

衛生福利部全民健康保險會
第2屆105年第3次委員會議事錄

中華民國 105 年 3 月 25 日

衛生福利部全民健康保險會第2屆105年第3次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國105年3月25日上午9時45分

貳、地點：壢新醫院門診大樓12樓會議廳(桃園市平鎮區廣泰路77號)

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 肖琪
李委員 永振
李委員 來希
李委員 蜀平
林委員 至美
林委員 敏華
林委員 惠芳
侯委員 彩鳳
張委員 文龍
張委員 煥禎
黃委員 偉堯
黃委員 啟嘉
陳委員 平基
陳委員 幸敏
陳委員 義聰
楊委員 芸蘋
楊委員 漢淥
楊委員 麗珠
葉委員 宗義
趙委員 銘圓
蔡委員 明忠
蔡委員 宛芬
潘委員 延健
滕委員 西華

國家發展委員會陳專員靜雯(代)

中華民國勞工聯盟總會陳監事會召集人順來(代)

謝委員天仁

謝委員武吉

台灣社區醫院協會謝名譽理事長文輝(代)

肆、請假委員：

李委員成家

莊委員志強

陳委員聽安

羅委員紀琮

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

蔡副署長淑鈴

龐組長一鳴

施組長如亮

葉執行秘書明功

張副執行秘書友珊

洪組長慧茹

陳組長燕鈴

本會

陸、主席：戴主任委員桂英

紀錄：馬文娟、劉于鳳

柒、主席致詞

各位委員、健保署黃署長及所有與會者，大家早！

今天本會第 3 次委員會議暨業務參訪活動，本次活動承蒙張委員煥禎提供協助，請大家以熱烈掌聲表達謝意！接著介紹新任委員，係由台灣社會福利總盟推薦並獲聘之林委員惠芳，歡迎林委員的加入。

捌、議程確認

決定：討論事項第二案「立法委員擬修正強制汽車責任保險法第 27 條，將『傷害醫療費用給付』不包含健保法所規定之給付項目。請研議該法案是否影響健保財務穩定及本會因應方式案」、專案報告「立法委員擬具強制汽車責任保險法第 27 條條文修正草

案，將傷害醫療費用給付排除健保法所規定給付範圍，影響健保財務案」併案討論，並提至討論事項第一案之前，餘照議程之安排進行。

玖、例行報告

第一案

案由：確認本會上(第2)次委員會議紀錄，請鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(第2)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、委員對於業務執行報告中醫療費用點數及核減率相關報表呈現方式之建議，請中央健康保險署納入下次提報內容。

第三案

案由：105年各部門總額執行成果評核作業方式案，請鑒察。

決定：

- 一、「105年各部門總額執行成果評核作業方式」(如附件)，除將一般服務及專款計畫之評核配分調整為80%及20%，並於試行1年後檢討外，餘照案通過。
- 二、請中央健康保險署及各總額部門配合時程提供所需資料。

第四案

案由：中央健康保險署提報「105年度各部門總額品質保證保留款實施方案(草案)修訂內容」，請鑒察。

決定：

- 一、105 年度「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」及「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」洽悉，請中央健康保險署依法定程序辦理後續事宜。
- 二、至 105 年度「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」及「醫院總額品質保證保留款實施方案」，請中央健康保險署會同總額相關團體，參酌委員所提建議研修後，提報下次委員會議。

第五案

案由：中央健康保險署提報「有關西醫基層總額之『105 年度西醫醫療資源不足地區改善方案』之 60 百萬元支用案」，請鑒察。

決定：本案洽悉，請中央健康保險署依法定程序辦理後續事宜。

第六案

案由：中央健康保險署「105 年 2 月份全民健康保險業務執行報告」，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉，委員所提意見請中央健康保險署參酌及提供相關書面說明。
- 二、為保障保險對象之權益，以本會全體委員名義向金融監督管理委員會表達反對運用健保卡處理非健保法規定之事務。

拾、討論事項

第一案

提案人：滕委員西華、何委員語、葉委員宗義、李委員永振、蔡委員宛芬、林代理委員惠芳(吳委員玉琴代理人)、陳代理委員順來(侯委員彩鳳代理人)、楊委員芸蘋、陳委員平基、林委員敏華、謝委員天仁、趙

委員銘圓、干委員文男、李委員來希、莊委員志強、楊委員漢淙、潘委員延健、謝委員武吉、李委員蜀平、劉代理委員淑芬(楊委員麗珠代理人)、黃委員啟嘉、陳委員義聰、何委員永成、蔡委員明忠

代表類別：保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表

案由：建請以本會代表名義，邀集本會各類委員代表，籌組立法院拜會小組，針對衛福部全民健康保險法施行細則第 45 條修正等相關不合理與適法性疑慮，進行立法院各朝野黨團之拜會，提請討論。

決議：由本會各類委員代表籌組立法院拜會小組，並請滕委員西華、謝委員天仁擔任召集人、副召集人，針對全民健康保險法施行細則第 45 條修正案之合理性，進行與本會任務相關之拜會。

第二案

提案人：蔡委員明忠、黃委員啟嘉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：近日立法委員擬修正強制汽車責任保險法第 27 條，將「傷害醫療費用給付」不包含全民健康保險法所規定之給付項目。請研議該法案是否將影響健保財務穩定及本會因應方式；未來如再有影響健保財務穩定之法案，衛福部、健保署及本會如何因應。本會對於健保署代位求償收入流向之意見，及建請研議該收入應回歸各部門總額案，提請討論。

決議：

- 一、專案報告併本案處理。
- 二、建請衛生福利部、中央健康保險署就立法委員擬具「強制汽車責任保險法第 27 條條文修正草案」，通盤研議因應方式，除評估對健保財務影響外，尚須強化健保代位求償在法律層面之正當性。

第三案

提案人：蔡委員明忠、黃委員啟嘉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：敬請研議「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目評估指標之定義內容，提請討論。

主席裁定：保留至下次委員會會議討論。

拾壹、專案報告

報告單位：中央健康保險署

案由：立法委員李應元等 16 人擬具「強制汽車責任保險法第 27 條條文修正草案」，提案修正強制汽車責任保險傷害醫療費用給付範圍排除全民健康保險法所規定給付範圍，影響健保財務案，請鑒察。

決定：併討論事項第二案處理。

拾貳、散會：上午 11 時 45 分。

105 年各部門總額執行成果評核作業方式

壹、評核範圍

- 一、醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額之一般服務(含品質保證保留款)及門診透析服務執行成果。
- 二、各部門總額專案計畫/方案執行成效。

貳、辦理方式

一、評核會議之報告

由各總額部門及健保署提供各部門別之一般服務及專案計畫執行成果報告(報告大綱及提報單位，詳附表一~三)，並於一個月前先提出書面報告，以供評核委員事先審閱，及本會推派擔任健保署「醫療給付費用總額研商議事會議」及「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之代表參閱。

二、評核委員

參考各總額部門推薦之名單，由本會邀請 4 至 8 位專家學者擔任評核委員。

三、一般服務與專案計畫/方案評核會議

(一)會議期程：2 天。

(二)第一階段：公開發表會議(1 天半)。

- 1.依各部門總額一般服務及專案計畫之執行成果報告，由評核委員評論，並開放與會者提問。

2.參與人員

除本會委員、各總額部門相關團體與健保署外，另邀請衛福部相關單位與附屬機關，如：社保司、醫事司、照護司、心口司、中醫藥司、全民健保爭議審議會、國民健康署、疾病管制署等，以及民間團體，如：病友團體、社福團體、醫策會、消基會、醫改會等(名單如附表四)。

(三)第二階段：評核內部會議(半天)。

- 1.評核委員就各部門總額執行成果，進行意見交換與評分。最終除對各部門總額之整體執行成果評分外，並對專案計畫/方案之規模、經費等提供一致性建議。

2.參與人員：主席、評核委員、本會幕僚。

參、評核項目與評分方式

一、一般服務與專案計畫分開評核之後再加權合併計分。該二項評核之計分權重為，一般服務：專案計畫＝80%：20%。各部門總額執行成果評核項目及配分如下表。

評核項目	配分
一、一般服務執行績效 (一)就 104 年評核委員評論意見與期許之回應說明 (二)維護保險對象就醫權益 1.滿意度調查結果之檢討及改善措施 2.民眾諮詢及抱怨處理 3.民眾自費情形及改善措施 4.就醫可近性及公平性之改善措施 5.其他確保民眾就醫權益之措施 (三)專業醫療服務品質之確保與提升 1.品質指標監測結果之檢討及改善措施 2.其他改善專業醫療服務品質具體措施 (四)協商因素項目之執行情形 1.新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等) 2.給付項目及支付標準修訂 3.其他協商因素項目(依協定結果分列) 4.品質保證保留款實施方案 (五)總額之管理與執行績效 1.該年度推動之亮點項目 2.醫療利用(含全國及各分區)及費用管控情形 3.點值穩定度 4.專業審查及其他管理措施 5.院所違規情形及醫療機構輔導	80
二、專案計畫/方案執行成效 (一)就 104 年評核委員評論意見與期許之回應說明 (二)預期目標達成度 (三)醫療服務效率 (四)醫療服務效益(照護率、民眾健康狀況或就醫可近性提升)	20

註：列入評核之專案計畫/方案如附表三。

二、104年度未接受健保署專業事務委託之總額部門，由健保署報告執行成果，未受託部門得補充報告，並予以評分。

肆、評核結果之應用

一、評核結果依所獲分數，區分為下列五等級：

評核分數	等級
90 分及以上	特優
85 分至未達 90 分	優
80 分至未達 85 分	良
75 分至未達 80 分	可
未達 75 分	劣

二、評核結果作為次年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給協商因素中「品質保證保留款」項目之成長率。

三、專案計畫/方案評核之相關建議，並作為次年協商該項專案經費增減及續辦與否之依據。

伍、105 年評核作業時程表

時間	作業內容
4 月上旬	本會函請各總額部門及健保署，就所送一般服務及專案計畫報告大綱格式準備資料，並請各總額部門推薦評核委員參考人選。
5 月中旬	請健保署提供各總額部門所需數據；各總額部門視需要另洽請健保署提供相關資料。
6 月中旬	健保署及各總額部門提送一般服務及專案計畫執行成果之書面報告，供評核委員審閱，及本會推派擔任健保署「醫療給付費用總額研商議事會議」及「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之代表參閱。
7 月上旬	健保署及各總額部門提送「各部門總額執行成果發表暨評核會議」之簡報資料。
7 月下旬	召開為期兩天之「各部門總額執行成果發表暨評核會議」。

一般服務執行成果報告大綱

項目	健保署提報	部門提報
壹、就 104 年評核委員評論意見與期許之回應說明	✓	✓
貳、維護保險對象就醫權益		
一、滿意度調查結果之檢討及改善措施	調查結果	檢討及改善
二、民眾諮詢及抱怨處理	—	✓
三、民眾自費情形及改善措施	調查結果	檢討及改善
四、就醫可近性及公平性之改善措施	調查/統計結果	檢討及改善
五、其他確保民眾就醫權益之措施	—	✓
參、專業醫療服務品質之確保與提升		
一、品質指標監測結果之檢討及改善措施	監測結果	檢討及改善
二、其他改善專業醫療服務品質具體措施	—	✓
肆、協商因素項目之執行情形		
一、新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等)	預算及申報情形	推動情形、 檢討及改善
二、給付項目及支付標準修訂	預算及申報情形	推動情形、 檢討及改善
三、其他協商因素項目(依協定結果分列)	預算及申報情形	推動情形、 檢討及改善
四、品質保證保留款實施方案	—	✓
伍、總額之管理與執行績效		
一、該年度推動之亮點項目	—	✓
二、醫療利用(含全國及各分區)及費用管控情形	醫療利用情形	檢討及管控措施
三、點值穩定度	點值	檢討及改善
四、專業審查及其他管理措施	—	✓
五、院所違規情形及醫療機構輔導	—	輔導改善情形
陸、附錄		
一、品質確保方案	—	—
二、品質保證保留款實施方案	—	—
三、其他視需要提供之方案內容	—	—

註：1.請健保署配合於 5 月中旬提供各總額部門所需數據，以利各部門提報檢討與改善措施。報告內容請至少提供 5 年(100~104 年)之數據。
2.各部門總額之滿意度調查結果，不計入無意見部分。

專案計畫/方案報告大綱

項目	健保署提供資料	部門提報
壹、就 104 年評核委員評論意見與期許之回應說明	—	✓
貳、104 年計畫/方案目的及重點		
一、計畫目的	—	✓
二、執行目標	—	✓
三、經費來源與協定事項	—	✓
四、費用支付	—	✓
五、執行內容	—	✓
六、評核指標及退場機制	—	✓
參、歷年執行情形及成效評估		
一、預算執行數及執行率	✓(註)	✓
二、目標達成情形	✓(註)	✓
三、執行概況及結果，包含醫療服務提供及民眾利用情形、獎勵情形等	✓(註)	✓
四、成效評估，包含評核指標達成情形、就醫可近性及健康狀況改善情形、相關退場情形等	—	✓
肆、檢討與改善方向(含 105 年計畫/方案修正重點)	—	✓
伍、附錄：各項專案計畫/方案內容	—	✓

註：由各總額部門負責之專案，請健保署提供執行情形之數據；至由健保署負責之專案，各項目均由署提報。

專案計畫/方案提報單位

部門別	計畫/方案名稱	提報單位
牙醫	<ul style="list-style-type: none"> - 醫療資源不足地區改善方案 - 牙醫特殊服務計畫 - 牙周病統合照護計畫 	牙醫師公會全聯會
中醫	<ul style="list-style-type: none"> - 醫療資源不足地區改善方案 - 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫(包含 1.腦血管疾病；2.顱腦損傷；3.腫瘤患者手術、化療、放射線療法後照護) - 提升孕產照護品質計畫 	中醫師公會全聯會
西醫基層	- 西醫醫療資源不足地區改善方案	醫師公會全聯會
	- 家庭醫師整合性照護計畫	健保署
醫院	<ul style="list-style-type: none"> - 急診品質提升方案 - 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs) - 西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層) - 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 	健保署
醫院、西醫基層	<ul style="list-style-type: none"> - 加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫(註) - 醫療給付改善方案(糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者、早期療育、孕產婦全程照護) 	健保署
其他預算	<ul style="list-style-type: none"> - 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 - 非屬各部門總額支付制度範圍之服務 - 全民健保高診次民眾就醫行為改善方案-藥師居家照護 - 支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費及器官移植、西醫基層慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費 - 推動促進醫療體系整合計畫 - 其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費 - ICD-10-CM/PCS 編碼 - 鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施 - 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 - 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫 - 提升保險人管理效率 	健保署

註：醫院之慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫，已於 102 年由專案計畫移至一般服務項下。

邀請單位與人數

	相關單位	名額
1.健保會	本會委員	35
2.各總額部門相關團體	台灣醫院協會	10
	中華民國醫師公會全國聯合會	10
	中華民國牙醫師公會全國聯合會	10
	中華民國中醫師公會全國聯合會	10
3.衛生福利部相關單位及附屬機關	社會保險司	5
	醫事司	2
	中醫藥司	2
	護理及健康照護司	2
	全民健康保險爭議審議會	2
	心理及口腔健康司	2
	中央健康保險署	20
	國民健康署	2
	疾病管制署	2
	社會及家庭署	2
4.民間團體	台灣腎臟醫學會	1
	中華民國護理師護士公會全國聯合會	1
	中華民國藥師公會全國聯合會	1
	財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會	1
	財團法人台灣醫療改革基金會	1
	中華民國消費者文教基金會	1
	中華民國老人福利推動聯盟	1
	兒童福利聯盟文教基金會	1
	台灣女人連線	1
	財團法人罕見疾病基金會	1
	中華民國血友病協會	1
	財團法人肝病防治學術基金會	1
	中華民國糖尿病病友全國協會	1
	中華民國乳癌病友協會	1
	中華民國康復之友聯盟	1
	台灣氣喘之友協會	1
台灣腎友生活品質促進協會	1	

	相關單位	名額
4.民間團體	中華骨髓移植關懷協會	1
	財團法人羅慧夫顱顏基金會	1
	台灣腦中風病友協會	1
	台灣勞工陣線協會	1
	台灣社會福利總盟	1
	中華民國身心障礙聯盟	1
	台灣社會心理復健協會	1
	台灣醫療品質促進聯盟	1
	全國勞工聯合總工會	1
合計		142

第 2 屆 105 年 第 3 次 委員 會議
與 會 人 員 發 言 實 錄

壹、「議程確認」、例行報告第一案「確認本會上(第 2)次委員會議紀錄」、例行報告第二案「本會上(第 2)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

戴主任委員桂英

與會人員大概都已就座，請問葉執行秘書明功，委員出席人數是否已過半？可否開始進行今天的委員會議？

葉執行秘書明功

可以。

戴主任委員桂英

- 一、本會今天來到壠新醫院召開第 3 次委員會議暨業務參訪活動，特別感謝也是本會委員的張總執行長煥禎，提供這麼好的場地，張羅十分周到，請委員以鼓掌表達謝意(眾委員鼓掌)。
- 二、會議開始前，先介紹新任委員林惠芳女士(委員拍手表示歡迎)，林委員之前曾代理參加若干次委員會議，日前已由台灣社會福利總盟正式推薦擔任本會委員，歡迎林委員的加入。
- 三、接下來依議程進行今天的委員會議(未有委員表示反對)。首先是報告事項，請葉執行秘書明功說明。

葉執行秘書明功

- 一、戴主任委員、各位委員，今天很高興來到北部地區最好的醫院之一，壠新醫院。有關例行報告第二案，「本會上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」，共有五點說明，請委員參考會議資料。
- 二、因為時間因素，簡要說明。說明一，上次委員會議決議(定)之 10 事項，建議解除追蹤 6 項，繼續追蹤 4 項，但最後仍依委員議定結果辦理，請參閱會議資料第 14 頁附表：
 - (一)第 3 項，有關「健康存摺下載率」是否列為「家庭醫師整合性照護計畫」之評核指標，健保署已決議刪除該項指標，並於本(105)年 3 月 8 日公告修正，本項建議解除追蹤。

- (二)第 4 項，有關委員建議於會議資料之附表及附錄標示頁碼，本會幕僚已遵照辦理，本項建議解除追蹤。
- (三)第 6 項，「為提升醫療照護品質與善盡健保會委員監督健保資源使用，目前支付標準項目中如非醫師親自執行，健保應不予給付案」，請依相關法規辦理乙節，健保署表示依會議決議辦理，本項也建議解除追蹤。
- (四)第 7 項，各部門總額評核資料於檢送評核委員時，應同時檢送本會推派擔任健保署研商議事會議及共同擬訂會議之代表，健保署回覆將依會議決議辦理，本項建議解除追蹤。
- (五)第 9 項，請委員參閱會上提供之更新資料第 1 頁。有關請相關單位提供實際護理人員數等書面補充資料，相關單位已提供，請參閱更新資料第 2~4 頁，本項建議解除追蹤。
- (六)第 10 項，有關「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」之專案報告，委員所提提升院所上傳比率、簽署同意書作業方式等執行面及法規研修之建議，健保署已錄案研參，本項也建議解除追蹤。

戴主任委員桂英

- 一、謝謝葉執行秘書明功的報告。在進行上次委員會議決議(定)事項辦理情形追蹤之前，請問委員對例行報告第一案，本會上次委員會議紀錄，有無修正意見？(未有委員表示意見)如果沒有，確認上次委員會議紀錄。
- 二、接下來進行決議(定)事項辦理情形追蹤，因為今天的時間有限，僅報告解除追蹤部分，委員是否同意剛才提報的 6 項解除追蹤案？請張委員煥禎。

張委員煥禎

請委員參閱會議資料第 14 頁，第 5 項次第三點，有關「業務執行報告所提供醫療費用點數及核減率相關報表，數據宜具一致性，並備註資料產製時點及定義」，幕僚建議解除追蹤乙節，提出不同意

見：

- 一、請委員參閱會議資料第 17 頁，健保署提供之「醫療費用點數及核減率相關報表之比較彙整表」，(105 年 2 月份)業務執行報告之表 17「全民健康保險_總額部門別醫療點數統計_總表」，並未納入如血液透析及基層、牙醫、中醫等核刪較少的醫療服務；但表 33-1「全民健保門、住診醫療費用核減統計表_總表」，則包含這些較少被核刪的服務，是將所有總額部門別的增加總醫療點數去計算核減率，兩者內涵不同，這樣的統計資料並不能看出實質問題點。
- 二、從核減統計表看來，核減率好像很低，但若同時呈現部門別資料，則會有不同解讀。建議健保署將核減率的統計表依總額部門別區分，分別呈現核減率數據，才能看出各部門的困境，反映各部門提供多少服務，被核刪多少？實際點值是否合理？
- 三、建議本項先不解除追蹤，請健保署於下次委員會議提供各部門總額核減率數據。

戴主任委員桂英

謝謝！請健保署於下次會議盡量依張委員煥禎的建議處理。

潘委員延健

- 一、請參閱會議資料第 16 頁第 10 項次，幕僚建議解除追蹤。惟上次會議進行「『鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案』之執行成果與檢討報告」時，醫界提出許多疑問與建議，包括要求醫療院所請病人簽署同意書，尤其納入檢驗、檢查等項目後，又須再請病人重新簽署，造成病人與醫療院所諸多不便，除了從法律面解套外，有無更好的權宜之計？此問題仍須持續追蹤。
- 二、資料呈現「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」申辦家數比率(申辦家數/特約家數)，基層診所及藥局僅 20%左右。在雲端藥歷資料上傳尚未完整前，健保署於 7 月份就要執行跨院所重複用藥費用核扣措施，對醫療院所非常不公平。希望能在

上傳率較完整後，才開始執行。

三、上次會議委員所提建議，健保署若僅錄案研參，較無追蹤力道，建議本項持續追蹤，並請回應相關建議事項。

戴主任委員桂英

謝謝！這部分請健保署說明後再決定。請干委員文男。

干委員文男

會議資料第 16 頁第 8 項次，這幾年來，護理及健康照護司已推動多項護理人力改善措施，本會於協商年度總額時，也編列相關預算，以改善護理人力問題，總計編列 100 多億元(98~103 年醫院總額編列「提升護理照護品質」專款，合計 91.65 億元；該專款於 104 年移列至一般服務，計 20 億元)。然而，104 年醫院護理人員還有 5.61% 空缺率，建議應加強檢討，否則今年協商 106 年度總額時，會特別注意這部分的執行成果。

戴主任委員桂英

- 一、謝謝干委員，其他委員有無詢問？(未有委員詢問)，如果沒有，本案發言告一段落。
- 二、至於潘委員延健所提「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」，作業面能否更簡便？院所資料上傳率仍低情況下，7 月份能否暫不實施跨院所重複用藥費用核扣措施之意見，請健保署說明。

施組長如亮

有關雲端藥歷藥局上傳率較低問題，本署之前已與藥師公會全聯會討論過，目前也請分區業務組加強輔導改善，否則將進行相關處置。另有關 7 月份跨院所重複用藥費用核扣措施，除持續加強藥局配合上傳率外，對於重複用藥的案件，我們會先判斷是否屬病患端造成，若不可歸責於醫療院所，則不會予以核扣費用。

戴主任委員桂英

- 一、依健保署說明，從現在到 7 月份還有一些時間，該署會持續努力。至於未來因為資料上傳不完整，或其他不可歸責於醫療院

所的部分，將不會予以核扣。

二、建議接下來的幾個月先觀察資料上傳率是否提升，再進一步處理。本案健保署已將委員意見錄案研參，建議先解除追蹤，未來若有需要，仍可再提出討論。

三、上次委員會議決議(定)事項辦理情形追蹤報告進行到此，其他重要業務報告事項請委員參閱，若有意見稍後仍可提出。接下來進行例行報告第三案「105 年各部門總額執行成果評核作業方式案」。

貳、例行報告第三案「105 年各部門總額執行成果評核作業方式案」 與會人員發言實錄

戴主任委員桂英

本案為幕僚所提報告案，因為內容很長，建議不宣讀，由同仁擇要說明與往年差異處。

彭專員美瑩

請委員參閱會議資料第 18 頁，報告事項說明第二點，依本會 104 年 8 月份委員會議「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」之決定，幕僚參照評核委員如下三點建議，研擬修訂草案，經洽請健保署提供意見後，擬具「105 年度各部門總額執行成果評核作業方式」(草案)，如會議資料第 20 頁附件：

一、參照「評核重點宜呼應一般服務項目與專款計畫之預算占比(95%：5%)」之建議，調整評核配分與項目：

(一)評核配分：一般服務由 75%調整為 85%，專款計畫由 25%調整為 15%。

(二)評核項目：強化一般服務部分，及依現行協商架構，將「協商因素項目之執行情形」，再細分為新醫療科技、給付項目及支付標準修訂、其他協商因素項目、品質保證保留款實施方案等 4 項。

二、參照「各部門具一致性之項目由健保署統一提報，各總額部門則聚焦於亮點項目」之建議，微幅調整健保署與各總額部門之報告內容：

(一)由健保署統一提報各部門之一致性項目(如：一般服務之滿意度調查結果、品質指標監測結果)，避免重複提報。

(二)各總額部門提報該評核年度之亮點項目、各項目之執行情形，及相關檢討與改善措施等；請健保署配合於 5 月中旬提供各總額部門所需數據，以利部門研提檢討與改善措施。

三、參照「考量由各分區共管組織報告執行成果」之建議，請健保署於報告醫院總額時呈現各分區共管組織之執行成效。

戴主任委員桂英

謝謝！本會援例將於今年 7 月下旬擇 2 天舉辦「各總額部門執行成果發表暨評核會議」，今年的作業方式與往年大致相同，僅部分調整如草案劃線處，請委員表示意見。

何委員語

一、以一般服務與專款計畫之預算占比 95%：5%為由，將一般服務評核配分由 75%調整為 85%，專款計畫由 25%調整為 15%，數據差距太大。建議一般服務配分調整為 80%，專款計畫調整為 20%，不然大家會忽略專款計畫的推動成果。建議專款計畫應至少保留 20%。

二、專款計畫的預算占比雖然不大，但可藉此檢視各總額部門的執行情形及成效是否良好，對委員而言非常重要。若將專款計畫的評核配分降至 15%，比率太低，至少要保留 20%。

戴主任委員桂英

請陳委員義聰。

陳委員義聰

一、認同何委員語的意見，對於專款計畫的評核配分，牙醫總額部門建議維持原來比率。

二、專款計畫主要是針對重點項目進行試辦，若試辦成效良好，才能轉為一般服務、納入常軌，所以專款計畫是年度觀察重點，評核配分不應只考量預算占比。

戴主任委員桂英

謝謝陳委員義聰，請問委員有無其他意見，請干委員文男。

干委員文男

贊成陳委員義聰的意見，專款計畫的評核配分維持原來比率，不要更改。

戴主任委員桂英

請問其他委員有無詢問？請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

請問為何要調整一般服務及專款計畫的評核配分比率，將一般服務的評核配分由原本 75% 調整為 85%，專款計畫由 25% 調整為 15%，有何特別的想法或原因？

戴主任委員桂英

謝謝楊委員芸蘋的詢問，其他委員可能也有相同疑問，請幕僚補充說明，讓大家回憶起當時的情形。

張副執行秘書友珊

請委員參考會議資料第 18 頁說明二之(一)。主要源自 104 年各部門總額執行成果發表暨評核會議時，評核委員認為，各部門總額之預算主要都配置在一般服務，評核重點宜呼應一般服務與專款計畫的預算占比，因此建議調整評核配分與項目。原則上，評核委員最後會依據各總額部門的整體表現來給予評分。

戴主任委員桂英

請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、記得李教授玉春(現為本部次長)在擔任次長的前 1 年，曾受邀到本會進行專題報告，當時李教授就曾提醒總額的一般服務預算都會滾入基期，且越來越大，如果將所有的注意力都投注在專款計畫，也許會忽略一般服務項目，而失去藉由管理一般服務項目，讓總額支付制度及醫界經營得更好的機會。她在 104 年各部門總額執行成果評核會議時又再次提醒，我也認同評核配分與項目可以有所調整，這部分的思考非常重要。
- 二、至於剛才何委員語所提建議，一般服務評核配分調整為 80%，專款計畫調整為 20%，我認為可以考慮。基本上，有變動是好的，過 2 年若費用有變化，再進一步思考如何調整。

戴主任委員桂英

因為時間因素，本案可否討論至此？請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、本案列為報告案，我有意見。這是本會的重要業務，應由委員討論後決定，不應以報告案的方式處理。
- 二、對於評核配分，總額部門各有想法、偏好，專款計畫做得好的部門，希望其占率高；專款計畫做得不好的部門，則希望一般服務的占率高，及壓縮專款計畫占率。
- 三、我們應該務實面對，一般服務當然重要，但一般服務屬例常性質，專款計畫則是透過推動專案，達到預期完成目標，如果專款計畫占率低，老實講，效果就會減弱。講白一點，不應該以預算金額多寡來衡量評核配分，因為兩者想要達到的目的不同，我認為以金額來看並不實際，建議維持原來的配分方式。

戴主任委員桂英

- 一、目前委員所表達的意見，可歸納為兩種建議。一種建議是，一般服務的管控非常重要，所以評核配分應該往上調整；另一種建議是，專款計畫是年度執行重點，所以應加重其評核配分。
- 二、在此徵求委員意見，若將評核配分略微調整，依照何委員語及吳委員肖琪的建議，將一般服務調整為 80%，專款計畫調整為 20%，請問委員是否同意？如果同意，往後請幕僚在籌辦評核作業時，就按照此配分比率辦理。

謝委員天仁

可以同意試辦，暫時實施 1 年，觀察其與過去的差異。

戴主任委員桂英

好，就決定暫時實施 1 年。請何委員語。

何委員語

- 一、昨天晚上 1 點半在看會議資料時，也思考到底要不要調整。後來參考以前評核委員的意見，我認為公說公有理，婆說婆有

理。後來就用紅筆註記「稍微做適度調整」。

- 二、適度調整的用意，是想藉由提高一般服務占比，讓各總額部門提升一般服務成效，因為如果一般服務的分數不提高，整體評核分數就會降低。但專款計畫的配分也不能只有 15%，如果太低，受評單位就無所謂，因為專案做得好不好，對總成績影響有限。所以才考量將專款計畫與一般服務的配分調整為 20%：80%，這樣看來還算適當。
- 三、我並未反對陳委員義聰、謝委員天仁或其他委員建議維持原案。本來我也是這樣想，但後來參考其他資料後，覺得今年可以稍微調整。前次委員會議已決議，今年評核的書面報告，也要提供本會推派擔任健保署相關會議之代表委員參閱。屆時大家可看看調整配分後的結果，我認為這是最好的辦法。

戴主任委員桂英

- 一、謝謝何委員語再度說明支持調整評核配分的想法。105 年各部門總額執行成果評核作業方式，將一般服務及專款計畫的評核配分調整為 80%：20%，試行 1 年後再檢討，其餘部分照擬案通過。
- 二、接下來進行例行報告第四案「中央健康保險署『105 年度各部門總額品質保證保留款實施方案(草案)修訂內容』」。

參、例行報告第四案「中央健康保險署『105 年度各部門總額品質保證保留款實施方案(草案)修訂內容』」與會人員發言實錄

戴主任委員桂英

時間關係，本案不宣讀，委員可參閱會議資料第 28~29 頁，請健保署口頭說明。

張專門委員溫溫

依照貴會決議，105 年度各部門總額品質保證保留款(下稱品保款)實施方案，須提經委員會議同意後始得動支相關預算。本署已召開各部門總額研商議事會議討論，並依據討論後的共識，修訂方案內容，其中牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院總額，都將核發品保款指標的標準提高。如果貴會同意，本署將依程序報主管機關核定後公告實施。

戴主任委員桂英

謝謝健保署的說明。健保署所召開的各部門總額研商議事會議，都有本會委員代表參加，方案雖經各該會議討論同意，但其他未參與會議的委員，可能還有意見提供參考。先請吳委員肖琪，再請蔡委員宛芬。

吳委員肖琪

在醫院總額研商議事會議討論品保款實施方案時，我提出該款項旨在提升品質，因此，相關指標也應著重在品質面向，特別是 2018 年之前，在還未因為人口負成長而影響總額成長率前，應該要讓品保款的用途回歸鼓勵品質。非常感謝醫學中心及區域醫院的善意回應。以下幾點問題請教：

- 一、有關基本獎勵額度，請參閱會議資料第 92 頁倒數第 2 行。肯定醫學中心將基本獎勵由原先的 30% 下修為 20%；區域醫院由 30% 下修為 25%。亦即，醫學中心將 80% 的品保款、區域醫院將 75% 的品保款，運用於品質指標的獎勵，值得嘉許。
- 二、請參閱會議資料第 95 頁，地區醫院維持將 70% 的品保款作為基本獎勵，換言之，只有 30% 的品保款用於品質指標獎勵。建

議地區醫院比照醫學中心及區域醫院，將基本獎勵比率由 70% 調降為 50%，同時將品質指標獎勵由 30% 提高至 50%。

- 三、請參閱會議資料第 93~94 頁，有關獎勵指標達成的項目數，醫學中心及區域醫院的獎勵指標共計 19 項，若某醫院有 8 項指標優於該層級的目標值，就可拿到滿分。惟相較會議資料第 96 頁，地區醫院的獎勵指標共計 24 項，則只要 5 項達標就可拿到滿分。建議醫學中心及區域醫院可否提高為 10 項，地區醫院則提高為 7 項、8 項或 10 項，才算滿分。

戴主任委員桂英

謝謝吳委員肖琪。先請蔡委員宛芬，再請謝代理委員文輝。

蔡委員宛芬

- 一、首先肯定中醫部門，這次指標與上次相較，改變很多，而且看到非常大的成就，例如新增減項，還有為鼓勵至偏鄉服務的中醫診所，給予其多一點資源。(註：依健保署說明，105 年草案係調整 1 項不予核發指標，及 1 項減計原則指標)
- 二、贊同吳委員肖琪意見，希望品保款相關指標具有鑑別度，才能讓品質好的醫院真正得到獎勵。醫院總額品保款實施方案中，地區醫院的內容，較難讓品質好的醫院感受到被鼓勵。呼應吳委員意見，地區醫院之基本獎勵比率的确應予調整，24 項獎勵指標中只要達到 5 項就拿到滿分，似乎太寬鬆。
- 三、醫院總額品保款實施方案中，醫學中心指標獎勵的第 18、19 項，及地區醫院第 23、24 項獎勵指標，都新增「健康存摺系統下載率」(「住院病人健康存摺系統下載率」、「門診病人健康存摺系統下載率」)，其是否適合作為品質指標？健康存摺理應由民眾自行下載，原則上醫院並不能幫病人下載，將此列為品質指標有疑義。健保署應該是希望醫院幫忙推廣，但由「醫院協助下載」或「民眾自行下載」，兩者間仍存有 gap(差距)。
- 四、各部門總額品保款實施方案，似乎都取消「重複用藥」的相關

指標，我想可能因為健保署將於今年 7 月推動跨院所重複用藥費用核扣措施所致。不過目前看來，須達成某些前提，健保署才會執行該措施，所以能否如期推動還是未知數。但目前已將「重複用藥」相關指標刪除，尤其西醫基層部門最明顯。(註：依健保署說明，105 年草案，僅調整 4 項核發指標之標準)

五、西醫基層品保款實施方案中，去年的指標是以降低重複用藥為主，但今年這些指標都沒了，只剩下 5 項指標，且看不出來其與基層照護品質的關連性，例如「診所月平均門診申復核減率」、「診所之每位病人年平均就診次數」等，即使平均就診次數下降，也不見得代表病人照護得較好，可能是病人因病情未改善，轉至其他院所就醫所致。建議再行研修方案內容。

戴主任委員桂英

請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

一、醫院總額品保款實施方案中，為何地區醫院的 24 項指標，只要達到 5 項就滿分？因為三層級醫院的性質不同，醫學中心及區域醫院多為綜合型醫院，各醫院都有提供 19 項指標的相關服務；但地區醫院之間，服務型態差異很大，例如有些醫院專門做 RCW(Respiratory Care Ward，呼吸照護病房)，有些醫院則 90% 以上業務為門診服務，有些醫院只提供單項骨科、眼科，或婦幼方面的醫療服務，為了因應地區醫院涵蓋的各種型態，指標總項次才需訂到 24 項。例如某地區醫院，與其相關的指標可能只有 6 項，若該院 5 項達標，表示大部分能做的都已經做到，若改訂為 8 項，很多醫院可能就直接出局。再次強調，地區醫院的服務型態、服務科別差異性實在很大，無法與醫學中心及區域醫院類比。

二、地區醫院基本獎勵的比率較高，是因為醫院規模小，工作人員經常身兼數職，例如負責總務還要負責會計，一個人要做好幾

個工作，地區醫院幾乎要使盡吃奶力氣，才能夠有幾項指標達標。提高服務品質需要經費支持，若某地區醫院能達到基本要求，表示已積極提升品質，應該給予基本獎勵，以支應所需的基礎人力成本，後續才有可能再提升品質。

三、目前方案內容符合地區醫院的多樣性及差異性，且已提經醫院總額研商議事會議討論通過，希望委員能體諒。未來若有其他可再精進之處，再於總額研商議事會議討論，思考如何讓品保款發揮更好的效果。

戴主任委員桂英

謝謝！請蔡委員明忠。

蔡委員明忠

- 一、向委員說明，西醫基層診所有 1 萬多家，不像醫院家數少，所以西醫基層總額品保款實施方案，仍以「各診所」一致性的指標項目進行研擬、推動，尚無法依診所屬性研擬指標。
- 二、對於高診次病人的就醫管控，建議健保署不應只挑 1 家診所，要求其管控病人的高診次情形，應該是由病人就診過的所有診所一起管控。例如，某位病人就診次數超過 15 次，健保署應通知該病人去過的所有院所，共同管控其高就診情形，現在健保署將責任交給其中 1 家診所，但該診所再怎麼盡責，也只能盡力降低病人在自家診所的就醫次數，如何與其他院所串連、合作，是未來努力的方向。
- 三、西醫基層部門對於該管控的事項不會不管，也不會將監控指標刪除。目前推動重點在於讓每家診所努力教導病人，以減少重複看診及用藥，希望共同努力讓指標值下降，這才是基層診所努力的目標。

黃委員啟嘉

有關蔡委員宛芬對西醫基層總額的關心事項，特予說明：

- 一、「診所之每位病人年平均就診次數」指標，仍與醫療品質相關。一般而言，有 6、7 成病人會固定在 1 家診所就醫，有

2、3 成病人會轉至其他院所看診。若某診所平均就診次數較低，代表該診所較為有效率診療病人，可以不必耗費太多健保資源，就將病人醫治，所以平均就醫次數指標有其意義。

- 二、「診所月平均門診申復核減率」指標，可呈現某診所的醫療行為，其在同儕間被認可的程度，若同儕認可度低，則核減率高；若核減率低，表示同儕對其醫療行為及專業的認同度高。
- 三、「西醫基層總額支付制度品質確保方案」訂有監控各種疾病「同藥理用藥日數重疊率」的相關指標；此外，審查核刪也訂有「重複用藥」的相關指標，這些指標並未取消，只是避免重複，所以品保款實施方案就未再將指標納入。西醫基層所提 5 項指標，都確實與醫療品質相關。

滕委員西華

- 一、關於各部門品保款實施方案，肯定牙醫及中醫的自律表現。尤其在核發門檻的規定，某些診所若不符資格，就直接不予支付，這些自律措施，值得肯定。
- 二、至於西醫基層總額部分，與蔡委員宛芬部分意見類似：
 - (一)本次方案內容與去年相較，鑑別度並未提升，特別是大部分著重於管控服務量。至於品質部分，比如若有納入鼓勵診所查詢雲端藥歷的指標，應該可以減少重複用藥，指標兩邊都放，也並無不妥。
 - (二)有關平均就診次數指標，雖然剛剛蔡委員明忠及黃委員啟嘉所言不無道理，但若將病人資料依 ID(Identity, 身分證字號或居留證號)歸戶分析，發現其就診都 shifting(移轉)到其他院所，此指標就不太有意義。
 - (三)西醫基層 5 項核發指標中，只有「門診病人健保雲端藥歷查詢率」1 項，有依據是否為「家醫科和內科病人」分別訂定標準。「家庭醫師整合性照護計畫」已推行 10 多年，政策上也多方鼓勵整合醫療、降低浪費，照理說家醫群診所所在病人的總就診次數、平均就診次數、個案重複就診率都

應該比同儕表現更好才對，否則這 10 幾年就白推了！因此各項指標中都應該有參照。

(四)「門診病人健保雲端藥歷查詢率」指標，家醫科和內科病人查詢率目標值只比其他科別多 5%，而如耳鼻喉科、小兒科等也需重視重複用藥問題，建議西醫基層部門再多加考量。

三、醫院總額部分，如吳委員肖琪所言，地區醫院的指標獎勵方式與醫學中心、區域醫院差異太大，請考量理想性及調高目標：

(一)地區醫院基本獎勵比率 70%，其中參加指標計畫者占 35%，參加品質積分者(上課積分或認證)占 35%。現在不是都儘量減少非必要課程嗎？而且該指標難以判斷學習成果是否反映在病人服務品質。如屬基礎、非必要課程，則不應常常要求醫事人員取得學分；如屬必要課程，則其成效應反映在醫療品質上。

(二)剛才謝代理委員文輝的說明無法說服我，地區醫院指標欠缺積極性目的，如僅以品保款來肯定醫院辛勞，也毋需訂定太多指標，總額預算不足是另一個議題，在醫學中心與區域醫院尚有醫療品質相關指標可監督下，地區醫院的指標項目相對太少。

(三)附和蔡委員宛芬的意見，反對將健康存摺下載率設為核發指標，即醫學中心、區域醫院指標獎勵序號第 18、19 項，及地區醫院指標獎勵序號第 23、24 項。

(四)會議資料第 94 頁，區域醫院指標序號第 16 項(同院所急性精神病人出院 30 日內門診追蹤率)、第 17 項(同院所慢性精神病人出院 30 日內門診追蹤率)，醫院只要開 30 天份藥品或釋出慢性病連續處方箋，就可輕易達此目標。因此，建議改為幾個月內再住院率指標，比如 1 個月或 2 個月，參考醫療品質資訊公開辦法中 DRG(Diagnosis Related Groups，住院診斷關連群)之再住院指標(住院診斷關聯群支

付制度之案件十四日內再住院率)，雖然 DRG 未納入精神疾病，但精神病人重複住院的情形，不僅影響其生活品質，也影響健保財務支出。本次可不修改，惟請健保署未來考慮將一定期限內的再住院率列為指標。

戴主任委員桂英

請干委員文男。

干委員文男

醫院總額品保款實施方案中，並未看到「急診滯留超過 48 小時比率」指標，最近急診滯留情形不但未見改善，似乎還更嚴重，然而都未提出急診品質相關指標，建議將之列入。

戴主任委員桂英

請林委員惠芳。

林委員惠芳

- 一、我是健保會新任委員，剛接觸此議題，因此有些疑問。為何地區醫院的指標與其他層級醫院有差異？雖然擔任委員的時間尚短，但當病人的時間很長，很期待地區醫院在品質上有更積極的作為。
- 二、呼應吳委員肖琪所言，地區醫院基本獎勵比率偏高，至少應將比率降為 50%。謝代理委員文輝認為地區醫院間的科別差異大，導致指標難以適用每家醫院，既然如此，為何不重新檢討、思考，何謂地區醫院的合理指標？這樣地區醫院才會更清楚醫療品質的努力方向。

戴主任委員桂英

請何委員語。

何委員語

今天張總執行長煥禎非常熱誠，可惜參訪時間有限，最好能夠安排 3 天。建議本案停止討論，先通過中醫、牙醫部門的方案，醫院與西醫基層部門可於下次委員會議再提出，並參考委員所提建議修正方案內容。

戴主任委員桂英

- 一、謝謝何委員語。討論時間已超過 6 分鐘(本會預定報告案進行 20 分鐘、討論案 30 分鐘)，依何委員語所提建議，本案停止討論。
- 二、委員肯定牙醫門診及中醫門診總額之品保款實施方案，本案同意通過，至於醫院及西醫基層總額之實施方案，請該部門代表參酌委員所提意見與健保署再行研修，尤其醫院部門的意見多集中在地區醫院，請於下次委員會議提出修正方案。請問委員有無反對意見？(眾委員：沒有！)
- 三、接下來進行例行報告第五案，「中央健康保險署『有關西醫基層總額之 105 年度西醫醫療資源不足地區改善方案之 60 百萬元支用案』」。

肆、例行報告第五案「中央健康保險署『有關西醫基層總額之 105 年度西醫醫療資源不足地區改善方案之 60 百萬元支用案』」與會人員發言實錄

戴主任委員桂英

本案為健保署提報「105 年度西醫療資源不足地區改善方案」之 6 千萬元支用案，不進行宣讀，請健保署口頭說明。

張專門委員溫溫

請委員參閱會議資料第 30 頁，依據 105 年度總額協定結果，「西醫基層醫療資源不足地區改善方案」專款項目全年經費 2.4 億元，其中 6 千萬元用於提升山地離島地區的醫療品質，本署經與醫師公會全聯會討論後，擬提高山地離島地區門診第一階段(1~50 人次)門診診察費，每件增加 20 點，如預算不足則採浮動點值計算。

戴主任委員桂英

請問委員有無意見？

李委員永振

對方案內容無意見，惟依過去身為稽核人員的經驗，對文字較為敏感，建議修改相關說明：

- 一、會議資料第 30 頁，說明二第 4 行，「流用」建議改為「留用」(該段文字係西醫基層總額研商議事會議之決議：預算按季均分，當季若有結餘，可流用至下季)，會計上流用是較不好的狀況。公告內容若使用「流用」一詞，似有不妥。
- 二、幕僚補充說明一之(一)第二行，「相互流用」建議改為「相互支用」(該段文字係 105 年度總額協定事項：全年經費 240 百萬元，其中 180 百萬元得與醫院總額同項專款相互流用)。

戴主任委員桂英

為使文意更為精確，說明二相關文字可否改為「留用」；幕僚補充說明一相關文字可否改為「相互支用」。請謝委員天仁。

謝委員天仁

文字應以衛福部公告為主，如果衛福部已經公告，則不宜修改文字。此處「流用」係指 A 項目費用流至 B 項目使用，並非留下來使用，所以「流用」是正確的。(有委員詢問：公告了嗎?)

戴主任委員桂英

請健保署說明公告與否。

張專門委員溫溫

本案經委員會議同意後才會進行後續公告事宜。

戴主任委員桂英

目前尚未公告，謝委員天仁可否同意依前述意見修改？

謝委員天仁

原來的「流用」才正確，若改為留下來的「留」，文義上有問題。

滕委員西華

若係指該筆專款預算 1 年 4 季可流來流去使用，則可使用「流用」；若係表示該筆專款經費，不可流至他項使用，則使用「留用」也對。

戴主任委員桂英

方才請幕僚提供說明，謝委員天仁所言正確，幕僚補充說明之「全年經費 240 百萬元，其中 180 百萬元得與醫院總額同項專款流用」，是衛福部公告的文字，為「相互流用」之意。但本案說明二的文字則尚未公告，委員可否同意提案說明二「流用」改為「留用」？

吳委員肖琪

係指「流到下 1 季」，還是「留到下 1 年」？

戴主任委員桂英

委員對字義有諸多爭議，李委員永振可否同意不修改文字？

滕委員西華

一、西醫基層總額研商議事會議的決議是「流用至下季」；而幕僚

補充說明的文字為總額協定事項，意思是該筆經費得與醫院總額同項專款共通使用，屬不同部門專款的流用，確實應使用「流用」。

二、至於說明二所提，6 千萬元經費僅用來支應西醫基層山地離島地區門診第一階段(1-50 人次)門診診察費增加之 20 點，醫院此項目有無增加 20 點？(健保署：沒有)當季多餘的經費可流用至下季，使用「流用」也沒錯。

戴主任委員桂英

文字不修改，本案通過。接下來進行例行報告的最後一案。

伍、例行報告第六案「中央健康保險署『105年2月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

戴主任委員桂英

本案是健保署 105 年 2 月份的業務執行報告，本次不進行口頭報告，僅提供書面資料。請問委員有無詢問？

何委員語

請參看會議資料第 55 頁「二、保險收支項目比較分析之(一)保費收入」，其中「針對經濟弱勢族群放寬 4 類補充保險費扣取標準，由 5,000 元調整為基本工資 22,800 元」，此處應屬誤植，正確為 20,008 元。

戴主任委員桂英

謝謝，依何委員語意見修正。請問委員有無其他意見？請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、過去擔任監理會委員期間，歷經健保卡由紙卡轉為 IC 卡，當時許多航空公司、金融機構想要將健保卡視為第二證件，記得當時的健保局(健保署前身)發布新聞稿聲明「健保卡為就醫憑證，不得作為身分驗證之憑證」。然而現在衛福部竟然同意將 IC 卡作為醫療外使用、線上報稅憑證之一，雖然健保署認為此舉不宜，然而財政部仍然推動此項政策。
- 二、無獨有偶，金管會於 3 月 22 日發布新聞稿「為提升金融機構服務效能，提供投資人多元開戶之身分認證方式，金融監督管理委員會與衛生福利部攜手合作」，請注意是『攜手合作、攜手合作、攜手合作！』而且「自即日起民眾以健保卡至衛福部健保署網站註冊，並取得登入密碼後，即可至證券商、期貨商與投信投顧業申請線上開戶」。
- 三、健保法明文規範，健保卡為就醫使用憑證，內含許多個人醫療資料，為此連下載健康存摺都很謹慎，現在卻同意健保卡作為報稅憑證，居然又可作為證券商開戶的身分認證，此舉變相延伸

身分認證。

- 四、戶政系統的身分認證只有身分證，金管會的做法難道沒有法律疑慮？現在只要擁有他人的健保卡，上網註冊後就可開證券戶、金融戶。新聞稿表示是 2 單位攜手合作，顯然衛福部同意金管會的做法，難道此事不需照會健保會？本人強烈反對，請衛福部社保司司長曲委員同光一定要表態，否則我們就召開記者會。
- 五、健保一再被吃豆腐，健保卡不只可報稅、開證券戶，報導提到其媒介是以健保卡至健保署網站註冊，這不合理，不僅屬於侵權行為，而且違反健保 IC 卡的功能，我們為何要替金融市場背書？
- 六、大家既然如此重視健保 IC 卡，我與干委員文男提案超過 8 年的二代健保 IC 卡為何不執行呢？目前就醫資訊不夠主動、即時，醫療院所需大費周章上 VPN(健保資訊網服務系統)查詢民眾藥歷，若擴充為二代健保 IC 卡，插卡即可顯示醫療、用藥紀錄，根本不必用雲端，如今二代健保 IC 卡未擴充，現在卻同意擴充一代健保 IC 卡的財務金融功能。很抱歉如此激動，因為此舉違反本人 20 年來從事人權議題的價值觀，萬萬不可行！

戴主任委員桂英

請何委員語，再請謝委員天仁。

何委員語

我也反對健保 IC 卡作為證券開戶的證明文件，身分證至少在仿偽、仿冒功能上，下過很大功夫。現在連信用卡、護照都可輕易變造，美金都能造假到銀行也無法辨識，更何況健保卡？如果將之作為身分證明，反而造成金融業，甚至國家文件大亂，會有層出不窮的造假事件。金管會立意良好，但卻有副作用，應該慎重考量。

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、衛福部是不是細姨仔囡(台語，不受重視之意)？早先二代健保想要運用財政部報稅資料作為保費扣取依據，財政部不同意配合，楊前署長志良(衛生署為衛福部前身)甚至對財政部李前部長述德表達不滿，如今衛福部卻對財政部的政策表示歡迎之意，這不是細姨仔囡嗎？細姨仔囡卡細漢(台語)，最近看報紙，細姨仔囡還被人踢出去(眾委員笑！)。
- 二、至少可以交換對等價值的資料再談，既然可使用健保 IC 卡報稅，財政部是否也應提供財稅資料讓健保運用？表示雙方平等。但事實卻非如此，難怪滕委員西華生氣，我看了也很生氣，部長在搞什麼？
- 三、今天健保署「強制汽車責任保險法第 27 條條文修正草案」專案報告，也是金管會黑白舞(台語，亂來)，又影響健保財務，我們只能暗自垂淚。在法律尚未授權前，我認為健保署不可出賣全民的相關資料。

戴主任委員桂英

請干委員文男。

干委員文男

- 一、細姨仔囡還是有名分的，我認為是拖油瓶，衛福部將健保署當作拖油瓶，反正不是自家的，分財產都免談。
- 二、二代健保開始時，一直強調健保 IC 卡是醫療專用，現在卻變成他人想怎麼用就怎麼用。贊成滕委員西華所言，我們在二代健保 IC 卡推動上，一起奮鬥許久，不但沒有作用，還變成反作用。

戴主任委員桂英

謝謝干委員文男。

林委員惠芳

我也持反對意見，請大家思考，許多民眾的健保卡其實不是由本人管理，例如失能者，未來會不會造成冒用人頭的後果，建議應謹慎

為之。與其如此，不如思考推動二代健保 IC 卡的可能性，讓健康資訊更清楚呈現，而不用花那麼多力氣勾稽資料。

戴主任委員桂英

委員對此議題討論熱烈，請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

- 一、我 echo(附和)各位委員所提意見，以金管會立場，鼓勵開戶、買賣期貨股票是其業務範疇，衛福部應先考量如何確保被保險人的權益，怎能輕易同意配合？此舉不但違反健保 IC 卡的使用定義及授權範圍，也違反衛福部應有的立場。
- 二、剛才有委員提到金管會此政策對弱勢族群保護不足，當健保卡非本人持有時，會不會由別人代為開戶，而產生後續可能的紛爭，其責任由誰承擔？金管會自 3 月 22 日即開始啟用此政策，可否建請衛福部社保司儘快發文，請金管會暫緩實施，並針對後續可能的問題提出配套措施。

戴主任委員桂英

本案報告時間尚餘 8 分鐘，委員如意見相同，請無須再提出。請陳代理委員順來。

陳代理委員順來(侯委員彩鳳代理人)

全民健康保險業務執行報告第 9 頁顯示(二、保險費收繳執行情形)，投保單位及保險對象保費收繳率將近 99%，而政府保險費補助款收繳率才 92.36%，被保險人是自己出錢，政府負擔的保險費是編列預算，收繳率反而不如被保險人，且民眾未繳保費還要繳納滯納金，建議應加重政府未繳納保費的處罰，至少應高於一般民眾，否則老百姓乾脆拒絕繳納滯納金。

戴主任委員桂英

請問其他委員有無意見？先請趙委員銘圓，再請何委員語。

趙委員銘圓

主席、各位委員、幕僚早，今早因臨時有事，稍微晚到。有關 104 年度全民健康保險基金附屬單位決算書，有幾點建議：

一、營運計畫：

(一)第 2 頁「B、欠費催收情形」：

- 1.對於 104 年已依計畫足額提撥和完成還款之市政府，即台北與新北市政府，建議發函感謝其配合，並召開記者會說明相關欠款及催收進度，鼓勵已還款之市政府，並向高雄市政府施加壓力。
- 2.有關高雄市政府欠費部分，於 104 年度應撥付 38.98 億元，目前尚未清償 11.75 億元，請說明高雄市政府對此之態度及處理方式。
- 3.有關「(C)移送強制執行並查封土地，以確保債權：台北市及高雄市政府之欠費已依全民健康保險法第 28 條規定辦理，並移送強制執行，同時查封各該市多筆土地」，請詳列目前查封之土地供委員參考。

(二)第 2 頁「(5)截至 104 年底，政府應負擔健保總經費法定下限差額，累計撥付不足 698.02 億元，衛福部將逐年編列預算補足撥付」，請衛福部說明預計分幾年撥付完成。

(三)第 3 頁「3.配合總額支付制度，合理分配醫療資源」：

- 1.有關持續推動及執行醫療給付改善方案與慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫，請說明具體做法及成效。
- 2.有關保障罕見疾病及血友病藥費，請說明 104 年度該 2 項的使用費用，以供瞭解。

二、收支餘絀情形：第 15 頁之(三)本年度業務外收入決算數較預算數計增加 49,921,227,062 元，約 2987.41%。資料顯示是補列 102 及 103 年度差額，致本年度實際數較預算增加。請教為何誤差會這麼大？102 年誤差數為何會延至 103 年度處理？請說明。

三、第 55 頁「各項費用彙計表」，科目「會費、捐助、補助、分攤、救助(濟)與交流活動費」項下之「捐助、補助與獎助」部分，請提供細目供參。

戴主任委員桂英

謝謝趙委員銘圓。請何委員語。

何委員語

- 一、中國時報 3 月 23 日報導「健保安全準備 104 年結餘 2,310 億元」。去年我在委員會議就曾預測過，104 年安全準備一定會超過 2,300 億元，當時健保署一直說不會，現在實際數據驗證真的超過 2,300 億元。該報導還提到「健保署官員表示，今年起健保費率下降及補充保費門檻上調，健保今年度收支將出現 48 億元短絀，明年短絀將擴大至 200 億元，後年則為 250 億元」，不曉得記者是指哪位官員，因為沒有特別署名，我對健保署的官員一直這樣放話，深感遺憾。每晚入睡後，僅期望明天早上眼睛能夠睜開，因為現在這個時代，在睡夢中離開人世者很多，所以我每天睡醒一睜眼，就念阿彌陀佛，感謝我今天仍活於人世。
- 二、健保署對今年的事情，為何不在當下講清楚？而一直用不實的數據，在媒體放話，造成人民恐慌。每次有這種報導時，就有人問我，健保今年會賠錢嗎？會賠多少？明年賠多少？後年賠多少？我都得不勝其煩的解釋，讓其他人能瞭解。
- 三、若今年健保財務不會虧損，而有結餘的話，我要請前開新聞報導中提及的健保署官員下台，請他離開，因為講話不實在，都在欺騙民眾，是不負責任的說法。未來的事情，於時間未到前，建請健保署的官員不要再隨便放話！

戴主任委員桂英

- 一、本報告案預計進行 20 分鐘，現在時間剛好差不多。建議請健保署先針對眾多委員關心，金管會要使用健保卡的議題說明，也請健保署說明過去有無向金管會或財政部表態？態度為何？另麻煩曲委員同光若知道此事，也請一併說明。
- 二、至於委員針對其他議題所提意見，請健保署以書面回覆，由本會幕僚收集後再轉知委員，這樣可以嗎？(委員表示同意)謝

謝！請健保署說明。

黃署長三桂

- 一、其實不只財政部及金管會希望以健保卡作為身分查驗認證機制，內政部也一直研議規畫將健保卡整併入晶片國民身分證，健保署已在相關會議上或以書面方式多次表達健保卡維持目前獨立發卡，不同意與身分證合併的意見，本署雖屢表反對，但內政部還是透露身分證與健保卡合併的樣張。
- 二、現行健保卡用途主要是供就醫使用及下載健康存摺，財政部與金管會是在行政院院會表達，希望能跨部會合作，考量行政一體及本案健保卡使用範圍僅單純身分認證並未涉及也無法查詢存取就醫紀錄，與健保法第 16 條規定無違誤且健保端無資安疑義前提下，配合政府部會政策予以協助提供推動業務的管道；另雙方亦有共識，若運用健保卡有疑義，則由使用單位面對解決。
- 三、健保會幾位資深委員也了解，一直以來健保卡就是就醫憑證，不作為身分憑證。以前搭國內線飛機時，航空公司將健保卡當作身分認證使用，當時本署曾說明立場及原則。至於委員的其他詢問，本署會另以書面答覆。

戴主任委員桂英

謝謝黃署長三桂。請問曲委員同光有無補充？

曲委員同光

- 一、首先，感謝委員基於關心健保的立場提出此議題，也擔心衛福部及健保署在溝通過程是否遭受委屈。在此向委員報告，其實政府很多業務都需要跨單位合作，像本部與財政部就是如此。過去推動二代健保時，健保所需資料，很多都須依賴財政部財稅中心提供，一直到現在，健保署查核相關薪資收入所得時，也須依賴財稅中心的資料，所以政府部門間互相合作是必要的。
- 二、剛剛黃署長三桂也提到，基本上健保的保險憑證，用途應該僅

止於就醫憑證，其並未記錄其他單位的任何資料，現在是有別的行政單位認為健保卡不錯，也可運用在其他業務，就來詢問合作的可能性。因此，並非衛福部主動招攬，但衛福部基於政府一體的立場，無法全然反對，其他行政單位要用就用，但仍需自行承擔風險。

三、再次強調，這件事絕非衛福部主動開放保險憑證作為其他用途，例如身分認證功能。而是在開發保險憑證作為下載健康存摺用途的過程中，金管會及財政部也想運用「健保卡作為身分憑證」，但不是由衛福部相關單位確認其身分的正確性，而是由使用單位自行承擔運用後的責任。

戴主任委員桂英

請潘委員延健。

潘委員延健

本不想再發言，不過站在醫界立場，覺得需要再提醒健保卡使用流程的問題。病人到醫療院所就醫時，須要將健保卡交給診間，此時就離開病人身上；至於住院時，依健保法規規定，醫療院所應保管病人健保卡，而病人可能住院 3 天、1 週、甚至 1 個月，此過程中，醫療機構必需承擔保管的責任嗎？這一定要先講清楚，否則醫界無法擔此重任。大家可以共用健保卡的資源，但應先釐清其法律責任。

戴主任委員桂英

一、謝謝！本案討論至此。對於「健保卡也有其他單位想使用」的議題，即使衛福部及健保署已經充分表達「此卡僅作為就醫憑證」的意見，但其他政府單位還是想運用。委員的所有發言都非常重要，應彙整委員意見函送金管會及財政部參考，讓相關單位瞭解，委員的顧慮其實也是一般民眾的顧慮。

二、至於委員針對本案所提其他意見，請健保署以書面答覆。本案若無其他意見，則討論至此…。還有 2 位委員有意見，有請。

趙委員銘圓

健保卡議題，除了剛剛主席裁示外，建議將健保會委員的意見陳報政務委員，再由渠等進行部會間的協調。

戴主任委員桂英

趙委員的建議會記錄下來，但現階段內閣即將改組，後續再視情形處理。

趙委員銘圓

距 5 月 20 日新總統上任還有 1 個多月，政府不能以此為理由就空轉。

戴主任委員桂英

謝謝趙委員銘圓。請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

剛剛大家對健保卡的意見，應可依照主席所言，將本會委員意見函送相關單位參考。但我比較擔心的是，未來將有越來越多要運用健保卡的壓力，本會可否做成下列決議：健保卡除了作為保險憑證用途外，禁止運用在其他用途。若有此決議，也可讓衛福部或健保署未來若再次面對其他單位，要求使用健保卡的壓力時，有較好的後盾，避免後續困擾。

戴主任委員桂英

- 一、謝謝蔡委員宛芬，您的意見也會記錄下來。但本會其實沒有那麼大的 power(權力)去「禁止」，通常「禁止」需要有法律依據。未來若有相關法規修訂時，您的意見可作為法案研修之參考。
- 二、請委員把握時間，建議今天按議程原訂時間進行，委員會議至 11 點 35 分結束，若有未及討論的議題，則移至下次委員會議處理(未有委員表示反對)。請干委員文男。

干委員文男

健保基金有 2 千多億元，請問健保署的運用方式，是放在銀行生利

息嗎？有無其他有效運用？看起來基金的收益不高，可否加以善用，這些錢放著不運用，也是浪費。

戴主任委員桂英

謝謝！請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

主席、各位委員大家好，個人覺得剛才蔡委員宛芬所提意見很對，而且黃署長三桂及曲司長同光的意見，聽起來也不是很贊成金管會如此運用健保卡，今天應該還是要有正確而完整的回覆，不能讓金管會執行，否則對民眾及健保會來說都是傷害。建議除了檢附今天委員所提內容外，也要讓金管會知道健保會反對此事，若未即時表達意見，他們繼續執行就來不及阻擋了！所以還是請主委明確決議。

戴主任委員桂英

謝謝！請蔡委員明忠。

蔡委員明忠

健保會全體委員都反對健保卡運用於非健保事務，請主席裁示，我們都可作為健保署的後盾。在此徵求所有委員同意，做成決議後，就是大家共同的意見，而非僅蔡委員宛芬個人的意見！

戴主任委員桂英

一、謝謝！目前有多數委員認為金管會運用健保卡的作為不妥，剛才提到以健保會名義發函金管會…(多位委員表示：全體委員)好！以健保會全體委員名義發函金管會，請問有無委員反對？(眾委員：沒有)健保會全體委員反對運用健保卡處理非健保事務，但無法以「禁止」的文字表達，需請大家諒解，因為實務面無法做到。

二、至於其他有關健保資金有無妥善運用或對業務的指教，請健保署以書面答覆。

干委員文男

還是請黃署長三桂說明各項資金投資組合的情形，為何幾千億元的

資金，收益卻這麼低。

戴主任委員桂英

請黃署長三桂針對干委員文男所提意見說明。

黃署長三桂

健保署在組改前為健保局，當時資金之運用曾購買股票，但現在在處理資金的態度上就比較謹慎、保守。我們認為健保署不能只想著投資、賺錢，能將本金顧好才最重要，所以現在的資金投資組合，多以銀行短期定期存款、活期存款為主，因為這樣最安全，而不宜再做其他高風險的投資。若健保會有新的建議或可再考量，否則，因為資金是民眾所繳的保費，應以安全為第一原則。

戴主任委員桂英

謝謝！請李委員來希。

李委員來希

有關資金運用的方式，個人覺得可惜，因為看到資金流量有 2 千多億元，放在定存或活儲，投資效益太低。現在勞動部的勞動基金運用局，投資能量越來越大，不需要太花心思，兩個部會互相協商，如果有 2 千億元現金流量，可將用不到的部分拿來投資，資金 1 千億元或 1 千 500 億元，如果收益率 2%，好歹就有 20、40 億元收益。現在的投資報酬率太低，簡直浪費，也不利活絡金融市場。健保署或可思考與勞動部合作，不需耗費人力，錢撥過去他們就會幫忙處理。

滕委員西華

抱歉！反對這樣處理！

黃署長三桂

對不起！向李委員來希報告，實在不好意思，老實講，健保署並沒有 2 千多億元的可運用資金，如剛才有委員所提，中央政府還短絀 600 多億元，再加上北高 2 市的欠費，目前安全準備現金約 1 千億元。每次業務報告，我們都有考慮資金收益情形，但還是認為責任重大，且現金流量來來去去，所以非常抱歉，資金並未如外界預期

充裕。

戴主任委員桂英

剛才還有 2 位委員舉手發言？若意見相同請無須發言，好嗎？(趙委員銘圓：不一樣)請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

建議健保署在投資或存放資金時，要考量存放機構或投資標的信用評等，達到 B+、B++或 A-才可以，要有一定穩定度，才可將資金投入，存放機構或投資標的倒閉，實在有點離譜。

戴主任委員桂英

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

本次我們所提討論案蠻重要，但須依議程進行，因時間有限，所以就不發言。

戴主任委員桂英

一、謝謝！本案為健保署業務執行報告，委員對健保業務均十分關注，所以已經超過預定時間 16 分鐘，剛才已決議部分就不再重複。

二、有關安全準備的處理，委員所提意見皆提供健保署參考，主要意見在資金操作上，除了考慮安全原則外，也應兼顧收益。健保署本身有安全準備管理委員會，相關議題也可在該委員會討論。今日所有報告案到此結束。

陸、討論事項第二案「近日立法委員擬修正強制汽車責任保險法第 27 條，將『傷害醫療費用給付』不包含全民健康保險法所規定之給付項目。請研議該法案是否將影響健保財務穩定及本會因應方式；未來如再有影響健保財務穩定之法案，衛福部、健保署及本會如何因應。本會對於健保署代位求償收入流向之意見，及建請研議該收入應回歸各部門總額案」、專案報告「立法委員李應元等 16 人擬具『強制汽車責任保險法第 27 條條文修正草案』，提案修正強制汽車責任保險傷害醫療費用給付範圍排除全民健康保險法所規定給付範圍，影響健保財務案」，及討論事項第一案「建請以本會代表名義，邀集本會各類委員代表，籌組立法院拜會小組，針對衛福部全民健康保險法施行細則第 45 條修正等相關不合理與適法性疑慮，進行立法院各朝野黨團之拜會」與會人員發言實錄

戴主任委員桂英

- 一、討論事項計三案，但時間只剩 12 分鐘，請問委員，討論案中有無最緊急、必須優先討論的議題，如大家都同意，可稍微變更議程。另外，好像還有臨時提案。
- 二、請委員對程序問題提供建議，有無需要優先討論的議案？(謝委員天仁：第二案)請問委員同意嗎？(未有委員表示反對)
- 三、先進行討論事項第二案，請發言儘量簡短，勿超過 11 點 35 分。請提案人先說明。

趙委員銘圓

不好意思，程序問題！因為健保署的「立法委員李應元等 16 人擬具『強制汽車責任保險法第 27 條條文修正草案』，提案修正強制汽車責任保險傷害醫療費用給付範圍排除全民健康保險法所規定給付範圍，影響健保財務案」專案報告與本案相關，建議併案討論。

戴主任委員桂英

專案報告是由健保署提報，可與討論事項第二案併案討論。請健保署先簡要說明，讓委員充分了解後，再進行討論事項第二案。

唐專門委員蕙文

- 一、主席、各位委員，健保署針對專案報告說明。105年3月9日立法委員李應元等16人，基於全民健保保險對象發生任何保險事故且符合給付規定而就醫，本來就屬於全民健保的給付範圍，另外，渠等也認為代位求償在實務運作上，難以確保求償金額與汽車交通事故具有絕對關聯，造成強制汽車責任險溢付賠償金額，而有侵蝕強制保險理賠的情況，因此提案修正強制汽車責任保險法第27條條文，增列傷害醫療費用給付排除全民健康保險法依法給付或其授權法規所規定給付項目之規定。
- 二、上開修正案若經立法院審議通過，有關健保給付汽車交通事故受害人的醫療費用，本署將無法向強制汽車責任保險之保險人代位求償，預估健保財務每年將減少代位求償收入約20億元。

戴主任委員桂英

謝謝健保署的說明。請委員參看會議資料第36頁討論事項第二案，提案人是蔡委員明忠、黃委員啟嘉，請說明。

黃委員啟嘉

- 一、本案不僅是醫師公會或保險醫事服務提供者，也是健保會委員的心聲。記得103年時，謝委員天仁曾提過類似議案，立法委員一而再、再而三，就此議題提案。簡單來說，立法委員從民眾觀點考量，不讓健保進行代位求償，或可降低民眾第三責任險的費用。但基本上是權責不分，因為全民健保的錢是由所有不論有無開車、交通事故曝險的民眾共同負擔，為何今天曝險在交通意外的民眾醫療耗用，要由全民來共同承擔此責任，在權責上是不相符的。
- 二、立法委員從民眾的利益為出發點提案修法，有其考量，但健保會、健保署反對本案的立足點也屬正當，因為保費是全民繳納的錢，不應只讓暴露在交通風險中的民眾拿去使用，此對未有同樣風險的民眾不公平。

戴主任委員桂英

謝謝提案委員補充說明，請何委員語。

何委員語

- 一、我對本案的內容，僅支持前半部，但反對後半部。以前有個縣長，因為沒讀書，每次批公文都寫「照半准」，就是只准一半。個人僅支持前半部，亦即支持說明一至四的敘述內容，但反對說明五「有關健保署代位求償收入之流向，中華民國醫師公會全國聯合會曾於 104 年 12 月 24 日以全醫聯字第 1040006423 號函請健保署將歷次代位求償費用回歸總額…」，及「擬辦三：建議健保署代位求償之收入，應回歸各部門總額」。
- 二、反對理由請參看會議資料第 37 頁，說明五所列，健保署函覆醫師公會的意見：「代位求償係依全民健康保險法第 95 條規定，於保險人提供保險給付後，依規定代位行使損害賠償請求權，與總額支付無涉，爰無回歸醫療費用總額之議」。因此，反對擬辦第三點所提，建議代位求償收入回歸各部門總額。

戴主任委員桂英

謝謝！請楊員芸蘋。

楊委員芸蘋

支持本案，建議以健保會名義發布聯合聲明，反對此修法案。

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、103 年 10 月及 105 年 3 月的修正草案，實質產生的效果不同，健保署有無詳細分析？若依 103 年 10 月的草案，強制汽車責任險不給付傷害醫療費用，健保署當然沒有代位求償權，所以只能依健保的規定給付，致使加害人所產生的傷害醫療費用，轉嫁由全民負擔，且被害人又不能取得傷害醫療的給付。因此，103 年的修正草案是圖利保險公司，也讓加害人無須承

擔傷害部分應有的法律賠償責任。

- 二、依 105 年 3 月草案的推演結果，保險公司還是要給付傷害醫療費用，但健保署不能再向保險公司求償，因為保險公司已經付錢給被害人了。而健保不能行使代位求償權的結果，即被害人多拿的錢，變成由健保承擔，其理論基礎是因被害人已經有保險，也繳納健保費，當然可以享有醫療給付。所以 105 年 3 月所提修法案，理論上具有某種程度的正當性，但其結果是由健保所有的被保險人承擔，至於法院的態度，依我的了解，因為健保已經給付，所以法院也不會判賠。這部分建議通盤思考相關問題，而不是本會決議反對就有說服力。
- 三、若針對 103 年 10 月的修正草案，本會反對具有很強的正當性，但就 105 年 3 月的修正草案，正當性就沒那麼強，問題何在？立法委員可能不了解，不是保險公司賠償傷害醫療給付的費用問題，而是法院判賠此類事件，在非財產方面的賠償金額太低，因為受害人能獲得的賠償金額有限，變成這個修正案實質結果，醫療費用健保不求償，但消費者(被害人)可向保險公司求償，會從應付健保轉付到被害人身上。這部分應該好好思考如何處理較合理，健保署應有更細緻的分析，以目前情況看來，若說服力不夠，立法委員的提案就會得到應有支持，而不是本會單方決議就可處理。本案無論在法律面，或經濟面的角度，分析風險與利益的分擔是否平衡，確實有檢討空間。

戴主任委員桂英

謝謝！因為時間已屆，還有 2 位委員舉手發言，大家如果同意，在 2 位委員發言後就做決議，及結束今天的委員會議。請委員開始用餐，本來的規劃是希望委員可以在 11 點 35 分至 12 點之間專心用餐。

李委員來希

本案是否涉及雙重保險重疊給付的問題？可以先了解類似問題的處理方式，例如勞保職災給付與健保給付重覆的情形，請健保署針對

勞保與健保重疊的部分進行研究，例如勞保每年撥付多少經費予健保，此與本案類似，都是同時有兩種保險又發生事故的情形。

滕委員西華

- 一、本案與兩個保險重覆給付不同，就像我在民間買了醫療險，難道健保就不給付醫療費用嗎？此與勞保不同，因為強制汽車責任險屬於私人保險，當然健保署進行研究也很好，但謝委員天仁也提到，103 年與 105 年的草案確實不同，簡單來說，103 年的草案比較像是受害人自費的部分，保險不理賠，若整體費用都不給付，事故受害人可能會從醫療意外險或其他保險去求償，或經由法院訴訟取得理賠，不過那是另外一回事。
- 二、105 年 3 月的草案是健保不能代位求償，誠如剛剛謝委員天仁所提，草案修正為傷害醫療費用給付不包含全民健保，我們的解讀是被害人自費的部分可能會賠償，至於會不會在傷害醫療費用給付的範圍內，仍不清楚，但被害人自費的部分有理賠。沒有道理因為民眾另行保險，健保就不得行使代位求償權，確實會對健保造成影響。而且，若健保無法向強制汽車責任險行使代位求償，又有何理由對八仙塵爆案代位求償？對未來其他意外事件也將很難行使，因為這是國家法定強制責任險的意外事件，同屬公共意外，今天若台鐵、高鐵或其他大眾運輸發生意外，也可能都不能行使代位求償。這不是單純個人肇事問題，是整體代位求償的邏輯都有問題，所以應從長計議。
- 三、針對蔡委員明忠及黃委員啟嘉提案的第二部分，請 2 位委員不用擔心，代位求償收入當年度無法滾入總額，因總額已框定，但該筆費用會納入安全準備，隔年若總額不足，還是會回到總額來墊付，不差 1 年，也不差這 20 億元，最終都是總額的費用，而不是黃署長三桂投資的錢。這兩部分放在一案很難決議，建議將後段部分酌修，因為與代位求償屬性不同。
- 四、支持謝委員天仁的意見，本案可能需要再行研議，包括其他委員所提，是否因雙重險種而有重覆給付的問題，或重覆給付後

誰取得優先給付權利的問題，都值得討論。

戴主任委員桂英

謝謝！

蔡委員明忠

建議下次會議再討論。

戴主任委員桂英

請 2 位委員各發言 1 分鐘，就結束今天的會議。

趙委員銘圓

我的意見與滕委員西華、謝委員天仁一樣，本案真的要從長計議，站得住腳的部分可能要堅持，真的站不住腳，就須另外考量。

陳代理委員順來(侯委員彩鳳代理人)

我的意見與他們相同，因為強制汽車責任險屬私人保險，最重要的是要如何說服立法委員，就像剛才謝委員天仁所言，須要找到理由說服，請立法委員不要通過本案。

戴主任委員桂英

謝謝！請何委員語。

何委員語

主席，提出付委動議。因為討論事項第一案有 24 位委員提案，超過全體委員的三分之二，已經沒有討論空間，我正式提出討論事項第一案付委依擬辦內容執行，若 24 位以外的委員沒有反對意見，就付委以擬辦方式執行。推薦滕委員西華為召集人，謝委員天仁為副召集人，因為他是法律專家。

戴主任委員桂英

謝謝！請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

會議資料第 35 頁提到由本會委員代表組成小組去立法院拜會，不太理解我們可以組小組去立法院拜會嗎？此屬本會權責？

滕委員西華

可以啊！我們想去就去！

吳委員肖琪

想去就去是用健保會的名義嗎？

滕委員西華

應該不是健保會，而是委員代表。

戴主任委員桂英

是委員代表。

滕委員西華

是以委員們的名義，是自然人。

吳委員肖琪

請教謝委員天仁，這樣可以嗎？

謝委員天仁

沒問題！

趙委員銘圓

沒問題，我們常常去拜訪。

戴主任委員桂英

- 一、先處理討論事項第二案，之後再處理第一案。多數委員支持第二案的擬辦一、二，但除財務穩定外，仍須強化法律面的正當性，立場不是只為增加健保財務穩定，而是健保在法律面有何正當性，可以針對強制汽車責任險代位求償，除了財務穩定理由外，還須有法律正當性。依擬辦一、二，建請衛福部及健保署研議如何因應。至於擬辦三則不討論，也不列入決議。
- 二、討論事項第一案，擬邀集本會各類委員代表共同籌組立法院拜會小組，針對全民健保法施行細則第 45 條修正案是否合理，進行與本會任務相關的拜會，有無委員反對？(未有委員表示反對)若無反對意見，則依上述決議通過。
- 三、今天未及討論的議案，移至下次委員會議進行。非常感謝委員

的協助，大家也都體會到張總執行長煥禎的用心，請鼓掌表達感謝之意！（委員熱烈鼓掌）因為後面還有豐富的參訪行程，今天會議進行到此。

何委員語

主席，第一案有無確認滕委員西華擔任召集人，謝委員天仁擔任副召集人？因為他們二位是專家，主席若未提到，就無法列入紀錄。

戴主任委員桂英

請滕委員西華擔任召集人，謝委員天仁擔任副召集人。今天委員會議到此結束，謝謝大家！