

衛生福利部全民健康保險會
第2屆105年第7次委員會議事錄

中華民國105年7月22日

衛生福利部全民健康保險會第2屆105年第7次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國105年7月22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
何委員語
何委員永成
吳委員肖琪
李委員永振
李委員成家
李委員偉強
李委員蜀平
林委員至美
林委員敏華
林委員惠芳
邱委員泰源
侯委員彩鳳
張委員文龍
張委員煥禎
張委員澤芸
黃委員淑英
黃委員啟嘉
黃委員偉堯
陳委員平基
陳委員幸敏
陳委員義聰
陳委員聽安
楊委員芸蘋
楊委員漢淙
葉委員宗義
趙委員銘圓
滕委員西華

中華民國全國中小企業總會李副理事長育家(代)

國家發展委員會陳專員靜雯(代)

中華民國醫師公會全國聯合會張副秘書長孟源(12:35以後代)

中華民國勞工聯盟總會陳監事會召集人順來(代)

壢新醫院院長室劉特別助理碧珠(代)

中華民國牙醫師公會全國聯合會陳常務理事彥廷(代)

謝委員天仁
謝委員武吉
羅委員紀琮

肆、請假委員：
李委員來希
莊委員志強

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
李署長伯璋
蔡副署長淑鈴
龐組長一鳴
施組長如亮
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

陸、主席：戴主任委員桂英

紀錄：范裕春、李德馥

柒、主席致詞

各位委員及所有與會者，大家早！

首先介紹新任的李委員偉強及黃委員淑英，李委員為台灣醫學中心協會秘書長，目前擔任臺北榮民總醫院醫務企管部主任，曾任衛生福利部醫事司司長、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會執行長。黃委員為台灣女人連線常務理事，曾任立法委員。請大家鼓掌歡迎李委員及黃委員加入本會。

捌、議程確認

決定：考量臨時提案「反對衛生福利部自 10 月起開放健保醫療申請款額第一線個別醫師需具名審查公開之措施，應依據 20 年來對健保醫療審查制度具名不公開措施為準則，並請另行建立乙套公平、公正、合理可

信、正義的新審查共審評議制度案」、臨時報告案「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』(草案)」等 2 案，具有急迫、時效性，爰依委員建議，移至討論事項之前，餘照議程之安排進行。

玖、例行報告

第一案

案由：確認本會上(第 6)次委員會議紀錄，請鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(第 6)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)針對擬解除追蹤事項：

1. 追蹤項次 3，「105 年度全民健保各部門總額協定事項相關計畫之辦理情形」，因部分計畫尚未完成，本項改列「繼續追蹤」。

2. 追蹤項次 5，請幕僚洽詢衛生福利部(社會保險司)研修「全民健康保險會組成及議事辦法」之規劃時程，本項改列「繼續追蹤」。

(二)其餘繼續追蹤事項，請相關權責單位針對委員關切部分提報辦理情形。

(三)餘洽悉。

二、106 年度各部門總額協商順序經抽籤，依序為：醫院、牙醫門診、中醫門診、西醫基層，其他預算則安排於最後。

第三案

案由：中央健康保險署「105 年 6 月份全民健康保險業務執

行報告」，請鑒察。

決定：本案洽悉，請中央健康保險署參酌委員所提意見，提供相關書面說明，及酌修業務執行報告內容。

拾、討論事項

提案單位：中央健康保險署

案由：增修「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 2 條第 1 項第 2 款及第 3 款之附表一及附表二指標項目案，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

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險業務監理指標之監測結果報告，請鑒察。

主席裁定：保留至下次委員會議報告。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：DRGs 相關診斷分類分組由 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 之執行情形報告，請鑒察。

主席裁定：保留至下次委員會議報告。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：105 年度及近 5 年新增給付項目與調整給付內容之執行情形及財務影響專案報告，請鑒察。

主席裁定：保留至下次委員會議報告。

拾貳、臨時報告

報告單位：中央健康保險署

案由：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」(草案)，請鑒察。

決定：

- 一、本案原則通過，惟不包含中藥飲片。所涉支付標準調整部分，授權中央健康保險署會同中華民國中醫師公會全國聯合會議定後，依法定程序辦理後續事宜。
- 二、建議洽請客觀公正之學術單位評估本計畫之實施成效。

拾參、臨時提案

提案人：何委員 語、謝委員天仁、葉委員宗義、李委員永振、張委員文龍、李委員成家、趙委員銘圓、干委員文男、李委員來希、楊委員芸蘋、莊委員志強、林委員敏華、李委員蜀平、吳委員肖琪、林委員惠芳、陳委員平基、陳代理委員順來(侯委員彩鳳代理人)(提案資料詳附件)

代表類別：保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表、專家學者

案由：反對衛生福利部自 10 月起開放健保醫療申請款額第一線個別醫師需具名審查公開之措施，應依據 20 年來對健保醫療審查制度具名不公開措施為準則，並請另行建立乙套公平、公正、合理可信、正義的新審查共審評議制度案，提請討論。

決議：

- 一、基於下列理由，多數委員建議維持現行審查醫師內部具名、不對外公開之作法：
 - (一)為維護審查醫師人身安全及工作權，避免公開後須承擔不必要的壓力，而致影響擔任審查醫師之意願。
 - (二)醫師執行審查行為有其專業裁量權，公開審查醫師名單後，恐限縮其裁量空間，倘因此影響核刪結果，將使得總額點值下降。
 - (三)若僅試辦部分科別公開審查醫師名單、部分科別維持現行作法，可能因不同科別適用方式不同，而影

響審查公平性，造成醫界內部不和諧。

二、建議回歸問題本質，應探究目前所面臨的問題及配合研提解決方案。若爭議點在現行審查制度，則應全盤檢討，例如審查標準是否具一致性、有無複審機制、隨機抽樣方式以及其核減點數回推計算之合理性、爭審之救濟機制是否健全等。爰請中央健康保險署參酌委員所提建議，檢討現行審查制度，並與相關團體溝通，完成改善方案後，提至本會報告。

拾肆、散會：下午 2 時 16 分。

全民健康保險會 105 年 7 月份臨時動議提案

提案人：何委員語、謝委員天仁、葉委員宗義、李委員永振、張委員文龍、
李委員成家、趙委員銘圓、干委員文男、李委員來希、楊委員芸蘋、
莊委員志強、林委員敏華、李委員蜀平、陳委員順來、

何委員語 葉委員宗義

陳委員順來

代表類別：保險付費者代表、醫事服務提供者代表

案由：反對衛生福利部自 10 月起開放健保醫療申請款額第一線個別醫師需具名審查之措施，應依據 20 年來對健保醫療審查制度具名措施為準則，並請另行建立乙套公平、公正、合理可信、正義的新審查共審評議制度。

說明：

- 一、20 年來健保醫療申請審查第一線個別醫師均以不具名為政策，避免浮濫申請醫療資源的浪費和不當的申請作業，並且保護審查醫師人身安全和家人不受干擾恐嚇情事發生，實不宜開放具名審查措施，並建立乙套公平、公正、合理可信的審查機制出來，做到合理化的審查共審制度。
- 二、醫療具名審查將會產生無底洞的醫療浪費，將造成未來健保困境，健保核刪與否審查是不是浮報浪費之嫌，開放審查具名實為錯誤的決策，付費者代表反對到底。
- 三、衛福部應建立乙套方便醫生的申復制度程序以及爭議性審議制度，並責令該專科醫學會做為協助爭議性醫療案件的協審作業程序，建立乙套公平、公正、可信的審議制度。

辦法：提請全民健康保險會委員會議討論決議辦理，並建議送健保署重新建立新審查制度，應該給審查委員人權保障和自由意志行為規範，保障審查醫師的人身安全和工作上保護措施，建議不可以具名審查推翻衛福部新規定，建議健保署提出醫審制度送健保委員會審查。

第 2 屆 105 年 第 7 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 6)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、各位委員及所有與會者，全部共有 35 位委員，現在出席的委員已超過 18 人，達到法定開會人數，請示主任委員是否宣布召開今天的委員會議。

戴主任委員桂英

一、依規定開始進行今天的委員會議。會議開始前，先介紹兩位新任委員，第一位是台灣醫院協會推薦的李委員偉強(大家鼓掌歡迎)，渠目前擔任台灣醫學中心協會秘書長，也是台北榮民總醫院醫務企管部主任，過去曾擔任衛福部醫事司司長，也曾擔任財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會執行長，很高興本會又多了一位共同貢獻的伙伴；另外一位是台灣女人連線推薦的黃委員淑英，渠目前擔任台灣女人連線常務理事，大家印象最深刻的是她曾經是非常優秀的立法委員，讓我們鼓掌歡迎兩位委員的加入。

二、接著進行今天的會議，首先是議程確認，本次會議共安排例行報告 3 案、討論事項 1 案及專案報告 3 案，目前提出的尚有 1 項臨時提案，及 1 項臨時報告案，請教各位委員是否按照議程順序進行？委員有無調整議程內容的建議？請干委員文男。

干委員文男

會議按照議程順序進行，個人沒有意見。不過進行例行報告第三案時，請健保署特別說明因不滿健保署核刪健保費過當審查，醫師絕食抗議事件的始末及目前處理情形。另有關血汗護士的問題，10 多年以來，政府一直都沒有辦法處理，請問健保署 1 個月如何解決？最後是審查醫師的問題，建議併同臨時提案處理。

戴主任委員桂英

一、干委員文男對議程安排沒有意見，所以今天就照原訂議程順序進行。請健保署進行例行報告第三案時，將干委員的意見融入

業務執行報告重點中。

- 二、例行報告第一案「確認本會上(第 6)次委員會議紀錄」，上次委員會議紀錄已於 7 月 5 日函送各位委員，幕僚也依規定上網公開。請問大家對上次會議紀錄內容有無修正意見？(未有委員表示意見)若沒有意見，本案確定。
- 三、接下來進行例行報告第二案，請周執行秘書淑婉報告「本會上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」。

貳、例行報告第二案「本會上(第 6)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

謝謝主席，各位委員早安！例行報告第二案「本會上(第 6)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請鑒察」。在說明之前，請示主席是否先依據上個月會議討論通過的「106 年度總額各部門協商程序案」決議，對於 9 月份即將進行的 106 年度總額協商共識會議之協商順序，先進行抽籤？

戴主任委員桂英

請問要同步進行嗎？(周執行秘書淑婉：是)各位委員是否同意？(委員表示同意)請同仁同步進行抽籤，請周執行秘書淑婉繼續報告。

周執行秘書淑婉

說明一，上次委員會議決議(定)事項，計有 15 項次，依辦理情形建議解除追蹤 7 項，繼續追蹤 8 項，詳細資料請委員參閱會議資料第 21 至 24 頁及補充資料第 1 至 3 頁之附表，但最後仍依委員議定結果辦理。目前追蹤表的整理方式，本會幕僚修正為擬解除追蹤及擬繼續追蹤兩部分，以下就辦理情形簡要說明：

一、擬解除追蹤共 7 案：

- (一)第 1 項，有關本會 105 年第 5 次委員會議議事錄誤植文字，本會已於本年 7 月 7 日配合更新本會網頁公開 105 年第 5 次委員會議議事錄時，已做修正。
- (二)第 2 項，有關「向金融監督管理委員會表達反對運用健保卡處理非健保法規定之事務案」，健保署已於 7 月 7 日以部函發給金融監督管理委員會，表達本案整體機制尚未建置周延，且未達成社會共識前，相關運用健保卡做為線上開證券戶之身分識別一事，不予同意，相關函文請委員參閱會議資料第 89 頁。
- (三)第 3 項，有關「105 年度全民健保各部門總額協定事項相關計畫之辦理情形」，健保署已提送本會，請參閱會議資料

第 25 至 35 頁，各部門工作項目辦理情形說明如下：

1. 依法定程序辦理須送本會備查部分：各總額部門均已完成。
 2. 需經本會同意或向本會說明之項目：僅會議資料第 26 頁，中醫門診總額部門「學齡兒童過敏性鼻炎照護計畫」尚未完成，今天將提臨時報告案討論。
 3. 提報本會執行情形(初步結果/成果/成效評估)：各總額部門已說明第 1 季執行情形。以上請委員參考。
- (四)第 4 項，有關「105 年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案」，健保署已依照上次會議決議辦理後續事宜。
- (五)第 5 項，本會委員建議「修改全民健康保險會組成及議事辦法」第 5 條條文案，本會已於本年 7 月 5 日將委員意見函陳衛福部參考，衛福部亦已回應，未來將納入研修參考。
- (六)第 6 項，有關「自付差額特殊材料之作業流程及相關報表案」，案經修正通過後，健保署將依會議決議事項辦理。
- (七)第 7 項，有關「建請健保署針對新型 C 肝口服藥納入健保給付案」，上次委員有許多的討論，決議將委員意見提供給健保署「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論，健保署回覆將依會議決議事項辦理。

二、擬繼續追蹤共 8 案：

- (一)第 1 項，有關「全民健康保險法施行細則第 45 條條文修法案」，上次會議委員希望衛福部完成修法程序後再行解除列管。社保司的辦理情形，目前將等立法院正式來函後，再辦理修正預告程序。
- (二)第 2 項，有關爭取「健保藥品品質監測計畫」之預算經費，健保署回覆資料在會議補充資料第 2 頁，健保署將持續與立法院溝通爭取預算外，也會在今年的預算額度內調整支應。

- (三)第 3 項，有關張委員煥禎所提「核減率的呈現方式，細分有無參加自主管理醫院案」健保署已於 7 月 7 日拜訪張委員，就核減率意涵、呈現方式及相關事項交換意見。
- (四)第 4 項，歷次委員會議未結案辦理情形，除項次 1 解除追蹤外，其他部分將繼續追蹤。
- (五)第 5 項，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」(草案)之辦理情形案，已提本次委員會議報告。
- (六)第 6 項，有關「105 年 5 月份全民健康保險業務執行報告，委員所關注事項請健保署列入下次業務執行報告(含口頭報告)內容，詳細說明在補充資料第 2 至 3 頁。有關健保署回覆資料，簡要說明如下：

1.謝委員武吉意見：

(1)「超音波檢查應由醫師親自執行的相關報告」部分

①衛福部(前衛生署)於 102 年 5 月 27 日曾發函給中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會，說明超音波檢查涉及影像擷取部位會影響醫療專業判斷時，須由醫師親自執行。

②健保署刻正盤點「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」規定限特定醫事人員開立處方或施行之診療項目，近期將召開會議與醫界協商，委員建議項目將併入研處。

(2)「提供初級照護率」乙節：將於 106 年編列「院所初級照護內涵、趨勢及國際比較研究」計畫，研究成果將作為後續政策擬定參考。

(3)有關「訪查及查處有關報表增加分區別與層級別統計」部分：本次業務執行報告已增加分區別與層級別統計資料。

(4)地區醫院核減率高之說明：

- ①影響核減率的因素甚多，包括醫院資訊系統與其送審病歷是否完整等諸多因素，宜由個案層面探討。
- ②將持續了解各特約層級核減情形，相關核減案件將請審查醫藥專家具體說明核減理由。
- ③有關精進審查之品質部分，健保署將進行相關改革及調整。

2.滕委員西華關心 Tw-DRGs(Diagnosis Related Groups，診斷關聯群)實施的狀況及進度之意見，考量外界對擴大實施 Tw -DRGs 仍有疑義，目前暫緩實施。

3.謝委員天仁質詢醫學中心減床的情況，應探討其原因部分，會議當天已口頭回覆委員詢問減床之原因，爰不再提供書面說明。

4.陳委員聽安質詢「全民健康保險投保單位及保險對象保險費欠費收回率越來越低」部分，健保署於補充資料第 3 頁，已提出許多因應作法，請委員自行參閱。

(七)第 7 項，有關「菸品健康福利捐分配予健康保險安全準備比率案」事項，於全民健保之安全準備金從 70%調整為 50%，委員建請將 20%調降比率中，未運用於長期照顧資源發展之 17%回歸健保安全準備之意見，應送請衛福部及國健署參酌。衛福部亦於本年 7 月 6 日，將委員所提意見函請國健署參考，目前國健署尚未回應。

(八)第 8 項，有關「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案執行成果案，委員所提建議，健保署將俟完成後，再提報本會委員參考。

二、請各位委員再翻到會議資料第 20 頁說明二，有關健保署於本年 7 月 1 日公告「105 年度全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案」，公文請委員參閱會議資料第 93 頁，因方案內容很多，已公開置於健保署全球資訊網，僅分析 105 年較前一年度修正之差異，主要是將「額外獎勵」改為「指標獎

勵」，並提高其分配比率，其中醫學中心與區域醫院，分別由 70%分別調升為 80%與 75%，地區醫院部分從 30%調升為 40%。醫學中心依指標達成項數訂有不同權重；地區醫院則依開業執照登載之診療科別與病床數區分為兩組，訂定不同的指標達成目標數。以上報告。

戴主任委員桂英

- 一、謝謝周執行秘書淑婉非常詳細的報告，在報告的同時，同仁已完成 9 月份各部門總額協商順序的抽籤，報告抽籤結果如下：第一順位是醫院部門，第二是牙醫部門，第三是中醫部門，第四是西醫基層部門。
- 二、針對周執行秘書報告之決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請問委員有無修正意見？請陳委員聽安。

陳委員聽安

- 一、首先，對於新的執行秘書上台以後，資料整理重新加以編排，做得相當好，對於大家的努力，應給予肯定。
- 二、會議資料第 24 頁，擬繼續追蹤第 6 項，對於上次委員會議我提出的意見，有關「全民健保投保單位及保險對象保險費收回率愈來愈低」乙節，請委員參閱會議資料第 37 頁及補充資料第 3 頁，健保署回覆的說明答非所問。從 105 年 5 月份全民健康保險業務執行報告第 15 頁之表 8「全民健保投保單位及保險對象保險費收回統計表」也可以看出來，100 年 4 月至 104 年 12 月欠費收回率都是逐漸下降。健保署說明的部分，而 5 年的平均值是多少，104 年、105 年欠費因為剛逾期，致收回率明顯較低，所以收回率偏低是有道理的。我問的是趨勢而不是平均，為什麼保險費欠費收回率愈來愈低的原因在哪裡？這裡沒有給我任何回答，只說明 104 年、105 年最近 2 年的欠費，將會繼續追償，但以前年度的呢？100 年至 104 年持續下降的原因在哪裡，應該繼續追究，只有找出真正原因，才能對症下藥收回欠費，提高欠費收回率，這是非常重要的事情。

戴主任委員桂英

請干委員文男。

干委員文男

- 一、會議資料第 91 頁，有關健保會將「建請修改全民健康保險會組成及議事辦法第 5 條條文」案及調整「菸品健康福利捐分配及運作辦法」分配於全民健康保險安全準備比率案，兩案合併行文給衛福部的方式，並不妥適，對於兩案好像有些不尊重，建議以後應一事一文，分開處理比較清楚。
- 二、會議資料第 23 頁，有關「張委員煥禎所提核減率的呈現，細分有無參加自主管理醫院」案，今天張委員煥禎沒有來，由代理人出席，健保署醫審及藥材組於本年 7 月 7 日曾去拜訪張委員，給人的感覺是，比較兇的委員，健保署就去拜訪，而溫和的委員就不理睬，如果每個委員有意見，健保署如此處理，是否會產生問題。建議以後有問題改成當面溝通就好，而且對於委員應有相同的處理標準，否則其他委員看起來會有兩樣情，另外是溝通的內容應該予以公開，讓大家知道，否則就像最近因核刪醫療費用不當而抗議審查醫師的事件，鬧得沸沸揚揚的，社會也不得安寧。

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、有關「建請健保署調整菸品健康福利捐分配比率」案，衛福部社保司僅將本會委員意見，函請國健署參考，這樣的作法，會產生什麼效果？照理來講，衛福部應召集健保署及國健署共同協調，商討菸捐用於健保醫療費用是否足夠？若是不夠，應做適度調整才對。我們單從每年健保醫療支出逐年擴大，沒有趨緩現象，顯示國健署預防保健效率不彰，每年國家給的預算那麼高，菸捐多給他們有用嗎？如果國健署的預防保健有效，挪給他們一點錢沒關係；預防保健若沒有成效，就不要把錢用在

沒有用的地方，老實講，我們對於國健署是相當不滿的。由於使用菸品產生民眾健康的問題，使用的醫療費用若是不夠，當然要從菸捐補回去。所以，健保會應該把委員的意見反映給衛福部，請部儘速召開協調會，大家好好坐下來，就事論事地檢討。

- 二、有關「健保藥品品質監測計畫」案，5 月份委員會議時，健保署告訴我們，預算被立法院凍結了；6 月份委員會議時，告訴我們凍結數是 2 千萬元；7 月份委員會議時，又說刻正辦理採購作業，到底實情為何？講清楚，所謂 2 千萬元是針對特定的計畫凍結？還是健保整個預算項目被凍結？假使是對健保署全數預算凍結，光是 Tw-DRGs 一項預算就有 10 幾億元沒有使用，那 2 千萬元算什麼？根本不會妨礙「健保藥品品質監測計畫」。請健保署講清楚，是不是藉口在拖延？

戴主任委員桂英

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、關於「建請健保署調整菸品健康福利捐分配比率」案，非常認同謝委員天仁的意見，不應該只是函請國健署參考，而是應該回歸衛福部做決定。因為當初本案據瞭解是部長壓著健保署必須同意的，那現在部長換人了，既然換人了，就應該重新思考本案的處理方式。
- 二、會議資料第 21 頁第 2 項，「向金融監督管理委員會表達反對運用健保卡處理非健保法規定之事務」案，健保署雖已回覆金管會不同意使用，但金管會至目前為止好像並沒有回覆。還是金管會會把該案撤回？至目前為止都還不知道，建議本案等到金管會回應以後再解除追蹤。
- 三、會議資料第 21 頁第 3 項，「105 年度全民健保各部門總額協定事項相關計畫」之辦理情形，若本案都是依限完成，解除追蹤沒有意見，惟請委員參閱會議資料第 25 頁，有關品質保證

保留款實施方案辦理情形，104 年品保款採年度結算部分，預計於 105 年 7 月底前完成核發。請問是否已完成核發？若還沒完成，就應改列繼續追蹤。

四、會議資料第 22 頁第 5 項，「建請修改全民健康保險會組成及議事辦法第 5 條條文」案，衛福部社保司回覆：「將納為該辦法未來研修時考量」請問未來是多久？1 個月、2 個月，1 年、2 年、5 年、10 年，這個部分需要敘述清楚，而且本案在時間上有其一些急迫性，假如認為這個部分需要修正，就需要召開會議討論是否修正；若認為不需要修正，也要讓本會委員真正確實知道，所以我反對這項解除追蹤。

五、會議資料第 22 頁，擬解除追蹤第 7 項，討論事項第 5 案，針對新型 C 肝用藥這項，在 105 年 6 月 22 日，立法院衛環委員會吳立委玉琴也非常關切 C 肝議題，特別爭取擬訂國家型 C 肝防治計畫，建議思考其他財源，得到林部長奏延正面回應，C 肝防治計畫將於 105 年 7 月肝病及肝炎防治委員會討論，且新型 C 肝用藥已編入今年總額支付項目，待 105 年 9 月健保會協商總額結果。還有 105 年 7 月 1 日在立法院院會，徐立委志榮要求讓患者在原廠新藥還未納入健保給付前，先合法使用學名藥，但是林部長奏延並未回應該學名藥的訴求，但表示衛福部相當重視此議題，已將 C 肝防治設定為國家公衛政策，將從預防、篩檢到給付來規劃，且目前原廠新藥議價已有明顯進展，對於 3 家新藥藥廠，已與 2 家達成議價，價格將爭取於 30 萬元內，會比韓國價格還要便宜，若屬實，將對 C 肝患者是項非常好的佳音。在 105 年 7 月 5 日中研院第 32 次院士會議，陳院士定信提到 C 肝治療方案，建議 C 肝應該比照 B 肝有完整治療的政策，給付直接抗病毒藥物，以治療 C 肝患者。以上資訊，請健保署提供藥物共同擬訂會議的委員參考。以上，謝謝！

戴主任委員桂英

謝謝趙委員銘圓，還有 2 位委員要表達意見，先請何委員語。

何委員語

- 一、主席，各位委員，大家好，有關擬解除追蹤第 5 項，討論事項第 3 案，是干委員文男很用心地提出來，我也是非常努力地研擬提案單，可是衛福部(社保司)籠籠統統只表示將納為健保會組成及議事辦法未來研修時考量。我想趙委員銘圓的意見很客氣，我認為可能要 1 百年以後才要研修，屆時大家都不在世上了，我建議這項仍要繼續追蹤，希望衛福部(社保司)明確回覆何時研修，是今年底、明年底、後年底或哪一年底？才不會辜負我們干委員文男這麼用心提出此案，也不要浪費我這麼辛苦徹夜寫提案單，且徵求其他委員連署，衛福部(社保司)不要用幾個字，把我們的熱情都燒掉了！
- 二、另外關於擬解除追蹤第 7 項新型 C 肝口服藥問題，在上週六有 1 位陳董事長詢問我這項議題，幫其姐購買醫師介紹 1 個療程需要 180 萬元，我跟他說他有錢，幫其姐沒關係，但是我認為 C 肝用藥價格在社會上可能造成很多疑問，1 個療程居然需要 180 萬元，太好賺了！其中利潤太大了！而醫院卻一直講我們委員給的錢不夠，所以才有血汗醫院、血汗醫師、血汗護理師等，真的不知道醫院在外面賺了多少這種錢，所以我認為這項需要繼續追蹤。
- 三、有關擬繼續追蹤第 3 項核減率問題，我認為該核減就核減，不該核減就不要核減，我認為應該要做得更公正、和平，健保署有什麼好的方案，可以在這裡討論，我們一直說健保會沒什麼用，不知是否可以提案邀請衛福部相關單位出席會議以便諮詢，這是我的建議，我想他們都是高高在上，只用回函就打發我們。

戴主任委員桂英

謝謝，請李委員永振。

李委員永振

- 一、主席，各位委員早。有關擬解除追蹤第 3 項，健保署辦理情形是包裹式的，若要解除追蹤，可是一些細節好像沒有完成，請看會議資料第 33 頁「4.鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」，辦理情形為訂於 105 年 8 月辦理 105 年第 1 季結算。但是今天為 105 年 7 月 22 日。請再看會議資料第 34 頁「8.高診次民眾就醫行為改善方案-藥事居家照護」，辦理情形為藥師收案截止日期為 105 年 7 月 31 日，刻正積極收案輔導中，俟 105 年 8 月 15 日後始有收案人數暨相關輔導資料提報，情形與上述一樣，均屬未完成，怎能解除追蹤，所以我建議這項繼續追蹤。
- 二、剛才陳委員聽安所提問題，我建議健保署用同樣的經過期間，來比較 3 至 5 年欠費收回情況的趨勢是否改善或惡化，這樣會比較有說服力，讓委員了解，不然一定是較接近目前的欠費回收率會比較低，謝謝。

戴主任委員桂英

謝謝，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，大家好。請看會議資料第 22 頁，擬解除追蹤第 7 項，有關新型 C 肝口服用藥議題，健保署表示依會議決議事項辦理，剛才委員也有一些看法，雖然目前決議是將委員意見提供健保署於藥物共同擬訂會議討論相關議案時參考，但是將整個新藥給付會納入 105 年 9 月總額共識會議進行協商，有關健保署針對新型 C 肝用藥財務影響，及與藥廠議價情形，相信多數委員尚未看到，我建議這項繼續追蹤。
- 二、另外，擬繼續追蹤第 3 項，關於核減率議題，我必須做一些說明，針對此項問題在一開始提出，係因健保署報告資料中，核減率計算時呈現的各項數值前後不一、定義不清的問題引起。假設健保署要提供資料，應讓委員看得更清楚、詳盡。剛才干委員文男提及健保署為何拜訪張委員煥禎，其間經過情形為

何？我也不知道健保署為何拜訪張委員煥禎，我想表達的是，此項問題過去張委員在會上一再提出來，有關核減率需詳細、公開、透明呈現分區、分層級、分部門之核減情況，及醫療院所有自主管理與無自主管理之核減情況，他們的抽審機制是否一致。也許是健保署很有誠意希望了解張委員煥禎的想法，才做當面溝通，張委員煥禎也是重申會上意見，這不是私下進行，在此我必須表達慎重澄清與嚴重抗議。

戴主任委員桂英

謝謝。女士優先，先請楊委員芸蘋，再請謝委員武吉。

楊委員芸蘋

- 一、主席，各位委員，大家好，擬繼續追蹤第 3 項，關於核減率議題，我認為這項議題真的非常重要，最近大家把這件事看得很嚴重，且聽說審查醫師會被威脅到身家性命的安全，我不知道怎會搞得這麼嚴重？我想不管任何時刻，健保署應該會很有誠意與醫界好好溝通以檢討與修訂核刪的相關規定，應該公開部分就要公開，不要畏懼黑勢力，我想張委員煥禎與正派醫界對這件事情都非常重視，我們健保會也要重視。我們贊成審查醫師具名，至於是否公開名單，可以討論。
- 二、有關擬解除追蹤第 5 項，討論事項第 3 案，我支持干委員文男及何委員語的意見，請衛福部(社保司)提出研修健保會組成及議事辦法的時間點，再與本會討論，委員需要多一點時間詳加了解，這樣對健保會的貢獻會更多一點，這是我的初衷。
- 三、另外擬繼續追蹤第 7 項，討論事項第 6 案，有關菸品健康福利捐分配健保安全比率議題，建議健保署與國健署雙方高層了解與溝通，國健署應該要有自己的預算，去做該做的事，怎會將應該分配給健保的錢被他拿去！其實健保需要的經費是更多的，且逐年增加醫療支出，為何不將原分配給健保的錢留下來給健保使用，等將來有能力時，再照顧國健署，也就是自己家先顧好，再顧到別家。我是這麼認為，謝謝。

戴主任委員桂英

謝謝，請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、有關委員對於擬解除追蹤第 7 項，討論事項第 5 案的意見，予以尊重，我與他們意見相同。
- 二、另外我們曾經討論立法委員強制汽車責任保險法第 27 條修正案，我們沒看到相關單位回答辦理情形。強制汽車責任保險法從 10 幾年前施行，費率已經調降了 9 次，所產生的醫療費用都由健保給付，上述修正案是劫貧濟富的不正義手段與方法，所以應該加以處理。
- 三、我對國健署真的非常地不滿意，國健署因菸品健康福利捐 70% 降為 50% 就跟我們健保多拿了 60 多億元，應該給我們一個交代，要講清楚說明白，他說要就要，難道我們就要讓步？到底他拿了 60 多億元，究竟做了什麼事？我跟主委報告一下，國健署本來有一個無菸醫院計畫案，因為苛刻，人家都不幫他做，所以胎死腹中，該計畫就沒了，改由某女士擔任理事的某學會推動戒菸計畫，這是什麼意思，我都看不懂，所以有關擬繼續追蹤第 7 項，需要增加請國健署清楚說明他多拿了 60 多億元是怎麼花的。還有愛滋病服藥 2 年後的醫療費用改由健保支付，一年預估 40 億元左右等等，加起來就超過 1 百多億元，疾管署的預算與花用情況，我們也都應該要了解。
- 四、有關擬繼續追蹤第 6 項，健保署回覆辦理情形比較籠統一點，本來我有很多項意見，但是看到今天補充資料，健保署敘述很清楚，對健保署感到欽佩，感覺健保署勇於承擔與改進，這是非常好的！請看會議資料第 36 頁，有關初級照護率議題，健保署將於 106 年編列「院所初級照護內涵、趨勢及國際比較研究」計畫，這樣需要到 107 年或 108 年才知道結果，請簡單從 ICD-9-CM(國際疾病分類第 9 版)或 ICD-10-CM/PCS(國際疾病傷害及死因分類標準第 10 版)掛勾分析這些東西，我建議這件

事需要儘速處理。

- 五、另外有關地區醫院核減率高的原因，健保署回覆已請各分區業務組持續了解各特約層級核減情形，相關核減案件需請審查醫藥專家具體說明核減理由等，這種答覆不是很理想，那天我講的不是這樣，我是要減少兩造的糾紛，也就是抽調相關病歷資料時，需登載抽調明細表，以呈現勾選要做了哪些事情，哪些資料不足，則請醫療院所提供。
- 六、向主委報告，這個禮拜，李署長伯璋曾經舉辦審查醫師公布名單座談會，我也有參加，李署長閃過我第一次提問，我表示會鍥而不捨並提出第二次提問，李署長答應署本部與各分區業務組會共同研擬，一起辦理，以便與醫界大家好好合作，當時我們有錄音，可提供健保署參考，這件事要好好處理。
- 七、至於新藥、新科技、安全針具等部分，大家在今天會議資料可看到近 5 年新藥、新科技費用情形，安全針具議題在昨天藥物共同擬訂會議就沒通過，藥材商賣給醫院的價格，都比健保署核給的高，這已經是事實。以上報告，謝謝。

戴主任委員桂英

謝謝，請滕委員西華。

滕委員西華

請看會議資料第 28 頁及 36 頁，有關鼓勵繼續推動住院診斷關聯群 (Tw-DRGs)，及 Tw-DRGs 實施的狀況及進度，依健保署回覆情形，是大家透過媒體報導都知道的，要解除追蹤或繼續追蹤，我沒有意見，但是健保署沒有回答到我想要的，記得上次請教的是健保署接下來要怎麼辦，105 年總額協商原訂 105 年 7 月 1 日前施行第 3~5 階段，李署長伯璋也表示要續推，但我們都知道於 105 年 3 月暫緩，是否今年都不實施了？或想於 106 年研議？還是有其他考量？以上補充。謝謝。

戴主任委員桂英

- 一、謝謝滕委員西華。本案共有 10 位委員提出疑點或意見，目前

已經超過預定時間 25 分鐘。部分委員針對是否解除追蹤提出意見，部分委員針對相關單位之辦理情形，認為不夠清楚或未落實，先處理是否解除追蹤部分。請參看會議資料第 21 頁，擬解除追蹤第 3 項，有關健保署提報 105 年度健保各部門總額協定事項相關計畫辦理情形，因為委員顧慮部分計畫尚未完成，所以本項改列繼續追蹤。

二、請看會議資料第 22 頁，擬解除追蹤第 5 項，有關修改健保會組成及議事辦法，先改列繼續追蹤，由本會同仁請教衛福部(社保司)未來研修的規劃時程；至擬解除追蹤第 7 項，委員提出很多意見，希望改列繼續追蹤，以利了解最後的處理結果，因為本案需先提經藥物共同擬訂會議討論，目前尚非屬本會權責，不過委員所提意見，幕僚都會詳細記錄，一併送請健保署參考，而且最後一定還會提到本會，所以建議可否同意先解除追蹤。

三、其他案件都列繼續追蹤，其中委員認為相關單位辦理情形說明有不足的部分，希望相關權責單位參酌委員意見後清楚填報辦理情形。

四、請再參看會議資料第 21 頁，擬解除追蹤第 2 項，即健保署發部函予金管會這 1 項，只要健保署不予同意，金管會就不能將健保卡做為線上開證券戶之身分識別，既然健保署已明確表示不予同意，建議本項維持解除追蹤。另外，有關委員認為補充資料呈現擬繼續追蹤之相關單位辦理情形，不夠詳盡之建議，請健保署參酌委員意見，針對委員關切部分提報辦理情形。

五、本案可否這樣處理？請謝委員天仁。

謝委員天仁

擬繼續追蹤第 2 項，有關「健保藥品品質監測計畫」，上次委員會議，健保署表示要去跟立法院再爭取預算，目前情況怎樣？需要講清楚，如果這件事情沒有處理好，我們肯定要處理健保署有關提升保險服務成效這部分預算。

戴主任委員桂英

好，感謝委員天仁。

謝委員天仁

這不是開玩笑的！

戴主任委員桂英

一、就此部分，可否請健保署於業務執行報告時，提出口頭說明？
(未有委員表示意見)

二、本案討論到此，接著進行例行報告第三案，請健保署口頭報告105年6月份健保業務執行情形，剛剛有一些委員關注事項，請於口頭報告時盡可能納入。請蔡副署長淑鈴先說明為何李署長伯璋尚未出席今天的會議。

謝委員天仁

主席。

戴主任委員桂英

是。

謝委員天仁

我想我剛才程序上已經講了，這部分請健保署先回應，我們再進行下面的議程。

戴主任委員桂英

好，請健保署先說明。

蔡副署長淑鈴

有關「健保藥品品質監測計畫」，請施組長如亮說明目前辦理進度。

施組長如亮

目前執行上無存在預算問題，並正辦理採購作業。

蔡副署長淑鈴

目前這個案子辦理進度到哪裡？

施組長如亮

就是已經在辦理採購簽辦作業。

謝委員天仁

我想本會不可能被健保署唬弄，健保署原來陳報內容與目前說明不符，若有錯，請承認，如果是健保署唬弄本會，本會當然要追究，開玩笑，我不可能隨便讓健保署這樣唬弄過去的，健保署說明已經刻正辦理採購作業，我就不追究健保署前面的亂講話嗎？若被唬弄，不是表示本會委員都睡著了嗎？

黃科長兆杰

不好意思...。

戴主任委員桂英

請說明本案的辦理過程。

黃科長兆杰

向謝委員天仁報告，健保署在 105 年 5 月收到立法院要刪減或凍結這個案子所屬的大項目的預算訊息，因為這個大項目預算在去年 3、4 月已經編列了，去年 9 月總額協商以後，該大項目預算才納入這個案子的預算，依照立法院審查預算時，若某項預算被凍結或刪減，是不可以於該項預算下再另增一個小項目預算，我們當初收到訊息是這樣，後來我們收到另外一個訊息，在送到立法院審查的預算中，大項目中的小項目，只是供內部參考，也就是這些小項目沒有列到送立法院審查的預算中，我們執行單位，也有點錯愕，我的意思是說，當初立法院刪減的大項目預算中，根本不知道所涵蓋的小項目，也就是各該小項目新增或減少對於大項目在立法院審查結果是沒差異的，不知道謝委員天仁了解我的意思嗎？(眾委員笑)

蔡副署長淑鈴

不是啦！你越說越模糊。

謝委員天仁

你應把整個大項的科目講清楚，因前一年 9 月份總額協商時已通過該項預算。

黃科長兆杰

不是！預算更早就編了。請主計室協助說明。

李專門委員淑芳

向各位委員報告，「健保藥品品質監測計畫」是 104 年 9 月總額協商協定的計畫，但因 105 年度預算已在 104 年 8 月底前送立法院，所以 105 年度預算並無「健保藥品品質監測計畫」；105 年度預算編列「提升保險服務成效」，因該項並非保險給付，所以另外獨立將該項單獨列示，在立法院分組審查時，其預算被凍結 2 千萬元、刪減 3 百萬元，因係指定項目，爰須在立法院審查通過額度內執行，惟並非針對「健保藥品品質監測計畫」刪減或凍結，故可在「提升保險服務成效」額度內調整支應。因此告知醫審及藥材組可在額度內調整，並請其與內部相關單位協調預算額度。

戴主任委員桂英

個人覺得健保署並非惡意唬弄，只是單位之間對內部行政作業不熟悉。

謝委員天仁

沒有！請主席不要幫健保署講話，他們並非第一次接觸預算。預算凍結 2 千萬元，其下科目可互相勻支，連外行人都了解，他們竟然拿這理由唬弄我，我才會這麼生氣！上個月報告時就應講清楚，為何不講！我上次會議就已經了解，預算刪減 3 百萬元，凍結 2 千萬元，大項下各科目可互相勻支或縮減，健保署為何不講！還說要去爭取預算解凍，簡直胡說八道！

戴主任委員桂英

- 一、健保署應聽到委員表達的意見，請將之作為借鏡，希望以後不要再有類似情形，還讓委員煩惱健保署的行政作業問題，再次感謝委員天仁。
- 二、接著進行例行報告第三案，健保署報告「105 年 6 月份全民健康保險業務執行報告」，請蔡副署長淑鈴說明。

參、例行報告第三案「中央健康保險署『105年6月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

蔡副署長淑鈴

- 一、先向各位委員說明，李署長伯璋從昨天下午就在處理一位醫師因核刪費用而絕食抗議的事，健保署同仁還徹夜陪伴該醫師到今早。李署長跟2位立委約好今早8點半，與該醫師當面協調，因此無法離開，所以由我來報告健保業務執行情形。
- 二、干委員文男表示想了解醫師絕食抗議事件處理情形，據了解，協調至9點多，絕食醫師已在同仁陪同下返回，相關協調內容已做成紀錄，後續需改進的部分，我們會努力改善。本案最近成為新聞媒體焦點，所以先做即時說明。

(業務執行報告)

- 三、接下來回到委員希望了解的幾件事，一是關於絕食醫師，剛才已報告過就不再重複。
- 四、有關護病比，健保署前天發布新聞稿(105年7月20日「護病比與健保支付連動改善方案」)，公布所有醫院護病比，主要是配合open data(開放數據)政策，統計個別醫院去年急性一般病房(含經濟病房)的全日護病比，並做排序說明。
 - (一)資訊公開透明的目的，希望讓個別醫院了解自己與其他同層級醫院的差距，同時希望間接促使護理人員有合理工時及增加護理人數。
 - (二)有些醫院回饋表示數字有落差等事項，我們會積極了解改善。
 - (三)外界關心護病比數據是否真實，及健保長期投入在提升護理照護品質的專款，是否真正用到護理人員身上，健保署雖無法直接介入醫院發薪水的流程，但會做問卷了解情況。今年8月將進行全國問卷調查，包括護理費、多年來非協商因素成長率投入調整支付標準，有否回饋給醫護人員，之後會將結果向各位報告。

五、先做以上 2 點說明，至於委員關心具名審查的事，因與今天的臨時提案相關，俟討論臨時提案時一併說明。

戴主任委員桂英

謝謝蔡副署長淑鈴清楚的報告，並且補充說明有關護病比及絕食醫師新聞的處理情形，至於審查新制部分，將於討論臨時提案時一併說明。請問各位委員有無意見？請滕委員西華。

滕委員西華

謝謝健保署報告。提供以下 2 點意見：

一、健保關心護病比是好事，也應該關心，因為是為了替被保險人買到好的醫療品質，從早期費協會到現在健保會，都願意撥將近 1 百億元來改善住院護理照護品質就是如此。

(一)但健保署基於保險人角色，應該無法監督特約醫事服務機構如何分配健保給的錢，包括這次調整支付標準的 100 億元，健保署怎有能力 guarantee(保證)醫療體系的分配呢？就算他們告訴健保署，真的就知道了嗎？說數字是對的，似乎也沒人相信，因為會有人舉很多例子說，其實沒拿到那麼多錢；說不對，卻是醫院自陳式或透過問卷量表所得的數據。

(二)我們確實關心照護品質，所以希望透過支付標準提高合理的服務費，反映醫療服務的成本，即好的醫療品質應拿的費用，但護病比或是薪資分配其實這是衛福部和勞動部的責任。對整個醫療體系的營收如何分配才合理、如何反映成本及人力，衛福部應與健保署好好研商對策，不然會讓人覺得今天醫療體系的勞動分配情況，全都是健造成。

(三)健保或許是因素之一，可能也是關鍵因素，但在整個體系分配裡、占多少比重或造成多大影響、乃至於給錢可否達到改善效果，應全盤考量。若真有效果比較好辦，只要多給錢，整個醫療體系就照分配而改善，當然較容易監測。

(四)再次提醒的是，做這件事很好，但是否真能達到李署長伯

璋在記者會所講的效果，或可反映到勞動條件改善，個人覺得並沒有那麼客觀。真的要提醒衛福部，每次都只想靠健保這個手段，會讓人覺得是政策怠惰。

- 二、請看業務執行報告第 130 頁「表 37-1 全民健康保險醫院總額醫療品質指標(全國)」，我以醫院總額為例，其他總額是類似概念。很多 105 年指標參考值，早在 104 年、103 年已超過監控值，將來修正 106 年指標值，應有顯著意義的提高，例如「慢性病開立慢性病連續處方箋百分比」，早已超過 45%，參考值卻為 37.41%。另外，「每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率」，西醫基層也有，應分析案件數的原因，才不會每次全部刪掉，例如有些特殊病人，為何經常性必須開立這些品項，是否屬醫療必須，若是的話，將這些案件分析出來，日後監控時不會因此誤會，造成醫療體系與被保險人之間困擾；又例如這些病人是否經過藥師公會的居家藥師照護，或其他可以有效改善而未介入者，比例雖然不高，建議健保署應分析一下，究竟是什麼原因。

戴主任委員桂英

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、身為健保會委員對於保費欠收的收回情況很關心，「表 8 全民健康保險投保單位及保險對象保險費欠費收回統計表」(業務執行報告第 15 頁)，健保署對此表的闡述建議如下，本表揭露的是過去的欠費，隨著時間的進程一直持續回收，所以越近的年份回收率較低，但隨著年份增加則回收率增加，此表的意義在此。
- 二、我們其實希望看到的報表是不同年份欠收保費經過一定時程收回率的比較，對於不同年份的欠費只要列出 4 年後的收回率，就可一目了然，也可比較健保署不同時期職務有無怠惰。跟國稅局欠稅收回率比起來，健保保費收回率已高出許多，應給予

肯定，但仍應詳細表列收回率做比較，建議下次列出不同年份欠費 4 年收回率比較表。

三、5 月份醫療費用支出與去年同期比較高，是因去年根據付費者委員的期待，今年動用非協商因素的醫療服務成本成長費用調整支付標準，所以並非真正醫療耗用增加，是因調高支付標準，擴大支出，合理反映成本，也是呼應付費者委員的期待。

戴主任委員桂英

請張委員澤芸。

張委員澤芸

一、主席、各位委員及大家平安。先謝謝干委員文男、滕委員西華、蔡副署長淑鈴及在座委員對護理人員執業環境的關注，對於衛福部於 105 年 7 月 20 日公開各特約醫院在 VPN 登錄的 104 年各月護病比的作法，護理師護士公會全聯會給予肯定，從媒體得知，李署長伯璋規劃未來都要定期公布，但建議在資料公開前應確保資料的正確性，以免造成社會大眾的誤解。例如媒體報導少部分醫院護病比高達 25，但事實上雖是醫院誤植，但早已向署裡更正，擔心如此聳動數據會加重血汗專業的印象，恐影響護理應屆畢業生投入急性照護職場。

二、從分析資料顯示，104 年全日平均護病比，醫學中心護病比 ≤ 9 達 91%、區域醫院護病比 ≤ 12 達 95%、地區醫院護病比 ≤ 15 達 99%；醫學中心 104 年平均全日護病比為 1：7.9，也較 103 年 1：8.1 改善，表示這些年來在大家的努力下，已漸漸往好的方向移動，更應繼續努力。

三、本會有兩點意見：

(一)針對 104 年原規劃以 12 億元用於急性一般病房護病比與健保住院護理費給付連動，請告知結算後實際支付金額及預算達成率。

(二)對於署長接受媒體訪問時所提，希望逐步引導醫院努力招聘護理人員及留任，所以未來將調高護病比加成，本會表

示支持，若有需要，本會願意配合提供相關意見。

戴主任委員桂英

謝謝張委員澤芸，請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、想了解安全準備金部分，目前帳面看起來有 2297.73 億元，但實際數字到底是多少，等一下請健保署說明。
- 二、有關高雄市政府欠費，據媒體報導中央將核撥 140 億元準備償還勞健保費，請問這筆款項有多少費用是要還健保欠費？
- 三、滕委員西華談到的護病比，我想了解這 5 年編列的 111 億元，要改善血汗護士的照護品質，這筆費用的運用情形？另，報載 3 大血汗醫院，他們每年分配到的金額是多少？以上幾點，請健保署說明。

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、業務執行報告第 80 頁「表 29 全民健康保險醫學中心病床增減情形」，臺大醫院減 5 床急性病床；彰基醫院減 8 床急性病床，彰基兒童醫院減 6 床急性病床，共減 14 床；高雄長庚增加 15 床。若醫學中心不壅塞，我們可以不管它減床，問題像臺大醫院急診壅塞情形嚴重，為何有減急性病床的現象。以後分配各分區預算時，此情況應納入考量。例如中部彰基醫院減急性病床 14 床；北部臺大醫院減 5 床急性病床，金額應相對縮減，我也曾提出連動概念，病床減少，則屬急性部分的預算，應予扣除。不可能給 6 千億元，卻減 300 床，多給錢卻減床，邏輯不通。想了解為何有減床狀況，臺大醫院不塞了嗎？若還是很塞，應查清楚為何減少急性病床，不然付費者付更多錢，卻享受更壅塞的服務，很不合理。
- 二、我們只看到急診下轉的統計數字，無法理解改變了哪些情形，希望下轉的都是急診壅塞的醫院，才能提升急診的品質。所以

應了解數據是否為被做出來的樣品，還是真的落實整合下轉的目的。相信健保署有細部資料，能進一步分析讓民眾了解。

三、有關醫療服務指數成本及人口因素成長率，希望用在優先調整急重症支付標準，但我在全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議時看到資料，門診部分也提高 11% 多，意思是支付門診更多錢，更有藉口衝門診的量。我們希望醫院門住診比為 45%：55%，卻變成 53%：47%，甚至到 54%：46%，這樣下去，地區醫院簡直快窒息了，扭曲的支付標準，造成醫療頭重腳輕，健保署還附和醫院調整門診的支付標準，應該給個交代。

戴主任委員桂英

請楊委員漢源。

楊委員漢源

一、我不反對公開護病比資料，因為資訊公開是必然趨勢，不過我很好奇，這次不符合標準的醫院，業績都很大。

(一)像臺大醫院，今年是接受評鑑的醫院，在此情況下，以醫院經營的角度，絕對不會讓護病比不及格，因造成後續影響很大。為何不符標準，可能只有一個理由，就是定義不一樣，因此指標要定義清楚。

(二)我不相信中國醫藥大學附設醫院在 104 年中，有 10 個月不及格，這樣到明年評鑑馬上出問題，護病比是必要項目，只要一項不及格，醫院會被降級，2 千床醫院降級的後遺症很大，所以管理上，一定會讓護病比符合 1：9。

(三)公告時不能只公開指標項目，還要清楚定義哪些項目是分子、哪些項目是分母，算出來的數據才能比較，也才能提供正確資訊。以前我做品質指標，也是將定義弄清楚，出來的數據才不會引起不必要的爭議。

二、另外，為醫學中心說明一下，臺灣的醫學中心減床機會不大，因為占床率很高。現在減床最多的是區域醫院，普遍減

30%。我週二去花蓮一家醫院，本來規劃 350 床，卻只開 100 床，只開 30%；慈濟醫院那麼大的醫學中心，也關掉床數 1/3，關床對醫院來講，應是很無奈的作法。減 3、5 床是可能的，因為病床一定要整修。謝委員天仁關心醫學中心減床問題，其實是病床不得不整修。醫院病床空著就沒收入，所以不會隨便關床。臺大醫院為何減 5 床、彰基醫院為何減 14 床，一定有原因，絕對不是因護理人力不足而關床，現在相當多區域醫院整棟關掉 30~40 床，不會只是減床 3~5 個位數的情形。

戴主任委員桂英

謝謝，請林委員敏華。

林委員敏華

- 一、業務執行報告第 44 頁「表 16-3 全民健康保險特約醫事服務機構違規查處追扣總金額-按追回項目別」表中，相較於其他業務組，中區業務組的金額特別少，請健保署說明原因。
- 二、從第 128 頁「表 36-1 醫療費用核減率-總額部門別」可知，西醫基層的核減率近年來一路往下掉，不知為何還會發生宜蘭醫生絕食抗議事件？我認為健保署有許多資料應對外公布，核減並非針對特定個案，且整體趨勢也在下降，對健保署有利的部分，應再次對外澄清，整體核減率並無異常數字產生，而且是在往下掉。
- 三、昨天參加健保署有關特材會議時，發現醫師對於醫療或美容的認定也可能誤解。台大醫師在會上解釋，拇指外翻在骨科認定屬美容部分，可不用手術處理。對於醫師可能誤將美容當成疾病部分，健保署也應加強宣導。

戴主任委員桂英

謝謝，請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

- 一、業務執行報告第 42 頁「表 16-1 全民健康保險特約醫事服務機

構查處統計-按處分類別」總計部分，101 年至 104 年件數有些微成長，狀況還好，但屬較嚴重案例的「終止特約」件數在 104 年幾乎翻倍，從 39 件增至 66 件，是否代表這部分的查處案件出現不當行為的情形越來越嚴重？請健保署說明。

- 二、贊同滕委員西華有關護病比的發言，我認為有些事情已涉及醫療制度，並非單純由健保解決，需要衛福部相關單位協力處理。舉例來說，解決護理人力問題後，接下來藥師、醫檢師、放射人員的人力問題是否也要解決，將會演變成許多細項需要逐一處理，這涉及健保是否要介入醫療院所內每個細節處理，我們需要深思，對類似問題應採何種方式較為合宜？或衛福部能以協力方式處理問題？

戴主任委員桂英

謝謝黃委員偉堯，請李委員永振。

李委員永振

- 一、有關業務執行報告第 6 頁「表 4 全民健保財務資金流量分析表」，因為今年收入面有很大變化，所以對資金流量的變化應該關注，從今年 2 月開始，收支短絀約 15 億元，3 月約 83 億元，第 2 季從 4 月開始連續 3 個月都超過百億元以上，這是長期以來較大的變化，不知健保署在資金配置方面有何因應？
- 二、第 8 頁「表 5-2 收支餘絀情形表」附註最後 1 項「雜項費用成長 6.18%，主要係逾期 2 年未兌現支票重新開票支出較去年同期增加」，第 2 次開票還當費用嗎？前面那張是當作收入嗎？或是一筆費用變成兩次支出，一頭牛剝兩次皮(台語)？
- 三、第 11 頁「表 6-1 全民健保保險費收繳執行狀況表」中，104 年政府保險費補助款收繳率是 75.23%，但今年第 1 季為何突然改善至 98.97%，比歷年都高？這是今年上半年的數據，追溯去年底的數據，104 年 1 至 9 月的收繳率是 79%，上年度加上第 4 季，經過半年收繳，為何才 75.23%？落差在哪裡？照理經過時間差應該上升才對，經過多月追蹤，數據都上上下下，

不知哪個才是對的。

- 四、目前健保卡已全面解卡，對於未來保費收繳，不知健保署有何因應對策？未來情況應不會變好，但會不好到何種程度，健保署是否有後續追蹤機制？

戴主任委員桂英

謝謝，請何委員語。

何委員語

- 一、業務執行報告第 41 頁「表 15 全民健保訪查特約醫事服務機構統計表-按訪查類別」中，101 至 104 年函送法辦就有 465 家，105 年 1~6 月也有 56 家，健保署有無進一步了解被函送法辦者，最後有多少判刑？多少緩刑？多少被關？既是函送法辦，應有判決結果。
- 二、我認為相當可惜，培養一位醫師人才，須花費那麼久的時間，投入那麼多的教育資源，好不容易培養出來，卻因執業不當而被函送法辦，對於人才浪費、國家資源投入及其個人被判刑，都是很可惜的。究竟是何原因造成函送法辦的結果？是貪念太重嗎？
- 三、台灣醫院協會或護理學會有無盡到培訓醫院行政人員的責任？是否培訓護理人員在護理工作之外，對健保醫療費用申請作業程序也要熟悉。許多診所聘請的護理人員，在專業醫療護理方面稱職，但卻不了解健保醫療費用申請的行政作業流程，因無知造成醫師被移送法辦。這種情形能否改善？能否增加學校教育或醫院實習的相關課程，在進入健保醫療體系時，應如何作業才不致犯法。我認為後續實務訓練，護理學會、醫院協會及醫師公會要負起最大責任。若不改善，那麼多醫師被移送法辦，共 521 家終止特約、無法開業，他們的人生將從彩色變成黑白。
- 四、目前醫療技術進步很多，部分手術已無須住院，過去可能要住院 1、2 個晚上的，現在當天就可回家休息，應可改善病床不

足問題。但住院仍集中在都會區的教學醫院，是因其設備齊全先進，而區域醫院持續關床，是因儀器設備投資不足，例如質子放射醫療設備就要價 6 億元、其他設備也都索價不斐。區域醫院無力投入，患者自然就不敢上門求診，而改找有先進設備的大型教學醫院，這是必然的趨勢。因此，區域醫院關床是自然形成的，因為缺乏先進設備及優秀醫師，患者的眼睛是雪亮的、腦筋是清楚的，自然往擁有優良設備及醫師的地方去，而形成醫療體系傾斜的現象。醫療體系發展上，醫院有無添購先進醫療儀器設備的影響很大，是必須思考的方向。每次看到醫師被函送法辦，心裡都很難過，怎麼當了醫師，還被函送法辦？我們國家到底出了什麼問題？健保署能否進行輔導？不教而殺謂之虐，這點很重要。

戴主任委員桂英

謝謝何委員語，請干委員文男。

干委員文男

從會議開始到業務執行報告，委員們提出的問題很嚴重，但蔡副署長淑鈴都輕描淡寫地帶過，重點也未說明。本人在此提出變更議程動議，將臨時動議提前至本案之後，優先討論，讓議題能夠連貫。因具名審查公開措施實施在即，後果難料。討論不致花費太多時間，希望能變更程序，待本案處理結束，優先討論臨時提案。

戴主任委員桂英

謝謝，請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、目前台灣經濟情況不好，但業務執行報告第 1 頁文字說明，投保單位仍增加 23,003 家，保險對象也增加 91,020 人，其分布狀況請健保署清楚說明。如新生兒、外勞或依親人士等各增加多少？因其使用醫療資源程度不同，希望健保署稍後能明確補充說明。

二、對於第 9 頁「保險費收繳執行情形」，我感到納悶。投保單位

及保險對象部分為 98.80%，政府部分為 92.39%，對於民眾逾期繳納，還有滯納金的罰款，這是對民眾不公平也不禮貌的做法，應從政策面改善。對於政府和民眾的欠費催收及處罰應一視同仁，不應有兩套標準，形同欺負老百姓，欺善怕惡，這樣沒道理。

- 三、第 15 頁「表 8 全民健康保險投保單位及保險對象保險費欠費收回統計表」中，101 年收回率有 93.37%，但到 104 年降至 56.15%，為何收回率會降低將近一半，希望健保署能有探討的機制。
- 四、我很感謝委員天仁對金字塔型醫療體系的認同。第 118 頁起，表 33 至表 35 有關 104 年新增診療項目醫療院所申請的分布情形應加以公布。
- 五、對於第 122 頁，104 年 7 月至 104 年 12 月共同擬訂會議同意給付之新藥藥費，主委曾任健保局(健保署前身)總經理，應該很了解超出藥品價量協議的返還金，這筆錢應回歸總額，而非健保基金。
- 六、政策上鼓勵慢性病連續處方箋(下稱慢連箋)釋出，但在 3 個月內已有抽審及核減，但實務端卻又可繼續領藥，且扣減是算在醫院，這樣不對，應該檢討。我相信邱委員泰源也會認同，不能無限期的回推。

戴主任委員桂英

謝謝！一共有 12 位委員提出意見，先請健保署針對委員關注的議題，以口頭或提供書面說明。抱歉！再請 1 位委員發言，請李委員蜀平。

李委員蜀平

- 一、剛才多位委員提到慢連箋釋出的問題，懇請李署長伯璋了解當初訂定的用意，是衛生署(衛福部前身)楊前署長志良為體諒年老及慢性疾病的病人，每次看病，尤其住家離醫院很遠的病人，看診及領藥都很費時，而且舟車勞頓，因此，設立制度判

定病患病情穩定後，就可以一次開立 3 個月的處方箋，就近於住家的社區藥局領藥，由社區藥局的藥師，做專業的藥物諮詢。剛才滕委員西華提到慢連箋的釋出率將近 40%，這本是政府的德政，是要將慢連箋釋出，讓全國的社區藥局藥師能提供專業服務，保障病人的用藥安全、藥物諮詢及藥事照護。但據我所知，目前全國的慢連箋釋出率有成長，原因是可能有些醫院為賺取藥品的價差，利用一些手段，如：必須設立速領藥，於診間貼佈告，及用幫忙掛號的誘因手法等....讓病人必須回醫院領藥，這樣會失去當初推動此政策的意義，如果再回流至醫院拿藥，這釋出率成長是假的。

- 二、懇請李署長了解，若慢連箋仍回醫院領藥，結果仍是所有年老及慢性病病患還是舟車勞頓，費時等候領藥，如此又失去由社區藥局藥師提供最優質的藥物諮詢，安全用藥照護的意義。懇請健保署將慢連箋釋出率的比例為多少百分比，及醫院調劑的百分比，與社區藥局調劑的百分比，於下次報告，並請思考解決方法，如果再回流至醫院調劑，應該取消這項慢連箋釋出的政策。

戴主任委員桂英

謝謝，請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、感謝各位委員給本署這麼多的指教，在此綜整回答，不足部分再請本署同仁補充。首先有關護病比，包括滕委員西華、張委員澤芸、楊委員漢淙及黃委員偉堯都有提及。要改善護理人員的血汗或人力不足，光靠健保是不足的，還要有整體醫療制度的配套，當然健保也是配套之一，以財務誘因而來協助引導，制度面部分，在衛福部有主管護理的照護司，也有主管評鑑的醫事司，相關單位都應共同解決問題。本署能著力的部分，當然會努力進行。
- 二、本署在這次公布護病比後，將來會按季公布，所有數據是由醫

院提報本署，但有護理人員質疑數據的正確性，剛才楊委員漢淙也認為，應公布計算公式，我們會在資訊公開時清楚說明計算公式，有人質疑醫院通報不實，署長也已指示與醫院定期核對，與本署相關部分，一定會努力。

- 三、目前以財務誘因鼓勵護病比與給付連動的部分，因目前實際上多數醫院都已達最低基本門檻，未來將擴大級距，將誘因放在護病比更低的地方，本署會在今年協商明年度支付標準時，再與醫界及護理界共同討論。在此重申，健保財務非唯一策略，而是配套之一，整體仍需衛福部政策調整。
- 四、滕委員西華長期關心健保醫療品質指標，詢問多項指標都已達標，參考值是否已鈍化須修正，本署會每年檢討。另其中「每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率」應做個案了解，本署會遵照辦理。
- 五、陳委員聽安及黃委員啟嘉認為欠費收回率的表達不好，經過幾次會議討論，表格設計應可改善，呈現可供比較對照的數據，而非執行過程，這部分會由本署承保組盡力改善。
- 六、剛才黃委員啟嘉已幫忙解釋，5月份的醫療費用成長部分原因是4月1日調整支付標準所造成，確實如此。
- 七、其餘幾項將由本署同仁進一步說明，包括：
 - (一)趙委員銘圓所提安全準備現金基礎金額、中央補助高雄市政府用於健保金額，李委員永振關心資金配置、雜項費用、政府補助款收繳率，由唐研究員蕙文說明。
 - (二)醫院減床、急診壅塞、調整急重症、診察費調整及支付標準，請龐組長一鳴說明。
 - (三)中區業務組查處金額偏低、終止特約件數倍增及移送法辦結果，請高專門委員世豪說明。
 - (四)全面解卡配套措施及謝委員武吉關心被保險人數增加身分別，請承保組江專門委員姝靚說明。
 - (五)有關價量協議、慢連箋核減，請施組長如亮說明。

以上分工請同仁依序說明，先請唐研究員蕙文開始。

唐研究員蕙文

一、首先回應趙委員銘圓 2 項提問：

(一)目前健保資金(安全準備金及營運資金)現金餘額約 1,610 億元，詳細資料請委員參考本次會議業務執行報告第 6、18、19 及 20 頁。

(二)有關行政院新增協助高雄市政府健保欠費補助部分，初步估算約 79 億元。

二、李委員永振所提資金配置的因應，目前健保資金運用主要為定存，定存期間有 3 個月、6 個月、9 個月及 12 個月。在定存到期時，我們會以最新資金流量重新預估，再做配置。

三、關於 104 年政府保險費補助款的收繳率為何只有 75.23%(105 年 6 月份業務執行報告第 11 頁)，請參閱表格下方備註第 4 點，因政府應負擔健保總經費 36%不足數，目前待撥數 522 億元將循預算編列程序分年攤還，所以，104 年收繳率偏低的原因，主要就是政府應負擔健保總經費不足 36%待撥數影響所致。

四、業務執行報告第 8 頁「表 5-2 收支餘絀情形表」之雜項費用較去年同期成長 6.18%之原因，請本署主計單位協助說明，以上報告。

李專門委員淑芳

雜項費用較去年同期增加 6.18%，是因本署將逾 2 年的未兌現支票金額轉雜項收入，待重新開票時再轉列雜項費用所致，以上報告。

趙委員銘圓

主席！

戴主任委員桂英

請稍候，可否讓健保署的回應先告一段落。

趙委員銘圓

我是要針對剛才健保署的回答內容發言。

戴主任委員桂英

好，發言請簡短。因為健保署已排定回答順序，目前還沒有答覆這一輪委員的提問。

趙委員銘圓

以資料來看，目前權責制與現金制的安全準備累計餘額分別是 2,297.73 億元及 1,610.13 億元，兩者相差將近 7 百億元。表示健保安全準備事實上並沒有那麼多，資料所顯示的 5.01 個月看起來也是一個虛的數字！請問兩者之間的差額何時可以收回？

唐研究員蕙文

補充說明趙委員銘圓所詢，健保安全準備權責金額與現金產生差額的主要原因，第 1 個是政府欠費，包括北、高 2 直轄市政府保費補助款以及中央政府應負擔健保總經費 36% 不足數待撥款的部分；其次是因為健保醫療費用的發生早於保費收入約 1 至 1.5 個月需資金週轉，因此權責金額與現金之差距，待政府欠費收回後，兩者的差額就會拉近，以上補充。

戴主任委員桂英

謝謝，接著照蔡副署長淑鈴安排的順序，請醫管組回應。

龐組長一鳴

- 一、各位委員，大家好。有關醫學中心減床的原因，其實剛才楊委員漢淙講的非常清楚，我就簡單補充增、減病床的行政程序。目前各醫學中心、醫療院所增、減床都需向各縣市衛生局登錄，權責不是在健保署；各縣市衛生局檔案上傳給衛福部後，衛福部的資訊系統會自動轉給健保署，所以業務執行報告的資料是擷取系統資料來做說明。
- 二、健保署雖然能從衛福部的資訊系統得知病床增減數，但無法從中得知原因。由於我們也關心急診壅塞的問題，所以另外去了解這個情況，各醫院有回報為營運管理的需求，特別是較大型的醫院，須定期維護某些病床，所以在行政程序上需要關一些

病床，確實跟楊委員漢淥所講情形相同。

- 三、過去對醫療院所登記及實際開床數不是管的那麼嚴，但現行衛生行政系統管的很嚴，即使是整修病床都要跟衛生局報備停床，因此資料反應非常地敏感與及時。至於未來健保醫療費用給付總額協商的基礎是要按醫院的供應床數或是維持現行方法依各地區的人口數，這個我們尊重健保會的權責辦理。
- 四、至於急診下轉的資料(請參閱業務執行報告第 81 頁)，確實因為最近有政策誘因，所以 105 年第 1 季及 3、4、5 月的區域醫院下轉件數成長率有增加，但也是因為它的基期數字比較小，所以會相對使增加率變得很高。也感謝委員天仁的提醒，未來我們會進一步監控下轉醫院的急診壅塞度、急診量與下轉件數的關係。
- 五、簡單說明謝委員天仁關心，今年 4 月 1 日開始施行的支付標準案，這波支付標準調整，醫院門診及住診的部分大概可以各分配到 27 及 49 多億元，大部分的金額和資源是投入到住院服務部分，以上說明。

戴主任委員桂英

好，謝謝！依蔡副署長淑鈴安排的順序，還有查處小組。

蔡副署長淑鈴

請高專門委員世豪回答。

高專門委員世豪

- 一、查處小組報告，剛才有 3 位委員對查處業務提問，第 1 個問題是為什麼中區業務組的違規查處追扣總金額比其他業務組少(參閱業務執行報告第 44 頁「表 16-3 全民健康保險特約醫事服務機構違規查處追扣總金額-按追回項目別」)。這個問題我們已問過中區業務組，主要是因本業務是分區管理，所以各業務組有各自的年度計畫，案件處理的過程及開單會產生時間的落差，中區的違規查處追扣金額大概到下個月就會跟其他業務組拉平了。

- 二、其次，有委員問為什麼 104 年停止及終止特約家次比其他年度特別高(參閱業務執行報告第 42 頁「表 16-1 全民健康保險特約醫事服務機構查處統計-按處分類別」)。這是因我們在 103 年下半年到 104 年上半年，配合檢警調單位辦理清查藥事人員掛牌專案，所以很多租牌的醫療院所被停止或終止特約，查處追扣金額也超過 1 億 5 千萬元。由於有檢警調介入，所以追查的期間跟金額都拉的很大，至少在 5 年公法請求權內的不當申報金額都要追回，這是 103、104 年度的追扣金額特別高的原因。
- 三、另何委員語問及，我們是否有追蹤醫療院所函送法辦的處理過程。其實，因為對獲緩起訴處分、不起訴處分、緩刑判決的案子必須開立罰鍰，所以我們對每個函送法辦的案子都會追蹤。以 104 年函送法辦案件為例，比如說函送案件 171 家，其中獲起訴及緩起訴處分的案件各為 10 家次及 95 家次，不起訴處分的有 13 家次，收到起訴書、緩起訴書、不起訴書的共計 118 家次，尚有 53 案還沒有結果，所以大概有 89% 案件維持率。
- 四、至於判決結果，由起訴經過法院判決大概百分之百都判決有罪，差別在於是否給予緩刑，緩刑就好比留校察看。如果是緩刑，我們也有罰鍰的處分。剛才何委員語建議我們加強宣導教育，以後我們會請各分區加強宣導，並適度對總額各部門或民眾會宣導違規案例，謝謝！

戴主任委員桂英

好，接著請承保組。

蔡副署長淑鈴

對，請江專門委員姝靚。

江專門委員姝靚

- 一、主席，各位委員大家好。承保組首先回答 105 年 5 月保險對象人數為什麼較 104 年同期比較增加 9 萬多人(參閱業務執行報告第 1 頁參閱業務執行報告第 1 頁)，增加人數分別在表 2(第

3 頁)內最後 2 行 1 至 6 類保險對象人數欄內呈現，由於現場無法提供係本國人或非本國人詳細數字，人數增減原因大致為符合資格的本國籍人士一定要加保；外籍人士領得居留證明文件之後，符合資格的也必須加保；另外也有保險對象加保、退保因素造成。

二、如果我們以 105 年 4 月底與 105 年 5 月底相比較，中間只增加 3 萬多人，並不像跟去年同期比較大幅增加 9 萬多人。這個數字確實是受到外籍、本國籍人士加保、退保或是人口出生死亡的影響。

三、剛才李委員永振詢及健保卡全面解卡的配套措施，這跟剛才蔡副署長淑鈴對第 15 頁的說明一樣，必須再加強欠費收回的力道。因為今年宣布全面解卡時，約有 4.2 萬人欠費被鎖卡，例如：其中一半以上是第 1 類保險對象，每月比對受雇者身分，通知執行分署對欠費者查扣薪水抵償健保欠費，另利用財稅資料查有所得或財產者移送執行，而強制執行可以執行 10 年，我們會持續關注欠費回收情形。

戴主任委員桂英

請醫審及藥材組。

謝委員武吉

一、主席！我不接受健保署這樣的回答，我希望能針對第 1 頁保險對象增加數做 1 個表格，醫管組、醫審組及查處小組都做了很多表格，這裡也應該增加 1 個表格。

二、我剛才問到滯納金為什麼一國二制；還有第 15 頁的欠費回收率為什麼從 101 年到 104 年由 93.37% 降到 56.15%，降了將近一半，都沒有回答！應該說清楚講明白，不能含糊回答，難怪剛才謝委員天仁也講說健保署回答太含糊了！

戴主任委員桂英

請蔡副署長淑鈴先補充說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、感謝委員武吉，有關承保人數增加的內涵，我們會另外以表格補充說明，下次報告時再附上來。
- 二、至於欠費回收，請各位看第 15 頁的備註說明。因為保險費欠費有 5 年請求權，所以現在看到的時序，是現在進行中的時序。欠費回收率，理論上不同於一般保費第 1 次收繳率。一般保費第 1 次收繳時，能繳的都繳了，可能剩下 10%~20%成為欠費，才需要催收。欠費回收是困難個案欠費的回收，所以它的收回率是從 27%堆疊上去，困難度高，大家看到表好像呈現遞減，其實不是，是 5 年請求時間還沒有到。
- 三、我們應該把欠費回收率表達得更好，如果 5 年請求權期間到了，它的欠費回收率是多少，這樣比較能夠理解。陳委員聽安、李委員永振也分別給予關心及建議，我覺得可以改善，把它做得更好。但是同仁是把欠費收回的過程面都交代出來了，也讓大家知道欠費最後能夠達 93%收回率，是經過 5 年的過程，以上補充。

戴主任委員桂英

蔡副署長淑鈴剛才指定醫審及藥材組回答。

施組長如亮

- 一、我先簡單介紹價量協議。價量協議機制是藥商共同分擔健保財務收支平衡的風險，主要是希望藥商在申請新藥時，能確實預估財務衝擊，如果廠商預估不準確，當實際值超過預估值時，廠商必須為保險對象分攤預估不準確的財務風險。
- 二、因為我們認為在總額預算編列時，也已將每年超過價量協議的費用滾入總額的預算中，已經是實支實付給醫療院所，並沒有發生減少支付給醫療院所的情形。所以現在當新藥費用高於價量協商訂定的額度時，我們把它回收到健保基金裡。由於醫界及專家學者對藥商藥品價量協議返還金的運用有不同的想法，我們近期會再跟醫界團體代表討論。
- 三、另外謝委員武吉還提到說，第 1、2 次慢連箋可能有抽審而被

核刪，第3次抽審是否會重複，這問題請容我會後跟謝委員武吉請教細節後，再作解釋，以上。

戴主任委員桂英

謝謝，先針對前一輪委員的詢問提出總結。有關委員的意見，請健保署除了口頭已回答的部分外，針對委員建議修改或補充的表格，請健保署盡可能加以補充，以利瞭解。現在進行第二輪提問，一共有3位委員舉手。

謝委員武吉

主席！健保署還沒有說明第118、119、120頁新品項的申報的分布的狀況。

戴主任委員桂英

請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

有關新藥、新醫療服務對財務的衝擊，稍後會有專案報告詳細說明。另有委員提到核減率的問題，核減率包括慢箋核減率、一般核減率還有個案，是否可讓我們用書面答覆。

戴主任委員桂英

好，請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、原本打算下個月提出價量協議相關議案，剛好有委員提到。剛才施組長如亮說價量協議的錢已經滾進總額，我不知道它是用哪一項目滾進總額，這個我可能需要施組長再指導。價量協議其實就是藥商對新藥、新科技耗用費用的評估不準確，造成醫療資源的損耗超越預期。超越預期的部分是由總額來承擔，我認為目前並沒有適當的機制來補總額所耗損的部分，而是逕行把價量協議返還金歸入健保基金，我覺得在邏輯上是不合理的。
- 二、如果不解決價量協議返還金的問題，一定會影響新藥、新科技引入健保；另外當預估不準確時，會使實際發生的藥品費用溢

出藥品總額目標，根據藥品總額目標制的制度，我們在第 2 年必須調降藥價，這個藥價一調，又影響到非協商因素裡的醫療服務成本指數。

三、換言之，醫界被剝第 2 次皮。因人為的調降藥價，造成醫療服務成本指數下降的假象，這假象又是因新藥新科技的引進所造成。請問如果這個邏輯沒有解套的話，醫界如何能夠接受新藥、新科技。這使醫界對新藥、新科技處在矛盾的狀態裡，一方面我們希望給病人用更好更新的藥，另一方面我們強烈覺得有財務上的風險。

戴主任委員桂英

謝謝，接下來依序請葉委員宗義、李委員蜀平發言。雖然健保署已經很久沒有口頭報告業務執行情形，但是委員的發言也太踴躍了，已經超過 75 分鐘。

葉委員宗義

- 一、主席！剛才大家講到新藥、新科技，因為我是藥物共同擬訂會議的代表，所以對藥比較有興趣。我想要問的是，到底我們有沒有掌控藥品浪費的情形，李委員蜀平之前常講我們一年浪費掉的藥比 101 大樓還高，到底現在藥品浪費的情形如何。我們好不容易想盡辦法讓那麼貴的藥進來，如果再浪費掉，那真的太可惜。
- 二、比方到眼科就醫，醫生大概一次會開 2 種藥，一天點 3 次，假設眼藥水的有效期間為 20 天，可能在 20 天點完嗎？如果眼科的藥劑師或護士，沒有跟患者講清楚用藥的方法，點了藥以後，效果就不彰，75% 以上的眼科病人，都不知道怎麼點眼藥，這是非常大的浪費。我是一直支持新藥、新科技的，但是如果藥品浪費的情形不解決的話，未來健保再怎麼有錢都不夠用。
- 三、一般人去看病，通常都會拿 4、5 種藥，但老人家會不知道 4 種藥是同時吃，有時候同一種藥會多吃 1 顆，弄錯劑量。針對

這種情形，我們以前曾提案，將 65 歲以上的長者每天 3 餐的藥都分裝好。因為有的老人家把藥拿回去後會亂吃，所以不可以直接給他整包藥；或者有人因為覺得藥不對症，就把整包藥丟掉後，再去給醫生看，變成現在看病的人非常多，1 天可達 1 百多萬人次。所以我們對藥品浪費有沒有掌控好是非常重要的，因為如果沒有掌控好，再好的藥、再高貴的藥，到後來還是浪費掉，那不論我們怎樣提倡新藥、新科技都沒有用，這是我的建議，謝謝。

戴主任委員桂英

謝謝，請李委員蜀平。

李委員蜀平

報告主席，請主席替我做主，健保署還沒有回答我的問題。可能是蔡副署長沒有聽清楚忘記回答，當主席請「李委員」回答我就好興奮，結果每次都是另一位李委員回答，而不是我。我覺得慢連箋這個問題很簡單，就是健保署願不願意執行政策而已！當初鼓勵各醫院將慢連箋釋出，是設有獎勵辦法，但現在大部分又回流到醫院去拿藥，那何必要獎勵釋出慢連箋。健保署還是沒有回答我的問題。請主席幫我做主，不然我在這裡很委屈，都一樣是李委員啊，我舉手好幾次主席都沒有請我發言。

戴主任委員桂英

好，請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

接下來這三個問題都是蠻大的問題，我建議讓我們用書面回覆，比較不會佔時間。我重複一下這 3 點，分別是價量協議、藥品浪費及慢箋的釋出率。

李委員蜀平

回歸到醫院再去調劑。

蔡副署長淑鈴

是，我們用書面來回覆，好不好？謝謝。

戴主任委員桂英

謝謝蔡副署長淑鈴。本報告案洽悉，針對委員所提修訂業務執行報告的建議，請健保署盡量加以處理，至於剛才承諾要以書面說明的部分，請於會後提供補充資料。本案連報告時間一共使用了 1 百分鐘，討論到此，可以嗎？

謝委員天仁

主席！

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、剛好李署長伯璋到場，今年花了近 8、90 億元調整支付標準，剛才龐組長提到醫院門診部分增加 27 億元、住診部分增加了 49 億元。我還是要講急重症的處理是根本問題，如果讓醫院部門在門診服務上可以賺到很多錢，照顧重症都是虧錢，醫院怎麼會想要去完成照顧重症的使命呢？很多業界的人跟我們反應，他們醫院的 ICU(Intensive Care Unit 之簡寫，加護病房)都還是虧錢，我覺得這個是根本的問題。
- 二、我們要推動分級醫療，就應該讓醫院能夠在本業上能繼續做下去。一樣的病，在基層診所看病花幾百元就可以解決，如果到醫學中心去看要花 1 千多元，我們為什麼要這樣浪費健保資源，這是我們要面對的問題。新任總統也說要落實我們的分級醫療、轉診制度，所以我認為應該請署長考量在支付標準上怎麼去做。

戴主任委員桂英

謝謝，請何委員語。

何委員語

我請署長針對昨天那位絕食的醫生被核刪的內容，提出書面及專案報告，弄清楚他是否有浪費醫療資源、不法行為。如果他有浮報、濫報，應該移送法辦，請他到監獄裡去吃吃飯，而不是縱容他絕

食。如果是我們應該給他的錢，為什麼會刪那麼多，應該給社會大眾一個交代，不是他絕食就贏了，也不是他絕食就輸了。我認為我們要公平、公正地還原事實，如果健保署認為應該被刪，被刪的原因在哪裡，請署長給我們詳細說明，這樣才是一個好的方向，要不然每個醫師都來絕食那怎麼辦。

戴主任委員桂英

好，請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

主席，各位委員大家好。剛才謝委員天仁提到分級醫療、轉診制度，我想提醒一個健保剛開辦時的現象，當時規定要轉診，所以有些醫院就寫說「請配合健保，先到對面的診所掛號看病後再轉過來」，所以後來又有院前診所、門前藥局。所以推動轉診制度時，這些問題也要小心避免，要考慮進去。

戴主任委員桂英

謝謝，請李委員蜀平。

李委員蜀平

- 一、我也要跟署長報告，前天我去看眼睛，因為已先預約掛號，所以很早就可以看診，但因為要做不同的檢查，而每項檢查都要費時等待，因有些動線不好，結果看病領藥完已下午 4 點。其實醫師真的也很辛苦，那位幫我看診的醫師，中午 2 點還沒吃午飯，全部病人看完後，已將近晚上 7 點，所以我覺得調高醫師的診察費是一定需要，更應大幅度的增加五大皆空及各項醫療費用，顧巴肚才是真正提升醫療品質的方法。
- 二、建議署長，可以請全國各大醫院看病掛號都建立 app(mobile application 之簡稱，手機應用程式)系統，讓所有的病人都可以看 app 就知道何時去看診及領藥的進度，在適當的時間再去醫院，就不用為了候診及領藥，而浪費很多時間及資源，這是我的親身體會。這次檢查才知我患有青光眼、白內障、飛蚊症、乾眼症等 4 種眼疾，未來也需要常就診。如果全國的病人，都

可以藉由 app 去查閱看診領藥進度，相信一定是健保署給民眾的最佳禮物，建議健保署研究 app 於各醫院能否設獎勵。

三、剛剛謝委員天仁談到，醫院的急重症方面都虧錢。但醫院真的沒有賺錢嗎？建議政府體恤各大醫院都沒有盈餘，那就將財務公開，如果虧錢，健保署應檢討是否支付太低，公布後所有帳目明細就會非常清楚，馬上就可解決此一疑惑。

四、以前常看到國稅局為了解該職業是否賺錢，會去各行業站崗，尤其是餐廳、小吃、飲料店、藥局等...。建議李署長伯璋也建立健保署同仁效法國稅局站崗，這就會了解實際去看病人及領藥的人等待時間有多久，去了解醫院看診及檢查的動線為何，門、急診的壅塞狀況等...。建議健保署可採用站崗的方法，實地了解醫院動態及病人的等待情形，如發現有不公平之處，可藉以參考，以便未來的改進。

戴主任委員桂英

感謝李署長伯璋對本會的重視，才剛處理完醫師絕食的事件，就立刻趕來開會。署長一來，很多委員都想當面向您建言，但是因為後面還有議案待討論，考量時間有限，請署長針對委員提問簡要回答。

李署長伯璋

一、有關謝委員天仁提到的分級醫療，當然醫學中心、區域醫院及地區醫院思考背景都不一樣，不過基本上我們認為，若要進行調整，重點應放在強化基層醫療，要放足夠的資源，例如支付標準及檢驗項目，我們會好好檢視及調整。若支付方面予以加強後，院所在自己的經營方面，會比較有心。相對來講，醫學中心的病人不一定要去那邊就診，其實我們並沒有要刻意拉低醫學中心的支付，不過對社區醫院等方面，我們會努力。

二、李委員蜀平所提的 app，本署可以請各醫院去做做看，不過健保受到外界很多期待，變成議題包山包海，例如這兩天本署公布了護病比，不過同仁跟我說，有些議題其實並非健保署主

政，但因接到了部長的指派，希望健保署來推動，也只能勇於承擔。

- 三、而何委員語所提的醫師絕食事件，正在處理中，雖然以旁觀者的角度來說，該事件似乎還算單純，但是有時醫師的態度也不是開玩笑，若後續又經由網路串連等，也是有可能變成醫界的太陽花運動，所以我就留下面對，讓本署同仁先代我來此開會。
- 四、有關何委員語詢及是否「有屬於該醫師個人方面的問題」，本署係依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法中之規定，辦理審查及按比例核刪(註：第 22 條規定略以，保險醫事服務機構申報之醫療費用案件，保險人得採抽樣方式進行審查。抽樣以隨機抽樣為原則，隨機抽樣採等比例回推，立意抽樣則不回推...隨機抽樣方式及核減、補付點數回推計算方式如該條文之附表二)，但該醫師就是在操作面上，讓他覺得核刪沒有道理，然後又被比例回推，讓他覺得受傷很大。不過這也是他運氣很不好，連續兩個月份的費用剛好都被核刪，先前他曾因 3 月份申報費用遭核刪，而最近 4 月份申報費用的審查結果他又被核刪，造成他非常不滿，因而前來靜坐絕食抗議。
- 五、為了調解其疑義，剛剛有與中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫師公會全聯會)，以及宜蘭市醫師公會，以及原來核刪他案件的審查醫師，共同再對他的案件來檢視，該給他公道就會給他公道，他自己也說，他不會要求參與這三方的討論，但若三方都覺得該核刪，那他就接受了。
- 六、當然事情圓滿是最重要。對於我個人而言，上任 2 個多月來，這也是個小小的危機，沒人知道變化會如何，其實之前看到網路，有人是去號召所有的醫生都要來抗議，還好沒有來很多人(與會者笑)，其實也是不能小覷網路的集結力量，例如造就洪慈庸委員進入立法院的太陽花運動，所以我們還是很小心，認

真的對抗議醫師的訴求，予以回應。以上就此事件簡要報告，謝謝。

戴主任委員桂英

因時間關係，委員若還有疑義，請健保署會後提供書面說明，本案討論至此。剛剛干委員文男提出變更議程之意見，請干委員簡要說明為何建議變更議程，如屬該案實質內容，可於討論臨時提案時再說明。

干委員文男

提出本臨時討論案，是因為擔心衛福部與健保署驟然實施醫師具名審查並公開的制度，故認為有急迫性，在此徵求委員能予同意，於原訂議程的討論案之前，先討論此案。

戴主任委員桂英

干委員文男是因為覺得該案有時間上的急迫性，認為有必要先討論，請問有無委員附議(多位委員回答：附議)，請問有人反對嗎？(未有委員表示反對)，那就將臨時提案提至原訂討論案之前，請同仁宣讀。

肆、臨時提案「反對衛生福利部自 10 月起開放健保醫療申請款額第一線個別醫師需具名審查公開之措施，應依據 20 年來對健保醫療審查制度具名不公開措施為準則，並請另行建立乙套公平、公正、合理可信、正義的新審查共審評議制度」與會人員發言實錄

同仁宣讀

干委員文男

- 一、謝謝宣讀。健保署、衛福部及立法院近來一再宣示要推動「審查醫師具名並公開」，雖說審查制度可以檢討，例如放大回推的比例可再討論，但若公開審查醫師姓名，到底這樣做是揚惡隱善，還是揚善隱惡？因為公開了姓名，還有哪位醫師會願意去「當壞人」，刪別人的醫師的費用？就如本案之說明一所提，若去刪別人的費用，造成結怨，連黑道都會來威脅審查醫師的安全。
- 二、本次李署長伯璋親自接待抗議審查結果的醫師，雖然認真溝通是好事，但如此看來似乎壞人比較贏，而不是善良的人比較贏喔？署長認真溝通其實正反面的效應都有，若對健保會委員多加溝通，有正面效果；但若對審查不滿者的認真溝通，也有可能表錯情，會讓外界或其他醫師誤解，反正對審查結果不滿，只要來抗議就會贏。因此，若就抗議的個別醫師都這樣有特別對待，或許之後會有越來越多人效法，到時候除了署長接不完，媒體報導更是會沒完沒了，我想這不太好。
- 三、另外，就審查的放大回推制度，雖說是按照比例回推，也遵循了隨機抽樣的原則，但分子分母的計算是否有問題？才造成今日個別醫師的抗議？我想健保署及總額受託單位，所聘請的審查醫師，一定都是各科別的菁英醫師，若所聘並非菁英醫師，是主辦單位的問題；但若都是菁英醫師，也很正確地進行審查及核刪，就不是審查醫師方面的問題，公開審查醫師姓名也沒有實質意義。就如同會喝酒喝到酒醉的常是同一群人，而會去做違規的事情也是常是同一群人。李署長伯璋到場前，委員已

針對業務執行報告，詢問醫事服務機構違規及函送法辦的情形更是刺激，但講到後來委員就都能理解及不再詢問。

- 四、因此，再次重申，審查制度可以檢討，但對於審查醫師姓名則是不能公開，否則若未來沒有人願意審查及核刪，將使健保支出越來越擴大，將是如同無底洞般的可怕！因為大家都想當好人，不核刪同儕費用，那誰要當壞人啊？

戴主任委員桂英

先請楊委員芸蘋，再請何委員語。

楊委員芸蘋

- 一、今天會提出此案，因為對於核刪的內容不太適合之類的疑義，聽聞已久，相關的怨言也聽了太多；而審查醫師的生命財產安全更是讓人擔心，憑良心講，人民的健康是靠醫師在照顧，若醫師的人身安全受到威脅，那怎麼會有足夠的心力來照顧患者？
- 二、本案有值得重視的必要性，因為聽說現行制度核刪擴大回推比例過高、數字太大。有醫師認為，因為被抽中、或是運氣不好又再次被抽中了，被核刪的案件，其金額會被放大 50 倍來核減。若以 1 個月申報總費用不多的醫師，又不小心有案件被抽中放大核刪，他會覺得這個月都白做了，甚至還要貼錢，導致有生存的危機感。
- 三、目前制度是審查醫師具名但不公開，但據媒體所載，健保署是規劃未來在 10 月份要推動 7 個科別是審查醫師具名並公開，有問過幾個醫師，聽說很多醫師因此因為怕到了、嚇到了，覺得生命財產安全堪虞，就不敢來當審查委員。建議應來討論審查制度較為不合理之處，例如核刪比例過高之處，是否可降一點、少一點，讓運氣不好被抽中的人，被核刪的時候數字不會那麼大，讓中小型院所不要碰到核刪金額過高，而有經營上的風險。希望健保署好好去檢討及改革審查制度，合理的改革委員都會支持的。

戴主任委員桂英

謝謝，請何委員語。

何委員語

- 一、我們反對第一線醫師來審查案件都要具名公開，堅決反對這樣的作法。跟大家報告，我今年清明節 4 天連假有 3 天沒休息，勞動節 4 天連假 3 天沒休息，6 月 17 日至 23 日的週末也沒休息，都是在幫教育部審查科技大學技職教育再造計畫的經費，計畫規模少則百萬、多達千萬，若案件評為不通過，會使學校減少百萬或千萬的經費，因此每件審查都需很慎重。但我審查的案子不會公開我的姓名，雖然我在審查表中都有簽名，但教育部不會把它公開。萬一公開了，那每個學校都會打電話來罵我、恐嚇我，若要具名並公開的話，要我以後怎麼審查？
- 二、若真的辦的不好的科系，我還是會把它評為不通過，若該科系不滿，可以提出再審。再審就不是我 1 個人評分，而是會有 1 組人一起審，我也必須充分表達第一次不通過的理由，若該科系補資料補好了，我會讓它通過。
- 三、但健保現在要推動，把審查醫師的姓名公開，未來可能會導致的情形有：第一，大家不願意來當委員；第二，是案子連看都不看就當作審過了，反正已領到審查費；第三，很認真的審查、然後核刪費用，然後他會接到被審的院所的抱怨及騷擾，例如每天打電話來審查醫師的診所說「你金敖，你比我卡敖，你的診所比我卡敖喔！」(台語，意為反諷對方「你真行，你比我行，你的診所比我還行，而竟刪減我的費用」)他不需罵人，但只要一直打電話來騷擾，就會讓審查醫師很受不了，這樣還有那個醫師要去當審查委員？
- 四、我幫教育部審查案子 7、8 年了，沒人打過 1 通電話來恐嚇我，那為何現在要去推動公開審查醫師的姓名呢？雖說台灣人很民主，但民主不是用在這個地方。而昨天有醫師不服被審查的結果來絕食，但若換了我，我有可能會打電話去向原來的審

查醫師抗議，每天去鬧他。因此，無論是審查醫師或被審的人，遇到這些事都是很麻煩的！

- 五、還是建議要建立一套好的審查制度，假使第一位審查醫師已把刪減的理由都寫得很清楚，若有被審醫師提出申復，那就組成一個共審小組，約為5至7人，大家共同複審後也都要簽名。若不建立良好制度，以後署長要接這麼多抗議案，沒完沒了。

戴主任委員桂英

先請吳委員肖琪，再請謝委員天仁。

吳委員肖琪

- 一、本案若有找我，我會加入連署。健保署聘請的審查醫師需要保持公平公正的立場，在此機制中，審查醫師並非不具名，而是他的名字只有健保署知道，若健保署覺得審查的人有問題，也會技巧性的更換掉。
- 二、可是若未來變成審查醫師的姓名都要被公開，正直的人多數不敢去當審查醫師了，反而可能會有鑽漏洞的人，自願來當審查醫師，而遇到特定有問題院所的案子都讓它通過，然後私下去向該院所邀功，反而造成劣幣逐良幣。
- 三、也許公開審查醫師姓名後，包括在座委員等很多醫師仍基於使命感，還是很勇敢的去當審查醫師，但反而要去承擔一些不必要的事情或壓力，這是不妥的。因此，我同意本案的立場，願意加入連署。

戴主任委員桂英

謝謝，連署委員請多1位吳委員肖琪。請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、衛福部似乎常會挺不住壓力，在各部會的業務中，難道只有健保體系在做內部審查嗎？例如申請商標、專利案件的審查，哪一個審查委員的資料會在那些案件中公開出來呢？因此，健保審查醫師需具名且被公開，這是沒有道理的事情！甚至在調查相關證據時，審查委員相關的資訊，都應被保密，法院都有這

樣的 sense(意識)，但衛福部一受到醫界的壓力就退縮，哪有這樣的道理啊？審查醫師的姓名，這本來就不應該公開。

- 二、健保署內部對於審查案件，必然留存了各審查醫師負責各該案件的資料，但重點不是在要不要公開各案件之審查醫師姓名，重點是在「審查的本身有沒有符合專業的要求」，如果有符合，公開或不公開才不是問題。本次那位絕食抗議審查結果的醫師，若好幾位專業人士共同審查其申報案件，若都同意審查的結果就是應該要刪、且核刪是合理的，那就不能為了讓絕食抗議的人要活，反而讓其他人理屈！沒有這個道理！因為我們是法治社會，不能這樣做。
- 三、我們不太清楚，部長所謂公開具名的定義是什麼？是健保署通知院所，所申報的醫療費用經過 A 委員、B 委員或 C 委員審查後，核刪多少錢，只能給付多少錢，是這樣嗎？把審查委員的名字都公開給被審的院所，這樣合理嗎？請問部長敢擔任審查委員嗎？醫療審查相關規定，應要兼顧合理及適當。
- 四、誠如何委員語所提，若專業判斷及審查制度沒有太大的問題，應該考慮的重點是：現行救濟制度能否發揮合理適當的緩衝功能？例如報關稅，就有復查機制，可對處分機關提出復查申請，就不需要馬上進入爭審程序。例如健保署可設立內部專家組織，建立復查機制，回頭審視審查專家之專業度是否足夠，有無不合理核刪，也可作為未來續聘審查委員之依據。
- 五、應該從審查制度面著手，怎麼可以因為醫界認為核刪不合理，受到壓力，健保署就要具名公開審查醫師姓名。醫界有幾個有骨頭的？(與會者笑)這是人之常情，大家都會怕事啊！在此情況下，讓審查醫師站到第一線，健保署署長本身就對不起這些審查專家，審查方面還有很多其他事情是需要好好考慮的！

李署長伯璋

- 一、許多事都有一體兩面，部長已經跟一些專科醫學會溝通，對於同意試辦具名公開審查的專科，才會試辦公開審查醫師姓名，

但不同意之科別，就不考慮試辦。

- 二、醫療是良心事業，費用審查更涉及醫學專業，每位醫師的思考角度不同、見仁見智。因此健保署未來對每個案件將朝向以「雙審」方式進行審查。考量行政經費有限，例如過去審查 100 萬件申報案件，未來將濃縮成抽審 50 萬件，每 1 案件都由 2 位醫師審查，若 2 位醫師都認為費用應該核刪，才會進行核刪。
- 三、對近日媒體報導核減點數按比例回推部分，舉例說明。以隨機抽樣方式抽出 10 件申報案件，若其中 1 件遭核刪，則核刪比例為 10 分之 1，則目前會依該院所實際申報案件，照「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」的回推計算公式，按比例放大回推核刪點數。對院所而言，若申報案件數多，回推後核減點數較大，曾有醫師反映僅被核刪 400 點，但總核減點數卻高達 5、6 萬點。本署正研議未來將依據「類別」按比例回推之作法，例如某醫療給付案件，分為手術費、藥品費、檢驗費，若遭核刪是檢驗費，則依院所申報的檢驗件數按比例回推，如此才能將回推比例控制在合理範圍內。
- 四、受審查醫師及審查醫師之立場不同，審查醫師不贊成具名公開居多，但受審查醫師大部分希望知道被誰核刪。健保署則期望每位審查醫師都能具體描述審查結果，不要僅以編號呈現。審查醫師若認為該醫療行為不合理，應具體描述提供受審查醫師參考，才能改善醫療品質。並不是每位醫師都願意擔任審查專家，若有醫師願意付出心力改善醫療品質，本署將會徵求這類醫師來執行審查工作
- 五、自擔任健保署長 2 個多月以來，透過本署同仁提供資料，發覺有些醫療處置其實不見得有必要。醫界希望健保給付 1 點 1 元，但醫療行為若出現過多的醫療處置，就會導致點值下降，甚至低到每點 0.8 元，即便如此，醫界也不見得願意減少不必要醫療處置及申報費用。例如某病人在甲醫院抽血檢驗，已申

報檢驗費用，病人轉至乙醫院時，乙醫院不一定會採用甲醫院檢驗數據，而再重複檢驗，並申報檢驗費用，如此，點值自然下降，醫界應自行檢討。

- 六、委員認為健保醫療審查制度具名公開措施不適宜之意見，本人會向部長反映委員意見，但因有部分學會已向部長表示有願意具名公開，並透過問卷逐一確認，有意願者才會試辦。若試辦結果與期待有落差，則可隨時中止，不願意試辦之科別則不會強行執行具名審查。
- 七、健保總額就這麼多，每個醫療人員及民眾都有責任減少不必要的醫療費用支出，台灣醫療才會進步。醫事服務機構若虛報或浮報醫療費用，將依特約管理辦法處分，希望研議未來第一次違規以罰款處理，再度違規就依法停約，停約對醫事服務機構是很大的壓力。
- 八、各委員反對具名公開審查之意見，將會向部長反映及說明，讓部長自己做決定。但事實上非每 1 專科都進行具名審查試辦，其實有些較複雜的案件也不適合以具名公開方式辦理。
- 九、資深醫師與年輕醫師的想法不同，處理宜蘭醫師因健保核刪絕食抗議案件時，我與付費者委員想法不同。該名醫師申報醫療費用是否妥當，自有事實可供檢驗。昨日醫師公會全聯會也有進行關懷，我也向該名醫師解釋並表達關心，當時他要求將審查醫師找來，對此要求我當然無法同意。但今日早上與該醫師再度會談，他的態度已較為軟化。站在健保署立場，若有能協助該醫師的地方，將盡力幫忙，但不合理要求，就無法同意。
- 十、之前有 7 個科願意審查具名公開，近日有 1 個科表示不願意具名公開，本署不會勉強。其餘 6 個相關醫學會已通過理監事會，並將推舉足額醫師進行具名公開審查，健保署將配合辦理。至於大家擔心這些審查醫師是否會成為為爛好人之疑慮，本署也會監測審查醫師的行為，避免這些現象發生。
- 十一、部分受審查醫師希望以文字方式描述，讓他們清楚知道核刪

的理由，而非代碼呈現。可藉此讓受審查醫師知道哪些醫療行為對病患治療並無幫助，可因而減少醫療濫用，讓健保財務慢慢回復正常。

戴主任委員桂英

謝謝李署長伯璋，請林委員惠芳。

林委員惠芳

謝謝署長說明，本案我並沒有連署，其主要是已詢問相關醫學會，表示願意具名公開審查，若醫界都願意具名公開審查，我沒有反對的理由。誠如李署長伯璋所說，我重視是被核刪的理由，應該讓該名被核刪醫師知道，重要的是審查信效度、標準，是否清楚可遵循，又如同何委員語所說，應該有救濟制度，可以減少遺憾發生。

戴主任委員桂英

謝謝，先請黃委員偉堯，再請劉代理委員碧珠。

黃委員偉堯

- 一、我認為處理每個部分都要很審慎，請教 1 個基本問題，審查醫師公開具名後，能否解決目前面臨的問題？或只能解決被審查醫師的情緒問題？這對實質沒幫助，建議應檢視原本的問題在哪一點，再來解決。
- 二、我記得在往年的總額評核會上，不管是總額部門或健保署內部都有對審查醫師制度的一套規定，審查後若有申復，則會對審查醫師做評核。我們可用制度來回應，其實這樣的審查是有一套的制度與機制來檢討與監控這些審查醫師，並非一個醫師就可獨立做所有的事。
- 三、剛剛謝委員天仁提及審查後的部分，審查後的機制有申復，進而爭議審議。我認為很多人不知道有這些機制，也不知道這些機制運作上對審查醫師之間的評核標準在哪裡；甚至有些意見會回到健保署身上，認為可能是健保署指使這些審查醫師做甚麼事情。建議制度化，並公開這些制度，不然會造成個別審查醫師去承擔這個制度下所賦予的責任，這樣的責任似乎過重，

他們可能也無法承受。

- 四、剛剛提及有些科別願意試辦，也許一開始是容易而可行的，因為各科與審查醫師的自主意願；不過在總額制度下，某些科別自己審，標準可能放寬了，他們得到總額上的分配與其他科別是否會產生競爭性的差異？建議不要部分科別開放，否則會造成醫界內部更大的爭執與爭議，這對醫界並非好事，建議將此部分納入考量。
- 五、有關放大回推比率，這也是制度上說明的問題，其實放大回推就統計及理論上是合理的。計算上不是抽 10 件，1 件有問題，就回推 10 倍；而是指若某家診所申報 1 萬件，抽了 100 件，1 件有問題，回推是用 1 萬除以 100 的比率計算，是用樣本回推母體，而不是用樣本裡頭回推樣本的比率再回推母體，這兩件事情不太一樣，這是樣本回推的部分，即一般抽樣，是所有案件隨機抽樣才成立。
- 六、另一個狀況，可能我們發現哪個部分特別有問題，加重審查，或者將該類所有案件調出來審查，我認為這不能回推到全部，因為那不是隨機抽樣，是針對某個特殊族群去查，這不能回推。若遊戲規則訂清楚，則不會發生某個案件被回推後，造成全院或整個診所不合理的被核刪。建議制度設計上應讓大家清楚明白，有些誤會若可解釋，則不會產生那麼多爭議。

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

- 一、剛聽到一句話，我需要回應，不明白為何 1 個臨時提案，討論醫師具名審查這件事，會有消費者代表委員提及「醫界沒有幾個醫師有骨頭」，今天在座有很多委員本身都是醫師，類似這樣的言語攻擊最近常在健保會發生，我身為區域醫院協會的代表，對這樣的言語若不表示嚴正抗議意見，會對不起協會所有的醫師，第一點聲明。
- 二、第二，審查是否要具名這件事，源頭應回到為何這件事會被提出討論，可能是健保署為了對整個核減適當性提出的執行方向

與政策，對於核減的適當性，源頭應來自審查的標準有無一致，這是很多醫師所提出的聲音，各區審查及抽審標準有無一致。例如，是否每個相同規模的醫院都是1萬個案例抽1個，或1千個案例抽1個，若標準不一致，某些被核減的醫師當然不服氣，當然會提出來討論。

三、剛剛學者代表提及全民健康保險醫事服務機構審查辦法，回推機制是合理的，事實上，我們的會員醫院有醫師在反映，目前回推的機制執行上是可能會被剝2、3層皮，這樣的情況一再發生，這是消費者代表無法理解的情況，但是醫療現況就是如此。

四、剛剛署長提及這週已與各專科醫學會及醫界討論，審查制度有些要適度修正及檢討。但是請不要說一旦做了具名審查，就會造成醫療的無底洞，事實上，醫療的需求，似乎是自己用就有必要，別人用就不需要，需求的界定在哪？大家捫心自問，自己親戚住院的醫療需求為何？別人用是浪費，我用就合理，各位委員如何認定這部分？前幾天與醫界與署長開會時，也是建議訂出整個醫療審查標準的一致性，這是關鍵，執行上是否照這樣去執行，這是醫界關心的部分。過去我們也提到自主與非自主核減的抽審比率不同問題，自主就可以不用審，但是每個案件給付標準有無一致性？這是醫界反彈的點。

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

非常抱歉！我剛說醫界沒幾個有骨頭，這句話不適當，我收回。我剛要表達的是大家有時會鄉愿，審查的機制就無意義，其實這是制度的問題，我不贊成有些醫師願意具名就具名，有些不具名，一國兩制，制度本身並非在此，應就制度本身是否適當及合理，若有問題應檢討，付費者沒有完全否定整個制度，建議可再細緻化，無需具名審查公開，因具名公開無法解決問題，各位應就這個部分討

論，這才是重點。

戴主任委員桂英

請何委員語。

何委員語

- 一、署長請不要忘了那些醫學會都被健保署管的死死的，誰敢不聽？過去教育部請我當科技大學評鑑委員，我擔任 6 年，第 7 年我就不想當，每次去評鑑 1 組 4 個人，裡面一定有個資深老教授介紹這個學校的主任或教授是他的學生，只介紹這樣，但沒說請將分數打高，但是我聽到這句話，心理就不太愉快。你知道嗎？我會說你不要來這套，我有我的立場，不然如何做下去？所以我向署長說，我出去都不怕死。你們既然出面詢問醫學會要不要具名，就是表明希望他們試辦看看，但一試辦下去，問題就很多，這是中國人的習性。就如同我剛才的譬喻，該位老教授只是介紹誰是他的學生，並沒向我多說什麼，但變成我心理上有壓力，反而讓我更抗拒，這樣不好。
- 二、建議不能具名審查，但審查制度可重新建立，如果願意讓付費者委員參與，我們可以協助思考更多可行的辦法，而且應該要公平、公正，而不是像剛才提到的，抽出來的案件大家都統刪，這樣不公平合理。醫界的事情我不懂，如果我懂，可以教你們很多步驟，就是不懂才講這麼一堆。中國人沒有民主到具名不會被罵，絕對沒有這種事情，我們還是反對具名，希望署長能向部長報告。至於審查制度如何做好，宜建立一個新的審查共審評議制度，讓所有的醫師都覺得很公平，心甘情願沒話說，這樣才正確。

戴主任委員桂英

謝謝，請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

針對這個問題，非常贊同黃委員偉堯和其他付費者委員的意見。因為就核刪的部分，我想現有制度就會填具核刪的理由。所以核刪與

具名應該是兩回事。若認為核刪的理由不合理或審查制度有問題，可針對缺失進行改善，但為何要以具名方式來處理？個人認同改善整體制度或讓制度的推動更好更完善，但具名部分我們絕對反對。

戴主任委員桂英

謝謝。還有兩位委員，先請楊委員漢淙，再請黃委員啟嘉。

楊委員漢淙

- 一、本案不是醫院團體提出，我們和各位一樣是被告知，我本來有點存疑，想說這樣一來會有人願意當審查委員嗎？後來健保署請我們問看看有沒有人願意當審查委員，還是有，但確實是很少數。被推薦審查委員共計 2 千名，我們只推薦一半，另外一半是健保署自己找，不過中間有重疊。經過重新調查，大約有 370 名醫師願意在新制度下擔任審查委員。
- 二、各位委員現在似乎將問題混在一起，其實目前的審查制度有具名，只是沒有公開，所以不要說不具名，不然以後要如何進行審查？是有具名只是不公開，建議在用詞上稍做調整。
- 三、審查制度長久以來很少做太大幅度的更正，很敬佩李署長到任不久，就很積極的推動改革，但可能是進度太快，思考不夠周全。確實審查制度須做檢討，包括按比例擴大回推，統計上或屬合理，但不能所有的問題都靠統計解決，因為很多統計結果容易產生偏差。建議整體審查制度應進行檢討修正，但不必急於一時，希望在下個月或下下個月就要推出新制度。很訝異本案是由付費者代表提出，其實在總額制度下，如果審查功能完全喪失，點數將更被稀釋，確實是會有影響。建議審查制度包括擴大回推，應進行全盤性檢討。
- 四、反對按照各科的意願去試辦，這樣太奇怪，而且會造成點值結算時，願意公開的科別都不核刪，而不公開的科別通通都刪，整體費用分配反而會更複雜，形成內鬥，醫界現在很脆弱，需要和諧。剛剛有記者問我，現在立法院在討論醫師納入勞基法，問我怎麼辦？我說我也不知道怎麼辦？現在整個氣氛很奇

怪。

五、建議本項措施不須那麼快實施，整體再做檢討，但還是需要具名審查，只是不公開。對於有些醫師以公報私，健保署下次就不能再聘請他，雖然是我們推薦，健保署也可以告訴我們這個人以後不可以推薦，當然健保署也不推薦。審查制度一定要具名，不然就會成為大家吵架的焦點。

戴主任委員桂英

謝謝楊委員漢源，剛剛有請黃委員啟嘉先發言，之後再請李委員偉強，然後是楊委員芸蘋。

黃委員啟嘉

- 一、身為西醫基層和醫師公會全聯會代表，還沒有發言好像也不太對，剛剛其實是在等醫院代表發言，因為他們即將要實施。聽到楊理事長的發言，我只能這樣講，付費者當然關心總額的點值，如果點值降的太離譜，表示費用不足，付費者就要考慮總額是不是要多給一點，所以他們也希望在合理的情況下，合理反應點值，我想付費者的心理是這樣。
- 二、剛才黃教授偉堯提到本質的問題到底有沒有解決，本質的問題很簡單，就是民眾對醫療的付費意願和醫療服務期待中間有落差。醫院代表也提及，人的天性就是我的需要是需要，別人的需要是不必要，很多人遇到問題時會有這樣自我中心的考慮，審查醫師在評估被審查醫師間也難免陷入上述的迷思中。
- 三、具名和不具名審查最大的差別在於，很多醫療行為很難界定是不是絕對的需要。舉例來說，有病人主訴他昨天一直冒冷汗，他有可能是因為血糖過高，但我要不要驗他的血糖？驗了血糖就要向健保署申請費用，同時還要申請1份診察費和診療費，檢驗結果可能是正常或不正常，萬一正常可能會被認為做了不需要的檢查而核刪。在這種情況下，要不要幫病人驗血糖？很多時候沒有檢查你怎麼知道是沒事，萬一檢查沒事又被說成是浮濫檢查而核刪。具名檢查後，這樣的核刪相信會減少。

- 四、每位審查醫師心理有一把尺，有比例原則問題，但每人自由心證的裁量會不一樣，當具名審查以後，自然會限縮自由裁量的空間，可能以後有很多的費用就不會被核刪。但必須要講，其實我們的醫療費用長期以來已經被醫師自我約制而壓抑下來，因為核刪制度的緣故，很多醫療費用並未呈現出來而是被醫師自行吸收。具名審查以後，會將這些費用呈現出來，但這些費用其實也是民眾用掉的，並不是醫師放在自己的口袋裡。
- 五、剛才何委員語有點言重了，如果宜蘭那位醫師被核刪是合理的，也不代表他犯罪，只能說在現有的醫療財務壓力下，我們可能覺得他的申報方式，和同儕的醫療資源耗用不太一樣。事實上，到底他的做法是對或不對，沒有人真正能評價，因為對他的病人而言，那些處置都是對的，他的病人都願意接受、而且希望得到這些治療；但對不是當事人來說，可能會覺得是浪費或浮濫，所以具名和不具名的落差就在這裡。具名審查可以讓審查回到醫療本質上去思考。

戴主任委員桂英

謝謝，請李委員偉強。

李委員偉強

- 一、個人目前在醫院持續有看診，所以難免會被抽審到，也必須多次申復，十分能了解醫師對現行審查制度的疑慮。本案討論下來，大家的目的都是希望能夠讓審查制度更健全，也擔心審查委員若具名且公開後，會讓實施多年來的制度毀損。過多、過少或是不適當的醫療都會影響品質，因為健保署身為insurer(保險人)，自然希望能夠經由審查制度確保民眾的就醫品質。健保審查的方式有很多種，包括行政審查等，須要醫師參與的部分屬於專業審查，行政成本高，所以須透過抽樣審查，精神是同儕制約，只是長久下來，有很多須要改善的地方，剛才很多委員也都有提到。
- 二、我提一項具體建議請健保署參考，在座很多人都是學會的專

家，也擔任過很多國內甚至國際雜誌的審查委員，能擔任審查委員是一個榮譽，特別是國際知名期刊的審查委員更是，好的期刊為了維持其品質都十分重視審查委員，其 Review Board(審查委員會)及編輯群會定期公告名單，以昭公信，可是每次審查，期刊不會告訴投稿者你的文章是誰審的，以充分保障審查委員的獨立性及公正性，如果前面 2 位有不同意見，1 位接受但另 1 位反對，會找第 3 位資深委員做最後確定，但投稿者一定可以申復，敘明理由後再送審，這是一個好雜誌的做法。

三、我相信這是健保署大幅改善審查制度的好機會，李署長也是知名的醫學專家，假設真要試辦，而且有 6 個學會願意參與，可以由學會推薦若干委員，並公告審查委員名單，同時考慮層級平衡，包括地區、區域、醫學中心和基層醫師的平衡，每次審查具名但不個案公開姓名，定期每半年檢視委員間審查的一致性，由專科醫學會背書審查的結果合乎專業標準，若不符則應更換不適任的委員。

四、目前由於審查的案件量很多，被核刪的理由常都是用蓋章的，只寫不符合第幾條規定，但這會讓被審查者覺得不受尊重。每次寫了 1 頁、2 頁還附佐證資料的申復意見，結果還是蓋個章被刪除，不知其核刪的依據為何？這會讓人覺得背後是否有什麼我們不知道的故事，因此被抱怨為是黑箱審查，希望能利用本次機會一併改善。

戴主任委員桂英

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

一、剛才謝委員天仁也提到，我們要將提案內容再做修正，現行的審查制度要保留現狀，一定要具名，只是不公開，因為具名只是健保署內部知道誰是委員，審了誰的案，抽審了那幾家醫院，但是不對外公開，現在我們反對的部分是不想對外公開。

- 二、剛才很多委員也提到，實施了 10 多年的制度，要把它毀掉是不對的，應該要精益求精，如同剛才李委員偉強的建議，還有劉代理委員碧珠所提，是不是機制有問題，因為審核的比例不對，案件數一、二萬件只抽一、二件再擴大回推，小醫院案件數比較少，還是一樣抽一、二件照算回推比例。
- 三、建議制度內涵需做修正，十多年下來的制度，怎能不做更改，新的東西用到舊，是要換新或是要修正，機器老舊也要換一換，應該是將內容修的更好，制度不變，但內容做修正。付費者代表都贊成現行制度，不要具名公開在媒體或報紙上，讓大家知道誰審了誰的案件，這樣可能會增加人身攻擊的危險性。

謝委員天仁

剛才詢問過所有提案連署的委員，我們的意思是反對現在具名審查公開的措施，希望具名但不公開，所以臨時提案的內容意旨會據以修正，請幕僚協助進行相關作業。

李署長伯璋

- 一、對於學會願不願意試辦，本署係透過各個管道先進行問卷調查，部分科別學會願意具名審查，才進行後續事宜。至於具名部分，可能和各位委員沒有溝通好，過去被核刪的人若對核刪結果有意見，想知道審查醫藥專家名單，本署都不會提供；未來若具名，則是以 2 位審查醫藥專家為一組 Grouping(分組)方式提供，核減案件會顯示是由 2 位審查醫藥專家共同審查。
- 二、接任健保署署長，除了自認為對台灣 2,300 萬人的健康有責任外，也知道醫療供應者不是只有醫師，還包括護理師、藥師，他們也希望工作環境能獲得改善，這是我的自我期許，很多醫師對現行審查制度有一些意見，所以我們才會嘗試調整，但各位委員的意見，我會向部長報告。
- 三、剛才提到的科別問題，在分配總額時並沒有回到科別，只是在醫院內部的一個角色而已，和總額沒有關係。我們也在健保署網頁 VPN(健保資訊網服務)系統建置專區，希望以後醫界同仁

對核刪有意見，不一定要透過媒體或臉書傳達，也可以反應在 VPN 系統，必要時本署也會回應，期以此方式進行溝通。

四、今天各位委員的意見，我會向部長報告，部長也是很用心在回應外界的期許，我們都來自不同背景，部長的背景有很多來自醫界的聲音，他聽到了所以會做這樣的規劃，這也是沒辦法，因為背景不同，思考邏輯也會不同，只是今天我們在處理醫療工作的時候，會做這樣的考慮，給各位委員造成困擾，先做簡單說明。

戴主任委員桂英

謝謝，請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、要精進審查制度，勢必要有適當的費用，例如德國審查費用占保險總額的 20%，審查醫師不看診，專門做專業審查。在西醫基層審查費用承攬契約中，1 千億元的費用，只有 2 千多萬元用在審查，審查費用比例很低。
- 二、目前審查醫師的審查費，1 個小時約 2 百多元，因為是總額管制，計算下來 1 位醫師剩下 2 百多元，健保署還說在未委託前，審查醫師的薪水比較高，委託後反而變少。這是因為當我們很努力的審查時，將總額用光，1 小時費用才剩 2 百多元，所以今天還願意擔任審查醫師的人，是在這樣的條件下進行審查。未來如果要精進審查品質，勢必投入更多人力，需多少費用來支應，希望各位委員考量。

戴主任委員桂英

本案已討論 55 分鐘，多數委員傾向支持本案，綜整委員意見如下：

- 一、請健保署參酌委員建議，檢討現行審查制度，並與醫界溝通後，再提至本會報告，俾朝更公平、公正、可信的方向邁進。
- 二、為保障、維護審查醫師的人權、人身安全與工作權，及其專業裁量權，並顧及各科可能因作法不同而影響審查公平性，及對

總額點值造成影響等問題，建議暫緩公開部分科別審查醫師名單。

黃委員偉堯

我僅就語意上請教，暫緩公開「部分」審查醫師名單...

戴主任委員桂英

部分科別。

黃委員偉堯

能否將「部分」拿掉。

戴主任委員桂英

好，尊重委員的意見，將「部分」2字拿掉，改為：建議暫緩公開審查醫師名單。

吳委員肖琪

內部具名，對外不公開。

戴主任委員桂英

內部具名是現行作法，本會並未建議健保署變更。

吳委員肖琪

本來就有做內部具名，應讓民眾知道，其實醫審先前把關的不錯，只是有些事情沒有寫清楚、說明白而已。

戴主任委員桂英

建議維持現行審查醫師內部具名，但對外暫緩公開名單。

何委員語

應該為不公開，不是暫緩，我們是反對具名公開的行為。

戴主任委員桂英

能否讓健保署再整體規劃...

何委員語

我們可以修正一點點。

戴主任委員桂英

依委員建議，改為：建議維持現行審查醫師內部具名，但對外不公開的作法。至於如何做得更合理，如是否要有 Review Board(審查委員會)，公布整體審查醫師名單，則不在此規範範圍內。

何委員語

修正本案之案由，改為「反對衛生福利部自 10 月起開放健保醫療申請款額第一線個別醫師需具名審查公開之措施，應依據 20 年來對健保醫療審查制度具名不公開措施為準則...」，後面的文字內容則不修改。我們的立場是這樣，具名當然要具名，我在其他部會擔任審查委員，皆有具名，但僅為內部具名，並未對外公開。

楊委員芸蘋

剛又增加兩名委員簽名連署本案，請將其增列為連署人。

戴主任委員桂英

請同仁配合修正案由及增加連署人，決議就按照剛才所修訂的內容，接下來進行下一案。何委員永成有意見，請說明。

何委員永成

主席、李署長、各位委員，大家好。今天健保署與中醫師公會全國聯合會(下稱中醫師公會全聯會)提出中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫，提請委員會議通過。因本案有時效性，上(第 6)次委員會議決定，請健保署會同中醫門診總額相關團體盡速擬訂計畫草案，該計畫已提 7 月 18 日中醫門診總額研商議事會議第 1 次臨時會議討論通過，因本案有時效性，希望能先處理。

戴主任委員桂英

好，何委員永成希望變更議程順序，先處理臨時報告案，因其具有時效性。徵詢委員意見，本案是否有委員附議?(多位委員表示附議)，有無委員反對將臨時報告案提前討論(多位委員表示沒有)好，先進行本案。

伍、臨時報告「『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』(草案)，請鑒察案」與會人員發言實錄

戴主任委員桂英

本案前提上次委員會議報告，故無須宣讀，請何委員永成說明本次做了那些修改。

何委員永成

健保署與中醫師公會全聯會遵照上次委員會議決定，於7月6日開會討論後，原安排於7月8日中醫門診總額研商議事會議討論，因當天有颱風，高鐵停駛，乃順延至7月18日召開，最後在李委員永振、趙委員銘圓、王老師惠玄的指導與協助下，順利完成修正，請委員參看書面資料，如有問題，可以提出，再由健保署與中醫師公會全聯會答覆。以上，謝謝。

戴主任委員桂英

謝謝何委員永成的補充說明，請問委員有無意見？

黃委員偉堯

一、我有二點疑慮、一項建議，第一點與健保法規有關，飲片非屬健保給付範圍，除非可以解決法規的問題；第2點，中藥飲片或藥材有安全性問題，應先納入TFDA(食藥署)的管理機制後，才能將其納入；另1項建議為刪除本方案之飲片，並調整金額，則可通過。

二、雖大家對科學中藥的療效存有意見，然畢竟在國家的管理制度下；就本案，退而求其次，科學中藥係經TFDA核准，效果雖或不若飲片，但至少對民眾的健康還是有幫助的，飲片部分能否在適法性與安全性的問題獲解決後，再來處理。另本案若獲通過，依健保法規，是否亦應經主管機關同意？

吳委員肖琪

一、主席、各位委員，大家好，我對水劑害怕，為什麼呢？其實委員會議曾討論過，也有中醫師說過，大家可以上網查詢「中藥材問題」，第一篇文章(轉貼:現在台灣的中藥材問題也是很多

一公共電視[是藥還是毒])提到，四物 1 帖 50 元，大家一窩蜂的買，都不知道裡面有硫磺和很多添加物，文章還提到，賣相越是漂亮的中草藥，越容易使用農藥，我們最擔憂的是中藥材的農藥、硫磺、添加物、發霉等問題，就像我們都知道，要小心花生中的黃麴毒素，因它可能會造成肝癌。

二、另一篇為新北市藥師公會所發表的「中草藥材問題知多少？」，該單位提醒民眾，9 成的中藥材是從中國大陸進口，在海關是屬於免審驗項目。中藥材常見的問題很多，包括「中藥摻加西藥」、「重金屬」、「農藥殘留」等，甚至來源地是否屬實，也難以確認。

三、健保需要為國人把關，民眾付費買健康，我們卻未對中藥品的安全性把關，我認為中藥飲片不宜納入本專案計畫，附和黃委員偉堯意見。

戴主任委員桂英

委員有無其他意見？

劉代理委員碧珠(張委員煥禎代理人)

我想請教本計畫草案的品質監控指標，指標一「個案接受完整治療療程，自結案日起 1 年內，因主診斷為過敏性鼻炎之中、西醫門診就醫次數較治療前 1 年減少之比例」，整個計畫案只有在監控指標提到西醫，既然是中醫部門的專案，指標應只針對就診中醫的案件，納入西醫反而無法看出中醫的成效。

戴主任委員桂英

謝謝，請干委員文男。

干委員文男

一、我是原提案人，不只中藥材，科學中藥的原料也幾乎都是從中國大陸進口，由誰把關？中醫師無法個別進口、檢驗中藥材，應該由食藥署或是中醫藥司做進口管制。黃委員偉堯及吳委員肖琪擔憂的問題，應該由政府出面解決，也請科學中藥廠商幫忙檢驗。

二、我認為醫治方法要多元化，過去沒有科學中藥，中藥飲片存在已久，然而中醫納入健保給付後，飲片反而消失了。我們應該為老百姓著想，過去幾千年都在使用的飲片，為何健保不能支付？科學中藥的原料不也是來自中藥材？

三、我有 3 個孩子，除了老大以外，都有鼻竇炎，其中一個手術 2 次都沒好，因此希望本專案可以試辦，造福百姓比較重要。

戴主任委員桂英

謝謝，請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

一、我非常認同干委員文男所提意見，中藥材合格與否應由政府把關，而不是歸責於中醫師。吳委員肖琪所提中藥材問題，我剛也上網瀏覽，我不了解筆者真正目的為何，但由文章內容可發現，我們都在貶抑中醫傳統文化，個人不太認同。建議先試辦本計畫，之後再檢討改善，而不是還未執行就質疑中藥材品質問題，其實食品的問題也很多，更應該全面檢驗。

二、本專案有時效性，在中醫門診總額研商議事會議也多次討論，得出共識先做試辦，後續再檢討，假如執行不力，明年當然不會通過，以上提供委員參考。

三、另外，自古以來，文人相輕，與自身不同之處常有所貶抑，我想西洋的月亮不會比台灣的月亮圓。

戴主任委員桂英

謝謝，請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

一、我認為中秋節月亮最圓。我非常認同吳委員肖琪與黃委員偉堯的意見，中藥材的品質，真的需要把關，請何委員永成務必要確實執行。臨時報告案第 11 頁「兒童過敏性鼻炎臨床治療常用 60 味中藥飲片」，請問中藥飲片是用喝的嗎？(何委員永成：對)那真的需要注意原料品質，如果藥材中有吳委員肖琪剛才提到的重金屬或是一些其他不好的東西，讓那麼小的孩子

喝了，真的是有點危險。

二、我們非常支持這個計畫要執行，可是在藥品安全的把關上，一定要做到很確實，否則我們花了錢，卻危害到孩子的未來，也很令人擔心，所以請何委員永成一定要注意這一點。

何委員永成

主席，請讓我針對這個問題回應一下。

戴主任委員桂英

好！請說明。

何委員永成

- 一、請各位委員參閱本項提案資料的第 11 頁，兒童過敏性鼻炎常用的 60 味中藥飲片，大部分都是由國內 5 家合格 GMP(Good Manufacturing Practice，優良製造作業規範)藥廠提供，保證沒有農藥、重金屬這些不好的東西，都是安全藥材，這些藥材都是合格的 GMP 藥廠生產，而不是一般民間的藥材，我們中醫師公會全聯會也會全力來監督。
- 二、現在這 5 家 GMP 藥廠已經可以生產有安全履歷的藥品，同時我們中醫師公會全聯會也跟中醫藥司開過會，將會全力向政府單位申請認證。民眾健康的安全保障，是我們積極處理的問題。

戴主任委員桂英

請林委員惠芳。

林委員惠芳

我是非常信服中醫的治療效果，但還是會擔心這些水煎藥劑的安全性，雖然剛才何委員永成一再說明，試辦計畫使用的中藥飲片來自於 5 家 GMP 藥廠，藥材都經過檢驗，安全性沒有疑慮，不過我有另一個擔心，病人要如何知道所拿到的中藥飲片是不是來自這 5 家 GMP 藥廠，如果不是，那又該怎麼辦？

戴主任委員桂英

請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、剛才跟大家提到的第 3 篇資料，是新北市藥師公會根據中國醫藥大學公佈 99 年中草藥檢驗結果，也許這兩年還有新的檢驗結果。但以 99 年抽檢的 144 件來看，不良率是 8%，其中含汞重金屬、類固醇及壯陽藥類比例較高。文末並強調，中草藥材含重金屬、農藥殘留、硫磺等有害物質對身體有蓄積的問題，長期攝取將危害健康，如過量的鉛會引起貧血，其他症狀還包含腹痛、急性腎衰竭及神經腦部病變、汞導致慢性中毒等等。所以在此一定要提醒大家，民眾在服用水劑時要怎麼知道藥材是不是來自 GMP 藥廠呢，可是一旦出事，必然是找政府算帳。
- 二、之前跟干委員文男提過，過去有人問我為什麼不去推動在家生產，讓助產士協助生產呢？我的回答是現在醫療這麼方便，而且健保又可解決了財務的問題，如果有 1 千人在家生產，有 999 個人順利沒問題，但對於 1 千人中臨時大出血的那 1 個人來說，在家生產遇到大出血，是無法及時到醫院急救。我的意思是說，如果有人能夠自行從產地找到安全的藥材來源，當然很好，但是，中藥飲片要納入健保給付時，就必須有更謹慎並周慮的思考。
- 三、很多時候政策是易放難收，不能說先試辦看看，因為試辦以後，結果如何還不知道，但民眾會搞不清楚，為什麼有些項目以前有但後來又沒有，而且也不會知道自己使用的藥品究竟是不是來自 GMP 藥廠。再說，方案中也沒提到藥材要經過檢驗，民眾可能也不曉得。之前，我曾為了家裡要飲用的葡萄露，自費 2 千元去檢驗，確定安全無虞才放心飲用。所以，我們又怎麼能讓最末端的民眾自己花錢去檢驗藥材的安全性呢？除非有一天，我們確定這些中藥藥品是經過 GCP(Good Clinical Practice, 藥品優良臨床試驗準則)臨床試驗，也取得主

管機關核發許可證，是核准製造的濃縮中藥，那就 OK，但現在並非如此，所以我要呼籲大家審慎處理。

戴主任委員桂英

請楊委員漢淥。

楊委員漢淥

- 一、首先，這個試辦計畫是由中醫師公會全聯會提出及執行，我看到草案中計畫實施的成效，也將由中醫師公會全聯會進行評估。但整個計畫由同一個單位提出、執行，及評估是否恰當，建議找一個客觀中立的團體進行會比較好，最好找到專業的學術單位來評估本計畫實施成效，若由中醫師公會全聯會自己評估，不論結果如何，外界都會說那是自己評估自己的。
- 二、第二點，我非常肯定剛才隔壁的帥哥、美女所提出的意見。過去對中藥藥品的給付，一直只有科學中藥，主要就是因為對中藥飲片還有相當疑慮，我認為他們所提的問題很重要，雖然我們都不希望將來會發生，但他們兩位為防範於未然，在事前提醒的意見，值得大家深思，而且花了 2 千萬，這些藥材的價格如何訂定也並不清楚，所以我很肯定偉堯及肖琪兩位委員。

戴主任委員桂英

請林委員惠芳。

林委員惠芳

請問何委員永成一個問題，剛才您所說本試辦計畫的中藥飲片會來自 5 家 GMP 藥廠，請問他們的藥材來源是取得許可的嗎？

何委員永成

我想這 5 家 GMP 藥廠在進口時都會有檢驗的數據。如果大家擔心的話，我再跟各位報告，在試辦計畫的規劃中，每位小朋友在療程中使用中藥飲片只有 12 帖。針對大家的擔心，我們會要求參加計畫的院所及醫師，一定要使用這 5 家 GMP 藥廠提供的安全藥材，我們也會去稽核這些院所進貨量及用量，每位患者全部就是使用 12 帖，不是很多。

楊委員漢源

應該要訂出使用標準。

何委員永成

我們今天就會把標準訂出來，一定會要求參與計畫的院所，遵守全程使用 GMP 藥廠提供沒有重金屬、農藥及發霉的安全藥材的規範。有這 5 家 GMP 藥廠的背書，請各位委員放心，這 12 帖中藥飲片在安全上是沒有疑慮的，我們中醫師公會全聯會可以來保證，所有參與計畫的院所都要提出進貨的單據，才可以加入試辦計畫。

楊委員芸蘋

- 一、請問何委員永成，剛才您說這 12 帖中藥，必須是來自 GMP 藥廠，在安全上不會有問題，是嗎？(何委員永成回應：是)
- 二、若您確定這些中藥藥品不會有安全上的疑慮，那麼我會支持您進行這項試辦計畫。

吳委員肖琪

- 一、這件事不能這樣，中華民國政府的計畫，怎能用掛保證方式處理，一定要確定相關細節都沒問題才可以。現在進口的中藥材中，9 成在海關是沒有檢驗的，我要請問，屆時誰要去檢驗這個試辦計畫的藥材，確定安全無虞，這才是問題的重點。
- 二、如果這個試辦計畫執行成果不錯，將來要擴大實施，但是不是每家院所都會使用 GMP 藥廠提供的安全藥材，也不會有人知道，但如果試辦結果是失敗，不就多浪費 2 千萬元嗎？
- 三、我認為很多政策的規劃，都要有前提，例如現在大家說長照服務體系還沒健全，所以要長照保險要緩議。同樣的，現在進口中藥材的問題是這麼嚴重，在問題沒解決之前，怎麼樣掛保證都沒有用，我講真的，這件事一定要很謹慎，我們不能害了自己的國民。現在可能大家都覺得，一定要支持像何委員永成這麼認真中醫界的朋友。沒錯，我也支持何委員永成，但有關中藥材面臨的種種問題，也是中醫界的朋友提醒我，各位只要去蒐集一下資料，就會發現問題的嚴重性，若是輕易做出決定，

我相信將來立法院也會有更多質疑的聲音，所以真的要很小心。就像透析的問題，也不僅是含馬兜鈴酸的藥物引起，這部分李署長一定最清楚，有些是跟藥材有關，所以在這些情況下，我絕對不是不支持中醫，而是因為事關重大，所以我建議這個案子緩議，而不是先做試試看。

戴主任委員桂英

好！本計畫內容中醫師公會全聯會也曾與健保署溝通過，健保署在聽過委員所提意見後，也請提出說明。

趙委員銘圓

- 一、對於吳委員肖琪剛才所提的意見，我是不太認同。假如是要緩議，本案在一開始就不應該讓它成立，而且本案在上個月還在本會又討論過，只是大家對這個案子還有些疑慮，所以才又請中醫師公會全聯會再研議檢討讓他更臻完善，而且健保署為了本案還特別召開臨時的研商會議討論通過後才提本會。
- 二、現在說要緩議，不是把其他的專家學者都當成垃圾嗎？因為該會不是只有我們兩人的意見而已，還有其他的專家學者，也在研商議事會議中提出了很多看法和意見，如果對這個案子有那麼多疑慮，一開始就不應該讓它成立，現在預算都編列了而且馬上就要實施了，才說有意見不是很奇怪嗎？

戴主任委員桂英

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、這個案子最初是干委員文男所提，也通過健保會總額的協商，確實是有這個項目。中醫對兒童過敏性鼻炎要如何治療，是專業的。透過中醫師公會全聯會所提出的治療計畫，是3個月的療程，其中前2週是服用中藥飲片，後續都是服用科學中藥，以上是基本概念，試辦計畫執行期間，也會針對患者的過敏性鼻炎進行評估，希望療程結束後的一年內，病人的症狀可以緩解，且因相關疾病去看中醫或西醫的次數能較治療前一年減

少。以上是本試辦計畫的精神。

- 二、從健保署的角度，當然首先是尊重中醫專業所提出的療程設計，用藥上是運用中藥飲片搭配科學中藥。在討論過程中，與黃委員偉堯及吳委員肖琪一樣，也有人提出對中藥飲片安全問題的顧慮，但中醫師公會全聯會及何委員永成一再地保證，他們會對中藥飲片的安全進行把關。對我們而言，請各位委員參閱本項提案資料的最後 1 頁，現行有關中藥藥品給付項目相關法規，依全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 11 條略以：可建議納入健保給付的中藥藥品為「依 GCP 進行臨床試驗，且通過新藥查驗登記審查作業，取得主管機關核發許可證之新藥」及「主管機關核准製造之濃縮中藥」。但本試辦計畫所包含的中藥飲片尚未取得許可證，如果列入健保給付，恐有適法性的問題。因此，在 105 年 7 月 18 日召開之「中醫門診總額研商議事會議」，有一項結論是，本計畫支付標準內含之中藥飲片目前非屬健保給付範圍，如果要實施本試辦計畫，因為試辦方案含有中藥飲片，必須獲得健保會及衛福部的同意，方可實施。
- 三、上述會議留下了計畫實施的前提，但前因後果是因為我們在總額協商時先通過了預算，中醫師公會全聯會才會針對兒童過敏性鼻炎提出有療效的治療計畫，我們當然尊重，而且他們也保證會為飲片的品質負責。但即便如此，我們仍然認為這個試辦計畫必須經過健保會及衛福部的同意，才可以實施。所以今天提出來討論，除徵求健保會委員的同意，也須視衛福部社保司是否同意將中藥飲片納入方案之中。
- 四、這個計畫是試辦性質，大家同意才能持續實施，因為計畫預算是今年度的，而現在已是 7 月下旬，也沒剩幾個月的時間，因此中醫師公會全聯會希望計畫趕快通過，以便在下半年針對 5-14 歲患有過敏性鼻炎的兒童進行此治療計畫，並評估是否在中醫治療計畫下改善其病況，但前提還是要通過今天健保會的委員會議及衛福部社保司同意將中藥飲片納入方案。

戴主任委員桂英

請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、我覺得在健保會開會要仔細、要仔細、要更仔細地去聆聽，上(6月)個月討論的時候紛紛攘攘，我聽到的結論只有請健保署會同相關團體盡速討論，不知道這樣子能否算是決議通過？
(戴主任委員桂英回應：沒有)
- 二、所以，上個月我們並沒有通過這個案子。上次的討論中，我聽到與會人員的發言及相關知識，是要針對這個計畫進行專業的討論，並非通過。所以，我一定要講，健保會並沒有通過這個計畫，只是說要交給更專業的人去討論。我並非中醫的專業背景，相關的知識來自於大家的討論，以及研析所蒐集的資料，但我一定要從保障民眾健康及長期的效應來考慮這件事。

戴主任委員桂英

- 一、謝謝吳委員肖琪。基本上，上個月是因為中醫師公會全聯會及健保署尚未針對本試辦計畫的內容達成共識，所以委員會同意延後一個月再提出，並非通過計畫內容。剛才趙委員銘圓所提應該是指總額協商時有同意匡列一筆預算。
- 二、經過剛才的討論，綜整大家的意見如下：
 - (一)依健保署的說明，試辦計畫的內容有一部分已完成討論，但還有一部分必須經健保會及衛福部同意後，才能夠實施。
 - (二)本會幕僚所提意見，最重要的一點是，目前中藥飲片尚未取得主管機關核發的許可證，如果將相關費用列入支付，恐有適法性的疑義。
 - (三)多數付費者委員關心的問題，一是中藥飲片的安全性，另一是預算已經通過，是否應給予試辦機會，說不定會對過敏性鼻炎有很好的療效。
- 三、本案可否嘗試以「有條件審查通過」的方式處理，條件包含：

- (一)第一，必須在衛福部認為納入中藥飲片沒有適法性疑慮的前提下，如果衛福部認可，健保會就可通過本試辦計畫。
- (二)第二是藥品安全性的問題。吳委員肖琪說的非常對，有時候不是中醫師公會全聯會掛保證就可以，公會的監測及 GMP 藥廠的參與，都是防範的措施，但未來萬一有藥品安全性問題發生時，我們最需要的是主管機關(食藥署)掛的保證，這部分也請中醫師公會全聯會盡量處理。雖說都屬 GMP 藥廠，GMP 的意思是「良好作業規範」或「優良製造標準」，但好的製造流程，是否真的就能保障藥品安全？也難怪委員們會擔心。
- (三)最後一個要解決的問題是，請問健保署與中醫師公會全聯會是否同意另找客觀公正的學術單位評估本計畫實施成效？

蔡副署長淑鈴

同意。

何委員永成

同意。

戴主任委員桂英

本案的決定就依此修正，請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

本案的關鍵點在於飲片，似乎飲片經過處理成為科學中藥後，療效變得比較弱，本試辦計畫使用僅使用 60 項藥材，5 家 GMP 藥廠參與，能否請這 5 家 GMP 藥廠嘗試將這些藥材處理成類似準科學中藥，並通過新藥查驗登記審查作業，取得許可證，否則為了此試辦計畫，要冒著違反給付規定，以後可能會沒完沒了。第 2 種建議處理方式，原則同意計畫內容，但是健保不給付飲片，請病人自付，這樣在法律上無疑慮。畢竟要健保會做出違反給付規定的決議，會有困難。提出以上 2 種建議處理方式。

戴主任委員桂英

謝謝楊委員非常客觀的建議，請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

非常贊成楊委員提出的建議，另，我想請教何委員假如不要使用飲片可不可以呢？假如不行，那飲片由病人自費，或許也是一種選項。另外針對剛剛主席所做的第三項裁決事項，假如以後對所有的計畫都要用這種方式處理，我個人是沒有意見。但若是僅針對這項計畫，我個人是反對到底。

戴主任委員桂英

請謝委員武吉。

謝委員武吉

在上個月的委員會議時，我已經向各位報告過我父親的經歷，個人覺得主席所裁示的決定非常好且面面俱到，有考量書面報告，該給給付的項目，該承擔的責任，該執行成效評估的單位都有考量到。健保會既然編列同意此項經費，且計畫經費金額不高，現在還剩下不到半年的時間，應該讓中醫門診總額試辦。

戴主任委員桂英

本案若要順利在本會通過，建議按現行規定，不納入健保不給付的12劑飲片，但還是支付醫師的照護費用。目前的確有許多民眾，包括我自己的家人，都是以自費方式取得飲片。請林委員敏華。

林委員敏華

非常贊成楊委員的建議，在既不違法又能執行試辦計畫的前提下，能夠符合干委員文男的要求的方式。同意經由中醫師專業判斷，讓病人以自費方式取得飲片，這是目前大家所想到的最佳解決方式。

干委員文男

科學中藥的療效只有飲片的四分之一，真正的漢方的處理是飲片、抓藥。關於飲片的安全性，既然中醫師公會全聯會表示要監督藥廠，建議還是能讓試辦計畫給付飲片。現在中醫在日本、韓國都蓬勃發展，德國也在研究中醫，我們不能一下子就推翻四、五千年的

歷史，否定自己的文化，一定要用科學中藥，應該嘗試按照舊處方，使用漢方。中醫師公會全聯會已經表示要使用 GMP 藥廠生產的藥，也有經過檢驗通過。我想應該是由政府部門把關藥品的安全性才對，不應該由中醫界自行把關。我們這一代是沒有問題，重要的是現在處於小學及 13、14 歲正要轉為大人的孩童，還是希望能執行此試辦計畫，並建議維持原來的給付複方飲片。

戴主任委員桂英

請陳代理委員順來。

陳代理委員順來(侯委員彩鳳代理人)

我想大家並沒有否定中藥的成效，因為飲片沒有經過檢查，委員擔心會有農藥、重金屬殘留的疑慮，並沒有否認飲片的療效。若是飲片的安全性沒有問題，建議納入健保給付；若有疑慮，應該要進行討論。

戴主任委員桂英

請李委員蜀平。

李委員蜀平

本試辦計畫非常有意義，只是認為關於飲片的藥材源頭有問題，GMP 的意思是「良好作業規範」或「優良製造標準」。可以照剛剛吳委員肖琪提到科學化，就是定性、定量後，再製成成品，因為可能各地方栽種的中草藥、結果成分不一定都一樣，例如台北中正區、中山區所種植的中藥，成分可能就不太一樣，若有可能，能否讓飲片經用科學方法定性、定量，並經過重金屬、農藥、毒性的測試篩選，這樣問題就可解決了，我贊成先通過。

戴主任委員桂英

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

本案已經討論很久，希望能儘快有結果。我很贊成主席的裁示，飲片若能通過檢驗，通過新藥查驗登記審查作業，取得許可證，代表沒問題，就讓它試辦。若是沒通過，建議飲片就不給付。

何委員永成

- 一、我再詳細說明，這 5 家 GMP 藥廠生產的水煎藥劑之安全性沒有疑慮，這 5 家 GMP 藥廠每一批進口的藥材都要通過檢查，同樣一批藥材進口，一部分製成水藥，一部分製成科學中藥，水藥的安全性與科學中藥是同一等級的。
- 二、本計畫後續還要訂定支付標準，需要再討論後才能實施，若今天沒辦法通過，時效上可能會來不及在今年實施，支付標準訂定不是 1、2 天就可完成，需要重新設計、規劃，在執行上可能會延宕很久，這是本試辦計畫困難之處。

戴主任委員桂英

本案已經討論很久，修正部分決定內容後原則通過，但 12 劑飲片暫不納入試辦計畫，支付標準則授權健保署及中醫師公會全聯會另行議定。請陳委員聽安。

陳委員聽安

沒有人反對中醫，而是期望有更好的中醫、更進步的中醫，本案依戴主席所示有條件通過。

戴主任委員桂英

徵求各位的意見，按照原先安排的議程，還有討論事項 1 案、專案報告 3 案，委員是否同意延到下個月再進行。

干委員文男

請問有無時間急迫性的議案？

戴主任委員桂英

請問有沒有時間急迫的議案？(委員表示沒有)如果沒有，會議進行到此。

李委員蜀平

主席、各位委員，我剛才提供各位委員「健保藥品政策研究小組運作準則」草案，請參考，待下次會議時再向大家報告，針對藥價差、藥品品質等問題進行討論，希望能提出好的方法，讓藥費節省

可用於提昇醫療費用或提昇其他醫事團體的費用。

戴主任委員桂英

謝謝李委員蜀平提供的補充資料，請大家先參閱。散會。

表 8 全民健康保險投保單位及保險對象保險費欠費收回統計表

單位:億元,%

年度 \ 項目	欠費應收金額	收回金額	收回率%
100.4-100.12	83.86	81.47	97.16
101.1-101.12	128.57	120.05	93.37
102.1-102.12	153.49	121.82	79.37
103.1-103.12	168.19	112.79	67.06
104.1-104.12	176.31	99.00	56.15
105.1	13.72	5.78	<u>42.12</u>
105.2	14.67	5.60	<u>38.14</u>
105.3	12.99	3.61	27.82
總計	751.79	550.13	73.18

資料日期：105年6月30日

備註：

1. 不含投保單位及保險對象補充保險費。
2. 計算期間為保險費在5年請求權期間資料(100年4月至105年3月)。
3. 近期欠費收回率相對較低，係因收繳期間較短。
4. 部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。