

衛生福利部全民健康保險會
第2屆105年第2次委員會議事錄

中華民國 105 年 2 月 26 日

衛生福利部全民健康保險會第2屆105年第2次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國105年2月26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

李委員來希

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

黃委員啟嘉

黃委員偉堯

陳委員平基

陳委員幸敏

陳委員義聰

陳委員聽安

莊委員志強

楊委員芸蘋

楊委員漢淙

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

中華民國智障者家長總會林秘書長惠芳(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(13:13以後代)

中華民國勞工聯盟總會陳監事會召集人順來(代)

中華民國工業協進會楊顧問玉琦(12:00以前代)

壢新醫院院長室劉特別助理碧珠(代)

萬芳醫院護理部劉主任淑芬(代)

滕委員西華
謝委員天仁
謝委員武吉
羅委員紀琮

肆、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
柯執行秘書桂女
張副執行秘書友珊
洪組長慧茹
陳組長燕鈴

本會

伍、主席：戴主任委員桂英

紀錄：范裕春、林淑華

陸、主席致詞

各位委員、健保署黃署長及所有與會者，大家早！

今天是農曆年後的第一次委員會議，向大家拜個晚年。接著介紹新任委員，係中華民國全國漁會推薦並獲聘之陳委員平基，歡迎陳委員的加入。

今天也是本會柯執行秘書桂女最後一次參加委員會議，渠自本會成立以來，盡心盡力襄助會務，對全民健保總額支付制度之推動貢獻良多，令人感佩，在此謹代表全體委員致上十二萬分的謝意！

柒、議程確認

決定：確定。

捌、例行報告

第一案

案由：確認本會上(第 1)次委員會議紀錄，請鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(第 1)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：

(一)追蹤項次 1，考量幕僚已依決定事項，將 104 年第 10 次委員會議獲致共識之聲明稿，列入第 11 次委員會議紀錄中，並配合更新網頁資料，爰本項維持「解除追蹤」。至，委員建議國民健康署宜有正面回應之意見，請幕僚透過適當方式提醒該署適時回復。

(二)追蹤項次 3，考量衛生福利部法規會已依決定事項，對「衛生福利部於 104 年 12 月 15 日修正發布『全民健康保險法施行細則第 45 條條文』，並溯自 104 年 1 月 1 日施行是否適法」乙節回覆意見，爰本項維持原擬「解除追蹤」。惟請幕僚將本會委員就該修法案歷次表達之反對立場，於新政府上任時向新任首長報告；另彙整委員於會中所提意見，提供衛生福利部法規會參考。

(三)追蹤項次 9，「針對政府欠費，請中央健康保險署加強和相關單位溝通並依法辦理」乙節，改列「繼續追蹤」。

(四)追蹤項次 11，「針對委員之『等作業系統穩定、完備後再全面導入』訴求，報請衛生福利部決定全面導入 Tw-DRGs 日期之參考」，因衛生福利部已暫緩全面導入，本項改列「解除追蹤」。

(五)餘洽悉。

二、嗣後請幕僚於會議資料之附表及附錄標示頁碼，以利查閱。

第三案

案由：中央健康保險署「105年1月份全民健康保險業務執行報告」，請鑒察。

決定：本案洽悉，委員所提下列意見，請中央健康保險署參辦：

- 一、依該署提供資料，本(105)年1月份全民健保安全準備提列數已呈現負值，為利評估未來財務發展趨勢，請於本年4月份委員會會議之提報資料，分析影響財務收支之各項因素，並加以說明，以利了解全貌。
- 二、請提供國人境外就醫之醫療費用，及來臺依親人士之投保類別、人數、投保金額及國籍分布等資料。
- 三、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。

玖、討論事項

第一案

提案人：謝委員武吉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：為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，提請討論。

決議：本案請依現行醫師法、各項醫事人員法律、全民健康保險法等相關法規辦理。

第二案

提案人：何委員 語、謝委員天仁、滕委員西華、楊委員芸蘋、李委員永振、葉委員宗義、張委員文龍、李委員成家、李委員蜀平、李委員來希、趙委員銘圓、干委員文男

代表類別：保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表

案由：建議 105 年度起，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中央健康保險署研商議事會議及共同擬訂會議之代表(保險付費者代表)，讓委員參閱其年度評核資料案，提請討論。

決議：為利本會保險付費者代表瞭解各總額部門運作情形，請各總額部門及中央健康保險署提報年度執行成果資料時，併同檢送本會推派擔任中央健康保險署「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。

第三案

提案人：何委員 語、謝委員天仁、滕委員西華、楊委員芸蘋、李委員永振、葉委員宗義、張委員文龍、李委員成家、李委員蜀平、李委員來希、趙委員銘圓、干委員文男

代表類別：保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表

案由：建議成立「健保藥品政策研究小組」，以研討健保藥品供需內容和藥價政策執行之規劃方案，期使合乎市場常軌與公平交易法規範，維護全民用藥品質及確保國人健康，並健全醫療服務體系案，提請討論。

決議：為利研討健保藥品政策及體制內公開藥價差等重要事項，請李委員蜀平、何委員語及滕委員西華協調 1 位擔任召集人，並由召集人邀集 8 位委員組成「健保藥品政策研究小組」，成員名單提下次委員會議備查。其組成宜涵蓋保險付費者、保險醫事服務提供者代表及專家學者，以融入各方意見。

第四案

提案人：何委員 語、謝委員天仁、滕委員西華、楊委員芸蘋、李委員永振、葉委員宗義、張委員文龍、李委員成家、李委員蜀平、李委員來希、趙委員銘圓、干委員文男

代表類別：保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表

案由：建議衛生福利部醫事司、護理及健康照護司及健保署

於 105 年 4 月 30 日前向本會保險付費者代表簡報說明 102~104 年內科、外科、婦產科、兒科、急診科等五大科醫師及護理人力之增減情形案，提請討論。

決議：

- 一、依衛生福利部相關單位及中央健康保險署提供資料，委員肯定政府現行推動之措施，促使五大科醫師及護理人力不足情形獲得初步改善。
- 二、委員亦十分關切影響醫護人力相關議題(如醫療糾紛處理、執業環境改善、人才養成教育等)，認有需要長期規劃，以避免產生斷層，爰建請衛生福利部責成相關單位研擬中長期醫護人力改善計畫。
- 三、委員就案內資料所提建議，如：應呈現實際護理人力數、102 年以前五大科醫師招收情形，及護理人力離職率仍偏高等，請幕僚洽請衛生福利部相關單位提供書面補充資料。

第五案

提案單位：中央健康保險署

案由：有關 104 年度其他預算之「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」項目，其經費不足部分請准由「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目支應案，提請討論。

決議：本案緩議。

拾、專案報告

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「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，請鑒察。

決定：

- 一、對中央健康保險署致力推動「鼓勵醫療院所即時查詢

病患就醫資訊方案」及「健保雲端藥歷系統」，朝提升國人用藥安全，及避免重複用藥、檢查之方向努力，表示肯定。

二、委員所提提升院所上傳比率、現行簽署同意書作業方式等執行面及法規研修之建議，請中央健康保險署納入日後研修參考，俾更臻完善。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險業務監理指標之監測結果報告，請鑒察。

決定：請委員自行參閱書面資料。

拾壹、臨時提案

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、楊委員漢淶、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(提案資料詳附件)

代表類別：保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表

案由：建請以本會名義，邀集本會各類委員代表，籌組立法院遊說小組，針對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。

主席裁定：保留至下次委員會會議討論。

拾貳、散會：下午2時14分。

健保會委員會議發言條

發言人：_____

第_____次委員會議

發言事項：宣讀紀錄 報告案第_____案 討論案第_____案 臨時動議

理由：

建議以本會名義，邀集本會各類委員代表，籌組立法院遊說小組，針對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。

提議人：滕西華、~~何~~、華宗義、李永振
蔡宏杰、吳志忠(江振源代)、侯利鳳(陳快事代)
楊芸蘋、陳平慶、林祥、謝天仁
趙欽圓、于文忠、李永年、莊志強
楊源源、潘延健、謝弘吉、李耀平
楊麗珠(劉清芬代)、黃啟嘉、~~何~~
何永明、~~何~~

如不敷使用，資料夾內備有發言條。

第 2 屆 105 年 第 2 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 1)次委員會議紀錄」與會人員發言實錄

柯執行秘書桂女

各位委員、所有與會者，大家早！現在委員出席人數已經過半，請戴主任委員桂英召開今天的委員會議。

戴主任委員桂英

各位委員、健保署黃署長、蔡副署長及所有與會者，大家早！跟大家拜個晚年。今天雖然已經過了農曆 15 日元宵節，但是各地的元宵燈會仍在展覽中，還是保有年節氣氛，今天也是農曆年後本會第 1 次召開委員會議，非常感謝柯執行秘書桂女為大家準備一份小點心。

柯執行秘書桂女

可否容我報告。

戴主任委員桂英

是。

柯執行秘書桂女

戴主任委員桂英本來想請大家喝春酒，但我認為臺南地區發生地震災難，中央政府各部會都已取消新春團拜活動，所以建議本會也是不辦餐敘為宜，大家沒有口福肇因於我，對不起！不過戴主任委員桂英誠意十足，改準備甜點聊表祝賀開春心意，也非常謝謝戴主委。

戴主任委員桂英

現在開始今天的委員會議。先確認上次委員會議紀錄，請同仁宣讀。

同仁宣讀

戴主任委員桂英

一、謝謝同仁的宣讀。在確認上次委員會議紀錄前，先介紹新任委員。中華民國全國漁會原推薦的陳委員健民因屆齡退休，該會

於是改推陳平基先生，並獲衛福部聘任本會委員，歡迎陳委員(陳委員起立致意，與會者拍手表示歡迎)！渠現為中華民國全國漁會秘書，同時也是台灣養殖漁業發展基金會董事、中華民國四健會協會監事，經歷非常豐富，歡迎陳委員加入健保會的團隊，共同執行相關任務！

二、請問委員對剛剛宣讀的會議紀錄有無修正意見？(委員回應：沒有)若無意見，上次委員會議紀錄確定；委員若認有不妥之處，可於散會前提出。

三、接下來進行「本會上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」，請柯執行秘書桂女報告。

貳、例行報告第二案「本會上(第 1)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、所有與會者，大家早！在報告本會上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務前，先跟各位委員致歉！我自本(105)年 3 月份起即將離開公職，所以今天是最後一次參加委員會議。大家問，看起來似乎還不老，為何這麼早就退休，我雖不是屆齡退休，但也有點年紀了，想留給自己一點時間，所以離開公職。
- 二、健保會成立至今 3 年多，為讓健保會順利運作，我很認真的過每一天，每天都很努力的工作，這段期間已耗掉所有精力，實無能力再做下去。我自認公職生涯中每天都盡心盡力以求完成被交賦的任務，所以沒有愧對職責。3 年來若有讓委員感到不滿之處，敬請見諒！相信本會幕僚可以輔助大家，讓健保會順利運作下去，可是健保會能否運作順利，最終仍取決於委員與健保署的協助，所以尚請大家多多幫忙，謝謝！
- 三、請委員翻到會議資料第 21 頁，針對上(第 1)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：
 - (一)說明一，上次委員會議決議(定)之 11 事項，依辦理情形建議解除追蹤 4 項，繼續追蹤 7 項，但最後仍依委員議定結果辦理。請委員參閱會議資料第 24 頁附表。
 - 1.第 1 項，趙委員銘圓認為蔡前委員登順在擔任本會委員期間，均依相關規定辦理利益自我揭露事宜，爰政府官員不應於臉書表示渠未依規定辦理利益自我揭露之本會聲明稿，應隨同列入會議紀錄，以求完整乙節。本會已將聲明稿列入 104 年第 11 次委員會議紀錄，並於本年 2 月 2 日配合更新網頁公開之議事錄資料，本案建議解除追蹤。
 - 2.第 2 項，自付差額特殊材料「治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置--『曲克』利弗爾周邊血管支架」之附帶決議：「為增

進自付差額特材議案討論效率，請本會幕僚與健保署共同研修前所訂定之『作業流程』、『特材品項基本資料檢核表』」案，建議繼續追蹤。昨天幕僚已完成內部研修作業，現正洽請健保署表示意見中，該研修結果在提會討論獲致共識後，特材議案即會依新的作業流程及檢核表辦理。

- 3.第 3 項，「衛福部於 104 年 12 月 15 日修正發布『健保法施行細則第 45 條條文』，並溯自 104 年 1 月 1 日施行是否適法」乙節，委員認為 104 年 12 月 15 日修正公布的條文，不應追溯自 104 年 1 月 1 日施行。幕僚已依決定事項洽請衛福部法規會表示意見，請委員翻到會議資料第 29 頁，本會所詢疑義有二，一為該施行細則係健保法授權訂定之法規命令，追溯其施行日期是否適法？有無違反法制體例？二為與人民權利義務相關的法規，若係政府為增加人民福利，追溯其實施日期，較無疑慮；惟若係為免除政府責任與義務之相關法規，則不應溯及既往。法規會的意見(一)行政法係以不溯及既往為原則、溯及既往為例外。(二)健保法施行細則修正發布，已依行政程序法有關法規命令之修正程序辦理草擬、提議、預告、發布等，且依立法院職權行使法規定送立法院在案，立法程序業已完備。(三)性侵害犯罪防治法、所得稅法、國民年金法、勞工保險條例施行細則、濫用藥物尿液檢驗及醫療機構認可管理辦法等法規，為訂定溯及實施之實例。(四)就所詢兩點疑義，可參酌上述說明處理。所以衛福部法規會認為該案係依據法規作業規定辦理，沒有疑慮。本案建議解除追蹤。
- 4.第 4 項，「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」之「健康存摺」下載率是否列為評核指標，健保署於本年 2 月 19 日與醫師公會全聯會召開會議研商，俟該署提報研商結果後解除追蹤。
- 5.第 5 項，委員所提擴大「全民健康保險家庭醫師整合性照

護計畫」涵蓋率、擇適合縣市政府合作以提升民眾照顧品質等建議，健保署將依決議參辦，本案建議解除追蹤。

- 6.第 6 項，考量家醫制度是健保醫療體系的基礎，本計畫值得委員實地瞭解，請幕僚與健保署研商相關訪視活動乙節，經與健保署研商，已規劃納入本年 3 月份委員會議暨參訪活動中，行程表(草案)請委員參閱會議資料第 30 頁。在此特別感謝壠新醫院大力協助安排，本案於參訪活動結束後解除追蹤。
- 7.第 7 項，105 年度西醫基層總額之「西醫醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年經費 240 百萬元，除已提的 180 百萬元用途外，尚有 60 百萬元之支用方式待確定案，健保署安排本年 2 月 19 日與醫師公會全聯會討論，並將提報 3 月份委員會議，本案於提會後再解除追蹤。
- 8.第 8 項，委員就 105 年度西醫基層總額之「西醫醫療資源不足地區改善方案」專款項目所提相關建議，健保署回覆擬作為方案修訂參考，本案建議解除追蹤。
- 9.第 9 項，健保署「104 年 12 月份健保業務執行報告」，委員有 5 點建議請健保署參辦，其中：
 - (1)「健保藥品差額負擔」制度尚無執行之法律依據，若為研擬制度之可行性，而須蒐集各界意見，仍應審慎處理。本節健保署表示會遵照辦理。
 - (2)檢討修正全民健保「代位求償」相關法令，以符實務需求。健保署表示已研擬修正意見，會針對委員建議審慎檢討。
 - (3)請健保署委託研究初級照護定義。健保署表示已於 106 年編列相關計畫預算，待研究結果出爐後提供資料。
 - (4)醫療費用核減率是否分以「參加自主管理」醫院、「未參加自主管理」醫院呈現，因各分區業務組的作法不一，請健保署加強溝通、協調。健保署回覆業請各分區業務組配合辦理。

(5)針對政府欠費，請健保署加強與相關單位之溝通，並依法辦理。健保署回覆將持續積極辦理。

針對上述 5 點，建議除「委託研究之初級照護定義」乙項繼續追蹤外，其餘項目解除追蹤。

10.第 10 項，建議依全民健康保險法第 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」之規定，認定「感染者自確診開始服藥二年內之愛滋病治療費用」項目，不列入本保險給付範圍。健保署回覆將本案決議函報衛福部裁示後提會報告，本案建議繼續追蹤。

11.第 11 項，有關全面導入 Tw-DRGs 案，請參閱補充資料第 1 頁，衛福部原發布 Tw-DRGs 自本年 3 月 1 日擴大實施，現已於 2 月 18 日發函註銷，相關函文如附件，本案若有後續發展，將再向委員報告。因委員提案係訴求「等作業系統穩定、完備後再全面導入」，現衛福部已從善如流暫緩實施，本案建議解除追蹤。

四、說明二，請翻回會議資料第 21 頁，依 104 年 12 月份及上次委員會議決定，於 3 月份委員會議加入業務參訪活動，行程表草案在會議資料第 30 頁，請委員參閱，說明如下：

(一)上午 9:35~11:35 假壠新醫院召開委員會議，並參訪「醫院與基層診所整合之社區醫療運作模式」及進行意見交流，本次活動承蒙該院提供協助。

(二)午餐過後，安排參訪與壠新醫院合作的 2 家診所，分別為黃永輝診所及黃曉生小兒科診所。因診所空間有限，將依委員人數分為 2 組辦理，屆時將由大型車分別載送參加人員前往分配的診所參訪，並進行意見交流。

(三)最後一項參訪主題，也是委員很關心的「健保雲端藥歷查詢系統之醫療資訊整合與用藥管理」，地點為怡仁醫院。

(四)針對本次參訪活動，必須感謝本會、健保署、健保署北區業務組及壠新醫院同仁的通力合作，所安排行程，委員若

有建議，可再進行微調；若無其他意見，就照表操課，依行程辦理。

五、說明三，本會之會議實錄依法應於會議後 10 日內公開，本次會議實錄原應於 2 月 29 日送請委員確認，但因當日為調移休假日，故延至 3 月 1 日。因時間縮短，敬請委員配合於 3 月 2 日下午 2 時前回覆修正內容，方能即時完成上網公開作業。

六、說明四及說明五，為衛福部及健保署於本年 1 至 2 月份發布及副知本會之相關資料，在會議資料第 96~110 頁附錄二至九，請委員參考。

戴主任委員桂英

謝謝柯執行秘書桂女的報告，雖然是最後一次為大家服務，仍盡心盡力，說明得非常清楚，應辦事項也都提出報告。柯執行秘書除了襄助健保會促使會務運作順利外，她對全民健保的貢獻，始於醫療費用協定委員會，陪伴全民健保制度將近 20 年。她的努力也得到肯定，衛福部部長特別頒發衛生福利專業獎章感謝她的貢獻。我謹代表全體委員略備薄禮，致贈柯執行秘書。(全體委員鼓掌)

柯執行秘書桂女

這是意外的驚喜，謝謝大家！(全體委員再次鼓掌)

戴主任委員桂英

- 一、在此祝福柯執行秘書 3 月以後，可以開始她的新生活，逍遙自在、平安喜樂、追求健康！
- 二、衛福部也已發布由葉技監明功兼任本會執行秘書，今天葉技監也在現場(葉技監起立致意，全體委員鼓掌)，歡迎葉技監！
- 三、接下來回到今天的議程，請委員針對剛才的報告提出意見。請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、建議針對會議資料中所提供的附表及附錄能加註頁數，以方便各委員翻閱。
- 二、會議資料第 27 頁，追蹤事項第 9 項有關政府欠費部分，幕僚

單位建議解除追蹤，但本案目前仍在進行中，建議繼續列管，並請健保署說明辦理進度。

三、會議資料第 28 頁，追蹤事項第 11 項，有關全面導入 Tw-DRGs 案，因立法委員反對，目前已暫緩實施，之前健保會委員針對本案也提出許多疑義，但衛福部仍執意推動。建議衛福部日後推動重大議案時必須謹慎，以免傷害政府威信。

戴主任委員桂英

謝謝！請謝委員武吉。

謝委員武吉

針對追蹤事項第 1 項，雖已配合更新網頁公開的議事錄資料，但基於對蔡前委員登順的尊重，應俟國健署正面回應後，再解除追蹤。

戴主任委員桂英

請李委員永振。

李委員永振

一、針對追蹤事項第 3 項，「衛生福利部於 104 年 12 月 15 日修正發布『全民健康保險法施行細則第 45 條條文』，並溯自 104 年 1 月 1 日施行是否適法」案，建議繼續追蹤。

二、剛才柯執行秘書已報告法規會回覆意見，表示本案適法，但與何委員語討論後，仍有疑義，法規會表示「行政法係以不溯及既往為原則、溯及既往為例外」，本案屬例外嗎？本會幕僚也提到「若係政府為增加人民福利，追溯其實施日期，較無疑慮；惟若係為免除政府責任與義務之相關法規，則不應溯及既往」，既然這樣，本案怎會適法？這部分稍後再請謝委員天仁指導。

三、本會體制內程序雖已完成，但去年 12 月份委員會議曾提及，還可由體制外來努力。每位付費者代表委員都有所屬團體，將來新政府上任後，均可反映其意見；另建議健保會幕僚整理近半年來健保會針對本案的討論過程與結論，提供新政府參考。既然新政府強調轉型正義，或許會有轉機。

戴主任委員桂英

謝謝！請何委員語。

何委員語

- 一、尊崇柯執行秘書奉公守法、盡忠職守，令人敬佩。台灣內憂外患，面對極大困境，外行領導內行，公務人員確實難為。對柯執行秘書能提早退休，表示恭喜、恭喜、再恭喜(眾委員笑)。尤其未來公教人員退休金制度將進行改革，能早點入袋就早點拿(眾委員笑)。我們會懷念妳(柯執行秘書桂女：謝謝！)，也謝謝您提供的許多服務。
- 二、針對追蹤事項第 3 項，建議繼續追蹤。謝委員天仁係大律師，可否請您幫忙解釋，如果是政府為增加人民福利的法規，追溯實施日期較沒問題；但如果是為免除政府責任與義務的法規，行政法規規定得很清楚，不應溯及既往，政府今天為了自身利益，追溯實施日期，吃相實在難看！
- 三、有關全面導入 Tw-DRGs，衛福部將交由新政府決定。但當初健保署醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議決議，預計 7 月 1 日實施，醫界也自行提案希望於 7 月 1 日施行。本人認為未來若健保署或健保會有議案送部裁決時，衛福部應該衡量內外政治環境變化，靈活處理，否則會很難堪。尤其是健保法已授權健保會討論的議案，健保會既已作成決議，立法院的決議若凌駕健保會，就是無知者領導專業人士，大家必須思考如何處理此問題。

(註：105 年度醫院總額編列「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群 (DRGs)」專款：(1)全年經費 1,114 百萬元，導入第 3、4、5 階段 DRGs 項目；(2)本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算；(3)請中央健康保險署於 105 年 6 月底前，提出 DRGs 相關診斷分類分組，由 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 之執行情形專案報告)

- 四、健保會對於健保法及其施行細則具有修法建議權，若決議被立法院推翻，未來只能訴諸民意，建議委員不要害怕，面對不合理的體制，一定要同心協力，一起對抗、衝撞。

戴主任委員桂英

謝謝何委員語，請干委員文男。

干委員文男

- 一、贊同何委員語的意見，等一下謝委員天仁會有更精闢的看法。如果沒有妥適處理本次健保法施行細則第 45 條修正案，政府帶頭違法，這樣不公、不義的事，我們將大肆宣揚，並且嚴厲譴責。
- 二、有關全面導入 Tw-DRGs 事宜，健保署醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論時，原規劃於本年 3 月實施，因轉碼問題，醫界建議延至 7 月，付費者代表最後也表示尊重。
- 三、但本週一(本年 2 月 22 日)立法院民進黨團召開公聽會，當天本會有 2 位付費者代表參加，醫界所提的 Tw-DRGs 訴求似乎已變調走樣，聽起來確實存在很多轉碼問題，但醫界代表在立法院和健保會所提的意見應該一致，不要在這裡講一套，在那裡又講一套，並且是加碼提出，當天不只提出轉碼問題，又提出各層級醫院加權指數不同等問題，這是不對的。如果醫院因為轉碼問題，認為延至 7 月也無法實施，經協調後，再延後一點時間，我們可接受；但不能改變主軸(即不配合實施 Tw-DRGs)，這樣付費者代表無法接受。
- 四、另，衛福部暫緩實施的公文，並未提到實施期限，建議按照醫界原先提出的 7 月 1 日如期實施，以達到全面導入 Tw-DRGs 的預期目標。
- 五、調降藥品價格立意良善，本次調降的藥價約 30 億元，將用於何處？哪些藥品由健保不給付改為給付？健保署應該說明清楚哪些為新增品項，民眾才能感受到政府施政的美意，避免不必要的猜忌。否則醫院以調降藥價為由換藥，最後受苦的還是老

百姓。

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、既然被委員點名，不講話好像也是一種罪惡。首先，感謝柯執行秘書桂女多年來對健保會委員提供的服務，很少在公務部門擔任委員，可以享受到這樣無縫接軌的服務，讓委員在會議上因為無所顧忌，可以充分表達意見，相對地，聽說同仁就很辛苦。基本上，公務部門本來就應該本著服務的觀念，來面對所有民眾，個人也擔任多個公務部門的委員，例如需要調解的案件，開會常常都是無功而返，公務單位若是虛應故事，那就沒有意義。如果公務部門的人都本著服務的觀念，相信可以提升政府的工作效率。在此向柯執行秘書表達謝意，那麼年輕就退休，對國家而言有點浪費人才。
- 二、其次，有關健保法施行細則第 45 條條文修正案，如果政府未負擔至 36%(政府應負擔健保總經費法定下限)，相對地民眾的負擔就會增加，此邏輯很清楚。問題的本質在於將該條文溯及既往，讓民眾的負擔增加，這是不合理的。
- 三、歷來法規修訂的觀念，都是因為溯及既往對民眾有利、可減輕人民負擔，或增加人民權利。不過本案並非如此，是政府自肥。建議不要只在健保會內部討論，本會應組成小組，拜會立法院各黨團，討論修法的問題所在。依法政府應負擔 36%，如果減少負擔 6%，相對地，民眾就必須多負擔約 300 億元，而且醫療機構的總額預算大餅也會受到壓縮。
- 四、個人很好奇，醫界對於健保法施行細則第 45 條修正案，似乎沒有意見，只有付費者代表一再反映這件事，這是不對的，大家應該一起連署。法規有法制面的規定，現行健保法並未有溯及既往的規定，如果政府認為溯及既往是合理的，就請提出修法案至立法院，並經過立法院審議通過，本會將予尊重。立法

院所訂定的健保法並未有溯及既往的規定，為何衛福部所訂的施行細則可以溯及既往？好像衛福部可以隨自己高興、任意而為，對於衛福部法規會所回覆的意見，個人感到很遺憾。

- 五、健保會平台所通過的議案，立法院這麼簡單就擋下來，立法委員上任沒多久，就與財團如此靠近。蔡總統英文曾提及健保改革的主要問題在於分級醫療，醫院衝量、沒有效率、大型醫院壅塞，如何分級醫療？Tw-DRGs 是可以改善醫療的一項措施。對於民進黨立法委員的作法不能苟同，該公聽會並未廣納各界意見，健保會付費者代表也未受邀參與，這次的決議很粗暴，因為他們只聽到醫界單方的聲音，並未廣納付費者代表的意見。
- 六、另，105 年度總額已正式公告，醫院部門編列全面導入 Tw-DRGs 的專款項目(註：105 年度醫院總額編列「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」專款項目，全年經費 1,114 百萬元，用於導入第 3、4、5 階段 DRGs 項目)。對於實施細節，個人並未反對健保署再與醫界協商，至於轉碼問題，造成實施期程延後，健保署應客觀處理。新增的 1 千多項 Tw-DRGs，對其中較無爭議的項目，可以先導入，但不應該全面暫緩，且實施日期也應先確定。
- 七、衛福部部長要有擔當，不能因為部分醫界人士反對，就全面暫緩，暫緩實施後，分級醫療可能就無法落實，且讓健保會通過的 Tw-DRGs 專款預算，無法支用。對此深感遺憾，以後還需編列相關預算嗎？
- 八、建議健保署對於配合政策推動的項目，應該多與相關團體溝通，提供更多訊息讓委員了解，遇有問題，應即時提出、共同解決。對於已公告事項，若未依法實施，健保署有行政疏失的責任，健保會通過的總額預算，應儘量在當年度實現。

戴主任委員桂英

請李委員來希。

李委員來希

- 一、剛剛幾位先進已提到，會議資料第 29 頁，有關衛福部法規會的第三點說明，實在無法接受，自己的法規無法解釋，還找其他機關來墊背。
- 二、首先，法規會提及性侵害犯罪防治法可以溯及既往，開什麼玩笑？罪刑法定主義何在？原來不是犯罪者，怎麼可以突然變成犯罪者；其次是所得稅法，課稅法定主義道理也相同，可以溯及課稅嗎？人民財產權是憲法所保障的基本權利，法律也不可逾越；國民年金法也一樣；最後是勞工保險條例施行細則，個人不是代表勞動部，但在勞動部上班，本部修正的法規，向來都是為免除人民負擔的事項，才會溯及既往，從來不會增加民眾的負擔。
- 三、衛福部法規會是天才，請告訴我們，性侵害犯罪防治法的哪 1 條條文有溯及既往的規定，可以將原來不是性侵害者，認定為性侵害者；所得稅法的哪 1 條條文規定，可以將原來不用課稅的項目，在修法後溯及既往，變成可以課稅；勞工保險條例施行細則哪 1 條規定，原來不用繳錢的被保險人，在修法後突然要繳錢。請衛福部法規會清楚告訴我們，是該法的哪 1 條哪 1 項哪 1 款，有溯及既往生效的情形，而不是隨便舉個法規，就說別的部會也這樣做。
- 四、我的意思是，要死自己死就好(台語)，不要找別人墊背，要找別人當墊背，也要說清楚、講明白，讓我們有反駁餘地。會議現場有很多委員是勞工代表，請告訴我，勞動部如果敢訂定溯及既往、課加勞工責任的條文，部長是不是立刻就要下台！
- 五、勞動部最近發布的所有法規、行政命令，都是溯及既往保障勞工權益、免除勞工責任，甚至對待雇主也是秉持同樣原則。如果衛福部法規會今天有同仁出席，可否請他們說清楚，到底是不是讀法律的？

戴主任委員桂英

謝謝。請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、我也是針對會議資料第 29 頁提問(衛福部法規會對「衛生福利部於 104 年 12 月 15 日修正發布『全民健康保險法施行細則第 45 條條文』，並溯自 104 年 1 月 1 日施行是否適法」乙節之回覆意見)。衛福部法規會的意見看起來文字很清楚，但我不瞭解其邏輯。如果以下的解讀有錯誤，再請具有法律專業的委員指導。
- 二、回覆意見第一點提到，行政法原則上不可以溯及既往；但是在第二點又告訴我們，雖然不可溯及既往是原則，但因為健保法施行細則在 104 年 12 月 15 日修正發布時，就以施行細則第 73 條明定第 45 條自 104 年 1 月 1 日起實施，因為該施行細則的修正程序已完備，生米已經煮成熟飯，因此在發布的第 3 日，即 104 年 12 月 18 日起，已經對外產生法律效力，所以我們的抗議是無效的。
- 三、法規會不應該檢討嗎？既然健保會在衛福部公告後已經反映該條文溯及既往的方式並不適法，而且法規會也知道行政法有不溯及既往的原則，為何會同意衛福部公告一個違反該原則的法規呢？法規會不是本來就知道這麼做不對嗎？為何還眼睜睜地看著它生米煮成熟飯，然後再告訴我們已經來不及了！這樣還要法規會幹嘛？行政權可以亂來嗎？
- 四、本修正案致使健保 104 年度的保費收入減少 72 億元，在 103 年協商 104 年度總額時，也有考量 104 年度的保費收入，因此 104 年度總額可否相對扣減 72 億元？施行細則第 45 條修正發布後，主計總處要跟我們拆這筆帳；而且，健保署前次的報告提及影響金額可能還不只 72 億元。
- 五、健保會在 104 年 11 月建立「全民健保財務平衡及收支連動機制」，如果 104 年 1 月 1 日減少至少 72 億元，那麼總額協商

的基期要不要配合調整？105 年協商 106 年度總額時，基期要不要扣減 72 億元？如果政府負擔減少 72 億元，就應該從其他部分將這 72 億元補回！否則如何支付醫界這筆減少的 72 億元，甚至 80 多億元的費用呢？這是不對的！如果我們不好好處理，對不起，健保會所協商的總額可能都要重新再談。

六、柯執行秘書桂女在健保領域非常盡心盡力，非常熟悉健保相關法規及健保會委員的態度。我們對即將上任的葉技監明功也寄予厚望，葉技監以前在食藥署所面對的法規多如牛毛，但未來健保會將是委員的意見多如牛毛，如果葉技監上任後無法將本案列為重要事項繼續追蹤，委員會相當遺憾。

七、法規會對本案的回覆意見等於沒有回答、規避問題，我覺得這樣不對，應該再次向法規會表達不滿。

八、其次，請參看附錄四，「全民健康保險藥品價格調整作業辦法」部分條文修正案(會議資料第 102 頁)，因為本辦法已經發布修正條文，所以只是表示個人意見，希望作為未來修法參考。

(一)首先肯定健保署本次所做調整。以第 17 條第 2 款條文「依前款公式調整後，屬同藥品許可證持有者之品項，有低規格品項支付價格高於高規格品項支付價格之情形者，依下列方式調整」之規定為例，個人認為這樣調整的非常好，因為早期進行藥價調整時，經常有藥商在技術上賣一種規格的藥品，造成市場上大量申報同一規格，而產生低規格藥品的價格反而高於高規格藥品價格的現象。等到健保署的藥價調降至一定程度時，藥商會反過來賣另一種低規格卻高價位的藥品。所以健保署本次修改的法規，可以避免藥商申請多種劑量的藥品許可證，再來因應健保署藥價調整後，策略性地選擇賣哪種規格的藥品。

(二)我較不明白的是，第 17 條第 2 款條文規定「新支付價格生效日(含)前不列入藥物支付標準，且藥商銷售資料採計期間無銷售資料之品項，其支付價不列為規格調整之參考」。

假設有項藥品，有 10mg 與 5mg 兩種規格，若只賣 10mg 規格的藥品，而不賣 5mg，則 5mg 規格藥品之支付價格就不列入調整嗎？如果是這樣的話，還是會回到上開原本要處理的問題(施組長如亮搖頭表示否認)。沒關係，稍後再請施組長如亮補充。假如該藥品為新上市品項，沒有可採計的銷售資料，當然不應該列入調整參考；我擔心的是，假如是逾專利期相當久的品項，即使沒有銷售資料，它的規格也應該要等比例調整才對，這樣才不會出現藥品價格的法規空窗期。

(三)第 17 條第 5 款「調整後之新支付價格，學名藥品不得高於原開發廠藥品」之規定，是對的，如果學名藥沒有比原廠藥好且便宜，健保為何要使用？但是後段有個例外規定「但具標準包裝及符合 PIC/S GMP，且其支付價格為基本價之藥品，不在此限」，我對「具標準包裝」的規定沒有意見，因為原廠藥品也可能不具我國人民需求的標準包裝，所以不論國內、外的任何廠商，只要符合標準包裝，都應該給予鼓勵，這點沒有錯；可是為何例外規定也包括「符合 PIC/S GMP(國際醫藥品稽查協約組織所規範之優良作業規範)」的藥品，明明已經宣示未符合 PIC/S GMP 的藥品都不予支付。

(四)另外，在第 20 條第 11 款(會議資料第 104 頁)竟然還規定「未符合 PIC/S GMP 者，其調整後之新支付價格不得高於符合 PIC/S GMP 者」。請教健保署，我們究竟要支付未符合 PIC/S GMP 的藥品到何時？明明已經公告要全面實施 PIC/S GMP，無法理解為何還要讓這樣的政策苟延殘喘？請健保署說明。

戴主任委員桂英

謝謝！先請蔡委員明忠。

蔡委員明忠

- 一、聽了所有委員精闢的發言及見解，相信「外行領導內行」的情況絕對不會發生在健保會。首先代表醫界對即將退休的柯執行秘書桂女，致上最崇高的敬意。
- 二、針對全面導入 Tw-DRGs 案，立法院民進黨團於本年 2 月 22 日舉辦公聽會，健保署蔡副署長淑鈴當場表示會再與各界溝通，相信所提的「溝通」應也包括健保會委員。
- 三、再次強調，醫界從來沒有反對全面導入 Tw-DRGs。但因為「Tw-DRGs」須以 ICD-10-CM/PCS 作為分類系統，醫界努力推動後，發現由 ICD-9-CM(國際疾病分類第 9 版)改為 ICD-10-CM/PCS(國際疾病分類第 10 版)的困難度，真的超乎想像，因此，希望 ICD-10-CM/PCS 轉碼正確性較完整後再執行 Tw-DRGs 題。
- 四、在 1 天內，分別有 50 位民進黨、35 位國民黨立法委員連署暫停實施 Tw-DRGs。對此，我們不能說立委的連署不代表民意，但要強調醫界絕對沒有反對實施 Tw-DRGs，只是反映實際遭遇的問題。相信立委從當選到就職這段期間，應該也做足功課，才會提出連署案。我覺得立法委員除了尊重健保會對許多議題做成的決議外，應該還要再了解實際執行的情形。
- 五、再次強調，醫界從來沒有說不實施 Tw-DRGs，但在過去執行 Tw-DRGs 的過程，我們面臨很多問題，包括第一、二階段的成效評估，現在同時要納入第三~五階段，一下子新增 1 千 2 百多項，執行上恐有困難。雖然過去曾經承諾配合實施 Tw-DRGs，但總不能將健保這麼重要的任務拿來 test(測試)，所以才會希望在 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 的過程，給醫界多一點作業時間，讓系統更加完善後再上路。

戴主任委員桂英

謝謝！請李委員蜀平。

李委員蜀平

- 一、主席，各位委員、各位與會者，從鄭前主任委員任期結束，堅持不續任主委，接著柯執行秘書申請退休，馬上可以睡到自然醒，表示健保是充滿壓力的，希望未來大家互相包容，沒有人會想再辭職，因為健保會是很溫暖的單位。
- 二、首先感謝健保署在這 3 年執行雲端藥歷查詢系統，幫健保節省很多藥費，該查詢系統為藥師與醫師架設溝通的專業平台，也為民眾的健康及用藥安全把關。建議能在雲端藥歷查詢系統中，能增列「藥師說明」欄位，在藥師與醫師溝通上更能達成共識，如果意見不同，可以讓藥師在說明欄加註意見。
- 三、另外，健保署最近公布藥價調降 31.8 億元。從 88 年開始調整藥價至今，藥費調降的金額累積已約超過 900 億元以上，這些金額基本上是從藥品核刪下來的費用，費用應除了用於引進新藥、新科技外，也應該提升藥事服務費。我不是為了幫藥師爭利，而是相較於與我國 GDP(Gross Domestic Product，國內生產毛額)相近的國家，我們的藥事服務費真的偏低，可悲到有的藥師在發揮專業上無法有足夠的薪資，養育家庭，所以希望健保署調降藥價時，能撥出部分金額，用於調整藥事服務費。

戴主任委員桂英

謝謝！請黃委員啟嘉，再請楊委員漢淙。

黃委員啟嘉

- 一、主席，各位委員大家好！健保會的委員雖然來自不同的團體代表，但絕對不是各團體的利益代表，而是代表該團體的眼光及視野，是為提供更多元的意見，絕對不是代表多元利益。最終只有一個共同利益，就是民眾的利益。
- 二、剛剛講到 Tw-DRGs 的實施及對民眾的影響，其實在總額支付制度下，讓 Tw-DRGs 有更充足時間、更周延、完善的實施，

對民眾的利益是完全沒有影響，而且有好處的。在沒有完整配套及流程下，貿然實施，可能反而造成民眾就醫的權益受損，其實施要具有時間性，有更完善的配套再執行，這樣才對！

三、考慮事情時有個簡單的理念，直接考慮對民眾有益或有害即可。醫界清楚了解，醫界權益必需架構在民眾權益下，所以不會先考慮醫界遭遇的問題，而是先考慮民眾是否因我們無法完善處理，而使其權益受損。請委員一起從不同視野、觀點，共同處理這件事。

戴主任委員桂英

謝謝。請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

一、主席、各位委員，我們沒爭著發言，不代表沒有意見。只因我看到本報告案預定進行 20 分鐘，現在已經超過 37 分半。

二、目前為止，表達的意見大致可分為 2 部分：

(一)「衛福部於 104 年 12 月 15 日修正發布『全民健康保險法施行細則第 45 條條文』，並溯自 104 年 1 月 1 日施行」乙節，我認為衛福部法規會的解釋模稜兩可。首先，應該以不溯及既往為原則，溯及既往為例外；其次，我任職行政機關蠻久，也負責過很多政策，通常會採溯及既往規定的案件，一定是對民眾有利，因為溯及既往可以保障民眾權益，大家當然不會有意見，但若溯及既往的規定會增加民眾負擔，個人覺得確實有待斟酌。完成法定程序又如何？只要覺得有問題，早上公布的命令，晚上再改，有何不可？所以我同意大家的意見，法規會的解釋有待斟酌。

(二)有關全面導入 Tw-DRGs，我負責任地講，不論在公聽會內、外場合，所講的內容都一致，並一再強調不反對 Tw-DRGs 的實施，但實施前一定要有充分準備，不要匆匆忙忙上路。

1.Tw-DRGs 原來分為五階段，已實施到第二階段，今年希望

第三~五階段一併實施，健保署花費許多時間與專科醫學會溝通，將原來 401 項增至 1 千 6 百多項。現在沒有醫院不靠電腦做事，健保署的電腦程式每天修改，醫院也需跟著修改，還要向醫師、操作人員說明。

2. 另外，105 年 1 月 1 日實施的 ICD-10-CM/PCS，與 ICD-9-CM 版相差多少？ICD-9-CM 版的疾病分類才 7 千多項，而 ICD-10-CM/PCS 版有 14 萬多項，醫院內部光教育訓練就要花費很多時間。跟各位委員說明，ICD-9-CM 改版為 ICD-10-CM/PCS，並以 ICD-10-CM/PCS 申報 Tw-DRGs，全台灣大概醫院協會舉辦最多場說明會，因為擔心醫院人員的操作能力。去年總額協商時，已發現此問題，才提出希望不要推得這麼快，所以醫院部門提出的總額並未編列本項預算，也就是說我們認為今年暫不宜將 Tw-DRGs 往前推。
3. 醫院是由同一批疾病分類人員、電腦人員辦理上述疾病分類及申報事宜，希望充份準備後再全面導入 Tw-DRGs，否則整體作業將十分混亂。
4. 前年協商總額時，編列 1 億元作為鼓勵醫院執行 ICD-10-CM/PCS 的獎勵金，醫院採 ICD-10-CM/PCS 編碼申報，即可申報費用，健保署說核定申報比率為 90%，但不是「正確率」，醫院目前準確申報疾病分類碼的比率還是很低。
5. 再次強調，Tw-DRGs 實施前一定要有充分準備。目前許多該做的事還未準備完善，醫界是對實施日期有意見。推動 ICD-10-CM/PCS 申報以來，醫院常聘不到疾病分類人員，因為每家醫院都需要這類人員，唯一能找的就是新人，但要讓新進的疾病分類人員十分熟悉，也需要時間。我們從未對外提出「不能實施 Tw-DRGs」，這句話不會從參與協商的人員口中說出。我知道台灣在選舉後，政治結構改變，會有許多意見，但那不是我們的意見，感謝大家重視此事。

戴主任委員桂英

謝謝。請劉代理委員碧珠。拜託委員，若意見相同，請簡短說明。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

- 一、既然主席指示，有關全面導入 Tw-DRGs 乙節，醫界所面臨的困難與實質上的努力，剛剛楊委員漢源已有詳細說明，時間上的關係我就不再贅述。
- 二、追蹤表第 9 項，例行報告第 5 案(健保署 104 年 12 月份全民健康保險業務執行報告，決定：「醫療費用核減率是否分以『參加自主管理』醫院、『未參加自主管理』醫院呈現，考量各分區作法不一，恐有資料解讀的疑慮，爰請再溝通、協調」)，張委員煥禎先前就對醫療費用核減率提出建議，醫界關心的是費用核減應該透明化，因此希望相關統計資料能更清楚呈現。
- 三、感謝健保署提供門、住診醫療費用核減統計表(105 年 1 月份全民健康保險業務執行報告第 79~84 頁，表 32-1~表 32-6)，呈現包括全國、各分區業務組、各層級醫療院所的核減率資料，因為今天業務執行報告案，僅提供書面資料，不進行口頭報告，所以藉此機會提出下列疑問。
 - (一)所提供的統計表未註明資料來源，醫界在參看資料時，對照總額部門別醫療點數統計表(第 37 頁，表 17 全民健康保險_總額部門別醫療點數統計_總表)，及「表 32-1 全民健保門、住診醫療費用核減統計表_總表」(第 79 頁)之醫療點數時，若以 103 年醫療點數觀之，同一年度的數據相差 219 億元。
 - (二)另，全民健康保險業務執行報告第 93 頁「表 1 全民健康保險醫療服務核定醫療點數及費用統計_總表」下方有備註資料來源、排除或不排除項目，但第 79 頁「表 32-1 全民健保門、住診醫療費用核減統計表_總表」及其相關報表，並未提供任何有關的資料來源說明、排除或不排除項目，該總表的核定點數，與本份報告前、後呈現的醫療費用點數

資料，即使是同一年度的數據也不同，資料解讀有疑義。張委員煥禎在前幾次會議已提出問題，健保署表示會再溝通。建議健保署能詳列資料來源，所呈現的資料也要具有一致性，以利委員解讀。

戴主任委員桂英

謝謝！依序請陳委員聽安、楊委員芸蘋，最後請何委員語。本報告案就不再徵求委員發言。請陳委員聽安。

陳委員聽安

- 一、本案屬報告案，現在似乎變成討論案，提請主席決定，是否將報告案改列為討論案？
- 二、健保署原訂於 105 年 3 月 1 日起全面導入 Tw-DRGs，經立法院公聽會後，居然改為無限期延長實施。剛才醫界說明並未表示不實施，既然願意配合，建議健保署與醫界再磋商，明確訂定實施期程，及所需配套措施，並將結果提報委員會會議，以上請求，請主席裁示。

戴主任委員桂英

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

- 一、剛才陳委員聽安所述就是我想提出的意見。我是健保會推派參加「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議-西醫基層」代表，會中聽到醫界表示執行面有困難，我們都了解，但可以早點提出討論。之前討論是否全面導入 Tw-DRGs 時，就應提出建議，才不會在委員會已經決定，但執行面有困難時中斷，有點遺憾！不過，也體諒醫界的心聲，大家都是為民眾好，好的政策，當然希望全力推動，至於何時實施 TW-DRGs，建議醫界與健保署好好研究，希望在最短的時間內，以最適切的方式執行。
- 二、有關會議資料第 29 頁(衛福部法規會對「衛福部於 104 年 12 月 15 日修正發布『全民健康保險法施行細則第 45 條條文』，

並溯自 104 年 1 月 1 日施行是否適法」乙節之回覆意見)，既然健保會已討論通過，就不宜變更決議，在此提醒。

何委員語

- 一、主席、各位委員，健保署「吃緊弄破碗」(台語)，既然當初 Tw-DRGs 分五階段實施，為何才實施至第二階段，就直接跳至第五階段，樓梯跳不上去，摔下來反而頭破血流，很難看。
- 二、去年召開「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」，討論將 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 時，詢及美國的實施成果，若美國已實施超過 85%，我國則應跟進，當時醫界並未持反對意見。
- 三、去年協商總額時，編列 11.14 億元專款用以鼓勵推動 Tw-DRGs，醫界並未堅決反對(註：105 年度協商醫院總額時，未能達成共識，乃依法將保險付費者代表及醫院代表之委員建議方案，併報主管機關決定；其中醫院代表之建議方案，並未編列該專款)，當時也沒聽到「11.14 億元不要編，刪掉」這句話，編預算時很高興，要做事時就說不行。前幾天收到醫師公會全聯會的刊物，我將蘇理事長清泉在刊物發表的專文，前前後後看了 2 次，用紅筆一句一句畫、一句一句想，因為我沒讀書，腦筋很笨，看不太懂，看完後發現結論是他堅決反對實施 Tw-DRGs。這屬個人認知，可以將刊物拿來給大家看。
- 四、既然一下子跳到第五階段，跌下來頭破血流，建議健保署在本年 7 月 1 日先實施第三階段 Tw-DRGs，否則我會邀集所有付費者代表連署提案。大家可參閱蘇理事長清泉的文章，或許我的認知跟你們不一樣。健保署若不實施 Tw-DRGs，下個月我會正式提案應實施第三階段 Tw-DRGs，既然分為五階段，就應訂定實施期程。

戴主任委員桂英

- 一、本報告案已討論許久，謝謝剛才陳委員聽安提醒。但即使是討論案，也超過預定時間太多。本會原預定報告案為 20 分鐘、

討論案為 30 分，現已超過 53 分鐘。

二、本案係確認本會上次委員會議決議(定)事項辦理情形，委員所表達的意見重點如下：

(一)有關衛福部法規會對「衛福部於 104 年 12 月 15 日修正發布『全民健康保險法施行細則第 45 條條文』，並溯自 104 年 1 月 1 日施行是否適法」之回覆意見：

- 1.請幕僚彙整委員對衛福部法規會回覆內容所表達的意見，提供法規會參考。
- 2.未來新政府上任時，將本案列為向新任首長報告的事項。
- 3.本案原決定事項係以書面方式洽詢衛福部法規會表示意見，對此部分已有處理，建議解除追蹤，並將上述 2 點決定，列為新的繼續追蹤事項。

(二)有關全面導入 Tw-DRGs 案，依委員所提意見，並未反對實施，但醫界代表認為需要更多準備時間、委員建議於本年 7 月或分階段實施等意見，請健保署繼續朝此方向與醫界溝通。本案原決定事項係將醫界委員所提「等作業系統穩定、完備後再全面導入」之訴求，報請衛福部作為決定全面導入之參考，衛福部也已採納該意見，因此，建議解除追蹤。

(三)至委員所提「核減率呈現方式」、「全民健保藥品價格調整作業辦法」之意見，於進行下一案(例行報告第 3 案，健保署「105 年 1 月份全民健康保險業務執行報告」)時尚可提問，再請健保署一併說明。

三、請問委員是否同意上述結論？(未有委員表示反對)，謝謝大家！幕僚也會收錄大家的寶貴意見，及轉請相關單位參看。

四、有關謝委員武吉所提意見，本會已將聲明稿列入 104 年第 11 次委員會議紀錄中，並於本年 2 月 2 日配合更新網頁公開之議事錄，主要是希望以後不要再發生類此情事，至於對方如何回應，建議暫不列入追蹤事項。

謝委員武吉

我堅持反對！因為那是對本會委員的侮辱，不能就這樣解除追蹤，還是應該繼續追蹤，看對方要不要回應。

戴主任委員桂英

因為上次決定事項是將聲明稿列入會議紀錄，並未要求對方回應，所以符合解除追蹤的條件。我也是委員之一，非常理解您的關心，因委員已依相關規定辦理利益自我揭露事宜，並公開於本會網頁，所以希望受到尊重。

蔡委員明忠

- 一、剛才有委員提到醫師公會全聯會本年 2 月出版的「台灣醫界」，有關蘇理事長清泉「拒絕不合理健保制度，堅持醫界專業」的專文，在此向大家報告。其中關於 Tw-DRGs 的文字是「堅決反對全面推動 Tw-DRGs」，重點是「反對全面推動」，並非反對此制度。
- 二、另外，文章也提到「實施健保制度有推行的目的與精神，Tw-DRGs 推行之初已發現許多問題，所以 4 年後才再嘗試推動第二階段，因為此制度對醫療服務提供者、民眾的權益影響甚鉅，因此本會堅決反對 105 年全面實施 Tw-DRGs，應待 ICD-10-CM/PCS 轉換穩定後，合併已施行 Tw-DRGs 項目之支付方式、預算編列及分類問題審慎檢討後再議」，所主張是配套措施一定要做好，反對一下子全面導入。

戴主任委員桂英

謝謝蔡委員明忠。剛才李委員蜀平提及調降藥價的金額可否用來調整藥事服務費之意見，也予收錄，但本項屬「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」之權責。(李委員蜀平：還有增加雲端藥歷的說明欄)李委員蜀平針對雲端藥歷查詢系統所提的意見，也請健保署納入考量。

潘委員延健

- 一、首先澄清幾件事情，去年參與總額協商的委員應該知道，當時

醫院協會提出的版本，並未編列 Tw-DRGs 相關預算，在該次的委員會議資料及議事錄都有清楚記載。醫界因為擔心若太快實施，會造成執行面的偏差，甚至協商時還建議健保署於本年 6 月底前，提出「Tw-DRGs 相關診斷分類分組，由 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 之執行成果」專案報告，再確定如何規劃 Tw-DRGs 的執行策略。

- 二、我在上次委員會議提案建議暫緩實施 Tw-DRGs，是因為真的非常憂心以現階段 ICD-10-CM/PCS 的推動狀況，要全面導入 Tw-DRGs 恐怕造成反效果，大家可以查閱議事錄，當時的傳言是 Tw-DRGs 預計於本年 3 月 1 日起實施，但未被證實，所以才發函向衛福部反應。按照過去經驗，通常發函衛福部的建議，被接納的機會很小，但因為情況實在迫在眉睫，Tw-DRGs 是很好的制度，惟不應貿然推動，希望可以充分討論，才有後續的事件。醫界的態度一向都很明確，絕對沒有阻擋此制度，只希望穩紮穩打，這也是我們一貫的主張。
- 三、剛才主席對會議資料第 29 頁，衛福部法規會對健保法施行細則第 45 條溯及既往之回覆意見，僅裁示列入向新部長報告的事項，個人覺得不夠。因為法規會已就其立場解釋，未來新部長也許會有不同意見，但幕僚並未換人，最終還是會以幕僚意見為主。除了剛剛謝委員天仁所提，組遊說團向立法院各黨團充分說明外，今天法規會所列案例，其實部分法規涉及侵犯人民權益，建議不排除聲請大法官釋憲。因為立法院修法過程中，有許多被忽略的細節，反而侵犯人民權益，因此建議本會將聲請大法官釋憲列為選項。
- 四、最後重申楊委員漢源所提意見，我們不發言不代表不支持，可能因為意見一致或相近，所以不需重複，以節省時間。

戴主任委員桂英

謝謝潘委員延健，本報告案的其他事項洽悉。請干委員文男。

干委員文男

- 一、有關健保法施行細則第 45 條修法案，贊同潘委員延健及謝委員天仁的看法，若本案沒有強而有力的決議，我們除了拜訪立法院各黨團外，更要針對政府機關違背法律、侵犯人民權益的作為表達抗議。若只因為法規單位提出解釋，就將本案解除追蹤，這是不對的！現在牛尾(台語)都抓不到，更別提將來要如何抓住牛頭(台語)。
- 二、希望今天做成決議，除了讓新部長知道我們的看法外，也要組團拜訪立法院各黨團，不然以後立法院做成的決議，傷害到全民健保或健保會，都不是好事，請他們要尊重健保會。

戴主任委員桂英

- 一、謝謝潘委員延健及干委員文男的說明。
- 二、健保會是衛福部下設的常設性任務編組，各位委員都是由不同團體所推派的代表，也可以此身分拜會立法委員。委員今天所表達的意見，幕僚同仁都會幫忙整理。請李委員永振。

李委員永振

剛才大家的發言，都聚焦在健保法施行細則第 45 條溯及既往的時效問題，其實問題不僅於此，事實上，條文的內容也有問題，剛才主席提到委員可以團體代表的身分向立法院各黨團反映問題，所反映的不僅是溯及既往，滕委員西華所提「減少 72 億元」才是重點，而且影響所及不只 1 年的費用。

何委員語

主席。

戴主任委員桂英

請何委員語。

何委員語

剛才主席的指示，是要我們以代表團體的身分自行拜會立法委員，要分散我們的力量，好各個擊破嗎？建議本會成立健保法施行細則第 45 條反映小組，推派滕委員西華擔任召集人，干委員文男擔任

副召集人，成員由 2 位遴選，向立法院各黨團報告，並採取適當行動。

戴主任委員桂英

謝謝何委員語提出解決方案，希望將事情做得更有效，若要形成本會的正式決議，建議提案討論。

趙委員銘圓

一、剛才建議於會議資料(本會重要業務報告)呈現附錄項次時加註頁碼，以便委員查閱乙節，主席尚未處理。

二、另有關政府欠費部分，因為尚辦理中，建議不要解除追蹤。

戴主任委員桂英

一、有關於會議資料加註附錄頁碼之建議，請幕僚辛苦一點，依趙委員銘圓的意見辦理。

二、有關政府欠費部分(追蹤事項第 9 項之五)改列繼續追蹤。其實健保署每次報告時，委員也都會就本議題提出建議。

謝委員武吉

有關本會針對蔡前委員登順依法辦理利益自我揭露事宜所發聲明稿，國健署迄今尚未回應，本案(追蹤事項第 1 項)建議繼續追蹤，否則以後本會委員被官員羞辱後，只能像卒仔(台語)一樣好嗎？

戴主任委員桂英

對於謝委員武吉希望聲明稿可以得到國健署回應部分，請幕僚透過適當方式，提醒該署適時回復。請李委員來希。

李委員來希

針對健保法施行細則第 45 條修正案成立小組部分，可否在此做成決議，現在就推派委員擔任召集人、副召集人及相關成員；另外，請幕僚同仁聯繫立法院各黨團協助安排行程。

戴主任委員桂英

本案是報告上次委員會議決議(定)事項的辦理情形，如果委員認為要有新作為，建議另提案討論。

何委員語

已請滕委員西華草擬臨時提案。

戴主任委員桂英

謝謝何委員語及滕委員西華。現在進行例行報告第三案。

參、例行報告第三案「中央健康保險署『105年1月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

柯執行秘書桂女

本案係健保署 105 年 1 月份業務執行報告，本次不進行口頭報告，僅提供書面資料。不過，剛剛戴主任委員桂英裁示，針對委員先前的提問，請健保署在此時段提出說明。

戴主任委員桂英

本案有 20 分鐘時間，請問委員除了剛才所提政府欠費、醫療費用核減及藥價調整等意見之外，對於業務執行報告內容有無其他詢問？

李委員永振

去年底經過委員熱烈討論後，最後建議調降健保費率，依據當時健保署所提的財務報告，預估 105 年度安全準備應該可以維持正數。不過，本次業務執行報告第 7 頁，「表 5-1 全民健保財務收支分析表(權責基礎)」顯示，今年 1 月份的安全準備提列已呈現負數，為何估算內容差這麼多？雖然業務執行報告附註提到，今年 1 月保費收入與去年同期相較，負成長 7.32%，可能為主因，不過，1 個月的資料還不足以認定其發展趨勢。建議今年 4 月份健保署報告第 1 季財務分析時，可以更明確地列出影響財務收支的各項目，並清楚分析、說明，以書面方式呈現全貌，讓委員清楚了解。

戴主任委員桂英

請干委員文男。

干委員文男

一、對於業務執行報告內容沒有意見，不過本人代表職業工會團體講幾句話。最近健保署各分區業務組負責承保的單位，分別到所轄工會查核代辦行政費收支情形，這項措施值得鼓勵，因為查核愈緊，發生弊端的機會會愈少。不過，因為健保署每次撥款的時間不同，既不是按月，也非按季，而是不定期撥付。由於代辦行政經費沒有按月撥入，工會則是按月支出代辦行政費

用，所以，兩者之間會有差距。

- 二、查核時，健保署同仁要求工會銀行存款餘額要和帳目金額相同，此點非常困難，兩者應該分開檢視，包括代辦行政費是否按時入帳？各項代辦行政支出是否正常？若只核對帳目收入為何少於銀行存款餘額，如此讓負責作帳的同仁壓力很大，也感到很難過。因此，藉此機會向健保署提出請求，請不要只就銀行存款餘額和帳目金額是否一致進行查核，避免造成工會員工的困擾。

戴主任委員桂英

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、請問業務執行報告第 10 頁，「表 6-1 全民健保保險費收繳執行狀況表」，其中「政府保險費補助款」的內涵為何？資料顯示，政府保險費補助款還有 500 多億尚未繳回(註：應收 7,906.41 億元 - 實收 7,327.98 億元)。表 6-1「政府保險費補助款」之未繳金額，是否包含第 11 頁「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」的 227.37 億元(未收金額)？
- 二、二代健保實施後，主計總處應繳而未繳的應負擔保險費補助款有多少？可否在表 7 併同呈現？健保署可否提供主計總處還款的相關資料？

戴主任委員桂英

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、個人 6、7 年前曾在監理會提出國人境外就醫或外籍配偶來臺使用健保等議案。最近報載國人在國外使用醫療服務，回國申請的健保費用 1 年約 3.4 億元。請健保署按月提供國人境外就醫的醫療費用資料，供委員參考。
- 二、另請健保署按月分析來臺依親人士之投保類別、人數、投保金

額及國籍分布等資料，並進一步分析依親人士來臺使用健保，其醫療費用是否大於投保金額？以及門診、住診人數、醫療費用及疾病類別，供委員參考，如果健保署覺得行政負擔太大，也可按季統計。

戴主任委員桂英

請健保署說明。

黃署長三桂

- 一、謝謝委員所提意見。李委員永振建議併同 105 年第 1 季健保財務收支分析表，提供財務變化影響原因書面分析之意見，將依委員所提建議辦理。
- 二、干委員文男所提，同仁辦理職業工會健保財務稽查訪視相關作業，本署會儘量配合工會的實務作業辦理。
- 三、滕委員西華建議提供政府補助款的欠費細項資料，請財務組同仁說明；至於中央政府健保費補助款的繳款情形，可否請本會主計總處的代表委員說明。
- 四、謝委員武吉關心境外人士代墊醫療費用，建議本署定期提供相關報表之建議，將配合辦理。

唐研究員蕙文

滕委員西華所詢業務執行報告第 10 頁，「表 6-1 全民健保保險費收繳執行狀況表」，政府保險費補助款項下包含中央及地方政府之保費補助情形；至於第 11 頁，「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」，表內已敘明係直轄市政府於 101 年 7 月前保險費補助款的欠費情形。

施組長如亮

- 一、滕委員西華所詢會議資料第 102 頁，有關藥品價格調整作業辦法第十七條第二款第(一)目之 2 的疑義，支付價不列為規格調整之參考的品項是在新支付價格生效日，例如今年是 4 月 1 日，已不列入健保給付的品項，且採計期間無銷售資料者，不會有您擔憂的情形發生。

二、同條第五款有關 PIC/S GMP 部分，食藥署在 104 年 1 月 1 日推行 PIC/S GMP 認證，有部分藥廠尚未符合，這些藥廠的某些藥品不給付可能造成缺藥，因其藥品符合現行法規，在醫療上仍須使用，故本署並未針對不符 PIC/S GMP 者即不予支付。

三、劉代理委員碧珠所提核減率問題，下次會將資料來源及排除條件列出。

戴主任委員桂英

謝謝！另外，健保署請本會主計總處代表委員補充說明。

陳委員幸敏

有關政府待補足部分，主計總處與衛福部、健保署已經過多次研商，政府會依最後決議分年補足。

戴主任委員桂英

請干委員文男。

干委員文男

一、謝謝黃署長對職業工會查帳的事從善如流的答覆。在此呼應謝委員武吉所提，請問境外核退 3.4 億元是國人在哪些國家就醫？是因出國就業或依親，健保署能否提供更詳細資料？常聽到有人議論紛紛，認為境外核退有利可圖，在中國大陸就醫的核退金額高於實際的醫療費用，此點請健保署說明。

二、施組長如亮所提今年調降藥費 31.8 億元，將用於嘉惠被保險人，可否具體說明是引進哪些藥品？含糊帶過，我也搞不清楚，改天也可向外界轉述健保署努力的成果。

施組長如亮

今年調整的藥費會運用於放寬給付規定，以往藥價調整的金額也都會用於擴增給付規定，例如去年針對 B 型及 C 型肝炎用藥放寬其使用期限，還有抗痛風藥品等，詳細資料再提供干委員文男參考。

戴主任委員桂英

謝謝。請謝委員武吉。

謝委員武吉

感謝黃署長三桂從善如流的回答！我最關心的還是來台依親的問題。外籍婦女嫁到台灣當媳婦，過去在監理會時，曾有某位教授稱她們是台灣「祖媽」(台語)。我認為可針對來台依親者，分別統計其各年度、類別、投保金額及國籍的醫療費用資料。

戴主任委員桂英

謝謝！請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

早期擔任監理會委員時，即擔心台北市政府積欠健保費的問題。由業務執行報告第 11 頁資料發現，欠費僅統計至 101 年度，未見 102 年度以後的資料。我也是台北市政府的市政顧問，很擔心台北市的財政問題。希望健保署不要再讓台北市政府延期還款，能追討就盡快追討。台北市長有很多想法，隨時會有變化，希望能儘早繳回欠費，雖然身為市政顧問，我也會這樣建議市長。請問 102 年度以後的欠費收繳情形如何？

戴主任委員桂英

謝謝！請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

針對剛才施組長如亮報告健保支付非 PIC/S GMP 藥品，係因其符合現行法規，可在市場流通，我認為理由牽強。請問健保署是否曾在 103 年公告，自該年起非 PIC/S GMP 藥品即不予支付？

施組長如亮

本署並未公告。

蔡委員宛芬

當時公告內容為何？印象中是這樣。

施組長如亮

並無這份公告。

蔡委員宛芬

有討論過嗎？

施組長如亮

於 98 年時，本署曾有這樣的想法，但與 TFDA(食藥署)討論後，該署認為此類藥品仍在使用，且屬合法，健保若不予支付，將影響民眾的用藥權益，但該藥品用罄後即不可再生產。

蔡委員宛芬

若不能再生產，目前健保是否仍繼續支付庫存藥品？

施組長如亮

是。

蔡委員宛芬

請問還要支付多久？

施組長如亮

要看藥品的有效期限。

蔡委員宛芬

等目前庫存藥品用罄後，相關規定才會配合改為不予支付嗎？

施組長如亮

對！那時再修改。

蔡委員宛芬

TFDA 和健保署都不知道還要多久，若藥廠偷偷生產，怎會知道？

施組長如亮

若有偷偷生產，TFDA 會處理，因藥廠每月都須回報批次產量。

蔡委員宛芬

所以健保署不知道數量多少？

施組長如亮

因屬 TFDA 權責，本署不會知道；若有需要，再請該署提供。

戴主任委員桂英

本項議題討論至此，委員有無其他意見？請劉代理委員碧珠。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

- 一、業務執行報告第 37 頁，現在已經是 105 年度，考量健保業務有結算時間的可能性，我們就用資料期間 103 年度來看：「表 17 全民健康保險總額部門別醫療點數統計_總表」顯示，103 年門、住診醫療點數合計 6,151.7 億點；但第 79 頁，「表 32-1 全民健保門、住診醫療費用核減統計表_總表」顯示，103 年門、住診醫療點數合計僅 6,370.43 億點，兩者差距高達 218.73 億點。
- 二、第 79 頁，「表 32-1 全民健保門、住診醫療費用核減統計表_總表」顯示，103 年門、住診核定點數合計 5,869.56 億點，但第 105~109 頁，「表 4-1~5 全民健康保險醫療服務核定醫療點數及費用統計」相關報表，卻顯示 2014 年各層級醫療院所核定醫療點數合計數為 5,840.8 億點，兩者也相差 28.76 億點。
- 三、第 81 頁，「表 32-3 全民健保門、住診醫療費用核減統計表_區域醫院」顯示，103 年區域醫院門、住診核定點數加上申復補付與爭審補付後點數合計為 1,641.51 億點；但 106 頁，「表 4-2 全民健康保險醫療服務核定醫療點數及費用統計_區域醫院」，所呈現的核定醫療點數，資料來源說明已包含申復補付及爭審補付點數的合計數卻為 1,614.9 億點，兩者又相差 26.61 億點；另醫學中心部分經試算也相差 101 億點。
- 四、這些資料經比對後有很多疑義，問題不僅在未提供資料來源說明，而是各個報表資料數據前後不一致，對於業務執行報告資料呈現的報表，應該以相同條件的擷取時點與操作型定義處理，才能清楚有效的解讀數據所表示的意涵，希望健保署能提供更公開、透明的資料。

戴主任委員桂英

因時間已超過許多，請健保署簡短回答，無法詳細說明的部分，再以書面補充。

王專門委員本仁

簡單說明差異原因，核減統計資料與醫療申報的點數資料，兩者資料來源不同，資料擷取時點也不同；例如：核減率須配合爭審作業，本署日後會對表 32 補充註記各表格、相關欄位的擷取時點及定義。

唐研究員蕙文

有關楊委員芸蘋所詢，表 7 為何未呈現 101 年度以後直轄市政府負擔保險費補助款的欠費情形，請參閱該表的備註 2「自 101 年 7 月 1 日起，原地方政府補助保險對象健保費之補助款，統由中央政府補助」，因此，未有 101 年度以後的欠費列示。

戴主任委員桂英

- 一、謝謝說明。委員所提寶貴意見，健保署都已回應，多數建議事項同意納入下次業務執行報告，本案洽悉。有關核減率細節部分，請健保署再跟委員詳細溝通。
- 二、好不容易在 11 點 40 分進入討論案，請委員參閱會議資料第 35 頁討論事項第一案，請同仁宣讀。

肆、討論事項第一案「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」與會人員發言實錄

同仁宣讀

戴主任委員桂英

謝謝同仁的宣讀。提案委員有無補充說明？(謝委員武吉表示沒有) 請何委員語。

何委員語

- 一、了解謝委員武吉提出本案的用意，應是希望所有的診斷與檢查皆由醫師親自執行，以提高醫療品質、嘉惠患者，實屬好意。不過卻抵觸憲法保障人民工作權的精神，且違背國家專門職業及技術人員考試、證照等相關法規，也不符專業證照合一的政策。
- 二、若本案通過，則醫事技術相關人員的招生與考照應該全部廢止才對！如此將剝奪專門執業及技術人員的工作權。我也希望醫療行為都由醫師親自執行，但屬其他醫事人員及各專門職業法律規定的醫療工作，則不一定需要由醫師親自執行，否則連照X光也要由醫師親自執行。
- 三、建議本案提供健保署參處，可於支付標準項目中規範哪些醫療行為由醫師親自執行，哪些可由醫事技術人員執行，哪些由護理人員執行，這樣才合法、合情、合理。若非醫師親自執行，健保就不予支付，將傷害憲法所保障的人民工作權。謝委員武吉用意良善，若到醫療院所擦擦藥水、貼紗布、綁繃帶等，都由醫師親自執行，民眾會很高興，但實務上不需要這樣。

戴主任委員桂英

謝謝。請謝委員天仁。

謝委員天仁

支付標準項目中不需醫師親自執行部分，須依照相關法令規定辦理，沒什麼好討論！法令已有規定，某些醫療行為可由醫師以外的

其他醫事人員執行，不可能經過本會決議，就可改為一定要由醫師執行，這是不可能的事！本案沒有討論空間，依法辦理就對啦！

戴主任委員桂英

謝謝。委員有無其他意見。請干委員文男。

干委員文男

- 一、本案有兩個思考面向，若謝委員武吉的提案正確，則表示醫師及各該專門技術人員不按規定。若醫師法的規定正確，醫師不按規定作是違法。
- 二、請參看會議資料醫事司的意見，最後面、最重要的兩句：「其餘醫療工作得由其他醫事人員依醫囑及其各該專門職業法律規定為之」。感佩謝委員武吉提出本案，是否想顯示部分院所可能違法，由非醫療專業人員執行醫療業務？

戴主任委員桂英

謝謝。請陳代理委員順來。

陳代理委員順來(侯委員彩鳳代理人)

本案用意在於，是否有醫療院所未遵照醫師法規定，由不具醫事證照的人員執行醫療業務？希望所有的醫療院所都能遵照法規辦理，曾聽聞民眾身體健康檢查後，未發現異樣，可是沒過多久，居然發現癌症，可能因檢查者專業不足，希望大家都能依照規定辦理。

戴主任委員桂英

謝謝。請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

看到本案，不禁替病患感到憂慮！由合格的醫事人員執行醫療行為，是對病患的基本保障。醫師法第 28 條已規定醫師與其他醫事人員的執業範圍，由不具資格的人員執行醫療行為的情形或許不多，但此屬違法，仍應自律並依法行事。

戴主任委員桂英

謝謝。請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

認同謝委員天仁的意見，本案應依據相關法令辦理，不需再討論。

戴主任委員桂英

- 一、謝謝。本案依現行醫師法、醫事相關法律、健保法等相關法規執行。
- 二、委員若無其他意見，接著進行討論事項第二案，請同仁宣讀。

伍、討論事項第二案「建議 105 年度起，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中央健康保險署研商議事會議及共同擬訂會議之代表(保險付費者代表)，讓委員參閱其年度評核資料案」、討論事項第三案「建議成立『健保藥品政策研究小組』，以研討健保藥品供需內容和藥價政策執行之規劃方案，期使合乎市場常軌與公平交易法規範，維護全民用藥品質及確保國人健康，並健全醫療服務體系案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

戴主任委員桂英

一、謝謝同仁的宣讀。

二、本案已先洽詢柯執行秘書桂女，行政執行上不會有困難，可否照擬辦意見通過？請陳委員聽安。

陳委員聽安

我沒有意見，只是說明四「提昇委員的智識經驗」的「智」字，下面有無「日」？

戴主任委員桂英

一、陳委員聽安的意見提供提案委員參考，除非明顯錯誤，否則本會幕僚會照錄委員的提案內容。

二、委員若無其他意見，本案就照提案說明三辦理〔年度各部門總額評核資料，應檢送本會推派擔任中央健康保險署「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」之本會代表(保險付費者代表)〕。

三、接下來進行討論事項第三案，請同仁宣讀。

同仁宣讀

戴主任委員桂英

謝謝同仁的宣讀。請何委員語。

何委員語

本會 104 年 12 月 25 日委員會議已做成相關決定(考量藥價差問題

複雜且影響深遠，請李委員蜀平於下次委員會議提案討論是否成立「健保藥品政策研究小組」，以對健保藥價政策及體制內公開藥價差等重要事項深入研討，期能建立對全民真正有利之常態性制度)，所以是幫李委員蜀平提出本案。建議由李委員蜀平擔任召集人，選出 8 位委員一起組成「健保藥品政策研究小組」，以研究健保藥品政策，作為本會討論參考。請問李委員蜀平有何寶貴意見？

戴主任委員桂英

謝謝。請李委員蜀平。

李委員蜀平

感謝何委員語提出本案，我義不容辭擔任「健保藥品政策研究小組」召集人，希望大家支持，讓整體醫療環境在新政府、新國會、新觀念下，創造最好的醫療服務品質，使醫師、藥師、護理師及相關醫事單位能維持最好的互動關係，各自發揮專業所長，為民眾健康服務。

戴主任委員桂英

其他委員有無意見？請謝委員天仁。

謝委員天仁

有關「健保藥品政策研究小組」的成員，建議其組成須要兼顧各方利益，不宜全部由付費者代表擔任，造成醫院或西醫基層等代表無法參加，這不合理。所以在召集成員人選時，希望能慎重考量，以平衡該小組的代表性，使各方代表的意見都可融入，再提報至本會討論。

干委員文男

主席。

戴主任委員桂英

請干委員文男。

干委員文男

一、贊成成立「健保藥品政策研究小組」，但成員需利益迴避，假

使由李委員蜀平擔任召集人，各界對此小組的看法會不一樣，該小組所提意見可能較無法讓人信服。

二、何委員語非常認真，常常研讀健保資料到三更半夜，建議由其擔任召集人，並挑選醫界代表等相關成員。本案由藥師代表提出，若又由其擔任召集人主導該小組，會讓外界認為本會委員圖利自己，未來做出的決議若不符期待，醫界可能會刊登報紙及召開記者會表達不滿，屆時本會恐會被拖下水。

戴主任委員桂英

謝謝。請陳代理委員順來。

陳代理委員順來(侯委員彩鳳代理人)

干委員文男考量到利益迴避問題，所以建議由何委員語擔任召集人；我則認為滕委員西華對健保藥品政策非常熟悉，建議由滕委員擔任召集人。

何委員語

須向干委員文男說明我不宜擔任召集人的原因。因為我是由「中華民國全國工業總會」推薦擔任本會的代表委員，工業總會會員包括臺灣製藥工業同業公會、臺灣區中藥工業同業公會等。若擔任召集人，外界會認為我在為藥廠護航。希望本會以客觀公正態度處理此事，所以不想擔任召集人。

戴主任委員桂英

現在有楊委員芸蘋、蔡委員明忠、李委員蜀平等3位委員舉手，先請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

贊成干委員文男及陳代理委員順來的意見，李委員蜀平宜迴避，因為本案由李委員提案，了解李委員用心良苦，我們會支持本案，但請李委員在幕後了解即可。贊成由滕委員西華擔任召集人，因為滕委員熟悉藥品議題，且非常有能力，然而何委員推薦單位為中華民國全國工業總會，會員包括臺灣製藥工業同業公會等，可能也需迴避。

戴主任委員桂英

請蔡委員明忠。

蔡委員明忠

有關「健保藥品政策研究小組」相關會議，想到幾個問題，本會幕僚是否須參與？(委員回應：須要參與)被指派委員有無出席費用？(委員回應：沒有)本會有無相關經費可支應？設立小組後，將來需要研究的議題會越來越多，本會經費越來越短少的情形下，若還需支應相關費用，將會產生另一個問題。籌組小組很簡單，但運作後可能產生的問題，包括召開會議的地點、經費等，也請主席一併考量。

戴主任委員桂英

謝謝。請李委員蜀平。

李委員蜀平

- 一、主席、各位委員，尤其是干委員文男。我先聲明，中華民國藥師公會全國聯合會不是利益團體，而且我提案的內容非常明確，只是單純地想知道到底藥價差有多少？藥價差占健保總額比率有多少？如何在體制內處理，使藥價差不致衍生其他問題，例如以藥養醫、浮濫開藥致影響民眾健康，或浪費健保資源等副作用。
- 二、健保雲端藥歷查詢系統在 103 年節省約 80 多億元，104 年節省約 30 幾億元，如果藥價差不合理，同時也會影響台灣生物科技、製藥等相關產業，因此希望藥價差能合理化，並將資源回歸醫療。原來提議的就這麼簡單，卻複雜到要成立小組。
- 三、我不是利益團體代表，我也了解藥品採購的相關法規。當然，滕委員西華也是非常優秀的人選，但請大家不要把簡單的問題複雜化，應該把複雜問題簡單化、專業化，對全民健保才有益助。

戴主任委員桂英

謝謝。請林委員敏華。

林委員敏華

主席，各位委員好！提個解決方案，既然大家考慮到召集人利益迴避的問題，建議召集人由本會專家學者代表擔任，就可以避開這部分的疑慮。該小組除了召集人外，還有 8 位成員，委員所推薦的人選都可以擔任小組成員。

戴主任委員桂英

謝謝。請葉委員宗義。

葉委員宗義

本案源於李委員蜀平去年 12 月份委員會議的提案，幕僚補充說明(會議資料第 39 頁)提及，當時會議的決定是請李委員蜀平提案討論是否成立「健保藥品政策研究小組」，我認為既然最初是由李委員蜀平提案，就應由李委員擔任該小組的召集人。

戴主任委員桂英

謝謝。請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、我對成立小組沒有特別意見，聽起來好像是隸屬在健保會之下，建議將該小組的組織定位、任務、組成、本會幕僚負責工作及委員相關費用等列明清楚。完全不支付出席委員任何費用不大合理，不清楚健保會有無相關預算？
- 二、該小組是臨時性組織，非常設性單位，應該說明存續期間，什麼時候開始、什麼時候結束。

戴主任委員桂英

謝謝！請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、相關費用的支付就照政府現行規定辦理，多發言只是浪費時間！法規能支應就支應，不能支應就算了，我相信應該是不能支應。而且「健保藥品政策研究小組」本來就是由健保會提出成立，當然隸屬於健保會，任務就是研擬藥品政策相關方案。

再這樣討論下去，要弄到民國幾年，是否要設個小組的組織章程？(眾委員笑)

二、誰做召集人我覺得都一樣，可以請被點名的委員私底下協商，況且召集人在會中必須保持中立，所以不會對小組的運作產生太大影響。小組運作的重點是組成人員，其成員需兼顧各方利益，消費者會吃藥、醫院會用藥，所以消費者團體、醫療院所等通通都是利益團體！我覺得趕快啟動才是本案重點。

戴主任委員桂英

謝謝。請蔡委員明忠。

蔡委員明忠

贊成謝委員天仁的意見，醫界、藥界等都是利益團體，所以就讓小組先上路，一切有相關法規可供依循。首先要處理的應是誰擔任召集人的問題，雖然贊成林委員敏華所提由專家學者擔任召集人的建議，但我看在座 4 位專家學者都已搖頭拒絕。

戴主任委員桂英

一、本案源自 104 年 12 月份委員會議之決定事項，當時是請李委員蜀平提出成立「健保藥品政策研究小組」議案，後來是何委員語協助提案。目前大家同意組成 9 人的臨時性小組，據洽幕僚了解，委員出席小組的相關會議，無法支領出席費，所以大家是當義工。

二、至於 9 人小組成員如何產生？因為健保會委員有付費者、醫事服務提供者代表及專家學者，希望能兼顧各方意見。

三、在委員互相推選下，小組召集人的建議名單有李委員蜀平、何委員語、滕委員西華，是否由 3 位委員會後協調？(有委員提及：還有干委員文男！)

戴主任委員桂英

干委員文男有被提名嗎？

柯執行秘書桂女

沒有。

戴主任委員桂英

就請這 3 位被提名擔任召集人的委員，協調出 1 位召集人，並拜託 3 位委員提出 9 人小組的成員名單，提委員會備查後，趕快啟動、召集會議。本案進行至此，請同仁宣讀討論事項第四案。

陸、討論事項第四案「建議衛生福利部醫事司、護理及健康照護司及健保署於 105 年 4 月 30 日前向本會保險付費者代表簡報說明 102~104 年內科、外科、婦產科、兒科、急診科等五大科醫師及護理人力之增減情形案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

謝委員天仁

主席！可否暫停宣讀，後面的資料請委員自行參閱。

戴主任委員桂英

好，謝謝同仁，尚未宣讀的部分請委員自行參閱。感謝幕僚同仁已幫忙收集五大科(內科、外科、婦產科、兒科、急診醫學科)醫師及護理人力增減情形的相關資料，請委員參看。請問提案委員有無補充說明？其他委員有無詢問？請何委員語。

何委員語

- 一、首先謝謝衛福部醫事司、護理及健康照護司及健保署提供非常完整、詳細的資料。內科是醫療的基礎科別，而內科住院醫師的招收率本來就比其他科別低，因此想了解相關單位對提升內科醫師招收率有無改善方法。
- 二、依據專科醫學會提供的資料(會議補充資料第 5 頁)，外科、婦產科、兒科、急診醫學科在 104 年的招收率都達到百分之百，招收人數滿額，整體來看，目前這 4 科還有多少缺額？
- 三、由於健保編列「提升住院護理照護品質」預算，使護理人力從 99 年至 103 年增加 7,522 人(會議補充資料第 6 頁)，請問以目前整體的醫療需求來看，護理人力還短缺多少？未來如何改善？不希望每年協商總額前，報紙就登出五大皆空、血汗醫院、血汗醫護人員等報導，讓付費者代表很難堪。每次都被詢問，你們怎麼搞的！到底怎麼擔任健保會委員！報紙刊出這麼聳動的報導，看了實在很不舒服。所以我們很關心醫護人力短缺問題，期望政府拿出對策，如果醫護人力短缺不是事實，那麼新聞報導就是在欺騙社會大眾！

- 四、非常感謝相關單位提供這份資料，我會隨身攜帶，如果有人再以五大皆空或醫護人力短缺的問題提出質疑，我會拿出資料告訴他，事實並非如新聞報導所寫，是記者被收買了，亂登一場。台灣現在的民粹主義及媒體胡亂報導，都不是好現象。希望整體醫療體系能夠健全發展，不願再見到不實報導，只會增加人民對現行醫療制度的恐慌與不信任。這是我提案的初衷，希望醫療體系能夠健全發展。
- 五、如果還有發現醫師短缺的現象，教育部應該增加醫學系學生的招收名額。最近訪問很多醫界人士，他們提及，以在南部鄉鎮診所執業的醫師為例，30年前月入30萬元，就可以買一間房子，當時的幣值比現在大很多，現在月入30萬元，卻買不到一間房子，所以以前大家說醫生很好賺，現在醫師怎麼那麼不好賺！社會價值觀及相對物價已經改變，現在醫師認為月入50萬元太少，在以前年代，月入50萬元是不得了的事，可以買一棟5樓的透天庄腳厝(台語)還有剩。
- 六、我訪問的醫師認為，應該透過醫學生的倫理教育，改變其社會價值觀，讓他們了解醫師的收入已經比社會平均收入高很多，不能再以30、40年前的標準來看待現在的待遇。以前的醫生有能力買很多土地，因為10萬元就可以買一甲地，現在100萬元也買不到一甲地。因此，無法跟30年前、50年前當醫生的父執輩相比，每天比會氣死人。本案希望如實呈現醫事人力的現況。

戴主任委員桂英

請蔡委員明忠。

蔡委員明忠

- 一、謝謝何委員語的提案，我們也非常關切此議題，但有不同看法。一個醫生的養成需要10年，未來10年還是五大皆空，原因在於現在所採的政策都是從醫學生的養成教育開始，需要10年時間，這些醫學生才可以獨立作業。從數據來看，只能說我

們從現在開始改善醫療環境，但恐怕無法在短期內補足缺乏的醫事人力。醫師需要長時間養成，不是今天開始投入政策，立刻就可以解決問題，這是與其他行業不同之處。

- 二、其次，跟何委員報告，您非常關注的老人、內兒科問題，針對您(105年1月28日「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」)的提議，醫師公會全聯會將研提以非協商因素的4億元預算，調高75歲以上老人的診察費等支付標準，這也是回應何委員對老人、內科及家醫科問題的關心。
- 三、從來不會以30年前醫師的收入來衡量現今收入，各位很清楚，新一代醫師在乎的不是金錢，而是生活品質、職業受尊重、專業能自主，以及工作是否受勞動基準法的保障等。除了超時工作外，醫師最在意的是醫療糾紛，過去九成以上的病人對醫師的話都會言聽計從，但現在病人一走出診間，上網查詢資料後，可能就立刻挑戰醫師的專業！這是目前醫界面臨的最大挑戰。
- 四、不贊成單從錢的角度來衡量醫師的執業行為。從醫師在公聽會的發言可了解他們的思考邏輯及心聲，他們在意的不是金錢收入，而是工作權、生存權及專業尊嚴，給醫界一個真正合理的對待，才是他們要的！當然，醫界本身也要反省，對於「醫師人力是否足夠」的問題，不能避而不談，一定要加以探討。
- 五、醫師人力問題涉及各種層面，要回應醫師對合理工時、生活品質的要求時，相對面臨人力不足的問題，再加上醫師的養成教育時間很長，各種問題環環相扣，希望大家能理解。

戴主任委員桂英

請謝。請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、關於蔡委員明忠發言，記得約3年前，台大公衛所曾經做過醫學院學生對執業科別的意見調查。結果顯示，很高比率的醫學院學生在意有無醫療糾紛，其次是生活品質，再其次才是收

入。時代變遷，調查結果與我們的預期相吻合。律師界也存在時代變遷的問題，據聞，老一輩律師的生活模式，白天在法院服務，晚上就像醫師一樣接案件，民眾還要掛號、排隊。現在因為供給多，有些年輕一輩的律師，可能連辦公室都沒有，只能在麥當勞接洽客戶。社會變遷是發展的必然歷程，各行業都須面對。

二、從會議資料看來，健保採行的短期措施已看到人力回流的現象，但人力的中長期措施，是否為健保署主管範圍？假若不是，要求健保署提出方案並不可行。例如「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」並非健保主管的法令，其立法過程受阻，醫學生最在意的醫糾問題，沒有機制得以解決，醫師的培養也須考慮醫學院學生的想法。

三、短期措施已顯現成效，我認為健保署沒有必要再進行短期成效報告。我們關切的是中長期措施，應該決議請衛福部針對問題，研擬中長期的機制與措施，與健保署有關的事項，當然由該署執行，但就非主管部分，也無法請其協助。例如，立法委員認為中部地區有些醫院的小兒科醫師不足，但小兒科診所的醫師卻是足夠的，可能因為支付費用太少，導致醫院小兒科醫師缺額，這部分與健保署有關，可能須請健保署處理；至於中長期措施，建議轉請衛福部研擬相關機制，否則，可預見的是，時間一久，醫師人力又會產生斷層。

戴主任委員桂英

謝謝。請干委員文男。

干委員文男

一、我參與本案連署，如同剛剛何委員語所提，外界對此議題很有興趣，三不五時在媒體放話，對於血汗醫院、缺少醫事人力、護理人員等意見表示意見，讓我們聽了很難受。此議題也曾在健保署「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論過，會中有代表表示，若事實並非如此，未來再有人放話，將

提出告訴。

- 二、剛剛蔡委員明忠已清楚表達，人力雖有回流，但目前還是不足，長期而言，需要未雨綢繆。記得 4、5 年前，滕委員西華在監理會就曾點出很多問題，當時衛生署與教育部曾討論擴大醫學院學生的招收名額議題，不清楚後來有無增加名額。若屬短期性不足，可以考慮讓在國外執業但未取得國內醫師執照的醫師，先到國內醫院實習一段期間，經考試及格後，可在國內執業；若屬長期問題，建議一定要培植國內人才。現在醫院醫師缺額這麼多，為何不多招收一些醫學生？人力足夠，才可以讓醫師有較好的生活品質。大家認為問題不在金錢，可是對外都是說錢的問題，這是很不好的現象，講話應該要內外一致。

戴主任委員桂英

謝謝。請陳代理委員順來。

陳代理委員順來(侯委員彩鳳代理人)

- 一、勞工界的付費者代表也關心血汗醫院、血汗護理人員的問題。從會議資料看來，問題已有改善。醫師部分，除了內科醫師招收率較低外，其他科都有很大的改善。護理人力部分，離職率由 101 年 13.4%，至 103 年下降為 6.10%，雖然下降幅度達一半以上，但 6.10% 的離職率還是偏高，一般正常的離職率約 3%。
- 二、相關單位須要瞭解醫事人員的離職原因，針對需求擬訂改善對策。剛剛也有委員提到，可能是醫療糾紛、欠缺生活品質等問題，此外，時代變遷，現代人不喜歡加班，喜歡擁有自己的生活也是原因之一。

戴主任委員桂英

謝謝。請何委員語。

何委員語

- 一、剛剛蔡委員明忠提到，西醫基層已經決定調整支付標準，調高兒科、內科、外科、急診醫學科，以及 75 歲以上老人的診察

費，對此表示讚賞、感恩及感謝！

- 二、不只醫師、護理人員要有工作尊嚴，每個行業都須要受到尊重。如同我在討論事項第一案所提，其他醫事技術人員的執業項目，攸關其工作權與尊嚴，都應該予以尊重。坦白講，提出本案只是前菜，去年 12 月份委員會議，我提出醫療責任險等議案，還被說是「不在其位不謀其政」，現在醫療糾紛的問題還是無法解決，請教過很多醫界朋友，他們提供很多想法，包括職災保險等建議，未來我還會繼續提案。
- 三、瞭解醫界的人才培訓需要長期努力，培養一位醫師至少需要 7、8 年時間，在鄉下若有朋友考取醫學院，會慶祝好幾天，因為非常不簡單。支持謝委員天仁的意見，正視醫學生在意的事項，包括解決醫療糾紛、提升生活品質等，最後才是待遇問題。坦白講，沒錢就無法辦事，很少人沒錢還願意辦事，除了我這個笨蛋，時常沒錢還願意幫忙做義工。我認為，問題癥結在於如何培訓人才、健全醫療體系，及改善醫護人員薪資。以前農業社會，醫師收入非常高，現在因為科技發展，一個創意就可以賺很多錢，兩者很難比較，但整體而言，醫師還是屬於高所得族群。
- 四、感謝醫事司、護理及健康照護司及健保署提出目前的執行成果。我關心的是，可否提出未來的改善方案，若沒有，還是會再提案。或許提出的辦法不是很成熟，但總可以提供政府部門參考。公務人員整天坐在辦公桌前，有時腦筋難免會轉不過來，我提出建議案，不知行不行得通，但總是從不同的角度提供看法及做法。
- 五、做生意要賺錢，醫院、醫護人員也一樣要賺錢，但如何合理的賺錢很重要。希望醫事司、護理及健康照護司及健保署等 3 個政府單位，能說明預計 105 年以後的作法，並在 4 月 30 日前再提出報告，若報告內容與期望有差距，我 5 月份會再提案。

蔡委員明忠

- 一、剛剛多位委員提出要照顧勞工權益。健保署十分瞭解大家的期望，希望醫師假日看診。請教在座的付費者委員，勞工要休息，醫師是老闆，也可能是受僱者，屬於勞工，現在偏遠地區已經面臨找不到醫師的問題。
- 二、剛剛謝委員天仁提到，過去的小兒科醫師有六成分布在醫院，四成在基層；目前是六成八分布在基層，三成二在醫院。大家希望假日有醫師看診、偏鄉離島可投入更多醫療人力。反觀日本，晚上 7 點後就沒有提供門診服務，大家能接受嗎？各位要求醫界假日要排出人力，醫師公會也非常努力，希望假日儘可能協調醫師提供服務，但換個角度，醫師也是勞工，一定得在假日看診嗎？
- 三、請大家看看醫界在全民健保所付出的心力，對於醫界，真的沒什麼好苛責！健保署費力促使醫界在假日維持一定的看診率，以照護民眾，但這些要求對於醫界而言，難道不算血汗？為何要求醫界分散到其他時間休假，而不是與勞工一樣週休二日。很多年輕一代的醫師已經不願意接受這些要求，醫師公會雖然努力提升偏鄉、艱困地區的看診率，但愈來愈難達到目標。

戴主任委員桂英

謝謝。本案討論熱烈，時間已經超過 3 分鐘，還有 2 位委員要發言，先請林代理委員惠芳。

林代理委員惠芳(吳委員玉琴代理人)

- 一、聽到委員的發言，覺得有點難過，我們做人群服務的工作，也是提供 1 年 365 天、1 天 24 小時的服務，也是在符合勞動基準法的規定下，進行人力補充及輪班調整。大家的辛苦我們都瞭解。
- 二、其實本案的重點，不在誰應該拿多少錢，誰不應該拿多少錢。剛才也有委員提到，希望探討中長期的人力問題，還缺多少人力？有何方法可以引導或規範，讓欠缺的人力補足？且不抹滅

醫護人員的辛苦，所有的照護服務業都如此。

- 三、醫生及護理人力招募確實困難，希望好好了解目前培養的護理人員，有多少人願意投入護理職場？影響原因為何？現階段是否還存在執業環境不佳的問題？具體了解現況，及推估未來醫生及護理人力的需求，讓整體政策朝更好的方向發展。本案其實沒有討論空間，只希望透過報告呈現清楚資訊，提供政策制定參考。

戴主任委員桂英

謝謝林代理委員惠芳。請潘委員延健。

潘委員延健

- 一、同意多位委員的觀點，本案必須從長遠的角度來看，不能只單看薪資高低，其中因素錯綜複雜，且受環境影響。
- 二、本案的說明資料，似乎顯示過去所編列的預算，已經增加、改善醫師及護理人力的問題，擔心會因此將事情美化，所以提出以下幾點注意事項：
 - (一)就整體的醫療體系而言，目前投注用以增加醫師及護理人力的經費是否真的足夠？大家只看到經費投入的項目及金額，但起始點(當時支付標準)為何才是重點。
 - (二)從支付標準來看，原來的支付標準偏低，投入的經費用於調整支付標準後，雖然稍微補足醫師及護理人力所需成本，但就醫院目前的試算，仍然不足。感謝健保署近 2 年來調高相關支付標準，並回歸成本面計算，例如今年調整醫師及護理人員的相關支付點數，甚至藥師的藥事服務費，這是好現象，希望能持續下去。但是否足夠？還必須再精確計算。
 - (三)澄清有關成本面的問題，資料顯示醫師及護理人力增加，但挹注的經費是否足夠？補充資料呈現歷年合計編列的預算〔100~102 年度醫院總額於一般服務編列調整外科、婦產科、小兒科及急重難科別相關預算，共計 77.723 億元；並

於 98~103 年編列「提升住院護理照護品質」專款，合計 91.65 億元，該專款於 104 年移列至一般服務(20 億元)]，近年來每年投入護理人力的預算約 20 多億元，醫院用於提升護理人力後，每年都必須維持，甚至需再增加人力，成本持續增加，與一次性投入的預算無法直接比較。

戴主任委員桂英

謝謝。請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

主席，本案已經花很多時間討論，贊同大家所提如何進行後續處理之建議，但討論內容似乎偏離提案方向，建議不要再討論。

戴主任委員桂英

謝謝趙委員銘圓。請謝委員武吉簡短發言，謝謝！

謝委員武吉

補充說明，剛才委員提到內科醫師招收率為 82%(補充資料第 5 頁，五大科招收情形，104 年內科招收率為 82%，外、兒、婦產、急診醫學科均為 100%)，建請醫事司就內科、家醫科醫師實際需要招收的人數，考量調整科別間的核定容額，或許就能提升內科醫師的招收率。

戴主任委員桂英

感謝謝委員武吉。先請黃委員偉堯，再請楊委員漢源。

黃委員偉堯

提出 2 項建議及 2 點問題：

一、第 1 項建議，補充資料第 5 頁，有關住院醫師人力招收情形，包括核定容額及實收人數等資料，能否再提供 102 年以前的數據，以了解其變化趨勢。其次，補充資料第 8 頁，除提供各年淨增加護理人數外，能否提供絕對人員數，以正確反應護理人力的增減情形。

二、請參看補充資料第 5 頁相關數據。須提醒，住院醫師人力是否

改善，無法以招收率判斷，招收率提升的原因，可能是實收人數增加，也可能是核定容額縮減所致。若實收人數沒有太大變化，只是核定容額下降，則須進一步思考如何改善。

三、有關兒科醫師人力問題，剛剛有委員提出診所與醫院間小兒科醫師的分布情形，若是如此，可能總數足夠，但分配有問題。這些問題都須再加以釐清，並分開處理。

四、有關婦產科醫師人力問題，問題應該出在產科而非婦科，但現在都是將兩者併計。其次，須思考產科醫師在地理上分布是否均勻？總生育率持續下降，孕婦就醫模式是否選擇在居住地的醫療院所生產？這些都應納入考量。

戴主任委員桂英

謝謝黃委員偉堯所提意見。請楊委員漢淥。

楊委員漢淥

一、有關委員提到必須長期且深入觀察醫護人力的發展趨勢，提案說明二提及住院醫師招收率，原來住院醫師核定的容額數為 2 千 4 百多人，但畢業人數只有 1 千 3 百多人，所以招收率低；現在核定容額縮減為 1 千 6 百多人，所以是因核定容額下降，使得招收率提升。舉例來說，如核定容額 200 人，實收 160 人，招收率為 80%；若核定容額 160 人，實收 160 人，招收率就為 100%，但事實上，醫師人數並未增加，這部分必須納入考量。此外，從醫學中心的評鑑得知，許多住院醫師在第 2 年會更改科別，所以目前醫護人力並非如資料顯示的那麼樂觀。

二、醫師地理分布確實是個問題，剛剛提到醫院小兒科醫師不足的問題，其實不是今天才有，20 年前我擔任衛生署醫政處處長時，很多縣市的醫院已經沒有小兒科醫師可以值班，最近在討論兒童醫學中心，發現小兒科醫師根本沒有增加，現在仍然存在分布的問題。

三、提案說明三提及，據報導 104 年 10 月領取護理證照者有 4 千人願意投入護理工作，但期間離開護理工作的人數有多少？也

須一併計算。另外，醫院總體的護理人數並未不足，僅發生在加護病房、病房，門診的護理人員並未不足，即使醫院給予不同的薪資待遇(病房待遇優於門診)，職稱也不一樣，但現況還是如此。

- 四、再者，可以統計醫院關床的比率，其實有相當多的公立醫院關床，關掉 30% 以上病床數的醫院中，部立醫院占率也很高，營運狀況不錯的部立醫院，如豐原醫院的核定病床 430 床，僅開放 300 床，關閉 103 床，這是真實數據，關床原因是招不到病房護理人員。
- 五、護理人員可以從事的工作種類很多，長照機構也缺少護理人力，但護理人員總數就這麼多，我認為短期內不易找出解決方案，健保能做的只有調整支付標準。醫院現在不只缺少護理人員，也聘請不到藥師，因為每隔一段時間就要面臨評鑑，所以會不斷發生人力的問題。
- 六、建議本報告討論至此，如果可能，請長期追蹤醫護人力之增減情形，並進行比較、分析，才能看出其變化趨勢。

戴主任委員桂英

- 一、謝謝楊委員漢源。多位委員關心本案，已討論 46 分鐘。委員提案希望醫事司、護理及健康照護司及健保署等 3 單位，向本會報告五大科醫師及護理人力增減情形，感謝相關單位提供資料，其實幕僚已盡量蒐集、彙整資料，委員也肯定醫護人力不足的情形有所改善，但部分資料仍有不足之處，例如未列出實際人力數、離職率偏高、核定容額無歷史資料，無法看出長期趨勢等，爰請相關單位就委員所提意見再提供補充資料。
- 二、目前健保署、衛福部醫事司所提相關措施已有短程成效。至於中長程醫護人力改善措施，建議衛福部責成相關單位，盡早研議。就權責事項，不單只有健保署，須包含主責的司、處等單位，共同研議，並將醫療糾紛、護理人員生活品質及人力培養等問題納入考量，本案建請衛福部盡速規劃中長程改善措施。

三、委員對上述處理有無意見？(未有委員表示意見)謝謝大家！接下來進行討論事項第五案。

柒、討論事項第五案「有關 104 年度其他預算之『非屬各部門總額支付制度範圍之服務』項目，其經費不足部分請准由『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目支應案」與會人員發言實錄

戴主任委員桂英

本案為健保署的提案，現在時間已經下午 1 點整，會議時間有限，請健保署直接說明，不宣讀。

龐組長一鳴

- 一、簡單向各位委員報告，104 年度總額其他預算項下「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」經費，因為 104 年起調高護理之家、居家照護、安寧居家相關支付標準，致使在宅醫療等利用大幅成長，現在還未結算完畢，預期結算數據可能會超過 104 年所編列的預算，不足約 8 千萬元至 1 億元。
- 二、不足的款項，原則上應該可以「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」支應，該項目 104 年編列 10 億元預算，去年不幸發生八仙粉塵暴燃事件，支應該事件所需經費後，目前僅剩 8 千萬元，可能也不足以支應上開預算不足部分。
- 三、本署建議，經以「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目剩餘款挹注後，若仍不足，可否由同為其他預算項下「支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費及器官移植、西醫基層總額慢性 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」項目的剩餘款支應，預估該項目前尚餘 2.8 億元。
- 四、對本案預算之處理方式，健保會幕僚與本署的見解不同，幕僚認為不宜挪用專款項目預算，而本署則認為健保會本來就是協商總額及其分配的平台，希望透過委員會議，向委員報告及說明，並討論專款項目的經費流用問題。

戴主任委員桂英

謝謝龐組長的說明，請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、過去健保署也曾提過類似議案，健保會本來就訂有總額協商通則，總額經協定後，不可隨便啟動相關機制。本案只提到委員會討論，是不可行的，過去針對已協定項目金額之增減，訂有啟動機制，署必須透過啟動機制，並完成後續協商流程，否則會變成衛福部已經公告，發生法律效力，卻以健保會委員會議決議推翻的情形，這是不可能發生的，建議健保署撤回本案。
- 二、本會一向堅持「專款必須專用，不得任意流用」的原則。健保署本來就應該在協定的預算範圍內執行，怎可以執行後，再說預算不足，要求從其他專款挹注不足費用。此情形與發生不可預期事件，或配合其他預期政策改變，而須由「其他預期政策改變及調節非預期風險」項下編列 10 億元的預算支應，是兩回事。
- 三、我認為本案無須討論，程序上不可能接受這樣的處理。健保會設有既定機制，須要透過相關流程處理，不可能在委員會議提案討論後，以決議推翻衛福部的公告，衛福部公告屬於更上位的法規命令。我認為健保署要自行解決問題，程序上健保會沒有處理的空間。

戴主任委員桂英

請幾位委員表達意見後，再請健保署回應。

林委員敏華

- 一、依會議資料第 48 頁健保署提供的預算支用情形，全年預估屬推估值，並非最終結算數據，所以預算不見得一定不足。
- 二、謝委員天仁剛剛提到，本會不宜推翻衛福部公告，此例不可開，若因此破例，未來可能委員會都要審議類此議案，大家會受不了。

戴主任委員桂英

謝謝！委員如果沒有其他提問，請龐組長一鳴回應。

龐組長一鳴

- 一、感謝謝委員天仁的指導，請委員參看會議資料第 46 頁，健保會針對「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目，訂有動支程序，本案基本上是 follow(遵循)該適用範圍與動支程序之規定辦理，依據二、動支程序之(一)屬「其他預期政策改變」相關規定，提請動支本項預算。
- 二、本次提案的原因，是因 104 年度其他預算「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」項目預算不足(約 1 億元)，而「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目，因已支應八仙粉塵暴燃事件的醫療費用，預估僅餘 0.8 億元，也不足以支應上開不足經費，乃提出本案。
- 三、若委員對不足經費需動支「支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費及器官移植、西醫基層總額慢性 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」項目有疑慮，可否容許本署修改提案建議，本案經費由「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」支應後，若仍不足，擬請同意由其他預算項下同為健保署預算目標管控之「推動促進醫療體系整合計畫」項下的剩餘款支應。

謝委員天仁

- 一、如果可以這樣的話，以後其他預算就不用協商，健保署高興怎麼動支就自行動支。總額下各項目的預算，都是經過本會年度總額協商會議協定，及經委員會議確認，並報請衛福部核定後對外公告。公告具有法律效力，怎可以委員會議的決議就推翻公告？
- 二、各項協定項目或計畫，本來就應該在核定的預算範圍內執行。「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」的 10 億元預算，是用於支應發生不可預期事件，或配合政策執行所需費用，符合此條件的支出，才能動支；而非因經費不足就要申請動支本項預算，若如此，再編列 20 億元也不夠用！

三、健保署在執行政策時，就必須考量相關問題，不能執行後因為經費出現問題，就提到健保會討論，由健保會買單，我認為不宜，委員對此類議案非常介意。

戴主任委員桂英

- 一、請問健保署，本案預估經費不足 2 千萬元嗎？(龐組長一鳴：約不足 1 億元)不足 1 億元，符合「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之適用範圍與動支程序部分，可以動支 8 千萬元？(龐組長一鳴：對！)此外，預估尚不足 2 千萬元？
- 二、本案請健保署視實際執行狀況，再斟酌「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之適用範圍與動支程序，若依實際執行情形計算後，並未有經費不足的問題，則不需再討論；若實在有困難，再研商處理方式。本案是否同意暫時緩議？

龐組長一鳴

健保署依委員會議決議辦理，沒有問題。但須向謝委員天仁報告，請參看會議資料第 45 頁，本案依動支程序規定，於執行時發生經費不足，因此提案至健保會報告，經健保會通過後，報請衛福部核定。健保署是遵循此程序提會討論，也會遵循決議執行。

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

流程不對，委員會議通過後，只是啟動協商機制，而非通過後報請衛福部核定。若可以如此，各總額部門可否比照辦理？去年已經提醒，八仙粉塵暴燃事件的醫療費用，是否宜動支「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目全部經費，但健保署並未納入考量，現在卻全部丟給健保會承受，解決其透支部分，我們不是你們的橡皮圖章。

戴主任委員桂英

- 一、依剛才所作決議，本案先緩議，請健保署依實際發生數，斟酌動支程序的相關規定，再作後續處理。
- 二、今天五項討論事項已經討論完畢。接下來依照議程安排，先進行兩項專案報告，再進行一項臨時動議。現在已經 1 點 10 分，請健保署進行專案報告第一案

捌、專案報告第一案「『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」、專案報告第二案「全民健康保險業務監理指標之監測結果報告」與會人員發言實錄

陳副組長玉敏及曾科長玟富報告

戴主任委員桂英

謝謝陳副組長玉敏及曾科長玟富詳細的報告，從報告內容看來，執行過程因為有醫界配合，才有初步的成果，健保署負責策劃、系統開發的相關人員，也都很辛苦。請委員提問，有 6 位委員舉手，從左側依序發言，先請干委員文男。

干委員文男

- 一、健保雲端藥歷系統及鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案得以順利推動，首先感謝黃署長三桂，過去 10 多年來的努力，克服沒錢無法執行，即使有錢也沒有能力執行的種種困難，這是很大的功績！這些制度影響 2 千 3 百萬民眾的醫療行為，造福大家、貢獻很大。
- 二、據我所知「健保雲端藥歷系統」傳送速度還是不夠快，是否因頻寬速率 M(Mbps, Million bits per second, 傳輸速率單位)數不夠，建議可再提升網路 M 數，請署與醫界討論改善方式。
- 三、本計畫在政府投入相當的資金推動後，已具初步成效。對被保險人而言，可減少用藥、避免浪費醫療資源，未來可否將節餘經費用於民眾需要之處，讓外界的觀感更好。
- 四、現在資訊傳輸速度很快，民眾看診後，藥局很快就收到處方箋，病人還沒到藥局，藥品就已調配好。但藥師也反映，因為門診量很大，終日忙於調劑，似乎沒有時間再次思考、核對醫師開立處方的正確性。憑良心講，健保支付藥師的調劑費用已經很高，而且醫院門診藥事服務費(慢性病處方給藥 28 天以上)每張處方支付 69 元，已經比中醫門診藥費及調劑費每日 30 點高很多，所以藥師應該發揮核對藥品正確性的功能，此現象請大醫院特別注意。

五、再次感謝黃署長三桂，任內完成這些方案是功德一件！也要感謝柯執行秘書，整合健保監理會與費協會業務，現在兩會合一的任務已經完成，可以功成身退。退休後莫忘健保會，若有機會，還請多多指教！

戴主任委員桂英

謝謝。請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、依「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」報告，對健保署以現行健保 VPN(健保資訊網服務系統)為基礎，提升網路頻寬的做法非常認同。但對於各不同層級的頻寬速率最高的醫學中心只提升為 10M、區域醫院 6M、地區醫院 4M、基層診所 2M、藥局 1M，會不會太慢？另，我與干委員文男的意見相同，由於科技進步快速，建議預留一些空間，作為後續擴充之用，尤其醫學中心和區域醫院。另，若要再提升各層級頻寬速率，費用會由現在的 22 億元增加到多少錢，請試算。
- 二、針對專案報告二，健保雲端藥歷系統問題：我想請教(1)病人有無不同意的權利？另，簽署同意與不同意有何差別？請說明。(2)第 7 張投影片(就醫隱私權保障)第 2 項，「民眾可至各鄉鎮市區公所或健保署各分區業務組聯合服務中心進行健保卡密碼設定或密碼解除作業」，可否讓這項功能更便民？
- 三、第 11 張投影片，雲端藥歷系統執行成效顯示，醫學中心、區域醫院及地區醫院開啟率已達 100%，西醫基層及特約藥局分別為 86%、80%，中醫及牙醫為 20%、60%，居家照護僅 3%，是否還有改善空間？
- 四、因執行雲端藥歷系統，104 年減少非必要的藥費支出約 108 億元，建議將節省的經費用於調整不合理藥價，讓消費者多一點保障。

戴主任委員桂英

謝謝。請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

- 一、謝謝健保署的報告，「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」，其申辦家數比率(申辦家數/特約家數)，地區醫院達80%；診所比率較低(22%)，檢驗所比率更低(1%)，可能原因是診所認為不需要而未申請，另一個可能原因是支付指標項目過於繁瑣，導致院所不願意申請。
- 二、本方案主要目的希望院所上傳檢驗結果，有些診所僅看診一般疾病，未有上傳檢驗結果的需求。光統計申辦家數的比率，無法呈現方案的執行成果，若僅看申辦家數總比率24%，會以為方案執行率很差，但實際上，可能超過一半以上的醫療院所，未有上傳檢驗結果的需求。
- 三、會議資料第66頁，健保雲端藥歷系統執行成效，係以醫療院所開啟率及查詢率為指標。我認為應該以住院病患、門診病患查詢率為指標，較能了解實際查詢情形。104年查詢總筆數較103年增加8.5倍，有無可能是因病患103年只查詢1次，而104年查詢5次，致呈現倍數增加的結果。查詢次數增加，可能是因為查詢次數提高，不一定是查詢病人數增加所致？因為未呈現103年被查詢病人數資料，這樣解釋可能不是很正確，但建議採敏感度較高的指標，較能呈現方案的成果。

戴主任委員桂英

謝謝蔡委員宛芬，請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、請問「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」第10張及第13張投影片，獎勵費用有的用「元」，有的以「點」計算，上限金額每點不高於1元，請說明有何不同？
- 二、會議開到現在，中醫及牙醫的代表已先行離開。請參看會議資料57頁，第11張投影片，有關中醫、牙醫、其他家醫群或藥師等，以申辦家數除以特約家數觀之，診所、藥局及檢驗所的申辦比率較低，但查詢率高。雖然申辦與否與該院所的意願及

投入成本有關，惟推廣資訊即時查詢系統若有助提升民眾醫療品質，或提升病患服務的效能，則應該在與家醫群特約時，就鼓勵其參與。中醫、牙醫情形也相同，例如牙醫的特殊醫療服務計畫，因為病人罹患較特殊疾病，處理的難度、用藥複雜度均較高，就醫可近性也較差，若能上傳病歷資料，相信更能提高治療效益。

- 三、又如「全民健康保險高診次暨複雜用藥者藥事照護」計畫，高診次病患的資料更應該上傳，否則無法查詢其病歷資料。屬特殊性質的專案計畫，如：牙醫特殊醫療服務試辦計畫、家庭醫師整合性照護計畫等，也都應該要求納入本方案，並提高上傳率，我認為此點相當重要。
- 四、健保署報告雲端藥歷系統時，說明批次下載流程(會議資料第 63 頁，為保護病人個資，對醫事服務機構下載病人雲端藥歷資料等加值運用，健保署訂定批次下載的作業流程，規定醫事服務機構及就醫病人須分別簽屬同意書)，提到法規問題，目前下載病患資訊的法源並不健全(註 1)，健保署所訂事項，不知是否走在違反法律規範的邊緣。報告中所提，法務人員提供健保署的資訊(註 2)，我有不同的看法。整體而言，法規部分確實需要進一步釐清，至於處理方式，我也有不同看法。健保署基於承保及給付需要，為避免保險對象接受不當的醫療處置、重複處置，致危害健康或生命安全，因此需要醫療機構上傳或查詢病人醫療資訊。但目前病人無論至中醫門診、牙醫門診、仁愛醫院或台大醫院等任何特約機構就診時，各醫療院所若要下載、查詢雲端藥歷資料，病人都需簽署同意書，怎麼會這樣？各醫療院所都是健保署的特約醫事服務機構，使用雲端藥歷的目的也都相同，為何需要重複簽署？剛剛與林代理委員惠芳討論，她以為民眾到台大醫院就診，簽了同意書後，日後至其他院所就醫，就不需再簽署同意書。其實不然，病人到任何一家特約院所，都需簽署同意書，甚至特約藥局也要，這是法制面的問題。

註：1.個人資料保護法第 6 條第 1 項規定，有關病歷、醫療、基因、性生活、健康檢查及犯罪前科之個人資料不得收集、處理或利用。本規定施行日期由行政院定之。

2.經該署徵詢法務專家，認為個資法尚未實施之前，宜依個資法現行第 15、16、19、20 條機關收集管理利用規定，下載病人資料至醫院端仍需病人書面同意。

五、問題癥結在於，是否須由各醫院與病人簽署同意書，以符法務人員所認為「告知使用目的」(註)的要求？我覺得此觀點不對，會議資料(第 62 頁)已載明建置目的，各醫療院所使用資料時都須符合該等目的。健保署應該設法健全法制，而不是讓病人及醫療院所不停地簽署同意書，甚至同一家院所，同意書過期還得重簽，搞得人仰馬翻。目前病患跨院就醫頻率高，多重慢性病患也許需至不同院所就醫，病人會詢問：簽這麼多同意書作何用？又不是借錢！很麻煩，不但不合理，也不對！

註：依健保署說明，醫院協會於 104 年 10 月行文該署，建議簡化病人同意書簽署作業，比照器官捐贈，於病人同意後統一於健保卡註記，院所即可下載病人資料。經該署徵詢法務專家，認為依照個資法第 8 條，醫療院所下載病人醫療資料，仍應明確告知蒐集目的、個資利用期間、對象及方式等，以完備法定程序。

六、健保署至少可對新納保、新換卡的保險對象統一處理，詢問其意願，如「是否同意健保特約院所查詢及下載您的雲端藥歷資料？」，這才是較好的作法，請健保署考量如何在現行法規下執行，或應如何健全健保法及相關法規。目前都是依據個資法規定處理，其實也應回歸健保法。為符合健保目的之作為，理當統由健保法規範。以前就曾透過保險憑證(健保 IC 卡)推動不給付措施，也規定醫療機構須上傳病人過敏資料，不是嗎？健保署難道有一一詢問每位保險對象「是否同意將過敏資料寫入健保卡」？沒有啊！還不是透過健保署與醫療院所的特約關係，達到給付與管理目的。

七、健保署應該設法好好執行，而不是採取目前由各醫療院所與病人簽署同意書的作業方式。尤其個別醫療院所若有不同使用目

的時，保險對象將更未有保障，同意書應為定型化契約才對！若保險對象至某診所、某醫院就醫，兩張同意書的使用目的竟然不同，他能同意嗎？一定不同意啊！既然同意書或查詢、下載不應有其他使用目的，就不應要求各醫療院所都要與病患簽署同意書，如果特約機構違反使用目的，就嚴懲。

八、報告資料呈現「上傳率低、但查詢率高」的現象(會議資料第 67 頁，第 13 張投影片)，基層醫療單位的雲端藥歷查詢率(60%)，竟然與醫學中心(60%)一樣，甚至高於地區醫院(59%)，令人驚訝！為何醫學中心查詢率這麼低？醫院科別多，病人在同一家醫院不同科別就診的機會大，按理，醫院的查詢率應該比診所高才對；也可能因為院內的 HIS 系統(Health Information System，醫療資訊系統)已滿足醫療人員的需求，所以不需再查詢健保署的雲端藥歷，或有其他原因？請健保署說明。

戴主任委員桂英

請潘委員延健，再請黃委員啟嘉。

潘委員延健

一、首先對滕委員西華表示敬意，言論非常精闢，跟醫界過去爭取的方向一致。滕委員提到，病人以為在台大就醫簽署同意書後，至長庚、市立聯合醫院等其他院所就醫時，仍需要再簽署同意書。且目前即使已於各醫院簽署同意書，對不起！接下來還有檢驗、手術等其他項目需另行簽署；以長庚醫療體系為例，病人在林口長庚醫院簽過了，至其他長庚體系的醫院，還是要再簽，因為屬不同的醫療機構，而藥品簽署後，其他項目還要重新簽署，不但增加大量醫院事務作業，也造成民眾十分不便。

二、言歸正傳，仍要肯定雲端藥歷查詢是非常好的方案，此系統讓所有的醫療機構可以跨院區直接查詢病人資料，避免重複用藥、檢查等，是很好的突破。但在執行面，還是有很多可精

進、改善之處。

三、會議資料第 57 頁，第 11 張投影片，申辦加入「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊」方案的家數，僅占全國特約院所的 24%，比率相當低，也就是很多特約院所並未上傳資料，若未上傳，如何期待此查詢系統能夠提供完整資料？

四、很多醫院及醫師都反映，雲端藥歷的查詢資料不完整，很多住院病人帶來的藥，在雲端藥歷都查不到，可見很多用藥資料並未上傳；健保署已規劃核扣醫院重複用藥費用的新措施，若上傳資料不完整，核扣醫院極不公平。應先強制所有特約機構完整上傳資料，讓雲端藥歷資料完整後，再執行該措施才合理。

五、剛剛健保署的報告中，對個資法如何影響雲端藥歷資料下載部分，闡述非常清楚。之前本人曾針對「全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法」第 6 條條文(略以：健保卡得存取資料內容，包括基本資料、健保資料、醫療專區資料及衛生行政專區資料)提供修訂意見，我詢問醫院法務人員及法律專家，見解與健保署今日說明完全不同，因此相關制度仍須深入探討，若態度太過保守，將造成醫療院所作業上很大困擾。

六、為何強調簽署同意書，以利下載藥歷資料，說明如下：

(一)請參閱會議資料第 65 頁，第 9 張投影片，舉例醫師於診間查詢某位病人雲端藥歷的藥品明細。首先，醫師花費 15 秒將表格叫出，上面列出很多藥品，可能有許多醫師未看過的品項。以長庚醫院為例，院內使用的藥品有 1 千多項，健保署收載的藥品高達 1 萬多項，醫師僅對自己常用的藥品較熟悉，若要判別擬開立的藥品與其他院所開立的藥品有無重複，只能透過 ATC code(Anatomical Therapeutic Chemical code，藥品藥理治療分類)核對，也就是表格第 2 欄(「ATC7 碼成分名稱」)資料。此外，還須心算能力很強，須由過去用藥的起、迄日，扣除重複用藥日數，計算可開藥的天數。1 位病人至少要花費 10 幾分鐘時間，實務

上並不可行！

- (二)因此，雲端藥歷若僅止於查詢功能，對於減少重複用藥並無太大助益。若能先將這些用藥資料透過「下載」功能，經由院內資訊系統進行 ATC code 核對，才能發揮警訊重複用藥的功能。實務上，病人預約掛號後，醫院可在病人就診 2 天前，先向健保署申請雲端藥歷資料，將資訊下載至院內 HIS 系統，先進行 ATC code 歸納比對，病人進入診間時時，就可自動警訊或告知醫師可能重複用藥的品項，而用藥日期重複部分，也可經由電腦計算。
- (三)綜上，能否下載雲端藥歷資料的關鍵，在於病人事前是否簽署同意書。

七、過去一年來，醫院為了推動病人簽署同意書的作業，非常辛苦。最近又看到健保署新公文，院內很多第一線同仁都快當場昏倒。因為要查詢其他資料，如：手術、檢驗、牙醫、中醫等，又要病人再簽署一次同意書，對此，我們真的很無奈！醫院主要角色是執行醫療業務，相關法規本來就應保障醫院可收集病人資訊，目前病人跨院所轉診，病人資料可以互通，也未經過病人同意，同樣道理，若法令不能突破，則需請健保署幫忙解決實務問題。

八、最後一點建議，請健保署一併考量。查詢雲端藥歷需同時插入「病人的健保卡」及「醫師的醫事人員卡」。因此診間的讀卡機(也稱麵包機)需可同時接受 2 張卡，目前健保署核准的讀卡機，與電腦僅有一種連接方式，也就是規格 RS232 的接頭，這種古老的連接方式，傳輸速度很慢，沒有 USB(Universal Serial Bus，通用序列匯流排)傳輸介面。建議健保署重新審視，或鼓勵廠商開發更快速的讀卡機，以增加查詢效率。

戴主任委員桂英

謝謝潘委員延健，請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、雲端藥歷系統主要有兩種好處，第一，提升病人的醫療安全，第二，促使健保醫療資源有效利用。因為可以增加病人安全，即使無法節省健保資源，還是有推動必要。以實事求是的觀點來看，健保署報告中呈現預估 104 年雲端藥歷節省 108 億元藥費，可能有問題。實務上，各分區業務組轄下醫療院所重複用藥部分，每季核扣金額僅約 1、2 千萬，請問計算節省費用的基礎為何？如何算出節省這麼多錢？希望健保署能說明。不過還是要強調，即使只省 1 億元，此系統還是值得推動。
- 二、醫療業務非常質性，推動本制度時，建議不要完全以量化觀點來看。病人雲端藥歷的「查詢次數」不是重點，而是「重複用藥比率」有無下降，是否達到效果。如果有醫師不需查詢雲端藥歷，也不會重複開藥，表示醫病關係相當好，能充分掌握病人的用藥情況，應該給予讚賞。再次強調，應由結果面評比整體制度，評估重複用藥比率是否下降。
- 三、有關「鼓勵醫事服務機構及時查詢病患就醫資訊方案」，相信目標並不只建置雲端藥歷系統，政策目標應該是將所有的醫療資訊都置於雲端，「增加頻寬」是為達到政策的手段。強烈建議健保署直接編列預算，不僅增加「申請加入方案院所」的頻寬，而是「所有醫療院所」都須增加，讓健康安全體系更完整，頻寬的增加應透過政策推動，並普及所有院所。
- 四、就雲端藥歷的執行而言，因科別不同，需要性也不同。例如，某家眼科診所的雲端藥歷查詢率為 100%，但一般而言，眼科很少開口服藥，頂多開眼藥水，經詢問得知，該醫師為了配合政策，請一位員工每天幫他查詢雲端藥歷，所以查詢率 100%。如果只看表象數據沒有意義，能否避免重複用藥才是重點。
- 五、剛剛滕委員西華表達的意見與我相近，醫療資訊固然不可濫用，但為了維護病人安全，及促進醫療資源有效利用，就應該

設法發揮其效益。以申請信用卡為例，為維護國家金融體系的安全，維護國人共同利益，申請人必須提供相關資訊予信用卡公司，包含在其他銀行負債等信用資料。同理，健保卡資訊不僅牽涉當事人的利益，也牽涉所有民眾使用醫療資源的共同利益，被保險人有義務提供個人醫療資訊，而這些資訊僅能用於醫療用途，若醫護人員濫用於「非醫療目的」，則應由濫用者負起法律責任，這是健保署未來修法的方向。另外院所將資料上傳至雲端藥歷後，要經過 24 或 48 小時才能查詢上傳資料，「時間落差」也是個問題。

六、大家都知道搭飛機要出示身分證，基於飛安考量，若未出示身分證則無法登機。相同的，病人就醫時如果未攜帶健保卡，就無法提供醫療資訊，醫師無法得知他用過什麼藥，所開立的藥品是否影響醫療安全。因此建議健保署應嚴格規範保險對象就醫時攜帶健保卡，除非緊急情況才可以不用健保憑證，其餘非緊急情況，則不應在未攜帶健保憑證情況下使用醫療資源。過度方便會對醫療安全造成不良影響，也會浪費醫療資源。針對此點，健保署應有處理原則，不帶身分證都無法登機，為何未攜帶健保卡可以看病？另外分享一個實務經驗，除夕那天我陪一位醫師到警察局報案，...

戴主任委員桂英

對不起，現在已經下午 2 時 8 分，發言請儘量簡短。

黃委員啟嘉

再 30 秒就好。這是真實發生的案例，花蓮有位病人濫用安眠藥，醫師因為拒絕給藥，就被揍，我陪著他去警局報案。由此可知，醫師在重複用藥的管控角色存有風險。請健保署在推動相關政策時，能像推動醫藥分業一樣，廣為宣傳、讓民眾知曉。也希望編列經費宣導避免重複用藥，讓大家共同維護醫療資源及用藥安全。

戴主任委員桂英

大家的發言相當踴躍，但因時間有限，本案委員肯定健保署與醫界

的努力...。

謝委員武吉

主席，補充發言。

戴主任委員桂英

好，請簡短。

謝委員武吉

今天的報告事項，過去稱為雲端藥歷查詢系統，在推動之初，黃署長三桂、前任蔡副署長魯及現任蔡副署長淑鈴所付出的努力，功不可沒。剛才干委員文男已提到很多，不再重複。目前所建置的健保醫療資訊雲端查詢系統，與衛福部現行的電子病歷，性質差不多，建議兩者可以結合，並納入健保署的作業系統，電子病歷則可取消，不需兩邊同時作業。

戴主任委員桂英

好，謝謝！

吳委員肖琪

主席，剛才有舉手。

戴主任委員桂英

對不起！一定要聽您的意見，請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

請參閱會議資料第 70 頁，第 19 張投影片，有關雲端藥歷系統執行成效，以 104 年第 2 季、第 3 季資料觀之，參加院所數增加 3 千多家，查詢次數增加 1 千萬次，但預期減少的非必要處方藥費，僅由 27.57 億元增為 27.85 億元，差距好像不大，請健保署再確認原因為何。

戴主任委員桂英

一、本案經過多位委員詳細提問，許多委員肯定健保署作為，應給予掌聲。針對委員所提日後執行及修法建議，本會都會詳細記載發言實錄，提供健保署參考。

- 二、部分委員詢問事項，例如提高頻寬增加傳輸速度需要多少預算？雲端藥歷執行成效中，藥費減少金額如何計算等，因時間有限，請健保署另外提供書面補充資料。此外，請問健保署有無需立即說明的事項？(健保署表示：沒有)委員是否同意以上的處理方式？(未有委員表示反對)謝謝！本案洽悉。
- 三、專案報告第二案「全民健康保險業務監理業務指標之監測結果報告」，本項專案報告每半年例行報告一次。建議委員參閱書面資料，若有意見可於下次會議提出，半年後還會再報告一次，委員是否同意？(未有委員表示反對)感謝！
- 四、最後還有一項臨時提案，因目前已有不少委員離席，建議本臨時提案延至下次會議正式提案討論，委員是否同意？(未有委員表示反對)感謝大家！敬佩各位的努力及投入！現在已經下午2點14分，今天會議到此結束，散會。