

行政院衛生署全民健康保險會
第 1 屆 102 年第 5 次委員會議事錄

中華民國 102 年 5 月 24 日

行政院衛生署全民健康保險會第1屆102年第5次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國102年5月24日上午9時30分

貳、地點：本署中央健康保險局大禮堂(台北市信義路3段140號18樓)

參、出席委員：

干委員文男
曲委員同光
何委員語
吳委員玉琴
吳委員肖琪
李委員永振
李委員成家
李委員明濱
李委員蜀平
周委員麗芳
林委員至美
林委員錫維
侯委員彩鳳
施委員純全
柴委員松林
翁委員文能
連委員瑞猛
張委員煥禎
莊委員志強
郭委員志龍
陳委員川青
陳委員幸敏
陳委員宗獻
陳委員錦煌
黃委員建文
楊委員芸蘋
楊委員漢淥
楊委員麗珠

國泰人壽謝專員啟煒(代)

中華民國全國中小企業總會李監事長育家(代)

中華民國醫師公會全國聯合會張副秘書長孟源(11:05以後代)

台北榮民總醫院陳高級分析師雪芬(10:35以後代)

全球商務法律事務所林律師穆弘(代)

葉委員宗義
蔡委員登順
謝委員天仁
謝委員武吉

肆、請假委員：

林委員啟滄
張委員永成

伍、列席人員：

行政院衛生署
中央健康保險局

朱組長日僑
黃局長三桂
蔡副局長魯
蔡主任秘書淑鈴
柯執行秘書桂女
林組長宜靜
吳組長秀玲
張組長友珊

本會

陸、主席：鄭主任委員守夏

紀錄：陳燕鈴

柒、主席致詞

各位委員、黃局長及所有與會人員，大家早

首先介紹新任委員，行政院主計總處原指派鍾美娟專門委員出任本會委員，鍾委員因職務異動，該處爰改派陳專門委員幸敏擔任本會委員，歡迎陳委員加入。

捌、議程確認

決定：確定。

玖、報告事項

第一案

案由：確認本會上(第4)次委員會議紀錄，請 鑒察。

決定：

一、討論事項第二案「建請衛生署刪除全民健康保險會組成及議事辦法第9條之規定」，有關「建請衛生

署將上開辦法第 9 條條文修正為：『健保會於召開委員會議協商保險醫療給付費用總額對等協議訂定及分配事項時，應本對等協議之精神，進行協商事項之相關安排』。乙段決議文字，修正為「建請衛生署修正上開辦法第 9 條，修正意旨為：健保會於召開委員會議協商保險醫療給付費用總額對等協議訂定及分配事項時，應本對等協議之精神，進行協商事項之相關安排」。

二、餘確定。

第二案

案由：本會上(第 4)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、上次會議決議(定)事項辦理情形之後續事宜：

(一)「建請衛生署刪除全民健康保險會組成及議事辦法第 9 條之規定案」、「委員會議比照環評會議，設置會議轉播，全程開放媒體與團體旁聽，並比照立法院製作 VOD 供全國民眾閱覽案」及「建議衛生署函請金融監督管理委員會，對商業保險公司或人員不當作為造成健保醫療費用增加之問題加強監督管理案」等三項，繼續追蹤。

(二)「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法(草案)」及「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法(草案)」兩項，於衛生署核定發布後解除追蹤；「對浮動點值低於 0.9 之總額部門，應立即啟動檢討及補救機制案中，有關請中央健康保險局檢討分析門診透析服務點值偏低原因後提會報告」乙項，於中央健康保險局報告後解除追蹤。

(三)餘結案。

二、本會推派參加醫院總額研商議事會議之代表，仍請行政院主計總處新派之陳委員幸敏接續擔任。

三、對「健保業務監理事項委員意見調查表」，請委員於本(102)年 6 月 7 日前回覆，俾憑安排後續相關事宜。

四、餘洽悉。

第三案

案由：中央健康保險局「全民健保補充保險費就源扣繳及計收情形」報告，請 鑒察。

決定：委員所提之相關建議，提供衛生署及中央健康保險局參考，並請衛生署於進行二代健保總檢討時，能適時邀請相關團體、本會委員參與相關議題之討論，以廣納各界意見，使全民健保之走向更貼近社會期待。

第四案

案由：中央健康保險局「102 年 4 月份全民健康保險業務執行報告」案，請 鑒察。

決定：洽悉。

拾、討論事項

第一案

提案單位：本會第三組

案由：103 年度總額協商架構案，提請 討論。

決議：

一、103 年度總額協商架構(草案)，除專款項目之說明刪除「本款項須專用，不得流出」文字外，餘照案通過。103 年度總額協商架構如附件一。

二、門診透析服務之架構及其費用於西醫基層與醫院總額部門之分攤與計算方式，維持 102 年模式。惟在

總額協商前，若有提經中央健康保險局門診透析服務研商議事會議討論並獲致共識之可行方案，可再提會進行必要之調整。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：103 年度總額協商通案性原則案，提請 討論。

決議：

- 一、103 年度總額協商通案性原則(草案)，除修正下列事項外，餘照案通過。
 - (一)協商因素項下之「支付標準以預算中平為調整原則」，予以刪除。
 - (二)其他原則項下之 3.，文字修正為「所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形連動，且對有限健保資源，應予合理配置」。
- 二、103 年度總額協商通案性原則如附件二。
- 三、違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款，採計 101 年度資料，數值以協商時中央健康保險局所提供者為準。

第三案

提案人：楊委員芸蘋、干委員文男、林委員錫維

代表類別：被保險人代表

案由：低收入之專門職業及技術人員及未僱用有酬人員幫同工作之自營業主，不宜與高收入之專門職業及技術人員及僱用員工之民營事業主或負責人一樣，強制在第 1 類投保，建議應有所區隔案，提請 討論。

決議：考量全民健保的精神在於量能付費，不在增加經濟弱勢者的保費負擔，爰建議衛生署及中央健康保險局針對與本案相關之諸如：低收入之專門職業及技

術人員自行執業者、自營業主，其納保類別之妥適性，及自行執業者之認定條件等議題，召開會議研討可行之解決方案。

拾壹、散會：下午13時20分。

103 年度總額協商架構

第 1 屆 102 年第 5 次委員會議 (102.5.24) 討論通過

一、總額設定公式

■ 年度全民健保醫療給付費用 =

$$\sum_{i=1}^4 [\text{校正後前一年度部門別醫療給付費用} \times (1 + \text{年度部門別醫療給付費用成長率})] + \text{年度其他預算醫療給付費用}$$

年度全民健保醫療給付費用成長率 =

$$(\text{年度全民健保醫療給付費用} \div \text{校正後前一年度全民健保醫療給付費用}) - 1$$

■ 年度部門別^{註1}醫療給付費用 =

$$[\text{校正後前一年度部門別一般服務醫療給付費用}^{\text{註2}} \times (1 + \text{醫療服務成本及人口因素成長率} + \text{協商因素成長率})] + \text{年度專款項目經費} + \text{年度門診透析服務費用}^{\text{註3}}$$

年度部門別醫療給付費用成長率 =

$$(\text{年度部門別醫療給付費用} \div \text{校正後前一年度部門別醫療給付費用}) - 1$$

註：1. 部門別(i) = 牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2. 依費協會第 114 次委員會議(95.06.09)決議，自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 103 年總額基期須校正 101 年投保人口成長率差值)。

3. 西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

二、醫療服務成本及人口因素

(一) 成長率計算公式

$$[(1 + \text{人口結構改變率} + \text{醫療服務成本指數改變率}) \times (1 + \text{投保人口成長率})] - 1$$

(二) 各項因素之計算方法

1. 人口結構改變率

以衛生署報行政院時可取得之最近完整一年費用及計費人口數資料，103 年度總額係以 100 年每人醫療費用點數為基

礎，計算 101 年對 100 年保險對象人口結構之影響(即以各季季末保險對象人數之年齡性別百分比平均值計算，並以 5 歲為一組)。

2. 醫療服務成本指數改變率

(1) 成本項目之權數：

採行政院主計處 95 年工商及服務業普查所作之「醫療機構專案調查實施計畫」調查結果，取去除「最高及最低 5% 極端值」後之平均數。

(2) 各成本項目對應之指數：

除「醫療材料費用」成本項目之指數，選擇 95 年為基期之查價分類中之「電子醫療用儀器及設備」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」、「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」、「放射照相或放射治療器具」、以及「理化分析用儀器及器具」等屬醫療儀器及材料之相關項目，由行政院主計處另外計算外，其餘沿用行政院主計處例行公告之指標項目及數值。

(3) 醫療服務成本指數改變率之數值

前述各指標項目，以 95 年為基值(訂為 100)，計算 101 年對 100 年各指數年增率，並將各部門之服務成本指數改變率，按其 101 年醫療給付費用占率值加權計算而得總醫療服務成本指數改變率。

3. 投保人口成長率

採經建會 101 年公布「中華民國 2012 年至 2060 年人口推計」之 103 年人口總增加數之中推計數值估算。

註：本項醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法，將依衛生署報奉行政院核定之內涵辦理。

三、協商因素

(一) 保險支付項目之改變

預期新增支付項目改變(如高科技及新藥)對全民健保醫療費用之影響率。

(二) 鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

反映因醫療科技或診療型態之改變，如大眾對醫療科技期許之增加、疾病發生率之改變、以及醫療資源缺乏區醫療供給量之增加等因素造成對保險對象服務利用及密集度之影響(須排除已於醫療服務成本及人口因素反映部分)。

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因對醫療費用之影響。

四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

五、門診透析

(一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：

先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

(三)計算公式：

年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用=前一年醫院(西醫基層)門診透析服務費用×(1+成長率)

年度門診透析服務費用=年度醫院門診透析服務費用+年度西醫基層門診透析服務費用

103年度總額協商通案性原則

第1屆102年第5次委員會議(102.5.24)討論通過

一、基期

以穩定為原則，若確需變動，應於前一年6月前提經議定；6月以後所議定調整事項，適用於下年度總額。

二、醫療服務成本及人口因素

各總額部門醫療服務成本及人口因素成長率，採衛生署報奉行政院核定之數值與計算公式。

三、協商因素

(一)健保局會同各總額部門研擬年度協商草案時：

- 1.應配合全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨。
- 2.納入新醫療科技項目，並依民眾需要，先行規劃擬新增之項目及預估額度，以利協商及維護民眾就醫權益。

(二)各部門「品質保證保留款」：

- 1.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。
- 2.考量各部門對「品質保證保留款」之運用方式各異，同意總額部門於取得內部共識後，可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款，並須提經本會議通過。

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款：

列為協商減項，但僅減列民眾檢舉及健保局主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件。

(四)一般服務之協商因素項目屬計畫型預算者，應於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及評估指標)，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則應核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商量。

- (五)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保局會同各部門總額相關團體議定後送本會備查。

四、專款專用項目

- (一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商考量。
- (二)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。
- (三)具有特殊性、鼓勵性、目標性之新增計畫，宜列為專款項目，俟其執行具相當成效後，再移至一般服務項目。

五、其他原則

- (一)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- (二)各部門最後之年度總額成長率，不超過行政院核定範圍之上限值。
- (三)所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形連動，且對有限健保資源，應予合理配置。
- (四)健保節流措施之實際效應，應自總額扣除。
- (五)宜減少試辦性計畫，對已協定之計畫，應嚴格監控，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (六)醫療費用總額經衛生署核定後，對已協定各項目金額之增減應正式提案，在本會議決前，並應再經總額部門與付費者代表協定程序。

第 1 屆 102 年第 5 次委員會議
與會人員發言實錄

壹、報告事項第一案「確認本會上(第 4)次委員會議紀錄」及議程確認之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

請問委員對上次委員會議紀錄文字，有無增修意見？

謝委員天仁

討論事項第二案，有關全民健康保險會組成及議事辦法第 9 條規定之決議：「...第 9 條條文修正為：『...，應本對等協議之精神，進行協商事項之相關安排』」，「相關安排」的寫法比較像敘述，因法規少有這樣呈現，宜採用法規條文的用詞，建議修正為「應本對等精神進行協商」。

鄭主任委員守夏

當時用意並不是對條文提出建議，而是希望改為這樣的內容，謝委員天仁建議修正為「應本對等精神進行協商」，文字非常清楚，大家可否同意這樣修正？請問委員有無其他意見？

陳委員宗獻

不只有對等協商的精神，對等協商的執行方式很多，如何執行也很重要。因此，對等不只看表面上的人數，基於這個原則，上次會議我們才同意修正。「對等協商」須有所安排，協商的安排就是流程的設計，唯有對等的流程安排及程序正義，才是正確方式，也對大家都有利。建議第 9 條規定應保留「進行協商事項之相關安排」文字。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

本條文前一句的文字為：「健保會於召開委員會議協商保險醫療給付費用總額對等協議訂定及分配事項時，...」，已經寫得很清楚，涵蓋任何一項安排，包括時間、位置及其他分配事項，後面

就不必有「事項之相關安排」，否則文字會重複。

謝委員天仁

因為引號是條文的文字，我想健保小組對條文應該很熟稔，假使大家對文字無法確定，建議就寫意旨，不要括弧，就是「第 9 條條文意旨修正為...」，至於條文內容則請健保小組再思考。

鄭主任委員守夏

- 一、這個建議最接近上次的決議，因為上次並不是條文那樣修，而是概念如此，因此引號刪除，紀錄文字修正為：「...建請衛生署修正上開辦法第 9 條，修正意旨為：健保會於召開委員會議協商保險醫療給付費用總額對等協議訂定及分配事項時，應本對等協議之精神，進行協商事項之相關安排」。後面文字保留，這樣也可呼應陳委員宗獻的建議。
- 二、還有無其他意見？請謝委員武吉。

謝委員武吉

臨時提案基於珍惜全民健保有限資源的立場，建議衛生署函請金融監督管理委員會，加強對商業保險公司之監督管理案。可是，5 月 21 日新聞報導「急診 6 小時賺理賠，健保局要抽查」的事件，因於商業保險是住急診 6 小時才理賠，所以民眾都要求待急診 6 小時，請問金管會要如何處理？！會監督管理到什麼程度？健保局又會怎麼做？！應該要讓我們知道。

鄭主任委員守夏

- 一、現在是確定會議紀錄，謝委員武吉所提的新聞事件，並非紀錄的內容，如有新的議題可另外提案。
- 二、其他委員對於會議紀錄有無修正意見？(未有委員表示意見)上次會議紀錄確定。
- 三、接下來，對本次會議的議程安排進行確認。請委員翻開會議資料的目錄頁，本次會議報告事項為：上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告、全民健保補充保險費就源扣

繳及計收情形，及 102 年 4 月份全民健康保險業務執行報告案，本次為書面參考。之後討論事項有 3 案，第 1 案為 103 年度總額協商架構；第 2 案為 103 年度總額協商通案性原則；第 3 案為楊委員芸蘋等 3 位委員所提有關收取保費之提案。請問各位委員對今天議程的安排有無意見？(干委員文男回答沒有，其他委員也未表示反對)若無意見，則依原訂議程進行。

貳、報告事項第二案「本會上(第 4)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

接下來進行報告事項第二案，請柯執行秘書桂女。

柯執行秘書桂女

一、各位委員及所有與會者，大家早。在例行報告之前先補充說明，委員桌上有三份補充資料，第一份是全民健康保險相關法規要輯，謝謝健保局提供，本會幕僚非常貼心，考慮到委員可能常需參閱本會之組成及議事辦法，所以將該辦法印製並裁剪，貼在法規要輯後面，委員如有需要可攜回參考；其次是健保業務監理事項之意見調查表，委員一直很關心監理與費協二會合併為健保會之後，對監理業務是否有偏廢，幕僚因此整理這份調查表，其除了收載 102 年度重要工作計畫中已排入議程，惟尚未報告或討論的事項外，另擬訂部分新增項目，供委員勾選(可複選)，若委員有想建議的議題，可填在下方的相關欄位中，委員可選擇今日直接填寫完成後置於桌上，或攜回填寫後回復，會後幕僚會與委員聯絡，等意見收集完成後，再針對監理事項做相關安排；第三份資料為大家都很關心的補充保險費，截至目前為止扣繳及計收情形，等一下健保局會進行專案報告。

二、現在進入重要業務及追蹤事項之說明，請大家翻開議程資料第 15 頁，上次委員會議的 9 項決議(定)事項，相關追蹤情形列在議程資料第 17 至 22 頁，依序跟大家報告：

(一)第 1 項有關全民健康保險會組成及議事辦法第二條，保險付費者代表之「雇主代表」之後，是否以括弧加註「工商團體代表」，或將雇主代表修正為「資方代表」案。因母法中明訂「雇主」為健保會組成代表之一，其所授權訂定之全民健康保險會組成及議事辦法，就不能更改用詞。由於保險付費者代表共有三類，只有規定其中的被保險人代

表委員，不得兼具雇主身分，本案已就法規內容向何委員語解釋，並取得諒解，建議解除追蹤。

- (二)第 2 項有關「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法(草案)」及「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法(草案)」，均繼續追蹤，俟衛生署核定發布後再行解除。
- (三)第 3 項有關「103 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」依法諮詢本會意見案，本會已將意見函陳衛生署，衛生署也在本年 5 月 14 日將該案陳報行政院，本案建議解除追蹤。
- (四)第 4 項有關「102 年度各部門總額執行成果評核作業方式」案，其相關細節已按規劃事項陸續進行，預計於本年 7 月 22 日至 23 日辦理評核會議。至是否於評核會議邀請相關團體進行透析服務報告乙節，健保局已與相關團體於「全民健康保險醫療給付費用門診透析服務研商議事會議」討論，醫療利用部分將由健保局報告，品質部分透析服務團體推派台灣腎臟醫學會代表報告，幕僚與該學會聯絡，屆時將安排到會報告，本案建議解除追蹤。
- (五)第 5 項有關「建請衛生署刪除全民健康保險會組成及議事辦法第 9 條之規定」案，本會修正意見已送衛生署，目前健保小組正積極研修該辦法，以回應本會委員之要求，並使 103 年度總額可在今年 9 月順利進行協商，本案將繼續追蹤。
- (六)第 6 項有關浮動點值低於 0.9 之總額部門，應立即啟動檢討及補救機制案，依照各部門總額支付制度品質確保方案之規定，於各部門總額每點支付金額超出容許變動範圍時，已可依規定提各總額研商議事會議檢討。另有關門診透析服務點值過低，請健保局提出檢討分析報告乙節，健保局也會配合來會報告，本案已依決議事項辦理，建議解除追蹤。

- (七)第 7 項有關 102 年醫院總額血友病及罕見疾病專款支應範圍，擬增加類血友病藥費案，健保局已考量其適切性，若有必要，將於 103 年度總額協商時提出討論，本案建議解除追蹤。
- (八)第 8 項有關委員會議比照環評會議，設置會議轉播，全程開放媒體與團體旁聽，並比照立法院製作 VOD 供全國民眾閱覽案，本次會議已開始試行錄影，且商請衛生署人事室、醫事處兩位攝影技術較佳的同仁來會支援，本案建議解除追蹤。
- (九)第 9 項臨時提案，有關商業保險或其人員不當作為而造成健保醫療費用增加之問題，衛生署已於本年 5 月 6 日將本會委員意見，函請金融監督管理委員會加強相關之監督管理，本案建議解除追蹤。
- 三、請大家再翻回議程資料第 15 頁，說明二，有關本會於本年 4 月 26 日下午舉辦之作業說明會，會中有許多重要的論述，委員一直很關切健保會的角色定位，認為若只被定位為諮詢與溝通平台，將聊備一格。說明會當天，陳教授敦源依其研究結果指出，健保會是法定審議、協定健保重要事項之主責單位，即使只是溝通諮詢平台，但重要健保議題都需藉此平台充分討論，才能彰顯民眾參與的正當性，所以擁有關鍵的行政分享權；在健保會運作方面，第一年很重要，應奠立良好的基礎，未來運作才會順暢；由於健保會新增許多業務，所以委員會議對議題應妥為安排，提升議事效率，才能順利完成法定任務。相關會議紀錄同仁花許多時間整理，應具有可看性，請大家參考議程資料第 48~67 頁之附錄一。
- 四、說明三為健保局 4 月份公告及副知本會之資訊，相關函文，請大家參閱議程資料第 68、69 頁之附錄二及附錄三。
- 五、另外一項口頭補充說明，有關 102 年醫院總額研商議事會議，本會所推派的代表有一席為主計總處委員，因主計總處

代表委員換人，爰依慣例由該單位新任陳委員幸敏繼續擔任本會於該研商議事會議之代表。以上報告。

鄭主任委員守夏

上次追蹤事項共 9 案，請問委員認為建議解除及繼續追蹤有無不妥？請表示意見。

謝委員武吉

- 一、第 6 案決議事項中，有關門診透析服務點值偏低乙節，請中央健康保險局進行檢討分析後提會報告，健保局還沒有提會報告，因此建議改列繼續追蹤，等健保局完成報告後才能解除。
- 二、第 9 案有關商業保險公司或人員不當作為，造成健保醫療費用增加問題，衛生署僅行文金融監督管理委員會，請其加強對商業保險公司監督管理，但金融監督管理委員會也還沒有函復衛生署，並不知道他們將如何監督管理，以及管理到什麼程度，像我剛剛提出的急診 6 小時新聞事件也未處理，商業保險設定急診 6 小時可獲得理賠，結果民眾到急診就要求要待滿 6 小時不然不願意離開，所以本案不能解除追蹤。

鄭主任委員守夏

- 一、第 6 案改列繼續追蹤，據我所知，健保局已準備相關簡報資料，若今天會議很有效率，可於 12 點以前結束，我們就請健保局進行專案報告，本案暫時不解除追蹤，等健保局報告後再解除。
- 二、第 9 案有關商業保險申請住院理賠事件，本會已依決議事項建議衛生署，函請金融監督管理委員會加強監督管控，署並已行文金管會，所以可以解除追蹤。至於金融監督管理委員會如何管理商業保險公司，並非本會權責，謝委員所提新聞事件，健保局已經有處理，本會可針對健保局依法可管理部分，請其就業務進行說明，若委員關心後續進度，建議謝委

員武吉可另行提案處理。

謝委員武吉

提新案，還要用頭腦，也很痛苦，建議項次 9，還是改為繼續追蹤。

鄭主任委員守夏

- 一、同意第 9 案暫列追蹤，但若委員的建議事項非屬本會權限，繼續追蹤也是沒有結果。
- 二、有關商業保險公司以急診 6 小時為由，申請商業理賠乙節，委員若想瞭解健保局處理情形及進度，我們可以請健保局說明，若認情節重大，還是請委員另行提案。

吳委員玉琴

有關第 8 案，雖然今天委員會議已試行錄影，但還有很多階段的建議事項尚未處理，建議本案繼續追蹤。

鄭主任委員守夏

同意第 8 案繼續追蹤，我們試行錄影一段期間，如幾個月後再評估。

謝委員武吉

錄影時應注意肖像權的問題。

鄭主任委員守夏

- 一、我們會謹慎處理，謝謝委員提醒。
- 二、有關重要會務報告，請委員參考手上黃色的意見調查表，上次業務說明會後，部分委員建議，兩會合併後，除了總額協商外，不要忽略本會仍有許多的法定監理業務。第 2 次委員會議時，幕僚所整理之 102 年度工作計畫，曾提出 9 項監理業務，請參考調查表第 2 頁，這次幕僚研擬許多項目請委員勾選，表列下方有 3 個空格，若委員認為還有其他重要的監理業務，也可提出新增議題。本會於統計委員意見後，將依

共識，安排後續事宜。若委員認為有重要且緊急的項目，可以加註星號。建議委員最好今日可以勾選及填寫完畢，以便同仁統計，並儘早安排，也好讓健保局有時間準備簡報資料。請問委員對於會務報告，有無其他詢問？

陳委員宗獻

- 一、意見調查表中「抑制資源不當耗用改善方案之討論」乙項，之前參加健保局「研議加重不當醫療利用之部分負擔調整」會議，當天即決議刪除「不當」二字，因為資源耗用係指運用健保費來提供民眾健康照護，可能會有過度耗用的情況，但不一定屬「不當」。「不當」的資源耗用，健保本來就不應該給付，所以建議拿掉「不當」的字眼。
- 二、有關「部分負擔」的議題，過去是否曾到本會報告過，所以本次調查表未列入？

鄭主任委員守夏

- 一、陳委員宗獻對「部分負擔」的議題建議，請直接加在調查表的空格處。
- 二、依健保法第 72 條的文字，為減少無效醫療等不當耗用醫療資源之情形，保險人應擬訂「抑制資源不當耗用改善方案」提健保會討論。同仁僅係依據法規用詞，委員若認為很難判定資源耗用是否不當，未來報告內容可再修正，若覺得議題名稱不好，可以直接劃掉，在空白處寫上修正議題名稱即可。

張委員煥禎

建議「不當」應該要保留，因為抑制的是不當耗用的資源，正當的耗用就不需要抑制。若要檢討整體的資源耗用，範圍太過廣泛，係屬過去費協會分配的功能，但監理的功能，應著重於正常資源運用之外，有無「不當」耗用資源的情形，再加強監督管理。

鄭主任委員守夏

文字是同仁預擬的，目前為收集意見，可於形成報告案時再仔細討論，報告內容的重點應著重在資源不當耗用，或擴及到各個層面。

蔡委員登順

二週前參加健保局「研議加重不當醫療利用之部分負擔調整」會議中，討論有關高診次保險對象之部分負擔，因為有許多為慢性病、高血壓、糖尿病患者，必須每月去拿藥或看診，因此診次會提高，難道這些人都屬不當嗎？他們並不是故意常去看醫生，只是因罹患慢性病，使用「不當」的字眼，讓人看了很刺眼。另外高診次達31~90次要增加部分負擔50元，91次以上每次加收100元高利用部分負擔，開會時已充分討論，因大家尚無共識，目前並未通過。當天蔡副局長魯主持會議時，已決議刪除「不當」，會議要有成效，今天不應該再提出相同的議題。

鄭主任委員守夏

- 一、本案與健保局5月初召開之「研議加重不當醫療利用之部分負擔調整」會議並無相關，其係因監理業務及總額協商都屬本會職責，有委員提醒不要將大部分時間都用來討論總額，還有健保政策、法規等監理業務需要處理，所以才進行本調查。請大家可不必再對該用詞發言，而於健保局提會報告時再討論，因該文字是依法規用詞所列，應無「不當」之處。至於報告內容的範圍如何，正如張委員煥禎所提，或許著眼在特定、較小範圍的議題，會較易討論、聚焦。
- 二、另外，向蔡委員登順報告，慢性病患固定就醫及經常性拿藥，沒有人會說他們是不當的。

楊委員芸蘋

我要講的與主席一樣，請大家不要浪費時間討論「不當」兩個字。

謝委員武吉

- 一、建議意見調查表讓委員攜回，詳加思考後再傳真回復。
- 二、健保法第 43 條，有關轉診實施辦法到現在都未執行，衛生署及健保局有違法瀆職之嫌，但調查表也沒有列出相關議題。

鄭主任委員守夏

- 一、請委員盡量於今日提供意見，或最遲於 2 週內，即 6 月 7 日下班前回復，屆時若未回復，視為無意見。
- 二、本案洽悉，進入報告事項第三案。

參、報告事項第三案「中央健康保險局『全民健保補充保險費就源扣繳及計收情形報告』」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

請健保局報告。

黃局長三桂

請財務組陳科長振輝報告。

陳科長振輝報告

鄭主任委員守夏

謝謝，現在開放委員提問。

莊委員志強

- 一、二代健保實施後，補充保費之徵收增加企業界很大負擔，除增加 2% 的補充保費支出外，還要增加人力以協助扣繳作業。健保新制實施後，因一般保險費費率降至 4.91%，請問健保局截至本年 4 月為止，此部分到底少收多少？
- 二、另對目前成立之二代健保總檢討小組，希望衛生署及健保局不要閉門造車，建議可以邀請健保會委員或企業界代表共同參與討論。

干委員文男

原先我們擔心二代健保一般保險費費率由 5.17% 調降至 4.91%，若補充保費無法如預期徵收，可能會造成健保財務失衡。健保局去年推估一年補充保費計約 206 億元，從簡報資料看來，截至 4 月底已收到 111 億元，雖有大、小月之分，相對已算穩定。如果加上補充保費及政府負擔的收入，請問健保局預估一年以內，相較過去每年平均保險費收入是增加或減少？兩者差距多少？

謝委員天仁

- 一、投保單位雇主的負擔部分，應分析政府單位、民營單位及非營利機構等分別負擔多少補充保費，這樣才知道補充保費的

徵收是否合理。

- 二、雇主補充保費係依據支付的薪資所得總額與其受僱者的投保金額總額的差額計算，以雇主單筆支付員工 5,000 元之車馬費為例，受僱者已繳納 2% 補充保險費，雇主針對薪資與投保金額之差額，還要另外繳交 2% 補充保費，總計扣繳 4% 的補充保費，請健保局釐清有無重複徵收的問題。補充保費的設計，針對差額部分，應只是「堵漏」作用，若有重複徵收，將與原來補充保費的立法意旨有所出入，針對這點希望健保局可以說明清楚。

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

- 一、關於雇主的部分，因加入勞、健保適用之投保金額級距，會產生很多問題，例如實際薪資為 20,200 元，適用投保金額級距為 21,000 元，這樣就有 800 元差額，勞方是負擔 21,000 元的保費，但差額 800 元則要由資方負擔 2% 的補充保費。
- 二、另獎金部分，只有超過 4 個月以上的獎金，勞工才須繳納補充保費，若雇主給予 3 個半月獎金，則須負擔 2% 的補充保費。
- 三、此外，雇主另外給予勞工的伙食費、車馬費、業務獎金、兒女教育費等其他業務所得，並未包含在薪資內，這些都被列入雇主要繳交補充保費的差距，等於完全轉嫁由資方負擔，勞方都不用承擔。這與 OECD(經濟合作與發展組織)十六個國家認為「勞保費應由雇主及勞方各自負擔 50%」的改革方向背道而馳，我們國家對勞工過於優惠，相對使資方的負擔過於沈重，很多法規或執行面，都有不公平之處。
- 四、今年四月一日已提高基本工資，勞、資雙方的健保費都會增加，請問基本工資調整後，健保可以增加多少保費？

五、股利所得多集中在 6~9 月發放，還有端午節、中秋節獎金等，都是由資方支付 2% 補充保費。依健保局的報告顯示，今年一定會超過 206 億元的目標，因為有基本工資調升，又有上述其他補充保費的收入，二代健保改革下來，幾乎全轉嫁由資方負擔，我認為有參酌考量的空間。

六、以第一季(1~3 月)補充保險費收繳金額為 107.88 億元來看，已達到全年預計之 50%，算相當不錯。

鄭主任委員守夏

請周委員麗芳。

周委員麗芳

一、幾點意見提供參考。首先，「按月就源扣繳」增加不少社會成本，如果有可能，建議仿照所得稅之課徵，以全年度方式作為扣繳的時間基準。

二、全年度的補充保費上限，仍有存在的必要，因一般保費也有投保金額上限。

三、現階段需課徵補充保費的獎金，是全年累積超過投保金額 4 個月的部分，此方式隱含著「逆向的所得重分配」：

(一)舉例來說，投保金額 2 萬元的人，累積獎金達 8 萬元時就是起徵點，而投保金額 5 萬元的人，累積獎金達 20 萬元才是起徵點。由此可見所得較低的人，在金額較低時就要被扣取補充保費，而所得高的人，課徵門檻反而比較高。

(二)以另一個方向思考，在獎金部分，是否要有同一個課徵標準，才較為合理？就像稅制之贈與稅，免稅的額度不會因為所得的高或低有所區別，也就不會出現「所得低的人贈與稅免稅額低、所得高的人贈與稅免稅額度高」的情形。

鄭主任委員守夏

女士優先，先請侯委員彩鳳，再請謝代理委員啟煒。

侯委員彩鳳

- 一、本想接續何委員語之後發言，因意見有連續性。談到二代健保，大家頗有怨言，並懷疑所耗費的成本與補充保費的收入是否成正比。當初立法時，前署長也有反映意見，為何不用原先規劃的「家戶總所得」，而改「補充保費」，這是因為在法案協商階段，財政部認為沒辦法配合以「家戶總所得」徵收保費的方式，這件事我想在座一些長官也很瞭解。最後我們被通知去聯席會議時，已決定採用折衷方案，即為「補充保費」，當時大家認為其仍可給健保多些收入，還算不錯，就實施看看。結果沒想到，雖然健保局盡力宣導計算及扣繳方式，開過多場說明會，但反彈聲浪還是很大。
- 二、何委員語所提，代表雇主的心聲，也是雇主一直反應的部分，我們所屬的工會是民營企業，算是介於勞資雙方的橋樑。在雇主負擔的補充保費中，多扣了員工投保金額與薪資間的差距，此一爭議亟需檢討，因為勞工多領的，不論是兼職費或獎金，清清楚楚就是扣 2%。我一直想為雇主反映，未來二代健保檢討補充保費時，應針對怨言最多之處來檢討，但絕不會是要雇主來幫勞工繳 2%，因為健保局也不會獨厚我們勞工界，希望大家能夠瞭解。另也同意莊委員志強所提，二代健保的檢討，應該多邀請相關團體參與，使能更周延。

謝代理委員啟煒(李委員永振代理人)

二代健保實施前，曾針對補充保費進行模擬估算，但可惜的是，本次報告投影片第15頁，係直接列出補充保費的收繳現況，並未就之前的估算與目前實際收繳情形進行比較。目前補充保費各類別與各月分布狀況，以第一季來看幾乎集中於雇主，這與當初預期該季收繳效果與類別分佈是否相近？另也應注意後續衍生的影響，應從現有補充保費收繳資料中進行推估、比較及檢討。

吳委員玉琴

- 一、本案資料係今日現場提供，時間有點晚，按理應於一週前提供。以本次報告而言，應只要統計到 5 月 15 日(註：本次統

計到會議前一天的 5 月 23 日)，也就是瞭解到 3 月份的收繳情形即可，建議健保局未來及早提供資料，以利委員瞭解參考。

二、去年底迄今，在補充保費的討論過程中，個人部分，是為避開扣繳 2% 補充保費忙著拆單，引發一陣恐慌。但在社會團體這邊也發現，雇主方面完全逃不掉，原以為僅需對員工實際薪資與投保總金額間的差額，來計算及繳交補充保費，惟衛生署認定，只要是合乎所得稅法的薪資 50 編號者，全部都要扣 2%。因此，我們單位聘請出席會議的講師或顧問，因非員工，所以即使只領取 2,000 元講師費或出席費，個人不需要扣繳補充保費，但團體或雇主方，還是要負擔 2% 補充保費。

三、投保單位(雇主)如企業界或社會團體，所需負擔的補充保費是逃不掉的，由投影片第 15 頁的收繳金額，也可以發現此一現象。想請問，此是否為二代健保設計補充保費制度的初衷？我想是有點走偏，補充保費原應是針對有額外收入的那群人去扣取，但這部分其實幾乎都被避掉，而不太容易扣取，現在所呈現的數字跟我們當初預估的一樣，因投保單位比較守法，都會被扣到，逃不掉。建請二代健保檢討時，應審慎思考，回歸當初設計補充保費的原意，及期望解決的問題。

四、一般保費費率下降，請問目前保費收入，其減少額度為何？而補充保費之收入，真能如預期，來補充健保財務因一般保費費率下降之額度？

鄭主任委員守夏

有無委員要進行第一次發言？(未有委員表示)沒有。請何委員語進行第二次發言。

何委員語

一、主席，各位先進，針對剛才侯委員彩鳳所提，要提出說明及更正，我從頭到尾沒有講過「雇主幫勞工繳 2%」這句話，只是在表達，全年統計 4 個月以上的獎金、薪資與投保總額間

的差額及其他支出，例如舉辦課程的講師費等，雇主都要負擔 2% 的補充保費。

二、一般保險費中，雇主負擔比率為 60%。但前面提到雇主要付 2% 補充保費的部分，負擔比率則為 100%，在此只是表達，衛生署於這部分所設計的制度中，完全由雇主負擔，有探討及檢討的空間。

莊委員志強

- 一、再補充，二代健保法剛公告時，不論衛生署或健保局，都跟很多團體開過會，很多意見當時都已反應，但政府的回應就是法令已訂定，所以這些都是倉促立法所留下來的後遺症。健保局進行二代健保總檢討時，建議要廣邀其他公會或社會團體參加。其實剛才已談過，若雇主聘用一位員工薪資 3 萬元，另外給一些津貼變成 3 萬 4 千元，多 4 千元的部分，員工不用繳，但雇主要再繳 2% 補充保費，因而造成企業很大負擔，要扣、要算、還要幫你繳。
- 二、我們公會之前提到，很多健保法(母法)未規範的事項，卻都規定於全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法，這有違憲之虞，例如，該辦法不應要求企業每年 1 月或 2 月要去申報、及其他增加企業負擔的規定等。之前有請問健保局，企業不申報有無罰則？如何執行？健保局也說無法處罰，例如企業每個月繳錢，但是不申報，健保局也不知道企業繳了什麼錢，也沒辦法查核。

鄭主任委員守夏

此議題大家都很關心，有些意見也頗為雷同，大家有志一同都提過。會議還是依照我們期望的時間安排，報告案的部分不要超過總會議時間的一半，因此，以 11 點為目標結束報告案。以下先請健保局就執行面回答；再請衛生署代表，說明有關法規面及二代健保總檢討小組的部分。

黃局長三桂

請財務組先回答，再請承保組。

賴組長立文

- 一、針對委員的問題，能馬上說明的部分先答復。有關莊委員志強所提，二代健保增加企業主負擔部分：二代健保實施，一般保險費費率由 5.17% 調降為 4.91%，一般保險費收入預估減少約 200 多億元，另雇主與保險對象繳交的補充保險費，預估有約 206 億元。對整體保費而言，增加與減少的金額雖然差不多，不過轉移負擔對象，將增加保費負擔之公平性，因為大部分保險費原是由薪資所得而來，在降低一般保險費費率至 4.91%，將減少薪資所得需繳納之一般保費，其中雇主應負擔保險費也降低了 60 多億元。以傳統產業而言，因獎金比較少，當然其企業應負擔的保費會相對減少，而獎金較多的科技業等，因加收補充保險費，就會相對增加，整體而言，因加收補充保險費，雇主大概會增加 30 多億元的保險費負擔。
- 二、謝委員天仁所提投保單位問題，請承保組回答。
- 三、何委員語提到基本工資提高部分，一年約可增加保費收入 4 億元。
- 四、周委員麗芳提出很多寶貴意見，而侯委員彩鳳也提到投入成本與保險費收入是否符合成本效益問題，均將作為未來相關法令修訂的參考。
- 五、補充保險費 206 億元包括了政府為雇主的部分，至於政府負擔不得低於整體保費的 36%，這部分預估一年增加約 290 多億元。

鄭主任委員守夏

- 一、委員所關心的數據，依健保局方才說明，較為明確之處為，費率由 5.17% 降至 4.91%，大約少收 200 多億元；另政府負擔

不得低於整體保險費的 36%，這部分不是今天報告議題，其預估約增加 290 億元。

- 二、部分委員提到補充保費對資方而言，負擔過重，建議檢討時多邀請各方團體或企業主代表，及就源扣繳行政成本太高等意見。雖說未來衛生署二代健保總檢討小組會檢討，不過委員所提意見，請衛生署代表幫忙先回應或說明。

黃局長三桂

- 一、有關莊委員志強與侯委員彩鳳所提，二代健保總檢討小組的部分，係請葉前署長金川為召集人，目前初步在收集資料及探討階段，未來較為聚焦後，就會邀請各界人士提供進一步意見。
- 二、有關莊委員志強提到，因健保費率調降，一般保費估計少收之金額，一年約為 200 億元。在去(101)年 8 月 31 日，與今日會議同一場地，所舉辦之監理會暨費協會第 20 次兩會聯席會議，其可說是健保會的前身，當時預估補充保費之收取，分為低推估、中推估、高推估，而中、高推估一年之金額分別為 236 億元、350 億元，之後因補充保險費單次扣繳額度由 2,000 元提高為 5,000 元，因此中、高推估值各下修為 206 億元、320 億元，就剛剛謝代理委員啓煒所提，希望對於補充保費收取現況與當初模擬值進行比較，兩者相較，結果大致吻合。
- 三、謝委員天仁提到，宜將民營、公營、非民營機構的補充保費分列，在下次的報告會如此呈現。
- 四、何委員語提到級距、獎金 4 個月以上、車馬費等三個問題，在葉教授所領導的二代健保總檢討小組，會納入檢討研議。至於 4 月 1 日起基本工資調整，會增加多少保費收入，等一下請財務組說明。
- 五、周委員麗芳所提按照所得稅方式扣繳、逆向所得分配思考、全年上限有其必要等建議，同樣也會納入二代健保總檢討小

組檢討研議。

六、感謝侯委員彩鳳當年的協助，渠同樣提到希望檢討時，邀請團體要納入不同行業建議，我們也會將這意見納入總檢討小組辦理。

七、另吳委員玉琴提到資料提供的時間問題，以本局的立場是希望提供最新、最正確的資料向各委員報告，所以同仁也是忙到昨晚 8 點半才下班。如委員認為無此必要，以後則按貴會議事規範的時限內提供，但這樣較無法反應及時現況。以上回應如有不足，再請委員指正。

鄭主任委員守夏

請健保局財務組補充基本工資調整可增加的保費收入。

賴組長立文

約4億元。

鄭主任委員守夏

本案是報告案，委員的意見已多所表達，除健保局的回應、說明外，相信委員也瞭解到某些部分仍在進行。葉教授金川所領導的二代健保總檢討小組，一定會找相關團體及代表討論，否則出來的結果會沒有用。有關本案，會議實錄本來就會記載各委員之意見，並報請衛生署參考。相信衛生署對較明確部分，會參採納入未來的二代健保總檢討之相關事項中。

何委員語

有關雇主繳交的補充保費，我要再表達一件事，企業都有請會計師記帳並支給報酬，例如一年30萬或50萬元；部分企業也會請律師擔任顧問，可能是固定報酬或論次計費。補充保費採就源扣繳，這些專業人員是不會跟資方說要自付此2%，因此這筆支出係由企業自行吸收。同理，只要是資方聘請講師上課；員工的婚喪喜慶包5,000元以下很難看，若包1萬元，還要增加200元的補充保費，這些2%的補充保費都是由資方繳交，所以我們很為難與傷腦

筋。

鄭主任委員守夏

今天的數字大概也可看出，投保單位也就是雇主，所繳交補充保費大約佔整體的8成，二代健保總檢討小組應該看看及檢視，這是否符合原先設計的目的。以下進入討論事項第一案。

肆、討論事項第一案「103年度總額協商架構案」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

一、謝謝宣讀。本案大致採用費協會當初的協商架構，而目前衛生署提報行政院草案，也是這樣的架構，分為協商及非協商兩大部分，所以這兩大部分應不會變更。提案所列公式，與費協會所協商 102 年度總額差不多，目前還需要談的是門診透析部分。以上是背景說明，也讓新委員先瞭解，否則初次看到那些公式，可能不知道其實際意涵。

二、現在請委員提供意見。

楊委員漢淙

有關本案，醫院團體多年來都有提出相關問題，在此提出三點意見：

一、人口結構改變率，以 100 年每人醫療費用估算，但費用已成長很多，用其來談 103 年的醫療費用，時間間隔太久，希望這部分可用推估值來校正，不要差距太大。

二、議程第 27 頁專款專用項目，目前是不得流出，但是理應多退少補，怎可像現在的方式多退、少不補。多出來的可以收回去，不足的專款項目，卻不補，而將之回歸一般預算支應，如此會排擠到別的醫療項目。

三、議程第 30 頁，健保局提供相當多資料，醫院與基層之門診透析成長情形相當不同，既然目前總額分為四塊，因此門診透析建議還是分開，不宜合併為一塊預算。

四、醫療服務成本中的人事成本，現用「工商及服務業」數據來推估，依去年費協會協商時提供的資料，目前服務業的待遇

降低 12%，這是台灣服務業的不幸，但最近幾年，醫療界人事費用持續成長，故以此估計會產生不準，請能依據事實，用醫事人員薪資成長率來推算。或許沒有完整資料，但可考量用抽樣，或相關方法予以校正。

鄭主任委員守夏

感謝楊委員漢淥非常明確的意見。請何委員語。

何委員語

希望總額協商的架構中，第一，能夠涵蓋內、外、婦、兒、急診等五大科醫師的改善機制，將此精神納入各小架構的內涵中。第二，希望此架構能兼顧基層醫療的生存發展空間、區域醫院及偏鄉發展服務患者之相關機制。醫療體系若能垂直整合，所有的教學醫院、區域醫院、地區醫院及基層院所，共組互利的架構，有利未來健保醫療的發展。第三、對於專利期結束的藥品，希望能快速的轉為國內處方藥，並鼓勵使用之。以上建議希望103年度總額架構內，能有相關鼓勵措施。

鄭主任委員守夏

請陳代理委員雪芬。

陳代理委員雪芬(翁委員文能代理人)

- 一、門診透析部分，在此表達醫院的立場。不同的會議中，有些委員提出，醫院與西醫基層對於門診透析意見分歧，無法幫忙作主。其實我們從來不想這樣，門診透析應回歸各自總額最正確，現在的合併方式，造成非常大紛爭。
- 二、由議程第 30 頁表 2 及表 3 可知，不管收入或醫療服務提供，門診透析在兩部門間有越來越嚴重的落差。目前點值很不好，而對於醫院團體來說，我們所提供的洗腎服務及預算如果可以回歸醫院部門，因每年都有固定的成長率，不會讓洗腎像目前在獨立預算中，點值如此不堪。醫院透析預算放出去與基層透析預算合併後，所得到的點值如此低落，讓我們

很憂心品質。

- 三、議程第 28 頁，相關文字寫得包山包海，華而不實，並非「統為運用」就會比較好，實際上根本不是這樣、實際上完全是兩碼事。何謂維持 102 年度模式？門診透析預算從 92、93 年合併以來，一直都有這樣的問題，希望不要再拖了，目前的點值已經不是大家能扛的責任，若能各自回歸，至少醫院部門的洗腎會有較好的點值。

謝委員武吉

- 一、剛才楊委員漢源所提有關人口因素的調整，我也要提出意見。根據我自己的試算，80 歲以上與 75-59 歲，女生由 7 萬 6 增加到 9 萬 4，男生由 8 萬 6 增加到 11 萬 3，顯示年齡越大，醫療費用越高。因此，人口結構改變，在總額公式中應該有所調整，我已經呼籲過好幾次，不是現在才講，但這麼多次的建議，仍舊本位主義，未有改變；另指數目前採用主計處工商服務普查之醫療機構調查資料，難道醫師、護理、醫技、電腦、行政等這些人員的費用，都不必算在裡面嗎？都可以不提升嗎？！尤其護理人員費用，已經加上去了，就不能夠減下來，這是很嚴重的問題，審慎向主席建議。
- 二、協商因素要回歸母法第 43 條，趕快執行分級醫療、垂直整合，以後才能實施論人計酬，雖然目前還有困難，但現在都未有相關垂直整合方案，是不對的。而支付標準已經用了 30 年以上，台灣的 RBRVS(resource-based relative value scale，資源耗用相對值表)也是十年前所設計出來，這些已不符合現在的需要，例如醫院部門的門診診察費只有 228 點，在總則說全都有付，但是要包含醫管、行政、電腦設備、批價掛號等人員費用，還要有空污法、廢水處理、消防法、勞保與勞退等，什麼雜七雜八都有，請問都有付到嗎？！
- 三、門診透析點值已經低於 0.9，所以剛才報告事項中我才說不能解除追蹤，應該要啟動檢討機制，包括 2% 外包專款鼓勵是否

回歸等，應該都要處理。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、過去幾年費協會對洗腎的看法未盡公平，外包問題以及很多事項，可能影響我們的判斷及情緒，以至於洗腎點值變成這樣。按理說洗腎每年費用蠻固定，不便再談過去作法的是與非，因我自己也曾參與其中。未來若覺得成本下降，應該要調整支付標準的結構。現在大家看不下去，是因為點值太低，到底問題的癥結在哪裡？最主要的是因為總額投入太少、不夠，因此才會顯現 0.8 幾、甚至低於 0.8 這樣的點值，這也是大家貪吃免費午餐的結果。
- 二、健保會算是新組織、新成員，希望新成立的健保會該好好處理，未來不論是把洗腎放回醫院及基層各自的總額中，即比照 90、91 年的模式，或維持現狀合併為洗腎獨立預算，我沒有特定立場，惟自 92 年開始合併，至今也將屆滿 10 年，總之，洗腎已到重新檢討的時候，不論什麼樣的模式，都可重新討論。

鄭主任委員守夏

請張委員煥禎。

張委員煥禎

- 一、將監理及費協兩會合併為健保會，有其優點，但如果餅沒有擴大，卻一直成長下去，絕對不夠分配。舉例來說，當初健保局決定基本胃藥不給付時，雖然遭受很大反對聲浪，醫師看門診時也受到很多責難，質疑為什麼不給付，醫師、健保局一起被罵，但實際上省下一半以上的費用，而醫療行為與民眾的健康狀況並沒受到影響。我現在還在第一線看門診，若統計區域醫院部分，胃藥大概少掉一半以上，雖然尚無相

關文獻佐證，但若請教臨床醫師，胃藥少開那麼多，到底對民眾健康有無影響？相信根據一般臨床經驗，實質影響應該不大。

- 二、不知這究竟屬於健保會應該關心，或者政策要決定的議題，但我想提的是，本會不應只談分配，例如特殊材料，可能大家該關心的是，健保局是否偏袒醫院，一直開放自付差額的特材項目，以致增加民眾自付費用。但從另外的角度來看，大家是一家人，健保會希望民眾更好，故應檢討那些項目讓病人自付，和新加坡一樣，健保只負擔基本的醫療，例如腹腔鏡現在允許部分自付，當然很多人會反對，很怕又破局，讓醫療變成福利制度，包山包海。總額已實施那麼多年，應思考那些服務要拿出去，雖然我們都知道進來容易出去難。
- 三、最近健保局對於急診檢傷分類第四、五級病人考慮不納入給付，我覺得勇氣可嘉，因為這樣做一定會遭受攻擊，但健保局仍應勇於提出。我們該像新加坡一樣，只給付到保命的 60 分，但保費繳低一點。新加坡醫院，所有的病房設備均一流，但普通保險病房都是 8 人或 16 人一間，沒有冷氣吹電扇，政府的政策就是讓民眾繳最少的錢，但只給予大家能保命的程度，若要更好的品質就須自己付錢。現在大家會說醫院巧立名目向病人多收錢，可以監控這部分，但不能因為這樣，就永遠不推動使用者付費。所以我的結論是，這部分可考量以什麼機制納入，在協商明年度總額時，可以有所突破。
- 四、血液透析費用那麼少，其實重點不在 2% 成長率要不要也給外包公司，或是讓沒有外包的院所增加費用；重點在不管有無外包，點值實在是低到支持不下去。過去費協會在這部分做了很大的努力，但做過頭，應開始有機制回頭，不然經過 18 年，過頭的後果會陸續浮現。本會有責任開始處理這種矯枉過正的現象，如果今年不做，未來問題會越來越多。以上建

議請健保局思考，或看健保會能做些什麼。

鄭主任委員守夏

先請李委員蜀平，再請黃委員建文。

李委員蜀平

- 一、主席、各位委員、所有與會者，大家健康、大家好！首先感謝委員參與本會於5月9日及10日辦理的藥事居家照護實地訪查活動。現行總額架構是西、中、牙醫有獨立的總額，但藥品費用幾乎占有所有健保費用的25%，藥事服務費也有一百多億，是否也考慮使其獨立，讓醫、藥界共同管理，好處是能從用藥安全上節省很多錢，再將這些節省的費用，全部用在內、外、婦、兒、急診等科別的醫療業務。請本會委員能重新思考，讓專業分工，再將節省的費用，用在最需要的醫療業務。
- 二、最近去台中某公立醫學中心，發現內、外科都去燒香拜拜，因為內科只招到2個R(住院醫師)，外科招到3個R，所以外科的好朋友叫我趕快去開刀，以免以後沒人幫忙開刀；骨科也要我把人工膝關節先裝一裝，不然以後沒人會做。造成這種畸型的醫療，問題就在於健保包山包海，把民眾寵壞了，這是我國健保的隱憂。
- 三、假設去紐西蘭看痛風，看診拿藥要5,000元，病人付了5,000元，一定聽醫師的話，多運動、多喝水等；假如是台灣的健保，因為看病只須付100元，病人就算尿酸很高，晚上還是照吃龍蝦、紅蟳或豬腦...等高嘌呤食物，反正只要明天吃藥就好了。這二種支付方式造成不同的結果：因為一位需要自付5,000元，所以得保養身體，否則沒辦法付那麼高的價錢，結果身體好又創造產值；而在台灣因為只需自付醫療費用100元，就不控制飲食，累積體內造成可怕的三高，結果最後中風，甚至於死亡，不僅浪費健保資源，更創造台灣更多經濟的弱勢。建議應提高健保費，提高民眾自付額，醫事人員認

真教育民眾，讓民眾知道自我照護的重要性，方能解決健保資源浪費的問題。亦建議新開始的健保會能將藥品及藥事服務費設為獨立總額，省下來的費用回歸醫療，或補助醫院必要的開銷。

鄭主任委員守夏

到現在為止，沒有啟動 3 分鐘按鈴，所以我會用眼神或手勢請大家配合。委員的意見我們都聽懂，請儘量針對主題，否則如果付費者委員因要對等也希望比照辦理，時間會拉更長，保證今天會議也將很晚結束，請盡量掌握時間。

黃委員建文

- 一、對於總額協商架構，牙醫部門給予尊重，因為已實施多年。提出二項建議，第一是議程資料第 26 頁，有關醫療服務成本部分，牙醫部門提過好幾次，在醫療器材、耗材查價的選項上，長期以來，幾乎都以西醫為主而忽略了牙醫，使計算牙科服務成本的公平性、準確性深受影響，建議未來在調查上應重視各部門的差異，包括中醫也是一樣的情形。
- 二、另，有關議程第 27 頁專款項目，呼應楊委員漢淶的意見，預算有剩餘都收回，但若超出卻由部門自行吸收，有失公平。若因為相關作法無法配合修正，則建議在協商時，對醫療需求已經確定的專款項目，預算上可以優先支持，以彌補超出的部分。

鄭主任委員守夏

醫界代表對協商架構的意見已表達得很明確，現請付費者代表，尤其是有協商經驗的委員，有些建議可否考慮納入，請先溝通。

蔡委員登順

- 一、對楊委員漢淶所提建議，103 年總額以 101 年資料做為非協商因素人口結構改變率的計算基礎，聽起來很務實，比較接近現況，但健保局可能壓力很大，因為僅有四個月時間就須將

資料整理出來送行政院，作業時間很短，相關資料取得有困難，但如果健保局做得到，則認同協商 103 年總額時以 101 年資料做基礎。

二、專款專用的問題，過去也談過很多次，所謂專款是新的試辦計畫或政府政策專案推動的計畫才會納入，因為是新計畫，所編預算不見得務實，故經費不足時無法再編預算挹注，多的也不能流出。如同政府工程標案一樣，假設經費為 1,000 萬，得標只有 950 萬，剩餘的 50 萬政府會收回，不會留給廠商的道理一樣。如果多的預算可以流用，醫界對專案恐怕不會積極推動，因為剩下來的錢可回到一般服務；反過來說，如果專案經費不足可予挹注，大家又會去衡量，經費永遠不夠，所以專案一定要自主管理，務實去做。最近有幾個專案計畫，編了預算，但實際執行數不到一半，如果可以流用，那大家都做一半就好，這些問題以前都討論過，我們不會支持。

三、門診透析問題也紛擾好幾年，陳代理委員雪芬說的是事實，要付費者當仲裁，我們沒此能力，最好基層和醫院好好協商，並達成共識，我們會予以尊重。洗腎因合併預算，而基層就醫可近性較占優勢，所以服務量高於醫院。還是老話一句，最好醫界內部取得共識，再提會討論，如果沒有共識，和過去五年來一樣，我們沒辦法當仲裁者。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員登順，付費者先表達，再請醫界代表回應。

謝委員天仁

一、今天 12 點肯定沒有辦法達標。本案是架構案，還有另一個提案是通案性原則，目前大家討論的問題，有些已觸及通案性原則。架構案只是在講架構，例如非協商因素、部門的架構及門診透析是否獨立等面向，相關細則屬通案性原則，是後面要討論的事項，大家在通案性原則中談出什麼結果，就依

之辦理。所以對於架構性問題，在沒有更好的方法之前，我們認為還是照原來的架構去協商，至於細節部分可以另外談，建議還是依照原來的架構辦理。醫界代表提到專款超過預算應挹注等問題，屬通案性原則，跟架構無關，在通案原則再討論即可。

二、目前所採架構，在費協會時代已經實施相當長的時間，包括透析都有協商方式，由醫院與基層部門做相關的拆帳，若沒有比較好的方法，原則上就照原來的方式執行。門診透析不是獨立部門，當初為何會特別切割出來談，涉及分配考量，因為其費用一直爆衝，除了監察委員有意見，之前我也報告過，因為根據調查已將支付標準降低，但總額沒有跟著降低，才會凍結這幾年的預算。這部分醫院和基層怎麼談，我的看法和蔡委員登順一樣，如果沒有比較好的方法，從分配的角度，原來模式是比較好的。

鄭主任委員守夏

謝謝，其他委員有無不同意見？請吳委員肖琪協助說明，印象中人口結構改變率每年都在談，這裡指的應是成長率，係採最近可得的資料，計算 101 年對照 100 年保險對象人口結構之改變，是人口結構的成長率，而非單純的人口結構，所以每次都是採可取得的最近兩年資料，將其納入公式計算成長率。但並不是採 103 年人口結構資料，這裡指的是反應人口結構變化的成長率。

吳委員肖琪

一、人口結構改變率是以性別年齡別的醫療利用做為計算人口結構改變的基礎，公式沒錯。另外，很高興謝委員武吉跟我一樣，看到同一現象，健保未開辦前，75 歲或 85 歲以上的老人，因為知道天命到了，所以不會有過度的醫療行為。但如果仔細比對這 12 年來，各性別年齡別の利用資料，將民國 90 年 70~74 歲的醫療費用，和現在的資料相較，可發現年紀愈大費用成長率愈高，反映出黃煌雄監察委員提到的無效醫療

部分，過多的資源放在最後一段年齡層，不管叫做不當耗用或耗用，是大家在管理上要重視的問題。

二、另外也要教育民眾，衛教非常重要。據我所知，健保局宣導費用被砍非常多，未來委員如果有機會，如侯委員彩鳳認識很多立委，可以多幫健保局說話，衛教費用從 86、87 年的 2 億，被刪到 101 年只剩 2 千萬，如何能讓民眾加強自我照護？針對很多問題，例如高齡者往生前住在 ICU(重症加強護理病房)、安寧療護是否應在醫學中心或區域醫院推動。全國的健保費用已達五、六千億，衛教費用卻只編 2 千萬，是否足夠？希望委員能多加思考。

三、至於楊委員漢淥所提為何不用較新的資料，舉例說明，我們今(102)年協商 103 年總額，今年能取得最完整的實證資料，只有去年(101)和前年(100)的資料。目前計算方式係以 100 年各年齡層平均醫療費用為基礎，計算 101 年對 100 年各年齡層人口結構之影響。如果要調整，可以考量採 100 年下半年至 101 年上半年，相較 101 年下半年至 102 年上半年的資料計算，但剛也提到，102 年上半年是到六月底，資料來不及提供衛生署送請行政院審查。這也是為何這麼多年我們還是沿用 100 及 101 年資料的原因。至於以預估方式計算會不會更準？其實風險會更大。

鄭主任委員守夏

付費者代表對協商架構有無意見？醫界代表有沒有要馬上回應？

楊委員漢淥

一、專款項目和專案計畫有所不同，專款屬新科技或新政策，不是我們提出要辦的，專案計畫是各部門自己提出。例如近年來對 B、C 肝預算問題談得很多，但這項政策的制定並不在本會，是由衛生署另外一個單位決定。原來要治療 B、C 肝炎，必須要穿刺、做病理組織切片，有些人會怕痛，病人就很少，後來放寬至驗血就可以，整體適應症大幅放寬，我們

認為不恰當，但因為這是另外一個單位的肝炎專家決定。新藥一直進來，能否針對其成效進行追蹤研究，病人健康是否因此獲得改善？不然用這些藥不是浪費嗎？

二、今天的健保業務執行報告第 30 頁，資料顯示 101 年 9 月底 B、C 肝炎治療計畫已用掉所有預算的 124%，整年下來費用差距很大。目前醫院點值 0.92，洗腎當然更低，做 100 元只能拿 88 元，那個行業會比我們更慘？像何委員語之前所提，他如果開醫院，會馬上關掉，種甘蔗給糖廠磅，是天下第一傻，雖然他有點開玩笑，但也有幾分事實。

三、我們都知道目前健保財務的狀況有困難，但既然叫做專款，就應專款專用，多退少補，再者，政策是要評估的，已經做了幾年，花了上百億元，結果如何？不知道，這才是問題所在。至於專案，應該是我們想要做什麼才去提計畫，當然要自己控制，但專款是政策指示，要控制，我們辦不到。我曉得大家有各自的主張，但還是要說明清楚。

鄭主任委員守夏

謝謝，請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

專款每年編預算，不得流出，可是要有上限，非常贊成蔡委員登順剛才所提的看法。至於楊委員漢淙提到的 B、C 肝炎治療計畫，之前評核會我也提過好幾次，衛生署的政策應該要好好全盤檢討，國內有這麼多 B、C 肝炎的個案，有無更有效率的方式去降低感染？同意楊委員漢淙的意見，B、C 肝政策，衛生署應全盤檢討怎麼做會比較好。

謝委員天仁

剛已經講過，這是架構案，只是講綱要，不涉及相關的敘述，所以議程第 27 頁(四)專款項目提到「本款項需專用，不得流出」的描述有重覆，本項應該是定義性條款，告訴大家專款的性質，若

屬通案性原則，應該在討論通案性原則時再來談，二者有點混為一談。現在大家談的很多是通案性原則，如果翻到討論事項第二案來看，專款內容也寫不得以任何理由流出，有重疊情形。架構只是說協商時採那些架構而已，跟幾個部門談，怎麼談，除了非協商因素和協商因素外，有那幾個架構，屬定義性的事項，至於如何調整，宜在通案性原則訂定，這部分幕僚沒有弄清楚，導致委員混在一起談，應該要改進。

鄭主任委員守夏

- 一、先嘗試做結論，議程第 27 頁(四)專款專用部分，寫第一行就好，刪除後面的「本款項須專用，不得流出」文字。就如剛才謝委員天仁所提，本項主要在定義專款項目的架構，不須觸及通案性原則。所以載明專款專用是針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度即可。
- 二、至 B、C 肝炎治療計畫，好幾年來所編預算都不夠用，如果是別單位的決策，造成我們協商有困難或產生問題，應該向衛生署反應，其若不理會，這部分我們就不予協商；丟回去給衛生署，也是一個辦法。不能明知去年使用已超過 10 億，今年還編 10 億，這就不叫專款，因為明顯低估，這樣我們就沒有善盡職責，應該適度讓其他單位瞭解健保協商的困難。
- 三、人口結構改變率是否大家可以同意，採最近可取得的資料，因為是計算成長率，若採預估值，風險實在太大，估不準的話，無論是低估還是高估，兩邊都不會滿意，所以維持原案。
- 四、有關門診透析部分：
 - (一)以前是因為透析人數成長很快，高於一般總額成長率，才獨立出來，以保障透析病人，現階段既然透析點值已經比一般總額低了，獨立預算好像是在懲罰透析病人。透析是否不要獨立預算，回歸一般總額的建議，其實也被提過很多次，但因為現在經費和點值有一定落差，直接歸回總額

部門有其難度，是否需要調整，建議在健保局門診透析研商會議討論，請醫院及基層兩方及健保局都各提可行方案，本會也有委員參加。如果醫院及基層兩方沒有共識，相信在本會也談不出結果。在二邊意見不一樣的情況下，健保局覺得怎麼做比較好，也可提出建議，再來本會討論，或許還有一點談的希望。

(二)誠如蔡委員登順所提，作此決策影響很大，有一些是檯面上看得到的影響，但有些是檯面上看不到的影響，而真正操盤的人，並非所有情形都會講明白，在此情形下，透析議題在本會討論，就算能做出決定，說不定決定是錯的。因此請健保局在門診透析研商會議討論，可多邀請本會有時間、有意願旁聽的委員參加，瞭解問題在那裡。

(三)如果透析的問題，單純只是去年成長率太低，則要不要改變架構就變成次要，如果不是或不止這個原因，問題有其複雜性，就拜託陳委員宗獻、陳代理委員雪芬，我知道你們都有各自的想法，但不一定有共識，也請健保局盡量以中立的方案，設法讓洗腎的民眾有一定程度的保障，而不是保障洗腎醫療院所。如果洗腎每年增加 4% 人數，而預算零成長，那麼病人永遠是弱勢。我媽媽過世以前，洗腎洗了 8 年，所以非常清楚醫院要求多花錢買什麼的時候，病人不敢有第二句話，相對的，品質好不好？我們怎麼知道，所以洗腎或許還有改進的空間。

五、何委員語所提建議，比較像是專款或專案要討論的協商項目，無論是專科人力不足，或是護理照護品質方案的預算問題，還是以專案方式處理，不需列在協商架構，

六、有關醫療服務成本指數，目前衛生署已有委託研究計畫，而且正在進行中。過去費協會討論過很多次，如果真的要將成本指數算得非常精細，就需要醫療院所願意提供真正的成本資料。其實這是兩難，因為有一些成本就是醫師的所得，是

否屬於成本仍有疑義，這個問題記得以前談過，不是很容易處理。至於黃委員建文建議醫療材料成本指數的查價項目，能否除西醫外，也將中醫的中藥及牙醫器材等納入，因為計畫還在進行，請幕僚人員直接請計畫主持人納入考量。以上是初部結論，其他委員有無意見？

謝委員天仁

本案會因為缺少透析的決議，而使架構少了一部分。建議還是依原來的的方式協商，如果基層和醫院最後有達成協議，再提報委員會討論是否妥當，再來調整。不然連架構都沒有辦法通過，其他部分就都不用談。為了程序的周延起見，是否讓架構先通過，必要時再來修改。

鄭主任委員守夏

謝委員天仁的提議大家可否同意？(多位委員表示附議)先通過架構，如果有共識及必要性，再來修改。請何委員語。

何委員語

贊成架構先通過，但未來醫師短缺現象，會影響到整個醫療體系，並使病患服務受到很大的影響，包括今年很多醫師都不願意選內、外、婦、兒、急診這五大科，也許五年、十年後問題才會更嚴重，但若架構中未將其納入，未來很難扭轉。例如一個大樓蓋起來，數位頻道不放進去，以後要裝置更困難，衛生署應思考五年、十年後醫界的生態會如何變化。

鄭主任委員守夏

謝謝何委員語，我想這部分會列在衛生署政策配合事項。

楊委員漢淙

感謝也同意何委員語所提意見，因為這些問題都發生在醫院，我們也很關心。最近新聞報導國防醫學院，因為學生只能限制去幾個科，所以採抽籤方式決定，才會有人當場哭出來，就像以前當兵抽到金門、馬祖一樣。醫院協會已經請五個專科醫學會，包括

內、外、婦、兒、急診等提供意見，最近會找他們再進一步討論，雖然我們沒有決策權，但應重視他們的意見。

謝委員天仁

程序問題，剛已經講過這是架構案，細則問題於討論通案性原則時可以提出，為何要在這裡談呢？

鄭主任委員守夏

謝謝委員天仁的提議，為了避免架構上欠缺門診透析部分，我們還是依照現行的架構通過，如果在健保局門診透析研商會議有更好的共識，再修改。

謝委員武吉

從決議中，主席對醫界的建議，好像都沒聽到，支付標準基本診療費都沒納入架構。

鄭主任委員守夏

那是協商因素。

謝委員武吉

何委員語提到的內、外、婦、兒科和社區醫療的問題，這些都很重要。

鄭主任委員守夏

剛已經回答。

謝委員武吉

我們是違法瀆職的單位，健保法第 43 條分級醫療、轉診制度和垂直整合都沒提到。

鄭主任委員守夏

那些跟協商架構無直接相關，本案只討論協商架構。

陳委員宗獻

請看議程第 27 頁，這五項協商因素已經沿用很多年，其中第 4 項

「醫療服務效率之提升」似乎不太對，甚至協商時也沒被使用過。醫療服務效率的提升，原本就是健保努力的目標，建議可從另一方面思考，考量本會執掌，建議本項改為「醫療服務效率及分配之改善」。我們應該勇敢的討論某些問題，例如 90 多歲活動力差的老人，已經不太走路了，還需要換膝關節嗎？這些情形若能好好檢討，可以讓醫療費用負成長，醫療費用不一定得正成長。建議醫界及付費者代表委員共同思考，哪些項目是無效醫療或近乎無效醫療，可列為總額預算增減的調整因素。具體建議增加「及分配之改善」等文字，不一定只有效率要改善，分配也須要改善。

鄭主任委員守夏

印象中，總額曾經在醫療服務效率提升項下談過減項。其意旨正如陳委員宗獻所提。至於分配，本來就是本會的工作，應該可以不必列在這裡，請問有無委員附議？或維持原來文字不修改，其實意思一樣。

干委員文男

維持原來文字。(同時有多位委員表示贊同)

謝委員天仁

主席，建議照原案徵詢委員意見，架構討論那麼久，很奇怪。

李委員蜀平

主席！

鄭主任委員守夏

時間因素，請簡短發言。

李委員蜀平

一、我是看到未來新藥及高科技發展，會對健保費率產生影響。指示用藥到底占整體藥費多少？目前指示用藥，健保有些給付，有些不給付，其實指示用藥應該全部不給付才對，這樣

就可以節省許多藥費。

二、剛才何委員語提到，過專利期的藥品，應該跟台灣製造的同成分藥價格一樣。以上這兩點在總額結構上是否應予考量，敬請主席裁示。

鄭主任委員守夏

現在談的是總額協商架構，若屬增加給付或減少給付項目，就會在協商因素第 1 項「保險支付項目之改變」中呈現，所以這個架構是 OK 的，若大家對本架構沒有特別的意見，本案就先通過好嗎？(許多委員表示同意通過)

陳委員宗獻

支付制度和支付項目是不同的。

鄭主任委員守夏

當然。

陳委員宗獻

例如論人計酬是支付制度，而支付項目是指增加某些支付項目，或同意某些支付條件等。

鄭主任委員守夏

一、某些支付制度在健保法已有明訂，例如論人計酬支付制度等，不過這與本案無關。

二、本案通過。

伍、討論事項第二案「103 年度總額協商通案性原則案」之與會人員
發言實錄

鄭主任委員守夏

接下來進行討論事項第二案，請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝宣讀。各位委員對協商通案性原則有無不同意見。

楊委員漢淙

議程第 31 頁，有關協商因素通案性原則第 2 點「支付標準以預算中平為調整原則」，其意思不清楚，且支付標準調整，與總額協商沒有直接相關性；另，所指的預算係行政院核定的總額預算嗎？是否能夠註明清楚，否則建議刪除，因為本項與總額協商並無直接關係。

鄭主任委員守夏

本點留著有無壞處？若刪除，健保局在執行上有無困難？

謝委員天仁

同意刪除，此點只是抽象概念的表達而已。

鄭主任委員守夏

請問健保局意見。

蔡主任秘書淑鈴

向委員報告，支付標準的調整屬執行面，都是由健保局相關會議處理，並沒有在本會討論，支持本項不需在此呈現。

鄭主任委員守夏

好，請問有無不同意見？沒有的話，本條刪除。

干委員文男

請問議程第 33 頁，違反特約醫事服務機構特約及管理辦法可分為

兩種情況，部分是部門自我管控不好，由民眾檢舉與健保局主動查核，部分是管控良好，由總額部門自行舉發。請問對管控好的總額受託單位有無獎勵？若內部管控做得好，院所將違規者提報出來，有無獎金鼓勵？做得好與不好如果都一樣，未來可能會失去改善動力，請問先前有無相關獎勵作法？

鄭主任委員守夏

先說明，這是協商減項，總額協商大多是談明年各項目給予多少成長率，因此也需有一些減項。至於總額部門內部有無獎懲辦法，健保局的特管辦法本來就訂有罰則，本項討論的是協商下年度總額時，一個比較特別的減項，與總額內部管理似無直接關係，請問干委員這樣說明可以嗎？

干委員文男

可以。

鄭主任委員守夏

請問委員有無其他意見？

李委員蜀平

請問議程第 32 頁，(四)專款專用的第 3 點「具有特殊性、鼓勵性、目標性之新增計畫，宜列為專款項目，俟其執行具相當成效後，再移至一般服務項目」，可否解釋清楚？

鄭主任委員守夏

據我所知，很多計畫因為還在初期的推動階段，不確定成效如何，所以採試辦方式辦理。第 3 點的用意是，若某些計畫已試辦多年，例如 10 年、20 年，就沒有理由再繼續試辦下去，成效如果好，就應該回歸一般預算，反之，若成效不佳就應該停止。請問李委員，這樣說明可以嗎？

李委員蜀平

例如高診次民眾就醫行為改善方案--藥事居家照護，已經做了 4

年，也達到健保局設定的標準，可否移到一般服務預算？

鄭主任委員守夏

- 一、可先準備資料，於協商總額時再提出。屆時若能準備完善的資料，並說服所有的委員同意，就可納入一般預算。這也是設立各項專款或試辦計畫的用意之一。
- 二、相對的，以前較少把做不好的試辦計畫停掉，事實上沒有成效的計畫就該停掉，不可能每項試辦計畫都成功。總額應該務實來看，試辦結果若不好就停掉，若總額部門覺得專款不見了很可惜，就請部門再研提另一項新計畫，使專款的應用更有效率。
- 三、至於李委員蜀平的意見，以前也有成效好的計畫，移列一般預算，所以應該沒有問題。請位委員對通案原則還有無意見？

謝委員武吉

- 一、(五)其他原則的第 2 點「各部門最後之年度總額成長率，不超過行政院核定範圍之上限值」，跟總額精神不符，應該要刪除。
- 二、議程第 33 頁，二、有關違規扣款部分，剛才干委員文男提到，有罰則也應該相對有獎勵，我認為本項罰款是本金加利息一直累計，所以違規扣款應該要設停止年限，不能連本帶利一直累計。例如去年違規扣款的額度可扣除，但前年違規扣款的額度就應該回補總額部門，這樣才合理。檢察官有不法，也是被停權一段時間而已，過後還可以再繼續當檢察官，建議本項一定要修正。

鄭主任委員守夏

這兩項都是非常大的議題，先請付費者代表表示意見。

蔡委員登順

- 一、謝委員武吉所提是老問題，這些以前都談過 N 次了。若各部

門總成長率可以超過行政院核定範圍之上限值，那就按照行政院核定的上限給四部門，總額就不用協商，大家都輕鬆！

- 二、付費者代表不能只砍西醫基層、牙醫、中醫總額的預算，而將談了半天所節餘的錢讓某部門全部拿走，大家認為這樣合理嗎？過去我已一再強調絕對不能這樣做，會議的發言實錄也都有記載，我們不能做這種不公不義的決定，還是要重申，各部門總額不能超過行政院核定之上限值。
- 三、至於違規扣款部分，委員提到做得好的要獎勵，做得不好的要處分。獎優處分違規的規定很清楚，總額部門同儕制約所舉發的不扣款，但民眾檢舉與健保局查核的部分一定要扣回來，這樣才符合社會期待，和交通違規要被罰款的道理一樣，所扣的錢當然不能還給總額部門，才有實質效益。
- 四、每年評核會議，為鼓勵獲評為特優級、優級、良級等做得好的部門，給予 0.3%~0.1%成長率的鼓勵金額，也都滾入總額基期，相對地，違規扣款的金額當然不能再返還。談事情要公道，我們參加健保會，當然希望將有限資源用在全民身上，並能提高品質，造福全民，更重要的是不能浪費。

謝委員天仁

支持蔡委員登順的意見。醫院部門提出「各部門最後之年度總額成長率，不受行政院核定範圍上限值之限制」意見，老實講只有他們部門有此問題，司馬昭之心，路人皆知。站在付費者委員的立場，一定要公平對待每個部門，總不能如蔡委員登順所言，砍了其他三個部門的錢，全部給醫院部門，開玩笑，那不是很糟糕嗎！此原則已經實施相當長的時間，回顧過去資料，從來沒有一年衛生署核定的部門總額超過行政院核定上限。既然實務上不可能，為何要將此原則拿掉。我們覺得這是公平條款，不能刪除，若刪除，其他幾個部門會跳起來，不合理。

張委員煥禎

- 一、其實規定並非都不能改，如果法規有規定不能動，則不能

改，或委員都認為不要動，也是可以。但不能說成是把誰的錢調給誰，因為這些費用最後都是用在百姓身上。

二、不管說法是把牙醫的錢拿給基層、或基層的錢給醫院、或醫院的錢給牙醫，其實健保會本來就是在做分配。如果大家認為要照行政院核定的上限，我覺得也可以，假設牙醫總額並不需要這麼多預算，其餘的錢分配給基層，好啦！司馬昭之心，就直接講給醫院好了，對民眾而言，意義是牙齒不必用那麼多錢，而將其餘的錢用在需要照顧的人身上。所以在想法、用詞遣字上不能說是錢給醫院賺走，而是分配給民眾的醫院服務才對，我認為應該要回到這樣的角度來看事情。

三、不能說預算分配給醫院，就是醫院得利，醫院也是將之用來照顧民眾健康。現階段醫院的預算真的不夠，因費用分配不足，會影響醫療品質，所以醫院需要向委員反映，如何分配是本會權責，要思考的重點是，如何分配最恰當，對民眾最有效，這也是本會委員的責任。

鄭主任委員守夏

一、先補充說明，衛生署將總額範圍草案送行政院核定時，行政院都交付經建會，而經建會都會召開專家審查會議。針對經建會的審議決定，行政院通常都是照案通過。我跟吳委員肖琪及幾位學者都參加過審查會議，在審查總額範圍時，上限值的設定，考量的因素大都是急、重症、或專科人力等問題，絕大部分是考量醫院的狀況而設。就某種成分來說，其實上限值是設給醫院，因為其他部門，不會有那麼多理由，需要給到上限值。

二、依此觀點，就不是考量某部門的預算需不需要挪給其他部門，而是行政院核定上限，包括衛生署研提上限時，考量的重點就是費用占最大宗、需求成長率最高、壓力最大的醫院部門，衛生署也都是用這些想法向行政院爭取總額上限。過去十幾年來也都是依此公平對待的原則來協商，委員可否支

持，此原則先予保留，未來不論在評核會進行檢討，或在總額協商會議研商時，再就總額的上、下限空間，預算的配置做最合適的考量。

謝委員武吉

- 一、很感謝主席解釋經建會對總額上限的考量因素，其實每個人都是司馬昭之心，不只有我。年度總成長率的定義為何？要說清楚，至於本項原則(各部門最後之年度總額成長率，不超過行政院核定範圍之上限值)，等以後協商總額時再考量。
- 二、如我剛才所舉例，聯合報有報導，某檢察官受懲處停職 2 年，2 年之後還是可以復職，而違規扣款怎可每年一直累扣，坦白說，這是在扣老百姓的錢，哪是扣我們的錢。扣款金額以西醫基層的額度最高，不是醫院，我站在正義立場講話，是為對的事情提出爭取。

鄭主任委員守夏

違規扣款既然已從總額扣除，就不能再回到基期，就如剛蔡委員登順所提，評核會評核結果，每年加給部門的品質保證保留款也都是滾入基期，也是每年連本帶利成長，相同的，扣掉的錢滾入基期，也是每年連本帶利扣除，兩者的處理應該一致才公平。如果委員同意，本案就通過，至各部門總額扣款數值，則依健保局提供之數據為準。

何委員語

- 一、支持原案所提(五)其他原則的第 2 點，各部門成長率不應超過行政院所核之上限。如果健保會有權力讓部門成長率超過行政院上限，那就變成我們在當行政院長，不合理，本會應該要在行政院核定的範圍內協商。
- 二、有關違規扣款部分，主席講得很清楚，品質保證保留款之獎勵款也都是滾入基期，為何扣款不滾入基期？希望醫院的前輩們讓本案先通過，協商才會順利。

鄭主任委員守夏

剛才已經盡可能解釋，如果大家沒有特別的意見，本案就通過。

林代理委員穆弘(連委員瑞猛代理人)

- 一、有關議程第 32 頁(五)其他原則第 3 點，「所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形扣連，且對有限健保資源，應予合理配置」，其中的「扣」字太鮮明，建議將「扣連」改為「相連」。另外「應予合理配置」，建議加入公平兩字，改為「應予合理公平配置」，這樣彈性會大一點，公平不見得合理，合理不見得公平。
- 二、健保保障的是人體從頭到腳、每個部位的痊癒與健康。身體任一部位發生疾患，例如牙齒有問題，請牙醫師幫忙治好就 OK，皮膚有問題，請皮膚科醫師幫忙治好就 OK。就付費者立場而言，不會在意是哪個部門，但是把病治好才是符合公平合理的原則，所以建議加公平兩字。

鄭主任委員守夏

謝謝，若把建議文字加進去，似乎沒有特別不妥，請問委員有無意見？

干委員文男

公平是很抽象的概念，如果加「公平」兩字，以後委員會議怎麼開都開不完，甚麼叫公平？怎樣都有怨言，本會以合議制方式運作，只能儘量做合理的安排，大家都可以接受就好。但講到公平，各部門都一樣最公平，那就不用協商，公平兩字很難寫啦！尤其平字，是干字加兩點，非常難寫。

鄭主任委員守夏

將「扣連」改為「相連」，公平兩字不加。如果沒有意見就通過。

陳委員川青

不要用「相連」，建議改為「連動」。

鄭主任委員守夏

好，就改為「連動」。

張代理委員孟源(李委員明濱代理人)

剛才已經討論過，總額協商的架構與去年一樣。本協商原則案的第 31 頁，醫療服務成本及人口因素載明「各總額部門醫療服務成本及人口因素成長率，採衛生署報奉行政院核定之數值與計算公式」。透析總額往往沒有考慮醫療服務成本及人口因素，剛才也談到，透析最主要的問題是點值太低，其對透析到底是保護，還是懲罰？對於透析，可否考慮也計算醫療服務成本及人口因素成長率。

鄭主任委員守夏

- 一、本項原則適用對象是各總額部門，透析是獨立預算，不會用到此原則，本項採衛生署報奉行政院核定的公式，應該沒有問題。
- 二、(五)其他原則第 3 點，將「扣連」修正為「連動」，本案通過。

陸、討論事項第三案「低收入之專門職業及技術人員及未僱用有酬人員幫同工作之自營業主，不宜與高收入之專門職業及技術人員及僱用員工之民營事業主或負責人一樣，強制在第 1 類投保，建議應有所區隔案」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

接下來進行討論事項第三案，請同仁宣讀。

同仁宣讀

干委員文男

主席，程序問題。內容太長，建議不要宣讀，我們簡單說明即可。

鄭主任委員守夏

好，請提案委員直接說明，再請健保局及衛生署分別回應。

楊委員芸蘋

- 一、主席、各位委員大家好，剛才議案的討論很激烈，也請委員能尊重這個案子，不要離席，謝謝各位的耐心。本案的緣由是，目前在各職業工會中，有蠻多會員是專門職業及技術人員及自營業主，全台灣大約有 2 百多萬人，從 102 年 1 月 1 起，對於領有國家證照的專技人員又是自營業主，所謂自營業主係指有營利事業登記、有開發票行為者，強制要求這些人員應該回歸以第一類被保險人身分投保，不能繼續在第二類以參加職業工會身分加保，日前引發蠻多反彈聲音。
- 二、基本上我們接受，也尊重健保相關法令的規定，但實際執行上，已產生許多不公平的現象。我們對律師、會計師等專業人士的收入並無意見，只是部分有證照的專技人員，收入並不能與之相比，例如導遊、領隊、從事保險業務人士，還有一些自營業主，例如個人工作室、新娘秘書，或從事美髮、美容、水泥工、裁縫工等人士，他們都是論件計酬，並非每天、每月都有工作。他們接了案子，消費者提出需要發票核

銷時，就不得不開立發票，依目前規定，必須先有營業登記，才能開發票，但這樣即符合自營業主條件，等於是老闆，而必須以第一類身分投保。但其實這些人收入不高，一個月不到2萬、3萬元，要他離開二類改到一類投保，對他們而言，其實不公平。

- 三、對此現象，若有可能，建議能適度修法，在尚未修法之前，希望健保局不要那麼嚴格地執行查核，不要強迫他們馬上改到一類投保。可在合理規勸、保留適度調整空間的情形下，等到其營業額達到一定程度時，再改為一類。請考量這些人收入不豐，光生活可能就不夠，哪有多餘的錢繳保費。對這些弱勢的工作人員，應該給予一點保障，至少在修法前，還是讓他們可以第二類被保險人的身分加保，以保障其等基本的生活條件。

鄭主任委員守夏

謝謝楊委員芸蘋的說明，請干委員文男補充。

干委員文男

- 一、本案來自台北市從事化妝工作人士的反應，他們的工作是一天釣魚三天曬網，收入不穩定，這些人在接案時，和律師接受法律諮詢一樣，一定要開立收據發票，這是第一個問題所在。
- 二、其次，所有領有專技證照的人士，都可以自行執業或受僱。但問題是領了專技證照之後，勢必投保身分就會被歸到第一類。有些人原本就沒在執業，只因為拿證照，就須歸為一類，例如導遊就遭遇這個問題，針對這些執行面問題，需討論如何解決。

林委員錫維

- 一、本案目前的狀況是，健保局日前發函給法定之13種具專技證照之行業或專技人員的相關工會，工會收到健保局函之後，

引發相當的恐慌、不安。甚至引起領隊及導遊人員到處陳情，他們向主管機關交通部觀光局陳情，訴求只是具有領隊及導遊的資格而已，並不是要獨立執業，不需要單獨成立一個投保單位。他們的陳情成功了，所以健保局函知該工會，領隊及導遊人員還是可以第二類被保險人的身分在其職業工會加保。

- 二、現在換成保險人員拿這張公文，請求幫忙陳情。整個工會、社會都亂了。本案議程中，不論是健保局或健保小組，都一直提到第一類、第二類被保險人的相關法令，沒有真正了解基層工作收入有高、低差別。例如導遊、保險從業人員的收入不能跟律師相比。目前很多行業都需取得證照，才能從事該行業。這些人全都被要求成立投保單位，回歸第一類被保險人身分，這會造成社會紛亂。現在健保局或健保小組都一直強調依法執行，沒有錯，但實際上專技人員的收入天差地別，行政者沒有考量實際問題，中華民國有些法令是訂而不用，為何一定要強制執行這條法令。
- 三、健保財務面努力的重點應該是設法提高投保薪資，讓保費能夠增加，可以針對這些專技人員若有投保薪資與國稅局收入有差距或高薪低報者，嚴加查核才對。我是對事不對人，知道健保局局長及各位長官也很辛苦，剛剛補充保費本來也要講話，為了補充保費已經花很多人力，本案再花更多人力成本查核，真的可以收到很多錢嗎？
- 四、再者就是凍結相關工會全部健保的補助費，如同我去看醫師，並服用藥物而病好了，但能說病好了，所以看病不算錢嗎？沒有這個道理，將補助凍結，讓人懷疑政府要消滅這幾類工會，不然為何針對這 500 人或 1,000 人的工會都不給行政補助費？要查清楚後才能補助，但這些工會已幫忙收取健保費，也幫忙郵寄，該做的都做了，不知健保局根據什麼法令可以這麼做？甚至全部都不給？剛一直強調是對事不對人，

我知道健保局很辛苦，本案不需要搞得這麼亂。因為導遊去找觀光局、立法委員等單位或人士，保險業者也來找我們，希望我們去找立法委員，搞了一大堆問題，歸納只為多收取一點保費，需要搞得這麼嚴重嗎？希望健保局三思而行，目前仍請從寬處理，因為剛談過，這個法非常不公平，高、低收入者真的有天壤之別，一個保險業者，有時三個月做不到一件，屬按件計酬，老闆不幫其投保，其真的有證照，才能從事該種行業，也才能加入工會，這樣也不對，那樣也不對，要如何做？我覺得問題很嚴重，有得罪之處，尚請見諒。我現在的電話，沒有來電顯示姓名不敢接，因為接到就被罵。主席，抱歉，可能講長一些，事實是這樣。

鄭主任委員守夏

謝謝，解釋夠清楚，這個法當初怎麼修不知道，現在修成這樣，要看健保局如何執行。請侯委員彩鳳。

侯委員彩鳳

本案屬於無一定雇主，為個人工作室者。被保險人區分為六類十四目，他們原屬第二類，如同剛剛幾位委員所表示，本案與這次立法院修法無關，是屬於執行的問題，如果導遊、領隊等都可以重新回到第二類的話，則也應重新縝密思考此一議題。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

健保法的基本精神很清楚，是按所得或薪資負擔保費，而不是按身分推估其有多少收入或所得來負擔保費。我認為法律上沒有什麼修改，但執行面，建議健保局要檢討，因為沒有理由讓弱勢的勞工負擔額外的費用。二代健保修法的目的，是收入多的增加負擔，而不是增加收入少者的負擔，這個作業，已經違反二代健保法的精神，建議可決議，請健保局加以檢討，看如何處理會比較

妥適。

鄭主任委員守夏

先請健保小組，再請健保局回應，如果大家非常有共識，就可以做成決議。請曲委員同光。

曲委員同光

- 一、主席，各位委員，本案最近確實有很多討論，我想先從幾個地方跟大家說明，有關執行面再請健保局說明。
- 二、本案在二代健保修法時，其實並沒有修改規定，原來健保被保險人分類就有六類十四目，一類五日本來就是指專技人員，屬於經過考試院國家考試及格領有證書且自行執業者，但若其為受僱者，則以受僱者身分參加健保。這些自行執業之專技人員與第二類無一定雇主的職業工會會員，在健保的分類上不太一樣，因為第二類被保險人不是通過國家考試的專技人員。考慮收入的高低時，事實上在健保法施行細則中有規定，專技人員可以自行舉證，若其收入不高，最低可以投保金額第 6 級 22,800 元申報，但若屬於第二類，只要自付保費之 60%；屬第一類五目，則需自付 100%，兩者主要差異，係一個通過國家考試，取得不一樣的特殊資格，跟一般無一定雇主而參加職業工會者，是有所區隔。
- 三、健保剛開辦時，專技人員類別較少，例如我們所熟悉的醫師、律師、建築師、會計師等俗稱的大專技，那時國家考試較少開放其他的專技人員，但是十幾年來，各行各業各種證照慢慢開放國家考試，其實這些人因為取得身分不同，應該慢慢轉到第一類第五目，二代健保並沒有針對此部分修正，只是逐漸發現問題，我想健保局是在解決此問題。以上就背景跟大家說明。
- 四、至於剛所討論導遊跟領隊，是因為觀光局要求他們必須要受僱才能執行業務，所以就不屬於專技人員且自行執業者，因其需受僱，性質較屬於無一定雇主，也就是其擔任導遊時即

受僱，工作完成後即無受僱，所以同意其符合第二類，倒不是因為他們來請願或陳情，就予以同意，最主要的是他們的條件經判斷係符合第二類身分。還有其他執行面問題，請健保局說明。

鄭主任委員守夏

請健保局。

洪組長清榮

- 一、剛剛有關法規面，曲委員同光已經報告過，僅就執行面說明。
- 二、健保局就通過國家考試取得證照自行執業者，倘其在職業工會加保，會先發函請各工會協助釐清能否於職業工會加保，或應改以第一類加保。目前健保保險對象有六類十五目，其保費高低與投保金額高低及保費負擔比率有關。職業工會會員負擔比率為 60%，若改以第一類專技人員自行執業者投保，則負擔比率為 100%，所以若投保金額一樣是 22,800 元，在職業工會加保，則每月保費約為 672 元；若回到第一類自行執業專技人員加保，則每月保費約為 1,119 元，亦即會多繳 447 元，我想目前爭議在此，因為負擔比率不一樣。在目前法令未變更前，健保局不能認定不適用，因此，除非修法，否則健保局確實需要依據目前健保法施行細則第 66 條的強制規定執行，於 100 年 1 月 4 日修正之條文實施前，仍得以第二類被保險人身分加保，但不追溯，之後則全部需要回歸到第一類被保險人身分加保，這屬依法執行部分，以上報告。

鄭主任委員守夏

如果健保會非常有共識依法執行，則事實上明顯對低收入者不恰當或不公平，是可以請衛生署檢討健保法的執行，看可否在不違反法令規定之下微調或應變。當然，我們也可以要求修法，然事

實上，修法很困難。大家都知道，在立法院即使只修改半條，都需要好長時間。本會目前沒有委員反對處理本案，針對此部分的明確建議及如何處理，請幾位提案委員表達。請林委員錫維。

林委員錫維

剛才健保小組、健保局等相關單位還是說明依法處理，感謝主席可以體諒這些工會會員的經濟負擔，目前工會這邊，請健保局不要清查如此嚴格，至於凍結行政費用又是什麼原因？要工會協助調查這些人，事實上有困難，工會怎會知道其是否取得國家考試及格證照？工會只知道其是否有資格加入工會，怎能因為查不到而凍結行政補助費？請健保局答覆。若健保局查到，工會可以輔導其退出，以符合相關法律規定，但不能以工會查不到而凍結補助費，我認為這種手段不是非常恰當。

楊委員芸蘋

第二次發言，剛剛洪組長清榮說的，我們都知道。尊重各行業的專精人士，其亦利用證照提高自己的專業度，所以考照的人非常多，一個人可能有 10 幾張證照，針對國家考試而言，我覺得應該鼓勵他們來考證照，以增加謀生工具，但他們因為沒開業，也沒有固定雇主，而納入第二類，難道有錯？因為無固定雇主，怎能要求其納入第一類？還有個人工作室，健保局也沒有正式回應，不過洪組長之前有跟我討論，例如化妝師，接一個案子，最多請一名助理，替演員或明星化妝，但聘請單位需有發票核銷，這樣就需要成立一個投保單位，合理嗎？該化妝師拿個 5 萬或 10 萬，說不定今年只接這個案子，甚或接第二、三個案子，因為個人工作室需開發票關係，而申請營利事業登記證，屬於雇主，應列為第一類，或許列為第二類於法不合，然對於可憐的這些低收入者，我要求需給予一些保障。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

- 一、我想本案繼續講下去，謝委員武吉又會講健保法第 43 條依法不執行的問題，我們依法執行也是有些問題。例如導遊，於出團時才有投保，又如同楊委員芸蘋所提化妝師，確實是如此，對於新娘秘書，就公司而言需有發票核銷，該新娘秘書需申請發票，就變成第一類。
- 二、以前證照沒有很多，現在變多，反而是一種懲罰，被認定為專門職業及技術人員自行執業者，我認為執行面可克服。另凍結其補助費用，也是叫苦連天，拜託，請高抬貴手！

何委員語

主席，各位先進，我想本案很難做成決議，因為做成決議，但健保局要依法執行，下不了台階，若將本案否決，對三位辛苦提案的委員又說不過去。建議由健保局召開一場研討會或公聽會，找這三位提案委員，及相關職業工會代表人員如導遊、領隊等，還有請有空的立法委員來參加，研商在依法行政下，有哪些空間可以解決這些事情，否則今天主席很為難，不知道要決議通過、不通過或擱置。

鄭主任委員守夏

謝謝何委員語。請張代理委員孟源。

張代理委員孟源(李委員明濱代理人)

主席，各位委員大家好，今天聽了很多消費者委員的聲音，我覺得應該考量從寬認定，因為健保法第 10 條敘述第一類被保險人，包括專門職業及技術人員自行執業者，其實重點在於「自行執業」者如何認定，應該要先釐清。例如醫師、律師有執業執照登記及設立醫療機構或成立律師事務所等掛牌，然像導遊，雖然通過考試院專門職業及技術人員證照考試，但他們沒有開立公司，若從寬認定，或許有助於他們回到第二類無一定雇主參加職業工會之被保險人，可能這是修法以外的一個解套方式，謝謝。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝張代理委員孟源，也謝謝剛何委員語的建議。
- 二、大家如果有共識，低收入之自行執業專技人員，當然值得給予一些緩衝，不過我們不能決議違法執行。何委員語的建議很好，我想不一定要辦公聽會，我們都知道他們的狀況，現在請健保局檢討有什麼方式，一則依提案委員建議，對於低收入專技人員自營作業主，能否以第二類納保，請健保局檢討可行性，但需認定何謂低收入？就如同中低收入者免繳補充保險費，需認定何者為中低收入者一樣，二則如張代理委員孟源所建議，從寬認定自行執業者。將此兩案提供健保局，看有無可能的方案可以檢討、提出。
- 三、目前葉教授金川帶領二代健保總檢討小組，也可以衛生署的層級觀之。
- 四、所以本案不是決議，是建議衛生署及健保局考量是否有解決方案。

楊委員芸蘋

如果可以的話，如同剛何委員語所言，請由衛生署或健保局召開座談會，再由各職業工會表示意見與整合，也謝謝張代理委員孟源所提建議，提供解套的方式。

鄭主任委員守夏

- 一、建議衛生署或健保局針對這個議題開會研商時，邀請本會委員參加。
- 二、有無臨時動議。請干委員文男。

干委員文男

不敢說是臨時動議，要詢問的是，本次會議報告事項第四案為健保局業務執行報告，採每年按季(第1、4、7、10月)報方式辦理，希望健保局每月能將執行的核心業務，以文字敘述在後面，讓委員曉得，例如一月份之急診壅塞議題，健保局提出處理因應辦

法，這樣很好。但像民眾掛急診，檢傷分級如何認定，如何負擔費用，若產生醫療糾紛，後續如何解決等，都需要呈現給民眾清楚，教導民眾如何檢傷分級。否則媒體一登載，就引起不必要的騷動和困擾。

鄭主任委員守夏

急診之檢傷分類與付費是否掛勾還在討論階段，如有通過與現行不同之規定，相信會正式在本會報告。請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

- 一、主席，我搭高鐵北上時，在車上看到蘋果日報登載，臺北榮總未幫小女生申請腦瘤化療藥品健保給付，其父母花了 2 百多萬元，小孩也往生了，感到很痛心，想到 4 年前有幫朋友處理過類似事件，臺北榮總跟病患說化療藥品需自己購買，我將其轉至嘉義長庚醫院由放射科主任檢查後，向健保局南區業務組申請獲得健保給付，省了 50 多萬化療藥品費用。希望臺北榮總加強與患者溝通，或許健保局的宣導也不夠，希望臺北榮總的代表能把問題帶回去研究、回覆。(註：對本項委員關心事項，經洽健保局表示意見如後附件一)
- 二、這兩天媒體報導，依據醫療法第 60 條規定，醫院、診所遇有危急病人，應先給予適當的急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。高醫卻以沒擔架拒絕救護，這雖然是高雄市政府衛生局的權責，但希望衛生署在評鑑時，列入考核；另外健保局亦可考量納入契約管理，若院所違規被記點三次，依特管辦法規定可予以停約，希望有關單位注意一下。(註：對本項委員關心事項，經洽衛生署醫事處表示意見如後附件二)

鄭主任委員守夏

感謝委員關心，但以上非本會權限，可將這兩個意見，一個轉給健保局，一個轉給醫事處。有無其他臨時動議？

陳代理委員雪芬(翁委員文能代理人)

我回答一下。

鄭主任委員守夏

剛的問題不用回答，不然先宣布散會，您再回答。

陳代理委員雪芬(翁委員文能代理人)

台北榮總個案是因為之前很多同類事前審查個案未獲通過。

鄭主任委員守夏

本案非本會權限，針對個案我們只能表示關心，相關職責單位為醫事處、各縣市衛生局、健保局等，本會無法跨越到別單位的權限。今天討論到此，謝謝大家。

有關 貴會陳委員錦煌關心臺北榮總化療藥品給付案，本局辦理情形如下：

- 一、經查保險對象張先生於 102 年 2 月 20 日向本局臺北業務組申訴其女張小妹因罹惡性腫瘤，99 年 3 月 20 日入住臺北榮民總醫院診療，需自購帝盟多(Temodal)藥品治療。
- 二、案經本局審查結果，帝盟多(Temodal)藥品為健保給付品項，需事前審查，保險對象如病情所需，特約醫院可依相關規定，向本局提出事前審查申請，經核可後實施。惟本局未曾接獲該醫院為張小妹提出是項藥品之事前審查申請。
- 三、本局業於 102 年 4 月 3 日以健保北字第 1021503228 號函知申訴人張先生至該醫院辦理帝盟多藥品退費事宜，並函請台北榮民總醫院應依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 13 條規定辦理，亦即符合健保給付範圍，不得囑保險對象自費，如有違反將依規定辦理。

有關 貴會陳委員錦煌於 102 年 5 月 24 日之委員會議，表達依據醫療法第 60 條規定，醫院、診所遇有危急病人，應先給予適當的急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。媒體報導高醫卻以沒擔架拒絕救護，希望本署在評鑑時列入考核乙案，回復意見如下：

- 一、查本署「醫院評鑑基準」2.4.3「依醫院的角色任務，提供急救病人處置能力」業訂有醫院應依其定位訂有急診病人的就醫準則與流程，提供緊急檢查、診斷、住院、手術等急救的醫療處置能力，在醫院無法接受病人時，應先給予適當之急救，並依相關機制聯絡，及運送病人至其他醫療機構等規定(詳細基準內容如附表)。
- 二、另依據「緊急醫療救護法」第 12 條、第 29 條及「緊急救護辦法」第 4 條規定，直轄市、縣(市)消防機關之救災救護指揮中心應由救護人員 24 小時值勤，受理緊急醫療救護之申請，出動所需之救護隊前往現場救護，並將緊急傷病患送至就近適當之醫療機構，爰到院前之緊急醫療救護係屬消防單位之權責，本案納入評鑑考核是否允當，尚需審慎研議。

醫院評鑑基準

條號	條文	評量項目
2.4.3	依醫院的角色任務，提供急救病人處置能力	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.依醫院定位訂有急診病人的就醫準則與流程，提供緊急檢查、診斷、住院、手術等急救的醫療處置能力。 2.在醫院無法接受病人時，應先給予適當之急救，並依相關機制聯絡，及運送病人至其他醫療機構。 3.轉出時應提供轉診病歷摘要。 4.設有精神科住院病房（不含日間照護）之醫院，同時應訂定有急診精神科病人之醫療作業處理準則與流程，及病人轉介系統，包含： <ol style="list-style-type: none"> (1)遵守精神衛生相關法規，並依適當程序呈報或進行相關醫療事宜。 (2)急診病人安排住院或轉介他院之流程。 5.對於急診就醫個案，知其有疑似遭家庭暴力（含兒童與少年虐待及疏忽）或性侵害犯罪情事者，應訂有處理作業準則，並依法通報。 <p>B：符合 C 項，且</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.對需急救病人訂有緊急處置流程，及定期檢討評估機制。 2.對特殊病人訂有處理流程及定期檢討評估機制，並提供社工諮商和轉介服務。 3.可完成檢查及報告、住院、手術等相關緊急處置作業。 4.轉送病人過程皆有評估紀錄，必要時，有醫師指導救護人員，執行緊急醫療救護行為。 <p>A：符合 B 項，且各項處置流程，有定期檢討改善。</p> <p>[註]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.符合下列全部條件者，可自選本條免評： <ol style="list-style-type: none"> (1)急性一般病床、精神急性一般病床合計 99 床（含）以下且未設有急診室；或經中央主管機關同意，不設急診室。 (2)非「急救責任醫院」。 (3)申請「地區醫院評鑑」者。 2.救護人員包括醫師、護理人員、救護技術員。 3.醫療法第 60 條相關內容摘錄：醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。 4.醫療法第 73 條相關內容摘錄：醫院、診所因限於人員、設備及專長能力，無法確定病人之病因或提供完整治療時，應建議病人轉診。但危急病人應依第六十條第一項規定，先予適當之急救，始可轉診。 前項轉診，應填具轉診病歷摘要交予病人，不得無故拖延或拒絕。 5.應依家庭暴力防治法第 50 條、性侵害犯罪防治法第 8 條、兒童及少年福利與權益保障法第 53 條（舊法規第 34 條）規定辦理。