

全民健康保險監理委員會
第 193 次會議紀錄

中華民國 100 年 6 月 24 日

全民健康保險監理委員會第 193 次會議紀錄

時間：中華民國 100 年 6 月 24 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：

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

林委員啟滄

蘇委員錦霞

滕委員西華

陳委員武雄

葉委員宗義

李委員永振

郭委員志龍

李委員明濱

李委員蜀平

廖委員敏熒

陳委員俊明

吳委員德朗

詹委員德旺

呂委員明泰

施輔導員金蓮(代)

何常務理事語(代)

謝常務監事武吉(代)

祝委員健芳
柯委員綉絹
石委員發基
鍾委員美娟
劉委員玉蘭

請假委員：

周委員麗芳
李委員成家

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

陳科長淑華
林執行秘書宜靜
戴局長桂英
黃副局長三桂
蔡組長淑鈴
王組長怡人
鄧組長世輝
林專門委員阿明
周專門委員士恆
賴專門委員立文
蔡科長文全
許科長周珠
李科長春娥
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

本 會

主席：劉主任委員見祥

紀錄：葉肖梅、林梅玉

壹、主席致詞：(略)

貳、報告案

第 1 案

案由：確認本會上(第 192)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：洽悉。

(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 5 月份全民健康保險業務執行報告，請 鑒察。

決定：

- 一、委員所提增加對特約醫事服務機構之違規態樣、所受處分類別與終止特約家數變化情形等說明，加強重大傷病發卡與其發放後之查核機制，及強化健保 IC 卡上傳錯誤率之輔導等意見，送請中央健康保險局參考。

二、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：「外籍人士及大陸人士來臺加保及醫療利用比較分析」專題報告，請 鑒察。

決定：

- 一、請將滕委員西華整合與分析本案外籍人士與大陸人士之加保及醫療利用資料，提供其他委員參考。針對滕委員分析資料中所列問題，請中央健康保險局於下次委員會議提出說明。
- 二、委員所建議對外籍人士或大陸人士與國人之醫療利用比較，宜納入居留時間因素與疾病醫療點數占率及納保公平性等意見，送請中央健康保險局參考。
- 三、餘洽悉。

（與會人員發言實錄詳附件 3）

第 5 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「全民健康保險年度醫療費用支出情形（上半年）」專題報告，請鑒察。

主席裁示：移下次委員會議報告。

（與會人員發言實錄詳附件 4）

參、討論案

第 1 案

案由：審議中央健康保險局 100 年度第 1 次報列呆帳報告案，提請討論。

決議：

- 一、中央健康保險局本次報列呆帳案件，除繳清欠費現業於第一類加保及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、本案所擬建議事項之文字酌修後，併委員意見送請中央健

康保險局參考。

(與會人員發言實錄詳附件 5)

第 2 案

案由：本會訪查全民健康保險「門診透析醫療服務」暨「部分給付」業務後之建議案，提請 討論。

決議：

- 一、議程有關對衛生署建議(2)之「針對外包透析之醫療院所『加強管控』」乙段文字，修正為「針對外包透析之醫療院所『加強處理』」，餘照案通過。
- 二、委員會議通過之建議事項，陳衛生署鑒核及送請中央健康保險局參考辦理。

(與會人員發言實錄詳附件 6)

第 3 案

案由：請研議接受處方箋之健保特約藥局應比照醫療機構於明顯處所揭示其服務時間案，提請 討論。

決議：本案法已明定，爰請中華民國藥師公會全國聯合會督促會員，應依藥師法及藥事法相關規定，在作業處所標示受理調劑作業時間，以利民眾就近於社區藥局調劑藥品。

(與會人員發言實錄詳附件 7)

第 4 案

案由：為利總額協商、新制保險費率及醫療費用成長預估，建請衛生署全民健康保險精算小組（以下稱精算小組）及健保局，以本年度報稅資料，試算民國 101 年補充保險費金額，並於本年 8 月份費協會與監理會召開前完成估算，且於 8 月之監理會提出報告，以提供本會及費協會及作為總

額協商之參考，提請討論。

決議：請中央健康保險局儘速估算補充保險費之可能金額，並適時到本會報告。

（與會人員發言實錄詳附件 8）

肆、臨時提案

提案人：吳委員德朗

案由：基於社會公平正義原則，如被保險人自願參與有其危害身體可能之活動致使醫療費用支出，鑑於健保資源有限，係人為因素造成之不當使用醫療資源，不應由全民健保支出，應由其本人自付醫療費用，且有關代位求償辦法並無針對個人因自願行為致使醫療費用支出有所規範，應重新議定代位求償辦法內容，以保障全民權益，提請 討論。

決議：

- 一、本案關係社會公義，爰若在法制與執行層面可行的情況下，原則予以通過。
- 二、委員建議辦理有害健康活動的主辦單位，需事先投保商業保險等意見，送請衛生署及中央健康保險局參考。

（與會人員發言實錄詳附件 9）

伍、散會：中午 12 時整

【附件 1】

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

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 6 頁，本次的重要業務報告有三項，第一項是上次及其他各次委員會議共 2 項決議(定)事項之追蹤建議，建議其中 1 項解除追蹤，1 項繼續追蹤，以下向各位委員簡要報告：

(一)請看議程資料第 7 頁的附表 1，其中第 1 項有關本會委員為發揮健保業務監理效能，請健保局酌修各項報告呈現方式乙節，幕僚同仁已設計問卷徵詢委員的意見，相關資料刻正整理中，本件擬繼續追蹤。

(二)另一項為委員建請健保局邀請相關單位與專家學者重新檢視剖腹產適應症之訂定標準。健保局對該項，已函請臺灣婦產科醫學會及中華民國周產期醫學會協助檢視該局審查注意事項所訂剖腹適應症之合宜性，二學會之函復，均為建議維持現行規定，本案建議解除追蹤。

二、請委員翻回議程資料第 6 頁，第二項報告為行政院衛生署於 6 月 7 日函復本會審議全民健康保險 99 年度決算所建議之事項，詳細內容請委員參閱議程資料第 98 頁附錄 2。

三、第三項為行政院衛生署 6 月 10 日函送經修正後之「全民健康保險法施行細則」第 28 條及第 58 條條文，詳細內容請委員參閱議程資料第 99 頁附錄 3。

劉主任委員見祥

經詢問，委員對本報告案無意見，本案洽悉。

【附件 2】

報告第 3 案「100 年 5 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，請問各位委員有無詢問？請滕委員表示意見。

滕委員西華

- 一、業務執行報告第 20 頁，終止特約因屬情節重大之違規，性質較為特殊，因此委員會較關心，請健保局往後之業務報告中，能說明終止特約家數及變化情形。
- 二、最近接獲一項申訴案件，即民眾至 A 醫學中心就診裝設心臟支架，同時治療 RA（註：類風濕性關節炎，Rheumatoid Arthritis），並因此取得重大傷病卡。經過一段時日後，該民眾改至 B 醫學中心就醫，但卻被認定不符重大傷病卡申請資格，民眾爰認為 B 醫院不願協助，只想賺他的錢。本人的疑問是：心臟支架及 RA 如何可取得重大傷病卡？健保局若只看申報資料，並無法查核發卡程序是否符合規定，請問健保局發放重大傷病卡的查核機制為何？
- 三、由業務執行報告第 63 頁的全民健保門、住診醫療費用核減統計表，可發現 98 年至 100 年 2 月，從初審、申復到爭審的核減率，幾乎都是逐年上升，請問健保局原因為何？是因健保財務困難，所以提高核減率？還是各層級醫療院所申報較不確實所致？抑或另有其他原因？
- 四、業務執行報告第 75 頁，有關健保 IC 卡登錄及上傳資料品質實施方案的預算補助，依戴局長所提，自 100 年起已不再補助。然第 77 頁之方案核定金額統計表卻顯示，各層

級醫療院所的上傳錯誤率雖有改善，但藥局錯誤率仍有 26%~30%。請問健保局對健保 IC 卡上傳錯誤率的容許範圍為何？

- 五、業務執行報告第 80 頁，100 年度第 1 次報列之呆帳中，有關保險費及滯納金欠費金額，若以保險類別作區分，則第六類被保險人欠費金額最高，約占 80.47%。而報列的呆帳，需符合「經連續二年查核不具清償能力」條件才轉銷。日前，吳院長因協助 38 萬被控卡的民眾解卡，因此贏得「悲天憫人」的美譽。然而，之前被鎖卡者總計有 60 餘萬人，扣除解卡的 38 萬人後，仍有 22 餘萬人處於被控卡中，其中又以第六類的失業人口居多；如果政府真的體恤弱勢民眾，為何第六類失業人口既為欠費之大宗，卻規定至少要維持查核二年且符合不具清償能力後，才同意其辦理呆帳轉銷？另外，大家要知道，在該二年欠費期間是被控卡的。請健保局對於這些第六類的失業人口，研擬如何解決他們因欠費被控卡，而無法就醫的問題。

盧委員美秀

- 一、業務執行報告第 39 頁至第 40 頁，全民健康保險總額部門別醫療申報點數統計中，醫院住診申報平均每日醫療點數為 5,596 點，而西醫基層住診則為 8,241 點，為何醫療機構層級愈高，平均醫療費用反而較低？請健保局說明原因，並檢討其合理性。
- 二、業務執行報告第 43 頁，有關基層與醫院之洗腎申報點數問題，我在上(第 192)次委員會議即曾詢問過，在門診洗腎上，為何西醫基層之平均每件醫療點數每年均高於醫院？之前健保局雖有說明，但我並不太滿意。請健保局詳

細說明原因，並檢討其合理性。

干委員文男

- 一、業務執行報告第 75 頁，健保 IC 卡登錄及上傳資料品質實施方案執行情形，整體錯誤率雖有改善，但進步空間還很大。請問這些錯誤率是主機設備的問題，或是人員操作不熟練所致？另，有關健保 IC 卡資料品質改善計畫之總額預算補助，依費協會協定僅補助至 99 年度為止。請問健保局該項補助案能延長嗎？可否訂定目標值，分年執行，直到醫事服務機構的錯誤率降至最低，甚至不再有錯誤為止？
- 二、請問二代健保 IC 卡的改善計畫，目前規劃情形如何？健保局已很久沒來本會報告了，應適時說明最新規劃進度。

柯委員綉絹

- 一、業務執行報告第 20 頁，有關醫療院所訪查及違規查處情形，呼應剛剛滕委員的意見。依表 16-1 全民健康保險特約醫事服務機構違規查處統計顯示，100 年 4 月份違規有 45 家次，究竟醫療院所為何會被處以違約記點、扣減費用、停止特約或是終止特約等處分？報告中僅看到數據，卻不知違規的原因。請健保局未來能對醫療院所違規情形態樣及所受處分類別，加以分析敘述，俾利委員瞭解。
- 二、針對違規查處情形，建議健保局可考量定期發布新聞稿，讓外界知道醫療院所之違規情形；目前健保特約醫療院所共有 19,500 多家，每年查核家數所占比例甚低，可能仍有少數醫療院所的違規未被發現，健保局若定期發布新聞稿，將可產生有效的嚇阻作用。

戴局長桂英

- 一、本人先就大方向的問題回答，如有不足部分，再請本局同仁補充。
- 二、滕委員及柯委員所談到醫療院所違規問題，本局會於往後之業務執行報告中加入違規類型之分析，對違規院所的類型與原因，以及違約類型中之終止特約，均會描述。至於定期發布院所的訪查及違規查處新聞稿乙節，可考量依委員意見，嘗試定期發布之。
- 三、有關重大傷病卡審核流程，大致而言，除多數可由醫院協助病人代辦申請外，病人亦可直接向健保局申請。對於滕委員所提病人以治療類風濕性關節炎及裝設心臟支架兩種疾病取得重大傷病卡的情形，因屬個案尚須進一步瞭解。
- 四、委員詢問門住診核減率這幾年有愈來愈高的情形，是不是醫療費用不足，健保局就把核減率加高？本局應不至於有這樣的作為。目前有近 2 萬家特約醫療院所，是逐家審核，整個核減程序非常繁複，初審後，尚有申復及爭審等程序可以救濟。
- 五、針對健保 IC 卡部分，干委員及滕委員甚為關心登錄品質及減少上傳錯誤率之鼓勵款項能否延續的問題。費協會所協定的預算僅至 99 年，100 年並沒有編入。有無可能於 101 年總額中再予列入，這可於費協會協商該年度總額時考慮。至於錯誤率之容許範圍，本局內部並未訂定，當然錯誤率是愈少愈好。健保 IC 卡上傳資料並未與費用申報連結，亦即，醫事服務機構並未以上傳資料申報費用，然而健保 IC 卡上傳資料愈正確，各項管理就可做的更好，這是需要逐步輔導的。至於登錄上傳品質已有進步，究竟為何還有錯？剛開始推動時，有可能是操作問題。藥局最

晚推動，錯誤率可能因而較高。

六、至於盧委員所提報告第 39 頁、第 40 頁及第 43 頁等醫療費用相關數據問題，請蔡組長一併回答。

蔡組長淑鈴

- 一、滕委員所關心重大傷病個案之核定流程，該個案申請重大傷病之疾病別需先釐清，可能不一定與類風濕性關節炎及裝設心臟支架有關。
- 二、業務執行報告第 77 頁的健保 IC 卡登錄及上傳資料品質實施方案核定金額統計表中，所謂的錯誤率是指件數的錯誤率，意即真正錯誤的錯誤比率其實已非常低。上一次費協會的會議中，曾有委員提及，99 年後健保 IC 卡登錄及上傳既已無經費補助，這些監控數據做何用途？嗣後本局將持續監測錯誤率統計資料，作為本局查核及管理之重要參考。
- 三、有關業務執行報告第 39 頁及第 40 頁中，盧委員提到住診平均每日點數，於醫院是 5,596 點；但基層卻為 8,241 點，為什麼醫院平均點數反而比基層診所低？基層平均每日醫療點數較高，係因所申報之最主要住院項目為生產，生產是有一定程度之給付費用；醫院之點數則是涵括所有疾病，所以經平均後反而較低。
- 四、盧委員提到業務執行報告第 43 頁的洗腎醫療點數部分，為什麼基層平均每件是 49,632 點，醫院是 47,768 點？要特別說明一下，這裡所謂的每件，是指每人每月的洗腎點數。因為洗腎之申報係一個月包裹申報 1 次，在基層診所洗腎的通常是狀況穩定的長期病人，平均每二到三天洗 1 次；而醫院的洗腎病人，有部分為緊急洗腎，可能一個月

僅洗 1-2 次，並不是每人每週都洗 3 次。因此，醫院洗腎的平均每件點數會較基層低。

鄧組長世輝

- 一、關於滕委員提到弱勢民眾控卡問題，為使該等民眾安心就醫，本局對其欠費與就醫係採脫勾處理原則。對於欠費的民眾，本局會主動排除相對經濟困難及弱勢的被保險人而不予控卡，對經濟能力相對較好者，才會控卡。因此本局於去(99)年 10 月間推出弱勢民眾安心就醫方案，已使原被控卡人數，從當時的 63 萬人，降到目前的 22 萬人。
- 二、至於業務執行報告第 80 頁，有關 100 年度第 1 次報列呆帳報告部分，呈現第六類被保險人欠費金額占所有被保險人報列呆帳之 80.47%。這與 22 萬人被控卡的欠費者並無直接的關係，可以報列呆帳的個案大多屬於相對比較弱勢者，並非我們控卡的對象；而報列呆帳須完成催收等法定程序，於符合規定後才能轉銷。

劉委員玉蘭

- 一、針對議程資料第 76 頁，上(第 192)次委員會議記錄中，健保局李少珍組長曾表示，「臺北市政府 100 年度至 3 月份入帳 21.61 億元，加上今日有約 40 億元之款項，預計本月應有約 60 億元入帳。」惟從本月業務執行報告第 10 頁表 7 中，臺北市政府 100 年 1-4 月份應收保險費補助款入帳為 41.78 億元。也就是說，本來臺北市政府應入帳 40 億元，但實際卻只有 20 億元而已。
- 二、所以，健保局不要過於樂觀，以為臺北市政府真的會如期還款。臺北市政府認為欠費部分，中央政府會幫忙解決。但是 100 年度健保費補助款已分配在統籌分配款中，且 99

年度以前欠費，最高行政法院也已判定臺北市政府敗訴，臺北市政府自然應負擔此筆費用。雖然，當初劉兆玄院長曾承諾由中央補助之原則，但這原則與法律不符，中央政府能否協助還款，仍有待商榷。楊委員芸蘋也在這裡，其實，臺北市政府雖負擔未設籍市民之健保費補助款，但這些設籍其他縣市之市民實際上是在臺北市消費、工作，同時也增加臺北市之稅收，臺北市政府不能忽略得到的好處，而斤斤計較於保險費補助款的負擔。目前臺北市政府的還款連一半都不到。所以，業務執行報告第 10 頁所呈現之數據，顯示健保局對臺北市政府欠費的催繳仍須再加強。

三、然由健保局的呆帳報列與轉銷個案中，都發現對民眾欠費的追繳卻是如此緊迫。本人曾參與健保呆帳查核作業，其中有個 4 歲的小孩本身就是被保險人，令人不僅當場落淚；對照於臺北市政府欠費之處理，健保局相對的就似乎太寬鬆，這是政府對不起民眾。建議中央財主單位與北高兩市之財主單位多加溝通，尤其北、高兩市政府從非設籍的民眾身上得到的好處，遠遠大於他們所應負擔之保費補助款，健保局若不好好處理，對政府之形象有極負面的影響。

楊委員芸蘋

- 一、在此簡單說明一下，謝謝劉委員對此事的關心，其實本人也極為重視此事。昨天李少珍組長告訴我最近進行狀況後，就親自與臺北市政府勞工局瞭解實況。
- 二、對於臺北市政府的欠費，他們再次表明願意償還，主計處給多少預算，他們就償還多少。臺北市政府有議會的壓

力，一切依議會決議而定。今年補助款的預算，是照去年的償還比例編列，也是按照五年還款計畫編列。我也向臺北市府代表強調，不能只依照主計處的預算來執行，否則還款時間會愈拉愈後，社會觀感也不好。並以很強烈的態度提醒他們，還款必須持續且快速地落實進行。

三、昨天也經由李少珍組長得知，健保局於本(6)月 22 日曾分別發函給臺北市府及主計處，主計處承諾協助市政府，而市政府也應落實還款計畫，且速度必須加快，不能像現在這樣，老是一直拖。尤其不能因為主計處不給、少給或慢給就少還。目前看起來僅是未足額還款，而是依議會決議執行還款。已請臺北市府再跟議會作詳細之溝通，我也會持續深入的瞭解，謝謝大家關心！

石委員發基

業務執行報告第 83 頁，有關所通過全民健保法第 11 條修正案，本人予以尊重。惟日前立法委員協調外籍漁工加保會議時，據聞健保局代表表示，該局考量研議是否外籍漁工排除加入健保，而由漁船主為其投保商業保險。本案政策考量應慎重，以免引發違反兩公約（註：兩公約係指「公民與政治權利國際公約」及「經濟社會文化權利國際公約」）之人權問題。

謝常務監事武吉(吳委員德朗代理人)

- 一、請健保局重視滕委員所提重大傷病卡發卡案例，並去瞭解實際情形。
- 二、依業務執行報告第 27 頁，100 年 5 月有效領證數為 883,026，而歸戶後實際有效領證人數 829,881，兩者相減，推算約有 5 萬多人擁有 2 張以上重大傷病卡，建議健保局以人為單位，將個人領有兩張以上之卡者予以歸併，

可能比較好管理。另，請問健保局有沒有重大傷病患者，於治癒後取消重大傷病卡的例子？重大傷病卡有效期限是每一年或半年發一次呢？重大傷病卡之發卡是每一年或半年發一次呢？如果發卡審核方式更為嚴謹，是否可以減少整體健保醫療支出之費用？這是健保局可考量之方向。

三、從醫院評鑑結果資料顯示醫學中心是 20 家，但依業務執行報告第 32 頁，醫學中心卻是 22 家，令人感到困惑。本月至高屏區實地訪查門診透析及部分給付業務時，發現有一家評鑑為準區域等級的醫院，卻自稱為區域醫院，我們究竟要相信醫策會（財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會）之統計家數或是健保局提報的資料？

四、業務執行報告第 74 頁，有關「全民健康保險論人計酬試辦計畫」之推動，其法源依據是什麼？之前我曾提出，應參酌國外推動的程序與方法，才不致浪費。推動新的支付制度，不能過於專制，因為一個人的意見就去做，更何況那個人也已經離職，為何健保局仍要推動？請健保局應審慎評估，提出相關法源依據，並說明清楚再執行，否則，費協會委員未必同意，也無法讓人認同。

何常務理事語(陳委員武雄代理人)

一、費協會 5 月份會議中，陳委員曾提及葉克膜(ECMO)之使用，每位病患平均每次須花費約 500 萬元，而且只有皇親國戚才能使用。但依健保局統計，去年約 1260 多位使用葉克膜，平均每一個案約使用 4.19 天，平均每人使用費用約 21 萬元左右。衛生署或健保局應主動召開記者會說明截至 100 年 6 月底，葉克膜使用之統計數據，例如，每一個案之平均住院天數及平均醫療費用等，提供做參考。

二、第二項需澄清的是，地下電臺所報導皇親國戚才能使用葉

克膜，且每一個案每次要花費 500 萬元以及一般老百姓都不可能使用等訊息是否屬實，若非如此，則建議戴局長應主動說明政府的政策，不要讓南部地下電臺一直做錯誤的報導，對政府公信力是種傷害。

李委員蜀平

重大傷病及癌症的病人，最終可能會使用到安寧病房，然而醫院評鑑標準較高，大多數醫院不願投入太多成本，致安寧病房明顯不足。因此，許多臨終病人，於病情稍為穩定後，就會回家；但回家後，常因家屬不善於照顧，又引起更多的併發症或導致病情更嚴重，不但病人受更多苦，也加重健保的醫療支出。建議教學醫院安寧病床數能予增設，或開放更多的區域醫院及地區醫院也設置安寧病房，讓臨終病人能受到更好的照顧，又能節省健保費用的支出。

謝常務監事武吉(吳委員德朗代理人)

- 一、我呼應李委員所提，安寧病房之設立門檻過高，中小型醫院幾乎無法設置，而醫學中心及區域醫院能做到也是少數幾家，提供的床位有限，目前國內十大死亡原因，以癌症居首位，癌症病人那麼多，卻找不到可接受安寧照顧之醫院，這是百姓之痛。
- 二、本人支持安寧療護，期需接受安寧療護之癌末病人，可就近於住家附近的社區醫院或地區醫院得到安寧照顧，才是政府德政；雖然政府一直鼓勵癌末病人選擇安寧病房，但每家醫學中心的安寧病房都不足，造成癌末病人都必須等待。依安寧療護病房設置基準規定，安寧病房需有許多設備如祈禱室、會談室、往生室甚至洗澡機等，所以原先設計安寧療護的那一群人根本是神仙，仙

人才做得到那樣的水準，及提供那麼多的設備。建議衛生署放寬標準，開放社區醫院提供安寧療護，以減少癌末患者的痛苦，並得到應有的照護。

吳委員淑瓊

現在的安寧病房其實是貴族式照護，能滿足病人需求之比例，其實是非常非常低。戴局長也知道，安寧療護不只是病房設立不足之問題，而是整個安寧照護的模式應更普及化，讓病人普遍都能接受到服務。其模式應包括居家、社區及醫院整個服務網絡之連結，讓民眾很方便得到照護，才能真正解決問題。

黃副局長三桂

謝謝幾位委員之詢問，先請蔡組長淑鈴針對安寧照護部分說明。

蔡組長淑鈴

一、謝謝各位委員提出的意見，首先說明吳委員及李委員所提之安寧療護部分，目前健保提供之安寧療護有三種方式，包括醫學中心或區域醫院提供的安寧病床之安寧療護、一般病房可提供之安寧共照方案及安寧居家照顧等。其中安寧居家照顧已執行一至二年，係針對不願意住院之病患，鼓勵其回家，由醫院之安寧療護團隊，定期至家中提供醫療服務。本局為因應安寧病房之不足，於今(100)年4月1日推出全民健康保險安寧共同照護試辦方案，由安寧療護團隊至一般病房，提供病患相關之安寧照顧。安寧療護共照方案對醫師及護理人員，係要求需修滿安寧療護相關的課程，才能提供安寧共照服務。因為該方案推動期較短，所以需要再推廣，本局已請安寧緩和醫學會，儘量協助開

辦相關課程，包括醫護人員應接受之安寧療護相關之身心靈的訓練課程等，使醫護人員更能體會臨終病人之需要，並提供較合宜之諮商。當然，本局也歡迎地區醫院的醫師及護理人員共同參與這項安寧共照試辦方案。

- 二、至於何常務理事語提到葉克膜(ECMO)的部分，本(6)月 30 日監理會及費協會所舉辦之聯席座談會，本局針對如何減少不當醫療耗用之議題，將會提供葉克膜、洗腎及呼吸治療等項目之使用情形與相關分析，屆時大家還可於會上就有關事項共同研議。
- 三、謝常務監事武吉建議可否合併兩張以上重大傷病卡乙節，以前發紙卡時，可能憑證會比較多張，但是現在紙卡已廢除，同一張健保 IC 卡即可記錄多種疾病。
- 四、至於重大傷病患者可否於治癒後取消其重大傷病卡？請看業務執行報告第 27 頁表 17，臚列在內的重大傷病，除癌症初期有機會治癒，必須定期追蹤外，其他的疾病幾乎不太可能完全治癒。重大傷病患者的增加，與人口老化、醫學進步、壽命延長等因素有關，其中部分因素讓病人可維持較長的生命週期。
- 五、委員亦提到重大傷病卡之有效期限，茲以疾病病程來說明發卡邏輯，疾病病程可能會產生變化，所以有效期限期有 3 個月、6 個月及永久卡等，例如洗腎病人，先用短期卡，於接受洗腎療程一段時間後若痊癒了，就會被取消重大傷病卡之資格。另，針對某些疾病，於臨床上須有一合理追蹤時間以觀察病程進展，若屬不可逆的，且經專業審核後，才會核發永久卡。業務執行報告中所呈現的是領永久卡的個案。

六、謝常務監事武吉提到醫學中心之家數有落差，評鑑資料係由財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會所提供，由於中山醫學院大學附設醫院總院及中港分院、財團法人基督長老教會馬偕紀念醫院總院及淡水分院，兩家醫院總院與分院一起評鑑，所以評鑑計 20 家；而醫院醫療費用都是分開申報的，所以健保局資料為 22 家。

戴局長桂英

- 一、感謝陳委員武雄代理人何常務理事語之提醒，有關葉克膜使用，所造成外界之誤解，要用適當方式加以釐清。其實只要符合葉克膜使用規定之條件，不分貴賤，人人都可使用，這部分我們會處理。
- 二、另外石委員發基所提醒，有些漁船主不替外籍漁工加健保，而僅幫其投保商業保險，本局會再留意。
- 三、剛剛劉委員玉蘭及楊委員芸蘋所提政府欠費部分，健保局的立場一定會持續追討。至於臺北市欠費部分，行政院已召開會議，且已訂定解決原則，會後將提供劉委員參考。
- 四、至於劉委員玉蘭所提有位 4 歲小朋友竟列在報列呆帳之名單中，其就醫的部分，絕不會被鎖卡的；其實本局之所以將這位小朋友列入報列呆帳名單，就是為了免除其保險費，避免弱勢族群的醫療利用產生障礙。

謝常務監事武吉(吳委員德朗代理人)

論人計酬試辦計畫法源問題尚未說明。

戴局長桂英

有關論人計酬制度的推動，由於今(100)年一月份修正通過之全民健康保險法，其中第 42 條規定醫療服務給付項目及支付標準，得以論人等方式訂定；另於同法第 44 條亦規定家庭

責任醫師制度之給付，應採論人計酬為實施原則；目前法案已經公布，但實施日期尚未公布。為期未來施行之順利，應事先累積經驗，以尋求最佳模式，爰於今年提出試辦計畫，目前有三種模式，於簽約前，將召開相關會議邀集試辦醫院共同參加。現在試辦的經驗，將提供未來正式推動時之重要決策參考，請大家給予支持、鼓勵。

劉主任委員見祥

- 一、本案之委員發言，非常詳細，健保局戴局長及相關主管同仁也已作條理說明，這部分若委員還有疑問，請提書面意見，再請健保局提書面說明供委員參考。
- 二、有關抑制醫療資源不當耗用之議題，委員極為關注，本會將於本(6)月 30 日下午 1 點 30 分假健保局辦理兩會聯席座談，委員們報名非常踴躍，屆時針對這項議題，將可進一步討論。
- 三、本案洽悉。

報告第 4 案「外籍人士及大陸人士來臺加保及醫療利用比較分析」專題報告之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

謝謝健保局的報告，請問各位委員有沒有意見？

郭委員志龍

議程第 12 頁第 5 張投影片，針對以「企業內部調動」、「投資經營管理」、「產業科技研究」及「學術科技研究」等主管機關認定許可方式入境之大陸人士，請健保局補充說明其等在臺的投保現況。

滕委員西華

- 一、首先對報告內容呈現方式提出建議，內容上將大陸人士與外籍人士分別列示，難以比較，而且健保局並未對數字加以分析解讀，內容稍嫌不足。
- 二、議程第 12 頁第 5 張投影片，關於大陸人士來臺投保規定，提到衛生署的公告認定，在監理會上(第八)屆會期其實已充分討論過。本會曾建議以學術交流、科技研究、投資等來臺者，應以第一類第五目專門職業及技術人員最高投保金額加保，或引進該類人員之平均投保金額納保。該意見雖尚未被行政院接受，但希望衛生署仍應努力，因企業內部調動來臺原就屬於受雇員工，以第六類納保明顯不宜。未能適性納保，將影響保費結構及政府負擔比率，請衛生署及健保局應重新檢討。
- 三、議程第 15 頁第 12 張投影片，由大陸人士投保資料可知，眷屬比例極高，近八成，平均眷口數更為國人的 4.9 倍。外籍人士為何以第三類投保？本次報告的納保對象有無包

括港澳生?若眷屬為新移民配偶(從醫療利用可看出)是應該照顧，然其比例仍偏高，原因為何?本人已將問題列表，受限於時間，無法一一向健保局請教，僅提供書面資料乙份，請健保局適時回應。

干委員文男

- 一、謝謝滕委員西華整理了外籍及大陸人士投保及醫療利用的對照表，內容非常清楚，讓人一目瞭然。若徵得滕委員同意，建議提供每位委員參考。
- 二、其實，我們並不是在意大陸人士的醫療利用率偏高，而是更重視健保的公平性。本月我參加臺灣健康保險學會辦理的研討會，其中健保局同仁發表的「大陸配偶參加臺灣全民健保相關因素之探討」論文，顯示大陸配偶對臺灣就醫環境與醫療服務非常肯定，並希望其親人都能依親來臺使用臺灣健保。其中一點值得大家關注，若大陸人士的親人都期望來臺就醫的訊息屬實，全民健保可能會因此垮掉。因此，希望有關單位能注意到這篇論文顯示出健保的潛在危機，亦即可能發生「國人支付保險費，大陸人士來享受健保」的問題。

楊委員芸蘋

非常肯定滕委員西華用心完成這份書面資料，所提的問題非常多，然會議時間顯然不夠。為了不耽誤大家的時間，建議將資料提供給委員及健保局參考，請健保局帶回去用心的研究，分析問題的原因所在，於下次委員會議再做正確回應。

謝常務監事武吉(吳委員德朗代理人)

- 一、議程第 11 頁第 3 張投影片，依全民健康保險法第 10 條第 2 項及第 11 條之 1 的規定，外籍人士及大陸人士取得居留

證明文件，自在臺居留滿 4 個月之日起，應依規定參加全民健保；而臺灣人長期出國，回國後需等待 6 個月才能投保。這樣，臺灣國民反而成為次等公民或次等民族，針對這點，請健保局解釋一下。

- 二、議程第 13 頁第 7 張投影片，外籍人士被保險人占率為 88.4%，眷屬為 11.6%；另議程第 15 頁第 12 張投影片，大陸被保險人占率為 22.7%，眷屬為 77.3%，兩者結構正好相反，如同干委員與滕委員剛剛所提，大陸人士來臺依親以眷屬身分投保的人愈來愈多的意見相符，這個現象是否合理？值得健保局再深入研究。
- 三、議程第 29 頁第 39 張投影片，總結外籍人士及大陸人士保費收入及醫療利用之比較，外籍人士健保費收入為 75.31 億元，醫療利用為 20.73 億元，收支抵約有 54.58 億元的盈餘；大陸人士健保費收入為 7.01 億元，醫療利用為 8.06 億元，因眷屬較多，收支短絀為 1.05 億元。對於大陸人士保費收入少，但醫療利用卻高於外籍人士許多，請健保局研擬改善措施。
- 四、另議程第 16 頁第 13 張投影片，雖顯示未有第四類的加保狀況，但據我所知，大陸人士在臺灣亦有當兵的人，請問鄧世輝組長第四類投保人是否為服役軍人？這類投保人有無大陸人士？此議題我深入了解很久，我能舉出實例，健保局敢保證沒有嗎？

劉委員玉蘭

- 一、個人非常肯定健保局這份專題報告，讓我們對大陸人士及外籍人士來臺加保及醫療利用等情形，有清楚的瞭解。
- 二、議程資料第 12 頁第 5 張投影片，外籍人士及大陸人士投保規定，其中因來臺工作、學術研究及投資管理等較無問

題，即便生重病就醫，是合理的。而剛剛干委員所提，可能是大陸新娘或配偶因無法入籍，只能以眷屬身份加保，這部分醫療利用如生產，也是正常的。但是大陸人士來臺短期團聚、探親及依親等較可能會有問題，因為他們可能帶病來臺就醫。

- 三、對照議程第 29 頁第 39 張投影片的總結比較，大陸人士醫療利用點數雖大於收入，但較全國醫療利用低，表面上看起來，似乎沒有什麼問題，但仔細深究，若將團聚、依親等屬短期居留之就醫或住院治療，予以標準化，則醫療利用率不一定會較全國的平均低。建議健保局可與入出境管理局進行資料勾稽比對其居留時間，以瞭解大陸人士的醫療利用情形是否合理。

劉主任委員見祥

就上述幾位委員的詢問，請健保局簡要說明。

鄧組長世輝

- 一、議程第 13 頁第 8 張投影片及第 16 頁第 13 張投影片，有關大陸及外籍人士均有在第三類加保情形。然而，以第三類身分加保的前提，是被保險人需具有本國籍，因此，該等大陸及外籍人士均為依附本國籍被保險人投保的眷屬。
- 二、由於政策上並未開放陸生投保，本次專題報告各分析統計並不含陸生。
- 三、外籍人士及大陸人士在投保類別之占率有很大差異，因外籍人士以受雇者居多絕大部分，均參加第一類投保，所以以第六類投保比率不高。而我國並未開放大陸人士來臺工作，除非他們取得工作許可並受雇，大陸人士來臺多以團

聚依親為主，故第六類加保比率較外籍人士為高。

四、謝常務監事所關心等待期的問題，外籍人士來臺，依據現行健保法第 10 條規定，除非為受雇者不受 4 個月等待期限制，否則，在臺居留需滿 4 個月後才可加保；而本國人民長期旅居國外，回國時，若為第一次設籍者等待期亦為 4 個月，與外籍人士或大陸人士相同。未來二代健保法公告實施後，以上各類人士適用的等待期均為 6 個月。

五、至於大陸專業人士投保類別，應以哪一類投保較恰當乙節，本局係保險人，配合政策辦理。

林專門委員阿明

一、謝常務監事武吉提到大陸人士醫療利用的費用比保費收入高，其中保費收入係與大陸人士投保類別比例有關。而醫療利用方面，以 99 年醫療利用分析資料顯示，大陸人士平均就醫次數及點數較外籍人士高，但均比全國的平均低。

二、另劉委員玉蘭提到大陸人士在臺停留時間較短，對醫療利用分析結果可能會有影響，本次報告未及將居留時間資料納入，下次報告我們會更完整分析。

戴局長桂英

謝謝剛剛幾位委員對報告的評論，滕委員西華的比較分析資料，部分為直接敘述的，對於有提出問題的內容，我們另外提供書面的資料說明。

謝常務監事武吉(吳委員德朗代理人)

大陸人士短期來臺可能領取慢性病連續處方箋，回去 3 個月後再過來拿藥，就算加計飛機票錢也是划算。為充實專題報告的

內容，請健保局下次提報時，應列入大陸人士的出入境比對資料。

李委員永振

議程資料第 22 頁第 26 張投影片，外籍人士醫療費用最高之前十大疾病中，牙齒相關疾病醫療點數之占率為 22.5%；對照議程資料第 42 頁，醫療支出專題報告之第 23 張投影片，99 年國人門診前 20 大疾病中，換算牙齒相關疾病醫療點數之占率約為 9.8%，兩者相差甚大，請健保局進一步分析並提出說明。

盧委員瑞芬

委員針對此報告案關心的重點，應為投保身分及保費繳納的公平性？還是保費收支之間的關係？或是可能的法律漏洞？如滕委員提到的專業人員為何可以第六類被保險人身分投保？外籍及大陸人士納保方式的公平性，應是本報告的重點，其他資訊係為佐證，建議本案的討論應回歸原始問題的重點，而健保局應針對重點回應。

劉主任委員見祥

- 一、針對滕委員所提問題，請健保局下次提出說明。
- 二、至委員對於牙齒相關疾病醫療利用分析、外籍人士及大陸人士居留時間與醫療利用再細部分析等意見，送請健保局參考。
- 三、過去本會委員一直關心外籍及大陸人士是否以適當身分加保，並建議修改全民健康保險法施行細則。投保身分若能確定，則應兼顧負擔的公平性，另大陸與外籍人士短期居留與國人之醫療利用比較等兩項，請健保局斟酌辦理，並適時回復委員。

【附件 4】

報告第 5 案「全民健康保險年度醫療費用支出情形（上半年）」
專題報告之與會人員發言實錄

（今天的會議安排有四個討論案及一個臨時提案，主席徵詢在場委員同意，本報告案移至下次會議報告。）

【附件 5】

討論第 1 案「審議中央健康保險局 100 年度第 1 次報列呆帳報告案」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

謝謝宣讀提案，請問委員有無意見？

葛委員克昌

- 一、報列呆帳，宜對不同類型予以分別處理，例如：1. 是否已移送行政執行署執行；2. 是否有保全措施；3. 是否已提起行政救濟，尚未確定者；4. 移送行政執行，五年執行期應從何時起算。
- 二、全民健康保險醫療費用欠費催收及轉銷呆帳作業要點中，並無法律授權依據，如有行政爭訟，易生適法疑義。另呆帳轉銷涉及法律技術問題，請健保局法規單位應適時表達意見。
- 三、全民健康保險法宜考量增列保全條款，因欠費大多未移送執行，如能適時保全，有助於及時繳納。

劉委員玉蘭

- 一、議程資料第 56 頁，第四點項下本次實地抽查對健保局建議(二)中，關於欠費者死亡的案件，其家屬需向戶政機關申報，若戶政機關能將死亡者資料定期彙報健保局，健保局比對承保檔與戶政機關資料，自動將死亡者退保，就不會有時間的落差。因為民眾都知道死亡需向戶政機關申報，但可能並不清楚需至健保局辦理退保，透過死亡檔與承保檔勾稽，不但節省行政成本，並可提高行政效率。
- 二、本人上(5)月曾提出投保人數持續下降之問題，從健保局同仁提供的資料，發現一年約有 20 幾萬人，於月中轉換

工作，依規定原投保單位應予退保且不須繳保費，而由新單位協助加保，但新單位往往未即時給予辦理投保，造成投保人數統計之落差。全民健康保險法施行細則第 30 條規定，保險對象轉換投保單位或改變投保身分時，投保單位應於三日內辦理投保手續。像我過去曾提及我的女兒於月中轉換投保單位，因新舊單位繳交保費責任無法明確歸屬，投保資料即漏掉一個月，健保局雖於事後去追繳保費，但已過了一年，不但造成民眾困擾，也徒增許多行政庶務。為避免民眾於月中異動工作，可能產生投保的時間落差，請健保局研擬解決措施，以提高承保作業效率。

劉主任委員見祥

就以上幾位委員之意見，請健保局說明報列呆帳的實際處理情形。

鄧組長世輝

- 一、健保的保險費屬公法上的金錢給付義務，法定的請求權為 5 年，故對於欠費者依法必須於 5 年內催繳，並移送行政執行，但執行時效最長可延至 10 年，這是法律上的規定。因欠費催繳屬經常性的業務，我們每年均擬訂年度計畫，通常不會等到 5 年才移送執行，有時欠費者的欠費屬異常或大額者，則為保全債權，往往於逾寬限期時，即移送行政執行處執行。
- 二、至於是否依有無移送行政執行來分別報列轉銷之意見，實務上，我們基於人道考量，會排除小額欠費或經濟弱勢者，其他於催收無效後均移送行政執行處執行。如經過執行，確無實益，法院即發給一張債權憑證。我們再依據法定完整程序，執行報列呆帳轉銷作業。然而，即便已辦理

完成轉銷程序，在債權憑證有效追償期限內，若隨時發現民眾有清償能力，仍會持續去追償。

- 三、有關劉委員玉蘭提出死亡者辦理退保之時間落差，本局已定期將承保資料檔與戶政機關資料檔進行比對，若當事人已死亡，又有繼承人時，將繼續向其繼承人追償；若無繼承人或其繼承人已拋棄繼承，則會查核欠費當事人的財產情形，並檢視其清償能力，決定是否繼續追繳。
- 四、對於投保人數異動乙節，每年 2、3 月會因民眾轉行、轉業及退休較多，而使投保人數減少，這是屬於季節性的異動，即摩擦性之轉換。本局為有效輔導民眾轉出、轉入之納保作業，每月均辦理輔導納保，以後我們會更加強輔導納保作業及對民眾的宣導。至於投保中斷者，經過我們的輔導後，均會將被保險人的中斷期銜接起來，追溯到原退保的日期。

劉委員玉蘭

健保局目前處理死亡異動均依法行政，我的用意非指責健保局做的不好，而是在法規太僵化。若法規不足，應配合相關法規的修正，使健保局可以主動勾稽資料，由系統自動退保，不但可以節省行政作業，並可得到更完整的資料。

戴局長桂英

- 一、謝謝劉委員玉蘭的意見，本局只要掌握當事人已死亡，一定馬上辦理退保，並無法規修正的問題。
- 二、有關議程資料第 56 頁中，第四點項下本次實地抽查對本局建議(二)保險費及滯納金欠費原因 7(欠費者死亡)之案件，因欠費者死亡與辦理退保日期會有時間落差乙節，可

能是認為欠費者死亡與健保局掌握欠費人死亡的日期會有落差。事實上，健保局只要得到被保險人死亡的訊息，一定會馬上辦理退保。

劉主任委員見祥

委員所提意見，健保局已充分說明，本案依擬辦事項通過。

【附件 6】

討論第 2 案「本會訪查全民健康保險『門診透析』暨『部分給付』業務後之建議案」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

一、首先感謝參與訪查「門診透析暨部分給付」業務的委員，計有盧委員美秀、干委員文男、楊委員芸蘋、滕委員西華、李委員蜀平、廖委員敏熒、祝委員健芳、劉委員玉蘭及詹委員德旺代理人朱組長日僑、張委員永成代理人林課長敏華、李委員永振代理人謝研究員啟煒及吳委員德朗代理人謝常務監事武吉等。另外，也謝謝健保局及本會同仁共同的努力。

二、請問委員對於本案的建議，有無修正意見？

謝常務監事武吉(吳委員德朗代理人)

建議議程第 64 頁，有關對衛生署建議(2)之「針對外包透析之醫療院所『加強管控』」乙段文字，建議修正為「針對外包透析之醫療院所『加強處理』」。

劉主任委員見祥

同意謝常務監事之意見將「加強管控」改為「加強處理」，餘照案通過。

【附件 7】

討論第 3 案「請研議接受處方箋之健保特約藥局應比照醫療機構於明顯處所揭示其服務時間案」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

請提案人李委員明濱補充說明。

李委員明濱

有關基層院所在藥品處方箋釋出部分，基於便民，希望接受處方箋之健保特約藥局，應落實藥師法相關之規定，並比照醫療機構於明顯處所揭示其服務時間。

劉主任委員見祥

請問各位委員對提案有無意見？

李委員蜀平

- 一、感謝李委員明濱為病患藥品調劑的權益發聲，本會將加強宣導特約藥局於明顯處所揭示服務時間，遵循藥師法及藥事法規定，並建請健保局推動處方箋的釋出，讓病患就近選擇調劑處所，落實醫藥分業，共同維護民眾用藥權益。
- 二、目前社區藥局經營時間很長，大約每天早上 7 點到晚上 10 點，但沒有限制藥師親自執業的時間，藥師有事可以立牌方式告知民眾。由於藥事服務費太低，社區藥局無法再請多一位藥師協助，本會將加強宣導，一天至少 8 小時以上由藥師親自執業。

劉主委見祥

請藥師公會督促其會員，應依藥師法及藥事法相關規定，在作業處所標示受理調劑作業時間，以利民眾就近於社區藥局調劑藥品。

【附件 8】

討論第 4 案「為利總額協商、新制保險費率及醫療費用成長預估，建請衛生署全民健康保險精算小組及健保局，以本年度報稅資料，試算民國 101 年補充保險費金額，並於本年 8 月份費協會與監理會召開前完成估算，且於 8 月之監理會提出報告，以提供本會及費協會及作為總額協商之參考」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

請提案人滕委員西華補充說明。

滕委員西華

提案已寫得很清楚，請衛生署及健保局回應。

戴局長桂英

- 一、本案案由中提到，以監理會的立場，需要報告本局財務狀況，而且希望在今(100)年 8 月前完成估算，並以 100 年 5 月國人稅籍資料計算之。今年 5 月的稅務資料尚須財稅單位經繁複的程序處理，所以到明年 1 月可能也無法得到完整資料。若委員同意不以該資料為試算基礎，則應可以如期完成估算。
- 二、至於 8 月須提出精算報告乙節，有些前提須釐清，例如，主管機關尚未公告補充保險費扣取之下限，受限於資料不夠完整，將無法進行精算。對此，本局業已委託學者進行相關研究，期望能建立一個合理的精算模型，但初步成果需至今年底方能提出。
- 三、綜上，本局若因本年度 5 月之稅籍資料無法取得，而改以最可能取得之最近資料，於 8 月時試擬出一個估算值，應該是可完成的。

滕委員西華

- 一、謝謝局長說明，需至明(101)年 1 月才能拿到財政部正確之資料，我也不是不能接受，精算時本來就可以容許一些誤差。
- 二、為何要提案？是因為費協會已要進行 101 年度總額的協商，應知道保費成長率供協商參考。總額協定及分配預算時，即使是相差 0.01%，金額也是很多。若不知補充保險費可收多少錢，將無法得知保費成長率，以及民眾的付費能力。此外，第 7 次藥價調查節餘款又不能從總額基期扣除，使總額範圍將更加受限。雖然總額協商是費協會之權責，監理會只須知道協商的結果，作為監理健保業務之參考。但為因應 101 年 7 月可能實施新通過之健保法，健保局也有義務瞭解補充保險費要如何計算，因此，瞭解補充保險費之估算是必要的，這是本人很深之期待，請健保局盡力試算一下。

劉委員玉蘭

- 一、委員所關心財稅資料數據的精確性問題，事實上，在正常情況下，每年不會差太多，所呈現的意義也是差不多。以補充保險費為例，年終獎金、股利及租金等，均與經濟景氣浮動密切相關，且每一年也可能會有很大的差異，不一定是以最近一年的數據估計就最準確。若 101 年與 99 年情況相類似，以 99 年之數據計算反而會比用 100 年來的精確。
- 二、若本案擬以 100 年資料來計算，也不是太困難，因現在電腦運算非常方便。雖然補充保險費金額不高，但健保法修正案若於七月實施，企業主也可能為避開，而提前於六月

發放獎金，這是可能發生的。

楊委員芸蘋

我建議以健保局可方便取得的數據來估算即可，以利業務推行之效應。

李委員明濱

總額成長率協商與健保費用總收入成長並無直接關係。

滕委員西華

保費的成長率與付費者代表所持意見就有關，因此，保費的成長率與總額是有密切關係。

李委員明濱

總額協商要考量的是總額範圍的上限，但核定總額範圍後，則與保費成長無實際相關。

謝常務監事武吉(吳委員德朗代理人)

請健保局儘量快一點提出估算報告，最好能在 8 月就提出。現在請開始討論臨時提案！

劉主任委員見祥

本案提出的時間，仍請依健保局戴局意見適時處理。

【附件 9】

臨時提案「基於社會公平正義原則，如被保險人自願參與有其危害身體可能之活動致使醫療費用支出，鑑於健保資源有限，係人為因素造成之不當使用醫療資源，不應由全民健保支出，應由其本人自付醫療費用，且有關代位求償辦法並無針對個人因自願行為致使醫療費用支出有所規範，應重新議定代位求償辦法內容，以保障全民權益」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

今日議程之提案到此已討論完畢，各位委員桌上有一份今天才放上去的臨時提案，可否下次再正式討論？

干委員文男

蘇委員錦霞才剛離開，她離開前曾表示，本案關係社會公義，建議依照擬辦意見通過。本案應該沒有爭議，因為民間舉辦活動所發生的醫療費用，卻要全民買單，是不合理的。最好是要要求活動的主辦單位，先交付相當的保證金再來辦理，以方便處理衍生之後續問題，若有剩下再退回主辦單位。

謝常務監事武吉(吳委員德朗代理人)

還需要附議人嗎？看來大家委員都有共識，這是公益事業，如果委員皆認同，則建議本案於今日就通過。

劉主任委員見祥

現在進行討論臨時提案，宣讀案由後，請各位委員提出高見。

劉委員玉蘭

許多有危險性的商業活動，應先辦理商業保險，或以代位求償來處理。

劉主任委員見祥

據最近新聞報導，有舉辦吃辣椒之活動，參賽者事後胃不舒服急診送醫。所發生醫療費相信是由健保支付。先前亦有所謂的大胃王比賽，事後有很多後遺症需要醫療支持，所以應有一機制，要求主辦單位提供商業性醫療保險，以協助醫療費用的支付。若本提案各位委員都覺得很重要，擬請葛教授再幫忙審視法律見解，並協助潤飾擬辦意見。

葛委員克昌

這種危險性較大的活動，廠商自己應先辦好商業保險，主管機關始准其辦理該活動才合理。若有商業保險，就不用代位求償之途徑，因代位求償之法律較為嚴格。

石委員發基(書面意見)

- 一、究竟是否「人為因素」，實務上很難判斷，如果每案皆需鑑別是否個人因素所為？恐會引發頗多爭議，徒增健保局行政困擾。
- 二、自殺如歸屬個人因素，其救治費用不由全民健保支出，不符人道精神。
- 三、如健保給付排除「人為因素」，外界亦會要求降低健保費率，結果反而得不償失。

劉主任委員見祥

本案通過，委員建議辦理有害健康之虞的活動主辦單位，需事先辦理商業保險等意見，送請衛生署及健保局參考。