

衛生福利部全民健康保險會
第3屆107年第4次委員會議事錄

中華民國 107 年 5 月 25 日

衛生福利部全民健康保險會第3屆107年第4次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國107年5月25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

古委員博仁

吳委員國治

中華民國醫師公會全國聯合會張副秘書長孟源(12:40以後代理)

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

國家發展委員會蔡專員宜縉(代理)

林委員敏華

中華民國農會徐課員珮軒(代理)

林委員惠芳

中華民國身心障礙聯盟滕秘書長西華(代理)

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

郭委員錦玉

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

中華民國全國工業總會何常務理事語(代理)

蔡委員登順

蔡委員麗娟

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：
王委員雅馨

伍、列席人員：
本部社會保險司
中央健康保險署

本會

楊副司長慧芬
李署長伯璋 李副署長丞華(代)
李組長純馥
戴組長雪詠
周執行秘書淑婉
張副執行秘書友珊
洪組長慧茹
邱組長臻麗
陳組長燕鈴

陸、主席：傅主任委員立葉

紀錄：范裕春、彭美熒

柒、主席致詞(略)

捌、議程確認

決定：確定。

玖、請參閱並確認上(第 3)次委員會議紀錄

決定：確認。

拾、上(第 3)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(第 3)次委員會議決議(定)事項辦理情形洽悉。

二、本年度各部門總額執行成果發表暨評核會議訂於 7 月 19、20 日在衛生福利部 1 樓大禮堂召開，會議議程

詳附件一，請委員預留時間與會。

附帶決定：為解決議事效率問題，請本會幕僚於 6 月底前安排加開一場臨時委員會議，將上半年所有議案處理完畢。

拾壹、中央健康保險署「107 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告」(併「107 年 4 月份全民健康保險業務執行報告」)，請鑒察。

決定：

一、委員所提建議請中央健康保險署參考。另委員如仍有未及表達部分，請於會後 3 天內以書面或口述請幕僚代為整理成書面方式提供本會幕僚，送請中央健康保險署參考或提供書面說明。

二、洽悉。

拾貳、討論事項

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：106 年其他預算「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」分項費用預算超支之因應，提請討論。

決議：鑑於 106 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配，業經衛生福利部核定公告，且「106 年度總額協商通則」訂有各項目預算不得相互流用之原則，本案爰請中央健康保險署遵循相關核定事項及原則辦理，並於下(108)年度總額覈實編列相關經費，以利執行。

第二案(併案處理)

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。

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。

決議：對於慢性病連續處方箋是否比照一般處方箋收取部分負擔案，委員有不同意見，鑑於多數委員對方案仍有疑慮，請中央健康保險署參考委員意見，研議評估有無其他更好作法或研擬更周延配套措施，再行推動。

第三案

提案單位：中央健康保險署

案由：增修「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 2 條第 1 項第 2、第 3 款之附表一及附表二指標項目案，提請討論。

決議：照案通過，請中央健康保險署依法報主管機關核定發布。

第四案

提案單位：本會第三組

案由：108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構(草案)，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

第五案

提案單位：本會第三組

案由：108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則(草案)，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：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」(以下稱本方案)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。

第七案

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。

第八案

提案人：張委員煥禎

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：為落實推動分級醫療並兼顧民眾就醫權益與醫療生態平衡，建請設立區域醫院層級總額，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：蔡委員登順

代表類別：公正人士代表

案由：建請醫院總額於地區分配時，無論採用何種公式，在預算分配至六區前，應自一般服務費用移撥部分經費作為東區風險調整基金或設獨立預算案，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

拾參、報告事項

第一案

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。

決定：因時間因素，請委員參閱書面資料，如有意見，請於會後 3 天內以書面或口述請幕僚代為整理成書面方

式，提供本會幕僚送請中央健康保險署提供書面說明。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：105 年健保收入超過 4 億元之醫療院所財務報告之公開情形，請鑒察。

決定：因時間因素，請委員參閱書面資料，如有意見，請於會後 3 天內以書面或口述請幕僚代為整理成書面方式，提供本會幕僚送請中央健康保險署提供書面說明。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：投保金額高薪低報查核及成效報告，請鑒察。

決定：因時間因素，請委員參閱書面資料，如有意見，請於會後 3 天內以書面或口述請幕僚代為整理成書面方式，提供本會幕僚送請中央健康保險署提供書面說明。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統」自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告，請鑒察。

決定：因時間因素，請委員參閱書面資料，如有意見，請於會後 3 天內以書面或口述請幕僚代為整理成書面方式，提供本會幕僚送請中央健康保險署提供書面說明。

拾肆、臨時提案(提案資料詳附件二)

提案人：趙委員銘圓、蔡委員麗娟、葉委員宗義、張委員文龍、林委員錫維、何代理委員語(劉委員志棟代理人)

連署人：郭委員錦玉、干委員文男、陳委員亮良、張委員清田、李委員永振、吳委員榮達、陳委員平基、羅委員莉婷、徐代理委員珮軒(林委員敏華代理人)、滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

代表類別：保險付費者代表

案由：請健保署說明目前 2018 年新醫療科技預算執行情形(新藥、新特材、新增診療項目)? 另針對今年度新藥、新科技及新增診療項目納保之措施及預期效果?

主席裁定：本案請幕僚列入下次委員會議議案。

拾伍、散會：下午 13 時 55 分。

全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議議程

日期：107年7月19日、20日(星期四、五)

地點：衛生福利部1樓大禮堂(台北市南港區忠孝東路6段488號)

7月19日	報告內容	主持人/報告單位/評論人
09:00~09:25	報到	
09:25~09:30	開幕致詞	傅主任委員立葉
09:30~10:20	各部門總額(含門診透析)一般服務執行成果報告(50分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.各部門整體性、一致性項目執行成果 3.分區共管執行成效	報告單位：中央健康保險署
10:20~10:35	中場休息(15分鐘)	
10:35~11:15	其他預算專案計畫執行成果報告(40分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.專案計畫/方案執行成效	
11:15~12:05	評論及意見交流(50分鐘)	
12:05~13:30	午餐	
13:30~14:20	牙醫門診總額執行成果報告(50分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：牙醫師公會全聯會
14:20~15:10	評論及意見交流(50分鐘)	
15:10~15:30	中場休息(20分鐘)	
15:30~16:20	中醫門診總額執行成果報告(50分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：中醫師公會全聯會
16:20~17:10	評論及意見交流(50分鐘)	
--- 賦 歸 ---		

7月20日	報告內容	主持人/報告單位/評論人
09:00~09:10	報到	
09:10~10:00	西醫基層總額執行成果報告(50分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：醫師公會全聯會 中央健康保險署
10:00~10:50	評論及意見交流(50分鐘)	
10:50~11:00	中場休息(10分鐘)	
11:00~11:50	醫院總額執行成果報告(50分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：台灣醫院協會 中央健康保險署
11:50~12:40	評論及意見交流(50分鐘)	
--- 成果發表會結束 ---		
12:40~13:30	午餐	
13:30~16:00	各部門總額執行成果評核	傅主任委員立葉 評核委員
--- 賦歸 ---		

註：依健保會 107 年第 2 次委員會議(107.3.23)通過之評核作業方式，簡報內容請以「年度重點項目之推動與未來規劃」為主，其包含：必要項目及自選項目。

- 1.必要項目(如下表)：請提出 106 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。
- 2.自選項目：部門自行提報，最多 2 項，建議可提出改善最多或有所突破之項目。

單位	項目
健保署	(1)整體資源配置與未來規劃
	(2)分級醫療推動成效
	(3)C型肝炎預算執行與治療成效
牙醫門診總額	(1)約診不易之現況與改善情形
	(2)牙周病統合照護計畫於108年回歸一般服務之規劃
中醫門診總額	(1)就醫率之檢討與改善規劃
	(2)專案計畫之整體檢討與後續規劃
西醫基層總額	(1)加強基層量能之策略與執行現況
	(2)就醫方便性(包含假日開診情形)
醫院總額	(1)初級照護減少之策略與執行現況
	(2)護理人力(護病比)之現況與改善情形
其他預算	(1)提升保險服務成效(含藥品品質監測計畫)之檢討與規劃
	(2)推動醫療體系整合(含以病人為中心、整合性照護、急性後期照護)之檢討與規劃

全民健康保險會提案單

提案日期：107年5月25日

提案者	趙委員銘圓 蔡麗娟 李守平 張文龍
委員代表類別	付費者代表 林錫維 何芳芳
提案屬性 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 一般提案 <input checked="" type="checkbox"/> 臨時提案 <input type="checkbox"/> 修正案 <input type="checkbox"/> 復議案
案由	請健保署說明目前2018年新醫療科技預算執行情形(新藥、新特材、新增診療項目)?另針對今年度新藥、新科技及新增診療效目納保之措施及預期效果?
說明	<p>1.今年四月份，由台灣病友聯盟、台灣癌症基金會、癌症希望基金會於網路政策平台上籲新藥加速給付，募集超過五千名民眾連署，可見患者對於新藥給付的高度期盼，目前正等待健保署對於給付進度之回應。</p> <p>2.四月底，健保署李伯璋署長於聯合報上提到今年新藥已預算編列25億元，但項目還須再討論。近來付費者代表也聽到來自不同癌症類別患者的心聲，都期待健保能給不同癌症患者被治療的機會。</p> <p>3.現已近年中，社會上要求新藥給付的呼聲也漸大，健保署是否能夠確實落實於患者的治療？又健保署目前是否思考如何加速幫助患者獲得適當的治療？</p>
擬辦	同案由
內容與本會任務符合情況 (請勾選)	<p>全民健康保險會法定任務：</p> <p><input type="checkbox"/>保險費率之審議事項(第5、24條)。</p> <p><input type="checkbox"/>保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配事項(第5、61條)。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>保險給付範圍之審議事項(第5、26、51條)。</p> <p><input type="checkbox"/>保險政策、法規之研究及諮詢事項(第5條)。</p> <p><input type="checkbox"/>其他有關保險業務之監理事項(第5條)。</p> <p><input type="checkbox"/>其他全民健康保險法所定由本會辦理事項(第45、72、73、74條)。</p> <p>註：()內為健保法條次。</p>
連署或附議人 (臨時提案、 復議案填入)	<p>蔡福玉 王文魯 徐佩野 楊西華 陳景良 林田 李永振 蔡高逸</p> <p>陳子夏 吳自利 43</p>

第 3 屆 107 年 第 4 次 委員 會議

與 會 人 員 發 言 實 錄

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

周執行秘書淑婉

主任委員、各位委員，大家早安。現在出席的人數已經超過法定開會人數，請示主任委員是否宣布開始今天的委員會議。

傅主任委員立葉

目前已達法定人數，開始今天的委員會議。

周執行秘書淑婉

- 一、在本次議程確認之前，有件事情先向各位委員報告，依據本會的會議規範健保署署長是法定列席人員，因健保署於 5 月 18 日函知本會，李署長伯璋因公出國不克出席本次委員會議，由李副署長丞華代理，來函影本置於桌面補充資料。
- 二、本次議程安排，計有優先報告項目 1 案，係健保署「107 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告」(併「107 年 4 月份全民健康保險業務執行報告」)，今天須進行口頭報告。
- 三、討論事項計 9 案，其中第一案及第二案是健保署提案，第一案涉及 106 年其他部門結算，需在 5 月完成；第二案係重要政策諮詢案件，具有急迫性列為優先議案；第四案及第五案是依年度工作計畫排定列為本次提案，其餘議案是在上次保留的提案。報告事項計 4 案，第一、二案是在上次保留的提案；第三、四案是依年度工作計畫排定。

傅主任委員立葉

請問各位委員對議程安排有沒有意見？(委員回應：沒有)沒有意見，會議就照議程進行。

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請問各位委員對上次會議紀錄內容有無修正意見？(委員回應：沒有)好，請李委員永振。

李委員永振

- 一、主席、各位委員，大家早安。對於會議紀錄內容個人沒有意見，但對於上次會議發言實錄有 2 點需要釐清，以利委員順暢進行法定職責。
- 二、第 1 點，衛福部握有健保法規解釋權，一般指的應是社保司官員實際可左右其結果，但健保法第 5 條第 1 項第 4 款，賦予健保會對於健保政策、法規之研究及諮詢之權責，卻經常被忽略！社保司所思考可能會較偏官方的角度出發，但健保會委員的組成具各方代表身分，所考慮的角度應更多元、更宏觀，所提出的見解更周全，衛福部的長官不應該忘記了這一有力的聲音。
- 三、第 2 點，會中委員提及官員在會中被質疑沒有依法行政，覺得這指控對在座官員是羞辱！這又是另一嚴重的誤解！因為會中委員的發言是在執行健保法第 5 條第 1 項第 5 款賦予健保會對健保業務之監理職責，相關官員只須針對所提問題釋疑即可，何來羞辱之由？若討論太激烈，容有擦槍走火之言辭出現，官員也可將感受表示出來，以免造成日後之誤解。公務人員一定須依法行政是眾所周知之事，但執行時對法的解讀可就不盡相同，才會引發政府應負擔健保經費至少 36% 第 1 階段健保署與主計總處之爭議，同是健保法第 78 條的解釋，同是依法行政之認知，但官員解讀不一樣，官對官打了 1 年，還沒真正解決問題，衍生後續三波爭議。又如 1 月份會議，本人曾提出健保署應依健保法施行細則第 68 條規定，須每年公告平均眷口數及說明數據計算之請教，雖然在 3 月份會議有答覆，但本人覺得這答覆並不完整，接下來到現在還看不到真正的答案，這些都是出於監理，要求回歸法遵，就事、論法、論理並沒有要修理人的動機，這 2 點希望各位委員可以理解，將來在之後執行健保會職責可以更順暢，不會產生誤會。

傅主任委員立葉

李委員永振提出澄清意見，請大家參考，會議紀錄確認。接下來進行「上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」，請周執行秘書淑婉報告。

貳、「上(第3)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與 會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

- 一、本會重要業務報告，請各位委員翻到會議資料第 16 頁，說明一，上次委員會議決議(定)事項計有 6 項。依辦理情形建議解除追蹤 1 項，建議解除追蹤此項併說明二，一併說明；繼續追蹤 5 項，相關回覆跟辦理進度，在會議資料第 23~27 頁，但最後還是依委員議定結果辦理。繼續追蹤案件，依過去決議限於時效，不逐案報告，請各位委員參閱。
- 二、說明二，是剛剛說明一建議解除追蹤項目部分，針對委員對「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)的關切重點，本會於 5 月 4 日將委員意見函陳衛福部，衛福部也已納入該部 5 月 14 日函報行政院鑒核的草案內容，並副知本會。相關公文及總額範圍草案，如附錄二，在會議資料第 117~213 頁。完整報院資料業於本年 5 月 16 日寄至各位委員電子信箱。簡單摘要如下：
108 年度全民健康保險醫療給付範圍成長率訂為 2.516% 至 4.89%，較 107 年度增加 172 億元至 335 億元，總體健保的醫療費用，推算保險部分應付支出(不含應自行負擔費用)約為 6,481 億元至 6,642 億元。本會委員提供之諮詢意見，在衛福部報院草案摘錄重點，列於第 207~209 頁，請各位委員參閱。
- 三、說明三，本會訂於 7 月 19、20 日，於本部 1 樓大禮堂召開「全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議」，敬請委員踴躍參加，特別提醒委員本次評核會議地點改在本部辦理。
- 四、說明四，關於陳委員亮良於本年 2 月 9 日提出「有關 107 年 2 月 6 日花蓮發生芮氏 7.0 地震，應動用『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』，先提撥新台幣 1 億元供災區醫療專款」案，業依程序進行評估，相關過程及結果，簡單說明

如下：

本會於 2 月 23 日函請健保署協助評估，健保署復於 5 月 4 日以請辦單提供評估結果。結果是未達經費動支評估標準 0.3%，本案經徵詢並取得陳委員同意後，不提會討論。

- 五、說明五，本會在 5 月 4 日辦理「全民健康保險相關業務座談會」，邀請醫事司、國健署、疾管署、食藥署派員蒞會，委員(含代理人)共計 24 位參加，會議紀錄如附錄五。
- 六、說明六，有關 5 月 7 日召開「106 年度各部門總額執行成果之評核資料」提報說明會，邀請四部門總額受評團體及健保署，就增修重點進行說明，以利受評部門準備評核資料。
- 七、說明七，原依本(107)年度工作計畫本次會議要討論「全民健康保險業務監理指標修訂案」，因先請健保署試算近 3 年(104~106 年)數據及表示意見，健保署已於日前回復，俟本會彙整研修後，再提委員會議討論。
- 八、衛福部及健保署 4~5 月份發布及副知本會之相關資訊，本會幕僚業於本年 5 月 10 日以電子信箱方式，送請各位委員知悉。
 - (一)衛福部 4 月 27 日分別修正發布「全民健康保險醫療辦法」部分條文及「全民健康保險轉診實施辦法」部分條文及附表，摘錄重點在第 18 頁及第 19 頁，請各位委員參閱。
 - (二)健保署：公告修正西醫基層、中醫門診與其他預算相關計畫/方案共 5 項，在會議資料第 20 頁部分；於 4 月 25 日也公告 107 年 4 項中醫醫療照護計畫承辦院所及醫師名單，各分區簡單統計資料如下表，請各位委員參閱。

傅主任委員立葉

請問各位委員有沒有意見？請吳委員榮達、陳委員亮良、何代理委員語。

吳委員榮達

一、會議資料第 18 頁，有關於第八點的第 1 點的「全民健康保險

醫療辦法」修正條文，包括括號 4、5 及 7 部分，其中括號 4 的部分，另外增列「人類免疫缺乏病毒感染」列為慢性病範圍，上次為了人類免疫缺乏病毒是否列入慢性病範圍，還有是否要由健保負擔相關醫療費用，曾經開過會爭議也蠻大的，開會以後就直接列為慢性病，請教健保署有關人類免疫缺乏病毒相關醫療費用的部分，尤其是前 2 年到底由公務預算支出還是健保支出？就這問題做 1 個說明，這是第 1 個。

二、第 2 個，有關於括號 5 的部分「病患應遵從醫囑接受轉診服務」，如果病患沒有接受醫囑，後續怎麼辦？難道沒有就醫權利？還是應該如何處理。

三、再來括號 7 的部分「逾期後，不得受理排程或提供醫療服務」，那後續呢？如果不安排以後，到底病患還可不可以就醫、做安排及做檢查。這 3 個部分，請健保署做補充說明。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

一、感謝主席、各位委員，大家早安。針對剛剛我們幕僚單位周執秘的報告，也非常感謝幕僚單位的辛苦，本席在第一時間看到花蓮大地震，就想到我們西部 921 大地震造成台灣很多人民傷亡。雖然我住在西部，但東部也是台灣人民，我在第一時間提案，希望第一時間如果有醫療缺乏，尤其這次有醫師團體安排到花東地區做訪視，我們念茲在茲，還是為了台灣人民的健康在把關，身為付費者的代表，在第一時間真的是非常同理心，這個同理心的過程中，也要建立台灣的公平正義的制度。

二、所以在第一時間，提出花蓮大地震，如果需要龐大的醫療費用，也希望健保署健保經費，趕快來動用災害應變的非預期因素彈性的支應。經過幕僚單位辛苦的公文轉承，後來調查的結果好像整體的醫療支出 2、3 百萬，未達到法定動支的預算，本席在這裡特別強調台灣是我們全民的，我們都愛台灣，不管

是住在東部或西部，只要有醫療欠缺絕對要發聲，為弱勢族群強調發聲，這是台灣的價值。

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、主席、各位委員，大家早。有關 5 月 4 日本會辦理「全民健康保險相關業務座談會」，原先有報名參加，但臨時參加其他重要會議，所以就缺席本次座談會。據我了解，當天有邀請醫事司、疾管署、國健署及食藥署，另國健署及食藥署 2 位副署長都有出席。關於簡報內容及各出席委員的發言內容，我仔細看了 1 遍，且認為這是 23 年來第 1 次辦的非常好的座談會，傅主任委員立葉及周執行秘書淑婉安排的這整個座談會是非常好，也要感謝委員武吉所提此案，並認為他所發言的內容可以當部長，因為他對內容的熟悉度比部長好，他當部長對政策上會更好，而且我也感覺到每位委員的發言也不輸立法委員，坦白說，尤其我們又不懂醫療方面。
- 二、另外，我要說的是有關嘉義縣老年人口已超過 18.61%，占全國 14.03%，比全國更高。希望未來醫事司、國健署、疾管署、食藥署等方面，對於嘉義縣老人醫療方面多給點關注。未來開會我都會提及嘉義縣，希望健保署及各醫療團體，能關切嘉義縣老年人口，如嘉義縣朴子鄉有 1 村落 10 年才生 4 個小孩等問題。最後，我對於舉辦「全民健康保險相關業務座談會」給予肯定，也對傅主任委員及周執行秘書，及各位出席委員的發言感到非常崇敬。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、我想針對會議資料第 18 頁，剛剛吳委員榮達所提及，有關增列「人類免疫缺乏病毒感染」為慢性病範圍的經費部分，希望

健保署解釋清楚。

- 二、有關會議資料第 19 頁健保署的部分，我不清楚方案/計畫名稱、公告/實施日期部分，有關第 1 項，公告修正「全民健康保險家庭醫師整合性照顧計畫」，公告日期是本(107)年 4 月 13 日，實施日期卻是本(107)年 1 月 1 日起，我不知道為何要追溯到 107 年 1 月 1 日，有這個必要嗎？是否可以請健保署做說明。
- 三、另外，會議資料第 23 頁項次 1，附帶決定：本會委員認為現行全民健康保險法施行細則第 45 條，恐有違背母法第 27 條之虞，建請衛福部檢討修正，並於下(第 4)次委員會議提出研修方向及期程。社保司的回應在會議資料第 28 頁，回應是：施行細則第 45 條修正案亦經立法院實質審查確定及主管機關依法發布，法制程序完備，政府過去因法規爭議而撥付不足之款項，業已陸續撥補中，實不宜再將施行細則修回爭議原點。各位委員可能比較不關心勞基法修法，但對於勞工的部分，我就非常清楚，於 106 年才將勞基法修完，而 106 年底又將母法再修正。所以要修正施行細則，而不是修母法，應該沒那麼困難，建請衛福部、社保司按照委員會議決議處理。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

- 一、剛才趙委員銘圓提到施行細則第 45 條，我接續他所言，會議資料第 23 頁，擬繼續追蹤項次 1，這部分有 2 個問題，第 1 個是健保署提送本會備查之「106 年度全民健康保險基金附屬單位決算」及「108 年度全民健康保險基金附屬單位預算」案，爰不予備查。本會幕僚已於 5 月 4 日請辦健保署，但在繼續追蹤部分，好像就不見了，就不需要再監理了嗎？因為看不到健保署的回應。
- 二、第 2 個則是對社保司，剛才趙委員提到會議資料第 28 頁的部

分，幕僚同仁很辛苦，但是看了第 28 頁的說明之後，我不曉得幕僚對於裝睡的人，怎麼去叫醒他，他們將來的追蹤不知道要何年何月何日。

三、對於會議資料第 28 頁，我的解讀是二代健保修法時，沒有依照衛福部意見，雖然修了健保法，但是衛福部執行，還是依照他原本的意思，我的感覺是這樣，所以認為提出以下質疑都是沒有用的：

(一)在本頁第 1 段倒數第 2 行，提及「應回歸當時立法原意」，我不曉得此所指的原意是立法院健保法修法後的原意，還是衛福部的原意，這部分應該釐清。另外，條文沒有解釋清楚，後來施行細則不是配合著修嗎？為什麼不解釋清楚，在施行細則又無法交代，最後才提出 45 條，經過 3~4 年才去修，現在這個爭議出來，這是第 1 個部分。

(二)第 2 個部分，在第 2 段倒數第 5 行，提到「現行相關條文內容既經行政院協商確立法律見解及計算方式，施行細則第 45 條修正案亦經立法院實質審查確定及主管機關依法發布，法制程序完備」。這部分剛剛趙委員銘圓有提到，我記得當時這個爭議，衛福部提出意見，讓 2 位政委被立法院打臉，追回 116 億元，就是落實其從 105 年 1 月 1 日起，還有 9 項變成現在的 7 項，當時並沒有提到第 27 條部分，現在又有新的爭議出來，是不是應該重新來看。剛才趙委員提到勞基法修法問題，因報紙天天出現此議題，所以 1 年裡面修了 2 次。健保會是否應該有決議，給點輿論壓力，這樣會比較快一點。不然，本會幕僚大概很難追，現已經定調了，但是定調的理由，我覺得怪怪的，沒有辦法交代清楚，這是我關心的部分。

傅主任委員立葉

請問哪位委員有意見？請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、對於會議資料第 18 頁，「為推動分級醫療、落實轉診就醫，明定保險對象就醫時，應遵從醫囑接受轉診服務」。對於這點，我是比較支持，雖然，我在細則裡面看到，有這個第 18 條的規定，但這規定並不怎麼明確，沒有明確，他要如何來接受，要他來聽你的話。另外，我們非常感謝何代理委員語剛講的一席話。
- 二、國健署應該要幫忙教導一下，且國健署編的費用，向我們多拿走 20% 的菸捐費用，也應該要替我們做宣導、教育訓練才對。所以說應該要求國健署，對於宣導分級醫療，及落實轉診制度的作法是要怎麼做(應以教育訓練，改變老百姓就醫習慣、使用藥品的需求，並提供運動、飲食、生活習慣的教導)。這應該要以國健署為主，健保署為輔，這樣的話，達成率會比較高一點。還有醫療院所的配合度，這是三方面的做法。
- 三、第四方面，就是我們的百姓，那天報紙也有人寫，腳是長在人身上的腳，他要跑去哪裡都沒關係，但是頭殼也是長在我們的頭頂上，我們要有良心道德，要怎麼節省醫療費用，不要支出、浪費太多，是重要的一環。但是施行細則第 18 條裡面，就沒有規定得非常的清楚，所以施行細則是不是應該要有所修訂，這是我的感覺及建議，這樣的回答，以第 18 條沒有強制性的規定方式，不太妥當。
- 四、但在這個裡面，我昨天聽了 1 家醫院打電話給我，因為我是做垂直整合最早的 1 家醫院，他就來請教我說：垂直整合要怎麼做；我就告訴他，我當時和某 1 家公立醫院做垂直整合的時候，1 節 3~4 個鐘頭，就要 12,000 元~15,000 元，12,000 元~12,500 元以上是屬於主任級的，但也有醫院不管是否為主任級都收 12,000~15,000 元。現在主任級又想要調升，本來有降一點，現在又想要調升，這是不對的方向，是違反分級醫療最主要的宗旨和目標。要規範大型醫院，支援小型醫院，要給他兩邊都能生存，如果以繳 8,000 元來說，1 天看的患者，可能看 5~6 個，收到的費用也不夠醫院的成本及給醫師抽成，還要

整本和番(台語)，古早是這樣。這個事情，現在我聽起來是這樣，有 1 間醫學中心提出是都幫他全部包，設備、改裝、整建全部都一起包，等於只給小醫院一點出租費用，而醫療費用全都給該醫學中心，這樣的話，對我們分級醫療功能性，是完全沒有的，這點我希望也把這個列入重點的改善。

五、還有第 2 點，在會議資料第 18 頁的第(6)點，我們署長對於腹膜透析很清楚也很重視，若 1 次最多可以拿 31 天的藥，其餘是按照 30 天拿藥，慢性病的藥品，如果是改這樣的話，我是認為比較不妥，應該做法是要一致的。應該這個(腹膜透析)藥品是屬於包裹式的，如果是包裹式的，是應該要這樣處理。是包裹式的，如果多 1 天，我是認為還是可以，不是包裹式的，就減少一次審查費支出。

六、希望「全民健康保險醫療辦法」第 18 條及第 22 條，這 2 點能有妥善的說明和改善的方向，好不好。

傅主任委員立葉

還有沒有委員有意見，沒有的話，請健保署說明。

李組長純馥

一、首先回覆吳委員榮達及趙委員銘圓都提到 AIDS(後天免疫缺乏症候群，簡稱愛滋病)用藥的問題，確實在愛滋病防制條例修法後，2 年內費用是疾管署所支用，服藥 2 年後才由健保署支用。沒有遵照醫囑接受轉診，目前做法是提高醫學中心部分負擔。確實有一些保險對象去醫療院所，尤其是基層院所，他其實是希望節省非經轉診的部分負擔，即透過轉診的部分負擔。所以醫療院所可能和他解釋，他其實不用到大醫院去，可是他還是會要求，才會寫這樣的條文，當然操作上，醫病雙方如何溝通，很難在條文裡描述清楚，但意思只是說，如果依照醫師的判斷，病人不需要轉診，那醫師就可以依照這條不開轉診單。

二、保險對象處方期間向保險醫事服務機構預約檢驗、檢查的部分，目前限縮是 180 天，主要是因為很多保險對象拿了 1 年前

的處方要來做檢查，會讓醫療院所覺得個案已經間隔這麼久，到底有沒有做這個檢查的必要？會有這樣的爭議，所以才明訂此條文，至於復健處方是以開立後 1 個月內要去接受復健治療，這是希望明訂雙方權利義務，避免造成雙方困擾。

三、謝委員武吉提到腹膜透析 1 次最多給予 31 天用藥的部分，是因為目前在腹膜透析的藥費不是包裹，還是按照開藥天數給腹膜透析的處方，因為腹膜透析是每天都要洗，就會造成有些個案在大月的時候會少 1 天用量，才去修這個辦法。

四、分級醫療的部分，署長也非常積極，希望我們多做宣導，甚至我們還設計 L 夾，宣導分級醫療的概念，當然我們也會跟友署，包括：國健署、疾管署，一起來推動。對於分級醫療，上次在協商有提供一些上下轉診的誘因，其實我們有排除同體系的轉診，也就是希望不要像謝委員武吉所講的，只是在自己體系內轉診，這樣也失去當時提供這個誘因的概念。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

謝謝健保署李副署長丞華的說明，剛剛提到人類免疫缺乏病毒感染，前 2 年費用是由疾管署負責，那請問 2 年以後的預算是由誰負責？疾管署既然把它移到健保，那應該也要把它的預算連帶移過來才對，怎麼可以任由全民健保來支付呢？

李組長純馥

確實在 104 年修法的時候，就有落入愛滋病 2 年後挪入健保，所以是在 106 年挪進來，因此 105 年協商 106 年總額的時候，就有把這個預算估算進來。確實這會造成健保財務負擔，但因為健保署也是要依法行政，「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」是 1 個特別法，裡面有敘明，至於預算部分，只要依法是要健保支付的部分，健保署就是得編列。

趙委員銘圓

要移過來我們原則上沒有什麼意見，但它的預算應該要隨同移過來健保才對，怎麼可以由健保費支出，但預算卻保留在疾管署，這個部分我們不能接受。

傅主任委員立葉

請林委員錫維，再請李委員永振。

林委員錫維

有關人類免疫缺乏病毒感染 2 年內或 2 年後的費用，我認為我們健保會是不是應該提 1 個案來修法，我們已經到處在找錢，然後這邊又要花這麼多錢，用掉健保的資源，另外愛滋病是一種特殊的疾病，和其他一般慢性病根本是無關，我建議衛福部社保司是否能夠提出修法。

傅主任委員立葉

請李委員永振，再請陳委員亮良。

李委員永振

有關愛滋病的問題，坦白講健保署也難為，這問題應該出在衛福部，疾管署把它丟到健保署，我記得這個法案立法院也通過了，健保署一定要依法行政，所以問題應該不在健保署，而是在衛福部，依法行政後，健保署跟疾管署之間產生爭議，解釋又不一樣，倒是說，愛滋病是不是病，如果是病，應該從一開始就用全民健保，不應該說前面 2 年不是病，第 3 年才是病，怪怪的，這我是了解的淺見，今天難得滕代理委員西華有來，來龍去脈她會比較清楚，她來解釋應該更能讓委員釋懷。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

一、有關剛剛趙委員銘圓說的這點，我個人也提出我的見解跟意見，這次西醫基層安排台東的訪查，看到花蓮大地震，健保署東區業務組的余組長特別強調，在地震發生的當天，他們第一時間就到現場來補發健保卡，被救出來的災民，他要的不是財

產，而是他的健保卡，健保卡對民眾來講，是 1 種安全的保障，馬斯洛理論中安全的保障，是深根在人民心裡。

- 二、我們要了解，全民健保的經費是來自課徵台灣人民的錢，所謂的變相的醫療保險費用，這是 1 個專款，健保不是稅收也不是政府預算編列，怎麼可以說立法院用 1 個特別法就要來動支，那這樣健保費不用另外課徵，直接納入所得稅就好了。
- 三、既然健保是 1 個社會保險制度，是取之於人民的財源，作為針對醫療的保障，現在竟然用 1 個特別法，就干預了台灣健保的總額經費。從愛滋病的案例，我想前 2 年既然政府要推動、重視愛滋病病患，就從頭到尾要有責任，要有承擔。2 年後要由健保經費支應，請問健保是政府的預算嗎？是政府的錢嗎？這是台灣人民的錢耶！是血汗錢，沒有吃飯也要繳健保費，因為有時候生病真的要看醫生。
- 四、我支持趙委員意見，既然要用健保經費，拜託就把預算移過來，不然政府的責任在哪裡？政府徵那麼多稅，錢是花去哪裡？在別人的口袋還是在人民身上？所以這部分我希望，不要用這種所謂的特別經費、特別法，不然以後就立委審議就好，也不用健保會，健保經費是社會保險集資的費用，這不是政府的錢。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、最後在補充資料裡面最後有寄 1 張補充資料裡面，應該也是屬於那個委員的發言，對不對，這是在 4 月份的補充資料，應該也是發言；我對於健保署對於我的意見的回答，我完全不同意，我逐條給他回答。第一條就是說全民健康保險藥品調查的辦法，這個說惟上游藥廠和中盤商及藥商之間的交易價格，非屬調查範圍，欸，這個很奇怪耶，你如果是 1 家原開發廠商的藥品直接賣到醫院就能夠調查，中間就不能夠調查，這你是不是

是有在圖利的嫌疑？為什麼不能夠調查，應該要調查就應送給相關單位調查，所以這 1 個，你們是不是中間有漏洞的問題，我是很簡單的講說中間有漏洞的問題，其實我了解不少。

二、第 2 個就是說，藥價調查結果方式，這個結果我在上個月已經講得非常清楚，這是不對的。你們是用百分比來算的，我還特別請教以前的人來告訴我，包括江宏哲，我也是請教過他啦，他也講說百分比是絕對是不對的，你們要用實際量來，才能夠算出你的實際的藥價差，哪有怎麼會買少的人藥價差大，買多的人藥價差少，完全不是事實面的呈現嘛！我們在健保會的委員是要求事實面的呈現，不是要求你做這個好看的面。醫學中心買藥，脈優來講，現在健保價剩 1 粒 4.7 元，醫學中心買 2 點多元，地區醫院可能要買 4 元，那這奇怪，怎麼會調查出來的結果是這樣的呢？這個我是不能夠接受的，看什麼時候可以再給予我妥善的回答，最少 3 個月內完成，沒有我是不能再忍受，就要送相關單位了解。

三、第 3 個，檢討支付結構，那個結構的問題，委員的意見將列入本署研議重點，那請問一下要到什麼時候研議重點？上次到現在都多久，這案子已經提了 1 年多了，你到現在還用研議的方式，故意要一直拖延，就如同本會委員是 2 年一任，部長要否聘，都你家的事情，但如果我還是 1 個老百姓的話，我沒死的時候，我還是窮追不捨猛打，我的個性是這樣的喔。

四、那第 4 點就是說新藥的規範，我那時候有說，新藥的規範要有一個成本價格要分析，你有沒有成本價格分析？這你們只有說，無國際藥價及類似藥品可參考之案件，需請廠商提供成本的資料，但是我要說 1 件事，如果我們在藥品共擬會議，他要升高提升藥價的時候，一定要有 1 個成本分析，在這裡為什麼不能夠提供委員，想瞭解有一些成本分析的結構？包括我們葉委員宗義，你們是商業團體的，也是都有成本分析的結構嘛！那是怎樣這邊沒辦法提供成本分析？

五、還有 1 點就是說，我當時要求的是說，你們在這整個結構裡面，藥價調查裡面，不要調查到一些台灣的廠商，像一個 NGO，1,000 粒剩下 3 角 8，要怎麼做？用麵粉做嘛也不夠成本。所以說我們要為了給他藥品成分一定很真實，所以在藥品共擬會議裡面要求，原料是用 GNP 藥廠出來的原料，但是在這裡我們要求就是說，如果你的藥價調查裡面，一定要加 1 個醫院方的管銷費用，那你們是寫管銷費用你們說是藥事服務費，藥事服務費有夠給管銷費用嗎？藥師服務費連給藥師薪水都不夠，完全不夠給管銷費用，藥事服務費和管理費用是完全兩碼事，醫院的管理費用是兩碼事喔，不是一碼事喔，但是健保署是把它當成一碼事在處理，把它完全歸納於在整個結構方面，這是不對的。

(所以費用要重新調查，要有結構面、成效面、銷售面、管銷面及醫院管理面的相關費用)

六、還有另外 1 點就是說，有關於大陸港澳的人士及無戶籍國民保險對象，這個大陸港澳人士，我記得以前在監理會的時候，朱澤民在當學者專家，石曜堂在當主席的時候，我謝武吉就提出大陸港澳人士，對於依親這方面有沒有統計分析，結果當時是依親的費用是非常高的，但是在這裡看起來好像是四平八穩，我們是穩賺的，我看這種回答方式就不對。還有大家看他的附件，外籍人士保險費用的使用統計，你看外籍人士使用的費用非常少，但是他所繳的費用是非常多，所以說在這方面，我重新要求的是說，他的依親到底是多少人要明列出來，使用的費用是多少人，這才能夠明確的瞭解，我們健保到底是賺還是賠，我們替他們做，但很多人飛機坐著回大陸，時間到了再來台灣拿藥，拿機票可以拿 3 個月的藥，拿完藥又再飛回大陸，所以這一方面我是認為是不對的，應該要重新再檢討。

七、我對於(健保署)對我的回答我全部都不能夠接受，第二個對港澳人士這一方面的，我要增加一個叫做依親，你們不要把我們當成傻蛋，不懂得這方面的問題。

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、社保司的辦理情形追蹤表附件裡面，有關於施行細則第 45 條修正案，立法院實質審查確定及主管機關依法發布，法制程序完備，如果法制程序完備會有爭議嗎？
- 二、另外由行政院協商確立法律見解及計算方式，我發現是政府詐賭，他當莊家自己要決定分多少錢給人，雖然我當過國大代表，人家要提名我當立法委員的時候，我買飛機票跑到日本去，不願意登記，但是我看一看，可能要來選立法委員，不然這個政府是詐賭，怎麼可以把自己應該支付的錢解釋不用付那麼多，把應該要支付要給弱勢族群的保費，只是政府代繳到健保費來而已，如果我是弱勢或中低收入戶，照法律規定是政府先要付給我錢，我再去繳健保費，但是現在政府卻是說，這是要給我的健保費，就變到負擔的 36% 裡面，這樣是不對的嘛！
- 三、這個法律條文，我們要不要請大法官解釋一下，這是行政院自己講的，政府這樣能夠省錢，愛滋病的錢也要移到健保費來付，狂犬病預防疫苗也要移到健保費來付，我想我們在共同擬訂會議裡面阻擋了很多費用，就是因為這樣得罪了衛福部的長官，連林副院長錫耀都打電話來說，別人都可以當，工業總會的何語不能當健保會委員，因為有 5 個醫師連署，這 5 個醫師的連署名單我也有，我都放在心裡，因為我看他們下場會比我不好，坦白講。所以我的意思是說，政府要承擔的費用，不應該一再轉嫁到健保會，由全民來承擔。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳，再請葉委員宗義。

周委員麗芳

我關心的跟剛剛趙委員銘圓、陳委員亮良、何代理委員語是一樣的，就是有關愛滋病的費用，我有幾點想請教：第 1 點，愛滋病移

撥到健保之後，1 年的醫療費用大概是多少？再來剛剛同仁有解釋過，是因為有特別法的關係，所以移撥過來，在這 1 點，因為依據健保會設置要點第 2 條第 2 款，本會任務其中有 1 項就是保險給付範圍審議，以防未來還有直接透過特別法，將醫療費用給付移撥到健保這樣的事件發生，是不是在過程上，應該先經過健保會審議通過之後，再把這樣的費用移撥過來是不是比較嚴謹。

傅主任委員立葉

請葉委員宗義，再請干委員文男。

葉委員宗義

都可以做立法委員了。本來不能講，因為本來議程確認以前我就要講，上次委員會議只有工作報告，沒有討論到討論事項，如果今天再這樣下去，還是沒有討論，健保會開了 2 次會都沒有討論半項案子，這沒有辦法交代，所以這 1 點，我提 1 個案子，如果因為案子多，我們是不是召開 1 個臨時會議來討論討論案，不然今天又沒有討論，真的很難看，尤其裡面有一個連續處方箋部分負擔的案子，當然上次有講過，健保署也提過來，這個問題又牽扯到剛才謝武吉委員提的藥價問題。藥價問題跟這個問題，還有 1 個問題連在一起，連續處方箋在什麼地方開？我們會員裡其中有一個是西藥工會，也特別提出對於藥價差的問題，這就可能變成 2 個案討論，因為他們也產生摩擦，所以有可能的話，是不是我們停止，進入討論事項，不然我們就再召開 1 次臨時會議來討論討論事項，不然今天這樣下去可能就沒辦法再討論，開 2 次的會議沒有討論事項這是不成體統的，請在座委員要特別留意。

傅主任委員立葉

非常感謝葉委員宗義的提醒，所以我想這個案子就討論到此，請干委員文男最後發言，之後我就做一些簡單的裁示。

干委員文男

一、我贊成葉委員的說法，如果沒有開完就開個臨時會，應該要加開就加開，不要來當委員還怕開會，議案的延遲是大家都有責

任，表示對議案的疑問很多才會提出來，這是充分表達 2,300 萬人的關心。

- 二、剛才一直談到，愛滋病費用移撥到健保，講難聽一點是健保錢太多，惹人怨，當時黃前署長三桂在立法院氣到皮皮挫，再來菸捐也被拿走了，割地賠償，但就沒辦法，立法委員說有錢就怎樣怎樣，黃前署長、健保署能怎麼樣？立法委員決定也不能怎樣，別人哭得大聲就有錢，我們就是不會哭，如果今天像以前欠 5、6 百億元，協商也很好協商，各單位也不會嫉妒我們錢太多，三不五時弄個問題給你，愛滋病撥到健保不是健保署飯桶，是健保署被人家欺負，就是錢太多，我們要檢討。
- 三、如果這 2 個問題真正要討論，我們也無能為力，就不談了，層級拉到立法委員，黃前署長在那邊給人釘，我也看了很難過，最後只能答應，不然能怎麼辦，黃前署長只能啞巴吃黃蓮。
- 四、會議資料第 19 頁，「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」，該計畫 107 年 4 月 13 日公布，怎麼會是 107 年 1 月 1 日開始實施，這個公告是不是我們預算的問題？如果是那就無可厚非。

傅主任委員立葉

- 一、這個案子就討論到此，剛剛委員的意見請健保署、社保司參考，特別是許多委員關切的，政府常常把一些原本是公務預算的相關業務，轉嫁到由健保負擔，特別是立 1 個特別法，像這次的愛滋病，這種情形應該要諮詢一下健保會。我記得以前如果要立 1 個法，相關機關就要去找財源，如果找到的財源涉及健保，就應該要諮詢健保會，看健保會委員是不是同意，因為大家都非常關切，不應將公務預算任意轉嫁給健保。
- 二、擬繼續追蹤案部分，大家很關心的「106 年度全民健康保險基金附屬單位決算」及「108 年全民健康保險基金附屬單位預算」，由於對政府負擔保險總經費部分的歧見，本會業已決議不予備查，同時請衛福部提出修法的期程跟研修方向，並列為

擬繼續追蹤案，本會已表達非常清楚的意見跟立場。由於本會已運用本會的管道充分表達意見與立場，若委員們仍要對健保政策形成及修法方向發揮影響並達成目標，建議可運用其他管道再去爭取。本案會列繼續追蹤，其餘各案則按照幕僚所擬的追蹤建議辦理。

三、另外再次提醒委員，7月19、20日將在衛福部舉行總額執行成果的評核會議，請委員預留時間，本報告案就到此結束。請陳委員亮良。

陳委員亮良

- 一、主席、各位委員，不好意思！原則上，主席裁示得很正確，很多公務預算，像C肝新藥預算也列在健保經費，並滾入醫院及西醫基層總額。所以說，這個都被外界誤解，本來公務預算在推動公共政策過程中，就是政府應該要肩負的責任，但為了選票和政治因素，拿來推動各項福利。我擔心將來長照的費用也會跑到健保經費，是否我們要實施三代健保？這些事情都讓我們很擔憂，健保會委員，尤其是付費者代表，念茲在茲的都是政府要該負的責任在哪裡？這部分一定要釐清，不要將應編列的公務預算滾入健保的經費支出。
- 二、如果立法委員有這麼大，可以這樣處理健保經費，那將整個總額預算協商丟到立法院處理就好，解散健保會就好，就不用健保委員。我想很多不公不義的事情，一定要有人發聲，這樣才會引起大眾共鳴，屬於健保該支付的費用，健保會委員一定會毅然決然都支持，但不屬於健保支付的費用，就不應該把帽子扣在健保會或是醫療提供者身上，總額預算的成長讓外界誤解額度一直不斷增加。我想很多事情都須要正本清源，例如公務人員退撫基金，那些都是我們自己繳交的退休金，但最後就是因為立法院修法，減少我的退休金，但省下的錢跑去那裡，我們也不知道，真的是不清不楚，讓人感同身受。

傅主任委員立葉

好，接下來進行中央健康保險署「107年第1季全民健康保險業務執行季報告」(併「107年4月份全民健康保險業務執行季報告」)

吳委員國治會後書面意見

有關107年5月4日辦理「全民健康保險相關業務座談會」，是日會議提出「請檢視新竹地區的幾家大型醫院的資料，是否都符合簡報資料所提病床數依人口數設立的標準」部分：

據了解中國醫藥大學附設醫院、台大醫院新竹生醫園區分院及交大提出於新竹地區設立新醫院，請醫事司提供前述3家醫院，是否符合簡報所提病床數依人口數設立之標準資料供參。(其中交大附設醫院部分，雖隸屬教育部管轄，但不需經教育部審查，事實上資料早已送到部內，請一併提供資料)

參、「中央健康保險署『107 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告』(併「107 年 4 月份全民健康保險業務執行季報告」)與會人員發言實錄

李副署長丞華報告：略。

傅主任委員立葉

謝謝李副署長丞華的報告。請問委員有無意見？請陳委員亮良。

陳委員亮良

剛才李副署長丞華的報告，口條清晰，語意誠懇，可說是有署長的格局，這跟剛才其他委員所說，謝委員武吉可以擔任部長的意思一樣。以下針對業務執行報告，提出幾個問題請教健保署。

- 一、第 26 頁，有關醫療院所訪查及違規查處，提到涉及刑責函送司法單位辦理共 8 家次，雖受限於司法不公開的原則，我想瞭解這 8 家次被移送司法單位的因素是什麼？等一下請李副署長或權責單位說明。
- 二、第 27 頁，最近 3 個月的各總額部門醫療費用申報情形，好像牙醫門診總額的成長率偏低，2.99%是所有部門中最少，這是什麼因素？希望能瞭解。
- 三、第 29 頁，西醫醫院各層級別之申報情形，我是醫院總額研商議事會議的代表，醫院總額部分有 3 個層級。就像我個人的感受，因為我來自雲林，我們雲林的地區醫院，關到都快沒有了，變成醫療的普及度不足，又沒有醫學中心，我們只有 2 間區域醫院而已，其他都是地區醫院，雲林縣範圍很廣，有 70 萬人口，僅有這麼少的醫療資源，尤其地區醫院申報的點數才 1.3 億點，比例偏低，請問健保署或謝委員武吉，究竟哪些政策能夠有效的正本清源，108 年大家可以提出參考一下。
- 四、第 31 頁，中醫門診部門的總額點值結算，一般服務部分是 0.9189 元，總體總額平均點值 0.9202 元。這次我們跟中醫門診總額去梨山參訪，因為雲林的高鐵班次 1 小時才 1 班次，我做了健保會委員有社會責任，所以健保的相關會議，一定要

到，當日為了跑高鐵，弄得腳底筋膜炎很不好，到了梨山就掛號看中醫，做了針灸跟整脊，才知道這 2 項服務只能申報 1 項，我認為對中醫師不公平。今天因為腳好了，就沒遲到，在這裡提出我的意見。請健保署再做一些思考。

五、第 33 頁，牙醫跟中醫總額的醫療費用核付，可能因為這 2 個部門沒有背景，所以申復後的核付率仍偏低，牙醫只有少 0.05%，中醫可能本身比較守規矩，所以初核核減率是 0.15%，申復後變 0.14%，牙醫初核核減率是 0.35%，申復後變 0.30%，沒有再增加。以上這是本席的意見，請健保署回應，以上說明。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達，再請滕代理委員西華。

吳委員榮達

- 一、因為今天的業務執行報告是針對第 1 季跟 4 月份，所以有部分意見是針對第 1 季。就第 1 季的部分，先看 107 年 3 月份報告的第 1 頁跟第 2 頁，這邊提到要把醫事機構端作業使用之專屬讀卡機改成一般型讀卡機，請問這個改變會增加多少費用？是從公務預算支出？還是健保經費支出？金額有多大？
- 二、第 2 個問題是第 3 頁的「全民健康保險跨層級醫院合作計畫」修訂案，修訂重點是將「診日」改為「診次」，每月支援上限 40 診次。因為我不瞭解為何要做定義的改變，而改變後費用支出狀況是增加還是減少？對於各層級醫院，其收支情形有什麼影響？這部分我不是很瞭解。
- 三、再來是第 3 頁的第 4 點，我最有意見的就是這 1 點，這邊提及有關「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療審查辦法」的修正，特別是其中第 22 條規定的修正，我認為其影響是非常重大的。修正條文的內容，請各位參閱上次委員會議(107.4.27)會議資料的第 198 頁，第 22 條規定的修正是將保險人的審查抽樣方式，從原來的以隨機抽樣原則改成隨機抽樣與

立意抽樣並存，甚至以立意抽樣為主，我想要瞭解修法後，立意抽樣跟隨機抽樣比率的變化情形如何？因為隨機抽樣的審查結果可以回推，立意抽樣的審查結果不行，我認為這樣的比例狀況會變成鼓勵僥倖。因為我從幾位醫師跟醫院處得知，他們非常擔心並認為修法後，大家會衝量而讓點值下降，剛才李副署長的報告，也清楚表達出點值下降的現象。從申報件數跟點數比例來看，申報件數的成長比不上點值成長，也就是說每個申報案件的點值是增加的，這樣是否表示申報有浮濫的狀況。考量衝量的狀況，再看第 22 條規定的修正，我認為應該要非常慎重，而且這裡面提到，關於隨機抽樣回推的上限值，竟然要跟總額團體共同擬訂，這不是請鬼拿藥單嗎？這是飲鳩止渴啊！這不就是在鼓勵投機、鼓勵僥倖、鼓勵衝量嗎？這樣到底是對醫界好還是不好？很擔心這樣的修正會讓點值下降狀況更加惡化，這部分請健保署說明。

四、再來，本來我們看署長今天 4 月份報告，3 月份報告裡面醫學中心下轉到區域醫院的狀況原本來是負成長，好不容易 4 月份已經轉為正成長，這是滿好的消息。

五、有關於具名審查造成核刪率下降的問題，從 4 月份的業務執行報告來看，核刪率從 104 年至 107 年 4 月份都是持續下降，具名審查造成核刪率的下降，是點值稀釋跟下降的重要原因，我不知道醫界要容許這樣的現象繼續存在，造成點值稀釋的結果嗎？這是我所擔心的。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

一、有關健保署 4 月份的業務執行報告，我有 3 點意見。

(一)請參閱第 2 頁的第 4 點及會議資料的第 18 頁，有關衛福部修正發布「全民健康保險醫療辦法」第 7 條規定部分，建議做文字修正，因為醫療辦法的原條文沒有寫到因精神障礙或其他心智缺陷，只有寫受監護或輔助宣告，這幾個字的差別是在有無符合 CRPD(Convention on the Rights of

Persons with Disabilities, 身心障礙者權利公約), 若醫療辦法的條文沒有這樣寫, 說明就不能這樣寫, 建議網路發佈時刪掉這幾個字。

(二)第 2 點在第 3 頁, 有關配合財政資訊中心以健保卡認證報稅, 各界想要透過 IC 卡做諸多應用, 這已經是老議題, 並且每年都不斷有財團要突破。依照健保署的說明, 我想知道財政部的報稅系統, 不只增加電腦註冊系統的應用伺服器, 也增加了監控機制, 但這些業務原本都不是健保署的法定業務, 增加的工作成本誰出錢? 經費是財政部給我們嗎? 還是屬於委託服務嗎? 總共花了多少錢? 因為增加了人力跟設備, 同時國發會也要求健保署輔導特約醫療院所, 並增加行動支付方案, 但這些也不是健保署的業務, 健保署要宣導這項業務沒關係, 但要輔導醫療院所的話, 我認為健保會就應該要有意見, 因為這會分散業務組同仁的工作壓力, 到時候又要績效管考, 醫療院所要不要用行動支付, 他們自有選擇, 而且應該由財政金融單位去宣導, 而不是由健保署透過特約的便利性, 去明示特約機構作行動支付, 因為這也不是健保署業務。

(三)第 3 點在第 4 頁, 我認為跟食藥署(TFDA)合作設置藥效不等性的通報非常好, 但這個通報看起來, 我不知道文字說明跟實際操作上的差別, 因為現在看說明似乎只有限醫師, 我認為應該要有藥師跟病人端的通報, 目前包括 ADR(Adverse drug reactions, 藥物不良反應)的通報已開發民眾端。當只要求醫師通報時, 因為醫師很忙, 而病人不一定能即時將用藥反應回饋給醫師, 這造成 ADR 通報的不便性增高, 使得通報率偏低, 建議考慮增加藥師跟病人端的通報。

二、最後一點, 我要花 3 分鐘時間說明, 剛剛主席在上 1 案有很好的裁示, 第 1 個是健保法的相關修正應徵詢健保會意見, 第 2 個是不該將公務預算應編列的業務項目轉嫁到健保; 今天社保

司商司長及楊副司長都在場，我要提出我不能理解的看法。

(一)下禮拜立法院衛環委員會將有 5、6 個健保法的修法案，其中有 1 案是陳宜民、王育敏 2 位立法委員所提，建議修正健保法第 1 條及第 51 條規定，預防接種應該納入健保給付；我想到李委員永振建議要檢討健保法施行細則第 45 條都已經好幾年，愛滋病患的 40 億元也要從健保支應。在下週的衛環委員會，這幾位委員提了 2 個版本，王立法委員育敏甚至提出，0~6 歲孩童的 18 劑預防接種，疫苗基金沒有付的，公務預算沒有編列的，在修法說明中，居然建議應該全數由全民健保支應。這些案子都沒有提到健保會來嗎？依照健保法規定，健保法的修訂是應該要徵詢健保會意見的項目之一，社保司竟然沒有在委員會議中提出過，今天我看了過去會議記錄，發現這些議題沒有在健保會討論過，而立法院下禮拜就要討論了。

(二)第 2 個是鄭天財立法委員等所提出，全民健保法 48 條的修正案，將免部分負擔範圍，由原本規定中的 1 款山地離島地區，山地改為原住民族地區，擴大之後影響會很大，根據原民會的公告，還是日治時期的公告，我們的原住民族地區，即使根據原住民族基本法公告，原住民族地區總共有 25 個平地地區、30 個山地地區，但平地原住民族地區不一定是醫療資源缺乏的地區，黃委員啟嘉在這邊，花蓮市就是原住民族地區，我們可以接受花蓮市免部分負擔嗎？花蓮市還有個醫學中心，剛剛陳委員亮良提到雲林連 1 家醫學中心都沒有。全民健保對於山地離島地區提供免部分負擔，是根據當地有沒有醫療資源，不是只有不足，有些是幾乎沒有，或是醫療供給上跟人民健康人權的問題，若按照立法院的修法草案，全部修為原住民族地區，那 25 個平地原住民族都免部分負擔，還有曾有立法委員加碼，只要是原住民族都可以免除部分負擔，臺北市也有平地原住民，南港、內湖地區也都有，我覺得這個要注意。

(三)第 3 個是人在日內瓦的李署長已經回應媒體不宜提案，但是衛環委員會的議程仍排入的提案，就是邱泰源和林靜儀 2 位立法委員所提，修正健保法第 43 條有關部分負擔比率的相關文字，社保司有義務說明，該案的修正就是形同強制轉診，也就是沒有經過轉診時，不得收取定額部分負擔。過去在立法院李署長及李副署長曾答詢有關部分負擔時的說法，我的印象十分深刻。那時候鍾立法委員孔炤問李署長，平常都去哪裡看病，李署長答說在成大醫院看病，鍾委員問說現在不是要推動分級醫療，李署長說因為我在成大醫院服務，方便又有優待；李副署長的答案讓我印象更深刻，他很勇敢的說，跟委員報告，有些人比如因為是器官移植和血友病的患者，這些病患有時候沒有辦法在其他地方看病，所以經常都是回原本的醫學中心看病。

(四)李署長說的現象是人情義理的便利性，醫院的員工在自家醫院就醫。李副署長講的是病人的無奈，如果這樣，不是全部變成強制轉診嗎？現行環境是否允許？我們才宣布要加強雙向轉診，現在分級醫療正在積極進行，轉診案件只有十幾萬件，如果修法通過，形同強制轉診，李署長自己就要加重部分負擔，因為他在成大醫院看病，達官顯要、有錢有勢付得起的人，就可以這樣去看病，其他人就不可以，是這樣嗎？請健保會的委員三思，請健保署在立法院要維護病人權益和尊嚴，社保司過去傾向不將這些修正案提到健保會討論，我覺得非常不可取。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

一、我有 3 點意見，首先是呼應滕代理委員西華的發言，健保法修正案對於健保財務影響相當大，但是我們都看不到這些東西，我們一直談健保收支平衡，預估什麼時候要調整保費，如果這

些修法案通過，費率調整可能就不是 109 年或 110 年，可能是 108 年就要調，這些進展都要給部長知道，即使健保會沒有討論，但衛福部應該要有穩定的見解在，剛剛聽滕代理委員的意見，因為並沒有財務影響的數字，所以也沒有辦法提出評論，但健保相關的部門應該去評估，因為這些修法案對健保財務的影響相當大。

二、第 2 個是李副署長報告的最後 1 點，就 4 月份業務執行報告的第 75 頁，有關門診透析部分的點值，相較於各個總額部門，其點值是相對低，我是門診透析研商議事會議代表，必須說明這個點值對於透析本身是算高的，所以這個要講清楚，不然依照剛才報告，門診透析的點值相對其他總額部門低，但是其實相對於該體系內前後比較是提高，所以並不是降到這個程度，而是提高到這程度。

三、第 3 點是過去曾提出平均眷口數的問題，3 月份委員會會議有書面報告，當時我提出沒辦法接受健保署的答覆，所以還在等是否有新的後續，但經詢健保會同仁，他說當時的答覆就是健保署的答覆。這樣的話，就會有 2 個問題，照當時的答覆，如果平均眷口數沒有調整，健保署就不會公告，若這是最後定調的答覆，就是健保署沒按照健保法施行細則第 68 條規定，應每年公告平均眷口數，沒有依法行政。第 2 是說算出來的平均眷口數是 0.6，但因考量其他因素，還是維持 0.61，請問該降的時候不降，未來若有反轉，要調升的時候，健保署要用什麼理由去升呢？這兩點要好好處理，對於一再強調依法行政的部分，應該會比較貼切，個人的看法是這樣，謝謝。

傅主任委員立葉

請吳委員國治，再請盧委員瑞芬。

吳委員國治

就剛才吳委員榮達對審查方面的指教，我想醫界一定要提出說明，在座每位委員都知道，審查只是維持公平正義的原則，其結果對於

點值的影響很小，這要先說明。各總額部門為審查的公平正義已不斷努力精進，如果委員能夠提出更好的方法，我們也樂見。署長曾提過要用精準審查，找出須要審查的案件，我們也都往這方面努力，但委員卻說「飲鳩止渴」、「請鬼拿藥單」，好像醫界都在包庇這些人，醫界對此感到遺憾。

傅主任委員立葉

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

- 一、針對剛才提到醫療資源缺乏地方，我們那天去東部視察時，我有個建議，其實健保署、衛福部針對醫療資源缺乏的地方，不管是支付制度或是專案計畫都有一些誘因，問題是這些資源要進去的時候，往往要用 1 個行政區域去劃分，也就是行政區域劃分有政治考量，例如在山地鄉跟平地鄉，山地的鄉長只能原住民擔任，平地因為時勢的變化，也許原來的山地鄉已經不是所謂的山地鄉，但會因政治的考量，使得行政區域的劃分不容易做變更。
- 二、建議當有關於醫缺或特殊需要資源進去的地方，健保署、衛福部不要用行政區去劃分，而是以當地實際醫療的狀況。相關法規用語可改用不同的用詞，不一定要用山地鄉或平地鄉，可以用醫療資源缺乏地區並在法規中定義即可，因為行政區有政治考量很難修改，但我們的目的是把資源提供給醫療資源缺乏的地方，那才是我們的重點，這部分應該相對應的去做些修改。

傅主任委員立葉

請干委員文男，再請蔡委員登順。

干委員文男

- 一、第 1 點，在業務執行報告第 1 頁後段、第 2 頁前面幾行提到，14 歲以下兒童到醫院看診要增加簽寫切結書。在早期 14 歲以下是要拿戶口名簿才能到醫院看診，這個情形我有親身經歷，阿公帶孫子去看診，碰到醫療院所一定要我們提供戶籍謄本或

戶口名簿，剛好當時龐組長一鳴幫忙解決。我想建議連切結都免除掉，為什麼呢？台灣是個孤島，健保制度是全民健保，外勞對台灣有所奉獻，他(她)在台灣生的孩子，最後認祖歸宗也是台灣人，希望不要再找老百姓的麻煩，這個規定不好，我希望這個都免除掉，不要多增加 1 個麻煩，何必再寫切結。

二、第 2 點，如吳委員榮達所言，我們非常擔心點值不斷稀釋而使點值下降。也不要因為有醫師敢講要死在那裡，署長就嚇到皮皮挫，違規的醫師本應該受懲罰，現在不僅他沒有被懲罰，還為了他修改審查辦法，所以同儕沒辦法制約，因為同儕間不好意思互相舉發。像這樣，只要有 1 人提出意見，整個審查規定就改變了，就等於沒有同儕制約的效果，不敢審、精準地來抽查，通通放水嘛，通通放水是為了一個醫師的問題，所以說點值會稀釋掉，點值會少。吳委員榮達剛才是語重心長，沒有惡意。

三、第 3 點是關於輿論的問題，5 月 22 日的新聞報導指出，有新北市的藥師，收到將近 3 萬 5 千元已過期的回收藥，健保署提到要嚴格管控。我不曉得我們管控的機制在哪裡，用藥本來就應該嚴格管控，竟然有藥物放著過期，會不會是醫師濫開？病人吃那麼久的藥沒有效果，醫師可以關心病人有沒有吃藥，請病人把空罐子拿給醫師看看，就不會產生這個現象。或是藥師拿藥給病人時，同時提醒對方這是很珍貴的藥，不要浪費掉了，也是 1 種方法。但是現在沒有這樣做，可能最後病人往生了，把這個藥通通拿出來。希望不要以一概全，就像稍後醫療資源浪費時，如果說以偏概全，以 1 個例子作為 model，只要有 1 個醫師或消費者違規，就說通通違規，這樣不好。也不要因為健保會今天要討論藥品部分負擔提案，健保署就利用媒體放話，用這種方式，讓我們實在受不了。輿論的壓力說藥都是浪費掉，到底是誰浪費？如果說吃掉有沒有浪費？用掉有沒有浪費？那沒有浪費。如果是像新聞報導這種浪費情形，應該控制他不用，你叫他說藥給我看看，不然同樣這麼貴的藥用那麼

久，用那麼久連個效果都沒有，那是不是醫師有問題？還是藥局也要管控？我在這裡要表明我的立場。

蔡委員登順

4 月份業務執行報告第 31 頁，106 年第 3 季各部門總額點值的結算情形，看起來各部門都不太滿意，但有點原因是可以探討的，我是建議健保署應該對支付標準的調整要嚴加把關，否則可能會影響點值。雖然支付標準調整後，各層級的利益是擴大的，但呈現出來的結果點值是下降的，結果總額永遠是不足的。建請健保署應好好的把關，檢視各科別的支持標準是否合理，謝謝。

傅主任委員立葉

請林委員錫維。

林委員錫維

4 月份業務執行報告第 13 頁，「投保單位及保險對象欠費收回部分」，在 5 年內應收未收的欠費，高達 231.22 億元。在現行法令下，還有這麼多欠費不能收回來，這裡面甚至可能還不包括呆帳，我認為應檢視沿用已久的法令是否有必要修改，希望健保署提出專案報告，這些欠費到底是不是已走完相關的行政流程，可否用行政法庭裁判財務證明或其他方法追討。我是認為到處在找錢(指健保經費)，但是應繳未繳的欠費就有 2、3 百億元，健保相關法規是不是已經訂了欠費追繳的方式跟方法？有沒有必要再做修改？建議請健保署做專案報告探討，謝謝。

傅主任委員立葉

請吳委員榮達。

吳委員榮達

一、第 1 點，我想就「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」修正條文第 22 條第 3 項(請參閱本會 107 年第 3 次委員會議資料第 198 頁)補充請教，它的規定是「隨機抽樣回推方式得設定回推倍數上限值，由保險人與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體共同擬訂，並依

本法第 61 條第 4 項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告」，這裡的本法應該就是指健保法，回過頭看健保法第 61 條第 4 項是這麼寫，我唸給李副署長參考，「第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度」。我一直看不懂這 2 條條文的相關性？不曉得這 2 條條文怎麼結合起來？竟然把健保法第 61 條第 4 項條文放在審查辦法第 22 條第 3 項裡面，這裡面是不是有什麼我無法理解的地方？

二、第 2 點，我坦然接受醫界剛才的指教，不過我還是語重心長，真的不希望有劣幣逐良幣的現象產生，我的發言就是針對這點而已。好比我去處理脊椎鬆脫，一去看診醫師就開 X 光跟 MRI (Magnetic Resonance Imaging, 核磁共振攝影) 檢查，若是 2 個檢查選 1 個，我會接受，就是先照 X 光，照了以後覺得不夠清楚，必須再精密檢查，再照 MRI，我覺得這個邏輯是非常合理的。一開就是 2 個檢查一起做，有這需求嗎？這個不是浮濫是什麼？要不然就只照 MRI 就好了，我不知道為什麼要 2 個檢查一起開。

三、我們可以理解醫界的想法，以預防性的治療或檢查避免醫療糾紛，這個我覺得可以接受、也絕對可以理解，但是浮濫衡量的狀況我想是普遍存在的，這個部分我是非常的語重心長，不希望劣幣逐良幣，不希望衡量然後稀釋大家的點值、影響到大家權益，謝謝。

傅主任委員立葉

請問委員有無垂詢？請張委員清田。

張委員清田

一、由 4 月份業務執行報告第 22 頁「五、各項資金投資組合」看來，健保有將近 2 千億資金餘額，其大部分都放在定存，定存的利率實在有夠低，只有 0.18%、0.23%。剛才我查閱法令，好像沒有規定我們只能把錢放在那五大銀行，不能放其他銀行

嗎？不能把它做有效的運用嗎？我不知道財務人員是因為法令限制、還是長官限縮，只能存在這五大銀行，其他都不能動。

二、我覺得這樣真的太離譜。我們有時候錢放在小銀行，想把定存解約移到其他用途，銀行還會反過來拜託我們不要跟它解約，給我們到 1% 以上的利率。為什麼健保的資金會放到這樣，跟那個利率差了 5 倍。這是我們財務人員不知道怎麼理財，還是法令規定就是不許，就算是為了安全，難道台灣只有這五大銀行是安全的，其他銀行都不行嗎？這道理也是很奇怪。所以我希望健保署這邊是不是可以加強資金運用，這個真的看了讓人很心疼，如果利率只有 0.18%、0.23%，乾脆就不要理財好了，謝謝。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓，再請陳委員亮良。

趙委員銘圓

- 一、主席、各位委員，剛才提到健保卡認證報稅的部分，我記得當初提會討論時，本會已堅決的反對，為什麼又通過了？這部分是否可以說明。
- 二、剛才滕委員西華提到健保相關的修法案，我覺得影響是蠻嚴重的，假如按照它修法會對健保整個經費到底有多大衝擊，到目前為止我們可能通通都不瞭解。可否請社保司把它對健保費用的衝擊明確的說出來，這些法案下禮拜就要討論，健保會到底有沒有什麼樣的因應措施，我們有沒有做一些因應。
- 三、另外，回應張委員清田發言，健保財務運用的利率真的是太低太低，我們張委員清田是會計師，其實有些部分是不是可以請教他，謝謝。

陳委員亮良

- 一、感謝主席，各位委員大家好。張清田委員很少發聲，他發聲我一定要呼應，有關健保資金的投資，就好像我們公務人員退撫基金一樣，獲利確實是偏低的。資金會破產，是因為獲利太

低，那麼多錢擺在銀行，還有各種投資理財工具，竟然獲利這麼低，是不是應比照勞工退休金新制模式，遵循採購法規定，委外經營，保證收益，就是保證每年收益率，對外採國際標，交由會經營的券商或是銀行理財，才能使資金應用達到最佳成效。

二、我是健保會派駐醫院總額的代表，請問剛才業務執行報告第 29 頁看到，目前的成長率都是屬於正成長，我們部長一直在推動的是 3 級醫療，3 級醫療也要求醫學中心、區域醫院門診件數每年要下降 2%，以 5 年下降 10% 為目標值，但是我們看不到這個政策落實的結果，這是政策是在喊爽的、喊假的嗎？這部分健保署這邊有沒有什麼良策，不能在 3 級醫療落實過程中，造成這種所謂的反成長的現象。我們看第 1 季的各部門，包括醫學中心、區域醫院、地區醫院都是屬於成長的部門，這部分希望健保署可以再辛苦一點、用一點心，謝謝。

傅主任委員立葉

請健保署回應說明。

李副署長丞華

謝謝主席、謝謝委員指教。剛剛各位問的 40 多個問題，我們把它歸納成醫療、醫審、承保、財務和查核 5 個單位，分別跟各位委員回覆。

李組長純馥

一、謝謝委員的提問，也很感謝委員對健保署的厚愛，尤其是滕委員西華特別提出本署同仁的血汗情形。健保署確實因為各位委員的指教，精進的比較快，所以很多人都覺得我們比較有效率，很多事情都來拜託幫忙處理，結果也造成同仁越來越血汗，謝謝委員幫我們說話。不過因為政府一體，有時候我們也真的很難推卸相關的拜託和請求，我們會遵守委員的提醒，盡量不要動搖到自己健保的業務。再來就針對各委員所提問題一一答覆。

- 二、有關陳委員亮良所詢，牙醫總額成長率偏低的問題，因為目前資料只呈現 1 到 3 月份，尚無法完全呈現整體情形，可能要長時間來看。有些點數成長確實跟支付標準有相關，是因支付標準調整所造成，這部分我們每次做總額點值預估時，都會另外做預估跟核算，觀察點值是否受支付標準調整的影響，不過其實大部分還是因為價量齊揚的情形，謝謝委員的關注。
- 三、併同回答陳委員亮良提到，為什麼在這次資料看不到門診件數下降的成效。是因為我們直到 3 月份還在跟醫院部門研商細節，包括 2% 的定義？要針對哪些案件？因為怕傷害到重大傷病病人的權益，所以我們也做了一些排除的規定。今年的 7 月份才會真正開始施行門診件數下降 2%，所以確實在 3 月份還沒看到這個 2% 的效益。不過我們也陸續看到各分區，辦理相關的分級醫療或垂直整合計畫，提升醫院到基層或是到地區醫院的合作關係，就是要去落實剛才委員所提分級醫療，我們會持續關注。我們也是大概在今年 7 月開始，提供醫療院所上下轉的誘因，因此可能在 7 月之後的數字會比較精準。
- 四、陳委員亮良也提及，為什麼中醫針灸跟傷科不能一起做。是因為訂支付標準時，如果針灸跟傷科合併做，我們有另外給一個代碼讓它們一併申報，可能醫師們覺得合併申報對他們比較不公平，不是不能報。不過因為我們跟中醫協商時，當時考量到整體，他們也擔心說會不會有一些在使用上沒有很恰當的情形，反倒是因為支付標準沒有規範而讓它不當的去使用。
- 五、趙銘圓委員詢問有關讀卡機的部分，我先跟各位說明。健保開始推動 IC 卡時，確實要由院所自行購置專屬讀卡機，它的價格跟現在市面上簡單型讀卡機 2 百多元差很多，所以很多院所跟我們反應專屬讀卡機使他們的執業成本提高。因此，我們後來就修訂相關程式，原始專屬讀卡機的設計，是需要機構卡、醫師卡、病人卡，3 卡同時插卡認證的機制；現在把機構卡虛擬化，變成在雲端就可直接認證，保留醫師卡跟病人卡插卡認證。這會減輕院所未來購置讀卡機的預算，確實這筆經費不是

由健保署支應，跟各位委員說明。

- 六、另外趙銘圓委員提到診日變成診次，確實是相關地區醫院協會、社區醫院協會要求，改成診次比較符合現實情形，但還是在我們編列的預算裡面去支用，而且把診日變成診次後，診次的上限是比照診日去訂，所以在財務上確實是比較不會有影響。這部分我們非常注意，我們也不希望這個專款爆掉。
- 七、有關盧委員瑞芬提到對醫療資源缺乏地區定義的建議，以及滕委員西華提的原鄉相關修法案。確實我們現在山地離島地區確實是 follow(遵循)衛福部的政策，所以我們的認定是比較相近的，但是各醫缺的醫療資源不足確實是依照各醫缺、各醫種，包括西醫、中醫、牙醫，有另外訂定不同標準，我們每年都會調整，謝謝委員的提醒，我們會做未來修訂參考。
- 八、干委員文男提到 14 歲以下兒童切結的問題。坦白講，如果您帶的孩子的健保卡上有照片，就不需要拿其他證明，但是如果沒有放照片，因為會造成院所端無法判斷這張卡是否就是這個孩子的健保卡，所以需要另外提供證明，以前就是要提供戶口名簿或戶籍謄本，那現在減輕變切結。如果連切結都不用，我們比較擔心健保卡被冒用，這種情形在實務上還是發生過。所以我們還是希望不要讓院所端沒有辦法去確認，希望彼此能夠理解，我先回應到此，謝謝。

戴組長雪詠

- 一、對於有多位委員關切醫療點值下降和衝量問題，在此做結構式的回答。整個健保的總額制度設計是在總額設定之後，由醫療提供者負擔全部的責任，如果大家衝量點值就下降，如果大家憑著良心提供醫療診療服務，點值可能就會比較合理。健保總額制度是屬自律性的管理，所以我們現在有委託醫師公會全聯會做西醫基層的審查、委託醫院協會做醫院部門的審查，這 2 個團體都是醫界代表，他們本身就是要有自律性的管理跟審查機制。在健保署的部分的話，我們對如何建立公平審查機制的

作法，有以下幾項。

- 二、第 1 點，以前是以「隨機抽樣」為主，現在希望轉向「精準審查」，分配比例希望達到精準審查為 7 成、隨機抽樣為 3 成，避免亂槍打鳥，希望精準審查能槍槍命中，能夠準確抓出違規的醫療院所。我們目前是利用健保大數據的分析數據，去檢視各層級醫療院所的 outlier(異常值)，包括超過 75 百分位的醫院院所或醫師到底在哪裡，並將報表回饋給醫療院所，署長也寫親筆信函給這些院長，讓對方知道他的位置在哪裡、他的同儕值在哪裡，除了透過報表讓醫療院所自律性管理之外，我們也對這些 outlier 加強抽審。對於被抓到有問題的醫療院所，我們就是按照現行的「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」和「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」加重處分。
- 三、前項所提的回饋性報表，也產生一定的被監控與管控的壓力，我們用這個報表回饋給醫療院所，讓對方知道他比同儕值高很多。確實在去(106)年 7~12 月，可以看到總檢查次數降低 460 萬次，估計可因而節省 12 億元。對於保險人、或對於付費者來講，總額一旦設定之後，醫療院所如果衝量點值就下降，如果大家都很 OK，點值就是維持一定水準，所以建立 1 個好的機制是重點。
- 四、我們也預見具名審查的核減率會下降，因為它是負責任的審查，當然我們也期待就是說核減率應該會下降，這在我們認定範圍，在此簡要說明。
- 五、滕委員西華提到，病人可否通報藥效不等，因為健保是透過雲端藥歷進入藥效不等通報系統，而只有醫師跟藥師才可以進入雲端藥歷查詢，所以醫師、藥師都可以通報。至於病人端，可以透過 TFDA 已建置的病人通報系統，食藥署、健保署的通報機制相輔相成，健保署等於是協助 TFDA，因為健保有雲端藥歷，所以醫師、藥師比較容易查詢及通報藥效不等。

六、委員剛才關切重複用藥到底怎麼處理，可以分從醫師端跟病人端來看。醫師端的部分，如果醫師沒有養成檢視雲端藥歷的習慣，就有可能產生源頭端的重複用藥，所以我們最近有說明，過去重複用藥稽核有 12 類，在 6 月份會擴增為 60 類，就是醫師必須養成隨時去看雲端藥歷，檢視該 60 大類的藥品有無重複用藥的習慣。病人端的部分，會產生餘藥的原因之一，是在診斷後沒有遵照醫囑用藥，這部分可以透過宣導，或讓病人多付點錢，有點痛他就會去服藥，這部分尚有討論空間。原因之二就是，病人可能四處就醫，一個病看好幾家醫院，也可能產生重複用藥。因此，除了在醫師端管控之外，病人端也要加強宣導，以免造成健康危害，以上簡短回應。

李副署長丞華

請同仁說明查核的部分。

李科長忠懿

查處的部分，有關陳委員亮良詢問 107 年 4 月函送法辦有 8 家次，請看業務執行報告第 39 頁的註 3，我們分析函送法辦的違規類型，8 家中，其中地區醫院 2 家，是以不正當行為申報醫療費用。西醫診所 5 家，有密醫看診、自費美容申報健保、以不正當行為申報醫療費用，例如刷卡換物的行為。牙醫診所 1 家，主要的違規行為是虛報補牙與根管治療的費用。

楊專門委員玉美

- 一、承保組針對委員提到以健保卡報稅的案子做說明，滕代理委員西華提到伺服器從原有 2 台增至 7 台這部分，實際上我們在 6 月 1 日前，就是從 4 月中旬到 6 月 1 日期間只將內部伺服器的調配支援，並未增加任何設備成本。
- 二、趙委員銘圓提及過去曾不同意健保卡報稅的案子，使用健保卡報稅是 104 年行政院毛前院長治國在立法院接受費立法委員鴻泰諮詢時，毛院長允諾衛福部會全力支援，因此健保署才配合財政部做網路報稅作業。健保會反對那個案子，是 105 年 3 月

金管會希望與健保署合作使用健保卡來做網路開戶，經瞭解健保會委員意見後，我們將意見函送金管會，所以這部分並沒有合作。

- 三、業務執行報告提到欠費回收的部分，依相關規定，在請求權時效消滅前對健保欠費者，健保署訂有相關積極催繳及移送行政作業，及再執行最長可達 10 年。隨請求權期間增加，健保欠費請求權消滅屆滿前各年度健保費欠費回收率可達 9 成以上，近期欠費因收繳期間較短，收回率相對較低，至於回收率 70% 多，因為這是平均值，以上補充說明。

陳專門委員振輝

- 一、財務組針對委員提到 107 年 4 月份業務執行報告第 22 頁，健保基金投資組合，備註最後一行提到五大銀行 1 年期及 3 年期大額定存平均利率，最主要的目的在與我們投資收益做比較，不是我們的投資收益為 0.18% 及 0.23%。以 107 年 1~4 月健保基金的平均收益是 0.6%，健保基金的主要特性是短收短付，與一般勞保基金不太一樣，因為基金特性關係，所以都投資在比較穩健的標的，我們也曾研議是否可以委外代操，但是委外代操所需投資期間較長，以健保基金來說，雖然目前資金有 2 千億元，但是再過 3 年健保資金恐怕會成負值，所以我們不敢投資太長期間的標的。
- 二、除了委外代操期間太短外，代操並沒有保證收益，有時賺很多，有時也會虧很多，而且委外代操本身的手續費將近 1% 左右，這部分也是我們考量的重點，所以目前比較傾向穩健的投資。
- 三、李委員永振提到平均眷口數的部分，這部分我們會再適時檢討評估，以上說明。

傅主任委員立葉

請陳委員旺全。

陳委員旺全

- 一、首先非常感謝很多委員參與我們的偏鄉地區訪視活動，也感謝陳委員亮良特別注意這個問題，剛剛李組長純馥提到當時的協議是針傷科在第 5、第 6、第 7 章，可以選擇 1 項來申報，後來又增加第 8 章，針傷科可以合一申報，代碼是一樣，陳委員亮良關切有人來做針灸，並做相關整復，即做了 2 個主要的醫療行為，怎麼會針傷合併申報時給付同樣的費用？目前是 215 元。如果同個人來幫你診察，診察費的申報我認為合理，但是執行針灸後，同時又做其他傷科相關整復，所耗用的時間會較長。
- 二、非常感謝各位委員的重視和醫師的付出，未來的修訂，今年將提出，如果執行不同的醫療行為應給予合理的費用，先向李組長報告會有這樣的情形，未來也會做相關的修正，非常感謝各位委員的支持。

傅主任委員立葉

針對剛才大家關心立法院修法的問題，請商委員東福回應。

商委員東福

- 一、主席、各位委員，剛剛滕代理委員西華及其他委員關心修法的事情，我完全同意若對健保財務有影響當然要諮詢健保會，我必須說明過去我們處理很多這樣的案子，對我們來說修法的影響評估效益要看政府的責任，最主要還有付費者、健保會的意見，我們平常有各位委員的教誨，所以放在心上，常用這樣的理由去維護，例如，健保向強制汽車責任保險請求償付之修法我們沒有麻煩各位委員，只用健保會的名號就產生效果，並順利通過。
- 二、滕委員所提健保法修法的案子，下週三、四陳立法委員宜民擔任召委，事實上我們這週三才知道他要提的修法議題，他目前人在日內瓦，但是最後定案是昨天。這幾個案，包括健保法第 1 條和第 51 條要將預防接種納入健保給付，這部分都談很久了，所以可以理解付費者的意願，效益的部分會評估。

三、陳立法委員瑩、廖立法委員國棟在健保法第 48 條免部分負擔議題，希望考量原住民身分或原住民族區域部分，剛剛盧委員瑞芬特別提到，我們在免部分負擔的考量，一貫的精神上是以醫療資源不足方式處理，不會用被保險人身分。感謝各位委員經常提醒與教誨，我也同意財務影響巨大我們無法抗拒時，一定會利用健保會的討論機制，但是有時我們瞭解這樣的議題只要分析給各位聽就好，也不會每件事情都提至健保會討論，以上補充。

傅主任委員立葉

現在很多位委員舉手，可是本案我們已經討論很久，拜託大家，因為健保署、社保司都已做一些回應說明，本案主要是報告案，建議討論到此，如果其他委員仍有問題或意見，請會後 3 天內用書面交給本會幕僚，或口述請幕僚代為整理成書面問題或意見，供健保署參考，或請他們進一步提供資料說明，這樣可以嗎？請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、我講的話可能比你還少，因為剛才陳委員亮良提到地區醫院，我是不是要回答一下？
- 二、其實地區醫院的成長，門診只有 9% 多，不到區域醫院和醫學中心的 1%，主席我要在這裡報告，要如何輔助地區醫院來成長，這是會議非常重要的議題。
- 三、我這個人做事阿莎力(台語，意指乾脆)，剛才李副署長丞華報告 106 年第 4 季的點值的預估情形，醫院的浮動點值是 0.8256，平均點值是 0.8983，請問一下健保署，有沒有什麼管控方式？這是很重要的一環(以前健保會也曾經討論過，若各部門點值有低於 0.90 的時候就應該要啟動點值檢討機制)。因為剛才我很注意李副署長在報告洗腎，醫院的洗腎是增加了 0.97%，診所成長率是 3.04%，李副署長剛剛沒有講到這些，我記的這些應該沒錯，我們不講透析，我們要講醫院的管控方

式。

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、我也只有幾句話，李副署長丞華你有沒有感覺你每年報告時，心裡越來越沈重，台灣醫療已經陷入惡性循環，醫院、基層大家大力衝量，衝量後點值下降則要求提高總額，總額金額進來行政院則核定成長率，成長率多出來的錢大家就趕快衝量，每家醫院只顧自己的量、金額及獲利，不賺白不賺大家趕快衝量，即惡性循環，回歸下來付費者又要再提高金額，同樣的惡性循環一直旋轉，健保實施 23 年從 2 千億元至現在 7 千多億元，未來更可觀，越成長基期越大，每年平均成長約 3%，越來越大，這些都沒辦法。
- 二、我們必須要另外召集 1 個健保發展策略會議重新檢討，不然每次開健保會也沒用，我開了 7、8 年發現到現在也不能減少錢，也不能 1 年不成長，同樣每年 2~3%、4~5% 成長，所有健保委員盡全力說這麼多話，明年成長率 0% 是不可能的，越滾越大這是惡性循環，每次開會我都很憂慮，國發會高副主任委員仙桂都說我憂國憂民，我說我太憂慮了，因為越來越麻煩。

傅主任委員立葉

陳委員亮良您已經發言 2 次了，可以拜託您暫不要發言嗎？

陳委員亮良

請先讓我發言一下。

傅主任委員立葉

這樣子對別人不太公平，一句話就好，請簡單發言。

陳委員亮良

- 一、我簡單發言就好，我想各位委員都非常關切健保業務，業務執行報告不只是過程而已，我們真的很關切，這個報告好幾個月

都沒討論到，這個報告很重要，是關係到人民的執行成效，也是健保署這幾個月來努力的成效，所以要深切討論才有辦法來參與全民健保的工作。

- 二、剛剛滕代理委員西華說的法案非常重要，這攸關整個台灣健保制度演化，這部分在座的委員都無法參與，希望衛福部一定要硬起來，該維護全民健保政策與福利一定要勇於發言，以後可能有人擔任立委也說不一定，很多政策改革有時要承諾，希望將意見帶回來跟健保會委員充分討論。
- 三、業務執行報告第 22 頁，說明有關各項資金的投資組合，我不知道這些是誰在投資或裁決？在座委員有人參與嗎？投資過程中你說考量很多因素，考量的是關鍵因素嗎？剛剛林委員錫維提到很多政府機關、北高兩市欠我們 200 多億元也還沒要回，財務整理與處理非常關鍵，這要去嘗試。我身為公務人員自己也覺得要勇於任事，對於投資組合請多用點心，希望我們可以幫全民健保及台灣人民荷包省點錢。
- 四、有關業務執行報告第 29 頁，地區醫院是我們人民的鄰居，所以有些大小病，第一時間都會至就近的地區醫院就診，所以門診量高是可以認同，這不等同於醫學中心的成長率，但是我們關切的是他的金額、點值及總額，這部分我們在總額協商時一定要考慮地區醫院的成長和生存，有的地區醫院經營不下去，我們雲林就倒了好幾家，在這裡提到這部分請謝委員武吉不要誤會，我希望地區醫院的總額要如何帶動起來，不要讓地區醫院倒那麼多間，這是我的意思。

傅主任委員立葉

先請黃委員啟嘉，再請健保署簡單回應。

黃委員啟嘉

- 一、剛剛聽了何代理委員語的發言，我一樣憂心忡忡，明年我不敢來當健保會委員了，其實健保是總額觀念，是預算觀念，服務密集度不該任由發展，換言之，供應面政府應該要管控，若沒

管控(例如放任醫院設立，不限制就醫及不適度管控醫學生人數等)，服務密集度就會一直增加，所以健保成長率光用在服務密集度都不夠，長年來支付標準我們都不敢動，一旦支付標準去反應所謂成本指數上升時，總額不足下，點值不掉才奇怪。

二、審查方式本身同儕制約還是有效果，所以不要小看同儕制約的效果，若管控上放鬆，點值就會下降，沒有 1 位醫師會故意放水，過去我們因為價格太高，而不是專業因素去核刪，當具名審查時，這樣非專業考量的核刪情況就會改善，也具體呈現總額不足的問題，要解決今天點值低的難題，仍在於供應面的管控，政府應想出配套，否則長久下來健保財務必然成為社會難以負擔的問題。

傅主任委員立葉

請李委員永振。

李委員永振

陳委員亮良對基金的運用相當關心，剛才健保署的說法應該可以接受，因為要穩健，我提個具體建議，安全準備在增加時，因為 11 月費率審查都有做 5 年評估，可以看 5 年後的情況，去委託代操 5 年應該夠，現在至少還可以看 3 年，穩健可以保持，但是我們不能用風險太高的，至少會比現在好。

傅主任委員立葉

請李副署長丞華。

李副署長丞華

各位委員的指教主要分 2 個部分，一個是醫療費用，另一個是財務，分別請同仁說明。

張副組長溫溫

財務部分補充說明，我們現在有個資金管理的委員會，有請專家學者進來對資金做些運用的建議，也考量到目前資金委託代操確實是沒有保證收益，且從去年開始已經收支不足，考量這些情況下，我

們還是採取保守，以安全性及流動性高於收益性的方式處理。

傅主任委員立葉

本案先討論到此，如果委員還有其他意見或問題，會後請以書面方式進行，剛才委員的意見也請健保署參考，本案洽悉，請進行討論事項第一案。

肆、討論事項第一案「106年其他預算『非屬各部門總額支付制度範圍之服務』分項費用預算超支之因應案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

李組長純馥

- 一、本案是因為106年其他預算「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」，針對「精神疾病社區復健」、「居家醫療與照護」、「助產所」匡列細項費用，105年與今年107年其他部門的錢可以相互流用，只有106年是被匡列細項費用，106年結算發現「精神疾病社區復健」超過原先預算近2千多萬元，但是「居家醫療與照護」及「助產所」部分都在預算內，因為其他部門過去這部分預算是大pool(池)，是可以相互流用的概念，所以較沒有出現變成點值浮動的狀況。
- 二、「精神疾病社區復健」這部分，106年結算點值浮動變成0.9幾，歷年在其他部門都沒有點值浮動的情形，希望委員允許106年細項費用可以相互流用，因為其他細項仍有剩餘費用，希望可以支用，不至讓「精神疾病社區復健」變成點值浮動。

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)

依據健保法的總額協商精神與架構內涵，106年的總額協商付費者已全部完成，並經主管機關公告實施，公告實施後則不宜再流用，不贊成本案再給予流用，否則以後會喪失總額協商的架構、精神及目標，未來會很麻煩，所以我反對本案給予流用。

傅主任委員立葉

先請李委員永振，再請吳委員榮達、林委員錫維。

李委員永振

我贊成何代理委員語的看法，幕僚也已將過程、狀況敘述分析得很清楚，我只有補充一點，本屆委員會要推翻上屆委員會的決議嗎？

吳委員榮達

我的意見跟上面 2 位委員的意見相同。

林委員錫維

我的意見也跟何代理委員語及上面委員意見一樣，一開放會很亂，中醫、西醫都有這個問題，一開放就不用協商了，健保署希望這樣用，整個會亂掉，我們的立場仍要維持本來的相關法令規定，請通過這樣的決議，謝謝。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順，再請干委員文男、滕代理委員西華。

蔡委員登順

剛剛幾位委員表達的意見我都同意，本案已經公告無法改變，建議超過的部分以浮動點值處理，4 個部門應有一致性，如有剩餘款可以流用，此例一開各部門比照辦理，將衝擊原來的制度，建議不能破壞原則。

干委員文男

不要說通過不通過，請健保署撤案，若不同意，撤案就沒這個問題。

滕代理委員西華(林委員惠芳代理人)

一、原則上我也不支持要回補，但是我要為本案做些說明，健保署提出這個案子，是衛福部有個精神疾病防治諮議會也多次提及，因為當時「精神疾病社區復健」之所以匡列在其他部門費用，目的是要鼓勵病人不要住在醫院，因為成本較高，而且住在醫院不易回歸社區及社會，才鼓勵精神病人社區復健的發展，早期是因為鼓勵關係成長速度比較快，導致協商 106 年總額時，希望匡定一部分的費用不要讓他成長太快而影響到其他的方案費用，沒想到這幾年社區復健使用率有下降，下降很難說好或不好，因為數字不夠精確，也許病人都去就業沒在這裡，或是在長照體系沒有待在這個系統內，確實在做政策時沒有好好分析，雖然只有 2 千萬元，如果開放回補對制度性影響衝擊很大，我有參與另一個委員會，當時我也表示這在制度上

會有點困難，所以在 106 年協商 107 年總額時，又將他們整個放在一起沒匡定細項費用，政策已經做了修補，今年不會再出現單獨精神病社區復健有浮動點值的現象，要浮動就整個包裹都採這個情況。

二、建議健保署應該跟心口司或部裡說明我們不同意的理由，不是沒看到弱勢病人的需要，而是與整個制度有關，健保署在支持與鼓勵慢性病人回歸社區復健的政策其實沒變，今年請健保署在執行時，包括面臨總額協商時明年的費用要估的更切實，才不會因為費用匡定影響一些弱勢病人的醫療權益。

傅主任委員立葉

本案討論到此已經很清楚，決議是不同意，理由就如剛才很多委員的發言，我不再複述，節省時間，請進行討論事項第二案。

伍、討論事項第二案(併案討論)「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」及「慢性病連續處方箋比照一般處方箋收取部分負擔案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

傅主任委員立葉

請問各位委員有無意見？請蔡委員麗娟，再請陳委員亮良。

蔡委員麗娟

- 一、關於慢性病處方箋收費問題，健保署之前有特別開過 1 次會議跟委員們做溝通，這個政策從 88 年至今已將近 20 年，當初健保開辦初期，考量病人對慢性病防治或服藥的順從性不是很好，才有這樣的作法，這幾年當中，相信民眾對疾病認知一定有提升，對自我管理概念也都有進步。
- 二、請教這二十餘年來減免部分負擔的優缺點，缺點是減免收取會造成慢性病連續處方藥費持續增加，如果改變部分負擔的收取方式，請問會有什麼樣的優點或缺點？譬如，若沒有開立連續處方箋，是否病人每次拿藥就要就醫，是否會造成健保醫療支出增加？健保有很多大數據，建議在提出慢性病連續處方箋收取部分負擔案時，應該要先進行資料分析，分析收取部分負擔與否是否會對給付產生連動效應，這部分應該要提供充分資訊，因為時空環境已經改變，討論本案時應該要有相關數據支持。
- 三、當然我們瞭解慢性病連續處方箋免收取部分負擔並不屬於法定的減免，但是決定要收取部分負擔，相信也不是一朝一夕就做成的決定，請問我們對民眾的宣導是否足夠，這二十餘年來民眾只知道拿連續處方箋用藥不用錢，但是我們從來沒有告訴民眾健保因此負擔了多少藥費，結果我們看到很多浪費的情形，有些病人把藥品放到過期後再拿去回收，這是令人驚訝的畫面，這類現象所導致的後果，一直以來並沒有看到政府有針對

這類問題對民眾做宣導、溝通。

- 四、上次討論會議時有提到，若慢性病連續處方箋收取部分負擔，一年約可收取 45 億元的部分負擔費用，若要收取，應該讓民眾覺得有感，像是譬如：往後新藥、新科技的引進、給付會更快，當民眾有重大疾病時，可以更快、更即時的得到治療或藥物給付，應該要讓民眾知道收取這筆費用後，打算將錢用在什麼地方。這些年來大家都習慣連續處方箋免收取部分負擔，但是很多民眾並不清楚健保幫忙付了多少費用。建議未來開立連續處方箋時，在處方箋上註明健保幫忙負擔多少醫療費用，金額能夠很清楚得讓民眾知道，此外，最好再註明請務必珍惜健保資源，千萬不要浪費藥物等的文字。
- 五、在考量收取部分負擔前，可能還有一些事情可能要做，否則成效可能不會很好，或許有人覺得已經提出很多資料，包括醫師開藥行為、民眾自我健康管理，當然這些都很重要，但我們對很多事情需要有更多的瞭解，在改變政策時，還需要有多一點的數據呈現，此外民眾宣導、溝通也非常重要。

陳委員亮良

- 一、主席，各位委員午安，本案是趙銘圓委員提出，照理應該先讓他先發言才對，但是本席對這案感慨最深，尤其我住在雲林，本案一上報之後，大家知道我是健保會委員，都跑來縣政府找我，我看哪天要請遊覽車載他們來衛福部抗議，我走上街頭已超過 20 幾次，也不差這次。雲林地區醫療資源普遍不足，開立慢性病連續處方箋對於農業縣、偏鄉確實是一種保障，但是要改為收費，做工的人一大早就要去拔菜，工作 8 小時的收入才 600 元，我覺得慢性病連續處方箋、用藥問題絕對不是消費者的問題，應該要回歸源頭，我聽到很多聲音，在鄉下地區，很多診所、醫院的醫生若僅開立 2、3 顆藥，病人可能感覺沒什麼效果，別家醫院、診所可能開立 6、7 顆藥，病人可能感覺療效比較好，但是卻沒想到副作用、衍生的洗腎問題，這不

是收費就能解決，都是付費者用藥的結果，我覺得應該回歸源頭、正本清源，請藥師做最後的把關。我為了這件事情上網查詢，維基百科也特別強調，當初醫藥分家的結論，就是讓藥師跟醫師的權力有平衡，就是制衡的力量，藥師有藥師的專業，醫師有醫師的專業，博士不是每樣精通，不是每樣都知道，只是某方面有專業，醫師有診察、診斷、開立處方箋的專業，藥師有藥師的專業，要去把關用藥及教育民眾。請問我們有編列藥物使用教育費用嗎？

二、我覺得這是 1 個很嚴重的問題，古早西方很有名的戰神亞歷山大，因為腸胃不適而過度用藥，結果中毒死掉，這次參與西醫基層參訪，特別請教藥師能否針對用藥過度問題跟醫師挑戰，結果發現台灣健保制度出現 1 個怪現象，就是門診藥局以及處方箋釋出不足所產生的用藥的問題，醫院的箋方箋並未釋出，診所的處方箋釋出率也低於 30%。雲林老百姓看醫師不方便，就去藥局買藥，社區藥局藥師反映買不到某些特殊的藥物，導致無法在地方經營，也無法接受處方箋，民眾要千里迢迢從口湖鄉開車到台大醫院拿藥，所以問題很明顯。趙委員的提案也提到，不要再變相課稅了，不要課這 40 幾億元，20 年來薪資倒退，萬物皆漲，唯獨薪水不漲，慢性病連續處方箋再課下去，台灣人民真的會死掉，有的捨不得看醫生，你知道每 1 次看診費要多少嗎？慢性病連續處方箋免部分負擔已經是人民習慣的醫療保障，千萬不要過度加諸付費者的支出，勞工辛苦創造台灣經濟奇蹟，賺到的是誰，生意人啊，賺完之後有用在台灣嗎？都用去大陸、外國了，台灣的經濟在往下滑，未來健保可能會破產，所以說要解決問題，不是慢性病連續處方箋收取部分負擔就能夠解決，生意人賺錢也要取之有道，所以我支持藥師要有制衡力量，藥師要為人民把關過度用藥、不當使用的藥物的問題，讓藥界有教育民眾的經費，才是正本清源的健保改革。

傅主任委員立葉

請林委員錫維，再請干委員文男、趙委員銘圓。

林委員錫維

- 一、主席，在座各位，午安，我對使用者多付費沒有意見，但是處方箋要加收費用，會不會節省醫療費用，或是增加醫療費用？我是一個很大的問號。第一，各位可能沒有聽過這樣的情形，鄉下的老人家去看病時，向醫師反映有多種慢性病，現在腳不痛，可不可以不必再開立腳痛的藥，醫師表示，可以不開立，但是若下次腳痛要再開立，需要重新再來，包括重新檢查、抽血等等，老人家可能想算了，就讓醫師繼續開立腳痛的藥。我的意思是說，這是 3 方的問題，第一，醫療院所沒有從照顧病人做考量；第二，醫師有沒有衡量；第三是消費者的問題。要從醫療院所、醫師、消費者 3 方考量才有用，有可能會減少醫療費用 40 幾億元嗎？有可能不但沒有減少，反而增加檢驗、檢查費用。
- 二、2 案分別由趙委員銘圓及健保署分別提出，希望健保署能與醫院經營者、或是醫師多做溝通，看看有沒有什麼配套辦法，或是大家可以接受的方案，只是說要漲價、要多收錢，看不到醫療院所、醫師應如何配合，只看到 1 年浪費 193 億餘元，一直在恐嚇健保要破產快沒錢，我們回去也講不出要增加費用的理由，我認為不宜用恐嚇的方式來要求調高部分負擔，也認為現在提出的時機不宜，謝謝。

干委員文男

- 一、我對 1 年丟棄 193 噸藥品的論點是存疑，其次，我們的醫藥分業政策是失敗的，應該要把關的沒有做好把關的工作，而且，在媒體上配合健保署意見，發表藥品濫用的言論，我們對這點非常不滿。
- 二、如果藥物用掉不算浪費，丟掉才是浪費，健保法第 72 條規定，健保署每年應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，以減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源的情形，請問我們有沒有去

做？總額協商有「高診次者藥事照護計畫」項目，我們特別請藥師公會理事長去瞭解藥局回收藥品的情形，希望可以追蹤建立模式，這樣就可以找到浪費者，希望在7月底時可以拿出模式，不然健保署不能支付相關費用。

- 三、很多政策都沒有落實，尤其是雲端藥歷沒有落實，醫師、藥師都有把關的義務，可是都沒有做到，不應把所有的問題都加諸在消費者。如果我們今天同意調整或恢復部分負擔，能夠保證以後不會再有浪費的情形嗎？若是可以，相信健保會委員也會同意，1年就省了45億元，相信健保署也做不到，謝謝。

趙委員銘圓

- 一、主席、各位委員，大家午安，首先對於健保署昨天透過媒體的作為覺得非常不可取，現在的媒體真的很不爭氣，應該要做好把關的工作卻沒做到，健保署用民眾拿了價值35,000元藥品卻沒吃而廢棄回收的極端案例，有些媒體用很大的版面報導，蘋果日報更厲害用整版報導，就是為了想透過輿論壓力，讓民眾覺得慢性病連續處方箋造成浪費的印象，讓收取部分負擔的議案可以通過，我覺得非常不可取。
- 二、剛剛有委員提到，當初開立慢箋是為了要實施醫藥分業，讓病人不用一直來往奔波醫院，能夠節省人力、物力等相關費用，請問現在到底是不是不要做醫藥分業，我上次就已經提出，但是並沒有給我回應，不做醫藥分業可以做後續處理，但對於要調整部分負擔，我是完全反對，會讓習慣開立慢箋，且已經遵從、按照醫生指示服藥的人，產生很多後續問題。
- 三、我們這次到台東參加西醫基層參訪，在座參加的委員都有聽到偏鄉醫療的醫師提到，許多病人連50元都已經都拿不出來，還要去增加他們的部分負擔，非常不應該。台灣地區所得在4萬元以下者超過60%，50元對各位來講是非常小的錢，是九牛一毛，但是對於中、下階層的人來講，200元可能是好幾餐的費用。

五、我真的希望我們政策推動，已經在做的雲端藥歷要好好的落實，避免醫藥浪費、重複用藥，很多委員都提到藥吃多了不好，台灣洗腎王國是不是與用藥有關，付費者沒有警覺性，醫生開什麼藥就吃什麼。所以病人一餐可能吃掉三、四十顆的藥都有可能，我們的身體機能有辦法把這些毒素排掉嗎？最重要的是如何把關，醫生不應該隨便濫開藥，不應讓消費者最後洗腎。健保署提出 1 個數據，1 個月回收藥品 5.8 公噸，推估 1 年也只有 72 公噸，我不知道怎麼計算，居然推估 1 年可以高達 193 公噸，是增加將近 3 倍的量，這樣的推估數據說全民通通都在浪費藥物，非常不應該，應該把數據拿出來，而且這裡面還有 50% 是自費的藥，不是慢箋的藥，把這 193 公噸的藥全部都推算成是慢箋的藥，實在是誤導，1 個政府不該用這種方式誤導所有的人，應該說收集的藥品是多少，而不是把 193 噸全部列入慢箋的藥。

六、現在已經都在推動整個的分級醫療，分級醫療沒有可能造成後續消費者大規模的換醫師或是換藥，請健保署也應該要考量，因為時間的關係，等一下有時間再補充。

傅主任委員立葉

請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

一、主席、各位委員，我支持趙委員的提案。接下來我要提的就是在歐美先進國家的藥品佔 8~12%，韓國 13~18%，但是我們是 23~26%，這表示國人很喜歡吃藥，醫生很喜歡給藥，一個要給，一個要拿，這個型態造成台灣是全世界用藥最高的國家，連非洲、中南美都沒有那麼高，這是台灣老百姓用藥的習性，也是醫生給藥的習性。如果今天醫師看完之後表示不必吃藥，患者會認為看診後沒拿到藥，病怎麼會好？這是台灣人的習性，若沒拿到藥就會不安心，也就是須要拿些藥回去，才表示看過醫生。

- 二、另外一個就是我們再回過頭來講，如果這個藥交給患者，他要吃或不要吃是他的權力，法律無規定他必須吃領到的藥，我們可考量修改健保法，規定病患領到的藥，若不吃則加倍處以罰鍰，或移送法辦，除非這樣規定，否則如何規範病患不吃藥？他有吃藥的人權，也有不吃藥的人權，我看診領到藥，你管我要吃還是不要吃，這是我的權利，這須要教育病患珍惜健保資源。
- 三、我的孩子在澳大利亞當醫生，他不隨便給病患藥品，我的第 2 個孩子與其小孩都住在美國，他們看診後也不隨便領到藥，每次看診後，醫生說 3 天後再回來就醫，有必要再開藥給你，我們的健保法是否要修改為對於輕症者 3 天內不得開給藥品，否則由醫生自己負擔藥費，不然如何解決？所以我認為如何教育患者，不必領藥也能治好病，如何教育醫生，盡量減少給藥，我建議不必要給的藥就不要給，這樣才能解決這個問題，也建議健保署不要只召開付費者的會議，應該跟醫界、付費者、政府共同討論大方向的決策，其中包括要不要修法或立法，否則怎麼管制這些問題。
- 四、既然醫生硬要開藥給我，我就有不吃藥的權力，我要丟掉藥也是我的權力，因為我有繳健保費，今天反過來講，健保補充保費約 400 億元中，有 51% 約 200 億元，都是企業界付的，所以我的意思就是，欲增加收這個款項須要慎重考慮，站在我們付費者的立場，我支持趙委員銘圓的提案，政府要怎麼去推行政策，是你們政府的事情，我支持趙委員的提案，謝謝。

傅主任委員立葉

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、針對這個案子，我只就專業觀點提供專業意見供各位委員參考，首先，台灣的用藥費用比重太高是個假象，這是因為醫療勞務支付標準在健保財務壓縮下，被壓抑過低的結果，況且醫

療勞務都是浮動點值，只有藥費是固定 1 點 1 元，我們醫療勞務的支付標準在國際上是偏低的，但藥費在國際有一定的藥價，沒有足夠的藥價，藥廠是不會賣藥給你，為什麼藥費占率那麼高，不見得是多吃很多藥，而是其他醫療費用相對偏低，藥費比例自然衝高，應該要從這裡解讀才對。

二、第 2 點，剛剛何代理委員語講的 1 個東西我非常欣賞，醫師可以教病人不要吃藥，這就是社會處方，也就是我給他 1 個社會處方，請他不用吃藥就能醫好病，這樣是否要給醫師酬勞，如果我們支付標準有給的話，我相信很多醫師願意用衛教來替代用藥，在國外，醫師如認為你小感冒，建議回去喝 1 杯橘子汁就好了，此時還是要收你 100 美元診察費，在國內，民眾是否願意支付？在台灣，這樣的醫療行為會連掛號費都收不到，因為民眾的認知是診斷我沒病當然退掛號費給他，但完全不理解診斷沒病這件事是在多少寶貴的專業基礎上建立的。因此，建議在制度上須整體考慮。

三、再來就是我們對於經濟弱勢者，我們不應該讓他們有額外的負擔(如收取部分負擔)，這是我們全部委員絕對有的共識，有關收取部分負擔，其實對醫師而言是困擾，病患會表示，健保看病不是不用錢，為何要再被收錢？但回到今天整個案子收取慢箋藥品部分負擔，我著眼不是付費者有無浪費的問題，或醫師有無亂開藥的問題，而是我們財務負擔要不要重新分配，健保係由政府、企業主、民眾 3 方付費，民眾又可區分生病拿藥比較多和拿藥比較少，還有幾乎不看病的三類民眾，而部分負擔對於政府、企業主的負擔是沒有改變的，只是對前述 3 種民眾的負擔作重分配，換言之，對那些不生病的人其負擔必會因其他人收取部分負擔而下降，本案慢箋部分負擔收了之後，回到健保基金，相對調降保費的機會就會上升，或是不調升保費的機會會上升，不管怎麼樣，某一部分民眾會增加負擔，但某一部分民眾則會減少負擔，我們要從這個面向來權衡是否合理才是。

四、另外，在財務負擔的時候，對於增加負擔的民眾，會更關心財務支出面支出了哪些項目，其實部分負擔的意義，就是在於讓使用保險的人更關心其使用保險的必要性，若完全沒負擔就會根本不關心，這是屬於人性的問題，但絕對不是誰浪費了東西，我覺得從浪費層面指責付費者，我個人意見是保留的，我們是增加付費者對自己醫療支出多付出關心，我認為應該從這點考量，怎麼讓有生病跟沒生病的民眾，在財務負擔上有更公平的分配，才是我們在這個議題應該要去考慮的。

傅主任委員立葉

請葉委員宗義。

葉委員宗義

一、我是站在贊成者的立場講話，因為我現在與張委員文龍是在藥物共同擬訂會議把關，希望健保藥物能夠善用的本會 2 位代表，我們同時也是資方代表。如果今天就像我們現在這樣講的話，每 1 個國家都有其國情，台灣人愛吃藥、愛浪費藥是國情，現在我們每個人都是站在替弱勢者講話，是對的，在座每 1 位都是弱勢者，你們相信嗎？絕對沒有人敢說你是強者，所以說今天在講藥品部分負擔的問題，我們說不要讓健保倒，就是因為沒錢才會倒，不是這樣嗎？有錢怎麼會倒！以前慢性病連續處方箋有部分負擔，取消時怎麼沒有人講話，現在要增加部分負擔 20%，大家這麼多話，你怎麼不去看，以後健保沒有錢，又再增加健保費是否有可能嗎？我保證不可能！不增加健保費健保就會倒啊，現在國家經濟在蕭條，本會委員我年紀最大，我以後用到健保機會越少，我目前有 3 張慢性病連續處方箋，若增加部分負擔對我最不利，但是我贊成需要部分負擔，藥的問題不是我們為自己而講，要替整個健保而講。

二、趙委員銘圓提出這個議題，還以臨時動議提出請健保署報告新藥、新醫療科技預算執行情形等，有關新藥、新醫療科技也要花錢，我們可以幫忙解決弱勢者的問題，但是健保若沒錢就會

倒了，也就沒有新藥了，很多矛盾的事情就產生出來，所以我覺得藥的問題，可以確確實實講 1 個實際話，曾問了兩位屬於我們會員的藥劑師，他們特別講 1 個藥的問題，沒有解決藥價差，藥的問題就很難解決。

三、現在藥廠也是我們的會員，從藥廠做出來的藥，賣給大醫院 100 公噸，會跟賣給普通醫院一樣價錢嗎？不可能啊！可能賣給大醫院脈優(降血壓藥)1 個 10 元，小醫院 1 個也是 10 元，小醫院 1 年沒買多少，與西藥房差不多，但是賣給大醫院會變成 8 元，我們 1 年要調整 1 次藥價，可能大醫院藥用完了，這些區域醫院、地區醫院還有藥，再下去那些西藥房仍有藥，後來調整就是藥價降下來，小醫院買的藥本來就比大醫院貴，現在又調藥價，真的不夠成本，怎麼辦，每 1 年調整藥價後，原先買的藥都放在倉庫，所以藥浪費，這也是其中 1 個問題，需要全盤去解決，沒有賺錢誰要當生意人，開設醫院沒賺錢，叫你們做你們要做嗎？養成 1 位醫生會跟工人一樣嗎？不一樣吧，不平等就是不平等，社會本來就是這樣，民主也是騙人的，天下沒有這回事，我認為對於浪費要以價制量，假設沒有收錢的話，病人這家醫生開的藥吃一下，又換吃別家醫師開的藥，那就產生出我們有回收的是 193 公噸，沒有回收丟垃圾桶的也是 193 公噸，放在家裡也是 193 公噸，加總共 500 公噸以上。

四、藥浪費的問題非常嚴重，藥浪費再加上資源、污染的問題，這對整個國家體制上的問題，我站在工商界立場，希望藥產量大，大到可將浪費的藥丟到大海，但怎麼可以這樣做呢？站在我們會員角度，一定支持浪費，但這基於良心不是這樣做，要為整個體制來說話，不能為了個人說話，大、小醫院有優點也有缺點，我也常說地區醫院、社區醫院為什麼會沒有總額呢？這對買藥比較沒有關係，所以有關藥我覺得有很多問題，但是我想這個問題不是我們能解決，希望 2 案可以上陳衛福部處理，到底好或不好，對於弱勢者要提出方法看怎麼解決，若不

解決的話國家就會倒，我相信上面一定會有考量，我們在這裡，我認為以價制量比較好，如果每樣東西都這樣通過，就像 C 型肝炎口服新藥本來是自行負擔 120 多萬元，成為健保藥品是部分負擔 20 幾萬元，你敢浪費嗎？可能浪費嗎？就是不用錢才會浪費，有些肝臟、腦部的藥很貴，不納入健保前會浪費嗎？趙委員銘圓有關臨時提案的新藥、新科技都很貴啊，會因部分負擔不可能浪費。

傅主任委員立葉

請古委員博仁。

古委員博仁

一、各位委員，大家好，我想針對這個問題，大家也各有各的一些想法，但是以社區藥局跟藥師公會的整個調查大概來講，因為台灣的醫療太方便，就醫也相當方便，我們的就診率是美國的 2、3 倍，為什麼？因為方便嘛！但是當民眾拿到藥的時候，為什麼會丟棄？我們大概詢問民眾，第 1 個可能是他忘了吃，第 2 個可能是產生副作用造成他吃了之後不舒服所以不吃，第 3 個可能是吃了慢性病的療效不是很明顯，左鄰右舍、三姑六婆又告訴他去找其他醫療院所，這些重重疊疊的部分就導致很多浪費，藥只有忘了吃，不會多吃，在使用者付費的觀念部分，我也認為這是對的，但是增加這些錢真的能夠解決問題嗎？我不相信，我認為 2、3 年以後同樣的問題又丟出來，怎麼辦？剛才有委員在談的部分，我認為是結構出了問題，所有醫療院所如果把藥價差拿掉，他們能不能生存？我相信他們應該不能生存，當他們不能生存的時候，就會用其他方式來彌補收入，受害是民眾，民眾知不知道這個藥我該不該吃？我認為我們的健保今年已邁向第 23 年，真的很不容易用這麼少的費用能夠照顧這麼多的民眾，現在民眾生病從來不需要考慮費用的問題，但是健保要永續，我們要認真考慮改變結構，包括大幅提高醫師診療費，微調其他專業人員薪資(專業服務費)，讓

更多費用能夠公開、透明，這才是民眾之福。

二、很多民眾需要教育，有沒有去教育他，沒有嘛，很多他就醫的觀念需要去導正，我認為在健保 6 千 6 百億元中，真的沒有看到一部分去編列教育費，民眾是需要教育，很多費用和支出都是在觀念的問題，就算今天費用能夠收了 46 億元左右，我認為健保署應該在教育民眾部分編列一些經費，以改變就醫觀念。即使本案通過，老實講我也不認為就能解決問題，只是暫時將問題延後。再者，我們也要考量許多經濟弱勢族群，及全民收入倒退的狀況，我認為以教育導正就醫及服藥觀念才是最重要的。

三、再次拜託，在結構部分，應該讓更多醫療院所得專業給付，不要靠其他費用補貼。中國大陸去年 4 月即已宣示零藥價差政策，我們卻始終都不敢跨出這一步。若結構不改變，未來許多問題依舊無解。讓健保長治久安，才是人民之福。謝謝。

傅主任委員立葉

多數委員對本案已有共識，是否容我進行總結。委員還是要發言，那就先請張委員清田、陳委員亮良、何代理委員語。

張委員清田

一、發言之前可能要向周執行秘書借頂安全帽，因我左右的委員都表示反對，但我是贊成的。我擔任本會委員 1 年多，發現健保經費從 2 千多億元到現在 7 千多億元，每年約 4% 的成長，20 年後可能要到 1 兆 4 千億元，實在嚇人。我們的人口在減少，繳納保費的被保險人也越來越少，我身為會計師最瞭解，台灣的公司越來越萎縮，大的變小，小的消失，新成立公司越來越少。我不知將來保險費要由誰繳納？不知該怎麼辦？

二、依健保法規定，藥品部分負擔本就應計收，翻遍健保法沒有規定慢性病連續處方箋可不收部分負擔，顯然當初不收必是政策決定。既然如此，我認為本案提健保會討論實無意義，應由部長逕行裁決。以前必是為討好選民決定免除，本會並無權力決

定。

三、本案計收金額不大，頂多 200 元。或許很多窮人出不起，陳委員亮良兄來自雲林偏鄉地區，我也住宜蘭大同鄉，夠偏遠了吧！當地窮人也很多，但我認為偏鄉地區依健保法規定均可免除部分負擔，至於其他多數人應負擔得起。免除項目浮濫造成健保收支短絀，二代健保雖累積大量安全準備，但 2、3 年後又將用罄，若再來三代、四代健保，國家還有希望嗎？大家都盡量不繳費，變成沒有是非可言。照理說，我是付費者代表，不應講這種話，但我來 1 年多，發現健保根深蒂固的問題所在，若大家都不願付出，我不知台灣醫療要何去何從。

陳委員亮良

- 一、我認為這種說法太離譜。醫療費用不斷成長，部分負擔更加成長，若再計收這 40 多億元，健保藥費負擔更重，最後也是花掉而已，藥品用到哪裡？有無節省？這是很矛盾的。我堅決反對 2 案併陳，因為委員有共識，慢性病連續處方箋不能收取部分負擔。
- 二、大量藥品浪費有何證據？有委員當場看到嗎？看到請舉手。有看到 193 公噸丟棄藥品的請舉手，有嗎？僅憑媒體報導，就要向台灣 2,300 萬人民收費。慢性病連續處方箋真是造成台灣藥物濫用的元兇嗎？感冒重複就診也所在多有，他們也有繳納保費呀！千萬不要將罪名加諸慢箋病患身上，因慢箋疾病多是高血壓、糖尿病，必須依靠這些藥物維繫病患生活和性命，卻還加收部分負擔，造成其經濟負擔，這是很嚴重的問題，民眾都快吃不飽了。
- 三、安全是人性需求的第 2 階段，第 1 階段是生理上的溫飽。我們在訪視時發現，有些人連 50 元都付不起。我認為問題出在醫藥分業，如何使藥師及醫師之間權力平衡很重要。我也很怕西藥有副作用，所以長期以來，我都吃中藥。所以，我在此特別強調，堅決反對兩案併陳，因為總額協商達成率才 18%，未達

成率高達 82%，還須送請部長裁決，犧牲的是付費者和台灣人民。所以，我贊同趙委員銘圓的提案，堅決反對收費，且不可 2 案併陳。

傅主任委員立葉

請陳委員放心，這是政策諮詢，不會 2 案併陳。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

- 一、建議健保署立即執行，要求所有藥袋按其大小 10 分之 1 加註警語「按時用藥，不應浪費藥品」，藥師在交付前要向病患複誦一遍，這是我認為健保署現在就可執行的事情。
- 二、藥品浪費是必然的，不是偶然的。我昨天去拔牙，醫師開給我 3 種藥，分別是消腫、消炎和止痛，他說若不痛就不用吃。我到現在都不痛，這些藥是要送回去還是丟掉？像這麼簡單的治療，都要浪費 9 顆止痛藥，他還交代 5 天份的抗生素都要吃完，若無腫脹，則可不吃消腫藥。
- 三、我們的醫事條件需要更改，目前世界醫學會已公告，60 歲以上正常血壓的收縮壓提至 150 mmHg、70 歲提至 160 mmHg，80 歲以上就不用管了。世界醫學會認定 150 mmHg 是合理的，為何我們要限制在 140 mmHg 以下？這涉及醫療規則，請衛福部重新檢視世界標準。世界標準在改變，為何我們限制那麼多？依據我看到的資料，還有其他部分也都有調整。

傅主任委員立葉

請蔡委員登順。

蔡委員登順

藥品是經醫生診斷開立給病人的，而不是病人要求的，所以有浪費怎可懲罰病人呢？所以，慢性處方箋再向病人收費，病人何辜？因此，我支持趙委員銘圓的提案。

傅主任委員立葉

請周委員麗芳。

周委員麗芳

- 一、本案經過許多討論，我較期待衛福部或健保署針對健保財務面，就短期 1、2 年內，預計將增加民眾負擔或給付面調整部分，讓委員了解全貌。否則，今天為了 40 億元在此討論很久，可能經過 1、2 個月，部裡又端出另一項方案。委員在判斷時，需要了解全貌，才能衡量公平性。
- 二、主席提到這項政策是諮詢我們的意見，最後決定權還是在部裡，但從今天的討論，就可知道未來在論述部分需要再加把勁。提案的論述是使用者付費，但剛才多位委員也提到公平性問題，因全民健保在重分配上，包括財富重分配、健康重分配及世代重分配，但因慢箋多集中在老人部分，一定是有病才需要慢箋，所以，如何論述讓本案的 40 多億元在徵收過程中，能夠讓民眾接受，因為最高的藝術就是拔鵝毛，而不讓鵝叫，但在委員這邊就已經叫了，更遑論到民眾那邊，應再思考如何論述讓大家願意掏錢出來。
- 三、我要強調配套措施，剛才多位委員提到，若面對民眾是偏鄉或貧困確實付不起時，我們該如何解決這些問題？應先想清楚相關配套及論述後，再端出政策，才有可能被接受。

傅主任委員立葉

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、聽了大家很多的意見，首先非常感謝大家對我 10 多年來，一直提倡教導民眾改變就醫及用藥習慣之改變，今天多位委員都提到此事，很感謝你們大家對此點的支持。我認為健保從 1 千多億元，到現在將近 7 千億元，我們必須深思。幾年後只剩 49% 的嬰兒、青壯人口，要扶養 51% 老年人口，大家有無考慮到這個嚴重的問題。我完全了解張委員清田的發言，現在的工廠不願讓工人加班，員工的保費也會減少，而員工要向工廠要求 3 倍的加班費。勞資雙方仍為一例一休產生嚴重的落差問題。我要在此提出，希望大家深切了解，民國 88 年開始實施

慢性病連續處方箋，是否有違健保法規定？需要審慎考量，子法規不能逾越母法規定，若有逾越，則本會沒有資格討論此事。

二、我認為大家爭論的問題應依法行政，這是非常重要的。前幾天有人發表文章說，藥品浪費是台灣百姓、經濟、產業及健康的嚴重威脅。他所提出的浪費重點不僅是慢箋，還有其他包括感冒、死亡剩餘藥品，也都寫得很清楚。我認為我們要嘔心瀝血地思考這些沈重的問題。

三、剛才也有委員提到，大陸到去年就已零藥價差。坦白說，我上週都在中國大陸，我也去詢問藥價，某項藥品價格與我們的健保價格一樣。請問大家中國大陸有無藥價差？中國大陸還是有藥價差，最主要的問題如剛才葉委員宗義所說，大醫院買的藥品多，但藥價差高；小醫院、小診所和藥局買的藥品是少，藥價差就短了。所以我們每一年的藥價調查到最後的結果，都調查不到(事實)，這講起來我們副署長就坐不住了，感覺又要燒到他的樣子，藥價調查之後，結果他降下來的價格，比賣給地區醫院和基層診所和藥局都便宜，這樣的調查有沒有確實？完全不確實！所以早上我為什麼要強調，要用各層級的數量(絕對數據呈現)，早期我就一直要推動多重藥價基準，但是你們健保署到現在都沒去做，這樣你們是違背老百姓的意願，你們真的是要檢討的一環，真的要深深的考量。

四、我要向各位說明一點，中國大陸對外宣示沒有藥價差，under table 發生很多問題，就發生在這個月，有某個單位叫做紀監委，專門在調查清廉度，發現光一個藥廠有一個藥品，那家藥廠送某位醫師到國外去開會，送給他商務艙的座位，結果商務艙座位的價格是 5 萬塊人民幣，至於前述藥品在那家醫院賣了該單位 72 萬人民幣，結果那個醫師就接受很嚴重的懲處。大陸不是沒有懲處，懲處的情事發生時，有人跳樓自殺，也會有人從院長被降級為一般醫師，不是沒有懲處，是有的！

五、在此我要講到台灣的藥價差是發生在哪裡，也跟各位委員報告主要的問題在哪裡，我是感覺上，在這裡有幾個建議：

(一)第一，教導教育民眾使用藥品的規範和使用量超過的時候，可能會產生什麼後果。都沒有去教導是不行的，我們不能只要求健保署去教這些東西，先不提愛滋病的事情，先講國健署拿了 20%菸品健康捐的錢，他們難道不用去教育嗎？大家應該要求國健署出來教導。

(二)第二，你對於管理醫療院所的藥品費用，尤其大醫院藥價差最大，要嚴格調查，到底你要調查到什麼程度，而且你的每個年度藥價調查之後，不能產生很多藥品買的比健保支付價還貴的情況，尤其很多地區醫院、藥局，都買的都比健保支付價還貴。包括我們買的安全針具，都是買的比健保署支付價還貴。

(三)第三，要用大數據的分析，開藥醫師到底你是開多少品項，大數據來分析，分類其合理化，可以用跑出來的資料。

(四)第四，健保署應該每個月或每季公開，開立處方箋的相關統計數據，向我們這些委員報告。

(五)第五，剛才我講過的，就是一定要教導民眾，還有醫療院所，還有健保署的責任和義務，要去落實的，就是要去督導醫師為什麼要開那麼多藥，是不是從中有什麼因素，大家要去瞭解。

六、所以種種原因探討起來，我是感覺上台灣的健保，我們是全民健康保險不是福利保險，但我們所走的路線是全民福利保險的制度，這是不對的，應該要走全民健康保險，不是全民福利保險。最後，我要求的一點就是應該落實使用者付費，如果無法達到這目標及理想的話，建議一定要列入記錄，建議案就是落實健保法第 43 條來立即執行。

傅主任委員立葉

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、節省討論時間，在此請健保署提供資料。第一，請提供使用 2 種以上慢箋之人數，包含使用 2 種、3 種甚至 4 種慢箋的人數。因為健保署說，只會增加使用者一、兩百元的負擔，可是若使用 2 種慢箋的話，就會變成 400 元。目前手邊沒有此類數據，實需參考。
- 二、我想大家都不希望健保藥品浪費，但健保署僅提供藥品浪費數據，卻未分析或呈現造成浪費的原因，這是很不應該的，我想可能多為重複開藥、藥效副作用或還有其他因素等，應該都要臚列清楚，讓大家知道真正的原因是什麼。
- 二、本會委員有很多人屬於 3 師(醫師、律師、會計師)的其中 2 師(醫師、律師)，都屬於高所得族群，需進一步思考的是，目前雖然使用慢箋多為老年人，但我們有很多會有錯誤的觀念，認為這只是老年人的問題。但其實需要想想，現在年輕一代的薪資結構，剛進去工作只有 3 萬，跟台灣 15、20 年前剛進入職場的薪資結構 3、4、5 萬，幣值已經差很多。但目前生病的都是老人，老人軍公教退休金又被砍，相對來說，要靠下一代去照顧的比例變高了，但我想年輕一代薪資不高、還要去照顧老一輩是是非常困難的。所以健保法第 43 條相關規定，當初訂定的立法目的，就是為了使多數的中下階層的人，能夠就醫無礙。
- 四、台灣貧富差距真的是非常大，收入前 10% 的人可能佔了台灣一半薪資以上，剩下 90% 的人，薪資都在平均值以下，因此連軍公教都只能變成中產階級的下面一點點。因此就本案議題，我想這個部分應該要更慎重的考量。

傅主任委員立葉

最後請健保署再補充說明。

劉副組長玉娟

一、首先謝謝各位委員提供本署很多建議，不管是支持、或是請本署再行補充資料，本案原來的用意是基於法規，也就是部分負擔是權利義務的均衡，委員也提醒本署需要再補充相關資料，我們會攜回再行綜整。

二、另外對於趙委員提到，藥品回收量 193 公噸等相關詢問，原本署委託進行之調查資料僅就區域醫院以上，未包括所有醫院，故須推估全體醫院的數量。各位委員所表達的意見，我們會彙總向上陳報裁示。

傅主任委員立葉

戴組長雪詠表示想要補充說明，請說。

戴組長雪詠

剛才委員詢問為何健保署算出來丟棄藥品是 193 公噸，數據來自於去年 8 到 9 月調查區域以上醫院，包含 24 家醫學中心及 84 家區域醫院，回收 1 個月是 5.8 公噸，乘以 12 個月，一年就是 69 公噸；但我們另有個研究調查顯示，只有 36% 的民眾會到醫院去丟棄藥品，69 公噸除以 36% 之後，就變成 193 公噸。

傅主任委員立葉

綜合大家的意見，做以下決議，看大家是否同意：對於健保署所提「慢性病連續處方箋比照一般處方箋收取部分負擔案」，委員有不同意見，鑑於多數委員對於方案仍有疑慮，請健保署參考委員意見，進一步研議評估有無其他更好作法，或研擬更周延的配套措施，再行推動。這樣可以嗎？(委員表示：可以)

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

耽誤一點時間，剛有委員講到衛教問題，這很重要，教導民眾如何使用藥物，既然要教這件事，用藥過量會有影響或副作用，我認為這個任務要給一些錢給藥師，民眾拿處方箋來領藥時，讓社區藥師順便給民眾警告一下，一張處方箋給藥師 10 點的衛教費用，讓他

們有機會來教育民眾，例如副作用交替過程的藥理，希望這部分也能納入，這樣民眾才會了解。

傅主任委員立葉

接著進行討論事項第三案。

郭委員錦玉書面意見

有關處方箋加價問題，主要的問題是醫師要跟患者溝通用藥知識，一次開 3 個月慢性處方箋，用藥期間會遇有感冒、腸胃不適...等，就診時醫師又會開藥，有可能慢性病的藥就會停掉，這樣下來慢性病的藥就浪費了。根據統計每年回收藥物，浪費 193 公噸，沒有回收直接丟棄的不知道有多少？這是最感到浪費不捨的，我為了替健保署做宣傳，每年到各縣市縫紉工會開大會時，我都會大力宣導藥物浪費的問題，希望能研議更好應變措施，不要再浪費藥物及患者的金錢。

陸、討論事項第三案「增修『全民健康保險醫療品質資訊公開辦法』
第 2 條第 1 項第 2、第 3 款之附表一及附表二指標項目案」與會
人員發言實錄

同仁宣讀

曾專門委員玫富

一、向各位委員及先進簡要說明，本案係依「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」，本署定期檢討醫療品質資訊公開指標，所提出增修訂內容，主要包含四個部分：

(一)本署於去(106)年年中發函 38 個公協會，包括醫師公會等各醫事團體之全國聯合會、醫院協會、專科醫學會及付費者代表等相關團體，對於現行之品質資訊公開指標，請各單位惠示增修訂意見。

(二)另外本署參考美國 AHRQ 所訂之慢性腎臟病指標，從裏面挑選可用健保申報資料來統計者，並嘗試用健保資料計算，其計算結果並請腎臟醫學會、內科醫學會等相關醫學會惠示意見。各專業團體意見中，本署取其中有共識的 4 項為本案擬增訂之慢性腎臟病指標。

(三)立法委員及部分付費者代表團體，對於藥局的品質資訊公開指標非常關切並要求增訂，所以本署業於本(107)年 1 月 30 日邀請病友團體和相關專業團體與會討論。

(四)各總額研商議事會議亦對其品質確保方案持續增修訂品質指標。例如，牙醫部門今年就增訂「牙周病統合照護計畫後之追蹤治療率」；透析預算亦增訂「鈣磷乘積」指標，以呈現控制良好之比率。

(五)另，中醫師全聯會於本年 4 月來函本署，建議刪除「使用中醫師門診之癌症病人同時利用西醫門診人數之比率」指標，主要理由為，目前中醫西醫合用已是未來趨勢，一定會持續鼓勵，而且本項指標也沒有所謂的正向或負向，也未有較深刻的專業品質意涵，故建議刪除。

二、本署也在 106 年 11 月已邀請各個專業團體及付費者代表團體，一起開會達成共識。綜合上述 4 個部分，請參閱會議資料第 56 頁，本次增修內容包含刪除、修改及新增指標，整體性指標共計增修 10 項，機構別指標增修 14 項。另簡要說明，本次增修訂部分實質內容之指標：

(一)會議資料第 58 頁，刪除原第 9 項「門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率」，係依醫師公會、兒科醫學會及醫院協會之強烈建議，因為上呼吸道感染狀況變化很快，七日再次就診的醫療需求高，而且是正常的醫療需求，尤其是兒童上呼吸道感染的變化更快，因此建議刪除。

(二)會議資料第 59 頁，牙醫門診總額，新增「五十歲以上(含)之就醫人數」、「牙周病統合照護計畫後之追蹤治療率」計 2 項指標。

(三)會議資料第 60 頁，門診透析，新增「鈣磷乘積」指標。

(四)會議資料第 64 頁，這次特別新增「特約藥局」此一部門別，並經會議討論後，就有共識之處，新增「特約藥局雲端藥歷查詢人次比率」指標。

(五)會議資料第 66 頁，新增「慢性腎臟病」之疾病別，並新增 4 項慢性腎臟病之指標。

傅主任委員立葉

請問委員對本案有無意見？

干委員文男

沒有意見。

傅主任委員立葉

請陳委員亮良。

陳委員亮良

本案涉及各總額部門，請問各部門有沒有意見？牙醫部分有牙周病指標，中醫也有涉及癌症的指標要刪除，看看各部門是否需要發

言。

傅主任委員立葉

委員還有沒有詢問？沒有的話，就照案通過。(眾委員表示同意)

柒、報告事項第一案「『健保藥品品質監測計畫』之進度報告」、第二案「105 年健保收入超過 4 億元之醫療院所財務報告之公開情形」、第三案「投保金額高薪低報查核及成效報告」、第四案「『客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統』自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告」及臨時提案與會人員發言實錄

傅主任委員立葉

距離下午 2 點只剩下 9 分鐘，尚未進行之討論事項第 4 至 9 案，都需要花時間，建議今日會議進行到此，至於報告事項第 1 至 4 案，請委員自行參閱書面資料，如有意見，請以書面或口述方式，於會後 3 天內提供本會幕僚送請健保署提供書面說明。另有 1 項臨時提案，請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

向各位委員報告，本次會議進行中，幕僚有收到趙委員銘圓等 6 位委員提出 1 項臨時提案，係請健保署說明 2018 年新醫療科技預算執行情形及納入後預期效果，特別是新藥納入部分。另此案有 10 位委員參與連署(提案單如附，第 10 頁)，因為今日未及進行討論，建議下次會議列為優先議案。(眾委員表示同意)

傅主任委員立葉

此臨時提案就列為下次委員會議議案。請何代理委員語。

何代理委員語(劉委員志棟代理人)

主席、各位委員，我發現這 2 年來議事效率不彰，情況越來越嚴重，上個月並未完成任何討論案，今天 9 個討論案也只完成 3 個。我建議 6 月底以前，必須加開 1 次臨時委員會，把上半年所累積的提案都解決掉，否則下半年還有總額協商等許多已排定的議案需討論，希望 6 月底前把上半年的議案都處理完畢。

傅主任委員立葉

好，請幕僚評估在下次委員會議前加開一次臨時委員會，或改其他更具可行性之方式來進行。今天會議進行至此，謝謝大家參與，散會。

衛福部健保會第3屆107年第4次委員會議
議程確認現場補充資料
中央健康保險署李署長伯璋請假函

電子公文

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

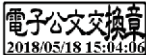
機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324
承辦人及電話：呂佳青(02)27065866轉2582
電子信箱：A110932@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國107年5月18日
發文字號：健保企字第1070037802號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：貴會將於107年5月25日召開之第3屆107年第4次委員會議，本署李署長伯璋因公赴日內瓦，不克出席，將由本署李副署長丞華代表出席，敬請諒察。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：本署署長室  2018/05/18 15:04:06

衛生福利部全民健康保險會收發



有關健保會請健保署針對 107 年 4 月份(107 年 4 月 27)委員會議與會人員發言實錄，委員請健保署補充說明之事項(議事錄 P.38-39、P.60-61、P.84)提供相關書面資料，健保署補充說明如下：

項次	委員意見摘要	健保署補充說明
1	<p>盧委員瑞芬書面意見(議事錄 P.38)</p> <p>建議後續業務執行報告在表 4 及表 5-1 分別加註醫療費用(現金實際支付數)、保險給付的定義及其係按權責發生基礎。</p>	<p>(一)已配合於業務執行報告之表 4 加註醫療費用(現金實際支付數)。</p> <p>(二)另將配合於 107 年 5 月份(含)以後業務執行報告中依委員意見於表 5-1 加註保險給付定義及其係按權責發生基礎表達。</p>
2	<p>趙委員銘圓會後書面意見(議事錄 P.38-39)</p> <p>有關「106 年度全民健康保險基金附屬單位決算」分析報告意見：</p> <p>一、決算報告第 1 頁(一)營運計畫 1.(2)「為健全保險費收繳基礎，除持續輔導國人以正確身分投保，覈實申報投保金額外……，對於投保金額低報者，發函通知投保單位逕調保險費，106 年截至 12 月底止，增加保險費收入約 15.6 億元」，請說明有多少投保單位及人數是高薪低報的？另，對於刻意高薪低報的投保單位有無相</p>	<p>(一)106 年底報逕調人數為 21 萬 4 千人、單位數為 10 萬 8 千家。按健保法第 89 條規定，投保金額以多報少者，除追繳短繳之保險費外，並按其短繳金額處以 2 至 4 倍罰鍰。</p> <p>(二)前開逕調人數約占總受查人數約 2%，足見大多數單位仍能善盡主動申報作為義務；另逕調單位 65% 為 20 人以下小規模單位，多因承辦人異動頻繁，不熟知法令或認知不明確所致。</p> <p>(三)鑑於投保單位在健保制度運作上，實為本署協力團體，本署對於投保金額</p>

項次	委員意見摘要	健保署補充說明																												
	<p>關罰則，請說明。</p> <p>二、決算報告第 2 頁(一)營運計畫 1.(4)B、「欠費催收情形：(A)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」，請提供查封土地之明細表供參考。</p>	<p>申報作業採輔導為主，罰鍰為輔，並自 107 年起對疑有刻意低報之單位函知已列入追蹤稽查，如經查證低報事實，將依規定裁處罰鍰。</p> <p>有關北、高二市政府欠費經移行政執行，及分別查封 2 筆及 49 筆土地如下：</p> <p>(一)臺北市府預計於 107 年 9 月全數償還該府剩餘之欠費本金 15.48 億元及利息，遭查封之 2 筆土地，經行政執行署臺北分署於 107 年 1 月撤銷查封登記。</p> <p>(二)高雄市政府欠費遭查封之 49 筆土地明細資料如下：</p> <table border="1" data-bbox="890 1144 1426 1951"> <thead> <tr> <th>區段</th> <th>筆數</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>苓雅區</td><td>13</td></tr> <tr><td>小港區</td><td>1</td></tr> <tr><td>燕巢區</td><td>1</td></tr> <tr><td>新興區</td><td>1</td></tr> <tr><td>左營區</td><td>2</td></tr> <tr><td>楠梓區</td><td>1</td></tr> <tr><td>鳥松區</td><td>1</td></tr> <tr><td>路竹區</td><td>1</td></tr> <tr><td>三民區</td><td>2</td></tr> <tr><td>前鎮區</td><td>16</td></tr> <tr><td>岡山區</td><td>9</td></tr> <tr><td>大寮區</td><td>1</td></tr> <tr><td>合計</td><td>49</td></tr> </tbody> </table>	區段	筆數	苓雅區	13	小港區	1	燕巢區	1	新興區	1	左營區	2	楠梓區	1	鳥松區	1	路竹區	1	三民區	2	前鎮區	16	岡山區	9	大寮區	1	合計	49
區段	筆數																													
苓雅區	13																													
小港區	1																													
燕巢區	1																													
新興區	1																													
左營區	2																													
楠梓區	1																													
鳥松區	1																													
路竹區	1																													
三民區	2																													
前鎮區	16																													
岡山區	9																													
大寮區	1																													
合計	49																													

項次	委員意見摘要	健保署補充說明
	<p>三、決算報告第 3 頁(一)營運計畫 1.(5)「政府應負擔健保總經費法定下限(36%)差額相關說明：C、截至 106 年 12 月底……；其餘 314 億元，將循預算程序爭取足額編列」，請說明預計何時可爭取足額編列。</p> <p>四、決算報告第 7 頁(一)營運計畫 4(1)B、「健保費補助：各級政府對特定弱勢民眾補助健保費」請說明要透過何種程序申請。</p> <p>五、決算報告第 40 頁「保險成本明細表」中，呆帳的決算數 3,968,141,737 元較預算數 3,903,681,000 元，增加 64,460,737 元，係哪個部分增加所導致，請說明。</p>	<p>有關政府應負擔健保總經費法定下限(36%)差額，截至 106 年底待撥數計 628 億元，撥補情形如下： 屬 102 年至 104 預算編列不足數計 314 億元，行政院於 107 年 1 月已撥付 76 億元，餘 238 億元預計於 107 年 7 月及 108 年 1 月、7 月陸續撥補完畢；其餘 314 億元，已依全民健康保險法施行細則第 50 條規定，於 107 年 1 月撥付。</p> <p>有關各級政府對特定弱勢民眾補助健保費程序說明如下： 特定弱勢民眾係由補助機關按月提供本署補助名單；亦或民眾符合資格者，依健保法法定身分類別加保，不需民眾自行申請。另「設籍前經濟弱勢新住民」健保費補助係依內政部新住民發展基金辦理低收入戶及中低收入戶設籍前新住民健保費補助，由符合資格者之被保險人向本署各分區業務組提出申請。</p> <p>呆帳微幅增加係 106 年保險費查核較 105 年增加，致該項尚未繳納之應收款項增加約 2.8 億元，提列呆帳增加 0.6 億元所致。</p>

項次	委員意見摘要	健保署補充說明
	<p>六、決算報告第 41 頁「其他業務成本明細表」中，會費、捐助、補助、分攤、救助(濟)與交流活動費計 243,000,000 元，請提供各項相關金額及單位明細供參考。</p>	<p>(一)依據衛福部 105 年 10 月 7 日發布修正之「菸品健康福利捐分配及運作辦法」第 4 條第 1 項第 2 款規定略以，菸品健康福利捐徵收金額之 24.2%供罕見疾病等之醫療費用、癌症防治、中央與地方菸害防制及衛生保健之用，本署於 106 年獲配菸捐補助罕見疾病等之醫療費用定額為 2.43 億元，用於挹注罕見疾病之健保藥費。</p> <p>(二)健保罕見疾病藥費支出逐年成長，104 年 36.27 億元，較前一年成長 14 %、105 年 41.35 億元，較前一年成長 11%、106 年 53.42 億元，較前一年成長 17%，其中 106 年本項獲配經費占健保罕見疾病藥費支出之比率僅約 4.5%。</p>
3	<p>林委員惠芳書面意見(議事錄 P.60-61)</p> <p>有關提升民眾健康知能政策的落實，建議應結合國民健康署預防保健項下，及結合教育部在各教育階段健康與生命教育相關課程課綱、教材編定及教學執行，才能真的收效。</p>	<p>健保教育向下紮根為本署宣導策略一環，經查「健康與體育」、「社會」領域已將全民健保議題納入課綱，本署經審視國中、國小階段教科書編列健保議題情形，內容涵蓋珍惜健保醫療資源、分級醫療、就醫與用藥行為等等，並已提供修正建議予教育部國民及學前教育署。此外，有關教師使用之全民健保專業參考教材，亦由教育部國民及學前教育署委請國立臺灣師範大學專案計畫研</p>

項次	委員意見摘要	健保署補充說明
		修中。盼能透過教育進行多元宣導及向下紮根，以養成民眾正確就醫概念，提升民眾自我照護知能。
4	<p>王委員雅馨會後書面意見(議事錄 P.61)</p> <p>有關蔡副署長回應，第 5 項有關健保實施政策在民眾溝通宣導這一部分的費用，是由行政事務費用支出。本席想問，是不是有可能在現今預算編列不足的情況下，而導致無法對民眾宣導相關健保實施政策有全盤的規劃？</p>	<p>雖然行政經費有限，本署仍會依據每年政策宣導主題重點，妥善規劃宣導策略與選擇分眾宣導媒介，並加強運用本署新媒體等自由資源、積極尋求公益託播等，期能有效提升經費運用效益。</p>
5	<p>謝委員武吉會後書面補充(議事錄 P.84)</p> <p>藥價調查應加以修正，其中包含管銷費用，應達到合理性，而原廠與代理商中間存在的藥價黑洞，健保署應於近期就查這些藥廠及代理商之利潤、價差，對百姓才有合理的交代。</p>	<p>(一)藥價調查作業方式：本署依「全民健康保險藥品價格調整作業辦法」辦理藥品市場交易價格調查，係以健保給付事項為目的，故健保以直接銷售予保險醫事服務機構之市場最終交易價格作為調查及調價之基礎，係為實際反應醫事機構取得藥品之市場價格。因此，不論是藥廠或代理商，其直接銷售予保險醫事服務機構之資料亦屬調查範圍，惟上游藥廠、中盤商等與藥商間之交易價格，即非屬調查範圍。</p> <p>(二)藥價調查結果呈現方式：原報告中專</p>

項次	委員意見摘要	健保署補充說明
		<p>利期內各類藥品於各層級院所之價差比率即已顯示，採購量大之醫院層級，各類藥品之價差比率較高，整體價差比率係以另一層面顯示不同層級院所照護病患特性及使用藥品種類不同之差異，故原提供之資料應已能客觀顯示各類藥品與各層級之藥品採情形。</p> <p>(三)檢討支付結構：健保藥品支付制度之改變影響範圍廣泛，需審慎研議，本署曾就多種藥品支付制度內容與醫界及藥界召開會議討論，惟各界意見分歧，不同支付制度僅有少數團體支持。委員建議將列入本署研議重點。</p> <p>(四)現行規範新藥之訂價原則皆係參考國際藥價或藥理作用類似參考品之價格，且藥品成本係屬公司營業秘密，故現行僅有罕見疾病藥品或特殊藥品提高藥價建議案件或無國際藥價及類似藥品可參考之案件須請廠商提供成本資料。</p> <p>(五)全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議已有相關利益迴避原則，於出席首次會議前，會議代表須完成利益揭露聲明書之簽署，該聲明書已公開登載於本署全球資訊網。每次會議會前亦須填具「個案迴避聲明書」。</p>

詢問(委員會)日期:107年1月26日
電子郵件回覆委員日期:107年5月22日

謝委員武吉請健保署提供之「106年大陸港澳人士及無戶籍國民保險費暨醫療使用統計

附表之附件1

106年大陸港澳人士及無戶籍國民保險費暨醫療使用統計

單位:人;百萬元;千件;百萬點;%

投保類別 身分別	投保人數 (人)	保險費		醫療費用		醫療費用占 保費比率(%) C=(B/A)
		總金額 (百萬元) (A)	就醫人數 (人)	就醫件數 (千件)	醫療點數 (百萬點) (B)	
第1類						
被保險人	17,699	348.39	15,618	164.26	227.34	65.25%
眷屬	17,901	147.50	14,861	147.83	224.98	152.53%
小計	35,600	495.89	30,479	312.09	452.32	91.21%
第2類						
被保險人	3,973	47.60	3,615	43.79	66.19	139.04%
眷屬	7,484	80.59	6,017	62.28	90.97	112.88%
小計	11,457	128.19	9,632	106.07	157.16	122.59%
第3類						
眷屬	2,642	29.46	2,141	25.39	39.22	133.15%
小計	2,642	29.46	2,141	25.39	39.22	133.15%
第4類						
被保險人	4	0.07	4	0.03	0.02	24.25%
小計	4	0.07	4	0.03	0.02	24.25%
第5類						
被保險人	84	1.71	67	1.19	1.75	102.58%
小計	84	1.71	67	1.19	1.75	102.58%
第6類						
被保險人	19,412	248.81	13,057	101.21	130.90	52.61%
眷屬	15,216	180.43	10,689	109.42	176.64	97.90%
小計	34,628	429.23	23,746	210.63	307.53	71.65%
合計						
被保險人	41,172	646.57	32,361	310.49	426.19	65.92%
眷屬	43,243	437.98	33,708	344.91	531.81	121.42%
小計	84,415	1,084.55	66,069	655.40	958.00	88.33%

製表日期:107年4月19日

衛生福利部中央健康保險署製表

註:1. 資料擷取日:107年4月16日。

2. 資料來源:資料倉儲保險對象資訊檔、門住藥明細清單檔。

3. 大陸港澳人士及無戶籍國人醫療使用者醫療點數以就醫日期為分年依據。

4. 醫療點數系院所向健保署申報之醫療點數(部分負擔金額+申請點數),不含代辦。

5. 投保類別及身分別以該保險對象106年資料最後類別劃分。

106年外籍人士保險費暨醫療使用統計

單位：人；百萬元；千件；百萬點；%

投保類別 身分別	投保人數 (人)	保險費		醫療費用		醫療費用占 保費比率(%) C=(B/A)
		總金額 (百萬元) (A)	就醫人數 (人)	就醫件數 (千件)	醫療點數 (百萬點) (B)	
第1類						
被保險人	777,675	12,822.36	510,886	2,488.93	2,856.03	22.27%
眷屬	23,367	301.34	19,348	184.76	291.16	96.62%
小計	801,042	13,123.71	530,234	2,673.68	3,147.19	23.98%
第2類						
被保險人	2,249	27.28	2,089	23.36	36.19	132.65%
眷屬	5,169	58.28	4,443	47.87	81.34	139.58%
小計	7,418	85.56	6,532	71.24	117.53	137.37%
第3類						
眷屬	2,439	27.17	2,106	24.04	35.60	131.03%
小計	2,439	27.17	2,106	24.04	35.60	131.03%
第4類						
被保險人	29	0.36	14	0.09	0.07	20.61%
小計	29	0.36	14	0.09	0.07	20.61%
第5類						
被保險人	65	1.33	62	0.96	0.91	68.64%
小計	65	1.33	62	0.96	0.91	68.64%
第6類						
被保險人	36,910	470.36	25,016	165.84	262.50	55.81%
眷屬	11,950	146.37	8,902	92.20	180.72	123.46%
小計	48,860	616.73	33,918	258.04	443.22	71.87%
合計						
被保險人	816,928	13,321.70	538,067	2,679.18	3,155.70	23.69%
眷屬	42,925	533.16	34,799	348.87	588.82	110.44%
小計	859,853	13,854.86	572,866	3,028.05	3,744.52	27.03%

製表日期：107年4月19日
衛生福利部中央健康保險署製表

註：1. 資料擷取日：107年4月16日。

2. 資料來源：資料倉儲保險對象資訊檔、門住藥明細清單檔。

3. 外籍人士醫療使用者醫療點數以就醫日期為分年依據。

4. 醫療點數系院所向健保署申報之醫療點數(部分負擔金額+申請點數)，不含代辦。

5. 投保類別及身分別以該保險對象106年資料最後類別劃分。

註：有關謝委員武吉於1月份委員會議所提「承保業務內容分別呈現依親及外勞的投保、支出相關資料」，健保署於3月份回復：為使保費收入、醫療支出資料更完備，該資料預計於5月份委員會議提供委員參考。