

衛生福利部全民健康保險會  
第 1 屆 102 年第 1 次委員會議事錄

中華民國 102 年 7 月 26 日



# 衛生福利部全民健康保險會第1屆102年第1次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國102年7月26日上午9時30分

貳、地點：中央健康保險署大禮堂(台北市信義路3段140號18樓)

參、出席委員：

干委員文男

曲委員同光

何委員語

吳委員玉琴

李委員永振

李委員成家

李委員蜀平

林委員至美

林委員啟滄

林委員錫維

侯委員彩鳳

施委員純全

翁委員文能

連委員瑞猛

張委員永成

張委員煥禎

莊委員志強

郭委員志龍

陳委員川青

陳委員幸敏

陳委員宗獻

陳委員錦煌

黃委員建文

楊委員芸蘋

楊委員漢淥

葉委員宗義

蔡委員明忠

蔡委員登順

行政院經濟建設委員會謝專門委員佳宜(代)

林口長庚醫院郭特助正全(10:30以後代)

全球商務法律事務所林律師穆弘(代)

中華民國農會林主任敏華(代)

謝委員天仁

謝委員武吉

台灣社區醫院協會謝名譽理事長文輝(代)

肆、請假委員：

吳委員肖琪

周委員麗芳

柴委員松林

楊委員麗珠

伍、列席人員：

本部社會保險司

中央健康保險署

本會

朱簡任視察日僑

黃署長三桂

蔡主任秘書淑鈴

柯執行秘書桂女

林組長宜靜

吳組長秀玲

張組長友珊

陸、主席：鄭主任委員守夏

紀錄：陳燕鈴

柒、主席致詞

各位委員、黃署長及所有與會人員，大家早

今天是衛生福利部成立後第 1 次召開委員會議，相信各位委員都已收到衛生福利部的新聘書。首任的衛生福利部長由前衛生署邱署長榮陞，今日很難得邀請到邱部長文達蒞臨本會，歡迎邱部長！

捌、邱部長文達致詞

鄭主任委員、各位委員、黃署長及所有與會者，大家早

今天是衛生署改制為衛生福利部的第四天，適逢貴會改隸衛福部後召開的第一次委員會議，能在此和各位見面，感到無比高興。費協會與監理會整併為全民健康保險會，至今運作半年，社會給予相當好的評價，也賦予很高的期許。所以很多議題都會利用健保會這個平台來討論，

大家正在共同創造歷史，特別是一起證明兩會合一是一正確的改革方向。

各位是衛生署時代所聘任委員，為使業務順利銜接與推動，拜託大家繼續擔任衛福部健保會委員。因為健保攸關全國兩千三百萬保險對象的醫療權益，所以各項議題都受到很多關注，各位委員的壓力因此更形沈重。非常感謝各位願意共同為健保努力，讓健保制度日益精進。在此表達最深的謝意！

衛生與福利關係密切，不論是從健保或長期照護，乃至老人、身障、兒少照顧方面，都可以看到兩者的關聯性。例如老人接受復健治療後，所需的輔具是由社會福利提供，兒童接受早期療育的診斷之後，後續的療育服務也是屬於社會福利的範疇。因此，衛生福利部的成立，除了促進民眾健康之外，更能提升全民福祉。

各位在衛生福利部的運作上，具有非常重要的角色，期待我們共同努力，讓全民都能過得健康又幸福。再次感謝鄭主委及各位委員的睿智與投入，今天特別來向大家致意，敬祝各位心想事成，健康如意。謝謝！

#### 玖、議程確認

決定：確定。

#### 拾、報告事項

##### 第一案

案由：確認本會上次(衛生署健保會第 1 屆 102 年第 6 次)委員會議紀錄，請 鑒察。

決定：

- 一、103 年度總額協商共識會議之各部門協商時間，安排如下表，餘確定。

二、為應 9 月份總額協商之需，依委員建議，將「全民健保業務監理事項相關議題提報時程表」中之「DRGs(診斷關聯群)、RBRVS(資源耗用為基準的相對價值表)等支付制度之推動情形與對總額影響及未來方向」議題，調整至 8 月份報告。至「以病人為中心之照護計畫推動情形及未來方向」及「家庭責任醫師及論人計酬制度之規劃及推動情形」等兩項原訂 8 月份提報議題，則順延。

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
	30 分鐘	(門診透析 20 分鐘)	60 分鐘	(門診透析 20 分鐘)				
醫院	30 分鐘	(門診透析 20 分鐘)	60 分鐘	(門診透析 20 分鐘)	130~170 分鐘	30 分鐘	30 分鐘	130~230 分鐘
西醫基層	25 分鐘	20 分鐘	50 分鐘	20 分鐘	115~150 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	115~190 分鐘
牙醫	20 分鐘		40 分鐘		60~80 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	60~120 分鐘
中醫	20 分鐘		40 分鐘		60~80 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	60~120 分鐘
其他預算	20 分鐘		35 分鐘		55~73 分鐘	20 分鐘	-	55~93 分鐘

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

## 第二案

案由：本會上次(衛生署健保會第 1 屆 102 年第 6 次)委員會會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請 鑒察。

決定：

- 一、上次會議決議(定)事項辦理情形洽悉。
- 二、依據收支連動問卷之調查結果，請中央健康保險署配合辦理下列事項：
  - (一)在總額協定前，就行政院核定經衛生福利部交議的總額範圍，進行費率推估試算，其應包含補充保險費率與一般保險費率兩者連動下的財務狀況。
  - (二)以 1 年、2 年、5 年為計算基礎，並包含至少一個月的安全準備，推估試算平衡費率。

(三)年度總額協商時，除該年度新藥、新醫療科技項目及財務的規劃評估外，也應將特材及擬自付差額之特材品項，一併納入考量。

(四)其他個別委員對健保業務之相關建議，請參酌。

三、103 年度各部門總額協商順序之抽籤結果，依序為：牙醫部門、中醫部門、醫院部門、西醫基層部門，其他預算則安排於最後。103 年度總額協商暨本年 9 月份委員會議時間表，請幕僚於下次委員會議提報。

四、為利委員會議議程之編製與時效，及委員有足夠時間參閱，請各相關單位配合於請辦時限內提供必要資料。

### 第三案

案由：中央健康保險署「如何透過健保 IC 卡來管控醫療費用之規劃報告」，請 鑒察。

決定：洽悉。

### 第四案

案由：中央健康保險署「抑制資源不當耗用改善方案之規劃情形報告」，請 鑒察。

決定：洽悉。

### 第五案

案由：中央健康保險署「102 年 6 月份全民健康保險業務執行報告」，請 鑒察。

決定：洽悉。

### 第六案

案由：衛生福利部社會保險司「行政院所核定 103 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案之說明」，請 鑒察。

決定：洽悉。

### 第七案

案由：103 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額醫療服務成本及人口因素成長率案，請鑒察。

決定：洽悉。

## 拾壹、討論事項

### 第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：研擬「調整保險對象應自行負擔費用」案，提請討論。

決議：

一、基於下列因素，本案緩議：

(一)有關調整保險對象應自行負擔費用議案，委員認為其之於本會，尚有究屬全民健康保險法所定「保險給付範圍之審議」或「保險政策之諮詢」事項之職權疑義，爰宜建請衛生福利部先予釐清。

(二)多數委員認為，二代健保甫實施半年，且中央健康保險署提出本案，係為抑制醫療浪費而非財務因素考量，並無急迫性；另外該署所提供之相關數據與理由，不具說服力，尚無法獲得支持。

二、請中央健康保險署重新評估後，若認確有調整需要，再擇期提出。

### 第二案

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：攸關過去「全民健康保險醫療服務審查委員會」之停擺，已嚴重違反全民健康保險特約及管理辦法第

二條-「公平、對等、尊重及互信原則」，並對全民健保實務運作及醫療照護體系造成傷害，故本會應監督行政院衛生署中央健康保險局，邀集相關團體，成立「全民健康保險醫療服務審查會」，綜理及延續相關業務，提請 討論。

主席裁定：本案保留至下次委員會議討論。

### 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：全民健康保險開辦十八年來，「全民健康保險醫療費用支付標準」皆未確實地詳加檢視各項目內容之合理性，以致於對醫療照護體系造成諸多傷害，其中尤以「門診診察費」為最為甚，故為增進醫療照護體系合理運作與發展，及確保全國各鄉、市、鎮醫療院所之權益，本會應監督行政院衛生署中央健康保險局立即說明「全民健康保險醫療費用支付標準」第一章基本診療第一節「門診診察費」所含之各項目(包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本)點數分配比率及各項目點數分配之計算公式，提請討論。

主席裁定：本案保留至下次委員會議討論。

拾貳、散會：下午13時30分。



第 1 屆 102 年第 1 次委員會議  
與會人員發言實錄



壹、報告事項第一案「確認本會上次(衛生署健保會第 1 屆 102 年第 6 次)委員會議紀錄」、議程確認、報告事項第二案「本會上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」之與會人員發言實錄

何委員語

請邱部長留步，首先恭喜部長高陞。不知可否容許鄭主任委員帶領健保會委員去拜會，您抽點時間聽聽我們小民的聲音(部長回覆：好，歡迎!)。今天因為時間的關係，大家不便多談。

鄭主任委員守夏

一、剛才何委員語建議拜會部長一事，已獲邱部長同意(委員鼓掌)，時間再行安排。

二、會議開始，首先進行上次會議紀錄確認，請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

請問委員對上次委員會議紀錄有無文字修正？

楊委員漢淙

議程第 6 頁討論事項第三案，上次會議時，大家有相當多的討論，後來決議請衛生署及健保局在 3 個月或 4 個月後，就權責提出解決方案，但似未看到相關的紀錄。

鄭主任委員守夏

請看決議第三點，是暫訂於 10 月份委員會議，安排相關單位提報。所以並未被漏掉。

陳委員宗獻

議程第 8 頁「全民健保業務監理事項相關議題提報時程表」，因為 9 月即進入協商階段，所以 8 月是協商前最後一次可報告的時間，當次會議宜盡量安排總額協商的相關議題，因此建議調整報告時程。預計 8 月提報的「保險對象自付差額特殊材料品項之執

行現況與規劃」，似可於 9 月份以後再提報，原規劃納入 103 年工作計畫的「DRGs(診斷關聯群)、RBRVS(資源耗用為基準的相對價值表)等支付制度之推動情形與對總額影響及未來方向」，因 RBRVS 及 DRGs 之推動對總額會造成影響，委員宜於協商 103 年總額前多了解，建議提前至 8 月份報告。

鄭主任委員守夏

- 一、有關 DRGs 制度的推動，過去在協商總額時，曾編列預算加以鼓勵，因此 DRGs 及 RBRVS 的報告案可調整至 8 月提報。
- 二、有關自付差額特殊材料品項之報告案，記得付費者代表委員曾表示，總額協商時也應考量自付差額部分，所以不適合於 8 月份的報告中取消。
- 三、若考量時間有限，可將「以病人為中心之照護計畫推動情形及未來方向」、「家庭責任醫師及論人計酬制度之規劃及推動情形」兩項報告延後。陳委員宗獻的建議很好，原則上盡量將與 9 月協商直接相關的議題，安排於 8 月份報告。

柯執行秘書桂女

請看議程第 17 頁，健保署於上次委員會議決議(定)事項辦理情形的追蹤表中，所回覆意見為「以病人為中心之照護計畫推動情形及未來方向」、「家庭責任醫師及論人計酬制度之規劃及推動情形」，已在 7 月 22 日及 23 日的評核會議報告，爰建議 8 月份不另重覆提報。

鄭主任委員守夏

這部分之後再說，先確定 8 月份的報告議題。

陳委員宗獻

參加評核會的委員並不多。

鄭主任委員守夏

- 一、如何將評核會的重要結果在委員會議呈現，讓大部分的委員知道，這點以後再談。

二、對上次會議紀錄內容，有無修正建議？(未有委員表示意見)好，如果沒有修正，就確認。

三、接下來進行議程確認，請委員翻開議程目錄頁：

(一)報告事項共五案，首先是確認上次委員會議紀錄，接著是上次會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告、如何透過健保 IC 卡來管控醫療費用之規劃報告、抑制資源不當耗用改善方案之規劃情形報告，及 6 月份健保業務執行報告等，該業務執行報告係採按季(1、4、7、10 月)口頭報告方式，所以今天須進行口頭報告。

(二)討論事項共三案，分別是健保署提出的「調整保險對象應自行負擔費用」案，及謝委員武吉所提有關健保醫療服務審查及門診診察費內涵之兩項議案，後者是舊議題，謝委員已提過不只一次。

(三)另外，還有兩個臨時報告事項，相關內容請參看會議補充資料，於報告時再一起說明。

四、委員對今天的議程有無意見？(未有委員表示意見)好，就照議程進行會議。

五、接下來進行報告事項第二案，上次會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請柯執行秘書桂女說明。

柯執行秘書桂女

請各位委員翻開議程資料第 15 頁，共有下列說明：

一、說明一，有關上次委員會議 6 項決議(定)事項辦理情形的追蹤，請委員參看議程第 17~20 頁，依其辦理情形，追蹤建議如下：

(一)第 2 項，醫改會建議於本會官網之「委員簡介」頁面，增列各委員之公用電子信箱乙節，經徵詢後，有 20 位委員提供其電子信箱，並已將之上網，本項建議解除追蹤。

(二)第 5 項，有關投保金額分級表上限調整案，本會決議：考

量二代健保法甫施行半年，對於保險費及補充保險費計收情形尚待評估，爰建議暫時緩議。已將討論結果回覆當時的衛生署健保小組，本項建議解除追蹤。

(三)除上開 2 項解除追蹤外，其它 4 項都建議繼續追蹤，不知委員對追蹤建議有無意見。

二、說明二，因為收支連動是健保會很重要的業務之一，為瞭解委員的看法，所以研擬幾項簡單的問題，請委員填覆。34 位委員中，1 位尚在國外，餘 33 位均回覆。請委員參看議程第 21~23 頁，有關收支連動問卷調查的統計結果為：

(一)第 1 題，在總額協定前，擬先請健保局就行政院核定經衛生署交議的總額範圍，進行費率推估試算作為參考。本題計 28 位委員認為有需要。

(二)第 2 題，補充保險費率與一般保險費率是連動的，健保局的費率推估試算應包含兩者連動下的財務狀況。本題有 29 位委員同意。

(三)第 3、4 題，在完成總額協定後，推估的平衡費率若低於現行的 4.91%，應即刻調降費率，有 17 位委員同意、16 位委員認為不需要；反之，平衡費率若高於現行的 4.91%，應調漲費率，有 18 位委員同意、13 位委員認為可暫緩調漲。

(四)第 5 題，健保局推估試算的平衡費率，應該以幾年為計算基礎最為適當。贊成人數依序為 5 年(15 人)、1 年(10 人)、2 年(9 人)，雖然 5 年及 1 年的人數較多，但幕僚建議，對 1、2、5 年均進行推估以供委員參考，較為恰當。

(五)第 6 題，健保局推估試算的平衡費率，應該包含至少一個月的安全準備，有 29 位委員認同。

(六)第 7 題，年度總額協商時，未來應將特材及擬自付差額之特材品項一併納入考量，也有 29 位委員認同。

(七)第 8 題，為達健保收支連動的目標，總額協定後除了調整

費率外，也可考量其他機制，其調查結果：

- 1.若經優先順序加權，以「調整保險給付範圍」最高分(100分)，其次是「調整部分負擔」(93分)，再來是「調整保險費率」(88分)，最後為「其他」(15分)。
- 2.若以各委員所選第1順位之人數計算，則「調整保險給付範圍」與「調整保險費率」同票(11人)，「調整部分負擔」次之(9人)。

(八)第9題是其他相關建議，委員之建議均詳列於議程資料中。

### 三、針對調查結果之處理：

(一)擬請健保署配合辦理之事項，議程資料寫健保局是因為議程寄出時，還是健保局的時代。很抱歉，因為組織改造，這個月在名稱上較為混亂，等下個月一切就緒後，就不會發生這種情形。需請健保署配合事項如下：

- 1.在總額協定前，就行政院核定經衛生福利部交議的總額範圍，進行費率推估試算，其應包含補充保險費率與一般保險費率兩者連動下的財務狀況。
- 2.請以1年、2年、5年為計算基礎，並包含至少一個月的安全準備，進行平衡費率的推估試算。
- 3.年度總額協商時，除該年度新藥、新醫療科技項目及財務的規劃評估外，也應將特材及擬自付差額之特材品項，一併納入考量。
- 4.至於其他個別委員對健保業務之相關建議，如議程第22~23頁，請健保署參酌。

(二)有關保險費率調整及收支平衡措施部分，將於本會審議保險費率程序中，納入處理。

四、說明三，台灣醫院協會行文衛生署，因為配合二代健保法修正，建議特材應改以每點1元支付，且就點數不足的部分，

預先回補於醫院總額基期。衛生署函覆台灣醫院協會，並副知本會及健保局，建議於本會進行 103 年總額協商時一併處理，所以摘錄其內容向委員報告。本項於協商 103 年總額時再商議。

- 五、說明四，健保局於本年 6 月份發布及副知本會之相關資訊，內容列於附錄一至四，請委員參閱。
- 六、說明五，有關本會於 7 月 22 日及 23 日舉行各部門總額執行成果發表暨評核會議，請參看會中所發的補充資料第 3 頁：
- (一)說明五之(一)為評核結果，請委員參考，有關如何依評核等級於「品質保證保留款」項目成長率中酌予獎勵，將提本會 8 月份委員會議討論決定。
- (二)評核會於 7 月 23 日舉行之專家審查會議，專家學者花了整個下午，非常認真的討論目前執行的 24 個專案，對各專案計畫規模與經費之共識結論如說明五之(二)。專家建議 1 項計畫擴大、經費增加；19 項計畫維持、經費不變；1 項計畫縮小、經費減少；3 項計畫停辦、經費刪除。專家審查會議結論詳 4~6 頁，請各總額部門參考相關計畫之建議，也請健保署一併參考。
- 七、請委員回過頭看補充資料第 1~2 頁，103 年度總額協商暨委員會議模擬時間表。請參看第 1 頁下方的「各部門協商時間分配」表，共有 2 欄時間合計，前半部的時間合計是計算各部門預算的協商時間，不包含付費者或醫界委員視需要自行召開內部會議的時間；若依此時間分配，一分不差，議程安排下來，第 1 天要協商到晚上 8 點 23 分結束。若將付費者或醫界內部會議的時間也納入議程，則到晚上 11 點 28 分才能結束。在座多數都是有協商經驗的委員，所以知道不論採用前開哪種模擬表，都會超過表訂時間，例如牙醫安排時間為 80 分鐘，但也許再延 5 分鐘，就可達成協定共識，在此情況

下，委員多會同意延長 5 分鐘。

陳委員錦煌

慢著、慢著，我們還沒有要決定。

柯執行秘書桂女

是，這只是時間模擬，向委員報告若按照第 1 頁下方「各部門協商時間分配」表安排，會議將到很晚才結束，讓大家心裡有個譜。因有委員反映，要把議程排出，讓大家看看實際情形，所以今天幕僚提出模擬表供委員參考，至於要不要現在就決定，或要提出修改建議，尊重委員意見。

鄭主任委員守夏

謝謝柯執行秘書桂女的報告，有幾件事情需要確認：

- 一、建議解除追蹤只有 2 項，我看過辦理情形，應該沒有問題，請委員同意。
- 二、有關收支連動委員意見的調查結果，對共識程度很高的事項，委員可否先同意，至於共識度沒那麼高的項目，因為 9 月總額協商後，11 月(審議費率)才會確定收支連動如何進行，還有時間思考。我們有 35 位委員，我沒有投票，1 位委員出國，共有 33 位委員填覆問卷。以下建議徵詢委員意見，依據調查結果，33 票中有高達 28、29 票都同意的事項，可否請委員同意，不要再提不同意見，說明如下：
  - (一)第 1 題，在總額協定前，請健保署就行政院核定經衛生署交議的總額範圍，進行費率推估試算，例如協商到上限時，費率會多少，本項有 28 位委員同意，所以請大家同意此做法。
  - (二)第 2 題，費率推估試算時，應包含補充保險費率與一般保險費率兩者連動下的財務狀況，本項也有 29 位委員同意，所以請健保署於提供資料時，將可能的方案都進行試算，於總額協商前提供委員參考。

- (三)第 6 題，健保署推估試算的平衡費率，應該包含至少一個月的安全準備，本項有 29 位委員同意。依健保法規定，安全準備本來就應納入估算，請委員同意健保署於試算時，應包含至少一個月的安全準備。
- (四)第 7 題，歷來總額協商時，會將新藥、新醫療科技項目及財務的規劃納入評估，費協會並給予一定額度，建議未來應將特材及擬自付差額之特材品項，一併納入考量。二代健保法修法時，已將自付差額合法化，允許部分特殊材料列為自付差額品項，其對財務影響為何？也許資料不是那麼好收集，但有 29 位委員贊成請健保署提供資料，因此，就算資料不是很完整，也請健保署將特材及擬自付差額之特材品項，一併納入考量。以上四項是有高度共識的項目，請委員同意，也請健保署即早準備。
- (五)第 8 題，是本調查中最重要項目，有關收支連動，我國的做法比較像先談支出再談收入，以總額支出為標準，再計算費率，亦即量出為入。只是以前量出為入時，量出的部分都支出了，但量入的部分收入不夠，所以為達收支連動的目標，平衡措施中最主要的是「調整保險費率」及「調整保險給付範圍」...(會場突然停電)。健保署大概柴油燒完了，可能欠台電...(笑聲)，行政費用扣太兇(電力恢復)，健保會可否有共識，拜託衛生福利部不要再砍健保署的行政費用。
- (六)好，回到主題，有關第 8 題收支連動部分，十分不容易有共識，當保險發生支出超出預期收入，導致財務無法平衡時，在私人保險公司一定是調漲費率，但在社會保險制度下，還有「縮減保險給付範圍」的平衡措施可採用，意思是既然選擇不要繳那麼多保費，也相對不要有那麼多項目需由健保支付，本題調查結果，「調整保險費率」及「調整保險給付範圍」都是 11 票，很難有共

識，今天先不討論，僅提供資訊，讓大家參考。

- (七)另有非常多委員很認真地提供詳細意見，包括：吳委員肖琪、陳委員錦煌、蔡委員登順、張委員永成、何委員語、李委員永振、楊委員漢淙、謝委員武吉、陳委員宗獻、李委員蜀平、曲委員同光等，委員個別提供的寶貴建議都納入議程資料，提供參考，今天先不討論。至於有關保險費率調整及收支平衡措施部分，之後至少會有一次會議討論如何建立機制。
- (八)對問卷結果中非常有共識的第 1、2、6、7 項，同意依之辦理，請健保署提前準備資料，這樣可以嗎？(未有委員表示反對)好，就這樣決定。

三、另一項需處理的是總額協商時間的安排，請委員翻開補充資料第 1~2 頁：

- (一)我請幕僚提供去年的協商時間參考，去年也是用第 1 頁所列的時間預為安排，事實上時間都會延長，若須延長，可以第 2 頁所列的時間作為極限。協商時間不能超過第 2 頁議程的安排，已經到晚上 11 點半，還要怎樣，尤其是付費者代表委員，整天談判下來，身心負荷都到極限了。
- (二)在時間的拿捏，建議採上次會議謝委員天仁的提議，如果氣氛不錯，已經快有共識，就再多一點時間，盡可能談成，此原則若大家同意，則協商時間可視當場的協商情形、氣氛而定，不要硬性限制一定要幾分鐘；但如果協商氣氛很差，或者兩邊都非常堅持，雙方差距大到不可能有共識，且多數委員也認為不用再談，就送衛生福利部裁決。
- (三)若大家同意上開原則，就以補充資料第 1 頁「各部門協商時間分配」表為理想狀況來進行安排。第 1 天開到晚上 8 點多就好，這樣可以嗎？(未有委員表示反對)因為總額協

商是大事，議程時間表在委員會議報告，獲得大家同意後，據以執行。

陳委員宗獻

對於總額協商暨委員會議的時間，我沒有意見，今天補充資料的第 2 頁，門診透析預算之協商為 50 分鐘，西醫基層部門總共 100 分鐘，西醫基層總額與門診透析，預算相差約三倍，兩者應一起處理，扣掉 50 分鐘後，西醫基層比牙醫門診總額的時間還少，建議時間不要訂死，門診透析直接包含在西醫基層總額中就好。

鄭主任委員守夏

陳委員宗獻建議門診透析預算協商之時間包含在西醫基層總額，不用特別列出門診透析的時間。請問各位委員還有無意見？

柯執行秘書桂女

有個小小請求，因為這是未經抽籤的預擬時間表，如果抽籤後，隨著部門順序及中午需要用餐的時間，議程安排上可能會有微幅調整，在此請各位委員屆時必須諒解。如要抽籤，幕僚也已經準備好，或許現在可以先抽籤，決定順序後，則可以立即安排議程，這樣時間上會較為正確。

鄭主任委員守夏

今天來抽籤可以嗎？部長今天來了，表示大家的運氣不會太差(委員表示同意)，那麼請代表的委員直接抽籤(同仁依序請各總額部門的代表委員抽籤)，抽籤結果，協商順序是牙醫第 1、中醫第 2、醫院第 3、西醫基層第 4。若部門間有共識，可以相互交換，如果沒有意見(未有委員表示意見)，就照此順序安排。

陳委員錦煌

請問牙醫總額部門與付費者代表協商共 80 分鐘，為何沒有邀請政府機關代表參與？

鄭主任委員守夏

一、牙醫及各部門總額的協商都有邀請政府機關代表出席，這是幕僚的疏漏，都應該列入政府機關代表，我們下次會補正文字並改進。

二、請問委員有無其他意見，或對報告內容詢問？

何委員語

第 2 頁的協商模擬時間表中，9 月 27 日協商截止時間，建議由 23 點 28 分改為 23 點 59 分，既然要做，不差那幾分鐘，但原則上不可以超過 9 月 27 日。

鄭主任委員守夏

一、不希望開到那麼晚，最好也不要開到這麼晚，不過同意何委員語的建議，改為 23 點 59 分，但是時間一到，大家就站起來，不准再談，但協商氣氛很好時，可以稍微通融。

二、請問委員還有無其他意見？

柯執行秘書桂女

吳委員肖琪今日有要事不克前來，她對收支連動的調查提供書面意見，請同仁協助宣讀。

同仁宣讀

吳委員肖琪對報告事項第二案中有關「委員收支連動調查結果處理情形」意見如下：

一、健保財務收支連動是新的制度，也是本會被賦予的任務之一，亦即，除了開源，也需提升醫療資源使用效率，並予合理配置。

二、為提升效率，DRGs 支付是諸多國家採用的方式，費協會於 93~95 年醫院與西醫基層總額及 97 年以後的醫院總額，都曾編列經費鼓勵推動 DRGs，原擬分五階段導入的 DRGs，理應在 103 年執行完畢，但僅在 99 年導入第一階段。現特材部分既有進展，則健保局應繼續推動。

鄭主任委員守夏

- 一、這是吳委員肖琪對收支連動調查處理情形的意見，在總額評核會議時，也有專家提出相同建議。我們回顧過去總額協商的歷史，在 93~95 年三年間及 97 年，為推動 DRGs 政策，曾以鼓勵推動 DRGs 的名目，增加一定額度的預算成長率(忘記多少)。
- 二、就我了解，以前健保支付採論量計酬，手術或治療並沒有列計特材，所以特材是逐項計算點數；但現在以包裹式支付，特材費用可能從 2 萬元到 12 萬元，差距很大，所以骨科醫學會反映很激烈，健保署已分別與各專科醫學會協調，目前已談得差不多。因此，我們認為應有合理的規範，支付點數及內容若未談妥，也應趕快討論，這個方向本來就應該要做，現在的問題卡在技術層面。

郭代理委員正全(翁委員文能代理人)

增加 3 億元的預算。

鄭主任委員守夏

謝謝郭代理委員正全。

楊委員漢淙

- 一、這只是調查委員對收支連動的意見，意見歸意見，反正委員的相關建議已很多，不需特別處理。
- 二、醫院團體並不反對推動 DRGs，而是不支持馬上往前進，理由有二，一是特材的問題還沒有解決，過去逐項計算特材費用，現在涵括在包裹中，當然形成很大的困難；其次，衛生福利部預訂 104 年 1 月 1 日實施 ICD-10-CM(國際疾病傷害及死因分類標準第十版)，DRGs 的分類與 ICD-9-CM(國際疾病傷害及死因分類標準第九版)或 ICD-10-CM 都有密切關係，無論推動多少 DRGs 項目，都將增加醫院許多作業上的不便。並非所有國家都實施 DRGs，美國也只有 Medicare(聯邦醫療保險)實施，所以建議吳委員肖琪的意見，列入紀錄參考即

可。

鄭主任委員守夏

- 一、8月份的報告將會提出 DRGs 案，報告後委員將較為清楚，屆時可再併案討論，今天就不討論。委員提供的書面意見，我們只是幫忙宣讀。
- 二、對於報告事項還有無其他意見？

楊委員漢涇

- 一、報告事項第二案之說明三，提到衛生署針對台灣醫院協會建議有關特材應改為費用支付之函覆內容，我要說明，不論衛福部、健保署，甚至醫療機構，有關健保的各項實施，都應依照健保法的規定來執行。
- 二、二代健保法今(102)年 1 月 1 日開始實施，與一代健保法有關藥品或材料的規定，在文字上有些差別，一般人可能覺得沒有意義，但對醫療機構而言，則有所差別。一代健保法提到醫療服務點數及藥品費用，「藥品」就是傳統所講的「藥」；二代健保法相關文字已調整為「藥物」，就是「藥品」加上「材料」，所以，二代健保實施後，有關「藥物」都是費用，而非點數，所以依法今年 1 月 1 日開始，就應該開始採費用支付，衛福部的函覆，只是拖延戰術，在此提醒，這是健保法的規定。

鄭主任委員守夏

委員有無其他意見？

吳委員玉琴

對健保會幕僚有個請求，最近議程資料提供的時點都有點晚，這個月不知是否因為組改的關係，議程資料在星期一才收到，有些報告資料也是星期二、三才收到電子檔，已違反開會一週前，應該收到資料的規定，而且昨天又拿到一堆新資料，連看都來不及，幕僚單位可否提早提供，因為報告案都是事前就擬訂時程，

可以即早準備。

柯執行秘書桂女

向各位委員報告，議程資料都會盡快寄給委員，寄出後若還有補充資料，例如有些討論事項，也許需請健保署或衛生福利部社會保險司提供意見，在印製議程時，因尚未提供，才會列入補充資料。昨天晚上寄送的資料，也是當天才收集到的資料，馬上整理後就寄給委員參考，時間上的落差，我還是要向各位委員致歉。不過我們的處理方式是，只要一收到資料，都立即整理，並先以電子郵件寄送委員參考，沒有延誤。

吳委員玉琴

請健保署能準時提供資料，因為報告事項都是事前就擬訂好時程，不應該拖那麼久。

鄭主任委員守夏

一、謝謝吳委員玉琴提醒。附帶決議，幕僚要求對方提供的資料，只要不是臨時性的，請健保署或社會保險司能夠依請求的時間回覆，幕僚才有辦法在 1、2 天內整理完成，於開會前 7 天將議程資料寄送委員。這次比較特別，因為最近召開評核會議，健保署整理非常多資料，而無法即時提供委員會相關的報告資料，情有可原，下次拜託大家多幫忙。

二、本案洽悉。

貳、報告事項第三案「中央健康保險署『如何透過健保 IC 卡來管控醫療費用之規劃[含健保資訊網服務系統(VPN)資料上傳之情形]報告』」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

請健保署報告。

林科長寶鳳報告

鄭主任委員守夏

- 一、這是上次會議決定，要求健保署來報告，重點在如何透過健保 IC 卡來管控過度的醫療浪費，尤其是定義何謂不當醫療及重覆用藥等，或許可以協助對健保 IC 卡不熟悉的委員瞭解。
- 二、目前健保署正在進行 IC 卡中資料的縮減，以改善讀寫時間。另外，醫界所租用 VPN(健保資訊網服務系統)專線的速度太慢，不但醫師不願意看，病人也不願意等，若要達到即時查詢功能，專線的速度問題也必須解決。過去健保署曾於總額中編列預算，用以提升健保 IC 卡登錄及上傳資料品質，若委員認為確實可運用健保 IC 卡控制費用成長及提升醫療品質，也許可以將如何改善 IC 卡的讀取問題，納入協商討論，否則健保 IC 卡晶片容量太小、讀取速度太慢等老問題一直存在，干委員文男已提過很多遍，健保署再報告也沒有用。現在最需要的是提出方案，如何增加晶片容量，可否盡量以網路存取，現在健保署已經開始在做，但網路傳輸方面，還需醫界配合，若委員不反對，請健保署與醫界協調，提出如何運用健保 IC 卡，來抑制醫療浪費及提升效率的方案，並將之換算為協商的成長率；若委員並無共識，也沒有方案，就另外再說。

何委員語

- 一、既然來開會，不講好像對不起良心。剛剛報告非常完善，有幾個因素會影響健保 IC 卡的讀取速度，首先，是健保署總資

料庫的容量及體積多大；其次，現在網路用的是矽晶片還是砷化鉀晶片？矽晶片的網路線很短，必須改為砷化鉀晶片，例如某基地的首領使用砷化鉀晶片傳輸資料，只要 3 秒鐘，美國總統就可看到，目前國內已有先進科技可以進行；另外，醫院的電腦也需升級，否則，健保署有再好的資料庫及傳輸系統，醫院的電腦如果沒有同步更新或升級，速度仍然很慢。

- 二、病人的病歷，可否像金融卡一樣，因涉及個資，可經過病人同意並輸入密碼後，醫生就可看到病人完整的病歷，如果病人不願意，就不要輸入密碼，那醫師就只能看就診科別的資料。醫師看到病人完整病歷後，可以開立更適合的用藥，也不會有重覆開藥的現象，整體醫療會更進步。我只是提出建議，希望未來朝這個方向改進。

鄭主任委員守夏

謝謝何委員語，請干委員文男。

干委員文男

- 一、說到健保 IC 卡，我就滿腹恨火(台語)，健保實施已快 20 年，當初要從紙卡推動到 IC 卡時，都說 IC 卡有多好，現在卻什麼都沒有。管制保險對象拿藥是好事，但實際效益上，健保署有沒有辦法管制不當檢查、檢驗及用藥？都以個資法阻擋，這不能解決問題，個人隱私只要有密碼，醫師就可看到所有資料，很贊同何委員語的看法，病人沒有對醫師保留的權利。
- 二、如果說醫師在診間看病人資料，會浪費幾秒鐘，讓病人多等一下，我想病人不會不高興，60 秒不過一分鐘，說這樣會太久，只是搪塞。
- 三、頻寬不夠，大家都知道，我不像何委員語那麼專業，但只要使用新的頻寬，傳輸速度就會愈快，所要的資料不論放在雲端或大資料庫都好，這樣就可解決問題。健保署一天到晚只

想向消費者多收錢，這不是好辦法，健保開辦已近 20 年，還在原地踏步，健保 IC 卡的問題應該徹底解決。

- 四、我曾請教過朱前總經理澤民，IC 卡到底要花多少錢才能提升效率，好像是說 50 億。如果可以真正解決問題，就先借用保險費，再爭取預算慢慢攤還。若使用健保 IC 卡可節省 1/3 或 1/4 的醫療費用，以每年 6,000 多億元計算，至少可節省 2,000 多億元。健保署只會想些有的沒的方法，例如，對民眾管制或多收慢性病拿藥的部分負擔，但對健保 IC 卡這麼好的設備，卻一點都沒有長進。建議衛福部或健保署應進行專案研究，要不然我們委員去拜會邱部長文達，或拜訪立法委員時，徵詢有無專案預算，否則多說也無意義。

鄭主任委員守夏

謝謝干委員文男，請蔡委員明忠。

蔡委員明忠

- 一、第一次發言，很謝謝所有付費者代表的意見。昨天醫師公會全聯會蘇理事長清泉拜訪一位歸國華僑，對方講了一句話：「台灣的健保一卡走天下，在看病等各方面優秀的情形，是全世界數一數二」，這樣的成績，相信從過去到現在，包括健保署及醫界都曾經為此付出努力，或許成效無法讓委員滿意，我想請主委協助安排委員到國外參訪，讓委員看看國外的情況，再比較國內，就會知道國內到底好到什麼程度。
- 二、剛剛健保 IC 卡的報告，只是告訴大家 IC 卡對醫院、診所端等醫療服務提供者，及民眾都有相當多的管控，其實這些管控對醫界已造成很大困擾，但為了讓健保永續經營，醫界都吞下去，該做的也都盡量配合，大家都是相忍為國。請主委帶委員去國外看看，就知道國外就醫多麼不方便，他們寧願包機回來看病，還稱讚台灣健保，我們真的要珍惜這一切。

鄭主任委員守夏

這是報告案，如果都已經充分瞭解健保 IC 卡的規劃情形，大家想知道下一步該怎麼辦？就請健保署下次提出方案，大家再針對方案內容提出建議。剛何委員語已提出方案，蔡委員明忠建議可看看其他國家的健保制度，不過委員出國必須自費。請謝委員天仁。

謝委員天仁

講得很多，但我們好像無法感受到其方便性，全國醫療影像交換中心，有影無(台語)？如果是這樣，為什麼病人到 A 醫院照一張，到 B 醫院也要照一張，影像從那裡交換？這是未來規劃的遠景？還是目前已著手在做？跟我們實際的印象落差很大，請健保署說清楚。

鄭主任委員守夏

影像交換中心是衛生福利部資訊處已很多年的計畫，其實署立醫院已建立平台，但光統一格式標準，就討論很久，因為不同的電腦公司會搶標，就我所知，衛福部資訊處已有初步規劃，但此計畫進度較慢，不同公司的軟、硬體都不一樣，跟健保並沒有直接相關，只是醫院或醫師要用健保卡及醫師卡才可以讀，好像還無法交換資料，但可以上傳。

謝委員天仁

報告這些有什麼意思？

林科長寶鳳

很抱歉！考慮到今天議程有重要提案，所以剛剛講得很快。請委員參看簡報第 21 頁，我們目前配合全國醫療影像交換中心，每日上傳健保卡中有關 CT、MRI 及 PET 等重要醫令資料製作電子檔。凡是參加此交換中心計畫的醫療院所，開立重要醫令時，就可至全國醫療影像交換中心的平台查閱索引檔，以了解病人曾在何時何院所有做過的相同檢查，做為醫師調閱影像、縮圖或報告參考，這部分我們已有在做。

鄭主任委員守夏

所以已經在做，但進度沒辦法很快。

陳委員宗獻

我覺得大家對健保 IC 卡的要求太多，IC 卡對醫療院所的管控，的確發揮很大功效。醫師公會全聯會受託辦理總額時，很多管控措施都是透過健保 IC 卡，包括：同時間不能掛號 2 次、開藥超過幾項就不給付、看病幾次也不給付等，如果有醫療浪費，健保署與醫界都很努力避免醫療浪費，才能得到合理點值，大家的立場都相同，在此要為健保署講句公道話並給予鼓勵。

鄭主任委員守夏

大家用意都是好的，若要進一步管控，關鍵點在醫師沒時間讀卡，或病人不願意等待，可以思考看看如何幫忙。若是因藥品每點 1 元，醫師願意多開藥，病人很高興拿回去放著，這屬於制度問題，我們就處理制度。今天的重點在於抑制醫療資源不當利用，健保 IC 卡只是方案之一，請委員瞭解，千萬不要說健保 IC 卡一點用都沒有，其實已經很厲害，否則對健保署、醫界都不公平。是我們期望較高，希望健保 IC 卡功能更提升，本報告到此。

干委員文男

我不是說都沒用，只是你們想要的東西都可以得到，我們要的東西都得不到。病人在診間，IC 卡都讀不到資料，我也常去醫院，讀卡速度太慢，但醫院頻寬就是不更新，到底是誰耽誤誰？是病人、醫院設備，還是醫師的關係，健保署應該針對這些問題研究，並講清楚，例如檢查浪費那麼多，如果可以共享檢查結果，一年可以節省很多錢。大家都知道有浪費，但不去做有什麼用！請健保署趕快執行，社會才有共識。

謝委員天仁

健保署上傳 CT、MRI 及 PET 等重要醫令資料至全國醫療影像交換中心，請問只有醫令，還是連影像都有傳過去。

鄭主任委員守夏

健保署上傳的只有紀錄，真正的影像在另一個平台。

謝委員天仁

如果只有醫令過去而沒有影像，有什麼用？

林科長寶鳳

舉例來說，今天台大醫院進入這個系統，查詢健保卡上傳的索引檔，就可以知道病人昨天曾在台北榮總做過 CT 檢查，台大醫院可透過這個系統，向台北榮總調閱影像檔，因為健保卡是上傳資料較即時性，所以可以協助第二個醫師知道前面醫院的醫師曾經處方過哪些重要的醫令，而且可以向該醫院調閱相關影像或報告。

郭代理委員正全(翁委員文能代理人)

簡單答覆謝委員天仁的問題，因為長庚醫院有參與此試辦計畫。假設病人今天在長庚醫院照了 CT 及 MRI，我們會馬上將影像傳送到長庚醫院防火牆外的 Server(伺服器)，同時將索引資料傳到 EEC(電子病歷交換中心)，台大醫院若需要該病人的影像資料，就透過 EEC，讀到長庚醫院防火牆外伺服器的影像資料，所以影像理論上有提供。因目前處理速度還不夠快，使用不是很普遍，未來還有一段路要走。

張委員煥禎

還有個人資料保護法的問題，因為有些病人不同意其他醫院看他的影像，除非健保署規定，病人只要使用健保身分看病，就必須同意健保特約醫療院所可以看到個人資料。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝兩位委員的說明，這是另外一個計畫，健保只是提供索引資料，因為健保 IC 卡資料每天上傳至 VPN，所以相對即時、有幫助，但跟委員的期待仍有落差。本案洽悉。
- 二、原本希望今天的報告案可以在一個半小時內完成，現在看來不大可能。新增的報告事項第六案，有關行政院所核定 103

年全民健保醫療給付費用總額範圍，都會來本會報告；至第七案則是有關各部門總額非協商因素成長率之報告，或許委員先參考，可以節省一點時間。進入下個報告案。

參、報告事項第四案「中央健康保險署『抑制資源不當耗用改善方案之規劃情形報告』」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

本案係依健保法第72條規定，健保署每年要提出抑制資源不當耗用改善方案至本會討論，請健保署報告時儘量把握時間，謝謝！

李專門委員純馥報告

鄭主任委員守夏

對報告內容有無提問？請謝委員天仁。

謝委員天仁

藍圖列有這麼多管控措施，請問優先順序為何？各管控措施可節省多少費用？有無進行評估？

鄭主任委員守夏

先請委員提問後，再請健保署一併回答。

葉委員宗義

現在醫療上的問題，未來可能更嚴重，醫療糾紛也會更麻煩，有關醫療疏失，請問醫事人員是否有相關保險制度？若有此保險，發生問題時可支付費用，對醫師及病人雙方會更有保障，是個解決的好方法。

何委員語

一、目前民間流傳，不該開刀也在開的情形，到底是什麼狀況？自己親身的經驗是，我3月份被通知去開刀，但後來想想，還是不要開刀，繼續吃藥及物理治療，至今病況也進步一半以上，後來朋友有相同問題，也建議他不要開刀。病人自我健康管理很重要，剛剛吳委員玉琴提及收到資料太晚的問題，我知道健保會同仁很辛苦，截至昨天共收到兩疊資料，以前不會失眠，但從參加健保會開始，因看很多資料、思考很多，所以常失眠。目前我在政府部門兼任8個職務，其他單位

寄資料來時，我看完，想好建議內容，就沒事；可是健保會資料真的太多，例如醫院協會傳真很多資料給我，看了會想很多，就睡不著。我願意幫忙多看資料，不過看來睡不好的問題，似乎也該有人幫忙，否則健康會受到影響。

二、民間傳言，說有人拿藥後，去藥局變賣，請問真有這種情形嗎？提供一個想法，因藥物許可證由衛福部核發，或許可考慮將醫院專屬用藥、藥局專屬用藥，都加上專屬標誌，並要求國內、外藥商註明清楚，讓不同通路的藥品加以分類，也就是，若在藥局看到醫院用藥，就很明顯有問題。目前看似很多管控措施，但民間謠傳仍一大堆，應該想些好方案，有助衛福部及健保署的形象提升。

三、有個澳洲回國的朋友，用健保去做牙齒檢查，只需花費150元，而他在澳洲做相同檢查，需要250元澳幣(折合台幣7,000多元)，他碰到我時表示，臺灣的醫療費用太便宜了；另外有個美國朋友，只是看發燒，就付了約800元美金，剛剛有人提到坐飛機回來看也划算，是因為不用負擔那麼多醫療費用，就如同飛機票的錢健保署幫他付了。綜上而言，雖說目前管控措施很多，但如何讓民眾有信心，最重要。

#### 蔡委員登順

何委員語提到，國外醫療費用跟我國比較的觀點，這樣的方式，我不能接受，應考量各國的國情與所得大不相同，因此醫療費用也不一樣，單比較醫療費用，容易造成誤會，看起來似乎是建議要提高健保費用。這讓等一下要討論的第一案部分負擔調整案，變成有很多空間。如果因此而調漲健保費，本人反對。

#### 張委員煥禎

一、我剛剛本來還要稱讚說健保會的委員越來越像全國健保會的委員，而不是單一醫界、或是消費者的委員會，就是說其實我們要持平來看，我先針對這個講就好了，管控措施我看了整篇的報告，我想我們健保會是由消費者代表、醫療提供者

代表、政府，還有專家學者及公正人士組成的，醫療資源不當使用與我們都有關係，所以我們才會來參加健保會嘛！這東西跟我們四方都是有關係的，但我看在剛剛有關於「不當使用的原因跟未來努力的方向」中完全沒有提到消費者責任的部分，我覺得這不只是醫界而是要消費者共同努力的啦！

二、另舉例說明，最近中暑是熱門議題，我跟三軍總醫院前幾任主官聊到，20年前中暑很多，三總就把全台灣所有的醫官找來，訓練如何照顧中暑，結果中暑人數降低三分之一，第二年以後，改為到軍中直接教導士兵如何防止中暑，結果中暑更降到個位數。由此可見，雖然大家盯著不讓醫界浪費，但可否改為大家一起努力減少浪費，如同環保議題由國小到大學教科書，出現一千多處，但教科書談到減少醫療浪費的衛教部分，卻不到十處。請政府與消費者團體多增加關於消費者、使用者方面有關於慎用醫療資源的教育，大家共同努力。

#### 干委員文男

- 一、健保法第72條是有關減少不當耗用健保醫療資源，這個議題其實每年健保署都會報告，但類似情況還是年年產生。請問什麼叫做不當？是醫師多開藥不當、還是病人不吃藥不當？是錢拿得少不當、還是錢拿得多不當？沒有清楚定義。要用健保IC卡管控時，好像變成消費者愛拿藥，但一定是病人愛吃藥嗎？不一定啊！例如何委員語提到他選擇吃藥，因為不想開刀，但我反而寧願開刀，不愛吃藥，怕吃多會增加洗腎機會，我說的不一定對，只是開玩笑來舉例。但抑制不當資源耗用的多種管控機制，多數尚未落實，就提出要漲部分負擔，如同恐嚇民眾，這樣很不好。
- 二、台灣打工1小時109元，澳洲打工1小時800、1,000元、甚至2,000元。我弟弟的小孩去澳洲打工，內容為噴灑農藥，1小時工資高達3,000元，因當地人不願意做。臺灣人比較認命，台

灣跟國外生活水平大不相同，不能隨便比較。另外，1,000元在有錢人眼中不算什麼，但窮人甚至1塊錢也須算計，漲幾十元部分負擔，有錢人無感，窮人就付不出來，這才是真正的問題所在。

鄭主任委員守夏

干委員文男所言大家能夠理解，再來請吳委員玉琴，再請謝代理委員文輝。

吳委員玉琴

- 一、請問健保署，本案所提八大管控措施，內容洋洋灑灑，到底那些已經開始執行？那些還未執行？落實情形及期程如何？
- 二、由今天議程「研擬提高部分負擔」討論案即可看出，是要先拿消費者、使用者開刀，如高診次的部分要多繳錢，為何要優先處理？醫病關係中，都是醫師開藥，病人到底要吃還是不吃？不吃又說不遵從醫囑，吃了又說民眾高利用、浪費，醫病關係本來就存在不對等，醫師說的話，民眾大部分都會聽，不要把消費者冠上浪費的角色，這我們無法接受。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、我同意蔡委員登順及干委員文男的觀點，台灣和國外生活條件不同，不能逕予比較。其實二代健保中，藥品、特材價格，是參考幾個國家的GDP、所得、市場賣價來訂定，而澳洲的薪資結構，絕對可參考，這樣對社會大眾也有說服力。例如當地薪水是我們的3倍，若我們醫療費用為其三分之一，算公道合理，但若低於他們的三分之一，就是我們很厲害，但也不能太低，巧婦難為無米之炊，仍須在合理範圍。理性的參考因素都可納入考量。
- 二、如同張委員煥禎所提，消費者跟醫療機構如同雙輪車的兩邊，不論實施任何措施，都要一起努力。資訊上醫師比較專業，也就是主席提到，制度上不要鼓勵醫師多開藥，雖說患

者比較容易遵從醫師，但民眾也越來越有自主性，不見得喜歡吃藥，但目前藥費每點1元優先扣除，容易引發多開藥，所以應訂定不鼓勵浪費的制度，引導往好的方向。消費者與醫療機構一定要如兩輪車，攜手合作、同心協力，理性討論及處理。

鄭主任委員守夏

謝謝委員，諸多寶貴意見，但只能容許再有1位委員再發言一分鐘，否則今天會嚴重超時。有請何委員語，請把握1分鐘。

何委員語

- 一、尊重蔡委員登順及干委員文男的意見，但請勿針對個人發言內容批判。
- 二、我在勞委會當外勞諮詢委員時，跟勞工團體都互相拍桌，只差沒跳上去打架，我當時就提出，希望先收集、參考新加坡、香港、韓國及歐盟的外勞制度，再來討論臺灣的外勞走向，最後大家都接受。而目前外勞制度的策略，即仿照前開四地區來訂定，以價制量，勞資雙方也都同意。當時為了呼籲勞方，不要一直反對資方聘用外勞，就請勞方參訪資方的工廠，參訪回來後，勞方變成支持工廠聘用外勞，因為知道部分工作真的沒人要做。
- 三、剛有委員提到打工薪資，澳洲一小時3,000元，是我國(100元)的30倍，可是澳洲給付口腔檢查約7,500元，是我國(150元)的50倍，收入及醫療面相差約2倍，如何解決？我們是否決定要差距那麼大？這些都可考量、討論。

李委員永振

建議健保署強化衛教。

鄭主任委員守夏

此意見之前也有委員提過。下一位請李委員蜀平，發言請簡短，一句話為佳。

## 李委員蜀平

感謝各位委員有不同意見的表達，不論是消費者或醫療提供者代表，都是為了健保好，實際上干委員文男與何委員語私下是非常好的朋友，但開會時各有堅持，都為了全民健康。弱勢藥師的我，每次有意見，都不敢大聲說，因為「趴低一點才不會中槍」(台語)，但今大聲呼籲及訴求，若以人口及土地面積來比喻，台灣的製藥工業是全世界最嚴格的，從政府嚴格規定實施GMP→CGMP→PIC/S，各藥廠都要投資許多的經費，尤其在設備及研發上。因健保的體制，必須用總額管控費用，因此我們的健保藥價給付非常的不合理，據統計，我國的平均藥價，只有歐美先進國家的30%，懇請健保署署長重視此問題，如讓民眾能有優質的藥品可用，也應兼顧製藥工業的發展，要給藥廠相對的投資報酬，如此，才有藥廠有意願投資。希望健保局要將藥價提升。期盼醫療團體、消費者的委員代表，未來都能團結和諧為健保，畢竟，大家犧牲時間來此開會，都是為了國家好、健保好。

## 楊委員芸蘋

主席，只有一句話，請大家將時間留給討論事項第一案，報告案就此結束，可以嗎？

## 鄭主任委員守夏

請健保署代表用2分鐘的時間回應。

## 李專門委員純馥

- 一、有關委員所詢方案的優先順序，原則上這些方案都是現在已經在做，也是今年積極推動的項目，都在on-going(進行中)的狀態，至於會節省多少費用，目前尚無確定數據，從現在起會陸續收集資料，再統計供委員參考。
- 二、委員提及的不適當開刀疑義，如果來跟本署反映，一定會去追查；本署另有專業審查的機制，針對醫師所提供服務的適當性進行審查。

三、對於被保險人之管理方案，本次方案也有提到，包括高診次輔導、部分負擔之調整等，至於委員所提，要教育民眾珍惜健保資源部分，據我們了解，最近教育部已著手落實相關教育方案，本署也會持續去做，至於review (檢視)本案所提的各項方案，也會持續進行。

鄭主任委員守夏

本案就到此，這部分屬健保署法定職責，請繼續努力。

#### 肆、報告事項第五案「中央健康保險署『102年6月份全民健康保險業務執行報告』」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

依本會第2次委員會議決議，健保署的業務執行報告，口頭報告採按季(1、4、7、10月)提報，本次須進行口頭報告，有請黃署長三桂。

謝委員天仁

能否先確定今天會議開到幾點？若發言繼續無節制，不知道要開到幾點，外面記者一直在關心。

鄭主任委員守夏

一、我們開會不為記者，是為委員。如同之前柴委員松林提過，會議時間3小時已經很多，即中午12點半就該結束。之前曾開到下午1點，委員其實已經很忍耐，因此，目標不超過下午1點。

二、再次拜託委員，發言時，不要超過該案的範圍，剛剛發言的情況，很像立法院的國事論壇，不知講到哪裡。另若您的意見其他委員已提過，請不要再重述，只要表達支持某位委員的意見即可，以節省時間。以上請委員多予忍耐及配合。

黃署長三桂報告

鄭主任委員守夏

謝謝黃署長精簡的報告，如果委員有相關提問，或希望更詳盡的說明，建議大家用桌上的發言條，以書面方式詢問。如沒有其他疑問，進入下一案。

伍、報告事項第六案「衛生福利部社會保險司『行政院所核定103年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案，請依法辦理』」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

請衛生福利部社會保險司的代表報告。

梁組長淑政報告

鄭主任委員守夏

謝謝梁組長的報告。本案看起來沒有特別新增的部分，請健保署將相關數據準備好，例如結核病人數的預估，讓大家在協商時有概念。本案只是告知性質，其他事項於協商時再討論，進入下一案。

陸、報告事項第七案「103年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額醫療服務成本及人口因素成長率案」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

本案係因年度協商時，需確認非協商因素，即醫療服務成本及人口因素成長率。只要有參加過協商的委員都知道，非協商因素是用公式計算出來的，請參看補充資料第41頁表格，將人口結構改變率、醫療服務成本指數改變率及投保人口成長率等三項加權計算後，各部門非協商因素成長率分別為醫院1.909%、西醫基層0.811%、牙醫門診0.431%、中醫門診1.417%。

楊委員漢淙

當然知道計算公式是蠻早前就訂定，其中醫療服務成本指數改變率，醫院部門是負0.194%，但我認為這十幾年來，不合理之處一直存在，沒有任何資料顯示醫院或西醫基層總額部門的成本下降，只有在此看到下降的情形，可能是因國家整體不景氣所致，例如外面工資22K、24K，醫院沒有這種工資，但卻變成醫院經營者要用其他收入來填補因國家不景氣所造成的缺口，此不合理的情形已經提過多次，應該要正視。

鄭主任委員守夏

一、醫界其實可以提出新算法，來跟付費者談，之前也有過專案討論，但要用什麼數據、指標，並沒有共識。如果醫界認為有改善空間，只要可行都可以討論。

二、委員有無其他意見？(未有委員表示)好，本案確定。

柒、討論事項第一案「研擬『調整保險對象應自行負擔費用』案」  
之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

討論事項第一案內容蠻長，由於議程資料送到委員手上已有幾天時間，想必看過了。所以請健保署直接說明。

蔡主任秘書淑鈴

- 一、請參看議程第36頁，說明一至三。首先依健保法第43條規定，保險對象應自行負擔門診或急診費用的20%，居家照護醫療費用的5%，但不經轉診，則要加重部分負擔。而現行部分負擔占醫療費用比率平均為11%，相較於健保法第43條所定20%基本門檻(下限)，有偏低情形，所以依法行政是必要的。
- 二、另外說明三也述及，監察院黃煌雄委員於102年健保總體檢C案調查及部分立法委員對部分負擔的議題都相當關切。黃監察委員所召開20多場座談會中，最大的一個結論，就是希望健保署對部分負擔進行檢討，逐步落實受益者付費，及應執行健保法第43條所規定的下限。
- 三、本署基於依法行政及落實受益者付費精神，研擬採逐步調整的原則，研提以下幾個建議案，並依其調整優先順序說明如下：

(一)第1優先是慢性病連續處方箋及門診高利用：

- 1.就現況而言，慢性病連續處方箋的藥費，以101元至1,000元之間最多，約占總件數65%；其次為1,001元以上，占28%；藥費100元以下，占6.3%。過去7、8年來，因政策鼓勵推動慢箋的政策下，對持慢箋的病人，是不收取藥品部分負擔費用，但慢箋政策推動至今已有一定程度，希望過去讓慢箋病人不需自付藥品部分負擔的政策，能逐步回歸健保法規定，與一般處方箋一樣，收取

藥品部分負擔。也就是藥品費用 100 元以下免收，100 元以上收取 20% 藥品部分負擔，但收取上限為 200 元，可能影響人數約 307 萬人。

2. 在門診高利用部分，委員都瞭解，目前全體保險對象每人年平均門診看病次數為 15 次。依照 101 年資料顯示，一年超過 100 次者，有 5.2 萬餘人；91~100 次者，有 3.6 萬餘人；31~90 次者，有 283.3 萬餘人，所以約有 13.2% 的人全年就醫次數超過 30 次，委員可參閱附表。建議基於受益者付費精神，超過一定次數者，能逐步回歸健保法第 43 條規定，改採定率部分負擔，故研擬調整方案為，重大傷病患者因相關傷病就醫次數不計；0~6 歲維持定額收取部分負擔，不加收高診次部分負擔；7~64 歲者自第 31 次起，65 歲以上長者自第 61 次起，改收取定率 20% 部分負擔。屬於高診次部分負擔的病人，因改採所有門診費用之定率制，故藥品部分不再另收取部分負擔，影響人數約 178 萬人。

(二) 第 2 優先為門診復健物理治療及中醫同一療程：

1. 門診復健的現況是，除「中度-複雜治療」及「複雜治療」同一療程自第 2 次起免收部分負擔外，其餘都已加收部分負擔。
2. 中醫傷科同一療程自第 2 次起收取部分負擔，但針灸、脫臼整復就沒有收取。

以上兩類，希望採一致，包括門診復健的「中度-複雜治療」及「複雜治療」，還有中醫針灸、脫臼整復，同一療程自第 2 次起加收部分負擔 50 元，影響人數在西醫復健約 11 萬人，中醫約為 107 萬餘人。

(三) 第 3 優先為急診部分負擔：

101 年全年急診案件約 680 萬件，醫學中心、區域醫院、地區醫院及西醫基層之部分負擔占率分別為 12.6%、12.5%、

7.9%及 17.6%，鑑於急診部分負擔占醫療費用的比率約 11%，還未達到健保法規定之基本門檻 20%，也是偏低，為落實受益者付費及依法行政，希望能逐步調到 20%。因此建議醫學中心、區域醫院及地區醫院分別調高 250 元、100 元及 50 元，調整後的部分負擔分別為 700 元、400 元及 200 元，推估影響人數各為 121.6 萬人、234.2 萬人及 101.3 萬人。

#### 四、上述措施的相關配套

(一)以下幾類族群的現行優免措施，都不受影響，就醫的部分負擔仍由相關單位支付：

- 1.領有重大傷病證明患者，因其相關傷病就醫。
- 2.於山地離島就醫民眾。
- 3.分娩者。
- 4.榮民、低收入戶、3 歲以下兒童、登記列管結核病患於指定醫院就醫、多氯聯苯中毒患者及職災患者。

(二)持續宣導民眾正確就醫與用藥觀念，尤其是加強自我照護的衛生教育。希望在多方努力下，能夠讓健保資源得到有效利用。

#### 鄭主任委員守夏

- 一、謝謝蔡主任秘書淑鈴的報告。請委員參看議程第 40 頁，這是幕僚同仁為方便討論所整理的表格。先提醒，現在是 12 點 10 分，但後面還有兩個提案。就我所知，謝委員武吉認為其所提的兩案，今天能討論最好，若不得已也可以延後。
- 二、本案可能要討論很久，先說明，如果都是反對者發言，那麼，未發言者到底是沒意見或贊成？如果真沒辦法，我會請在場的每位委員表示意見，因為都不講話，究竟表示贊成、沒意見、反對，還是很多意見都講了，所以不用再講？希望大家要有心理準備。

- 三、不希望這種得罪民眾的事情，沒有人要做，先跟各位委員說聲抱歉。健保署是依法提出，鐵定挨罵，但委員如果怕得罪民眾，全都反對，則健保會將沒任何意義，所以請大家就事論事，看證據說話。今天的重點在節省浪費、過度使用，很明確的部分，在健保會討論，例如，有那個方案該做而未做，比調整部分負擔還有用，所以不要只挑最輕鬆、簡單的部分負擔調整，這樣討論就比較有建設性，不希望用「弱勢」兩個字，打死全部方案，那真的不用談。請問弱勢民眾占多少比率？有錢人又占多少？我們訂個原則，希望真正解決中間 80% ~ 90%的問題，稱為政策目標，至於極右邊或極左邊者，以特別方案處理。如果可以同意我的說法，大家就平心靜氣地討論本案是否適合執行，不希望三、五位委員說，你怎樣我就怎樣(台語)，這樣就談不下去。
- 四、先說明，以後這種類似議案一定還會有，包括收支連動議題，可能會要民眾多繳錢，所以健保會今天算是開始討論到影響民眾繳費權益的議題。相信大家已在報章雜誌看到有些委員所表示的意見，但希望所有委員都表示意見，千萬不要怕得罪這一邊(付費者代表)或另一邊(醫事服務提供者代表)，大家好好討論。
- 五、林委員錫維第一個舉手，有請。

#### 林委員錫維

- 一、主席，各位先進，剛才健保署蔡主任秘書淑鈴報告得很清楚，我代表勞工弱勢提出看法。以健保署的立場提出這種建言與依法執行的方案，我們認同。個人在基層工會宣導大家善用、珍惜健保資源，超過 20 場，也希望健保好好維持營運，但不宜包裹式地把幾個調整案合在一起。現在一般老百姓或勞工，對政府措施的信任度偏低，假如五項全部通過，可能會被保險對象罵，說我們都在幫政府背書。甚至在二代健保開辦時，相關單位談到保險費率可維持 5 年不變，但在

二代健保實施的第一年，都還未評估，就提出本案，說依法部分負擔應占醫療費用比率的下限是 20%，有點像恐嚇，我認為需要好好探討。

二、有關二代健保對於補充保險費的規定，大型企業因為賺錢，所以沒差，只是原本繳給國稅局的，改成繳給健保署；但對小型企業或自營作業者而言，健保署沒有考慮，他們的收入是糴米或養家(台語)，先扣 2%，已經被罵得一塌糊塗。台灣的人口會老化，18 年前開辦時即應精算並涵蓋相關規定，不要每次推行新制度，都先說財務可以撐多久，但費用卻一直漲，全國百姓對這樣的做法，有很大的反彈聲浪。本案推估可增加約 139 億元，我認為百姓對於政府信任度這麼差，若健保署真的缺錢，應該找行政院或總統府補助，然後於適當時機再提出，以逐步方式探討相關問題，且對勞工界朋友有較好說帖時再調漲。我的意思並非完全不調漲，也非一下子全部調漲，建議本案暫緩處理，謝謝。

鄭主任委員守夏

謝謝林委員錫維，再說明一次，請大家參看議程第 40 頁，健保署共有 5 個調整項目，請大家寫上 1、2、3、4、5。今天聽到廣播，記者播報健保部分負擔每次門診都要調漲，本案對於一般門診部分負擔沒有調整，係調整慢性病連續處方箋、急診等項目之部分負擔。林委員錫維認為 5 個調整案暫時都不要動。拜託委員一個一個來，先請林代理委員穆弘。

林代理委員穆弘(連委員瑞猛代理人)

一、跟各位委員報告，第一，我們要注意法律問題，議程第 39 頁倒數第 3 行，本會幕僚補充說明，本案屬保險政策諮詢事項，本會討論結果，將提供主管機關做為調整部分負擔之參考。根據健保法第 5 條規定，本案若屬保險給付範圍審議案，是否健保會說了算？如果是的話，我們繼續討論下去才有意義，如果不是的話，則只是諮詢性質，各自表述。

- 二、我認為既然由健保會決定，則健保會說了算，法律根據在於健保法第 5 條第 1 項第 2 款規定，保險給付範圍之審議為健保會應辦理事項；還有健保法第 43 條規定，保險對象應自行負擔門診或急診費用之 20%，列於第五章保險給付專章。若我的論點成立，今天健保會審議本案，則有法律效果。
- 三、立法委員於訂定健保法第 5 條第 3 項時，加了很重要的文字，於審議、協議重要事項前，應先蒐集民意，必要時，並得辦理相關之公民參與活動。再請大家參看同條文第 6 項，健保會審議、協議訂定事項，應由主管機關核定或轉報行政院核定，這屬效力規定，其由行政院核定事項，並應送立法院備查。請注意條文有民意，即需送立法院備查，換句話說，立法院在修訂健保法時，希望健保會替他把守第一關，如果屬行政院核定者，由立法院把守第二關。
- 四、如果各位同意健保會可審議此事項，依健保法第 5 條第 3 項規定，要先蒐集民意，請問我們蒐集到民意了嗎？我看到健保署提供的聯合晚報「理性支持健保永續」社論，但各位，我昨天也蒐集到民意，這是自由時報 A17 版，標題為健保部分負擔大漲，醫界批懲罰弱勢，這是否也屬民意的表現？這些程序上的法律問題要先釐清，如果非屬我們審議，則健保會與健保署兩單位的意見存在衝突，我們討論半天有何意義？宜先請衛生福利部決定誰說話算數，若衛生福利部無法決定，則由行政院決定；若行政院無法決定，則要大法官會議解釋。
- 五、建議先確定本會職權，若屬審議事項，則需蒐集的民意在哪？甚至還可辦理公民參與活動，民眾可以表達意見。

鄭主任委員守夏

如果沒記錯，謝委員天仁之前也提過本案到底屬審議，還是諮詢性質。這部分，請衛生福利部相關單位代表說明，若將本案定義為給付範圍，依健保法屬於審議事項；如非屬給付範圍，則對於

部分負擔的調整案，可依過去十幾年費協會與監理會的傳統方式進行，經監理會討論，最後於衛生署決定。不論本案屬審議或諮詢事項，最後均由衛生福利部決定，先請衛福部相關單位代表說明。

#### 朱簡任視察日僑

主席、各位先進，依健保法第 5 條第 1 項第 4 款規定，本案屬保險政策的諮詢事項，旨在了解貴會各方代表的意見，當然，依據健保法規定，健保會於審議重要方案前，得先蒐集民意。有關蒐集民意的範圍，除各位委員在本會議表達意見外，幕僚同仁也可蒐集各界意見，我想，最近平面或電子媒體，對本案已經披露各項意見，貴會委員也可於此表達。

#### 謝委員天仁

- 一、主席，我不知道衛生福利部根據什麼來認定本案屬保險政策的諮詢事項。以前我們的結構是費協會執掌總額協定與分配，這屬審議事項，監理會處理諮詢事項。二代健保法將兩會合一，剛才林代理委員穆弘也提及，健保法第 5 條規定的審議、協定或諮詢事項，性質差異很大。屬於審議者，若無結果，也就是我們沒有通過，衛生福利部不可能做任何核定；屬於諮詢者，就算我們沒有通過，衛生福利部也可以自行核定，兩者在法律性質上天差地遠，怎能幾個字就帶過。
- 二、健保法第 26 條規定了兩款應由保險人擬訂調整保險給付範圍方案，提健保會審議，報主管機關轉報行政院核定後，由主管機關公告的情形，其中第 2 款的情形是，本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務之平衡。何謂影響保險財務之平衡，就是保險增加收入或支出時；有關部分負擔的規定，列於第五章保險給付專章，請問何謂保險給付範圍？以前醫療服務與藥物支付標準，都由健保局與醫事服務提供者擬訂，現在也沒有報到健保會，所以此部分我們並未審議；若我們沒有權限審議部分負擔調整案，請問健保

法第 5 條規定，保險給付範圍之審議內涵為何？部分負擔當然包含於保險給付範圍，若醫療費用 1,000 元，部分負擔 20%，則民眾負擔 200 元，保險人支付 800 元，由此觀之，怎不屬保險給付範圍的增減項目？若照朱簡任視察日僑說法，健保會可關門，議案通通送衛生福利部核定就好，朱簡任視察的觀念還停留在一代健保，因為一代健保未規定保險給付範圍由費協會或監理會審議，但二代健保清楚列出，保險給付範圍由健保會審議，若依其觀念，表示健保法第 26 條第 2 款不存在。健保法第 26 條規定很清楚，第 2 款涉費率，會影響保險財務增減，健保會要審議，至於與財務增減無關者，包括醫療服務與藥物的支付標準，由主管機關核定，不需經過本會。健保法可能規定不是很清楚，但健保會不應自廢武功，全民把看管健保財務的責任交給我們，我們每個人都應該盡到該盡的責任，要管控相關不當的醫療措施。

三、剛剛蔡主任秘書淑鈴所提，我認為在法律觀念上不正確，健保法第 43 條規定，保險對象應自行負擔門診或急診費用之 20%，係指個人部分，不能把全體相加後平均，此屬違法。若這樣，有人可能會負擔到醫療費用的 30%，我認為有問題。基於行政便利，所以用定額方式處理，但不得違反第 1 項定率的規定。就急診而言，20%是上限，不是下限，對門診未經轉診的部分負擔比例，為 30%、40%或 50%，說 20%是下限，或許可以同意。觀念上需溝通清楚，在法制上，我認為我們要進步。

四、對於審議事項，我認同林代理委員穆弘的看法，可以嘗試蒐集民意。9 月總額協定時，若我們同意本案，則推估增加 130 多億元，以行政院核定而言，103 年底總額結餘高推估為 662 億元，低推估為 808 億元，若再加上 130 億元，則更可觀，所以健保不缺這筆錢，本案不是財務面問題。既然對整體財務的支出與收入有影響，可否等總額協定後，將本案納入調

整費率的參考，隔年再實施相關措施，而不是本來不在預算中，突然增加給付，而影響健保財務的平衡。

五、最後要提出，健保署剛分送的資料附有日本調整部分負擔的評估。請問健保署調過 9 次部分負擔，每次調整對就醫次數減少的影響為何？有無評估方案？不是只推估增加金額，因為調整的重點不在錢，而在於有無抑制不當醫療浪費，這些要一起思考，提供評估資料。

六、呼應主委所提，抑制醫療不當浪費，至少有 8 項措施可執行，為何只挑調整部分負擔？是否有配套措施與此方案一起推行？勿讓外界認為健保署柿子挑軟的吃，這樣給外界印象不好，弱勢民眾也會認為負擔增加很多，希望大家做得細緻一點。

鄭主任委員守夏

先請謝代理委員文輝，再請何委員語。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

一、剛才幾位委員談得都很有道理，我們都知道法條解釋，可能每個人有不同看法，除非已經形成全國共識，大家無異議，不然行政單位在解釋時，會有所選擇。

二、剛才主席希望大家發言，我認為這個議題跟醫療提供者無關，就醫院而言，最好都不收部分負擔，全部由健保支付，則櫃臺的工作人力可減少一半以上。

鄭主任委員守夏

請回到主題。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

一、基本上這個問題，因為法律訂得很清楚，不論是審議或諮詢，本會都沒有置喙空間，否則將抵觸法律規定，其非規定上限或下限，健保法很明白規定保險對象自行負擔門診或急診費用之 20%，誠如謝委員天仁所言，屬個人費用的 20%，

未經轉診則為 30%、40%、50%，不能增減 1%，至於後面條文為便宜行事，即主管機關於必要時，得依診所及各級醫院前一年平均門診費用及第一項所定比率，以定額方式收取，並每年公告其定額，也沒辦法走閃(台語)，屬於沒有爭議的問題。

二、其實健保法第 43 條在一代健保就有，二代健保是照抄延續，法律規定很明確，連做法都敘述得很明白，不存在剛才蔡主任秘書淑鈴所說逐步達成的情形，除非法律規定落日條款，例如 3 年後實施。所以本案完全不必討論，若沒有這樣做，就是違反法律，大家都可以對執行機關提出未依法行政的質疑，執行機關會站不住腳，除非到立法院翻案。

三、所有民眾，包括委員，都應該要求執行機關落實健保法第 43 條，健保署應該算出兩套數字，一套是保險對象未經轉診自行負擔醫療費用之 30%、40%、50%，一套是保險對象自行負擔醫療費用之 20%，主管機關均公告之。唯一可選擇的是定額還是定率。由於過去調整部分負擔案，須提請監理會研議後再送主管機關核參，所以請委員表示意見，這也是今天提到本會討論的原因。

鄭主任委員守夏

謝代理委員文輝的意見是，議程第 40 頁的 5 個方案，都變成一個，即回歸法律規定，全部為 20%。

謝代理委員文輝(謝委員武吉代理人)

健保法第 43 條只規定醫療資源缺乏地區，無法轉診者得予減免，除此之外再予以分類，都屬違法。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

楊委員芸蘋

主席，對本案是第一次發言。

鄭主任委員守夏

先請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

- 一、已經快 1 點，剛剛主席說 1 點要結束，如果每位委員都發表示見，時間可能不夠，可否讓付費者代表委員多點發表示見的機會？等我們發表完，再請醫界代表委員表達看法，因為付費者對於本項議題比較敏感，在此，對醫界代表委員說聲抱歉。
- 二、我代表勞工，但不說我是弱勢，因為剛才主席提過，不要用「弱勢」打翻一船人。今天主題是抑制醫療浪費，委員的共識是，健保不能倒，健保要顧好(台語)，不希望健保倒及做得不好，全世界最好的健保在台灣，希望健保永續經營。
- 三、付費者都知道健保的好處，但要提高部分負擔，大家都會緊張，因目前收入不高，22k 很普遍，對偏遠地區的民眾，不要說增加 50 元，增加 10 元對有些人負擔就很沉重，可能因此不看診。我覺得針對浪費醫療資源的部分，如同剛才林委員錫維所言，最好有一段時間評估。目前二代健保才執行半年，不知執行成效如何？醫療資源浪費在哪？需知道浪費醫療資源的地方，再提高該部分的負擔，且需有先後順序，即最浪費的部分先施行。議程第 40 頁，健保署區分 5 個調整項目，項目 1、2 屬浪費較多部分，我沒有太大意見，但如果真要做，可先施行項目 1、2，但不宜在此時，還是應該先評估。

鄭主任委員守夏

謝謝楊委員芸蘋，剛剛幾位醫界代表委員也點頭，因為本案是民眾要多負擔費用，所以同意先讓付費者代表委員表示意見。請何委員語，再請吳委員玉琴。

何委員語

- 一、主席、各位先進，3年來參加健保會及先前的監理會與費協會，都一直主張保險對象自付額要提高，並非強勢或弱勢團體，我從基層做起，太了解基層。為何今天衛生署會改成衛生福利部，係因為對於真正弱勢的人，應編列福利預算支應其醫療費用，而非用健保支應，這個觀念需要釐清。就健保而言，人的價值一律平等，而非我看病自付 1,000 元，他看病自付 100 元，則人的價值在哪？我認為現在醫療，除了現行額度需增加外，口腔癌等化療的自付額都要增加，民眾為何一直嚼檳榔，政府應加強宣導，不要嚼檳榔就不會有口腔癌。
- 二、對住院者應加收醫師、護理、藥劑等人員的服務費，我們在飯店吃飯後，大部分帳單會列 10% 服務費，該費用包括廚師、服務生等所提供的服務，相對而言，住院後，為何不需付服務費？衛生福利部成立後，要負責三大部分，一為健康保健，二為醫療服務，都屬我們負責的範圍，另外福利服務，則需支援醫療部分。
- 三、建議衛生福利部蒐集亞洲鄰近 5 個國家，包括韓國、香港、菲律賓、馬來西亞、新加坡的支付項目價位，及 GDP(國內生產毛額)等資料，並進行比較，當其所得是 1 萬、2 萬或 3 萬美金時，醫療支出所占比率多少？相對而言，我們醫療服務是否很優惠？希望呈現這些資料，讓健保會委員及社會大眾看得心服口服，那就成功了。不要蒐集日本資料，因其屬高所得。
- 四、另外，多蒐集民意，台灣的健保真的很優惠，好又便宜，大碗又滿壩(台語)，造成很多人多看病、多拿藥，小病、輕症也要就醫，事實上很多國家，民眾看病，醫師有時是不開藥的。
- 五、再者，要依法辦事，就健保法規定，健保會要負擔哪些責任，可以從當初法條說明欄查得，健保會委員是幫政府背

書，當政府的後盾。例如政府不敢馬上推行健保財務措施，需到健保會審查通過，只要我們同意，對外界的說服力也比較強。

六、蒐集民間的意見，當然非常好，但仍須依據法律規定推動相關事項，於法有據才站得住腳。健保真的非常便宜，若又要維持品質好，有困難。

七、希望本案先蒐集相關資料，等總額協商結束後，於 11 月再討論，若有結果，明年 1 月推動，也有個緩衝期。現在推行就是害邱部長文達被社會大眾罵，新官上任三把火，當了幾天部長，就增加老百姓的醫療費用，媒體與民間團體也會一起罵。希望事情能夠周全、圓滿完成，贊成受益者付費。

鄭主任委員守夏

謝謝何委員語，對不起，這邊沒看到，先請干委員文男。

干委員文男

我是邊緣人，本來打算第 2 位發言，結果到現在還沒講。讓吳委員玉琴先講，我繼續吃飯。

鄭主任委員守夏

先請吳委員玉琴，再請干委員文男。

吳委員玉琴

一、如同剛何委員所言，本案真的會陷邱部長於不義，因為衛生福利部剛掛牌，第一件事就要漲民眾的部分負擔。這 5 項調整方案的影響人數有 1 千多萬人，影響層面很大，其中最大的應該是老人。老人常患有多種疾病，剛才報告醫療資源不當耗用使用情形，分析在單一科別的醫療型態下，有五、六種疾病時就要看五、六科，醫療體系沒有設計一套整合性門診，讓大家減少看病次數與用藥。事實上我們也不想吃那麼多藥，可是很多長輩同時要吃一、二十種藥，愈吃愈不健康，沒有人幫忙統整，我們浪費、愛看病嗎？事實上，我們

在專業知識上不如醫師或藥師，所以這部分需要制度整合。

- 二、依剛才的報告，抑制資源不當耗用有 8 項管控措施，但今天只提出 1 項，就是部分負擔調整案，其他部分則沒有更積極作為，這樣很難說服民眾，從我們這邊拿了錢後，就可以解決問題。剛謝委員天仁也提到，本案提出的目的應該不是為了錢，因為錢好像夠用。今年實施二代健保時，才告訴大家，目前的機制可以撐 5 年，現在突然又要增加費用，所以不是錢的問題。
- 三、如果從制度面來看，不應優先處理部分負擔，報告案的 8 項措施應同時考量，而不是從消費者或病人端調漲，感受非常不好。老人大概是受衝擊最大的一群，最常使用慢性病連續處方箋，看病次數也多，又沒有整合性門診，對我們最不利。
- 四、另外，想請問過去部分負擔的調整案，真的有降低醫療利用嗎？會不會只有短期效果，而沒有長期效果。或許有人說，為什麼我們要看這麼多病？就是因為有需要才看，而不是不當浪費。這個議案不能就這樣通過，需要徵詢更多民意，謹慎處理，而且整體配套措施應全面執行，不能單挑部分負擔，不能柿子挑軟的吃，消費者的聲音也需要表達。

#### 莊委員志強

- 一、我以前一直有個疑問，為什麼看病都是收固定費用，因為我們公會之前曾與公平交易委員會討論，希望訂定最低收費標準，但公平會認為只要我們訂了，就是違反公平交易法，甚至還說就算修改會計師法，也是違反公平交易法。以前未擔任本會委員時，一直納悶為何每家醫院都收一樣的錢，這樣有無違反公平交易法？後來才知道健保法第 43 條有提到可採定額，惟法條上明訂「必要時」才採定額，但健保從一開始，就一直「必要」到現在，所以很納悶這樣有無違反公平交易法？

- 二、站在付費者代表立場，也不希望調高部分負擔額度。例如像感冒久久才一次，健保也在付，難怪老覺得錢不夠。如果不調高部分負擔金額，可以考量有些屬非長期慢性疾病，可以讓民眾自費，否則健保沒收那麼多錢，但卻要做這麼多事，難怪品質愈來愈低。
- 三、另外，之前曾討論過無效醫療，並不是由我們認定，例如有些洗腎病患，明明就已經沒有意識，還一直幫他洗腎、插呼吸管、用葉克膜，類似這種情形，應該給付一定額度或期限，超過時就需自費，由其自己判斷有沒有效。若家屬覺得有效，而且遺產稅可以省上百億，就要自付這筆錢，而不是健保幫他付。(鄭主任委員守夏：無效醫療議題請另外談，先提今天主題) 建議還是針對健保法第43條的「必要時」，及有無違反公平交易法進行確認。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

- 一、終於輪到我，謝謝。我認為本案調整部分負擔時機不宜，二代健保法施行至今只有6個月(7月還未結束)，財務面甚佳，運作也才開始，能否達到規劃時的理想，仍有待觀察，故現在調整部分負擔，時機不宜，應該慢慢來。或許明年此時再來談，比較適合，才能真正解決問題。制度改革需有緩衝期，不能一次到位。
- 二、增加慢性病連續處方箋的部分負擔，是糴米換蕃薯(台語，得不償失)，看一次慢性病拿三個月連續處方箋，病患無論去醫院或藥局拿藥，只需付基本的門診部分負擔，如果慢性病連續處方箋再增加藥費部分負擔，那病人乾脆每個月去看病，因為付一樣的錢，如此一來，將會增加診察費及病人的時間、掛號費，對吧？根本是本末倒置，建議要依序調整。如果認為慢性病連續處方箋對健保是好的措施，則應繼續鼓

勵，不要增加病人的藥費負擔。

三、另外，我們也認同高診次、高利用不當者需加收費用，但到底原因是診斷不當，還是醫療利用不當？應該提供更詳細的資料，看診次數貿然限制在 31 次，不盡合理。

鄭主任委員守夏

干委員文男是反對的意思，已經有好幾位委員表示反對。

干委員文男

沒錯，就是反對本案。中醫針灸同一療程第二次加收 50 元，中醫自費已經很高，沒有道理還要再收 50 元。還有急診，如果病情不緊急還去掛急診，部分負擔多收一點，比較合理，因為可以去基層看，為何要掛急診？類似這種情形，贊成調高部分負擔。本案希望退回去好好研究，明年此時再提出討論。

鄭主任委員守夏

先請還未發言的委員，一樣的意見可以不用再提，若有不同意見再表示。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

一、我的發言時間不會長，因為與提供者關係不大。尊重付費者的感受，因為要「增加」部分負擔，但想先討論，何謂給付範圍。我一再強調，如果費用不夠，就縮小給付範圍，費用有剩時，再將其擴大。給付範圍擴大有時未經本會討論，例如健保署去年開放一個藥品叫 Lucentis，其實屬擴大給付範圍，老人黃斑病變、糖尿病黃斑病變，都會造成視力障礙，這種疾病的盛行率約 6%，過去只能到醫院做雷射治療，不會在診所申報，但將來，因為有這個藥，病人可在眼科診所治療，每個病人完整療程費用約 10 萬元，雖然適應症有限制，但財務影響仍達幾十億，這類問題才屬給付範圍。至於所謂部分負擔是否為本會職掌適法問題，如果健保法第五章保險給付章節都歸我們管，除了其他章節提到的投保單位、財

務、收繳、處分等之外，難道健保會可以全都管？所以給付範圍應該是我前面提到的部分。

二、要替醫師講話，在評核會議的報告中，醫師的診療時間從平均 5 分鐘，增加到 7、10 分鐘，但民眾對於檢查、診斷仔細程度的滿意度，並沒有隨之增加，為什麼？因為太多管控和防弊措施占掉多出來的服務時間了！我們加強審查、管控藥費，也有品質及利用率審查，「利用率」統計會寄給個別基層院所，「品質資訊公開」共 22 項，公布在網路上供民眾查詢，個別醫師在開藥時，必須考慮到「不予支付的指標」有 23 項，今年又新增 3 項，變成 26 項。另外，如果「開藥品項超過 5 項」，要抽審，超過 10 項也要抽審。還有「審查注意事項」，及「跨院所、同院所重覆用藥」都會審核。另外分區比賽，中區、北區、南區都有「專業審查監控指標」21 項。醫師每天晚上睡覺前，都要上網登錄門診、戒菸資料，流感藥品則要至 CDC(疾病管制署)登錄，麻醉藥品要計算看看有沒有錯誤，還有論質計酬等一大堆資料。所以醫師看診從 5 分鐘到 10 分鐘，這 7、8 年間增加一倍的時間，在做什麼？是看電腦而非看病，所以管控醫界這邊已經做很多。部分負擔在消費者端的感受，我完全尊重，但討論時請大家瞭解，不要一直說醫界浪費。

鄭主任委員守夏

其實大家也知道，健保署對醫界的管控從過去到現在，已經增加很多，所以沒有說醫界浪費的意思。時間已經超過 1 點，但大家仍舉手表示要發言，我沒有意見。請第一次發言者優先。

林代理委員敏華(張委員永成代理人)

贊成吳委員玉琴的意見，目前醫事服務機構的分工已經很細，民眾不清楚什麼病要看那一科，因為有多重疾病，所以看很多科，導致門診次數增加。建議健保署在實施這些措施時，要有優先順序，例如提高急診部分負擔，多數委員沒有意見，可考慮先實

施，至於其他部分，則需再研究。

#### 蔡委員登順

- 一、很多委員都表達類似意見，此時談提高部分負擔，時間點不宜，因為4天前衛生福利部才剛成立，4天後就加重民眾的負擔，是陷邱部長文達於不義，人民的觀感會直接反應，媒體也會大作文章，非常不好。
- 二、財務面目前沒有急迫性，因為二代健保實施將近7個月，對於整體財務管控，當時說到105年應該還足以支應健保所需，此時談調整部分負擔，有欺騙人民的感覺，我想不宜。
- 三、現行問題還有很多策略可以管理，包括運用健保IC卡加強管控減少不必要的檢查及用藥，因此可考量如何落實分級醫療以使健保財務更好，不見得只有增加部分負擔這一項，反對此時調整部分負擔。

#### 鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員登順，請侯委員彩鳳。

#### 侯委員彩鳳

- 一、今天的重點應該在討論事項的第一案，收到議程資料時，封面是寫衛生福利部，那時候還沒有掛牌，就已經要談部分負擔調整案。事實上，健保署可能也是被動提出，這是我自己的想法，尤其監察院黃煌雄委員有意見，因為現行部分負擔未達法定下限的20%。
- 二、擔任健保會委員以來，一直當廳(聽)長比較多。大家希望健保不要浪費，也是愛之深、責之切，所以對健保署及衛福部有諸多意見，這些問題都存在，健保署提出的，也應該是重點項目。但大家都知道，二代健保法在立法院躺了很久，好不容易通過，當時衛生署特別保證，健保財務健全，5年內都不用擔心，這點大家印象都很深刻。當然為了改革提出3個優先順序，一定要做，這也沒錯，不過如同剛很多委員所提，

時機點有問題，可能要三思。

三、消基會代表謝委員天仁提到民意問題，我也很納悶，推出這幾項部分負擔調整案好像很匆忙，沒有看到政府單位召開公聽會，或立法委員跳出來開公聽會。以前我們如果看到類似議題，都會召開公聽會，聽聽各方意見。這次政策推出，無論公、私部門或民意代表，都沒有人開過公聽會，或可利用這段時間召開，不論何時再推出，應該要有萬全準備。

謝委員天仁

公部門必須要有誠信，急診案曾在健保局討論，但內容不是這樣，那時是檢傷分類第四、五級要自費，我們的意見是，就讓其回歸門診。健保局去拜訪民間團體，也是和之前談的方案一樣，但與今天看到的方案不同，所以引起社會很大的反彈。公部門應該要檢討，那有說你來拜訪我們溝通的案子是這樣，最後卻提出另外的方案，不知事前和我們溝通的意義為何？本案要好好檢討。

鄭主任委員守夏

陳委員川青第一次發言，有請。

陳委員川青

本案究依健保法第 43 條之規定提高自付之比例是屬主管機關之權責？還是須提本會審議？請健保署釐清解釋權責歸屬再議之建議。

鄭主任委員守夏

謝謝陳委員川青，歷來影響民眾重大權益的措施，不論是審議或諮詢，都會在監理會討論，所以我們暫時依過去監理會的權責處理。本案討論至此，由委員意見中，有究屬諮詢或審議之疑義，至於屬審議還是諮詢性質，須拜託衛生福利部的法規部門做正確解釋，因為相關法規訂好，就不會有太大問題。請林代理委員穆弘。

林代理委員穆弘(連委員瑞猛代理人)

- 一、提出二點，遇到問題時，一般民眾會想釐清，第一，我已經付了保險費，保險費拿去做什麼？第二，為何還要付部分負擔？本案要增加的是部分負擔，舉例來說，我付的保險費拿去蓋高速公路，部分負擔就是通行費的概念，所以部分負擔是我與醫療院所提供服務的對價關係，如果要調整部分負擔，必須由政府部門審慎評估現在的政治情勢，這是他們的權利。站在健保會立場，如果是由本會審議，我認為不恰當，
- 二、有關健保法第 43 條，剛醫界代表提到一個問題，我也很納悶，第 43 條第 3 項有規定，主管機關針對第 1 項於必要時可採定額，這是我早上從健保署下載的資料，目前就是採定額，如果醫界代表主張回復採定率 20%，是極大的誤會，如果以這樣的誤會，健保會繼續討論下去，如何能同心同德？

鄭主任委員守夏

若委員無特別不同意見，希望先做結論。

蔡委員明忠

最後提一個問題，今天做這樣的決議，如果健保署接受，往後就不要再提未依法行政，因為這個部分很明確就是健保署依法提出的，如果未來做什麼事情都依法行政，那我們沒有權利干涉，這點請大家深思，也請會議留下紀錄，謝謝。

陳委員宗獻

今天討論這個問題，為什麼大家覺得非常紛擾，而且不容易有共識，其實很簡單，我們應該從零開始討論部分負擔，從定率 20% 開始，再思考那些族群，例如將老人、弱勢者排除在外。現在提出的方案，會覺得這項增加負擔，那項也增加負擔，其實不然，因為目前部分負擔沒有到達 20%，所以應回到基準點，例如，再探討重大傷病應否排除，因為他們屬醫療弱勢，但重大傷病 90 萬

人花掉 1,500 億，如果將之排除，則其餘 3,000 多億元要討論負擔 20% 的費用，就會很困難決定，大家要用智慧共同解決問題。

### 陳委員錦煌

- 一、有弱勢團體，而我是弱勢委員，今天專家都沒有出席，只有我這個公正人士，沒有發言會不好意思。有個問題，本案在健保署的研議會議時，西醫部分謝委員天仁同意不要增加部分負擔，但中醫那時候是贊成的，結果現在合併為一案提出，很難討論。
- 二、本案保留，我尊重大家意見，但請中醫注意，今天分送的書面資料，建請勿增加中醫針灸同一療程第 2 次部分負擔，中醫申報費用很沒良心，總共 2,182,754 人使用針灸，其中有 1,105,095 人針灸次數為 1 次，因為針灸免部分負擔，所以傷科都不報，都報到針灸處置，導致針灸費用占 83%，傷科才占 16%。尊重大家的意見，本案同意保留，明年如果再提出，我一定有意見，希望中醫注意，病患只須一次針灸就會好，難道是神醫嗎？

### 鄭主任委員守夏

- 一、陳委員錦煌是公正人士，今天我們幾乎沒有對 5 項部分負擔調整案的內容進行討論。簡單說，第一，請衛生福利部先釐清部分負擔算不算給付範圍或重大政策。依過去慣例，本案影響民眾權益甚鉅，一定會在監理會討論，看起來在健保會討論是延續傳統，但在法規面，請衛生福利部先釐清，這樣我們才好做事，再怎麼說，我們拿的聘書是衛生福利部部長發的，沒有理由我們的認定和衛生福利部不同。
- 二、今天多位委員表示意見，正反都有，比較明確的應是財務面還好，而健保署也說並非財務問題，是想藉此抑制不當利用或浪費，但所提供數據似乎不具說服力，包括過去調整部分負擔到底有沒有效？事實上，有很多學術文章可以參考。中醫就是一個好例子，有的處置需要部分負擔，有的不用，民

眾當然選擇不需部分負擔的服務，所以有沒有效？當然有影響。

三、今天比較明確的共識為，本案緩議，不是退回，主要是健保署提供的數據或說明不夠明確，無法讓委員形成贊成或反對的共識。例如剛何委員語建議蒐集國外資料供台灣參考，有委員詢問能否找出較為明確的浪費資料，但這裡看不到；又如有很多人領了藥沒服用，最後都拿出來回收，很明顯是浪費，有沒有方案可以解決？中醫針灸、推拿也是比較明確的例子。急診部分，之前有各界意見，但似乎還沒有共識，而且影響層面很大。在在說明，本案尚無法形成共識。

四、現暫回到學者角色，跟各位說個很簡單的想法，大家認為部分負擔是欺負弱勢，請問如果弱勢在浪費醫療資源，要不要管控？弱勢到底占多少？如果弱勢只占全部族群的 5%，我們訂個規定是要規範 95% 的人，就應該將該 5% 例外管理，而不是為了 5% 的人，即不管另外的 95%，並因此一天到晚被罵浪費。所以類似提案，不可能 100 分，這邊限制嚴格，一定會有人使用不足，放太寬又會有一票人過度使用。

五、本案先緩議，何時提出？一則先請衛生福利部確定我們的權限，是審議還是諮詢性質？另外，執行面請健保署評估後，再擇期提出，可參考何委員語建議的 9 月，或其他委員建議的二代健保實施一年後。抱歉這實在是件很不容易的事。

六、後面還有二個討論案，請大家參閱書面資料，如何處理？

陳委員錦煌

提案人未出席，保留到下次會議討論。

楊委員芸蘋

我們知道部分負擔是本次會議要討論的議題，但為何還未在健保會委員會議討論，媒體就已經知道，造成很多不必要的困擾。有些消息，是否等到審慎確定後，再公布比較好。

## 鄭主任委員守夏

- 一、這真的需要拿捏，因為有民間監督健保聯盟，就是所謂的民間健保會，非常積極。我們的議題，照規定都在一個星期前就上網公開，所以各位拿到資料時，外界已經知道我們的討論議題為何，也許他們沒有很詳細的資料，但議題都有，這也算公民參與。
- 二、必須拜託各位，如果以健保會委員的身份對外發言，這是各位的自由，也是權利，沒有理由不准。但因為是健保會委員的身份拿到資料，在委員會議還沒有討論前，就對外表示意見是可以的，但委員發言自己要負責。如果將資料拿給不是委員會的人，因而在委員會還沒有開會前，就有人開始表示意見，那提供資料的委員，自己要知道。
- 三、楊委員芸蘋的意思是，我們這邊都還沒有討論，外面意見已經一面倒的往右或往左，會影響到討論。所以拜託各位委員，這是權利，也是責任，您有權利表達意見，但也要負責，說資料我給了誰。如果是對方自己上網，那就不是我們的問題，依規定，討論議題本來就會先上網，所以有看到的人都可以表示意見。

## 干委員文男

贊成主席請健保署調查鄰近國家情形，但不要完全以 GDP 為標準，因為 GDP 是國家的全民平均總收入，而各國貧富不均情形不完全相同，故應該以最低基本工資和生活水平、物價做為基準，例如有的國家 GDP 很高，但人民收入都很平均，而我國則貧富差距很懸殊。

## 鄭主任委員守夏

- 一、干委員文男的建議，健保署於下次提出更有說服力的說帖時可參考，除 GDP 外，最好的比較基準為 PPP(Purchasing Power Parity)，即購買力平價。

二、再次詢問，後面的二個討論案如何處理？(多數委員表示保留下次會議再議)委員若沒有其他意見，我們就下次再討論，時間已超過。抱歉！散會，謝謝大家。

陳委員川青(會後書面意見)

- 一、本案計畫讓被保險人提高健保自付額中，並未見其目的為何？提高增收 140 億元如何分配使用？均未見強而有力的「講清楚、說明白」，讓被保險人願意配合共體時艱或達成何目標之理由。
- 二、依收支連動之原則，第二代健保收取補充保費之執行才逾半年，對健保財務基礎及試算與檢討，可否建議「俟本年度結束檢討成效後再議」。