

衛生福利部全民健康保險會
第1屆102年第6次委員會議事錄

中華民國102年12月27日

衛生福利部全民健康保險會第1屆102年第6次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國102年12月27日上午9時30分

貳、地點：中央健康保險署大禮堂(台北市信義路3段140號18樓)

參、出席委員：

干委員文男

曲委員同光

何委員永成

何委員語

吳委員玉琴

吳委員肖琪

李委員永振

李委員成家

李委員蜀平

周委員麗芳

林委員至美

林委員錫維

林委員啟滄

侯委員彩鳳

柴委員松林

翁委員文能

連委員瑞猛

張委員永成

張委員煥禎

莊委員志強

郭委員志龍

陳委員川青

陳委員幸敏

陳委員宗獻

陳委員錦煌

黃委員建文

楊委員芸蘋

中華民國全國中小企業總會李監事長育家(代)

林口長庚醫院郭特助正全(10:40~12:50代)

新光醫院經營分析組廖課長秋鐳(12:50以後代)

中華民國農會林主任敏華(代)

楊委員漢淙
楊委員麗珠
葉委員宗義
蔡委員明忠
蔡委員登順
謝委員天仁
謝委員武吉

台灣大學附設醫院護理部林副主任綉珠(代)

中華民國醫師公會全國聯合會李理事紹誠(11:20 以後代)

台灣社區醫院協會朱監事長益宏(12:10 以前代)

台灣社區醫院協會謝名譽理事長文輝(12:10 以後代)

肆、列席人員：

本部社會保險司
中央健康保險署

朱簡任視察日僑

黃署長三桂

蔡副署長魯

林組長阿明

本會

柯執行秘書桂女

吳組長秀玲

張組長友珊

魏組長璽倫

伍、主席：鄭主任委員守夏

紀錄：陳燕鈴

陸、主席致詞

各位委員、黃署長及所有與會人員，大家早

今天是本年最後一次委員會議，感謝大家投入諸多心力與時間，讓本會起始運作的第一年得以順利達成各項法定任務，希望日後的會議能更有效率、共識。

柒、議程確認

決定：確定。

捌、報告事項

第一案

案由：確認本會上(第5)次委員會議紀錄，請 鑒察。

決定：

一、討論事項第四案「103 年度醫院總額一般服務費用分

配案」之分配方式前半段決議文字修正為：「(二)分配方式：醫院總額於扣除品質保證保留款及專款項目預算後，用於『計算』地區預算所採之門住診費用比暫為 45：55」。至附帶決議則修正為「有關門、住診費用分配的合理性，及對社區醫院經營與民眾就醫權益之影響，先諮詢專家學者(含台灣社區醫院協會)意見後，請中央健康保險署據以分析現況及研提具體策略，於本會進行專題報告」。

二、餘確定。

第二案

案由：本會上(第 5)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請 鑒察。

決定：

- 一、上次委員會議決議(定)事項辦理情形洽悉。
- 二、配合第 5 次委員會議決定之議程安排方式，修訂「全民健康保險會會議規範」第二點之相關文字為：
 - (一)第一款、第二款及第四款維持。
 - (二)第三款，「(三)報告事項」修正為「(三)例行報告」。
 - (三)增訂第五款：「(五)專案報告：依會議決議(定)事項安排之專案報告。」
 - (四)原第五款順移至第六款「(六)臨時提案或動議」。
- 三、本會 103 年度委員會議預定時間表如附件一，請委員預留時間與會。
- 四、本會 103 年度工作計畫如附件二，請各負責單位配合辦理。

第三案

案由：中央健康保險署所提「103 年度各部門總額協定事項

中需經本會同意或向本會說明後方可施行之項目」案，請 鑒察。

決定：

- 一、牙醫門診總額「醫療資源不足地區操作型定義」、西醫基層總額「新醫療科技之訂定原則及作業時程」及「配合 102 年醫院部門調整急重難科別之政策擬調整項目及作業時程」、醫院總額「新醫療科技之訂定原則及作業時程」等 4 項，洽悉。
- 二、醫院總額「訂定合理調劑量之調整方案」及「提升住院護理照護品質方案」，請於完成後提報本會。
- 三、建請中央健康保險署針對過去總額協定納入之新醫療科技項目利用情形及財務影響進行評估(含替代效應)研究。

第四案

案由：中央健康保險署函送本會備查之「103 年度各部門總額保障項目」案，請 鑒察。

決定：

- 一、牙醫門診、中醫門診、西醫基層總額及門診透析服務之保障項目，洽悉。
- 二、醫院總額之保障項目，請中央健康保險署於議定後送會備查。

第五案

案由：中央健康保險署「102 年 11 月份全民健康保險業務執行報告」，請 鑒察。

決定：洽悉。

玖、討論事項

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：「102 及 103 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，提請 討論。

決議：尊重中央健康保險署所提方案，惟對下列委員關心事項請參酌納入，以期方案更周延，並依法定程序報主管機關核定。

- 一、民眾當年度就醫達 20 次就提出警示，恐有不妥，宜依不同年齡層與疾病別之實際需求調整之。
- 二、慢性病患、多重疾病患者於不同院所重複領藥情形宜納入警示及輔導系統中。
- 三、宜透過各種管道加強衛教宣導。

附帶決議：

- 一、請中央健康保險署於本方案執行半年後，提報執行情形及成效。
- 二、請檢討現行違規查處之相關執行方式及辦法，朝微罪不舉、加重行政處罰代替刑事移送之原則改善。

第二案

提案人：謝委員武吉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：為了解現行健保就醫概況與醫療費用使用情形，建議於「全民健康保險業務執行報告」增列有關醫療院所初次級醫療照護比例、CMI 值等資料，提請 討論。

決議：請中央健康保險署於 103 年 6 月份委員會議提供下列資料：

- 一、西醫診所、三層級醫院之門診初級照護統計資料。
- 二、三層級醫院之住診CMI值(Case Mix Index)、BR值(Base Rate)，並列出其平均值、標準差、最大值及最小值，以利比較。
- 三、門診、住診前十大疾病、處置及手術統計資料。

第三案

提案人：謝委員武吉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：基於保險監理及為了解總額實際資源分配之狀況，以利未來總額分配之思考，建請於委員會中按月提報醫院總額各分區等相關點值數據資料，提請討論。

決議：請中央健康保險署按季提供案內所提各分區三層級醫院之門、住診平均點值與浮動點值等相關資料，並備註說明其意涵，以利解讀。

拾、專案報告

第一案

報告單位：衛生福利部二代健保總檢討小組

案由：「二代健保制度總檢討－補充保險費議題」初步檢討報告，請參考。

決定：洽悉。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：「保險對象自付差額特殊材料之規劃」報告，請鑒察。

決定：

- 一、原則尊重中央健康保險署所規劃「收載初期暫不訂定自付差額上限，但每年監控院所的收費情形，如有異常時，再予訂之」、「資訊公開」、「二階段事前充分告知」及「開立收據」等措施。為使各該措施更形周全，請中央健康保險署宜建立檢討改善機制，並定期向本會提報。
- 二、為利民眾查詢，請中央健康保險署彙整各院所自付差額特材品項之收費標準，並置於網站；另協調各

縣市衛生主管機關，提供其核定之收費標準，以供比對。

拾壹、臨時動議

提案人：吳委員肖琪

代表類別：專家學者代表

附議人：干委員文男、蔡委員登順、陳委員川青

案由：建請衛生福利部於 103 年 6 月前制訂總額地區預算分配之具體政策供參據案，提請 討論。

決議：照案通過。

拾貳、散會：下午2時。

附件一

全民健康保險會
103 年度委員會議預定時間表

會議次別	會議時間	會議地點
第 1 次	1 月 24 日(星期五上午 9 時 30 分)	中央健康保險署大禮堂 (臺北市信義路 3 段 140 號 18 樓)
第 2 次	2 月 21 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 3 次	3 月 28 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 4 次	4 月 25 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 5 次	5 月 23 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 6 次	6 月 27 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 7 次	7 月 25 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 8 次	8 月 22 日(星期五上午 9 時 30 分)	
104 年度 總額協商 暨第 9 次	9 月 26 日(星期五上午 9 時 30 分)至 9 月 27 日(星期六中午 12 時)	
第 10 次	10 月 24 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 11 次	11 月 28 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 12 次	12 月 26 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。

附件二

全民健康保險會 103 年度工作計畫

類別	工 作 項 目	預定時程	負責單位	備 註
監理 業務	專案報告：			
	1.門住診費用分配合理性及對社區醫院經營與民眾就醫權益之影響	2月 (暫定)	健保署	依 102 年 11 月份委員會議決議事項辦理
	2.健保代位求償執行情形與成效	4月	健保署	依 102 年 6 月份委員會議決定事項辦理
	3.103 年度各部門總額協定事項重要計畫(含專款)之執行情形	4月及7月	健保署	1.依 102 年 8 月份委員會議決定事項辦理。 2.健保署表示第 1 季執行情形須於 5 月初才有資料，至 7 月份僅能提報第 1 季辦理情形。
	4.「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案之執行情形	6月	健保署	依 102 年 6 月份委員會議決定事項辦理
	5.健保法第 43 條之執行情形檢討	6月	健保署	依 102 年 6 月份委員會議決定事項辦理
	例行監理業務：			
	1.全民健保補充保險費就源扣繳及計收情形	納入業務執行報告中按季(1、4、7、10月)提報	健保署	依 102 年 2 月份委員會議決定事項辦理
	2.102 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
	3.104 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	負責單位	備註
總額協議訂定	1.104 年度總額協商架構、原則及程序之討論	3~6 月	本會	總額協商預備工作
	2.104 年度總額報行政院前之諮詢	4 月	社保司 本會	依健保法第 60 條辦理
	3.各部門總額執行成果評核	5~8 月	本會	總額協商預備工作
	4.104 年度總額及其分配方式之協議訂定	7~12 月	本會	依健保法第 61 條辦理
費率審議	1.104 年度保險費率提請審議案	本會協議訂定總額後 1 個月	健保署	依健保法第 24 條辦理
	2.104 年度保險費率審議前專家諮詢會議	10~11 月	本會	
	3.健保署所提 104 年度保險平衡費率案之審議	11 月	本會	
保險給付	1.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論	配合健保署送會時程訂定	健保署 本會	依健保法第 45 條第 3 項辦理
	2.健保署所擬訂 103 年度抑制資源不當耗用改善方案之討論			依健保法第 72 條辦理
	3.健保署所提調整保險給付範圍方案之審議			依健保法第 5 條第 1 項第 2 款及第 26 條辦理
	4.健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物之審議			依健保法第 51 條第 12 款辦理
民眾參與	審議、協議重要事項之民意蒐集	重要事項審議、協議前	本會	依健保法第 5 條第 3 項辦理
其他專案	1.建立全民健保醫療給付調整之審議機制	視委員會議需要再行安	陽明大學 李玉春教授	衛福部 101-102 年度委託研究計畫

類別	工作項目	預定時程	負責單位	備註
報告	2.建立全民健康保險業務重要監理指標之研究	排	台灣大學 鐘國彪教授	衛福部 102 年度委託研究計畫
	3.全民健康保險會運作過程評估研究		元智大學 劉宜君教授	衛福部 102 年度委託研究計畫

註：1.考量議事效率，部分專案報告視委員會議需要再行安排。

2.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。

3.本會 102 年 6 月份委員會議所決定於 103 年度提報之「全民健保業務監理事項相關議題」，多數已規劃辦理專案報告，部分則參採健保署建議，納入其他報告中(如：全民健康保險業務執行報告、評核會報告、4 月及 7 月總額協定事項重要計畫之執行情形報告)。

第 1 屆 102 年第 6 次委員會議
與會人員發言實錄

壹、「議程確認」、報告事項第一案「確認本會上(第 5)次委員會議紀錄」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

- 一、依照議事安排，首先進行議程確認，再確認會議紀錄。為利會議程序的順暢，上次會議已決定，將專案報告安排於討論事項之後，如此，對於需要決議的重要討論事項，不至於拖到太晚才進行。所以今天的會議流程是先進行例行報告，接著是討論案，之後再做專案報告。
- 二、今天的專案報告都是與本會法定任務有關的事項，第一案是衛福部籌組的二代健保總檢討小組，對補充保險費議題所提出的初步檢討報告。第二案是本會 8 月份委員會議決定，為維護保險對象權益，請健保署針對健保自付差額特殊材料，提出訂定自付差額上限及資訊公開等管理規範的規劃報告，兩個專案報告都很重要。
- 三、請問委員是否同意今天的議程安排？(未有委員表示反對)謝謝，若沒有意見，議程確認。接著進行上次委員會議紀錄確認，請同仁宣讀。

同仁宣讀紀錄

鄭主任委員守夏

謝謝宣讀，請問委員對紀錄內容有無修正意見？請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

議程第 8 頁有關醫院總額一般服務費用分配案「...門、住診費用比為 45：55」的決議文字有疑義，記得上次會議討論的共識是，以附帶決議的方式載明另行開會論定，因此現行決議的寫法，恐會造成誤解。建議第 8 頁，有關門、住診費用比為 45：55 等文字刪除，照附帶決議的方式另行開會決定。

鄭主任委員守夏

決議的寫法，原則上跟前幾年的方式一樣，若按照楊委員漢淙的

建議，將附帶決議的事項列入決議中，則 103 年的執行也許會耽擱。

楊委員漢淙

我的意思是，應以決議為主，附帶決議為輔，決議文字將 45：55 寫進去，附帶決議等於白寫。建議修改決議，分配方式就如所述的第 1~第 4 點內容，至於門、住診費用比應還未決定，而是要遵照附帶決議的做法，另行開會討論，這是上次會議的共識。

鄭主任委員守夏

請健保署說明，如果門、住診費用比為 45：55 的文字刪掉，是否會影響執行？請問執行面是保留文字比較明確，還是刪掉比較合理？

林組長阿明

總額執行時，需要結算並將費用分配到各分區，因為門、住診費用計算公式的參數不同，所以需要有明確的門、住診費用比例，本署才能操作。不清楚附帶決議所提的研議結果何時能確定？明年進行 103 年度總額結算時，勢必要有明確的門、住診費用比例，如果屆時還不明確，則會影響點值結算。

謝委員天仁

主席，現在是確認會議紀錄，而不是討論執行得當與否，會議決議應以當時的實質意見為準，並依照當時的結論落下文字。

鄭主任委員守夏

感謝委員。上次會議討論時，有委員建議應改進門、住診費用分配方式，但對於如何改變還沒有把握，所以決議先進行分析及研提策略。因擔心期限內未能研議出更好的分配方式，或研擬出的新方式，六分區無法接受，所以認為決議文字還是需有分配比例，否則健保署無法在預訂時程進行點值結算。依據健保署的說明，本會有確定的分配方式，該署才能據以結算。

張委員煥禎

贊成謝委員天仁的意見，分配方式要如何改是今天以後的事，現在是確認紀錄。紀錄應該忠於上次討論的結果，今天應該不用再討論，如果健保署有窒礙難行之處，本會可再提案或透過其他方式討論，紀錄只要還原會議實況就好。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

上次會議並沒有對門、住診費用比例做出決議，附帶決議的寫法也不對，上次的共識是要請專家學者提供意見後再報告，但今天未將報告排入議程。再者，上次會議中，我們提出應同時諮詢台灣社區醫院協會意見的要求，主席也接受，但附帶決議只寫：諮詢專家學者意見後...，並未納入諮詢台灣社區醫院協會的意見，所以文字的呈現有問題，提醒需修正。

鄭主任委員守夏

附帶決議的文字並沒有太大問題，基本上，是請專家學者提供分析方向，至於如何做必須經本委員會議討論決定，專家學者不至於只擇取部分觀點，若要列入相關團體意見，則社區醫院協會、醫學中心協會等都應列入才合理。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

上次會議，只有社區醫院協會的代表提出需徵詢該協會的意見。

鄭主任委員守夏

這部分下一個報告案會說明。現在就紀錄文字所列，門、住診費用 45：55 部分，請柯執行秘書說明。

柯執行秘書桂女

- 一、向委員說明，紀錄所列門住診費用比為 45：55，並非如大家想像，直接將門、住診費用切成 45%、55%。
- 二、因用於校正門診及住診風險的參數不同，例如住診的人口風險因子，年齡性別指數及標準化死亡比各占 50%，而門診則各占 80%、20%。所以須列出門、住診費用比例，才能據以計算並分配到六分區後再合併預算，往年也是依此模式運作，

並沒有硬性將門、住診費用切為 45%、55%。上次會議，主席也是如此說明，並據以作成決議。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

再怎麼樣的理由都不可以竄改會議紀錄，如果此部分有明顯爭議，文字就應該刪除，這又不是討論案，沒甚麼好討論，現在是確認會議紀錄，應該依照當時的決議做調整。

林組長阿明

報告主席，門、住診的校正公式並不相同，雖然最後會合併結算，但門、住診比例會影響各分區的預算額度，所以會有差異。因為 103 年即將執行，所以各分區需要清楚知道分配到多少預算，才能進行管控。在新的分配方式沒有訂出來前，建議先採過去的分配比例 45：55，讓各分區可以知道各季有多少預算，以利分區管理。

鄭主任委員守夏

- 一、若大家尚有疑慮，或許可考量在附帶決議中落下於某個時限內如明年幾月前，若無法提出新的分配方式，則依去年，即門住診費用比 45：55 的方式辦理。限定一個時間，也是給自己一些壓力，否則點值無法計算，總額執行會有困難。
- 二、上次會議對 45：55 若確實沒有共識，則同意刪除該文字。至於實際如何操作、公式要不要改變，例如，預算分配方式有不同層次，還未分配到六分區前，第一層先用門、住診比例計算額度；第二層分配到六分區時，則涉及門、住診的計算公式，如標準化死亡比等校正因子占率不同。我們現在談的是第一層門、住診比例 45：55 是否合理，上次會議謝委員天仁也提醒大家，這個問題已存在很久，因此決議除照往例外，再花點時間專案討論，希望可尋求較理想的處理方法。

三、剛才同仁協助查閱上次委員會議實錄，請委員參閱上次議事錄第 88 頁，我的發言內容：「...所以，建議依照往例，門住診費用比為 45：55，分下去的預算還是合併使用，門診與住診服務之 R 值(各地區校正風險後保險對象人數)維持 46%與 40%不變...」。我在做醫院總額結論時，有決定門、住診費用比為 45：55，所以同仁的會議紀錄沒錯。至於 45：55 是否合理，則會另立一案來討論，會議紀錄就這樣處理(未有委員表示反對)，謝謝大家。

吳委員肖琪

- 一、主席、各位委員大家好，上次會議因為趕赴另場演講，有些意見來不及表達。上次會議我說過，有關地區預算分配，若本會可同意中醫門診總額的人口占率 6%不往前進，就沒有立場要求其他部門的人口占率要調升。回去以後很好奇，難道去年、前年都沒有討論 R 值(各地區校正風險後保險對象人數)及 S 值(總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用)的問題嗎？
- 二、建議新委員於每次會議前可先查閱前一年同月份的會議紀錄，會比較清楚今年同月份議案內容會討論什麼。經查閱去年同期的會議紀錄，發現去年陳委員錦煌，現在是公正人士，他當時就主張中醫人口占率應該要調升至 7%，甚至有委員建議 10%，江主任委員東亮也提到，前年就已落去年中醫人口占率應該調升的決議。而郭代理委員正全也提到，醫院總額自從 98 年之後已經 4 年人口占率都未調升，此外，蔡委員登順也提到，人口占率要調升才合理等意見，可見去年對此有很多討論。
- 三、請委員參考議程第 6 頁，中醫門診總額一般服務費用分配案的決議提到，應檢討改善偏鄉的醫療資源分配及調升戶籍人口數占率等問題。其實這些問題是一年拖過一年，在座每位委員對如何縮小城鄉差距都有責任。想請教專精法律的謝委

員天仁，我可否在倒數第 3 行加個但書，要求中醫門診總額應在哪個時限內完成偏鄉人口預算分配的檢討。我看到去年謝委員天仁的發言，也有要求中醫門診總額支付委員會通盤檢討，再到本會報告。去年 R 與 S 相關的討論很多，而且共識是人口占率要調升，反觀今年，我很驚訝委員對 R 值及 S 值的要求不多，且四部門總額的人口占率都未調升。想請教謝委員天仁該如何補救？上個月決議事項可否再加個但書要求。

鄭主任委員守夏

現在是確認會議紀錄，已有決議的議題，此時不宜再討論，請問謝委員天仁，程序上是否如此？

謝委員天仁

照議程是這樣進行沒錯，先確認會議紀錄，若認為有需要討論及決議的議題，再請吳委員肖琪提案。

鄭主任委員守夏

可以提臨時提案。請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

我們手邊都沒有上次的發言實錄，上次決議並沒有很確定，只是說暫時採 45：55，但這裡的決議文字是載明採 45：55。如果附帶決議的新分配方式沒有實行，依照文字的意思，好像就會照 45：55 永遠做下去。依會議共識，決議事項列入 45：55 等文字並不恰當，與事實有差距，所以大家才會認為需要討論。紀錄把 45：55 寫得這麼確定，偏離原來討論的共識。

鄭主任委員守夏

了解楊委員的意思，但也要顧及執行面是否可行，決議是門、住診費用先以 45：55 計算，但後面文字也要清楚載明，各分區的門、住診預算是合併使用。

楊委員漢淙

如果是這樣，建議寫清楚，暫以 45：55 計算六分區門、住診費用，分配至各分區後合併預算。45：55 只用於計算的過程，但決議的文字並沒有這樣表達，以後在執行上會有問題。

鄭主任委員守夏

將決議文字明確化，改為：...用於「計算」地區預算所採之門住診費用比暫時採用 45：55，並合併預算。

柯執行秘書桂女

原決議的第 3 點就有合併預算的文字。

鄭主任委員守夏

好，決議文字加上暫字。

李委員蜀平

主席，各位委員大家早，議程第 21 頁(報告案第二案委員會議決議定事項辦理情形追蹤表)醫院總額的工作項目第 9 小項，有關合理調高藥事服務費，完成時限為：應配合訂定合理調劑量，其調整方案並須經健保會同意。此紀錄有誤，上次會議討論時付費者代表明確表示，於 103 年 6 月底要看到執行成果報告，應該將此部分文字列入才對。

鄭主任委員守夏

向李委員說明，第 21 頁不是本次會議紀錄要確認的範圍，而是追蹤事項的報告，進度報告不會將所有的決議文字都列入。您所提的應該是第 4 次委員會議討論藥事服務費協商因素時，所落下的決議文字，請同仁查一下該案的決議，再向李委員說明。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

請參看上次議事錄第 87 頁第 5 點，討論醫院一般服務費用分配案時，我有提出建議，當時並未有委員反對諮詢專家學者意見時，也徵詢社區醫院協會的意見。建議附帶決議還是要落下文字，諮詢專家學者時，也請社區醫院協會表達相關意見。

鄭主任委員守夏

議事錄第 87 頁是委員的發言實錄，不是決議。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

但我發言完，並未有其他委員反對，主席也沒有不同意。雖然主席並未對此決議，但既然附帶決議有相關陳述，也應該把我的意見列進去。

鄭主任委員守夏

其他委員有無意見？是否決議文字：先諮詢專者學者意見後…，於專家學者文字後面加括弧，並加入「含台灣社區醫院協會」的文字。事實上本會已著手規劃，也已經接到社區醫院協會的意見，但因相關專家學者尚未邀請，對於重要的利害關係人，本會不會故意跳過，但若朱代理委員益宏認為這樣寫才較合宜，也可以列入。請問其他委員有無意見？如果沒有意見，在專家學者後面，以括弧加註方式加入「含台灣社區醫院協會」文字。還有無其他修正意見？(未有委員表示意見)上次會議紀錄確認。

貳、報告事項第二案「本會上(第 5)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

鄭主任委員守夏

請柯執行秘書桂女報告上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務。

柯執行秘書桂女

一、請委員翻到議程第 11 頁，在進入本報告之前，幾件事向大家說明：

- (一)前一陣子健保署送給每位委員一本最新的健保法相關法規彙編，因為很厚，擔心請委員直接攜回會太重，所以已以郵遞方式寄送。另外，該署也致贈大家 2014 年記事本，置於委員桌上，感謝健保署。
- (二)討論事項第 1 案今天有更新資料，等一下討論時，請委員直接參看更新資料。
- (三)健保會辦公室後天就要搬到南港，地址是忠孝東路 6 段 488 號，不過日後的委員會議仍暫時在健保署舉行，因為衛福部的秘書處告訴我們，新辦公室的會議室還未規劃完成，所以已經預借健保署的會議室。
- (四)歷來同仁都是利用週六、週日加班完成會議紀錄，才能來得及讓委員確認。但因為明、後天都要進行搬家工作，所以這次的會議紀錄可能會較慢產出，還請委員見諒，但我們仍會儘量趕製。為了因應搬家，同仁已經分配好每個人的工作及繳交進度，我們會維持一貫的做法，希望進度不要落後，但事情總有萬一，若萬一真的較慢，請委員多多包涵。

二、接著進行第二項報告案，總共有六點：

- (一)第一點，上次委員會議決議(定)的 11 個事項，依辦理情形，建議第 3、5、6、10 等 4 項解除追蹤，其餘 7 項繼續

追蹤，但最後仍依委員議定結果辦理。先就這 11 項，向委員報告：

- 1.請參看議程第 14 頁，第 1 項是「103 年各部門總額須配合時程擬訂計畫案」，辦理情形在第 18~22 頁；此項包含剛才李委員蜀平所提，列於第 21 頁的合理調高藥事服務費，係呈現各協定事項的辦理進度。對於 103 年度總額協定事項，健保署跟各部門都很努力的開會研訂相關計畫或方案，有些已經公告，有些還在討論中。我們會按照進度於明年 4、7 月再追蹤，本項建議繼續追蹤。此外，健保署建議未來對協商未達共識項目，能於預算確認後再執行。
- 2.第 2 項有關「降血脂藥品及黃斑部新生血管病變藥品給付規定檢討修訂案」，健保署已將醫師公會全國聯合會的提案，提請「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論，本項繼續追蹤。
- 3.第 3 項有關「監督健保署成立醫療服務審查會案」，謝委員武吉有四項提問，希望健保署可以回答，健保署已提出說明如第 23 頁附件二，所以建議本項解除追蹤。
- 4.第 4 項為請健保署說明門診診察費計算方式，建議繼續追蹤。
- 5.第 5 項是委員希望健保署於業務執行報告中，納入當月份健保的重點工作，健保署回復會配合辦理，所以建議解除追蹤。
- 6.第 6 項是 103 年度牙醫門診總額一般服務費用分配案，牙醫部門所有的議定事項都已討論完畢，有些並已公告，本項建議解除追蹤。
- 7.第 7、8、9 項分別是中醫、西醫基層及醫院總額的一般服務費用分配案，因為還有部分項目尚待繼續討論，所以建議繼續追蹤。

- 8.第 10 項是「103 年度全民健康保險費率審議案」，本會審議結果建議費率維持 4.91%，衛福部已報行政院核定，函文在第 24 頁請參考。本項目已完成，建議解除追蹤。
 - 9.第 11 項抑制資源不當耗用改善方案，已列為本次會議的討論案，建議在健保署提報後解除追蹤。
 - 10.有關備註事項，上次已向委員報告，以後每年 6 月及 12 月會報告歷次委員會議決議(定)事項之未結案件，本年未結案 1 件，會繼續追蹤。
- (二)第二點，本會協定之「103 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」已經報衛福部核定，對有議定完成的牙醫、中醫及西醫基層總額部同意照辦，至未有共識的醫院總額，部決定採付費者代表方案，函文在第 77 頁，請參考。
- (三)第三點，配合上(第 5)次委員會議所決定之議程安排方式，對「全民健康保險會會議規範」第二點稍作修訂，主要將「報告事項」修正為「例行報告」，並增訂「專案報告」項目。
- (四)第四點，為利安排 103 年委員會議時間，經徵詢委員意見，多數贊成維持現行的第四個星期五，已據以編製 103 年度委員會議預訂時間表。2 月份委員會議時間原為 2 月 28 日，適逢國定假日，所以提前一週，改為 2 月 21 日，請委員將未來一年的會議時間都預留下來。
- (五)第五點，依二代健保法及其施行細則之法定事項，以及委員會議決議(定)事項，擬具本會 103 年度工作計畫草案，列在第 28~29 頁，請委員參考。若有意見也請提出，經委員討論後再修改，定案後 103 年度就會照工作計畫執行。
- (六)第六點是健保署本年 9 至 12 月份發布及副知本會的相關資訊，請大家參考。

鄭主任委員守夏

謝謝柯執行秘書的報告，請問委員有無詢問？請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

有關決議定事項辦理情形，意見如下：

- 一、謝委員武吉今天另有要公，特別交代追蹤事項第 3 項，關於健保署成立醫療服務審查會乙案，議程建議解除追蹤，但第 23 頁健保署的回復表示，審查委員會是邀請相關的學者專家、醫學會、公會、協會，但就我們的了解，事實上包括醫院協會及各層級的協會都沒有受邀，健保署的說明與實際執行內容不太一樣，所以本項應持續追蹤，待健保署邀請相關協會後，再解除追蹤。
- 二、第 21 頁，有關其他預算協定事項的辦理情形部分，其實委員並不清楚執行狀況，有些計畫的執行成效可能不太好，建議健保署能對 102 年度實際執行狀況提出專案報告，說明各計畫或方案的執行成效，及預算執行情形。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝朱代理委員益宏，先說明本會每年 7 月份所舉辦的評核會議，長達 1 天半的過程中，對各總額部門及其他預算協定事項的辦理情形，有非常多討論，但出席委員卻不多，可能因大部分的委員都十分繁忙所致。本年度蔡委員登順、干委員文男全程出席，非常感謝。
- 二、至於是否要做專案報告，可考慮請幕僚對評核結果以摘要方式整理，在評核會後，也許 8 月或 9 月份委員會議時，讓委員手上擁有精簡版的摘要，否則對於未參加評核會的委員，可能不太清楚預算投入後，實際執行情形如何？目前各總額部門相關的方案很多，且內容多元，評核會提供的資料相當厚，因此，請幕僚同仁做彙整摘要，於委員會議時提供委員

參考。每年的評核會，會有 7 位專家學者幫忙評核，這樣委員較能看得到他們的意見及建議，內容不只有其他預算，而是包含所有總額部門的評核結果及建議。

三、有關報告事項第三案...，請柴委員松林先發言。

柴委員松林

有關紀錄問題，任何會議都有確認會議紀錄的程序，主要有兩個目的，第一是幫助出席委員回憶上次會議的要點，第二是檢查上次會議的過程及發言情況有無錯誤。紀錄方式有兩種，一種是擇要紀錄，就如同本會的會議紀錄，只記錄要點，沒有錯就確認；第二種是詳實記錄整個過程，對會議的發言、互動、當時發生的情況一律記錄，就不會出現像今天討論有無講過什麼內容等問題。希望大家能確定要用哪種方式確認紀錄，下次會議只需確定紀錄有無錯誤就好，沒有討論的必要。不宜再增加或刪減紀錄所無的內容。(註：本會委員會議紀錄除決議文字外，並有詳細實錄)

鄭主任委員守夏

謝謝柴委員。

謝委員天仁

提個建議供參考。今天會產生這樣的疑義，就某個角度而言，主席在做決議時若能夠更清楚，例如直接唸出本案決議為...，會後將較無爭議。照理講，一旦決議清楚，討論就結束，不須再有附帶決議，否則會變得很複雜。若主席決議後，與會者還有意見，下次再提案也可以，這樣才能讓議事更順暢，也符合柴委員松林的想法。否則就會有像今天大家需要查閱議事錄，看主席表達的意見與決議相關文字是否相符等疑義的情形發生。

鄭主任委員守夏

感謝委員，這個部分我要改進。在討論的過程，有些時候對於不是那麼明確有共識的部分，必須以附帶決議處理，往後會儘可能把共識或決議文字化，讓委員較明確知道結論。請問沈組長茂

庭有意見要表達嗎？

沈組長茂庭

剛才朱代理委員益宏提到追蹤事項第 3 項，有關醫療服務審查會的問題，二代健保實施後，就沒有醫療服務審查會的相關條文，但因為謝委員武吉之前在委員會議提出相關建議，本署召開分科審查會議，也邀請醫院協會及醫師公會參加，上上禮拜已經開過會，而且謝委員武吉也有參加。建議本項解除列管。

鄭主任委員守夏

朱代理委員益宏有意見，請發言。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、謝委員武吉特別要我表達，希望可列為常規、必要會議，包括醫師公會全聯會、醫院協會、特別是社區醫院協會，都列在委員推薦單位名單中。若只用臨時方式找大家開會的話，則與原來提案的期望不太吻合，所以希望本案繼續追蹤，將之變成常規會議持續執行。雖然二代健保法沒有相關規定，但健保署還是有例行邀請醫學會一起處理相關事宜，既然審查業務是健保署內部的常規事務，當然希望參與人員可以包含前述公、協會代表，這些代表也要是委員之一，希望本案繼續追蹤。
- 二、對於議程第 21 頁其他預算執行情形，贊成主席剛才建議的處理方式。若 8 月份可把評核會議摘要送給委員，則建議 8 月份就請幕僚做個評核結果摘要報告，讓委員知道執行結果，委員並提出建議。此方式與提供書面摘要報告予委員，但有意見時卻沒有時機表達的做法，兩者相較，前者可能更適當，報告時間建議訂在 8 月份會議。

鄭主任委員守夏

朱代理委員的建議很好，在評核會後，8 月份的委員會議安排摘要報告，時間不要太長，就怕時間不夠…，沈組長有意見嗎？

沈組長茂庭

有關審查注意事項之研修，目前採分科召開諮詢會議方式辦理，因為比較專業，邀請的都是醫學會代表，參加者大多是理事長或秘書長，醫師公會全聯會及醫院協會也有列席，列席者也一樣可以表示意見，委員遴選上已經照委員意見辦理，建議解除列管。

鄭主任委員守夏

- 一、本項已經過多次追蹤，需先確認議案追蹤原則。首先，委員的提案若非本會法定權限，則本會的意見在性質上應該屬建議。有關醫療服務審查，法定權責單位是健保署，執行結果由健保署負責。既然二代健保的相關法規中，該業務健保會並無相關權責，則本會的角色屬溝通平台，現健保署對委員提出的建議已有某種程度的回應，應已發揮本會的功能。若有明確做得不好之處，並有事證，則委員可以要求健保署提出報告，或提案要求改善。
- 二、至於醫療服務的專業審查該邀請誰參加，健保署沒有理由把該邀請的人漏掉，健保已經運作 18 年，有原則可循。以健保會的權限，此案繼續追蹤沒有特別必要，本會已扮演溝通平台的角色，對建議事項，健保署不論採納與否，都屬該署的權限。其他委員是否同意本案解除追蹤？(未有委員表示反對)本項就解除追蹤。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、對解除追蹤之決定沒有意見。但請健保署召開專業審查相關會議時，務必邀請醫院協會及醫師公會全聯會參加。舉例而言，免疫風濕的專業審查，會請該專科的醫師與會，有些重症免疫疾病的用藥也會在該會議討論，但沒有基層醫師參加，所以制定相關規範時，純粹以專業角度考量，實務上難免掛一漏萬。
- 二、最近分析西醫基層總額的利用資料時發現，居然有某基層診所的重症免疫疾病藥費申報量比台大免疫風濕科還高，這些

重症免疫疾病其實不應該在基層就診。實務上用藥不能純粹只考量專業，也應考量照顧場所是否適當。目前在藥品使用上，沒有規範哪些藥只能在醫院而不可在基層用，或限定某些專科才可使用。因此，召開專業審查會議時，請健保署務必邀請相關總額團體參加，相關規範的制定才會比較適當。

鄭主任委員守夏

對醫院及西醫基層代表的建議，若事項明確且有實例發生，則請健保署參酌。請問還有無相關詢問？請陳委員川青。

陳委員川青

- 一、主席、各位委員，大家早，有關議程第 14 頁第 2 項，上次會議曾討論 Lucentis(黃斑部新生血管病變藥品)單價 3 劑 10 萬、5 劑 17 萬多，似乎偏高，而且健保署並未對 Lucentis 治療效果提出具體數據或成效報告，因為單價確實太高，影響健保財務，所以委員才會做成退請該署檢討之決議。(查本會 10 月份委員會議決議：請中央健康保險署藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議，妥為處理西醫基層代表所建議，建立「修訂藥品給付規定之財務連動機制」，並檢討降血脂藥品(Statins)及黃斑部新生血管病變藥品(Lucentis)給付規定之修訂)。
- 二、依今天的會議資料，Lucentis 仍按原給付規定，換句話說，健保署藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議，並未同意本委員會的建議事項，而是按原來的標準支付，既然如此，就不需提請委員會議討論。該案送本會審議，是依健保法規定，若回健保署後還是維持原做法，這樣的處理方式是否妥適，請各委員考量。
- 三、我有位鄰居是老黃斑部病變患者，前兩天去醫院打一劑藥 6 萬元，不了解是什麼藥劑，但台灣有好幾萬黃斑部病變患者，治療藥品一劑卻要 6 萬元，對財務結構是否有影響？請各位委員參考，也請健保署注意這件事情，並提出說明。

鄭主任委員守夏

陳委員川青的建議是有關決議事項辦理情形追蹤，健保署是此案的原決議單位，因繼續追蹤，所以現在不急著處理，如果有新的變化需要討論，再請健保署提會，陳委員川青的建議請健保署參考。

沈組長茂庭

補充說明，Lucentis 並非維持原給付規定，於此所呈現的辦理情形是本署已送 12 月份共同擬訂會議討論。其實本案已討論過，因為大家的意見仍不一致，所以現在是兩案報衛福部核定中。

鄭主任委員守夏

- 一、本項繼續追蹤，如果有需要再提案討論。對本案還有無詢問？(未有委員詢問)沒有的話，第二案洽悉。
- 二、接著進行議程第 30 頁報告事項第三案，請同仁宣讀。

參、報告事項第三案「中央健康保險署所提『103 年度各部門總額協定事項中需經本會同意或向本會說明後方可施行之項目』案」
與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

請問健保署有無補充說明？

林組長阿明

- 一、牙醫醫療資源不足地區改善方案施行地區的資料在第 33 頁，分為執業及巡迴醫療。執業地區主要以無牙醫鄉為主；其次是當地僅衛生所有牙醫師執業登記的山地離島地區，另外一部分為牙醫醫人比，較全國高 2.5 倍，且地處偏遠、交通不便的地區，執業地區共 81 個。巡迴地區有 137 個，條件和執業計畫一樣，施行區域困難度分 4 級，依級別支付不同費用。
- 二、西醫基層於 103 年編列 1 億元預算用以調整支付標準，主要是配合醫院部門 102 年編有 50 億元調整急重難科別之政策。西醫基層部分，調整急重難科別之處置、手術、麻醉項目預估增加 3.5 千萬，另外調整急重難科別之基本診療項目約增加 2 千萬，103 年西醫基層部分合計約需增加 5 千萬。
- 三、醫院總額新醫療科技之新增診療項目及新藥，103 年編列 20 億元，其訂定原則及作業時程，在新增醫療科技部分，原則上須透過共同擬訂會議研議處理；至於作業時程，本署會隨時收集各醫療院所的相關需求，提共同擬訂會議討論。
- 四、另醫院總額的「合理調高藥事服務費」於 12 月 19 日醫療服務項目及支付標準共同擬訂會議，已與醫界進行初步討論，本署會綜整醫界意見再提會報告；至「提升住院護理照護品質方案」，因該次會議時間較緊迫，未及討論，將另擇期召開共同擬訂會議討論，有共識後再提會報告。

鄭主任委員守夏

謝謝林組長阿明的說明，對健保署所提報第 1~4 項有決議的部分，有無需要再說明？如果沒有，本會同意後健保署就可據以執行；至第 5、6 項須就執行細節協商後，再提本會報告，委員可先不用表示意見，請先針對前 4 項表示意見。請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、新醫療科技是健保也是醫院部門最大的問題，目前醫院最大的爭議點在財務評估，連續觀察幾年下來，不論新支付項目、新藥或新特材，第 1 年納入給付後，第 2 年、第 3 年的費用通常呈現二至三倍成長，到第 4 年才趨穩定，但第 1 年給了預算後，第 2 年則納入非協商因素，成長率約只 1~2%，與實際呈倍數成長的情形不成比例。
- 二、因此建議新醫療科技納入給付後，應持續追蹤 3 至 5 年，財務預估與追蹤是重要的，若原估經費不足，針對不足部分再重啟協商，討論相關處理方式，不然納入給付後，第 1 年看來經費足夠，但第 2、3 年後就會產生排擠效應，因此財務預估及經費來源，是新增醫療科技最重要的事情，這部分需要提出討論，若大家不希望重啟協商，則請健保署要預估納入給付後，未來 5 年的財務衝擊有多大。

陳委員宗獻

請委員參閱議程第 36 頁，新醫療科技中有關新增藥物之訂定原則及作業時程，對於新增藥物，需考量健保現已實施「全民健保藥品費用分配比率目標制」試辦計畫，例如 103 年藥費調整的額度，是以 102 年實際藥品支出金額，扣除 101 年預先設定的 102 年藥費目標值，亦即兩者相減後的額度，就是 103 年調整藥價基準的依據。如果解讀對的話，第 36 頁第二點的意思就是，藥價調整所節省支出可用於新藥納入給付，這很困難，而且 103 年納入的新藥，其實際利用情形在 104 年才會表現出來，沒有人知道新藥到底花費多少，其他細節先不談，健保署能否解釋這中間如何連動。

鄭主任委員守夏

這部分先請健保署說明。

沈組長茂庭

新藥的財務預估，無論在學術或實務上都很困難，第一是對舊藥的替代性，第二是對現行的醫療可能也有替代性，所以雖然會增加費用，但替代性有多少，大家一直有爭議。目前在共同擬訂會議，委員也會要求，所以對每項新藥都會提出財務評估。

鄭主任委員守夏

這是老問題，付費者代表也可以表示意見。

陳委員宗獻

- 一、這樣就衍生一個問題，本項為新醫療科技之新增藥物訂定原則及作業時程說明，可能是一份資料的部分摘錄。新藥中有的品項具高度替代性，但也有無替代性的品項，例如 Lucentis 就完全沒有替代性，還會增加病人的服務量。
- 二、第 36 頁第二點後段文字：「另外，過去對於藥品及特材也會定期依規定辦理藥物市場調查，以及健保支付價格之調整，其調整所節省下來的支出，可用於新藥給付…等」，這個在舊時代或許說得通，可能其有所謂的節餘，合不合理大家可以討論，但現已經實施新的藥品支出目標制度，在現行制度下，就不是這樣，而是 102 年度支出目標多少，當年度超過的由總額其他部分(亦即，非藥品的其他費用)吸收，也就是由西醫基層總額的診療費及診察費支付，意思是由外科或其他科吸收。到了第 2 年也就是 103 年，才會把超過的部分以調整藥價的方式進行調整，第 2 年所進行的藥價調整主要反映過去所超出的費用，所以沒有道理將新藥收載也納入藥價調整的效應考量，剛才所問如何扣連，就是要釐清這個問題。本項如果屬於作業時程說明，不是即將要執行，那沒關係，我們在這裡溝通就好，若要訂在執行方案，可能就要很

詳細討論。

鄭主任委員守夏

等一下再請沈組長茂庭說明。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

其實剛沈組長茂庭講得很清楚，新藥的財務很難預估，既然很難預估，給付後當然要有檢討機制，建議二種方式供委員討論：

- 一、新藥納入給付的前 3 年或 5 年，編在其他預算，如果費用真的超過，也不會有排擠效應，用不完也不會導致付費者多給。等到 3、5 年較為穩定後，才納入一般服務預算，這樣對付費者或醫事服務提供者，都是相當公平的做法。
- 二、如果還是放在各部門總額，每年就必須檢討其對財務的衝擊，當初的預估可能不對，不對的話就要檢討，因為牽涉到預算。如果付費者說沒有預算，但還是要全部做，則將產生排擠效應，各總額部門也無法繼續執行，例如執行到一半錢不夠，產生像 Lucentis 這類藥物的問題，變成決定後，沒有配套的財源。若財源不足，又無檢討或重啟協商機制，將會產生相當大的困擾，所以，如果要放在各部門總額，一定要討論出一個機制，對不足預算如何補救，若還是沒有預算，健保署應如何限縮或降低使用量，甚至將之排出給付範圍，都是可考慮的選項。此議題一定要面對、討論。

鄭主任委員守夏

- 一、這是報告案，本會原則上同意第 1 至第 4 項。依朱代理委員益宏的建議，新醫療科技納入給付後應追蹤 3、5 年，至於是否編在其他預算，必須正式提案，因為是改變協商方式，與以前不一樣。
- 二、另外一個建議比較明確，請健保署考量將 5 年前、8 年前納入新藥、新科技品項的執行情形委託學界進行研究；或健保署自己做，再請專家來評論結果是否適切、合理，等資料確

定後再與醫界討論。否則永遠就是健保署說有，醫界說沒有，一方說沒有，另一方說就是有，在本會真的難以討論，因為太專業。

三、所以，有必要進行較嚴謹的研究，請健保署在最快的時間內，自己做或請專家學者都可以，之後再請專家學者檢視所提出的計算替代率是否合理。新品項以後再來追，先就舊有的資料分析。本案洽悉。

四、接下來進行報告事項第四案。

肆、報告事項第四案「中央健康保險署函送本會備查之『103年度各部門總額保障項目』案」、報告事項第五案「中央健康保險署『102年11月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

請健保署說明。

林組長阿明

有關 103 年度各部門總額保障項目，醫院總額在研商議事會議，尚未達成共識，於有共識後再提會報告。另外，牙醫、中醫、西醫基層及門診透析部分，牙醫目前依規定藥品以每點 1 元核算；中醫則是藥品、藥品調劑費及「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，採每點 1 元；西醫基層的藥品、論病例計酬案件及血品處理費，以每點 1 元核算；門診透析也是藥品、藥事服務費採每點 1 元，此外，為鼓勵腹膜透析，其追蹤處置費去年是每點 1.1 元，今年經協商折衷，追蹤處置費略為下降，保障每點 1 元，以上說明。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝健保署的說明，總額協商後需要保障點值的服務，已經明確列在第 38 頁，請問委員有無意見？(未有委員表示意見) 如果沒有特別意見，我們就同意。
- 二、再來是第五案健保署的例行報告，請委員參閱議程第 44 頁。依過去決議是 1、4、7、10 月份進行口頭報告，本次(12 月份)係提書面資料供參考，如果委員有垂詢，可以現在提出，請何委員語。

何委員語

- 一、本月份報告的第 21 頁，醫療院所 11 月份共訪查 85 家，其中西醫 58 家次、中醫 2 家次、牙醫 14 家次、藥局 9 家次、其他 2 家次；至涉及刑責函送司法單位則有 15 家次。首先想請

教，今年以來函送法辦共有多少家？台灣是不是全世界醫師犯罪比率最高的國家？因為醫師移送刑事的件數太多了，不知移送司法單位後有無被判刑？判刑的情形如何？例如，判1、2、3個月到1年的有多少人？請能提供資料。

二、健保特約的診所，有些是醫師一人執業，再請一位小妹處理行政作業，小妹做不好，醫師就移送法辦，這太冤枉。我不清楚移送法辦的情節，醫師偷用健保費用，有惡意、故意、無意、善意，可能也不清楚這樣做到底對不對，如果類似情形都移送法辦，未來台灣培養這麼久的醫師，每位都3個月或5個月的刑責，連良民證都無法取得，對他們的人生傷害很大。應弄清楚是善意、無意或惡意，假使是惡意，當然贊成移送法辦。不要去訪查的人，因為看醫師不順眼，講話也不投機，就移送法辦，應該要好好評估，否則統計出來很冤枉，台灣的醫師是全世界犯罪率最高的。

鄭主任委員守夏

請蔡副署長魯說明。

蔡副署長魯

- 一、謝謝何委員語關心特約醫事服務機構違規查處案件，請委員參看健保署業務執行報告第40、41頁，何委員語詢問的問題，今年1月到現在總共移送多少家，呈現在第40頁表15。
- 二、至於會不會如何委員語所言，查核人員會因情緒不好，或與醫師看不對眼，就將之移送，其實不會，本署都會經過嚴格篩檢，有第41頁備註三所列，停止特約1~3個月的各種情形者，才會被移送，所以絕非同仁可以隨意提送的，特別向各位委員報告。
- 三、委員可能希望了解移送的法律依據，依健保法第81條規定，以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以其領取之保險給付、

申請核退或申報之醫療費用 2 倍至 20 倍之罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。所以是依法有據，經過篩檢後才會移送法辦。

鄭主任委員守夏

謝謝，請謝委員天仁。

謝委員天仁

健保署查核的同仁很辛苦，承受很多壓力。但站在監理的角度，比較在意的是，移送的案件，為什麼有些會不起訴處分或被判無罪？這部分健保署可能要特別注意。過去在費協會，陳委員錦煌也提過，有些案件我們看起來有問題，結果法院判無罪，到底問題出在那裡，應好好檢討。是否事後沒有配合檢調單位提供相關的資料，導致證據不足或其他因素，需要特別注意，而且應該要列管，讓我們了解實際情況。

鄭主任委員守夏

請健保署把過去 3 年或 5 年移送的案件，勝訴或敗訴做成統計表，供委員參考，今天沒有特別準備，比較難立即回應。這是例行業務報告，剛謝委員天仁的建議，請健保署提供補充資料。

何委員語

一、去查處的人當然非常辛苦，而且也用心良苦，但有幾個現象要釐清。第一，健保署宣導是否很明確充足，在醫師開始執業，剛加入健保特約時，是否提供很好的教育訓練，對於其他工作人員，各分區有無辦理定期培訓；第二，有些工作人員可能是在醫師忙碌之餘，造成很多失誤，等到失誤發生後，反過來敲詐醫師，做偽證，或把整個做不好的責任推給醫師，類似爭議很多，民間已經開始有這種現象，就和大陸會計小姐把帳簿拿去舉發一樣，這些都要很慎重的判斷、查處。

二、另外就是微罪不舉，現在監獄犯人超量 15%，政府已開始做

微罪不舉的工作。健保署是否微罪也不舉，還是全部移送法辦？希望從這個角度考量、進行評估。

陳委員宗獻

- 一、感謝何委員語對這個問題的關心，也想請教謝委員天仁，在報告第 41 頁列有案件數及舉例，健保署移送檢調單位有固定方式，幾乎用電腦處理也可以，例如，扣減費用達到一定程度，好像 2 萬元就可移送、停止特約 1 至 3 個月都會移送。備註三的(七)至第(十)項恐怕就屬微罪，到法院會不起訴，就法的立場，這些本來就不應起訴，建請健保署就不要移送，以免外界觀感不好。
- 二、至於未經醫師診斷逕行提供醫療服務部分，在台灣很難避免，醫病關係也因此很緊張，例如家屬說阿公走路困難，不能每次都自己來，類似問題幾乎天天都會遇到，但醫師都要拒絕，不拒絕恐怕就會被移送法辦。這類執行細節，哪個關卡以上就要送檢調，健保署不送還不行，因為不送就違法，所以基本的解決辦法，就是要把條件合理化、正常化。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

- 一、有關違規情事，我們已經一年多都不談了，為什麼不談？以前監理會討論很多，但現在實施總額，醫界應該同儕制約，訂定相關辦法據以執行。健保署移送一定有相關標準，所以我們認為違法者，如果微罪不舉，以後老鼠洞會變彎拱門(台語)，所以希望該送就送，就算不起訴也是一個警惕，當事人才會銘記在心。
- 二、以下幾個問題請教健保署：

(一)本月投保人數二千三百多萬人，與台灣實際人口有無落差？我知道有很多人脫保，不是漏保，但這裡並未顯示

人數。時間久了以後，要這些人納保，不但錢有問題，實際執行也會發生問題。

- (二)第 6 頁、第 7 項 102 年度上半年補充保險費及政府法定負擔不足差額保險費部分，政府何時補足？都已經接近年底了。
- (三)政府欠費還款計畫，我們談了很多，請問欠費的地方政府是依還款計畫還款，還是依二代健保法第 28 條，還款期限不得超過 8 年？尚未繳清的這段期間，利息誰來負擔？
- (四)再來是逾期未繳的滯納金，都是從民國 84 年開始看欠費多少，執行至今，尚無法收到的，總共多少？也許超過一年的總收入，健保署從來沒有說清楚講明白，希望能讓委員了解，以利有人詢問時可以清楚說明。
- (五)近日報紙刊登幾家大醫院賺很多錢，但人事費用反而減少，變成血汗醫院。昨天接到兩通電話，因為外界會看會議實錄，所以詢問我到底有沒有講，所以今天一定要發言，不是針對醫師，而是希望健保署能講清楚說明白，報紙所登的是否為事實。人事費用倒退，表示為血汗醫院；保費年年增加，所獲得的結果是民眾自付額提高，還一直恐嚇老百姓說醫界五大皆空，但醫院卻賺這麼多錢。有人直接問我，是否健保會委員都圖利醫界，就算有，也像何委員語所言，協商只一點點預算而已，其他的都不用協商，需協商的部分只是雞翅而不是整隻雞。所以，如果不是事實，希望健保署要還醫界一個公道，馬上澄清，讓外界知道這項報導不正確。但報導是有根有據，尤其打電話給我時，都講得非常清楚。

鄭主任委員守夏

- 一、暫停一下，這是報告案，原來是希望能稍微節省一點時間，才不進行口頭報告。對於干委員文男的提問，如果是非常明確的誤解，請健保署幫忙說明。個人看法，健保署是把錢支

給特約的醫療院所，院所的薪資制度，我們恐不須過問，不然就變成共產黨，好像管太多。

二、現在已經超過 11 點，我們的默契是報告案儘量在 11 點以前結束，干委員文男提出很多問題，請健保署考慮或書面答復。至於是不是血汗醫院，請醫院代表也不用回答，因為是新聞媒體刊登。先請健保署回應。

蔡副署長魯

一、有關醫師是否知道什麼情況屬違約，在簽約時都有說明，而且會製作 DVD 交給醫事服務機構；其次，本署接到檢舉案件後，都會分析資料並先開會檢討，有需要才進行訪查，因為人力有限。查了以後，如果所查案件超過一半以上與檢舉事實符合，才會進行違規查處。

二、至於醫院是否為血汗醫院，昨天的新聞不是健保署發布，而是醫改會，所以無法代為回應，就如主席的說明，我們是按合約撥付醫療費用給醫事服務機構。

三、有關政府欠費撥款，原則上都是在 1 月和 7 月份，所以應該在過完年後，第一筆款項就會撥給健保署。各級政府欠款的利息，都各自負責。以上說明。

干委員文男

還款是按 8 年或是按還款計畫來還？

唐專門委員蕙文

目前按還款計畫，還款計畫都沒有超過 8 年的期限，利息我們會照算，由欠費政府負擔。

鄭主任委員守夏

請張委員煥禎。

張委員煥禎

一、有關微罪不罰，我當過區域醫院協會理事長，所以有經驗，我們會協助會員釐清被罰事項，知道健保署其實很謹慎，查

了又查。我遇過電腦錯誤的事情，健保署查了之後，若無法明確斷定究竟是故意或不小心，對大醫院通常會認定是電腦錯誤不罰，但遇到小診所，就比較難講，都會先懷疑。我曾建議對這種無法判定的情形，要用另外的處罰方式不要移送，但健保署說沒有辦法，惡法亦法。

二、輕罪部分可以有兩種選擇，一種是移送法辦，另一種是罰很高的費用。美國連醫療糾紛為什麼沒有刑事罪，就是只罰很高的錢但不判刑，如果醫師非故意錯誤的話，罰到傾家蕩產，但不會被關，大家講的都對，這部分建議健保署參考。如果沒有辦法證明醫師是絕對惡意，例如像電腦問題，我們遇到最多的就是電腦出問題，就應請健保署也給醫師一個選擇。健保署因為依法行政所以只能送，但應視情況而定較客觀，例如，若屬無法判斷而非罪小不送，則視為微罪不舉；如果很確定就是要騙錢，當然要送，這樣才能遏止。

三、我們昨天看到有關醫院獲利的報導，也很想知道，為恭醫院為什麼會是最賺錢的醫院？我是桃竹苗地區的審查總召，我們知道那家醫院其實並不如外界認為的那麼獲利。但是剛也有講，不能用一隻雞翅看整隻雞，請大家不要以偏概全。贊成主席所言，很多事情健保會不宜管，應該請衛福部去處理，因為不是健保會的權限。

鄭主任委員守夏

本報告案就進行到此，因為時間已經超過 11 點。

何委員語

主席，再給我 1 分鐘。

鄭主任委員守夏

請何委員語，但務必簡要。

何委員語

事證不是很明確時，建議應以罰鍰來代替刑事移送，罰很高的費

用，罰1百倍、1萬倍都沒關係。另外，台灣已邁向類似共產黨國家，因為我們星期五在勞工委員會修改衛生安全法和相關法規時，就已經邁向共產國家了。

鄭主任委員守夏

委員意見請健保署參考。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

具體建議，因為健保署有查核內規，例如一定金額以上就必須移送，建請針對此內規，包括金額部分，都能酌予調整，否則此內規反而綁手綁腳，就算遇到無心之過的醫師，因為超過內規所訂金額，就還是必須移送刑事處理。

鄭主任委員守夏

據了解該規定年代久遠，已到了該檢討執行方式或標準的時候，這不算放寬或變嚴格，而是建請能依微罪不舉的原則，及儘量不移送刑事的方向檢討，這也是健保署的權限。本報告案到此，接下來進行討論事項，請同仁宣讀。

伍、討論事項第一案「102 及 103 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

謝謝宣讀。健保署原只提 102 年度方案，現更新為 102 及 103 年度方案，資料置於委員桌上。先請健保署補充說明。

林組長阿明

就改善方案簡單說明。原提 102 年方案有 7 項策略方法，併入 103 年度後，增加 2 項，所以變成 9 項，以下簡單報告。

- 一、加強健保教育宣導：在方法部分，協助教育部執行「提升國民中小學教師全民健康保險教學專業能力計畫」；另外結合地方衛生、教育機關、學校，共同推動「全民健保、人人有責」概念。
- 二、持續支付制度改革：最重要的是導入第 2 階段 Tw-DRGs，另外也持續推動及加強論人及論質計酬支付方案。
- 三、減少無效醫療耗用：主要希望積極推動安寧療護，讓病人在臨終前，能有尊嚴的離開。於 103 年 1 月，將新增「社區安寧照護」項目及「緩和醫療諮詢費」之支付，希望提供誘因讓醫院團隊主動與臨終的病人及家屬加強溝通，朝安寧療護的方向推動。
- 四、高耗用醫療項目管控：係降低不必要之高科技檢查項目、高單價診療項目等，最主要幾項即為 CT(電腦斷層)、MRI(核磁造影檢查)、放射線治療、震波碎石術及復健治療。
- 五、多重疾病整合醫療之推動：最主要是持續加強辦理醫院以病人為中心之整合照護計畫，及持續推動家醫整合照護計畫。
- 六、高診次就醫輔導：擴大高診次就醫輔導對象，原針對一年就醫次數超過 100 次者進行輔導，102 年降為 90 次，輔導對象由原來 3.3 萬人提升為 5.5 萬人。
- 七、提供即時資訊避免重複醫療：係透過電腦資訊，若民眾當年

就醫達 20 次以上，於就醫時給予警示，提醒醫師避免重複及輔導正確就醫。

八、藥費管制措施：有兩大部分，一是針對慢性病患加強用藥管控，另一是針對一般用藥開藥品項數較高者，進行管控。其中最重要的是，已建置健保雲端藥歷系統，103 年希望優先在醫學中心及區域醫院積極推動，期待明年能正式上路，此系統係在雲端建置病人最近 3 個月的用藥資訊，讓醫療院所及醫師能即時查詢。

九、強化違規查處機制：屬 103 年新增項目，也是本會委員今天多次表達關心之處，後續我們會針對真正違規嚴重的院所，加強查核，希望能防杜不實申報醫療費用的情形。

鄭主任委員守夏

謝謝林組長的說明，請問委員有無指教。

李委員蜀平

請看更新資料第 5 頁，有關「建置健保雲端藥歷系統」乙節，健保署之前有通知藥師公會全聯會的社區藥局可參與該計畫，後來得知立法院所做主決議卻將社區藥局排除，懇請主席及健保署署長，對參加「高診次民眾就醫行為改善方案-藥師居家照護」計畫的健保社區藥局能予開放，家數不多，約一百多家，所需費用不到 100 萬，因為此系統能最快速提供民眾、醫師與醫療單位立即溝通的服務，希望主席能把此部分附帶決議納入，謝謝！

鄭主任委員守夏

這屬於非常執行面的議題，稍後請健保署說明。請干委員文男。

干委員文男

一、本次研擬方案與往年不同，認同加強辦理之處。但更新資料第 4 頁，第七項中有關「民眾當年度就醫達 20 次，於就醫時給予警示，提醒醫師避免重複及輔導正確就醫」部分，我認為立意良好，若在同一位醫師處就診，尚屬合理；但若病人

屬多重疾病、需至多科就醫者，該病人當年總門診次數超過 20 次就要給予警告，如果將鵝毛當令箭，徒增民眾及醫師困擾。若希望多重疾病患者儘量在基層院所就醫，就應予放寬至例如 40 次，因就診 1 次頂多拿 1 個月的藥，只要患有兩種以上的疾病，1 年至少需看診 24 次，連再看感冒的次數都不夠用，20 次實在太嚴苛，希望有 40 次。

二、最近參加健保署所辦新書發表會，遇到前衛生署張署長博雅，渠向我表示，希望本會委員多注意呼吸器照護太浪費的情事，例如她朋友父親癱瘓 3 至 4 年後往生，在這期間係以呼吸器維生，所使用的呼吸照護服務屬無效醫療，但對健保而言花費非常高，還有透析浪費。

三、另外，雖然健保之「末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」，可有效延緩進入透析治療的時間，但中南部還是發現，慢性腎臟病在病情還不需洗腎的階段就開始洗腎，且時程上也很快就進入一週洗三次，這種現象值得注意。前開計畫規定，個案資料及健康管理資料應定時上傳台灣腎臟醫學會，這些資料過去並非直接上傳給健保署，希望明年起要改為上傳到署，往後健保署或國健署進行研究或預防時，才有相關參考資料。有位高醫的黃醫師有在門診透析總額研商議事會議進行專案研究報告，我質疑他為何僅以高雄資料看天下，後來才了解是因渠只能拿到部分資料，這是我的誤解，但也看到健保署缺乏資料的現象。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、本健保署所提抑制資源不當耗用改善方案，昨天該署才提供新資料，而且不止增加、還有刪改，造成委員先前看的紙本一點意義都沒有，浪費時間。應是定案後再將方案送來，而非先送草案，再送更改後方案，造成委員必須花時間重看，

行政上應予改進。

- 二、過去談過跨院際可共用檢驗資料，惟本方案未見此部分的敘述，前開方式對降低不必要的資源使用很有貢獻。本方案有改進三多(看病多、拿藥多與檢查多)問題，但檢驗方面並未有特別的改善措施，有必要改進。
- 三、有關「九、強化違規查處機制」方法之「2.經查獲涉及違規者依規核處，涉及違法者移送法辦」部分，請問是否不論金額多低，只要違法即需移送法辦？此敘述有問題，如果健保署內部有相關規定，就應按該規定呈現，例如金額 2 萬或 5 萬元以上才移送法辦，亦應於方案中敘明，否則與我們認知的資訊落差很大。況且，若本方案這樣規定，但實際上健保署對違法但金額在 2 萬元以下者卻未移送法辦，亦即未依方案執行，將會受到質疑，因此應加以檢討。健保署的觀念也該更先進，剛幾位委員提到類似看法，法學上，行政處罰屬輕的秩序罰，刑事處罰屬重的秩序罰，基本上兩種處罰不能重複，例如食品衛生管理法在此方面，也有慎重考慮何者優先，就不至於重複。若為行政罰，法律規定可罰 2 到 20 倍，行政裁罰上，就需有裁罰基準表，何種狀況罰 2 倍、3 倍、4 倍...最高到 20 倍，應有相關配套。另，基本上只涉及行政違法，無法確定是否有刑事犯罪時，就不能依據本方案所訂，移送刑事，所以方案相關內部、操作規定應更細膩些。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

- 一、剛謝委員天仁說的沒錯，寄給我的兩本會議資料都已看得很詳細，並劃線標紅字，坐我旁邊的連委員瑞猛可證明，今天早上健保署又提供更新的方案，害我來不及看。另昨晚本來 11 點半要就寢，突然看到電視節目，主持人鄭弘儀正討論醫療疏失，雖然不知道內容正確與否，但其中談到現在的藥品

成分只有 50%的治療效果，也就是過去吃 1 顆藥就夠，現在要吃 2 顆，因為想多瞭解談論內容，看到 12 點多才睡覺。請問現在的用藥量是否確實比以前多？

二、干委員文男所提，有關就醫次數達20次以上要給予警示部分，此數字對年輕人太多，但對老年人則太少，目前老年人口占12.8%，我上週聽經建會提出報告，2025年老人成長會最高，2026年10個老人有2個坐輪椅，兩年後(2028年)出生率和老年人口成長率會出現交叉線，他們稱死亡線，這樣是不好聽啦！目前老人愈來愈多，對他們來說20次太少，一年36次較合理。

三、有關「八、藥費管制措施」之方法「4.訂定不予支付指標」，推測窮人可能生病情況較多，若家庭環境屬中低收入戶，依此指標執行，是否會讓有些人生病時無法負擔，應該訂定完整的配套規範。

四、有關「九、強化違規查處機制」，應重新檢討，制定情理法兼顧的規定，若真的是惡意違法，應可提高罰則，但若非惡意，或善意之下違規，就應該用行政罰法，因為處罰金額高也會有嚇阻效果，現在酒後駕車要罰到 9 萬，大家就開始不喝酒上路，因此建議將罰款金額提高，來取代刑責。

鄭主任委員守夏

部分屬誤解之處，等一下請健保署說明。另外拜託委員，若想表達的看法，前面已有委員提過，您只需表示支持，以節省時間。請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

垂直整合與分級醫療可以列入，在國外這兩項是抑制資源不當耗用的重要措施，102 年度健保會也於其他部門編列預算，但健保署似乎都還沒有提出相關作法，請委員參看業務執行報告第 52~56 頁，西醫門診，包括基層院所、地區醫院、區域醫院及醫學中心，平均每件醫療點數在基層院所才一千多點，而醫學中心則要

二千多點，這是實際數據，以基層的平均費用最低，政策上應該呼應。因此建議要節省醫療費用，儘量以政策誘導，或行政命令，如健保法第 43 條規定的定率制部分負擔，可於門診率先使用，目前法令有相關武器，但未執行，若健保署對相關方案的執行有疑義，社區醫院協會非常樂意提供意見，本協會對垂直整合與分級醫療已有一套完整論述及政策，若委員想知道，也可安排一次專題，由協會來報告，供大家參考。目前看來，103 年健保署並未規劃針對垂直整合或分級醫療執行相關措施，很可惜，建議該署報衛福部核定時，可加入此意見。

李委員蜀平

何委員語真是明察秋毫，剛才您提到的電視節目主持人鄭弘儀說：「許多臺灣製的國產藥吃一顆沒效，要加重二顆或更多才有效」，那是錯誤的，電視公司可能是為了收視率才如此說，但健保署對藥品的嚴格把關是有目共睹，尤其是為全民健康。若以人口及土地面積來比較，台灣的製藥工業是全世界最嚴格的，政府嚴格規定實施從 GMP→CGMP→PIC/S，以 PIC/S(Pharmaceutical Inspection Convention and Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme，國際醫藥品稽查協約組織)來說，連原料都要符合 TFDA (台灣食品藥物管理署)的規定。健保署也很善待民眾，七次藥價調整砍了六百多億藥費，我國的藥品品質等同歐美，但藥價只有同國家品項的 30%，台灣人可以接受吃苦當吃補(台語)，台灣藥廠三百多家，到 104 年正式實施 PIC/S 時會剩下不到一百家，感佩何委員付出的辛勞與關心，我國藥品，保證不可能有療效不同的情況，如果有，很多官員就會被抓去關了。

陳委員宗獻

- 一、民眾每年門診就醫 20 次以上者，比率很高，所以門診時若這項警示太常出現，提醒太頻繁，反而未必能讓每個人都關注這件事。在中區，另有要求醫師注意，因糖尿病患使用胰島素分泌刺激劑，血糖會有過低的危險，若要用此藥，請他們

務必查詢，是否在不同院所有開立相同的藥品。我曾遇過這種情形，有位我開藥的病人，另一家醫院也給相同藥品，讓我嚇出一身冷汗，所以後來就不再開藥給他。問題癥結在於電腦系統 OK，惟病人端的管理不夠，如果屬於慢性病連續處方箋一次開給 3 個月份藥品的病人，醫師一年只會見到病人 4 次，只要哪 1 次漏掉未注意，就可能會有重複用藥的問題。藥品浪費跟重複用藥都不好，所以就醫次數 20 次給予警示的做法，宜調高次數。

二、有關第八項高血壓、高血糖、高血脂藥費管控，相同診斷過去 6 個月，在大於等於 3 家院所累計領藥日數超過 6 個月者，這樣的警示才有意義，而且很重要，這種警示可透過電腦分析，不困難。除了診間警示外、也可請健保署打電話關心病人，一通電話就可增加瞭解機會，效果常比診間醫生跟病人吵架來得好，因為只要醫生減藥，病人就會提出很多理由來抗議。

鄭主任委員守夏

陳委員講的是第一線經驗，很明確。本案已討論很久，請健保署對委員所提非常明確或有誤解的部分，立即回應及說明。

蔡副署長魯

各位委員的意見，只要是可改進之處，都會將之納入，簡單回應如下：

- 一、有關違規查處或移送法辦，本署必定依法辦理，即依全民健康保險法第 81 條、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 41、42 條的相關規定辦理。
- 二、有關民眾當年度就醫次數達 20 次以上給予警示，已經排除同院所就診的部分；至於如何診療，還是須經由醫師的專業判斷，並非超過 20 次就不能再就診，這只是原則，希望醫師能幫忙瞭解是否有陳委員宗獻剛所提的情形。

三、有關李委員蜀平所提，健保雲端藥歷系統可讓特約藥局查詢的部分，我們開會時已有共識，在本署電腦資訊系統可運轉等情況許可下，會儘速納入。

鄭主任委員守夏

請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

- 一、有關「四、高耗用醫療項目管控」之方法都屬新增，因為上次資料沒這麼清楚。另外，電腦斷層及核磁造影等高價位檢查，除了在此控管外，可否透過 IC 卡或雲端等科技方式，使資訊能共用，如此就不致重複檢查，請一併納入規範。
- 二、有關「五、多重疾病整合醫療之推動」，非常支持以病人為中心的整合照顧，由今年 7、8 月的評核資料可看出一些問題，因過去並未強調多重慢性病整合，對象反而以沒有慢性病或僅一項慢性病者為多，且用藥品項數反而有增加的奇怪現象，是否應再檢視原因。整體以病人為中心的理念很好，但仍應著重於多重慢性病提供整合性門診部分，請健保署再跟醫界溝通，讓政策能確實落實，而不是玩假的。
- 三、有關第七項管理重複用藥部分，IC 卡真的可扮演重要角色，我們只擔心，大家不去看 IC 卡的資訊，這也是能否落實的問題，當這些資訊都有了，明年也投入 20 億來建置頻寬，屆時真的希望 IC 卡資料能落實運用，以避免重複用藥。
- 四、在第八項藥費管制措施上，看到一系列的藥物管控方式，有關「訂定不予支付指標」部分，不予支付的標準看起來不是很明確。過去是由各分區訂定遊戲規則，例如今年 10 月份，看到中區訂定精神科用藥上限，但也因此限制民眾用藥權益，到底合不合理，可由誰來檢視？對病人來說本可用更好的藥，反而以此不成文規定或內規，影響病人用藥、不利病情，請問未來由誰來訂定規則，我們有機會了解嗎？這部分也請健保署說明。

連委員瑞猛

- 一、無效醫療的部分，大家提供許多寶貴意見，事實上問題蠻嚴重。據楊前署長志良的說法，無效醫療有 1,600 億，雖然不確定怎麼估算，但不會是平白出現的數字。
- 二、建議健保署在民眾端能積極推動 DNR(Do Not Resuscitate，不施行心肺復甦術)，才能在延長末期病人生命時，避免痛苦、讓生命有尊嚴、臨終有品質，也使 ICU(加護病房)真的是用於搶救生命，而非用於無效醫療，讓搶救的生命更有意義。就個人瞭解，這方面真的可更積極推動，DNR 自 94 年起推動，至今只有十七多萬人簽署，之前衛福部表示預計 3 年增加 10 萬人，以此速度，要全部的人都簽署 DNR 需要五百八十多年，這不是我們要的。
- 三、如同剛干委員文男提到張前署長博雅所述，如何讓每個人善終，不要一年花 300 億在呼吸照護，因很多時候家屬沒辦法決定，只能一直搶救下去，反而增加病人的痛苦，也浪費寶貴的醫療資源。請健保署加強推動 DNR，服務民眾、增加簽署率，花 1 元去做，可節省 10 元，甚至發揮 20 元的效益。請健保署若能訂出目標數，結合民間團體的力量，應該對節省資源有很大助益。

鄭主任委員守夏

謝謝連委員瑞猛，請莊委員志強。

莊委員志強

- 一、本案要報主管機關核定，如何知道健保署真照做，之後是否會追蹤？例如「三、減少無效醫療耗用」，其方法有 4 點，建議追蹤健保署的辦理情形，例如執行半年後告訴我們，減少無效醫療、新增安寧照護等的執行情況。
- 二、有關呼吸照護，目前似乎都由健保給付，建議可逐年減少給付，改由家屬自付，或許就會減少呼吸治療的使用意願，進

而主動關機。現在全部由健保給付，就不會有減少使用的誘因。

鄭主任委員守夏

先請蔡委員登順，再請陳委員川青。

蔡委員登順

- 一、針對「五、多重疾病整合醫療之推動」，我認為是正確的方向；另對第七項所提，民眾當年度就醫次數達 20 次以上時給予警示，個人有意見，因多重慢性病患就醫次數必然高於 20 次，用此數字來限制不妥，建議應改由監控品質及推動衛教之方向來處理，才是上策。
- 二、有關「二、持續支付制度改革」，希望加速推動 DRGs 第 2 階段的工作，這樣比較配合現在的醫療制度。
- 三、健保法第 72 條明文規定，為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源，這部分如癌末病人急救後重症醫療利用及多重器官衰竭病人的重症醫療利用等，請健保署每年提出具體改善方案。健保署對減少無效醫療的策略，只有推動安寧療護乙項，希望可以有更積極的作為，針對何謂無效醫療及相關耗用醫療資源的情形，進一步具體分析，才能研擬改善方案，讓健保資源作更有效的利用。

鄭主任委員守夏

請陳委員川青。

陳委員川青

- 一、本方案似乎未考量無效醫療的問題核心，在於如何判定無效醫療，由哪些人來判斷，其也牽涉到財產分配、遺囑、法律等層面問題，故建議「三、減少無效醫療的耗用」方法的第 1 點，應非目前所列的充分溝通說明，而是如何判定無效醫療，由哪些人判定。另應該再由宗教、信仰、法律、甚至倫理道德委員會共同討論，很多癌末患者，經醫師判定生命只

剩幾個月，但結果存活了好幾年，此類案例比比皆是，雖然不可否認醫師是從醫療面考量，但對人性及人權的問題，也必須審慎評估，更廣泛地討論，而不是這樣很簡單的處理方式。

二、有關「四、高耗用醫療項目管控」，到底是以該項目的使用量為準，還是以單項醫療費用為準，或者兩者都要考慮？有的疾病人數很少，但醫療費用非常驚人，在考慮高耗用醫療項目及費用時，應合併考慮，並廣泛評估。

陳委員錦煌

一、每個委員對無效醫療的看法一定不相同，不過立法院在今年元月份已通過，只需家屬中的 1 人同意，即可拔管，就不用有陪審團了。請問健保署是否知道今年增加的拔管案件有多少？

二、每個人的觀點也會不同，例如我媽媽住院一個禮拜，醫師判斷所有器官均已衰竭，我決定不讓她痛苦，不氣切也不插管，讓她好好回去(台語)，但我不能以委員身份，就說我贊成或怎麼樣，只是以自己面對媽媽往生的經驗，分享個人觀點。另有委員提到若使用呼吸照護 3 年、4 年，可否讓家屬自費的觀點，這我不敢講。公務人員成為植物人時，有段時間也可領薪水，這也是另一種問題。

三、安樂死尚未通過，而無效醫療如呼吸照護一年高達 300 億的健保支出，需要面對及處理，請 35 位委員集思廣益，應該會有較可行的方法。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

一、有關「一、加強健保教育宣導(103 年新增)」，採用的方法是協助教育部執行，口號是全民健保、人人有責，這種口號已

經沒用了！建議增加媒體宣導，例如電影或連續劇要用醫院或醫師相關背景時，一定要將健保宣傳置入，這點很重要，因許多老人家每天都看連續劇，多加宣傳，也提醒不要浪費健保資源的概念，應有不錯的效果。另教育部如果宣導得好，台灣的倫理就不會那麼淪喪了。

二、有關「四、高耗用醫療項目管控」，建議要規定各家院所，做完電腦斷層與核磁造影檢查後都要給光碟片，病患若要至其他院所就醫，帶光碟片即可。我最近也自費做這兩種檢查，到別家醫院就醫時，就將光碟片交給該院使用，因此，整套作業若能考量細膩些，就可讓醫療費用減少，期待達此目標。

鄭主任委員守夏

本案的發言已相當踴躍，除非有很不一樣的意見，不然建議討論至此。請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

報告主席，這次的發言，的確與之前不同。依健保法第72條規定，本案係由保險人提出草案，送本會討論，剛委員討論熱烈，並提出許多意見，想請示主席，是否會做決議，請健保署依委員意見修正或調整後，再送本會確認；或請健保署修正後，在報衛福部前，以書面方式將資料提供委員。我認為需瞭解健保署採納本會意見的程度，若署都不採納或被採納的部分很少，對委員不太好，也違反健保法第72條的規定，因保險人的權責不是直接提報到衛福部，而需先提健保會討論後再報部。

鄭主任委員守夏

瞭解，謝謝！依規定健保署須報部核定，故最後的權限仍在衛福部，而本會屬溝通平台，況且本會權限本來就包含業務監理，若我們的意見健保署完全不採納，以後也可以提會討論。相信對健保署有幫助的意見都會被採納，而且若執行有困難，該署也會向

本會說明。本案不須再來報一次，說實在沒那麼多時間。

干委員文男

- 一、本案已經討論很久，贊成連委員瑞猛的意見，舉個例子，民眾產生肝病的來源，有些是因服用藥品，這些屬於藥政管轄，就像感冒藥，普拿疼的成分 Acetaminophen (乙醯胺酚) 為 500mg，有止痛及解熱作用，但有些加強型感冒液，1 瓶 60 ml，每 1ml 即含該成分 15mg，換句話說，1 瓶就有 900mg 的 Acetaminophen，國人用感冒液的習慣，都是購買整箱當茶飲，最後造成肝硬化，希望透過本會平台，提供食品藥物管理署一些意見，為因應國人的習慣，能夠將 1 瓶感冒液的容量由 60ml 改成 30ml，剛好和普拿疼的劑量相同，這樣可以減少國人肝硬化的程度。
- 二、也贊成李委員蜀平的意見，建置健保雲端藥歷系統，讓藥師於辦理照護服務時也有寬頻，從後端看到民眾患病情形，相信可以解決很多問題。
- 三、談到醫療浪費，剛剛不敢講太多，希望健保署可以推展安寧療護及不氣切的方式，讓瀕臨死亡的民眾可以安詳往生，以免給社會與他的家庭和子女造成困擾。

鄭主任委員守夏

謝謝干委員文男，請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

- 一、主席，各位委員，對於本案議題，發言委員都講得很好，表示委員對此議題的重視。這個議題很重要，多點時間討論沒關係，但主席當然也要管控一下開會時間。
- 二、呼應何委員語的意見，加強健保教育宣導很重要且正確，我想可利用引起民眾高度注意的時段，在媒體上播放健保教育宣導短片，採置入性行銷，或許不須花太多錢，就可以達到預期效果，建議健保署往後可考慮以此為宣導方向。

三、關於民眾當年度就醫達 20 次時給予警示，提醒醫師避免重複及輔導正確就醫部分，20 次可能太低，可再以其他方式規範，例如用年齡限制，像 40 歲或 50 歲的民眾當年度就醫次數超過 30 次或 40 次，就警告與提醒，可能才會達到較好的效果。

鄭主任委員守夏

- 一、我們嘗試來做決議，民眾當年度就醫次數達 20 次以上的警示部分，剛健保署表示已排除慢性病，所以不是硬性規定，委員建議依年齡區隔等意見，請健保署參處。尤其陳委員宗獻所提民眾患有糖尿病、高血壓等，看以何方式提醒或輔導，請健保署參考。
- 二、本方案是依據健保法規定，由健保署擬訂抑制資源不當耗用改善方案，所以委員所發表的意見或建議，如果跟主題並非完全扣連，則請健保署參考。
- 三、今天健保署所提的方案，似乎沒有大家認為不妥的地方，因此予以通過。至於委員希望健保署做更多、加強或更積極辦理的部分，請健保署本於權責參處。
- 四、另外有兩點蠻重要，可做為附帶決議，第一點是莊委員志強所提，本方案通過以後應有追蹤機制，請健保署於一段時間後，也許半年，到本會報告執行情形或成效，才知本方案有無效用；另外，付費者、醫界都非常有共識而可以稍微加強的部分，就是微罪不舉，或加重行政處罰，而不要刑事移送，這部分訂在特管辦法，若要修訂該辦法，也屬工程浩大，但既然健保會絕大多數委員有此共識，所以也附帶決議請健保署評估修改相關法規的可能性。
- 五、若大家不反對，則本案有一個結論，兩個附帶決議。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

今天討論健保署所提抑制資源不當耗用改善方案後，健保署需再報主管機關核定，就我剛所提的情況，民眾當年度就醫次數達幾次就警示或輔導的意見，請健保署參採。大家能否同意於「達20次以上」之後，增列「或跨院所重復用藥」的文字，至於達到何種標準就警示或輔導，健保署可以擬訂，這樣對於醫療服務、病人安全很有助益。

鄭主任委員守夏

陳委員宗獻的建議非常明確，健保署可以參考。請李委員蜀平。

李委員蜀平

可否請委員及健保署同意加個附帶決議，將參與「高診次民眾就醫行為改善方案-藥師居家照護」的社區藥局，納入雲端藥歷系統。

鄭主任委員守夏

這非屬執行面，而且據了解，立法院已做成主決議，所以我們可與他們對做嗎？目前連開放健保雲端藥歷系統都還沒有，所以就尊重健保署意見，先做了，safe(安全)再說，屆時若做得不錯，再討論酌予開放。

李委員蜀平

主席，各位委員，本來雲端藥歷系統是包含全體藥師的，藥師在整個計畫中非常重要，我們不要因政治因素就犧牲用藥安全，所以懇求針對參與「高診次民眾就醫行為改善方案-藥師居家照護」的藥師開放，可在雲端藥歷系統看到藥物檔，否則有點不公平。

鄭主任委員守夏

立法院的主決議，位階比我們討論後形成的共識高，要納入附帶決議有困難，請問健保署有無意見？請黃署長三桂。

黃署長三桂

謝謝李委員蜀平的意見，我們朝您的希望努力。

楊委員芸蘋

主席。

鄭主任委員守夏

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

有關加強健保教育宣導的方法，請納入附帶決議，不需花太多費用來執行置入性宣導。

鄭主任委員守夏

- 一、請健保署將預算書送給您參考，若不用花錢，健保署會很高興並加強宣導，請健保署私下向楊委員芸蘋請教有哪些途徑可以不用花錢。據我所知，健保署的預算已被砍到快不能健全運轉了。
- 二、剛有位委員應該是弄錯，更新資料第 4 頁，所謂「訂定不予支付指標」，是不支付給醫師，而非不支付給病人，與病人就醫權益無直接相關。請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

本方案包括高診次就醫輔導，請教在住院部分，對高住院日數是否也應納入管理？因為有些個案住院好幾年！

鄭主任委員守夏

這部分意見也請健保署列入考慮。剛剛已經決議，楊委員漢淙有意見，請楊委員。

楊委員漢淙

主席的附帶決議，本方案有分項提到，例如在健保卡註記就醫資料，我知道有些人基於保護病人隱私，反對健保卡註記，但是原來設計健保卡，就是期待透過此工具抑制資源不當耗用。既然健保卡可以呈現就醫次數或照CT次數，可以考慮不必標示疾病名稱，但讓看診的醫院知道，病人已經在哪幾家醫院照過CT或MRI，

在不侵犯病人隱私前提下，這些資料可以妥為研究或註記。若沒有健保卡，這項工作也不容易執行，我認為應該可以稍微大膽一點，在健保卡加註今天所談的重複就醫、重複檢查、高診次等事項，讓醫院瞭解病人的醫療情形。

鄭主任委員守夏

謝謝楊委員漢淙的建議，本案就討論到此。接下來進行討論事項第二案，請同仁宣讀。

陸、討論事項第二案「為了解現行健保就醫概況與醫療費用使用情形，建議於『全民健康保險業務執行報告』增列有關醫療院所初次級醫療照護比例、CMI 值等資料」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

謝謝宣讀。請問健保署有無補充，還是這樣就很清楚。請委員表示意見，本案對健保署而言，或許有些能做，有些不適合做。請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、謝委員武吉提出本案，感覺涉及很多資料，其實有些資料是重疊。健保在醫院總額推行初期，因應總額研議方案，希望逐步將初、次級病人的門診，由大型醫院下轉到基層院所，才會有初、次級門診的定義產生；在住院部分，確實沒有這些定義。
- 二、現在很多統計數據，例如申報點數，都是按季，我認為本案至少每季呈現統計資料，其實每月呈現也不困難，會更加完善，若個別委員有需要，應可以向健保署索取。
- 三、對本項提案，我個人感想是我們健保會看太多數據看到已經麻痺，至少可提供健保會每季初、次級醫療照護比例等統計資料，用意在長期以來，健保統計數據一直延伸，大家已經沒什麼感覺，資料也沒有改變，看數據沒有意義，看完也就算了！
- 四、從醫療實務面而言，健保現在最大的毛病，就是沒有分級醫療。由每季累積下來的數據，委員可能會發覺，台灣最大的醫院與最小的診所，在門診的重疊性很高，這突顯一個問題，我們若用很重的醫療裝備看很輕的疾病，醫療費用當然不會往下降。透過數據將可呈現醫學中心初、次級醫療照護比例，與地區醫院幾乎差不多。長期以來，社區醫院代表委員一直講都沒用，所以最好至少每季有資料產出，看久了委員就會很清楚，有助於改善未來狀況。目前抑制醫療資源浪

費相關的管理措施，已經用盡，但最基本的結構沒有改變，造成大問題沒解決，只解決小問題，本案最重大的意義在此。

五、希望健保署能每季呈現初、次級醫療照護比例，要看到產生意義可能需一段時間，本會委員屆時就能看到醫療基本結構的缺陷。

鄭主任委員守夏

謝代理委員文輝，解釋得很清楚，謝謝！請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、主席，各位委員，大家好，謝委員武吉本次的提案內容很好，僅有個小地方可刪去，議程第 50 頁「(二)提供西醫診所、醫院部門(與三層級)之住診 CMI 值...」，應該不是寫錯，他所指西醫診所住院的 CMI 值，應是婦產科生產部分，惟因婦產科住院多屬論病例計酬案件，可以忽略，只要寫提供醫院部門之住院就好。
- 二、議程第 51 頁，記得健保署已經報告，如果希望朝 DRGs(Diagnosis Related Groups，診斷關聯群)制度的方向走，則 Base Rate(平均每住院人次點值)一定要公開，建議可分兩階段，第一階段先讓委員看到資料。Base Rate 的意思是甲醫院與乙醫院病人的嚴重度，可透過 CMI(Case Mix Index，疾病嚴重度)值反映，若甲醫院病人嚴重度較高，則花的錢較多，乙醫院病人嚴重度較輕，花的錢較少，將兩個數值相除，就是 Base Rate。所以當 Base Rate 都是 1 點，但甲醫院要花 3 萬元，乙醫院卻要花 6 萬元，就可看出醫院間的落差。
- 三、健保署建議暫不提供的理由是「各醫院編碼的程度不一致」，編碼程度不一致，這就是醫院需要改善之處，若健保署不公布，則醫院不會去改善。公佈這個資料可以讓醫院逐漸習慣適應，進而更熟悉如何控制自己醫院的費用，建議

Base Rate 應該可以提供。

鄭主任委員守夏

其他委員有無意見？請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、再補充說明，剛才所說提案的需求，是有針對性，目前醫療困境是無解。各分區業務組管控醫院的費用，檯面下都有一個總額，因為無法律依據，所以都透過聯繫會議形成共識，其中最大的困境，就是總額都以前一年度為基期計算，則產生剛才吳委員肖琪所說的情況，較不老實的醫院基礎較高，較老實的醫院基礎反而較低，完全沒有翻身機會。
- 二、Base Rate 具重大的意義，是希望未來能導正醫院朝合理的方向發展，為何今天提出本案，雖然可能對健保署造成麻煩，但我覺得健保署掌握很多資料，所以不麻煩，只是以何型態呈現，定期提供健保會委員參考，屆時大家就會感覺，為何會有這樣的差距，未來健保會才較容易形成改革的共識。
- 三、91 年推行醫院總額時，基本方向是逐步朝向降低大醫院的初、次級醫療照護比例，否則就像小病患者應該搭捷運，但卻搭乘重裝甲車，所以油錢付不完。若基本結構能改變，這些都會變成小問題，所以 Base Rate 應該儘量定期呈現給健保會委員，藉以形成從根本結構改變的共識。

鄭主任委員守夏

- 一、請問健保署有無其他意見？提案委員並不需要個別醫院的資料，而是看醫院三層級的資料，這是對的，健保會不應該看個別醫院資料。
- 二、CMI 值部分，如果各醫院編碼的程度不一致，依照吳委員肖琪的意見，正是醫院該改進之處，各位醫界代表也在場，且本案不是醫學中心代表，而是社區醫院代表所提，是缺乏人力將編碼做好的醫院層級，所以看起來好像問題不大。

- 三、既然健保署在全球資訊網有公布 Related Weight(相對權值)，則要彙整供委員參考，問題就不大。
- 四、如果可以提供 CMI 值，當然就可以計算 Base Rate。以醫院三層級為單位，按季來看我覺得就很足夠，不須按月，剛開始不須太頻繁，因為資料是否能用還不知道。
- 五、至於最重要的初、次級醫療照護比例部分，據我所知，20 年前就有人進行相關研究，但一直不容易形成共識，感冒與疑似支氣管炎或肺炎，就看醫院如何編碼，現在健保署對初級醫療照護有無定義？若沒有，可以與醫界形成共識，哪些疾病要提供初級照護，只要有共識就可以計算，看起來問題也不大。
- 六、有關呈現前十大疾病或手術的案件數，健保署本來就可提供，也不是問題。請林組長阿明說明。

林組長阿明

- 一、有關初、次級醫療照護，吳肖琪老師曾有研究，後來再依據醫學中心的建議修改，過去健保局支委會曾有相關討論，以前費協會也是依此定義計算，結果也接近實際狀況，未來健保署可再委託研究，看有無更好的定義。目前初、次級醫療照護無法區分，只有初級資料，所以無法提供兩個數據。
- 二、剛主席也裁示，健保署不用提供個別醫院的資料，所以提供 CMI 值的部分沒有問題。
- 三、有關相對權值部分因屬個別 DRG 的權重，有幾千項，建議不放在業務執行報告。
- 四、至於 Base Rate 部分，可依醫院三層級呈現，初級醫療照護比例及 CMI 值可按季提供。至於門診及住診前十大疾病處置或手術案件數統計，建議每半年提供，觀察整體性會較佳。擔心將來的業務執行報告資料會愈來愈多。

鄭主任委員守夏

這樣說明很清楚。請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、建議醫院三層級的資料產出後，要有平均值、標準差、最小值、最大值等，讓大家可以看到同樣醫學中心，為何有高、有低，彼此有學習機會。
- 二、建議議程第 50 頁「...住診的初級、次級醫療照護比例、案件數與其所佔費用」之文字刪掉，因為初級醫療照護只針對醫院門診部分。

鄭主任委員守夏

- 一、初級醫療照護不包括住診，所以將之刪除無妨。
- 二、如果大家有默契，Related Weight 因為太多項不提供 ok，相關資料每半年提供乙次，也就是在明年 6 月提供，包括西醫診所、醫院三層級的 CMI 值，Base Rate 都比照辦理，門診及住診前十大疾病的處置、手術統計資料也可提供。初級照護先依健保署目前的定義，總是可以參考。
- 三、透過剛吳委員肖琪建議提供標準差、最大值、最小值等資料，有些很特別的醫院，也可藉此了解。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

門住診前十大統計，可以每半年提供，初級醫療照護比例，健保署應該每季提供。

鄭主任委員守夏

先不急，以後慢慢加。第一次先讓健保署有時間做出資料再說，重點在於有無需要，等明年 6 月份看到資料後，如果很有價值，甚至也可請署每月提供，本案依健保署的意見修正後通過。請同仁宣讀討論事項第三案。

柒、討論事項第三案「基於保險監理及為了解總額實際資源分配之狀況，以利未來總額分配之思考，建請於委員會中按月提報醫院總額各分區等相關點值數據資料」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

謝謝宣讀，請問謝代理委員文輝有無補充？

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

謝委員武吉於提案表示點值數據可按月提報，難怪謝委員於健保署人緣差，似乎只要提案，就要增加長官們許多工作，本案可以為季提供，但希望可以分區且分層級，這樣資料也可以提供協會輔導，更可以讓委員對總額的執行結構有更深入了解，且過去，地區醫院也都提出許多地區醫院經營的困境，此提案資料的呈現，至少可與作為驗證。最近我們討論門住診 45：55 及保障點值措施，社區醫院協會的委員一再訴求，講到大家都很煩，其實只要有相關數據，再加個彙整表，將重點資料呈現，將來對健保會請健保署進行各項改革，會有很大的助益。

鄭主任委員守夏

等一下請付費者代表表示意見，就是我們的資料有無需要更細緻？請楊委員漢淪。

楊委員漢淪

支持本案，經常聽到各分區反映醫院的點值確實偏低。現在各區預算係依據人口數計算，因為各區醫療院所的點值不同，且民眾會跨區就醫，所以點值結算可能存在部分問題，本表有助瞭解各區醫療機構的經營情況，目前都按季呈現資料，所以贊成按季，不必每月產出。

鄭主任委員守夏

請郭代理委員正全。

郭代理委員正全(翁委員文能代理人)

每個報表都有其管理背景意義，不反對產出任何報表，但如何解讀則需先講清楚。現在浮動點值與平均點值的差距，係因存在保障點值的措施，造成各分區保障點值情況不太一樣，以醫院總額為例，開刀、麻醉、藥費、藥事服務費、山地及偏遠地區等，都有保障點值，當平均點值低時，健保署可能需幫忙解釋是因開刀或癌症等重症的藥多的因素，我想會解釋不完的。資訊更公開很好，但假設反而造成更多誤解，海闊天空的影響因素很難澄清，就要深思。代表醫學中心在此留下發言紀錄。

鄭主任委員守夏

健保署有無意見？請林組長阿明。

林組長阿明

- 一、首先跟各位委員報告，健保署每季都在業務執行報告提供非常詳細的各部門、各層級、各分區的浮動點值、固定點值、核定點數、核定費用等資料，建議委員可自行參閱。
- 二、研商議事會議也都非常詳細地確認與結算點值，並提供非常多資料，若委員關心各分區的平均點值，建議可彙整呈現，至於詳細的資料，則不用列入業務執行報告。

鄭主任委員守夏

請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

目前提供的六分區資料為簡表，而 11 月份提供的完整資料是按層級，但無統整，若要比較還要由委員自己動手計算，我們希望透過本提案，讓資料可以簡表方式呈現，讓每季資料都有各分區各層級的簡表型態呈現，若資料太細，反而不會有人看。

鄭主任委員守夏

付費者代表有無特別意見？請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

主席，我想謝委員武吉提案的立意很好，希望大家支持。在產出報表的同時，請能降低閱讀難度，以利不是很懂醫療的委員，只要看了所呈現的彙整資訊就可瞭解相關點值數據。健保署執行上有無困難，若有難度，請呈現委員易懂的資料，如果按月呈現太辛苦，則請按季來呈現。

鄭主任委員守夏

謝謝楊委員芸蘋，請李委員永振。

李委員永振

贊成謝委員武吉的提案，但資料提供頻率按季即可，也請分析差異性，以讓委員容易了解。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

贊成按季分析資料，也支持郭代理委員正全的說法，對數據的處理要很小心，否則確實會產生解讀上的錯誤。醫院總額的點值保障項目，若沒有列入，就像在醫學中心或地區醫院進行復健醫療，雖屬同一項，但費用可能不同，所以數據產出後，要進一步分析說明、導讀，我們這裡是做決策的地方，數據不能誤用。

鄭主任委員守夏

請林委員錫維。

林委員錫維

支持本案，更支持李委員永振所提在按季產出資料後，分析重大問題，讓我們這些對醫學或醫療不專門的委員，能夠更深入瞭解問題，醫事服務提供者與保險對象若有誤會或相關問題，能有更溫和的方式解決。

鄭主任委員守夏

一、大家意見蠻有共識，請健保署嘗試提供相關資料，因為總額

點值是按季結算，所以按季提供即可，提案的報表格式，請健保署參考，有些數據的呈現有其背後意義，所以需要說明。至於門、住診部分要分區，請健保署努力。本案修正後通過。

二、接下來進行的兩個專案報告都非常重要，請大家盡可能留下來參與。請社保司陳科長淑華報告。

捌、專案報告第一案「衛生福利部二代健保總檢討小組『二代健保制度總檢討－補充保險費議題』初步檢討報告」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

謝謝陳科長淑華的報告。委員有無請教？請何委員語。

何委員語

- 一、主席，各位委員，我們在這裡提出產業界的意見。健保的投保單位大多在產業界，今年所收的補充保險費大約有 200 億元是產業界繳交的。
- 二、健保的投保金額規定與員工的實際薪資不太一樣，例如實際薪資月額在 28,801~30,300 元範圍內，月投保金額為 30,300 元，但薪資為 28,850 元、29,000 元或 30,000 元時，員工不會讓投保金額變成 30,300 元，兩者間的差距，資方就得繳 2% 的補充保險費，也就是兩者落差的補充保險費係算在資方身上。肯定二代健保總檢討小組有看到此問題，我認為將來需以員工年度總薪資做為其加保總薪資，較合理，因為薪水是勞工拿去，但 2% 的補充保險費卻要資方繳，會增加產業界很多的成本負擔。
- 三、近年薪資有調整，基本工資也有調整，資方的負擔很沉重，雖然目前健保費率維持 4.91%，但勞保費率下星期就會成長 0.5%，變成 9.5%，事實上資方在健保費與勞保費的負擔都非常重，希望健保法能修正，將資方負擔變得合理些，產業界並不是不願意幫勞工以全薪加保，建議修法使更公平、更公正，讓大家都可接受。

鄭主任委員守夏

謝謝何委員語。請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、其實不同行業別間，繳交補充保險費的差距很大。醫事服務

機構是人力密集的事業，相較於電子業，以前看商業週刊，一般筆電公司人事費用占 5%，而醫院尤其是地區醫院的人事費用，很多都超過 50%，這樣會面臨兩個困境，今年勞保費率 9%，去年 8.5%，按政府政策方向，每年調高 0.5%，最終要調到 17%，就是去年的兩倍，而地區醫院人事費占五成以上，規模大一點的醫院也占四成以上，比起一般行業，人事費用屬超高。

二、二代健保實施後，小的社區醫院一個月要多負擔三十幾萬的補充保險費，主治醫師的薪資都超過最高一級的投保金額很多，健保會應密切注意此問題。勞保費率一直調高，補充保費在特殊行業又差距很大，不像一般工廠，醫院主治醫師都超過最高一級的投保金額，所以負擔很沉重，這種屬政策改變，未來談醫療費用變動時，應該列入討論，這是醫界無法承受的重。

鄭主任委員守夏

非常明確的建議，請問委員有無其他意見？請干委員文男。

干委員文男

補充保費是項新政策，健保署在扣取時應寬容一點。尤其是接受政府委託的研究計畫案，過去年度委託的計畫案並未申請補充保費預算，現在已經年底，結算時才要求投保單位支付補充保險費，若投保單位因此被罰，一定會覺得很冤枉。建議補充保費制度才開始上路，執行初期的確會比較亂，所以請健保署稍微寬容點。

吳委員玉琴

一、補充保險費是今年新的政策，包括社福團體都覺得不合理，變成雇主角色須負擔 2% 的補充保險費，意見當然多。請問行政部門有無補救措施？今年執行情形如何？至今尚未與社福團體討論，請健保署補充說明。

二、據了解，持續擴大保險對象計費基礎是未來努力方向，不知

內涵為何？未來所得稅規定的 10 項所得，是否都要納入？包括非屬綜合所得稅的項目，等於擴大費基。感覺方向上是家戶總所得的概念，也就是當初二代健保努力的目標，但在立法院因阻力太大，所以變形為補充保險費制，造成大家雞飛狗跳，最後是否還是往此方向走？因為簡報看起來很模糊，是否要擴大費基，請健保署說明。

鄭主任委員守夏

看起來就是要擴大費基。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

二代健保立法過程，家戶總所得被叮得滿頭包，看起來現在的檢討方向是朝此走。考量雇主負擔，若先收取補充保險費，再往家戶所得方向靠近，與直接朝家戶所得全盤規劃的結果是不同的。前者是補破釘，檢討那裡不公平或那些費基還沒擴大，但應該要考慮雇主的負擔，一般保費費率 4.91%，加上補充保險費，若還要擴大費基，有的雇主實際負擔可能已超過 15%，再用補充保費精神去擴大，與原來家戶總所得的立意不同，建議應整體考量，包括一般保費費率如何訂定等，乾脆朝 2.5 代健保改革的方向思考。

鄭主任委員守夏

一、還有無意見？委員意見很明確，尤其現在對雇主似乎不公平，是否要檢討投保薪資的級距，勞保的投保金額最高一級才 43,900 元，健保最高一級是 182,000 元，勞、健保間投保金額有很大的差距，健保署如何與勞保主管機關溝通，這是很大的問題。社保司曲司長、陳科長現都在場，委員意見就提供該司參考。

二、還有一個專案報告，再努力一下，今年就沒有欠債了！請健保署蔡專門委員文全報告。

玖、專案報告第二案「中央健康保險署『保險對象自付差額特殊材料之規劃』報告」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

謝謝蔡專門委員文全的報告，報告得很詳細，請問委員有無意見？請廖代理委員秋鐳。

廖代理委員秋鐳(翁委員文能代理人)

請問「事前充分告知，由原來一階段改為二階段」的意義為何，因為第二階段係由護理人員或行政人員說明收費情形，惟第一階段醫師說明的內容，已包括自付差額費用及特材資料等，卻還要再由護理人員進行第二階段說明，所以若能一起處理，將可節省很多後續的作業程序。醫院的護理人員及行政人員很辛苦，還要再向病人說明收費情形，病人若有專業疑問，還是會再請教醫師，一定要分為二階段嗎？可否維持原來的一階段，或讓醫院自依狀況採行對病人比較有效的方式。

林代理委員綉珠(楊委員麗珠代理人)

因為護理人員事前不一定參與，不見得瞭解使用原因及整個過程等，第二階段再由護理人員或行政人員說明收費情形，及請病人簽署自費同意書，並不恰當。請委員考慮。

鄭主任委員守夏

等一下請健保署說明。請干委員文男。

干委員文男

個人較贊成二階段式，因為資訊不對等，若護理人員都不曉得的話，病人知道的訊息將更有限。第一階段告知後，至少病人還有機會徵詢他人的意見，如果只有一階段，病人被送到開刀房時，才被徵詢是否同意使用自費特材，可能以為如果不用就會翹掉，而不得不同意使用。所以，希望維持二階段，雖然護理人員及行政人員會較辛苦，但有必要事先告知使用什麼品項，因為特材如果是裝置在病人體內，無法再開刀挖出來看，分二階段，連產品

實體說不定都可事先查看，也可比較自費項目的費用。至於由護理人員或行政人員去做，我們不在意，但分二個階段告知，確實對消費者較有保障。

連委員瑞猛

非常贊成干委員文男的意見，付費者較為弱勢，請行政人員、醫護人員稍微辛苦點，二階段可以讓付費者多一點思考的空間與機會，尤其是自付差額部分，常被人垢病，這個措施或許可以弭平一些民怨。

蔡委員登順

健保署已經召集過相關專案會議討論且有共識，付費者本來就屬弱勢，不知特材的功能性及合理的價格，所以應該讓病人有較多時間可與家屬討論。有些醫德較好的醫師會誠實相告，少數醫德較差的醫師，會鼓勵選用昂貴的醫療特材，但貴不見得品質好，有時價錢也不公開，病人可能會被蒙騙，而負擔較高的金額，所以支持干委員、連委員表達的意見。

吳委員玉琴

- 一、差額上限是否「應」全面訂定，還是「得」訂定？看起來好像是「得」訂定差額上限原則，表示保險人可訂、可不訂，我們傾向訂定較清楚的上限，對付費者較有保障。
- 二、剛二位付費者代表所提情況，病人對判斷是否要使用較新或較好的特材及藥品，確實有困難。醫師詢問時，只能點頭，不可能拒絕，但面對護理人員或行政人員時，感覺距離較近，至少還可以討論，若面對醫師，只要醫師板起臉，病人可能就不敢有任何詢問。請考量付費者知識與資訊有落差，應該讓病人有多點時間、機會去了解。

鄭主任委員守夏

看來大家蠻有共識。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

個人贊成二階段告知，從另一個角度來看，應鼓勵民眾有家庭醫師，特材不一定貴就是好，有家庭醫師可提供諮詢很重要，所以應該全力推動家庭醫師制度。

鄭主任委員守夏

講一個親身經驗，家父去年在員林開白內障手術，那家醫院客滿，醫生只看幾分鐘後，醫護人員拿出一張大大的說明書，上面有 6 種自費項目，請父親回去與兒子商量。家父於是打電話問我：「第 1 項 8 萬多、第 2 項 6 萬多、第 3 項...」，我說：「老爸不用再唸了！就用健保給付的三千多元品項就好。」其實民眾都不清楚，不只面對醫生，有時護理人員稍微兇一點，病人也很怕。資訊不對稱，是百分之百存在的事實，就先試行二階段的告知方式。請林代理委員綉珠。

林代理委員綉珠(楊委員麗珠代理人)

很感謝大家對護理人員的肯定，由護理人員協助第二階段的說明，個人不反對，只是不要侷限一定由護理或行政人員簽署，假設病人經過二階段說明後，已與醫師達成共識，也可由醫師提供病人簽署同意書。以醫院立場，行政人員不一定有很好的相關訓練，護理人員比較知道植入特材的作用與特性差異，由護理人員解釋或補充說明，較恰當。但可否不要限定由護理或行政人員執行第二階段，醫師也可以協助簽署。

干委員文男

如果醫師兇巴巴，誰敢與之溝通，護理人員比較溫柔體貼，病人也較信任，敢與他們商量。剛才陳委員宗獻說要有家庭醫師，我看最好有個看病顧問公司，只要民眾有看病需要，就先去徵詢。其實一般人看病，只要醫師說要做什麼，包括你我都聽，若遇有疑慮，病人說沒有那麼多錢，醫師可能會說差沒多少，自己的命不要嗎？透過護理人員溝通，可以減少當面衝突。昨天去看一位朋友，他的腳動手術，醫師說了一大堆，特材有 8 萬，也有 10 萬，朋友說只要用健保給付的就好，因還有自費病房要付 10 萬到

20 萬，朋友認為自己已經老了，用這麼好幹嘛。所以，希望護理人員辛苦點，付費者代表支持你們，對於不會的專業就去學習，不要只想爭取加薪，也應該多付出才是。

鄭主任委員守夏

- 一、本案第一次提到健保會討論，若沒有特別問題，原則上照健保署建議的方式試行，我們最擔心的就是民眾抱怨，之所以寫這麼細，就是希望能在沒有壓力情形下，讓民眾點頭。先用此方式試辦半年或一年，請健保署蒐集相關資訊，如有作業層面可改善之處，再檢討、改進。
- 二、有關吳委員玉琴所詢，是「得」或「應」訂定上限，健保法係規定「得」訂定。依健保署之報告，如果訂定上限，大家就會往上限趨近，比較不好。健保署會議的共識，就是要求醫療院所資訊公開，建議前兩年先觀察看看。
- 三、若真的有問題，健保署應該比我們還緊張，因為第一個被罵的是該署，我們這邊則看看有無問題，再要求其改善。請陳委員川青。

陳委員川青

- 一、保險人是否訂定上限部分，本會委員有無機制參與討論？
- 二、支持干委員文男所提意見，分二階段告知，這是很人性化的設計。請護理及行政人員充分配合，也可減少醫師的看診時間。
- 三、自費部分有無考慮發票的問題，付費者會不會要求開立，這是廠商問題，與醫院無關，提供參考。

鄭主任委員守夏

- 一、委員所提都是很好的意見，健保署可以考慮如何做最好。
- 二、在資訊公開方面，醫療院所須向地方衛生局報請核定收取費用標準，或許增列也提供健保署此資訊較妥，因健保署若沒有資料，還要再向地方衛生局索取。正派的醫療院所不怕公

開資訊，取巧的醫療院所會公開在不好找的網頁，民眾至少要點選 7、8 次才找得到，不好比較，所以健保署也應該要有此資訊，剛報告並沒有提到這部分。

蔡專門委員文全

醫療法第 21 條規定，醫療院所須向地方衛生局提報收費標準以供審核，院所也會將收費標準置於網站，本署會連結院所網站資料，定期彙整後，從最低到最高加以排序，並且製作彙總表，提供民眾參考。

吳委員肖琪

問題就出在醫療院所如果未將資料置於網站，別人也就看不到，所以，主席剛的提醒是對的。提報衛生局的資料，宜同時提供健保署，因為給錢的是健保署，所以，確實應該注意。

鄭主任委員守夏

應該不是什麼問題，不需要特別說明，這屬行政程序。至於衛生局與健保署要不要透過衛福部溝通，沒有特別意見，只是認為既然是本會通過的原則，請健保署提供資料時做得更好，最簡單的方式，就是置於該署網站，民眾可以很容易點選資料，各縣市、地區都可以點選，較為理想。也許健保署在行政程序上有困難，但概念上健保署應有資料才對，民眾不需要一個個網頁搜尋，明明有更方便的方式，醫療院所也已提供衛生局相關資訊，若不違法，衛生局也不反對，這樣做確實較快。

干委員文男

主席提醒是對的，各縣市衛生局各自訂定陳報方式及流程，我擔任監理會委員時，要求提供各縣市核定情形，追蹤半年都得不到，因為有的縣市有報，有的縣市沒有報，最後要求在時限內訂定規範，才勉強提供資料，所以，要求提報給健保署是很正確的做法。

鄭主任委員守夏

法規上自費項目屬地方衛生局權限，只是請衛生局核定後，知會健保署，應該不困難，若有困難，再請衛福部協調，我不認為有困難。

沈組長茂庭

衛生局核定的項目不只健保的差額負擔品項，還有健保不給付的項目，如美容產品收費標準等，衛生局不知道哪項要提供健保署，哪項不要提供。

鄭主任委員守夏

那就全部給，署再自行選取所要的就好！

沈組長茂庭

因為差額負擔已經實施十幾年，6大項目醫療院所都會置於網站，本署每季也會將其價格彙整，如人工水晶體哪家醫院收多少費用，民眾都可上網找，甚至還能比較哪家醫院的價格較便宜；本署也會定期發布新聞稿，同樣的東西哪家收最貴，哪家最便宜，這時醫界就會來抗議我們搞錯。差額負擔制度已實施很久，醫院的收費都會置於網站，如果沒有，只要民眾向我們反映，本署就會適時糾正。

鄭主任委員守夏

好！沒問題，只是簡報上寫要公布於醫療院所網路或明顯處，這分明是弄個讓醫療院所可以規避的管道，差額負擔已實施18年，但很多民眾尚不知健保署的網站可查到這些資訊。

沈組長茂庭

查詢醫院資料沒有問題，當初是為了診所眼科的差額負擔項目，因診所沒有網頁，所以才建置在本署網站，讓民眾去診所看診前可事先查詢。

干委員文男

如果我是你，一定所有的資料都要，包括美容產品等最好都上傳，因可蒐集所有資料比較，看各地的消費指數多少？各地的生

活指數多少？才知道醫院經營好壞，人家給資料還要嫌，您的觀念應該要改了！

沈組長茂庭

委員如需要醫療院所差額負擔收費的比較資料，我們一定提供。

干委員文男

資料愈多愈好，現在電腦的功能都很強，可以分析很多資訊，如果健保署連這些資料都不要，那就很累。

鄭主任委員守夏

我們的意見一致，如果與健保無關，例如純自費市場的事項，可不用再過問。

干委員文男

人家提供資料給您，是多好的事！

鄭主任委員守夏

本案就討論到此，今天會議結束。請問有無臨時提案？請吳委員肖琪。

拾、臨時動議「建請衛生福利部於 103 年 6 月前制訂總額地區預算分配之具體政策供參據案」與會人員發言實錄

吳委員肖琪

今天會議剛開始時，我即提出臨時動議。大家認為縮小城鄉差距非常重要，所以當年衛福部(前衛生署)規劃總額地區預算分配時，要求 5 年就要完成「錢跟著人走」政策目標，後來變成 8 年，現在已超過 8 年甚多，請問衛福部的策略是什麼？希望明年 6 月或幾月之前，可以提出具體策略，讓 R 值依原訂目標前進，以免明年協商或討論時，大家又說：「明年再說！」這幾年都這樣拖過去，並不是具體解決問題的方式。

鄭主任委員守夏

這是臨時動議。有人附議嗎？

干委員文男、蔡委員登順、陳委員川青都表示附議。

鄭主任委員守夏

因為 7 月就要召開評核會議，所以 6 月份前須討論我們的目標是往前進或維持不動？另外，請健保署專案報告門、住診費用比例，與社區醫院經營困難相關議題，我們會先請專家學者提供想法，甚至把專家的意見，事先製成表格，再請健保署跑資料。不過 R 值沒有特別需要統計的資料，因為 R 值如何計算，張科長溫溫可能都已倒背如流，明年在召開總額協商會前會之前，可以先討論此議題。

吳委員肖琪

這可能不是健保署的職權。

柯執行秘書桂女

吳委員肖琪的意思是希望衛福部針對 R 值、S 值給予具體政策方向，因為各部門總額施行時，都被賦予地區預算以「錢跟著人走」方式分配的政策目標，並採漸進式逐年增加 R 值比率，最終須在 5 年或 8 年內達成 100%以校正後人口數分配預算的政策目

標，現在健保已實施 18 年，請問衛福部的政策在哪？

鄭主任委員守夏

如果權責在衛福部，就相對單純，本會以請辦單或發文方式向衛福部請示，相關會議就由衛福部召開，十多前所擬的政策目標，到底現在是否還可行？或者遭遇到困難？硬著做有什麼不好之處？政策如果可以改，我們每年協商總額時，就不會卡在人口占率要進或不進。請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

剛我與謝委員天仁討論，最近健保署召開 102 年度第 5 次全民健保醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議時，討論身體約束的照護費用。聽說那次會中討論，原先預估需用經費 580 萬，執行後卻爆增為 6 億點，我關注的是對病人的身體約束，是涉及人權問題，將之納入支付，可能提高醫護人員去做約束的誘因，但約束應該是不得不才要做的動作，不應該變成有約束反而給付，引發道德風險，我們擔心病人人權議題。經請教謝委員天仁，這個議題應如何提出，他認為可從監理角度，我們可以討論此支付是否涉及人權問題，至於費用合理否？應由健保署醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論，對於支付費用後引發的服務量爆衝，請支付標準共同擬訂會議審慎評估其代表意涵？

鄭主任委員守夏

請蔡副署長魯說明。

蔡副署長魯

有關吳委員玉琴關心的人權問題，當天共同擬訂會議討論時，醫界代表也認為本來已在做的項目，不應該額外支付，否則可能會有道德風險，誘發不必要的服務。如果同意支付，護理人員恐會傾向將病人綁起來，根本不去照顧，兩邊都有提出不同意見，本署已彙整雙方意見，兩案併報衛福部裁示。

鄭主任委員守夏

本會不清楚身體約束照護費用問題，概念上兩案併陳是要支付或不支付的意思嗎？

蔡副署長魯

當初的解決方案，有一方是提出調降支付點數，另一方是像吳委員玉琴擔心的人權問題，建議不要支付，兩種看法都有。提出不支付的理由是本來就有做，給予支付後反而誘發使用量，可能護理人員就傾向約束病人，因為不用付出照護心力，還有健保支付費用。兩案併陳，一案是建議不支付；另一案建議調降支付點數。

鄭主任委員守夏

請吳委員玉琴蒐集多一點資料再提案，約束病人，也許不是為了費用，而是為好照顧、減少人力，但該關注的是約束的恰當性。健保署有無提供民眾相關稽查或申訴管道，請李專門委員純馥說明。

李專門委員純馥

當初新增本項支付時，就有考慮到此問題，本項身體約束有詳細規定，要申報點數，除需經家屬同意及審慎評估外，還需要醫囑，對於可能會自我拔管、自殘或拔掉維生系統的病人，才需要約束，而非覺得不好照顧的病人，就將之綁起來。本項在執行上，需要達到一些指標，而這些指標因屬一般性規範，所以沒辦法寫得很清楚。另外精神科病人不能申報本項費用，他們有另外一套照護系統；呼吸照護的病人也不能申報。本次修訂為 ICU(加護病房)的病人也不能申報，因為他們的意識已不清楚，而且家屬也無法長時間陪伴，我們與護理界討論時，非常審慎，護理人員要做約束並不是想像中那麼容易，需要花許多心力去瞭解病人的相關狀況。當初在增列本項支付標準時，已有考慮人權問題，特此澄清。

鄭主任委員守夏

吳委員玉琴有無聽到不一樣的意見，或健保署在執行上有跟想像

不同之處，請委員再瞭解，比較明確時再提案討論。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

本案已送衛福部裁定，部裁定後根本沒有討論餘地。當天護理界贊成增列，醫界代表都非常存疑，因為定義不清楚，例如意識不清或躁動，不像洗腎有檢驗數據等客觀標準，所以很難界定。昏迷指數不論在 3 分到 15 分範圍內，都屬意識不清，連我是醫院經營者都沒把握是否可能誘發人性弱點。今年初預估時，約束費用約 580 萬元，執行至年底預估已達 6 億元。大家都不反對護理人員很辛苦，這次有二千多萬額度，寧可將費用用在一般護理，並加在護理人員身上，而不要用在此項目上，因為只要訂定本項，凡有躁動，都可能會被綁起來，建議衛福部好好思考。

鄭主任委員守夏

支付標準調整屬健保署共同擬訂會議的權限，因委員關心所以稍做討論，如果委員有具體建議方案，則可提案討論。請問委員還有無其他臨時動議(未有委員表示意見)，若沒有，今天會議到此結束，謝謝大家！