衛生福利部全民健康保險會 第2屆104年第2次委員會議議事錄

中華民國 104 年 3 月 27 日

衛生福利部全民健康保險會第2屆104年第2次委員會議紀錄

壹、時間:中華民國104年3月27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:

林委員敏華

侯委員彩鳳

張委員文龍

張委員煥禎

張委員賜

國泰人壽陳稽核襄理炳宏(11:15以前代)

中華民國全國漁會輔導部施專員金蓮(代) 中華民國牙醫師公會全國聯合會陳常務理事彥廷 (11:12以前代)

佑民醫療社團法人佑民醫院謝董事長文輝代

中華民國醫師公會全國聯合會陳常務理事宗獻(10:30~13:00代)

蔡委員登順潘委員延健

滕謝謝戴羅委員委員員長

台灣社區醫院協會朱監事長益宏(代)

肆、請假委員: 李委員成家 蔡委員宛芬

伍、列席人員:

本部社會保險司中央健康保險署

本會

紀錄:陳燕鈴、林淑華

陸、主席:鄭主任委員守夏

柒、主席致詞(略)

捌、議程確認

決定:確定。

玖、例行報告

第一案

案由:確認本會上(第1)次委員會議紀錄,請 鑒察。

決定:

一、臨時提案「針對立法院 1 月 22 日三讀通過漁業法 第 69 條之 2 修正案,另要求健保署返還 98 年 1 月 1 日起至該法修法生效日止之已收健保費,且對欠 繳者不再催繳及罰鍰一案,本會應表示反對此一違 反保險權利義務之事,該法通過前之欠費及滯納金仍應依法繳納,已收取之保費不應返還」之決議,修正為「本案雖未獲全數委員同意,但尊重委員對漁業法修正案所表達之反對意見」。至「以本會名義對外發表意見之議案須符合之條件」,另以臨時提案處理。

二、餘確定。

第二案

案由:本會上(第 1)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告,請 鑒察。

決定:

- 一、上次委員會議決議(定)事項辦理情形洽悉。
- 二、本會 104 年度工作計畫如附件一,請各負責單位配 合辦理。
- 三、本會委員會議之議事作業,經以問卷調查,委員之 共識如下,嗣後將依之辦理:
 - (一)會議起始時間,維持現行之上午9點30分。
 - (二)委員座位安排,維持現行之「依委員代表屬性且 固定位置」方式。
 - (三)各議案進行時間設定為:討論案 30 分鐘;報告案 20 分鐘。若遇複雜議案,主席可酌予延長時間,但以不超過 50%為原則。
 - (四)委員於每案之發言,以3次為原則。
 - (五)新任委員說明會,依渠等之多數意見,先不辦理,但提供相關書面資料供參,並就委員需要提供個別說明。

第三案

案由:104 年度各部門總額執行成果評核作業方式案,請 鑒察。 決定:「104 年度各部門總額執行成果評核作業方式」如 附件二,請中央健康保險署及各總額部門配合時程 提供所需資料。

第四案

案由:有關編列於其他預算之「提升保險人管理效率」項 目,將依政府預算編製程序,於當年度總額協商前 即先編列預算,謹向 貴會報告,請 鑒察。

決定:請中央健康保險署於 105 年度總額協商時,提供編列該項經費所援引法條、詳細用途,及其與行政經費之區隔、104 年度執行情形等資料供參酌。

第五案

案由:104 年 1、2 月份全民健康保險業務執行報告,請 鑒察。

決定:

- 一、有關委員對「表 5-1 全民健保財務收支分析表(權責基礎)」之詢問,請中央健康保險署辦理下列事項:
 - (一)對政府應負擔健保總經費 36%乙節,應請就主計 總處與中央健康保險署之核算,分別呈現於財務 收支分析表中,而非僅以備註方式說明兩者核算 後之差異數。
 - (二)102 年度預算已完成決算程序,惟前於 103 年 6 月份業務執行報告所呈現當年度兩種核算方式之 差異為 158.36 億元,本次於備註欄所列卻為 192.57 億元,爰請分析並說明其原因。

二、餘洽悉。

拾、討論事項

第一案

提案單位:本會第二組

案由:全民健康保險年度總額對給付項目調整之處理機制 案,續提請 討論。

決議:訂定「全民健康保險年度總額對給付項目調整之處 理原則」如附件三,請各負責單位配合辦理相關事 官。

第二案

提案單位:中央健康保險署

案由:因 103 年登革熱疫情嚴峻,高雄市衛生局建請由 「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」 支應高雄市登革熱住院病患醫療費用案,提請 討 論。

決議:

- 一、同意中央健康保險署所提,本案未符合本會前所訂定「『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目之適用範圍與動支程序」之「提案前審議」標準。
- 二、嗣後若擬動支「其他預期政策改變及調節非預期風 險項目所編經費」,應依程序辦理,並於認定符合 評估指標值後,再提至本會討論。

拾壹、專案報告

報告單位:中央健康保險署

案由:全民健康保險業務監理指標之監測結果,請 鑒 察。

決定:請中央健康保險署參酌委員所建議之指標分析方向 (整理如附件四),並衡酌適用性後,納入下次之報 告內容中,俾利問題之檢討、改善。

拾貳、臨時提案

第一案(提案如附件五)

提案人:謝委員天仁

連署人:蔡委員登順、干委員文男、莊委員志強、張委員賜 代表類別:保險付費者代表

案由:以健保會名義對外發表意見之議案須符合之條件 案,提請 討論。

決議:本會議決事項之對外發布,除依「全民健康保險會組成及議事辦法」第 14 條規定辦理外,若另有其他認須以健保會名義對外說明者,應提出動議,並取得過半數出席委員之連署,經決議通過後,由主席或指定人員統一發布。

第二案(提案如附件六)

提案人:陳代理委員宗獻(蔡委員明忠代理人)

連署人: 黃委員啟嘉、朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)、 潘委員延健

代表類別:醫事服務提供者代表

案由:因應「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保 障條例」第 16 條修訂公告,所衍生之醫療費用及 預算編列,如何因應,提請 討論。

決議:104年2月4日總統令公布之「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」第16條修正條文,明顯增加「健保給付範圍」及「保險支出」;而依全民健康保險法第5條規定,「保險給付範圍之審議」屬本會權責,但該條例於研修過程並未徵詢本會意見,缺乏程序正義,且不尊重本會法定權限。為免影響全民健保之永續經營,爰建議:

- 一、條例之修正,將原由政府負擔之費用轉由全民健保 給付,請衛生福利部應有相對之財務規劃,以利 106年度總額協商。
- 二、未來若有涉及調整保險給付範圍或影響財務平衡之

類似修法案,請衛生福利部先徵詢本會委員意見,而中央健康保險署於得知相關訊息時,亦應即時、主動於最近之委員會議提報。

拾參、散會:下午2時。

全民健康保險會 104 年度工作計畫

類別	工作項目	預定時程	負責單位	備註
監理	專案報告:			
業務	1.「罕見疾病、血友病藥 費及新增罕見疾病特 材」費用成長之合理性 分析檢討報告	4月	健保署	依 103 年第 9 次及 104 年 第 1 次會議決議(定)事項 辨理
	2.藥價調整對病患權益 影響及各層級醫療院 所產生藥價差百分比 之評估報告	4月	健保署	依 103 年第 11 次及 104 年 第 1 次會議決議(定)事項 辦理
	3.「提升住院護理照護品 質計畫」之支付方式及 護理人力指標監測結果	5月	健保署	依 103 年第 9 次會議決 議事項辦理
	4.健保代位求償執行情 形與成效報告	5 月	健保署	依 103 年第 6 次及 104 年 第 1 次委員會議決議(定) 事項辦理
	5.各部門總額需保障或 鼓勵服務,採點值保 障方式之合宜性探討 及改善方案	6月	健保署	依 103 年第 12 次及 104 年第 1 次會議決議(定)事 項辦理
	6.新醫療科技項目對財務之影響評估及替代效應	6月	健保署	1.依 102 年第 6 次及 104 年第 1 次會議決定事 項辦理。 2.本項先於 6 月份提 報,嗣後並依健保署建 議,列入業務執行報告 之「共同擬訂會議所通 過之新增品項利用情形 及財務影響」段落中一 併報告。(報告時程為每 年1月、7月)

類別	工作項目	預定時程	負責單位	備註
	7.104 年度各部門總額協 定事項重要計畫之之 行情形(含「鼓勵醫就 院所即時查詢病患就 醫資訊措施」之執 對益與經費使用情形 報告)	7月	健保署	1.依 102 年第 8 次會議 決定事項延續辦理。 2.依 103 及 104 年第 1 次 會議決議(定)事項辦 理。
	8.「全民健康保險藥品 費用分配比率目標 制」試辦方案之評估 與檢討	<u>7月</u>	健保署	依 103 年第 6、11 次及 104 年第 1 次會議決議(定) 事項辦理
	9.自由經貿區開放對醫療人力及全民健保之衝擊與因應策略(暫定)	俟條 條 係 分 通 後 排	醫事司 (健保署)	依 103 年第 11 次會議決 定事項辦理
	例行監理業務:			
	1.全民健康保險業務監 理指標之監測結果報 告		健保署	依 103 年第 5 次會議決 議事項辦理
	2.103 年度全民健保年終	3月	健保署、	依健保法施行細則第 3
	決算報告備查案 3.105 年度全民健保預算 備查案	4月	本會 健保署、 本會	條辦理 依健保法施行細則第 3 條辦理
	4.自付差額特殊材料品 項開放半年後之檢討 改善報告	5、12月	健保署	1.依 103 年第 3 次會議 決定事項辦理。
	5.自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告	12月		2.5 月份之報告視新品項收 載狀況而定。
	6.依委員會議決議(定)納ノ	 \「全民健康	[九行報告」之事項

類別工作項目	預定時程	負責單位	備註
監理 (1)全民健保補充保險費 扌	安季	健保署	依 102 年第 2 次會議
業務 就源扣繳及計收情形	(1 \ 4 \		決定事項辦理
,	7、10月)		
(2)共同擬訂會議所通過 4	每 半 年		依 103 年第 2 次會議
之新增品項利用情形 (1、7月)		決議事項辦理
及財務影響(含替代效			
應)			
(3)醫院總額層級別、分 扌	安季	健保署	依 103 年第 7 次會議決
區別及分區各層級醫 (1 • 4 •		定事項辦理
院之門、住診平均點 7	7、10月)		
值與浮動點值等資料			
(4)重大傷病醫療利用情 4	每 半 年		依 103 年第 7 次會議決
形 (1、7月)		定事項辦理
(5)保險病床變動情形	每 半 年		依 103 年第 7 次會議決
	2、8月)		定事項辦理
(6)若有相關法規經修正 目	即時、主		依 103 年第 12 次會
或擬修正,而致原非 動	動於最近		議決定事項辦理
由全民健保給付(如依 =	之委員會		
其他法令須由政府負 言	議提報		
擔)之費用,可能轉由			
全民健保總額預算支			
應之情形			
總額 1.105 年度總額協商架	3~6 月	本會	總額協商預備工作
協議構、通則及程序之討			
訂定論			
2.105 年度總額範圍報行	4月	社保司、	依健保法第60條
政院前之諮詢		本會	辨理
3.各部門總額執行成果評核	5~8 月	本會	總額協商預備工作
4.105 年度總額及其分配	7~12 月	本會	依健保法第 61 條
方式之協議訂定			辨理
費率 1.105 年度保險費率提請	本會協議	健保署	依健保法第24條
審議審議案	訂定總額		辨理
	後1個月		

類別	工作項目	預定時程	負責單位	備註
費率審議	2.105 年度保險費率審議 前專家諮詢會議	10~11 月	本會	
	3.健保署所提 105 年度 保險平衡費率案之審	11 月	本會	
保險給付及其	議 1.健保署所提自付差額 特殊材料品項之討論	5、12月	健保署、本會	依健保法第 45 條第 3 項及 103 年第 3 次會 議決定事項辦理
他討法事	2.健保署所擬訂 105 年 度抑制資源不當耗用 改善方案之討論 3.健保署所擬訂醫療服	配合健保署送會時程	健保署	依健保法第 72 條辦 理 依健保法第 73 條辦
	務機構提財務報告辦 法之討論 4.健保署所擬訂醫療品質 資訊公開辦法之討論			理 依健保法第 74 條辦 理
	5.健保署所提調整保險給付範圍方案之審議			依健保法第 26 條辦 理
	6.健保署所提不列入保 險給付之診療服務及 藥物項目之審議			依健保法第 51 條第 12 款辦理

註:委員會議若另有決議(定)事項,配合安排或調整相關工作項目。

104 年度各部門總額執行成果評核作業方式

壹、評核範圍

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

貳、辦理方式

一、評核會議之報告

由各總額部門及健保署提供各部門別之一般服務及專案計畫執行成果報告(報告大綱及提報單位,詳附表一~三),並於一個月前先提出書面報告,以供評核委員事先審閱。

二、評核委員

參考各總額部門推薦之名單,由本會邀請 4 至 8 位專家學者擔任評核 委員。

- 三、一般服務與專案計畫/方案評核會議
 - (一)會議期程:2天。
 - (二)第一階段:對外公開之會議(1天半)。
 - 1.依各部門總額一般服務及專案計畫之執行成果報告,由評核委員評論,並開放與會者提問。
 - 2. 參與人員

除本會委員、各總額部門相關團體與健保署外,另邀請衛福部相關單位與附屬機關,如:社會保險司、醫事司、照護司、心口司、中醫藥司、全民健保爭議審議會、國民健康署、疾病管制署等,以及民間團體,如:病友團體、社福團體、醫策會、消基會、醫改會等(名單如附表四)。

- (三)第二階段:評核委員內部會議(半天)。
 - 1.評核委員就各部門總額執行成果,進行意見交換與評分。最終除對 各部門總額之整體執行成果評分外,並對專案計畫/方案之規模、 經費等提供一致性建議。
 - 2.參與人員:主席、評核委員、本會幕僚。

参、評核項目與評分方式

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

評核項目	配分
一、一般服務執行績效 (一)就 103 年評核委員評論意見與期許之回應說明 (二)維護保險對象就醫權益 1.滿意度調查結果及檢討與改善措施 2.民眾諮詢及抱怨處理 3.民眾自費情形及改善措施 4.就醫可近性及公平性之改善措施 5.其他確保民眾就醫權益之措施 (三)專業醫療服務品質之確保與提升 1.品質指標監測結果及檢討改善措施 2.其他改善專業醫療服務品質具體措施 (四)總額之管理與執行績效 1.醫療利用及費用管控情形 2.點值穩定度 3.協商因素項目之執行情形(含支付標準修訂及新增給付項目) 4.專業審查及其他管理措施 5.院所違規情形及醫療機構輔導	75
(五)品質保證保留款實施方案 二、專案計畫/方案執行成效 (一)就 103 年評核委員評論意見與期許之回應說明 (二)預期目標達成度 (三)醫療服務效率 (四)醫療服務效益(照護率、民眾健康狀況或就醫可近性 提升)	25

註:列入評核之專案計畫/方案如附表三。

二、103年度未接受健保署專業事務委託之總額部門,由健保署報告執行成果,未受託部門得補充報告,並予以評分。

肆、評核結果之應用

一、評核結果依所獲分數,區分為下列五等級:

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

- 二、評核結果作為次年度總額協商之參考,評等「良」級以上之部門,酌給協商因素中「品質保證保留款」項目之成長率。
- 三、專案計畫/方案評核之相關建議,並作為次年協商該項專案經費增減及續辦與否之依據。

伍、104年度評核作業時程表

時間	作業內容
4月上旬	本會函請各總額部門及健保署,就所送一般服務及專案計 畫報告大綱格式準備資料,並請各總額部門推薦評核委員 參考人選。
5月中旬	各總額部門視需要請健保署提供相關資料。
6月中旬	健保署及各總額部門提送一般服務及專案計畫執行成果之書面報告。
7月上旬	健保署及各總額部門提送「各部門總額執行成果發表暨評 核會議」之簡報資料。
7月下旬	召開為期 2 天之「各部門總額執行成果發表暨評核會議」。

一般服務執行成果報告大綱

壹、就 103 年評核委員評論意見與期許之回應說明

貳、維護保險對象就醫權益

- 一、滿意度調查結果之檢討及改善措施
- 二、民眾諮詢及抱怨處理
- 三、民眾自費情形及改善措施
- 四、就醫可近性及公平性之改善措施
- 五、其他確保民眾就醫權益之措施

參、專業醫療服務品質之確保與提升

- 一、品質指標監測結果之檢討及改善措施
- 二、其他改善專業醫療服務品質具體措施

肆、總額之管理與執行績效

- 一、醫療利用(含全國及各分區)及費用管控情形
- 二、點值穩定度
- 三、協商因素項目之執行情形(含支付標準修訂及新增給付項目)
- 四、專業審查及其他管理措施
- 五、院所違規情形及醫療機構輔導

伍、品質保證保留款實施方案

- 一、預算及協定事項
- 二、分配方式(102、103年)
- 三、實施結果(102年)
- 四、檢討及改善方向(含104年方案修正重點)

陸、附錄

- 一、品質確保方案
- 二、品質保證保留款實施方案
- 三、其他視需要提供之方案內容

註:1.各部門總額之滿意度調查結果及品質指標監測結果,統由健保署提供。 (不計入無意見部分)

2.報告內容請至少提供 5 年(99~103 年)之數據。

專案計畫/方案報告大綱

壹、就103年評核委員評論意見與期許之回應說明

貳、103年計畫/方案目的及重點

- 一、計畫目的
- 二、執行目標
- 三、經費來源與協定事項
- 四、費用支付
- 五、執行內容
- 六、評核指標及退場機制

參、歷年執行情形及成效評估

- 一、預算執行數及執行率
- 二、目標達成情形
- 三、執行概況及結果,包含醫療服務提供及民眾利用情形、獎勵情 形等
- 四、成效評估,包含評核指標達成情形、就醫可近性及健康狀況改善情形、相關退場情形等

肆、檢討與改善方向(含 104 年計畫/方案修正重點)

伍、附錄:各項專案計畫/方案內容

專案計畫/方案提報單位

部門別	計畫/方案名稱	提報單位
牙醫	醫療資源不足地區改善方案	牙醫師公
	特殊服務計畫	會全聯會
	牙周病統合照護計畫	
中醫	醫療資源不足地區改善方案	中醫師公
	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫(包	會全聯會
	含:1.腦血管疾病;2.腫瘤患者手術、化療、放	
	射線療法後照護;3.顱腦損傷)	
	腦血管疾病後遺症門診照護計畫	
西醫基層	醫療資源不足地區改善方案	醫師公會
		全聯會
	家庭醫師及診所以病人為中心整合照護計畫	健保署
醫院	急診品質提升方案	健保署
	提升住院護理照護品質方案	
	繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵	
	醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案	
	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	
醫院、	慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫(註)、醫療給付改善	健保署
西醫基層	方案(糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝	
	炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育)	
其他預算	山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	健保署
	非屬各部門總額支付制度範圍之服務(含藥師居家照護)	
	支應罕病及血友病藥費、器官移植、西醫基層慢性	
	B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費及狂	
	犬病治療藥費	
	推動促進醫療體系整合計畫	
	其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費	
	ICD-10-CM/PCS 編碼	
	鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施	
	提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	
	慢性腎臟病照護及病人衛教計畫	

註:醫院之慢性B型及C型肝炎治療計畫,已於102年由專案計畫移至一般服務項下。

邀請單位與人數

相關單位		
1.健保會	本會委員	35
2.各總額部門相關團體	台灣醫院協會	10
	中華民國醫師公會全國聯合會	10
	中華民國牙醫師公會全國聯合會	10
	中華民國中醫師公會全國聯合會	10
3.衛生福利部相關單位	社會保險司	5
及附屬機關	醫事司	2
	中醫藥司	2
	護理及健康照護司	2
	全民健康保險爭議審議會	2
	中央健康保險署	20
	國民健康署	2
	疾病管制署	2
	心理及口腔健康司	2
	社會及家庭署	2
4.民間團體	台灣腎臟醫學會	1
	中華民國護理師護士公會全國聯合會	1
	中華民國藥師公會全國聯合會	1
	財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會	1
	財團法人台灣醫療改革基金會	1
	中華民國消費者文教基金會	1
	中華民國老人福利推動聯盟	1
	兒童福利聯盟文教基金會	1
	台灣女人連線	1
	財團法人罕見疾病基金會	1
	中華民國血友病協會	1
	財團法人肝病防治學術基金會	1
	中華民國糖尿病病友全國協會	1
	中華民國乳癌病友協會	1
	中華民國康復之友聯盟	1
	台灣氣喘之友協會	1

相關單位		名額
	財團法人中華民國腎友協會	1
	中華骨髓移植關懷協會	1
4.民間團體	財團法人羅慧夫顱顏基金會	1
	台灣腦中風病友協會	1
	台灣勞工陣線協會	1
	台灣社會福利總盟	1
	中華民國殘障聯盟	1
	台灣社會心理復健協會	1
	台灣醫療品質促進聯盟	1
	全國勞工聯合總工會	1

全民健康保險年度總額對給付項目調整之處理原則

壹、背景說明

依總額支付制度之設計,健保經費規劃及分配,第一層為政策與經費擬訂,屬主管機關衛福部權責(健保法第 60 條);第二層為分配,屬健保會權責(健保法第 61 條);第三層為擬訂「醫療服務給付項目及支付標準」、「藥物給付項目及支付標準」之細項分配,屬健保署權責(健保法第 41 條及第 42 條)。

為避免總額支付制度實施後,影響新醫療科技之引進,每年度協議訂定之總額,均含有「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」等項目之預算。惟依二代健保總檢討報告,各方對於「新醫療科技」之預算及其執行面,若無明確規範與共識,則醫界會因擔心點值而抗拒新醫療科技之引進,乃是必然,長期而言,不但影響我國醫療體系之發展,更影響民眾之權益。因此,建立年度總額對給付項目調整之處理機制,有其必要性。

貳、運作原則

- 一、調整給付項目所需年度財源,涉及財務平衡者,應於擬 訂報院總額範圍時預為安置。
- 二、主管機關交付協定總額時,給付項目調整之政策宜具體明確。
- 三、保險人研提之給付項目調整方案,應有整體規劃及經費預估。
- 四、健保會依政策目標及健保署或各總額部門所提給付項目 調整方案,進行總額協定分配。
- 五、依總額核(協)定事項落實與管控給付項目之調整。
- 六、總額核(協)定給付相關計畫執行結果之檢討。

參、作業流程

細部之作業流程如下表:

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

作業原則	時程	負責單位	作業流程
1.主管機關擬訂	1~3月	衛福部	(1)應先確定政策目標。
年度總額範		(健保署)	(2)為達目標而需配合調整(增修訂)給付項
圍:針對涉及			目或給付內容之經費,涉及財務平衡
財務平衡者,			者,一律納入估算,且預估試算應盡
應預為安置調			量具體。
整給付項目所			
需財源			
2. 主管機關交付	7~8月	衛福部	交議「年度總額協定案」時,宜一併提
健保會協定年			示具體明確之給付相關政策及財務影
度總額及其分			響,供後續協商遵循。原由政府負擔轉
配方式:應交			由健保給付之服務需有相關法源依據及
付供協商遵循			財務規劃。
之具體明確給			
付項目調整政			
策			
3.保險人研提年	8-9月	健保署	(1)依循政策目標及民眾需求,針對擬新
度給付項目調			增之給付項目或擬調整之給付內容,
整方案:涉及			提出包裹式之預算需求,納入各部門
財務平衡者,			總額協商方案之「新醫療科技」或
應整體規劃方			「其他醫療服務利用密集度之改變」
案(草案)內容及			項下,送健保會協商。
預估所須經費			①引進新醫療科技:
			A.醫療服務:依目前之推估方式,將
			擬新增之給付項目(含包裹支付特
			材之項目)、擬調整之給付內容及
			所估列預算,納入「新醫療科技」
			協商因素項目。
			B.藥物(含新增品項及新增品項於 5
			年內之給付內容調整):
			依目前之推估模式(新藥及新特材
			納入給付5年內及新增品項於5年
			內調整給付內容之實際費用影

作業原則	時程	負責單位	作業流程
			響),估計新藥物下年度所增加預
			算,納入「新醫療科技」協商因素
			項目。
			②健保已給付5年以上藥物品項之給付
			內容調整:
			A.對於財務衝擊較大之給付內容調整
			品項, 彙整共同擬訂會議之結論,
			納入年度總額協商考量。至於財務
			影響小之品項,建議共同擬訂會議
			可優先通過,以利時效。
			B.本項之財務影響,可考慮納入「其
			他醫療服務利用密集度之改變」反
			映。
			(2)應併提「資源配置及財務平衡方
			案」,包含擬新增項目或給付內容調
			整之財務試算(含新舊藥品替代率、
			其他替代效應等)、各項目之給付優
			先順序,及可用財源(如:調降藥物支
			付價格、取消不具效益之給付項目等
			相關節流措施之效益),以利總額協商
4 1h 1m 1 h 1 h 1 h 1 h 1 h 1 h 1 h 1 h 1	0.0.11	14 m A	之順利進行。
4.健保會協議訂	8~9月	健保會	(1)依主管機關交付之總額範圍及政策目
定年度總額:			標,並就健保署及各總額部門所擬給
依政策目標及			付項目調整方案,考量付費能力及過
健保署或各總			去執行成果,協議訂定該年度「新醫」
額部門所擬給			療科技」及「其他醫療服務利用密集」
付項目調整方 案,進行協定			度之改變」等項目之相關預算。 (2)明立總額協定事項,以利落實執行。
亲, 连行 励 及 分配			(4)71业总领励及事项,从们沿具执行。
5.保險人依總額核	 全年	健保署	(1)各部門總額經核定後,對新增給付項
(協)定事項,落	エー	N IN H	目及調整給付內容之預算,應確依核
實與管控給付項			定事項執行,並於實施前 1 年年底說
目之調整			明擬調整之規劃或項目與作業時程,
			若未於時程內導入,則扣減該額度。

作業原則	時程	作業流程	
			(2)考量資源有限。 (2)考量資源有限 (4) 對新增康保險 (4) 對新增康保險 (4) 對新增康保險 (4) 對新增康保險 (4) 對於
6.給付相關計畫執行結果之檢討	全年	健保書館	考。 (1)定期提報「新醫療科技」及「其他醫療服務利用密集度之改變」項目之執行情形及其財務影響評估: ①將共同擬訂會議通過之新增品項與調整之給付內容及其財務影響等,列入例行之業務執行報告,每半年(1、7月)提報。(依本會 103 年 2 月份委員會議決議事項辦理) ②於協商下年度總額前(7 月),提報當年度及過去 5 年新增給付項目與響等,與調整給付內容之執行情形及其財務影響。(參照本會 102 年 8 月份委員會議決定事項辦理) (2)執行成果納入下年度總額協商參考,若未符核定事項,則須予檢討、處理。

專案報告「全民健康保險業務監理指標之監測結果」 委員對個別指標建議之分析方向

監理指標	委員建議之分析方向		
急性一般病床平均住院天數	為完整呈現急性住院醫療耗用之情形,		
(整體及各層級)	除計算急性一般病床外,建議進一步分		
	析,諸如:特殊病床、加護病床、14		
	日或30日內再住院等,屬高度耗用健		
	保資源的資料,另,慢性一般病房也應		
	一併分析,以利針對問題改善。		
急診病人留置急診室超過	近年均於醫院總額編列「急診品質提升		
24 小時比率(整體及各層級)	方案」預算,為了解投入資源是否確實		
	改善急診滯留問題,除平均值外,亦應		
	訂定個別醫院管控指標(如急診滯留超		
	過 24 小時比率高於 15%之醫院等),以		
	利針對滯留情形較嚴重的院所加以管		
	控、改善。		
癌末病人生前6個月每人申	為了解癌末病人生前 6 個月每人醫療費		
報醫療費用點數下降比率	用之影響因素,除計算平均醫療點數		
	外,建議進一步分層分析其利用情形:		
	例如生前 6 個月所接受的服務型態(於		
	某層級醫院之安寧病房、一般急性或一		
	般慢性病房、安寧居家療護等),及其		
	住院天數(1 個月、2 個月或 3 個月以		
	上)等都應加以分析。		
各層級醫療院所服務量占率	為能呈現各層級院所於一般急性門診及		
	住院之占率變化,請將門診透析服務費		
	用分列計算。		

臨時提案

提案人: 码子文(一

連署人:教登順和公务鞋志強张場

代表類別:

案由:以健保會名義對外發表意見之議案須符合之 條件案,提請 討論。

說明:

- 一、本會議事係依「全民健康保險會組成及議事辦 法」及「全民健康保險會會議規範」辦理。
- 二、建議針對「以健保會名義對外發表意見之議 案」, 須符合下列條件:

議案決議事項,若認有「以健保會名義對外發 表意見」之需要,應取得過半數出席委員內級 同之連署,並納入決議事項,再由主席指定人 員統一發布。

(註:全民健康保險會組成及議事辦法第 14 條:會議決議 事項,經主任委員認有立即對外說明之必要時,應由 其本人或指定人員統一發布。)

擬辦:依會議決議辦理。

決議:

全民健康保險會提案單

	提案日期:年 月 日						
提案者	平京高足 (套明忠委员员位代理人						
委員代表類別	医条服剂提供者						
提案屬性	□一般提案 □修正案 □復議案						
(請勾選)	之人数交流缺乏偏离存势方治民党华活权益保障修例,第16位修						
THE G	8,所衍生之黄用众预平编列,如何因重新议决.						
說 明	1. 2月午日で包修订加来申條例第16倍,改住原非由全民健保龄。 2费用、2人由健保支付,基额咨高连日二十级信元。 2. 各保障全体被保险人之权益,该领费用应由杂管署及列设等 持接仓民健保,从公公益。						
擬辨	知 锐 问(2)						
內容與本會任	全民健康保險會法定任務:						
務符合情況	□保險費率之審議事項(第5、24條)。						
(請勾選)	□保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配事項(第						
	5、61條)。						
	☑保險給付範圍之審議事項(第5、26、51條)。						
	□保險政策、法規之研究及諮詢事項(第5條)。						
	□其他有關保險業務之監理事項(第5條)。						
	□其他全民健康保險法所定由本會辦理事項(第 45、72、						
	73、74 條)。						
	註:()內為健保法條次。						
連署或附議人	英路都发展了雷亚姆						

第2屆104年第2次委員會議與會人員發言實錄

壹、「議程確認」、例行報告第一案「確認本會上(第 1)次委員會議 紀錄」與會人員發言實錄

柯執行秘書桂女

各位委員,大家好!今天會場氣氛很熱絡,可能是隔了1個月沒見面,大家都忙著互相問候!現在委員人數已經過半,請鄭主任委員守夏召開今天的委員會議。

鄭主任委員守夏

- 一、各位委員,健保署蔡副署長淑鈴,所有與會的同仁,大家早! (與會者回應早)今天是第二屆委員的第二次會議,預訂進行 5 個例行報告案、2個討論案,及上次會議遞延的 1 項專案報 告。委員對於議程安排有無不同意見?(未有委員表示意見)若 無意見,則照議程確認,並照程序進行今天的會議。
- 二、首先確認上次委員會議紀錄,請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀,請問委員對會議紀錄內容有無修正意見?請李委員蜀平。

李委員蜀平

主席,各位委員,請參看議程資料第7頁,上次會議討論事項第3 案決議,請中央健康保險署擇期提報各層級醫療院所(包含醫學中心、區域醫院、社區醫院及診所)之藥價差統計資料,請問「擇期」是什麼時候?上次會議謝委員天仁好像有提出可按季提報。

鄭主任委員守夏

請問委員記得上次討論過程有提到請健保署報告的確切日期嗎?還是請同仁確認一下。

柯執行秘書桂女

本案已經和健保署討論過,預定於本(104)年4月份委員會議提報,

此部分已列在本會上次委員會議決議(定)事項辦理情形的追蹤表中,請委員參看議程資料第15頁。

鄭主任委員守夏

所以健保署確定會提報,請李委員蜀平持續關切此案。還有無文字修正意見?請陳委員聽安。

陳委員聽安

- 一、請參看議程資料第7、8頁,上次會議臨時提案,提案人為滕 委員西華、蔡委員宛芬,決議內容為:本案雖未獲得共識,但 尊重個別委員對漁業法修正案所表達之反對意見。
- 二、我記得本案並沒有表決,應該無所謂共識,該案有2位委員提案,13位委員連署,已經不是個別委員意見,所以決議文字是否要酌修?

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝陳委員聽安的提醒,歷來健保會對議案的處理,除非很明 確需採表決方式,否則都以尋求共識為原則,這是我們的優良 傳統。
- 二、本會有 35 位委員,若連署人數超過半數,則可說是本會的共識。過去曾由多數委員連署議案(103 年第 12 次委員會議臨時提案,27 位委員共同連署反對「強制汽車責任保險法」刪除「傷害醫療費用給付」之給付項目),獲致決議後,並對外(媒體、立法委員)公開聲明立場。因為本案連署人數並未超過全體委員(35 位)的半數,所以不宜以健保會名義對外表示意見。
- 三、再者,尊重提案委員的意見,當時在場確有委員表達不同意見,所以不適合以健保會名義對外公開立場。建議刪除原決議「...,但尊重個別委員...」之「個別」2字,因為有 13 位委員支持本案,所以不能說是個別委員的意見,若 13 位委員要聯合對外發言,我們也沒有意見。請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(楊委員漢湶代理人)

主席,我們之前召開過多次會議,沒有像本案主席提出這麼明確的 共識條件,本會通常不進行表決,這的確是優良傳統,以避免較弱 勢的代表受到壓力;但也未曾讓委員明確知道,若提案的連署人數 超過 35 位委員的半數,就算有共識。早知如此,當時滕委員西華 若將本臨時提案請醫界也連署,我們應該也會參與,假設本案可以 補連署,讓總連署人數超過 18 位,是否就算達成共識?

鄭主任委員守夏

謝謝謝代理委員文輝。還是回到確認上次委員會議紀錄,本案屬委員提案,跟審議或協議訂定的議案處理方式不同。經過本次討論,以後就有經驗。當付費者與醫界代表委員雙方都有共識時,就可以連署,但若屬健保總額部分,可能付費者與醫界代表委員意見會不一樣,所以確實不適合表決。請滕委員西華。

滕委員西華

有關陳委員聽安及謝代理委員文輝的發言,我想趁此機會釐清,需取得過半數委員連署,此半數是以當時在場的委員,或委員總人數為計算基礎?若依相關會議規範,似以當時在場人數為準,且需要清點人數。記得上次會議討論到本臨時提案時,已有多位委員提早離席,所以當時並未清點人數,我也尊重主席當時的裁示。

鄭主任委員守夏

- 一、比較穩當的作法,是以所有委員人數作為計算基礎,比較沒問題,也就是經本會 18 位委員以上連署,則可說該案獲得大多數委員支持;若以當時現場人數為基礎,則有風險,因為臨時提案通常排在後面,若當時在場的委員人數沒有很多,則不妥適,我們並未對外界說明會議進行中委員人數的變化情形。個人認為,以全體委員人數計算較穩當,不然就要清點在場人數。不過類此議案,應該不會太多。
- 二、建議先確認上次委員會議紀錄,若大家認為「以健保會名義對 外表示意見」的議題需要討論,稍後可再討論,請何委員語。

何委員語

「全民健康保險會組成及議事辦法」並未規定主席剛才所提情形,不過該辦法第 14 條規定:會議決議事項,經主任委員認有立即對外說明之必要時,應由其本人或指定人員統一發布。我認為上次會議的臨時提案,可以由主任委員或指定人員對外表達意見,雖然本案決議文字與議事辦法第 14 條規定不是很吻合,但精神、內涵是一致的。所以決議可修正為多數委員提議,沒有人強烈反對,則授權主任委員或指定人員對外表達意見。謝謝!

鄭主任委員守夏

謝謝何委員語。先還原當時情形,上次會議的臨時提案,是抗議漁業法的修正過程,完全未讓健保相關部會有表達意見的機會,健保會是衛福部的內部單位,所以站在健保相關部會的立場表達意見。但當時中華民國全國漁會的代表陳委員健民,強烈反對我們做成此決議,不知當時何委員語是否在場?

何委員語

上次會議反對漁業法修正案的情形(臨時提案),與103年第12次委員會議臨時提案反對強制汽車責任保險法修正案一樣。103年第12次委員會議,主席同意本會由幾位委員代表,到衛福部公關室召開記者會,共同表達反對強制汽車責任保險法修正案的意見;至於上次會議臨時提案部分,主席也可同意本案的提案人滕委員西華、蔡委員宛芬代表接受新聞採訪,表達對漁業法修正案的反對意見,我覺得這樣就很恰當。

鄭主任委員守夏

謝謝何委員語。請謝委員天仁。

謝委員天仁

我對委員共識決的解讀不大一樣,既然不是採表決方式,就沒有多數意見或少數意見的結論,所以當主委裁示已形成共識,委員也都 未有異議時,這就是共識決;若需要過半數,即需表決。歷來本會 討論時,委員或多或少會有不同意見,但都以和諧為重,當主席統合各種不同意見後裁示,其他委員也無意見,即為共識決,形成此機制,也是對主席的裁示表示尊重。

鄭主任委員守夏

討論此議題需要一點時間,可否以臨時提案處理?請張委員煥禎。 張委員煥禎

每次都花那麼多時間在討論上次委員會議紀錄,我覺得紀錄只是還原上次會議錄影或錄音的情況,不論討論內容對或錯,該確認就確認。如果無法指出上次會議情形不是這樣,就應快速通過,確認會議紀錄,若對上次會議討論內容有疑義,就應另掣案討論。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝張委員煥禎,本案可否先確認上次會議紀錄的決議就是這樣。我已請同仁研擬臨時提案,請同仁想一下,什麼樣的狀況適合以健保會的名義對外表示意見,也許以後就不是用投票數或委員人數,而是採共識決。請同仁以剛才謝委員天仁的建議研擬臨時提案,這樣應該會較好。
- 二、各位委員對紀錄文字還有無修正意見,或認為有不符上次會議 情況?請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、不是要否定上次會議決議文字,針對議程資料第7頁,請中央 健康保險署擇期提報各層級醫療院所(包含醫學中心、區域醫 院、社區醫院及診所)之藥價差統計資料,有個建議。
- 二、建議健保署報告時,要將醫療院所分門別類,因為機構的型態差距很大,尤其公立醫院、法人醫院附設的社區醫院,一定都採聯合採購藥品,如果合併計算,會有誤差,所以一定要予以區隔。事實上,醫療體系在進行醫院評鑑時,會有評鑑委員迴避的相關資料,所以衛福部會知道哪些醫院是體系內,哪些則屬體系外。這些資料衛福部都有,建議要加以區隔,才能還原

真相。

鄭主任委員守夏

朱代理委員益宏的意見,請健保署參酌;等藥價差的統計資料報告後,再請委員針對內容、格式表達意見。上次李委員蜀平的意見是請健保署提出現有的資料,所以看過資料後,再針對呈現格式提供意見較妥。剛才的建議非常明確,請健保署參考。接著請謝委員天仁。

謝委員天仁

剛剛的意思是,會議紀錄的表達跟討論的過程有出入。我的感覺是當時已獲得共識,但記錄的文字卻是「本案雖未獲得共識,但尊重個別委員對漁業法修正案所表達之反對意見」,與會議實況不符,所以應該修正會議紀錄的文字。要不要行文是另一回事,但這屬已有共識的情況。

鄭主任委員守夏

如果要修正文字,請委員提出修正意見,看如何陳述會較符合上次會議實況,這就是確認會議紀錄的目的。

何委員語

剛看到議程資料發現,其實主任委員也有連署,表示您也認為有立即對外說明的必要,這已經符合「全民健康保險會組成及議事辦法」第 14 條規定的條件,除非有一半以上的委員反對,否則應該沒有爭議,您連署表示已經認同該案,我認為如果當天沒有過半數委員表示反對,主任委員可以親自對外說明,或指定 2 位提案人召開記者會對外說明,當然,發函也可以。

鄭主任委員守夏

一、剛才大家已同意,稍後以臨時提案方式討論以後之處理原則。 本案決議的第2行「本案雖未獲得共識」,是因為當場真的有 1位委員發言超過2次,堅決表示反對。如果將文字修正為 「本案雖未獲全數委員同意,但尊重委員對漁業法修正案所表 達之反對意見」,這樣就符合當時的情況。

二、我當時的決定是認為有超過半數委員連署會較好,該判斷也許 不一定正確,但已經請幕僚擬具臨時提案,如果沒有問題,我 們就先確認上次會議紀錄。請蔡委員明忠。

蔡委員明忠

綜合剛剛的討論,我想從今以後所有的提案,主任委員不會輕易連署,原因是:何其沈重!雖有委員認為理論上主任委員不應連署,但其連署所占的份量又很重,所以我認為這部分可能不宜修正,否則以後主任委員都不會參與連署。大家的修正意見都非常好,基於尊重主任委員的立場,我想還是應往下進行議程。

鄭主任委員守夏

還有無委員要表示意見?

干委員文男

沒有啦!

鄭主任委員守夏

好!謝謝干委員文男支持。今天葉委員宗義有特別的發言。請葉委員宗義。

葉委員宗義

- 一、主席、各位委員,大家好!我要說的是最近經歷病痛後的感言。在座委員都很辛苦,所以更應該注重身體健康;本會一直關注被保險人的健康,但委員們不能反而輕忽自己的健康!
- 二、首先,非常感謝黃署長三桂,最近我發生一件很嚴重的事,幾乎是從鬼門關前走回來。去年底因為咳嗽得很厲害,先看過2家診所,都說是感冒,開給了很多藥,但吃完,症狀卻不見好轉,只好趕快到員榮醫院就診,X光檢查後,發現肺部嚴重積水,心電圖檢查也顯示心律極度不規則。因為是元旦期間,員榮醫院表示當時沒有合適的醫師幫忙進行後續診治,原本要將我轉到彰化的其他醫院,因為太太反對,後來轉至台中榮民總

醫院,到醫院時人已癱瘓,因為嚴重心肌梗塞,家人簽下手術同意書後,立即送進開刀房,但未裝血管支架。雖然手術很順利,但術後院方告知,我的心臟仍有1~2公分的破洞,一定要進行手術修補,後來院方為我安排心導管的醫師,隔一天又進行心導管手術,因為血管阻塞問題,幾天後部分血管已經爛掉,所以一定要修補好才行。

- 三、我在加護病房昏迷不醒,直到第5天,等問題都處理好,醫師 抱著我及全家人一起禱告,他為我祈求「主啊!請您救救這個 人」,清醒之後我真的非常感動,原來救我的主就是他,他每 次巡房一定都為我禱告,讓我心裡感到非常大的安慰,這位醫 師是我見過最好的醫師,其門診已經安排到6月,而且中國大 陸的大醫院紛紛來挖角,但他認為台灣執行此種手術的醫師不 夠,所以選擇留在台灣,非常難能可貴!所以,我認為不能流 失這些有能力執行新醫療科技的人員,試想,如果病人心臟有 2個洞或3個洞,身體的負荷一定十分沈重,要如何解決?這 次如果我的病痛沒有解決,今天就無法看到各位。
- 四、在第7天拔管的時候更痛苦,幸虧遇上好醫師,現在問題都解 決了。出院 10 幾天來,身體並沒有特別不適,但體力仍十分 虚弱。在此分享個人感受,希望大家都能瞭解健康非常重要, 開會不要都著重在小事,要放在重要的事情才對。
- 五、病危時,家人透過黃署長三桂幫忙拜託醫師幫助我,所以出院時,醫師問我是否知道像我心臟有 2 個洞要修補時該如何處理?我請教他,結果醫師告訴我,修補第 1 個洞與第 2 個洞的健保支付價有很大差異,材料費幾乎都虧本,如果醫師不願意做,則病人要自費,若病人無力負擔時,又該怎麼辦?所以我現在特別留意新醫療科技的問題,這個問題需要好好檢討,總不能修補 2 個洞或 3 個洞的費用,跟修補 1 個洞的費用一樣,讓醫院虧本,自行吸收材料費。如果醫院不吸收,最後倒楣的還是病人。

- 六、這次住院,總共花費 70 萬元,若要使用傳統手術,花費可能 超過上百萬元,因為住院時間會更久。當時我也詢問醫師,若 將1個洞申報成3個洞的費用,健保如何處理?
- 七、經過這次事件,內心充滿對醫師及健保的感激,我總共參加 4 個健保相關會議,其中又以健保會最複雜、最沈重,不敢說是 因參與健保的會議讓我生病,但希望每個人都要注意健康!建 議健保會提供在座委員每年1次健康檢查。
- 八、再次感謝會內所有委員及黃署長三桂,待我病癒後,會將此次 使用的健保費用捐到健保署的救助基金中,幫助需要的人。 (與會者鼓掌)

鄭主任委員守夏

謝謝葉委員宗義。

何委員語

葉委員宗義長期從中部北上開會,十分辛勞,我非常敬佩!葉委員這次鬼門關前走一遭,閻羅王應該有對您說,還有很多工作等待您完成,請好好照顧身體,呷百二(台語)!今天主任委員特別準備蛋糕,祝福葉委員宗義身體早日康復!請大家掌聲鼓勵葉委員!(與會者鼓掌)

葉委員宗義

謝謝大家,我真的很感動!

鄭主任委員守夏

謝謝葉委員宗義特別出席今天會議,因為您身體還很虛弱,請多保重,並好好休息。

蔡委員明忠

一、聽完葉委員宗義的遭遇,從醫療的立場來看,您真的十分幸運,就像何委員語所言,葉委員宗義還有許多的工作尚待完成。針對剛才葉委員宗義所提問題,在此表達醫界的立場及回應。

- 二、醫療臨床裁量權是醫師在診治病症過程應該被尊重的部分,雖 然基層、醫院間存在差異,但可看出基層診所的優勢是具有普 遍性、可近性,其醫療工作對大家也非常重要,因為不可能所 有疾病都到醫院就診。但基層要反省的是,如何提供病患穩定 照護,對沒有在第一時間看出問題遭致指責,從另一個角度, 可能是因為很多疾病在病程演變中,初期並不會呈現所有的症 狀。
- 三、醫療費用仍然是醫界最痛之處,如果醫師把1個洞的費用申報成3個洞的費用,應該被抓去槍斃,不是違法的問題而已!針對有2個洞或3個洞要修補,支付價不同的問題,我們已經反映過多次,但衡量健保的財務狀況,醫界只好自行吸收。相信葉委員宗義一定有很深感受,但健保支付方式就是如此,修補第2個洞只能申報一半的費用,第3個洞更只能申報十分之一,長久以來的狀況就是如此,雖然醫界一再抱怨,卻都沒有得到很好的回應。
- 四、贊同葉委員宗義對新醫療科技所提看法,再怎麼說,都是為了 民眾好。有兩個方向需要努力,第 1,政府要編列預算支應; 第 2,病患如果有能力負擔,就應該自費。期待從葉委員宗義 的經驗,未來能夠在健保會公開透明地討論此問題,並且好好 解決。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員明忠。

蔡委員明忠

再補充一點,因為剛才討論的事情,希望委員能多出去走走,所以 西醫基層總額部門(中華民國醫師公會全國聯合會)將在 104 年 6 月 2 日及 3 日辦理「104 年全民健康保險西醫醫療資源不足地區實地 訪查觀摩活動」,歡迎所有的委員跟我們一起到宜蘭縣頭城鎮、壯 圍鄉、三星鄉,瞭解西醫基層診所在醫療資源不足地區執行巡迴醫 療服務的狀況,看看西醫基層在偏遠地區巡迴醫療的服務狀況及當 地醫療需求以供來年方案修正參考。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員明忠。接下來進行本會重要業務報告,請柯執行秘書桂女說明。

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

柯執行秘書桂女

請委員翻到議程資料第 11 頁,針對上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告,共有 5 項說明:

- 一、說明一,上次委員會議決議(定)之 5 事項,依辦理情形建議解除追蹤 1 項,繼續追蹤 4 項。請委員翻到議程資料第 14~15 頁附表:
 - (一)第1項及第2項,都是上屆委員會議列入繼續追蹤的事項, 已請健保署進行專案報告或納入業務執行報告呈現,均將繼續追蹤,為節省時間,在此就不另說明。
 - (二)第 3 項,共有 3 點建議,有關請健保署檢視重大傷病等醫療利用情形有無改善空間,並研提改善方案乙節,將繼續追蹤;其次,請健保署試算至 2025 年全民健保的財務收支狀況(包含安全準備、保險費率等),這部分在議程印製時,健保署尚未提供試算資料,但今天已將試算資料置於桌面,請委員參閱;另,為利了解健保署與主計總處對核算政府負擔健保總經費 36%見解不同所產生的差異,請於業務執行報告呈現兩種見解之核算結果乙節,健保署回復:遵照辦理。以上 3 項均建議於健保署提報後解除追蹤。
 - (三)第 4 項,請健保署提報各層級醫療院所之藥價差統計資料, 已安排於本年 4 月份進行專案報告,故繼續追蹤。
 - (四)第5項,有關保險對象自付差額特材之實施情形案,已將委員所提建議請健保署參酌,健保署回復:將參考委員建議,持續監控及檢討各類自付差額特材及相關規定,故建議解除追蹤。
- 二、說明二,健保署依據健保法施行細則第3條規定,將「103年 度全民健康保險基金附屬單位決算報告書」送請本會備查。 在監理會時期本項屬審議案,現在則屬備查案,雖然如此,

本會幕僚仍就保險收支部分,擬具決算分析報告,相關資料 在議程第 83~93 頁之附錄一,分析結果是目前健保財務尚 可。

三、說明三,依上次委員會議之決定辦理事項:

- (一)已參照委員所提意見,調整本會 104 年度工作計畫(草案), 如議程資料第 16~17 頁。其中,特別要向吳委員肖琪說明, 有關「『罕見疾病、血友病藥費及新增罕見疾病特材』費用 成長之合理性分析檢討報告」,原本安排於本年 3 月份進行 專案報告,但健保署因資料準備因素,改至本年 4 月份提 報。至於其他項目的時程安排,如委員認為不妥,請告知幕 僚,以便再予調整。
- (二)針對委員會議起始時間、座位安排、需否設定各議案進行時間、限制委員每案發言次數,及舉辦新任委員說明會等,幕僚已調查委員意見,並彙整調查結果如下:
 - 1.會議起始時間:多數委員建議維持現制,仍將於上午 9:30 召開。
 - 2.座位安排: 共有 15 位委員建議維持現制。
 - 3. 需否設定各議案進行時間:多數委員建議需要設定時間, 討論案為 30 分鐘,報告案為 20 分鐘,對複雜議案可酌予 延長,時間由主席決定,但以不超過 50%為原則。
 - 4.需否限制委員每案發言次數:多數委員建議發言次數需要 設限,並以3次為原則。
 - 5.需否舉辦新任委員說明會:本屆委員共有11位新任委員, 其中4位委員長期擔任代理委員,多數新任委員認為未有 需要辦理說明會,建議先以提供書面資料方式辦理,幕僚 也提出相同建議,因為過去舉辦新任委員說明會時,出席 情形並不佳。今天已提供11位新任委員相關書面資料, 也同時詢問3位認為需要辦理說明會的委員,是否需個別 拜訪、說明,目前詢問到的委員均表示先參閱書面資料即

可。以後委員如有所需資訊,也歡迎隨時與窗口同仁聯繫。

- 四、說明四,為衛福部本年 1 至 2 月份發布及副知本會的相關資訊,在議程資料第 96~112 頁之附錄三至六,請大家參閱。
- 五、說明五,為健保署去(103)年12月至本年1至3月份發布及副知本會的相關資訊,在議程資料第113~120頁之附錄七至十二,請大家參閱。

鄭主任委員守夏

謝謝柯執行秘書桂女的說明。委員有無詢問?請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

議程資料第 14 頁,第 1 項及第 2 項都是上屆委員會議列入繼續追 蹤的事項,其中第 2 項有關檢討支援養護機構醫療服務提供之供需 及醫療費用概況,原預訂於 2 月份提報,惟因 2 月份委員會議停 開,然也未見列入今天的會議資料中,請問本案何時提報?

柯執行秘書桂女

健保署已將相關資料列在今天的業務執行報告。

鄭主任委員守夏

抱歉!這裡的文字說明不夠清楚,請吳委員玉琴先參閱健保署業務執行報告的資料。若還有需要,稍後可再詢問。

异委員肖琪

謝謝健保署提供至 2025 年的健保財務收支試算表,請問如何估算表列的保險成本成長率?是以非協商因素加上協商因素成長率估計,還是只有計算非協商因素成長率?從主計總處的計算方式來看,保險收支累計餘絀,在短短 10 年由正轉負;至 2022 年,也就是我國人口開始變少的那年,收支累計餘絀達負 501 億元,至 2025 年則是負 2,742 億元。很高興看到這份資料,讓我們了解 10 年內的財務變化,但請健保署說明保險成本的成長率如何估計。

鄭主任委員守夏

請健保署稍後回應,還有無委員要表示意見?請滕委員西華。

滕委員西華

我也想詢問有關這份健保財務收支的試算表。不論採主計總處或衛福部核算政府負擔健保總經費 36%的計算方式,為維持至 2025 年財務平衡及提撥安全準備,都會牽涉平衡費率的問題。因為主計總處與衛福部對政府負擔健保總經費 36%的計算方式有不同見解,衛福部所期待的提撥金額與主計總處差距甚大,本議題在去年也多所討論。試算表呈現的是整體累計餘絀,這是否意味截至目前為止,行政院尚未裁定要採哪種核算方式?剛才吳委員肖琪提到,保險收支累計餘絀與保險成本成長率的估算有關,即便如此,不論什麼原因,在 107 年兩種算法都會出現收支短絀,而我的疑問是其他年度的差距都是幾十億元甚或幾百億元,為何 107 年兩者的差距只有 3億元,再往後看,至 2025 年時兩者差距更大,請健保署說明為何如此。

鄭主任委員守夏

- 一、請問其他委員還有無詢問?(未有委員提出)
- 二、如果暫時沒有其他詢問,就先請健保署說明。

蔡科長佩玲

- 一、關於吳委員肖琪所詢保險成本的估算依據,是否為非協商因素 加上協商因素的成長率,向各位委員報告,本試算表的保險成 本 104 年以前是採總額協定結果的成長率計算,105 年起至 114 年,則參考近 5 年行政院所核定的總額成長率上限的平均 值 4.7%推估,並換算成保險成本。
- 二、至滕委員西華所詢,有關核算政府負擔健保總經費 36%的計算方式,目前行政院仍在協調中,所以今天才會試算兩種版本。 其次,為何兩種計算方式,於 107 年只有 3~4 億元的差異,主 要是因主計總處計算方式的保險經費,已達 1 個月的安全準備 無須再提列,當保險支出近於保險收入時,衛福部的推估就幾 乎與主計總處的推估一樣,所以 107 年兩邊沒有很大差距,但

之後,在財務出現缺口時,因為主計總處的計算方式是提足 1個月的安全準備,所以推估收入會比衛福部計算的高出許多,以上是兩種算法的差異。

鄭主任委員守夏

這部分似已屬太過細節之層面,如果委員對計算公式特別有興趣, 請健保署另外提供書面資料予委員參考。現在已經十點半,希望能 趕快完成報告案的部分。請戴委員桂英。

戴委員桂英

謝謝健保署準備十年財務推估的資料,但我也擔心這些數據,在解讀時可能會被誤解,所以提出以下2點建議,請大家參考。

- 一、主計總處與衛福部對核算政府負擔健保總經費 36%的方式及法律見解不同的情形,今年應可望解決,正因為如此,往後就不會有估算差異的問題。據瞭解,行政院政務委員已經協調出方向,所以差距只會發生在最近2年,之後就沒有此問題。
- 二、依剛才健保署蔡科長佩玲的說明,105 年以後的保險成本是以 最近 5 年行政院所核定總額成長率上限的平均值推估,這樣的 估算會不會過於保守?未來人口老化的速度會更快,新醫療新 科技也會不斷推陳出新,若以 4.7% 的成長率估計保險成本, 是否過於保守?以 105 年總額來看,非協商因素成長率推估已 經超過 4%,因此財務赤字可能會提早出現,為避免大家對現 行保險費率可支撐的時限過度樂觀,建議將來呈現試算表時, 或可將上述因素納入考量。

鄭主任委員守夏

謝謝戴委員桂英,其他委員還有無詢問?請蔡委員登順。

蔡委員登順

對於戴委員桂英所提,因人口老化速度加快等因素,認為健保署對 財務的估算可能過於保守,我有不同看法。因為每年總額成長的費 用都滾入基期,因此推估的預算有累進效果。大家都知道,如果單 用成長率估算,則 10 年前總額成長率即使為 5%,但若換算成金額,可能遠不及 104 年總額成長率 3.5%,因此,我認為應該用實際金額估算比較恰當。

鄭主任委員守夏

- 一、本案推估的數據僅供委員參考,高估或低估都有可能,請委員 解讀時以保守為宜。
- 二、請問委員還有無意見?如果沒有的話,本案洽悉。請同仁宣讀 例行報告第3案。

參、例行報告第三案「104 年各部門總額執行成果評核作業方式案」 與會人員發言實錄

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

本報告案是有關各部門總額執行成果的評核作業方式,每年7月份 評核會議前,幕僚都會提出所規劃的作業方式,請委員表示意見, 本案特別需要請四部門總額代表提供建議。原則上所規劃的 schedule(時程表)與103年應該一樣。

柯執行秘書桂女

對!多了兩項而已。

鄭主任委員守夏

各部門總額代表如果有修正意見,可以提出。請陳代理委員宗獻。 陳代理委員宗獻(蔡委員明忠代理人)

議程資料第 20 頁呈現與往年不一樣的項目,就是「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)協商因素項目之詳細執行情形」,因為本項涉及引進新藥 5 年後數據才會穩定的問題,而議程資料第 16 頁的第 6 個工作項目「新醫療科技項目對財務之影響評估及替代效應」,之前已決議請健保署於 1 月及 7 月提出評估報告,但本會委員會議是在 7 月的第 4 個週五召開,評核會議則在 7 月中旬,本項是歷年來第一次提報,可否請健保署協助早一點提供資料。

鄭主任委員守夏

請健保署待會說明資料可否於 6 月底提供,或者不用等到 6 月。 陳代理委員宗獻(蔡委員明忠代理人)

只有這次需要特別提早,因為明年就有1月份的資料可以提報。 鄭主任委員守夏

因為這是新的報告內容。

陳代理委員宗獻(蔡委員明忠代理人)

對,是新增的提報項目。

柯執行秘書桂女

補充報告,有關議程資料第 16 頁的第 6 個工作項目,之前幕僚與健保署溝通時,原安排於 6 月份提報 1 次,不過健保署建議併於每年 1、7 月之「共同擬訂會議所通過之新增品項利用情形及財務影響」一併報告,並希望以後列入例行監理業務。如果按照剛剛陳委員宗獻的意見,可否依照幕僚原擬訂的 6 月提報 1 次,委員若同意,日後則納入例行的監理業務。

陳代理委員宗獻(蔡委員明忠代理人)

這樣的話可能比較好,健保署如果沒有特別困難的話,可否於今年 6月底提早1個月提報,這樣7月評核會議時就可呈現 data(資 料)。

鄭主任委員守夏

- 一、這部分可否尊重健保署,因為大部分的資料都是以「季」為單位,所以一定是4、5、6月一起提供,尤其是與點值相關的資料。但如果為配合評核會,提報時間就要提前,這部分須要請健保署特別幫忙,可以的話,7月評核會的資料會較完整。
- 二、今年比較特別,明年就有1月、7月的資料可供參考。如果可 於評核會提供數據,也比較可以說服對方,因為歷來就此議題 雙方都無法有共識。請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、有關陳委員宗獻所提,希望健保署第 1 次報告時,可以呈現 5 年資料,因為如果只有今年資料,不論於 6 月或 7 月提報,最 多只有執行 1~3 月的資料,期間非常短,甚至很多數據是零。
- 二、實際上,我們的經驗是第1年使用量會非常低,通常第2年後就會成長3、4倍。所以才會建議呈現前5年的資料,相信健保署應該有相關資料。如果真的來不及準備,至少也應提供過去3~5年的數據,以後每半年追蹤時,再將資料 update(更

新),如此呈現才有意義。否則第 1 次報告時,可能會看到編列非常多預算,但執行率非常差,只有 1%~2%的情形,這樣數據呈現就會有偏差。

鄭主任委員守夏

請陳代理委員宗獻。

陳代理委員宗獻(蔡委員明忠代理人)

只能發言 3 次,第 3 次以後就不能再講話了!議程資料第 16 頁, 所提報的項目要以 5 年為單位,如果健保署可以協助提供至本年 3 月或去年 12 月的資料,也要往前推 5 年。

鄭主任委員守夏

- 一、好,似乎大家對本項比較重視,其實從以前到現在都知道替代率真的非常不容易計算,所以只能請健保署盡可能讓大家看得懂,也覺得數據合理。彼此覺得所呈現是對的,對協商才有助益,如果提個太高或太低的數據,對協商也沒有幫助,所以還是要請健保署多幫忙。
- 二、全世界的文獻都很難找到新藥替代舊藥、新科技替代舊科技的確切數據,要非常有說服力,恐怕也不容易,也許少數項目可以,但我們現在協商的是總額,談整體費用,請健保署盡量協助呈現過去5年、10年引進新藥、新科技的資料。
- 三、還有無其他建議,尤其4部門總額及付費者委員。請謝委員天仁。

謝委員天仁

有關藥品費用分配比率目標制,要到本年 12 月才有評估與檢討的專案報告(議程資料第 17 頁),時程上會不會慢了點?因為已經試辦2 年,現在要如何調整?我覺得有必要提早說明相關機制,讓健保會委員能夠盡早了解。

鄭主任委員守夏

對不起,請問謝委員天仁講的是第幾項?

柯執行秘書桂女

謝委員所提為議程資料第17頁的第8項。

鄭主任委員守夏

提報時間會不會與評核會強蹦(台語)?現在是 1 年提報 1 次還是 2 次?(多位委員回答 1 年 1 次),如果是 1 年 1 次,有沒有辦法提前?謝委員天仁希望不要到 12 月才報告,但因為本會 9 月、10 月將進行總額協商工作,11 月審議費率。謝委員建議提早多久?

謝委員天仁

8月份不能提報嗎?8月份沒有安排專案報告啊!

鄭主任委員守夏

8月份是協商準備期間,委員會議之後會安排協商座談會。

謝委員天仁

7月份也可以啊!

鄭主任委員守夏

健保署資料可以多快提供?

陳研究員尚斌

- 一、非常感謝謝委員的建議,健保會 104 年度工作計畫監理業務第 8 項,是有關藥品費用分配比率目標制試辦計畫的評估與檢 討。由於試辦計畫第 2 年(103 年)的調整時間落在今年 4 月 1 日,如果提前至 7 月報告,這樣調整後的評估資料還不滿 1 季,在這邊要跟委員報告。
- 二、如果按照原訂於 12 月提報,健保署至少可以收集今年三個季 別的調整後市場因應狀況的資料,即各醫療機構申報的資料, 提供委員參考的資料將較為完整、明確。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁先發言。

謝委員天仁

計畫試辦已滿2年,老早應有相關的檢討報告,健保會已多次要求提報,還要再等今年調整藥價後的資料?2年的資料已可呈現試辦

情形,我認為沒有理由再拖延,也沒有必要再看那些資料,因為用前2年的資料為基礎來檢討即可。

鄭主任委員守夏

請朱代理委員益宏,是同一個議題嗎?

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、我也同意謝委員天仁的看法,應該盡早報告。因為9月就要協商明年總額,其中就會包括藥品費用分配比率目標制(DET)到底要不要再討論,或要不要試辦。如果等到12月,其實總額已經協商完畢,表示明年還要再繼續試辦DET,如此與當初規劃試辦2年的情形顯有差距。
- 二、建議最晚於 8 月安排專題報告,以利 9 月協商總額參考, DET 要不要繼續試辦,我覺得很重要。而且可能在 9 月協商時,就要提出是否續辦的相關討論案。

鄭主任委員守夏

此建議比較明確,建議安排於7月提報,屆時看有多少資料就提報多少。剛剛謝委員天仁講的也對,DET試辦計畫已屆滿2年,應該已有2年的資料才對。如果資料無法完整呈現,還是可以提報初步的檢討結果。

謝代理委員文輝(楊委員漢湶代理人)

- 一、二代健保實施後,新的規定就是讓醫事服務提供者也有機會共同參與新藥品、新科技等項目的擬訂,我們也很感謝健保署將相關資料公開透明化。健保署的資料非常周全,歷年引進的新藥、新科技,都有列入追蹤,也有累計資料,相信在今年9月協商明年度總額時,應該有能力提供相當充分的資料。
- 二、其實我們手上也有健保署長官提供的很多資料,我覺得資料應該盡量透明,這樣消費者與醫事服務提供者雙方就沒有太多隔閡,可以理性地討論相關議題,也才能提供醫界一個公平的環境。
- 三、醫界應該有義務努力提供消費者好的醫療品質,所以我覺得資

料透明化是正確的方向,感謝健保署長官提供我們的資料,以 前未要求其提供,其實健保署不論第 1、2 年,甚至第 3、4 年,第5年攏有資料!(台語)

鄭主任委員守夏

謝謝,委員還有無意見?請吳委員玉琴。

吳委員玉琴

- 一、在此要向健保署抱怨,一些會議可否提前通知,例如近日舉辦的全民健保 20 週年研討會,在 1 個月前,甚至半個月才通知委員,對我們來講都很困擾,因為近 1、2 個月的行程都已排滿,臨時再通知,雖然很想參加,卻無法抽空。
- 二、另外,4月17日的會議,也是本週才接到訊息,可是當天行程都已排滿。建議健保署可否即早告知相關既定且重大的會議,最少1、2個月前就要通知。像西醫基層部門今天預告6月份將舉辦訪視活動,這樣委員就比較好安排時程,再次拜託,對意義重大的活動,請能提早告知。

鄭主任委員守夏

謝謝吳委員玉琴的意見,請健保署參考。請陳代理委員宗獻。 陳委員代理宗獻(蔡委員明忠代理人)

- 一、針對議程資料第 110 頁,AIDS 防治條例(人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例)於 104 年 2 月 4 日公告修正後,影響為何,建請能提供資料。確診感染者開始服藥 2 年內的醫療費用,由主管機關負責,但 2 年後則轉由健保負擔,此影響不知有多少?雖然是新納入的給付項目,但應該可以評估。
- 二、另外,AIDS 防治條例第 6 條規定的感染之篩檢及預防工作, 與患者感染 2 年後的有何差異,也請讓我們了解它對健保的衝擊有多少。

鄭主任委員守夏

謝謝陳代理委員宗獻提醒,有關愛滋病患者的藥費,CDC(疾病管

制署)應該都有資料,可以估算。本案有無其他意見?請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

- 一、主席、各位委員好!我要推崇全民健保 20 週年的研討會辦得 很好, 黃署長三桂也講得很棒。只是有個缺點,為何這麼好的 活動,只開放報名1天,我因不知道,第2天還跑去,結果不 能進入,說已額滿,這麼好的活動應該擴大舉辦啊!
- 二、20 週年的資料很多,都這麼經典,應該多讓委員參與,3 月 17、18 日只能參加 1 天,蠻可惜的!這麼好的活動應該擴大 辦理,讓大家都參與,這是我的建議。

鄭主任委員守夏

健保署有無補充?委員還有無意見?(未有委員表示意見)如果沒有的話,所提相關意見請健保署幫忙,尤其是將 12 月份 DET 試辦計畫的評估與檢討移至 7 月報告。接著進行例行報告第四案,其為健保署所提,請同仁宣讀。

肆、例行報告第四案「有關編列於其他預算之『提升保險人管理效率』項目,將依政府預算編製程序,於當年度總額協商前即先編列預算案」,及例行報告第五案「中央健康保險署『104年1、2月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝宣讀!請健保署補充。

李副組長純馥

- 一、各位委員大家早,雖然今年9月才會協商105年度總額,但本署3月就要將105年健保基金預算提報至主計單位,因此提出本案,以配合時程編列年度預算。
- 二、去年協商 104 年總額時,在其他預算增編「提升保險人管理效率」項目,因為過去並未列入基金項目,所以依例要到健保會報備。本案只是依循往例,希望委員能夠支持。

鄭主任委員

有需要提報預算的細項嗎?或者這只是形式?請蔡副署長淑鈴。 蔡副署長淑鈴

- 一、跟各位委員報告,104 年度總額協商時,所列「提升保險人管理效率」項目,預算 2.85 億元,雖然是以健保費來支應,但 就預算的呈現,還是需列入健保的基金預算中。
- 二、照政府的預算編製程序,105 年的基金預算,在 104 年 3、4 月就要提報。本項我們當然會尊重 105 年度總額的協商結果, 今天提至委員會議報告,主要說明可否讓健保署將本項先列入 105 年健保基金預算,但其金額會配合 105 年度總額協定數目 進行修正,是此用意。

鄭主任委員守夏

健保署建議將本項列入基金預算,雖然我們還未協商 105 年度總額,但署就先編列,所以需先提報本會,他們才能列入 105 年預算

中。請委員表示意見,先請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、謝謝主席跟健保署的說明。去年協商這筆預算時,就曾引起外界的疑慮及討論,之後通過 2.85 億元的預算,也送請衛福部 法規委員會審核。能否告訴我們,所謂法規會決議本案適法性 並無疑義,引用的是哪一法條?
- 二、記得當時討論 2.85 億元時,因健保法第 2 條所指的保險給付支出或保險經費都未提到「提升保險人管理效率」或行政經費。並未反對編列這筆預算,但健保署應該要將其編入行政經費才對;無論是否呈現在基金預算,該項目都應該屬公務預算的支應範圍。如果健保署的行政經費偏低,那就是政府長期以來忽視健保署,希望該署用很低的經費去做很大效益的事情。
- 三、這部分應該由行政部門編列預算才對。行政院主計總處不但在 政府負擔健保總經費 36%的核算方式跟我們 argue(爭論),在 行政經費上,又不支持讓健保署編足,包括這次又想以健保費 支應本項支出,我覺得並不適合。
- 四、老實講,我對健保法的法律解讀,可能不若政府單位或在座學 法律的委員哪麼精準,但實在找不到哪個條文可以適用,所以 我的疑問是,可否讓我們知道,法規會說沒有適法性疑義所引 用的相關法規。

鄭主任委員守夏

請陳代理委員炳宏。

陳代理委員炳宏(李委員永振代理人)

- 一、「提升保險人管理效率」這個預算科目,其中「保險人」角色 非常明確;但法規會建議修改為「提升保險服務成效」,主詞 較不明確,基於此,我比較贊成幕僚原來所提的預算科目;主 詞明顯的話,在預算使用上也較能區隔,不會混淆,否則其對 象可能涵蓋被保險人。
- 二、將「保險人」角色明確定義,釐清誰可以動支本項預算,若經

費動支的主詞已非常具體,接下來即為未來訴求(動詞)什麼, 也就是「管理」什麼。管理範圍也請明確規範,因為我希望這 2.85 億元產生的槓桿效益不只有 2.85 億元,而是可能產生 28.5 億元,甚至更高效益。

鄭主任委員守夏

謝謝陳代理委員炳宏。請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、我的意見是這個項目執行下去,以後一般行政預算與所謂「提升保險人管理效率」預算,界線會變模糊。我們當然了解健保署在行政經費上受到主計總處相關掣肘,所以我的看法是,即使要編列這個項目,其使用的科目範圍應該要定義明確,不能有任何模糊空間。
- 二、什麼叫「提升保險人管理效率」?邀集所有健保署主管舉辦郊遊活動,讓大家適度放鬆,回來可以提升工作效率,也算嗎?所以必須將每個細項都定義清楚,否則,這兩個名稱(另一為提升保險服務成效),就我們學法律的人來講,都屬抽象。不清楚的話,就會到處挪來挪去,本來其他科目沒有編列管理效率,也都將之納入,結果金額只會越來越高。
- 三、我認為本項開了頭後,也要適度、合理地管理。104 年度已經編列就算了,至於未來怎麼做可以去除民間疑慮,就要仔細思考,不然到時話講出來會很難聽,所以健保署應該再努力。我認為這些相關細項應該送健保會,才能作為我們協商的依據。

鄭主任委員守夏

謝謝!請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

一、個人同意讓健保署在 105 年基金預算先編列此科目,但要有個但書,如果 9 月協商時,像謝委員天仁所提,認為此科目沒有必要納入其他預算時,屆時本會除了可以調整外,甚至可以刪除。

二、因為本項是以健保經費支用,所以屬健保會權責,在9月協商 總額時可以保留其處理權限。經費刪除後,所造成的問題就是 健保署與行政單位的事情,不能因為預算書編列,到時就來跟 健保會說:「不行,這個預算一定要執行」,這樣就不適當。

鄭主任委員守夏

謝謝!委員還有無意見?(未有委員表示意見)如果沒有的話,可否請健保署回應。

蔡副署長淑鈴

- 一、先跟各位委員報告,去年協商 104 年度總額時,確實由本署自 行提出「提升保險人管理效率」項目。但我們運用此預算希望 能達成「提升保險服務成效」,希望在民眾服務就醫端,由保 險人提供平台,讓民眾看病時更有效益,是這樣的概念。
- 二、贊成在編列這筆預算時,本署需要釐清支用保費的內容與行政 經費的內容,絕對不可以重疊,包括要說服法規會以及主計總 處同意。委員如果同意先編入,我們一定有義務來說明細項, 而且要說明如何與行政經費加以區隔,讓此服務在民眾就醫當 下就能得到,而不是保險人要舉辦郊遊或其他活動,這部分我 們一定會交代清楚。
- 三、本報告案,是希望健保署可以在 105 年概算先編列此科目,但 一定尊重 105 年度總額協商結果,請容我們在協商時,再將所 有的具體內容,及今天委員關心的議題都說明清楚。

鄭主任委員守夏

- 一、這樣說明,非常明確,也夠誠意,反正9月協商總額時,就會 看到相關資料。
- 二、第四案就進行到此,接下來是例行報告第五案,「全民健保業務執行報告」於1、4、7、10月才進行口頭報告,本次是3月份,請委員參閱書面資料。11點了,應該開始進入討論案。請陳代理委員炳宏。

陳代理委員炳宏(李委員永振代理人)

- 一、本次業務報告有幾個關鍵數據必須在此提出。請大家翻開第7頁「表 5-1 全民健保財務收支分析表(權責基礎)」,對於委員們所關心「政府應負擔健保總經費 36%」議題,首先感謝署長於上次會議決議明確表示:請於業務執行報告之「財務收支分析表」呈現兩方見解的「核算結果」!但本月份該表數據,僅以主計總處所主張的安全準備列示核算結果,相對地卻看不到健保署依健保法第76條應提列安全準備金額的核算結果。
- 二、請大家仔細看到該表下方的備註 5,兩者安全準備差異數在 102 年度居然靜悄悄提高至 192 億元?但 102 年度不是已經決算了嗎?請問各位委員是否還有印象,之前在 102 年兩者安全準備的差異數是 158 億元(即主計總處採逕行減列安全準備之金額);而現在卻擴大到 192 億元(亦即再砍大家的安全準備 34 億元),數據異動已超過兩成以上、對安全準備影響,請問明不明顯、重不重大!接著請大家看到 103 年度兩者安全準備差異數也被調整,又擴大為 291 億元,到底當時兩者差異預估多少?是 260 億元,現在多了 31 億元,請問 103 年安全準備再被減列 31 億元的影響,請問重不重大!
- 三、上階段的議程中,已請大家確認「本會上(第 1)次委員會議紀錄」(在會議資料第 5 頁),明確提到要「呈現兩方(健保署、主計總處)的核算結果」;而請大家參閱本次業務報告之後,仍未看到健保署依健保法第 76 條應該提列安全準備的核算結果,剛剛也提醒大家檢視該表下方的「備註 5」呈現近年兩方差距數又再擴大。請問哪位可以幫大家說明?

鄭主任委員守夏

一、本案屬報告案,如果要主計總處回答,現場有主計總處的代表 委員。但此議題存在這麼久,不曉得我們還可以做什麼?就我 所知,健保署的財務報表,要送主計總處審核,而主計總處核 准的數據,就是依該處見解所核算的。至於本會委員,可要求 健保署在業務執行報告呈現比較詳細的內容,這是對的。 二、聽起來有點無奈,但我們還可以做什麼?目前為止,行政院也還未確定採哪種核算方式,可否於今年確定也不知道。

陳代理委員炳宏(李委員永振代理人)

- 一、請教,為何兩者安全準備差異數的重大異動怎能只寫在備註, 應該要清楚讓大家知道的這個重大訊息,卻列在備註的最末 項,同時也悄悄把差異擴大。
- 二、拜託此情形請負責這個報表的單位向大家說明!先就 102 年已 決算後兩者原本安全準備的差異數 158 億元,現在卻擴大為 192 億元,請該負責單位就「前後相差 34 億元」之金額來說 明。

鄭主任委員守夏

請健保署說明。

滕委員西華

主席,我的問題也有相關。

鄭主任委員守夏

好,請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、也是要請教業務執行報告第6頁、第7頁財務收支的問題。剛剛大家提到第7頁備註5,可否這樣解釋,從102年開始至104年為止,主計總處累計應撥付健保的差距,與我們期待金額的差距,已累計達536億元,是這個意思嗎?這是第一點請教。
- 二、第二點請教,第 6 頁備註 7 提到,政府補助款每半年撥付 1 次,這部分有無包含地方政府對其他福利服務的補助款?還是只有單純中央政府負擔的部分,如果只有中央政府負擔的部分,則 103 年或平均每年,中央政府負擔整體健保經費約多少?

鄭主任委員守夏

請健保署先說明。

蔡科長佩玲

有關兩種核算方式的差異,剛才委員質疑主計總處決算的數據不同,其實不是決算的數據有變動,而是衛福部之後採用最新的資料去調整,所以對主計總處來講,所核定的 102 年決算數是不變的。

陳代理委員炳宏(李委員永振代理人)

所以請問 102 年兩者差數「前後相差 34 億元」的具體原因,能否有更進一步的答覆?如果可行的話,我們馬上查閱去年 6 月份的業務執行報告(第 7 頁)係載明 102 年度安全準備「主計總處逕予減列 158 億元」之金額(且同樣也是以備註敘述),應讓委員們知道,為何與今天的數據(192 億元)有所不同?已經屬 102 年決算數據,為何還可以更動?

洪組長清榮

- 一、在此向委員說明,報表的數據是權責基礎,剛才蔡科長佩玲報告,健保署係按照最新的數據,依權責回歸,所以相關數據才會有差距。
- 二、有關政府撥付補助款部分,全部依健保法規定;至於地方政府 相關福利補助,則按照保費開單數繳納。政府一年的總負擔 約2千億元,包括各單位保費補助、健保法規定的法定負擔 等。

滕委員西華

抱歉!沒聽清楚,2千億元不含福利服務補助,只有法定負擔部分嗎?

洪組長清榮

有包含福利服務補助!

滕委員西華

- 一、包含福利服務補助是2千億元,了解。
- 二、剛才請教業務執行報告第7頁備註5的數據536億元(102年至

104年2月,兩種核算方式的差距),是否已將累計差額計入? 洪組長清榮

102年至104年2月底為止累計差異數為536億元。

鄭主任委員守夏

請陳代理委員炳宏。

陳代理委員炳宏(李委員永振代理人)

- 一、再次感謝署長在 104 年 1 月份委員會議決議,表示要呈現兩種 見解的「核算結果」,但現在只看到主計總處的核算結果,卻 未看到健保署依健保法第 76 條的核算結果?只呈現兩方「核 算差異」,且該差異又悄悄地擴大,現在大家得到的答覆,不 知如何釐清未來的權責。
- 二、由健保法第 4 條「本保險之主管機關為行政院衛生署」已告訴 我們,解釋權在衛福部,目前主計總處仍不斷引用健保法第 78 條規定解釋自圓其說。
- 三、剛才健保署會上補充的資料(試算健保財務收支-2015 年至 2025 年),大家可以看到醫療費用成長,比國民經濟實質成長 率還高,這是題外話,大家回去算一下就知道答案。
- 四、全民健保應提列的安全準備,究竟多少?民眾及投保單位已配合繳交保費,健保總經費 64%的負擔,大家都扛起來了!反觀,近年政府應負擔健保總經費 36%部分,卻自行引用健保法第 78 條規定來解釋,政府是否扛起其健保總經費 36%的擔子?持續以此方式核算,而僅呈現兩方差異數,且差異還悄悄地擴大,是否合理、合法?
- 五、今天業務執行報告第7頁「表5-1全民健保財務收支分析表 (權責基礎)」僅依主計總處所主張的安全準備列示核算結果, 實乃「喧賓奪主」。相對地,依健保法第4條、第76條規 定,即健保署應提列安全準備的「核算結果」,敬待落實辦 理。

鄭主任委員守夏

謝謝!請謝委員天仁。

謝委員天仁

健保署的解釋,老實講,我還是聽不懂,太抽象了!「權責」是哪些項目?與原來的數據相較,哪些項目有變動?應說明清楚。相差約 20%,去(103)年提供的 102 年資料,早已決算,權責基礎卻還會變動,是否健保署提供的數據都會誤差 20%?為何有此差距?對於數據差距 20%,我們認為不可思議。應說明到底哪些數據、科目產生問題。

鄭主任委員守夏

委員所詢備註之數據,不知今天健保署有無準備資料?如果沒有, 請於會後提供詳細說明。102 年度決算數據,去年已確定,但現在 數據卻有不同,對於委員不解之處,請健保數提供書面資料。請滕 委員西華。

滕委員西華

再請教業務執行報告第 86 頁,剛才吳委員玉琴詢問時,我有 2 點疑問:

- 一、「103 年全民健康保險特約醫事服務機構支援照護機構執行情 形」,是否不包含牙醫門診總額至身心障礙機構支援特殊醫療 服務的部分?若本次未包括,下次應納入。
- 二、支援家數部分,基層診所規模較小,若醫師前去支援,當天診所就無法開業;但業務執行報告第87頁,甚至提到有醫事服務機構支援超過30家以上的照護機構,顯然是醫院層級才有辦法做到。醫院支援照護機構,一定是用醫院既有的人力,若跨縣市支援還要報備,當醫院支援密度如此高,請問健保署有無評估是否會對醫院服務人力造成影響,或必須向現行門診與其他服務調配人力。

鄭主任委員守夏

請問還有無類似議題要請教健保署?請陳代理委員宗獻。

陳代理委員宗獻(蔡委員明忠代理人)

- 一、我的議題不完全一樣,是剛才提到的 AIDS(後天免疫缺乏症候群,簡稱愛滋病)費用問題。今年 2 月修訂「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」,健保署今天提供的資料有呈現分析結果,請參看第 33 頁「修正『人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例』對健保總額之影響」,其中提到,依該條例第 27 條第 2 項規定:「本條例第 16 條第 3 項及第 4 項之修正條文,自公布後 2 年施行」;再請參看第 34 頁,102 年服藥感染者之醫療費用為 32.94 億元,服藥人口每年以 18%左右的速度成長,換句話說,今年除非還在 2 年治療期,否則超過 2 年部分,全部要由健保買單。
- 二、剛才看主計總處計算政府應負擔健保的費用,想盡辦法要減少。在 AIDS 修法後,原本由主管機關支應的 32 億元,變成由健保支付。依健保署推估,今年的感染者,106 年時全部服藥滿 2 年,醫療費用 40 億元改由健保給付。至於目前新發生的病患數,不知健保署能否估算,相信有相關數據。目前服藥滿 2 年以上者,今年、明年應支付多少健保費用?衛福部報行政院核定時,應估算此費用,要由原主管機關編列的費用撥過來才對。

鄭主任委員守夏

聽起來合理,原來公務預算編在 CDC(疾管署),現在應編給健保署,健保費只要補其差額。

陳代理委員宗獻(蔡委員明忠代理人)

至少去年還有錢,應將預算撥過來。本會可否決議,為了健保財務 永續經營,請政府將預算撥過來。AIDS 費用,不是小數目,有幾 十億元。

鄭主任委員守夏

請陳代理委員宗獻提臨時提案。本案為報告案,且本會 102 年 2 月

22 日委員會議決定,本項例行性業務報告,書面資料每月提供,但 口頭報告採季(每年 1、4、7、10 月)報方式,本次係提供書面資 料。本案已討論 20 分鐘,雖然重要議題還是需要談。

干委員文男

- 一、因為隔2個月才開會,所以本月份討論時間應 double(加倍)。
- 二、既然開口了,順便發言:
 - (一)有關政府負擔健保總經費 36%部分,引用健保法第 3 條規定(政府每年度負擔本保險之總經費,不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之百分之三十六)來計算,沒問題;但引用健保法第 78 條(本保險安全準備總額,以相當於最近精算 1 個月至 3 個月之保險給付支出為原則)計算 1~3 個月的安全準備,就產生問題。如果往後主計總處都以1個月安全準備來提列,問題會很嚴重。
 - (二)衛福部代表能否說明現在情況,若政府現階段沒有錢,可同意這筆帳暫時沒辦法支付給健保,以後有盈餘時,再慢慢將政府應負擔健保總經費的 36%補足,不要每個月開會都討論此議題。
 - (三)本會該做的都做了,但我看行政單位都惦惦(台語);醫界 直通天庭,不能都惦惦(台語),見得到總統、行政院院長、 立法院都沒問題,遇到此問題卻不強硬,若只有少數人一 頭熱就沒效。
 - (四)希望各取所需,大家互相幫忙出力。錢多的話,民眾享受福利、醫界不用哀天叫地,所以大家合作;衛福部要怎麼做,應有宗旨。若等一段時間,真的達不到目的,我們也才能做絕望的抗爭,不然,每個月幾乎都討論同樣問題,到最後就沒力了!習慣會成自然,所以,衛福部一定要盡力爭取。

鄭主任委員守夏

剛才委員的提問,健保署未及說明的部分,請私下向委員報告,或

提供書面資料。請陳委員聽安。

陳委員聽安

- 一、議程資料第 89 頁「圖一、健保財務收支狀況圖(權責基礎)」,以 103 年來說,保險收支餘絀有 487.24 億元。
- 二、剛才陳代理委員炳宏質疑業務執行報告第7頁備註,主計總處 與健保署核算政府應負擔健保總經費36%的數據,兩者間有差 距,而且看數字越差越大。陳代理委員炳宏的疑問是已決算的 部分,為何又變動,顯然是主計總處應撥而未撥的數據。
- 三、假如我的了解沒錯的話,103 年收支餘絀 487.24 億元,應加上 291.90 億元。以權責方式來講,應該加上主計總處應當撥給健 保卻未撥補的部分。現在委員更擔心政府應負擔的部分,沒補 足的差額越來越多,而發展成今日的情形。對於剛才的質疑, 不知我的理解對不對,健保署今天提供的資料,尚未包括行政 院主計總處,即政府應負擔保險總經費 36%,以上是我的看 法。

鄭主任委員守夏

- 一、政府應負擔健保總經費 36%議題,本會已經討論非常多次,就 我所知,主計總處的代表也只能遵循長官交代的說法來解釋, 而健保署主計相關報表要送主計總處審核,所以是以該處的核 算方式為準。而以本會的立場,可以要求健保署呈現兩種算 法。
- 二、剛才陳委員聽安所提看法是對的。依健保署提供的數據,主計 總處該撥而未撥的費用,累計至今差額已超過 536 億元。至於 細節部分,為何 102 年決算數據不同,請健保署補充書面資 料。
- 三、建議本案討論到此,時間已超過11點,進度落後。

滕委員西華

剛才的問題會以書面答復嗎?

鄭主任委員守夏

相關問題,來不及提供部分,請健保署書面答復,若健保署手邊剛好有資料,也可先提供給想要瞭解的委員。

龐組長一鳴

第 86~87 頁業務執行報告的資料不包含牙醫門診總額至身心障礙機構支援特殊醫療服務部分。另,提供支援家數,最高的是醫院。

滕委員西華

了解,再私下請教健保署。

鄭主任委員守夏

報告案到此結束,進入討論事項第一案,請同仁宣讀。

伍、討論事項第一案「全民健康保險年度總額對給付項目調整之處理 機制案」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

本案於上次委員會議已經交換過意見,此次也調查了所有委員的意見,22 位委員表示不用修改,另 10 位委員的意見彙整於後。請翻到議程資料第 38 頁,背景說明已經很清楚,給付項目若要調整會直接影響總額,所以應該有處理機制,其中,運作原則是最重要的部分,後面的流程表則是作業細節。請同仁先宣讀運作原則,之後再看是否需對流程逐條宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

- 一、運作原則大家都有共識,希望之後若有調整給付項目,不論醫界代表或健保署要提案,都應依此原則。
- 二、作業流程非常細,委員所提意見都已納入,即劃有底線部分, 請問委員須逐條宣讀嗎?或事先看過的委員,有無修正意見? 請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、我看過本案資料,記得 102 年協商 103 年度總額時,因藥物給付規定放寬及財務管控問題,讓協商變得非常困難,幾乎談不下去,所以,我支持應訂定總額之下有關給付項目調整的遊戲規則。相關單位在一定的規則下,會比較有秩序,各司其職。否則,本來應由「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」處理的事項,反由本會來處理,可能會干涉共擬會議權責,似有「撈過界」之嫌,我認為並不妥適。
- 二、本草案經幕僚與健保署討論,也調查過委員意見,半數以上委員認為可依此處理機制做做看,所以建議先通過,等試辦一年後,有需要再行檢討。
- 三、另外,我特別強調議程資料第 40 至 41 頁,作業原則「5.保險

人依總額核(協)定事項,落實與管控給付項目之調整」,這點很重要。若健保署能落實、建立給付項目之財務影響評估及監控模式,相信可以大大減少後續協商的困擾,所以拜託健保署辛苦一點。

鄭主任委員守夏

謝謝!較細的流程列在議程資料第 39 至 41 頁,各時程,例如 1~3 月、7~8 月、8~9 月、全年,及協商時該做事項都列出來了。大部分屬健保署權責,健保會為溝通平台。健保署對本案若有補充說明,或有不同意見也可表達。請朱委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

- 一、請問本草案變成正式規範後,層次是在健保會內部,或及於衛福部?因為只有第4項、第6項的負責單位是健保會,很多層次在衛福部或健保署。
- 二、舉例來說,作業原則「1.主管機關擬訂年度總額範圍:針對涉及財務平衡者,應預為安置調整給付項目所需財源」,應於提報行政院時,就安置所需財源。剛才陳代理委員宗獻一直提到AIDS將增加30至40億元支出,假設衛福部擬訂政策報院時並未安置預算,在交議健保會之後確實會產生問題,健保會是要退請衛福部重擬再談,或可決定暫緩,等有預算再執行?這部分於討論本案時應先釐清。

鄭主任委員守夏

- 一、本案是為了讓總額協商時,針對給付項目調整造成財務影響之處理原則,本會通過的處理機制,應不需衛福部核准,只能說在場的衛福部代表了解我們在說什麼,討論過程也未表示反對意見,健保署也沒有反對意見,就形成遊戲規則,大家互相尊重。
- 二、若衛福部因為特殊原因,沒辦法編列預算,可於協商時說明為何未編列預算;衛福部若以交議方式,就只能看協商氣氛,本處理機制草案是針對總額協商的遊戲規則,法令效力可能不及

衛福部。健保署則是工作夥伴,很多資料都需該署幫忙,若有 窒礙難行之處,也請提出。

三、本案是大家的共識,通過後就照原則執行,主要是希望協商能 夠順利。請朱代理委員益宏。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

可否請主席特別詢問衛福部、健保署代表,對本草案有無異議,若有不同意見,可在此表達;若沒有,至少衛福部代表是代表部長參加會議,等於尊重委員會議,表示同意這樣運作。

鄭主任委員守夏

謝謝!先請問委員對於草案內容有無修正意見?委員若無特別意見,再請問衛福部代表有無意見?

曲委員同光

開會的原則本來即如此,討論提案,有意見就表達,通過了就要遵守。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理人)

不是要衛福部保證,只是提案內容涉及衛福部權責,要請問衛福部對作業流程有無修正意見,沒意見就表示同意。

曲委員同光

其實,衛福部每年研擬醫療給付費用總額範圍報行政院核定的程序中,有一項是要諮詢健保會意見,所以會影響政策、總額的項目, 在研擬總額範圍的過程,我們一定會注意;就算漏掉,在諮詢健保 會時,委員一樣可給予指教。

鄭主任委員守夏

謝謝!請陳代理委員宗獻。

陳代理委員宗獻(蔡委員明忠代理人)

一、延續剛才愛滋病的費用,請參看議程資料第 39 頁,作業原則 2.主管機關交付健保會協定年度總額及其分配方式:應交付供 協商遵循之具體明確給付項目調整政策,其作業流程「...。原 由政府負擔轉由健保給付之服務需有相關法源依據」。

二、只有相關法源是不足的,因為健保會談的是預算。像愛滋病議案很明確,立法院通過由健保買單,但本項原來由公務預算支應,所以,建議於「需有相關法源依據」後加上「及財務規劃」。財務來源不一定都是向疾管署要費用,每年5月向行政院陳報年度總額範圍時,其實可以編列相關預算。有很多方法,不是法律通過,就由全民買單,因此,應加上「及財務規劃」。

鄭主任委員守夏

對於加「及財務規劃」,請問健保署有無意見?(健保署未提出意見)

陳代理委員宗獻(蔡委員明忠代理人)

「財務規劃」不一定是衛福部,不過因為衛福部每年研擬總額範圍 陳報行政院時,可於調整因素增列費用,而且,其對財務影響確實 重大,30億元占健保費用比率相當高。

鄭主任委員守夏

其他委員有無意見?

曲委員同光

105 年不會發生愛滋病患之醫療費用轉由健保給付的情形。

陳代理委員宗獻

今年已經發生,因為「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」第 16 條修正後,新發生的病患,前 2 年的藥費及檢驗是由主管單位疾管署負擔,但服藥滿 2 年的病患則由健保支付,所以今年 2 月公告後,開始要由健保支付。(其他委員表示:還沒有)

曲委員同光

這是解讀問題,修正條例涉及健保者公布後2年才實施。

鄭主任委員守夏

「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」第27條第2

項規定「本條例第 16 條第 3 項及第 4 項之修正條文,自公布後 2 年施行」。

滕委員西華

明(105)年總額協商時,才會有愛滋病費用問題。

鄭主任委員守夏

今年不會吵架!

陳委員宗獻

那就沒那麼緊張了!

曲委員同光

該注意的情況,我們一定會注意,該增加的錢也會算進去。 陳代理委員宗獻(蔡委員明忠代理人)

不過,既然對年度總額有影響,應加上「及財務規劃」文字。 鄭主任委員守夏

- 一、「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」 作業原則 2.之作業流程修正為「...。原由政府負擔轉由健保給 付之服務需有相關法源依據及財務規劃」。
- 二、若委員無其他意見,本案修正通過。重點是6項運作原則,希望大家有默契依照遊戲規則來做。接下來,請同仁宣讀討論事項第2案。

陸、討論事項第二案「因 103 年登革熱疫情嚴峻,高雄市衛生局建請由『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』支應高雄市登革熱住院病患醫療費用案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝宣讀。請問健保署有無補充說明?沒有的話,就照這樣。高雄市衛生局來函,登革熱疫情創新高,希望…。請侯委員彩鳳。

侯委員彩鳳

我來自高雄,記得多年前,衛生署前長官就說過,登革熱是高雄人的宿命。登革熱疫情在南部地區,尤其是高雄,非常嚴重,姑且不論提案結果,總之依照程序辦理。現在各地區是水旱問題,南部又增加一個擔憂,登革熱橫行,各里鄰都在清除登革熱孳生源。可能的話,請各位委員、衛福部及健保署所有官員多注重此議題。

鄭主任委員守夏

謝謝!登革熱一直都是問題。請陳代理委員宗獻。

陳代理委員宗獻(蔡委員明忠代理人)

- 一、議程資料第 54 頁「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之適用範圍與動支程序,動支程序之(二),屬「非預期風險」者,需符合 3 項評估指標之任一:(1)不可預期因素影響致使部門總額該季全署預估平均點值在 0.9 以下,且較去年同季點值下降幅度>5%以上。(2)不可預期因素影響至使該部門一般服務之該季醫療費用點數成長率>(當年度醫療服務成本及人口因素成長率+5%)以上。即健保署提案之說明。
- 二、記得「(3)不可預期因素屬非天災所致之大型事件(為非屬健保法第 52 條事件,並經主管機關認定之案件),且該事件發生後,前 2 個月之預估醫療費用達該地區當年季平均總額預算之0.3%以上」,是由我提出並經討論通過,但不清楚,健保法第52 條規定(因戰爭變亂,或經行政院認定並由各級政府專款補

助之重大疫情及嚴重之地震、風災、水災、火災等天災所致之保險事故,不適用本保險)是否排除登革熱?若未排除,可否適用本評估指標。

鄭主任委員守夏

請朱代理委員益宏。再請健保署說明。

朱代理委員益宏(謝委員武吉代理)

- 一、本案是高雄市衛生局提案,健保署只是代轉,所以沒特別說明。以後這種情形,幕僚應事先請高雄市政府衛生局派員說明,不然,提案來要錢,結果什麼話都不講,個人認為對委員會議不夠尊重。
- 二、另外,為何今年暴增,主管單位或防疫單位應說明清楚,什麼原因造成疫情突然增高,是防疫沒做好或該歸責於疾病本身?若屬疾病本身的問題,則須要對高雄市、高屏區做處理;但若屬防疫疏失而來要錢,我想陳菊市長應先檢討防疫措施。很可惜,今天只看到健保署代為說沒錢以爭取費用,個人覺得不妥。
- 三、記得登革熱是第二類法定傳染病,請教傳染病防治法是否規定,經費應由中央或地方主管機關編列,法源要先釐清,若應編列公務預算,則沒道理來健保要錢,高雄市政府應循行政管道編列經費。

鄭主任委員守夏

請蔡委員登順。

蔡委員登順

侯委員彩鳳來自南部,當然認為應即時反應,但本會去年 11 月才修訂本項經費的支用範圍及動支程序。議程資料第 54 頁有提到,非預期風險的項目,應該先有「提案前審議」程序,這是本會通過的,由健保署與各總額部門先評估,如果符合評估指標的標準,才提到本會討論,所以,健保署在本案說明三已經很明確表達,不符

合提案審議標準,此與朱代理委員益宏的意思差不多,我的看法是按照程序來,免得我們過去通過的,現在馬上又變動,會議將開不完。

鄭主任委員守夏

感謝蔡委員登順,請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、登革熱是第二類型法定傳染病,屬於傳染病防治法的範圍。這是疾管署吃健保署的豆腐,且並非第 1 次!之前是 TB(肺結核)部分,其隔離治療的費用,現由健保負擔。上一次的例子,則是狂犬病疫苗的費用,也已由健保編列經費支應。所持的理由,我就不批評對或錯。
- 二、登革熱是屬於第2類型法定傳染病,根據傳染病防治法,其後續的防疫經費,還包括隔離、檢疫、檢驗等,這些在事實認定上非常模糊。隔離治療的部分,如果不是居家隔離,而是住院治療,依法似乎疾管署僅負擔隔離病房還是所有治療費用?我覺得衛福部有必要找疾管署協商清楚,到底疾管署根據傳染病防治法,應該負擔哪些費用?因為傳染病防治法第44條只有負擔隔離治療的費用,必須由該署編列預算給付。但要不要隔離治療,或隔離治療的程度到哪?或居家治療部分,是否屬於該署應該負擔的費用?都要說明清楚。登革熱在診斷前,或是不需隔離的費用,是否屬於第72條該署應該編列的費用?
- 三、剛剛朱代理委員益宏有提到,地方政府應該要編列預算,不足的部分,由中央政府補助,不能吃健保豆腐。若前端的門診,包括檢驗,及再次檢疫其傳染病的程度,全部都申報健保給付,是不對的。依據傳染病防治法的精神,地方政府與中央政府應該都要負擔。如果高雄市政府衛生局,確實在登革熱的防疫經費上有困難,不管他們做得如何,這部分應該由中央政府負擔。不論由行政院動用預備金,或衛福部透過衛生行政系統中央公共衛生的預算去補足,都可以。而不是每次都來向健保

要錢。我相信這絕對不是最後一次。

四、愛滋病條例已經修法通過,那是法規問題。可是疾管署這幾年用了多少筆健保經費,這是要確定的問題,不能說健保沒辦法抵抗。上次狂犬病疫苗,我就已經很有意見。連健保署似乎也有官員自己也認為,如果疫苗有治療效果,就應該由健保買單。疫苗本身的界線就很模糊,也值得商榷。根據傳染病防治法規定,疫苗的部分其實還有疫苗基金可支應,所以,全部要由健保給付,我覺得有欠考量與問延,不是我們不付這筆費用,我覺得疾管署、健保署、社保司等單位,應該要以衛福部相關單位的名義釐清此情形,才不會每次都讓健保會來當壞人。

鄭主任委員守夏

請黃委員啟嘉。

黄委員啟嘉

- 一、「提案前審議」程序,依照評估指標第1項、第2項所述,當然無法通過。可是記得之前決議的是,3項評估指標只要符合其中1項就算通過。健保署提案並未列出第3項評估指標不適用的理由,只在說明二敘述:「故採第1、2項評估指標,…」,其實根本不用如此寫,只要直接寫採用2項評估指標之一即可。由於實際上並沒有提到第3項,所以,如果符合第3項評估指標,高雄市政府衛生局的提案是可以討論的。
- 二、贊成陳委員宗獻所提意見,事實上健保費有其給付的範圍,稅 收在公務上有支應民眾需求的範圍。但我們常將稅收應處理的 事情,用保費來處理。疾管署所應處理的事情,是稅收應該要 支應的,結果反由健保費吸收,對民眾來說這有問題。

鄭主任委員守夏

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

- 一、我蠻支持朱代理委員益宏的意見,其實高雄市登革熱疫情頗為嚴重。侯委員彩鳳來自高雄,我也來自高雄,我的家屬現在全住在那裡。我深刻體會到登革熱的困擾,對身體健康真的造成很大影響。尤其從 99 年至今,已經有 1 萬多人被感染。今年高雄市疫情又最多,防疫很重要,高雄市政府的衛生單位應該好好檢討。不知他們是哪裡有疏漏或哪個地方做不好?但責任誰該承擔很清楚。
- 二、來要錢沒關係,我們當然是按照程序審議,不能給的就不能 給。可是我覺得疫情的問題一直在累積,每年 8、9 月是高峰 期,那時搞不好人數會更高。疾管署應該跟高雄市政府衛生單 位好好討論,如何抑制疫情發生,要重視疫情的嚴重性。

鄭主任委員守夏

剛剛有幾位委員都有發言,健保署的意見是不同意支應經費,請委 員針對是否同意本案表示意見。請謝委員天仁。

謝委員天仁

主席,我認為那是審議程序的部分,既然有先前的決議門檻,而且健保署認為沒跨過那個門檻。因為我們沒有程序委員會,健保署的提案,又經幕僚列為議案。我的看法是,如果沒有跨過門檻,基本上應不予處理,不該花那麼多時間討論是否同意。如果同意的話,不就違反了先前的決議,而且以後也會沒有遵循的標準,而讓會議開不完,這在上次高雄氣爆案討論時我就曾提出。雖然本會設定的標準沒有特別嚴謹,但既然設下條件就應遵守;沒跨過門檻,就不要討論。

鄭主任委員守夏

意見已經很明確了,請問有無不同意見?亦即,同意健保署的提議本案不予補助?請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(楊委員漢湶代理人)

一、基本上同意健保署的提議,但我覺得這樣做還不夠。依健保法

第 51 及 52 條規定,尤其第 52 條寫得很清楚:「因戰爭變亂,或經行政院認定並由各級政府專款補助之重大疫情及嚴重之地震、風災、水災、火災等天災所致之保險事故,不適用本保險」。顯然包括高雄氣爆案,要求撥款使用本保險費用,是有爭議與瑕疵的。

- 二、上次作這樣的決議,我覺得也有其價值,因為事故突然發生,如果真的很嚴重,可能會對某個健保分區的醫療服務提供者產生很大衝擊。就像 SARS(嚴重急性呼吸道症候群)疫情發生之初,一開始也都是由健保支付,事後在我們強烈反應依法不能使用健保基金,後來經求償,行政院也撥付幾十億元預算挹注此部分費用。
- 三、針對高雄氣爆案,我們決議支應經費,緊急協助當地醫療院 所。如果是全國性的問題,也應在第一時間站出來協助全國醫 療院所,不要讓他們垮掉。後續所增加的費用,再好好計算依 法應向哪個層級的政府單位求償。

鄭主任委員守夏

感謝謝代理委員文輝,如果是求償,又是另外一個提案。謝代理委員應該沒有特別反對的意見,請委員若有反對意見才提出。本會去年 11 月份所通過的動支程序,在討論時,很多委員都表示,以後一定會陸陸續續有同樣提案。因為只有委員及健保署有權限可以提案,各縣市地方政府或衛生局不能直接提案。所以,他們可能透過健保署或委員提案,主要是請健保署依據本會決議的流程來進行。請侯委員彩鳳。

侯委員彩鳳

補充一句話,跟結論沒關係的。因為剛剛有委員提到高雄氣爆案,心有戚戚焉。高雄氣爆不是大家願意的,是個偶發事件,不論哪個縣市都有可能發生。但是登革熱,我就期期不以為然,因為這是長年的。高雄市政府,不管是哪一黨執政,都應該要朝減少疫情努力,跟氣爆案不可相提並論。所以,剛剛有提過,依照先前決議的

程序進行。

鄭主任委員守夏

請陳代理委員宗獻。

陳代理委員宗獻(蔡委員明忠代理人)

必須聲明一下,因為是程序問題,不盡然同意健保署的提案。主要 是本案可否適用第 3 個評估指標:「不可預期因素屬非天災所 致…」?值得討論。

鄭主任委員守夏

- 一、以後若有類似議案,其他單位還是會請健保署提案,屆時請健保署依本會 103 年第 11 次委員會議通過之動支程序辦理,事 先與相關總額部門共同評估,試算指標是否符合提案標準。本 案未符合動支標準,同意健保署的意見。
- 二、剛請幕僚擬案的臨時動議,請同仁發送。我先說明一下,目前 為止,本會委員有共識,惟尚未處理的是主計總處與衛福部對 政府負擔健保總經費不足 36%的計算方式差異,該案一直懸 而未決。另去年 12 月委員會議,有委員針對強制汽車責任保 險法擬刪除保險人(健保署)對保險公司之代位求償權,或修改 強制汽車責任險對於傷害不理賠,涉及肇事者相關責任卻轉由 全民負擔,實在沒道理,所以提出臨時提案並獲得共識後,請 委員代表健保會召開記者會。類此情事,可以訂定標準作業流 程,所以請幕僚擬具草案,請委員協助檢視,因該提案正進行 連署中,而目前已超過 12 點,所以,先休息 5 分鐘,請同仁 一面分送便當,一面盡速協請委員完成連署。

(中場休息5分鐘)

柒、臨時提案第一案「以健保會名義對外發表意見之議案須符合之條件案」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

- 一、請大家回座,謝謝!今天有兩個臨時提案,先討論臨時提案, 之後再進行專案報告。
- 二、請同仁宣讀第一個臨時提案。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

提案內容為原則性規範,其中提到過半數出席委員,係指在場委員同意的人數須超過半數。請委員表示意見。

陳代理委員宗獻(蔡委員明忠代理人)

主席、各位委員,我認為明確規定有其必要,至於內容,據我瞭解,其目的係規範以健保會名義對外發表意見時,必須取得過半數委員的認同或連署,且納入決議事項,再由主席指定人員統一發布。一定要指定發布人員嗎?若不是,應修正為「『and(及)』由主席指定」,較不會有爭議,只是可能會因部門間的意見差異而產生爭議。舉例來說,西醫基層及醫院總額部門代表抱持不同看法時大部分委員都支持西醫基層部門,且超過半數,但總額牽涉的是西醫基層與醫院的利益,所以就內部組成而言,比起人數,屬性應更為重要。換句話說,如果西醫基層的代表只有1人,自然比不過多數人,此情況應如何兼顧及處理?

鄭主任委員守夏

- 一、文字上仍有部分可以考慮再修改,例如需要對外發表意見時,至少應有多少位委員連署,但不含有如陳代理委員宗獻所提擔心之個別部門有不同意見時,該不能兼顧的問題,其非討論本案的目的。本臨時提案係為處理本會決議事項,若要以會的名義對外發表意見時,須符合的條件規範。
- 二、剛剛陳代理委員宗獻提到是否由主席指定統一對外發言的人

員,我認為要依照「全民健康保險會組成及議事辦法」第 14 條規定,由主任委員或指定人員統一發布。

三、目前討論的方向是,在何種狀況下,才需要以健保會名義對外發表意見,並擬訂相關 SOP(標準作業程序)。以前在費協會及監理會時期,費協會是非常低調,因不要曝光才有辦法協商成功,通常曝光後都很難談成;而監理會則有較多委員各自表述的機會,現在的健保會是兩邊責任都要承擔。

干委員文男

我認為陳代理委員宗獻想太多。依我的經驗,監理會與費協會時期,從未發生過此情形,是健保會成立後才發生,因存在政治或給付問題。相信大多數委員對此提案不會有意見,希望不用再花時間討論。

鄭主任委員守夏

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

本案的意思是對於健保會所有開會的任何內容,不能對外任意宣布嗎?記得之前本會有發生過此情形,剛開完會,媒體就已經知道結論,消息不知從哪裏發出去。敏感議題,如費率調高、調降或維持,我們還未決定,外面卻已經知道,這種狀況常常發生,所以若是針對健保會開會的任何內容,不得任意對外宣布的話,我贊成!

鄭主任委員守夏

應該不是。我們之前開會,有時會有個別委員對外發表意見,委員為所代表的團體發聲,百分之百合理,這是委員被賦予的權力與責任。現在討論的是,若某個議案,不只個別委員,而是全體委員都非常有共識(共識的意思是超過半數),甚至要求主席應以健保會名義對外表示意見時,就符合成立條件。因此,此提案的用意是要將SOP說明清楚,當某議案有決議後,有委員認為應該以本會名義對外表示意見或說明時,依照現行提案,此動議有過半數委員同意或

連署時,主席必須接受,並由本人或請一位甚至幾位委員代表健保 會,對外發布意見,而非代表個別團體或部門。

戴委員桂英

文字可否再稍微修正?我知道目前文字修正為,應取得過半數委員連署,並納入決議事項。能否修正為,應取得過半數委員連署,並決議通過之事項。

干委員文男

決議兩字不要,因為決議就表示要清點人數,需要多少人贊成。

鄭主任委員守夏

現在是議案已經有決議,本會必須有共識,才能對外表示意見。因此,若要以健保會名義對外發表意見,須符合條件一:對某議案已經有決議;條件二:對此議案的決議,有委員認為應以健保會名義對外表示意見時,取得超過半數委員同意或連署。最後,再由主委或指定人員對外發表意見。

謝委員天仁

此臨時提案不是限制主委對外的說明權,任何議案即便只有 1 人連署,在決議通過後,假使主委認為有必要對社會說明,依據「全民健康保險會組成及議事辦法」第 14 條規定,本來就可對外說明。或者,可能主委不見得想對外說明,但大家連署超過半數,認為應該要對外說明時,主委應尊重多數委員的意見,所以本案是補充說明,不是限制主委對外的說明權。

鄭主任委員守夏

- 一、感謝謝委員天仁。去年有關強制汽車責任保險法修正案的臨時提案,當時是委員有共識要發布新聞。目前為止,還未發生過「全民健康保險會組成及議事辦法」第 14 條規定的情況(主任委員認有立即對外說明之必要時,應由其本人或指定人員統一發布)。
- 二、若委員對說明二文字沒有意見,本案就修正通過,以後若有委

員認為應以健保會名義對外說明時,請委員提案,當取得出席 委員過半數同意時,主席就要有後續動作。 捌、臨時提案第二案「因應『人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例』第 16 條修訂公告,所衍生之費用及預算編列,如何因應,請議決案」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

有關臨時提案第二案,請陳代理委員宗獻說明。

陳代理委員宗獻(蔡委員明忠代理人)

- 一、有關「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」, 剛才已跟委員提過,該條例第 16 條第 3 項及第 4 項之修正條 文,於民國 106 年生效。
- 二、提案說明一,104年2月4日公告修訂「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」第16條,致使原非由健保給付之醫療費用,改由健保支付,其額度每年高達30幾億元;說明二,為保障全體被保險人之權益,該項醫療費用自法律生效實施後,應由疾管署原列預算轉撥全民健保,以合公益。
- 三、事實上,類似事情不斷發生,致使健保支出不斷成長。除上述 情形外,於研擬年度總額範圍時也會被提列出來。為使以後年 度不能再提列類似項目,本動議為另一種方法。

鄭主任委員守夏

對於陳代理委員宗獻的提案,請委員或健保署表示意見。

滕委員西華

一、該條例的修法案,疾管署至少籌辦2年以上。只要是台灣人,不管生何種病,全民健保都有責任照顧,包括 HIV/AIDS。但陳代理委員宗獻提案目的是要疾管署撥款給健保,我對此精神給予支持與肯定,但法源恐怕不足。也就是該條例修正後,時間劃分很清楚,感染者自確診開始服藥2年內的醫療費用,包含中間衍生的部分負擔,仍由疾管署編列預算支應;服藥2年後才由健保支應,所以不管將來經費是30億元、40億或50億元,恐怕都要由全民健保負擔,若要改由政府編列經費支

應,我支持,但看起來顯然於法無據。

- 二、從 OECD(經濟合作暨發展組織)資料顯示,台灣政府投資醫療 比率下降,公共支出減少,因此,整體國民醫療保健支出,即 政府對醫療體系及全民健保的經費挹注,相較其他國家是偏低 的;更不用說主計總處到現在還在賴皮,不知道社保司、衛福 部有無力量向行政院反映。全民健保經費不足時需要調整保險 費率,這確實是社會保險應盡的義務,但社會保險的精神是政 府投資比率不宜過低;若我們想跟韓國比,恕我講句實在話: 差遠了!韓國政府在全民健保的投資比率高出我們許多。
- 三、我覺得陳代理委員宗獻的提案其實不錯,應向衛福部反映。衛福部在行政院跨部會協商時,應該提出若有全民健保新增的給付項目,包括登革熱疫情、肺結核醫療費用,及狂犬病疫苗費用等將轉由全民健保支應時,中央政府應同時編列預算補入,而非全由健保來負擔。這樣會造成被保險人互貶及矛盾,怪某個群體加進來後,害大家的保費要調高,這是不對的,因會變成弱肉相殘。這些人都應該受到照顧,我覺得這樣會造成社會分裂,大家互相怪來怪去,怪那些新加入的被保險人。我認為只要在全民健保體系下,應該都是我們要照顧的對象。我支持陳代理委員宗獻提案的精神,但若要做成決議,坦白說在法律上欠缺依據。

鄭主任委員守夏

謝謝滕委員西華,請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(楊委員漢湶代理人)

我覺得此臨時提案在邏輯及道理上,健保會應給予支持,這是很合情合理的要求,建議本案不需太多討論,應該做成決議,通過本案。希望衛福部能向行政院充分表達,看能否讓行政院照本案合情合理的訴求來處理,就算不行,至少我們做了堅定的表態。

鄭主任委員守夏

委員大概都會同意本案的精神,不知有無適當的法源依據可以讓疾管署的公務預算轉移至健保。以健保會委員的立場,原來由公務預算支應,現在要轉由健保基金支付,雖然立法院修法通過,但在情感上,好像政府一直把應該花的公務預算,轉嫁由健保基金支應。可以怎樣表達本會的訴求?先請戴委員桂英,再請黃委員啟嘉。

戴委員桂英

- 一、我知道陳委員宗獻提出本案的用意,如果這樣的表態是在立法院審查愛滋病防治相關法規時提出,說不定會有些效果;現在才表態,以公務機關處理公務的立場是沒有用的,除非修法。愛滋病的醫療費用,依過去的法規,原由疾管署編列預算;因為疾管署已爭取不到預算,所以開始想其他因應辦法,就修正「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」,修法後已經明訂愛滋病患醫療費用由全民健保支應的相關規定。
- 二、即使今天健保會通過此臨時提案,也沒有實際效用,這樣的話,我們需要通過本案嗎?還是未來在適當時機,提出修法建議。愛滋病的醫療費用早期是由健保支付,後來修法變成由疾管署的公務預算支應;此次修法又規定愛滋病患確診2年後的醫療費用由健保支付,所以是有歷史變革,但真正的影響在法律規定。

黄委員啟嘉

健保會通過的議案可能無法立即實施,但代表本會的態度,如果我們連態度都沒有表達,將來在修法時,政府部門就完全不會考慮相關財源的問題。剛剛也有委員提及,公務部門對健保署公務預算的支持不夠,在全世界屬偏低水準。若今天可以做成決議,也可讓政府部門了解,以後在修法時,請注意要有財源轉移的配套措施,再來修訂法律。我認為這樣的表態在健保會是合理的表達。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、可以理解陳代理委員宗獻的想法,但從這樣的角度來凸顯問題,我認為沒有意義。我們應該整合所有相關的案例,例如預防保健、愛滋病防治費用等,本來都由公務部門編列相關預算,現在全部轉嫁由健保負擔,造成增加多少保費,所以付費者每年的保險費率須提升,這才是我們應該訴求的重點,才需要問主委是否要對外說明。
- 二、現在關著門自己做成決議,要求疾管署原列的公務預算必須轉 撥給全民健保,這決議本身就違法。疾管署會說並未編列這筆 公務預算,要如何轉移給全民健保?
- 三、我們應該要看整個層面的問題,而非點的問題。歷來已經有很多案例,將這些案例集合起來,提案討論。我認為這是很嚴重的問題,最後都會轉嫁到付費者身上,做整體訴求,預估可能增加多少健保費,預估3年或5年花費多少?又會使保險費率增加多少?以此對外訴求,這樣做才對!
- 四、跟衛福部講這些沒有用,衛福部左邊是疾管署,右邊是健保署,左右兩邊都是肉,要怎麼處理?會精神錯亂。唯一的方法就是透過社會輿論壓力,產生效果,告訴民眾這樣做不行,大家群起反對就會產生效果。向社會訴求,執政黨每次都這樣亂搞,人民每個月所得只有 22K 的情況下,還要多負擔相關費用合理嗎?這樣訴求才有意義。
- 五、陳代理委員宗獻的訴求方向錯了,我們可以理解您的想法,但 提案角度錯了,建議再重新擬案,不要只針對愛滋病的部分, 還有很多其他部分可以納入。

鄭主任委員守夏

這樣應該是蠻清楚的建議。

陳代理委員宗獻(蔡委員明忠代理人)

一、其實我在說明二已經寫得很清楚,只是沒有提到保費增加多少,但有列出:為保障全體被保險人之權益。因為醫療資源及

健保資源是有限的,如果不夠的話,必然要提高保險費率。

- 二、健保法明訂健保會的法定任務包括保險給付範圍之審議事項, 但今日才發現,保險給付範圍之審議竟然不在本會掌握之中, 立法院要通過什麼議案就通過。很贊成謝委員天仁所述,是否 要對外發言,我們不應該再等,因為這是目前最重大的議案, 每年花費增加40億元,且每年以18%的速度成長。
- 三、這是個案例,也是個時機點。至於要如何提出,應提到健保會 或衛福部討論?衛福部要如何解決問題?若認為無法修法,須 依法行政,我們也可以理解。但衛福部應該幫健保署提列財 源,依健保署的財務評估報告,2022 年就無法提列安全準 備,其中原因之一就是本案支出,3 年就要 1、2 百億元。請 衛福部正視此問題,並請編列預算,讓全民健保可以存活下 去。

鄭主任委員守夏

- 一、依照現行法規,我們沒有立場或權力要求衛福部挪動公務預算,這點應該是明確的,執行面很困難。建議決議一,請本會委員向衛福部發聲,政府花在醫療保健支出的占率越來越低,完全違反國際潮流。就我們的立場,政府在醫療保健支出的占率越來越低,有點丟臉,請委員適度向衛福部表達此意見,這是有文獻證據的。將公務預算轉嫁到保險其實不是個好辦法,如同飲鴆止渴,這一點委員有共識。
- 二、決議二,日後請健保署只要立法院有任何修法,涉及健保基金的運用、給付範圍調整,請在第一時間就告知健保會的委員或幕僚,由健保會依權責決定要怎麼辦。現在已修法通過,才要反映,其實沒效了!如果還在修法階段,我們也許還有一些影響力,會比較有用。拜託健保署只要修法案涉及健保基金就通知本會,因該署應會被通知出席或列席,此項建議很務實,健保署應可做到。相信以後還會有相同案例。請黃委員啟嘉。

黄委員啟嘉

希望決議後面再加一句,避免侵犯健保會的職責(保險給付範圍之審議)。本次事件等於侵犯到本會職責,希望避免此類行為再發生。

鄭主任委員守夏

將這句話放到決議的第一點,即「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」修法案,明顯影響健保給付範圍及支出,本會未被告知,似乎讓本會有失職責。請陳委員聽安先發言,再請干委員文男。

陳委員聽安

- 一、主席及在座的多位委員,最近都有參加健保署舉辦的全民健康保險二十週年國際研討會,會中蕭教授慶倫提出呼籲,目前台灣的醫療保健支出占國內生產毛額(GDP)比率約 6.6%,相較其他國家,有偏低現象,希望我們予以重視。國際文獻並未有健保醫療支出占國內生產毛額的合理比率供參考,目前也沒有資料可佐證,比率應該多少才恰當。至於醫療支出,哪部分應由健保支出,则屬另外的議題。
- 二、針對本案,建議以後所有的提案,如果要增加健保給付項目或醫療支出,必須同時提出相對的財源方案,因為不是由公務預算支應,就是由健保支應。所以,提案人必須明確表示,錢從哪裡來,否則就會增加健保財務的負擔,希望大家可以就此觀點來看。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

一、針對陳代理委員宗獻的提案,我認為羅馬不是 1 天造成的, AIDS 從公務預算轉由健保支付,不是 1、2 天就能造成的 事。我的印象,討論時間最起碼也有 2 年以上,尤其是醫 界,政策轉向前,你們一定會先知道,所以,本案醫界應該 負擔一部分責任。再來是健保署,也要負一部分責任,你們 出席相關會議時,就應該表達健保無法承擔那麼多額外費用 的立場。

二、我想謝委員天仁並非反對本案,而是認為訴求的對象不對。 現在健保稍微有點錢就顧人怨(台語),立法院通過修法,生米 已煮成熟飯(台語),相關公務預算就不會編列,因轉由健保支 付了。我們應計算未來這幾年需花多少健保費用,民眾每年 的費率要調整多少?讓民眾思考,哪些是健保該給,或不該 給也支付的項目。所以,贊同謝委員天仁的意見,如前案通 過的處理機制,大家連署請主委對外發言,主委有代表本會 發言的義務及責任。本案要如何處理,希望陳代理委員宗獻 可以提出較詳細的內容,包括本案可能增加多少健保支出, 及可能影響多少費率,民眾都很關切這些議題,主委對外說 明時,也才會鏗鏘有力,相罵也要找對對象(台語),建議修正 提案內容後,下次再討論。

陳代理委員宗獻(蔡委員明忠代理人)

- 一、「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」雖然 104年2月就公告,相關單位之前也召開過會議,但台灣社會 一直都很同情愛滋病患等弱勢團體,立法院任何 1 位委員都 不敢對罕見疾病等弱勢族群,做出反對意見。如果今天健保 會對於與健保財務、總額支付息息相關的修法案,不做任何 回應,我不知道將來要如何自處?提案內容如何修正,我沒 有任何意見,但上個月才公告的當頭,本案今天若撤回而不 討論,是不對的。法已經公告,就要依法行政,這些我都 懂,並不是要擺個姿態而已,這本來就是我們的職責所在, 所以,才會提出此臨時提案。
- 二、為使提案具體可行,建議將提案說明二修成:「為保障全體 被保險人之權益,該項費用自法律生效實施後,衛福部應提 列預算轉撥健保署或於年度總額中編列相關預算」,這樣可

以留一條路給衛福部走。即便不能有所作為,健保會也不能 惦惦(台語),以後對每個類似的議案,如果我們都保持沉默就 有失職責。

鄭主任委員守夏

陳代理委員宗獻提出明確的修正建議,請衛福部編列相關預算, 因為這是其權責,至於能否編列,是他們內部須處理的事。請謝 代理委員文輝。

謝代理委員文輝(楊委員漢湶代理人)

- 一、主席剛剛裁示的方向很正確,事實上本會只是表態而已,陳代理委員宗獻的意思,也是希望本會表達應有的態度,但是不會有效果,基本上法律已經很明確規範,本項費用轉由健保支應。所以,健保依法每年就要編列 AIDS 預算,開始的醫療費用可能1年40億元,年成長率約18%,健保署應依實際的數據來計算。
- 二、由於立法很明確,所以未來健保年度總額預算都應將 AIDS 費用包含進來,若由醫療團體提案並不恰當,外界會說,健保總額已編列相關預算,你們醫界還有什麼立場提出這些意見。
- 三、表面上政府應至少負擔 36%的健保總經費,實際上好像沒有,所以應統計,從健保開辦至今,政府負擔健保費是否有逐漸減少,而納入健保給付的項目卻逐漸增加的現象,這些數據健保署最清楚,應臚列歷年的相關數據,看看健保增加的給付項目有多少是原來政府公務預算支應的,現在卻轉為健保支出?而政府負擔的健保費用,是否依健保法規定,維持至少 36% ?還是其實只剩 30% ?
- 四、就政府負擔健保比率越來越低的現象,最有立場講話的就是 消費者團體,你們應該站出來,呼籲政府不能自己應負擔的 醫療支出愈來愈少,而將所有的醫療費用都轉由健保支付; 此點無論消基會、督保盟等團體都可以據理力爭,非常名正

言順。因為健保費是由消費者、雇主及政府共同負擔。未來 就可以營造整體氣氛,針對此議題討論,看要如何處理,才 會較有效果。

鄭主任委員守夏

本案可以不要再討論了嗎?

干委員文男

請同意我第2次發言。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

- 一、剛才謝代理委員文輝、陳代理委員宗獻所提,與我們的宗旨不同,我們講的重點是「訴求的對象」。你們訴求的對象都只是衛福部,叫他們如何改變?怎麼可能改變?立法院已經通過的法案,醫療費用改由健保支付,健保署摸摸鼻子,就只能根據規定編列預算。由公務預算轉到健保支應,最後就是調整健保費率,每個人都可能會受到影響,費率負擔上,雇主所占比率頗高,立法院利用個別委員召開說明會,修法可能就是如此決定的,但這是不對的。
- 二、我們要搞清楚問題的訴求對象,行政院及立法院已經決議的事,健保只能依法執行,否則這些行政人員都會被監察院彈劾,所以,訴求的對象要擴大到民眾,這樣傲慢的作法,未來可能會導致提高費率。政府應負擔未達健保總經費 36%部分也沒有給足,希望藉本案同時解決許多困擾,否則立法院一直將其他不應由健保負擔項目納入健保給付,全部轉嫁給付費者,最後民眾會受不了!

楊委員芸蘋

本案對相關疾病的弱勢團體是有幫助的,我們也很贊成,但就如陳委員聽安建議,必須要考慮財源在哪,並且要依法定程序執

行。原則上可接受本案的宗旨,只要健保有預算,我就同意支應。

鄭主任委員守夏

本案討論到此,是否衍生其他提案或訴求,由個別委員決定。因陳 代理委員宗獻並未撤案,需依大家的共識做決議

- 一、「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」修法內容,涉及本會權責,但未請本會表示意見,似缺乏程序正義。 健保給付範圍之審議為本會權責,本會並未受到應有的尊重。
- 二、未來若有類似修法案將影響健保給付範圍或財務收支平衡時, 應徵詢本會意見;健保署得知相關訊息時,應即時、主動於最 近一次的委員會議提報。

滕委員西華

針對主席第一點結論,提出修正建議。立法院在審議相關法案 時,並無責任或義務通知本會,但主管機關都會知道。因此,衛 福部應先徵詢本會意見,以示尊重。

鄭主任委員守夏

剛才講的不夠清楚,本會與立法院的確無直接關係,應由衛福部告知本會,謝謝滕委員西華。請何委員語。

何委員語

- 一、醫界有一位蘇清泉立委,相關資訊卻未通知。醫界認為自己是使用單位,所以不管預算從何而來,都無所謂。但我們認為蘇清泉立委是醫界代表,未盡責告知醫界及本會委員,實為失職,可以考慮罷免他。當然,蘇立委是由國民黨中央委員所推選出來,除非中央委員連署超過五分之一,才可能罷免他,剛才的發言只是開玩笑。但為何蘇立委未將相關資訊通知本會委員及醫界代表,應深入探討、思考。
- 二、立法院修正法案時,有關主管機關都會受邀參加,像我就經常 參加立法院公聽會。衛福部及健保署應將相關訊息告知本會委

員,例如哪些修法項目將改由健保給付,像經濟部就經常通知 工總有關勞動或經濟法規的修正進度。因此,我認為未來的修 法情形,主管機關應通知本會委員,任何將影響健保會職責或 健保費用支出的條文,都應該通知本會委員,才是正規。

三、主計總處為使政府舉債比率不超過 50%的上限,10 年來已 3 次修改國家負債比率的條件與基期,若以 10 年前的計算方式,目前負債早已超過 50 %以上,但因計算基礎改變,目前約 40.3%。因此,主計總處對於政府應負擔的健保費,究以健保收入或支出為計算基礎就很重要,因結果會不一樣,請健保署務必準備詳細資料提供委員參考,以利後續發展。

四、對於本案訴求的目標有兩個面向:

- (一)目前「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」已修正通過,若衛福部編列 40 億元預算,補助健保給付之愛滋病醫療費用,保證在立法院預算委員會一定會被刪掉,因為法律上已完全歸由健保給付,怎能再編列公務預算支應?相信立委在審查預算時就會刪掉這部分,所以很難要求衛福部這樣做。
- (二)請健保署提供相關數據資料,一方面可向政府提出訴求, 另一方面也要向立委提出訴求,這些都是可努力的方向。 這點很重要,否則,衛福部或健保署在修法過程,都不告 知付費者代表委員,我們永遠居於劣勢。如果只是發布聲 明稿,立委不痛不癢,只會交給助理研究。建議採取較有 效的作法。

鄭主任委員守夏

現已下午一點鐘,後面還有專案報告,本案是否不再討論?

侯委員彩鳳

同意主席結論。

蔡委員明忠

本會議事錄係逐字記載,何委員語所提有關某位立委之發言,其真實性如何,可請健保署說明。此事涉及人身問題,且考量紀錄是逐字稿,我認為該段發言應該刪除。據我瞭解,蘇清泉立委在立法院議場上,針對本修法案,是站在極力反對的立場。因蘇立委兼任醫師公會全聯會的理事長,留下這樣的紀錄文字並不妥適。可否請主席裁示,何委員語的相關發言要留下紀錄嗎?

鄭主任委員守夏

- 一、多年來因政府財政拮据,CDC(疾管署)在執行愛滋病及肺結核 防治非常困難。此議題在衛福部內有 1、2 年的折衝與多次討 論,健保署為健保基金穩定性考量均持反對立場,但基於行政 一體,行政院有其考量時,本署必須配合。在立法院審議法案 時,行政院及各委員都有不同的版本,健保署身為行政單位, 沒有立場也不可能反對行政院版本。
- 二、行政院版本在立法院審議時,曾被提出病人的部分負擔、確診後醫療費用由健保給付,感謝蘇清泉立委支持健保,更重要的是他支持健保署的建議,最後改為愛滋病的部分負擔,仍由CDC編列預算;其次,確診後服藥滿2年後醫療費用始由健保給付,光此2項支持就減少健保近60億元的支出。

鄭主任委員守夏

這樣我們就比較清楚,本案是否到此結束?

干委員文男

剛才蔡委員明忠建議不要記錄蘇立委的名字,因有負面影響,且涉及人身攻擊,應予刪除。

鄭主任委員守夏

發言實錄均有經委員確認之程序,建議由委員自行決定。請何委員語。

何委員語

針對蔡委員明忠的發言,在此鄭重聲明,我沒有人身攻擊,且剛剛才由蔡委員明忠及黃署長三桂的說明,知道蘇立委對該修法案極力反對,之前並不知情。所謂不知者無罪,我還是堅持雙方的發言都應列入紀錄,至於是否涉及人身攻擊,由蘇立委自行判斷。我的意見是兩面俱陳,因為之前沒有聽到說明,若有先被告知,仍發言批評,那是我不應該,但之前從未被告知,剛剛聽蔡委員明忠及黃署長三桂的說明,才知道蘇立委極力反對。現在,我贊同蘇立委極力反對的立場,也應詳記並加入紀錄中。

鄭主任委員守夏

謝謝何委員語。發言實錄係依據每位委員的發言內容所做,每位委員都有機會在實錄確認前校對,本案討論到此。接下來進行上次遞延的專案報告,請健保署報告。

玖、專案報告「全民健康保險業務監理指標之監測結果」與會人員發 言實錄

李副組長純馥報告

鄭主任委員守夏

謝謝李副組長純馥的報告!請問委員有無詢問?先請蔡委員登順,再請滕委員西華。

蔡委員登順

健保署的簡報,除呈現監理指標的統計數據外,也提出指標值的意 義說明,有利委員瞭解,感謝健保署的用心。為使監理業務可長可 久,在此提出兩點建議:

- 一、本會之前討論監理指標建置案時,因考慮到每項指標的性質不同,故將提報時程分為每年、每半年及每季。議程資料第 67 頁「藥品費用占率」是每半年提報的指標,因此,應提報 103 年上半年的數值,而非 103 年 1 至 10 月份的統計結果;另 100 年至 102 年也應每半年呈現數據。其他指標也有類似情形,這部分希望下次可以修正。指標呈現每年、每半年或每季的數據,可讓委員瞭解趨勢,這一點應有改善空間。
- 二、為使監理業務可長可久,希望能提供指標的長期趨勢資料,以 利委員瞭解,並提出更妥適的改善建議。本次報告呈現3年的 資料,但未見更長期的數據,對委員做出判斷及提出建議的幫 助不大。建議本會幕僚與健保署先行討論,檢視如何呈現,會 更有利於委員觀察長期的趨勢變化,這樣委員提出改善建議 時,也會較切合實際情況。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員登順。請滕委員西華。

滕委員西華

一、謝謝健保署提出非常詳細的報告,投影片第7張「癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數下降比率」,癌末病人有被污

名化的沉重壓力,因為很容易被認為診治他們係屬無效醫療, 且浪費健保資源。依健保署所提出之指標值,可看出癌末病人 死亡之前6個月,因有些人沒去看病,所以死亡人數與就醫人 數有落差;且其死亡前的醫療利用改變,主要是病人使用急性 醫療。至於醫療點數部分,口頭報告時提及,是因支付標準調 整而使金額上升。我了解金額上升有其他干擾因素,但真正原 因為何?因為安寧療護理論上應該可以減少急性醫療點數,若 我的假設錯誤,亦請指正。

- 二、投影片第 15 張,「急性心肌梗塞死亡率」,這是新增指標,但排除轉院個案,亦即,只計算第一次送到急診後就死亡的個案,為何要排除轉院個案?為何不列入轉至另外一家院所DOA(Dead on arrival,到院前死亡)的個案?請健保署說明。目前院所指標平均值雖有改善,但 103 年上半年較 102 年下半年卻又略升。(本會幕僚補充說明:「急性心肌梗塞死亡率」指標排除轉院個案,係依據本會委辦台灣大學研究計畫之建議,經提委員會議通過後訂定。查其主要參照美國醫療照護研究及品質機構(AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality)所定之指標,主要考量於發病後之黃金期間,提供即時與有效率的治療,有助提升患者存活率。基於轉院個案之療效可能受到交通時間等變數影響,所以不列入本指標計算範圍)
- 三、投影片第 16 張,「糖尿病醫療給付改善方案之照護率」,很多研究證實方案成效非常好,對病人有很大幫助。糖尿病屬於慢性病,台灣約有 200 萬人,請問有何政策可將此慢性病轉移至基層診所照護。目前是區域醫院的平均值最高,地區醫院照護比率有上升趨勢,這是好事,而基層診所的照護率最低,為了讓慢性病人與長輩們方便,應該要有些方法,提高基層診所的照護率。
- 四、投影片第 23 張,孕產婦死亡率,100 年至 102 年由 5 0/0000 上 升至 9.2 0/0000 ,死亡率一直上升,與國際比較當然變差。現 在很多人不生小孩,生下小孩後,產婦又死掉,誰還敢生?

請問孕產婦死亡率為何上升?台灣與國際比較的情況有惡化嗎?

鄭主任委員守夏

先請委員提問後,再請健保署統一說明。

何委員語

- 一、投影片第 32 張,自 102 年起實施二代健保收取補充保費新制,對保險對象及投保單位增收補充保費,及由政府負擔不足法定健保總經費 36%之差額,因僅有 2 年的歷史資料,故無法計算標準差等數值。健保署的簡報中,一再強調政府負擔了不足法定健保總經費 36%之差額,但主計單位似有違反健保法的相關規定,我們應如何要求其依法行事?
- 二、因基本工資及紅利獎金提高,103年9月3日主計總處公告,全民的年所得平均約63萬元,資方代表平均雖多支付每位勞工3,600元,但勞工實際上只拿到900元,另外2,700元都支付給公務基金,變成支付給勞工公務基金的比率相當高,但勞工本人只多900元,所以未感受到增加很多錢,可是資方代表確實支付3,600元,這是行政院主計總處的書面報告。未來健保收支部分會增加很多結餘,另外補充保費制度會不會有更大變革,以及健保的醫療浪費、藥價差可否縮小,將是未來健保能否永續經營的重點方向,希望健保署記得。至於如何解決政府負擔不足法定健保總經費36%之差額,需要擬訂良好的政策與方向。

鄭主任委員守夏

請李委員蜀平。

李委員蜀平

一、主席,各位委員,主席真的很辛苦!大家便當都吃完了,他直到此刻才能一面吃一面聽大家意見,真是辛苦!所以主席是台灣的驕傲!

- 二、投影片第 8 張,「高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率」,以這 2 年實際的數據,就醫次數與輔導前同期下降比率約 20%。由藥師輔導高診次病人,除可提供藥師照護外,還可提供很多用藥諮詢,若委員認為高診次保險對象藥事居家照護試辦計畫有意義,未來請能讓我們擴大辦理。
- 三、投影片第 12 張,「藥品費用占率」大約 25%,如果依此比率 計算,今年藥費約 1,500 億元。我要特別感謝黃署長三桂,為 全民健保絞盡腦汁,光去年執行雲端藥歷,第三季就省約 13 億元;若 1 季省 13 億元,則 1 年應可省 40 幾億元,未來可 能會更多。
- 四、藥品費用占率應該多少才合理?能否提供先進國家資料,以供了解及比較,也可檢討我國是否有改善空間。雲端藥歷執行後,確實省下多少費用也要列入計算,然後將所有省下的費用回歸醫事界。

鄭主任委員守夏

請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(楊委員漢湶代理人)

- 一、投影片第 10 張,「各層級醫療院所服務量占率」,近 3 年各層級醫院都很平穩,可是由本次提供的健保業務執行報告第 70~72 頁,發現兩邊數據顯然有差距。健保業務執行報告中, 103 年第 2 季醫學中心、區域醫院、地區醫院的占率分別為 42.27%、40.76%、16.97%,但簡報呈現的數據卻是 41.23%、40.95%、17.81%,數值不一樣。另簡報資料 100~102 年數值,變動微乎其微,好像非常持平,希望健保署提供的數據,可以讓委員看到趨勢,並請忠實呈現。
- 二、投影片第 9 張,「區域醫院以上初級門診照護率」,我們看到 地區醫院持續在萎縮,健保會長期以來很關心資源分配有無愈 來愈失衡,這張簡報是追蹤初級門診照護率,初級病症就是小 病,應該盡量由地區醫院或基層診所提供服務,可是執行結

果,顯然並未朝預期方向。100~102 年醫學中心、區域醫院的初級門診照護率雖有下降,但都降不到 1%,區域醫院由20.43%降至 19.35%,降最多的反而是地區醫院,由 37.09%降至 34.03%。初級照護應以地區醫院為主力,卻下降 3.06%,顯然目前沒有採用積極的方法,鼓勵地區醫院做該做的事。民眾應該就近至地區醫院取得服務,我們勢必要更用心想辦法改善。數據應該顛倒才對,若醫學中心初級門診照護率可以下降2~3%,而地區醫院不降反升,才是希望看到的趨勢,期盼未來結果能如此。

- 三、新藥、新科技、新特材之預算一直增加,而其又多落在大醫院,再這樣下去,醫療資源分配會愈來愈不均。恐怕急重症病人至大醫院就醫時,會因大醫院還要照顧很多輕症病人,而影響醫療品質。每年若增加 20 億元預算提供大醫院執行新科技及引進新藥,應相對提出讓小病轉至小醫院就診的方案;並非要大醫院或醫學中心割肉給小醫院,而是將此 20 億元相當於多少小病的服務量,轉到小醫院提供,讓大醫院有足夠的醫療資源提供高科技服務,又沒有小病來影響其服務時間,這才是我們想要的方向。
- 四、拜託健保署長官能以總體資源的概念思考,不然預算一直加在 大醫院,到後來,所有的病人都跑到大醫院,輕病又無法下轉 到地區醫院,所以民眾一直抱怨急診滯留超過 24 小時的比率 愈來愈高。其實地區醫院的急診滯留率是最低的,急診檢傷分 類屬較低層級者,應想辦法送到地區醫院。今天所呈現的數據 不能只是看看,應進一步思考健保未來執行及努力的方向。

謝委員天仁

急診壅塞問題,從數據看來沒有任何改善,反而更嚴重。去年編列 醫院急診品質提升方案 3.2 億元預算,執行情況很糟糕;今年少編 1.6 億元,情形會如何,坦白講我也很擔心。健保署僅呈現整體占 率,例如 103 年上半年醫學中心急診滯留超過 24 小時的比率 7.68%(投影片第 6 張),說不定某些醫學中心已超過 25%,但單看平均值,只看到占率些微增加,就誤以為問題沒那麼嚴重,而實際上卻可能嚴重到我們難以想像的地步。平均值看不出民眾對急診需求的迫切性與憤怒,指標應能反映出異常情形,建議訂定管控比率,例如急診滯留超過 24 小時的比率高於 15%的醫學中心,應補充說明是那幾家及其比率值。

吳委員肖琪

- 一、上次委員會議曾建請健保署試算健保財務收支到 2025 年的情形,今天看到相關試算資料,姑且不論計算有無誤差,未來 10 年我們將面臨很大的問題,即高齡化與少子女化議題。我非常重視效率的相關指標,建議有些指標可以修改,有些則可再進一步分析。
- 二、第 3 張投影片,8 項效率指標能否真正反映效率,第一項「急性一般病床平均住院天數」,有無計入特殊病床、加護病床、30 日內的再住院?牙醫門診總額在多年前即有包裹式的概念(牙體復形同牙位 2 年再補率品質指標),國外也開始在關注出院後 30 日內的再住院是否與前次住院疾病相關,若是相關,則住院日數合併計算。因僅係監理指標,並不會對指標值不住院所進行懲罰,所以建議對「急性一般病床平均住院天數」指標,刪除「一般病床」4字,並增加 14 日或 30 日內的再住院率,因有太多的社會性住院。我們都知道慢性精神住院是很嚴重的問題,很多人住好幾年都不出院,故住院天數這部分,不論超長住院或再住院,都應呈現數據。謝委員天仁剛剛也提到要看異常情形,才能加以改善,而非僅看整體平均值。若要能真正反映效率,指標應作修正。
- 三、回應滕委員西華提到的安寧療護,我也不希望只看到整體的數據,癌末死亡前半年的住院,不論是住安寧病房或一般急性、慢性病房,建議細分住3個月以上、2個月以上、1個月以上或以下與沒有住院者的醫療費用與住院日數,這樣呈現才公

平,因為這些都存在很多社會不公平性。有辦法的人方能住到醫學中心、區域醫院的安寧病房,大部分人是住不進去的。住不進去的人拿到的資源沒有平均值這麼高,之所以產生差距,是因我們反而保障住在醫學中心、區域醫院安寧病房的被保險人,以致讓 social disparity(貧富差距)更大。再次呼籲,安寧療護一定要往社區醫院、居家照護的方向發展,而非由醫學中心、區域醫院提供。將住院天數拆開,再去看數據會較公平。

四、DRGs(住院診斷關聯群)每年應 revise(修訂),美國每年皆有 revise。另,是否應重新計算醫院的 base rate[計算 DRG 的基 礎值,即每人每次的平均費用除以 CMI(病例組合指數值)], 這也是看醫院效率或經營效率很重要的指標。

鄭主任委員守夏

請健保署先回應。

龐組長一鳴

- 一、由我統一回答。所計算的監理指標係依貴會的定義,本署是配合貴會的需要提供資料。
- 二、蔡委員登順提到有些資料呈現不完整,我們會再改善;謝代理 委員文輝提到簡報與業務執行報告的數據不同,主要是因資料 計算基礎不同,有些包含透析費用、有些則不包含;表格的附 註皆有說明,日後我們會將表格的附註文字放大,以利閱讀。
- 三、至資料的長期趨勢,由於健保已施行 20 年,所以有相當資料可供分析,會再研究如何呈現。但解讀長期趨勢也要很小心,若變動較大,可能是因某些措施介入。癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用,是依指標定義計算,未來是否要針對特定議題,例如急診壅塞、癌症照護品質等進行分析,以尋求如何讓醫療更有效率或縮短平均住院日數等等,若貴會有安排專案討論或報告,本署將配合辦理。(本會幕僚補充說明:有關蔡委員登順希望能提供長期趨勢資料乙節,本會幕僚將與健保署討論並擬具相關格式)

- 四、孕產婦死亡率,分母為 10 萬人,目前台灣 1 年出生不到 20 萬人,所以分子即使變化 1 個人,比率變動就很敏感,所以目前趨勢看起來似乎不佳。貴會只要求呈現孕產婦死亡率,但衛福部網站其實有與 OECD 國家比較的資料,我國算中上。
- 五、糖尿病醫療給付改善方案照護率,分母是各層級醫療院所的病人,分子是各層級醫療院所納入照護的病人。有關高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率,是本署對門診就醫次數每年如超過90次的民眾加以輔導,主要寄關懷函給高利用者,寄關懷函後,就醫次數即減少,成本效益很高;至於藥師公會全聯會推行的藥師居家照護,不屬本報告資料範圍,故未呈現。若仍有解釋不清楚之處,請委員再指正。

謝代理委員文輝(楊委員漢湶代理人)

當初討論監理指標時,龐組長一鳴還未調回署本部,而是在分區業務組服務。「各層級醫療院所服務量占率」指標,係地區醫院代表提出的,因覺得實務操作時,常陷於頭痛醫頭,對資源分配並未有通盤的整體觀,所以希望有相關數據供參,針對的當然是社區型地區醫院,而其主要功能為一般急性門診與住院,當時的原意是提樣及分析,以一般急性門診與住院為基礎,剔除透析服務,因透析費用屬另一項議題。委員若不細看資料,會覺得資料似乎很平穩,好像資源分配得很好。但當時訂定該指標的原意就是因一般急性醫療的地區醫院一直萎縮,關門的並非洗腎中心或 RCW(呼吸照護病房)。

鄭主任委員守夏

委員還有無其他問題要請教?現在已是下午1點54分,若沒有的話,本案應可結束了。委員有無臨時動議?請滕委員西華。

滕委員西華

我未有臨時動議,但有件事不知何時反映較佳,故在最後提出。剛才吳委員玉琴提到,104年4月17日由健保署與台灣社會福利學

會聯合舉辦「臺灣全民健康保險與社會福利國際研討會」,已經有 6個民間團體向我們反映,受限於邀請制而無法報名參加。採邀請 制是不對的,因其為政府經費支持的研討會,竟規定要受到邀請才 能報名,這本應擴大參與,以讓更多人了解健保。若因訂有名額上 限、保留部分名額給做決策的健保會委員或是其他政府官員、太晚 報名所以沒名額了......等,則可理解;但採邀請制,導致未受邀之 民間團體無法參加,實在難以接受。會來反應的人都是很關心全民 健保發展,也都是很棒的績優團體。若擴大參與是健保會的理想, 能否請衛福部、健保署再重新考量,開放名額給其他民間團體報 名,這樣才符合擴大參與的原則。

鄭主任委員守夏

請問滕委員西華有上網報名嗎?

滕委員西華

要有專屬報名代碼才能報名。

鄭主任委員守夏

請問有公開於網站嗎?

滕委員西華

沒有公開,是邀請制,一點進去要填專屬報名代碼。

鄭主任委員守夏

我任職的台大健康政策與管理研究所,有被通知歡迎報名參加,所 上就將相關資訊轉知學生。若其他單位有未能報名的問題,可以與 健保署聯絡。

滕委員西華

不能像我這樣有反映的民間團體才能參加,建議應該 open(公開)。 鄭主任委員守夏

謝謝滕委員西華的反映!請問有無臨時動議?沒有的話,今天會議到此結束。謝謝大家!