

衛生福利部全民健康保險會
第 1 屆 103 年第 10 次委員會議事錄

中華民國 103 年 10 月 24 日

衛生福利部全民健康保險會第1屆103年第10次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國103年10月24日上午9時30分

貳、地點：本部301會議室(台北市忠孝東路6段488號3樓)

參、出席委員：

干委員文男

曲委員同光

何委員永成

何委員語

吳委員玉琴

吳委員肖琪

李委員永振

李委員成家

李委員蜀平

周委員麗芳

林委員至美

林委員啟滄

林委員錫維

柴委員松林

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

陳委員川青

陳委員幸敏

陳委員宗獻

陳委員錦煌

陳委員義聰

楊委員芸蘋

楊委員漢淥

蔡委員明忠

蔡委員登順

蔡委員圖晉

中華民國全國中小企業總會李副理事長育家(代)

中華民國藥師公會全國聯合會賴執行長振榕(代)

國家發展委員會沈科員書萱(12:50以後代)

中華民國全國漁會陳秘書健民(代)

林口長庚醫院郭特助正全(代)

中華民國農會徐課員珮軒(代)

中華民國區域醫院協會劉副秘書長碧珠(代)

中華民國工業協進會張秘書長文龍(代)

謝委員天仁

謝委員武吉

台灣社區醫院協會朱監事長益宏(代)

肆、請假委員：

葉委員宗義

侯委員彩鳳

楊委員麗珠

伍、列席人員：

本部社會保險司

中央健康保險署

楊副司長慧芬

黃署長三桂

蔡副署長魯

李副署長丞華

林組長阿明

施組長如亮

柯執行秘書桂女

吳組長秀玲

張組長友珊

魏組長璽倫

本會

陸、主席：鄭主任委員守夏

紀錄：陳燕鈴、曾幼筑

柒、主席致詞(略)

捌、議程確認

決定：確定。

玖、例行報告

第一案

案由：確認本會上(第9)次委員會議紀錄，請鑒察。

決定：

- 一、討論事項第一案「104 年度中醫門診、牙醫門診、醫院、西醫基層醫療給付費用總額協商因素項目與成長率及其他預算案」，修正部分文字如下：

- (一)104 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配之(三)2.(3)，「提升孕產期照護品質計畫」修正為「提升孕產照護品質計畫」。
- (二)104 年度醫院醫療給付費用總額及其分配之(三)1.(7)，「...若有全民健康保險法第 26 條之情事，則不適用」修正為「...若有全民健康保險法第 26 條第 2 款之情事，則不適用」。
- (三)104 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配之(三)1.(5)，「...若有全民健康保險法第 26 條之情事，則不適用」修正為「...若有全民健康保險法第 26 條第 2 款之情事，則不適用」。
- (四)104 年度全民健康保險其他預算及其分配之(二)5.推動促進醫療體系整合計畫，新增「(2)提升急性後期照護品質試辦計畫，得包含地區醫院及醫院附設護理之家或居家護理」，原(2)遞移為(3)。

(註：附表相關文字一併變更)

二、餘確定。

第二案

案由：本會上(第 9)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請 鑒察。

決定：

一、上次委員會議決議(定)事項辦理情形：

- (一)有關「中央健康保險署與主計總處核算全民健康保險法規定政府負擔 36%比率見解不同案」，衛生福利部已將本會委員之意見轉陳行政院參酌，本案俟行政院回復後再行解除追蹤，餘洽悉。
- (二)請中央健康保險署於明(104)年各部門總額執行成果發表暨評核會時，提報「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」協商因素項目之詳

細執行情形(含替代效應分析資料)。

二、「全民健康保險會提案單」修訂如附表。

第三案

案由：104 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率報告案，請 鑒察。

決定：本會協定之 104 年度各部門總額成長率、其他預算及相關事項，將併同一般服務之地區預算分配方式協定結果，於陳報衛生福利部核定後，辦理「104 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」公告事宜。

第四案

案由：中央健康保險署「103 年 9 月份全民健康保險業務執行報告」，請 鑒察。

決定：洽悉。

拾、討論事項

第一案

提案單位：本會第三組

案由：104 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，提請 討論。

決議：

- 一、一般服務(不含品質保證保留款)地區預算分配方式：
 - (一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。
 - (二)分配方式：預算 100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。
 - (三)同意牙醫門診總額自一般服務費用移撥 0.5 億元，用於「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」，經費若有剩餘，則回

歸一般服務費用。

(四)另有關牙醫門診總額自一般服務移撥部分經費，用為「醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用」與「牙周病統合性治療第三階段給付費用」部分，因涉及執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之。

二、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 103 年 12 月底前送本會同意後執行。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：104 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，
提請 討論。

決議：

一、一般服務(不含品質保證保留款)地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.東區預算占率 2.22%。

2.其他五分區預算占率 97.78%，分配方式為：

(1)各區實際收入預算占率：73%。

(2)各區戶籍人口數占率：7%。

(3)各區每人於各分區就醫次數之權值占率：9%。

(4)各區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：5%。

(5)各區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

(6)偏鄉人口預算分配調升機制：1%，若有餘款則

歸入依「各區實際收入預算占率」分配。

(三)所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之。

二、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定後，於 103 年 12 月底前送本會同意後執行。

第三案

提案單位：本會第三組

案由：104 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，提請 討論。

決議：

一、一般服務(不含品質保證保留款)地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：65%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，35%依西醫基層總額支付制度開辦前一年(89 年)各地區實際發生醫療費用比率分配。

(三)所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之。

二、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，於 103 年 12 月底前送本會同意後執行。

第四案

提案單位：本會第三組

案由：104 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，提請

討論。

決議：

一、一般服務(不含品質保證保留款)地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

用於「計算」地區預算所採之門住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

1.門診服務(不含門診透析服務、品質保證保留款)之預算分配參數：人口占率為 46%。

2.住診服務(不含品質保證保留款)之預算分配參數：人口占率為 41%。

3.各地區門住診服務，經依 1、2 計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

(三)所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之。

二、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，於 103 年 12 月底前送本會同意後執行。

第五案

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 731 高雄石化氣爆事件對健保財務及轄區預算分配之影響的因應措施，提請 討論。

決議：

一、依中央健康保險署之評估資料，本案尚未符合 103 年度其他預算項下「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」之動支條件。

- 二、本會委員均感佩高雄石化氣爆事件發生後，當地醫療院所對受災民眾付出的關懷與照護，並建議權責機關能考量以爭取第二預備金、代位求償、民間所捐善款等方式，提供醫療院所相關經費。
- 三、委員若認為原訂動支條件因時空背景而擬提案檢討，請中央健康保險署提供實務面協助，以利落實。

第六案

提案單位：中央健康保險署

案由：104 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案，提請 討論。

決議：中央健康保險署所提方案予以尊重，惟為期周延，對該方案請參酌納入委員所建議教育民眾正確就醫觀念與生活習慣、加強管控不當醫療與用藥，及落實多重疾病患者的整合照護等事項，並依法定程序報主管機關核定。

第七案

提案單位：中央健康保險署

案由：健保第 1 類第 1 日至第 3 目被保險人所屬之投保單位或政府負擔之眷屬人數，提請 討論。

決議：

- 一、臨時提案併本案處理。
- 二、本會委員認同中央健康保險署應依全民健康保險法施行細則第 68 條公告本法第 29 條所定平均眷屬人數之「依法辦理」理念，且目前健保財務尚佳，因此以保險政策諮詢或保險業務監理角度來探討平均眷屬人數都是個不錯時點，但平均眷屬人數的調降不宜和費率調升混為一談。
- 三、本會被保險人代表之委員肯定雇主對健保財務之貢

獻，但也希望雇主代表之委員可從更多面向來評估受多重因素影響之健保財務與費率，以期健保制度可長可久及嘉惠全民。爰請中央健康保險署於下次委員會議提出令人信服之分析資料，續就兩案交換意見。

第八案

提案人：楊委員漢源

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：有關法定傳染病之醫療服務費用，請依法編列公務預算支應，不應由總額各部門費用支付案，提請討論。

主席裁定：保留至下次委員會議討論。

拾壹、專案報告

報告單位：中央健康保險署

案由：102 及 103 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之執行情形及成效報告，請鑒察。

決定：肯定中央健康保險署對改善資源不當耗用的努力，本案洽悉。

拾貳、臨時提案(如附件)

提案人：何委員語

連署人：李委員永振、李代理委員育家(李委員成家代理人)、陳代理委員健民(林委員啟滄代理人)、林委員錫維、徐代理委員珮軒(張委員永成代理人)、吳委員肖琪、連委員瑞猛、郭代理委員正全(翁委員文能代理人)、陳委員川青、劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)、何委員永成、賴代理委員振榕(李委員蜀平代理人)、吳委員玉琴

代表類別：保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表、專家學者

案由：建請健保署遵循健保法施行細則第 68 條規定，儘速調降已公告 8 年未修正之平均眷屬人數，提請討論。

決議：併討論事項第七案處理。

拾參、散會：下午2時36分。

全民健康保險會提案單

附表

提案日期：____年____月____日

提案者	
委員代表類別	
提案屬性 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 一般提案 <input type="checkbox"/> 臨時提案 <input type="checkbox"/> 修正案 <input type="checkbox"/> 復議案
案由	
說明	
擬辦	
內容與本會任務符合情況 (請勾選)	全民健康保險會法定任務： <input type="checkbox"/> 保險費率之審議事項(第 5、24 條)。 <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)。 <input type="checkbox"/> 保險給付範圍之審議事項(第 5、26、51 條)。 <input type="checkbox"/> 保險政策、法規之研究及諮詢事項(第 5 條)。 <input type="checkbox"/> 其他有關保險業務之監理事項(第 5 條)。 <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)。 註：()內為健保法條次。
連署或附議人 (臨時提案、 復議案填入)	

臨時提案

提案人：何語委員 *何語*

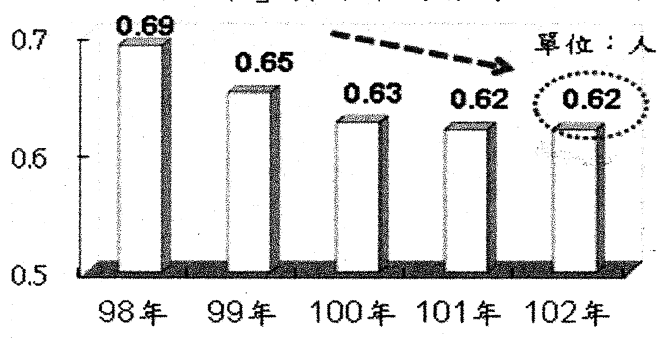
聯署人：李永振委員 *李永振* 李育家 *李育家* 林錫維 *林錫維* 陳健民 *陳健民* 蔡國軒 *蔡國軒*
代表類別：付費者代表

103.10.24

案由：建請健保署遵循健保法施行細則第 68 條規定，儘速調降已公告 8 年未修正之平均眷屬人數。
吳育昇

說明：

一、依「健保法施行細則第 68 條第 3 款」規定，健保署「每年應公告」健保法第 29 條所定之「實際平均眷屬人數」，作為計收「健保第 1 類第 1 目至第 3 目被保險人」所屬之投保單位保費計算基礎；實施全民健保以來，已經歷多次依實況公告調降該平均眷屬人數，惟自 96 年調為 0.7 人之後，歷經 8 年至今尚未依實際投保數據予以修正，追蹤「近五年」實際平均眷屬人數如下圖：



二、參閱 103 年 9 月 2 日主要報章媒體報導「有關面臨當前經營困境，六大工商團體積極籲請政府儘速降低員工健保平均眷屬人數，並自 104 年起實施」，至今皆未獲得健保署「依法調降平均眷屬人數」的正式書面回應；反而把原本「單純」應由健保署每年公告眷屬人數的基本作業議題，另引述一些不相關數據、不當法令，以及法律不溯及既往之「投保身份類別議題」(皆無涉平均眷屬人數的「公告作業」)，將問題「複雜」化！

三、回歸法制面！敬請依法行政！近年健保署未依法執行每年應公告眷屬人數之職責，已徒增相關投保單位「不合理、不合情、不合法」保費負擔，而各工商團體亦辛苦奔波，公開要求一個符合「現行法令」保障的合法計費基礎，健保署卻未付諸改善時程、相關投保單位持續支付超額負擔、持續墊高台灣產業經營成本！

擬辦：建請健保署依健保法第 29 條及健保法施行細則第 68 條法令規定，儘速調降「已公告 8 年未修正」之平均眷屬人數，以利相關投保單位即早因應、避免招致民怨！

決議：

連瑞福
王文
蔡國軒
何語
李永振
吳育昇

第 1 屆 103 年第 10 次委員會議
與會人員發言實錄

壹、「議程確認」、例行報告第一案「確認本會上(第 9)次委員會議紀錄」、例行報告第二案「本會上(第 9)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

鄭主任委員守夏

一、各位委員、黃署長、及所有與會者，大家早安！

今年是 6 年來第一次各部門總額協商均達成共識，這是大家共同努力的成果。在健保會剛成立的第 2 年就有此佳績，是個好兆頭，希望未來健保會愈來愈上軌道。

二、今天會議議程計有例行報告 4 案、討論事項 8 案、專題報告 1 案。討論事項中，前 4 案係有關 4 部門總額的地區預算分配，這都是依法必須協定的事項；第 6 案與專題報告則都是「全民健康保險抑制資源不當耗用」的相關議題，也許可以合併討論。請問委員是否同意今天議程的安排？(委員表示同意)若無問題，就照議程進行。

三、首先確認上次委員會議紀錄，請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀，請問委員對會議紀錄內容有無修正意見？請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

主席、各位委員大家好，請參看議程資料第 18 頁第 4 行的「提升急性後期照護品質試辦計畫」，大家也許還有印象，1 年前我就主張 PAC(Post Acute Care，急性後期照護)計畫應該讓護理之家或居家護理機構有機會試辦，因此，建議該試辦計畫呈現與 103 年協定內容相同的文字，亦即在提升急性後期照護品質試辦計畫之後加入「得包含地區醫院及醫院附設護理之家或居家護理」乙段文字，這並不會影響本次協商的實質內容。

鄭主任委員守夏

剛才柯執行秘書桂女提供 103 年度協定事項的資料，確實有這段文字。由於所建議的內容與 103 年度協定事項相同，如果委員不反對，就同意補列(未有委員表示反對)。請何委員永成。

何委員永成

主席、各位委員好，中醫師公會全聯會建議修正文字，請參看議程資料第 6 頁第(3)點(提升孕產期照護品質計畫)，協商時中醫部門提出的是「助孕計畫」，強調要幫助婦女成功懷孕，而目前所列的「提升孕產期照護品質計畫」，指的是從懷孕到生產期間的照護，未能涵蓋懷孕前的助孕計畫，建議將「期」字刪除，較符合原規劃的內容。

鄭主任委員守夏

記得協商時中醫提出的是助孕計畫，大家是否同意將「提升孕產期照護品質計畫」改為「提升孕產照護品質計畫」，使更符合協商時的認知?(未有委員表示反對)請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

一、各位委員大家好，請參看議程資料第 15 頁第(5)點「其他醫療服務利用及密集度之改變：在合理預期支出範圍內，應含放寬藥品適應症所增之費用；若有全民健康保險法第 26 條之情事，則不適用」。依健保法第 26 條規定，本保險有(一)本保險之安全準備低於一個月之保險給付總額(第 1 款)；(二)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(第 2 款)等情形時，由保險人擬訂調整保險給付範圍方案，提健保會審議。協商時第(5)點所列「第 26 條之情事」文字係指(二)，不會是(一)。

二、有關第(5)點請考慮，第 26 條第 2 款係指影響「保險財務平衡」，但現在實施總額支付制度，事實上「總額財務平衡」並不等於「保險財務平衡」。因此，建議增列「本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響『總額財務之平衡』」一

段文字，將來才不會有健保財務看似沒問題，但西醫基層總額財務已經失衡的情形發生。建議增列上開文字，以較明確。

鄭主任委員守夏

一、可否將第(5)點「若有全民健康保險法第 26 條之情事」，改成「若有全民健康保險法第 26 條第 2 款之情事」？(未有委員表示反對)

二、此外，雖然健保法第 26 條文字上並未呈現「總額」，但我們有默契，第(5)點所列的「保險財務平衡」係指與總額相關的影響，可以嗎？(未有委員表示反對)請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

醫院總額也有同樣的問題，西醫基層既已通過，醫院總額可否比照辦理？

鄭主任委員守夏

好，比照辦理！

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

有關議程資料第 10 頁第(5)點「配合安全針具推動政策之費用」的②，要求健保署「於 104 年 6 月底前提送執行情形(含安全針具之申報量與規格)」。上次開會我也提出，目前很多安全針具是內含於手術、檢查、檢驗等診療項目中，在治療處置過程使用的針具，並不會另外申報費用。既然要評估安全針具的使用情形，這部分的使用量也應一併評估，建議 104 年 6 月底前提報時，也將這些內含的針具一併報告。

鄭主任委員守夏

這部分須請教健保署是否有該相關資料供提報。

黃署長三桂

健保署沒有這部分的資料。

鄭主任委員守夏

醫院內部也沒有統計嗎？

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

如果內含針具的部分沒有資料，就很難看到安全針具的全貌，醫療法(第 56 條)規定，醫療機構對於醫事人員執行直接接觸病人體液或血液的醫療處置時，在 5 年內要完成全面提供安全針具。但以目前安全針具的使用情形資料，僅呈現另行申報的部分，而內含的針具則完全看不到。實際上醫院使用很多未另行申報的安全針具，政策與協商結果的要求並不一致，建議這部分應該忠實呈現。

鄭主任委員守夏

記得總額協商時，並未談到這些內容，建議不要增列太細節的文字。有關安全針具在那些診療項目屬內含，或須另行申報，在健保署都有相關的會議可進一步討論、決定，如果執行面有困難，或醫界覺得不恰當、有再改進之處，則請另外提案，建議不要在總額協商內容處理，因為協商當天並未討論這些議題。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

抱歉！我的意思並非修改決議文字，或要求在總額協商處理，也知道安全針具的給付規定不在健保會處理，只是希望健保署在明年 6 月提報時，對屬內含性質的安全針具能一併報告其使用情形，以利了解全貌。

鄭主任委員守夏

本項建議請健保署參考辦理。

蔡委員登順

有關安全針具的決議，文字依照協商時的內容，我沒有意見。如果醫界要求精算使用量，依規定，安全針具費用是按 5 年編列，104 年為第 3 年，預算額度已經累積 3 年了(前 2 年滾入基期)，若真要明確計算，我也不反對，但如果第 3 年實際使用的數量，未達預定水準，對不起！未執行的預算就須扣回。如此建議，反而增加困擾！況且，協商當時本來就沒有談到那麼細節，我認同主席的決

議，按照當時總額協商的共識辦理。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員登順。請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、請委員參看議程第 17 頁五、(二)、2 之(1)，監察院關心無效醫療議題，提出應推動安寧居家療護，所以本項費用既然用在鼓勵安寧居家療護，則明年評核會時，理論上我們應該看到醫學中心、區域醫院的安寧療護個案數下降。在醫院進行安寧療護，1 個月的費用約 15 萬元，較不具效益。
- 二、昨天晚上很多人去聽 Michael Porter(麥可·波特)的演講，大家都知道，全世界已開發國家都面臨高齡與少子化的問題，這個情況下，如何朝社區化照護發展，甚至以住院加計 PAC(Post Acute Care，急性後期照護)整體花費成包裹式給付提供服務，以節省費用，這也是全世界努力的方向。重點不只省錢，而是 Value(價值)的概念，須思考花費的錢有無買到應有的效益，或明明應該以較便宜的方式，就能夠買到的 outcome(結果、成果)，我們是否反而以較昂貴的方式去做。昨天演講的重點都圍繞在此，在此也提醒健保署注意。
- 三、本週二健保署召開「全民健康保險醫療服務給付項目與支付標準共同擬訂會議」臨時會，我和李教授玉春都因有課無法參加，聽說「提升急性後期照護品質試辦計畫」修訂案還是通過了！該計畫原本執行期間只有 1 年(自 103.1.1 至 103.12.31)，且本(103)年 11 月 17 日才要舉辦檢討會議，但新修訂的計畫卻已通過，內容除了不接受新增團隊(有意願參與的醫院可加入現有團隊)；另執行方式加錢，甚至加碼，例如新增主責醫院(提升團隊照護品質)獎勵費每年 6 萬點，似有舊團隊自肥之嫌。
- 四、急性後期照護應朝社區化發展(朝居家或護理之家，不應是區域醫院急性病床)，且納入 best value(最佳價值，即區域急性病

床作 PAC 是否符合最佳價值?)的重要概念，不要用較昂貴的方式提供服務。請健保署在明年評核會時提出評估數據，也許明年總額協商時，我已經不是健保會委員，但希望以後還在任的委員務必記得這兩件事。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝吳委員肖琪提醒！其他委員對會議紀錄有無文字修正？(未有委員提出)如果沒有的話，上次會議紀錄確認。
- 二、請委員翻到議程第 35 頁，例行報告第二案是上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請柯執行秘書桂女。

柯執行秘書桂女

- 一、各位委員及所有與會者，大家好！
- 二、進入報告案之前，先說明今天桌面有 3 份補充資料，第 1 份是健保署的邀請函(全民健康保險急性後期照護研討會)，第 2 份是中醫師公會全聯會及國家中醫藥研究所的邀請函(第 17 屆國際東洋醫學學術大會)，歡迎委員參加。另 1 份是補附資料，係衛福部以 103.10.16 函轉陳行政院有關本會上次委員會議臨時提案「有關中央健康保險署與主計總處核算全民健康保險法規定政府應負擔 36% 比率見解不同」及其決議之文件。本會收到公文後，已先以電子郵件傳送委員參考，今日補附之書面資料請委員參閱。
- 三、上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告共 4 項：
 - (一)說明三及四為衛福部及健保署副知本會的相關資訊，詳細資料在議程第 133~142 頁的附錄二、三。之前本會對於健保自付差額特材，希望健保署能訂定自付差額上限金額，當時健保署基於某些因素，並未訂定上限金額。現在健保署已開始對自付差額特材，導入上限規範，本次係針對「特殊功能人工水晶體」訂定自付差額上限金額，請參看說明四。
 - (二)說明一，上次委員會議決議(定)之 6 事項，依辦理情形建議

解除追蹤 2 項，繼續追蹤 4 項，請委員翻到議程第 36 頁附表：

1. 第 1 項是修訂「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」之附表案，案經本委員會議討論，健保署已參酌委員建議修正內容，並報衛福部核定後公告，本項建議解除追蹤。
 2. 第 2、3 項均為委員之前提案，請健保署在業務執行報告提供更完整資料。第 2 項為 103 年度醫院總額一般服務費用分配案中跨區就醫點值採新結算方式評估案，相關資料已呈現在本次業務執行報告第 34 頁；第 3 項為增列醫院總額各分區三層級醫院之門、住診平均點值與浮動點值等相關資料，也已呈現在本次業務執行報告第 33 頁。這 2 項建議解除追蹤。
 3. 第 4 項，有關健保署提供 96 年新增 33 項胸腹腔鏡手術之替代效應分析資料，因當時只報告 3 項，委員希望提供更完整報告，健保署並於上次委員會議提供完整資料；惟干委員文男於會中提出質疑，認為新手術費用及住院天數應降低，某些項目為何反而較高。健保署已對此進行分析說明，請委員參閱。因健保署已提出說明，所以幕僚初步建議解除追蹤；惟干委員於會前曾表示，對健保署的解釋仍不太滿意，若委員認為仍需進一步瞭解，本案可改為繼續追蹤。
 4. 第 5 項是總額協商完成後，於一定期間內需提出的相關例行報告，本項繼續追蹤。
 5. 第 6 項與剛才所提的補充資料有關，因衛福部已將委員對政府負擔健保總經費 36% 計算方式之意見轉陳行政院參考，目前行政院尚未回復，本項可俟其回復後再解除追蹤。
- (三)說明二係針對本會委員會議之提案單略作補充及文字修正，請委員參看議程第 38 及 39 頁，之前通過的提案單有關提案

內容與本會業務符合情況，係引用健保法第 5 條規定，共列有 5 項法定任務，惟依本會設置要點所列任務，除健保法第 5 條所定事項外，還有第 6 項「其他全民健保法所定由本會辦理事項」，為符合實務需要，爰將提案單略做修正，並增列各法定事項與健保法相關之條次，不知委員有無意見？

鄭主任委員守夏

謝謝柯執行秘書的報告，委員有無詢問？

干委員文男

- 一、有關追蹤事項第 4 項，健保署提供 96 年新增 33 項胸腹腔鏡手術之替代效應分析資料的進一步說明，幕僚建議解除追蹤。為節省健保費用，錢應花刀口上，新醫療科技包括手術、藥品、特材等，每年總額都有編列預算，所以應該定期檢討，最好能在總額協商前，請健保署提報相關資料，讓委員知道過去的執行成果，以利納入下年度總額協商參考。否則錢花了，若健保署提供的數據很少，或在協商前無法提供資料，那就不好。資料到本次會議才提出，我也接受，但希望以後能針對問題提供資料，而不是只有二、三句口頭說明。新醫療科技花了錢就要看到成果，尤其下年度評核時，應該要看到執行成效，讓委員知道所支出的費用具有成本效益。對本項解除追蹤沒有意見，但新醫療科技預算應提出執行成果報告，才能真正達到預期目的。
- 二、第 6 項有關政府負擔 36% 計算問題，衛福部已函報行政院，在行政院未正式答復前，不可以解除追蹤，如果解除了，以後就不容易追蹤其後續進展，本項建議繼續追蹤。

鄭主任委員守夏

- 一、第 4 項同意解除追蹤，請幕僚記下來，健保署明年於評核會報告時，務必將新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)項目，單獨列項報告，干委員文男都會參加評核會，也會

持續關心。

二、第 6 項俟行政院回復後再解除追蹤。其他委員有無詢問？(未有委員表示意見)

三、議程資料第 39 頁提案單是幕僚檢討後的修正建議，過去曾有提案的內容確實與本會權限較無相關，以幕僚立場，很難直接不列入議程，幕僚詢問我的意見，也只能說依法辦理。屬本會權責事項才能提至委員會議討論，若非屬本會權責，或可直接轉請相關單位處理，不需提會變成正式提案。如果沒有意見(未有委員表示意見)，我們就通過。

貳、例行報告第三案「104 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率報告案」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

- 一、接下來是報告事項第 3 案，為節省時間，請委員參看議程資料第 41 頁之附表。剛才宣讀上次會議紀錄時，已有各部門總額的細項成長率及相關協定事項，本案主要確定總成長率數據。
- 二、104 年度總額成長率(相較 103 年度核定總額)，牙醫門診總額為 2.140%；中醫門診總額 2.124%；西醫基層總額 3.191%；醫院總額 3.659%；總成長率為 3.430%。委員對上述數字有無詢問？(未有委員表示意見)。本案屬例行作業，若未有問題，本報告案確定。
- 三、接下來進行報告事項第 4 案，今天是光輝 10 月，本次須進行口頭報告，請黃署長三桂報告。

參、例行報告第四案「中央健康保險署『103 年 9 月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

謝謝黃署長三桂的報告，請問委員有無垂詢？請干委員文男。

干委員文男

- 一、近期媒體報導黃明和醫師涉弊案，顯示有嚴重的藥價問題，究竟實情為何？檢調的調查結果讓社會嘩然，他以往擔任過幾屆立法委員，且秀傳醫院在中部又屬大醫院，依照媒體的報導，秀傳醫療集團自己買藥、賣藥，賺那麼多錢，到底為什麼會發生這種情況？很多基層的工會會員都在詢問，讓我深感壓力。是健保會委員監督不周，還是健保署怠忽職守。
- 二、去年協商 103 年度總額時，我們編列雲端藥歷的預算，感謝黃署長三桂很有魄力，將這幾年無法解決的問題，一併解決，我要特別感謝他！因為從我擔任健保監理會委員的第一天，就提出此問題，以前健保署開的支票一直無法兌現，現在終於做到了。健保署最近召開「2014 年亞洲全民健康保險國際研討會」，我們都有去聽，辦得很好，現場看到雲端藥歷即時通，非常好！不論被保險人或醫師，將健保卡一插入就可查詢用藥紀錄，讓患者減少藥物浪費。前幾天我去醫院領取慢性病藥物，看到前面的病人拿很多藥，經詢問，他 1 個月總共跑醫院 4 趟，每次拿 2 大包藥，這是否有問題？
- 三、除了雲端藥歷做得很好外，全民健保健康存摺系統也不錯，用自然人憑證就可查詢最近 1 年健保的就醫紀錄，但我認為這部分還有待努力。本來是說用自然人憑證插入讀卡機後，就可看到就醫紀錄，以提升民眾自我健康管理，結果看到的只有部分資料，若要完整列印，還必須登入網站提出申請，1 個禮拜才能取得資料，所以這部分有待加強。去(102)年 9 月在總額協商會議中，曾提出請健保署在 10 月份委員會報告，雖然今天並未報告，但雲端藥歷做得很好。

鄭主任委員守夏

請黃署長三桂。

黃署長三桂

- 一、感謝干委員文男、吳委員玉琴等幾位委員撥冗參加本署舉辦的「2014 年亞洲全民健康保險國際研討會」。非常謝謝大家的鼓勵！有關雲端藥歷及健康存摺，才開始推動實施，尚無法顯現成效，但未來會陸續加入其他相關內容，相信屆時一定會有具體成效可向委員會提報，感謝大家的支持！
- 二、有關藥價申報不實的案件，健保署與南檢有共同成立一個藥價調查合作小組。秀傳醫院案子調查過程中，本署同仁有參與協助提供案件說明，但由檢調主導整個案件，另外，因其屬檢調調查中的案件，為尊重司法，健保署不便表達意見。依據媒體報導，好像是秀傳醫院先在外面設立公司，將醫院應該賺的藥價差先攔截。對於藥價申報不實部分，過去有很多案件移送檢調，結果有起訴及緩起訴，但大都以涉及偽造文書的罪名判刑，但依媒體報導本案似涉嫌背信與業務侵占。以上訊息都是經由媒體披露，實際上檢調的偵察內容，健保署並不清楚，僅就媒體報導所看到的資訊，向委員說明。

鄭主任委員守夏

建議還是針對業務報告進行請教，請李委員永振。

李委員永振

- 一、業務執行報告第 7 頁備註 3，提到從 7 月份起辦理 102 年度利息及股利所得應收繳之補充保險費開單計費，請教這部分的補充保險費金額多少？目前收繳情況如何？9 月份多了應收保費增加的有利條件，為何當月保費收入成長率卻為-3.43%？
- 二、再請參閱第 11 頁資料，有關去(102)年至今(103)年 7 月份補充保險費收繳統計，依前幾次業務執行報告的內容，102 年度補充保險費收入總數，於今年 3 月底呈現的是 398.69 億元，6 月

底變成 402.52 億元，9 月底又變成 402.98 億元，數據一直在變動。請問本表呈現的 402.98 億元是最終統計數據嗎？表格底下備註 3 說明，去年底實收補充保險費金額為 331 億元，若換算成實收率約 82%，但補充保險費是就源扣繳，為何實收率僅 82%，有無改善空間？至 103.9.30 實收金額應為多少？

- 三、剛才追蹤事項提到政府負擔健保總經費 36% 的部分，應該還未定調，但健保署估算的數據，都是引用主計總處的算法，是否健保署的立場有所改變？
- 四、最近很夯的陸生納保議題，據 9 月 25 日自由時報 A4 版的報導，政府 1 年補助陸生的保險費約 3,500 萬元，另依健保署資料統計，陸生的醫療支出約 2,300~3,600 萬元，若以平均值估算，大約 3,000 萬元，加上政府負擔的 3,500 萬元，每年將為此投入 6,500 萬元，但陸生自付的保險費只有 5,300 萬元，換言之，政府還需透支約 1,200 萬元。在 101 年健保監理會第 206 次會議，曾經討論過陸生納保的議題，依當時衛生署代表之說明，從財務的角度解釋，陸生納保並未影響健保財務，但現在看起來對國家整體是有影響的。建議未來說明此議題時，數據應更充分，讓委員能有全盤性的瞭解。

鄭主任委員守夏

請黃署長三桂。

黃署長三桂

- 一、針對李委員永振的垂詢，有關業務執行報告第 7 頁及第 11 頁的統計數據，稍後請財務組同仁說明。
- 二、先就政府負擔健保總經費 36% 的部分說明，目前依據主計總處的見解估算，是因為健保署是行政單位，所以暫依行政院編決算數，先做這樣的處理。但在此很清楚地向各位委員表達，健保署的立場是政府負擔健保總經費的百分比一定要達到 36%。是依據法令規定處理，而法令的解釋權在主管機關，全民健保的主管機關是衛福部，主計總處的代表今天也在場，現在因政

府財務拮据，因此，本議題衛福部與主計總處的長官尚協商中。不論以健保署或個人立場仍認為依法政府要負擔 36% 健保總經費。

- 三、至於陸生納保部分，李委員永振所引用的數據可能有點誤差。如果「兩岸關係條例」修法通過，讓來臺之陸生得比照外籍生取得居留資格參加健保。依現行規定，陸生比照僑生及外籍生以第 6 類第 2 目被保險人身分投保，每人每月健保費為 1,249 元，其中 60% 健保費要自付，40% 健保費由政府負擔。依照目前本署統計，無論外籍生或僑生(指來自港澳地區學生)，以渠等所自付的 60% 健保費來看，所使用的醫療費用只有繳交保費的 44~47%，也就是以他們所繳的保險費，足夠支應所花的醫療費用。因此依統計數據來看，陸生納保對於全民健保的財務其實是有點幫助。

- 四、有關補充保費部分的詢問，請財務組同仁說明。

洪組長清榮

- 一、業務執行報告第 7 頁，有關 102 年度利息及股利所得應收繳之補充保險費開單，依規定，去年利息所得在 5,000 元以上但未滿 20,000 元的補充保費，銀行沒有就源扣繳的部分，由健保署於今年開單，自 7 月份起總共開出約 100 萬份繳款單，應收的補充保費約 15 億元，目前已收繳 13 億 4 千萬元，相關數據呈現在 8 月份權責基礎數字上。至於 9 月份保費收入(權責基礎)的細節，與預算、政府保費有關，稍後請主計單位說明。
- 二、業務執行報告第 11 頁補充保險費收繳統計表中，依 103 年 9 月 30 日之統計，102 年度的補充保險費收入為 402.98 億元，與前幾個月業務執行報告的數據 398.69 億元有差距，上述數據的變動，是因為 402.98 億元係依權責基礎計算，但收繳過程中，會發現部分扣繳單位的申報資料錯誤，有多繳或少繳情形，因此會陸續更正而造成數據變動，但經過一年多來的歸正作業，變動已較少。

三、至於備註 3 的說明，102 年底實收補充保險費 331 億元係指現金收入，與統計表中的 402.98 億元的權責收入有差距，因為去年 11 月或 12 月的補充保險費有些是在今年繳納，所以列在今年的現金收入，總共收到 71 億元。

鄭主任委員守夏

謝謝洪組長清榮的說明，請李委員永振。

李委員永振

謝謝剛才黃署長三桂的指正，我引用的數據是 9 月 25 日自由時報 A4 版報導，若我講的不對...

黃署長三桂

不好意思，打個岔，那個新聞健保署已去電請報社記者更正。

李委員永振

有更正是嗎？但我不知道！所以今天引用的數據，還是根據自由時報的報導，因為並未看到更正消息。

鄭主任委員守夏

一、個人認為，將陸生當作外國學生有何不對？不論拿哪一國護照，只要沒有中華民國護照，就是外國人，所以將陸生當作外國學生並無不對。

二、對健保署「這樣還賺錢」的說法，個人並不認同。不論賺錢或賠本，該做的事就該做，不需計較賺錢或虧本，若照健保署說法，我們退休後也都會讓健保虧本，所以是否以後健保署就不用照顧退休老人？李委員永振對精算非常專門，但對陸生納保問題，建議不要泛政治化。我國施行社會保險制度，而就社會保險的立場，除了交戰國外，全世界沒有一個國家會這般計較。舉例來說，我國學生留學英國，也都由該國指定的家庭醫師照顧，享受的待遇與英國人一樣；到美國念書，該買什麼保險、學生採什麼費率，與美國人也一樣，並未有差別待遇。對此議題，建議以本會立場不需斤斤計較費用，不然會變成小

鼻子小眼睛，一個健保支出 5、6 千億元的國家，還計較 5、6 千萬元，建議不要跟著媒體起舞。

李委員永振

可能我的表達能力不好，想表達的不是計較費用，而是希望委員能知道全貌。同意主席的觀點，但要強調的是，委員會議上的論述，是為讓委員知道全貌，並未牽涉政府決策對與不對的問題。前天晚報也報導，台生到大陸只負擔 100 元人民幣，大陸政府負擔 400 元人民幣，相形之下，我們負擔的比率就不太相稱。另外，為何大陸 1 年 2,500 元台幣(500 元人民幣)就夠用，可能他們是陽春麵，我們是滿漢全席的牛肉麵，所以無法用保險費比較。再次強調，健保署要讓委員知道全貌，不要前後矛盾，造成誤解，像我就被媒體誤導。

鄭主任委員守夏

謝謝李委員永振。若媒體報導有誤，相信健保署了解其有責任澄清，雖然媒體可能不會刊登澄清部分，但健保署有自己的管道，可讓健保會的委員瞭解。請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

- 一、大陸學生若有繳保費，還算不錯，舉個實際案例，提醒醫界注意。有個依親的大陸人士帶病到台灣就醫，他很有辦法，因為心臟血管已阻塞，不僅到台灣做斷層掃描，還做心臟手術。健保有規定探親、依親，可以納入健保，然後馬上到醫院進行手術嗎？費用誰付？台大醫院雲林分院就遇到這樣的事情。
- 二、醫療法規定，病患求診時醫療院所不得拒絕。大陸人很聰明，剛才所說的病例住在海南島文昌市，在台灣醫好後，還說台灣要把我的病醫治好，再用直升機送我回去，非常囂張！這類問題有關單位要好好處理，不能讓他們「吃人夠夠」(台語)。探親不能繳健保費(納保)，來依親以後，有工作才可繳健保費(納保)，這位患者連保費都未繳，但不管到哪家醫院就醫，醫院

都得醫治他。這個問題很嚴重，心臟繞道手術可能要花好幾十萬元，之後如何處理？病患說沒錢，台大醫院雖然告知當事人，未繳費就要查封財產，但若無財產可查封，這筆費用就變成呆帳。醫界要有主張，以後碰到大陸同胞到醫院來就醫，錢要事先收，不然會賠錢。我替你們講話，怎麼看到你們搖頭呢？依親、探親的問題比陸生納保還嚴重，希望健保署、衛福部、醫界及有關單位要多加注意類似案例。

鄭主任委員守夏

謝謝！若屬法律層面的問題應請衛福部檢討，可能與醫界較無直接相關。請何委員語。

何委員語

建議健保署統計去年港、澳、大陸同胞及外籍人士繳多少健保費，及花多少醫療費用。據瞭解，每年港、澳、大陸人士來台用掉的醫療費用超出所繳保費的三分之一。現在有將近 40 幾萬名外勞，較年輕、較不會生病，還有外國公司駐台高級幹部，平均年齡為中年以下，醫療支出較少，聽說繳較高的保費，但其醫療費用的支出較低。希望健保署提供資料讓健保會委員瞭解實際情況，若能提供今年度上半年的數據更好。

鄭主任委員守夏

謝謝何委員語的建議，可多統計幾年，看趨勢變化。若我們的制度好到被別人占便宜的程度，而我們卻不知道，就值得改進。只看短期數據或許不夠，可能的話，多統計幾年，看是否某個類別特別高。或許如陳委員錦煌所提，可能有帶病投保，或需要動大手術才來台就醫的情形。雖然現行有 6 個月等待期的規定(全民健康保險法第 9 條規定，在台灣地區領有居留證明文件，並在臺居留滿 6 個月，才符合保險對象之資格)，但若等超過 6 個月就賺到，是否需再修法，須有足夠參考數據才能判斷。請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、非常感謝陳委員錦煌特別提醒醫院，我們會透過台灣醫院協會轉達相關訊息。向委員報告，醫院也很無奈，因為健保法規定，只要是以被保險人身分就醫，就一定要診療。而且健保法規定，看病時若未帶健保卡，7 天內可以補卡，醫院為了被保險人方便，有時超過 7 天也同意補卡。過去發生過一些被保險人出院後，沒有回院補卡的情形，這些費用當然就成為醫院的呆帳。
- 二、大陸人士來台就醫，有無健保身分，醫院無從了解，必須靠政府相關政策配合，建議能有註記以供醫療院所分辨。有些人已不具被保險人身分，到醫院求醫時卻說忘了帶健保卡，以此方式規避繳費。希望健保署、衛福部日後在修法時，考量如何做才能讓醫院清楚知道就醫者是否具被保險人身分，這樣才有辦法收取非保險對象就醫的醫療費用。

鄭主任委員守夏

謝謝！請問委員還有無請教？

陳委員錦煌

- 一、依親部分，好像來台一段時間後可以辦理投保，但探親就不行。剛才提到的病患沒有健保，結果照了電腦斷層，還裝心臟支架，台大醫院雲林分院不能沒做處置就趕他出去，萬一死亡會有醫療糾紛，所以還是幫他開刀，要收費時卻說沒錢，找他女兒，也說沒錢。若在大陸有財產則可查封，若沒有就變成醫院的呆帳。我曾向台大醫院雲林分院林副院長宏茂請教此問題，在此提出供醫界參考。那位人士治療後還要我們請直昇機載他回去海南島，不要讓大陸人吃我們夠夠(台語)。
- 二、剛才委員提到陸生納保，學生繳 5 千萬元健保費，政府補助 3 千萬元，健保署還賺 2 千萬元，沒虧錢。但對探親、依親部分反而要特別注意，台灣醫院協會要處理，政府也要關心。

鄭主任委員守夏

謝謝！現在已經 11 點，本報告案到此告一段落。接下來進入討論案，討論事項有 8 案，討論過程請盡可能精簡。雖然不想限制委員發言，但為提升議事效率，若需限時 3 分鐘，就請同仁很小聲按鈴提醒，不然討論事項有 8 案，對議事效率很有挑戰性。請同仁宣讀。

肆、討論事項第一案「104 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀，請陳委員義聰(牙醫師公會全聯會理事長)簡要說明牙醫部門所建議的方案內容。

陳委員義聰

主席、各位委員大家好，在此簡要報告牙醫部門的建議方案。有關「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」及「醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用」之費用，希望依照往例處理；另「牙周病統合照護計畫之牙周病統合性治療第三階段給付費用」，本次協商感謝委員接受我們的意見，新增 8 千萬元預算，但還是不夠，所以需自行由一般服務預算補貼 6 千萬元，才能確保「牙周病統合照護計畫」確實執行。

鄭主任委員守夏

請問委員有無意見？請何委員語。

何委員語

- 一、請教陳委員義聰，聽說牙醫診所現在都聘請不到護士，牙醫門診總額中有無獎勵聘請護理人員的預算或計畫？據說牙醫診所護理人員非常短缺，近年有人主張牙醫可聘請外勞來解決此問題。
- 二、過去牙醫部門不論在總額分配，及相關績效考核表現都很好。剛才陳委員錦煌提了大陸人士依親來臺開心臟手術的案例，但據了解，很多海外人士，包括陸配也來臺裝假牙、接受牙科治療、口腔護理照護，請教牙醫界對此現象有何高見？

鄭主任委員守夏

請陳委員義聰。

陳委員義聰

- 一、謝謝何委員語的愛護，簡單說明。首先，牙醫輔助人員在國內制度設計上，還有值得檢討之處，很多先進國家，都訂有「醫師法」及「牙醫師法」兩部法律，但台灣以一部醫師法同時規範西醫師及牙醫師，這部分確實落後，且缺乏完整規劃。在此並不適合討論制度問題，但如果委員願意支持，在此表達感謝！
- 二、有關聘請外勞部分，尚未聽過這樣的情事，站在牙醫師公會全聯會的立場，也不支持，請大家放心。此外，外籍人士裝假牙，因屬自費市場，基本上與健保無關，如果病人持健保卡就醫，牙醫師還是要依照規定提供醫療服務。

鄭主任委員守夏

委員還有無請教？牙醫部門一向較單純，而且已經 100% 依保險對象人數占率分配地區預算，細部微調部分，則尊重牙醫師公會全聯會的意見，本案依擬辦內容通過。

伍、討論事項第二案「104 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀，先請中醫師公會全聯會何理事長永成說明。

何委員永成

- 一、主席、各位委員，上個月總額協商時，中醫部門承諾今年 R 值(人口占率)要往前進，為此，中醫師公會全聯會在台北、台中、高雄地區共召開 3 次會議，召集全聯會各分區中執會(中醫門診總額執行委員會)的幹部商討後已有共識，R 值由 6% 前進至 7%，對此決議，6 分區已有 5 分區的主委簽名同意，1 區尚未簽名。
- 二、中醫的情況比較特殊，地區預算分配方式改用試辦計畫後，現行分配參數共有 6 項，包括：「各區實際收入預算占率」、「各區去年同期戶籍人口數占率」、「各區每人於各分區就醫次數之權值占率」、「各區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差」、「各區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率」、「偏鄉人口預算分配調升機制」等。大家可能很在意戶籍人口占率偏低問題，事實上，中醫依據過去幾年的執行經驗，調整分配參數後，以目前人口因素的影響度，如果按衛福部的規劃方案還原，權值約為 20%~30%，因此光看戶籍人口占率，會有數字上的迷思。
- 三、請委員參看議程第 57 頁，「各區去年同期戶籍人口數占率」若從 6% 前進至 11%，則中區預算成長率會從 1.762% 降至 0.358%，所以提升人口占率對中區是很沉重的負擔。如果 R 值(各區去年同期戶籍人口數占率)往前進太多，對中區的影響會很大。實務上，不可能將目前在台中市執業的中醫師趕出，相對地，很多中醫師也不敢到南投市執業，這些情形是中

醫界的沈重負擔。所以我們希望用緩和、漸進的方式調整，經過這幾年 modify(修改)後，可從議程資料第 59 頁，各區中醫師分布的情形觀察到，中區於 94~102 年每萬人口中醫師數年化成長率只有 2.9%，低於其他分區。北部中醫師已慢慢在增加，南部義守大學開辦學士後中醫學系，學生已經五年級了，而東部慈濟大學也設有學士後中醫學系，我想 5 年或 10 年後，各區中醫師的分布會逐漸均勻。目前中醫門診總額在中區的問題，較其他部門總額相對嚴重，無法相提並論。

四、請參看議程資料第 63 頁，97~103 年第 1 季中醫門診總額各季點值分布情形，中區從 99 年第 1 季至 103 年第 1 季，在 6 區都是排名最後，若 R 值前進太快，則中區與其他分區的點值會相差 10% 以上，屆時就必須檢討。

五、各位看到的數據只是表象，中區點值排名第 6，但與第 5 名相差很多，若以中醫師平均每月申請醫療費用來看，南區或高屏是 30 幾萬元，而中區只有 20 幾萬元，兩者相差近 10 萬元，若點值再相差 5% 或 6%，中區的中醫師就更不容易生存。中區的中醫師本來就是在地生根發展，若用健保總額制度逼迫他們，使點值一直下降，站在中醫師公會全聯會的立場，這種方式對中區並不公平。中醫界為了順應健保會要求，已經有共識做此調整，希望委員能夠支持。

鄭主任委員守夏

謝謝何委員永成，請委員表示意見。我知道有些委員有收到中醫個別分區的信件。若委員都未有意見，這麼有共識，就照案通過。

何委員永成

主席，我想補充說明有關信件的事情。

鄭主任委員守夏

若大家都沒有意見很好，就照您的建議。請何委員語。

何委員語

- 一、若大家都沒有意見，本案就通過。但我有個建議，據了解慈濟大學學士後中醫學系學生於今年畢業後，全部考上中醫師執照，沒考上反而有困難！建議中醫師公會全聯會要努力，匯集這些高學歷、優秀的中醫師，成立中醫論證及醫療科學研究委員會，每年就中醫醫療或專業發展提出論文或建議，讓社會及健保會委員對中醫更有信心。
- 二、早期中醫師是學徒制，有些人透過特考取得中醫師資格，希望可加強中醫師的管理，並改善執業處所的環境設備，讓社會耳目一新，認同中醫優質的醫療服務及環境，期盼全聯會能夠加強推動。
- 三、此外，希望全聯會多舉辦學術演講，及促進醫療進步的研討會，讓中醫師的觀念與專業新知與時俱進，如此社會對於中醫界會更有信心。

吳委員肖琪

主席，我還是有意見。

鄭主任委員守夏

請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、請參看議程資料第 57 頁，104 年度依「各區去年同期戶籍人口數占率」分配之各區預算估計值，占率 6%時，中區費用為 56.63 億元，11%時，則為 55.85 億元，兩者一年相差約 7.8 千萬元，等於占率由 6%前進至 11%時，中區預算少了將近 7.8 千萬元，而這些費用會轉分配至其他分區。
- 二、接著請參看議程第 59 頁，歷年中醫門診總額各分區中醫師分布情形，中區於 102 年有 1,622 位中醫師，若將上開減少的 7.8 千萬元，除以 1,622 位中醫師，則每位中醫師的衝擊約一年 4.8 萬元。據統計，中區醫師 1 年申報醫療費用約三百多萬點，若占比由 6%前進至 11%，對其衝擊每年減少 4.8 萬元；更何況

人口占率是從前幾年的 30%(投保人口占率)退至 6%(戶籍人口占率)。

- 三、評核會議時，我看到這幾年中醫市占率(中醫就醫率)，從 30% 以上降至 30% 以下，但每人就醫次數卻增加，這是大家要思考的問題。台中市每萬人口中醫師數已經高達 6 點多位，我知道陳委員錦煌一直想提升雲林縣的中醫醫療，但目前做法應該是無法改善雲林中醫師數，各縣市每萬人口中醫師數差距已達 5~6 倍之多，所以才建議地區預算分配可朝依 22 縣市分配的方向思考。
- 四、地區預算採試辦計畫方式，分東西 2 區分配後，中區醫師成長率為 28.8%，因為中區本來中醫師數就多，所以中醫師分布不能只看成長百分比。94 年中區有 1,259 位中醫師，102 年增為 1,622 位，共增加 363 位中醫師；全區 94 年有 4,308 位中醫師，102 年增為 5,723 位，共增加 1,415 位中醫師；經換算，即該期間每增加 100 位中醫師，就有約 25 位至中區執業，因此，如何避免中醫師一直集中在中區很重要，尤其不要再集中於台中市，因若照這樣下去永遠解決不了問題。施行試辦計畫之前，人口占率還有 30%，現在退至 6%，我已看到有兩區提出抗議，以為會有委員提出意見，可是都沒有。目前中醫市占率少於三成，提醒中醫界要注意！

鄭主任委員守夏

謝謝吳委員肖琪。請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、建議調整本案的擬辦文字，因為內容與法制面有出入。請參看議程資料第 55 頁，本會幕僚所擬「...請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之」，我認為文字敘述應該更清楚，是「授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之」，權限在本會，若本會認為有問題，也可將授權收回。
- 二、另「...於 103 年 12 月底前送本會備查」，我認為不是備查，

應該要經過本會同意才生效，因為分配權力在本會，本案文字敘述是一代健保的習慣作法，用詞需要改正，讓體制面能更清楚。

鄭主任委員守夏

- 一、感謝委員天仁。若要本會同意，就是審查而非備查，我們授權出去當然可以再收回。大家是否同意，各部門總額一般服務之地區預算分配案，相關細項由健保署會同各總額相關團體議定後，還要於 12 月份送本會審查，若本會未通過就不能執行，也是增加我們的責任。
- 二、目前要討論的兩項重點，一項是 R 值是否依照中醫師公會全聯會的建議，由 6% 前進至 7%；另一項是健保署會同各總額相關團體議定後，本會要不要審查或備查即可。這兩點請委員表示意見。

干委員文男

主席。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

我認為中醫門診總額既然有 2 分區表示不同意見，很多委員有收到抗議函，這 2 區希望 R 值能再往前進，剛剛吳委員肖琪已經說得很清楚。建議本案是否退回全聯會再議，試辦計畫施行之前的 R 值是 30%，現在則為 6%，中醫內部可以再協商，如果不同意的話，謝委員天仁的意思很清楚，本會可進行審查，屆時大家都會難堪，建議不要因內部意見不合，而影響全體中醫的權益。

鄭主任委員守夏

干委員文男的建議在執行面有困難，據我所知，歷來中醫界都很難有共識。東區已退出戰局，剩下 5 區，請參看議程資料第 57 頁，104 年度依「各區去年同期戶籍人口數占率」分配之各區預算估計

值，若調升至 11%，則台北與北區會多拿，中區降最多，其他 2 區影響很小，成長率都是 1.7% 左右，所以歷來都是中區與台北、北區的拉鋸戰，中醫內部很難擺平。以前費協會有個不成文的慣例，若醫界內部擺不平，即由付費者委員決定，他們內部就沒話講。干委員文男的意見是好意，請中醫內部再喬(台語)，但不論誰擔任全聯會理事長，都很難讓內部達成共識。所以今天要討論是，要不要同意中醫師公會全聯會的建議，剛才吳委員肖琪也表示 R 值前進得太慢。請何委員永成。

何委員永成

- 一、跟主席及各位委員報告，本案是中醫師公會全聯會在北、中、南共召開 3 次會議才達致的共識，都有經各區主委簽名，是具有效力的決定。至於 2 分區執委會有意見，是因為全聯會提出總額協商草案時，提議若 R 值前進 1%，須增加醫療費用 5 千萬元；若前進 3%，則須增加醫療費用 1 億 5 千萬元，但最後健保會協商通過「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目，預算 1.2 億元，並附帶 3 項協定要求，包括 104 年度地區預算分配，參數中之人口占率(R 值)必須往前進，否則本項預算收回。
- 二、因此，該 2 區就以此做文章，認為這是用前進 R 值所爭取來的預算，所以要求依 R 值前進百分比換算預算額度。但這 1.2 億元絕不是因 R 值前進而爭取來的，是反映醫療服務利用密集度改變所需費用。全聯會提出的是有效力的共識，身為理事長的這個決定，相信全體中醫界都可接受。

鄭主任委員守夏

委員還有無意見？請蔡委員登順。

蔡委員登順

剛剛主席的說明，我有不同的看法，主席表示若醫界內部沒有共識，則由付費者委員當公親(台語，意指仲裁)，基本上我不同意，

以前西醫的透析服務費用，好幾年都難有共識，也都希望由付費者委員幫他們處理，但這屬醫界內部的分配問題，所以不宜由付費者仲裁。又如過去地區醫院提案希望保障某些項目的點值，醫院總額部門的其他層級也有不同意見，只是沒有強烈表達，我們擔心若同意某些項目保障點值，則其他層級的醫院也要比照，後續該如何處理？所以不是每次醫界內部意見不同，都由付費者委員來當仲裁者，還需看議案內容是否能以公正角度處理。類似今天議案的案件，付費者不宜擔任仲裁者。

鄭主任委員守夏

請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

請參看議程資料第 57 頁，104 年度依「各區去年同期戶籍人口數占率」分配之各區預算估計值，中區若由 6% 增加至 11%，兩者相差約 7.8 千萬元，分配給 1,622 位中醫師，經換算，每前進 1%，則每位中醫師約減少 1 萬元；今年多編 1.2 億元，R 值則應前進 8%，加上原來的 6%，R 值應為 14% 才對。我是依數字研析，只是提醒若以 1.2 億元支撐中區的話，R 值可前進至 14%。

何委員永成

跟吳委員肖琪報告，協商時並非以前進 R 值為由，而爭取到 1.2 億元，若將該筆預算全部分配給中區，相信其他分區也會反彈，因為這屬一般服務預算，怎可全部分配給雲林縣、南投縣？該項預算與前進 R 值沒有關連。目前中醫師增加比率最多的是新北市、台北市，而不是台中市；以前台中市的中醫師數與台北市相當，現在台中市的中醫師數已經比台北市少了。

鄭主任委員守夏

委員還有無有意見？請何委員語。

何委員語

一、剛剛蔡委員登順講得很有道理，付費者代表不能為醫界內部利

益分配衝突做仲裁，若可以這樣，則西醫基層代表陳委員宗獻可能會提出耳鼻喉科等 10 大科利益衝突的案件，請付費者委員仲裁，這是很困難的事情。我們既然已經協定中醫門診總額成長率，則由中醫部門自行協商一般服務之地區預算分配。

二、中醫師公會全聯會提案「各區去年同期戶籍人口數占率」，由 6% 前進至 7%，及「各區實際收入預算占率」由 74% 調降為 73%，站在健保會委員的立場，尊重其內部協商的共識；醫界彼此的利益永遠擺不平，甚至還包括選舉的利益衝突，付費者代表不想陷入該漩渦中，這是我們的立場。

三、剛剛主席詢問委員有無意見，因為我說了一些話，造成後面許多委員提出意見，這是意想不到的結果！

鄭主任委員守夏

一、如果委員沒有特別的意見，歷來健保會都採用共識決，基本上專家學者及公正人士的意見是中立的，不會偏醫界或付費者的任何一方。吳委員肖琪的意見，不是幫哪一區講話，而是提醒中醫部門，若中醫師一直集中在資源豐富的地區執業，民眾的中醫就醫率會下降，身為中醫界的領導者，看到此狀況真的需要擔心，當其他總額部門都在攻城掠地時，中醫部門卻在縮小照顧範圍，這是個很嚴肅的問題。若中醫門診總額採六區分配的方式不好，可以思考採縣市別或其他更好的分配方式。事實上，就算資源分配較多的地區，中醫師也不一定會去執業。針對政策方向，我完全同意吳委員肖琪的說法，應該看遠一點。

二、就健保會的運作，如果委員沒有特別意見，則尊重醫界的共識，R 值從 6% 前進至 7%，其實中區包括台中市、南投縣等縣市，但中醫師仍集中在台中市執業，這不是好現象，應該思考有無更細緻、更佳的分發方式，做更好的分配。如果委員沒有特別意見，就照中醫師公會全聯會的建議通過(未有委員表示意見)。

三、至於剛剛謝委員天仁所提建議，委員認為要備查或審查，若是

審查，則需於 103 年 12 月底前經本會同意才能執行。

謝委員天仁

我前面講的是泛指所有事項都授權，授權的意思是可以不管，但發現問題時，還是可以介入處理；至於點值保障，涉及分配層面可能扭曲的公平性問題，健保會責無旁貸，所以建議送本會同意即可，不需審查。

鄭主任委員守夏

就是送本會同意後執行。

吳委員玉琴

剛剛牙醫門診總額部門也有涉及點值保障項目，一併修改為相同文字，於 103 年 12 月底前送本會同意後執行。

鄭主任委員守夏

好，原則上 4 部門總額都採此方式處理，授權健保署會同總額相關團體議定之，六分區中，有些分區可能會有較特別的狀況，則尊重健保署與醫界共管會議的決議；至於點值保障部分，需送本會同意後執行。進行下一案，請同仁宣讀。

陸、討論事項第三案「104 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝同仁宣讀，請將議程資料第 71 頁「...送本會備查」改為「...送本會同意後執行」。
- 二、西醫基層總額 R 值(各地區校正人口風險及轉診型態後的保險對象人數)是否要前進？請西醫基層總額代表陳委員宗獻說明。

陳委員宗獻

- 一、請參看議程資料第 72、73 頁，有關 R 值部分，過去一直討論到底是「投保人口」，還是「戶籍人口」或「就醫人口」？這是個老問題，一直無法解決。在這些問題下，就產生議程資料第 72 頁的狀況，東區 R 值由 65% 提高至 67% 後，預算成長率從 -1.69% 降至 -2.10%，影響比率真的非常可觀。我們很難向台東縣開業的醫師，尤其是外科或婦產科醫師說，不好意思，你們選錯執業地點，應該至別區執業，這樣所提供的手術或處置服務，才可以得到較高點值。
- 二、去年西醫基層總額因此以保障點值的方式，提撥 1 千萬點予東區，請參看議程資料第 73 頁，該提撥產生一點小小作用，就是預算成長率為由 -2.10% 變成 0.44%，但全區預算成長率卻為 2.68%，所以提撥 1 千萬點不夠，甚至提撥 2 千萬點做為(東區)風險基金可能還是不夠。若再往上調整，台南市、雲林縣的點值，尤其是外科或婦產科醫師，馬上會受影響，這中間牽涉事項真的很複雜。
- 三、西醫基層總額 R 值的調整，非常困難，我們已於本週召開 1 次共識座談，不敢直接召開地區預算分配會議，因為牽涉複雜，通常須先召開 4 次共識會議，邀請各區 involve(涉入)較深的人討論。基本原則是維持各區浮動點值不要差異太大，以免對外

科、婦產科影響過劇。

四、R 值由 65% 提高至 67%，差異就這麼大，因此建議今年 R 值還是維持 65%，我們會商討處理方式，並保障東區點值，至於如何處理中間差距的細節，則與中醫門診總額的決議一樣，授權我們再討論，並將討論結果及試算方式提會報告備查。

鄭主任委員守夏

謝謝陳委員宗獻說明，請問委員是否同意(未有委員表示反對)，氣氛很好！若無意見，就照西醫基層總額部門的建議通過。

謝委員天仁

請參看議程資料第 71 頁，建議「請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之」文字，改為「授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之」；另「於 103 年 12 月底前送本會備查」，改為「於 103 年 12 月底前送本會同意後執行」，讓健保署知道法制上，本會認為屬細節部分授權他們議定，然後再提報。

鄭主任委員守夏

這樣應該沒問題，若OK(同意)，就落入決議。進行下一案，請同仁宣讀。

柒、討論事項第四案「104 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀，請劉代理委員碧珠。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

- 一、主席，各位委員午安，醫院總額部門 R 值(各地區校正人口風險及轉診型態後的保險對象人數)，在住院部分自 97 年至今，都未往前進或進一步調整，門診部分也有 2 年未調整。依據衛福部指示的政策方向，建議 104 年人口占率往前進，門診部分希望調整至 48%，住院部分調整至 43%，只進行微調，因為調整太多也無法執行。
- 二、請參看議程資料第 92、93 頁，北區 102 年平均每人門診就醫次數 3.69 次，平均每人門診就醫點數 8,584 點，是 6 分區中最低，在醫療資源使用上，對該區民眾並不公平。

鄭主任委員守夏

如果醫院總額三層級代表都有共識，門診部分 R 值前進至 48%，住院部分前進至 43%。其他委員有無意見？請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、醫院總額部門內部並未有共識，因為 R 值不論調整門診或住院，大概都是增加北區、東區的預算，其他區則減少。
- 二、請參看議程資料第 90 頁，102 年較 91 年每萬人口病床數，台北、中區、南區、高屏、東區都呈現增加趨勢，只有北區反而減少。這有 2 種可能，第 1 是北區人口增加較多，第 2 是醫院的病床數並未增加。其中弔詭的是，較大型醫院病床數的核准權限在衛福部，據我了解，最近 2、3 年衛福部就核准台北區大型醫院增加 1 千 5 百張病床。健保會在考量地區預算分配時，希望費用轉移能將醫療資源同步帶過去，此為錢跟著人走

的概念。但從資料看來，91 年至 102 年，北區的預算慢慢增加，但每萬人口病床數的成長率相較其他分區低，當然這不是我們的權限，在錢跟著人走的概念下，健保會在調整分區預算時，管控病床數是很重要的配套措施。

- 三、在考量各分區預算的情況下，希望衛福部能運用政策導引，投入醫療資源於需要的地區，但目前都尚未看到這些作為。在衛福部沒有政策或相關配套措施的情形下，R 值不宜貿然調升，建議 R 值不要變動。
- 四、若 R 值一定要前進，建請衛福部說明北區增加的病床數，否則變成北區的人口增加，卻未相對提供適當的病床數，所以只是讓現有醫療服務的點值更好而已，對於民眾就醫的可近性並沒有幫助。另外對於已經 over supply(供過於求)的地區，為何衛福部還同意在土城、安坑、新莊等地區增加醫院，合計約增加 1 千 5 百張病床，我覺得相當不應該，也就是這邊增加費用，配套卻未落實，費用與配套本就應該連動，不知健保會要如何解決此問題？

鄭主任委員守夏

請郭代理委員正全。

郭代理委員正全(翁委員文能代理人)

- 一、剛才已經討論過中醫門診、牙醫門診、西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，其實我們醫院是有共識，就是各自表述(與會者笑)。其實醫界很團結，但在分錢時，就無法團結，每個人講對自己較有利的部分，我想很正常，坦白講，不能光考量某幾區預算，因為醫院代表來自三層級，例如我代表醫學中心，若說北區如何，其他區都在後面看。所以宜從較客觀的角度思考，過去點值不好的情況下，醫院因跨區就醫點值結算的問題，嚴重影響各區浮動點值，這件事健保會已於 102 年加以解決，即跨區採全區平均點值計算。這是醫院總額與其他總額部門不一樣之處，因為個別醫院的優秀專科，會吸引民眾跨區

就醫，此問題在醫院部門一直存在，而西醫基層、中醫、牙醫等部門，民眾都在 local(當地)就診，跨區就醫的情形較少。

二、我認為數字會說話，請參看議程資料第 89 頁，到底每個人耗費多少錢？102 年北區平均每人預算 12,732 元，是 6 區中最少的。再請參看議程第 92 頁，97 年至 102 年北區平均每人每年住院就醫次數為 0.11 次，沒有很多；另議程第 93 頁，98 年至 102 年北區平均每人門診就醫點數及住院就醫點數，也是 6 區中最低。不論如何，就算有更多的醫師及病床，病人耗費有限，個人見解是，政策還是要漸進推動，若一下子 R 值要前進 5% 或 10%，我想是做不到。

三、協商 102 年總額時，因為蔡委員登順臨門一腳，門診 R 值才前進 1%，否則 5 年來(97~101 年均維持 45%)完全沒動，事實上說不過去。其他部門總額的 R 值都往前進，客觀地講，假設可以的話，門、住診 R 值均應至少前進 2%，我今天不能代表北區，我是代表醫學中心，而醫院總額部門真正的代表是醫院協會。

鄭主任委員守夏

在座還有一位理事長，能不能代表各層級醫院表示意見，請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

一、主席、各位委員，談預算分配本來就是很傷感情的事情，今天除了專家學者委員外，很多委員都是代表所屬團體，如何分配預算，都會有一部分的人高興，一部分的人不高興，這是件很為難的事情。

二、在固定總額下進行預算分配，有人分得多，必然有人分得少，所以剛才說醫界的共識就是大家各自表述，但各自表述等於丟一個球讓醫界踢來踢去，這不是我們樂見的方式。委員多少有責任出面處理，相信本議題提到醫院協會，即使召開 3 天 3 夜的會議，也只是練口才，解決不了問題。

三、本提案整理出相當多的資料，會影響預算分配的因素，包括人口多寡、醫療資源多寡、疾病型態、就醫次數等，這些有的可以控制，有的無法控制。醫療資源配置無法控制，只能無奈接受，我本來期待各區點值差距能縮小，對於點值特別低者能夠提升，但似乎無法做到。今天談的 R 值取決於人口數，不論 R 值如何調整，都無法調到點值較低的分區。但單論點值高低也不完全合理，請參看議程資料第 94 頁，102 年第 3 季至 103 年第 1 季，浮動點值最低的是南區，103 年第 1 季浮動點值是 0.8264，不到 0.83，這很悲哀，目前醫療院所的點值都很低。百貨公司打 85 折已經是很大的折扣，而且逢年過節才打折，醫院是一年 365 天都在打折，所以在台灣經營醫院相當地辛酸。

四、大家都知道，台北區的醫療機構很多，被保險人也很多，但並不代表其人口多，因為很多公司行號都設在台北，被保險人是以投保單位為準，而不是真正的現住人口，所以中間存在相當的差距。現在談 R 值，從過去歷史來看，門診於 102 年，由 45% 前進至 46%，但住院自 97 年至今，已連續 7 年維持 40%，因此，建議 104 年門診 R 值維持 46%，因為現在若調整，各區影響很大，紛紛擾擾意見很多，宜漸進階段性調整；住診則建議 R 值前進至 41%，影響稍微小一點。這種結果，各層級醫院不見得快樂地接受，但會含淚接受。

鄭主任委員守夏

楊委員漢淙非常高竿，先讓醫院三層級代表各抒己見，各自表述，再提出綜合建議。現在醫院部門建議門診 R 值維持 46%，至於住院 R 值因已 7 年未調整，建議調升至 41%。請蔡委員登順。

蔡委員登順

既然醫院協會理事長那麼困擾，我想大家心理都很掙扎，我們尊重楊理事長漢淙的建議，這是最有承擔的表現，將門診 R 值維持 46%，住院 R 值調升至 41%。我想醫院要有共識非常困難，沒有共識的共

識更不容易。站在消費者立場，我們支持楊委員漢淙代表醫院的提議，尊重其共識。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員登順，其他委員有無不同意見(未有委員表示意見)，若無意見，則照楊委員漢淙的建議通過。接下來進行第五案，請同仁宣讀。

捌、討論事項第五案「攸關 731 高雄石化氣爆事件對健保財務及轄區預算分配之影響的因應措施」與會人員發言實錄

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀，提案人謝委員武吉不在場，請朱代理委員益宏補充說明。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、高雄市的石化氣爆事件是個非常大的災害，全台灣甚至全世界都非常關注。事件發生後，受災民眾當然直接至醫院就診。據瞭解高雄市政府收到幾十億元的善款，包括社會各界的愛心捐助，每個受災戶都有發給一些慰問金，但並沒有用以支應健保提供受災民眾的相關醫療費用。這部分費用理應優先處理，但目前醫療費用均由總額支付，也就是醫療機構因氣爆事件所增加的植皮、手術、燒燙傷加護病房等醫療費用，全部由總額吸收，最後則反映在浮動點值上。即高屏分區增加的醫療服務量，將導致該區浮動點值降低，個人認為對高屏區的醫療院所不公平，對提供災民醫療服務的院所更不公平。
- 二、本案依健保署意見，將依規定代位求償，但支付醫療院所的費用並未增加，對醫療院所完全沒有幫助，這相當不公平。本案有兩個層面，希望其他預算先勻支一部分經費補助高屏地區，甚至直接補助參與救災的醫療院所，這些醫療院所運用很多人力、物力投入救災，建議點值最好以每點 1 元支付。待此部分支付後，健保署再以代位求償等相關辦法，向肇事單位求償，或向高雄市政府勻支一部分善款挹注總額，個人認為這樣比較合理。

鄭主任委員守夏

朱代理委員益宏的說明很清楚。請健保署也提供說明。

林組長阿明

- 一、健保署補充說明，行使代位求償必須符合健保法第 95 條規定之責任歸屬，本署已於今年 8 月函請高雄市政府，協助釐清高雄氣爆事件的責任歸屬，目前檢調尚在偵辦中。
- 二、過去在費協會(健保會前身)時期，於其他預算編列「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」乙項預算，主要用以支應各部門遇有非預期風險時，所需的相關費用。該項預算訂定之動支條件為「不可預期因素影響致使部門總額該季全署預估平均點值在 0.9 以下，且較去年同季點值下降幅度>5%以上」，及「不可預期因素影響致使該部門一般服務之該季醫療費用點數成長>(當年度醫療服務成本及人口成長因素成長率+5%)以上」。以目前情況看來，並未達到動支的條件。
- 三、本署已分析相關數據，7 月 31 日氣爆事件所衍生的醫療照護費用，依 103 年 7~9 月門住診費用預估，約 7 千萬元，累計半年約 1.2 億元，約占高屏分區 103 年當季總額預算額度(138 億)之 0.51%，影響當季點值約 0.0051 元。
- 四、本署考慮本事件屬特別情況，也有立委非常關注，我們已依循相關程序，函請衛福部轉陳行政院，希望可以同意動支第二預備金，目前衛福部還未陳報至行政院。但如果健保會同意以其他預算支應，就可以不用動支第二預備金。

鄭主任委員守夏

據我所知，衛福部正轉陳行政院中，只是不知行政院會如何處理？請干委員文男。

干委員文男

朱代理委員益宏提到社會的善款，本來就應該用在刀口上，讓每個受災戶受惠。可是健保署並沒有權責，可以直接跟高雄市政府洽談，且代位求償的期間，通常都會拖很長，緩不濟急。建議應該由衛福部會同健保署派人與高雄市政府代表協談，並透過媒體給予關注，前提是要早一點進行，否則太晚談，恐怕連骨頭也沒有了(台語)！

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、健保署已說明，有關「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」乙項，本來就編列 10 億元預算，因為沒有人可以預期高速公路會發生車禍、新店也會發生氣爆，所以，預算係支應特殊的突發狀況，讓醫事服務提供者不會受到太大的影響；但如果影響不是那麼顯著，就應由原分配的總額預算自行吸收，所以當時才會訂定這兩項條件。
- 二、剛剛林組長阿明也說明，本案的規模不符合動支條件，站在健保會的立場，沒有理由開此先例，如果同意支應，那麼新店等其他地區的氣爆事件是否也要同意支應呢？未來還有許多不大不小的事件發生，本會應有一致標準，否則日後會很難處理。
- 三、本人贊成干委員文男所提，不要去提代位求償，因為行使「代位求償權」，意味著健保已先支付這項費用。建議健保署應設法協調高雄市政府，看能否使用善款來支應這些受災戶的醫療費用，這種處理方式才是正確的方向。
- 四、有關陳報行政院動用第二預備金，目前相關單位還未確定結果，尚有變動因素，請健保署把握時機，趕快透過協調機制，請高雄市政府買單；若不願意，還可以透過輿論方式，說明高雄市政府得到這麼多善款，卻連受害人的醫療費用都不予支付，還要吃全民健保的醫療費用，高雄市政府這樣的處理恐不公允等等，用這種方式的處理效果較好，而不適合動支「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」這項預算。

鄭主任委員守夏

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

- 一、我的媽媽和弟弟都住在高雄，也是氣爆事件的受災戶，據我所

知，善款有應用在受災戶、生意人，每戶只得到 5 萬元，其他的費用不知運用在哪？我們十大職業總工會一致認為，高雄市政府得到的善款，全民一定要好好監督，對於高雄地區醫療院所的付出，大家都很尊敬，他們也協助向民眾募款，非常用心，不過導致影響總額，對他們也不公平。

- 二、本人贊同干委員文男及謝委員天仁的意見，衛福部、健保署應該好好與高雄市政府討論，不該以健保總額的其他預算支應。至於對高雄市的善款提出要求，一定要把握時機，否則時間一過，善款不知道用到何處了。

鄭主任委員守夏

付費者似乎很有共識。請陳委員川青。

陳委員川青

- 一、依媒體訊息，高雄市的善款幾乎快用完了，建議醫院協會、醫師公會應該主張這筆善款需運用在災民的醫療費用，否則醫療費用增加，全民的負擔也會加重。既然已有捐款，就應該運用在真正的受災戶身上，而不是挨家挨戶的發放善款，這樣的政治操作是不道德的。
- 二、以前發生 921 大地震時，我正在台北市政府服務，擔任民間捐款委員會的委員，為期 5、6 年之久，對捐款的使用，訂有一定的支用程序、條件。既然高雄市政府已有善款，就應該運用在受傷民眾的醫療用途上，而不應挨家挨戶發放，有必要讓受災戶瞭解此訊息，因為若是重傷或殘廢，則需要長期的醫療及復健。今天會議若能達成共識，應該運用媒體及新聞，使高雄市有輿論壓力，並向社會大眾說明捐款流向，同時也讓社會大眾知道健保會的功能。
- 三、這次高雄石化氣爆事件，張忠謀先生也捐助許多款項，用在修路、整修房屋等用途。除了民間捐款外，政府也補助許多款項，因此高雄市災區民眾對這次事件少有抱怨。可惜的是大家都不知道善款的去向。

鄭主任委員守夏

- 一、就本會權限部分，委員很有共識，目前並未達到費協會過去所訂的動支條件。
- 二、至於建請健保署、醫師公會或醫院協會向高雄市政府協調運用善款，並非本會權責，我們只能提供建議。請將焦點放在本會權限的部分。先請朱代理委員益宏，再請陳委員宗獻。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、建議先向高雄市政府爭取善款，以支應這次事件衍生的相關醫療費用，但醫療院所不可能單獨與高雄市政府談，衛福部、健保署有責任及義務協助處理，最好不是只發送公文，必須趕快積極地行動，以爭取這筆善款。
- 二、其次，建議本案列入追蹤，以了解這筆善款的結果，善款要不要支付醫療費用，決定權在高雄市政府。若確定高雄市的善款已分配完，再回過頭來討論本案；若沒有財源，就應爭取第二預備金，或動用其他預算來支應相關的醫療費用。經過這些處理程序，健保相關費用的支用會更清楚，健保署也可以做更精準的費用預估。建議本案以此方式處理。

陳委員宗獻

- 一、我有參與 100 年 12 月份費協會的討論，其中以點值下降幅度需 $>5\%$ 為評估標準，是我建議的。經過這次高雄的氣爆事件，我認為此機制可以重新考慮，畢竟這些原則只是一次委員會議的決議。而非預期的災難，即便是 921 大地震，也只發生在中區，大部分災害是集中在某一地區，因此整體平均點值所受到的影響，很難達到差異 5%。以醫院總額為例，醫院總額很大，要符合原訂定的動支條件很困難。例如發生核爆，雖然可能只集中在某一地區，若醫療費用沒有超過 200 億元，就不能動支其他預算，這樣不合理。
- 二、災難中會產生一個問題，即「災區中的災區」，不僅災區的民

眾受災，災區醫療院所受災的程度更是加劇，因為災區的醫療院所，還需要共同負擔救災的額外費用，以及點值下降的財務風險。例如 921 大地震時，受災民眾除了需要身體的緊急救護及復健外，也有許多人需要心理復健，醫療院所就成為「災區中的災區」。

三、至於如何判斷災害規模大小，是否達動支條件，則需運用大家的智慧來訂定，若僅用全區平均點值的下降幅度，是口惠實不惠的條件，根本無法解決問題。我很後悔當時為何提出 5%，其實應該是 0.5% 才對。誠如剛剛主席所提，動支條件應可再討論，我們不一定要在今天討論，但一定要訂定合理的機制。

四、至於爭取善款和代位求償，最好不要想了！健保會沒有處理新聞的專業人員，根本無法影響輿論，行政院敢提嗎？一旦提出就會被染色，徒增地方政府與中央對立，馬上會有一大堆口水戰，這樣做是一定無解的。所以，才會提出以上建議，健保署應該有道德勇氣，研擬一個具體可行的方法。

謝委員天仁

陳委員宗獻提出檢討「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」適用範圍與動支程序的建議，請另外提案討論。目前本案只能依照現行的動支條件來處理。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

非常感謝！有關原先所訂全區點值差異 5% 的支用標準，當初是站在為全民財務把關的立場所提，下次會議我會提出修正案。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

一、對於高雄石化氣爆事件，感謝南部的醫療院所提供很多服務。

除中央補助 16 億元，民間捐款也很龐大，例如我們工商團體就捐了 20 多億元，理事長要求我們都要捐款，我雖然沒有錢，但也被敲了一筆，不過到今天為止，還未收到高雄市政府的捐款收據。

- 二、現在正逢年底選舉前夕，若發出相關的新聞稿，高雄市政府可能會說，高雄市發生氣爆事件，受災民眾這麼痛苦，中央很沒良心，反而向地方政府索取醫療費用。社會大眾會把槍口集中在中央政府，正中政治操弄者的下懷，不管合理不合理，馬上演變成政治事件，在這個階段最好不要輕舉妄動，以免陷入口水戰，挑起選舉衝突，本來我們是好意，反而變成惡意，請大家深思！
- 三、這筆費用不是很多，未來如果有類似情況，請醫界早點提出，有些人可能會改變捐款指定用途。這次捐款的名義大都是「慰問捐款」，如果向高雄市要求支應醫療費用，可想而知，他們必定會說，依捐款的法規及行政程序，每項善款都是慰問金，沒有一筆是「醫療捐款」，而明正言順地拒絕我們。建議以後對於類似的情況，醫界應該盡早提出，才可能爭取到相關善款。
- 四、有關「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」的款項，既然編列 10 億元的預算，須再審慎評估用法，每個地區的天災、人禍或公害等事件，都可能突然發生。依據健保署的統計，費用並不會超過 1 億元，所以，建議在可行範圍內，慎重考量如何運用該款項。
- 五、向高雄市要求善款支應，一定不會成功，而代位求償也很難處理，即便官司最後判定是南榮公司要負責，也一定會拖個 3、4 年後才會定案。請在座委員重新思考，健保總額已編列 10 億元的預算，目的是為了健保應急、應變之用，既然預算尚有餘額，就應該考量如何妥善運用最恰當。

鄭主任委員守夏

- 一、大家都非常有共識，委員對於本會權責以外的發言，都只是建議，健保署及醫界都可以參考。
- 二、對於之前費協會所做的決議，內容若要調整，無論動支條件改為以 1 個地區、1 個縣市或甚至 1 家醫療院所為基準都可以，但要能落實。請醫界代表另行提案，也請健保署一起幫忙，內容要務實，執行面才可行。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、大家的意見好像並不一致，並非所有委員都不贊成本案，付費者代表包括何委員語，也贊成運用其他預算的這筆 10 億元款項，只有謝委員天仁不同意，所以，不應該做成這樣的決議。
- 二、建議本案先擱置列入追蹤，看看代位求償的情況，以及高雄市政府的回應。可以訂個期限，在 1 個月或 2 個月的期間，如果兩者都無法爭取經費，再回過頭來檢討本案。所以，個人反對主席所做的決議。

鄭主任委員守夏

依據現行的規定，本案是無法通過的，我們並非不理會，而是應該另外提案討論經費動支的規範，等到修訂規範後，再來討論是否可以回溯既往。大部分委員的發言，都認為高雄氣爆事件對當地醫療院所的財務造成影響，但尚未符合費協會之前決議的動支條件，所以本案無法通過。本案重點在於，必須另外提案修正原有的動支條件，然後再討論高雄氣爆事件可否追溯使用該項預算，這樣的處理方式比較合理。請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、同意謝委員天仁及何委員語的意見，一個國家每年必然多少都會發生一些災變及意外事件，除了高雄氣爆事件外，還有海研 5 號船難事件，這些都是很重大的災變。本來健保的經費就編列「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」乙項預算，費協會已訂定該款項的經費動支條件，若要重新訂定，也

是個明確的處理方向。

二、如果醫界要行使代位求償，這是額外的事情，若有成效，對健保財務也有所助益。但此時提出本案，非常敏感，我們都是中間選民，心中自有一把尺，並不想牽涉到政治問題，所以，支持主席所做的決議。

鄭主任委員守夏

委員還有無其他意見？本案我們會繼續追蹤，醫界的建議也不是完全沒有希望，只是既然訂有相關遊戲規則，就應該依照規定及程序辦理較妥適。接下來進行討論第六案。

玖、討論事項第六案「104 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」、專題報告「102 及 103 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之執行情形及成效報告」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

第六案是健保署依法每年必須提送下年度的抑制資源不當耗用改善方案至本會討論；另外，本會之前決議，102 及 103 年度方案請健保署於執行半年後，提報執行情形及成效。所以，先請健保署報告 102 及 103 年度方案的執行情形及成效，讓委員了解過去 2 年健保署在抑制資源不當耗用改善面做了哪些措施，有何成效，再來討論第六案有關 104 年的方案內容。請健保署報告。

張專門委員溫溫報告

鄭主任委員守夏

謝謝張專門委員溫溫的報告。請委員就專案報告與第六案合併提出意見及討論。請蔡委員登順。

蔡委員登順

104 年度抑制資源不當耗用改善方案的內容，大多延續 102 及 103 年度做法，今天的專案報告(「102 及 103 年抑制資源不當耗用改善方案執行情形及成效」)，健保署已呈現過去的執行成效：

- 一、某些管理措施成效不錯，給予肯定，例如，第 118 頁，102 年呼吸器依賴病患的費用，比 101 年減少 12 億點；第 122 頁，三高病患的用藥資訊管理，102 年節約 6.7 億點；總計節省將近 20 億點，健保署應將這些節約的資源，用以提供民眾更有效益的診療及藥物，使總額預算發揮最大的效益。
- 二、近年來國人平均就醫次數高達 15 次，可見重複醫療、不當用藥的現象仍然需要積極改善，健保署已經開始利用雲端藥歷、推動昂貴的高科技檢查資源共享等方式管控，目前成效還不明顯，希望能加強推動，並於 104 年 7 月份評核會時提報執行成果。

三、對民眾而言，提供多重疾病患者整合照顧很重要，除了可以節省醫療資源外，更可提升病人照護品質，但健保署實施「醫院以病人為中心整合照護計畫」及「家庭醫師整合性照護計畫」已經多年，歷年總額也編列不少預算，執行成效看來卻有限，希望健保署能設法加強多重疾病患者的整合照顧。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員登順，請干委員文男。

干委員文男

- 一、從報告可以看到健保署的努力，由深入分析的資料，可發現每項措施都可以節省幾十億的費用點數，我的算術沒那麼好，請問總共可以節省幾百億？加起來似乎至少有百億點以上，如果真的有這麼多節餘，希望能用在加強新藥、新科技方面，不但可以減少病患病痛，又可改善醫院的壅塞現象。
- 二、有關雲端藥歷制度的推動，請問目前實施成效如何？普及率多少？至今還有多少醫療院所尚未加入？未加入的原因為何？醫院未實施的困難點為哪？請健保署說明。雲端藥歷可以監測民眾看病及拿藥的情形，相信民眾逛醫院的情形，一定可獲得許多改善，請健保署公布監測結果，並擬訂推動時程，除鼓勵還未實施的醫院趕快加入外，也清楚說明可以完成的期限。

鄭主任委員守夏

謝謝干委員文男，請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

請參考議程資料第 121 頁，上半頁投影片，有關推動「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」之執行成效，102 年門診就醫次數可以減少 189.3 萬次，請問健保署執行了哪些策略？若以 102 年門診就醫次數減少 189.3 萬次，每診以 500 元估算，理論上應該可節省約 10 億元。但只看門診就醫次數減少，並不準確，如果民眾掛 1 次號可以同時看多位醫師，並無法節省醫療費用。所以，就醫人次

雖然減少，但醫療費用有無減少？才是需要關切的重點。請問本項計畫可以節省多少費用？健保署有無具體數據？

鄭主任委員守夏

請連委員瑞猛。

連委員瑞猛

有關醫療資源不當耗用部分，從剛才報告中，對健保署的努力給予肯定，其已從多方角度及多項方案，加強醫療資源的合理運用。這些工作中，尚有兩部分可再加大步伐。

一、首先是醫療資源不當耗用的改進，曾有人提出每年醫療資源不當耗用，包括無效醫療將近 1,600 億元，數字相當嚇人。從 84 年實施健保至今，每年的藥品在整體醫療費用的占率很少低於 25%，台灣藥品價格算便宜的，但還是有改善空間；最近檢調偵查，中部某醫院利用藥價差，竟可產生那麼大的利潤。藥品應從各種不同的角度努力，不論醫療端或使用端，都需要加強管控機制，做到不浪費；其中如何減少取藥後未使用的情形，十分值得大家努力，因為丟棄藥品，對環境也造成很沉重的負擔，大漢溪檢驗出藥品殘留量是歐盟制定「必須進行環境風險評估標準」的 7,500 倍，紅黴素的檢出量是德國的 1,500 倍，因此，這部分還有很大的努力空間。

二、其次是真正完全不可逆的重大傷病部分，DNR(Do Not Resuscitate，不施行心肺復甦術)的政策，政府也認真推動，但由數據看來(註：台灣安寧照顧協會之統計數據，自民國 95 年 7 月迄今十年來只有 25 萬人簽署了「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」)，推動效果仍有限，因為民眾還是會受到傳統觀念的影響。以目前推動速度(註：醫事司擬訂自民國 102 年 3 月起 3 年內年齡 50~59 歲之人口群，其簽署「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」者可達到 10 萬人)，大概要百年，甚至將近千年，才能讓大家都有意願簽署。雖然我們對生命充分尊重，但若生命已無意義時，再做無謂的醫療，對健保造成的

浪費及傷害蠻大的。生命畢竟有終點，最後在身上插上那麼多管線，是沒有任何意義的。目前規定，重大傷病可免除部分負擔，若龐大的健保花費，只用於維持病人形式上的生命，卻因屬重大疾病，就可以完全由健保給付，將資源用在無效醫療上，此點值得我們深思、檢討，建議應從法規方向思考解決之道。

三、總之，有關醫療資源之不當耗用的費用一年若以 1,600 億元估算，是否正確不得而知，但對如此龐大的費用，若要達到減少浪費的成效，一定得從結構面加以改變。建議在藥品費用管控部分，應該採行更精簡、有效、深入的改善措施，讓藥品妥善的應用，用該用的藥品。大家一起努力，將省下來的錢提供在必要的醫療利用，例如診察費不夠，就可從省下來的錢支付。另外，有關重大傷病的無效醫療部分，可從加強宣導和修改法令規定方向努力，才會更有成效。

鄭主任委員守夏

謝謝連委員瑞猛，請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

一、在座很多位委員，昨晚都有去聽全球競爭力管理大師 Michael Porter(麥可·波特)的演講，他特別提到台灣。台灣很驕傲有全民健保、全民納保、自由就醫，還有 cost down(降低成本)的成果。但依波特的看法，這些剛好是醫療浪費所在。因為現在台灣的大醫院比比皆是，幾乎大家都提供一樣的醫療，病人只要換一次醫院就形同製造一次浪費，所以制度上應進行整合，用全程照護包裹給付(Full cycle care bundled payment)的方式來促進照護價值。剛才連委員瑞猛所提每年浪費 1,600 億元，現在總額將近 6,000 億元，若扣掉 1,600 億元的浪費後，用來治療重大傷病病人，所剩就不多了，所以不能這樣計算，如此計算太過簡單。我不知道怎麼計算，但也不是沒有可能，若能做到波特所提的轉診給付方式，有可能節省費用，但必須說

明，這些支出的形成跟醫師或病人都無關，純粹是制度設計的問題。

二、還好臺灣醫療服務給付項目的支付，區分為 ABC 表，至少分為醫學中心、區域醫院及基層診所，不然，若大家都提供一樣的服務，浪費會更可怕，根本就是洪水猛獸。既然醫療服務可分為 ABC 表，藥品為何沒有區分？若藥品能區分 ABC 表支付，就不會看到應該由較具規模醫療團隊治療的疾病，跑到不適合的層級，這部分很不妥當且所浪費的費用非常可觀。其實台灣這麼小，嚴重疾病北、中、南 3 區各依特長設診療中心，集中處理就 OK 了。

三、向吳委員肖琪報告「家庭醫師整合性照護計畫」的實施情況，目前還沒有改變民眾醫療行為及院所經營的型態，只納入「忠誠病人」的概念，的確可以節省一些費用，根據幾個因素計算，節省的費用差不多 10 億元左右。沒那麼多？(其他委員回答：是)OK！反正數字會說話。換句話說，以現在這種型態，都能省錢，若全面實施轉診制度，每個人都有家庭醫師，並賦予家庭醫師更多責任，更能省錢。總之，推動家庭醫師，以及將藥品也分為 ABC 三級，將不應該在診所使用的藥物，或應該在醫學中心使用的藥物分開，依疾病型態賦予醫療院所不同的責任，讓病人分流，才會真正產生財務改善的效果。

鄭主任委員守夏

謝謝陳委員宗獻，請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

一、這幾年健保署對醫療資源不當耗用的改善，是有些進展，但宣導方面，好像比較強調減少醫療浪費的觀念。其實很多觀念都須要宣導，例如加強安寧緩和條例或 DNR(Do Not Resuscitate，不施行心肺復甦術)制度的推展，而且也要加強民眾端的教育；目前制度設計大多在醫療端，其實民眾端也應加強教育及宣導。

二、支持多重疾病整合醫療的推動，民眾對「醫院以病人為中心整合照護計畫」及「家庭醫師整合性照護計畫」，到底瞭解多少？之前跟老人家提過醫院有提供整合性門診，但發覺他們根本不知道有這樣的服務。政府推動的政策方案，應該加強讓民眾知道，例如整合性照護的觀念，讓民眾知道不是每個病都要單獨分科看診，台灣的醫療分科太細，民眾已經習慣看專科醫師，需要教育宣導來導正。因此，建議在策略一「加強全民健保教育宣導」方面，再加強有關整合性照護、安寧緩和醫療的觀念宣導，同時從醫療端及民眾端加強教育。

鄭主任委員守夏

謝謝吳委員玉琴。請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、針對全民健保抑制資源不當耗用的改善方案，很多委員都感慨良多，感謝健保署做了很多分析，每年一直改進，以降低醫療浪費。既然有這麼多屬無效醫療，就是浪費醫療費用。議程資料第 118 頁，呼吸器依賴患者 101 及 102 年都是 2 萬多人，所耗總醫療費用略高於 4% 強，也就是 240~250 億元左右。
- 二、現在找出這麼多問題，建議健保署成立「無效醫療研究委員會」，或邀請專家學者針對無效醫療研擬相關立法或改善措施。例如部分呼吸器依賴患者的照護，可能屬無效醫療，10 年前，我曾參訪過 1 家呼吸照護中心，有位病人從 7 歲開始，就靠呼吸器生存，到 15 歲還是戴著呼吸器，但身體功能幾乎早就不存在，健保為何要花這麼多錢，醫治一個完全無法醫好的患者？是否應該立法限制相關費用的使用，或逐年提高自費比率，讓病患家屬共同承擔一定比率的費用。不然，重大傷病不用支付部分負擔，而將全體保險對象繳的保費，花在他們身上，不但對社會沒有幫助，也非常不公平。所以，個人認為現有的法令應該對「無效醫療」做較大的突破及改變。
- 三、剛才幾位委員提到加強教育宣導部分，希望健保署能持續推

動，才有助減少醫療浪費。預防勝於治療，民眾了解疾病的相關宣導，才能有效抑制醫療浪費。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

- 一、健保署對抑制資源不當耗用的改善，由這 2 年的報告，確實有進步，但應加重醫師除醫療以外的責任，請其教導、要求病患改變生活與飲食習慣及提高運動量，只要病患願意配合這 3 方面，慢性病的藥量應該可以減半。
- 二、健保的醫療費用總額持續擴大，明年增至 5 千 9 百億元，已逼近 6 千億元。總額從 92 年實施至今成長那麼多，再過 10 年會增加更多，這是健保很大的支出包袱。所以預防醫學概念很重要，其非健保署任務，建議衛福部應在前端加強宣導預防保健重於醫療的觀念。
- 三、2 年多前我就曾建議，政府應重視毒品、農藥、進口蔬果的重金屬與農藥殘留、偽劣藥、偽劣酒等管制，最後也提到食品添加劑及食油添加劑，大家可以查閱相關紀錄。我發言之後半年，就陸續爆出塑化劑、食用油摻銅葉綠素，最近又爆出地溝油、飼料油事件，當時的衛生署如果重視我意見，加強清查所有食品，就不會拖到今天，發生這麼多食安事件。這些事件使得我國人民健康受到很大的傷害，大多屬慢性疾病，而毒品、偽劣藥則可以很快看到它的影響，另外，食品農藥殘留問題也造成很多國人需要洗腎。
- 四、安寧照護、呼吸器之醫療利用應全面清查，剛剛有先進提出立法來處理問題，我則認為健保署或衛福部應該進行醫療調查，對呼吸器依賴患者的家庭背景、呼吸器使用狀況等加以分析。除由健保支付呼吸器照護的醫療費用外，也許每個月尚須支付其退休金，等於政府是雙重支出，查清楚就會瞭解更多並提出對策。

五、衛福部也應該多安排民眾參觀提供安寧療護的院所，使民眾弄懂正確的醫療觀念，就像政府安排參觀軍艦、核四廠等，是在宣傳建設的成果，所以何不安排社會大眾參觀呼吸照護及安寧療護機構，提醒民眾加強自我保健，這是一種社會教育。雖然健保署在法規上沒有那麼大的責任，但建議衛福部可加強宣導及教育，從觀念的改變做起，多方面管控，例如外國人遇到感冒常以自然痊癒來應對，並未吃藥，為何國人一感冒就要拿一大包藥？

鄭主任委員守夏

- 一、本會對於會議時間的共識，原則以4小時為上限，目標下午1點半結束，現在還有2分鐘。對於專案報告的部分，委員所提意見，請健保署在能做到的範圍內盡量努力。
- 二、討論事項「104年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」的部分：
 - (一)議程資料第103頁，本會幕僚補充說明，本會前於102年12月份委員會議，對中央健康保險署所提「102及103年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」之決議，健保署已參酌納入委員關心事項，報主管機關核定。例如：刪除「民眾當年度就醫達20次以上，就醫時給予警示」之規定等。
 - (二)議程資料第102頁，健保署針對104年度方案的修訂重點為，除延續推動前2年策略外，並建議修訂「刪除研擬放射線治療療程包裹支付方式」及「修訂復健治療不予支付指標名稱」等，剛才健保署於專案報告時，已一併向委員說明。
 - (三)今天委員所提意見，請健保署盡量參採納入104年度方案中。

拾、討論事項第七案「健保第1類第1日至第3目被保險人所屬之投保單位或政府負擔之眷屬人數」、臨時提案「建請健保署遵循健保法施行細則第68條規定，儘速調降已公告8年未修正之平均眷屬人數」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

目前尚有3案待討論，分別為討論事項第七案「健保第1類第1日至第3目被保險人所屬之投保單位或政府負擔之眷屬人數」、討論事項第八案「有關法定傳染病之醫療服務費用，請依法編列公務預算支應，不應由總額各部門費用支付案」，及臨時提案「建請健保署遵循健保法施行細則第68條規定，儘速調降已公告8年未修正之平均眷屬人數」。請教委員，討論事項第七案與臨時提案有關，可否一併討論？以及這些議案，若不是今日非討論不可，建議移至下次委員會議，可以嗎？

曲委員同光

有關「平均眷屬人數」的議案，整體而言雖沒那麼急，但下個月健保署就須提請審議104年度保險平衡費率方案，「平均眷屬人數」屬於影響財務層面較大的變數，若今天未有結論，健保署接下來模擬的財務方案，就要區分2種，甚至多種可能性的方案。看委員是否願意再利用時間討論一下，期能有共識以供該署遵循。

鄭主任委員守夏

請問委員，願意再拚一下嗎？還是讓健保署多估算幾套保險費率平衡方案？除了平均眷屬人數因素外，「中央健康保險署與主計總處核算全民健康保險法規定政府負擔36%比率見解不同」的因素也需納入考慮，因此至少須模擬4套方案，不過委員很厲害，多看幾套方案應不難。

何委員語

用點時間討論好了，既然健保法第29條及同法施行細則第68條對平均眷屬人數有所規定，就應依法執行。

鄭主任委員守夏

依何委員語意見，現在就討論第七案及臨時提案，可以嗎？(委員表示同意)好，我們就拚一下！請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀，健保署所提討論事項第七案內容，相對臨時提案，內容明確，建議不用再說明；另請臨時提案的提案人何委員語說明。

何委員語

- 一、謝謝大家願意花點時間留下來討論，對於健保第1類第1目至第3目之被保險人所屬投保單位或政府負擔的眷屬人數，六大工商團體認為，健保署8年來都未公告，已經違反健保法第29條及同法施行細則第68條規定，相關單位並未盡到依法公告的職責，並持續超收民間團體及所有雇主的保險費，此雇主包括醫院的經營者。但健保署竟然提案要健保會委員提供政策諮詢，健保署未依法執行，卻要我們為政策背書，很不合理、完全沒有道理。
- 二、健保署所提討論事項第七案，只提供財務面影響，並未提供對稱資訊。請教健保署，為何只提出「若調降眷屬人數要補60多億元」，卻未提到超收雇主補充保險費將近200億元？這些費用應該還給雇主！另外，應回歸適法的保費計算方式，以及提供對稱資料，才能讓人口服心服。例如102年平均眷屬人數是0.62人，則應提供97至101年，每年依據實際基礎所計算的平均眷屬人數，但該署並未提供，反而以似是而非的未來因素，像不溯既往的退休人員加保及非農民身份投保等，模擬推估眷口數，並下結論說應提高平均眷屬人數0.08人(0.7人變成0.78人)，這裡所指的退休人員，老早就列入眷屬；非農民則是另一個議題，不應納入健保議題中討論，這涉及政

府既有的政策與存在的事實。

- 三、我們對於健保署「假設收入減少65.7億元，自行推估要提高費率」的觀點很不以為然，該署違法的問題為何不提出討論？如果這樣，我們只好連署去監察院按鈴申告，那問題會更複雜？因此，希望現在回歸現實面，討論如何解決問題，才是比較好的方向。請李委員永振提供更詳盡說明。

李委員永振

- 一、說明可能會花點時間，我會儘量縮短。對健保會幕僚予以肯定，很辛苦地找到提案理由。而健保署為了健保財務，也很努力地找出不相干的數據及立論來應對，十分佩服！
- 二、既然健保法第29條及同法施行細則第68條已規定健保署公告的職責，為何健保署還需要提出討論事項第七案，來做保險政策諮詢；後來我看到「其他有關保險業務之監理事項」，似乎應由此點來看健保署是否依法行政，會比較正確，所以與何委員語討論後，乃引用健保法第5條第1項第5款，提出臨時提案。
- 三、議程第108頁，健保署提案之說明二(二)提到，歷次調整不只依法令而已，還要同時考量財務平衡、民眾負擔並與工商界協商同意這幾項因素；而我們提出臨時提案，這些因素也都已考量，調降(平均眷屬人數為0.62)應合乎情理：
 - (一)本年9月1日六大工商團體已聯合提出聲明，明確表達希望調降平均眷口數之意見。
 - (二)健保財務平衡方面，剛何委員語也有提到，本月份健保署的業務執行報告，截至9月底安全準備已有1,148億元(依照行政院主計總處對政府負擔保費36%之計算方式估算)，若健保署支持自己的算法，去年將會多出159億元，今年則增加244億元，故安全準備照理講應有1,551億元。目前每個月收支還是正數，故目前財務平衡應OK。
 - (三)民眾的負擔方面，補充保險費外，一般保費也有降低。

(四)在雇主方面，請委員參看臨時提案之表格，依健保署估算，若平均眷口數降至0.62人，保險費一年減少65.7億元，101~102年雇主就多繳130億元(101及102年之實際平均眷口數均為0.62人)；另外，去年二代健保實施後，雇主負擔的補充保費是199.6億元，扣除一般保費降低的部分，則102年雇主比101年多負擔健保費130億元。合併前開2項因素，101~102年雇主就多繳260億元。這種負擔要繼續下去嗎？就如楊副司長所言，請雇主多擔待一點，但雇主也擔待這麼久了，若將今年也計入，已經多擔待6、7年，經整體評估，我們才會提出本案。

四、另可參考健保署在協商會議前，9月25日提供的一份QA資料之問題14(本會103年9月份委員會議補充資料第14~17頁，其中有關於平均眷口數乙節，依健保署說明，現行平均眷口數實際是處於低估情形，原因有三：「依『家庭收支調查報告』計算之平均眷屬人數，自80年迄今降幅僅11%」、「40萬退休無職業以第6類保險對象投保者，將回歸母法以眷屬身分加保」、「農保總投保人數多於農業人口數，差距約90餘萬人」)，而本次該署提案，即以此3項因素作為提案內容架構，說明如下：

(一)議程第110頁，依據主計總處調查「家庭收支調查報告」的平均每戶每年戶內人口數與就業人數計算平均眷屬人數，由80年的1.36人，相較101年1.21人，降幅僅11%。健保署的前開說明，似乎在向雇主說，不要再吵了！眷屬人數只降11%，健保開辦時眷口數1.36人，現在是0.7人，已經降快一半，不要再吵了！但我不解的是，健保法第29條明確規定，眷屬人數係以第1類第1目至第3目被保險人實際眷屬人數平均計算，不曉得與主計總處調查的數據有何關係？

(二)取消「退休後無職業者，及退休人員符合健保法規定第6類第2目被保險人資格者，得於第6類投保」之規定，此規定

OK，但健保法施行細則第67條也清楚規範，從前已經投保的40萬人，可以繼續投保，所以不懂健保署怎麼計算而可讓這40萬人拉高平均眷口數？

(三)有關非農民的部分，監察院是在糾正農委會及內政部，對於農保投保資格過於寬鬆、審查浮濫；還有糾正地方農會執行時沒有把關；根據統計推估，屬於這種情形的人數約90萬人，這90萬人也是當時按照政府規定投保，因當時政府的審查不夠嚴格所致。若法令真要修正，也是從優從新，不溯及既往，所以這90萬人也無法拉高平均眷口數。

(四)上述兩種情況都不存在，請問健保署推估的平均眷屬人數0.78人，到底要從哪裡來？是從雲端跑來的嗎？所以，依健保法第5條第1項第5款，以監理的角度，建請健保署依法行政，時間已接近年底，若要依法調降平均眷屬人數，也請盡早作業，不要等到快實施了，12月份才公告，臨時要修正計算公式，時間太緊迫，政府的好意會讓人民來不及因應，恐招致民怨，好意變成壞意。

鄭主任委員守夏

謝謝李委員永振及何委員語的說明。先請楊委員漢淙，等一下再看健保署要不要說明。

楊委員漢淙

- 一、基本上認為健康保險制度，有兩個原則要建立，第一要依法執行，也就是剛才何委員語所提，既然現在計算出的平均眷口數是0.62人，我不知此數字是否準確，如果這是確實的數據，則必須做適當的調整。
- 二、再來，預算中平也是必要的，現在健保的保費收入不錯，但是其中包含合法的違章建築，就是補充保險費。現在收得不錯，不代表以後都會不錯，也就是財務面不可能永遠這麼樂觀，所以建議考慮兩件事，依法行政，法怎麼訂，就依法計算出數字。再來預算中平原則，如果減少65.7億元，保險費率就要調

整至5.02%，兩者應同時考慮及處理，健保才不會這邊切一點、那邊切一點。

鄭主任委員守夏

委員還有無補充？請何委員語。

何委員語

- 一、我反對楊委員漢淙的意見，要提高費率是假象，我們的立場是現在平均眷口數為0.62人，就應依法實施，這是於法有據的保費收取標準。
- 二、健保法有收支連動機制，目前收支節餘這麼多錢，若還要調升費率，說不過去。目前至少符合健保法1至3個月安全準備的規定，到年底可能會超過3個月的安全準備，所以沒有理由變動費率，若真要調整，會全國暴動，現在憑什麼理由調升費率？

鄭主任委員守夏

請其他委員也表示意見，以尋求共識。請李委員永振。

李委員永振

剛剛楊委員漢淙的見解是要依法處理，但有關調整保費，依健保法第78條規定，安全準備1至3個月是在允許的範圍，若不到1個月才須調整保費。政府應負擔健保總經費不足36%的部分，若依據行政院主計總處的算法，目前安全準備為1,148億元，約當2.5個月醫療給付費用(1個月的醫療給付約460億元)；若依健保署算法，安全準備為1,551億元，則會超過3個月的醫療給付費用，因此費率不應調漲，依第78條規定反而有可能調降。

鄭主任委員守夏

李委員所述就是收支連動的原則。請付費者委員表示意見，請干委員文男。

干委員文男

有錢是原罪，就像連勝文有錢就被打得無法翻身，健保署有錢也是

原罪，連行政院主計總處都想偷吃(台語)，現在工商界也想調整平均眷屬人數。剛剛在跟別的委員講話，沒仔細看提案就連署了，依法來說，臨時提案是公道的，但也要衡量現況，如果行政院主計總處該給的錢沒有著落，又要調降平均眷屬人數，兩項因素齊下，會天翻地覆，何委員語能否容許本案緩一緩，等行政院對36%的計算方式有下文後，再請健保署研究，事緩則圓。不然兩個議題同時爆出來，委員也會不知如何是好。不只我，林委員錫維、吳委員玉琴也連署了，比較需要用錢的都先簽了，我也不能不跟著連署，但我未注意就簽署也應檢討。不反對本案，因為基本上是依法辦理，只是建議等36%的算法確定後，再來討論本案，可能較好。屆時若兩事件都爆發，需要抗爭，我們再彼此相挺，好吧！

鄭主任委員守夏

請未發言的委員先。請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、雇主負擔的平均眷屬人數須下降，臨時提案附表也呈現得很清楚，與何委員語所提相符。而曲委員同光提到眷屬人數與財務平衡有連帶關係，健保署的提案，就如何委員語所言，該提案列出很多因素，有一點像恐嚇行為，甚至牽扯到調升費率。對涉及被保險人的議案，我會希望能依法辦理，以此同理心，所以加入本案之連署。
- 二、惟若本案牽扯到費率由4.91%調升至5.02%的話，以被保險人立場，我絕對反對！因為回去無法交代。我的看法與干委員文男意見類似，建議本案暫緩，曲委員同光也不用急於調整費率，先等政府相關的費用撥下來再談。若36%依行政院主計總處的算法，以及要調費率，會讓人受不了。安全準備都快超過3個月了，費率怎須提高？

鄭主任委員守夏

請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

剛在連署時有點猶豫。健保署的寫法是，若調降眷屬人數則費率就要調高，我們被保險人實在無法答應。本案癥結點在於，依法何委員語所提是對的，但健保署認為其影響到健保財務，會使保險收入減少65.7億元；目前補充保費超收不少，但費率也未調降，所以還是應該整體考量財務情形，不要就單一因素即調整費率。目前健保財務算穩當的情況下，跟民眾說要調高費率，被保險人不太能接受。

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

已經連署了就不好表達其他意見，這是承擔問題。基本上我支持預算中平原則，目前財務好，但不見得永遠都會好；今年所協商104年度總額，較103年度醫療給付費用又增加180餘億元，總額是累計成長，今年成長的金額，明年就會滾入基期變成分母，因此健保財務大概也只有這2、3年較好，接下來如果沒有其他變動因素，財務也許又會虧損。還好二代健保之後財務還不錯，希望不要發生重大事件，例如傳染病、SARS之類的重大疾病，醫療費用就不會不夠。付費者立場就是不希望變動費率，如果財務狀況很好，於調降平均眷屬人數的情況下，也不致影響費率，我就不反對。

李委員永振

被保險人代表委員完全誤解了！

鄭主任委員守夏

我完全瞭解。

李委員永振

但委員都不瞭解，健保署的說法是，若調整平均眷屬人數，其「對應」費率如何。剛剛我報告過，目前安全準備約有3.37個月，依健保法第78條規定是要調降費率，而健保署的提案是寫「若調整平均

眷屬人數至0.62人，會減少65.7億元的收入，對應費率需調升至5.02%」，這只是一種算法，而目前的實況是，若依健保署而非主計總處方式來估算政府所應負擔36%的部分，102~105年，4年相差(多出)約有606億元，若以之調整平均眷屬人數(每年需65.7億元)，則可支應9.2年，而且這是依法公告實際眷口數，請大家不要誤解，不是調降。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

- 一、如果照這樣下去，本會於11月6日召開之全民健康保險104年度費率審議前意見諮詢會議，我將堅持調降費率！
- 二、平均眷屬人數未調整，從98年就超收保險費至今，超收的錢不止這筆，二代健保法又超收135億元的補充保費，總共超收雇主200多億元保費。看來付費者委員，被健保署提供的表格數據嚇到，害怕到極點，但我要說明清楚，我們主張的是調整平均眷屬人數，而非費率。用個笑話來比喻，一個神父來到新教堂，每天都有人向神父告解說自己不小心跌倒(當地跌倒的意思是感情出軌)，神父不解，因此希望村民要趕快將路鋪好，但做錯事，跟修路並沒有關係！今天我們訴求的是要調降眷屬人數，健保署卻用調高費率來對應，沒有道理！所以，我11月6日一定要提出調降費率，若未提出就不姓何，我改姓！我們六大工商團體就去見行政院院長、見衛福部部長，要他們依法調降眷屬人數，健保署用調高費率來應對，但這是兩件事。

鄭主任委員守夏

- 一、相信健保署同仁也很辛苦，畢竟要達到長官的指示。另吳委員肖琪也連署，立場不言而喻。坦白說，現在健保署未依法執行的事情不只這件，只要對民眾有利，或對選舉有幫助，健保署則不一定會依法行政，部分負擔比率應為20%即是一例。回到

健保法，理論上，若法規定每年公告，就需執行，沒有執行也一定有別的考量。簡單說，如果總額是欺負醫界，眷屬人數不公告就是欺負工商團體的雇主們，似乎都在討好民眾，而這似乎也是政治遊戲的一環。

二、在健保會中，如果大方向希望依法，則本案依法處理就是該公告；二代健保實施後，依法也需收支連動。李委員永振一直強調本案不會影響費率，如果需要調高費率，他們也知道提案不可能被支持，政治上是不可行的。其實，65億元的影響沒有大到要調高費率。

三、站在健保署的立場，因為衛福部要他們提案到健保會討論，但實際上，要既得利益者同意，是不可能的，因回到自己代表的團體會被打。至於六大工商團體，本來就是依法提出主張，行政單位若未依法行政，需要有足夠的理由，因此需看健保署有沒有好理由支持不調整平均眷口數，但健保署提出的似乎不叫理由、而是「說法」，也似乎不是夠好的理由。本會對於本案並無審查權限，在此只是做意見溝通，雖然衛福部希望本會能有共識，但聽起來並無共識。剛才何委員語很生氣，表達不讓這個訴求通過、就要提出另外一個訴求。因此，請健保署仔細考量、權衡輕重，因為這件事依法是健保署要公告，與健保會沒有直接相關，不是我們的權責。

千委員文男

可否聽看看吳委員肖琪有無意見？

鄭主任委員守夏

吳委員肖琪也有連署。請吳委員。

吳委員肖琪

意見與主席一樣，尤其二代健保法實施後，希望要收支連動，不能看了資料對誰有利、對誰不利就選擇性作為；依法該公告的，就應照法走，要尊重法條。二代健保法賦予收支連動的新思維，如果哪

邊要多給付一些，那麼這邊就得調高保費，這就是收支連動；長照保險法也有類似設計，若多次中風造成長期嚴重失能，長照保險要給付每月3萬元或6萬元？若是後者，則保費就要雙倍，這就是收支連動。我支持收支連動的精神，如果這8年都該公告而未公告，那健保署就應該去執行。例如油品事件，若因爆發了第1個事件，第2件就隱匿不報，結果恐更不好，因事情往往掩蓋不住，將來爆發出來時會更可怕，我想實事求是還是比較好的方式。

鄭主任委員守夏

本案很明確，如果依法，個人支持臨時提案；但若行政主管機關有別的考量，無法依法辦理，就要講出其考量因素，說服大家。相信大家都支持收支連動，二代健保法修法的精神，就是服務好就要多付錢，有浪費就要用力砍，而不是一直討好民眾，相信委員一起開會這麼久，大概都有默契。本案就溝通至此好嗎？請何委員語。

何委員語

所提臨時提案的擬辦是「建請健保署依健保法第29條及同法施行細則第68條規定，公告8年未修正的平均眷屬人數」，應該照我們的意見執行，與收支連動、費率調整沒有關係。

鄭主任委員守夏

若剛剛發言的委員都表同意，就是有共識支持臨時提案。但剛才的發言中，有些委員雖然簽名連署，卻仍會擔心，所以若他們都說有共識，則我們就算有共識。

干委員文男

我連署了，對依法辦理沒有意見，但應酌量現況來談，我們已經完成104年度總額協商，答應醫界成長額度約185億元，若行政院決定政府該給的部分沒有支付，現在又調降眷屬人數，到時要拿什麼錢付給醫界？本案稍緩一下，看看行政院的決定後，再來談。

何委員語

我還是反對到底，依會議規範，同意您撤簽，您有權利退出(連

署)。但我的提案要有結論，要有白紙黑字的結論。

干委員文男

那我就撤簽(意指退出連署)。

蔡委員登順

我也撤簽。

鄭主任委員守夏

請李委員永振。

李委員永振

再次強調，我們引用的是健保法第5條第1項第5款，與健保會有關，不是沒有相關，依法我們有監理責任，個人認為，本案依法應該不算諮詢性質。而且剛剛說明得很清楚，臨時提案已將財務、工商團體及雇主意見、民眾負擔等面向都納入考量。

鄭主任委員守夏

在1點半時，請柯執行秘書幫忙清點在場人數，計19位委員，有過半還能繼續開會。現在若要大部分委員有共識支持本案，則應獲過半數的委員支持，而且本案並非審議或協定事項，所以決議並非通過或不通過。以今天委員的發言，可以說頗多委員支持依法辦理是本來就該做的事，至少沒有委員支持「健保署不需依法辦理」。但因為尚有委員持保留態度，或認為無需立即處理，所以怎麼決議會比較好？

何委員語

依曲委員同光的意見，本案事涉下個月要進行的費率審議案不能拖，我很贊成，所以才進入討論。如果曲委員說討論事項第七案可延至下個月再談，我也同意臨時提案於下個月再談。非常贊成主席所言，建請健保署依法辦理。

鄭主任委員守夏

如果是表達個人立場，我可以說，個人同意。但現在是在討論整體

委員會議的共識。

何委員語

依照內政部的會議規範，現在會議仍在進行中，您有權力宣布解散，也可進入表決。

干委員文男

主席，清點人數啦！請何委員不要講得這麼硬啦！（另有委員表示，不要表決啦！）

何委員語

不是硬不硬的問題，健保署本該依法辦理。

李委員永振

我們有監理責任！

何委員語

依規定本案本會可以監理，根本就不用來會諮詢，依法要做的事情還要諮詢嗎？那我們申請大法官釋憲好了！

鄭主任委員守夏

依法本會有兩項最重要的職責，一是總額協議訂定，另一是審議事項(費率或給付範圍)，這兩項法定任務才有通過或不通過的問題。對於健保署沒有每年公告這件事，臨時提案提出「希望委員支持健保署應每年公告」，但不是所有委員都同意。本案其實對下個月的費率設算沒有那麼大的影響，因為不論怎麼算，影響都是65.7億元或100億元，依收支連動原則，不會馬上需要調高費率，這點我有信心。事實上，不論怎麼計算，都不會直接影響費率，但曲委員同光認為本會若能有共識，健保署試算會比較單純，不過試算2個方案在技術上不是問題。以立場而言，曲委員同光傾向維持原議，何委員語則希望調降。請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

一、目前在場的委員人數已不多，還要繼續討論或表決嗎？我並非

反對本案，而是因為大家有不同的顧慮。口頭上，大家都會說尊重「依法行政」這個概念，但主席剛才也提到，健保的實務運作上，並沒有都依法行政，不能專挑哪個項目堅持要依法行政，另外還有很多部分沒有依法辦理。

二、這個議題並未急迫到一定要馬上做出結論，現在也沒剩下幾位委員在場，要如何表決？而且表決會傷感情，這樣不好。雖然我們過去在不同議題上有很多爭議，也各有不同立場，但從來沒有動用過表決，建議今天會議開到這裡，提議散會。下次會議再將今天未討論完的部分完成，這樣好不好？

鄭主任委員守夏

本案目前是，在討論還未獲致結論時，有委員提出散會動議，因此討論未完，經程序發言及清點人數不夠，延至下次委員會議繼續討論，如果這樣，下次就不用另外再提案，這樣可以嗎？

蔡委員登順

一、過去費協會也好，現在健保會也好，從來沒有動用表決，重大的議案如總額預算協商都未曾動用到表決，難道現在要為此案破壞過去的歷史嗎？這是第一點。

二、第二點，開會有一定的規範，現場委員人數已不到三分之一，若此刻做出重大決定，對未來費率審議或安全準備金的控存，都會有影響，僅由現場幾位委員就做出決定，並不適宜，建議將本案延至下次委員會議再討論。基本上，若因本案還未達成共識，造成健保署或衛福部有時間壓力，則請健保署及衛福部先按照該有的程序繼續走。

鄭主任委員守夏

何委員，請問您是否同意下個月再繼續討論？

何委員語

是兩個案都保留到下次委員會議繼續討論嗎？

鄭主任委員守夏

是。

何委員語

一、好，這樣可以。

二、主席，我要提醒您，剛才雖然有委員提散會動議，但您並未徵詢是否有人附議，雖然現場人數不過半數，但會議仍然有效，這是內政部會議規範的規定，因為離開的人都已在出席名單上面簽名。

鄭主任委員守夏

是，我了解。

蔡委員登順

如果要提臨時動議，我來提好了！現在請清點人數，如果人數不夠，我們就提散會動議。

何委員語

沒關係，這樣以後會沒完沒了！如果勞工團體要提什麼議案，我也會反對，但這樣就破壞健保會的和諧了！

林委員錫維

還是不要這樣，很傷感情，建議將提案保留至下次委員會議繼續討論。

鄭主任委員守夏

其實現在還沒有散會，我們仍然在討論中，也沒有要清點人數，簡單來說，限於時間及在場委員人數不多不足以代表所有委員，且在場委員亦無共識，就算有共識也不能代表健保會，因此今天的討論暫告一段落，等下個月委員會議再繼續討論，可以嗎？這個臨時動議大家是否附議？

陳委員川青

附議(多位委員表示同意)。

鄭主任委員守夏

很抱歉！楊委員漢淙您所提的討論事項第八案「有關法定傳染病之醫療服務費用，請依法編列公務預算支應，不應由總額各部門費用支付案」，就列到下次委員會議議程，可以嗎？

楊委員漢淙

好像也只能這樣。

鄭主任委員守夏

- 一、健保署所提討論事項第七案、何委員語所提之臨時提案，均保留至下次委員會議繼續討論。
- 二、請問還有無臨時動議？(未有委員表示意見)今天會議到此結束，感謝大家！