

行政院衛生署全民健康保險會
第1屆102年第2次委員會議事錄

中華民國102年2月22日

行政院衛生署全民健康保險會第1屆102年第2次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國102年2月22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
孫委員茂峰
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
葉委員宗義

中華民國醫師公會全聯會張副秘書長孟源(12:30以後代)

林口長庚醫院郭特助正全(11:00以後代)

台灣省農會林主任敏華(代)

蔡委員登順
盧委員美秀
謝委員天仁
謝委員武吉
鐘委員美娟

肆、請假委員

林委員啟滄

伍、列席人員：

行政院衛生署
行政院衛生署醫事處

中央健康保險局

本會

朱組長日僑
許處長銘能
陳教授日昌
黃局長三桂
蔡副局長魯
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

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
首先拜個晚年，祝大家蛇來運轉，而且本會的一切都能越來越好。現在開始今天的會議。

捌、報告事項

第一案

案由：確認本會上(第1)次委員會議紀錄，請 鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(第1)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務，請 鑒察。

決定：

- 一、上次會議決議(定)事項之辦理情形，針對「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」中之雇主身分定義，續請衛生署相關單位提供意見，以利釐清「雇主」的真正意旨，餘結案。
- 二、本會 102 年度工作計畫如附件，請各負責單位配合辦理。
- 三、有關台灣費森尤斯醫藥股份有限公司向衛生署陳情，建議調整 102 年門診透析服務費用新增 2% 預算之使用方式，鑑於該款項之使用方式已經協定並核定公告，爰仍應依原定事項辦理。
- 四、餘洽悉。

第三案

案由：行政院衛生署醫事處、中央健康保險局說明「急診壅塞問題及轉診制度之推動情形」，請 鑒察。

決定：委員所提有關執行面之建議，供中央健康保險局參處。

第四案

案由：中央健康保險局函請備查之 102 年西醫基層總額「新增跨表項目由原協定之 9 項調整為 6 項」及「外科手術處置項目支付標準調整暫緩施行」案，請 鑒察。

決定：

- 一、同意 102 年度西醫基層總額「新增 9 項跨表項目」(成長率 0.011%)，可在本(102)年 8 月底前未全數開放實施的情況下，再予扣減相關費用。
- 二、餘洽悉。

第五案

案由：中央健康保險局「102年1月份全民健康保險業務執行報告」案，請鑒察。

決定：為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料仍須每月份提供，但口頭報告改採季(每年1、4、7、10月)報方式辦理。

玖、討論事項

第一案

提案單位：本會第一組

案由：推派「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議」及「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之本會代表案，提請討論。

決議：經討論與協調後，推派如下：

| 會議名稱 | 代表屬性 | 人數 | 推薦名單 |
|---------------------|-------|----|----------------|
| 醫療給付費用總額研商議事會議—醫院 | 保險付費者 | 2 | 吳玉琴委員 鍾美娟委員 |
| 醫療給付費用總額研商議事會議—西醫基層 | 保險付費者 | 2 | 蔡登順委員 楊芸蘋委員 |
| 醫療給付費用總額研商議事會議—牙醫門診 | 保險付費者 | 2 | 林錫維委員 郭志龍委員 |
| 醫療給付費用總額研商議事會議—中醫門診 | 保險付費者 | 2 | 林啟滄委員 何語委員 |
| 醫療給付費用總額研商議事會議—門診透析 | 保險付費者 | 2 | 莊志強委員 干文男委員 |
| 醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議 | 被保險人 | 2 | 陳川青委員 侯彩鳳委員 |
| | 雇主 | 2 | 葉宗義委員 李永振委員 |

第二案

提案單位：中央健康保險局

案由：「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法(草案)」，提請 討論。

決議：

一、本案獲致之共識如下：

(一)全民健保公開特約醫事服務機構之財務報告，是對社會負責及進步的表現，本會贊同此項資訊公開。

(二)為使本辦法順利運作，在施行初始應有過渡期，以利中央健康保險局在此期間對特約醫事服務機構進行必要之輔導，並使所提報資料之定義標準化及公開後之資料更具可比較性。

二、請中央健康保險局參酌本案之討論結果，依法陳報主管機關核定發布。

拾、臨時動議：無。

拾壹、散會：下午13時24分。

附件

全民健康保險會 102 年度工作計畫

第 1 屆 102 年第 2 次委員會議(102.2.22)

| 類別 | 工作項目 | 預訂時程 | 負責單位 | 備註 |
|--------------|--------------------------|--|--------|---|
| 監理業務 (報告) | 1.急診壅塞問題及轉診制度之推動情形 | 102 年 2 月 | 健保局醫事處 | 依 102 年第 1 次委員會議決定事項辦理 |
| | 2.健保局所編列 103 年度預算之備查 | 102 年 4 月 | 健保局本會 | 依健保法施行細則第 3 條辦理 |
| | 3.全民健保補充保險費就源扣繳及計收情形 | 102 年 5 月， <u>之後列入健保局業務執行報告，按季(1、4、7、10 月)提報</u> | 健保局 | 1.依健保法第 5 條第 1 項第 5 款辦理 2.考量資料完整性，健保局建議於 4 月份以後再行提報 |
| | 4.「各級政府健保費補助款欠費還款計畫」執行情形 | 102 年 6 月 | 健保局 | 依健保法第 5 條第 1 項第 5 款辦理 |
| | 5.家庭責任醫師制度之規劃及推動情形 | <u>視委員會議需要再行安排</u> | | |
| 總額協議 | 1.103 年度總額協商程序 | 102 年 3~4 月 | 本會 | 1.依健保法第 5 條第 1 項第 3 款及 102 年第 1 次委員會議決議辦理 2.103 年度總額協商進行政程序之依據 |
| | 2.103 年度總額報行政院前之諮詢 | 依健保小組提報時程 | 健保小組本會 | 依健保法第 60 條辦理 |
| | 3.103 年度總額協商架構及原則之建立 | 102 年 5~6 月 | 本會 | 總額協商預備工作 |
| | 4.各部門總額執行成果評核 | 102 年 5~8 月 | 本會 | 總額協商預備工作 |
| | 5.103 年度總額協商及其分配 | 102 年 7~12 月 | 本會 | 依健保法第 61 條辦理 |
| 費率審議 | 1.保險平衡費率模式之建立 | <u>視委員會議需要再行安排</u> | 健保局本會 | 費率審議預備工作 |

| 類別 | 工作項目 | 預訂時程 | 負責單位 | 備註 |
|-----------|--|-------------------------|-----------|--------------------------|
| | 2.費率審議： (1)健保局提保險平衡費率精算案 (2)召開費率審議前專家諮詢會議 (3)進行審議並將結果報署 | 102年10~11月 | 健保局本會 | 依健保法第24條辦理 |
| 給付範圍及資源配置 | 1.審議健保局擬訂之給付範圍調整方案 | 配合健保局送會時程訂定 | 健保局本會 | 依健保法第5條第1項第2款及第26條辦理 |
| | 2.討論保險對象自付差額之特殊材料品項 | | | 依健保法第45條第3項辦理 |
| | 3.討論保險人擬訂之抑制資源不當耗用改善方案 | | | 依健保法第72條辦理 |
| 品質及資訊公開 | 討論健保局擬訂辦法： 1.保險醫事服務機構提報財務報告辦法 2.全民健康保險醫療品質資訊公開辦法 | 102年2月 102年3月 | 健保局本會 | 依健保法第73、74條辦理 |
| | 民眾參與 | 審議重要事項(如：費率、給付範圍等)之民意蒐集 | | |
| 其他 | 1.健保會作業說明會 | 102年4月 | 本會 | 依委員建議，安排半日活動說明本會執掌及運作方式等 |
| | 2.「建構全民健康保險會組織任務中財務收支連動運作機制之研究」計畫成果報告 | <u>安排於健保會作業說明會報告</u> | 政治大學陳敦源教授 | 衛生署101年度委託研究計畫 |
| | 3.健保會年終業務報告 | 102年12月 | 本會 | 依健保法施行細則第4條辦理 |

註：考量議事效率，部分專案報告視委員會會議需要再行安排。另委員會會議若有決議(定)事項，將配合安排相關工作項目。

第 1 屆 102 年第 2 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 1)次委員會議紀錄」、報告事項第三案「行政院衛生署醫事處、中央健康保險局說明『急診壅塞問題及轉診制度之推動情形』」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

請同仁宣讀上次會議紀錄。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

- 一、請問委員對上次會議紀錄有無修正意見。
- 二、請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、對會議紀錄沒有意見。
- 二、但對議程資料第 126 頁，附錄八「全民健康保險會組成及議事辦法」第七條(規範委員行為，其尚未達解聘但列為下屆是否續聘重要參考)第二款「發言侮辱他人或進行人身攻擊」有意見，請問何謂發言侮辱他人？可否請謝委員天仁協助說明，否則我擔心話說到一半，會被要求不能說話，所以對此非常關心。
- 三、第三款所謂「暴力之肢體動作」，例如我跟李委員明濱說話時，手指隔空比一下某部位，算有肢體動作嗎？此點也請說清楚。
- 四、第五款「對於會議相關事項，對外作不實之轉述」，是否有這種狀況發生？
- 五、第六款「對外提供應保密之內部相關文件」，外界要求議事資訊公開，現在又制定此條文，也需要審慎說明及解釋。

鄭主任委員守夏

- 一、對謝委員武吉的此疑義，等一下說明。請問其他委員對會議紀錄內容有無文字修正？(未有委員表示意見)好，如果沒有，會議紀錄確定。

- 二、剛才謝委員武吉對「全民健康保險會組成及議事辦法」第七條所提的意見，我認為這些條文都是備而不用，若要定義，則不論正面表列或負面表列都很困難。例如拍一下肩膀，多少重量叫惡意，多少重量叫善意？所以怎麼可能定義。
- 三、第六款的規定較具體，所謂「應保密之內部相關文件」，是指健保會的幕僚同仁或健保局出、列席人員，在會場上說明資料屬密件，會後收回，則此份資料屬應保密文件，是行政單位本於職責，認定應保密的資料。至於甚麼叫做侮辱？也很難定義，例如，有人臉皮很薄，他人講話大聲一點，或許就覺得被侮辱，如此會議將很難進行。
- 四、感謝謝委員武吉的提醒，這些條文原本就是要備而不用。在健保會，最重要的是互相尊重，往後我會一直重複、強調此點。委員來自各方，各為不同的立場爭取權益，是天經地義。因立場不同，言詞有時難免較激烈，甚至牽動情緒，但希望會議討論都是對事不對人。建議將這些條文當作放在心上的一把尺，未來如果真出現問題，有委員提具體事證時，再依需要請法律專家幫忙解釋。就之前的開會經驗，難免有言詞針鋒相對的時候，但不做人身攻擊，是大家的共識。各位前輩，參加類似會議都不下幾十次，甚至百次、千次了，相信大家都很有智慧。請問謝委員這樣處理可以嗎？

謝委員武吉

我是提醒大家。

鄭主任委員守夏

- 一、好，謝謝。接下來進入下一個報告案。今天比較特別，依上次會議決議，邀請醫事處代表說明急診壅塞問題，也請健保局就此議題報告。因為醫事處許處長已經到會，且渠之後還有別的會議，可否請大家同意將報告事項第三案提前？(未有委員表示反對)。
- 二、非常感謝許處長銘能除親臨會場，還特別邀請台灣急診醫學

會前理事長陳教授日昌一同前來，但先提醒大家，許處長不是來備詢，對此民眾關心之議題，先請許處長說明。

許處長銘能說明「急診壅塞分析及對策」

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝許處長的說明，接著請健保局報告。
- 二、健保局報告內容分三大部分，數據部分可精簡，對目前推動的措施及未來改進方向請說明清楚，報告時間目標 10 分鐘，希望預留較多時間讓委員提問。

林副組長阿明說明「急診壅塞及轉診推動情形」

鄭主任委員守夏

謝謝健保局的報告，現在開放各位委員提問，請干委員文男。

干委員文男

- 一、主席、各位委員、各位同仁，先跟大家拜個晚年，祝福大家身心如意。感謝健保局在很短的時間完成這份報告，雖然內容豐富，但問題其實不容易解決。這個過年我很難過，兩個親戚送急診，一個需轉加護病房，但床位已滿，轉不進去；一個肚子痛。報告內容寫很多，但真正能夠及時兌現的對策有哪些？能即時解決的問題又有哪些？在我看來似乎老調重提，沒有很好的對策。
- 二、建議健保局在各分區業務組設置專門的電話服務窗口，或者網路服務區，接受民眾諮詢，協助調配無法進急診或轉住院的民眾。我認為這是健保局需要做的事，而不要一提到急診問題，就認為是因部分負擔不足而需增加，讓人觀感不佳。假日期間其實病人並沒有選擇權，各大醫院、區域醫院急診大排長龍，而且沒有地方投訴，所以希望能有專線接受民眾的反映。方案寫這麼多，不簡單，但目的還是沒有達到，民眾真正的希望是問題能夠即時獲得處理。

柴委員松林

有關轉診，上轉應該沒有問題，但平轉及下轉產生問題的原因為何？是民眾不知道附近還有其他醫院提供急診服務？或不滿意這些醫院？或因醫師建議？這些因素需要加以區別。如果是不知道附近有其他急診，則應該提供資料，讓民眾知道某區域有哪些醫院設有急診可處理，例如大臺北市民都擠到台大醫院，因為不知道還有其他醫院。所以對此問題的原因，需要加以釐清說明。

鄭主任委員守夏

謝謝柴委員。先請謝委員天仁，再請陳委員錦煌。

謝委員天仁

- 一、建議應該與國外的統計資料比較。為何我國急診量那麼大，最近 3、4 年逐年成長，到底問題在哪？國外的情況如何？基礎上有無值得努力之處。
- 二、之前曾提過，急診壅塞，病人就醫不均為問題之一。另一個問題是為何其他部分不跟國際接軌，而就只我國檢傷分類的第四、五級標準這項與國外接軌？急診都已經爆掉，還跟國際接軌！四、五級病況沒有那麼緊急，轉回門診看即可，既然可以等 60、120 分鐘，為何 12 分就看好呢？這會造成國人把急診當作有錢人的快速門診，不合理。我覺得這部分需要好好檢討。
- 三、有關轉診，在費協會時，健保局開過轉診專案會議，但我們認為那個措施是假的，無法落實轉診目的。從資料看來，醫院部門一年總額 3 千 5 百多億，但超過 1 千 7 百 50 億被門診拿走，門診人滿為患。我國的醫療頭重腳輕，轉診不從此點切入，設置轉診櫃台，沒有空位怎麼轉進去，真的轉進去後，醫師的負擔是否太沉重等，都應從頭檢討、面對現實，不能每次只做點處理，實質問題並沒有大幅度改善。為了落實轉診制度，健保局應該重啟相關專案小組(研擬轉診實施方案專案小組)會議，好好認真思考如何改善，不要一提到這些問題，就想到提高付費者的部分負擔。其實健保的部分負擔

比率已經很高，如果老想這些，問題永遠不能解決。

- 四、最後一點，其實這麼多專案報告，跟以前在監理會一樣，有點像狗吠火車。健保會真正的任務是對討論案做決議，每次聽那麼多報告，對某些問題提出意見，或許有一點小幫助，但我認為本會應該回到討論案，好好討論怎麼做，利用總額及分配實現理想。這些(報告案)都是各抒己見，建議主委慎重考慮，未來議程由討論案先處理。

陳委員錦煌

- 一、之前在費協會，為此問題曾提案組專案小組，後來也成立專案小組(健保局「研擬轉診實施方案專案小組」)，但我看一直無法畢業；落實轉診一定要做分級醫療，曾提出分級醫療制度，但健保局好像認為我外行，說此建議會引起民眾抗爭。記得當時戴局長桂英解釋，84年健保實施後，曾經推動分級轉診制度，但好像百姓並不同意，而且抗爭。今天很多委員也提到，不要說過年，平常醫學中心也是一床難求，想到醫院看病，上網掛號也掛不到。
- 二、請問健保局，病人在急診不能超過兩天，如果超過兩天，不給付也可以啊！若不予給付，病人就得乖乖轉診到加護病房、呼吸照護病房。有人在急診室住了6天、一個禮拜，還沒轉到加護病房，醫學中心這種情形不少。尤其檢傷分類第五級，何必到醫學中心，還占了2.28%，其實到社區醫院就可處理。若是第一級、第二級非常危急者，到醫學中心合理，醫學中心第三級病患還占56.4%，浪費醫療資源。面對健保這些嚴重的問題，百姓也要守規矩，希望健保局對落實轉診的問題，應該想辦法解決。
- 三、剛才的報告說現在已設有轉診櫃台，但這並非落實分級轉診，其實醫院早就設有櫃台轉診，擔任費協會委員四年期間，持續關心社區醫院問題，因為社區醫院一直沒落。剛也有委員提到為何急診很少下轉，若經評估，病人情況可下轉

區域醫院、社區醫院，就應轉診以讓病人有床可住，也可以減輕照顧者的負擔，這些問題希望健保局能處理。

何委員語

- 一、主委、各位委員、各位先進，有關急診轉診問題，以前在費協會，謝委員武吉每個月都提出，後來建議健保局成立專案小組研究。最近走訪幾家醫院，發現轉診無法落實，問題在於社會氛圍、人民信心。民眾普遍認為，急診到教學醫院就診最安全，而不到區域醫院或社區醫院，此問題在於這些醫院對醫療成果的宣導不夠，其次是資源分配不均，區域醫院及社區醫院的資源少於教學醫院，所以讓社會大眾對這些醫院的信心打折扣，因此須重新思考健保資源的分配並改進。
- 二、以前監理會的委員會議 9 點就召開，到 12 點半都還無法結束；費協會 9 點半開會，也都超過 12 點半才結束。現在兩會合併為健保會，不知道未來能夠決議多少事情，若專案報告占去一半以上的開會時間，又需讓大家發表意見，則建議未來將專案報告移到專案會議。本(健保)會則可針對討論案專心討論決議，否則會議若在 12 點結束，恐怕很多議案會一直遞延，累積到最後，包袱越來越大，委員會很疲累，因為委員有責任與義務，光看這些資料就非常耗費心力。建議若有議題需做專案報告，則召開專案會議，想參加的委員可自行參加，深入討論，從專案會議中找出可行的結論及建議事項，否則時間有限，而每位委員又有很多意見需發表，到最後也是不了了之。以上淺見，謝謝。

鄭主任委員守夏

我們是全新的健保會，議事規則剛確定，今天是第一次正式按照議事規則開會，所以大家若有共識，覺得報告案的實質影響有限，只是各抒己見，未來可考慮先進行討論案，不過很少會議是這樣進行，但只要大家有共識，可以考慮。先請剛才舉手的陳委員宗獻及莊委員志強表示意見後，再請健保局及醫事處回應。

陳委員宗獻

- 一、主席、各位委員大家好，有個觀念需先澄清，健保會主要功能在於健保財務的收支平衡，所以對部分負擔問題需加以關注。20%部分負擔是健保法明文規定，不能違法行事。剛才謝委員天仁提到，國外急診沒有像我國如此壅塞，其來有自，今天資料顯示，某醫學中心過年期間 1 天看 1,600 人、平常時間看 1,000 人的情形，其中檢傷分類第一至第三級病患只有 300 多人。所以醫學中心急診的能量，絕對可以負擔檢傷分類第一至第三級病患的救護。為何平時會有 1,000 個急診量？因為部分負擔太低所致。
- 二、健保局報告，檢傷分類第四、五級病患，現行急診的部分負擔比例已達 23.9%~32.1%。事實並非如此，健保法所謂保險對象應自行負擔急診費用之 20%，是指全國急診平均費用的 20%。現行醫學中心急診平均每件部分負擔為 700 多元，如果到醫學中心門診要等 3 個鐘頭，但在急診處只多花 200 多元就可以儘快看診，何樂而不為？國外並非不利用急診，而是急診非常昂貴，門診已經夠貴了，急診更貴，不要說檢傷分類第四、五級，連第三級都不會去急診，我認為將來專案報告應該就此檢討。
- 三、如何讓部分負擔占 20% 部分，絕對是我們該討論的議題，假設看一次急診要 3,000 元，民眾會貿然看急診嗎？健保局已經花了很大的力氣減少急診壅塞，請看補充資料第 36 頁，急診處置效率獎勵等等各種誘因都已經使用，但還是無效，所以財務誘因一定要用，不能不用。目前急診大約有 24% 的病患是檢傷分類第四、五級，而急診的服務量約為門診的 6%，換句話說，有約 1.5% 適合看門診的病人，是小病而到急診就診，此現象需要矯正，應該要善用財務誘因解決此問題，謝謝。
- 四、我們的第 1 項訴求有其背景，因為協商時間真的非常不充

足，現在會處理，不是不做，而是還有很多條件，例如院前診所問題沒有處理。我們不敢開放，擔心開放後被院前診所拿去做。經驗顯示，往往第 1 年只有一點點費用，第 2 年就爆量，第 3 年則會排擠我們其他的醫療服務，這部分請大家理解。

莊委員志強

- 一、主席、各位委員，贊成陳委員宗獻的說法，因才剛加入健保會，所以之前不太清楚醫療分級觀念。以過去經驗，我家離兩家小型醫院很近，若有不舒服，會選擇去內湖的三軍總醫院或長庚醫院看診，因為只差 150、200 元，寧可跑大醫院，且門診的等待時間久，考量時間有限，所以乾脆直接掛急診，這可能是大醫院急診壅塞的原因之一。我曾因頭痛去醫院急診，發現大醫院急診人數實在太多，還有人躺在走廊推車上，因此頭就不痛，也不用看診了。
- 二、若 20% 是健保法規定，建議可考慮調高急診自行負擔費用。美國連叫救護車都要一筆不小的費用，台灣還有人因為省計程車費而叫救護車，所以我認為可將自行負擔調高，讓真正需要急診照護者得到足夠的資源，而經由轉診到大醫院者，可降低自行負擔費用。只要利用電視媒體、傳單等宣導，民眾就有誘因到附近醫院看診，如果附近醫院急診只要 300~500 塊，而到大醫院急診要 3,000~5,000 元，民眾會考慮先到附近醫院，若真有需要時再經轉診到大醫院，花費較便宜。採取此措施，會比先前採行的獎勵措施更有效果，況且獎勵措施也需不少費用。以上意見，謝謝。

鄭主任委員守夏

時間關係，本議題於楊委員芸蘋發言後終止提問。

楊委員芸蘋

- 一、主席、各位委員大家好。大家對大醫院、明星醫院的迷思蠻嚴重，從小就只認識某幾家大型醫院。以前除了幾家曝光率

較高的大醫院外，媒體並沒有對其他醫院做宣導，而國人的就醫習性確實不容易改變，例如我也不會到附近醫院看病，因為在小醫院曾經受過傷害，所以不敢去。

- 二、一般民眾並不知道教學醫院、區域醫院、地區醫院，只知道病趕快看好就好，而不會去管醫院層級。雖然已有一些醫院著手推行病人衛教，但建議以故事方式在電視等媒體上進行衛教宣導。讓民眾從故事中得到正確知識。因為我來自與媒體有關的單位，認為在媒體強力宣導比較有效，而且要有故事性，才會吸引民眾觀看，讓民眾瞭解甚麼是轉診制度、為何要轉診。我知道健保局限於經費，但自我擔任監理會委員以來。就一直強調此點。雖然政府也多少有做宣導，但仍達不到預期效果，建議不如多花些心力及編列經費，製作讓民眾易懂、有效的宣導片，強力宣導，民眾了解後，或許就醫習性會改變。以上建議，謝謝。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝楊委員，衛生署衛生教育推動委員會應可向楊委員芸蘋請教，若能有些折扣，衛生署的經費也許就可支應。
- 二、急診醫學會前理事長陳教授日昌今天應邀前來就其專業表示意見，陳教授有請。

陳教授日昌

- 一、主席、各位委員好，首次參加健保會，感受到各位委員對此議題的關注，也對行政部門有許多期許及要求。依我長期觀察，這幾年行政部門不論是醫事處或健保局，都對緊急醫療，包括急診壅塞，投入了蠻多的心力。像許銘能處長雖然上任不久，但從剛才的報告，發現他對整個急診問題的了解非常透徹。過去政府提出的方案並沒有不對之處，我們不是去看有沒有立即效果，而是要去看有沒有確實落實與執行。
- 二、落實與執行，實務上有其困難，也會有阻力。例如住院者暫留急診 2 日以上的比率，我服務的醫院比例雖高，但我們院

長已很努力解決此問題，數字已從過去的 20%多降到 15%左右，已有改善，但要再下降很困難。為何有困難？剛才聽到幾位委員現身說法，也顯示民眾對醫院的向心力是問題所在。目前民眾自行至急診就醫比例高達 72%，民眾的行為並非醫院可以左右的。醫院急診能不能拒絕病人？以我擔任急診醫師的經驗，急診會出問題的大多是外表看來很輕的病患，後來病情卻惡化，這才是日後的常見的爭議所在，所以急診拒絕病人的風險相當高。急診醫護人員對病情嚴重的要盡力救治，對病情輕的又不能不看，是造成急診一線醫護人員工作壓力大、工作環境不良的原因之一。

三、剛才許處長的報告顯示急診病人平均從掛號到醫師開立第一次醫囑的等候時間，從檢傷分類第一級到第五級竟然差不多，這是明顯資源倒錯的狀況。快速的處理第四、五級病人，會壓縮到第一、二級病人的處理品質，這個問題需要重視。合理的做法應該是要拉大第四、五級病人的等候時間來保障第一、二級病人的就醫品質。這個問題根源與民眾就醫自由度高很有關係。剛剛陳委員宗獻也提到，國外急診真的很貴，隨便一個拉肚子去看急診，可能就要花費台幣幾萬元，網路報導甚至要花十幾萬元，民眾自然不會隨意去急診就醫，如果是輕症的病人要等待幾個小時也很常見。此外，各國健保制度不同，收費不同，對民眾的限制也不同，這是急診的常態。例如美國保險公司實施 HMO(Health maintenance organization, 健康維護組織)，就會訂定一些規範民眾的配套措施。

四、再把問題拉回來，是因民眾覺得偏遠地區及小醫院的設備、能力不足，就跑到都會區就診，到都會區後，又集中到大型醫院或特定院所，這種現象是分配的問題，是民眾觀感的問題，並非醫院的能力問題。因為醫事處辦理醫院緊急醫療分級評定的結果，顯示各縣市均有中度級以上的急救責任醫院。中度級以

上的急救責任醫院應可解決 95%的緊急醫療問題，根本無需跨區就醫，是因為民眾無法接受，才會造成就醫集中的現象。因此需要加強民眾宣導及要求醫院確實做出成效，才有辦法解決問題。

- 五、病人集中於大醫院，可分輕症與重症兩部分處理：在輕症部分，可請衛生署衛生教育推動委員會協助宣導，讓民眾知道，如果到大醫院就醫，付出的成本不只是金錢，還有等待的時間成本。另外到醫學中心的急診與門診(經轉診)部分負擔只相差 240 元，有需求時民眾當然會選擇直接到急診就醫，因為到急診不到 10 分鐘就可看到醫師，效率非常高，真的很划算。由於緊急醫療資源很有限，除了宣導正確的觀念外，建議不論用什麼方式，如調整部分負擔、掛號費或增加其他費用等，將急診與門診的費用差距拉大。
- 六、在重症部分，對於在大醫院等住院的病人，政府應主動提供民眾另外選擇的權利，告知病人其實居家附近的區域醫院或地區醫院也可解決問題，並非只有醫學中心，其他各級醫院都有能力。若病人仍選擇留在大醫院等床，醫院也沒有辦法，病人也只能默默承受，但這並非最佳選擇。
- 七、最後在此呼籲，緊急醫療的資源有限，民眾必須珍惜。創造急診良好的工作及就醫環境，是大家共同的目標。這需要消費者、醫院代表及主管機關大家共同努力，才能逐步看到成效。今天健保局及醫事處所提的措施，應該都會有效果，建議健保會能持續追蹤。

鄭主任委員守夏

謝謝陳教授，請許處長銘能簡短回應。

許處長銘能

柴委員松林所提醫院下轉、平轉的問題，確實是我們面臨的難題，其實醫院並非不願意做，而是醫院告訴民眾急診要等三天，或馬上可轉到其他層級醫院時，民眾多半不願意轉出，所以這部

分未來仍須努力。針對壅塞問題我們也建置轉診系統，目前壅塞主要集中在 9 家醫學中心，所以一床難求，即便其他層級的院所，如謝委員武吉的醫院有能力照顧病人，但因民眾信心不夠，所以仍無法下轉。目前推動的重點在提升其他層級院所對急重症的照護能力，並提高民眾對中小型醫院的信心，使醫學中心的病人可以順利下轉，才是長遠之道。

鄭主任委員守夏

請黃局長三桂也簡短回應。

黃局長三桂

謝謝各位委員的意見，其實並非只有台灣發生急診壅塞問題，依據紐約時報的一篇報導，加州橘郡所面臨的問題，第一，由於醫療給付的差別，美國年輕醫師首先選擇的是專科醫師，而不是家庭醫師；第二，各科醫師都普遍不足，只有皮膚科和整型醫師不缺；第三，各醫院的急診也常常爆滿，並不是沒有病人。美國雖然沒有實施全民健保，還是面臨上述的問題。報導的結論是整體社會及環境均不斷改變，所有人對醫療問題的看法、人生觀及價值觀都在改變，醫療環境若不隨之調整，一樣會遭遇到這些問題。委員很多的意見，都很深入，我們會儘量融入未來的改善計畫中。

鄭主任委員守夏

- 一、今天會後，請幕僚同仁調查委員意見，以後委員會議的進程序，是否會議紀錄之確認、會議決議(定)事項追蹤案，及討論事項先處理，善盡本會職責，若有時間再進行專題報告。至於專題報告移至後面，可能比較不容易安排時間請外來單位的人員列席說明，這部分則需要再拿捏。
- 二、至於安排本次專案報告，是因為上次會議多數委員認為此議題很重要，本會需加以關心，而政府所做的努力，平心而論，我們也不能當做沒看到。民眾壅塞在急診，不只病人受

苦，醫師也同時受苦，今天的報告提供許多客觀的資料及數據，讓我們對整個問題有完整的瞭解，也大致清楚衛生署、健保局的努力。

三、時間已近 11 點，類似本專案這麼大的問題，如果每次都請各單位來會專題報告，個人也不贊成。剛謝委員天仁、何委員語都提到健保會的權責，主要責任應在關心健保保費收多少、花多少，是否用在刀口上，誰答應做甚麼事，及需對哪些事進行追蹤。

陳委員錦煌

通常討論案結束後就已經快中午，建議若有專案報告，可於委員會議當天下午繼續，以免遠道委員還要另外跑一趟，像我從鄉下來這裡開會，非常辛苦。所以，不要再浪費時間及差旅費，委員會一天解決就好，當天下午再安排專題報告，有時間或想聽的委員可繼續留下來。

鄭主任委員守夏

請幕僚將陳委員錦煌的意見列為選項之一，並列出多種選項請委員勾選，包含是否要進行專案報告及限制時間等，委員若有共識，則依之修正，如果沒有共識，就依照現行的作法。

鄭主任委員守夏

如果有必要，現在請同仁將各種選項列表說明，請委員勾選建議方案，方案一是依照現行方式，但限縮專案報告的主題及時間；方案二是專題報告列於討論案之後，或安排於會議當日下午進行；方案三是針對委員關切的議題，另外安排時間進行專題報告。請問除了上述三種方案外，委員還有其他提案嗎？

何委員語

去年參加多次健保局辦理的專案研討會，其可進行比較深入的討論，雖然沒有車馬費，委員只要有興趣，就可撥空參加。目前監理、費協兩會合併之後，全民都在關注健保會的運作，所以，只

要是民眾關切的議題，委員也認同其重要性，健保局就可另外安排一天或半天的專題報告，這樣的運作方式比較周全、詳盡，委員也可提供較好的建議給健保局參考。

鄭主任委員守夏

把何委員的建議也列為一個選項。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

贊成何委員語的意見，但建議需考慮本會執行法定任務的時程，1至6月比較有空，只有衛生署將所擬訂的年度總額範圍提到本會諮詢案，委員可以花較多的時間深入瞭解各項議題，但7至9月則要進行協商及評核會議，10月依健保法第24條規定，總額協商完成後，健保局要在1個月內提出費率審議方案，12月則要完成各項審議。所以，建議上半年可密集安排專題報告，下半年則不要安排。

謝委員天仁

希望本會的議事要有效率，如果委員有提案，建議按照規定辦理。確認議程後，就依議案內容進入實質討論及裁示，對於今日沒委員提案議程討論案是否要優先處理或專案報告在議程如何安排，主席不應該反覆地詢問委員意見，沒有人這樣開會，請大家思考應如何做會比較有效率。

鄭主任委員守夏

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、對於剛剛大家討論的議題，不予置評。
- 二、健保局第40張簡報，有關推動轉診實施辦法目的與背景，當初在費協會提案，是希望健保局能推動分級醫療轉診制度，卻被硬拗成轉診實施辦法。依據健保法第43條，責無旁貸就是要落實分級醫療，柴委員松林的意見，真是一針見血地點出問題。

- 三、我家附近的醫學中心，無論病人是發燒、蜂窩組織炎、腎盂腎炎或任何疾病，都不願意讓病人轉出，就是硬吞。以我朋友的實例，只是普通的糖尿病而已，該醫學中心就要求他住院 4 天，後來我請他到我們醫院看診，根本就不需要住院，只需定期拿慢性病連續處方箋就好。基本上，醫院一定會往上轉，但是都不願意平轉、下轉，這是有問題的，因為多做多收費嘛！所以，建議健保局一定要瞭解真正原因，並有效監控。
- 四、健保局第 29 張簡報，提到「101 年急診品質提升方案地區醫院急診人次增加獎勵家數及點數情形」，從表面上看，這些資料好像令人滿意，地區醫院也得到許多進步獎，其實這些獎勵制度包括維持獎及進步獎，可能都是假的，例如某相同醫療系統的兩家醫院將病人互轉，甚至從醫學中心直接向其所承包的某區域級醫院直接掛號，這樣是否算下轉？其間有很大的問題，剛剛只是舉個實例而已，類似的案例還很多。所以，教育民眾正確的就醫習慣，健保局責無旁貸，應該儘快去做。

鄭主任委員守夏

- 一、有關執行面的問題，請健保局參處。
- 二、因為時間實在太晚，本案就到此。今天本會第 2 次開會，算是練習，下次會議我們就知道，只要是大家關注的議題，列入專題報告至少耗掉一個小時，未來需慎選及妥適安排專題報告議題。

貳、報告事項第二案「本會上(第 1)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

接下來進行報告事項第二案「本會上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」，請柯執行秘書桂女。

柯執行秘書桂女

- 一、各位委員大家好，請翻開議程資料第 12 頁，本案之報告共 5 項，為上次委員會議決議(定)事項追蹤及重要業務；另外會議補充資料加了 2 項重要業務報告，因此總共是 7 項。
- 二、說明一，上次委員會議決議(定)事項辦理情形，第 1 項有關急診壅塞問題及轉診制度之推動情形，委員希望能列入專題報告，今天也邀請衛生署醫事處及健保局蒞會說明，已按照會議決定辦理，建議本項解除追蹤。第 2 項為討論本會會議規範案之附帶決議，請衛生署相關單位提供書面資料，說明「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」中之雇主身分定義乙事，健保小組回覆：「全民健康保險法施行細則第十條已有相關規定」，已將規定列入追蹤表之附註，讓委員了解施行細則第十條第一項第一款第四目所稱雇主，係指僱用員工之民營事業事業主或事業經營之負責人；所稱自營業主，指未僱用有酬人員幫同工作之民營事業事業主或負責人。以上 2 項，建議都解除追蹤，是否同意仍依委員之決議辦理。
- 三、說明二，費協會協定之「102 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」案，衛生署於本(102)年 1 月 8 日裁決及核定，並在本年 1 月 28 日完成公告。相關資料請參考議程資料第 43~69 頁之附錄二。
- 四、說明三，與大家較有關係，依據二代健保法及其施行細則之本會法定任務，及委員會議決議事項，幕僚擬具「本會 102

年度工作計畫」(草案)，請委員參閱議程資料第 14~15 頁，是否按照期程進行，請委員討論：

- (一) 監理業務第 1 項，「急診壅塞問題及轉診制度之推動情形」，今天已完成報告。第 2 項是健保局編列之 103 年度預算案，原排定 3 月份至本會備查，因配合編列期程，健保局希望可延至 4 月。第 3 項「全民健保補充保險費就源扣繳及計收情形」，健保局建議列入業務執行報告按季提報，因為當月保險費於下月計收，且可寬限 1 個月，所以健保局 5 月報告補充保險費計收之情形，可能僅有 1 個月資料，委員是否滿意？或依照健保局意見，按季列入業務執行報告，提供委員參考，請表示意見。第 4 項「各級政府健保費補助款欠費還款計畫」執行情形，健保局已報告多次，但本會新委員希望可以報告，如果可能會花較多時間，則請委員併予考量。最後一項「家庭責任醫師制度之規劃及推動情形」，將配合委員之意見安排。
- (二) 總額協議部分係依照法定時程安排，例行從 3 月至 12 月都會有相關事項，依據上次會議委員之意見，提前至 3 月開始討論總額協商程序，相關資料請委員參考。
- (三) 費率審議方面，依據法定任務，10~11 月本會將進行費率之審議事項，另依據健保法第 60 條規定，主管機關擬訂總額範圍時，須諮詢本會意見，為使費率審議能與總額協商扣連，擬於 4~5 月安排「保險平衡費率模式之建立」，健保局希望改至 9 月，考量 9 月本會將密集協商總額，是否有空安排？請委員表示意見。
- (四) 另外如給付範圍及資源配置、品質及資訊公開及民眾參與等，均為法定之討論事項。若大家無意見，就依照草案辦理，若委員有不同意見，請提供修正意見，我們將在下次委員會議進行確認。

五、說明四、五，分別為衛生署及健保局提供之「全民健康保險

醫療服務給付項目及支付標準」、「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」及「102 年中醫門診總額一般部門預算分配方式試辦計畫」修正發布及公告事項，請委員參考議程資料第 70 頁至第 113 頁之附錄三至附錄五。

六、最後，請大家參考補充資料第 1 頁之說明六、七。

(一)說明六為台灣費森尤斯醫藥股份有限公司，針對 102 年門診透析費用之協定有些意見，當時係將新增之 2% 預算用以鼓勵非外包經營之透析院所，但該公司認為現行醫療法令並未明確定義何謂「外包」，且依全民健康保險法第 42 條「醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應以同病、同品質同酬為原則」，及行政程序法第 6 條「行政行為，非有正當理由，不得為差別待遇」，所以 102 年度門診透析新增預算，用以鼓勵非外包經營透析院所之做法有爭議，此為該公司第一個陳情事由。

(二)另外，該公司認為健保局要求透析院所依費協會所列條件，於 102 年 2 月 28 日前完成切結，致與該公司合作之院所產生疑慮，因而要求終止合作，造成營運損失。過去費協會協定 101 及 102 年度總額時，係將門診透析服務新增預算用以鼓勵非外包經營之透析院所，根據其陳請，已請醫事處及健保小組提供意見。醫事處認為費協會引用之「外包」定義，與衛生署公布之「醫療機構業務外包作業指引」規定，並未違背，而費協會當時所規範的外包及鼓勵條件共有 3 項。至於支付標準有沒有同病同酬，健保小組認為，新增 2% 的預算用以鼓勵非外包經營透析院所，其實與品質保證保留款性質相同，並沒有支付標準適用之問題。所以，醫事處及健保小組都認為本案沒有問題，至於應如何決定，我們將依據委員的討論結果回復該公司。

(三)說明七為健保局公告「『全民健康保險藥品費用分配比率

目標制』試辦方案及其目標值之成長率」，相關資料請參閱補充資料第 8~10 頁之附件四。以上報告，針對說明六，請委員提供意見。

鄭主任委員守夏

謝謝柯執行秘書桂女。首先針對上次委員會議 2 項追蹤事項，是否同意解除追蹤？請委員表示意見。

莊委員志強

上次委員會議提到有關「雇主」的問題，依據健保小組說明，係依健保法施行細則第 10 條的規定，指僱用員工之民營事業事業主或事業經營之負責人。然而全民健康保險會組成及議事辦法係依據健保法第 5 條之規定，因此，若以施行細則第 10 條之規定來定義，似乎不盡合理。以薪資所得為例，健保法施行細則第 55 條是依照所得稅法之規定，但健保法第 20 條又是按照勞基法之規定，所以這邊依照施行細則第 10 條所稱的雇主，並不適用健保會組成及議事辦法的雇主。

鄭主任委員守夏

- 一、本案很重要但不緊急，建議先暫不解除列管，請將莊委員志強及先前謝委員天仁的意見，提供衛生署參考，若屬法律不明確或不恰當部分，而需進一步修正或檢討，也可請衛生署法規會處理。
- 二、說明二至五，並無特別需請委員表示意見之處。至說明六屬私人外商公司的一項陳情案，係針對上一屆費協會的協議有意見，認為新增預算只用於鼓勵符合該會所議定條件的非外包經營透析院所，對該公司不公平。本案為陳情案的報告，委員可以表示意見，但因協議結果已公告，行政程序已經完成，我們是新的委員會，不可能更改過去的協議結果，除非委員認為本案很嚴重，另提討論案。不過若再討論，恐會沒完沒了。

張委員煥禎

同意主席的意見。但建議外包的定義要清楚，以免落人把柄，因為醫療院所要切結自行證明，否則要負刑事責任。本案陳情的外商公司不敢做假，尚有其可取之處。但據我所知，外包業務很難界定，有些外包的廠商還是敢勾選，醫院也切結蓋章，使得非法的廠商反而得到利益，但真正守法的廠商卻得不到 2% 成長率的費用，劣幣將驅逐良幣，失去費協會協議的美意。建議健保局應儘量要求院所提供完整資料，秉持公平原則，才可真正保障合法的醫療院所。

蔡委員登順

本案是費協會協定 101 及 102 年度總額的決議，尊重主席的裁示，今天是報告案，我們不可能改變其決議。當時費協會的考量就是反對外包及防止圖利財團法人，防範洗腎醫療品質下降，危害民眾健康，所以規範 3 項非外包經營院所需符合的條件，要求執行透析服務的醫師、護士等相關醫療人員由該醫療機構聘任，其醫療機構會計帳上列有該人員的薪資、勞健保費支出及憑證影本；另外設備由醫療機構自有，透析服務由醫療機構自行經營且在所屬院區內進行，這些條件都符合後，則同意給予所增成長率的預算，因可提升醫療品質。本案主席已做了很明確的決議，不要浪費時間，我們堅決反對再去改變。因為健保會才剛成立，若有必要，可於 10 月份總額協商時再討論。

張委員煥禎

如果是外包業務，只要和醫院講好，要做到這 3 項條件並不困難，建議可以規範得更詳細，至少 95% 外包的透析院所都不可能達到，才較公平。

鄭主任委員守夏

本項屬執行面，且有部分涉及法律灰色地帶。委員對本案的建議，請健保局會同醫事處定義清楚，儘可能抓出作假的院所，強化執行力。說明六討論結束。說明七請委員表示意見。

林委員至美

會議資料第 15 頁「本會 102 年度工作計畫」，有關費率審議部分，其中保險平衡費率模式之建立，原訂時程 4~5 月，係為因應上半年擬訂 103 年度總額範圍送行政院核定所需，但健保局希望時程改至 9 月才進行。由於過去二年在行政院審議年度總額範圍時，都要求要提供 5 年平衡費率，做為決策參考依據，不知道移到 9 月在時程上是否來得及提供行政院審議參考？雖然健保局可能因考量二代健保補充保費收繳情形在上半年還未能有正確之資料，希望至下半年有較完整數字才能據以精確估算，但建議時程仍維持 4~5 月，至於補充保費可以先做高、低推估，下半年再予調整修正，否則送行政院審議時，將無法提供這樣的資料。

鄭主任委員守夏

謝謝林委員至美，因為是經建會需要，請幕僚與經建會、健保局及健保小組協商溝通，再決定安排到幾月份討論，必要時我也可以向行政院或經建會說明。對於本會重要業務報告的說明六及七，委員有無其他意見？

陳委員宗獻

藥品費用分配及目標制剛已報告過，方案寫的很簡單，總共只有 2 頁，但涉及層面很廣，有商業利益及病人利益在內，委員會能否有相關機制瞭解詳細的執行辦法？該目標制方案是否準用之前的藥價調查，還是有所區別？例如重大傷病費用占率很高，2.9% 的病人約占健保費用 30% 以上，且該部分所增加的藥費都不能砍，因多屬專利期藥品，所以顯然該成長部分會砍到其他不相關的藥物品項，尤其如果這些藥是其他不相關的病人和院所層級在使用，就非常不公平，因此，該方案牽涉的範圍相當廣泛，可否請健保局說明未來如何執行較為妥當，以讓委員瞭解。

鄭主任委員守夏

藥費分配比率目標制健保局已公告要試辦，本案可先至總額研商會議說明、討論。除非對本方案有非常強烈的懷疑，或認為會有

很大的不良後果，才在委員會就政策面表示意見，如果屬執行面，是否有必要在此討論？

陳委員宗獻

因為時間關係，可以保留到下次再仔細討論。

鄭主任委員守夏

有需要請健保局說明，可用提案單正式提案。我們已經知道報告案或專案報告會花很多時間，如果有比較重要的議案，需要健保局說明，請委員提案，讓幕僚有比較明確的依據。如果案子非常多，以後每次開會前，可先就當日議程進行確認，讓大家知道哪此事項需要口頭報告，或書面參閱即可。

干委員文男

本案已完成並公告，可提供書面補充資料，說明過去協商及執行情形，讓新委員能更清楚瞭解。

鄭主任委員守夏

本案依陳委員宗獻及干委員文男兩位的意見，提供書面資料，但才公告，尚未執行，所以大概不會有執行成果或效應，請健保局先提供本方案的背景資料供委員參考。陳委員宗獻如果認為應有更詳細資料，可提案請健保局報告或提供資料。

柯執行秘書桂女

應委員要求，希望可以辦理本會作業說明會，目前安排在 3 月份，歡迎有興趣的委員參加，如果委員沒有特別意見，則由幕僚於 3 月份擇一日辦理。

鄭主任委員守夏

請幕僚同仁安排即可。委員有 35 位，要過半數出席，在時間上協調並不容易，有需要的委員就會撥冗參加。接下來進行報告事項第四案。

參、報告事項第四案「中央健康保險局函請備查之 102 年西醫基層總額『新增跨表項目由原協定之 9 項調整為 6 項』及『外科手術處置項目支付標準調整暫緩施行』案」之與會人員發言實錄
柯執行秘書桂女

- 一、102 年西醫基層總額有二個協商事項已議定並公告，現健保局送會備查，一是西醫基層總額新增跨表項目，原協定有 9 項，其中 3 項健保局及醫界認為技術上尚不宜開放至基層施行，故將開放 6 項。當時協商 9 項的經費為 10.3 百萬元，已通過開放的 6 項，經健保局估算費用約 2.58 百萬元，因當時協定共識為，若未能於年度開始時實施，則費用應予扣除，故幕僚建議按照協定結果辦理，扣除 7.72 百萬元。但醫師公會全聯會認為健保局推估 2.58 百萬元，是根據 100 年醫院申報醫令數 10% 預估，恐有不足，故建議協定 9 項雖只執行 6 項，但費用不要扣。本案請委員表示意見。
- 二、另西醫基層 102 年度也協定外科手術處置項目支付標準調整，惟健保局考量 RBRVS(資源耗用相對值)評量與醫院成本資料收集作業正辦理中，相同支付項目的支付點數宜相同，故希望醫院與基層可以同步調整。醫師公會則表示，既然本項已經協定，應於 102 年 1 月 1 日如期實施。幕僚建議依審核定結果雖無施行日期之限制，但仍請健保局儘速完成相關作業程序。

鄭主任委員守夏

本案列為報告案，係因上次協商已有明確決議，因為 9 項變成 6 項，故予以扣減費用，請問委員有無意見？

蔡委員登順

- 一、原 9 項新增跨表項目中僅開放 6 項，「鼻中膈鼻道成形術—雙側」等 3 項診療項目，102 年不予開放至基層適用，故預算沒有執行，為維護醫療資源分配正義及兼顧醫療體系永續發展，若不予扣減，未來很多項目都無法管理，很難維持公

平性，建議未執行的 3 項費用 7.72 百萬元應予扣減。

- 二、外科手術處置項目，健保局刻正辦理 RBRVS 評量與醫院成本資料收集作業中，應俟該作業完成後，同步調整醫院及西醫基層的支付點數，同意暫緩實施，但建議健保局儘速收集資料，完成後可追溯自 1 月 1 日實施。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員登順，請西醫基層代表陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、很抱歉造成大家的困擾，其實雙方看法並沒有太大出入，我們也知道協商的結果及如何執行，現在只是提出我們的困難，請大家考量。跨表項目原來提出 9 項，其中未通過的 3 項，並非只能在住院施行，經請教過婦產科醫學會，認為基層其實也有能力執行，但我們必須處理的問題是，如果貿然實施，公告後一般診所沒有做，而是院前診所在做，可能會使預算爆掉。有關院前診所問題，雖然我們已努力一年多，也曾在費協會尋求協助，但目前仍無法解決。因此，希望今年內可以解決院前診所的問題，目前也已著手進行。
- 二、本項費用估算採 100 年醫院申報數的十分之一計算，大家可能會有疑問，為何在協商當時不提出？都已經決定了，現在才提？請大家考量，當時西醫基層總額那麼多的協商項目，在 95 分鐘內要談完，如果當時參與協商的費協會委員在場，應該記得最後剩下 10 秒鐘，我說慢性病還沒談，就已按鈴截止，我們只好摸著鼻子離開。而醫院部門是如何協商？我離開時只剩 5 分鐘，結果又討論了二個半鐘頭，我們還被說「不會善用暫停」。打球會用暫停沒錯，但醫院總額協商，「暫停」是大家吃便當、喝飲料，都沒講話嗎？我想說的是，我們很清楚知道，決議不應該寫「若未能於年度開始時實施，則扣減費用」，因為還有很多前提條件根本沒時間談。所以在此呼籲，這部分能否暫時保留，應該不急著扣減

費用，12 月底前扣都來得及，我們不反對扣減，但希望能先讓我們處理看看。

三、關於外科手術處置項目，協商當時非常明確，這些項目可以疏解急診壅塞情形，而且的確是外科醫師專科訓練後，可以在診所施行的項目。因為 RBRVS 是很大的工程，這 10 個項目只是其中的一小部分，什麼時候會調整不知道，當時協商係針對這些外科處置項目於基層診所加成 20%，故建議儘快實施，將來 RBRVS 完成後，再調整也可以。

四、我們的第 1 項訴求有其背景，因為協商時間真的非常不充足，現在會處理，不是不做，而是還有很多條件，例如院前診所問題沒有處理。我們不敢開放，擔心開放後被院前診所拿去做。經驗顯示，往往第 1 年只有一點點費用，第 2 年就爆量，第 3 年則會排擠我們其他的醫療服務，這部分請大家理解。

何委員語

去年費協會協商時，給西醫基層的時間確實很有限，沒有多餘的時間說清楚，故建議本案到 8 月底再定案。今年 5~8 月份進行各部門總額執行成果評核，在評核前，西醫基層針對這 9 項沒有達成時，後續如何處理，可於 8 月底前定案，讓西醫基層有緩衝時間，做詳盡執行準備。如未執行則再行處理。

鄭主任委員守夏

很明確的建議，請執行單位健保局表示意見。

黃局長三桂

有關新增跨表項目部分，本局遵照大會的決議辦理。至於原協定之外科手術及處置項目支付標準調整部分，考量各層級間支付點數之衡平性，因此我們希望稍等一下，等健保資源耗用相對值(RBRVS)作業完成，提會協商後將同步調整醫院與西醫基層支付點數，時間不會很久，我們也會依剛蔡委員登順提出的建議，追溯自今年 1 月 1 日實施。

鄭主任委員守夏

因為當初協定結果比較硬，直接寫如果年度開始未實施就扣減，完全沒有轉圜機會，何委員語的意思是，如果還來得及，最晚到 8 月，未實施就要扣減費用，大原則是一定的，不做當然要扣掉，但不是現在不做就扣，還是給一點時間。至於外科處置項目，健保局的建議比較務實，要儘快但也不需要為了時效，能做好的反而沒做好。對於扣款部分，大家是否同意何委員語的意見。

蔡委員登順

剛剛建議要扣減跨表 3 項未執行的費用，但如果要給西醫基層一段時間，看能不能把 9 項都做好，我也同意，當時的協議就是 9 項要在基層執行，有做到，費用一定要給，沒做到，就一定要扣減。

吳委員玉琴

不清楚當時協商情形，但既然同意 9 項，後來又刪除 3 項，聽起來不是只有病人安全考量，而是擔心院前診所的門診量，比較是利益考量，讓人無法理解。在西醫基層總額的討論過程中，到底是以病人安全為考量，還是利益。建議未來協商時要注意，到底那些項目比較適合開放至基層，要回到病人安全考量，因為看起來有點令人擔心，故提出來提醒大家。

干委員文男

本案既已協商通過，也不能再表示意見，尊重大家的看法。但開會是知無不言、言無不盡，讓大家充分表達，把事情解決。如果為了議事效率限縮時間，相較於全國行政單位的預算一兆六千多億要審議一段時間，健保會所負責協商的六千多億總額，如果只談二個半鐘頭就草草結束，會對不起大家，傳出去外界也無法接受，若有必要，該排整天就整天，免得話講一半，往後再來翻案。

鄭主任委員守夏

如果大家沒有特別意見，西醫基層代表陳委員宗獻是否同意以 8

月為時間點，若未實施再扣款，未通過的 3 項如果還有機會，可以同意試辦。至於吳委員玉琴的擔心，也請西醫基層放在心裡，病人安全還是最重要，我相信太勉強，醫界還是不敢去做，這是個提醒。

李委員明濱

剛一直聽到全聯會翻案，我們沒有翻案，是接到健保局的詢問，考慮品質與安全性，才会有這樣的建議，請大家不要誤會。醫師做某項治療項目安不安全，有其專業考量，這些項目診所醫師當然能做，但要有一定的設施，所以這不是翻案，簡要說明。

鄭主任委員守夏

謝謝，本案就此定案。至於剛才干委員文男的建議，本會有 35 位委員，各位以後可以看發言實錄，委員發言比率很明確懸殊。發言時有部分意見沒講完，確實會造成誤解，但有些意見是，從第一個委員發言後，後面的意見其實非常相似，我認為這樣是沒有效率。所以，有時重要議題必須加開會議，當然就要加開，但如果是盡各言爾志的意見，其實是沒有效率，也是我們的錯，外界也會認為就一逕講這些。其實就是二邊，要靠右還是靠左，我們儘可能讓會議有效率，又希望委員都能有充分時間發言。到現在為止，發言都沒有按鈴，真的需要時，3 分鐘就會按鈴，是為議事效率，屆時委員如果沒有辦法暢所欲言，則請多包涵。本案討論到此。

肆、報告事項第五案「中央健康保險局報告『102年1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

第五項報告案剛與健保局討論，該業務執行報告每季口頭報告一次即可，所以是1月、4月、7月及10月報告，其餘月份自行參閱書面資料，以前在費協會也是如此。因為實在沒有太多時間，每月的資料內涵大同小異，且都會事先寄給委員，委員若有較關心的議題，可以從健保局每月的報表看到。請問委員是否同意健保局每季進行口頭報告，其他月份則提供書面參考？

蔡委員登順

一般委員會議規劃的時間是2.5小時，時間非常寶貴，若每個月請健保局進行業務報告，時間可能不夠，除非是很重要的議題，建議健保局每季進行業務報告，每月提供書面資料參考即可，委員才有充分時間進行討論事項，主席也較好掌控時間。

鄭主任委員守夏

業務報告原則上儘可能節省時間，請干委員文男。

干委員文男

本月業務報告我沒有意見，但財務收入難得收到這麼多錢，不曉得經營者有無善加應用，剩下的費用如何應用，報告中並未清楚敘明，請說明。總共收了1,181億多，支出4百多億，還扣了暫付款及歸還暫借款，剩下的錢有沒有妥善應用？

鄭主任委員守夏

請健保局簡短說明。

黃局長三桂

謝謝干委員文男的關心，102年1月份收入會比較多的原因，是因為各級政府的健保費補助款自101年7月1日開始，改由中央政府負擔，且中央政府每半年撥款一次到健保局，時間點是1月、7月，所以今年1月份的1,181.53億元，係為1至6月份政府補助

款集中撥付所致，而接下來的 5 個月份僅會有少數政府補助款收入。上述的 1,181 億元，除了支付醫療費用 405 億元外，主要是清償借款，101 年 12 月底借款餘額是 580 億元，102 年 1 月份償還 196 億元，2 月份又償還 384 億元，另外有買入短期定期存單 25 億元，及買入短期票券，所有收支結餘款，我們都充分利用，以上簡單報告。

干委員文男

請問還款 5 百多億，是健保局借的，還是包括各級政府的欠費。

黃局長三桂

清償借款部分通通都有，但各級政府欠費，健保局仍依法向各級政府計收利息。

鄭主任委員守夏

委員有疑義部分，請同仁或健保局提供書面資料給干委員文男，或現在向干委員文男說明。其他委員有無詢問？

陳委員宗獻

針對全民健保業務執行報告，委員可能也相當關心醫療費用都用在那些疾病，例如血液透析、重大傷病等，建議可提供更清楚的資料，例如癌症治療費用等，過去健保局也提供過，能否在每季報告將這類資料更新，讓我們瞭解整體醫療利用的趨勢。

鄭主任委員守夏

上述建議請健保局參考，有些資料是年報或季報才有意義，有些則是每天都有意義。委員若無其他意見，以後健保局業務報告各季才進行口頭報告，其他月份則請委員參閱書面資料。接下來進行討論案，第一案我們上次未及討論，請同仁宣讀。

伍、討論事項第一案「推派『全民健康保險醫療給付費用總額研商
議事會議』及『全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共
同擬訂會議』之本會代表案」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

- 一、先向委員報告，上次會議決議後，幕僚已個別徵詢付費者代表委員的意向，每位委員至少都填了一個志願，有的委員填了五個志願。因為是多項會議，有的委員有排序，有的則沒有。我們將委員的回覆交叉比對，儘可能讓所有委員都能夠按照其志願分配。因為全部有 6 個會議，共需 14 位代表，而付費者代表中，如謝委員天仁已經以專家學者身份受邀參加醫院總額研商會議，就不須擔任本會委員代表，初步的建議名單如剛分送的建議表。
- 二、全民健保醫療給付費用總額研商會議，醫院總額是請吳玉琴委員及鐘美娟委員；西醫基層總額請蔡登順委員及楊芸蘋委員；牙醫門診總額請林錫維委員及郭志龍委員；中醫門診總額請林啟滄委員及何語委員；門診透析請莊志強委員及干文男委員。另外醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，被保險人代表請陳川青委員及侯彩鳳委員，雇主代表則請葉宗義委員及李永振委員。這是我們初步的建議，請問委員有無意見？

干委員文男

我有意見，我什麼都勾，只有門診透析沒有勾選。

鄭主任委員守夏

請問有沒有那位委員願意跟干委員文男對調？干委員為資深委員，現在洗腎問題也很嚴重，是否願意去那裡發揮一下影響力？

干委員文男

我什麼都可以，就只有門診透析不要。

鄭主任委員守夏

我們不是故意讓干委員文男為難，是真的以為您五項都有勾，五項全能。這個問題我們私下再來協調，看其他總額的委員有無意願更換，不要在委員會議耗費大家的時間。請問其他委員有無意見？

謝委員武吉

- 一、總共有五個總額研商會議及一個支付標準共同擬訂會議，不知本會 5 位專家學者有無包含在內？
- 二、建議名單僅干委員有表示意見，如果委員沒有空，是否在這裡的順位代表也可以出席？

柯執行秘書桂女

請委員參閱議程資料第 114 頁至 120 頁之附錄六及七，第 115 頁，全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點第三點，保險人召開各總額部門會議時，應依會議類別分別邀請下列代表出席，第 1 項是保險付費者代表二名。請大家再參看第 117 頁，保險付費者代表的產生方式是由保險人洽請全民健保會自該會推派，故已在作業要點明定代表屬性；另外醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議也是相同的情形，以上報告。

鄭主任委員守夏

這些會議與過去健保局所設的五個總額支付委員會類似，主要是總額協商後的執行面細節，可在這五個委員會討論，由健保局與醫界共同規劃如何執行，有時候是與醫界折衝。當時費協會也是指派付費者委員參加，印象中並未指定代理人，因為委員一人一個席次，只能請委員儘可能撥空參加。但比較重要的決議都會在本委員會報告或討論，所以不至於有不知道重要事情的狀況。若本會委員參加此類會議時，發現某些問題點，因有提案權所以也可提案討論。此類會議其實多數情況為健保局提案於會中研商，而非本會委員提案。以前費協會只有 1 位學者專家，而本會有 18 位付費者代表可供推薦，已經擺不平，專家學者若也要納入推薦，則更不好安排。原則上專家學者在此類會議是對於學理上

或大方向給予意見，至於執行面的議題，比較是付費者表達病人立場或付費者觀點，所以進入五個協商會議討論，也算適合。謝委員這樣可以嗎？請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

剛剛執行秘書的報告，有一點不對。我參加全民健康保險醫療給付協議會議的經驗已經有 4、5 年，由該會的紀錄可知，很多委員都是派代理人，而非委員親自前往，例如常見的代理人有陳瑞瑛或陳雪芬等。本會委員屬性中，我屬公正人士，而非付費者代表，反而不能排入本案所提健保局相關會議的代表，覺得受到歧視、不公道。過去在醫療給付協議會議中有很多問題都無法解決，醫界意見很多，是我協助居中協調。不是喜歡找事情做，而是我代表公正人士，也代表社會，把我排除沒意思。或許專家學者屬性的委員比較忙碌，無法參加此類會議，但我來自民間，且過去有相關參與經驗，現在不能參與有點奇怪。

吳委員玉琴

請教一下，總額研商議事會議的運作，本會所推薦付費者代表，其扮演的角色為何？醫院代表有 2、30 位，我們才 2 位，到底可以扮演何角色？若某個案子我不是很支持，等該案經會議通過後，送到健保會，還可否繼續表示不支持的立場？我不知道是用個人的身分參加，或代表我的團體，或代表健保會來執行此角色，應再釐清本會委員至此類會議應扮演的角色。

鄭主任委員守夏

- 一、很難生動的描繪，建議吳委員玉琴去參加後就會瞭解，真的是這樣，或許你的看法會與陳委員錦煌的感受不一樣，會議中每一個議題會爭辯的人不一樣，原來贊成的人，後來也可能會變成反對，這很常見。
- 二、至於委員是否代表本會，雖以本會委員的身份推薦，但各委員都是某個團體的代表，因此意見可能十之八九屬於該團體的意見。至於本會的意見，應係於委員會議通過的決議，才

是本會共識，其他則屬個別委員的意見。吳委員玉琴若在該會議中發現重大問題，可正式在本會提案，並要求健保局報告，使該議題成為本會的討論案。過去十之八九為，已在費協會決議給一筆預算，例如五千萬，到支付委員會討論如何執行時，因會中可能有不同意見，這時本會委員就可提供協商時給予預算的用意，以使執行面勿偏離。因此本會委員出席健保局會議，以我個人印象，壓力應該不會太大。

三、至於陳委員錦煌提到，此類會議委員常派代理人的情況，我認為視議題、不同會議而定，醫界代表派代理人並無不可。至於本會委員出席情況，若發生委員出席率低，也可考慮將本會出席狀況的規則，套用到這些總額研商會議，例如記錄委員的出席狀況做參考。建議吳委員玉琴先去參加，就像陳委員錦煌的感受，若非陳委員居中協助，經常難以擺平，例如醫院三層級就經常擺不平。台灣的制度，費協會、支付委員會等，似乎沒有那麼科學，但倒也沒出現很大問題，現在兩會合一，希望好的可以留下，壞的可以改進。本案尊重健保局作業要點的規範，據以推薦委員，其他細節如干委員文男的意見，則另行協調。

謝委員武吉

我很尊重委員，所以若委員指派他的代理人前往總額研商議事會議或支付標準共同擬訂會議，應該可以吧？

鄭主任委員守夏

我知道醫界委員幾乎都有多個不同順位的代理人，但專家學者就沒有代理人。

謝委員武吉

要增加專家學者也可以。

鄭主任委員守夏

細節上，依照往例，以前委員出席相關會議就有代理制度的話，我們就同意可以有代理人。先試辦半年，若健保局運作上有困

難，或有不恰當處，而一定需要委員本人前往的話，可再提出討論。進行下一個討論案。

陸、討論事項第二案「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法(草案)」之與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

本案內容非常明確，不再請健保局說明。原則上本辦法在公告前，需提本會討論後再報衛生署。委員有無意見，有 3 位委員同時舉手，先請李委員永振，再請吳委員玉琴、干委員文男。

李委員永振

有關醫療法人服務機構的財務報表，在第二年的 5 月應已向衛生署提報，建請健保局先查詢衛生署網站所公開的資料，一方面可減少健保局資料的維護成本，也可避免民眾重複閱讀資料，而產生混淆。建議針對還沒有公開財務資訊的醫事服務機構，才按照本案所定的方式來提供財務資訊，以減少資料維護成本。

吳委員玉琴

醫事服務機構財務透明化是很受關注的議題，向健保局年領取醫療費用 2 億元以上醫院提報財務報告的時程，要分 6 年，實在有點誇張。相信各大醫院的財務報告都很清楚，應該隨時有資料可以提出，我們這種小民間團體都可以，相信大財團更可以。本人與謝委員天仁都認為，時程應該不要那麼長，建議年領取 2 億元以上的醫院，於 2 年內就要全部公開財務報告，不是做不到，而是要不要做的問題。

干委員文男

委員的任期才 2 年，於 6 年後才公開，現任委員已不知在何處，不一定看得到，要擔任三屆委員才可看到。稅務機關也是每年查帳一次，建議每年申報稅務時，多準備些資料，可併同公開。

張委員煥禎

一、財務公開依醫院層級會有很大不同，大型醫學中心，不是公立醫院，就是財團法人，而財團法人屬於捐給國家的性質，因此不論公立或財團法人，不論自費或健保的財務報告都應公開。目前需立即公開財務報告者，是年領取健保醫療費用 6

億元以上的醫院，6年後則擴及2億元以上，地區醫院多數未達此標準，所以問題不大。我是醫院協會的區域醫院代表，本案已在區域醫院協會討論過，對區域醫院影響最大。區域醫院雖有屬財團法人或社團法人者，但仍有相當數量是屬於私人醫院，其投資係由個人集資，不像公立醫院或財團法人，是拿國家的錢。大家可能不知道，私人醫院繳所得稅是以個人方式計算，醫院有盈餘，所得稅要繳交40%，另因台灣的醫院不能成立公司，故貸款利息亦不能列為支出。

- 二、考量社會觀感及監督健保立場，要求公開健保財務報表，區域醫院協會沒意見。但所需公告的財務報告中，資產負債表難以區分屬「健保」或「非健保」，其他表還可以區分。因此自費收入及自費投資，在資產負債表如何呈現，有很多疑義。私人醫院的資產，很多並非來自健保，是來自過去的投入，另醫院在收入面是以自費部分去補健保虧損。
- 三、議程資料第32頁，條文第三條「本辦法所稱財務報告，指本法第七十三條第一項所定全民健康保險業務有關之財務報告。但財務報告不易區分健保與非健保業務，而以醫事服務機構整體財務報告提報，保險人得予同意」，此條沒有錯，但反過來，若健保局因不易區分，就要求醫院提供整體財務報告，這又牽涉是否違反個人資料保護法及稅法等兩類相關法令。國民有義務對國家誠實報稅，稅務機關有權查核，但依個資法及稅法，私人繳稅內容是不需向全民公告，這也是過去對於繳稅大戶曾公開鼓勵，後來都不敢公布名單的原因。因此若非屬公立醫院或財團法人醫院，而屬私人醫院，國家無權要求其公開整體財務報告予全體國民。
- 四、健保法第七十三條寫得很清楚，醫事服務機構有關全民健康保險的財務報表，保險人應公開之，前項之一定數額、期限、財務報告之程序、格式等，由保險人擬訂，提健保會討論後，報主管機關核定發布。故本案必須由健保會討論通過

後才送署，茲事體大。今天雖不是以區域醫院協會的代表出席，而是以委員身份來參加會議，但仍要提出以上疑義，期望有所澄清。

五、最後一項意見，現在私人醫院經營都很困難，資料還要再經會計師簽證，因資料都已報稅，若重覆簽證，又要增加支出。

陳委員宗獻

議程資料第 32 頁，本辦法草案第四條，定義公開財務報表時程為分年實施，對此無特別意見；另第四條但書為「未達前項醫療費用者，欲主動提報者，...」，我不知道會不會有人主動提報，但知道有一種醫療院所不會主動提報，就是區域醫院附設診所者。該診所的營運量一年達 1 億，若合併區域醫院與該附設診所的申報額度，會超過 6 億，但分開申報就沒有。建議區域醫院有附設診所者應合併申報，合併後超過 6 億元者，亦應公開財務報表。此類附設診所的確存在，也侵蝕基層總額，制度應讓醫院及附設診所合併計算申報額度，否則此類醫院為了規避提報財務報告的門檻，會將營運量移轉至附設診所。

鄭主任委員守夏

請楊委員漢淙，之後請專家學者及公正人士表達意見。

楊委員漢淙

- 一、本案的草案條文及附表，之前已由主管單位召開多次的討論與溝通。由於此為一新措施，整個時程應該要採漸進式，不要一下子想做什麼就做什麼，這樣反而會造成執行的困難。
- 二、現在管理醫療機構的法令相當多，醫療法或財稅等相關法令都有規範。公立醫院受到民意機關監督，不論其收入多少，一定要照政府會計的方式來處理；如為法人機構，台灣的醫院有財團法人或社團法人兩種，都有各自處理財務的規定。至於其他非屬上述兩者(公立或法人)的醫院，屬私人產業，甚至可能是幾代傳下來的產業，過去政府從來沒有要求要公布

財務報表，稅捐單位會查核他的收入、支出，現在增加本案之要求公開報表，該醫院可能沒有聘用符合認定的會計人員，必然增加許多執行上的困難，因此第四條才會訂定分年執行，制度建立不要想一次到位，應斟酌實務所遭遇之困難。這與委員任期無關，是制度建立過程的問題。

三、第三條但書及第四條第二項是多餘的文字，因為若無這兩段，並不影響原條文內容，但由於這幾個文字引起很多爭議，建議刪除此兩段文字，應不影響執行。

鄭主任委員守夏

專家學者及公正人士方面，先請柴委員松林。

柴委員松林

支持楊委員漢淥意見，因本案還沒有實施就討論這些沒有意義，健保制度是持續的，與委員任期無關。

鄭主任委員守夏

所以支持漸進。請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

尊重柴委員松林的意見。

鄭主任委員守夏

所以陳委員錦煌也支持漸進。

吳委員肖琪

一、剛剛提到院前診所，離開費協會已經 4 年，此議題現在比當時更受到醫界重視，這部分要不要併到醫院計算，是個很好的提議。若認為院前診所或診前藥局是造成困擾的議題，在此是個契機，可合併考量。

二、剛楊委員漢淥提到的問題，請具有會計專業背景的莊委員志強來發言應該更佳。此辦法是指申報額度達 6 億、2 億的醫院，並非所有醫院，而是屬較大型的醫院，在會計部分相信已有健全制度。

周委員麗芳

- 一、支持漸進式實施，因未領取健保費用 2 至 6 億元的醫院，雖規模相對較小，但不是其財務制度不健全、也可能不是不願意公告財務資料，而是因為公告資料的核心精神是要能夠比較，如此才有意義，這些醫療院所，科目的歸類或使用上，均可能有不一致的情形，這樣公布財務資料，沒有意義，且徒增困擾。
- 二、另外分階段實施的 6 年中，不能只有被動等待，等時程結束由各類醫院提報資料，應主動協助這些醫院進行各種轉型措施，例如宣導建置相關系統，幫助醫院每個科目都能標準化，以後不管收、支、營業內或營業外各部分都能就緒，這樣社會及政府監督才有意義。因此個人認為需要循序漸進的原因是，制度需要過渡期，以進行標準化。

鄭主任委員守夏

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

本辦法第二條是寫醫事服務機構，但其實能開院前診所的只有醫療法人，故若將文字寫為「醫事服務機構或醫療法人」，兩者就可以兜在一起。

謝委員武吉

現在醫療法人分為醫療財團法人、醫療社團法人，不一樣的，請釐清。

陳委員宗獻

應為醫療財團法人，所以將文字寫為「醫事服務機構或醫療財團法人」，兩者就可以兜在一起。

鄭主任委員守夏

請會計師莊委員志強。

莊委員志強

- 一、會計師公會先前也應邀至健保局參加擬訂本辦法的研議會議，我也有出席，其中醫院方面對於健保法第七十三條，認為就是僅公布健保財務報表，自費部分不應公布。但對會計師來說，最大疑義就是財務報表難以區分健保及非健保，例如有個醫院營業額 8 億，其中 6 億來自健保，2 億為自費收入，但支出面很難區分，例如某張病床的支出，要怎麼去拆健保還是自費支出？因此條文提到，若不易區分，則全部公開。
- 二、另提到營業額比較小的醫院，可能短期內要公告難以達成，故先讓較具規模的醫院公開，並輔導領取健保費用 2 至 6 億元的院所建立制度，6 年後全部公開，因此建議漸進式實施。
- 三、有關報稅已經會計師簽證，為何要再簽證一次的問題，有觀念要先釐清，因報稅有稅務考量，有些要剔除的數字等，在稅報中只有損益不一樣，所以本辦法要求的是一般會計標準原則，由會計師簽證的財務報告。

謝委員武吉

舉好幾次手，主席都沒看到。

鄭主任委員守夏

請謝委員武吉。

謝委員武吉

很多委員提到有關漸進式要如何考量，我提出資產負債表的疑問，若我是醫院負責人，而自父親處繼承得到土地，此塊土地也投入醫院經營中，這要算我賺的、還是經營健保賺的？要公布此類資料，是不公道的事。這是健保的規定，應該只能規定健保面的資料，不能涵蓋全部，如此才正確，是全民健保的醫療費用，而不是這家醫院所有的費用，所以，我認為非健保的就不應該公布，屬私人機密。

張委員煥禎

一、補充一下，現在社會講求法制，不能要求醫療院所要依法，

但做一些事情時又避開法的規定，不可因為自費與健保不易區分，就要求要合併申報。如果合起來報，不合法令、慣例、傳統的話，應該要等想到辦法時再來做，不因惡小而為之，不要便宜行事，應先討論是否暫緩實施。本辦法草案經過那麼多次會議，很多細節已經談好，是 OK 的就可以做，但是資產負債表方面，例如長庚當年給那麼多股票，公開後一看，資產負債表上剩餘那麼多錢，但也許再看損益表，則僅有微利，因為是努力用自費去彌補健保虧損。

二、社會大眾要求公布的是，醫療院所拿到 3,000 億元的健保費用，民眾要看醫療院所有沒有做 3,000 億的事，有無胡作非為、獲取暴利，也就是利潤是否合理，民眾要追問的應該是這個，我們醫療院所也願意接受公評，因為如果能證明健保是不夠的，也就能說服老百姓。例如楊教授志良提到目前制度使醫院獲利，而非醫護人員獲利的觀點，但他也提到公平性是需要，如果實際支付不足的醫療項目，該調整的項目還是應調升。急診請不到醫師，除了錢還有其他因素，但錢必然是其中一個問題，過去急診醫師每月待遇 2、30 萬元，現在每月給 50 萬都聘不到，改為待遇 200 萬應該就可聘到，但醫院經營方面，需考量值不值得花這 200 萬請一個醫生，另若真正面臨沒急診醫師的急迫性，也是得聘。

三、我從費協會第 1 屆開始擔任委員，憑良心講，公布財務報告應該是為了去看，到底哪些不好做、哪些不賺錢、哪些賺了不應該賺的錢，不像有些錯誤觀念，認為醫療院所很賺錢，只因看到醫院資產負債表是正的，而沒有看到是因為醫院在自費部分努力彌補健保的虧損。

鄭主任委員守夏

各委員之發言請宜精簡。請張副秘書長孟源。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

各位委員大家好，我覺得今天的會議資料寫得非常好，使用司法

院大法官會議釋字第 577 號理由書，新訂生效的法規不溯及既往原則，相當重要。我要呼應剛剛張委員煥禎講的一句話，應該要依法行政，這是憲法所保障的權益，所以在實施時，應該考慮到合法性。我們也希望健保法第七十三條第一項規定，是針對保險醫事服務機構所請領健保醫療費用才公告，這樣方符合法定規定。以上補充說明，謝謝。

鄭主任委員守夏

一、我們討論已經非常久，可以做個簡單結論，看看大家是否覺得適當：

(一)不論付費者或醫界團體代表，都認為公布財務報表，是進步、對社會有交代的。

(二)雖然吳委員玉琴、干委員文男認為應該快速，最好今年全部公布，但事實上有其困難，專家學者委員也表示，漸進實施，包括過程應予輔導、數據定義標準化較具可比較性等。多數委員支持健保局所擬辦法的第四條，也就是實施後 1 到 3 年提出財務的門檻為 6 億元，4 到 5 年為 4 億元，6 年以上為 2 億元，這是大部分委員的意見。

(三)至於要不要區分健保與非健保，如果有困難，編製會計報表非常專業，建議草案的那兩段話留著沒有壞處，意思是如果兩者真的分不開，可以整體提報。該段文字不拿掉，好像也不會有特別影響，那就不去變更。

(四)另外，陳委員宗獻一直很在乎醫院附設診所，照理講，醫院應以治療急重難症為主，再附設診所，說實話，概念上與我們所知的開醫院目的不大符合，這部分，剛有詢問健保局的意見，委員會支持合併計算、一起提報，但如果定義有困難，就是什麼叫院前診所，無法清楚定義，那就不勉強。如果定義沒有困難，應將其納入；也就是執行面的問題，讓健保局與醫院協會或西醫基層團體這邊再去談。

二、先訂定大原則，做這樣的共識結論，不知道其他委員有無意

見。請楊委員漢淥。

楊委員漢淥

本來我對院前診所沒有太多意見，但考慮到執行面的方便與公平性，所以認定上若有不清楚，則以後會造成糾紛。我認為按照現在健保局的執行方式，特約哪個就公布哪個，特約規定兩個合在一起，就合在一起，兩個分開，就分開，因為現在醫院評鑑時，分院與本院是否掛在一起，就有許多狀況，不要把問題弄複雜，否則健保局在管理或操作面會有困難。不是反對陳委員宗獻的意見，但過去都是一家、一家特約，別的部分鼓勵他們合作，結果這部分又弄了一大堆規範，我認為不應該這樣。

張委員煥禎

院前診所的數量不多。

鄭主任委員守夏

報告兩位理事長，我們的共識是如果有醫院用這種方式去賺基層診所的錢，就太過火了，所以建議結論不要變，沒有理由不進步，概念上是健保局可做的部分就該去做，但真有困難的地方，則不能勉強。本會決定大原則與方向，也授權或尊重健保局的專業判斷，該局說做得到，當然就去做，但若做下去，到時會被告，當然不能勉強其非做不可。大方向是對的，相信委員們也同意陳委員宗獻的意見。請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

我不了解資產負債表中自費部分為何要提報給委員知道？未與健保特約的醫療院所，就不用提報。我太太以前住院時，病床費每天自己繳 4、5 千元，這些與健保沒有關係，我們有何權力看這部分資料？我是公正人士，要講公道話。掛號費也屬自費，不是健保給付，這部分哪需提報。健保給付的錢要讓委員知道，我沒意見。

蔡委員登順

當然我有不同的意見，張委員煥禎說自費不公開，公正人士陳委

員錦煌支持，我則不同意，因為若自費不公開，搞不好很多病情下，醫生跟病人說不自費可能沒那麼快好，有些藥健保局不付，鼓勵病人用自費購買高價藥品，會影響醫療品質，病人都很聽話，醫生說什麼，就聽什麼，醫生為提高利潤，自費又不公開，反而造成自費項目增加，被保險者損害更大。既然剛才張委員煥禎說健保的財報可以公開，顯現醫院大概沒有賺錢的假象，搞不好從健保收 6 億元，自費收 10 億元，怎會沒賺錢？變成誤導社會大眾，說不定收自費比健保多，我們希望病人在醫療院所繳納的費用，都要公開，這樣財務比較透明。我們支持合理明確的利潤，也希望醫院賺錢，每個人工作獲得利益是理所當然，建議自費部分還是要公開。

陳委員錦煌

主席，呼應一下這部分。

鄭主任委員守夏

楊委員漢淙先舉手，請楊委員。

楊委員漢淙

本來很清楚了，現在似乎越弄越糊塗。今天討論的是按照健保法第七十三條規定訂定的提報財務報告辦法，母法寫得很清楚，只報健保費用，不包括自費，所以不要談法律沒有規範的部分。我覺得本辦法第三條條文本來沒有問題，其但書是備而不用，只是可讓文意解釋得更清楚。但以今天討論的氛圍，加了但書後，反而容易讓人產生誤解，第三條規定寫得很清楚，如果健保與非健保分得開，就分開，有健保費用才報，否則整體申報，健保局也可以接受，本來是好意，可是現在談下來變成非健保部分也要提報財務報告，這是錯的，建議但書乾脆不要寫，文字寫得越長，越容易製造誤會，因為本辦法所談的財務報告，只有健保收入部分。

鄭主任委員守夏

陳委員錦煌或張委員煥禎先？

陳委員錦煌

蔡委員登順的意見跟我的不一樣，我是說醫院或診所對於病人是否自付，要講清楚，但是報表自費部分不需呈現讓本會委員知道，而向健保申請的錢一定要讓我們知道。我在二代健保上路後，跟健保局南區業務組醫管科科长索取特材自付差額資料，對此我非常關心，以前健保局宣導某種特材健保給付 1 萬 6 千元，若自費需 6 萬元，我解讀成 6 萬元扣除 1 萬 6 千元後，由民眾自負，結果問了醫界，上述 1 萬 6 千元向健保局申請不會通過，所以請該科長準備一些資料讓我了解，部分負擔民眾自負差額部分也要講清楚。

鄭主任委員守夏

請先回到本案。

陳委員錦煌

只是講一下讓你們知道。

張委員煥禎

- 一、剛剛提出的訴求還是需要討論，討論自費，會講不完，因為以病人權益受到損傷，而要求呈現自費部分，屬無限上綱，還是要以法做基礎，很遺憾公家機關有時會避重就輕，這或許沒辦法，但若委員也避重就輕，我就覺得不對。既然要保障病人權益，為何不能也保障醫療服務提供者的權益？對病人或醫療服務提供者權益都要保障，既然健保法第七十三條已有規定，限於經會計師簽證或審計機關審定之全民健保財務報告。
- 二、我們做過調查，20 家區域醫院中，有 5 家私立區域醫院是經 5 大會計師事務所簽證，如勤業眾信聯合會計師事務所等。經請教他們，就是依照健保法的規定，如同莊委員志強所述，要將健保與非健保分開有困難，若真的要勉強分開也可以，他們很嚴謹，但要其簽證有問題，所以我們遇到實際的困難，就是法規定需經會計師簽證或審計機關審定，要修健

保法可能有困難，但辦法訂下去又窒礙難行，真的很不好。

三、現在以作業執行面說明，醫院收自費不可能超過 30%，以前覺得做健保不賺錢趕快做自費，學理上可以，現在發現所有自費的基礎，來自健保病人，沒有健保病人，就沒有自費收入，因為不可能不看健保項目，只做自費項目。另外，依據稅捐稽徵法第 33 條規定，稅捐稽徵人員對於納稅義務人之財產、所得、營業及納稅等資料，除對特定人員及機關外，應絕對保守秘密，違者應予處分；其有觸犯刑法者，應移送法院論罪。當然可以說健保局是屬於特定人員或機關，但需要解釋。目前很多醫院都屬於個人所有，根據個人資料保護法規定，對於個人資料的蒐集、處理及利用，不得逾越特定目的之必要範圍，我們現在為了要認定健保的錢有沒有亂花，連自費也要揭露，是否有逾越特定目的之必要，這都必須檢討。還是強調依法辦理，只要法有規定，我們都願意遵守，所以雖然主席已經做了 3 點結論，還是請主席考量剛剛提出來的部分。

陳委員宗獻

建議在辦法第二條規定修改為「全民健康保險醫事服務機構或醫療財團法人提報之財務報告...」，這樣可以整個包含進來，我們常關心一條水牛犁了多少田，但沒考慮到野牛踐踏了多少良田。如果有個財團法人，每家醫院分別為 4 億元、5 億元、4 億元，加起來雖然非常龐大，但因分開沒有超過 6 億元，所以不需提報，但若納入財團法人必須合併申報，會更妥當。

莊委員志強

不好意思，剛才委員提到稅捐稽徵法規定要保密，這是指向稅捐機關申報的稅捐資料，跟這邊要求提報的財務報告不一樣。另外，張委員煥禎所提，在基本技術上難以區分健保及非健保，醫院以 3 萬元請一個人收門診費，如何將此 3 萬元區分多少屬於健保成本？多少屬於非健保成本？又例如跟健保申領 6 億元，要與

健保相關的成本才納入財務報告，這些成本難以區分，因為 X 光機等固定設備在攤提折舊，也難區分多少屬健保？多少屬非健保？一般來講，若醫院區分不出來，會計師不太敢簽證，因為會計師不知道醫院區分得是否正確，所以就技術上來講，只能全部公開。

鄭主任委員守夏

我們已討論很久，因尚未執行，現在很難知道醫療院所會碰到怎樣的問題，或會計師看了財務報表後會怎麼辦，所以應先由大原則著手。首先，我們支持本案，對於文字如果沒有特別意見，就先通過。本辦法之前健保局已先和醫改會、消基會、會計師公會及醫界等談過，如果今天 1 個小時內沒有更好的意見，或沒有發現明確不恰當之處，可否不要改，等實施一年或兩年後，如果確有窒礙難行之處，相信不用我們講，會有一堆人反映！我們就知道如何修改。

張委員煥禎

不贊成，我們不願意違法，現在區域醫院都很守規矩，這樣的提報，會讓人認為報表亂做，這種罪負擔不起！請教一下，審計機關是什麼？(主席：是公家機關)公立醫院部分由審計機關審定，私立醫院部分需要會計師簽證；另辦法第九條，醫事服務機構未依本辦法提報財務報告，或經保險人通知補正，逾期未補正者，保險人應予以輔導，經輔導仍未改善者，才會依醫事服務機構合約規定辦理。我覺得如果主席堅持，先折衷提報看看，到時與會計師協調有問題時，請健保局從寬認定，但第一年盡量以協調輔導為主，若確實窒礙難行，再予修正，請給予這樣的保障，不然除非不需提報，否則醫院評鑑，都會看有無被健保局糾正，若有糾正，會被扣分，所以大家對這部分都戰戰兢兢。

鄭主任委員守夏

一、個人覺得合理，因為如果財報是全新的事務，當然可如此思考，但有些財團法人已在提報，所以不是全新的制度，其確

實對私人醫院壓力較大，尤其如莊委員志強所言，有些費用無法區分清楚，但依辦法第九條規定，健保局本來就會如周委員麗芳所提，有輔導責任，過程有好幾個安全閥。屆時若真有困難，當然可以提到本會討論，甚至可以修改提報財務報告辦法，這是我們的責任。

二、今天本會是提供意見，真正權責在保險人，相信本辦法在之前已經溝通過多次，因為健保法明訂須送本會討論，所以總是先踏出第一步。相信張委員煥禎的醫院是正派經營，不願意規定明明是無法做到的卻硬要做。相信委員都會認同在第一年的實施過程，若有困難，或健保局跟醫界溝通認為確實有需要修正，可以到委員會提案修正。請謝委員武吉。

謝委員武吉

健保法第七十三條說得很清楚，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。現在很混淆，到底我的職務是什麼？請問我們是立法委員嗎？

鄭主任委員守夏

請您提出具體建議。

謝委員武吉

建議不得超過這個權限。

鄭主任委員守夏

請提出您對第九條的修改意見。

干委員文男

請問一個問題，釐清以後討論才有意義。健保法第七十三條，是當年度向健保局申請的費用需公開，規定很明確，但其中年度達到一定數額，是 2 億元、4 億元或 6 億元，例如長庚醫院有很多家，是獨立或合併提報？

陳委員宗獻

主席，具體建議在第二條條文「全民健康保險醫事服務機構(以下稱醫事服務機構)提報之財務報告，應依本辦法之規定辦理，本辦法未規定者，依其他相關法令規定辦理」之後加入「但醫療財團法人及附設之醫事服務機構應合併申報」文字，這樣並未窒礙難行，也誠如干委員文男所提，有好幾家醫療機構者，合併可能超過辦法規定的一定數額。

鄭主任委員守夏

請付費者委員表示意見，請蔡委員登順。

蔡委員登順

已經討論這麼久，還是有疑問，假設自費不用公開，則所得是否要全部申報？公教人員、勞工的所有所得，只要是工作獲取的薪資，都要申報，所以自費公開，有何不可？

張委員煥禎

可以對稅捐單位申報，不需對大眾公開。我覺得很奇怪...

蔡委員登順

張委員煥禎，請讓我講完，我們都很尊重你們意見的充分表達。如果自費不公開，會不會造成自費項目增加，而使病人或消費者的權益受損？這是我的疑慮。若此點無法防範，請健保局就自費部分調查與了解，讓自費項目回歸由健保局管理，使全民享受健保的好處，而非擴張自費。以上是我的建議，謝謝！

周委員麗芳

建議本案剛主席已經講得很清楚，提到會上是徵詢我們的意見，但最後執行包括相關細節，還是由健保局定奪，剛剛各委員多充分表達意見，現在感覺又進入第二輪、甚至第三輪同樣的陳述。主席的裁示其實已對後續保留很多彈性的檢討空間，現在只是依法將大家的意見送健保局參考，我想時間已差不多，宜進入收尾，因為今天真的討論很久，再討論下去也沒有結論。

謝委員武吉

主席，你剛剛問我的意見...。

鄭主任委員守夏

本案的討論應可告一段落了。

張委員煥禎

立法院討論一件事情，為了要追求真理，連續開會或延長會期都要辦理，本會不要因為時間關係就不討論，這是委員的責任。

鄭主任委員守夏

對不起。

張委員煥禎

剛剛提到報主管機關，是保險人吧？所以我們只是提供意見，主管機關應該是衛生署，希望主席的結論能包括委員陳述的意見，再送給主管機關，若不包括，可能會被認為我們的意見不重要。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

健保法第七十三條第二項的法律文字是，由保險人擬訂，提健保會討論後，報主管機關核定發布。今天這樣過程算不算提健保會討論。

鄭主任委員守夏

一、一開始就講，今天不是審核條文，所以沒有逐條宣讀，是彙整意見提供主管機關參考。剛所提意見健保局已經跟很多單位討論過，只是健保法明定要提本會討論，我們只是將可能遇到的各式各樣困難，再釐清一次，沒有共識的部分，就不需要納入結論，希望我們有結論的部分，衛生署予以尊重，否則我們就不必在這邊開會。一開始就定位本會的權限在例如總額成長率與分配等事項，其餘屬溝通平台。衛生署因要負最後責任，而且有時會遇到很大壓力，所以不會全然採我們的意見。就我所知，醫界總是比較容易找到管道跟衛生署表示意見，右邊這些團體(付費者代表)相對較沒有管道，在這

個平台，是不大需要管那些。

二、不希望把「自費」兩個字拿出來，是法本來就沒有。委員擔心的，事實上民眾很在乎，我們不能裝作不重要，所以委員所提意見是合理的，但要不要入法，或是否超越法的規定，本來就屬衛生署權限。莊委員志強所提，區分健保與非健保很困難，如果到時確定不可行，委員會是個溝通平台，再來討論及建議修正，也可以不需討論，直接修改某條文使其可行。謝謝剛才蔡委員登順所提意見，自費本來就不是依法的健保相關費用，健保局可以做調查，這才是解決問題的方式。今天是第 2 次開會，相信大家意見都很多，不是文字怎麼改就解決問題，一邊同意，另一邊不同意，就屬於我們沒有共識的部分，還好這個事情的苦主是健保局與衛生署，不是我們的權限，他們總要想辦法解決問題，我們已經盡量把在意及覺得有問題的部分表達。後面還有幾位委員想發言，拜託簡短，我們真的超過非常多時間。

郭特助正全(翁委員文能代理人)

只是要提醒。是個別醫療院所與健保局簽約，不是醫療財團法人與健保局簽約，所以基本上不能要求提報醫療財團法人的財務報表。

謝委員武吉

一、剛才主席指示提修正建議，我對於辦法第三條的意見，與楊委員漢涑一樣，建議刪除「但財務報告不易區分健保與非健保業務，...，保險人得予同意。」這段文字。

二、另第九條第 3 行，「經輔導仍未改善者」改成「經輔導次年仍未改善者」，也就是對於經輔導但次年仍未改善者，就可以加以處理。

鄭主任委員守夏

這個部分是意見，不納入共識。剛才已經宣讀共識，不然一直討論下去，沒有實質意義。

張委員煥禎

- 一、要怎樣才可以納入共識？我們已退讓甚多，剛剛對於辦法第三意見，應該可以提供衛生署參考，建議該條就如同母法所寫的，本辦法所稱的財務報告，指本法第七十三條第一項所定全民健康保險業務有關之財務報告。若醫療院所要一併提報非健保費用，絕對沒問題，若不要一起提報，也可以，就由健保局與特約醫事服務機構協調。本來全部提報就合法，健保局不會不接受，也就是說沒有規定不能提報自費部分。
- 二、另有關第九條，贊成謝委員武吉所提，先實施 1 年，若不行，才違法，讓院所有機會改正，如果醫療院所認為不違法，才有時間抗告或訴願，不要第 1 年就知道有問題，卻因不符合規定被處罰。

鄭主任委員守夏

這部分看看付費者委員有無意見，請陳委員川青。

陳委員川青

健保法第七十三條規定，「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」。什麼是與業務有關？需請法務相關單位解釋，才可以把這個鎖打開。我認為醫事行為所衍生的兩個科目，一個是健保給付，一個是自費，也就是同一個醫療行為，衍生兩個不同財源收入，係有關行為之業務，請依旨揭條文規定辦理，全部揭露是比較 open(開放)，謝謝。

鄭主任委員守夏

真的是兩邊意見不一致，需要像以前費協會協商時，各讓一步。法的執行是否有困難，需做了才知道，我想還是先做，健保局本來就有輔導的責任，至於個別委員意見，請健保局及衛生署參考，我們的共識就是應該要公開，雖然越快越好，但支持逐步實施，而且辦法第九條已規定，健保局有輔導責任，所以請大家不

用太擔心。有無臨時動議？(未有委員表示)現在已經接近 1 點半，
宣布散會，謝謝大家！