

衛生福利部全民健康保險會
第3屆106年第1次委員會議事錄

中華民國106年2月17日

衛生福利部全民健康保險會第3屆106年第1次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國106年2月17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：

干委員文男
王委員雅馨
古委員博仁
吳委員國治
李委員永振
李委員育家
李委員偉強
周委員麗芳
林委員至美
林委員敏華
林委員惠芳
林委員錫維
商委員東福
張委員文龍
張委員清田
張委員煥禎
張委員澤芸
郭委員錦玉
陳委員平基
陳委員幸敏
陳委員旺全
陳委員亮良
陳委員義聰
黃委員偉堯
黃委員啟嘉
楊委員漢淥
葉委員宗義
趙委員銘圓
蔡委員登順

中華民國藥師公會全國聯合會沈發言人采穎(12:10以後代)

國家發展委員會曹專員毓珊((12:47以後代)

台灣社會福利總盟滕秘書長西華(9:40以後代)

蔡委員麗娟

盧委員瑞芬

謝委員天仁

謝委員武吉

中華民國全國工業總會代表何常務理事語

肆、列席人員：

本部社會保險司

中央健康保險署

本會

楊副司長慧芬

李署長伯璋

蔡副署長淑鈴

龐組長一鳴

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

伍、主席：傅主任委員立葉

紀錄：范裕春、顏銘燦

陸、主席致詞

各位委員、李署長及所有與會人員，大家早！

今天是第 3 屆委員的第 1 次會議，本人很榮幸能在這 1 屆的委員會議為大家服務，也請各位委員及健保會同仁，盡力給予協助，希望這 1 屆的委員會議，在大家的合作努力之下，能運作得非常順暢、圓滿！

柒、議程確認

決定：

一、依委員建議，今天會議預定召開至下午 2 時，並將下列議案併案討論：

(一)專案報告第一案「保險對象自付差額特材之實施情形」，與討論事項第四案「『客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統—“美敦力”鈦密斯顱骨固定系統』自付差額特殊材料申請案」。

(二)專案報告第三案「104 年健保收入超過 6 億元之醫療院所財務報告之公開情形」，與討論事項第五案「『全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法』修正草案」。

(三)討論事項第三案「配合勞動基準法修正案一例一休政策於 105 年 12 月 6 日立法院三讀通過，致西醫基層假日開診成本增加，請准由 106 年『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目，支應增加之費用」，與臨時提案第二案「依中醫總額研商議事會議中醫全聯會提案，配合勞動基準法修正案一例一休政策於 105 年 12 月 6 日立法院三讀通過，致中醫院所假日開診成本增加，請由 106 年『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目支應增加之費用」。

二、臨時提案第一案「106 年抑制資源不當耗用改善方案」於專案報告之後討論。

三、餘照議程之安排進行。

捌、例行報告

第一案

案由：確認本會上(第 2 屆 105 年第 12)次委員會議紀錄，請鑒察。

決定：專案報告第三案「政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之計算」之決定二，文字由「...應具有一致性...」修正為「...應具有一致性，計算公式需宏觀與合理思量...」，餘確定。

附帶事項：委員所詢討論事項第一、二案「106 年度醫院總額、中醫門診總額一般服務之地區預算分配案」，其決議二所提「風險調整基金」之內涵，請本會幕僚提供書面補充說明予委員參考。

第二案

案由：本會重要業務報告，請鑒察。

決定：

- 一、上次委員會議決議(定)事項辦理情形中，擬解除追蹤之項次 2「為促使醫療體系運作更具效率，本會委員肯定中央健康保險署朝分級醫療的精神作努力，惟針對所擬策略本會委員所提出需要審慎衡酌其適當性，及設定相關配套等的建議，送請衛生福利部及中央健康保險署參酌修訂」，及項次 3「C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」等 2 項，改列「繼續追蹤」，餘洽悉。
- 二、請相關單位於回覆本會決議(定)事項之辦理情形時，應更具體明確及說明預訂辦理時程，俾利評估可否解除追蹤，及提升議事效率。
- 三、有關擬繼續追蹤項次 12，「基於保險業務之監理屬本會權責，爰請中央健康保險署於計算各年度政府應負擔健保總經費法定下限 36%所採之邏輯，應具有一致性，計算公式需宏觀與合理思量」，請社會保險司及中央健康保險署於下次委員會議前，就 105、106 年計算方式之一致性與合理性，提供進一步解釋及說明予委員參考。

第三案

案由：本會 106 年度工作計畫、會議時間表及共識營與業務參訪活動之規劃報告，請鑒察。

決定：本會 106 年度工作計畫、會議時間表及共識營與業務參訪活動行程表如附件一、二、三，請各負責單位配合辦理。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：有關「全民健康保險癌症化療、放射線療法患者中醫

門診延長照護試辦計畫」(草案)，請鑒察。

決定：本案予以備查，請中央健康保險署依法定程序辦理後續事宜。至委員所提建議，供計畫執行時參考。

第五案

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「105年12月份及106年1月份全民健康保險業務執行報告」，請鑒察。

決定：

- 一、針對委員關切北高二市政府欠費之還款計畫、「專業雙審及公開具名」試辦方案之執行情形，請中央健康保險署於下次季報時，提供更具體的辦理進度、分析評估報告，餘洽悉。
- 二、考量本案係按季進行口頭報告，爰請中央健康保險署於口頭報告時，以季別方式提供資料及綜合說明。

玖、討論事項

第一案

提案單位：本會第一組

案由：推派「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議」及「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」之本會代表案，提請討論。

決議：經抽籤後推派如下，嗣後委員若有異動，則援例由接續之委員擔任代表：

會議名稱	代表屬性	人數	推薦名單
醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議	雇主	2	全國工業總會代表 葉委員宗義
	被保險人	2	王委員雅馨 張委員清田
醫療給付費用總額研商	保險付費者	2	陳委員亮良

會議名稱	代表屬性	人數	推薦名單
議事會議—醫院			林委員錫維
醫療給付費用總額研商 議事會議—西醫基層	保險付費者	2	李委員育家 蔡委員麗娟
醫療給付費用總額研商 議事會議—牙醫門診	保險付費者	2	林委員惠芳 張委員文龍
醫療給付費用總額研商 議事會議—中醫門診	保險付費者	2	陳委員幸敏 干委員文男
醫療給付費用總額研商 議事會議—門診透析	保險付費者	2	郭委員錦玉 李委員永振

第二案

提案單位：本會第三組

案由：「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之適用範圍與動支程序修正草案，提請討論。

決議：為求慎重，本案緩議。請中央健康保險署及本會幕僚提供相關背景說明及確實分析資料，於送請委員參考及徵詢、凝聚委員共識後，再提會討論。

第三案

提案單位：中央健康保險署

案由：配合勞動基準法修正案一例一休政策於 105 年 12 月 6 日立法院三讀通過，致西醫基層假日開診成本增加，請准由 106 年「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目，支應增加之費用，提請討論。

決議：

- 一、臨時提案第二案併本案處理。
- 二、本案保留，俟「『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目之適用範圍與動支程序修正草案」討論通過後，再提會討論。至委員建議併同考量牙醫門診總額及醫院總額部門、藥事人員調劑費等意見，請中央健康保險署參酌。

第四案

提案單位：中央健康保險署

案由：「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統--『美敦力』鈦密斯顱骨固定系統」自付差額特殊材料申請案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

第五案

提案單位：中央健康保險署

案由：「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法」修正案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

拾、專案報告

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：保險對象自付差額特材之實施情形，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險業務監理指標之監測結果，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：104年健保收入超過6億元之醫療院所財務報告之公開情形，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

拾壹、臨時提案

第一案

提案單位：中央健康保險署(提案資料詳附件四)

案由：「106年抑制資源不當耗用改善方案」，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

第二案

提案單位：中央健康保險署(提案資料詳附件五)

案由：依中醫總額研商議事會議中醫全聯會提案，配合勞動基準法修正案一例一休政策於 105 年 12 月 6 日立法院三讀通過，致中醫院所假日開診成本增加，請由 106 年「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目支應增加之費用，提請討論。

主席裁定：併討論事項第三案處理。

拾貳、散會：下午 14 時。

全民健康保險會 106 年度工作計畫

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
監理業務	一、業務訪視活動			
	業務參訪、共識營暨委員會議(兩天一夜) 預計參訪地區：中區	3月	本會 (健保署)	依 104 年 12 月份委員會議決定事項辦理
	二、專案報告			
	1.104 年健保收入超過 6 億元之醫療院所財務報告之公開情形	2月	健保署	依健保法第 73 條辦理
	2.「專業雙審及公開具名」試辦方案之執行情形	4月	健保署	依 105 年 7 月份委員會議決議事項辦理
	3.健保醫療資訊雲端查詢系統之執行情形	6月	健保署	依 105 年 9 月份委員會議決議事項辦理
	4.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	6月	健保署	依 105 年 9 月份委員會議決議事項辦理
	5.給付項目及支付標準調整 (1)105、106 年度醫院及西醫基層總額醫療服務成本指數改變率所增加預算用於調整支付標準之執行情形 (2)106 年度及近 5 年新增給付項目與調整給付內容之執行情形及財務影響	7月	健保署	(1)依 104、105 年 9 月份委員會議決議事項辦理 (2)依 104 年 3 月份委員會議決議事項辦理(全民健保年度總額對給付項目調整之處理原則)
	三、例行監理業務			
	1.105 年度全民健保年終決算報告備查案	3月	健保署 (本會)	依健保法施行細則第 3 條辦理
2.107 年度全民健保預算備查案	4月	健保署 (本會)	依健保法施行細則第 3 條辦理	

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註	
監理業務	3.全民健康保險業務監理指標之監測結果報告	6、12月 (季呈現指標另納入3、9月業務執行報告)	健保署	依104年12月份委員會議決定事項辦理	
	4.自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告	5、12月	健保署	1.依105年6月份委員會議決議事項辦理 2.開放半年後之報告視新品項收載狀況而定	
	5.自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告	12月			
	6.依105年各月份委員會議決議(定)納入「全民健康保險業務執行報告」之事項				
	(1)「健保門、住診費用核減統計表」依自主管理與否，呈現分層級、分區、分部門之核減率資料	8月	健保署	依105年8月份委員會議決定事項辦理	
	(2)針對政府欠費，請健保署加強和相關單位之溝通並依法辦理(業務報告請詳細備註還款計畫執行情形)	每月	健保署	依105年1月份委員會議決定事項	
	(3)「全民健保訪查特約醫事服務機構統計表-按訪查類別」、「全民健康保險特約醫事服務機構查處統計-按處分類別」增加分區別與層級別統計	每月	健保署	依105年6月份委員會議決定事項辦理	
總額協議訂定	1.106年各部門總額執行成果評核作業方式之討論	3月	本會		
	2.107年度總額範圍報行政院前之諮詢	4月	社保司(本會)	依健保法第60條辦理	
	3.107年度總額協商架構、通則及程序之討論	5、6月	本會		
	4.106年全民健康保險各部門總額評核結果獎勵案之討論	8月	本會	預訂於7月辦理各部門總額執行成果評核(5~7月準備資料)	

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
總額協議訂定	5.107 年度各部門總額及其分配方式之協議訂定	9 月	本會	1.依健保法第 61 條辦理 2.預訂於 9 月第 4 週其中 2 日辦理總額協商暨委員會會議(7~9 月前置作業)
	6.107 年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論	10、11 月	本會	依健保法第 61 條辦理
費率審議	1.全民健保財務平衡及收支連動機制之討論(提會前將召開專家會議)	6 月	本會 (健保署)	1.依健保法第 24 條辦理 2.健保署於本會協議訂定總額後 1 個月提請審議 107 年度保險費率案
	2.107 年度保險費率審議前專家諮詢會議	10 月		
	3.107 年度保險平衡費率案之審議	11 月		
保險給付及其他應討論法定事項	1.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論	2、5、8、11 月	健保署 (本會)	1.依健保法第 45 條第 3 項及 105 年 6 月份委員會會議決議事項辦理 2.預訂於 2 月討論健保署所提「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統自付差額特殊材料案」 3.第 2~4 季配合健保署送會時程安排
	2.健保署所擬訂 107 年度抑制資源不當耗用改善方案之討論	12 月	健保署 (本會)	依健保法第 72 條辦理
	3.健保署所擬訂醫療服務機構提財務報告辦法之討論	2 月	健保署 (本會)	依健保法第 73 條辦理
	4.健保署所擬訂醫療品質資訊公開辦法之討論	配合健保署送會時程	健保署 (本會)	依健保法第 74 條辦理
	5.健保署所提調整保險給付範圍方案之審議			依健保法第 26 條辦理
	6.健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議			依健保法第 51 條第 12 款辦理

註：委員會議若另有決議(定)事項，配合安排或調整相關工作項目。

**全民健康保險會
106 年度委員會議時間表**

會議次別	會議時間	會議地點
第 1 次	2 月 17 日(星期五上午 9 時 30 分) (考量 228 國定假日連續假期，爰會議時間提前一周)	衛生福利部 301 會議室(臺北市忠孝東路 6 段 488 號 3 樓)
第 2 次暨共識營、參訪活動	3 月 23 日(星期四上午 9 時)全天 3 月 24 日(星期五上午 9 時 30 分)全天	日月潭青年活動中心(南投縣魚池鄉中正路 101 號)
第 3 次	4 月 28 日(星期五上午 9 時 30 分)	衛生福利部 301 會議室(臺北市忠孝東路 6 段 488 號 3 樓)
第 4 次	5 月 26 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 5 次	6 月 23 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 6 次	7 月 28 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 7 次暨 107 年度總額協商草案座談會	8 月 25 日(星期五上午 9 時 30 分)全天	
107 年度總額協商暨第 8 次委員會議	9 月 21 日(星期四上午 9 時 30 分)全天 9 月 22 日(星期五下午 2 時，若有協商未盡事宜，則提前至上午 11 時處理)	
第 9 次	10 月 27 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 10 次	11 月 17 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 11 次	12 月 22 日(星期五上午 9 時 30 分)	

備註：

- 1.各次委員會議時間或地點如有更動，另行通知。
- 2.如須召開臨時委員會議，其時間與地點另行通知。

衛生福利部全民健康保險會 106 年第 2 次委員會議暨共識營、業務參訪活動
行程表

106 年 3 月 23 日(星期四)第一天		
時間	內容	地點
~09:50	集合(高鐵台中站)	
09:50~10:10(20 分鐘)	路程(高鐵台中站→衛生福利部臺中醫院)	
	參訪主題一：提升急性後期照護品質試辦計畫 參訪主題二：醫院以病人為中心門診整合照護 試辦計畫	衛生福利部 臺中醫院 (臺中市西區三民路 一段 199 號)
10:10~10:30(20 分鐘)	健保署署本部簡報	
10:30~10:50(20 分鐘)	健保署中區業務組簡報	
10:50~11:10(20 分鐘)	衛生福利部臺中醫院簡報	
11:10~12:00(50 分鐘)	實地參訪	
12:00~12:45(45 分鐘)	午餐	
12:45~14:30(105 分鐘)	路程(衛福部臺中醫院→仁愛鄉衛生所、路加診所)	
	參訪主題三：山地離島地區醫療給付效益提昇 計畫	仁愛鄉衛生所 (南投縣仁愛鄉大同 村五福巷 17 號)
14:30~15:10(40 分鐘)	實地參訪	路加診所 (南投縣仁愛鄉大同 村仁和路 55 號)
15:10~16:00(50 分鐘)	路程(仁愛鄉衛生所、路加診所→埔里基督教醫院)	
16:00~16:20(20 分鐘)	埔里基督教醫院簡報	埔里基督教醫院 (南投縣埔里鎮鐵山 路 1 號)
16:20~17:20(60 分鐘)	綜合座談	
17:20~18:10(50 分鐘)	健保會共識營	
18:10~19:00(50 分鐘)	晚餐	
19:00~19:30(30 分鐘)	路程(埔里基督教醫院→日月潭青年活動中心)	
19:30~	住宿	日月潭青年活動 中心 (南投縣魚池鄉中正 路 101 號)

106 年 3 月 24 日(星期五)第二天		
時間	內容	地點
~09:30	早餐	日月潭青年活動中心 (南投縣魚池鄉中正路 101 號)
09:30~12:30(180 分鐘)	健保會 106 年第 2 次委員會議	
12:30~13:30(60 分鐘)	午餐	
13:30~14:50(80 分鐘)	路程(日月潭青年活動中心→台中育嬰院)	
	參訪主題四：牙醫特殊醫療服務計畫	台中育嬰院 (臺中市西區樂群街 134 號)
14:50~15:10(20 分鐘)	台中育嬰院簡報	
15:10~15:50(40 分鐘)	實地參訪	
15:50~16:20(30 分鐘)	路程(台中育嬰院→高鐵台中站)	
16:20~	賦歸	

參與人員：參訪活動一本會委員、法定列席人員、健保署中區業務組暨轄下相關院所代表。
 共識營、委員會議一本會委員、法定列席人員；囿於場地，委員隨行幕僚請以 1 人為限。

全民健康保險會提案單

提案日期：____年____月____日

提案者	中央健康保險署
委員代表類別	
提案屬性 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 一般提案 <input checked="" type="checkbox"/> 臨時提案 <input type="checkbox"/> 修正案 <input type="checkbox"/> 復議案
案 由	有關中央健康保險署 106 年抑制資源不當耗用改善方案討論案
說 明	<p>一、105 年抑制資源不當耗用改善方案於 105 年 1 月 5 日核定施行，主要策略包括加強全民健保教育宣導、持續支付制度改革、減少無效醫療耗用、高耗用醫療項目管控、多重疾病整合醫療之推動、高診次就醫輔導、提供即時資訊避免重複醫療、藥費管控及強化違規查處機制等，該等策略執行成果如附件 1。</p> <p>二、106 年方案策略建議如下（草案如附件 2）：</p> <p>（一）延續 105 年方案三面向（保險對象、保險人、醫事機構）及策略持續推動，並於保險對象合理使用保險權益面向，新增推動「分級醫療」及「強化自我照護能力」策略，導引民眾合理使用保險權益，另於醫事機構善用醫療資源，提供合宜治療面向，新增各分區自訂管理策略，提升方案效益。</p> <p>（二）各面向策略摘述如下：</p> <p>1. 面向一：保險對象合理使用保險權益 策略：深化民眾珍惜健保資源宣導、強化保險對</p>

	<p>象自我照護能力及配合分級醫療政策導正就醫觀念及行為。</p> <p>2. 面向二：保險人提供合理公平給付，促進醫療品質提升，增加醫療供給效率</p> <p>策略：持續支付制度改革、減少無效醫療之耗用、合理藥費管控措施、減少不必要的高耗用醫療項目及強化違規查處機制。</p> <p>3. 面向三：醫事機構善用醫療資源，提供合宜治療</p> <p>策略：提供民眾疾病整合醫療服務、利用即時資訊避免重複醫療及各分區自訂管理策略。</p>
擬 辦	依會議決議辦理，並依程序報部核定。
內容與本會任務符合情況 (請勾選)	<p>全民健康保險會法定任務：</p> <p><input type="checkbox"/> 保險費率之審議事項(第 5、24 條)。</p> <p><input type="checkbox"/> 保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配事項(第 5、61 條)。</p> <p><input type="checkbox"/> 保險給付範圍之審議事項(第 5、26、51 條)。</p> <p><input type="checkbox"/> 保險政策、法規之研究及諮詢事項(第 5 條)。</p> <p><input type="checkbox"/> 其他有關保險業務之監理事項(第 5 條)。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 其他全民健康保險法所定由本會辦理事項(第 45、72、73、74 條)。</p> <p>註：()內為健保法條次。</p>
連署或附議人 (臨時提案、 復議案填入)	

臨時提案第 案

提案單位：中央健康保險署

案由：依中醫總額研商議事會議中醫全聯會提案，配合勞動基準法修正案一例一休政策於 105 年 12 月 6 日立法院三讀通過，致中醫院所假日開診成本增加，請由 106 年「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目支應增加之費用，提請討論。

說明：

- 一、依據 106 年 2 月 16 日中醫門診總額研商議事會議第 1 次中醫會議全聯會提案辦理。
- 二、中醫全聯會提案內容如下：
 - (一) 依據 106 年 1 月 22 日中醫門診醫療服務審查執行會第二十二次會議決議辦理。
 - (二) 為配合健保會委員要求服務民眾，院所能於假日提供服務，為提高基層診所假日開診意願，院所的成本比平常日更高，本會原研擬調高假日門診診察費以作為成本增加之費用，惟因一例一休所增加成本，如以工資 1 小時 150 元計，休息日加班 8 小時，除支付原薪資 1,200 元以外，另需支付加班費 1,900 元，使假日開診成本大幅增加，本會 106 年非協商項目已不足以支應中醫基層院所假日開診所需的成本。
 - (三) 查一例一休政策確實屬於總額協商結束後所發布之國家重大勞動政策，爰依 103.11.28 健保會第 1 屆 103 年第 11 次委員會議修正之「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之適用範圍與動支程序規定，符合適用範圍(一)屬「其他預期政策改變」：
 1. 其新增費用不在協定時的各部門總額涵蓋範圍，本案所需費用依實際增加費用支應，爰請貴會准予辦理。

(四) 請健保署協助向全民健康保險會提案，將中醫院所假日看診配合一例一休政策納入「非預期政策改變」適用範圍提撥費用，或另起 106 年度總額協商。

決議：

第 3 屆 106 年 第 1 次 委員 會議
與 會 人 員 發 言 實 錄

壹、「議程確認」、例行報告第一案「確認本會上(第 2 屆 105 年第 12)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，報告現在委員的出席人數是 35 人，已全員到齊，達法定開會人數，請示主任委員是否宣布召開今天的委員會議。

傅主任委員立葉

各位委員大家早安！(委員回應：早)，目前已達法定開會人數，我們就開始今天的委員會議。

周執行秘書淑婉

一、今天是第 3 屆第 1 次的委員會議，首先謹代表衛福部，歡迎主任委員及各位委員擔任第 3 屆的健保會委員，我是執行秘書周淑婉，以後所有的會務都由我及我們同仁，一起為各位委員服務，請主任委員及委員多多指教。

二、因為是新的屆期，之前有請示主委，由我先簡單介紹委員。首先介紹第 3 屆的主任委員，傅主任委員立葉(委員鼓掌)，傅主委為國立陽明大學衛生福利研究所副教授，過去曾參與二代健保的規劃，也擔任過行政院政務委員，對健保業務非常熟悉，也非常有行政經驗。

三、為節省時間，委員介紹部分，會依照座位圖順位逐一唱名，至於委員代表的團體和職務，詳如各位委員桌上的名單，請大家參閱。唱名的時候，請委員留在座位致意即可，不須起立。首先介紹保險付費者代表，陳亮良委員、張清田委員、干文男委員、趙銘圓委員、謝天仁委員、林敏華委員、陳平基委員、郭錦玉委員、林錫維委員，林惠芳委員剛剛有出席，因為另有會議，所以先行離開，由滕秘書長西華代理，接著是王雅馨委員、蔡麗娟委員，中華民國全國工業總會因為原聘委員請辭，目前改聘作業還在進行中，今天是由何常務理事語代表，葉宗義委員、李永振委員、張文龍委員、李育家委員、蔡登順委

員、黃偉堯委員、盧瑞芬委員、周麗芳委員、楊漢源委員、李偉強委員、張煥禎委員、謝武吉委員、古博仁委員、張澤芸委員、吳國治委員、黃啟嘉委員、陳義聰委員、陳旺全委員、商東福委員、林至美委員、陳幸敏委員。接下來請主席致詞。

傅主任委員立葉

謝謝周執行秘書淑婉的介紹，今天是第3屆全民健康保險會第1次委員會議，很榮幸能在這1屆的委員會議為大家服務，也請各位委員及健保會同仁，盡力給予協助，希望這1屆的委員會議，在大家的合作、努力之下，能運作得非常順暢、圓滿。今天的議案很多，就不浪費時間，我們開始進行會議，謝謝大家。

中華民國全國工業總會何常務理事語

主席，我要提出程序問題。

傅主任委員立葉

請何常務理事語。

中華民國全國工業總會何常務理事語

一、謝謝主席，首先恭喜主席擔任健保會的主任委員。我今天要提出的是工業總會之前有推派2位代表擔任健保會委員，衛福部故意不圈選我，林前部長奏延每次都約我去福華飯店喝咖啡，商討很多政策，我都答應、大力支持，但是這次圈選時，他透過同學跟我說明，因為有立法委員和少數地區醫院的院長，動用立法委員干預、給他壓力，讓他不准聘請我擔任委員。這7年來我有做錯事嗎？我這麼認真的人，提那麼多案、建議那麼多事項，竟然不想用我，這是很奇怪的事情，因為我沒有錯，我更要堅持跟大家報告。

二、工業總會是依據「工業團體法」成立，「工業團體法」是特別法，司法院給工業總會是公法人的位階，不是一般人民團體法的職位。工業總會也是聯合國國際雇主組織中，唯一中華民國加入會員國的代表，我們每年繳2、3萬美金，政府官員要去參加聯合國國際雇主組織的年會及其他活動，或代表國家去開

會，都要有工業總會的推薦函，我是負責這個會的召集人。

三、蔡總統英文擔任 8 個月的總統，期間我進去總統府 6 次，11 月 24 日讓我單獨進去談 1 小時，1 月 10 日、1 月 20 日都去會談很多事項，我這麼認真的委員，你要圈選一個會務人員，讓我很難堪，我沒有關係，忍辱負重，還是要為全民健保看緊荷包。但是衛福部前部長對我何語的侮辱，等於對工總的侮辱，對工總的侮辱，等於對國家的侮辱，我一再強調，工業總會的位階不一樣。我想主委擔任過政務委員，應該很清楚，總統、副總統、院長都會重視召集工總的理事長去商談很多事情，因為它具備公法人的資格，工業總會有權力註銷不合法工廠的登記證，提報、撤銷、執行公權力等任務，今天這樣對工業總會，我想是不適宜的。

四、工總、商總都是依據特別法成立，我今天沒有要表達抗議，是陳述我的意見，讓主委、衛福部的前部長清楚，前衛福部部長透過他的同學要我幫忙，為了國家政策、全民健保的監理工作，我都一口答應了。擔任健保會委員有 2 項主要任務，一個是監理健保醫療業務，一個是協商醫療費用總額，我們都會盡責。

傅主任委員立葉

謝謝何常務理事語的發言和指教，這些意見健保會同仁都會轉達，健保會委員的推派作業有其行政流程，後續可否就按照規定的程序處理。

干委員文男

主席，程序問題。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

一、專案報告第一案及討論事項第四案，兩者是相關的，建議合併討論。

二、專案報告第三案及討論事項第五案，也建議合併討論，這樣就不會有重複。

傅主任委員立葉

謝謝干委員文男的意見，關於今天的議程，建議專案報告第一案與討論事項第四案、專案報告第三案及討論事項第五案合併討論，各位委員是否同意(委員回應：同意)，那就依照委員的建議變更議程。請謝委員天仁。

謝委員天仁

我是意外又來擔任委員，但是我要提出，衛福部應該尊重推薦團體的意見，希望這件事能盡快了結。我可以體會何常務理事語的心情，消基會向來也認為不應該採複數推派，當被推派的另一位專家沒有被圈選上，其情何以堪。專家還是相同的地位，今天工總是一上一下的地位，你不圈上面的人，卻圈下面的人，工總還特別提出希望的優先人選，如果是我的話，面子也掛不住，我認為何常務理事語今天的表達已經相當理性，希望衛福部能盡快將這件事了結，讓我們的會議更加順暢。

傅主任委員立葉

謝謝，請葉委員宗義。

葉委員宗義

我也是提出程序問題，何常務理事語是工總代表，我是商總代表，剛才他提到工、商這 2 個總會的性質不太一樣，因為有特定法規定。他今天的心情我們也曉得，因為他擔任常務理事，也是代表擔任委員，結果圈選了差 5 級以上的人，當然他的面子掛不住，如果是我，我是常務監事的召集人，沒有圈選我，卻圈選會務人員，這樣怎麼回到會裡主持會議呢？如果不要他擔任，可以跟他表明，希望衛福部要慎重解決這件事。

傅主任委員立葉

謝謝，請滕代理委員西華。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、何常務理事語的這件事，我覺得是這樣，衛福部依據全民健康保險會組成及議事辦法的規定，本來就是洽請各機關、團體推薦代表，依照法規層面，各機關推派誰擔任委員，衛福部實在沒有理由置喙，要尊重各機關、團體的意見，除非屬於專家學者委員，由衛福部自己決定是否聘任，這是屬於衛福部自己的權責，衛福部如果對於每個推薦團體的委員都有個別的意見，則請衛福部自己乾脆就聘任個別委員就好，或者對像工總等團體有意見，就不需聘請工總等團體，而非對於工總等團體所推薦的代表有任何其他技術性干預，這也不是衛福部第 1 次這麼做，我覺得有點可惜。
- 二、健保會屬於民主參與的諮詢平台，我認為每位委員的位置或發言都一樣的重要，都一樣的有價值，委員彼此意見當然會不一致，健保會又不是一言堂，所以主席剛才裁示健保會幕僚都會參考委員意見，我認為這不是參考，這是健保會的權責，主席是健保會的主任委員，對於這件事需要有所裁示，就是要維護健保會每位委員擁有獨立的法定地位，不應該受到其他無謂的干擾，不論屬政治上或受人遊說，不能說對於喜歡的人一直留著，對於不喜歡的人就要將他從健保會中請出去，若這是事實的話，這樣顯然是不好的，對於國家也是不利的，所以我覺得雖然第 1 次提出這樣程序問題，但對於往後健保會的運作，包括等一下討論健保會推派代表參加醫療服務共同擬訂會議及總額協商議事會議，都會產生疑義，難道健保署可以表達健保會所推派的代表不喜歡，要求健保會再換 1 位嗎？顯然這樣是不行的，所以這件事跟我們聘任委員所依循的法規、邏輯或價值上，都宜有一致性考量，我不是對於何常務理事語叫屈，健保會委員除專家學者外，都是機關團體所推派或推薦的代表，衛福部就應該尊重各該機關團體所推派或推薦的代表，若付費者代表對於醫界或其他團體所推薦的代表有不同意見，是否也可以找衛福部部長或健保會表達不喜歡，要求更換？這樣衛福部

就無法辦事情，健保會也無法組成跟議事，這樣當然也不符合民主與法治的精神，所以，請主席審慎裁示！

中華民國全國工業總會何常務理事語

一、主席，我再提出一些權益問題。

二、我們工總在政府機關有推薦 24 位代表，要參加 24 個委員會議，雇主委員會負責 4 個部會，包括勞動部、衛福部、教育部及內政部，我曾同時擔任工總推薦參加政府 9 個委員會，我在 33 年來，參加過上千場次政府召開的委員會議，從來沒有像這件事一樣，我認為這不是我何語個人的面子問題，這屬於工總的法定職責，但是衛福部今天對於有法人資格的工總有如此行為是很不恰當的，我今天不想進行很大的抗議，我想健保會周執行秘書淑婉與幕僚人員都很努力盡責地工作，我剛才一進會場，有跟周執行秘書淑婉說，今天部長如果會來，我不會讓他沒面子，我想跟他見面溝通一下，我是很理性的。或許林前部長奏延認為我 70 歲了，不需要這樣勞累，參加那麼多政府委員會做事情，希望我能休息，但這些需要坦白講清楚，這樣真的很不好。

三、不管衛福部林前部長，找人跟我溝通，我從小父母一直教導需要非常尊敬醫師與老師，我一直照辦，我很抱歉，今天報紙已經刊登這件事，立法院會加以質詢，我很理性地講這對新任部長是不好的事情。不要以為你們有立法委員，我們就沒有，希望你們不要這樣做！我想健保會周執行秘書淑婉與幕僚人員都非常盡心工作，但是身為部長，需要有政治智慧。

四、106 年 1 月 20 日晚上我們與蔡總統、陳副總統、林院長、2 位部長開 1 個會，我只簡單提到 4 年後健保費率一定會調漲，否則沒辦法應付支出，我也很誠懇敘述國家未來走向。

傅主任委員立葉

謝謝，我想委員站在民間團體代表的立場表達心聲，大家都解了，因為委員聘任屬於衛福部的權責，大家剛剛的意見都會記錄下

來，建議衛福部未來於聘任民間團體推薦的委員時，請尊重各該民間團體的推薦，與各該團體達成共識。關於這個問題，建議討論到此，因為今天議程安排很多議案，可否依程序進行。請張委員煥禎。

張委員煥禎

- 一、衛福部處理這件事太鄉愿了！我認為這件事情很簡單，就是情理法，我真的不懂到底是怎麼回事，雖然我今天還沒看報紙，若衛福部沒違法，現在沒聘到何常務理事語為委員，他就不應該出席，若衛福部有違法，依法辦理，何常務理事語可以在抗議下出席，我會予以支持。法規也可以修正，我不知道衛福部依據什麼加以解釋，推薦幾個選幾個，我記得上屆委員會議也討論過健保會委員哪些部分不可連任的規定，委員也建議要修法規，最後也不了了之，若法規規定非委員或法定代理人不能參與會議，則何常務理事語與會這件事，需要依法處理。
- 二、何常務理事語沒有指明醫界是台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會，我有詢問謝委員武吉到底是什麼回事，謝委員說不回應(謝委員武吉：我不曉得這件事，我要怎麼回答？回答「是」或「不是」都是未定數)。
- 三、我想這件事很簡單，先依法辦理，惡法亦法，可請衛福部法務單位說明。

傅主任委員立葉

謝謝，我們的確需要依法辦理，是否請周執行秘書淑婉就法定程序與規定加以說明。請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、主席，各位委員，大家早安。
- 二、我先講一下，再請周執行秘書淑婉一起說明。我是被保險人代表，在擔任第 1 屆委員時，就呼籲健保會組成及議事辦法需要修改，但卻沒做，在該辦法第 2 條規定被保險人代表 12 人，有 9 人是指定的，3 人是抽籤的，但推薦團體都是平行的，為

何有的是指定的，有的是抽籤的，今天才會發生這麼大的問題，我認為健保會組成及議事辦法應該好好澈底檢討一次並加以修改，若不修改，這樣事情會一直鬧個不停，剛才何常務理事語表示是來此貢獻，提出相關意見，不是來這邊鬧，為何不聽話的就抽籤，聽話乖乖牌的，就選派，我認為這個非常不合理，你上面有很多公婆，但是你要擔任主任委員，就需要有擔當，否則你會很辛苦。報告完畢。

張委員煥禎

我要補充一下，我還是要強調一下，惡法亦法，我也認同某些先講法以後，可依權宜辦理，甚至政治協商，但是不可以那位委員很認真，他就可以怎樣又怎樣，這樣對於那些沒有被選上的委員，是不公平的，我認為每位委員都是很認真，都很有貢獻，所以，我還是強調要先講法，若不合理部分等修改法可能會來不及，就可以先協商。

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

依法不能拒絕何常務理事語擔任委員。

張委員文龍

- 一、其實我比較少講話，主要是因為我們六大工商團體都是支持政府推動的政策，只要政策是對的，站在工商界的立場，我們都是支持。
- 二、在座各位背後都有代表龐大團體，若要比較大小，真的比較不完，我們會員大概占了 1/3 製造業，每年產值高達 13 兆，我支持何常務理事語，我們雇主團體的付出不會比較少，如果有 1 位前輩在政策上給予較多的幫助，工業協進會會支持，請主席慎重考慮這麼多委員所提出的建議。

傅主任委員立葉

謝謝，請周執行秘書淑婉。

周執行秘書淑婉

健保會的立場一定「依法行政」，所以今天所為都沒有違法的事情。我剛才介紹委員時有特別提到，因為工總推薦的委員代表已經辭聘，所以委員的位置是空著，但我們很重視工總的付費者雇主代表意見，所以何常務理事語代表工總參加這次會議。至於改聘作業，我們正在進行中，惡法亦法，其實它還是現行應遵守的法規，目前規定為二倍推薦，我們昨天依規定仍是請工總二倍推薦，至於大家對於法規修正的建議，我們有錄音，將蒐集委員意見後會提供給社保司修正法規時參考，因為健保會組成及議事辦法不是健保會訂定，而是社保司訂定。以上說明。

傅主任委員立葉

謝謝。

中華民國全國工業總會何常務理事語

主席。

傅主任委員立葉

請何常務理事語。

中華民國全國工業總會何常務理事語

我想補充說明一下，工總在 2 月 13 日有正式發函給衛福部，今天會議由何常務理事語代表與會，我有收到副本，這是我的立場，至於衛福部昨天與工總如何溝通，是上面的人去處理，我不清楚，昨天健保會也同意我代表工總參與本次會議，因此，我參與本次會議沒有違法。謝謝。

傅主任委員立葉

謝謝，我想這非常清楚，我們都是依法行事，何常務理事語今天代表工總，是合法出席本次會議，至於大家對於聘任程序、健保會組成及議事辦法規定不盡理想所提建議，若需要修改，就依相關程序辦理，然而惡法亦法，依據目前法規，何常務理事語今天代表工總出席本次會議，是沒有問題的。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、謝委員天仁是位律師，我想在他精闢發言前，先說一下對於法規的看法。
- 二、不要說惡法或是好法，目前對於法規的解讀，我可能跟主席及周執行秘書淑婉不太一樣，而且若社保司為主管這項法規，司長沒有發言，我頗為驚訝！依據健保會組成及議事辦法規定，各團體以二倍方式推薦，不過應該是第 1 次推薦時適用，方便衛福部考量性別平等，可以從中選擇 1 個，假設委員中女性偏低，因此推薦時希望兼顧 1 男 1 女，原先用意是這樣，而不是二倍推薦，不是讓衛福部從中挑三揀四，至於更換委員時候，就不適用二倍推薦，否則推薦團體就無權決定了。
- 三、這件事不是工總要辭掉推薦委員，而是要更換代表委員，也就是工總這個委員缺還是在，將來在法規執行二倍推薦上應慎重，於更換委員時應不適用。謝謝。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

我們台灣社區醫院協會是屬於醫界資訊系統最開放的一個協會，像現在還在開會，我們協會秘書就立刻把所有會議資料放上網，給我們所有的全國會員看，我們有 300 多家的會員，每間會員醫院都能了解整個會議狀況，不單是我們代表知道會議過程而已。剛才被點名說是我們去搞的，但我這理事長也沒去跟部長喝咖啡，而且我們理監事開會也都沒有提到，怎麼會說是我們這些代表搞的？我認為何常務理事語代表的事情不要牽拖到我們地區醫院的代表，我們委員也是有人格和尊嚴！

傅主任委員立葉

謝謝，請李委員永振。

李委員永振

- 一、剛才聽主席與各位委員的意見，有一項態度問題需要提出，若

該問題不解決，將來依法行政或我們討論議題時，會產生模糊的空間。

- 二、執行的時候當然惡法亦法，但是知道是惡法，為何不修正？這是不對的，最近這幾天我看到一則報導，公務人員最喜歡講依法行政，但有時候須逆向思考，要依政行法視實際需要合情合理的去執行法令。於日前自由時報刊登標題為給公營機關董事長的一封信，我覺得大家可以參考一下。
- 三、依法行政時，還必須衡量宏觀與合情合理，有關何常務理事語這件事，滕代理委員西華說得很清楚，需要尊重推薦單位，我舉個極端例子，推薦單位為符合二倍推薦規定，推薦理事長與工友，衛福部對理事長不爽，不選理事長，選工友，這不是很好笑嗎？這樣是依法，衛福部也有裁決權，惟如此做會不顧情理，當然會引起反彈。謝謝。

傅主任委員立葉

謝謝，請謝委員天仁。

謝委員天仁

今天是第3屆106年第1次委員會議，假使對於這樣程序問題一直發言表達意見下去，我們的議事效率會蠻差的！老實講，我已經快受不了，請主席裁示，就這部分到此結束，進行下一項議題。

傅主任委員立葉

請商委員東福。

商委員東福

我也不是什麼回應，感謝各位委員所提寶貴意見，我想當時訂定健保會組成及議事辦法有其背景，滕代理委員西華表示有性別平等考量，還有委員出席情形等也是考量的因素，剛才我沒發言，係因主席與周執行秘書淑婉表示本次會議有錄音及實錄，尊重各位委員意見，作為嗣後修法參考。

傅主任委員立葉

一、委員的意見都會予以記錄，若法規有不合時宜的地方，請依程

序檢討修正。因為法規修正不是今天可以處理的議題，可否就討論到此，開始進行今天的議程。

二、剛剛干委員文男有提出 2 項議程變更的建議，請問各位委員有無意見？(委員回應：無意見)

干委員文男

建議將中醫總額的臨時提案，與內容相似的討論事項第三案合併討論。謝謝。

傅主任委員立葉

請問各位委員是否同意中醫總額的臨時提案第二案，與討論事項第三案合併討論(委員回應：同意)，好，今天會議做以上的議程變更。

謝委員武吉

主席，我有程序問題。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

你們是天龍國人，我們是南部俗(台語)，我住在南部，早上 6 點就要出門。我建議開會時間比照上屆主席決定，讓會議不要超過下午 2 點，最好是在下午 1 點半以前結束。

傅主任委員立葉

一、好，我非常贊成，按照以前慣例，本次委員會議在下午 2 時前結束，但希望最好能夠準時結束，不要延長。

二、健保署所提的臨時提案第一案，請問各位委員是否同意納入議程？請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

一、健保署提報 106 年抑制資源不當耗用改善方案臨時提案。

二、依據健保會會議規範第 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，且應有出席委員附議或連署始得成立。所以，請主席徵詢委員是否要附議或連署。

傅主任委員立葉

請問各位委員是否同意將該臨時提案納入議程(委員回應：附議)，好，就納入議程。

千委員文男

我們雖然附議，但仍有條件，須排在議程最後，也就是在下午 2 時前所有原排定的案子都討論完成，就討論這個臨時提案。

傅主任委員立葉

一、好，本項臨時提案排在議程最後。

二、我們確認今天的議程，進行下一案，確認本會上(第 2 屆 105 年第 12)次委員會議紀錄。

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請問各位委員對於上次委員會議紀錄有無修正意見？請李委員永振。

李委員永振

請看會議資料第 9 頁，專案報告第 3 案，建議除原敘述「應具有一致性」外，增列「計算公式需宏觀與合理思量」，因為回顧這項議題，從 3 年前於備查 102 年健保財務決算時就開始討論，當時主計總處與健保署有不同見解，涉及健保法第 78 條，於 103 年 8 月正式提會討論，經過將近一年好不容易有結論，社保司又提出修正健保法施行細則第 45 條及第 73 條，因此，延續討論，雖然體制內與體制外各團體努力後不是很滿意，還是要依結論執行，半年前健保署計算 7 項基金，又產生爭議，等一下在追蹤事項還會提到，健保署回覆符合「依法行政」及「一致性」，但在考慮依法行政的時候，似乎沒有將情理面考量進來，所以解釋空間上就有很多看法，連公務部門自己的看法都不一致，不要說醫界與付費者代表的意見，因此，除一致性之外，在計算公式增列宏觀與合理思量。謝

謝。

傅主任委員立葉

謝謝，請張委員煥禎。

張委員煥禎

請看會議資料第 7 頁，討論事項第一案第 2 項，同意醫院總額自一般服務費用移撥部分經費，作為風險調整基金，所涉執行面及計算等相關細節，授權健保署會同醫院總額相關團體議定之。請教 2 個問題，首先健保法所規定風險調整基金的定義是什麼，我記得 10 幾年前我們就有這個東西，但是後來好像沒有用，我不知道這是否指的是一般天災或其他，請問健保法或公布的行政法裡，對「風險調整基金」這 6 字是否有定義，是不是在不同地方會有不同定義。第 2 個問題，可否請健保會同仁再聽一次上次(105 年 12 月委員會)的決議錄音，我記得是同意用風險調整基金來處理像東部或對 R 值(各地區校正人口風險因子及轉診型態後的保險對象人數)的影響比較大的地區，但有敘述「自一般服務費用移撥部分經費」這幾個字嗎？若有或相近意思的文字也可以，我不知道當時主席怎麼做裁決，因為我們只看到自己的發言實錄，沒辦法看到全部，所以請求查清楚，若上次有這樣講或類似的意思都可以，若沒有則會牽涉到什麼是風險調整基金，以上 2 個問題，請健保署說明。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

主席及各位委員大家早安。現在進行的是確認上次會議執行情形，剛才張委員煥禎所提問題，建議以書面資料回應，否則會議時間可能會拖非常久。

張委員煥禎

所以我剛才才說「確定上次會議紀錄」，若是這樣，我保留，同意以書面方式提供；但若不是這樣，可能要更改上次會議紀錄。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、我對於何常務理事語，在上次委員會議發言實錄第 50 頁所講的話非常敬佩，他講得清清楚楚「我從來沒有接受一件禮物、我從來沒有接受人家請客」。
- 二、有關會議資料第 7 頁，對於 R 值調整，健保署很努力要求醫界各層級和 6 分區業務組專家共同討論，但好像沒討論出什麼最好的結論。其中有一個分區的代表曾經講過，他們 4 個縣的縣長聯合運作，可能現在又 1、2 個縣長加入，當時我們感覺問題很大，所以隔天就打電話給當時的戴主任委員桂英，她也聽過「關說」存在。若真是如此，我們希望發言實錄可以再確認，確認之後應做很適當的處理、不要讓社會百姓認為健保會委員是可以被關說的，我建議送檢調單位調查！

傅主任委員立葉

請謝委員天仁。

謝委員天仁

謝委員武吉經驗很豐富，但現在進行議事錄確認，請具體指明哪些文字與原來開會過程有出入，需聽錄音或如何修改文字，才是目前程序應做的事，但剛才所提並非現階段要做的事。主席應很清楚地裁示這並非目前議程進行的事，有意見等一下再提，議事才會有效率。

傅主任委員立葉

請何常務理事語。

中華民國全國工業總會何常務理事語

我從一代健保擔任監理會(全民健康保險監理委員會)及費協會(全民健康保險醫療費用協定委員會)兩會的委員。我的立場是問心無愧，坦白講，我沒找過衛福部或健保署任何官員或醫界去喬過病床，從來沒有勞駕過各位，所有在座官員都很清楚，我不會找所有

官員拜託事情。但若醫界要我幫忙提案，只要很合理、提供 1、2 張報告給我，就會幫忙提案，我對醫界沒有偏見，該提案就提，該反對就反對，這是我的一貫立場。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

本案是確認會議紀錄，若沒有需修改，剛才已同意可用書面方式提供說明，應就此確認，不要再浪費時間了。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

剛才張委員煥禎垂詢上次會議討論事項第一案(106 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案)，有關風險調整基金；討論事項第二案「106 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案」，也同樣有關風險調整基金，未來做書面說明時，請一併說明。

傅主任委員立葉

一、謝謝周委員麗芳提醒，等一下有機會可先說明。另剛才委員所提文字修改之意見，就依委員意見修正，至委員剛才所垂詢問題，若說明還不夠完整，再請健保會提供書面資料，上次委員會議紀錄就此確定。

二、接下來進行例行報告第二案，請周執行秘書淑婉報告「本會重要業務報告」。

貳、例行報告第二案「本會重要業務報告」與會人員發言實錄
周執行秘書淑婉

一、本會上(105 年第 12)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請各位委員翻到會議資料第 11 頁，說明一，上屆委員會議其他未結案件，計有 15 項次，依辦理情形建議解除追蹤 3 項，繼續追蹤 12 項，以下就辦理情形簡要說明：

(一)請各位委員翻到會議資料第 17 頁，擬解除追蹤共 3 案：

- 1.項次 1，請健保署與各總額部門持續檢討品質保證保留款之發放條件案，健保署已針對發放條件檢討，並依程序提至各總額研商議事會議討論通過報部核定。本會幕僚補充，106 年度各部門品質保證保留款實施方案，本部已於今(106)年 1 月 11、13 及 25 日公告。
- 2.項次 2，有關分級醫療所擬對策，應參考本會委員所提相關建議修訂案，醫事司及健保署皆表示將納入政策研擬之參考。
- 3.項次 3，有關「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」，針對委員所詢事項補充說明及提供說明資料。健保署已提供書面報告在會議資料第 22 頁。至於新藥第一階段健保給付，業於本年 1 月 18 日公告、1 月 24 日生效，相關公告資料在會議資料第 177 至 192 頁，請委員參考。

(二)會議資料第 18 頁，擬繼續追蹤共 12 案：

- 1.項次 1，請健保署按月提供醫學中心、區域醫院之門、住診初(次)級照護及下轉等數據資料案，健保署已邀集專家學者及醫界代表研議初級照護定義，確認後將提供相關統計數據供參。另於 106 年度辦理初級照護定義之委託研究，做為未來初級照護定義之研修參考。
- 2.項次 2，請健保署對新藥、新特殊材料、新診療服務及放寬藥品適應症等項目，進行財務影響評估及替代效應分析。健保署回應，有關新藥及特殊材料納入健保及放寬藥

品適應症案件之財務影響評估，係由財團法人藥品查驗中心進行。對完整財務影響評估及新藥替代效應，將由 106 年度委託研究計畫執行。對新增診療項目分析，將於每年評核會議提出相關執行率。

- 3.項次 3，建請衛福部部長定期與本會委員建立定期對話溝通機制。社保司回應，若有重大議題會適時請示部長裁定。
- 4.項次 4，有關政府欠費，請健保署依法辦理。會議資料第 19 頁，健保署回覆辦理情形，截至 105 年 11 月底，僅北、高二市政府累計欠費，保費加利息一共約 227.08 億元。臺北市政府欠費於 105 年度還款計畫已全數落實，預計 107 年清償完畢。高雄市政府欠費部分，展延還款期限至 111 年，健保署署長於 105 年 11 月 4 日拜會法務部了解行政執行進度，該府於 11 月 28 日撥付 1,888 萬餘元欠費。
- 5.項次 5，立法委員擬具強制汽車責任保險法第 27 條條文修正草案，目前尚未排入立法院財政委員會審查，健保署將持續關注並即時提報。
- 6.項次 6，請健保署於「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」實施 1 年後提出檢討。健保署回應，計畫成果將提報今年度評核會議報告。
- 7.項次 7，「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」，建議洽請客觀公正之學術單位評估。健保署表示，將俟執行狀況辦理。
- 8.項次 8，菸品健康福利捐分配予健保安全準備之比率，請健保署於受邀討論時協助提案。健保署回覆，未來討論菸捐經費分配相關會議時，將依委員意見提案爭取。
- 9.項次 9，有關 C 型肝炎新藥之預算來源，建請衛福部及健保署積極爭取公務預算。社保司回覆，將錄案研擬參辦。

10.項次 10，106 年度總額醫療給付費用總額醫療服務成本及人口因素成長率之公式檢討，社保司回覆，已進行檢討，並於 105 年 12 月 27 日召開「全民健康保險醫療給付費用總額範圍擬訂公式檢討」會議，將再邀請專家學者、付費者及醫界代表召開會議，尋求共識。

11.項次 11，有關推動抑制醫療資源不當耗用措施，請健保署加強對民眾就醫習慣之衛教宣導。健保署回覆，已將衛教宣導列為 106 年業務重點。

12.項次 12，請健保署於計算各年度政府應負擔健保總經費法定下限 36%所採之邏輯，應具一致性。健保署回覆，均依健保法第 3 條及第 2 條第 1 項第 5 款之規定計算，符合一致性原則。

二、請各位委員翻回會議資料第 11 頁，說明二，衛福部於今年 1 月 16 日同意本會所報「106 年度全民健康保險醫療給付費用總額一般服務費用分配方式」案，並於 1 月 20 日公告，即有關地區預算之分配。

三、說明三，衛福部去年 12 至本年 1 月份發布及副知本會之相關資訊共 5 項，擇要向委員報告：

(一)「全民健康保險法施行細則」第 45 條、第 73 條，係依立法院決議，酌修第 45 條之文字；第 73 條第 2 項條文，係將第 45 條實施日期更正為 105 年 1 月 1 日。

(二)修正「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，並自 106 年 1 月 1 日生效。修訂重點請委員參閱會議資料第 11 至 12 頁。

(三)105 年 12 月 29 日公告訂定「106 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」，並自 106 年 1 月 1 日生效，修正公告後負擔金額，摘要整理如書面所示，請委員參閱。

(四)105 年 12 月 29 日修正發布「全民健康保險醫療資源缺乏地

區應具備之條件」第 3 點，並自 106 年 1 月 1 日生效。修正重點主要係將醫人比採計時點由當年改為近 3 年平均，避免單一時點之影響。

(五)有關 106 年度全民健康保險一般保險費費率，行政院於 105 年 12 月 30 日核定維持現行費率 4.69%，不予調整。

四、說明四，健保署去年 12 至本年 1 月份發布及副知本會之相關資訊，擇要向委員報告：

(一)公告修正牙醫門診、中醫門診、西醫基層與醫院總額及門診透析服務相關計畫/方案共 15 項，有關增修訂重點，請委員參閱會議資料第 13 頁至第 15 頁。

(二)106 年 1 月 4 日及 1 月 9 日分別公告修訂牙醫及西醫基層總額部門檔案分析審查異常不予支付指標案，並自 106 年 2 月 1 日(費用年月)起實施。以上報告。

傅主任委員立葉

謝謝周執行秘書淑婉報告。請陳委員亮良。

陳委員亮良

一、李署長伯璋及各位委員、先進大家好。我是公務人員代表，首次參與健保會，覺得非常高興及責任重大。剛開始的程序問題，聽到何常務理事語的一番話，個人感同身受，並感謝其在年金改革會議中的發言，在此向您致意。

二、針對本會重要業務報告，擬繼續追蹤項次 4「針對政府欠費，請健保署加強和相關單位之溝通並依法辦理」，截至 105 年 11 月底，臺北市政府欠健保費 46.87 億元，高雄市則欠 142.97 億元。我覺得非常奇怪，據了解欠款已非常久，雖不能太苛責健保署，但在追討方面務必要執行特殊手段，這部分責無旁貸，不然各企業界都比照欠健保費，會影響全台灣國民身心健康。像我們雲林縣，一個焚化爐欠 40 幾億元，縣產都被拍賣了，因此建議不只定期提報，還要有更積極作為。

傅主任委員立葉

先請李委員永振，再請趙委員銘圓及楊委員漢淙。

李委員永振

- 一、主席及各位委員，首先感謝健保會同仁的辛苦，105 年 12 月才整理過一次資料，現在為新 1 屆委員再整理一次，很感謝他們。
- 二、在此建議健保署、社保司及醫事司等相關單位，可參酌下列原則，協助健保會及委員圓滿達成監理健保之職責。
 - (一)相關單位回覆辦理情形時，應有具體內容。例如會議資料第 17 頁，擬解除追蹤項次 2(委員對分級醫療所提意見)，醫事司及健保署都回覆會把委員意見列為將來政策參考。我翻了一下，跟 2 個月前的答覆是一樣的，上次會議列為繼續追蹤，為何這次擬解除追蹤，讓我覺得很疑惑，若這樣回覆就可以的話，委員以後不用發言了。至少把委員意見列出哪些可行、哪些不可行，可行的作為參考，不可行的加以說明後就刪掉。
 - (二)辦理追蹤事項，應掌握時效。例如會議資料第 18 頁，擬繼續追蹤項次 1「請健保署按月提供醫學中心、區域醫院之門、住診初(次)級照護及下轉等數據資料」、項次 2(請健保署對新藥、新特殊材料、新診療服務及放寬藥品適應症等，進行財務影響評估及替代效應分析)，列為繼續追蹤案，好像就沒事。項次 1 是 104 年 6 月決議及 105 年 1 月決定，即使 105 年 1 月決定，距今已 1 年。項次 2 是 104 年 7 月決定，但 2 項辦理情形都是 106 年才開始委託研究。我很擔心，第 3 屆委員畢業時，不知能否看到成果。
 - (三)內容應及時更新。例如擬繼續追蹤項次 3(建請衛福部部長與本會委員建立定期對話溝通機制)，上次會議本來要解除追蹤，我建議繼續追蹤，但經過 2 個月，答覆內容是一樣的，部長已經換人，內容卻還是一樣，覺得怪怪的。

(四)辦理時應有適當對策。例如繼續追蹤項次 4(政府欠費)，感覺健保署很努力，但結果似乎大家都不滿意。相信健保業務執行報告案時，委員應該還會繼續追，但應有比較有效的對策，不然會一直拖，這議題從監理會時代追到現在健保會第 5 年了，高雄市還款期限還要 6 年。

(五)應配合時程，有時效者須及時做決斷。例如繼續追蹤項次 12(請健保署於計算各年度政府應負擔健保總經費法定下限 36%所採之邏輯，應具有一致性)，基於保險業務之監理屬本會權責，年度工作計畫預定 3 月就需提報 105 年健保財務決算報告備查，健保署到底要怎麼做，看不出來。決算以後再繼續追，從體制內追到體制外嗎？健保會就失責了。請健保署解釋以下 2 點：

1. 「一致性」，105 年 7 項(中央政府依其他法令規定補助健保費納入健保總經費法定下限 36%)是 68.5 億元，健保費會減少 107 億元；106 年 70.6 億元，結果健保費還是減少 70.6 億元，沒有一致！
2. 公式應用要合理考量，將來依照健保署的做法，如何向一般庶民解釋，今天已是第 5 次討論，但仍未有結論，不知健保署是否要硬幹下去，但下個月就要決算了，希望今天能有結論，到底要用何方式，若健保署要用自己的方式，但應有一致性及合理性。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

一、主委及各位委員，針對會議資料第 17 頁，擬解除追蹤項次 2，非常認同李委員永振所提意見外，對於推動分級醫療的策略及配套已實施，建議至少每半年應檢討一次，才能看出分級醫療做得如何。

二、擬解除追蹤項次 3，有關 C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計

畫，對於李署長伯璋及相關人員很快地讓此計畫於 1 月 24 日上路，非常感謝並給予肯定，但建議健保署 2 點：第一，應從患者角度思考，以在核定預算內治癒更多患者為優先目標，即應將 106 年申請給付之名額以 8,000 人為上限，更改為以 8,000 人為原則。據我了解，在健保署共同擬訂會議討論時，並未以 8,000 人為上限這 3 個字，故若有多餘費用應多治療一些人。第二，106 年首度實施 C 型肝炎口服新藥健保給付，且從管控及評估後續預算需求下，建議每季或每 4 個月追蹤管理新藥預算執行率，以利評估預算運用狀況。

三、擬繼續追蹤項次 4，針對政府欠費，高雄市原本預定 109 年還清，現在又要延到 111 年才要還清。不知此還款計畫是高雄市政府提出來，我們健保署就必需同意嗎？或是應要求如期還清，因為已經拖非常久。建議健保署應採更積極方法，甚至該拍賣就應拍賣，還有違約金也應一併處理。

四、會議資料第 12 頁說明三(三)，有關去年 12 月 29 日公告訂定「一百零六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」，其中「因同一疾病每次住院應自行負擔費用之最高金額」為 3 萬 7,000 元，及「全年累計住院應自行負擔費用之最高金額」為 6 萬 2,000 元，這部分到底包含哪些項目？請提供書面資料給我，謝謝！

傅主任委員立葉

謝謝，請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

一、針對第 20 頁第 9 項及第 22 頁補充說明有關 C 型肝炎全口服新藥的項目，若未記錯，這項經費共編列 26.55 億元，其中有 9.43 億元來自原用於干擾素治療的費用。我們花了很多時間討論是否給付新型 C 肝藥品，因為相當昂貴，且是首次擴大使用，大家都認為健保經費不足，故該案提出時，有多位委員認為從病人角度上，當然要給予治療，但費用不能全由健保經費

支付，應有相當程度的政府預算補貼，甚至總額協商時，也附帶政府必須提撥相對預算的條件。

二、但會議資料第 20 頁第 9 項的相關單位辦理情形，居然只寫將錄案研擬參辦。我也當過很久的公務員，若對建議回覆將錄案研擬參辦，就等於是「不辦」，只是不好意思說「不接受」，這樣的回覆似乎有些消極，到底要不要辦、可不可辦或有沒有辦？完全不知道，我認為這種處理方式太過消極。我想請教到底公務預算有無編列？若未編列，我認為 26.55 億元不足以照顧 C 型肝炎病人，因 C 型肝炎病人本來接受治療者每年約有 2 萬 5,000 人，但目前僅 8,000 人須使用新藥。據說因副作用很大、很複雜，因此目前經事前審查排序接受治療的病人不足 8,000 人，但檢驗費用花費很多，因已無其他預算可供支應 C 型肝炎治療所需經費，檢驗費用也應包括進去。

三、此外，這 8,000 人即使以新藥治療，其餘 1 萬 7,000 人未被排入計畫者是否應繼續接受干擾素治療？若是這樣，這些錢到底夠不夠支付？我認為應每月提報進度，用書面報告也可，內容應包括投入與使用的經費，否則超過的費用全部轉移到醫院部門一般費用，就變成因政策造成總額稀釋，這樣是不對的。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

一、在健保署公告給付 C 肝新藥後，我到公務機關辦事，當場有位工友拉著我，表示非常感謝健保會全體委員、醫療團體及健保署的支持，讓他父親有 C 肝新藥可用，他請我在此特別向署長及各位長官表達感謝，除了付費者的反映，我也要在這表達感謝各位。

二、我知道健保的經費不夠，但有許多經費必須去爭取。如李委員永振所提，在健保會成立前，就一直討論到政府負擔「一致性」的問題，我希望下個月就能將「一致性」確認，不要每次

開會都炒冷飯，政府應提出「一致性」的原則，委員就不會一再質疑。再次代表被保險人感謝健保署長、醫療團體及本會委員，民眾的 C 肝有救了。

傅主任委員立葉

請滕代理委員西華。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、我有 4 點建議，首先在會議資料第 18 頁擬繼續追蹤第 2 項「健保給付新藥財務衝擊影響評估」委託研究計畫列為繼續追蹤，請健保署主動提報，但不知何時提報？研究完成可能都到年底了，但總額匡列費用是在 9 月，總額都有匡列新藥、新特材的費用、替代率及對財務的影響，這部分對財務的衝擊，絕對是整體性的，而非純粹新增的部分。在此提醒，若在總額協商前已有相當資料，應在協商前提出，以利委員在協商匡列費用時做為參考。
- 二、有關政府欠費部分，等一下健保署會有口頭報告，我認為應加強說明幾個項目，首先根據健保署資料，高雄市政府在 96 年前起的費用未有任何 1 年收繳率達 100%，也就是從 96 年欠費起算至 111 年還款年限超過 15 年，健保才開辦幾年，高雄市政府欠費還款就要 15 年。健保署回覆「中央協助原則修正為以應繳納數為計算基礎，同基礎同比率補助高雄市政府」實在看不懂，待業務執行報告時請再說明清楚。若協商還款要到 111 年，民法的欠款還款年限也只有 8 年，一再遞延是不對的。若是這樣，應提健保會討論，若業務執行報告時無法取得共識，我認為是否同意其展延至 111 年，應依程序提健保會討論。因這與健保財務有關，況且政府不斷對外表示，無論是否改採家戶總所得，108 年都要面對保險費率調漲的問題。若持續放任政府欠費不還，屆時如何說服民眾。當然以權責基礎而言，這些欠費都已計入保費收入，但權責基礎無法說服百姓，否則大家都積欠保費，認列權責基礎即可，但健保是需要現金

的。

- 三、關於強制汽車責任險，雖繼續追蹤，但我記得與代位求償有關，記得當時謝委員天仁也提議，代位求償辦法亦應一併修正。因此，雖有請健保署主動提報繼續追蹤，但我認為不應只針對強制汽車責任險，健保署也應將代位求償辦法做整體檢討。
- 四、有關 C 型肝炎，我很同意楊委員漢濼的說法，要讓委員知道追蹤什麼，是追蹤 106 年有無編列 107 年度公務預算嗎？這裡並無追蹤事項，只建議應有公務預算挹注。後面還包括 C 肝新藥適應症，都與健保財務有關，許多事項都寫繼續追蹤，但都不知要追蹤什麼？是要追蹤衛福部嗎？還是要追蹤有無編列預算？何時提報才合適？是否 4 月份健保會時，就要知道衛福部到底有無計畫編列預算？
- 五、第 12 項除政府負擔計算邏輯不一致外，施行細則第 45 條授權範圍亦太大，本項也是繼續追蹤，但根據健保署回覆，似乎不用追蹤，健保署答覆已按照本會決定，也符合一致性，但李委員永振卻認為未符合一致性，可否請幕僚再說明繼續追蹤事項為何。

傅主任委員立葉

請何常務理事語。

中華民國全國工業總會何常務理事語

- 一、工業總會代表發言，有關 C 肝部分現在解除追蹤過早，這是政府的德政，李署長推動 C 肝治療是功德無量的事，建議 9 月份提報 C 肝治療情形，讓全體委員了解，年度結束後也能再次報告全年 C 肝治療推動狀況。因這是新的政策，在明年 3 月也能提報今年 C 肝治療推動情形，讓大家了解。我也支持趙委員銘圓所提，以 8,000 人為原則，不要預訂上限，若能多做就盡量多做，這是好事一樁。
- 二、目前臺北市政府欠費 46.87 億元及利息 24.68 億元，合計將近

70 億元。1 月份衛福部不聘我當健保會委員，但臺北市柯市長聘請我擔任市政顧問，在今年的市政顧問會議上，我會特別留意此事。臺北市政府希望明年前能夠將欠費還清，我在這 2 年的市政顧問會議裡會特別留意，希望至遲能在 107 年還清。高雄市政府欠費不應一延再延，因其統籌分配款較過去多出許多，應提出更合理的還款計畫。

傅主任委員立葉

先請謝委員武吉，再請陳委員亮良。

謝委員武吉

- 一、對於擬解除追蹤的第 2 項及第 3 項，有多位委員發言不應解除追蹤，我也認為這 2 項應繼續追蹤。尤其第 3 項當初是我提出詢問，健保署施組長如亮說明並無事前審查，與會議資料第 22 頁附件內容一致；但附件第三點「C 肝新藥之處方醫師資格限消化系內科專科醫師處方使用，不限專任或兼任醫師」當時施組長有說明限專任、不限兼任。既然已有書面說明，請教李署長是否以現行書面為準，而非施組長當時私下的口頭說明為準？
- 二、對擬繼續追蹤的第 2 項有關新藥、新特殊材料、新診療服務及放寬藥品適應症等項目，昨天有共同擬訂會議，僅 1 次會議就通過將近 1 億 4,500 萬元，請問在醫院總額一般服務部分，106 年僅 10 億多元，若費用超過額度是否要以其他經費補助醫院或診所？

陳委員亮良

- 一、多位委員提及有關 C 型肝炎治療新藥部分，我個人很認同楊委員漢淙的意見。在健保經費預算不足部分，建議政府部門匡列預算支應。另針對公務人員族群，從罹患 C 肝調查發現，警察及消防人員因勤務性質特殊，希望在公務人員體系的不同工作族群中，能在這方面針對這些族群，讓他們能即時獲取資訊並治療疾病。

二、罹患 C 肝的與城鄉差距有關，在偏遠地區因飲食習慣或外食為主等原因，罹患率通常較高，這部分應加強改善，也請衛福部及健保署提供相關計畫。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

我很認同剛才多位委員針對擬繼續追蹤第 4 項政府欠費所提出的觀點，我個人也要提出關切。政府欠費並非無法解決的問題，解決之道最重要在於政府的還款決心。對照臺北市政府及高雄市政府可發現，臺北市政府在 105 年度還款計畫已全數落實，預計在 107 年將清償完畢；但高雄市政府欠費非但提出修正還款計畫，甚至還要再展延至 111 年。個人認為政府帶頭欠費，而且一再展延還款期限，社會觀感確實不佳。建請李署長以健保署堅定的意志與高雄市政府再進一步溝通，甚至也可委請新任主委代表健保會，將眾多委員的關切轉達高雄市政府，希望其儘速還款。

傅主任委員立葉

請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

一、會議資料第 11 頁說明三(一)提到「全民健康保險法施行細則」修正，將失業被保險人與其眷屬健保費及經濟弱勢者健保費之補助，排除在計算政府負擔經費之外，請說明對去年健保署財務預估有無影響？是否會造成不同預估結果？

二、說明三(二)1.提到原列之備註文字因於「醫療機構設置標準」中已有規定，爰配合刪除，請說明是否會影響支付部分的費用改變？

傅主任委員立葉

請蔡委員登順。

蔡委員登順

一、會議資料第 20 頁擬繼續追蹤第 7 項，有關於捐分配問題是在

94 年 11 月立法院所做決議，當時本人已退休非健保會委員，但仍前往立法院關心這個問題，還被國健署邱署長淑媿抹黑為菸商，利益團體來監督國會。在健保會經趙委員銘圓提出抗議後，委員們也提出強烈不滿的看法聲援本人，在此藉這個機會向大家表達謝意。

- 二、當初菸捐撥付健保比率是 70%，卻被國健署強勢提案，要求立委配合多提撥 20%至國健署，健保只剩下 50%。課徵菸捐的本意，是因吸菸人口健康較易出問題，須耗用更多健保資源照顧，故經費應留在健保，政策上調降至 50%是非常不公平的。以目前成效來看也有爭議，國健署並未妥善運用經費，僅辦理活動或補助某些團體申請，對原本的用意打了很大的折扣。因此，建請健保署在適當時機將經費再爭取回來，因當時是國民黨執政，現在已民進黨執政，整體政策上有很大的空間可以努力，政黨輪替後，看法也會不同。因此，建議健保署應在這方面多用策略，爭取經費回到健保。

傅主任委員立葉

請李委員偉強。

李委員偉強

- 一、會議資料第 18 頁擬繼續追蹤事項第 1 項提到分級醫療，當初很重要的策略就是初級照護。在過去 2、3 個月，已使用很多時間進行討論，但相關單位辦理情形的兩點回覆彼此矛盾，第 1 點表示已在進行，且已有多個版本持續更新，看似準備進行；但第 2 點又表示已委託研究，似有更深入的研究結果出來，究竟要等哪個結果出來才落實進行？希望健保署能有更清楚的定義。醫界對初期照護莫衷一是，無論是醫護人員或病人，哪些病能看？哪些病不能看？無論醫院或基層都有許多討論，這方面也請健保署回應。
- 二、C 型肝炎新藥給付後，剛好我本身也有照顧 C 肝病人，病人反映很踴躍，也很感謝政府，但顯然今年 8,000 個名額勢必用

完，明年該怎麼辦？我建議無論從臨床反應及行政費用管理，都呼應剛才楊委員漢源所提，應每月收集資料，每季在本會以書面或口頭彙整報告，並在 6 月底前提出初步結果，以利明年編列預算，才不會像去年這麼匆促。

三、剛才有委員關心 B、C 型肝炎防治，其傳染途徑與飲食習慣並無太大關係，基本上是由血液傳染。目前台灣捐血方面已有很好的篩檢。建議在 C 型肝炎治療時，應結合 B、C 型肝炎防治，這與國健署業務相關，而不是讓政府編列 20 多億元的經費，只用在下游的藥物治療上，也應包括上游的防治，特別是對 B、C 肝炎高危險群的防治成效，能讓這項計畫進行得更順利。

傅主任委員立葉

請謝委員天仁。

謝委員天仁

我針對擬解除追蹤第 3 項「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」，我認為健保署對外公告的內容與衛福部有關 106 年總額協商有關 C 肝治療條件有所衝突，因此，這份公告是違法的。我們當初在協定時就已表達得很清楚，並無所謂使用干擾素無效後，才能使用 C 肝口服新藥，在協定的過程中，都有相關的記載，衛福部未調整任何條件即對外公告。因此，根據當時協定的真義，衛福部對外公告的法規命令內容，就是沒有限制。但現在根據共同擬訂會議的結論，健保署的公告仍以干擾素治療為前提，我認為已違反衛福部的公告，健保署應好好檢討，實務上如何操作，健保署可以管控，但不應形諸文字，與衛福部公告衝突。我認為不應讓共同擬訂會議與健保會意見相左，希望健保署能妥善處理。

趙委員銘圓

一、針對政府欠費補充說明，第 3 屆新任委員可能較不了解，其實之前還有新北市政府也有欠費，但其早已按照還款計畫還款完畢；臺北市政府因欠費較多，但也按照還款計畫持續償還。這

部分曾建議李署長對績優的新北市政府，應給予表揚，我記得署長也有答應，但至今好像並未執行。目前高雄市政府是惡劣生，不僅未按照還款計畫償還，還一再拖延，這是非常不當的行為。再次建請署長對於依約還款的模範生應該進行公開表揚，讓民眾了解新北市這位績優生按照還款計畫早已清償完畢，臺北市也按照計畫持續償還，但惡劣生高雄市就是不還，甚至還要延長期限，這是非常不應該的。希望署長既然之前已答應要進行表揚，透過輿論的力量，應可迫使高雄市政府就範。

二、有關 C 肝的部分，認同李委員偉強所提，主要是接觸性感染。這部分應由國健署多花心力，國健署經費很多，但根本就沒好好處理國家預防系統，這部分也可能牽涉到疾管署。上次會議也討論到菸捐分配問題，剛才蔡委員登順也提到，目前健保的菸捐分配從原來的 70% 降到 50%，但國健署對原有 30% 的部分就已用不完，又再加 20%，不是很奇怪嗎？目前部長已換人，建請李署長伯璋再向陳部長時中提議，將菸捐分配比率恢復到 70%，以導正錯誤，否則，最倒楣的還是付費者。因按照推估可能在 109 年健保費率就要調漲，菸捐分配原可挹注安全準備，但因比率減少 20%，導致未來還需調漲健保費率，增加人民的負擔，我想是不應該的。

傅主任委員立葉

請問委員有無意見？請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

一、主席、各位委員，大家好！我今天是第 1 次參加委員會議，我是被保險人代表，也是台灣癌症基金會副執行長。剛才多位委員發言都提及健保給付 C 肝口服新藥的收案條件，尤其是謝委員天仁提到，本來在 106 年總額協商會議時討論此案時並沒有設這麼多條件限制。由於 C 肝口服新藥給付的收案條件前提是先接受干擾素治療失敗，因此我要代表病人反映心聲。

- 二、干擾素治療有很大的副作用，所以有一群病人因不堪副作用而無法接受治療，另一群病人包括憂鬱症患者、有自體免疫疾病者、白血球、紅血球、血小板偏低者，甚至是肝臟移植的病人，也是沒有辦法接受干擾素治療。如果使用 C 肝口服新藥的條件一定是要干擾素使用失敗，那這幾群病人就一直都沒有機會接受 C 肝新藥給付。
- 三、因為之前沒有參與委員會議，不知道過去討論本案的情形。如果之前決議是沒有這個限制的話，現在如此規定對於這幾群無法使用干擾素的病人是相對不公平，沒有接受 C 肝口服新藥治療的機會，這一點也請各位委員及健保署多加考慮。

傅主任委員立葉

謝謝蔡委員麗娟，請問其他委員有無意見？(未有委員表示意見)如果沒有，就請健保署及社保司針對委員意見及提問簡要回應。

李署長伯璋

- 一、主委、各位委員，大家好。首先要感謝各位給我們機會進行 C 肝口服新藥計畫，本計畫當時是以每人 25 萬元、共 8,000 人編列經費，因為過去沒有經驗，為達到預期追蹤效果，所以分三階段進行，各分配 30%(2,400 人)、35%(2,800 人)、35%(2,800 人)。
- 二、今年 1 月 24 日開始實施第一階段 C 肝口服健保給付計畫，預計收案 2,400 個病人，但迄今登錄不到 900 人。之前學界曾告訴我大概有 30% 的 C 肝病人用干擾素治療會失敗，所以我們之前是以 C 肝治療計畫裡用干擾素治療的病人來估算，預計會有 8,000 位符合收案條件。最近也請同仁針對干擾素失敗的病例進行實際統計。
- 三、本計畫目前是臺北榮總登錄情況最好，在開辦當天就登錄了將近 80 多個病人，目前有 100 多個案例。個人覺得榮總醫生很用心，先把病人資料準備好，系統一開放就上去登錄。
- 四、現在問題在於很多 C 肝病人是無法接受干擾素治療的，因此

無法符合本計畫收案條件，但這點請先容許我們先進行一段時間的施行與追蹤統計後，再與專家學者討論是否放寬收案條件。剛才謝委員天仁提到的意見我也知道，目前的窘境就好像我們在做器官移植的分配時，也會考慮到供應量的多少，去擇定優先順序。

五、目前全國 C 肝病人約 50 萬人，所以目前的預算一定是沒有辦法讓每個人都接受 C 肝口服新藥治療。這 50 萬 C 肝患者，一年就用掉健保 300 億元左右，這還不包括口服藥的部分。所以我一直覺得，我們有責任要治療病人，不能養病人，否則就永遠無法解決問題。所以我們是真的很認真在研究，希望能得到一些科學數據讓我們來決定下一步要怎麼走。

六、剛才陳委員亮良也問到，我們是以什麼基準來做 C 肝口服新藥計畫的名額分配。我們是以「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」中曾登錄之 C 肝病人於各分區之比例分配各分區名額。不過，我們從開辦日到現在，很清楚每天到底有幾個病人登錄做口服的藥，我們一直在追蹤登錄情形，但無論如何，如果這個計畫沒有開始就沒有改變的機會。

七、同仁最近就會把 C 肝相關的存活率算出來，假如有些病人是曾參與 C 肝治療計畫，但因不舒服而放棄治療，使其存活率很低的話，我們就知道一定要及早給這種病人治療機會，關於 C 肝的部分簡單跟各位報告。

傅主任委員立葉

社保司有無回應？

商委員東福

主席、各位委員，我簡單回覆李委員永振所詢。其實李委員在上 1 屆就曾指導我們的回應寫的太文言，要白話一點。「錄案」(請參閱會議資料第 20 頁，項次 9 之相關單位辦理情形)就是我們把重要的事情，包括 C 肝口服新藥爭取公務預算一案，在歷次跟部長報告時，都有特別提出，因此部長也明確地交待我們搭配健保署提供

的評估報告繼續爭取預算。

傅主任委員立葉

- 一、我綜整委員意見，試著做以下的裁示(委員：欠費問題還沒回應！周執行秘書淑婉：建議等到健保署業務執行報告再議)。好，欠費的問題等到業務執行報告再討論。第一個是會議資料第 17 頁擬建議解除追蹤的項次 2、項次 3 改列繼續追蹤。
- 二、第二個是為了提升本會議事效率，避免一再繼續追蹤，要求將來在回覆追蹤案的辦理情形時，一定要提出具體的作為及時程，如究竟有無參採、參採後做了什麼事情。剛才有些項次提到定期檢討，譬如說擬繼續追蹤的項次 2，健保署回覆將「定期」召開工作小組會議，所謂「定期」是多久？應予敘明，及該項的追蹤建議「請健保署主動提報」，是不是應該在進行總額協商之前提報，包括時間也應具體化，這樣比較容易知道我們在追蹤什麼，以及何時可以解除追蹤，以上兩點裁示。各位是否同意？請謝委員武吉。

謝委員武吉

會議資料第 18 頁項次 2，剛才相關單位好像沒有正面回答，新藥、新特殊材料、新診療服務及放寬藥品適應症等項目超出計畫預算的部分該怎麼處理？

傅主任委員立葉

這部分就請健保署在今年總額協商之前提報，對不對？

謝委員武吉

新藥、新特殊材料、新診療服務及放寬藥品適應症等項目如果超出預期金額，把總額一般服務預算都用完了，會吃到醫院和基層的總額，這個問題應該怎麼處理？應該要有個處理方針。

傅主任委員立葉

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

各位委員，有關新藥、新特殊材料、新診療服務，我們會定期召開

會議，跟大家報告新增項目的執行率，這樣的議題其實在各總額自己的會議裡一直都在檢討，因為委員非常的關心，我們一直都有落實在做累計3年到5年的追蹤，如果真的超過原編金額，就會加編預算。

傅主任委員立葉

謝謝，請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

- 一、我非常同意主席的裁示，就是在追蹤案的相關文字要確切，以擬繼續追蹤項次3為例，建請跟部長定期對話的溝通機制，社保司已回覆日後有重大議題將適時請示部長裁定，所以不曉得這案要繼續追蹤什麼，因為社保司已經有回應了。所以我非常贊同主席的裁示，就是希望追蹤建議要確實地告訴人家到底要追蹤什麼，以及追蹤的時程，可以解除的就解除。
- 二、我在文字部分有個問題要請相關單位解釋，在會議資料第20頁擬繼續追蹤項次5，健保署回覆「會中多數專家學者反對該修法案(即強制車險傷害醫療給付範圍不應排除健保得代位求償的規定)」，我覺得這部分文字意義非常不清楚，看起來是原來的法條有排除健保得代位求償的規定，所以這個修法案說不應排除，是嗎？(滕代理委員西華：修法案要排除)。所以應該說修法案是要排除，可是因為那段文字寫在修法案的後面，就容易使人誤解修法案的方向是不應排除健保得代位求償的規定。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

修法案是要排除健保得代位求償，公聽會上的專家學者則是持否定的看法。

盧委員瑞芬

我建議針對這段文字的意思加以釐清，因為這裡讀起來不是很清楚，而代位求償其實是個蠻重要的議題，謝謝。

傅主任委員立葉

謝謝盧委員瑞芬，該段文字就照盧委員瑞芬的意見再說明得更清楚。另關於擬繼續追蹤項次 3，請部長與本會委員定期對話溝通部分，剛才我收到幕僚遞的紙條，說明因為今天立法院開議，部長到立法院備詢，故無法前來致意，我相信將來部長應該會適時來跟委員致意，因為我們還是期待部長來，所以本項建議繼續追蹤，不過何謂重大議題？何時應跟部長對話溝通？未來我們可以再根據大家的意見提出具體做法，好不好？本案暫時討論至此，請李委員永振。

李委員永振

- 一、剛才主委提到的項次 3 是有延續性的，我們在意的不是相關單位怎麼回答，而是態度問題，我再重複我上次提的問題。首先，去(105)年 5 月 27 日新部長上任時的禮貌性拜訪，我們並不認定是我們要的見面；其次，何謂重大議題？今天會議有很多關於 C 型肝炎的意見，不算重大議題嗎？部長為什麼沒來溝通？我們在意的的是類似這些問題啦。講難聽一點，根本就沒做嘛。
- 二、本案好像要結束討論了，所以我趁機再提一下，因為下個月(106 年 3 月)就要提 105 年度健保決算報告備查了，所以會議資料第 21 頁項次 12 今天應該要有個結論，到底要用什麼方式來計算政府應負擔健保總經費法定下限 36%之金額？如果要採用健保署現行計算方式，那請健保署答覆我所提的「一致性」跟「合理性」2 個問題，如果委員都同意的話就通過。「一致性」就是健保署 105 年跟 106 年計入 7 項政府已實質負擔保費的影響金額，一年有放大、一年沒有放大，這有「一致性」嗎？「合理性」的部分，就是本來這 7 項社福支出是一毛錢都沒有計入政府負擔，現在修健保法施行細則第 45 條讓它可以計入，但這 7 項實際金額是 68.5 億元，為什麼最後算出來的結果是會使 105 年度的保費收入減少 107 億元，將來要怎麼對

付費者解釋？如果這兩點都能解釋清楚那就 OK，謝謝！

傅主任委員立葉

謝謝李委員永振，請社保司說明。

商委員東福

這個問題討論已久，李委員永振多次詢問我們也都適當回應，關於「一致性」，上次也有用書面資料跟李委員永振討論過。

李委員永振

你書面內容呈現就是沒有一致性啊，105 年計入 7 項 68.5 億元，對保費收入影響是減少 107 億元；106 年計入 7 項 70.6 億元，對保費收入影響就是 70.6 億元，一致性在哪裡呢？

商委員東福

是否容許我們再用書面跟李委員永振...

李委員永振

因為本案屬本會的監理職責，應該現在就要有個決定了啊，下個月就要送決算報告備查了。

商委員東福

那我們就在下個月之前提出來，再跟李委員永振這邊...

李委員永振

另外還要能跟付費者解釋喔！以前一毛錢都不能計入政府負擔，修法後可以讓 7 項共計 68.5 億元計入政府已負擔健保費，但是竟然使 105 年可一口氣扣掉 107 億元，這樣我不曉得將來如何面對我代表的團體，請你們給個合理解釋讓我們可以拿出去說明。

傅主任委員立葉

好，那請社保司再...

李委員永振

這樣本屆新聘委員應該已經清楚來龍去脈了，本案我們續任的委員已經討論 4 個月了。我一直提這 2 個問題，健保署的解釋沒道理啊。

傅主任委員立葉

請社保司與健保署將相關資料，尤其是進一步的解釋提供給委員參考，如果委員還有意見，可以下次再提案。

李委員永振

我的意見已經表達很清楚，如果大家可以認同，則我沒有意見，雖然我們是合議制，但動用表決也沒關係。另外一個子法牴觸母法的議題，可能會做較長遠體制外的努力，我已經拜託滕代理委員西華，那部分因為立法院已經通過施行細則修正案了，所以可能要前往監察院反映了！

傅主任委員立葉

請社保司及健保署提供資料給所有委員參考，好嗎？

李委員永振

不用再提供給我，拜託！這議題已在健保會討論 5 個月了，應提到健保會說明，讓全體委員了解。

傅主任委員立葉

本案討論到此，接著進行例行報告第三案。

參、例行報告第三案「本會 106 年度工作計畫、會議時間表及共識營與業務參訪活動之規劃報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

各位委員對本會 106 年度工作計畫、會議時間及參訪活動安排有無意見？有些項目是依慣例安排、有些項目是依上 1 屆委員會議決議擬定。請李委員永振。

李委員永振

我很期待會議資料第 25 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」工作計畫，我很高興看到「合理性分析」這 5 個字，希望將來提出來的不是只有一堆統計數據，要讓數字會說話。上次也跟李署長伯璋報告，2 年前看到前 5 名血友病患者每人 2 年都花費 1 億多元，第 20 名患者 102 年花了 2,200 萬元，次年卻往生了，我們希望進一步看到這個問題怎麼解決，去(105)年沒有再追蹤，因為只經過一年，現在已經經過 2 年了，希望針對這部分費用，可以提出合理深入的分析，讓數字說話，謝謝。

傅主任委員立葉

委員有無其他意見？請謝委員天仁。

謝委員天仁

以往本會進行總額協商是安排星期五一整天、星期六早上則是委員會議，但是現在預計把它調整成 3 天，我認為是勞民傷財，而且沒有效率。我了解是因為考量幕僚作業才做調整，因為以往星期五協商如果談到晚上 10、11 點，幕僚可能要熬夜準備資料，不然星期六早上沒有辦法開委員會議。但我的想法是希望大家可以更有效率的使用時間，所以建議協商還是訂 1 天，隔天委員會議排在下午，早上空著讓幕僚同仁作業，如果有部門需要再做短暫協商，可以使用隔天早上一大早或 11 點再來談一下就 OK 了，這部分幕僚作業基本上是可以處理的。這個方式看各位委員能不能接受，這樣比較

有效率，搞個 3 天，大家可能會很累。

傅主任委員立葉

好，再請何常務理事語。

中華民國全國工業總會何常務理事語

各位委員，我認為總額協商通則內容訂的很明確，希望今年能更詳細、明確一點，不要像去年邱前委員泰源在總額協商完成以後，突然跑來要推翻協商結論，這違反總額協商通則，他是協商委員但沒有盡到協商責任，不應該這樣子。我希望今年把我們總額協商通則詳細的訂好，不要再次發生這種情形，謝謝。

傅主任委員立葉

委員還有無垂詢？請干委員文男。

干委員文男

- 一、有關總額協商時程安排，我們要體恤會務人員，在我們協商到晚上 11、12 點結束之後，他們還要整理資料到凌晨 4 點左右，在隔天早上委員會議前就要把資料整理出來，非常辛苦。我常開玩笑說台灣的高速公路是沒有人行道，就是沒有人道。剛才謝委員天仁建議不在第 3 天開委員會議，要在隔天下午開委員會議我們也可以接受，但是我們可以先約定如果有未完成協商的，要提前在 11 點開會，就像去年西醫基層願意再協商，大家同意的話可以修正時程安排。
- 二、因為我們協商當天到晚上幾點鐘結束是沒有辦法預測的，如果第 2 天早上 9 點半接著開委員會議，就會有作業時間的問題；若按謝委員天仁的構想，協商跟委員會議還是用兩天，但委員會議改在隔天下午。如果這樣的話，我建議是不是今天就確定總額協商隔天提早 11 點來開會，有需要協商就協商，不需要協商就開委員會，這樣子工作人員比較不會那麼辛苦，不然看他們做得這麼辛苦，心有不捨。按照勞基法，他們都是超時加班，加班費不知道該算幾倍了。我認為如果要面面俱到，就隔天早上 11 點鐘來，如果還要協商，協商完接著就開委員會

議，這樣可以省掉 1 天，幕僚作業的時間就可以比較充裕，謝謝。

傅主任委員立葉

謝謝干委員文男。總額協商相關會議時程，大家是否同意參採謝委員天仁跟干委員文男的建議，原則上就是第 1 天整天協商，第 2 天下午召開委員會議，如果第 1 天沒有協商完成，就第 2 天早上 11 點再提前來協商，好不好？請葉委員宗義。

葉委員宗義

謝委員天仁建議 2 天把會開完，我認為 1 天就夠了，因為我們每個月都有開委員會議，大家都了解各個議案，為什麼要搞那麼複雜？其實，我們在座的委員都是挺健保署的，健保署要怎麼做，我相信在座的委員絕對支持，很多細節在會中馬上就可以解決，我認為一個部門只需要 30 分鐘，所以一個上午就夠了，哪需要搞到 2、3 天。我是希望健保署提出勇氣，很多時候，要增減的金額，健保署比我們更了解，而且每次協商都是計較小細節，浪費時間，聽健保署的就解決了。

傅主任委員立葉

謝謝葉委員宗義，請李委員永振。

李委員永振

- 一、剛才葉委員宗義有跟我稍微溝通意見，我再釐清一下，葉委員的意思是 1 天就夠了。但是干委員文男跟謝委員天仁講的有道理，就留半天備用，幕僚也不會那麼累。但是葉委員因為要趕回去彰化，所以他有時候會考慮這些因素，他是開玩笑的。
- 二、在專業方面最清楚就是醫界跟健保署，但是健保署會左右為難，所以我常開玩笑說，健保署是丟把刀子讓付費者代表跟醫界廝殺，有時候殺半天，只為了 2,000 萬元。我為什麼那麼堅持 38.5 億元(因健保法施行細則第 45 條修正，105 年度將 7 項政府已實質負擔保費 68.5 億元計入 36% 認列範圍，依據健保署計算公式，使該年度保費收入總計減少 107 億元，產生 38.5

億元之落差)？我總額協商殺半天殺不到 10 億元，你健保署解釋一下就差了 38.5 億元，38.5 億元我們可以協商多久啊？大概至少 3 年吧。

三、所以建議應該是不用 3 天，用 2 天即可，當中再留一個備用時段，這樣大概不會違背葉委員宗義的意思。但是重點是充分提供基本資料，哪些原則要堅持，大家要有合理的認知這樣就 OK，謝謝！

傅主任委員立葉

請何常務理事語。

中華民國全國工業總會何常務理事語

我也支持 2 天，如果還有些不周全的地方，第 2 天早上可以繼續協商，曾經有次牙醫門診總額被刪掉 3,000 萬元預算，晚上 10 點我還在跟委員溝通，直到 11 點半才回家，第 2 天早上牙醫師公會又提出來。我贊成謝委員天仁的意見，如果協商有不周全的地方，第 2 天早上給予緩衝時間，我支持 2 天。

傅主任委員立葉

多數委員支持安排 2 天時間召開 9 月份總額協商暨委員會議，請周執行秘書淑婉說明調整後的時間。

周執行秘書淑婉

付費者代表在總額協商會議相當辛苦，從早上 9 點半協商到晚上 11 點，所以提出協商時程調整方案，但各位委員的意見很有道理，2 天還是能完成協商，在此修正會議召開時間，9 月 22 日星期五召開總額協商會議，9 月 23 日星期六下午召開健保會委員會議，不知這樣的安排適不適當？

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

原則上同意，只是提醒大家注意有無違反勞基法。

周執行秘書淑婉

公務人員不適用勞基法。

趙委員銘圓

公務人員沒問題，但尚有約聘雇人員。

傅主任委員立葉

請周執行秘書淑婉說明一下。

周執行秘書淑婉

因星期四、五是工作日，擔心委員不易安排時間，如果各位委員時間允許，也可以安排在星期四、五。

傅主任委員立葉

9 月份總額協商暨委員會議是重大工作項目，委員一定會排除萬難前來與會，會議召開時間還是安排在星期四、五，確切日期為 9 月 21 日、22 日，開會時間有無變動？

周執行秘書淑婉

9 月 21 日上午 9 點半召開總額協商會議，按照往年既定議程，大概是安排到晚上 8、9 點，隔天上午是否繼續協商，視當天協商狀況決定，委員會議則於隔日下午 2 點召開，以上安排不知是否適當？

干委員文男

可以。

傅主任委員立葉

好，那就按照…。

干委員文男

主席，建議第 2 天上午 11 點就召開會議，如果前一天協商不周全就繼續協商，協商沒問題就直接召開委員會議，開完就可休息，尤其南部的委員路途遙遠，徵詢大家意見。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順。

蔡委員登順

我支持干委員文男的意見，第 1 天協商如果順利，第 2 天上午就無議程，直到下午 2 點才召開委員會議，我不太贊成，像我這種遠道的委員通常需要住宿，早上 10 點退房後會無處可去，也挺傷腦筋的，建議早點開始早點結束。

傅主任委員立葉

第 2 天會議是早上 11 點開始？

謝委員天仁

主席！

傅主任委員立葉

請謝委員天仁。

謝委員天仁

要兼顧原本提案的目的，原本是怕同仁彙整時間不夠，所以才增加半天，委員有多餘時間也沒關係，大家可以約出來吃飯，喝點酒再來吧！（委員大笑）

傅主任委員立葉

請教健保會同仁，下午 2 點是否比較妥適？

周執行秘書淑婉

對，請給我們多一點作業時間。

傅主任委員立葉

體恤健保會同仁，給予他們較充裕的時間來完備資料，第 2 天委員會議訂於下午 2 點召開，如果有協商未盡事宜，則於第 2 天上午 11 點繼續協商。（吳委員國治舉手）請吳委員國治。

吳委員國治

主席、各位委員，有關何常務理事語提及醫師公會理事長的部分，我在此做嚴正抗議，何常務理事語提到的幾位委員相當受醫界敬重，表現有目共睹，剛才請公會幕僚查證，邱立法委員泰源於質詢時並沒有指名任何委員，邱委員的質詢是針對健保會議事功能、議

事文化的憂慮，希望能在彼此尊重、理性研議尋求三贏方面再加強，何常務理事語對邱理事長做指名的人身攻擊，在委員會議上亦是不妥，醫界深表遺憾。

傅主任委員立葉

請何常務理事語。

中華民國全國工業總會何常務理事語

可以查立法院的會議紀錄，如果紀錄上沒有名字，我可以向他道歉，我認為可以查證，在立法院旁聽的人都向我反映這件事情，我們上一次開會不提出來，就是要看林前部長奏延的做法，林前部長奏延的同學私下也找我談，很多內情不用講白，何況林前部長奏延已經下台，不要再落井下石。

傅主任委員立葉

謝謝，委員有無其他意見？(未有委員表示意見)除總額協商暨委員會議調整時間外，本案其餘部分就依幕僚所擬草案進行。接著進行例行報告第四案，請同仁宣讀。

肆、例行報告第四案「中央健康保險署提報『全民健康保險癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫』(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請健保署說明。

龐組長一鳴

各位委員好，有關例行報告第四案「全民健康保險癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫(草案)」詳如說明所列，本案主要是由中醫師公會提出，並經過健保相關會議討論，詳細資料請委員參考書面資料，專業部分請中醫師公會補充說明。

陳委員旺全

主席、各位委員，感謝各位委員支持本計畫，讓癌症患者化、放療後可在醫院接受中醫醫療照護，本計畫於協商時編列 3,000 萬元，協定事項要求計畫內容提經本會備查，預算始得動支，請委員給予指教。

傅主任委員立葉

謝謝，請各位委員提供意見，請干委員文男。

干委員文男

本案已在健保署相關會議討論多次，今天提本會備查，我支持本計畫。

傅主任委員立葉

謝謝，請蔡委員登順。

蔡委員登順

我想這是很好的政策，化、放療病人治療過程中一般都很不舒服，中醫介入可以適當緩解症狀，本案是試辦計畫，請中醫師公會努力執行，試辦 2、3 年如成效不佳是要退場的，期待中醫介入後能真正照顧到病人，讓病況有所改善，成效良好未來可考慮移入一般

服務預算，對於中醫門診總額有助益。

傅主任委員立葉

謝謝，委員有無其他意見？請周委員麗芳。

周委員麗芳

主席，有關中醫在癌症化療、放射線療法患者的輔助醫療，我認為應該支持，尤其中西醫整合醫療是國際趨勢，應該給予重視。

傅主任委員立葉

謝謝，請滕代理委員西華。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

從中醫醫療資源分布的情況而言，本案技術上應以醫院執行為主，主要是醫院容留病人的空間較足夠，然而中醫有 95% 以上是基層診所型態，醫院體系相對少，對病人是不利的。即使大部分癌症診斷是在醫院，以醫院體系執行居多，中醫師公會仍應該鼓勵大型的、有能力的、空間充分的基層診所來試辦，甚至是給予獎勵，雖然沒有限定只有醫院能執行，但實際上多數病人都是在醫院體系接受延長照護。嘗試規劃邀請診所加入，不僅是為病人好，更為了中醫門診總額未來的發展前景，請中醫師公會尋找具有一定規模院所，鼓勵他們加入試辦計畫。

傅主任委員立葉

謝謝，請中醫師公會參考委員意見，請李委員偉強。

李委員偉強

- 一、醫院部門也很支持這項計畫，但仍請中醫師公會向試辦院所加以說明，我們擔心病人在醫院化、放療後，又到外面接受試辦院所相關的中醫輔助療法，病人回來繼續化、放療時又講不清楚做過的處置，容易導致治療脫節。
- 二、尤其將來有可能擴大計畫，希望在試辦期間就能連結中、西醫雙方，不管病人在外面接受任何中醫處置，都能清楚列出，例如轉診單，因為病人會定期至醫院進行後續治療，雙方需要做好連結，不要彼此都不清楚對方的處置，無論好或不好，至少

可以知道發生什麼事，如此才是持續性的治療照護。

傅主任委員立葉

謝謝，請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

本計畫立意良好，希望中醫師公會可以跟醫院相互配合，讓患者在治療上可以有更好的治療成效。

傅主任委員立葉

請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

很高興中醫能介入協助處理癌症病人化療、放療後的嚴重副作用，在我們服務癌友的經驗中，這是很好的輔助治療。在此請教幾點問題：

- 一、收案條件是 CTCAE 評估表(Common Terminology Criteria for Adverse Events, 放化療副作用評估表) grade(等級)2 以上，結案條件是 CTCAE 評估表 grade1；CTCAE 評估表有很多項目需要做抽血檢查，如貧血、血小板減少、腎功能不足、甲狀腺機能亢進等項目，不知一般中醫診所是否容易進行該項評估？
- 二、支付項目包括營養飲食指導及護理衛教等，結案後需要填寫各項評估量表亦有支付點數，計畫本身立意非常好，相信對病人也有很大幫助。在執行細節上，請教營養飲食指導是由營養師或是一般醫事人員負責？如果在中醫診所是由誰來執行？指導的內容是否有根據 CTCAE 評估表建立具體、一致性的作法？理論上衛教要根據病人狀況量身訂做，但大原則能規範明確內容，執行效果會更好。

傅主任委員立葉

謝謝，請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、我認為有反對意見再提出來，既然已有委員表示沒問題、同

意，就不需要一再重複，每位委員都發言，這樣正確嗎？只要沒有人反對，就請主席裁決通過，否則會議要開到什麼時候(委員笑)，有人反對再來討論！每個委員都要講一下，沒講話是表示不同意嗎？應該是沒講話就代表同意、沒有意見，剛才講一大堆不都是同樣的意思，這樣會議要怎麼進行？

二、主席詢問有無委員反對，有反對的再提出理由，大家都同意就通過，如果又沒有附帶決議，就照案辦理，以上是我個人淺見，讓會議更有效率。

傅主任委員立葉

謝謝，請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、本案屬試辦計畫，因台灣大部分的中醫師在診所執業，雖然醫院也有中醫部門，如果在醫院的中醫部門執行本計畫，基本上沒有問題，但如果在診所執行，病人的照護可能會產生問題。
- 二、依本會幕僚補充說明，本計畫不予支付病床費及病床護理費。計畫內容雖未明列，但費用編列按日支付 2,530 元，隱含除醫師診察費外，尚包含病人住在診所超過 6 小時的費用，甚至還分成兩班。因為病人住在診所內，醫師必須負擔其照護責任，萬一病人在診所發生問題，可能涉及違反醫療法相關規定。
- 三、提醒本計畫之執行要相當小心，病人在家中照護發生問題較無爭議，但若在診所內，因無住院設備，又不符合醫院設置條件，如果沒有適當人員給予照護而發生問題，對醫療機構會有影響。不能因為是健保會通過的試辦計畫，就不管現行醫政法規的相關規定。

傅主任委員立葉

請陳委員旺全簡要說明。

陳委員旺全

非常感謝各位委員的支持，很抱歉剛才沒有說明清楚，本計畫研擬過程中，委員的疑慮都已充分考量。因為是試辦計畫，目前只有醫

院型態才能執行，而且不是所有醫院，一定要附設中醫部門或有專屬中醫醫院才符合資格。謝謝剛才滕代理委員西華的建議，本計畫將先行試辦，若成效良好，再考慮擴大實施。若在其他院所就診可以從雲端藥歷尋查，並且會和西醫醫院密切合作。

傅主任委員立葉

謝謝說明，委員的意見也請健保署及中醫師公會參考，本案予以備查。接下來例行報告第五案。

伍、例行報告第五案「中央健康保險署『105年12月份及106年1月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請健保署李署長伯璋報告。

李署長伯璋報告：略。

傅主任委員立葉

謝謝李署長伯璋的報告，請問各位委員有無垂詢？

謝委員天仁

- 一、有關具名核刪的問題，媒體上醫勞盟偕同立法委員講的好像核刪有多大的效用，但依李署長伯璋所報告的相關資料，核刪如果要看真正的問題，不應看整體的核刪結果，而是要看該6個具名核刪的科別，和其原來科別的核刪率進行比較，實施具名核刪後，核刪率變成多少？
- 二、有醫療團體也回應，本來核刪率近5%，現在連1%都不到，表示就該科別而言，實施具名核刪後，核刪有問題，大家變成互相鄉愿，應該好好檢討。若變成該6個科別互相掩護，造成未具名公開核刪的其他科別點值降低，影響其權益，這樣不對，我認為這不公平。這部分希望健保署好好檢討，我認為具名核刪很有問題。

傅主任委員立葉

請干委員文男，然後是趙委員銘圓。

干委員文男

- 一、延續謝委員天仁所提具名核刪的問題，剛才聽李署長伯璋的報告，醫療費用持續上升，和實施具名核刪有絕對關係。我們在去年9月份委員會議就一直強調，若採具名核刪同儕制約的辦法，就沒人敢核刪，會形成浪費，現在已經出現問題。希望健保署能提供對照表，呈現實施前後的核刪率對照，才能真正看出那一科在浪費，那一科用的最多，不要只呈現整體核刪率，

看不出問題所在。希望健保署能製作對照表，列出醫院名稱也沒關係，否則我們對不起所有付費者。

- 二、提醒李署長，高雄市政府想換約延長還款期限，宜注意母法有 8 年的限制，若要超過 8 年，則須修改母法，否則吃不完兜著走。剛才公務人員協會代表也提到，高雄市政府這 4 年來欠愈多，就算最後一次還款，對健保也不划算。雖然期間有支付利息，但相較 10 年前和現在，幣值貶了多少，過去買 2 間房子的錢，現在只可以買 1 間房子。
- 三、業務執行報告第 89 頁提到，第 2 類被保險人保費調漲，是依據健保法施行細則第 46 條，一方面要根據全國各公民營事業機構受僱者月平均投保金額之成長，另一方面又要參考經濟的成長，事實上第 2 類被保險人跟這二方面都沒有關係，曲前司長同光訂定該辦法，建議應予修改。因為社會貧富差距愈來愈大，這類邊緣人沒有享受到經濟成果及社會繁榮，現在又要將其投保金額申報下限，從 22,800 元調整至 24,000 元，雖然可挹注健保 10.6 億元，錢不多但意義不同，保費一旦增加，馬上就會引起反彈。今天與會的 2 位新任勞工代表委員都是職業工會負責人，特別提出此問題，請商司長研究看看，希望找到平衡點。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、當初討論具名核刪時，付費者代表都是堅決反對，但最後還是強行通過，希望健保署能將開始實施後到現在的執行結果，讓所有的委員知道。
- 二、業務執行報告第 7 頁財務收支分析表，有關呆帳部分，從 84 年 3 月至 105 年 1 月底止是 733.9 億元，但是僅 1 年的時間，到今年 1 月底止已達 773.24 億元，增加近 40 億元，當然這部分主要是 105 年 6 月 7 日健保欠費與就醫權脫鉤案，推動全面

解卡所造成，呆帳成長為 28.83%。

- 三、請教健保署或衛福部對於全面解卡有沒有另外的考量，否則每年持續成長 40 億元，漏洞會愈來愈大，對健保財務恐造成很大的影響，甚至最終導致保費必須增加，對按時繳保費的付費者非常不公平。

傅主任委員立葉

先請謝委員武吉，然後請李委員偉強。

謝委員武吉

- 一、業務執行報告第 26 頁，105 年 12 月醫院總額各層級別門、住診申報醫療點數報表，因為初級照護的政策方針已開始推動，希望在下個月開會時，能呈現執行成果及差異性之相關資料。
- 二、第 31 頁，105 年第 3 季手術傷口感染率，是屬於第 1 次開刀的新傷口，還是第 2 次開刀的傷口，建議要分清楚。記得在醫院總額的研商議事會議，郭守仁院長曾經提到，愈大型醫院的感染率愈高，到底感染率主要發生在哪幾個層級，希望下次的報告能夠呈現。
- 三、第 65 頁的報表，與 105 年 11 月的報表似有差異，106 年 1 月只呈現件數和門診占率，但以前有件數、申請點數、部分負擔和平均每件醫療點數，希望恢復跟以前一樣，不宜簡化，否則委員會看不懂，謝謝。

李委員偉強

- 一、請委員參閱業務執行報告第 27 頁，資料主要呈現去年 11 月之申報情形，今年的冬天是暖冬，不管是今年過年或去年 11、12 月，大致上醫院包括急診的病人量都還算持穩，感謝上帝。但是依去年 11 月的申報情形，三層級醫院都有 9% 左右的成長，地區醫院也有 8%，到底是什麼原因我不知道，不過剛已提到去年 10 月份開始實施具名雙審制度，雖然只有 6 個科別公告，但雙審可能是原因之一，因為今天已經討論很多，就不再多說。

- 二、下次開會時應該有去年一整年的資料，建議於 3 月或 4 月份委員會會議，健保署能提供去年全年的資料，並區分成 1 至 3 季(政策實施前)與第 4 季(政策實施後)進行比較，再看看政策改變後之影響，包括成長率、件數、點值及核刪率等。有可能過去是錯的，現在是對的，過去可能壓抑的太厲害，現在才是對的，但也有可能相反，過去沒有不對，是現在太鬆了。
- 三、目前既然是試辦，應該還有調整的空間，若服務量持續成長，點值就會一直往下掉，造成大家拚命去做、盲目去做，結果會更血汗，這跟現在很多政策是顛倒的，目前已經看出蛛絲馬跡，希望下次會議能有全年資料的比較。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順，然後再請李委員永振。

蔡委員登順

業務執行報告第 27 頁，第 12 項五大部門總額的點值，門診透析有點令人憂心。門診透析預算年成長率 3.75%，約 14 億元，洗腎人數每年成長約 3%，門診透析每年投入那麼多的預算，希望能改善點值，但點值仍無法提升，仍維持在低檔。到底是醫療核心價值出問題，還是醫師社會責任觀念有偏差，或飲食用藥習慣不良，才會造成洗腎人口無法減少，健保署應有責任提出更好的政策，讓國人洗腎人數下降才是良策，而非一直投入預算。

李委員永振

- 一、請各位委員回顧本報告項目的精神，二代健保開辦後，為了節省會議時間，書面資料須每月提供，但口頭報告則改成每年 1、4、7、10 月報告。後來發現這樣無法兼顧即時性，才開放未口頭報告但委員有問題可提出討論。按照此精神，今天的報告應該針對 105 年全年，而不是 106 年 1 月份的報告。過去我曾建議，雖然每月委員都有發表意見，但每季的報告應該整理成季報告而非月報告，以上請健保署思考。
- 二、對 105 年 12 月份業務執行報告有 3 點請教：

- (一)105 年 12 月份的保費收入為 533.46 億元，相較前年 1~11 月之月平均保費收入當月多了 76 億元，原因為何？說明分析只針對累計，並未針對當月。
- (二)11 月的安全準備當年度是負 6 億元，全年度則增至 185 億元，我查了一下，去年討論費率時，健保署估算去年的安全準備，當年應增加 36 億元，中間為何差距 150 億多元？當然健保署會說是因為 116 億元有要回來。但當時會不知道 116 億元可以要回來嗎？以 36 億元估算，是否太保守？希望未來提供委員相關資料時，可以較貼近事實些。
- (三)105 年 12 月份業務執行報告第 8 頁雜項收入，104 年為 503 億元、105 年為 131 億元，差距很大。附註提到因補列 102 及 103 年政府補助 36% 差額，故拿回 490 億元，105 年的 131 億元應是含 116 億元(施行細則 73 條，追溯時期無效)，所以拿回 116 億元。我認為這 2 項是政府負擔的保費，怎能列在其他收入，如此的項目認定方式，將使有心想深入了解的委員，無法掌握到真正的數字。我上次也提到，全民健保財務收支分析表應將「權責基礎」拿掉，因其僅為結算資料，而非權責基礎。若以權責基礎來看，490 億元要歸到 102 及 103 年，且是保費收入，請健保署考量未來資料呈現時，科目別方面可再做改進。

三、另對 106 年 1 月份業務執行報告，有兩點請教：

- (一)剛趙委員銘圓也有提到呆帳的部分，去年 5 月份的委員會議時，我曾就 6 月 7 日擬實施健保欠費與就醫權脫鉤，提出宜慎重考慮之建議，當時健保署說是總統的政見，不得不做。我當時還提醒，政策須有配套措施，屆時不要用因解卡的理由使得呆帳增加。請健保署說明目前執行情形及相關配套。
- (二)報告第 9 頁提到 106 年度行政院編列 23.26 億元協助北高兩市政府解決欠費問題，我們向政府要錢時，政府卻說沒錢。到底政府是有錢還是沒錢，我已被弄糊塗了。處理健保法施

行細則時，政府說沒錢，現在又有錢解決北高兩市政府的欠費。本來錢早已撥出去，現在變成每年都要編錢解決這個問題，這樣合理嗎？又回到我剛提及的相關邏輯，應有一致性與合理性，謝謝。

盧委員瑞芬

針對今天的報告，我有 2 點就教健保署。

- 一、雖去年 10 月才實施公開具名審查，但核減率似已有些變化，能否列入追蹤，如半年或一定時間。健保署擁有非常豐富的資訊，除核檢率外，可再提供更進一步的分析，如將參與具名審查的醫師按醫院層級別分析。
- 二、剛李署長報告提到雲端藥歷、健康存摺，請問在座有多少人申請健康存摺？我因要出國演講，覺得健康存摺是項很好的政策，上網申請卻花了我 1 天的時間。因目前作業系統僅限 PC 介面(Windows OS)，Mac OS 介面則無法運作，健保署或可考慮多元作業系統，甚至提供智慧型手機、iPAD 皆可使用的 APP，則會更便民。健康存摺係為重要的政策，故應 monitor(監控)其執行情形。如有時間，請健保署說明目前健康存摺的申請與使用情形。謝謝。

陳委員亮良

- 一、主席、各位委員，大家好。我代表公部門，不論現職或已退休的公務人員，均有繳納健保費，我們是絕對支持健保的政策。非常感謝李署長對業務的精闢說明，我想苦人民所苦、憂人民所憂，是一個好的文官。巧婦難為無米之炊，有時在推動全民的健康相關政策時，欠缺的就是經費，在有限經費下如何推動，考驗署長與署裡同仁的共同努力。
- 二、針對 106 年 1 月份業務執行報告第 9 頁政府欠費情形，剛有委員提到政府到底有沒有錢？政府有錢啊，怎麼會沒錢！政府的錢都是來自於全民的稅金，煙火一放後，就沒有了；繳交健保費用，卻一再推拖拉。既然我們已查封北高兩市 2 筆與 49 筆

土地，我們可以送強制拍賣，我想全體委員都會全力支持署長的立場，以健全健保的繳費機制。

三、開源也要節流，我認為查處可以抑制健保資源無謂的浪費，請健保署在這方面再多加油。同屬公部門，我知道公部門難為。我來自非常農村的縣市，有些診所會於民眾就醫時，順便要民眾進行抽血、驗尿等健康檢查，但當事人根本不了解有些檢查需先禁食、禁喝水，影響檢查結果。

四、我本身在學校教了 9 年的勞資關係，今天看到勞工代表委員在健保會如此活躍，我個人很驚嘆。以上報告，謝謝。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

主席，各位委員，午安，我有兩點請教。

一、106 年 1 月份業務執行報告第 9 頁，「以應繳納數為計算基礎，同基礎同比率補助高雄市政府」，能否請健保署再說明同比率補助的基礎及應繳納數的內涵為何，例如有無包含利息？又請問健保署如何與高雄市政府進行協商，若健保會委員反對高雄市政府將還款計畫的年限延長至 111 年，是否具效力？

二、同份報告第 34 頁特約醫事服務機構家數，105 年 12 月特約藥局與居家照護之特約率為 76.68%與 54.84%，如要推動分級醫療、處方箋釋出、居家照護等政策，健保署恐需再努力提升其特約率。

沈代理委員采穎(古委員博仁代理人)

主席，各位委員，午安，我是代表中華民國藥師公會全國聯合會。我要回應有關透析，除民眾用藥知能不足外，在國外有臨床研究，80%的藥物副作用，會被當成是另一種疾病來治療。服用 6 種以上藥物的交互作用是百分之百。健保署能否分析一天服用超過 12 種藥物、1 個月就診超過 3 科的病人數？我們知道藥吃下去後，對肝、腎臟都是負擔，我們可以輔導這些病人改看整合性的門診、或強制其固定於某院所就醫，除可減少健保資源浪費外，亦是以病人為中心的治療方式。這部分須家庭醫師與臨床藥師的配合，因整合性

門診較一般門診費時更久，希望未來健保署對醫師診察費與臨床藥師，給予較高的費用，讓病人可以得到較好的照護，及建立正確的用藥習慣，並有助於減少藥費、就診次數、與醫療費用支出。

李署長伯璋

感謝各委員提供諸多寶貴意見。整個醫療體系，需要醫師、護理人員、藥師等所有醫事人員共同努力。向委員報告，102~104 年整體醫療點數分別為 3,818、4,006、4,119 億點，我最近也在研究，為什麼醫療費用一直不斷上升，也請同仁分析原因。醫學中心、區域醫院、地區醫院的服務量均增加，當然站在病人角度，有些為必要的診療處置；醫師很認真在看病人，但搞到最後，大家都很忙，不知在忙什麼，且愈忙，錢反而領得更少。105 年 10 月實施專業雙審及公開具名審查，我已請同仁分析其對費用核刪的影響。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

健保署尚未回應同比率補助的基礎及應繳納數的內涵。

李署長伯璋

請財務組與承保組回答政府欠費及解卡的部分。

唐研究員蕙文

主席、各位委員，有關滕代理委員西華問及中央政府協助直轄市政府欠費補助的計算方式，行政院在 98 年函示，以中央協助直轄市政府非設籍欠費的 5 成，作為協助的基礎，105 年 7 月 19 日將協助原則修正為，協助臺北市府金額不變的前提下，以應繳納數為計算基礎，同基礎同比率補助高雄市政府。所謂「同基礎」，不再區分設籍、非設籍，係以 88 年 7 月到 101 年 6 月應繳納數做為分母，用這個分母計算比率，上述協助原則係透過行政院協商。至高雄市政府所提還款計畫修正案，本署尚在溝通中，希望其能在符合健保法第 28 條還款計畫還款期限不得逾 8 年之規定下做調整。以上說明。

江副組長姝靚

有關解卡部分，委員關心保險費收繳率及呆帳預估率，本署也同樣

關心。從 98 年開始為保障弱勢民眾就醫權益逐步實施欠費與就醫權脫鉤解卡措施，至 105 年 6 月 7 日全面解卡，解卡人數有 4.2 萬人，本署近期針對全面解卡後進行分析評估，我們陸續觀察這幾年的保費收繳率，均維持在一定水準以上。不諱言，短期欠費是有的，其效應或許是人性的問題。但觀察這 5 年收繳率趨近於 99%，另外從解卡迄今僅 8 個月，大部分保費欠費尚未進入催繳後移送法務部行政執行署行政執行，本署將持續觀察及監控保費收繳情形。非常謝謝委員的關心，以上報告。

謝委員武吉

業務執行報告第 31 頁第(6)項手術傷口感染率，請問其為第 1 次手術後的感染、或是第 2 次手術後的感染？健保署尚未回答。

王專門委員本仁

謝委員武吉關心醫院總額的手術傷口感染率指標，其為同次住院的監測，另謝委員有建議能否區分層級別，我們會再評估提供層級別資料。

謝委員武吉

我感覺到院內感染的問題很嚴重，但沒有管控機制，李署長來自大型醫院，了解院內感染是很重要的一環，應該要知道病患是在第 1 次手術時感染，還是術後換藥時感染？李署長是換腎的專家，這是很清楚的事情，你們不懂可以請教他。第 1 次手術或是第 2 次手術的感染，應該要分的清清楚楚，包含醫療院所的層級也要分清楚，這樣可以降低減少醫療費用的支出，如果院所的感染率越高，那核付的費用就要扣減更多，我們可以設置相關的辦法來處理。

傅主任委員立葉

感謝謝委員武吉，稍後請健保署回應。先請滕代理委員西華。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

一、我明白 98 年行政院對政府欠費的補助原則，當時在行政法院的爭議，是臺北市府對非設籍人口的保險費補助款所衍生的問題，但依據行政法院的判決，非設籍人口的保險費補助款還

是應由該市負擔，現在行政法院並沒有修正其判決，那行政院可以做出不一樣的修正建議嗎？也就是說，原本政府補助非設籍人口的保險費補助款的 50%，這已經政府可釋出的最大誠意。但現在卻 100% 去補助高雄市，行政院還同意不再去區分設籍或非設籍人口，我認為這是不對的，行政院的定調應該也要符合行政法院的判例，我們不能因為當時是馬英九總統執政就不同意，現在換蔡英文總統執政就可以，因為這件事對健保來說是永續的，這樣處理是不對的。民進黨在這件事上有雙重標準，就這一點來說，我覺得也是不對。

二、剛才我還有另一個重要的請教，就是健保會反對到底有沒有用？你們都不回答，如果健保會的反對是沒有用的，那麼請將我剛才的發言全部刪除。

傅主任委員立葉

委員若無其他意見，請健保署說明。

龐組長一鳴

- 一、以下針對委員們對部分醫療業務及健康存摺的提問，進行簡單說明。剛才謝委員武吉關心的院內感染問題，按照現行的制度及可掌握的資料，要找出院內感染情形是一件困難的事情，但我們可以查出醫療院所抗生素的使用，目前醫院評鑑與疾管署均要求醫療院所通報院內感染情形。如果有需要，本署將透過行政協助的方式，請上述單位提供資料，但他們不能提供個別醫院資料，這部分先向委員敘明。
- 二、透析人數的問題，目前推動的「末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫(Pre-ESRD)」及「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案(Early-CKD)」等計畫，目的都在減少或延緩洗腎人口的成長。以下簡單向委員說明計畫的具體成效，因為台灣公共衛生的水準提高以及人口老化等因素，要減少因人口老化而增加的洗腎人口數並不是那麼容易，但上述計畫實施後，整體來說對於比較年輕的人口，像是 40 歲或 50 歲的族群，是有實際效果

的，在此要向委員們說明，也很肯定委員們過去支持上述計畫的實施。

三、關於健康存摺下載困難這件事，現在的 app (mobile application 之簡稱，手機應用程式)已經可以下載，關鍵在於帳號及密碼的取得過程比較複雜，因為健保卡本來是硬憑證，現在要轉為軟憑證，這件事若以網路銀行的概念來看，網路銀行很方便，但第 1 次使用時，其帳號密碼一定要到銀行的窗口建立，但是健康存摺使用者並不需要到健保署臨櫃辦理，而可以使用自己的電腦取得，因此程序上相對就會比較複雜，加上每個人使用的電腦環境設定不盡相同。剛才盧委員瑞芬建議擴大其他使用環境，健保署後續可以努力。健康存摺只需要在第 1 次使用時建立好帳號密碼，後續使用上就非常簡單。

四、對於提高特定醫療院所特約率，並做好在宅及居家醫療的服務部分，健保署會持續努力。

傅主任委員立葉

委員若無其他意見，以下幾點裁示，請委員表示意見：

一、請詳實紀錄委員對北、高市政府欠費及還款所提之關切意見，請健保署下次報告時提供更具體的答覆，後續如在行政院協商，亦請將委員意見納入參考。

二、委員針對「專業雙審及公開具名」試辦方案之執行情形高度關切，請健保署於下次季報時，提出分析評估報告。

三、業務執行報告的口頭報告是每季進行，所以不是月報性質，因此請健保署下次口頭報告時，要以季別的角度提出綜合說明。

四、其餘報告事項予以備查。

干委員文男

建議「專業雙審及公開具名」試辦方案核刪的費用，可用試辦前 2 季作為基礎，太嚴格也不一定好，核刪之後，每季變動的過程，都要讓委員了解，請健保署做對照表，否則健保署口頭說明後，我們也記不清楚，有表可以對照就非常清楚，謝謝。

傅主任委員立葉

干委員文男所提意見請健保署參考。委員若無其他意見，接著進行討論事項第一案，請同仁宣讀。

陸、討論事項第一案「推派『全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議』及『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』之本會代表案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

謝謝同仁宣讀。請問委員是否同意由幕僚一邊進行抽籤作業，我們先討論第二案？請謝委員天仁。

謝委員天仁

中華民國消費者文教基金會禮讓其他各單位代表，放棄抽籤。

傅主任委員立葉

委員若無其他意見，接著進行討論事項第二案，請同仁宣讀。

柒、討論事項第二案「『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目之適用範圍與動支程序修訂草案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

謝謝同仁宣讀。本案是健保會同仁事前收集委員意見，彙整後所研擬之修正草案，今天需要討論修正草案是否可以通過，現在是否就逐條來進行討論？請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、這個草案有些修正方向，我認為有很大的問題，例如法規修正，我們很多東西無時無刻不在做法規修正，比如說我們試辦 6 科別具名審查的規定，以後若是全面實施，是不是法規修正？這是第 1 個。第 2 個，健保署召開的「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」無時無刻不在做支付標準的調整，支付標準及給付項目的調整是不是法規修正？如果都是，請問 10 億元能用多久？我們的健保是總額支付制度，總額制的意義就是各自要承擔部分的風險，我們之所以會編列 10 億元，是因為有些特殊的狀況發生，例如八仙塵暴事件，這種事件發生後，假使讓醫療界去承擔額外的風險，我們認為不合適，所以才會編列「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」的預算，事實上我們也都在執行，如果依照剛才所舉的例子，具名審查的規定全面實施或是支付標準調整所額外增加的費用，是否都要從這 10 億元內支用呢？因為這些都是法規修正，所以修正草案的文字，事實上是有很大問題的。我認為修正草案架構上基本是 OK 的，對於部裡面政策上的需求以及非預期的風險，我們可以去處理。其他的法規修正，我講直白一點，像討論案第三案有關一例一休的議題，老實講，我覺得很頭痛啊！

二、如果將歷史資料攤開來看，蔡委員登順就很清楚，過去只要是涉及勞動成本的提高，在健保就是落後 1 年反映的成本，會在

隔年非協商因素的醫療服務成本指數的成長率上考慮，怎麼會在這裡討論呢？我認為是不可思議到了極點。所以我要很清楚的講，本案第 1 項適用範圍所修正的文字，「年度中因法規修正或」這幾個字，應該要刪除。

三、法規修正如果是涉及健保法第 26 條的規定，第 2 款的文字寫的很清楚，當保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務之平衡時，由保險人擬訂調整保險給付範圍方案，提健保會審議，報主管機關轉報行政院核定後，由主管機關公告。顯然在總額支付制度下，已將有例外情形的規範訂在健保法第 26 條，我認為不應該有太多的例外，訂在這種臨時性、突發性的機制，所以「年度中因法規修正或」這幾個字應該要刪除。

傅主任委員立葉

感謝委員天仁的意見，請問有沒有委員附議？請滕代理委員西華。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

一、對於適用範圍所修正的內容，我的意見與謝委員天仁一樣，也就是說，法規的修正就如說明欄的修正意見，都是可預期，沒有什麼非預期。除非是行政命令不需要經過立法院通過，否則法案的審查及政策的推動，並不是說有就有。這種東西原本就應該在總額協商時去考慮，不是授權給政府，要怎麼訂就怎麼訂，就像健保法施行細則第 45 條也是一樣。我覺得適用範圍的第 1 項的修正內容跟修正說明中所提衛福部交付的政策推動，有類似的效果，舉例來說，如果今天衛福部交付的政策是防疫的費用要由全民健保來支付呢？難道我們也要用這筆費用去付嗎？這個範圍其實就是過度授權，我認為政策修正的部分還是不應該用這個專款項目動支。

二、藥事法修法的部分，更是十分荒謬，為什麼要將因藥事法修法，新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用，從此項專款支

應呢？究竟目前有多少地區現在還沒有醫藥分業？增加的幅度會有多大？這是首先要去評估的，如果將來有疾病的大規模流行，造成各個特定區域的總額點值稀釋，現在都沒有辦法達到嚴格的門檻，那為什麼醫藥分業的因素會比特定地區疾病異常流行的因素更大，我沒有辦法理解。一樣的理由，藥事法的修正案是有時程的，會因此增加多少費用以及風險評估，都應該在法案修正時一併提出，不應該在此另列，建議適用範圍中屬「非預期政策」相關內容都刪除，不能進入費用動支程序。

傅主任委員立葉

請問其他委員有沒有意見？請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、剛才談到非預期風險所需的費用，我感覺上很欠缺一些思考的範圍。第一，例如高雄氣爆，屬於臨時發生、不可預期的事件，另八仙粉塵暴燃則是屬於人為或是因娛樂性而產生的，應該要切割的清清楚楚。第二，我們整個要給付的到底是什麼？有沒有要求對相關主管單位，若因該單位的過失產生費用，健保如何進行代位求償等措施？有沒有達到這目標及理想？在此都沒看到對此有所要求。第三，對於相關主管機關的課責，例如國健署對戒菸推廣不力時，相關醫療費用可否請該署負責？對 CDC，防制禽流感沒有好好宣導時，若人類因而被感染，相關醫療費用是否應由原主管機關 CDC 來負責？這些醫療費用，不應該是提到健保會通過及負責。
- 二、我只是想說，本案在整個大方向來說，只看到要給哪些錢，但是都沒有看到具有教育、宣導、甚至輔導的功能性，這部分應該也要好好思考；再加上對於閾值設定究竟為 3% 或 5%？前後文似乎對不上，因此整個案子還要好好的思考。例如會議資料第 45 頁，草案的動支程序(2)屬於疾病異常流行之指標二，修正規定為「5%」，但健保署建議為「3%」，建議釐清為何有此差異。

傅主任委員立葉

謝謝委員武吉。剛剛委員的發言意見，似乎對修正草案的題目及方向都還有意見，剛剛謝委員天仁及滕代理委員西華，從「適用範圍」為「非預期政策」這部分就已經很有意見了。我先釐清一下，這部分以前有共識了嗎？還是尚無共識，提案只是幕僚先整理出來的修正草案？請問尚有委員要發言嗎？沒有的話，請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

本案係依 105 年 5 月份委員會議決議，針對「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之適用條件過於寬鬆，因此希望重新檢討及修正，故本會幕僚彙整了健保署及所有委員的意見，綜整後提出修正草案。案內於說明欄亦有呈現。依剛剛委員們所提意見，顯然草案內容還需要大幅修正。請問委員是否容許幕僚於會後再次將修正草案內容諮詢委員意見，因為本案呈現的是前 1 屆委員的意見彙整，本屆委員有不少新聘委員，是否等重新徵詢委員意見後再提案討論。謝謝。

傅主任委員立葉

本屆有很多位新任委員，對本案的背景不是很了解，我原先以為本會委員已對本案的修正方向有共識，今天是討論草案內容，但從剛剛的討論情形來看，似乎大家對修正的大方向仍有不同意見。請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

請教健保署，修正草案「一、適用範圍」之「2.因藥事法修法，新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」，修正內容與與現況相同，此種作法係從 92 年沿用到現在，一直沒有改變。請問健保署是否打算改變經費來源，否則為何要在修法草案上特別強調。

傅主任委員立葉

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

新增醫藥分業的地區會有變動，但是協定總額時無法預期有何改變，所以過去總額協定都有「其他」項目及編列經費，做為備用。後來新增「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目，經費 10 億元，就將原來的「其他」項目併入。「醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」屬例行性且金額也不多。「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目，最主要用於支應臨時突發的狀況的費用，例如上次的八仙塵暴、流感大流行或高雄氣爆事件，過去都是如此使用。本項經費 10 億元，訂有動支門檻。健保署有對本案提出建議，前年曾經發生流感大流行，當時增加很多醫療費用支出，但是未達動支門檻，所以並沒有動用到這項經費，造成當時醫院及西醫基層的點值稀釋問題很嚴重，故健保署對本案的意見是建議修正動支門檻，因為總額協商時無法預期，今天健保會幕僚提出的版本是綜合其他委員意見的草案。

傅主任委員立葉

謝謝蔡副署長的說明，請問是否還有委員有意見(未有委員回答)。請健保會幕僚重新收集委員意見，請先依照議題收集意見，不要直接進入條文修正，彙整意見後再整理法條，待委員取得共識後，再修正法條。不曉得各位委員是否同意(委員表示：同意)。請干委員文男。

干委員文男

- 一、同意主任委員的意見，但是剛剛蔡副署長對動支門檻偏高的說法，提出不同意見。以前的門檻並不高，應該是適中才對。這項目的經費最終還是流向醫界，或是保留在健保基金內，若有特別需要，例如八仙塵暴或高雄氣爆，提出動支要求，我們都會同意。
- 二、如要降低門檻，以後三不五時都會提出動支案，上年度為了流感疫情，醫界於 3 月提出動支案，從 3 月份討論到 5 月，還是沒有同意動支。我想動支門檻適中的，若門檻訂得太低，每

二、三個月就有動支案提出，建議本案可以討論修正其他內容，但是不要降低門檻，不然付費者委員要與醫界委員吵架，大家都是好朋友，這樣不太好。

傅主任委員立葉

關於動支門檻的問題。

謝委員天仁

剛剛周執行秘書已經講過，上 1 屆委員的想法是動支門檻訂得太寬鬆，需要修得較嚴格，怎麼現在竟擬修得更鬆？

蔡副署長淑鈴

- 一、雖然預期本案不會有決議，但請容我說明，本動支程序係健保會討論通過，如要修正，須再提經健保會討論。因今天不會討論實質內容，我們可先初步了解動支門檻，請委員參閱會議資料第 45 頁的現行動支門檻為「當年度醫療服務成本及人口因素成長率 + 5%）」，目前的「醫療服務成本及人口因素成長率」並不低，若再加上「5%」，成長率可能要超過 8~9% 以上，才有可能動支。超過 8~9% 才可動支，門檻是太嚴或太鬆？以流感為例，其費用點數約成長 5%，依照現行的動支程序是不能夠動支。
- 二、當初我們訂定動支程序時，尚無太多實際經驗，我們並不清楚「非預期因素」的量到底有多大，總額實施後，類似事件層出不窮，大家才想訂定門檻。基本概念是其影響應大到原來的總額無法承擔、吸收，才能動用到「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」，但其僅 10 億元預算，以大總額 6,000 億元的規模，其比率算少的。但母數這麼大，還要它成長 7~8% 才能動用，是太嚴或太鬆，須提健保會討論。
- 三、上一次流感期間費用點數成長 4~5%，因不符動支門檻，由醫界吸收，大家認為 4~5%，是多還是少，當然這屬價值判斷；我們是建議仍須達一定門檻，但 5% 可以修正為 3%。目前各總額部門的每點支付金額均低於每點 1 元，且重大事件、或很

多複雜因素導致費用成長，也不是醫界造成的，最後由醫界吸收，這點就教各委員，並請委員思考。剛周執行秘書說太鬆，我們認為是原來門檻較高。

謝委員天仁

我補充說明，以前類流感，西醫基層總額部門擬追加 23 億元，本來通過，我認為不合適而提出覆議案後推翻原決議。檢視相關資料時，我們也會注意其點值。我認為應讓「例外」減少，健保署已習慣將「例外」當「原則」，故違章建築很多，例如加成支付、保障每點支付金額 1 元等，我認為支付標準應該多少就調整到那個數字，而非以保障的方式處理，制度應明確、例外應減少，才容易執行。若動支條件很寬，10 億元很快就不夠用，中間發生不可預期的公共事件時，反而沒有錢可以運用，我們將會對不起老百姓。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

- 一、既然要重新調查委員意見，因本屆有 10 幾位新委員，我覺得背景資料提供很重要。去年調查時，我曾接獲 3 個委員詢問是否要大家一起來討論，因大家需要歷年的相關數據。如沒有相關數據供參考，例如歷年在什麼情況下動支，新任委員或擔任委員時間較短者，可能無法做決定，最後變成仍是資深的委員在發言，就算重新調查，意義也不大。
- 二、有關費用點數成長的門檻，基本上我支持謝委員天仁所述。修改規定時，我們須了解我們不是單向放寬，不是僅將「醫療服務成本及人口因素成長率」從 5% 變成 3%，例如在疾病異常流行的部分，原本是看整體費用，現在擬增加「特定分區單一季別」之醫療費用，是多重放寬，不能單看調整百分比，應多方考量並有相關試算，例如特定區域加上特定總額部門，再放寬百分比，但區域變小，總額稀釋的範圍也變小，點值受到很多因素的干擾，病人也會流動。
- 三、健保會與健保署有責任幫委員進行相關試算，例如根據歷史資料，在相同條件、不同標準時，能否達到動支條件，或在什麼

情況下會達到動支條件，可能需要多少錢、能否承擔等，否則委員無法做出決定。這很重要，誠如剛謝委員天仁說提，本來係為因應大型突發公共意外事件，如動支門檻訂得太寬鬆，可能會變成沒錢可因應。

黃委員啟嘉

如果放寬條件，能否動用仍須經健保會討論，放寬僅是增加健保會的裁量空間，但若不放寬，就連討論的機會都沒有。有委員提到與醫界是好朋友，會不會因討論能否動支就傷感情，我們都就事論事，不會因個人關係影響到討論的態度，或是因討論的態度影響到彼此的關係。若往此方向考慮，就不會覺得是困難的事情。

傅主任委員立葉

請問還有其他意見嗎？

中華民國全國工業總會何常務理事語

因今天是第3屆委員的第1次委員會議，上次係調查第2屆委員的意見，我支持周執行秘書的建議，再重新調查委員意見，提下次委員會議討論。

傅主任委員立葉

- 一、謝謝何常務理事語，目前大家有共識，再做一次意見調查，請健保署提供相關背景與資料分析，誠如委員所提，調查之前，讓委員了解背景資料是很重要的，請幕僚按議題收集意見的同時，提供背景資料，有些須請健保署提供，也請健保署協助。
- 二、另如委員或健保署有提出修正主張者，請敘明修正緣由，並請幕僚同仁就委員意見進行一點分析，如利弊分析。
- 三、本案緩議，由幕僚彙整相關資料後提供委員參考，於收集各修正案意見、做一點分析後，再調查委員意見，研擬草案提會討論。本案應該沒有時程的限制吧？

周執行秘書淑婉

報告主任委員、委員，今天的會議資料，有試著初步分析歷年狀況，因本會幕僚需俟健保署提供資料，致分析作業時間不及，後續

我們會參考委員意見進行更詳細的分析。另後續會考慮可以安排會議討論的方式，較容易達成共識。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

有這份資料是很好，但資料加上灰底，只是告訴我們點值低於 0.9 且成長率大於 3%，但有個介面是疾病異常流行加上分區，應將這些因素納入分析。

周執行秘書淑婉

向滕代理委員西華做說明，因時間很趕，僅分析現況，未來我們會提供文字說明，例如適用條件變動後之影響會有何不同等。

傅主任委員立葉

我想調查不一定僅做 1 次，因沒時效性，最重要是委員能達成共識，我不希望動用表決。必要時，類似德菲的調查法，可經過多次調查凝聚共識，然後每次調查的時候，也一併收集、彙整委員的意見，讓其他委員知曉，以達多方溝通的目標，最後再視幕僚作業情形，若有需要亦可召開專案會議進行討論。

干委員文男

本案沒有急迫性。

傅主任委員立葉

對，本案沒有時效性，所以凝聚委員共識、周延的進行修正比較重要。請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、非常謝謝主席的說法，但我剛才所提出的幾項建議，請在這次的修正案中一併落實，我要求相關應負責的單位也應負起費用，不應全由健保支應，否則署長跟主席的日子都會過得很艱苦(台語，辛苦)。

二、剛才主席決議中提到「小小的分析」，我認為不是「小小的分析」，是「確實且落實的分析」。

傅主任委員立葉

- 一、好，決議修正為「將委員的意見彙整後進行確實的分析」。
- 二、請問本案委員有沒有其他意見？(委員回應：沒有)，本案討論到此。
- 三、在進行下一案之前，關於討論事項第一案推派本會代表案，目前幕僚已經將抽籤結果整理好，投影在螢幕上，請大家確認，惟若推派委員事後有協調、更動，再請委員通知幕僚修正。請蔡委員麗娟發言。

蔡委員麗娟

我想請問，我的身分為被保險人代表，剛才抽籤結果我列為「醫療給付費用總額協商議事會議—西醫基層」保險付費者代表，請問這樣正確嗎？

周執行秘書淑婉

是的。

傅主任委員立葉

委員若有需要可再私下協調後更動。請謝委員武吉。

謝委員武吉

建議主席宣讀抽籤結果，並考量委員從早上開會到現在，頭腦開始不清楚，應該印出書面資料，現場發送給委員。

謝委員天仁

本次會議紀錄內即會載明，不需再影印分送。

傅主任委員立葉

目前螢幕上投影的資料大家都可以看得很清楚，相關內容也會列在會議紀錄內。請李委員永振。

李委員永振

主席，我贊成謝委員武吉的提議，本案應先宣讀抽籤結果，因事後委員間可能會再協調交換，最後確定的名單在會議紀錄上就會看得到相關的記載。

傅主任委員立葉

請周執行秘書淑婉宣讀。

周執行秘書淑婉

在此宣讀討論事項第一案之抽籤結果：

- 一、「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之雇主代表為全國工業總會代表及葉宗義委員，被保險人代表為王雅馨委員及張清田委員。
- 二、「醫療給付費用總額研商議事會議—醫院」之保險付費者代表為陳亮良委員及林錫維委員。
- 三、「醫療給付費用總額研商議事會議—西醫基層」之保險付費者代表為李育家委員及蔡麗娟委員。
- 四、「醫療給付費用總額研商議事會議—牙醫門診」之保險付費者代表為林惠芳委員及張文龍委員。
- 五、「醫療給付費用總額研商議事會議—中醫門診」之保險付費者代表為陳幸敏委員及干文男委員。
- 六、「醫療給付費用總額研商議事會議—門診透析」之保險付費者代表為郭錦玉委員及李永振委員。

傅主任委員立葉

謝謝周執行秘書淑婉的報告，本案進行到此，接著進行討論事項第三案。

捌、討論事項第三案「配合勞動基準法修正案一例一休政策於 105 年 12 月 6 日立法院三讀通過，致西醫基層假日開診成本增加，請准由 106 年『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目，支應增加之費用案」與會人員發言實錄

傅主任委員立葉

因第二案沒有通過，故本案適用現行法規，請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、主席，我建議最好的方式是請健保署撤回本案，另中醫部門之相關提案亦建議撤回。
- 二、本案依現行規定一定不會通過，建議先撤回，以後再說。若直接依現行法規決議不通過，我覺得對大家都不好。

傅主任委員立葉

請問健保署及中醫師公會是否要撤回提案？待法規修正後再重新提案？請陳委員旺全。

陳委員旺全

雖然謝委員天仁建議待法規修訂後再提案，但我們也有壓力，並不是一定要過的壓力，而是一例一休政策是在總額協商後發生的事情，因此必需正式提案，讓委員會了解，並能從長考慮相關影響。若現在就撤回，則結果是完全沒有提案，建議能保留本案，俟法規修正後再行討論，附帶說明，對於本案，中醫部門、西醫部門及牙醫部門的態度都是一致的。

謝委員天仁

若我們執意要用現行規定去審查，本案就一定不會通過呀！決議不通過這樣也不好看呀！

干委員文男

請中醫部門麥為著一時(台語)。

陳委員旺全

不是說一定要今天進行討論，是否能讓我們先保留此提案，俟法規

修正後再行討論？謝謝。

傅主任委員立葉

謝謝陳委員旺全的建議，請陳委員義聰。

陳委員義聰

因為中醫部門、西醫基層及牙醫部門對本案的衝擊及適用都是一致的，未來若有通過，亦請公平考量對待牙醫部門，謝謝。

傅主任委員立葉

一、謝謝委員提供很好的建議，本案先予以保留，俟「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費項目之適用範圍與動支程序」案討論通過後再行討論。

二、目前離會議結束時間僅剩下 5 分鐘，請謝委員武吉。

謝委員武吉

主席，我有一個建議，剛才謝委員天仁所提的看法我沒有意見，但應一併考慮到醫院部門亦面臨一例一休的問題，而非僅是牙醫或中醫部門受到衝擊。

傅主任委員立葉

這部分請健保署參考。

沈代理委員采穎(古委員博仁代理人)

主席，我想講一句話就好。

傅主任委員立葉

好，請沈代理委員采穎。

沈代理委員采穎(古委員博仁代理人)

有關一例一休之影響，藥事人員調劑費部分也請一併納入考慮。

傅主任委員立葉

一、討論事項第四案與專案報告第一案合併進行，但目前離會議結束時間僅剩下 4 分鐘，因時間因素，無法再繼續進行。

二、很抱歉今天沒辦法把所有的議案討論完畢，未及討論的議案，保留至下次會議續行討論，請問委員是否有意見？(委員表示：沒有)本次會議到此結束，散會。謝謝！