

衛生福利部全民健康保險會  
第2屆104年第7次委員會議事錄

中華民國 104 年 8 月 28 日



衛生福利部全民健康保險會第2屆104年第7次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國104年8月28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

李委員成家

李委員蜀平

林委員至美

林委員敏華

侯委員彩鳳

張委員文龍

張委員煥禎

張委員賜

黃委員啟嘉

陳委員幸敏

陳委員健民

陳委員義聰

陳委員聽安

莊委員志強

楊委員芸蘋

楊委員漢淶

楊委員麗珠

葉委員宗義

蔡委員明忠

蔡委員宛芬

蔡委員登順

中華民國中醫師公會全國聯合會張監事長景堯(11:50-13:30代)

國泰人壽陳稽核襄理炳宏(11:50以前代)

中華民國全國中小企業總會李副理事長育家(代)

國家發展委員會沈科員書萱(13:30以後代)

中華民國勞工聯盟總會陳監事會召集人順來(代)

中華民國醫師公會全國聯合會周理事慶明(11:15以前代)

中華民國醫師公會全國聯合會蔣副秘書長世中(12:16以後代)

潘委員延健  
滕委員西華  
謝委員天仁  
謝委員武吉  
戴委員桂英  
羅委員紀琮

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  
黃署長三桂  
蔡副署長淑鈴  
龐組長一鳴  
程副組長百君  
柯執行秘書桂女  
張組長友珊  
范組長裕春  
魏組長璽倫

伍、主席：鄭主任委員守夏

紀錄：陳燕鈴、李德馥

陸、主席致詞(略)

柒、議程確認

決定：考量專案報告第二案「研修全民健康保險法施行細則重點報告」、臨時報告第一案「預告修正『人類免疫缺乏病毒檢驗預防及治療費用給付辦法』(草案)」、臨時報告第二案「預告修正『菸品健康福利捐分配及運作辦法』(草案)」，對全民健保財務均有重大影響，且有時間之急迫性，爰依委員建議，報告順序挪前至例行報告第二案之後，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)事項辦理情形中，「新醫療科技項目對財務之影響評估及替代效應報告案」繼續追蹤；請中央健康保險署對 104 年 627 八仙樂園粉塵暴燃之醫療費用積極爭取代位求償乙節，併專案報告第一案繼續追蹤，餘洽悉。
- 二、105 年度總額協商暨第 2 屆 104 年第 8 次委員會議議程如附件，請委員預留時間與會。
- 三、本會對全民健保業務負有監理權責，爰對衛生福利部 104 年 8 月 19 日公告之「預告修正『全民健康保險醫療辦法』第十一條、第十二條、第十八條草案」所涉民眾就醫權益，十分關注，請中央健康保險署蒐集各界意見審慎研議後，向本會提報。
- 四、本會為二代健保踐行「擴大社會參與」之平台，健保法乃規定應辦理「保險政策、法規之研究與諮詢」、「保險業務監理」等事項，爰建請主管機關於研修涉及民眾權益、健保財務等之相關重要法規前，先諮詢本會意見，使健保事務之推動更臻完善；並請幕僚對相關之法規預告修正案，以電子郵件轉知，以利委員在時限內，可直接向權責單位表示意見。
- 五、請本會幕僚會同中央健康保險署參照評核委員之建議，規劃更精進之總額評核作業方式。

## 第三案

案由：衛生福利部社會保險司說明「行政院所核定 105 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案」。

決定：洽悉。

#### 第四案

案由：105 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額醫療服務成本及人口因素成長率案，請鑒察。

決定：洽悉。

#### 第五案

案由：104 年 7 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：對本會委員所建議之報告內容及呈現方式，請中央健康保險署參辦。

### 玖、臨時報告

#### 第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：預告修正「人類免疫缺乏病毒檢驗預防及治療費用給付辦法」(草案)，請鑒察。

決定：衛生福利部(疾病管制署)於 104 年 8 月 17 日所公告之「預告修正『人類免疫缺乏病毒檢驗預防及治療費用給付辦法』(草案)」，法規權責單位雖為疾病管制署，惟考量該預告修正案，後續可能衍生對國人健康帶來不利影響之防疫問題、違反健保給付之平等原則、實務面之國籍認定不易等問題而徒生爭議，爰請中央健康保險署向衛生福利部表達本會委員一致反對該法案修正內容之立場，並向本會提報其修法進展及後續辦理情形，以利即時因應處理。

#### 第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：預告修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」(草案)，請鑒察。

決定：針對衛生福利部(國民健康署)於 104 年 8 月 20 日公告

之「預告修正『菸品健康福利捐分配及運作辦法』(草案)」，本會委員之共識如下，供衛生福利部參酌：菸品健康福利捐之原意，本係應用於防治菸害所造成之相關疾病，目前尚未有證據顯示分配予全民健保之預算已達菸害所引起之醫療費用額度，爰一致反對將分配予健保安全準備之比率，由 70% 調降為 50%。

附帶決定：

為求健保財務之穩健，及考量社會環境變遷，本會於審議保險費率時，即使安全準備總額相當於三個月以上之保險給付支出，都不輕言調降保險費率。惟若衛生福利部於研議各項修法案時，不考慮健保財務之永續，則未來將不排除於審議健保費率時提出調降之議。

## 拾、討論事項

提案單位：本會第三組

案由：104 年全民健康保險各部門總額評核結果之獎勵案，提請討論。

決議：

- 一、各部門總額於 104 年評核會議獲「特優」、「優」、「良」等任一等級者，可於各該部門 105 年度總額中分別予品質保證保留款酌加「0.5%」、「0.3%」、「0.1%」之成長率，以資鼓勵。
- 二、請中央健康保險署與各總額部門依 104 年評核委員之建議，於研訂品質保證保留款分配方式時，應以證據醫學(Evidence-based Medicine)為基礎，及具鑑別度的品質指標為依據，善用現有之指標庫，例如衛生福利部健康服務品質政策辦公室所發展的指標，並以 3~5 年為期，逐步達成提升品質之實質效益。另，應檢討分配指標之閾值，以實質鼓勵品質提升之院所。

## 拾壹、專案報告

### 第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：104 年 627 八仙樂園粉塵暴燃事件醫療費用之後續執行方式及與新北市政府協商之情形報告，請鑒察。

決定：請中央健康保險署按月提供以下資料：

- 一、104 年度總額其他預算項下「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」款項，用以支應 104 年 627 八仙樂園粉塵暴燃事件醫療費用之情形。
- 二、104 年度總額其他預算項下「提升急性後期照護品質試辦計畫」預算，於燒燙傷部分之支用情形。

### 第二案

報告單位：衛生福利部社會保險司

案由：研修全民健康保險法施行細則重點報告，請參考。

決定：針對衛生福利部(社會保險司)於 104 年 7 月 21 日公告之「預告修正『全民健康保險法施行細則』部分條文(草案)」，本會委員建議如下，供衛生福利部參酌：

- 一、不宜逕行刪除第 45 條條文，因其將使本法第 3 條政府每年度負擔健保總經費 36% 之計算內涵無所規範，形同空白授權，並有擴大解釋之虞(如納入社會福利支出)，不利健保財務之穩健發展。
- 二、先檢視擬納入健保總經費 36% 之計列項目，再將合理之項目納入第 45 條條文中，以求周延完備。

拾貳、散會：下午1時52分。



105 年度全民健保醫療費用總額協商暨第 2 屆 104 年第 8 次委員會會議議程

◇地點：中央健康保險署大禮堂(台北市大安區信義路三段 140 號 18 樓)

時 間	內 容	與 會 人 員
<b>9/18 (五)</b>		
09：00~09：30	報到	
09：30~10：50	①牙醫總額之協商(80 分鐘)	本會委員、牙醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
10：50~11：00	中場休息	
11：00~12：40	②西醫基層總額之協商(100 分鐘)	本會委員、西醫基層部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
12：40~13：30	午餐	
13：30~14：20	西醫基層與醫院總額之門診透析預算協商(50 分鐘)	本會委員、西醫基層與醫院協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚 (本節之協商，邀請腎臟醫學會列席)
14：20~14：30	中場休息	
14：30~16：30	③醫院總額之協商(120 分鐘)	本會委員、醫院部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
16：30~16：50	中場休息	
16：50~18：10	④中醫總額之協商(80 分鐘)	本會委員、中醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
18：10~19：10	晚餐	
19：10~20：23	⑤其他預算之協商(73 分鐘)	本會委員，及社保司、健保署與本會幕僚
20：23~20：40	中場休息	
20：40~22：00	其他未盡事宜	本會委員，及社保司、健保署與本會幕僚
<b>9/19 (六)</b>		
09：30~14：00	委員會議	
14：00~15：30	午餐	
15：30	賦歸	

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

各部門協商時間分配(104 年 6 月 26 日委員會會議決議)

部門別	提問與意見交換	部門之預算協商	合計 (不含各自召集會議時間)	付費者委員視需要自行召開會議	醫界委員視需要自行召開會議	推估最長時間
醫院	30 分鐘 (門診透析)	60 分鐘 (門診透析)	130~170 分鐘	30 分鐘	30 分鐘	130~230 分鐘
西醫基層	25 分鐘 20 分鐘)	50 分鐘 20 分鐘)	115~150 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	115~190 分鐘
牙醫	20 分鐘	40 分鐘	60~80 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	60~120 分鐘
中醫	20 分鐘	40 分鐘	60~80 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	60~120 分鐘
其他預算	20 分鐘	35 分鐘	55~73 分鐘	20 分鐘		55~93 分鐘

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



第 2 屆 104 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

各位委員及所有與會者，大家早！現在委員人數已經過半，請鄭主任委員守夏召開今天的委員會議。

鄭主任委員守夏

- 一、各位委員及所有與會同仁，大家早！（與會者回應：早）請大家要有心理準備，今天須奮戰一整天，除了早上的委員會議外，下午的「105 年度總額協商計畫(草案)會前會」也是協商前的重頭戲。
- 二、今天委員會議的議案較多，請大家參看會議資料第 1 頁的議程，計有例行報告 5 案、討論事項 1 案，專案報告 2 案；此外，還有列在補充資料的臨時報告 2 案，包括預告修正「人類免疫缺乏病毒檢驗預防及治療費用給付辦法」（草案）、預告修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」（草案）。2 項臨時報告案可安排在例行報告之後，接著，再進行討論事項、專案報告。請問委員對議程的安排有無不同意見，若無意見，則依程序進行今天的委員會議。

干委員文男

主席！

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

建議調整今天的議程，在例行報告第 1 案（「確認本會上(第 6)次委員會議紀錄」及第 2 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」）之後，先進行專案報告第 2 案「研修全民健康保險法施行細則重點報告」及 2 項臨時報告案。因為這些議題

都與全民健保的基金有關，若今天未及討論、研商，將對健保財務造成重大與長遠的影響。

鄭主任委員守夏

一、干委員文男的意見是將專案報告第 2 案(「研修全民健康保險法施行細則重點報告」)及 2 項臨時報告案，移至例行報告第 3 案之前。請問有無委員附議?(多位委員表示附議)好，就依照干委員的意見進行。

二、首先確認上次委員會議紀錄，請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

一、謝謝同仁的宣讀，請問委員對會議紀錄內容有無修正意見?(未有委員表示意見)若無意見，上次委員會議紀錄確定。

二、接著進行「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」，請柯執行秘書桂女報告。

柯執行秘書桂女

各位委員及所有與會者早！請翻到會議資料第 17 頁，針對上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，共有四點說明：

一、說明一，上次委員會議決議(定)之 14 事項，依辦理情形建議解除追蹤 6 項，繼續追蹤 8 項。因為時間關係，請容許僅報告解除追蹤部分，因為繼續追蹤的議案，後續仍會在委員會議呈現其辦理情形。請翻到會議資料第 21 頁之附表：

(一)第 4 項，有關「104 年 6 月份全民健康保險業務執行報告」案，健保署自 104 年度起，將 9 項政府已實質負擔之保險費，納入「政府應負擔健保總經費(36%)」之認列範圍，請逐項檢視其合理性乙節，該署回復：衛福部於本次會議提報之專案報告第 2 案已做說明，因此本項建議解除追蹤。

(二)第 5 項，有關 104 年度總額其他預算項下「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」之款項，於扣除前已議

定支應之項目後，同意用以支應 104 年 627 八仙樂園粉塵暴燃事件之醫療費用，請健保署針對預算之後續執行方式提出專案報告，並說明與新北市政府協商之情形乙節，健保署回復：已列入本次會議專案報告第 1 案，該案資料有更新，在補充資料第 24 頁，本項也建議解除追蹤。

(三)第 6 項，有關 104 年 627 八仙樂園粉塵暴燃事件之醫療費用，其他預算項下可動支之預算約 8.2 億元，依健保署前對醫療可能花費之估計，8.2 億元恐有不足，請該署積極爭取行政院第二預備金、新北市政府之善款、代位求償等相關經費乙節，健保署回復：向行政院申請動支第二預備金支應，未獲核列；至於針對新北市政府之善款及代位求償等部分，健保署會努力爭取及依法辦理，本項建議解除追蹤。

(四)第 9 項，有關請健保署參考委員所提建議，對新藥、新特材、新診療服務及放寬藥品適應症等項目，說明財務影響評估及替代效應分析乙節，該署回復：皆有進行財務影響評估及替代率分析，且每年評核會召開時亦提報前 1 年新增診療項目之執行率，爰建議解除追蹤。

(五)第 11 項，有關八仙塵爆住院排擠其他病患，請健保署盡速加強推動所研議之「燒燙傷急性後期整合照護試辦計畫」，以提升燒燙傷病人照護之完整性，及整合資源運用之效率案，該署回復：已召開 2 次專家會議討論該計畫，草案提報 8 月 17 日召開之共同擬訂會議臨時會後，報衛福部核定後公告實施，本項建議解除追蹤。

(六)第 13 項，有關衛福部預告修正「全民健康保險法施行細則」之部分條文修正草案，其中欲刪除第 45 條條文，委員認為對健保財務影響甚鉅，本會基於權責，應立即向衛福部要求暫緩刪除第 45 條乙案，請委員參閱會議資料第 79、80 頁之附錄一，本會已函請衛福部(社保司)就預告修正之

全民健康保險法施行細則部分條文案，暫不包括其中第 45 條之刪除，目前預告期已過，衛福部(社保司)並未刪除該條文，且鑑於委員尚有疑慮，所以送來簡報資料，請本會安排報告，本案已列入本次會議專案報告第 2 案，爰建議解除追蹤。

- 二、說明二，請委員翻回會議資料第 17 頁，本會於 7 月 30、31 日召開「全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議」，評核委員所提相關建議，考量時間因素，及本次會議已提供上述評核會議紀錄，因此請大家參閱。請翻到會議資料第 19 頁，評核委員對 105 年評核會議之改進建議，認為一般服務與專款計畫之預算占比為 95%：5%，惟卻耗費許多時間討論專案計畫，嗣後宜配合調整，多著力於一般服務預算；另因總額係分區共管，共管組織為第一線的執行單位，未來可考量由該組織提報所管部門之執行成效；又各總額部門與健保署的報告內容有部分重疊，若屬一致性項目，建議由健保署統一提報，各總額部門則提報評核亮點項目，以利時間聚焦於重點關注的項目。若大家同意此建議方向，本會幕僚將與健保署共同規劃，並將 105 年評核會議之作業方式提報委員會議討論，評核委員並認為所有建議事項不見得需於 105 年一步到位。
- 三、說明三，本年 9 月 18、19 日(星期五、六)將召開 105 年度總額協商暨第 2 屆 104 年第 8 次委員會議，因兩天一夜涉及住宿問題，為便於安排，乃援例向健保署商借 18 樓大禮堂舉行，非常感謝健保署的協助，請委員務必預留上述時間與會。
- 四、說明四，衛福部本年 7 至 8 月間發布並副知本會之相關資訊，請參閱會議資料第 81~84 頁之附錄二、三。

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？請李委員蜀平。

李委員蜀平

一、主席，各位委員及與會者，大家健康，大家早！請參看會議資



料第 28 頁，評核委員對於「4.高診次藥事居家照護試辦計畫(其他預算)」之建議為縮小及經費減少，惟「105 年度總額協商計畫(草案)會前會」補充資料第 5-24 頁，健保署建議之 105 年其他預算成長率項目表中，「高診次民眾就醫行為改善方案—藥師居家照護」乙項之預算為 0，請問為何會這樣？我認為好像回到戒嚴時代、白色恐怖，很不應該，是否因為我之前提議，請健保署報告藥價差資料，所以被修理？之前很多人建議我不要提此議題。

- 二、「高診次藥事居家照護試辦計畫」由藥師公會全聯會自 99 年執行至今，全聯會 98 年即開始成立藥師照護發展中心，並已投入 1 千多萬從事教育訓練，但這個事小，只是順帶向大家報告。當初健保署規劃此計畫是針對高齡化、多重疾病及看診次數超過 100 次以上個案，經整理後，由藥師執行藥事居家訪視照護，全聯會都全力配合，每位藥師要參與此計畫，都要受訓 32 小時的教育訓練，並要筆試、口試及做幾位實地訪視的個案報告，經合格後發證書才能執行此計畫。
- 三、現在「高診次民眾就醫行為改善方案—藥師居家照護」，在 105 年度糊里糊塗地預算變為 0。健保署文字敘述的很清楚，該署的輔導措施只是寄慰問函給病人，成效就比藥師居家照護計畫好，本人不以為然。何況該計畫是有評核指標，要達標才能繼續，我認為本計畫對用藥安全維護及與醫師病人的溝通非常有意義，且針對門診次數超過 100 次的病人，藥師親自至家中執行用藥整合，與病人溝通，讓他們知道多看病並非能達到健康的意義，對病人的問題也主動幫忙且會跟醫師溝通，此計畫居然受到如此待遇，實在非常不公平。
- 四、希望各位委員支持，也請健保署一定要解釋清楚，為何僅寫封慰問函給病人，就能比我們藥師居家訪視、執行藥事照護還更有效果，我抗議，如果真的如此，以後所有計畫，只要寫封慰問函給病人即可！

五、若健保署是針對我個人，則非常不應該，是白色恐怖。我之前提出揭露藥價差資料難道有錯？希望各位委員支持藥師居家照護計畫，此計畫對未來長期照護發展是非常重要的，對高齡化及年長的病人也有意義。請健保署解釋清楚慰問函的內容及執行方法，不然就是汗巖藥師公會全聯會的貢獻。希望健保署及所有委員幫忙，也請主委主持正義，此計畫要繼續。

鄭主任委員守夏

謝謝李委員蜀平。請陳代理委員炳宏。

陳代理委員炳宏(李委員永振代理人)

謝謝柯執行秘書桂女報告上次委員會議的決議(定)事項辦理情形，請委員翻到會議資料第 22 頁，追蹤表第 6 項，關於八仙樂園粉塵暴燃之重大公安事件，「相關單位辦理情形」欄的最下方，健保署回復「...，將於相關資料蒐集完備後，向肇事者投保之產險公司代位求償」，表示這項代位求償工作尚未完成，希望在有明確的「理賠攤回程序」後，本項再解除追蹤。

鄭主任委員守夏

謝謝陳代理委員炳宏，本項是依據上次委員會議決議，於本次會議提出專案報告，故可就今天報告後之決定事項續行追蹤，所以解除追蹤應沒問題，因會另案繼續追蹤。

謝委員天仁

一、也是針對本項，健保署回復的辦理情形講得很清楚，只能蒐集相關資料向肇事者投保之產險公司代位求償，亦即無法向業者代位求償，但依媒體報導，健保署在上次會議之後，對外宣稱將對業者代位求償。到底能否向業者代位求償？需要弄清楚，不能模糊。

二、健保會是民主機制的溝通平台，不希望因為藥師公會全聯會提出想法，編在其他預算的經辦專案就受到影響。評核委員並未建議刪除「高診次藥事居家照護試辦計畫」，若健保署這麼厲

害，可將該項計畫刪除，則相對地，該署很多執行不佳的項目，也應該刪除，但卻沒有，這樣會落人口實，且將健保會平台所具有的發表、蒐集意見功能，全然摧毀殆盡。希望「高診次藥事居家照護試辦計畫」應依評核會之相關建議來執行，我們支持評核專家所提的意見。

鄭主任委員守夏

謝謝！剛才提到八仙樂園粉塵暴燃追蹤案，今天已安排專案報告，專案報告後，委員若有意見，可再列入追蹤。請滕委員西華。

滕委員西華

一、主席，各位委員大家早！今天健保署的業務執行報告是書面資料供參，並未安排口頭報告。請參看會議資料第 20 頁，「本會上(第 6)次委員會議決議(定)事項辦理情形追蹤表」之第 1 項，有關「建請健保署於委員會定期按月提供醫學中心、區域醫院之門、住診初(次)級照護及下轉等數據資料案」，決議有三點，其中第二點涉及個別醫學中心之急診下轉情況，我已請健保會同仁影印衛福部「預告修正『全民健康保險醫療辦法』第十一條、第十二條、第十八條草案」總說明及條文對照表供參。因該預告修正案剛好與急診議題有關，所以就此嚴肅地提出以下幾點請教健保署及社保司，而且也很好奇，此時提出法條修正的目的為何？

(一)首先，全球醫療市場鮮少針對急診病人有特殊的處罰，因為屬緊急傷病，醫療機構(包括台灣)不太可能在處理緊急傷病時，即可馬上區分並排除輕病患者。從健保署所提供 101~103 年急診品質提升方案之執行情形顯示，申報急診診察費之件數統計已逐年改善；急診檢傷分類第四、五級以下的病人，各層級醫院整體平均為 20.87%(101 年)、19.63%(102 年)、18.8%(103 年)，依層級別來看，區域醫院、地區醫院急診檢傷分類第四、五級病人占率較高，特別是地區醫院，多為輕度急救責任醫院，輕症占率高是可

以理解的；急診檢傷分類第四、五級病人在 4 小時內離開醫院之比率非常高，健保署提供的統計資料為 93.3%(103 年)，並逐漸提升；另外，雙向轉診指標也有改善，醫事司也製作病人轉診同意書供各大醫院使用，所以不知為何在此時提出全民健康保險醫療辦法修正預告案，對病人滯留急診或濫用情形，祭出「不予支付」的處罰。

(二)其次，我們都知道，急診疾病的複雜度係採事後認定，醫學臨床上無法百分之百在第一時間，就知道病人屬輕症或重症，某些特殊疾病還要事後 72 小時內追蹤，才能確診。若無臨床的執行標準及配套措施，就認定屬修正條文所列「濫用」、「滯留」急診，並不妥適；亦即，若無法透過法規、科學、臨床等判斷方式，說明何謂濫用、滯留急診，醫療機構的醫師又如何馬上決定該處置屬不予支付，需病人自費？而且病人無法轉病房而滯留急診，原因複雜，有可能是醫院病房流通及管理問題，與病人也無關；因此，病人無法下轉至其他醫療院所，可能與病情，或醫療院所的收治意願、整體醫療資源的流通有關，不完全是病人賴在某家醫院。若未有臨床執行標準或相關配套措施，醫療機構如何對病人收取急診自費或決定不予支付？

(三)再者，醫院或醫師執行這項規定時，若無法透過臨床判斷，難道不會未蒙其利，先受其害？醫療糾紛案件不會增加嗎？病人在急診付費時不會產生問題嗎？若病人一開始被判斷為急診檢傷分類第四級、第五級或輕症，應該趕快離開醫院，後來卻變成重症，該由誰負責？類似的醫療糾紛或病人與醫院、醫師之間的衝突，不會增加嗎？此衝突是政府制度造成的，可是發生醫療糾紛時，政府又在旁邊不處理，難道我們要創造制度性的醫療糾紛嗎？

二、也不是不能實施該措施，但政府要想清楚幾件事，除了醫療的診斷標準及配套措施外，還包括下列問題待解決：

- (一)區域醫院以下層級，特別是地區醫院的急診，大多屬急診檢傷分類第四、五級病人，我們都知道醫院要維持急診服務的成本非常高，若要採取此方式，請政府先拿出一筆預算，讓地區醫院可有維持其提供急診服務的成本，亦即，不須靠健保給付就能維持生存，因為急診是依醫療法規定強制設置的。
- (二)難道自費病人就沒有濫用或滯留急診的問題？若要訂定強制下轉規定，不應以全民健康保險醫療辦法的層級訂定，應拉高層級以醫療法訂定，因涉及的不只是健保病人或健保特約醫療機構，而是醫院、醫療人員與病人間的互動關係。不能說自費的病人就可以滯留急診，健保病人就要被處罰，必須趕快離開；自費病人也有資源浪費或佔用醫療資源的問題，如此恐演變成容許自費病人滯留急診的現象。請教社保司及健保署，為何未在這些前提下討論，卻在指標都慢慢變好的情況下，提出全民健康保險醫療辦法預告修正案。

#### 鄭主任委員守夏

- 一、謝謝！剛才滕委員西華所詢問題，似乎都不屬本會業務。類此議題的權責應先釐清，以利解決問題。政府部門既然可以直接預告，就表示其具有修正相關法條的權限。法規修正預告的對象是所有國民、機關、團體等，大家都可就各自立場表示意見。與本會職責有關的事項，照理說，相關權責單位就應該來文要求本會依法表示意見或審議、協議、討論。本案健保署雖未諮詢本會，但委員仍可透過本會的溝通平台表示意見，滕委員西華就是看到預告修正案而表示意見。針對法令修正預告案，建議嗣後請幕僚同仁直接轉知委員，委員可逕向權責單位表示意見。
- 二、主管機關本於權責修正相關法規，當然要說明清楚，究竟目的為何，是要解決何問題，而本會是很好的溝通平台，委員當然

可以表示意見，但尚不構成協議或審議案，所以不會有要求健保署執行任何事的決議。請健保署將委員所提意見納入參考。後面的臨時報告案也有類似情形，先藉本案向委員說明。昨天幕僚同仁已請教過法規會，因此，我們的權限僅止於此。請千委員文男。

#### 千委員文男

「全民健康保險醫療辦法」預告修正案，經報紙刊登後，就有人打電話來問，若自費就可直接到急診處就醫，不必去看門診，是否反而造成醫療階級化。因此我贊成修改相關規定以解決急診壅塞問題，但不要用此方式處理，會讓民眾覺得「只要我自費，有什麼不可以」。有錢就當大爺，隨便十幾個人就將急診霸占，而擠壓真正有需要急診的病人，所以確實需要改進。肯定健保署的努力，但以這種方式處理，有點不妥。

#### 鄭主任委員守夏

因為今天並未安排健保署就業務執行進行口頭報告，所以在想提意見的委員都表達後，再請健保署口頭補充「全民健康保險醫療辦法」預告修正案。(未有委員表示意見)先請楊委員芸蘋，再請蔡委員登順。

#### 楊委員芸蘋

- 一、抱歉！我先發言，因為感冒，所以聲音比較難聽，請大家忍耐。針對會議資料第 28 頁「二、部門間同屬性及其他預算之專案計畫(續)」，請教這些計畫建議續辦與否、經費增加、不變或減少，有無經過評核委員審查？剛才謝委員天仁提到不應為了某些團體的一些意見而影響專案計畫，我想應不至於如此。
- 二、請問那麼多項專案計畫，是否都具成效？據我所知，B、C 型肝炎人口越來越多，所以不應讓慢性 B 型及 C 型肝炎治療相關專案計畫維持現狀(續辦，經費不變)，應該擴大辦理，當然不是我認為就可以，還需大家討論。只是 B、C 型肝炎情形變

嚴重，從促進國民健康的立場，請大家特別注意此問題。

三、至於高診次病人，特別是每年超過 100 次以上門診的部分患者，都應該請藥師去特別關照，以減少就診次數。我想了解是否各專案計畫都經過評核委員審核，才建議停辦或縮小辦理。

鄭主任委員守夏

謝謝！上次會議曾經提到，所邀請的 7 位評核委員都非常非常認真，趁此機會感謝他們！本會有 12 位委員全程參與評核會，也非常感佩！評核委員所提意見，對總額協商具有參考價值，但並不具有約束、強制性，因為總額是由本會付費者與醫事服務提供者代表雙方協議。健保署所提方案，基本上也是參考評核委員的建議。若健保署與評核委員所提建議一致，則較無爭議；若不一致，則需請健保署說明理由，為何與評核委員的意見不同。評核會的位階、目的即是如此，先做以上說明。請蔡委員登順。

蔡委員登順

大家關心急診就醫的問題，昨天媒體即有大篇幅報導，基本上我認同此問題的嚴重性。民眾會掛急診，部分是因醫療需求；但也有部分並非如此，而是想得到某種利益，例如有些人參加很多保險，為領取保險理賠費用，會不擇手段，用許多方法掛急診，其雖經醫師診療認為病情不嚴重、不需住院，可回家休養，卻不回家，主要是因為住院可領取保險理賠費用，這些已造成濫用急診的亂象。我想大家心知肚明，應該想辦法遏止，不然問題將很難根除。建議急診是給有需要的人使用，而不是目前這種造成急診壅塞的情況，使有需求的人反得不到好的醫療照護，這是非常不好的狀況。

鄭主任委員守夏

何委員語先舉手，先請何委員，再請謝委員天仁。

何委員語

一、有關八仙樂園粉塵暴燃事件，我所看到的「公益信託八仙關懷基金」104 年 8 月 20 日新聞稿為，針對彩色派對塵爆事件中

遭到燒燙傷的病患，八仙樂園於 7 月 20 日正式啟動『公益信託八仙關懷基金』行動計畫，截至 8 月 20 日為止，已聯繫並拜訪過的傷惠及家屬計 168 人，其中罹難者 10 人、傷者 158 人，八仙樂園提供第一階段的慰問補助金，迄今發放金額超過 5 千萬元。

- 二、在此階段的關懷行動中，「公益信託八仙關懷基金」已提供不幸罹難者每位 2 百萬元，傷患每位 20 萬元之慰問補助金。然而，礙於個人資料保護法的規定，或相關機關的特殊考量，目前尚無法取得所有傷患的聯絡方式，因此決定透過媒體發聲，讓受傷或罹難者家屬得知此訊息，並主動與信託人聯繫。在此向大家報告該相關資訊，請提供傷者名單給該基金團體。
- 三、上次委員會議決議(定)事項辦理情形追蹤表的第 6 項，健保署回復辦理情形提到，八仙樂園粉塵暴燃案健保醫療費用預估約需 6 億元，向行政院申請動支第二預備金，惟未獲核列。因此健保署無法支用第二預備金，卻未說明如何爭取新北市善款。另外，肇事者投保之產險公司只投保 5 千萬元，與 6 億元的差異太大，為何未提到向業者求償部分？既然新北市政府已向業者執行假扣押，不知健保署能否請新北市政府從假扣押款項中轉撥給健保？以上這些疑慮，健保署都未說明，本案建議解除追蹤，我的看法是仍需繼續追蹤，因為，未來還可爭取新北市政府假扣押的款項及善款。
- 四、有關急診就醫的問題，沒辦法！台灣是貪婪之島，每個人都很貪婪，上也貪婪、下也貪婪，全島都貪婪，應如何預防，確實頭大。建議各醫院將急診分為真急診區、假急診區(與會者笑)，確需急診的病人就到真急診區、假急診病人就到假急診區，醫院再想辦法分流，只能這樣處理。

鄭主任委員守夏

謝謝！請謝委員天仁。



謝委員天仁

「全民健康保險醫療辦法」預告修正案，係為解決急診壅塞問題，去(103)年醫院總額「急診品質提升方案」投入專款 3.2 億元，今年同項專款也投入 1.6 億元。健保法明定「保險政策、法規之研究及諮詢」、「其他有關保險業務之監理事項」屬本會權責，所以我認為醫療辦法修正案係為解決急診壅塞問題，及配合修改相關法規，健保署應當諮詢本會意見。我看健保署已經沒步了(台語)！但我們的意見都不聽，只會修改「全民健康保險醫療辦法」，是不會有效果的，只會產生糾紛！我的看法是，本修正案屬本會權責，再怎麼說也屬監理事項，怎會不屬本會權責？

鄭主任委員守夏

請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

- 一、首先，贊成謝委員天仁的看法，上次衛福部修正「全民健康保險法施行細則」第 45 條，覺得被突襲一次，這次還是有相同感覺。因為衛福部「全民健康保險醫療辦法」預告修正案，對就醫者的權益影響很大，所以屬本會監理權責，委員一樣是透過報紙或上網才知道，像被敲了一記悶棍。希望以後對類此修法預告案，本會能有處理基準，大家可以討論何種事項一定要提會報告，不然每次都以臨時報告方式，或透過相關議案來說明，我認為對本會而言，都不是正面的處理方式。
- 二、依「全民健康保險醫療辦法」修正草案總說明，係為解決保險對象以急診就醫，經醫院必要處置後，醫師建議離院或轉院，但保險對象不肯配合的問題。請問此問題的比率多高？5%、20%、或 60%？為解決此問題，會導致多少民眾無故受害。例如，可能因醫療院所的病床不夠，不願意開放，而形成自費病床較多的情形，這屬結構性問題，不是病人想賴在急診；有些人有辦法搶得到病床，不用多付 1 千元(部分負擔費用)，但較弱勢的民眾沒辦法，只好待在急診等候，且要支付 1 千元(部

分負擔費用)。政府有無考慮實施之後，就解決問題與因此受害民眾之間的比例原則，最後會不會是弱勢者要多付錢，有錢、有辦法的人反而可以轉至病房住院？政策改變時，必須考慮到比例原則，解決問題與因此損害之間的權益比例，這是健保署必須讓我們清楚瞭解的。

鄭主任委員守夏

在請健保署說明「全民健康保險醫療辦法」預告修正案緣由之前，委員對本報告案，是否還有無詢問？

吳委員玉琴

- 一、今年是本會成立的第3年，之前較著重費協會的角色，都在管錢的分配問題。前陣子委員會決議，未來若有涉及調整保險給付範圍或影響財務平衡之修法案，須先徵詢本會委員意見並提報本會，這樣才守得住防線。這幾次會議的感覺，是我們反而忽略許多與健保監理事項有關的法規修正案。
- 二、本會重要業務報告會呈現已公告的相關法規，建議未來應將預告修正的法規也列入，以利進行健保業務之監理。理論上，社保司或健保署在研提相關法規修正案時，應先諮詢本會意見，因本會職責包括「健保政策、法規之研究及諮詢」，雖然沒有最後的決策權，但應該被諮詢才對，否則委員都是看報紙才知道，會覺得自己蠻失職、無奈。希望幕僚協助將法規預告的相關事項，提前讓委員了解，以利掌握修法的相關資訊。

鄭主任委員守夏

謝謝！

干委員文男

剛才李委員蜀平提及「高診次藥師居家照護試辦計畫」被刪除，其實評核委員並未建議刪除，李委員可能有誤會(李委員蜀平：是全部刪除)。評核委員的意見是，因為現在可透過雲端藥歷系統查詢，因此建議縮小規模、減少經費。李委員所提，是下午要進行的

會議(105 年度總額協商計畫草案會前會)，不是現在進行的委員會議。再次澄清，評核委員只建議減少經費，至於結果如何，下午可再討論。

鄭主任委員守夏

謝謝干委員文男！本案已討論很久，先請健保署說明修訂「全民健康保險醫療辦法」第 11、第 12 及第 18 條 3 條條文的緣由。

龐組長一鳴

各位委員大家好！就委員關心的重點說明如下：

- 一、首先，「全民健康保險醫療辦法」修正之法定程序，係由衛福部公告，並非健保署，但因媒體關心，所以昨天記者來健保署採訪時，有做相關說明。
- 二、本醫療辦法條文修正案係為解決急診壅塞問題，委員都相當清楚。坊間迭有抱怨健保急診被濫用的說法，例如，擠一顆青春痘也掛急診，耗費醫療資源。所以，本修正案是希望急診的醫療資源可留給該用的人使用，不該用的人不要耗用。
- 三、衛福部與醫界研商過程中，賦予醫界相當沉重的任務，包括醫事司要求，若滯留急診的病人太多或時間太久，將影響評鑑資格或費用，所以請醫界配合；而醫界則相對提出，有些民眾可以出院，卻不出院，需要有相關規範來輔助，才會建議修訂「全民健康保險醫療辦法」，並依程序報請衛福部預告。目前係在徵詢各界意見的階段，會參酌各界的意見修改，之後才會公告實施。

蔡副署長淑鈴

- 一、「全民健康保險醫療辦法」預告修正案，個人認同多位委員的意見，該案涉及民眾權益，於修正前應先諮詢健保會的意見。
- 二、目前屬法規預告階段，係徵詢各界意見，對象包括健保會委員及社會大眾，蒐集後會再審慎研議。若委員覺得應提報健保會，也會在詢問各界意見，決定如何修正該草案後，再提至健保會報告。

## 鄭主任委員守夏

- 一、經過健保署說明後更為清楚。個人非常同意幾位委員的意見，尤其吳委員玉琴所提，本會 1 個月定期召開 1 次會議，基於權責，有監理保險業務的責任。緊急狀況，健保署自己決定的事就自己負責；若非緊急狀況，健保署願意善用本會溝通平台，也是好事，我想該署應該不會故意不提報，因為躲也躲不掉。
- 二、以前這種事不多，但從上次「刪除全民健康保險法施行細則第 45 條」預告案被偷襲後，委員覺得不受尊重，很不舒服，其實大家都很客氣，沒有委員指著健保署說：貴署瞧不起我們！只是很理性地請該署考量，本會是很好的溝通平台；善用此平台，應沒有壞處。原來大家的意見並不一致，現在蔡副署長淑鈴表示願意提會報告，本部分的討論應可告一段落。請謝委員武吉。

## 謝委員武吉

關於上次委員會議決議(定)事項辦理情形追蹤表：

- 一、第 5、6 項，有關 104 年 627 八仙樂園粉塵暴燃事件之醫療費用案，何委員語、謝委員天仁等幾位委員都有提出意見，本項不適合解除追蹤，建議繼續追蹤。
- 二、第 4 項，有關將 9 項政府已實質負擔之保險費，納入「政府應負擔健保總經費(36%)」之認列範圍；及第 13 項，預告修正「全民健康保險法施行細則」部分條文案，應暫不包括其中第 45 條之刪除，都是委員重視的議案，尤其李委員永振、干委員文男特別關心。雖然今天已安排衛福部社保司至本會報告，但我們還未接受報告內容，就要解除追蹤，這樣不對！應等到報告後，大家沒有意見，再解除追蹤。
- 三、第 9 項，有關新藥新科技的影響無法在第 1 年全面了解其支用情形，應有 5 年資料才完整，反對本項解除追蹤。
- 四、第 11 項，有關請健保署盡速加強推動所研議之「燒燙傷急性後期整合照護試辦計畫」，以提升燒燙傷病人照護之完整性

案，本項雖建議解除追蹤，惟並未看到「燒燙傷急性後期整合照護計畫」內容，其草案已提報 8 月 17 日召開之共同擬訂會議臨時會，將報部核定後公告實施，可是不知後續成效如何，病患能否下轉到地區醫院或區域醫院也不知道，應讓委員了解後才解除追蹤。

鄭主任委員守夏

因為今天已安排「104 年 627 八仙樂園粉塵暴燃事件醫療費用之後續執行方式及與新北市政府協商之情形報告」之專案報告，相關事項當然可以先解除追蹤，等專案報告後，再依新的決定事項進行追蹤，或將兩案併案追蹤也可。若委員還有其他疑慮，可以再提出。請李委員蜀平。

李委員蜀平

報告主席！健保署還是沒有回答我所提「高診次藥事居家照護試辦計畫」的問題。本會委員似乎有大小牌之分，對大牌委員，黃署長三桂會回電話，但小牌委員的問題，他就從來不用，打電話約碰面，1 年也約不到。所以，剛才您的說法要稍微更正，事實並非如此。

鄭主任委員守夏

李委員蜀平所提「高診次藥事居家照護試辦計畫」，剛才干委員文男已清楚說明，針對 105 年度總額的專款項目，屬下午會前會的討論議題，健保署會提出報告。請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

一、有個補充意見，回應剛才蔡副署長淑鈴的發言，希望委員不要被媒體操弄，因為媒體隨時會來訪問，但又無法事先知道何時會來，問哪些問題。相信健保署有誠意要到本會報告，但委員會議 1 個月只召開 1 次，健保署不見得都能及時在媒體報導前就向本會報告。

二、過去雖然有很多資訊，委員都是從媒體報導才得知，但這就是

媒體的特性，無孔不入，沒有聳動消息，新聞就不會有人看。但有些事情，未必是真的，請委員不要太介意。媒體的報導，是希望提醒大家注意一些問題。若健保署的官員在接受採訪前，能讓委員知悉相關議題，那最好。但有時媒體採訪時，你們也不得不回答，若來不及事前告知委員，沒有關係，建議黃署長三桂、蔡副署長淑鈴考慮，若能在媒體爆料前以簡訊方式通知委員，讓我們掌握媒體要報導的議題，或許就能減少大家的誤解。

鄭主任委員守夏

楊委員芸蘋的建議，請健保署參考。

李委員蜀平

報告主席，還是有委員大小牌的問題，為什麼我提的問題，健保署就不用回答，在此恭請健保署回答。

鄭主任委員守夏

一、我的左眼、右眼也許沒有完全一樣，但對委員絕對沒有大小眼之分(有委員呼應：沒有此問題)，如果您繼續這樣說，對我實在很不公平，也讓我覺得很委屈。

二、因為今天沒有安排健保署進行口頭的業務執行報告，所以剛才健保署的說明，都是針對報告案的回應。您所提建議與總額協商有關，而協商會前會本來就排定在下午召開。或許有委員覺得我處理的方式不對，要請健保署先說明也可以，我沒有特別意見。

李委員蜀平

因為下午有很多委員不在，...(多位委員表示：一定會在)。

鄭主任委員守夏

現在都還沒有委員說不參加下午的會前會，而且今天要討論到晚上八點不是嗎?(全場大笑)

## 滕委員西華

- 一、針對「高診次藥事居家照護試辦計畫」，同意剛才謝委員天仁所提，如果總額執行成果評核會或其他委員都未提出特別意見，健保署對所提出的建議，須更謹慎才對。
- 二、對於李委員蜀平所提議案，同意主席裁示，可在下午總額協商會前會時討論。我們都很願意多了解及討論藥師居家照護的議題，因為這對民眾而言也是好事。所以，下午再花點時間討論該計畫，應該會比現在討論好。
- 三、另對於急診就醫的問題，向楊委員芸蘋說明，並非因為媒體報導，才關注此事，而是我們有一群人，固定追蹤衛福部及健保署公告，這些議題我們早已得知，所以媒體來詢問我時，我都說先不評論，總是要先知道政府想解決什麼問題，才能批評。所以，很多媒體來訪問時，我都未回應，而是說要提到今天的委員會議討論。
- 四、有關急診壅塞的問題，過去曾進行多次專案報告，上次委員會議謝委員天仁也提出關於八仙塵爆住院問題的臨時提案，誠如謝委員所提，醫學中心的下轉是有問題的。剛才蔡委員宛芬也提到，醫療辦法的修正草案，重點應該放在政府究竟想解決什麼問題。各國急診都有浪費的情形，也都有輕症在急診就醫的現象，我國不可能單靠不給付來解決問題，絕對不可能。我們要允許多少比例的病人這樣，或要如何處理這類病人？
- 五、剛才龐組長一鳴說得很好，既然是衛福部的公告，就要提醒社保司曲司長(委員)同光，假若真要處理急診滯留病人或急診濫用問題，絕對不是在「全民健康保險醫療辦法」這麼小的層級處理，甚至「全民健康保險法」的層級也都不恰當。因為此議題涉及所有病患、醫護人員及醫療院所，並非僅與特約醫事服務機構或健保保險對象有關，還包括自費病人，難道自費病人就可以停留急診超過 48 小時，或幾天都不去管，而健保病人連 4 小時都不可以超過。

六、此議題不是不能討論，我們也願意面對、處理，不應該留在急診的病人，如果找得出來，就應該用別的方法處理，不管是否有商業保險的理賠問題，只要是經過診斷不應該留在急診的病人，我們都認為需要處理，但不是在「全民健康保險法」所授權「全民健康保險醫療辦法」中，以修正 3 條條文來處理，因為這也只能規範保險對象及特約醫事服務機構而已。

七、再次呼籲衛福部，應該以「醫療法」的層級處理此問題，而非「全民健康保險醫療辦法」；更不應該將問題丟給健保署。剛才龐組長一鳴所提到的醫療院所抱怨問題，其實也是不對的，健保署應該向衛福部反映，急診壅塞是很複雜的管理問題，包括病床數的核准等，怎會僅侷限在病人與醫院之間的問題？

鄭主任委員守夏

先請張委員煥禎，再請何委員語。

張委員煥禎

上次委員會議時，曾請健保署針對全民健保業務執行報告中的「全民健保門、住診費用核減統計表」就 102 年、103 年、104 年迄今的資料，以分區、分層級方式呈現，當時健保署表示會配合辦理，雖然該次會議紀錄未見相關決議(定)文字，但仍需請健保署提供相關參考資料。

鄭主任委員守夏

謝謝張委員煥禎，健保署若無法現場提供資料，請於會後盡快提供。接著請何委員語。

何委員語

一、我發現本會委員越來越大，不是大小之分，而是年紀越來越大；委員間也確實有輕重之別，因為有些人體重越來越重，但我卻越來越輕。

二、我認為有些事情事先溝通很重要，譬如今天李委員蜀平一再提及「高診次藥事居家照護試辦計畫」被刪除的問題，如果事先



沒有溝通，則可能引發爭議，而且將議題丟到委員會議討論，會讓我們頭痛，說難聽一點，就是要我們做壞人。

- 三、急診壅塞的問題也很難解決，如果急診不收治，有些病人可能會拿菜刀衝進急診室，改天拿衝鋒槍來也不一定，這些都是很難解決的社會問題。到底要如何解決？我認為溝通、協調很重要，所以衛福部、健保署、本會委員及醫療院所之間，事前協調是關鍵。上次委員會議我也提過，個人在勞動部有 3、4 個職務，勞動部很多事情都會事先溝通，問題因而得以解決，如果沒有事前溝通，直接丟到會議討論，就會吵翻天。所以不管是健保署或衛福部，應該都了解這樣的運作機制，會讓事情更順暢。建議現在就照議程進行會議。

鄭主任委員守夏

本報告案，委員的發言到此為止。請黃署長三桂說明。

黃署長三桂

- 一、謝謝主席及各位委員！本案起因於半年前，各界關注及媒體對於急診壅塞問題的報導。因此，蔣部長丙煌親自到台大醫院、林口長庚醫院、台中榮民總醫院及高雄長庚醫院，拜訪各大醫院的院長及急診部主任，商討研議處理辦法。1 年本來約有 7 百多萬急診案件，經過健保署極力介入後，目前已降為 6 百多萬件。
- 二、急診壅塞的型態有好幾種，包括保險對象以急診就醫，經必要之醫療處置後，醫師建議離院或轉院，保險對象不願意配合；所以在修正草案總說明已敘明，最主要修正目的，對於上開不當利用醫療資源之態樣，實際上已壓縮醫院急診處理急重症患者之量能，在此再將修正的理由說明清楚。現在最重要的問題是，1 年約有 3 萬人，會在醫院急診停留超過 48 小時，但要如何改善此現象，讓病人不要在急診停留超過 48 小時？最適當的做法其實是修正「醫療法」，而不是「全民健康保險醫療辦法」，但我們實在也想不出更好的方式。在跟各大醫院溝通

的過程，醫護人員曾強烈反應，希望政府能明文規定。今天我們要解決的並不是一般的急診問題，而是減少醫院讓病人滯留急診超過 48 小時的現象，透過修法將此問題，責成醫療院所共同面對。

三、全民健康保險醫療辦法修正草案總共修正 3 條條文，請大家參閱剛剛幕僚發送的修正草案總說明及條文對照表。

(一)第 11 條條文的修正重點，是在原條文加入「滯留急診」4 個字，意思就是明定病人無急診必要，特約醫院不得允其滯留在急診。

(二)第 12 條條文的修正重點，明定保險對象急診就醫，經醫院診治後，已無急診必要，或當時醫院沒有病床可以收治病入，宜出院或轉院診療，病人拒不配合辦理，應由其自行負擔費用，也是要解決急診滯留問題。

(三)第 18 條條文是本次修正草案的核心，大家可能沒有看清楚，其第 5 款已載明「急診或住院者，經特約醫院通知無急診、住院必要時，或該院無病床宜轉院診療者，應即出院或接受輔導轉院」，其中「接受輔導轉院」乃是本次修正草案最重要的文字。以台大醫院為例，急診的病人經醫院適當診治並且安排好仁愛、中興或陽明醫院的病床，病人就是不肯接受轉出之建議，才會由病人自行負擔費用。

(四)綜上，建請委員詳閱修正條文內容，所敘明的皆是病人經過診治後之處理原則，而非醫院未診治就拒絕病人，那當然不行。第 18 條第 5 款寫得很清楚，一定要在病人接受適當診治後，確實需要住院，因為該院沒有病床，且已負責幫忙找到其他的醫院病床，在符合上述條件下，如果病人還是不願意接受的話，健保就不再付錢，請病人自行負擔相關費用。

四、以台中榮民總醫院及高雄長庚醫院為例，其下游有很多結盟醫院，林口長庚醫院或張委員煥禎的醫院也都有結盟醫院。首

先，在病人進入醫院後，醫院都會先依其專業給予適當診治；其次，若病人確實有住院需求，則會幫病人轉介到其他合適的好醫院，所以病人不一定非要留在醫學中心不可。就台大醫院而言，都是幫病人聯繫好直接轉至其他醫院的病房住院，而不是將病人轉至其他醫院的急診室，而且，第 2 天台大醫院的醫師還會再至該醫院看病人。我們沒有解釋清楚，真的很抱歉！但真的用心良苦，想盡辦法，希望藉由公權力介入，以改善急診滯留 48 小時問題。

五、醫院評鑑接著可能會要求，要符合醫學中心的標準，就不准有滯留急診 48 小時以上的病人。我認為這恐會嚴重破壞醫病關係。所以我們想盡辦法訂出條件，首先，急診病患醫院一定要先行診治，其次，經診治後確實需要住院無病床者，再由醫院負責找到轉院的病床。符合以上 3 個條件後，病人還不願離開急診的話，就得自己付錢。真的很抱歉！之前沒有解釋說明清楚，讓大家誤會！

鄭主任委員守夏

- 一、「全民健康保險醫療辦法」修正案，目前仍在預告，委員的發言，都會詳實列在實錄中，相信大家都是基於善意，不希望修正的法條傷害到特定民眾。黃署長三桂、蔡副署長淑鈴以及龐組長一鳴今天都在場，也都聽到各位委員的意見。本報告案進行到此。
- 二、接下來，依照干委員文男所提建議，先進行專案報告第二案，先請社保司報告。

張委員煥禎(書面意見)

請健保署盡速提供以下資料：

- 一、102 年、103 年、104 年 1~4 月分區、分層級之「全民健保門、住診費用核減統計表」。
- 二、104 年 5 月以後之「全民健保門、住診費用核減統計表」，亦請分區、分層級列出。

## 貳、專案報告第二案「研修全民健康保險法施行細則重點報告」與會人員發言實錄

社保司楊副司長慧芬報告

鄭主任委員守夏

謝謝楊副司長的報告。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)

一、第一「尊重衛福部修訂健保法施行細則之程序」。請委員參看會議資料第 71 頁第 11 張投影片，其提及本施行細則修正後，從 104 年度起實施，亦即相關的預算會溯自 104 年 1 月 1 日起算；再請委員注意修正草案第 73 條增列的第 2 項，係明定「本細則修正條文自發布日施行」。現在已經 104 年 8 月，超過 104 年度三分之二的時間，若刪除施行細則第 45 條，衛福部是逕行將修正時間追溯至今年元月，是否有違本施行細則第 73 條第 2 項之規定，稍後可再討論其適法性？

二、第二「更尊重本施行細則第 45 條當初訂法者的智慧」。第 45 條內容係與其他條文串聯方式陳述，大家看起來很辛苦，因此簡單向大家補充說明，本條文是規範：(1)當「政府是雇主身分」時，所「負擔」的健保費、(2)當「政府不是雇主身分」時，所「補助」被保險人的健保費；須符合前述規定，才得以納入政府負擔健保總經費的核計範圍。而對於衛福部提出政府已負擔 9 項保險經費的意見，予以尊重，其中少部分項目大家可以討論是否要納入，惟大部分項目是屬於「非社會保險」的社會福利支出，這些項目都各有其主管機關，歷年亦皆已依其預算權責管理範圍，編列公務預算支應；重要的是，要向大家說明，這些屬於「非社會保險」的社會福利支出，是沒有「對價基礎」；舉例，讓大家更了解，每到競選期間，社會福利政策常被政界拿來做為籠絡選民的工具，其不合理之處，就是社會福利的後續成本，都要全民承擔。尤其在選情越激烈時，朝野各政黨為了選票，還會競相提出加碼的政見，但這些成本，

最後還是由全民買單，這就是沒有「對價基礎」。補充上述說明，大家即可理解當初訂法者在本施行細則第 45 條釐定考量的智慧。

三、本施行細則第 45 條，原已明確定義及釐清「政府在本保險應負擔的經費範圍」；而對於「非社會保險」的其他社會福利支出，在中央政府總預算的編列過程，其實區隔得非常清楚(大家可以參閱中央政府總預算編列所依據的用途別科目、分類定義)。既然「社會保險」及「非社會保險」的支付範圍在預算科目上，即有區隔，則對其所負權責也應有明確管理；一旦刪除本施行細則第 45 條，原本可以阻隔其他社會福利(非社會保險)支出的那道防火牆，就不復存在；亦即將來政界選舉加碼政見、所開的支票就可予取予求，敬請各位委員慎思！

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

- 一、延續陳代理委員炳宏的發言，簡單來說，之前我想釐清的，只是政府是否已將應負擔健保總經費 36% 的預算編足而已，當時經費涵蓋項目的問題是不存在的。
- 二、政府應負擔的項目應該回歸一代健保的規定，當時有那些項目，現在就是那些項目，不應再新增。從會議資料第 71 頁第 12 張投影片顯示，主計總處編列預算尚不足 627 億元，而這些都是將來醫界會用到的錢。
- 三、在本會未將「政府應負擔健保總經費 36%」議題攤開前，並未有現在所需討論的問題，但在「政府應負擔健保總經費 36%」的計算方式確定採衛福部主張後，健保署就提出要將 9 項政府負擔的保險費列入計算，現在衛福部又要刪除施行細則第 45 條，社會觀感不好，也不應該。
- 四、仔細檢視政府負擔的這 9 項保險費，其實都屬社會福利支出。第 1 項「原住民健保費」是由公務預算支應；第 2 項「65 歲

以上離島地區居民健保費」、第 3 項「70 歲以上中低收入老人健保費」、第 4 項「中低收入戶未滿 18 歲兒少健保費」，也都是由公務預算支應；第 5 項「中低收入戶健保費」，財源為全民健康保險紓困基金；第 6 項「中重度身心障礙者健保費」，也是由公務預算支應，亦為立法院陳節如委員非常關切的項目，金額有 32 億元；第 7 項「失業被保險人及其眷屬健保費」、第 8 項「受僱者育嬰留職停薪期間的健保費」，及第 9 項「經濟弱勢者健保費」，都屬政府的福利支出。現在若要全數列入健保總經費法定下限 36% 的範圍，說不定將來什麼夯不啣當的項目都會灌進來，到時怎麼辦？

五、從會議資料第 72 頁第 13 張投影片可看出，9 項保險費每年經費有多少，慢慢累積下來，總有一天健保基金會垮掉。因此，本人反對刪除全民健保法施行細則第 45 條。大家不要看現在安全準備金額很高，明年、後年可就不一定，過不了多久，可能又要調高費率，造成社會動蕩不安。請醫界也要有所覺悟，不要老是說什麼五大皆空，這個錢不夠，那個錢不夠，希望在此議題，大家要有一致的立場。

鄭主任委員守夏

謝謝干委員文男，請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、我認為本次施行細則第 45 條修正的方式很粗糙，本來條文將政府負擔的名目寫得清清楚楚，刪除第 45 條後，就將政府負擔的門打開了，這會產生很大爭議，現在計列為政府負擔的保險費是 9 項，但未來不知還會有哪項列入，這樣健保財務如何能夠穩健，這是一大問題。
- 二、如果政府覺得計列保險費的項目範圍需要擴大，沒關係，可修法將其納入，但不宜貿然刪除施行細則第 45 條條文，沒有人這樣處理財務問題的。若這樣做，每年計算健保總經費時，都會產生爭執。現行施行細則第 45 條條文有訂出範圍，大家至

少知道項目有哪些，一旦刪掉，將來若有主計總處不願負擔的項目，可能就都會移至健保。

- 三、這次修法的方式很拙劣，如果真的認為有哪些項目應該納入，就修法增列，至少大家可以清楚了解，哪些項目是，哪些不是，帳目也比較清楚。不然，民間會認為政府「博歹筴」(台語，意指詐賭)。政府應該要負擔的項目不寫清楚，產生問題時，反正行政院比較大，健保署比較小，叫你吞下去，你就得吞下去。
- 四、不應該這樣處理財務，財務處理一定是每個科目都清清楚楚，才不會有爭議，難道主計總處會不明白此道理？所以，我不認為健保署應該吞下所有項目。相信健保署也是千百個不願意，因為沒有人會這樣做，這是外行人的做法。
- 五、我最大的限度，就是針對這 9 項討論其適當性，如果要刪除施行細則第 45 條，我會極力反對到底。真是開玩笑，若將來不足的經費都塞給健保，之後再來調整費率，老百姓是不會接受的。

鄭主任委員守夏

先請蔡委員登順，再請陳委員聽安。

蔡委員登順

- 一、會議資料第 72 頁第 13 張投影片，中央政府依其他法令規定補助健保費，其中第 1 項「原住民健保費」的補助款是 5.51 億元，這部分經費如何分配，請業務單位稍後說明。
- 二、當初立法考量，是因原住民生活習慣的問題，短期間內無法改變，所以才會規定他們 55 歲後即歸類為老年人口，提早進入老年人口；以現行的年齡分類，原住民是提早使用健保資源，為平衡人口結構改變率的落差，經立法通過才會編列這 5.51 億元，立法旨意很清楚。目前東區原住民約占全國 30% 以上，因此，這部分的補助款，我建議一定要按照人口比例來分配。

鄭主任委員守夏

先請陳委員聽安，再請何委員語。

陳委員聽安

剛才幾位委員的意見，都不贊成刪除施行細則第 45 條，個人有個折衷意見，建議保留第 45 條條文，但在計算「政府應負擔健保總經費 36%」時，加上「應包括依其他法令提供之保險費補助」，如此一來，就沒有限縮的問題，因為已將這些項目納入。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

- 一、我認為不應刪除施行細則第 45 條。以第 1 項「原住民健保費」來看，企業界拿到政府標案時，得標廠商應依法足額僱用原住民，未足額僱用者應向原住民族綜合發展基金之就業基金繳納代金。過去在修正「原住民族工作權保障法」時，原本要改成員工 150 人以上的企業，都必須繳納原住民代金，後來因為工業總會極力反對，法案才沒有修正。
- 二、另外，有關第 6 項「中重度身心障礙者健保費」，現在只要員工超過 50 人以上的企業，就必須聘用中重度身心障礙者，若沒有聘足，同樣要繳交代金給政府。
- 三、以現在所列的 9 項來看，第 1 項是編列在原民會的公務預算，第 2~6 項的相關經費原係編列在內政部的福利支出，現在是否移至衛生福利部？每年大約 3,300 億元，目前大約有 1,300 億元；第 7 及第 8 項歸勞動部；第 9 項原歸在內政部，現在可能已移至衛福部。
- 四、我認為以上這些項目都屬國家的福利政策與支出，不應該全數列入全民健保政府應負擔經費的計列範圍。堅決反對刪除施行細則第 45 條，特別是其中第 1 項及第 6 項，企業界已經繳交許多代金給政府，若還要列入健保經費的計列範圍，十分不恰當。



鄭主任委員守夏

謝謝何委員語，請戴委員桂英。

戴委員桂英

- 一、有關全民健保法施行細則的修正案，討論焦點都在第 45 條是否應該刪除。同意陳代理委員炳宏所提，若刪除第 45 條，將來可能會有空白支票的問題，或政府在經費不足時會納入其他項目的疑慮。老實說，我也有同樣的疑慮。但再仔細看健保法，其實母法僅明定政府應至少負擔健保總經費的 36%，而未定義其範圍，因此，若真要在施行細則定義，會有逾越母法之虞。
- 二、整體而言，政府是一體的，現在所列這些項目的經費，政府也已經在負擔，所以究竟要如何處理？長遠來說，建議在母法明確規範。至於現階段的施行細則修正案，建議政府部門嘗試寫出更好的文字，一方面可符合現行已負擔的經費項目，又能排除未來再新增其他項目的可能性。否則，硬要在施行細則定義範圍，我擔心有逾越母法的問題。

滕委員西華

- 一、這是典型的「吃豆腐法案」，政府的出發點非常不純正，過去直轄市政府應負擔保險費的補助款欠費，在二代健保實施後，改由中央政府負擔，以免除他們的責任，這是第一次吃健保的豆腐；其次，二代健保規定政府至少應負擔健保總經費的 36% 後，如果主計總處乖乖繳費還好，已經開始欠費了，才提出修正施行細則第 45 條，難免受人質疑，分明就是「只准州官放火，不准百姓點燈」的法案，健保會怎麼可能支持？
- 二、我不是學法律的，若有說錯的地方，請謝委員天仁指正。健保法第 3 條所謂的「法定收入」，應只限定在健保法的範圍，因此施行細則第 45 條解釋，係指健保法第 27 條規定政府應補助的保險費，以及健保法第 34 條政府以雇主身分應負擔的保險費。若要在施行細則擴充母法的解釋範圍，誠如謝委員天仁及

戴委員桂英所提，是開空白支票，很難想像應匡列何項目，所以易招人攻訐。例如，過去銓敘部為免除高階公務人員的健保費，曾編列一筆經費專門補助，要是連這種費用都可能列入政府負擔的範圍，影響就會很大。所謂依法令解釋，法令包含規則、命令及辦法等，這些針對特定對象的福利措施或選舉承諾等，只要一紙公文，就可免除其保費負擔或給予補助。如果法令沒有匡定範圍，當然是空白支票呀！

- 三、會議資料第 72 頁第 13 張投影片，有關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% 之範圍說明，9 項中至少有 3 項的預算來源為基金，基金預算是自有財源，不在公務預算編列的體系。況且依健保法第 27 條規定，是各部會依各種情況給予補助，所以不應該吃健保豆腐；將基金匡列進來更是離譜，不可預期的政策支出，會挪來挪去，涉及被保險人及投保單位的權益，所以應於母法位階規範，否則就要將施行細則修得更明確。思考看看，除健保法第 27 條、第 34 條外，還有哪些項目可以列入政府的負擔範圍，若未達上述前提，絕對反對刪除健保法施行細則第 45 條。

鄭主任委員守夏

- 一、委員表達的意見很明確，獲致的共識是不宜直接刪除健保法施行細則第 45 條，具體建議是可就現行施行細則第 45 條的條文提出合理修正，使文意更為完備，避免造成空白授權，以致將政府的福利支出都列入。
- 二、本會並非反對將這 9 項納入健保總經費法定下限 36% 的計列範圍，惟建議逐項檢視、討論，符合的項目就予列入。若直接將條文刪除，會變成毫無規範，似乎不妥。本案屬報告案，並非徵求本會同意，除非我們有審議權，事實上連討論案都不是，只是請本會表達意見。請主計總處代表陳委員幸敏說明。

陳委員幸敏

仍請委員支持本案。健保與政府之間應是共生共存的關係，之前一

代健保面臨財務困難時，政府特別提撥幾百億元的預算協助健保，而且這 9 項實質上也是由政府支出。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

建議本案轉為討論案，因為涉及全民保費的負擔，可能會有人提出相對提案，以降低保費來因應。為讓委員充分表達意見，避免節外生枝，希望本案可以轉為討論案。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、就法制面來看，健保法第 103 條已授權主管機關訂定施行細則，所以在法制上未有逾越母法之虞。
- 二、當初推動二代健保，各界爭執時，政府為通過法案，同意民間要求政府負擔 36% 的建議，現在又放馬後砲，將原規定的涵蓋範圍以其他理由刪除，並擴及 9 項的計入，甚至變成沒有限制，讓大家認為政府想自行調控計列範圍，法制上很難讓人接受。
- 三、因為政府少負擔，民眾就要多負擔。因此民眾負擔的費率馬上會受到影響，母法當初協議政府應負擔 36% 的精神不復存在。所以我說是政府「博歹筊」(台語，意指詐賭)，政府不能這樣做，如果執意這樣，日後必定紛擾不斷。如果一定要做，請修訂母法，明確規範計算政府負擔的範圍，並透過民意機關同意，因立法委員代表全體民眾，這樣才算數，否則單單一句話就使政府負擔實質減少，民眾不會服氣的，建議施行細則等母法修正後再刪除。
- 四、剛剛有委員提到法令不應溯及既往，怎麼這項行政命令可以溯及以往，真是開玩笑！況且尚未公告就溯自 104 年度起適用，

法令已規定那麼清楚，只能實施後生效。只有立法機關才可溯及既往，哪位主計總處的同仁敢出來講，自己說了就算數，完全沒有法制概念，付費者代表會讓他一槍斃命(全場大笑)。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

- 一、我不認同剛剛主計總處代表的意見，因為政府依其他法令補助的 9 項保險費，共計 72 億元，都屬於法定收入。例如第 1 項補助「原住民健保費」，及第 6 項補助「中重度身心障礙者健保費」，依規定應將保費分別交給原住民及身心障礙者，再由他們繳交，而現在作法是由政府直接代繳。
- 二、依健保法第 3 條規定，政府每年度負擔之保險總經費，不得少於保險經費扣除「法定收入」後金額之 36%，若在母法明訂政府應負擔的項目，我們無話可說，但這 9 項屬於前段的「法定收入」，而不是扣除後的 36%。
- 三、不同意修正施行細則第 45 條，因為這屬報告案，不是討論案。我是行政院顧問，所以將綜整委員的意見提案至行政院 9 月 4 日早上的政務會報討論。

鄭主任委員守夏

本案本會很有共識，會後將委員意見送請主管單位參考。請曲委員同光。

曲委員同光

- 一、很敬佩各位委員的發言，站在被保險人的立場，極力爭取最大權益。衛福部與健保署也是持相同立場，所以，過去一直極力爭取政府負擔的 36%，可以按照我們認知的方式計算，期間經過非常多討論，最後行政院裁示，尊重主管機關對健保的法令解釋權及計算方式。
- 二、會議資料第 71 頁第 12 張投影片顯示，調整計算方式後，政府

預算編列不足 627 億元的部分，主計總處將分 4 年攤還，每年撥補 157 億元；105 年預估需 390 億元，加上撥補過去不足數 157 億元，主計總處 105 年計編列 547 億元，以公務預算而言，是筆相當龐大的金額。

三、另有關政府負擔的 36%，原本二代健保並未有這項規範，當時本來要採家戶總所得計算保費，而政府與雇主是以公式來計算保費，但經推估結果，長期而言政府與雇主的財務負擔，相對會慢慢減少，所以才會有此變通作法，要求政府應有基本責任，即政府在健保的負擔金額不得少於 36%。所以在計算政府的 36% 負擔時，應該考量政府在保費方面的實質補助，而實際上，政府對於身心障礙者、中低收入戶及老人等都有補助許多保險費，的確都屬政府支出，足以代表政府真正的負擔，所以才會將之列入 36% 的範圍。

四、計算政府應負擔法定下限 36% 時，也要同時考量政府的財政能力，而且政府也不太可能不斷的增加健保補助的福利支出，因為會導致負擔結果有可能超過 36%。如果委員希望不要刪除施行細則第 45 條，則可否就第 45 條文字予以修正，將政府實質負擔的精神納入考量，朝此方向修法，一方面政府履行對健保的責任，也達到政府真正支出的效益，尚請委員同意。

鄭主任委員守夏

委員明確的共識，就是不要刪除施行細則第 45 條，曲委員同光已正面回應，對於施行細則第 45 條進行文字修正，講清楚哪些項目可以納入，朝此方向修正，委員應較可接受。請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

主計總處與社保司各有立場，大家都是為健保制度永續經營而努力，不希望健保產生虧損。或許還有許多委員不太了解的部分，為了讓更多委員都能清楚，同意干委員文男建議，本案改為討論案，蒐集更多資料，不要任意刪除施行細則第 45 條，刪除之前應讓大家慎重討論。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

- 一、贊成楊委員芸蘋的意見。剛才曲委員同光提到制定 36% 的緣由，是因為健保要推動家戶總所得，其實曲委員講錯了！政府負擔 36% 的規定，是推動補充保險費的交換條件。
- 二、本案請社保司回去研究修正條文後，再提至本會討論，否則刪除施行細則第 45 條後，反而要民眾繳越多保費，我們這些被保險人代表出去會被打死。相信大家目標都是一致的，為健保制度更安全、合理的目標努力。

鄭主任委員守夏

請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

- 一、本次施行細則修正很多條文，建議先保留第 45 條條文，其他沒有爭議的條文則先行通過。
- 二、第 45 條未討論前，不同意主計總處的建議，即自 104 年起將原住民等 9 項補助保險費納入政府負擔的 36% 範圍。請主席裁示。

鄭主任委員守夏

請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

針對曲委員同光的說法，假設未將中央政府依其他法令規定補助的 9 項健保費計入，是否政府負擔的比率會超過 36%，其實 36% 是法定下限，超過也沒關係，重點在於是否合理。誠如何委員語所言，原先要給原住民的補助，都將之納入政府應負擔的範圍，是否合理？施行細則第 45 條的修正茲事體大，呼應吳委員玉琴意見，其他沒有爭議的條文先通過，至於第 45 條，請社保司先擬訂應列入項目的修正草案，下次再好好討論。

鄭主任委員守夏

建議其他無爭議的條文先通過，有爭議部分審慎討論後再修正。因為法規修正的權限屬社保司，本會可以討論，但並不具有強制性，委員的建議非常明確，請社保司發揮最大的智慧參考辦理。請蔡委員登順。

蔡委員登順

請問 104 年補助原住民健保費的 5.51 億元預算如何運用？建議應按照原住民的人口比例分配。

鄭主任委員守夏

本項屬原民會編列的公務預算，非健保署業務，請幕僚協助查詢後提供委員參考。

蔡委員登順

只是建議按照原住民的人口比例分配。

鄭主任委員守夏

- 一、原民會應有相關法令規範，請同仁瞭解後，提供委員參考，如果有與健保相關且值得討論之處，再提至本會。
- 二、很抱歉！現在已經 11 點 45 分，干委員文男剛剛提議將 2 項臨時報告案提前，第 1 案是預告修正「人類免疫缺乏病毒檢驗預防及治療費用給付辦法」(草案)，請同仁宣讀。

參、臨時報告第一案「預告修正『人類免疫缺乏病毒檢驗預防及治療費用給付辦法』(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

請疾病管制署(疾管署)王簡任技正貴鳳補充說明。

王簡任技正貴鳳

- 一、雖然近年來國際組織非常積極推動相關措施，以解除愛滋感染者跨越國境的障礙部分，然而先進國家對於外籍愛滋感染者長時間停居留的申請仍有限制，或於就醫時收取高額部分負擔。如全額補助外籍人士，鄰近國家感染者可能為取得愛滋的醫療資源而前來我國，對我國醫療體系及疫情所造成的衝擊，將難以預估。
- 二、過去修正「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」的過程，本署與相關民間團體就取消長期停居留規定部分，恐造成醫療費用大幅增加的問題，已達成不給付外籍人士愛滋醫療費用的共識。爰此，本署在公務預算的立場，仍維持以給付我國有戶籍國民為原則，惟就健保署對於外籍人士及無戶籍國民愛滋醫療費用的給付政策，本署無特別意見。

鄭主任委員守夏

本案有點複雜，先請委員表示意見。請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、過去幾年衛福部已陸續將治療肺結核及狂犬病藥費等費用，轉由健保支應。104年2月4日公布修正之「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」第16條，又將愛滋病感染者自服藥第3年起的藥品及相關醫療費用，改由健保給付，每年須耗費額度高達30多億元，對健保是一項沈重的負擔。當時醫界委員為此曾提出臨時提案，希望政府編列預算再轉撥健保。



二、政府的防疫政策涉及全民健康，此次疾管署又再限縮公務預算的補助對象，補助辦法(「人類免疫缺乏病毒檢驗預防及治療費用給付辦法」)修正後，對服藥 2 年內的外籍感染者，公務預算不予補助。請問是否會造成我國的防疫漏洞？疾管署有無擬訂良好的治療計畫？這才是本案的重點。

鄭主任委員守夏

非本國國民在台灣感染愛滋病，這些人 2 年內的醫療費用，疾管署規劃如何處理？請王簡任技正貴鳳說明。

王簡任技正貴鳳

- 一、在修正「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」前，僅有「受本國籍配偶感染之外籍配偶」、「於本國醫療過程中感染之外籍配偶」及「我國無戶籍國民有二等親內之親屬於台灣地區設有戶籍者」等三類對象，可透過申覆機制續留我國，其餘外籍人士及無戶籍國民皆需遣返。因此，除前述經申覆核准之對象外，本署過去未曾補助其他外籍人士或無戶籍國民。本次預告修正「人類免疫缺乏病毒檢驗預防及治療費用給付辦法」(名稱並修正為「人類免疫缺乏病毒感染者治療費用補助辦法」)，並未限縮補助對象。
- 二、截至目前為止，在申覆的處理過程，未曾有「於本國醫療過程中感染之外籍配偶」情形發生。目前先進國家推動的預防性措施，包括暴露前預防性投藥(Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP)及暴露後預防性投藥(Post-Exposure Prophylaxis, PEP)等，以避免感染。此外，若本國籍配偶(愛滋感染者)可規律接受治療且從事安全性行為，傳染力將大幅降低，依據醫療的科學文獻，感染者規律接受治療，對未感染之配偶，其保護力約可達 96%，所以，未感染的配偶被感染的機率應該很低。
- 三、本次預告修正補助辦法，將補助對象訂為我國有戶籍國民的感染者，係來自母法(保障條例)第 16 條第 5 項之授權。

鄭主任委員守夏

簡單地詢問，疾管署的意思是，有一部分人，疾管署現在不管了，隱含要健保署來管的意思，是嗎？否則健保署為何要提出本報告案？

王簡任技正貴鳳

依據母法授權的範圍，公務預算給付的對象係以我國國民及在台灣地區設有戶籍者為原則。至於健保部分如何處理，我們均予尊重。

鄭主任委員守夏

請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

- 一、修正「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」後，疾管署只給付本國籍愛滋感染者前 2 年的醫療費用，有些人則都不付，所以，對於疾管署不給付的部分，包括本國籍感染 2 年後及具健保身分之外籍人士的醫療費用，請問健保給不給付？其次，本報告案所提的辦法修正後，外籍配偶不是在本國醫療過程中被感染者，無論是 2 年內或 2 年後之醫療費用，疾管署都不補助，請問健保要不要給付？
- 二、上開感染者權益保障條例的修正，係因為在現有的給付範圍內，疾管署的公務預算已不敷使用，所以推給健保，由健保給付 2 年後所有的醫療費用，但疾管署現又預告修正「人類免疫缺乏病毒感染者治療費用補助辦法」，在前端將補助對象限縮為有戶籍的國民，這對感染者的權益有很大的損害，而且與保障條例的立法精神並不一致。

鄭主任委員守夏

健保署是提案單位，請問未來要如何處理？請龐組長一鳴說明。

龐組長一鳴

- 一、這次「人類免疫缺乏病毒感染者治療費用補助辦法」的修正預告案，首先，值得關心的是會因此產生防疫漏洞，疾管署不給

付外籍感染者及無戶籍國民 2 年內的醫療費用，他們大都具有健保身分，如果健保給付這些保險對象，將導致有戶籍國民(2 年後健保才開始給付)與外籍感染者(自確診服藥健保即開始給付)在健保給付上的差別待遇，衍生公平性問題。因此，基於健保給付平等原則，擬以法制的公告程序，對於參加本保險的保險對象，自確診開始服藥 2 年內愛滋病的治療費用，列為非屬本保險的給付範圍。

二、本署保守的財務估計，102 年外籍感染者每人每年費用約 12 萬元，總計約 3,000 多萬元，這是保守估計的數據，因為有些東南亞國家愛滋病的盛行率非常高，而台灣有大量來自這些國家的外籍勞工及移民。

#### 鄭主任委員守夏

以法規及權限而言，本案由健保署、疾管署雙方討論即可，似乎不需在本會深入討論。健保署將本案提至本會報告，可能是因雙方意見不同，或健保署認為這次預告修正補助辦法，將限縮原來公務預算的補助對象，修法後某些感染者將不再得到公務預算補助，而須由健保給付。請委員表示意見。

#### 滕委員西華

一、修訂人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例時，在立法院公聽會上已有非常多討論。相信健保署是在多方考量下，才提出本案。其實問題在於疾管署逾越法律授權，過度解釋法律及限縮公務預算的補助範圍。依照保障條例第 16 條規定，補助對象是「感染者」(註：第 16 條第 3 項略以，感染者自確診開始服藥後二年內，以下費用由中央主管機關予以全額補助)。且近年因人權議題，我國已修正「入出國及移民法」，刪除將外籍愛滋感染者強制驅離的規定。

二、外籍感染者中，有兩類是全民健保的保險對象，第一類是受本國籍配偶感染的外籍配偶，或是於本國醫療過程中感染的外籍配偶，第二類是受雇或居留 6 個月以上在台灣合法取得居留權

者，而以後者人數居多。

- 三、疾管署在保障條例修訂後，依第 16 條第 5 項規定，預告修訂補助辦法，此涉及擴大解釋第 16 條所稱的補助對象。按理，特別法應該優先適用，因此所有感染者的補助，應該優先適用保障條例第 16 條的規定，而該條文僅規定「『感染者』自確診開始服藥後二年內，以下費用由中央主管機關予以全額補助」，保障條例並未區分「本國感染者」、「外籍感染者」。因此，個人認為，健保署不需另行公告健保不給付範圍，反而疾管署需交代，為何在補助辦法要做此區分。
- 四、剛才蔡委員宛芬也提到，依保障條例規定，之前這三類人(受本國籍配偶感染之外籍配偶、於本國醫療過程中感染之外籍配偶、在台灣地區合法居留的我國無戶籍國民)都可獲得公務預算補助，但補助辦法修訂後，這些原可補助對象，104 年 2 月 4 日後新增的通通不再補助。若只是與本國人有婚姻關係，但非因婚姻感染，例如吸毒而感染，即使是合法居留的無戶籍國民也不補助。
- 五、疾管署預告修正的補助辦法，已經逾越保障條例之授權。此修法案會對健保造成影響，保險對象若無法獲得適切治療，疾病變嚴重後，其後續的醫療費用還是回到健保，將加重健保的負擔。此外，若在疾病初期未獲得治療補助，自然就沒有確診 2 年內規則服藥，也就不符合「感染者於確診開始服藥後，自第三年起由全民健康保險給付」的條件。換句話說，感染者即使確診，因沒有公務預算補助，所以並無法穩定服藥，甚至沒有診斷紀錄。
- 六、治療愛滋病的藥物非常昂貴，病人常負擔不起，這也是疾管署不想繼續負擔費用，而將之推給健保的原因。所以修訂保障條例時，才會限縮公務預算的補助範圍，由健保共同分攤責任，訂定「自確診開始服藥後二年內之費用由疾管署負責，自第三年起由全民健康保險給付」的規範。惟疾管署本次修正補助辦

法，再限縮補助對象後，這三類人(受本國籍配偶感染或於本國醫療過程中感染之外籍配偶、在台灣合法居留的無戶籍國民)，自確診開始服藥後 2 年內的費用也無法獲得公務預算補助。

- 七、請健保署與疾管署溝通，本會委員反對本案，因一旦疾管署修訂補助辦法後，將影響健保的給付範圍。個人認為，以被保險人權益角度而言，健保署不適合以公告健保不給付範圍的方式處理，針對疾管署以補助辦法再限縮母法(保障條例)的適用對象，影響全民健保保險對象的議題，需由衛福部出面協調，並非本會溝通平台可處理。

#### 鄭主任委員守夏

- 一、滕委員西華發言後，讓本案更為清楚。補助辦法的主管機關是疾管署，疾管署正預告修訂補助辦法草案，本會委員則是提供意見。最後，健保署若打算修訂健保不給付範圍，自然會提至本會討論。
- 二、滕委員西華的見解是，問題的源頭為疾管署修訂的補助辦法，其對補助對象的解釋與母法(保障條例)似乎不太相符。但這並非在座委員的專長，很難表示更有智慧的意見，建議本案交換意見到此。請王簡任技正貴鳳。

#### 王簡任技正貴鳳

剛才沒有說明得很清楚，跟委員抱歉，再作補充說明：

- 一、本署修訂的補助辦法草案並未逾越母法(保障條例)，而是依照母法第 16 條第 5 項規定：「前兩項補助之對象、程序、廢止及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之」，在母法授權下，於補助辦法訂定補助對象。
- 二、在此澄清，依過去規定，感染愛滋的外籍人士，會予以強制遣返，因此，公務預算從未補助過這些人。現在預告的補助辦法草案，並未限縮過去的補助範圍，再次向委員說明。

## 鄭主任委員守夏

- 一、問題在於，過去對感染愛滋的外籍人士可強制遣返，現在基於人權，已經廢除遣返出境的規定。在此情況下，若健保給付昂貴的愛滋病治療藥物，也擔心經口耳相傳之後，對台灣有不利的影響。
- 二、國際人權很重要，但以台灣的經濟條件，有好到需要給付這些費用嗎？聽起來，委員原則支持健保署的意見，健保如果開放給付外籍及無戶籍國民的感染者，一則違反公平原則(即有戶籍國民服藥二年後健保才開始給付；而外籍感染者自確診服藥，健保即開始給付的差別待遇)，二則健保有必要提供那麼好的給付嗎？委員傾向支持健保署未來的做法，今天只是先溝通意見，本案列入追蹤，請健保署將後續發展提報本會。

## 滕委員西華

- 一、個人不是很同意疾管署對法規解釋的見解，雖然我尊重法律解釋是主管機關的權責，但子法對感染對象的界定當然不能逾越母法。
- 二、補助辦法的修訂，會影響健保給付範圍，104 年之後雖然公務預算仍支付舊的補助對象，但還是限縮在受本國籍配偶感染的外籍配偶。健保署會這麼擔心，想必除了前開補助對象外，一定還有為數不少，具有保險身分的感染者，不屬於補助對象，目前健保並未將這些愛滋感染者列入不給付範圍，過去未明列，是因為其他法規已訂有公務預算補助的規定，因此，依健保法第 51 條第 1 款「依其他法令應由各級政府負擔費用之醫療服務項目」的規定，將之不列入本保險給付範圍。現在因為疾管署修訂補助辦法，將具有保險身分的外籍感染者，不再列為補助對象，若健保署沒有公告將之列為非屬保險給付範圍，則健保必須給付相關費用。
- 三、如果疾管署不補助，而健保署也公告不給付，恐有片面違反與被保險人保險契約的疑慮。若此，形同將被保險人區分為本國

籍與外國籍兩種，對某種身分別被保險人的傷病不予給付，但健保法並未做這樣的規定，且會戕害被保險人權益。此舉涉及被保險人與行政部門在給付合理性的爭議，同時也為難收治這些病人的醫療院所，因為還須確認病人是否屬疾管署的補助對象，徒增困擾。當然，萬不得已，健保署也只好公告將之列為非屬保險給付範圍，但我還是不支持用這種方式處理，這對被保險人及健保法是有害的。請疾管署代表將本會意見攜回，是疾管署違背兩公約(「公民與政治權利國際公約」、「經濟、社會與文化權利國際公約」)，才讓醫院收治這些病人時這麼為難。

鄭主任委員守夏

修法權限在疾管署，今天只是初步溝通意見，後續的新進展，請健保署向本會報告。

楊委員漢源

- 一、本「預告修正『人類免疫缺乏病毒感染者治療費用補助辦法』(草案)」案，在議程中是屬於臨時報告案，而非臨時討論案。因此，我們的討論及建議很顯然地不會發生實質效用，但本案看起來的確蠻怪異，因為說明文字不容易讓人看懂，所以想確認一下，健保署現在的意思是不是認為疾管署不可以依預告草案，將感染者分成兩類？
- 二、我認為疾管署這次修改法規的方向確實有問題，將 HIV positive(愛滋病病毒檢測呈陽性反應，即愛滋病帶原者)病人以確診開始服藥 2 年為分界點，在確診開始服藥 2 年內由疾管署的公務預算全額補助，確診開始服藥 2 年後則由健保負擔，這個做法已經很奇怪；現在預告補助辦法草案，又規定只負擔本國籍 HIV positive 病人在確診開始服藥 2 年內的相關醫療費用，而不負擔外國籍 HIV positive 病人的相關醫療費用。
- 三、這樣切割病人會造成醫院作業上的困擾，如同剛才滕委員西華所言，醫院怎會知道該病患是本國人還是外國人，醫院也可能

有變通方法，就是先收治病患，之後再向健保署申報，健保署會以前述原則區分病人。但我覺得即使在作業上可以克服，在邏輯上還是不對。

- 四、試問疾管署只負擔國人感染者 2 年內相關醫療費用目的為何？為何不負擔外國人？我們最擔心的就是愛滋病具有傳染性，雖然也認同因醫療等其他因素而感染者很可憐，但基本上，從大眾的角度，愛滋病還是屬於高傳染性疾病，既然政府要負擔就應該全額補助，確實不應該在法律上做這樣的切割。
- 五、現在還是預告期間，所以如果健保署反對疾管署的修正草案，則在 7 日內務必將意見轉達衛福部(疾管署)。若健保會絕大部分的委員都認為本案不恰當，可一起作為健保署表達意見的後盾。

鄭主任委員守夏

謝謝楊委員漢淙，委員對本案的共識非常明確，立場是一致反對。

謝委員武吉

- 一、記得 20 多年前教書時，愛滋病那時全國確診的病患只有 200 多例而已。請疾管署講清楚，愛滋病到底是傳染性還是自發性疾病。現在究竟有多少患者？！每年增加又是多少位？！疾管署應該自己負責相關的醫療費用，把責任推給健保署是不對的作法。
- 二、補充資料第 2 頁，本會幕僚補充說明的第 4 點(本修法草案通過後，可能因限縮公務預算補助對象而產生防疫問題，對國人健康將帶來不利影響，建請衛生福利部宜審慎處理)寫得很好，一針見血。疾管署從剛才報告到目前為止，都未提及為何設定 2 年後要將愛滋病患者的醫療費用轉由健保署負擔，2 年後的設定是怎麼來的？！請說明。
- 三、再請教一下，到目前為止，全國到底有多少愛滋病患者？每年增加多少個案數？！如果本會同意每年負擔愛滋病患者的醫療費用(36 億元)，請問疾管署要負擔多少？必須要將相對的負擔



比例說清楚，不然好像是要置健保署於死地，完全不合乎公平正義，只會害健保署因點值稀釋而被罵。

鄭主任委員守夏

今天健保署只是請本會委員對疾管署預告的「人類免疫缺乏病毒感染者治療費用補助辦法」(草案)提供意見，如同楊委員漢源所言，本會意見可作為健保署表達意見的後盾。本案性質只是徵詢、溝通，修法權限仍在疾管署，請健保署讓本會委員了解後續發展。謝委員武吉是好意，讓疾管署清楚知道...

謝委員武吉

我要的數據，請疾管署告訴我！

鄭主任委員守夏

好，請疾管署代表於會後提供相關資料予謝委員武吉參考。

謝委員武吉

主席，我不贊成這樣處理！可否請疾管署代表現在報告，讓在座委員也能了解。

鄭主任委員守夏

因為時間已經 11 點 15 分，若讓疾管署代表再進行報告，可能會影響後續的議程進行。

謝委員武吉

疾管署的人還在啊！

鄭主任委員守夏

建議本案到此告一段落，好不好？否則後面的議程會來不及進行。

謝委員武吉

主席，我還是建議疾管署代表要先報告，目前全國到底有多少愛滋病患者？1 年會增加多少病例？疾管署 1 年負擔多少經費？為何要轉由健保署負擔？這樣不符合公平正義。

鄭主任委員守夏

王簡任技正貴鳳手邊是否有資料可以先為我們說明？

王簡任技正貴鳳

- 一、跟各位委員報告，有部分數據我沒有背下來，今天也沒有帶資料過來，但有部分數據可以現在說明。其實講到這件事大家都很傷心，目前世界各國在愛滋醫療費用上，都是跟醫療的保險制度綁在一起，我國過去也是如此。可是在西元 2005 年時，因為健保財務產生危機，所以才推動多元微調政策，以拯救健保財務，將部分醫療費用轉由公務預算支應，才會發生今天愛滋病醫療費用需再回歸健保給付的情況。造成各位的不諒解，這部分讓我們蠻傷心的。
- 二、剛才謝委員武吉所詢愛滋病感染者每年新增病例數，目前每年約新增 2,000 多例，近兩年看起來，新增的趨勢已有持平現象，目前愛滋病患者的存活人數為 24,000 多例；有關經費部分，疾管署公務預算負擔多少醫療費用，我們曾經推估過，但因資料未帶在身上，所以會後再跟謝委員武吉報告。

謝委員武吉

補充一下，我在 20 多年前教公共衛生時才 200 多例，20 年後暴增為 24,000 多例，相當 1 年產生 2,000 多例。

干委員文男

一年「增加」2,000 例。

謝委員武吉

是一年「產生」2,000 例。疾管署有無分析，到底這 24,000 多例是如何產生的？原因是什麼？！要分類、分析。是垂直感染、吸毒或同性戀，每年分布情形都要報告出來。治療成效如何？1 年的死亡率多少？都未提出。疾管署應該有相關的分析資料讓委員了解，不能一味地要健保買單，讓本會委員來承擔這些責任，這種做法太霸道！

干委員文男

- 一、呼應謝委員武吉的說法，從疾管署的報告聽到以前只有 200 多例，現在每年增加 2,000 多例，實在很傷心。健保實在顧人怨(台語)，早期財務虧損時，進行多元微調措施，將部分健保業務轉由公務預算支應；現在健保財務稍佳，大家又紛紛想將這些費用回歸由健保負擔。其實疾管署是愛滋病的守門員，應該將愛滋病防治工作做好，你們不做好，把問題推到健保，難怪健保會倒。健保倒了以後，就不用講什麼世界第一，以後健保也不用講剩多少錢。
- 二、下個月我要提出調降費率案。如果健保經費少一些，大家就不會打健保主意，現在都在吃健保豆腐嘛！實在不應該！下個議案也是要吃健保豆腐。現在健保安全準備多一點，大家就開始打健保的主意，這是不對的！

鄭主任委員守夏

謝謝干委員文男，本案再請最後一位委員發言就必須結束了。

楊委員漢淥

稍微補充疾管署代表剛才的說明。疾管署代表說防治愛滋病的費用是從健保移至疾管署公務預算支應，其實在我小時候(與會者情不自禁，均哈哈大笑)這筆費用本來就是以公務預算支應，後來因為公務預算編列有困難，才由健保給付，所以健保並非一開始就負擔這筆費用。疾管署代表只講了後半段的過程，沒有講到前半段，前半段原來就是以公務預算支應，到了西元 2005 年，因為健保財務危機，才移至疾管署。這件事不能跟釣魚島事件一樣，只講後半段，不講前半段(與會者大笑)。

鄭主任委員守夏

本案就進行到此。臨時報告第二案「預告修正『菸品健康福利捐分配及運作辦法』(草案)」與本案類似，請健保署直接作口頭說明。

肆、臨時報告第二案「預告修正『菸品健康福利捐分配及運作辦法』(草案)」與會人員發言實錄

唐研究員蕙文

主席、各位委員大家好！請翻開補充資料第 16 頁臨時報告第二案(多位委員反應聽不到報告人聲音，建議已到中午，可以開始發便當)。

鄭主任委員守夏

將本案搞定後才發送便當(與會者大笑)。

唐研究員蕙文

- 一、本案的承辦機關是國健署，主要是因為長期照顧服務法制定公布，為提供該法長照服務發展基金的資金來源，所以調整菸品健康福利捐的分配比率。
- 二、本案於 8 月 20 日預告修正，其中調整菸品健康福利捐(下稱菸捐)的分配比率與健保相關的為第 4 條第 1 款及第 6 款。第 1 款部分，菸捐分配給健保安全準備比率原為 70%，調整為 50%；第 6 款部分，補助經濟困難者保險費比率由 6%調整為 5%。另外第 7 條施行日期部分，明訂本次修正條文自 104 年 9 月 1 日施行。
- 三、依據上述修正草案，評估其對健保財務的影響如下：如果健保安全準備分配比率調整為 50%，104 年會減少約 22 億元的健保安全準備；自 105 年開始，每年減少約 65 億元。分配經濟困難保險費比率若由 6%調整為 5%，104 年會減少約 1 億元，105 年起每年會減少約 3 億元，這個草案目前還在預告階段，預告截止日期為 9 月 1 日。

鄭主任委員守夏

謝謝健保署唐研究員的說明。簡單說，本預告修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」(草案)」，將分配予健保安全準備的比率，由 70%調降為 50%，如此對健保財務產生不小影響，所以健保署向本

會提報。

謝委員天仁

- 一、主席，從健康的角度，血糖太低，容易情緒失控(有委員表示：還會意識不清)，為了議事順暢起見，建請主席收回成命，先發便當(與會者大笑)。
- 二、我覺得修正菸品健康福利捐分配及運作辦法，對健保的影響很嚴重，從剛才討論健保法施行細則第 45 條修正(刪除)案，至少將健保財源抽走 72 億元；如果菸捐分配健保安全準備的比率又調降 20%，依 103 年菸捐徵收總額 200 多億元推算，大概又減少 4、50 億元。加上其他有的、沒的一堆狀況，健保財務大概到明年就堪慮了，搞不好明年就發生赤字。
- 三、這些狀況很糟糕，為何相關主管機關會有這些舉措？都是因為健保安全準備太多，引人眼紅。所以我向來主張若安全準備超過 3 個月，就調降費率，讓大家謹慎使用健保資源；若虧損時就調升費率，這樣才會有感覺。像現在加油時大家都有感覺，今天油價調降、便宜了，開車時油門就催猛一點；油價上漲時，為了節省油錢，就不會亂加速、亂剎車，這道理用在健保也是一樣。所以我的看法是，健保安全準備太多就是禍源。
- 四、我認為菸捐分配比率不應該這樣調整，如果菸捐分配給健保的預算已經足夠支應專家所預估之抽菸引起的醫療費用額度，我們當然對菸捐減少分配給健保安全準備的比率沒有意見；如果額度是不足的，補都來不及，怎還可能從健保抽走菸捐的分配比率呢？
- 五、我的意思是，所徵收的 20 元菸捐，應該用來彌補因抽菸所產生的醫療費用才對，怎會再拿去做其他事情？衛福部最近頭腦不太靈光，怎麼會這樣做？再這樣搞下去，我可以肯定，立法院遲早會將菸捐的分配權收回，亂搞一通嘛！
- 六、國民預防保健相關業務，是國健署的份內事，事實上健保也幫忙分攤很多預防保健的費用。所以不要以為我們沒有對策，政

府從健保這邊抽走的錢，我們會從另一邊向政府要回來，最後政府還是要全部負擔。

- 七、建議衛福部，在菸捐分配予健保的總金額還未超過專家所預估之抽菸引起的相關醫療費用前，不應擅自調降菸捐分配健保的比率。這是很嚴重的事情，又是要付費者付錢，我們遲早要翻臉。

鄭主任委員守夏

謝謝！請何委員語。

何委員語

- 一、主席，建議讓委員知道衛福部派來出席本會的官員名字，而且會議當天要發考核表，讓我們考核其表現，並且交給他的直屬長官，作為年度考核參據。像剛才那位疾管署官員回答問題時，就是在沒有充分準備下就來開會，所以對大家的問題，幾乎都無法完整回答，實在很不尊重健保會。她來這裡隨便回答，列席一下就回去，整個早上不必辦公，輕輕鬆鬆(與會者大笑)。所以建議衛福部派來的官員，對本身的業務要準備充分，要不然真的對不起健保會委員這麼用心準備、努力鑽研資料。
- 二、有關菸捐分配比率部分，反對菸捐分配健保安全準備的比率調降至 50%。剛才健保法施行細則第 45 條修正案，將使健保每年減少 72 億元，這裡又再減少 40 幾億元，剛剛疾管署代表又要健保給付 30 幾億元，3 個議案加起來就減少 140 多億元，對健保未來財務的收支平衡有很大的隱憂。
- 三、另一個問題是，在菸捐分配的用途中，有很多項本該由國健署編列公務預算支應，現在卻要以減少健保的菸捐分配款挹注。
- 四、政府就是不編列公務預算，都從健保這邊一直花錢，去年的歲入超收 280 多億元，今年歲入也預計會超收，既然超收，為何不編列支出，這點讓我們感覺很奇怪。政府機關應該編列預算就編列，不能將屬於健保收入的項目一直拿掉，要花錢的項目

又一直往健保這邊塞。我反對菸捐分配健保安全準備的比率由70%調降至50%。

鄭主任委員守夏

先請陳委員聽安。

陳委員聽安

- 一、請參看健保署104年7月份業務執行報告第8頁，目前安全準備總額已經增至2,000多億元，約當4.51個月保險給付。按照健保法規定，安全準備應以1~3個月的保險給付支出為原則；現在安全準備已經超過4個月，我擔心如果繼續累積下去，安全準備會超過5個月，我們就沒有理由不調降費率，這是第一點。
- 二、第二點要說明的是，並不反對菸捐分配健保安全準備的比率由70%調降至50%，但菸捐的法源是菸害防制法第4條，依照該條文規定，菸捐是 earmarked tax (指定用途稅)，照道理菸捐應直接用於菸害所造成相關疾病的醫療費用，而不是撥到安全準備，這樣才能對症下藥。
- 三、菸害防制法的原意是用這個稅來防制菸害或預防、治療菸害的相關疾病，現在菸捐的用途遠超過菸害的項目。請各位參看補充資料，菸捐分配的項目包括健保安全準備、癌症防治等，但菸品大概只與口腔癌，肺癌較有關，與其他癌症尚無相關；另外還用於提升預防醫學與臨床醫學醫療品質、補助醫療資源缺乏地區，用途別就相差更遠，當然菸品健康福利捐的主管機關依法可做此分配。總之，現在菸捐的用途已經遠超過原先菸害防治所訴求的疾病防治之用，如果要真正符合，我認為也不是將錢撥至健保安全準備金，而應直接運用於菸害防治及相關疾病的治療，如此用途才正確。

鄭主任委員守夏

請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

今天健保的財務，的確處在較穩固的狀況，安全準備金有 2 千億元，如果沒記錯的話，依照健保署的精算，107 年開始會有虧損。今年總額成長率如果從 4%(醫療服務成本及人口因素成長率為 4.025%)開始往上協商，請健保署估算，健保虧損會不會提前發生？現在因修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」之規定，使得安全準備的來源減少，5 年內對健保財務的影響如何？可否請健保署分析相關數據，提供委員瞭解，才較容易判斷接受費率調降的可能性？

鄭主任委員守夏

請莊委員志強。

莊委員志強

- 一、上次討論補充保險費的議題時，黃署長三桂說因為人口老化現象越來越嚴重，恐怕醫療支出會越來越多。保險費率易降難升，亦即一旦調降，如果安全準備不夠時，要再調升費率恐怕較為困難。可是現在大家看健保安全準備金額多，就想從這裡挖錢，與其這樣，不如調降費率。
- 二、如同謝委員天仁所提，安全準備如果足夠，健保就調降費率；將來調升費率時，理由也較充分。當初是因為一般保險費不夠，才徵收補充保費，健保收了一堆錢後，一般保險費率仍然維持，反而變成別人覬覦的目標，這是不對的。
- 三、我有抽菸習慣，對於菸捐算有貢獻，今天討論分配議題時，才知道其是用在罕見疾病、醫療資源缺乏地區等，並沒有用在自己身上，對於菸捐的這些分配項目，表示反對。

鄭主任委員守夏

請李委員永振。

李委員永振

- 一、首先，感謝健保署在上次委員會議有關修正健保法施行細則問



題的回復，及提供本次預告修正菸捐分配辦法予委員參考。衛福部這兩次的預告期，剛好都碰到委員會議可反應意見。萬一在月初預告，委員就無法得知相關資訊，7 天一過，即依法公告生效，委員想表示意見就來不及。因此，建議以後可依循此模式，由幕僚與健保署繼續密切合作，並轉知委員知悉，集思廣益回應意見。

- 二、據我瞭解，健保署好像也有回應意見給衛福部，但今天並未說明其回復的意見，建議將來可在此部分強化。
- 三、有關本案緣由，個人推測是因為健保安全準備太多。剛才陳委員聽安也提到，大概相當 4.5 個月的醫療給付費用。我以前比較不贊成調降保險費率，但歷經最近半年來的情況，立場可能會改變。剛才謝委員天仁的見解，我完全贊成。
- 四、本案修正菸捐分配比率，除調降分配予健保安全準備的比率外，還有提高如癌症防治等的分配比率。跟健保有關的項目，還包括提高補助醫療資源缺乏地區的比率，這部分跟下個月總額協商也有關，屆時應併同考量。另外，罕見疾病的部分，健保署在今年 4 月提出專案報告，顯示其已努力管控，但費用仍然居高不下，尤其是血友病藥費。因為防癌的醫療給付也蠻高，若再增加費用，是否適當？應檢討相關措施才對，本案可以綜整委員的意見回復衛福部。

鄭主任委員守夏

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

今天的報告案較多，討論案只有 1 項。難得有一次會議，是付費者與醫事服務提供者代表在意見上有蠻多一致之處。大部分的報告案如果變成討論案，我想大概都不會通過，但列為報告案，委員只能表達意見，權責單位可想怎麼做就那麼做。但如果議題攸關民眾權益及健保存續，則屬本會職權，就不應只以報告案的方式呈現，而該列為討論案，因為報告案是告知性質，諮詢委員後的意見，對實

質結果不一定有影響力。所以，請主席考慮用討論案的形式處理，而不應僅以報告案的方式通過，這樣會較好。

鄭主任委員守夏

- 一、先說明一下，本案是報告案。如果須依法由本會審議、協議的事項，則我們責任重大，當然會以討論案的形式處理，因屬本會法定權限，且對健保署有約束力，討論通過後，健保署就必須照辦；但如果不在本會權限範圍，則只是諮詢性質，本會的角色即為擴大社會參與的溝通平台，二代健保法就是這樣定位。所以，如果是我們須多負責任的議案，健保署就會提請本會討論，並依決議辦理；而若只須諮詢本會意見，本會就僅表示意見，也未違法。我們不能說凡事一定要提會討論，也不一定要那麼礙事。
- 二、菸捐分配及運作辦法並非國健署就能決定，沒記錯的話，當初是葉前署長金川費了很大力氣才擺平各方勢力，就是陳委員聽安所提那些跟菸害防治似沒什麼關係的項目，其實是政治妥協下所產生的結果。
- 三、比較重要的是，委員所表達意見，應該忠實地向部長反應，如果不管恰不恰當，什麼都要打健保主意的話，委員可能會提案調降健保費率。我們向來非常愛護健保財務，也知道政治人物的心思，費率「調降」很容易，但「調升」費率則是總統怕，行政院長怕，沒人敢做，立法院也不會同意。可是現在這種情形下，似乎應該考慮讓費率調整變成習慣，財務好的時候「調降」，不足時「調升」，也許更符合本會所被賦予推動的收支連動機制。
- 四、綜合現在的情況，似可考慮調降保費，畢竟懷璧其罪，但這畢竟茲事體大，且下個月又要協商 105 年度總額，也許醞釀一下氣氛，看看大家有無共識。

鄭主任委員守夏

請戴委員桂英。

戴委員桂英

有件事想請教健保署，前一波將菸捐供全民健保安全準備的比率改為 70%，是在葉前署長金川的時代，其策略是，比率雖然下降為 70%，但提供健保的總經費是增加的，因為菸捐的總額增加。這次是否有同步增加菸捐總額？是否對健保也有此保障呢？

鄭主任委員守夏

黃署長三桂說沒有。請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、菸捐跟菸稅都同步在規劃調漲是事實，但我們不能期待吸菸救健保，不能說因為菸捐總額增加，就可以讓健保的分配比率減少，我覺得這是兩碼事。
- 二、我也覺得公共衛生的實益與健保的實益，意義不一樣。當初菸捐分配健保安全準備比率由 90%調降至 70%，我其實蠻支持的，因為認為應該將大部分的錢用在公共衛生。目前全民健保也負擔很多不應該由健保負擔的公共衛生支出，特別是預防保健，所以，如果要挪出部分菸捐去做公共衛生，那麼健保的預防保健支出也應一併移出，不應該留由健保給付。
- 三、有兩點問題請教健保署，第一，菸捐分配及運用辦法修正條文提到，分配用途包括癌症防治、預防醫學、醫療資源缺乏地區或罕見疾病等，其中有無健保代辦項目？或另外編列公務預算支應？還是從菸捐撥補？目前菸捐總額約為 330 億元，真正用於菸害防治的比率，其實不高。甚至有 5.5%供中央與地方衛生保健之用，使得現在政府的基金預算跟公彩一樣，都變成替代性預算，再次 review(審視)102 年 NHE(National Health Expenditure，國民醫療保健支出)資料，中央與地方政府的公共衛生預算不到 400 億元，跟整體菸捐額度 330 億元差不多，也就是中央與地方政府幾乎只靠菸捐這筆預算來作公共衛生，卻不願意編列額外的公務預算支應，或以公務預算推動公共衛生防治的業務，這是非常不對的！

- 四、如果菸捐分配給健保的部分，是要用來強化公共衛生體系，健保署可否告訴大家，現行健保體系花了多少錢在做公共衛生的防治業務？如果要調降菸捐分配健保的比率，我們也相對可將健保中與預防保健有關的業務移回國健署負責，讓該署自行辦理公共衛生防治業務，這樣一來一往，健保也不見得會少得利。但因目前委員手邊沒有數據，不知其中變化如何，此資料需要健保署幫忙提供。
- 五、不希望菸捐變成替代性預算，使得政府因而減少編列公共衛生的預算。以 103 年菸品健康福利捐分配 70% 給健保安全準備的金額約 229 億元計算，103 年菸捐總金額約 330 億元，未來若菸捐調升後將更高，每年菸捐總額約可達 400 億元，幾乎是 1 個月的醫療支出，老實講影響蠻大。所以還是請健保署告知目前菸捐運用的情況，以及健保體系中，與公共衛生有關的預防保健、預防醫學、醫療資源缺乏地區、罕見疾病等業務的費用變化。

鄭主任委員守夏

健保署若有現成資料，可現場說明，若無，則請會後補充。

蔣代理委員世中(蔡委員明忠代理人)

- 一、首先 echo(呼應)滕委員西華的意見，這跟收多少菸捐無關，因為無論金額多少，都應用於健康照護上，如同剛剛莊委員志強所提，菸捐費用收那麼高，卻不是用在菸害引起的疾病，而用於長照資源發展等方面，經費用途完全是兩碼事。
- 二、今天我們認同國健署對於菸捐的分配，少部分用在公共衛生、菸害防治等部分，但若要用於其他部分如長期照護等，似乎不對，應該要用在醫療照護上，例如提供新藥、新醫療科技等。未來當公共衛生及健康促進業務做得更好時，可朝向減少該部分於菸捐中的分配比率，並提高健保的分配比率至 90%、甚至 100% 才對。菸捐已行之有年，現在似乎是因為看到健保安全準備較多，國健署就要求分配給健保的比率下降，難道健保安

全準備不夠時，該署能接受提高健保的分配比率至 90% 嗎？

鄭主任委員守夏

- 一、委員對本案有共識，原則上不希望衛福部調降菸品健康福利捐分配予健保安全準備的比率。
- 二、若衛福部仍要依預告條文修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」，調降分配予健保安全準備的比率，不考慮健保財務之永續，類此修法案若一再發生，則本會委員將考量提出調降健保費率案，以為因應。本案進行到此。
- 三、還有 2 個報告案、1 個討論案，以及下午召開的總額協商計畫會前會，所以之後的發言請委員控制一下時間，真的很不喜歡以每人發言 3 分鐘來限制，會變成提醒鈴聲一直響，且目前超過時間也沒有罰則，例如強制關掉麥克風等，但更不希望開到晚上 8 點。後續議案大概都與總額協商有關，大家比較熟悉，請委員都能控制發言時間，謝謝大家！接下來進行例行報告第三案，請社保司報告。

伍、例行報告第三案「衛生福利部社會保險司說明『行政院所核定 105 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案』」、例行報告第四案「105 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額醫療服務成本及人口因素成長率案」、例行報告第五案「中央健康保險署『104 年 7 月份全民健康保險業務執行報告』」、討論事項「104 年全民健康保險各部門總額評核結果之獎勵案」與會人員發言實錄

社保司梁組長淑政報告

鄭主任委員守夏

謝謝梁組長的報告，105 年度所指示的政策方向，跟過去幾年相較，並未有太多不同，僅新增幾項需加強的項目。請問委員對報告內容，有無需請教之處。

謝委員武吉

感謝高雄同鄉梁組長淑政的報告，在此有 2 點建議：

- 一、有關政策方向「三、鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康」，這些文字寫得很漂亮，但是否涵蓋醫院已實施的衛教活動，及其他公共衛生教育？是否包含宣導民眾改變就醫習慣的相關措施？在此拋磚引玉，為落實政策方向，應加強執行相關措施。
- 二、有關政策方向「六、...健全醫療體系之運作...」，與一代健保法第 33 條、也就是二代健保法第 43 條有關，因此應加速逐步落實健保法第 43 條，並有計畫性地朝此方向推動，希望在此方面能多加強。

鄭主任委員守夏

請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

剛剛報告得蠻清楚，有 2 個請教：

- 一、雖說 105 年度總額的低推估值大幅成長，係因醫療服務成本指

數改變率的增加，這是較往年有利的部分，但對醫療機構而言，最擔心的還是明年 1 月 1 日起要實施的勞基法。以前勞基法對醫院工時有些彈性規定，但明年開始這些彈性都將取消，造成醫院人員工時及費用的問題，例如加班費可能大幅增加，請問衛福部在研擬陳報行政院核定的總額範圍時，有無將 105 年實施勞基法的新政策改變影響因素納入計算？

二、有關政策方向五「全面導入 Tw-DRGs」部分，我瞭解健保署最近很認真地舉辦了 9 場說明會，到各地溝通。在此希望健保署對所收集到的各方意見，能認真考量、參採，進而修正 Tw-DRGs 支付制度，不要讓溝通成為形式，要真正落實、修正，不能只是聽聽。否則搞了半天，如果還是讓各醫療專業團體或個別醫師心存疑慮、不滿，將對民眾的就醫造成很大的影響。

三、此外，我更擔心醫療人力流失的問題，目前醫療人員轉台的情形頻繁，對醫療體系已形成相當嚴重的問題。再次呼籲健保署，重視所有醫療團體、專科醫學會所提意見，該修正的就要修正，若一時無法修正齊全，也不需急於明年 1 月 1 日就要全面導入 Tw-DRGs，我們並未反對實施該支付制度，但對推動時程，有相當嚴重的疑慮。

鄭主任委員守夏

請李委員永振。

李委員永振

一、投影片第 5 張所述，「105 年保險成本-不含應自行負擔費用」，高推估及低推估的數值，差異為 96 億元，亦即協商的最大空間應為 96 億元。今天前面所報告「全民健康保險法施行細則」第 45 條刪除案、預告修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」案等 2 項，所將減少的健保收入高達約 140 億元！此投影片資料係行政院核定的 105 年度總額範圍，由該表可知，本會協商空間只有 96 億元，甚至低於前開健保收入減少

的金額，請問後續要如何處理？

二、投影片第 6 張，行政院核定之附帶意見-國發會委員會審議結論，其中第 3 點「...考量我國人口結構加速高齡化，醫療需求日增、保險支出將持續增加...爰仍請衛福部針對健保財務及資源分配預做規劃」。但前述所提的 2 項報告案，都將影響健保財務及資源分配，且與行政院的附帶意見背道而馳。

三、投影片第 8、第 9 張提到，執行面應落實及加以檢討，但將來如何掌握所有政策方向都能確實落實，及相關檢討的依據為何？所以每項政策方向，都應有搭配的工作計畫，以利將來逐年檢討及後續落實時之執行。

鄭主任委員守夏

謝謝李委員永振，請問委員還有無詢問？

蔡委員登順

投影片第 9 張，衛福部 105 年度總額協商政策方向第六點最後 1 項提到，「醫療照護整合暨服務效率提升成效、利益共享：7 成用以獎勵醫療服務提供者，3 成回歸保險對象」，個人非常支持。過去每年總額都編列提升醫療服務效率方案的相關預算，但一直未能呈現相對成效，也無具體數據，希望健保署今年能朝此方向努力，將部分成效確實回歸民眾。

鄭主任委員守夏

謝謝！請蔣代理委員世中。

蔣代理委員世中(蔡委員明忠代理人)

一、今年本會委員參加衛福部 4~6 月召開 105 年度總額相關會議，也閱讀很多資料，並都提到非協商(醫療服務成本及人口)因素成長率怎麼那麼高。事實上，非協商因素包含三大部分，第一是投保人口年增率，105 年 0.14%；其次是人口結構改變率，西醫基層 1.025%；今年最重要的改變是醫療服務成本指數改變率，以西醫基層為例，醫療服務成本分為四個面向，其中人



事成本占 54.4%，藥品成本占率各部門不同，西醫基層占 25.6%。

- 二、醫師公會全聯會在 96、97 年時，向主計總處與其 4、5 位專家，反映其調查的藥品品項與醫療實務上不相符合，或調查價格不斷降低，但藥品實際購買價格每年都增加。再者，醫療實務上點滴使用逐年調降，但該調查其權重又特別高。種種顯示，該調查所用的品項與權重，並未能反映真實情況。最後主計總處也承認錯誤，並表示其調查對象為全國所有工商企業的幾百項商品，無法單獨針對醫療產業之品項進行調查。因此，衛福部於 100 年 12 月開始委託學術機關進行研究計畫。
- 三、西醫基層 99~104 年藥品成本指數年增率，6 年來平均為 -1.5%。因藥品權重占率高，且 104 年為 -0.961%，105 年正成長 1.7%，平均而言正負相差約 4%，這是最大的差別。10 多年來醫療服務成本指數一直計算錯誤，歷經多年要求檢討，今年終於調整修正，這也是過去總額協商時一直強調非協商因素無法實際反映醫療服務現況。
- 四、西醫基層人事費用權重占 54.4%，近 3 年來平均年增率為 2.19%，較過去略增；而醫療機構的人事費用確實有增加趨勢，但係指平均薪資，而非整體增加成本費用，未納入「醫事人力數量」改變的成本衝擊。過去非協商因素確實低估醫療機構實際增加的成本，及政策因素改變所造成的影響，查行政院核定衛福部提報之「105 年總額範圍」，並未包含因應勞基法法定工時之政策改變所增加之人事成本。因此將列項於協商因素中校正。本會於 105 年總額會前會將一併報告。

鄭主任委員守夏

委員對本報告案有無其他意見？請干委員文男，發言請把握時間。

干委員文男

- 一、行政院已下指導棋，贊成 105 年度總額的範圍、方法、方向。衛福部政策方向的最後一項為「醫療照護整合暨服務效率提升

成效、利益共享：7 成用以獎勵醫療服務提供者，3 成回歸保險對象」，我不反對，但請說明 3 成回歸保險對象如何操作？

二、醫界喊苦，蔣代理委員世中上午未參加委員會議，付費者代表在努力捍衛政府應負擔健保總經費(36%)認列範圍時，醫界都默不作聲，所以要特別提出，對外爭取費用的是我們，你們要拿錢時很高調，爭取預算時卻又很安靜，好像都是被保險人的事，因此要發點牢騷。我們用心良苦，將專案報告第 2 案提前進行，讓大家可以盡量發聲，醫界也要瞭解，沒有財源就沒有支出。本案贊成行政院的指導方向，但請說明 3 成回歸保險對象如何運作？

鄭主任委員守夏

與總額有關的部分，下午的會前會健保署會作相關報告，委員若有疑問，屆時還可再釐清。

黃委員啟嘉

主席！我想回應干委員文男，干委員及所有付費者代表今天上午的發言，我們百分之百支持。對於不應將錢移出、政府應承擔更多責任等，因為付費者代表已經講得很好，把我們想講的話都表達了，所以我們將發言的機會優先讓給付費者代表，過去也一向如此。剛才也提到，今天的報告案，很多是要來瓜分健保預算，但政府須承擔的責任不應減少，這點付費者與醫事服務提供者代表的意見，很難得一致，因為付費者代表講得太好，所以醫事服務提供者代表今天就沒有太多發言。

鄭主任委員守夏

謝謝黃委員啟嘉，請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

一、兩個問題。第一個問題是，今年第 4 次委員會議有通過 105 年度總額協商通則，其中有些原則並未在此呈現，後續的相關資料也都沒看到。至於減項部分，到底要如何扣減？減項金額多

少？還蠻重要的，現在都未進行相關報告，希望健保署可以整理相關資料，以利後續總額協商。

二、另外，干委員文男也提到，投影片第 9 張「醫療照護整合暨服務效率提升成效、利益共享：7 成用以獎勵醫療服務提供者，3 成回歸保險對象」，能否稍微解釋其意涵，包括獎勵預算來源？如何獎勵或回歸？是調降保險費還是減輕部分負擔？請能說清楚想達到的目標及如何執行。

鄭主任委員守夏

請梁組長淑政說明如何操作？

梁組長淑政

因為健保署推動的計畫或方案，若某些已經評估出實質減少的費用，假設若減少 5 億元，其中的 70% 留在原來總額，繼續做更有效率的運用；另外 30%，可做為減項或用於新增其他醫療給付項目。

滕委員西華

還是聽不懂。

鄭主任委員守夏

- 一、下午總額協商會前會就可看到相關資料。委員若無其他意見，本案就討論到此。(多位委員表示同意)
- 二、接下來請委員參看會議資料第 36 頁，例行報告第四案「105 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額醫療服務成本及人口因素成長率案」，本案相對單純，就是剛才蔣代理委員世中所提非協商因素成長率，建議不要宣讀，直接參看會議資料第 38 頁附表，委員若有意見或詢問，再請幕僚回答。
- 三、人口結構改變率，醫院部門最高，為 1.764%；醫療服務成本指數改變率各部門總額都非常高，一則是指標或權重改變，二則是去年醫療院所的人事費用因調薪而明顯增加；投保人口成長率一向不會太高。合計醫療服務成本及人口因素成長率，醫

院部門為 4.395%、西醫基層為 3.441%、牙醫門診為 2.512%、中醫門診為 3.207%。會議資料於一週前都已寄送委員參考，請問對內容有無詢問或意見？請蔡委員登順。

#### 蔡委員登順

各部門總額的醫療服務成本及人口因素成長率，歷年都是採衛福部報奉行政院核定的數值與計算公式，今年的改變率特別高，建議各部門總額應依架構執行，不要再改變。過去編列人事費用、藥品、特材的預算都很高，建議今年協商時不要再討論有關人事費用調整、藥品及特材費用不足等議題。連中醫門診總額的醫療服務成本指數改變率都達到 2.643%，估算起來將近 5.8 億元，各部門總額可自行計算，都是歷年來最高，因此，建議協商時不要再提出已納入醫療服務成本指數改變率已給成長率的協商因素。

#### 鄭主任委員守夏

- 一、委員如果沒有其他意見，本報告案確定，各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率就照會議資料第 38 頁的表列數據。
- 二、接下來進行例行報告第 5 案，為健保署的業務執行報告，本月為提供書面資料，不進行口頭報告。先前已請健保署就委員特別關心的議題補充說明，本案可否參閱書面報告？(未有委員表示意見)接下來進行討論事項。

#### 謝委員武吉

- 一、主席！對例行報告第 5 案提出建議，有關第 79、80 頁(表 30、全民健康保險醫院總額各層級門診初級照護)，104 年 6 月份某家醫院的初級照護件數與點數占率上升幅度較大，請健保署加以了解、處理。
- 二、另，第 81 頁(表 30-1、全民健康保險醫院總額各層級門診初級照護分項費用占率統計-醫學中心)之分項費用統計表，希望能將其中的診療費再予細分，上次會議已經有答應我，但這次報告呈現還沒有做。

鄭主任委員守夏

有關各層級醫院門診初級照護分項費用占率統計表，是本月份才請健保署新增的。

謝委員武吉

沒錯，這是新提供的資料，我也不勉強，只是提出建議。

鄭主任委員守夏

委員所提建議請健保署參酌，如果可行再提供相關資料。

謝委員武吉

還有一項建議，希望每個月列表呈現各層級醫院急診五級檢傷分類的資料，以進一步了解各級檢傷分類的人數與費用。

鄭主任委員守夏

請健保署在可行範圍內提供。

謝委員武吉

若醫院要扮演好民眾厝邊的好醫生、社區的好病院(台語)角色，就需要這些指標，以利進一步了解。

鄭主任委員守夏

一、委員若沒有進一步詢問，本報告案就進行到此。接下來進行討論事項。

二、依 104 年各部門總額評核結果之等級，本案需討論 105 年度各部門總額品質保證保留款之獎勵成長率。請付費者委員表示意見，需要宣讀嗎？(委員回應：需要)請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝同仁的宣讀。請參看會議資料第 59 頁，各部門總額歷年評核結果之等級及所給予之成長率表，100~103 年優級均酌予獎勵 0.3%、良級為 0.1%。今年獲得優級為牙醫部門，獲得良級為中醫、西醫基層及醫院部門。其品質保證保留款之獎勵成長率為何？

請付費者委員表示意見。

蔡委員登順

各部門總額執行成果已於 104 年 7 月 30、31 日之「全民健保各部門總額執行成果發表暨評核會」經專家學者評核，為鼓勵績效優良的總額部門，建議依照 100~103 年的獎勵成長率，優級部門給予 0.3%，良級部門 0.1%，依慣例辦理。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員登順，請問有無委員附議、加碼或減碼？(多位委員回應：附議！)

鄭主任委員守夏

一、如果沒有特別意見，就比照 103 年品質保證保留款的成長率，優級核予 0.3%、良級核予 0.1%，本案通過。

二、接下來進行最後一個專案報告，請問健保署由哪位代表說明？

干委員文男

主席！健保署的業務執行報告，本月份未進行口頭說明。請參看第 31 頁，僅呈現各部門總額的整體點值，無法知道分區真正的問題所在？建議健保署提供各分區點值，否則整體點值都達 0.9 元以上，看起來很好，但聽說有些分區的點值僅 0.8 元或更低，希望健保署於寄送本次委員會議紀錄時，併同提供各部門、各分區點值，以利委員瞭解問題點，而非瞎子摸象。健保署都有現成資料，應該不會帶來困擾。

鄭主任委員守夏

一、這部分應該沒問題，請健保署提供各部門、各分區點值資料。

二、有關各部門總額評核結果之獎勵案，是否尊重評核委員建議，對於品質保證保留款之分配方式，應以證據醫學(Evidence-based Medicine)為基礎，及具鑑別度的品質指標為依據，善用現有之指標值，例如衛福部健康服務品質政策辦公室所發展的品質指標作為分配，這樣才能真正提升品質，而不是以均分方

式。目前各總額部門都已努力改善其分配方式，希望健保署與各部門於協商品質保證保留款分配方案時，尊重評核委員的建議，盡量以證據醫學的品質指標做為分配依據。

吳委員肖棋

品質保證保留款的分配方案，除依據 Evidence-based Medicine(證據醫學)的指標外，閾值才是重點，理論上希望 80%的醫療院所可以分配獎勵款，但不是降低閾值讓所有院所都可分配，因為讓大家均分不是個好方法。

鄭主任委員守夏

過去幾年評核的專家學者都有提醒，不希望百分之百的醫療院所都分配到品質保證保留款，這樣做反而無法達到品質提升的目的；應該落實獎勵認真、優良的醫療院所，請健保署與各總額部門於執行時能朝此方向努力。

干委員文男

主要是獎優嘛！

鄭主任委員守夏

當然，不是平分。

干委員文男

獎優而非獎勵，獎勵就可能人人有獎；若是獎優，請問各總額部門有獎優的指導辦法嗎？沒有的話應趕快訂定，免得編列預算後卻不知如何分配，屆時又產生問題。

鄭主任委員守夏

謝謝干委員文男的提醒。接下來進行專案報告第一案，時間共 20 分鐘，報告時間請盡量不要超過 10 分鐘。請健保署龐組長一鳴。

陸、專案報告第一案「104年627八仙樂園粉塵暴燃事件醫療費用之後續執行方式及與新北市政府協商之情形報告」與會人員發言實錄  
健保署龐組長一鳴報告

鄭主任委員守夏

謝謝龐組長的報告，請問委員有無詢問？

千委員文男

依目前的醫療狀況，請問該事件預計還需多少費用？目前新北市政府收到多少善款？支用多少？動用多少行政院第二預備金？這些屬代墊費用嗎？目前健保的預算(其他預算項下之「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」)支用多少？還是尚未動支。

龐組長一鳴

- 一、剛剛報告提到，截至 7 月，健保的總申報點數為 3 億 8,623 萬點，代新北市政府墊付「非健保給付項目」部分，截至 7 月底是 6,296 萬點；至於行政院第二預備金，健保署並未爭取到該筆預算。
- 二、目前健保申報點數為 3 億多點，惟尚有約 1/4 的病人醫療費用未申報，依此推估，申報費用還會再增加 1/4；而代墊部分，所有醫院都有申報，但每位病人申報多少金額，還需時間統計。因目前明細尚未全數申報，所以無法確定病人數。
- 三、此次實際申報與預估費用之間，差異較大的部分為代墊費用，依照先前高雄氣爆的經驗，代墊費用可能高達 35%，亦即約為 1 億多點(3 億多點的醫療費用之 35%)；目前僅申報 6 千多萬點，經本署分析，可能原因為 FDA(食品及藥物管理署)動支行政院第二預備金，統一採購大體皮膚供醫療院所為燒燙傷病患植皮，醫療院所即不須申報該筆昂貴的特材費用，原先預估的代墊費用因而大量減少。
- 四、至後續費用部分，依照病程，燒燙傷病患初期的醫療費用較高，後期則會逐漸減少。



干委員文男

請問目前各縣市政府的捐款總共多少？

蔡副署長淑鈴

在政府的部分，新北市政府捐款帳戶，截至上週約募得 13 億餘元；衛福部也有捐款帳戶，不到 1 億元。

干委員文男

健保署向行政院申請動支第二預備金，未獲核列，這又是一張空頭支票。

蔡副署長淑鈴

剛才龐組長一鳴已向大家報告，本案醫療費用分為兩部分，一是健保給付的費用，另一是健保不給付的自費部分。當初針對健保給付部分，曾申請動用行政院第二預備金，惟未獲核列，所以仍回歸由 104 年度總額其他預算項下之「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」款項支應；至於新北市政府部分，本署僅為代墊，代墊時間至今年 9 月底，其不能以健保經費支應。目前第一批代墊款 823 萬 3 千多元，新北市政府已歸墊；第二批約 6,296 萬元，本署會持續函請新北市政府歸墊。至於新北市政府歸還的經費來源為捐款或公務預算，因屬其權責，本署不便干涉。

干委員文男

- 一、據報載，行政院於高雄石化氣爆時，並未動用第二預備金支應，但對八仙樂園粉塵暴燃事件則有動支，南部民眾的說法，是重北輕南。
- 二、這次事件新北市政府募得相當多捐款，若將來未全數用罄，會有發災難財之嫌。健保署雖無法可管，但最起碼要知道，否則新北市政府是否會在經費不足時，將醫療責任推給健保，而有剩餘時，卻自己發意外財？

鄭主任委員守夏

全民健保對民眾而言，屬於保險性質，由健保先給付後，再盡力向

可歸責的單位代位求償，這是保險人(健保署)不可避免的責任。捐款由新北市政府管理，也設置監督委員會，民眾可上網查閱相關資訊，我不清楚公開的詳細程度，但相信健保署並不會知道更多細節。

干委員文男

高雄石化氣爆事件處理完畢了嗎？

鄭主任委員守夏

善款也是由高雄市政府管理。

干委員文男

有公布結果嗎？

鄭主任委員守夏

依據公益勸募條例規定，政府機關必須公告。

干委員文男

我們沒有能力求證，希望健保署在年底前，針對高雄石化氣爆及八仙樂園粉塵暴燃事件，提出完整報告。我們對外也可幫健保署解釋，替政府說些公道話，否則謠言四處亂傳，也不知如何說明。

鄭主任委員守夏

干委員文男的請求非屬健保署權限，但健保署身為政府機關，若能取得較完整的資訊，也可提供，以利委員瞭解。若屬上網就能取得的資訊，其實大家都可以上網查閱。惟健保署若可透過政府管道取得額外的資訊，則請提供委員參考。

干委員文男

健保署只要報告其所知悉的資訊即可。

楊委員芸蘋

上次會議提到，新北市政府募得 13 億元善款，請問這次事件使用多少健保醫療費用？(干委員文男回答：3 億多元)目前是 3 億多元，包括代位求償部分嗎？請問未來還須支出多少？

## 蔡副署長淑鈴

- 一、再次向委員說明，本案的醫療費用分為兩部分，截至 7 月份，健保總申報點數約 3 億 8 千多萬點；代位求償係針對第 1 個月 (6/27~7/25) 的費用，本署將於整理相關資料後，向八仙樂園粉塵暴燃事件的第三責任險保險公司提出申請，但因該保險保險額度有限，因此，本署也曾向行政院申請動支第二預備金，惟未獲核列。
- 二、第二部分屬自費，由本署代墊，再向新北市政府申請歸墊。第一批金額新北市政府已歸還，目前準備申請第二批，這項代辦業務至今年 9 月底為止。
- 三、至於新北市政府歸還的費用，來源是捐款、公務預算或其他經費，非屬本署權限，不便干涉。若委員關心其捐款用途，可上網瞭解。

## 鄭主任委員守夏

健保署的說明已很清楚，委員還有無詢問？請潘委員延健。

## 潘委員延健

健保署提供的數據非常清楚，截至 7 月份，申報總點數約 3 億 8 千萬點，是由其他預算項下之「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」支應，請教若至今年底若該款項不敷支應，是否還有其他經費來源？

## 蔡副署長淑鈴

本署已思考過此問題，惟目前尚未發生。剛才龐組長一鳴已報告，7 月份申報總點數為 3 億 8 千多萬點，其約僅包含了 75% 的費用，至還有未申報的 25%，因有部分發生在大型醫院，因此 7 月份的申報點數有可能超過 4 億點。8 月份因病患陸續出院，所以急性期費用應會減少，費用也會較 7 月份遞減。本署也很關心 104 年度總額其他預算項下之「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」僅餘 8.2 億元，不知至 12 月份是否仍足以支應？建議由本署每月

提報貴會，若確實超過 8.2 億元時，再討論其處理機制。

楊委員芸蘋

燒燙傷患者尚有整型、重建及復健等費用，費用很高，「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之預算，是否足以支應？健保署須有因應措施。

蔡副署長淑鈴

本署近期即將公布「燒燙傷急性後期整合照護試辦計畫」，對塵爆事件 499 名患者，包括醫療急性期至後續復健所需的醫療費用，本署都會持續追蹤，每月提報貴會，以觀察至年底的醫療費用支出狀況，相信 8 月份費用申報後，一切都將更明朗。

楊委員芸蘋

萬一超過額度，建議針對新北市政府捐款帳戶進行追償。不能讓健保費用無限擴大，要有因應措施。

鄭主任委員守夏

等確實額度不足時，一定會請健保署提出各種因應方案，供本會討論。請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

上次委員會議，健保署表示八仙樂園粉塵暴燃案，醫療費用預估僅需 6 億元，當時我即提醒應該不止，現在資料呈現第 1 個月(7 月)就需 5 億元。建議健保署每月的報告，除健保支付的醫療費用外，還應包括 FDA 所提供的敷料費用等。雖然後期照護費用不一定全由健保支付，且新北市政府的責任或經費來源，也非健保署權責，但這部分的醫療費用還是需要算清楚。

鄭主任委員守夏

謝謝吳委員肖琪的提醒，若委員未有其他意見，本報告案就進行至此。休息 10 分鐘，2 點開始召開「105 年度總額協商計畫(草案)會前會」。請大家起來走一走、動一動、喝喝水。