

行政院衛生署全民健康保險會  
第 1 屆 102 年第 4 次委員會議事錄

中華民國 102 年 4 月 26 日



# 行政院衛生署全民健康保險會第1屆102年第4次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國102年4月26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

林委員啟滄

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

張委員永成

張委員煥禎

莊委員志強

郭委員志龍

陳委員川青

陳委員宗獻

陳委員錦煌

黃委員建文

楊委員芸蘋

楊委員漢淙

中華民國醫師公會全國聯合會張理事嘉訓(代)

行政院經濟建設委員會謝專門委員佳宜(11:32以前代)

中華民國全國漁會陳秘書健民(代)

林口長庚醫院郭特助正全(10:45以後代)

全球商務法律事務所林律師穆弘(代)

台灣省農會徐課員珮軒(代)

楊委員麗珠  
葉委員宗義  
蔡委員登順  
謝委員天仁  
謝委員武吉  
鐘委員美娟

肆、列席人員：

行政院衛生署

中央健康保險局

本會

朱組長日僑

梁組長淑政

黃局長三桂

沈組長茂庭

林副組長阿明

柯執行秘書桂女

林組長宜靜

吳組長秀玲

張組長友珊

伍、主席：鄭主任委員守夏

紀錄：陳燕鈴

陸、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，楊委員麗珠是中華民國護理師護士公會全國聯合會副理事長，前曾擔任費協會委員多年，歡迎楊委員加入本會。

柒、議程確認

決定：確定。

捌、報告事項

第一案

案由：確認本會上(第3)次委員會議紀錄，請 鑒察。

決定：

- 一、討論事項第三案「建議取消 102 年度門診透析服務總費用成長率 2%，作為鼓勵非外包機構之附帶規定，回

歸一般預算案」，主席裁定文字由「本案依委員意見予以撤案」修正為：「本案依委員意見，中央健康保險局同意撤案」。

二、餘確定。

## 第二案

案由：本會上(第 3)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)全民健康保險會組成及議事辦法第二條第一項略以：健保會置委員 35 人，分配保險付費者代表 18 名(含被保險人代表 12 人、雇主代表 5 人、行政院主計總處 1 人)；又同條文第五項規定被保險人代表之委員不得兼具雇主身分，雖非限制 18 名保險付費者代表均不得兼具雇主身分，但容易引起「雇主」能否擔任健保會委員之混淆，建議衛生署於「雇主代表 5 人」之後括弧加註「工商團體代表」，或將雇主代表修正為「資方代表」，以臻明確。

(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。

(三)餘結案。

二、餘洽悉。

## 第三案

案由：「103 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)諮詢案，請 提供意見。

決定：對衛生署所擬訂 103 年度全民健康保險醫療給付費用成長率高、低推估值(總額範圍)案，本會委員關切事項如下，提供衛生署參考。

- 一、本案所提成長率低推估值增加的費用偏低，爰非協商因素計算公式宜周全，以更能反映實況。
- 二、配合政策推動所增列之專案計畫，應定期評估，若成效不佳，或原欲改善之問題已解決，則經費之編列就應配合修訂。
- 三、RBRVS為各支付標準資源耗用之相對值調整，其修訂不必然需要外加預算；至於處理急、重症醫療問題，102 年度業已編列 50 億元支應，103 年度須否再挹注 30 億元，應有更完整合理的政策說明及佐證資料。
- 四、保險對象就醫應負擔之費用，文字應配合全民健康保險法規定，以「自行負擔」呈現。

#### 第四案

案由：103 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商工作計畫(包括：預定辦理之項目、內容及預訂時程)，請鑒察。

決定：洽悉。

#### 第五案

案由：中央健康保險局「102 年 3 月份全民健康保險業務執行報告」案，請鑒察。

決定：洽悉。

### 玖、討論事項

#### 第一案

提案單位：本會第三組

案由：102 年度各部門總額執行成果評核作業方式(草案)，

提請 討論。

決議：

- 一、「102 年度各部門總額執行成果評核作業方式」(如附件一)，照案通過。
- 二、為利外界瞭解現行健保特約醫療院所提供之門診透析服務品質狀況，可評估於總額評核會議中邀請相關團體進行報告之需要性，並據以安排後續相關事宜。

## 第二案

提案人：何委員語、葉委員宗義、李委員永振、郭委員志龍、李委員成家、謝委員天仁

代表類別：保險付費者代表

案由：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，提請 討論。

決議：考量全民健康保險會組成及議事辦法第 9 條之規定，對健保醫療給付費用總額之協議訂定及分配，於實務運作上確有窒礙難行之處，為遵循全民健康保險法所定「保險醫療給付費用總額應對等協議訂定及分配」事項，並維持實務運作之可行性，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」。

## 第三案

提案人：謝委員武吉

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：為維護醫療照護體系正常合理之運行，保障民眾就醫權益與品質，建議以浮動點值不得低於 0.9 為監測標準，且對浮動點值低於 0.9 之總額部門，應立即啟動檢討及補救機制，提請 討論。

決議：

- 一、查目前各部門總額支付制度品質確保方案，訂有各該總額每點支付金額之容許變動範圍，及不在容許變動範圍時之檢討改善機制，爰相關事項請依之辦理。
- 二、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，若有本會權責需討論解決的問題，再請提出相關方案到會討論。

#### 第四案

提案單位：中央健康保險局

案由：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(診斷碼 286.4)案，提請討論。

決議：目前類血友病藥費已由醫院總額之一般服務預算支應，考量 102 年度總額業核定公告，若有移至專款項目之必要性，請中央健康保險局於協商 103 年度總額時再提調整建議。

#### 第五案

提案人：吳委員玉琴、謝委員天仁

代表類別：保險付費者代表

案由：為符合「資訊透明公開、擴大民眾參與」之健保改革精神，健保會會議比照環評會議，應同步於場外設置會議轉播，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，以求透明、全民參與，可分階段實施，提請討論。

決議：

- 一、本會支持資訊透明公開之社會趨勢，並已依相關規定，於會議後 10 日內上網公開與會人員發言實錄，以供各界了解本會會議之討論情形。
- 二、本案之資訊公開方式，對各項議案討論之利弊尚難論

斷，且須配合經費、場地設備等現行問題分階段規劃，所以初步可先試行錄影供委員閱聽參考，再就衛生署遷至新辦公大樓後之會議場地狀況評估辦理。

#### 拾、臨時提案

提案人：謝委員武吉(提案資料詳附件二)

附議人：黃委員建文、翁委員文能、陳委員宗獻、楊委員漢涇

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：為以維護健保有限資源，對商業保險或人員不當作為而造成健保醫療費用增加之問題，應主動積極處理，不能放任不管，特提以下建議，誠請委員支持，提請 討論。

決議：基於珍惜全民健保有限資源的立場，建議衛生署函請商業保險公司之主管機關(金融監督管理委員會)，對本案所揭示問題，加強監督管理。

拾壹、散會：下午13時18分。

## 102 年度各部門總額執行成果評核作業方式

第 1 屆 102 年第 4 次委員會議（102.4.26）討論通過

### 壹、評核範圍

- 一、醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額之一般服務(含品質保證保留款)及門診透析服務執行成果。
- 二、各部門總額專案計畫或方案(詳附表一)執行成效。

### 貳、辦理方式

#### 一、評核會議之報告

由各總額部門及健保局提供各部門別之一般服務及專案計畫執行成果報告，並於一個月前先提出書面報告，以供評核委員事先審閱。

#### 二、評核委員

參考各總額部門推薦之評核委員名單，以及本會自行邀請，由 4 至 8 位專家學者擔任評核委員。

#### 三、舉行一般服務與專案計畫(方案)評核會議

(一)時間：連續二天之會議。

(二)第一階段：公開發表及評論(1 天半)。

1. 依總額部門別報告一般服務及專案計畫之執行成果與評核委員評論，並開放與會者提問。

#### 2. 參與人員

除本會委員、各總額部門相關團體與健保局外，另邀請衛生署相關機關，如：健保小組、醫事處、照護處、國民健康局、疾病管制局、全民健保爭議審議會、中醫藥委員會等，以及民間團體，如：病友團體、社福團體、醫策會、消基會、醫改會等。(詳細名單如表二)

(三)第二階段：評核內部會議(半天)。

1. 評核委員就各部門總額執行成果，進行意見交換與評分。最終除對各部門總額有整體執行成果評分外，並對專案計畫(方案)之規模、經費等提供一致性建議。

2.參與人員：主席、評核委員、本會幕僚。

## 參、評核項目及評分方式

一、一般服務與專案計畫分開評核之後再加權合併計分。該二項評核之計分權重為，一般服務：專案計畫=75%：25%。各部門總額執行成果評核項目及配分如下表。

評核項目	配分
<p><b>一、一般服務執行績效</b></p> <p>(一)民眾滿意度</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.滿意度調查結果及檢討改善措施</li> <li>2.民眾諮詢及抱怨處理</li> </ol> <p>(二)醫療服務品質</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.專業醫療服務品質指標監測結果及檢討改善措施</li> <li>2.品質指標之檢討及增修</li> <li>3.品質指標資訊公開</li> </ol> <p>(三)就醫可近性</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.就醫等候情形及醫師診療時間</li> <li>2.民眾自費情形</li> </ol> <p>(四)就醫公平性</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.城鄉醫療資源分布均衡情形</li> <li>2.醫師人力地理分佈</li> </ol> <p>(五)醫療服務效率</p> <p>醫療利用率</p> <p>(六)醫療服務效益</p> <p>民眾健康狀況改善情形</p> <p>(七)管理效能</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.接受健保局專業事務委託及辦理情形</li> <li>2.醫療利用及費用管控情形</li> <li>3.點值穩定度</li> <li>4.支付標準修訂</li> <li>5.專業審查管理</li> <li>6.院所違規家數及其違規情節</li> <li>7.醫療機構輔導</li> </ol>	75

評核項目	配分
<b>二、專案計畫(方案)執行成效</b> 1.預期目標達成度 2.醫療服務效益(照護率、民眾健康狀況或就醫可近性提升) 3.醫療服務效率	<b>25</b>

註：列入評核之專案計畫(方案)如附表一。其中實施未滿一年之新增計畫(方案)，僅提供執行情形，不納入評核。

二、101年度未接受健保局專業事務委託之總額部門，由健保局報告執行成果，未受託部門補充說明，並予以評分。

#### 肆、評核結果之應用

一、評核結果依所獲分數，區分為下列五等級：

評核分數	等級
90分及以上	特優
85分至未達90分	優
80分至未達85分	良
75分至未達80分	可
未達75分	劣

二、評核結果作為次年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給協商因素下「品質保證保留款」項目之成長率。

三、專案計畫(方案)評核之相關建議，並作為次年協商該項專案經費增減及續辦與否之依據。

#### 伍、102年度作業時程表

時間	作業內容
5月上旬	本會擬具一般服務及專案計畫報告大綱，函送各總額部門及健保局，並請各總額部門推薦評核委員參考人選。
5月中旬	各部門視需要函請健保局提供相關資料。
6月中旬	健保局及各部門提送一般服務及專案計畫執行成果書面報告。
7月下旬	召開專案計畫及一般服務評核會議

## 各部門總額專案計畫／方案(列入評核)

## 一、實施一年以上計畫(列入評核)

計畫／方案名稱	部門別
牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案 牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫 牙周病統合照護計畫	牙醫
中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案 腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫 腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫 腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫	中醫
西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案 家庭醫師整合性照護計畫* 診所以病人為中心整合照護計畫*	西醫基層
醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案 提升住院護理照護品質計畫 急診品質提升方案	醫院
醫療給付改善方案(乳癌、氣喘、糖尿病、精神分裂症、B及C型肝炎等) 慢性B型及C型肝炎治療計畫	醫院、西醫基層
推動促進醫療體系整合計畫(醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫、全民健康保險論人計酬試辦計畫) 增進偏遠地區醫療服務品質計畫(全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫) 全民健康保險藥事居家照護試辦計畫 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫(初期慢性腎臟病醫療給付改善方案、Pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫)	其他預算

\*自 102 年起二項計畫整合。

## 二、實施未滿一年之新增計畫(只報告執行情形，不評核)

計畫/方案名稱	部門別
慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫 全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	其他預算

## 一般服務與專案計畫(方案)評核會議出席單位與人數

	相關單位	名額
1.健保會	本會委員	35
2.各總額部門相關團體	台灣醫院協會	10
	中華民國醫師公會全國聯合會	10
	中華民國牙醫師公會全國聯合會	10
	中華民國中醫師公會全國聯合會	10
3.衛生署業務相關單位	健保小組	5
	中央健康保險局	12
	全民健康保險爭議審議會	5
	醫事處	2
	護理及健康照護處	2
	國民健康局	2
	疾病管制局	2
	中醫藥委員會	2
4.民間團體	財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會	1
	財團法人台灣醫療改革基金會	1
	中華民國消費者文教基金會	1
	民間監督健保聯盟	1
	中華民國老人福利推動聯盟	1
	兒童福利聯盟文教基金會	1
	台灣女人連線	1
	財團法人罕見疾病基金會	1
	中華民國血友病協會	1
	財團法人肝病防治學術基金會	1
	中華民國糖尿病病友全國協會	1
	中華民國乳癌病友協會	1
	中華民國康復之友聯盟	1
	台灣氣喘之友協會	1
	台灣腎臟醫學會	1
	財團法人中華民國腎友協會	1
	中華骨髓移植關懷協會	1
	財團法人羅慧夫顏顏基金會	1
台灣腦中風病友協會	1	

健保會臨時提案

謝武吉

提案人：謝武吉

附議人：張輝文 吳文雄 陳宗德 楊澤清

提案：為以維護健保有限資源，對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，應主動積極處理，特提以下建議，誠請委員支持。

(不能放任不管)

說明：

- 一、健保法第 51 條明確規範不列入健保給付範圍之項目，其中包括有美容外科手術等。
- 二、於實務，醫療院所多會遇有商業保險公司人員或該人員要求民眾向醫療院所要求配合開立符合商業保險理賠項目之名稱或事由，如民眾到院所進行雙眼皮美容手術，卻要求醫療院所開立「睫毛倒插」，此情形已致使醫療院所犯有偽造文書與違反醫療法等罪行，且明明不該健保支付，經此改變等同變相加重全民健保承擔，將損及公眾利益。
- 三、健保局與醫療院所因合約關係設有「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」，院所若發生有不實申報、浮報或濫報將遭違約記點、扣減申報費用十倍、停約等，尚有法可嚇阻及處份之。商業保險公司與健保局雖無合約關係，但也不該讓此種吃健保行為無法可追、無法可罰、無法可嚇阻。
- 四、為以維護健保有限資源，認此風不可漲，應有主動的積極作為，故提具以下建議，誠摯籲請委員響應、支持：
  - 1) 就商業保險公司人員不當之作為，應要求各該商業保險公司具體改善，且如經院所舉証屬實，對商業保險公司人員應課予刑責，且商業保險公司應補償全民健保與醫療院所各 10 倍醫療費用。
  - 2) 商業保險實支實付或每日定額理賠的設計，對被保險人存有投保誘因，對健保醫療使用成長也有相當貢獻，而現行總額架構中對相互影響的部門訂有「財務風險分攤監控指標」用以校正兩部門總額間的費用，建議比照此精神監控全民健保與商業保險，據此進而向商業保險公司追討相關補償。



第 1 屆 102 年第 4 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 3)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有無增修意見？

謝委員天仁

- 一、討論事項第二案因有擱置動議之提出，且有人附議，最後大家形成擱置的共識，但決議內容並沒有相關文字敘述，看起來像是有議案，這與實質欲表達內涵有出入，建議應稍做修改，可在第二段描述中，增加「本案擱置動議通過」即可，讓大家知道，這是因為委員有意見而保留下的。
- 二、討論事項第三案的描述應更清楚，予以撤案是依那個主體？是依委員的意見，健保局同意撤案，所以該案就結束了。但決議文字呈現主體不清不楚，看起來好像是依委員意見撤案，但是委員或是健保局撤案？看不清楚。建議這部分要確認下來。

鄭主任委員守夏

感謝委員天仁提供寶貴意見。請問是討論事項第二案決議一、二之後，再增加第三點，「本案擱置動議通過」？

謝委員天仁

對。

鄭主任委員守夏

好。

柯執行秘書桂女

健保會成立及運作後發現，先前有些不曾用到的會議規範，現在都用上了，所以我們四處請教並學習。就我們所請教，擱置有無限期的擱置或暫時的擱置，但考量上次的議題應會再討論，所以會議紀錄才轉以這種方式呈現，但如果大家認為此案就是擱置，

我們會照委員的意見做修正。

鄭主任委員守夏

好，沒關係。請謝委員天仁看一下決議一的最後一句，「宜在方案較成熟後再提會討論」，這是否也是大家的共識？也就是說等方案成熟後再提，而今天其實就有個相關的正式提案。如果用第一點的最後一句來描述也比較貼近，是否就不再加文字了？

謝委員天仁

好，不要加。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝！討論事項第二案的決議不再加文字。
- 二、討論事項第三案，誰撤案？是健保局。所以，決議修正為：本案依委員意見，健保局同意撤案。
- 三、若委員對上次委員會議紀錄無其他增修意見，則確認。
- 四、依照之前的共識，我們先就本次會議的議程安排做確認。請委員看到會議資料的目錄頁，剛確認的會議紀錄是報告事項的第一案，是一定要做的，之後還列有四個報告案及五個討論案。議程在一週前已送給各位委員，請教委員對今日議案的安排有無意見？若無特別意見，則依原定議程進行。

貳、報告事項第二案「本會上(第 3)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。請柯執行秘書桂女報告。

柯執行秘書桂女

各位委員及所有與會者，大家早。請翻開會議資料第 8 頁，本案共有四大項報告及說明：

一、上次委員會議的 6 項決議(定)事項中，依辦理情形，建議 3 項解除追蹤，3 項繼續追蹤，但如果委員認為該建議不妥並做成決定，則依委員會議決定辦理。請翻到議程資料第 10 至 12 頁：

(一)有關健保會組成及議事辦法第二條第五項所規定，被保險人代表不得兼具雇主身分，經於第 2、3 次會議請健保小組提供意見，因於上次會議，委員建議要衛生署函釋，我們決議也做成要函釋，但是因為配合以後衛生署組改及二代健保法修法，健保會現在是衛生署的一個內部單位，在行文上有所限制。所以，往後除法明定應由健保會協議訂定後報主管機關核定之總額協定分配、完成審議報主管機關轉報行政院核定之收支平衡費率等事項，可用健保會之單位行文外，其他屬於內部單位的意見交流，則以請辦單處理之。因此，本項經向謝委員天仁說明後，他也能諒解並同意另外行文請衛生署函釋。在此，也謝謝謝委員天仁。

(二)有關全民健保醫事服務機構提報財務報告辦法(草案)乙項，建議於衛生署核定發布後，再解除追蹤。

(三)有關委員建議健保局對第二類被保險人之在保、繳費等可做為免扣取補充保費證明的事項多加宣傳，以免投保單位因不清楚而產生爭議乙節，健保局已同意將加強對扣費義

務人宣導，因此，建議本項解除追蹤。

(四)有關委員對 101 年健保基金附屬單位決算報告書所提意見，健保局已在時間內提供書面說明資料，並列在本次會議資料第 40 至 43 頁，請委員參考。對當時垂詢的兩位委員，並於收到健保局書面資料時，同步轉知。因此，建議本項解除追蹤。

(五)有關全民健保醫療品質資訊公開辦法討論案已經照委員會決議，將相關意見送給健保局參考，健保局回復將參酌辦理。本項會於衛生署核定發布後，再解除追蹤。

(六)有關多數付費者委員對由 18 位保險付費者代表中推選 10 位代為行使職權，與醫事服務提供者做同名額的協商有所疑慮乙節，已轉報衛生署，署也有回復。今天謝委員天仁及何委員語對此有個相對提案，屆時本議題會繼續討論，所以，本項配合該議題討論結果進行追蹤。

二、請大家再翻回會議資料第 8 頁。第二點是健保局依健保法施行細則第 3 條，將 103 年基金預算表及預算書送本會備查。預算案以前是送請審議，現在則是備查，但雖只是送請備查，本會幕僚還是用以前審議的標準，擬具預算分析報告，列在會議資料第 44 至 56 頁附錄二，請委員參考。

三、今天下午，依委員需求，辦理本會作業說明會。委員若有時間，請留下來參加，下午 1 時 30 分開始，地點一樣在這個會場。

四、健保局 3、4 月份發布及副知本會的相關訊息，列在會議資料第 57 至 83 頁（附錄三至十），請大家參考。以上報告。

鄭主任委員守夏

謝謝柯執行秘書。請問委員有無詢問意見？

何委員語

各位委員、先進，大家好。依健保會組成及議事辦法，委員名額

的分配方式，雇主代表是 5 人。我們想瞭解的是，工商團體推薦的這 5 個人是否就是雇主代表？因為最近收到健保會同仁來電詢問，是否為投保單位的負責人，所以想了解雇主的定義。

#### 柯執行秘書桂女

向您報告，全民健康保險會組成及議事辦法中，有一條文是規範委員的自我利益揭露，委員須揭露的事項有二，一為本人之專職、兼職及顧問職，二為是否屬投保單位負責人、保險醫事機構負責醫事人員、與藥物交易有無關係等。因依法須做揭露，所以委員送來的資料若有需補強的地方，我們會進一步詢問，以免公布在網站的資料被質疑未確實依規定辦理。所以，我們是再度詢問委員以補齊資料。不知我的說明是否清楚。

#### 何委員語

全民健康保險會組成及議事辦法第二條第五項，有關「被保險人代表之委員，不得兼具雇主身分」中之雇主，現在係以全民健康保險法施出細則第十條所稱雇主來定義。如果以組成及議事辦法第二條第五項來講，我們是雇主，就不能當委員。可是這個組成又寫雇主代表 5 人，這是否應請衛生署修正為工商團體代表，以茲明確，要不然雇主的定義含糊不清。實際上，我們工總、商總、工商協進會、工業協進會及中小企業總會等 5 位代表，一定是雇主，因為這是雇主組成的組織，不可能是勞工，既然我們是雇主，這裡的雇主代表 5 人，希望衛生署在其後面括弧補充說明係工商團體代表，否則實在是模糊不清。〔註：全民健康保險會組成及議事辦法第二條第一項略以：健保會置委員 35 人，分配保險付費者代表 18 名(含被保險人代表 12 人、雇主代表 5 人、行政院主計總處 1 人)；又同條文第五項規定被保險人代表之委員不得兼具雇主身分，雖非限制 18 名保險付費者代表均不得兼具雇主身分，但容易引起「雇主」能否擔任健保會委員之混淆〕

#### 鄭主任委員守夏

謝謝何委員語。這與謝委員天仁之前的意見類似，依據衛生署訂

定的健保會組成及議事辦法，署長已經發給所有委員聘函，而且我們都已經開過 3 次會議，所以，務實地來講，大家應都是符合資格的委員，但規定寫清楚很重要，以免讓人產生誤解。就我所知，「雇主」兩字在不同部會、不同法規所採定義，也都不太一樣。我們瞭解衛生署健保小組在處理這部分，也許跟我們一樣都是第一次，如果要寫到這麼細，難免不能面面俱到。何委員的建議，請衛生署健保小組考量，是否依委員意見，用括號文字做補充說明，或請教法規會、法務相關人士，做適當修改。這辦法是衛生署訂的，不須經立法院通過，修正並沒有那麼困難。這個討論實已花太多時間，因為今天議案很多，所以請何委員語同意先將您的發言記錄下來，如果還是有問題，下次再做討論。

#### 何委員語

同意主席的意見，只是做個提醒，勞委會用的是資方代表，不叫雇主代表，應該比照勞委會寫法，所以我的意見是希望做成紀錄，建議衛生署應改為資方代表。

#### 鄭主任委員守夏

- 一、勞保也是保險，實際上，健保也是從公、勞、農保中獨立出來的，所以勞保的寫法是可供參考。也許健保有其特殊考量，但仍請衛生署健保小組併同考量，以免被誤解。
- 二、請問委員還有無其他詢問意見？

#### 干委員文男

沒有啦。

#### 鄭主任委員守夏

謝謝干委員文男。接下來進行報告事項第三案。

參、報告事項第三案「『103 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍』(草案)諮詢案」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

報告事項第三案是衛生署的 103 年度總額範圍諮詢案，於同仁宣讀後，再請健保小組代表說明。

同仁宣讀

梁組長淑政報告

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝梁組長。本案是衛生署在 103 年總額範圍報院前，先到健保會諮詢委員意見，所以今天不是審查、不是協商，只是諮詢意見。在此之前，衛生署已經跟學界、付費者、醫事服務提供者都個別召開過座談會，剛剛梁組長也將各方不同觀點、立場的意見，大致列出說明。
- 二、請委員表示對本項諮詢案之意見。先請何委員語，再請謝委員武吉。

何委員語

簡報第 17 張投影片，保險付費者代表所提建議之第二項，所列「二代健保甫實施，補充保費收入數難以預估，需考量 GDP、民眾付費能力等，擬訂高推估成長率。」文字，少了「低」字，這是我當時的發言，所以我非常清楚。如果少了這個字，會誤以為我們支持高推估值，所以應修改為「擬訂高、『低』推估成長率」。

鄭主任委員守夏

謝謝何委員語，這很重要。接下來請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、昨天報紙刊登 H7N9 禽流感疫情，台灣的第一個病例已經用到葉克膜，萬一疫情擴散，這些醫療費用是健保局或疾管局

或誰來出？或者是要動用第二預備金來處理？對此，我們健保會應該要有心理準備。

- 二、有關簡報第 10 張投影片，上個禮拜的今天，黃煌雄監察委員到高雄，也提到要推動醫院垂直整合方案。因此，建議這裡第三點提到的，加強區域內醫院整合，應做修訂。
- 三、有關簡報第 12 張投影片，我已講過很多次，健保法中找不到「部分負擔」等文字，只有「自行負擔」，以後應修改為「自行負擔」。
- 四、簡報附件「人口結構對醫療費用之影響率」，只提供各年齡別男女人數占率及申報費用點數，但我自己這邊有計算人數及費用。100 年醫院虧損 441 億，101 年 358 億，這些我們都算出來了。所以，我認為人口數及醫療費用等數據，應該要算得很準。如有需要這份資料，我可以提供參考。我這是向何語委員學習的，會議前要多作準備。

#### 鄭主任委員守夏

- 一、謝謝委員武吉。若有疫情爆發，與健保總額無關，政府會另外籌錢，有預備金用預備金，沒有預備金，比照地震、風災等重大災害，行政院、立法院會另訂特別法來處理，大概不會是在這裡做處理。
- 二、另，謝委員武吉剛所提「自行負擔」、「部分負擔」等用字，以及黃煌雄監察委員建議的垂直整合方案，人口或人口結構對費用影響的預估等，都請衛生署健保小組納入考量。

#### 謝委員武吉

建議健保會或健保小組要向衛生署反映，萬一疫情擴大，像第一個案例已經用到葉克膜，可預期費用一定超過百萬元。聽說此個案就醫的第一家醫院，即經由特殊走道入住醫院隔離病房，這表示醫院在第一天就懷疑是 H7N9，而我向該醫院人士請教，也是一開始就有懷疑，立即給藥，但投藥無效，而轉院至台大，其費用

肯定超過百萬元。對此，我們應該向衛生署建議準備相關經費，尤其是台北區，因為此個案發生在台北區。

鄭主任委員守夏

謝謝委員武吉。這邊還有蔡委員登順及謝委員天仁要發言，先請蔡委員，再請謝委員。

蔡委員登順

主席、各位委員及與會者，大家早。簡報第 17 張投影片，總額不應只有加項而沒有減項，我想提出一個看法，專案或試辦計畫經實施二年，若無法顯現具體成效，建議應做檢討並有退場機制，這樣總額才會較合理而不是一直擴大。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員登順。這個意見大家如有共識，在今年協商總額之前可再討論。現在是就 103 年總額成長率上下限，提供意見，細節部分暫不討論，但未來若有需要可放進去。

謝委員天仁

一、我的意見與蔡委員登順很接近，這些專案到底有沒有成效，例如，護理人力費用，要每年一直編下去嗎？其實資料已顯示，護理人員與病床的比率雖有調整，但事實上，很多醫學中心早已達到此門檻，既然已達門檻，為何還要加錢？醫院為了醫療品質的提升，已經做到這個水準，應該只比對有哪些地區醫院還做不到這個水準？需要多少經費？其他如台大、榮總等醫院，全部都已超過標準，既已達標準，為何還要編錢？健保小組到底有沒有看資料？有沒有考核這些相關事項？我們覺得很懷疑。所以，我認為這些專案在一定時間內，一定要做檢討，不可能這樣無限制編下去。

二、RBRVS 是相對值的問題，實際醫療密集度並沒有任何改變，為什麼每年還要丟錢？去年是因為調整急、重症的支付標準，基本上是有點因應五大皆空的問題，而這是大家可再討

論的議題。但我要講的是，RBRVS 的修正，也要做相關評估究竟有無考量到醫院總額已經占全部總額多少比率！其每次擴張的比例都比別部門大，我們的醫療體系已是頭愈來愈大，腳愈來愈輕，這怎麼會對？應該讓 RBRVS 做了以後，不增加錢，門診的相對值事實上就會變小，錢繼續給就不對，門診就會繼續擴張，這是不對的，應要調整過來。分級醫療的精神，在給預算的時候，就應該要充分考慮，如果沒有考慮到這些，就表示健保小組失職。

三、有關急、重症，去年因為我們與醫院部門沒有達到一致的意見，付費者代表方案同意 32.984 億，醫院代表方案 51.993 億，而衛生署最後是給 50.554 億。現在列出，103 年總額還要再給 30 億，不知道健保小組的依據在哪裡？政策計畫在哪裡？RBRVS 要調，急、重症也要調，不瞭解這兩個部分有無重疊的問題。我覺得這是整體面的事情，不是寫下去就可以要到錢，要把合理性及相關檢討的資料一併拿出來。事實上，付費者代表都有提出希望整合相關資料的意見，所以要說服我們，才能夠給錢。健保小組在這部分，可能還必須再加油。

鄭主任委員守夏

- 一、謝委員天仁所提三點建議，我個人都覺得很重要。第一個是有關專案計畫，這在七月份的評核會議，就會要求各總額部門提出執行成果，所以，屆時也請委員儘量撥空參加，也讓醫事服務提供者知道，既然是專案，就表示我們還沒有很有信心將其列入基期，所以是每年都要檢視，如果沒有效，是否就暫停；反之，若證明有效，是否就考量滾入基期。這在協商時，是可討論的。
- 二、有關 RBRVS 及急、重症，上次我們請醫事處許處長銘能專題報告，重點是在於急診等候太久的問題，其實沒談到這樣丟錢下去，以後醫療體系會長成什麼樣子，所以謝委員天仁講

得很有道理，如果讓大醫院愈來愈大，這樣對嗎？我相信大家一定也覺得不是很對，那該怎麼改？如果健保會真能展現與醫事處(或說是衛生署)不完全一樣的看法，我們是可發揮一些影響力的，如果我們有點理想性的話，是應該去改變。資源應放在哪裡？今天不做細部討論，但有這個建議非常好。到時候協商，看是要另做專案，或請醫事處或醫策會於評鑑時，思考和健保連結，或是可以怎麼處理？這些林林總總，問題還挺複雜的，大概也不是一筆經費或一個專案可以解決。若委員有共識，則不論是協商專案，或是請醫事處也同時啟動另一個專案，讓醫療體系變成大家比較想要的樣子，將是很重要的議題。

#### 楊委員漢淙

主席及各位委員早。專案應該要檢討，原則是對的，但是專案有兩種情形，例如慢性 B、C 型肝炎治療計畫，執行幾年下來，費用拉得很高，從一年 10 億變成 30 幾億，但如果這樣做並沒有讓肝炎患者的療效更好，當然是應該調整或甚至列為減項，而醫院也不用忙著去做這些事。然而有些專案就不是這個情形，例如護理人力專案的調整，醫院為此已經提高薪水、夜班費等，大家都很清楚，人事費用拉上去，可能不見得能夠增加多少人員，但今天如果因為人數沒增加要減列費用，那麼醫院已經增加的人事費用是不是要再拉回來？我想這是不同的情況，在思考、分析問題時，所謂的成效要如何呈現，像這個專案如果只考量人力增減，可能要減很多費用，但雖然人力沒增加很多，但也有增加了，且人事費用也已提高，所以評估結果時，這些層面都應該考慮進去。

#### 張委員煥禎

一、本週一我代表紅十字會去四川評估如何協助地震災後事宜，本應明天才回來，為了要參加本會議，特於今日凌晨趕回來，所以必須發言，才值得我專程趕回。

- 二、上星期去美國密西根及加拿大溫哥華，特地到當地醫院急診部門參觀，感慨良多。密西哥大學醫學院是美國歷史悠久的醫學院，設備非常好，有些處置項目不是醫院沒能力做，而是相關適應症的規定使得保險不給付，若用自費則非常貴，其檢傷分類做得很嚴謹。說明一位醫生朋友在該醫院的急診經驗，他的手撕裂傷(laceration)需縫合，因醫院判斷未危及性命，等了 6 小時才接受到縫合 3 針的處置。而在加拿大時，朋友孩子因腹瀉去急診，醫院說無脫水(dehydration)、無感染(infection)、無發燒現象，不符急診規定，如要掛急診須自費。這種情形在台灣，醫院急診如拒收病人會被民眾罵死。我贊成醫改會對急診的建議，但檢傷分類如不落實，不把急診當救命，而是救急，則台灣的急診永遠不會好，且永遠有問題。本項非今天主題就不在此討論。
- 三、謝委員天仁講得很好，我有個感慨，大家雖代表各團體與會，但都是為民眾把關，錢給多了不一定好，但不給錢也不一定好。RBRVS 可再討論，健保會可發揮功能，先拋出議題請相關單位報告後再討論，不然有時會被質疑給錢是沒道理的肥了誰，不宜光憑我們幾句話就決定該不該給預算，其中學問很高，可由學術界、實務界共同開會討論，不宜直接說給錢就是浪費，但不給錢一定對嗎？其實不給，受影響的不見得是醫院，有可能是民眾。
- 四、全世界都已經看出無法藉由部分負擔(copay)措施來推動轉診制度。大陸一直想推動轉診制度，但現階段是不可能的事情，民眾為何要到大醫院就醫，就像台灣二、三十年前一樣，因基層醫療水平太差，病人不願在基層就醫。但台灣基層醫療水平現已非常好，因為在台灣教學醫院若無主治醫師職缺，總醫師勢必會離開，故很多基層診所的醫師都是從醫學中心出來的，目前基層醫師有一半以上來自教學醫院，比率高達 58%。我當醫師已二、三十年，很清楚 copay 訂再高

也沒用，病人看不好就是會往大醫院跑，雖也有小病就往大醫院跑的情形，但畢竟是少數，通常診所就可處理 85%的病情，大部分的民眾並不會往大醫院跑。故推動轉診制度，調高部分負擔並非唯一方法，最主要應是加強基層診所的素質，台灣這部分已非常不錯，這些好的事情是該講的。

鄭主任委員守夏

謝謝張委員煥禎，渠感慨很深。建議委員發言內容還是回歸到大總額議題。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、本來要談大總額，但還是先拉出來一點點：基層水準是很高的，小病不必到大醫院。醫學中心門診到如今還是19~20%是小病，那是民眾自由就醫的選擇。外界有各種理由反對提高部分負擔，例如，住家就在台大醫院旁邊，為何要到陳內兒科診所看診之類！但門診copay(部分負擔)比率20%是法定的，絕對不能不達到，如何達到，有很多方式可進行，今天就不討論。
- 二、回到大總額的成長率上、下限問題，前署長楊志良教授曾講過健保陷入惡性循環，依其估算，單就老化因素，每年30萬老人增加的費用是150億元，但衛生署103年低推估資料，只增加幾十億元而已，數據顯然有問題。我剛稍微核算楊前署長的數據，應是尚未扣掉年輕人的費用的總費用。但即便只算兩者費用差距，每人至少差3萬5千。換句話說，人口老化至少就須105億，為何算出來不是105億？因為公式有誤，但誠如衛生署的報告，公式校正有基本困難，不可能隨便亂修改公式，請委員在總額談判協商時，記得這句話：「公式不代表事實」。
- 三、我非常贊成專案計畫應該檢討，如 B、C肝試辦計畫給20億，用了30幾億；給10億，用了20幾億，該檢討；給了錢，沒做，也該檢討，我非常贊成。此外，不是只加項要檢討，減

項也必需檢討，例如，從97年至101年的違規扣款，假設，第1年違規扣款7千萬、第2年5千萬、第3年1億、第4年8千萬、第5年4千萬，5年加起來共扣了總額費用3億4千萬？不對！是10.5億，大家都忘了，這是逐年累計的。例如我有位朋友未經診斷逕行給藥，97年被罰42萬元，98年總額因此被扣42萬，而且每年都從基期扣掉42萬，5年被扣210萬，換句話說，他一個人做錯事被扣42萬，非但這五年所有基層醫師已經替他付了210萬，而且還每年不斷扣下去，道理何在？這部分應檢討是否該終止！

四、要檢討專案計畫，合理！但這種懲罰性的扣款，明年可不可以把去年、前年的、大前年的、大大前年的算進來繼續扣掉？這對各科醫療服務的傷害非常大，不能再這樣算下去了！這部分也請將來一併列入檢討。

鄭主任委員守夏

如果大家對成長率高、低推估價值之內容沒意見，本案就到此。至於付費者與醫界兩邊各有不同意見，就要協商。每次提到基期，就想到李教授玉春，即以前的費協會主委，渠曾提請大家思考基期應否檢討的問題。若要檢討，則5千億用到門診、住院、藥費、檢驗、檢查...全部都需檢討，但大都不敢檢討，因為擔心一檢討下去會沒完沒了。基期增加與扣減，本就是很大的累計。預計6月就會開始陸續進行103年度總額協商相關作業，屆時委員如有更好意見，都歡迎提出。

陳委員宗獻

補充一句話。

鄭主任委員守夏

好，一句話。

陳委員宗獻

總額是概括承受的概念，我們並沒有拿到1點1元，若要算到很

細，要算的項目會很多。

鄭主任委員守夏

沒錯。接下來進行報告案第四案，103 年度總額協商工作計畫，請宣讀。

柴委員松林（書面意見）

對於醫療費用之增加，已將人口老化因素列入。人口老化人數雖歷年成長，但亦應考慮以下因素，不宜單純以人口老化之人數增加為單一指標：

- 一、預防之效果，如癌症之提前篩檢。
- 二、國民健康之增進，飲食、運動等之效果。
- 三、疾病之消滅，如某項疾病之消滅。
- 四、社會福利制度之普及強化，降低傷病及心理因素效用。
- 五、醫藥及技術之進步，對老年疾病之療效。

肆、報告事項第四案「103 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商  
工作計畫」之與會人員發言實錄

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

本總額協商工作計畫案和以往費協會的模式，並未有很大差距，  
委員如無特別意見，就同意。接下來進行第五案，健保局業務執  
行報告。

伍、報告事項第五案「中央健康保險局『102年3月份全民健康保險業務執行報告』」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

依本會第2次委員會議決議，健保局業務執行報告，每3個月進行一次口頭報告。本次須口頭報告，有請黃局長三桂。

黃局長三桂報告

鄭主任委員守夏

我先說明，本案為例行性報告，因後面還有五項討論案，而現已11點，所以耗用時間已超過會議時間的一半。謝委員天仁前曾提過，討論案比較重要。我建議報告案不要花超過一半的時間，相關例行性報告，委員如需詢問，桌上都有發言條，可以書面方式提出，再請健保局書面回復；若非例行性報告，或有明顯錯誤需立即澄清，再發言，並讓健保局當場適時回應。委員是否同意？這樣就可提高效率並節省會議時間。

莊委員志強

先前會議健保局曾提到，二代健保收的錢在2~3月會陸續進來，請問二代健保補充保費增加的收入是否足夠補一般健保費率調降的部分？請健保局能予說明。

黃局長三桂

二代健保補充保費收繳狀況，將安排於下個月報告，相關資料統計約在四月底會完成。

鄭主任委員守夏

先前有委員提請健保局說明補充保險費收繳情形，該局表示，須等資料進來才能整理分析，所以健保局下個月會報告。歡迎委員使用發言條，內容仍會列入發言實錄中。

干委員文男

議程資料第32頁的重大傷病領證數，成長很多，101年有96萬多

件，請問有無重複計算？就我記憶以前才 80 多萬件。

黃局長三桂

這一項會有兩種數據，一為領證數，另一為人數。歸戶後的人數統計，會扣除重複領證的部分，其為 90 多萬人沒錯，成長率非常高。

陳委員錦煌

有關點值問題，牙醫、中醫、西醫都在 0.9 多以上，但門診透析點值為何一直 0.8 多？以前我也常盯著透析，6 萬 8 千多個洗腎病患，一年要花到 310 億元預算。但究竟什麼原因造成點值只有 0.8 多？透析相關單位人員曾來找過我，醫學會也曾向我反映有什麼問題，我擔任費協會 4 年委員，常聽到這樣的聲音。其他總額部門點值都有 0.9，透析才 0.82，後來才有 2% 的獎勵金，今天好像會討論到類似的案子，看起來好像醫界不要這筆錢。主席，能否先請健保局說明透析點值低的原因。

鄭主任委員守夏

請問健保局能否回答。

黃局長三桂

透析病患人數每年會自然成長一定百分比，但預算的成長低於人數的成長，故點值愈來愈低是必然的。

陳委員錦煌

當初洗腎預算不給它成長率，給 2% 獎勵金，僅獎勵非外包，外包則沒有獎勵，聽說外包廠商不爽，若壟斷相關的材料、儀器，怎麼辦！洗腎品質會下降，我是公正人士，要關心。

鄭主任委員守夏

謝謝陳委員錦煌。我們當中有不少人曾擔任費協會委員多年，可以問其他委員，包含陳委員，當初協商時為何不給成長率。當初有當初的考量，每年狀況不同，現在點值真得非常低，等一下討論事項第三案會再討論。謝謝健保局的報告，接下來進行討論案。

陸、討論事項第一案「102 年度各部門總額執行成果評核作業方式  
(草案)」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

討論案第一案，請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝宣讀。費協會已辦理評核會多年，本案看起來較以往並無太大的改變，也有許多委員都曾參加過評核會。請問委員對評核會辦理方式有無其他意見？請謝委員武吉。

謝委員武吉

將醫院列入評核範圍，以前我曾建議過，費協會也從善如流。現在評核範圍有門診透析服務，請問該項評核後，有無獎勵？

柯執行秘書桂女

門診透析分屬西醫基層及醫院的服務項目之一，故在西醫基層及醫院部門都會顯現。

鄭主任委員守夏

謝委員武吉有何建議？

謝委員武吉

我建議門診透析要另案，依表現好或不好獎勵。

鄭主任委員守夏

往年由總額專業自主承辦單位報告執行成果，評核結果好壞，承辦單位要負較多的責任，醫院部門並未承辦，係由健保局及醫院共同負擔責任，至於門診透析服務屬獨立預算並非部門總額，歸到醫院及西醫基層，是否要獨立進行報告，委員可表示意見。

施委員純全

中醫列入評核的專案計畫項目，議程資料第 25 頁與第 30 頁所列的項目不同，第 30 頁多了小兒氣喘與腦麻計畫，這兩項在 102 年

已列入一般服務。

柯執行秘書桂女

施委員純全所提的議程資料第 30 頁是 101 年的評核方式，因考慮部分委員不熟悉評核作業，故特別做說明，並提供 101 年作業方式供參考。102 年的評核作業方式，則要看第 22~26 頁。

陳委員宗獻

請教一個問題，今天討論的部分，並未提到評核會議當天相關計畫究由健保局或總額承辦部門報告，有些項目由健保局負責，例如案件的申請，執行則由基層醫師執行。

柯執行秘書桂女

評核作業方式如今日討論通過，幕僚會將報告內容大綱及各計畫的報告單位，行文通知總額部門及健保局，若由健保局執行的計畫，當然由健保局報告，往年的模式都是這樣，健保局與醫界會就所負責的計畫進行報告。委員如希望明確列出各計畫的報告單位，可於下次會議中補充。

鄭主任委員守夏

議程資料第 24 頁，未接受健保局專業事務委託之總額部門，由健保局報告執行成果，未受委託部門補充說明，並予以評分。照規定未受委託，可以不做報告，但總額部門通常會希望進行報告，因未受委託不表示未做。至於是以總額部門或健保局為主或為輔，請幕僚於行文時說明清楚，那些計畫是部門必須報告的，那些則得補充說明，即由健保局報告的計畫，總額部門可補充說明，反之，由總額部門報告者，健保局亦可補充。

陳委員宗獻

這個部分尚未講定，到時可再做討論。

柯執行秘書桂女

幕僚於行文時，會告訴各總額部門及健保局所負責的計畫。

陳委員宗獻

行文告知就不同了，行文告知等於是「確定」。

柯執行秘書桂女

請林組長宜靜說明。

林組長宜靜

請參看議程資料第 25 頁，西醫基層總額共有 3 項專案計畫，醫療資源不足地區改善方案、家庭醫師整合性照護計畫、診所以病人為中心整合照護計畫。往例做法，家庭醫師整合性照護計畫由健保局主報告，其他兩項計畫，因基層部門有受託，會請基層部門報告。

陳委員宗獻

我贊成遵循往年做法。

鄭主任委員守夏

如以前模式並無問題，請幕僚寫下來，大家有默契，就依循往例方式。大原則，受委託總額部門要報告，未受託則可補充。委員有無其他意見？

蔡委員登順

評核會議已辦理多年，中醫、牙醫及西醫基層部門都有受委託，僅醫院部門沒有，去年中醫、牙醫及西醫基層部門都有派代表做簡報並進行評分，等級在良及優級，品質保證保留款的成長率約 0.1%~0.3%，這部分的成長率都有滾入基期，每年都累進成長，對表現好的部門是一種鼓勵。去年醫院部門因未受委託，由健保局代行簡報，醫院部門並未補充說明，亦未接受詢答，仍獲得品質保證保留款成長率 0.1%。考量總額部門之間的公平性，建議未受委託部門，應派代表進行簡報並接受詢答，以分享一年來共同努力的成果，若與過去相較品質有達到更好，可獲更優的分數與獎勵。以上建議。

鄭主任委員守夏

醫院部門有無意見？

張委員煥禎

針對門診透析部分，當時費協會有好幾年沒給成長率，因認為它的利潤太高，而把它壓下來，但好像有點矯枉過正，現在點值 0.8 多。我記得血液透析支付標準點數從 7 千多、6 千多、5 千多、4,200 到 3,800，若以 3,800 來看，點值 0.8，等於是少付 7 百多元，少的錢都是它的利潤，7 百多元已算扣掉很多了，現在似已變成劣幣驅逐良幣，做得好的，錢一直降。為避免因錢下降致使品質受影響，我覺得這時的評核應發揮功能，透析預算成長率是否增加是一回事，但單就評核來講，表現好的是否應獲鼓勵？點值已降到 0.8 多，應可分得出來，在大家都降的情況下，是否應鼓勵仍做得不錯的，但獎勵的費用不應從西醫基層總額或醫院總額或門診透析預算中拿出來，這樣就沒意思。建議既然要評核，仍可照原則辦理，我們可考慮透析是否要評核，一方面已達把支付點數降下來的目的，另一方面又可獎勵好的透析醫療機構，不管是在基層或醫院。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝張委員煥禎。委員有無其他意見？評核會議現已用兩天時間來辦理，真的很累，要不要給透析一點時間，讓其代表來報告，就是從醫院及西醫基層部門各拿出一點點時間，讓透析代表報告，也讓健保局做報告？若大家同意，就請幕僚安排。也許透析報告的時間不必像西醫基層、牙醫等總額那麼多，因為終究是歸在西醫基層及醫院兩邊，但讓他們來報告，也讓健保局說明。
- 二、針對蔡委員登順的意見，醫院代表若是不願意列席評核會，就不要評核，否則相關獎勵應該是給健保局。請醫院代表做說明。

### 郭特助正全(翁委員文能代理人)

本人代表醫院協會回答蔡委員意見，各部門總額本身都有一個總額委員會針對該總額服務數據做控管，所以會有數據可以向委員報告。我怕蔡委員登順反映的在醫院總額實際運作上會有困擾，因為醫院的費用結構複雜，約占了健保總額的三分之二，與其他部門不太一樣，醫院的任一代表不是完全可以回答委員的所有問題，若醫院部門可以由一組人代表陳述，或許可以回答，因為它不是侷限在某一個科或某一層級上。

### 鄭主任委員守夏

郭委員的意見很中肯，醫院代表願意來，但是不一定能回答全部的問題。蔡委員登順的意見是醫院代表連來都不來。

### 蔡委員登順

部門代表接受評核，專家學者有專家考量，委員有委員的看法，能當場回答最好，也是可以加分，如果連來都不來，沒有詢答，又要拿成長率，我覺得這樣不太合理。醫院總額是占率最高的部門，但醫院代表對這塊好像都不太關心。事實上，消費者最關切的是醫療品質，所以才要做評核，拜託醫院部門也要努力把這部分做好。

### 楊委員漢淙

- 一、醫院團體從來都有參加評核會，是否有指定醫院代表說明，我不清楚，我個人過去是沒有參加，但保證醫院代表絕對有參加。
- 二、剛剛醫學中心代表所講的是事實，要做專案評核，要請把評核項目訂出來，若通通要求一個人說明，即使是理事長，也有沒辦法回答大哉問的問題。對專案評核，希望能有一些很明確的項目，不然委員隨便說一句話，醫院代表說不定要準備一個月，還不一定能準備好並當場答覆。若是當場沒辦法回答，回去蒐集資料，過一段很長時間之後再回答，並沒有

達到溝通目的。如果能針對這些題目，事先明列，較易說明，但若項目太多，醫院部門可能也不知道該派誰來說明，所有的項目大家都可能會關心，真的沒有辦法滿足大家。

鄭主任委員守夏

剛剛蔡委員登順的要求應該是沒有問題。

謝委員天仁

- 一、評核是客觀的，與有沒有來報告無關。我們尊重評核專家，認為優就是優，認為良就是良，來不來報告是另外一回事。明明醫院做得不錯，只因為他沒有來報告，就不給獎勵，這沒有道理。我們尊重專家，評核機制就是這樣做。
- 二、關於透析，門診透析不是獨立部門，請他們來報告，我沒有意見。至於獎勵要如何做，這是醫院、西醫基層部門運作的問題，沒理由要個別去做獎勵，這違反四個部門的原則，我們是框部門預算，而透析不是一個獨立總額部門。

鄭主任委員守夏

- 一、剛剛提到，若有時間可讓透析部分做獨立報告，可以呈現其品質狀況。至於謝委員天仁所提獎勵，應該是回歸各部門做調整。
- 二、剛剛楊委員漢淥已回應，醫院代表都有來，只是不見得能當場回答評核專家學者及委員的所有問題。
- 三、評核會動員的人力非常多，除了總額部門，還包括健保局，要花一個多月的時間準備。如果有可能，希望時間儘早確定，讓各部門可以提早準備。評核會已經持續辦理很多年，評核資料已經夠細了。我們原則上通過這個提案。請蔡委員登順發言。

蔡委員登順

我並不反對透析報告，評核會已經辦了幾年，其他的中醫、牙醫、西醫基層部門都有派專人報告，這是加分，表示做得好，專

家也一定是尊重。我強調的是，能夠派人來是加分，在報告過程當中，若評核專家或委員有意見，可以當場回答，若不能回答，相信評核委員心目中也有一把尺，我們一切尊重，並沒有說不來就沒有分數。

鄭主任委員守夏

第一個討論案就照案通過。請問陳委員宗獻還有補充的嗎？

陳委員宗獻

- 一、第28頁的評核項目都很固定，配分也都在這邊，若透析要做報告，應該如何報告？應該也是依此評核項目報告。若是如此，相信要花相當時間，還有他們提得出滿意度數據嗎？要不要讓透析報告，還要考慮。
- 二、說良心話，評核會，醫院代表委員都有出席，甚至每場次都到。委員所問的問題大概都不會跑出這些評核項目範圍，像是民眾滿意度、公平性、服務效率、利用率、效能、支付標準修訂等等，回答不會很細很困難。只是做部門說明時，西醫基層沒有很多時間可以分給透析。

鄭主任委員守夏

若要让透析報告，則是新增，能否授權健保會幕僚與透析代表談，至於是否只找台灣腎臟醫學會談，相信不是，因為還有西醫基層透析協會。透析報告不必將全部的評核項目都放進去，重點是品質。建議授權讓幕僚處理，看他們要報告什麼及需要多少時間，並且做安排。

蔡委員登順

關於透析，記得 101 年度給 1% 成長率，鼓勵非外包院所；102 年給 2% 成長率，也是鼓勵非外包院所，所以都有給透析成長率，並不是沒有給。若大家覺得透析點值太低，是不是成長率給的不夠，在協商明年度總額時，委員可以納入考量，但 102 年說沒給透析成長率是不對的。

## 黃委員建文

評核會已經辦理這麼多年，有一定的評分標準，透析只報告品質，那其他部門的報告方式如何？

## 鄭主任委員守夏

透析不是獨立部門，並不會評分，只是讓委員瞭解，剛剛公正人士對洗腎提出擔心，為讓付費者代表瞭解...

## 陳委員宗獻

那就在委員會議報告。

## 鄭主任委員守夏

若是透析不願意報告，或是時間無法配合，又是另外一回事，我們先釋出善意。目前還不知道評核會當天會有多少委員參加，評核會有兩天的時間，我們希望讓關心透析的委員知道透析服務做得如何。

## 何委員語

- 一、評核會議的資料太多了，提報資料的確實性還是要依賴健保局查證是否準確，評核委員在短時間內收到非常多資料，光是影本就寄了將近 20 本，正式資料又有 20 本，資料許多又重複，我們都不知道該如何抓重點。
- 二、評核會僅兩天，時間太短，若要真正評核，應每個部門都花上一天的時間，四個部門總共要花費四天。評核時間都很匆促，報告時間只 1 天半，半天評分。基本上只能看健保局的檢查數據確實與否。
- 三、透析過去都沒談，蔡委員所提透析去年成長率為 1%，今年成長率為 2%，透析明年若要爭取更高金額，自己要準備充分資料給大家看，報告只有一段時間，最重要的是透析是否願意提出一份完整書面報告，獲得大家認同及支持。因為評核會的報告時間很短，付費者只能問表面問題，很容易就可以打發，建議透析先做書面報告會較完整。

鄭主任委員守夏

幕僚可以先試著安排透析報告時間。關於何委員提議評核會應要四天，保證會找不到有學者專家願意擔任評核委員。評核會已經辦理這麼多年，資料很多，其中有哪些項目都沒有變化，可以將它刪除，先請幕僚分析，將十年都維持在一條線之項目刪除。本案已經討論太久了。

張委員煥禎

委員的發言實錄都記錄得很詳細，剛剛蔡委員登順說，透析的成長率沒有停過，是不對的，100 年停了一年，101 年成長率為 1%，102 年成長率為 2%，都是用在非外包院所的獎勵，之前確實有停過一至三年。

謝委員天仁

程序問題，這個部分與評核無關，主席已經提示，等一下第三案會討論。

張委員煥禎

對不起，因為有委員說我講錯，會記錄下來，所以我必須澄清，事實上洗腎成長率中間有停過一年以上...

謝委員天仁

請在等一下討論相關議案時再發言。

張委員煥禎

我講的是評核，剛剛補充的是成長率停過...

謝委員天仁

現在我們講的是評核，其與錢沒關係...

張委員煥禎

那就由主席來認定，請大家互相尊重委員間的發言。委員發言都會記錄，若不澄清，會被認為是亂講話。

鄭主任委員守夏

請兩位委員暫停發言。張委員煥禎所說的我們瞭解，若剛剛有講錯，實錄可以做更正，這樣會議紀錄才會完整。謝委員天仁的意見很清楚，等一下會討論透析。本案通過，討論到此結束。

柒、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」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。請問兩位提案委員有無補充說明？

何委員語

5 位雇主代表都是本案提案人，但我與謝委員天仁連絡時，渠表示案子已經送出，所以來不及列入，我建議 5 位雇主代表都列為提案人。接下來請謝委員說明提案意旨。

謝委員天仁

一、這個提案是針對全民健康保險會最主要職務所推出，考量以前相關運作實務，我認為全民健康保險會組成及議事辦法第九條，要求付費者代表推選 10 人，代為行使發言、提案、協商職權，將造成總額協商沒有辦法進行。每位付費者代表背後都有組織，沒被推選的委員，回去沒辦法做交代，會造成協商困難，甚至協商破裂。費協會有相關協商歷史，付費者是有組織的，以去年為例，有主談、協談，所有的人都參與，沒有人例外，假使有意見不一致，會在場外做整合。我認為用人數對等協商，沒有意義且無聊。協商要實質對等，要武器對等，即專業要對等，現在是專業不對等，用人數對等的形式沒有意義。如果要人數對等，各部門本身委員人數沒有 10 個，例如醫院人數沒 10 人，還需要配合牙、中、西醫基層委員，若是過程哪個人放炮，責任誰付？我認為並不可行。醫院協商時，西醫基層、牙醫、中醫代表在旁邊枯坐，牙醫協商時，西醫基層、醫院、中醫代表在旁邊枯坐，敢發言嗎？我覺得這跟現實脫節太多，建議透過健保會決

議，讓衛生署瞭解此有窒礙難行之處。健保小組所提意見是緩兵之計，法規規定就是選 10 個，若沒選 10 個進場去談，最後會產生什麼問題？若付費者代表委員大家同意選 10 個，消基會不會有太大意見，我是兼顧各單位意見，希望各單位的意見在總額協商時能充分被考慮。雇主代表也提到相同看法，因為我的提案送得太快，剛剛 5 位雇主代表也同意，他們也想全員參與。

二、另外就是專業對等，很多東西要透過大家說理，讓付費者代表瞭解這筆費用是否有必要，要有專業。把以前與我們一起參與協談的專家學者去除，以後我們怎麼談？以後衛生署是不是希望健保會像菜市場一樣，大家去喊價，這不是專業健保會要做的。為維持健保會專業形象，希望每位委員都應支持本案。

鄭主任委員守夏

大家的用意、出發點都是良善，相信健保小組不至於故意弄個讓健保會無法運作的辦法，我們先有共識，是要開得成會，協商之後有共識，讓衛生署可以好做事。過程可以有改善，不知其他委員有無意見？

郭特助正全(翁委員文能代理人)

早期的協商沒有發言時間約束，形成會議開的沒完沒了，我想時間上的約束是有必要，延長時間要取得大家的共識。去年協商因為有人數的限制，醫界有遺珠之憾，造成有些前面委員講一句話就要換後面的代表上來。協商是一個適當的平台，消費者想知道的，總要有人說明回答，且要由清楚的人回答，醫界代表要讓消費者充分知道各層級經營面對的困難。以往人數限制真的是不太恰當，能上去回答的相當有限，一個時段也只能一個人代言，至於幾個人不是很重要，重點是付費者的需求，醫界要有人作充分的回答。

何委員語

- 一、針對本案補充報告，健保小組提到，按照立法意旨，健保會定位為諮詢、溝通平台。若是諮詢平台，那就不必總額協商，直接送衛生署裁決，不必浪費我們那麼多的時間。
- 二、對等不是只有人數對等，不能付費者坐在臺下，醫界坐在臺上；也不能讓付費者坐在臺上，醫界坐在臺下。時間也要對等。每個總額部門給相同時間，不能說西醫基層給多少時間，醫院部門增加很多時間，不是對等。對等最重要的是要在和氣之下，解決很多問題，要互相理解。
- 三、健保小組的補充說明第五點，「...若確實有空礙難行之處，再就執行面提出建議，供為修法(規)之參考。」現在已經不是「若」，應該是「確實有空礙難行之處，應提出建議，供修法(規)之參考」。18人已經選不出10人來了。只有兩條路，一條是18個人全部拒絕協商，送署裁決；一條是18人都進去談，要怎麼談就怎麼談。

鄭主任委員守夏

請問在場委員有無不同意見或反對意見？請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、我覺得一個問題的討論，都是多面向的，所以謝委員天仁的這個提案，從某一個面向來看都是正確的，每個委員代表性必須要兼顧，協商的對等性也要考量。從專業角度來看，醫療提供者較足夠，消費者代表較不足，這個部份需要有其他方法來補足。
- 二、從二點來討論，第一點，我們需不需要人數的對等？人數對等的意義何在？若以中醫總額為例，中醫總額只有1位委員，在協商時其他部門委員因為非其專業，大部分都不會發言，以衛生署原訂的規劃，需要10位對10位委員進行協商，若以謝委員所建議，加入所有委員，其實不止18位，是25位，若扣除政府代表，則最少有20位委員，因此如何在1比25的協商場合得到大家想要的成果：既專業、又符合民眾需求、又兼

願公平正義及對等等條件？需要大家思考。

- 三、再以中醫總額為例，就1位中醫代表委員提出說明，20多位委員各自發問，如果委員間意見本身不一致，協商時間假設2小時，但給中醫總額部門真正解釋的時間能有多少？假設如謝委員提案，只由4位協商代表發言，其他委員不發言，（依過去經驗他們可以私底下協商，或暫停協商進行內部討論。），則1比4，那應該還好。但若在會議中間，有委員提出：「不行！我的看法跟內部協商結論不一致，我反對...」，這樣下來2個鐘頭很快就過去了，連協商因素都談不完，結果「時間」對等也做不到。人數「相等」可以是虛假的對等，人數「不相等」也可以是真正的對等，我們應盡量達到實質的對等，不能只談25比1或10比1。
- 四、第二點是時間的對等，若協商的2個鐘頭都是消費者代表在發問，這樣對中醫總額團體也不公平，因此時間要各自雙方計算，這樣即使有一方是100人發言也沒關係，在有時間限制下自然會精簡發言，制度會強迫讓協商更合理，達到共同目標，這部分好好處理之前，不宜貿然刪除。

謝委員武吉

- 一、陳委員宗獻記憶可能還停留在去年的 15 秒，我也還記得人家叫我不講話，這些都還記憶猶新。在會議資料第 32 頁中第三點提到，「...並由付費者擇定學者專家參與協商，俾總額協商順利進行」，這部分如何運作我不是很瞭解，這是什麼意思？我只有國小畢業，看不懂。
- 二、二代健保法所規定的內容，想必是經過思考而決定的，若我們要修改，是否對立法委員不尊重，請審慎考量。

謝委員天仁

- 一、補充說明，其實我們參加過很多次協商，陳委員宗獻提到中醫部門只有 1 個委員，但我們從來沒有限定只能 1 個人，實際上歷年協商中醫總額時，也不是只有 1 個人代表中醫團

體，各部門本就可擇定適合談判的人上場，怎麼法規限制只有本會委員才能參加呢？這是不合理的，重點應在此。

- 二、若要限制人數，18 人對 18 人，例如中美貿易談判，都是各自找自己的團隊，怎麼只有 2、3 人才能來參與，這些規範應有彈性，只要不太離譜都不會妨礙協商本身的進行。若醫院部門要 5、6、8、18 人參與，我們都歡迎，談判時把資訊充份揭露、充份公開是好事，我們可以更充份去考量，不可能說付費者代表不要限制人數，但卻限制總額團體代表，這部份給各位做參考。
- 三、我們的想法是這些規定都應該要刪除。若西醫基層要揪 30 人來協商，而會議場地空間也夠、協商氣氛融洽、時間控制得宜，我們都沒問題，去年付費者代表那麼多人，也沒有失控的情形，不是 10 人才會產生應有的效果，而是大家有秩序、有組織，則談判本身就可以在軌道上運行。若醫界委員認為 2、3 人不夠，可以找同部門菁英參與，不需要尋求其他部門委員協助，因為他們也不見得瞭解別的部門，也搞不好他們會被我們收買。

#### 陳委員宗獻

我就等謝委員天仁這句話，因為健保會是新的委員會，還有就是醫療提供者在協商時的人數考量。

#### 鄭主任委員守夏

瞭解，歷年協商時也不是只有委員上場而已，還有很多幕僚及協談人員。

#### 吳委員玉琴

我要再強調，剛才謝委員天仁的提案很清楚，不只是付費者代表

18 人中推不出 10 人，我想醫界代表要與付費者代表對談也會有問題，可能中醫部門會 1 對 10、牙醫 1 對 10。這目前已是窒礙難行，而不是要執行後再提出建議，所以我們在上次會議中一直要

求，請衛生署健保小組要審慎研議刪除此條文。我想再次強調，本條已不適用，應刪除，讓未來協商是可行的。

#### 鄭主任委員守夏

- 一、謝謝，我想我們這樣溝通應該很清楚。
- 二、只要本辦法第 9 條把數字對等拿掉，換成對等協商的精神，我認為這樣就可以運作。本會沒辦法在 10 比 10 之下召開協商會議，拜託衛生署健保小組修改本條文，把幾比幾拿掉，依照健保法第 5 條條文來陳述，在人員、地點、時間、專業等層面上，本對等協商精神進行年度醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配，若這樣修改，委員會較好運作，不然，不要說 18 個推 10 個就要先打一架，委員無論抽籤有抽到或沒抽到，心中都很不舒服，中醫、西醫基層等部門，要湊 10 個人可能比較不是問題。
- 三、在未來 5 至 8 月委員會中都會再討論相關細節，如：場地配置、專家學者角色、部門協商時間、發言時間等，這些我們後續再來做細緻的討論，今天主要是請衛生署將幾比幾的規定修掉，否則將不易進行後續協商作業。

#### 陳委員宗獻

- 一、個人部分贊成第二案的內容，因為人員的對等很困難，而時間的對等很重要，但不必在今天全部訂出細節。
- 二、贊成以對等協商精神安排協商，而提案內容中：「...付費者代表亦全部參與，有主談者4位，其餘為協談者，以提高協商效率」，這應該也列入決議。

#### 鄭主任委員守夏

抱歉，對謝委員天仁的提案內容不是照單全收，決議是按我剛才所說，請衛生署修改現行辦法第 9 條，把幾對幾、數字對等拿掉，而改成「基於對等協商之精神，進行對等協商之相關安排」。謝委員提案的目的也是請衛生署修第 9 條，其他的細節，

本來就還沒有討論，在時間限制下，如何進行對等協商仍需討論，到目前為止，我沒聽說過協商哪一邊欺負哪一邊，只有主席欺負哪一邊，若是主席的問題，罵主席就好，但不至於有不對等的情況。因時間有限，本案先討論到此。

謝委員武吉

一、陳宗獻委員心理應該還是很不舒服，時間對等很重要；另外，主席也應該要把自己管好；對於一些攻擊批評的話語，我們不是聽不懂，我們也不會講輸人，到時候說起來就會比較不客氣，這樣實在不好。

二、我還是建議若要修改應要審慎考量。

鄭主任委員守夏

謝委員武吉有特別提到不能違反健保法，我相信會落入文字，而衛生署也會注意這部份。

楊委員漢淙

總額協商目前感覺上是一對一的個別總額協商，但我認為總額協商的設計還包括四部門的分配，而四個部門目前沒有對分配的問題進行討論，是付費者代表直接對醫院、基層等總額做分配，這種設計，與總額支付制度的原始設計相違背。去年協商時有醫界委員只能坐在後面旁聽、被禁止發言等，我認為應綜合考量，以中醫為例，中醫部門若獲得高成長，則其他部門的成長就會被壓縮，因此應該給其他總額部門代表發言的空間。

鄭主任委員守夏

楊委員，這些內容我們會在5至8月繼續做更細緻的討論。

楊委員漢淙

委員發言有時間限制，我剛才發言應在時間內，但主席這樣中斷似乎不太禮貌。

鄭主任委員守夏

抱歉，剛才已經強調今日討論案眾多，會議時間實在有限，加上本案我已做成決議，若有不同議案我們再來討論。再次跟楊委員抱歉。

捌、討論事項第三案「為維護醫療照護體系正常合理之運行，保障民眾就醫權益與品質，建議以浮動點值不得低於 0.9 為監測標準，且對浮動點值低於 0.9 之總額部門，應立即啟動檢討及補救機制」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

鄭主任委員守夏

謝謝宣讀。本案請謝委員武吉補充說明。

謝委員武吉

醫院總額自開辦以來，點值都在 1 點 1 元以下，剛才黃局長三桂的報告大家也聽得很清楚，醫院、西醫基層、門診透析等三個部門點值惡化的情形愈來愈嚴重。浮動點值是一個能看出醫療品質的指標性項目，若不了解浮動點值及其對醫療品質的影響，有虧本委員會的職責，因此我提出，當浮動點值低於 0.90 時，應提出檢討及補救的機制。這裡也感謝健保局的答覆及本會幕僚的補充說明。目前醫院總額支付制度品質確保方案中對每點支付金額變動的容許範圍是 5%，但為平均每點支付金額(含浮動及非浮動點值)，仍建議醫院總額以非浮動點值為啟動標準。

楊委員漢淙

一、附議本案。

二、依本案補充說明，相關辦法早已訂定，但卻沒有運作，才有今日的提案，請補充說明未執行的理由何在。

謝委員武吉

我更正剛才的建議，是以浮動點值來做為啟動標準，而不是非浮動點值。

鄭主任委員守夏

沒關係，重要的是本案未來該如何執行。先請其他委員發表意見。

#### 干委員文男

- 一、先請教健保局是否有訂辦法？若有的話，當然要多方面檢討原因，但再怎麼檢討，也是從基層總額、醫院總額多分一些預算給洗腎，總不可能挪動其他部門的預算。
- 二、洗腎院所這幾年來的退出率為何？剛聽陳委員錦煌說得很痛心、咬得牙癢癢，表示當初協商時一定是他們做不好，所以才不給成長率，若有相關的辦法、機制，當然要檢討，有檢討的結果後再討論，至於百分之五、百分之十，是否從各總額內挖東牆補西牆！否則總額協商已完成，錢要從何來？以上是我的建議。

#### 郭特助正全(翁委員文能代理人)

- 一、我想干委員關心的問題也是醫界關心的。在總額協商時，行政院會核定成長率上下限值(成長範圍)，而付費者代表協商時都會壓制在核定的範圍內。
- 二、總額設計有風險共同分攤機制，總額執行時不是單一個體可以控制消長，若造成點值浮動太厲害連續一段期間，點值與預期差異太大，我們現有協商機制沒辦法解決，除協商、非協商因素外，另有可能調整的空間是掌握在所有委員手上，要不要考慮去啟動機制來調整點值差異太大的部份？我個人的建議是，基本上制度需要設計有這個彈性的機制存在，但是否執行，端視委員在協商時認為合理不合理而已。

#### 謝委員天仁

- 一、以前在處理類流感時，曾有過類似討論，年度協商結果沒到行政院高推估值，醫界認為還可以再協定，經衛生署法規會解釋，已協商完成後不能再更動，高推估與低推估只是一個目標，要求以前的費協會(即現在的健保會)在此範圍內完成年

度總額協定，所協定總額經衛生署核定公告後即確定，不可能因為年度總額結果與高推估間尚有差額，就還可再做更動。

二、透析點值目前會產生這樣的現象，是因為經過監察院黃煌雄委員的檢視，認為透析支付金額偏高，因此原支付標準 4,017 點，降成 3,912 點，這就好像支付標準提高，總額部門要求增加預算，但支付標準降低，卻沒有繳回預算。適才陳委員錦煌提到過去有段時間透析成長率凍結的時空背景，後來發現部分透析院所屬於外包，與衛生署「核心醫療業務不得外包」政策相違背，當時費協會認為核心業務外包是違法的，但健保局無力查核，為了維護合法、非外包的透析醫療機構，因此 101 年 1% 成長率用予獎勵非外包院所，102 年之 2% 成長率亦用予獎勵非外包院所。101 年之 1% 已滾入基期，今年的 2% 獎勵金援例亦將滾入基期。我認為歷史緣由應講清楚，是因為支付標準調降的現象存在，而為何支付標準調降後，點值還這麼低？是否為服務量的問題？又，目前已有機制，健保局應啟動既有機制，進行檢討。

三、我不反對啟動任何檢討機制，但各位應瞭解，我們是總額制，就像工程總額承包一樣，若部門能在預算內達成服務，亦可得到協定的預算，例如今年度 5,500 多億，若花費沒有那麼高，還是給 5,500 多億，若做超過，就會有點值的問題。或許醫界認為必須做超過，少做得到的也會少，但總額制度本來就是如此運行，我不反對檢討，但檢討不可能在當年度啟動任何增加預算的補救措施，只能在隔年做檢討、改進，這部份需要讓委員瞭解。

鄭主任委員守夏

請健保局說明。

黃局長三桂

主席、各位委員，大家好。依謝委員武吉的提案，建議浮動點值

低於 0.9 即應啟動檢討機制的意見；依補充說明，在各總額支付制度品質確保方案中，只要平均點值變動超過某個範圍就會啟動相關檢討機制。就此說明有二項重點：第一，方案內指的是每點支付金額，含浮動及非浮動點值，並不是指浮動點值，是平均點值。依今日本局業務執行報告資料第 73 頁，除門診透析外，其他總額平均點值都在 0.9 以上。第二，在方案中點值若超過變動範圍，必要時會提出改進方案並進行輔導改善，但並不一定要增加預算。謝委員所提影響浮動點值的因素，以醫院總額部門為例，其藥費、門診手術、住院手術及麻醉、供血機制、急救責任醫院的急診服務點數等，都是保障 1 點 1 元，這些點值保障項目點數約占總點數 40%。因此光以浮動點值判斷，可能有誤差，所以本案建議還是回歸各總額支付制度品質確保方案內容辦理。

#### 鄭主任委員守夏

- 一、謝委員的提案內容建議，浮動點值未達每點 0.9 元，應立即啟動檢討機制；健保局認為只看浮動點值似不合宜，因為會受到點值保障項目等因素的影響。
- 二、至於本會幕僚補充說明的品質確保方案中，平均點值高或低到某個範圍，保險人應與受託單位共同檢討原因，此屬健保局的職權，委員都不反對。至平均點值已低於 0.9 要進行檢討，而檢討後是否提報本會討論，在今日恐無法討論出檢討或解決方案，這也不是謝委員提案的目的。

#### 蔡委員登順

- 一、本案經謝委員武吉及黃局長三桂的說明後，我想表達一些看法。醫療院所結構、特質、醫療市場、管理方法等，都會影響申報件數及點數、就醫人數等，就醫次數增多，醫療點數即升高，所以整體所有部門門診平均每件 1,070 點，住院平均每件 57,371 點，住診平均每日 5,786 點。
- 二、醫院及門診透析點值低是有可能影響病人權益，但影響點值因素眾多，建議健保局應先行釐清原因，提出改善措施，若

醫療院所端有違規，請健保局逕行查核糾正，若屬病人就醫異常，應給予規範或限制。

- 三、建議依現行規範，以平均點值為監控指標，因醫療細項中保障 1 點 1 元的項目繁多，而且經費也付給醫療院所了，其並不在浮動點值內，故不應以浮動點值為監測指標。
- 四、如重啟協商機制的目的是要提高點值，請問錢從哪裡來？因每年協定的總額經衛生署核定公告後即確定，不可能變動，這部份大家應好好思考。再者若點值保障 0.9 以上，恐造成少數醫療院所衝量，則財務缺口會擴大，體制無法維護。建議本案應深思。

#### 謝委員武吉

- 一、上星期四黃煌雄監察委員也討論過這個問題，他也瞭解全民健康保險是社會保險，但是現在做的卻是社會福利保險，全民繳的保費是陽春麵等級，卻吃王品牛排等級。剛剛所講的數據，建議只要做為參考，這樣大家心情會比較愉快。認真說起來，我剛有提到，大家說話語氣不要太壞，這樣不太好。
- 二、事實上，這是因為把健保做成社會福利保險的問題，為何我會提出用浮動點值處理，而不用平均點值來處理？就如同剛剛黃局長也說，醫院總額保障點值部分占 40%，這對醫院部門非常不公平，因此建議採用浮動點值來處理。當時的吳德朗理事長帶領所有理監事去找血液基金會時，他們連甩都不用，最後血品還是一點一元。很多方面是非常不公平。
- 三、現行超出的醫療服務費用，是藉由浮動點值提出來轉嫁給醫界承擔，總額管理面並未設立浮動點值停損點，因為浮動點值的比例非常高，我們還是希望用浮動點值為標準。

#### 鄭主任委員守夏

- 一、看起來委員的意見分歧。建議照品質確保方案的規定，也就

是議程資料中幕僚補充說明所列的去做。

二、謝委員武吉提案說明三，重點是門診透析浮動點值或者平均點值已經低到一個程度，擔心會影響到醫療品質，我想這才是重點。委員是否同意，請健保局針對門診透析點值過低的議題進行瞭解及討論，後續在本會中報告。特別是對透析醫療品質提出相關數據供委員參考，若真有很大的影響，後續健保局可提出相關辦法，這樣對這議題才有幫助和解決問題。至於用浮動點值或平均點值，並不是這麼重要，現在浮動點值低到只有 0.8040，簡單的說就是低到一個程度讓我們會擔心。本案就這樣決議。

謝委員武吉

再簡單說一下，我不是腎臟科醫師，也未從事洗腎工作，我的個性會打抱不平，以前陳委員錦煌一直在打壓的當時，我也認為應該要打壓，但現在看到點值低到這種程度，我們應想辦法處理，並不是說今年 2% 沒法解決，委員會也可以來解決，看怎麼樣讓點值逐漸提升。剛剛主席有裁決，由健保局想一個辦法先處理，後續怎麼討論我都能接受，我只不過是拋磚引玉而已。

陳委員宗獻

我希望引出來的是玉。其實在本會幕僚補充說明中，也是我們一向在做的，必要時提出改進對策並進行輔導改善，看起來都是醫療服務浮濫，才要提出輔導改善，這樣不夠中立，應將「必要時」改為「應」，即「應就原因及影響」進行檢討，提出改善對策，這是不一樣的。就是說，為何點值這麼低，並不是今年非要增加這些費用不可，但至少要知道原因在哪裡，是新藥？人口成長？管控出問題？這些都是因素，且也應檢討是否會影響到醫療品質，然後才是提出對策。

陳委員錦煌

當初費協會討論 2% 時，我也有參與。乾脆這樣，若他們不高興，

本來是好意，鼓勵非外包經營的院所，結果現在浮動點值只有 0.8040，我同意 2% 都拿掉不要，找台灣腎臟醫學會來本會專案報告，重新討論處理。我想鼓勵非外包經營的透析院所之 2%，若今年不能妥善處理好，就拿掉不要給了。

鄭主任委員守夏

委員發言就列入紀錄。請張委員煥禎。

張委員煥禎

我想不要意氣用事，醫界的情況很嚴重。當時這樣做也對，之前你贊成要凍結，後來醫界也接受。現在考慮的是病人，這個部分請大家參考，不是說大家沒發言就表示默認，這樣不好。

鄭主任委員守夏

剛剛決議已做，所以不會改變。請健保局檢討後，若有相關方案，再來討論。

玖、討論事項第四案「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」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四案，請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝宣讀。本案請健保局補充說明。

林副組長阿明

主席、各位委員，大家好。針對本案補充說明。血友病及罕見疾病是列在專款，之前曾將這個案子提到「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」，主要針對台灣血栓暨止血學會提案，該學會認為類血友病與血友病相當，皆屬先天性疾病，希望能將其放在專款支應。現在健保都有支應這部分的錢，只是類血友病是放在一般服務，提到研商議事會議討論時，有委員認為，本案涉及由一般服務改專案支應，變更專款範圍，故今日提到本會討論。

鄭主任委員守夏

我們有委員代表在「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」嗎？請謝委員天仁。

謝委員天仁

在該會議中，我不是委員代表而是專家。健保局提本案是否不夠完整，只把一般服務要付的錢提到專款來付，但相對也應提出一般服務原來要支應的金額該扣除，這樣兩個才是平衡。此案看起來簡直就是在圖利醫院。

鄭主任委員守夏

等一下請健保局代表說明。醫界代表有無意見？我第一次看到「台灣血栓暨止血學會」，一個學會若小到某個程度，會令人有

點擔心其學術性會不見，而較像公、協會，變成利益團體。不知有無血友病醫學會？請問醫界對本案是否有意見？

陳委員宗獻

我比較有興趣的是，做這樣調整有一定的流程，並不是直接提到本會。本案已經在「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」通過，那到本會是備查嗎？例如在藥品給付會議通過的案子會到本會備查。如果是這樣，那我們這邊就可以討論，要不然直接提本會的用意是什麼？

鄭主任委員守夏

我們同仁哪個人比較熟悉這部分？本案需要提到健保會，是討論通過，還是只要報告備查？請謝委員天仁。

謝委員天仁

即使其藥品支付項目和標準怎麼改，都無礙原來協定的執行。但協定專案本身是對血友病，而類血友病本來就由一般服務支應，今天除非調整協定條件，如 102 年總額協定有關血友病、罕見疾病專款部分為 68.64 億元，在 60 幾億元中增加哪一個部份，這涉及到總額協定問題。我的意思是，若真的要改，要提平衡措施才能改。沒有提平衡措施，把一般服務移到專案，專案是用完後就沒有，會排擠其他血友病患的用藥，這是專款專用的用途問題，要考慮這些相關問題。而且由一般服務移到專案支應，然在一般服務那邊卻沒有扣掉，等於增加一般服務的錢，這涉及到分配問題。健保局以此方式提案，我認為有問題，血友病專款預算不是第一年，已經好幾年，如果有這樣的需求，為何以前沒有提出來！已經協定的事項，我認為原則上都不動，不能更改，若每個月都要改，健保會光是這部分就忙死了。一個月開一次會，每次兩個半小時，主委壓力很大，都要一直看時鐘。

鄭主任委員守夏

會議已超過兩個半小時了。

謝委員天仁

健保局如果認為這個應該要改，請在協商下年度總額時再做相關調整，現在在一般預算還是可以支應。

鄭主任委員守夏

原則上今天如何決議，都不會影響到病人的權益，因為本來就有支付這些費用，只是從總額的一般服務或專款支付。我同意謝委員天仁意見，既然 102 年已經協商定案，若要談應是下次協商時，再討論專款要增加或縮減那些範圍，就此做成決議。

拾、討論事項第五案「為符合『資訊透明公開、擴大民眾參與』之健保改革精神，健保會會議比照環評會議，應同步於場外設置會議轉播，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，以求透明、全民參與，可分階段實施」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五案，請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝宣讀。請幕僚補充。

柯執行秘書桂女

補充說明之第二點，係會辦衛生署資訊中心請其說明，而第一點則是本會幕僚依詢問結果自行書寫，因對於這些設備，我們是門外漢，所以寫的可能與現況有落差，所以我才請同仁第一點不要宣讀，直接請健保局說明目前會議室之設備狀況，能否符合提案所要求。以上補充說明。

鄭主任委員守夏

請健保局沈組長茂庭補充。

沈組長茂庭

本會場有兩個攝影機為固定式，無法配合委員發言而轉動攝影機，這邊寫可以同步轉播到九樓簡報室，這一點我不確定，之前沒有轉播過。請本局秘書室同仁補充。

健保局秘書室邱科長峰明

向各委員報告，剛剛沈組長提到，攝影機是單一方向，無法隨著委員發言同步轉，而且攝影機可以錄影，有影像檔，但僅單單錄影，聲音則要另外錄，影像和聲音是分開，沒辦法同步。因為是早期建置，只有單一方向，並沒有像現在最先進的設備可以做到

影音同步，本會場的影像及聲音需各自處理，以上向委員報告。

鄭主任委員守夏

提案人吳委員玉琴有無補充？

吳委員玉琴

我想提案已表達非常清楚，我們是個全國單一的保險制度，一般民眾和記者、媒體都很關注，他們不容易瞭解我們會議進行的情況。剛剛提到的，好像都是場地、設備限制，還有些是經費上的限制。我覺得這都不是太大的問題，我們期望給時間分段調整解決。我記得大概衛生署是今年七月要搬到南港的新大樓，不知以後是否到那邊開會？該會議場地設備有無升級？聽起來目前健保局這邊的設備都被限制了。但增加設備其實並不是太大問題。我想資訊公開、全民參與，是我們提這案的精神，也希望健保會秉持如此精神，而這也是二代健保改革的精神。

鄭主任委員守夏

現在請委員表示意見。請謝委員武吉。

謝委員武吉

可能現在年紀漸長，愈來愈怕死。記得兩、三個月前，去找黃煌雄監察委員，在監察院等候的時候接到一通電話，就是我在健保局某個會議中的發言，結果某個人聽了很不爽，打電話到手機，問我發言講的是什麼意思，要我說清楚，聽了差點嚇死。我是覺得資訊公開，已有文字公開資訊已很清楚了。如果要用提案這種公開方式，希望能保障我生命財產安全，這比較重要。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

一、我覺得設備其實是小問題，若衛生署覺得本案不宜，也不要提經費和技術問題這種理由。立法院為何需要轉播？與職掌

有關，裡面任何一句更動，都可能影響全民。例如，酒駕改個規定，人民權益就會受影響。立委職掌是立法，運作上需要接受各方意見，不必避開利害團體，而且各種利害團體在立法院角逐、跟立法委員遊說，都是被允許的。立法委員就他所代表的部分去執行或開公聽會等，那是立法院的遊戲規則。

二、但立法院的遊戲規則不能在這邊玩，我們的職責是預算平衡，若有一天健保像前幾年一樣財務發生問題，當大家討論費率問題時，有轉播，誰敢講提高費率？直播明明會干擾委員對職責的執行。又如我們討論某項醫療服務，有些話在這裡講了，文字還可潤飾一下。又鏡頭前面看不到某委員的臉孔，那壓力就更大了。過去我曾收過一封信，信上某個病友團體拿步槍。所以，這個部分要好好考慮。我們不是立法委員，我們是要避開利害團體的；我們是講預算平衡的，不是講老百姓聽了會爽的事。

三、現在兩個半鐘頭可以討論很多問題，因為很多委員大局為重，犧牲自己的發言時間不講，而非不懂或者不知道怎麼發言，是他知道自己的想法有人講了，所以不用再講，以節省時間。如果轉播的話，恐怕就不能不講，否則回去，代表的單位會說，怎麼都沒有發言。像柴教授今天還沒發言，誰會認為柴教授不懂？如果直播，柴教授是否就一定要講？所以，我覺得在運作上面要審慎考量。

鄭主任委員守夏

先聽其他委員意見，最後再請教學者專家及公正人士意見。

葉委員宗義

一、我一直很尊敬謝委員天仁，他一向代表我們付費者發言，很有公信力。但本案有幾個問題要考慮，我們委員，老少都有，謝委員天仁相對比較年輕，柴委員松林比較德高望重。又如雇主代表，如果何委員語已經代表我們發言，其他雇主

代表就不必重複，其實我們不是不講話，是尊重比較專業者的發言。若轉播出來，公會派你出來，不講話就換人，這樣會製造困擾。

二、類似案子以前在監理會就曾提出，後來沒有成案。健保會的委員會議是協商、諮詢會議，比如說今天談明年總額成長的高、低推估值，是在政府框好的預算範圍內，談完還是要再經政府同意，那到底我們的權限在什麼地方？

三、我跟隨鄭主任委員守夏很久，當年他擔任費協會主委，曾在新竹馬武督會場開會到凌晨一點多，由於現場某些狀況讓他情緒較激動，這場面要是網路直播出來，可能老婆、小孩回到家都要質問，為何如此？問題就產生了。我認為會有很多人問題，還有剛剛的討論事項第二案，若到最後還是只推選 10 個付費者委員去協商，以後網路播出來，只看到 10 個付費者委員，那其他委員幹什麼？一定會徒增諸多不必要的困擾。謝委員不好意思，這是我們幾個委員的意見。

#### 千委員文男

我贊成吳委員玉琴的提案，這是趨勢，讓大家知道各位委員都是為公而非為私。為何要轉播？現在趨勢是公開。葉委員宗義剛講過，在監理會曾經提過兩次案，也動用表決，才有後來的議事公開，否則不會有現在的議事公開。如果說現行場地不容許，希望衛生署對新建大樓的會議室設備要導入這個目的，若現在不能做，也可以有時間編預算補充，未來勢必要做。保費愈繳愈多，自費也越來越多，越多之後又如何，這是我的看法。大家這麼認真，這麼拼，大家努力的一面應該有個指標讓外界知道。如果現在做不到，將來要怎麼做，預算要怎麼編，都可以討論。

#### 鄭主任委員守夏

請問委員尚有意見？請謝委員天仁。

#### 謝委員天仁

一、消基會向來贊成資訊要揭露、要公開，所以吳委員玉琴請我

共同提案，我很樂意的答應了，最主要原因，從某角度觀看可促進議事效率，大家會把最專業的部分在會議上呈現，形成良性循環，而且議事會更理性。以前言語有太多衝突，甚至有肢體展示，雖沒有打架但姿勢已擺出，資訊公開後，相信大家會變得很紳士，所以應不須太考慮個人安危問題，我想這是不錯的方向。

- 二、每個人有每個人的經驗，我擔任消基會董事長時，常有人問我，有無脅迫情形？在我的感覺，只要公正的扮演我們該有的角色，而非情緒性的發言都不會有問題。老實講，若要怕，我應該是最害怕的，但我認為應坦蕩蕩去做這些事情，光明正大，不用擔心，我相信對大家應該是更安全。我認為有些只是唬唬人，不會真有問題。我在費協會這麼久，從沒接過示意性電話，老實講我擋人家財路的比例，應該是在前面，但我還是以平常心表達自己的意見，我認為對就講，就像剛剛對評核作業我也講，醫院評核為優或良級，該給就要給，不應該是不來報告就不給。我們公正講，其實大家都在看。我鼓勵大家走在時代先端，而不只是先試試。

郭特助正全(翁委員文能代理人)

- 一、就這件事我個人反對，剛剛謝委員天仁說議事要理性，但少數民眾不一定如此，大家常常會看到電視上，特定的鏡頭一直重覆播，若非事情全貌陳述，則可能會造成一些負面的困擾。
- 二、基本上在會議上協商，每位委員對議案內容會有一些基本認識和共識，但民眾不是，他是從某個角度切入，他的想法和結論跟你不一定一樣，我認為這樣會造成很多的困擾。
- 三、我個人在接到議事錄時常會想，我講的話怎麼會這樣！可能有些人還有三字經、台灣俚語，或有些不太文雅的話，我們會修飾掉，然而這些如果轉播，我認為不是很恰當。台灣民眾對於公共議題，可能還有些需要努力的地方，就像美國總

統退位後，對國家不再做政策指導。我希望在這邊的議事，大都是就是非，理性的談。

- 四、再講一個開玩笑的例子，我們在公司裡談調薪，可以找大家談嗎？員工占大多數，要調三千還是一萬？大家都會要調一萬。保費要不要降？當然要降；醫療項目要不要給付？當然要給付；要不要部分負擔？當然不要。我想這樣會造成大家很多困擾。每個人都有各自的背景，我們在這裏講很容易，是因為大家知道來龍去脈，然而民眾只看某個點，不是從頭到尾都知道這件事，所以我認為此舉要慎重。

鄭主任委員守夏

因為會議剩下時間不多，如果相同意見已有其他委員表達，就請不要重複。請張委員煥禎。

張委員煥禎

- 一、其實這也是另外一種不對等，本來專業不對等，好像都被認為是醫界比較專業，但付費者較弱。我本來也贊成公開，就像謝委員天仁一樣，我也不怕，在這邊第一次會議後，我就接到電話，對方指責我說，你是醫界委員怎麼可以這樣講話！那時候我是秉持公正立場說話。我的意思是，我是健保會的委員，應該從健保會委員的立場說話，但就是有人不滿意。後來想想這也有點不對等，不管是付費者代表還是其他代表，都是為老百姓，老實講大家都在爭，我們醫界答辯（defense），也是為百姓的醫療安全著想，但每次講到急診，大家就義憤填膺，好像都是醫界不對，其實我們只是在解釋，卻被認為在狡辯。
- 二、我個人建議，委員會議若要錄影，也可以，但是否先試錄幾次，大家理性一點，委員看過幾次後，如果覺得公開也沒有不好，再公開。我認為這樣做比較能兩全其美，先錄起來，但不要對外公開，讓委員先看一下，如果錄了幾次，每次都沒有什麼大問題，而社會潮流也是這樣期待，醫界也會願

意。以上是個人意見提供參考。

鄭主任委員守夏

接下來請學者專家、公正人士委員表示意見。先請柴委員松林。

柴委員松林

- 一、希望開會時大家都針對重點討論，不要一個會議開到 4 個小時，這是第一點。
- 二、第二點，我非常支持資訊公開，但委員發言時，如果之前已有內容接近的意見表達過，就不必要再發言，並不需要每個人將同樣意見重複。個人觀察立法院運作多年，也擔任過國會觀察基金會的董事長，因為立法院會把資訊公開，以至於原本不要講話的人也要講，旁人已經講過的，他就一定要再講，講的時候，如果前面講 80%，後面就會講 90%，因為不得不講。
- 三、第三點，剛才幾位醫界委員提到，會議錄影公開會產生的壓力，事實上確實是如此。所以，我贊成先用一部活動式的攝影機，將委員發言情形試錄看看，屆時若大家都覺得對各位委員沒傷害，對公眾利益沒傷害，就可以公開。至於設備問題，可以請健保會建議衛生署，在搬到新辦公大樓後，改善設備，因為資訊公開是趨勢，一定是要有的。但還是希望，即使公開，不需發言的時候，也就不要發言。

鄭主任委員守夏

謝謝柴委員。請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、公不公開，各有好壞。公開的部分，確實要考量是否有人會為發言而發言，這是我比較擔憂的。平心而論，二會合一之後，我們有更多重要的事情需花時間討論，例如點值過低的問題，我們需要針對實質的問題更深入去探討，讓兩邊都可以知道彼此在考慮什麼。對於公開的好處，剛才我也在笑，

好處是誰簽了名就走，或是誰上了幾次廁所，這些都會看到，還有就是可能大家說話會更小心謹慎。但公開後，坐在我右邊的委員們，壓力確實會比較大，而左邊的委員們，壓力就相對小一些。

- 二、我覺得費協會的會議實錄，從以前到現在的上網公開，就是很大的進步，有時協商是進三步退二步，大家都會有些進有些退，有些事情，每個人都很無奈，沒有辦法百分百照自己意思去做，只是民眾看錄影時，若是只截取一段來看，搞不清楚來龍去脈，可能產生不好的效應，後來我們要花二倍、三倍，甚至更多的時間去處理。所以，如果真要試辦，建議就像閉路電視的錄影，錄下來是為了有爭議時，提供內部使用，而不是比照立法院的方式，因為我們和立法院還是不一樣。

鄭主任委員守夏

謝謝吳委員。請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

- 一、以前做費協會的委員比較好做，現在擔任健保會的委員反而比較不容易。會議錄影公開不公開，對我並無影響，因為我都有發言，我贊成公開但我也同意醫界的意見。跟各位委員分享個人經驗，過去在立法院曾看到國民黨及民進黨的黨鞭攜手去開會，但進會場打完架，晚上又一起去喝酒，還會彼此說，「別這樣啦，有鏡頭就好！」這樣的現象是確實有的。我擔任過 3 屆的鎮民代表，曾經有位新的代表來，因為看見記者來，就說我一定要發言，結果明明是要問農業科的業務，卻對著兵役科科長提問，主席還得問他，你到底是要問哪科的業務？所以，有的人會為了要讓記者報導，或為求表現而講，有時候就會失焦。
- 二、我並不介意開放團體旁聽，也不怕會議錄影公開，剛才謝委員天仁提到，以擔任費協會委員的經驗，我想中醫部門應該

是最討厭我了，因為我過去一直電他們，有人知道我住在雲林，就來找我溝通，人家說雲林是黑道的故鄉，但我也不會在乎。其實我對醫界也很好，只要他們提出的理由具說服力，我都接受。對於本案，我認為兩邊意見都有理，但如果將來要公開，那麼退撫基金、勞保監理會的資訊也應公開，他們的基金都是上億上兆的。但若醫界委員不贊成公開，我也會尊重醫界的意見。

鄭主任委員守夏

提案委員是否可以接受大家的看法？請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

- 一、因為擔任保險付費者代表委員，在這邊開會是為維護 2,300 萬民眾的健康與權益，所以我們秉持的觀念，是從議事運作考量，而不是假設大家一定會如何。雖然大家後面都會有一些立場，但現在是民主社會，而且資訊公開是二代健保的核心精神，所以不希望我們 35 人在這邊開會，其他人卻不知道討論的內涵。
- 二、對於剛才其他委員們的意見，我也支持，如果沒有辦法一步到位，那麼是否可以有個時間表，讓我們知道之後會如何進行，未來程序是什麼？若是沒有太大影響，資訊的公開可以讓民眾更清楚健保，也更瞭解健保會運作的情形，大家在這邊都是理性的對話，這也是我們期待會議進行的方式。

鄭主任委員守夏

請幕僚單位也補充說明。

柯執行秘書桂女

請容我補充說明，剛剛大家說設備、經費不是問題，但其實設備與經費是很大問題，各位委員可能不知道，我們必需如何辛苦的在立法院請求與溝通。我們的預算很少，但是被凍結很多，直到現在還沒有解凍，本案宜逐步推展，在經費及設備技術允許的前

提下，分階段設計第一步、第二步的達成範圍。

鄭主任委員守夏

現在還沒下結論，先請林律師穆弘。

林律師穆弘(連委員瑞猛代理人)

第一次發言，因為好像不發言不行。請參閱健保法第五條第五項：「前項代表之名額、產生方式、議事規範、代表利益之自我揭露及資訊公開等有關事項之辦法，由主管機關定之。」依法規的文字敘述，請大家參考一下，也請衛生署說明主管機關的態度，本案討論的議題是否應屬於衛生署管轄？是否應由衛生署做決定。

鄭主任委員守夏

一、我個人的看法是，基本上，衛生署對於健保會這個諮詢、溝通平台所提意見，十之八九都會尊重，因為我們先在這個平台上溝通，衛生署就可以納入最終意見整合的參考，像議事辦法就是衛生署的權限。至於本案議題，我想也會請我們先討論，如果本會有共識，相信衛生署也會予以尊重。

二、假設今天我們沒有越權，可否先有個共識讓衛生署參考。個人傾向柴委員松林及吳委員肖琪的看法，資訊公開透明是趨勢沒錯，但剛才吳委員玉琴說，外面的人都不知道我們在做什麼，其實不至於如此，因為真正用心的人，已經可以從會議實錄去瞭解委員會討論的事項，而且都會詳細閱讀每個字，所以，只要是有心觀察、關心或監督全民健保的人，個人認為目前資料是足夠的，只是我們公開資訊的方式，是否還有更進步的空間？如果真要公開，確實需要一點時間籌備，也謝謝吳委員玉琴同意這件事分階段來規劃。剛剛張委員煥禎建議，試錄幾次但不要公開，先讓委員們看錄影的效果再討論，剛才柴委員也有這樣講，那就先規劃看看。

三、至於柯執行秘書桂女提到的經費問題，就我的瞭解，健保相

關的委員會及健保小組，業務費本來就已經很少，當立法院凍結甚多預算後，費用確實會是問題，所以本案還是要看經費、設備的可行性。未來的方向，依照吳委員玉琴建議，分階段規劃，等搬到新的辦公大樓後，再看會議的場地是否適合。

四、最後，再重複柴委員松林的提醒，開會最好不要開到 4 小時，其實不只柴委員，之前我們也說過，會議最好能在 12 點結束，如果不行，12 點半或 1 點也要結束。

五、今天五個討論案到此結束。還有一個是謝委員武吉所提的臨時動議，先徵詢一下各位委員意見，如果這個案子沒有那麼緊急，是否列入下個月的議程，或是繼續處理？先請謝委員說明。

謝委員武吉

這個案子不複雜很簡單，而且離下午會議還有一點時間，建議繼續處理。（未有委員表示反對）

拾壹、臨時提案「為以維護健保有限資源，對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，應主動積極處理，不能放任不管，特提以下建議，誠請委員支持案」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

先請謝委員武吉說明。

謝委員武吉

尊敬的主席，本項提臨時動議的案由是，「為以維護健保有限資源，對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，應主動積極處理」。會提案是因為發現有些商業保險公司的服務人員，會請病患向醫師要求開立符合商業保險理賠項目的文件，而這樣的行為使得醫療院所涉及偽造文書與違反醫療法的罪行，同時又增加健保醫療費用支出，雖然商業保險公司都會規定所屬人員不許這麼做，但是這些現象依然存在。所以，對這樣的不當行為應有所懲處，建議在醫院舉證屬實的時候，對這些人員課予刑責，同時商業保險公司應補償全民健保與醫療院所 10 倍的醫療費用。

鄭主任委員守夏

謝委員的提案內容剛剛才看到，請各位委員參閱臨時動議的說明四，建議的第 1 點，對於商業保險公司人員的不當作為，如經院所舉證屬實，應課予刑責，這部分本來就是如此，但保險公司應補償全民健康保險與醫療院所各 10 倍醫療費用，這超出本委員會的權限，因為商業保險公司的管理，是屬於金管會保險局的權限。但我們可從珍惜健保資源的立場，建議金管會予以管理。至於建議的第 2 點，據此向商業保險公司追討相關補償，這部分應該也是只能建議。如果大家有共識，本案可建議衛生署，以珍惜健保資源之立場，函請金管會參考。

謝委員武吉

應該是要請金管會去約束商業保險公司。

柴委員松林

臨時動議的議題並不是健保會權限，建議請衛生署函請金管會保險局約束商業保險行為。

鄭主任委員守夏

本案建請衛生署行文金管會保險局對商業保險公司不當作為，應嚴予監督管理。今天會議到此結束，謝謝大家。