

衛生福利部全民健康保險會  
第 1 屆 103 年第 7 次委員會議事錄

中華民國 103 年 7 月 25 日



# 衛生福利部全民健康保險會第1屆103年第7次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國103年7月25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

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

李委員蜀平

周委員麗芳

林委員至美

林委員啟滄

林委員錫維

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

陳委員川青

陳委員幸敏

陳委員宗獻

陳委員錦煌

陳委員義聰

楊委員芸蘋

楊委員漢涼

楊委員麗珠

葉委員宗義

蔡委員明忠

國泰人壽陳稽核襄理炳宏(9:30-10:46代)

中華民國全國漁會陳秘書健民(代)

林口長庚醫院郭特助正全(代)

中華民國農會林主任敏華(代)

中華民國牙醫師公會全國聯合會陳常務理事彥廷(9:30-10:35代)

蔡委員登順  
蔡委員圖晉  
謝委員天仁  
謝委員武吉

台灣社區醫院協會朱監事長益宏(代)

肆、請假委員：

李委員成家

伍、列席人員：

本部社會保險司  
中央健康保險署

楊副司長慧芬  
黃署長三桂  
蔡副署長魯  
林組長阿明  
施組長如亮  
柯執行秘書桂女  
吳組長秀玲  
張組長友珊  
魏組長璽倫

本會

陸、主席：鄭主任委員守夏

紀錄：陳燕鈴、陳淑美

柒、主席致詞(略)

捌、議程確認

決定：確定。

玖、例行報告

第一案

案由：確認本會上(第 6)次委員會議紀錄，請 鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(第 6)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)事項辦理情形之中，有關委員

對健保代位求償操作面之意見，請中央健康保險署參酌，並於一年後提報執行情形，餘洽悉。

二、104 年度各部門總額協商順序經抽籤，依序為：中醫部門、牙醫部門、醫院部門、西醫基層部門，其他預算則安排於最後。

### 第三案

案由：中央健康保險署「103 年 6 月份全民健康保險業務執行報告」，請 鑒察。

決定：

請中央健康保險署配合辦理下列事項：

一、提供書面資料供委員參考：

(一)針對「102 年度政府應負擔健保總經費不足 36% 部分」，行政院主計總處與中央健康保險署之核算原則各為何及其差異部分。

(二)「慢性B、C型肝炎治療計畫」歷年經費之支用情形及其治療成效。

二、本執行報告，請參酌納入委員所提建議，包括資料內容與說明、表格之呈現等。

## 拾、討論事項

### 第一案

提案單位：本會第二組

案由：保險給付範圍調整於年度總額作業中之運作機制案，提請 討論。

決議：本案具正面的積極意義，爰同意其所宣示原則及方向，惟為使運作機制更周延及符合實務所需，請本會幕僚與中央健康保險署研擬細部操作方案後，再提會討論。

### 第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：增修「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 2 條第 1 項第 2、3 款之附表一及附表二指標項目案，提請 討論。

決議：

案經本會委員討論，提供中央健康保險署如下意見，請該署參酌後，依法報主管機關核定發布：

- 一、所公開之醫療品質資訊應具有幫助民眾評估、選擇優良醫療院所的效果。
- 二、建議增列「14 日內再住院率」、「護理人員數」、「三班護病比」、「診所是否參與全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」、「中醫診所聘用藥師調劑情形」等指標。

第三案

提案人：吳委員玉琴、干委員文男、楊委員芸蘋、蔡委員登順、林委員錫維、陳委員川青

代表類別：被保險人代表

案由：因應台灣快速老化的現象，建議參考日本發展在宅醫療經驗(定點、到宅服務)，提供往返醫院有困難者，特別是老人、身心障礙者、癌末者等病人的定點或到宅醫療服務。針對目前定點至老人福利機構、身心障礙機構之醫療服務，應檢討並放寬診療時段之次數，以減少行動不便老人及身心障礙者舟車勞頓及家屬照顧壓力案，提請 討論。

決議：建議中央健康保險署於半年內檢討現行對醫事服務機構服務時段之規範，若確需放寬其條件，請併同考量費用需求與財源，以及是否納入總額協商時討論。

拾壹、專案報告

### 第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：健保法第 43 條推動自行負擔費用及轉診之執行報告，請 鑒察。

主席裁定：保留至下次委員會議報告。

### 第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險新增醫療科技項目之替代效應分析，請 鑒察。

主席裁定：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：全民健康保險業務監理指標之監測結果，請 鑒察。

決定：書面資料請委員自行參閱。

### 第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：103 年度各部門總額協定事項重要計畫之執行情形報告，請 鑒察。

決定：洽悉。

拾貳、散會：下午1時13分。



第 1 屆 103 年 第 7 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 6)次委員會議紀錄」、例行報告第二案「本會上(第 6)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

柯執行秘書桂女

- 一、各位委員早！請問大家對新會議室的感覺如何？會前經探詢幾位委員的意見，多數認為會議室的設備還不錯，未來是否就在此召開本會委員會議？(委員表示贊同)
- 二、目前出席人數已超過半數，請主席召開今天的委員會議。

鄭主任委員守夏

- 一、各位委員、健保署代表及所有與會人員，大家好！今天本會第一次在衛生福利大樓召開會議，會議室還有新厝(台語)的味道，厝味、趣味(台語)，試試看新會場的環境好不好，交通情況大家可否接受，希望往後例行的委員會議可以回歸部內召開。
- 二、首先，確認議程，計有 3 項例行報告、3 項討論事項及 4 項專案報告。請問委員對今天議程的安排有無意見？(未有委員表示意見)若無意見，則照議程進行。首先確認上次會議紀錄，請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝同仁宣讀，請問各位委員對會議紀錄內容有無修正意見？(委員表示沒有)沒有修正，上次會議紀錄確定。
- 二、接下來，進行上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請柯執行秘書桂女說明。

柯執行秘書桂女

- 一、在進入報告之前，有 2 件事先向大家說明。首先，今天桌面有 2 份補充資料，第 1 份是健保署原訂於明(7 月 26)日舉辦之「健康樂活、健保有愛」四獸山健行活動，因麥德姆颱風關

係，順延至下周六(8月2日)舉行，相關資訊請委員參閱並請踴躍參加；另1份後附資料是討論事項第一案的健保署意見，於進行討論事項時，再請健保署補充說明。

二、其次，歷來在7月份委員會議進入報告前，都會先抽籤決定9月份各部門總額的協商順序，可否先請四部門總額代表進行抽籤作業？

鄭主任委員守夏

抽籤作業於今日完成即可，現因牙醫師公會代表陳委員義聰尚未到場，可否俟其到場後再進行抽籤。

柯執行秘書桂女

先針對上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務進行報告，共有四點說明，請委員翻到議程第12頁：

一、說明一，上(第6)次委員會議決議(定)的9事項中，建議第1、7、9項解除追蹤，其餘6項繼續追蹤，請委員翻到議程第14頁的追蹤表：

(一)第1項，有關103年度各部門總額協定事項相關計畫之處理情形，健保署回復資料如第17~27頁附件，請委員參閱，本項建議解除追蹤。

(二)第2項，有關「按季提供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」案，健保署已將相關資料列入103年6月份業務執行報告，後續亦將按季提報。稍後黃署長將進行業務執行情形的口頭報告，本項建議於報告後解除追蹤。

(三)第3項，有關「提供藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議所通過之新增品項、財務影響等資料」案，健保署已將相關資料列入103年6月份業務執行報告，本項與前項一樣，建議於健保署口頭報告後解除追蹤。

(四)第4項，有關103年「全民健康保險提升住院護理照護品質

方案(草案)」，將繼續追蹤。

(五)第 5 項，為避免外界對直轄市政府應負擔保險費補助款之還款計畫及相關撥款情形產生誤解，健保署業依據委員意見修正「103 年 6 月份全民健康保險業務執行報告」第 12 頁之「表 7、全民健保直轄市政府應負擔保險費補助款欠費情形統計表」之備註說明文字，建議於健保署口頭報告後解除追蹤。

(六)第 6 項，罕見疾病特殊材料「『沛佳』法斯樂-杜瓦伸縮式髓內釘系統」納入醫院總額罕見疾病專款項目案，將繼續追蹤。

(七)第 7 項，有關於非強制保險部分，研議有無行使代位求償之機制案，健保署回復依法應執行之代位求償，該署皆已執行，至委員所提汽車交通事故代位求償部分，如向第三人責任險(非強制保險)之保險人請求，考量須逐案查證求償之成本效益，該署建議仍維持現制辦理，本案建議解除追蹤。

(八)第 8 項，「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案之評估與檢討，將繼續追蹤。

(九)第 9 項，有關健保 IC 卡之改革方向提會報告案，健保署回復依健保法第 16 條第 1 項規定「健保卡不得存放非供醫療使用目的及與保險對象接受保險醫療服務無關之內容」執行，目前未有改革規劃，本項建議解除追蹤。

二、說明二，本會訂於本年 7 月 30 及 31 日(星期三、四)，假集思交通部國際會議廳(臺北市杭州南路一段 24 號 3 樓)召開「全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議」，議程如第 28~29 頁附件，歡迎委員踴躍參加並全程參與。非常感謝委員對本會事務的投入，今年報名的情況較往年熱絡，希望委員都能共同參與。

三、說明三，中華民國牙醫師公會全國聯合會於本年 6 月 19、20 日，擇台東縣、花蓮縣辦理「103 年牙醫門診總額參訪活

動」，本會委員(含代理人)計 10 位參加，幕僚人員擬具之參訪活動報告如第 107~114 頁的附錄三，請委員參閱。

四、說明四，衛福部及健保署於本年 6、7 月份發布及副知本會的相關訊息，列於議程第 115~146 頁的附錄四至八，請委員參考。

鄭主任委員守夏

謝謝柯執行秘書桂女的報告！請問委員有無詢問？請陳代理委員炳宏。

陳代理委員炳宏(李委員永振代理人)

有關議程第 15 頁，本會上次委員會議決議(定)事項辦理情形第 7 項，健保代位求償案，本案涉及兩個社會保險體制，一為全民健康保險，一為汽機車強制險。健保署的回復說明一略以：代位求償因考量成本效益，故以 1 個月內醫療給付費用達新台幣 10 萬元以上作為求償門檻，但長久累積下來的金額，也不容小覷，原應由汽機車強制險負擔的成本，轉由健保體制負擔，並不合理，目前或許無法釐清兩種保險體制的成本，但未來或有可能區分，以合理計算二種社會保險應負擔的成本，建議本案應持續進行統計與追蹤。

鄭主任委員守夏

本案健保署建議維持現制辦理，若委員有共識，可於觀察一段時間後再解除追蹤。

陳代理委員炳宏(李委員永振代理人)

因為都是很具體的議案，希望這兩個社會保險體制都能合理反映對價成本，而非都轉由全民健保來承擔。健保署表示因成本考量，目前以 1 個月內醫療給付費用達 10 萬元以上者作為求償門檻，但若 1 個月以 10 萬元估算，1 年累計將達 120 萬元，6 年則有 720 萬元，金額也不少，而這些都是轉嫁至健保的成本。又，以汽機車強制責任險為例，每位機車騎士每年繳納保費六百餘元、每位汽車車主每年繳納保費一千餘元，其背後都有一定的成本與對價關係。

鄭主任委員守夏

本案涉及細部執行的討論，請問陳代理委員炳宏是建議檢討求償門檻(10萬元)嗎？

陳代理委員炳宏(李委員永振代理人)

不，我的意見是要繼續追蹤本案，於長期觀察後再研議是否要追償。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

主席、各位委員，政府對民間單位的求償或補繳稅款等，都以 5 年為期，我認為健保署對於保險公司的代位求償，應以 1 年為追蹤期，每年計算並辦理求償作業，而非以 10 萬元為基準，也可計算該保險公司 5 年內代位求償的金額，一次進行求償。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

主席、各位委員，本案應分開來談。有關汽機車強制責任險部分，我在上次會議已經提出，健保署對各產險公司都是超額求償，所以健保在這部分並未吃虧；但對非強制保險部分，是否有求償不足的部分，則值得研究。健保署的回復說明也提到公害及食品中毒等事件，個人認為，重點在證明其因果關係，而非金額多寡，若無法證明因果關係，金額再高，求償也會敗訴，無法達到原有目的，倘若因果關係明確，即使是 3、5 萬元，保險公司也會理賠，因為重點不在金額，而在證明事故與醫療支出間的因果關係存在與否，這部分交由專業評估即可，健保署有相關法制人員，我認為渠等應該可進行專業評估。

鄭主任委員守夏

先請健保署說明。

洪組長清榮

向各位委員報告，有關擴大代位求償部分，誠如謝委員天仁所說，重點在因果關係的查證過程，需耗費諸多行政成本；本署須先查證該事件是否有投保第三責任險及其投保公司，並進行事故與因果關係的確認，接下來則儘速請求償付，且可能進入訴訟程序。而即使因果關係明確，求償作業也不見得順利，以 100 年所發生的阿里山小火車翻覆意外事故為例，本署於 100 年即進行求償，直至今(103)年 6 月 23 日才獲得償付 20 萬 3 千元，其中經歷法院 2 個審級的審判，理賠金額僅 20 餘萬元，卻耗費鉅額的行政成本，雖然本案的因果關係已非常明確。由此可知，其他因果關係較薄弱的案件，求償作業將更為困難，考量執行成本，代位求償辦法才訂定 10 萬元以上的求償門檻。

鄭主任委員守夏

感謝健保署說明。本案為上次的報告案，因涉及行政操作面細節，若委員沒有其他意見，請健保署統計相關資料，於 1 年後再提報。請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

- 一、主席、各位委員，今天第一次在衛福部新大樓開會，記得去年曾提案希望設置 VOD(隨選視訊系統)，不知幕僚目前的評估結果如何？請補充說明。
- 二、本人於 6 月份也有參與 103 年牙醫門診總額的參訪活動，發現機構內的老人無牙率非常高，蛀牙填補率只有 1.35%，比率偏低，代表機構內老人可獲得的牙醫服務很少，參與訪查活動的委員也都認為必須重視此問題，今天我也有相關提案。
- 三、參訪過程中也發現偏鄉醫療服務提供的制度面問題，例如在偏遠地區，健保署要求「巡迴服務每月每次平均就診人次不得低於 3 人」，但若該區人口原本就極低，恐難以達成該規定。個

人於參訪過程中也提出，應加強與社區或社福單位的連結、宣導，否則多數人都不知道有提供巡迴服務，而非不使用。

四、另試辦計畫規定「每診次申報點數不超過 3 萬點」，訪視過程中門諾醫院提出，因醫師人力減少，從原本 3 人減為 1 人，而造成醫師提供服務後，反而因多提供服務而遭到核減的懲罰，建議健保署於規劃方案時，應考量偏遠地區的特性，保留彈性。

鄭主任委員守夏

- 一、吳委員玉琴建議加強宣導巡迴醫療的部分，請牙醫師公會與健保署共同努力；至於對計畫規定的檢討建議，請健保署針對特殊個案的情況，考量是否採取彈性的措施、作法。
- 二、有關會議場地設置 VOD 乙節，請柯執行秘書桂女說明。

柯執行秘書桂女

跟各位委員報告，在會議開始前，也與干委員文男討論過此問題，因錄影設備成本昂貴，礙於預算有限，目前衛生福利大樓的會議室還無法提供錄影設備，所以可看到會場仍然由本會同仁自行架設錄影機，進行錄影事宜。此部分，尚請委員見諒！

鄭主任委員守夏

- 一、衛生福利大樓是綠建築，看起來蓋得還不錯，但就我所知，從土地徵收、發包到驗收，這幾年下來工程預算一直追加，政府很多事情都不能確定，唯一可以確定的是沒有錢，因此，內部的支出，能省則省。我詢問過的結果是，目前沒有經費再裝設錄影設施，所以，仍維持由同仁以人工方式，進行錄音、錄影事宜。
- 二、對本報告案，委員還有無詢問？(未有委員表示意見)沒有，進入下一個報告案。

柯執行秘書桂女

因牙醫師公會陳代理委員彥廷可代表抽籤，可否先進行總額部門協

商順序的抽籤作業？

鄭主任委員守夏

- 一、好，請代表的委員直接抽籤(同仁依序請各總額部門的代表委員抽籤)，抽籤結果，協商順序是中醫第 1、牙醫第 2、醫院第 3、西醫基層第 4。若部門之間有共識，可以互相交換順序，如果沒有意見(未有委員表示意見)，就照此順序安排。
- 二、接下來，進行健保署的業務執行報告，依本會 102 年 2 月 22 日委員會議決定，口頭報告採按季(1、4、7、10 月)提報方式，7 月份須進行口頭報告。請黃署長三桂。

貳、例行報告第三案「中央健康保險署『103 年 6 月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

黃署長三桂報告

鄭主任委員守夏

謝謝黃署長的報告！請問委員有無垂詢？請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

依前項例行報告「本會上(第 6)次委員會議決議(定)事項辦理情形追蹤表」中第 2 項，黃署長於業務執行報告時，應依辦理情形於本案說明「按季提供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」案。剛才柯執行秘書桂女也表示，黃署長三桂於口頭報告時會加以說明。這部分，請再補充說明。

黃署長三桂

- 一、請委員翻到業務執行報告第 33 頁第十四點，健保署於 103 年 7 月起，按季提供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，醫院總額一般服務部門及專款案件(不含交付機構)之核定點數、收入及點值資料，詳細內容請參閱表 29 至表 29-2。
- 二、整體 102 年門住診浮動點值為 0.8873，平均點值為 0.9348；依層級別，102 年門住診浮動點值介於 0.8845~0.8962，平均點值介於 0.9312~0.9396；分區別 102 年門住診浮動點值介於 0.8511~0.9300，平均點值介於 0.9146~0.9586。
- 三、請委員再翻到第 79 頁，表 29 是剛才報告的整體數據，第 80 頁是三層級別的數據，102 年醫學中心門住診平均點值為 0.9396，區域醫院為 0.9312，地區醫院為 0.9313；至門診、住診及浮動、非浮動核定數的詳細資料，請委員參閱。

鄭主任委員守夏

請楊委員芸蘋。

## 楊委員芸蘋

針對業務執行報告第 33 頁第十三點，重大傷病證明實際有效領證數真的很多，表示我國非常照顧重大傷病的患者，健保也花了很多經費。黃署長三桂剛剛表示，目前有進行稽核作業，以避免費用繼續增加，我認為是正確的，但多數民眾並不瞭解，以為一旦領卡，就可終身使用，為避免誤解，需要多宣導、教育，否則民眾會因為不清楚，而對稽核作業造成困擾，當然也會有抱怨！我認為稽核是對的，但建議健保署製作簡單、易懂的文宣，讓民眾多瞭解，付費者委員也支持這樣的做法。

## 黃署長三桂

目前領有重大傷病證明人數不到 100 萬人，占率不到全國 2,300 萬人的 4%，但已使用 27% 的健保醫療資源，這是項發揮互助、關懷弱勢的制度。由於許多慢性病之醫療如同重大傷病，需持續照護，以及現行部分重大傷病，其預後良好，醫療需求屬階段性，重大傷病予以免部分負擔，似有不公平之處，健保署已發現此現象，爰須讓委員充分瞭解。19 年前設計健保制度時，與現今的時空環境已完全不同，健保署對重大傷病稍加管理，即遭遇各界反彈，且報章媒體又喜歡爭相報導，讓健保署遭遇相當困擾。綜觀大多數國家針對重大傷病病人就醫也需繳部分負擔，我國卻完全免費，因而對資源的合理使用造成嚴重影響，因此，每次報告時，都會特別向委員強調此點。

## 鄭主任委員守夏

楊委員芸蘋希望能多加宣導，特別在發新卡時，而對於持有舊卡的民眾若要限制其就醫，也要多加宣導，避免引起反彈。請陳委員宗獻。

## 陳委員宗獻

有關重大傷病問題，誠如黃署長三桂所提，影響費用甚鉅，我們也非常關心這 30 項重大傷病的費用及其成長變化。本人曾於年初提

案，請健保署報告時，檢附各項重大傷病醫療費用的變化情形，但仍未見提供。

鄭主任委員守夏

相關歷史資料，請健保署整理後於會後提供。請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、有關剛才的提問，是因本人為謝委員武吉的代理人，按季提供各分區三層級醫院點值，係謝委員武吉所提議案，他目前人在國外，行前有特別交代、關切本案的後續處理情況。目前是分別提供分區與分層級統計，謝委員武吉希望能同時呈現分區、分層級資料，但目前報告資料不是如此，所以希望健保署提供。原本業務執行報告就有分別提供分區、分層級統計的核定點數與金額，只是未計算浮動及平均點值。所以，目前報告資料等於是之前就有的，請健保署下次確實提供符合的數據資料。
- 二、請健保署說明業務執行報告中的幾張附表。以醫學中心為例，業務執行報告第 55 頁、第 72 頁及第 80 頁各表中，醫學中心的醫療點數數據不一致，且差距很大，區域及地區醫院也有相同問題，這部分應在備註欄說明資料差異的原因何在，希望下次報告時能說明清楚，或儘量將表格數據一致化，避免前後不一的情形。

鄭主任委員守夏

謝謝朱代理委員益宏，建議很明確，健保署若無困難，下次就可檢討辦理。請干委員文男。

干委員文男

- 一、本人贊成重新檢視重大傷病領證人數，但每月完成的進度及成效，希望能在業務執行報告中提出，讓委員瞭解，這樣在面對民眾質疑時，也可提出數據說明，希望下個月就能提出。
- 二、業務執行報告第 15 頁，權責基礎下安全準備的提列數，已連

續 3 個月出現負數，備註 5 說明係因主計總處修正政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數之核算原則所致。按照以往經驗，應盡快解決此問題。

三、自 84 年至今，因保險費超過 5 年請求權期間而轉銷呆帳的金額有幾億元？也希望能讓民眾瞭解。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

補充剛才的發言，我的意思並非會後提供，而是在業務執行報告第 78 頁「表 28、全民健康保險重大傷病證明有效領證統計表」增加「費用點數」欄位，就可呈現 30 項重大傷病的費用及成長情形。

鄭主任委員守夏

這是很好的建議，在領證人數旁增列「費用點數」欄位，於一張表呈現完整數據。請陳代理委員炳宏。

陳代理委員炳宏(李委員永振代理人)

一、針對二代健保收入面權責數據歸屬的適當性，提出一項建議及兩項請教。請委員參閱業務執行報告第 7 頁「表 5-1、全民健保財務收支分析表(權責基礎)」，從 4 月份起，安全準備提列數開始出現負數，4 月份為負 3.66 億元；5 月份為負 27 億元；6 月份增加至負 60.46 億元，持續累積的安全準備已開始轉為負成長。依據各月業務執行報告，4 月份係修正 2 月份溢估的補充保險費，5 月份係調整 1、2 月份保費收入，6 月份係減列 1~5 月份政府負擔健保費差額，因此造成 1~6 月份權責數據均不正確，建議權責歸屬應作適當修正，回歸所屬月份，清楚表達修正情形，以確保未來數據比較的合理性。

二、接著兩項請教，首先，請教目前二代健保政府依法應負擔部分，占保費收入的百分比為多少？其次，請教「表 5-2、全民健保基金收支餘絀情形表」之附註 1，主計總處「逕予減列」

政府負擔健保總經費法定下限 36% 不足數 158 億元，其執行的法令依據為何？主計總處如何看待二代健保的標的主體？健保的主體不是部會、機關或單位，而是你我全體民眾，對於全體被保險人的雙務契約，應有遵循的規定，該處依循的規定為何？被保險人共同繳交保費所累積的安全準備，主計總處逕行減列，是否有遵循其自訂的內部控制制度程序？

鄭主任委員守夏

陳代理委員炳宏的建議很明確，數據修正應歸屬至權責發生月份，這部分請健保署參考辦理。另，其所提二項問題，為政府依二代健保法，應負擔健保總經費的 36%，目前實際情形如何？請健保署說明主計總處減列的核算原則。

黃署長三桂

請主計室許專門委員玉媛。

許專門委員玉媛

- 一、「表 5-1、全民健保財務收支分析表(權責基礎)」，係按每月產生的會計報表數據呈現。若委員建議將以前月份修正數歸回原來月份，健保署可配合表達。
- 二、另委員關心 6 月份修正 1~5 月份保費收入減列 127.79 億元，係因主計總處對政府應負擔健保總經費法定下限 36% 的不足數，與衛福部及健保署的認定不同，並修正 102 年度決算數，健保署爰暫依其核算原則減列，惟最後仍應依審計部最終審定的結果辦理，目前審計部已請行政院就認列原則的法令適用問題進行商討。因主計總處已修正 102 年度決算數，故目前 1~5 月份保費收入金額，暫依其修正原則減列 127.79 億元。至認定原則與主計總處不一致部分，請財務組再補充說明。

鄭主任委員守夏

先請主計總處代表陳委員幸敏幫忙說明。

陳委員幸敏

衛福部與主計總處會產生計算基礎不同，主要是因 102 年 1 月 1 日二代健保法剛開始實施，雙方對健保法相關條文的解讀不同，不過問題正在解決中，最近行政院開會時，也針對此議題進行討論，近期應會有共識結論。

陳代理委員炳宏(李委員永振代理人)

再次強調，這是全民的雙務契約，也是全民的責任準備。102 年被逕行減列 158 億元，103 年也會受波及，至目前為止，被逕行減列 128 億元，2 年總共被減列 286 億元，請問法令依據何在？因為這是全民的雙務契約，安全準備不能任意被「逕行減列」。主計總處有其內部控制制度，但保險標的主體不是部會、機關或單位，而是自然人，即全體被保險人，為尊重雙務契約，要減列應有其法令依據。

林委員錫維

- 一、針對財務相關問題，近年來健保署在人力及工作量等各方面都增加許多，但行政費用卻逐漸減少，建議衛福部能多編列健保署的行政費用。
- 二、今年保險的財務收入雖然比以往還好，7 月份以後，第二類被保險人部分，可能會增加一些收入(補充保險費)，但呆帳部分，在業務執行報告第 7 頁(表 5-1、全民健保財務收支分析表)可以清楚看出，截至 103 年 6 月已累積 676.89 億元。若要減少呆帳，應運用很多方法及相關法律規定來執行，因此，才建議衛福部多編一點行政費用予健保署，讓他們多收回一些呆帳，這樣對支出面也有幫助。另外，目前投保單位欠費還有 187 億元尚未收回，這也是保險財務的一大缺口。
- 三、業務執行報告第 10 頁(表 6-2、投保單位及保險對象保險費收繳統計表)第一、二、三、六類被保險人的收繳率，其中第一、二、三類被保險人的收繳率，分別為 99.79%、99.66%、99.22%，都在 99% 以上，只有第六類被保險人的收繳率是 86.50%。雖然第六類被保險人的收入少，但在所有被保險

人中，應繳的保險費也最少，所以，收繳率不應比其他被保險人差。建議加強輔導第六類被保險人繳費情形，提高其收繳率，至少與其他類被保險人的收繳率差不多，否則不公平。

- 四、最近健保查核高薪低報的情形，致很多人須補繳補充保險費，個人當然支持。不過，有位保險經紀人，一直打電話要我向健保署反映，說明他們的佣金並非實際所得，有時好幾個月才有一筆生意，而且有些收入還須退給被保險人，若把佣金均視為所得收入，則須補繳 10~20 幾萬元的補充保險費，此次查核導致很多保險經紀人需要補繳超過 20 萬元以上的補充保險費。目前約有 27 萬名保險從業人員，希望健保署對於該類人員所得收入的認定，能從寬處理。我查證過這屬事實，並非所有收入都會放進保險經紀人的口袋，有些是完全退給被保險人。因此，希望健保署能多編些人力，加強查核保險費收入，例如收回呆帳、輔導繳費率低的民眾繳費等，建議衛福部能增加健保署的人力等行政費用。
- 五、早上遇到楊委員芸蘋，她表示被保險人代表應多支持與被保險人相關的醫療議題，我當然支持，但考量健保制度是收支連動，收入面已有此問題(呆帳、收繳率低等)，支出面又一直增加，一些基層勞工的被保險人，其健保費是一毛都跑不掉，若有第二份收入，還得繳交補充保險費，整個制度讓中低收入者喘不過氣。所以，並非不支持，而是希望大家能共同努力。

鄭主任委員守夏

請健保署一併回答。請謝委員天仁。

謝委員天仁

行政院主計總處代表的說明，還是不清楚。「表 5-1、全民健保財務收支分析表(權責基礎)」之備註 4，若今(103)年 1~5 月份保費收入未減列 127.79 億元，6 月份保險收支應結餘 67.33 億元。這部分變得很奇怪，政府應負擔健保總經費法定下限 36%，政府計算後，認為已負擔超過 36%，所以，不應該出那麼多錢，意思是，最後變

成被保險人一起分攤費用。我認為情況嚴重，應弄清楚，不然民眾會認為政府博壞賭(台語，詐賭之意)。本會有監理健保財務的法定任務，我認為應講清楚減列原因、如何計算負擔 36%的法定下限？雙方核算的差異何在？到目前為止的說明，都讓人聽不懂，我都聽不懂，相信其他委員更聽不懂！健保署與行政院主計總處應把問題說清楚，哪裡計算有差異？或認定可能超過 36%法定下限而減列，問題在哪？健保署財務部門應該講清楚。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

剛才提到健保重大傷病醫療費用的統計資料，之前請健保署每半年統計 1 次，資料已提至本會第 6 次委員會議「103 年 5 月份全民健康保險業務執行報告」之第 82 頁，數據很清楚。但因 6 月份委員會議的業務執行報告為參閱書面資料，未進行口頭報告，所以委員不易了解，建議以後改在口頭報告的月份提報，這樣可以清楚看到重大傷病的人數與醫療點數的統計表。

鄭主任委員守夏

謝謝！關於呆帳轉銷、健保署與行政院主計總處對政府負擔 36%核算原則不一致的部分，請健保署說明。

陳專門委員素芬

就委員關切呆帳的問題，提出下列數據說明：

- 一、98~102 年的呆帳率分別為：1.1%、1.08%、1.05%、1.02%、0.98%，顯示呆帳率逐年下降。
- 二、已報列呆帳的案件，仍會定期繼續催收，若查有財產，會再移行政執行處執行，99 年至 103 年(6 月 30 日止)，轉銷呆帳金額為 190.67 億元，收回金額為 31.02 億元，收回率為 16.36%。

鄭主任委員守夏

謝謝！有提供數據會較清楚。至於健保署或衛福部是依照原來的原

則計算政府法定負擔比率，而行政院主計總處的核算方式與衛福部不一樣部分，剛才陳委員幸敏表示雙方正在溝通，就我所知，審計部也會監察，但現在還未定案，可否等定案後，再請健保署報告。

謝委員天仁

要把問題講出來，否則我們不清楚為何要減列 127.79 億元，哪部分計算出問題？或認列有疑義。

鄭主任委員守夏

請健保署說明。

蔡科長佩玲

- 一、簡單向委員說明，希望能讓委員聽得懂。健保署的計算方式與原則，是依健保法的精神，政府每年度負擔保險之總經費不得低於整體保險費 36% 為原則，依 102 年費率 4.91% 為基礎計算雇主與保險對象的負擔，進而估算政府應負擔的總金額，再扣減一般保費及特定保費等其他負擔，計算政府應補足的差額。因此，健保署計算方式係依健保法的精神，即政府負擔本保險的總經費不得低於整體保險費 36% 的原則。
- 二、而行政院主計總處的看法，係依法規定保險給付支出加上提列之安全準備為整體保險經費，再依健保法第 78 條規定，安全準備之餘額須維持至少一個月之保險給付支出，做為核算保險經費的原則，故行政院主計總處計算安全準備餘額時，係以補足前一年安全準備不足一個月之保險給付支出，當成提列安全準備的計算基準，由於以保險費率 4.91% 計算後的收支餘額，已大於前一年應提列一個月之保險給付支出。因此，健保署的算法，會比行政院主計總處多出安全準備餘額應提列部分，這是雙方最主要的差異。

鄭主任委員守夏

謝謝！經過說明後比較清楚。依法健保署的算法應該是對的，安全準備與政府應負擔的經費沒有關係，因為雙方還在協商，不知今天

能否作成任何決議？請何委員語。

何委員語

- 一、主席、各位委員，因為我向來都比律師笨，律師比較聰明，律師都聽不懂，我更聽不懂，建議健保署提供書面說明予委員參考，因為這樣的說明，我們真的聽不懂。
- 二、業務執行報告第 41 頁「表 15、全民健保訪查特約醫事服務機構統計表—按訪查類別」，99 年 1 月至 103 年 6 月函送法辦的醫事服務機構共有 420 家，請問各判刑幾個月？2 個月、3 個月或 6 個月？請分別統計人數各為多少？另外，有人被關嗎？這是我想瞭解的。
- 三、建議健保署聯合各公會加強宣導，醫師是國家培養最高級的棟樑、人才，怎會想要犯法？大富由天、小富由勤儉，希望他們能點滴賺錢，滴水成河，慢慢賺，賺太快也帶不走！健保署與各公會，如醫院協會、醫師公會、中醫師公會、牙醫師公會、藥師公會都要加強宣導會員，要有倫理、責任及賺錢觀念，不然損失 420 位醫師真的很可惜。國家培養的高級人才，竟然去犯罪，很不值得！個人認為，宣導很重要。

鄭主任委員守夏

請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

- 一、剛剛聽到健保署的說明，對於主計總處的計算方法，覺得非常不妥，怎會以年度收支的結餘來計算？那是未來的安全準備基金，怎可用安全準備基金來推算政府應負擔的金額，真的很奇怪！不知未來協調結果如何？但被保險人代表慎重地再次向行政院主計總處強調，應遵循、回歸健保法第 3 條。
- 二、另業務執行報告第 93~94 頁，有關共同擬訂會議同意納入給付的特材與新藥，卻因很多廠商不同意核定的價格，致未能納入健保給付，請問對病患未來的衝擊如何？因為品項不少，健保

署能否提供分析及說明，為何共同擬訂會議通過，但廠商卻不同意核定價格，只是因價錢問題嗎？請補充說明。

鄭主任委員守夏

待會請健保署一併說明。請謝委員天仁。

謝委員天仁

希望健保署未來在業務執行報告，至少每半年呈現各層級醫院病床的變動情況，由編列「提升住院護理照護品質計畫」專款的經驗，病床似乎也有類似問題，值得注意！請健保署提供相關資料，讓委員瞭解健保應提供的服務有無不當減少的情形。

鄭主任委員守夏

謝謝！請健保署說明。

施組長如亮

有關吳委員玉琴詢問有關新藥納入健保給付的問題，大部分是因廠商認為價格核得不夠高。在藥物共同擬訂會議，由各方代表委員討論各項藥品的核定價格，廠商如認為不合理，還可以再提出申復，共擬會議則會再提案檢討價格是否合理。

鄭主任委員守夏

現在已經 11 點，我們花了很長的時間討論本案，後面還有 3 個討論事項、4 項專案報告，雖然黃署長三桂難得進行口頭報告，但還是希望把握時間。請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

業務執行報告第 31 頁，對「慢性 B、C 型肝炎治療計畫」的支用情形，感到很感慨！我認識的一位基層秘書，最近死於肝病，還有一位理事正在就醫，從 98 年擔任費協會委員至今，從健保局到健保署時代，總共編列幾億元的經費用於治療肝炎？肝炎有辦法治癒嗎？都未提出成果。記得 98 年編列 2.31 億元、101 年編列 35 億元，今年也有編列 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤的

經費。98 年至今，都未提出成果報告，到底花了多少經費？總共治療多少人？成效如何？希望健保署能提出報告。

鄭主任委員守夏

- 一、請健保署提供慢性 B、C 型肝炎治療計畫的書面資料，雖然本計畫從 102 年起自專款項目移列一般服務項目，不過，健保署應該可以計算其支用金額。
- 二、有關何委員語建議提供健保署與主計總處核算政府應負擔健保總經費 36% 的說明資料，委員中雖有律師、會計師，但相信大部分委員仍不太瞭解，請健保署提供簡單書面資料，說明健保署及主計總處計算方法的不同之處。
- 三、至於委員所提其他建議，請健保署參酌並納入下次報告內容，包括表格呈現、資料說明等。

### 參、討論事項第一案「保險給付範圍調整於年度總額作業中之運作機制案」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

- 一、本案是由幕僚所草擬，基本上，係為因應發生不只一次的情形，在總額協定後是否新增給付項目、執行是否超過原編預算，及藥價調整的影響等，希望可以建立明確的共識及運作機制，好讓健保署據以執行，至少買賣雙方不會各說各話。
- 二、本案可就運作機制草案逐項討論，委員若未有特別意見就通過，若健保署或醫界覺得執行面有困難，則可再討論。草案在議程第 31 頁的說明二：
  - (一)調整給付範圍所需年度財源，應於擬訂報院總額範圍時預為安置。請衛福部陳報行政院核定總額範圍時，將所需經費納入調整因素中，雖然有時可能時程很趕，或來不及，或寫得很含糊，但以本會立場，希望衛福部報院核定總額範圍時，盡可能寫清楚，既然訂定政策目標，有錢才能做，沒錢就無法執行，這樣比較明確。
  - (二)主管機關交付總額協定時，政策宜具體明確。有時候政策目標不一定有編列預算，而想執行的政策不見得與預算有關，若與預算有關，應訂得愈明確愈好。
  - (三)保險人研提之總額協商方案，應有整體規劃及經費預估。總額範圍核定後，在協商會前會請健保署與醫界提出整體的協商規劃草案，如此對正式協商會很有幫助，至少雙方都知道編列這些預算要做什麼事，而付費者在協商時，也會較為清楚其編列用途。
  - (四)依總額核定事項落實與管控給付範圍之調整。此部分比較需要討論，第一，總額協定後，應於預算內整體調控，既然是整體調控，就應該截長補短，此原則沒有太大問題，只是若截得很短，卻要補很長，就說不過去。第二，給付項目應依重要性排定優先順序，因為總額有限，希望增加的項目如果

超過預算額度，就應排定優先順序，並非今年一定要納入給付，或都不納入，要有健保法規定 HTA(醫療科技評估)的概念，本項是希望健保署可以針對給付項目排定明確的優先順序。

(五)總額協定計畫執行結果之檢討。這部分在每年 7、8 月都會執行，在此將之明確列出。

三、請委員表示意見，健保署有後附資料，等一下可再補充說明。

蔡委員登順

- 一、總額協商時，確實會有部分涉及給付範圍的調整，如主席剛才所提，每年給付範圍會有增加或減少的情形，為了讓協定的預算發揮最大效應，我支持幕僚所提的建議方案，有必要在運作過程的各個步驟，訂定一些規範，這樣相關單位才能依據原則，提出應有的作為。例如，衛福部擬訂總額範圍時，就應該將所需要的財源納入調整因素；健保署與醫界，也要依據政策指示，提出協商草案；總額協定後，本會也要檢討其執行成果，才能讓錢花在刀口上，也才不會發生偏離預算無法執行的問題。如果本案的機制可以落實，相信可以減少協商爭議。
- 二、另外，104 年度總額協商作業已經啟動，在今(103)年 4 月份衛福部諮詢本會對總額範圍意見時，在新增給付項目編列 40 億元，包括新醫療科技、新藥及新特材，比 103 年 27 億元增加許多，上次委員會議討論罕見疾病特殊材料「『沛佳』法勒斯-杜瓦伸縮式髓內釘系統」納入醫院總額罕見疾病專款項目案，該案所訴求的特材每年經費約 336 萬點，都無法納入，可見這個問題如同剛剛主席所提，一定要有內控的調整機制，才不會像上次會議發生藥物或特材無法納入給付的問題。現在距離 9 月份總額協商還有 2 個月，希望健保署多費心，能提出對民眾最有效率的規劃草案。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

本案對本會的運作具有積極意義，但應該在年初 1 至 3 月份時就要提出，現在才提，時間上稍晚。我認為應務實地針對今年的協商究竟有何具體作為進行討論，並形成共識，如此，才較實際。至於本案的部分內容，今年用不到的，在此討論，恐不切實際，況且本屆委員對下一屆委員的拘束規範事項，做成決議，恐有不妥。建議調整討論方向，僅就本年度應有的具體作為進行議定，至於本案建議於明年 3 月前提出。目前 104 年度總額的高、低推估值已定案，很多規範用不到，所以建議調整方案，就今年用得到的協商事項進行討論，如此會較有效率，否則大家很用心地逐項討論，而部分事項今年卻用不到。

鄭主任委員守夏

謝委員天仁的建議非常清楚，請問其他委員的意見。

陳委員宗獻

本案案由為「保險給付範圍調整於年度總額作業中之運作機制案」，我認為本案與總額協商並不致產生衝突，因為本會是協商各部門總額，各部門年度預算應該編列多少？至於各部門總額如何運作？其中牽涉新藥、新科技如何有秩序地納入健保給付，及藥價調整後如何將經費用在刀口上等。基本上，總額協商通過後，細節部分可依本案執行。但仍有個問題，是各事項應有啟動點，例如去年各部門總額點值並未低於 0.9，就沒有所謂的啟動點，但若點值低於 0.9，才有啟動點來考量是要從給付範圍或支付標準等層面加以調整，兩者處理方向相反，但均可調整醫療院所的生態，及控制預期風險在 0.9(點值)以內。

鄭主任委員守夏

請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

一、非常支持本案，對醫事服務提供者、付費者及執行單位(健保

署)往後進行總額協商時，能有所遵循。本案並非討論 104 年度總額協商的注意事項，而是制定整體總額從協商、執行及監控過程的運作方案，個人認為，今天可以討論本案，將原則先確定。如此，9 月份協商總額時，衛福部或健保署即可提出當時訂定總額上、下限所考量的項目，相信政府部門在框列預算時，不會只編列成長率或經費，應該也有規劃其細項內容，只是衛福部報行政院核定時，還未與醫事服務提供者、付費者代表協商，所以未提出細項，但我相信，衛福部心裡是有一把尺。

二、今日若通過本案，協商時即可依照此精神，請衛福部向健保會報告當初規劃納入的項目，本會於 9 月份協商總額時，可以考量要納入哪些項目，如果不要納入這項，又有哪些項目可優先遞補。因此支持本案，今日應予討論通過。

三、剛陳委員宗獻所提，是必須考量的重點之一，本案應考量收入與支出面的連動。目前的程序是，9 月份協商總額決定支出多少，再於 10 月份決定費率調整與否。但詭譎的是，總額預算在面臨支出太多時，是直接反映在浮動點值。過去健保會曾有決議，當浮動點值低於 0.9 時，須啟動檢討機制，因此，建議本案納入該決議精神，當點值低於 0.9 時，表示收入太少或支出太多，須同時考量減少給付或增加收入。

四、另，本案雖未提及，但分區不均衡的問題，也是另一個重點。以醫院總額為例，有些分區的平均點值很低，有些分區則很高，差異很大，建議此項問題也應於本會有所討論。

鄭主任委員守夏

提個建議，若委員同意今天不進行深入討論，可以到 11 或 12 月份再討論，也許明(104)年 1 月份就能有更新的提案。由剛剛幾位委員的發言，有 2 位委員建議，當點值低於一定程度時，就要進行檢討，或可藉此機會將此議題納入。建議今天不做深入討論，請本會幕僚與健保署同仁，再進一步討論出可執行的機制，尤其在哪個時

間點要做什麼？怎麼做？

何委員語

我認為在這個時間點提出本案，雖然有點慢，但非常好！具備啟發性思維，還有執行方面的參考依據，本案今天應該先予通過，請衛福部及健保署參考本建議案，作為 104 年度執行總額作業的參考依據，並於 105 年度總額預算編列時列入執行考慮，這樣可以讓整體總額的支付範圍，還有年度財務來源，逐漸上軌道，且具有更廣大的思維空間，讓健保署有更佳的作業依據，我認為是好的方向。

鄭主任委員守夏

請楊委員漢源。

楊委員漢源

- 一、肯定健保會幕僚能夠提出本案，我認為不論收支連動或總額協商，都應該要有明確的規則，本案是否很完善，因尚未運作，所以不清楚。同意剛剛幾位委員所提，先通過本案，以作為遵循原則。去(102)年協商時，有部分造成很大的衝突，如 Statins (降血脂藥品)及 Lucentis(黃斑部新生血管病變藥品)經公告後，才進行總額協商，醫界要反對也不行，又無法接受，結果是不編列預算。據我瞭解光是 Statins 一年就要花費 20 億元，結果一毛錢都沒拿到，這是造成點值下降的原因之一。如果大家認為健保需要給付，就列進來，但也需要有時程，既然有新增的藥品與特材，就要反映在費用上，才不會引起這麼大的爭議。
- 二、剛剛有委員提到 B、C 型肝炎治療計畫是否有效？該計畫一年就花費 30 幾億元，但每年編列的預算不到 20 億元，這不是讓點值雪上加霜嗎？所以，我認為每項給付的提出，需要有時程安排與優先順序，整體排列後再討論，尤其像新藥、新科技，各界的期待很高，但所需的費用相對也很高，因為其大多從國外進口。
- 三、至於提案內容，要完全運用在今年總額協商作業，時間上似乎

有點困難，有些事項的執行時間點，可能已過。同意先通過本案所訂原則，請大家儘量遵守，並依健保法第 26 條，若有新增項目則要有財源，未有財源怎能新增給付項目？有些委員因為不是醫事服務提供者代表，不會考慮錢的多寡問題，但醫療體系的實務運作，是相當困難的，所以，贊成今天先通過本案，但時程上需要調整。對於當中的原則與精神，今年總額協商時儘量遵守、參考，有些程序今年已經過了，只能明年再實施，也許今年總額協商後，大家會有新的構想及意見，也可再修正。

謝委員天仁

- 一、若大家逐字檢視本提案內容，會發現很多的意思表達不清楚，例如議程第 32 頁說明二(四)、1.(1)「年度總額經衛福部核定後，健保署應在預算額度內依核定事項調整個別給付項目及支付標準」，請問什麼是「預算額度」？請問是哪部分的預算？請大家仔細思考相關問題，這是總額協定的運作規定，有些事項不弄清楚，到時就會有爭議，現在醫界提出點值低於 0.9 時，就要啟動檢討機制，難道這是醫界預算額外的增補方案。
- 二、另，說明二(四)、1.(2)「...健保署可計畫性地進行整體調控，相關節流措施所勻支之財源...」，請問「相關節流措施」是哪些？未弄清楚就做決定，如果預算可以勻來勻去，我們如何對外界交代！就像私房錢一樣，想用就用，我認為本案需要從長計議，因為是要讓日後運作更有效率，而不是增加更多爭議。我不反對朝此方向努力，但在未弄清楚之前，今年也用不到的情況下，不贊成現在就做成決議，明年可以好好檢討，看哪些部分要納入，並將文字弄清楚。本案有些相關細節的規定不清楚，若要通過，以後有爭議誰來負責？健保署的意見也提到，有些部分來不及作業，既然健保署都表示來不及，代表仍有問題存在。在大家都未完全了解的情況下，就決議通過，如何對外界交代？請大家慎重考慮！

三、我不反對健保署所提，今年可有部分預算去調整某些項目，至於其他內容，須要大家再研究，這樣的決議才會更好！明年 2、3 月份健保會的議案相對較少，大家可以好好檢討。若今天通過年度的作業流程，等發生問題時再爭吵，點值低於 0.9 還要有啟動機制，再動用總額，真的可以這樣做嗎？建議如健保署所提意見，於各部門編列少數預算，提到總額協商會議去談，至於其他部分，還須要從長計議。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

贊同謝委員天仁的意見，健保署的部分，須提供更詳細的資料，例如新藥、新科技中，增加或減少的給付項目，應編列多少費用，與核減的總藥費相較，就知道相差多少。不要為了 Statins 與 Lucentis 吵半天，一點意義都沒有！至於如何運作會更佳，健保會幕僚已經寫得很清楚，也很用心地提出指導方針。

鄭主任委員守夏

請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、剛剛雖有幾位委員反對，但醫界代表是支持本案，部分的付費者委員，也表示支持。謝委員天仁說的也沒錯，細節上可能不是很清楚，細節可以由幕僚繼續與健保署、衛福部溝通，但如果本案不先通過，就無法就細節討論。
- 二、不贊成明年 1~3 月再討論，依照運作機制草案，1~3 月總額範圍程序就要啟動，到時再討論會來不及，明年又會用不到，應該年底就先討論細節，明年衛福部才可據此執行。
- 三、剛剛謝委員天仁與干委員文男提的是後續問題，對總額預算的執行有意見，及何時啟動收支連動等問題。但對總額預算的編列原則，大家沒有爭議，至少可以提供衛福部明年編列 105 年

度總額預算時參考。另，總額核定後的執行、如何調整支付標準等，建議在總額協定後，請健保署或衛福部提出辦法草案，本會再檢討修正相關內容。

#### 何委員語

針對本案第二次發言，剛才所提建議案，是依據健保署的意見提出，我沒說照案通過執行，是請衛福部及健保署參考本案，作為 104 年度執行總額作業的參考依據，所以，不是依本案執行。另外於 105 年度編列總額時，列入考慮條件依據，此建議符合健保署說明中對 105 年度各部門總額協商的意見。我的建議是基於此條件，同意本案先行通過，而非照案執行。

#### 謝委員天仁

這樣看來都不精確，我提個比較具體的建議。同意本案的原則規劃方向，但細節部分有些內容尚待斟酌，建議將幕僚所提方案，只留下原則部分，所謂原則就是提案說明二的(一)、(二)、(三)、(四)及(五)，留下這幾項，細節部分則再另案制定，這樣比較清楚。至於細節部分，大家不用擔心有什麼問題，至少原則已有討論，例如「調整給付範圍所需年度財源，應於擬訂報院總額範圍時預為安置」等原則，細節部分以後再研擬、仔細討論，先將原則訂下來，以較符合大家所接受的方式執行。

#### 鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻。

#### 陳委員宗獻

基本上贊同謝委員天仁的看法，這樣比較可以減少爭議，而且將來可多些討論彈性。不過想稍微說明，本案不完全有利於某一方，例如議程第 32 頁「總額協定計畫執行結果之檢討」，其中有「...提報當年度及過去 5 年『給付項目及支付標準之改變』協商因素項目之執行情形及其財務影響評估」文字，我們知道目前新藥、新科技的預算編列 40 億元，但若發現預算編太多，實際只支用 20、30 億

元，這樣下年度就可以參考修正；或在藥品給付項目及支付標準共同擬訂會議中，發現預算編列不足時，也可以有其他的彈性作法。建議原則先通過，細項部分再考慮，我們要以整體健保財務穩定為前提來思考。

鄭主任委員守夏

請張委員煥禎。

張委員煥禎

- 一、過去費協會時期的討論案，大家都希望充分討論而不表決，我希望主席維持這項原則，若大多數委員表示贊成時，不能因為1、2位委員反對，或是比較大聲地反對，就認為可以代表多數人的意見。希望維持過去費協會的傳統，若不表決，就要尊重委員所提意見，主席應依多數的意見逕行決定。
- 二、沒有任何提案是完美的，參與健保這麼多年，我們很清楚，要完美才通過，是不可能的事情。今天健保會幕僚提出這個想法，我認為若非完全不能防範，或沒有退場機制，則應該考慮要有創新、創意的作為，否則健保會是不會進步的。
- 三、雖然我們的出身不一樣，但大家都是委員。剛才陳委員宗獻也提到，對於任何一項提案，我們應該用委員的角色、身分來監督，將錢花在刀口上，而不是似乎每次醫界都不能表示意見，醫界只要稍微贊成，大家就懷疑這是對醫界有利，是有問題的議案，甚至產生仇醫情結。參與健保10幾年，我認為大家要好好思考，其實錢省下來，只要醫界不浪費，還不都是用在病人身上？但大家似乎認為，錢會跑到醫界口袋。這幾年，我認為健保會被這樣的想法誤導，是很不好的現象。醫界向健保申請費用，都是用在病人身上，不是放進自己口袋。
- 四、剛才謝委員天仁建議，本案只保留標題，不知主席最後決定為何？但我認為本案只是參考準則，委員已經表示意見，主席一開始的裁示，仍保留原提案細節，我認為很好！相信健保會幕僚也是深思熟慮後才提出本案，若幕僚只寫標題，也會被批評

為何沒有說明細節，委員如何討論？現在提出細節，委員又建議將細節刪除，只維持標題。我認為委員都可以表示意見，提案說明也清楚列出「擬具相關之運作機制(草案)，請討論」，因此，建議本案若無絕對不可行的事項，應依循多數委員的贊成意見，但最後仍尊重主席的裁決。諸如此類的議案，希望有機會討論，否則健保會不會有所突破。

#### 鄭主任委員守夏

- 一、先宣布一件議事事宜，因上次委員會議決定自 7 月份開始，回歸部內召開委員會議。因會議室登記的時間較晚，本次會議只能使用至下午 1 點 15 分，但 8 月份已預訂全天的會場。
- 二、有關本案我與幕僚詳細討論多次，我們的立場是希望對給付項目的調整運作，包括從年度總額範圍的提出、核定到執行，舉凡與預算有關的事項，在大家有共識之後，讓健保署較容易進行細部操作，這是提案的主要目的。
- 三、希望在擬訂年度總額範圍時，衛福部可以明確提出政策目標，可能從執行面來看，本草案尚不夠詳細，對於部分用詞、時間點、預算額度等，未提出精準定義，但大家對本案的方向或精神，都表示認同。因此，建議採折衷方式，本案未具有絕對急迫性，並非一定要今天通過，若今天通過，但部分文字引起日後執行的爭議，就太可惜了！所以，較贊成何委員語所提建議，同意大方向的原則，在 104 年度總額協商時，來得及適用的先採行，至於來不及適用的部分，等到 105 年度總額協商時再採行，並在此之前訂出細節。
- 四、本案提出後有徵詢社保司及健保署的意見，社保司沒有意見，而健保署有 3 點意見，與本會幕僚所提不同，因為今天就要開會，所以幕僚與健保署雙方尚未討論出共識。但實際的操作者還是健保署，個人會尊重健保署的意見，所以必須再與健保署就實際操作面進行協調，希望定案後即可執行。
- 五、建議先同意本案原則、方向，這是委員有共識的部分，能夠在

104 年度總額協商時適用的部分，就先參採。至於細節部分，尤其是大總額確定後，內部如何調整，或何時啟動等細部操作，就請健保署多幫忙，讓方案內容可以落實、執行，這樣對總額協商也才有幫助。希望在今年總額協商完成後，大約年底或明年初，再討論本案，也希望確實對總額協商、執行有助益，若今天尚未準備好就通過，個人也會有些擔心。決議就是這樣，各位委員同意嗎？

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、支持主席的決議。不論是今年談或明年談，因衛福部是在明(104)年 1 至 3 月份研擬 105 年度總額範圍，且衛福部對本草案並無意見，本案應做成決議，請衛福部於明年即依說明二之(一)執行。至於後續事宜，都是在 7、8 月份總額協商時，尚有時間可以磨合，但因為明年 1 至 3 月就要開始研擬 105 年度總額範圍，因此，建議主席的決議再附加上述意見，希望衛福部提報 105 年度總額範圍時，就依照本原則執行
- 二、相關細節的討論越早開始越好，過去參加健保會多次經驗，都說要討論，到最後都沒有時間討論。所以，建議在今年年底先將提案排進議程，希望健保署在年底前就提出草案。建議健保會幕僚對本案應徵詢各界意見，包括：付費者及醫事服務提供者相關學會、協會，讓大家都一起來提出意見，這樣討論會更好，不要僅由健保署提出，以免最後因為各界反對，而致無法形成具體方案。因此，希望包括醫事服務提供者、付費者代表，在這段期間提出有助總額協商順利的具體建議方案，並在今年 11、12 月份先就健保署的草案，開始逐項討論。

謝委員天仁

請仔細看清楚，議程第 32 頁「年度總額經衛福部核定後，健保署應在預算額度內依核定事項調整個別給付項目及支付標準」文字，我不瞭解何謂預算額度？哪位執筆的同仁可以說明？不清不楚的東西，怎麼適用？明年總額今年協商完成，明年度即可適用，但怎麼

適用？如何控制在預算額度內？是某項預算？還是總額整體預算？或各層級、各地區或各協商因素項目預算？定義都不清楚，如何適用？

鄭主任委員守夏

剛才已經決議，細部操作請健保署與健保會同仁，提出可行方案後再掣案討論。今天討論下來，大原則、方向大家都同意，剛才朱代理委員益宏所提，若衛福部無特別意見，希望明年研擬大總額時，就依照本案精神，將擬達成的政策目標說明清楚。至於剛剛謝委員天仁提出有關預算如何調控的意見，屬執行面問題，須請健保署再提出詳細的方案，這部分今天並未通過。

張委員煥禎

剛才主席第一次的決議，我不是聽得很懂，但我不敢講，因為怕被認為笨。剛才聽謝委員天仁的發言，覺得他也有誤解，難道現在通過，就要全部執行嗎？當然不行！主席應講清楚剛才您的決議是，同意大原則，但並非如謝委員天仁所說，就照案執行，而是依照這樣的方向去研擬，應該是這樣吧？請主席決議做得更明確，讓雙方都可以放心。

鄭主任委員守夏

一、原則上，本會委員同意本案原則及方向，請健保會幕僚及健保署同仁針對細節部分進行研擬後，再提會討論。至於提出的月份，因接下來要密集處理 104 年度總額協商事宜，不敢保證何時可提出，若在研擬過程發現問題很多，限定提案時間，也不妥，提案目的是要對總額協商的運作有助益，不希望如大家所說的不清不楚，反而增添紛爭。

二、接下來進行討論事項第二案。

肆、討論事項第二案「增修『全民健療品質資訊公開辦法』第 2 條第 1 項第 2、3 款之附表一及附表二指標項目案」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

感謝同仁宣讀！先說明本案並非審議或審查性質，而是健保署依法在該辦法發布前，需徵詢健保會的意見，所以提出本討論案。委員所提意見可提供該署參考，若屬非常有共識的建議，相信健保署會加以採納；若委員沒有明確共識，則請健保署自行決定。健保署需補充說明嗎？

曾科長玫富

一、本案除依據健保法第 74 條第 2 項規定外，從 94 年開始，各部門總額執行成果發表暨評核會議時，也會要求健保署每年要定期檢討、增修各部門總額的品質資訊公開指標，健保署也都遵照辦理。因為增訂疾病別指標的專業度較高，本署特別於本年 5 月 13 日邀集相關團體召開會議討論，且也循往例函請各相關團體就現行公開項目提供增修意見。

二、針對議程第 37~39 頁指標增修彙整資料，簡要說明如下：

(一)整體性指標部分，醫院總額的「同(跨)醫院門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜」項目名稱變動，係配合衛福部函示，將「精神分裂症」更名為「思覺失調症」。另醫院協會建議調整計算定義部分，健保署也會納入參採。

(二)有關「平均每張處方箋開藥品項數」項目，醫院協會及醫師公會均建議刪除，經本署評估後可刪除，但建議新增「每張處方箋開藥品項數大於 10 項之案件比率」替代。

(三)至「手術傷口感染率」及「急性心肌梗塞死亡率」項目，因已納入全民健保業務監理指標，爰配合新增。

(四)西醫基層部門則比照上述醫院總額部門進行相關項目的增修。至牙醫門診總額項目係配合兒童牙齒預防保健服務內容調整而修訂。另門診透析部分，醫改會建議公布核減率資料，健保署亦參採呈現整體性核減資料。

(五)至於議程第 38~39 頁機構別的指標增修，彙整資料均列有詳細說明，大多比照整體性項目增修，請委員參閱。

鄭主任委員守夏

補充說明，蔡副署長魯表示，醫療品質資訊原已公開於健保署網站，經蒐集各單位意見後，依照二代健保法規定，提健保會討論，再依法報主管機關核定發布。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

醫療品質公開對民眾有意義，公開的資訊應有助民眾選擇優良的醫療機構，但目前公開的資訊，對民眾有無實質助益？請問公開後，獲得品質保證保留款之醫療院所與未獲得者，在品質上有何差異？我們從未看過相關資料，請健保署提供分析、說明，這樣才有進步空間。

鄭主任委員守夏

稍後請健保署回答。請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

一、品質資訊公開部分，支持將「精神分裂症」更名為「思覺失調症」，有助去污名化，只是有點疑惑，其他相關法規的文字，如精神衛生法等，是否也已配合修改？相關藥名及病歷是否也配合修改？否則會造成民眾混淆，因為對新的名稱較為陌生。

二、議程第 129 頁的附錄十，包括消基會、醫改會等單位，均對護

理人數及三班護病比指標提出建議，我認為這些項目很重要。另，診所是否參與「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」，也可讓民眾看到基層家庭醫師的重要性，這項指標也很不錯。另醫改會也特別提到中醫診所聘用藥師調劑情形，雖然中醫師可自行調劑，但常見配藥的都是不具中醫師資格的助手，這部分是否需要監控調劑的正確性？一併請教中醫師公會其適當性？從民眾端來看，很多指標都是值得關注的議題，但健保署並未納入，希望未來能審慎思考並予以納入。

鄭主任委員守夏

請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

議程第 38 頁，很高興新增「DRGs 案件 14 日內再住院率」項目，可否再增列「14 日內再住院率」，包括 DRGs 及一般案件，因實際上，一般案件的再住院率反而高於 DRGs 案件，因此，建議增列「14 日內再住院率」項目。

鄭主任委員守夏

謝謝吳委員肖琪。其他委員有無意見？(未有委員表示意見)請健保署說明。

蔡副署長魯

針對各位委員提出有關品質公開指標的建議，健保署會繼續與各學會研究、討論。干委員文男提到，可讓被保險人更清楚瞭解各醫院的服務品質，健保署也會朝此目標努力。但項目及數據訂定後，能否讓民眾一目瞭然各醫院的品質，及其可信度，則需要大家一起努力。現階段尚無法提出讓醫界及消費者都認同的項目，初步是針對目前已執行的部分，及配合健保法的相關規定。對委員所提各項建議，健保署會持續檢討。

鄭主任委員守夏

委員還有無意見？(未有委員表示意見)請將委員所提意見，送請健

保署參處。接著進行討論事項第三案。

伍、討論事項第三案「因應台灣快速老化的現象，建議參考日本發展在宅醫療經驗(定點、到宅服務)，提供往返醫院有困難者，特別是老人、身心障礙者、癌末者等病人的定點或到宅醫療服務。針對目前定點至老人福利機構、身心障礙機構之醫療服務，應檢討並放寬診療時段之次數，以減少行動不便老人及身心障礙者舟車勞頓及家屬照顧壓力案」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝宣讀！請提案委員說明。

吳委員玉琴

一、感謝多位委員參與連署，也謝謝健保會幕僚協助列出相關法規，這樣比較清楚。

(一)對於台灣人口高齡化的問題，健保的因應措施顯得偏弱且較少。去(102)年 7 月 1 日健保局(組改前)舉辦「2013 臺日韓全民健保研討會」，提到日本已推動居家醫療措施，以因應超高齡社會來臨及未來老年人口持續增加的情況。

(二)從去年到今年，一直與衛福部討論，希望台灣也能建置完整的在宅醫療。台灣已有提供少部分的在宅醫療，但仍不夠完整，應讓整體制度更完善，像台大醫院金山分院黃院長(勝堅)將安寧療護做得非常好，上次看到西醫在偏遠地區也提供在宅醫療服務，很值得肯定。但目前整體規劃比較零散，因為沒有很多的支付誘因或鼓勵措施。希望社保司能整體規劃，因未來在宅醫療與長期照護保險有密切關聯。

二、今年 6 月參加牙醫師公會辦理的「103 年牙醫門診總額參訪活動」，發現下列事項：

(一)老人及身障機構都反映看診次數受到限制，過去並未有此限

制，是因為後來發現有弊端，才予以限縮。但這群老人或身心障礙者真的很可憐，因行動不便需家人陪同就醫，而其看診的次數還要受到限制。建議應適當開放，不應以懲罰的方式對待這些機構。

(二)過程中也看到另一些問題，因為這些機構只能與某家醫事服務機構合作，合作的機構如果缺少某些科別，則將不會納入，其中牙科服務最容易被忽略，此點亦應一併檢討。上個月參訪的東區老人之家無牙率高達 30%，蛀牙治療率只有 1% 多，表示老人的牙齒及口腔健康被忽略，或許有些人認為牙齒不好就拔掉，也不用照顧，但那不是政府該有的政策。日本提倡 8020 運動，希望 80 歲老人仍有 20 顆真牙，因為咀嚼是老人最重要的功能，是營養來源，且讓老人活得更尊嚴，所以，國家應制定明確政策，並努力推動。

三、希望健保署審慎考量，放寬全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 21、22 條的限制，例如要求收容達 300 人以上的住宿型身心障礙福利機構，可以提供較多的醫療服務診次，如此規範，相信符合條件的機構也不會太多。

四、另外，在宅服務包括定點及到宅服務，定點服務若做得好，可以減少到大醫院看診，我們應回歸社區照護的概念，這些機構都是老人的家，應該用家的概念看待到宅服務。建議健保署評估並修改相關辦法，讓醫事服務機構可以進入老人機構內提供相關科別的服務，特別是積極結合牙醫，因涉及不同的總額部門，請健保署予以整合、調整，也請多體諒這些老人及身障者外出就醫真的非常不容易，而能放寬服務時段及納入牙醫醫療服務。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

補充說明，提出本案主要是因台灣人口老化，馬上要進入新的(高

齡社會)里程碑。講了那麼多，若長照保險法無法跟進，後面的問題會更加嚴重，而且會使用到健保費用，希望長照保險法趕快通過，才能解決社會問題，健保與長照保險兩者應一起思考。至於其他意見，吳委員玉琴已經講很多，我就不再贅述。

鄭主任委員守夏

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

本次隨同牙醫師公會參訪老人及身心障礙者機構，覺得這些人真的需要被照顧，為了節省健保資源，更應好好規劃，以後大家也都會是老人，台灣已邁入高齡化社會，這次參訪牙醫門診總額時，看到很多問題，當然其他部門也有類似問題，我認為可能要跨部門、跨科別，包括牙醫、職能與物理治療、藥師、營養師等醫事人員共同參與，這不是創新，而是突破。如同剛剛干委員文男所提，若不盡快讓長照保險法通過，會用到更多的健保資源，這種情況下，以後健保的財務真的會很危險，可能等我們老了，會沒有資源可運用。這是應該規劃的政策，也是我們未來要走的路，建議本案先通過，再討論如何執行。

鄭主任委員守夏

謝謝！請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、針對台灣 11 年後 20% 的老年人口，健保確實應盡快提出因應對策，也呼應去年我在總額協商時提出 PAC (Post Acute Care，急性後期照護) 應在社區提供，而不應在區域醫院照護的意見。在區域醫院提供照護，第 1 個月可能就要支付 8 萬元，在社區接受照護，只要補助護理之家 2 萬元，如此可替健保省下 6 萬元。
- 二、吳委員玉琴等委員的提案內容，包含太多議題，建議拆成 3 個問題來思考，會比較清楚：

- (一)在宅醫療要小心的是，以美國或英國的在宅醫療服務為例，係指本來會到醫院住院的個案，將之轉為 Hospital at Home(在家提供醫療照護)，如剛才提到的安寧療護，不應在醫學中心或區域醫院，而應在社區接受照護。
- (二)另外有關全民健保醫事服務機構特約及管理辦法規定，一般門診及復健診療服務，每週合計以三個時段為限定，對該時段限制應否放寬的問題，健保署說明是因為以前產生執行面的弊端，所以才會限制時段。
- (三)牙醫師若不屬於同一個醫事服務機構，可否不列入上述的時段限制規定。

三、拆成 3 個問題後，再思考要通過哪部分，或 3 個部分都要通過。若全部通過，要提醒首先可能會產生問題的是 Hospital at Home，在宅照護是指本來不該住在醫院的個案，在家接受照護，所以可以節省醫療費用，但並非對所有的 Primary Care(初級照護)都提供在宅照護，否則往後會增加更多成本，反而無法節省照護費用。

#### 陳委員義聰

- 一、首先代表牙醫師公會感謝大家，正視口腔照護的重要性。一般人都認為吃東西是非常簡單的事情，但這樣的簡單動作卻可以代表一個人的生存尊嚴，對活著的人是非常重要的事。全世界以 Evidence-based(實證為基礎)的文獻都提到，健康老人的要素是還可以吃東西；且透過咀嚼的動作對腦部的刺激、muscular function(肌肉功能)及精神提升，都具有重大意義。所以吃東西不僅為了營養、健康，還可以刺激腦部及人的思慮等各方面，對老人的健康維持非常重要，這是有科學根據的。
- 二、先進國家像德國等，其照護中心的老人很少躺著，或有氣切(無法脫離呼吸器)，或用 NG tube(鼻胃管)餵食，大部分老人還可以吃東西、咀嚼及吞嚥，因為他們很重視口腔照護，花了很多費用及精神在照顧老人口腔健康，如在台灣沒有相關的規

範，但日本是禁止由一般人餵食的。台灣一般人就醫率大概占 4 成 5 以上，但 70 歲以上老人，就醫率不到 4 成，80 歲以上老人就醫率更低，只有 2 成 8 左右，顯示台灣的老人雖然有醫療需求但並未獲得良好的口腔照顧，對於需要幫助的老人，我們研擬提供在宅醫療服務，卻受限於法規以致無法幫忙。各位一同參訪的委員可以了解，很多醫師開車 1、2 小時，到宅幫老人看診，要的不是錢，但只因為之前有弊端發生，就限制醫療供給，忽略民眾醫療需求，這不是很奇怪嗎？非常感謝委員用心參訪及發現問題。

三、剛才有委員建議把牙醫門診與西醫門診分開，個人認為可行。其實，牙醫並非西醫的眾多科別之一，牙醫有其完整的醫療體系，從大學聯考就獨立招考，口腔醫學院與醫學院也是分開的，只是目前還是用同一個醫師法規範西醫、中醫、牙醫，這是全世界絕無僅有。非常感謝委員所提建議，希望在幫忙之餘，也能有財源，不要到時又要我們牙醫總額部門自行吸收。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

- 一、感謝委員所提對老人照護的議案，我算輕度老人，20 多年來，就在台中每個月為老人提供在宅送餐服務。
- 二、本案與明年可能實施的長期照護服務法有無銜接處？若可銜接，健保署如何規劃可行方向，這點很重要。長照保險法若實施，將有一千億元的保費收入，未來會由健保署統一管理？或另外管理？目前尚未知。另外，若老人醫療照護在長照服務法實施後，由別的機構來執行，與健保間的責任分工、醫療分工，都希望能加以瞭解、釐清。建議健保署依法研擬可行方案，能做的儘量做。

鄭主任委員守夏

謝謝！請李委員蜀平。

李委員蜀平

- 一、非常贊成吳委員玉琴的提案，因為立委陳節如領隊考察日本在宅醫療回來後，舉辦說明會，有幸參加也很感動，但也憂心，因為台灣未來將面對高齡化及少子化的事實，我們不做好準備，可能會造成健保資源的浪費。
- 二、請主席督促健保署進行長遠規劃，若不做在宅醫療，未來老年病人的問題，會從小病變成中病、中病變成大病，將耗費更多健保費用。現許多健康觀念也在轉變，尤其是推廣自我照護，希望健保署加快腳步，以利節省健保費用，讓需要在宅醫療的老人除了接受在宅服務外，還能得到關心。若執行成功，日後健保署舉辦健走活動時，會發現參加快走的很多都是 80 歲老人，這就是健保署的德政，希望本案盡快執行，未來一定會讓健保省更多費用。

鄭主任委員守夏

請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、對 6 位委員連署提案的動機敬表尊重，考慮到未來老年人口的醫療需要，而且老年人口的成長很快，需要提供更適當的照護，也將增加許多費用，這都是事實，希望大家了解。
- 二、本案需進一步研究、規劃，因為需要融入相當多的構想，涉及的層面也相當廣泛。健保目前已有支付居家照護服務，只是有限制服務量，所以費用沒有成長很多。有部分醫院，已提供在宅送餐服務、到府協助洗澡、到府提供物理治療服務等，但均不是由健保費用支付，而是由社會捐款或社會福利預算支應。建議衛福部或健保署的主管單位，應估算本案所提建議，一年會增加多少費用。
- 三、另外，大家提到很欣賞日本的做法，但日本是由介護保險支付

這部分的費用，而非全民健保，因此，可以參考各國的做法，若未來要這麼做，應思考由哪個計畫來執行、支付最恰當。目前規劃相當多的計畫，包括長期照護服務、長期照護保險等，若要全部納入健保，財務能否支應，是很重要的關鍵。我覺得不能操之過急，因為這部分的費用會越來越多，不是現在的健保所能負擔。

鄭主任委員守夏

謝謝！請何委員永成。

何委員永成

- 一、剛剛進行討論事項第二案時，吳委員玉琴對中醫非常關心，目前中醫師全聯會與義守大學承作衛福部中醫藥司「建立台灣中藥藥事人員考試制度研究計畫」。我們會私下向吳委員玉琴提出報告。
- 二、感謝委員提出老人照顧的提案，但本案並未提到納入中醫，如剛剛陳委員義聰所提，咀嚼對腦部發展有助益，而中醫對中風病人已能夠治療至讓其站立走路，在這方面有很好的治療效果。另外，中醫也能調理癌症病人化療後的免疫系統，使其恢復得更快，或讓疾病不要惡化得更快，都有相當的成效。請於規劃本案時，也將中醫納入，在長期照護方面，中醫也有可發揮之處。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

提案方向基本上值得支持，只是看起來變成是老年醫療的提案。吳委員玉琴對老人照護的經驗比較豐富，建議針對特定老人的醫療部分，研提具體方案試做看看，才較為可行。因為屬長期規劃，需要花點時間，健保署可能針對長期照護的議題，已經很頭痛，如果要整體規劃老人照護，更需多花點時間。這部分社保司比較有經驗，

在內政部時期已累積相當經驗，可以挑一、二個部分試行，否則無法具體執行，決議後只得到「爽」字。

鄭主任委員守夏

請林委員錫維。

林委員錫維

非常感謝大家支持本案，雖然部分委員對本案有不同的意見。剛才陳委員義聰也提及老人牙齒健康的問題，我們這次參加牙醫門診總額參訪活動，發現需要加強偏遠或醫療資源缺乏地區的老人照護，有些中心的老人，無法自行進食，而需每餐餵食，最主要原因是他們完全沒有牙齒，甚至還有其他病情，導致無法至牙醫診所治療。建議依病人需求提高牙醫服務時段，讓牙醫部門能在不牴觸法律的範圍內，先初步試行，至於其他部分建議再一步步規劃，這樣對老人的醫療照護或減少醫療浪費，都會有所幫助。

鄭主任委員守夏

請陳委員義聰。

陳委員義聰

- 一、本案可以通過的部分，建議先通過，剛才幾位委員都已提出，若再通盤研議，可能須要花上好幾年時間，就像有些事情反映多年，政府也都未改變，但有些事情開始做，國家就可馬上省錢。例如，如果蛀牙沒有治療，最後就要抽神經，甚至拔牙，拔牙後會造成功能喪失，甚至導致營養不足而再就醫，反而增加醫療費用，這部分如果在蛀牙的時候馬上治療，後端的醫療就可以節省。
- 二、數據顯示，老人看牙的就醫率很低，所以建議老人牙醫醫療服務的部分應先執行，很多委員都已發現此問題。另外，建議修正健保法第 22 條第 1 項第 1 款「保險醫事服務機構之醫師提供一般門診及復健診療服務，每週合計以三個時段為限...」規定(議程第 42 頁)，加上「西醫」2 字，即「保險醫事服務機構

之『西醫』醫師提供...」，至於牙醫服務部分可有另外規定，不要與西醫併在一起規範。

三、剛剛有委員提到訪查時，看到很多老人都沒有牙齒，且因病無法自行就醫，所以，確實有這樣的醫療需求，老人的健康不好，更會造成浪費。

鄭主任委員守夏

本案已經花很多時間討論。請莊委員志強。

莊委員志強

建議本案應該先考慮預算來源，贊同委員的提案，但錢從哪裡來？健保署規劃時，也應該估列相對的預算來源。

楊委員芸蘋

一、已接近會議結束時間，現在會議室沒有冷氣，又很熱，我會講得很簡短。贊同吳委員肖琪所提意見，本案建議分開通過。另外，我要回應張委員煥禎，剛才他提及我們有「仇醫情節」，我聽了很難過！我們跟醫師很好，並沒有仇醫情節，是因為付費者代表需要花多一些時間弄清楚議案。

二、另外，本提案的建議會增加費用，但增加的錢從何而來？說明提案重點後，應該要討論哪一項能先通過，能做的先做，不能做的再來討論。

鄭主任委員守夏

一、我先說明沒有冷氣的問題，聽說衛福部因為搬家後樓層面積較過去大了5倍，一年的電費預算不到半年就花完，現在缺錢，所以中午會關閉整棟大樓(包含會議室)的冷氣。剛剛幕僚已請相關單位協助開啟，等一下會議室的空調就會改善。

二、本案很明確，似乎大家都不反對，但在總額之下，這樣做會擴大給付範圍，要多花錢，本會沒有權限通過此部分，僅能通過提案之擬辦二所提建議，至於擬辦一之建議，衛福部現在正規劃中。

- 三、本案請健保署檢討目前對居家及相關機構的服務規範，包括西醫、牙醫服務等，並請教吳委員玉琴及吳委員肖琪兩位委員，她們是長照專家。另外，請健保署於半年內檢討現行方案，並研提改善建議，檢討後若要放寬給付，還需要多少費用？是否在總額協商時討論增加給付範圍？亦請健保署一併考量。
- 四、本次會議尚有四項專案報告，第一、第二項「健保法第 43 條推動自行負擔費用及轉診之執行報告」、「全民健康保險新增醫療科技項目之替代效應分析報告」，這兩項專案報告是上次委員會議的遞延案；第三項是「全民健康保險業務監理指標之監測結果報告」，本監理指標案之前就通過，並請健保署每半年提報 1 次，考量現在還有四項專案報告還未進行，建議第三項專案報告請委員參考；第四項「103 年度各部門總額協定事項重要計畫之執行情形報告」，因與 8 月份的總額協商會前會有關，委員可否同意優先進行第四項專案報告？

干委員文男

本次會議不是到下午 1 點就要結束，還有時間報告嗎？

鄭主任委員守夏

是到下午 1 點 15 分結束，還有一點時間進行一項專案報告。若委員同意，先進行與總額協商有關的第四項專案報告(未有委員反對)。

陸、專案報告第四案「103 年度各部門總額協定事項重要計畫之執行情形報告」與會人員發言實錄

鄭任委員守夏

請健保署報告。

張專門委員溫溫報告

鄭任委員守夏

謝謝張專門委員溫溫的報告！請謝委員天仁。

謝委員天仁

有關推動 DRGs(診斷關聯群)的部分，去年總額協商時通過導入第 2、3 階段，協商結果也經衛福部公告，但現在第 3 階段卻暫緩導入，請說明原因。

李副組長純馥

去年協商時通過導入第 2、3 階段 DRGs，惟討論時醫界認為第 2 階段已導入許多項目，加上今年又推動 ICD-10-CM/PCS(國際疾病分類第 10 版)，因此建議第 3 階段暫緩導入。本署經評估後，認為第 2 階段與第 1 階段 DRGs 的導入時間，確實間隔蠻長一段時間，若一次導入 2 個階段，可能會造成醫療院所很大的負擔，因此，先導入第 2 階段，本署會持續與醫界討論第 3 階段的導入事宜。

謝委員天仁

預計何時導入？現在已經快 8 月份，但預算是編列在今年。

李副組長純馥

如果今年未導入第 3 階段，將會扣留相關預算，且成長率的部分也會調整。

謝委員天仁

我的問題是何時啟動導入第 3 階段？預算是編列在今年，若未支用，如何處理？

李副組長純馥

正如 DRGs 第 2 階段的預算也編了好多年，若當年度未支用相關經費，則不滾入基期。有關第 3 階段導入的時間，醫界有些意見，表示需要再與各專科醫學會討論，因為各專科醫學會的作業及回復時間不太一致，所以無法確認導入的時間，但會盡快辦理第 3 階段的導入事宜。

鄭任委員守夏

請陳委員川青。

陳委員川青

有關牙周病統合照護計畫，請問國健署有無編列相關預算？

李副組長純馥

據我所知，國健署是編列衛教宣導計畫的相關預算，本署則是編列醫療服務的預算，基本上不會重複編列。但會進一步了解後，再向委員報告。

陳委員川青

議程第 90 頁，有關口乾患者照護的執行情形，第一點「口乾症牙結石清除-全口」，請問口乾症與牙結石是同一種症狀嗎？若不是，怎能放在一起，且編列支付點數？第二點「口乾症塗氟」，請問口乾症治療需要塗氟嗎？請一併說明。

鄭任委員守夏

這是去年總額協商時通過的項目。

陳代理委員彥廷(陳委員義聰代理人)

「口乾症塗氟」並不是治療口乾症，而是針對口乾症患者的口腔加強照護，因為這些患者口水的分泌會受到影響，使得口腔內的免疫機制較差，所以需要立即提供照護。一般人牙結石清除，是每半年 1 次，但口乾症患者是每 3 個月 1 次，所以，需要增加照護的次數。同樣原因，因為這些患者較容易蛀牙，特別是牙齒根部的蛀牙，增加照護次數是為避免蛀牙，所以是對口乾症患者口腔照護的

補強，並非治療口乾症。

陳委員川青

「口乾症塗氟」的名稱似乎不太符合治療標的，也不太妥適。癌症患者在進行化療後，確實容易讓口腔唾液的分泌減少，而造成口乾症，塗氟對其口腔照護或牙齒治療，似乎沒有直接效果。

鄭任委員守夏

謝謝陳委員川青！請牙醫部門將名稱寫清楚，以避免造成誤解。

陳委員川青

「口乾症牙結石清除-全口」的名稱也不太妥適，請一併考慮修正。

鄭任委員守夏

現在是下午 1 點 12 分，要趕快結束會議了！請問委員有無臨時動議？(未有委員表示)若沒有，今天會議到此結束。

陳委員川青

剛才黃署長三桂進行業務執行報告時，提到重大傷病患者使用健保醫療費用的 27%，請健保署說明這部分有無排富條款？若無排富條款，重大傷病卡的發放是否有事前的評估作業？這些重大傷病患者的財產可否揭露？在沒有排富的情形下，那些可以自費？另外，規範排富條款的部分可再討論。

鄭任委員守夏

健保署是依法執行，請健保署同仁再私下向陳委員川青說明。今天會議進行到此，謝謝大家！