁補充。
- 二、目前國人大腸癌發生率高，何委員語提及大腸鏡檢查支付標準是否偏低，近期大腸直腸外科醫學會與健保署進行相關討論，目前大腸鏡檢查設備已相當先進，醫師可於大腸鏡檢查過程中直接切除瘰肉，不需另進行腹腔鏡手術切除，而醫學會亦建議若於檢查時發現瘰肉，應立即切除。健保署正檢討大腸鏡檢查併同瘰肉切除之支付標準，目前專科醫學會仍在評估合理的支付條件，健保署將收集意見後，再研修相關支付標準。
- 三、委員持續關心藥品浪費部分，隨著健保雲端藥歷系統完備與資訊分享，目前已可做到重複用藥不予給付，因此醫療院所對於重複用藥也都越來越謹慎。雲端藥歷系統已建置主動提示藥品交互作用功能，另為延緩慢性腎臟病病程，也會主動提醒目前病患的腎功能狀況及服用 NSAIDs(非類固醇抗發炎藥物)藥物情形，及其他跨院所間藥歷分享等，提供臨床醫師查詢，讓醫師在開立處方的第一時間就能避免不必要的藥品浪費，也非常感謝所有醫界的配合，因此在重複開立藥品的部分都已逐步減少。
- 四、後續將要面對的是雲端藥歷系統無法解決的民眾端用藥問題，當醫師依病人病情需要開立未重複的藥品，但病人領藥後未依醫囑服用，因而產生餘藥，民眾自行丟棄或送至藥局回收，這類型的藥品浪費樣態需要再另外思考解決策略。
- 五、接下來請醫管組及醫審組回應，先請醫管組吳副組長科屏說明。

吳副組長科屏

- 一、剛才吳委員榮達詢問項目 4「非同體系區域級(含)以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加」與業務執行報告第 81 頁表 32 下轉件數有差異，因表 32 為「醫院總額各層級醫院急診下轉件數」，與「非同體系區域級(含)以上醫院下轉(含回轉)件數較去年同期增加」計算定義不同，故統計結果也不同。
- 二、項目 5「接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率」計算定義，分母為申報健保出院準備追蹤管理費及申報急性後期整合照護中結案有評估費的件數，排除出院即死案件，分子為分母案件且需出院後 30 日內有接受各類居家醫療照護服務、居家醫療照護整合計畫、轉出醫院出院準備評估費、急性後期照護及家醫計畫社區服務等件數歸戶後計算。
- 三、項目 7「與長照 2.0 之銜接率」計算方式，分母為申報健保出院準備追蹤管理費，並需要出院前有完成長照 2.0 需求服務案件數，排除於出院後 7 日內死亡之個案，分子為分母案件且需出院後 7 天內有接受長照 2.0 的服務件數，本指標分母有 2,384 件，分子有 1,192 件。
- 四、項目 13「違規院所訪查」，預設目標值係訪查院所數為全體特約院所家數的 1.5%，即 129 家，109 年實際訪查 333 家，以上補充說明。

戴組長雪詠

- 一、醫審組補充說明，有關何委員語詢問市面藥品恐有藥效不等及相關管理查核機制部分，健保署雲端藥歷系統中有「藥效不等通報機制」，讓臨床醫師於使用同一品牌同一藥品或不同廠牌但同成分、同劑型、同劑量有疑似藥效不等情況時，可以進行通報，健保署於收集案例後，再轉知食藥署做後續的監測及調查。
- 二、食藥署對市售藥品也有監測及抽驗機制，若發現有藥效不等、判定為劣藥或不良品等情事，會要求廠商回收相關藥品，以上補充說明。

蔡副署長淑鈴

剛才滕委員西華詢問項目 5(接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率)及項目 7(與長照 2.0 之銜接率)是否有重複計算之虞，經吳副組長科屏說明各項定義後，可知道並未重複，項目 5 是針對後續醫療的銜接，項目 7 是針對長照服務的銜接。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

本來想等到業務執行報告案再詢問，但與本案有關，所以就先提出詢問。請參閱業務執行報告第 45 頁，表 19-1「慢性/非慢性病醫療點數統計_西醫門診總表」中西醫(含慢性病)平均每件給藥日數，109 年給藥日數有明顯的成長，第 1、2 季成長可能與今年疫情有關，但第 3 季疫情已趨緩，為何平均每件給藥日數仍較去年大幅成長？

周主任委員麗芳

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、向吳委員榮達報告，政策上鼓勵醫師增加慢性病給藥日數。隨著人口結構高齡化，慢性病患者就會隨之增加，經醫師專業判斷為病情穩定的慢性病患者，雖不一定要開立慢性病處方箋，但開立長天期的藥品，有助減少病人就醫往返院所奔波時間。
- 二、今年為因應疫情，為減少病人至醫療院所次數，醫師也會盡量開立慢性病處方箋，導致平均每件給藥日數增加。

周主任委員麗芳

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

有關吳委員榮達的疑問，我再簡單補充說明：

- 一、「平均每件給藥日數」與「年度就診次數」可一併觀察，若平均每件給藥日數增加，但年度就診次數下降，則整體醫療耗用

不一定會增加。

- 二、另可參考人口結構改變率，若人口老化速度快，則慢性病相關醫療耗用也會隨之增加。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、剛才蔡副署長淑鈴提及未來將思考民眾端剩藥改善策略，希望在會議紀錄中呈現何時可以進行相關措施，因為本屆委員任期將於 12 月底屆滿，但不管未來續任與否，大家都可以看到藥物回收箱內藥品回收的增減情況，這是很重要的議題。
- 二、報載估計全台被丟棄藥品有 193 公噸，我對這個數據感到疑惑，也特別感謝黃委員金舜在 12 月份安排參訪藥廠，瞭解藥品生產相關過程。
- 三、剛才何委員語也提到藥品藥效的問題，基本上學名藥成分及品質應與原廠藥無異，但為何會出現藥效不同的意見？實際情形為何？無論如何，我都希望在兼顧各方權益下，能減少健保資源浪費。

周主任委員麗芳

請黃委員金舜。

黃委員金舜

- 一、感謝干委員文男的關心，實際上台灣藥品浪費的問題相當嚴重。目前健保特約藥局約有 6 千多家，多設有藥品回收箱，根據藥師公會的統計，推估 1 年約有 193 公噸的藥品被浪費，比例相當高。
- 二、干委員文男建議藥局藥師於回收藥品時登記民眾個資以進行後續分析檢討，因涉及民眾個人意願、個人資料保護法及藥局藥師無公權力等因素，實務執行上有其難度。假若醫療團隊是 1 支棒球隊，醫師就是投手，藥師是捕手，醫師(投手)要投好球或是壞球，掌控權不在藥師手上，若藥局藥師有權力能於民眾將

剩餘藥品送至藥局回收時記錄相關資訊，的確有助於未來改善，但目前仍需與健保署共同研議實際可行之作法。

周主任委員麗芳

請葉委員宗義。

葉委員宗義

- 一、今天是本屆委員會最後 1 次會議，因此很多委員都把握時間表達意見，我要為蔡副署長淑鈴及商司長東福說幾句公道話。我、張委員文龍及林委員敏華 3 位是「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」的代表，另外也跟何委員語擔任「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」代表，其他委員皆未參與這 2 個擬訂會議，比較不清楚相關細節。
- 二、1 項藥品要納入健保給付並不容易，要經過專家審議、評估醫療費用影響等層層關卡後，才能納入健保給付，相關行政程序及作業都嚴謹完備。而醫療服務項目共擬會議在蔡副署長淑鈴的主持下，都有條不紊的進行。明年工商界團體在藥物共擬會議中，可能會多增加 1 位代表，我相信對於未來討論藥品納入健保給付時，會提供更明確的建議。
- 三、有關醫療浪費的議題，我相信除了醫療服務提供者外，民眾端也是要負起一些責任，高齡者較易罹患慢性病，慢性病用藥多且複雜，很多民眾領藥後容易混淆、無法正確用藥，造成藥品浪費，建議藥師公會可以設計 1 個讓民眾可清楚、正確服藥的工具，否則高齡者無法正確服用藥品，就容易造成藥品浪費。我之前就有提議，寧可多編預算讓藥師公會進行相關規劃、設計，也不要後續的藥品浪費，請藥師公會再加油。
- 四、剛才也有委員提到慢性腎臟病預防及治療，我昨天也勉勵柯委員富揚，希望中醫界可以多多加強慢性腎臟病的治療，以造福民眾。
- 五、本會有 5 位工商團體代表，今天有 4 位出席，真的很感謝各位，在健全的健保制度下，台灣的國家經濟力大幅提升，全民健保

對於台灣工商界的貢獻，不可抹滅，若因為我們代表出席相關會議後未向各位充分說明，而導致各位委員對於蔡副署長淑鈴及商司長東福有所誤解，在此致歉。

周主任委員麗芳

感謝葉委員宗義的高見及對健保署與社保司的肯定、鼓勵。最後 1 位委員發言，請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、請參閱本次會議議程時間分配及預定時間表最下面文字「委員會議最遲需於 13:00 前結束」，但剛才主席又說要 12 點前結束，我不清楚其他委員是買幾點的車票，像我以為會議到 2 點才會結束，所以買下午 2 點 55 分出發的車票。我知道大家現在都歸心似箭，建議未來能於會前確認，以利委員安排行程。
- 二、有關藥物浪費的議題，請參閱會議資料第 40 頁，健保署說明「考量剩藥原因可能為病人因病情變化暫停用藥甚至死亡，造成藥物未使用而拿到藥局回收...」，不知健保署或藥師能否判定病患是因死亡或何種因素未使用藥物，若因病患死亡或醫師換藥而將剩藥送藥局回收，亦有助降低環境污染。
- 三、若未能釐清原因，僅依特殊個案將市價 146 萬元藥物送至藥局回收，影射成多數民眾浪費藥物，對付費者並不盡公平。

周主任委員麗芳

- 一、謝謝趙委員銘圓的說明，因為有不少委員向我表達他們購買 2 點出發的車票，我擔心若會議進行到 2 點後，恐怕出席人數不足，所以才希望大家在時間上盡量配合。
- 二、本案 2 點決議：
 - (一)有關 109 年度未達標之 4 項管控項目，請健保署於 110 年持續加強改善，並依法定程序陳報衛福部核定。
 - (二)委員所提意見，送請健保署參考。

蔡副署長淑鈴

主席，剛才吳副組長科屏有口頭補充，項目 5(接受出院準備服務個

案之後續醫療銜接率)已達標，因此只有 3 項未達標。

周主任委員麗芳

一、修正第 1 點決議，未達標之管控項目為 3 項。

二、接下來進行討論事項第二案，請同仁宣讀。

肆、討論事項第二案「110 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請健保署說明。

吳副組長科屏

- 一、本案為 110 年度各部門總額一般服務之點值保障項目，依照健保會第 8 次、9 次委員會議討論事項有關各部門總額一般服務保障項目及支付方式之決議：「需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由本署會同各總額部門相關團體議定後，於 109 年 12 月底前送健保會同意後執行」。
- 二、本署已於 109 年 11 月 18 日、11 月 19 日、11 月 24 日、11 月 25 日、12 月 10 日分別與門診透析、中醫門診、牙醫門診、醫院、西醫基層總額相關團體討論並達成共識，除牙醫門診總額未有點值保障項目外，其餘部門總額之保障項目均與 109 年相同，以上報告。

周主任委員麗芳

- 一、請問委員有沒有詢問？(多位委員回應：沒有)本案同意健保署所送之「110 年度各部門總額一般服務之點值保障項目」，如附件。
- 二、接下來進行討論事項第三案(臨時提案)，請同仁宣讀。

伍、討論事項第三案(臨時提案)「建請健保署依健保法第 61 條第 3 項規定研議健保醫療給付費用總額中合理的醫藥分帳制度，避免健保給付藥物(品)費用占率與點數的逐年增加，造成其他醫療服務點數受到排擠及點值的下降，影響醫療服務品質案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

提案委員是否補充說明？請滕委員西華。

滕委員西華

因為時間因素，我簡單說明：

- 一、本案訴求很簡單，因為藥費每點 1 元自總額扣除後，其餘費用點值採浮動計算。但近年來整體藥費占率非常高，今天會議中很多委員都關心藥品管理相關問題，健保署也很努力在進行藥品費用的管理，如：風險分攤、DET(藥品費用支出目標制)、雲端藥歷等措施，但不能否認藥品沒有最貴只有更貴，新藥新科技預算逐年攀升，而放寬藥品適應症除了降低病患的負擔外，也持續墊高總額內藥品費用占率。
- 二、在長期「醫療專業服務打折(採浮動點值)，但對藥品不打折(每點 1 元)」下，社會各界開始出現不同意見，因此建議可考慮研議醫藥分帳制度，也需要很多配套措施，故本次提案並非要馬上執行。但若執行醫藥分帳制度，或許日後不需要 DET，亦或可降低藥品放寬適應症而排擠醫療費用的煩惱，世上沒有完美的制度，但考量現行健保法中已明列「醫藥分帳制度」，剛才的討論中也提到藥師的專業應該好好發揮在藥品處方審閱上，能夠在用藥安全以及是否過當處方的部分。我們相信這樣的制度很有可能讓藥師的專業更加的去發揮，就是不應該只有從錢或浪費來考慮，而是讓總額裡面更有效地來分配。
- 三、看了社保司及健保署的回答，我和吳委員榮達是有一點傷心，但是因為今天聖誕節我們也不好太傷心。我是覺得有點太消極，

因為這個不是馬上要做，我們希望作為公正人士可以提一些政策，因為政策監理，健保會除了分配預算，政策監理也很重要，所以我們覺得應該要研議「醫藥分帳制度」這件事情。本案並不是討論要不要做，而是建議研議執行的可行性。藥品費用的問題，不是只有增加部分負擔或者是其他的方法，我覺得其實應該要研議。

周主任委員麗芳

請黃委員金舜...

吳委員榮達

抱歉，我對提案有補充說明。

周主任委員麗芳

先請吳委員榮達補充。

吳委員榮達

我提 2 點說明，第 1 點，我和滕委員西華提出本案是想拋磚引玉，讓大家去重視這個問題。第 2 點，我們是希望這個健保會不要背黑名或是背黑鍋，一直以來，外界及醫療人員認為，因為健保會給的預算太少，造成醫療人員提供的醫療服務獲得的點數及數值過少，對醫療人員太過苛刻。所以我們提出本案來正視因為藥費的占率逐年提高，會影響醫療服務人員的點值或是點數，以及他們的士氣的問題，這是我們提案的用意。

周主任委員麗芳

請黃委員金舜。

黃委員金舜

一、非常感謝吳委員榮達跟滕委員西華的提案，實際上我當藥師公會全聯會理事長 1 年多，藥師公會已經成立總額規劃小組，到現在已經開 3 次會。目前在慢箋的部分，說起來醫學中心是很吃虧，慢箋是放到社區藥局，結果這部分的總額，對醫學中心來講，長期是不公平的，也產生醫學中心的慢箋釋出 1 張，他們的錢就少 1 張，所以也會阻礙長期醫藥分業的發展，這對整

個國家醫療體制來講是相當的不利。

- 二、我們找過李教授玉春來探討醫藥總額，藥品總額要怎麼處理，當然我們也很清楚，裡面的問題相當的多、相當的繁雜。包括剛剛黃委員啟嘉說，現在醫療點值是浮動的，開處方箋的權利來自醫師，他要投好球、壞球，我們都無法掌控。如果產生點值浮動，到時候這個費用要怎麼辦，都要有 1 個很好的機制來處理。
- 三、長期來說，慢箋的釋出對醫學中心相當不合理，所以是不是可以讓藥師團體有機會先從醫學中心慢箋慢慢試辦，等做到委員對我們有信心的時候，再全面把整個藥品總額分開，這是藥師公會的期待。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、補充說明，早期健保署每年編列 5 千萬元給藥師公會做藥事居家照護計畫，可是效果不彰，沒有做好整個居家藥物整合的工作，健保署就準備刪掉，後來藥師公會希望至少給他保留 3 千萬元，可是去年編列的 3 千萬元(特殊族群藥事照護計畫)竟然都沒有用掉，今年的 3 千萬元到現在有沒有用掉？等於都沒有，編了這些經費給藥師公會要去做居家藥物整合計畫，為什麼都沒有推動，連續 2 年的預算都沒有支用，為什麼都沒有推動？藥事照護計畫就是去幫忙檢視罹患 4、5 種慢性病的患者，是不是拿了 4、5 種藥，如果有重複的就要整合用藥，也可以請醫師不要重複開藥，現在有雲端藥歷可能會解決一些事情。
- 二、第 2 點，我記得 5、6 年前我參與健保署還是衛福部委託大學的教授，做了 9 個國家的藥品調查研究，那份研究報告我也沒有收到，雖然我參與了訪查跟整個討論。有些國家是把藥物採購拉到國務院，包括設立中央藥物委員會，統籌來管理這些國內藥廠提供的研發跟新藥的開發、國外藥品的採購，以及藥價的

漲跌幅，還有整個健保藥物的大量採購的工作。這樣子的話，坦白講，剛才葉委員宗義有講到說，藥物共擬會議在健保署下面，那麼共擬會議只是去看藥物品項是否納入健保使用，或者說是不是適合哪個病症可以使用，而且並沒有辦法做很多決策性的事情，所以功效就大打折扣了嘛！全世界統計起來台灣吃藥吃最多，占比是最高的，人家先進國家都 6% 到 12% 中間，我們平均至少就 15、16% 以上，我剛才報告過 C 型肝炎藥物我們不要把他算入，至少都有 15、16% 的藥費的占比。東方國家高到 12%，西方國家都 6% 到 8%，我們吃了太多藥，抗藥性很強，所以我才提到要有抗藥性調查。

三、有次我耳朵積水去看病，只是去將積水抽出來，我說不要吃藥，積水抽完就好了，醫師說不行，如果不拿藥怎麼報藥費，所以只好給我開抗生素的藥開 9 顆 3 天份。我到底要不要吃，我就很猶豫，耳膜積水抽掉就好了、就沒事了嘛，現在變成如果醫師不開藥給你，對西醫基層來講，就不能請到藥費，所以他必須開個藥給你，所以這些都是很正常的事情，我們沒有說他錯，都很正常。至於怎樣讓這些事情有良好的管控，確實很麻煩。我有輕微的胃潰瘍，2 個禮拜 6 千元的藥，知道我 1 天要吃幾顆藥嗎？15 顆。我跟醫生講，我輕微的而已，可以不吃藥，他說不行，因為裡面有維他命 E、維他命 C、維他命 D、全部都加一加 15 顆的藥，雖然這些非使用健保給付，我不曉得怎麼吃，這一點也提出經驗給大家做參考。

(黃委員金舜表示要回應)

周主任委員麗芳

先讓委員發言完之後，再請黃委員金舜回應。依序請李委員偉強、黃委員啟嘉。

李委員偉強

一、先回應一下，因為剛剛何委員語提到 2 次腸胃科相關問題，下次我們也可以私下討論。剛剛何委員語提到大腸鏡檢查，大腸

鏡檢查在美國的價錢是台灣的 10 倍以上，我為什麼講這個例子呢，我剛剛提到藥費，台灣的藥跟國外相比，因為我們很多國外進口的藥，在台灣與國外的價差沒有 10 倍這麼多。其實整體而言，台灣藥品的支出比例相較國外高，其中有 1 個因素是非藥品的健保支付太低了，就是比例相對的低(如同前述大腸鏡檢查)。不過，因為這個提案是「研議」性質，研議本身是中性的，那我支持健保署應該對重大議題進行研議，目標不是一定要走向醫藥分帳，醫藥分帳僅是一個手段，研議的目標應該是如何在大總額支付制度下，檢討藥品及非藥品的支付標準、藥費的合理成長跟控制，而且不會排擠新藥與新科技的引進，才能維持健保的醫療品質整體考量，這個才是總目標。

二、這時候醫藥分帳只是其中一個手段，在研議的時候別忘了要將我們過去提過好幾次有關於調整民眾部分負擔的議題，一般的用藥部分負擔比例要不要提高？或是上限要改變？還是說其他的部分(如檢查(驗)部分負擔)要一起研議，只要是能達到我們前述整體目標的所有方法，都應該涵蓋在這次的研議中，這樣才能更完整。

周主任委員麗芳

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

一、在我發言之前我先講一個故事給大家聽一下。有一天我家的電腦壞掉了，我請電腦工程師來，結果他來看一看，原來是總開關忘記開了。結果總開關開了電腦就好了，所以我的電腦不是壞掉，是總開關沒開。然後我請問他出來 1 次修理要多少錢？他跟我講他什麼事都沒做。我說你幫我解決問題了，那你的修理費是多少，後來我給了他完整的服務費。因為他如果不告訴我總開關沒開，給我東搞西搞，然後告訴我鍵盤壞掉、主機板壞掉，然後再幫我換一換，我也是得到同樣的結果，但實際上我不需要他做那些東西，可是我願意付完整的服務費給他，因

為那是他的專業，他幫我解決問題。

二、我一直在想醫師是不開藥比較專業，還是開藥比較專業。我記得我在剛開業的時候有個病人曾去某些地方用甚麼草藥去燒鼻子，去 1 次所費不貲，然後跟他講說你是鼻竇炎，很嚴重，要如何如何治療，後來那個病人來給我看病，我看了以後跟他講你沒病，就是過敏而已。病人問我說醫生你可不可以退我掛號費，我回他難道要跟你說病況嚴重，你才肯付我醫療費用。醫療服務的專業只在於一定要開藥及安排檢查嗎？這是一個社會普遍的觀念。其實醫藥分帳的事情，我覺得可以有個配套，並不是要鼓勵醫師不開藥，而是要尊重一個不開藥的醫生他的專業，我們可以給個專業的獎勵讓醫師選擇要不要開藥。然後不要讓大家覺得去看了醫生，結果醫生沒有給藥，就好像沒有看到病，沒有那個價值一樣。就像是那個電腦工程師來我家，他沒有把我的電腦弄東弄西，我就不覺得他來幫我修電腦，他只是發現我總開關沒開而已。所以我的意思是說，其實我們對於藥物、藥品浪費這些思維之前，我們一定要思考這個專業是什麼，其實我覺得醫師最大的專業不是幫病人開藥，醫師最大的專業是在預防病人得到危險。就是也許你沒有病，或者也許有病，但你不知道的時候，醫師可以告訴你，在哪種狀況之下，會有哪些副作用，會不會產生哪些後遺症，這個才是醫師專業的最大價值，透過專業諮詢讓患者避開危險，而不是給藥，相對的也能減少醫療浪費。

三、所以我們可以來思考，如何鼓勵醫師不開藥，因為以前還有抽審制度，不開藥的醫生要去抽審他的案件，我覺得這個是有點荒謬，他不開藥的案件是覺得他沒有需要看嗎？其實他也許只是衛教，只是透過檢查來解釋，讓那個病人排開他所有面臨的風險，以及給他未來自我保健的建議，這可能要花比開藥多 100 倍的時間，因為要跟病人解釋、要去瞭解他的生活狀態，要去給他做各種建議。這個花的時間比單純開藥真的是多 100 倍，結果他的專業價值不如開 1 顆藥，我覺得這是我們要去改變的

思維。

周主任委員麗芳

請黃委員金舜回應。

黃委員金舜

- 一、剛剛聽到黃委員啟嘉說，在國外醫生看一些小毛病，不開藥的比重相當的高。在台灣，一般民眾如果去看醫生沒有拿藥，他就覺得很奇怪，也來產生說醫師如果給他開 2 顆，他覺得這個醫生很憨慢，如果開 4 顆、5 顆給他吃到半飽，這就是台灣傳統的概念。
- 二、剛剛何委員語提到，實際上在 108 年編列 3 千萬元，那個時候不是我當健保會委員，古前理事長博仁有跟我提過，因為過去藥師公會執行的成效沒有那麼好，健保署也有一些想法，就一直溝通，溝通到最後慢慢的時間就過了。到 108 年整年度都沒有任何進度，當然 109 年還是有編列預算，但剛好碰到台灣的疫情，所有台灣的健保藥局 6 千多家都投入在口罩實名制，那段時間實際上我們也沒有體力、精神來做這個 3 千萬元的計畫。在今年的 9 月也得到所有的健保委員的體諒及瞭解，知道我們那段時間根本就沒辦法做，所以這個 3 千萬還是有再保留編下來，編下來以後，從 9 月到現在藥師公會積極的跟健保署溝通，現在整個方向概念大部分都已經完成。然後要開始推動，當然還要共同擬訂會議來通過，共同擬訂會議在 12 月份沒有討論，如果 1 月份共同擬訂會議所有的委員專家沒有意見的話，我相信藥師公會應該在 2 月就可以來推動，以上報告。

周主任委員麗芳

首先要感謝黃理事長金舜，這次疫情要不是黃理事長帶領藥師公會，扛下口罩實名制的責任，我們也不可能會有這麼成功的防疫經驗。剛剛所提我們也能夠充分體諒，今年他們真的是忙翻了，在此表達對藥師的敬意。接下來請蔡副署長淑鈴回應。

蔡副署長淑鈴

回應何委員語所提有關藥品整合的議題，我是要講 2 件事情。

一、原來其他預算曾編列 5 千萬元做的是「高診次民眾就醫行為改善方案-藥事居家照護」，就藥師到高診次的病人家裡去做居家輔導，看一看他的服藥狀況以及他的就醫行為有沒有做一些改善。我們當時會有那樣子的 1 個計畫，背景是因為確實有很多病人是高診次，那高診次其實用我們的行政力量，就是發 1 封信來提醒他，其實也有同樣的效果。但是基於這樣子以後還是有少數看病很多次的人，當時希望能夠請社區藥局的藥師，到病人的家裡去瞭解他為什麼這麼多次就醫以及服這麼多藥。那個計畫到後來因為邊際效益一直遞減，所以我們就希望這個計畫轉型。黃委員金舜講的過程就不再重述。

二、未來新計畫想要做的概念是想彰顯社區藥局藥師的功能。藥師不是只有配藥，還可以發揮其他專業功能，未來的計畫就像黃委員金舜所講，大致上已經有一些討論，而且也有一些具體的結論，希望提到共擬會議。基本上概念會是朝 2 個方向。

(一)目前醫學中心或區域醫院將慢箋釋出，藥局的藥師在給藥的過程當中，可以查看病人的雲端藥歷，對於有問題之處方，可以把這個訊息回饋給原處方的醫師，這是基於用藥安全，這也是藥師的專業。

(二)病人有服藥困難，或者藥品太多不知道如何服用等，這類特殊需求的病人所需的是藥品諮詢服務，這亦是社區藥局的藥師專業服務的一環。以上 2 項會是新計畫 3 千萬元想要試辦之內容，以加強用藥安全。上述服務醫院的藥師已經在做把關，處方箋釋出之後的社區藥局的藥師也是專業人員，以彰顯社區藥局的藥師的專業。就像何委員語以及其他幾位委員所講，有些病人早、中、晚都要吃藥，藥局的藥師都可以來幫他做一些用藥的安排。這個計畫未來會朝這個方向來做，基本上應該是明年初就可以來推動。

周主任委員麗芳

請黃委員金舜，最後 1 位發言。

黃委員金舜

- 一、2 年前我擔任台北市藥師公會的理事長，曾與柯市長文哲協商，柯市長給台北市藥師公會 1 百萬元，我拿到這 1 百萬元用來支援澎湖，我派藥師去澎湖，台北市的會員去澎湖，每 1 趟藥師搭飛機、住宿都沒有透過健保申請費用，我拿到這 1 百萬元後，開始針對澎湖離島提供服務，我們藥師發現一個相當嚴重的問題，澎湖的年輕人都來台灣工作，離島偏鄉都是年紀大、慢性病的病人。慢性病一大堆，就像剛剛葉委員宗義所說，藥拿回家了，吃一吃，有吃但忘記了，28 天的藥多數 25 天就吃完了，剩下 3 天怎麼辦呢？所以病人又會跑回來藥局拿，可是藥局沒有處方，也沒有辦法給，這是第 1 個問題。
- 二、第 2 個問題，不識字的一堆，醫生交代你這個要飯前吃、飯後吃，根本搞不清楚，所以藥師都有替他們做藥歷，早上的藥就畫一隻公雞，你看到咕咕咕就知道這是早上要吃的，看到中午的太陽這是中午吃的，看到晚上的月亮這是晚上要吃的。我們花了 1 百萬元，都是公會自己在做，我們已經在做，原本還要支援台東跟花蓮，但已經沒有錢了，以上說明。

周主任委員麗芳

非常感謝，給他們肯定一下(委員鼓掌)，最後 1 位發言，請蔡委員登順。

蔡委員登順

因為時間關係，我就昨天的訪視表達看法，請健保署評估：

- 一、昨天訪視禮納里社區 3 個村(大社村、好茶村、瑪家村)，村與村的距離非常近，為了健保永續發展，資源應該摺節使用，既然 3 個村距離很近，是否有需要設 3 個醫療站？建議擇中心點設醫療站，可以節省很多健保資源，因為巡迴醫療有論服務量及論次計酬的費用，當 3 個點改成 1 個點，可以節省論次計酬的費用，使醫療資源集中，提升門診量，民眾就醫更方便。

二、3 個村的距離，A 點到 B 點、C 點走路不到 10 分鐘，騎機車約需 2 分鐘，建請健保署通盤檢討巡迴佈點情形。

周主任委員麗芳

我們先回到討論事項第三案(臨時提案)，決議如下：本案所提建議送請健保署酌參。剛才蔡委員登順所提的意見也併請健保署參考。接著進行報告事項。

陸、報告事項第一案「中央健康保險署 109 年 11 月份全民健康保險業務執行報告」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

因為時間真的非常趕，所以不用宣讀。剛剛陳委員炳宏說他有意見，除了陳委員之外，其他委員若還有意見，拜託以書面提出，健保署一樣都會回應，請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

- 一、有關總體的醫療使用情形，請大家參閱業務執行報告第 37 頁，表 17 全民健康保險_總額部門別醫療點數統計_總表，呈現最新數據，109 年 10 月份門診件數的成長率是-9.06%，住診是-1.99%。這個情形就呼應一件事情，我們付費者代表在這段期間不斷地關注及正式建議，皆是為了持續穩健整體健保財務，更在今天「追蹤本屆歷次未結案件事項辦理情形」議程中，已經提醒權責單位將我們付費者代表的 5 個正式連署提案，列入繼續追蹤。
- 二、而前述統計有關總體醫療的實際使用情形，相關數據已經支持及呼應我們付費者代表在 8 月份的提案「考量防疫期間門診及住診件數下降，請健保署持續落實 109 年預算檢討」，亦顯示民眾逐漸回歸自主健康管理，可是當時的決策單位回應「患者就算在上半年沒去醫院就醫，下半年還是會去醫院就醫」？並預期下半年的醫療利用情形會回升？但目前實際統計數據告訴我們是沒有回升，而且呈現負成長；所以，敬請權責單位，將我們付費者代表從今年 8 月到 11 月所提的 5 個連署提案都列入追蹤，因為這些提案是攸關「整體健保財務的穩健經營，能夠依法挹注安全準備」的正式建議，再次拜託。

周主任委員麗芳

- 一、本案洽悉，委員所提的意見送請健保署參考，委員若有其他意見，請提供書面意見給健保署，再請健保署回應。
- 二、請進行報告事項第二案，因為今天已是本屆委員會的最後 1 次

會議，本案不能保留到下次會議，請健保署簡要報告。

柒、報告事項第二案「108 年全民健康保險自付差額特材執行概況」與
會人員發言實錄

周主任委員麗芳

請健保署簡要報告。

中央健康保險署戴組長雪詠報告：略。

周主任委員麗芳

蔡副署長淑鈴是否要補充？沒有。請吳委員鴻來。

吳委員鴻來

- 一、不好意思耽誤大家一點時間，我想提一下在投影片第 17 張，有關自付差額醫材「保障民眾知的權利」，這邊想提資訊公開跟充分告知的部分，還是希望要持續加強。例如資訊公開部分，這邊提到說會公布在院所的網站上，我稍微看過，有一些並不是做得很好。我所謂的做不好，可能是說明書字非常小，坦白說，以我這個年紀都看得有點辛苦。再來就是有一些品名竟然就只有英文，連中文字都沒有，雖然確實是做到了公開，但是這樣的話，其實沒有辦法幫助病人去理解，這是第 1 個最基本的事情。
- 二、第 2 個就是充分告知，這個部分牽涉到醫病雙方溝通的現場狀況。其實民眾用這些醫材的情境，不見得可以事前規劃，有時候是未來要去做一個手術，那可能事先醫病就可以好好的溝通。但實際上另外一種狀況下可能就是緊急有需求，今天如果一個人在路邊倒下，送去急診，家屬可能要緊急做決定。所以我建議在提供資訊的部分，要經過整理，並不是提供說明書，然後都是密密麻麻的內容，病人就能瞭解。我相信絕大部分病人或者家屬都是非常信任醫療人員給的建議，也許醫生給予建議，病人也接受醫生建議，但有時候在緊急狀況下，沒有辦法好好溝通，會產生一些誤會，或是手術不幸沒有理想的結果，後面會容易有糾紛，所以我希望既然要保障民眾知的權利，希望在前端做好一些事情，我覺得還有一些空間可以再進步啦，這樣

才能真正完整，而不是說有公開、有講就好，因為告知不代表對方就理解。我覺得溝通部分要再注意。

周主任委員麗芳

先請干委員文男，之後請滕委員西華。

干委員文男

這個知的權利，在今年的6、7月的時候，健保署希望設定自付差額特材最高價錢上限，但這個鍋蓋掀開時大家都反彈，到8、9月的時候反彈結束了，健保署公開了以後，變成什麼樣？根據報紙報導，有些自付差額特材的價格卻都拉高了，雖然我無法瞭解全部，但醫改會也有這個資料，同樣的東西，原來還沒有那麼貴，現在反而變貴，這是不是老百姓的損失？真正為了老百姓知的權利，應該在特材公布前訂定最高價錢上限，否則我們只能用醫師建議的特材，特材價錢又隨便醫院開，希望能改善。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、我很肯定健保署這幾年的努力，在臨床證據下，把原本的自付差額變成全額給付，如戴組長雪詠剛剛報告，調控式腦式腹腔引流系統申報數量已達80%以上，會考慮納入健保全額給付，這些都非常好。
- 二、但我還有1個心心念念的建議，民國95年起開始自付差額的冠狀動脈塗藥支架，現在已經是第3代了，長期以來申報數量也有6成左右，而且1、2、3代間的臨床證據都很明確，可能第3代剛出來幾年，與第2代間的差異沒那麼明確，至少在第2代部分，我認為健保署應該要審慎考慮納入健保全額給付，而不是一直做自付差額。

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴回應。

蔡副署長淑鈴

一、如吳委員鴻來跟干委員文男所提，資訊公開以及民眾知的權利都很重要，投影片第 17 張「保障民眾知的權利」有 2 個環節，一個是保險人公開，一個是院所公開。

(一)公開的重點其實在於醫病溝通，場景主要發生在醫院，特別是醫師與病人間的溝通，我們可以想像，當病人需要面對自費差額時，他其實已經在醫院決定要做手術或處置，可能需要用到自費差額的特材，醫院採購的廠牌也早已確定，所以他能溝通的是該醫院所能提供的特材比較，這是在醫院當下的溝通。

(二)至於健保署所提供的資訊分享又是另一個概念，我們希望透過「醫材比價網」讓大家瞭解同樣功能、不同廠牌間的差異，是不同角度切入，回應民眾知的權利。尤其是對病況不是那麼緊急之病人，在不緊急的時候，就有機會使用「醫材比價網」，如果是很緊急的情況，我想也來不及搜尋。

(三)院所端及保險人是提供不同層次的資訊分享，希望民眾有多一點的選擇權，兩者的概念不盡相同，雖然我們有「醫材比價網」，但法令也要求醫院將自費資訊公布於網際網路或明顯之處所。

(四)另外，中英文說明部分，我們在「醫材比價網」有做中文說明，醫院資訊公開部分，可能要請翁委員文能或李委員偉強幫忙說明。

二、有關滕委員西華所提，冠狀動脈塗藥支架納入健保全額給付的議題，我們會審慎研究，畢竟預算會互為排擠。

周主任委員麗芳

翁委員文能或李委員偉強有無補充說明？請翁委員文能。

翁委員文能

有關中文說明部分，我們會在下次內部會議宣導，請各醫院加強中文說明，而且是淺顯易懂的中文，不要寫得像論文一樣。

周主任委員麗芳

- 一、本案洽悉，委員所提意見送請健保署參考。
- 二、有無其他臨時提案？沒有。我們這屆立下了典範，沒有遺留任何議案，我們處理、討論完所有議案，感謝大家(大家鼓掌)，也預祝大家聖誕快樂、新年快樂，謝謝！

衛福部健保會第4屆109年第10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)27025834
承辦人及電話：李佩菱(02)27065866轉
2545
電子信箱：all1057@nhi.gov.tw

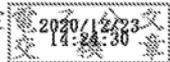
受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國109年12月23日
發文字號：健保企字第1090039137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109年12月25日(星期五)召開之第4屆109年第10
次委員會議，本署李伯璋署長另有重要行程，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



109.12.23



1093340215