

衛生福利部全民健康保險會  
第2屆105年第1次委員會議事錄

中華民國 105 年 1 月 22 日



衛生福利部全民健康保險會第2屆105年第1次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國105年1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

李委員來希

李委員蜀平

林委員至美

林委員敏華

侯委員彩鳳

張委員文龍

張委員煥禎

黃委員啟嘉

黃委員偉堯

陳委員幸敏

陳委員健民

陳委員義聰

陳委員聽安

楊委員芸蘋

楊委員漢淙

楊委員麗珠

葉委員宗義

趙委員銘圓

蔡委員明忠

蔡委員宛芬

潘委員延健

中華民國中醫師公會全國聯合會李副理事長豐裕(代)

中華民國智障者家長總會林秘書長惠芳(代)

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李常務理事錦炯(代)

國家發展委員會沈科員書萱(13:00以後代)

中華民國勞工聯盟總會陳監事會召集人順來(代)

中華民國全國漁會輔導及推廣部陳秘書平基(代)

佑民醫療社團法人佑民醫院謝董事長文輝(代)

新光醫院管理部保險課廖襄理秋鐳(12:20以後代)

滕委員西華  
謝委員天仁  
謝委員武吉  
羅委員紀琮

肆、請假委員：  
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

楊副司長慧芬  
黃署長三桂  
蔡副署長淑鈴  
龐組長一鳴  
施組長如亮  
柯執行秘書桂女  
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：邱臻麗、謝瓊慧

柒、主席致詞

各位委員、健保署黃署長、蔡副署長及所有與會者，大家早

今天外面天氣雖然寒冷，但會場卻十分溫暖。過去 3 年，本會在鄭前主任委員守夏的帶領下，委員們理性溝通、討論，議事效率不錯。本人獲聘接任主任委員，希望各位先進也能繼續給予支持。

介紹新任黃委員偉堯，渠目前任教於長榮大學醫務管理學系，前曾擔任「全民健康保險醫療費用協定委員會」委員多年，具學術專長及豐富經驗，因此蔣部長特予敦聘為本會委員，歡迎黃委員的加入！

## 捌、議程確認

決定：臨時提案「建議待 ICD-10-CM/PCS 上傳申報穩定執行半年後，及解決 Tw-DRGs 編審程式問題後，再行規劃全面導入 Tw-DRGs」，提至討論事項第二案之前討論，餘照表定之議程進行。

## 玖、例行報告

### 第一案

案由：確認本會上(104 年第 11)次委員會議紀錄，請鑒察。

決定：考量本會上次委員會議已就 104 年第 10 次會議第二項臨時提案決議「蔡前委員登順屬保險付費者代表，於 104 年 11 月屆齡退休後卸任。在擔任本會委員期間，均依相關規定辦理利益自我揭露事宜，並公開於衛生福利部網頁。特別感謝滕委員西華協助擬具聲明稿，以正視聽」中之聲明稿進行討論並獲共識，爰該聲明稿宜依趙委員銘圓之意見，隨同列入紀錄中，以求完整。請幕僚配合更新本會網頁公開之議事錄資料。

### 第二案

案由：本會上(104 年第 11)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)「治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置--『曲克』利弗爾周邊血管支架」自付差額特殊材料案之附帶決議：「為增進自付差額特材議案討論效率，請本會幕僚與中央健康保險署共同研修前所訂定之『作業流程』、『特材品項基本資料檢核表』，期能於會前蒐集更多資料，以供委員參用」，列為繼續追蹤事項。

(二)對決議(定)事項辦理情形之追蹤建議，邏輯應一致，爰第 7 項次之「『全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫』修正案」，追蹤建議欄文字配合修改為「繼續追蹤(並於健保署提報後解除追蹤)」。

(三)「建請衛生福利部增列醫療法等相關條文，責令醫療院所為內科、外科、婦產科、小兒科、急診科辦理醫師醫療責任險案」及「建請衛生福利部責令各醫療院所為醫護工作人員辦理雇主意外責任險承保事項案」，追蹤建議欄文字由「不予追蹤」改為「解除追蹤」，本二案並同意解除追蹤。

(四)餘洽悉。

二、有關「衛生福利部於 104 年 12 月 15 日修正發布『全民健康保險法施行細則第 45 條條文』，並溯自 104 年 1 月 1 日施行是否適法」乙節，請本會幕僚以書面方式洽詢衛生福利部法規會表示意見後提會報告。

### 第三案

案由：中央健康保險署提報「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫(草案)」案，請鑒察。

決定：

一、本計畫對精進評核指標及鼓勵增加收案對象等之努力，值得肯定；惟「健康存摺」在施行上存有疑慮，須請中央健康保險署與中華民國醫師公會全國聯合會再行研商，並於凝聚共識後再考量將健康存摺下載率列為評核指標，餘洽悉。

二、委員所提擴大計畫涵蓋率、擇適合縣市政府合作以提升民眾照顧品質等建議，請中央健康保險署參辦。

附帶決定：考量家醫制度是健保醫療體系的基礎，本計畫值得委員實地瞭解，請本會幕僚與中央健康保險署研商相關訪視活動，或可規劃納入 105 年 3 月份

參訪活動之行程中。

#### 第四案

案由：中央健康保險署提報「105 年度西醫醫療資源不足地區改善方案」(草案)，請鑒察。

決定：

- 一、105 年度西醫基層總額之「西醫醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年經費 240 百萬元，除已提的 180 百萬元用途外，尚有 60 百萬元之支用方式待確定，請中央健康保險署會同中華民國醫師公會全國聯合會研議後，於 3 月底前提報本會，以符協定事項之要求，餘洽悉。
- 二、委員所提相關建議，請中央健康保險署參酌納入方案內容。

#### 第五案

案由：中央健康保險署「104 年 12 月份全民健康保險業務執行報告」，請鑒察。

決定：本案洽悉，委員所提下列意見，請中央健康保險署參辦：

- 一、「健保藥品差額負擔」制度尚無執行之法律依據，若為研擬制度之可行性，而須蒐集各界意見，則應審慎處理。
- 二、請檢討修正全民健保「代位求償」之相關法令，以符實務需求。
- 三、擬委託研究之初級照護定義，請於研究結果出爐後，於業務執行報告中呈現各層級醫院之該相關資料，以利制度檢討及醫療體系發展。
- 四、醫療費用核減率是否分以「參加自主管理」醫院、「未參加自主管理」醫院呈現，考量各分區業務組之作法不一，恐有資料解讀的疑慮，爰請再溝通、協調。

五、針對政府欠費，請加強和相關單位之溝通並依法辦理。

## 拾、討論事項

### 第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：因衛生福利部(疾病管制署)修正發布「人類免疫缺乏病毒檢驗預防及治療費用給付辦法」，名稱並修正為「人類免疫缺乏病毒感染者治療費用補助辦法」，確診開始服藥二年內之愛滋病治療費用之給付對象為「有戶籍之國民」。基於健保給付平等原則，對於參加本保險之保險對象，自「確診開始服藥二年內」之愛滋病治療費用，列為非屬本保險給付範圍，爰依全民健康保險法第 51 條規定，提請審議。

決議：本案建議依全民健康保險法第 51 條第 1 款「依其他法令應由各級政府負擔費用之醫療服務項目」之規定，認定「感染者自確診開始服藥二年內之愛滋病治療費用」項目，不列入本保險給付範圍，理由如下：

- 一、104 年 2 月 4 日總統令修正公布之「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」第 16 條，已規定「感染者自確診開始服藥二年內之愛滋病治療費用」由中央主管機關予以全額補助。
- 二、上開條例(法律位階)授權訂定之下位法規「人類免疫缺乏病毒感染者治療費用補助辦法」，違反該條例，依全民健康保險法，自不受該辦法之拘束。

### 第二案

提案人：謝委員武吉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：為提升醫療照護品質與善盡健保會委員監督健保資源使用，目前支付標準項目中如非醫師親自執行，健保應不予給付案，提請討論。

主席裁定：保留至下次委員會議討論。

### 第三案

提案人：何委員 語、謝委員天仁、滕委員西華、楊委員芸蘋、  
李委員永振、葉委員宗義、張委員文龍、李委員成家、  
李委員蜀平、李委員來希、趙委員銘圓、干委員文男

代表類別：保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表

案由：建議 105 年度起，各部門總額評核資料於檢送評核委員時，應同時檢送本會推派擔任中央健康保險署研商議事會議及共同擬訂會議之代表(保險付費者代表)，讓委員參閱其年度評核資料案，提請討論。

主席裁定：保留至下次委員會議討論。

### 第四案

提案人：何委員 語、謝委員天仁、滕委員西華、楊委員芸蘋、  
李委員永振、葉委員宗義、張委員文龍、李委員成家、  
李委員蜀平、李委員來希、趙委員銘圓、干委員文男

代表類別：保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表

案由：建議成立「健保藥品政策研究小組」，以研討健保藥品供需內容和藥價政策執行之規劃方案，期使合乎市場常軌與公平交易法規範，維護全民用藥品質及確保國人健康，並健全醫療服務體系案，提請討論。

主席裁定：保留至下次委員會議討論。

### 第五案

提案人：何委員 語、謝委員天仁、滕委員西華、楊委員芸蘋、  
李委員永振、葉委員宗義、張委員文龍、李委員成家、  
李委員蜀平、李委員來希、趙委員銘圓、干委員文男

代表類別：保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表

案由：建議衛生福利部醫事司、護理及健康照護司及健保署於 105 年 4 月 30 日前向本會保險付費者代表簡報說明 102~104 年內科、外科、婦產科、兒科、急診科等

五大科醫師及護理人力之增減情形案，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：「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」之執行成果與檢討報告，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：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。

## 拾貳、臨時提案

提案人：潘委員延健(提案資料詳附件)

連署人：楊委員麗珠、謝委員武吉、謝代理委員文輝(楊委員漢淙代理人)、張委員煥禎

代表類別：保險醫事服務提供者代表

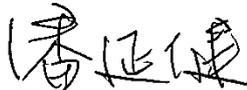
案由：建議待 ICD-10-CM/PCS 上傳申報穩定執行半年後，及解決 Tw-DRGs 編審程式問題後，再行規劃全面導入 Tw-DRGs 案，提請討論。

決議：針對委員之「等作業系統穩定、完備後再全面導入」訴求，報請衛生福利部決定全面導入 Tw-DRGs 日期之參考。

拾參、散會：下午2時17分。

## 全民健康保險會提案單

提案日期：105年01月22日

提案者	潘延建委員 
委員代表類別	保險醫事服務者代表
提案屬性	<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	建議待 ICD-10-CM/PCS 上傳申報穩定執行半年後，及解決 Tw-DRGs 編審程式問題後，再行規劃全面導入 Tw-DRGs。
說明	<p>一、本會 105 年度工作計畫預訂於 6 月請健保署報告 DRGs 相關診斷分類由 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 之執行情形，主要了解 DRGs 擴大實施前，疾病分類轉碼正確性及執行情形。</p> <p>二、醫療院所自 105 年 1 月 1 日起全力配合以 ICD-10-CM/PCS 上傳，其中目前尚有許多不正確處需修改，問題分類如下</p> <p>(一) ICD-10-CM/PCS 分類表以 ICD-9-CM 為基礎轉換為 ICD-10-CM/PCS，未考量 ICD-10-CM/PCS 的複雜度，致常會歸屬錯誤。(附件一)</p> <p>(二) 健保署公告 ICD-10-CM/PCS 版 Tw-DRGs 分類表未完備，部份處置未被列入且分類表制訂原則錯誤。</p> <p>(三) 健保署提供單機版編審程式落點錯誤、邏輯異常。</p> <p>(四) 健保署提供單機版編審程式與公告分類表歸屬結果不同。</p> <p>(五) 無法上傳申報。</p> <p>(六) 過去醫院提報問題未完全解決。 已嚴重影響 Tw-DRGs 落點，甚至院所無法上傳順利申報。</p> <p>三、至今，後續 3-5 階段的 Tw-DRGs 版編審程式尚未釋出，醫院無法進行測試，分類表架構亦未完備，依過去每階段導入經驗，若健保署公布「正</p>

	<p>確」上線 Tw-DRGs 編審程式與參數(RW/SPR)，醫院端資訊系統需同步修改，花費至少 1 個月以上，完成後，需再進行申報分析、與各科舉辦說明會，至少需耗時 1 個月以上作業時間，但本次為 3、4、5 階段同步實施，從健保署正式公告到醫院納入 HIS 系統，與各專科學習準備，其所需時間應為過去 3 倍以上，至少需半年作業時間。</p> <p>四、然近日多家醫院接獲通知，將於 105 年 3 月 1 日全面導入 Tw-DRGs，實令各院十分驚恐。</p> <p>五、現醫院均所有人力投入協助解決 ICD-10-CM/PCS 申報費用遭遇之問題，實無暇因應 Tw-DRGs 後續階段的導入，若在健保署與醫療院所皆未準備好的情況下，強行於 105 年 3 月 1 日全面導入 Tw-DRGs，將影響各院 60-70% 的住院病人，嚴重影響民眾就醫權益。</p>
擬 辦	建議待 ICD-10-CM/PCS 上傳申報穩定執行半年後，及解決 Tw-DRGs 編審程式問題後，再行思考全面導入 Tw-DRGs
內容與本會任務符合情況 (請勾選)	<p>全民健康保險會法定任務：</p> <p><input type="checkbox"/> 保險費率之審議事項(第 5、24 條)。</p> <p><input type="checkbox"/> 保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配事項(第 5、61 條)。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 保險給付範圍之審議事項(第 5、26、51 條)。</p> <p><input type="checkbox"/> 保險政策、法規之研究及諮詢事項(第 5 條)。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 其他有關保險業務之監理事項(第 5 條)。</p> <p><input type="checkbox"/> 其他全民健康保險法所定由本會辦理事項(第 45、72、73、74 條)。</p>
連署或附議人 (臨時提案、 復議案填入)	<p>楊慶珠 許文峰 許文峰</p> <p>張煥禎</p>

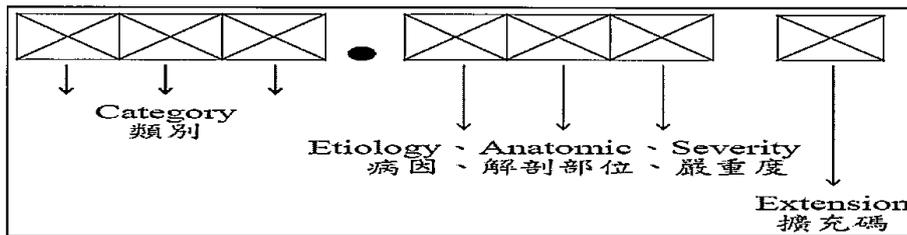
## ICD-9-CM診斷與ICD-10-CM差異比較說明 附件一

### ■ICD-9-CM疾病分類架構



疾病代碼架構：由3-5位元組成：整數3碼、小數1-2碼，全是數字碼(除V、E code第1字母是文字外)，第3位字元後使用小數點

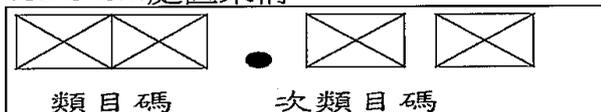
### ■ICD-10-CM疾病分類架構



疾病代碼架構：由3-7位元組成，第1字元為字母、第2位為數字，第3-7字元是數字或字母，第3個字元後使用小數點，增加第6位碼及擴充碼第7碼(例如，產科、損傷、外因)

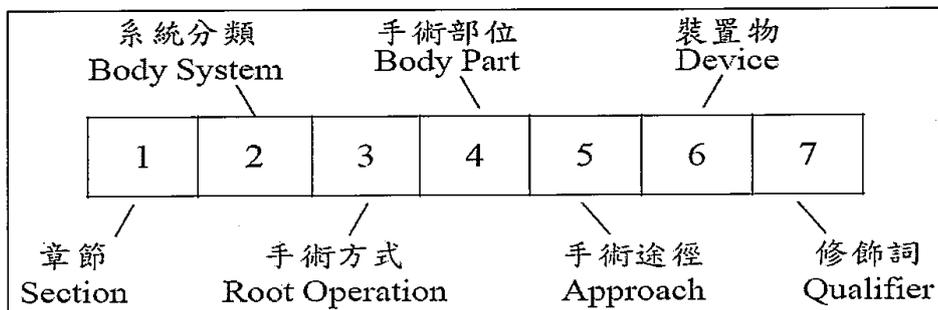
## ICD-9-CM處置與ICD-10-PCS差異比較說明

### ■ICD-9-CM處置架構



處置代碼架構：由2-4位元組成，全是數字碼，在第2位字元後使用小數點

### ■ICD-10-PCS處置分類架構



處置代碼架構：每1處置碼包括7位碼，每1碼代表1個分類軸，沒有小數點

ICD-10 上線費用上傳與 DRG 案件 問題案例

問題類別一 ICD-9-CM 轉換 ICD-10-CM/PCS 問題

案例說明	問題/建議
<p>椎間盤切除術在 ICD-10 版本為腰椎神經鬆弛術 (ICD-10 PCS 編碼 01N00ZZ, DRG 落入 23402), ICD-9 椎間盤切除編碼為 03.09 時 DRG 落入 MDC1 與現狀落入 MDC8 明顯不同。</p>	
<p>關節再置換 ICD-10PCS 編碼原則為使用兩個編碼一個取出一個重新置入, 落入 DRG20905 首次人工關節置換, ICD-9 CM 關節再置換編碼 81.53, DRG 應落入 20908 關節再置換, 明顯因版本問題而影響 DRG</p>	
<p>女性尿失禁診斷在 ICD-10 系統歸屬於泌尿系統進而影響 DRG 造成與 ICD-9 女性生殖系統 DRG 之不同。</p>	
<p>DrG49401 分類表和附表內容不一致</p>	<p>0FC98ZZ Extirpation of Matter from Common Bile Duct, Via Artificial Opening Endoscopic                      在本次分類表是 OPERATING ROOM PROCEDURES, 在附表 7.1.2 裡面沒有</p>

A	B	C	D
DRG49401	腹腔鏡膽囊切除術，有內視鏡手術，無訓練觀察，無合併症或併發症	ICD-10-CM/PCS 附表7.1.2 手術術碼編碼限制	
49301	LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY, WITH ENDOSCOPIC OPERATIONS, WITH OPERATING ROOM PROCEDURES	OPERATING ROOM PROCEDURES (Y)	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016070 Bypass Cerebral Ventricle to Naophtalmyk with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016071 Bypass Cerebral Ventricle to Mastoid Sinus with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016072 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016073 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016074 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016075 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016076 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016077 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016078 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016079 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016080 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016081 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016082 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016083 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016084 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016085 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016086 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016087 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016088 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016089 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016090 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016091 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016092 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016093 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016094 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016095 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016096 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016097 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016098 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016099 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016100 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016101 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016102 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016103 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016104 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016105 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016106 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016107 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016108 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016109 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	
49301s	0FT144ZZ Resection of Gallbladder, Percutaneous Endoscopic Approach	0016110 Bypass Cerebral Ventricle to Abrium with Autologous Tissue Substitute, Open Approach	

I-10 對應檔問題，重大傷病碼 I-9 與 I-10 不一致 (依據健保署釋出對應檔)，例如精神科重大 29690，對應 I-10 為 F39，但 F39 非公告之重病碼，病患使用認定問題。慢性病公告範圍與原 I-9 對應也不一致，造成臨床困擾及申報疑慮。

問題類別二健保署公告 ICD-10-CM/PCS 版 Tw-DRGs 分類表未列入且分類表制訂原則錯誤

問題/建議

案例說明

去顛術的類型編碼未完整考量於分類表內。

PTCA 多處合併支架 DRG 內的編碼未含概 2 個單條的邏輯，致 DRG 落入單條 PTCA 未含支架的 DRG(11201)

	<p>循環系統之複雜性診斷仍有缺少，ICD-10 碼少 I25.110(冠狀動脈疾病合併心絞痛)</p>
--	----------------------------------------------------------

問題類別三健保署提供單機版編審程式落點錯誤、邏輯異常。

問題/建議	案例說明
	<p>健保署釋出之 ICD-10 版 DRG3.4 版分類表與單機板 程式上編審歸類仍有錯誤(歸屬不同 DRG，其給付相 差 4 倍，如附件案例)。</p>
<p>應歸至 DRG11202---單處血管經皮心臟血管手術</p>	<p>病人執行 02703ZZ Dilatation of Coronary Artery, One Site, Percutaneous Approach 單機版歸類為 DRG11201---多處血管及其他經皮心 臟血管手術</p>

ICD-9 DRG 因診斷 625.6(為限女性的診斷)，所以會直接跑到 MDC13，DRG:35602，權重較優，但 ICD-10 代碼沒有差，男女代碼皆為 N99.3，所以，會先 RUN 的 MDC 是 MDC11，其 DRG:309 權重較低！主診斷落點在 ICD-9 只歸一個 MDC，在 ICD-10 則分別歸兩個 MDC(MDC:11 和 MDC:13) 依單機版編審結果，會先 RUN MDC:11，符合即落在 DRG:309，不會再 RUN MDC:13(DRG:35602)！DRG VPIN 編派邏輯和 DRG 通則說明相違時，如該件應如何編派？

(1) 診斷同時落入兩個 MDC，DRG 可以擇優選取嗎？  
 (2) 或是，仍需依 MDC(1~23) 順序(如:MDC:11 和 MDC:13，則直接落入 MDC:11)？

The screenshot shows a software interface for medical coding. At the top, there are input fields for '入院主診代碼' (N993) and '手術代碼' (1019). Below this is a grid for '主手術與次要' (Main and Secondary Procedures) with columns for ICD-9 and ICD-10 codes. A '資料查詢結果' (Query Results) section shows 'MDC: 11', 'DRG: 309', and '權重: 0.6886'. At the bottom, there are fields for '入院主診代碼' (N993), 'Sex' (female), and 'Age' (64).

**問題類別四 健保署提供單機版編審程式與公告分類表歸屬結果不同。**

問題/建議	問題/建議
<p>病例說明</p> <p>申報 Drgs 為 371 剖腹生產，無合併症或併發症：至 VPIN 網站查住院病例組合編審服務-單筆資料查詢對應 Drgs 為 37302 陰道分娩.無複雜診斷.無合併症或併發症，此案為剖婦應為 Drgs：371</p> <p>分類表非開刀房處置但編審系統卻落入手術與診斷不符合的 DRG(外科系 DRG) 如腰椎穿刺及內視鏡檢查被 DRG 編審判斷為開刀房處置。</p> <p>ICD9 版為刀房處置應落入外科系 DRG 但編審系統卻落入內科 DRG</p>	<p>健保署 drg 編派程式有誤</p>

如開顱引流手術被視為內科處置

資料查詢結果			
合併症/併發症記錄	MDC碼	DRG碼	權重
Y	04	46801	2.3716
Acute and chronic respiratory failure, unspecified whether with hypoxia or hypercapnia 急性呼吸衰竭, 未指定是否伴低氧血症或高碳酸血症			
入院主診代碼 J8620			
次診斷代碼一 J690			
次診斷代碼二 I89153			
次診斷代碼三 I89212			
次診斷代碼四 I89222			
手術代碼 5A1945Z			
手術併發症 009U3ZX			
DRG碼 46801			
權重 2.3716			
是否為併發項 N			
目			

OPERATING ROOM PROCEDURES 的診斷碼, 附表內容和 drg 編派的內容不一致, 導致醫院編派之 drg 和健保署 vpn 單機版編派不一致。

例: 009U3ZX 也不是 OR procedure(在 7.1.2 的附表內沒有), 若依規範在附表 7.1.5 主診斷和處置不一致的表有說到 drg46801~46804 是 All other operating room procedures not listed for DRG47601-DRG47602 and DRG47701-DRG47704, 所以未在附表 7.1.2 也未在 7.1.5 的 47601~47602, 47701~47704 的 list 裡面的處置, 應編派 drg47501, 而非垃圾筒 drg。

問題類別五無法上傳申報。

案例說明

費用上傳時, ISS 虛擬醫令檢核仍錯誤, 依署規定 MDC24 要求醫院填立入院時第一次評估分數, 若患者為 104 年 12 月入院於 105 年 1 月出院, 需以 ICD-10 及申報 ISS 分數, 上傳時仍檢核有誤。

問題/建議

問題類別六過去醫院提報問題未完全解決。

問題類別	問題細項	建議具體修訂條件 (如診斷及處置修訂方式)	說明
DRG 落點	DRG 11201/11202 11601/11602	建議修正為11602(PTCA+stent)	02703ZZ Dilation of Coronary Artery, One Site, Percutaneous Approach 02703DZ Dilation of Coronary Artery, One Site with Intraluminal Device, Percutaneous Approach
	DRG 124/125	建議增加I25.10代碼	循環性疾病，急性心肌梗塞除外，有心導管，有複雜診斷(I200 Unstable angina) 若病人有CAD with Unstable angina 代碼
	開顱引流手術(Burr-hole)	新增 009130Z 009230Z 009430Z	ICD-10-CM/PCS_附表7.1.2 手術處置編碼限制 OPERATING ROOM PROCEDURES (Y) 遺漏009130Z Drainage of Cerebral Meninges, Percutaneous Approach 009230Z Drainage of Dura Mater, Percutaneous Approach
	124/125	4A023FZ 4A02X4Z 4A02XFZ 由DRG124/125移除	4A023FZ Measurement of Cardiac Rhythm, Percutaneous Approach 4A02X4Z Measurement of Cardiac Electrical Activity, External Approach 4A02XFZ Measurement of Cardiac Rhythm, External Approach 由DRG124/125移除,EPS DRG落點應為11204
	03904/03905		單 雙側水晶體手術,不含玻璃體切除
	06702 /05702	1.0CJY8ZZ 為鏡檢應由DRG 05702 認定OR procedure中移除	1.0CJY8ZZ 為鏡檢應屬於SNOR procedure,影響現行實施DRG 2.分類表7.1.2 ON-OPERATING ROOM PROCEDURES (N)(其他表未列之PROCEDURE CODE亦 為N)亦無列於05702代碼

TWDRG錯誤彙總

序	情況	ICD9(原DRG)	ICD10(異常DRG)	錯誤說明
1	PTCA 2 site, 1site放stent	11602(PTCA多處+Stent)	11201/11202	分類表邏輯錯誤(多條PTCA+STENT or 單條PTCA +STENT，沒有 單條AND單條的邏輯)
2	PDA<2.5mm	11106/11006(<2.5mm)	11102/11002(>2.5mm)	分類表正確，單機版錯誤
3	AICD, ICD, CRTD換電池	DRG11501/11503(永久性心律調節 器裝置術，伴有急性心肌梗塞、 心臟衰竭或休克或自動心臟，去 頸器電極)	11204(EPS)	分類表缺第2區.單換Defibrillator Generator的Lead或Generator
4	總附AICD, ICD, CRTD	DRG10407/10408(心臟胸手術及其 他重大心臟胸手術，伴有心導		分類表第2區缺第6碼是9的也是去顫器的一種(CRT-D)

5	Laminectomy/Laminotomy for decompression(0309)	499/500	23401/23402	分類表
6	ACL/PCL Reconstruction(8145)	50301/50302(repair)	23401/23402(supplement)	分類表
7	雙側TKR	47103(雙側)	20905(單側)	分類表(TKR處置代碼，第7碼少9 cemented 及A uncemented)
8	尿失禁手術	MDC13,DRG35601/35602 (RW:1.3047/1.1404)	MDC11, DRG 308/309(RW:1.0102/0.8886)	ICD9版1.2階時因診斷625.6DRG歸類到MDC13(女性生殖系統)，DRG35601/35602，但ICD10版診斷N39.3 DRG歸類到MDC11(泌尿系統)DRG 308/309。
9	單側TKR revision	20907、20907(revision TKR)	20905(TKR)	ICD-9版的Revision 和ICD-10的Revision意義不一樣，ICD-10分類表只有revision(矯正)
10	cleft lip	052(唇裂及顎裂修補術)	I69/I68(口腔手術，有/無合併症或併發症)	DRG052分類表中都沒有lip 相關手術處置，只有 Palate。
11	D35.2 (Benign neoplasm of pituitary gland)，處置stereotactic radiosurgery (D20DZZ)	DRG292/293(其他內分泌、營養及新陳代謝手術，有/無合併症或併發症)	DRG30001/30101(內分泌系統良性腫瘤，有合併症或併發症)	健保署符合診斷(D35.2)歸類至DRG30001/30101(內科DRG)，編碼同時待處置DRG292/293(外科DRG)，而DRG30001/30101(內科DRG)權重較DRG292/293(外科DRG)低，DRG是否應優先至外科
12	D33.3 (acoustic neuroma )，處置stereotactic radiosurgery (D020DZZ)	DRG008(末梢神經、腦神經及其他神經系統手術，無合併症或併發症)	DRG01001/01101(神經系統良性腫瘤(1)，有/無合併症或併發症)	健保署符合診斷(D33.3)歸類至DRG01001/01101(內科DRG)，編碼同時待處置DRG008(外科DRG)，而DRG01001/01101(內科DRG)權重較DRG008(外科DRG)低，DRG是否應優先至外科DRG 008。
13	診斷Right ankle ATFL tear(S93.491A)，處置0MQQ4ZZ，0SBF4ZZ	DRG21804/21904(閉鎖性骨折及其他骨骼肌肉系統及結締組織之疾病與疾患，下肢及脛骨手術，髌、足及股骨除外(2)，年齡大於等於18歲，有合併症或併發症)	DRG22503/22504(閉鎖性骨折及其他骨骼肌肉系統及結締組織之疾病與疾患，足部手術，有/無合併症與併發症)	處置碼0SBF4ZZ DRG歸類於DRG21804/21904 (RW1.2332/0.9689)，而處置碼0MQQ3ZZ DRG歸類在DRG22503/22504 (RW0.9649/0.7382)。DRG是否應優先歸類至權重高的RGDRG21804/21904(RW1.2332/0.9689)

問題類別七未導入項目分類表問題

案例說明	問題/建議
<p>TW-DRGs4.0 版分類表，新增許多虛擬碼，健保署未能提供明確之操作型定義，可能導致各院認定有出入，甚至有核減風險。</p>	
<p>TW-DRGs4.0 版分類表一再更改，且尚未公告確定版本，權重、上下限臨界點迄今尚未公告，支付通則也改變若匆忙於 3 月上線，將導致醫療院所資訊系統程式因應不及。</p>	
<p>申報格式自 104.3.31 後未更新，近期申報格式內容皆有更改，因應 4.0 版 DRG 應有更多待改，應提前公告以利院所準備配合。 例如死亡個案排除、核實排除個案應配合使用何種不適用 DRG 註記，應提前向院所公告。</p>	



第 2 屆 105 年 第 1 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(104 年第 11)次委員會議紀錄」與會人員發言實錄

柯執行秘書桂女

各位委員、所有與會者，大家早！各位有沒有感覺今天的天氣很寒冷？(委員回應：不冷！)看到大家都在相互討論，氣氛十分熱絡，所以不會感覺寒冷。現在委員出席人數已經過半，請新任戴主任委員桂英召開今天的委員會議，戴教授大家都認識，應該不需特別介紹。

戴主任委員桂英

- 一、各位委員、健保署黃署長、蔡副署長及所有與會者，大家早！上次會議鄭前主任委員守夏表示：「因為明年將赴國外進修，所以是最後一次擔任主席，雖然已經主持了 3 年的委員會議，但還是有點緊張」，而本人今天是第一次主持，所以更為惶恐！
- 二、過去 3 年，在鄭主任委員的帶領下，委員們理性溝通、討論，議事效率非常不錯。本人被指定擔任主任委員，希望能像鄭前主任委員一樣，得到大家的支持。今天的天氣雖然寒冷，但會場卻讓人感到十分溫暖。
- 三、首先介紹新委員黃教授偉堯(黃委員起立致意，委員拍手表示歡迎)，黃教授任教於長榮大學醫務管理學系，過去曾擔任「全民健康保險醫療費用協定委員會」委員多年，具學術專長及豐富經驗，因此蔣部長特別敦聘渠擔任本會專家學者委員，歡迎黃委員的加入！
- 四、今天會議議程，計有例行報告 5 案、討論事項 5 案、專案報告 2 案。至於臨時動議，若有提案，向大家報告。照議程安排進行會議，請問委員有無意見？(干委員文男回答：沒有！)。接著確認上次委員會議紀錄，請同仁宣讀。

同仁宣讀

戴主任委員桂英

謝謝同仁的宣讀。請問委員對會議紀錄有無修正意見？目前有兩位委員舉手，女士優先，請滕委員西華。

滕委員西華

謝謝主席願意擔任主任委員這份辛苦的工作。請教幾個問題：

- 一、會議資料第 6 頁，上次會議紀錄討論事項第 2 案「全民健康保險業務監理指標修訂案」之決議：「…，其中『護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率分布』之指標名稱與計算方式，請中央健康保險署會同中華民國護理師護士公會全國聯合會商定後送會，並據以更新」，請再參閱第 18 頁附件四(全民健康保險業務監理架構與指標)之「護理人力指標」，其計算方式載明：「護理人員數不列計『實習護士』及『專科護理師』，但列計『護理長』(以 1 人計)」。據瞭解，目前很多醫院都有「研究護士」編制，請教護理師護士公會全國聯合會代表，本項指標在計算護理人力時，是否有計入「研究護士」？他們並未從事臨床工作，應該予以排除。
- 二、對於修訂健保法施行細則第 45 條，政府負擔健保總經費法定下限 36% 之認列範圍，提出一點抱怨。今日健保署分送委員參考的「全民健康保險法規要輯」，怎麼會有『未來法』？出版日期為 104 年 11 月，為何內容已包含 104 年 12 月 15 日修正發布的「全民健康保險法施行細則」，及 104 年 12 月 2 日修正發布的「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」？出版日期之後才通過的法規既然都納入了，則 104 年 12 月 30 日修正公布的「個人資料保護法」為何未予納入？
- 三、衛福部根本是先射箭再畫靶，否則上述健保會在公告期間不同意、出版當時尚未修正發布的法規，竟怎會提前 1 個月預知而事先編印！或許認為委員不會翻閱本法規要輯，也不會發現此情形；不過，剛剛跟蔡委員宛芬談起，不知是否早就將這些修正後的法規納入，所以心血來潮翻了一下，結果還真的已列

入！個人覺得實在非常不妥，不知該說什麼才好，要不然，也應該將出版日期修正為 105 年 1 月才對！

戴主任委員桂英

謝謝滕委員西華，請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

一、主席、各位委員，大家早！首先認同滕委員西華的意見，在法規未修正公布前就納入編印，有點離譜，應該改善！

二、恭喜新任戴主任委員桂英，您的責任很重大，健保會許多事務，需要您與衛福部部長多溝通。依據本會之前的決議事項，希望部長能儘快安排與健保會委員座談、溝通。

三、對委員會議決議的執行情形提出下列意見：

(一)本會 104 年第 10 次委員會議(104.11.20)，臨時提案「有關國民健康署署長在其個人臉書發表不實言論及誤導民眾…。故請本委員會應發表嚴正聲明，以還我委員會及蔡前委員登順名譽案」，有 18 位委員連署，經過討論後，由滕委員西華協助擬具聲明稿，以正視聽。

(二)滕委員西華於 104 年第 11 次委員會議(104.12.25)，提出聲明稿供委員參考。會上主席表示：「聲明稿是以健保會名義公開的資料，請所有委員看過會較妥適」，因此，聲明稿的內容是經過委員討論及修正後才定稿，但僅在該次會議的發言實錄記載討論過程，會議紀錄卻未予呈現，非常不應該。聲明稿的內容是經過委員會議討論通過，應該納入會議決議才對！

(三)聲明稿是依據 104 年 11 月份委員會議決議所擬具，也在上個月(104 年 12 月)委員會議提出討論，就應該納入上次會議紀錄的辦理情形才算完整。所以應該要將聲明稿列入上次會議紀錄，而不只是放在健保會網站。

戴主任委員桂英

謝謝趙委員銘圓，請陳委員聽安。

## 陳委員聽安

一、首先歡迎新主任委員領導本會！趁此機會提出呼籲，過去健保會的運作相當順暢、成功，但也有些微缺憾，就是會議時間十分冗長，議事效率值得檢討。因為會議時間拖太長，以致有委員中途離席或請代理人接續，而無法全程參與會議，議事效率令人擔憂！希望新主任委員主持會議時，能尊重本會 104 年第 2 次委員會議通過的原則：「議案進行時間，報告案 20 分鐘，討論案 30 分鐘；委員於每案之發言，以 3 次為原則」。同時也籲請全體委員自制，只針對議題發言，不要講題外話，如此，議事效率才會提高。

二、會議紀錄內容沒有問題，應予確認。

三、剛才滕委員西華提到，對 104 年 12 月新修正發布的「全民健康保險法施行細則」納入當年 11 月所出版「全民健康保險法規要輯」乙事感到遺憾。在此，提出兩點值得注意之處：

(一)第一，健保會的權責為何？行政機關有無裁量權？此為值得斟酌之處。

(二)第二，針對該案爭點「政府負擔健保總經費法定下限 36% 之認列範圍，是否宜納入社會福利支出」，提出個人意見。社會福利與社會保險之間存在某種關連性，全民健康保險納入原有的勞保、公保及農保，即具有某種程度的社會福利性質，不是純粹的社會保險。對於無力繳納保費的民眾，由政府補助部分保費，雖然屬於社會福利支出，但政府代其繳交的費用，最終也都成為保費；這些費用並不是由雇主或被保險人繳交，而是由政府支出，既然屬於保費，就不屬於社會福利支出。以上意見提供各位參考。

## 謝委員天仁

主席，提出程序問題。

## 戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

## 謝委員天仁

主席今天第一次主持會議，須提醒，進行「會議紀錄確認」時，應只就紀錄內容進行確認，至於其他發言，主席應該告知委員稍後再提出。陳委員聽安一直提醒大家，議事要有效率，因此，需讓每位委員清楚瞭解議事規則，若知道議事規則，又再逾越，則不應該。大家把遊戲規則弄清楚，讓議事更有效率。

## 戴主任委員桂英

感謝謝委員天仁的提醒，請委員就會議紀錄確認的部分發言。請何委員語。

## 何委員語

- 一、主席、各位委員大家早！首先恭喜戴主任委員桂英升官，從 2 個字的「委員」，升格為 4 個字的「主任委員」，承擔重任、犧牲奉獻、為大家服務。只是，我到今天早上才知道您擔任主任委員。
- 二、今天寫了一封信給所有委員，我很用心地請教法律方面的專家學者，了解他們對於健保會委員職責的看法，因為現在是進行確認會議紀錄，等一下再宣讀信件內容。

## 戴主任委員桂英

- 一、謝謝委員針對健保署編印的「全民健康保險法規要輯」提供意見，請健保署於適當時機說明。
- 二、委員認為上次會議所討論確認的聲明稿應該納入紀錄，既然上次會議已花時間討論並獲共識，則該份聲明稿即為會議的內容之一，應該列入會議紀錄。委員若沒有反對意見(未有委員表示反對)，請幕僚單位處理。
- 三、委員希望主席能妥適控制會議時間，在此也懇請委員配合控制發言時間，我們一起努力，讓議事更有效率。
- 四、會議紀錄除了補充聲明稿外，委員若無意見，可否先予確認。

## 楊委員麗珠

- 一、對會議紀錄的內容沒有意見。因為滕委員西華及多位委員都非

常關心護病比議題，在此提出說明。

二、護病比係指「排班表中當班的護理師與病患人數比」，因此醫院評鑑時，會比對排班表。依該定義，滕委員西華提到的「研究護士」，不會納入計算；專科護理師並不在該病房當班，應不能計入；此外，實習護士也不納入計算。

戴主任委員桂英

謝謝楊委員麗珠的補充說明。確認會議紀錄，接下來進行下一個報告案。請柯執行秘書桂女報告「本會上次委員會決議(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(104 年第 11)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

柯執行秘書桂女

請委員翻到會議資料第 23 頁，針對上(104 年第 11)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，共有 4 點說明：

一、說明一，上次委員會議決議(定)之 15 事項，依辦理情形建議解除追蹤 7 項，繼續追蹤 8 項，但最後仍依委員議定結果辦理。請委員參閱會議資料第 25 頁附表一。

(一)第 1 項，本會本(105)年度工作計畫，工作事項涉及社保司、健保署及本會，各單位將依計畫時程辦理相關事項，本案建議解除追蹤。

(二)第 2 項，於本年度第 3 次委員會議中加入業務參訪活動，本會幕僚已依決定事項洽請健保署北區業務組及壠新醫院安排，感謝他們給予許多協助，目前尚規劃中，本案將於參訪活動結束後解除追蹤。

(三)第 3 項，建請衛福部部长與本會委員能建立定期對話溝通機制，衛福部(社保司)已於會前回覆，請委員參閱今天會上補充資料第 1 頁，回覆內容為：「所送意見已知悉，將俟適當時機處理」，本案建議繼續追蹤。

(四)第 4 項，有關健保署提報「105 年度各部門總額協定事項中需向本會說明或經本會同意後方可施行之項目案」，請健保署盡速依法定程序辦理後續事宜，健保署表示將依會議決定辦理，本案建議解除追蹤。

(五)第 5 項，請健保署於 105 年 1 月份委員會議提出「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」之執行成果與檢討，已列入本次專案報告第一案，將於健保署提報後解除追蹤。

(六)第 6 項，委員對全民健康保險業務執行報告之 2 點建議：

1.以 3 個月 moving average(移動平均)呈現「全民健康保險醫

學中心病床增減情形」，健保署表示，預計於 105 年 2 月起，依委員所提建議提供相關資料。

2.摘錄醫療服務給付項目及支付標準公告之重點，健保署將於每半年提報新增診療項目利用情形及財務報告時，配合提供。

本案於健保署提報後解除追蹤。

(七)第 7 項，「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」修正案，本案已列入本次例行報告第三案，建議解除追蹤。若報告後委員認為有需修正事項，則以新案繼續追蹤。

(八)第 8 項，「治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置--『曲克』利弗爾周邊血管支架」自付差額特殊材料案，上次會議委員並未反對，惟建議健保署於本案特材開放自付差額後，依本會前訂定之作業流程定期檢討，並於實施 1 年後檢討是否訂定自付差額上限。健保署表示將依會議決議辦理，本案於健保署提報後解除追蹤。

(九)第 9 項，委員對自付差額特殊材料案之「依據所提供之醫療科技評估資料，本案特材或可評估訂定適用條件，或就病情需要僅能使用該特材之病患，規劃納入全額給付」建議，健保署表示將依「全民健康保險辦理自付差額特殊材料之作業原則」辦理，本案建議解除追蹤。

(十)第 10 項、11 項，全民健康保險業務監理指標修訂案，健保署已依決議，會同中華民國護理師護士公會全國聯合會商定「護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率分布」之指標名稱與計算方式，相關內容已納入本次專案報告第二案，建議於健保署提報後解除追蹤。至第 11 項，係請健保署依指標修訂結果，自本年起按時程提報部分，健保署表示將依會議決定辦理，本案建議於健保署提報後解除追蹤。

(十一)第 12 項，請參閱會議資料第 28 頁，委員建請衛福部增

列醫療法等相關條文，責令醫療院所為內科、外科、婦產科、小兒科、急診科辦理醫師醫療責任險案。依據 103 年 2 月份委員會議決議，對非屬本會權責之事項，幕僚會將該建議轉請相關單位參考，惟不予追蹤。若委員關心後續的辦理情形，可再提出詢問。

(十二)第 13 項，委員對保險對象自付差額特材之實施情形提供建議，健保署將依「全民健康保險辦理自付差額特殊材料之作業原則」持續檢討訂定自付差額上限事宜，本案建議解除追蹤。

(十三)第 14 項，委員對自付差額品項訂定改列全額給付之條件、對收費高於健保署所訂上限金額院所應有更積極作為等建議，健保署將依「全民健康保險辦理自付差額特殊材料之作業原則」持續辦理，並就委員建議事項繼續努力，本案建議解除追蹤。

(十四)第 15 項，本會委員所表達「反對主管機關 104 年 12 月 15 日修正發布之全民健康保險法施行細則第 45 條條文，及其溯自 104 年 1 月 1 日施行」之意見，已函陳衛福部參考，請參閱會議資料第 67~68 頁之附錄一。衛福部(社保司)表示「所送意見已知悉，將俟適當時機處理」。另外，補充說明，對委員所認為法律授權訂定之法規不應追溯實施乙項，我特地請教本部法規會，該會提供幾個法規範例，包括：「國民年金法施行細則」、「勞工保險條例施行細則」、「公司研究發展支出適用投資抵減辦法」等，都是追溯實施。委員若有興趣，可以請同仁印送相關資料供參。

二、說明二，衛福部於去(104)年核定本會所報「105 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」案，核定事項如下：

(一)牙醫門診、中醫門診、西醫基層等部門總額及其他預算，本會已有共識結論，爰同意依本會陳報的內容辦理。

(二)醫院總額分別有醫院版本及付費者代表版本，兩案併陳，

部裁定採付費者代表方案，其中醫療服務成本指數改變率所增加之預算，原則用以調整全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，並以與醫事人員薪資連動或間接反應之方式辦理。

(三)「提升保險服務成效」項目所列之「中央健康保險署應委託食品藥物管理署以外之機關團體抽驗健保給付之藥品品質」協定事項。部裁示，為提升藥品品質及促進國人用藥安全，請健保署與食藥署本於權責，共同研議辦理。

三、說明三，衛福部去年 12 月至本年 1 月發布及副知本會之相關資訊：

(一)去年 12 月 29 日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，在會議資料第 71~72 頁之附錄三。

(二)去年 12 月 31 日公告「105 年全民健康保險保險對象住院應自行負擔費用之最高金額」，並自今年 1 月 1 日生效，在會議資料第 73~74 頁之附錄四。

(三)去年 12 月 31 日公告發布「全民健康保險費率調整案」，行政院尊重本會之審議結果，一般保險費率調降為 4.69%、補充保險費費率連動調整後為 1.91%，在會議資料第 75~86 頁之附錄五，列有詳細資料，請委員參閱。

(四)本年 1 月 5 日核定健保署所報「105 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，在會議資料第 87~92 頁之附錄六。

四、說明四，健保署去年 12 月至本年 1 月發布及副知本會相關資訊，在會議資料第 93~96 頁之附錄七至十，請委員參考。

戴主任委員桂英

謝謝柯執行秘書桂女的報告，請問委員有無詢問？有 4 位委員舉手，先請謝委員天仁，再請何委員語、謝委員武吉及滕委員西華。

謝委員天仁

- 一、「治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置--『曲克』利弗爾周邊血管支架」自付差額特殊材料案之附帶決議(為增進自付差額特材議案討論效率，請本會幕僚與中央健康保險署共同研修前所訂定之「作業流程」、「特材品項基本資料檢核表」，期能於會前蒐集更多資料，以供委員參用)，語意不是很清楚，我覺得並非僅有健保署需要研修，決議還包括本會幕僚的相關作業。因此，本案不宜於健保署提報後就解除追蹤。

(註：建議提報後解除追蹤項目為第 8 項及第 9 項，係委員對健保署執行面之建議事項。)

- 二、健保署提報後，本會需依據所制定之作業流程及檢核表進行審查，若健保署提出的資料可先經過初步審核，委員就無需再特別過濾，因此現行作業流程須稍做調整，並非健保署提報後就解除追蹤。

何委員語

- 一、追蹤事項第 12 項，上次會議討論事項第 3 案的追蹤建議為「非屬本會權責之事項」，本人對此，發表「謹致尊敬的健保會委員」聲明：

(一)在一代健保時代，有全民健保監理委員會(監理會)和全民健保醫療費用協定委員會(費協會)二個委員會共同來執行全民健保相關任務。

(二)本人同時擔任上列二個委員會之委員。一般團體均派二位代表分別擔任二個委員會之委員，參加個別的委員會議，以瞭解其個別任務。

(三)現在二代健保法將監理會及費協會合併為健保會，委員人數並擴大到 35 位，其設置要點第 2 點所訂任務有六項，一~三項為醫療費用協定任務、四~六項則為監理任務。

(註：依設置要點，本會任務為：一、保險費率之審議；二、保險給付範圍之審議；三、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分

配；四、保險政策、法規之研究及諮詢；五、其他有關保險業務之監理事項；六、其他全民健康保險法所定由本會辦理事項。）

(四)現在委員會偏重在「錢」的醫療費用協定任務，輕忽簡略了「事」的監理任務，因此健保會委員除做好錢的協商任務之外，更應做好健保業務監理任務。監理工作做的愈精細、愈良好，則錢的收支管理會發揮更大效果。

(五)依據健保會組成及議事辦法第 11 條規定，委員提案內容，以與健保會法定任務有關者為限。因此，本人請教相關法學專家、學者、立法委員、監察委員，認為醫事服務提供者，只要與健保署簽立合約之醫療院所，即進入健保法條文及健保署發布相關施行細則、辦法、各項協定事項之規定與規範內，建立相互法律關係成立運作機制，因此健保會六大任務之規定，涵蓋與健保署簽約的醫療院所、人(如醫師、護理人員等)、事(如醫療服務)、時(如醫師診療時間)、地(如可近性、地域性、地區性等)、物(如藥品、醫療器材等)、財(如健保財務、支付合理與否、自付額等)的監理及醫療費用協定等任務。所以，只要是涉及監理及醫療費用協定等之事項，健保會委員均有提案權利，並且和簽合約的醫療院所、保險人及被保險人，構成三方法律關係連結機制。

(六)請各位健保會委員不要忘了設置要點所訂的六項任務，不要忘掉委員的職責及任務與功能，除了總額協商及醫療費用支付等與「錢」有關的各項工作外，更應該加強「事」的監理工作；事做得好，才能控管錢的浪費和不當收支情形。付費者代表有權利提案監督、監理、查核、建議等各項任務，具備提案權、建議權、發言權、表決權之行使。

(七)謹提供上列各點共同研討參考之。

二、再次補充說明，目前健保相關法規、本會會議規範，對健保會的權責，僅有正面表列。若認為委員對哪些事項沒有提案權，

建議衛福部、健保署，將其全部負面表列，讓大家知道。這 2 年來，本會一直偏重財務面，而忽略監理工作，今天慎重發表聲明書，提醒大家。我很用心地多方請教，法律專家的見解見仁見智，我們予以尊重，但並不表示任何法律專家講的話，就符合健保法令規範。

三、我國全民健保究竟屬社會保險或福利政策？保險的觀念，是繳多少、用多少，量入為出，不是量出為入。下個月我會再提案，每個月我都會陸續提出很多議案，讓大家知道我是多麼用心地請教、收集多方意見。

戴主任委員桂英

謝謝何委員語提供書面資料供大家參考，接下來請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、接下來的發言，對主席較為抱歉。今天是主席第一次就任主持會議，還讓您自我介紹，其實今天這個情況應由蔣部長丙煌親自前來向委員介紹新任主任委員為戴主委桂英，以示對健保會委員的尊重。但今天有做到嗎？沒有！任由主任委員自己粉墨登場，自我介紹，執行秘書也不能代表部長介紹。部長都不太願意與醫界對話且互動甚少，所以要期待部長能與健保會委員對話，那是比登天還難！今天提出嚴重譴責，這是部長的不對，對健保會委員完全不尊重。

二、追蹤事項第 7 項，臨時報告案「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫修正案」，若等一下健保署報告完委員們還有意見，就不要解除追蹤。另，「區域醫療整合計畫」是否比照辦理，亦請說明。

戴主任委員桂英

謝謝，請滕委員西華。

滕委員西華

一、追蹤事項第 15 項，臨時提案第 2 案，有關反對衛福部修正發布健保法施行細則第 45 條溯自 104 年 1 月 1 日案，陳委員聽

安有點誤解我的意思，我指的並不是「健保會還未討論通過的法規，主管機關就公告」的問題，而是「衛福部還未公告的法規，就已印在出版的法規要輯中」。該細則修正公告日期是去年 12 月 15 日，但法規要輯 11 月份就已編印，顯示衛福部並未有聽取各界意見的誠意。所以並非法規修訂與健保會權責的議題，在此澄清。

- 二、同意本案繼續追蹤，請參閱附錄五(衛福部公告修正「全民健康保險費率」相關函文)，不論國發會或主計總處的意見，都有提到 9 項中央政府實質負擔之社會福利支出，納入政府負擔健保總經費法定下限 36% 之認列範圍，對財務造成的影響。依據國發會函復行政院內容(第 83 頁，附表 1.「近年重大措施對健保保險收入影響試算表」)，本項減少的收入數不只 72 億元，而是 113 億元〔(72 億元/(1-36%))〕。
- 三、柯執行秘書桂女剛剛特別提到曾請教法規會，法規會護主心切，我們了解。與人民權利義務相關的法規如要溯及既往，例如，政府為增加人民福利，規定失業的人全部減免保費，並溯自失業那天起算，這沒問題；但與政府義務責任相關的法規，則不應溯及既往。若是為加重政府責任而溯及既往，當然沒問題，但政府為免除自己的義務與責任而溯及既往，實在說不過去！行政院自行決定的命令規則，多未經立法院討論，就自行頒布；不知道立法院有無審議這些相關法案，否則很難監督。
- 四、並非所有法規都不可溯及既往，而是類似本案免除政府義務與責任的法規，溯及既往會產生很嚴重的問題。例如民眾繳納綜合所得稅，103 年最低稅率是 5%，難道現在可以溯及 103 年，將稅率調高至 10% 嗎？當然不行！要加重人民責任，不能用溯及既往的方式處理。謝謝柯執行秘書那麼辛苦地向法規會請教，我覺得這是社保司的工作才對！
- 五、本案應繼續追蹤，但不知道近年這些重大措施，未來對健保收入的影響金額會是多少。依會議資料第 83 頁所列 5 項措施，

合計將減少收入 445 億元，其中包含將社會福利支出納入政府負擔健保總經費法定下限 36% 之認列範圍，計約減少收入 113 億元。未來健保署宜清楚說明實際的減少額度及其差異，最好在總額協商前就要讓委員了解。

戴主任委員桂英

還有 3 位委員舉手發言，先請謝委員天仁。

謝委員天仁

剛才有發言過，先請干委員文男。

戴主任委員桂英

請干委員文男。

干委員文男

- 一、我要老生常談，這次調降健保費率案，關係到所有被保險人的權利義務，本會很早就審議通過，並將結果陳報衛福部，本人所屬工會也一直追縱後續情形，但遲遲未見公告，外界也一直催問我，耳朵都快塞住了！衛福部處理速度太慢了。
- 二、費率調整案涉及健保費的收取作業，應該要提早讓相關機構、團體有時間準備，包含配合修改電腦公式及設定等事宜，才能符合實際運作。衛福部應提早公告，不要拖到 12 月 31 日，請改進，避免社會觀感不好。

戴主任委員桂英

謝謝干委員文男，請謝委員天仁。

謝委員天仁

剛才滕委員西華及多位委員關心，健保法施行細則第 45 條政府負擔健保總經費法定下限 36% 的部分，記得前次會議中主席對於該條文於 104 年 12 月 15 日修正發布，卻溯自 104 年 1 月 1 日施行是否適法乙節，裁示：「洽詢法規會意見」。請問法規會的意見為何？其回覆內容應列入紀錄，若柯執行秘書桂女剛剛所轉述的是法規會意見，請列入紀錄。若法規會尚未回覆意見，也請柯執行秘書表達，讓委員知道，並留下紀錄。如此重要的議題，法規會總要有個結論，我

們是法治國家，不要讓別人誤會法規會已被裁撤。

戴主任委員桂英

謝謝！請李委員永振。

李委員永振

有關上次會議決議(定)事項辦理情形追蹤表，有 3 點請教：

- 一、第 5 項(例行報告第 4 案，健保署業務執行報告)及第 7 項(臨時報告案，家庭醫師整合性照護計畫修正)，相關單位之辦理情形，都是列入本次會議報告，惟「追蹤建議」為何不同？第 7 項建議「解除追蹤」，第 5 項建議「繼續追蹤，於提報後解除追蹤」，幕僚單位是否預測今天無法完成第 5 項專案報告，所以建議繼續追蹤？
- 二、第 15 項(臨時提案第 2 案，反對衛生福利部修正發布之全民健康保險法施行細則第 45 條條文溯自中華民國 104 年 1 月 1 日施行案)並未看到社保司之回覆意見。
- 三、柯執行秘書桂女很用心，特別請教法規會意見，法規會提供相當多法規追溯的案例。事實上，菸品健康福利捐分配及運作辦法修正案也是 104 年 10 月 15 日公告，並追溯自 104 年 9 月 1 日起生效。以上法令公告追溯生效日是事實，但是否正確？也許以往做法並不正確，所以不能積非成是。

戴主任委員桂英

謝謝！先請何委員語，再楊委員芸蘋。

何委員語

- 一、贊成追蹤事項第 12 項(討論事項第 3 案，建議衛福部增列醫療法相關條文，責令醫療院所辦理醫師醫療責任險案)之追蹤建議列為「不予追蹤」，但後面的文字應改為：「該案依會議決定，已經轉請醫事司參考辦理，故不予追蹤」；原列之「依 103 年 2 月份委員會議決定，為提升議事效率，對非屬本會權責之事項，不予追蹤」文字應刪除。之前花很多時間請教相關人員，都告訴我委員有權利提案，剛才已宣讀過聲明稿，不再

重複贅述。

- 二、剛才干委員文男提及衛福部太慢公告「全民健康保險費率」，我要替衛福部說話，衛福部在去年 12 月 1 日已函報行政院，效率很快，並未拖延。陳報行政院後，我一再電話聯繫行政院內政處與政務委員，他們的回覆是研究辦理中，因此 12 月 20 日全國工業總會與其他 8 個工會連署，再次函文行政院，希望儘速公告，所以是行政院效率太差，不是衛福部的問題。

戴主任委員桂英

謝謝！請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

- 一、工會在收到全民健康保險費率調整案公文後才能進行後續作業，我們工會人數較多，希望可以有多一點時間執行相關作業。衛福部行政程序並未延遲，此點可以理解，爾後類似的公告，請提早作業及公告。
- 二、有關臨時提案第 2 案(反對衛生福利部修正發布之全民健康保險法施行細則第 45 條條文溯自中華民國 104 年 1 月 1 日施行案)，該案在尚未經健保會同意，衛福部就做出決定，擔心以後還會發生類似情形。在此提醒，健保會負有重要權責，並非橡皮圖章，未來希望任何法案，主管機關能先提健保會討論通過後，再正式決定。這次主管機關對施行細則第 45 條之處理方式，並不尊重本會。

戴主任委員桂英

謝謝多位委員對上次會議決議(定)事項之辦理情形提出諸多指正，先請柯執行秘書桂女，再請健保署說明。

柯執行秘書桂女

- 一、請委員參閱會議資料第 6 頁，有關自付差額特材議案之附帶決議(為增進自付差額特材議案討論效率，請本會幕僚與中央健康保險署共同研修前所訂定之「作業流程」、「特材品項基本資料檢核表」，期能於會前蒐集更多資料，以供委員參用)。

現行自付差額特材議案，是依據本會之前(103年5月份委員會議)決議的作業流程辦理，執行一段期間後，委員認為仍有不夠完備之處，因此，幕僚會依據上次附帶決議，與健保署共同研修前所訂定之「作業流程」、「特材品項基本資料檢核表」，再提會討論。尊重委員意見，本項繼續追蹤。

- 二、有關謝委員天仁提出，請法規會對健保法施行細則修訂條文於104年12月15日修正發布，卻溯自104年1月1日施行是否適法乙節。我所說明，是之前口頭請教法規會時，該會所答覆的意見，處理方式可能不夠周延，委員希望可以正式回覆，幕僚將另以請辦單請教法規會，再將書面回覆內容列入會議資料。
- 三、有關李委員永振所提，追蹤事項第5及7項情況相同，但追蹤建議卻不一致部分，是幕僚作業的疏忽，很抱歉！
- 四、至於部長未親自蒞會介紹新任主任委員乙事，應是我未去聯繫所造成的疏失，不能責怪部長，在此三鞠躬致歉！（起立向委員致意）

戴主任委員桂英

接著請健保署說明。

陳專門委員美杏

謝謝委員指正！健保法規要輯是在12月底才完成編印，依據編印的作業流程，完稿前會將已公布修正的健保相關法規納入，並儘量收集完整的資料。至於個資法，因為公布時間為104年12月30日，致未能收編修正後的個資法，在此致歉。

戴主任委員桂英

- 一、謝謝陳專門委員美杏補充報告。
- 二、依柯執行秘書桂女剛才的報告，對上次會議決議(定)事項辦理情形修正如下：
  - (一)自付差額特材案的附帶決議，請本會幕僚與中央健康保險署共同研修前所訂定之「作業流程」、「特材品項基本資

料檢核表」乙節，列為繼續追蹤。

(二)第 12 項追蹤建議，依何委員語的意見，將括弧後之文字(依 103 年 2 月份委員會議決定，為提升議事效率，對非屬本會權責之事項，不予追蹤)刪除，(何委員語：同意「不予追蹤」改為「解除追蹤」)本項修正為解除追蹤。

(三)第 7 項追蹤建議文字修正為與第 5 項一致(繼續追蹤，於健保署提報後解除追蹤)。

(四)第 15 項(臨時提案第 2 案，反對衛生福利部修正發布之全民健康保險法施行細則第 45 條條文溯自中華民國 104 年 1 月 1 日施行案)，請幕僚單位正式洽請法規會表示意見。

三、委員若無其他意見，接著進行報告事項第三案，健保署提報「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」(草案)，請同仁宣讀。

參、例行報告第三案「有關『全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫』(草案)，謹向貴會報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

戴主任委員桂英

謝謝同仁的宣讀。請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

本署先由劉科長林義補充說明，請委員參考會上所發的補充資料。

劉科長林義

向委員報告，105 年度家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)，就加強退場機制部分說明如下：

- 一、退場機制維持現行規定：評核指標未達 65%之醫療群，應退出本計畫。
- 二、評核指標介於 65%~70%之醫療群，必須提出執行改善計畫書，經保險人分區業務組核備，始得加入計畫。
- 三、假如醫療群門診醫療費用無結餘，也就是 VC(以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用)-AE(社區醫療群登錄個別診所會員實際申報西醫門診醫療費用)差值為負值，且品質指標達成率 <65%者，則個案管理費折半支付。

戴主任委員桂英

- 一、委員可能正在尋找蔡副署長淑鈴所說的補充資料，請幕僚同仁洽健保署提供後，盡快影印分送委員參考。會議資料已提供家醫計畫的詳細說明，健保署與西醫基層部門也已召開會議討論。
- 二、請委員表示意見，先請滕委員西華，再請干委員文男、謝委員天仁及蔡委員宛芬。

滕委員西華

家醫計畫已經執行非常多年，成效不前，本次針對品質促進與整合性照護進行修訂，值得稱許。提出以下幾點意見：

- 一、健保署花費很多心力整合居家/在宅醫療服務，但家醫計畫與居家/在宅醫療服務似乎沒有連結之處。居家/在宅醫療服務的重要關鍵在基層院所，而非醫院。西醫基層部門代表黃委員啟嘉在場，建議健保署與西醫基層部門考量，能否在家醫計畫中納入居家在宅醫療，以協助推展居家照護。
- 二、請委員參閱會議資料 108 頁，我不厭其煩地重述健康存摺下載的問題，本計畫卻以健康存摺下載率做為 KPI(Key Performance Indicators，關鍵績效指標)。計畫的評核指標之一為「運用健康存摺，協助會員做健康管理」：健康存摺下載率 $\geq$ 全國平均下載率，得 10 分。亦即，須高於全國平均下載率，才能得分。在其他相關會議我也提出相同意見，對此點，個人表示反對。強烈要求這部分暫緩實施，不要將其列為 KPI 或加分項目，理由不再贅述。

戴主任委員桂英

謝謝滕委員西華，請干委員文男。

干委員文男

支持本案，但希望落實剛剛滕委員西華所提居家及老人照護，這部分請家醫群一定要更努力。家醫計畫已實施 N 年，還未導入正軌，仍舊以計畫型方式辦理，希望今年訪視時能有機會看到計畫的執行成效，到底進步到哪裡？印象最深刻的是，多年前曾到台中進行家醫計畫訪查，健保署說計畫剛實施不久，尚未見到成效。至今已實施這麼多年，希望能看到執行成效，醫療群是否有跟民眾建立良好的照護關係，提供連續性照護？否則就與一般服務一樣，編列專款預算就沒有意義了。

戴主任委員桂英

謝謝干委員文男，請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、我曾提過，家醫制度是健保醫療的基礎建設。假使未來要做好分級醫療，一定要有堅實的基礎，而家醫制度就是分級醫療的

基礎建設。因此，這麼多年來，雖然不滿意家醫計畫的推展情況，但一直沒有給予否決。說難聽一點，本計畫就是要死不活，沒有積極效果，請健保署考量，可否找一些有意願辦理的縣市政府，一起合作擴大推廣家醫計畫？當然合作對象的選擇，需要排除一些情形，例如，台北市的醫療方便性高，就不適用。請考量六都以外的縣市政府有無積極推動意願，設法連結相關照護網路，於機制建立好之後再 Copy(複製)至其他縣市執行，健保署可以考慮將這些想法融入，才具有積極意義。

- 二、其次，家醫計畫本身的涵蓋率，有無設定積極目標？對於全國及各縣市到底要訂多少目標值？那些部分可以積極推廣？我認為這些都可以考慮調整，不然每次都照舊執行，成效有限。每年聽到評核委員的評核意見都是，本項計畫執行成效不佳，但健保署的說法卻沾沾自喜，落差很大。可否考慮找有意願的縣市政府合作試辦，基層醫療若未建立穩固基礎，將不容易推動分級醫療制度。

戴主任委員桂英

請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

- 一、大家都認為基層醫療很重要，剛剛謝委員天仁提及家醫計畫是健保的基礎建設。本計畫已經實施 10 多年，但涵蓋率非常低，我記得才 30% 多或更低(註：104 年 1~4 月收案人數占投保人數為 10.5%、收案人數占較需要照護群為 48.2%)，希望好好思考計畫無法推廣的原因，並嘗試改變，才能真正落實執行。
- 二、今天看到健保署進行計畫內容修正，以提升醫療品質。比較可惜的是，沒有看到涵蓋率低的原因，是因條件設定的關係，或不同層級醫療機構整合的問題？若基層本身無法做到整合，是否須請公部門幫忙，還是要透過健保財務手段，才能達到目標。我認為原因分析很重要，本計畫已實施 12 年了，涵蓋率

只有 3 成甚至更低，必須好好思考計畫的成效問題，才能達到當初設立計畫想要達到的目的。

戴主任委員桂英

先請張委員煥禎，再請干委員文男、陳代理委員順來。

張委員煥禎

- 一、其實在家醫計畫還未正式實施前，是由台大醫院與壠新醫院先 Pilot run(試辦)2 年，覺得可行後，健保署才正式開辦。後來醫療群增加至 300~400 多個，我們也樂觀其成，我始終支持。雖然從未提過家醫計畫是由壠新醫院創始，但我始終支持。至今，每 2 個星期，我都會選一個晚上與所有的醫療群一起聚餐討論，今年準備要再增加 6 個醫療群。
- 二、客觀來說，本計畫絕對是好計畫，不過也面臨到推動的瓶頸。主事者不能因為計畫前幾年做的不錯，就維持不動，不再創新與改進。健保署認為有些醫師是因為支付較好才參加，所以開始縮減，縮減後，確實前述有些醫師，會因為不好賺而退出醫療群，但目前至少還有一半，約 100~200 多個認真執行的醫療群。很多事情真的不能只看錢，但縮減支付後，對好的醫師而言，也會因為經費不夠而退出。
- 三、我一直強調，問題需要研究與探討，不能只因執行效果不佳就縮減經費。剛剛謝委員天仁表示他還是支持本計畫，從大的面向來看，假設花費 2 億元，雖然還未看到 2 億元的成效，對做得好的醫療群，反而應該要提供更多經費，鼓勵其發展才對。我在基層醫療看到，有理想的基層醫師遠比只想賺錢的醫師多很多。
- 四、家醫計畫雖是好計畫，但確實有必要 Modify(修改)，請健保署多費心，對於那些績優的醫療群，或後來退出的，建議再找這些醫師好好談談。很多問題源於政策，應該要多接近醫療群醫師，聽取意見後，好好結合績優的醫療群，及許多認真的醫院，大家一同合作。部分委員只要聽到負面的評論，就打算否

決計畫，因此，家醫計畫再不好好改進，以前支持的委員可能不再支持；現在很認真做的醫療院所，也可能不再努力！其實家醫計畫的立意及成效都很好，而且也可以節省某些費用，舉例而言，有些醫療群有收治糖尿病患，因為成本問題，聘請不起營養師，因此，我請醫院的營養師前去幫忙，一起分攤成本，醫療群不僅得到協助，也節省成本，而醫院也沒有虧本。不僅營養師，心理治療師也一樣可以合作支援。

五、家醫計畫收治 DM(Diabetes mellitus，糖尿病)、CKD(Chronic Kidney Disease，慢性腎臟病)個案，真的可以救治很多病人。但目前計畫的發展停頓，並非好現象。希望不要讓劣幣驅逐良幣，糖尿病與 CKD 患者若能夠愈慢進入洗腎，甚至不要洗腎，對個人與健保都是好事，可惜家醫計畫，已經有點停頓，沒有繼續進步。

戴主任委員桂英

請干委員文男。

干委員文男

- 一、沒有反對家醫計畫，因為曾看過執行報告，數據中呈現節省健保支出的顯著成效。
- 二、贊成謝委員天仁的意見，健保署可以選擇幾個縣市，與衛生局合作推動家醫計畫，擇優建立合作 model(模式)後，再複製該模式來擴大推展。我身邊很多人到醫療群檢驗，可以免費，醫療群的服務成效不錯，但說句公道話，還是有很大的改善與發展空間。如果今年有機會，想參訪家醫群，了解實際推動情形，若有需提升之處，就應該著手改善，不然預算編這麼多年，錢花的很冤枉。

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)

家醫計畫已實施非常多年，癥結點應該是付費者能否接受的問題。

剛剛干委員文男也提到，其實已有一些初步成效，但付費者對家庭醫師是否信任是癥結所在，希望大家認真推動，設法突破這個瓶頸，取得付費者信任，計畫才能大幅推展。

戴主任委員桂英

接下來依序請謝代理委員文輝、蔡委員宛芬、楊委員芸蘋。

謝代理委員文輝(楊委員漢淙代理人)

- 一、早在 10 幾年前推動本計畫時，我就認為很難成功。現在績效好的醫療群是拚了命做的結果。
- 二、計畫難以推動最主要的原因是，現行支付制度沒有限制病人就醫；在國外因為有分級醫療，所以家庭醫師制度非常容易推動，患者需要先經過家庭醫師看診後再轉診。但台灣卻不是，許多糖尿病、慢性病患者都一直在醫學中心就診，想透過家醫計畫將病患拉回基層醫療非常困難。
- 三、目前分級醫療制度並未落實，患者可以隨意趴趴走，選擇想要的醫療院所看病。而現行家醫計畫的設計也是放牛吃草(不限制就醫)，若想限定只能吃這塊田地的草(限制病人固定在某醫療群就醫)，難度非常高。因此，除了參與計畫的醫師努力外，整體的醫療制度也必須導引分級醫療。現在外界一致支持要落實分級醫療，若有明確的分級制度，保證家醫計畫一下子就普及全國，只要有一套成功的模式供參考，計畫執行成果就會顯現。
- 四、當我國建立明確的分級醫療制度時，才是家醫制度最好的推動時機。為何本計畫 10 幾年來推動得如此辛苦，就是因為分級醫療與家醫制度的推動順序顛倒，才會讓家醫群醫師必須多花好幾倍心力，方能留住病人固定在家醫群就醫，而說不定病人還是認為大醫院比較好。10 幾年來家醫計畫的執行成效不佳，證實須先落實分級醫療，才是正確的方向。一旦有明確的分級醫療制度，家醫計畫自然會每年大幅成長，且有很好的成效。

戴主任委員桂英

感謝謝代理委員文輝。請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

- 一、請教健保署有關健康存摺問題。我之前曾提出，健康存摺和病人隱私及個資有關。家醫計畫希望運用健康存摺，協助會員做健康管理，此點是否有個資問題？
- 二、請問醫療院所可否幫忙病人下載健康存摺？記得曾經討論過。至基層診所就醫者多為老人家，以健康存摺下載率作為 KPI，是否造成醫療院所為了要得分，而幫忙老人家下載？除了達到 KPI，也可協助病人做健康管理。如果醫療院所幫忙老人家做健康存摺下載的動作，所下載的資料是否會存放在醫療院所？而醫療院所可以做何種運用？幾點問題請健保署詳細說明，讓我們了解其與個資法之間的關係。

戴主任委員桂英

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

- 一、我有參與西醫基層總額研商議事會議，會上許多醫師支持並且有心做好家醫計畫。雖然推動 10 多年來成效不高，但如同剛剛張委員煥禎所提，不應該將參與醫師的貢獻抹滅掉。家醫計畫對老人家、慢性病患者，是有幫助的，因此研商議事會議的代表多表示支持。再者，今年計畫內容也有一些改進，西醫基層總額研商議事會議今年特別召開第 1 次臨時會，討論家醫計畫的幾項修訂重點，期使計畫更能展現成效。
- 二、建議今年先同意依照本計畫草案執行，視其成效，未來再對需加強的部分修訂。本計畫對病患幫助相當大，希望委員能夠給予支持，藉此獎勵制度，鼓勵有心服務的醫師。
- 三、此外，計畫內容還是需要有創意，不反對剛剛謝委員天仁所提，可嘗試建立一套較好的合作模式，或許可以快一點展現成果。

## 何委員語

- 一、主席、各位委員，支持家醫計畫的推動方向。本月初，我曾經拜訪 3 位西醫基層醫師，並且請教相關問題。既然計畫本身是好的，就應該繼續推動，但希望提出改善策略，往更好的方向執行。
- 二、支持干委員文男所提，希望安排參訪，讓委員實地到社區醫療群了解民意，以結合實務，提出改善建議。
- 三、各個社區醫療群都有自己的想法與看法，希望各醫療群對核心事項能提出建議，彙整相關意見，應有助找出更好的發展方向。
- 四、希望醫療群組內能進行電腦資訊系統結合，讓內部更有向心力。家醫計畫中，有 2 項重要的成功因素，一是醫師服務的熱誠，另一為與患者建立感情和信任關係，若無法做到，就難以推展下去，以上意見提供參考。

## 戴主任委員桂英

請林代理委員惠芳。

## 林代理委員惠芳(吳委員玉琴代理人)

我是第 1 次參加健保會委員會議，從利用者的角度來看，家醫計畫是個非常重要的基層力量，因此不希望取消家醫計畫，有幾件事情想要關心與了解：

- 一、剛剛楊委員芸蘋提及，應該要有整體政策的引導，讓家醫制度可以很自然的發生。其實民眾對於家醫計畫並未有太多機會了解，即便診所張貼許多海報，但對民眾而言，醫病溝通還是有困難。所以醫療群醫師須要很辛苦地與民眾溝通，還要想辦法留住病人。但以病人立場，半夜掛急診，我也是選擇醫學中心，此時會發現，凌晨 3、5 點就已經有許多民眾排隊掛號，很讓人心痛，真的應該好好建立家庭醫師制度。
- 二、張委員煥禎帶領醫療群的經驗很寶貴，我認為應該收集實務經驗，以了解計畫停滯不前、無法突破的原因；不須再找學者研

究，而應該想辦法將經驗整合起來。此外，對於不符合 KPI 的院所，不只請其退場，而是在退場之前，須報告無法執行的原因。應該開始累積相關的實務資訊，藉由回饋機制，了解退場原因，這些資訊可能比其他事項還要重要，請大家思考。

三、回應滕委員西華所提健康存摺問題，我以為健康存摺是歸病人管理，不知醫師竟也可看到所有資料，所以應該是設法提升使用者自我健康管理概念才對。目前個人資料保護法第 6 條(該條文第 1 項：有關病歷、醫療、基因、性生活、健康檢查及犯罪前科之個人資料不得收集、處理或利用)雖然尚未施行(施行日期由行政院定之)，但依立法意旨，未來該條文實施後，就算當事人同意，也不得蒐集、處理或利用這些個資。因此，更積極的做法是讓民眾了解自我健康管理的重要，診療過程中，醫療人員可幫助病人了解哪些資訊對該次診療有幫助，由病人自行揭露，如此就不用擔心個資問題，希望將來能加強宣導使用健康存摺。

戴主任委員桂英

謝謝林代理委員惠芳。請張委員煥禎。

張委員煥禎

- 一、今年修訂的品質指標，依舊是「會員急診率」等很死的指標，為何不將病人意見調查納入指標？假設該院所報備 1 千名會員，由健保署抽出 10% 會員，以電訪方式進行滿意度調查，不要所有的指標都由醫療群收集。若由醫療群自行調查滿意度，又可能被懷疑院所作假。某些評核指標，健保署必須要自行收集，而非什麼工作都要社區醫療群承擔。像雲端藥歷系統牽涉個資問題，病人看診時，醫療院所須向每位病人解說一大堆事項，且要簽署同意書。為何不在病人加保時，就說明建議授權的項目，如同銀行一樣，怎麼會是由醫療院所承擔責任呢？
- 二、此外，為了要求照護品質，要讓健保會看到執行成果，健保署就要求院所「健康存摺下載率」須達一定目標，還要求「個資

同意率」也要達一定標準。推動健康存摺的責任，應該是健保署才對！付費者代表看到執行率低，若不察，還以為醫療院所執行不力。

- 三、健保署或許會以每次授權範圍不同，無法辦理為理由，但可以設法規劃，例如於民眾加保時，詢問其是否同意授權健保署；未來若增加授權，健保署再做個別請求授權。署或許會說經費、人力不足，既然如此，為何要將增加經費、人力的工作交給醫療院所來做。
- 四、多年來家醫計畫未進行滿意度調查，如果有做，就可以讓好的社區醫療群得到肯定，不好的社區醫療群不敢再參加，產生良幣驅逐劣幣的效果，屆時，執行成效良好的社區醫療群逐漸擴大，健保會在預算協商時，就可允許經費之編列慢慢增加，執行成效好，還可以省下更多的醫療費用。

戴主任委員桂英

謝謝張委員煥禎。本案經過熱烈討論，共有 13 人次委員或代理委員發言。現在請西醫基層代表黃委員啟嘉說明，黃委員剛才舉過很多次手想發言，但我將您與健保署安排的最後答詢，希望除了澄清委員較 concern(關切)的疑點外，對委員所提寶貴意見，哪些今年能納入，哪些來年再考慮等也有明確回應。

黃委員啟嘉

謝謝各位委員對家醫計畫的關心，我是西醫基層總額的代表之一，本計畫是西醫基層總額的重大議題，付費者代表關心事項經綜整可歸為三點：第 1 點，家醫計畫與在宅醫療能否整合；第 2 點，有關健康存摺問題；第 3 點，有關長期以來大家詬病且關心的涵蓋率問題。為何如此好的制度仍有許多醫師未參與，涵蓋率只有 20% 多(註：104 年 1~4 月，參與醫師占率 24.9%、參與診所占率 29.7%)。說明如下：

- 一、西醫基層總額的家醫計畫與在宅醫療，醫師公會全聯會有專門負責此議題的醫師，我會將大家的相關意見帶回研議，希望儘

快提供委員滿意的答覆。

二、健康存摺牽涉資訊問題，民眾對於資訊的掌控與熟悉度參差不齊，等到未來資訊能力普及化且一致化時，問題就會迎刃而解。當然「健康存摺」並非簡單 4 個字就能涵蓋所有意義，其內涵也會隨著時間改變，我認為健康存摺是個發展中的議題，不須急於立刻成型，例如現在大家的手機流行安裝 Line(通訊應用程式)，此時若沒有 Line，幾乎 9 成民眾無法活下去，但 4 年前，並沒有任何人有 Line。現在的資訊發達，環境的變化非常快，民眾使用資訊的速度也很快，建議動態調整，不要急於論定。

三、有關家醫計畫涵蓋率的問題：

(一)涵蓋率受「行政程序」及「申請資格」2 項重要因素影響，這 2 個障礙，造成許多醫師無法加入，醫界也在設法解決中。

(二)以目前的醫療型態，民眾生病多直接找專科醫師看診，不會先找家醫科醫師。正如某些民眾會選擇直接到醫學中心看診，而不是到診所。因為那些病人認為，最後可能還是轉診到醫學中心由專科醫師醫治，所以為能省去轉診的過程，達到本身最大利益，就不會有尋求家庭醫師的想法。

(三)其實目前基層專科醫師都在做家庭醫師的工作，若希望提高家醫計畫涵蓋率，則現況需做很大的改變，現有的專科醫師及醫學教育制度，可能都需跟著改變。例如，過去美國醫學教育，是需先讀完大學才能讀醫學系，因此可考量將規定改為接受任何專科訓練前，須先通過家庭醫學科專科醫師的訓練，即所有專科都屬於家庭醫學科的次專科，如此，就能解決資格問題，涵蓋率自然會達到百分之百。

四、再者，剛剛有醫界前輩提及，家醫計畫可以節省許多經費，但就個人經驗來看，並非如此。我先前曾加入家醫計畫，因為行政程序過於複雜，需要達成的指標繁多，甚至有人為了達成指

標，而必須採取某些措施，造成醫療本身被扭曲，所以後來就退出；但目前我還是有執行家庭醫師要做的工作，例如國健署的癌症篩檢、糖尿病及高血壓照護。本身是耳鼻喉科醫師，主要治療感冒，也會幫病人測量血壓，甚至幫糖尿病人做血糖測試，這樣做固然更保障了民眾的健康權，但也伴隨著醫療資源更多的耗用。去年我總共發現將近 30 位大腸癌患者，若不做篩檢，就無法早期發現，這些人就會因為發現太晚導致沒有機會治療而往生，這些病患後續因為早期發現而有機會接受開刀治療，挽救生命，但也造成增加花費的醫療資源非常多。因此，醫療品質的提升，可以確定的是民眾健康更有保障，但也可能造成醫療資源更多的耗用。

五、若全面性實施家庭醫師制度，許多民眾在疾病早期就可得到照護，因此，是增加醫療資源耗用而非減少。付費者代表是否準備好投入資源？事實上，現有參加家醫計畫的醫療院所，也可能持有不一樣的想法，因為西醫基層總額是固定的…，現有院所普遍的心態是不希望新增的醫療群太多，實務上，也有這部分潛在的阻力存在。

六、理想與資源需要互相 match(搭配)，這是本會應思考的問題，大家對資源投入準備好了嗎？以上個人淺見向付費者代表報告。付費者委員的期待，我一定會帶回以讓西醫基層總額所有推動家醫計畫的醫師了解及參考，期在現行資源下，能儘量滿足民眾的需求。

戴主任委員桂英

謝謝黃委員啟嘉。請健保署說明。

龐組長一鳴

一、謝謝各位委員的指教。先跟大家澄清健康存摺的適法性問題，本署完全依照林代理委員惠芳所提的方式辦理，健康存摺是民眾自我照護的參考，下載健康存摺，需要符合個資法的規定。醫療院所是在民眾提出查詢健康存摺需求時，協助並提供專業

解讀，而不是使用各種方法把病人的資料留在院方。

## 二、整合委員及過去評核委員對於家醫計畫的意見：

(一)很多類似計畫，包括慢性腎臟病照護及病人衛教計畫、糖尿病醫療給付改善方案、家庭醫師整合性照護等，都有整合性照護的精神，但目前分散在不同計畫，希望能適度整合：

此建議已反映在本次修訂重點「增加會員涵蓋率」中，請參閱會議資料第 31 頁(增加會員涵蓋率：增列 DM、CDK 且未收案於醫療給付改善方案個案，納入加分項計算範圍)。

(二)建議未來家醫計畫納入居家照護：

目前居家照顧的申請條件，是鼓勵家醫群與社區醫院合作提供服務，但因為推動時間的關係，家醫計畫未納入居家照護內容。對此，剛剛黃委員啟嘉已表達過，本署會積極與醫師公會全聯會共同研擬，可能的話，等今年計畫執行一段期間後，或許到年中、年底或適當時間，都可以進行討論，畢竟當時推動居家照護，就是希望透過社區化提供服務。

(三)過去評核委員也建議計畫要有去蕪存菁的功能。過去大家對於家醫計畫給予肯定，可是確實也發生過良莠不齊的現象，因此，制定相關 KPI(關鍵績效指標)非常重要。

- 1.至於 KPI 指標中，納入回應病人需要、以病人為中心的指標，及就醫滿意度調查部分，目前已經在執行。
- 2.請委員參看會議資料第 32 頁，過去的指標較重視過程面，結果面指標只有「急診率」、「住院率」。本次修改成「潛在可避免急診率」、「潛在可避免住院率」，短短幾個字，但表達的意義完全不一樣。首先，這是國際公認可課責的指標；其次，這些指標是目前各國用來衡量醫療體系好壞的國際指標，採用這些指標可以跟國際接軌。未來可以用更科學並能與國際接軌的指標來衡量家醫計畫成效。

三、有關跟各縣市政府合作的部分，其實各縣市政府關心的重點都不一樣，跟委員說明如下：

- (一)部分縣市政府關心偏遠地區的醫療，例如屏東縣政府，目前偏遠地區主要是由醫院提供醫療服務，診所的支援力量有限。
- (二)有的縣市政府關心疾病篩檢率，如四癌(大腸癌、口腔癌、子宮頸癌、乳癌)篩檢率等，目前家醫計畫已將疾病篩檢率列入相關指標，此點與各縣市政府的做法一致。
- (三)部分縣市政府採特定的做法，例如最近新北市政府跟健保署洽談，希望透過合作讓新北市的市民有家醫的概念，本署已積極與其商談。而台北市政府最近剛啟動社子島開發計畫，將整合家醫群與台北市市立醫院，希望做好居家整合照顧；據我所知，最近才召開啟動會議，大部分採用健保的方案，但由衛生局與市政府出面整合。積極與本署洽談的縣市政府，本署一定會跟他們商談，也有透過醫師公會或醫院來尋求協助，本署也都積極協助。
- (四)希望未來的家醫是一個整合性制度，但目前限於總額部門不同而使預算分列，這點未來須煩請委員幫忙。現在家醫計畫的預算列於西醫基層總額部門，但家醫群與醫院之間有很多形式的合作關係，如張委員煥禎所提的家醫群，主要是與醫院合作，張委員擔任院長的醫院就執行得很好，中南部也有許多醫院做得非常好，但預算卻跨不同總額部門，未來有無可能讓總額部門間能夠合作，還需要各位委員的智慧來促成制度之整合，屆時需花點時間來處理此問題。

戴主任委員桂英

謝謝龐組長一鳴。

干委員文男

主席！

戴主任委員桂英

干委員文男，現在…。

干委員文男

我只講兩句話，剛才黃委員啟嘉詢問，消費者是否準備好了。家醫計畫是否成功，並非在有無準備，而是提供照護的醫師與病人能否建立互信關係，醫師提供的服務有無得到被照顧者的認同，若得到認同，就表示成功了，其餘就不用多說。

黃委員啟嘉

干委員您講的沒有錯，第一，醫病之間的信任度是否足夠、民眾就醫習慣是否改變；第二，所投入的資源是否足夠，因為家醫計畫有可能會耗用醫療資源。

戴主任委員桂英

- 一、感謝各位委員，大家發言非常熱絡，報告時間很短，但討論時間非常長，本案已經用了 49 分鐘。從剛剛的討論中，發現委員基本上還是支持家醫計畫繼續辦理。
- 二、有委員對於健康存摺的申請、運用有很大的疑慮，對個資法的適用也有擔憂，請健保署在執行面不要抵觸個資法。
- 三、肯定本案對 KPI 之設定有所改善，但如何精簡 KPI，將是未來一年需要考慮的。KPI 愈複雜，承做的團隊就愈辛苦，應該愈精簡愈好，請持續努力。
- 四、與各縣市政府合作的部分，若各縣市政府願意找健保署合作，健保署也會努力，但建議健保署能更積極發現哪個縣市政府適合一起合作，可共同提升民眾照顧。也請參考幾位委員的意見，強化計畫內容。
- 五、總之，家醫計畫一定需要醫病互信，此為成功基礎。本案可否先通過，至於委員建議安排參訪的部分，由幕僚單位與健保署討論是否結合本年 3 月份預計安排的參訪活動，至於安排細節可再討論。參訪後委員可能會有更好的意見，屆時再一併提供健保署與醫師公會全聯會的西醫基層總額代表，作為來年討論

參考，委員對這樣處理有無意見？請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、我對主席的第 2 點結論，沒有辦法完全同意。之所以對健康存摺提出許多個資疑慮，並非要院所執行時注意個資法的問題。
- 二、我在其他會議也提出相同看法，個資問題，目前都還在進行法律研究，尚處於模糊地帶。我認為推廣可以，但反對設為 KPI 指標，使院所不僅可以協助下載，下載率還列為加分指標 (10%)。主席可能誤會我的意思，但龐組長一鳴與蔡副署長淑鈴應該了解我在各個會議對此議題所表達的 concern(疑慮)。
- 三、再次表達，可以推廣、印製單張宣傳健康存摺，如同剛剛張委員煥禎所提，應該鼓勵、教育民眾，但要求醫療院所達到一定下載率，不論協助民眾下載或者其他方式，我都非常有疑慮。很抱歉，對主席的第 2 點結論提出不同意見。

戴主任委員桂英

謝謝滕委員西華。健保署或黃委員啟嘉是否要回應？

黃委員啟嘉

基本上支持滕委員西華的意見，我認為健康存摺要保持動態與彈性，不需在此做太多 settle down(設定)，因為未來健康存摺的功能，或民眾的使用能力都與現在不同，太早定論或列入指標可能不恰當。

戴主任委員桂英

請龐組長一鳴。

龐組長一鳴

這部分在總額研商議事會議已經討論過多次，本項指標(健康存摺下載率)是加分指標，原來 KPI 滿分是 100 分，及格分數是 60 分，今年將總分提高，比如提高至 105 分，本指標占 5 分，所以是鼓勵性質。基本上健康存摺與家醫群一樣，需恪遵計畫規定實施，總不能因為有人拿菜刀殺人，就禁止全國婦女使用菜刀，此論調似乎不太適切。

戴主任委員桂英

健保署將本指標設為加分指標，西醫基層部門似乎支持滕委員西華的意見，執行上還是要靠西醫基層診所。請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、其實西醫基層部門也支持健保署，只是擔心將其納入指標後，執行單位可能為了提高執行率，而做出不是很理想的事情。
- 二、我認為健康存摺的應用，是動態性的，考量以後還會繼續發展，且未來民眾對資訊的使用能力也不一樣，很多部分還可以再討論，建議不要太早定論。

戴主任委員桂英

請張委員煥禎。

張委員煥禎

- 一、我認為健康存摺是共通性的問題，建議健保署好好向民眾說明，而非在醫師看病時，拿一張紙請病患簽名，這種關係並不對等，病人可能簽得不甘不願。記得在二代健保實施之初，健保署會派一組人去各大醫療院所說明，建議健保署比照以前的做法，派人輪流至醫療院所，向民眾說明健康存摺或雲端藥歷有何好處，願不願意授權院所下載。若願意授權，健保署於取得授權後，就通知醫療院所，院所就可下載相關資訊。
- 二、目前醫病關係沒有很好，互信基礎也不佳。醫師幫病人看病時，提及健康存摺，病人可能會懷疑是不是詐騙集團。不應該讓醫療院所承擔這些工作，醫師沒有時間向病人一一說明。
- 三、建議健保署針對健康存摺或雲端藥歷，組巡迴團至各醫療院所說明。違反個資法的後果非常嚴重，支持滕委員西華的意見要小心處理，但又不希望阻止進步。目前健保署沒有經費執行這部分，希望新的立法委員可以多撥些經費給健保署執行。

戴主任委員桂英

- 一、幾位委員針對剛才我提出有關健康存摺的決定表示意見，這部分決定稍作修改，健康存摺下載率是本計畫的加分項目，請本

計畫的 2 個執行單位，西醫基層與健保署雙方進一步協調，等有共識後再執行，其他部分通過。

二、本報告案已進行 57 分鐘，希望下個報告案可快一點，請同仁宣讀。

肆、例行報告第四案「有關『105 年度西醫醫療資源不足地區改善方案』(草案)，謹向貴會報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

戴主任委員桂英

謝謝同仁的宣讀，請劉科長林義補充說明。

劉科長林義

一、向各位委員報告，105 年度西醫基層總額的「西醫醫療資源不足地區改善方案」專款，協定預算 2.4 億元，其中 1.8 億元得與醫院總額同項專款互相流用，另外 6 千萬元醫師公會建議用來調整山地離島地區診察費。

二、1.8 億元部分，健保署已經與醫師公會討論，雙方已有共識。方案內容在會議資料第 124~153 頁，修正重點如下：

(一)105 年施行區域，採分級支付方式，參酌施行鄉鎮之醫人比及人口密度等條件，分為三級。

(二)基層診所執行巡迴計畫的支用範圍也有變更、調整。

三、有關 6 千萬元經費，醫師公會最近已提案用於調整山地離島地區診察費，本案會先提西醫基層總額研商議事會議討論，若有共識再向健保會報告。

戴主任委員桂英

謝謝劉科長林義補充說明。請委員表示意見，先請滕委員西華，再請謝委員天仁。

滕委員西華

一、請問會議資料第 128 頁，方案(草案)第九點之(一)巡迴點之規定(2.執行本方案滿 3 個月，巡迴點每診次平均就醫未達 5 人次，暫停該巡迴點服務，該診所或醫院應提改善計畫書或變更巡迴點)，雖然巡迴點每診次平均就醫未達 5 人次，效益很低，但之前訪視時發現，某些區就診人數少是因為人口稀少，所以若暫停或變更巡迴點後，該區居民有就醫需求時，如何處理？

- 二、看病次數並非愈多愈好，而是希望巡迴醫療服務人數能夠增加。我曾經在總額評核會議提出，各部門總額都有此問題，醫療資源不足地區改善方案，長期以來都是用人次來計算績效，將來有機會應該思考是否須加以調整。
- 三、會議資料第 130 頁(3)管理原則「A.當月門診服務未滿 20 天者，不予支付保障額度，依申報點數核定，並由西醫基層總額一般服務預算支付」，對修改保障額度沒有意見，但不明白為何不符合保障額度就須改由一般服務預算支付。保障額度已修改，但當月門診服務未滿 20 天者，為何不能由專款支應？除非專款預算不足，若足夠，為何要由一般服務預算支應？

謝委員天仁

- 一、剛剛劉科長林義提及西醫醫療資源不足地區改善方案，105 年預算為 2.4 億元，其中增加的 6 千萬元經費，還未思考如何增加服務量，並提報計畫至健保會，我認為有問題。
- 二、本會協商增加預算後，健保署即應該說明如何運用預算提供服務。剛剛提到醫師公會提出 6 千萬元用來調整診察費，若總額已給予診察費費用，醫師也依規定申請，沒有問題。但將經費用於調整診察費，我會關心實際效用或涵蓋率是否足夠的問題，不然當初為何增加預算？若協商時提出是規劃用於調整診察費，則委員會整體考量，總額所增加的預算，不應單獨用於調整診察費。這筆預算應該用在擴大醫療資源不足地區的相關服務才對，這樣錢才是花在刀口上，不然為何要多編列預算？這部分請健保署釐清。
- 三、消基會收到一些資訊，病人至基層院所就診時發現無法處理，而需送到 60 幾公里以外的醫院治療，請問健保署，為何會有此現象？巡迴醫療如何與其他醫療機構的照護銜接？銜接上有無考量距離遠近，這個問題很實際，大家應該好好思考。此外，本方案的施行區域，採分級支付，是好的做法。
- 四、剛剛滕委員西華所提意見，請健保署說明清楚。依據方案規

定，巡迴點每診平均就醫人次不夠時就暫停服務，這會產生民眾有繳保費，卻無法接受醫療的問題，巡迴醫療的目的不正是為了補足這個問題嗎？我認為人數再少，都需要提供醫療服務，所以才會有論次計酬的費用設計。目前健保強制民眾納保，結果提供的服務量卻不足，若如此，法律有何堅強基礎要民眾負擔保費，卻沒有享受醫療的權利？這很奇怪！此問題要想辦法解決，讓有繳保費的民眾都可以得到適切的醫療照護，這才是設立巡迴醫療的目的。

戴主任委員桂英

謝謝，請陳代理委員順來。

陳代理委員順來(侯委員彩鳳代理人)

請問健保署，會議資料第 33 頁第三點之(一)，施行區域及分類級數中，105 年預定施行的鄉鎮，刪除 3 個，刪除的條件為「醫人比皆低於 2,600，且經當地政府衛生局評估為無巡迴醫療需求之鄉鎮」。請問醫人比低於 2,600 的鄉鎮，民眾都不會生病嗎？還是這些地方是由衛生局提供服務？剛剛有委員提及醫療越不發達的地區，更應該提供服務，請健保署說明。

戴主任委員桂英

請林委員敏華。

林委員敏華

有個問題請教健保署：

- 一、我來自醫療資源不足地區的其中一個偏鄉，據我所知，偏鄉地區的民眾所能獲得的巡迴醫療資訊非常不足。請問執行巡迴醫療時，是否有與當地村里長取得共識，或請其廣播通知居民？因為當地的村里長最了解居民的情形。
- 二、有些偏鄉地區在山上，很多都是年紀很大的老人，希望巡迴醫療能提供載送服務，因為老人家無法走出家門。另外，建議目前居家照護服務，要與當地縣市政府提倡的配套措施整合，這樣效果才會更好。

戴主任委員桂英

請何委員語。

何委員語

- 一、剛剛提到巡迴點的宣導，我認為應該要結合村里長或村里幹事，現在村里長選舉都需要村里民投票才能當選，所以村里長都是服務到家，幫忙有困難的獨居老人就醫、提供交通服務等，基層院所只要提出設置醫療巡迴點的需求，村里長都會提供協助。
- 二、現在科技相當進步，健保署應建立衛星定位系統，如長榮海運輪船行走全球，長榮公司都能掌控各輪船所在位置。若健保署也能建立巡迴點衛星定位系統，就能透過辦公室的電腦，掌控醫師至各巡迴點執行醫療服務的情形，建議健保署執行偏遠地區的醫療服務應該科技化。

戴主任委員桂英

謝謝何委員語的建議，已經 5 位委員提供意見，可否先請西醫基層部門代表黃委員啟嘉說明，再請健保署回應。

干委員文男

主席，我曾經參訪醫療資源不足地區巡迴服務點，有些村里長非常支持，還提供車子接送，相當溫馨，但有些點是醫師到巡迴點才開始廣播，讓醫師及護理人員空等病患，所以應慎選巡迴醫療的服務點。

黃委員啟嘉

- 一、謝委員天仁提出的意見很有道理，可做為以後參考，但健保署執行本方案時，會考慮成本效益的問題，因為醫療資源有限，無法滿足小部分偏鄉地區民眾的醫療服務。
- 二、協商 105 年度總額時，消費者代表給予醫界資源(編列預算)的部分，我們於本報告案的使用方式基本上已經符合總額協商時的精神，所以是依據其精神調整診察費。
- 三、本方案今年最大的改變點，是將施行地區的鄉鎮分級，醫人比

低於 2,600，是指醫師人數較多，醫人比越低表示醫師看病人數越少，例如花蓮縣吉安鄉，開業醫師少，但吉安鄉與花蓮市的關係，如同台北市與中和、永和的關係，醫師開業地點雖然選擇花蓮市，但吉安鄉居民只要過個馬路，就可以到花蓮市的診所就醫。所以決定該鄉鎮是否為醫療資源不足地區，事實上並非單看客觀數據，還須參酌當地醫師公會及保險人分區業務組的認定原則，請付費者代表放心，不會將錢花在不是刀口的地方。

戴主任委員桂英

請健保署說明。

龐組長一鳴

- 一、謝謝委員關心，總額支付制度鼓勵各部門對醫療資源不足地區提供服務，本方案是總額支付制度下最大的好處，而且是西醫基層部門主動提出，提供醫療資源相對較缺乏的地區醫療服務，醫療資源非常缺乏的地區已經透過 IDS(Integrated Delivery System，山地離島地區醫療給付效益提升計畫)提供服務。
- 二、醫療資源相對缺乏，是指該地區不致於完全沒有醫師提供醫療，而醫人比是決定該地區是否為醫缺地區的重要因素之一，當醫師數達到一定程度時，就不再提供巡迴醫療服務。巡迴醫療是可近性非常好的服務，但不表示該方式最安全或服務品質最好，若考量醫療品質，還是要至醫療院所就醫。
- 三、回應何委員語所提意見，現在醫療資訊確實做得很好，但巡迴醫療僅能看到部分就醫病歷。本署會參酌委員意見，未來提供巡迴醫療服務時，如果可以結合電子病歷，將可提供更優質的服務，本署將與醫師公會一起合作，加強改善。
- 四、謝謝醫師公會的支持，今年西醫醫療資源不足地區改善方案，確實有所突破，依偏遠程度及距離實施分級支付。誠如滕委員西華所言，這些偏遠地區人口少，就醫人次相對較低，所以本方案另一個重大修訂之處，是將原規定每個巡迴點至少 3 小

時，修改為每個巡迴點至少 1 小時，請醫師多到幾個巡迴點提供醫療服務，讓老人家可以就近就醫。

五、謝委員天仁關心增加 6 千萬元預算部分，健保署的見解與謝委員理解的程度一樣，醫師公會對 6 千萬元的主張是，要補貼西醫基層執行巡迴醫療所產生論量計酬的費用(本來由一般服務預算支應)，本署花了很多時間與醫師公會協調，最後共識是 6 千萬元專款專用，其方案為調整診察費，若委員認為調整診察費方案違背委員會決議，將再與醫師公會討論。

戴主任委員桂英

謝謝。本案 6 千萬元請健保署與醫師公會…。

滕委員西華

剛才請教當月門診服務未滿 20 天者，不予支付保障額度，依申報點數核定，其費用為何由一般服務預算支付，而非專款。

龐組長一鳴

此為開業計畫的支付原則，鼓勵醫師到醫缺地區開業，若醫師開業後，又回到大醫院看診，導致當地門診服務天數不足，則所提供的醫療服務顯然不足，若可以支付保障額度，顯然不符合鼓勵開業的精神。

蔡副署長淑鈴

主席，我補充說明。

戴主任委員桂英

請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

一、跟委員報告，全國醫療資源分布不均，健保採取很多政策來彌補，但前提是醫師開業屬自由市場，憲法並未加以規範。醫師可以自行選擇開業地點，然而基於市場原則，開業醫師須承擔開業財務風險，所以會考量開業地點的人口數。

二、全民健保希望每個人都可以得到公平就醫機會，最偏遠的山地

及離島地區，目前係採由都會區醫院前往提供服務之策略，已執行 20 年。在西醫醫療資源不足地區採取 2 個策略，其一是鼓勵醫師前往開業，其二是鼓勵巡迴醫療，但巡迴醫療地點選擇則會與人口移動息息相關。為鼓勵醫師到人口較少的醫缺地區提供服務，所以採取雙管齊下策略，同時鼓勵開業及巡迴醫療。

- 三、執行巡迴醫療的醫師本身是都會區的開業醫，願意暫停診所門診，或由其他醫師代診，或挪出休息部分時間到偏遠地區執行巡迴醫療服務，精神可嘉。在此概念下，醫師的時間成本就顯得很重要，非山地離島的醫缺地區，距離都會區有遠近之分，相對比較偏遠的地區，巡迴服務的論次費用就較高，以鼓勵醫師前往服務。
- 四、總額預算有限，希望每次巡迴服務都能獲得最大效益。剛剛委員詢問，如何處理每診次就醫人數較少的巡迴點？基本上，巡迴點的選擇是由開業醫師與村里長討論後，選擇效益較高的地點，例如人口聚集的地方。若開業醫師執行一段期間後，發現巡迴點不夠好時，本方案允許變更巡迴點。
- 五、倘若當地人口過於分散，無集中點時，原方案規定各巡迴點至少服務 3 小時，現在修改為每個巡迴點至少 1 小時，請巡迴醫師再辛苦一些，換至另一個巡迴點提供醫療服務。方案無法完全滿足每個人的需求，僅能以有限的資源及時間，提供最大效益的服務。
- 六、相信服務仍有漏網之魚，例如無法外出的獨居老人，健保署已有規劃相關配套措施。如果巡迴醫療醫師也要提供在宅服務，可能 3 小時僅能服務 1 人次。現行巡迴服務已解決 80~90% 的醫缺地區就醫問題，這部分請委員在總額協商時，給予特別考量，畢竟是開業醫利用其休息時間提供巡迴醫療服務。

戴主任委員桂英

謝謝健保署及黃委員啟嘉的補充說明。6 千萬元的動支方式，健保

署剛剛已經說明會參酌委員意見，持續與醫師公會研議後，再提會報告，讓委員了解…。

#### 何委員語

主席，補充說明，各縣市都有社工團體在做獨居老人送餐服務，希望各縣市醫師公會能與其結合，了解哪些獨居老人需要醫療服務，若提供相關資訊予送餐的社工人員，相信他們會樂於協助。建議醫療體系及機構，能與社工團體結合。

#### 蔡副署長淑鈴

謝謝何委員語。醫療要處理的不是單純的獨居老人，而是獨居又失能者，若僅為獨居，仍可外出就醫，事實上出來看病也是一種健康促進，反而要鼓勵他們出來就醫，並非一定請醫師到家裡；獨居又失能者，其無家人可協助送醫，才是我們須優先處理的。贊成要去發現這些人，須結合社工、長照等系統，為此我們已開始啟動另一項居家醫療整合計畫，因不屬本計畫內容，所以未提報。

#### 戴主任委員桂英

謝謝各位委員提供很多寶貴意見，主辦單位都有聽到，本會也有詳細的會議實錄。能夠容納的部分，將盡量納入本方案。至於6千萬元的動支方式，請健保署與醫師公會慎重研議相關支付方式；有關建議承作單位或醫師與村里長密切聯繫部分，我知道現階段多少有些連繫，將來若能變成SOP(Standard Operation Procedure，標準作業程序)，就能更廣泛運用。本案先通過，委員若無其他意見，就進行下一個報告案。

伍、例行報告第五案「中央健康保險署『104 年 12 月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

戴主任委員桂英

本案係 3 個月口頭報告 1 次，因現在已經 12 點 10 分，徵求委員意見，可否直接提問，還是要請黃署長三桂報告？(有委員表示：請黃署長報告)黃署長表示由他報告。請委員一邊聽報告，一邊用餐。

黃署長三桂報告

戴主任委員桂英

謝謝黃署長三桂的報告，請問委員有無詢問？

李委員永振

有 3 點請教：

- 一、業務執行報告第 10 頁，歷年來保險費收繳率，不論投保單位及保險對象，或政府保險費補助款之應收保險費，近 5 年之收繳率均呈現遞減情形，是因保費請求權為 5 年嗎？尤其政府保險費補助款之收繳率，遞減情形更明顯，103 年下降最多，由 95~96%，降為 82.79%；104 年更降為 79%，是否與黃署長剛才提及的中央政府欠費有關(政府負擔健保總經費法定下限 36% 部分，撥付不足)，若是的話，又未支付利息，似不合理。104 年保險費實質成長 1.55%，但依黃署長報告，105 年保險費收入又減少許多，該如何是好？
- 二、業務執行報告第 40 頁，104 年 4 月違規查處追扣金額為 9 千多萬元，較 101~103 年金額(6.8 千萬元~8.3 千萬元)高，有何特殊原因，或有何好做法，請健保署說明；不過有點可惜，4 月以後的金額又變少了，此外 4 月罰鍰金額(27 萬元)偏低。
- 三、業務執行報告第 129~130 頁，醫院、西醫基層總額醫療品質指標中，醫院總額的第 18 項「糖尿病病人糖化血色素(HbA1c)執行率」，104 年參考值為 72.25%，101~103 年執行率都在 90% 左右，104 年則降為 74% 左右，雖有達標，但與過去 3 年的差異還蠻大。至於西醫基層總額，同樣項目在第 20 項，104 年

參考值為 65.73%，101~103 年執行率都在 80% 以上，104 年則降為 65% 左右，雖有達標，但差異也蠻大，請說明原因。

干委員文男

請教健保署，去年編列「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」，預算執行情形為何？另 107 年領取健保費用超過 2 億元的醫事機構須公開財務報告，而對於低於 2 億元的機構，如何處理？還需多久時間才能達到所有醫事服務機構都公開財務報告的目標？

張委員煥禎

- 一、業務執行報告第 12 頁，台北市及高雄市政府對所應負擔之保險費補助款，是否皆有按其提出的還款計畫撥款？
- 二、業務執行報告第 135 頁，健保署如能現在回答就回答，不然就下次再回覆。針對醫院財報，健保署目前公布的是賺最多與虧損最多之醫療機構的絕對值，請問公開財報的目的為何？先前(102 年 2 月份委員會議)討論時，我曾提出國民有義務向國稅局報稅，然而法律上，除財團法人、上市公司須對外公開財報外，其他申報予國家的財務資料，理應加以保密，但該次會議仍決議公開財報。
- 三、我想了解，醫事服務機構公開財務報告已實施 2 年，期望達到什麼目的？要先知道目的，才能決定公布方式。當時並未講好公布方式，理應全部公布，但現在健保署對財務報告僅公布前 5 名、後 5 名的機構，反而造成困擾；後 5 名的醫院可能被誤認為快倒閉，使得醫護人員不敢去應徵，連高階主管也不敢去。公布財報的目的是要讓它倒得更快嗎？賺錢的醫院被叫做血汗醫院，請問虧本最多的醫院，要獲表揚嗎？因其給員工很多薪水才虧本，或因其他原因而虧本。是要表揚或打擊賺很多錢的醫院、還是獲利率高的醫院，因為賺很多錢與獲利率高是不相同的。
- 四、健保署每次公布醫療機構的財報都沸沸騰騰，這也是媒體很喜歡的新聞，公布的目的為何？接下來領取健保費用超過 4 億

元、2 億元的醫院，也都須公開其財務報告，希望能了解屆時的公布方式，及公布的預期目的是否已達到。

戴主任委員桂英

請健保署先就 3 位委員的發言內容答覆後，再請滕委員西華。

高專門委員世豪

李委員永振提到 104 年 4 月違規查處追扣金額達 9 千多萬元，而罰鍰金額較低，主要是因為 104 年年初，本署配合廉政單位清查全國藥事人員有無實際執業。經由檔案分析比對投保單位與醫療費用的申報資料後，清查所有比對結果異常的醫療院所，由於檢調單位的協助，所以查處追扣的金額特別高。至於罰鍰金額較低的原因是，若案件經檢察官為緩起訴處分或法官為緩刑宣告，檢察官或法官會要醫事服務機構支付公益金或向公庫支付一定之金額，其可抵扣罰鍰金額，抵扣後罰鍰開單金額就會變少。

王組長沫玉

一、財務組補充說明，李委員永振關心保險費收繳率遞減，的確是因為政府應負擔健保總經費法定下限 36% 部分，撥付不足。截至 104 年底本署自編決算，中央政府撥付不足的部分，已達 698 億元。

二、張委員煥禎關心北、高兩市欠費，是否有依照還款計畫如期還款。截至 104 年底，高雄市政府尚有 11.75 億元未歸還。

張委員煥禎

可否控告不按時還款的公家單位？老百姓若未繳交保費，健保署就執行多項措施，政府不能只許州官放火，不許百姓點燈，應明定對政府欠費的處理措施。健保署動不動就要求醫療院所寫報告、扣點或其他處罰，高雄市政府要分 7 年還款，我沒話講，因當時已通過還款計畫，所以健保署有義務追回這筆錢。

王組長沫玉

高雄市政府提出還款計畫當時，我們已提出強制執行，現在仍持續溝通中。

曾科長玫富

業務執行報告第 129~130 頁，所呈現 104 年第 1 季、第 2 季、第 3 季的糖尿病病人醣化血色素檢查執行率數值，為當季執行率，而 101~103 年的數值為醣化血色素的當年執行率。病患各季所檢驗的醣化血色素，都會累計並按病人歸戶以計算年執行率，故年執行率會有不同於季執行率的累積效果。健保署為呈現最近的資訊，所以會先計算各季執行率，等到 104 年第 4 季後，就可計算 104 年全年之醣化血色素執行率，預估也有 90% 以上。

李委員永振

其他指標項目也是一樣的計算邏輯嗎？

曾科長玫富

其他指標項目依其操作型定義，在季、年的數值不一定有累積關係。糖尿病患大約 2~3 個月會檢驗 1 次醣化血色素，所以季醣化血色素的執行率較低，而年醣化血色素執行率，因為具有累積效果，所以執行率較高。

戴主任委員桂英

請龐組長一鳴補充說明。

龐組長一鳴

- 一、依據美國臨床治療指引，要求糖尿病患每半年檢查 1 次醣化血色素，所以季、年醣化血色素的執行率會不同。
- 二、公開財務報告係依據健保法第 73 條「保險醫事服務機構當年領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於期限內向保險人提報經會計師簽證或審計機關審定之全民健康保險業務有關之財務報告，保險人並應公開之」規定，符合條件的醫療院所須依規定提報資料予健保署。目前領取 6 億元以上的院所需要提報，105 年起降為 4 億元，107 年則降為 2 億元。公家醫院認定標準為機關審定的財務報告，而私人醫院為會計師簽證之財務報告，與財稅資料不太一樣。
- 三、健保署在網站上公開各醫療機構資料，提供各界查詢，其格式

都相同，係依據各醫院提報的財務報告，委員可以上網參閱。這次新聞是記者從健保署網路公開的財務報表自行推算的結果，記者可能對哪幾家醫院虧損最多或賺最多較有興趣，所以給予揭露。

張委員煥禎

請問健保署有召開記者會嗎？

龐組長一鳴

有發新聞稿。

張委員煥禎

發新聞稿時，健保署的同仁在場嗎？

龐組長一鳴

有。

張委員煥禎

- 一、所以新聞會寫資料由健保署提供。健保會可建議修訂健保法，健保法修改權責在立法院，但立法後還是可以再檢討。我們應該要清楚健保法第 73 條的立法目的，舉例來說，若 1 家醫院事業外收入很多，所以賺錢；但另一家醫院因為事業外收入較少，只做本業而虧錢，則所代表的意義為何，不需去了解嗎？
- 二、公告目的是為了鼓勵醫院多擴展事業外收入，如餐廳、停車場嗎？同樣的道理，長庚醫院的收入為何會囊括前 2 名與後 2 名，是因為有事業外收入，如餐廳、停車場、股票收益等，就會賺錢；而基隆長庚或嘉義長庚，可能因為沒有股票，其事業外收入沒這麼多，可能就虧本。公開財報的目的為何？賺錢的醫院，其員工平均薪資如果比其他醫院還低，就會被說是血汗醫院。公開應該要有目的，不應該打擊、冤枉正當經營的醫院，該糾正的醫院卻未予糾正，真不知道目的為何？我想知道的不是立法過程，這些我們都非常清楚。
- 三、我跟任何市政府完全無冤無仇，既然署長提出，我認為還是要想個辦法，讓高雄市及台北市政府不要再欠款。不知道他們是

否是第 1 次欠款？如果是第 1 次，溝通可能還有用，若是每年都欠款，而其他政府都乖乖繳款，就應該想辦法解決。

- 四、有關業務執行報告第 32 頁核減率的部分，感謝健保署依委員建議，已將核減統計表分為地區別及層級別呈現。希望健保署下次提供有參加自主管理及未參加自主管理醫院的初核核減率及申復後核減率，不用爭審後核刪率。總體數據即可，不一定要有地區別資料，這部分可否請健保署提供。

戴主任委員桂英

張委員煥禎的提問，請健保署稍後答覆。剛剛因為滕委員西華先舉手，還有陳委員聽安、趙委員銘圓也舉手，就依此順序。先請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、先回應李委員永振及黃署長三桂的報告，中央政府欠費當然要算利息，不然應該先免除如失業、付不起保費民眾的利息。付不起保費的人連滯納金都要繳，那就是利息。政府哪有自己免除自己的義務，又加重被保險人負擔，就算健保會無法阻擋，還是要提出意見。
- 二、105 年 1 月 19 日衛福部發布標題為「104 年健保收載新藥概況及省思」之新聞稿。該新聞稿如同在抒發感想，我認為政府這樣做不是很妥適。對了一下新聞稿資料，104 年納入健保給付的新藥有 37 個品項，平均每年預估治療人數約 22 萬人，治療費用約 27 億元。
- 三、但業務執行報告第 31 頁，審議同意給付的新藥有 31 項，請問是因時間差，如 103 年通過至 104 年才給付嗎？請問新聞稿納入健保給付的新藥與業務執行報告同意給付的新藥，兩者是否有落差。
- 四、特材有呈現給付率，但藥品部分並未呈現。若以通過率來看，新藥的通過率為 72%(審議的新藥有 43 項，同意給付的有 31 項)，特材通過率為 44.7%(審議的新特材有 47 項，同意給付的

有 21 項)。特材部分也有呈現給付率及供貨率，但藥品則沒有，可否說明。

- 五、健保署一定有資料，我想了解新聞稿的統計數據為何？新藥何時通過，何時給付？業務執行報告與新聞稿的數據落差，原因為何？因為業務執行報告的財務影響評估中，納入健保給付的新藥，104 年第 1 季至第 3 季申報金額為 22.5 百萬元；而新聞稿中 104 年全年新藥治療費用約 27 億元。
- 六、特材部分，我想了解廠商供貨率的定義。在給付率 27.7% 的情況下，104 年 1~10 月新特材申報品項共計 13 項，申報金額為 78.1 百萬元，比藥費貴很多。這是因為某項特材特別貴，還是使用率有上升？或因為給付的特材，只要健保開放病患使用後，就會開始被大量使用？
- 七、如果以下所述是謠言，則請黃署長三桂應鄭重澄清。聽說部長批了逾專利期之三高(高血壓、高血糖、高血脂)藥品差額負擔試辦方案，且公文已經送到健保署，有無此事？這嚴重違反健保法，連試辦都不行。試辦也要在合法範圍，對此議題表達過非常多次的意見，更不要提支付標準已經納入全額給付的項目，還考慮要差額負擔。不但沒有法源依據，更不用說社會正義的問題。
- 八、再說一次，上述若係謠言，請黃署長鄭重澄清沒有這回事，如果有這件事，我要表達這屬違法作為，健保署不能照辦。不要講現在是看守內閣，即使不是看守內閣，都不能做這件事。
- 九、衛福部綜規司今年 1 月公布之 2025 年衛生福利政策白皮書，在全民健保的章節中，明確指出十年的長程計畫，要完成藥品差額給付的立法。自己都說沒有法源，還批示試辦，這是什麼道理？部長批了很多健保會反對或難以理解的事項，現在連違法的事都要試辦，這樣不對！是否幕僚提供部長錯誤訊息，我們不知道，但如果真有此事，在此呼籲委員反對這件事。

戴主任委員桂英

請陳委員聽安。

陳委員聽安

- 一、由業務執行報告第 12 頁，所呈現「政府應負擔保費補助款欠費情形統計表」，請問可否說自 102~104 年，政府都未欠繳且都按期繳納保費？
- 二、上開統計表只呈現台北市政府及高雄市政府的資料，該二直轄市政府總計應收保費補助款為 2,058.75 億元，金額十分龐大。請問其他縣市政府是否都按期繳納、無欠繳情況，所以才未列入。現在台北市政府及高雄市政府欠繳的情況，是否都按還款計畫繳納？

戴主任委員桂英

先請趙委員銘圓，再請謝委員天仁。

趙委員銘圓

主席、各位委員，針對剛剛張委員煥禎、滕委員西華所提政府欠費的問題，健保署應該趕快追討。高雄市政府的情況更離譜，當初承諾 7 年還款，應該都有正式的書面資料，還款計畫也已經通過，現在又欠款，難道健保署只能溝通而不能有其他作為嗎？不應該吧！有無背信問題？還可以做些什麼，以請高雄市政府趕快還款？整個過程中，台北市政府還比較有誠意，承諾 5 年還款計畫；而健保署卻同意高雄市政府可以 7 年還款，好像有點大小眼，我覺得該署應該趕快解決此問題。

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、我想這部分(直轄市政府應負擔保險費補助款的欠費)應該區分清楚，政府以雇主身分負擔每個月的保費若有欠款，會有利息問題；如果是「政府負擔健保總經費法定下限 36%」的部分，依照健保法的精神，應該在年度終結時，才会有補至法定下限

的問題，年度內原則不會有需負擔利息的情形。

- 二、剛剛黃署長三桂報告「八仙粉塵暴燃事件後續啟動代位求償訴訟」時，表示要對泰安產物保險公司、蘇黎世產物保險公司及本事故相關第三人等，進行後續代位求償訴訟，惟希望了解預估金額約多少。2家保險公司的保險額度各5千萬元，請問對第三人的求償金額多少？健保已經支付的7億多元醫療費用，是由全民一起負擔，受害者並無法針對健保給付的醫療費用向加害者求償。我的意思是，健保支付醫療費用後，反而讓加害者獲得應對賠償責任之豁免，如此違反公平正義。也顯示全民健康保險法對公共安全規定有疏漏之處，建議從修法著手；技術層面，若求償金額太低，可以不處理，若求償金額高到一定程度，建議可對第三人行使代位求償，如此才符合公平正義，否則7億多元的醫療費用均由全民承擔，我覺得不合理！

戴主任委員桂英

感謝委員天仁，接下來請健保署回應。

楊委員芸蘋

主席，在健保署回應之前，請先容許我在2分鐘內表達意見。

戴主任委員桂英

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

- 一、回應剛剛滕委員西華提到的藥品差額負擔試辦計畫，我覺得此問題非常嚴重，我們都還未看到公文，若看到公文，必定會嚇一大跳，不清楚部長在何種情形下做此批示。
- 二、不曉得部長是否會留任，也不確定未來的新政府是否還會持續執行此政策，三高(高血壓、高血脂、高血糖)的藥品費用依法並未規定可以實施差額負擔，無法理解部長為何批示可試辦的公文。
- 三、任何的健保政策或措施應該先提經健保會通過，或至少事先告知本會，再執行或公告。請署長明確說明。

蔡副署長淑鈴

先請財務組王組長沫玉說明。

王組長沫玉

有關業務執行報告第 12 頁「表 7 直轄市政府應負擔保險費補助款欠費情形統計表」，為何未呈現其他縣市政府及 102 年以後的欠費，主要是因二代健保法規規定，自 101 年 7 月 1 日起，原地方政府補助保險對象健保費之補助款，已由中央政府補助，這部分請委員可參閱統計表之備註 2。因此，地方政府在 101 年 6 月底前才要分擔保險費補助款。

陳委員聽安

請問其他地方政府是否已經還清 101 年 6 月底以前的欠費？

王組長沫玉

對，除台北市及高雄市政府以外，都已經還清。高雄市政府之前都有依照還款計畫辦理，惟 104 年未照還款計畫執行，截至目前為止，欠費 11.75 億元，健保署及行政執行署都已去文函催。

施組長如亮

- 一、滕委員西華垂詢的是，業務執行報告列示的新藥收載品項與健保署新聞稿的資料為何有落差，主要原因為新聞稿所提的 104 年度新給付藥品，包括 103 年通過而於 104 年生效的藥品，但業務執行報告所提到的是 104 年通過的品項，因此，兩者數據不同。
- 二、健保署發布新聞稿的用意，並非請民眾不要使用藥品，而是請大家思考醫療資源有限，可否考慮將目前使用於小病的醫療資源，先移到急重症的治療；以及是否需訂定相關標準，供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時遵循。
- 三、關於藥品差額負擔試辦計畫，蔣部長在幾個月前的立法院會議中提到，請健保署研議對三高藥品試辦差額負擔的方案，部長希望健保署蒐集各界意見，以瞭解民眾觀感，但並不是要正式辦理。

謝委員天仁

這不是正式辦理與否的問題，連試辦也不行，若試辦會涉及「貪污治罪條例」犯罪。法規不允許的事情，怎麼可以試辦？政府怎能做違法的事情。請問可以試辦「殺人」嗎？開玩笑！

戴主任委員桂英

請蔡副署長淑鈴再清楚說明藥品差額負擔試辦計畫。

蔡副署長淑鈴

- 一、健保署對藥品差額負擔試辦計畫的意見與委員類似，現在是上網蒐集意見的階段，以了解社會各界對本案的看法，委員也可提供寶貴意見。
- 二、謝委員天仁關切「八仙粉塵暴燃事件後續啟動代位求償訴訟」辦理情形，依照「全民健康保險執行重大交通事故公害及食品中毒事件代位求償辦法」第 6 條規定，「保險人依本辦法辦理代位求償，其範圍以本保險提供該保險給付之日起，一個月內給付費用總額為限」。依該辦法，健保署可以向泰安產物保險公司、蘇黎世產物保險公司求償，但因該兩保險人保額只有 5 千萬元，而且還有償還優先順序的問題，本署認為求償金額遠大於保額，所以在 104 年 12 月 30 日委託律師擔任訴訟代理人，向士林地方法院遞交民事訴訟狀，不只針對泰安產物保險公司、蘇黎世產物保險公司 2 家保險人，還針對第三人，包括八仙樂園代表人等，約 11 人，提起代位求償訴訟。
- 三、本署過去從未啟動此機制，本案因客觀求償條件的限制，保險人投保的意外險保額太低，與使用的醫療費用差距太大，經過健保署法律諮詢小組討論後，決定向保險人以外的第三人提出民事訴訟，後續若有結果，會再向健保會提報。

戴主任委員桂英

請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

- 一、剛剛蔡副署長提到要預告藥品差額負擔試辦計畫，這部分涉及

程序問題，健保會未討論過的計畫、議案，不應該直接預告，若委員都反對，更沒有必要蒐集意見。健保署所擬訂的計畫，都應該提報本會通過後，再進行預告，不要像之前的議案，都未提會報告或討論。別說橡皮圖章，健保會連諮詢的角色都無法發揮。

- 二、健保法未規定可以執行的議案、計畫，因為根本就已經違法，所以連提會討論都有問題。公務人員怎麼可以做違法的事，該案(藥品差額負擔試辦計畫)根本不應該存在，因為已經違反健保法的規定。
- 三、記得之前討論三高藥品差額負擔議題時，就已經明確表達過並不妥適的意見，根本不可行，建議擱置，不用討論，再討論也沒有意義。
- 四、該案(藥品差額負擔試辦計畫)代表的意義是，衛福部食藥署發出許可證的藥品品質，比原廠藥品差，這代表食藥署沒有功能，衛福部部长否定主管機關所進行的藥品品質調查結果，這太荒謬！我覺得該案不必再討論，否則委員要一起承擔違法的後果，請健保署踩煞車，本案若送健保會討論，也不會同意。

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、健保署所提對「八仙粉塵暴燃事件後續啟動代位求償訴訟」的作法，表示現行「全民健康保險法」與「全民健康保險執行重大交通事故公害及食品中毒事件代位求償辦法」存在某些困難及問題，既然有問題，就應該解決。若需配合修正「全民健康保險法」或「全民健康保險執行重大交通事故公害及食品中毒事件代位求償辦法」，請健保署趕快進行後續修法作業。
- 二、「八仙粉塵暴燃事件」適用健保法第 95 條第 1 項第 2 款(公共安全事故：向第三人依法規應強制投保之責任保險保險人請求)；而健保法第 95 條所授權訂定求償範圍、方式及程序等事

項之辦法，係指第 3 款的事件(其他重大之交通事故、公害及食品中毒事件)，兩者有所出入，這部分應如何解決？事件已經發生這麼久，我認為應該修改相關法規，才符合公平正義。

蔡副署長淑鈴

感謝委員天仁，八仙粉塵暴燃事件後，健保署就打算修正全民健康保險法第 95 條，但修法需要適當時機，單獨針對此條文提出修正，可能引發修正其他條文的風險。健保署有規劃要修法，只是還在等待合適時機併同納入，謝謝委員所提建議！

戴主任委員桂英

謝謝！本報告案…。

滕委員西華

剛才詢問「供貨率」的意義，施組長如亮還未回答。

戴主任委員桂英

有關特材部分。

滕委員西華

對！另外新藥是否也有「給付率」？因為特材與藥品的引用名詞不同，但是否有相同問題？為何特材費用比藥品高出許多？是某項特材特別貴，或申請金額較高等原因？

蔡副組長文全

一、有關業務執行報告第 31 頁，健保署於 104 年 1 月至 104 年 9 月召開 3 次特材共同擬訂會議，對新特材的審議及財務影響評估情形。於 3 次共同擬訂會議提出之新特材共有 47 項，同意給付 21 項，已納入給付 13 項，所以同意率為 44.7%、給付率為 27.7%、廠商供貨率為 61.9%。

二、上述文字所表達的意義是，即使提經藥物共同擬訂會議討論通過，還是要看廠商是否願意供貨，因此將審議情形區分為同意率、給付率及供貨率。

(一)「同意率」，係指提經藥物共同擬訂會議討論的新特材共

47 項，同意 21 項，所以同意率為 44.7%(21/47)。

(二)「給付率」，係指討論的 47 項新特材中，納入健保給付共 13 項，因此給付率為 27.7%(13/47)。

(三)「供貨率」，係指經藥物共同擬訂會議討論同意，且廠商願意供貨之比率，以納入健保給付的 13 項，除以同意給付的 21 項，所以供貨率為 61.9%(13/21)。

三、滕委員西華詢問，104 年 1~10 月新特材，為何花費 7 千 8 百多萬元？主要是因 104 年 1 月 1 日起將搭配 DBS(Deep Brain Stimulation，深層腦部刺激術，為一種外科手術方式，對病人腦部組織破壞較小，但需先進行電生理定位，並於病人體內植入深層腦部刺激器及導線等醫材)使用的特材「深層腦部刺激器」納入健保給付，該特材適用於巴金森氏症病人，雖然費用較高，但對病患十分具有效益。

滕委員西華

請問廠商不供貨的原因為何？

蔡副組長文全

因為核價問題，廠商覺得健保核價太低。

滕委員西華

藥品有無供貨問題？還是只有特材有此問題？

蔡副組長文全

藥品應該也有供貨問題。

滕委員西華

我的意思是，若藥品與特材都有供貨問題，呈現方式可否一致。

施組長如亮

以後可以依一致的 pattern(模式)處理。

戴主任委員桂英

謝謝各位委員，本案共 11 人次發言，提供許多寶貴意見供健保署參考。謝委員武吉還有詢問？

干委員文男

健保署還未答覆我的問題，是否忘記了？

謝委員武吉

- 一、我的問題好像也是很久都沒有答覆，之前所提初級照護議題，到現在還未答覆。
- 二、以 104 年第 3 季資料來算(業務執行報告第 78~79 頁，表 30 全民健康保險\_醫院總額各層級門診初級照護)，醫學中心初級照護費用是 1,640 點/件；區域醫院為 1,217 點/件；社區醫院最低，為 844 點/件。若將醫學中心的 1,640 點/件-844 點/件=796 點/件，乘以 95 萬 7,000 件，等於 7.62 億點；若將區域醫院 1,217 點/件-844 點/件=373 點，乘以 191 萬 3,000 件，約 7.14 億點，兩者加總共計 14.76 億點。亦即，若將醫學中心、區域醫院的初級照護量加以管控，1 年約可節省 59.04 億點。
- 三、很早以前，我就建議健保署應有相關管控機制，至今仍未提出。請健保署說明，我已經等很久了。

戴主任委員桂英

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、先回答干委員文男的詢問，剛才回應有所遺漏，不好意思。有關雲端藥歷的辦理進度，於今天專案報告第一案「『鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案』之執行成果與檢討報告」中，會進行相關說明。
- 二、有關醫療院所財務公開的進度，除剛才龐組長一鳴的說明外，再補充報告，自 102 年起，當年領取健保費用超過 6 億元的保險醫事服務機構，應於次年提報財務報告，保險人並應予公開；105 年起，當年領取健保費用超過 4 億元以上的醫事服務機構也須於次年提出財報並予公開；107 年起，當年領取健保費用超過 2 億元以上者，都須公開財報，屆時幾乎百分之百的醫事服務機構皆須提供財報。依目前規定，目前公開財報的醫

院所領取的費用，已占有所有醫院領取費用的八成，其餘尚未公布財報的機構雖多，但其費用規模較小。

千委員文男

張委員煥禎希望以後通通公開。

蔡副署長淑鈴

等到 107 年時，幾乎所有的醫事服務機構都要公開財報。

千委員文男

健保法第 73 條規定「保險醫事服務機構當年領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於期限內向保險人提報經會計師簽證或審計機關審定之全民健康保險業務有關之財務報告，保險人並應公開之」。

蔡副署長淑鈴

- 一、基本上，健保法第 73 條規定的意旨是要全部的醫事服務機構都公開財報，但健保署採分階段執行，至 107 年則幾乎所有的醫院都須公開。我們會將機構提供的財報資料公開在本署網站，至於新聞媒體要如何呈現，則是另外一回事。
- 二、張委員煥禎詢問，財報公開的目的為何？健保法第 73 條的立法意旨，是希望醫院的經營狀況可以公開、透明，因為大家會質疑健保對醫院投資是否不足。醫院經營能力很強，若其財報可以提供社會大眾了解，才能判斷健保的投資是否需再增加，或做其他調整。相信是因為社會大眾有期待，所以才會立法。
- 三、財報公開採分階段執行，第一階段從公立及法人醫院開始，因為過去公立醫院或法人的財報須經會計師簽證，而小醫院沒有公開財報的經驗，所以讓他們有較長的準備時間。依領取金額分階段公開，從 6 億元、4 億元到 2 億元，執行到第 3 階段時就符合母法規定，所有的醫院都須公開財報。
- 四、公開財報會讓「有心人」看到，所以張委員煥禎提出質疑，究竟是為鼓勵節餘、業外收入或有其他目的。對於財報公開後外界的解讀，確實還有較大的努力空間。因此，健保署去年已委託學界，對經營目的非常不一樣的醫院，其財報應如何解讀才

客觀，進行相關研究。健保署一方面先公開財報讓大眾瞭解，再尋求公平的解讀方式，並依法讓所有的醫院財報陸續公開。

張委員煥禎

有關費用核刪問題還是沒有回覆。針對「自主管理」與「非自主管理」醫院之費用核刪，健保署可否提供整體核刪比率？

龐組長一鳴

- 一、非常感謝委員武吉一再關心各層級醫院初級照護率，此議題不僅謝委員關心，立法院林委員淑芬及醫改會也很關心，紛紛要求健保署提供資料。
- 二、今年改採 ICD-10-CM/PCS(國際疾病傷害及死因分類標準第 10 版)申報初級照護費用，所以有編碼重新定義的問題需委託研究協助，舉個例子向委員說明，小孩、成人、老人、血友病或癌症患者，如果診斷都是感冒，其編碼並不會一樣；過去提供醫改會資料時發現，一樣是感冒，醫學中心的病人大部分是小孩、重大傷病患者，即使屬初級照護，也會到醫學中心就診，若以現在的編碼方式檢視資料，顯然會有問題。
- 三、請委員容許健保署與專家學者研議更好的定義後再進行分析，否則以目前的定義直接解讀，恐怕也無法達到節省費用的效果，反而造成後續更複雜的問題。未來本署會與專家學者討論初級照護的定義、資料呈現方式，再做適度修正。

戴主任委員桂英

施組長如亮是否要補充說明？

施組長如亮

請蔡副組長文全說明。

蔡副組長文全

剛才張委員煥禎提到醫療費用核減率，再確認一下，一般所謂「自主審查」係指事前審查案件。請問張委員關切的是否為「分級審查」？

張委員煥禎

各分區業務組對於「自主管理」的定義不太一樣，管理方式也不同，這部分你都清楚，我也很清楚，所以我不多講，我們可再討論。現在的問題是核刪資料並不清楚，希望今天可決議，未來健保署能提供核刪資料。

蔡副組長文全

主席！能否讓我補充說明。

戴主任委員桂英

請說明。

蔡副組長文全

分級審查的概念是與醫療院所事先協議，表現如達到一定標準，抽審案件就減少一點，表現不好，則加重審查。各分區業務組設有總額共管會議或聯繫會議，可以討論相關指標，但各分區業務組在總額控管方式不盡然相同，所以所發展出來的分級審查指標也不盡相同，直接就核減率加以比較，可能會產生誤導。建議提供初核核減率即可，不要再區分自主或非自主管理的核減率。

張委員煥禎

- 一、本來想給健保署一些空間來處理此問題，既然你要這樣解釋，我就明講。「自主管理」的定義就是醫療院所與健保署事先談好，只要該院所申報費用不超過上限，健保署就進行很少的審查或幾乎不審查，亦即該醫院申請多少費用健保署就支付多少。
- 二、至於未與健保署簽定自主管理的醫療院所，就進行審查，費用會被嚴刪，這屬財務問題，所以我想了解，自主管理的醫院，若核刪率都只有百分之零點幾；而非自主管理的醫院，核刪率都百分之十幾，這樣如何保證自主管理醫院的醫療品質？
- 三、我覺得很奇怪，健保署為何不提出自主管理與非自主管理醫院的核減率？如果差距很大，並非我們樂見，因為無法保障消費者就醫的品質。這是長久以來的問題，但不應該發生。

四、本來提出此問題，是想提請討論，看看有無修正空間，如果一直硬要問我，想逃避問題，只好講白，此問題真的很嚴重，相信委員都是專家，一聽就知道問題在哪，怎可不審查簽定自主管理、固定金額(設定申報費用上限)的醫院？

蔡副組長文全

主席！請容我補充說明…。

張委員煥禎

我幫忙回答，健保署一定會說他們有行政審查、什麼審查等等，但只要看費用刪減金額就知道了！

蔡副組長文全

分級審查訂有很多指標，還是有管控…。

戴主任委員桂英

一、不好意思！請蔡副組長文全暫停回答。

二、本報告案洽悉，請健保署將委員所提下列意見列入考量：

(一)關於藥品差額負擔方案，聽起來是部長請健保署蒐集各方意見，而蒐集意見的管道很多，包括健保會委員或其代表團體的意見，都很值得健保署參考。現階段恐怕未達到可進行預告的程度，所以不應以一般法律案的預告方式處理。蒐集過程或許有很多反對意見，也或許有部分贊成，都不一定，請健保署慎重處理。

(二)有關檢討「代位求償」的法規，健保署本來就規劃要修法，只是需在適當時機，再併同其他修法案提出。

(三)有關初級照護的管控機制，健保署已表達請委員容許他們進一步與學者專家研議，將資料明確定義後，再修改現行的呈現方式，使更精進。

(四)有關醫療費用核減率，能否區分「自主管理」及「非自主管理」醫院呈現，因為會議時間有限，今天無法花太多時間討論，先請健保署與醫療院所溝通。我能理解健保署並非擔心資料公開，而是各分區業務組的定義並不完全一

致，解讀上恐有落差，所以這部分請健保署先與醫療院所溝通，彼此理解後再提出討論。

(五)關於政府欠費議題，誠如謝委員天仁所言，不同原因的欠費，應該採用不同追繳及計算利息方式。就我了解，健保署對欠費部分都依法處理，在與欠費者溝通後，第一步是移送行政執行，因為必須完成法律程序；此外，請健保署加強溝通，因為這是委員非常重視的議題。

千委員文男

剛才滕委員西華已一再表達試辦三高藥品差額負擔案，違反健保法，主席卻仍請健保署於蒐集意見時要慎重。我認為既然有違法之虞，就不要再繼續研究，浪費時間，並無意義。

戴主任委員桂英

我的意思是，健保署就部長交辦事項，應可蒐集各界意見，作為未來法案修正參考，總不能讓行政單位連蒐集意見都不行。只是我認為此方案現在不宜預告，也尚未達預告程度。不知這樣的說明，委員可否接受？(未有委員表示異議)

張委員煥禎

- 一、剛才蔡副署長淑鈴提到，已邀請專家學者研究醫療院所財報公開的議題，我認為很好，應透過研究，探討財報公開對醫院產生的影響。
- 二、像長庚醫院最賺錢，卻被罵是血汗醫院，健保署召開新聞發布記者會時，可否請賺錢前5名的醫院列席，一起說明，大家要不要聽是一回事。但若健保署不召開記者會，僅用發布新聞的方式，則不適合請醫院列席。建議健保署考量採其他方式，讓這些議題產生的利益更大，盡量減少弊端。既然署要進行研究，等研究好再說。

何委員語

剛才醫界代表提到請學者研究很好，請健保署進行研究時學者來找我，因為我自行創業，知道如何做帳會讓帳面呈現賺錢或虧損。另

外，我擔任股票上市公司董監事、監察人已 20 年，擔任大企業子公司總經理 8 年，知道怎麼看股票上市公司的帳。所以研究內容要從那裡著手，我都很清楚，可以把帳做成賺錢，也可以做成賠錢。

戴主任委員桂英

委員所提意見，實錄都會詳記，可提供相關單位參考。請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

剛才張委員煥禎建議醫療費用核減率，區分為自主管理、非自主管理醫院呈現，健保署能否提供資料？

戴主任委員桂英

一、因健保署各分區業務組對自主管理的定義仍不一致，會後須另行協調，再看看能否提供資料。

二、今天的報告案好不容易全部討論完畢。本報告案總共花費 88 分鐘，接下來還有好幾個討論案，先請教各位委員，今天的會議可以開到幾點？不知提案委員有無急需討論的議案？如果可以，建議最晚開到下午 2 點，其他的議案移至下次會議討論。請問提案委員是否同意？(有委員表示同意)我聽到附議的聲音，也有委員舉手，請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(楊委員漢淥代理人)

首先，贊成主席的提議，但潘委員延健提出的臨時提案，因具時間性，希望有討論機會。聽說部長已裁定於 3 月 1 日全面實施 DRGs(Diagnosis Related Groups, 住院診斷關聯群)，下次會議再討論恐怕來不及，委員能否同意優先討論臨時提案。

戴主任委員桂英

現在有程序安排問題，一定要各位委員同意才行。

張委員煥禎

因為 3 月 1 日就要全面實施 DRGs，2 月份委員會議再討論一定來不及。現在有問題的是健保署，根本還無法上傳案件。

戴主任委員桂英

本次會議討論事項有 5 案，臨時提案若要在正式提案之前討論，須尊重委員的意見，請相關提案單位或委員表示意見。

張委員煥禎

之前未提出是因為近日才聽說部長已裁示 3 月 1 日全面實施 DRGs。

蔡副署長淑鈴

討論事項第一案具有時效性問題，是有關「確診開始服藥二年內」之愛滋病治療費用，健保要不要給付，也是重要議案。

戴主任委員桂英

徵求委員意見，調整議程，於進行討論事項第一案後，就先處理臨時提案，如果還未到下午 2 點，再進行討論事項第二案。委員是否同意？(有委員表示同意)謝謝委員的幫忙，請同仁宣讀。

陸、討論事項第一案「基於健保給付平等原則，『保險對象自確診開始服藥二年內之愛滋病治療費用』，非屬本保險給付範圍之審議案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

滕委員西華

主席，容我打個岔，可否不要宣讀，因為本案在上次會議即已提出，不用花時間宣讀。

戴主任委員桂英

好，省略宣讀。請委員先表示意見，再請健保署補充說明。

趙委員銘圓

本會 104 年 8 月份委員會議討論「預告修正『人類免疫缺乏病毒檢驗預防及治療費用給付辦法』(草案)案」(註：104 年 12 月 14 日修正發布時，名稱改為「人類免疫缺乏病毒感染者治療費用補助辦法」)時，決議一致反對該法案之修正內容。惟疾管署仍於 104 年 12 月 14 日修正發布「人類免疫缺乏病毒感染者治療費用補助辦法」(下稱補助辦法)，對健保會非常不尊重。雖然表面上看來名稱有修正，但實質內容涉及健保法第 9 條規定，將補助對象由在台居留滿 6 個月，修改成僅限有戶籍的國民，如此是否違反健保法規定？按理說健保法屬於特別法，該補助辦法在法律面與健保法是否有所抵觸，應請說明。

戴主任委員桂英

謝謝，請滕委員西華。

滕委員西華

一、補助辦法在去年提出時，CDC(疾管署)代表也有列席，因為該辦法從立法到目前為止的進度，我參與很多，所以無法理解 CDC 為何要這樣處理，當然也明白健保署的為難之處，因為自確診開始服藥 2 年內的感染者，若未納入補助條件，將來要如何處理，確實有困難。

二、但我也無法認同衛福部社保司及法規會同意引用健保法 51 條

第 1 款及第 2 款的意見，因為該 2 款的原則並不適用本案。若要依健保法第 51 條第 1 款，對不起！全部都要由 CDC 支付，怎會由健保支付？

(註：健保法第 51 條：下列項目不列入本保險給付範圍。一、依其他法令應由各級政府負擔費用之醫療服務項目。二、預防接種及其他由各級政府負擔費用之醫療服務項目。)

三、CDC 修正的補助辦法冥頑不靈、執迷不悟，會議資料第 45 頁，依補助辦法第 3 條第 2 款第 1 目及第 2 目規定，CDC 怎可以都不付？這些是受我國籍配偶感染的外籍配偶，就是我們的新住民，他們取得身份證的時間這麼長，受感染後政府還不補助治療費用，更何況他們還有可能為我們生兒育女。

(註：補助辦法第 3 條：本辦法補助對象為經醫事人員通報主管機關感染人類免疫缺乏病毒，且符合下列資格之一者：二、本條例一百零四年二月六日修正生效前，經中央主管機關申覆核准在案之下列三類人員：(一)受我國籍配偶感染之外籍(含大陸地區、香港、澳門)配偶(即第 3 條第 2 款第 1 目)。(二)於我國醫療過程中感染之外籍(含大陸地區、香港、澳門)配偶(即第 3 條第 2 款第 2 目)。(三)在臺灣地區合法居留之我國無戶籍國民。)

四、另外，CDC 也不補助在我國醫療過程中感染的外籍人士與配偶治療費用，難道要他們申請國賠嗎？以上這兩項都不符合兩公約(「公民與政治權利國際公約」及「經濟社會文化權利國際公約」，國際上最重要之人權公約)，也不符合 CEDAW(The Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women，消除對婦女一切形式歧視公約)。如果生下來的小孩因為母親的關係無法接受補助，也同時違反兒童福利權利公約。

五、為何 CDC 犯的錯，要健保署來收拾呢？衛福部難道都各自為政？國健署搞了一個菸捐，健保署是倒楣鬼；CDC 不付錢，現在又要讓健保署來排除某些適用條款。先不提補助辦法第 3

條第 2 款第 3 目，前 2 目已不是單純的外籍人士，也不是單純的被保險人。本案建議退回，請衛福部出面協商，CDC 應該要支付這筆費用。

- 六、如果健保不支付感染者自確診開始服藥 2 年內的治療費用，有無損及被保險人的權益？在本案討論前，法規會應該告訴我們，將特定被保險人排除給付，是否違反健保法規定？因為這些被排除給付的被保險人也都有繳保費，我們的制度准許其入境，人也真的進來了，而依修正後的「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」（下稱保障條例），無法將這些外籍感染者趕出境，所以這些人還是會留在台灣。
- 七、CDC 的口頭禪是「最好的防疫是治療」，這是該署自己講的，結果修訂後的補助辦法，只給付本國籍愛滋感染者 2 年內的醫療費用，非本國籍感染者自確診開始 2 年內的醫療費用都不支付，讓這群人有機會傳染他人，這樣有比較好嗎？這群人不會只在台灣居留 2 年而已。
- 八、再次請問，法規會應該告訴我們，若排除給付特定被保險人於特定期間的單一疾病，是否符合保險原理？如果可以這樣，以後政府都可以這樣操作。若任何法律都可以做此單一排除，是很不恰當的。
- 九、本案係討論「非本國籍感染者在確診開始服藥 2 年內的愛滋病醫療費用，健保到底付不付」，其實這樣的人應該很少。最後請教健保署，符合上述條件的人數有多少？CDC 支付多少費用？衝擊有這麼大嗎？需要用這種方式大費周章地排除，等於不惜違反這些人的人權、健康權。

戴主任委員桂英

先請蔡委員宛芬，再請謝委員天仁。

蔡委員宛芬

- 一、本案先前就討論過，基本上 CDC 的補助辦法就是違反健保法，剛剛滕委員西華提出違反兩公約，我想其同時也違反 CEDAW

的規定，疾管署應設有性別平等小組，建議將補助辦法送至該小組討論，審慎處理後再提本會，以討論後續健保制度如何處理的問題。若前段(CDC)沒有處理好，後段(健保)就先處理，會有問題。

二、剛剛滕委員西華說得很清楚，補助辦法目前採用的方式，是非常歧視女性的作法，尤其歧視外籍配偶，身為婦女團體代表，無法接受。建議本案應暫時擱置，等疾管署將源頭處理好後，再提健保會討論，會比較適合。

謝委員天仁

- 一、我認為健保署與 CDC 已經在溝通上出現問題，才會將本案丟到健保會討論，建議我們就順勢讓它通過(委員們笑)，看 CDC 怎麼面對社會的觀感及意見，這樣問題才能解決。
- 二、建議本會不見得要引用健保法第 51 條第 12 款「其他由保險人擬訂，經健保會審議，報主管機關核定公告之診療服務及藥物」，將之不列入保險給付範圍；應改為引用健保法第 51 條第 1 款「依其他法令應由各級政府負擔費用之醫療服務項目」規定。主要理由就是依其他法令應由主管機關承擔，故健保不予給付。
- 三、若不這樣處理，CDC 柿子挑軟的吃，因為這群人本來就需要醫療，以前醫療費用是由 CDC 編列預算，現在 CDC 故意修正補助辦法，將這條路堵住，變成健保需處理及負擔這筆費用。解決此問題的最好方法就是跟 CDC 強碰。
- 四、建議本案通過，理由就是依健保法第 51 條第 1 款「依其他法令應由各級政府負擔費用之醫療服務項目」規定，故健保不予給付，如此一來，問題可望獲得解決，因為後續將變成衛福部內部溝通協調的問題。
- 五、再次強調，若繼續要求疾管署再修訂補助辦法，沒有實質意義，因為該署的立場已經很明白，就是公告對這群人不給付，這樣僵持下去無法實質解決問題，最好的方式就是通過本案。

戴主任委員桂英

目前已有 4 位委員發言，因會議所剩時間有限，建議保留一點時間請健保署及 CDC 說明(委員表示同意)，先請健保署。

蔡副署長淑鈴

- 一、本案源自母法(愛滋病保障條例)於 104 年 2 月 4 日修正公布第 16 條，改為「感染者自確診開始服藥 2 年內之愛滋病治療費用，由中央主管機關予以全額補助」，故 2 年後的費用疾管署不付，變成由健保支付。除了前述部分，該署又修正「人類免疫缺乏病毒感染者治療費用補助辦法」，將「2 年內愛滋病治療費用之給付對象僅限為『有戶籍之國民』」，使得確診開始服藥 2 年內的外籍保險對象，其愛滋病治療費用，也要由健保承擔。
- 二、在 CDC 表示意見之前，先補充說明有關委員詢問確診開始服藥 2 年內的外籍保險對象之感染人數，目前已知 104 年為 82 人，但保障條例修正後，已不限制外籍感染者入境，故未來人數應會增加，本署預估 105 年為 105 人，106 年 134 人，每人每年治療費用約 22 萬元，雖然總金額不是很大，但這是給付與否道理問題。
- 三、如果健保決定給付感染者確診開始服藥 2 年內外籍保險對象的治療費用，則自 104 年起就要開始支付；若不給付，則健保自 106 年起才會開始支付「感染者自確診開始服藥 2 年後之愛滋病治療費用」。
- 四、本案重點在於確診開始服藥 2 年內外籍保險對象的愛滋病治療費用，由誰(疾管署或健保署)支付的問題。疾管署主張不付，是因為該署修正補助辦法，所以只能支付「有戶籍國民的愛滋病治療費用」。這部分建議 CDC 先說明，再來討論本案如何議決會較恰當。

戴主任委員桂英

本案特別邀請 CDC 黃組長彥芳列席。雖然本會委員遇到關心的議

題，討論過程會較為激動，不過對於列席單位應該都是客氣的。請黃組長說明。

黃組長彥芳

- 一、謝謝主席，也感謝健保署蔡副署長淑鈴協助說明疾管署修法的相關內容。保障條例修法後，由疾管署公務預算支付的部分，為感染者自確診開始服藥 2 年內之愛滋病治療費用。委員關心愛滋感染之懷孕外籍配偶，CDC 已規劃會支付其費用；至於本署真正擔心的，是過去外籍人士若待在臺灣超過 6 個月，都會強制進行 HIV(Human Immunodeficiency Virus，人類免疫缺乏病毒)篩檢，陽性者則不准長期居留，所以，過去補助辦法就沒有補助外國人，僅有少數外籍配偶若被本國人所感染，始有補助。但現在規定不需強制篩檢 HIV，因此未來外籍人士的感染人數可能會大增。
- 二、在此說明本署先前修訂補助辦法的前提，在保障條例修正過程，基於平權考量，當初與民間團體協調，對於人權部分，同意改為「不強制篩檢，外籍感染者長期居留台灣不再限制」，但醫療的部分，CDC 就無法給付。雖然過去台灣一直以公務預算支應愛滋病的治療費用，實不含外籍人士，目前政府更無力負擔，故將「外籍人士的愛滋病治療費用」不列於公務預算。
- 三、因未來不再強制對外籍人士進行 HIV 篩檢，故已與外交部及內政部合作，在體檢相關篩檢表格中，加註提醒外籍人士，若要來台長期居留，建議在母國就先做 HIV 篩檢，若發現已感染愛滋病，可留在母國治療，不一定要到臺灣來。因已規劃上述的政策配套，所以對補助辦法進行修正公告。

戴主任委員桂英

請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

照疾管署之說明，感染愛滋病之懷孕外籍配偶，該署有補助費用，但依會議資料第 44 頁，修正後之補助辦法第 3 條第 2 款規定，經

醫事人員通報主管機關感染人類免疫缺乏病毒，且符合本條例 104 年 2 月 6 日修正生效前，經中央主管機關申覆核准在案之下列 3 類人員為本辦法補助對象，因此只有條例修正生效前的 3 類人員才有補助，但 104 年 2 月 6 日修正生效後的該 3 類人員(含外籍配偶)，要如何處理？因為她們並沒有戶籍。

戴主任委員桂英

請疾管署說明。

黃組長彥芳

母法授權訂定的補助辦法，是補助醫療費用，但若屬孕婦或小孩的預防篩檢，或發現 HIV 女性者感染時，就會納入前端的「預防預算」，而不適用本案所稱的補助辦法，也就是在母子垂直感染的部分，疾管署會提供相關預算。

蔡委員宛芬

所以只有孕婦而已，若外籍配偶被先生感染，請問疾管署付費嗎？

黃組長彥芳

依照以前的經驗，其實這些被感染愛滋病的外籍女性，大部分都是在母國被感染，而不是被本國籍的配偶感染，…。

蔡委員宛芬

不論實際情況如何，我的問題是外籍人士如果被配偶感染愛滋病，沒有懷孕、沒有小孩，請問 CDC 對於這些臺灣新移民，會不會補助醫療費用？按照 CDC 最新修訂的補助辦法，好像沒有支付醫療費用。

黃組長彥芳

請委員參看會議資料第 45 頁，補助辦法修正條文第 3 條第 3 款「其他經中央主管機關認有接受人類免疫缺乏病毒感染治療及定期檢查、檢驗必要者」規定，其實已預留伏筆，因可依該規定給予補助。這部分的個案非常少，本署本來就預計補助。

## 滕委員西華

- 一、補助辦法第 3 條第 1 款和第 3 款的規定，兩者相互矛盾，第 1 款規定只有「有戶籍國民」才符合資格，已經排除外籍人士，難道第 3 款可以違背第 1 款的規定嗎？我認為 CDC 代表剛剛的說明不對。
- 二、至於外國人被感染的部分，不論是否在母國被感染，我國讓他們入境，除非他們有取得健保被保險人的身份，否則不屬於本案的討論範圍。
- 三、剛剛討論的重點是，補助辦法第 3 條第 2 款第 1 目及第 2 目規定，排除「受我國籍配偶感染之外籍配偶」、「於我國醫療過程中感染之外籍配偶」2 類人員，明顯有道德問題；而在外國感染的人員，CDC 如何與外交部商討愛滋病的篩檢問題，這部分也不是本案關切的議題。
- 四、第 3 條第 2 款第 3 目，所謂在臺灣地區合法居留之我國無戶籍國民，應係指華僑等人員。由於 CDC 最新規定的醫療補助範圍，已將受我國籍配偶感染之外籍配偶排除；其次，在就醫過程中被感染的新住民，係因我國醫療疏失所造成，可能會申請國賠、或依醫療糾紛處理、或申請醫療事故補償。
- 五、綜上，對於謝委員天仁所提的絕招，我開始思考是否真的有道理。因為 CDC 陸續將狂犬病疫苗、法定傳染病的隔離費用等，都轉由健保給付。

## 戴主任委員桂英

滕委員西華的意見，已經表達得非常清楚。

## 滕委員西華

CDC 代表的說明真得很牽強，所以，謝委員天仁所提的建議，我會慎重考量。

## 戴主任委員桂英

- 一、謝謝黃組長彥芳列席本次會議，本會委員的發言很坦白，有時也難免較為激動(滕委員西華：向各位致歉!)，但這些意見都

很值得參考，希望 CDC 未來修訂補助辦法時，可參酌委員的意見。雖然補助辦法才剛剛修訂公布，但若未來沒有妥善處理，立法院也可能提出質疑。所以，委員的寶貴意見提供 CDC 參考。

二、現在本會要處理的是，是否同意健保署所提，將參加本保險之保險對象，自確診開始服藥 2 年內之愛滋病治療費用，列為非屬全民健保的給付範圍？

三、剛剛謝委員天仁提議要讓本案通過，滕委員西華也說要慎重考量，請問委員有無不同意見？

謝委員天仁

其實健保長期都在吃悶虧，宜建立應有的規則，凡與健保給付有關的事項，其他部會修法前，應該提到本會討論，並形成共識。以後只要沒有提到本會討論的法案，一概不認，否則各部會透過修法程序，都會偷跑，變成要健保概括承受，最後老百姓可能會很不服氣，這個也要健保給付，那個也要健保給付，那要 CDC 幹什麼？沒有道理。為了杜絕後患，以後或可考量修法，將健保法第 51 條第 1 款規定刪除。

戴主任委員桂英

本案可否依照健保署提案之意見通過？委員有無其他意見？請蔡副署長淑鈴。

蔡副署長淑鈴

補充說明，本署原提案是引用健保法第 51 條第 12 款規定，但謝委員天仁建議引用健保法第 51 條第 1 款。無論引用哪一款規定，結果都是健保不給付，不過引用哪一款是重要的，應該要明確。

戴主任委員桂英

本案原則審議通過，至於引用哪一款規定，請健保署參酌委員意見修訂。請問滕委員西華、蔡委員宛芬兩位是否還有不同意見？

謝委員天仁

請教一下？補助辦法是由 CDC 自行訂定嗎？健保為何要隨之起舞？當初保障條例修正時，是有法律依據，所以，確診開始服藥 2 年後

的愛滋病治療費用，改由健保支付，我們只能勉強接受。但補助辦法排除外籍配偶 2 年內的醫療費用，我們當然可以不認！所以，本案建議援引健保法第 51 條第 1 款規定並沒有錯。

戴主任委員桂英

好！等一下再請健保署說明。請問滕委員西華、蔡委員宛芬兩位委員討論的結果如何？是否同意讓本案通過？只是依據的條款，請健保署修正。

滕委員西華

- 一、本案要引用健保法第 51 條第 1 款或第 12 款的規定，社保司或法規會目前的說明，並不是我們需要的，將來還是會面臨相同的問題，所以「公告為不給付項目」，若被通過，則通過的原則才最重要。
- 二、誠如謝委員天仁所提，因為 CDC 修法，健保迫於無奈，才勉強接受。社保司或法規會有責任告訴本會，針對特定保險對象在特定期限內，排除給付單一疾病的診療服務或藥物，是否符合健保法精神？否則，健保署就可以挑選特定人員排除其健保給付，這些人所繳的保費並沒有差別，所以健保不應有差別待遇。
- 三、本案做成決議，個人沒有意見。只是在此強調，對保險對象排除部分給付，沒有問題，惟若只針對特定人員排除健保給付，則有疑慮。

戴主任委員桂英

請健保署說明。

龐組長一鳴

請委員參閱會議資料第 40 頁本案說明七，本署建議「基於健保給付平等原則，對於參加本保險之保險對象自確診開始服藥 2 年內之愛滋病治療費用，列為非本保險給付範圍」，是針對所有保險對象，感染者自確診開始服藥 2 年內之愛滋病治療費用，健保都不給付，類似適應症的概念，所以並非針對外國人等特定對象。

蔡副署長淑鈴

- 一、再補充說明，本署會提出本案，當然是因為保障條例通過，該條例與健保法都是法律位階，因而相互競爭，所以同意謝委員天仁所提，本署勉強接受，感染者自確診開始服藥 2 年後的醫療費用由健保支付。
- 二、今天會產生問題，在於感染者自確診開始服藥 2 年內的醫療費用，CDC 只給付「有戶籍國民」，對於沒有戶籍的國民，CDC 不予補助，那怎麼辦呢？他們將轉而尋求健保給付，因此基於給付平等原則，本署引用健保法第 51 條第 12 款規定，感染者自確診開始服藥 2 年內之愛滋病治療費用，不論本國籍或外國籍人士，健保都不給付；若引用健保法第 51 條第 1 款規定，「依其他法令應由各級政府負擔費用之醫療服務項目」不列入健保給付範圍，我們或許可以一廂情願地認為符合，然而 CDC 修訂補助辦法後，公務預算已排除特定對象 2 年內的醫療費用，我們的希望可能會落空，所以兩者的意義不同。
- 三、另外，兩者後續的程序也不同，若引用第 12 款規定，本案於健保會審議通過後，依程序需陳報主管機關核定公告；而若引用第 1 款，則無後續程序。不過，本案是否符合第 1 款，從客觀條件來看，CDC 先行修訂補助辦法，已不吻合政府的補助條件。
- 四、個人只是提出不同觀點，基本上，兩者目的一樣，健保只付感染者自確診開始服藥 2 年後的愛滋病醫療費用，只是引用哪一款應該明確。請委員思考究竟引用第 1 款或第 12 款，較為妥適？

戴主任委員桂英

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

因為補助辦法的給付對象只限定為「有戶籍國民」，而健保法第 9 條規定，在臺居留滿 6 個月者，可成為健保的保險對象。請問本案

是否違反健保法第 9 條的規定？

蔡副署長淑鈴

健保法對保險對象的規定，本國人一定要有本國國籍且要有戶籍；外國人則一定要有居留證，需符合在臺居留滿 6 個月，或是有一定雇主的受僱者，才符合加入健保的條件。剛剛所提補助辦法，是 CDC 主管的法案，他們主張對有戶籍的國民給予醫療補助，而部分沒有戶籍的國民，雖然政府沒有公務預算補助，但其中有健保的保險對象，因此也需要處理。

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

我們的看法是，依照健保法第 51 條第 1 款規定，法律位階並未低於 CDC，健保為何要依照 CDC 的補助辦法調整？如果法律這樣規定，當然可以不給付！

蔡副署長淑鈴

基本上，健保署的立場，並未堅持引用第 1 款或第 12 款規定，我們堅持的是一定要引用明確條款，而非只引用健保法第 51 條。本案應該回到理性討論，本署應如何回覆 CDC，請委員明確決定。

戴主任委員桂英

請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

贊成謝委員天仁的意見，應該引用健保法第 51 條第 1 款規定，因為感染者自確診開始服藥 2 年內之愛滋病治療費用，依保障條例本來就是由 CDC 補助，不要因為修訂補助辦法，健保就要尋求各種方法來解決問題，我們應該表達健保應有的立場。同意健保不給付感染者自確診開始服藥 2 年內之愛滋病治療費用。

戴主任委員桂英

一、本案決議引用健保法第 51 條第 1 款規定，對感染者自確診開

始服藥 2 年內之愛滋病治療費用不予給付。不過，這是燙手山芋，本會只是暫時通過本案。

二、現在已經超過 2 點，剛剛同意要處理臨時提案，希望可以儘速完成。

柒、臨時提案「建議待 ICD-10-CM/PCS 上傳申報穩定執行半年後，及解決 Tw-DRGs 編審程式問題後，再行規劃全面導入 Tw-DRGs」與會人員發言實錄

戴主任委員桂英

請提案委員說明。

廖代理委員秋燭(潘委員延健代理人)

- 一、代表潘委員延健說明，請委員參閱會議資料第 11 頁，所列「全民健康保險會 105 年度工作計畫」之第 4 項，健保署於本年 6 月份須提報「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」，該報告係依據 104 年 9 月份委員會議之決議事項辦理，屬總額協定事項，主要是為準備 Tw-DRGs 擴大實施前，再確認疾病分類轉碼的正確性。
- 二、醫療院所自 105 年 1 月 1 日起全力配合以 ICD-10-CM/PCS 上傳費用資料，許多醫院為提高轉碼的正確性，努力投入疾病分類轉換作業，希望可以正確申報，以得到暫付款。不過，ICD-10-CM/PCS 目前尚有許多分類的問題，例如健保署提供單機版的編審程式落點錯誤及邏輯異常等問題，醫療院所均已陸續向健保署提出建議，過去醫院提報的部分問題，目前仍未解決。
- 三、如果 Tw-DRGs 要在 3 月 1 日全面實施，醫院的資訊系統無法短期內修改好程式配合上線，而且業管部門需要向院內各科室宣導、說明，需耗費較長的作業時間，因此希望健保署可以針對這部分給予醫院作業因應時間。
- 四、本週三許多醫學中心及各層級醫院的院長，都親自接到台北分區業務組組長的電話，告知 105 年 3 月 1 日要全面實施 Tw-DRGs，院內承辦申報業務的同仁也接到分區業務組承辦人的電話，並且收到說明會的時程表，可是隔天記者訪問健保署署本部長官後，媒體所呈現的斗大標題，都是健保署否認此事，貴署上下主管的說詞不一致。
- 五、因為醫院在 ICD-10-CM/PCS 的分類上，還有許多問題，所以請健

保署再考量 Tw-DRGs 的實施日期，等到 ICD-10-CM/PCS 的問題解決後，再思考全面導入 Tw-DRGs。

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

此議題在本會討論，似乎無助於解決問題，健保署希望 3 月 1 日全面實施 Tw-DRGs，可是醫院又說來不及準備上線，本會無法清楚實際情況。個人看法，請健保署與各層級醫院再行溝通。

張委員煥禎

其實更簡單的方法，就是先確定是否 3 月 1 日就要全面實施 Tw-DRGs？因為健保署沒有人願意承認，可是媒體又有 3 月 1 日要全面實施的訊息。我認為不應該打混仗，因為這屬重大議案，而醫院與健保署又無法達成共識，不得已才會提到健保會討論。若不是 3 月 1 日要全面實施 Tw-DRGs，本案就不用討論。

戴主任委員桂英

我們已經清楚張委員煥禎的意見，請健保署說明。

黃署長三桂

Tw-DRGs 是否於 105 年 3 月 1 日全面實施，身為公務員，一定要依公文書面指示辦理，即健保署執行相關政策是依據主管機關公告再據以辦理，主管機關沒有正式公告前，本人即對外宣布 3 月 1 日起實施便是僭越了。行政程序如此，請大家了解。

戴主任委員桂英

一、委員所提意見函送衛福部，供部長裁示 Tw-DRGs 實施時間參考。

二、今天散會時間為下午 2 點 17 分，謝謝大家！