

衛生福利部全民健康保險會
第3屆106年第4次委員會議事錄

中華民國106年5月26日

衛生福利部全民健康保險會第3屆106年第4次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國106年5月26日上午9時30分

貳、地點：本部301會議室(台北市忠孝東路6段488號3樓)

參、出席委員：(依委員姓氏筆劃排序)

干委員文男
王委員雅馨
古委員博仁
吳委員國治
李委員永振
李委員育家
李委員偉強
周委員麗芳
林委員至美
林委員敏華
林委員惠芳
林委員錫維
商委員東福
張委員文龍
張委員清田
張委員煥禎
張委員澤芸
郭委員錦玉
陳委員平基
陳委員旺全
陳委員亮良
陳委員義聰
黃委員偉堯
黃委員啟嘉
楊委員漢淥
葉委員宗義
趙委員銘圓
劉委員志棟
蔡委員登順

國家發展委員會陳科長靜雯(代)

中華民國農會徐課員珮軒(代)

中華民國牙醫師公會全國聯合會陳常務理事彥廷(代)

中華民國全國工業總會何常務理事語(代)

蔡委員麗娟
盧委員瑞芬
謝委員天仁
謝委員武吉
羅委員莉婷

肆、列席人員：

本部社會保險司
中央健康保險署

疾病管制署
本會

楊副司長慧芬
李署長伯璋 李副署長丞華(代)
蔡副署長淑鈴
龐組長一鳴
施組長如亮
簡科長麗蓉
周執行秘書淑婉
張副執行秘書友珊
洪組長慧茹
陳組長燕鈴

伍、主席：傅主任委員立葉

紀錄：范裕春、彭美瑩

陸、主席致詞

各位委員及所有與會者，大家好！

介紹新任的羅委員莉婷，羅委員為行政院主計總處公務預算處專門委員，請大家鼓掌歡迎羅委員的加入。

柒、議程確認

決定：

- 一、考量列席人員的時間因素，將原討論事項第四案「為確保全國病人就醫安全及全體醫護同仁之生命財產的安全，建請健保署公布全國各醫院之各項感染率案」，調整為討論事項第二案；原討論事項第二、三案，順移為第三、四案。
- 二、臨時提案「敬請研議 106 年『家庭醫師整合性照護計畫』專款預算不足之緊急因應對策」列入議程，安排

於專案報告之後討論。

三、餘照議程之安排進行。

捌、請參閱並確認上(第3)次委員會議紀錄

決定：確認。

玖、討論事項

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：「治療心房顫動之冷凍消融導管--『美敦力』北極峰進階心臟冷凍消融導管」自付差額特殊材料申請案，提請討論。

決議：

- 一、本案經中央健康保險署評估，較目前健保全額給付品項，具有增加病人使用方便之效果，爰同意本自付差額特殊材料申請案，請該署依法定程序陳報衛生福利部核定公告。
- 二、民眾運用本案特材或健保全額給付品項者，尚需分別自付約24萬元或6至11萬元的「必要共同使用之同組特材」，相關資訊請中央健康保險署充分公開，並督促特約醫院加強事前告知保險對象，以保障病患權益。
- 三、為利日後自付差額特殊材料申請案的討論，請中央健康保險署於提案之說明，具體陳述該品項對健保財務之影響評估及其財源規劃，並說明未能納入健保全額給付之原因，及未來納入全額給付之可行性評估。

第二案

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：為確保全國病人就醫安全及全體醫護同仁之生命財產的安全，建請健保署公布全國各醫院之各項感染率

案，提請討論。

決議：請中央健康保險署於 3 個月內邀集專家學者、相關醫學會，及本會保險醫事服務提供者與付費者代表組成專案小組，研議感染管制相關公開指標、公開方式及配套措施等具體作法後，再提至本會討論。

第三案

提案單位：本會第三組

案由：107 年度總額協商架構(草案)，提請討論。

決議：訂定 107 年度總額協商架構，如附件一。

附帶決議：請本會幕僚在協商 107 年度總額前，提供歷年各部門總額、「醫療服務成本及人口因素(非協商因素)」之成長率與金額，及支付標準之調整情形、各項專款之執行情形與實施成效等資料供參，並請中央健康保險署協助。

第四案

提案單位：本會第三組

案由：107 年度總額協商通則(草案)，提請討論。

決議：訂定 107 年度總額協商通則，如附件二。

第五案

提案人：干委員文男、趙委員銘圓、林委員錫維、郭委員錦玉

代表類別：保險付費者代表

案由：為高齡慢性病患者不慎遺失業經醫師開立處方箋所購得之慢性病藥物，建請同意其逕向同一藥局藥師自費補購買當月不足藥量乙事，敬請審酌其事實必需性准予辦理，提請討論。

決議：委員所提意見，請中央健康保險署及食品藥物管理署參考，期研議可行之處理方式，協助民眾解決問題。

拾、例行報告

第一案

案由：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(第3)次委員會議決議(定)事項辦理情形洽悉。
- 二、委員所提意見，請中央健康保險署及社會保險司參考，爾後於回覆辦理情形時，請說明參採情形，包括：採行之規劃辦理方式，及無法參採之原因說明。
- 三、「全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議」議程，如附件三，請委員預留時間與會。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：106年4月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：

- 一、請中央健康保險署於7月份委員會議，提出「C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」之執行情形專案報告。
- 二、委員所提意見，請中央健康保險署參酌及提供書面回覆資料，餘洽悉。

拾壹、專案報告

報告單位：中央健康保險署

案由：「專業雙審及公開具名」試辦方案之執行情形，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

拾貳、臨時提案

提案人：黃委員啟嘉(提案資料詳附件四)

連署人：吳委員國治

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：敬請研議106年「家庭醫師整合性照護計畫」專款預算不足之緊急因應對策。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

拾參、散會：下午13時11分。

107 年度總額協商架構

第 3 屆 106 年第 4 次委員會議(106.5.26)討論通過

一、總額設定公式

■ 年度部門別^{註1}醫療給付費用=

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

年度部門別醫療給付費用成長率=

(年度部門別醫療給付費用÷前一年度校正後部門別醫療給付費用)-1

■ 年度全民健保醫療給付費用=

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

年度全民健保醫療給付費用成長率=

(年度全民健保醫療給付費用÷前一年度校正後全民健保醫療給付費用)-1

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

2.依費協會第 114 次委員會議(95.06.09)決議，考量協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 107 年總額基期須校正 105 年投保人口成長率差值)。

3.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

二、醫療服務成本及人口因素

(一)成長率計算公式

[(1+人口結構改變對醫療服務點數之影響率(下稱人口結構改變率)+醫療服務成本指數改變率)×(1+投保人口預估成長率)]-1

(二)各項因素之計算方法

1.人口結構改變率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年費用及計費人口數資料。107 年度總額係以 104 年每人醫療費用點數為基礎，計算 105 年相對 104 年保險對象人口結構之影響(即以各季季末保險對象人數之年齡及性別百分比平均值計算，並以 5 歲為一

組)。

2. 醫療服務成本指數改變率

(1) 成本項目之權數

採行政院主計總處 100 年工商及服務業普查所作之「醫療機構專案調查實施計畫」調查結果，刪除「最高及最低 5% 極端值」後之平均數。

(2) 成本項目對應之指數與權重如下(均沿用 106 年度總額之計算方式)：

項目	指標類別	
人事費用	1/2 採用主計總處「工業及服務業」每人每月平均薪資。 1/2 採用主計總處「醫療保健服務業」每人每月平均薪資。	
藥品費用	醫院部門	躉售物價指數-西醫藥品類權重及指數
	西醫基層及牙醫部門	101 年全民健保藥費申報權重及躉售物價指數-藥品類指數
	中醫部門	躉售物價指數-藥品類中藥製劑之權重及指數
醫療材料費用	躉售物價指數-醫療器材及用品類	
基本營業費用	「躉售物價指數-醫療器材及用品類」與「消費者物價指數-居住類房租」之平均數	
其他營業費用	消費者物價指數-總指數	

註：醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，採用「電子醫療用儀器及設備」；「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」；「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」；「放射照相或放射治療器具」；「理化分析用儀器及器具」及「其他醫療器材」。「躉售物價指數—西醫藥品類」指數，其內涵排除「動物用藥」、「中藥製劑」、「中藥材」項目，不納入計算，由行政院主計總處另行提供，另西醫基層及牙醫部門之全民健保藥費申報權重，係以 101 年為基期。

(3) 醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

前述各指標項目，以 100 年為基值(訂為 100)，計算 105 年相對 104 年各指數年增率，並將各部門之服務成本指數改變率，按其 105 年醫療給付費用占率加權計算而得總醫療服務成本指數改變率。

3. 投保人口預估成長率

採國家發展委員會 105 年公布「中華民國人口推計(105 至 150

年)」之 107 年人口總增加數之中推計數值估算。

註：本項醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法，將依行政院核定之內涵辦理。

三、協商因素

(一)保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準(如新科技醫療及新藥)改變，對醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康，而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

反映其他醫療服務利用及密集度改變，對醫療費用之影響(排除已於醫療服務成本及人口因素反映部分)。

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因，對醫療費用之影響。

四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

五、門診透析

(一)合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二)門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：

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

(三)計算公式：

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

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

107年度總額協商通則

第3屆106年第4次委員會議(106.5.26)通過

一、基期

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

二、醫療服務成本及人口因素

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

三、協商因素

(一)健保署會同各總額部門研擬之年度協商草案：

- 1.應配合全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨。
- 2.給付項目之調整，請依本會第 2 屆 104 年第 2 次(104.3.27)委員會議討論通過之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程」辦理。

(二)各部門之「品質保證保留款」：

- 1.列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。
- 2.考量各部門對「品質保證保留款」之運用方式各異，同意總額部門於取得內部共識後，可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款，並須提經本會通過。

(三)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(下稱特管辦法)之扣款：

- 1.列為協商減項，扣減 105 年度違反特管辦法第 37、39、40 條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件，且不納入 108 年度總額協商之基期費用。
- 2.本項扣款數值以協商時中央健康保險署提供者為準。

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

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

四、專款專用項目

- (一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商考量。
- (二)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。
- (三)有特殊性、鼓勵性、目標性之新增計畫，宜列為專款項目，俟其執行具相當成效後，再移至一般服務項目。
- (四)新增計畫應提出試辦期程及評估成果之指標，以利檢討退場或納入一般服務。

五、其他預算

除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

六、其他原則

- (一)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之，但醫療費用總額經衛福部核定後，對已協定各項目金額之增減應正式提案，在本會議決前，並應再經總額部門與付費者代表協定程序，不在此限。
- (二)年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值。
- (三)所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形連動，且對有限健保資源，應予合理配置。
- (四)醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。
- (五)對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (六)各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。

全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議議程

日期：106年7月20日、21日(星期四、五)

地點：集思交通部國際會議中心國際會議廳(台北市杭州南路一段24號3樓)

7月20日	報告內容	主持人/報告單位/評論人
09:00~09:25	報到	
09:25~09:30	開幕致詞	傅主任委員立葉
09:30~10:30	各部門總額(含門診透析)一般服務執行 成果報告(60分鐘) 1.各部門整體性、一致性項目執行報告 2.醫院總額整體規劃與執行檢討(含一 般服務執行績效) 3.分區共管執行成效	報告單位：中央健康保險署
10:30~10:45	中場休息(15分鐘)	
10:45~11:35	牙醫門診總額執行成果報告(50分鐘) 1.整體規劃與執行檢討 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：牙醫師公會全聯會
11:35~12:35	評論及意見交流(60分鐘)	
12:35~13:15	午餐	
13:15~14:05	中醫門診總額執行成果報告(50分鐘) 1.整體規劃與執行檢討 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：中醫師公會全聯會
14:05~15:05	評論及意見交流(60分鐘)	
15:05~15:20	中場休息(15分鐘)	
15:20~16:10	西醫基層總額執行成果報告(50分鐘) 1.整體規劃與執行檢討 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：醫師公會全聯會 中央健康保險署
16:10~17:10	評論及意見交流(60分鐘)	
--- 賦 歸 ---		

7月21日	報告內容	主持人/報告單位/評論人
09:00~09:30	報到	
09:30~10:50	醫院及其他預算專案計畫執行成果報告 (80分鐘) 1.其他預算年度重點項目之推動與檢討 2.醫院及其他預算專案計畫/方案執行成效	報告單位：中央健康保險署
10:50~11:00	中場休息(10分鐘)	
11:00~12:00	評論及意見交流(60分鐘)	
--- 成果發表會結束 ---		
12:00~13:30	午餐	
13:30~16:00	各部門總額執行成果評核	傅主任委員立葉 評核委員
--- 賦歸 ---		

註：依健保會 106 年第 2 次委員會議(106.3.24)通過之評核作業方式，簡報內容請以「整體規劃與執行檢討」為主，其包含：

1.整體資源配置與未來規劃。

2.年度重點項目之推動與檢討：

(1)必要項目(如下表)105 年之執行成果，及 106 年之執行規劃。

(2)自選項目(部門自行提報，最多 2 項)105 年之執行成果，及 106 年之執行規劃。

類別	項目
各部門共通項目	(1)品質保證保留款分配方式之精進
	(2)專案計畫之整體檢討與後續規劃(導入一般服務或退場)
	(3)地區預算分配後六分區民眾就醫及資源分配之公平與合理性檢討(含風險調整基金及移撥費用之運用情形)
部門個別項目 --醫院部門	(1)初級照護減少之策略與執行現況
	(2)護理人力(護病比)之現況與改善情形
--西醫基層部門	加強基層量能之策略與執行現況
--其他預算	(1)提升保險服務成效(含藥品品質監測計畫)之檢討與規劃
	(2)推動醫療體系整合(含以病人為中心、整合性照護)之檢討與規劃

全民健康保險會提案單

提案日期： 106 年 5 月 24 日

提案者	黃啟嘉委員																														
委員代表類別	保險醫事服務提供者代表																														
提案屬性 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 一般提案 <input checked="" type="checkbox"/> 臨時提案 <input type="checkbox"/> 修正案 <input type="checkbox"/> 復議案																														
案由	敬請研議 106 年「家庭醫師整合性照護計畫」專款預算不足之緊急因應對策																														
說明	<p>一、健保署推動分級醫療政策中，其一為提升基層醫療服務量能，於 106 年度編列增加 4 億預算於家庭醫師整合性照護計畫，為提升基層院所參與率以及會員涵蓋率，全年計畫預算為 15.8 億元。</p> <p>二、依健保署預估，增加 4 億預算，可增加收案人數 80 萬人。據悉，至 106 年 5 月 23 日止收案人數高達 413 萬人(詳如下表)，和 105 年相比已增加約 153 萬人。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th></th> <th>105 年</th> <th>健保署 執行目標</th> <th>106/5/23 現 況</th> <th>105 年-106/5/23 成長(率)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>預算數(億)</td> <td>11.8</td> <td>-</td> <td>15.8</td> <td>4(33.89%)</td> </tr> <tr> <td>執行社區醫療群數</td> <td>414</td> <td>494 (+80)</td> <td>526</td> <td>112(27.05%)</td> </tr> <tr> <td>醫師數</td> <td>3,789</td> <td>-</td> <td>5,182</td> <td>1,393(36.76%)</td> </tr> <tr> <td>診所數</td> <td>3,057</td> <td>3,590(+533)</td> <td>4,063</td> <td>1,006(32.9%)</td> </tr> <tr> <td>收案人數</td> <td>2,603,757</td> <td>約 340 萬人 (+80 萬人)</td> <td>約 413 萬人</td> <td>約 153 萬人 (58.61%)</td> </tr> </tbody> </table> <p>資料來源:健保署提供</p> <p>三、目前第二季尚未結束，惟收案人數、醫師數和診所數不但大幅增加，甚至超過預期人數，預算將嚴重不足，預估點值將低至 0.4。</p> <p>四、依 106 年家醫計畫內容，社區醫療群收案會員每人支付費用 800 點/年，如按今年度預算經費除以目前收案人數，則每人支付費用將降至 382 點/年。</p> <p>五、另扣除個案管理費(每人支付 250 元/年)後，所剩餘的照護會員獎勵品質提升費用只剩 5.4 億(預估每人只有 130 元/年)，無法實質鼓勵照護品質提昇的績效。</p>		105 年	健保署 執行目標	106/5/23 現 況	105 年-106/5/23 成長(率)	預算數(億)	11.8	-	15.8	4(33.89%)	執行社區醫療群數	414	494 (+80)	526	112(27.05%)	醫師數	3,789	-	5,182	1,393(36.76%)	診所數	3,057	3,590(+533)	4,063	1,006(32.9%)	收案人數	2,603,757	約 340 萬人 (+80 萬人)	約 413 萬人	約 153 萬人 (58.61%)
	105 年	健保署 執行目標	106/5/23 現 況	105 年-106/5/23 成長(率)																											
預算數(億)	11.8	-	15.8	4(33.89%)																											
執行社區醫療群數	414	494 (+80)	526	112(27.05%)																											
醫師數	3,789	-	5,182	1,393(36.76%)																											
診所數	3,057	3,590(+533)	4,063	1,006(32.9%)																											
收案人數	2,603,757	約 340 萬人 (+80 萬人)	約 413 萬人	約 153 萬人 (58.61%)																											

<p>擬 辦</p>	<p>一、本專款預算未增加前，為維護照護品質，建請健保署通知家醫醫療群停止第二階段需照護名單收案。</p> <p>二、建請健保會撥補足夠預算，支應目前已超收之目標人數(73 萬人)之預算。</p> <p>三、如需再增加收案人數，請健保會再撥補增加相對預算。</p> <p>四、建請 107 年家庭醫師整合性照護計畫專款編列合理預算。</p>
<p>內容與本會任務符合情況 (請勾選)</p>	<p>全民健康保險會法定任務：</p> <p><input type="checkbox"/>保險費率之審議事項(第 5、24 條)。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配事項(第 5、61 條)。</p> <p><input type="checkbox"/>保險給付範圍之審議事項(第 5、26、51 條)。</p> <p><input type="checkbox"/>保險政策、法規之研究及諮詢事項(第 5 條)。</p> <p><input type="checkbox"/>其他有關保險業務之監理事項(第 5 條)。</p> <p><input type="checkbox"/>其他全民健康保險法所定由本會辦理事項(第 45、72、73、74 條)。</p> <p>註：()內為健保法條次。</p>
<p>連署或附議人 (臨時提案、復議案填入)</p>	<p>吳國治委員</p>

第 3 屆 106 年第 4 次委員會議

與會人員發言實錄

壹、「議程確認」、「請參閱並確認本會上(第 3)次委員會議紀錄」
與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

主任委員、各位委員，大家早安。現在出席的人數已經過半，達法定開會人數，請示主任委員是否宣布召開今天的委員會議。

傅主任委員立葉

- 一、各位委員大家早安！(委員回應：早)，目前已達法定開會人數，現在開始今天的委員會議。今天有 1 位新任委員，行政院主計總處原推派之陳委員幸敏高升，該總處改推派羅委員莉婷擔任本會委員，羅委員是行政院主計總處公務預算處專門委員，請大家以掌聲歡迎羅委員(委員鼓掌)。
- 二、接下來進行議程確認，本次會議共安排 5 項討論事項、2 項例行報告，及 1 項專案報告，請教大家對於今天議程的安排有無意見？

謝委員武吉

主席，今天的會議因連續假日高鐵票難買，拜託在 1 點半前結束。

傅主任委員立葉

剛剛周執行秘書淑婉也跟我提到，因為接下來有 4 天連續假期，要不要建議 1 點鐘就結束？(未有委員表示反對)請大家幫忙，讓今天的會議進行更有效率，謝謝。請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、主席，我今天是代理來開會，可不可以發言？(傅主任委員立葉：可以)因為謝委員天仁建請我發表聲明，所以我要在這裡發言。
- 二、今天何語本人以全國工業總會代理委員身分來參加會議，全國工業總會要我忍下來，打落牙齒和血吞，正式發函代理來開會，在心上插一把刀叫做忍。因為有 6 個醫師診斷何語身體不好，必須開刀，3 個月來手術開刀多次，把不好的、壞的東西都拿掉，因此今天來開會，心和全身都是好的，已經沒有壞的

東西了。為了健全全民健保的發展，本人忍辱負重，未來全程代理開會，工總也正式發文。我努力把前 2 次的議事錄全部看完乙遍，來迎接新的挑戰，「覺海虛空起，婆娑業浪流，若人登彼岸，極樂有歸舟」，感謝 6 位醫生聯合向何語手術開刀。今年雞年，何語不屬雞，付費者代表也沒有屬猴的，要殺雞儆猴，看來沒什麼效用。

三、今天何語的處境，跟陳部長時中無法參加 WHA(世界衛生大會)一樣，台灣有個大惡鄰居，健保會有 6 位醫師大惡霸，令人遺憾，因果相隨，本人有下列 4 點聲明：

- (一)本人過去擔任監理會和醫療費用協定委員會委員，及第 1、2 屆健保會委員，均沒有和任何相關團體利益勾結，完全沒有個人私利可言，6 位醫生用此抹黑本人實不道德，手段惡劣，本人重申過去沒有和醫療相關團體利益勾結，未來也不會。
- (二)不管任何黨派執政，本人秉持國民黨身分，但應盡國民的義務責任，扮演任何部會義工的角色，說出對的事，言出正確的建議，無私心的為政府提出建言，揭開惡劣的內幕，言所該言，講所該講的事。不管任何黨派執政，至今政府給我 9 個政府獎章，還有很多部長的獎狀，跟我身為黨派沒有關係，只要內心忠於國家、忠於人民，相信今年內，民進黨的部長會再給我獎勵。
- (三)本人非常尊重醫生，從小在南部農村，父母均一再提示尊敬老師和醫師，但要怕警察。我的下一代家人也有在國外擔任醫師，怎麼會看不起醫師呢？除非醫師自己看不起自己，才會怕別人看不起，好的醫師大家都很尊重，壞的醫師社會上當然看不起，能自重則人可不能輕。
- (四)本人受全國工業總會要求，將全程代理參加第 3 屆委員會議及相關任何會議。本人秉持良知良德為全民把關健保資源，發掘敗壞違法亂紀的醫院和醫師，為全民健保患者爭

取應得的權益，30 多年來本人均義務參加很多政府會議和工作，不在乎健保署和健保會的車馬費，目前國家財政困難，能省則省，否則政府不會給我 9 個獎章及那麼多部長獎狀。本人將努力盡責奉獻時間精神給健保會，說該說的話，講該講的話，無所畏懼。以上是我的聲明，謝謝。

傅主任委員立葉

謝謝何代理委員語，也歡迎您來參與會議。關於今天的議程，請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

健保署李署長伯璋因公出國，所以今天是由李副署長丞華代理。有關議程的部分，有幾件事情跟各位委員報告：

- 一、本次議程安排，依上(第 3)次委員會議建議，順序略作調整，於確認上次委員會議紀錄之後，先進行討論事項，再進行例行報告及專案報告，以期提升議事效率。
- 二、另外，請示主席及各位委員，因討論事項第一、四案分別都有列席人員，考慮列席人員的時間因素，可否將討論事項第四案調整為第二案處理。
- 三、今天黃委員啟嘉有提出 1 項臨時提案，有關敬請研議 106 年「家庭醫師整合性照護計畫」專款預算不足之緊急因應對策。依照本會會議規範第 3 點第 2 項第 2 款規定，臨時提案要以當次會議亟待解決的緊急事件，或具時效性的事項，而且要和本會法定任務有關為限，並應有出席委員附議或連署始得成立。請主席徵詢出席委員是否有附議或連署，才能夠成案，成案之後，請再討論要列在本次或下次委員會議的議程及順序。

傅主任委員立葉

請問各位委員是否同意將討論事項第四案改列為第二案？(委員回應：同意)那就照這樣的安排進行。另外黃委員啟嘉提出的臨時提案，請問有沒有委員附議？(委員回應：附議)好，臨時提案通常是亟待解決的緊急事件，或具時效性的事項，才會列入當次會議討

論，如果委員覺得不是那麼緊急，臨時提案可否下次會議再討論？請蔡委員登順。

蔡委員登順

主席，只要時間容許臨時提案是可以討論，過去會議大概進行到 2 點，但今天因為連假的關係，剛剛謝委員有提案，建議會議要在 1 點半結束，如果時間不足，就尊重主席的裁決。但我還是強調，只要會議進行順暢時間容許，還是可以討論。

傅主任委員立葉

謝謝，那將臨時提案列在最後討論，這樣可以嗎？

干委員文男

主席，如果要到 2 點就到 2 點，我贊成這次沒有討論完的話，就列到下次委員會議，但不要一直限縮會議時間。

傅主任委員立葉

一、原則上，今天會議時間容許，我們就討論，列在臨時動議，也就是專案報告結束之後，如果還有時間，就討論臨時提案，如果時間不夠就下次討論，各位委員是否同意？(委員回應：同意)好，就照這樣的安排進行，謝謝。

二、請問各位委員對上次會議紀錄內容有無修正意見？(委員回應：沒有)好，會議紀錄確認。接下來進行討論事項第一案，請同仁宣讀。

貳、討論事項第一案「『治療心房顫動之冷凍消融導管--『美敦力』北極峰進階心臟冷凍消融導管』自付差額特殊材料申請案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

謝謝同仁宣讀，先請健保署報告。

周科長清蓮

- 一、本案特材是用冷凍消融的方式治療心律不整，包括心房顫動、心房撲動或心房過速患者之心臟電生理導管，目前健保全額給付類似相同功能之特材，是一種 3D Mapping 灌注冷卻式診斷電燒紀錄導管，健保支付點數為 70,200 點，訂有給付規定，限用在複雜性之心房或心室不整脈，一般陣發性心室上心搏過速不適用。
- 二、本案經過 106 年 1 月份全民健保藥物給付項目及支付標準特材部分共同擬訂會議(下稱共擬會議)討論，結論如下：
 - (一)本案特材相較於傳統逐點射頻消融(電燒)導管，其手術時間短、成功率較高，復發率低且患者於治療過程中較不疼痛，惟該品項之價格昂貴，無法納入健保全額給付。
 - (二)本案廠商申請列為自付差額品項，因符合自付差額特殊材料作業原則所訂「增加病人使用方便性」之條件，故同意將本案特材列為自付差額品項。本品類似健保已給付之特材 3D Mapping 灌注冷卻式診斷電燒紀錄導管，以健保既有給付類別的 70,200 點作為給付上限。
 - (三)給付規定限用在陣發性心房顫動之肺靜脈隔離(電訊號阻斷)，不宜列入項目包括重度二尖瓣逆流或狹窄者、左心房大於 55mm 者。
 - (四)本案建議之健保給付上限為 70,200 點，實施日期將俟貴會討論通過後，報請主管機關依核定公告時程辦理。接下來有 2 分鐘內的影片，請各位委員觀看，並請台北榮總張醫

師世霖說明。

傅主任委員立葉

請張醫師世霖說明。

張醫師世霖

- 一、心房顫動患者佔台灣人口約 1%，該疾病造成中風的機率很高，所以有些病患必須藉由電燒來做治療。目前傳統電燒健保給付約 14 萬，病人自費 13~14 萬，傳統是用電燒，而新的產品是用冷凍的方式。
- 二、我們看到投影動畫中有 1 個圓形導管，它會伸到心臟的肺靜脈，因為大部分心房顫動的問題都是發生在肺靜脈。我們會先打顯影劑，確認導管是否落在管腔，然後打開汽球，灌滿笑氣（一氧化二氮或氧化亞氮，Nitrous oxide，化學式 N_2O ）。由於笑氣會瞬間冷凍到負 70 度，把心臟有問題、漏電的地方電燒掉，速度很快，只要 3 分鐘就可完成，過去電燒的話，大概要燒幾個小時。人體有 4 條肺靜脈，每 1 條肺靜脈大概處理 3 分鐘，第 2 次大概 2 分鐘。
- 三、這樣的治療方式，對病患比較舒服，時間也比較快，相對效果比較好，像我們如果被乾冰黏到手，會完全黏住，所以本特材黏貼接觸心臟的效果很好，治療完成之後，可以看到投影畫面的訊號就完全沒有了。以上簡介，謝謝。

傅主任委員立葉

謝謝健保署，請問委員有無詢問？請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

請問心臟冷凍消融導管跟健保現在給付的 3D Mapping 電燒導管差異所在？

張醫師世霖

傳統電燒導管手術大概要花 5 個小時、成功率約 70% 左右，新方式（心臟冷凍消融導管）約 3 個半小時即可完成、成功率接近 80%，兩者在手術時間、成功率都有差別。另據大型臨床實驗顯示，新方式

的併發症、再住院率及復發率都相對較低。

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

請問有無評估未來可能接受心臟冷凍消融導管治療的人數，及可能需要的醫療費用？謝謝。

傅主任委員立葉

請健保署說明。

周科長清蓮

請委員參看會議資料第 21 頁，預估將心臟冷凍消融導管納入自付差額品項後的 3~5 年，申報量大約各是 58、72、81 條。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

有關心臟顫動療法由傳統電燒導管改為冷凍消融導管的方式，我覺得這是 1 個新醫療技術，制定健保的主要目的就是要拯救人民的健康、重視無價的生命，所以本席對提案表示支持。

傅主任委員立葉

謝謝陳委員亮良，請問其他委員有無詢問？請張委員文龍。

張委員文龍

我跟葉委員宗義是「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(特材部分)」的代表，所以之前曾非常充分地參與本案的討論，我們高度支持本案。

傅主任委員立葉

一、看起來委員都相當支持本案，是否就照擬辦通過，請健保署依法定程序陳報衛生福利部核定公告。

二、本案特材與健保全額給付品項，兩者於臨床使用時，皆有「必要共同使用之同組特材」，需分別自付費用約 24 萬元或 6 至

11 萬元，請該署務必將相關資訊充分公開，並督促特約醫院加強告知保險對象相關資訊，以保障病患權益，請干委員文男。

干委員文男

請問到目前為止，使用心臟冷凍消融導管及 3D 電燒導管之案例各佔多少？以往所提自付差額特材品項之基本資料都有多國比較，也很清楚呈現各國價差，議價空間較大。為什麼本案只提供日本的資料，甚至連歐洲、美國、澳洲的資料都沒有？希望健保署跟廠商協商 1 個中間數，而且不能太高，否則民眾負擔不起，又等同於變相漲價。

傅主任委員立葉

健保署有無回應？

周科長清蓮

跟原先的 3 D 電燒導管比較，因為心臟冷凍消融導管的使用範圍較窄，只能用在肺靜脈做冷凍療法，所以實際上能接受治療的病人比較少，因此剛才提及，預估納入後 3~5 年的申報量只有 58 條~81 條。至於該特材價格，因為依相關法規，醫院要收自費的項目必須向衛生局報備，健保署職責則是必須在網路公開，讓民眾了解到哪家醫院要付多少錢。所以我們在自費醫材比價網，已彙整目前各醫院的收費價格；而民眾就醫時，臨床醫師也會跟對方清楚解釋，為什麼適合用這樣子的導管，整個過程還要自費多少錢。

干委員文男

如果依照健保署的預估使用量，其實 1 年下來使用量也不多，似乎可以考慮將其納入全額給付品項。

張醫師世霖

目前台灣 1 年進行傳統 3 D 電燒導管手術的病人，大概有 5 百多位；而心臟冷凍消融導管手術，需要自費 30 萬元，依我們的經驗，1 年約在 40~50 位。因此兩者比例大概是 500:50。如果心臟冷凍消融導管由健保全額給付，可能傳統 3 D 電燒導管的病人，就會

改做心臟冷凍消融導管，但是因為我們考量到價錢太高，所以現在是用部分給付的方式。像在日本，心臟冷凍消融導管是全額給付，所以大部分都是做冷凍，電燒的就很少。

干委員文男

我可以接受本項納入自付差額特材，但是健保署收載的資料只有日本，其他國家都沒有使用過嗎？

張醫師世霖

本特材大概已上市 7、8 年，美國也經常使用，它的費用換算成台幣也都在 30 萬元左右。

干委員文男

但資料收集不夠充實，你們只提供日本的資訊。

周科長清蓮

報告委員，我們有 1 個固定收集國外價格的方式。就是國外健保支付價公告在網站上、讓我們可以收集到的，才能列在自付差額特材品項之本資料表裡。目前網路上有公告健保支付價的，只有日本，其他國家我們搜尋不到。

干委員文男

這個案子提出來要用那麼多錢，必須讓付費者心服口服。健保署提到說已經有好幾個國家在使用，使用的成果如何資料裡有提到，但是只提供 1 個國家的價格，說服力不夠。

傅主任委員立葉

請張委員文龍。

張委員文龍

一、可能健保署講的不是很白話，我試著解釋一下。白話來講，第 1 個問題是，到底這個特材效果如何？這部分因為都已經過健保署醫審及藥材組或相關醫學會審核過，所以一定是有效，無效的話，就不會再進一步提到健保會來。其次，剛才有委員詢及是否有預算來支應這項自付差額特材？這應該是有錢可以支

應的。最後就是剛才干委員文男提到，用那麼多錢是不是合理。我覺得應該是簡單回答這3個問題就行了。

二、到底有沒有效、有沒有錢可以支應，應該都是有的。至於說日本或美國用的，其實更簡單，因為日本跟美國都是先進國家，他們既然用了心臟冷凍消融導管，表示它價格應屬合理，但是健保署回答的是日本的價格，這個好像不是回應干委員文男所要問的問題。

傅主任委員立葉

剛才好像都有針對問題說明。干委員文男建議將來納入全額給付，如果該品項屬於必要的、有效的治療，可否請健保署未來研議納入全額給付的可能性，今天就暫時按照擬辦通過。請李委員偉強。

李委員偉強

個人建議類此案子，有關專業的部分，包括我們剛才講的效能、效率、財務等等問題，應該已經在共同擬訂會議中詳細討論過，共擬會議當中有付費者代表、也有多位專家，提到本會只是要做確認，如果要到本會周全地討論，可能會花很多時間，且與會者多非專家。所以建議以後這種案子，就是由共擬會議充分討論，然後到本會確認，這樣整個會議進行才能更有效率。

傅主任委員立葉

我也同意李委員偉強的意見，請陳委員亮良。

陳委員亮良

我非常支持本案。既然這個新療法進到台灣，而且對於民眾有直接幫助，應該趕快通過，讓它儘速進入台灣醫療體制，以確保台灣人民的生命。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

陳委員亮良可能聽錯了，我並非反對本案，只是質疑未來能不能列入健保全額給付，其次是健保署能不能跟廠商商量，把價格降到中

位數，因為之後越用越多，成本就會降低，所以 30 萬元這個數字應該有討論的空間。

傅主任委員立葉

李委員偉強、干委員文男所提建議，請健保署參考。請李委員永振。

李委員永振

- 一、我贊同張委員文龍的意見，就是本項特材已經過共同擬訂會議詳細討論，其效率、效能無庸置疑，但依據幕僚提供的資料，實務上使用本項特材的患者，大概還要自付 25 萬元左右的差額。我比較注重的是，將來使用數量可否控管，如果可以的話就 OK。
- 二、另一個是我們最近談的收支連動問題，其中也討論到支出面要怎麼運作。對消費者而言，一定是新醫材、新技術越多越好，但是健保如果包山包海，必須考慮到未來的財務狀況，這也是提會討論的重點。所以我比較在意的是，資料中僅提及財務評估，但是在子題裡都沒提到相關內容，還須委員提問才做口頭答覆。建議將來類似這種案件提會時，須具體提報財務影響以及財源規劃。

傅主任委員立葉

李委員永振意見請健保署參考，未來自付差額特材申請案之提案說明應包含財務影響評估相關資料。委員若無其他意見，接著進行討論事項第二案。

參、討論事項第二案「為確保全國病人就醫安全及全體醫護同仁之生命財產的安全，建請健保署公布全國各醫院之各項感染率案」與會人員發言實錄(會議資料第四案)

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請問謝委員武吉有無補充說明？

謝委員武吉

- 一、提出本案對醫界很抱歉。過去在醫院總額會議中，彰化基督教醫院郭院長守仁，經常提及感染率管控是非常重要的，因為無論病人或是陪伴者在醫院等待時間太久，都會容易感染，所以我今天提出本案，也希望以此作為提升台灣醫療品質的努力方向。
- 二、對於醫院感染率的控制，應該設有閾值，因為我們從coding(編碼)的代碼，可以抓出感染率到底是多少，對於超過閾值的部分，訂明懲罰的原則。今天我提出本案是為全國百姓的生命財產安全和全體醫務同仁的生命財產安全，不要只有疾管署管控院內感染，希望健保署也能一起關切相關數據，這是此案擬辦的大方向，謝謝。

傅主任委員立葉

請問委員有無詢問？請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

非常認同謝委員武吉的提案，因為醫院是救人的地方，不應該讓它反成為被感染的地方。本案謝委員武吉若找我連署，我一定連署，因為我真的認為醫院的環境衛生非常重要，以上是我的建議，謝謝。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

院內感染是醫病雙方都關注的問題，付費者代表也曾詢及如何控制院內感染之相關議題，但最後沒有什麼結果。醫界代表能提出本案，籲請主管機關重視這個問題，我們都很高興。但未看到謝委員武吉在提案中說明如何控制院內感染及相關執行方案？例如請被保險人盡量減少院內停留時間、或請醫院把預約看診時間抓得比較準確，希望謝委員能把方法、宗旨先提出來，以上謝謝。

傅主任委員立葉

請謝委員天仁。

謝委員天仁

仔細看謝委員武吉的提案跟健保署提供的資料，就知道落差在哪裡。謝委員武吉要求公布全國各醫院的各項感染率，健保署提出來的是整體統計的感染率，但看不出來各醫院的實際狀況。我呼應謝委員武吉的提案，至少較高層級的醫學中心，應該率先公布每季各項感染率，藉此讓付費者了解醫院的醫療品質狀況、感染管控的程度，不能讓醫院把院內感染的風險全都推到付費者，所以我覺得這個議案是很好。希望健保署開誠布公，藉由相關資訊的公開，讓消費者可以自由選擇，促使每個醫院能多花心思在醫療品質上，能夠更進步。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

我非常支持謝委員武吉提出本案的精神，也詳細地閱讀了健保署和疾管署回覆的意見。兩單位所提意見，包括實際操作層面如何落實、指標界定的標準、認定感染的因果關係都尚有疑義。所以我覺得類似案件，是否在提會前應該有更充分的討論溝通，先去釐清這些專業課題，提到會上較能討論，謝謝。

傅主任委員立葉

請葉委員宗義。

葉委員宗義

新聞報導常提及感染，常聽到說因為感染而死亡，到底什麼是感染？其實感染分很多種，比方說院內感染、或是患者本身的感染，兩者差別很大。今天既然醫界代表提出本案，我們 5 位雇主代表當然是支持，我們一定要先支持，至於執行的細節，譬如如何公布、或怎麼減輕衝擊，則可另外研議，這是我的建議。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

希望透過謝委員武吉的提案，能夠確保全國民眾在就醫過程中、或是醫療團隊人員的生命安全。確實有必要針對各項無論是突發性、或季節性的疾病，明確地公布感染率，讓社會大眾、醫界知道，才有辦法適當掌控台灣相關疾病的感染。目前台灣每年好像流感、禽流感都是一波一波接著來，這也形成讓我們不得不重視感染率的一個情境，本席非常支持謝委員武吉的提案，謝謝。

傅主任委員立葉

請李委員偉強。

李委員偉強

- 一、本案涉及專業，很難在會議中三言兩語講清楚，但我相信這個提案的精神是好的。這邊所提的感染不是指病人本身就有傳染病，而是指病人到院前沒有，但在醫院時因為別人的傳染所導致的感染，它的專有名詞叫院內感染。院內感染受害者可能是醫護人員或是原來沒有感染的病人。
- 二、資料提到的感染率項目很細，包括門診感染率、開刀感染率等等。以我了解，現在不論是醫院評鑑或是疾管署，至少在過去 10 年，都有定期進行監控，所以各大小醫院應該都已經建置有院內感染管控機制，疾管署也應該有完整的掌握。
- 三、現在討論的重點是：是否及如何公告這些指標？指標用於內部監控管理跟對外公告是不同的兩件事，因為內部用的指標往往都是醫院自願性提報，做為內部各單位感染管控的重要依據，

就如同個人的帳本，知道有多少存款，可是不會有人會去把存款公告給別人知道，若將這些指標對外公開，涉及更專業的嚴重度校正等方法，才有其公開的意義。我建議不妨成立一個研議小組，詳細研議本案的可行性、哪些感染率可做監控、哪些現有的感染率合適公告等，再到本會報告，以上建議，謝謝。

張委員煥禎

- 一、我同意李委員偉強所提意見，就不再重複。我也贊成本案，但想提出幾個要注意的部分，我以「因其他病症再次就診」為例，建議操作型定義宜再嚴謹一點，例如多重疾病的病人，怎麼去界定其被感染的因果關係。
- 二、大家只講完優點，尚未探討缺點，也就是需要相對注意的地方，因為有些手術的感染率相對高，假設就這樣公布，是否會造成某些醫學中心、醫院，不再從事這些處置，這樣對病人而言不是好事。
- 三、我贊成謝委員天仁意見，但建議本案宜逐步推行，就明確有把握的部分先公布。大家可以仔細看一下健保署的補充意見，該署敘述的很好，沒有偏頗，已經包括委員的提案意見。我也再次呼應李委員偉強的建議，另成小組研議本案後，再將結論提會，謝謝。

傅主任委員立葉

先請何代理委員語，再請盧委員瑞芬。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、有關謝委員武吉提出本案，剛才葉委員宗義已經表達意見，我們5位雇主代表委員均支持本案。
- 二、我建議第一點，健保署需要重新詳細擬定各醫院提報的程序及辦法，健保署才可以有整體統計作業，希望每季公布並向健保會明確說明；第二點，有關各醫院提報的內容，包括感染率及從事相關作業程序的困難點、不想讓外界知道的內容等，健保署宜注重，另剛才醫界委員有提到醫院評鑑，我記得有位號稱

呂醫師，不知其是否真的是醫師，其在群組與網路上表示，醫院評鑑向來完全造假，實際情形是否為完全造假，我們也不知道，若醫院評鑑如同該位呂醫師所言完全造假，則醫院將來提報感染情形會不會造假？我們真的有一點質疑，因此，希望健保署詳細規劃完整提報程序及作業內容。謝謝。

傅主任委員立葉

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

- 一、主席，從剛才各位委員發表的意見，可以確定本案醫院感染率為非常專業的問題，在國際間，特別是美國，過去對於這種醫療品質(quality)指標的監控，到可以公布的程度，這是 2 個層面的問題，因為一旦公布，會有一些效果，反過來會影響醫療服務提供者(provider)如何提供這些資料，此一定會影響這些資料的正確性。
- 二、我認為目前健保署與疾管署提供的意見，包括定義等都非常中肯，本案相關感染項目的定義，需要經過專家詳細充分討論後，再提到本會討論，這樣會比較好。
- 三、另疾管署書面意見表示已建置台灣院內感染監視資訊系統，目前採醫院自願通報方式收集相關資料，從自願通報到強制通報，需要一些時間和準備，包括各院間的風險校正等，為正式比較前非常重要需考量的因素，這些絕對不能夠忽略。
- 四、我建議從目前已有的一些資料，包括醫院評鑑及台灣院內感染監視資訊系統內的資料，先進行初步分析，及相關定義經專家討論後，再到本會做進一步討論。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

有關疾管署的書面意見，都是文字敘述，頗為籠統，沒有呈現數字，建議疾管署代表詳細說明。

傅主任委員立葉

請疾管署說明。

簡科長麗蓉

- 一、各位委員，大家好，疾管署代表發言。
- 二、首先非常感謝各位委員對於醫院院內感染這項議題的重視，這的確也是我們一直在推動的方向，我們針對謝委員武吉所提出相關指標的部分，分項提出意見。有關門診感染率部分，國際間未有相關指標，確實在指標操作型定義上，可能存在無法區分病人感染來源的疑慮，所以，我們目前對於這項指標傾向建議不納入，若要執行，可能需要一些先驅研究與調查。
- 三、有關開刀感染率部分，目前在國際間確實都非常重視，可是於執行上，如同部分委員所言，不同術式間感染率會有一些差異，所以，此項目會依據不同術式做統計，對於不同術式，會有一些明確規範。例如美國 CDC(疾管局)的作法，針對各項監測術式包括哪些 ICD-10-CM/PCS(國際疾病分類第十版臨床修訂/處置分類系統)代碼予以明確規範後，醫院所提出的數據方可比較。
- 四、住院同一病房或同一病室感染率部分，欲從事院際間比較較為困難，因為此項目適合為醫院自己內部評估病房或病室是否有異常事件發生，或者檢視感染相同病原體的病人，是否來自同一病房或同一病室，藉以判斷是否發生群聚感染事件。
- 五、住院感染率部分，我們在已建置的 TNIS System(Taiwan Nosocomial Infections Surveillance System，台灣院內感染監視資訊系統)持續有收集這樣的資料，不過，在此跟各位委員報告，在指標比較前，需要有風險校正，且目前監測收案方式，不是完全依靠醫院資訊系統的資料，而是需要感管人員做審閱病歷等人工方式去投入，因此，在國際間通常不建議進行全院性感染監測，而是針對高風險單位如加護病房，或高風險行為如中心導管或導尿管的置入，加以進行監測。

六、有關 TNIS 系統，目前係採醫院自願通報方式來收集相關資料，不具強制性，若嗣後配合健保規定需要通報的話，相對而言，我們就可以對於資料數據予以分析。

七、目前國外有對外界提供的指標包括手術部位感染數據，但需強調其要依術式做區分，還有中心導管相關血流感染，或導尿的泌尿道感染等資料，屬於國際間參採的指標。以上報告。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

一、我想這樣答覆，大家會覺得滿意嗎？

二、謝委員武吉的提案內容都是問答題，包括當月到門診看診後因其他病症再次就診人次、開刀感染人數、同一病房院內感染人數、同一病室院內感染人數、院內感染人次等，這些屬於詢問數目字，簡科長麗蓉都沒有回答，卻說了一大堆我們聽不懂的話。

三、我支持盧委員瑞芬的意見，簡科長麗蓉應該說明現有的相關數據為何，讓我們知道醫院病人院內感染情形。謝謝。

傅主任委員立葉

先請楊委員漢淙，再請林委員惠芳。

楊委員漢淙

一、主席，各位委員，醫院院內感染的控制或監測屬於頗專業的領域，所以剛才與會者發言，屬於兩種不一樣的表達方式，因為對於院內感染，就是需要控制及監測而使其不要發生，其實我們一直強調院內感染，而非院外感染，對於預防院內感染，需要非常精細的設計，在台灣推動控制院內感染的工作已經有一段時間，不敢講是做得很好。

二、控制院內感染是維護病人安全很重要的項目之一，所以，我們每年公告病人安全的重要項目，一定會有一項是院內感染，這些需要有很明確的定義，不然對於公布的數據會越看越糊塗，

例如到底是大醫院的院內感染率比較高，還是小醫院的院內感染率比較高，換言之，因為台大醫院的病人嚴重度或年齡比台北市立聯合醫院高，所以台大醫院的院內感染率會比較高，而且本案希望有門診感染率，我想大概不可行，因為現在無人可以調查相關數據，換言之，門診病人不住在醫院，看完門診就離去，如何得知其疾病是在院內感染或在院外感染？有些感染 SARS(Severe Acute Respiratory Syndrome，嚴重急性呼吸道症候群)不是在院內感染，而是在外面環境就感染，因此，我認為今天健保署所提供的資料很扼要，而且收集得很好。

三、大家針對本案這樣一直討論下去很浪費時間，我建議由一直從事控制院內感染的健保署與疾管署組成小組，仔細研究與找尋像在台灣做得較多的泌尿道感染及血流感染等適當項目，讓民眾知道哪些醫院控制院內感染比較認真，哪些醫院控制院內感染比較不認真，讓民眾可以參考，而泌尿道感染會被重視，因為在 ICU(Intensive Care Unit，加護病房)的病人，很多需要插導尿管，就很容易引起尿道感染，一旦尿道感染，就會延長住院天數，而且病人很不舒服，所以要管控這個項目。

四、目前控制院內感染做得最多的是推廣洗手，因此民眾到台大醫院，一天到晚都要洗手，是從預防角度著手以降低院內感染率。

五、若僅以本案相關感染項目產製數據資料，可能會製造困擾，因為沒有辦法真正得知想要知道的事情。

傅主任委員立葉

請林委員惠芳。

林委員惠芳

一、主席，各位先進，感謝委員武吉提出本案，我認為這個議題非常重要，醫院也不會放任讓院內感染一再發生或擴大，這對醫院服務品質或病人安全是非常重要的。

二、我曾經在 3 年內，住院天數超過 1 年半，進出醫院好幾次，也

好幾次在院內感染，不管是綠膿桿菌，還是黃金葡萄球菌感染等，都是很難避免，確實與病人年齡、病因、疾病狀況很有關係，很多東西確實很難有很清楚的標準，也不太需要醫院間比較，我認為每家醫院自己內控比較重要，因此，醫院評鑑指標應該重視這個項目，也許會更有意義。

三、我想請教疾管署，醫院對於院內感染管控部分，我們是否有提供給醫院參考的指引或標準？另有關疾管署已建置台灣院內感染監視資訊系統，所收集的資料有哪些可以公開，有哪些不可以公開，對於民眾意義何在，這才是屬於我們需要關心的事情。

傅主任委員立葉

請簡科長麗蓉說明。

簡科長麗蓉

一、謝謝委員提問。

二、我們對於醫院院內感染管控部分，有建立很多指引提供醫院參考，因為院內感染有很多與醫療行為相關，有一些則是屬於整體原則性的，這些指引我們都有提供。例如目前非常強調，楊委員漢涑剛也有提到的手部衛生，或是如中心導管置放等，國外目前推動相關組合式照護措施可以降低感染率，我們都有參考國際間作法持續推動，相關指引，我們有公布在疾管署網站。

三、有關透過台灣院內感染監視資訊系統，所收集的資料是否合適公布，我們一直參考目前國外執行的方式，例如侵入性導管感染密度的部分，的確在美國某些州已經公布，可是如剛才所言，風險校正這個觀念仍是非常重要的，因為擔心數據一旦公布以後，誠如楊委員漢涑所言，反而會造成更多困擾。所以美國希望能評比醫院表現是否優於全國平均值，或是屬於需要改善的部分，才會發展出標準化感染比相關資料，這些我們都在執行當中。

四、目前台灣院內感染監視資訊系統，係透過醫院自願通報方式來收集資料，若要與健保結合變成強制通報，納入醫療品質資訊公開的一部分，後續行政或法制程序都要確認。

傅主任委員立葉

一、謝謝，目前雖然有多位委員舉手發言，但我想各種不同意見都已表達，建議先做結論，看看大家是否同意，讓本案可以早點結束。

二、綜合大家的意見，基本上大家都非常支持謝委員武吉的提案。
(謝委員武吉示意發言)請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、我今天之所以提出此案，係在討論醫院總額時，彰化基督教醫院郭院長守仁經常講要重視院內感染等。我今天非常感謝委員們的支持，但最不满意的是疾管署代表回覆內容，到底是在說什麼？如同干委員文男所說，我也看不懂、聽不懂，你們說的是很天馬行空的事情，講得話真的很過份，你們把大家當作無知老百姓，就像南部憨牛在犁田(台語，表示笨蛋)，你們的想法是不對的！我一開始就說，希望健保署運用 coding(編碼)得到感染率，依健保署回答內容，表示有誠意想要這樣做，但是疾管署回答什麼都不能做、不可能，你們都表示健保是世界第一，請問為什麼不能做？我覺得你們很奇怪，講話完全不能信。

二、疾管署表示門診感染率不能做，我認為這是不可能，如果沒辦法做，為何郭院長守仁一直在講這項，也就是門診病人等著看病，可能就會被感染，有沒有可能？我們摸著良心講，絕對有此可能！

三、疾管署表示開刀感染率有困難，請問這有困難嗎？疾管署講這種話真的是昧著良心在講，如果疾管署連這都沒辦法做，乾脆就裁撤掉算了！不如全部由健保署辦理就好了。

四、同一病房感染率，與同一病室感染率是不一樣的，疾管署卻完

全沒有解釋何謂病房，何謂病室！你們今天所表現出來的只是在呼攏及欺騙我們這些委員而已，我非常非常的不滿意！

傅主任委員立葉

先請王委員雅馨，再請蔡委員麗娟。

王委員雅馨

主席，各位委員，大家好，站在病友的立場，感謝委員武吉提出本案，可以幫助讓病患資訊更透明，讓我們瞭解醫院有關院內感染管控部分，但其中涉及指標定義，也涉及專業性與技術性，包括病人年紀、原來疾病狀況等，希望健保署與疾管署更精進，讓指標更能符合實際狀況，俾利病人可資參考。

傅主任委員立葉

請蔡委員麗娟。

蔡委員麗娟

一、參與今天會議，才知道疾管署已建置台灣院內感染監視資訊系統，目前係採醫院自願通報方式來收集相關資料，這樣看起來比較被動，不那麼積極，我想這應該行之有年，請問過去醫院自願通報的比例、院內感染的疾病種類及相關數據為何？請問是否有分析與整理，我想在現行醫院業務繁重情形下，若不是強制通報，可能自願通報比例不高，屬於醫學中心或一般醫院的自願通報比例為何？

二、既然有院內感染率、病房感染率、病室感染率等專業名詞，到底呈現狀況如何，建議將這些資訊予以透明揭露，還有若醫院自願通報已有院內感染，請問我們採取何種監管，或讓醫院做何種改善，希望這些資訊也讓我們瞭解一下。以上，謝謝。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

後續不管是健保署或疾管署召集工作小組討論時，建議邀請本會全部保險醫事服務提供者代表參與，讓討論過程更加嚴謹。謝謝。

傅主任委員立葉

請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、建議主席作結論了。

二、假使一個開放的議題，要這樣討論，一整天也討論不完。

傅主任委員立葉

一、剛才就想做結論，但是發現多位委員還有意見，基於不能剝奪委員表達意見的機會，所以很抱歉再多花了點時間討論。

二、綜合大家的意見，本案原則上方向是正確的，大家都非常支持，但是如何具體推動執行，可能需要更多研析，請健保署組成專案小組，研議提案中各種感染率資訊的公開方式，形成具體作法後再提到本會討論，屆時會議進行會比較有效率。

三、專案小組除邀請專家學者、相關醫學會外，也請邀請本會保險醫事服務提供者、付費者代表，以利充分溝通，溝通內容包括希望看到的指標資訊、如何公布及相關配套措施等。

謝委員武吉

我講5個字就好，要有時間點。

傅主任委員立葉

請問健保署需要多少時間準備？

李副署長丞華

3個月。

傅主任委員立葉

好，請健保署在3個月內組成專案小組研議具體作法，委員若無其他意見，接著進行討論事項第三案。

肆、討論事項第三案「107 年度總額協商架構(草案)」與會人員發言
實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請問委員有無意見？(委員回答：沒有)好，沒有意見，本案就通過。請干委員文男。

干委員文男

我希望幕僚同仁提供歷年來所有非協商因素所增加的金額，及支付標準調整之執行情形，也請健保署協助，以上。

傅主任委員立葉

請幕僚同仁提供相關資料，謝謝。接著進行討論事項第四案，請同仁說明。

伍、討論事項第四案「107 年度總額協商通則(草案)」與會人員發言實錄

陳組長燕鈴

- 一、各位委員好。請委員翻到會議資料第 30 頁，歷年來於 9 月份總額協商前，為提升議事效率，均會事先議定共通性的協商原則，幕僚擬具 107 年度總額協商通則(草案)，在會議資料第 33 至 35 頁，大部分條文都是參照 106 年度總額協商通則研擬，並且參考過去 1 年來委員所提見解，對於通則條文有些不同看法，因此提出 3 點說明，並擬具甲、乙兩案，請委員討論。
- 二、說明第 1 點，關於各部門之「品質保證保留款」(下稱品保款)，原來列在一般服務項下，是否改列專款，擬具甲案、乙案，甲案是參照委員「品保款不宜滾入一般服務基期費用」的意見，建議條文為「列為專款項目，用以鼓勵提升醫療品質」；乙案則是參照 106 年度通則，將品保款列於一般服務項下，運用最近 2 年累積額度作為品質提升之用，其他額度回歸一般服務預算，至於過去委員一直關心，各部門獎勵額度及其原則，幕僚會於 7 月份評核會產出成績結果後研擬草案，於 8 月份委員會提案討論。
- 三、說明第 2 點，有關專款專用項目部分，過去各部門都提出很多專案，主要考量去(105)年 4 月份委員會議時委員建議「避免專款項目成為常態，應於提出計畫時，一併規劃試辦期程及退場機制」，所以建議增訂「新增計畫應提出試辦期程及評估成果之指標，以利檢討退場或納入一般服務」條文。
- 四、說明第 3 點，關於其他原則，係討論是否設定各部門總額成長率上限。甲案是參考 102~105 年度協商通則訂定，除了設定「年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內」之外，也設定「各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值」，主要考量 107 年度可協商空間相較 106 年具有彈性，而 106 年沒有設定各部門總額成長率不得超過行政院

核定範圍之上限值，係考量 106 年度有新增愛滋病及 C 肝新藥等大筆費用，對各部門賦予不同任務，所以沒有設定各部門總額上限。而 107 年度總額較類似 102~105 年度總額，有較大的協商空間，所以建議參考 102~105 年，設定各部門總額上限。乙案則是參照 106 年度協商通則訂定。另委員關心各年度的總額協商空間部分，在會議資料第 31 頁列有 102~107 年度總額核定範圍及協商空間。

五、有關「違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」(下稱違規扣款)部分，在往年違規扣款都列為總額協商減項，107 年度各部門總額扣款金額採 105 年度資料，已請健保署提供數據，詳會議資料第 36 頁，其中由民眾檢舉及健保署主動查核所發現之違規案件金額，各部門統計分別為：醫院約 3,303 萬點、西醫基層約 3,994 萬點、牙醫門診約 497 萬點、中醫門診約 1,356 萬點。上述數據於協商前會請各總額部門與健保署確定金額，最終數值以協商時健保署提供之資料為準。以上報告。

傅主任委員立葉

本討論案採逐項討論，先討論品保款，幕僚單位研擬甲、乙兩案，請周委員麗芳。

周委員麗芳

感謝幕僚單位花費很多心思研擬本案，針對品保款是否改列專款項目，考量模擬資料要 8 月份才可提出，建議先運用去年或近 3 年的資料先模擬試算，讓委員瞭解兩案的衝擊，否則要委員當場做決定，可能會有困難。

傅主任委員立葉

請謝委員天仁。

謝委員天仁

歷來付費者委員對於品保款的發言，都是希望不要滾入基期，是偏向甲案，若新任委員沒有其他意見，則付費者委員的意見就是不應

該滾入基期。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

我是新任委員，不管過去的決議如何，縱使最後決定不滾入基期，至少讓委員瞭解兩者的差別在哪裡，個人並無特定立場，但建議能提供實證數據供參。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

去年 8 月份委員會議已決議品保款不宜滾入基期，且這是付費者委員的共識且建議「宜協商額度而非成長率」，今天討論的是協商通則，既然是「通則」，則不必評估、考量數據，直接討論採甲案或乙案。

傅主任委員立葉

請陳代理委員彥廷。

陳代理委員彥廷(陳委員義聰代理人)

牙醫部門是最早實施總額制度的部門，記得總額實施前幾年，當時是由楊委員漢淙擔任費協會主任委員時，將促進保險對象健康及推動品質提升列為協商項目，用意是希望健保不只是提供醫療，而是期望透過全方位的投入，提升全民健康，牙醫部門十餘年來一直積極配合此項政策目標，從口腔衛生推廣，到各縣市學校舉辦潔牙比賽，適當氟化物的使用，訂定個別族群口腔健康照護注意事項與推廣、宣導，牙醫部門是全方位在做這件事情，這些努力的結果回饋到讓醫療利用受到控制，這些都是長期努力的結果。建議應回歸當初訂定品保款的初衷，維持原來鼓勵的概念。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

千委員文男

本項議題已經討論幾年，改列專款項目鼓勵是妥當的，當年度獎勵，滾入基期已經成為健保財務負擔，去年已經討論過也做成決議，請不要再用以前的方式獎勵。

傅主任委員立葉

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

關於品保款甲案，去年 8 月份委員會議曾討論過，我認為獎懲應該一致，若品保款獎勵不列入基期，則違規扣款也不應列入基期才對，兩者應該一併考量，我主張如果品保款不列入基期，違規扣款也不應列入基期。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

去年 8 月份委員會議決議品保款不滾入基期，即甲案，我也同意黃委員所提違規扣款也不應列入基期，關於周委員所提金額試算，建議可以請幕僚試算。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順。

蔡委員登順

去年會議決議品保款的獎勵方式採甲案，當時的會議紀錄有記載，評核會的獎勵不滾入基期，我支持甲案。賞罰要分明，既然獎勵有共識不滾入基期，那懲罰也不滾入基期，違規扣款要執行，但不滾入基期。違規扣款金額不多，醫院約 3,303 萬點、西醫基層約 3,994 萬點、牙醫門診約 497 萬點、中醫門診約 1,356 萬點，這是社會觀感的問題，亦有象徵性的意義，也對社會有交代，我支持違規扣款當年要扣，明年還給各總額部門。

傅主任委員立葉

看起來大家似乎有共識，請周委員麗芳。

周委員麗芳

剛剛幕僚有向我說明品保款的相關數據，我也聆聽各位委員的意見，既然是過去有共識，我也支持甲案。關於違規扣款，我同意黃委員所提賞罰項目都列入專款。

傅主任委員立葉

品保款採甲案，不滾入基期，違規扣款也不列入基期。請陳委員亮良。

陳委員亮良

主席、各位委員，大家好，公務機關代表發言，既然去年委員會議有共識採甲案，本席支持甲案。

干委員文男

我提出詢問，中醫門診總額才 2 百多億元，很訝異中醫門診部門的違規扣款金額高達 1,356 萬點，牙醫門診也才約 497 萬點，差距為何這麼多？以往中醫部門的違規扣款金額沒有這麼高，請說明原因。

謝委員天仁

建議議案討論應按照議程進行，主席剛剛已經裁示先討論品保款項目究竟採甲案或乙案，有人提到違規扣款應該如何處理，那是後面的部分，剛剛干委員又提到違規扣款的金額，主席就應該裁示品保款與違規扣款是否合併討論，我們現在是討論協商通則，主席應該負起議事指揮的責任，讓大家聚焦討論，讓議案可以順利通過。

傅主任委員立葉

干委員文男是詢問相關資訊。

謝委員天仁

這個是後面的部分，主席剛剛已經裁示先討論品保款，那就逐項討論，不然會失焦，請主席掌握議事效率。

傅主任委員立葉

因為違規扣款與品保款都與滾入基期議題有關，所以一起討論。

謝委員天仁

其他委員離題，主席應拉回到討論主題，或裁示兩項一併討論。

傅主任委員立葉

品保款採甲案，接下來討論「專款專用」項目，請問各位委員有無意見。請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我認為主席應明確宣布「說明第 2 項第 1 款，甲案確定。接著是討論第 2 款」。我認為應該增訂第 2 款「新增計畫應提出試辦期程及評估成果之指標，以利檢討退場或納入一般服務」，這也是去(105)年 4 月份委員會提出的共識，避免專款項目成為常態，今天只是把去年的共識列入增訂條文。若大家不反對，就增列條文。

傅主任委員立葉

請楊委員漢淙。

楊委員漢淙

去年協商 106 年度總額時，有很大一筆費用 C 肝新藥，去年協商時有要求除總額編列經費外，還要求政府部門也應編列公務預算，但是到現在都還沒有看到公務預算。今年協商 107 年度總額時，若未編列公務預算，則醫院總額新增的費用會有一大部分都用於 C 肝新藥的治療，對醫院部門傷害很大，原來醫院部門還有一些優勢，現在看國際比較，台灣醫院已逐漸從優勢轉變成劣勢，不能不考慮醫院經營成本。

謝委員天仁

主席，程序問題，本案是討論抽象的通則，不是討論具體的預算原則，現在討論的是「新增計畫應提出試辦期程及評估成果之指標，以利檢討退場或納入一般服務」，有無要修改之處，楊委員漢淙提出的是具體項目。

楊委員漢淙

我的意見是要求增加「106 年總額協商已決議要求政府編列預算之項目，應要求政府部門 107 年編列預算」。

傅主任委員立葉

現在討論通則的文字，楊委員漢淥的意見後面再討論。

楊委員漢淥

後面的哪裡？

傅主任委員立葉

總額協商時再討論。

楊委員漢淥

去年協商 106 年總額時說時間來不及，現在又說等今年 9 月份協商 107 年總額時再談，到時又會說來不及編列預算，希望所有協商項目中需增列金額的項目，都能夠列入通則。不然協商所做的決議都沒有兌現的一天。

傅主任委員立葉

請問這部分要列入協商通則嗎？

謝委員天仁

楊委員漢淥所提的 C 肝新藥，這是具體項目預算編列的問題，怎麼會在通則內談呢？通則應該是沒有限定任何項目，例如感染性或流行性疾病相關項目應在協商時由政府部門編列公務預算，這才是通則，現在講的 C 肝新藥是具體的項目，不宜在抽象的通則討論。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

就我的理解，楊委員漢淥剛剛是舉 C 肝新藥為例，要表達的若屬政府應撥補預算支應的項目，應在當年度編列公務預算，能否請幕僚協助如何列入通則。

謝委員天仁

現在討論的是協商通則，是雙方如何去做總額協商，通則不可能拘束到政府機關，只能做建議。楊委員漢淙可以另外提案，建議政府編列預算，我們不可能在總額協商時要求全部項目由政府編列預算，到時政府說沒有錢編列預算時，該怎麼辦？我覺得遊戲規則要講清楚。我不反對楊委員漢淙提案，過去傳染性疾病都是政府編列公務預算處理，但是現在將愛滋病等傳染性疾病改由健保支付費用，讓付費者負擔增加。但楊委員漢淙的意見不是透過協商就可以產生效果，要協商可以產生效果，訂在通則才有意義，否則是浪費大家時間。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

今天是訂定協商通則，就好像是相親規劃，還沒有進入談論結婚內容。楊委員漢淙剛剛也沒有提出修正動議，連修正動議都沒有提，主席為何要接受，這在會議規範是不應該接受。楊委員漢淙可以在後面提增修動議。我提議通過增訂「新增計畫應提出試辦期程及評估成果之指標，以利檢討退場或納入一般服務」。

傅主任委員立葉

同意專款費用項目增訂「新增計畫應提出試辦期程及評估成果之指標，以利檢討退場或納入一般服務」，楊委員漢淙若覺得有需要，未來可以提案。請陳委員亮良。

陳委員亮良

主席、各位委員，公務部門代表支持新增本項條文，楊委員提出的政府部門應編列公務預算支應 C 肝意見，本席認為非常重要，總額協商時，我們會予以支持。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

我贊成謝委員天仁的說明，同意增訂「新增計畫應提出試辦期程及

評估成果之指標，以利檢討退場或納入一般服務」，關於楊委員提到的意見，希望由醫界提案，到時我們也會支持，要求政府應負擔費用，不應全部由健保負擔費用。

傅主任委員立葉

同意增訂「新增計畫應提出試辦期程及評估成果之指標，以利檢討退場或納入一般服務」。接下來討論是否設定各部門總額成長率上限，幕僚也研擬甲、乙兩案，請問各位委員的意見。請謝委員天仁。

謝委員天仁

我的意見是採甲案，希望各部門總額成長率則不得超過行政院核定範圍之上限值。

傅主任委員立葉

請問大家是否支持甲案(委員回應：同意)，那就照甲案通過。請謝委員武吉。

謝委員武吉

建議若有新增項目時，要審慎考量。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

希望幕僚於總額商前提供歷年醫療費用增加金額、各項專款之執行成效與健保署執行情形。

傅主任委員立葉

這部分請幕僚協助提供。請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我正式提議建議增列協商通則第 6 點第 6 項「各類別總額經保險醫事服務提供者代表和付費者代表雙方協商，經主席宣布協商確定後，禁止任一方提出推翻變更決議之提案。惟對於該類別總額下之單一細項金額協定，雙方代表同意下，可以酌予討論修正，而該類

別總額禁止變更推翻原議案」。

傅主任委員立葉

請問委員是否同意何代理委員語所提增列第 6 點第 6 項？

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我有提供幕僚文字稿，請本會幕僚影印給大家參考。去年曾發生主席宣布雙方總額確定後，有一方提出推翻，所以我認為文字上應列入，禁止任一方推翻，包括付費者在內。

傅主任委員立葉

請幕僚立即影印，等委員看過後再討論。請周委員麗芳。

周委員麗芳

針對成長率部分，因今年所定原則，對明年也有指導作用。想請教大家，甲案條文為「...各部門總額成長率『不得超過行政院核定範圍之上限值』」，但考量每年度可能給付項目放寬或給付內容調整，是否改為「以不超過行政院核定範圍之上限值為原則」？亦即原則如此，但當年度若有重大的給付範圍調整，可另做考量，這樣較能維護被保險人及一般民眾權益。

傅主任委員立葉

本案為 107 年度的協商通則，建議今年暫不更動，明年視狀況再做修正。請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

想確認目前是否討論到說明二之(三)？

傅主任委員立葉

是，因剛才委員沒有意見，所以已通過甲案。

黃委員啟嘉

因怕進度亂掉，通過了都不知道。

傅主任委員立葉

委員有無其他意見？請謝委員武吉。

謝委員武吉

針對其他原則的甲案，剛才謝委員天仁也提出很多意見，若有其他變數時，應該可以調整。

傅主任委員立葉

抱歉！您的意思是？

謝委員武吉

我的意思是若有臨時變動的狀況，應可斟酌調整。

張委員煥禎

意思是說可以不受原則限制，另外考慮。

傅主任委員立葉

這樣就須修改文字。請蔡委員登順。

蔡委員登順

謝委員武吉可能不好意思講得太清楚，大概是說在某些政策性因素下，可超過行政院核定的上限。不過這問題過去曾多次討論，四大部門在總額協商時，行政院核定上限幾乎都是一致的，不能因其他部門總額成長率沒那麼高，而將剩下的經費全歸給醫院，這是不公平的。我站在付費者立場向來表示反對，要求不能超過行政院核定上限的用意在此。若可超過而拿走其他部門成長率剩餘總額，我認為付費者代表都會變成罪人，為何將其他部門節省的經費送給醫院，這樣公平嗎？我仍堅持維持甲案，不得超過行政院核定上限。不管有何政策因素，在協商時就可提出討論，醫界可作努力，但要達到行政院核定的上限並不容易，總額協商本來就會留有空間。

傅主任委員立葉

本項仍維持通過甲案。剛才何代理委員語建議增訂第6點第6項資料尚未印好，先開放討論其他條文。再次確認剛才有關違規扣款部分不滾入基期。

干委員文男

這點沒有意見。應說明為何中醫會發生異常情形？

傅主任委員立葉

請健保署說明。

李科長忠懿

健保署違規查處任務小組說明，在 104 年 8 月曾配合檢調偵辦 14 家馬光中醫集團盜刷健保卡虛報健保醫療費用案，其中 8 家停約 1~3 個月，6 家終止特約，另外追扣 500 多萬元，其中屬 105 年扣款金額為 380 多萬元，造成 105 年中醫總額扣款金額會變得較高。

傅主任委員立葉

有關增列第 6 點第 6 項文字已經印好，請委員參閱。請陳委員旺全。

陳委員旺全

首先非常抱歉，中醫受到委員關切違規金額太高，剛才健保署已做說明，目前等同連坐法，從總額扣除，日後若能追回溢領金額，能否再補回總額？

傅主任委員立葉

這部分與協商通則無關。請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、大家都已拿到書面資料，因去年總額協商與西醫基層協商時，其協商代表邱前委員泰源均未參加協商會議，但最後突然出現，要全盤推翻經主席確定的協商內容。我認為這已違反總額協商通則的條文規範，因此才提出這項建議。

二、「惟對於該類別總額下之單一細項金額，協定雙方代表同意下，可以酌予討論修正」，就像以前總額協商，前一天晚上牙醫總額即已談定，但散會後，全體付費者代表及牙醫總額協商代表共同認為，可從牙周病統合照護計畫(第 3 階段)移撥 3 千萬元至牙周病統合照護計畫(第 1、2 階段)，經雙方代表同意後，次日即重啟協商單一細項，另去年西醫基層也有類似情形。

三、我不反對雙方第 1 天確定的總額，若有單一細項須調整，第 2 天經雙方同意，可重啟協商，但總額不能全部推翻，這是我提

議的用意。增列這項條文，日後就沒有爭議，否則開會下來，會後再全盤推翻，這樣不好。花費 2、3 小時協商，已經很辛苦，最後還被全部推翻。

四、就因我和謝委員天仁、滕委員西華講話不中聽，邱立委泰源就封殺我到底，這樣不好。我希望協商雙方要就事論事，認真針對醫療需要，該給就給，不該給就不給，很理性的完成總額協商。付費者代表委員肩負全民寄託，雇主代表也承擔全國 130 多萬雇主壓力，希望我的提議能夠列入，因我還是有變通的辦法，即單項可重啟協商。

傅主任委員立葉

請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、我很能體會何代理委員語的顧忌，但從法律角度觀察，付費者代表都很嚴謹參與協商，所推派各部門發言代表，其他人均授權其發言，其發言亦拘束其他付費者。醫界各總額部門團體均進入會場，只差沒有特別宣示，當然他們每位擔任職務不同，或許理事長認為應由其做最後決定，但協商雙方都坐在協商位置上，當然認為若無保留，原則上任一代表之發言都應拘束其代表團體。

二、因此這些文字是否列入，我沒有意見，但以後協商時，主席應先詢問各部門參與者，是否每位都得到充分授權，其發言均拘束該部門，或最後須由誰拍板定案？遊戲規則弄清楚，這些爭議就不會存在。希望今年總額協商時，不要再有這些憾事發生，能順利完成我們應負的責任。

傅主任委員立葉

協商代表應獲得充分授權，否則如何協商？請干委員文男。

干委員文男

總額協商代表從被派任到協定前，都會徵詢代表團體意見，付費者代表有這樣做，但醫界在協商後又推翻，但這些都已過去，就不再

談了。這項條文是否列入通則，就請主委裁示。

傅主任委員立葉

先請陳委員亮良，再請趙委員銘圓。

陳委員亮良

- 一、剛才陳委員旺全提到他的提議未獲重視，是否請陳委員稍後再提。
- 二、何代理委員語所提增列第 6 項，似乎要給參與協商委員一股壓力。在總額協商過程中，可能當下委員沒有表示意見，有些沒辦法在第一時間掌握。我認為不用自廢武功增列第 6 項，這是誠信問題，擔任委員是責任也是義務，不會無故推翻協商結果。尊重主席裁決，若認為有必要，我也會尊重大家的意見，但個人認為不必列入總額協商通則。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

其實陳委員亮良所提的狀況確曾發生過，因此何代理委員語才會提議增列第 6 項。剛才謝委員天仁已清楚說明，既然代表團體，就應獲得充分授權，而非理事長在會議結束主席裁決後再來推翻，這是不應該的。我們還是先小人後君子，增列第 6 項，以後才不會再發生類似情形。

吳委員國治

我們並不反對何代理委員語的提議，但若要增訂，建議「全民健康保險會組成及議事辦法」第 10 條也應一併修改。我不清楚辦法與通則何者位階較高，可請法律專家說明，但該辦法第 10 條明定「健保會未能於法定期限達成醫療給付費用總額及其分配方式之協定時，應分別就保險付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員建議方案當中各提一案，報主管機關決定。個別委員對建議方案有不同意見時，得提出不同意之意見書，由健保會併送主管機關。」應一併修正，較為妥當。

傅主任委員立葉

「全民健康保險會組成及議事辦法」的修正，與協商通則的討論並未有衝突。

吳委員國治

但根據「全民健康保險會組成及議事辦法」規定，個別委員對建議方案有不同意見時，可提出不同意之意見書。

傅主任委員立葉

何代理委員語建議於協商通則增訂相關規定，是希望總額協商時能夠更嚴謹。

黃委員啟嘉

一、主席可能不清楚去年協商情形，我還原一下，去年我是西醫基層協商代表，因某些因素首輪協商未達共識，故兩案併陳，此時，全聯會邱理事長泰源提出不同意見書，但並未推翻兩案併陳，其不同意見係做為第 3 案陳報。

二、今天若要增訂第 6 款，則「全民健康保險會組成及議事辦法」也須配合修正。除非通則位階高於辦法，可僅修訂通則；否則，任何委員仍可依據辦法提出不同意見書。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我要說明「全民健康保險會組成及議事辦法」僅規範健保會委員會會議，而本案係 107 年度總額協商通則，是針對錢的事情進行協商。「全民健康保險會組成及議事辦法」在會議規範上，是依委員會會議作為議事規則，但本案係總額協商通則，是針對 107 年度，每年都須經討論通過，並非總額議事規則，大家要弄清楚。在內政部會議規範中，總額協商通則只是在協商錢的事情，且全部都在協商金錢的事情，所以才訂定 107 年度總額協商通則，否則就不必訂了，全部依照會議規則就好，為何 20 年來都要訂定每年的總額協商通則？這是協商通則，不是總額協商會議通則，要弄清楚。

傅主任委員立葉

請謝委員天仁。

謝委員天仁

何代理委員語的發言很正確。協商通則僅供協商時雙方互相拘束之用，每年度都須經通過，只有一次的效果。吳委員國治認為會與「全民健康保險會組成及議事辦法」衝突，但其實不會。不同意見書以前也曾提出過，例如何代理委員語提議的條文通過，黃委員啟嘉與其去年協商的結果就定案了，在委員會議上，該部門代表委員可提出不同意見併送衛福部，但西醫基層所提的卻是兩案併陳，這是不對的。與付費者協商怎會有 2 案？最後必須形成 1 案，才能陳報衛福部，若有不同委員意見可予註記。上次在中醫協商時就曾做過，兩者並不衝突，沒有問題。我在此釐清供大家參考，協商時一方不可能 2 案併陳，必須形成一案，部門代表委員若不同意，在委員會議上可提出不同意見之註記。

黃委員啟嘉

我支持謝委員天仁及何代理委員語的意見，但我記得去年是第 1 天協商沒有共識，確定要兩案併陳，邱理事長泰源是提不同意見書，並未推翻雙方協商結果，可能是表達上讓付費者代表誤會。我的記憶或許不是百分之百正確，我們內部未有共識，但邱理事長是以健保會委員身分提出不同意見書。

傅主任委員立葉

請張委員煥禎。

張委員煥禎

一、剛才謝委員天仁說協商不能兩案併陳，這點我想請教法務人員，我認為應該可以。除非是健保會決議採多數決，但既然是協商，雙方未獲共識時，依過去的慣例是兩案併陳衛福部決定。協商非委員會議，兩案併陳應該是可以的。至於第三方不同意見書，我沒有意見。

二、另外也請法務人員釐清，通則經大家同意後，今年就依此協

商，每年可以改變的。但原則上，通則不能違反母法或議事規則，若經過大家同意，有少許不同之處也沒關係；但若有人提出異議，是可被檢討的。

三、因此，我建議請法務人員釐清兩案併陳與通則位階的疑義。否則，通則未必有絕對的約束力。我認為通則若違反議事規則，應保留委員反對之權力。

千委員文男

這些討論無濟於事，因時間、地點不同，委員會議和協商是兩碼事，在委員會議上推翻協商結果是不對的。協商時雙方都同意，最後有人推翻，這是時間、地點不對。兩案併陳沒有問題，不要再炒冷飯了。

傅主任委員立葉

我嘗試整理一下，「全民健康保險會組成及議事辦法」係針對委員會議所訂，本案係總額協商通則，若經通過，則 107 年度總額協商就依通則進行，二者應未有衝突。至於協商時，若雙方未獲共識，則兩案併陳；若有共識，則僅會有一案。至於委員有不同意見時，可提出不同意之意見書。

吳委員國治

剛剛主席已經裁示過，現在應該輪到我發言。

傅主任委員立葉

請吳委員國治，再請謝委員天仁。

吳委員國治

應該要回到「全民健康保險會組成及議事辦法」第 10 條「健保會未能於法定期限達成醫療給付費用總額及其分配方式之協定時，應分別就保險付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員建議方案當中各提一案，報主管機關決定。個別委員對建議方案有不同意見時，得提出不同意之意見書，由健保會併送主管機關」。很明顯，這裡已述明，請法務好好評估協商通則與議事辦法的位階。

傅主任委員立葉

請謝委員天仁，再請何代理委員語。

謝委員天仁

- 一、這個條文當時有修改的背景，當時是因中醫部門與付費者協商產生爭執，有不同的意見，要兩案併陳報衛福部裁決，即中醫部門提 1 個案，付費者提 2 個案，後來認為不能這樣，條文才修正各部門只能提 1 個案。
- 二、我剛剛說的 2 案，不是醫界與付費者的 2 案，是各部門自己不能提 2 案，只能提 1 案。但是不同意見的委員，在委員會議可以提不同意見書，過程很清楚，怎會扞格，這是不同的東西。

傅主任委員立葉

請問這樣清楚嗎？請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、剛剛吳委員國治提到全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條的條文沒錯，可是總額協商的時間、地點與健保會開會的時間、地點及內容不同。應該是當主席宣布協商定案後，就不能再 2 案併陳，2 案併陳也是要讓主席宣布，不是自己說要兩案併陳。
- 二、去年協商時，邱前委員泰源未參與基層前面的協商，最後跑來卻要推翻協商。整個協商的結論至第 2 天開始，在健保會委員會議，任何人都可以提附帶意見，這部分我不反對，但是兩案併陳也要主席宣布，不是自己宣布兩案併陳，這部分要很明確。

傅主任委員立葉

聽了這些意見，應該澄清疑義了。請葉委員宗義。

葉委員宗義

- 一、主席是學者出身，我擔任健保委員約有 10 幾年，知道以前的主任委員大多擔任過健保局的總經理或健保署署長，裁決的方式和您不太一樣。我擔心您是否能處理 9 月份的協商會議，現在討論的 2 案併陳問題，是因為現在醫界較強勢，付費者講的

沒有用，兩案併陳送至衛福部裁決還是醫界贏，簡直就是白協商了。

二、建議主席要顧慮整個盤局，我多次向委員說，我們委員是衛福部聘請來的，是幕僚單位，沒有決定權利，協商至最後，還是衛福部的權利，若協商沒有成果，則送至衛福部裁決，這是體制上最重要的問題。

三、以前的主席了解之後的運作情形，尤其是鄭前主任委員守夏有次協商至凌晨 2 點鐘，還發生當場哭的情形，就是要想盡辦法協商成功，不要送衛福部裁決。請主席一定要有這個共識，若沒共識，就算今年協商至三更半夜，委員吵吵鬧鬧說一堆，還是無法順利完成協商，請主席強硬起來，否則無法解決這個問題。

傅主任委員立葉

透過討論，問題應該已經釐清，107 年度總額協商通則似乎更有必要增列此條文，文字請幕僚再整理，大致就依何代理委員語的建議於六、其他原則之(六)增列相關文字，另外再加上協商代表要獲得充分授權的文字，避免協商代表未得到充分授權，而發生推翻協商結果的情形。

傅主任委員立葉

請陳委員旺全。

陳委員旺全

剛剛干委員文男提及 105 年中醫總額的罰鍰較多，這是去年的偶發事件，我們一定會好好努力，希望未來的獎懲都要一致性。

傅主任委員立葉

補充說明，107 年度總額協商通則請列入違規扣款不納入 108 年總額協商之基期費用。委員若無其他意見，本案就依剛才的討論通過，接著進行討論事項第五案，請同仁宣讀。

陸、討論事項第五案「為高齡慢性病患者不慎遺失業經醫師開立處方箋所購得之慢性病藥物，建請同意其逕向同一藥局藥師自費補購買當月不足藥量乙事，敬請審酌其事實必需性准予辦理案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

謝謝同仁宣讀，請提案委員干委員文男補充說明。

干委員文男

- 一、補充說明，我辦公地點位於三總基隆分院附近，每天都會看到很多長者至醫院就診拿 3 個月的處方箋，第 1 個月在看診的醫院拿藥不會有問題，但是當中可能會不小心遺失幾顆藥，這是經常會發生的情形，為了節省健保的資源，建議可以購買當月不足的藥，不用再回到原醫院去開處方箋，因為除了要花掛號費及時間外，還有病人年齡都大了。
- 二、我們在這裡都是討論大事情，但是小事情與市井小民有關，也是被保險人的責任，希望健保署與各位委員能夠協助解決這燃眉之急的問題，才差幾顆藥，可以讓民眾自費去藥局買藥。民眾去基層可能比較不會有問題，欠幾顆藥，有時診所會幫忙解決，但是要回到原醫院的問題較多，希望能解決這個問題。

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、今天提這個案，是因為這情形有可能會發生在我們身上，有些是醫院當紅醫師，甚至掛到 100 多號，這都很正常，為了差 3 至 5 天的藥，病人還要重新去醫院或診所掛號，不僅浪費醫療費用，也浪費患者的時間，真的有必要去做思考。
- 二、提案已經有些相關的說明，我們會依照藥師法及藥事法的規定下，希望當月可以買 1 週內的處方藥，除了節省相關的醫療浪費，也減少這些病人的恐懼，希望在不違法的範圍內，建議訂

個時間，以 1 週內，例如，有時遇到週五，週六及週日又放假，3~4 天不吃藥，有些病情較重的病人會有危險性。

三、希望在座的委員能夠瞭解這個提案的意義，這對所有的醫院、醫師或健保的財務都是好事，沒有任何違法或危害到哪個人的權益，這保障慢性病的患者，希望大家都能支持，因這可能發生在座所有人的身上。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

我支持通過干委員文男的提案，很奇怪，我去藥局都能很順利買到藥，為何他們買不到藥，是不是特殊藥品？有次我的醫師出國，來不及回診，只差 1 週的藥，我將醫院的藥袋全部帶去藥局，請藥師賣藥給我，很順利就買到。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

一、剛剛何代理委員語提的不是處方藥，所以可以買的到。剛剛干委員文男與林委員錫維已說明的很清楚，周邊很多人都會碰到同樣的情形，按照目前健保署的意見，只要是處方藥就不行。

二、這部分行政單位不應該用公務人員的心態，健保署應該要想辦法解決這個問題，儘量簡化，讓民眾不用舟車勞頓，再跑至醫院，對於人力及物力的損失，都很可惜。

干委員文男

再補充一下，何代理委員語說可以買到藥，那是一般藥，若依藥事法第 50 條規定，須由醫師處方之藥品，非經醫師處方，不得調劑供應。違則依藥事法第 92 條規定，罰 3 至 15 萬元。這問題對大家是小事，但對庶民是大問題，斷藥就是斷命，請問這件事情要如何解決？

傅主任委員立葉

請古委員博仁，再請陳委員亮良。

古委員博仁

- 一、我代表藥師公會表達意見，很感謝所有委員一直關心民眾用藥與缺藥的問題，但是依照藥師法及醫療法的規定，所有的藥師要販賣處方藥，必須要有處方箋，這很明確。
- 二、若民眾長期在這家社區藥局領藥時，有的社區藥局的藥師會請他們回到原醫療院所，這是 1 個方法。另外有些社區藥局會給真的有缺藥，或不小心遺失藥物的民眾，先借他們幾顆藥，等他回到原醫療院所開處方箋後，回來再扣回，這是讓民眾方便的方式，若這位民眾沒在這家社區藥局做調劑，他們也不敢這樣做。但是在法的部分，是不能販賣處方藥。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

原則上我支持干委員文男提案，另外我有不同的思維，目前政府一直在推動減碳活動，少紙化為未來趨勢，且紙本處方箋，保管不易，或可考量將處方箋資訊存在健保 IC 卡中，提出以上淺見，謝謝。

吳委員國治

我想一切仍須回歸相關法規之規定，藥師法與藥事法對於醫師處方與藥師調劑，均有相關規定，健保署或食藥署應說明，民眾於無處方箋情況下，可否於藥局購買處方藥。若按法規解釋為不可行，於分級醫療下，基層診所家數多(民眾就醫方便)，搭配雲端藥歷系統，或可讓民眾至基層診所請醫師開立處方，應屬合法。

葉委員宗義

對藥品問題，有個附帶提議。因年長者，慢性病多，中醫的藥品，會按每天 3 餐做區分，西醫則未區分，老人家拿很多包藥品回家後，常會忘記如何服藥，變成無法按時服藥，剩下的藥品變成浪費，建議能將每天 3 餐的分量區分好，以利年長者服藥。另，以點

眼藥為例，要有正確的使用方式，才有效果；若隨便亂點，點再多也是無效，變成浪費。每年約有 4~5 千萬元預算用於用藥宣導(106 年高診次藥事照護計畫預算編列 4 千萬元)，如果宣導經費不夠，可考量增編預算，但如果沒做好，可以將該項預算刪減。在這裡特別提出此問題，該做的要做，做得好應給錢，沒做好，減錢，是合理的。

古委員博仁

我很開心有委員關心用藥問題，目前法令規定「一藥一袋」，無論在藥局、診所及醫院，皆相同。委員提議改為「餐包」，我想這是未來可以走的路，若法規允許，我相信社區藥局會樂意協助分包，將所有藥品整合成「餐包」，並標示清楚，方便民眾服藥。相關成本，若政府看到未來會有很多老人，願意挹注經費，將能解決很多問題，我們也希望這樣，謝謝。(醫療法第 66 條規定：醫院、診所對於診治之病人交付藥劑時，應於容器或包裝上載明病人姓名、性別、藥名、劑量、數量、用法、作用或適應症、警語或副作用、醫療機構名稱與地點、調劑者姓名及調劑年、月、日)

李委員偉強

醫與藥基本上要共同來努力，以提升民眾用藥安全。回到案子本身，民眾遺失藥物或處方箋，十分常見，為什麼？因我們開 3 個月的處方箋，在第 2 個月或第 3 個月時，1 張紙或 1 張卡也好，很容易遺失，特別是年長者，所以醫院也提供病人方便的措施，民眾回診時，雖非原看診醫師，只要有詳細的電腦病歷紀錄，仍會再補開處方箋。我要替醫院陳情，我們鼓勵釋出處方箋至社區藥局，但病人因遺失處方箋又回到醫院補開，會有一部分重疊交錯的日期，這個時間點會被認定為醫師重複開立處方且算為重複用藥，會被列為負評項目，所以醫院現在很嚴格把關，因現在有雲端藥歷，已有機制可以知道病人在哪家醫療院所開過什麼藥、在哪家社區藥局領過什麼藥。建議於現行法令下，先維持現行做法，暫不宜開放民眾沒有處方箋就自購，但同時希望健保署對重複用藥之認定，能夠再放

寬點，不要將好意補開處方箋解讀為重複開立。

傅主任委員立葉

本案牽涉到法規規定，於現行法規下，民眾能否自費購買處方藥，是否須修法或研議配套措施，包含葉委員宗義所提「餐包」之意見等，請健保署、食藥署研議，幫忙民眾解決此問題。

千委員文男

主席的裁示，我可以接受，但我希望不要一直談法，藥事法第 50 條規定已卡死，沒有處方箋就不能買藥，剛古委員博仁及李委員偉強已講得很清楚，且其時常發生。陳委員亮良提到處方箋會丟掉，是另外一件事，本案用意係希望民眾不慎遺失慢性病藥品後，可直接至同一藥局購買，而無須回至醫院重開處方箋。社區醫療、基層醫療，都沒有關係，因民眾看病久了已有感情，我問對方你為何不就近在診所看，他說都固定在這家醫院看病，已習慣在那家醫院看病，要叫他改去哪裡看診。醫院已給民眾處方箋了，且慢性病連續處方箋的用藥都有管控，從健保 IC 卡可以看出用藥情形，已能知道何時會去領第 2 個月的用藥，實無須讓民眾還要舟車勞頓再跑一趟醫院重開處方箋、也無須再增加醫師看診的負荷，這樣對大家都好。這是社會最基層角落的問題，希望健保署、健保會及社保司，能夠想出解決方法，不要再談法，談法就什麼都沒有。

黃委員偉堯

我提出 2 點建議供大家參考，也請相關權責單位評估是否可行：

- 一、有關缺藥的問題，慢性病連續處方箋有 1 週的緩衝期，民眾若缺藥是可以提早去領藥，故缺藥只要不是超過 1 週的量，在現有制度下，應是可以解決的。但滿 3 個月後，仍是會缺藥，則可提早 1 週回診，即能解決缺藥的問題。
- 二、若是處方箋遺失，不知道雲端藥歷是否具有電子處方箋的法令效力？若有，以現在健保 IC 卡及醫事人員憑證 IC 卡，可以上網確認雲端藥歷，如果處方箋遺失，只要能在雲端藥歷設有註記功能，或可解決處方箋遺失問題，直到下次回診再拿新的處

方箋，就無須因為遺失處方箋而回診。

傅主任委員立葉

委員對本案所提意見，送請健保署與食藥署參考，共同研議處理方式，以解決問題。接下來進行例行報告。

蔡委員登順

主席，程序問題，我剛有提出若時間許可下，可以討論臨時提案。當然是尊重主席的裁量權，主席可以視時間狀況，決定是否允許討論臨時提案。

傅主任委員立葉

該案已列在臨時動議。

蔡委員登順

臨時動議，是否在專案報告結束後才討論？

傅主任委員立葉

是的。接下來進行例行報告第一案，請周執行秘書淑婉報告。

柒、例行報告第一案「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

周執行秘書淑婉

一、主席、各位委員，大家早安！請大家翻到會議資料第 41 頁，說明一，上次委員會議決議(定)事項，計有 7 項，依辦理情形建議解除追蹤 4 項，繼續追蹤 3 項，最後仍將依委員議定結果辦理，以下就辦理情形簡要說明：

(一)擬解除追蹤共 4 項：

- 1.第 1 項，有關第 2 次委員會議紀錄之例行報告第二案，增列但書文字，該項修正文字業於本年 5 月 15 日更新本會網頁公開之議事錄。
- 2.第 2 項，委員對 107 年度健保基金附屬單位預算書之意見，健保署回覆將納入以後年度預算編列之參考。
- 3.第 3 項，107 年度健保總額範圍(草案)諮詢案，本會於本年 5 月 5 日將委員意見函送衛福部參考，衛福部已在 5 月 12 日將該草案陳報行政院，相關公文及內容如第 66~96 頁附錄二，本會意見則列於第 91~93 頁，請各位委員參閱。
- 4.第 4 項，有關健保署 3 月份業務執行報告，健保署對委員所提意見之說明，列於第 48~49 頁，健保署並將配合修改名稱為業務執行季報告。

(二)擬繼續追蹤共 3 項，因幕僚均有訂定解除追蹤之條件建議，健保署與社保司皆有提出目前辦理進度，俟相關單位辦理完成後再提報，本次就不逐一報告。

二、說明二，剛於擬解除追蹤項目已提到衛福部於本年 5 月 12 日將 107 年度健保總額範圍(草案)陳報行政院，相關資料在會議資料第 66~96 附錄二，請委員參看。

三、說明三，本會於本年 5 月 12 日召開「全民健保財務平衡及收支連動機制」專家學者諮詢會議，紀錄在第 99~101 頁附錄四，另與會人員發言紀錄，列於今日所提供之補充資料中，後

續會請健保署提供模擬試算資料，預定於 6 月份委員會議提出修正草案。

四、說明四，本會將於本年 7 月 20、21 日假集思交通部國際會議中心國際會議廳，舉辦總額執行成果發表暨評核會議，敬請委員踴躍參加。

五、說明五，關於本會之會議實錄應於會議後 10 日內公開，因適逢端午連假，實錄將於 5 月 28 日送請各發言者確認，在此拜託大家，於 5 月 31 日下午 4 時前回覆修正內容，俾利後續公開作業。

六、說明六，衛福部及健保署於本年 4 月份發布及副知本會之相關資訊：

(一)衛福部於本年 4 月 28 日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，修正重點主要在住院護理費加成方式及申報規定、開放適用表別至基層院所有 25 項等，委員可參閱幕僚整理之修正重點。

(二)健保署於本年 4 月 13 日公告修訂 106 年度牙醫總額特殊醫療服務計畫。

(三)健保署於 4 月 14 日公告 4 項中醫醫療照護計畫新增及異動之承辦院所及醫師名單，各計畫參與及異動之院所數及醫師數，請參閱會議資料第 44 頁。

(四)及(五)為健保署於 5 月 12 日公告第 2 類第 1 目被保險人之投保金額下限為 24,000 元，及第 3 類被保險人適用之投保金額為 24,000 元，修正自 107 年 1 月 1 日起實施。

七、另補充報告，本會 105 年年報已製作完成，置於委員桌上，請各位委員存參。

傅主任委員立葉

請問委員有無詢問？

黃委員偉堯

請問第 42 頁所指議事錄應於會議後 10 日內公開，10 日之算法為

何？應為工作日，較合理。

周執行秘書淑婉

為日曆天。

黃委員偉堯

所以直接就是會議後 10 日，不是按工作日。

傅主任委員立葉

先請蔡委員登順，再請李委員永振、何代理委員語。

蔡委員登順

有關會議資料第 42 頁，修正住院護理費加成方式及申報規定，是否僅有住院護理費才加成，其他護理費用是否也比照辦理？以前編列護理的特別預算 20 億元，並未規定僅能用於住院護理方面，只要是護理人員，我們同意可用於增聘護理人力降低工時、增加薪資與夜勤津貼，當時有這樣的註記。(註：99~103 年編列提升住院護理照護品質專款，104 年自專款項目移列至一般服務)

蔡副署長淑鈴

有關蔡委員登順提的護理費，當時編列的專款(後改列一般費用)為住院護理費，用於調升住院護理費，並將護病比與給付連動。本次的修正，即為護病比與給付連動內容的修正。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

一、主席，各位委員好，請翻開會議資料第 45 頁，擬解除追蹤案件第 2 及 3 項，其實健保會的幕僚相當辛苦，目前雖列為「解除追蹤」，但我們上次的結論中也沒有落下真正追到甚麼的決議，若要繼續追蹤，也不知道從何追起，未來類似的案件該如何處理？應再好好思考。如項次第 2 項，上次會議委員針對「107 年度全民健康保險基金附屬單位預算書」所供諸多意見，健保署回覆為：有關委員對「107 年度全民健康保險基金

附屬單位預算書」所提意見，將納入以後年度預算編列之參考。但委員所提出的意見，7、8 成是與 107 年度的時空背景有關，未來年度可能物換星移而無法適用，只有少數意見屬長期建議可以適用。坦白說要本會幕僚繼續追蹤也很難有著力點，本項雖列為「解除追蹤」，但似乎是強渡關山，以後應該要作業提前或讓委員知道這件事就好，不需要送委員會備查，不要再浪費大家的時間？我記得上次本案也花了很長的時間進行討論，卻僅得到這樣空泛的回覆。

- 二、第 3 項也是一樣，我不曉得我們在會議結論列出了很多意見，但衛福部到底有沒有考慮這些，從衛福部送出的草案內容(會議資料第 91~93 頁)來看，以委員建議「陳報行政院時，除呈現高、低推估值之財務影響評估外，也應提供不同成長率下(例如每成長 1%)，對過去 3 年及未來 3 年的財務影響，供行政院核定參考」為例，似乎沒有列入。這類的情形將來如何處理，可能需要再研議，否則幕僚也很為難，要追蹤也無法追蹤，要解除追蹤也沒有依據。或者就不要放在這邊為難幕僚。
- 三、會議資料第 46 頁，擬繼續追蹤之第 3 項，我對解除追蹤與否沒有意見，但只有 1 個疑問，健保署和社保司對法律有明文規定的投保金額下限調整，都可因委員建議而從善如流，將施行日期展延至 107 年 1 月 1 日起實施，但為何本會討論 5、6 次之健保法施行細則第 45 條，法律未有明定的內容，卻逕下結論，原因為何？我對這點比較好奇。法律有明文規定的，彈性處理，法律未明文規定的，卻依己見結算？謝謝。

傅主任委員立葉

有關李委員永振的疑問，請社保司回應。

商委員東福

謝謝委員的指教，關於委員的疑問，簡要說明：

- 一、有關職業工會投保金額申報下限調整案為何彈性處理的疑問，因上次會議中委員已進行充分的討論，我就不再贅述。

二、關於施行細則第 45 條，之前有在會議上說明，本案未涉及違法，而是在邏輯層面上的不同，當然李委員永振有不同的意見，但我還是重申這是不是算術或違法的問題，而在態度或觀念上的不同。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

有關施行細則第 45 條，我要表達的是，在計算公式中扣除 68.5 億元來計算，扣除的法令依據在哪裡？我說的法律沒有依據，是說法律並沒有免除這 7 類被保險對象與投保單位繳納保險費的法律責任！

商委員東福

我們對李委員永振的意見一直都很重視，之前健保會也有建議請本案再召開會議討論，我並沒有把這件事情忘掉，還是會做後續的處理。請本司同仁再補充說明。

蔣科長翠蘋

李委員永振曾於先前會議請本部檢討相關法規，目前本司已就相關法規進行檢視，並召開專家學者的諮詢會議，惟因涉及條文較多，且需考量當初立法過程等因素，故未立即回應。本司刻正就相關法規、計算邏輯及專家學者意見等進行綜整，請委員再多給我們一些時間，俟資料整理完成後，會主動跟委員進行說明，以上補充。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、今年援例於 7 月辦理各部門總額執行成果發表與評核會議，如同我剛才發言所述，據呂醫師的說法，醫院評鑑都是造假，我不知道這說法是否屬實，但若醫院評鑑的內容真的是造假，則評核會議的資料是否也有造假的可能？因此請本年度的評核委員能夠用心查證資料內容，因為我們無法知道內容是否真實。

我也曾任 6 年的教育部科技大學評鑑委員，期間一直反覆查看許多資料，進行相互的對照。醫院評鑑到底有無造假我也不清楚，但目前網路上有很多轉傳的資訊，在此提出來請大家注意。

- 二、雖然前 2 次的委員會議我沒有參與，但都有詳讀會議資料與紀錄，有關「一例一休所增加的醫院人事成本」部分，我查閱第 2 及 3 次委員會議議事錄後，發現沒有委員提出醫院自費與健保收入各約 50%，因此醫院因一例一休所增加的人事、管理及折舊的成本不應全由健保支應。而衛福部報行政院函文(會議資料第 66 頁)，並未提到這 1 點，這是不公平的。下個月工業總會將聯合其他的工商團體，向行政院反應這件事。
- 三、醫院不管公、私立或財團法人，依據健保法規定，與健保特約的醫院都需要提供財務報告以依法監督，健保署的立場若認為非健保收入就不需監督，那就於法不合。以公車業者為例，渠與縣市政府簽約後，財務報告均須提報予縣市政府，否則將無法核實擬定公車的票價。我想這些從法規上要再詳加思考。
- 四、106 年度醫院醫療給付費用總額公告中，優先以 60 億元調整重症項目，聽說只編了 16 億元給重症，其餘 44 億元移到哪裡去了？今年醫院總額公告以 60 億元優先調整重症項目，是否有依法辦理？我認為本款項的分配若有疑義，日後監察院亦會進行調查，請健保署注意。
- 五、106 年度醫院醫療給付費用總額公告中，醫學中心與區域醫院之初級照護案件不得超過 105 年之 90%，超過部分不予分配，請健保署定期提報進度，謝委員天仁希望要每個月提報，我想最少要每季提報本案進度，謝謝。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、主席、各位委員大家好，請看會議資料第 41 頁第 2 點第 1 項

後段「以及配合國家政策(一例一休等)，爰建議 107 年全民健康保險醫療給付費用成長率範圍，訂為 2.349%至 5.631%，估計整體健保醫療費用(含應自行負擔費用)介於 6,999 億元至 6,914 億元」，中間差距 85 億元，請補充說明。

二、請翻開會議資料第 44 頁，我是在地的雲林人，除了關切公務人員權益外，對於偏鄉的因城鄉差距所造成醫療品質落差也是我關切的重點。有關第 44 頁所列的 106 年中醫專案計畫承辦院所及醫師數資料，請健保署再提供雲林縣的數據給我參考。為深入瞭解雲林縣的醫療資源議題，我另拜會雲林縣醫界意見領袖，如：醫師公會吳理事長欣席、診所協會塗理事長勝雄、中醫師公會黃理事長上邦及牙醫師公會沈理事長茂茶等，交換意見，不知道健保署是否有針對偏鄉(如雲林縣)的特殊計畫或照護，希望健保署能針對偏鄉地區多給予資源來照護民眾，謝謝。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

非常感謝何代理委員語對於評鑑制度的提醒，我真的要跟何代理委員語說謝謝。其實本會在座的醫院代表委員都具有醫院評鑑委員的身分，在此跟何代理委員語保證，我們絕對不會造假，我們都是實實在在去評鑑，尤其是以我的個性，你要我去造假是不可能的，在此跟何代理委員語報告，真的是不可能造假。但也要跟何代理委員語說明的是，你也可能會想起，台大醫院進行醫院評鑑後不久，怎麼就發生開刀房失火的意外？可能大家已經忘記這件事情，而我現在也是很坦白地提起，那棟是全新的建築，在醫院評鑑時評鑑委員也都有去查看，但因開刀房上方的電線走火引起火災。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

請謝委員武吉不要占用大家的時間，您想要跟我解釋的話，我們私下相約喝白開水說清楚就好，連咖啡都不用，我很樂意聽您跟我解

釋細節，但今天主席希望能 1 點就散會，您再找時間跟我解釋就好。

謝委員武吉

- 一、我再跟何代理委員語說明，屏東縣恆春鎮南門護理之家與衛生署新營醫院北門院區護理之家的火災都是因為人為縱火導致，醫院評鑑時委員都有很認真的在進行評鑑工作。
- 二、另要拜託何代理委員語瞭解，台北市是京畿所在地，雲林縣出身的委員也都知道地方現況，地區醫院，尤其是南部的地區醫院，收到的自費醫療費用有 5 至 6%就很高了，絕對沒有到 50%，若要討論自費收入，拜託不要將地區醫院納在裡面，我們地區醫院真的沒有那個本事有 50%那麼多可以賺。

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

主席、各位委員及在座各位大家午安，我有 1 點請教與 1 點感謝：

- 一、請翻開會議資料第 41 頁第 2 點第 1 項，有關一例一休部分，我認為若本項要增加費用，應提出很明確的項目和數據。因為一例一休目前鬧得天翻地覆，勞工沒有多賺到錢，反而不會增加雇主成本，醫院開診應有相關的數據可供參考，但醫院人員本來就是以輪班為主，為何以一例一休來增加那麼多成本，這是我的 1 個請教。
- 二、請翻開會議資料第 44 頁第 4 點，感謝在座的委員同意我的提案，也感謝衛福部及健保署的體諒，對於最弱勢、基層勞工團體的不公平保費計算能從 7 月 1 日實施延後半年至 107 年 1 月 1 日起實施。我在此呼籲施行細則第 46 條第 1 項應進行修改，否則相關公、民營機構員工，如以台積電員工光年度獎金動輒上百萬為例，其投保薪資，與無一定雇主或自營作業而參加職業工會之基層勞工薪資有何關係？本法已不合時宜，我在此呼籲應儘快進行施行細則修法事宜，也請各位委員幫忙，謝

謝各位。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、主席、各位委員大家午安，我也是針對第 41 頁第 2 點第 1 項「配合國家政策(一例一休)」提出意見，我不知道為何要獨厚醫界，所有的政府機關及民間企業通通受到一例一休的影響，為何政府不補助工商業、製造業及服務業？只有醫界獲得補助？自從我接任健保會委員後，對此就非常有意見，因為社會各行業都受一例一休影響，不是只有醫界實行一例一休，而產業的設備改善、人員聘用，雇主都需要自己付出，為何只有醫界是由政府付出？這是非常不合理的。
- 二、剛才林委員錫維所提建議，施行細則 46 條第 1 項真的需要進行檢討，請不要再用公、民營事業機構受雇者平均投保金額累積調升幅度為計算方式，現在雖然延後至 107 年 1 月 1 日起實施，但事實上根本不應該用此公式來調高為 24,000 元，應重新檢討公式，而非以拖延戰術暫緩施行，否則到明年 1 月 1 日問題應然存在。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

依我的看法，這是社保司的責任，非本會權責，請商司長東福儘快提出修正草案，進行後續修法事宜，謝謝。

傅主任委員立葉

- 一、本案討論到這裡，委員所提意見請健保署、衛福部社保司等相關單位參考。
- 二、有關擬解除追蹤之項次 2、3，剛才李委員永振建議幕僚再檢視有無需追蹤之具體事項。請李委員永振。

李委員永振

剛才所提請幕僚檢視之意見，似乎也有為難之處，應更正為請健保署或衛福部社保司針對委員所提建議，區分可行項目及如何處理、不可行項目及其原因等，於書面回覆中條列清楚即可。

傅主任委員立葉

李委員永振的意見是請健保署及社保司爾後回覆意見時應該具體條列清楚。

陳委員亮良

主席，不好意思，剛剛提到會議資料第 41 頁第 2 點第 1 項(衛福部報行政院之 107 年健保總額範圍)「估計整體健保醫療費用(含應自行負擔費用)介於 6,999 億元至 6,914 億元」為何僅差距 85 億元？另，會議資料第 44 頁，請提供中醫 5 項專款計畫雲林縣承辦的院所數、醫師數(人次)累計統計資料。謝謝。

周執行秘書淑婉

補充說明，會議資料 P.41 說明二.(一)數字部分為幕僚誤繕，應更正為「估計整體健保醫療費用(含應自行負擔費用)介於 6,699 億元至 6,914 億元」，將會更正。

傅主任委員立葉

委員如果沒有其他意見，本案洽悉。請謝委員武吉。

謝委員武吉

主席，請不要洽悉。請翻閱會議資料第 8 頁，上次會議討論案第一案決議是委員所提意見請健保署參辦，不是參酌，也不是酌參。但本次會議資料的決議(定)事項辦理情形追蹤，都沒有寫，不知道什麼原因。

周執行秘書淑婉

再補充說明，在會議資料第 46 頁擬繼續追蹤之項次 2，有關「106 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，列有健保署回覆之辦理情形，請各位委員參閱。因本案未達解除追蹤條件，將繼續追蹤。

傅主任委員立葉

本案可否洽悉。

謝委員武吉

健保署回應是屬暫時性的回答，應繼續追蹤。

傅主任委員立葉

是的，本項照原列建議繼續追蹤，其餘洽悉，接著進行例行報告第二案。

捌、例行報告第二案「中央健康保險署『106年4月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

傅主任委員立葉

本次不進行口頭報告，委員對於業務執行報告的書面資料，如有意見，可否提供書面意見，再請健保署書面回覆？請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

時間因素，以下幾點意見，請健保署提供書面回覆即可：

- 一、今年初 C 肝新藥已納入健保給付，已執行 5 個月，宜請說明目前使用人數及費用執行情形。建請健保署於 7 月份委員會議對於 C 肝新藥 106 年上半年執行情形進行專案報告。
- 二、先前給付 C 肝新藥的條件較為嚴苛，但依據媒體報導，健保署已於本年 5 月 15 日放寬給付條件，請問目前執行情形為何。健保署讓 C 肝新藥降價並納入健保給付，這成為衛福部前往 WHA（世界衛生大會）重要議題之一，希望我國 C 肝新藥政策能做為其他國家公共衛生的借鏡，以更凸顯台灣健保的價值。
- 三、媒體曾報導 C 肝新藥副作用致死案例，請問健保署是否有針對這些案例追蹤致死的原因？在 C 肝治療上，新藥藥物安全是個重要議題，媒體也十分關注，但因新聞陸續出現新藥副作用的報導，造成負面影響。若民眾對 C 肝新藥沒有正確了解，恐會因媒體報導而影響少數民眾使用新藥的意願。建議健保署應有配套措施，透過宣導將 C 肝新藥及藥物安全情形民眾知道，讓患者了解 C 肝新藥並非那麼不安全，能夠安心接受治療。
- 四、媒體大幅報導楊梅區維蓮診所重複使用針具造成 C 肝群聚感染事件，目前情形為何？也請說明。
- 五、陳部長時蒞臨本會第 3 次委員會議時，提及衛福部成立「少子女化對策辦公室」，顯示政府對於提高國人生育率的重視。其中，兒童醫療也是重要的議題，想了解現行健保支付兒童醫

療的醫材項目有哪些？

傅主任委員立葉

有關趙委員銘圓的意見，請健保署提供書面回覆。請問委員有沒有其他意見？請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、請翻閱業務執行報告第 39 頁，有關「全民健康保險-總額部門別醫療點數統計」相關表格，統計資料顯示，106 年第 1 季件數皆呈現減少，但平均每件醫療點數呈現上升，希望健保署要提出管理措施。
- 二、醫院總額內實施醫院自主管理，有的分區管控個別醫院總額，管控效果都比較好。其中管理指標之一是按季歸戶的就醫人數，但該指標屬正向指標，是在鼓勵多看病人，這是不應該的，建議健保署應刪除按季歸戶就醫人數之指標。
- 三、上次會議也曾提出慢性病連續處方箋的問題，醫師開立慢箋給病人，病人第 1 次會在醫院或到旁邊藥局拿藥，但第 2 次就會拿慢箋到社區藥局拿藥，藥局申報慢箋藥費卻由醫院代付。若醫院參加醫院醫療費用的管控計畫，也會進行藥品小總額管控藥品費用，而藥局申報慢性病連續處方箋藥費占率約 4% 以上，對參加自主管理、沒有衝量的醫院而言，不管醫院大小都會造成嚴重虧損。在此，建議健保署組成專案小組研議解決方案。慢性病連續處方箋的目的是給病患方便，但不該因此造成醫院虧損，甚至還追扣醫院費用，這非常不公平。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

我詢問的事項，請健保署提供書面資料。另我剛才也有提到，請健保署於 7 月份委員會議對 C 肝新藥半年執行情形進行專案報告，再請主席裁示。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

2 點請教：

- 一、查上(第 3)次委員會議業務執行報告第 7 頁「全民健保財務收支分析表」，106 年 1~3 月保險給付成長率分別 5.75%、5.75%及 6.59%，本次委員會議業務執行報告第 7 頁表 5 顯示，106 年 4 月保險給付成長率 6.41%，106 年截至 4 月底小計保險給付成長率為 6.13%，依備註 2 說明「保險給付成長率為 6.13%。主要係因去年同期代辦醫療補助預估與實際數差異，調整減列保險給付，以致保險給付成長率較總額協商成長率高，如排除相關影響數後，本年度截至 4 月保險給付較去年同期成長為 5.82%」，但仍高於 106 年度健保醫療給付費用總額成長率 5.642%。本項先不用口頭答覆，請健保署於 106 年第 2 季繼續追蹤，並於 7 月份季報提出保險給付成長率高之原因分析報告。
- 二、本年 4 月 22 日媒體報導，健保署查核健保高薪低報，查核缺繳金額高達 15.8 億元，給予肯定。但對報導中健保署科長對查核結果的分析解釋，提出以下幾點分享及詢問：
 - (一)「高薪低報人數增加，但整體投保人數也增加，比例未明顯變化」部分，我抱持懷疑的態度。近 3 年查核到高薪低保的人數成長率約 29%(102 年 13.8 萬人，105 年 17.8 萬人)，但近 3 年整體投保人數不可能成長 29%，因此高薪低保人數占率一定是有增加。
 - (二)「雇主與健保署認定的投保薪資定義不同，而產生誤解」部分，請問健保署如何進行宣導，以減少雙方對投保薪資定義解讀的落差。
 - (三)「收入如果不列在投保薪資，也會被課徵補充保費，對業者或被保險人未必有利」部分，請健保署提供相關分析及說明。

(四)「經查仍不配合改正才會開罰」部分，請健保署檢討相關罰則。

三、本次健保署查核 105 年度健保高薪低報情形，第 2 類被保險人有 7,400 人，而本會上次(第 3 次)委員會議討論「現行職業工會會員申報健保投保金額下限，其調整竟以公、民營事業機構受僱者平均投保金額累積調升幅度為計算方式，造成職業工會勞工沈重負擔，顯不合理」案時，健保署為何沒有提供查核第 2 類被保險人高薪低報相關資料給本會參考？

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、委員都非常關心北高兩市積欠健保費補助款之議題，在此呼籲，高雄市政府係執政黨執政的縣市之一，但其還款意願及計畫，似乎無誠信、誠意可言。建議是否於中央撥付統籌款予高雄市政府時，先扣除高雄市積欠健保費補助款金額，返還積欠款給健保署。否則依據高雄市政府提出的還款計畫，擬將還款期限延至 111 年，屆時可能因執政團隊不同，恐怕又無法還款。
- 二、高雄市政府與政府團隊同為執政黨，但一直拖欠健保費，實無道理可言，做歹耒頭（台語，壞榜樣、不好的帶頭者），等同於鼓勵大家積欠健保費不還款。若只是請中央介入協助解決，還不如健保署向中央提出解決辦法，請中央配合解決問題。政府不該帶頭欠費，民眾如果積欠健保費，則會被健保署提告，以查封、從銀行扣除薪資所得等方式要求還款，如果政府不先守法，難以讓民眾信服。因此，請健保署應要求高雄市政府落實還款作業。謝謝。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

本人認同林委員錫維對北高兩市積欠健保費的看法，積欠保費涉及我國民眾健康議題，此舉實不應該，應請北高兩市政府盡速還款。因主席答應謝委員武吉於下午 1 時結束會議，在此對健保署李署長伯璋帶領的團隊提出本業務執行報告給予肯定，感謝健保署同仁在第一線推動健保業務辛苦的付出及醫界付出，才能讓民眾享受優質健保醫療服務。以上簡單報告，謝謝。

傅主任委員立葉

- 一、謝謝，委員有沒有其他意見？本案綜整各位委員意見，依趙委員銘圓建議，請健保署 7 月份提出半年來 C 肝新藥執行情形專案報告。各位委員所提意見，請健保署參考或書面回覆，其餘洽悉。
- 二、今日會議原本預計下午 1 點鐘結束，現在時間已經超過，效率有待改進，向各位委員致歉。主要考量各位委員代表相關團體，希望能有充分發言的機會。但為了讓議事進行更有效率，如果委員容許，下次會議我會強勢一點，嘗試快點裁示，屆時還請委員原諒我的不禮貌。端午節即將到來，預祝大家佳節愉快，謝謝！（大家鼓掌）

干委員文男

最近本會會議時間似乎有提早結束的現象。請問為何本次會議訂於下午 1 時結束？

傅主任委員立葉

本次是特例，因適逢端午連續假期，考量部分委員路途遙遠，須儘早離開，以避開連假人潮，因此本次會議較以往提早結束，請見諒。

干委員文男

這可以體諒。

傅主任委員立葉

請委員見諒，本次會議到此結束，散會。謝謝大家！

盧委員瑞芬書面意見

- 一、請健保署在保險財務業務部分，增列「補充保險費金額及六類非薪資收入的類別占率」(可列於附註)。
- 二、觀察補充保險費金額及類別占率，有助瞭解補充保險費挹注保險財務的趨勢。