

衛生福利部全民健康保險會
第3屆107年第1次委員會議事錄

中華民國 107 年 1 月 26 日

衛生福利部全民健康保險會第3屆107年第1次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國107年1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：(依委員姓名筆劃排序)

干委員文男
王委員雅馨
古委員博仁
吳委員國治
吳委員榮達
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
翁委員文能
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
陳委員平基
陳委員旺全
陳委員亮良
黃委員偉堯
黃委員啟嘉
葉委員宗義
趙委員銘圓
劉委員志棟
蔡委員登順
蔡委員麗娟

國家發展委員會陳科長靜雯(10:46以前、13:48以後代理)

台灣社會福利總盟馬常務理事海霞(代理)

中華民國工業協進會楊顧問玉琦(11:54以後代理)

中華民國全國工業總會何常務理事語(代理)

盧委員瑞芬
謝委員尚廷
謝委員武吉
羅委員莉婷

中華民國牙醫師公會全國聯合會許常務理事世明(代理)

肆、請假委員：

郭委員錦玉

伍、列席人員：

本部社會保險司
中央健康保險署

朱簡任視察日僑
李署長伯璋
蔡副署長淑鈴
戴組長雪詠
劉副組長玉娟
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
邱組長臻麗

本會

陸、主席：傅主任委員立葉

紀錄：范裕春、李德馥

柒、主席致詞

各位委員、李署長及所有與會人員，大家早！

今天是第 3 屆委員於 107 年的第 1 次會議，也是舊曆年前的最後 1 次會議，在此向大家拜個早年，祝福各位新年好！也預祝新年度的委員會議氣氛更加和樂、更有效率！

捌、議程確認

決定：臨時提案「慢性病連續處方箋比照一般處方箋收取部分負擔案」，併討論事項第九案處理；原討論事項第五案及第四案，依委員建議，提前至討論事項第二案之後，餘照議程之安排進行。

附帶決定：為提升議事效率，議程將盡量依照預訂時間表進行，請未及於表訂時間內發言之委員，可以提供書面意見，該意見亦將一併納入會議實錄，並請相關單位提供書面說明。

玖、請參閱並確認上(106 年第 11)次委員會議紀錄

決定：確認。

拾、上(106 年第 11)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告

決定：

一、上(106 年第 11)次委員會議決議(定)事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤之項次 4、5，「委員就督促公費流感疫苗接種之主責業務單位疾病管制署進行該案處置費檢討與調升，並對代收代付作業研擬行政作業補助案所提建議，請中央健康保險署及疾病管制署參考辦理」、「有關『藥品價量協議(PVA)回收金額回歸總額』，健保署之執行方式案，請健保署提供利弊分析等相關資料，提下次委員會議討論」，改列「繼續追蹤」。

(二)擬繼續追蹤之項次 5，「視委員會議討論需要，邀請國民健康署、疾病管制署、食品藥物管理署等相關單位列席說明外，再由本會每年至少邀請上開相關單位舉辦 1 次業務座談會，與委員交換意見案」，請加邀與健保醫療資源分配業務有關之醫事司參與。

二、請幕僚依委員意見，補正 107 年 1 月 5 日「精進全民健康保險醫療給付費用總額協商及評核方式專家學者諮詢會議」紀錄。

三、有關評核委員之遴選，請四部門總額相關團體於 2 月 9 日前提提供評核委員推薦名單；所提之遴選原則僅供參考。另請幕僚將委員意見納入「各部門總額執行成

果評核作業方式案」研議，提下次(3 月份)委員會議討論。

四、委員所提意見，請中央健康保險署提供書面說明，餘洽悉。

附帶決定：有關衛生福利部、中央健康保險署公告之相關附件，請幕僚以電子郵件將檔案寄送委員參閱。

拾壹、「106 年第 4 季全民健康保險業務執行季報告」(併「106 年 11 月份全民健康保險業務執行報告」)，請鑒察。

決定：洽悉。委員所提建議請中央健康保險署提供書面說明。

拾貳、討論事項

第一案

提案單位：本會第三組

案由：107 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，續請討論。

決議：

- 一、同意 107 年度西醫基層總額自一般服務費用移撥 4.48 億元，用於撥補台北區 3 億元、點值落後地區 1 億元，及東區 0.48 億元；107 年度東區各季一般服務費用，以 106 年東區各季預算為基期，另加計前開撥予該區之各季額度。
- 二、所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之。
- 三、另有關 107 年度西醫基層總額之點值保障項目，請中央健康保險署依本會 106 年 12 月份委員會議決議，會同西醫基層總額相關團體議定後，提下次(3 月份)委員會議討論。

四、委員所提宜充實資源不足地區之醫療資源等意見，請西醫基層總額相關團體及中央健康保險署納入執行面及研議 108 年度總額協商草案考量。

第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：「107 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」(草案)，提請討論。

決議：尊重中央健康保險署所提方案，惟為期周延，請該署參酌納入委員所提建議事項，並依法定程序陳報衛生福利部核定。

第三案(原列第五案)

提案單位：中央健康保險署

案由：「加長型伽瑪髓內釘組/長度 180mm 以上--『史賽克』伽瑪三股骨固定系統-長釘組」自付差額特殊材料申請案，提請討論。

決議：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性之效果，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。

第四案

交議單位：衛生福利部

案由：職業工會會員健保投保金額申報下限之規定與檢討案，續請討論。

決議：委員建議採方案三「隨職業工會會員排除適用下限申報者之月平均投保金額成長率調整」，請將本會建議陳報衛生福利部作為研修職業工會會員健保投保金額申報下限之參考。

第五案(原列第三案)

提案單位：中央健康保險署

案由：有關「藥品價量協議(PVA)回收金額回歸總額」，本署之執行方式一案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

第六案

提案單位：中央健康保險署

案由：有關 106 年度醫院總額部門「新醫療科技」項目之新增新功能特材預算，未於年度內支應之額度，請准予於 107 年度支應案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

第七案

提案單位：中央健康保險署

案由：建請 106 年度之「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」節餘款可流用至 107 年度同項方案支應案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

第八案

提案單位：中央健康保險署

案由：有關謝委員武吉提案建請健保署公布全國各醫院之各項感染率，包含「門診感染率」、「開刀感染率」、「住院同一病房感染率」、「住院同一病室感染率」、「住院感染率(a.內科、b.外科)」等項目案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

第九案

提案人：趙委員銘圓

代表類別：保險付費者代表

案由：建請衛生福利部暨中央健康保險署重新考量「調漲慢性病連續處方箋領藥收取部分負擔之作法」，以避免增加民眾負擔及民怨，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

拾參、報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：保險對象自付差額特材之實施情形，請鑒察。

決定：因時間因素，請委員參閱書面資料。如有意見或詢問，請以書面方式，於會後提供本會幕僚，送請相關單位參辦並提供書面說明。

第二案

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：因時間因素，請委員參閱書面資料。如有意見或詢問，請以書面方式，於會後提供本會幕僚，送請相關單位參辦並提供書面說明。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：「健保藥品品質監測計畫」之進度報告，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：專利期內各層級醫事服務機構藥價調查結果報告，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

拾肆、臨時提案(如附件)

提案單位：中央健康保險署

案由：「慢性病連續處方箋比照一般處方箋收取部分負擔」案，提請討論。

主席裁定：併討論事項第九案處理；因時間因素，保留至下次委員會議討論。

拾伍、散會：下午 2 時 2 分。

臨時提案

提案單位：中央健康保險署

案由：「慢性病連續處方箋比照一般處方箋收取部分負擔」案，提請討論。

說明：

- 一、現行保險對象應自行負擔費用(以下稱為部分負擔)，分為門診基本部分負擔(區分為轉診與不經轉診)、門診藥品部分負擔(不含慢性病連續處方箋)、門診復健(含中醫傷科)部分負擔及住院部分負擔等四大項，除住院部分負擔採定率計收外，其餘採定額方式計收。
- 二、門診基本部分負擔：於 106 年 4 月 15 日經衛生福利部公告修正，經轉診，醫學中心計收 170 元、區域醫院 100 元、地區醫院及基層診所 50 元；未經轉診，醫學中心 420 元、區域醫院 240 元、地區醫院 80 元、基層診所 50 元。
- 三、藥品部分負擔：
 - (一)一般處方箋藥品部分負擔依定率計後採定額方式收取，藥費 100 元以下則免收。亦即每次藥費 101 元至 200 元收取 20 元，201 元至 300 元收取 40 元，以此類推，藥費超過 1,001 元以上，藥品部分負擔計收 200 元(如附件一，第 11 頁)。
 - (二)健保開辦初期，為配合醫藥分業及促使病情穩定的慢性病患減輕每月回診的奔波耗時，於 88 年 6 月 9 日衛署健保字第 88031765 號公告，鼓勵醫師視病患情況開立慢性病連續處方箋(開藥 28 天以上)，給藥日數，至多可開立 90 日，分次調劑，且不論藥費高低，皆免收藥品部分負擔(如附件二，第 12 頁)。
- 四、慢性病連續處方箋相關利用情形
 - (一)經統計，105 年使用慢性病連續處方箋人數，已達 596 萬人，較 101 年的 494 萬人增加 20%，藥費約 613 億元。

- (二)為謹慎估算，排除法定免除及中央各級機關補助部分負擔者，105 年共約 4,087 萬件，其中，慢性病連續處方箋藥費 100 元以下(不需加收藥品部分負擔)，約 271 萬件，占總件數 6.6%；慢性病連續處方箋藥費超過 1,000 元以上(僅收取上限 200 元)，約 1,185 萬件，占總件數 29%(如附件三，第 13 頁)。
- (三)另本署統計 106 年 8 月至 9 月間，全台 24 家醫學中心及 84 家區域醫院回報回收藥品達 5.8 公噸，依此估算一年丟棄藥品至少高達 193 公噸。105~106 年於「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」之六大類藥品中(降血壓、降血脂、降血糖、抗思覺失調、抗憂鬱症、安眠鎮靜藥物)，藥品總量前 20 名，以降血糖及降血壓藥物最多。
- (四)依高雄長庚紀念醫院藥劑部 102 年於藥學雜誌發表，該院於 99 年 5 月至 101 年 12 月利用藥物諮詢櫃檯及設置藥品回收箱，所蒐集的居家廢棄藥品進行分析結果，慢性病藥品就占了 5 成，依藥理分類，數量最多者依序為中樞神經用藥、心血管藥品及胃腸用藥。

五、建議方案：比照現行一般處方箋收取藥品部分負擔

- (一)慢性病連續處方箋病人之總領藥量高，為落實受益者付費及加強醫療資源合理使用，建議比照現行一般處方箋，收取藥品部分負擔。亦即藥費 100 元以下者，免收部分負擔，藥費 101 元以上者，以 20%計算後以定額收取，上限為 200 元。
- (二)影響推估：全年影響人數約 5.2 百萬餘人，民眾多繳 45 億元，其中僅 29%處方箋，每次部分負擔達 200 元，餘 6.63%處方箋仍免部分負擔；另 64%處方箋，每次部分負擔低於 200 元。

六、相關配套措施：

- (一)前述研議方案，期在有限醫療資源下，落實受益者付費原則及導引民眾善用藥物。惟為避免影響弱勢民眾之就醫權益，

依現行相關規定，前述調整方案對於下列民眾就醫不受影響：

- 1.領有重大傷病證明患者因其相關傷病就醫。
- 2.於山地離島就醫民眾。
- 3.分娩者。
- 4.榮民、低收入戶、3 歲以下兒童、登記列管結核病患於指定醫院就醫、多氯聯苯中毒患者及替代役等就醫部分負擔，仍由相關單位補助。

(二)本署仍將持續推動並鼓勵醫療院所透過「健保醫療資訊雲端查詢系統」，讓醫療院所醫師查詢病患用藥、檢驗檢查數據或影像等資料，避免病人重複開(領)藥或檢查，讓健保資源合理分配並善用。

擬辦：依會議決議辦理。

決議：

藥品部分負擔(94年7月15日起實施)

藥費	部分負擔費用
100元以下	0元
101~200元	20元
201~300元	40元
301~400元	60元
401~500元	80元
501~600元	100元
601~700元	120元
701~800元	140元
801~900元	160元
901~1000元	180元
1001元以上	200元

免除部分負擔的對象包括：

1.可免除所有部分負擔者：

- (1)重大傷病、分娩及於山地離島地區就醫者。
- (2)經離島地區院所轉診至台灣本島當次之門診或急診者。
- (3)健保 IC 卡上註記「榮」字的榮民、榮民遺眷之家戶代表。
- (4)健保 IC 卡上註記「福」字的低收入戶。
- (5)3 歲以下兒童。
- (6)登記列管結核病患至指定特約醫院就醫。
- (7)勞保被保險人因職業傷病就醫。
- (8)持「油症患者就診卡」或健保 IC 卡上註記「油症」身分之多氯聯苯中毒者(以下稱油症患者)：第一代油症患者之門、急診及住院；第二代油症患者之門、急診就醫。
- (9)百歲人瑞。
- (10)同一療程，除了第一次診療需要部分負擔外，療程期間內都免除門診基本部分負擔(復健物理治療及中醫傷科除外)。

2.可免除藥品部分負擔者：

- (1)持「慢性病連續處方箋」調劑(開藥 28 天以上)者【衛生署公告之慢性病包括高血壓、糖尿病等 100 種，本局全球資訊網查詢路徑：一般民眾/健保醫療服務/慢性病連續方箋】。
- (2)接受牙醫醫療服務者。
- (3)接受全民健保醫療費用支付標準所規定之「論病例計酬項目」服務者。

105 年慢箋案件藥費 100 元以下與藥費大於 1000 元之件數分布

類別	件數		
	總計	藥費100元以下	藥費大於1000元
須自行負擔之慢箋案件	40,874,547	2,711,795	11,847,234

◎資料來源：二代倉儲：門診明細檔、交付機構明細檔（106.9.15擷取）

◎資料範圍：西醫門診總額內案件，不含本署代辦項目、急診、居家照護、牙醫、中醫。

◎須自行負擔：係指排除法定免自行負擔、補助自行負擔後之剩餘其他依規定須自行負擔案件。

第 3 屆 107 年 第 1 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(106 年第 11)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！現在出席人數已經過半，已達法定開會人數，請主任委員宣布開始今天的委員會議。

傅主任委員立葉

- 一、各位委員大家早！今天是 107 年第 1 次委員會議，剛才周執行秘書淑婉提醒，今天委員會議是今年度第 1 次開會，也是舊曆年前的最後 1 次會議。
- 二、在此向大家拜年，祝大家新年好！也希望新年度的委員會議氣氛更和樂、更有效率。現在開始今天的委員會議。

周執行秘書淑婉

- 一、今天的議程安排，依序是「106 年第 4 季全民健康保險業務執行季報告」，本次為口頭報告，依先前委員會議建議列為優先項目；其次，討論事項有 9 案，第一至四案是上次會議的保留提案，第五案是年度的工作計畫排定，第六至九案是健保署及委員的提案；報告事項有 4 項。
- 二、另外健保署提出 1 個臨時提案「取消慢性病連續處方箋免收部分負擔之規定」，依本會會議規範第 3 點第 2 項第 2 款規定，「臨時提案以當次會議亟待決定之緊急事件或具時效性事項，且與本會法定任務有關者為限。應要有出席委員附議或連署始得成立；若不符要件，主席得決定提下次會議討論。」，本項臨時提案是否具時效性，稍後請健保署說明。若委員覺得具時效性經出席委員附議或連署成案後，幕僚建議併討論事項的第九案討論；若未具時效性提下次委員會議討論。

傅主任委員立葉

- 一、請問各位委員對健保署的臨時提案意見如何？因為本項與趙委員銘圓的提案為同 1 個議題且有相關性，是不是就併案討論？(趙委員銘圓回答：同意)趙委員回答同意，本項臨時提案就併

討論事項第九案討論。

二、另外，幕僚特地事先規劃、分配本次委員會議議程的時間，請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

幕僚依據今天會議議程、各討論事項及報告事項的性質，作成會議時間分配表，希望本會重要業務報告能在 10 點鐘結束。請各位委員在發言時，可以參考幕僚安排時間表；若照表定安排會議時間到下午 2 點結束，可能只進行到討論事項第七案，先向各位委員報告。

傅主任委員立葉

- 一、本次議程的時間分配表是幕僚特地做的安排，希望能控制時間，使議程進行更有效率、更快速，雖然不容易達到，但請大家儘量朝這個方向努力。
- 二、尤其是報告事項的預定時間一到，請委員盡量以提供書面意見方式來代替發言，幕僚對書面意見會同樣認真對待，將之納入會議實錄，並請相關單位回應，對於需要繼續追蹤的部分，也會納入追蹤事項。請大家朝這個方向努力看看。
- 三、如果委員不便自己整理書面意見，也可以口述，讓幕僚代為整理成書面，確認之後納入會議實錄，再請相關單位回應，會盡量做到與在會議表達口頭意見時一樣的效果。今天的會議來實行試試看，請各位委員盡量配合，除非一定需要當場回應的，否則時間到，就會請大家盡量配合用書面的意見，確認今天的議程後就開始進行今天的會議。請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、主席、各位委員、幕僚人員及列席各位好朋友，大家早安！新的 1 年祝福大家身體健康、萬事如意！
- 二、針對議程確認部分，我想大部分委員都希望按照議程進行，但過程常有突發狀況，所以幕僚人員在此次議程將時間做排定，原則上應給予肯定和支持。

- 三、但會議中大部分委員為了配合主席對於議程的安排方式處理，反而在議程後面想提出意見或詢問時，卻因為時間關係被切斷，而且 2 點一到就要散會，導致後面議案或想要請業務單位說明的都無法進行或不談，這是很不恰當。委員為了配合主席議程進行到後面要提出問題的時候，卻因為時間關係被結束掉，這樣對這些配合主席議程進行的委員們來說情何以堪？
- 四、臨時動議，原則上應該分為書面臨時動議、口頭臨時動議及有些相關業務詢問。所以建議在處理後面臨時動議時部分，假如主席前面議程沒有處理完，後面口頭臨時動議及詢問健保署相關業務時，在時間許可下最好還是當場處理，除非時間不夠才以提供書面資料方式回應，這部分希望爾後處理相關議題，可以用這樣方式處理，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，大家早安！利用這個機會跟大家拜個年，祝福大家心想事成、萬事如意！
- 二、有關剛剛談到開會的問題，這是大家長期以來的共識，開到 2 點結束，也是體諒住在中、南部的委員，像謝委員武吉從高雄來，光 1 趟車程就花費非常多時間，我是從雲林來，高鐵 1 小時才 1 個班次，非常難等，錯過 1 個班次就要再等 1 個小時，交通方面確實非常不便，所以大家應該互相體諒。
- 三、在相關發言過程中，大家就針對聚焦問題的討論內容來實質探討。本席比較關心的是，衛福部社保司對上次會議紀錄第 65 頁李委員永振提到，依據全民健康保險法施行細則第 45 條規定，政府應補撥的 36% 不足數，都沒有什麼因應，請衛福部社保司針對政府欠費案，後續有什麼要因應的或是要趕快要補繳欠健保費的經費。

四、在這特別強調前天參加醫院總額的協商會議，發現大家都誤解了，健保經費是來自臺灣全民繳納，為了醫療保險的需求所繳納的專款，跟政府政策是兩碼事，政府推動政策請自行編列經費負擔，不應政策干預影響健保的永續發展，請大家要思考健保經費使用的本意及意涵，並不是政策面或是政治面就可以任意運用健保經費，本席在上次會議特別提到，政府欠費就該追討，像高雄市政府欠那麼多年，開會開了 1 年多都還不出來。它真的沒有錢嗎？活動還是照常辦，煙火還是照常放，政府政策及思維角度確實值得商榷、批判的方向。

傅主任委員立葉

謝謝，剛剛陳委員亮良的發言將納入下一案確認委員會議紀錄，趙委員銘圓的意見也同意併案討論，今年盡量各方面努力看看能不能讓議事的效率更好，同時也讓各位委員的意見都被注意及回應到。接下來進行下一案「請參閱並確認本會上(106 年第 11)次委員會議紀錄」，請同仁宣讀。

同仁宣讀

傅主任委員立葉

對會議紀錄大家還有沒有意見？

趙委員銘圓

會議紀錄我沒有意見，但是我看到自由時報 1 月 8 日報導提到健保會會議決議取消指示用藥，本會有這樣的決議嗎？假如沒有這樣的決議，建議本會(健保會)應該發表聲明，若沒有這樣的決議，怎麼可以有新聞報導是健保會決議的！

傅主任委員立葉

當時看到這則新聞就覺得是烏龍報導、烏龍爆料，本會並沒有做這樣的決議，僅建議檢討，甚至討論時還提到，如果沒有辦法取消指示用藥，也可以研議修法，決議是這樣，不知道新聞報導是怎麼來的，也沒有查證。

趙委員銘圓

我建議本會是不是應該做個聲明啟事？

傅主任委員立葉

再研究一下是不是要做個說明，還有沒有其他意見？(未有委員表示意見)沒有的話，就確認上次會議紀錄。陳委員亮良的意見，請社保司參考。

陳委員亮良

回應一下吧？

傅主任委員立葉

要現在回應嗎？

商委員東福

謝謝主席和各位委員，針對陳委員亮良的意見，基本上在去年 8 月 11 日書面資料有答覆過，簡單說明，如果大家對法的解釋有疑義，健保法衛福部是主管機關，針對這樣質疑，社保司認為是沒有違法，未來當然可以研議是不是要修法，達到讓大家都同意的境界，在此補充說明。

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、主席，各位委員及長官大家早上好，對於社保司商委員東福的答覆，我認為不是很恰當，有關直轄市保險費補助款欠費，還要計算利息及如何分擔，二代健保已經實施這麼久了，還要拖到 110 幾年才要還清。
- 二、我建議應從中央統籌分配款直接扣除。保險費補助款是法令規定要繳納的，哪有政府能拖欠，百姓卻是 1 毛錢都不能少，不僅要到財務法庭、查封，或扣個人的薪水，中央怎麼可以放任地方這樣處理？
- 三、而且，已經拖這麼久中央就是不處理，原本說定還款是 1~2 年，又變 3~5 年，一直在改，對百姓這麼嚴格，對地方政府卻

如此寬鬆，這樣對這些被保險人，尤其勞工階級非常不公平。

- 四、我認為應該用更強而有力的作法，現在政府什麼都做，有什麼不能做，卻是留著這樣拖。每次李署長伯璋業務執行報告，只說還欠多少，根本沒有解決辦法，衛福部應該要做個改變，不要造成這麼多民怨，尤其基層勞工 1 毛錢都不能少，為何讓地方這樣拖欠，如此非常不合情、不合理及不合法。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、剛才林委員錫維說得非常好，我也不滿意社保司商委員東福的回應，我認為不能球員兼裁判，不能自認為是主管機關解釋法條，就沒有違法之處。針對這部分是不是要用健保會名義救濟，來向衛福部打官司。
- 二、針對欠款的部分，是不是要有更高層次的做法，因為解釋令違反法令也是無效，這法是由主管機關解釋沒有違背，但普遍大家都認為這是違背，這部分如果是這樣心態的話，是不是健保會的我們這些付費者，包括健保經費，大家都可以來拖欠啊，是不是這樣？
- 三、另外，有關上(106 年第 11)次會議資料第 61 頁，請健保署針對高雄市政府的欠款解釋，現在已經是 107 年，欠了這麼多年，是不是要有適度且強而有力的作為，這部分也請健保署回應。

陳專門委員振輝

有關高雄市政府所提欠費的還款計畫是到 110 年還清，去年該府預計償還欠費 27.24 億元，已按照計畫如期還款。

傅主任委員立葉

- 一、關於這 2 個議題，委員會議已多次討論，而且做了非常強烈的意見表達，請健保署及社保司參考，由於也牽涉到衛福部，甚至行政院層級的政策，就請他們代為傳達健保會委員的強烈意

見。

二、會議紀錄確認，接下來進行下一案。

貳、「上(106 年第 11)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、請各位委員翻到會議資料第 21 頁，說明一，上(106 年第 11)次委員會議決議(定)事項計有 12 項，依辦理情形建議解除追蹤 6 項，繼續追蹤 6 項。但最後還是依委員議定結果辦理。
- 二、請委員翻到會議資料第 28 頁，上(106 年第 11)次委員會議決議(定)事項，擬解除追蹤部分：
 - (一)項次 1，上(第 10)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告。有關本會 107 年度工作計畫、委員會議預訂時間表及共識營與業務參訪活動行程表，在會議資料第 12~19 頁；並已於 107 年 1 月 3 日函送 107 年度會議時間表供委員參考。健保署回覆會依照工作計畫各工作項目之預定時程提供資料，另業務參訪活動部分已於 106 年 12 月 1 日進行場勘，擬建議解除追蹤。
 - (二)項次 2，107 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，有關風險調整機制已列入本次會議討論事項第一案，擬建議解除追蹤。
 - (三)項次 3，有關醫院、牙醫及中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，幕僚已於 107 年 1 月 4 日陳報衛福部，衛福部也已於 107 年 1 月 15 日以衛部保字第 1071260028 號函核定。
 - (四)項次 4，有關公費流感疫苗接種處置費之檢討與調升，同時對本保險代收代付之作業研擬行政作業補助案，健保署回覆均已訂定契約書，並訂有收取所需行政事務費，疾管署也回覆會適度向上級機關反映爭取預算調整。
 - (五)項次 5，有關「藥品價量協議(PVA)回收金額回歸總額」改列討論事項，並請健保署提供利弊分析等相關資料案。已於本次會議改列討論事項第三案並已補充相關利弊分析，

擬建議解除追蹤。

(六)項次 6，職業工會會員健保投保金額申報下限之規定與檢討案，希望能補充方案一、二、三對於保費收入之財務影響評估資料，社保司已提供此資料，本案已列入本次會議討論事項第四案，擬建議解除追蹤。

三、請委員翻到會議資料第 31 頁，上(106 年第 11)次委員會議決議(定)事項，擬繼續追蹤部分：

(一)項次 1 及項次 2，請參閱並確認上(第 10)次委員會議紀錄。上(第 9)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」之決定一(二)及討論事項第一案「107 年度全民健康保險費率方案(草案)，提請審議」之決議二，均做文字修正，由「...，送請相關單位參酌辦理」，修正為「...，送請相關單位審慎研議，在 3 個月內回應，並訂定時程參採辦理」。本 2 項文字修正業於 107 年 1 月 8 日更新本會網頁公開之 106 年第 10 次委員會議議事錄。後續要分別請健保署及社保司回應，擬繼續追蹤。

(二)項次 3，「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核定結果及後續相關事項，請健保署依 107 年度協定事項所列時程辦理相關事宜，並就尚未完成項目儘速辦理。

(三)項次 4，「107 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」有關點值保障項目案，西醫基層總額之點值保障項目，尚未提至本會。

(四)項次 5，為能對健保之監理與健保資源使用有更整體性與全面性的視野，邀請國民健康署、疾病管制署、食品藥物管理署舉辦與健保資源耗用連動相關之業務座談會。相關議題現正徵詢委員意見中，俟綜整意見後，預定於 107 年上半年擇期召開業務座談會。

(五)項次 6，委員對「全民健康保險藥品價格調整作業辦法」第

六條第一款規定之修正建議案。請健保署依委員所提建議參考辦理，擬建議繼續追蹤。

四、請委員翻回會議資料第 21 頁，說明二，本會於本(107)年 1 月 5 日召開「精進全民健康保險醫療給付費用總額協商及評核方式專家學者諮詢會議」，會議紀錄請參閱第 181~206 頁。後續辦理事宜如下：

(一)本會幕僚將參考會議結論，研修年度總額協商程序及評核作業方式，提送委員會議議定。

(二)有關評核方式，專家學者均建議於評核會前召開「評核委員會前會」，就年度評核相關事項進行討論。為利於本年 3 月份委員會議掣案討論 107 年評核作業方式，爰建議：

1.參照 106.3.24 通過之作業方式：「參考各總額部門推薦之名單，由本會邀請專家學者擔任評核委員」，將函請四部門總額相關團體於 2 月 9 日前提供評核委員推薦名單。另依據諮詢會議建議，擬具 107 年度評核委員遴聘原則(如附件一，第 40 頁)，如經同意將據以辦理後續事宜。

2.俟評核委員名單確認後，擇期召開「評核委員會前會」，討論 107 年評核相關事項，討論結果作為 3 月份委員會議「評核作業方式」提案之參據。

五、說明三，提高議事效率，於前揭諮詢會議後，由本會幕僚、健保署及社保司，向委員說明 107 年 1 月份委員會議安排討論之重要議案。幕僚彙整委員所提意見(如附件二，第 41~42 頁)，洽請相關單位提供補充資料或說明，並納入本次提案內容，以利討論。

六、說明四，衛生福利部(下稱衛福部)於去(106)年 12 月 28 日以衛部健字第 1063360185 號公告「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」(如附錄三，第 207~242 頁)，請各位委員參閱。

七、說明五，財團法人台灣醫療改革基金會(下稱醫改會)去年 12

月 21 日函請本會將其對於健保擬針對慢性病連續處方箋病患收取藥品部分負擔案之投書意見(去年 12 月 16 日投書蘋果日報)轉知委員參考(公文如附錄四，第 243~245 頁)。本案同本次會議討論事項第九案，請各位委員參考。

八、說明六，衛福部及健保署去年 12 月至本年 1 月份發布及副知本會之相關資訊如下：

(一)衛福部

- 1.去(106)年 12 月 26 日公告訂定「一百零七年全民健康保險保險對象住院應自行負擔費用之最高金額」，並自 107 年 1 月 1 日生效(公文如附錄五，第 246~247 頁)，重點請各位委員參閱。
- 2.本(107)年 1 月 5 日公告修訂「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」(公文如附錄六，第 248 頁，詳細修正內容已置於本部全球資訊網，相關連結業於本年 1 月 18 日寄至各委員電子信箱)，請各位委員參閱。

(二)健保署

- 1.公告修正牙醫門診、中醫門診、西醫基層與醫院總額、門診透析服務及其他預算相關計畫/方案共 7 項(公文如附錄七~附錄十三，第 249~256 頁，計畫/方案內容已置於該署全球資訊網，相關連結業於本年 1 月 18 日寄至各委員電子信箱)，請各位委員參閱。
- 2.請委員翻到會議資料第 25 頁，去(106)年 12 月 25 日公告訂定「107 年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域，並自 107 年 1 月 1 日生效(公文如附錄十四，第 257~258 頁)，包括刪除 4 個區域、新增 3 個區域，請各位委員參閱。
- 3.去(106)年 12 月 25 日修正發布「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定，並自 107 年 2 月 1 日生效(公文如附錄十五，第 259~260 頁，詳細修正內容已置於該署全球

資訊網，相關連結及附件業於去年 12 月 26 日寄至各委員電子信箱)，請各位委員參閱。

- 4.去(106)年 12 月 29 日公告修正「106 年度 C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」(公文如附錄十六，第 261~272 頁)，修正重點請各位委員參閱。
- 5.本(107)年 1 月 5 日函知因部分程式勾稽有誤，重新執行「105 年度西醫基層總額部門品質保證保留款」核發院所及金額(公文如附錄十七，第 273~274 頁)，並將於本年 1 月 15 日前完成重新發放作業。
- 6.106 年第 2 季各部門總額每點支付金額：幕僚已將以下資料彙整於第 27 頁，請各位委員參閱，以上報告。

傅主任委員立葉

請問各位委員對本案有沒有意見？先請吳委員榮達、再請謝委員武吉。

吳委員榮達

- 一、我按照頁數請教，第 1 個問題是第 21 頁，說明二(二)第 2 點，有關評核委員遴選問題，遴選問題相關資料請參閱第 40 頁，關於遴選原則有幾點質疑的地方提出請教，第三點的(二)須有參與全民健保總額支付制度運作 3 年以上之相關經驗，這個文意上非常不明確，什麼叫做「曾經參與全民健保總額支付制度」，請周執秘淑婉說明定義。
- 二、遴選原則四、「由主任委員就以下方式遴選之」，是否要讓主委負擔那麼大的責任？我並無特別意見，若主委願意承擔這個責任，我也沒有意見；或是改由主委提供建議名單，交由委員決議，可再思考看看。
- 三、遴選原則四、(二)「餘由本會現任專家學者委員、過去參與評核會議之評核委員及其他符合條件者中遴選之」，這邊是寫本會現任，我建議曾任的應該也有資格才對。是否改為「曾任或現任」，可再思考看看。另，何謂「其他符合條件者中遴選

之」？是指第三點的三項條件嗎？從文意上看不出來，以上是有關遴選部分，提出讓大家參考。

- 四、我在上次會議曾建議將函釋附件，一併提供委員參考。但結果我看了會議資料第 251~256 頁及第 259~260 頁，許多函釋都寫詳附件，但看不到附件，委員還須上網查詢附件內容。我建議若非附件頁數太多，應放入會議資料。
- 五、會議資料第 24 頁表格第 3 欄「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」名稱與其修訂重點內容兜不起來，看不出兩者相關性。修訂重點內容係有關「B 型肝炎表面抗原(HBsAg)及 C 型肝炎抗體(Anti-HCV)轉陽率之監測目標值」及「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」，不明白第三欄名稱和這二項有何關聯，請再作說明。
- 六、會議資料第 29 頁擬解除追蹤第 4 項，建議繼續追蹤。因疾管署回覆「將適時向上級機關反映爭取預算調整」，建議等有結果後再解除追蹤。
- 七、會議資料第 36 頁，有關謝委員武吉所提「現行違反健保法相關情事」第 43 條第 3 項，因謝委員質疑第 3 項的第 2 行文字「得依診所及各級醫院前一年平均門診費用及第一項所定比率，以定額方式收取」，因為是「得依」，必須按照此費率計算。我建議健保署考慮修正為「得參酌」，「得依」與「得參酌」的意義不同。目前健保署是用「得參酌」的方式處理，建議考量有無修法的可能。

傅主任委員立葉

聽完所有意見再一併請健保署回應。請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、會議資料第 4 頁，有關 106 年度 C 肝用藥專款項目經費相互流用，經討論已撤案，但我想瞭解至 106 年底西醫基層還剩下多少名額及經費？這部分未見追蹤。
- 二、會議資料第 21 頁，在「精進全民健康保險醫療給付費用總額

協商及評核方式專家學者諮詢會議」上，主席希望以專家學者發表意見為主，會議最後我們也有針對第 1 項部分發言，但會議紀錄上完全看不到，這部分應再作補充。既然是針對討論事項第一案專家學者諮詢會議的部分，雖然第 1 階段因主席強調將時間留給專家學者發言，因此，我們就沒發言，但最後針對當天討論議題，我們還是有發言，後續針對相關業務部分，我們也有提出意見，但也沒看到任何相關會議記錄。需要我們將上次討論的意見再全數重提 1 次嗎？這部分請再妥善處理。

三、會議資料第 22 頁，財團法人台灣醫療改革基金會針對慢性病連續處方箋病患收取藥品部分負擔案表達意見，我們全國產業總工會也正式行文衛福部及健保署，日後若再有類似公文，是否也應行文健保會？因附錄有台灣醫療改革基金會的書函，而我們全國產業總工會針對這項議題，通過理事會正式決議，也有行文衛福部及健保署表達反對意見。

四、本會幕僚人員非常用心，會將資料 e-mail 到我們的信箱，但實際上僅看到公告的公文，相關內容都看不到，又要另外搜尋，有時也無法連結。若能將附件併同公文寄送，可節省委員許多時間。

傅主任委員立葉

謝謝，請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、主席、各位委員大家早！我今早 5 點多就起床了，剛才陳委員亮良講的沒錯，住在南部比較辛苦一點。我建議以後健保會每月輪流在北、中、南部開會。

二、會議資料第 29 頁擬解除追蹤第 4 項，針對流感疫苗接種，疾管署回覆，將適時向上級機關反映爭取預算調整，這種含糊其詞的說法，我不能接受。其次，健保署 106 年收取流感疫苗接種處置費之行政事務費 49 萬 9 千元，但收這些錢就會拿人手短，說話就沒力氣，所以這項要解除追蹤，我絕對不會同意！

因為根本沒有具體的回答，這完全是在吃我們西醫基層跟醫院的豆腐，這我無法接受，一定要繼續追蹤。

- 三、會議資料第 30 頁擬解除追蹤第 5 項有關 PVA(藥品價量協議)，這 10 幾年來，目前健保署及我們健保會的幕僚同仁所整理的資料，我摸著良心講，已經比以前進步很多，因為我看太多了嘛！因為今天要討論 PVA 的提案還沒有結論，應繼續追蹤，待討論後再行解除。第 6 項也是一樣，職業工會健保費問題也是今天要討論，現在就要解除追蹤並不恰當，應繼續追蹤。
- 四、會議資料第 31 頁擬繼續追蹤第 1 項有關「現行違反健保法相關情事」，感謝吳委員榮達也提出意見。第 32 頁擬繼續追蹤第 5 項，邀請國健署、疾管署及食藥署參加業務座談，我希望再增加醫事司，這與醫院總額有關，差異在於新增醫院床數增加，會導致基層診所生態有所變化，例如高雄新開 1 家醫院，附近診所就減少 30~40%門診量，財團醫院的大量擴充，而且都擴充在都會區，這是不對的。
- 五、會議資料第 33 頁擬繼續追蹤第 6 項，我過去的提案，至今仍未討論。對於裕利、久裕及大昌華嘉 3 家公司，它們自稱是物流公司，實際上我查過資料，它們完全是代理商公司，真正的藥價黑洞就在這段，也是我們應該要查核的。而且我向各位報告，裕利公司還找某家準醫學中心共同合作，進行骨密度檢測及福善美(fosamax)藥品的方案，這是非常嚴重的問題，結果我提案時 miss(漏)掉了，我現在補充，要將這藥加上。我再重申一次，裕利、久裕及大昌華嘉 3 家廠商，從原廠藥開發廠商的進價是多少？這也是必須要調查的事項。
- 六、很感謝吳委員榮達對我提案的關切。我所提出的問題，很多都無法落實執行。其實很簡單，就依健保法第 43 條推動即可，大家就不用吵了，只要依法行政就可以處理。我提出的問題很多，最後彙整為相關的違法情事，涵蓋全民健康保險醫事服務

機構特約及管理辦法、全民健康保險醫療辦法及全民健康保險法施行細則等多項法規，但在這裡都沒有寫出來。有哪些部分是不公平的，我心裡很清楚，但健保署完全沒有回答清楚，包括相關違法之處，我也不是要追究責任，只是要求開誠布公向委員報告說明。

七、針對健保法第 61 條，健保署表示非該署權責，那是誰的權責？我不懂！是不是蔡英文總統的權責？如果是蔡英文總統的權責，我們也沒有這權力，要先找賴清德院長問問。健保署針對第 61 條的回答，我無法接受，我剛提到需要補充之處，一定要補充到，我這人很綿爛(台語 mî-nuā，鏗而不捨、勤勉、起勁、執著、執拗、熱衷、認真、專注、努力)，被我盯上，絕對跑不掉，我一定要得到結果為止。

傅主任委員立葉

是否在此進行回應？接下來還有 3 位委員舉手，是否可改提書面意見？(黃委員啟嘉：給我 1 分鐘可以嗎？)李委員呢？(李委員永振：1 分鐘)陳委員呢？(陳委員亮良：5 分鐘)5 分鐘可以改提書面嗎？拜託！請盡量簡短。

黃委員啟嘉

首先感謝謝委員武吉剛講到醫院在基層過度擴充，違反分級醫療制度。對付費者權益或醫療正常發展而言，反托拉斯化很重要。醫療托拉斯化會造成不必要的醫療資源浪費，包括健保署的預算。謝委員所提的問題，政府及健保署都需要關切此事，在制定規則時，也要往反對托拉斯化的方向走。

傅主任委員立葉

謝謝，請李委員永振。

李委員永振

一、吳委員榮達提到會議資料第 24 頁，有關「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」修訂重點內容與方案似不搭，此方案與「醫院總額品質保證保留款實施方案」的修訂內容，

請問健保署有無遵循本會去年 8 月 25 日第 7 次委員會議決議執行？

- 二、剛才對於解除追蹤案件，本會幕僚與委員有不同看法。建議彙整過去發生的狀況在 3 月份共識會議進行溝通，否則將來會花費過多會議時間。將追蹤原則尋求共識，可節省會議時間。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、剛才很多委員的意見，本席也深有同感。針對列管案件擬解除追蹤，本席在此也提出一些看法。有關會議資料第 30 頁擬解除追蹤第 6 項，職業工會會員健保投保金額申報下限擬依討論事項第四案決議另案追蹤，另針對擬繼續追蹤第 1 項，也討論很久，大家也非常關切。所謂職業勞工是自營作業者，頭家(台語 t'au'-ke，老板)兼辛勞(台語 sin-lo'，夥計)，要因應景氣好壞，景氣壞可能一天賺不到錢，景氣好可能賺很多錢，但現在景氣好不好大家心知肚明，這對職業勞工來講，確實是沈重的負擔。
- 二、剛才大家也很關切一年一度的各部門總額執行成果評核會議的評核委員遴選原則，針對前 3 點原則，本席沒有意見。剛才委員有提到第 4 點原則，係針對本會現任專家學者委員，我覺得這樣不錯，曾任是過去的，太多人範圍也太大。本席覺得以現任為佳，我們相信現任的專家學者，每次都有參與健保會，較瞭解健保委員的需求，對各部門的評核也會有較深入的管控。我相信當評核委員是件非常辛苦的工作，沒人願意擔任，要大公無私，還要花費巨大的心力。非常感謝在場的 3 位專家學者，真的是非常辛苦。在整個評核過程中，每年我們都有參與各部門執行成果評效報告，覺得非常不錯，也希望各部門提供優質的醫療服務，讓付費者、專家學者來評鑑，並感受繳納的健保費可得到最好的醫療提供。

三、剛才謝委員武吉及黃委員啟嘉提到專業的部分，本席也非常認同，醫療還是要回歸專業。

傅主任委員立葉

- 一、有關評核委員遴選，有多位委員表示意見，我也認為若評核委員的遴選能得到本會委員同意較好，去年是因為時間來不及，原則並非正式文件，我建議將其取消。
- 二、去年遴選時，主要參考各部門的推薦委員，尤其是很多部門共同推薦的人選，會排在前面。如陳委員亮良所說，也會以現任專家學者委員為主，如此本會討論評核作業時，因為委員有參與評核過程，較為熟悉，有需要時，即可直接說明。當時還有圈選前幾任的主委，因係評核前 1 年度總額協商的執行結果，前任主委會比較了解過去的注意事項，並可以傳承。
- 三、若時間許可，我建議名單可以讓委員共同決定，也不須另訂原則，因不是正式文件，就不再針對這部分討論。
- 四、關於趙委員銘圓提到專家學者諮詢會議紀錄有疏漏之處，建議會後再與本會幕僚討論補正方式。

趙委員銘圓

應該有錄音吧？

周執行秘書淑婉

委員可參閱會議資料第 181~206 頁，我們將每位委員的意見都有納入。

趙委員銘圓

那是在第 1 階段發言的部分，因為主席一直希望第 1 階段盡量讓專家學者處理，所以，我們付費者代表有部分委員很堅持在第 1 階段發言，我們是遵循主委的建議，在最後才發言。若當天有錄音，應該可以查證。

傅主任委員立葉

我們事後再來處理。

千委員文男

我澄清一下，這部分有紀錄，我昨天晚上才收到。第 2 階段發言的紀錄放在後面，因為當天邀請學者專家，前面是學者專家發言，期間列席者也參與發言，所以，後面就沒有再記錄，趙委員要求能夠補充，我昨天晚上才收到紀錄，有分為兩部分。

傅主任委員立葉

關於吳委員榮達提到函釋的附件納入會議資料，趙委員銘圓也提到 e-mail 時一併寄送公告的相關附件，請本會幕僚說明。

周執行秘書淑婉

目前每月會議資料都將近 300 頁，除紙本外，以檔案寄送委員時，很多委員信箱都被塞爆。我們很擔心資料越來越多塞不下去，所以，我現在都請同仁隨時將連結傳給委員，若委員還不滿意，我們就印出紙本寄給委員。若全部放入會議資料，真的會太大本，這部分請委員見諒。未來我們可能寄送連結外，再寄送紙本，且隨時收到就隨時寄，或與會議資料併寄，我們再研究看看如何做比較好？

趙委員銘圓

跟這個沒關係，不是會議資料，而是新的或修正的公告都會 e-mail 到委員信箱，但都只有公告而無實質內容。我們建議將內容也放入 e-mail 即可，我們自己就可開啟，因連結有時會連不上。

周執行秘書淑婉

我們會後再研究如何處理。

趙委員銘圓

跟會議資料是沒有關係的。

周執行秘書淑婉

可印出書面。

趙委員銘圓

不用，不用。

傅主任委員立葉

- 一、e-mail 部分就不用再印出書面，可將附件電子檔寄送委員就好。至於會議資料部分，就請幕僚斟酌，可以的話就列入會議資料，不行的話，也可以 e-mail 將附件電子檔寄送委員參考，這方面請幕僚多協助。
- 二、至於與相關單位的業務座談，剛才委員提到醫事司，我也覺得與醫事司蠻密切的，就請加上醫事司。
- 三、會議資料第 29 頁第 4 項，第 30 頁第 5、6 項追蹤事項改列繼續追蹤，其他相關問題請健保署回應。

葉委員宗義

- 一、剛才我們幾個雇主代表有先私下討論，今天幕僚發放的這張「本次會議預定時間表」我們是玩真的還是玩假的，本案預訂時間為 9 點 30 分到 10 點，但現在時間已經是 10 點 35 分，如果按照今天的議程進行下去，勢必至少要延後 2 個小時才能完成預定討論的事項。
- 二、本案已經有很多委員表示支持，我在此呼籲所有委員要自我節制，我們 5 個雇主代表也有默契，站在資方的立場、有重要意見的，我們再發言，所以今天何代理委員語到現在都沒有發表意見，我只有請李委員永振發表 1 分鐘意見，我預定說 30 秒就好，本會想要有議事效率，一定要每個委員都能自我節制，若委員都不自制，今天會議多開 2 個小時都不可能結束，今天的會議預定時間表如果是玩真的，我們每個委員都要自我節制，這是我的提議，謝謝。

傅主任委員立葉

- 一、謝謝葉委員宗義，這也是幕僚第 1 次做這樣的嘗試，我們朝這個方向努力，希望能有 1 天達成目標。
- 二、剛才委員所提意見，是否請健保署書面回應？

趙委員銘圓

能否先請健保署說明 106 年 C 型肝炎藥費執行結果？

戴組長雪詠

剛才請同仁確認，106 年 C 型肝炎藥費總共編列 9,900 個名額，到 106 年底還剩餘 384 個名額，因為是專款項目，沒有用完的預算會回到健保基金，以上說明。

傅主任委員立葉

謝謝，還有沒有其他意見？(未有委員提出)若無其他意見，委員所提意見請健保署書面回應。接著進行下一案。

參、「106 年第 4 季全民健康保險業務執行季報告(併「106 年 11 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

傅主任委員立葉

請健保署報告。

李署長伯璋報告

傅主任委員立葉

謝謝，請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

一、謝謝李署長伯璋的報告，針對推廣醫學影像上傳分享平台部分，我非常支持這個作法，因為真的可以達到節制醫療費用的目的，資源共享的作法也會讓民眾端享受到便利。

二、今天健保署提供的補充資料 4，我對最後 1 張「推廣醫學影像上傳分享平台現況表」有 2 個問題：

(一)有 1 欄為「建置中」，建置中的比例頗高(47%)，請問健保署對於「建置中的機構」有沒有設定時程表？預估建置需要多少時間？有沒有時程表說期待大概多久可以達到多少目標？

(二)最後面 2 個欄位為「目前沒有意願建置」跟「參加頻寬補助計畫」，從表中可發現在各分區或層級，「參加頻寬補助計畫」的醫院接近 100%，但是「目前無意願建置」約 15%，我的疑問是：幾乎所有醫院都有參加頻寬補助，所以理論上有獲得補助，但為何還有很多「無意願建置影像上傳機制」的醫院？

傅主任委員立葉

原先預定要一併回應，但李署長伯璋想要先回應盧委員瑞芬的提問，就先讓李署長回應。

李署長伯璋

- 一、謝謝，向盧委員瑞芬報告，有關建置時程部分，這次委請中華電信協助我們處理，因為網路傳輸從 ADSL(寬頻上網，Asymmetric Digital Subscriber Line)升級成光纖，目前還有 4 千多家院所沒有升級，對於診所來說，會覺得 ADSL 就足夠了，但用 ADSL 要看影像檔案時傳輸速度比較慢，據了解，若使用光纖網路，傳輸第 1 張需要 25 秒，第 2 張只需 10 秒，這也是配合推動壯大基層政策作為之一。中華電信的目標是今年 6 月都建置完成，現在速度會再加快，因為診所只要填 1 個表，本署分區業務組跟中華電信都會去協助處理。
- 二、「目前無意願建置」的院所以地區醫院為主，因為目前上傳的內容如 PACS(Picture archiving and communication system，醫療影像儲傳系統)是地區醫院本身就沒有的資料，因此對這些醫院沒有影響，我有拜託謝委員武吉盡量跟各個地區醫院宣導，但是有些地區醫院因為量能沒有那麼大，所以沒有意願，我們也不勉強，我覺得大家都要歡歡喜喜做，但本署各分區業務組都會持續追蹤。

盧委員瑞芬

署長，我剛剛的意思是醫院有參加頻寬補助計畫，但為什麼沒有意願建置相關資訊系統？有參加補助計畫不就是有獲得補助款嗎？

黃委員啟嘉

- 一、這部分我可以稍作說明，參加頻寬補助計畫須具備很多條件，以西醫基層來講，診所很難符合，我之前有跟李署長及蔡副署長建議過。「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」的預算一直沒有執行完畢，也因預算執行率太低，所以從 104 年的 22 億被刪減到近年的 11 億元。
- 二、當初編列這筆專款預算時，不管院所有沒有參加，都應全面性協助院所建置，就像實施健保卡一樣，是健保署的政策，診所不能不使用健保卡嗎？若認為本項有利於整體健保業務推動、有利品質提升，那就全面性建置，末端電腦設施是診所自己花

錢購買，中間資訊流所需要的光纖傳輸、設備，健保署可以全面性鋪設，讓本專款預算可以全數執行完畢。

傅主任委員立葉

好，接下來依序發言，但還是懇請大家，若可以用書面表達就用書面，否則今天真的討論不完。

干委員文男

這個會議如果都用書面表達的話，那大家就回家用視訊開會就好了，不需要聚集在此開會。

傅主任委員立葉

我只是提供意見給大家參考。

干委員文男

因為李署長伯璋已經很久沒報告，所以委員針對健保署業務報告有較多問題，而且沒有其他時間可以詢問。

傅主任委員立葉

請委員針對需要當場回應、說明的問題提問。

干委員文男

健保署業務報告內容都需要當場溝通、了解，否則沒有意義。

傅主任委員立葉

好，接下來請林委員錫維。

林委員錫維

一、首先非常感謝李署長伯璋的報告，李署長伯璋上任後的政績大家有目共睹，在各方面都一直為健保的永續做付出，為提升健保相關服務做努力，署長跟健保署的團隊也都受到各界肯定，本會從來沒有為署長鼓掌過，現在請大家鼓掌感謝署長的用心跟健保署團隊的付出(委員鼓掌)。也非常感謝署長對健保會相關要求的配合和尊重，真的非常謝謝。

二、前幾天李署長也特別請賴院長清德及陳部長時中，召開醫療影像雲端分享的記者會，各方面也做都非常的好，這裡我也希

望、呼籲能夠每個月都看到健保基金還有 2 千多億的安全準備，也感謝李署長對於整個健保資源分配上的用心。

三、我有 2 點建議：

(一)106 年 12 月份業務執行季報告第 26 頁，醫療院所訪查及違規查處，我認為在這方面要加強，為什麼要加強？第 1，對於兢兢業業很守法的院所來說，無辜受其他偷雞摸狗院所影響，非常不公平，建議健保署多編制人員去進行訪查，將害群之馬繩之以法或讓他們得到應得的處罰，這樣對真正付出守法的人才公平，因為 99%的院所都是非常用心努力為百姓在服務，這是非常重要的，甚至之前多次提及的藥品黑洞等，我希望能多編制一些訪查人員，這絕對不會賠錢。因為要談得太多了，健保署也一直很努力在配合健保會的要求，我也很肯定，建議擴編 1 個團隊來做違規訪查。

(二)陳委員亮良一開始就談到地方政府欠費的問題，署裡也有答覆都有按還款計畫還款，但這不公平啦！我不想講得太難聽，已經還了 23 年還在欠款，這真的不對，應該做個結束。我剛才也有建議，這裡正式再提出來 1 次，應用中央政府的力量去處理或是在撥給縣市的統籌分配稅款中直接扣除，還了 23 年還沒有還完，這不算還，應該要用其他的方法跟法令解決這個問題，不要再繼續造成民怨，這對其他被保險人不公平，為何地方政府可以一直欠款？因為還有很多委員要發表意見，我就提出這 2 點建議，有關地方政府欠費跟違規查處團隊擴大，讓真正付出、守法的人受到公平的待遇。

傅主任委員立葉

謝謝，接下來依序請干委員文男、張委員清田、陳委員亮良、李委員永振、王委員雅馨及謝委員武吉。

干委員文男

- 一、主席，謝謝李署長伯璋的報告，從委員的提問可知道本案有多熱門，主席希望在一定時間內討論完畢是沒有辦法的，因為這不是討論案，需要現場一問一答才能夠真正瞭解，委員瞭解後才能要求、才能把事情做好。我贊成盧委員瑞芬所提，CT (Computed Tomography，電腦斷層掃描)、MRI(Magnetic Resonance Imaging，核磁共振攝影)等醫學影像上傳這個政策是對的，1月17日健保署的記者會辦得轟轟烈烈，邀請到賴院長清德親自出席，他問我可以節省多少經費，我隨口說2百億元，這雖然是隨便講的，但是我覺得這若做的好，真的可以減少很多不必要的支出，現在有這個雲端大數據，就很清楚誰在用藥、誰在浪費，後端還有藥師可以介入協助，雖然藥師部分今年還沒辦法開始，但未來我會再一直推動下去。
- 二、這些醫學影像上傳所需要用的光纖網路費用補助，付費者代表也支持並同意編列預算，但我聽說有很多資訊公司，原本開價8萬元，現在要到25萬元，是否請署長去跟他們協商一下？
- 三、還有很多的議題可以討論，今天我的發言已經太多，對署長不好意思，但也是因為大家對健保都很關心，尤其1月17日的記者會開得很成功，我回去也想了很多，因為我已經提倡了幾十年要推動這個政策，若真的做得好，就能節省很多費用，剛才林委員錫維建議擴編查核團隊，但以後只要用雲端大數據一查，比查核人員去查還要快且精準，未來都要靠雲端大數據來做精準的查核，不要只會喊口號、光說不練。我們大家都曉得未來能夠節省許多經費，我就說到這裡，謝謝。

李署長伯璋

- 一、我先回應干委員文男所提，部立醫院在這次醫學影像系統建置時，台南跟嘉義醫院花幾萬塊就完成，我有跟本部附屬醫療及社會福利機構委員會徐執行長永年提過，他們有成立1個功能性的委員會和廠商議價，剛才委員有提到廠商開價不一，若每個醫院的建置費用能在10萬塊以下，很快就能推展。

二、部立醫院的量能和醫學中心醫院有一定落差，但將來若院際間醫學影像資訊能互通，干委員文男提到民眾在部立醫院檢查的醫學影像資料，可以在其他醫院瀏覽、下載，或者能看到長庚醫院、台大醫院的醫學影像資料，院所對病人照顧就會不太一樣，陳委員亮良所在的雲林縣有國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院斗六、虎尾院區，若這 2 間醫院也都可以有這樣的功能，這樣民眾就不用跑去嘉義跟彰化看病。

傅主任委員立葉

請張委員清田。

張委員清田

- 一、主席、各位委員大家好，署長有提到欠費的問題，欠費不鎖卡是新政府上來實施的政策，但我覺得海外僑民這部份太離譜了，國內很多貧窮人家過去會因積欠健保費而被鎖卡，而我們現在年紀大，有很多同學幾十年前去國外，現在都回台灣來就醫，他們的黃金時光都在國外，未曾繳過健保費，結果回來後，還很囂張的在私下說：可以不用繳健保費、反正不會鎖卡，這部分真的需要處理。
- 二、我們從年輕就在台灣努力、辛苦工作，從健保開辦繳保費到現在 1 年繳十幾萬，因為二代健保之後，零零總總要繳更多健保費，但我們看病並不會得到比較好的服務，那些僑民或我出國的同學們，他們在 20 多歲就出國了，賺的錢都在國外，他們現在回國連 1 個月繳幾百元都不願意，但我們政府卻放任他們自由進出，非常不符合公平正義。也有建築師、律師跟我反應，他們提到「他們非常不滿」，所以我覺得要重視這個問題，目前健保主要依據個人所得徵收保費，我們也繳的很無奈，但難道要反抗嗎？

李署長伯璋

謝謝張委員清田的建議，我憑良心講，海外僑民使用健保資源這個議題是我自己發現的，健保署目前已在進行規劃，請委員放心。健

保收入來源包括個人及國家稅收，僑胞雖在海外居住，但因為還沒除籍，所以可以適用停、復保等規定，但接下來我們會積極去處理這個問題。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

一、主席、各位委員大家午安，現在已經 11 點多了，在這裡特別肯定李署長伯璋的辛苦和付出，署長是我們雲林人、雲林的驕傲，也是長期出外打拼的遊子，我也要替雲林一些長輩、鄉親提出我們在雲林的看法。在 106 年 12 月份業務執行季報告報告的 87 頁和 88 頁，表 28-1「106 年上半年度重大傷病各類別醫療服務統計」中癌症人數 396,811 人，為什麼我要特別提出這點呢？剛剛署長也講到，無論是台大雲林分院斗六院區或是虎尾院區，它們的設備、規模是有必要再充實，尤其我在看到 88 頁，26 家醫學中心，沒有 1 間是在雲林的，所以雲林人、作拾(務農)人，台北人平常吃的 80% 蔬果都在雲林出產，所以雲林人真的樸實、認真在做事，但得到的醫療資源不好。台大雲林分院虎尾院區目前是癌症安養，等於是 1 種安寧養護中心，我覺得很可惜，高鐵站已經設置，雖然 1 小時才 1 班車，但希望未來可以增加班次，但是雲林分院虎尾院區，當初在蘇故縣長文雄時代，編列 10 億元回饋台大創校預算，等台大來領錢，也希望虎尾分院可以創立台灣第 1 家防癌醫學中心，讓癌症患者，不管是雲林、嘉義、南投或其他偏遠地方的民眾，可以就近來雲林接受癌症治療，有機會我也會跟部長報告，希望在雲林設立有關醫學中心，針對癌症方面的醫療，我是覺得這是非常成熟的時機。

二、關於李署長伯璋今年 1 月 23 日於聯合報新聞網的投稿，我們非常肯定署長的努力，但是在最後有特別提到，「目前已經有 335 家醫院上傳醫學影像資料，上傳率達到 7 成 1，上傳筆數

有 7.8 萬筆，而另有 3 百家進行影像調閱，調閱率為 6 成 3」，我不曉得這數據怎麼算出來，因為調閱件數只有 1,968 筆，上傳的件數是 7.8 萬筆，調閱件數是 1,968 筆，我不曉得 6 成 3 這比例是怎麼計算出來的。另外我們也希望在西醫基層或是各社區醫院，我們盡量資源共同來享用，有關雲端的這個診察的資料，這些軟體，我希望說健保署這邊再加把勁，我們盡量把它推廣下去、落實下去，以上報告。

傅主任委員立葉

稍後請李署長一起回應。接下來請李委員永振，之後為王委員雅馨、謝委員武吉，然後是蔡委員麗娟、黃委員啟嘉、吳委員榮達和趙委員銘圓。請李委員永振。

李委員永振

我有以下幾點請教：

- 一、106 年 12 月份業務執行季報告第 10 頁，表 5-2 健保基金收支餘絀情形表，有關於健保收支的分析，在附註 2(1)的 d，提到政府應負擔 36% 差額較同期增加約 60 億元，因為我手邊沒有詳細資料，只能概略粗算，106 年保費增加 167 億元，其 36% 約 60 億元，但另外還有 1 筆就是我跟商司長東福一直未有共識的地方，施行細則第 45 條那 7 項依照健保署計算，105 年對保費會減少 107 億元，但是 106 年應該只有 70 億元，因此兩者一來一往，還有 37 億元，就是政府會減少負擔 37 億元，這樣 2 者相加就不會是 60 億元。我要請教健保署是不是可以在下次提決算報告時，把關於施行細則第 45 條這 1 項在 105、106 年計算的詳細資料提供委員參考。
- 二、表 5-2 的附註 2(7)提到呆帳成長有 1.7%，主要係健保署加強欠費催收機制、移送行政執行應收帳款上升等等，所以增加 6,600 萬，這應該是有在努力，剛才張委員清田有提到呆帳與不鎖卡是否有關，表 5-2 內有收回呆帳減少約 7,800 萬、接近 8,000 萬，這是不是因為欠費沒有鎖卡、配套措施也沒有出

來，所以呆帳增加，但不容易追繳回來，這是我的懷疑。

三、請看(106年12月份業務執行季報告)第13頁，表6-1健保一般保險費收繳執行狀況表，其中政府保險費補助款收繳率104年82.56%，105年超過99.9%，為什麼104年特別低？是不是因為要補回102年至104年政府少負擔的保費，要把那筆金額攤回來，因為現在還沒攤還，所以收繳率現在會下降，如果是這樣的話，健保署的科目可能要檢討，因為我記得上次討論到那筆款項時，都是放在其他收入，但在這邊卻算在保費收入，我也曾經建議過這應該是保費，只是不同年度的保費。但現在似乎不一致，這邊放在A、那邊放在B，致計算政府保險費補助款收繳率就會偏低，這是我的推測，因此請健保署說明104年政府保險費補助款收繳率偏低的原因。

四、雇主代表較關心的平均眷口數，最近2年都未看到公告，依健保法施行細則第68條規定，應每年公告，是否沒異動就無須公告？能否請健保署於下次委員會議說明106、107年平均眷口數的決定方式，我們回去後才可以對所代表的團體說明，謝謝。

王委員雅馨

首先肯定李署長伯璋報告所提，月底將可以上路的藥效不等通報機制，當病人向醫師反映後，醫師可立即線上通報，健保署後續並有處理措施；我相信病友團體樂意與健保署一起做宣導，我們非常肯定這部分，也希望實施後，能在健保會報告成效，讓委員瞭解。除由病人向醫師反映藥效外，不知有無其他管道，例如設立專線，讓民眾可以直接打電話向健保署、食藥署反映，希望能有多重反應管道，可以便民，也能將此機制的參與面更擴大。

謝委員武吉

一、看到業務執行報告第1頁「本署近期重點工作」，發覺健保署已經動起來了，尤其在李署長伯璋和蔡副署長淑鈴領導下，和以前完全不一樣。

- 二、署長、副署長都很客氣，在「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案辦理情形」第(二)項，只寫增加 36 項影像收載與共享，我們應該讓委員知道健保署到底做什麼工作，其實我們是檢驗跟檢查，這 36 項算是檢查裡面的小部分而已，檢驗與檢查加起來約有 2,000 多項左右，所以我向委員補充報告，署長與副署長很客氣，只寫 36 項，其實加起來約有 2,000 多項左右。
- 三、我有 1 個建議，我的醫院昨天開院務會議，有內科醫師提到調閱影像資料時，發現調閱的資料僅寫超音波，他想幫病患做腹部超音波，也不知道是否會重複，還要再去雲端醫療資訊系統找，才知道該名病患做的是乳房超音波，醫生覺得時間要拖好久。建議上傳 VPN(健保資訊網服務系統)的資料，應該用支付標準代碼做細分項，不要只有寫超音波。另檢驗的部分，我們醫院的醫師在院務會議分享所調閱的資料，也只寫低密度或高密度三酸甘油脂，醫師又要再花很多時間查詢，如果有登載支付標準代碼，就可以省去調閱資料的時間，應該可以減少時間浪費。這是署長和蔡副署長非常努力的地方，剛林委員錫維也有提過，應該鼓掌的，大家都已鼓掌過了。
- 四、剛才署長提到 ADSL 與光纖問題，在診所及地區醫院的推動上，我曾打電話拜託地區醫院加入，只差沒跪下來，有些醫院還是不肯加入，我只好拜託健保署再去跟對方溝通，他們才同意。過程中，醫院一再反映 ADSL 的費用比較低，4M 或 2M 光纖的費用比較高，在此拜託署長幫地區醫院及基層診所多多爭取頻寬月租費用的優惠，替他們著想。
- 五、我和基層診所的立場應都一樣，都屬於社區醫療，我們社區醫療的 PACS 系統和 HIS 系統(Healthcare /Hospital Information System，醫療資訊系統)，剛剛署長說建置系統花費 8~10 萬元，向署長報告，商之器、陽明等廠商向大醫院開價 50 萬元，向大型的地區醫院開價 30 萬、20 萬、10 萬、8 萬，當時因沒有預估到醫院醫療資訊系統建置的問題，而產生此壓力

點，所以在推動時，會比較困難一點。我在此懇切地拜託署長，地區醫院與診所補助的方案和上傳件數不成比例，地區醫院光要建置這些資訊系統，每年都要虧錢，希望前端的建置費用，署長可以幫忙我們處理。

蔡委員麗娟

- 一、健保署最近在雲端醫療影像資料的上傳或是調閱，有非常積極的處理和進度，我們表達非常高度的肯定。剛剛聽了謝委員武吉的意見，的確，因為我們現在有這樣的基礎建設，將來在判讀的品質上面，更是我們要非常關注的。大部分的雲端資料，像剛剛講的 CT 和 MRI，是非常重要的癌症診斷工具，包括病人在治療後藥物給予是否有效、是否轉移或復發，都需要靠這 2 項作為醫生診斷、治療的重要輔助，所以上傳的品質、影像解析度，就變得非常重要。
- 二、剛剛謝委員武吉提到頻寬，我覺得是很基礎的建置，如果制度要做好、雲端檢驗檢查資料上傳要做得更理想的話，對頻寬的處理，我認為應該要有一些投資，健保署應該要有這樣的資源挹注。如果院所因為上傳件數較少而得到較少的補助，相對於要把頻寬建置地更為理想，兩者費用不成比例的話，會有減分效果。
- 三、有關檢查、檢驗影像上傳，請問是只有上傳檢驗、檢查影像，或是影像判讀結果也有上傳？希望健保署進一步說明。如果判讀結果沒上傳，病人至不同院所看診，醫師還要花時間判讀影像結果，導致診療時間增加，影響就醫效率。另外，雲端醫療影像資訊分享已經啟動，再來則要專注於使用後的回饋意見，影像上傳是不是真的對診斷治療有很大幫助。
- 四、李署長伯璋提到癌症用藥，癌症用藥從取得藥證到健保給付平均耗時 2 年多，107 年度醫院總額已匡列癌症免疫療法預算，因一些醫療給付通則，及剛剛署長提到的 MEA(Managed Entry Agreements，藥品給付管理合約)，即藥商需與健保署談風險

分擔、治療有效或優於現有藥物才給付等，健保署與藥廠過去完全沒有 MEA 經驗，所以預算要如何真正落實到病人身上，希望能儘快規劃時程，畢竟這是病人救命的藥物，他們的生命在跟時間賽跑，新的 1 年開始，希望癌症免疫療法預算能真正用在病人身上。

謝委員武吉

- 一、主席，我補充說明一下，對於判讀報告的時間，署長之前有提到是 1 個月，我希望未來判讀時間可以依不同類別設定時間點。
- 二、剛才因為發言時限一直響鈴，擾亂我的思緒。有關業務執行報告第 3 頁「承保業務」內容，我記得以前在健保會與費協會都有討論過，希望能分別呈現依親及外勞的投保金額與健保支出，有很多人以依親名義投保，健保到底是輸還是贏，我想應該是輸很多，我記得以前的報告是輸很多，希望下次能分別呈現依親及外勞的投保、支出相關資料。
- 三、另外，李署長伯璋提及腎臟病問題，過去我在門診透析一直提出脫離率，最後品質指標被我硬加上脫離率，後來偷改掉，現在又把脫離率加上了，這是很重要的 1 點，署長確實有在做。
- 四、台灣洗腎病人很多，開會時大家也聽我講好幾次，食藥署對於類固醇的管理方式是很重要的一環，尤其在中藥材的管理，整枝的中藥材上是可以灑類固醇的，你們知道嗎？我希望類固醇的出貨量及健保署實際申報量，能比照食品好好管理，以上是我的建議。

黃委員啟嘉

- 一、我想中華民國身分證最閃閃發光之處在於中華民國有健保，健保是社會保險，不是有使用才需要繳保費，也不是繳越多保費享受越多，張委員清田的心情我能理解。
- 二、健保保費補繳制度有個非常不公平的地方，一出生是中華民國國民就要開始繳保費，84 年開辦以前出生者，從 84 年 3 月開

始繳保費，以前我有個病人曾經缺繳幾年保費，補繳保費要從頭補到尾，她認為非常不公平，她在本地生活，因為欠保費要重新使用健保卡，需要從欠缺年度開始補繳保費，但是國外回來者，只要繳開始使用前幾個月的保費，這是非常不公平的，從來沒有在中華民國納稅的人享受的社會保險權利，為什麼比在中華民國納稅的國民更多？

三、社會保險本來就不是沒使用就不用繳保費，是從頭到尾都要繳保費的，國內欠保費者被鎖卡時也沒有使用健保，補保費時為什麼要補以前的保費呢？他健保卡被鎖起來不能使用，卻又要他補保費，國外回來的人為什麼不叫他們補保費呢？我認為對於這 2 種身份者的保費要設計得更平等，對在本地生活者而言才是公平的社會保險。

四、剛剛有提到雲端系統建置問題，我認為地區醫院在西醫是相對弱勢的，建議部立醫院要協助議價，因為部立醫院是非常好的緩衝作用、是政府的武器，在進行雲端系統建置議價時，資訊可以分享給地區醫院協會，協助經濟規模不夠的院所，利用集體議價，以同樣價格建立雲端系統，以上是我的建議。

五、蔡委員麗娟提到判讀結果上傳問題，健保署有在規劃，判定結果及影像都會上傳。另外，昨天基層委員會有針對影像上傳推動議題討論，也請 2 位健保署同仁列席，最後提出 4 項意見請健保署參考，拜託署長參考，希望能讓民眾在醫療品質上得到保障、讓醫界沒有疑慮，當內、外部都得到滿足，政策才能圓滿。

傅主任委員立葉

先請吳委員榮達，再請趙委員銘圓，最後是葉委員宗義。

吳委員榮達

我原先有 10 幾個問題要請教，現在只挑 4 個問題，其他問題以書面詢問：

一、業務執行報告第 9 頁，106 年 12 月保費收入與其他月份相比

增加約 100 多億，因增加幅度很大，請說明原因。

- 二、業務執行報告第 13 頁，備註 4(2)「102 年至 104 年預算編列不足應分年攤撥 314 億元，行政院將分別於 107 年及 108 年各撥付 157 億元」，去年討論費率時，似乎沒有針對 314 億元的挹注做說明，今年討論健保費率調整時，是否考慮將數字列入？
- 三、業務執行報告第 33 頁，門住診藥費在 106 年第 3 季成長率高達 10.87%，成長比率很高，能否瞭解數據增長的原因？
- 四、業務執行報告第 36 頁，醫院總額點值部分，相較 106 年第 2 季點值，106 年 10-11 月點值下降很多，第 2 季平均點值為 0.9395，10-11 月平均點值掉到 0.8995，先前都有 0.9 以上，竟然掉到 0.8 多，令人感到訝異，是不是可以瞭解一下原因？
- 五、業務執行報告第 37 頁，各層級醫院急診下轉件數統計，我們希望病人能夠下轉，區域醫院做得很好，不論是 106 年第 3 季還是 106 年 11 月，急診下轉件數成長率都超過 100%，但是醫學中心急診下轉件數成長率第 3 季卻是 -10.5%，11 月甚至是 -25.33%，醫學中心執行得不是很理想，請健保署說明原因。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、今天時間真的有點趕，健保署已經很久沒有報告，所以大家的發言非常踴躍，建議主席看一下後面討論案有哪些是今天必須要完成的，如果沒有的話，今天的議程還是在下午 2 點結束，以上個人建議。
- 二、在雲端系統的建置上，健保署是非常認真、努力，也開始有初步的成績，大醫院應該沒有問題，但診所與地區醫院可能還需後續的系統擴充，希望能儘快完成。雲端系統建置越快，後續節省的醫療資源也越多，目前來講，我在醫院還是看到很多人拷貝光碟，我不清楚健保署的推廣規劃，是要等系統建置好才

推廣，或是現階段就針對已上線的 3 百多家醫院先推廣，儘快向民眾宣導，讓他們可以節省費用，希望健保署能廣為宣傳。

三、有關政府解卡，剛剛張委員清田提到國外僑民，假如僑民有繳保費，我認為就應該有享受權利的義務，我們當初是反對解卡，但健保署堅持，現在問題出來了，還是要去面對處理，事實上不是很公平，但是僑民有繳費的話，應該享有的權利還是要給人家。

四、業務執行報告第 13 頁「表 6-1 全民健保一般保險費收繳執行狀況表」，針對政府應負擔健保總經費不足法定下限 36% 部分，表格只有列到 106 年 9 月，按照目前進度，應該這個月底應該會將不足 36% 的部分補齊，這是政府要處理的。如同剛剛吳委員榮達所提，備註 4(2)「102 年至 104 年預算編列不足應分年攤撥 314 億元」，這部分應該通通放到安全準備基金，安全準備金如果有超過，是否要啟動調降保費的機制，要麻煩各位委員今年一併處理。

五、另外，新聞報導月底出生的嬰兒當月就要繳保費，請健保署加以思考合理性，是否當月就要繳保費，或是可以次月再繳？

傅主任委員立葉

請葉委員宗義。

葉委員宗義

我想請教李署長伯璋，現在推行的醫療分級制度非常好，在制度中，基層診所與大醫院是 2 個極端，大家都很重視，但中間的區域醫院與地區醫院就有點邊緣化，大稱不上大，小又不是最小，院所經營其實與工、商業一樣，做最小的隨便聘人就可以經營，或是一口氣做到最大的。我建議署長加以考量夾在中間的區域醫院與地區醫院，他們經營環境確實不太一樣，就連掛號費也不知道要偏向大醫院還是小診所，以上建議請署長參考。

千委員文男

我向陳委員亮良借 1 分鐘發言。李委員永振剛才有提到財務問題，

業務執行報告第 13 頁，備註 4(1)「政府每年度負擔本保險之總經費 36%，於每年 1 月及 7 月預撥，並按年結算，有撥付不足者，應於次年 1 月底前撥付」，另備註 4(2)「102 年至 104 年預算編列不足應分年攤撥 314 億元，行政院將分別於 107 年及 108 年各撥付 157 億元」，今天已是 1 月 26 日，我不清楚去年政府要撥補多少給我們，有沒有撥付不足？不要以後又一大堆東西搞不清楚，現在就要列清楚，請健保署詳細說明。

陳委員亮良

- 一、本席補充的意見是，台灣健保制度可以說是世界的驕傲，這份驕傲的背後絕對有辛苦付出的人，包括健保署公務員的付出，包括醫療提供者，創設醫院的人，另外就是臺灣全民願意配合。在創建健保制度之後，當然陸陸續續衍生一些需要改革或改變的地方，但是在改革、改變的過程中，我最近參加幾次無論是部或署的會議都觀察到，政府在推動公共政策過程中，一定要先有溝通、有共識，再來實施。舉個例子，像剛剛黃委員啟嘉提到繳費，其實繳費的多寡，並不代表可得到相對多少的醫療回饋，就好像課稅一樣，生意人賺得越多，在稅制條件下，賦予相對的社會責任，這是必要的。
- 二、實際上也有發生欠繳保費的情形，發生之後把他鎖卡，這樣會不會影響當事人就醫的基本人權，這是我們也要思考的，就像勞工保險，在創辦過程中，也曾經因為投保年資中斷，結果被釋憲認為是違憲，幾年前最近的釋決文，大概就是說：欠繳的勞保費可以再補繳，等於他的年資不會因為沒有繳費而中斷。欠費有很多原因跟因素，我想這個部分相對也是形成一種處分，這種處分是否妥適？是不是涉及到法律、違憲的問題，提請部內署內相關單位思考。
- 三、另外，我也參加醫院總額研商議事會議，會中提到門診要逐年減少 2%，剛剛也看到趙委員銘圓提了討論案第九案，針對慢性病連續處方箋要收取部分負擔的問題，這些部分都是先斬後

奏，就像之前林委員錫維關切的職業勞工健保費議題，都是沒有經過充分溝通的過程，一夕間就改革，好比公務人員退休金一樣，突然說要砍 4 成，本來可以領 5 萬元，剩下只能領 32,160 元。所以說，很多公共政策在推動過程當中，我希望協商的角色是非常重要的，一定要透過充分的溝通，政策機制充分成熟後再來實施，這樣反彈及對抗可能會比較少，也減低人民走街頭的痛苦。我個人為了軍公教，走街頭 20 幾次，所以我是非常有感，希望健保制度爾後在推展過程，署長這邊一定要充分的溝通、再溝通，以社會大眾、醫療提供者、付費者都可以接受的方向來實施，我想這樣可能會讓制度更加臻熟、更加完竣。

傅主任委員立葉

委員發言到這裡，請健保署重點回應，其餘部分可以用書面回覆。

李署長伯璋

- 一、安全準備基金的部分，委員提到的我都會認真做，因為一般醫界都認為保費要拉高，可是我認為這對民眾並不是最好的辦法，事實上開源不是用嘴巴講，節流是我們可以做到的。
- 二、訪查人員的部分，目前健保署各個分區及署本部的同仁，對於訪查我們一定都是認真去做適當的管控，有些東西我也一直跟醫界講說，不要常常覺得健保署報 1 個新聞出來，就是在跟醫界作對，我來自醫界，當然知道很多東西要大家謹守自己的作為。
- 三、委員提到鎖卡和海外就醫我剛剛也補充了，至於陳委員亮良提到上傳及調閱的部分，事實上我們一開始在各個醫院配備都還不是很齊全的時候就慢慢上傳，但現在各醫院已經有默契，而且我也寫信給各個醫學中心的院長，拜託他們幫忙，因為唯有大家幫忙把資料上傳、有足夠的 storage(儲存量)之後才有可能去調閱，不然調閱也調閱不到什麼東西，這部分我們是一直在努力，健保署也在儲存空間裡做改善，否則我們也怕會不夠。

- 四、李委員永振提到的問題會之後請同仁回報。王委員雅馨提到藥效不等為什麼沒有設置專線，因為假如要故意找某個廠商麻煩的話，就一直打專線，這樣不知道是不是真的通報，所以我們設計看病的時候，1個病人、1個醫師，至少這樣比較可信。
- 五、謝委員武吉提超音波的部分我會留意。至於蔡委員麗娟提到判讀，事實上目前報告本來就有上傳，現在是 upgrade(升級)把影像上傳，對基層診所醫師來講，除了有原來的報告，假如還有看影像向病人解讀的時候，我想那才是真正的好醫師。有些上傳部分牽涉到即時上傳，現在說有上傳的，每月要申報費用時，就可以得到上傳的補助費用，但要讓病人有感的話，一定要盡量鼓勵醫界即時上傳，假如今天到台大醫院看病，只要隔幾天，到其他診所看診就可以看到這個報告，這樣才有效，雖然即時上傳費用是訂7月1日才開始支付，現在各醫院上傳都是感性的誘導，希望大家能去配合。
- 六、黃委員啟嘉提到保險部分我知道了。吳委員榮達提到的問題是這樣，這個點值、下轉，其實要問醫界這邊，我做醫生這麼久，其實很多意見要自己檢討，大家都是別人要錢我也要錢，但總額就是這麼多，我是為臺灣醫療把關，這是一個心態的問題，說實在很多東西都牽涉到總額預算，大家必需要有個共識，病人增加時，醫療行為多，點值必定低落。有人說國民成長比較高要增加保費，現在民進黨在做政府，你叫他增加保費，他敢嗎？這些東西不是用嘴巴講，像轉診要上轉還下轉，我們都是盡量尊重，其實很多醫療是要尊重醫生本身的良知良能。所以為什麼說醫療行業是良心事業，去看韓國片「與神同行」，地獄裡面很苦，作醫生最好，大家都是在做功德。
- 七、葉委員宗義剛才提到分級醫療，說實在地區醫院和診所都是國家很重要的醫療資源，地區醫院跟醫學中心都要發揮急重難罕的救治，醫療中心本來就要做研究要寫論文，醫生如果都在看病，也不是辦法。

八、干委員文男提到欠費、欠款部分之前也回應了。陳委員亮良提到醫學中心初級照護減量政策，我還是再講一遍，每年減少2%慢性病門診，部長做政策決定，健保署就是執行單位，因為政策不是我可以自己能夠做主的，但這東西都可以討論，可是討論要有1個結果，像慢性病部分，部長自己也有開口，而且立法院的實錄也都有紀錄，部長要對立法委員承諾，像昨天在開預算審查的時候，蘇立法院長嘉全也說，部長知不知道實情怎麼樣，部長說的也一定要做到，這是政黨政治的運作情形，以上假如我沒有講到，會再請同仁整理給各位委員參考。

傅主任委員立葉

謝謝，本案就討論到這裡，請進行討論事項第一案。

肆、討論事項第一案「107 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

- 一、討論案第一案，目前其他 3 個部門的地區預算分配都已經報部核定，剩下西醫基層部門一般服務地區預算，在上次委員會議已經議定 R 跟 S 值的分配比例，但還有風險調整機制需要處理。
- 二、醫師公會全聯會已經在 1 月 11 日來函，將其所建議的地區預算分配執行方案送交本會，同時也將提健保署西醫基層總額研商議事會議討論計算細節。所建議之執行方案，跟風險調整有關的是，從 107 年西醫基層一般服務費用提撥 4.48 億元，其中 4,800 萬元撥補東區，3 億元撥補台北區，1 億元撥補點值落後地區。東區一般服務費用是以 106 年各季預算為基期，再加上前開撥予該區之提撥款。本案要請委員討論，是否同意 107 年西醫基層總額一般服務費用移撥 4.48 億元，及其用途。此外，所涉執行面及計算等相關細節，是否授權健保署會同西醫基層總額議定。
- 三、另外補充報告，依上次委員會議決，西醫基層部門如有需要點值保障項目，請健保署跟西醫基層總額相關團體議定後送本會討論，目前還沒收到提案，希望能儘速將點值保障項目案送會討論，以上報告。

傅主任委員立葉

黃委員偉堯。

黃委員偉堯

關於這個案子我有 2 個意見：

- 一、請參閱會議資料第 50 頁，想請問台北區直接撥補 3 億的原因為何？另外 1 億元補貼點值落後地區，建議應該先檢討該地區點值落後的原因，而不是直接提撥補。

二、請參閱會議資料第 51 頁括號二，R 值的計算方式，說明是會依照 102~105 年度數值各依 25%去加權平均，如果是這樣做的話，以目前 R 值是 0.66，是會往後退，因為以前是低於 0.66，加起來再平均，會比本來訂的 R 值再低，所以這邊的 R 值其實不適合用加權平均方式來計算。

黃委員啟嘉

一、我就直接回應，首先我們本案地區分配跟去年分配方式，基本上精神是相符的，有三個特點：

(一)維持 6 區分立管理上比較學習的制度，即 6 區點值本身還有相當差異，可以彼此在管理上學習。

(二)點值落後區適度撥補，避免影響民眾就醫權益，為什麼撥補台北區 3 億元，因為台北區點值落後其他 5 區太多，才大約 0.87 而已，加上該區投保人口又佔了 30 幾%，等於有 30 幾%的民眾點值是不到 0.9，在這種情況下，為了避免點值過度落後，限縮醫療供給會影響到台北區就醫權益，所以才會提撥 3 億元給台北區。

(三)至於將 1 億元撥補給點值相對落後地區，只是縮小了標準差，但仍然維持 6 區差異，說實話撥補 1 億元，只是縮小一點差距，並不是讓全部都一樣，還是有相當的距離，依照整個西醫基層總額的規模，就知道 1 億元其實真的杯水車薪，只是希望不要落後太多，影響民眾就醫權益，因為如果真的點值太低，在很多管控措施下，就會限縮民眾的就醫權，會有這個問題。當然也會給東區一點費用做適度保障。

二、R 值是 66%還是 65%並不影響 R 值計算加權，因為是算出加權平均的 R 值，至於取 4 年是因為比較穩定，大家都知道 R 值本身受到很多現狀的影響，用 4 年平均會維持它的穩定性，不至於落差、跳動太快。

三、在算各區預算分配的時候，R 值還是用 66%去計算，也符合付

費者當初的期待，當然 R 值本身的問題，包括 Trans 的因素，在 R 值裡占的角色是否適當，在我們內部就有非常大的爭議，畢竟基層跟醫院之間的人，不應該影響到基層及其他區域基層病人的預算分配。因為這裡面牽涉到很多假設前提，我們認為是不成立，所以 R 值跟 S 值為什麼到今天我們不敢走到底，就是因為很多假設前提不成立。我們不能說一個醫院看的病人多，基層病人相對就會變少，事實上不見得，因為服務密集度的關係，就像 7-11 旁邊再開全家，不見得 7-11 的營業額就被全家分去一半，說不定 2 家可能生意都更好，這是有可能的，我只是說依實際醫療面，Trans 在醫療分配角色是有爭議，所以 R 跟 S 值也是一直都有爭議。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良，再請周委員麗芳。

陳委員亮良

- 一、針對這案本席的意見是，如果太重視都會的點值，這樣沒有人願意下鄉服務，我們雲林無醫鄉鎮非常多，沒有人願意到雲林來提供醫療服務，相對過度保障都會區，都會區醫生太密集了，就是因為太密集，點值才會降低，這是一個正常的型態。如果刻意去彌補它，是不是鼓勵他們不要來雲林，來偏遠地區來創業。
- 二、我特別要為雲林來發聲，沒有提撥到雲林本席就有意見，這個部分對雲林很不公平，尤其無醫鄉的鄉鎮，拜託醫生到我們雲林創業，我在這邊特別呼籲、特別拜託，是不是適度協助雲林，解決無醫鄉的困境，不要過度保障都會型醫療密集的地方，醫院、診所太多，就醫太方便，整個密集度都在都會，沒有人要去鄉下做看看，這種情境，身為雲林人，我特別為屬於南區的雲林叫屈。
- 三、所以這部分希望要稍微修正一下，不要說過度保障都會型台北，是不是挪 5 千萬到南區來？不然大家都要待在台北，都沒

想到我們雲林，不然雲林 1 個月都不運蔬果來台北試看看。所以我這邊特別強調，這種東西會造成都會型態的過度醫療密集，過度再保障會使它更加密集，大家就不會下鄉服務。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

- 一、我很認同剛剛陳委員亮良所說，各區域之間醫療資源的配置，但是考量到西醫基層在探討有關地區預算分配的過程中，其實非常用心，也做了很多事前的模擬，幾次下來，好不容易在今天端出這個方案，我記得過去曾經討論的時候，也有提到每個部門其實它本身最了解資源要怎麼去配置、去照顧好全國各區域的民眾。
- 二、我個人認為黃委員啟嘉剛剛解釋的很清楚，針對幾位委員所垂詢的地方，特別在台北區補助 3 億元的部分，還是再請代表解釋清楚，我個人認為是並行不悖，剛剛委員的意見，也許在今年討論中，西醫基層內部有這個方案的想法，但是未來委員意見可以參採進去，但是今年度我比較支持給予部門比較大的尊重，能按照他們的方式去發揮，因為我們還有掌握很多法寶，包括總額評核、明年度總額協商所呈現的執行成效，這些都是我們看的到，尊重部門其實就是讓部門承擔更大責任，因為所有都是透明化、可稽核到的。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順，再請黃委員偉堯。

蔡委員登順

- 一、107 年總額協商的政策方向，合理反映偏遠地區及特殊族群之照護需求，均衡醫療資源的分布，所以也尊重委員對 R 值的調整。但這 R 值也討論過很多次，事實上有很多問題，對人口老化、偏遠地區、醫療資源不足、都會區青壯人口增加但是醫療使用率較低，用 R 值往前走作調整是有很多的弊端。陳

委員亮良很在乎雲林，但東區也是弱勢地區，建議保留一點彈性給東區，在預算分配到 6 區前，先撥部分預算到東區進行微調，較能兼顧各地方的需求。

- 二、為了要進行微調又做了第 2 點決議，應將區域資源特性納入思考，因為東區族群結構及精神科的利用及資源耗用，與其他地區不同。因為全國的精神病患都集中在東區，長期耗用東區的醫療資源，造成東區醫療資源更加不足，所以點值一向偏低。如果沒有將區域資源特性納入思考，以後把精神病患就留在自己區域醫療就好，不需要移至東區，你要將精神病患全部留在東區，當然要有調控機制增加風險調整基金。本案是 105 年第 12 次委員會的決議，既然有這樣的政策方向，建議貫徹推動。

黃委員啟嘉

- 一、先回答陳委員亮良的問題，請委員參閱會議資料第 27 頁，按照去年分配方式 106 年第 2 季平均點值，在我們的分配機制方式下，南區的點值 0.99，其實是除了東區以外最高的，也就是說在這個機制下南區是相對前面的，這部分您不用擔心，由您在這邊已經疾呼這麼久，包括南區的醫生，他們也是同樣非常努力為偏遠地區民眾請命。
- 二、大家覺得撥補台北區 3 億元是補助都會區，其實我要講句公道話，台北區如果要補到跟其他地區一樣的點值是需要 25 億元，但如果台北區真的拿 25 億元，那今年點值會全都降到 0.3，現在平均點值是 0.9395，事實上浮動點值更低，3 億元撥補並不是說偏袒都會區，是他們真的太低，應該要給適度補償，真的不是在偏袒他們，其實補了 3 億元他們還是最低，像去年是補 4 億元也還是最低，因為台北區真的佔率太高、缺口太大補不完，其他 5 區就算全部都付給它，那我們點值就會呈現原來面貌。

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，有關陳委員亮良對於雲林大聲疾呼，我想我們有許多各大醫院代表也可幫忙或未來納入考量，及陳委員亮良所提之亦請西醫基層納入考量。據我所知，臺大醫院在雲林設立分院，至於該院是否有足夠醫療設備等問題，可能尚待釐清及後續處理。
- 二、針對本案，我是較傾向依照西醫基層和健保署達成的共識去執行，以上是我的建議。

傅主任委員立葉

還有沒有意見？請陳委員亮良，再請干委員文男。

陳委員亮良

- 一、針對本案，本席還是堅決反對，因為沒有補助南區。有關南區點值高部分，總額點數看起來是高，但因為南區是偏鄉地區，總額是固定，但就醫人口範圍太大，而且有所謂無醫鄉的鄉鎮，像台南市是直轄市，但該轄區還有位於山上的玉井區、白河區，山線地區是以以前的台南縣轄區，是很偏鄉，嘉義縣更是偏鄉地區，包含阿里山、其他沿海的鄉鎮，雲林縣有古坑鄉、林內鄉等，甚至還有蔴桐鄉、口湖鄉、台西鄉。
- 二、不是說為我們自己講話，真的不要變相鼓勵醫生在都會地區投資，因為大家都要在台北開業，都會診所密集度高、競爭高，也就是學術上所稱之沙灘賽局，換言之，哪裡有賣冰的，大家一窩蜂也跑去同一個地方賣冰。當大家都在同一個地方開業，總額當然會被 share，所以我希望提撥 5 千萬予南區來補助，我個人還是這樣堅決。

傅主任委員立葉

先請干委員文男，再請林委員錫維。

干委員文男

我先讓林委員錫維表達意見。

林委員錫維

- 一、謝謝干委員文男。主席及大家午安，針對本案，我呼籲照案通過，理由如黃委員啟嘉所提，醫師公會內部已充分討論，對地區預算分配達成共識，如果再有修正意見，恐怕醫師公會內部也不知道如何在討論下去。再者，針對本案，健保署沒有表示其他意見，如果健保署有表示意見，我們在兩方意見下詳加討論即可，現在健保署也同意。
- 二、我想每個人都想為自己家鄉爭取更多的醫療資源或就醫方便性等意見，我沒有意見，但是真的認真想一想，如果在那邊開醫院是賠錢的，誰要去呢？我的感覺這是多說的，你叫人家去那邊開醫院賠錢，那地方政府要補助相關費用或差額嗎？沒有相關的政策。醫院也是生意人，每年賠錢他還要去嗎？這議題不是本會探討的重點，我們的重點是如何善用這些錢，至於誰要去哪裡開醫院是其次的問題。像公正人士表示多數精神患者都住在花蓮，精神科醫療費用那麼高，這部分醫師公會應該也內部討論時都納入考量了。
- 三、現在所提意見，希望西醫基層修正，也不知道西醫基層內部還要花多久時間內部才能達成共識。我認為，建議醫師公會下次要召開地區預算分配會議時，可以找偏鄉地區的委員去或對於偏鄉地區預算有相關建議的委員去開會，可以再將本案送至本會前充分討論。
- 四、我呼籲本案照案通過，不要再繼續討論，討論議案很多會討論不完。有關陳委員亮良所提之意見，我們絕對尊重，絕對肯定，以上是我的意見，請主席裁決，謝謝。

傅主任委員立葉

請干委員文男。

干委員文男

- 一、有關陳委員亮良所提之意見，我表示重視，另外有關偏鄉地區部分，107 年度總額也編列相關費用支應，我們也很重視偏鄉

地區民眾的醫療需求。

二、剛才黃委員偉堯所提之意見，也是我們需要奮鬥的目標，如果真的確實執行，可能會產生部分問題，因此西醫基層才提自一般服務移撥的建議案，我贊同本案照案通過。

三、南部人口也常至北部就醫，也有南部因為北部有親戚，互相介紹後到北部就醫。我們不是不重視偏遠地區民眾就醫需求，我們是很重視偏遠地區，但政策上要怎麼做以後可以再研議，不要再繼續討論，我贊成本案照案通過。

傅主任委員立葉

陳委員亮良是否就...

陳委員亮良

一、我對本案仍堅持我所提的意見，因為這是變相鼓勵醫生往都會型發展，不下鄉，大家都在臺北市開業，搶大餅，總額是固定的，大家都選擇在臺北市開業，不在雲林開業，這個政策執行下去就是這樣。

二、我很希望找一些醫生來雲林開業，不要為了看病奔波到台北，這是很痛苦，早上 6 點多搭乘客運北上台北就醫，到台北需要好幾個小時，既然本案已送健保會，擬辦也寫明是否同意，代表著疑問，我不同意，不行嗎？我還是很堅決我所提的意見，不然就進行表決，若表決輸了，也心甘情願。

傅主任委員立葉

一、本會是採共識決，我想不用表決。陳委員亮良所關心的議題，大家都了解，相信西醫基層相關團體和健保署也很重視。

二、有關充實雲林醫療資源還有許多途徑，可能不是一定要修改本案建議方式。未來在執行面部分，也請將陳委員亮良的意見納入考量。請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、主席、各委員，他們叫我都不要講話，希望今年都不要講話(眾多委員：笑)。有關本案已於 12 月份委員會議討論，通過

西醫基層總額一般服務地區分配方式，66%依各地區校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數，34%西醫基層總額支付制度開辦前1年(89年)各地區實際發生醫療費用比例分配。我想西醫基層是依據該決議，及整體考量後再提出風險調整機制。我代表雇主代表，支持本案照案通過。

二、有關台大醫院設立雲林分院斗六院區及虎尾院區，今年編列4億多元購置許多醫療儀器和設備，有達文西醫療、胸腔(腹)內視鏡及癌症治療等設備，過去雲林分院斗六院區及虎尾院區每年約編列1億元，但今年增編4億多元，我想未來雲林分院斗六院區及虎尾院區的醫療設備具備台大醫院的水準。依照他們所提資料來看，今年將設備購置齊全後，也具備醫學中心等級醫療服務，這不僅受益雲林地區民眾，嘉義地區民眾也受惠良多。因為上個月已經通過地區預算分配案，本次通過風險調整機制，我支持本案照案通過。

陳委員亮良

- 一、主席、各委員，你們沒有住在雲林，不知道雲林的處境。現在討論的是西醫基層，是診所，不是醫院，是診所。我們還有很多鄉鎮是沒有診所，民眾感冒就醫需要開車幾個小時到台大醫院雲林分院斗六院區或虎尾院區，我所提的重點在此。
- 二、鄉鎮地區沒有診所，醫生沒有願意下鄉提供服務，現在3億元撥補台北區，提升點值，在台北都可以生存，病患多錢也賺的多。相對南區偏鄉執業醫生病患少也賺錢少，大家繼續往臺北市開業，越開越多，這樣補每年補不完的，應該要讓他降下來，鼓勵往南或下鄉到雲林、南部、花東等地區去創業，一直撥補台北區到最後大家往臺北市開業就好了，重點在這裡，這是最後1次發言，我也堅持反對。(憤而離席表示抗議)

傅主任委員立葉

請張委員煥禎。

張委員煥禎

- 一、去年協商 107 年度西醫基層總額費用是兩案併陳，部長採付費者代表方案，核定 107 年度西醫基層總額成長率，既然過了就是過了，我也沒有意見。
- 二、剛剛提到撥補雲林費用部分，印象中，當初雲林地區缺乏重症醫療，因此，長庚醫院及台大醫院才至雲林開立分院，我記得長庚醫院及台大醫院開立後，很多診所相繼關門，不是診所不開，而是醫院開立後導致診所減少，這可請醫師公會再去調查這部分，是否因醫院開立後導致診所減少。如果病人到醫院就醫方便或願意付出交通時間代價至醫院就醫，這部分是否會因為減少預算，就會鼓勵診所開業，這是可以思考的問題。
- 三、其次，是否由那邊的分院去設以前最早流動醫療站或跟衛生所合作設診所來解決這問題，會實際一點，你用別的方式要讓別的縣市去那邊開業是比較困難一點。建議 2 部份，第 1 是國家已花那麼多錢給這 2 個醫院和設備，也不該只做醫院的事，應兼顧醫院及外展其他醫療服務，如遠距醫療等措施，讓民眾就醫更加方便，第 2 個調查該地區醫療生態的部分，是否因醫院設立導致診所變動，會較客觀些。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

- 一、我想西醫基層所提出預算分配之風險調整機制建議，也是經過內部充分討論後送至本會，若被翻盤想必內部會再爭論不休，我想當初內部討論時也有南區、東區等各代表與會的。
- 二、建議本案先照案通過，及建議醫師公會就陳委員亮良所提之建議，於明年度重視及納入考量，以上建議。

傅主任委員立葉

請吳委員國治。

吳委員國治

- 一、其實我以為本案約 2 分鐘就可以結束了。向各委員說明，本案

是去年的縮小版，因為今年核定 107 年度西醫基層總額成長率較低，所以是打折後的，我想該討論的去年就應該討論過了。

- 二、有關陳委員亮良對偏鄉地區醫療缺乏預算爭取的部分，我們也非常重視，現在是架構的問題，是採健保 6 個區進行分配，若將架構改成都會區和偏鄉區，那大家一定會撥補偏鄉區。像南區也有台南市，也會有偏鄉區和都會區，6 個區都有這樣狀況。因此，分配 6 區預算部分，最激烈的戰場不在這裡，而是醫師公會全聯會內部討論，與會代表都有 6 區代表(包括南區分會)，也都同意今年這樣處理了。
- 三、歸結到最後，大家認為地區預算分配之公式，不是很理想的公式，也希望學界可以將公式調整的更好，讓大家心服口服。本會提出建議案是去年的縮小版，懇請委員照醫師公會全聯會共識結果通過。

林委員錫維

通過啦！

傅主任委員立葉

- 一、我想討論到現在應該有共識了，基本上，本案就照案通過。有關委員的意見，尤其陳委員亮良所提意見，請西醫基層相關團體及健保署納入執行面和明年規劃時考量，或運用其他有效方法充實雲林地區及其他醫療資源較缺乏地區的醫療資源。
- 二、有關西醫基層總額之點值保障項目，請健保署依上次委員會議決議，會同西醫基層總額相關團體盡速議定後，提送本會 3 月份委員會議討論。接著進行討論事項第二案。

伍、討論事項第二案「『107 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案』(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

中央健康保險署劉科長林義報告：略

周執行秘書淑婉

主席暫時離開，由我暫代一下，請問委員有無意見？先請黃委員偉堯，再請干委員文男。

黃委員偉堯

主席、各位委員，我有 2 個請教：

- 一、今年有新的強化立意抽樣機制，提高審查效能，目前是規劃中還是已有方案呢？如果已有方案，也就是已有確定的執行方式的話，是否能介紹內容；如果是規劃中，還請具體方案完成時，再讓委員瞭解作法。
- 二、關於會議資料第 61 頁 107 年方案差異之重點，是比較今年和去年的差異部分，原 106 年由保險人執行減少無效醫療之耗用及減少不必要高耗用部分，107 年改由醫事機構執行，醫事機構將如何處理？請說明，謝謝。

干委員文男

- 一、我長話短說，會議資料第 54 頁其他建議部分，上傳特定檢查影像(如 CT、MRI)，如果能確實執行，做得好，再輔以提高審查之精準度，我想今年會節省許多醫療費用，但執行率掌握在健保署上，蔡副署長淑鈴您從早上到現在都還沒說話，我要聽聽您有沒有話要說，老話重提，老案重提，原訂是 12 月份報告現在延到 1 月報告，請說明是否能確實執行，執行得如何，是否做得好醫療資源浪費就會減少。
- 二、另請教部立醫院是屬衛福部或是健保署管轄？民眾向醫院請求提供病歷是否有規定時效？前幾天我幫 90 多歲的丈母向部立醫院索取資料，發現申請作業麻煩，她是這間醫院的忠誠病人，以前都在該院就醫，現在因其他問題轉診到長庚醫院，結

果向部立醫院索取 1 份資料需要 1~3 天，我認為這作業時間太長。

三、部立醫院的行政效率需要受到民眾的檢驗，且公立醫院應優先配合政府政策，若公立醫院不執行政策卻一直要求其他非公立醫院配合，則其他非公立醫院也會反彈。陳委員亮良一直提到部立雲林醫院(已改制為國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院)設備沒有很好，民眾不願意去看診，實際上，若能加強軟、硬體設備，它們也可以提升，郭委員錦玉也曾說部立彰化醫院品質欠佳，為此事我問過許多人，得到的結果都是索取資料有困難。

四、部立醫院的規模大小我不清楚，但醫院的軟硬體及光纖設備要怎麼補助、歸屬誰的管轄，就拜託部長、署長在能力範圍內協助健全、提升。上傳特定檢查影像的部分，至少部立醫院應先行推動後，才能要求其他醫療院所也跟進，不能公立醫院不做，要非公立醫院先做，以上謝謝。

傅主任委員立葉

請張委員清田。

張委員清田

一、主席、各位委員大家好，抑制資源不當耗用、醫療浪費要好好改善，我覺得是否請衛福部、健保署及各醫師公(協)會要自我約束，在醫療部分偽造文書之類會被抓去關，才可能會吊銷執照，但以會計師管理機制為例，主管機關是金管會，會計師只要有一點犯錯，如應注意而未注意的缺失、幾千萬筆交易資料中錯 1、2 筆，但發生錯誤的部分是在沒有抽到的資料，這也列為缺失，金管會將會計師記警告、申誡或停止執業 2 個月等，金管會也發布予各銀行、國稅局，並將會計師所經手案件全都調閱，會計師所簽核之相關財報不予以認可，這等同宣告會計師執業生涯結束了，被停止執業半年，只要被警告或懲戒的話，會計師簽核之報表不予採用，等於宣告他是死刑。

- 二、像我以前幾 10 年前很少就醫，最近開始就醫後，最近看病後覺得醫療浪費有點多，這些健保署知道嗎？現在都是用抽審機制，但有抽到嗎？即使有，也可能是輕輕放下，除非犯刑法才移送法辦，其他的部分，處罰可能也太輕了，還是能繼續執業，但像會計師有缺失，被記申誡，銀行對該會計師所簽核之報表不予以採用，國稅局也會抽查會計師所經手之所有財稅報表，會計師執業生涯就結束了，像我有很多會計同學執業生涯也就沒有了。
- 三、如果對醫師也這麼要求的話，主管機關是衛福部，為什麼不加強對醫師的管理，或協同公會一起管理，像會計師公會發覺會員有問題，會移送金管會懲戒委員會，如此會員才會好。舉例來說，有患者因肌肉拉傷就醫，醫師看診後開立了 4 種藥品，包括潰瘍治療劑、消炎止痛劑、肌肉鬆弛劑及解熱鎮痛劑，開立這麼多藥品，是否會造成醫療資源浪費，建議這部分可以加強管理，謝謝。

黃委員啟嘉

- 一、主席請讓我先回應張委員清田所提部分，因為是在基層診所就醫而產生疑問，請讓基層代表先回應。首先，張委員清田您有我的手機，若有診所讓您覺得弊端非常多，請您打電話給我，我會 1 週內處理，並告訴您結果，如果這麼嚴重，一定要立刻處理，不能讓有問題的診所傷害沒有問題的診所。
- 二、就您所述病患拉傷就醫經驗，可能有些誤解，止痛藥對胃有刺激性，醫師因病患拉傷疼痛開止痛藥，止痛藥也可以是解熱藥，解熱和止痛也能是同 1 個藥，醫師開立 2 種止痛藥，我猜醫師是開立 NSAIDs(中文稱非類固醇抗發炎藥物)及 Scanol(具有鎮痛、解熱效果)，這是不同的藥，但 2 種藥合併使用，對於止痛的效果會有加成作用，NSAIDs 對胃會有刺激性，所以再加上潰瘍治療劑，再開立肌肉鬆弛劑，這對於肌肉拉傷患者，是滿標準的給藥處方。

三、如果不想吃那些藥的話，病患可以跟醫生說我拒絕吃，因為症狀可以忍著，有些藥是為了舒緩病患的不適，但有些病人對於微微疼痛是可以忍受，也可以向醫生說你拒絕吃這些藥，請醫師不要開立，如果醫生硬要開給病患，病患也可以說我要告你(眾多委員笑)。醫生可能不瞭解病患服藥的意願，病患沒有意願服藥，就向醫師說我可以忍受這些輕微的疼痛，不需要開立這些藥，希望可以復健治療等其他方式改善病況，醫病之間是可溝通，像我看診時也會問病人是否要服用藥物，如果病人不服用，就不要開，如果有服藥意願，也會詢問哪些藥要不要，如果病人不服用藥物可能會有生命危險，我就會向病人說這藥不能不吃，如果在尊重病人意願及不會造成病人生命危險的情況下，就是可以尊重病人意願。可能就醫過程中，是醫病間溝通上的問題，不是醫療浪費的問題。若患者對於就醫有疑義，醫師公會絕對有責任，像付費者或民眾就醫上有疑問，我們樂於向您或民眾瞭解及說明清楚，解答民眾的疑惑。這個案例主要應是溝通上的誤解，而非醫療浪費。

傅主任委員立葉

接下來依序請張委員煥禎、吳委員榮達、蔡委員麗娟及李委員永振發言。請張委員煥禎。

張委員煥禎

一、剛剛沒有講的部分，現在一起講，有關會議資料第 41 頁其他建議鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案、會議資料第 52 頁鼓勵檢驗(查)及 CT、MRI 等即時資訊上傳與分享部分，及會議資料第 54 頁其他建議部分，目前上傳特定檢查影像(如 CT、MRI)，僅能透過單一軟體，建議由健保署統一購置該軟體權限供院所使用，我們很高興上傳特定檢查影像，大家也覺得滿好的，但在下載時就會遇到問題。像下載雲端藥歷時也遇到一點問題，像我們將資料上傳了，但如果軟、硬體不好時，會造成醫生和病人花時間等待下載資料。

- 二、建議應朝 A 醫院有做，B 醫院就不能在做這個方向執行才合理，並不給付費用，如此就一定要等下載，像之前下載雲端藥歷的資料是數字，下載速度已經慢過一段時間後，經過院所及健保署多次調整後，現在比較好使用。
- 三、以後變成影像檔，差異性也很大，建議健保署考慮一下，這部分金額不多，對院所也不是很多錢，對健保署來說整體費用也不是很多錢，應該要上傳和下傳同步使用才有效果，例如國外經驗，上傳資料很多，但是下載速度很慢或是不確實，若以後發生醫療糾紛誰負責，下載的時候若如剛才委員所提 X 光看起來有問題，現在是有附報告可以看，沒有問題，因此，建議一開始就統一購置軟體，因為過去提過 3 次，不知道健保署會如何答復。
- 三、剛剛才委員所提，會計師和醫師還是有所不同的，不能一起比較的，會計師面對數目字，醫生面對是人，人的生命無價的，如果說醫師一定要負責怎麼處罰，最後醫師會退出的。像國外經驗，你一直逼他，他就不作為，不作為醫療和浪費醫療是同樣可怕的。再者，委員提到不看病不知道醫師漏洞這麼多部分，我建議還是保留一下，如有意見可以提給健保署或醫師公會，若如你提出後都受到健保署或公會處罰，才真的表示醫生有問題。這句話對醫界來講是有點承受不起，不看病不知道漏洞那麼多，應該沒那麼糟糕，不然健保會辛苦那麼多年，以上謝謝。

吳委員榮達

- 一、我先請教幾個部分，其他以書面請教，剛剛幾位委員所提意見，心有戚戚焉，以我實際就醫及從事律師工作的第一線經驗，弊端狀況與醫界所說的大異其趣，有關抑制資源不當耗用部分，防弊及自律要雙重並行，不然很難做到現在規劃的目標，我有 2 次機會跟次長提到，建議比照金管會派檢察官駐金管會辦案，這樣可以查出更多的醫療弊端，與大家所想的完全

不同，例如有裝假牙竟然還要刷健保卡這種情形。

- 二、這個方案我沒看到健保署 107 年的指標，106 年有指標，請問 107 年的指標在哪？會議資料第 62 頁，107 年方案策略，有關提高審查的精確度及強化違規查處機制部分，建議健保署有機會安排有意願或有興趣的委員能實際至作業現場，瞭解健保署的操作、實際狀況及溝通誤會，若能對健保署有些積極的作為再多些瞭解，可以減少彼此的誤會。
- 三、有關 CT 及 MRI 上傳部分，我曾在座談會提及已有上傳制度，但無法避免有些已經上傳，還再次檢查的情形，所以第 2 次或第 3 次檢查時，究竟是重複的浪費，還是有其必要性？署內需要訂個標準，避免已經上傳還重複檢查，對於重複檢查的部分會有誤會存在，有無可能訂個準則或辦法，雖然有其困難度，但可以避免日後醫界與健保署之間的紛爭，有必要審酌，其他以書面請教。

蔡委員麗娟

- 一、107 年方案的策略方法，看到健保署對醫事服務提供者做了很多新的作業方法及規範，但是整個醫療的終端使用者是就醫的民眾，這部分健保署請民眾珍惜健保資源，及做宣導、衛教，包括持續辦理分級醫療、健康存摺、用藥安全、居家、安寧等各項宣導。昨天我特別去看 youtube 有哪些宣導影片，其中有 1 個是分級醫療雙向轉診的影片，是健保署不久前拍攝的，拍攝的方式是請部長、署長，還有幾個醫師立委去做的政令宣導影片，是以政令宣導的方式來解釋分級醫療與雙向轉診。民眾的教育很重要，畢竟他們使用這些資源，若他們沒有正確認識健保署已經規範建置一些很好的政策，因為民眾不瞭解，或只知道名詞，而不瞭解對自己的好處，民眾在就醫行為上仍沒辦法改變。
- 二、建議政令宣導應該有具體的規劃，例如，今年的重點項目，分級醫療及雙向轉診，就影片來說，我認為不是民眾的語言，雙

向轉診對民眾有什麼好處，建議用情境式的宣導要比醫師、官員在上面說，會讓民眾比較有感。要有規劃，讓民眾理解，醫療很專業，要讓民眾知道這些改變及政策，實質上他們能獲得什麼，除了不要浪費醫療資源外，有那些自己就醫上的好處與便利。

三、我們一直在強調慢性病處方箋可能以後要收費，這些問題對民眾來說，溝通的重要性在於這樣做之後，節省的費用會用到哪幾個方面？要做怎樣的安排與規劃？對民眾有何好處？若不這樣做，以後會造成制度負面的影響，這都有賴於健保署、政府單位與民眾充分的宣導跟溝通，才能讓整個制度運作的更有效率。

四、會議資料第 63 頁，提到今年要持續精進健康存摺，但是我下載好幾次都沒成功，不知道在座的委員有誰下載成功？可能不是 user friendly(使用者友善)，美意很好，但是使用者不覺得好用。我看了 1 個如何下載的影片，說明有 5~6 分鐘，看完後仍不易理解，建議持續宣導，讓大家對這個制度有更多認同及理解，才能妥善運用健保資源。

傅主任委員立葉

依序請李委員永振、李委員偉強、吳委員國治。

李委員永振

一、今天談了很多分級醫療及雲端科技的問題，這些政策很好，可以讓病患就醫方便，似乎也能減少醫療費用，但是去年協商 107 年度總額時，分級醫療增加 32 億元的經費，似乎與我們想像的有點出入，這部分請健保署整理。剛開始談分級醫療時，我曾說我贊同分級醫療，但是早期是投資，投資要有回饋，應該有個過程，現在費用要增加 32 億元，但是不知道節省多少經費，請健保署說明。

二、我們在 1 月 5 日也談這個議題，請健保署補充資料，會議資料 54 頁，幕僚也整理的很清楚，但看不到第 1 項「106 年方案之

具體、量化執行成果，及 107 年方案之預期效益」的補充資料！

- 三、1 月 17 日健保署召開記者會後，有媒體大肆報導上傳雲端可以省 20 億元，還有我們檢討 31 項的指示用藥後也省了 1.4 億元，剛剛也有委員提到節省了相關經費，但沒看到這些資料，請健保署系統性的整理及分析到底節省多少經費，這些經費要怎麼用？可以做為未來總額的減項？健保署做這麼多的事情，才真的有意義。

李委員偉強

- 一、本案管控的項目很多，花 1 天的時間也討論不完，有些進行中，並持續做，就未達標準的部分提出意見，有關正確就醫觀念及行為，健保署對高就診次是有在管理，即病人每年就診 90 次以上，曾有病人對我說，他們接過健保署關心就診次數太多的電話，有些病人會回罵，且又在我面前抱怨，我告知病人健保署是好意，1 年看診 90 次以上真的過多。道德勸說做了好幾年，成效如何？下一步仍繼續道德勸說嗎？方案並沒有提到後續是要限制就醫或提高部分負擔？建議要有更具體的措施，不能永遠道德勸說，這部分已經做好多年，例如今天開車買一般保險，若有闖紅燈或酒駕情事，保費就會增加，請問這部分有無更具體作法？
- 二、有關影像上傳部分，現在幾乎檢查做完 24 小時內就上傳，上傳其實相對不難，但是各位都有經驗，現場用手機拍照上傳分享給好朋友，手機照片都是 1MB(Megabyte，一種計量單位)以上高解析度的檔案，壓縮至幾百 KB 後，可以上傳快些，但是下載的人看到的是幾百 KB 的照片，若手機品質不好，影像可能會模糊，目前有這個問題，所以有些病人仍會來拷貝影像光碟。
- 三、原本的 CT 檔案都是幾百 MB，因為醫學影像檔是要高解析度做判斷疾病使用，可以精確到 0.5 公分的判斷，但是降低解析

度上傳雲端壓縮及解壓縮後，在電腦網路上看到的不可能與原檔一樣，目前技術性很難克服，會有解析度及解讀的問題，3公分的腫瘤誰都可以看到，若腫瘤是 0.3 公分，則會有看不到的風險，若沒看到的風險及責任要如何歸屬？現在 CT、MRI 只下載了 2%，另外下載還涉及頻寬、硬體，事情才剛開始，將來還需要更多的努力。

四、有關醫事人員違法的問題，任何行業難免都會有少數的害群之馬，相信大部分的人都很積極，醫事人員違法要受刑法，這是世界上少見的，請繼續鼓勵所有醫事人員，大家在本業上都是兢兢業業，不能被電視新聞上少數案例誤導。

吳委員國治

- 一、醫療資源浪費一定存在，也肯定健保署提出的內容，我們也會對這方面加以管制。回應吳委員榮達，依吳委員的陳述，似乎有很多醫界都在違法，我呼應李委員偉強所提這一定是少數，我們歡迎各位檢舉，他們如做了不法的事情，除了敗壞我們名譽，也排除了 99% 以上醫師的努力。我們也鼓勵醫師能夠好好跟病人溝通，另外對於病患看病這部分，應該讓大家瞭解，裝假牙要掛號費，掛號費不是健保費用，是院所行政費用，所以裝假牙 2~3 萬元，仍會有 50 或 100 元的掛號費。
- 二、我們看診時，常面臨病人跑進診間，病人說他只是問一下，我馬上會請他去掛號，因為很多病人在等，這樣會排擠正常程序排隊的病人，還有我幫病人看完病，告訴他不用吃藥，病人則說要退錢，這些是我們不認同的事情。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓，再請謝委員武吉。

趙委員銘圓

- 一、健保署推動分級醫療，大家都很贊成，但是按照目前的情形，似乎後面的結果就是增加民眾負擔，沒有轉診的病人直接至大醫院，可能要增加 100~400 元的負擔。剛剛李委員永振提及

107 年度分級醫療增加 32 億元支出，另外有 60 億元要做重症的部分，現在又要取消指示用藥，還有拿慢性處方箋通通都要收費，就是在推動分級醫療的所有費用，還有額外去做的部分，就是整個分級醫療的費用，還有哪些是要付費者負擔，請說清楚。

二、而不是推動分級醫療後，變成民眾出的錢愈來愈多，這與推動分級醫療背道而馳，不是抑制不當的醫療浪費，變成增加浪費，請保署彙整成 1 個表，對於後續想推動的政策，希望民眾負擔的部分，請讓付費者清楚。

謝委員武吉

- 一、對於抑制資源不當耗用的改善我非常贊成，但是對於醫療方面的要求，該要求則要要求，不該放寬也不該放寬。上週自由時報登了 1 則有關 336 家醫院違規的新聞，等於四分之三的醫院都違規，今天李署長伯璋報告時，醫院也沒有幾家，結果報紙報導有 336 家醫院違規，這種不對的報導我們應該請他們修正，這樣對醫院而言才比較公平，到底 336 家是指醫院？診所？物理治療所？還是藥局、檢驗所、放射治療所、助產所？這都不一定。因此要把事情說清楚一點，這是很重要的。
- 二、還有一點就是對民眾的要求，我很早講過了，講了至少有 10 年，從以前費協會、監理會到後來的健保會，我都有參加過，現在探討的部分，以前都有遇過、也都爭取過，對於民眾宣導方面，我們一直沒有加強，包括民眾應該針對正確需求去就醫，健保去宣導時，有沒有這樣去教育他們？我看這裡頭都沒有寫，只有說要分級醫療，應該要教育民眾「要依正確的需求去就醫」。
- 三、在我舅舅、叔叔等長輩當醫生的古早時代，大小病都在診所看，所以我上次對大陸人演講時，說古早以前有員外和乞丐，古早的時候員外是地區醫院、乞丐是醫學中心，現在則反過來，員外是醫學中心、乞丐是地區醫院及診所，所以這是不對

的方向，要修正、改變過來，我們要從大方向，要用很大的力量，來教導民眾就醫習慣的改變，來矯正對於健保的不當使用。剛剛李委員講的沒錯，患者來醫院是來指揮醫院要做什麼，不是來給醫生看診的，不符他的期待，什麼大小事都要告。所以我們一定要教導民眾怎麼正確就醫，他的需求在哪裡，不要一味順從民眾意見，這樣是不對的，這是社會保險，不是社會福利保險！這是最主要的關鍵問題。

傅主任委員立葉

謝謝，請健保署回應。

蔡副署長淑鈴

- 一、謝謝各位委員對於本案提出這麼多意見，為利會議效率，我就整體予以回應，就不針對個別一一回應。請參看會議資料第 57 頁，依健保法 72 條所揭示：「為減少無效醫療等不當耗用保險醫療之情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用改善方案，提健保會討論後，報主管機關核定」。也就是說，無效醫療或不當耗用醫療資源，這件事情是沒有結束時點，就常理而言，其一直存在，無法採用何種措施使之消失或結清。這是因為醫療行為本來就具有高度資訊不對等的特性，屬非常專業之領域，以致於對「醫療不當耗用」，會有認知不一的問題。探求健保法規定的真義，其應該是在陳述「不當耗用或浪費要盡量減少」，而這些所謂的不當耗用，事實上並不可能消失，因為每個人對於浪費的定義不一樣，有人認為浪費、但是有人卻不認為。因此，本質上存在專業見解不一的問題，希望能為委員們先建立此觀念。
- 二、如何達到「減少不當耗用或無效耗用」，其存在兩個概念，一個是自律，一個是他律：
 - (一)先從自律開始，請參看投影片第 4 張，保險人及保險醫事服務機構所提出來的部分，從 106 年方案、到 107 年方案，107 年的方案策略參看投影片第 13 張，其實都是從人

性角度出發，為什麼健保署這 3、4 年來一直希望能夠提供雲端服務，主要係因為我們的醫療體系是自由就醫，每個人都可以決定去哪裡看病，所以病人端也有所謂的浪費，至於醫療端，因為論量計酬及每家醫療院所都盡力想要提供更多的服務，就會存在做得多現象。當每個人的病歷無法集中在 1 個地方，是分散在各醫療院所，這導致於病人去看病時，醫師無法知道病人所有資訊。

- (二)所以健保署花費非常大的努力，去建立雲端醫療系統，其意義不只有如同建了高速公路來使資料分享，而是更進一步希望藉由資訊分享，來誘導醫師產生自律行為。也就是由樂觀面而言，需要先建構可以提供完整醫療資訊之環境，使院所產生「自律」行為。所以若有健保雲端資訊，能夠達到即時分享醫療資訊的目的，而且高速公路夠寬的話，大家都能夠快速得到病人完整的資訊，從而可以減少不必要的用藥、不必要的重複檢查等等，讓自律行為得以發生，醫療品質也會提升。再次重申這個概念，也就是說「必須先建好雲端藥歷系統」這個前提存在後，再來考慮自律行為能夠發生。
- (三)如果前述樂觀情況不如預期，那當然就要有他律，他律部分，就要考慮如果這樣下去無法減少不必要的重複與浪費，那麼重複提供的部分就不予給付，即重複率高的這部分，就予以核扣費用。曾經跟各位委員報告過，有了雲端藥歷系統之後，藥品重複率就大幅下降，每年可減少藥費支出 1 億元以上。
- (四)下一波就是針對檢驗檢查的雲端資訊系統，不過因為病人病況也會變化，因此這部分不是多久重複做，就一定對或不對，這部分牽涉很多專業面考量。不過我們依然能用大數據分析，來告知各醫療院所其自身的重複率有多少等等，譬如說，糖尿病病人 3 個禮拜才有檢驗報告出來，若病人已經換了 1 家院所就醫，上禮拜在前 1 家就診院所的

檢驗報告，對慢性病仍有參考價值，就應該不用重複檢查。

(五)上述就是在闡明，使用大數據讓自律和他律可以結合，來減少不當醫療的耗用。我們這幾年一直在努力，也謝謝委員對雲端資訊系統的支持。但是雲端服務，需要建立高速公路，依然有很多醫療院所抱怨技術問題，例如軟體下載及所需頻寬等，健保署會持續協助醫療院所，逐步來克服這些問題，未來仍會持續不斷努力。

三、第三個大問題，是醫療院所的缺失部分，剛剛張委員清田也提到比照會計師做法，在健保系統裡面有好幾個處理的方法：

(一)若屬浪費，可用我剛才所言的自律加上他律的方式，用核刪醫療費用的方式處理。但若非浪費而是「虛報」，例如根本沒有醫療行為就申報費用，可能的情况有：病人沒有去就診，而院所卻刷卡申報費用；或者病人去減肥，院所申報為醫療行為；或者病人去換取東西、但是院所把它當作看病。以上這些行為涉及到全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之規定，依情節輕重可處以停約 1~3 個月，甚至 1 年，也就是健保署會對院所有處分動作。

(二)謝委員武吉提到我們去年大概有 3 百多家違約的醫事服務機構，那個報導的 336 家是指院所，而不是專指醫院，也包括藥局、檢驗所等等，但是分母有 2 萬 8 千多家，因此違約比例來說，336 家占 2 萬 8 千多家，大概是 1%多而已。所以我們在公布數據時，也提到比例是很低的。

(三)剛剛大家把所謂的浪費跟虛報混在一起談，不過，浪費問題有其解決方法，虛報則另有其他解決方式。如果虛報嚴重我們會移送檢調，如密醫、偽造文書等，不過適用刑法這部分，是非常少數的院所，如果健保署真的有查到，依規定是須移送檢調。

四、還有一部分意見是關於宣導，我同意宣導是永遠都需要做的

事，也同意委員所言，要加強宣導內容跟技巧，幾位委員共同提到，想了解節省下來的效益，若委員會有適當機會並排定時間，健保署會提報減少浪費成果等，或是讓本署於例行的業務執行報告陸續提報，也是另 1 種可行方式。

五、另外，是關於民眾端，還有什麼好的方法。如同剛剛李委員所提，健保只是一直僅止於宣導，有沒有相對應的具體懲罰措施？以高診次保險對象為例，要不要有具體的處理方式？事實上，這樣的想法已屢次被提出，也有很多不同建議，但重點是若真的要如此做，需要修法，因為影響人民權利義務，需取得社會共識後修法才能執行。

六、最後，委員提到健康存摺不是很好用，我想蔡委員麗娟建議的也很好，下次會議，本署派員協助每位委員都下載，希望不要本署在委員會議報告老半天，結果委員都沒有下載，而未體會到健康存摺的好處(委員笑)，希望真正的使用後，也能給我們一些很好的建議，其他未及回應處，就另以書面方式提供。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

非常感謝蔡副署長淑鈴的說明，但我還是有 1 點要再加強說明。早上在討論前次會議決議定事項之繼續追蹤這方面，我要求 4 個單位要一起來討論，我的意思不是要讓健保署花錢來宣傳，我在高雄看到公車有宣導海報，有 1 次很想照相，但沒拍到，其實我很在意的是，宣導的工作應該是由國健署來做，因此我一直強調國健署要每年度 2 次報告就是這個原因，雖然謝謝蔡副署長的說明，但我的用意是應對國健署有所要求，謝謝。

傅主任委員立葉

本案討論到這裡。請李委員永振。

李委員永振

程序問題，現在已經是下午 1 點 35 分，早上執秘建議到下午 2 點

要進行至討論事項第七案，但目前所餘時間，大概只夠討論 1 個議案，是否要將比較急的討論事項第五案(自付差額特材申請案)提前？記得上次會議就已決定：該案因涉及保險對象權益，原訂時程 2 月提會，提前至 1 月討論；另健保署也於 1 月 5 日已先對委員說明該案內容，故委員已有些了解，若可以的話，是不是就先討論？業經初步討論的案子，應該比較簡單，也利於保險對象權益保障。

傅主任委員立葉

好，我們先將討論事項第二案做個決議，請健保署參考納入委員意見後，依法定程序陳報衛福部核定。請干委員文男。

干委員文男

李委員永振的意見，我也贊同，不過希望討論事項第四、五案都要完成。第四案是關係到職業工會這個群體，要討論完應該比較容易，第五案則是涉及民眾權益，希望用最短時間談完，也拜託各位委員今天能將這 2 案都通過，不然第四案一直懸著，壓力有夠大，還要常打電話去問。至於第三案，則建議留到下次討論。

傅主任委員立葉

2 位委員都提到因為討論事項第五案會影響民眾就醫的相關權益，比較急一點，另干委員文男也提到討論事項第四案，是工會會員很關心的問題，請問其他委員的意見如何？(多位委員表示：附議)。那今天就將這 2 個討論事項討論完。先進行第五案，再進行第四案，請健保署簡要說明第五案。

李委員永振書面意見

一、關於抑制資源不當耗用改善方案，於保險對象「正確就醫觀念」之策略，係以輔導高診次門診就醫次數下降率為指標，而從資料中 9 月執行值(第 5 張投影片)看似成效有限，顯示以輔導之作法無法整體性的解決門診高診次問題，建議應再搭配制度面的管理作法，如此才可從管理面有制度的控制門診資源不當耗用之浪費，相信以輔導及管控配套的做法可有效節省健保支出與輔導人力成本。

二、另資料尚無列出 107 年指標，請補充說明具體指標與相關作法，以及與 106 年之重要差異。

陸、討論事項第三案(原討論事項第五案)「『加長型伽瑪髓內釘組/長度 180mm 以上--『史賽克』伽瑪三股骨固定系統-長釘組』自付差額特殊材料申請案」與會人員發言實錄

張科長淑雅

本案所提自付差額特材係為加長型伽瑪髓內釘組，長度為 18 公分以上，相較於健保已給付品項的主要差異在於長度，健保已給付品項長度為 17 公分，支付點數為 19,036 點。加長型伽瑪髓內釘組較健保已給付之伽瑪髓內釘組較為穩定，但價格為 3 倍多，因此藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱藥物共擬會議)是建議以自付差額的方式納入健保，本署依健保法規定，提案至健保會討論。

傅主任委員立葉

本案前於 1 月 5 日專家諮詢會議後，以非正式會議的方式，請健保署先向委員說明及請委員提供意見，已列在幕僚補充說明第五點。請問委員是否還有其他意見？請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

若延續 1 月 5 日的討論，我們當然都是同意，本案所提自付差額特材若可改為健保全額給付，當然是最好，但若真的沒有辦法，才去考量用自付差額的方式納入健保。

干委員文男

贊同趙委員銘圓意見。

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

原則上我也同意 2 位委員的意見，另我希望能瞭解，若本案納入健保給付，會增加多少費用支出，看看是下次報告，或是現在就可做個答覆。(註：本案特材若納入健保自付差額品項或全額給付品項之財務影響評估相關數據，可參閱會議資料第 100、97 頁)

傅主任委員立葉

請健保署稍後答覆，先請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、本案的處理，原則上過去已有類似案例可參考(註：106年3月份委員會議討論之「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統」自付差額特材申請案，該案決議：同意納入自付差額特材，亦附帶建議應積極研議納入全額給付之可能性)。
- 二、另建議未來自付差額特材申請案，宜以1月5日委員意見來處理，這部分呈現於會議資料第98頁幕僚補充五之(二)、(三)、(四)，寫得很清楚：五之(二)本案特材應納入健保全額給付，以利照顧病情較為嚴重之保險對象；五之(三)全民健保制度應致力於減少自付差額特材之情形，以增加公平性，因納入自付差額特材會讓經濟弱勢者無力負擔，對富人則影響不大；五之(四)，健保針對全額給付品項會納入價量調查範圍，定期調整價格，有助價格合理化。
- 三、因為納入健保後，有一定的使用量，市場價格慢慢就會降下來，新特材上市剛開始時價格都很高，所以定期調整價格，的確有助於價格合理化，本案如同意列為全額給付品項需提健保署共擬會議討論通過後實施，以上3點建議請納入決議。

傅主任委員立葉

還有委員要發言嗎？若沒有，本案就通過，另將蔡委員登順的意見也納入決議，我就不再覆述，本案亦應積極研議納入全額給付項目。請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、因為我經常聽一些患者在講真的是很痛苦，針對本案我絕對是贊成，但是一定要設定最底價，請參閱會議資料第99頁，本案特材在自費醫材比價網的最大值84,700、最小值60,000、平均值71,325，建議委員，我們在這邊真的不能讓病患再付那麼多，有人真的為了付不出錢痛哭流涕，所以我覺得這一定要設定最底價，例如價格不得高於6萬元才比較合理。

二、另外，除了設定最底價，也要讓醫學中心、區域醫院、地區醫院 3 個層級可以用一樣的價格買到特材。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

原則上個人也支持本案，未來如有類似案件，請健保署及本會幕僚能就疾病盛行率或使用人口等，來預估納入健保之財務衝擊，包括假設不同程度的支付門檻，對健保財務衝擊各是如何，如有這些數據，可讓我們更加瞭解未來的財務狀況。(註：本案特材若納入健保自付差額品項或全額給付品項之財務影響評估相關數據，可參閱會議資料第 100、97 頁)

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

我對張委員清田講的一些話很認同，所以剛剛為什麼我會建議設定一個最底價，因為這樣最合理，那些收取較為高價的院所，他們很會鑽東鑽西(台語，比喻鑽營)，主席這樣你聽懂嗎？我不希望我們的患者被他們這樣對待，繼續讓那些人鑽東鑽西，這樣健保會太無效(台語，比喻無用)，就失去它的功能了，建議還是要設定最底價為 6 萬元，主席開個金口，就是 6 萬元。

傅主任委員立葉

周委員麗芳及謝委員武吉意見，就請健保署納入未來自付差額特材申請案之評估與分析，或後續對自付差額特材的管理等，另謝委員武吉所提以最低價購買這部分，也請健保署納入考量。

謝委員武吉

拜託主席，不能僅作為「納入考量」，這樣會變成圖利，現在白紙黑字寫 6 萬元這不是我寫的，是會議資料寫的，我要求 6 萬元沒有錯誤。

千委員文男

主席，我贊同謝委員武吉的看法，他建議讓保險對象都能用自付醫材比價網最小值 6 萬元來使用本案特材，是有利於民眾的，也就是希望無論進口價大小，希望健保署能殺價使價格一致，以利民眾負擔減輕。

傅主任委員立葉

所以謝委員武吉所提的 6 萬元，是只針對本案特材？

千委員文男

希望用自付醫材比價網最小值 6 萬元，作為以後民眾負擔的最高價格，不要超過這個價錢。

傅主任委員立葉

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、本案先就概念上跟委員報告，以目前健保法規定，只有特材才能夠自付差額，也就是健保目前已有功能相近的品項可用時，後來市場再出現新款特材時，醫療院所方面也會鼓勵病人使用新款特材，這種新的特材若未納入健保的自付差額品項，就會是全額自費，差別就在這裡。
- 二、本案特材相較於健保全額給付品項，價格約 3 倍多，若納入自付差額品項，就可減少那些想要用好的特材、又不想全額自費民眾的負擔，所以是可以用比較新、比較好的特材，但健保還是只付傳統健保品項的價格，使用者自己付差額，這是 1 種減輕使用者負擔的方法。
- 三、對於民眾更希望的是，最好健保能全額付掉這 3 倍多的價格，這樣對病人來說當然最好，用新的東西不用另外出錢，但是畢竟對健保財務衝擊是比較大的，各位在協商總額時，針對新醫療科技項目，其中也包含新特材的預算，每年都有預算限制，故應該善加考量是否真的對病人有利，如果真的有有利，先差額負擔，未來逐步再規劃全額納入健保給付。
- 四、以會議資料第 100 頁數據為例，若將品項納入自付差額後，有

兩個關鍵因素，假定不考慮潛在自費的病人數，理論上是不會增加支出的；但若將納入自付差額品項後，潛在的使用者也納入，使用的人變多了，那這樣就會有財務衝擊，但還在預算可以忍耐的限度，是夠用的，所以才會建議本案納入自付差額品項。因為經過本署徵詢專家意見，也認為本案特材對病人確實是好的，值得把它納入，所以建議先去走差額負擔這一途。

五、其實委員也關心什麼時候健保可以全額給付，現在已有 10 類自付差額特材，我們每年都在盤點，若到適當時機，相對價格也合理時，我們會規劃用總額協商之新醫療科技項目預算，一項項納全額給付，不過那是需要時間的。而且，若打算納入健保給付時，一定會去參考當時的採購價，因為健保署的支付價與醫療院所的採購價之間還是有差距，因此我們考量納入健保全額給付時，一定是會先試著尋訪市場價格概況，再研擬訂出健保支付價格，使支付價合理。

六、至於剛剛謝委員武吉所提，可不可以要求廠商以一樣的價錢賣給各層級醫院，這跟藥品的概念一模一樣，健保支付價訂下來之後，各層級從健保署拿到的支付價是一樣的；但是廠商銷售時，議價對象並不是健保署，而是醫療院所，所以健保署只能規範廠商，其售價不可以超過健保所訂支付價。假設訂定的價格是 6 萬元，廠商的售價就不可以超過 6 萬元，但成交的價格我們就不一定能掌握，不過至少是不可以超過 6 萬元，但我相信一般採購價都會低於健保支付價，只不過在不同層級院所間會有價格差距。在此跟大家報告，實務上，醫療院所與廠商的交易價格與健保支付給院所的支付價格之間，確實存在一點落差。

七、健保列為自付差額特材品項，多數進口的新特材，才會這麼的貴，而且可能為獨家販售或是競爭很少的醫材，基本上如果這些品項是獨家販售時，就只有院所買或不買這兩種選擇。我們可以理解委員們對於類似這樣昂貴特材的關注，以及對病人負擔能力的關心，健保署會量力而為在每年總額範圍內，盡力去

減少自付差額品項，以減輕民眾負擔。

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、就本案特材請教過 1 位教學醫院的骨科主任，我建議今天委員會可以先通過本案特材列為自付差額品項，若今天是本會是通過納入全額給付，就會再送到藥物共擬會議討論，在那邊如果被推翻沒通過的話，這個項目又要拖延很久。我是支持本案特材以自付差額方式納入健保，因為現在連心臟塗藥支架都要自付差額，還有其他類似項目也是。今天如果突然有 1 個新產品直接全額給付，我認為在醫療程序上來講，暫時還是不妥，如果這個產品真的很好，先以自付差額的方式，讓患者自己選擇要不要用這個新的產品。
- 二、過一段時間，我們可以再檢討本案特材列為自付差額後的使用狀況，若認為總額預算可以負擔全額給付，屆時再提送醫藥共擬會議討論。所以我支持還是要先以納入自付差額做為基準，這樣對於未來整個新特材項目的處理，會比較好，如果每個人都想把新特材項目都弄成全額給付的話，對健保總額負擔很大，這樣是有困難的。另外，1 個新產品納入健保給付應該要有一個較合理的支付過程，所以我是支持納入自付差額特材。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

- 一、我贊成何代理委員語剛剛的分析，剛剛聽蔡副署長淑鈴也分析的蠻詳細，相信提案之前已充分考慮各種狀況。如同何代理委員語所言，需納入全額給付的品項，以後還有很多，現在我們的安全準備還有將近 2,400 億元，但是這筆錢在去年已經評估過，用不了多久就會不夠。但全額給付是一放下去就收不回來，所以我是贊成何代理委員語所建議，先以自付差額的方式

處理。

二、另外有 1 點建議提供健保署參考，新的自付差額特材申請案要提到本會討論，每年有 4 個時間點可提出，依本案說明四，本案特材是在 106 年 7 月藥物共擬會議就已通過，所以才會建議趕在這次會議討論，如果今天不討論，等到 3 月又會影響保險對象權益，但因為距離健保署通過的時間都超過半年了。日後是否請健保署再考量，將自付差額特材案於共擬會議通過後，儘快提至本會討論，而不是作業拖延未掌握時間，最後才在委員會議趕進度！（註：本案健保署於 106 年 11 月 16 日提送資料至本會，本會每年 2、5、8、11 月討論自付差額申請案）

傅主任委員立葉

好，我想討論到這裡至少大家有個共識，就是都同意本案特材應以自付差額方式納入健保。接下來依序請謝委員武吉、黃委員啟嘉，麻煩請簡短發言。

謝委員武吉

本案特材的廠商名字是史賽克，大家可以看到會議資料 101 頁，這個品項的他國資料只有日本的保險支付價/市價，換算為新台幣是 60,216 元，以 6 萬元來看，如果還要加上健保支付點數 21,980 點，就會變成 8 萬元，如果用減項，6 萬多元減 2 萬多元，就變成病人要自付 3 萬 8 千多元。我是感覺我們應該對消費者要有所保護，不要說醫界都只保護自己，要該減的還是要減。我們蔡副署長淑鈴所講的方式很對，可以用價量調查的方式來處理，透過這個方式可以對價格掌握更清楚，謝謝。

蔡副署長淑鈴

一、有關價格數據的部分，請謝委員武吉看會議資料第 99 頁，這邊要表達的訊息是，這個品項目前是全額自費，在自費醫材比價網的價格，各個院所從是 6 萬元到 8 萬 4 千多元不等，平均價格是 7 萬 1 千元，傳統的健保給付是 2 萬 1 千多元，所以我

們如果今天通過這個品項自付差額，未來民眾可能自付費用大約是 4、5 萬元，就是扣掉 2 萬多元的健保給付部分，但是每個醫院的進價及訂價不同，所以自付的差額是會略有差異，要跟大家報告這部分。

二、如果自付差額特材的品項未來要納入全額給付，屆時我們的訂價跟自付差額的價格就未必會一樣，因為也許 2 年後該特材價格下降或是醫院進價不同，我們會透過價量調查的方式去瞭解，特別是公立醫院進價，我們會參考當時市價做為訂定支付價格參考。

三、目前這個品項因為是自費，它的數量少價格就高，但是如果將來變成自付差額項目時，數量增加就有可能讓其價格再下降，等到那個時間點，再來考量全額自付是比較合理的。

黃委員啟嘉

簡單 1 分鐘就好，我贊成用差額支付通過，這沒有問題，自付差額的項目並不代表未來要以全額支付為目標。舉列來說病房就有差價，頭等病房自付差額大約要多 3,000 元。請問即使健保財務很好，有必要全額支付頭等病房費用嗎？不需要，也不必如此。不能說今天使用健保，就必須要讓所有人的品質都一致，但基本品質則是每個人都要有。鄭前主任委員守夏講過 1 句話「健保是人人有保，但不是什麼都保」，有些人能力高一點，想要追求更好的品質，這沒有問題，但並不是全部都要以全額給付做目標，否則對健保永續經營跟財務管理會有問題，所以我在此要做個補充。

傅主任委員立葉

現在很清楚了，至少大家有個共識，都同意這個品項納為自付差額，我們先通過這個部分，其他意見就請健保署參考。

柒、討論事項第四案「職業工會會員健保投保金額申報下限之規定與檢討案」與會人員發言實錄

傅主任委員立葉

討論事項第四案，會議時間只剩 1 分鐘。

林委員錫維

主席，請將本案排入下次委員會議討論事項的第一案。

干委員文男

下次就要等過年後，....。

林委員錫維

下次委員會議排第一案啦！

林委員敏華

這樣子好不好，因為這邊幾位委員對這案子都有高度共識，其他醫界委員似乎也沒有異議，如果今天可以討論的話，是不是可以就尊重幾位工會代表委員的意見，進行第四案的討論。以上做這個提議。

傅主任委員立葉

好，如果大家同意再耽擱 3 分鐘的話，工會代表委員如果已經有共識，就請提出來，若沒問題，本案就可直接通過，這樣可以嗎？
(委員回應：好)請工會代表委員表達意見？

干委員文男

我們的共識是這個案子的方案三，就是以前都是用其他團體的薪資成長率作為基礎，現在以我們的薪資成長率作基礎，目前看起來好像是佔便宜，但是將來的會員數是會調整，若再用其他數據來算，又會回到原來，這樣子不可以，所以我們選擇這個案子的方案三。

傅主任委員立葉

其他委員都沒有意見的話(趙委員銘圓：同意採方案三)，工會代表委員的意見是方案三。請林委員錫維。

林委員錫維

好啦！我們都同意用方案三，因為本來是方案二，我也請教過商司長，基本工資超過時，還是用方案二來計算，目前採第三案大家可以接受，謝謝啦！也請大家支持。

傅主任委員立葉

- 一、本案依工會代表委員的意見採方案三，若有其他相關意見就請社保司參考。本案就討論到這裡，其餘討論事項因為時間關係，延到下次會議討論。
- 二、關於報告事項第一案、第二案，徵詢各位委員意見，是不是請委員攜回參閱，若有意見或詢問可用書面意見表達。至報告事項第三案及第四案，就於下次委員會議報告，請問各位委員同不同意？(委員回應：好)今天的會議就進行到此，謝謝大家。

李委員永振書面意見

會議資料第 135 頁(第 11 張投影片)，有關「調控式腦室腹腔引流系統」(係將水腦症病患腦室過多的腦脊髓液，經由皮下引流至腹腔吸收的特材)，自付差額占率 104 年 68.5%、105 年已提高至 73.9%，對於第 139 頁(第 20 張投影片)納入全額健保給付之財務預估中，是否有考慮會原本選擇「全額給付」(第 135 頁申報量 786 組)轉去選擇「自費特材」的成本(第 131 頁自付差額特材實施一覽表)，且第 139 頁資料係以 105 年實績推估 107 年預算(為何不以 106 年數據推估 107 年預算)；另外納入全額健保給付之後，使用此「調控式腦室腹腔引流系統」，每年人次持續增加情況下，成本如何控管。

李委員永振書面意見

- 一、會議資料第 158 頁(第 24 張投影片「未滿月新生兒死亡率」)，未說明健保監理指標之「未滿月新生兒死亡率」、「孕產婦死亡率」，與國際比較之狀況(此項於資料上是被列為「監理重點」)，若上述指標未能與國際比較或無比較意義，則建議指標說明去除國際比較相關字眼；若有比較意義，則建議應必須針對國際比較狀況進行簡要說明(近年皆有建議，但健保署仍無相關資料說明)，另上述指標是否處於正常範圍內或已出現異常狀況，也應做說明，而非僅呈現數值，這樣指標才具監測意義。
- 二、第 148 頁(第 4 張投影片「急性病床平均住院天數」)，整體及各層級，皆有逐年改善)，請問國際之比較數值為何？
- 三、第 151 頁(第 10 張投影片「高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率」)，檢視其附表，每年人數仍持續上升(輔導全年門診就醫次數 ≥ 90 次之保險對象)，請教是否有更有效之策略可以減少其就醫次數，或是針對長期超過一定使用次數之病患，請研擬增加其自費成本的合理性。
- 四、第 155 頁(第 18 張投影片「糖尿病品質支付服務之照護率」)，糖尿病品質支付服務之照護率仍持續往上，顯示糖尿病患人數持續惡化，是否有其改善措施。

二、保險費收繳執行情形

(一)保險費收繳部分(詳表6-1至表6-3):

截至106年12月底，自101年10月至106年9月之投保單位及保險對象保險費收繳率為98.66%，政府保險費補助款收繳率為93.38%，總收繳率為96.93%；補充保險費收繳統計表詳見表6-3。

(二)直轄市政府欠費情形(詳表7):

1. 截至106年12月底，北、高二市政府101年度以前健保費補助款應收金額為2,058.75億元，尚有欠費147億元，收繳率92.86%。
2. 為確保債權，北、高二市政府欠費已移行政執行，並分別查封2筆及49筆土地。
3. 北、高二市政府提出還款計畫，分年攤還積欠之健保費補助款及衍生利息。
 - (1) 臺北市政府提4年還款計畫(104年至107年)，就應償還之欠費本金及利息，配置於各年還款計畫內。
 - (2) 高雄市政府於106年10月6日函提修正還款計畫，將欠費本金及利息配置於106年至110年分年償還。
4. 北、高二市政府還款情形如下：
 - (1) 臺北市政府106年預計償還欠費32.4億元，已落實執行。
 - (2) 高雄市政府106年預計償還欠費27.24億元，已落實執行。

通知示意圖(初擬草案)

身分證號： Z299****965

查詢其他保險對象健保卡資料：[圖表 正在按我](#)

摘要： **此健保對象為管制用藥名單，此處原對象有特兒基因子用藥資訊，該病目前前為早療人員，該病目前前為急性性後期照護計畫收名單。**

本保險對象(ID:Z299999965)效期內慢性病連續處方箋項目如下：

慢性病診斷名稱	處方來源	處方開立日期	處方總給藥日數
攝護腺增大伴有下泌尿道症狀	成大醫院 0421040011	106年12月08日	28日*
自體動脈收縮調節器置入心臟導管未發生心臟病	成大醫院 0421040011	106年12月28日	30日*

***就者為健保卡上傳最近一次慢速調劑日期。**

最近6個月內有執行下列檢查(驗)項目類別之最近一次執行日期如下：

檢查(驗)項目類別名稱	最近1次檢查日期
電液斷層	106年12月29日
超音波	106年12月29日

註：**1. 詳細資料請查閱雲端藥歷、中醫用藥或檢查檢驗相關頁籤。**
2. 資料統計及傳輸會有24~48小時落差，建議可向病人詢問病史，方能掌握病人就醫情形。
3. 本項資料僅提供醫師處方開立與藥師調劑藥品或用藥諮詢參考，未具處方箋法律效力，實際調劑仍須依保險對象持有之處方箋調劑。

★健保署關心民眾用藥安全，為促進醫療品質提升，本系統雲端藥歷已建置藥品療效不相等通報功能，敬請多加利用主動通報，本署將提供通報資料供食藥署進行後續療效評估。

雲端藥歷	特定
中藥用藥	
ATC3名稱	
全部	
藥品名稱	
全部	
來源	
衛福部八里門診	未分七型
0131230012	
台大醫院住院	司鏡蟲藥
0401180014	
台大醫院住院	
0401180014	

健保藥領藥日 (住院用藥迄日)	單筆新藥日數
106/03/26	0
106/03/09	0

衛福部健保會第3屆107年第1次委員會議
 報告事項第三案健保署現場補充資料
 (會議資料第167頁)

健保醫療資訊雲端查詢系統-主畫面(初擬草案)

身分證號: Z299****965 健保卡再認證

查詢其他保險對象健保卡資料: **請按卡再認證**

摘要: **此舉係對藥物影響劑用量名單，此舉係對藥物特定基因因子用藥資訊，欲藉由增加早療人員，該病區目前為慢性末期臨終護理收緊名單，下列頁數顯示此健保醫療資訊項目資料。**

[查詢新藥](#) [特定管制藥品用藥資訊](#) [檢查檢驗記錄](#) [檢查檢驗結果](#) [手術對插記錄](#) [牙科處置及手術](#) [過敏藥](#) [出院問題清單](#) [復健醫療](#)

中藥用藥 回首頁

1. 本系統資料不會白置藥品且發現藥品可能低價，資料得機會有24~48小時之時間落差，2. 建議須向病人詢問藥品服用情形，方能掌握病人所有用藥品項。
 3. 本系統提供之「主動醫」屬低效於處理急重症藥物用藥資訊，應以多考，確實診斷應以開單醫師為主。
 4. 將發生病區處方藥清單，須於開單期間連續十日內，為再查詢。

ATC3名稱 全部 ATC3名稱 全部 成分名稱 全部 藥劑 全部 圖形化查詢畫面

藥品療效通報視窗

藥物療效反應通報

通報事件之結果

藥效改變 - 增強 減弱

事件發生後之處置

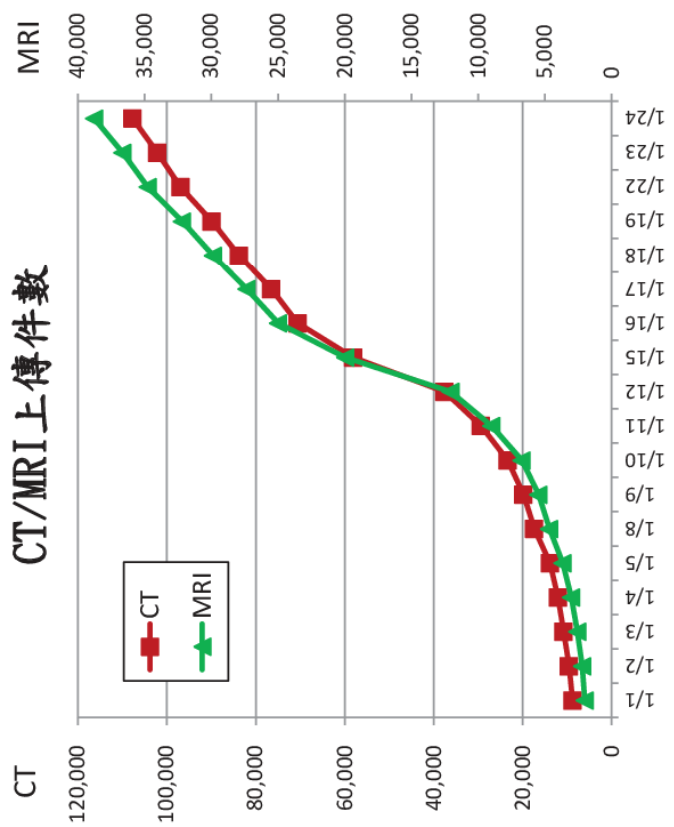
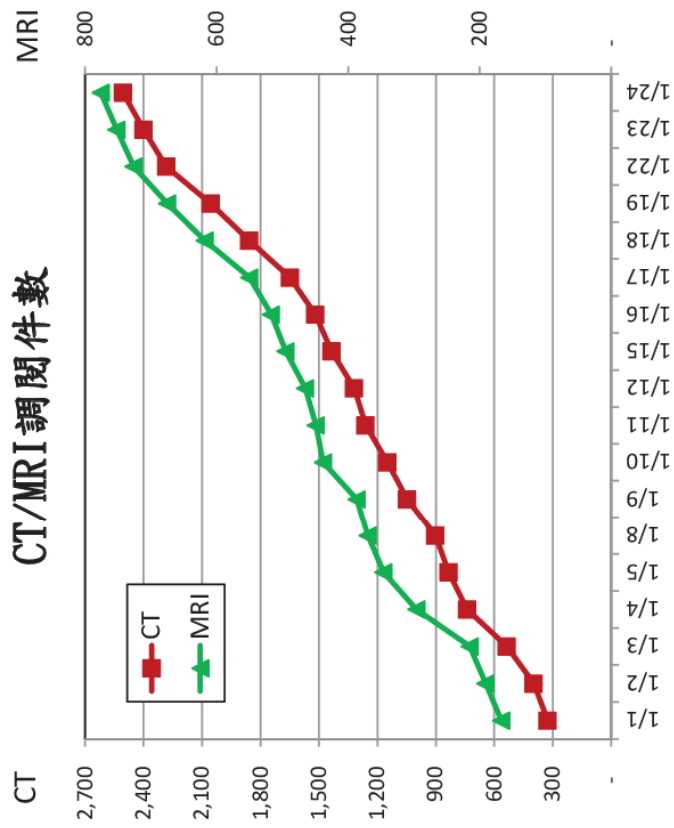
增加劑量或頻率
 降低劑量或頻率
 換回原藥
 停止本藥改用其他藥品

合併其他藥品
 未處理繼續觀察(續用本藥)
 無法得知

健保署將此資料提供予食藥署進行療效評估後續作業使用

確定

藥用日期	藥效日期	藥品療效通報
0	0	藥品療效不相等 通報
26	0	藥品療效不相等 通報
0	0	藥品療效不相等 通報



CT跨院調閱件數分布

資料日期：107/1/24

區分	影像上傳				合計
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計	
醫學中心	11 1.7%	8 1.2%	3 0.5%	22 3.4%	
區域醫院	34 5.2%	20 3.1%	12 1.8%	66 10.1%	
地區醫院	140 21.4%	206 31.5%	93 14.2%	439 67.0%	
基層診所	52 7.9%	69 10.5%	7 1.1%	128 19.5%	
合計	237 36.2%	303 46.3%	115 17.6%	655 100.0%	
雲端調閱					

MRI跨院調閱件數分布

資料日期：107/1/24

區分	影像上傳				總計
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	合計	
醫學中心	10 4.7%	2 0.9%	0 0.0%	12 5.7%	
區域醫院	14 6.6%	8 3.8%	5 2.4%	27 12.7%	
地區醫院	37 17.5%	33 15.6%	14 6.6%	84 39.6%	
基層診所	29 13.7%	36 17.0%	24 11.3%	89 42.0%	
總計	90 42.5%	79 37.3%	43 20.3%	212 100.0%	
雲端調閱					

推廣醫學影像上傳分享平台現況表

資料日期：107/1/24

分區/ 層級	家數	手動 上傳	自動上傳		已可調閱		建置中			目前無意願建置			參加頻寬補助計畫		
			1/23	1/24	1/23	1/24	1/23	1/24	%	1/23	1/24	%	1/23	1/24	%
臺北	108	60	10	13	57	57	39	38	35%	48	48	44%	97	97	90%
醫中	11	11	5	5	11	11	6	6	55%	0	0	0%	11	11	100%
區域	20	18	4	7	18	18	14	11	55%	2	2	10%	20	20	100%
地區	77	31	1	1	28	28	19	21	27%	46	46	60%	66	66	86%
北區	67	52	33	33	45	45	19	19	28%	3	3	4%	63	63	94%
醫中	2	2	2	2	2	2	0	0	0%	0	0	0%	2	2	100%
區域	13	13	11	11	13	13	2	2	15%	0	0	0%	13	13	100%
地區	52	37	20	20	30	30	17	17	33%	3	3	6%	48	48	92%
中區	105	45	27	28	63	63	34	61	58%	14	10	10%	101	103	98%
醫中	6	0	6	6	6	6	0	0	0%	0	0	0%	6	6	100%
區域	16	7	9	9	16	16	7	7	44%	0	0	0%	16	16	100%
地區	83	38	12	13	41	41	27	54	65%	14	10	12%	79	81	98%
南區	66	29	13	13	38	40	14	12	18%	10	11	17%	66	66	100%
醫中	3	2	1	1	3	3	0	0	0%	0	0	0%	3	3	100%
區域	17	7	10	10	17	17	0	0	0%	0	0	0%	17	17	100%
地區	46	20	2	2	18	20	14	12	26%	10	11	24%	46	46	100%
高屏	109	81	22	22	95	95	78	78	72%	1	1	1%	109	109	100%
醫中	3	0	3	3	3	3	0	0	0%	0	0	0%	3	3	100%
區域	15	8	7	7	15	15	9	9	60%	0	0	0%	15	15	100%
地區	91	73	12	12	77	77	69	69	76%	1	1	1%	91	91	100%
東區	17	17	5	5	16	16	12	12	71%	0	0	0%	16	16	94%
醫中	1	1	1	1	1	1	0	0	0%	0	0	0%	1	1	100%
區域	3	3	2	2	3	3	1	1	33%	0	0	0%	3	3	100%
地區	13	13	2	2	12	12	11	11	85%	0	0	0%	12	12	92%
合計	472	284	110	114	314	316	196	220	47%	76	73	15%	452	454	96%
醫中	26	16	18	18	26	26	6	6	23%	0	0	0%	26	26	100%
區域	84	56	43	46	82	82	33	30	36%	2	2	2%	84	84	100%
地區	362	212	49	50	206	208	157	184	51%	74	71	20%	342	344	95%

備註：1. 已可自動上傳：已完成API介接自動批次或即時上傳。

2. 建置中：上傳或調閱相關資訊系統增修作業尚進行中。

3. 參加頻寬補助計畫：含參加原方案及本次擴大頻寬獎勵方案者。