

全民健康保險監理委員會
第 198 次會議紀錄

中華民國 100 年 11 月 25 日

全民健康保險監理委員會第 198 次會議紀錄

時間：中華民國 100 年 11 月 25 日（星期五）上午 9 時

地點：行政院衛生署中央健康保險局臺北業務組第一會議室（臺北市許昌街 17 號 9 樓）

出席委員：

周委員麗芳

吳委員淑瓊

盧委員瑞芬

盧委員美秀

葛委員克昌

干委員文男

楊委員芸蘋

張委員永成

林課長敏華(代)

蘇委員錦霞

滕委員西華

陳委員武雄

何常務理事語(代)

葉委員宗義

李委員永振

李委員成家

李常務監事育家(代)

郭委員志龍

李委員明濱

施理事肇榮(代)

李委員蜀平

黃委員建文

廖常務理事敏熒(代)

陳委員俊明

楊委員漢淙

陳主任雪芬(代)

祝委員健芳

陳科員中光(10：20 以後代)

柯委員綉絹
石委員發基
鍾委員美娟
劉委員玉蘭

請假委員：

林委員啟滄
呂委員明泰

列席單位及人員：

行政院衛生署健保小組
全民健康保險醫療費用協定委員會
行政院衛生署中央健康保險局

朱組長日僑
林執行秘書宜靜
戴局長桂英
黃副局長三桂
洪專門委員清榮
賴專門委員立文
李專門委員純馥
周專門委員士恒
王科長本仁
郭科長垂文
彭科長美琪
黃科長莉瑩
柯副主任委員桂女
楊主任秘書慧芬
吳組長秀玲
魏專門委員璽倫
紀錄：顏銘燦、樓基慶

本會

主席：劉主任委員見祥

壹、主席致詞：(略)

貳、報告案

第 1 案

案由：確認本會上(第 197)次委員會議紀錄，請 鑒察。

決定：確定。

第 2 案

案由：本會委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請 鑒察。

決定：「有關安眠藥使用規範之檢討情形」及「呼吸照護醫療費用分布狀況之報告」等兩案，繼續追蹤，餘結案並洽悉。

附帶說明事項：12 月份委員會議將於 12 月 23 日召開，請委員預留時間與會。

(與會人員發言實錄詳附件 1)

第 3 案

報告單位：中央健康保險局

案由：100 年 10 月份全民健康保險業務執行報告，請 鑒察。

決定：委員意見送請中央健康保險局參考，餘洽悉。

(與會人員發言實錄詳附件 2)

第 4 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「擴大健保相關資訊公開之執行情形及成效」專題報告，請 鑒察。

主席裁示：移下次委員會議報告。

參、討論案

第 1 案

提案人：蘇委員錦霞、干委員文男、滕委員西華

案由：自 91 年健保全面實施各部門總額起，陸續皆有自外於部

門總額點值計算之各項專案及試辦計畫，且金額日漸高漲，為利健保資源合理分配，建請健保局儘速向本會提出專案計畫之辦理與評估通則，提請 討論。

決議：為促進全民健保資源分配效用，請中央健康保險局於 101 年 6 月底前，訂定專案計畫之辦理與評估原則，並向本會提報。該辦理與評估原則請包含經費額度與試辦年限之容許範圍、計畫評估與試辦結果公告方式及退場機制等內容。

(與會人員發言實錄詳附件 3)

第 2 案

提案單位：本會財務監理組、業務監理組

案由：本會訪查「全民健保呆帳報列、藥事居家照護計畫及弱勢民眾安心就醫方案」業務後之建議案，提請 討論。

決議：

- 一、中央健康保險局 100 年度第 2 次報列呆帳審查結果：本次報列案件，除已辦理分期繳納者予以剔除外，其餘同意該局依規定辦理轉銷。
- 二、本案所擬建議事項，併委員意見送請中央健康保險局參處。

(與會人員發言實錄詳附件 4)

肆、散會：中午 12 時 30 分

【附件 1】

報告第 2 案「本會委員會會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

請楊主任秘書報告。

楊主任秘書慧芬

一、請委員翻開議程資料第 7 頁，本次的重要業務報告有二項，第一項是上（第 197）次及其他各次委員會會議決議(定)事項之追蹤建議，共有 6 項，其中第 6 項次「呼吸照護費用之分布狀況」，因健保局未及準備資料，所以原全數解除追蹤之建議，改為 5 項解除追蹤，1 項繼續追蹤，但最後結果仍依委員決定辦理。以下簡要報告：

- (一) 請看議程資料第 8 頁的追蹤表，第 1 項是請健保局來本會報告有關安眠藥使用規範之檢討情形，詳如今天健保局所提供補充資料第 1 至第 6 頁。委員若有意見可請健保局補充說明，本項建議報告後解除追蹤。
- (二) 第 2 項是有關第 7 次藥價調整相關意見，健保局表示本項係依 2 年需要調整一次的藥價基準相關規定辦理，因為已有相當的緩衝期，確定在 12 月 1 日如期實施。同時，對於藥價調查的方式及執行情形，未來可以進行檢討，本項建議解除追蹤。
- (三) 第 3 項有關自費情形監控作業的相關辦理情形，健保局回復有 99.53%的醫療院所已將自費項目公布於明顯易見之處，健保局及各分區業務組會持續輔導並按季回報。同時，健保局也會不定期派員到醫療院所實地訪查，了

解辦理情形，如有未依規定辦理，會以違約記點處理。
本項建議解除追蹤。

(四) 第 4 項有關 IC 卡改善計畫專題報告，健保局已錄案研議，本項建議解除追蹤。

(五) 第 5 項有關衛生署交議的全民健康保險法施行細則修正草案，本會研議意見併同 10 月 17 日座談會記錄，已於 11 月 8 日函陳衛生署核參，本項建議解除追蹤。

(六) 第 6 項是呼吸器照護醫療費用成長分布狀況之報告，因健保局未及提供資料，本項繼續追蹤。

二、請委員翻回議程資料第 7 頁第二項報告，依慣例本會各月份委員會議係排在當月最後一週週五召開，所以下次是在 12 月 30 日，但也請委員考量須否配合元旦調整到前一週 12 月 23 日召開。

劉主任委員見祥

請各位委員對於解除追蹤事項表示意見。

干委員文男

請健保局就補充資料說明安眠藥使用規範檢討情形。

劉主任委員見祥

其他委員有無意見。

祝委員健芳

針對第 9 頁第 3 案民眾自費監控作業之辦理情形係建議解除追蹤，基本上我同意解除追蹤，但是建議健保局未來對於相關建議意見，除非是涉及重大或需時間研議者，應儘量避免使用「遵照辦理」四個字回復，感覺不夠周延，建議可就規劃方向

進行說明。

戴局長桂英

- 一、剛剛祝委員意見是民眾自費情形監控作業辦理情形，有 1 項健保局回復「遵照辦理」並不周延，委員意見非常好，以後健保局會儘量避免用「遵照辦理」的文字，而就辦理情形或規劃方向加以說明。
- 二、干委員意見本局將於本次委員會議提報，請示主席要在哪個時段提報。原本預定在業務執行報告之業務推動重點項下報告此議題，但若被要求在此段落補充報告，本局也可配合。

劉主任委員見祥

如果是涉及深度討論，請等一下再報告。

干委員文男

現在係處理健保局辦理情形是否繼續追蹤。

戴局長桂英

本項議題係相關事項辦理情形的追蹤建議，如果等一下才報告，追蹤建議所提「於報告後解除追蹤」就要暫時保留，等報告完才能決定。

劉主任委員見祥

請健保局就本追蹤事項補充報告。

戴局長桂英

先請王科長本仁報告。

王科長本仁

- 一、請看補充資料第 1 頁，有關干委員關心之安眠藥使用規範

檢討情形，涉及藥品使用規範專業，爰就藥品使用規範沿革、現況、規劃方向做報告。委員關心的安眠藥其實是屬 Zolpidem 成分的藥，是非屬苯二氮平類安眠藥的一種，其用量近年快速增加，有取代傳統所謂苯二氮平類的趨勢。因此，衛生署於 96 年公告修訂苯二氮平類藥品使用指引（詳補充資料）時，於指引的附註事項特別強調非屬苯二氮平類之安眠藥品，如 Zopiclone 及 Zolpidem 之使用還是要遵循該指引之規範。

二、上述指引強調這類藥品有其需注意之用藥原則，且應預先設想藥物戒斷或藥物濫用狀況的處理，所以，在劑量方面，建議儘量使用達到效果的最低劑量，而且處方劑量也不適合超過建議劑量，醫師要留意病人處方總量，並留意病人有無囤積藥物習慣，以致造成誤用、濫用或流用，同時建議如果是連續每天使用，不宜超過 4 週。另外，對於曾經酗酒或其他藥癮病史的病人，可能有濫用傾向者，要更為嚴謹。這是屬於管制藥品主管機關指引部分。健保為配合管制藥品主管機關加強安眠藥處方開立的適當性，經請教醫學會及經健保藥事小組專家討論，98 年時把安眠藥物的使用訂在健保藥品給付規定，訂定之目的，其實是出於病人安全角度考量，目的在提醒處方醫師開立安眠藥時，病歷上應詳細記載病人發生睡眠障礙情況，而且要做適當評估與診斷，探討可能原因。因為造成失眠原因可能很多種，最重要的是要給一些衛教，例如，鼓勵病人要有一個正常運動習慣等，非不得已要用藥的話，應該審慎用藥。

三、在審慎用藥部分，請翻開補充資料第 2 頁藥品給付規定，

有(1)至(6)項，其中委員比較關心的是第(2)項，目前健保使用規範有特別提醒，如果不是精神科或神經科醫師，而需要開立這種藥的話，每天建議不宜超過一顆，連續治療的期間，不宜超過 6 個月，但是如果病情需要長期使用的話，病歷上應詳細記載原因，必要時，可轉介精神科、神經科專科醫師評估繼續使用的適當性。大家可以發現健保局在這邊的處理，已經保持彈性並尊重醫師臨床專業判斷。

四、請看第 4 項，健保局近期對安眠藥物使用之評估情形，除函請台灣精神醫學會、台灣神經學學會協助提供意見，並於本星期二（11 月 22 日）下午邀請相關醫學會舉辦座談會，會中也邀請干委員列席指導。與會醫療專家討論結果摘要分成兩個部分，第一個部分，就是大家覺得睡眠障礙係有很多原因造成，比較像是一種症狀，在開立安眠藥處方時，還是要照規定在病歷上詳細紀錄。而第二個部分是，醫師開立安眠藥處方時，仍需注意病人長期使用與累積使用藥量的問題。

五、另外，干委員代表民眾使用者意見，認為是否讓使用 Zolpidem 藥物但病情穩定的病人可開立慢性病連續處方箋。該建議涉及全民健康保險醫療辦法之「全民健保慢性疾範圍」，需另做評估。

六、Zolpidem 藥物目前是第四級管制藥品，檢調曾查獲有醫師不法開立，媒體亦有因濫用致死及發生夢遊等報導，是外界非常關注的議題。管制藥品的主管機關(衛生署食品藥物管理局)研擬評估是否由現行第四級管制藥品提升為第三級的管制層級。

干委員文男

- 一、官方總是引用很多「法」，這我講不過你們，但根本不是這麼一回事。你們召開會議，應該出席的相關人員卻不出席，到最後就弄個會議資料敷衍了事，這是你們一向的作法。
- 二、開會當時，徵詢了兩位專科醫師的意見，他們也認為開 3 個月連續處方箋，每次拿 4 週的藥是沒關係的，而且藥都是管制在醫師手上。事實上，這個藥我已經吃了 10 幾年，沒有夢遊，也沒有其他症狀發生。此案已經反映了兩年，會議上有專業醫師說，這個藥吃一碗公也不會死人，既然如此，為何原本一次處方可以領 3 個月的連續處方箋，卻要改為一次只能領 28 天的藥，原本 1 年看診 4 次現要看 12 次，是和老百姓過不去。目前尚有兩百萬多人在用這個安眠藥，一年扣除 4 次正常的門診，還有 8、9 次是多的，但卻要歸責於民眾愛看病，這是錯誤政策造成的。
- 三、如果這藥管制措施有效，人數有減少，藥的用量也有減少，那沒話講。結果藥的用量及使用人數都增加，表示最後都變成黑市了，報紙也都報導了，是否矯枉過正？原來每個醫師都可以開立的藥，現在只有精神科、神經科的醫師才能開立，那我們也認了，認同他的專業，但是什麼都沒改善，就只是改變了看病次數、增加健保給付，這樣對嗎？這樣能讓人家接受嗎？是健保局浪費，還是老百姓浪費？
- 四、反映了多少次，但沒有真正的檢討問題，相關單位都應該出席會議，大家在會中將問題當場解決。最好大家都別

用，健保局最省了，這樣對嗎？兩年來開會的結論，結果提升到管制藥品第三級，請問局長如何處理？

戴局長桂英

- 一、謝謝委員的意見，上次是建議檢討規範，所以將檢討過程也供大家參考。事實上，目前的規範，在補充資料第 2 頁第(1)項是提醒要有醫師病歷記載狀況，而且要了解原因，也希望醫師能提供衛教。
- 二、第(2)項是非精神科醫師、神經科專科醫師，如果要開立這個藥的話，連續治療期間不宜超過 6 個月；如果病情需要長期使用，病歷應載明原因，必要時，轉介精神科或神經科專科醫師評估。我們並未要求一律轉精神科或神經科專科，所以醫師是有絕對的主權。
- 三、第(3)項是提醒被轉介的精神科及神經科專科醫師應注意的事項。
- 四、第(4)項是提醒劑量要合理。
- 五、第(5)項是處方限 7 天的規定，係針對首次就診還沒建立穩定醫病關係之病人；如果是一位與醫師已有長期穩定診療關係的病人，醫師可依病人需要來開立處方天數，並不受本項之限制。
- 六、第(6)項是特定成分藥品之適用對象、用量等。
- 七、11 月 22 日開會的目的，當然是檢討本會委員關心的用藥規範，該規範看來尚不需修改。其並未強制醫師如何用藥，所以不會造成增加就診次數的情形。至於病人既經醫師判斷為情形穩定，則是否該考量納為可開立慢性病連續處方箋的對象？如果要修改全民健康保險醫療辦法的慢性

病範圍，不是在健保局開會，並邀請衛生署的官員出席討論，就可以生效的，而是必須有個報署程序，署經考量，若同意就會核准，所以本項建議有一定的行政程序。

八、補充資料第 3 頁第二點，所有呈現的是社會上關注這類藥品及食品藥物管理局打算提升管制等級的情形。先補充說明到這裡，較專業的部分，請黃副局長補充。

黃副局長三桂

- 一、感謝干委員對本案的關心，我簡要說明一下來龍去脈。台灣實施健保後，就醫可近性增加，尤其是基層之就醫更是方便，有些病人有意或無意會領很多藥，特別是一些高貴藥品，如抗生素或 Stilnox 安眠藥等。健保局利用檔案分析來稽查，發現使用安眠藥的情形，非常不合理，所以，我們逐步利用種種機制，希望改善其情形，其中一個方法，就是由各分區業務組同仁輔導保險對象儘量在固定院所就醫，另外也請專科醫學會協助研究及建議這類藥品的使用方式。實施管制措施後，不合理的使用情形逐漸有改善。
- 二、使用 Stilnox 類的病人 97 年有 94 萬 9 千人，98 年為 93 萬 2 千人，已經少了 6 萬 7 千人，到 99 年更下降到 91 萬 1 千人，所以是在改進中。相對的，Stilnox 這類的藥品，97 年藥費為 9.6 億元，98 年降到 8.7 億元，99 年更下降到 6.1 億元，表示健保局的管制措施，基本上是具有成效的。
- 三、干委員質疑的問題是，健保局這樣的作法造成一些守法者、有需要使用這類藥品的病人，因給付規範的修正，本來是 28 天拿一次藥，變成每週都要去看診，強迫一個月

看 4 次。但是站在精神科醫師專業立場，認為 Stilnox 這類藥品因人而異，每個人早上、晚上或中午吃，效果都不一樣，在飛機上吃，與在平地上吃，效果也不一樣，所以還是應該非常謹慎地使用。很抱歉造成干委員與某部分人多次就醫的不便。委員希望有改善方法，我們會再努力看看。

楊委員芸蘋

這案子經過剛剛的反映，我們既然知道干委員及其他使用者有很大的困擾，就不應該漠視。本來一次可領 28 天的藥，現變成須每週去拿一次，確實會造成很大的不便。建議再次召開會議討論，請更多的專家學者、干委員以及其他共同使用者，一起來討論這個議題，再決定應該怎麼做。如果造成太多不便，違背使用者權益的話，健保局也有責任，建議再召開座談會。

干委員文男

一、剛才局長、副局長有講過，這類藥普通科醫師就可以開立，例如我去拿血糖高的處方藥，3 個月驗一次血，當月份的處方箋交給我，到藥局去領藥，一次還是只能領一個月的藥，藥局管制是很嚴的。原本是一般家醫科或其他科醫師都可開立，現在是非精神科、非神經科醫師都不可開立，管制到自己花錢買也買不到。藥品價格調降是你們的功勞，我們也都很高興。但是管制得矯枉過正了，原本一次就診就可以解決的問題，現在非得要每 28 天去一次。上次要參加監理會的訪視，與就診時間有衝突，都不知道該怎麼辦，為此，那晚無法入睡。應該給專業醫師絕對主權，判斷是否穩定，除非病人亂來，要不然一般使用者會管制自己的。

二、第 2 頁第(6)項每人每天最多 5mg，1 個月最多 150mg，所以，可以每天約 1.7 顆，為何管制到讓人民生活的這麼痛苦，錢也增加，時間也浪費了，有甚麼意義？

陳主任雪芬(楊委員漢源代理人)

- 一、有關病人濫用 Stilnox 的部分，這一、兩年來健保局做了很多措施，目前已沒過去那種濫用的情況，健保局的努力值得肯定。
- 二、專科的限制真的如同干委員所說，現在 Stilnox 多半只有精神科、神經科在開，原本在內科或其他科開立的部分，現在醫師通常會改開別的藥物替代。但是我們也必須承認，醫師改開別的藥給病人吃，有可能因為各式各樣因素，病人吃了沒效後，或許會多吃一些原本劑量或再尋求其他管道開立，最後，在安眠藥藥費花費上仍然沒有省到。也可能有造成自費那塊如補充資料第 3 頁第二點所述，報載(3 人濫用 Zopidem 而死亡)的情事，那是蓄意的大量囤積，卻反而沒法管制到。
- 三、現在大部分的病歷都會寫得非常清楚，包括醫師給藥時，都會非常慎重再三提醒病人，非必要不開給 Stilnox，而且若病人堅持要開，可能也都是從 5mg 的劑量開始給藥。Stilnox 的管制已經非常嚴格，所以在適當情形下，應該考慮在專科上限制給予適度紓解。畢竟，在現行的宣導下，幾乎大家都知道 Stilnox 受到相當的管制，民眾要使用，一定是與醫師有很多的溝通，而且醫師會在病歷上記載得非常清楚，大家可以不用擔心。
- 四、補充資料第 3 頁第二點說明，食品藥物管理局研擬將管制等級提升到第三級，第三級管制對醫院的意義是很嚴重

的，會增加很多無法負荷的作業，拜託不要衍生案外案，絕對不可以懲處到醫院端，這是整個案子很奇怪的一點。這個案子可以處理到這樣，已經算是很圓滿了，只是不要再節外生枝，造成醫院管理上的困擾。

黃副局長三桂

- 一、干委員的意見，有關補充資料第 2 頁第(5)項部分，係對於初診病人，在尚未建立穩定醫病關係之病患，建議還是不要超過 7 天，但如穩定以後，建議醫師可開 28 天的藥。
- 二、非精神科、神經科的醫師，應不應該開這個藥，我們尊重專業。在醫療法上並未規定只有精神科、神經科醫師才可開此藥，本局在以安全性為優先考量前提下，規範如因病情需長期使用，病歷應載明原因，必要時轉精神科專科醫師評估其繼續使用的適當性。
- 三、有關陳主任雪芬所提到第三級、第四級管制藥品部分，我們會在食品藥物管理局討論此議題時，將其反映出來。

李委員蜀平

- 一、我有參與 11 月 3 日之座談會，認同干委員係以真正病患需要者之立場表達意見。
- 二、Stilnox 費用降低的原因，最主要是藥價調整，但用量是增加的，去年就用了約 1 億 6 千多萬顆藥。
- 三、此類藥品如果提升到管制藥品第三級，醫界代表與藥師公會都堅決反對。因為如果提升到管制藥品第三級，就會跟以前的 Rohypnol (FM2) 一樣，其他管制第四級的安眠藥用量，馬上就會大量增加，像現在的 Stilnox 一樣。上次

會議數據證明 Stilnox 在醫院是很穩定的，在藥局釋出的處方調劑，僅成長 10%，比較嚴重成長的是在基層診所，因為基層診所可以用自費處方，其成長近三年是以倍數計的，這部分沒有管控，未來會有很多副作用的。而且，許多不法者會囤積，因為利潤所以拿到大陸或國外去賣。所以，建議應該訂定一個長期病患需用者的使用規範，給予方便。但對於自費市場則要嚴加管控，甚至重罰，才會真正達到「用藥安全，健康台灣」。

干委員文男

我的看法都不是這樣，現在到基層診所即使自費，都沒辦法拿到藥。不法的問題是從源頭去拿，再流出來，或者會賣到對岸，從香港接頭就可以到大陸了。現在是原來在新陳代謝科可以拿到 3 個月連續處方箋，現在管制到一個月去一次，早去幾天都不給。建議穩定的病人，應該開給慢性病連續處方箋，否則讓老百姓痛苦到受不了。剛才陳主任雪芬、李委員蜀平都表示，使用量沒有減少，那為何還要這樣管制呢？藥價已經減半了，這是你們的功勞，我會去講給民眾聽，但對於民眾的痛苦，你們沒有體會，希望能放寬給予 3 個月慢性病連續處方箋。

劉主任委員見祥

- 一、本議題已經討論很多，建議此案繼續列管，執行上看補充資料第 1 頁第 3 點相關藥品使用規範藥事小組已討論定案，並未規定其他專科醫師不能開立，只是專科醫師可以開長一點。不管誰開，都要詳細記載病歷，所以，請健保局確實遵照藥品使用規範執行。
- 二、如干委員所提，假設經專科醫師認為病情穩定且需長期服

藥，可否以開給慢性病連續處方箋方式處理，因為涉及慢性病範圍，有其既定處理程序。健保局已經過藥事小組會議討論，訂定使用規範，就請健保局依照規範執行。

干委員文男

如果為了這個案子，管制等級從第四級變成第三級，則對於藥師、醫師或醫院，我都是個罪人。我因為是委員所以今天能在此發言，大家可想而知，一般老百姓誰會管你的死活。我大聲疾呼，你們聽不進我所講的，反而以很多規定說無法執行，我心裡很不服，以後你們要調保費或有什麼作為，我會提出抵制，甚至在各種場所都會抵制。為了一點點的藥，讓老百姓這麼痛苦，你們怎麼做得到？

戴局長桂英

補充資料第 3 頁第二點是管制藥品主管機關的權責，並不是健保局的業務，健保有自己的管控方法。剛剛藥師公會理事長李委員也有提到，食品藥物管理局要訂定任何措施，也必須召集會議討論，屆時我們也會提出反映意見。

劉主任委員見祥

- 一、本項繼續追蹤，請健保局按照既定規範與研議方向執行。
- 二、下次會議日期如果按照慣例維持於最後一週週五，就會在 12 月 30 日，接近元旦，往例也有提前一週的情形。請教各位委員是否同意，12 月份委員會議提前一週於 12 月 23 日召開？

盧委員瑞芬

自擔任監理委員以來，發現每年都會發生 12 月份會議是否提前的情形。歷來我都是依本會所提供委員會議日期行程表，將

各次會議時間登記在行事曆上，一開始的日期就是定在 12 月 30 日。不是反對提前，還是以多數決決定，所以請統計調查委員意見，一定會有些人不方便，請統計調查哪次人數出席多，再來決定。

劉主任委員見祥

請吳組長說明原來的行程是那一天？

吳組長秀玲

向各位委員報告，在今年 3 月這一屆委員任期剛開始時，我們做了一份會務簡介給各位委員，其中包括今年整年開會時間日程表，當時將 12 月份委員會議排在 23 日，甚至本會幕僚去拜訪新任委員時，也都有特別提醒。今天是提醒委員，12 月份會議時間提前一週，並確認大多數委員有無困難。

劉主任委員見祥

因為只是提醒委員 12 月份開會時間已作調整，那就照原定日期 12 月 23 日開會，請各位委員預留時間。

【附件 2】

報告第 3 案「100 年 10 月份全民健康保險業務執行報告」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

謝謝戴局長的報告，請問委員有無意見？

楊委員芸蘋

- 一、我在職業總工會服務，屬被保險人代表，最近接到很多工會來電反映，說接到健保局要到各基層工會查核行政補助費是否專款專用的公文。很多基層工會的心聲是，小小工會也沒多少人。幾百個人也好、幾千個人也好、上萬人也好，係採抽查方式，所以小工會也抽查，像我 5 個工會被抽到 3 個，是查台北市的 3 個工會，新北市的 2 個工會還沒接到公文，請健保局同仁協助瞭解一下。在這個時機點查，會引起很多人的聯想，每個人的想法都不同，我個人不認為是政治操作，但很多人會聯想，職業工會非常反彈的，要謹慎處理！
- 二、在技術上可先用關心的方式對獲較多行政補助費的單位，先電訪瞭解是否專款專用，或拿去作別的使用途。應先瞭解詳細狀況，不是說抽到誰，就一定去文查核那個單位。好像被看管監控，感覺很不好。
- 三、我請教過局長以及健保局同仁，各工會的行政補助費是審計部必須關心的事項。而且據說去查核後，如果行政補助費有剩餘，款項是要繳回的。行政補助費已給工會，而且只這麼一點點，但我們都努力協助把健保的事情做好，已經節省健保局太多的人力和錢。

四、健保局應向行政院主動瞭解，選舉快到了，不要造成太多的聯想與民怨。建議這段時間不宜有太多的動作，請健保局同仁幫忙再瞭解一下。

周委員麗芳

- 一、兩點意見提供參考，第一點，針對健保局報告提到的欠費部分，在衛生署訴願會決定書常可看到民眾出國停復保所衍生的追溯補收保險費情事。部分民眾對出國停復保的規定似不熟悉，請健保局可加強宣導。
- 二、第二點，針對業務執行報告第 87 頁附錄資料有關雜項收入部分，累計實際數達 2 億多元，較累計預算數 37,000 元增加 560,411%，所以造成雜項費用之累計實際數也較預算數增加 1,073%，這個部分之數據請在附註加以說明，以免被誤認為誤植。

干委員文男

- 一、業務執行報告第 10 頁備註第 5 點，台南市政府未收金額 0.06 億元，上個月並無此情形，其是補助 65 歲以上身心障礙者之健保費。我要提醒欠費都是從小額一點點開始增加到大額，請健保局注意。
- 二、請問業務執行報告第 25 頁扣減費用中，第(二)項未經醫師診斷逕行提供醫事服務有 7 件，及第(四)項未依處方箋等提供醫事服務的部分是否屬於密醫？與第 26 頁終止合約的密醫案件有何不同？停止特約 1 至 3 個月之第(二)項也是同樣情形？違規情形看起來都是一樣，為何產生處分之差別待遇？

郭委員志龍

回應一下楊委員芸蘋所提，健保查核職業工會行政補助費使用情形的看法，我也接過類似電話，希望健保局與相關單位能夠研議妥適的處理方法，工會是有不同聲音的，也提供給主任委員參考。

施理事肇榮(李委員明濱代理人)

- 一、有關業務執行報告第 25 頁特約醫事服務機構違約記點的部分，請教違約記點有紀錄，那撤銷的案件有無紀錄？
- 二、最近在我們台北市醫師公會發生一個案例，被健保局認為其違反健保特約及醫療專業而予以處分，但該處分在提起爭議審議後立刻被撤銷。撤銷係因為審查醫師的專業理由竟是被斷章取義、移花接木，這是非常嚴重的。是否因為公務員多一事不如少一事不敢得罪民眾秉公處理的心態，以及業績壓力，所以造成這樣的結果？我們醫師公會將在下次會議提出資料，讓大家了解。
- 三、違約案例應該作進一步的分析，很多情形是病人沒有親自來，家人來幫忙拿藥，醫師也要被處分。到底是法律僵化的問題，還是社會共業的問題，或是醫療院所本身不潔身自愛的問題？應該可以好好討論。

黃副局長三桂

請承保組先說明。

洪專門委員清榮

- 一、職業工會行政補助費訪查的部分，是健保局每年例行作業，每年都會抽查一定比例的職業工會。因審計部認為健保局往年抽查的比例太低，所以，為了符合審計部的要求，今年增高抽查比例。職業工會認為本局增加他們的困

擾，但事實上，我們都依照行政程序處理，所以會請各分區業務組同仁務必向工會作適當說明。若在執行上造成困擾，將請各分區業務組於執行技術上再做改善。

二、對周委員麗芳關心出國停復保規定應讓民眾多瞭解的部分，目前健保局於處理第 6 類民眾之停保時，會特別發給宣導單張；至於公司行號，我們會請經辦同仁對相關員工或眷屬多做說明，以保障其權益。

周專門委員士恒

有關業務執行報告第 25 頁違規類型分析部分，扣減費用是比較輕微的，較嚴重的才會停約和終止特約。剛剛委員的意見，就是有關未經醫師診斷逕行提供醫療服務，和容留密醫有何差異？這跟我們的業績無關，相關情形，有時候確實是小孩前兩、三天生病拿藥了，媽媽再來幫小孩拿同樣的藥，類似情形在醫療法有規定，但必須是緊急的特殊狀況，才可由他人代為拿藥。被人檢舉或訪查時發現之違規，如非嚴重情形，以扣減費用處分，而非以停約或終止特約處分。但容留密醫，非常明顯是醫療行政上不允許的，才會用全民健保醫事服務機構特約及管理辦法第 38 條終止特約之處分。這兩種情形差異非常大，在很明確的情況下才會予以處分。

黃副局長三桂

請財務組或會計室就業務報告第 87 頁周委員麗芳之提問回復。

黃科長莉瑩

有關業務執行報告第 87 頁收支餘絀摘要表雜項收入部分，主要是本局依約向藥商收回價量協議返還金，大約是 2 億元。以

後我們會針對差異較大部分，在備註多加說明。

黃副局長三桂

剛剛楊委員芸蘋詢問職業工會行政補助費抽審情形，委員意見很好，先按照工會規模大小分層抽樣後，再進行訪查，不然會分不清楚，這類建議可考量看看。

楊委員芸蘋

再補充一下，因為工會已經收到公文，所以是不是確認被抽查的單位先電訪瞭解，給一點慰問關心的話，讓工會心服口服接受抽查，否則冒然去，一定會被打回票的。因為反映很不好，尤其是小工會反彈更大，原來沒什麼事情，也沒補助多少錢，卻還要來查。請先電訪一下，再做查核動作，或者是這個敏感時機點，電訪就好，選完以後再說。

黃副局長三桂

謝謝楊委員芸蘋、郭委員志龍意見，對這個問題我們會儘量按照委員意見處理。

葉委員宗義

有關抽查工會的問題，現在有 3 組人馬在選舉，其中有一組已經講到健保相關費用的問題，選舉期間希望不要抽查，會產生許多莫名其妙的事出來，希望暫緩一下，不要節外生枝。

干委員文男

一、我要請教健保局，去年推動醫院以病人為中心的整合性照護門診，成效不錯，但為何中斷？各大醫院推出的整合門診都未擴大，是否都只考慮醫院的立場，而沒有考慮病人的立場？我建議既然已經做出成果，大家也覺得很好，

既省時、又省事，又有藥師來把關，也不須動用到社區藥師，為什麼沒有澈底執行？

- 二、在前幾個月我們有提案建議，癌症患者放療或化療出院後轉至中醫住院幾天能納入給付，在中醫藥委員會或衛生署有召開會議，原只要求癌後處置，但討論後，卻所有項目都包括在內，那個紀錄變成誰也不能接受，健保局或衛生署一向都搞這樣的烏龍。無限制的將研議範圍擴大，最後案子當然無疾而終，到目前為止，並沒有看到此案的辦理進度。

何常務理事語(陳委員武雄代理人)

- 一、在前天早上陳鳳馨小姐主持的某電台節目，受訪醫療專業人員在節目上公開講，第一點，兒、外、婦、內四大科診察費加成給醫師的錢，完全都沒給醫師，而且醫院全部都轉掉了，這個控訴如果屬實，請問衛生署及健保局到底在做什麼？
- 二、第二點，護理部分增加 10 億元辦理提升住院護理照護品質計畫，但完全都沒給護士，頂多辦什麼福利措施或辦旅遊給花掉了。所以，我希望衛生署及健保局對他們在電台的公開指控，應查清楚，給社會一個交代。這是一個很嚴重的指控行為，電台傳播出去，全民都在聽，如果這些都是事實，我們應提出調查報告，希望健保局能提出這整件事情完整的報告出來。以上若非事實，健保局應該召開記者會公開反擊，尤其在這段選舉期間，抹黑、造謠、顛倒是非的事情很多，希望政府官員勇於面對，要把政府政策執行狀況告訴社會大眾，這是應當要做的事。

陳主任雪芬(楊委員漢源代理人)

- 一、先回應何常務理事的意見，醫界同僚也常常聽到一些似是而非的資訊，彼此也會談到應該要即時澄清，以免以訛傳訛。我想針對這兩點分別向委員報告，若委員覺得還是不夠清楚，或許醫院協會可正式行文監理委員會說明。
- 二、首先澄清 100 年的調整醫師診察費部分，所謂內、外、婦、兒四大科，就醫院層級界定是不同的，在大型醫院此四大科都有分支，所以，可能十幾個科都是內(例如，神經內科、胸腔內科、一般內科等)科，亦或神經外科屬於外科等，故後來醫院只好與健保局把這四大科定義界定清楚。依協商成長率中一般服務預算確定後，接下來的實務作法上，就是在醫師診察費的點數上做調整，以達到 14.78 億元的分配。
- 三、健保的支付標準表有 3 千多項，其中有幾十項是屬於基本診療項目，如醫師診察費或是病房費，調劑費等。原本醫院的醫師診察費，有所謂門診合理量等調整，故大約平均是兩百多點，100 年開始醫院的醫師診察費調整了 25 個醫令代碼，醫師診察費從 222 點調整到 228 點，就此達成 14.78 億元的分配，這是確實的狀況。
- 四、至於醫師實際拿到的錢，各公私立醫療體系有大致差不多的醫師費算法，譬如教學醫院會再依醫師的教學、研究、與臨床醫療服務等積分，計算其最終醫師費，事實是醫令代碼價格調整到 228 點，醫師診察費已調高 6 點，以計算醫師費，故若僅就有沒有拿到去詢問醫師，他們可能會認為沒有額外拿到，回答上給了外界醫院沒有給的誤會。

- 五、第二點是有關提升護理照護品質的 10 億元，在費協會上談定的是屬於專款專用，其中大部分的錢分三個層級分配後，依指標分級，各層級前三分之二的醫院才能獲得經費補助，另三分之一的醫院可能只獲得幾萬元的參加費。而這項專款進到醫院之後，在醫院的會計帳務處理中是屬於醫療收入。
- 六、必須澄清的是，這項護理照護品質的專款，大部分醫院都做到了用在調整護理人力、護理薪資上無庸置疑，甚至今年護理薪資調增不止 3%，這 10 億元只是對於醫院的部分補貼，因為我們可能花了 3、40 億元的投入，卻只得到 10 億元的補貼。
- 七、再去問護理人員有沒有拿到，每個人感覺不同，答覆所依據的背景也不同，因為對於那些各層級的三分之一醫院的護理人員而言，照理說，她們所屬的醫院有可能全年每個月都沒有拿到，或者是一年中只拿到一個月或幾個月，答案當然不會是一致的。因為對實際複雜的作業不了解，廣播節目某些民粹式的說法，很令人遺憾，對醫院既不公平也不正義。譬如對於公立醫院而言，這些帳務審計部定期都會來查，醫院帳務處理一定要符合相關規定，在座委員或許有屬審計或主計單位，可以確定以上解釋的真實性，如此說明若有不足部分，再以書面補充。

滕委員西華

- 一、針對上週聯合報有關「罹患 PNH(陣發性夜間血紅素尿症)罕見疾病的病人，家屬召開記者會，痛訴該罕病治療藥費一年要 1 千萬元，健保局不給付斷人生路」獨家報導，想請教健保局，從資料顯示，每年之菸捐有特別補助罕見疾

病病患，但國民健康局都不須負責嗎？罕見疾病用藥有其相關法案，是有救濟管道的。罕見疾病的藥品費用當然很高，健保就是為了這些人存在的，我們應該要支持。但在還未納入健保給付前，甚至在藥價調查或歐洲關稅調整致藥品漲價，無廠商願提供罕見疾病藥品時，健保局都曾啟動協商機制，但國民健康局當時也拒絕支付這個差價，也就是說國民健康局自從有了健保局之後，就可不管罕見疾病的藥費了嗎？依法國民健康局應編列公務預算來支應，其中包括要專案進口的藥費，怎麼可以說健保局斷人生路，然後國民健康局沒事呢？這樣不對。

二、估計有 100 個 PNH 病人，每人一年藥費至少 1 千萬元，依媒體報導目前廠商贊助 50 個病人用藥，亦即，是提供 5 億元之善款，請問果真如此嗎？100 個病人的藥費是 10 億元，請問廠商有申請該藥品納入健保給付嗎？所申請給付的藥品價格，有無離譜到健保其實沒辦法給付，然後病友團體被拿來當工具？病人很可憐，一年要 1 千萬元，一個月至少就要約 1 百萬元的藥費，真的沒有辦法生存。很擔心病人被誤導說健保局故意不給付，國民健康局也沒有責任，不需編預算，這是不對的，但社會大眾不能確定什麼資訊才是對的。國民健康局應該出面說明的，至少應說明這 50 個讓藥廠送藥的病人為何從來都沒有專案申請過藥費？剛剛周委員麗芳問到收支餘絀摘要表中，罕病的依法分配收入還有 5 億多元的餘額，可否請局長或副局長說明一下。

何常務理事語(陳委員武雄代理人)

一、剛才陳主任雪芬的回答，我們只聽懂一半，另一半都聽不

懂，如何說服社會大眾？

二、妳是否願意將所有醫院從今年 1 月 1 日到 11 月 30 日增聘的護士名額都詳列出來，向社會大眾公告？並且將四大科醫師每次拿到的診察費，醫師費究竟是多少錢等資訊，都提供給健保局向社會大眾說明？我們不經營醫院，也非會計人員或做主計工作的，所以需要實際數據之公布。

三、建議健保局一定要召開記者會，否則這家電台廣播播出，其他電台再接續廣播訪問，在選舉期間，這種似是而非的說法會影響執政者政績。將實際數據拿出來，召開記者會說明。

劉主任委員見祥

請健保局說明。

戴局長桂英

有關護理人員的增加情形，請李專門委員純馥說明，其他再由我補充。

李專門委員純馥

自 98 年開始就有提升住院護理照護品質計畫，因有公會反映這筆經費未用在護理人員身上，所以今年的計畫已寫明，預算撥補後，醫院在明年 3 月底前要回報經費使用情形。因為是逐月核發獎勵金，各家醫院撥付時間不同，因此，須到年底經費總結時，才能獲知院所使用狀況。本局會有統一格式，請獲得經費之醫院回報，屆時就會看到使用狀況。我們已再三要求經費一定要用在增加護理人力，或減輕護理工作負荷上，這部分本局會持續檢討。經統計，自 98 年實施本計畫後，一年來已淨增加了 1,184 位護理人員，（亦即，因擴床而需增加的人力

不算在其中)。

戴局長桂英

- 一、楊委員芸蘋等多位委員對抽查投保單位的意見，一定會慎重處理。本局一向以平常心辦理公務，這部分與選舉無關，但時機敏感，執行上應更加審慎。
- 二、干委員文男特別提到，醫院整合性門診照護計畫效果不錯，但未見持續擴大辦理。本局會再與醫療院所討論，希望 101 年的計畫擴大辦理。保險對象肯定的服務模式，值得本局繼續推廣。
- 三、另外，干委員也提到，中醫藥委員會召開癌末中醫輔助性治療的會議。因不清楚當時的開會情形，容本局詢問中醫藥委員會之後，再向委員報告。
- 四、何常務理事語的建議很好，本局應召開記者會說明，自 98 年起至 99 年底，已增聘多少護士。也感謝陳主任雪芬補充說明醫院的實務狀況，如何以淺顯，社會大眾易懂的方式說清楚，應是本局的責任。至於電台的訪談，本局會在必要時進行溝通，我想有些主持人並無惡意，只是所邀請的專家就報紙內容陳述個人意見而已。
- 五、有關兒科及外科醫師有無分享診察費加成部分，係源自消基會的調查，因其人力有限，調查人數並不多，但調查後發布的新聞，被電台引用。本局已請各分區業務組調查各醫療院所，該費用係採何種機制回歸相關科別，並於 11 月底回收。本局在回收後會加以整理，將來納入業務執行報告中，向大家報告。
- 六、滕委員西華關心罕病用藥部分，該個案藥品今年 5 月經國

民健康局通過後，廠商有向本局提出申請納入給付，原申請的費用是每劑超過 20 萬元，目前略降為 19 萬多元，估計每 2 週約注射 3 劑，每個個案整年的藥品花費將超過 1,500 萬元，因費用太高需要慎重評估效益和適用情形，本局審查後，已要求廠商補送資料。

七、澳洲在保險以外另有基金支付，並訂有使用規範；其他國家如美國保險公司也有使用規範，各國適用條件不盡相同。目前該藥廠人道救援 5 名病患，照醫師描述是符合典型的病例，時間最長的使用了 1 年多。報上投書的個案非該 5 人之一，目前廠商已給予該個案幾個月的免費治療。衛生署非常關心此一個案，已結合食品藥物管理局、國民健康局及本局共同努力，特別針對嚴重疾病藥物個案設法解決。但本局仍須依照程序，請廠商補充流行病學資料及適用條件。

滕委員西華

審查需要時間是可以理解的，但這期間國民健康局在幹嘛？為何都要廠商捐藥？

戴局長桂英

這牽涉到 3 個局的合作，最近我們都一起在研議相關措施。因為此藥是專案引入的，在台灣尚無藥品許可證。能否給予禮遇，是由前端的食品藥物管理決定，之後的罕病認定部分屬第 2 階段，由國民健康局處理；健保是第 3 階段，目前衛生署已召集 3 個單位一起處理了。長程而言，健保制度需要有個類似英國 NICE（英國國家健康暨臨床醫學研究院）的機構進行獨立判斷，否則本局無力再承擔這種壓力。因為經費是有限的，

人民需求也是必要的，但如何適當分配，牽涉到倫理及財務負擔等因素。

劉主任委員見祥

- 一、首先肯定健保局對委員意見的重視，例如從表 15 到表 16-3 違規態樣的分析，即是回應委員意見，表達得非常清楚，讓委員很快就能了解現況。
- 二、查核職業工會行政補助費的支用情形，局長已說明係依法行政，不能因為選舉而擱置既定的業務，因為這是監察院查核權的前置作業，也是行政單位的職責。所以，我們還是支持健保局依法行政，照既定程序推動業務。但如楊委員芸蘋所言，對被訪查工會應清楚說明，減少不必要的疑慮。行政機關推動業務沒有選舉假期，但要注意行政上的細節，避免造成民眾不必要的困擾。
- 三、謝謝健保局對各委員問題詳細且清楚的說明。委員意見送請健保局參考，本案洽悉。

【附件 3】

討論第 1 案「自 91 年健保全面實施各部門總額起，陸續皆有自外於部門總額點值計算之各項專案及試辦計畫，且金額日漸高漲，為利健保資源合理分配，建請健保局儘速向本會提出專案計畫之辦理與評估通則」之與會人員發言實錄

滕委員西華

- 一、由我代表說明，消費者代表不論是在監理會或費協會，都相當關心總額之專案或試辦計畫的成效。歷年來在費協會的總額執行成果評核會議上，委員也多次針對專案及試辦計畫的成效，提出非常多的建議。在健保局提供的附件裡，許多都是在費協會的評核會議上所提的建議，不再多做說明。
- 二、我們要提醒的是，試辦計畫越來越多，到底是不是好的現象？當然，很多試辦計畫，不管是對於偏遠地區、提升護理照護品質或是早期對癌症論質計酬計畫等試辦計畫，立意都非常良好。但也不能否認，很多計畫其實已試辦多年，卻很難說有具體的成效。在成效的評估上，許多專案都過於模糊。而且，很多專案採目標上限制的精神，但有些方案於經費超支後，又滾入一般服務金額計算，相對地排擠總額一般服務的點值，最典型的就是 B、C 肝炎治療試辦計畫的部分。B、C 肝炎治療試辦計畫這兩年來都超出目標上限相當地多，100 年全年經費要 28.6 億元，幾乎都是藥費，且不斷地成長。國內 B、C 肝的帶原者將近 200 萬人以上，但健保局花了 30 億元，僅服務了 12 萬餘人次。
- 三、所以，評估的機制應該要更確實，而不是一直不停地試

辦。家醫的整合性照護計畫也是如此，健保局都是用滿意度來提報，96%的照護對象表示滿意，但滿意什麼？之前在費協會的評核會中，我們沒有看到問卷，所以，不知道是怎麼問的？但費協會歷年來，特別是近3、4年，每年都對家醫整合性照護計畫或B、C肝炎治療試辦計畫做出建議，而且不管換過幾次評核委員，幾乎都提出類似建議。為什麼持續每年都有這些建議？就是因為具體的品質指標及效益沒有那麼明顯。

四、監理會辦理訪查時健保局也曾告訴我們，家醫計畫跟論人計酬計畫一樣，成效不是短期能顯現的，這我們也同意，但請問多久才算符合長期效益的評估？家醫計畫已經改過很多名稱，今年又推出以病人為中心的整合照護計畫，我們認為非常好，應該要推動，但不該不斷地以換計畫的方式，墊高專案費用。所以，我們認為應該正視這個問題，因為即便採零基預算，但前一年已墊高的專案試辦計畫，除非成效有問題，也不可能再調降。隔年協商時，仍然面臨成長或維持的問題。

五、B、C肝炎治療試辦計畫也是典型的例子，很少有調降的情形。除中醫幾個試辦計畫，或牙醫的牙周病試辦計畫，因為一直推不起來，以致無法增加金額或些微縮減試辦範圍外，在西醫部分，都是一直成長的。所以，我們提案並不是說不要辦理專案和試辦計畫，特別是對前瞻性的服務，其確有存在必要。偏遠地區是另外一個議題，是衛生署過度地卸責，才讓健保局過度地負擔偏遠地區的醫療責任。

六、我們不是提案去否定其價值，而是有太多方案沒有具體的指標。費協會和健保局不能每年用類似口號的方式，告訴

我們試辦一定要存在。以 B、C 肝炎治療試辦計畫來說，如果肝氫能的治療可以有效降低肝癌、肝硬化及慢性肝炎的死亡率，我們都會支持，但如果真這麼有效，難道那些沒有加入試辦計畫的 100 多萬人，就讓他們死了沒關係嗎？那健保費用還不是一樣要墊高？肝癌發生率一樣上升？所以我們主張，應該對試辦計畫訂定通則，最長也不能夠超過多少年，促使健保局或各總額試辦計畫建立較嚴謹的關門或入場條款，達到成效者就直接導入支付標準，而不應繼續試辦，這是本案最重要的精神。

劉主任委員見祥

健保局也有回應意見，請健保局簡單說明。

李專門委員純馥

- 一、有關委員指教的這些專案計畫，每年在費協會的評核會上，針對每項計畫都會逐一報告，也依照委員意見及評核結果修正相關計畫。
- 二、本局針對部分計畫已研議予以終止或導入支付標準，委員關切 B、C 肝用藥治療部分，本局在 97 至 99 年對 B、C 肝用藥條件予以放寬，包括藥品品項增加及用藥期程延長，造成整體用藥費用成長。因此，在 98、99 年總額協商時，都有委員建議應列為一般計畫，但最後決議，還是採專款方式。不過，在用藥給付規定上，本局都會再詳加評估。干委員文男及滕委員西華非常關心的家醫整合性計畫，本局在這幾年也依照委員意見，詳細審查計畫內容。這幾年計畫的內容，包括品質指標等，都有更嚴謹的定義及規範。
- 三、雖然是專案計畫，但仍匡列在健保醫療費用總額中，全部

計畫經費雖有 100 多億元，但占健保總額只有 0.2%。有些專案為讓特約醫療院所較有參加誘因，保障點值不作浮動，但其對品質確有貢獻，希望委員能夠支持。

劉主任委員見祥

提案委員及健保局均已提出意見，請教其他委員看法。

干委員文男

本案跟剛才安眠藥的案子一樣，提了也是白提，健保局和委員仍是各說各話。我們不是說不要辦，而是要納入支付標準辦理，哪有試辦十幾年的道理？我們也希望，對於尚未規劃，需要加強的地方，應該有新的試辦計畫，但一定時間後，若經評估有成效，則應導入支付標準。謝武吉院長今天沒來，他常說支付點值不足，但其實最後錢還是醫療院所拿走。如果回歸支付標準，點值就能提高，試辦計畫只是增加行政成本，故希望能導入正常的支付標準。新的試辦計畫我們不反對，但試辦很久的應該依成效，決定是回歸支付標準或終止計畫。

葉委員宗義

這個問題牽涉到費協會，我跟何常務理事語兩位都是費協會的委員。監理會與費協會都是衛生署的幕僚單位，費協會將試辦計畫列在其他預算經費中，我是反對的。其他預算確實增加非常多，莫名其妙的試辦計畫也很多。其實費用並非健保局決定，其只是做把關。健保局想做事，當然要支持，因此，最後在費協會將經費減為一半。但後來有很多問題不能解決，例如 B、C 肝炎治療試辦計畫的問題，錢已付出去，誰來負責呢？總不能讓醫療院所來負責。這是國病的問題，最後健保談出來，用專款專用的合理方式。未來產生的疾病還很多，並不包括在這幾個方案，未來，方案出來還要經過監理會和費協會。

現在中醫總額搞得烏煙瘴氣，每次費協會吵吵鬧鬧都是為了這個問題。當初中醫推拿變成密醫問題，吵得非常久，上次的費協會也在吵這個問題。所以，既然試辦計畫已經實施，由監理會提出方案來監督，這是當然的，但費協會已通過經費，我們只能希望健保局能夠嚴格執行。

何常務理事語（陳委員武雄代理人）

- 一、我今年才參加費協會及監理會，發現費用協商的制度是錯誤的。今年付費者自己已經在吵架了，明年可能會打架，怎會搞成這樣？拿錢給人家還要吵架、打架，這是不對的，為什麼？因為健保局隔山觀虎鬥、一桃殺三士，讓付費者和醫療提供者互拼。這次總額協商結束，我就想提議，付費者應該與健保局協商，而非醫療提供者。
- 二、建議衛生署或健保局提撥經費，請醫學院 2、3 年級的學生於暑假期間，對接受 B、C 肝治療者進行訪查，到底實施 2、3 年後有無效果，或是患者根本不聽醫囑，照樣打麻將、抽菸、喝酒、熬夜及吃檳榔？這樣一直接受 B、C 肝炎防治計畫有什麼用？讓醫學院的學生暑期工作，了解醫療政策效果，並提出報告，未來，他們會有很好的實務經驗。在訪查過程中，了解整個醫療制度、保險對象的經驗，也可以學到很多，而不是只在學校讀死書，讀到腦筋都不轉彎。我的意思就是說，B、C 肝炎治療有利益的，就是藥商、醫師，得到最大利益的藥商，怎會放棄這塊利益？
- 三、我尊重健保局提出的專案計畫，但要有追蹤、考核，最後，當然要回歸支付標準。B、C 肝炎治療試辦計畫去年讓醫院負擔 10 幾億元，今年也有 15、6 億元的差額，賺大

錢的藥商躲在後面。我發現當費協會委員是最笨的，拿錢給人家，還沒日沒夜吵得一塌糊塗。我從來沒有晚上睡不著覺，從今年開始，看健保局提供費協會的一大堆資料，看到晚上一點，用腦過度反而睡不著。資料每次寄來都一大本，我們不看不負責任，看了傷腦筋，資料核對真的很頭痛。希望明年專案計畫應有目標值、施行期限及成果，還有整套作業。

楊委員芸蘋

讓人覺得痛心，沒想到有這麼多的預算在這邊，資源的分配不太合理。雖然未特別了解 B、C 肝炎治療試辦計畫的內容及人數，但計畫執行超過 5 年以上，有點離譜的感覺。健保的經費已經不是很多，費協會有好大能耐，能夠將此案編那麼多錢來研究。我認為，A、B、C 三型的肝炎應分等級，視患者人數多寡來決定研究計畫的年限。就如何常務理事所言，應訂定計畫期限，我建議以 3 年為限，不應該延續到 5 年以上，過度浪費資源。我沒有批評研究者的意思，但好像在資源分配上有些不太平衡。

吳委員淑瓊

一、試辦多年還不能回歸正式體系，是有問題的。可能有兩個原因，第一，是大家還在懷疑其成效，不敢納入正式體系。第二，是試辦模式無法作為正式實施的模式。因此，不論新、舊試辦計畫，計畫內容應包括未來如何納入正式體系的規劃，對每一個試辦計畫評估時，一定要包含是否實際可行的評估。對所有試辦計畫的評估是很重要的，未來對舊案、新案都要及時評估，才能有滾動修改的機會。

二、正如干委員文男所提，整合門診很好，應該擴大辦理。但

據我所知，每個醫院辦理的模式都不一樣，應在評估中加強擇優汰劣。評估重點：第一，是實際是否可行，這一定要納入重點；第二，很多評估都是用健保資料檔的數字，相對缺少病人端的調查，才能從病人端收集最直接的結果指標，這部分也應該加強。在納入正式體系前，這是很重要的一點。

施理事肇榮（李委員明濱代理人）

- 一、醫師公會針對家庭醫師或診所以病人為中心的整合性照護制度計畫有以下意見表達，建立家庭醫師制度，是要鼓勵醫師成立社區醫療群，做診所間轉診的平行整合，目的是為二代健保的家庭責任醫師制度鋪路。健保開辦以來，最令人詬病的就是未落實健保法第 33 條轉診制度，大家都知道要轉診，但沒有人敢做壞人，今天只要大家同意部分負擔採「定率」而非「定額」方式，這個試辦計畫可以拿掉。
- 二、社區醫療群還有另一個目的，是診所跟醫院的垂直整合，就是轉診。現在是採用軟性的方式落實分級轉診制度，目前來講，有其階段性存在之必要。如果不這樣做，等到明年二代健保開始實施，依據第 44 條第 1 項規定，應訂定「家庭責任醫師制度」時，屆時倘若採強硬手段，直接分級轉診，或定率部分負擔拉得很高，這個計畫也可以拿掉。若沒有辦法這樣做的情況下，則應慢慢輔導病人在診所及醫院間轉診，慢慢教育病人。
- 三、其實我也有參加家庭醫師整合照護計畫，病人不管什麼病，第一個會先找我，我不是什麼科別都專精，但至少我懂得方向，我會給病人寫轉診單，找適當的醫師、科別。

病人去醫院之後，醫院會將轉診單寄回給我，我會再通知病人，慢慢讓病人感覺，這制度是好的。幾位委員提到有些制度要不要存在，為何不拿掉？不拿掉有其原因，因為在某些制度須要執行的情況下，是應讓它暫時存在的。大家在討論5年、10年，說句老實話，大家如果沒有決心讓法令落實的話，搞不好要20年呢！

劉主任委員見祥

請健保局說明。

戴局長桂英

- 一、感謝委員提出寶貴意見，三位提案人建議的擬辦，請本局儘速訂定專案計畫之辦理與評估通則，包含經費規模、經費目標上限制、試辦年度上限、定期評估與退場機制、試辦結果公告等，並向監理會提出報告。因監理會是健保業務的監理機關，相當於公司的董事會，我們當然應該來報告，所以，會朝此方向努力。
- 二、吳委員淑瓊提到，因為效果或模式尚未確定，所以尚須採試辦方式。這部分應在評估項目中，評估並應包括新案、舊案，且在期初、期中及期末都須加以評估，好幾位委員都提到這些意見。
- 三、何常務理事語曾向本局建議要做療效評估，這部分已洽商國家衛生研究院中。因怕若由本局設計，評估的結果會被質疑，所以，已和國家衛生研究院討論，如何進行可信度較高的評估，這些都是應該要做的事情。
- 四、干委員文男及滕委員西華都提到，專案計畫如實際上已很有成效，應該放到一般支付標準中，本局已朝這方向進行。101年計畫將導入支付標準的試辦專案計畫，請李專

門委員補充報告。

李專門委員純馥

90 年開始的論質計酬方案中，結核病計畫在 97 年已導入支付標準中。這幾年看來，糖尿病方案較為成熟，目前也要導入支付標準。另外，有些計畫顯然成效不彰，像高血壓方案，已經提案會討論擬將其終止。其實本局一直在進行方案的檢討。

戴局長桂英

3 位委員的提案對本局而言，比較不容易的是 101 年前要提出報告。因為經過評估還會繼續的方案，都有其原因且已在本局支付委員會討論的階段，另外，也有時間壓力。如果一定要等辦理與評估通則定案才可，恐會互相卡來卡去。時間上的問題，就看主席及各位委員如何決定。應有通則的方向是正確的，這樣導入或廢止才有依據。

何常務理事語（陳委員武雄代理人）

我非常贊成局長的報告，上次在費協會，我提出付委動議案，請健保局成立專案小組，針對社區醫療群制度討論，其討論需要時間，不可能在 101 年前提報。所以建議本案擬辦修正為 101 年 6 月前提報，另外，向本會提出報告乙節，因考量二代健保，所以應修正為向本會或健保會提出報告較妥。

盧委員瑞芬

一、有關健保局的試辦計畫已經討論過很多次，局長說明有些已經導入支付標準中，建議在健保局的例行業務報告，以每季、每半年或一年一次的方式，定期向委員報告試辦計畫的進度及規劃。

二、依議程第 34 頁健保局回應的第 3 點，針對專案計畫執行

成效均會被監督，相關報告及評核結果都置於費協會網站。但我剛用手機上網查看，沒有找到，可見不是很容易找。以後有類似情況，煩請將網址完整列出，以利確認能否查詢到相關資訊。

三、過去這些試辦計畫都有提供可由健保資料跑出的量性數據，但病人端的調查也是很重要的。英國好幾次的改革，都強調應重視病人對制度的看法。

劉主任委員見祥

一、大家都非常清楚試辦計畫是否同意辦理，是費協會每年度在協商資源分配時確定的。當然確定後，監理會基於分工，可去了解每個計畫事後的執行狀況，或要求健保局提供資料，過去也都持續採此模式作業。這個提案非常好，不過提報時間上健保局可能無法配合，因目前的進度尚在費協會的資源分配作業中。討論決定明年的計畫執行細節等，會花很多時間，所以 101 年前可能沒辦法提出報告。

二、其次，這屆委員的任期就到 12 月底，何常務理事語所提到本會或健保會報告的意見，我也認為不宜。本屆委員只對本屆的事務負責，我們不應將責任交給其他單位。本會歷來都有對專案或試辦計畫，進行實地訪查，例如這次的藥事居家照護計畫。所以，我建議，將各位委員的意見，送給健保局作為規劃或檢討時的參考。其次，假設各位委員仍然續任的話，則可讓健保局有較多時間分項定期提出報告。在時間充裕的情況下，所做的檢討將更為周延。如果在今年底，報告內容恐怕也不是委員所要的。

三、吳委員淑瓊及盧委員瑞芬建議，每項試辦計畫在執行過程中，都應予以評估。相信健保局已有評估，若能加強病人

端的調查，可透過此種評估方式獲得滾動式修正與調整的機會，這部分也請健保局參酌各委員的意見辦理。

何常務理事語（陳委員武雄代理人）

我反對主席的結論，立法院不可能因為改選，未通過的法案到下會期都不提出。

劉主任委員見祥

立法院換屆的話，未完成三讀通過的法案都全數屆期不續審。我的觀念是這屆委員就將我們所做的決定交代清楚，不宜替下屆委員做決定，至於未來的健保會要做什麼，等其成立後，自然會參考過去的紀錄和經驗，建立新的監測模式。請問各位委員是否同意剛才的初步的擬議？

蘇委員錦霞

如果這樣，我們是否需在新的委員會重新提案？

劉主任委員見祥

下屆委員的聘任方式，尚未確定。本屆任期原為兩年，因組改特殊情況僅發不到一年的聘書，若任期接續，提案仍可繼續討論。

滕委員西華

一、主席及局長認為，年底太趕，希望多給時間。但我們不是要看每項的報告，而是要建立評估機制。因為試辦計畫太多，有幾十項，不可能逐項檢視，所以，我們希望有通則，也就是剛才吳委員及盧委員所提的。我們並不是在乎省錢或浪費，而是要有原則性，假如說年底提不出來，健保局需要多些時間，可以再討論。因為不要急就章，而是要長久的東西。

二、可是剛才主席又說本屆任期將至，不能替下屆委員作主，變成今天的建議只有在年底前有效，年底前又無法提出通則，等於白提本案。所以我才會聽不明白，也就是說，下屆委員都是全新的一屆，對於本屆的提案通通不認帳，只好續任時再提一次，到時就要要求任期內可以監督的日期。若未續任，就要請局長勉為其難，在年底前提出報告。

蘇委員錦霞

立法院的決議，下屆都要遵循。今天若我們做出決議，健保局還是要照辦，如果現在不決議，接下來就無法遵循，要重新來過。所以我認為，不管時間是 6 個月或 3 個月提出，要有個結論。下屆委員按照本屆委員的決議監督，這是必做的事情。請健保局提出報告，在執行上沒有責任區分不明的問題。

葉委員宗義

建議本案的決議為：建請衛生署送交下屆委員會辦理。

戴局長桂英

- 一、據我了解，衛生署當時所考量之聘期，是認為衛生署組織將於明年 1 月 1 日改制。但到目前為止，衛生福利部組織法立法院尚未通過，明年 1 月 1 日衛生福利部不可能成立。所以，現在健保小組幕僚單位可能正在做各種接續的準備，接續期間，監理會和費協會都還會存在。假設這會期衛生福利部組織法沒有通過的話，則要看明年中有無可能成立，因為就算法案通過也須有一段時間作籌備。
- 二、另外，兩會合一係訂在二代健保法，所以其成立還會搭配二代健保法的實施。依目前健保局的各項準備看來，新法如果明年 7 月實施可能是兩會合一的時機，我的研判不太

可能在明年 7 月之前，因為要有二代健保法公告實施等前置作業。

三、對於提案委員所提的擬辦，我們最難處理的是 101 年 1 月前提出報告。請多給些時間，好讓本局先充分就教專家，草擬方案並經討論，以利提出較成熟方案到本會報告。

何常務理事語（陳委員武雄代理人）

我剛才所提 101 年前修正為 101 年 6 月份前，並向本會或健保會提出報告的修正動議案，主席都沒有處理。我正式提修正動議案，主席就應依照會議規範程序，第一優先處理，並徵求附議。

劉主任委員見祥

本案尚在討論中，戴局長說明後，我正要徵求委員斟酌 101 年前提出報告的可行性，期能獲致較為客觀可行的決議。

蘇委員錦霞

這點毋須爭議，本提案只是希望能夠提出評估的通則，時間只是建議。提案內容並沒有時間限制，為讓會議順利進行，時間上不必爭議。

何常務理事語（陳委員武雄代理人）

我為何要提 101 年 6 月以前？第一點，因為在費協會也有針對這個議題成立專案小組召開會議；第二點，在明年 6 月底前若未完成討論，到 7 月又將進入總額協商期。所以 6 月底前是最恰當的時間點，我想局長應該也認同這點。

劉主任委員見祥

您所提只是個人意見，大家正一起討論中，並沒有不處理，而且現在還沒做決議。我剛才建議徵詢大家意見，所以應不須提

修正動議。包括我在內，大家都是委員，理應共同討論出共識的結論。

何常務理事語（陳委員武雄代理人）

我可以提修正動議案，你也可以呀！

劉主任委員見祥

都是委員的意見，現在就是要討論大家不同的意見，彙集成共識。

李委員蜀平

據醫學報導，如果因公事而起言語上的高亢，會引起血壓升高，我們都為了國家利益把關，所以拜託大家輕鬆一點，以免影響健康，得不償失。

劉主任委員見祥

經過委員討論的共識，請健保局在 101 年 6 月底前訂定評估原則，並向本會提出報告。

盧委員美秀（會後書面意見）

- 一、非常感謝干委員、滕委員和蘇委員對健保試辦計畫和各項專案執行成效的關切，有關「提升住院護理照護品質方案」在 98 年開始實施的第一年，誠如台灣醫院協會代表所述，很多醫院將健保局撥付之款項納為醫療收入，並未實際使用在護理人力增聘和獎勵金發放上，使護理界想要改善護理人力的工作環境的期待落空，也因此，在每班超時工作 2 小時以上的現象持續惡化，甚至演變到離職率不斷增加，應屆畢業生不願投入護理職場。
- 二、護理界對「提升住院護理照護品質方案」用於改善護理人力及逐漸惡化的工作環境有很高期待，近年來都依健保局

年度方針檢討和爭取專款專用，並分區舉辦專案說明會和經驗分享，以落實推動原意。

- 三、以中華民國護理師護士公會全國聯合會調查，此專款用於增聘護理人力或調升護理人員薪資之百分比逐年增加(98年 31.5 %、99年 75.7%、100年第 1 季 80%以上)。依據健保局提供有關護理人力照護品質指標：跌倒發生率、壓瘡發生率和感染發生率 98-99 年逐漸下降，病人對護理服務滿意度增加，在護理人力上 99 年底較 98 年底共計增加 1,184 位護理人員，成長率 1.34%。
- 四、為落實該方案美意，建議衛生署中央健康保險局應每年不定期進行稽核，或委託護理團體定期稽核，經查有登錄不實等狀況，以違規發生日期認定，停止處分期間本方案之給付，並依相關規定追扣是項款項，且不得參與下季評比。

【附件 4】

討論第 2 案「本會訪查『全民健保呆帳報列、藥事居家照護計畫及弱勢民眾安心就醫方案』業務後之建議案」之與會人員發言實錄

滕委員西華

- 一、如果我的問題，健保局無法立即回應的話，會後再給我資料。很可惜我因事沒有參加訪查。最近這兩個禮拜以來，陸續都有鎖卡的相關新聞，健保局也對外澄清，目前控卡的人數大概有 20 萬人左右。據報載，健保局對外回應，這 20 萬被控卡的人都不是經濟弱勢，這令人非常訝異。站在消費者的立場，很難相信這 20 萬人都有經濟優勢，所以更進一步，我們擔心經濟弱勢的定義是什麼？
- 二、在議程第 50 頁第 6、7 點的委員建議非常好，因為健保局對弱勢民眾的經濟條件是採書審及通報制，也就是說，健保局沒有能力、時間及權力做經濟條件的訪查，所以仰賴通報，包括社工、鄰里長等提供所得、資產的資料，但通報時還需檢附佐證資料，可能會使部分人被漏掉。很多民眾知道自己欠費，但不知道有無被鎖卡。健保局並未主動通知鎖卡或解卡，民眾可能到醫療院所才會知道，且知道欠費後，可能根本不會去醫院。或是有種情況，掛號櫃臺告訴民眾，你被鎖卡了，社工也不會知道，可能在掛號時就碰到這個阻礙。
- 三、針對這 20 萬人，可否請健保局下個月提出分析，到底有無具備經濟弱勢的條件。因為短期反覆失業的人口激增，但其資產無法佐證為經濟弱勢，再加上等到催繳保費，當事者知道可辦分期付款時，可能在半年之後了。但這半年

內他可能都認為已被鎖卡，所以，在此特別拜託健保局，今天或許沒有時間說明，但這對我們來說真的很重要，是否有不應該被鎖卡的個案？我相信健保局不會故意鎖卡，醫療院所也不應該拒絕被鎖卡的民眾就醫。除非健保局能證明他確實蓄意不繳，而用強制執行的方式讓其繳保費，否則鎖卡的標準應該從嚴，要儘量限縮權力，這是對被保險人最大的保障，也才是社會保險的精神。

- 四、再次請健保局務必找個時間，向本會分析被鎖卡的條件，有無疏漏之處，或是與其他部會橫向聯繫有無應該彌補的漏洞。

李委員蜀平

- 一、全民健保高診次民眾就醫行為改善方案藥事居家照護試辦計畫 99 年預算執行率只有 41.6%，此計畫 99 年編列 924 萬元，藥師公會全聯會也相對編了 600 萬元人事費用，包括執行長、2 位督導、3 位專員。所有參與計畫案的藥師，第一，要受訓 32 小時；第二，要實習 5 位病人；第三，要通過口試，所以是經過層層把關藥師才能參與此計畫。
- 二、懇請局長將計畫案中的住院及門診醫療費用分開計算，因為住院所占費用很多。針對高診次的藥事照護條件，是 1 年門診超過 100 次，如果合併計算住院及門診醫療費用，其效果一定無法呈現門診與用藥量的減少。今天配合健保局辦理這項計畫，目的就是能夠直接到 1 年門診 100 次以上病人的家裡做藥事照護，看他的藥品、門診情形，並作討論，給予醫藥方面的建議。當然醫師有其專業，但在重複用藥方面，我們也可以用專業與醫師溝通。所以懇請健

保局及所有委員幫忙，在指標方面，請將住院及門診費用分開計算。

- 三、在所有試辦計畫中，藥事居家照護計畫是最無奈的，為了計畫還要再自編人力，但藥事人員與醫師、護理師的配合，會創造民眾的健康，希望給予我們最大的支持。

葉委員宗義

請問鎖卡後可否就醫？

戴局長桂英

- 一、鎖卡條件是欠費 3 個月以上，經追繳無效者。鎖卡是透過本局資訊系統處理，在每 6 次門診用畢後，才核對是否應予鎖卡，所以鎖卡後能否就醫，要視個別狀況。
- 二、安心就醫方案係排除對於弱勢者鎖卡，首先，是針對收入狀況不佳者，經與財稅資料比對後，將其全數解卡。其次，對於 18 歲以下的兒少，也全部解卡。經過這樣的比對後，目前每月再解卡者，多數要靠來自學校、村里鄰長及社政單位等外界的通報，也就是特殊境遇者，本局也會幫其解卡。所以，系統性解卡即前述 2 種條件，利用現有的財稅資料及年齡資訊來解卡。
- 三、其實本局對媒體的宣導，沒有說剩下的 19.9 萬人都是有經濟能力的。我們宣導的重點是，如果身邊遇有可憐的人，可與本局或社政單位聯絡來處理，幫助他們。另外，本局也拜託醫院遇有緊急就醫時，可以受理，並記錄與通報。將看病與追保費分開處理。
- 四、李委員蜀平所關心的居家藥事服務，感謝委員發動藥師幫忙，計算基準等意見都會列入紀錄，本局會再做討論。

施理事肇榮（李委員明濱代理人）

- 一、有關藥事居家照護計畫，請教幾點問題。其中提到門診醫療費用下降 20%，住院醫療費用成長 32%，導致門住診整體費用下降 4%。在整個計畫中，其照護對象的年齡、性別、疾病及病情嚴重度的選擇，是否應予揭露？否則專業上無法判斷。若專挑成效好的來做，結果必然是好的。就科學方面，必須要誠實的面對這些問題。
- 二、門住診有一定的關連性，我們不希望因小失大。指標若改為門診醫療費用或藥費比率，會否因門診醫療費用下降，導致照顧的對象病情加重或死亡率增加，卻又看不出中間的相互關聯性？是否因為減少門診就診，而導致病情加重，其中的關聯性一定要能被檢視。
- 三、要特別提醒的是，醫療本身具有高度專業性，不應只考量醫療費用的下降。醫師看診的「臨床用藥」與藥單或教科書、藥典所寫的「仿單用藥」絕對不一樣，個案客製化的重複用藥，是有其必要性的。如果看病完全依照藥典、仿單開藥，根本不需醫師或藥師，電腦即可處理，幹嘛花那麼多錢給藥師調劑、醫師看病？看診拿藥是客製化的，甚至有時連不同專科別的醫師，都沒有辦法拿捏妥當，如今僅由藥師負責藥事居家照護是有高度的風險性。
- 四、最近聽到很多醫師陳述病人向其抱怨、反映居家藥事照護讓病人心生原用藥的恐懼，亦有藥師建議病人換藥，甚至推銷藥品的情況。所以，請健保局一定要有效監控、訪查藥師有無擅自建議照護對象換藥，或推銷 OTC（非處方用藥）的情事發生。

李委員蜀平

感謝施理事肇榮的指教，實際上，健保局非常嚴格執行藥事居家照護，有很明確的規範，即 1 年門診要 100 次以上才會列入照護對象。我們不敢去影響任何醫師的專業醫療行為，只是關心病人是否有重複用藥及藥物的副作用。實際上我們藥師參與之後，門診及用藥量均有明顯下降。懇請健保局也同時針對違規藥師，如銷售 OTC 或換藥，給予最嚴厲的處罰。我保證藥事照護不是要民眾與醫師唱反調，所以，請不要誤會。這項計畫是希望未來醫藥合作，讓全民用藥安全，健康台灣。

何常務理事語（陳委員武雄代理人）

- 一、我對主席是很尊敬的，也很尊敬公務員。藥師公會的資料與上次在費協會提供的有所不同，希望藥師公會能再核對。上次在費協會協定時所提供的數據很漂亮，這裡怎會只有這麼低的執行率？是否是統計指標不同所致？
- 二、雖然不是公務員，但內政部頒發給我的是公務員的獎章-內政專業獎章，而且正式發布我為民間公務員，所以當然對公務員更尊重。不管是醫師、教授或社會上任何一個人，我都很尊敬。身為民間人士，能夠拿到內政部的內政專業獎章，據我所知，應該不多，大多是給公務員，這也是我引以為傲的。謝謝大家、謝謝主席！

劉主任委員見祥

- 一、感謝各位委員都能相互尊重彼此的角色，本案非常感謝盧委員美秀等 12 位委員及法定代理人的參與，並提供寶貴意見。
- 二、本案照擬辦意見通過，函請健保局參處。李委員蜀平所提門住診醫療費用分開計算的意見，提案建議中已列入，若認為文字不夠明確，請儘快告知。

三、因時間關係，報告案第 4 案「擴大健保相關資訊公開之執行情形及成效」專題報告，移下次會議報告。