

衛生福利部全民健康保險會
第3屆106年第5次委員會議事錄

中華民國106年6月23日

衛生福利部全民健康保險會第3屆106年第5次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國106年6月23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：(依委員姓氏筆劃排序)

干委員文男
王委員雅馨
古委員博仁
吳委員國治
吳委員榮達
李委員永振
李委員育家
李委員偉強
林委員至美
林委員敏華
林委員惠芳
林委員錫維
周委員麗芳
陳委員平基
陳委員旺全
陳委員亮良
張委員文龍
張委員清田
張委員煥禎
張委員澤芸
商委員東福
郭委員錦玉
黃委員啟嘉
黃委員偉堯
楊委員漢淙
劉委員志棟
葉委員宗義
趙委員銘圓
蔡委員登順

國家發展委員會曹專員毓珊(12:55 後代)

中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠(代)

中華民國全國工業總會何常務理事語(代)

蔡委員麗娟
盧委員瑞芬
謝委員尚廷
謝委員武吉
羅委員莉婷

肆、列席人員：

本部社會保險司
中央健康保險署

本會

陳專門委員淑華
李署長伯璋
蔡副署長淑鈴
龐組長一鳴
周執行秘書淑婉
張副執行秘書友珊
洪組長慧茹
陳組長燕鈴 邱技正臻麗(代)

伍、主席：傅主任委員立葉

紀錄：馬文娟、曾幼筑

陸、主席致詞

各位委員及所有與會者，大家好！

介紹 2 位新任委員，第 1 位是財團法人中華民國消費者文教基金會代表吳委員榮達，吳委員目前擔任消費者報導雜誌社副社長及司法院 106 年度民間公證人任免委員會委員，也是博譽國際律師事務所專任律師。第 2 位是中華民國牙醫師公會全國聯合會代表謝委員尚廷，謝委員是牙醫師公會全國聯合會理事長，也是Abc牙醫聯盟院長。請大家鼓掌歡迎吳委員及謝委員的加入。

柒、議程確認

決定：

- 一、臨時提案「偏鄉離島與原住民健保補助及醫療品質提升案」列入議程，安排於討論事項之後討論。
- 二、餘照議程之安排進行。

捌、請參閱並確認上(第 4)次委員會議紀錄

決定：刪除第 4 次委員會議議事錄第 79 頁有關何代理委員語之發言，餘確認。

玖、上(第 4)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告

決定：

- 一、上(第 4)次委員會議決議(定)事項辦理情形洽悉；其中擬繼續追蹤項次 6「為高齡慢性病患者不慎遺失業經醫師開立處方箋所購得之慢性病藥物，建請同意其逕向同一藥局藥師自費補購買當月不足藥量乙事」，請中央健康保險署持續與相關權責單位協調，研議法規修正之可行性。
- 二、歷次委員會議未結案件擬解除追蹤項次 1「建請衛生福利部部長與本會委員能建立定期對話溝通機制，期使全民健保之業務運作更符合社會期待」、項次 11「為促使醫療體系運作更具效率，本會委員肯定中央健康保險署朝分級醫療的精神作努力，惟針對所擬策略本會委員所提出需要審慎衡酌其適當性，及設定相關配套等的建議，送請衛生福利部及中央健康保險署參酌修訂」，改列「繼續追蹤」，餘洽悉。

拾、討論事項

第一案

提案人：黃委員啟嘉、吳委員國治

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：敬請研議對於 106 年「家庭醫師整合性照護計畫」，收案人數已超出中央健康保險署原預期的倍數成長，其新增超出的部分，不在總額協定時的涵蓋範圍，如何因應案，提請討論。

決議：本會委員支持西醫基層部門及中央健康保險署配合分

級醫療政策，戮力推動及擴大家庭醫師整合性照護計畫之照護範圍，亦認同對於預算超支部分應予適當補償，惟多數委員認為其未符合「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之動支條件，爰請中央健康保險署就建議經費來源、經費需求，及本計畫之長期規劃目標與效益等，提出說明後續議。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：107 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)，提請討論。

決議：訂定 107 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序，如附件一。

第三案

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：醫院總額實施後，點值皆未達每點 1 元，基於確保全民健康保險特約醫院之醫療服務品質與可近性，敬請進行原因檢討，並提出改進策略，予以輔導改善，提請討論。

決議：請中央健康保險署研析醫院總額部門點值超出容許變動範圍之原因，並提出具體因應策略及輔導改善措施，提下次委員會議報告。

第四案

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：民國 89~90 年醫院總額支付制度研議小組討論時，即預見地區醫院將遭遇嚴重衝擊，但歷經 15 年，地區醫院之困境未獲有效解決，並持續衰退，且政策端也未落實「醫院總額支付制度研議方案第六章第一節平衡各層級醫院發展配套措施」。基於分級醫療政策的

推動及維護全民健康保險特約醫院服務品質與可近性，敬請研擬設立地區醫院總額，提請討論。

決議：本案所提建議請中央健康保險署邀請專家學者及本會委員組成工作小組進行研議後，提下次委員會議報告。

拾壹、臨時提案

提案單位：中央健康保險署(提案資料詳附件二)

案由：偏鄉離島與原住民健保補助及醫療品質提升案，提請討論。

決議：案內所提偏鄉離島與原住民健保費酌減或補助事宜，尚非本會權責。本會支持持續改善、提升偏鄉離島及原住民地區之醫療服務品質，請中央健康保險署研擬更具體之建議方案後，再提會討論。

拾貳、報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：106年5月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，併入7月份提報之業務執行報告。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：「專業雙審及公開具名」試辦方案之執行情形，請鑒察。

主席裁定：請中央健康保險署提供更詳細的研析資料後，提下次委員會議報告。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：健保醫療資訊雲端查詢系統之執行情形，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材費用成長之合理性分析，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

第五案

報告單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險業務監理指標之監測結果，請鑒察。

決定：請委員參閱書面資料，如有意見請以書面方式提供本會幕僚，俾納入 105 年度監測結果報告書，及作為 106 年度委辦計畫監理指標之研修參考。

拾參、散會：下午 14 時 20 分。

107 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序

第 3 屆 106 年第 3 次及第 5 次委員會議(106.4.28 及 6.23)通過

一、工作計畫表

工 作 項 目 及 內 容	預 訂 時 程
<p>一、協商前置作業</p> <p>1.討論 107 年度總額協商架構、通案性原則及協商程序。</p> <p>2.建立協商參考資料： (1)編具「全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽-106 年版」。 (2)編具「全民健保各部門總額執行成果摘要-106 年版」。</p> <p>3.召開各部門總額執行成果評核會議： 檢討、評估各總額部門 105 年度協定事項執行情形。</p> <p>4.107 年度總額案於主管機關交議後，進行各項相關作業： (1)請主管機關派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策方向。 (2)確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。</p> <p>5.由健保署會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算規劃草案。 (1)規劃草案內容應包含協商減列項目及預估金額。 (2)各總額部門與健保署擬訂規劃草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。</p> <p>6.安排總額協商之相關座談會/會前會。 (1)召開 107 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會： ①請各總額部門及健保署報告所規劃之 107 年度總額協商因素項目及計畫草案，並進行綜合討論。 (註：除簡報外，並請提供各協商項目或計畫之詳細說明，其須包含目標、醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料、過去執行成果、預期效益等資料) ②請幕僚彙整評核會議評核委員之共識建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。</p>	<p>本會 106 年第 4 次、第 5 次委員會議 (106 年 5 月 26 日、6 月 23 日)</p> <p>106 年 6~8 月</p> <p>106 年 7 月 20、21 日</p> <p>本會 106 年第 6 次或第 7 次委員會議 (106 年 7 月 28 日或 8 月 25 日)</p> <p>106 年 8 月</p> <p>本會 106 年第 7 次委員會議暨 107 年度總額協商草案會前會 (106 年 8 月 25 日下午)</p>

工 作 項 目 及 內 容	預 訂 時 程
(2)召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。 (3)另視需要召開座談會。	106年8~9月 106年8~9月
二、各部門總額成長率及分配方式之協商 1.協定各部門總額成長率及分配方式。 2.協定各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。 3.年度整體總額協定成長率及其分配之確認，及報請主管機關核定。	107年度總額協商暨第8次委員會議(106年9月21~22日) 106年10~12月 106年10~12月
三、協定事項之執行規劃與辦理 1.健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案。 2.各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或總額部門專案報告。	106年10月~ 107年12月

二、協商共識會議

(一)時間：106年9月21日(星期四)上午9時30分起，全天；9月22日(星期五)上午11時~下午2時(若有協商未盡事宜)。

(二)與會人員：

1.付費方：保險付費者代表之委員。

2.醫界：

(1)保險醫事服務提供者代表之委員。

(2)牙醫、中醫、西醫基層、醫院等總額部門協商時，由該總額部門代表之委員主談，各部門並可推派9名代表協助會談，推派之協商代表需經充分授權。

(3)護理及藥師公會全聯會代表委員可參與相關部門總額之會談。

(4)門診透析服務：由西醫基層及醫院部門代表之委員主談，並邀請台灣腎臟醫學會推派1名代表列席說明。

3.專家學者及公正人士、國家發展委員會及主管機關代表委員。

4.社保司與健保署相關人員及本會幕僚。

(三)進行方式：

- 1.分場次協商牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院等各部門總額，及健保署管控之「其他預算」。
- 2.各部門之協商順序，於 7 月份委員會議抽籤確定後，不可臨時要求變更。
- 3.門診透析服務預算之協商時間，併於西醫基層或醫院兩總額部門中協商順序較前者之時段(時間外加)。
- 4.各部門協商時間如下表：

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

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

5.相關原則：

- (1)所有委員均可入場，惟非該協商場次之總額部門委員，可以提問與發表意見，但不參與預算協商。
 - (2)各部門與付費者代表委員進行預算協商時，請健保署相關人員在場提供所需說明。
 - (3)付費者及醫界委員視需要自行召開內部會議時，可邀請專家學者與公正人士之委員提供諮詢意見，及本會幕僚與健保署同仁協助試算或說明。
- 6.各部門總額於其預算協商時段當場試算，並達成共識方案。倘各方未能達成共識時，其處理方式如下：
- (1)保險付費者代表委員間無法達成共識時：

由付費者代表之委員召集內部會議協調之，若無法以共識決形成一案時，得以多數決定共識方案。
 - (2)總額部門內部無法達成共識時：

由該總額部門代表之委員召集內部會議協調共識方案。

(3)總額部門與付費者委員無法達成共識時：

由保險付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員各自提出一個建議方案。

- 7.經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得再重新協議，酌予調整該部門總額細項金額，並予以定案。
- 8.各部門總額年度預算之協商終止點，訂為 9 月份委員會議之前，經委員會議確認後，不再重啟協商。
- 9.為利瞭解年度總額之協商過程，與會人員之發言內容，將以實錄方式上網公開。

三、委員會議

- (一)時間：106 年 9 月 22 日(星期五)下午 2 時起，半天。
- (二)確認協商結論(共識方案或雙方各自提出的建議方案，含成長率、金額、協定事項)，協定事項之文字在不違反原協商意旨前提下，可酌予調整修正。
- (三)依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，未能達成共識方案時，應將委員會議確認之保險付費者代表委員、保險醫事服務提供者代表委員之建議方案，報請主管機關決定。至於個別委員對建議方案有不同意見時，得於建議方案確認後，提出不同意之意見書，由健保會併送主管機關。

全民健康保險會提案單

提案日期：106年6月19日

提案者	中央健康保險署
委員代表類別	
提案屬性 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 一般提案 <input checked="" type="checkbox"/> 臨時提案 <input type="checkbox"/> 修正案 <input type="checkbox"/> 復議案
案由	偏鄉離島與原住民健保補助及醫療品質提升案，提請討論。
說明	<p>一、106年5月18日立法院衛環委員會第9屆第3會期第25次全體委員會議，陳瑩委員口頭質詢請研擬提供醫療品質不一、但繳費一樣之偏鄉離島與原住民地區酌減健保費可行性。</p> <p>二、全民健康保險保險費補助機制 全民健康保險係政策性強制保險，課予每一保險對象參加保險及繳納保險費的義務，並賦予享受同一標準之給付。對於經濟困難或社會弱勢民眾保險費之繳納，除健保法明定低收入戶及無業榮民及其眷屬由目的事業主管機關補助外，其餘係由中央或各地方政府依政策考量或自有財源，自訂法規提供極重度及重度身心障礙、偏鄉離島與無業原住民之老人及小孩、失業勞工與其眷屬、中低收入戶、弱勢新住民及經濟困難者等部分至全額不等之保險費補助，並將補助名單交送健保署，補助機關再按月撥付補助款予健保署。</p> <p>三、偏鄉離島與原住民健保費補助概況 (一)符合現行各項補助資格之偏鄉離島與原住民均會受到相同之保險費補助，另按「原住民族基本</p>

法」第 26 條第 2 項規定：政府對原住民參加社會保險或使用醫療及福利資源無力負擔者，得予補助。次按「原住民族委員會補助原住民全民健康保險保險費實施要點」規定：未滿 20 歲及年滿 55 歲以上之健保第 6 類第 2 目保險對象，與設籍蘭嶼鄉之第 2 類、第 3 類、第 6 類第 2 目之原住民，補助其全額自付健保費。又部分地方政府對轄區經濟弱勢者及原住民老人亦有提供健保費補助措施。105 年各級機關對於偏鄉離島、原住民經濟弱勢者健保費補助概況如附表。

(二)106 年 5 月 22 日陳瑩委員國會辦公室邀集衛福部、原住民族委員會(以下稱原民會)及本署派員與會就相關議題研議，原民會出席代表表示囿於預算限制且缺法源依據，再擴大補助對象有困難。

四、山地離島、偏遠地區全民健保醫療照顧措施

(一)保險對象於山地離島地區就醫，免自行負擔費用。

(二)保險對象於全民健康保險醫療資源缺乏地區接受門診、急診或居家照護服務，應自行負擔之費用，得予減免 20%。

(三)自 88 年起積極推動「山地離島地區醫療給付效益提升計畫(IDS 計畫)」，另在 91 年起陸續辦理西醫、中醫、牙醫醫師至醫療資源不足地區改善方案鼓勵巡迴醫療服務及開業醫療服務。在 101 年辦理「醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」，增加山地離島及偏遠地區醫療服務之可近性及提升醫療服務品質。

(四)山地離島地區醫療給付效益提升計畫：於 50 個山地離島地區共有 26 家特約醫院承作 30 個計畫，服務當地民眾 46 餘萬人，提供專科門診、緊急醫

療照護(夜間及假日)、預防保健、居家照護、衛生教育宣導、巡迴醫療、轉診後送等服務。每月專科診次大於 1,900 診次。

(五) 西醫醫療資源不足地區改善方案：105 年公告 118 個鄉鎮(基層 86 個、醫院 32 個)，共 118 家診所、42 家醫院，共 317 名醫師前往 116 個醫療資源不足鄉鎮、392 個巡迴點開診 15,946 診次、服務 261,981 人次。

(六) 中醫醫療資源不足地區改善方案：105 年公告 95 個鄉鎮，105 年共 90 家院所前往 88 個醫療資源不足鄉鎮巡迴，服務 150,816 人次。4 家診所至公告鄉鎮辦理獎勵開業計畫。

(七) 牙醫醫療資源不足地區改善方案：105 年公告執業鄉鎮 81 個，105 年共 33 家診所於 33 個醫療資源不足鄉鎮執業；公告巡迴鄉鎮 144 個，共 18 個醫療團(含 285 家院所，牙醫師 358 人)前往 131 個醫療資源不足鄉鎮提供巡迴服務，服務 116,767 人次(約 58,733 人)。

(八) 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

1. 針對山地離島、偏遠地區及緊急醫療資源不足地區之急救責任醫院，若參加之醫院提供 24 小時急診及內、外、婦、兒門住診服務，給予浮動點值 1 點 1 元保障，每家醫院補助金額最高 1,500 萬元。105 年共 85 家參與(區域醫院 13 家、地區醫院 72 家)。
2. 「緊急醫療資源不足地區之急救責任醫院」之保障：急診診察費加成 30%，急診案件點值保障每點 1 元。

<p>擬辦</p>	<p>一、本署尊重原民會之職權衡酌是否擴大原住民補助對象，並持續強化山地離島、偏遠地區健保醫療照顧。</p> <p>二、原住民及山地離島居民，因其醫療資源未如都會區民眾，未來宜請相關部會衡酌編列預算補助保險費，或持續強化相關地區之醫療資源，擬請委員提供本政策議題之寶貴建議。</p>
<p>內容與本會任務符合情況 (請勾選)</p>	<p>全民健康保險會法定任務：</p> <p><input type="checkbox"/>保險費率之審議事項(第 5、24 條)。</p> <p><input type="checkbox"/>保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配事項(第 5、61 條)。</p> <p><input type="checkbox"/>保險給付範圍之審議事項(第 5、26、51 條)。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>保險政策、法規之研究及諮詢事項(第 5 條)。</p> <p><input type="checkbox"/>其他有關保險業務之監理事項(第 5 條)。</p> <p><input type="checkbox"/>其他全民健康保險法所定由本會辦理事項(第 45、72、73、74 條)。</p> <p>註：()內為健保法條次。</p>
<p>連署或附議人 <small>(臨時提案、復議案填入)</small></p>	

附表

項 目	減免 額度	法令依據	補助 單位	補助人 數(人)	補助金額 (萬元)
第 6 類第 2 目(未 滿 20 歲及年滿 55 歲以上原住民)	自付保險 費全額	原住民族委員會補助 原住民全民健康保險 保險費實施要點	原民會	55,975	55,661.26
第 2、3 類及第 6 類第 2 目(設籍 蘭嶼鄉原住民)	自付保險 費全額	原住民族委員會補助 原住民全民健康保險 保險費實施要點	原民會	1,375	1,202.89
臺北市 55 歲以上 原住民	自付保險 費-上限 749 元	臺北市老人全民健康 保險保險費自付額補 助辦法	臺北市 政府	1,069	662.81
基隆市 55 歲以上 原住民	自付保險 費-上限 749 元	基隆市老人參加全民 健康保險之保險費自 付額補助自治條例	基隆市 政府	621	409.93
桃園市 55 歲以上 原住民	自付保險 費-上限 749 元	基隆市老人參加全民 健康保險之保險費自 付額補助自治條例	桃園市 政府	3,483	2,051.71
臺中市 55 歲以上 原住民(註)	自付保險 費-上限 749 元	臺中市老人全民健康 保險保險費自付額補 助計畫	臺中市 政府	1,852	951.84
離島地區 65 歲以 上老人	自付保險 費全額	離島建設條例第 13 條 第 2 項	衛生福 利部	25,860	14,975.76
澎湖縣 6 歲以下 兒童	自付保險 費-上限 749 元	澎湖縣政府 6 歲以下 幼童參加全民健康保 險保險費自付額補助 實施要點	澎湖縣 政府	4,350	2,510.65
澎湖縣罹癌民眾	自付保險 費-上限 749 元	澎湖縣政府辦理發放 罹癌民眾慰問金暨健 康保險費補助作業要 點	澎湖縣 政府	813	479.53

註：臺中市 55 歲以上原住民全民健康保險保險費自付額補助，自 106 年 1 月 1 日起停止辦理。

第 3 屆 106 年 第 5 次 委員 會議
與 會 人 員 發 言 實 錄

壹、「議程確認」、「請參閱並確認本會上(第 4)次委員會議紀錄」
與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

報告主任委員及各位委員，現在出席的人數已經過半，達法定開會人數，請示主席是否宣布開會。

傅主任委員立葉

一、各位委員早！現在開始今天的委員會議。今天很高興有 2 位新任委員加入本會，1 位是財團法人中華民國消費者文教基金會的代表吳榮達委員，吳委員是接替謝天仁委員，渠現任消基會消費者報導雜誌社副社長及司法院 106 年度民間公證人任免委員會委員，也是博譽國際律師事務所專任律師。第 2 位是中華民國牙醫師公會全國聯合會代表謝尚廷委員，渠為現任牙醫師公會全國聯合會理事長，謝委員遠從高雄來參加我們的會議，也是 Abc 牙醫聯盟的院長。請大家以掌聲歡迎 2 位新任委員(委員鼓掌)。

二、接下來進行今天的議程。

周執行秘書淑婉

一、向各位委員報告，本次會議的議程安排順序略作調整，在確認上次會議紀錄後，會先進行上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，接著再進行討論事項 4 案及報告事項 5 案。

二、健保署今天臨時提出「偏鄉離島與原住民健保補助及醫療品質提升案」，對該臨時提案之處理，依本會會議規範第 3 點第 2 項第 2 款規定，臨時提案以當次會議亟待決定之緊急事件或具時效性事項，且與本會法定任務有關者為限，且應有出席委員附議或連署始得成立，若不符合條件，主席得決定提下次會議討論。因此，等一下仍須請主席徵詢是否有委員附議，以利決定今天的議程安排。

傅主任委員立葉

謝謝周執行秘書的說明，請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、前次(5月26日)會議快結束時，何代理委員語針對本席，在會議議事錄第79頁部分，特別提到要我不要講太多話。請問全民健康保險會是某人的會嗎？還是全民健康保險法設立的會，還是要接受衛福部的聘任才可以發言。每次發言我有講最多嗎？我感覺何代理委員語是看不起公務部門及雲林縣人，把我們當成軟腳蝦。然後，他還說要不然會被說成人將要死其言也善，這是一種長輩對年輕人的詛咒！沒針對健保業務發言，但卻針對我發言，你的道德良心何在？是存何居心？健保會是透過各團體推薦，衛福部圈選，產生遴聘的健保委員，有做過就好，難道健保會要變成萬年國民大會嗎？做不完還想用代理人來繼續做。何代理委員語的發言已對我產生言語攻擊，使我心生恐懼，我要保留法律追訴權，不要把公務人員和雲林人當做軟腳蝦。
- 二、坐在委員後面的，都是非常辛苦的公務人員，他們在第一線要負責推動健保業務，讓台灣的健保有全世界的知名度，這都是公務人員的辛苦付出。很不幸地，前幾天我岳父往生，我今天還是特別撥空來開會，要針對此議題詢問，健保會難道是萬年國民大會嗎？有做過就好，換年輕人做做看，台灣才有機會，這是我的心聲，以上。

傅主任委員立葉

- 一、非常理解陳委員亮良的感受，我也覺得應該尊重每位委員發言的權利，不過陳委員剛才的發言，就程序問題，建議移到上次會議紀錄確認後，若須針對該議題發言，再一併處理。
- 二、先確認本次會議議程，首先是議程之調整，除討論事項移至前面外，也將上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告移到前面，針對這點大家是否同意？(委員表示同意)。其次，就健保署提出的臨時提案「偏鄉離島與原住民健保補助及

醫療品質提升案」，請問有沒有委員附議？(有委員表示附議)
大家如果同意，是否將其列入今天的專案報告之後？

千委員文男

如果列到專案報告之後再處理，會來不及討論。

傅主任委員立葉

委員的建議是列在討論事項的最後 1 案。

千委員文男

剛好我們這次的參訪也去看偏鄉及原住民，打鐵趁熱，該臨時提案可以排前面一點。

傅主任委員立葉

一、好，臨時提案就列在討論事項最後 1 案，謝謝大家，本次的會議議程就照這樣進行。

二、接下來進行上(第 4)次委員會議紀錄確認，剛才陳委員亮良的發言也是屬於這部分的討論，請問大家對上次的會議紀錄還有沒有意見？請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、我雖然是代理委員，也知道我不夠格來這裡開會，我上次的聲明講的很清楚，其實我跟謝委員天仁 2 個人都不太想來開會，但是我們許勝雄理事長還是一定要我來開會。站在工業總會的立場，要尊重許勝雄理事長的意見，如果我都可以抗議不願意來開會，工總在政府有 24 個委員會，大家都可以抗議不願意開會，因為每個人都很忙。如果我今天早上不來開會，說不定可以簽一筆很大的生意，但是為了工業總會雇主的立場，我是打落牙齒和血吞。你們知道我來開會，早上還叫我太太準備便當，她問說我們開會沒便當嗎？我說我現在是代理性質，不會去吃衛福部準備的任何便當。我已經開始規劃，總額協商時，晚餐要怎麼處理。

二、我在政府的職務已經太多，並不稀罕這個職位，因為有 6 名醫師向部長及次長提出，如果何語是正式委員，他們就退出健保

會。蔡次長森田打電話跟我解釋後，我一口答應，可以犧牲我何語，不要犧牲 6 名醫師代表。你可以去問蔡次長，有沒有打電話給我？他本來想拜訪我，但我說不要，大家都很忙。他聽完我的回答，就說何委員你真的是阿莎力(台語，意指乾脆)，所以我只能講我今天來開會的心境。

三、今天早上一來，葉委員宗義告訴我，說我上次的發言讓陳委員亮良很不高興，我想說怎麼會呢？我沒有故意啊！他要我趕快過去跟他說明，所以我才主動過去向陳委員解釋，我真的沒有惡意。因為我上次讚美健保署，醫界代表張委員煥禎告訴我，我們人之將死、其言也善，因為聽他講這句話，所以我那天心血來潮，但並不是針對某位委員詛咒，或是抵制某位委員的發言，只是把以前的經驗提示出來。但是如果我講這句話讓陳委員心理很不舒服，我在此公開道歉，不知道他很在意這句話，這句話我們在座的老委員都聽醫界代表講過，而且會議紀錄也有，也可以找出來，是同樣的一句話，我可以這樣講。

四、我何語從 20 幾歲來台北到現在，在政府機關開過 1 千多場會議，投入我全部的生命，健保署李署長聽過我講過幾次，我出來開會，把我的生命放掉，我跟我太太說，我何語在社會上做公益，犧牲生命在所不惜，這是我的個性，但我從來不為一己之私，如果今天為己，前天國立中正大學還請我當顧問，所以不會這樣做，但是這句話如果陳委員認為在紀錄上不妥，我同意今天刪除，而且公開致歉。如果私底下要對我怎麼樣，都沒有關係，我都接受。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

我想陳委員亮良因為這句話，又遭逢岳父往生，在心理影響很大，也是一個陰影，何代理委員語也道歉了，並無惡意，希望取得諒解。人在議場內的發言，可能受到語氣、表情、場合、氣氛等影

響，並不是針對陳委員，建議本件事到此為止，不要再提。

傅主任委員立葉

請葉委員宗義。

葉委員宗義

這件事是因我而起，所以我一定要說明。剛才進入議場時，陳委員亮良告訴我，5月26日的委員會議紀錄出來後，我知道他很不高興，但我希望他不要在會議上提這個問題，所以我請何代理委員語向他解釋清楚，問題既然已經發生，還是要心平氣和的溝通，盡棄前嫌，共同為健保發聲。

傅主任委員立葉

每位委員來開會，尤其是民間代表委員，都付出很多心力，個人真的是非常感佩。像陳委員亮良家裡發生大事，還是堅持來開會，為健保努力，真的令人很感動。如果大家都同意，是否照剛才的建議，將上次會議實錄那段較具敏感、爭議性的文字刪除，如果陳委員亮良和何代理委員語都覺得可行的話，就這樣處理，(多數委員表示同意)委員有無其他意見？沒有的話，上次會議紀錄確認。請進行下面的議程。

貳、「上(第4)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

周執行秘書淑婉

一、說明一，上(第4)次委員會議決議(定)事項計有9項次，依辦理情形建議解除追蹤2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18頁：

(一)擬解除追蹤共2項：

1.項次1有關委員所提意見，希望以後的回覆辦理情形，都要說明參採情形，包括：採行之規劃辦理方式及無法參採之原因說明。社保司及健保署都回覆會配合辦理，本會幕僚後續也會審視回覆說明的辦理情形，以判斷是否解除追蹤。

2.項次2有關健保業務執行報告委員所提意見的書面回覆，說明資料在會議資料第22至26頁，請委員參閱。

(二)擬繼續追蹤共7項，在會議資料第19頁。項次1至3是有關自付差額特材申請案，3項均繼續追蹤。項次4是醫院之各項感染率希望在3個月內進行討論後提至本會；項次5是有關提供歷年各部門總額之成長率與金額，及支付標準之調整情形等資料；項次6是遺失處方箋之慢性病藥物後續可行之處理方式；項次7是請健保署於7月份委員會議提出「C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」之執行情形專案報告。以上各項相關單位都已回覆辦理情形，就不逐一說明，請各位委員參閱。

二、回到會議資料第16頁說明二，歷次委員會議未結案件之辦理情形，依例每半年彙報乙次，截至5月底止，未結案件計22項，依辦理情形建議解除追蹤2項，繼續追蹤20項，請各位委員翻閱會議資料第27頁：

(一)擬解除追蹤共2項：

1.項次1是安排部長與本會委員定期對話溝通機制。社保司

有回覆新的辦理情形，建議委員於議事過程中，如對特定健保重大議題主張需與部長溝通對話，並為委員共識作成決議後，將作適當之安排。

2.項次 2 有關「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」，希望朝對民眾最有利的方向修正計畫內容，健保署已提供書面資料並公告。在第一階段使用後，於 106 年 5 月 15 日放寬給付條件，進入第二階段。由於前項會議追蹤事項會請健保署於 7 月份提報相關執行情形之專案報告，故本項解除追蹤。

(二)會議資料第 28 頁~35 頁，擬繼續追蹤共 20 項，辦理情形不逐一說明，以下簡要報告案由：

- 1.請健保署按月提供醫學中心、區域醫院之門、住診初(次)級照護及下轉等數據資料。
- 2.對新藥、新特殊材料、新診療服務及放寬藥品適應症等項目，應進行財務影響評估及替代效應分析。
- 3.針對政府欠費，應該加強和相關單位之溝通並依法辦理。
- 4.有關「強制汽車責任保險法第 27 條條文修正草案」，應通盤研議因應方式，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。
- 5.「醫院總額品質保證保留款實施方案」實施 1 年後，提出成效檢討報告。
- 6.有關「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」，建議洽請客觀公正之學術單位進行評估。
- 7.菸品健康福利捐分配予全民健康保險安全準備之比率，若未運用於長期照顧資源發展，希望回歸健保安全準備。
- 8.C 型肝炎新藥之預算來源，希望能積極爭取公務預算等財源挹注。
- 9.總額醫療服務成本及人口因素成長率檢討公式，應妥善處理。

- 10.各項抑制醫療資源不當耗用，應加強對民眾就醫習慣之衛教宣導。
- 11.有關分級醫療需要審慎衡酌其適當性，及設定相關配套等，請委員參閱補充資料第 3 頁，因健保署及醫事司都已提出非常完整具體的策略，本案建議改列解除追蹤，詳細內容請委員參閱。
- 12.配合勞動基準法修正案一例一休，致醫療成本增加，希望由 106 年「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目支應，健保署回覆希望本會通案辦理逕付討論。追蹤建議請委員參閱補充資料第 3 頁，請健保署依本會新修正的支應方式辦理。
- 13.政府應負擔總經費 7 項，其他法令補助負擔的保費納入計算，是否有免繳保險費之法律依據，其適法性之疑義部分應研議因應處理。
- 14.「健保藥品品質監測計畫」之執行成果。
- 15.項次 15 及 16，有關「『美敦力』鈦密斯顱骨固定系統」自付差額特殊材料申請案，目前預估納入後使用率占 88 %，評估納入全額給付之可能性。
- 16.針對「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法」修正案之建議。
- 17.有關「急性後期整合照護試辦計畫」之建議。
- 18.「106 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」及謝委員武吉所提之藥價差議題。
- 19.全民健康保險法施行細則第 46 條第 1 項第 5 款規定修正之相關意見。

三、請委員再翻回會議資料第 16 頁說明三，醫師公會全國聯合會於 5 月 31 日、6 月 1 日，擇苗栗縣訪查「106 年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」巡迴醫療服務計畫之辦理情形，本會委員計 15 位參加，相關訪查報告在第

111~115 頁，請委員參閱。

- 四、說明四，原安排於本月份委員會議討論「全民健保財務平衡及收支連動機制」修正案，因本會幕僚於 5 月 12 日召開第 1 次專家諮詢會議後，為使該機制之研修更為周延，預訂於 6 月 30 日召開第 2 次專家會議後，再提 7 月份委員會議討論。
- 五、說明五，本會與健保署共同編製之「105 年全民健康保險年度監測結果報告書(草案)」，將在本次會議進行專案報告，並於納入委員建議及本會幕僚研析意見後定稿。
- 六、說明六，本會委託臺北醫學大學辦理 106 年度「建立監理指標與健保效能之關連性評析案」計畫，預訂於 6~10 月間於北、中、南地區辦理 6 場論壇，希望諮詢專家學者意見，檢視現行全民健康保險業務監理架構及指標，歡迎委員擇就近場次參與，提供寶貴建議。
- 七、說明七，報紙於 5 月 18 日國際醫學期刊「刺絡針」(The Lancet)公布全球健康照護可近性與品質評比結果，因為和健保有關，本會幕僚也進行相關資訊之蒐集與研析，相關重點及資訊在會議資料第 118~128 頁，供委員參考。
- 八、說明八，衛福部及健保署本年 3 至 6 月份發布及副知本會之相關資訊如下：
 - (一)衛福部於 5 月 26 日核定健保署所報「106 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」。
 - (二)健保署於 5 月 19 日公告「全民健康保險癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」承辦院所及醫師名單，請各位委員參閱。
 - (三)健保署本年 3 至 6 月公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目，藥品計 15 件，特材計 4 件。
- 九、補充資料第 5 頁說明九，有關中醫師公會全國聯合會於 6 月 7 日、8 日擇台東縣訪查「106 年度全民健康保險中醫門診總額

醫療資源不足地區改善方案」巡迴醫療服務計畫之辦理情形，參加委員共 14 位，幕僚人員整理訪查報告在補充資料第 6 頁至第 8 頁，請各位委員參閱，以上報告。

傅主任委員立葉

謝謝，請問各位委員有沒有意見？請干委員文男。

干委員文男

- 一、有關高齡慢性病患者不慎遺失藥品案，請健保署署長能協助解決，簡政便民。全民健保是為了全民，不是為了醫師，原可以透過 IC 卡解決民眾不便的事情，醫事司一句話就全盤否決，不希望有這種事情發生。人家說我們的全民健保辦的很好，我們也自認辦的很好，但如果這麼一點事情都不能解決，能算是便民嗎？可近性高嗎？既然 IC 卡可以查詢用藥資訊，同意民眾逕向同一藥局藥師自費補購買當月不足藥量，既不需要健保給付，也無須增加門診次數或掛號費，又可減少民眾舟車勞頓，何樂不為？不是處方箋的問題。
- 二、我剛擔任法院的榮譽調解人，想請問我們的強制保險代位求償，是以論件、論質或論量計算？因為我遇到的問題是，被害人及肇事者在事故發生後，保險公司協調時，理賠包括車險、強制險等，但算一算醫藥費本身並沒有多少錢，按照健保法第 1 條規定，傷害是健保所給付的範圍，那麼強制汽車責任保險法第 27 條修正條文是如何去計算代位求償，藉著這個機會請健保署公佈給大家知道，我們能從強制險拿到多少。另外，任意險的部分是屬個人投保，因此保險公司收的就是多出來的。
- 三、有關「現行職業工會會員申報健保投保金額下限」案，現在已經解決，在此請社保司盡快進行後續的法規修正，不希望下年度再為同樣一個問題爭吵。現在發言超時的提醒鈴響了，待會再繼續講。

傅主任委員立葉

委員的詢問事項，等委員意見表達後，再請健保署說明。先請李委

員永振。

李委員永振

- 一、首先針對上次會議的決議事項，有 2 點建議。第 1 點是會議資料第 18 頁擬解除追蹤的項次 1，相關單位的辦理情形，跟擬繼續追蹤的項次 1、2、3、7 項的辦理情形都一樣，為什麼另 4 案都是繼續追蹤，而這 1 案卻可以解除追蹤，辦理情形一樣，但處理方式卻不同。另會議資料第 19 頁擬追蹤項次 3，這個案子建議繼續追蹤沒有問題，但解除追蹤的條件設定有問題，我認為應該要依據決議內容確實執行後才能夠解除，而不是健保署提出下個申請案就可解除。
- 二、關於歷次追蹤案件擬解除追蹤的項次 1，相關單位辦理情形的答覆與當時的結論好像不一樣，我們當時的建議是要建立與部長定期對話溝通機制，但這邊的答覆是對特定健保重大議題，上次要對 C 型肝炎新藥交換意見，可是也沒有安排。若是各位委員同意解除追蹤，我沒有意見，但這邊答覆的內容是文不對題。
- 三、接下來是會議資料第 32 頁的項次 13，但這部分會花費比較多的時間說明，請問主席是否容我超過發言時間，以利完整解說？(未有委員反對)如果可以，是否可以不要按鈴？(未有委員反對，多位委員笑)。
- 四、再次感謝社保司長官又花那麼多時間去整理，但我個人是覺得關鍵的重點還是沒有講到，而且對於相關法規及二代健法的立法精神，好像有嚴重曲解的嫌疑，以下提供幾點讓各位委員參考。
 - (一)相關法規修正程序一定要完備，但是要兼顧到內容是不是有周全考慮，比如說，在會議資料第 36 頁提到 104 年 12 月 15 日修正發布健保法施行細則，如果我沒有記錯，在去年的 12 月委員會議也曾提到，在 104 年 5 月 15 日也曾經經過 2 位政務委員的協商，但結果到立法院之後，就像會

議資料裡面所說，被打了 2 個巴掌，雖然這次的修法程序完備，不過在 105 年 6 月 22 日立法院的會議中並未針對系爭論點有所考慮，所以我才又再提出健保法施行細則第 45 條之適法性與政府應負擔健保總經費法定下限計算方式之一致性、合理性的質疑，我認為雖然修法的部分已經通過，但是好像還是有考慮不周全的地方。

(二)在會議資料第 36 頁第 3 段第 2 行，提到「經查健保法第 27 條，係規範 6 類 15 目之各類目被保險人、投保單位及政府之個別負擔比率；施行細則第 45 條則是補充解釋計算政府應負擔保險經費總數之內涵，並未否決健保法第 27 條各類目的個別負擔責任」，意思是說並未免除這 7 類被保險對象繳交健保費的義務。請各位再看會議資料第 37 頁第 1 段第 4 行「自 105 年度起，原住民健保費等 7 項(約 68.48 億元)依法應改列為政府負擔，而該等經費在非屬保險對象及民營雇主負擔之情形下，...」到這邊我就被搞迷糊了，前面說沒有否決，這邊又說他們不用繳費，這不是自相矛盾嗎？從這裡可以看得出來，健保法第 27 條是規範這 7 類被保險對象跟投保單位及政府的分擔比率，所以當你修了第 45 條，就是 100%幫這 7 類的被保險對象及其投保單位繳費，如果這不是抵觸母法，那什麼才是抵觸母法？這就是我所質疑的重點。再者，既然第 36 頁的說明並未否決這些人的繳費義務，那為什麼在以前健保署所提的計算公式要去反推總保費卻將 68.5 億元扣除，這不是矛盾嗎？所以我才會建議要把政府相對應負擔的 38.5 億元相對提存。

(三)會議資料第 38 頁的計算是依據健保法第 3 條規定，而這條規定是規範政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36%，重點在不得低於，並不是要求剛好 36%，所以 102 年至 105 年計算政府該負擔的總經費，都不到 36%，所以補足到 36%，並非固定 36%！但 36%只是基本的要求，所以我才會說嚴重曲解

法規是這個意思。如果支出大於收入，依健保法第 3 條，健保署的計算是對的，就會超過 36%，這是立法精神所強調的，就是在收入不足的時候，政府要多負擔一點，這部分意見在去年 12 月份的委員會議也講得很清楚，以前政府負擔的是 33%到 34%左右，但為了徵收補充保費，所以才會多出這條規定，至少要 36%，超過是沒有關係，所以這邊的說明，看起來好像是怪怪的，好像曲解了立法的精神，而且跟健保法第 76 條所規範的安全準備提存根本就無關。依據健保法第 5 條，有關法規的研究諮詢以及保險業務的監理，都是我們健保會的業務職掌，專家學者所提出的意見應該是供各位委員參考，我建議主席，這個議題已經講了這麼久了，如果可以的話，我們健保會就提案討論，檢討後再把結論提供衛福部參考。

傅主任委員立葉

先請趙委員銘圓，再請林委員錫維。

趙委員銘圓

- 一、針對會議資料第 20 頁項次 6，有關高齡慢性病患者不慎遺失業經醫師開立處方箋所購得之慢性病藥物，建請同意其逕向同一藥局藥師自費補購買當月不足藥量乙事，我看了相關單位的辦理情形，講實在話都是官樣文章，剛才干委員文男也表達得很清楚，這個案子的重點是如何便民，我認為這樣的情形不單會發生在老年人身上，其實年輕人也可能會遇到，其實民眾在看醫師時，開立了那些處方箋是有記載的，若因其遺失處方箋，為了幾天的差額，讓其可以到附近藥局自費購買，相較於再跑一趟醫院，要再次掛號看診拿藥實在是勞民傷財，希望健保署與食藥署、醫事司不要用官樣的回覆處理這件事，我想便民才是最大的意義。
- 二、針對會議資料第 27 頁，有關「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」，這個案子 7 月份會有專案報告，要解除追蹤我沒

有意見，但想瞭解一下，之前規劃可提供 8,000 名病患參加此計畫，現在使用的情形如何？另外一個部分是干擾素部分的費用，假如我們 C 型肝炎新藥費用不夠的話，干擾素的費用是否可以流用過來。稍後請健保署跟我們說明。

三、另外一個部分是針對政府欠費的部分，健保署真的是非常努力了，苦口婆心的跟高雄市政府溝通聯繫，但看起來他們並不買帳。所以他們才會在 106 年 5 月 9 日再度來函修正還款計畫，想要將還款期限延長到 111 年，當然我們健保署也在 5 月 25 日函覆該府，依照全民健康保險法第 28 條規定，還款期限不得超過 8 年，請他們依規定按照時間還款，但事實上，從我擔任健保委員開始，至今已經快兩年了，但這案子卻一直停滯在原地，希望健保署要拿出魄力，該拍賣就拍賣，因為你沒有做這樣的處理，他就是一直給你拖，而且也違背健保法第 28 條規定，希望健保署不要變成無牙的老虎，你一直吼一直叫，但人家就是不理你，這樣對其他的民眾也不公平。

傅主任委員立葉

請林委員錫維，之後依序請陳委員亮良、王委員雅馨、何代理委員語及周委員麗芳。

林委員錫維

一、呼應趙委員銘圓對政府欠費的看法，在業務執行報告第 12 頁，可以看到從 96 年到現在 106 年，已經整整 10 年了，北、高兩市還是分別欠款 39 億元及 128 億元，剛才也提到依照健保法相關規定，這些欠費應在 8 年之內還清，但是 22 年來，從來都沒有還清的記錄，我認為這樣下去，對一般的百姓非常不公平，可以說是只准州官放火，不准百姓點燈，百姓假如欠錢，一定送行政執行處查封你所有的財產，但會議資料第 29 頁的說明，政府查封政府的土地到底是什麼意義，我們也看不懂，我認為健保署或是相關主管單位，一定要解決這個問題，這個問題如果不解決，將來要去調整其他的費用或是修正其他

法規，民怨非常深，22 年來都沒有處理，還欠 100 多億元，高雄市一直放煙火或舉辦其他沒有意義的活動都有錢，但繳健保保費就沒有錢，這說得過去嗎？100 多億元誒！

- 二、會議資料第 34~35 頁，這邊的說明是要調整最基層青年人的健保費及勞保費，不平等的繳費問題，在健保是按 24,000 元申報，勞保則是 21,000 元，這是什麼法令啊！我在這裡呼籲相關主管單位，依照剛才干委員文男建議，趕快邀集相關主管單位及職業工會，盡快在 107 年的 1 月 1 日前，把問題妥善處理，現在的規定實在不符情理、不符當前時空環境，別說我只有一種收入，當收入是 21,000 元時，為什麼要按 24,000 元申報，所以你們提的問題都不是問題，那些無一定雇主或自營作業而參加職業工會者的薪水，跟公、民營事業機構受僱者的薪水到底有什麼關係？所以健保法施行細則第 46 條第 1 項第 5 款相關規定一定要通盤檢討，在此，我語重心長呼籲，政府不要讓民怨這麼深、這麼大，假如政府欠費以及上述在職業工會投保者之投保金額等問題都能妥善處理，我們在基層才可以對民眾有明確、公平的交代。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、針對會議資料第 20 頁，剛才干委員文男及趙委員銘圓都提到，有關高齡慢性病患者不慎遺失處方箋時希望可自費補購買當月不足藥量乙事，我是覺得這部分可以請健保署多用一點心，畢竟我來自雲林，老人非常多，而且處方箋都是 3 個月，確實容易遺失，這部分我認為需要改革，以現在的科技、現在的文明，不應該再繼續使用紙本處方箋的方式，所以在此呼應干委員及趙委員的意見。
- 二、會議資料第 27 頁項次 1 的部分，如李委員永振所提到相關單位辦理情形，我是覺得既然我們不是健保署的委員，而是衛福

部的委員，確實是有必要跟部長定期會面，不論是要一年一次，還是半年一次或是其他適當的安排，我認為確實有必要讓委員可以跟部長面對面溝通，不然，見部長有這麼困難嗎？所以在此提出來。

三、會議資料第 28~29 頁項次 3，政府欠費的問題，剛才前面幾位委員都已提到，我就不贅言，僅就雲林縣政府的案例來講，過去雲林縣政府曾停建焚化爐沒有啟用，因此經仲裁裁定積欠廠商 40 幾億元的興建費用，這筆欠費不僅是土地被查封，最後還被拍賣，創下雲林縣政府百年以來第 1 次財產被拍賣的案例。所以，如果台北市或是高雄市要繼續提展延欠費還款計畫，有必要的話，我是覺得必須要有 guts(膽識)去拍賣所分別查封的 2 筆及 49 筆土地。將這些查封的土地，強制拍賣求償，因為欠費的問題攸關全民健康保險的預算，我認為此風不應繼續蔓延下去了。

傅主任委員立葉

請王委員雅馨。

王委員雅馨

會議資料第 28 頁擬繼續追蹤的項次 2，有關請健保署就新藥、新特殊材料、新診療服務及放寬藥品適應症等項目，進行財務影響評估及替代效應分析，我想了解健保署是否可以提出一個時程，說明什麼時候可以提出評估報告供健保會委員參考。另外，辦理情形這邊也提到可以邀請健保會關切本議題之代表參加工作小組的會議，請問工作小組召開定期會議的時程，希望能讓關切此議題的委員到場參與。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、在這次的會議資料中，繼續追蹤的案件太多了，我希望李署長可以加快腳步，在一個月內將大部分的案件完成。在我的印象

當中，過去 7、8 年來，不曾看過這麼多的繼續追蹤案件。這表示我們的行政作業程序上有繼續加強、努力的空間。

- 二、我們七大工商團體，在這幾天會連署一個案子到行政院，所以我建議會議資料第 18 頁的項次 1 暫時不要解除追蹤。等我們檢視辦理的情形後再解除。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳，再請謝委員武吉。

周委員麗芳

首先要感謝幾個總額部門安排本會委員參訪醫療資源不足地區，讓我們實地了解這些地區醫療服務的現況與挑戰，在此特別要向醫師公會、牙醫師公會及中醫師公會全聯會致謝，讓我們看到在偏鄉真實的醫療情形。以下有 2 點建議：

- 一、在西醫基層的訪視中，看到居家醫療服務，醫師要很辛苦的扛著電腦設備、帶著讀卡機，到病患家中操作，非常不便。在偏鄉，Wi-Fi 設施不一定能穩定接收，個人手機上網常不通，更遑論醫護人員使用的設備連線。在資源侷限的環境下，醫師都已經到那麼遠的地方出診，如何協助他們事半功倍，減少現場的文書登錄與行政負擔，讓醫師能有效運用出診時段，多做幾個案例家訪，是衛生主管機關亟需協助與解決的當務之急。
- 二、中醫醫療不足地區的醫療點執行很賣力，獲得民眾好評，就診病患很熱烈，特別是原住民鄉親也很能接受中醫診療及針灸治療。不過，中醫醫療設備及藥品搬運相當費功夫，建議中醫可向牙醫巡迴醫療車經驗借鏡，建置中醫巡迴醫療車，可在車內配置診療區、治療區(例如針灸治療、電療等)及藥品區，嘉惠偏鄉與醫療資源不足地區。建請衛福部及健保署協助，並與縣市政府合作，儘速讓中醫巡迴醫療車建置起來，並讓後續營運能穩健執行。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、如剛才李委員永振及何代理委員語所說，會議資料第 18 頁項次 1 的相關單位辦理情形，我看社保司及健保署的回答都一樣，都只有寫「配合會議決議辦理」而已，像是雙生仔(台語，意指雙胞胎)一模一樣，我覺得這樣的解除追蹤方式並不恰當，所以我呼應他們 2 位的看法，繼續追蹤是應該的，剛剛也有委員談到追蹤時程，亦請考量時程問題。
- 二、會議資料第 19 頁項次 4，有關建請健保署公布全國各醫院之各項感染率，我們是要求在 3 個月內完成，但健保署的回覆是在 3 個月內，邀請相關醫學會等單位，先召開會議討論這些指標的操作型定義而已。其實，這些操作型定義在台灣醫務管理學會、台灣社區醫院協會及醫策會(財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會)都有基本資料可以套用，為什麼不直接去做？還要這麼麻煩的召開會議？我認為健保署回答太籠統，好像當作我第一次擔任委員，認為我什麼都不會、在教訓我一樣。我好似被人家戲弄，感覺非常不好，這種回答方式很糟糕，希望健保署以後回答要再斟酌，不要敷衍了事！
- 三、會議資料第 23 頁項次 2，此項的 3 點問題是我所提出：
 - (一)我想了解 106 年醫療費用件數減少但每件醫療點數卻上升的原因，結果健保署回答這什麼東西？讓人覺得被唬弄，根本就答非所問！侮辱這些委員代表，侮辱很大！希望健保署要提出管理措施。
 - (二)我希望季歸戶的措施應該停掉，因為季歸戶等於在鼓勵醫療院所衝量，合計牙、中、西醫的總門診次數已經達到 15.1，但中國大陸才 5.3，我們是該引以為恥，結果呢？健保署還是答非所問！
 - (三)而我原於第 3 點所提出的疑問，健保署完全沒回答。我要求釐清的是參加小總額的醫院，它是為了要配合政府的政策，但卻出現了藥品費用超過小總額的情形，但又不是在

醫院領的藥，為何是扣醫院的錢？健保署完全都沒回答到這部分，只有在最後講「謝委員意見將轉請各分區業務組參辦」，什麼叫參辦？參辦這兩個字我也很會寫啊，你們有時候也會寫成擬辦，但到底什麼時候辦理要有具體回答！過去健保署回答問題，多數時候都答的不錯，但這次的回答讓人有被唬弄的感覺。我從監理會、費協會的時代就當委員了，直到健保會，這些事情我怎麼會不知道？根本騙肖ㄟ！（台語，意指欺騙、唬人），騙很多、騙得很徹底！

四、會議資料第 32 頁項次 11，執秘剛剛說繼續追蹤想要改成解除追蹤，而醫事司的回覆在補充資料第 4 頁，這寫的是什麼東西啊？我請問一下，「規劃無障礙空間，建立友善環境」，這跟分級醫療有關係嗎？這樣就想要解除追蹤？還有一項更可笑的，「規範醫院不得以交通車招攬，責成台中市衛生局加強改善」，僅有「責成」而已，有結果嗎？沒結果怎麼可以解除追蹤！「鼓勵多科聯合執業」，這有達到了嗎？另外，我還要警告一點，健保法第 43 條，健保署有沒有提到、寫到？這說起來我就快要發脾氣了，為何健保法第 43 條不寫進去？這是在規避！因為完全沒在做！所以項次 11 也不能解除追蹤。

五、剛剛委員也有人提到藥價差的問題，而我是要了解前端的問題。後端在先前使用的雲端藥歷檔，現在已經改成雲端醫療檔，感謝署長最近將之擴充為醫療檔，包括檢驗、檢查都已經含在裡面。但我想要了解的是，每年都有藥價調查，這是後端的藥價調查可以查出來的，但我要的是藥商賣給代理商，這塊才是黑暗一面，跟委員報告一下，Norvasc 脈優(降血壓藥)，剛進來的台灣時候、還在專利期內每顆 28 元，過了 5 年專利期就立刻降到每顆 19 元，現在剩每顆 5.4 元。我要求健保署，一定要找裕利、久裕及大昌華嘉 3 家代理商公司來談，請健保署好好想想到底該去做什麼工作。我現在看到的健保署回覆，應該是該署醫務管理組或醫審藥材組寫的，這內容太不負

責任，等於是給署長洗面(台語，比喻讓人丟臉)，今天報紙還報載署長可能會高陞(委員鼓掌)，拜託業務單位要寫的像樣一點，不要再給署長洗面。請把我剛才講的列入紀錄，還有我剛剛點出的問題，全部再重新給我回答一次！不要又是太籠統的回答。還有再次強調，最重要的是項次 11 分級醫療那一案說要解除追蹤，我不同意！健保法第 43 條要怎麼落實先講清楚！

傅主任委員立葉

先請蔡委員麗娟，再請葉委員宗義。

蔡委員麗娟

- 一、會議資料第 17 頁，說明八、(二)健保署公告「全民健康保險癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫」106 年 5 月 1 日起承辦院所及醫師名單，在此有將相關公文列於附錄，但此處提及承辦院所及醫師名單需另至健保署全球資訊網查詢。但我及隔壁座位委員至該署網站都找不到，因為健保署網頁的資訊真的很多，是否可讓試辦計畫建立一個專區供查詢？或可考量，若計畫內容有針對特定病人族群，例如：癌症相關計畫，公告時可否也發文告知癌症相關基金會或病友團體等。
- 二、前開所提試辦計畫，在台北市也只有 3 家院所參加。因此，若癌症病患未於這 3 家院所就診，就須特別前往此 3 家院所才能加入該計畫。因此，資訊揭露更為重要，希望資訊能更透明、公開、方便。因為病人才是醫療服務的使用者，未來若有類似狀況，建請健保署發布訊息時，能以病友容易取得資訊的方式來考量，例如公告副知相關病友團體。以上意見，謝謝。

傅主任委員立葉

請葉委員宗義。

葉委員宗義

我有 2 點意見，先跟李署長開個玩笑，恭喜報載署長即將高陞，我

是一方面為他高興又惋惜，覺得別去似乎比較好，若要升官，要像陳部長時中曾做過相關職位較宜。我是覺得署長這麼認真，若調走了真的很可惜。

一、在座所有委員，應該沒有人積欠保費。但高雄市積欠健保費 128 億元，這麼多！雖說是過去馬英九總統時代就一直積欠下來，但繼續下去，怕有人也要跟著欠，最後健保會被人家越欠越多。彰化縣、雲林縣的人比較古意，雖然財政狀況差，也沒有在欠健保費的。像我們做生意的人，要學經商的話，要先學會「討回欠帳」的基本能力才對，因為做生意若沒能力追回積欠的帳款就會倒閉。所以，首先要會討帳，才進一步去學如何做生意，這是工商業界的看法。97 年度高雄市政府就已積欠 28 億元，這已經違法，這問題要堅持下去處理，否則以後若大家都要積欠健保費，健保絕對會發生問題。健保處處需要錢，例如 C 肝新藥、還有今天討論事項第一案家醫計畫，都說錢不夠，若再多一堆欠保費的，健保絕對會發生問題。主席，請大家還是要正視積欠保費的問題。

二、我有個感觸，我 2 次住院都是因為生了重病，但一去住院，家人就接到詐騙集團電話，通知說我的健保卡發生問題，請家人要趕快去處理。真的很奇怪，平常也不會接到這種電話，都是去了醫院掛號、辦理住院後就會接到？是否屬民間所傳言，醫院裡面控管有問題？在此善意提醒，希望有機會檢視看看是否有此可能性，因為真的很奇怪，兩次都發生同樣的問題。我還擔任健保相關會議的委員，怎可能我的健保卡發生了什麼問題？希望能特別留意，相關系統控管是否需要加強，以免發生資訊外流的情形。

傅主任委員立葉

委員意見大致都已表達，稍後請健保署及社保司回應。仍有委員有意見，請郭委員錦玉。

郭委員錦玉

有關之前林委員錫維所提議案(會議資料第 34 頁項次 20)，我們提案委員的意見之前都已表達過，職業工會會員最低薪資目前是 21,009 元，現在政府想要漲到 2 萬 4 千元，建議本案還是應該要修法，因為公民營事業機構受僱者，是跟我們這些無一定雇主的自營作業勞工不一樣，若公民營事業機構受僱者要調漲，同步也要調整我們這些自營業者是不合理的，因為根本沒賺那麼多、還要調那麼多。我在工會都被罵，罵我在健保會當委員，怎還要一直漲健保費，會員根本沒賺那麼多，健保費還要一直漲。所以建議本會能促成修法，把調漲這件事停掉，否則 107 年 1 月起就要漲價，屆時我們 3 個來自工會的委員又要被罵，希望此問題能妥為處理，謝謝。

傅主任委員立葉

剛剛委員所表達的意見，稍後請健保署及社保司回應。在他們說明之前，對於委員都很關心的部分，即會議資料第 18 頁項次 1 是否解除追蹤的問題，先請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

不好意思，各位委員，這一項剛剛我口頭報告時有特別補充，雖然健保署及社保司在文字上只有寫配合辦理，不過本會幕僚未來仍會就該署所提實質內容，於業務面持續檢視是否達成，因此是我們幕僚應該寫出擬辦理之處，需被追蹤的應該是我們，幕僚會後續追蹤健保署及社保司是否達成。因此，這部分仍建議委員能同意解除追蹤，後續則由本會幕僚繼續審視及辦理。

傅主任委員立葉

會議資料第 18 頁項次 1「上(第 3)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」，若不解除，等於是就整個報告案繼續追蹤，實在是沒辦法知道後續該追蹤哪個議案。因此就本項次，請問委員可否先解除追蹤？請問大家能否接受？即使解除追蹤，後續幕僚仍會就具體事項來繼續追蹤(未有委員表示反對)好，那就先這樣處理。請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

會議資料第 18 頁項次 1，也就是上次的例行報告第 1 案，我剛剛有報告，因為我們七大工商團體已經在連署，最快下週就會送出，因此會繼續關注此案，建請本案繼續追蹤。

傅主任委員立葉

請問何代理委員語，你們團體連署的重點訴求為何？可否針對這一點繼續追蹤就好？(委員表示先請健保署回應)那先請健保署及社保司說明，最後再處理哪些項次需要繼續追蹤，或可解除追蹤。

李署長伯璋

- 一、繼續追蹤的項次實在太多，這點我們會再好好檢討改善。我自己辦公室有 2 個印章，一個是署長職章，另一個就是追蹤的印章，很多事情我也常需去追蹤辦理進度。有些重要議題先向委員報告，首先是有關北高兩市欠費的問題，當然要依法辦理，之前我已拜會過行政執行署，後續就是按照法律程序去走。高雄市政府 7 月 18 日會還 12 億元，按法定時程 110 年要還完，本部何次長啟功也一直協助向高雄市政府表達意見。因目前還在期限內，尚未對之強制執行，不過屆時若真的沒有還，健保署一定會去進行強制執行相關措施，例如拍賣等。
- 二、C 肝新藥的執行情形，大家都很關心，當初預估約 8 千人，一開始先以接受過干擾素的 3 千人來接受治療，然後在 5 月 15 日進入第二階段，也就是讓沒用過干擾素的人，但肝炎的狀況尚可治療的病人，也能接受 C 肝新藥的治療。目前分配給醫院 6,648 個名額，已使用 5,246 個，而診所 1,152 個名額，只用了 267 個。當初會給診所名額的原因是，除了依照目前 C 肝病患在醫院或診所接受治療的實際情形，給予病人均等的機會，可獲得 C 肝新藥治療，這也是讓醫院及診所的專科醫師都有機會去治療其病患。不過在診所端，可能認為健保署所給的機會，對基層的整體財務影響不是很好，所以這部分署也還在跟西醫基層方面溝通，希望在 C 型肝炎的治療，也能落實分級醫療的精神，這是署的想法及態度。

三、剛剛謝委員武吉提到分級醫療涉及健保法第 43 條，不過說實在我自己的感覺，本來就該去落實部分負擔的概念，能依法行政是最好的，也更能節省醫療浪費。我在 6 月份《臺灣醫界》(中華民國醫師公會全國聯合會出版之會員刊物)，以專文方式向全國 4 萬多名醫師闡述，健保開辦後 22 年來，健保支出在檢驗、檢查、藥費部分佔了很大的比例。若所有的東西都是免費資源，可能有人使用起來就不那麼客氣，因此似乎該依法執行部分負擔。目前國發會雖正在討論 107 年大總額的成長率，不過我覺得不必要的醫療浪費能先控制好比較重要。上次我去瑞士 WHA(World Health Assembly, 世界衛生大會)演講，還有前幾天去韓國演講，一直感覺到，加入健保團隊，真的是以健保為榮，所以我是真的想繼續做好健保，對報派的工作沒有什麼興趣，先做好醫療改革，是我的使命，其餘的部分請蔡副署長淑鈴補充說明。

蔡副署長淑鈴

一、依序向各位委員說明。會議資料第 20 頁項次 6，是干委員文男、趙委員銘圓等幾位委員都共同關心的，有關慢性病患不慎遺失經醫師開立處方箋所領到處方藥之問題，意思就是藥品丟了，原提案的目的，是希望病人能夠在同一個藥局藥師處，就可自費購買不足的藥品。健保署當初在此案討論時，就已列出現行法規，其實法規是很清楚，醫師所開立的處方只能准許調劑一次，這是法律的規定，當然委員會說那你就從寬，不過醫師法、藥師法、藥事法的位階都一樣，這些都是中華民國的法律，都必需互相遵守。因此食藥署及醫事司的回覆，大家都是守住法律的規定。而健保法是在醫師法、藥師法及藥事法所規範的醫療環境下，去提供健保醫療服務，所以健保特約醫療機構也不可能違反醫療相關法規。因此委員雖然希望能從寬，那就只能由業務主管單位食藥署或醫事司做出解釋，健保署是沒辦法去解釋別的業管單位的法律。所以就委員的意見，我們會持續跟醫事司及食藥署來協調，但說不定因現行法規的限制，

想要做出解釋還是有其困難，本質上有其無法逾越之處，就只能往修法的方向去努力。

- 二、會議資料第 23 頁項次 2，有關謝委員武吉提到就醫歸戶的人數或人次，這些指標我們都非常同意，我們與謝委員想法一樣，認為我國的門診就醫次數相對上是較多。因此我們若將說明文字，再補入就醫人數的情形，相信更能呈現今年的狀況。至於慢性病連續處方箋的金額，到底要放在分區業務組內自主管理的醫院，或是社區藥局，我可以理解謝委員所關心之處，不過主要是因為社區藥局處方箋的源頭還是來自醫師處方，所以在這裡面要如何妥為分配，可於會後再與謝委員好好討論，實務上是否有比現況更好的方法。
- 三、會議資料第 28 頁項次 2，王委員雅馨希望新藥及相關資料、時程能提供參考，本署醫審藥材組會議後再跟委員商量，能提供的就儘量提供給委員參考。
- 四、會議資料第 17 頁，蔡委員麗娟提到本署網站關於中醫化放療資訊不太容易查到或找到，若網頁的設計可以有更好的方法、或有讓使用者更容易查到的方式，本署都很願意去做改善，因此回去後會再重新檢視。向蔡委員報告，本署網頁實在資訊太多，而且在同一頁面無法完全呈現時，經常也得分好幾層去呈現，需要公開的資訊，有時候實在是多到很難去排入首頁面，請委員能諒解。所有的網頁使用者，都希望在第一層就能看到所需資訊，這樣的需求實在很多，不過沒關係，我們還是會把委員的意見帶回去，研究看看更利於使用者查閱的方式。
- 五、有關周委員麗芳提到居家醫療讀卡機的問題，本署於 105 年 11 月起已經從寬認定，也就是提供居家醫療服務時，若該地點無法網路連線，就不用刷健保卡，可回到醫療院所後，再以例外就醫方式補卡。現在提供居家醫療的人員，實務上於提供服務的地點，仍會儘量嘗試連線，不過健保署沒有強制要求，而且去年立法委員關心此案時，本署就已經放寬相關作業。若

還有居家醫療院所，遭遇窒礙難行之處，仍可隨時與本署聯繫，讓我們想想是否還有個案被忽略，再予以協助。本署一定是儘量支持醫療服務提供者去提供服務，也希望讓大家能更為便利。其餘有關財務、代位求償等問題，請唐研究員說明。

唐研究員薏文

剛剛干委員文男委員所詢，有關汽車交通事故健保代位求償的部分，健保法規定是向汽車強制責任險保險人求償，目前實務作法是以產險公司理賠案件與健保醫療費用檔來比對，並以與汽車交通事故具因果關係的疾病代碼來勾稽費用，此項代位求償費用一年約 20 億元，以上說明。

商委員東福

- 一、各位委員，大家好，有關委員關切歷次委員會議未結案件之擬繼續追蹤案件項次 13，雖然我們在委員會議上曾有多次討論，但因尚有疑義，且大家各自主張不同，所以之前曾另邀專家深入討論本案適法性。經過專家的檢視，大家認為本法第 27 條跟施行細則第 45 條在法律上並無扞格之處，且施行細則第 45 條修正條文也已經立法院審查通過，法規修正程序已經完備，所以建議本案解除追蹤。
- 二、如果委員對本案仍有疑義，必是解釋不夠詳盡，或確有改善檢討空間，這部分我們願意繼續協助釐清相關問題。至於委員所詢問二代健保規範政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之立法原意，因為在二代健保修法當時，對被保險人或民營雇主負擔之保險費，有一定程度的要求，所以政府對健保的財務責任相對也被要求不能低於 36%，不能逃避該盡的責任，在會議資料第 36~38 頁有非常清楚的解釋。
- 三、歷次委員會議未結案件之擬繼續追蹤案件項次 20，「現行職業工會會員申報健保投保金額下限」案，在前幾個月的委員會議也經過相當討論，由於考慮到很多的因素，所以已延到 107 年 1 月 1 日起實施(即自 107 年 1 月 1 日起全民健康保險第 2

類第 1 目被保險人之投保金額自 2 萬 4 千元起申報)。至於該投保金額下限高於基本工資的部分，很多人首次聽到這個規定都覺得不合理，但事實上，我上次也有說明，這是當時找很多工會代表討論後的結果，我們在當中也有做相當的妥協，沒有讓投保金額下限跟著基本工資連動調整。對於大家關心的這個問題，未來要怎麼修訂這個機制，我們一定會再找工會代表參與研議。

傅主任委員立葉

先請李署長伯璋補充說明。

李署長伯璋

- 一、有關周委員麗芳詢及「居家醫療照護整合計畫」之醫師尚須搬運醫療器材一節，其實去年林立法委員靜儀在立法院質詢時就曾提及，本署事後也積極改善，也將相關措施通知每個醫師，問題可能在各分區的操作面，這點我們會拜託各分區組長協助改善，讓醫師背著那麼多電腦設備到各地巡迴是不理想的。
- 二、剛才謝委員武吉提及藥價差，這問題我們會伺機跟部長報告、好好討論怎麼處理。就像我們最近使用的 C 肝新藥，其中 1 款藥本來要價 170 多萬元，我們跟藥商說不能高於韓國的 25 萬元，只能賣我們 24 萬 9,883 元，最後也成交，這表示中間利潤很大；另外 1 個廠商，堅持賣 70 多萬元，我不同意，同樣是治療 C 肝的藥，我自己在議價的時候會注意到價差，因為這邊沒控制好，就會排擠到癌症新藥，使癌症新藥根本就沒機會進來。其實健保癌症用藥成長率不像其他疾病用藥那麼高，但是我們一聽到癌症新藥，就怕又要用錢。現在大數據的分析就有這個好處，能幫助我們做政策判斷。謝委員武吉提到的藥價差部分，我們會好好去處理，同時去面對經營及現實的問題。

傅主任委員立葉

請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

- 一、接續李署長伯璋的說明，在會議資料第 31 頁(歷次委員會議未結案件之擬繼續追蹤案件項次 10)提到要請健保署持續推動各項抑制醫療資源不當耗用之短、中、長期措施，近期做法就是要提出具體的衛教宣導。
- 二、我記得署長在 10 幾天前曾經發布最新訊息，就是依據健保署的統計，105 年健保支付檢查項目點數前 20 大的排名，總費用支出高達 688 億元，其中電腦斷層掃描就用了 92 億元費用是最高的，近 20 年來成長將近 2 倍(從 87 年的 31 億點到 105 年的 92 億點，成長比率達 196.7%)。臺中市有 1 位男性病人，1 年做了 24 次電腦斷層，大概是每半個月就做 1 次，這個數據非常讓人驚訝。當然署長在那天的新聞裡有提到，健保署要推動「重要檢驗檢查項目結果共享制度」，這是很好的方法。
- 三、我們應該要考慮重複檢查的必要性及問題所在，是不是醫生開檢驗單時，根本不知道該病人之前曾做過相似檢查，所以現在健保署有提出 90 天以內做過 3 次電腦斷層的，就會在健保雲端系統顯示之措施。不過照這麼多次電腦斷層，除了醫療資源過度的不當使用以外，對病人而言也是很大的風險。美國著名的心血管期刊《circulation》，在 2012 年提出一篇研究報告指出，經常重複進行複雜影像檢查的人，會增加罹癌的風險；美國《消費者報告》也提到，CT 掃描釋放的輻射，每年可能導致 2.9 萬人罹患癌症。所以檢視影像檢查的必要性，以及病人的教育跟宣導這兩點非常重要。
- 四、病人往往不知道這麼多次的電腦斷層掃描或者是其他相關的高端影像檢查，是暴露在相當高的醫療輻射裡。現在國際標準對 1 年的輻射容許量是 20 毫西弗，但我們做 1 次全身電腦斷層，大概就接受了 10 毫西弗的輻射；所以病人如果在 1 年裡做 24 次的全身電腦斷層掃描，相當於接受 240 毫西弗的輻射

劑量，已經超過國際容許量 20 毫西弗的 12 倍之多，而且在做這種高端檢查的時候，有時候需要打顯影劑，病人一直打顯影劑，對身體也不好，因此我覺得對病人的宣導也相當重要。

- 五、現在很多病人尤其是重大疾病的病患在就診時都會尋找第 2 意見，所以未來我們應該要在檢查後，能夠讓病人多花一點點 disk 的成本，讓他們能帶走光碟，教育病人要把檢查報告帶著走，下次再去別家醫院就診或諮詢第 2 意見的時候，讓醫師看看是否有重做檢查的必要。這不是只有醫療資源的節省，對病人來講也是個保護，避免因重複檢查，增加醫療輻射，這樣才能降低致癌風險或是對健康的危害。

傅主任委員立葉

先請李署長伯璋回應，再請陳委員旺全、李委員永振發言。

李署長伯璋

- 一、謝謝蔡委員麗娟提醒，有關醫療資源分享為健保署現行推動的重要業務項目之一，也謝謝本署醫審與資訊同仁，將頻寬做改善。
- 二、有關委員所提的個案，本署於分析相關數據後，發現該病人家住在南投，在台北工作，所以除了在門診做了 24 次檢查外，住院也做了 3 次檢查，合計做了 27 次檢查，我們都將病歷影印來看，我想這個病人不是故意詐保險，只是不小心就跌倒，然後就手麻，因此到急診就醫，醫師就執行電腦斷層掃描，接著 5 天後回診，手仍然麻，醫師認為若 5 天前沒問題，不代表 5 天後沒問題，於是再執行電腦斷層掃描，結果發現這 27 次檢查，分別在 6 家醫療院所就診，都是沒有加顯影劑就執行，因此每次診斷只是觀察有無出血，我們也關心這個病人到底情況如何，台北業務組同仁有予關懷訪視，結果得知其又可能因平衡不好騎腳踏車跌倒住院，這次受傷頗嚴重，包括陰囊受傷，我有打電話給該醫院院長，拜託特別評估與妥善照會神經內科或眼科等。為了正確判斷，宜加顯影劑再來執行核磁共振

攝影或電腦斷層掃描，這是最安全的。

三、本署最近在推行雲端資料分享，某個案跌倒在某家醫療院所執行一些檢查，其到不同醫療院所就診時，都可以透過雲端看到檢查結果，然後安排病人尋找適當的門診神經內科、眼科醫師等診療。我們醫界過去看不到資料無法做判斷，現在希望做到 real time(即時)，就是病人在某家醫院住院 1 個星期可以看到檢查結果，透過雲端資料分享，其到別家診所或醫院就診，都可以看到該項結果。

四、我們會不斷對病人教育盡量不要重複檢查，也會與醫界一起努力。

傅主任委員立葉

請陳委員旺全。

陳委員旺全

一、各位委員，李署長伯璋，大家好。蔡委員麗娟是台灣癌症基金會副執行長，非常關心罹患癌症的病人。健保署所擁有可以公布的資料非常豐富，蔡委員麗娟所說的找不到資料，我沒直接通知你，也是我內心的痛，若蔡委員麗娟在健保署網站找不到中醫總額相關專案計畫，可以到中醫全聯會網站查詢，因為我們都將專案計畫公告，這樣比在健保署網站上搜尋來得快。

二、我非常感謝多位委員參與偏鄉地區巡迴醫療服務計畫辦理情形，委員從實際參訪過程看到很多問題，也責成我需要好好地努力，尤其周委員麗芳期許鼓勵我仿照牙醫總額設置巡迴車，因為我們目前新竹與烏來也設置，我認為重點在於有些地方，連巡迴車都進不了，我們這次參訪到了綠島，邀請鄉長及代表會主席，希望提供相關場地，我表示民眾是鄉長及代表會主席的老闆，他們擁有選票，然也有些離島鄉長表示，選票的影響決定性不是很大，也就是不太注意這一塊，不過我在此非常盼望與懇求健保署，倘有機會，希望中、西、牙醫、居家等以巡迴車方式執行醫療服務時，請健保署溝通協調當地衛生主管機

關提供比較好的場地，讓我們在該處為當地鄉民服務，不過剛才牙醫全聯會理事長謝委員尚廷表示，我們 2 個買巡迴車簡單，問題在於維持，需要聘請醫師等比較嚴重。

三、中醫總額在偏鄉巡迴醫療時，當場需要配藥給民眾，涉及藥品儲存問題，也不可能隨身攜帶藥包機，所以都以混合方式處理。

四、我會繼續努力，但也懇求各位委員有機會到各偏遠鄉鎮時，幫忙透過熟悉長官找到適合環境的場地或場所，為當地居民繼續服務。謝謝。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

一、各位委員好，首先接續蔡委員麗娟所提涉及檢查費用的醫療資訊分享，李署長伯璋也予以回應，有關資訊透明化，值得肯定。

二、目前媒體報導 1 年健保檢查費用為 688 億元，占總額費用約 1 成，這項數據真的很大，值得我們持續關注，健保署提及許多作法，對於後面成效如何，我們拭目以待！碰巧這段時間，某位法院院長告台大醫院，此涉及醫療糾紛，陸續見諸媒體，其中提到若變成判例，醫師負責舉證責任，有些醫師基於保守原則，會做一些檢查，以詳盡應該的責任，因此，健保署宜先未雨綢繆，預作因應，這是我 care(在意)的部分。謝謝。

傅主任委員立葉

因為本案討論時間已經很久，最後請蔡委員登順及干委員文男發言後，本案就告一段落。先請蔡委員登順。

蔡委員登順

一、剛才聽到陳委員旺全表達意見，目前中、西、牙醫 3 個總額部門都有執行偏鄉巡迴醫療計畫，所存在的問題仍然大概一致，過去委員訪察結果，有些地方醫療環境相當不好，尤其執業地

點，環境與衛生非常重要，因其與醫療服務品質息息相關，而中、牙醫執業時，需要固定場所以安置器材，所以如果採用臨時性場所或租借，則環境衛生必然很差，將嚴重損害醫療服務品質。

二、我想醫界有心為弱勢民眾服務，建議由衛福部或健保署行文函請偏鄉醫療巡迴服務的各地方政府，協助提供優良的執業環境，因此，才有地方擺設他們的醫療設備，甚至存放他們的藥品，醫師也不會因從事偏鄉巡迴醫療，每天辛苦搬運器材，尤其現在天氣非常熱，經常搬運器材會使人容易疲倦，也會影響醫師看診的品質。以上建議，謝謝。

傅主任委員立葉

干委員文男是最後 1 位，請干委員文男。

干委員文男

- 一、剛才有關強制汽車責任保險議題，需要代償 20 億元，不要認為很滿意了，希望健保署重新再協商談判，因為如果只有 20 億元，健保吃虧很大，因為經過幾次協調，幾乎都是健保出錢，是在吃健保豆腐。
- 二、雖然健保法第 1 條規定，保險對象發生疾病、傷害、生育事故時，由健保給付，但是交通事故的被害人醫療費用，應由加害人所投強制汽車責任保險來支付，因此，上述 20 億元太少了。
- 三、有關健保法施行細則第 46 條第 5 項，建議勞保投保金額是若干，健保投保金額就比照辦理，否則社保司會傷透腦筋，永遠存在問題。
- 四、我贊同周委員麗芳與蔡委員登順，對於本年中、西、牙醫 3 個總額部門執行偏鄉巡迴醫療計畫的意見，我觀察了近 10 幾年來，醫療服務水準都有提升，首先，以前的場所是將就，現在的場所大都選在活動中心沒有放置器材的地方，需要加強，然後有些地方也有巡迴車，像彰化地區是有人捐贈，縣政府派替

代役擔任駕駛，保養責任由縣政府負責，接著是醫事人員素質也提升很多，還有陳立委瑩提到關於偏鄉醫療品質，本次實地參訪觀察到，原住民有看診中醫，醫療服務量也很多，尤其是婦女，我也有詢問意見，而且進步到設置夜診，我感到很甘心(台語，表示體貼)，然而也有不好的地方，如果健保署在同一地點能夠整合中、西、牙醫 3 個科，避免各科自己找場所，減少行政浪費及水電支出。

五、在此非常感謝健保署於本年陪同參訪有關中、西、牙醫 3 個總額部門執行偏鄉巡迴醫療，尤其於苗栗見到健保署北區業務組副組長對於轄區醫療院所的申報點數、強項若干、病床數等詢問，均對答如流，可見健保署的同仁對於自己的業務都滾瓜爛熟，讓委員能夠心服口服，真的腳踏實地在工作，就連周執行秘書淑婉也認為很好，因此，這就是健保的驕傲所在。以上，謝謝。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

有 2 點可能與主席的結論有關，容我再說明一下。

- 一、首先會議資料第 18 頁，擬解除追蹤項次 1，周執行秘書淑婉於說明時，會交代幕僚認真追蹤，所以我沒說不要解除追蹤，只是質疑相關單位辦理情形與繼續追蹤的案子相同，為何結論會不一樣，若各位委員同意周執行秘書淑婉的執行力量，解除追蹤是 ok，我以前提到 1 件新事情要聽 6 次，做過 21 次才會習慣，我想我們不要做那麼多次，只要做 1 次就好。
- 二、商委員東福提到繼續追蹤項次 13 是否要解除追蹤，我是不同意，因為社保司的說明是互相矛盾，如何解除追蹤？因此，在會議資料第 36 頁及第 37 頁，有關 105 年度決算數據先改正(政府應再提撥 38.5 億元)，因為無免除這 7 項被保險人的繳費義務，健保署的算法是不對的，在無否決健保法第 27 條規定

下，表示此 7 類受政府補助的民眾仍須繳保費，則怎能減除 68.5 億元，政府就相對不用提撥 38.5 億元，建議這部分先解決，另外，立法院於 105 年 6 月 22 日沒有考量的點，上次委員會會議主席裁示有無子法抵觸母法疑義，需要從長研究，這個我同意，要繼續追蹤到底怎麼回事。謝謝。

傅主任委員立葉

一、對於本案做以下裁示，看看大家是否同意。

- (一)首先是會議資料第 18 頁，上(第 4)次委員會會議決議(定)事項辦理情形追蹤表，擬解除追蹤項次 1，除非委員有發現所關切的議題有未解決事項，沒有列入繼續追蹤，否則本項解除追蹤。
- (二)接著是會議資料第 27 頁，本會歷次委員會會議未結案件追蹤表，擬解除追蹤項次 1，建請衛福部部長與本會委員能建立定期對話溝通機制，本項繼續追蹤，看看可否研議、轉達部長每屆委員至少有一次直接面對面溝通的機會。會議資料第 32 頁，繼續追蹤項次 11，何代理委員語關心事項，會繼續追蹤。繼續追蹤項次 13，剛才李委員永振也提及，本項也繼續追蹤。
- (三)其餘委員關切的議題，幾乎都列在繼續追蹤的事項，請健保署、社保司參採委員意見，積極研議及研擬具體作為，希望早日完成這些事項即可解除追蹤。
- (四)我私底下建議，本會的繼續追蹤事項真的很多，其中多項涉及修法，因此延宕這麼久，沒有辦法解決，顯得有點缺乏效益與效率，但是針對法規提供諮詢意見也是本會職掌，若委員有想到具體的可行作法，可以提案供相關單位參考，俾讓長期追蹤的議案有一些具體成果，可以減少繼續追蹤的事項。

二、本案就討論到此，現在進行下 1 個議案。

千委員文男

會議資料第 20 頁擬繼續追蹤項次 6...

傅主任委員立葉

該項仍維持繼續追蹤。請吳委員榮達。

吳委員榮達

針對會議資料第 20 頁擬繼續追蹤項次 6 仍維持繼續追蹤，建議兩個追蹤方向：首先，涉及修法問題部分，因民眾確有需求，剛才蔡副署長也提及修法可能性，既然民眾存在需求，應朝修法方向追蹤；其次，會議資料第 21 頁食藥署回覆第 2 點具有可行性，若無適法性問題，建議可加強宣導。

傅主任委員立葉

- 一、請將吳委員榮達建議的兩個方向，納入追蹤建議。
- 二、本案進行到此，接下來進行討論事項第一案。

林委員惠芳書面意見

針對會議資料第 31 頁擬繼續追蹤第 10 項，除加強民眾預防保健宣導外，建議個人健康檢查資料應總歸戶在民眾健保 IC 卡中，包括檢查結果，以利民眾尋求第二意見時，無須再重複檢查，減少資源耗用。目前就診資料歸戶會遲到 2 個月以上，如果資料更新寫入速度可改善，應可減少耗用，如擔心記憶容量問題，可設定保留近 1~3 個月或最新檢查結果。

盧委員瑞芬書面意見

- 一、健保會歷次委員會議未結案件共 20 案擬繼續追蹤，建議健保會針對擬繼續追蹤案，須明確說明擬採取之後續處理行動於「追蹤建議」欄。
- 二、如會議資料第 38 頁社保司回覆「本部未來將配合法律研修，使相關規定更臻明確」，所以此案(歷次委員會議未結案件擬繼續追蹤項次 13)是否將繼續追蹤，直至社保司提出修法程序並完成修法？

參、討論事項第一案「敬請研議對於 106 年『家庭醫師整合性照護計畫』，收案人數已超出中央健康保險署原預期的倍數成長，其新增超出的部分，不在總額協定時的涵蓋範圍，如何因應案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請黃委員啟嘉補充說明。

黃委員啟嘉

- 一、首先在此感謝大家在 5 月 31 日、6 月 1 日參加西醫基層醫療資源不足地區參訪活動，各位委員都很支持巡迴醫療服務，並給予很多指導，包括剛才周委員麗芳協助我們建議健保署簡化居家醫療的行政程序，在此一併向各位委員致謝。
- 二、「家庭醫師整合性照護計畫」長期以來受到誤解及質疑，究竟其照護對象為何？其實並非 2 千 3 百萬人都是計畫照護對象，而是醫療資源高利用率者，特別是不當耗用健保資源者，才會被納入照護範圍，一般估計在 500 萬至 600 萬人之間。因過去照護僅 200 多萬人，外界認為還有許多人未納入計畫，故為強化基層醫療，健保署在去年希望我們大幅增加照護人數。當初預估增加 64 萬人，因此在總額預算編列增加 4 億元，也感謝付費者代表委員支持，全年預算從 11.8 億元增加至 15.8 億元。
- 三、未料今年開始後，健保署與醫界全力推動分級醫療及家醫照護計畫，使得人數暴增，遠超過原預期增加的 64 萬人，5 月底已達到 153 萬人。後來發現情況不對，既有資源難以負荷，因此我們懇請健保署立即暫停繼續開放照護對象。同時也開始向健保署尋求對已超過預算預期的照護資源耗用提供協助。
- 四、各位委員疑問為何過去有那麼多應照護對象而未獲照護呢，道理很簡單，因供給不足，多數醫生不願意參加計畫。首先，醫師參加計畫依科別不同，需接受不同時數的受訓，最多須受訓

20 小時，許多醫師不願花時間受訓，故不參加計畫；其次，參加計畫之醫療群須每月固定開會，協調各科轉診，對病患狀況整合進行檢討，另包括配合政令宣導與繼續教育，均須利用開會時間自主提升品質，此外還須提供 24 小時諮詢專線，許多醫師感到負擔太大。因此，過去在供給面，醫師參與度並不熱烈。

- 五、今年這項政策在健保署與醫界共同努力下，使得醫療群增加，包括我本身原非醫療群醫師，但因身為花蓮縣的理事長，在東區業務組勸說下參加，因此瞭解參加後會增加許多事情，另台東縣的理事長也在東區業務組勸說下參加。許多花東須接受照護的民眾，因供給增加而被納入，但沒想到大家努力的結果，造成服務量大幅超出預期，從 60 多萬人增為 150 多萬人。
- 六、過去計畫最被詬病的，除照護民眾不夠多，還有分布地區不均勻。過去醫療群在中區較多，即使台北區也不夠多，比率很低，東區更不用說，幾乎沒有。在健保署努力下，今年度分布不均情況也獲得改善，但結果卻發現預算不足。
- 七、從會議資料第 42 頁上方表格可知，健保署預估執行目標約 324 萬人，但至今年 5 月 23 日現況約 413 萬人，加上健保署推動分級醫療，將許多醫院慢性病患納入基層照護對象，使得應照護人數增加。據我所知，我們的目標民眾從 500 萬人增加到 600 萬人以上，這是正向發展，但預算未能跟上，造成基層的困境，缺口估計至少 8 億元以上。因金額過大，我也不敢要求這麼多預算，但懇請委員審酌基層困境，能在預算上給予幫忙。

傅主任委員立葉

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、請參閱補充資料第 9-1~9-14 頁，106 年總額協商時增加 4 億元，預估收案人數增加 80 萬人，與黃委員啟嘉所說的 64 萬人

有些落差。但無論如何，希望能推動分級醫療、壯大基層，今年本署各業務組全體動員，希望轄區診所能儘量組成醫療群，將需要照護的民眾收案。大家都非常配合，除分區動員外，全國西醫診所也都配合動員起來。目前社區醫療群數已達到 526 群，參與診所 4,063 家，收案人數約 413 萬人，均超出原來預期。

二、家醫計畫原有兩種鼓勵措施，剛才黃委員啟嘉提到有些基本須提供的服務，所以有個案管理費，每個收案對象一年是 250 元，另有 550 點作為績效獎勵，並訂有績效獎勵辦法，參與診所須視績效才能領到。在補充資料第 9-3 頁伍、二、3.，我們認為扣除個案管理費後，績效金額會隨參與群數增加，將來可能不足，屆時將有點值稀釋之情形，對表現好之醫療群之士氣及持續參與之意願可能會有影響。原則上若委員同意動用風險基金，本署立場也是支持，希望大家共同支持家醫計畫的擴大實施，後續再由本署監測績效表現。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順。

蔡委員登順

本案內容不適用「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」動支程序，因其非屬傳染性疾病，平均點值未低於 0.9 以下，亦非天然災害，點值變動也未超過 5%。但為保障家庭醫師及病患權益，顧及其療程不可中斷，應可以接受。但本案應由衛福部主動交議，或健保署提案至本會討論，但今天由西醫基層主動提出，未依規範程序進行，應有其急迫性，若是如此應可接受。基於家醫照護計畫成長超過 58.61%，對總額推動分級醫療有相當成效，剛才蔡副署長提到壯大基層是未來的方向。基本上要增加多少預算，須經大家討論，希望經費增加後，品質和點值都能提升。經費應有依據，我建議由健保署精算。希望分級醫療成效能讓全民看得到，分級醫療是對的政策。

傅主任委員立葉

衛福部已於昨(6月22)日交議。請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、對黃委員啟嘉提出本案，讓我們瞭解家醫計畫的推動方向及成果，表示肯定。但這是專案計畫，須在經費範圍內支用。請健保署提供過去十多年來的結案率資料。過去績效不佳，印象中只有30%達成率，今年卻突然衝量。我希望能列出從家醫計畫開始推動至今每年完成率，讓我們知道。
- 二、本案提出要適用「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」由基金支付，萬萬不可，也不適當。基金是用來救急，而非救短缺。現在才6月，下半年會發生什麼事還不知道，所以不能動用基金。除非到了12月底基金尚有賸餘，衛福部或健保署再提議基金處理方式，這樣才恰當。不能現在用掉，因突發狀況無法預期。
- 三、依照總額協商的精神，雖然本計畫執行成果佳，但是在預算執行上，已經違反總額精神，總額的精神是有多少錢做多少事，否則B肝治療的執行超過預算，要從哪裡另外取得財源？若其他的專案計畫執行量都超出預期，例如牙周病統合照護計畫的執行成效良好，超過專款金額，若也比照西醫基層提出要求動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，我們要用什麼經費支應額外增加的費用？這會很麻煩。建議本案應該先交健保署重新擬議，無法在今天決定應給多少經費。其次是健保署要研究如何解決本案的財源，不贊成使用「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」支應。

傅主任委員立葉

先請林委員惠芳。

林委員惠芳

- 一、相信大家對壯大基層都不會有太大的意見，從資料顯示，偏鄉的醫療群數量確實有增加，但看不到民眾端的效益，包括我在

內的委員都會關心今年新增加的照護對象，到底有多少比例是年齡超過 65 歲且有多重疾病，有多少比例是因為投入居家照護而增加的，已納入照護範圍的民眾對計畫的滿意程度又是如何，從會議資料看不到這方面的資訊，反倒看起來像是去年協商 106 年度總額時，成長率預估錯誤。

二、剛剛黃委員啟嘉提到預估參加對象為 5 百萬至 6 百萬人，若所言屬實，則未來總額協商時應該回歸真實情況，應該從長計議，若計畫屬專案計畫，應該要考量我們到底期望人數如何成長，應該有計畫性的規劃，而不是每年看執行狀況再做因應。記得去年評核會議評核「家庭醫師整合性照護計畫」的執行成效時，發現年度間的執行成效差異性大，到底計畫實際效益如何，若是有達到實際效益，則增加經費絕對沒有問題。

三、至於經費來源，本案既不是流行病，也非天災，不太可能使用「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，請問本項經費能使用於預期政策改變的項目嗎？

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

個人支持西醫基層黃委員啟嘉及吳委員國治提出本案，個人來自醫療資源不足的雲林縣，如同剛才黃委員啟嘉提到花東地區地緣遼闊、交通不便，提供醫療服務相對較困難，故醫療普及度確實不足。家醫醫師的概念如同是與醫者當朋友，從付費者角度來看，會希望有值得信任的醫師妥善照護一輩子的健康，就像是結交好朋友一樣。從今年 5 月 31、6 月 1 日參加西醫基層總額辦理的參訪活動，可以感受到家庭醫師照護的必要性，不同居住地區的民眾對醫療照護可能會有不同的需求，像雲林地區是屬於醫療資源不足地區，個人對本案是非常贊同，而且希望能普及到醫療偏鄉地區。至於費用支出，記得 921 大地震時，個人在消防局擔任行政室主任，當時國家投入救災時也面臨沒有經費及資源。或許部分委員認為本

案非屬急迫性，也非不可預期，但個人覺得現在疾病多元，像是流感或緊急醫療都有實際上的需要，建議健保署要全力配合本案，並思考預算來源，本案屬於基層醫療的突發性個案新增，要感謝他們願意提供服務。

林委員敏華

支持「家庭醫師整合性照護計畫」，但公務員應依法行政，付費者代表無法同意醫師公會的提案，本案不符合「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」動支程序之適用範圍，不是「非預期風險」，也非「其他非預期政策改變」，未來幾個月就要進行 107 年度總額協商，協商事項都是大家事先都已經同意的項目，執行上是有可能會面臨到一些非預期的項目，但在協商當時就已經考慮過。本案現在才提出，個人覺得不恰當，持反對立場。至於計畫應如何調整，建議西醫基層可以用一般預算去做調整，並請醫師公會於今年協商 107 年度總額時，提出數據以說服委員。

傅主任委員立葉

先請干委員文男，接著再請李委員永振、周委員麗芳。

干委員文男

- 一、記得去年協商時，是用過去的使用量來協商，並沒有用真實的數量，當時只想到把醫院層級的服務量導引至基層，並沒有想到西醫基層的服務量會增加，還是用原來的服務量去思考，本案是因應分級醫療政策產生。
- 二、我以前是非常反對「家庭醫師整合性照護計畫」，但是前年訪視時已經看到計畫成效，今年健保署在各縣市推動分級醫療，如果沒有家醫配套，可能沒辦法完善執行。按照「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」之適用範圍與動支程序，本案是連討論的機會都沒有，但我們不應死抱著法令，應該思考如何解決問題，建議從 3 個方向思考：第一個在年底結算時，看看「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」有沒有剩餘經費；第二是本案為配合政策，請教衛福部有

無財源；第三是協商 107 年度總額時，協商應該增加的費用。就看李署長如何發揮智慧，想出解決辦法，與衛福部商量，不要死守法令。

李委員永振

同意何代理委員語及蔡委員登順的意見，本案訴求合理，但財源有問題，剛剛黃委員啟嘉提到本計畫是照護醫療資源使用較頻繁的民眾，則應有照護效益才對，依照總額精神，不應該再增加費用，這地方的費用增加，別的地方的費用應該會減少才對，建議健保署應重新思考。記得 4 月份委員討論「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)諮詢案時，提到繼續落實分級醫療需要增加 29 億元，同意可以投資分級醫療，但應要提出成本效益。落實分級醫療後，應該是整體醫療費用會減少，而不是增加醫療費用才對。

周委員麗芳

個人支持本案，認為本案應符合「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」的「其他預期政策改變」。也許有些人認為今年「家庭醫師整合性照護計畫」的量暴衝，是西醫基層自己沒估算好，但個人覺得他們是代罪羔羊，由西醫基層來提案也很委屈。今年量有衝出來。其實有催化劑，幕後的推手是健保署，李署長上任後一直在推動分級醫療，昨天還召開分級醫療會議，分級醫療的第一個策略就是壯大基層，剛剛蔡副署長說明很清楚，健保署各分區都動起來在積極執行。所以「家庭醫師整合性照護計畫」的衝量是政策執行的效果，符合「其他預期政策改變」的條件，爰衛福部及健保署有責任來協助解決這個問題。同時，接受照護服務的人是我們的鄉親、是我們的手足，都是我們所關心的人，有必要針對西醫基層提出的照護服務與經費需求，共同來思考解決之道，儘速找出對應財源。

傅主任委員立葉

先請黃委員偉堯，接著請吳委員國治、趙委員銘圓。

黃委員偉堯

- 一、先提出有關動支程序問題：本案若要動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」10億元，不管屬預期或非預期，都不應在動支範圍內，印象中分級醫療應該是衛福部既有的政策，本應預先考量經費，本項政策應該不是衛福部昨天才交辦，以致於需要臨時動支該項經費。
- 二、關於「家庭醫師整合性照護計畫」的服務對象與醫療群增加：記得健保署會篩選納入計畫的服務對象，是固定在該醫療群就醫者才會被納入，所以服務對象的變動應該不大。不清楚今天西醫基層所提增加的對象是否符合篩選原則，還是計畫篩選對象的原則有改變。若是更改篩選對象原則，應該要先考量預算，否則此例一開，往後會有其他專案計畫要求比照此案處理。
- 三、記得過去有段時間曾大力推動「家庭醫師整合性照護計畫」，當時增加到幾百個家醫群，納入很多服務對象；但是後來又萎縮，不曉得當時是出現什麼問題，現在應注意有無相同的問題存在，必須預先防範；否則，投入經費，卻仍舊遭遇當年曾經發生過的狀況，所補助預算恐怕是浪費而非幫助，以上。

吳委員國治

- 一、主席、各位委員好，在此簡單說明，並不是西醫基層在衡量，符合計畫收案資格者是由健保署篩選，交付基層收案，因基層非常配合，健保署又非常用心，因此量就出來了。
- 二、有關委員所提效益問題，今年的效益無法立即呈現，去年總額協商受到付費者代表肯定，希望擴大「家庭醫師整合性照護計畫」，所以才編列更多預算。家醫計畫對於政策執行、推動，包括分級醫療、節制資源浪費、轉診等，都扮演先行角色，家醫計畫覆蓋率越來越高，對民眾照護會越來越好。
- 三、事情已經發生，因專款預算不足而動到一般服務預算，對於其他醫療提供者是非常不公平的，至於「其他非預期政策改變」

適用範圍，依程序來看，已經有衛福部交議，請各位委員考量政策改變所造成的影響。

傅主任委員立葉

先請趙委員銘圓，再請林委員錫維。

趙委員銘圓

主席、各位委員午安，我非常認同黃委員偉堯所提，假如本案通過，將來專案計畫只要爆量是不是都可以依此方式處理，「其他非預期政策改變」已經清楚定義，不應該隨便破壞規則，以往健保會都非常堅持這塊的立場，我對於本案使用「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」的部分持反對意見，當然專案預算不足問題還是要解決，請健保署或衛福部提出其他的解決方式。

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

大家午安，本案意見很分歧，個人很肯定、支持分級醫療的推動，會議補充資料第 9-13 頁是衛福部的函覆，醫師公會應先跟健保署研商、探討預算來源、執行方式，以及是否符合總額相關規定等，委員們才能有充足資訊討論，我建議本案討論到此，請健保署下個月提出看法或計畫再來做決定。

傅主任委員立葉

先請何代理委員語，再請吳委員榮達。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

吳委員榮達還未表達意見，先由吳委員榮達發言。

吳委員榮達

我認為本案不須討論，我的看法與周委員麗芳相左，提出 3 點意見如下：

一、本案不屬政策範圍變更，去年總額協商時政策已是如此，哪有政策變更的問題。我贊成分級醫療，但現況無法依「『調節非

預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目之適用範圍與動支程序」補充或增加預算，只能在今年 9 月總額協商時加以考慮。

- 二、建議健保署進行統計分析，既然是分層醫療，應該看看分流效果，如果沒有達到分流效果，我們應該要做檢討。
- 三、「家庭醫師整合性照護計畫」是專案，建議健保署制定標準，如專案達標時增加撥付或是從其他項目動支等。以上 3 點請大家思考，謝謝。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

主席、各位委員大家好，以下 2 點建議：

- 一、第 1 點，請健保署下個月提供相關資料，去年醫院總額協定事項「醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過 105 年之 90%，超過部分，不予分配」，請問目前已下降多少？醫院初級照護件數下降，基層才可能增加，如果上半年醫院件數都沒降，基層件數怎麼會突然增加，請健保署分析。我支持分級醫療及擴大基層政策，「家庭醫師整合性照護計畫」去年總額協商已增加 4 億元，總額部門要自行管控，管控到超過負荷，再從「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」動腦筋是不適宜的。
- 二、第 2 點，如「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」到年底都未動用，健保署可以提出經費的分配或補償方式，由健保會委員討論決定，在不能確定有無剩餘前，我反對動用該筆經費補償短缺，經費是救急不是救短缺，專案預算本就該由部門管控，這才是總額的精神。
- 三、剛才我也提過，如果今天通過本案，其他總額部門的專案爆量都要求比照辦理，這會讓健保會委員相當為難。西醫基層提出本案，我在看資料時也很傷腦筋，我肯定基層的成果，但過去

10 多年家醫計畫的執行率並沒有每年都做滿，假如每年都有做滿，我當然很認同，事實卻是有點不理想，今年能做到這樣的成績，我很肯定基層的努力，但仍請健保署規劃一下解決方案，讓委員了解。

傅主任委員立葉

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

- 一、我贊成黃委員偉堯的意見，分級醫療是大家的共識，應該要做。我第 1 次當健保會委員，有點好奇，去年總額協商已經提高預算，而加入家醫群是需經過審查的，代表中間過程是有管控機制，卻還是爆量，不清楚是否有環節出錯，我想值得檢討。
- 二、會上任何決議，都會成為所謂的前例，一旦開了先例，後面就可以遵循前例，所以千萬要慎重考量。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、尊重各位委員不同的意見，本案跟分級醫療息息相關，是目前重點推動的政策，也因此「家庭醫師整合性照護計畫」才會爆量，去年總額協商增加 4 億，並沒有附帶決議「專款不足時由一般預算支應」的協定事項，過去醫院總額的專款項目「慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」，雖然預算每年都有成長，但仍常常不足以支應，因此最後協定事項落款「不足部分，由一般服務支應」以解決可能產生的問題，但是去年「家庭醫師整合性照護計畫」並沒有這樣的落款，所以才造成爆量後的預算缺口，建議今天委員會針對這個預算不足部分做個調整，畢竟量很難掌控，分級醫療成效越好，西醫基層服務量會越來越大。
- 二、爆量的問題如果是分級醫療的成效，病人跑到西醫基層就醫，應該高興還是憂慮？我想應該是高興，畢竟有達到政策目標。

我很認同何委員語的看法，此消彼漲的道理，消的部分沒有扣減，漲的部分要增加預算，不太合理，請委員們共同研擬對策，方才蔡副署長淑鈴也提到量確實增加太多，我認為應該要有妥適的解決辦法。

傅主任委員立葉

先請葉委員宗義，再請陳委員亮良。

葉委員宗義

我想本案與 C 肝新藥類似，2 案都是衛福部一道命令來就能解決的，雖然背責任的是李署長伯璋。既然「家庭醫師整合性照護計畫」已經執行，量也暴增了，醫院件數或多或少會有所減少，問題在於預算分配不平均，但執行後讓院所吃虧也說不過去，終究要有解決辦法，至於問題原因，主要還是因應衛福部政策所導致。專案預算不足，是調整明年預算或從他處截長補短，都要從長計議，不然無法解決事情。

傅主任委員立葉

最後請陳委員亮良，之後我嘗試就各位委員意見綜整共識。

陳委員亮良

- 一、本案各位委員有許多討論意見，大家主要聚焦在「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」支用情形，我比較傾向周委員麗芳所提，我在政府部門任職，有關這一目大多以災害準備金、預備金情形處理，我認為動支與否應回歸業務職責專業(主計單位)，請衛福部提出適當解釋令，何種情境下才可動支這筆專款，西醫基層部門所提方案是否符合動支情形，至於本案建議留到下次會議，請健保署提出解決方案再來討論。
- 二、我想利用這個機會特別說明，偏遠地區的醫療確實非常不足，例如雲林縣尚有 2 個無西醫鄉鎮、3 個無牙醫鄉鎮、4 個無中醫鄉鎮，偏鄉民眾的醫療照護非常不足，能結合基層的「家庭醫師整合性照護計畫」有其存在的迫切性。

傅主任委員立葉

一、謝謝委員所提供的意見，雖然委員對於是否動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目有不同看法，但仍有一些共識：

(一)委員都非常支持「家庭醫師整合性照護計畫」及分級醫療政策，也認為應該給予西醫基層總額適當的補償。

(二)請健保署針對「家庭醫師整合性照護計畫」預算不足部分提出解決方案，包括精算所需金額、建議經費來源，同時也請說明該計畫規劃的長期目標、效益等。

二、以上共識委員是否同意？(委員：同意)謝謝，接下來進行討論事項第二案。

肆、討論事項第二案「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

謝謝同仁宣讀。請問委員有無詢問？如果沒有的話，是否就照所擬草案通過？(有委員回應：好。同時也有委員示意發言)先請劉代理委員碧珠，再請葉委員宗義。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

會議資料第 45 頁說明二提到會議時間是 9 月 21 日(星期四)及 9 月 22 日(星期五)，但第 51 頁的會議時間卻是 9 月 23 日(星期五)及 9 月 24 日(星期六)，請確認一下。

周執行秘書淑婉

會議資料第 51 頁是去年的會議時程表，供委員參考。

傅主任委員立葉

請葉委員宗義。

葉委員宗義

本案我沒有意見，但對協商程序安排有問題，過去協商是醫界及付費者雙方代表分別祕密溝通，溝通完出來談，雙方談不攏又分別祕密溝通，但再出來談還是沒有結果，到最後兩案併陳，實在很浪費時間，我認為程序安排不合宜，建議雙方直接在會上公開溝通，可以就可以，不可以就不可以，沒必要各自帶開。

傅主任委員立葉

葉委員宗義的意見請大家參考，我了解葉委員的意思，盡量不要兩案併陳，也不要祕密溝通。

蔡委員登順

一、協商這麼多年，葉委員宗義的看法是，第 1 次祕密協商出來就與醫界雙向溝通，若無法達成共識，再繼續協商會很耗時間。若無法達成共識就送部裁決。我有不同的看法，協商是年度艱

鉅的會議，雙方差距仍大，醫界會想辦法再讓一點，付費者亦會再加一點，這樣的操作方式，可能會進行 2、3 次，這無法避免。

二、葉委員希望付費者代表祕密協商 1 次就能與醫界的差距拉得很近，若不成功，協商破裂就算了。我的看法是不太容易完成，過去常有過祕密協商 2、3 次，依過去的操作模式，舊的委員都很清楚，若雙方能達成共識，時間會縮短，若不行，請葉委員多包涵，可能會多幾次。

傅主任委員立葉

這部分是否能等到協商時再談？

干委員文男

這與總額協商程序草案有關，除了剛才委員所提的意見，其實還有時間管控的問題，建議各部門協商時間結束，若無法完成協商，則兩案併陳，若協商成功，或差距一點點，且雙方有意願協商，可以有彈性，若差距很大無法協商，則兩案併陳。幾次祕密協商是個體的事，建議控制時間，按照時程就沒問題。

傅主任委員立葉

謝謝干委員文男的建議，我們盡力這樣做。請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、我支持協商的日期與時間，但是協商的形式應該要公開透明，不是少數人在對某些人做承諾，不能這樣做，整個總額協商是依據健保法的法律規範來做，若有人私相授受做承諾，這違反法律，是犯法的行為。

二、我認為整個協商的過程要以客觀、公開，且明確為主，協商是一種技巧，有進有退，有多有少，這會在協商的過程裡，建議總額協商是公開的，任何委員對某些委員做承諾是不合法的行為，我相信過去及這屆所有的委員都是非常清白的。

傅主任委員立葉

一、歷年總額協商都是公開透明，委員也都很清白，應該沒有這些

問題。委員不是為了個人利益來協商，都是為了整體的健保制度，若是私底下討論，應該也不屬於祕密協商。

二、本屆有多位新任委員沒有參與協商的經驗，今天會議結束後，幕僚會辦理總額協商程序說明會。不過委員的意見都很重要，有很多資深委員累積的經驗供大家參考。委員若無其他意見，本案通過。接下來進行討論事項第三案。

伍、討論事項第三案「醫院總額實施後，點值皆未達每點 1 元，基於確保全民健康保險特約醫院之醫療服務品質與可近性，敬請進行原因檢討，並提出改進策略，予以輔導改善」與會人員發言實錄
同仁宣讀

傅主任委員立葉

請問提案委員有無補充說明？

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

- 一、本案是醫界代表的提案，點值的變化超過變動範圍已呈現在我們提供的 105 年第 4 季的點值結算結果，今年第 1 季的情況可能會更不理想。點值的責任在誰，已經永遠說不清楚，但是從有健保以來，醫療部門長期面對，點值從來沒有每點 1 元，不像牙醫總額點值超過每點 1 元，同樣是照顧疾病，但是疾病的複雜度與嚴重度，對醫院部門來說，這樣的點值，讓醫院經營上產生非常大的困難。
- 二、醫界對這樣點值的變化，很沉痛的提出呼籲，剛基層也提到，服務量若超出預期，希望能有風險校正情況來處理，醫院部門對這樣點值的變化結果，建議應該有個監測機制，且要能落實與追蹤。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、謝謝劉代理委員碧珠幫我補充說明，請各位委員參看業務執行報告第 47 頁，醫院門診 106 年第 1 季有 2,418 萬件，成長率 0.53%，106 年 2 月份成長率 4.28%，3 月份成長率-0.68%，4 月份成長率-3.12%，是否與當時醫院有按季歸戶的量要有正成長率才可申請費用有關？
- 二、向各位委員報告，昨天高屏業務組討論藥品的管控，我們對 CT(Computed Tomography，電腦斷層掃描)、MRI(Magnetic Resonance Imaging，核磁共振攝影)是嚴加管控，因為今年是

由醫院協會承包辦理，會特別注意這些事，所以有很多管控的方案。今天為甚麼會提出這個問題呢？因為從民國 91 年 7 月份至今，醫院部門點值從未有每點 1 元，我記得 91 年 7 月份的點值就已經是 0.956 了。

- 三、請看提案的說明三，台北分區的浮動點值是 0.8147，平均點值 0.8983，請不要看全區的平均點值 0.9208。台北區的平均點值為何會低至 0.8983，健保署要分析原因及檢討，並提出改進的策略及輔導改善。不要在較大的分區，裡面王爺較多，就沒人敢說話，要怎麼玩都沒關係。我點到為止，請健保署提出大的策略及方向上的改變，尤其在北區，謝謝！

傅主任委員立葉

謝謝，請問委員有無意見？請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、這個案經常提出來，尤其是每年總額在協商的時候，我們都會做原則性的報告。會議資料第 52 頁，這個提案有 2 個值，一個是浮動點值，一個是平均點值，為何平均點值較高？裡面有幾個項目，藥品是每點 1 元，將藥品費加到這個費用上面，所以將平均點值拉高，藥品費拿掉是浮動點值，有手術費、醫師診察費，及檢驗費等。
- 二、在這種情況下，台北區的浮動點值 1 點約 0.81，按照百貨公司的講法，等於打 81 折，南區的浮動點值約 0.85，我們給的時候很容易，例如，慈濟醫院，在花蓮、台北及大林各有 1 家，但是大林在南區，點值較低，所以相同的制度，結果弄成大林慈濟醫院變成整年度虧損，所以這個問題確實要檢討。
- 三、每年的總額就那麼多，無法做大幅度的調漲，雖然有全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案，會議資料第 56 頁，該方案的四、醫療服務風險監控機制的建立，若點值變動超過 5% 應該要做些改善。事實上，從開始至今，10 幾年都未改善，這個問題一直存在，建議要想方法改善，不然，台灣虧損

的醫院會比賺錢的多，這確實是個問題，醫院會經營不下去。

四、醫院與診所不同，不像牙醫診所，不是說牙醫診所好賺，是因為牙醫有部分費用是自費，不在健保裡，醫院不同，醫院已是最後一站，病人無法往後送，若能考慮這個問題，對台灣的醫療機構會發生長遠的影響。目前台灣的醫院，約 80% 收入來自健保，至少有 75%，健保總額的高低確實有影響，何況分區的錢不能挪動，這個問題應該要討論，雖然品質確保方案每年都在談，但從來沒有真正落實過。

傅主任委員立葉

謝委員武吉的提案已反映問題，的確非常重要。先請何代理委員語，再請干委員文男、蔡委員登順。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、針對謝委員武吉的提案，我理解醫院希望點值能每點 1 元，可是不要忘了健保法的法律精神與總額制度，我們只有 1 塊大餅，所有的醫院都在搶這塊大餅與金額，李署長伯璋在報紙說，前 20 名檢驗項目約花 688 億元，變成每個醫院儀器越買越好，每個病人一來看病就先去檢驗，東檢驗西檢驗，所以點值裡有很多是付檢驗費用，且付太多了，不能只說點值這麼低，但是其他的檢驗費用卻收那麼多。
- 二、我曾碰到 1 位 60 幾歲的老醫師跟我說，以前用手觸摸就大約知道是甚麼病，現在要檢驗 2、3 次才看到底是甚麼病，差別很大。這個提案可以檢討、改進及改善，我都很贊成，但是不要忘了，健保法的法律精神與總額制度，在那個制度下去檢討與改進，神仙也難解決這件事。

干委員文男

- 一、我手上有一份至 105 年的資料，洗腎的浮動點值是 0.87，醫院的浮動點值是 0.8 幾，但是總額結算的時候，都有超過 0.9 幾，這是健保署給我們的資料，我特別印下來，在總額協商時，要給多給少，可以有所斟酌。

二、我也贊成何代理委員語的說法，希望大家同儕制約，不要浪費，一直衝量，衝了以後，點值當然就降低，除非是透析，我們都有共同的想法，其他都應該同等看待，希望大家都能節省，我們希望點值能更高一點，但這不是一個醫院的問題，是整體醫院的問題。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順。

蔡委員登順

一、其實何委員語已將健保的精神說得很清楚，以總額的概念，點值可以超過每點 1 元，我也希望點值都能超過每點 1 元，但事實上是蠻困難的，所以各部門的醫療資源使用，不能單單以點值的高低來論定。至於調整支付標準，每調整 1 次，每位醫生的所得就增加，點值就下降，若希望點值達 1 元，就必須先檢討各部門調整支付標準的正當性，什麼時候該調整支付標準？大概點值很高時，就會啟動這個機制，讓點值降下來，為爭取明年的成長空間，那才好談，點值那麼低，怎麼成長率不給我高一點？這是每年都存在的問題。醫界每年爭取總額的成長同時又持續爭取調整支付標準點數，點值當然變動不大，因醫界隨時都可以啟動調整支付標準的機制，點值永遠無法達到每點 1 元。故大家無須因醫院部門的點值較低，而覺得有所虧欠。他們調整支付標準，醫師的個人所得也可增加。

二、醫師數每年都有成長，中醫增加 200 多位、牙醫則為 300 多位、西醫 1,000 多位，當這麼多人力投入市場，若醫院平均每位醫師申報 200 萬元，就會吃掉 20 億元，然台灣人口 10 幾年來都維持在 2,300 萬人左右，僅微幅成長，醫師人數成長很多，還要滿足醫師數成長的需求，因醫界也是一個競爭的市場，亦是商業的一環，大家不要認為點值低就有所虧欠，其實沒有，醫師的收入是有增加的。

傅主任委員立葉

先請黃委員偉堯，再請林委員錫維。

黃委員偉堯

- 一、主席、各位委員，大家好，首先提醒大家，支付標準表的設計採「點數」的概念，而不是絕對值的「元」，其最大的精神為支付標準表追求各支付項目之間成本結構的相對性，故支付標準表設計概念為相對點數，而非點值必須符合每點 1 元。當支付標準表的成本結構相對性失衡時，才須調整支付標準表的點數。但現在每年我們可以看到增加總額的費用，例如今年針對重症增加 60 億元預算，則是以調高重症支付標準點數來處理，使增加的預算流入重症範圍。因此，當預算增加時，又調高支付標準表點數，故換算後的點值不太會變動，原來點值為 0.9 還是繼續維持 0.9，不會因為增加 60 億元預算，點值就會上升。影響點值的因素很複雜，能否單純以點值之高低，據以判斷預算是否不夠，宜再審慎考量。
- 二、以 105 年為例，若調整重症支付點數，因重症多集中在醫學中心、區域醫院等較大型醫院，我們可以想像大醫院多集中在台北，故台北區的點數會增加較多，然台北區的地區預算並未因此而增加，點值自然會掉下來，故可以看到台北區的點值低於 0.9。健保署能否分析台北區點值相對低的可能原因為何？是否上述原因為影響因素之一。
- 三、另請問台北區點值 0.8983，是否已將從其他分區跨區來台北就醫的費用補回？如已調整過跨區就醫的費用，則沒問題。最後，請大家考慮支付標準設計的精神，及總額增加與點數變化的連動關係對點值所造成的影響。謝謝。

林委員錫維

- 一、主席、各位委員，剛有委員提到總額的精神，我們也應考量，總額制度這幾年來都很順，但人口數未增加，醫院家數從 91 年 571 家至 105 年變成 484 家，點值卻還是低，實有必要好好探討，例如什麼性質的醫院應保障點值或不應以 1 元計算、醫

院總額是否要分成醫學中心、區域醫院、地區醫院。朝這樣的方向處理，才有辦法解決自實施總額以來，醫界一直喊地區醫院點值不夠的問題。若大家都要衡量，點值不可能每點 1 元。

二、我認為應分析究竟哪一個層級的醫院須保障、哪一個層級的醫院可以撥出部分預算來補其他層級醫院預算不夠的部分，以上為我個人的淺見。也請地區醫院自己提出哪些服務須受保障，能讓被保險人不必非得至醫學中心看病，我們都願意支持。醫界的擬辦建議為要提出改進、輔導改善，但卻未見具體措施。建議醫院部門自己提出方案，或請健保署協助規劃什麼性質的醫院應獲保障或補助、什麼醫院則無需保障。

陳委員亮良

全民健保，顧名思義，就是要普及到全民。謝委員武吉提到醫院家數從 91 年 571 家，至 105 年僅剩 484 家。台灣有 26 家醫學中心，雲林縣卻 1 家都沒有，若遇重大疾病，除須離鄉背井就醫，還要支付很多成本(包含看護、交通成本等)。105 年第 4 季南區浮動與平均點值皆相對偏低，顯見一個現象，即醫界不願意到人口數少或偏遠地區投資。健保署能否針對本案，提出相關輔導計畫，讓醫療服務提供者願意投注資源到偏鄉地區，普及全民的健康照顧，我覺得讓醫界願意投入資源，提供民眾適切的照顧，非常重要。

傅主任委員立葉

經綜整委員所提意見，決議如下：請健保署分析醫院點值，特別是地區醫院點值超出容許變動範圍的原因，並提出具體的因應策略，包含輔導措施等，於下次委員會議報告。

謝委員武吉

感謝各位委員的指導，尤其陳委員亮良及林委員錫維所提。其實醫院總家數 571 家，剩下 484 家這是去年的數字，今年醫院的家數更少。關閉的醫院皆為地區醫院，且多在鄉下地區，有些醫院經營不下去，只好關門，雲嘉地區也是有醫院經營得很辛苦。剛主席提到要考量地區醫院點值問題，非常感謝。最主要，我提出本案，並未

破壞健保制度。我只是提出希望健保署要有對應措施，是否先請李署長回應，讓我們了解。

李署長伯璋

- 一、謝謝委員武吉，剛大家也強調總額的餅就這麼大，我也常和醫界溝通，鼓勵大家朝醫療改革努力。今年國發會討論 107 年度總額成長率時，也提到當收入面成長有限時，醫療支出面要成長很多，是有困難的。向委員報告，23 個專科中，家醫科醫師數有 10,281 人，他們的收入算是專科醫師中較少的。謝委員武吉提到地區醫院萎縮，地區醫院的費用真的成長較少，檢驗、檢查、藥費、診察費都較穩定，醫學中心、區域醫院之費用，則成長較高。我的態度是必須做好管理，故一直在推動雲端資料的分享，因這樣才能做好管控。坦白講地區醫院沒做什麼檢查，大多在醫學中心等大醫院做，但最後點值都稀釋在地區醫院。
- 二、現在還未處理藥費，其實這是人性問題，藥師是被動接受處方箋、檢驗也是，醫師應檢討什麼醫療處置才是病人需要的。我也跟診所醫師說分級醫療後，大家要能善用醫學中心的檢驗報告，把不必要的浪費控制下來。105 年檢查費用排名前 20 項即達 688 億元，但不能講那是浪費，我的態度是這樣，絕對尊重每個醫療專業人員的醫療決定，如果 1 個月做了很多次的檢查，例如剛提到做了 27 次的電腦斷層，因今年專業審查由醫院協會辦理，我們拜託他們用立意審查，把有問題的捉出來，不要隨機審查亂槍打鳥，根本看不出所以然來。做 1 次電腦斷層費用約 4~5 千元，分級醫療後，算 2 千元，還可以賺 2 千元，不應該做而被核刪，反而還要虧 2 千元，大家做時就會小心。我尊重醫療專業人員，但有些是人性。剛提到健保法第 43 條部分負擔，大家不用擔心病患會受很大影響，我覺得大家一定要面對這個問題。以上說明。

傅主任委員立葉

委員如果沒有其他意見，接下來進行討論事項第四案。

陸、討論事項第四案「民國 89~90 年醫院總額支付制度研議小組討論時，即預見地區醫院將遭遇嚴重衝擊，但歷經 15 年，地區醫院之困境未獲有效解決，並持續衰退，且政策端也未落實「醫院總額支付制度研議方案第六章第一節平衡各層級醫院發展配套措施」。基於分級醫療政策的推動及維護全民健康保險特約醫院服務品質與可近性，敬請研擬設立地區醫院總額」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請問提案委員有無補充說明？

謝委員武吉

- 一、主席，這要回顧到民國 89 年，那時衛生署李署長明亮召開了 19 個月 17 次的醫院總額支付制度研議方案委員會議，並將所作的結論彙整成研議方案。方案第六章寫得很清楚，對地區醫院應要有所保護，會議資料第 62 頁提到地區醫院的每點支付額從優支付。若要地區醫院參加醫院總額，對地區醫院一定會產生很大衝擊，故當時我們提出要實施地區醫院總額，但那時說不行。會議資料第 62 頁的第二、三點，大家看得很清楚，這是我之所以提出本案的原因之一。
- 二、第二個原因剛才有許多委員提到，地區醫院若要軍備競賽，一定沒辦法與大醫院相比的。然而，地區醫院的設備雖然比基層診所好，但基層診所多了一個西醫基層總額，故地區醫院怎麼比都輸人。
- 三、第三個原因，委員不太了解地區醫院有很多困境，可能大家都不知道我們痛苦處，鄉下地方，甚至都會區也一樣，我的醫院是在高雄醫學大學附設醫院附近 800 公尺的地區醫院，請 1 個骨科醫師要 40 萬元，但在別的醫學中心 20 萬就可以請到醫師了，若在偏遠地區則需 45~50 萬元才請得到。向委員報告，去年為了醫院評鑑，我們對院內的醫護同仁，要像對待阿公、阿

伯一樣，還要向他們點頭，不然評鑑時就麻煩了。所以地區醫院的醫事人員費用，是非常非常高的。

- 四、從民國 84 年 3 月份開始，當時地區醫院開始參加健保，地區醫院費用占率為 33%，現在只剩 16~17%，可見倒了很多家。我們這樣被欺侮，也請委員稍加體會，在 90 年醫院總額實施前，地區醫院代表即倡議要成立「地區醫院總額」，為何衛福部不肯同意，要把我們予人做肉砧？(台語，被人家當作砧板踐踏。即當作凌辱、欺負的對象)。
- 五、今日為何我要提出成立「地區醫院總額」案，我也要提出「目前我們做的總額，到底有無違法之虞？」的疑問，依健保法第 61 條「健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比率。前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比率及醫藥分帳制度」。
- 六、我要向各位報告，過去我們的總額分配是正確的嗎？地區醫院要求成立「地區醫院總額」，不要再讓我們被跣踏(台語，踐踏之意)到這個程度，讓我們如此痛苦。現在總額分配，牙醫、中醫總額是正確的，西醫基層與醫院門診應該要合併在一起，洗腎是合併在一起，住院歸為住院總額，這才是正確的總額方針，所以目前總額制度分配違反健保法第 61 條。
- 七、我認為既然大家覺得要在合法和不合法的中間，能夠給地區醫院一條生路，不要繼續讓我們被跣踏，這是我今天提出本案，向大家報告的用意，拜託拜託，不要讓我們繼續被跣踏，強力呼籲應增設地區醫院總額以維護地區醫院權益。

傅主任委員立葉

謝謝，請盧委員瑞芬，再請何代理委員語。

盧委員瑞芬

- 一、根據會議補充資料第 34 頁，本案有 3 個相關單位提出補充說明，社保司表示：「尊重委員提案與貴會討論」，健保署說：「本案屬健保會權責，健保署願意按照會議決議配合辦理」，但本會幕僚補充說明為：「本案涉及醫院總額部門內部推動事宜，建請提健保署醫院總額研商議事會議討論」；因此沒有 1 個單位認為是他們應該討論的。
- 二、本案是否請衛福部法規會就法條本身或組織架構提出法律解釋，釐清權責歸屬後，本會再行討論。

傅主任委員立葉

謝謝，請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、我的意見和盧委員瑞芬很接近。雖然健保法第 43 條及施行細則第 59 條內都有提到地區醫院、區域醫院及醫學中心的名詞，但依健保會幕僚補充說明，並不認為本會有此權責決定總額的分類。本會的權責應為總額的分配，非總額的分類。
(註：全民健康保險法第 43 條，保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。全民健康保險法施行細則第 59 條，本法第四十三條第一項所稱地區醫院、區域醫院及醫學中心，指經主管機關辦理醫院評鑑評定為地區醫院、區域醫院及醫學中心之醫院。)
- 二、我並不清楚總額分類的權責是在衛福部、部長，或是醫界內部決定即可？因為從健保法及健保法施行細則中，並沒有看到明文規定總額要細分至地區醫院、區域醫院及醫學中心，若有明文規定，大家就好辦事。本案該由政策決定或是協商決定？健保會有權責來做總額分類嗎？似乎沒有。經查閱相關法規後，並沒有看到「總額分類由健保會委員決定之」等相關文字，我懷疑本會是否有權決定，建議健保署能否組成研議小組再行研

議。

- 三、請健保署召集地區、區域、醫學中心等醫界代表，及相關學者專家、政府官員等，成立研議小組，針對醫院總額內是否還要分類進行討論，討論結果送請部長批示，部長批核後，成為政策，健保會照辦即可。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、提案人謝委員武吉所談的，我們當然感同身受。目前在台灣社會，尤其在商場上，「以大吃小」是常態，沒有「以小吃大」，「以小吃大」才是特殊的異類。此議題要在本會解決，困難度會很高，如同何委員語所提，本案決策層級似乎不在本會。
- 二、個人認為，若以病人權益來考量，我希望3個層級別都要放在一起，民眾就醫才會比較有保障，而目前推行分級醫療政策，也希望分級醫療能夠貫徹，對於地區醫院會比較公平。但若地區醫院要獨立成一個總額，病人就會有危險，因為若地區醫院有獨立總額，各層級醫院想要所得多、點值高，為避免點值遭稀釋，恐怕會產生人球，醫院不要看那麼多病人、量不要那麼大，點值就會提高，反過來倒楣的是人民。我們會有這樣的疑慮，醫界當然會說：「不可能、我們不會拒絕病人」，但醫院會用很多技巧性的作法，來排除病人，讓病人主動離開，這很常見，也是我們所擔心的。
- 三、以門診透析預算為例，醫院及西醫基層就有不同想法，醫院部門希望獨立出來，西醫基層希望二部門預算合併運用，單一個門診透析預算醫界內部就無法達成共識，更何況再將地區醫院獨立出來成立個別總額，站在消費者立場，我無法接受，以上。

(註：門診透析服務預算目前係合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定

之年度透析服務費用，並統為運用。)

傅主任委員立葉

請林委員敏華。

林委員敏華

- 一、主席，各位委員好，基本上我同意地區醫院的提議，但贊同何代理委員語所提，本案能否在本會討論，好像也沒有法律的明文規定，本案似英國脫歐公投，若地區醫院要離開醫院總額，需要在醫院部門內進行討論，這部分恐怕非常複雜。
- 二、建議依何代理委員語所提，由健保署或衛福部成立專案小組研議，若經部長同意形成政策，再提本會討論，倘若醫院部門內部沒有共識，由本會逕行決議亦不妥適。

傅主任委員立葉

請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

- 一、實務上目前醫院總額在健保署 6 分區管理下，運作模式不一，並非單一一套制度，各分區業務組在與區域內醫院研商後，規劃不同的方案，如實施個別醫院總額或訂定上下限等，進行總額控管。
- 二、健保總額現分為醫院總額、西醫基層總額、牙醫門診總額及中醫門診總額 4 大區塊，是否可以再細分？個人認為並無不可，但困難點在於要依什麼定義再分類及預算如何分配，這部分很複雜。實務上已可分出個別醫院的總額，能不能再行歸類，也可以討論。
- 三、健保署蔡副署長淑鈴於今年 5 月份曾召開相關會議進行討論，醫院總額實施迄今已 15 年，個人認為現行健保署 6 分區間不同之管控作為，到底孰優孰劣，應有細緻比較與意見交換，以作為後續總額制度發展之建議。今天很難直接討論醫院總額是否再細分成 3 層級，因為接下來 9 月就要進入 107 年度總額協商作業，但我認為應該可以先從支付制度進行檢討及研究，看

看到底怎麼做對醫療體系的發展最好及傷害最小。

傅主任委員立葉

謝謝，綜整各位委員的意見，本案請健保署邀請專家學者及本會委員成立工作小組，進行研議，委員若無其他意見，接下來進行臨時提案。

柒、臨時提案「偏鄉離島與原住民健保補助及醫療品質提升案」與會
人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請健保署說明。

盧科長麗玉

- 一、各位委員好，本案係因 106 年 5 月 18 日立法院衛環委員會第 9 屆第 3 會期第 25 次全體委員會議，陳瑩委員口頭質詢請研擬提供醫療品質不一、但繳費一樣之偏鄉離島與原住民地區酌減健保費可行性。
- 二、按目前健保法明定低收入戶及無業榮民及其眷屬由目的事業主管機關補助外，其餘係由中央或各地方政府依政策考量或自有財源，自訂法規提供補助。
- 三、次按「原住民族委員會補助原住民全民健康保險保險費實施要點」規定：未滿 20 歲及年滿 55 歲以上之健保第 6 類第 2 目保險對象，與設籍蘭嶼鄉之第 2 類、第 3 類、第 6 類第 2 目之原住民，補助其全額自付健保費。又部分地方政府對轄區經濟弱勢者及原住民老人亦有提供健保費補助措施。
- 四、106 年 5 月 22 日陳瑩委員國會辦公室邀集衛福部、原住民族委員會及本署派員與會就相關議題研議，本署建議原民會擴大補助範圍，原民會出席代表表示囿於預算限制且缺法源依據，再擴大補助對象有困難。
- 五、健保署對於山地離島、偏遠地區民眾之照顧措施詳書面資料，請委員參閱。
- 六、本次提案目的，除尊重原民會之職權衡酌是否擴大原住民補助對象的決定外，未來是否編列預算補助原住民健保費或持續強化相關地區之醫療資源，請委員對此政策議題提供寶貴建議，以上。

傅主任委員立葉

請問委員有無詢問？請楊委員漢源。

楊委員漢源

一、看完本案提案資料後，個人認為內容不夠清楚。政府應該盡量提供山地離島居民適切的醫療服務，而受限於地理位置及交通因素，實務上執行頗為困難，但我們仍要關心山地離島地區醫療服務提供情形。

二、在自行負擔費用部分，依健保法第 48 條規定，在山地離島地區之就醫免自行負擔費用，而原住民因急重症到平地就醫亦免自行負擔費用。另外原民會與地方政府也給予補助，依會議補充資料，105 年各級機關對於偏鄉離島、原住民經濟弱勢者之補助約有 7 億 8 千多萬，健保署也都有推動相關醫療服務計畫和方案。

(註：全民健康保險法第 48 條，保險對象有下列情形之一者，免依第四十三條及前條規定自行負擔費用：一、重大傷病。二、分娩。三、山地離島地區之就醫。前項免自行負擔費用範圍、重大傷病之項目、申請重大傷病證明之程序及其他相關事項之辦法，由主管機關定之。)

三、本案簡單來說，就是希望委員提供意見，但一時之間要委員在會議上憑空想像，不容易有具體結論。健保署應先行盤點，除現有方案外，還有哪些服務可以提供，再提本會討論是否可編列預算支應，建議健保署研議具體方案後再提本會討論。

四、又，降低健保費乙項，與健保法精神相違背，應不可行。附帶一提，目前有 30、40 家醫院參加山地離島及醫療資源不足地區醫療服務方案，承作醫院都頗為辛苦，因經費有限，而執行成本相對偏高，若要計畫能夠長期推動，不能只憑藉院所的服務熱誠，我覺得長期讓院所做虧本的生意並不恰當，以上。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

一、主席、各位委員大家好，我想本案係起源一位立法委員口頭質

詢，係針對提升弱勢族群醫療照護的建議。

- 二、健保署就本案涉及的相關法規層面、山地離島、偏鄉地區的醫療照護措施，及偏鄉離島與原住民健保費補助情形等，亦提出詳細的說明。如同剛才主席也提到，如果係針對特定族群減低健保費的部分，可能是不可行的方案。
- 三、健保署提出本案的重點，可能係健保署面對立法委員提出質詢，有其困難，且又需要立即回應，因此提案至本會討論，蒐集意見，以回應立法委員。本席的意見係依現行的政策規定予以實施。如果真有必要，提出修法，而非針對特定性給予修正，以上建議，謝謝。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、主席，有關本案，健保會確實無法審議偏鄉離島與原住民地區酌減健保費的部分，並非健保會的權責。因此，將本案提到健保會，反而麻煩，因為本會權責僅能就健保法規定自行負擔費用給予提供建議，至於自行負擔費用提高或降低等細節，可由健保署提至健保會徵詢意見。沒有任何法律賦予本會決定健保費減免之權責。
- 二、我認為，現行原住民族基本法給予原住民很多的優惠，補助款也相當多。我認為這案，本會很難做成決議，除非健保署提出具體的方案(如降低自行負擔費用)，提案至健保會討論，否則是很難做成決議的。我的建議係請健保署擬訂具體方案，而非請本會委員提供寶貴意見做參考而已，以上說明，謝謝。

傅主任委員立葉

請健保署蔡副署長淑鈴說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、本案容我再向各位委員詳細補充說明，陳瑩委員當然關心偏鄉離島與原住民相關權益，而依照現行健保法對於民眾要不要繳

保費或自行負擔費用等相關的權利和義務已有明文的規定。健保法明定低收入戶及無業榮民及其眷屬，不是不用繳保費，而是由目的事業主管機關補助的，這是母法所明定規定。

- 二、但現在仍有許多免繳保費的弱勢族群的部分，是由中央或各縣市政府基於自己的政策考量、預算規劃等權責訂定相關法規，提供弱勢族群相關補助。這部分是由各縣市政府自動提出的，健保法並沒有規範。
- 三、至於山地離島、偏鄉地區就醫的部分，現行健保法規定，保險對象在山地離島就醫，免自行負擔費用，也就是住在山地離島的民眾於山地離島就醫免自行負擔費用，遊客到山地離島旅遊時，如有就醫也是免自行負擔費用，這也是健保法有規定的。另外，保險對象於醫療資源缺乏地區接受門診、急診或居家照護服務，可以減免自行負擔費用 20%，這幾項是健保法明文規定。因此，如要再有減免自行負擔費用，除非修法，再明定。
- 四、至於，要增進偏鄉離島醫療服務部分，各位委員敘述很多，而且委員也參加健保會及各總額部門的參訪活動。現行有 IDS 計畫(山地離島地區醫療給付效益提升計畫)、偏鄉地區有巡迴醫療服務，都是依靠現在平地醫療院所的醫師去偏鄉地區提供醫療服務的。當然為了提升偏鄉醫療還有許多努力的空間，但長期以來，也投入許多健保資源以努力提升偏鄉醫療。因此，有關陳瑩立法委員的訴求，可能是希望再放寬健保費補助。
- 五、再補充說明，除了健保法相關規定外，依「原住民族委員會補助原住民全民健康保險保險費實施要點」規定，未滿 20 歲及年滿 55 歲以上之健保第 6 類第 2 目保險對象，與設籍蘭嶼鄉之第 2 類、第 3 類、第 6 類第 2 目之原住民是有補助全額自付健保費，是原民會自行編列預算支應，而不是健保法規定原住民可以免健保費。因此，本署曾建議原民會，如果要對原住民提供更好的福利，原民會可再編列預算，擴大補助年滿 20~55 歲之原住民，但原民會表示預算有限，無法對於年滿 20~55 歲

之有工作的原住民再行補助。

六、基於上述情形，將本案提案至本會討論，係請委員提供相關意見。如要將福利因素納入健保法內，就需涉及修法，委員所提的相關意見對於未來的修法也是有所助益的。因此，部長也同意將本案提至健保會討論，蒐集委員意見，以作為未來檢討規劃之參考。

傅主任委員立葉

先請葉委員宗義，再請謝委員武吉。

葉委員宗義

想請教 2 個問題：

一、什麼資格才能成為原住民？(委員笑，葉委員宗義請大家不要笑)，只有住在山上嗎？舉例來說，我現在住在彰化縣和美鎮還社里，原來是番社里，這樣我是原住民嗎？(委員笑)因此，我想要釐清的是什麼資格才是原住民？

二、健保會委員不怕得罪陳瑩委員，就不要處理啦，如果怕得罪的話，就可以說通過啦，要不然就請健保署自己處理(委員笑)。

傅主任委員立葉

謝謝，請謝委員武吉。

謝委員武吉

我補充一下，剛才討論事項第四案，主席少做一個決議，就是決議裡沒有時間表，什麼時候要完成？

傅主任委員立葉

健保署下個月是否可以進行報告？

李署長伯璋

下個月可以到健保會報告。

傅主任委員立葉

李署長伯璋表示下個月可以到健保會報告。有關討論事項第四案請健保署於下次委員會議提報工作小組的研議結果。謝謝。

謝委員武吉

好的，謝謝。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

- 一、有關陳瑩委員提出改善偏鄉離島與原住民健保補助及醫療品質提升案，目前只能朝盡量提高醫療品質的部分去努力，如果要酌減健保費是不可能的。
- 二、長期以來，健保有提供偏鄉巡迴醫療、IDS(山地離島地區醫療給付效益提升計畫)等醫療服務，但就健保相關補助的部分，是山地不如離島，偏遠不如山地。其實最可憐的是偏鄉、山地離島地區的民眾，如金門、馬祖、澎湖地區人口老化情形非常嚴重，人口老化程度比平地還嚴重。如果要醫師到偏鄉、山地離島等地區開業，似乎是不太可能的，若要實質改善偏鄉、山地離島民眾的醫療情形，可能就要保障偏鄉或山地離島地區開業醫師足夠收入，但依照目前健保財務狀況，是很難做到的。因此，就本案，本會權責只能討論如何加強或改善偏鄉、山地離島地區的醫療服務。
- 三、目前，政府、原民會及各縣市政府都非常關注偏鄉、山地離島民眾的醫療問題，除健保法規定保險費補助外，各縣市政府或原民會也提供健保費的補助，健保也加強提供偏鄉、山地離島醫療服務以解決當地民眾的就醫需求，希望未來健保署能對於如何加強或改善偏鄉、山地離島民眾醫療服務提出具體方案後再討論。

傅主任委員立葉

請林委員敏華。

林委員敏華

- 一、蔡副署長淑鈴就本案的相關法源已充分說明，如果係涉及修法的部分，健保會恐無法做實質的決定。

二、至於醫療品質提升的部分，考量科技技術進步，如 AI 人工智慧(Artificial Intelligence，人工智慧)、大數據時代的來臨等都是醫療產業未來的亮點，而科技的進步對民眾看病有什麼進展，這目前可能不清楚，但我想這都會對民眾的看病是有影響的，只是還是需要時間來證明。因此，建議主席，本案不要再繼續討論。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、主席，我認為陳瑩立法委員提這案是用心良苦，實屬善意。但如我剛才的發言，於法這案不屬於本會的權責。
- 二、舉例來說，嘉義縣是老年人口最多、稅收最低的縣，如該縣市立法委員也提案減免老年人健保費，或大家都比照這案都提出減免健保費，那就會亂掉了，建議依法辦理。本會僅能就調整自行負擔費用給予建議，可以請健保署針對調整自行負擔費用提出具體的方案至本會討論，否則依照現行，只能依法辦理，謝謝。

傅主任委員立葉

- 一、綜整委員意見，對於偏鄉離島與原住民健保費酌減或補助部分，依法本會無法處理。
- 二、本會支持更努力改善偏鄉離島及原住民的醫療資源及其服務品質。建議及支持健保署如有研擬出更具體建議方案時，再提至本會討論。這樣可以嗎？

干委員文男

可以啦！

傅主任委員立葉

本案就照剛剛的決議通過。接下來進行報告事項。距離 2 點只剩下 7 分鐘，囿於時間因素，針對報告事項部分有個建議，第一案及第五案能否請委員提供書面意見給本會幕僚，下次會議時，這兩案就

不要繼續列在報告事項中。

干委員文男

主席，程序問題。

傅主任委員立葉

是的，請干委員文男。

干委員文男

- 一、報告事項第一案併入下次會議報告案。
- 二、報告事項第二案專業雙審及公開具名試辦方案執行情形，已多次排入議程，但都未討論。考量雙審制度及公開具名試辦方案似乎已出現執行困難，甚至執行不下去等問題，現在執行狀況如何，應該儘快提出報告讓委員了解。建議於下次會議先行討論，希望各位委員能支持一下。
- 三、至於報告事項第三案健保醫療資訊雲端查詢系統執行情形等其他報告案，似乎不那麼急迫需要解決，建議可以等到下次會議再提出報告。

傅主任委員立葉

- 一、干委員文男的建議，將報告事項第一案移至下次委員會議報告。
- 二、報告事項第二案是否改列討論案，如此較有機會討論雙審制度的執行情形。

干委員文男

- 一、建議多花一點時間去詳細審議健保相關議案，不要每次會議時間都準時於下午 2 點結束，委員有應盡的責任和義務。
- 二、如雙審制度已執行一段時間，各界對於該制度提出許多的意見，甚至無法接受該制度繼續實施等問題，但該案已多次列於議程中，幾次都未討論，這似乎不太好，建議應儘速審視並進行檢討。

傅主任委員立葉

有關雙審制度原列在報告事項，依干委員文男所提意見，雙審制度是很重要且需要迫切提出檢討改善的議題，建議下次改列討論案，可以有時間充分討論雙審制度的執行情形。這樣可以嗎？本次考量時間太倉促，且雙審制度是重要的議題，恐無法充份討論。請李委員永振。

李委員永振

如依主席剛剛裁示，將報告事項專業雙審及公開具名試辦方案改列為討論案，恐有實質內容上的問題，因為本次議程係列報告事項(報告試辦方案之執行情形)。因此，建議於下次會議進行議程確認時，可將本案提前進行報告。

傅主任委員立葉

好的，謝謝。下次會議進行議程確認時，可將雙審制度移至討論事項之前，列為第 1 個報告案。

干委員文男

- 一、希望下次會議時，健保署針對專業雙審及公開具名試辦方案執行情形，能提出具體且詳實的報告，包含執行成效、審查制度改變前後的影響為何，提出詳實的報告。
- 二、據了解，因雙審制度及公開具名的壓力，已產生審查醫師不敢核刪而造成核減率大幅降低(如從 6% 降低至 1% 多)、及醫師沒有意願擔任審查醫師等問題，甚至該制度已面臨無法繼續執行，如果審查醫師對於應該核刪的案件卻沒有核刪的話，也是另一種的醫療浪費，因此，請健保署詳實報告該制度的執行情形及產生的問題，讓委員了解。

傅主任委員立葉

- 一、有關報告事項第二案，依照干委員文男所提建議，請健保署針對雙審制度於下次委員會議提供更詳實的報告資料。
- 二、有關報告事項第五案部分，請委員有任何意見，以書面方式提供幕僚單位，建議本案不再列在下次議程的報告事項。委員同意嗎？(委員表示同意)同意的話就依之辦理。請吳委員榮達。

吳委員榮達

建請健保署暫緩預計 7 月實施全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法。據報載，好像預計於 7 月實施。

龐組長一鳴

- 一、這是誤會，跟各位委員澄清說明一下。本署曾召開相關溝通會議，邀請消基會等其他各界相關單位進行溝通。
- 二、循行政程序，提報衛福部後，辦理預告，預告之後才會公告。現在連預告程序都還沒有啟動。

傅主任委員立葉

請問是否還有臨時動議？若無，今天會議到此結束，散會。謝謝大家！

詢問(委員會議)日期：106 年 5 月 26 日
 電子郵件回覆委員日期：106 年 6 月 15 日

有關健保會就 106 年 5 月份委員會議例行報告第一案「本會上(第 3)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(議事錄 P.73) ，請本署提供相關書面資料供委員參考，本署說明如下：

委員意見	健保署回復說明
陳委員亮良： 會議資料第 44 頁，請提供中醫 5 項專款計畫雲林縣承辦的院所數、醫師數(人次)累計統計資料。	有關委員所詢雲林縣 106 年中醫總額各項專款計畫之承作院所及醫師數，本署統計結果如下表。

現行中醫各項計畫之承作院所及醫師數

計畫名稱	項目	雲林縣
西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫 (腦血管疾病、顱腦損傷及脊髓損傷)	院所數	2
	醫師數	11
西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫 (腫瘤患者手術、化療、放射線療法)	院所數	2
	醫師數	11
中醫提升孕產照護品質計畫	院所數	8
	醫師數	21
中醫門診總額乳癌、肝癌門診加強照護計畫	院所數	7
	醫師數	16
中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	院所數	14
	醫師數	32

註 1：資料來源：二代醫療資訊系統-醫事機構試辦計畫檔、醫事機構試辦計畫參與人員檔

註 2：以擷取日期(106 年 6 月 7 日)為基準，擷取當日有效之承作院所。