

全民健康保險監理委員會
第 200 次會議紀錄

中華民國 101 年 2 月 24 日

全民健康保險監理委員會第 200 次會議紀錄

時間：中華民國 101 年 2 月 24 日（星期五）上午 9 時

地點：行政院衛生署中央健康保險局臺北業務組第一會議室（臺北市許昌街 17 號 9 樓）

出席委員：

周委員麗芳

吳委員淑瓊

盧委員瑞芬

盧委員美秀

葛委員克昌

干委員文男

楊委員芸蘋

林常務監事政良(代)

張委員永成

林課長敏華(代)

林委員啟滄

陳秘書建民(代)

蘇委員錦霞

滕委員西華

陳委員武雄

劉處長志棟(代)

葉委員宗義

李委員永振

李委員成家

李常務監事育家(代)

郭委員志龍

李委員明濱

李委員蜀平

黃委員建文

陳委員俊明

楊委員漢淥

陳高級分析師雪芬(代)

曲委員同光

呂委員明泰
祝委員健芳
柯委員綉絹
石委員發基
鍾委員美娟
劉委員玉蘭

列席單位及人員：

臺北醫學大學
行政院衛生署健保小組

全民健康保險醫療費用協定委員會
行政院衛生署中央健康保險局

林研究員金龍
朱組長日僑
陳科長淑華
林執行秘書宜靜
戴局長桂英
黃副局長三桂
鄧組長世輝
洪代理組長清榮
張代理組長鈺旋
吳參議文偉
林專門委員阿明
施專門委員志和
王科長本仁
蔡科長佩玲
蔡科長文全
黃科長莉瑩
郭科長垂文
王科長復中
李科長品青
柯副主任委員桂女
楊主任秘書慧芬

本會

吳組長秀玲

魏專門委員璽倫

主席：劉主任委員見祥 紀錄：葉肖梅、范裕春、陳淑美

壹、主席致詞：(略)

貳、報告案

第 1 案

案由：確認本會上（第 199）次委員會議紀錄，請 鑒察。

決定：確定。

附帶決定：

本會今（101）年度重要工作計畫中，有關「健保新制財務推估」專題報告，原係以 102 年元月實施為前提，而安排於今年 8 月提報，惟考量其亦可能提前施行，爰須配合法之施行調整報告時間，所以若確實提前施行，則請中央健康保險局於實施前 2 個月至本會報告，否則仍維持原排定之時間報告。

（與會人員發言實錄詳附件 1）

第 2 案

案由：本會委員會議決議（定）事項辦理情形及重要業務報告，請 鑒察。

決定：本會今（101）年度重要工作計畫中，有關「保險醫事服務機構公開財報」之規劃情形專題報告時間，授權幕僚安排，餘洽悉。

（與會人員發言實錄詳附件 2）

第 3 案

報告單位：臺北醫學大學

案由：「全民健保特殊材料納入部分給付之評估模式研究」之成

果報告，請 鑒察。

決定：洽悉。

(與會人員發言實錄詳附件 3)

第 4 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「101 年 1 月份全民健康保險業務執行報告」，請 鑒察。

決定：

一、因時間有限，經徵得委員同意，本報告請委員自行參閱書面資料，若有需中央健康保險局補充說明部分，於會後由本會幕僚轉請該局回復。

二、本案洽悉。

第 5 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「擴大健保相關資訊公開之執行情形及成效」專題報告，請 鑒察。

決定：比照報告案第 4 案方式處理，本案洽悉。

第 6 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「第 7 次藥價調整說明」專題報告，請 鑒察。

決定：比照報告案第 4 案方式處理，本案洽悉。

參、討論案

第 1 案

提案單位：本會業務監理組

案由：「全民健康保險醫療業務監理指標」修訂案，提請 討論。

決議：本案監測指標之監測值依前（199）次會議擬議之建議值修訂，餘照案通過，請中央健康保險局據以辦理，並照既定時程提報執行成果。

（與會人員發言實錄詳附件 4）

第 2 案

提案人：楊委員芸蘋、干委員文男

案由：建請行政院衛生署應儘速檢討無固定雇主之職業工會會員（基層勞工）健保投保金額改以基本工資起申報，並刪除全民健康保險法施行細則第 41 條第 1 項第 4 款有關「無一定雇主或自營作業而參加職業工會者，按投保金額分級表第 6 級起申報」之條款文字，以符合公平正義案，提請討論。

決議：本案宜整體考量各類目保險對象間保費結構與負擔之公平性，及財務之穩健發展。委員意見報請行政院衛生署核參並送請中央健康保險局參考。

（與會人員發言實錄詳附件 5）

第 3 案

提案人：滕委員西華、蘇委員錦霞

案由：未有法律明確授權與相關原則配套之前，建請中央健康保險局即刻暫停販售全民健康保險研究資料庫中關於被保險人之各項資料，並應依法成立人體研究審查委員會，提請討論。

決議：

- 一、本案係基於維護全體保險對象權益而提出，應予肯定。
- 二、請中央健康保險局除妥善管理全民健保資料庫外，對各該資料之運用與釋出並須符合法律與程序正義，爰應重新檢

視相關規定並視需要修訂之，以維全體保險對象權益。

（與會人員發言實錄詳附件 6）

肆、散會：中午 12 時 02 分

【附件 1】

報告第 1 案「確認本會上（第 199）次委員會議紀錄」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

謝謝同仁的宣讀，請問委員有無修正或補充意見？

滕委員西華

- 一、針對上次會議紀錄，有關附表 1 本會 101 年度重要工作計畫中專題報告第 8 項「健保新制財務推估」，係因健保局一再表示補充保險費的推估需耗費較長時間，本會才同意延至 8 月份報告。
- 二、然昨日報載衛生署表示新制健保法將於本（101）年 7 月實施，其施行細則及各項子法規並已完成規劃。健保新制可否順利實施，取決於補充保險費能否徵收得到，所以補充保險費的扣繳辦法相當重要。監理會有業界代表，而企業界在行政作業系統上須配合修改，以對補充保險費進行扣繳，因此若無充分時間讓社會大眾瞭解及因應這項新制度，非常不妥適，故建議「健保新制財務推估」專題報告，應由 8 月提前至 3 月報告。

劉主任委員見祥

- 一、滕委員的意見是另一項議題。依本會過去慣例，應先確認紀錄，至若有其他衍生議題，於其後另行處理。
- 二、上次委員會議時，是以健保新制將於明（102）年元月實施為前提，所以編號 8 之「健保新制財務推估」本會預訂在 8 月份進行專題報告。有關本案最新的推動情況，請戴局長說明。

戴局長桂英

- 一、謝謝滕委員提問，讓我有機會說明。本局昨日對媒體記者很關切的新制健保法實施時程的問題，是這樣回答：「因衛生署以 7 月實施為目標，我們配合以之為努力方向，並進行相關準備。」而對於子法規的修正部分，衛生署會儘速與外界溝通，並完成核定作業。
- 二、健保新制真正實施日期依法應由行政院公告。同意滕委員的看法，健保新制一旦決定實施時程，我們就應配合來監理會報告。目前行政院尚未決定實施日期，所以建議本案原則上先維持原預定的報告時程，但若行政院公告實施日期，本局當月即來監理會進行專題報告。

滕委員西華

- 一、關於新制健保法的實施日期，我已向媒體確認過，係衛生署公關室以簡訊對媒體記者說明，署長的目標是，做好各項準備及宣導，以期本（101）年 7 月份能實行。雖然我們知道施行日期的決定權在於行政院，但本案攸關 2,300 萬民眾的權益，一旦實施時程確定，衛生署即應提出補充保險費扣繳辦法，健保局也應來本會報告財務推估情形。
- 二、補充保險費的扣繳及程序，影響所及是全民，且扣費義務人若未依法扣繳，會面臨罰則的問題。但補充保險費既已完成立法，則不管設計是否完善，企業都要依法行政。企業於健保新制實施後，其財務及會計申報系統均需配合變更，然迄今扣繳義務單位仍無法得知補充保險費的具體內涵，例如，所得認定、扣繳方法及相關機制等，故很難去因應。
- 三、倘若實施新制的當月份才到本會報告，委員將來不及表達

意見。既然衛生署已宣示實施時程，就有責任同時提供健保法施行細則及相關子法規等具體內容給大家參考。而且7月即要開始進行102年度總額協商，健保局若尚有疑義，建議請衛生署健保小組來本會報告補充保險費推估情形。

朱組長日僑

- 一、感謝委員的關心。行政機關執行相關新制時，有一定的程序，通常是許多行政的前置作業，包括法規的溝通、會議討論及宣導等。
- 二、新制健保法的施行日期，以行政院公布為準。瞭解委員關切健保新制在準備期上是否足夠的問題，本署已配合時程，陸續開始與各界相關單位、團體進行健保法相關子法規之討論。

滕委員西華

衛生署代表並未回答我剛剛的詢問。

戴局長桂英

- 一、補充保險費的扣繳辦法確實很重要，依衛生署代表的說明，應已安排研議補充保險費扣繳辦法的會議時間。扣繳辦法若定案，將有利於補充保險費的估算，否則本局僅能以假設值估算，估算結果比較不準確而且不清楚。
- 二、由於行政院公告實施日期後，通常會保留一段向大眾溝通說明的時間，所以可否同意我們於實施前1個月前再到監理會報告。

劉主任委員見祥

若委員可接受原則性之決議，則對「健保新制財務推估」專題

報告，請在實施前 1 個月前來會報告，例如 7 月要實施，必須於 6 月來會報告；若明年元月實施，則依原訂期程維持於 8 月報告。

滕委員西華

由於監理委員會依慣例為月底開會，若健保新制實施前 1 個月，健保局才來會報告，委員意見將來不及反映，建議健保局應於實施前 2 個月來會報告。

劉主任委員見祥

健保新制的財務推估報告，資料應愈完整愈好，但實施前，有許多配套措施需完成，如法規面的研擬及實務模擬等，若資料未成熟，估算結果可能會有很大起伏。原則上應於新制健保法實施前 2 個月來會報告，相關時間授權本會幕僚及健保局安排。

干委員文男

滕委員的提案是全民關心的問題，健保新制在實施前即應讓全民瞭解施行細則及相關子法規訂定的情形，最好消基會及工會等代表都能參與，大家較容易產生共識。

劉主任委員見祥

- 一、法規的研討係由衛生署決定，請衛生署斟酌可否同意人民團體包括消基會及工會代表等共同參與。
- 二、新制健保法實施時，宣導非常重要，拜託相關人民團體屆時也能多予協助。

曲委員同光

修訂法規通常需經過多次會議討論才可能完成，我們將視情況儘量多邀請各領域代表參與。

劉主任委員見祥

委員意見衛生署已充分瞭解，並會參考辦理。

劉委員玉蘭

- 一、補充保險費之徵收因採就源扣繳，所以應不是問題。一般民眾最關心且影響最大的是開辦時程。
- 二、補充保險費主要財源可能是股利股息，但 7 月為股票除權的高峰期，股票市場資本利得變動很大，所以若在 7 月實施健保新制，將因 6 月發放的股息不要繳補充保險費，7 月以後發放須繳納，而產生公平性的問題。為避免影響股市的正常運作，以及維持民眾繳交的公平性，實施日期最好定於年初。

劉主任委員見祥

- 一、會議紀錄確定。
- 二、附帶決定為本會今（101）年度重要工作計畫中，有關「健保新制財務推估」專題報告，原係以 102 年元月實施為前提，而安排於今年 8 月提報，惟考量其亦可能提前施行，爰須配合法之施行調整報告時間，所以若確實提前施行，則請中央健康保險局於實施前 2 個月至本會報告，否則仍維持原排定之時間報告。

【附件 2】

報告第 2 案「本會委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

對楊主任秘書慧芬的報告，請問委員有無意見？

鍾委員美娟

依重要業務報告第 5 項，修正後全民健康保險投保金額分級表之下限金額調高，上限金額維持。但基本工資提高代表薪資水準已變動，為何只調整下限而未同時調整上限？建議投保金額分級表之調整，應同時考量上下限的變動，而非只調整下限。

劉主任委員見祥

一、鍾委員認為投保金額之修正應同時考量上下限金額，亦即，調整下限時，也考量投保金額上限是否符合調整要件。委員的意見很有意義，值得參考。

二、請健保局說明投保金額上下限的調整條件，以利大家了解相關規定。

戴局長桂英

請洪組長清榮說明。

洪代理組長清榮

依據全民健康保險法第 21 條第 3 項規定：「投保金額分級表最高一級投保金額與最低一級投保金額應維持 5 倍以上之差距，該表並應自基本工資調整之次月調整之。適用最高一級投保金額之被保險人，其人數超過被保險人總人數之百分之三，並持續 12 個月時，主管機關應自次月調整投保金額分級表，加高其等級。」所以，投保金額分級表上下限至少應維持 5 倍以上

之差距，主管機關並應依基本工資變動情形，作適當的調整，目前投保金額上限已符合規定。

劉主任委員見祥

本會今（101）年度重要工作計畫中，有關「保險醫事服務機構公開財報」之規劃情形專題報告時間，授權幕僚安排，餘洽悉。

報告第 3 案「『全民健保特殊材料納入部分給付之評估模式研究』成果報告」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

有關修法後特殊材料得納入部分給付，亦即特殊材料的差額負擔，是本會委員非常關心的議題，因此，本會即特別規劃委託專家進行此非常有意義的研究。經公開徵求後，由臺北醫學大學得標。謝謝研究團隊主要成員林研究員金龍簡明扼要的報告。請問各位委員有無問題？

盧委員瑞芬

- 一、本研究主要是在研擬部分給付之評估模式，第一階段是比較各國的差額負擔制度，但前三張的重點都擺在醫藥科技評估 (HTA, Health Technology Assessment) 上，卻又完全沒有提到英國的 NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence)。NICE 的 HTA 是最經典之評估模式，研究中卻反而提及比較少做 HTA 的美國。大家都很期待在第一階段可看到各國特殊材料如何做差額負擔，但今天的報告並沒有說明，反而是直接跳到第二階段國內特殊材料納入部分給付模式的研擬。
- 二、最後的結論建議中，將特殊材料納入健保的方式，係先建立全額給付先行準則及不屬前項準則得申請為部分給付兩種模式。過去健保特殊材料是否納入健保給付，即會先進行 HTA 資料收集。請問是否有特別原因，所以建議一開始即先篩選那些特殊材料符合部分給付的條件，與全額給付分流為不同的評估模式。我認為宜先進行 HTA 評估，依所得醫學實證資訊來考量是否納入健保給付，最後再決定以

全額或部分的給付方式。在納入健保前有一致性的審查程序，行政作業可能較為簡化。

滕委員西華

- 一、謝謝林研究員的報告，這份研究不好做，我想請教幾個問題。我的第一個疑問與盧委員瑞芬的意見相同。5 月份健保局將至本會報告「特殊材料差額負擔規劃情形」，兩份報告可能會有相關。本研究比較少描述大家所關切的其他國家特殊材料差額給付情形，特別在上限價的部分。上限價格的訂定及如何實施差額負擔制度，兩者都是非常重要的管理措施。
- 二、各項特殊材料在療效評估上可能會有不同的要件，但審查流程及是否納入給付的標準應一致，請問不同特殊材料的申請，為何要有不同的審查程序？
- 三、議程第 39 頁第 30 張投影片，在特殊材料申請為部分給付之評估流程中，對提報健保會並沒有設定審議的期限，但部分給付的政策涉及民眾權益及義務，所以審查若無期限，民眾權益將受到損害。請問從其他國家的經驗中，完成審查大體上應花多少時間才較合理？
- 四、議程第 41 頁第 34 張投影片，研究者提出的建議很好，效益評估需檢附資料是很重要的。請問研究單位，若研究後發現市場流通的產品在價格、臨床效益及方便性方面優於健保給付之特殊材料的情況，有無提出退場機制之相關建議？

千委員文男

- 一、依議程第 39 頁第 30 張投影片，特殊材料申請為部分給付

之評估流程，係於 2 個月內提報健保會，但得延長 2 個月，等於期程可長達 4 個月。為避免審查延宕太久，建議評估流程應設定時間表，並規範一定期限內需完成審查。

二、新制健保法第 45 條在立法院審議時，外界多所爭議，很多人認為差額負擔的規定，有如醫療院所開了一扇收自費的後門。對特殊材料施行差額負擔，最終都是增加民眾的負擔，即使納入全額給付，但當健保發生虧損時，只能提高健保費率，民眾仍然受到很大的影響。因此，研究者應將民眾的付費能力也納入分析才比較合理。請問研究單位有無將我國民眾的收入水準與他國同時做比較？若沒有，未來實施差額負擔制度時，因醫病雙方的資訊不對等，民眾反彈聲浪將很大，消基會可能會收到很多民眾之投訴案件。

陳高級分析師雪芬（楊委員漢源代理人）

- 一、特殊材料部分給付的問題很複雜，被保險人及醫療提供者均有不同的意見，請問本報告中風險分攤的評估是希望解決什麼問題？
- 二、特殊材料不是只有納入給付的問題，實務作業尚有很多疑慮，本研究的方向很好，但請教可解決目前哪一段的問題？

劉主任委員見祥

剛剛委員的很多垂詢，是關於目前健保特殊材料的問題，而依據新制健保法第 45 條規定，將來要納入實施差額負擔的特殊材料品項，須先提健保會討論，所以，本案的重點在於未來的健保會如何處理差額負擔的問題。

祝委員健芳

國內的身心障礙者，尤其是幼兒，年紀小小即因聽力障礙而需長期植入人工電子耳，現行是被排除於健保特殊材料給付之外。在此想請教已蒐集許多國外資訊的研究團隊，國外對於這項特殊材料，是列為部分給付項目，或是像目前台灣一樣完全排除於健保給付之外，請說明國外這部分的具體作法。

劉主任委員見祥

請林研究員金龍說明。

林研究員金龍

- 一、對於盧委員瑞芬的提問，在此向大家說明一下，當初接受本研究計畫時確實曾思考該往 HTA 或本報告題目的方向研究。最後還是決定以本研究案之委託重點為主，並提出 HTA 有幾種不同的評估模式為介紹重點，其中也考慮到計畫期程只有 10 個月，時間的壓力很大，且尚有監理會特別交代需要處理的事項，包括訪問病人及專家等等，因此，我們研究的主軸未能朝 HTA 方向發展。
- 二、剛有委員問及為何有勇氣接受此研究的挑戰，這是因為從勞保時代的特殊材料建檔到健保如何處理等，本人均有參與，也瞭解整個特殊材料的操作流程，所以希望能就這個委託研究，有所貢獻。關於 HTA 的要求，已列入二代健保法中規範，也必須儘快建立評估模式，因此，本研究主要著重特殊材料部分給付流程與準則的設計。
- 三、有關其他國家特殊材料納入給付的經驗，澳洲及歐盟很多國家都運用 HTA 的技術，已建立良好的評估制度。在期中報告審查時，很多專家認為國外資料太少，我們非常努力

的透過台灣相關團體、駐外單位等，甚至包括國外友人或廠商幫忙蒐集資料，這些廠商也樂見相關資料引用到台灣的情形，但發現各國並沒有與我們有相同特殊材料給付制度。由於國外的特殊材料大都納入 DRGs 支付，沒有差額負擔的概念，僅少數如澳洲及美國有部分項目可供參考，我們就擷取他們的經驗列入研究中。

- 四、在人工電子耳方面，我們發現很多國家的健保或社會保險大多沒有給付。美國較傾向商業保險方式，需購買保單才能給付部分特殊材料；自負價格，如德國是以參考價格 (reference price) 方式訂定差額給付。
- 五、為何將特殊材料區分兩種方式來處理，是因新制健保法第 45 條規定，自付差額之特殊材料品項僅其許可證持有者才能提出申請。對特殊材料廠商不主動申請為差額負擔之品項，結果就是健保全額給付或不給付。至於現行已實施特殊材料部分給付項目，於新制健保實施後，健保局是否需要通知原廠商重新申請，則留給行政裁量處理。
- 六、本研究建議提供多種樣態的會議型式，並鼓勵多邀請利害關係人參與特殊材料部分給付相關會議。由於健保會的組成及運作尚不清楚，所以，本研究未建議健保會討論之期限。而健保局部分，係依據行政程序法規定，請其應在受理 2 個月內，最多延長 1 次的期限內提健保會討論。
- 七、干委員文男所述，對給付上限價格進行國民生活水準與國外比較，我認為價格上限可考量以國際中位數為準，並以廠商之報價與經濟評估來和健保局的價量分析等調查資料比對。至於退場機制可參考議程第 39 頁第 30 張投影片評估流程最後一段的回饋機制，定期檢視部分給付項目的合

理性。

八、至風險分攤部分，健保局會訂價量合約，如賣一定數量，價格需要打折；健保局若取消價量合約時，會要求廠商提出科技成效評估報告，這就是一種風險分攤的概念。評估運用方式有兩種，一種是逐步開放給付，健保局只針對有實證結果的項目才同意給付；第二種是該項特殊材料有很多病人等著使用，限於經費，只能篩選部分病人做差額負擔，於是除訂定價量評估外，還要考慮臨床的實證，再決定調降其價格或限縮適應症。有關風險分攤之國內外分析資料，在研究報告中有比較詳細的說明，希望這項制度實施時，能提供各界參考。

劉主任委員見祥

新制健保法第 45 條最後 1 項規定：「自付差額之特殊材料品項，應由其許可證持有者向保險人申請，經保險人同意後，併同其實施日期，提健保會討論，報主管機關核定公告。」這次委託研究的重點是研提合宜的評估模式供健保會參考。另外本研究也可供衛生署研擬政策及健保局執行業務之參，所以是具有價值的。

干委員文男

我還有一點疑問，依林研究員金龍之說明，差額負擔品項只有廠商才可提出申請，如果醫界或病患認為用某種藥或某種特殊材料臨床上很有效，卻無法提出申請，而廠商又不肯提出申請，似乎說不通，建議應增加被保險人與醫師可以提出申請的管道。

劉主任委員見祥

新制健保法第 45 條第 1 項規定，本保險給付之特殊材料，保險人得訂定給付上限及保險醫事服務機構得收取差額之上限。但新項目的申請規範在最後 1 項，應由特殊材料品項許可證持有者向保險人提出申請，研究人員及執行單位只能依法辦理。干委員文男的意見，未來若有再修法的機會，應可考量適時處理。

干委員文男

建議將我的意見融入本研究。

劉主任委員見祥

- 一、本研究已結案，若委員還有意見，可於討論相關法規及辦法時，進一步深入探討。由於尚有多項議案待討論，本報告就此結束，除謝謝研究團隊外，也要特別感謝林研究員協助回答各項提問。
- 二、本案洽悉。因時間關係，經徵詢委員，獲致先進行 3 項討論案，之後再處理報告案的意見，爰現在進入討論提案。

【附件 4】

討論第 1 案「全民健康保險醫療業務監理指標」修訂案之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

- 一、本案於上(199)次委員會議，僅初步交換意見，這次係幕僚擬具修訂意見回復表先送請各位委員表示意見並予彙整後再提請討論。
- 二、現請各委員參考議程資料第 77 至第 81 頁，請問有無意見？

李委員明濱

主席，各位委員，有關議程資料第 78 頁第 4 項監測指標，西醫基層慢性病連續處方箋開立率乙項，草案建議提升監測值至 27%。對於病情穩定之慢性病患者，為了便民及節省相關費用，醫界過去均支持儘量開立慢性病連續處方箋，但在實務操作上，慢性病常為多種合併症，故其開立性涉及醫師專業判斷，所以提高監測值立意雖好，只是一味強調開立率，而忽略實務，特別是開立慢性病連續處方箋後可能也會衍生更多問題時，反而會浪費更多藥品費用。該指標近 3 年平均實際值為 22.58%，在專業與實務同時的考量下，醫師公會全聯會建議監測值應維持現行之 25%。

李委員蜀平

主席、各位委員，藥師公會全聯會第 1 次發言，我不是反對李理事長明濱剛才之意見，只是目前台灣人口高齡化的問題，越來越嚴重，慢性病連續處方箋釋出，對於許多高齡者與慢性病患者是一種方便，亦可免除部分掛號費及等待時間，建議監測

值可稍予成長。

滕委員西華

慢性病連續處方箋之開立率與釋出率，一直以來委員都有非常多的意見，醫界提出來的意見，我們不是不能理解，相信對醫師的判斷及很多患者在返診上，確實會遇到困難，例如有些病人不知 3 個月後需要就醫，以致造成更多的醫療浪費，但不可否認處方釋出仍是一項對病人有利的政策。目前健保 IC 卡並沒有強制寫入醫療處方，使得社區藥師無法從健保 IC 卡的資料去監控病人是否重複用藥，從健保局最近委託研究高血壓病患用藥結果就可知道上述情形。我建議本項監測值維持擬議之 27%，對配合政策推行而在慢性病連續處方箋開立或釋出方面表現優異的醫療院所，請健保局於總額費用協商時，應考量給予品質的獎勵，以鼓勵醫界開立或釋出慢性病連續處方箋。

柯委員綉絹

針對監測指標第 1 項高診次保險對象人數占率，擬議監測值為前 3 年平均值 0.092%，惟考量 99 年實績值已降到 0.06%，健保局認為因人口老化及慢性病增加等因素，101 年度若降低監測值，恐無法達成。我認為衛生署等相關機關有責任向民眾宣導，活得久且要活得健康，就可減少就醫次數，既然訂目標，就要有挑戰性，建議監測值考慮採用第 199 次會議擬議之 0.082%。

李委員蜀平

請容我第 2 次發言，對於慢性病連續處方箋釋出，是國家的政策，我國於 86 年已訂定醫藥分業政策，醫界理當將處方 100% 釋出，因此我很同意剛才滕委員西華所提之鼓勵措施。建議慢性病連續處方箋釋出率與社區藥局實際調劑率應分開計算，假

設醫院慢性病連續處方箋釋出 30%，或以上，由社區藥局自行調劑，達到照顧慢性病與老人的目的應予鼓勵。但如果醫院故意用計策使慢性病連續處方箋又回流到醫院領藥，例如透過快速配送或優先掛號等措施，使病患又回到原醫院領慢性病連續處方箋的藥品，如此就失去醫藥分業、照顧慢性病與方便老人藥事照顧的目的，因此，未達 30%以上的，要給予指導與規定。

李委員明濱

我們都很重視人口老化現象，但醫療涉及品質、安全及資源有無浪費的問題。基層醫師希望藉由整合式照護計畫照護多重慢性病患者，這在目前尚屬試辦階段，因此，實務上係西醫基層努力推動便民措施，才使得慢性病連續處方箋開立率可以達到 22.58%。我們贊成滕委員西華的意見，共同檢視慢性病連續處方箋的政策每年可以節省多少經費，或是造成多少浪費。多重慢性病藥品種類極多，包括安眠藥、高血壓用藥等，有些藥局一次給 3 個月劑量，反而造成併發症、副作用、交互作用等，也可能造成不當的副作用或自殺比率的提高。我不反對提高本項監測值，但須有專業安全品質的證據，若一味提高，醫界會有些窒礙難行之處。

陳高級分析師雪芬（楊委員漢源代理人）

呼應李理事長明濱的說法，因為醫療不宜只求便民。醫院實施慢性病連續處方箋後，某種程度的放任民眾到處拿藥，好像醫療可以無限使用，成為醫療（尤其是藥費）浪費很大的原因，即使健保局定期推動藥價調整，整體藥費卻一直控制不下。我認為於 101 年或 102 年，要將這樣的情勢扭轉過來，健保局應適度把關，否則以後真正需要使用醫療資源者將無法使用，這樣

非常不公平。這些年推動鼓勵醫療院所盡量釋出慢性病連續處方箋的政策，目前已造成不少的醫療資源的浪費，其實多重慢性病患者是需要醫院比較專業的照護，在提高慢性病連續處方箋開立率及釋出率的同時，我們希望能思考如何適度加以限制。

李委員蜀平

第 3 次發言，李理事長明濱在全國推廣自殺防治，做的非常的成功，自殺率明顯下降，也因此救了很多想結束生命的人，此效果安定了許多家庭，成績卓越，並揚名國際，令人感佩。報告李理事長，如果鼓勵慢箋釋出能夠利民與便民，像您推廣的防止自殺計畫成效一樣，我想那是台灣之福，其實慢性病連續處方箋的開立其實是有規範的，病人需於病情穩定後，持醫療院所開立之慢性病連續處方箋，一個月一個月去社區藥局拿藥，直到三個月藥品都領完後，又會回醫院就診，所以如果病人依規定領藥，並不會造成用藥浪費。而對於高門診次數的病人，健保局也推行高診次居家藥師照護計畫，結果，證實門診次數下降，多重用藥情形下降、健保費用下降。容我直言，慢性病連續處方箋釋出的政策，牽涉許多複雜的問題，例如，藥價差、診療費……，另醫院可能因院開立慢箋的藥品如被核刪又回扣到原醫療單位，這些問題，可建議健保局規劃一套較完善的配套措施，不要讓醫療單位造成負擔。

劉主任委員見祥

請問健保局對本案有無特定意見。

戴局長桂英

主委的意思應是問本局有無窒礙難行之處。請本局同仁檢視本案有否窒礙難行的地方。

林專門委員阿明

有關監測指標第 1 項，高診次保險對象人數占率部分，因為最近 3 年實績值平均是 0.0923%，惟考量人口老化、重大傷病、慢性病人數確實逐年增加，我們建議監測值維持在最近 3 年實績值 0.0923%。至於醫院及西醫基層慢性病連續處方箋開立率的部分，委員有很多意見，以前我們採鼓勵方式，係因可方便保險對象就醫，但若監測值訂得太高，可能會讓醫師有壓力，所以本局採持平態度，希望兩邊都要兼顧。

施專門委員志和

關於增加第 18 項到第 20 項三項觀察指標部分，健保局醫審及藥材組於會後再和貴會幕僚商討並補充相關指標的定義。

劉主任委員見祥

一、業務監理指標大家都非常關切，如果每項指標的定義都予以界定清楚，則監測值的設定就不會有太大爭議。西醫基層及醫院慢性病連續處方箋開立率監測值分別為 27% 及 32%，相信這是我們可以努力的目標。真正醫療浪費導因於醫療院所管理不當，若醫療服務端能嚴謹配合，且審慎處理保險對象端，則成效應可期。本案監測指標及其監測值維持原（第 199 次會議擬議）建議值。

二、如果沒有其他意見，觀察指標照草案通過。至施專門委員志和所建議指標定義問題，請本會幕僚會後與健保局詳細溝通。指標與監測值在執行上或有壓力，不易達成，但應是個目標，希望我們可以朝目標共同努力。本指標修訂案請中央健康保險局據以辦理，並照既定時程提報執行成果。

三、滕委員西華的建議非常有意義，若個別醫院做得很好，將來於費用協定時，是否考量在品質保證保留款上予以鼓勵，今天健保局及費協會的同仁都在場，請納入參考。

盧委員瑞芬（會後書面意見）

- 一、建議保留觀察指標「未納保率」，因其為重要指標，應長期持續觀察。
- 二、觀察指標「健保局的網站強化公開資訊透明度」，既然健保局已納入例行性民調，更方便列為定期觀察。
- 三、觀察指標「每張處方箋平均用藥品項」，為重要指標，應持續觀察。

【附件 5】

討論第 2 案「建請行政院衛生署應儘速檢討無固定雇主之職業工會會員（基層勞工）健保投保金額改以基本工資起申報，並刪除全民健康保險法施行細則第 41 條第 1 項第 4 款有關『無一定雇主或自營作業而參加職業工會者，按投保金額分級表第 6 級起申報』之條款文字，以符合公平正義案」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

請提案人楊芸蘋委員代理人林常務監事政良補充說明。

林常務監事政良（楊委員芸蘋代理人）

- 一、今天楊委員芸蘋因出國參加國際會議，由我代理出席。
- 二、楊委員芸蘋提案建議刪除全民健康保險法施行細則第 41 條第 1 項第 4 款有關「無一定雇主或自營作業而參加職業工會者，按投保金額分級表第 6 級起申報」之條款文字，係因時空背景改變，目前已走向 M 型社會，例如我所代表的鐘錶眼鏡業職業工會，10 幾年前鐘錶賣 1 支可賺 2、3 支，現在資訊是透明的，職業工會會員屬於較高所得者，已不復如此。目前職業工會會員常同時兼其他行業，如兼差當計程車司機，大家收入均普遍下降，卻仍以投保金額分級表第 6 級繳納保費。職業工會會員之勞保投保薪資，已經取消自第 6 級起加保之規定，這是第 1 個問題。
- 三、其次，職業工會會員適用調整後投保金額分級表第 6 級 22,800 元，健保費增加 24 元，再加上若 7 月 1 日實施新制健保，健保費增加 49 元，則職業工會會員之健保費共計增加 73 元，所以企業調整基本工資增加 900 元，而職業工會會員則需多繳 73 元，增加額度約為 900 元的 8

%。因此，建議行政院衛生署應刪除全民健康保險法施行細則第 41 條第 1 項第 4 款有關「無一定雇主或自營作業而參加職業工會者，按投保金額分級表第 6 級起申報」之條款文字。

干委員文男

我補充一些意見，議程第 99 頁第 5 項，新竹市總工會與全國總工會於元月 10 日赴行政院衛生署陳情，得到很好的回應，我建議針對職業工會會員之投保金額可以繼續維持現行之 21,900 元，不需要調整，但將來基本工資在逐步調整並超過 21,900 元時，投保金額則跟著往上調整。建議應修正現行施行細則第 41 條。

劉主任委員見祥

請問委員對本案是否還有高見？劉委員有意見，請發言。

劉委員玉蘭

- 一、實務上，職業工會會員大都依下限投保，除非是公眾人物，或幾年後就要退休者，希望取得較高的老年保險給付，才會選擇較高的投保金額。
- 二、當初估算新制健保費率時，應已考量基本工資調整後，職業工會會員仍適用投保金額分級表第 6 級，則本案職業工會會員投保金額改按基本工資起申報，對新制健保費率 4.91% 影響甚大，將嚴重影響新制健保費率的推估結果，茲事體大。再者農民的投保金額一樣是 21,900 元，若職業工會會員適用的投保金額從基本工資開始，對農民也會有影響，他們也會要求比照辦理。因此，本案不是只單純考量職業工會會員就可以，若將農民也考慮進去，會同時

影響到新制健保的費率。

三、目前因費率可能變動且政府補貼因素可能取消，確實讓民眾感覺到處都在漲價，勞保費率預計每年將調 0.5%，今年剛好碰到勞健保均漲價，不過這不只是職業工會會員的問題，是全體被保險人均同時面臨的問題。今天配合調高投保金額，政府的補助也回到常規，或許對經濟弱勢者會有些困難。但若依擬辦將投保金額調降到基本工資 18,780 元，將對費率產生很大影響，因此個人建議可考量修改健保法施行細則，將職業工會會員適用的第 6 級調整為第 5 級，也就是維持投保金額 21,900 元（農民亦同），但未來隨基本工資上升而調升。

滕委員西華

有關干委員文男與楊委員芸蘋之提案，我想被保險人類別只要維持 6 類 14 目，都會有問題。若依劉委員玉蘭建議，將職業工會會員適用的投保金額由第 6 級調整為第 5 級，是沒有根據的，因為對於職業工會會員，並無法稽核其所得，有些人所得可能超過投保金額最高級，而有些人所得可能低於目前的投保金額，問題仍存在。而且不可否認的，第 6 類失業者繳交的保費比有受雇者多。只要是不用實質所得或總所得當作計費基礎，都會有這樣的問題，而且沒辦法解決。所以根本之道，是改革現行 6 類 14 目或新制健保 6 類 15 目的分類，在此呼籲衛生署應通盤考量，解決整體保費負擔不公平的現象，讓低所得者減輕保費負擔，讓高所得者沒機會選擇較低投保金額而負擔較低保費。

劉主任委員見祥

謝謝各位委員的寶貴意見，誠如滕委員西華所言，保費負擔仍

有不公平現象，但 6 類 14 目之投保分類必須透過修法，才能變動，其屬衛生署權責，且牽涉甚廣，所以就將各位委員意見與提案主要內容，送請主管機關核參。

干委員文男

第 2 類被保險人投保金額為 21,900 元者人數不多，適用比該金額低的人數較多，建議職業工會會員投保金額維持 21,900 元，明年基本工資調整高於該金額，再跟著調整。

劉主任委員見祥

- 一、本案宜整體考量各類目保險對象間保費結構與負擔之公平性，及財務之穩健發展。
- 二、干委員文男的意見是先凍漲，之後再跟著基本工資調漲，併同其他委員意見報請行政院衛生署核參並送請中央健康保險局參考。

【附件 6】

討論第 3 案「未有法律明確授權與相關原則配套之前，建請中央健康保險局即刻暫停販售全民健康保險研究資料庫中關於被保險人之各項資料，並應依法成立人體研究審查委員會」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

先請提案人說明，並請健保局回復後，再請各位委員提供寶貴意見。

滕委員西華

- 一、有關我與蘇委員錦霞的提案，很多人關切是否要帶 20 萬人癱瘓臺北車站？甚至引起健保局兩個業務組所在警察分局的關切，以及 5 位記者的詢問。若要帶人來抗議，應會高調發新聞稿才對，我雖一再對媒體記者澄清，他們都不信，最後我只好說，真的要帶 20 萬人來抗議，順便癱瘓臺北車站及抗議美國牛肉。
- 二、本案會得罪不少人，監理會也有好幾位專家學者。我們絕對支持對全民有益的研究案，並非要禁止以健保資料進行學術研究，也非如健保局所述，不考量影響係數（impact factor）3 以上甚或 17 以上論文的價值。健保資料庫對於學術研究的貢獻，以及對健康促進的目的都不是爭議，因此，健保局所言對台灣在國際曝光度的貢獻，與學術研究價值並非本案討論重點。像美國 1979 年開始討論人體受試者保護法案之前，也同樣引起軒然大波，甚至說會阻擋部分的學術研究。這案子從政府的回應看起來，在人體受試者保護的部分，我國仍停留在 1979 年前的美國政府處理方式，落後美國約有 30 年。

- 三、對於健保局補充意見中，提到該局非屬人體研究法所稱之研究機構，尚無依人體研究法成立倫理審查會之需要，本人無法認同，難道醫院是研究機構嗎？為了審查病歷或病人有關之研究，台大醫院連病歷的研究分析，都需經過人體試驗委員會(Institutional Review Board, IRB)的審查，並除去連結。所以，只要掌握有關的資料庫，即便機構本身不是研究機構，也可能屬於人體研究法規範的範疇。
- 四、本案與 2,300 萬民眾相關，在座各位都是其中之一，我們並非為了個人利益或不想被研究調查而提案，我與蘇委員錦霞沒有什麼好調查的，其實是為了大家的權益著想，所以，我們要很嚴肅看待這件事情。本案涉及雲端科技的重大漏洞，國際雲端不可信，對於隱私權的保障非常不足，據聞 iPhone App、Google 及 Facebook 等都有這個問題，從消費者到雲端的過程，軟體廠商及技術人員，無論是否與個人身份辨識碼(ID)連結，都可毫無顧忌的擷取所有雲端客戶裡面的資料。以歐盟為例，歐盟 2010 年以副總理層級，提到發展公開資料加值(Open Data)計畫，將此視為另外一種石油產業，因此，陳冲院長才會說有五兆的商機。美國總統歐巴馬於 2009 年也提及此一計畫，宣示以政策透明為首要，且以開放具公共性質的政府政策資料為主，但因醫療資料極其隱私，加上雲端技術的隱私保障不足，因此歐盟乃至於美國都未以醫療雲開始進行 Open Data 計畫。而台灣卻優先考慮發展醫療資訊的雲端科技，令人感到非常不可思議。
- 五、美國健康保險公司 CIGNET，因不當使用被保險人個資而被

美國聯邦政府罰款美金 430 萬元，更有多達 9 個非政府組織(NGO)，以及律師團體、美國聯邦法庭認為該保險公司對病歷資料保護不夠周全。

六、目前國家衛生研究院所販售之健保資料，無法查驗申請人使用資料之動機，或是背後有無贊助廠商，舉個例子：某個在衛生署上班並正唸研究所博士班的公務員，為了博士論文申請健保資料庫的運用，出發點或許良善，但她卻是以衛生署名義提出申請，而非『研究生』身分；但若是有心人士透過學術單位或是個人申請，將健保資料不當運用，以致民眾權利受損，例如商業保險公司可能對某些群體拒保或增加保費等。論文發表在國際影響係數 17 以上之期刊，也都必須揭露有無贊助廠商。這 10 幾年來國衛院未曾對資料使用申請人是否名實相符及背後有無贊助者進行審查。

七、群體資料之使用也是一樣，不是去連結的問題，我也很同意成大呂宗學教授投書對資料庫價值之意見，但本案不在加值運用，而在於程序問題。衛生署成立健康資料加值應用協作中心，在衛生署說明其運用方式時，會比對民眾或病人之健保資料庫、戶籍檔、國民健康資料檔、身心障礙者檔、原住民檔案及各項衛生署握有之健康資訊等，非常嚇人！如此一來，民眾的資料如何被保障？而 2011 年衛生署更擴大委託中國醫藥大學販售健保資料，更是離譜，一個私立大學販售資料的範圍比國衛院更多、更貴，是何道理？我手上有一些相關簡報資料，顯示國科會已要求成大與台大以珍貴的健保資料庫研發出 30 種「商業獲利模式」，並希望這兩所醫院能以免掛號費的方式，誘導民眾

加入醫療雲，以比對病歷資料與健保資料庫，且公開說明要提供給藥廠與生技公司使用，如此一來可能涉及更大的利益歸屬問題。

八、究是資料商機無限還是民眾權利無用？美國 1996 年通過健康保險資訊流通與管理法 (Health Insurance Portability and Accountability Act, 簡稱 HIPAA), 明文規定病歷的應用與禁止使用範圍，且 2003 年修法時要求必須取得每一位病人的書面授權，上述美國 CIGNET 公司就是因此法律而受罰。為何美國能取得每一位病人的同意，而健保局不能？國人看病或是國家擁有個人的健康資訊，即便是可以去連結，並不代表我們同意別人可以使用個人資料進行分析，你我也在資料庫中，沒有人例外。醫療資料有許多禁忌，例如基因資料，因此依個人資料保護法第 6 條，應由衛生署會同法務部立法明文授權與規範，內容包含健保資料庫在內的使用權限、使用目的、應用範圍、哪些可用及禁止使用、如何取得授權與同意、如何確保安全與隱私、利益如何歸屬、違反之規定…等，都需要法律授權，我們之前已經違法在先，難道現在不應該亡羊補牢？

九、醫療財團法人台灣血液基金會已成立研究倫理審查會，該會收集捐血者的程序及目的，與健保非常相似，資料更為敏感。很難相信本案健保局竟回復不適用人體研究法，甚至將個人資料保護法第 6 條的適用也排除，那健保局手中握著的是什麼資料？因為健保是強制納保，民眾因此被迫要提供醫療資訊給健保局，難道也表示民眾必須強迫授權資料的使用嗎？據說 2 月 22 日衛生署召開人體研究法說明

會時，會上健保局同仁詢問醫事處科長同樣的問題，該科長回答健保資料庫是屬人體研究法所規範的資料範圍，甚至建議健保局要比照血液基金會成立倫理審查會，但健保局此處書面回答卻又說不適用人體研究法。

- 十、健保局提供資料給台大與成大有法源依據嗎？能提供台大，為什麼不能提供榮總呢？長庚也可以來申請啊！如此草率，實在令人驚訝！陳沖院長暫緩個人資料保護法(簡稱個資法)的實施是否就是為了醫療雲開方便之門？已經是 21 世紀，落後美國 30 年不說，既然健保資料庫很珍貴，又是強制保險制度下所收集之醫療資訊，當然只能供保險使用，我們很難期待台灣像 HIPAA 那樣，至少應訂個類似 HIPAA 的法律，以保障全民個資與病歷的流通，同時也保障醫療院所與研究者權益。

蘇委員錦霞

滕委員西華已很清楚表達我們提案的目的，並非禁止資料的運用，主要是在程序上應要更完整。依照人體生物資料庫管理條例，設置單位包括政府機關，健保局應是屬於被規範的範圍，希望各位委員能支持這提案。

戴局長桂英

- 一、謝謝兩位委員的提案，主席剛說要再徵求其他委員的意見，提供健保局往後健保資料如何適當釋出的重要參考，在此先對委員表達感謝之意。
- 二、提案說明一，提及行政院科技會報曾召開公開資料增值推動策略會議，健保局雖未獲邀參加，不過後來在媒體上也看到相同的報導，截至目前為止，此案並沒有任何單位向健保局索取資料，所以大概只是規劃構想。因為是會報，

大概在會議中會有些簡報資料，剛滕委員西華提及手上有些簡報資料，會後請滕委員能提供參閱。

- 三、有關健保局經公開徵求由國衛院受託健保資料庫的管理部分，乃因早期健保局在業務繁重時，各界要求健保局提供研究所需資料，透過這些研究成果可以改善國人健康照護，並提出很多寶貴建議。早期健保局辛苦的配合每位研究學者，耗用很多機時與人力，所以考量是否酌收工本費，或請衛生署轄下優良研究單位-國家衛生研究院代為提供服務。本局爰依政府採購法將業務委託國衛院辦理，該院對增值服務的使用者，收取資料增值服務工本費，用以支應提供該項服務所需之設備、人事及行政管理等費用。目前國衛院每年所收取增值服務費用，尚不足支付增值服務成本費用，本局對其每年之期末報告也會進行這方面資料的審查，並更嚴謹地評估收費標準是否合理。
- 四、剛剛滕委員提及委託給中國醫藥大學乙節，衛生署過去即有資料加值的想法，由於健保資料庫僅有民眾就醫的申報資料，加以衛生相關單位有很多調查，以及很多登記檔案，這些調查與登記檔案，如果能做適當的整併，會具有增值效果，可提出更具價值的建議。因此，本局僅係將健保資料提交衛生署，由衛生署整併增值相關資料，此資料增值操作從 97 年至 99 年慎重規劃之後，100 年正式運作。
- 五、目前健康資料增值應用協作中心資料之使用，第一，不掛在網路上，所以目前沒有雲端設計；第二，是規範一個具獨立而且實體隔離的電腦設備空間，慎重管理進出人員不能攜帶任何的東西進去，人員只能在該空間操作，而且須

事先申請，申請獲准後，由操作人員將所需要的欄位於特定電腦使用，使用之後只能攜出結果報表，加值中心目前慎重管理資料可見一斑。因係衛生署委託之計畫，即便受託之中國醫藥大學，也不能將資料攜回學校。

六、本局將努力配合個資法及人體研究法，重新檢視目前健保資料之管理，有無重新修訂之必要，非常感謝兩位委員的提案。

盧委員瑞芬

- 一、有關滕委員西華與蘇委員錦霞的提案確實非常詳細用心，個人以一個資料使用者及審查委員之身分提出看法，提案本身其實可分為兩個部分，一個是醫療雲，另一個是目前國衛院被委託受理學術界申請研究資料的部分。這兩個部分其實差異非常大，醫療雲只是個建議，不知將來會如何運作？如果以這樣的假想設定限制，會導致國衛院的運作受到牽制。
- 二、醫療雲嚴格控管是有道理的，雲端到底成不成熟？是否能完全保護病人隱私？又是一個問題，要把商機置於學術、人體之前，當然會引起很大的爭議。國衛院從 10 幾年前到現在，管理規定愈來愈嚴格，早期在公開資料的時候，其實也發生過健保局把資料給國衛院，健保分局自己又釋出資料。但目前，國衛院審查標準更趨嚴謹，截至目前為止，主要都提供學術用途。
- 三、如果申請案屬非學術界研究類（會後補充：國衛院健保資料申請係分學術界研究類及非學術界研究類，即使是非學術界研究類申請案亦規定申請人應遵循「電腦處理個人資料保護法」及相關法令之規定，不得侵犯個人隱私或藉以

辨識個別單位，亦不得將資料作為營利用途)，則能提供的資料量非常少，而且限制又大；提供學術界部分，其實也有罰則，申請人本身要負法律責任，如果罰則執行不夠嚴格，可針對罰則部分加強。近 10 幾年健保研究的產出很多，不僅論文本身，對台灣民眾健康促進很有幫助，亦是政策改進或擬訂之重要參考依據，因此，不只具有學術價值，在政策上的貢獻都相當明確。不宜將兩件事(醫療雲與國衛院被委託受理學術界申請研究資料)混為一談，否則將易因噎廢食。

- 四、美國很重視病人的隱私權，Medicare 的資料也有釋出。個人不太確定人體研究法是否可應用至健保申報資料，但健保資料是醫療院所的申報資料，ID 會加密，不易做個別鑑定，而且國衛院又規定，不能釋出超過樣本 10% 以上的資料，如同樣本中的樣本，這部分其實都是為了保障個人隱私。滕委員引述衛生署一位科長的意見，是代表個人意見？或代表法律的解釋權？建議應在法律上先釐清這部分。

干委員文男

- 一、這個議案第一個受害者是全國總工會，在去年辦理的團保中，有幾個人不合格被刷下來，我感到奇怪，保險公司如何知道誰患什麼病，今天才知道有些機構可能賣資料給保險公司，否則，保險公司怎知道這麼詳細的資料？
- 二、我擔任監理委員多年，一直督促健保局應儘速提升健保 IC 卡功能，健保局就是敷衍應付，推說雲端的技術問題尚未解決。我曾詢問中華電信公司的研究人員，有關 IC 卡上資料存放於雲端時應如何儲存及擷取等問題，他認為技術

上應無問題。所以，建議健保局應該做的要趕快做。

- 三、個人醫療資訊外洩已是不爭事實，外界輕易得到病人的資訊，時有耳聞，資料管理者還謊稱個資不會外洩。不過真正將資料外流的源頭，究竟是醫院、衛生署或健保局？不得而知。我所代表的職業工會已深受其害，曾有生病的會員欲參加團保，即被保險公司要求提高保費，或是位於健康標準邊緣者，即被拒絕納保的情形。

周委員麗芳

- 一、針對這個案子我表達對提案人的欽佩。我非常認同盧委員瑞芬的意見，提案應分成兩個不同部分，一個部分是屬於學術研究，即非營利的學術部分，這部分也是比較符合全民健康保險研究資料庫當時設置的初衷，誠如盧委員提及不只是學術研究的進步，也對國人的健康照護上有一定的貢獻。
- 二、目前在學術研究期刊發表過程中，嚴謹的期刊都會要求在必要情形下，要經過 IRB 審查通過，不只在國衛院的審查，包括期刊都已嚴格把關，所以這部分也呼應剛剛提案人所關切的人體試驗部分。
- 三、有關營利的部分，若是創造商機，有幾個面向要思考：
 - (一)宗旨是否為全民健保險研究資料庫的初衷？如係基於營利目的，這套資料庫要含括什麼內容？若國衛院係為營利時，即使釋出的資料非常少，也必須重新界定權限。如果基於營利目的，資料庫是不是要重新設置？要放什麼資料？這是第一個問題。
 - (二)第二個問題是營利部分的管理，剛提到學術發表有嚴謹

的把關，需經過 IRB 的審查通過；而營利的部分目前沒有管理機制作嚴謹的把關，以保障消費者與病患之權益，這是另外須考量的問題。

(三)相對提案人所關切獲利分配歸屬的問題，非營利就不會有盈餘分配的問題，如果創造這麼大的商機，其背後衍生出來的利益分配，跟這些原始資料相關的病患之間關係又是如何？這是在法律與制度層面應嚴謹去思考的部分。

吳委員淑瓊

- 一、兩方的意見其實都是我們關心的事情，關於國衛院部分，以個人經驗，國衛院是相當嚴格，而且愈來愈嚴格。最近學生想作研究，申請後才發現以前可以，現在不可以了，所以國衛院一直在走嚴格路線，讓我們比較放心。
- 二、現在大家關心也比較不放心的是商業模式的部分。聽到戴局長說明現在外界還沒向健保局申請資料，表示是還沒有發生的事情，但如果不趕快預防，以後會走到哪裡？令人擔心。是否健保局或哪個單位應預作準備，草擬對於未來商業模式的發展規範，如果可以提早做一些準備，會讓大家比較放心一點。

李委員明濱

- 一、個人很支持這個提案的精神，所有的資料庫都很重要，資料庫如果妥善運用會變成財產與資產，若放在那邊不用就變成遺產，應該以倫理及法律為基礎，運用於增進全民福祉上。
- 二、資料搬上雲端須密切注意的問題，個人也非常贊同，預防

勝於治療，學術界甚至要把基因資料庫也連結上，這真是茲事體大！提案所訴求的預防（倫理、法律與人權）勝於治療（對個人或某人口群之傷害）之精神，一定要反映。

三、至於對國衛院資料庫的管理愈來愈嚴格，使用前須簽訂保密條款及通過 IRB 審查，研究計畫主持人提出報告後，需保證已銷毀儲存資料之切結書，即於研究計畫結束後，就不能再使用該筆資料，這部分是可以理解的。

四、國衛院收費並不便宜，通常要好幾萬元，盈餘應如何分配？涉及資源分配公平的問題。收費是否合理？應歸屬哪個單位？這問題是可再討論清楚。其餘都還好，但提案精神務必要讓中央主管機關知道。故這部分本人較不主張立即停辦。

滕委員西華

一、容我再次說明，我們提案關切的雲端部分主要是為了預防個資外洩，即便行政院現在尚未知會健保局，但誰擋得住？陳冲院長說要做，健保局還是得配合，未來請不要把我與蘇委員錦霞的資料提供出去。政府對於雲端的推動已如火如荼，從前朱敬一政務委員交給現在國科會朱敬一主任委員，然後再由張善政政務委員主導醫療雲，確定將會持續發展，在行政院會報中都有紀錄，為何沒有知會健保局？卻提及要使用健保資料庫。我不相信衛生署沒有受邀，衛生署可能替健保局答應了。

二、國衛院管理愈來愈嚴格是應該的，但不表示就不需要取得法律的授權，而國衛院所授權使用在商業模式的案件極少，也不代表商業模式沒有問題，即便是國衛院訂定的審查規定，位階非常低，也沒有什麼約束力，全部都要回到

人體研究法及個資法等法律的約束，國家衛生研究院只不過盡了該盡的責任，將來需要取得法律上的根本授權，可請國衛院依目前釋出資料的基礎原則擬訂一套審查規範。

三、美國 Medicare 或 Medicaid 資料釋出，完全受到 HIPAA 的約束，有釋出是沒錯，但美國聯邦法律有約束，而我們甚至連健保法都沒有規範。當初修訂健保法時，健保 IC 卡只能使用於存放醫療資料。有關健保局釋出資料乙事，不能委託出去就沒責任，衛生署也是一樣，不是把健康資料加值，加值的概念不是賣錢。就像李委員明濱提及資料是要變成資產，但不是財產，促進國民健康之出發點是正確的，但不能不管程序正義，資料的釋出與連結也好，都要取得法律的授權，立法是基本的防護措施。

四、個資法第 6 條第 2 項，個人資料蒐集、處理或利用之範圍、程序及其他應遵行事項之辦法，由中央目的事業主管機關會同法務部訂之。在此重申，國衛院縱有嚴格審查，還是有商業用途，「偷一根蔥不算偷」不是這樣的標準，商業用途的規模雖不多，但知道後果很嚴重即需從嚴處理，不能說目前發生的情況少就不重視。

五、各位學者的意見我都同意，應用上不能因噎廢食，取得法律的授權是根本價值的問題，不是阻擋學術研究的問題，法律如何兩平，兼顧研究的價值，以及資料庫應用上對於病人的保障，再次重申沒有法律授權之前，應該要先暫停釋出資料。請健保局應儘速會同法務部取得類似基因資料庫應用法律之立法，行政部門加快腳步，立法部門也會配合，時間應不會太久。

六、健保局補充說明意見提及健保局非人體研究法所稱之研究

機構，尚無依人體研究法成立倫理審查會之需要，是否應予修改？

戴局長桂英

有關本局尚無依人體研究法成立倫理審查會之相關說明內容，即補充意見四、(三)可以刪除。

劉主任委員見祥

- 一、大家都很肯定滕委員西華與蘇委員錦霞的提案，不管從資料庫運用與民眾權益的保障，都有獨到見地，是個非常有價值的提案。過去因健保資料的研究運用，造就許多國際性論文，讓健保發光發熱；如何兼顧民眾隱私及醫療資訊之獲得，健保局應慎重考量程序上之合法性。
- 二、健保局的資料釋出予國衛院或衛生署將健保資料加值應用，是否適用個資法？是否應成立倫理審查會？程序正義部分係屬於法律的解釋，若法律認定都必須經過一定的法律程序，衛生署及健保局必會遵守，並配合訂定相關辦法。
- 三、請健保局除妥善管理全民健保資料庫外，對各該資料之運用與釋出並須符合法律與程序正義，爰應重新檢視相關規定並視需要修訂之，以維全體保險對象權益。