

衛生福利部 109 年度委託研究計畫

期末報告

(自 109 年 1 月 至 109 年 11 月止)

計畫名稱：精進全民健康保險會議事效率及運作模式

計畫編號：M09P6018

研究起迄：109 年 1 月 1 日至 109 年 11 月 30 日

申請機構：國立政治大學社會科學院公共行政學系

主持人：陳敦源

職 稱：教授

聯絡電話：(02) 2939-3091#51145、51155

傳 真：02-29391144 (請附註:給陳敦源老師)

電子郵件：donc@nccu.edu.tw

聯 絡 人：蔡雅瑁

聯絡電話：0982331146

傳 真：

填表日期：2020 年 11 月 17 日

# 目 錄

計畫摘要.....	1
第一章 緒論.....	3
第一節 計畫緣起.....	3
第二節 計畫目的.....	3
第三節 研究結論.....	4
第四節 研究限制與未來研究建議.....	5
第二章 文獻檢閱.....	9
第一節 健保會運作相關政策與法令依據.....	9
第二節 理論探討之一：委員會治理.....	10
第三節 理論探討之二：統合主義.....	14
第四節 理論探討之三：公民參與.....	16
第三章 實施方法及進行步驟.....	27
第一節 研究設計.....	27
第二節 研究方法.....	27
第三節 研究流程.....	32
第四節 研究架構.....	34
第四章 比較各國相關委員會制度.....	35
第一節 日本.....	35
第二節 韓國.....	36
第三節 德國.....	38
第四節 加拿大.....	40
第五節 澳洲.....	42
第六節 小節一各國委員會之比較分析.....	43
第五章 會議（次級）資料分析.....	47
第一節 歷屆健保會委員請假與代理人出席情形.....	47
第二節 歷屆健保會委員發言和與會討論情形.....	53

第三節	歷屆健保會委員提案情形 .....	61
第四節	歷屆健保會委員與會討論重點分析 .....	65
第六章	深度訪談結果分析 .....	73
第一節	受訪者之意見表達 .....	74
第二節	委員專業性之問題與建議 .....	79
第三節	委員代表性之問題與建議 .....	81
第四節	健保會資訊公開形式及建議 .....	83
第七章	焦點座談結果分析 .....	87
第一節	議事效率問題成因及建議 .....	87
第二節	委員專業性之問題與建議 .....	88
第三節	委員代表性之問題與建議 .....	89
第四節	健保會資訊公開形式及建議 .....	89
第五節	其他有關議事流程、復議、總額協商暨費率審議效力等情形之觀察分析 .....	91
第六節	小結 .....	94
第八章	健保會議事問題之個案分析 .....	97
第一節	專業監理與議事延宕衝突之問題 .....	97
一、	個案一：「政府負擔下限 36%案」之個案背景 .....	97
二、	綜合討論：委員會議監理健保業務的作為 .....	101
第二節	復議程序與條件之問題 .....	106
一、	個案二：「建請醫院與西醫基層 106 年度健保醫療給付費用總額之 C 肝用藥專款項目經費得相互流用案」復議案之個案背景 .....	106
二、	個案三：「有關 108 年度編列 C 型肝炎藥費專款 65.36 億元不足額數，本會決議由健保署 108 年度醫療給付費用總額『其他預算』項下支應，對其他預算項下可流用項目及流用金額」之復議案個案背景 .....	108
三、	綜合討論 .....	110
第三節	專業性與互動問題 .....	111
一、	個案四：「108 年度健保總額協商計畫會前會個案背景」之個案背景 .....	111
二、	綜合討論—專業互動缺口及共識營存在與提升健保會議事的專業性 .....	112
第四節	健保會委員與幕僚互動關係 .....	116

一、個案五：「109 年第 1 次委員會議重要業務報告」之個案背景 .....	116
二、綜合討論：健保會委員與幕僚互動關係 .....	119
第五節 小結 .....	121
第九章 問卷調查 .....	123
第一節 問卷設計 .....	123
第二節 意義前測與修正 .....	124
第三節 調查執行 .....	124
第四節 問卷分析 .....	124
第十章 結論與建議 .....	163
第一節 國內外民間團體參與公共政策 .....	163
第二節 委員組成與代表性 .....	164
第三節 提升委員專業性 .....	166
第四節 會議運作情形 .....	167
第五節 資訊公開 .....	173
第六節 綜合性建議 .....	173
參考文獻 .....	177
<b>附件一</b> 歷屆健保會委員與會討論案由 .....	185
<b>附件二</b> 健保會委員專案報告案由 .....	205
<b>附件三</b> 健保會委員臨時提案、動議案由 .....	215
<b>附件四</b> 歷屆健保會委員與會提案案由 .....	221
<b>附件五</b> 歷屆健保會議題討論分類整理 .....	256
<b>附件六</b> 焦點團體座談訪談題綱 .....	283
<b>附件七</b> 深度訪談題綱 .....	284
<b>附件八</b> 精進全民健康保險會議事效率及運作模式之問卷 .....	285
<b>附件九</b> 深度訪談紀錄 .....	300
<b>附件十</b> 問卷修正摘要表 .....	310
<b>附件十一</b> 正式問卷 .....	318
<b>附件十二</b> 研究目的對應各研究方法表格 .....	331

# 計畫摘要

本計畫內容重點共有五項：

1. 蒐集國內外有關民間團體參與公共政策的方式，尤其以委員會形式運作為主，經由學理分析其優劣，提出適合國內的運作模式建議。
2. 委員組成與代表性：針對健保會委員組成代表性、委員代表團體意見蒐集及回饋方式，進行分析並提出運作方式及實作評估。
3. 提升專業協助作法：強化協助委員提升對各項議案專業度之建議作法至少 3 項，並分析其優缺點，以增進會議效能與效率。
4. 會議運作情形：
  - (1) 針對健保會委員會議運作現況，包括：a.議案提案方式與條件；b.復議及議事程序作業；c.總額對等協商；與 d.費率審議辦理情形，進行現況檢討、權責釐清與評估分析。
  - (2) 提出追蹤案件管考方式、現況議事效率不彰解決方法與改善策略。
  - (3) 由研究團隊從旁觀察健保會運作情形，提出客觀第 3 者改善意見。
5. 資訊公開：評估現行健保會委員會議資訊公開方式之妥適性。

本研究為達到前述研究目的，採取文獻蒐集、次級（會議）資料分析、深度訪談、焦點團體座談會、參與觀察（participatory observation）等非結構資料蒐集等多元方法，瞭解健保會參與者（政府相關單位、付費者、醫療提供者、學者專家等）對於全民健保會運作問題的意見與解決方法，依照政策分析的「問題分析」、「解方分析」、及「政策建議」的三合一流程，對我國健保會的運作提出改進建議。

本研究對於全民健康保險之議事效率，試圖分別透過分析各國相關審議組織作為參考，並藉由過往會議次級資料、深度訪談、焦點座談、參與觀察、過往健保會的重要案例以及問卷調查等研究方法混合學理，進行後續之討論，有「健保會委員組成之代表性」之面向，認為委員不宜再增加，且為維持良好議事效率，應以行政手段介入處理，在爭議性議題應藉由專案報告或臨時會之形式進行充分討論、各團體代表之民主機制應健全、「如何提升健保會委員之專業性」之面向應考量委員之專業性資源應從何處獲得，建議可從文官體系、委員們相互之專業性共享等內外部管道、「會議運作情形」面向，本研究在相關會議總額協商以及復議案與費率審議等皆提出本研究之建議，且針對健保會之定位，應尊重健保會

委員之專業性決議定，才能維持良好的運作、「資訊公開」面向，則建議應維持現有議事錄公開方式，日後如需改為直播方式，應經各委員同意，審慎討論之等各面向之研究建議。

**關鍵詞：**全民健康保險會、議事效率、運作模式、資訊公開、委員會治理

# 第一章 緒論

## 第一節 計畫緣起

依據全民健康保險法第 5 條規定，健保會法定任務包括保險費率之審議、保險給付範圍之審議、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配、保險政策與法規之研究及諮詢、其他監理事項等，健保會由被保險人、雇主、保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士及有關機關代表組成之，另依全民健康保險會組成及議事辦法第 2 條規定，健保會置委員 39 人。

健保會所掌業務涉及健保年度總額之分配、保險費率之審議等，業務繁雜，且有其辦理必要性與時效性，惟健保會委員類別多元且人數眾多，或許基於立場不同而有所堅持己身的想法，需要足夠的規範依據、溝通模式或技巧等，方能達成共識，以作為衛福部擬訂政策的重要參考依據，因此，精進議事效率及運作模式有其必要性，以確保健保會業務運作順暢。

## 第二節 計畫目的

本研究主要目的分為五項：

- 一、有關民間團體參與公共政策的方式，尤其以委員會形式運作為主，經由學理分析其優劣，提出適合國內的運作模式建議。
- 二、委員組成與代表性：針對健保會委員組成代表性、委員代表團體意見蒐集及回饋方式，進行分析並提出運作方式及實作評估。
- 三、提升專業協助作法：強化協助委員提升對各項議案專業度之建議作法至少 3 項，並分析其優缺點，以增進會議效能與效率。
- 四、會議運作情形：
  1. 針對健保會委員會議運作現況，包括：a.議案提案方式與條件；b.復議及議事程序作業；c.總額對等協商；與 d.費率審議辦理情形，進行現況檢討、權責釐清與評估分析。
  2. 提出追蹤案件管考方式、現況議事效率不彰解決方法與改善策略。
  3. 由研究團隊從旁觀察健保會運作情形，提出客觀第 3 者改善意見。

五、資訊公開：評估現行健保會委員會議資訊公開方式之妥適性。

### 第三節 研究結論

本研究對於全民健康保險之議事效率，試圖分別透過分析各國相關審議組織作為參考，並藉由過往會議次級資料、深度訪談、焦點座談、參與觀察、過往健保會的重要案例以及問卷調查等研究方法混合學理，進行後續之討論，有以下四個面向之研究建議。

首先，針對「健保會委員組成之代表性」之面向，現行健保會委員以過多，不可再繼續增加，議事狀況常出現委員發言比例不均之現象，建議應以行政手段處理；而健保會會議主委主持會議技巧應兼容考量議事規則與人際關係；另外在某些爭議性議題常導致健保會議事效率不彰，應透過專案報告或召開臨時會進行充分討論，而不壓縮其他議案之審議時間；最後是，健保會係奠基於統合主義之精神下，各代表團體內部民主機制應健全化。

其次，如何提升健保會委員之專業性，專業性資源又該從何處獲得，建議可透過健保會文官體制內之既有專業，定期進行內部盤點，讓委員們知道哪裡有問題應怎麼尋求協助；進而健保會應擴大尋求外部專業性諮詢，某些團體可能由於資源不足，健保會可適時提供委員們資源，在相關高度專業性議案前，為委員們提供專業性諮詢建議，亦可透過委員們相互間學習，健保會委員由不同利害團體所組成，其具備不同方面之專業性，可邀請各代表委員提供相關資源，進行跨領域學習。

再者，針對會議運作情形，可能出現議案過多之情形，或不符合健保會主題，應與委員們確認相符後，方才針對議案在委員會進行深入討論，另外針對復議案之狀況，復議案雖有提起之法源，然而如過度頻繁提起復議案，將可能造成健保會長期審議正當性之傷害，在總額對等協商中，多數協商不成功在於醫院醫療費用總額，如日後健保會引進多數決之審議決議定方式，總額對等協商不宜採用多數決之方式來進行，健保會費率審議的關鍵在於資訊正確性及取得的時間，建議費率審議中委員發言時間在計時的限制可稍微放寬，也可透過費率審議之會前會等方式，讓委員有足夠的時間充分表達，而在追蹤案件管考上健保會幕僚可強化議案生命週期之管理，在健保會會議權責之釐清下，本研究認為不論立法院透過何種管道施壓健保會，仍應透過健保會上級單位－衛生福利部，方可到健保會裡，



因為健保會根據目前《全民健康保險法》在架構上如為衛福部之內部單位，進行審議討論，最後，無論如何仍應尊重健保會委員們專業性之決議定，否則將可能破壞現有健保會之平衡運作。

最後是健保會資訊公開，建議應維持現有議事錄公開方式，日後如需改為直播方式，應經各委員同意，審慎討論之。

#### 第四節 研究限制與未來研究建議

本研究對於全民健康保險會的議事效率的分析與建議，有下面三個根本性的研究限制。

首先，決策正當性的限制：任何合議制的組織，其正當性的來源之一就是參與者自主決定相關議事規定，也就是說，參與者必須「自律管理」，這個原則不論單從行政效率來的改革想法，或是民主審議的價值提升的意圖，都必須受其限制，當然，這限制也及於包括本研究所提出的任何議事規範的改革建議；

再者，健保會由於基於統合主義的價值，以團體利益代表的方式組織，成員不但背景複雜，自我期待與角色也有顯著差異，再加上各團體代表性選擇機制的良莠不齊，導致委員與會時的被課責性不一，因此，對於委員應該或不應該做甚麼標準很難齊一，因此，議事管理如涉及行為表現部分，比方說，發言內容的長短，很難有一致性的共識；

最後，由於健保會兩會合一之後，協商明顯凌駕監理功能，任何議題討論都可能與委員所屬團體的利害相關，而政務系統（行政領導與立法機關）的介入也日趨積極，因此，以行政層次的議事規則的管理來增進會議效能的價值，不論從政治可行性與共識的可能性來說，都是受到限縮的。

當然，從本研究的多層次資料蒐集的結果來看，健保會各方參與者對於其基本功能有一定的正面看法，不過，對於議事規則的影響與重要性的想法並不足夠，因此，未來相關的研究建議，有三個方向可以討論。

第一，委員團體代表性選擇機制的評估研究：本研究發現健保會的統合主義精神如果需要精進，最主要的關鍵點在於推派代表的民間團體，其內部代表性產生機制的有效性，是否真能達成統合主義的相關要求，因此，代表團體內部民主機制的成熟度與完整性也是一個未來可以研究的議題。

第二，健保會專業不對稱的舒緩機制研究：行政幕僚的專業支援問題的背後，可以討論專業支援的有效性與內容的問題，也就是說，關於委員會治理的專業不對稱，行政上要如何從資訊、制度流程、以及行政支援機制上進行研究與重新設計，是一個未來可以進深研究的領域。

第三，委員會行政管理資訊的建構與分享研究：健保會的行政效率如果每位委員都應關心，則應該始針對議事管理相關建構效能與效率指標，從目前的各種會議紀錄資料中，統計整理出與議事效率相關的資訊，提供委員參考，以求議事效率提升的共識，此乃另一個可投注心力的研究場域。

期末預定完成工作項目 (請依原填報內容逐項說明)	細項工作項目	自評 (簡述實際執行情形)
蒐集國內外有關民間團體參與公共政策的方式，尤其以委員會形式運作為主，經由學理分析其優劣，提出適合國內的運作模式建議。	針對德國、加拿大、日本、韓國等各國健保委員會運作制度現況資料，制度跨國比較與理論探討。	目前已執行完成
委員組成與代表性：針對健保會委員組成代表性、委員代表團體意見蒐集及回饋方式，進行分析並提出運作方式及實作評估。	1. 文獻分析找出代表性的相關研究進行統整分析。	目前已執行完成 已將代表性文獻在委員會治理中呈現
	2. 針對會議資料進行各類參與委員的行為與認知分析。	目前已執行完成 已整理過去第一至第四屆健保會發言和討論情形，並進行問卷調查分析
	3. 從現場參與資料中尋找可能問題與解答。	目前已執行完成 本研究團隊迄今已參與九場
提升專業協助作法：強化協助委員提升對各項議案專業度之建議作法至少 3 項，並分析其優缺點，以增進會議效能與效率。	1. 從焦點座談當中了解目前幕僚作業的細節以及影響專業性的因素與問題。	目前已執行完成
	2. 次級資料分析尋找健保會中專業互動的缺口，並且以個案的方式呈現。	目前已執行完成
	3. 從焦點座談內討論提升專業的作法。	目前已執行完成
	4. 從參與觀察中多角度觀察相關問題與思考可能解答。	目前已執行完成
會議運作情形：	1. 從深度訪談中了解各種健保會任務的決策參	目前已執行完成

期末預定完成工作項目 (請依原填報內容逐項說明)	細項工作項目	自評 (簡述實際執行情形)
<p>針對健保會委員會議運作現況，包括：(1) 議案提案方式與條件；(2) 復議及議事程序作業；(3) 總額對等協商；與(4) 費率審議辦理情形，進行現況檢討、權責釐清與評估分析。提出追蹤案件管考方式、現況議事效率不彰解決方法與改善策略。</p> <p>由研究團隊從旁觀察健保會運作情形，提出客觀第 3 者改善意見。</p>	與問題與可能解答。	
	2. 從會議資料中尋找(1) 議案提案方式與條件；(2) 復議及議事程序作業；(3) 總額對等協商；與(4) 費率審議等討論的專業性與效率性問題。	目前已執行完成
	3. 從焦點座談當中討論健保會會議運作問題的原因與可能解方。	目前已執行完成
	4. 從參與觀察觀察前述會議開會時對於委員會三大目標的回應程度，以及從互動個案當中尋找問題與可能的解方。	目前已執行完成
<p>資訊公開：評估現行健保會委員會議資訊公開方式之妥適性。</p>	1. 從深度訪談當中了解資訊公開對於委員、健保會行政運作以及決策的影響與可能問題。	目前已執行完成
	2. 從焦點座談中獲取資訊公開的可能問題與改進作法。	目前已執行完成

(如篇幅不足，請自行複製)

## 第二章 文獻檢閱

### 第一節 健保會運作相關政策與法令依據

全民健康保險會（以下稱健保會）於 2013 年成立，依全民健康保險法（以下簡稱健保法）五條，其任務如下（請參考圖 1）：1.費率之審議（健保法第 5、24 條）；2.給付範圍之審議（健保法第 5、26、51 條）；3.醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配（健保法第 5、61 條）；4.政策、法規之研究及諮詢（健保法第 5、60 條）；5.有關保險業務之監理事項（健保法第 5 條、健保法施行細則第 2-3 條）；6.全民健康保險法所定健保會辦理事項（健保法第 5、72-74 條、健保法施行細則第 4 條）。自運作第 1 年起，均依法完成總額協定分配及保險費率審議，並建立相關之作業模式，惟部分委員對於醫療給付費用總額成長率範圍的估算精確性、非協商因素的計算公式提出質疑，以及對於財務收支連動的作法是「先決定醫療支出規模，後決定費率調整」，或是「先決定費率，後決定醫療支出規模」，有不同的看法，更重要的在第五條內，健保會在二代健保的修法改革後，將過去的費用協定委員會與健保監理委員會兩會合一之後，合併其職掌及擴大功能，並新增審議保險費率及保險給付範圍等任務，期提昇效率、落實二代健保「財務收支連動」及「建構社會參與平台」之核心精神。其運作功能與業務的重點如下：

#### 一、健保財務的收支連動樞紐：

「健保會為前項之審議或協議訂定，有減少保險收入或增加保險支出之情事時，應請保險人同時提出資源配置及財務平衡方案，併案審議或協議訂定。」

#### 二、健保會的公開透明與公民參與：

「健保會於審議、協議本保險有關事項，應於會議七日前公開議程，並於會議後十日內公開會議實錄；於審議、協議重要事項前，應先蒐集民意，必要時，並得辦理相關之公民參與活動。」

#### 三、健保會的組成與利益迴避：

「健保會由被保險人、雇主、保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士及有關機關代表組成之；其中保險付費者代表之名額，不得少於二分之一；且被保險人代表不得少於全部名額之三分之一。」

前項代表之名額、產生方式、議事規範、代表利益之自我揭露及資訊公開等有關事項之辦法，由主管機關定之。」

#### 四、健保會的決議（定）流程：

「健保會審議、協議訂定事項，應由主管機關核定或轉報行政院核定；其由行政院核定事項，並應送立法院備查。」

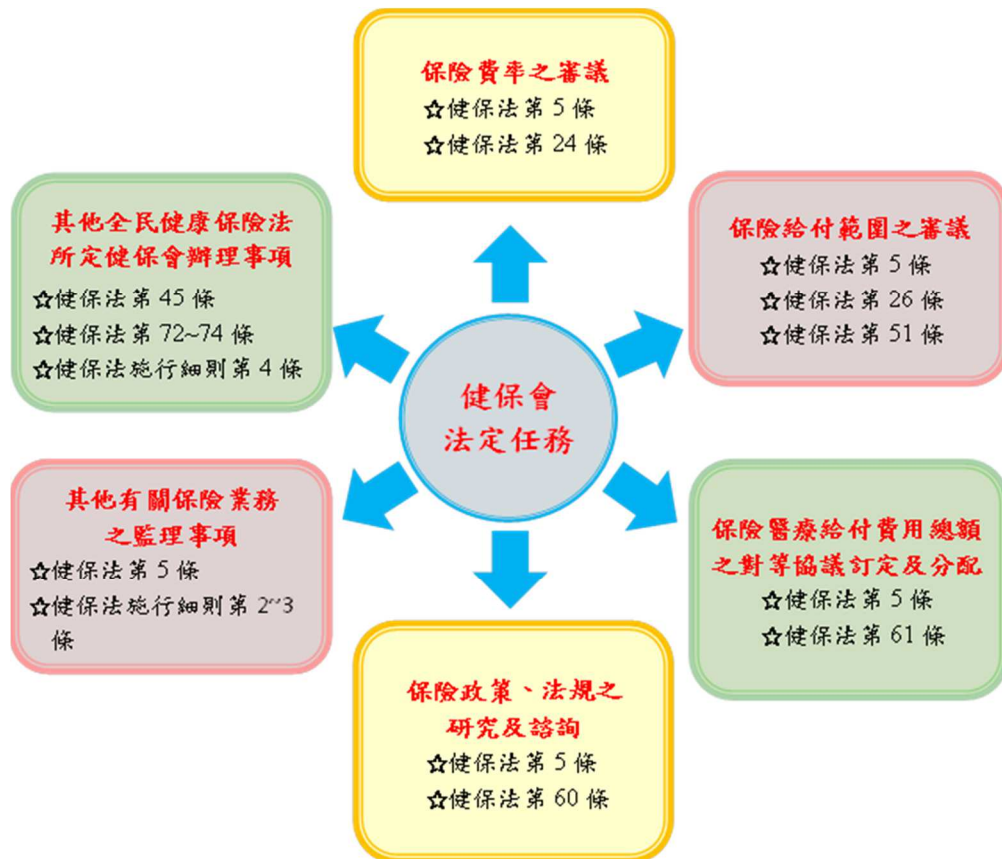


圖 1、健保會法定任務與條文列表

（資料來源：衛生福利部網站：

<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/cp-1651-16683-116.html>）

## 第二節 理論探討之一：委員會治理

健保會是一個以集體決策為主的「委員會治理」(board governance；陳敦源，2006) 關係，然對於委員會的功能和形式，仍有諸多的疑問。問題在於：這些委員會機構代表了誰的利益？他們是否做出代表公共利益的決策？是代表委任其擔任委員的行政首長的意志？或是代表了特定社會、經濟以及政治的利益和要求？也遭致了對委員會管理模式的諸多疑竇 (Corkery & Wettenhall, 1990；Mitchell, 1997)。對社會團體而言，委員會提供的是一種體制內政策的參與感，

對行政部門而言，是政策與行政合法化的依據。進言之，一方面，委員會機制的設計，會促使原本被拒絕在體制外的利害關係人，因為參與感（或稱政策效能感）的提升，導致決策較容易為社會大眾所接受，降低決策的外部成本。另一方面，委員會也有可能因為制度設計或是代表性不足的問題，導致決策成本增高，由於組成隱含強烈的妥協性質，若各利害關係人對政策效果的理解不一，也容易導致決策責任不明或是無法決策的情況，因此，目前健保會的運作，實際上需要一套合適且完整的評估機制，而這個機制基本上著眼於委員會想要達到的公共價值（public values）之間的平衡，這個價值平衡的民主治理理論框架，將會成為本研究最主要的內涵，讓我們先從價值平衡的價值開始討論。

## 一、委員會治理：多元價值的制度性調和

早在 2006 年規劃兩會合一的時候，學者就已提出政府部門委員會要運作順暢，不外乎要具備代表性、專業性、與效率性等三大目標（陳敦源，2006），因此，委員會治理所面對到的可能問題，而這三大目標也可以從三個需要調和的分析面向來理解：1.個體與集體利益調和、2.代表回應與專業責任的調和以及 3.運作效率與決策效能的調和，讓我們分別討論之。

### （一）在個體與集體利益調和：

首先，民主社會當中的公共決策，無論從實務或是學理來說，最重要但也是最困難的問題就是：「誰的意見應該被考量？」（who should be counted?），也成為公共政策專業一個亟待回答的問題。就民主理論的角度來說，這個問題不易回答的原因有三（陳敦源、劉宜君、蕭乃沂、林昭吟，2011）：第一，表面上，全民的意見完全被考慮到決策內，應該是最符合民主思想要求的答案，但因為參與成本太高，這樣的答案只能在應然面獲得支持，也因此代議民主成為同時考量決策成本與民主參與最合適的決策方式之一，也成為現代民主國家最主要的運作模式；第二，在多元主義者（pluralism）的角度來說，民主反映民主社會中權力分散與意見包容的自由價值（Miller, 1983），但尊重民意的多元與自由社會，對政府的決策而言同時也是一個雙面刃。因此，持多元主義觀點來看待民主決策，尊重民眾參與是必要的態度與程序，也反映政策過程的真實面貌，但同時也可能要考慮到決策要如何避免被利益團體挾持（Schattschneider, 1975）；第三，從菁英論（elitism）的角度來說，公共政策的決策過程，仍然受到菁英的宰制，從技術官

僚做為一種具有專業的菁英來說，可以避免一般民眾在決策過程中欠缺專業的問題。但多元主義與菁英論可能反映實際決策過程的部分面貌，而兩者的比重可能要視政策場域的性質而定。因此，公共政策的規劃與分析者，必須思考在公民參與與技術專家的對立氛圍當中，促成民主決策的可行性議題(Jenkins-Smith, 1990: 1-2)。

因此，委員會的運作最好的觀察參考對象就是立法機關，由不同選區選出來的代表們，依照其選區利益相互妥協，以此機制制定國家重大政策，因此，美國學者 Kenneth Shepsle (1992) 認為「國會」一詞是個「雙意詞」(Oxymoron)，因此，它的運作意圖同時具備國會議員個人與集體決策體的兩個概念(it & they)，而其運作最重要的制度目標是調和這兩種意圖，這樣的集體決策模式，也被許多行政機關納入而形成各種委員會的決策場域，因此，委員會機制運作的成敗，也繫於如何從制度上調和委員個人意圖與健保會集體決策體這兩造。

## (二) 代表回應與專業責任的調和：

再者，根據學者江大樹(1993)的研究，行政委員會的可以分為：諮詢協調、獨立管制、參與審議與首長執行等四類，這些被作者稱為「合議制的行政組織」，在制度設計上需要達成某些未言明的價值，比方說，羅凱凌(2016)博士的論點就認為，委員會治理的制度設計價值有代表性(representativeness)與回應性(responsiveness)兩種，當然，這兩種價值在民主理論上都是屬於「程序正當性」(procedural justification)的價值，Vigoda (2002: 527)指出，回應性只是公共管理者被動、單向地面對民眾的需要，但是新世代的公共行政，必須強調公共管理者與民眾之間，更進一步地發展出互為夥伴的「協力」(collaboration)的關係，通常是以制度的形式為基礎，協力決策的公共政策網絡，正是委員會治理的決策域。

另外，應該還有所謂專業責任端，委員會應該作出「正確(包括符合公共利益等)」決策的「認識正當性」(epistemic justification；陳敦源，2004)，這部分包括專業責任性(professional responsibility)與透明課責性(accountability through transparency)，為了是要解決委員會因資訊專業深奧難懂或是不透明(opacity)的問題；自從 Arnstein (1969) 提出「參與之梯」的公民參與階段論之後，公共事務專業對於如何設計能夠平衡專業責任與民主回應性的參與機制，產生重大興



趣；雖然回應性的並不一定需要直接民主（direct democracy）的實踐模式，但是也不能因為政府的專業獨裁，導致有名無實的「公民消極主義」(citizen passivism) 在民主政體當中瀰漫（Vigoda-Gadot, 2003:19）；因此，伴隨著 1990 年代興起的審議式民主（deliberative democracy；Dryzek, 2001；黃東益，2003）風潮，公民直接（citizen participation）參與公共事務成為近年公共行政研究熱衷的議題。

### （三）運作效率與決策效能調和：

委員會相較於由領導者決策在決策效率( efficiency)上當然後者是比較好的，只不過如果領導者偏聽，也不願花協商資源進行調和，最後作出的決策對於解決公共問題的效能（effectiveness）可能並不好，然而，公民參與雖然具有很高的規範性價值，但是實務上並非可期待的治理作為（Dahl, 1989），一方面是對民眾參與能力（competency）的質疑，有時會以官僚是否信任民眾（Yang, 2005），或是官僚組織抗拒參與的角度來討論（Kumar and Kant, 2006）。因此，除了定期的選舉之外，民主國家公共政策管理的過程中，因為民主回應性的需要，政府必須設計各種公民參與的機制，讓沒有專業但是有代表性的人民進入政府決策體系，這個趨勢讓委員會設計的效率與效能調和問題浮上檯面。

比方說，委員會規模大小正是這樣一個調和問題的核心。首先，從 E. C. Hirzy 的 *Non-profit Board Committees: How to Make Them Work?*（1993）一書中來看，學者認為委員會的人數，應當要隨委員會的目的需求與責任歸屬來選擇，若委員人數過多，有些委員會沒有參與感，若過少，又會代表性不足。再者，在 R. W. Crawford 的 *On Board：Guiding Principles for Trustees of Not-for-Profit Organizations*（1991: 13）一書中，也提及委員會的人數沒有一個絕對的標準，必須要視委員會的功能而定，但委員若超過 23 個，議事就有無效率的可能。關於委員會的大小與比例組成，並沒有一個可資借用的理論和原則（彭文賢，1996：176）。在 Mitchell（1997）的研究中，其認為委員會的人數，會與上述以身分代表制的原則所建立的委員會有正向的關係，尤其以身分代表制為主的委員會，人數大多有九人以上，且身分代表制的委員會，其建立的目標也較著重在政策制訂的功能。

進言之，政策場域專業性如何高，技術官僚或專家在決策過程的影響力再如何大，憲政民主國家中，國家行使公權力的正當性來自於民眾的同意。當行政國

家的任務，日趨龐雜與專業，以國會的議事效率，事事仰賴立法機關決定，勢必無法因應施政的需求（雷文攻，2004a、2004b）。據此，國會在許多需要專業與彈性的政策議題上，較傾向依法授權行政機關基於其專業和效率，訂定具體的實施細則等行政命令，以因應行政機關動態的決策需求。若以全民健康保險法為例，國會授與行政機關在一定的範圍內，可以調整保費費率，增加給付範圍，調整部分負擔等，這些決策大都是以委員會的形式進行。

### 第三節 理論探討之二：統合主義

隨著台灣民主化的推進，民眾的人權意識興起，相繼產生各類利害團體，在公共政策決策中，各利害關係人皆希望能夠被納入決策圈，隨之而來成為民主治理中重要的議題，早期我國健保政策納入公民參與的主要管道為費用協定委員會及監理委員會，兩會於 2013 正式整併為全民健康保險會，無論是整併前，還是整併後，委員會議的制度基本上以統合主義（corporatism）之精神運作（陳敦源、張耀懋，2012），其中最希望能夠藉由公眾政策中多方的利害關係人彼此間進行審議式的溝通，希冀凝聚社會共識，然而其中卻隱含著某些代表性問題，統合主義運作最大的問題在於代表性的問題（行政院衛生署，2004），例如：有哪些團體能代表進入健保會參與審議過程？又究竟此些代表是否能充分反應及表達所屬團體之意見（張茵茹，2015）？

然而，這些團體如何被選出具有爭議，相關的利害關係團體本身的民主化程度，這個部分對於健保會本質上統合主義的精神是有所戕害的，因為表面上的公民團體如果自身社會網絡程度不佳，最多是特定菁英的參與管道，參與決策之後無法回到社會擴散健保會的決策正當性，過去相關健保會的相關法規（如全民健康保險會組成及議事辦法）仍然無法處理公民團體民主程度落差的問題。

統合主義是國家和利益團體間的一種互動模式，介於一元主義和多元主義之間，統合主義在組織內部，進行不同利害團體之意見的整合和排除；多元主義則讓不同利害團體相互爭論和排除（Baccaro, 2003; Hunold, 2001; Molina and Rhodes, 2002）。統合主義員於國家社會主義，希望藉由合作避免勞資雙方之爭議，透過勞資代表兩方領袖，彼此協商妥協之過程，達到雙贏之結果，不同的歷史背景造就統合主義有著不同的形態，臺灣早期統合主義較屬於國家統合主義，並隨著民主化日漸轉變為趨近社會統合主義（張茵茹，2015：10），關心不同議題之利害

團體可以由下而上組織團體，而不再僅是政府由上而下的統治模式，然而對照我國健保會委員組成方式，雖各團體代表係由其所屬團體以不同方式選出，然而從法規面看遴選方式，多數是由政府遴選，團體的選擇並非如同社會統合主義由下而上挑選出來。

Lembruch (1982) 認為利益團體中介體系，應被歸類為部門性統合主義 (sectoral corporatism)，在國家總體經濟方面，則稱統合式協議。兩者差異在於部門性統合主義涉及層面較小，如針對某一同業公會；而統合式協議則影響整體的社會經濟層面，政府直接針對大型團體進行影響，而依照健保會的架構，健保委員所屬團體組織層峰代表進入委員會進行協商，其背後必須要有充分的成員意見或是下級組織的意見，請參見下圖 2 所示。

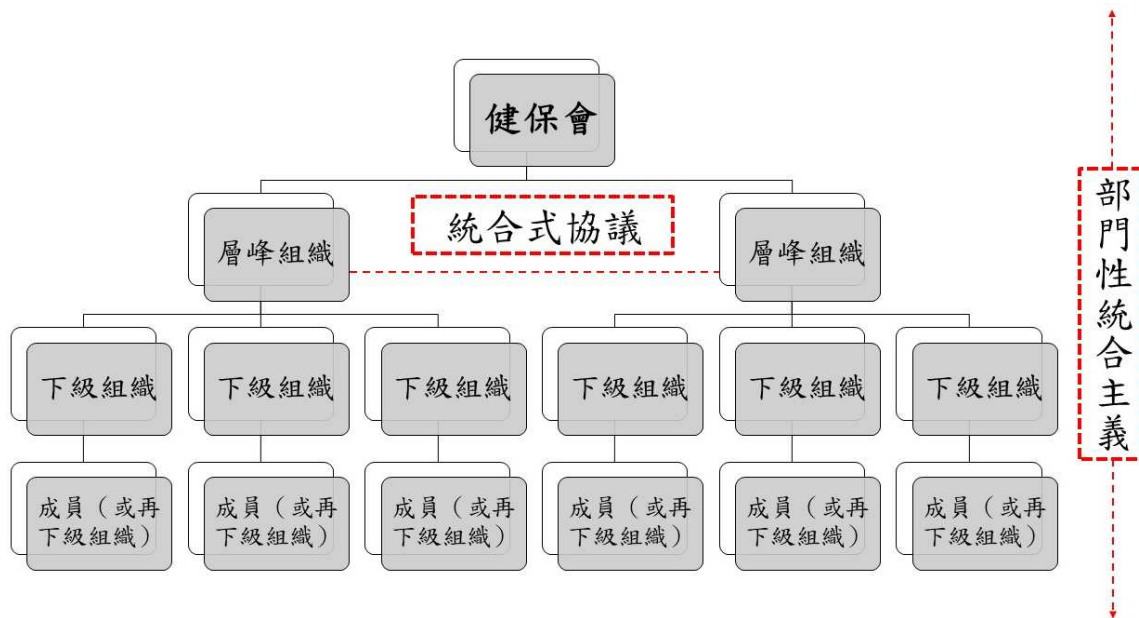


圖 2 健保會的社會統合主義

資料來源：引自 (張茵茹, 2015: 17)

我國在健保會設立制度之部分，朝向統合主義的原則進行發展的 (行政院衛生署, 2004; 陳敦源, 2012)，是由付費者代表、醫事服務者代表以及政府和公正人士三方所組成，建立政府體制內的政策協商機制，透過各代表委員們集體協商，希望取得政府、保險人、雇主以及醫事提供者的共識，並藉此強化決策正當性。

## 第四節 理論探討之三：公民參與

全民健保攸關全國民眾的就醫權益，任何變動更是牽一法而動全身，在代議制度可能會失靈的情況下，更需注重輿論與民意的動向，讓決策的內容具備社會的基礎（陳孝平，1995）。然而，除了國會的監督與組織性的社團之外，一般的民眾因對政策專業知能的缺乏，少有機會參與政策制訂的討論，由此可知民眾參與健保事務的管道與機會相對偏少，容易落入能力欠缺，無法參與的惡性循環（陳東升，2004：3）。因此，除了既有的代議政治，以及組織性的統理結構之外（陳東升，2004：4），二代健保在規劃時，為了讓公眾在決策過程中成為政策參與的主體，規劃讓非專業的公眾能夠參與健保決策的公民參與模式，這些公民參與模式包含公民會議、審議式民調、法人/公民論壇、願景工作坊，這些公民參與模式在二代健保規劃之時，都有實際操作過並歸納經驗，這些經驗的討論，對於健保會的代表性參與帶來啟示與補充，茲分別敘述如下。

### 一、健保公民參與模式的樣態

#### （一）公民會議

最普遍的參與形式，就是主張公民在參與決策時，必須有適當、充分的資訊，強化參與知能的公民會議（citizen conference）。公民會議是於 1980 年代起源於丹麥的公民參與模式，最早是用於科技政策的領域。在操作程序上，公民會議邀請不具有專業知識的民眾（在報名的人當中系統抽樣約 20 名，必須全程參與），針對具有爭議性的政策，事前閱讀相關資料並做討論，設定這個議題中他們想要探查的問題，然後在公開的論壇當中，針對這些問題詢問專家，最後，他們在有一定知識訊息的基礎之上，對爭議性的問題相互辯論並做成判斷，並將這些公眾討論後的共識觀點，寫成正式報告，向社會大眾公布，並供決策參考（林國明，2004）。

#### （二）審議式民調

審議式民主主要是透過審議式民調，來實踐精緻民意的篩檢。理論上來說，審議式民調的提出，主要是連結民主改革中互不相容的兩個重要元素：平等與審議（Fishkin and Luskin, 1999）。為了兼顧民主政治中平等與審議的兩難，Fishkin

(1995)認為我們可以採取隨機抽樣(random sampling)的方式，選取一些民眾先進行先期面訪，這些民眾會是一個社會當中具代表性的縮影，在先期面訪時，問卷中會先徵詢其後續參與小組討論的意願；繼之，從有意願的名單當中，邀集願意參加討論的受訪者，將這些民眾聚集一地，針對調查問題進行面對面的討論，而在此之前，由計畫執行人員準備相關全面性且正反面的會議資料供參，並邀請學者專家、民意代表、政府官員針對相關的議題進行對談；最後，在會後會以同樣的問卷來訪問有參與討論和沒參與討論(但有接受前測)的非參與者，藉以瞭解有參與討論和沒參與討論的立場差異。據此，審議式民調與一般的民調不同，其主要目的不僅止於預測民意，更重要的是一個實踐民主的過程，這個過程提供一個思辯的場所，嘗試瞭解在一個資訊充分以及民眾能夠審慎思考和相互辯論的理想狀況下，所呈現的民意為何(黃東益，2004)。

### (三) 法人論壇

法人論壇是二代健保規劃小組依據臺灣社會的特性，所創造的公民參與模式(吳嘉苓，2004；吳嘉苓、鄧宗業，2004)。這個參與模式最主要的目的，即是要強化法人團體參與健保決策的政策建議，因此參與的主體是以社團或組織的法人為主，這個公民參與模式最主要是為了解決臺灣社會團體尚無法充分參與健保的決策，強化健保體制外社會團體(如：未參加健保會的社會團體)的政治效能感。而法人團體這個運作模式，主要是綜合先驅性的健保公民會議(consensus conference)和審議式民調後，綜合了這兩種公民參與模式與操作步驟，將參與的與會者鎖定在法人團體。實施步驟如下：首先，邀請合適的法人團體與會，並由受邀的團體推薦代表參加論壇活動；第二，為了增進法人團體成員對議題的瞭解和提高討論的品質，主辦方要製作可讀性高的書面資料，並於會前兩週寄給每一位報名參加的人員；第三，論壇舉辦之時，先邀請專家針對會議主題進行演講，補強參與者對於相關議題的瞭解，演講完後詢答，並分組進行討論，討論之時採取審議式民調的方式進行，但結果的呈現，則是採取公民會議的作法，小組有共識，則會書寫共識意見；無共識，則分別書寫少數意見與多數意見，並將所有意見納入書面報告之中；最後，再將各小組成員匯集到大的會議廳，分別派代表提出結論報告。

此外，除了法人論壇之外，在二代健保規劃時，也透過同樣的方式以一般的公民會參與主體，籌辦公民論壇(鄧宗業，2004)，相較於法人論壇，其操作與

呈現結果的方式，更傾向於審議式民調的表達方式，在參與者的挑選上，也必須具有全國的代表性，因此抽樣的成本較高。

#### **(四) 願景工作坊**

願景工作坊發軔於丹麥科技委員會 (Danish Board of Technology)，主要的功能與目的，都是在邀請相關的行動者，針對某個議題未來的願景，依據自己的經驗與角色，進行討論、檢視願景、腦力激盪、提出相關的批判，並據以提出可行的行動計畫或方案，最後則票選最佳的方案。據此，願景工作坊操作的步驟，首先是先界定討論的議題與面向，繼之是規劃未來願景的劇本，劇本的功能與前述公民會議或審議式民主的書面資料類似，主要是做為願景發展的起點，以及工作坊討論議題的重點；第三，會議議程的設計，在二代健保中醫藥品質資訊公開願景工作坊的設計是以週末兩天為主，每組都各自邀請 12 位成員，當中涵蓋了政府代表與專家學者、醫療提供者、民間團體、一般民眾等 4 組，在第二天的會議結束前，每組歸納出 4 至 5 個具有可行性的好點子，並與審議式民調一樣，有前後測的問卷施作，並蒐集工作坊討論過程中的逐字稿，以及事後每組各別抽取 4 至 5 個成員進行深度訪談，瞭解他們參與前後態度與參與強度的變化 (張宏哲，2004)。

## **二、國內民間團體公民參與之案例**

本研究擬根據國內民間團體參與公共政策方式，擬提供日後健保會運作之借鏡，以行政院環境保護署之「環境影響評估審查委員會」以及「勞資爭議調解委員會」試比較。

### **(一) 環境影響評估審查委員會**

環保署之環評會係依照《環境影響評估法》第三條所設立，其任務包括：(1) 關於目的事業主管機關轉送環境影響說明書或環境影響評估報告書初稿、環境影響差異分析報告之審查；(2) 關於環境現況差異分析及對策檢討報告、環境影響調查報告書及其因應對策之審查；(3) 關於有影響環境之虞之政府政策環境影響評估事項之審查；(4) 依環境影響評估審查結論要求開發單位另行提報書件之審查。

環評會設置主任委員一人，由行政院環境保護署署長兼任；副主任委員一人，襄助會務，由副署長兼任，該委員會設置 21 名委員，除主委及副主委為當然委員外，有相關機關（內政部次長、衛生福利部次長、行政院農業委員會副主任委員、科技部次長及國家發展委員會副主任委員兼任）代表 5 名委員，其餘 14 名委員由主任委員就具有環境影響評估相關專業及具備實務經驗之專家學者兼任。委員任期為兩年，其中專家學者委員，續聘得連任一次。

環評會之運作模式為，根據《行政院環境保護署環境影響評估審查委員會組織規程》第六條之規定，委員會開議前得就第二條審查之書件徵詢有關委員、專家學者及相關機關、團體意見，經分析彙整後提報委員會議審查。必要時，得經主任委員核可，召開初審會議，獲致初審結論後提報委員會議審查。其中初審委員會得由委員、專家學者五人以上組成小組進行審查，並由主任委員指派一人擔任召集人。

委員會議以每月召開一次為原則，必要時得召開臨時會議，均以主任委員為主席，主任委員未能出席時，由副主任委員代理之，如恰逢正副主任委員皆未能出席之情形時，由出席委員互推一人擔任主席，開會時應視個案特性並得邀請開發單位、有關機關或學者專家列席。

其中之專家小組初審會議得視個案需要，請示主任委員，經主任委員同意後，方可就特定環境議題召開專家會議，邀請相關人民團體、目的事業主管機關或開發單位以及直轄市、縣（市）政府或鄉鎮區公所三方各推薦專家學者代表一至二人參加，與專家小組進行專業討論。

## （二）勞資爭議調解委員會

當發生勞資爭議時，勞資爭議當事人得選擇透過地方主管機關指派調解人，或組成勞資爭議調解委員會之方式進行調解。

地方主管機關遴聘之調解委員應具備以下資格：(1) 有勞資爭議調解或協調實務經驗二年以上者；(2) 曾任或現任各級勞工行政工作二年以上者；(3) 曾任或現任各級行政主管機關擔任法制工作二年以上者；(4) 曾任或現任工會或雇主團體理事、監事或專任會務工作五年以上者；(5) 曾任或現任事業單位管理職五年以上者；(6) 符合《勞資爭議調解辦法》第十三條所定調解人資格者；(7) 符

合勞資爭議仲裁委員資格者。

地方主管機關遴聘之調解委員，每屆任期為三年，調解委員任期中，有增聘調解委員之必要，地方主管機關得增聘之。

### 三、健保公民參與模式的比較

相對於投票、遊行等廣義的公民參與模式，二代健保定義與規劃的公民參與對象和模式，是指「受到決策所影響的公民或其代表，在法定的正式決策管道之外（例如全民健康保險會的參與），以平等的地位、透過公開、自由討論的過程，來形成意見，以影響決策」（林國明、黃東益，2004）。二代健保公民參與機制最原初的設計目的，主要是為了緩和行政與立法機關在決策過程中的僵局，並賦予體制外民眾或團體參與的機會，透過制度外參與和制度內參與的連結，以更周延的提升行政決策的正當性（雷文攻，2004b）。據此，二代健保的規劃小組規劃上述的公民參與機制，來解決並達成周延行政決策正當性的目標。

就發動公民參與的步驟來說，其實都大同小異，不外乎就是要先確定議題的性質為何，並決定此一議題是否適合進行公民參與，需要的話，再進一步來決定公民參與的目標為何。而進一步根據議題的性質與目標的設定，在操作上又需要注意以下幾個問題：要找誰參加？參與的密度與程度為何？希望能有何種結論產出，再依據前述的三個步驟，進一步的選擇參與的模式，並修訂過程。然而無論是何種公民參與模式，均希望能達成公開透明、自由討論，且具有結構性參與的特質。二代健保的公民參與規劃團隊，便在這樣的基礎之下，設計了以上的公民參與機制，並進一步的說明不同機制的實施步驟和比較，而實施步驟的細節部分可以參閱衛生署（2004）二代健保規劃叢書系列6：《公民參與：審議民主的實踐與全民健康保險政策》一書中的第7章，相關制度比較的部分，詳表1（林國明、黃東益，2004）：



表 1、公民參與模式的特性

特性	誰來參與				參與深度				
	參與主體	主動參與可能性	參與人數	代表性	討論機會與時間	從參與者取得資訊豐富度	提供參與者資訊豐富度	與專家/政府官員對話機會	參與者設定議題主控權
公民會議	一般民眾	主動報名，經選取後參加	20-30	稍具人口背景代表性	高	豐富	高	高	高
審議式民調	一般民眾	被動受邀	300-5000	人口背景代表性較高	中度	豐富	中度	較低	低
法人/公民論壇	法人代表/民眾	被動受邀	50-80	利益團體代表性/具人口背景代表性	中度	豐富	中度	較低	低
願景工作坊	一般民眾、利益團體、專家和政府官員	被動受邀	24-32	稍具人口背景代表性（一般民眾）和利益團體的代表性	中度	豐富	較低	最高	高
特性	意見產出			組織成本			議題特性與目標		
	是否需形成書面結論	產生形式	是否達成共識	使用經費	籌備時間	進行時間	議題技術複雜性	影響層面	解決衝突
公民會議	是	政策建議	是	100-200 萬	3 個月	7-8 天	高	影響層面廣	中度到高度
審議式民調	否	政策意見分佈	否	500-1000 萬	4-6 個月	2-3 天	中到低	影響層面廣	低度
法人/公民論壇	是	政策意見分佈/ 選擇原因	是	50-100 萬	2-3 個月	2 天	中到高	影響層面廣且 利害關係人明確	低度
願景工作坊	是	願景、方案與 態度分佈	較弱	200 萬	3-6 個月	2 天	中到低	影響層面廣且 利害關係人明確	中度到高度

### **(一) 就參與的規模來說：**

審議式民調的規模最大，最主要的原因是因為要透過隨機抽樣，因此人口背景代表性也較高，其餘的公民參與模式規模較小，對於人口背景的代表性大多初具程度而已，在法人論壇的部分，則有利益團體的代表性。據此，倘若該議題適合社會團體參與討論，法人論壇可滿足需求，而倘若需要社會整體的人口特質代表性，則可考慮審議式民調。

### **(二) 就參與深度而言：**

在討論機會與時間方面，公民會議有高度的討論機會與時間，可以充分的對議題進行深度的討論；其餘方法的討論時間與深度則為中度；至於取得資訊的豐富程度來說，四種方法皆能從參與者身上取得豐富的資訊；在提供參與者資訊的豐富程度方面，仍然是公民會議所能提供給參與者的資訊程度最高，最主要的原因是其討論的時間較久，而審議式民調、法人/公民論壇進行的時間較短，僅能得到主辦單位的書面資料與專家問答，所以參與者所能得到的資訊相對較弱；在與專家和政府官員的對話機會上，因為願景工作坊有邀請專家和政府官員與民眾一同討論政策願景與問題，所以對話的程度較高，其餘的部分對話的空間較低；而對議題的主控權上，公民會議可以由參與者自行訂定討論議題，願景工作坊是由參與者設想未來的願景，所以議題決定程度較高，但審議式民主和法人/公民論壇則在舉辦之時，已經預設了討論的主題，所以參與者對討論主題的主控權較低。

### **(三) 就意見產出觀察：**

主要差異在於是否需要形成書面結論、產生的形式與是否需要達成共識。其中達成結論的部分，公民會議、願景工作坊、法人/公民論壇皆需要形成書面結論，審議式民調主要是民意的調查與蒐集，不需要形成書面的結論；在產出的形式上，公民會議需要形成政策建議，願景工作坊則需要形成未來的願景，審議式民調，法人/公民論壇則是需要呈現不同利害關係人對意見的分佈；在是否需要達成共識方面，公民會議、法人/公民論壇對討論議題都需要形成共識，願景工作坊對於共識的要求較弱，審議式民調則沒有形成共識的需求。

#### (四) 就組織成本而言：

成本面大致可以分為操作經費成本、籌備和進行的時間。以經費規模來說，審議式民調的經費需求最高，預估可達 1,000 萬，而公民會議需要 100 至 200 萬之間，願景工作坊則需要約 200 萬，法人/公民論壇的部分較低，法人的部分約 50 萬左右，而公民論壇的部分約 100 萬；籌備的時間以願景工作坊和審議式民調最高，約需要 4 至 6 個月的籌備期，公民會議和法人/公民論壇的部分需要 2 至 3 個月的籌備期；最後，就運作的天數來說，公民會議需要的運作天數最長，大約一週的時間，其他的部分大約都是兩天就可以完成。

#### (五) 在議題特性和目標方面：

就議題的技術複雜性來說，公民會議比較適合用在技術複雜性高的議題，而願景工作坊、審議式民主與法人/公民論壇在會議當中給予的資料較為有限，因此較為適合複雜程度中等的議題，然而資訊量大與參與時間多，對於忙碌的現代人來說，同時也增加了失敗的可能性；而這四種公民參與的模式在影響層面方面，都適合討論影響層面廣闊的議題，而願景工作坊、法人/公民論壇這兩種公民參與模式，則特別適用於利害關係人或利益團體非常明確的情況下；在解決衝突的可能性上，公民會議和願景工作坊的結果會產出一定程度的共識，較有機會解決可能的衝突，但其餘的模式用意並不在於解決衝突，而是瞭解不同參與者的態度，以及背後選擇的原因，並盡可能的促成彼此間的對話。

綜合前述，不同的公民參與模式均有優、缺點，亦都有適用的議題與情境，繫於使用者企圖想要獲致何種成果。全民健保政策的決策過程強調公民參與，最重要的原因也在於全民健保是具有社會互助精神的保險制度，特別需要民眾對社會互助理念的認同，和制度合法性的支持（陳東升，2004）。為能達成此一目標，需要能增加公眾參與的機會，讓一般體制外的民眾能有機會參與健保相關議題的討論與決策，以利於全民健保政策的永續發展。惟前述參與模式較重視參與形式與程序的落實，但此一公民參與模式對於決策結果的改變程度，或是影響的程度，需要更有系統的評估。本研究期望透過健保會運作效能的評估，建立全民健保會運作的進階改善。

綜觀全民健保會的運作效能問題，從委員會治理與公民參與的相關文獻可知，

代表性、專業性與效率性等三大目標，目前的運作仍然出現問題。首先，委員會代表性的問題從監理會的時期就一直存在，主要原因可能是我國公民團體本身，二代健保改革的重要目標之一為「擴大民眾參與」，希望在制度設計上透過委員會的方式，加強社會對於健保政策更廣泛且深入的參與。

再者，委員會專業性的目標主要奠基在參與的個人能夠發揮實質決策效能，然而，代表參與除了外部結構因素外，也必須考量參與者的意願與能力。一般參與公共政策審議時，會受到教育程度、專業領域等個人背景的影響，有時菁英代表因面對專業度高的議題時，往往產生嚴重的「專業不對稱」(professional asymmetry)。專業不對稱是指參與者之間對於特定議題的理解程度有很大的差異，導致審議程序中，無法在同一層次的專業進行對話與溝通。此種失衡現象可能會造成以下狀況：(1) 就會議運作而言，專業程度不一致的參與情況，會導致會議討論無法聚焦、延遲議程，甚至相互誤解的問題。(2) 就行為者互動而言，專業程度的差異，很可能導致專業優勢者，透過對專業知識的操弄，來干預或引導專業弱勢者的決定。(3) 就決策而言，與專業的議題審議或協商，將致使決策的方向易受到專業優勢者的掌控 (鄭燕淑，2020)。

最後，健保會的效率性是所有委員會運作不得不面對的問題，只不過過去的相關研究主要是以委員會的會議紀錄分析進行討論(陳敦源，2006;劉宜君，2013等)，從會議的參與、發言的頻率、提案與審議等量化的分析，然而，委員會的幕僚作業功能(與前一項專業性的目標也有關係)、發言的規範律定(時間與內容)、會議運作的時限性與頻率等從「有限時間」前提下所進行的會議「生產力」(productivity)的分析，這部分可以透過在固定會議時間下，各項議題可以分配到的時間來討論這個問題，在時間壓力下的會議討論(比方說，放一個倒數鐘在旁邊，大家都看得見)，一方面，如果沒有其它更高的決策點，這有可能讓協商雙方產生達成共識的壓力，另一方面，有限時間的決策過程會更需要在線上(網路)或是其他方式(會前會)先進行相關協商，當然，這些評估途徑的建構，都會植基於對於健保會目前運作的參與觀察與會議紀錄內容分析之上。綜括來看，本研究從委員會治理三大目標出發，將之專化成為不同層次的價值調和問題，剛好都可以滿足本研究 RFP 所提出的目的需要，如下表 2 所說明：

表 2、全民健康保險會運作評估的概念框架

編號	委員會運作目標	制度調和的焦點	公民參與內容	RFP 目的對應
1	代表性	個體與集體利益	議程主導與流程	1 與 2
2	專業性	代表回應與專業責任	資訊流通與獲取	1 與 3 與 5
3	效率性	運作效率與決策效能	人數與主動參與	1 與 4 與 5

圖表來源：本研究。



## 第三章 實施方法及進行步驟

### 第一節 研究設計

本研究為達到前述研究目的，採取文獻蒐集、次級（會議）資料分析、深度訪談、焦點團體座談會、參與觀察（participatory observation）等結構與非結構多元資料蒐集方法，瞭解健保會參與者（政府相關單位、付費者、醫療提供者、學者專家等）對於全民健保會運作問題的意見與解決方法，依照政策分析的「問題分析」、「解方分析」、及「政策建議」的三合一流程，對我國健保會的運作提出改進建議。本研究採取質量並重多元研究法（mixed methodology），是假定任何一種資料、方法和研究者均有其各自的偏差，為有納入各種資料與方法，才能達到真正對研究問題「致中和」（neutralize）的瞭解（Jick, 1979）。再者，資料與資料之間除可做為互補之用外，對於相同利害關係人的不同研究法所蒐集的資料亦可作為資料間相互檢測可信度之目的。

### 第二節 研究方法

根據前述的研究內容，本研究採用四種研究方法，希望透過質量化並重的研究方式，尋找適當的答案。以下針對研究方法進行說明：

#### 一、文獻分析

針對日本、韓國、德國、加拿大等各國健保委員會運作制度現況資料，制度跨國比較與理論探討。

#### 二、會議（次級）資料分析

本研究將延續陳敦源（2006）與劉宜君（2013）針對健保會（監理會）的會議資料與委員訪談的方式，對於第三屆與（或）第四屆委員的會議認知與行為進行訪查，包括出席代理、提案發言、提案內容分析、以及不同類別委員認知調查等面向進行資料分析，這些資料都可以與過去的研究進行跨時比較分析。當然，更重要的，本次會議資料分析，將特別關注議事效率與效能問題的分析，包含（1）議案提案方式與條件；（2）復議及議事程序作業；（3）總額對等協商；與（4）

費率審議辦理情形，試圖蒐集主觀與客觀資料對委員會的效率性改革提出建言。

### 三、深度訪談法

針對健保會所面臨的困境，與可借鏡的國外制度及改進作法，進行學者專家、相關業務主管的訪談。前者以具有健保政策專業，長期參與健保政策，並曾擔健保行政主管、健保會之各類委員；後者包括衛生福利部、健保署、各委員會業務主管等，本次訪談的進行，將特別聚焦健保署對於健保會幕僚作業的實況與可能出現問題的地方，因此，主要問題是幕僚作業的在委員會專業性與效率性目標的協助改進措施，訪談各類人員總共 15 人。

### 四、焦點團體座談會

本研究透過學者專家、行政官員與相關政策利害人的參與，提供有利於委員會執行的資訊，規劃辦理四場焦點團體座談會。在計畫前期先舉行二場焦點團體座談會，第一場主要針對健保運作相關人員（除委員之外），兩場的會議主軸都是討論健保會運作所面臨的問題，將從代表性、專業性、以及效率性三點分別切入討論，這兩場焦點座談的目的是「發現問題」；第二場主要針對健保會相關學者專家以及公民參與領域專家，透過互動提出改善之建議；接著，在計畫中後期，舉辦一場焦點團體座談會，主要針對各種量化與質化資料統整之後所提出的政策建議進行「預評估」，邀請的對象主要包括相關學者專家以及健保會現任委員；最後，計劃完成階段，將再開一場焦點座談，邀請學者專家（最好有實務經驗），針對報告最後的政策建議，提出改進建議。

### 五、參與觀察

針對健保會下面五項議事運作進行現場觀察：(1)議案提案方式與條件；(2)復議及議事程序作業；(3)總額對等協商；與(4)費率審議辦理情形。研究團隊一整個年度的各種會議，並且事先了解會議幕僚作業內容，現場將針對當天會議在代表性、專業性、效率性、資訊公開等議題進行觀察，並且留下觀察記錄，成為後續資料分析的一環。

在資料分析方面，本研究應用質化研究中的內容分析法作為分析資料的引導



方針。內容分析法源自傳播學界，係運用一套程序，從分析的內容作有效的推論而及於背景涵義，是針對文字形式的傳播媒介進行分析的一種研究工具(王石番，1991)。因此，對於文字內容的解讀與分類，研究者依據資料的內容，將文件中的文字，或是焦點團體的訪談結果，以理論的方法歸類成很少的幾個內容類別，以客觀系統化的步驟，把文件內容所傳達的訊息加以分類統計，並根據這些分類的資料作敘述性的解釋。

## 六、個案分析

本章擬分析健保會歷年議事錄內容分析後，挑選健保會歷年來重要個案，進一步探究健保會委員會議運作現況與問題，分別進行個案背景說明、現況檢討、權責釐清與評估分析，希冀以此提出日後健保會可行之改進方案。

## 七、問卷調查

本研究針對歷年來第一至四屆健保會委員關於精進健保會議事效率及運作模式之看法，期以確保健保會業務運作順暢，由於第三四屆部分委員重複擔任，恐使母體及樣本數過小，因此針對擔任歷年來健保會之委員進行普查，預計發放60份問卷；進一步希望透過現任與卸任委員對於健保會的運作，瞭解其中有哪些差異存在，希冀提供現行健保會議事運作上之建議

在發放方式上，本研究對於第一至三屆委員擬採用郵寄問卷調查的方式，再將問卷結果以統計模型進行處理；至於第四屆委員則透過參與觀察健保會實際會議運作時，向委員蒐集已填好的問卷。全部問卷回收後，藉由統計模型作更系統性與全面性的分析，了解制度運作與人員互動的關係及影響。

下表3為研究目的、研究方法、與相對應工作項目對照表，以表格方式呈現，以收清晰明瞭之效。

表 3、研究目的、方法及工作項目表

研究目的	研究方法	工作項目
蒐集國內外有關民間團體參與公共政策的方式，尤其以委員會形式運作為主，經由學理分析其優劣，提出適合國內的運作模式建議。	文獻分析法 焦點團體法	針對日本、韓國、德國、加拿大、澳洲等各國健保會運作制度現況資料，制度跨國比較與理論探討。
委員組成與代表性：針對健保會委員組成代表性、委員代表團體意見蒐集及回饋方式，進行分析並提出運作方式及實作評估。	文獻分析法、 會議(次級)資料分析、參與觀察、問卷調查	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 文獻分析找出代表性的相關研究進行統整分析。</li> <li>2. 針對會議資料進行各類參與委員的行為與認知分析。</li> <li>3. 從現場參與資料中尋找可能問題與解答。</li> <li>4. 從問卷調查中探討委員代表性意見。</li> </ol>
提升專業協助作法：強化協助委員提升對各項議案專業度之建議作法至少3項，並分析其優缺點，以增進會議效能與效率。	深度訪談、會議(次級)資料分析、焦點團體座談會、參與觀察、問卷調查	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 從焦點座談當中了解目前幕僚作業的細節以及影響專業性的因素與問題。</li> <li>2. 次級資料分析尋找委員會中專業互動的缺口，並且以個案的方式呈現。</li> <li>3. 從焦點座談內討論提升專業的作法。</li> <li>4. 從參與觀察中多角度觀察相關問題與思考可能解答。</li> <li>5. 從問卷調查中瞭解各委員提升專業度之意見。</li> </ol>
<p>會議運作情形：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 針對健保會委員會議運作現況，包括：(1) 議案提案方式與條件；(2) 復議及議事程序作業；(3) 總額對等協商；與(4) 費率審議辦理情形，進行現況檢討、權責釐清與評估分析。</li> <li>2. 提出追蹤案件管考方式、現況議事效率不彰解決方法與改善策略。</li> <li>3. 由研究團隊從旁觀察健保會運作情形，提出客觀第3者改善意見。</li> </ol>	深度訪談、會議(次級)資料分析、焦點團體座談會、參與觀察、問卷調查	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 從深度訪談中了解各種健保會任務的決策參與問題與可能解答。</li> <li>2. 從會議資料中尋找(1) 議案提案方式與條件；(2) 復議及議事程序作業；(3) 總額對等協商；與(4) 費率審議等討論的專業性與效率性問題。</li> <li>3. 從焦點座談當中討論健保會會議運作問題的原因與可能解方。</li> <li>4. 從參與觀察觀察前述會議開會時對於委員會三大目標的回應程度，以及從互動個案當中尋找問題與可能的解方。</li> <li>5. 從問卷調查中瞭解各委員對目前會議運作情形之意見。</li> </ol>

研究目的	研究方法	工作項目
資訊公開：評估現行健保會委員會議資訊公開方式之妥適性。	深度訪談法、焦點座談、問卷調查	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 從深度訪談當中了解資訊公開對於委員、健保會行政運作以及決策的影響與可能問題。</li> <li>2. 從焦點座談中獲取資訊公開的可能問題與改進作法。</li> <li>3. 從問卷調查中瞭解各委員對資訊公開形式之意見。</li> </ol>

資料來源：本研究自製。

### 第三節 研究流程

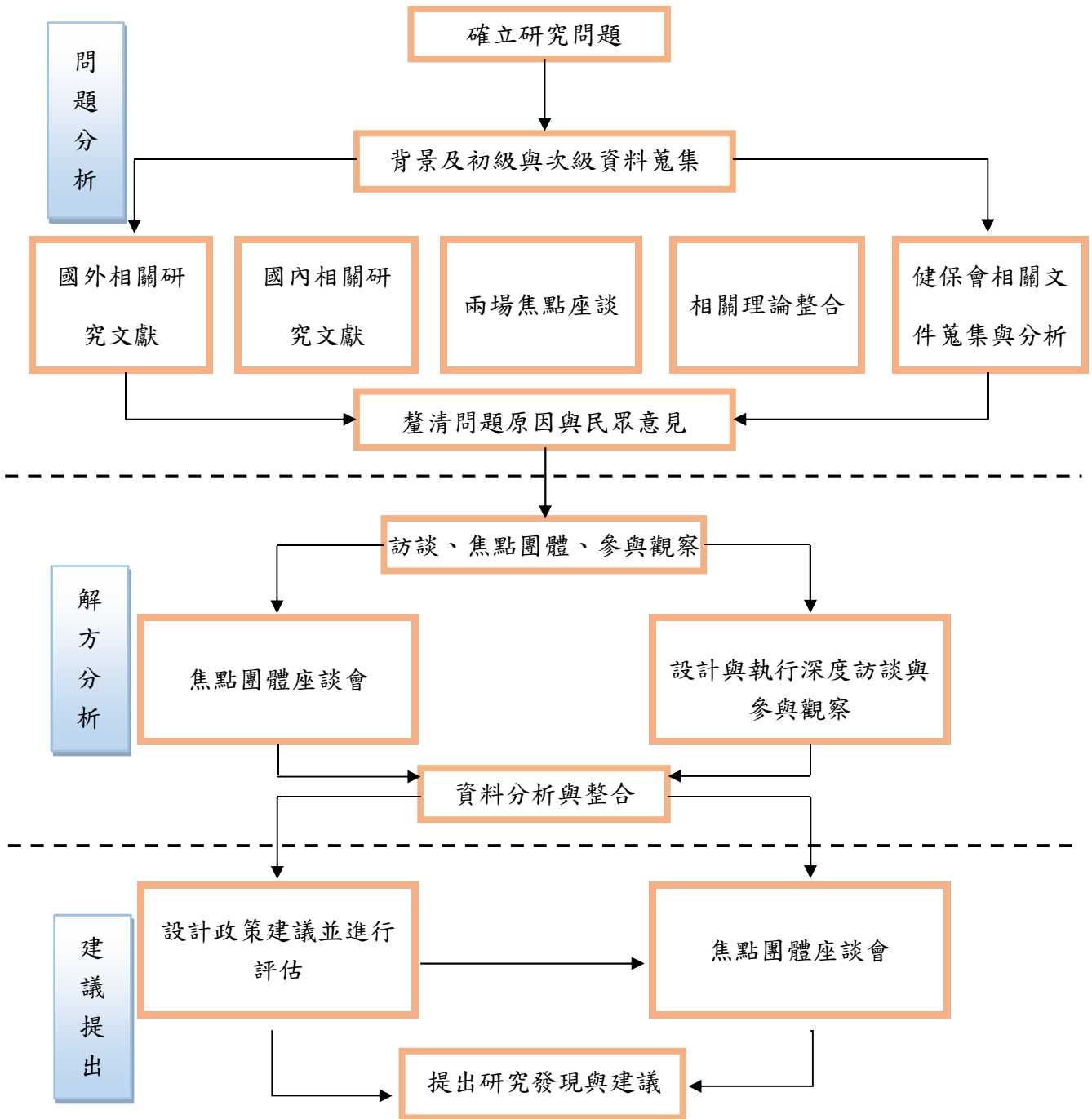


圖 3、研究流程圖

資料來源：本研究自製。

本研究進行流程如圖 3 所示，可概分三個階段。第一階段為「問題分析」的階段，背景資料及文獻的蒐集與探討，除了蒐集德國、英國、加拿大、日本、韓國等各國健保會運作制度現況資料外，也會向健保會行政部門索取相關會議資料，為會議資料分析作準備，兩場焦點座談會先行展開。

本研究第二階段為「解方分析」的階段，深度訪談、一場焦點團體座談、參與觀察都會在這個階段開始實施。該階段藉由深度訪談，確立本研究在第一階段透過他國經驗、健保會文件等釐清問題與困境，同時進一步補充文獻描述中所缺乏的部分。

第三階段為討論公民參與模式的焦點團體座談會的執行與資料整理、分析。焦點座談會的結果，也將進一步透過逐字稿的整理予以歸納，並撰寫報告，最後提出研究結論與建議。

## 第四節 研究架構

下圖 4 為評估架構圖，健保意識議題涉及代表性、專業性、效率、資訊公開等，本研究擬從多元方法與資料來源建構具有回應、實際可行、實質影響的公民參與模式與相關文件。

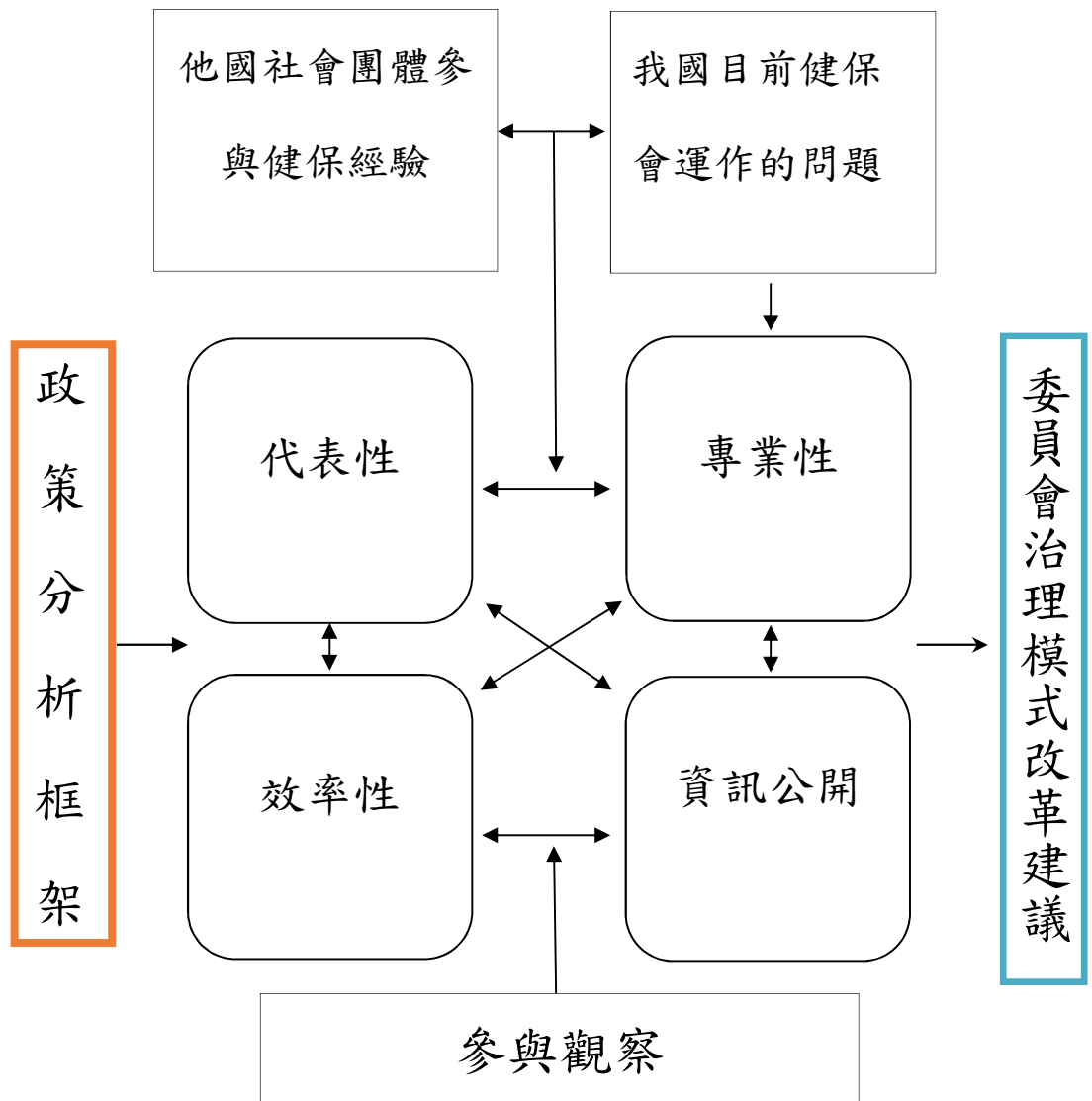


圖 4、評估架構圖

資料來源：本研究自製。

## 第四章 比較各國相關委員會制度

本節所要探討的重點為各國相關委員會制度，包含日本、韓國、德國、加拿大等四個國家的重要委員會，瞭解這些國家在醫療服務和藥物的決策審議組織，希望能透過不同國家的案例，介紹其制度設計與運作模式，並參酌各國重要政策之功能與組成結構，作為台灣健保會的借鏡，提出適合國內健保會運作模式的建議。

### 第一節 日本

日本亦為擁有歷史悠久的社會保險國家，在 1992 年藉由設立健康保險法，提供政府監管健康保險契約之權力，實為我國仿效的對象其中之一，為亞洲最先建立醫療保險制度的國家，時至 1961 年完成全民納保之目標，乃屬於多元化醫療保險制度，並依照民眾的身分加入職域保險、地域保險或後期高齡者醫療制度，然而日本的保險制度係源自於德國（劉惠敏，2013：41）。

「中央社會保險醫療協議會」（ちゅうおうしゃかいほけんいりょうきょうぎかい，Central Social Insurance Medical Council，日語為 Chu-i-kyo，因此以下簡稱 CHUIKYO）為審議健保政策的重要委員會，吾人認為 CHUIKYO 之制度設計可作為健保會之運作參考。

在組織定位上，CHUIKYO 為厚生勞動省（Ministry of Health, Labour, and Welfare，以下簡稱 WHLM）的健康保險局（Health Insurance Bureau，以下簡稱 HIB）下的獨立委員，其為負責審議相關健康保險政策委員會之一，CHUIKYO 召集就健康保險和醫事服務，審議後向厚生勞動大臣提供建議，CHUIKYO 協議會之代表，包括付費者方（被保險者、患者與工會）、醫事服務提供者（醫師和藥劑師）和中立的公共利益代表（學術界的學者）為代表，此協議會主要功能為討論與設定醫療服務及醫療藥品之費用以及國民健康保險的藥品價格，製造商無法自由決定健康保險所提供之藥品和醫療設備價格，CHUIKYO 在價格制定上發揮重要的核心作用，並且每兩年修訂一次醫療相關費用（National Health Insurance，簡稱 NHI）（Health and Global Policy Institute, 2020; National Institute of Public Health, 2020），在法律定位上，委員會被視為日本大臣之諮詢機構（羅凱凌，2016：85）。

從組織結構來看 CHUIKYO，其組織規模龐大，可分為三個部分：總會、次委員會以及外部相關組織，首先，總會為 CHUIKYO 最高階層，以付費者代表、醫事服務提供者代表，以及公正人士三方組成，此外針對各種專業問題，也可由厚生省大臣設置專門委員進行討論分析，但他們不具有決定權，且在專業議案結束後解散；其次，第二階層為各醫療項目的次委員會，包括藥價專門部會、保險醫療材料專門部會、費用對效果評價專門部會、診療報酬改定結果驗證部會、診療報酬基本問題委員會以及調查實施小組委員會；最後則是被稱之為「外部組織」的相關專業單位。

從 CHUIKYO 的委員選任之代表性，CHUIKYO 的委員總共有 20 名，其中包含提供者和付費者各七名，公正人士為六名，各委員的選任方式，基本上全都由厚生勞動省大臣任命，然而其中公正人士代表必須獲得兩院的同意，若不通過則必須解散 CHUIKYO，主席則由公正人士代表的部分互選，另外，厚生勞動省大臣如果發現有必要在中央委員會或地方議會審議專門事務時，最多可以任命十位專家成員進行討論分析，且必須在專業議案結束後解散之，委員會成員的任期為兩年，而其中一半將每年任命，因此當有一名成員空缺時，替補之新任命委員之任期應為前任的剩餘任期。(e-Gov について，2008)

## 第二節 韓國

韓國健康保險起始於 1977 年，至 1989 年始將全體國民納入，韓國與台灣的健保審議制度，韓國健康保險原為多元保險人制度，後來整合為社會保險體制下的單一保險人制度，因此無論是在發展的歷史或政治制度上都有許多的相似性，而其委員會的審議制度也很類似。

韓國保健福祉部 (Ministry of Health and Welfare，以下簡稱 MOHW) 負責健康保險計畫，以及監督國家健康保險系統，國民健康保險部門 (National Health Insurance Service，以下簡稱 NHIS) 在 2000 年整合健康保險公團 (National Health Insurance Management Corporation) 以及勞工醫療保險協會 (Employee Medical Insurance Associations) 整合為單一的保險人，為社會保險體制下的單一保險人制度，NHIS 作為一非營利機構，且為韓國所有居民提供健康保險的單一保險公司，並負責執行健康保險計畫 (health insurance program) (National Health Insurance Service, 2010a; 2010b)。



其中的審議機制為「健康保險政策審議委員會」(건강보험정책심의위원회, Health Insurance Policy Deliberation Committee, 以下簡稱 HIPDC), 該委員會設立於 MOHW 下根據《國家健康保險法》(National Health Insurance Act) 第四條所成立 (Chun, Kim, Lee, and Lee, 2009), 負責審議健康保險福利標準及成本、被保險人的納繳率、自營業者的貨幣價值, 與其他國民健康保險相關重要事項等 (National Health Insurance Service, 2015: 22), 因此本文亦將韓國與我國的健保會的制度進行對照。自 2000 年以來, NHIS 和每一醫療服務提供者協會 (醫生、醫院及藥師等) 都在協商費用, 倘若談判失敗, 則由第三方 HIPDC 決定費用 (Barber, Lorenzoni & Ong, 2019:199)。韓國與台灣同樣面臨健保財務收支失衡的問題, 因此韓國健康保險體系引入 HIPDC (Kwon, 2003; Barber, Lorenzoni & Ong, 2019: 202)。

從組織定位來看, HIPDC 以法律位階而言, 為健保政策的最高階審議組織 (Jeong, 2011), 相關國民健康保險議題都需在此審議後, 再交由保健福利部做最終審核, 政策的最終決策者仍舊為 MOHW, 換言之, HIPDC 可視為 MOHW 下, 具有社會民意的諮詢機關, 至於他對主管機關的實質影響力, 則取決於參與團體的正當性和能力 (羅凱凌, 2016: 90)。另外, HIPDC 比較特別之處, 在於協商委員會的多數成員應構成法定人數, 任何決定均需至少有出席者的多數同意, 韓國之委員會採取多數, 對照台灣的「非正式準共識決」明顯不同<sup>1</sup>, 而 HIPDC 的主席僅有在贊成票和反對票數相等時, 才由主席做決定。<sup>2</sup>

以組織結構及委員選任之代表性看 HIPDC, 根據《國家健康保險法》HIPDC 由 25 位委員所組成, 就組織結構而言, 此委員會成員一樣採保險的三方架構, 包括醫事服務提供者、付費者代表以及公正人士, 各佔有八席, 再加上由 MOHW 部長或副部長擔任的主席。委員選任方式而言, 所有 HIPDC 委員都由保健福利部任命, 而各類別團體選任方式不同, 付費者代表部分, 為勞工團體及資方團體各兩名, 以及營利組織、消費者團體、農民和漁民團體以及自由業者也分別推薦

---

<sup>1</sup> 就本研究團隊之參與觀察及過往公開會議議事錄之資料, 皆可觀察出目前我國健保會之決議決定方式, 應為「非正式準共識決」, 此為符合審議討論精神下之「同意彼此不同的論點」(agree to disagree) 的價值下, 非強制性的共識決, 因為目前該決議方式是一種「習慣」(convention), 尚未形成正式的法規制度, 不過, 通常除了正式制度之外, 這種習慣也有一定正式規約行為的影響力, 舉例而言, 婚姻關係的選擇有「門當戶對」的習慣, 但是正式法律中不會載入。

<sup>2</sup> 參考韓國《國家健康保險法》施行令, 2020 年 1 月 1 日開始實行

<https://www.law.go.kr/LSW/eng/engLsSc.do?menuId=2&query=National%20Health%20Insurance%20Act#liBgcolor0>

各一名，付費者代表共八名委員；在醫事服務提供者部分沒有規定那些團體類別，總共八名也是由醫學界團體以及藥事團體推薦；最後是公正人士代表部分分為三類，其一，為健康保險審查評估院和 NHIS 局長各派一人；其二，中央行政機構推派兩名；其三，最後四位則為擁有健康保險知識的學者專家。而公正人士代表則分為三種可能：兩位各自由健康保險公團和健康保險審查評估院派任；兩位為中央健保相關單位的行政人員代表，另外四位則著重於健保領域的學者專家。韓國 HIPDC 委員會成員的任期為三年，因此當有一名成員空缺時，替補之新任命委員之任期應為前任的剩餘任期。<sup>3</sup>

### 第三節 德國

德國身為社會保險發展悠久的國家，其健康保險制度源於 1883 年，承襲俾斯麥模式（Bismarck-Model）立法（林志鴻，2006：88），使得許多國家參照其制度設計，台灣初時也以德國為範本發展健保，德國的健康保險整體而言分為由民營健康保險公司所承保的私人健康保險（private Versicherung）與法定健康保險（Gesetzliche Krankenversicherung，以下簡稱 GKV）兩大類，法定健康保險為德國邁向社會保險發展的起頭，將近有九成民眾約有 7300 萬人投保法定健康保險，其餘則加入私人健康保險，隨著健保政策的改革，健康保險公司的數量穩步下降，由 1970 年 1,815 家保險公司降至 2020 年一月只剩 105 家。（蔡淑鈴、張鈺旋、龐一鳴、吳淑慧，2016：10；GKV-Spitzenverband, 2020a）。

德國社會保險體制重要精神為在國家監督下行自治管理，國家訂定法律依法監督健康保險體系；而健康保險法的執行與供給需求雙方的協商等事務，乃透過自我管理組織來共同協商與合作，雙方和議完成（林志鴻，2008）。德國依照法定保險來看，體制為多元保險人制，共分為七類，包括區域、企業、同業公會、農業、海員、聯邦和補充基金會，依照不同的職業類別之勞工各自成立基金會，且屬於自治性的屬性（羅紀琮，2006；蔡淑鈴、張鈺旋、龐一鳴、吳淑慧，2016：10-11）。在健康保險領域，德國保有強烈社會統合主義，保險財務上的收支皆由社會團體自主進行協商所協商而來的，其中涵蓋雇主、受雇者、保險人與醫事服務提供者等，分別推派代表進行討論，除競爭關係，也形塑相互協商合作的可能，而達成相關健保財務政策之共識（陳敦源、張耀懋，2012：50），且在近幾年德

<sup>3</sup> 參考韓國《國家健康保險法》

[http://elaw.klri.re.kr/eng\\_mobile/viewer.do?hseq=46456&type=part&key=38](http://elaw.klri.re.kr/eng_mobile/viewer.do?hseq=46456&type=part&key=38)

國健康保險政策改革中，出現兩個最高階層的審議平台，各自背後分別代表著兩個保險契約領域「聯邦共同審議委員會」(Der Gemeinsame Bundesausschuss, Federal Joint Committee, 以下簡稱 GBA)，為德國健保體系在供給面設立保險人與醫事服務提供者的最高決策組織，以及「法定保險人最高聯合會」(GKV-Spitzenverband, The National Association of Statutory Health Insurance Funds, 以下簡稱 SVB)，其代表德國保險人與被保險人的最高協商平台，。

GBA 是德國醫療體系中最高的聯合自我管理決策機構，聯邦衛生部負責法律監督，GBA 於 2004 年成立，由四個大型自治組織組成 (Der Gemeinsame Bundesausschuss, 2020)，GBA 在法規上被視為具有自治權獨立經營運作的特殊法人，就審議範圍而言，GBA 此機構主要任務有三個分別為訂定有關健康保險的支付標準、排定整體給付的優先次序，以及醫療品質監督，其也屬於德國社會自治中有關健康保險醫療政策的最高組織，但仍受到德國聯邦衛生部的監督，GBA 做出的最終決策必須送至聯邦衛生部作最後裁決 (羅凱凌，2016：97)。

GBA 共有三層，第一層為總會 (Plenum)，其為 GBA 決策機構，由 13 個代表所組成，包含一名主席、兩名公正人士、五名法定健康保險公司代表 (由 SVB 派出)、五名醫事服務提供者代表 (由 KBV 提名兩位、KZBV 提名一位、DKG 提名兩位)，另外還有病友團體代表，可全程參與提出意見和提出建議，但無表決權，總會每個月開會一到兩次，總會的 13 名成員通常每人都有一票，倘若決議僅涉及一至兩個服務部門，則醫事服務提供者之間存在不同的投票關係，且除非議事規則另有規定，否則至少通過至少七票的決議，通常在公開會議上做出決定，只有在特定的例外情境下，才允許舉行密室會議或書面表決；第二層為小組委員會 (Unterausschüsse)，針對八個專業議題分別組成小組委員會，委員會由總會的社會公正人士代表擔任主席，SVB 指定六位委員，以及由 KBV、KZBV 和 DKG 任命六位委員，也會邀請病友團體參與，必要時也會召集相關領域的專家，而與總會相反，小組委員之審議會不公開，審議結果作為總會決議的建議；最後是行政部門 (Geschäftsstelle)，在各小組委員會管理下執行，主要負責各小組委員會的行政運作 (Der Gemeinsame Bundesausschuss, 2020)。

SVB 是 2007 年改革後出現的新組織為一社團法人，並共同與全國法定健康保險醫師協會 (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 簡稱 KBV)、全國法定健康保險牙醫協會 (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 簡稱 KZBV) 和德國醫院協

會 (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 簡稱 DKG) 在 GBA 中決定 GKV 服務的具體設計 (GKV-Spitzenverband, 2017)。

SVB 分為三個部分，首先是會員代表大會 (Mitgliederversammlung)，透過社會選舉 (Sozialwahl) 選出代表，大會的主要任務是選舉理事會 (Verwaltungsrat) 的委員，每六年舉行一次，上次會員代表大會於 2017 年 12 月 13 日舉行 (GKV-Spitzenverband, 2019)；第二，理事會共有 52 名委員，選出 32 名被保險人代表及 20 位雇主代表，任期共六年，理事會是 SVB 最重要的決策組織，其所作出的決定對 SVB 和健康保險公司至關重要，且為加強理事會決策方面的專業性，成立了五個專業性委員會，直接向理事會提出決策建議；第三，董事會 (Vorstand) 由理事會選舉產生，共有三名代表，各自負責其專職領域，對外則具有公法人的法律位階代表 SVB 在法院外出庭，對內負責管理 SVB 的整體運作 (GKV-Spitzenverband, 2020b)。

## 第四節 加拿大

加拿大健保政策為強制性的公共醫療保險 (Medicare program)，與日本、韓國、德國等國皆屬於社會保險類型，只要擁有加拿大永久居留權者皆為加拿大健康保險之被保險人，而如同台灣健康保險制度一樣，為單一保險人制 (陳敦源、劉宜君、林昭吟，2014：43-44)。1970 年代後加拿大健康保險開始擴張至一般醫師，致使健保上的財務困境開始出現，而後開始一系列的改革，且直至 1984 年通過加拿大健康法 (Canada Health Act)。

加拿大的健保決策方式係由國家各級行政單位主導健康保險事務之審議及決策，聯邦層級則根據健保法規，負責相關醫療服務項目的基本規範、項目收納和價格審核標準，提供給各省參考，但實際執行包含規劃健保費用以及決策制定，則由各省自治；而財務上大致以政府負擔，由聯邦政府透過整額撥款 (The Canada Health and Social Transfer, 簡稱 CHST) 方式來分配各省之預算，實際運用則是各省的裁量權 (邱永仁、陳宗獻、郭乃文、林忠劭，2000；陳敦源、劉宜君、林昭吟，2014：44)。

本文以台灣所學習的加拿大卑詩省 (British Columbia) 為例，說明其健保政策的公共參與機制，其中該省由三方代表所組成之之費用協定組織—加拿大醫

療服務委員會 (Medicial Service Commission, 以下簡稱 MSC) 與醫療資源分配較相關, MSC 的角色為管理預算額度內的支出, 避免收支不平衡, 以及對於每一年度醫師費「總額的額度」與「支付標準的調漲空間」, 共同來協商, 早先台灣健保費用協定委員會運作機制乃學習加拿大的運作方式 (邱永仁、陳宗獻、郭乃文、林忠劭, 2000; 羅凱凌, 2016: 101), 因此本研究將針對 MSC 與台灣現行健康保險會進行比較, 其在公民參與的運作模式與台灣有許多差異之處。

MSC 組織其任務為依據醫療保障法 (Medicare Protection Act) 針對該省的醫療服務計畫 (Medicial Service Plan, 以下簡稱 MSP) 進行管理, 提供居民優質的醫療、健康照護和診斷設施服務等, 並且確保卑詩省居民都能享有合理的醫療機會, 並以有效和具有成本效益之模式管理醫療服務的供給和支付。該委員會監督的預算超過 25 億美元。這些資金中約有 99% 用於支付 MSP; 其餘百分之一用於支付 MSP 的行政和營運成本, 包含 MSP 員工薪資。針對 MSP 有許多委員會, 透過各種模式的公共參與使加拿大的健康保險服務系統得以完善, 其中, 與醫療資源分配較相關的委員會就是 MSC (Province of British Columbia, 2020a)。

針對 MSC 的組織定位, 由於卑詩省主管健保政策的機關為省衛生部 (Provincial Health Services Authority), 亦有許多委員會協助 MSC 管理 MSP, 此些諮詢委員會不具有約束力, MSC 仍保留最終決策權 (Province of British Columbia, 2020a)。

從委員選任之代表性來看 MSC, 委員會由九名成員組成的法定機構, 其中包含三名政府代表、三名卑詩省醫生代表 (此處為卑詩省醫師公會, Doctors of British Columbia) 和三名公眾成員組成, 公眾成員代表由卑詩省醫生和政府共同提名, 其設計代表 MSP 受益人, 確保政府、醫生和卑詩省居民在 MSP 的管理中都有發言權 (Province of British Columbia, 2020a)。

與傳統上多數國家的利害團體選任方式不同, 由 (The Crown Agencies and Board Resourcing Office, 以下簡稱 CABRO) 進行所有機構、董事會、委員會等的任命、徵選和推薦人選等事宜, 建立一個公開 (open)、透明 (transparent) 及客觀績效標準 (Merit-Based) 的任命流程, 並確保被選出之代表符合公部門治理方向及道德操守 (Province of British Columbia, 2020), 此民眾代表透過第三公正部門來處理, 且過程公開透明 (Province of British Columbia, 2020b)。

雖然 MSC 為一個僅有九人所組成之委員會，然而仍有其他協助其進行決策之專業委員會及聽證會兩類，包含診斷設施諮詢委員會（Advisory Committee on Diagnostic Facilities）、財務審計委員會（Audit and Inspection Committee）、卑詩省醫生/衛生部徵聘委員會（Doctors of BC/Ministry of Health Working Committee）、給付標準委員會（Guidelines and Protocols Advisory Committee）、核銷實務委員會（Patterns of Practice Committee）、爭議審定委員會（Reference Committee）（Province of British Columbia, 2020c）。

## 第五節 澳洲

施如亮、周浩宇（2010：3）指出澳洲的國民醫療保險制度（Medicare）是全民健康保險制度，跟我國一樣為一個強制納保的醫療制度，澳洲醫療體系中也有仰賴委員會進行審查，為醫療服務給付諮詢委員（Medical Service Advisory Committee, 以下簡稱 MSAC）負責醫療服務項目審議，及藥品給付顧問委員會（Pharmaceutical Benefits Advisory Committee, 以下簡稱 PBAC）負責藥品項目審議（施如亮、方淑雲，2016）。

MSAC 是由澳洲衛生部下於 1998 年設立之獨立委員會，為醫療服務項目進行審議向衛生部長提供政策決策上之建議，MSAC 底下設置兩個常設的次委員會，分別為評估次委員會（Evaluation Sub-Committee, 以下簡稱 ESC）及 PICO 諮詢次委員會（PICO Advisory Sub-Committee, 以下簡稱 PASC）提供 MSAC 充分的資訊作為審議決議定之參考，前者由健康經濟、流行病學、公共衛生、消費者及臨床等專家組成，並由 MSAC 任命，提供 MSAC 做為內外部評估之依據；後者由決策分析、健康經濟學、流行病學、公共衛生學、消費者及臨床醫學專家，提供 MSAC 醫療服務給付評估之證據，將評估相關資訊提供給 MSAC（The Medical Service Advisory Committee, 2020）。

從委員代表性來看 MSAC，委員包含臨床醫療、健康經濟、消費者等專家組成，其規模和組成由衛生部長決定，委員任期為四年，審議會透過投票制，委員可棄權，假使審議表決結果一致，則交由主席投下關鍵性一票，每年召開三次會議，主要透過底下的常設次委員會頻繁開會討論提供 MSAC 相關審議會議資訊（The Medical Service Advisory Committee, 2020）。

PBAC 之設立係根據 1953 年《國家衛生法》第 101 條，為一個法定之獨立委員會，此委員會主要職掌審議及評估有關藥物是否納入健保藥品補助系統（Pharmaceutical Benefits Scheme, 以下簡稱 PBS）給付之建議，給予，PBAC 下設置兩個次委員會分別為（Drug Utilisation Sub Committee, 以下簡稱 DUSC）及（Economics Sub Committee, 以下簡稱 ESC）（The Pharmaceutical Benefits Scheme, 2019）

從委員代表性來看 PBAC，委員會由 11 至 17 位委員所組成，主席是全職性質，其中至少三分之二的委員具備付費者、健康經濟學家、社區藥師、家庭醫師、臨床藥理學家、專科醫師之身分，上述每種身分至少需有一人代表，所有的委員皆由部長書面任命，被任命之委員須是先由相關身分代表團體提名 PBAC 亦為每年召開三次會議，通常在三月、七月和十一月舉行。

## 第六節 小節一各國委員會之比較分析

透過本研究探討四個國家的審議制度可發現，不同的政治制度與醫療保險都會影響其審議的模式，並以各國委員會之審議機關定位、決策單位、審議機關之結構與運作、以及代表性之制度設計（包含委員比例及選任制度）進行比較，參見表 4。

首先，在整體數量上，台灣健保會的代表席次最多有 39 席；日本的 CHUIKYO 代表席次有 20 席；韓國的 HIPDC 有 25 席；德國 GBA 為 13 席及 SVB 為 25 席；加拿大 MSC 最少只有 9 席；澳洲 PBAC 為 11 至 17 位。而就比例與數量的規範，其他國家皆明確訂於法規中且都以保險政策協商的對等性為基礎，三類型各佔約三分之一的比例，而台灣在法律上則是強調付費者代表具有超過一半的席次，至於實際席次，以及其他類的比例，則由主管機關決定。相較於他國，台灣的健保會似乎授予付費者代表更多的代表席次，此舉可能造成其掌握過半的數量優勢，讓付費者代表在決策上擁有較佳之話語權，其他國家則是透過均等的人數制衡雙方權力之平等（羅凱凌，2016： 114），然而此種審議民主之政策參與，並非僅取決於代表性席次結構上之因素。

其次，各國代表性的選任制度，比較特別的是加拿大透過類委員會型組織，由特定部會針對委員推薦、任命及徵選等流程進行調查、評估，此種做法或許可

減少些委員代表性爭議，相較於此，其他國容易受到政治勢力影響；除從選任制度來看委員會運作的獨立性是否受到政治力影響，亦可從公正人士代表之選任看出，台灣與韓國類似，均由主管機關挑選並任命，日本雖由厚生勞動省大臣任命，然而仍須獲得兩院的同意，德國是委員會成員共同提出名單，此可能與一國之憲政體制有關，台灣韓國屬於半總統制，行政機關擁有公正人士的任命權，日本、德國及澳洲因為屬於內閣制，因此權力大多集中於議會，且德國的代表選任較具自主性，乃藉由不同利害團體共同推薦（羅凱凌，2016：113-114），展現審議民主精神之內涵，然而澳洲 PBAC 的所有委員皆由部長書面任命。另外根據下表 4 明顯可見健保會在付費者席次以及醫事服務提供者代表席次之比例，我國之人數明顯為付費者席次占多數超過一半（約為 51%），然而在日本、韓國、德國與加拿大兩者席次之人數皆相同，建議日後應須思考付費者之席次是否過多，而造成審議協商時有不對等之情形。

進而，針對審議機關之決策運作過程，台灣健保會之決議定採取非正式準共識決而非多數決；韓國 HIPDC 採取多數，對照台灣的非正式準共識決明顯不同，而 HIPDC 的主席僅有在贊成票和反對票數相等時，才由主席做出最終決議定；德國 GBA 是德國醫療體系中最高之聯合自我管理決策機構，聯邦衛生部負責法律監督，其總會成員通常每人都有一票，某些情況下醫事服務提供者之間存在不同的投票關係，否則至少須過七票之多數決制度。然而非正式準共識決可能造成會議效率不彰之現象，更可能會時常出現因為爭執不下，而有兩案併陳之情境。

再者，就委員會的角色而言，各國委員會在法規上的定位有些許差異，台灣的健保會的決議定僅作為政策參考，不具備實質上最終之政策決定權，較屬於專業諮詢之角色；日本 CHUIKYO 亦是審議後向厚生勞動大臣提供建議，被視為日本大臣之諮詢機構；韓國 HIPDC 雖為健保政策的最高階審議組織，然而最終決策權仍在 MOHW；加拿大 MSC 為自治機構，須負擔權責；澳洲 PBAC 也屬於審議機構；德國的 GBA 和 SVB 在法規中明訂為自治組織（selbverwaltungs organization）的公法人，假使聯邦衛生部不同意，則將原案發回再審，意指 GBA 須再重新討論，因此德國相較其他國家較屬特別，其台灣、日本、韓國、加拿大及澳洲皆屬於諮詢之角色，是主管機關依據委員會之決議定進行決策。



表 4 各國健康保險相關委員會議比較表

國家	委員會議名稱	憲政體制/ 健康保險制度	單位定位	決議定制度	付費者席次 (比例)	醫事服務提供者席次 (比例)	公正人士席次 (比例)	政府席次 (比例)	總席次
台灣	全民健康保險會 (NHIC)	半總統制/ 單一保險人	審議單位	非正式準共 識決	20 (51%)	10 (26%)	7 (18%)	2 (5%)	39
日本	中央社會保險醫療協 議會 (CHUIKYO)	內閣制/ 單一保險人	審議單位	NA	7 (35%)	7 (35%)	6 (30%)	NA	20
韓國	健康保險政策審議委 員會 (HIPDC)	半總統制/ 單一保險人	審議單位	多數決	8 (32%)	8 (32%)	8 (32%)	1 (4%)	25
德國	聯邦共同審議委員會 (GBA)	內閣制/ 多元保險人	自治組織	多數決	5 (38%)	5 (38%)	3 (23%)	NA	13
加拿大	醫療服務委員會 (MSC)	內閣制/ 單一保險人	自治組織	NA	3 (33%)	3 (33%)	NA	3 (33%)	9
澳洲	藥品給付顧問委員會 (PBAC)	內閣制/ 單一保險人	審議單位	多數決	至少三分之二的委員具備付費者、健康經濟學家、社區藥師、 家庭醫師、臨床藥理學家、專科醫師之身分，每種身分至少需 有一人代表				11-17

資料來源：修改自羅凱凌 (2016)



## 第五章 會議（次級）資料分析

一個委員會要能發揮其功能，委員的出席與參與情形是重要關鍵。本章節主要的目的是從健保會成立以來的會議實錄當中，瞭解委員參與的情形，以及討論議案的內容與方向，重點為何。從會議實錄分析，大方向上也可以初步的看出健保會是否能發揮其擴大參與及公私協力的功能；細節部分也可以瞭解會議的效率與實際運作的成效。以下就會議內容分析的重點，分節分述之。

### 第一節 歷屆健保會委員請假與代理人出席情形

委員的出席率是委員會的運作得以落實的第一個門檻，以下就歷屆委員的出席狀況進行系統性的分析。

#### 一、第一屆健保會（102~103 年度）

依據 102 年度健保會議實錄，本研究整理出各月份委員請假、代理出席情形、以及全程出席委員人數。由表 5 可以發現全程請假的委員不多。

此外，由代理人出席的情形來看，有 3 位委員全年度請代理人出席情形超過 7 次。最後，以請假加上由代理人出席次數合併計算，以 102 年度共 12 次會議為基準。

綜合委員們在第一屆健保會兩年的會議出席狀況來看，可以發現 103 年度委員們請假與由代理人出席的人數相較於 102 年度偏多。而從所代表的團體來看，被保險人代表以及專家與公正人士全程親自出席的比例較高，雇主代表、保險醫事服務提供者代表、政府機關代表的委員們在這屆會議中皆有請假或請代理人的紀錄，親自出席的情形較低。

表 5、102 年健保會委員請假與代理人出席情形

月份	請假人數	未親自出席人數合計	未全程出席人數合計	全程出席人數合計
1 月	0	2	3	32
2 月	1	2	4	31
3 月	2	5	7	28
4 月	0	4	6	29

月份	請假人數	未親自出席人數合計	未全程出席人數合計	全程出席人數合計
5月	2	5	7	28
6月	2	7	10	25
7月	4	8	9	26
8月	1	3	7	28
9月	3	7	8	27
10月	2	5	10	25
11月	3	6	9	26
12月	0	3	6	29

資料來源：本研究自製

再者，依據 103 年度健保會議實錄，本研究整理出各月份委員請假、代理出席情形、以及全程出席委員人數如表 6 所示，從表中可發現全程請假的委員情形與 102 年接近，共 9 位全程請假。

此外，由代理人出席的情形來看，有六位委員的代理次數為 5 次至 9 次，其餘委員的代理次數皆少於 4 次。

最後，以請假加上由代理人出席次數合併計算，並以 103 年度共 12 次會議為基準，有些委員全年度更是每次會議皆有請假或請代理人出席的紀錄。

表 6、103 年健保會委員請假與代理人出席情形

月份	請假人數	未親自出席人數合計	未全程出席人數合計	全程出席人數合計
1月	1	5	8	27
2月	2	7	8	27
3月	2	4	6	29
4月	1	9	12	23
5月	3	8	13	22
6月	5	11	14	21
7月	1	5	7	28
8月	3	7	10	25
9月	4	10	10	25
10月	3	11	12	23
11月	2	10	13	22
12月	2	6	10	25

資料來源：本研究自製

綜合委員們在第一屆健保會兩年的會議出席狀況來看，可以發現 103 年度委員們請假與由代理人出席的人數相較於 102 年度偏多，這與 102 年度只有 6 次會議有關，而從所代表的團體來看，被保險人代表以及專家與公正人士全程親自出席的比例較高，雇主代表、保險醫事服務提供者代表、政府機關代表的委員們在這屆會議中皆有請假或請代理人的紀錄，親自出席的情形較低。

## 二、第二屆健保會（104~105 年度）

第二屆的健保會是從 104-105 年度。依據 104 年度健保會議實錄，本研究整理出各月份委員請假、代理出席情形、以及全程出席委員人數。由表 7 可以發現全程請假的委員一樣不多。

此外，以請代理人出席的情形來看，有 8 位委員全年度請代理人出席情形超過 4 次，其餘 10 位委員全年度請代理人出席次數皆為 4 次以下。

最後，如果以請假加上由代理人出席次數合併計算，以 104 年度共 11 次會議為基準，有 2 位委員請假加上由代理人出席次數更達總開會次數的一半(6 次)。

表 7、104 年健保會委員請假與代理人出席情形

月份	請假人數	未親自出席人數合計	未全程出席人數合計	全程出席人數合計
1 月	0	1	4	31
3 月	2	5	8	27
4 月	1	3	5	30
5 月	1	3	7	27
6 月	1	2	5	30
7 月	2	4	4	31
8 月	0	2	6	29
9 月	1	6	7	28
10 月	0	5	6	29
11 月	1	3	5	30
12 月	1	4	7	28

資料來源：本研究自製

再者，依據 105 年度健保會議實錄，本研究整理出各月份委員請假、代理出席情形、以及全程出席委員人數如表 8 所示，從表中可觀察全程請假的委員情形

較 104 年度多，共 9 位全程請假。

此外，從請代理人出席的情形來看，有 6 位委員請代理人出席次數達 6 次以上；其餘 17 位有請代理人出席紀錄的委員皆為 5 次以下。

最後，以請假加上由代理人出席次數合併計算，並以 105 年度共 12 次會議為基準，計有委員未達議事辦法中規定的親自出席次數應達會議三分之二標準（未親自出席達 4 次）；另有 5 位委員更達總開會次數的一半（6 次）；更有委員則是全年度各次會議皆有請假或請代理人出席的紀錄；其餘 24 位委員多為 1 至 3 次的紀錄。

表 8、105 年健保會委員請假與代理人出席情形

月份	請假人數	未親自出席人數合計	未全程出席人數合計	全程出席人數合計
1 月	1	8	10	25
2 月	0	5	7	28
3 月	4	7	7	28
4 月	2	8	9	26
5 月	3	6	8	27
6 月	2	8	10	25
7 月	2	7	8	27
8 月	1	6	10	25
9 月	4	8	9	26
10 月	2	6	8	27
11 月	3	6	7	28
12 月	3	8	8	27

資料來源：本研究自製

綜合委員們在第二屆健保會兩年的會議出席狀況來看，首先，可以發現 105 年度委員們請假與由代理人出席的人數相較於 104 年度來得較多，對照第一屆的情形，每一屆次的第二年委員全程或親自出席狀況有較少的趨勢。再者，觀察請假或者請人代理出席情形，可以發現次數較多集中在某幾位委員。而從所代表的團體來看，這一屆次一樣以被保險人代表以及專家與公正人士全程親自出席的比例較高，其中專家學者與公正人士請假或請人代為出席的次數兩年皆不超過 3 次，相對來說雇主代表、政府機關代表、保險醫事服務提供者代表的委員們在這屆會議中親自出席的情形較低。

### 三、第三屆健保會（106~107 年度）

第三屆的健保會是從 106-107 年度。依據 106 年度健保會議實錄，本研究整理出該年度各月份委員請假、代理出席情形、以及全程出席委員人數。由表 9 的整理得知請假次數，相較於前兩屆，本年度委員的請假次數明顯較少，最多只有 2 次。

此外，以請代理人出席的情形來看，有 4 位委員全年度請代理人出席情形超過（含）4 次，其餘有請代理人出席的委員次數皆為 3 次以下，共 14 位。

最後，如果以請假加上由代理人出席次數合併計算，以 106 年度共 11 次會議為基準，有些委員請假加上由代理人出席次數更達總開會次數的半數以上（6 次），缺席的頻率較高。

表 9、106 年健保會委員請假與代理人出席情形

月份	請假人數	未親自出席人數合計	未全程出席人數合計	全程出席人數合計
2 月	0	0	3	32
3 月	4	9	9	26
4 月	2	2	4	31
5 月	0	4	4	31
6 月	0	2	3	32
7 月	2	4	5	30
8 月	0	3	7	28
9 月	0	6	9	26
10 月	1	4	5	30
11 月	0	7	8	27
12 月	0	2	4	31

資料來源：本研究自製

依據 10 年度健保會議實錄，本研究整理出各月份委員請假、代理出席情形、以及全程出席委員人數。委員請假的情形與 106 年度相似，大多請假次數皆未超過 1 次。相較前幾屆的出席狀況更為良好。

此外，以請代理人出席的情形來看，有 6 位委員全年度請代理人出席情形超過（含）4 次，其餘 13 位委員請代理人出席的次數皆低於 4 次。

最後，如果以請假加上由代理人出席次數合併計算，以 107 年度共 11 次會議為基準，計有 4 位委員各 4 次未達議事辦法中規定的親自出席次數應達會議三分之二的標準；另外，2 位委員則是未親自或完整出席該年度一半的會議；還有 2 位委員則是僅親自且完整參與該年度 1 次會議。

表 10、107 年健保會委員請假與代理人出席情形

月份	請假人數	未親自出席人數合計	未全程出席人數合計	全程出席人數合計
1 月	1	4	6	29
3 月	1	7	7	28
4 月	1	4	6	29
5 月	1	6	7	28
6 月	0	4	10	25
7 月	1	6	7	28
8 月	2	3	6	29
9 月	0	2	2	33
10 月	0	6	6	29
11 月	2	9	10	25
12 月	2	3	6	29

資料來源：本研究自製

綜合委員們在第三屆健保會兩年的會議出席狀況來看，整體來說，本屆的委員相較於前兩屆，出席狀況較為良好，不僅親自出席或全程參與的委員較多，缺席的頻率也較低。再者，觀察缺席或請人代理出席的委員中，這一屆次以政府機關代表出席狀況較為不理想，而以專家學者及公正人士代表、被保險人代表親自出席狀況較佳。

#### 四、第四屆健保會（108 年度）

依據 108 年度健保會議實錄，本研究整理出各月份委員請假、代理出席情形、以及全程出席委員人數。由表 11 得知請假次數。

此外，從代理人出席的情形來看，4 位委員全年度請代理人出席情形超過（含）4 次，其他皆為 4 次以下，並以 1 至 2 次為多數。

最後，如果以請假加上由代理人出席次數合併計算，以 108 年度共 10 次會



議為基準，計有 1 位委員未達議事辦法中規定的親自出席次數應達會議三分之二（未親自出席次數達 4 次）；而 3 位委員請假加上由代理人出席次數高達總開會次數的半數以上（5 次），缺席的頻率較高。

表 11、108 年健保會委員請假與代理人出席情形

月份	請假人數	未親自出席人數合計	未全程出席人數合計	全程出席人數合計
3 月	1	4	6	33
4 月	0	3	4	35
5 月	0	5	6	33
6 月	1	5	8	31
7 月	2	3	6	33
8 月	0	5	7	32
9 月	2	7	7	32
10 月	2	7	9	30
11 月	1	4	5	34
12 月	0	4	5	34

資料來源：本研究自製

本屆委員們會議出席狀況綜合來看，相較於前幾屆，本屆出席狀況已步上軌道，委員們親自出席及全程參與的頻率較高。而從所代表的團體來看，這一屆次以保險醫事服務提供者及雇主代表出席狀況普遍頻率較低，而以專家學者及公正人士代表、被保險人代表親自出席狀況頻率較高。

## 第二節 歷屆健保會委員發言和與會討論情形

除了會議出席之外，另外一個衡量委員會是否有達到其設置目的與功能的指標，便是委員參與會議的情形與積極度，以下就依據歷屆的內容進行整理，特別是分類為「討論事項」、「專案報告」與「臨時動議」的發言狀況，並依照屆次討論各屆次的參與情形。

### 一、第一屆健保會（102~103 年度）

表 12 為各委員於討論事項、專案報告與臨時提案及動議事項的發言情形整理（發言次數），不計算維持會議程序的主席委員以及幕僚的發言，並將代理出席的委員發言計入其所代表的委員紀錄，詳細歷次案由與委員對應的發言紀錄請

參照附件一至附件三。

首先，102 年度健保會會議實錄的討論事項共計有 34 件。從所代表的團體來看，保險醫事服務提供者代表的發言總次數最多（299 次）；其次為保險付費者代表（265 次），雇主代表與專家學者及公正人士等代表，發言次數不若前兩者的多；而政府機關代表則是僅有 8 次的紀錄。

進一步從各委員來看，顯然是少數的立委發言較為踴躍，有 6 位委員發言次數超過 45 次；其餘委員發言次數皆不超過 40 次。再來觀察各委員於專案報告發言情形，102 年度健保會議實錄的專案報告共 7 件，整體來看，不計算維持會議程序的主席委員，在 7 件專案報告中，被保險人代表的發言總次數最多（12 次），其次為保險醫事服務提供者代表（6 次），雇主代表與專家學者及公正人士代表則各有 1 次發言情形。進一步從各委員發言的類型來看，基本上相較於討論事項，各委員在專案報告的發言次數皆有所降低，更有多數的委員在此項討論沒有發言紀錄。

最後為臨時提案及動議的發言情形，整體來看，在 11 件臨時提案及動議事項中，保險醫事服務提供者代表的發言總次數最多（59 次），被保險人代表的發言（40 次）其次，其餘團體代表則為個位數發言紀錄。

表 12、102 年度 健保會委員發言情形整理

屬性		102 年度		
		討論事項	專案報告	臨時提案及動議
保險付費者代表	被保險人代表	265	12	40
	雇主代表	62	1	1
保險醫事服務提供者代表		299	6	59
政府機關代表		8	無資料	1
專家學者及公正人士代表		58	1	6

資料來源：本研究自製

表 13 為 103 年度各委員於討論事項、專案報告與臨時提案及動議事項的發言情形整理，一樣不計算維持會議程序的主席委員以及幕僚的發言，並將代理出席的委員發言計入其所代表的委員紀錄。

首先，103 年度健保會議實錄的討論事項共有 34 件，相較於 102 年度的數量有大幅度的增長，跟 102 年度的健保會從年中開始運作，相對案數較少也有所

關聯。觀察討論事項的發言紀錄，從所代表的團體來看，保險醫事服務提供者代表的發言總次數一樣最多（339次）；其次為保險付費者代表（280次），雇主代表與專家學者及公正人士代表發言次數不若前兩者的多；而政府機關代表則僅有1次發言的紀錄。

再來觀察各委員於專案報告發言情形，103年度健保會議實錄的專案報告共11件，扣除無實際討論情形的1件，實際有討論的專案報告共計有10件。整體來看，不計算維持會議程序的主席委員，在10件專案報告中，保險醫事服務提供者代表的發言總次數與討論事項一樣為最多（54次）；其次為保險付費者代表（49次），雇主代表與專家學者及公正人士代表發言次數一樣不若前兩者的多；而政府機關的兩位代表皆沒有發言的紀錄。進一步從各委員來看，基本上相較於討論事項，各委員在專案報告的發言次數一樣皆有所降低。

最後為臨時提案及動議的發言情形，整體來看，在10件臨時提案及動議事項中，與討論事項及專案報告不同的是，被保險人代表的發言（49次）最多，雇主代表（33次）次之。

表 13、103 年度 健保會委員發言情形整理

屬性		103 年度		
		討論事項	專案報告	臨時提案及動議
保險付費者代表	被保險人代表	280	49	49
	雇主代表	74	12	33
	主計總處	1	無資料	無資料
保險醫事服務提供者代表		339	54	23
政府機關代表		1	無資料	4
專家學者及公正人士代表		51	6	2

資料來源：本研究自製

綜合第一屆委員們的發言情形，可以發現次數最多的大致為被保險人代表與保險醫事服務提供者代表的發言，多數為這兩個團體的對話。再者，觀察雇主代表與保險醫事服務提供者代表的發言情形，可以發現這兩個團體代表發言次數集中於某些委員，顯示在這兩個團體中其為最踴躍發言的委員，可以推論兩者在這屆委員會中的話語影響力。

## 二、第二屆健保會（104~105 年度）

表 14 為各委員於討論事項、專案報告與臨時提案及動議事項的發言情形整理，不計算維持會議程序的主席委員以及幕僚的發言，並將代理出席的委員發言計入其所代表的委員紀錄。

首先，104 年度健保會議實錄的討論事項共 30 件。多數為與總額分配以及政策法規諮詢相關的事項，從健保會委員所代表的團體來看，最多為保險付費者代表（346 次），甚至超越上一屆健保會發言的紀錄；而保險醫事服務提供者代表（201 次）、雇主代表的發言總次數（102 次）則居次，主計總處與政府機關的代表發言次數最少。另外，在本年度討論事項中，基本上每一位委員都有發言的紀錄，只是次數多寡的差異。

再來觀察各委員於專案報告發言情形，104 年度健保會議實錄的專案報告共 15 件，其中 1 件為書面資料，沒有討論情形，所以實際有討論情形的為 14 件，從整體來看，不計算維持會議程序的主席委員，在 14 件專案報告中，與討論事項一樣以被保險人代表的發言總次數最多（99 次），其次為保險醫事服務提供者代表（72 次），雇主代表與專家學者及公正人士代表則各有 17 次與 10 次的發言情形。

最後為臨時提案及動議的發言情形，整體來看在 12 件臨時提案及動議事項中，仍以保險醫事服務提供者代表的發言總次數最多（118 次），甚至超過專案報告的發言次數。其他如雇主代表、保險醫事服務提供者代表、專家學者及公正人士代表的合計發言次數都在 30 至 40 次這個區間，相較被保險人代表有段差距。

表 14、104 年度 健保會委員發言情形整理

屬性		104 年度		
		討論事項	專案報告	臨時提案及動議
保險付費者代表	被保險人代表	346	99	118
	雇主代表	102	17	41
	主計總處	1	1	無資料
保險醫事服務提供者代表		201	72	36
政府機關代表		11	1	2
專家學者及公正人士代表		65	10	33

資料來源：本研究自製

表 15 為 105 年各委員於討論事項、專案報告與臨時提案及動議事項的發言情形整理，不計算維持會議程序的主席委員以及幕僚的發言，並將代理出席的委員發言計入其所代表的委員紀錄。

首先，105 年度健保會議實錄的討論事項共 30 件，與 104 年度總數一樣。多數為與總額分配以及其他監理事項相關議題，從健保會委員所代表的團體來看，最多為保險付費者代表(224 次)，再來為保險醫事服務提供者代表(124 次)、雇主代表的發言總次數(67 次)，政府機關的代表委員本年度討論事項沒有發言次數紀錄。在本年度討論事項中，基本上每一位委員都有發言的紀錄，只是次數多寡的差異。

再來觀察各委員於專案報告發言情形，105 年度健保會議實錄的專案報告共有 10 件，其中 2 件為書面資料，沒有討論情形，所以實際有討論情形的為 8 件，從整體來看，不計算維持會議程序的主席委員，在 8 件專案報告中，與討論事項一樣以被保險人代表的發言總次數最多(40 次)，其次為保險醫事服務提供者代表(24 次)，雇主代表與專家學者及公正人士代表則各有 17 次與 10 次的發言情形，僅從數字來看，相較於上一年度，本年度專案報告的發言紀錄少約五成左右。大部分委員發言次數皆不足 10 次，可能與本次專案報告議題較無爭議有關。

最後為臨時提案及動議的發言情形，整體來看，本年度的提案較少，僅有 3 件臨時提案及動議事項，其中仍以被保險人代表的發言總次數最多(16 次)，其次是保險醫事服務提供者代表的 9 次，其他團體在本項發言情形皆差異不大。

表 15、105 年度 健保會委員發言情形整理

屬性		105 年度		
		討論事項	專案報告	臨時提案及動議
保險付費者代表	被保險人代表	224	40	16
	雇主代表	67	17	7
	主計總處	無資料	2	無資料
保險醫事服務提供者代表		124	24	9
政府機關代表		無資料	3	無資料
專家學者及公正人士代表		36	10	7

資料來源：本研究自製

綜合第二屆委員們的發言情形，可以發現被保險人代表與雇主代表在牽涉到費率的討論事項之中發言都較為踴躍，例如 104 年的討論事項與臨時提案，多為

費率的討論。「健保會雇主代表委員聯合各工商團體要求衛生福利部依法將 105 年度健保費率調降為 4.41%」案、「為維持全民健康保險財務穩定與永續發展，支持全民健康保險 105 年度費率維持現行 4.91%」案等等。

### 三、第三屆健保會（106~107 年度）

表 16 為各委員於討論事項、專案報告與臨時提案及動議事項的發言情形整理，不計算維持會議程序的主席委員以及幕僚的發言，並將代理出席的委員發言計入其所代表的委員紀錄。

首先，106 年度健保會議實錄的討論事項共 42 件，數量上是比往年要來得多。其中有 3 件沒有討論情形，實際有討論情形的為 39 件，多數為與總額分配以及政策法規諮詢相關的事項，從健保會委員所代表的團體來看，最多為保險付費者代表（272 次）；而保險醫事服務提供者代表（212 次）則居次，兩個團體合計的發言次數都達到 200 次以上。

再來觀察各委員於專案報告發言情形，106 年度健保會議實錄的專案報告共有 7 件，其中 4 件為書面資料，沒有討論情形，所以實際有討論情形的為 3 件，從整體來看，不計算維持會議程序的主席委員，在 7 件專案報告中，與討論事項一樣以被保險人代表的發言總次數最多（11 次），其次為保險醫事服務提供者代表（8 次），雇主代表與專家學者及公正人士代表則為個位數的發言情形，僅從數字來看，相較於上一年度，本年度專案報告的發言紀錄又比上一個年度更少，與本年度僅有三件專案報告有關。進一步從各委員來看，主計總處的保險付費代表以及政府機關代表則是沒有任何發言紀錄。

最後為臨時提案及動議的發言情形，整體來看，本年度有將近一半的會議沒有相關提案，整年只有 6 件。其中仍以被保險人代表的發言總次數最多（39 次），主計總處的保險付費代表以及政府機關代表發言次數最少。

表 16、106 年度 健保會委員發言情形整理

屬性		106 年度		
		討論事項	專案報告	臨時提案及動議
保險付費者代表	被保險人代表	272	11	39
	雇主代表	97	3	9
	主計總處	3	無資料	1

屬性	106 年度		
	討論事項	專案報告	臨時提案及動議
保險醫事服務提供者代表	212	8	15
政府機關代表	11	無資料	2
專家學者及公正人士代表	71	2	7

資料來源：本研究自製

表 17 為各委員於討論事項、專案報告與臨時提案及動議事項的發言情形整理，不計算維持會議程序的主席委員以及幕僚的發言，並將代理出席的委員發言計入其所代表的委員紀錄。

首先，107 年度健保會議實錄的討論事項共 32 件，其中有 2 件沒有討論情形，實際有討論情形的為 30 件，多數為與總額分配以及其他監理事項相關的主題，從健保會委員所代表的團體來看，最多為保險付費者代表（201 次）；而保險醫事服務提供者代表（168 次）則居次，兩個團體合計的發言次數達到總發言次數的 7 成以上，進一步從各委員來看，某些委員也皆有較踴躍的發言紀錄。

再來觀察各委員於專案報告發言情形，107 年度健保會議實錄的專案報告共有 17 件，其中 12 件為沒有討論情形，所以實際有討論情形的為 5 件，雖然數目多但大多為書面資料或者沒有討論就通過。從整體來看，不計算維持會議程序的主席委員，在 5 件的專案報告中，與討論事項一樣以被保險人代表的發言總次數最多（19 次），其次為保險醫事服務提供者代表（14 次），雇主代表與專家學者及公正人士代表則為個位數的發言情形，本次報告雇主代表的發言相較以往明顯比例偏低。而主計總處的保險付費代表以及政府機關代表則一樣沒有任何發言紀錄。

表 17、107 年度 健保會委員發言情形整理

屬性		107 年度		
		討論事項	專案報告	臨時提案及動議
保險付費者代表	被保險人代表	201	19	案及動議 本年度無臨時提
	雇主代表	58	2	
	主計總處	無資料	無資料	
保險醫事服務提供者代表		168	14	
政府機關代表		4	無資料	
專家學者及公正人士代表		48	7	

資料來源：本研究自製

綜合第三屆委員們的發言情形，可以發現些委員在各項討論中，都有非常積極的參與發言紀錄，可見該委員是所屬團體甚至本屆健保會的核心。另外亦有委員發言的次數相對少，兩年來各僅有加總 5 次以下的紀錄，並集中於討論事項的發言而已，值得注意。相對來說保險醫事服務提供者代表的委員們發言的情況較為平均，基本上每位委員都有發言的紀錄。

#### 四、第四屆健保會（108 年度）

表 18 為各委員於討論事項、專案報告與臨時提案及動議事項的發言情形整理，不計算維持會議程序的主席委員以及幕僚的發言，並將代理出席的委員發言計入其所代表的委員紀錄。

首先，108 年度健保會議實錄的討論事項共 33 件，其中有 1 件沒有討論情形，實際有討論情形的為 32 件，多數為與總額分配以及其他監理事項相關的主題，從健保會委員所代表的團體來看，本屆與上一屆有所不同，發言次數最多為保險醫事服務提供者代表（122 次）；而雇主代表（122 次）也相差無幾；保險付費者代表（89 次）。

再來觀察各委員於專案報告發言情形，108 年度健保會議實錄的專案報告共有 23 件，其中 4 件為沒有討論情形，所以實際有討論情形的為 19 件，數目較多但大多委員們沒有太多的討論，一般由幕僚及報告單位報告即知悉通過。從整體來看，不計算維持會議程序的主席委員，在 19 件的專案報告中，以被保險人代表的發言總次數最多（57 次），其次為雇主代表（50 次），但也與保險醫事服務提供者代表（49 次）、專家學者及公正人士代表（54 次）相差無幾，總的來說，本屆專案報告各團體的發言情形較為平均。

表 18、108 年度 健保會委員發言情形整理

屬性		108 年度		
		討論事項	專案報告	臨時提案及動議
保險付費者代表	被保險人代表	89	57	案及動議 本年度無臨時提
	雇主代表	112	50	
	主計總處	無資料	無資料	
保險醫事服務提供者代表		122	49	
政府機關代表		16	3	
專家學者及公正人士代表		101	54	



資料來源：本研究自製

### 第三節 歷屆健保會委員提案情形

#### 一、第一屆健保會（102~103 年度）

各年度提案數與前一節討論的案件數有所落差，是因為在本節中，沒有實際討論情形或者之後撤案的案件，只要委員們有提案的紀錄都會列入計算。詳細各年度月份、案由與實際提案委員的對照整理請參照附件四。

表 19 為各委員提案情形之整理，102 年度健保會議實錄的討論事項 34 件、專案報告 7 件、臨時提案及動議 11 件，總件數共 52 件，扣除中央健保署與健保會第三組等其他機構與幕僚的提案共 26 件，委員們實際的提案件數為 26 件。整體來看，以被保險人代表的提案總人次最多共 15 次，其次為保險醫事服務提供者代表 11 次，雇主代表 5 次，專家學者及公正人士代表 1 次的提案紀錄；政府機關代表在本年度各事項則沒有任何提案的紀錄。

倘若從委員的代表身份別的提案頻率來檢視，被保險人代表的每人平均提案數為 0.47 案，保險醫事服務提供每個人平均提案數為 0.36 案。

表 19、102 年度 健保會委員提案情形整理

屬性		102		
		討論事項	專案報告	臨時提案及動議
保險付費者代表	被保險人代表	6	無資料	9
	雇主代表	5	無資料	1
保險醫事服務提供者代表		8	無資料	3
政府機關代表		無資料	無資料	無資料
專家學者及公正人士代表		無資料	無資料	1
其他機構		24	2	無資料

資料來源：本研究自製

表 20 為 103 年度各委員提案情形之整理，103 年度健保會議實錄的討論事項 38 件、專案報告 10 件、臨時提案及動議 10 件，總件數共 58 件，扣除中央健保署與健保會等其他機構與幕僚的提案共 39 件，委員們實際的提案件數總計為 19 件。整體來看，以被保險人代表的提案總人次最多共 15 次，其次為雇主代表 10 次，本年度保險付費者代表佔委員們提案總數的五成以上；保險醫事服務提

供者代表 8 次；政府機關代表、專家學者及公正人士代表在本年度各事項則沒有任何提案的紀錄。

表 20、103 年度 健保會委員提案情形整理

屬性		103		
		討論事項	專案報告	臨時提案及動議
保險付費者代表	被保險人代表	6	無資料	9
	雇主代表	10	無資料	2
保險醫事服務提供者代表		8	無資料	無資料
政府機關代表		無資料	無資料	無資料
專家學者及公正人士代表		無資料	無資料	無資料
其他機構		28	10	1

資料來源：本研究自製

## 二、第二屆健保會（104~105 年度）

表 21 為 104 年度各委員提案情形之整理，104 年度健保會議實錄的討論事項 31 件、專案報告 18 件、臨時提案及動議 14 件，總件數共 63 件，扣除中央健保署、衛生福利部與全民健康保險會等其他機構與幕僚的提案共 40 件，委員們實際的提案件數為 23 件。整體來看，以被保險人代表的提案總人次最多共 51 次，其次為保險醫事服務提供者代表 46 次；雇主代表也有 28 次的提案紀錄，就每個委員平均的提案數來說，被保險人代表每個委員平均提案數為 4.25 案，保險醫事服務提供者委員的每個委員平均提案數為 4.6 案，雇主代表委員每人平均的提案數為 5.6 案，皆算是代表團體利益提案較為頻繁的委員類別；相較而言，政府機關與專家學者等團體的提案次數較少。

表 21、104 年度 健保會委員提案情形整理

屬性		104		
		討論事項	專案報告	臨時提案及動議
保險付費者代表	被保險人代表	13	無資料	38
	雇主代表	15	無資料	13
保險醫事服務提供者代表		11	無資料	35
政府機關代表		無資料	無資料	無資料
專家學者及公正人士代表		無資料	無資料	2
其他機構		20	18	2

資料來源：本研究自製

表 22 為 105 年度各委員提案情形之整理，105 年度健保會議實錄的討論事項 33 件、專案報告 13 件、臨時提案及動議 4 件，總件數共 50 件，扣除中央健保署與全民健康保險會等其他機構與幕僚的提案共 30 件，委員們實際的提案件數為 20 件。整體來看，以被保險人代表的提案總人次最多共 69 次，其次為保險醫事服務提供者代表 48 次，雇主代表也有 38 次的提案紀錄，相較於 104 年度各團體提案紀錄皆有所增加；相較而言，專家學者團體的提案次數較少僅 1 次；政府機關代表在本年度無提案的紀錄。

表 22、105 年度 健保會委員提案情形整理

屬性		105		
		討論事項	專案報告	臨時提案及動議
保險付費者代表	被保險人代表	47	無資料	22
	雇主代表	30	無資料	8
保險醫事服務提供者代表		36	無資料	12
政府機關代表		無資料	無資料	無資料
專家學者及公正人士代表		無資料	無資料	合計：1
其他機構		合計：17	合計：13	無資料

資料來源：本研究自製

### 三、第三屆健保會（106~107 年度）

表 23 為 106 年度各委員提案情形之整理。106 年度健保會議實錄的討論事項 45 件、專案報告 6 件、臨時提案及動議 6 件，總件數共 57 件，扣除中央健保署、衛生福利部與全民健康保險會等其他機構與幕僚的提案共 34 件，委員們實際的提案件數為 23 件。整體來看，以保險醫事服務提供者代表最多共 19 次；其次為雇主代表 15 次；被保險人代表的提案總人次則為 12 次，專家學者及公正人士代表與政府機關代表在本年度各事項則沒有任何提案的紀錄。

另外可以發現本年度保險醫事服務提供者代表的委員提案較為踴躍，且集中於「敬請研議臺灣地區外自墊核退費用（海外自墊費用）編列於 107 年其他總額部門預算案」、「敬請研議對於 106 年家庭醫師整合性照護計畫，收案人數已超出中央健康保險署原預期的倍數成長，其新增超出的部分，不在總額協定時的涵蓋範圍，如何因應案」等總額分配相關的議題案件，其餘委員提案次數皆為 4 次以下。

表 23、106 年度 健保會委員提案情形整理

屬性		106		
		討論事項	專案報告	臨時提案及動議
保險付費者代表	被保險人代表	12	無資料	無資料
	雇主代表	15	無資料	無資料
保險醫事服務提供者代表		17	無資料	2
政府機關代表		無資料	無資料	無資料
專家學者及公正人士代表		無資料	無資料	1
其他機構		24	6	4

資料來源：本研究自製

表 24 為 107 年度委員提案情形之整理。107 年度健保會議實錄的討論事項計有 35 件、專案報告 17 件，本年度沒有臨時提案及動議案件，計總件數共 52 件，扣除中央健保署、衛生福利部與全民健康保險會等其他機構與幕僚的提案共 42 件，委員們實際的提案件數為 10 件，相較於往年少得多。從整體看，以被保險人代表的提案總人次 14 次最多；其次為保險醫事服務提供者代表 10 次；而雇主代表總計也有 4 次的紀錄；政府機關代表在本年度各事項則沒有任何提案的紀錄。

表 24、107 年度 健保會委員提案情形整理

屬性		107		
		討論事項	專案報告	臨時提案及動議
保險付費者代表	被保險人代表	14	無資料	本 年 度 無 臨 時 提 案  及 動 議
	雇主代表	4	無資料	
	主計總處	1	無資料	
保險醫事服務提供者代表		10	無資料	
政府機關代表		無資料	無資料	
專家學者及公正人士代表		1	無資料	
其他機構		25	17	

資料來源：本研究自製

#### 四、第四屆健保會（108 年度）

表 25 為 108 年度各委員提案情形之整理，108 年度健保會議實錄的討論事項 34 件、專案報告 26 件、臨時提案及動議 1 件，總件數共 61 件，扣除中央健保署、衛生福利部、疾管署、中華民國醫師公會全國聯合會與全民健康保險會等

其他機構與幕僚的提案共 41 件，委員們實際的提案件數為 20 件。整體來看，以被保險人代表的總次數最多（51 次），其次是雇主代表（34 次），保險付費者代表合計約佔總提案次數的 7 成；保險醫事服務提供者代表 19 次約為雇主代表總計提案次數的一半。

可以發現本年度保險醫事服務提供者代表的提案較為踴躍，且集中於「敬請研議臺灣地區外自墊核退費用（海外自墊費用）編列於 107 年其他總額部門預算案」、「敬請研議對於 106 年家庭醫師整合性照護計畫，收案人數已超出中央健康保險署原預期的倍數成長，其新增超出的部分，不在總額協定時的涵蓋範圍，如何因應案」等總額分配相關的案件，其餘委員提案次數皆為 4 次以下。本年度中『近年健保「應提列安全準備來源」受到社保司自行解釋並逕減，影響安全準備之實際權責數字，為維繫現行費率適足，建請健保署逐期提供健保財務收支情形試算表，持續健全財務監理案』與『有關 108 年度編列 C 型肝炎藥費專款 65.36 億元不足額數，本會決議由健保署 108 年度醫療給付費用總額「其他預算」項下之結餘款支應，對其他預算項下可流用項目及流用金額』分別有 12 與 23 位委員聯合提案，顯示相關的費率與總額分配為委員們十分重視的議題。

表 25、108 年度 健保會委員提案情形整理

屬性		108		
		討論事項	專案報告	臨時提案及動議
保險付費者代表	被保險人代表	51	無資料	無資料
	雇主代表	34	無資料	無資料
保險醫事服務提供者代表		19	無資料	1
政府機關代表		無資料	無資料	無資料
專家學者及公正人士代表		5		
其他機構		15	27	無資料

資料來源：本研究自製

#### 第四節 歷屆健保會委員與會討論重點分析

本研究依照健保會業務職掌的內容將議案用「收支連動」、「總額分配」、「費率審議」、「給付範圍」、「政策法規諮詢」與「其他監理事項」等六類進行分類。詳細議題討論分類之整理與總數統計，請參照附件六。

## 一、第一屆健保會（102~103 年度）

102 年度健保會議實錄中有討論事項 34 件、專案報告 7 件與臨時提案 11 件。本研究依照健保會業務職掌的內容將議案用「收支連動」、「總額分配」、「費率審議」、「給付範圍」、「政策法規諮詢」與「其他監理事項」等六類進行分類。

從整體來看，總額分配議題相關的討論最多（12 件），其次為政策法規諮詢相關議題（11 件），而費率審議（4 件）最少。由此可以觀察出，基本上 102 年度健保會議主要討論的內容以商討總額分配與政策法規諮詢相關事宜為主，而費率審議是最少被討論的。而根據議題討論頻次的整理，可以發現會議主要討論的議題以商討總額分配為主，與發言情形的整理發現，議案中討論最熱絡的是在總額分配議題一致。

而在總額分配相關的類別中，討論度最高的議案分別是「103 年度牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院部門及其他預算醫療給付費用總額協商因素項目及成長率案」以及「103 年度醫院總額一般服務費用分配案」，前者的重點為確認 103 年度總額協商的結論，並且針對部分費用成長的項目進行討論，例如有委員提到針灸申報的比率高達 80% 以上，與針灸免部分負擔有關，討論其相關因應之道（第 3 次會議議事錄，頁 52）。而在給付範圍的類別中，討論度最高的是針對民眾自行負擔費用的「研擬『調整保險對象應自行負擔費用』案」，討論的重點為依健保法第 43 條規定，保險對象應自行負擔門診或急診費用的 20%，居家照護醫療費用的 5%，但不經轉診，則要加重部分負擔。而現行部分負擔占醫療費用比率平均為 11%，相較於健保法第 43 條所定 20% 基本門檻（下限），有偏低情形，所以提出討論，其中有 16 位委員參與該議案的討論。

103 年度健保會議實錄中有討論事項 34 件、專案報告 11 件與臨時提案 10 件。扣除樣本委員無實際討論情形的 1 件專案報告，實際討論議案共有 54 件。本研究依照健保會業務職掌的內容將議案用「收支連動」、「總額分配」、「費率審議」、「給付範圍」、「政策法規諮詢」與「其他監理事項」等六類進行分類。

從整體來看，相較於 102 年度，103 年度總額分配議題相關的討論一樣最多（18 件），政策法規諮詢議題相關的討論則不遑多讓（16 件），而在本年度，費率審議的相關討論最少（2 件）。可以觀察出，基本上 103 年度健保會議主要討

論的內容以商討總額分配與政策法規諮詢相關事宜為主，而費率審議是最少被討論的。

而根據議題討論頻次的整理，可以發現會議主要討論的議題以商討總額分配與政策法規諮詢兩類為主，不過從委員在討論事項與專案報告及臨時提案的發言情形整理中可以發現，議案中討論最熱絡的卻是在給付範圍主題的議案，例如「特殊材料『聖猷達』翠翡塔組織瓣膜『SJM』Trifecta Valve 自付差額申請案」與「罕見疾病特殊材料『沛佳』法斯樂-杜瓦伸縮式髓內釘系統納入醫院總額罕見疾病專款項目案」保險付費者代表以及保險醫事服務提供者有相當多的討論與對話。此外，在總額分配範疇中，討論最為熱烈的是「103 年醫院總額一般服務之保障措施」一案，針對的是希望增加地區醫院之點值保障項目，以提昇地區醫院固定點值部位之比例，以求逐步矯正長期資源分配的偏頗，讓弱勢的地區醫院能逐步改善。最後在政策法規諮詢面，則是以「建請健保署遵循健保法施行細則第 68 條規定，儘速調降已公告 8 年未修正之平均眷屬人數」一案最受關注，不僅在討論事項，在臨時提案也有相當多的討論。

## 二、第二屆健保會（104~105 年度）

104 年度健保會議實錄中有討論事項 30 件、專案報告 15 件與臨時提案 12 件。扣除無實際討論情形的 1 件專案報告，實際討論議案共有 56 件。本研究依照健保會業務職掌的內容將議案用「收支連動」、「總額分配」、「費率審議」、「給付範圍」、「政策法規諮詢」與「其他監理事項」等六類進行分類。

從整體來看，相較於上一屆健保會議，104 年度總額分配議題相關的討論一樣最多（18 件）；其次一樣是政策法規諮詢議題相關的討論（17 件），只從數量上來看，這兩個討論議題的案件數相差不大，都是本年度重點範圍。而收支連動與費率審議的相關討論最少，分別為個位數 1 件與 5 件。可以基本觀察出，104 年度健保會議主要討論的內容以商討總額分配與政策法規諮詢相關事宜為主，而費率審議與收支連動是最少被討論的。根據以上議題討論頻次的整理，可以發現會議主要討論的議題以商討總額分配與政策法規諮詢兩類為主，不過從委員在討論事項與專案報告及臨時提案的發言討論情形整理中可以發現，議案中討論最熱絡的除了總額分配主題議案，最多的卻是在給費率審議的討論，總額分配類別的重點議案如，「105 年度總額協商通則案」，主要是依據健保會幕僚擬具的草案進

行討論，以求在進行正式協商之前有一個通則架構，因為保險付費者代表與保險醫事服務提供者代表對於 1.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 2.各部門總額成長率則不得超過行政院核定範圍之上限值 3.健保節流措施之實際效應，應自總額扣除等三項原則沒有共識而有所爭議，另外有委員希望相關的總額協商通則不應該每年都提出來討論，應該是定案後，除非當年度有變動，再提至委員會討論，應該形成一個規則。避免浪費時間也影響議事效率。(104 年第 4 次會議，頁 50)；但也有委員認為不能以上屆委員會的決議，來拘束這一屆委員，它不是法令，所以 105 年度總額協商通則，並不能拘束 106 年度總額。這只是個模式，希望大家依照以前的模式，讓我們的協商效率提升。應該回到該年度的討論，共識愈多，效率愈高；共識愈少，效率愈差。在費率審議類別中，以「健保財務平衡及收支連動之機制與標準暨 105 年度全民健康保險費率方案(草案)」、「請衛生福利部依據健保法第 24 條條文規定，於 105 年元月 1 日起調降健保費率 0.5%，以 4.41%來徵收健保費，以還全民公平、公正、合理、公道收費責任案」、「為維持全民健康保險財務穩定與永續發展，請衛福部及健保會支持全民健康保險 105 年費率維持現行 4.91%案」等三案的討論最為熱烈，與會委員認為全民健康保險制度須在財務平衡穩定下運作始能永續，最終決議 105 年度一般保險費率調整為 4.69%。

105 年度健保會議實錄中有討論事項 30 件、專案報告 10 件與臨時提案 3 件。扣除無實際討論情形的 2 件專案報告，實際討論議案共有 41 件。本研究依照健保會業務職掌的內容將議案用「收支連動」、「總額分配」、「費率審議」、「給付範圍」、「政策法規諮詢」與「其他監理事項」等六類進行分類。

從整體來看，相較於上一屆健保會議，104 年度總額分配議題相關的討論一樣最多（18 件）；其次為其他監理事項的討論（13 件）。而收支連動與政策法規諮詢的相關討論最少，分別為個位數 1 件與 6 件。可以基本觀察出，105 年度健保會議主要討論的案件以商討總額分配與其他監理事項相關事宜為主，而收支連動與政策法規諮詢是最少被討論的。根據以上議題討論頻次的整理，可以發現會議主要討論的議題以商討總額分配與其他監理事項兩類為主，從委員在討論事項與專案報告及臨時提案的發言討論情形整理中也可以發現，議案中討論最熱絡的是總額分配主題議案，例如「106 年度醫院、牙醫門診、中醫門診、西醫基層醫療給付費用總額及其他預算案」共有 16 位委員參與討論，另外，「105 年全民健



康保險各部門總額評核結果之獎勵案」也有 15 位委員參與討論，屬於重點議案。而在政策法規諮詢面雖然議案數較少，卻有較高的討論熱度，如「敬請研議『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目評估指標之定義內容案」，委員針對項目之動支程序與評估指標進行檢討與修改建議。最後，在其他監理事項則多是執行成果與檢討報告，例如「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」之執行成果與檢討報告、「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案執行成果、「DRGs 相關診斷分類分組由 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 之執行情形」等，雖然案件多，但是委員們討論的情形不若其他議題來得熱烈。

### 三、第三屆健保會（106~107 年度）

106 年度健保會議實錄中有討論事項 42 件、專案報告 7 件與臨時提案 6 件。扣除無實際討論情形的 4 件專案報告，實際討論議案共有 51 件。本研究依照健保會業務職掌的內容將議案用「收支連動」、「總額分配」、「費率審議」、「給付範圍」、「政策法規諮詢」與「其他監理事項」等六類進行分類。

從整體來看，相較於上一屆健保會議，106 年度總額分配議題相關的討論一樣最多（20 件）；其次為政策法規諮詢議題相關的討論（14 件），而收支連動與費率審議的相關討論最少，分別為個位數 3 件與 2 件。可以基本觀察出，106 年度健保會議主要討論的內容以商討總額分配與政策法規諮詢相關事宜為主，而費率審議與收支連動是最少被討論的。

另外，根據以上議題討論頻次的整理，可以發現會議主要討論的議題以商討總額分配與政策法規諮詢兩類為主，在政策法規諮詢議題上，以第 9 次會議的「鑒於維護全民健保之正義與健保的體制、永續，籲請盤點現行健保實務中違反全民健康保險法之情事，並立即改善或規劃導正期程及全民健康保險法明確揭示『成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品』不列入本保險給付範圍，建議儘速依法改正，其他違反之相同情事，亦應比照辦理」案討論最為熱烈，討論的重點為檢討如何落實全民健康保險法，有許多實務中的運作有違反全民健康保險法的疑慮而提出討論，例如第 51 條第 4 款之規定，包括研提「成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品」逐步不納入健保給付之規劃與配套措施，及對健保財務之影響評估，進而評估是否有修法的必要。或者有委員就認為，目前實際執行如有違法處就應該改，例如總額依該條文的規定來切，實際上有困難的話，就是主管機關應提修法，以符現

狀。(第 9 次會議，頁 99)，而他也認為健保法 43 條部分負擔，依該條文規定，常規應採定率收取部分負擔、例外才用定額收取，但現在是把例外當常規，也就是一直都採定額收取。以及健保法第 61 條總額是分成門診跟住院，門診總額再去依醫師、中醫師、牙醫師、藥師及藥品來分，這些現行做法顯然違反健保法(第 9 次會議，頁 97)。但是其他委員持不同的看法，即針對健保法 43 條提出看法，首先，該條文第 2 項有提到，應自行負擔之費用，得以定額方式收取。目前的執行方式，完全就是依健保法第 43 條規定辦理，他認為完全沒有違法的問題。而且他認為督促主管機關來做些變革是有必要，但是不要預設立場認為有違法，態度太過沈重(第 9 次會議，頁 99)。看得出來不同委員針對法條的解讀有所不同。最後，在總額分配的議題中，則以「107 年度西醫基層、中醫門診、牙醫門診、醫院醫療給付費用總額及其他預算案」、「107 年度總額協商通則(草案)」的討論最為熱烈，各有 21 位以及 15 位委員參與討論。

107 年度健保會議實錄中有討論事項 32 件、專案報告 17 件。扣除無實際討論情形的 12 件專案報告，實際討論議案共有 37 件。本研究依照健保會業務職掌的內容將議案用「收支連動」、「總額分配」、「費率審議」、「給付範圍」、「政策法規諮詢」與「其他監理事項」等六類進行分類。

從整體來看，相較於上一屆健保會議，107 年度總額分配議題相關的討論一樣最多(17 件)；其次為其他監理事項的討論(14 件)。而收支連動與費率審議的相關討論最少，分別為個位數 2 件與 1 件。可以基本觀察出，107 年度健保會議主要討論的案件以商討總額分配與其他監理事項相關事宜為主，而收支連動與費率審議是最少被討論的。根據以上議題討論頻次的整理，可以發現會議主要討論的議題以商討總額分配與其他監理事項兩類為主，從委員在討論事項與專案報告的發言討論情形整理中也可以發現，議案中討論最熱絡的是總額分配主題議案，例如「108 年度牙醫門診、西醫基層、中醫門診、醫院醫療給付費用總額及其他預算協商案」、「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」都有超過 10 位以上的委員參與討論。而在給付範圍議題面，「慢性病連續處方箋比照一般處方箋收取部分負擔」案是本年度的重要議案，但是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，委員們仍有不同意見，決議是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。

#### 四、第四屆健保會（108 年度）

108 年度健保會議實錄中有討論事項 33 件、專案報告 23 件。扣除無實際討論情形的 4 件專案報告，實際討論議案共有 52 件。本研究依照健保會業務職掌的內容將議案用「收支連動」、「總額分配」、「費率審議」、「給付範圍」、「政策法規諮詢」與「其他監理事項」等六類進行分類。

從整體來看，相較於上一屆健保會議，本屆總額分配議題相關的討論一樣最多（23 件），甚至超越往年 106 年度的紀錄 20 次；其次為其他監理事項議題相關的討論（22 件），純以數字來看，這兩者的案件數十分接近，為本年度重要的議案主題。與 107 年度相同，收支連動與費率審議的相關討論最少，各只有 2 件的討論。可以基本觀察出，108 年度健保會議主要討論的內容以商討總額分配與其他監理事項相關事宜為主，而費率審議與收支連動是最少被討論的。

另外，根據以上議題討論頻次的整理，可以發現會議主要討論的議題也是以商討總額分配與其他監理事項兩類為主，從委員在討論事項與專案報告發言討論情形整理中也可以發現，議案中討論最熱絡的舊是總額分配主題與其他監理事項議案，例如「109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則（草案）」共有 13 位委員參與討論；另外，「有關 108 年度編列 C 型肝炎藥費專款 65.36 億元不足額數，本會決議由健保署 108 年度醫療給付費用總額『其他預算』項下支應，對其他預算項下可流用項目及流用金額之復議案」和「109 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」案也各有多位委員參與討論，屬於總額分配的重點議案。在其他監理事項議題上面，「區域級（含）以上醫院門診減量措施執行情形及成效檢討報告」、「近年健保『應提列安全準備來源』受到社保司自行解釋並逕減，影響安全準備之實際權責數字，為維繫現行費率適足，建請健保署逐期提供健保財務收支情形試算表，持續健全財務監理案」也有比較熱烈的討論情形，各有 13 位委員參與討論。

接下來，本研究將進入包括深度訪談與焦點座談所蒐集到的質性資料，一共分為兩章來處理，從當事人與學者專家的角度，對於健保會的議事效能問題進一步挖掘，並且為這些問題設想可能的對應方案。



## 第六章 深度訪談結果分析

研究團隊透過面訪等方式，完成 15 位現任或曾任健保會委員及學者專家之深度訪談，並於訪談結束後即刻辦理訪談內容整理，以利後續分析。截至 2020 年 10 月 31 日止，研究團隊已完成 15 位受訪者訪談內容之記錄整理，將其中一位受訪者之訪談紀錄呈現於附件九，亦將整理好之對象列於表 27，並納入接下來的章節，併同焦點團體座談內容進行初步分析。

以下將針對本研究案之主要研究目的，包括健保委員會議之議事效率問題、委員代表性及專業性問題，以及資訊公開機制等進行討論，並提出初步研究發現。

表 26、深度訪談分配數、已訪問人數及訪談紀錄完成數統計表

代表類型	訪問人數	訪談紀錄已完成數
被保險人代表	3	3
保險醫事服務提供者代表	4	4
專家學者及公正人士代表	5	5
政府機關代表	2	2
外部專家學者	1	1
總計	15	15

資料來源：本研究自製

表 27、已深度訪談對象摘要表

已訪談對象	訪談時間	逐字稿字數
政府機關代表 1	2020 年 04 月 01 日	第一次:11,178 第二次:13,475
專家學者及公正人士代表 1	2020 年 04 月 09 日	18,553
專家學者及公正人士代表 2	2020 年 04 月 24 日	18,580
被保險人代表 1	2020 年 04 月 28 日	2,895
被保險人代表 2	2020 年 04 月 30 日	8,514
被保險人代表 3	2020 年 04 月 30 日	17,865
健保會專家學者 1	2020 年 05 月 08 日	14,488
專家學者及公正人士代表 3	2020 年 05 月 11 日	29,396
政府機關代表 2	2020 年 07 月 06 日	7,935
醫事團體代表 1	2020 年 07 月 06 日	10,693
醫事團體代表 2	2020 年 07 月 22 日	26,564
專家學者及公正人士代表 4	2020 年 08 月 05 日	27,644

已訪談對象	訪談時間	逐字稿字數
醫事團體代表 3	2020 年 09 月 15 日	18,985
醫事團體代表 4	2020 年 09 月 29 日	14,083
專家學者及公正人士代表 5	2020 年 10 月 13 日	12,383

資料來源：本研究自製

## 第一節 受訪者之意見表達

有關形成健保委員會議之議事效率問題的原因，經彙整受訪者之意見後，主要可歸類於以下幾點。第一，委員人數；第二，少數委員個人發言時間較長；第三，主席主持風格；第四，部分委員非具健保或財務專長；第五，幕僚強化之空間；最後為綜合整理之小節。以下將分別說明，並彙整受訪者提出之建議。

### 一、委員人數

自從兩會合一制度實行至今，健保委員會議之委員人數已逐步成長至現今的 39 人。在委員會議成員數量較多的情況下，針對每一個議案，只要有四至五位委員進行一次發言，則該議案之進行期間便會拉長。

被保險人代表 1：委員人數的增加，我想也是可以檢討的，因為真的是比較大一點的問題。...如果委員會員額一直龐大、擴充的話，我想議事效率相對都會比較差一點。

而造成委員會代表人數逐漸上升之原因，包括原健保監理會及費協會委員人數合併所致之外，尚包括民間團體代表增加。儘管委員人數增加知識時本身並不一定會造成議事效率變差，只要能在發言上有所自制，針對其他委員提出之相同意見僅需表達復議即可，不一定要透過發言再次陳述其類似之意見，但這些委員背後往往代表其所屬團體，為了留下發言紀錄，讓所屬團體成員可以知道其確實有扮演好代表之角色，故仍有些委員會在同意其他委員之發言之前提下，仍舊舉手發言。

專家學者及公正人士代表 1：就是有一部分的委員是代表制，所以他必須回去對他的背後的就是他代表的團體要有所交代，那個交代不是只有目的達成，還要達到的是他有形式上有出來喉舌，有去講就算別人已經提了他還是要再講一遍，表示他不是來開會而已，他確實是有著力在這些議題上面這樣子。

政府機關代表 2：當初二代健保兩會合一他主要的精神就是希望收支是連動的，…那時候就是想說二代健保要讓兩會合一，那既然兩會合一後又必須考慮到兩會委員的代表性，所以從以前的三十幾會到我們這一屆三十九位，其實我覺得這麼大的一個會議，光委員就三十幾個，還有健保會的，包括主管機關和健保署的同仁，所以這個會議是一個非常大的會議，整個全民健保的範圍又太多，所以我覺得這是當初設計的時候這就不是一個健保會可以掌握的，因為第一人真的太多…他們都有各自代表，都有自己背負的一個責任，那基本上你把這些人放在一起，他們為了要表達自己的立場，其實就會花很多的時間在作討論…

因此，代表人數多，以及委員期望對背後團體有所回應之動機，可能會造成議事效率不彰之情形。

## 二、少數委員發言時間較長

除了代表人數之外，部分委員針對特定議題時常有發言較長之情形，同樣影響健保委員會議之議事效率。除了前項所提之委員期望對所屬團體有所交代之外，對於特定具爭議性之議題，少數委員可能在委員會議的各個議程（包括確認前次會議列管案辦理情形、業務報告等）中進行發言。儘管健保會幕僚同仁期望透過發言次數控管的方式改善效率，但仍有少數委員努力針對在意的議案（如 36%政府依法應負擔比例等）嘗試多次發言。

被保險人代表 1：上一屆的話，有少數的委員個人發言較長，然後主席沒有制止，還有重複發言、多次發言，所以議案有時候一次會議討論不完，上一屆是有這樣一個問題存在。

醫事團體代表 1：像 36%政府出的事情，我現在是第二屆，但第一屆進去就開始講這個問題了，社保司的司長站在政府的立場，也認為是合理的，但這不是醫療提供者該講的，只能私底下說，就像剛剛提到的定位問題，部長都說是這樣，不然就去外面抗爭嘛，或者打官司、釋憲等等，不是只在裡面攪和，每一次講到這個議題又要花半小時一小時，搞得我都耳熟能詳知道所有細節了，但真的不必要，浪費議事效率。

醫事團體代表 3：我覺得代表他本身，就是代表本身的特質，有些人很喜歡堅持一些事情，那這裡面我覺得堅持到，有的我不覺得有什麼特別的道理。

事實上，針對這一個影響議事效率之因素，健保委員會議之主任委員在主持

議事之過程當中，曾經規劃一些因應方式，如設計時間提示手牌等，提醒委員剩餘發言時間及已發言次數。然而，此一措施因部分委員認為不尊重其發言權，有表達不滿，於今（109）年度之委員會議現場觀察，已無採行此一作法。

政府機關代表 2：…這一次的主委他很有心，有鑒於過往兩三屆健保會的運作，那他在第一次會議的時候就有提一個議事會議效率提升做法，在我們去年三月第一是會議的時候就有通過，那他最主要是要掌握發言次數跟時間，那時候他還很有心喔，還做了一些牌子啊，就是說發言有這樣的規定，發言以三次為限每次不超過三分鐘，幕僚按鈴提醒，然後這個運作到第三次第四次，就有一些老委員就生氣了…所以我覺得在這樣的情況下，所謂提升議事效率的這個做法就沒辦法運作因為不被委員所接受，就算第一次會議已經有通過，所以說我覺得每個委員有他個人或團體所代表的職責所在，所以他覺得他必須要發言，有所堅持，所以我覺得這整個都會影響議事的運作。

### 三、主席主持風格影響

不可否認地，主席在委員會議事效率上扮演之角色非常關鍵。在健保委員會議中，主席基本上由主委擔任，而主委原則上須為專家學者或公正人士代表。這樣的制度設計，應為期待主委能夠在健保的消費者、付費者，以及醫界代表之間扮演公正及協調之角色。然而，這也代表主席在主持會議時，針對議案的裁示或決議，必須在平公正與效率上找到平衡。根據訪談結果，受訪者認為主席在主持會議上的風格，確實影響著議事效率程度。

政府機關代表 1：主席很重要，主席有辦法去化解這個東西，就是主席要用什麼樣的方式去化解這個衝突，或者讓他能夠變成說勉強可以做成一個結論，就是說你跟他的意見明顯不一樣，可是經過我的主席這樣東弄西弄，…，得到一個結論是比較接近他的，可是我也同時有一個結論就是，可是你的意見我會把他放在紀錄裡面，所以你的意見也不會被漏掉，但是基本上比較像是他的意見。或者有的時候是主席去搓出來，那有時候如果主席搓不出來就可能僵在那邊…

被保險人代表 1：這一屆的話，看起來在…一方面主席在議事指揮上會比較強勢一點，發言時間較長或是重複發言的委員的次數已經很少，所以幾乎今年來…我是指這一屆，因為這一屆也沒多久，這一屆以來，大部分都能夠把提案或各方面完成，所以這一屆在議事效率的部分，比起上屆來說，應該是比較沒有那麼大的問題存在。所以我想應該是主席的指揮、對整個議事的主導，還有遊戲規則要訂立好，而且要嚴格執行。



有關主席之主持風格，亦有部分受訪者認為主席應該透過對於議事規則之掌握，強化其在會議流程中堅持立場及回應強勢發言委員的能力：

被保險人代表 3：人家每一個都要講話，如果他不給他講，他兇他一下，主席就退回去了。…我的看法是說，主席對於議事相關的東西他其實應該要有相關的了解啦！

然而，亦有受訪者持不同的看法，認為相較於前屆委員會議，現任主席對於議事效率的關注及控管已有顯著改善。過去往往會開到晚上的委員會議，今年大部分均可以控制在下午兩點之前結束：

醫事團體代表 4：現任主委算是效率好…，有些主委有時候太過…因為主委有時候需要想讓誰多講一些話，但議題就發散了，有時候都重複，第一個講完，第二個講同樣的事情，第三個講同樣的事情，那主委就講這個委員講得很好，你們後面有沒有跟他一樣的意見？如果都一樣意見就書面表達同意就可以了，就不用再講了…

#### 四、部分委員非具健保或財務專長

委員對於議案或健保相關業務之熟悉程度不足，同樣也是少數受訪者認為影響議事效率之原因。由於健保會委員具有提案權，但有時會發生提案議題過於發散，雖然無法說與健保完全無關，但其內容很難在會議中聚焦討論，進而影響議事效率。此外，部分團體因主要代表者為任期制，且前後任代表不一定有良好互動，甚至為競爭關係，致使健保會委員經驗無法有效於團體中傳承，造成對特定議題之認識深度不足。同時，部分團體代表委員可能亦自認僅能做兩年，不願意投入太多心力在提升自身對健保相關議題之專業知識。

醫事團體代表 4：很多公會他是有角力的，他前任理事長跟這一任理事長搞不好是競爭對手，所以他上去以後他下面的幹部都換了，但他上來代表那個團體的也換了。兩年要熟悉一個健保會太困難了…

#### 五、建議

針對前開議事效率之問題，部分受訪者提出了一些可能改善之建議。首先，針對委員人數偏高之情形，有受訪者認為可以建議輪替或抽籤機制，避免因團體數增加而需擴張委員代表人數之情形。不過亦有受訪者表示委員人數多寡並非影響議事效率的主要原因。因為多數委員的發言頻率其實很低，且每個議案的發言

人數也不多，儘管降低了委員總數，特定委員仍然會持續發言。同時，委員總人數降低應該也要與完善的團體代表遴選機制進行配合，否則單純降低委員總數並無助於改善議事效率。

被保險人代表 1：那性質相同的團體要不要在名額上有所限制，或是要不要用抽籤的方式？像他們有一個病友團體來講，他們是輪流抽籤，輪流抽籤也是一個方式，職業工會既然都代表勞工，那需不需要每一個團體都參加？因為現在沒有限制…

醫事團體代表 3：我覺得他如果現在這種運作模式不改變其實也沒有什麼效果，因為你這三十幾個人當中真正會講話大概不超過一半、十幾個人，你如果今天就算縮小一半好了，那十幾個人裡面這樣吵阿吵還不是一樣。

醫事團體代表 4：你如果要把人再減少，那就要求這些團體本身派出來的代表必須要有內部的一個遴選機制，你不能隨便就指定一個人，當然要有遴選機制，而且必須內部任何一個議題要有適當的會議決議回應，這樣出來他就不會天馬行空，他必須照他的決議走。

針對少數委員發言時間較長的問題，則可以鼓勵委員能盡量精簡其發言，且以重點陳述為主；也有受訪者提到主席的控場能力、強化會前協商作業，以及是否可能建立不遵守議事發言規定之委員的退場機制，有助於改善少數委員發言不平均的現象：

醫事團體代表 2：對！你開會時一定要講重點，啊你的 key point 講出來，你的重點在哪裡，啊敘述一些，不要講得太多啦。

醫事團體代表 3：任何議事要開得有效率一定是第一個主席的 control、控場能力對不對，第二個就什麼，就是你很多會議重大議題應該事前有會前會協商，而不是到現場上才你一言我一句對不對，那就很發散，你今天如果今天那些表現不佳、或是你不聽主席的、或是這種的，你能力有把他退場機制…

針對主席主持方式之建議，則是認為可以將議事規則明確化，並有效落實。此外，亦建議主席可以充分運用健保會幕僚之行政支援，適時提供與會委員所詢問的相關資訊：

被保險人代表 1：我想應該是主席的指揮、對整個議事的主導，還有遊戲規則要訂立好，而且要嚴格執行…

醫事團體代表 1：主席很重要。現在是合議制，那主席也是尊重大

家。我們參加過很多會議，但有些講過的真的不用再講了，一個健保會每個人發言三分鐘，會討論不完，直接問說有沒有反對意見就好。…如果有人說是決議過的事情，主席可以讓幕僚馬上查啊，開會時幕僚都在的。

事實上，儘管存在部分對於整體會議過程及對健保會幕僚之改善建議，多數受訪者其實均對目前健保委員會之議事效率表達肯定。無論是委員本身的自制，還是健保會幕僚為了提升效率所做的各式努力，已將健保委員會的議事流程維持在一個穩定的狀態。

被保險人代表 2：在付費者代表部分，會在開會前會以不同方式進行溝通，所以委員若有與其他委員意見一致，或者在會議中其他委員已就相關議題發言，則可以不用再發言。偶爾有委員雖然意見與他人一致，還是會再度表達意見。整體而言，在消費者代表端彼此合作得很好，議事進行亦愈來愈順暢。

被保險人代表 1：這一屆以來，大部分都能夠把提案或各方面完成，所以這一屆在議事效率的部分，比起上屆來說，應該是比較沒有那麼大的問題存在。

被保險人代表 2：目前由於開會時間限制在下午兩點前結束，委員們大都可以各自節制自己的發言時間，避免會議過於冗長。…最近健保會工作人員在議事運作方面的努力，例如訂定規範、限制發言時間、以螢幕投影發言順序及計時等等，都對於議事效率、行政程序的改善很有幫助。

## 第二節 委員專業性之問題與建議

有關健保委員會之委員是否具備了足夠回應相關議案之專業性，不同的受訪者提出了不同面向之觀點。部分受訪者認為，相較於醫界代表，付費者代表在特定議題上確實呈現出較不熟悉的情形。造成這些問題的原因則可能是委員自身專業屬性不同、政府提供之數據資訊不夠充分，抑或委員自身用功程度不足等。

政府機關代表 1：有些團體就真的確實是背後沒有那個力量，或者主其事者出來代表的人本身不一定是這方面非常好的…

被保險人代表 1：在付費者代表那邊是不是有足夠的知識或專業，能夠對於健保的議題做一個比較具正當性或合理性的分析或表達，這是第一個問題。第二個問題是資訊的不對等，之前很多在健保會裡面之所

以會有立場上的對立，事實上有一個問題就在於資訊的不平等、互相的不信任，...，這些數據事實上對消費者來說不夠充分。

專家學者及公正人士代表 1：醫界...剛好相反，醫界後面都有智庫，你看那個醫師公會全聯會，我剛講次級組織，他次級組織就有健保的、有那個醫糾的什麼、各式的次級組織，所以他們就會有一群專門在做這個的分析...

被保險人代表 1：還有就是真的用功不夠...每一次我們都會對季報表或月報表，有一個表示意見的機會，看大家對於這一個報表有沒有什麼意見，如果是真的有看數據的人，一定會對這份報告資料有意見。我每個月開一定都會有意見...因為有些已經是好久好久的委員，不是說好久的委員就不好，有一些委員是平常根本不太講話，而且是已經當一、二十年，可是他的發言都是從個人很小的觀點在討論事情，像這些委員...因為他是商界提出來的代表，所以各個團體所推出來的代表那個...我們不能講說素質好壞或什麼，能夠對議題比較了解，或是比較投入這個議題，然後我覺得這個對整個健保會品質的提升才會有幫助。

也正因如此，部分付費者代表既無足夠之健保相關知能，亦無法獲得背後團體的有效支持，必須透過長時間參與健保委員會議之運作，成為資深委員後，方能累積相當經驗，與其他代表進行有意義之意見交流。

專家學者及公正人士代表 1：我們講付費者那邊的背後團體（王光旭：大概不會給他太多的支持），沒有，因為可能他們都還比他不了解，所以他得靠他在這裡待久了或是他自己的用心的了解，他可能會自己去了解對他背後團體的一些利害關係然後去幫他們做主張，這是在付費者那邊。

被保險人代表 2：在消費者代表部分，資深委員扮演相當重要的角色，對於資淺委員可以有很多的提點。

政府機關代表 1：有些委員他本身非常認真，或者他非常資深，多年下來他已經變精，他就非常厲害，所以他會成為意見領袖，或者說講出來的東西基本上都有他的某些道理...

部分受訪者亦觀察到健保會幕僚相較於健保署同仁，可能在特定專業議題上也同樣存在專業程度的落差。因此，建議透過健保會同仁與健保署同仁之職位輪換機制，強化對委員提供專業資訊的即時性與正確性，不失為另一種改善作法。部分委員亦建議健保會幕僚同仁可以減少與業務本身較無關的行政庶務（如投入過多心力對委員噓寒問暖等），更多回應自身之文官責任與專業，提供委員所需

的專業支援服務：

專家學者及公正人士代表 4：應該是健保署的同仁跟健保會的同仁要有輪調機制，類似這樣，我們本來想要說幫他們訓練嘛，可是還不如…我覺得最快是輪調啦！那這個有沒有可能？所以健保會的同仁如果是健保署來的，非常熟嘛，所以委員問什麼他都知道，而且他又是那裡來的，所以同事都認識嘛，一通電話就可以問到最新的資料之類的，這是一個可以做的。

被保險人代表 2：有些議題他可能，比如說可能他也許牽扯的費用比較高、或者他的人口數量比較特殊、或者是他的爭議性…那我覺得像這個東西就可以先有專案，就是可以先有專案的報告…或者是說也可以有一些實地的了解、讓委員有實地的了解…先有一個比較清楚的整體的整理，然後也許是透過專案報告或是一個座談把這個事情理清楚…

醫事團體代表 3：我們剛才講的提高部分負擔，像這個議題你們覺得怎麼樣，我們今天可以做個十分鐘的簡報，我們看看現在美國、英國、什麼大家的方向有沒有什麼改變怎麼樣，我們過去這樣做我們研究、我們委託研究結果是怎麼樣，那請問你們想法、有什麼改革意見，同時再去開一場跟付費者討論、或是跟專家學者討論，那最後把意見稍微總整，這個我覺得其實比較需要，而不是只是幫你送生日卡什麼這種東西的，這些都是公務員、而且都是高階公務人員，你要做的是專業幕僚、專業的行政人員，而不是只是做一些這些事情，這些事情不需要你們來做，國家發薪水不是要你來做這些事情對不對。

### 第三節 委員代表性之問題與建議

有關健保會委員是否能夠充分代表其所屬之團體，本研究歸納了受訪者之觀點，基本上可以得出不同性質的代表存在不同的代表性之初步結論。對於部分代表來說，其與所屬團體之連結較為鬆散，委員多以自身專業及意見於委員會中進行陳述；然而醫界代表及部分付費者代表（雇主代表）則與其背後之所屬團體連結緊密，其發言受制於團體之意見。

政府機關代表 1：有一些人你知道他後面有一股力量，有一群智囊團體，所以他出來講話，有些問題比如說，他有被授權像回答的他當然就據理力爭，但是如果他覺得他沒有被授權到那個程度，他可能就會保留，或者說他可能要再去做一些確認，像他可能要回去打電話，跟某些關鍵人士說一下。…有些團體他就是容許某些人就是都是一直代表他的人；那有些團體可能競爭很激烈，你想待那麼久都做不到，別人就會想

辦法要取代你…

專家學者及公正人士代表 1：要看，有些是可以、有些可能就，要看那個團體的力量是到什麼程度，…，通常如果那個團體的力量大於這個代表，就是他們會給這個委員壓力…那他原則上自己能夠掌控的空間就比較小，因為那個他代表的團體會監督他有沒有充分反映我們的東西這樣子，但是如果那個團體比較不是、內部的凝聚不是那麼強的…如果他們不是很關心健保只是因為法律上說要一個代表所以我們派一個代表去，那他們又不太愛管他做什麼事情，那他就可以照他自己的意思走，那種就會出現這樣的狀況，真的要看那個他代表團體的內聚力跟關心程度，才會決定說他到底是會按照他們團體的意思在走，還是他個人的意願在走這樣子。

醫事團體代表 1：我的習慣是會叫幕僚，把以前跟議題相關的會議紀錄調出來給代表開會的人，告訴他是代表全體，而不是個人，要他參考以前開會的結果。可是有些人不會這樣交代，就很麻煩。因為發言不謹慎，就會遭到批評…我們這邊派出去的代表發言，其實並不代表我們全會的觀點，只是他個人立場，就出事了。

健保會專家學者 1：你所謂的社會團體他本身的內部民主不好的話，他事實上進來做完全沒有任何強烈的代表性功能，人家也沒有要尊重你，即便我在這邊做出了決定，你回去也沒有正當性的擴散，你也做不到，所以就是我們講的 *coopertism* 根本沒辦法落實的問題。…他也沒有辦法承諾說我回去…因為這個是對我們好的，所以我要去說服我的後面的被我代表的人，然後讓他們答應多繳一塊錢。

不過，也有出現另一種情況，在於委員代表本身於其所屬團體中是大老級的存在，儘管其與所屬團體關係密切，但其仍可自主地在健保委員會議中發言，而其發言內容會受到所屬團體的承認。與這個現象相關的情形，透過委員代理機制，曾經出現過正式委員幾乎都在請假，而由代理人出席，該代理人是前兩屆的正式委員，而第四屆又再次回任正式委員。

政府機關代表 1：健保會裡面有一種代表是非常資深的，或者也是非常大老師的，他的意見就等於他那個團體的意見，所以那種人有時候就…

被保險人代表 1：其中有兩個委員，他們都是代理的身分，兩年都是代理…是付費者代表，…對，就是因為付費者代表，然後他們用代理人的身分，真正的委員沒有出席，代理人代理了兩年。…因為這樣，變成真正的委員都沒有出席會議，反而是代理人全程代理，所以就認為這

是一個問題...這兩個代理的，現在也是委員，所以這一屆又沒有這個問題...

政府機關代表 1：有時候也有這個現象，比如說這個委員當很久了，所以他按照遊戲規則就是應該替換，換一個新的，可是背後事實上還是他。...代理人是他，就算不代理反正出主意也是他。所以那個也是另外一種模式，甚至就像你剛剛講的，這屆沒有了，下一屆跳過一屆之後他又回來了，就算他不回來，當代理人還是...對，就還是永遠都是他，也有這種情形。

專家學者及公正人士代表 1：醫事要看狀況...，因為如果今天來代表的是他們的 leader，不管是檯面上或是檯面下他是一個主導者，就是他有一種話語權的，那就是照他的意思走，因為他在醫界裡頭也是說你們要照我的意思走，所以完全是照他的。

儘管不同委員在其如何代表背後團體之方式存有差異，但這取決於該團體之產生背景、運作模式等因素，確實存在多元性。也正因如此，有受訪者亦表示無論委員之產生方式為何，其均對在健保委員會議事過程中充分表回應了所屬團體的期待。至於實際可改善團體內部代表之代表性議題，有受訪者建議該類團體可採用類似複委託之形式，針對特定議題結合外部專業人士，先行於團體內部凝聚共識後，在交由健保委員會代表於會中發言：

被保險人代表 2：健保會為醫界、付費者代表、雇主代表、政府及專家學者組成，除了專家學者，其他為各自的團體推派，也有各自的立場，會努力為自己的團體發聲。

醫事團體代表 1：我覺得他們應該要用複委託這種方式，不管是醫療專業還是費率方式。費率我尊重，因為資方跟勞方態度不一，若費率調整，資方就要出很多。可是我認為，專業上來講可以透過複委託的方式，讓內部充分討論，至少讓出來的代表有一定程度的認知，知道自己是代表整個團體，講的話絕對不是出自於個人，不要開會回去後做了民調才發現，原本的單位或團體根本不認同，扭曲了健保會的功能。

#### 第四節 健保會資訊公開形式及建議

最後，有關於健保委員會在是否已充分回應其當初設立之公民參與需求，特別是在議事資訊公開程度上，是否應該回應部分立法委員之要求進行議事直播，受訪者大多數認為現行公告議事錄於網站上的模式已能充分回應資訊公開之要

求。直播會迅速將委員的所有發言及情緒送到外界供人檢視，缺乏讓發言者重新檢視其用語並修正的機會，甚至激化對立，降低委員會議追求共識的可能。

政府機關代表 1：因為立法院跟一般行政機關開會畢竟不完全一樣，所以要不要做到一樣的程度...也要去思考這件事，是不是真的有比較多的好處。...現在這種方式的，因為是經過當事人去確認過，你甚至也可以覺得或許他更能代表說他在這個事情上面，他所站的一個比較經過某個程序之後，他自己比較能夠接受的立場。

被保險人代表 1：第一個考量，如果健保會這樣的例子開的話，全國多少的委員會是不是都要採直播的方式？因為這個例子一開的話，所有機...因為立法委員可以要求所有的機關開會都要直播，我是覺得不...那行政院會要不要直播？衛福部的部會會議要不要直播？...第二個問題，畢竟那個會議紀錄...而且是忠實的、每一個字的，逐字稿，不是只有議案的結論，是逐字稿的公告，所以也是可以發揮他的監督，如果說人家要去監督的話可以看得到的，因為它是逐字稿，而且是十天之內就公布，很短的時間就公告，所以沒有說表現的好壞非得用直播才看得到的問題。第三個，如果沒有直播的話，至少我覺得是可以暢所欲言，可以在毫無顧忌之下，能夠把應該講的話、應該說的意見，應該可以...非常忠實的意見表達，我覺得直播的話還是有它的一個...會不會干擾？我覺得這應該要考慮。

專家學者及公正人士代表 1：某個角度大家講話就是難免會有閃失，有時候講一講就說不然這樣也可以，這樣也可以那樣也可以是這個話如果那樣傳回去就慘了，可是當時他可能只是語助詞或者是，但他可能是後被放大去檢視，因為那個現場很多時候大家不是，大家不是主播被訓練的講話這樣子...而且有些人在講的時候可能就會出現一些，...發言紀錄回來你還可以修一次，可是錄音錄影你就修不了有實體在那裡了，那萬一有講反或講錯一個什麼東西那不就...

醫事團體代表 4：你如果用視訊的話、用直播的話，會有一個問題，會有作秀，因為我們現在直播，那我們就要更加賣力演出，那可能以後有非正式準共識決的機會會越來越小。

此外，也有一些受訪者認為直播本身會即時觀看的觀眾其實很少，對於資訊公開本身的效益不大。

醫事團體代表 2：如果是用直播，不一定大家會聽，只有醫藥界那些頭頭會聽，老百姓還是不會聽...

然而，考量健保委員會議目前存在之議事效率問題，或許與部分委員發言時



間較長及過於強調其發言權有關，亦有部分受訪者認為直播可能是抑制這種情況之手段之一。

被保險人代表 3：公開了之後變成說某個程度裡面他就要有一點專業，不能隨便在確認議事錄的時候在那邊拖延時間或是談其他的議題，（B：講他兒子的事情講一個小時。）人家完全都不懂你也派去，對不對？這個某個角度我認為是可以去有這樣的規制。…沒什麼不好。就是一個機制裡面一定要有相關的課責的機制，這個就是我們法律上面講的，這個是很重要的。沒有課責的機制是沒有用的。

專家學者及公正人士代表 3：講到那個會議直播，之前我們在講說，OK 你要直播，好啊！其實直播是在二代健保修法的時候，我們曾經有想要把它寫到裡面去。我們講的就是類似比照立法院 vod 那種方式。為什麼？我們覺得這種專業責任。

透過引入外部即時檢視之途徑（線上即時直播或逐字文播等），讓委員在發言時能自覺受到檢視，進而自制無謂之發言或不雅言論等，或許對議事效率有其改善效果。同時，直播應有助於樹立正面典範，使社會大眾及其他委員認知到一名好的健保會委員應該如何在議場履行其職責。然而，也有可能引發少數委員利用直播進行無謂之表演或宣傳行動，需要有足夠的配套作為。

接下來，本研究將進入分析與討論焦點座談的內容，並且繼續依照研究的框架對資料進行分類整體，釐清問題。



## 第七章 焦點座談結果分析

截至 2020 年 10 月 29 日止，研究團隊業辦理 4 場焦點團體座談會，分別在 2 月 15 日邀請衛福部健保會行政人員於衛福大樓進行第一場座談、於 4 月 17 日邀請數位對公民參與、健保議題等學有專精之專家學者於國立政治大學公共行政系會議室辦理第二場座談，及於 9 月 21 日邀請現任及前任健保會委員於國立政治大學公共行政系會議室辦理第三場座談。這三場焦點團體座談均全程記錄與會者之發言內容，並於會後整理相關文字紀錄以利後續分析。第四場焦點團體座談於 10 月 29 日舉辦，邀請對象包括專家學者及現任健保會委員，主要係針對本研究之報告初稿提出學術及實務建言。

以下將針對本研究案之主要研究目的，包括健保委員會議之議事效率問題、委員代表性及專業性問題，以及資訊公開機制等進行討論，並提出初步研究發現。

### 第一節 議事效率問題成因及建議

有關形成健保委員會議之議事效率問題的原因，經彙整焦點團體座談參與者之意見後，主要可歸類於以下幾點。第一，少數委員個人發言時間較長；第二，部分委員專業不對稱。以下將分別說明並彙整其提出之建議。

#### 一、少數委員發言時間較長

與深度訪談之發現類似，部分焦點團體座談之出席者認為少數委員發言時間較長是目前健保會議事效率不佳的主因之一。

焦點座談 1-2：其實遇到委員很 care 的案子時，其實是沒有辦法去阻止他們發言。…後來我們委員發言幾次那個東西做出來的時候，其實委員好像稍微會 care 這個東西了，因為他們就會說我剛剛那個發言不能算喔，有點像是說我提案，那個好像是有人詢問我，我的回答，那不是我主動發言。他會去 care 我發言會被 count 三次…

## 二、部分委員專業不對稱

委員對於議案或健保相關業務有專業不對稱問題，同樣也是受訪者認為影響議事效率之原因。由於健保會委員具有提案權，但有時會發生提案議題過於發散，雖然無法說與健保完全無關，但其內容很難在會議中聚焦討論，進而影響議事效率。

焦點座談 1-5：我自己覺得就效率，…，一個是我們委員以前在協會其實那個任務很明確，然後現在健保會之後就多一個監理的機能，然後監理就真的是很寬吧。他的那個定義跟範圍其實不是那麼明確，我們也沒有把他條列化說什麼叫做監理。所以其實委員有他自己一個提案權，所以他們常常提案的內容是非常發散的。有時候可能涉及議政，有時候可能涉及 CDC 的業務。有時候其實是健保署的業務範圍，他們會有興趣就提過來。那我們過去的處理方式是照單全收，因為我們沒有一個像是程序委員會或審查小組。就這部分我不知道實質效能可行性或委員的接收度，可是他確實影響了我們的…尤其是現在我們成員那麼多，如果那個議題很發散的話，有些議題其實可討論性也不是那麼高，這個我自己覺得對議事效率其實有一些影響。

### 第二節 委員專業性之問題與建議

有關健保委員會議之委員是否具備了足夠回應相關議案之專業知能，有與會者認為部分委員因任期僅有兩年，故不願意充實自身在健保相關議題的知識，是造成對健保財務議題認識程度不足的原因。

焦點座談 3-1：…就是醫療專業都不足不懂，你真的要看到懂兩年到下一屆又不是我，所以很多人不是用心在做這件事，那用心在這邊的一定當過好幾屆…

事實上，健保會幕僚同仁為了降低委員在健保財務知能上可能認識不足之問題，進行了一些措施，包括召開會前會等專家會議、提供委員個別諮詢管道，以及協助索取彙整相關資料等。甚至，幕僚亦表示會避免將某些過於專業的問題納入議案。

焦點座談 1-5：其實就很多專業的議題，我們有時候也會開專家學者會議，專家學者會議的結論再放到我們會議討論裡，確實對議事效率

的幫助是很大的。

焦點座談 1-5：我的窗口以前有一位…委員，他是一個非常資深的委員，他其實也很投入、也很關心各種他接收到訊息的議題。他就會透過我去準備一些資料，他可能主動要求、可能被動，就他會問說這個議題可以看什麼資料，那我們會幫助他去蒐集。我自己是盡量做到…

焦點座談 1-5：像我們每個部門都要區分地區預算，就各區要有個預算，那你怎樣分配那個預算就涉及專業。可是像比如說我們可能有一些參數，人口、年齡是一個校正、SMR 這就很專業。這部分的討論我們就不太會丟給委員會去討論，因為這東西太專業了。可是那期待委員會討論的是什麼呢？是因為我們現在在做校正，然後用人口去分配，是因為他有一個進度。我要多少比例是按人口，多少比例是按現在的醫療利用，那他的進度是要多快多慢？這個東西其實都涉及判斷，這個東西我們就會交給委員會，也符合他成立的宗旨。所以我們就專業不對等，其實我們會限縮他可以討論的空間。

### 第三節 委員代表性之問題與建議

有關健保會委員是否能夠充分代表其所屬之團體，部分焦點團體座談與會者提出了一些看法與建議。基本上，多數與會者均認為儘管可能存在一些委員因自主意見太強而未充分表達其所屬團體意見之現象，但這些團體在某種程度上也已經充分授權該委員代表發言，故較無代表性不足之問題。

焦點座談 3-4：…專家、公正人士，因為你選這個人他不能有代理，可是像工總他就可以代理，因為那個人他本身就是代表，不能因為那個人走了就沒有人出來代表他，所以基本上這個設計這個方向是OK的沒有問題…

焦點座談 3-3：這些代表的意見能不能充分代表該團體，多數是可以的，但是難免會有一些團體他是全權委託這個委員做代表，到時候開年度報告的時候再報告一下這樣而已，那多數是可以…

### 第四節 健保會資訊公開形式及建議

最後，有關於健保委員會議在是否已充分回應其當初設立之公民參與需求，特別是在議事資訊公開程度上，是否應該回應部分立法委員之要求進行議事直播，

一些焦點團體座談與會者認為貿然用直播取代現行公開議事錄之方式，發言可能容易有被斷章取義、錯誤引用的疑慮。此外，部分與會者亦認為現行政府機關對於這些委員並未提供充足的制度保障其發言，公開直播可能有讓委員人身安全受到侵害之風險。

焦點座談 1-1：如果少數人覺得我的發言為了直播，我受到某種限制，或者可能造成某些能力受損，出去的人身安全誰來維護？只要一兩位這樣講，這個可能就卡住了。

焦點座談 3-1：直播就剪接一段話說不清嘛，前後說不清但是他只給你剪一段對他們不利的話一直在那邊播，他們就會轉播出去，截一段話到他們的群組一直去播，對人家的傷害就很大，所以我認為不宜啦…

焦點座談 1-2：當然訊息是要公開沒錯，不過到底是直播一個影像或是留下一個錄音檔在網頁上，還是說像我們做一個議事錄文字化的東西比較有擴散性，比較容易再把會中的資訊 pass 給別人。…而且如果以擴散性來說的話，似乎也是文字比較容易再被大家閱讀。雖然現在 fb 直播，那個影片也都留著，可是到底會有誰有那麼多的時間去把影片再重新看一次、再把錄音檔聽一次。所以其實好像也要考慮擴散性跟本質上到底資訊公開是為了什麼？我想如果是為了再檢視的話，議事錄好像還是一個滿不錯的方式。

然而亦有一些與會者認為直播有其優點，若能審慎考量其執行方式及建立配套機制，可以做為抑制少數委員發言時間較長的手段、公開監督其發言是否妥適、樹立典範等，進而改善議事品質與效率。

焦點座談 2-1：因為他們有時候也會耍狠，也會就是像幕僚就跟他講說三分鐘到會響鈴，他就會講說你們不用再響了，我就一定要把他講到完，就是當場打臉，就很盧就是了，…。有一個委員就是一天到晚都說他很有辦法，他們要告死你，要不然可以就是黑道他也有辦法，就是這種很多時候是連恐嚇的語言都有，所以也許直播是個好處，你就直播（2-5：看誰耍流氓），因為我相信其實他們做會議紀錄的時候，這些事情 transcript 都寫出來，因為他要先看他很有可能把他刪掉…

焦點座談 2-4：如果現在具名的話，那我覺得就開直播，甚至文播，逐字稿文播，…我覺得開直播的好處就是如果說有些人講話真的很不雅，他這個也會節制…

焦點座談 3-4：為什麼我會比較傾向公開或直播，其實有件事情人都是要一個……我覺得我們現在缺一個典範，比如說我像委員應該要像

這樣，而不是在那邊運作半天…。

## 第五節 其他有關議事流程、復議、總額協商暨費率審議

### 效力等情形之觀察分析

除了前開有關議事效率、委員代表性、專業性及資訊公開等議題之外，健保委員會議作為我國健保資源分配的重要場域，亦存在幾個值得深入探討的主題，以下將分別針對議事進行過程、復議程序、總額協商暨費率審議效力進行探討，並結合研究團隊觀察健保委員會議進行過程之發現，提出相應之分析結果。考量此節之內容橫跨深度訪談及焦點團體座談主題，本研究將在此併同進行分析。

#### 一、議事流程作業

根據焦點團體座談之內容，有關健保委員會議之議事流程現況，與前揭關於議事效率之討論結果類似，受訪者認為主席如何在議事效率之掌握上扮演其角色，對議事流程會帶來相當關鍵的影響。如果主席的訴求是希望每一位想發言的委員都可以充分表達其看法，可能在主持會議時，不阻擋一些可能與健保會核心業務無關的議案提案，以及開放讓許多委員針對同一個議案充分發言；反之，如果主席的訴求是希望每一次委員會議均能在一定時間內結束，則其可能會限縮委員的發言次數、減少業務單位報告的時間，甚至是試圖讓少數議案無法被正式提出到大會：

焦點座談 2-1：主委他認為議事效率就是能夠準時在兩點結束，所以他…他就是過去我們很希望聽到的是健保署來跟我們做一些專題報告，…為了要讓這個形式快一點，所以他就把健保署所有的案一起報告，每一個案子給十分鐘…那健保署其實就是一則以喜，一則以憂，一方面他們會覺得就是其實我們做很多但只能報告十分鐘，另外一個就是說當你們疲勞轟炸完了以後，你們就不會問問題，然後他就輕易過關…

焦點座談 1-2：如果有些議題是其他單位業務，其實這部分我想目前的確有去處理。我們目前沒有把他排掉，雖然我們現在提案主要安排還是在主委跟幕僚的身上，委員其實之前有這個共識，授權由主委跟幕僚來安排，這是的確有授權。可是目前的確從來沒有把一個案子搓掉過。

然而，經由研究團隊對於健保委員會議的觀察可以發現，儘管主席可以透過嚴格管控議事流程進而提升議事效率，但一旦過度追求議事效率，在其他委員尚未充分討論時便試圖做出結論，往往在會場上會產生反效果，也就是部分對該議題相當在意的委員會刻意持續發言。因此，如要改善議事流程以提升議事效率，部分深度訪談受訪者提出了包括議事規則明確化並有效落實、幕僚作業提升，及適度公開議事流程以致全民監督等方式：

焦點座談 2-4：議事規則應該都有些說一個人幾分鐘應該都有，還是根本沒有（2-1：有，三分鐘按一次鈴），應該都有，那那個執行力就看主席…直播的情況之下剛才兩位老師說的那個講不相干的話講太久，基本上他就會開始想說被直播了他是不是應該要這樣繼續講下去，那顛倒過來，我覺得主席在比較嚴謹的執行議事規則的時候他也比較不用怕了，因為直播了所以我該三分鐘就三分鐘、該五分鐘就五分鐘，他就執行（2-2：反而我開始贊成直播了）…

醫事團體代表 3：主席要 handle 不是要他要能夠多大聲，是他的幕僚給他更專業的準備、事前的準備、還有對提案本身或是他的一些回答什麼，我覺得這個東西可能要更專業化，要不然那邊每天只是把四、五、六個小時耗在那邊，耗完其實最後結論其實厚厚一本東西，其實未必代表，沒有什麼改變、沒有太大改變…

政府機關代表 1：主席有時候事先他自己心理面都要有一個（B：有個底），就是事先可能已經跟相關單位有一些溝通，就是這個案子大概是什麼樣子。

## 二、復議作業

有關覆議程序如何對健保委員會議事效率產生影響，受訪者提出了數個彼此獨立的看法。第一，是針對先前已經決議之議案或總額協商成果，部分健保會委員因不滿意其結果，試圖運用覆議程序進行翻案；第二，則是健保委員會議本身已有決議（定），但部內高層認為該決議可能難以執行，故嘗試透過健保會委員於下一次會議時提出復議，期望能修正該決議事項。

被保險人代表 3：比如說上個月已經決議了，這個月他又提這個案子出來，他要復議。我說復議你要照議事規則來，復議裡面要什麼人跟你連署，然後提復議的人必須當時必須就是反對的人，你已經同意了怎麼可以這一次再復議？（B：改變心意了。）不管三七二十一。這之後我這一種人會去跟人家講這個東西說你這個不對…我們這個東西要



照規矩來，我們訂的議事規則就是這個樣子，請你照這個去做。

醫事團體代表 1：因為部長要負最後政策成敗的政治責任，所以牽涉到健保會定位。他要負政治責任，所以會拜託健保會，因為政策難以實施，或者部長的想法沒有在裡面，所以希望能修一下。其實這可以角力，如果醫療提供者和付費者代表，大家都認為不妥，一起反對，部長也沒轍。

事實上，如要避免復議案對於議事效率帶來之負面影響，對現行議事規則進行調整應為最為妥適之作法，只要相關規則明確化並有效落實，因復議程序耽誤之議事流程之現象應可明顯改善。最後，也有受訪者認為部分健保會委員對於意識規範及復議原則不清楚，在不應提復議之時機提出復議，儘管並非每次均會成案，但對於議事之流暢運作已帶來一些負面效果。

專家學者及公正人士代表 3：如果不清楚健保會的淵故，加上不熟悉議事規則就你不懂健保也沒關係，懂議事規則也很好。復議該不該提？…就是那個案委員不應該提復議，…這就不是復議案啊！

### 三、總額協商暨費率審議結果對行政機關之拘束力

儘管健保委員會議之職權係由健保法規所明定，但其對於健保總額及費率之內容，僅具備審議之權限，委員會議所決議之事項並非最終政策，尚須由健保會送衛福部定案。多數受訪者均明確表達了這一點，無論其對於衛福部長是否「應該」完全尊重健保委員會議之決議，抑或仍須站在為政策負責之角色，做出最後判斷，均不否認在現行規範中，部長乃「有權」對健保委員會議之所有決議進行調整，甚至翻案：

政府機關代表 2：無論是總額或費率，那健保會委員的討論是負責審議，那最後決定也還衛福部部長要做決定，尤其時有爭議的時候，或者是部長做了裁決之後，他們決定一個案子才送到行政院，行政院就是去核定嘛…

焦點座談 2-1：因為保險費率也是說，健保會其實還是一個建議，因為最後還是部長裁…。

焦點座談 2-4：法規上因為通常是這樣大家法規都會寫…他寫審議，前面三項保險費率、給付範圍、跟總額，那個都是寫訂定、或是審議、或是協議及分配，應該是說審議的意思再精準來說不代表他有決策權（2-5：很模糊、非常模糊）。

事實上，基於行政機關應對權責政策負政治責任之原則，衛生福利部係我國健保政策之主管機關，衛福部長（而非健保委員會之主委或任何一位委員）自然必須為費率及總額等議題向民意機關負責。然而如此一來，健保委員會議究竟在這些議題上扮演何種角色便值得探究。儘管健保會委員背後各自代表了不同的利害團體，但作為代表本身，其選任方式與諸如立法委員、地方議員等又有所不同，較欠缺與民眾直接連結的委託-代理關係。也正因如此，健保委員會議在實務上似乎較接近衛生福利部對於健保相關政策的諮詢單位，而非實際決策單位。

政府機關代表 1：像當初…二代那時候在修法的時候，健保會對於審費率、審給付範圍等等，…用的都是審議，而不是審定，…審定的話我們就覺得說審定那難道就把事情都搞定了嗎？問題是健保會沒有人出來負責，健保（委員）會大家都是委員，你找主任委員出來負責沒用啊。…而且他目前的主任委員多半都學者，他也不用負政治責任，所以他變成做了決策之後是行政單位要去承擔那個責任，…意思就是說他不是決策單位，他還是一個協商、諮詢或者意見交換的一個動作。

健保會專家學者 1：他本來就不會有很強的獨立性。我認為唯一一個可以賦予他獨立性的來源就是我剛剛講的社會端的民意支持，但我們的健保會沒有，所以他變成行政機關或政務機關下面一個有 consulting 功能的組織，是很符合他的設計的。

## 第六節 小結

綜上，本研究業於第六章及第七章，分別針對本案之研究問題，包括議事效率、委員專業度及代表性，以及資訊公開機制等，透過深度訪談及焦點團體座談內容，進行初步之分析。事實上，這幾個研究問題之間亦存在著相當微妙的互動關係。如同前面提到的，委員專業程度與議事效率之關聯相當明顯，健保會幕僚同仁透過強化委員專業度，並降低會議議案之過於專業的成分，對議事效率有所助益。另外，委員代表性與議事效率之間存在競合但非零和之關係。由於不同團體與其委員代表之間的連結緊密程度不一，對於需要充分考量所屬團體意見之委員而言，幾乎在每發一次言之前或之後，都可能需要立即向所屬團體通話討論或確認；而對於具備發言自主性的委員而言，則較沒有這些限制，然而，在納入委員專業程度併同考量之後，我們會發現與所屬團體連結程度低，往往也缺乏來自團體的專業支援，而這個情況在被保險人代表中特別明顯。最後，議事資訊公開形式，是否適合比照立法院的直播模式？由於立法委員具備言論免責權，其議事

內容公開無損於其在國會作為民意代表之地位。然而健保會委員之代表性基礎因其團體而異，且其言論無法免責，如因直播導致其發言受限，是否亦會影響議事效率或其他面向？值得持續探討。

同時，針對各類可能影響健保委員會議議事效率之因素，對受訪者進行訪談及辦理相關座談時，吾人亦發現不同受訪者及參與者會因其身分或其他性質之差異，對同一現象提供不同的詮釋與建議。以健保委員會議主席之議事方式對議事效率之影響為例，幾乎無人否定主席在當中扮演之關鍵角色，然而，對於現況之描述，卻同時存在「主席議事風格不利於議事效率」及「主席議事風格有利於議事效率」兩種截然不同的論述。深究其可能之原因，或許在於影響議事效率之因素眾多，主席議事風格僅為其中一環，而主席議事風格卻會對其他影響議事效率之原因（如委員發言頻率或長度等）帶來影響，且針對不同性質的委員產生截然相反之效果：對主席議事風格不滿的委員可能會透過發言挑戰主席的裁示，進而拉長單一議案的討論時間。如此一來，「委員對主席議事風格之態度」即為主席議事風格與議事效率關係之調節（moderating）因素。

接下來，本研究選擇了五個議事個案，對於本研究要處理的相關議事的問題分別進行討論，從這樣的個案研究當中，我們可以對健保會的議事問題有更細緻且深入的理解。



## 第八章 健保會議事問題之個案分析

本章擬在前章節針對健保會歷年議事錄內容分析的基礎上，挑選健保會歷年來議事重要案例，更進一步檢視健保會委員會議運作現況與問題，特別是議案提案方式、條件、復議及程序等議事作業、總額對等協商與費率審議，監理功能的發揮，以及委員和幕僚互動等等，進行現況檢討、權責釐清與評估分析，並藉以提出可行的改進策略。

### 第一節 專業監理與議事延宕衝突之問題

#### 一、個案一：「政府負擔下限 36% 案」之個案背景

因應二代健保的實施，立法的原意為增加補充保險費，致使民眾負擔的保費需增加 2 百多億元。在當時，立法委員以平衡保險對象、民營雇主及政府三方負擔的觀點，提出政府應相對負擔保費 36%~40% 之建議，而健保法中明訂政府負擔可超過 36%（定於健保法第 3 條第 1 項條文），即「政府每年度負擔全民健康保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36%」（也就是下限為 36%）。同條第 2 項亦有規範，政府依法令規定應編列保險相關預算之負擔不足每年度保險經費扣除法定收入後之 36% 的部分，需由主管機關編列相關預算撥補之。然因健保法所規範之「依法令」並未規定「法令」之範圍，衛福部乃依過往計算政府負擔數的觀念，在健保法施行細則第 45 條進行補充解釋，規定政府每年度負擔健康保險之總經費，係指政府依健保法第 27 條與 34 條規定負擔之保險費。

本案自健保會 105 年第 11 次委員會議（105/11/18）始至 108 年第 10 次委員會議（108/12/27），歷經三年多的時間，由時任第 2、3 屆雇主代表及第 4 屆雇主代表，前後提出健保署現行的計算方法與健保法第 2 條及第 3 條的精神法有所出入的質疑，認為政府部門的訴求與計算方法有邏輯上的缺陷，並列出相關的法條依據，其中涉及許多法律認定以及邏輯的問題，並無法馬上釐清，基於健保會監理健保業務的目的，委員針對此議題提出討論。其中與健保署有所落差的癥結點有二，詳述如下：

### (一) 政府應負擔健保總經費法定下限計算方式之一致性與合理性

本案有委員針對不同年度健保署所計入 7 項政府已實質負擔保費的影響金額，其效果在不同年度可能有所不同，其計算的標準似乎並非一致，提出疑義；另外，針對前述 7 項社會福利支出，於健保法施行細則第 45 條修法後可以計入政府實質負擔經費，是否合理提出質疑。

如果要採用健保署現行計算方式，那請健保署答覆我所提的「一致性」跟「合理性」2 個問題.....「一致性」就是健保署 105 年跟 106 年計入 7 項政府已實質負擔保費的影響金額，一年有放大、一年沒有放大，這有「一致性」嗎？「合理性」的部分，就是本來這 7 項社福支出是一毛錢都沒有計入政府負擔，現在修健保法施行細則第 45 條，讓它可以計入，但這 7 項實際金額是 68.5 億元，為什麼最後算出來的結果是會使 105 年度的保費收入減少 107 億元，將來要怎麼對付費者解釋？(106 年第 1 次委員會議，頁 56)。

政府應負擔法定經費下限公式為：

$$36\% \times (\text{保險給付支出} + \text{應提列或增列之安全準備} - \text{法定收入})$$

社保司認為公式中「應提列或增列之安全準備」項目，應不論盈虧皆採實際值計算較為合理，理由大致認為：安全準備是過去年度的結餘，在這之中政府也已依法分攤其中 36%，應納入考量；並且，若於健保入不敷出的年度將安全準備以 0 值帶入，會使政府單方面負擔短絀金額之 36%，不僅收支結果不同，有適用上的疑慮，也不符合政府、被保險人、雇主三方共同分擔的精神。

**(1) 用以填補短缺之安全準備是過去年度的結餘，政府已依法分攤其中 36%，應納入考量：**健保法第 24 條之財務設計是以當年收支平衡為原則，惟目前並未以年度平衡費率計費，在長期財務平衡下，勢必出現前期盈餘、後期短絀之情形；若於支出大於收入之年度將「應提列或增列之安全準備」以 0 值計入，等同要求政府單方負擔短絀之 36%，並不合理，亦不符合健保法第 76 條「年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補」之規定。

**(2) 二代健保增訂政府責任，立法原意是採取保險費負擔比率的觀念：**法規解釋不應僅拘泥於單一條文之字義，應回歸其立法意旨及制度設計內涵；修法時政府曾對外說明，政府負擔保險費比率將由 34% 提高至 36%，爰於計算政府各年度法定下限時，由政府負擔總保險費的 36% 應符合二代健

保之立法原意。另依健保法年度收支平衡原則，無論依第 2 條（支出原則）或是第 17 條（保險費收入分攤原則），計算政府負擔 36% 數之結果皆同；如於短絀年度，不採計短絀數（以 0 計入），則收、支結果不同，無法互相平衡，反而有法規適用上疑義。

**（3）「應提列或增列之安全準備」若以 0 值計入，政府有重複負擔之虞，不符三方分攤比率衡平之原則：**若支出大於收入之年度，「應提列或增列之安全準備」以 0 值計入，則該年度民間應負擔 64% 短絀數是由安全準備填補，惟既有安全準備已內含政府過去負擔 36% 數額，政府單獨就短絀數額外負擔，將導致政府於收入面之保險費負擔率超過 36%，有違勞資政三方負擔比率衡平之社會保險財務機制。若政府固定負擔 36% 的保險費，不再分盈餘、短絀年度 2 種不同處理方式，可維持各年度間一致性，符合二代健保立法政府責任明確之初衷。（「106 年度全民健康保險基金附屬單位決算備查案相關疑義」會前討論會議，頁 11-12）

## **（二）健保法施行細則第 45 條之適法性**

首先，衛福部於編列 36% 不足數相關預算時，與當時的主計總處因法規見解不同產生爭議；在 104 年經行政院協調後，決定尊重衛福部的計算方式（年度結餘全數計為「應提列或增列之安全準備」），惟考量健保法第 3 條未限定依健保法規定補助之政府負擔才列入計算，施行細則原規定有限縮母法的疑慮，需修正施行細則第 45 條規定，將原住民健保費等 9 項中央政府依其他規定實質負擔的保險費列入政府負擔數計算，並從 104 年實施。然衛福部於 104 年 12 月 15 日修正發布施行細則後，因有健保會的委員認為前述 9 項健保費雖然由政府支應，惟其具備福利性質，將其列入政府負擔數計算，會有適用的疑慮，並表達了反對的立場。

再者，立法院於 105 年 6 月 22 日就前述施行細則修正案進行審查，並於 105 年 11 月 2 日依同法第 62 條規定通知衛福部更正，重點包含：不應將「失業被保險人及其眷屬健保費」及「經濟弱勢者健保費」納入政府負擔經費計算（即刪除 9 項中的 2 項，縮減成 7 項）。自 105 年度起原住民保費等 7 項由政府補助之保險費，由過去民眾及民營雇主負擔改列為政府負擔。

本項的主要爭議在於，雖然立法院的實質審查決議接受 7 項由政府補助的保

費列入政府負擔 36%的計算範圍內，但有委員指出該決議並未免除該等保險對象及投保單位繳納保險費的義務（被保險人應該要負擔，也應該要算在被保險人與雇主身上，而非算在政府上），因此政府針對這 7 項之相對負擔的責任仍然存在。所以這 7 項政府補助的金額在立法院的同意下可計入政府已負擔數，但健保會有委員認為政府仍需針對 36%的下限規定負擔相對應的金額，並對上述針對施行細則第 45 條之修正程序是否完備，現行規定是否逾越母法，與健保法第 27 條有無扞格之處提出質疑。

但是還有個問題，這裡可能與健保法第 76 條提列安全準備之遵循有關.....還需再考量健保法施行細則第 45 條之修訂，是否會牴觸母法第 27 條之規範.....。因健保法第 27 條對保險對象、投保單位及政府的保險費負擔比率已有規定，現又納入 7 項政府負擔費用，將來可能還不只 7 項，若與健保法第 27 條有所牴觸，將失其效力，應再審慎研議。若無牴觸，健保署依法計算的公式 2 年結果不一致，故將這 7 項視為政府已實質負擔保險費由政府直接繳納是不合理的！差異點就在這裡。（105 年第 12 次委員會議，頁 65-67）

我的想法和健保署的主要差異在於，這 7 項保費民眾部分該不該計入 36%。經檢視健保法或施行細則並未免除保險對象及投保單位繳保費的義務，所以民眾部分應該要計入...雖然費用是政府拿出來給社會福利經費，以前也是這樣，但現在直接繳進來，繳費方式不管怎麼繳，並沒有免除保險對象及投保單位繳保費的義務，這是我的看法。（106 年第 2 次委員會議，頁 27）

再補充一點回應司長的發言，我說的依法有據，是因為你修施行細則第 45 條，但是你們的公式計算有一個問題，法令並未授權你們免除保險對象和投保單位繳交保費的義務，你依法在那裡？這是我的疑點。如果這也可以，這裡還是有差異，雖然你負擔 36%，但是你的分母是比較小的 36%，是扣掉 68.5 億元之後的分母；我的分母則是要含 68.5 億元的分母，算出來就是差 38.5 億元，所以徵結還是在於，你怎麼去免除繳保費的義務。（106 年第 2 次委員會議，頁 27-28）

並且有委員的態度更加強烈，認為這樣的爭議，或者說計算方式的差異，是為了減緩大家對於二代健保的反彈聲浪，以將負擔比率調整至 36%，降低被保險人與雇主的壓力來爭取支持，實質上現行將中央政府依其他法令規定補助的健保費，納入施行細則的範圍，不免讓人懷疑政府是在玩文字遊戲，也違背了當初立法的精神。另外，也有委員直指，這個爭議的核心正是因為政府財政的困難，所



以這個問題其實並不能真正地被解決。

當時政府對外宣稱其負擔健保總經費約 33% 左右，為了換得大家支持二代健保的修法方向，所以願意將負擔比率調整為 36%。依當時的背景，如果將政府福利的補助加進去，已經很接近 36%，現在再用這種方式將 9 項中央政府依其他法令規定補助的健保費納入施行細則，我覺得是違背當時的立法精神，意思是施行細則第 45 條違反母法的授權。……今天將該 9 項福利支出加進去就不對了，這是很清楚的事情，表示你承諾要將負擔比率從 33% 增加到 36%，根本不存在，是騙人的。（106 年第 2 次委員會議，頁 25）

實務的衝突在修訂施行細則第 45 條時最明顯及白熱化，我相信這與政府財政困難有關係，當然我也相信社保司已經很努力，商司長東福講到政府出的錢包含哪些項目要計入 36% 的分母。但我覺得，其實這問題沒有解，相信日後大概僅能按照商司長所解釋的方式，最主要的因素就是因為主計總處沒有錢。（108 年第 9 次委員會議，頁 81）

而在社會保險司（以下簡稱社保司）的回應，針對健保法施行細則第 45 條修正後之規定與健保法第 27 條是否有扞格之處，其邀集學者召開專家會議，認為健保法第 27 條，係規範 6 類 15 目之各類目被保險人、投保單位及政府之個別負擔比率；施行細則第 45 條的內容，則是補充解釋計算政府應負擔保險經費總數之內涵，**實際並未否決健保法第 27 條各類目的個別負擔責任**，況已敘明其法源依據是基於健保法第 3 條，修正上具有母法的依據，並經過立法院實質審查及發布，適法性應無疑義，無需再另行撥補。

至於有無違背母法，昨天晚上的會議也提到，這部分係經過立法院處理，因此，以本部的立場，計算原則還是要依法令規定。至於將來是否須再檢討，以更符合所有人的需求，我們會採納相關建議，所以才會說明將相關意見登錄下來，以上補充。（106 年第 2 次委員會議，頁 24）

## 二、綜合討論：委員會議監理健保業務的作為

從與此個案相關的歷次會議討論的內容（健保會委員會議、決算備查案相關疑義會前討論會議）分析，系統性的瞭解發言內容、發言立場等面向，可以獲得幾項發現：

### (一) 從正面的角度來說：

首先，從有針對此議題表達意見委員的發言內容來看，多數委員的發言內容是有事實根據與理由的，以事實陳述居多。發言委員基於健保會監理健保業務的法定任務（健保法第 5 條、健保法施行細則第 2-3 條），針對政府負擔下限 36% 的計算公式提出質疑。雙方立場的差異，在於政府部門認為 7 項由政府來負擔的保費支出，應該要併計到政府負擔的 36% 當中，且這樣的作法，也經過立法院相關程序的認可；然就雇主與其他付費者代表來說，那 7 項保費應該要繳納的是被保險人本身，雖然政府因為弱勢的因素協助負擔保費，但從收入面來看，應該要將其併計到被保險人或雇主負擔的部分，而且這些委員也認為立法院通過施行細則的程序並未完備。從討論的內容與雙方立場來看，皆是據理力爭，顯見健保委員會會議是一個可以提供理性討論的場所。

再者，這個議題有財稅方面的專業門檻，要深入瞭解有其難度，但在隨著參與會議的次數增加，從會議的發言中，可以看出委員逐漸更能瞭解該議題，討論的內容也更加深入，也更廣泛。例如在前期的討論多集中於計算公式一致性的討論（105 年第 11 次委員會議、105 年第 12 次委員會議、106 年第 1 次委員會議）；中期則增加了計算公式的合理性，以及施行細則是否與母法有扞格、適法性之疑義，及限縮政府財務責任等等法律面的討論（106 年第 1 次委員會議、106 年第 2 次委員會議、106 年第 6 次委員會議）；後期則有更多具有策略性的建議，並且針對相關法令的文字進行更深入的定義討論，例如「應提列安全準備來源」（108 年第 2 次委員會議、108 年第 9 次委員會議、108 年第 10 次委員會議），對於完善現行法規，以及日後修法提供了非常多、且正面的建議。

第三，從不同委員的發言內容觀之，雖然同樣為討論政府負擔下限 36% 的議題，但是可以發現不同背景的委員關心的面向仍有所不同，例如有委員對健保財務有一定的專業性，對於保險的複雜性、數學以及機制，掌握度較高，從 105 年 11 月持續追蹤計算公式的負擔範圍以及計算的基準至 108 年底；而也有委員因為嫻熟工業團體法與勞基法相關條文，對健保議事規則與程序相對也有一定的認識，並以擔任國家年金改革委員會委員的經歷，提供其處理軍公教退休金的相關經驗（106 年第 6 次委員會議）；另外，亦存在委員因為具有法律相關的背景，常在此項議題中擔任法律諮詢的顧問，並提供其書面意見（107 年第 2 次委員會議）。綜合來說，不同專業背景的委員也為此項計算公式爭議提供許多面向與角

度的建議，讓委員會議監理與諮詢功能的發揮能更臻完善。

(二) 從可以再進一步反思與評估的角度來說：

第一，這個議題討論熱烈，委員追蹤了三年多，至今尚未結案，但從追蹤發言的委員人數來說，大多數的委員並未對此議題表達看法，也就是對該議題的投入與討論，大多限縮在某些範圍的委員中，雖然這些委員針對政府負擔下限 36% 的議題發揮了監理與諮詢功能，但大多數的委員參與度並不高，在積極度欠佳的狀況下，較難從當中去觀察出未積極參與委員的專業性。

第二，此一議案雖然有少數委員積極的投入，並提出相關建言，但這個議案已經延宕了三年之久，迄今都尚未結案。從議事效率的角度來看，雖然重大爭議事件在釐清爭議之前，不宜太快下結論，但從事隔三年至今尚未有定論的狀況來看，顯然是不利於議事的效率。

總的來說，截至 108 年 12 月第 10 次會議為止，此項議題仍無法在健保會中取得共識，主要的意見分為政府代表與被保險人、民營雇主代表等兩個陣營的折衝，政府代表在基於行政一體的立場上，傾向支持社保司的計算版本；而其他團體代表委員則是基於代表團體的利益考量，傾向支持由委員所計算的公式，以爭取政府較多的保費負擔。但其實健保會作為多元利益參與的溝通互動平台，從議事錄上可以發現在這個議題上是少數委員積極爭取所代表的團體利益發言，多數委員仍以聽眾的角色為主。

而從此一個案的發展來檢視健保會的議事情形，建議應該要考慮議案在追蹤上仍是需要限定一個定案的時程（例如：追蹤三次就一定要議決），而不是一直懸而未決；擔任主任委員的主席在議事上，也可能需要更有魄力的歸納與折衝雙方意見，落實在一定時程內結案的制度設計；而從委員的專業性來檢視，可以發現大多數的意見都出自於少數委員，多數委員都是被動接受某個立場或觀點，參與度並不高，因此，為了增加議事上的效率與專業性，充分發揮每個代表的監理與諮詢功能，各團體在委員的聘任與選擇上，除了群體利益的代表性外，也要同時對健保議題具備一定程度的專業性，才能更充分的在健保會議中反映該團體的意見。

### （三）強化政策諮詢及業務監理功能

醫療議題往往具備高度專業性及複雜性之特質，健保會委員需花費較多精神在相關專業議題之審議，建議健保會應加強政策諮詢及業務監理功能，然而此舉勢必使得這些「兼職」委員參與時需額外承擔專業知識的搜尋成本，不過，健保會是在一個「組織網絡」(organizational network) 當中運作，並非獨立運作，因此，部分專業資訊的搜尋成本，可由其他組織與部門負擔。舉例而言，參考劉宜君、陳敦源、林昭吟、王光旭（2017：205）的研究，在行政院核定經衛福部交議的總額範圍時，是同時間進行費率估算，瞭解收支資訊，涵蓋一般保費與補充保費費率兩者連動支的財政狀況，收支連動機制之運作流程，如下圖 5 所示，如果健保最重要的問題就是財務平衡，健保會運作的組織網絡與行政流程可以從該途中一目了然。

該流程顯示健保會與其相關的決策部門之間的決策連動關係，特別是健保會與健保署內的專業共擬會議（給付標準、藥品與衛材等）之間的關係，雖然二代健保的改革有設計健保會委員的交叉參與，但是該共擬會議的成員與會議被設定的目標，都是以「專業判斷」為主，與健保會融合「監理」與「費用協定」的設定不同。從正面的角度來看，健保資源配置的決策，有一部份交給這些專業導向的共擬會議也是分擔了健保會處理專業不對稱決策的壓力，但是，從負面的角度來看，健保會對於這些專業共擬會議的「監理」功能，可能因為前述的「分工」而更加困難，包括健保會與這些共擬會議之間的組織「位階」關係還有待釐清，目前運作良好主要是因有健保署不同內部單位的幕僚作業的原因，資訊分享與行政協調都由行政人員處理。

因此，衛福部在目前投注健保會的人力或經費，主要都在於協助委員分析健保專業領域相關資訊，促進健保會維持一定的政策諮詢能力，並強化付費者代表監督之角色，並藉此提升委員間能力實質對等，不過，如能投注更多資源當然可喜，如果沒有，可以專注於下面兩件事，第一，善用健保會所在的組織網絡經過協調創造專業資訊更加流通的環境，增加委員的政策監理功能，第二，從議程上協助可以由幕僚單位就機關遇到具爭議性之議題，提案讓委員們在健保會會議上進行審議，或是邀請健保會內的專家學者及公正人士提出相關監理議案，讓委員們進行討論。

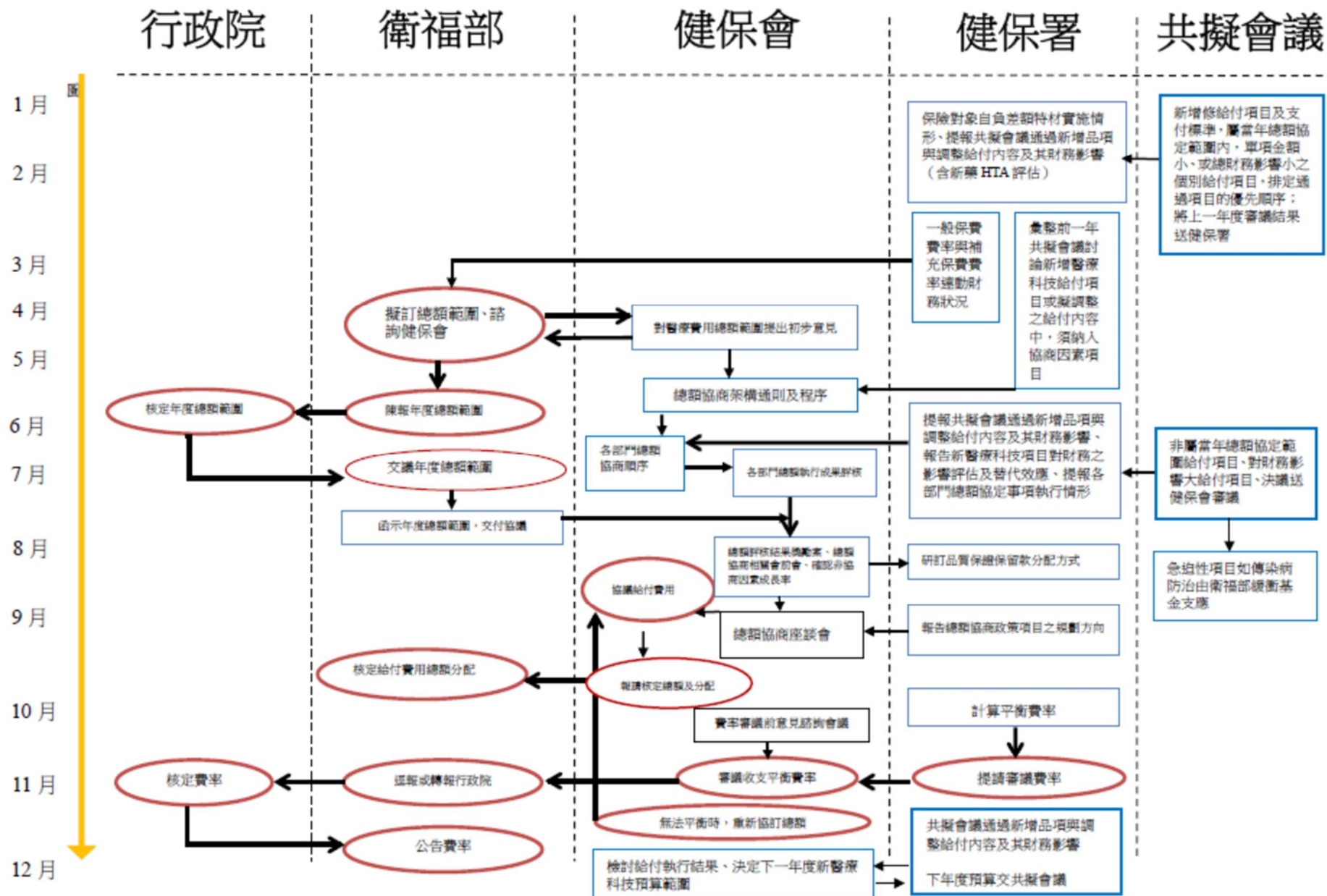


圖 5 修正收支連動機制運作流程圖 (引自劉宜君、陳敦源、林昭吟、王光旭，2017：208)

## 第二節 復議程序與條件之問題

### 一、個案二：「建請醫院與西醫基層 106 年度健保醫療給付費用總額之 C 肝用藥專款項目經費得相互流用案」復議案之個案背景

本復議案由被保險人代表於 106 年第 10 次委員會議（106 年 11 月 17 日）所提出，健保署以名額管控方式管理 C 肝新藥專款項目經費之運用，截至 106 年 11 月 12 日，C 肝新藥剩餘名額統計：醫院自同年 9 月 27 日起已無使用名額；診所剩餘 471 個（佔總額 41%），預估至當年度年底仍剩餘約 325 個。提案委員們認為本案專款流用所涉項目之用途均為 C 型肝炎之治療用藥，西醫基層專款經費流用至醫院專款是為了讓健保資源充分利用，非撥補醫院專款之不足。建議比照總額協商 107 年度 C 肝用藥經費編制方案精神，讓 106 年度醫院與西醫基層之 C 肝用藥專款項目經費得相互流用。

進行下一案之前，提出程序問題，提出「建請醫院與西醫基層 106 年度健保醫療給付費用總額之 C 肝用藥專款項目經費得相互流用案」復議案，醫院部門的額度已用完，西醫基層還有一些名額，依照總額協商通則，部門間的經費是不得流用，現在希望能用移撥的方式，讓醫院部門可以使用，讓病人有機會享用健保的照顧，先希望聽聽西醫基層的看法，我們也要尊重西醫基層對本案的看法，我曾徵詢過他們的意見，他們似乎還有意見。（106 年第 10 次委員會議，頁 35-36）

支持復議方認為：因為此次 C 肝用藥屬於新藥，而總額協商的預算分配為事前（前一年度）的協商結果，所以當初對於預算的計算可能會有失準的問題，無法考量到現實的狀況，符合因應情勢變遷或有新資料，而認為決議有重加研討的必要。並且此個案所涉專款用途皆為 C 型肝炎之用藥治療，只是預算在不同的部門，為了健保資源的充分利用，是可以有彈性的作法；另一方面，站在民眾的立場，也有委員呼籲大家思考協商這些預算的本質，應該以民眾的福祉為依歸，C 型肝炎之用藥的成效不錯、需要的病患也很多，目前也有相應的預算，只是受限於不得流用的規定，建議重新議定預算的分配。不過值得注意的是，提請復議的委員都有強調一個大前提，那便是預算流出部門西醫基層必須要同意此流用。

因 C 肝新藥是新的藥，其於預算分配的估算，可能有點失準，是否會影響明年度預算的分配，也是 1 個問題。我提出復議案的前提，必須

先經西醫基層總額部門同意。我並非拿自己的手打自己的嘴巴，我也知道挪用的程序，尤其是復議案，要大家簽署非常困難，但是基於 C 肝新藥有不錯的療效，且時間不足無法再拖了，才提出本案。剛才也是在西醫基層總額部門代表委員的同意下，復議案成立。（106 年第 10 次委員會議，頁 89-90）

站在民眾立場來看，西醫基層總額部門到年底還有 325 個餘額可用，但是醫院部門已登錄仍在等待的，9 月中就沒有名額，從 9 月等到現在者有 302 位，明知道還有 C 肝新藥的預算，但是醫院卻不能使用，我們協商這些預算，到底是為了誰？站在民眾權益的立場上，我們懇請西醫基層總額部門可以適度考量，但我還是要強調尊重西醫基層代表的意見（106 年第 10 次委員會議，頁 92）

反對復議方則是站在維護決議的立場，認為類似的議題不能是個案處理，必須針對類似情形的案子有一個大家具有共識的處理方式，並且明文化為公定的辦法、準則。並且認為當初總額協商規定專款項目不得流用，便是擔心有弊端或者道德風險的情形發生，今天健保會如若開了一個方便之門，那專款項目的預算便有可能不會被認真執行，反而失去當初設立專款項目的意義。

若是選擇性的個案，不禁要問為何僅此個案可以，其他類似的案子為何不能適用？必須有一個公定的準則、辦法，大家才知道以後應怎麼做，…… 但是當初會訂定不能跨項目、跨部門挪用的原則，自有其道理，如要改變既定的原則，必須提出充分的理由，且日後若再發生需跨部門、跨項目挪用時，就應照這新的準則辦理。當然一切權責在健保會，大家不同意，就不能通過，若有共識，就能通過。我認為要跨項目、跨部門挪用，一定要先建立準則。（106 年第 10 次委員會議，頁 89）

每年的總額協商，係經大家共同努力才辛苦談定的，爭取預算並不容易，過去有「專款項目經費不得流用」的決議，曾經討論多次有會議紀錄可查，如果專款項目可以挪用，可能就不會很努力去執行該項專案計畫，因預算在各部門總額裡面也丟不了，應付性執行既可，剩餘的錢還是可留用是不對的，有些專案計畫是政策或是試辦計畫，一定要去執行的，所以才會匡列專款不得流用。（106 年第 10 次委員會議，頁 91-92）

最後，如果因為本案而打破了總額協商的結果與總額的執行原則，日後健保制度的運作有可能因事後追溯而亂了套。請大家慎重考慮這點。（106 年第 10 次委員會議，頁 93-94）

本案基於尊重西醫基層總額部門代表之意見，及本會前所議定之總額協商通

則，爰依提案委員建議，予以撤案。二、為維護病人就醫權益，請中央健康保險署依循本會 8 月份委員會議（106.8.25）之決議，加強鼓勵並協助 C 型肝炎病患至基層診所接受新藥治療。（106 年第 10 次委員會議，頁 6）

## 二、個案三：「有關 108 年度編列 C 型肝炎藥費專款 65.36 億元不足額數，本會決議由健保署 108 年度醫療給付費用總額『其他預算』項下支應，對其他預算項下可流用項目及流用金額」之復議案個案背景

本復議案由雇主代表於 108 年第 5 次委員會議（108.7.26）所提出，在 108 年第 4 次會議中決議針對 C 肝藥費專款不足的 19 億元由總額協商中的其他預算項目來支應，但是該次的會議中並未指定是其他預算內的哪個項目的結餘款來移轉使用，所以提案委員認為，在其他項目下共計 12 項，其中有 9 項的照護對象十分明確，所以不宜移用款項，以免影響就醫權益；另 3 項根據 107 年度的統計為沒有支付完成或者沒有支付的情形，建議可以優先從這 3 項來支應 C 肝藥費專款不足，故而提起復議案討論。這三項分別為 1. 基層總額轉診型態調整費用、2. 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費、3. 提升保險服務成效經費。

上個月討論本案時，並沒有指定其他預算內的哪個項目的結餘款要來移轉給 C 肝藥費專款不足的 19 億元來使用……其他預算的項目共計 12 項，9 項是照護對象很明確，不應該讓流用金額而影響其他病患就醫權益，因此這 9 項應該是不能流用的。另 3 項為 107 年沒有支付完成，且有的根本沒支付……因此本案建議由上述 3 項支應 C 肝新藥不足的藥費……（108 年第 5 次委員會議，頁 33-34）

支持復議方認為上一次的決議雖然同意 C 肝藥費專款不足可以由其他預算下的結餘款支應，但是沒有限定可以移用的項目並不合理，另外也有委員認為甚至連其他預算內不同項目的經費都不能流用，這是涉及到制度的問題，不能因為型肝炎藥費專款問題，因噎廢食將原先的制度穩定破壞掉。

23 位委員連署已經超過半數，同意先做就用這 3 項經費，任何時候健保署認為經費不夠，主動提案經付費者委員協商討論通過可以增加哪一項經費，那是健保署的事情，我今天提的復議案只是針對這 3 項。



第 3 季以後，若健保署精算後覺得還是不夠，再來跟我們討論怎麼提復議案，那是另外一件事情。我今天反對這 3 項以外的其他項目開放流用，那是不應該的。(108 年第 5 次委員會議，頁 44)

在某個醫療給付項目，健保預算不足給付時，請問健保會能有什麼機制？能在什麼樣的情況下來動用其他預算的經費？過去健保會的共識是其他預算內的各項目間不能流用，不是針對 C 肝，我講的是整體問題。……我本來不想講話，但我心裡很沉重，我們似乎該思考，是不是要為了 C 型肝炎藥費專款問題，把整個大制度面都破壞掉。(108 年第 5 次委員會議，頁 41-42)

而反對復議方則是認為那 3 項經費看起來執行效率不彰，第一項其實是因為初期新型態轉診認定方式十分嚴格，導致可以核銷的數目並不多，第二年執行可以預期使用的人數會增長；第二項有關轉診經費是因為轉診有將近一個半月的等待期，加上費用結算的時程會有二到三月的延遲，不能以現階段的時間來判斷 108 年度下半年的經費使用情形。綜合來說，有關提案委員認定可以優先流用的三項經費其實結餘數仍然不明朗，建議還是維持原決議，不預設移用的項目，使得健保署可以根據各項實際執行情形決定，保持更為彈性的運用。

一、針對「基層總額轉診型態調整費用」，剛剛副署長已做了部分說明，有關該項的 107 年決算，初期大家不熟悉，也用了 VPN（健保資訊網服務系統）轉診認定方式，必須兩端都是明確的轉出與接收才可認定，所以是最嚴格的認定標準……二、另，因轉診有 90 天的等待期，病人下轉後，未必立刻到醫療院所，所以轉診到實際就醫到醫療費用結算，這個過程會有 2 至 3 個月的延遲……建議預算流用的空間跟實際運用的方式可以更寬裕，個人建議不要限定哪個項目，由健保署視實際的考量與運用，讓民眾就醫有更大的方便性。(108 年第 5 次委員會議，頁 36)

一、108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則，對專款專用項目及其他預算有各項目預算不得互相流用之規定，惟考量本案為衛生福利部為加速我國根除 C 型肝炎目標之達成，增加治療人數，落實治療不中斷原則，爰同意特別例外「有條件」流用。二、為避免影響病人就醫權益，同意 19 億元優先由 108 年度全民健康保險醫療給付總額「其他預算」項下之「基層總額轉診型態調整費用」、「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」、「提升保險服務成效」三項預算之結餘支應。另為加速我國根除 C 型肝炎目標之達成，本於治療不中斷之原則，如果前述三項預算之結餘不足 19 億元，再請中央健康保險署提案至本會審

議，由「其他預算」其他項目之結餘予以流用。三、有關「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8.22億元，考量C型肝炎病患治療權益，本於治療不中斷原則，授權中央健康保險署評估適當時機後流用，且不受該項目之適用範圍與動支程序限制。(108年第5次委員會議，頁7-8)

### 三、綜合討論

從《全民健康保險會會議規範》有關復議之提出，條文如下：

#### 1.提請復議之理由：

議案經議決通過或否決後，如因情勢變遷或有新資料而認為決議確有重加研討之必要時，得提請復議。

#### 2.提請復議應具備之條件：

- (1) 原案決議後尚未執行。
- (2) 具有與原決議不同之理由者。
- (3) 提案人須符合以下條件：

**A.提案經當次出席委員十分之一以上之連署。**

**B.若為總額協商議題，則需為當時在場且同意原決議案者。**

#### 3.提請復議之方式：

應以書面方式提出，其提案程序比照第三點規定辦理。

#### 4.復議動議之討論：

- (1) 復議動議之成立，須經正反雙方對有無復議必要發言後，由出席委員三分之一以上同意決定之。
- (2) 復議動議經否決後，對同一議案，不得再提請復議。

#### 5.經復議之議案於決議確定後，不得再提請復議。

從以上兩個健保會復議案可以獲得幾項發現，**在全民健康保險會的會議規範之中，有明確載明提請復議的理由為議案經議決通過或否決後，如因情勢變遷或有新資料，而認為決議有重加研討之必要，則可以提起復議。**所以在支持復議的主張大致上都會以當時所做成的決議並未周全，已不符合現今使用情形而要求重新進行檢視與議程討論。反對方則大多主張進行復議、同意經費的流用，則違反了當初作成的決議，希望專款專用的目的，也會造成執行面的效率不彰或是道德危機的產生，不能因為個案而破壞制度的平衡，也有委員認為為了使經費的使用

更加彈性而提起復議可以接受，但不能是個案處理，必須考量類似情形發生的可能性，做成一個制式的規定、明文的規定，來規範當同樣個案發生時的標準作業流程，也能因此有法源的依據，將對現有制度的衝突降到最小。

雖然支持復議與否雙方往往各有說詞，總額的協商或者決議的作成有時並不能百分之百通盤考慮到可能發生的問題，尤其如健保牽涉的議題甚廣，在協商的過程更是十分漫長，需要提前一年分配好各部門、各項目的預算；加之新科技的變化快速，民眾就醫行為也並非能準確預料，以這個角度而言，復議制度確實能審時度勢，考量情勢的變化與發展，在緊急且合理的範圍內作出修正，更符合民眾就醫的權益，促進健保醫療資源的有效率運用。

但反過來說，為避免會議規範形同虛設，或者已經的決議朝令夕改使人無所適從，經雙方具有委員身分之協商代表同意，依健保會會議規範之復議案程序辦理確有其存在的必要。換言之，倘若所有的議案都能夠隨意復議，就容易導致議事效率的低落，延宕決策與解決問題的時間，因此在議事的規範上，應該要更嚴格的落實委員能提復議案，並且能成案的條件（例如：提案經當次出席委員十分之一以上之連署，以及若為總額協商議題，這十分之一則需為當時在場且同意原決議案者），才能在考量議事品質的同時，也能兼顧議事的效率。

為了避免復議過於浮濫，復議案多擾亂議事效率與規則，即使雙方的委員代表同意復議，建議還是仍是需要符合《全民健康保險會會議規範》以下有關提出復議的成案要件，回歸到制度面的程序來解決問題：

1. 原案決議後尚未執行。
2. 具有與原決議不同之理由者。
3. 提案人須符合以下條件：
  - (1) 提案經當次出席委員十分之一以上之連署。
  - (2) 若為總額協商議題，則需為當時在場且同意原決議案者。

### 第三節 專業性與互動問題

#### 一、個案四：「108 年度健保總額協商計畫會前會個案背景」之個案背景

總額支付制度（global budget system）是指由付費者與醫療供給者，就特定

類別或範圍的醫療服務，預先以協商方式，訂定未來一段期間內健康保險醫療服務的總支出（預算總額），藉以確保健康保險維持財務收支平衡的一種醫療費用支付制度。而我國在總額支付制度的實際運作上是以支出面來控制，先預設醫療成本上升的幅度以及醫療服務量的增加，來設定該年度的預算總額。而全民健保醫療給付費用總額設定的考量因素，是以保險對象的需求面做整體的考量，需將人口的增加與老化（使用健保的人口基數）、醫療服務成本的變動、新增的給付項目（新醫療科技）、整體經濟等都納入考量，大致又可以分為非協商因素與協商因素，而健保會的業務主要針對協商因素，由各界代表就健保服務項目的增減、新藥新科技的導入，政策或法令修改引起的成本改變，或現行偏低支付標準基礎的調整等協商議定。而因為總額協商是衛福部健保會最主要的業務，是年度的重點工作項目，其中又牽涉到各部門總額地區預算分配之協商，所以需要許多不同代表團體進行利益交涉，無法輕易做出決議，也為了提升議事效率，均會於9月總額協商前，先議定或舉辦共識營，討論總額協商共通性的原則，並且針對中醫、牙醫、西醫基層、醫院等各部門的協商架構、原則進行討論。

## 二、綜合討論—專業互動缺口及共識營存在與提升健保會議事的專業性

### （一）專業互動缺口

#### 1.不同專業背景、部門的資訊有明顯落差

在108年度有關健保總額分配的會前會討論上，是以四大部門（中醫、牙醫、西醫基層、醫院）具備健保專業的社會團體：代表廣泛團體利益與會員提出草案報告予委員周知，例如牙醫門診草案為中華民國牙醫師公會全國聯合會、中醫門診草案為中華民國中醫師公會全國聯合會，而在草案的報告過程，可以發現牽涉到的是十分專業的內容，也可以觀察到委員們與專責部門之間的資訊落差，而這樣的資訊落差，因為還需要專責部門解說回應，因而導致議事效率較為低落。

門診透析應落實醫療核心業務不得外包，鼓勵醫師自辦透析業務，或是到偏鄉地區開業，而非集中於都會區，請腎臟醫學會提供目前透析院所醫療核心業務外包情形（如：有多少家透析院所將醫療核心業務外包），供9月份總額協商參考。（委員提問與意見，109年健保總額協商計畫草案會前會紀錄，頁10）

本計畫運作形式之一為「以醫院為中心醫療群」，其與醫院部門合作情形為何？請問病患是到醫院部門的急診、住院，或是到牙醫診所醫療群進行急診照護？（委員提問與意見，109 年健保總額協商計畫草案會前會紀錄，頁 16）

## 2. 委員缺乏對議事規則的瞭解，也不經意拉長了討論議案的時間，導致議事效率的低落

除了各總額部門相關的醫療專業知識，本研究也發現在健保會的會議討論過程，部分委員因為超過發言的次數或者發言的時間，而對於議事規則以及會議進行的形式有所意見，根本原因來自於對議事規則缺乏專業意識，又加上太過於重視個人意見所導致。另外，也因為這樣的情況，主任委員擔任維持會議秩序的角色，常常需要從中斡旋，控制會議時間。無形之中將會議時間消耗於維持秩序之中，導致議事效率不彰。

一、關於政府應負擔健保總經費法定下限 36% 議題，如剛才所說，於 5 月 7 日做深度討論，縱使今日討論到下午 2 點，仍無法討論出具體結果。二、很不好意思，因為要尊重所有委員的發言權，發言達 3 次的委員，會務同仁將提交一個發言 3 次的提醒卡。接續發言超過 3 次的委員，是否可請改提書面意見，供大家參考。（108 年第 2 次委員會會議，頁 40）

等一下，剛才我的發言只有 1 次，怎麼連提示解除追蹤和繼續追蹤案要說明，還怎都列入我的發言次數？這是怎麼算呢？很迷糊不清。這樣我就有意見了！因為說明就是要逐項說明的很詳細清楚啊！（108 年第 2 次委員會會議，頁 41）

第 2 個，希望主席您重新定位，剛才我看到有人發言沒有記數，超過次數也沒有修正。我一直在看這個發言統計表，我未來仍要依會議規範走，連律師都來問我修正動議跟附議案，我可將手機的 line（手機即時通訊）給您看。（108 年第 2 次委員會會議，頁 57）

## （二）共識營

健保會乃是由一群自利動機與不同決策偏好的成員所組成，聚焦在建立總額協商的規則以及分配，關鍵在於藉由提升健保相關利害關係人的參與感來降低政策執行的外部成本。雖然對於社會團體而言，透過委員會的運作獲得參與政府決

策的機會，但是委員會制度存在的一些缺點，例如對於參與的委員來說，其首要的目標便是反映團體的政策偏好與需求，各方代表對於委員會角色的不同期待會形成意見的落差，這時候形成共識以利於決策品質與議事效率便十分重要，而健保會達到此一目標的方式便是透過共識營（consensus camp）的運作。

共識營是針對組織成員對特定議題形成共通看法及意見的一種教育訓練模式，這種訓練模式屬於組織學習的一種方式。換句話說，共識營是協助組織進行變革、改造的一種教育訓練模式，共識營的運作是一個從發散到收斂的過程，每一年度健保會委員對健保政策的理解與想像程度可能不一致，而對於達到健保會監理健保的目的的方法設計可能也不一致，而沒有共識的結果產出能會與預期目標偏離過大，使成果無法串連形成綜效，所謂「共識」應該是屬於一個團體的決定，即使成員不認為是最好的決定，但是仍能夠接受，並對這個決定做出承諾。這樣的決定並非經由投票表決而成，是經過充分的公開討論、廣徵意見的結果。

以健保會 108 年度業務訪視暨共識營活動來說，安排兩天一夜的時間，要求參與的委員先將其他行程及工作排除，這樣參與討論與訓練會更有成效，可以注意到的是，該次的共識營活動包含了五個主題：一.「斗六診所改制醫院層級」對當地醫療服務提供之影響；二.「C 型肝炎」口服新藥執行成效；三.「慢性腎臟病」照護及病人衛教計畫執行成效；四.推動分級醫療之執行成效；五.健保重要政策說明、法定任務及會務運作、委員關切議題。

主題一進行了南區業務組與斗六慈濟醫院的簡介，使委員能更清楚南區業務組的轄區納保人口，以及特約醫事服務機構的實際狀況，例如南區的人口老化指數自 2013 年起超過 100%，且過去 10 年跟其他分區相比皆為全國老化程度最高；但是相較之下，南區因為投保人口占率逐年下滑，R 值亦呈現下滑趨勢，致使雖然該轄區人口老化需要健保資源的挹注，但是卻因為投保人口占比的下滑至少該區醫院爭取總額預算分配的劣勢這樣一個吊詭的現象。

主題二進行「C 型肝炎」口服新藥執行成效報告，說明全球性消除 C 肝的行動以及臺灣 C 肝的現況，例如臺灣 C 肝的盛行，也有地區性與出生世代的差異，鄉村相較於都市有更高的盛行風險，或者是過去雖然有干擾素治療計畫，但因療程長及副作用多等問題導致病人治療意願低，於是在 2017 年開始引進 C 肝新藥給付，並針對 C 肝自 2017~2019 年的執行成效進行報告，使該屆委員能更快掌握情況。

主題三是針對慢性腎臟病的照護，及病人衛教計畫的執行成效進行報告，根據臺灣腎臟醫學會的報告指出，臺灣每年新增約 2,500 位透析病患，年成長率約 3%，歷年來的透析預算也是不斷成長，如何在早期介入相關預防措施來減緩腎臟病人病程進度，以降低臺灣尿毒症發生率與盛行率便成為健保關注的焦點，現行預防措施包含了糖尿病管理方案、末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫（Pre-ESRD）及初期慢性腎臟病醫療給付改善方案（Early\_CKD），針對這三個方案的照護率與服務利用情形進行報告。

主題四是針對推動分級醫療之執行成效報告，我國醫療院所的層級，按照現行衛生福利部分類，可分為醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所，各級醫院皆負有不同的照護任務與角色。分級醫療的目的是讓大醫院能專注於照顧急重症病患，民眾有病先至家庭醫師或附近診所就醫，經醫師專業診療後，如病情需要，再轉診至其他專科診所或醫院照護，或病患經轉診治療後，應依醫師建議轉回原院所或其他適當院所，接受後續治療。透過各級醫療院所分工合作、雙向轉診制度落實，來緩解醫院擁擠情形，促使醫療資源更為有效的運用。

主題五為健保重要政策說明、法定任務及會務運作、委員關切議題，可以分為以下兩個部分，這兩部分對於委員討論專業的提升與議事規則的認識很有幫助：

1. 健保會重點業務介紹：(1) 總額協商，包含下年度總額協商工作計畫介紹，從 5 月開始進行前置作業（議定協商架構、通則、程序），7 月中召開成果評核會議，8 月進行總額協商會前會以及 9 月底正式進行總額協商會議；(2) 費率審議，依照總額協議訂定後，將次年度一般保險費費率方案（草案）提送健保會召開費率審議會會議，審議結果並報衛福部送行政院核定。

2. 健保會運作說明：包含 (1) 健保會設立宗旨與組織架構（委員組成、代表團體名額設置）、法定任務（健保法第 5 條規定事項、其他法定辦理事項，含健保法施行細則）與會議規範（提案處理、決議方式與提升議事效率的做法），其中法定任務有相關法條依據明定規定健保會的法定職掌，包含了保險費率之審議、保險給付範圍之審議、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配、保險政策、法規之研究及諮詢以及其他有關保險業務之監理事項等；而會議規範則是明確說明健保會議的議程安排、委員提案方式、決議方式等等，其他如提升議事效率做法，可以透過議程確認將具急迫或重要性案件提前，或逐步建立「追蹤事

項處理原則」提升效率，未能於次月解除追蹤之案件，則需於委員會議確定該案之「預訂完成期限」及「管考週期」，以及限制委員發言次數及時間，同一議案發言以3次為限，每次不超過3分鐘，超過3次者敦請其改以書面方式、或委員意見雷同時，應表明贊同某委員意見，或僅就不同見解、需補充部分論述，避免重複發言內容來確保議事效率。

總的來說，共識營的存在，對提升委員的專業度，加強議事效率與品質有其重要性。我們無法確保每一位委員都能對健保的專業內容有一定程度的瞭解，也難以保證每個委員都有參與積極度，如果放著不管，委員討論的涉入程度與專業性就可能有明顯的落差，遇到重要議案的時候，就會比較容易出包。因此，在討論重要事項之前（例如：總額協商），透過共識營的舉辦，可以讓健保會委員們先凝聚共識，也可以對組織的目標與改革有所瞭解，並對這個共識產生持續的承諾。

此外，透過一些業務訪視與健保會重要任務的介紹，也可以讓委員們對於相關的醫療業務能有更通透的理解，在往後相關會議主題的討論之中，可以更聚焦在討論的專業。

最後，在共識營會務運作介紹的環節之中，建議一定要明確報告相關會議進行的程序以及提案規則，以及委員和主席們具有的權力與義務，甚或落實健保會針對提升議事效率的相關規範與做法，有助於提升委員們在議事方面的專業知識。

## 第四節 健保會委員與幕僚互動關係

### 一、個案五：「109年第1次委員會議重要業務報告」之個案背景

共識營（consensus camp）針對組織成員對特定議題形成共通看法及意見的一種教育訓練模式，這種訓練模式屬於組織學習的一種方式。健保會每年舉辦共識營針對健保會的定位、功能、審議原則及作業流程等主題，進行分組深度研討及案例審議實作，協助組織進行變革、改造，形成共識以利於提升決策品質與議事效率。109年度共識營原先規畫訪視慈濟醫院並於花東地區舉辦共識營相關活動，但受限於新冠肺炎疫情的影響，健保會的幕僚做了行程上的調整，更改規劃到距離衛福部與健保署較近的三峽大板根森林園區召開2天1夜會議。但是這樣



的規劃在社會觀感的考量下，由時任健保會主任委員提出在健保署或衛福部內部的場地舉辦共識營相關活動，並且將行程濃縮於 1 天以內，不僅可以消除受到民眾質疑健保會身為監理健保業務、身居防疫第一線，卻於疫情期間舉辦大型活動，帶頭違反防疫規定的顧慮，也考量在疫情嚴重的當下，健保委員大多身兼防疫要職，來回奔波不僅消耗時間體力，也不利防疫作業的推展。

最後也要謝謝健保會的幕僚同仁，3 月 19、20 日原定在花蓮辦理業務訪視活動與共識營，執行秘書之前也率領相關同仁，在委員的協助下，一起到花蓮實地場勘，但因應疫情變化，不得不做一些調整，所以，原先幕僚同仁規劃改到三峽大板根森林園區召開 2 天 1 夜會議。但是，我也接獲多位委員反映，建議這段期間還是防疫優先，因為有不少委員同時也是醫護同仁，大家心裡還是很關心疫情變化，若要召開共識營，我們已請幕僚同仁研議，將行程濃縮在 1 天當中，並在健保署或衛福部場地召開，一者是顧慮社會觀感，再者就是健保會必須以身作則，防疫期間希望大家盡量避免到人潮眾多的地方。(109 年第 1 次委員會議，頁 21-22)

剛剛主委有提到，本會原定於 3 月 19 日、20 日至花蓮辦理業務訪視活動與共識營，考量目前新冠病毒肺炎疫情雖有效控制中，惟希望減少委員至醫療院所及長途搭乘火車之防疫必要，爰於昨天洽詢委員意見後，變更本項活動地點及內容。(109 年第 1 次委員會議，頁 27)

如個案背景所述，主任委員及部分委員考量到社會觀感以及防疫需求，並且從擷節支出的立場出發，希望能將錢花在刀口上，以防疫為優先，將共識營相關活動舉辦在衛福部內部的場地。也有委員提及，改在部內召開，能更方便與部長的溝通協調。

主委、各位委員，大家好，我們國家從總統、行政院體系、部長，整體行政團隊都在積極從事防疫工作，很高興健保署李署長伯璋今天在百忙之中能列席委員會議。個人看法是比較在乎社會觀感，當整體國家、社會動員體系投入防疫工作時，健保會在森林園區舉辦活動，外界觀感恐怕不佳。(109 年第 1 次委員會議，頁 29)

同時，這一趟共識營，這麼多位同仁住宿在園區內，需花費多少預算？個人站在防疫優先、擷節支出的立場，現階段各行各業應該將資源全力投入防疫工作，因此，誠懇呼籲各位委員，希望能將活動拉回衛福部內召開。(109 年第 1 次委員會議，頁 28)

剛才委員提到要方便跟部長溝通協調，如若改在部內召開，部長與

會將更為容易，因為搭電梯下來就到會場，用不著花 1 小時車程。(109 年第 1 次委員會議，頁 29)

另一方面，健保會幕僚依據健保會業務的推展，特別強調本年度因為財務調整，此次共識營的舉辦還身兼健保財務改革的任務，以幕僚的角色而言，期待共識營能在相對獨立的空間進行討論。加之，共識營的操作模式，會另外擇定一個非日常組織執行業務的空間，比較容易營造出悠閒的情境，能以較為放鬆的心情進行討論，創造凝聚共識的正向環境。此外，在執行面也已考量防疫的需求，希望能以最小限度的調整，兼顧健保會業務的正常運作。而在其他支持原方案的委員方面，同樣認可共識營應該在獨立空間進行，因此也不建議停辦，而共識營是健保會每年固定辦理的活動，實地訪視也是十分重要的環節，改回部裡辦理似乎有些因噎廢食。

因為今年健保可能面臨財務調整，所以共識營將針對本會議事運作、健保財務現況與改革做討論，在此亦希望委員能夠在比較單獨的空間，就此議題做一些討論。……剛剛主委也提到，希望共識營能夠改到衛福部裡舉辦。這部分看看委員的意見。基本上幕僚已從防疫需求的觀點來規劃此次活動，並已做了最充分的考慮，但還是希望由委員做最後的決定。(109 年第 1 次委員會議，頁 28)

剛剛主席提到希望在部內，然昨日已問過委員意見，共計 39 個委員回復、其中有 28 個同意目前規劃至大板根森林園區辦理，坐車時間較短，會議空間亦較寬敞，約為 180 人之大會議室。(109 年第 1 次委員會議，頁 27)

另外，剛才主委提到共識營活動地點，我想大家如能聚在一起，住宿 1 晚會比較有感情，討論議案也較易達成共識，尤其是今年共識營議題關係到健保費率調整，屆時陳部長時中如能在會中向委員陳述一下健保財務現況，對於議案討論應會有助益。(109 年第 1 次委員會議，頁 28-29)

剛才談到共識營部分，都希望此時可否將錢節省下來。……政府現在對旅遊業者及觀光相關行業都有提供紓困方案，目前的疫情看起來都還算平穩，是否就要將所有活動通通改掉、停辦？而且，共識營應該是健保會每年固定都會辦理的活動，今年雖然在大板根森林園區舉辦，但同時還有安排到藥局實地訪視，所以是否要因此因噎廢食，個人覺得大家可以再考量。(109 年第 1 次委員會議，頁 30)

綜合以上兩種觀點，另外也有委員提議折衷的方案，有鑑於共識營舉辦的目

的為針對需要瞭解的主題進行訪視，以及對應改進事項進行討論交流，有其在不同地點辦理的意義，建議與其在辦理的地點上進行爭執，3月份疫情並不明朗，加上共識營需要討論費率調整的議題，配合年底才召開的費率審議會，支持乾脆延期辦理。

我的看法是延期到夏天（6月左右）再舉辦，就無需再為辦理地點爭執。……幕僚同仁也有更多時間充分準備。我認為共識營應該就委員需要瞭解的主題進行訪視，或針對過去1年應改進的事項進行探討與交流，若在部內辦理，與每個月皆在部內召開的委員會議形式類似，似乎就失去了召開共識營的意義。延期到6月左右再辦理，大家就不要再為辦理地點爭執。（109年第1次委員會議，頁31）

我也支持委員的建議，將共識營延到5~6月再召開，因為會中會安排討論費率調整等議題，而10~11月才正式辦理總額費率審議相關會議，這麼早進行討論可能後續還會有許多意見產生……因此我支持延期辦理；若決定不延期，我認為應該調整共識營行程規劃，朝更充實的方向辦理，避免浪費健保會經費及行政資源籌辦共識營，使參加委員卻沒有充實的收穫。（109年第1次委員會議，頁31-32）

## 二、綜合討論：健保會委員與幕僚互動關係

在面臨當代健保規劃與執行的最大挑戰，就是如何兼顧多元性，統合不同社會利益的觀點，委員會是由一群自利動機與不同決策偏好的成員組成，聚焦在決策資訊的獲得、策略資訊的累積、建立規則，以促進決策品質（Alexander, 1998; Li and Suen, 2009; 杜文苓、彭滄雯，2008）。從健保會組成與功能來說，其吸納了利益團體參與協商的主體，委員的組成包含多元利害關係人，在健保重大政策的審議能有更全面的討論，也使健保政策的形成更加透明。而從委員制的決策需求而言，其建立委員會的動機不外乎為了滿足社會大眾對於代表性利益的重視，以及呼應政府政策權力日益分散的發展趨勢，逐漸從以往傳統政府由上而下單向規劃與執行政策的情況，轉變為政府與代表不同觀點與利益的社會團體「共同治理」模式（王光旭，2012），依這樣的脈絡而言，健保會委員組成的核心在於能合理且實際地反映不同團體的利益。因此，透過委員們積極參與決策的運作促進多元利益的溝通與達成共識，除了提升決策的品質，也使得健保政策的推行能更具有對人民的回應性。雖然健保會委員能回應不同團體的利益，但實際上每位健保委員的任期為2年，並且依照《全民健康保險會組成及議事辦法》第5條的規

範，部分代表的委員有任期的限制，而當其在原推薦團體或指派機關的職務有所更動之時，也必須重新推薦、指派代表，說明在健保委員的組成結構上，有一定的變動性。所以在這樣的基礎下，幕僚單位作為健保會的「幕僚支援系統」，基於專業分工原則來幫助委員們行使職權的角色便至關重要，換句話說，幕僚單位相較於委員來說，應該在健保議題上更具有專業性的角色。

《全民健康保險會組成及議事辦法》第 5 條：

- 保險付費者代表及保險醫事服務提供者代表之委員，以連任一次為原則，每一屆並應至少更替五分之一。
- 代表保險醫事服務提供者或機關出任之委員，其職務異動時，原推薦之團體或指派之機關應於一個月內主動通知健保會，並得向主管機關重行推薦、指派代表，由主管機關解聘原任委員後，再行聘（派）之。
- 委員因故無法執行任務、違反第二條第五項規定、違反本辦法或其他法令規定且情節重大者，主管機關應予解聘，並依第二條之規定另行遴選聘（派）補之。
- 前二項新任委員之任期，以補足原任之委員任期為止。

此外，俗話說：「知識就是力量」，擁有知識者，即擁有力量，擁有權力。如將擁有與健保業務相關的資訊看做權力，那健保會委員與健保業務單位（如健保署）之間的權力落差便十分明顯，本研究在歷次議事錄的分析當中，常常可以發現委員們向健保業務單位索要資料的情形發生，就專業性來說，監理單位與業務單位之間顯著的資訊與知識不對稱，相關業務權責單位，建議應持續提供可供檢視的資料，才能健全健保會對於健保業務的監理職能。彌補資訊與知識落差，更有賴於健保會幕僚的支持系統運作，為因應健保會監理健保業務、總額協定與保險費率審議等法定任務，強化並健全健保會幕僚的功能，提供委員監理與協商必要之協助，當有助於議事效率之增進與決策品質之提升。

另外，針對上（108 年第 10）次委員會議決議（定）事項辦理情形追蹤表，對於解除追蹤部分我沒意見，但針對會議資料裡第 22 頁的項次 1，健保署回復 2.部分，在會議資料第 41 頁附件一，並沒有看到我希望健保署提供有關 AIDS（Acquired Immune deficiency Syndrome；後天免疫缺乏症候群）在臺灣的年齡層分布表，可否請健保署提供資料給我參考。（109 年第 1 次委員會議，頁 30）

一、有關上（108 年第 10）次委員會議決議（定）事項辦理情形繼續追蹤案，請大家參閱會議資料第 39 頁，項次 3「建請健保署逐期提

供健保財務收支情形試算表，持續健全財務監理案」，在 108 年 12 月份委員會會議已決議通過。但我仍必須反映近期委員進行業務監理過程中，調閱相關資料遭遇的困難。回顧 108 年 11 月份委員會會議時，有委員曾向健保署提出調閱 108 年家醫計畫經費管理情形的需求，最終仍須藉由委員們連署提案並經會議決議後，方得以調閱其中的部分資料。當時會中，健保署列席主管也明確表示若屬不涉及個資之資料，健保署皆願意提供並當面向委員解釋；但現在檢視起來，實際的情形並非如此。（109 年第 1 次委員會會議，頁 35）

綜上，從現有的資料檢視健保會的運作，可以發現監理健保會不同委員間存在著差異性甚大的專業性，會影響其監理和諮詢功能的發揮。且委員代表社會團體，有其正職工作，又是兼任委員，要能完全掌握健保所有議題有其難度。而健保會的幕僚是事務官，在健保會服務的時間比委員更久，對健保相關議題的瞭解程度較高，若能發揮堅實的資訊供給功能，必能有益於健保會的議事效率與品質。而共識營的舉辦，確實有利於解決或緩解議事規則不熟悉還有對議題的不熟悉的問題。

## 第五節 小結

從本章所探討的幾個案例與分析的議題，可以發現目前健保會的議事與運作可能存在著以下的問題：

（1）發言多寡差異來自專業性與代表性的壓力：雖然有部分委員在討論特定議題時，有發揮其監理和諮詢的功能，但並非所有的委員對健保都具有專業性與議事經驗，不同委員間有資訊與知識上的落差。因此，在討論特定議題的時候，往往就是特定某些委員的參與度最高，其他參與熱度不高的委員，代表性的壓力與專業度可能是差異原因。

（2）復議程序必須存在但是應作期限限制：部分委員於特定議題的討論有其專業性，但從議事效率的角度來看，雖然重大爭議事件在釐清爭議之前，不宜太快下結論，但從事隔三年至今尚未有定論的狀況來看，顯然是不利於議事的效率。因此為了兼顧議事的效率與決策的民主，比較合理的方式是保障議員表達意見的權力外，也要限定重新復議的議案，必須要在多少時間內完成復議，否則就交給上級機關定奪之類的條件。

（3）復議程序必須防止傷害健保會決策正當性：針對特定議案，即使雙方委員

都同意要重新討論，但提復議的標準要能回歸到會議規則的法制要件，降低復議的頻率，回到制度面來解決問題，否則每次會議都有新的議題，又要一直不斷的穿插討論過去的復議案，朝令夕改不但傷害決策的正當性，也可能因為團體代表的基本利益衝突的存在，成為頻繁攻防的犧牲者，不利於健保會議事效率與品質的維繫。

(4) 健保會共識營有助於事務官幕僚伴演專業支援角色：健保會幕僚作為長時間投入健保業務的事務官，對健保的瞭解與接觸，畢竟比兼任的委員還要頻繁與瞭解，因此其專業性是無庸置疑。幕僚應在議事的過程中，扮演適當的支援角色，提供資料與資訊，協助委員跨越健保知識與資訊的鴻溝，讓委員的議事更具有效率與效能。舉辦共識營此一活動對委員專業性的提升有其重要幫助，也建議以後在共識營中多宣傳議事的規則與條件，讓委員們更熟悉與尊重健保議事法規。

(5) 健保會主席平衡規則與關係的必要：若要精進健保會的議事效率與品質，主任委員（會議主席）的角色與議事風格很重要，建議擔任主席的委員，應更嚴格的落實《全民健康保險會會議規範》的相關規定，讓健保會的議事能更回歸到法制面來運作，比如說建議嚴格執行發言分鐘數與次數的規定，更嚴謹的落實會議規範中有關提出復議的條件等等。

## 第九章 問卷調查

基於前述各章從會議紀錄、質化訪談、焦點座談、以及個案分析所得到關於健保會運作相關問題的整理，本研究接下來將對問卷調查的結果進行分析，首先，本調查設計與實施步驟如表 28 所示，根據一般問卷有效性的施作步驟逐一完成之。

表 28、健保會委員問卷資料蒐集步驟

步驟 1	問卷設計	依據研究目的與理論概念，進行問卷設計
步驟 2	意義前測	針對問卷設計問題，進行前測，做為修改依據
步驟 3	問卷修正	依據前測結果進行修正
步驟 4	焦點團體座談會	針對意義前測與修正之問卷結果，提出看法與建議
步驟 5	問卷定稿	修正問卷設計問題
步驟 6	正式問卷施測	預計發放健保會歷年來委員
步驟 7	正式問卷回收	
步驟 8	問卷結果與分析	針對問卷內容進行分析

資料來源：本研究自製。

### 第一節 問卷設計

問卷的目的是為了解健保會委員對於健保會的運作現況主觀性的想法、對於審議方式的意見，以及會議代表之代表性等面向，因此問卷結構與題組共分為八大部分：

第一部分為個人基本資料，了解填答者之性質與代表之團體，包括年齡、性別、參與過的會議與代表之團體等；第二部分過後之題項為使題項更加符合本研究之目的，因此期中報告後，本研究團隊針對其中審查結果，進行許多結構性之修正，第二部分為健保會的代表性，主要針對健保會委員納入不同利益團體參與會議的制度與運作表達看法，讓我們對於現行的機制設計、運作和影響有更多的資訊；第三部分為健保會的專業性，此部分則針對健保會委員對於議案討論、權責等之專業性；第四部分則是健保會的資訊公開，瞭解目前健保會委員會議議事

資訊公開之看法；第五部分健保會的會議運作情形，此部分則針對會議內部運作的情況，以及與會團體的想法作提問，包含案件追蹤、總額對等協商、費率審議、復議案等；第六部分健保會議事權責的制度設計，瞭解健保會委員對於健保會與其他行政單位的互動與運作評估，包括與衛福部、健保署等單位。請評量對其運作與互動的看法與評價；最後，第七部分為各委員對健保會的運作價值觀，最後還有開放式問題，請受訪者提出相關或認為十分重要的問題與建議。

## 第二節 意義前測與修正

本研究問卷在正式問卷發放前，擬進行意義前測，問卷初稿詳見附件九。首先，透過受訪者針對各題題目與答案設計提出之意見，來強化問卷题目的可信度與效度；其次，以健保會行政同仁為諮詢對象，行政同仁第一線接觸各健保會各委員們，安排一場座談進行面訪，請其提供意見。最後，根據前測之意見，進行問卷修正，本研究團隊將針對修正後問卷提出專業看法，做第二波修正。

研究團隊已於 2020 年 5 月 11 日，拜訪健保會行政同仁進行意義前測，並根據各健保會行政同仁之意見進行增修，並將各題項增修後之第一波修正，列於附件十，待日後期中審查結束，會同審查委員之意見，研究團隊將進行第二波問卷修正，最後定稿之正式問卷請參見附件十一。

## 第三節 調查執行

本研究針對第一至四屆健保會委員關於精進健保會議事效率及運作模式之看法，期以確保健保會業務運作順暢。在發放方式上，本研究對於第一至三屆委員擬採用郵寄問卷調查的方式，再將問卷結果進行分析處理。研究團隊於 2010 年 9 月 1 日至 2010 年 10 月 5 日進行問卷發放，包括聯繫歷年來各委員之填答意願，總計共發出 64 份問卷，回收 46 份問卷，其中有 45 份有效問卷，1 份無效問卷，回收率約 72%。

## 第四節 問卷分析

### 一、填答者基本資料

依據調查結果，本問卷計有 46 人填答，其中男性占 65.2%，女性占 34.8%，



教育程度多數為碩士、博士。以專業領域來看（複選題），最多為「醫療保健」、其次為「勞工事務」、再其次為「公共衛生」與「社會福利」。若以其參與健保事務的經驗來看（複選題），除了擔任健保會委員外，最多為曾擔任「全民健保監理會委員會」委員、其次為「醫療給付項目及支付標準共同擬訂會議」委員、再其次為「全民健保費用協定委員會」委員。而其最近一次擔任健保會委員的代表身份，最多為「醫事服務團體」（30.4%）、其次為「勞工團體」（26.1%）、再其次為「專家學者」（10.9%）。填答者中，約有六成為「現任健保會委員」、四成為「卸任健保會委員」；其平均擔任委員（包含代理人）的時間為 3.36 年。有關如何由所屬團體推派為健保會委員，最多為「被指派」（52.8%）、其次為「內部協商決議」（36.1%）、再其次為「由地區公會層層推派」（8.3%）。

表 29 個人基本資料

項目	類別	次數	有效百分比
性別	男	30	65.2
	女	16	34.8
教育程度	高中、高職以下	4	8.9
	大學或專科	9	20.0
	碩士	18	40.0
	博士	14	31.1
專業領域	專業領域為經濟財務	8	
	專業領域為醫療保健	21	
	專業領域為政治或公共行政	2	
	專業領域為法律	5	
	專業領域為風險管理	5	
	專業領域為醫務管理	6	
	專業領域為公共衛生	9	
	專業領域為社會福利	8	
	專業領域為勞工事務	11	
曾擔任相關會議之委員	曾經擔任「全民健康保險監理委員會」之委員	11	
	曾經擔任「全民健康保險醫療費用協定委員會」之委員	9	
	曾經擔任「全民健康保險會」之委員	39	
	曾經擔任「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議【藥品】」之委員	6	
	曾經擔任「藥物給付項目及支付標準共同	7	

項目	類別	次數	有效百分比
	擬訂會議【特材】之委員		
	曾經擔任「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之委員	10	
	曾經擔任「各部門總額研商議事會議」之委員	25	
最近一次擔任健保會委員之代表身分	專家學者	5	10.9
	公正人士	4	8.7
	倡議團體	2	4.3
	病友／病權團體	2	4.3
	政府行政人員	3	6.5
	雇主團體	4	8.7
	勞工團體	12	26.1
	醫事服務團體	14	30.4
現任/卸任委員	現任健保會委員	28	60.9
	卸任健保會委員	18	39.1
在所屬團體內如何被推派為健保會委員	由地區公會層層推派	3	8.3
	內部協商決議	13	36.1
	會員開會共同表決	1	2.8
	被指派	19	52.8

註：平均擔任健保會幾年委員（包含代理人）3.36 年

資料來源：本研究自製。

## 二、健保會的代表性

以健保會成員的代表性而言，對於不同類別的委員數量或比例是否需要調整？認為「有需要」與「不需要」調低的比例相近，各為 47.8%與 52.2%；認為「有需要」與「不需要」調高的比例相近，各為 45.5%與 54.2%。換言之，認為需要調整不同類別委員之比例的填答者人數相當接近。對於目前健保會成員是否能充分代表其所屬類別的意見，60.0%認為皆可充分代表，40.0%認為無法充分代表。當問到哪一類群體的意見也具有重要的代表性，卻未呈現在健保會結構裡？88.6%回答「沒有」，11.4%回答「有」。此亦代表目前健保會委員組成方面，在類別上沒有太大爭議，但在人數比例部分的意見相當紛歧，贊成或反對調整人數比例各有一半的支持聲音。

對於健保會席次結構的想法，最多回答「同現制，區分被保險人、雇主、醫事服務機構、專家學者及公正人事等代表」(60.3%)，其次回答「為平衡公平與專業，應該提供專業人士較多的席次」(24.4%)，再其次回答「應該依據社會上不同的立場與數量，安排健保會代表的席次數量和比例」(6.7%)、「作為公共政策的討論平台，應該給予弱勢群體較多的席次或保障名額」(6.7%)。對於健保會成員特質的想法，最多回答「健保是大家的事，應該讓不同意見的團體都能夠親自參與討論」(50.0%)，其次回答「健保會要討論許多專業的議題，應該由相關團體派專業人士或較理解的人參與」(39.1%)，再其次回答「健保政策十分專業，應該由專家，如醫師、學者去處理就好」(8.7%)。對於健保會的代表選任，應以何種方式進行，最能選出符合團體利益的代表？最多回答「同現制，由主管機關洽有關團體後遴選、遴聘，另部分名額公開徵求，遴選團體再由該團體推薦後遴聘」(50.0%)，其次回答「同類團體自行推派」(19.6%)，再其次回答「同類團體提出建議名單，由主管機關決定」(17.4%)。就上述結果來看，贊成維持現行委員席次結構以及推選方式，都占超過半數。此外，儘管健保議題相當專業，多數受訪者仍認為應該由相關團體派人士參與，而僅有4位受訪者(8.7%)認為應該全由專家處理就好。

關於健保會代表性的論述 (共 7 題)，第 1 題有關「透過健保會的審議，我們較能理解不同立場的團體 (代表) 的想法，並彼此溝通」論述中，最多回答「同意」、其次回答「非常同意」、再其次回答「有點同意」，若以全距 6 分來看，平均值為 4.93 分，約略介於「有點同意」到「同意」之間。

第 2 題有關「健保會的制度設計允許各種團體在其中爭取保護各自的利益」論述中，最多回答「同意」、其次回答「有點同意」、再其次回答「非常同意」，若以全距 6 分來看，平均值為 4.30 分，約略介於「有點同意」到「同意」之間。

第 3 題有關「健保會的決 (議) 定結果有助於保障弱勢」論述中，最多回答「有點同意」、其次回答「同意」、再其次回答「非常同意」，若以全距 6 分來看，平均值為 4.39 分，約略介於「有點同意」到「同意」之間。

第 4 題有關「參與健保會的人更多元，強化了決 (議) 定的正當性」論述中，最多回答「同意」、其次回答「非常同意」、再其次回答「有點同意」，若以全距 6 分來看，平均值為 4.51 分，約略介於「有點同意」到「同意」之間。

第 5 題有關「健保會的運作較能回應社會民眾對政策的需求和期待」論述中，最多回答「同意」、其次回答「有點同意」、再其次回答「非常同意」，若以全距 6 分來看，平均值為 4.39 分，約略介於「有點同意」到「同意」之間。

第 6 題有關「一般來說，健保會的團體代表都能在會中充分反映其代表團體的意見」論述中，最多回答「同意」、其次回答「有點同意」、再其次回答「非常同意」，若以全距 6 分來看，平均值為 4.39 分，約略介於「有點同意」到「同意」之間。

第 7 題有關「一般來說，健保會的團體代表會將會議討論的內容攜回傳達給其代表團體」論述中，最多回答「同意」、其次回答「有點同意」、再其次回答「非常同意」，若以全距 6 分來看，平均值為 4.55 分，約略介於「有點同意」到「同意」之間。

根據前述調查結果，受訪者對於健保會的代表性問題，大都介於「有點同意」到「同意」之間，亦即介於 4.30~4.93 之間。其中受訪者最肯定的論述為「透過健保會的審議，我們較能理解不同立場的團體（代表）的想法，並彼此溝通」，較不肯定的論述為「健保會的制度設計允許各種團體在其中爭取保護各自的利益」。換言之，健保做為不同立場溝通的功能相當受到肯定，然而其制度設計未必能讓各種團體在其中保護各自的利益。

表 30 健保會的代表性

項目	類別	次數	有效百分比
目前健保會的成員中，您認為委員數量／比例過高，而需調低	有	22	47.8
	沒有	24	52.2
健保會的成員中，您認為哪些類別的委員數量／比例過低，而需調高	有	20	45.5
	沒有	24	54.5
目前健保會的成員中，您認為委員無法充分代表其所屬類別的意見	皆可充分代表	27	60.0
	無法充分代表	18	40.0
在健保議題中，您認為是否有哪一類群體的意見也具有重要的代表性，卻未呈現在健保會	有	5	11.4
	沒有	39	88.6

項目	類別	次數	有效百分比
結構裡			
對健保會的席次結構，您認為下列何者論述最接近您的想法	應該依據社會上不同的立場與數量，安排健保會代表的席次數量和比例	3	6.7
	作為公共政策的討論平台，應該給予弱勢群體較多的席次或保障名額	3	6.7
	為平衡公平與專業，應該提供專業人士較多的席次	11	24.4
	同現制，區分被保險人、雇主、醫事服務機構、專家學者及公正人事等代表	27	60.0
	但被保險人代表性應再調整，要有真正能代表被保險人的聲音		
	是代表人是否能充分表達論述較為重要		
針對健保會的成員特質，您認為下列何者論述最接近您的想法	健保是大家的事，應該讓不同意見的團體都能夠親自參與討論	23	50.0
	健保會要討論許多專業的議題，應該由相關團體派專業人士或較理解的人參與	18	39.1
	健保政策十分專業，應該由專家，如醫師、學者去處理就好	4	8.7
	但各類群體委員人數不宜太多		
	健保是全民的事，應該讓不同意見的團體都能夠親自參與與討論，同時參與的成員也需具民主素養，尊重每一位委員的發言。		
	敬請廣納健保財務風險管理成員		
您認為健保會的代表選任，應以何種方式進行最能選出符合團體利益的代表	同類團體自行推派	9	19.6
	透過選舉制度，同類團體票選	3	6.5
	同類團體提出建議名單，由主管機關決定	8	17.4
	公開徵選，以資格和經歷來決定	3	6.5
	同現制，由主管機關洽有關	23	50.0

項目	類別	次數	有效百分比
	團體後遴選、遴聘，另部分名額公開徵求，遴選團體再由該團體推薦後遴聘		
	十大總工會團體皆要有一席位，全國勞工有一千萬人，十大總工會已包含台灣所有勞工，各具代表性，應設每個團隊都要參與才知勞工需求。較公平		
	以第三項為主，但主管機關決定人選時應注意公正，而非以政黨取決，更不應該有萬年健保委員霸佔管理會，應改變		
	假借公衛人士但卻是醫學系畢業者，有為利益方護航之疑慮		

資料來源：本研究自製。

另外，研究團隊也將關於各種關於代表性的價值描繪請受訪者填答，全部問題的回應都是「正向」的，最高的是代表性的溝通價值，最低的則是對健保會中利害關係團體爭取各自利益的實況評價。

表 31 健保會代表各論述摘要表

題項	類別	次數	有效百分比
透過健保會的審議，我們較能理解不同立場的團體（代表）的想法，並彼此溝通	有點不同意	4	8.9
	有點同意	7	15.6
	同意	22	48.9
	非常同意	12	26.7
平均值 4.93			
健保會的制度設計允許各種團體在其中爭取保護各自的利益	非常不同意	1	2.2
	不同意	6	13.0
	有點不同意	3	6.5
	有點同意	11	23.9
	同意	18	39.1
	非常同意	7	15.2
平均值 4.30			
健保會的決（議）定結果有助於保障弱勢	非常不同意	1	2.3
	不同意	1	2.3
	有點不同意	7	15.9
	有點同意	14	31.8

題項	類別	次數	有效百分比
	同意	13	29.5
	非常同意	8	18.2
平均值 4.39			
參與健保會的人更多元，強化了決 (議) 定的正當性	不同意	7	15.6
	有點不同意	1	2.2
	有點同意	8	17.8
	同意	20	44.4
	非常同意	9	20.0
平均值 4.51			
健保會的運作較能回應社會民眾對政策 的需求和期待	不同意	3	6.8
	有點不同意	5	11.4
	有點同意	14	31.8
	同意	16	36.4
	非常同意	6	13.6
平均值 4.39			
一般來說，健保會的團體代表都能在會 中充分反映其代表團體的意見	非常不同意	1	2.3
	不同意	2	4.5
	有點不同意	6	13.6
	有點同意	11	25.0
	同意	18	40.9
	非常同意	6	13.6
平均值 4.39			
一般來說，健保會的團體代表會將會議 討論的內容攜回傳達給其代表團體	非常不同意	1	2.4
	不同意	2	4.8
	有點不同意	4	9.5
	有點同意	11	26.2
	同意	14	33.3
	非常同意	10	23.8
平均值 4.55			

資料來源：本研究自製。

### 三、健保會的專業性

關於健保會專業性的論述(共 11 題)，第 1 題有關「健保會的其他代表們對各項議題皆具有足夠的專業知識參與審議政策」論述中，最多回答「有點同意」、其次回答「同意」、再其次回答「不同意」，若以全距 6 分來看，平均值為 3.79 分，

約略介於「有點不同意」到「有點同意」之間。

第 2 題有關「我們自己團體的代表對各項議題具有足夠的專業知識參與審議政策」論述中，最多回答「同意」、其次回答「非常同意」、再其次回答「有點不同意」，若以全距 6 分來看，平均值為 5.00 分，基本上為「同意」。

第 3 題有關「健保會能提供政策更專業的看法和觀點」論述中，最多回答「同意」、其次回答「有點同意」、再其次回答「非常同意」，若以全距 6 分來看，平均值為 4.56 分，約略介於「有點同意」到「同意」之間。

第 4 題有關「健保會的運作方式有助於增加民眾對政策的理解」論述中，最多回答「同意」、其次回答「有點同意」、再其次回答「非常同意」，若以全距 6 分來看，平均值為 4.47 分，約略介於「有點同意」到「同意」之間。

第 5 題有關「健保會對於健保收支連動發揮關鍵的影響力」論述中，最多回答「同意」、其次回答「非常同意」、再其次回答「有點不同意」，若以全距 6 分來看，平均值為 4.23 分，約略介於「有點同意」到「同意」之間。

第 6 題有關「健保會能有效監理健保業務」論述中，最多回答「同意」、其次回答「有點同意」、再其次回答「有點不同意」，若以全距 6 分來看，平均值為 4.25 分，約略介於「有點同意」到「同意」之間。

第 7 題有關「健保會委員對於委員權責都能充分理解」論述中，最多回答「同意」、其次回答「有點不同意」、再其次回答「有點同意」，若以全距 6 分來看，平均值為 4.36 分，約略介於「有點同意」到「同意」之間。

第 8 題有關「健保會委員對於各項議案內容都能充分掌握」論述中，最多回答「同意」、其次回答「有點不同意」、再其次回答「有點同意」，若以全距 6 分來看，平均值為 4.09 分，約略介於「有點同意」到「同意」之間。

第 9 題有關「您認為共識營能帮助大家提升對於健保會的瞭解以及專業性」論述中，最多回答有點「同意」、其次回答「同意」、再其次回答「非常同意」，若以全距 6 分來看，平均值為 4.52 分，約略介於「有點同意」到「同意」之間。

第 10 題有關「您認為共識營能帮助大家提升認知權利義務」論述中，最多回答「有點同意」、其次回答「同意」與「非常同意」，若以全距 6 分來看，平均



值為 4.55 分，約略介於「有點同意」到「同意」之間。

第 11 題有關「您認為有總額協商會前會，能夠提升專業性」論述中，最多回答有點「同意」、其次回答「有點同意」與「非常同意」，若以全距 6 分來看，平均值為 4.75 分，約略介於「有點同意」到「同意」之間。

根據前述調查結果，受訪者對於健保會的專業性問題，亦大都介於「有點同意」到「同意」之間，亦即介於 4.09~4.75 之間。然而，有關「健保會的其他代表們對各項議題皆具有足夠的專業知識參與審議政策」，其平均值為 3.79 分，約略介於「有點不同意」到「有點同意」之間，亦即表示受訪者不是很肯定健保會的其他代表有足夠知能參與政策審議。然而當詢問自身團體代表是否有足夠知能參與政策審議，又有相當高比例表示同意（56.1%）或非常同意（26.8%）。此或許涉及認識及信任議題，對於自身健保知能的了解及自信，傾向肯定自身團體代表的專業性；然而對於其他團體代表，則或許由於不了解或不信任，而對他其健保專業性有些保留。

表 32 健保會的專業性

題項	類別	次數	有效百分比
健保會的其他代表們對各項議題皆具有足夠的專業知識參與審議政策	非常不同意	2	4.7
	不同意	7	16.3
	有點不同意	6	14.0
	有點同意	14	32.6
	同意	11	25.6
	非常同意	3	7.0
平均值 3.79			
我們自己團體的代表對各項議題具有足夠的專業知識參與審議政策	有點不同意	4	9.8
	有點同意	3	7.3
	同意	23	56.1
	非常同意	11	26.8
平均值 5.00			
健保會能提供政策更專業的看法和觀點	不同意	1	2.3
	有點不同意	5	11.6
	有點同意	14	32.6
	同意	15	34.9
	非常同意	8	18.6
平均值 4.56			

題項	類別	次數	有效百分比
健保會的運作方式有助於增加民眾對政策的理解	不同意	3	7.0
	有點不同意	5	11.6
	有點同意	11	25.6
	同意	17	39.5
	非常同意	7	16.3
平均值 4.47			
健保會對於健保收支連動發揮關鍵的影響力	非常不同意	2	4.5
	不同意	4	9.1
	有點不同意	8	18.2
	有點同意	5	11.4
	同意	18	40.9
	非常同意	7	15.9
平均值 4.23			
健保會能有效監理健保業務	不同意	3	6.8
	有點不同意	6	13.6
	有點同意	14	31.8
	同意	19	43.2
	非常同意	2	4.5
平均值 4.25			
健保會委員對於委員權責都能充分理解	不同意	3	6.8
	有點不同意	10	22.7
	有點同意	8	18.2
	同意	14	31.8
	非常同意	9	20.5
平均值 4.36			
健保會委員對於各項議案內容都能充分掌握	不同意	5	11.4
	有點不同意	11	25.0
	有點同意	9	20.5
	同意	13	29.5
	非常同意	6	13.6
平均值 4.09			
您認為共識營能帮助大家提升對於健保會的瞭解以及專業性	不同意	2	4.5
	有點不同意	3	6.8
	有點同意	18	40.9
	同意	12	27.3
	非常同意	9	20.5

題項	類別	次數	有效百分比
平均值 4.52			
您認為共識營能帮助大家提升認知權利義務	不同意	1	2.3
	有點不同意	4	9.1
	有點同意	19	43.2
	同意	10	22.7
	非常同意	10	22.7
平均值 4.55			
您認為有總額協商會前會，能夠提升專業性	不同意	1	2.3
	有點不同意	4	9.1
	有點同意	10	22.7
	同意	19	43.2
	非常同意	10	22.7
平均值 4.75			

資料來源：本研究自製。

#### 四、健保會的資訊公開

關於健保會資訊公開的論述（共 3 題），第 1 題有關「健保會的運作方式讓相關政策的資訊較透明公開」論述中，最多回答「同意」、其次回答「非常同意」、再其次回答「有點同意」，若以全距 6 分來看，平均值為 4.84 分，約略介於「有點不同意」到「有點同意」之間。

第 2 題有關「為改善議事效率，您同意對於健保會委員會議資訊以議事錄方式公開」論述中，最多回答「非常同意」、其次回答「同意」、再其次回答「有點不同意」，若以全距 6 分來看，平均值為 5.12 分，約略介於「同意」到「非常同意」之間。

第 3 題有關「為改善議事效率，您同意對於健保會委員會議以網路直播方式公開」論述中，最多回答「有點不同意」、其次回答「不同意」、再其次回答「有點同意」，若以全距 6 分來看，平均值為 3.26 分，約略介於「有點不同意」到「有點同意」之間。

本大題回答的歧異性較前幾大題為高，大多數填答者有點同意到非常同意會議資訊以議事錄方式公開，有助於改善議事效率（95.4%）。相對的，59.5%的填答者有點不同意到非常不同意會議以網路直播方式公開。這樣的量化研究結果，

在本研究之訪談及焦點座談亦有類似的結果，可參閱與會者所論述的理由。最後亦有高達 90.7%受訪者有點同意到非常同意健保會的運作方式讓相關政策的資訊較透明公開，此亦符合政策形成公開透明的目的。

表 33 健保會的資訊公開

題項	類別	次數	有效百分比
健保會的運作方式讓相關政策的資訊較透明公開	不同意	1	2.3
	有點不同意	3	7.0
	有點同意	9	20.9
	同意	19	44.2
	非常同意	11	25.6
平均值 4.84			
為改善議事效率，您同意對於健保會委員會議資訊以議事錄方式公開	有點不同意	2	4.7
	有點同意	9	20.9
	同意	14	32.6
	非常同意	18	41.9
平均值 5.12			
為改善議事效率，您同意對於健保會委員會議以網路直播方式公開	非常不同意	6	14.3
	不同意	8	19.0
	有點不同意	11	26.2
	有點同意	7	16.7
	同意	6	14.3
	非常同意	4	9.5
平均值 3.26			

資料來源：本研究自製。

## 五、健保會的會議運作情形

在「健保會中有委員發言冗長，導致會議進行緩慢」中，以回答「同意」最多，佔 38.6%；「不同意」最少，佔 2.3%。回答肯定意見（包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」），有 34 位，佔 77.2%；平均值為 4.5，整體平均數值落在「有點同意」、「同意」之區間。顯示超過七成七的受訪者同意「健保會中有委員發言冗長，導致會議進行緩慢」。

在「健保會能提高政策推動的效率」中，以回答「同意」最多，佔 42.9%；「非常不同意」最少，佔 2.4%。回答肯定意見（包括「有點同意」、「同意」、「非常同

意)」，有 32 位，佔 76.3%；平均值為 4.19，整體平均數值落在「有點同意」、「同意」之區間。顯示超過七成六的受訪者同意「健保會能提高政策推動的效率」。

在「在健保會開會中，無論代表來自何方，彼此都公平對待，不會有差別待遇」中，以回答「同意」最多，佔 31.8%；「不同意」最少，佔 2.3%。回答肯定意見（包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」），有 32 位，佔 72.7%；平均值為 4.25，整體平均數值落在「有點同意」、「同意」之區間。顯示超過七成二的受訪者同意「在健保會開會中，無論代表來自何方，彼此都公平對待，不會有差別待遇」。

在「健保會的委員們本位主義過重，各自論述無法相互討論」中，以回答「有點同意」最多，佔 34.9%；「不同意」最少，佔 2.3%。回答肯定意見（包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」），有 28 位，佔 65.1%；平均值為 4.02，整體平均數值落在「有點同意」、「同意」之區間。顯示超過六成五的受訪者同意「健保會的委員們本位主義過重，各自論述無法相互討論」。

在「健保會的代表在進行討論時，皆以專業證據為主要考量，而不只考量自身政策利益」中，以回答「有點同意」最多，佔 30.2%；「非常不同意」最少，佔 2.3%。回答肯定意見（包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」），有 25 位，佔 58.2%；平均值為 3.65，整體平均數值落在「有點不同意」、「有點同意」之區間。顯示超過八成五的受訪者同意「健保會的代表在進行討論時，皆以專業證據為主要考量，而不只考量自身政策利益」。

在「健保會委員會議是決策核心，一切重要決定都是經過集體討論而產生」中，以回答「同意」最多，佔 38.6%；「不同意」最少，佔 6.8%。回答肯定意見（包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」），有 34 位，佔 77.3%；平均值為 4.32，整體平均數值落在「有點同意」、「同意」之區間。顯示超過七成七的受訪者同意「健保會委員會議是

核心，一切重要決定都是經過集體討論而產生」。

在「健保會委員會議在決策過程中，一直都能有效地統整各方不同的意見」中，以回答「同意」最多，佔 36.4%；「非常同意」最少，佔 2.3%。回答肯定意見（包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」），有 32 位，佔 72.8%；平均值為 3.98，整體平均數值落在「有點不同意」、「有點同意」之區間。顯示超過七成二

的受訪者同意「健保會委員會議在決策過程中，一直都能有效地統整各方不同的意見」。

在「為改善議事效率，您同意對於追蹤案件管考方式應該改為屆期不追蹤」中，以回答「有點不同意」最多，佔 34.1%；「非常同意」最少，佔 2.4%。回答否定意見（包括「有點不同意」、「不同意」、「非常不同意」），有 29 位，佔 70.7%；平均值為 3.02，整體平均數值落在「有點不同意」、「有點同意」之區間。顯示超過七成的受訪者不同意「為改善議事效率，對於追蹤案件管考方式應該改為屆期不追蹤」。

在「您認為在總額對等協商中雙方地位是對等的」中，以回答「同意」最多，佔 29.5%；「非常不同意」最少，佔 6.8%。回答肯定意見（包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」），有 26 位，佔 59.1%；平均值為 3.84，整體平均數值落在「有點不同意」、「有點同意」之區間。顯示接近六成的受訪者同意「在總額對等協商中雙方地位是對等的」。

在「您認為在總額對等協商中雙方健保相關專業知識是對等的」中，以回答「有點不同意」最多，佔 35.6%；「非常同意」最少，佔 2.2%。回答否定意見（包括「有點不同意」、「不同意」、「非常不同意」），有 27 位，佔 60.0%；平均值為 3.24，整體平均數值落在「有點不同意」、「有點同意」之區間。顯示六成的受訪者不同意「在總額對等協商中雙方健保相關專業知識是對等的」。

在「您認為在總額對等協商中雙方內聚力是對等的」中，以回答「有點同意」最多，佔 28.9%；「非常不同意」最少，佔 4.4%。回答肯定意見（包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」），有 28 位，佔 62.3%；平均值為 3.78，整體平均數值落在「有點不同意」、「有點同意」之區間。顯示超過六成的受訪者同意「在總額對等協商中雙方內聚力是對等的」。

在「您認為在總額對等協商中雙方有妥協的意願」中，以回答「有點同意」最多，佔 44.4%；「非常不同意」最少，佔 0%。回答肯定意見（包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」），有 38 位，佔 84.4%；平均值為 4.24，整體平均數值落在「有點同意」、「同意」之區間。顯示超過八成四的受訪者同意「在總額對等協商中雙方有妥協的意願」。

在「您認為在費率審議中大家發言的專業性是足夠的」中，以回答「有點同

意」最多，佔 47.7%；「非常同意」最少，佔 0%。回答肯定意見（包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」），有 30 位，佔 68.2%；平均值為 3.73，整體平均數值落在「有點不同意」、「有點同意」之區間。顯示超過六成八的受訪者同意「在費率審議中大家發言的專業性是足夠的」。

在「您認為在費率審議中與會者有足夠時間可充分表達意見與互相溝通（效能）」中，以回答「有點同意」最多，佔 35.6%；「非常同意」最少，佔 0%。回答肯定意見（包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」），有 26 位，佔 57.8%；平均值為 3.62，整體平均數值落在「有點不同意」、「有點同意」之區間。顯示超過五成八的受訪者同意「在費率審議中與會者有足夠時間可充分表達意見與互相溝通（效能）」。

在「費率審議中各方代表的意見都能夠充分表達」中，以回答「有點同意」最多，佔 31.1%；「非常同意」最少，佔 2.2%。回答肯定意見（包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」），有 28 位，佔 62.2%；平均值為 3.78，整體平均數值落在「有點不同意」、「有點同意」之區間。顯示超過六成二的受訪者同意「費率審議中各方代表的意見都能夠充分表達」。

在「您認為在費率審議中，依據『全民健保財務平衡及收支連動機制』推估而得的費率，仍須審酌經濟成長及付費者付費能力綜合考量」中，以回答「同意」最多，佔 48.9%；「不同意」最少，佔 4.4%。回答肯定意見（包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」），有 30 位，佔 66.7%；平均值為 4.64，整體平均數值落在「有點同意」、「同意」之區間。顯示超過六成六的受訪者同意「在費率審議中，依據『全民健保財務平衡及收支連動機制』」。

在「您認為在費率審議中，目前以議事錄的資訊公開方式已足夠」中，以回答「同意」最多，佔 48.9%；「非常不同意」、「不同意」最少，佔 4.4%。回答肯定意見（包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」），有 38 位，佔 84.4%；平均值為 4.42，整體平均數值落在「有點同意」、「同意」之區間。顯示超過八成四的受訪者同意「在費率審議中，目前以議事錄的資訊公開方式已足夠」。

在「您認為在費率審議中，必要時應採用多數決」中，以回答「同意」最多，佔 33.3%；「非常不同意」最少，佔 2.4%。回答肯定意見（包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」），有 26 位，佔 61.9%；平均值為 4.10，整體平均數值落在「有

點同意」、「同意」之區間。顯示超過六成的受訪者同意「在費率審議中，必要時應採用多數決」。

在「您同意復議動議經否決後，對同一議案，不得再提請復議」中，以回答「同意」最多，佔 45.5%；「不同意」最少，佔 2.3%。回答肯定意見（包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」），有 37 位，佔 84.1%；平均值為 4.32，整體平均數值落在「有點同意」、「同意」之區間。顯示超過八成四的受訪者同意「復議動議經否決後，對同一議案，不得再提請復議」。

在「原案決議後尚未執行者可展開連署提出復議案」中，以回答「有點同意」最多，佔 40.9%；「非常不同意」最少，佔 2.3%。回答肯定意見（包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」），有 35 位，佔 79.5%；平均值為 4.16，整體平均數值落在「有點同意」、「同意」之區間。顯示接近八成的受訪者同意「原案決議後尚未執行者可展開連署提出復議案」。

在「健保會參與委員提出與原決（議）定不同之正當理由者可展開連署提出復議案」中，以回答「有點同意」最多，佔 40.9%；「非常不同意」、「不同意」最少，佔 0%。回答肯定意見（包括「同意」、「非常同意」），有 22 位，佔 50.0%；平均值為 4.48，整體平均數值落在「有點同意」、「同意」之區間。顯示有一半的受訪者同意「健保會參與委員提出與原決（議）定不同之正當理由者可展開連署提出復議案」，另一半（50.0%）受訪者不同意「健保會參與委員提出與原決（議）定不同之正當理由者可展開連署提出復議案」，持肯定與否定意見的受訪者各半，沒有共識。

在「因情勢變遷或有新資料而認為決議確有重加研討之必要時，可展開連署提出復議案」中，以回答「同意」最多，佔 52.3%；「非常不同意」、「不同意」、「有點不同意」最少，佔 0%。所有受訪者均回答肯定意見（包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」），有 44 位，佔 100.0%；平均值為 4.84，整體平均數值落在「有點同意」、「同意」之區間。顯示所有受訪者均同意「因情勢變遷或有新資料而認為決議確有重加研討之必要時，可展開連署提出復議案」。

在「衛福部政策方向改變，而與原決（議）定相左，可展開連署提出復議案」中，以回答「同意」最多，佔 40%；「不同意」最少，佔 2.2%。回答肯定意見（包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」），有 39 位，佔 86.7%；平均值為 4.47，整



體平均數值落在「有點同意」、「同意」之區間。顯示超過八成六的受訪者同意「衛福部政策方向改變，而與原決（議）定相左，可展開連署提出復議案」。

在「您認為復議案需經當次出席委員十分之一以上之連署者」中，以回答「有點同意」最多，佔 37.2%；「非常不同意」最少，佔 0%。回答肯定意見（包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」），有 38 位，佔 88.4%；平均值為 4.53，整體平均數值落在「有點同意」、「同意」之區間。顯示超過八成八的受訪者同意「復議案需經當次出席委員十分之一以上之連署者」。

在「若為總額協商議題，則需為當時在場且同意原決議案者作為議案提請復議」中，以回答「同意」最多，佔 48.8%；「非常不同意」最少，佔 0%。回答肯定意見（包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」），有 36 位，佔 87.3%；平均值為 4.53，整體平均數值落在「有點同意」、「同意」之區間。顯示超過八成七的受訪者同意「若為總額協商議題，則需為當時在場且同意原決議案者作為議案提請復議」。

在「總額協商結束後，衛福部有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之決議，需經健保會復議程序」中，以回答「同意」最多，佔 34.9%；「非常不同意」最少，佔 4.7%。回答肯定意見（包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」），有 35 位，佔 81.4%；平均值為 4.56，整體平均數值落在「有點同意」、「同意」之區間。顯示超過八成一的受訪者同意「總額協商結束後，衛福部有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之決議，需經健保會復議程序」。

整體來說，在健保會的會議運作情形的問題當中，各題平均分數大多落在「有點同意」以及「同意」之區間，其餘少數落在「有點不同意」以及「有點同意」之區間。

首先，關於議事效率議題共識較高的是超過七成七的受訪者同意「健保會委員會議是決策核心，一切重要決定都是經過集體討論而產生」、超過七成七的受訪者同意「健保會中有委員發言冗長，導致會議進行緩慢」、超過七成六的受訪者同意「健保會能提高政策推動的效率」、超過七成二的受訪者同意「在健保會開會中，無論代表來自何方，彼此都公平對待，不會有差別待遇」，以及超過七成的受訪者不同意「為改善議事效率，對於追蹤案件管考方式應該改為屆期不追蹤」。

其次，關於總額協商共識較高的是超過八成四的受訪者同意「在總額對等協商中雙方有妥協的意願」，以及超過六成八的受訪者同意「在費率審議中大家發言的專業性是足夠的」、超過六成六的受訪者同意「在費率審議中，依據『全民健保財務平衡及收支連動機制』」。

再者，關於復議程序議題，所有受訪者均同意「因情勢變遷或有新資料而認為決議確有重加研討之必要時，可展開連署提出復議案」。以及有一半（50.0%）的受訪者同意「健保會參與委員提出與原決（議）定不同之正當理由者可展開連署提出復議案」，另一半受訪者表示不同意，持肯定與否定意見的受訪者各半。

此外，其他關於復議、議題均獲得超過八成以上受訪者的同意，包括：「若為總額協商議題，則需為當時在場且同意原決議案者作為議案提請復議」、「復議案需經當次出席委員十分之一以上之連署者」、「衛福部政策方向改變，而與原決（議）定相左，可展開連署提出復議案」、「總額協商結束後，衛福部有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之決議，需經健保會復議程序」。至於「原案決議後尚未執行者可展開連署提出復議案」亦獲得接近八成的受訪者表示同意。

表 34 健保會的會議運作情形摘要表

題項	類別	次數	有效百分比
健保會中有委員發言冗長，導致會議進行緩慢	非常不同意	2	4.5
	不同意	1	2.3
	有點不同意	7	15.9
	有點同意	7	15.9
	同意	17	38.6
	非常同意	10	22.7
平均值 4.50			
健保會能提高政策推動的效率	非常不同意	1	2.4
	不同意	2	4.8
	有點不同意	7	16.7
	有點同意	12	28.6
	同意	18	42.9
	非常同意	2	4.8
平均值 4.19			
在健保會開會中，無論代表來自何方，彼此都公平對待，不會有差別待遇	非常不同意	2	4.5
	不同意	1	2.3
	有點不同意	9	20.5

題項	類別	次數	有效百分比
	有點同意	11	25.0
	同意	14	31.8
	非常同意	7	15.9
平均值 4.25			
健保會的委員們本位主義過重，各自論述無法相互討論	不同意	1	2.3
	有點不同意	14	32.6
	有點同意	15	34.9
	同意	9	20.9
	非常同意	4	9.3
平均值 4.02			
健保會的代表在進行討論時，皆以專業證據為主要考量，而不只考量自身政策利益	非常不同意	1	2.3
	不同意	9	20.9
	有點不同意	8	18.6
	有點同意	13	30.2
	同意	10	23.3
	非常同意	2	4.7
平均值 3.65			
健保會委員會是決策核心，一切重要決定都是經過集體討論而產生	不同意	3	6.8
	有點不同意	7	15.9
	有點同意	12	27.3
	同意	17	38.6
	非常同意	5	11.4
平均值 4.32			
健保會委員會在決策過程中，一直都能有效地統整各方不同的意見	非常不同意	2	4.5
	不同意	3	6.8
	有點不同意	7	15.9
	有點同意	15	34.1
	同意	16	36.4
	非常同意	1	2.3
平均值 3.98			
為改善議事效率，您同意對於追蹤案件管考方式應該改為屆期不追蹤	非常不同意	5	12.2
	不同意	10	24.4
	有點不同意	14	34.1
	有點同意	4	9.8
	同意	7	17.1
	非常同意	1	2.4

題項	類別	次數	有效百分比
平均值 3.02			
您認為在總額對等協商中雙方地位是對等的	非常不同意	3	6.8
	不同意	6	13.6
	有點不同意	9	20.5
	有點同意	8	18.2
	同意	13	29.5
	非常同意	5	11.4
平均值 3.84			
您認為在總額對等協商中雙方健保相關專業知識是對等的	非常不同意	5	11.1
	不同意	6	13.3
	有點不同意	16	35.6
	有點同意	10	22.2
	同意	7	15.6
	非常同意	1	2.2
平均值 3.24			
您認為在總額對等協商中雙方內聚力是對等的	非常不同意	2	4.4
	不同意	7	15.6
	有點不同意	8	17.8
	有點同意	13	28.9
	同意	12	26.7
	非常同意	3	6.7
平均值 3.78			
您認為在總額對等協商中雙方有妥協的意願	不同意	2	4.4
	有點不同意	5	11.1
	有點同意	20	44.4
	同意	16	35.6
	非常同意	2	4.4
平均值 4.24			
您認為在費率審議中大家發言的專業性是足夠的	非常不同意	1	2.3
	不同意	5	11.4
	有點不同意	8	18.2
	有點同意	21	47.7
	同意	9	20.5
平均值 3.73			
您認為在費率審議中與會者有足夠時間可充分表達意見與互相溝通（效能）	非常不同意	2	4.4
	不同意	4	8.9

題項	類別	次數	有效百分比
	有點不同意	13	28.9
	有點同意	16	35.6
	同意	10	22.2
平均值 3.62			
費率審議中各方代表的意見都能夠充分表達	非常不同意	3	6.7
	不同意	2	4.4
	有點不同意	12	26.7
	有點同意	14	31.1
	同意	13	28.9
	非常同意	1	2.2
平均值 3.78			
您認為在費率審議中，依據「全民健保財務平衡及收支連動機制」推估而得的費率，仍須審酌經濟成長及付費者付費能力綜合考量	不同意	2	4.4
	有點不同意	5	11.1
	有點同意	8	17.8
	同意	22	48.9
	非常同意	8	17.8
平均值 4.64			
您認為在費率審議中，目前以議事錄的資訊公開方式已足夠	非常不同意	2	4.4
	不同意	2	4.4
	有點不同意	3	6.7
	有點同意	11	24.4
	同意	22	48.9
	非常同意	5	11.1
平均值 4.42			
您認為在費率審議中，必要時應採用多數決	非常不同意	1	2.4
	不同意	6	14.3
	有點不同意	9	21.4
	有點同意	5	11.9
	同意	14	33.3
	非常同意	7	16.7
平均值 4.10			
您同意復議動議經否決後，對同一議案，不得再提請復議		2	4.5
	不同意	1	2.3
	有點不同意	4	9.1
	有點同意	14	31.8
	同意	20	45.5

題項	類別	次數	有效百分比
	非常同意	3	6.8
平均值 4.32			
原案決議後尚未執行者可展開連署提出復議案	非常不同意	1	2.3
	不同意	3	6.8
	有點不同意	5	11.4
	有點同意	18	40.9
	同意	13	29.5
	非常同意	4	9.1
平均值 4.16			
健保會參與委員提出與原決（議）定不同之正當理由者可展開連署提出復議案。	有點不同意	4	9.1
	有點同意	18	40.9
	同意	19	43.2
	非常同意	3	6.8
平均值 4.48			
因情勢變遷或有新資料而認為決議確有重加研討之必要時，可展開連署提出復議案	有點同意	14	31.8
	同意	23	52.3
	非常同意	7	15.9
平均值 4.84			
衛福部政策方向改變，而與原決（議）定相左，可展開連署提出復議案	非常不同意	2	4.4
	不同意	1	2.2
	有點不同意	3	6.7
	有點同意	14	31.1
	同意	18	40.0
	非常同意	7	15.6
平均值 4.47			
您認為復議案需經當次出席委員十分之一以上之連署者	不同意	1	2.3
	有點不同意	4	9.3
	有點同意	16	37.2
	同意	15	34.9
	非常同意	7	16.3
平均值 4.53			
若為總額協商議題，則需為當時在場且同意原決議案者作為議案提請復議	不同意	5	11.6
	有點不同意	2	4.7
	有點同意	11	25.6
	同意	21	48.8
	非常同意	4	9.3

題項	類別	次數	有效百分比
平均值 4.40			
總額協商結束後，衛福部有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之決議，需經健保會復議程序	非常不同意	2	4.7
	不同意	3	7.0
	有點不同意	3	7.0
	有點同意	8	18.6
	同意	15	34.9
	非常同意	12	27.9
平均值 4.56			

資料來源：本研究自製。

## 六、健保會議事權責的制度設計

在「委員們可為健保會的決(議)定負責」中，以回答「同意」最多，佔 35.6%；「非常不同意」最少，佔 4.4%。回答肯定意見(包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」)，有 30 位，佔 66.7%；平均值為 4.09，整體平均數值落在「有點同意」、「同意」之區間。顯示超過六成六的受訪者同意「委員們可為健保會的決(議)定負責」。

在「衛生福利部完全尊重健保會的決(議)定」中，以回答「同意」最多，佔 26.7%；「非常不同意」最少，佔 2.2%。回答肯定意見(包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」)，有 26 位，佔 57.8%；平均值為 3.78，整體平均數值落在「有點不同意」、「有點同意」之區間。顯示超過五成八的受訪者同意「衛生福利部完全尊重健保會的決(議)定」。

在「健保會的幕僚人員能提供適當的資訊，幫助委員會議決(議)定」中，以回答「同意」最多，佔 51.1%；「非常不同意」、「不同意」最少，佔 0%。回答肯定意見(包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」)，有 44 位，佔 97.7%；平均值為 4.98，整體平均數值落在「有點同意」、「同意」之區間。顯示超過九成七的受訪者同意「健保會的幕僚人員能提供適當的資訊，幫助委員會議決(議)定」。

在「健保署能提供適當的資訊，幫助委員會議決(議)定」中，以回答「同意」最多，佔 48.9%；「非常不同意」最少，佔 0%。回答肯定意見(包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」)，有 43 位，佔 95.6%；平均值為 4.78，整體平均數值落在「有點同意」、「同意」之區間。顯示超過九成五的受訪者同意「健保署

能提供適當的資訊，幫助委員會議決（議）定」。

在「衛福部社保司能提供適當的資訊，幫助委員會議決（議）定」中，以回答「同意」最多，佔 40.9%；「非常不同意」、「不同意」最少，佔 4.5%。回答肯定意見（包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」），有 37 位，佔 84.1%；平均值為 4.3，整體平均數值落在「有點同意」、「同意」之區間。顯示超過八成四的受訪者同意「衛福部社保司能提供適當的資訊，幫助委員會議決（議）定」。

在「健保會主委應居於公正超然之地位，完全尊重委員發言的權利，以維持會議和諧」中，以回答「同意」最多，佔 40%；「非常不同意」、「不同意」最少，佔 0%。回答肯定意見（包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」），有 42 位，佔 93.4%；平均值為 5.04，整體平均數值落在「同意」、「非常同意」之區間。顯示超過九成三的受訪者同意「健保會主委應居於公正超然之地位，完全尊重委員發言的權利，以維持會議和諧」。

在「健保會主委應按議程宣布開會及散會或休息，以維持議事效率」中，以回答「同意」最多，佔 48.9%；「非常不同意」、「不同意」最少，佔 0%。回答肯定意見（包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」），有 44 位，佔 97.8%；平均值為 5.22，整體平均數值落在「同意」、「非常同意」之區間。顯示超過九成七的受訪者同意「健保會主委應按議程宣布開會及散會或休息，以維持議事效率」。

在「健保會主委應嚴格執行會議規則，以維持會場秩序」中，以回答「同意」最多，佔 48.9%；「非常不同意」、「不同意」、「有點不同意」最少，佔 0%。回答肯定意見（包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」），有 45 位，佔 100%；平均值為 5.20，整體平均數值落在「同意」、「非常同意」之區間。顯示所有受訪者均同意「健保會主委應嚴格執行會議規則，以維持會場秩序」。

在「健保會主委對於邀請機關、團體或專家學者列席會議應積極使用同意權，以利會議效率」中，以回答「同意」最多，佔 60%；「不同意」最少，佔 0%。回答肯定意見（包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」），有 41 位，佔 91.1%；平均值為 4.78，整體平均數值落在「有點同意」、「同意」之區間。顯示超過九成一的受訪者同意「健保會主委對於邀請機關、團體或專家學者列席會議應積極使用同意權，以利會議效率」。

在「健保會主委對於臨時提案的內容，在相關要件考量下，得決定延至下次



會議討論，以維持議事效率」中，以回答「同意」最多，佔 55.6%；「有點不同意」、「不同意」最少，佔 0%。回答肯定意見（包括「有點同意」、「同意」、「非常同意」），有 43 位，佔 95.6%；平均值為 5.00，整體平均數值落在「同意」。顯示超過九成五的受訪者同意「健保會主委對於臨時提案的內容，在相關要件考量下，得決定延至下次會議討論，以維持議事效率」。

整體來說，在健保會議事權責的制度設計的量表問題中，各題平均分數大多落在「同意」、「非常同意」之區間，其餘少數落在「有點同意」、「同意」之區間。

所有受訪者均同意「健保會主委應嚴格執行會議規則，以維持會場秩序」、超過九成七的受訪者同意「健保會主委應按議程宣布開會及散會或休息，以維持議事效率」、「健保會的幕僚人員能提供適當的資訊，幫助委員會議決（議）定」、「健保會的幕僚人員能提供適當的資訊，幫助委員會議決（議）定」；超過九成五的受訪者同意「健保署能提供適當的資訊，幫助委員會議決（議）定」，超過九成三的受訪者同意「健保會主委應居於公正超然之地位，完全尊重委員發言的權利，以維持會議和諧」，以及超過九成一的受訪者同意「健保會主委對於邀請機關、團體或專家學者列席會議應積極使用同意權，以利會議效率」。

但相對地僅有超過五成八的受訪者同意「衛生福利部完全尊重健保會的決（議）定」，以及超過六成六的受訪者同意「委員們可為健保會的決（議）定負責」。

表 35 健保會議事權責的制度設計摘要表

題項	類別	次數	有效百分比
委員們可為健保會的決（議）定負責	非常不同意	2	4.4
	不同意	5	11.1
	有點不同意	8	17.8
	有點同意	8	17.8
	同意	16	35.6
	非常同意	6	13.3
平均值 4.09			
衛生福利部完全尊重健保會的決（議）定	非常不同意	1	2.2
	不同意	7	15.6
	有點不同意	11	24.4
	有點同意	11	24.4
	同意	12	26.7

題項	類別	次數	有效百分比
	非常同意	3	6.7
平均值 3.78			
健保會的幕僚人員能提供適當的資訊，幫助委員會議決（議）定	有點不同意	1	2.2
	有點同意	10	22.2
	同意	23	51.1
	非常同意	11	24.4
平均值 4.98			
健保署能提供適當的資訊，幫助委員會議決（議）定	不同意	1	2.2
	有點不同意	1	2.2
	有點同意	13	28.9
	同意	22	48.9
	非常同意	8	17.8
平均值 4.78			
衛福部社保司能提供適當的資訊，幫助委員會議決（議）定	非常不同意	2	4.5
	不同意	2	4.5
	有點不同意	3	6.8
	有點同意	15	34.1
	同意	18	40.9
	非常同意	4	9.1
平均值 4.30			
健保會主委應居於公正超然之地位，完全尊重委員發言的權利，以維持會議和諧	有點不同意	3	6.7
	有點同意	8	17.8
	同意	18	40.0
	非常同意	16	35.6
平均值 5.04			
健保會主委應按議程宣布開會及散會或休息，以維持議事效率	有點不同意	1	2.2
	有點同意	5	11.1
	同意	22	48.9
	非常同意	17	37.8
平均值 5.22			
健保會主委應嚴格執行會議規則，以維持會場秩序	有點同意	7	15.6
	同意	22	48.9
	非常同意	16	35.5
平均值 5.20			
健保會主委對於邀請機關、團體或專家學者列席會議應積極使用同意權，以利	非常不同意	2	4.4
	有點不同意	2	4.4

題項	類別	次數	有效百分比
會議效率	有點同意	6	13.3
	同意	27	60.0
	非常同意	8	17.8
平均值 4.78			
健保會主委對於臨時提案的內容，在相關要件考量下，得決定延至下次會議討論，以維持議事效率	有點不同意	2	4.4
	有點同意	7	15.6
	同意	25	55.6
	非常同意	11	24.4
平均值 5.00			

資料來源：本研究自製。

在「針對健保會在健保政策過程中所扮演的角色，您認為下列何者論述最接近您的想法」中，以回答「政府雖然是中立裁判者，當各團體無法達成共識，政府當然有介入代為決策的權力」最多，佔 53.3%，其次為「政府設置並管理健保會，但是目的是為讓利害關係人協商，不宜過度介入政策」，佔 35.6%。其他意見為「目前健保會委員的型態，易造成對立的情況，理想上是互相理性協商、制定健保政策，政府的角色事不宜過度介入」、「政府要尊重協商團體才是民主做法」、「相對我認為的府單位應該監督」、「錯誤的主委人選，扮演政府政策代言執行者」。

在「針對政府健保政策的決策權，您認為下列何者論述最接近您的想法」中，以回答「健保會作為一審議單位，只能提供政策建議，最終仍須由主管機關決議」最多，佔 58.7%，其次為「健保會具有不同的社會代表，其決（議）定能整合社會上不同的看法，應為健保政策的最高單位」，佔 37.0%。其他意見為「介於 1 和 2 間，應明確有項目作為健保會的最高議定同意項目，那些需經主管機關核准」、「政府握有聘任權利。跟付費者代表溝通不良」。

在「請問您認為誰該為健保政策的決策負最終責任」中，以回答「衛生福利部」最多，佔 45.7%，其次為「行政院」，佔 19.6%，「健保會全體代表們與其團體」，佔 15.2%。其他意見為「沒有共識情形下，由衛福部負最終決策」、「政策的最終決策者當負最終責任」、「惡劣的利益方的立法委員應負擔人格上的責任」、「誰有最後決定權，誰負責」、「權責一致」。

表 36 健保會議事權責的制度設計各論述摘要表

項目	類別	次數	有效百分比	
針對健保會在健保政策過程中所扮演的角色，您認為下列何者論述最接近您的想法	健保會純粹是協商單位，政府不應在裡面佔有席次	3	6.7	
	政府設置並管理健保會，但是目的是為讓利害關係人協商，不宜過度介入政策	16	35.6	
	政府雖然是中立裁判者，當各團體無法達成共識，政府當然有介入代為決策的權力	24	53.3	
	其他	目前健保會委負成員的型態，易造成對立的情況，理想上是互相理性協商、制定健保政策，政府的角色事不宜過度介入		
		政府要尊重協商團體才是民主做法		
		相對我認為的府單位應該監督		
錯誤的主委人選，扮演政府政策代言執行者				
針對政府健保政策的決策權，您認為下列何者論述最接近您的想法	健保會具有不同的社會代表，其決（議）定能整合社會上不同的看法，應為健保政策的最高單位	17	37.0	
	健保會作為一審議單位，只能提供政策建議，最終仍須由主管機關決議	27	58.7	
	健保政策是攸關全民福祉的國家政策，最終決策權應該由立法院來決定	1	2.2	
	其他	介於 1 和 2 間，應明確有項目作為健保會的最高議定同意項目，那些需經主管機關核准		
		政府握有聘任權利。跟付費者代表溝通不良		
請問您認為誰該為健保政策的決策負最終責任	健保會全體代表們與其團體	7	15.2	
	贊成決議的代表與其團體	3	6.5	
	中央健康保險署	3	6.5	
	衛生福利部	21	45.7	
	行政院	9	19.6	
	總統府	1	2.2	
	其他	沒有共識情形下，由衛福部負最終決策		
		政策的最終決策者當負最終責任		
惡劣的利益方的立法委員應負擔人格上的責任				

項目	類別	次數	有效百分比
	誰有最後決定權，誰負責		
	權責一致		

資料來源：本研究自製。

## 七、健保會的運作價值觀

在「針對健保會的運作效率，您認為下列何者論述最接近您的想法」中，以回答「討論結果很重要，但在時間內做出決（議）定也很重要，兩者應該要取得平衡」最多，佔 64.4%，其次為「健保會的目的是討論結果，應該在時間內做出有效結果，而不是無止盡的發言」，佔 24.2%。其他意見為「最近二屆主委不是軟弱無主見，就是果斷獨裁偏袒」。

在「針對委員的立場與作法，您認為下列何者論述最接近您的想法」中，以回答「委員必須考量政策的整體目標，有時與自己利益相衝突，為達公共利益仍須妥協」佔多數，佔 88.9%。其他意見為「利益獲得委員代表可以煽動網路攻擊付費方」、「獨立客觀」。

在「針對健保會的決（議）定模式，您認為遇到意見不一致時，下列何者論述最接近您的想法」中，以回答「作為一個包含各種聲音的平台，協商除外應該採用非正式準共識決的方式來決（議）定」最多，佔 64.4%，其次為「直接把意見並列陳述，由主管機關決定即可」，佔 17.8%。其他意見為「1+3 依議題本質內容，則適合方式處理之」、「主委必須整合各方共識，而不是事先把結論寫好決定內容」、「如果專業議題為（1）、一般議題為求效力可為（2）」。

在「請問針對各代表團體委員專業性之論述，下列何者最接近您的想法」中，以回答「各代表團體委員一定要具有健保相關專業性」最多，佔 55.6%，其次為「各代表團體委員不一定要有健保相關專業性，一定要有協商議事能力」，佔 24.4%。其他意見為「主管機關在選擇委員時，政治因素考量太嚴重」、「各代表團體委員應具備健保相關專業性及協商議事的能力，同時應具有民主、尊重他人發言表達地的素養」、「具代表且對健保有相當知識（不一定必須具專業）」、「要有議事能力並兼具部分健保知能」、「能提供具體建議達成協商議事結果即可，不一定要具專業知識」、「願意學習、願意投入、願意付出、無私、無我和有協商議

事能力」。

在「請問針對資訊公開之論述，下列何者最接近您的想法」中，以回答「資訊公開牽涉到許多法律責任問題，公開雖是必要的，但應審慎為之，應經過各委員的同意」最多，佔 68.9%，其次為「無論如何，任何會議細節都要即時與完整的公開」，佔 15.6%。其他意見為「會議內容公開是必要的，但非以即時方式」、「應以公開為原則，不公開為例外」、「醫事提供者委員是利益獲得一方。可以利益送勾結政治決策者共謀共同利益和施壓策略」、「贊成資訊公開透明為原則，讓全民共同監督健保會的議事運作，但若資訊有牽涉到如較敏感的國家機密等情事時，則須審慎為之。如以政府資訊公開法為原則處理相關情事，不須經過每一位委員的同意，若有十分之一以上委員認為有公開之必要，就應公開」。

為了有效建構健保會運作價值觀之評估指標與其優先順序，本研究建立 5 項指標的計畫評估指標架構，透過「層級分析法」(Analytic Hierarchy Process，以下簡稱 AHP)之問卷設計與分析技術，針對專家學者進行問卷施測，藉由不同評估指標間的相互比對，作為建構健保會運作價值觀的參考依據。

健保會運作價值觀的問卷設計根據層級分析法，係以兩兩配對比較方式，由填答專家先選擇左右項目重要之方向，再自行比較重要程度，範圍從「一樣重要」(1)到「極為重要」(9)勾選適切選項。

根據 5 項評估指標進行矩陣成雙比較，經由 Expert Choice 軟體運算分析。以層級分析法的套裝軟體 Expert Choice 進行輸入，並針對個別問卷選項一致性高於 0.1 者，進行選項一致性的比對與除錯。將專家問卷進行整併計算，其故專家問卷資料結構的一致性相當完整。

本研究在回收 45 份有效問卷，有四位委員未填寫 AHP 問卷部分，最後進行 AHP 分析，惟僅有 10 位委員的整體一致性小於檢定標準 0.1，通過一致性檢定 ( $CI < 0.1$ )，為本研究之限制。

在健保會運作價值觀的評比分析結果，在 5 項評核指標中，以「會議有效性」之加權數值最高 (0.221)，「委員代表性」(加權數值 0.214) 居次，而「議事資訊公開性」(加權數值 0.210) 排序第三。此三項執行成效目標，加權數值皆高於平均權重 (平均權重為 0.200)，顯示受訪者認為，健保會運作價值觀，應以此三項目標為重點項目。相對地，「委員專業性」則為 5 個評估目標中的加權數值最低者，僅獲得 0.155 之權重。

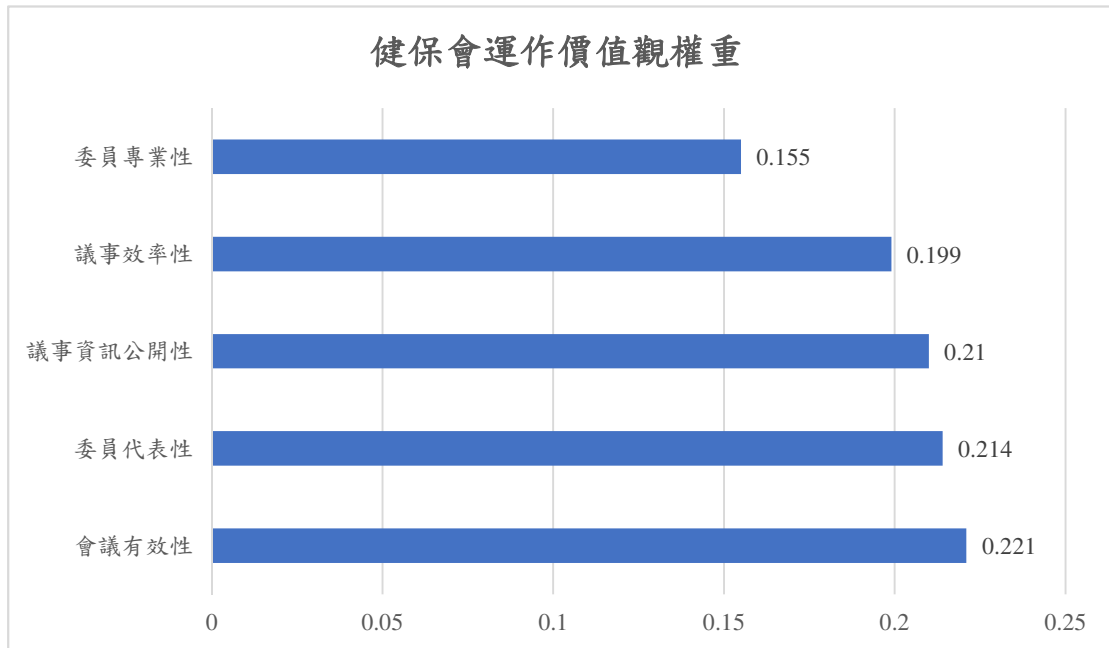


圖 6 健保會運作五大價值觀之權重圖

資料來源：本研究自製。

在「健保會評估指標的重要性排序一」中，以回答「委員專業性」最多，佔 45.5%，其次為「會議有效性」，佔 29.5%。

在「健保會評估指標的重要性排序二」中，以回答「議事效率性」最多，佔 45.5%，其次為「委員專業性」，佔 22.7%。

在「健保會評估指標的重要性排序三」中，以回答「會議有效性」最多，佔 34.1%，其次為「議事效率性」，佔 20.5%。

在「健保會評估指標的重要性排序四」中，以回答「委員代表性」最多，佔 30.2%，其次為「議事效率性」，佔 25.6%。

在「健保會評估指標的重要性排序五」中，以回答「議事資訊公開性」最多，

佔 58.1%，其次為「委員代表性」，佔 18.6%。

在「健保會評估指標兩兩因素之相對重要程度(委員代表性 vs 委員專業性)」中，以回答「5 兩項同等重要」最多，佔 26.2%，其次為「7 右項比較重要」，佔 21.4%。

在「健保會評估指標兩兩因素之相對重要程度(委員代表性 vs 議事效率性)」中，以回答「5 兩項同等重要」最多，佔 33.3%，其次為「7 右項比較重要」，佔 23.8%。

在「健保會評估指標兩兩因素之相對重要程度(委員代表性 vs 議事資訊公開性)」中，以回答「4 左項稍微重要」最多，佔 21.4%，其次為「3 左項比較重要」、「5 兩項同等重要」，均佔 19%。

在「健保會評估指標兩兩因素之相對重要程度(委員代表性 vs 會議有效性)」中，以回答「5 兩項同等重要」最多，佔 31%，其次為「8 右項非常重要」，皆均佔 16.7%。

在「健保會評估指標兩兩因素之相對重要程度(委員專業性 vs 議事效率性)」中，以回答「5 兩項同等重要」最多，佔 21.4%，其次為「3 左項比較重要」、「4 兩項同等重要」，均佔 16.7%。

在「健保會評估指標兩兩因素之相對重要程度(委員專業性 vs 議事資訊公開性)」中，以回答「3 左項比較重要」、「4 左項比較重要」並列最多，佔 23.8%，其次為「2 左項非常重要」，佔 16.7%。

在「健保會評估指標兩兩因素之相對重要程度(委員專業性 vs 議事資訊公開性)」中，以回答「5 兩項同等重要」最多，佔 26.2%，其次為「4 左項稍微重要」，佔 14.3%。

在「健保會評估指標兩兩因素之相對重要程度(委員專業性 vs 議事資訊公開性)」中，以回答「3 左項比較重要」、「4 左項比較重要」並列最多，佔 21.4%，其次為「2 左項非常重要」，佔 19%。

在「健保會評估指標兩兩因素之相對重要程度(議事效率性 vs 會議有效性)」中，以回答「5 兩項同等重要」最多，佔 33.3%，其次為「4 左項稍微重要」，佔



11.9%。

在「健保會評估指標兩兩因素之相對重要程度（議事資訊公開性 vs 會議有效性）」中，以回答「8 右項非常重要」最多，佔 24.4%，其次為「6 右項稍微重要」，佔 22%。

表 37 健保會的運作價值觀摘要表

項目	類別	次數	有效百分比
針對健保會的運作效率，您認為下列何者論述最接近您的想法	應該讓不同的群體充分表達其意見，就算花較多的時間也是可容忍的	5	11.1
	討論結果很重要，但在時間內做出決（議）定也很重要，兩者應該要取得平衡	29	64.4
	健保會的目的是討論結果，應該在時間內做出有效結果，而不是無止盡的發言	11	24.4
	最近二屆主委不是軟弱無主見，就是果斷獨裁偏袒		
針對委員的立場與作法，您認為下列何者論述最接近您的想法	委員是代表自己的團體出席，必須以自己所屬團體的利益為參與的核心目標	4	8.9
	委員必須考量政策的整體目標，有時與自己利益相衝突，為達公共利益仍須妥協	40	88.9
針對健保會的決（議）定模式，您認為遇到意見不一致時，下列何者論述最接近您的想法	利益獲得委員代表可以煽動網路攻擊付費方 獨立客觀		
	直接把意見並列陳述，由主管機關決定即可	8	17.8
	為得到政策結果，必要時應該採用多數決	6	13.3
	作為一個包含各種聲音的平台，協商除外應該採用非正式準共識決的方式來決（議）定	29	64.4
	1+3 依議題本質內容，則適合方式處理之		
	主委必須整合各方共識，而不是事先把結論寫好決定內容		

項目	類別	次數	有效百分比
	如果專業議題為(1)、一般議題為求效力可為(2)		
請問針對各代表團體委員專業性之論述，下列何者最接近您的想法	各代表團體委員一定要具有健保相關專業性	25	55.6
	各代表團體委員不一定要有健保相關專業性，一定要有協商議事能力	11	24.4
	各代表團體委員重要的不是健保專業能力或是協商議事能力，只要有代表性就可以	4	8.9
	主管機關在選擇委員時，政治因素考量太嚴重		
	各代表團體委員應具備健保相關專業性及協商議事的能力，同時應具有民主、尊重他人發言表達地的素養。		
	具代表且對健保有相當知識(不一定必須具專業)		
	要有議事能力並兼具部分健保知能		
	能提供具體建議達成協商議事結果即可，不一定要具專業知識		
	願意學習、願意投入、願意付出、無私、無我和有協商議事能力		
	請問針對資訊公開之論述，下列何者最接近您的想法	無論如何，任何會議細節都要即時與完整的公開	7
資訊公開牽涉到許多法律責任問題，公開雖是必要的，但應審慎為之，應經過各委員的同意		31	68.9
健保會有許多活動是需要有效的秘密協商，因此會議資料盡量不要公開，免得引起爭議		3	6.7
會議內容公開是必要的，但非以即時方式			
應以公開為原則，不公開為例外			
醫事提供者委員是利益獲得一方。可以利益送勾結政治決策者共謀共同利益和施壓策略			
贊成資訊公開透明為原則，讓全民共同監督健保會的議事運作，但若資訊有牽涉到如較敏感的國			

項目	類別	次數	有效百分比
	家機密等情事時，則須審慎為之。如以政府資訊公開法為原則處理相關情事，不須經過每一位委員的同意，若有十分之一以上委員認為有公開之必要，就應公開。		
健保會評估指標的重要 性排序一	委員代表性	9	20.5
	委員專業性	20	45.5
	議事效率性	1	2.3
	議事資訊公開性	1	2.3
	會議有效性	13	29.5
健保會評估指標的重要 性排序二	委員代表性	6	13.6
	委員專業性	10	22.7
	議事效率性	20	45.5
	議事資訊公開性	4	9.1
	會議有效性	4	9.1
健保會評估指標的重要 性排序三	委員代表性	8	18.2
	委員專業性	7	15.9
	議事效率性	9	20.5
	議事資訊公開性	5	11.4
	會議有效性	15	34.1
健保會評估指標的重要 性排序四	委員代表性	13	30.2
	委員專業性	4	9.3
	議事效率性	11	25.6
	議事資訊公開性	8	18.6
	會議有效性	7	16.3
健保會評估指標的重要 性排序五	委員代表性	8	18.6
	委員專業性	2	4.7
	議事效率性	3	7.0
	議事資訊公開性	25	58.1
	會議有效性	5	11.6
健保會評估指標兩兩因 素之相對重要程度（委 員代表性 vs 委員專業 性）	1 左項極為重要	2	4.8
	2 左項非常重要	2	4.8
	3 左項比較重要	3	7.1
	4 左項稍微重要	2	4.8
	5 兩項同等重要	11	26.2
	6 右項稍微重要	6	14.3
	7 右項比較重要	9	21.4

項目	類別	次數	有效百分比
	8 右項非常重要	4	9.5
	9 右項極為重要	3	7.1
健保會評估指標兩兩因素之相對重要程度（委員代表性 vs 議事效率性）	1 左項極為重要	1	2.4
	2 左項非常重要	1	2.4
	3 左項比較重要	3	7.1
	4 左項稍微重要	3	7.1
	5 兩項同等重要	14	33.3
	6 右項稍微重要	5	11.9
	7 右項比較重要	10	23.8
	8 右項非常重要	5	11.9
健保會評估指標兩兩因素之相對重要程度（委員代表性 vs 議事資訊公開性）	1 左項極為重要	4	9.5
	2 左項非常重要	3	7.1
	3 左項比較重要	8	19.0
	4 左項稍微重要	9	21.4
	5 兩項同等重要	8	19.0
	7 右項比較重要	4	9.5
	8 右項非常重要	5	11.9
	9 右項極為重要	1	2.4
	健保會評估指標兩兩因素之相對重要程度（委員代表性 vs 會議有效性）	1 左項極為重要	1
2 左項非常重要		1	2.4
3 左項比較重要		3	7.1
4 左項稍微重要		4	9.5
5 兩項同等重要		13	31.0
6 右項稍微重要		5	11.9
7 右項比較重要		5	11.9
8 右項非常重要		7	16.7
9 右項極為重要		3	7.1
健保會評估指標兩兩因素之相對重要程度（委員專業性 vs 議事效率性）	1 左項極為重要	3	7.1
	2 左項非常重要	5	11.9
	3 左項比較重要	7	16.7
	4 左項稍微重要	7	16.7
	5 兩項同等重要	9	21.4
	6 右項稍微重要	2	4.8
	7 右項比較重要	4	9.5
	8 右項非常重要	4	9.5
	9 右項極為重要	1	2.4

項目	類別	次數	有效百分比
健保會評估指標兩兩因素之相對重要程度（委員專業性 vs 議事資訊公開性）	1 左項極為重要	5	11.9
	2 左項非常重要	7	16.7
	3 左項比較重要	10	23.8
	4 左項稍微重要	10	23.8
	5 兩項同等重要	4	9.5
	6 右項稍微重要	1	2.4
	7 右項比較重要	1	2.4
	8 右項非常重要	3	7.1
	9 右項極為重要	1	2.4
健保會評估指標兩兩因素之相對重要程度（委員專業性 vs 會議有效性）	1 左項極為重要	4	9.5
	2 左項非常重要	3	7.1
	3 左項比較重要	5	11.9
	4 左項稍微重要	6	14.3
	5 兩項同等重要	11	26.2
	6 右項稍微重要	3	7.1
	7 右項比較重要	4	9.5
	8 右項非常重要	3	7.1
	9 右項極為重要	3	7.1
健保會評估指標兩兩因素之相對重要程度（議事效率性 vs 議事資訊公開性）	1 左項極為重要	2	4.8
	2 左項非常重要	8	19.0
	3 左項比較重要	9	21.4
	4 左項稍微重要	9	21.4
	5 兩項同等重要	6	14.3
	7 右項比較重要	3	7.1
	8 右項非常重要	4	9.5
	9 右項極為重要	1	2.4
	健保會評估指標兩兩因素之相對重要程度（議事效率性 vs 會議有效性）	1 左項極為重要	3
2 左項非常重要		2	4.8
3 左項比較重要		3	7.1
4 左項稍微重要		5	11.9
5 兩項同等重要		14	33.3
6 右項稍微重要		6	14.3
7 右項比較重要		4	9.5
8 右項非常重要		3	7.1
9 右項極為重要		2	4.8
健保會評估指標兩兩因素	1 左項極為重要	2	4.9

項目	類別	次數	有效百分比
素之相對重要程度（議事資訊公開性 vs 會議有效性）	5 兩項同等重要	7	17.1
	6 右項稍微重要	9	22.0
	7 右項比較重要	8	19.5
	8 右項非常重要	10	24.4
	9 右項極為重要	5	12.2

資料來源：本研究自製。

接下來，統整前面六章的質量並重的資料蒐集，本研究將進入結論與建議的章節，特別針對本研究最初的五項主要目的下的相關運作問題，進行回應與建議。

## 第十章 結論與建議

### 第一節 國內外民間團體參與公共政策

首先，針對研究目的一進行各國健保相關審議組織，其參與的制度與運作狀況，作為我國健保會運作之借鏡，發現到台灣與多數國家之審議組織相同，其審議機關定位，討論出來之結果多作為政策參考，不具備實質上最終之政策決定權，較屬於專業諮詢之角色，僅有德國的 GBA 和 SVB 為自治組織，然而作出的決定仍應交由聯邦衛生部同意，雖具有政策決策上的實質決策權力，然而此種組織定位在運作上容易受到政治力之影響的缺陷，台灣恐不適合參考此制度；在代表性之制度設計，台灣的健保會委員人數，在各國上明顯較多，其原始制度設計用意，乃參考社會統合主義，且相較他國，委員組成比例略有不同，台灣賦予付費者代表較多席次，超過一半此舉可能使得付費者代表在審議上擁有較佳之話語權，其他國家則是透過均等的人數相互制衡（羅凱凌，2016：114），雖委員有數量上之對等，然而意義上之對等較為重要，仍須考量委員在話語上是否也有同樣的對等；另外在選任制度上，僅有加拿大係藉由第三方類委員會型組織，來進行委員推薦、任命及徵選等程序，此種較能減少委員代表性選任之爭議，以及公正人士代表之選任，然而此方式需額外花費其他成本之缺點，目前我國許多單位皆面臨公務預算短缺之現象，如我國欲參考此制度，仍需慎思如何規畫為妥，我國與韓國均由主管機關挑選並任命，惟日本由厚生勞動省大臣任命，並須獲兩院之同意，日本選任之方式需獲參眾議院之同意，然而此舉容易受到政黨政治力之介入，應考量是否參考此運作模式，最後，針對審議最終結果之運作過程，台灣乃採非正式準共識決，有時會出現委員們無法討論出共識，而有兩案併陳之情況產生，相對於韓國與德國則採用多數決。而後於下段回應各研究目的之建議。

參考我國之以行政院環境保護署之「環境影響評估審查委員會」以及「勞資爭議調解委員會」，由於許多議題較具爭議性，可視個案之需求，召開初審會議和臨時會議，更有甚者如情形特殊者，將邀請外部人士之民間團體等推薦之專家學者舉行專家會議，進行專業討論。

再者，試圖分別透過分析各國相關審議組織作為參考，並藉由過往會議次級資料、深度訪談、焦點座談、參與觀察、過往健保會的重要案例以及問卷調

查等幾種研究方法混合學理之討論，本研究團隊將針對研究目的之第二至五點，綜合起來之建議分述如下，並整理表格，請參見附件十二。

## 第二節 委員組成與代表性

### 一、健保會委員人數

我國之健保會委員，雖參照統合主義納入各方利害關係人之代表，然而對照各國健保相關審議組織之委員人數，台灣健保會的代表席次為最多，總共有 39 席；日本的 CHUIKYO 代表席次有 20 席；韓國的 HIPDC 有 25 席；德國 GBA 為 13 席及 SVB 分別為 25 席；加拿大 MSC 最少僅有 9 席，顯見我國健保會委員人數在國際上明顯過多。且現行健保會已在 108 年第四屆健保會委員人數從 35 位增加至 39 位，加上健保會每月開會時間皆有限，如若未來擬增加更多委員，將造成各項議案之討論，委員們將無法充分論述，致使健保會之審議討論出非正式準共識決之可能性愈加艱困。

### 二、健保會委員組成

我國健保會在代表性之制度設計上，有兩個問題必須回應。首先，健保會的委員人數上，明顯多於其他國家。根據學者的論述，尋找最適開議人數基本上是一個會議議事品質與擴大參與數量的取捨矛盾（Karotkin and Paroush, 2003），根據兩位政治經濟學家的理論顯示（Buchanan and Tullock, 1962）提出之「共識計算」（calculus of consent）模型，越多人參與會增加參與成本，但是對會議參與的正當性會提升，進而降低決策的外部成本（external costs；意指因為參與者不足而產生的不情願決定或是之後的決策正當性抗爭），另外，就委員會運作的實務研究來說，對於議會委員會與企業董事會最適人數的研究顯示，美國州政府的議會委員會的人數從 5 到 25 人之間，從不同的運作效能考量後，大約是在 15-18 人之間（Francis, 1982），而就企業董事會的決策體大小，學者經過研究 473 個美國企業董事會的結果顯示，其規模大約是在 8-11 人之間（Ning and others, 2010），更重要的，一群英國學者研究英國企業董事會的規模與企業表現顯示，董事會規模與企業表現之間存在一個「負向關係」，規模越大，表現越不好（Guest, 2009）。

從前述的文獻與本研究所收集來的資料顯示，健保會不論其性質類似議會的



公共政策監理，還是企業董事會的資源配置協商決策，健保會目前的委員人數都是過高的，當然，健保會的規模經過兩會合一以及相關團體的爭取等政治因素而形成，或可讓健保會內的「付費者」與「提供者」以共識決的方式同意「對等瘦身」的方式互相裁減人數，不過，這樣作會讓各自團體內部的席次分佈的政治爭議擴大，政治可行性會受到限制，因此，研究團隊建議「人數減半」讓之趨近其他類型委員會運作的最適規模，不過，這個倡議是否會如「國會減半」的倡議得到認同並且產生變革，還是要看政治大環境而定。

其次，健保會在被保險人代表席次占有之比例較高，惟此一直都被另一方質疑被保險人掌握較佳之話語權，不過，從專業資源與統合主義正當性的角度來看，醫療服務提供者在會中的影響力不容小不容小覷，這樣來看，目前人數上的不平等不一定代表話語權的強弱，更重要的，目前健保會並沒有實施多數決，雖然觀察其他各國被保險人代表及醫療服務提供者代表，透過人數均等之方式來相互制衡，如果我國健保會自己決定將多數決納入某些決策的考量，屆時再考慮參考他國人數相等的體制進行改革。

### 三、健保會委員產生方式

對照國外各國健保相關委員會之選任制度，本研究建議參考以下國家之委員產生方式，以供日後健保會委員選任的精進。首先是加拿大之類似委員會型組織，針對委員之推薦、任命與徵選等選任流程進行，減少政治力介入且較為公正之方式；另外日本雖委員由厚生勞動省大臣任命，但仍須經由國會的眾議院和參議院兩院同意，也是一種平衡政治影響力的作法。不過，本研究發現委員參與程度的差異，有一點可能是來自於團體代表所代表的團體在選任委員的過程中，內部民主的機制不夠強健的緣由，事實上，這是健保會目前與其最初「統合主義」精神差距最大的地方，如果推薦團體本身內部民主的運作，沒有辦法像醫事與工商團體那般步步到位，代表與其團體之間的課責關係就不存在，一方面，代表在健保會上的表現無從課責，另一方面，健保會統合主義希冀與會委員將健保會的決策正當性，攜回自己的會員組織去擴散決策社會正當性的功能就會不彰，因此，這個問題的改善，牽涉到我國人民團體組織的管理問題，健保會的幕僚人員能否處理還有適法性的疑慮，不過，在委員薦舉的過程中，對於推薦團體的組織內部運作形式進行要求，或是對於薦舉人專業或相關政府委員會參與經歷的要求，可能

是提升健保會參與委員能力的方法。

### 第三節 提升委員專業性

委員之專業意見之資源可從何處獲得？本研究綜合訪談及個案分析結果，共歸納以下三者，建議日後健保會可從以下管道增強健保會各委員之專業性，並提出相關修正做法：

#### 一、文官體制內的專業，定期進行內部的盤點

從本研究針對歷任健保會委員之問卷調查顯示，超過九成七的受訪者同意「健保會的幕僚人員能提供適當的資訊，幫助委員會議決（議）定」；超過九成五的受訪者同意「健保署能提供適當的資訊，幫助委員會議決（議）定」；超過八成四的受訪者同意「衛福部社保司能提供適當的資訊，幫助委員會議決（議）定」。以上顯見文官體制中，可能由於長時間投入健保業務的事務官，對健保事務之瞭解比兼任委員還要瞭解，因思考如何幫助委員提升專業性，扮演支援的角色，具備相當高程度之專業性，此外，應加強部內健保相關幕僚組織之內部橫向聯繫溝通，透過 LINE 或午餐會報等，瞭解健保會幕僚人員、健保署、社保司三方所提供之資訊進行整合；最後，幕僚小組可定期製作提供委員參考的可閱讀資訊，事實上，因為網路的興起，幕僚人員除了提供正式會議紀錄之外，也可以藉由建構特定目的之網路平台（FB 或是 Instagram 等），就健保相關的新聞或是資訊，以網路「微學習」的形式（5 分鐘內可以讀完或是看完的科普資訊），定期經過網路推播提供評論或是解析給委員參考，逐步增加委員的健保專業素養。

#### 二、健保會可以擴大使用外部專業性諮詢

部分付費者代表既無足夠之健保相關專業，或其本身團體資源較為不足，建議健保會可適時提供委員們一些資源，藉由工作坊、閉門聽證會等形式，邀請外部專業人士進行說明，並可能藉由不同各不同代表找來的專家，藉由各團體之資源，在進行相關具有高度專業性議案前，為各委員提供專業性建議，以提升委員專業性，減少委員們的專業性落差，且或許可參照日本審議專門事務時，可以臨時任命十位專家成員進行討論分析，且必須在專業議案結束後解散之，將其討論結果給予審議單位參酌。

### 三、創造除議事外委員之間相互學習的機會

健保會係由不同利害團體代表、不同專業性委員所組成，委員自身本就具備專業性，然而此專業性可能分屬不同領域，例如可能被忽略之議事專業性，資深委員由於長期參與健保會之審議，應相當瞭解議事規則；以及台灣之健保會委員有設立政府席次之代表，政府代表其實擁有許多專業性，委員們亦可向其請教；委員會本身內部不同委員之多元專業，或許在往後舉辦共識營時，可呼籲委員培養成長團體之相互學習精神，可多方藉由資深委員帶領資淺委員深入瞭解健保會，以及醫師、藥師、法律、以及各疾病專業的委員，帶領大家進行跨領域的學習，然而此部分仍可能需由健保會提供相關資源，甚至是邀請卸任委員分享相關經驗及專業。

## 第四節 會議運作情形

### 一、議案提案

針對議案方式與條件，可能碰到之問題為議案過多，雖每位委員皆可提議案，然而可能存在與健保會主題較不符合之提案，這是應交由健保會幕僚判斷，但必須與提案委員協商，不可逕自否決，幕僚不得阻止提案，如針對不符合健保會主題有疑慮之議案，或許幕僚可針對某議案附加相關討論，邀請各委員思考並討論該議案是某與健保會主題及權限相符，如委員們確認相符後，才針對該議案進行深入討論。

而議案過多而須排至下次健保會議之討論，健保會幕僚可粗估過往健保會議討論議案之平均提案數量，設定一合理之提案上限，且應參照《全民健康保險會會議規範》針對議案順序，以具重要性、急迫性或時效性者優先安排，如若仍有過多之情形，剩餘的可採抽籤方式，其餘無法與該次健保會議討論之議案，將順延至下次健保會議優先討論順位。

另外，如抽籤方式委員不同意，本研究建議應設立常設之「程序委員會」，由健保會共同推派會內專家學者及公正人士代表擔任主席，而被保險人代表及保險醫事服務提供者代表各派三人，當然，健保會行政幕僚應參與並且提供議程相關資訊與建議的支援，更重要的是，由幕僚透過解過往健保會每屆討論議案之內

容，歸納出每次會議議案討論數量的一個總量標準，據此標準進行議案之排程，其餘無法與該次健保會議討論之議案，將順延至下次健保會議優先討論順位，並且以此類推。惟此舉將花費健保會相關公務預算，將於本章最後一節綜合性建議提供實務上之建議。

## 二、復議

從《全民健康保險會會議規範》有關復議之提出，針對提請復議之理由為，議案經議決通過或否決後，如因情勢變遷或有新資料而認為決議確有重加研討之必要時，得提請復議。研究過往相關復議個案時，本研究團隊認為的確某些議案之決議定，可能由於當時討論不周全，或已不符合現今使用情形而要求重新進行檢視與議程討論，仍舊有復議案存在之必要性，而為了避免復議過於浮濫，復議案多擾亂議事效率與規則，即使雙方的委員代表同意復議，建議在決議定送至部長裁決後，則不應再提起復議案，在此之前皆可依照《全民健康保險會會議規範》可提起復議，然而，復議案過度頻繁或政務高層（包括立法委員）過度應用以此徑來修改健保會決議，都會造成健保會長期決策正當性的傷害，為防止復議案影響議事之進行，一方面，如日後有程序委員會之設立，復議案應優先進行討論；另一方面，部長裁決後不得再提出復議案的制度，應該可以文字化列入會議規範當中。

## 三、總額對等協商

根據目前問卷調查結果顯示接近六成的受訪者同意「在總額對等協商中雙方地位是對等的」，以及超過八成四的受訪者同意「在總額對等協商中雙方有妥協的意願」，顯示目前總額對等協商之運作情形應為滿意。其中由於公正人士之角色不宜過度介入對等協商，未免公正人士被誤會其有偏頗立場，建議應協助公正人士如何扮演適當輔助總額對等協商之角色。從過往各部門（醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診等）總額協商，可看到過往協商不成功，多在醫院醫療費用總額，其次則是西醫基層醫療給付費用總額和其他預算，當然，協商一定是允許協商不成的可能性，因此，協商不宜採多數決之形式，如果與財務相關與總額對等協商高度關聯之討論，也不宜採多數決之方式，不過，平時之審議討論，則可因為討論效率適時採用表決之方式，只是這樣的制度必須經過委員的同意且通過

相關表決之程序的遊戲規則，並且，如果多數決制度正式化，建議應該同時處理服務提供者與付費者委員人數對等的問題。

#### 四、費率審議

健保會費率審議的收支連動決策之關鍵，在於資訊的正確性及取得的時間與，才能在資訊對稱的情況進行費率審議，其中健保署更應扮演資訊整理與提供的重要角色，亦出現許多收支資訊概念不一致等問題（劉宜君、陳敦源、林昭吟、王光旭，2020）。

歷任健保會委員之調查顯示，針對健保會一般的審議，多數委員仍贊成採用非正式準共識決，高達近六成五，然而多數決僅有不到一成五，但在費率審議問卷題項中，超過六成的受訪者同意「在費率審議中，必要時應採用多數決」，為何會有此現象？雖然大多數委員認為一般來說應採非正式準共識決方式，費率審議各自的立場鮮明且難以調和，非正式準共識決難以有結論，因此必要時可採多數決，因此本研究建議多數決投票之方案，無論之後在費率審議時是否在雙方爭執不下時，改採多數決形式，健保會幕僚人員可預先草擬，審議結果採多數決之模式並非常態，常態依然可採用現行多數委員認同的非正式準共識決，惟未來如在費率審議時改採多數決，應注意某項原則，除專家學者及公正人士代表及政府代表，剩下之代表由於為利害關係人對立性很強，因此建議保險付費者代表與保險醫事服務提供者投票人數必須相等。

目前針對歷任健保會委員之調查顯示，超過五成八的受訪者同意「在費率審議中與會者有足夠時間可充分表達意見與互相溝通」，以及超過六成二的受訪者同意「費率審議中各方代表的意見都能夠充分表達」，且超過六成六的受訪者同意「在費率審議中，應依據『全民健保財務平衡及收支連動機制』」，可見委員們對於費率審議之運作情形雖大多為滿意，然而在針對是否有足夠時間中，委員們同意的程度相對較低，建議費率審議中委員發言時間在計時的限制可稍微放寬，也可透過費率審議之會前會等方式，讓委員有足夠的時間充分表達，亦支持審議過程中應參考全民健保財務平衡及收支連動機制。健保會第四屆費率審議經過健保會委員3個小時的審議討論，最終兩案併陳分別為4.97%及5.47%~5.52%建議費率案，過程中產生費率審議討論的問題，本研究建議為增進討論效率可適時採用表決之方式，日後如改為多數決之方法，必須經過健保會各委員的同意，且通

過相關表決之程序的遊戲規則，如委員有不同意者，則維持現制之非正式準共識決，兩案或多案併陳。

## 五、追蹤案件

追蹤案件大致可分為兩類，未解決之追蹤案件，仍需密切追蹤其執行進度；另一類為當決策確定時，追蹤案件已獲解決，而屆期不追蹤是次要層次之議題，追蹤案件之關鍵在於仍須完成該議案，並讓委員們清楚瞭解追蹤案件執行進度，經過問卷調查研究，多數委員不同意追蹤案件屆期不追蹤，因此本研究團隊不建議追蹤案件改以屆期不追蹤之形式，但應強化每一追蹤案件之生命週期管理並且隨時告知委員相關資訊。此舉乃是要避免委員在健保會上不斷提出新議案，卻無法獲得解決，而導致議事效率不彰之情形，因此，本研究建議追蹤案相關統計與內容資訊應定期向委員報告進度，包括委員們討論之共識狀態、追蹤案件執行之困難點、或是歷次討論的爭點導致無法議決的情形等，讓委員充分瞭解各追蹤案件之內涵與進度。

## 六、會議權責釐清

### （一）審議並非審查

健保會於組織架構上，為衛生福利部之內部單位，且根據目前《全民健康保險法》，健保會目前定位上仍舊屬於審議單位，因此其僅為行政參與，雖其對台灣健保資源上有其絕對性之影響力，但其仍然為一行政機關內部之參與，本研究團隊認為健保會受到任何從立法院之影響，即便立法院之影響力有多直接或強硬，惟行政部門尤其是政務體系，應主動扛起其應負擔之責任，不論立法院透過何種管道施壓健保會，仍應透過健保會上級單位－衛生福利部，方可到健保會裡。

### （二）政務領導與立法部門應儘量尊重健保會決策選擇

承上點，由於健保會屬於衛福部內部審議單位，也是衛福部之諮詢單位，決策權仍在衛福部，衛福部就法理上自然有權可不採納健保會委員之審議結果，衛福部長有採納與否的最終裁量權，然而當此種次數發生之個案過多及過於頻繁時，容易引發健保會委員之不滿，即政務領導或是立法委員透過其權力介入，可能影響日後健保會委員們之審議模式，造成健保會之功能性被架空，而導致參與

程度的下降，進而演變成健保會僅是一種形式參與，而政務人員強行介入亦有一定之風險，缺乏健保會許多委員之專業性，將可能使得衛福部做決策之錯誤率提升，政務部門應確實思考影響健保會決策的各種可能時機與後果，以確保健保會運作的功能價值與正當性。因此，無論是行政機關之事務官轉換為健保會委員、健保會委員轉換為政務官，或是健保會委員轉換成立法委員等在身分上之轉換，只要離開健保會之後，得到更大的權力，仍應尊重健保會委員們專業性之決議定，否則將可能破壞現有健保會之平衡運作。

## 七、研究團隊第三方觀察之會議運作意見

### (一) 藉會議中輔助措施，平衡改善發言比例不均

從本研究之會議次級資料及訪談結果得出，目前有某些委員發言頻率較為踴躍，部分委員針對特定議題時常發言時間較長之情形，然而多數委員發言頻率並不高，委員之熱烈參與度的確值得鼓勵，在許多會議討論裡有意見領袖之帶領，實屬正常現象，然而此問題之處理並無法以強制性手段，禁止健保會委員行使其自主權進行發言，仍需維持健保會委員會議在審議時能保持一定程度之和諧氣氛，針對這一個影響議事效率之因素，過往在主任委員在主持議事之過程當中，曾經規劃一些因應方式，如設計時間提示手牌等，提醒委員剩餘發言時間及已發言次數，建議行政人員以上此些制度盡可能仍需存在，且交由主委落實提醒委員之責，適時提醒委員發言時注意發言規範。

### (二) 主委主持會議技巧應兼顧議事規則與人際關係

問卷調查結果顯示所有受訪者均同意「健保會主委應嚴格執行會議規則，以維持會場秩序」。

本研究建議既然已訂有《全民健康保險會組成及議事辦法》，以及《全民健康保險會會議規範》，其中提及本規範未盡事宜，依內政部所公布會議規範處理，再者，根據內政部會議規範，明確訂出主席之任務，包括「維持會場秩序，並確保議事規則之遵行」。顯示當前健保會議事規則明確化，主委應有效落實會議規範，強化其在會議流程回應違規發言委員的能力。建議應由主委明確執行並落實每位委員發言時間限制，每次委員會議時間有限，適時提醒委員發言時，注意行政人員按鈴提醒時間之原則，控制發言時間以免壓縮接下來議案之討論時間，而

導致會議效率不彰；此外，主委應盡可能控制委員合理的發言，以及與該議案主題無關之發言內容，致使討論內容偏離議案主題核心，亦承接上述主席之權責，主席可適當制止及提醒委員發言及提案內容適切性，然而超出議案範圍之界線，主席該如何判斷，也可能衍生另外一個問題，且在健保會中監理的範圍龐大，如何明確界定在健保會的監理範圍中，也有一定困難度；甚且，出現謾罵或爭執等情緒之情況產生，或許可利用暫時休息暫緩，並給主席相關的守則參酌。

### （三）由專案報告與召開臨時會議討論爭議性議題

參考國內環境影響評估審查委員會之規範，每月召開委員會議，必要時得召開臨時會，且視個案特性邀請相關利害團體及學者專家列席，針對某些委員們特別關注之議題，建議可由健保會內召開專案報告之討論，一年當中安排某些時段來討論，像是「政府負擔下限 36%案」之個案，且根據《全民健康保險會組成及議事辦法》第八條「健保會每月召開會議一次，必要時得召開臨時會議」，當一議案非常重要，而短時間內無法解決時，需要額外花費時間溝通，應適時召開臨時會議，或是工作坊等邀請委員參加，增加委員額外之溝通管道，而不影響接下來議案進行之討論時間。

### （四）召開分組專家會議

參照國內外委員會制度，日本厚生勞動省大臣如果發現有必要在中央委員會或地方議會審議專門事務時，最多可以任命十位專家成員進行討論分析之概念；台灣的環境影響評估審查委員會，視個案需要，並經主任委員同意後，針對特定議題召開專家會議。本研究建議如遇爭議性議案等特殊情況，經全體委員同意，特別推派專家學者及公正人士代表擔任分組專家會議主席（類似美國國會委員會系統下次委員會-“subcommittee”的設計），由被保險人代表及保險醫事服務提供者代表各派三人（共七人），另約時間組成會議討論，次委員會依照議題，必須提供健保會審議議案之多項方案建議；惟此舉將花費健保會相關公務預算，將於本章最後一節綜合性建議提供實務上之建議。



## 第五節 資訊公開

### 一、建議應維持現狀公開議事錄，直播方式應審慎考量

大多數填答者有點同意到非常同意會議資訊以議事錄方式公開，有助於改善議事效率（95.4%）。相對的，59.5%的填答者不同意健保會會議以網路直播方式公開，最後，有關於健保委員會議是否應該回應部分立法委員之要求進行議事直播，訪談受訪者大多認為現行公告議事錄於網站上的模式，已可充分回應資訊公開之要求，直播可能激化對立，降低委員會議追求共識的可能。且由於健保會不是委員會，其定位為審議單位，如日後將改變委員會議資訊公開方式，應通過委員們討論後之共識，方才能改變，倘若強行以直播方式公開，更可能影響委員們參與健保會之意願，進而影響日後健保會審議時之討論氣氛。

### 二、議事錄除公開，應作系統性分析來回饋議事效率管理

目前健保會之會議，僅以議事錄公開，然而為順應民主化的民眾需求，除公開方式需花費一段時間探討，或許吾人更應思考此些公開之資訊，應可另外做何用途，本研究團隊建議，未來健保會可將相關資訊公開之資訊，可以委託給相關學術單位做研究分析，透過例如文字雲等關鍵字分析，或分析委員會議議案討論時間等進行系統性的探索，給予未來健保會在議事上可以有更深入建議，且目前以議事錄之公開方式，雖可見健保會為資訊公開議題上之公開透明，而如此龐大的議事錄資料對於民眾來說，對於健保會之認識可能不會有所幫助，應妥善利用資訊公開之資料，透過相關委託研究案，或許亦可提升民眾對於健保會運作之瞭解程度，簡單來說，資訊公開之功能不僅提供外部的人對其利害關係之事務能夠更加瞭解，透過針對資訊公開之分析結果，亦能夠讓內部健保會委員體認到，現行議事運作尚出現哪些問題，方可使得資訊公開之效能擴大。

## 第六節 綜合性建議

### 一、健保會幕僚需要專家諮詢小組

健保會幕僚在目前人力可能面臨無法增加之情形，建議健保會幕僚亦需要設立專家諮詢小組，包括健保會相關特定議題的學者專家、曾參與歷屆健保會的委

員、曾參與健保會運作的已退休公務人員，約不超過十人，主委應為健保會執秘，提供健保會幕僚相關建議，或輔助健保會幕僚，惟因此舉將花費健保會相關公務預算，將於最後綜合性建議提供實務上之建議。

## 二、健保會共識營之內容建議

以健保會 108 年度規劃之共識營活動內容包含健保會運作現況、委員之權利義務、健保重要政策說明、法定任務及會務運作、委員關切議題。每一年度健保會委員對健保政策的理解與想像程度可能不一致，由於無法確保各委員對健保皆具有專業性，因此透過一些訪視行程及健保會的介紹，透過共識營提升委員的專業度，和加強議事效率有其功用，俾利後續健保會會議能有更聚焦適切之討論。

建議可就總額較大項目之議題，或相關爭議性議案，提供委員專業性之協助，並可增加委員們會議運作之技巧，且透過角色扮演之方式，讓委員模擬擔任主委之方式，藉此讓委員們瞭解掌握議事效率實屬不易，以利後續健保會議發言時能夠彼此多體諒包容，維持良好的議事氣氛及效率。

## 三、統合主義下委員之課責性

本研究試圖透過問卷調查詢問，健保會的團體代表將會議討論的內容傳達給其所屬代表團體中，滿分為 6 分，歷屆委員回答之平均值為 4.55 分，顯示委員普遍會將健保會會議討論內容攜回團體內；加上在統合主義精神下，各團體代表欲瞭解所屬團體之委員代表，有無在健保會議上站在所屬團體之利害觀點上發表意見，健保會有公開歷屆健保會議議事錄之次級資料，委員及所屬團體可以藉此確認委員之表現，例如：委員親自出席次數、委員發言內容、委員發言次數及時間，藉此讓委員所屬之代表民間團體瞭解委員是否善盡職責。

## 四、擴大健保會公務預算

且由於上述在建議應設立「分組專家會議」、常設「程序委員會」、擴大公民參與審議模式等方面，建議皆應須擴編健保會之公務預算。

表 38 擴大健保會公務預算表

項目	預算項目	預算費用 (元/次)
1.分組專家會議	每位委員邀請的專家出席費、交通費、資料印製費、茶點及相關誤餐費等	約 35,000 元
2.程序委員會	共 7 位委員之出席費、交通費、資料印製費、茶點及相關誤餐費等	約 35,000 元
3.擴大公民參與審議模式	包含各項人事費、人事費及雜項支出等	約 1,000,000 元
4.幕僚之專家諮詢小組	邀請之專家人士之出席費、交通費、資料印製費、茶點及相關誤餐費等	約 35,000 元

資料來源：本研究自製。



# 參考文獻

## 中文文獻

- 王光旭 (2012) 。〈委員會決策參與影響因素之探析—社會鑲嵌的觀點〉。《政策與人力管理》，3 (2)，75-117。
- 江大樹。(1993)。〈合議制行政組織的類型分析〉，《法政學報》，1，頁 203-239。
- 行政院衛生署 (2004)。全民健保組織體制改革規劃—公共行政暨政策的觀點。臺北市：行政院衛生署。
- 吳嘉苓 (2004)。〈法人論壇〉。載於賴美淑等 (編)，《公民參與：審議民主的實踐與全民健康保險政策》(85-124 頁)。臺北：行政院衛生署。
- 吳濟華 (1994) 。〈推動民間參與都市發展：公私部門協力策略之探討〉。《臺灣經濟》，208，1-15。
- 李玉春 (1998)。健康保險支付制度，楊志良主編，健康保險 (第三版)。台北：巨流。
- 林國明 (2001)。〈民主化與社會政策的公共參與：全民健保的政策形成〉。載於蕭新煌、林國明 (編)，《臺灣的社會福利運動》(136-175 頁)。臺北：巨流。
- 林國明 (2004)。〈公民會議〉。載於賴美淑等 (編)，《公民參與：審議民主的實踐與全民健康保險政策》(11-54 頁)。臺北：行政院衛生署。
- 林國明、陳東升 (2003)。〈公民會議與審議民主：全民健保的公民參與經驗〉。《臺灣社會學》，6，61-118。
- 林國明、黃東益 (2004)。〈公民參與模式及其運用〉。載於賴美淑等 (編)，《公民參與：審議民主的實踐與全民健康保險政策》(215-240 頁)。臺北：行政院衛生署。
- 邱永仁、陳宗獻、郭乃文、林忠劭 (2000)。〈加拿大總額支付制度考察報告〉。取自：<https://www.tma.tw/ltk/89430708.htm>，取用日期：2020 年 10 月 10 日。
- 施如亮、方淑雲 (2016)。《澳洲健康保險醫療器材管理制度考察報告》。臺北：行政院衛生福利部中央健康保險署機關因公出國人員出國報告書。
- 施如亮、周浩宇 (2010)。《澳洲藥品給付及管理政策》。臺北：行政院衛生署中央健康保險局機關出國報告。
- 胡幼慧 (2003) 。《質性研究—理論、方法及本土女性研究實例》。台北：巨流。
- 張宏哲 (2004)。〈「醫療品質資訊公開」願景工作坊〉。載於賴美淑等 (編)，《公

- 民參與：審議民主的實踐與全民健康保險政策》(163-214 頁)。臺北：行政院衛生署。
- 張茵茹 (2015)。《統合主義下健保會委員之代表性分析：以利害關係團體內部民主治理為檢視標的》國立政治大學公共行政學系碩士論文。
- 陳孝平 (1995)。〈建華屋於磐石上：論全民健保應有社會基礎〉。《人文及社會科學集刊》，7 (2)，109-145。
- 陳東升 (2004)。〈全民健保的公民參與〉。載於賴美淑等 (編)，《公民參與：審議民主的實踐與全民健康保險政策》(1-10 頁)。臺北：行政院衛生署。
- 陳敦源 (2006)。《全民健康保險監理會未來運作機制規劃之研究》。臺北：行政院衛生署委託研究計畫報告。
- 陳敦源 (2012)。《民主治理-公共行政與民主政治的制度性調和》。台北：五南。
- 陳敦源、王光旭 (2007)。〈為何與如何以委員會治理？以全民健保監理委員會為例〉。取自：<http://myweb.nutn.edu.tw/~gxwang/images/2007TASPAA.pdf>，取用日期：2019 年 8 月 13 日。
- 陳敦源、張世杰 (2011)。〈公私協力夥伴關係的吊詭〉，《文官制度季刊》，2(3)，17-71。
- 陳敦源、張耀懋 (2012)。《建構全民健康保險會組織任務中財務收支連動運作機制之研究》，行政院衛生署委託研究計畫報告。
- 陳敦源、劉宜君、蕭乃沂、林昭吟 (2011)。〈政策利害關係人指認的理論與實務：以全民健保改革為例〉。《國家與社會》，10，1-65。
- 陳敦源、羅紀琮、尤素娟 (2008)。《全民健保總額制度執行架構之評估》，行政院衛生署中央健康保險局委託研究計畫報告。
- 陳敦源。(2004)。〈人民、專家、與公共政策：民主理論下的「參與式知識管理」〉。《國家政策季刊》，3 卷 1 期，頁 99-134。
- 黃東益(2004)。〈審議式民主之實踐—「全民健保公民論壇」的執行及結果分析〉。載於賴美淑等 (編)，《公民參與：審議民主的實踐與全民健康保險政策》(55-84 頁)。臺北，行政院衛生署。
- 黃長玲 (2004)。〈彼此鑲嵌，互相形構：轉變中的國家與社會關係〉。台北：允晨叢刊。
- 雷文玫 (2004a)。〈全民健保公民參與制度設計—以「公民會議」與「思辯式民調」為例〉。載於賴美淑等 (編)，《公民參與：審議民主的實踐與全民健康

- 保險政策》(241-270 頁)。臺北：行政院衛生署。
- 雷文政 (2004b)。〈強化我國健保行政決策公民參與的制度設計—二代健保先驅性全民健保公民會議的建議方案〉。《臺灣民主季刊》，1 (4)，57-81。
- 劉世閔 (2006)。〈教育研究法：質性研究之電腦輔助分析軟體 Nvivo 7〉，《教育研究月刊》，147，156-158。
- 劉宜君、陳敦源、林昭吟 (2014)。《二代健保擴大民眾參與對給付效益及行政效能之影響評估》，行政院衛生福利部中央健康保健署 103 年度委託研究計畫。
- 劉宜君、陳敦源、林昭吟、王光旭 (2020)。〈全民健保財務收支連動機制之研究：問題建構途徑〉。《臺灣社會福利學刊》，16 (1)，53-90。
- 劉宜君、陳敦源、林昭吟、王光旭。(2016)。《建構整合全民健保總額協定分配、給付範圍審議及費率審議之財務收支連動機制》，行政院衛生福利部 105 年度委託研究計畫。
- 劉宜君。(2013)。《全民健康保險會運作過程評估相關研究》，行政院衛生福利部 102 年度委託科技研究計畫。
- 劉惠敏 (2013)。〈從日本保險制度看臺灣健保全民〉，《健康保險雙月刊》，102，40-43。
- 蔡翔傑、黃東益、陳麗光、陳敦源 (2009)。〈委員會治理過程之評估—「全民健保醫療給付協議會議」的個案研究。〉2009 台灣政治學會年會暨學術研討會—「動盪年代中的政治學：理論與實踐」，新竹。
- 鄧宗業 (2004)。〈公民論壇〉。載於賴美淑等 (編)，《公民參與：審議民主的實踐與全民健康保險政策》(125-162 頁)。臺北，行政院衛生署。
- 鄧宗業、吳嘉苓 (2004)。〈法人論壇—新興民主國家的公民參與模式〉。《臺灣民主季刊》，1 (4)，35-56。
- 羅凱凌 (2016)。《委員會參與真能回應政策需求嗎？以全民健康保險會參與為例之評估》，國立政治大學政治系博士論文。

## 外文文獻

- Baccaro, L. (2003). What is Alive and What is Dead in the Theory of Corporatism. *British Journal of Industrial Relations*, 41 (4), 683-706.
- Barber S. L., Lorenzoni L., Ong P. (2019). Price setting and price regulation in health care: lessons for advancing Universal Health Coverage. Geneva: World

- Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Buchanan, James and Gordon Tullock. (1962) *Calculus of Consent*, Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.
- Burt, R. S. (1992). *Structural Holes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Carver, J. (1990). *Boards that Make a Difference: A New Design for Leadership in Nonprofit and Public Organization*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Corkery, J. & R. Wettenhall, (1990) "Public Enterprise Boards: A Neglected Area of Governance," IAAS Working Paper, Brussels: International Institute of Administrative Science.
- Cornforth, C. (2001). "What Makes Boards Effective? An Examination of the Relationships Between Board Inputs, Structures, Processes and Effectiveness in Non-profit Organizations," *Corporate Governance*, 9 (3), 217-27.
- Crawford, R. W., (1991) *On Board: Guiding Principles for Trustees of Not-for-Profit Organizations*, New Mexico: Western States Arts Federation.
- Daniel, N. and J. Sabin (1997). "Limits to Health Care: Fair Procedures, Democratic Deliberation, and the Legitimacy Problem for Insurers." *Philosophy and Public Affairs*, 26, 303-350.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (2020). Der Gemeinsame Bundesausschuss Retrieved Octobr 9, 2020, <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/>
- e-Gov について (2008). 社会保険医療協議会法. Retrieved Octobr 14, 2020, [https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws\\_search/lsg0500/detail?lawId=325AC0000000047](https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=325AC0000000047)
- Fishkin, J and Luskin, R. (1999). Bringing deliberation to the democratic dialogue. In M. McCombs (ed.) *A poll with a human face: The national issues convention experiment in political communication* (pp. 3-38). Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fishkin, J. (1995). *The voice of the people: Public opinion and democracy*. New Heaven, CT: Yale University Press.
- Francis, Wayne L. (1982) Legislative Committee Systems, Optimal Committee Size, and the Cost of Decision Making. *The Journal of Politics*, 44 (3), 822-837.



- Frederickson, H. G. (1997) *The Spirit of Public Administration* San Francisco, Calif.: Jossey-Bass Publishers.
- GKV-Spitzenverband (2017) . Selbstverwaltung, Solidarität und Sachleistung  
Retrieved October 14, 2020, [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv\\_grundprinzipien/selbstverwaltung\\_gkv/gkv\\_selbstverwaltung\\_1.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/selbstverwaltung_gkv/gkv_selbstverwaltung_1.jsp)
- GKV-Spitzenverband (2019) . Mitgliederversammlung. Retrieved October 14, 2020, [https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv\\_spitzenverband/selbstverwaltung/mitgliederversammlung/mitgliederversammlung.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/selbstverwaltung/mitgliederversammlung/mitgliederversammlung.jsp)
- GKV-Spitzenverband (2020a) . Die gesetzlichen Krankenkassen. Retrieved October 14, 2020, [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv\\_grundprinzipien/alle\\_gesetzlichen\\_krankenkassen/alle\\_gesetzlichen\\_krankenkassen.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp)
- GKV-Spitzenverband (2020b) . Organisation des GKV-Spitzenverbandes.  
Retrieved October 14, 2020, [https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv\\_spitzenverband/der\\_verband/organisation/organisation.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/der_verband/organisation/organisation.jsp).
- Guest, Paul M. (2009) The Impact of Board Size on Firm Performance: Evidence from the UK. *The European Journal of Finance*, 15 (4) , 385-404.
- Hardin, G. (1968) . The Tragedy of the Commons. *Science*, 162 (3859) , 1243–1248.
- Health and Global Policy Institute (2020) Retrieved October 9, 2020, <http://japanhpn.org/en/section-2-3/>
- Hood, C. (2011) . *The Blame Game: Spin, Bureaucracy, and Self-preservation in Government*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Hughes, O. E. (1994) . *Public Management and Administration*. London: Macmillan.
- Hunold, C. (2001) . Corporatism, Pluralism, and Democracy: toward a Deliberative Theory of Bureaucratic Accountability. *Governance*, 14 (2) , 151-167.
- Jeong, H. S. (2011) . Korea's National Health Insurance—Lessons from the Past

- Three Decades. *Health Affairs*, 30 ( 1 ) , 136-144.
- Karotkin, Drora and Jacob Paroush. ( 2003 ) Optimum Committee Size: Quality-versus-quantity Dilemma. *Social Choice and Welfare*, 20 ( 3 ) , 429-441.
- Kettl, D. F. 2nd. ( 2005 ) . *The Global Public Management Revolution*. Washington, DC: Brookings Institution Press.
- Kouwenhoven, V. ( 1993 ) “Public-Private Partnership: A Model for the Management of Public-Private Cooperation” in J. Kooiman ( ed. ) , *Modern Governance: New Government-Society Interactions*. London: Sage.
- Kwon S. ( 2003 ) .Pharmaceutical Reform and Physician Strikes: Separation of Drug Prescribing and Dispensing in Korea. *Social Science and Medicine*, 57 ( 3 ) : 529-538.
- Lasswell, H. ( 1958 ) *Politics: Who Gets What, When, and How*. Cleveland, Ohio: Meridian Books.
- Lehmbruch, Gerhard. ( 1982 ) . *Introduction: Neo-Corporatism in Comparative Perspective. in Patterns of Corporatist Policy Making*, ed. Phillippe C. Schmitter and Gerhard Lehmbruch. Beverly Hills, CA: Sage.
- Medical Service Advisory Committee ( 2020 ) . About MSAC. Retrieved December 10, 2020, <http://www.msac.gov.au/internet/msac/publishing.nsf/Content/about-msac>.
- Miller, N. R. ( 1983 ) . Pluralism and social choice. *American Political Science Review*, 77 ( 3 ) , 734-747.
- Mitchell, J., ( 1997 ) “Representation in Government Boards and Commissions,” *Public Administration Review*, 57 ( 2 ) : 160-167.
- Molina, O., and Rhodes, M. ( 2002 ) . Corporatism: The Past, Present, and Future of a Concept. *Annual Review of Political Science*, 5 ( 1 ) , 305-331.
- Nahapiet, J., & S. Ghoshal ( 1998 ) . Social Capital, Intellectual Capital and the Organizational Advantage. *The Academy of Management Review*, 23 ( 2 ) , 242-266.
- National Health Insurance Service ( 2010 ) . Operational structure of Korea Health Care System. Retrieved October 11, 2020, <https://www.nhis.or.kr/static/html/wbd/g/a/wbdga0401.html>

- National Health Insurance Service (2010) .History. Retrieved October 14, 2020, from <https://www.nhis.or.kr/static/html/wbd/g/a/wbdga0203.html>
- National Health Insurance Service (2015) . National Health Insurance System of Korea. Retrieved October 14, 2020, [http://www.kobia.kr/skin/bbs/downloads\\_e2/download.php?tbl=policy\\_report&no=401](http://www.kobia.kr/skin/bbs/downloads_e2/download.php?tbl=policy_report&no=401)
- The Pharmaceutical Benefits Scheme (2019) . Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) . Retrieved December 10, 2020, from <https://www.pbs.gov.au/info/industry/listing/elements/pbac-meetings>
- National Institute of Public Health (2020) Price setting of medicines and medical devices. Retrieved October 14, 2020, <https://c2h.niph.go.jp/en/assessment/price-setting/>
- Ning, Yixi, Wallace N. Davidson, III and Jifu Wang (2010) Does Optimal Corporate Board Size Exist? An Empirical Analysis. *Journal of Applied Finance*, 20 (2) , 1-14.
- Province of British Columbia (2020a) . Medical Services Commission. Retrieved October 13, 2020, <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/about-bc-s-health-care-system/partners/colleges-boards-and-commissions/medical-services-commission>
- Province of British Columbia (2020b) .Crown Agencies and Board Resourcing Office. Retrieved October 11, 2020, <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/governments/organizational-structure/ministries-organizations/central-government-agencies/crown-agencies-and-board-resourcing-office>
- Province of British Columbia (2020c) . Committees. Retrieved October 14, 2020, <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/msp/committees>
- Schattschneider, E. E. (1975) . *The Semisovereign people: A realist's view of democracy in America*. New York: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Shepsle, Kenneth A. (1992) . Congress is a “They,” not an “It”: Legislative Intent as

Oxymoron. *International Review of Law and Economics*, 12 ( 2 ) : 239-256.

Vedres, B. and D. Stark ( 2010 ) . “Structural Folds: Generative Disruption in Overlapping Groups.” *American Journal of Sociology*, 115, 1150-1190.

附件一

歷屆健保會委員與會討論案由

第一屆

102 年健保會委員討論事項案由

月份	編號	案由
7	1020101	研擬「調整保險對象應自行負擔費用」案。
8	1020201	102 年全民健康保險各部門總額評核結果之獎勵成長率案
	1020202	攸關過去『全民健康保險醫療服務審查委員會』之停擺，已嚴重違反全民健康保險特約及管理辦法第二條-『公平、對等、尊重及互信原則』，並對全民健保實務運作及醫療照護體系造成傷害，故本會應監督衛生福利部中央健康保險署，邀集相關團體，成立『全民健康保險醫療服務審查會』，綜理及延續相關業務案
	1020203	全民健康保險開辦十八年來，『全民健康保險醫療費用支付標準』皆未確實地詳加檢視各項目內容之合理性，以致於對醫療照護體系造成諸多傷害，其中尤以『門診診察費』為最為甚，故為增進醫療照護體系合理運作與發展，及確保全國各鄉、市、鎮醫療院所之權益，本會應監督衛生福利部中央健康保險署立即說明『全民健康保險醫療費用支付標準』第一章基本診療第一節『門診診察費』所含之各項目（包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本）點數分配比率及各項目點數分配之計算公式案
	1020204	有關衛生福利部中央健康保險署『公告修正降血脂藥物之藥品給付規定』，卻未完成相關預算挹注之配套措施，將嚴重衝擊醫院及西醫基層總額案
	1020205	特殊材料『"愛德華"卡本特-愛德華沛旅旺人工心瓣膜"Edwards" Carpentier-Edwards PERIMOUNT Pericardial Bioprosthesis』自付差額申請案
9	1020301	103 年度牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院部門及其他預算醫療給付費用總額協商因素項目及成長率案
	1020302	為利保險費率之審議及保險財務之監理，需請中央健康保險署配合事項」、討論事項第三案「102 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」
10	—	本次會議無討論事項。

月份	編號	案由
11	1020501	103 年度牙醫門診總額一般服務費用分配案
	1020502	103 年度中醫門診總額一般服務費用分配案
	1020503	103 年度西醫基層總額一般服務費用分配案
	1020504	103 年度醫院總額一般服務費用分配案
	1020505	103 年度全民健康保險費率審議案
12	1020601	102 及 103 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案
	1020602	為了解現行健保就醫概況與醫療費用使用情形，建議於『全民健康保險業務執行報告』增列有關醫療院所初次級醫療照護比例、CMI 值等資料
	1020603	基於保險監理及為了解總額實際資源分配之狀況，以利未來總額分配之思考，建請於委員會中按月提報醫院總額各分區等相關點值數據資料

資料來源：本研究自製

### 103 年健保會委員討論事項案由

月份	編號	案由
1	1030101	特殊材料『愛德華』卡本特-愛德華沛旅旺人工心瓣膜『Edwards』 Carpentier-Edwards PERIMOUNT Pericardial Bioprosthesis」自付差額申請案
	1030102	<b>合併討論：</b> 「特殊材料『英特加』內植用腦積水引流管組-壓力閥及引流管、『美敦力』史卓塔腦脊髓液引流組-壓力閥、『美敦力』史卓塔腦脊髓液可調式壓力閥、『美的思』柯特曼霍金斯可調式引流閥系統-可程式活門單位、『美的思』柯特曼霍金斯可調式引流閥系統-引流控制器及『美的思』柯特曼霍金斯可調式引流閥系統-可程式活門單位含導入

月份	編號	案由
		器自付差額申請案」  特殊材料「『合碩』顱顏骨固定系統-contour CMF Mesh 預成形不等厚及 contour CMF Mesh，預成形『CUSMED』CMF Fixation System」及「『美敦力』鈦密斯顱骨固定系統『Medtronic』 TiMesh Cranial Fixation System」自付差額申請案
2	1030201	特殊材料『聖猷達』翠翡塔組織瓣膜『SJM』Trifecta Valve 自付差額申請案
3	1030301	為確保全民健保全體被保險人權益及維持總額妥適運作，建議新增之醫療科技包括藥品、特材、支付項目等預算編列於『其他預算』，俟其穩定後再納入一般預算案
	1030302	攸關『103 年醫院總額一般服務之保障措施』乙案，宜立即增加地區醫院之點值保障項目，以提昇地區醫院固定點值部位之比例與大醫院相當，已逐步矯正長期資源分配的偏頗，讓弱勢的地區醫院也能逐步改善擁有比較公平的立足點
4	1030401	全民健康保險業務監理架構與指標建置案
5	1030501	全民健康保險業務監理架構與指標建置案
	1030502	104 年度總額協商架構案
	1030503	104 年度總額協商通則案
	1030504	<b>合併討論：</b> 1. 建議『103 年醫院醫療給付費用總額一般服務之保障措施』保障點值項目先納入地區醫院門、住診診察費，後續再審慎規劃，從根本來調整資源分配的妥適性，讓民眾就醫權益獲得最好的保障，健保資源的使用達到最佳效益案」和 2. 專案報告第一案「醫院總額門住診費用分配合理性及對社區醫院經營與民眾就醫權益之影響
	1030505	關於試辦藥費支出目標，將藥價差（藥價黑洞）合法化，包含於支出目標，且試辦計畫將逾目標之藥費，於翌年

月份	編號	案由
		4月1日啟動藥價調整，今年則至5月1日始調降藥價，有圖利大型醫院，且鼓勵用藥衡量等情事，均有不當，應即改正案
6	1030601	104年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)
	1030602	罕見疾病特殊材料『沛佳』法斯樂-杜瓦伸縮式髓內釘系統納入醫院總額罕見疾病專款項目案
7	1030701	保險給付範圍調整於年度總額作業中之運作機制案
	1030702	增修『全民健康品質資訊公開辦法』第2條第1項第2、3款之附表一及附表二指標項目案
	1030703	因應台灣快速老化的現象，建議參考日本發展在宅醫療經驗(定點、到宅服務)，提供往返醫院有困難者，特別是老人、身心障礙者、癌末者等病人的定點或到宅醫療服務。針對目前定點至老人福利機構、身心障礙機構之醫療服務，應檢討並放寬診療時段之次數，以減少行動不便老人及身心障礙者舟車勞頓及家屬照顧壓力案
8	1030801	103年全民健康保險各部門總額評核結果之獎勵成長率案
9	1030901	104年度中醫門診、牙醫門診、醫院、西醫基層醫療給付費用總額協商因素項目與成長率及其他預算案
10	1031001	104年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案
	1031002	104年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案
	1031003	104年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案
	1031004	104年度醫院總額一般服務之地區預算分配案
	1031005	攸關731高雄石化氣爆事件對健保財務及轄區預算分配之影響的因應措施
	1031006	104年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案
	1031007	合併討論： 1. 健保第1類第1目至第3目被保險人所屬之投保單位或政府負擔之眷屬人數 2. 建請健保署遵循健保法施行細則第68條規定，儘速調降已公告8年未修正之平均眷屬人數」
11	1031101	合併討論：



月份	編號	案由
		1. 第一案「104 年度全民健康保險費率方案」 2. 第二案「依全民健康保險法第 18 條及第 24 條規定，建請衛福部將全民健康保險費率由 4.91%調降為 4.58%，並自 104 年 1 月 1 日生效案」
	1031102	<b>合併討論：</b> 1. 第三案「健保第 1 類第 1 目至第 3 目被保險人所屬之投保單位或政府負擔之眷屬人數案」 2. 第四案「建請健保署遵循健保法施行細則第 68 條規定，儘速調降已公告 8 年未修正之平均眷屬人數案」
	1031103	<b>合併討論：</b> 1. 第五案「有關『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費項目之適用範圍與動支程序』案」 2. 第六案「修訂其他預算項下『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目，其經費之適用範圍與動支程序案」
	1031104	有關法定傳染病之醫療服務費用，請依法編列公務預算支應，不應由總額各部門費用支付案
	1031105	有關擴增 Verteporfin、Botulinum toxin type A、Pazopanib 及乾癬治療免疫抑制劑等 4 類藥品之藥品給付範圍案
	1031106	關於現今藥品實際成本及藥品健保給付價格等相關資訊不透明化，導致藥價差之情形日趨嚴重，明顯危害到全民健康保險之運作，應即改正案
12	1031201	103 年 731 高雄石化氣爆之醫療費用由 103 年度總額其他預算之『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目支應案
	1031202	有關醫院總額 103 年新增診療項目未於年度內支應之額度准予於 104 年支應案
	1031203	可調式腦積水引流系統--『英特佳』內植用腦積水引流管組 OSVII 自付差額特殊材料案
	1031204	全民健康保險年度總額對給付項目調整之處理機制案
	1031205	檢討『全民健康保險保險對象應自行負擔費用之合理性』案

資料來源：本研究自製

第二屆

104 年健保會委員討論事項案由

月份	編號	案由
1	1040101	推派『全民健康醫療給付費用總額研商議事會議』及『全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議』之本會代表案
	1040102	關於保險醫事服務提供者代表委員之席次，應平均分配並建立透明遴選機制案
	1040103	關於現今醫療院所藥品之健保價與實際售價之差額，係屬於全民健康保險健保總額之一部分，或是屬於獎勵金案
	1040104	為維護醫療照護體系正常運作，保障民眾就醫權益與品質，應立即依品質確保方案就平均點值低於百分之五進行檢討及補救機制案
3	1040201	全民健康保險年度總額對給付項目調整之處理機制案
	1040202	因 103 年登革熱疫情嚴峻，高雄市衛生局建請由『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』支應高雄市登革熱住院病患醫療費用案
4	—	<b>本次會議無討論事項。</b>
5	1040401	105 年度總額協商架構案
	1040402	105 年度總額協商通則案
	1040403	『治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置--曲克利弗爾』自付差額特殊材料案
6	1040501	105 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序（草案）
	1040502	建議試辦中醫治療『過敏性鼻炎』案
	1040503	基於保險業務監理，建請健保署於委員會定期按月提供醫學中心、區域醫院之門、住診初（次）級照護及下轉等數據資料案
	1040504	關於現今藥品各醫療院所實際採購價格及藥品健保給付價格，資訊不透明化，導致藥價差之情形日趨惡化，嚴重影響到全民健康保險之藥品費用，應立即公布各層級醫療院所之藥價差金額案

月份	編號	案由
	1040505	敬請將健保署已執行第六年之高診次者藥事居家照護計畫改列為一般性常態服務案
7	1040601	104 年 627 台北八仙樂園粉塵暴燃之醫療費用由 104 年度總額其他預算之『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目支應案
	1040602	關於現今藥品各醫療院所實際採購價格及藥品健保給付價格，資訊不透明化，導致藥價差之情形日趨惡化，嚴重影響到全民健康保險之藥品費用，應立即公布各層級醫療院所之藥價差金額案
	1040603	增修「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 5 條條文（草案）
8	1040701	104 年全民健康保險各部門總額評核結果之獎勵案
9	1040801	105 年度牙醫門診、西醫基層、醫院、中醫門診醫療給付費用總額及其他預算案
10	1040901	105 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案
	1040902	105 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案
	1040903	105 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案
	1040904	105 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案
11	1041001	105 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案
	1041002	105 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案
	1041003	<p><b>合併討論：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>第三案「健保財務平衡及收支連動之機制與標準暨 105 年度全民健康保險費率方案（草案）」</li> <li>第四案「請衛生福利部依據健保法第 24 條條文規定，於 105 年元月 1 日起調降健保費率 0.5%，以 4.41% 來徵收健保費，以還全民公平、公正、合理、公道收費責任案」</li> <li>臨時提案第一案「為維持全民健康保險財務穩定與永續發展，請衛福部及健保會支持全民健康保險 105 年費率維持現行 4.91% 案」</li> </ol>
	1041004	105 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案

月份	編號	案由
12	1041101	治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置--『曲克』利弗爾周邊血管支架自付差額特殊材料案
	1041102	全民健康保險業務監理指標修訂案
	1041103	<p><b>合併討論：</b></p> <p>1. 第三案「建請衛生福利部增列醫療法等相關條文，責令醫療院所為內科、外科、婦產科、小兒科、急診科辦理醫師醫療責任險，以維護、保護執行工作醫師法律責任保障權益，免受法律侵權發生，確保善意工作責任，保險費並由政府、院所、醫師各負擔 20%、60%、20%案」</p> <p>2. 第四案「建請衛生福利部責令各醫療院所為醫護工作人員辦理雇主意外責任險承保事項，以利保護醫護人員工作安全權益案」</p>

資料來源：本研究自製

#### 105 年健保會委員討論事項案由

月份	編號	案由
1	1050101	基於健保給付平等原則，『保險對象自確診開始服藥二年內之愛滋病治療費用』，非屬本保險給付範圍之審議案
2	1050201	為提升醫療照護品質與善盡健保會委員監督健保資源使用，目前支付標準項目中如非醫師親自執行，健保應不予給付案
	1050202	建議 105 年度起，各部門總額評核資料於檢送評核委員時，應同時檢送本會推派擔任中央健康保險署研商議事會議及共同擬訂會議之代表（保險付費者代表），讓委員參閱其年度評核資料案
	1050203	建議成立『健保藥品政策研究小組』，以研討健保藥品供需內容和藥價政策執行之規劃方案，期使合乎市場常軌與公平交易法規範，維護全民用藥品質及確保國人健康，並健全醫療服務體系案
	1050204	建議衛生福利部醫事司、護理及健康照護司及健保署於 105 年 4 月 30 日前向本會保險付費者代表簡報說明 102~104 年內科、外科、婦產科、兒科、急診科等五大科醫師及護理人力之增減情形案

月份	編號	案由
	1050205	有關 104 年度其他預算之『非屬各部門總額支付制度範圍之服務』項目，其經費不足部分請准由『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目支應案
3	1050301	<p><b>合併討論：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 討論事項第一案「建請以本會代表名義，邀集本會各類委員代表，籌組立法院拜會小組，針對衛福部全民健康保險法施行細則第 45 條修正等相關不合理與適法性疑慮，進行立法院各朝野黨團之拜會」</li> <li>2. 討論事項第二案「近日立法委員擬修正強制汽車責任保險法第 27 條，將『傷害醫療費用給付』不包含全民健康保險法所規定之給付項目。請研議該法案是否將影響健保財務穩定及本會因應方式；未來如再有影響健保財務穩定之法案，衛福部、健保署及本會如何因應。本會對於健保署代位求償收入流向之意見，及建請研議該收入應回歸各部門總額案」</li> <li>3. 專案報告「立法委員李應元等 16 人擬具『強制汽車責任保險法第 27 條條文修正草案』，提案修正強制汽車責任保險傷害醫療費用給付範圍排除全民健康保險法所規定給付範圍，影響健保財務案」</li> </ol>
4	1050401	<p><b>合併討論：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 討論事項第一案「敬請研議『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目評估指標之定義內容案」</li> <li>2. 討論事項第二案「建議流感疫情所衍生之醫療費用由 105 年度其他預算之『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目支應案」</li> </ol>
	1050402	有關其他預算『非屬各部門總額支付制度範圍之服務』104 年經費不足部分，請准予由『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』支應案
5	1050501	<p><b>合併討論：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 討論事項第一案「敬請研議『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目評估指標之定義內容案」</li> <li>2. 討論事項第二案「建議流感疫情所衍生之醫療費用由 105 年度其他預算之『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目支應案」</li> </ol>

月份	編號	案由
		3. 討論事項第三案「流感疫情等相關非預期疾病發生所產生之醫療費用，是否應由健保全額支應案」
	1050502	106 年度總額協商架構案
6	1050601	106 年度總額協商程序案
	1050602	106 年度總額協商通則案
	1050603	建請修改全民健康保險會組成及議事辦法第 5 條條文：健保會委員任期為二年，保險付費者代表及保險醫事服務提供者代表之委員，以連任一次為原則，每一屆並應至少更替五分之一；委員連署建議刪除『以連任一次為原則』和『每一屆並應至少更替五分之一』的限制文字案
	1050604	『健保會討論自付差額特材案之作業流程，及健保署提案需檢附之基本資料表、檢核表』（草案）修訂案
	1050605	建請中央健康保險署針對新型 C 肝口服藥與藥廠議價後，已取得與現行療程相等之治療費用前提下，應優先將新型 C 肝口服藥物納入健保給付，爭取國內 C 肝患者提早完成治癒，同步考量預算排擠問題，建請健保署編列足夠 C 肝治療預算，以提供穩定經費，期使治療政策吻合患者需求，確保國人健康案
	1050606	建請中央健康保險署針對菸品健康福利捐分配於全民健康保險之安全準備金從 70%調整至 50%一事，重新審視其調整的比例，目前健保署提出 105 年健保收支餘絀預估值為負 117 億元，之後會由健保安全準備金來填補，如此一來健保安全準備金將每年被吞噬，最後回到過去赤字的狀況，再者，目前菸捐分配比率方式有違最初支應長照的原則，將其餘 17%偷渡至非長照使用項目，有鑑於此，是否應將非使用在長照中的 17%回歸到健保安全準備金中案
7	—	<b>本次會議無討論事項。</b>
8	1050801	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 款及第 3 款之附表一及附表二指標項目案
	1050802	105 年全民健康保險各部門總額評核結果之獎勵案
9	1050901	106 年度醫院、牙醫門診、中醫門診、西醫基層醫療給付費用總額及其他預算案
10	1051001	106 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案

月份	編號	案由
	1051002	106 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案
	1051003	106 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案
	1051004	106 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案
	1051005	有關原中央健康保險局於 94 年 9 月 15 日健保藥字第 0940026378 號函，取消指示用藥制酸劑健保給付品項暨價格明細表共 176 項，既然公文取消支付，為何每年尚支付健保費用案
	1051006	為鼓勵民眾配合分級醫療推動，籲請檢討現行健保管理措施與支付制度，以強壯社區－基層診所、地區醫院醫療照護體系案
	1051101	106 年度全民健保保險費率方案（草案）暨全民健保財務平衡及收支連動機制建議修正方案
11	1051102	合併討論： 1. 討論事項第二案「106 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案」 2. 討論事項第三案「106 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案」
12	1051201	106 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案
	1051202	106 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案

資料來源：本研究自製

### 第三屆

#### 106 年健保會委員討論事項案由

月份	編號	案由
2	1060101	推派『全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議』及『全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議』之本會代表案

月份	編號	案由
	1060102	『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目之適用範圍與動支程序修訂草案
	1060103	配合勞動基準法修正案一例一休政策於 105 年 12 月 6 日立法院三讀通過，致西醫基層假日開診成本增加，請准由 106 年『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目，支應增加之費用案
	1060201	辦理 105 年各部門總額執行成果評核之作業方式案
3	1060202	<b>合併討論：</b> 1. 討論事項第二案『客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統--美敦力鈦密斯顱骨固定系統』自付差額特殊材料申請案 2. 專案報告『保險對象自付差額特材之實施情形』
	1060203	<b>合併討論：</b> 1. 討論事項第三案：『全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法』修正案 2. 專案報告『104 年健保收入超過 6 億元之醫療院所財務報告之公開情形』
	1060301	106 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案
4	1060302	現行職業工會會員申報健保投保金額下限，其調整竟以公、民營事業機構受僱者平均投保金額累積調升幅度為計算方式，造成職業工會勞工沈重負擔，顯不合理案
	1060303	『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目之適用範圍與動支程序修正草案
	1060401	『治療心房顫動之冷凍消融導管--『美敦力』北極峰進階心臟冷凍消融導管』自付差額特殊材料申請案
	1060402	為確保全國病人就醫安全及全體醫護同仁之生命財產的安全，建請健保署公布全國各醫院之各項感染率案
5	1060403	107 年度總額協商架構（草案）
	1060404	107 年度總額協商通則（草案）
	1060405	為高齡慢性病患者不慎遺失業經醫師開立處方箋所購得之慢性病藥物，建請同意其逕向同一藥局藥師自費補購買當月不足藥量乙事，敬請審酌其事實必需性准予辦理案
6	1060501	敬請研議對於 106 年『家庭醫師整合性照護計畫』，收案人數已超出中央健康保險署原預期的倍數成長，其新增超



月份	編號	案由
		出的部分，不在總額協定時的涵蓋範圍，如何因應案
	1060502	107 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序（草案）
	1060503	醫院總額實施後，點值皆未達每點 1 元，基於確保全民健康保險特約醫院之醫療服務品質與可近性，敬請進行原因檢討，並提出改進策略，予以輔導改善
	1060504	民國 89~90 年醫院總額支付制度研議小組討論時，即預見地區醫院將遭遇嚴重衝擊，但歷經 15 年，地區醫院之困境未獲有效解決，並持續衰退，且政策端也未落實「醫院總額支付制度研議方案第六章第一節平衡各層級醫院發展配套措施」。基於分級醫療政策的推動及維護全民健康保險特約醫院服務品質與可近性，敬請研擬設立地區醫院總額
7	1060601	『全民健保財務平衡及收支連動機制』修正案
	1060602	基於維護台灣整體醫藥生態平衡發展與現行健保藥費議題及藥價支付標準的檢討，建議健保署秉於保險人權責，向藥商調查『專利期內藥品』於各類特約醫事服務機構的折扣狀況，並於本會報告案
	1060603	為使政府當責承擔健保總經費不得少於 36% 之財務責任，建請衛生福利部恢復 101 年 10 月 30 日修正通過之全民健康保險法施行細則第 45 條條文內容，並匡正 105 年度之政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式案
	1060604	敬請研議『臺灣地區外自墊核退費用（海外自墊費用）』編列於 107 年其他總額部門預算案
8	1060701	全民健康保險各部門總額評核結果於 107 年度總額專款之獎勵額度案
	1060702	建請依據 106 年度醫院總額協商分配重症金額 60 億元，請健保署提出書面分配內容之詳細表給委員瞭解卓參案
	1060703	建請健保署提供截至 106 年 6 月 30 日止，有關 106 年度醫院總額決定事項『106 年醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過 105 年的 90%，超過部分，不予分配』之辦理情形
9	1060801	107 年度西醫基層、中醫門診、牙醫門診、醫院醫療給付費用總額及其他預算案
10	1060901	107 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案
	1060902	107 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案

月份	編號	案由
	1060903	107 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案
	1060904	107 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案
	1060905	基於維護台灣整體醫藥生態衡平發展與現行健保藥費議題及藥價支付標準的檢討，建議健保署秉於保險人權責，向藥商調查『專利期內藥品』於各類特約醫事服務機構的折扣狀況，並於本會報告
	1060906	鑒於維護全民健保之正義與健保的體制、永續，籲請盤點現行健保實務中違反全民健康保險法之情事，並立即改善或規劃導正期程及全民健康保險法明確揭示『成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品』不列入本保險給付範圍，建議儘速依法改正，其他違反之相同情事，亦應比照辦理
	1060907	呼應健保署李伯璋署長及其同仁之『從健保大數據分析，邁向健保改革之路』乙文，建議檢討健保給付價較高之品項（如：電腦斷層、磁共振影、正子造影等）支付點數及給付規範，防杜藉由高單價檢查項目不當圖利之情形
11	1061001	107 年度全民健康保險保險費率方案（草案）
	1061002	107 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案建議案
	1061003	建議修正全民健康保險會組成及議事辦法第 15 條條文案
12	1061101	107 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案
	1061102	107 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案
	1061103	107 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案
	1061104	基於維護本保險資源的價值，籲請本會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等
	1061105	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，建議國民健康署、疾病管制署、食品藥物管理署定期至本會報告與健保資源耗用連動相關之業務情形案
	1061106	現行健保署依『全民健康保險藥品價格調查作業辦法』第六條第一款規定要求醫事服務機構按季申報藥品採購資料等案，顯有擾民、血汗院所，並已然違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第二條，籲請檢討改正案

月份	編號	案由

資料來源：本研究自製

### 107 年健保會委員討論事項案由

月份	編號	案由
1	1070101	107 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案
	1070102	『107 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案』（草案）
	1070103	『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
	1070104	職業工會會員健保投保金額申報下限之規定與檢討案
3	1070201	107 年度西醫基層總額一般服務保障項目
	1070202	辦理 106 年各部門總額執行成果評核作業方式（草案）案
	1070203	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
4	—	<b>本次會議無討論事項。</b>
5	1070401	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
	1070402	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
	1070403	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
6	1070501	108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構（草案）
	1070502	108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則（草案）
	1070503	108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序（草案）

月份	編號	案由
	1070504	建請 106 年之『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 年同項方案支應案
	1070505	為加強民眾用藥安全宣導，建請中央健康保險署將門診藥事服務費調高 10 點，以利民眾用藥安全，並將用藥安全宣導編列於 108 年度總額預算實施案
	1070506	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
	1070507	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案
	1070508	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
	1070509	全民健康保險業務監理指標修訂案
	1070510	建請中央健康保險署說明 107 年新藥納入健保給付之進度、預期效果，以及新藥預算執行情形案
7	1070601	有關 107 年度醫院總額協定事項持續推動區域級（含）以上醫院門診減量措施，為確保執行成效與目標，建議應制定費用結構、價量變化等相關分析，並將分析結果回饋醫院，且定期向本會報告
	1070602	基於落實分級醫療政策推動，確保緊急照護資源的妥善運用，119 救護車運送就醫，應貫徹分級醫療，讓送醫個案前往就近適當機構，非一味送往大醫院急診
8	1070701	106 年全民健康保險各部門總額評核結果獎勵額度案
9	1070801	108 年度牙醫門診、西醫基層、中醫門診、醫院醫療給付費用總額及其他預算協商案
10	—	<b>本次會議無討論事項。</b>
	1071001	108 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案
11	1071002	108 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案
	1071003	108 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案

月份	編號	案由
	1071004	108 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案
	1071005	108 年度全民健康保險保險費率方案（草案）審議案
12	1071101	108 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案（草案）
	1071102	108 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案
	1071103	有關擴大 C 型肝炎治療所將產生之相關檢查（驗）費用，應併入專款專用 C 肝藥費預算中編列，不宜由醫院總額（或西醫基層總額）一般服務預算中勻支，造成排擠效應案

資料來源：本研究自製

#### 第四屆

#### 108 年健保會委員討論事項案由

月份	編號	案由
3	1080101	推派『全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議』及「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之本會代表案
	1080102	辦理各部門總額 107 年執行成果評核之作業方式（草案）案
	1080103	『針對台鐵重大事故（普悠瑪）所造成重大傷害之醫療支出，請健保署統計，並於下次會議做一初步報告，並討論是否向台鐵追償』及『由於德國麻疹現擴大流行，其費用應屬疾病管制署提供費用（公務），為保護健保資源不流用至其他應付款單位，敬請本會於下次會議提供其所付費用』案

月份	編號	案由
	1080104	建請以健保會名義向衛福部表達反對預告修正菸捐分配並請恢復 70% 供健保安全準備
4	1080201	108 年區域級（含）以上醫院門診減量措施執行方式
	1080202	基於加強民眾對美容醫學及手術選擇的慎重度，增進民眾自我健康管理意識，促進提供美容醫學及手術之醫療人員與機構落實品質安全等，建議其所造成事故的健保醫療費用支出，不應由全民負擔及全民健保支付，應由執行美容醫學及手術機構負擔所有健保發生的費用
5	1080301	有關 109 年起西醫部門協商因素-新醫療科技（包括新藥、新特材及新增診療項目等）之協商，應於正式協商前三個月，請健保署相關單位先行提供預擬於 109 年引進健保支付標準或擬擴增適應症之新藥等新醫療科技項目，做為協商之依據，以落實收支連動，避免預算失衡之爭議產生
	1080302	為維護健保財務及資源的穩定，保障大小醫療機構從業人員執業安全與民眾健康，籲請對麻疹疫情延燒及 MMR 疫苗供應不公問題進行檢討與改正
	1080303	建請 107 年『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』全年結算金額超過預算額度部分，由 108 年同項方案其他部門預算『獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用』項目支應
	1080304	鑒於免疫療法經統計後符合條件者約 2,600 人，而今年預算僅 8 億元，約 800~1,300 位患者可接受治療，明顯不符合需求人數，勢必造成爭搶名額、醫病關係危機、患者恐慌等情形，依據公平治療原則，故建議增加明年度免疫療法治療預算數，全面治療符合資格者 2,600 人，至少增加 16 億元；另，已有臨床醫師提出部分癌別給付條件過嚴情形，實屬不公，建議中央健康保險署，重新審視並適度放寬給付條件，讓每位患者擁有公平治療之機會
	1080305	108 年區域級（含）以上醫院門診減量措施執行方式
	1080306	建請健保署每年定期評估分級醫療與門診減量政策執行成效與影響，以作為次年度門診減量降幅比率之依據
	1080307	109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構（草案）
6	1080401	109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則（草案）
	1080402	109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序（草案）

月份	編號	案由
	1080403	全民健康保險各部門 107 年度總額執行成果評核獎勵額度案
	1080404	建請健保署就其最近預告修正之『全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 33 條修正草案』，於本會提出財務影響報告（例如將增加金額及對點值之影響等），並在本會形成共識前，暫停公告及施行案
7	1080501	有關 108 年度編列 C 型肝炎藥費專款 65.36 億元不足額數，本會決議由健保署 108 年度醫療給付費用總額『其他預算』項下支應，對其他預算項下可流用項目及流用金額之復議案
	1080502	建請衛生福利部依法公告實際平均眷屬人數，並確實調降全國相關投保單位負擔員工健保費之計費基礎，改善目前不合理的收費案
	1080503	增刪修訂『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
	1080504	建請中央健康保險署會同醫院總額部門研議 109 年度總額協商草案，將『提升住院護理照護品質』項目，由一般服務項目重新移列回專款項目，以便專款專用和真正改善護理人員待遇，讓本會編列預算美意真正能夠落實案
	1080505	建請中央健康保險署每年度 4 月份公布前一年度外籍人士保險費收入及醫療使用統計表給健保會委員瞭解案
8	—	<b>本次會議無討論事項。</b>
9	1080701	109 年度西醫基層、牙醫門診、醫院、中醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商案
10	1080801	109 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案
	1080802	109 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案
11	1080901	全民健康保險 109 年度保險費率方案審議案
	1080902	109 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案
	1080903	健保會 108 年第 8 次委員會議（108.10.25）決議通過，109 年度中醫門診總額一般服務之地區預算移撥 3,200 萬元作為風險調整基金，然經考量後，建議修正為 4,200 萬元，提請復議
	1080904	108 年度西醫基層總額『家庭醫師整合性照護計畫』經費新臺幣 28.8 億元，建請健保署提供全國參與此計畫之『醫療管理服務公司或組織團體』有多少單位，請提供名冊給委員參考案」及「建請健保署將 107 年度西醫基層總額

月份	編號	案由
		『家庭醫師整合性照護計畫』經費新臺幣 28.8 億元之支出，依各縣市診所參加明細，提供明細表予健保會委員參考研究案
	1080905	建請政府依財政狀況，撥補 105~107 年政府應負擔健保法定經費不足數之缺口，以確保健保財務之健全案
12	1081001	109 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案（草案）
	1081002	109 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案
	1081003	近年健保『應提列安全準備來源』受到社保司自行解釋並逕減，影響安全準備之實際權責數字，為維繫現行費率適足，建請健保署逐期提供健保財務收支情形試算表，持續健全財務監理案

資料來源：本研究自製



**附件二 健保會委員專案報告案由**

第一屆

**102 年健保會委員專案報告案由**

月份	編號	案由
7-11	—	本次會議無專案報告項目。
12	1020601	衛生福利部二代健保總檢討小組『二代健保制度總檢討—補充保險費議題』初步檢討報告
	1020602	中央健康保險署『保險對象自付差額特殊材料之規劃』報告

資料來源：本研究自製

**103 年健保會委員專案報告案由**

月份	編號	案由
1	—	本次會議無專案報告項目。
2	—	本次會議無專案報告項目。
3	1030301	『建構全民健保醫療給付調整之審議機制』研究成果報告
4	1030401	罕見疾病、血友病藥費專款項目之執行報告
5	1030501	<p><b>與討論事項第四案合併討論</b></p> <p>3. 建議『103 年醫院醫療給付費用總額一般服務之保障措施』保障點值項目先納入地區醫院門、住診診察費，後續再審慎規劃，從根本來調整資源分配的妥適性，讓民眾就醫權益獲得最好的保障，健保資源的使用達到最佳效益案」和</p> <p>4. 專案報告第一案「醫院總額門住診費用分配合理性及對社區醫院經營與民眾就醫權益之影響</p>
6	1030601	健保代位求償執行情形與成效報告

月份	編號	案由
	1030602	『全民健康保險藥品費用分配比率目標制』試辦方案之執行情形報告
7	1030701	全民健康保險業務監理指標之監測結果—— <b>書面資料，無討論情形</b>
	1030702	103 年度各部門總額協定事項重要計畫之執行情形報告
8	1030801	合併討論： 專案報告：健保法第 43 條推動自行負擔費用及轉診之執行報告」 臨時提案：「現行主管機關公告之門診、急診保險對象應自行負擔金額，悖離全民健康保險法第 43 條之精神，並有鼓勵民眾往高層級特約機構就醫而造成健保醫療費用支出增加，應予立即檢討改正
	1030802	全民健康保險新增醫療科技項目之替代效應分析
	1030803	103 年度醫院總額『新醫療科技（包括新增診療項目、新藥及新特材等）』協商因素項目之執行情形（含預算評估）報告
9	—	<b>本次會議無專案報告項目。</b>
10	1031001	102 及 103 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之執行情形及成效報告— <b>與討論事項第六案合併討論</b>
11	—	<b>本次會議無專案報告項目。</b>
12	—	<b>本次會議無專案報告項目。</b>

資料來源：本研究自製

第二屆

104 年健保會委員專案報告案由

月份	編號	案由
1	1040101	保險對象自付差額特材之實施情形
3	1040201	全民健康保險業務監理指標之監測結果
4	1040301	『罕見疾病、血友病藥費及新增罕見疾病特材』費用成長之合理性分析檢討報告
	1040302	藥價調整對病患權益影響及各層級醫療院所產生藥價差百分比之評估報告
5	1040401	『提升住院護理照護品質計畫』之支付方式及護理人力指標監測結果報告
6	1040501	健保代位求償執行情形與成效報告
	1040502	各部門總額需保障或鼓勵服務，採點值保障方式之合宜性探討及改善方案報告
7	1040601	合併討論： 第一案「新醫療科技項目對財務之影響評估及替代效應報告」 第二案「104 年度各部門總額協定事項重要計畫之執行情形（含「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」之執行效益與經費使用情形）報告」
	1040602	合併討論： 第三案「『全民健康保險藥品費用分配比率目標制』試辦方案之評估與檢討報告」 第四案「全民健康保險業務監理指標之監測結果報告」
8	1040701	研修全民健康保險法施行細則重點報告
	1040702	104 年 627 八仙樂園粉塵暴燃事件醫療費用之後續執行方式及與新北市政府協商之情形報告
9	1040801	全民健康保險法施行細則第 45 條再研修案— <b>書面資料，無討論情形</b>
10	1040901	『全民健康保險醫療辦法』第 11、12、18 條修正草案研議報告
11	—	<b>本次會議無專案報告項目。</b>
12	1041101	保險對象自付差額特材之實施情形

月份	編號	案由
	1041102	合併討論： 第三案「擬公開之藥價差資料及相關配套措施報告（併同提出確保健保給付藥品品質之相關機制）」 第二案「全民健保藥價政策短、中、長程之改善方案（包括對策、規劃時程及預期效益）」

資料來源：本研究自製

#### 105 年健保會委員專案報告案由

月份	編號	案由
1	—	本次會議無專案報告項目。
2	1050201	合併討論： 第一案「『鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案』」之執行成果與檢討報告」 專案報告第二案「全民健康保險業務監理指標之監測結果報告」
3	1050301	「強制汽車責任保險法第 27 條條文修正草案」，提案修正強制汽車責任保險傷害醫療費用給付範圍排除全民健康保險法所規定給付範圍，影響健保財務案—與討論事項第二案合併討論
4	—	本次會議無專案報告項目。
5	1050501	「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」費用成長之合理性分析—書面資料，無討論情形
	1050502	「醫療給付改善方案」之執行成效（含提升照護率）及檢討—書面資料，無討論情形
6	1050601	『全民健康保險藥品費用分配比率目標制』試辦方案執行成果
7	—	本次會議無專案報告項目。
8	1050801	全民健康保險業務監理指標之監測結果報告
	1050802	DRGs 相關診斷分類分組由 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 之執行情形

月份	編號	案由
	1050803	105 年度及近 5 年新增給付項目與調整給付內容之執行情形及財務影響專案報告
9	—	本次會議無專案報告項目。
10	—	本次會議無專案報告項目。
11	1051101	衛生福利部推動分級醫療報告
12	1051201	政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之計算

資料來源：本研究自製

第三屆

#### 106 年健保會委員專案報告案由

月份	編號	案由
2	—	本次會議無專案報告項目。
3	—	本次會議無專案報告項目。
4	1060301	合併討論： 第一案「全民健康保險業務監理指標之監測結果」 第二案「『專業雙審及公開具名』試辦方案之執行情形」
5	—	本次會議無專案報告項目。
6	1060501	罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材費用成長之合理性分析—書面資料，無討論情形
7	1060601	105、106 年度醫院及西醫基層總額醫療服務成本指數改變率所增加預算用於調整支付標準之執行情形—書面資料，無討論情形
	1060602	106 年度及近 5 年新增給付項目與調整給付內容之執行情形及財務影響—書面資料，無討論情形

月份	編號	案由
	1060603	『從國際經驗檢視我國總額支付制度地區預算分配方式之研究』計畫成果報告
8	1060701	106年7月份全民健康保險業務執行報告—書面資料，無討論情形
9	—	本次會議無專案報告項目。
10	1060901	107年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率報告案
11	—	本次會議無專案報告項目。
12	—	本次會議無專案報告項目。

資料來源：本研究自製

#### 107年健保會委員專案報告案由

月份	編號	案由
1	1070101	保險對象自付差額特材之實施情形—書面資料，無討論情形
	1070102	全民健康保險業務監理指標之監測結果—書面資料，無討論情形
3	1070201	「107年1月份及2月份全民健康保險業務執行報告—書面資料，無討論情形
4	—	本次會議無專案報告項目。
5	1070401	「健保藥品品質監測計畫」之進度報告—書面資料，無討論情形
	1070402	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—書面資料，無討論情形
	1070403	投保金額高薪低報查核及成效報告—書面資料，無討論情形
	1070404	「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—書面資料，無討論情形
6	1070501	中央健康保險署『107年5月份全民健康保險業務執行報告』
	1070502	罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材費用成長之合理性分析

月份	編號	案由
	1070503	推動促進醫療體系整合計畫(『醫院以病人為中心門診整合照護計畫』、『區域醫療整合計畫』、『提升急性後期照護品質試辦計畫』,及『跨層級醫院合作計畫』)之執行情形
	1070504	全民健康保險業務監理指標之監測結果
7	1070601	106 年度醫院及西醫基層總額、107 年度各部門總額醫療服務成本指數改變率所增加預算用於調整支付標準之執行情形
	1070602	107 年度及近 5 年新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)與調整給付內容之執行情形及財務影響(含替代效應分析)
	1070603	有關醫院附設門診部回歸醫院,於 107 年一般服務其他醫療服務利用及密集度之改變編列 4 億元,扣減 2.32 億元報告案—無討論情形
8	1070701	107 年 7 月份全民健康保險業務執行報告—書面資料,無討論情形
9	—	本次會議無專案報告項目。
10	—	本次會議無專案報告項目。
11	1071001	107 年 10 月份全民健康保險業務執行報告—書面資料,無討論情形
12	1071101	107 年 11 月份全民健康保險業務執行報告—書面資料,無討論情形

資料來源：本研究自製

#### 第四屆

#### 108 年健保會委員專案報告案由

月份	編號	案由
3	1080101	合併討論：

月份	編號	案由
		第一案「疾病管制署『愛滋感染者慢箋領藥時已超過2年之醫療給付』修訂重點」 第二案「落實指示藥品不納入健保給付之規劃報告(含配套措施及對健保財務之影響評估)」 第三案「107年度「基層總額轉診型態調整費用」動支方案報告(包含醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件)」 第四案「推動促進醫療體系整合計畫(『醫院以病人為中心門診整合照護計畫』、『區域醫療整合計畫』、『提升急性後期照護品質試辦計畫』,及『跨層級醫院合作計畫』)之執行情形」
4	1080201	108年度西醫基層總額一般服務之地區預算風險調整基金及相關建議案
	1080202	衛生福利部『109年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍』(草案)諮詢案
	1080203	中央健康保險署『108年第1季全民健康保險業務執行季報告』(併『108年2月份全民健康保險業務執行報告』)
	1080204	109年度全民健康保險醫療給付費用總額協商工作計畫(草案)案—無討論情形
5	1080301	保險對象自付差額特材之執行概況
	1080302	全民健康保險業務監理指標之監測結果
	1080303	106年健保收入超過4億元之醫療院所財務報告之公開情形
	1080304	中央健康保險署『108年4月份全民健康保險業務執行報告』
	1080305	家庭醫師整合性照護計畫之監測指標及執行成效—落實以病人為中心之照護與執行面監督—無討論情形
6	—	本次會議無專案報告項目。
7	1080501	109年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍交議案
	1080502	中央健康保險署『108年第2季全民健康保險業務執行季報告』(併『108年5月份全民健康保險業務執行報告』)
	1080503	合併討論：



月份	編號	案由
		第一案「牙周病統合照護計畫之管理機制及醫療利用情形（含管控措施及監測指標）」 第二案「強化基層照護能力及『開放表別』項目之檢討及規劃」 第三案「全民健康保險業務監理指標之監測結果」 第四案「中央健康保險署『健保新藥預算預估模式研究』委託研究計畫成果報告」 第五案「罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費成長原因分析及因應管理作法」 第六案「持續監控 C 型肝炎全口服新藥之藥品給付規定修訂所產生之相關檢查（驗）費用及其對點值可能的影響」 第七案「藥品退出市場之相關因應作為」與會人員發言實錄
8	1080601	108 年 7 月份全民健康保險業務執行報告
	1080602	區域級（含）以上醫院門診減量措施執行情形及成效檢討報告
	1080603	109 年度新醫療科技預算規劃與預估內容
9	1080701	中央健康保險署『108 年 8 月份全民健康保險業務執行報告』—無討論情形
10	1080801	109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果報告案
	1080802	108 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告
11	1080901	中央健康保險署『108 年 10 月份全民健康保險業務執行報告』
12	1081001	本會 109 年度工作計畫（草案）報告—無討論情形
	1081002	『109 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式
	1081003	合併討論： 第一案「中央健康保險署『108 年 11 月份全民健康保險業務執行報告』」 第二案「保險對象自付差額特材之執行概況」 第三案「全民健康保險業務監理指標之監測結果」與會人員發言實錄

資料來源：本研究自製

**附件三 健保會委員臨時提案、動議案由**

第一屆

**102 年健保會委員臨時提案、動議案由**

月份	編號	類別	案由
7	—	—	本次會議無臨時提案或臨時動議項目。
8	1020201	臨時動議	專案預算不得作為一般服務支付標準調漲用途案
9	—	—	本次會議無臨時提案或臨時動議項目。
10	1020401	臨時動議	103 年度醫院及西醫基層醫療給付費用總額協商因素項目及成長率重啟協商程序案
	1020402	臨時提案	103 年度醫院及西醫基層總額於 102 年 9 月份召開協商暨委員會議後再次協商為特例，未來不應援引辦理案
	1020403	臨時提案	因誤用黑心食用油所引發之病變而門診、住診之醫療費用勿列為健保醫療支出，以杜絕不當使用之醫療資源案
	1020404	臨時提案	為維持總額財務穩定，在『修訂藥品給付規定之財務連動機制』未建立前，應維持藥品原給付規定或送衛生福利部裁示處理案」、「再確認『103 年度西醫基層醫療給付費用總額協商因素項目及成長率』重啟協商之結論
11	—	—	本次會議無臨時提案或臨時動議項目。
12	1020601	臨時動議	建請衛生福利部於 103 年 6 月前制訂總額地區預算分配之具體政策供參據案

資料來源：本研究自製

**103 年健保會委員臨時提案、動議案由**

月份	編號	類別	案由
1	1030101	臨時提案	建議『全民健保法』第四十一條第一項及第二項各類代表之名額比照本法第五條第四項『被保險人代表

月份	編號	類別	案由
			不得少於全部名額三分之一』的原則，重新調整被保險人比例，並自明年度起實施
	1030102		特殊材料「『聖猷達』翠翡塔組織瓣膜『SJM』Trifecta Valve」自付差額申請案—— <b>無討論情形</b>
2	1030201	——	合併討論： 臨時提案：請健保署針對二代健保實施以來，新藥引進在藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議（以下稱共同擬訂會議）之進行之狀況，進行報告」 臨時動議：「建議本會制訂自付差額特材品項討論案之作業流程」
3-4	——	——	<b>本次會議無臨時提案或臨時動議項目。</b>
5	1030501	臨時提案	不得將全民健康保險基金及其相關費用挹注『醫療糾紛處理及醫療事故補償法』之財源
6	1030601	臨時提案	健保署應依法不得將全民健康保險憑證（下稱健保 IC 卡）做為具備電子零錢包、現金儲值或任何塑膠貨幣等非醫療使用目的之功能，以保障保險對象隱私
7	——	——	<b>本次會議無臨時提案或臨時動議項目。</b>
8	1030801	臨時提案	合併討論： 專案報告：健保法第 43 條推動自行負擔費用及轉診之執行報告」 臨時提案：「現行主管機關公告之門診、急診保險對象應自行負擔金額，悖離全民健康保險法第 43 條之精神，並有鼓勵民眾往高層級特約機構就醫而造成健保醫療費用支出增加，應予立即檢討改正
9	1030901	臨時提案	有關中央健康保險署與主計總處核算全民健康保險法規定政府法定負擔 36% 比率見解不同案
10	1031001	臨時提案	合併討論： 討論事項：健保第 1 類第 1 日至第 3 目被保險人所屬之投保單位或政府負擔之眷屬人數 臨時提案：建請健保署遵循健保法施行細則第 68 條規定，儘速調降已公告 8 年未修正之平均眷屬人數」
11	1031101	臨時提案	針對台灣周圍國家競逐醫療專業人員的現況，尤其自由經貿區開放在即，健保馬上會遭遇到空前的危機，健保署應針對這樣的危急狀況，著手擬定因應對策，以尋求政府及社會支持

月份	編號	類別	案由
12	1031201	臨時提案	有關汽車肇事，擬刪除保險人健保署對保險公司之代位權，或修改強制汽車險傷害不賠，涉及肇事者相關責任轉由全民負擔，嚴重影響健保財務及公平正義案

資料來源：本研究自製

第二屆

### 104 年健保會委員臨時提案、動議案由

月份	編號	類別	案由
1	1040101	臨時提案	針對立法院 1 月 22 日三讀通過漁業法第 69 條之 2 修正案，另要求健保署返還 98 年 1 月 1 日起至該法修法生效日止之已收健保費，且對欠繳者不再催繳及罰款一案，本會應表示反對此一違反保險權利義務之事，該法通過前之欠費及滯納金仍應依法繳納，已收取之保費不應返還案
3	1040201	臨時提案	以健保會名義對外發表意見之議案須符合之條件案
	1040202		因應『人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例』第 16 條修訂公告，所衍生之費用及預算編列，如何因應，請議決案
4-5	——	——	<b>本次會議無臨時提案或臨時動議項目。</b>
6	1040501	臨時提案	有關『105 年度總額協商通則案』
7	1040601	臨時提案	關於八仙塵爆住院，排擠其他病患，請速整合其他佔床率較低醫院，進行整合
	1040602		針對衛生福利部於 104 年 7 月 21 日於行政院公報刊登預告修正『全民健康保險法施行細則』之部分條文修正草案，其中預告版本欲刪除施行細則第 45 條。此案涉及保險經費內涵比例之變更，對被保險人、投保單位之權利均有影響，本會基於權責，應立即向衛福部要求暫緩修正
	1040603		民眾為購買隱形眼鏡至院所眼科驗光並索取處方箋乙案，建議應非屬本保險給付範圍，爰依健保法第 51 條規定提會審議

月份	編號	類別	案由
8-9	——	——	本次會議無臨時提案或臨時動議項目。
10	1040901	臨時提案	<p><b>合併討論：</b></p> <p>臨時報告案「利息、股利、租金及執行業務收入補充保險費扣費標準提高到 2 萬元」</p> <p>臨時提案第一案「健保會雇主代表委員聯合各工商團體要求衛生福利部依法將 105 年度健保費率調降為 4.41%」</p> <p>臨時提案第二案「為維持全民健康保險財務穩定與永續發展，支持全民健康保險 105 年度費率維持現行 4.91%」</p>
11	1041001	臨時提案	<p><b>合併討論：</b></p> <p>討論事項第三案「健保財務平衡及收支連動之機制與標準暨 105 年度全民健康保險費率方案（草案）」</p> <p>討論事項第四案「請衛生福利部依據健保法第 24 條條文規定，於 105 年元月 1 日起調降健保費率 0.5%，以 4.41% 來徵收健保費，以還全民公平、公正、合理、公道收費責任案」</p> <p>臨時提案第一案「為維持全民健康保險財務穩定與永續發展，請衛福部及健保會支持全民健康保險 105 年費率維持現行 4.91% 案」</p>
	1041002		有關國民健康署署長在其個人臉書發表不實言論及誤導民眾說故請本委員會應發表嚴正聲明，以還我委員會委員聲譽案
12	1041101	臨時提案	反對衛生福利部修正發布之全民健康保險法施行細則第 45 條條文溯自中華民國 104 年 1 月 1 日施行。應自發布日 104 年 12 月 15 日施行

資料來源：本研究自製

#### 105 年健保會委員臨時提案、動議案由

月份	編號	類別	案由
1	1050101	臨時提案	建議待 ICD-10-CM/PCS 上傳申報穩定執行半年後，及解決 Tw-DRGs 編審程式問題後，再行規劃全面導入

月份	編號	類別	案由
			Tw-DRGs
2-6	——	——	本次會議無臨時提案或臨時動議項目。
7	1050701	臨時提案	反對衛生福利部自 10 月起開放健保醫療申請款額第一線個別醫師需具名審查公開之措施，應依據 20 年來對健保醫療審查制度具名不公開措施為準則，並請另行建立乙套公平、公正、合理可信、正義的新審查共審評議制度
8-10	——	——	本次會議無臨時提案或臨時動議項目。
11	1051101	臨時提案	106 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算移撥特定用途案
12	——	——	本次會議無臨時提案或臨時動議項目。

資料來源：本研究自製

### 第三屆

#### 106 年健保會委員臨時提案、動議案由

月份	編號	類別	案由
2	1060101	臨時提案	<p><b>合併討論：</b></p> <p>討論事項：配合勞動基準法修正案一例一休政策於 105 年 12 月 6 日立法院三讀通過，致西醫基層假日開診成本增加，請准由 106 年『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目，支應增加之費用案</p> <p>臨時提案：依中醫總額研商議事會議中醫全聯會提案，配合勞動基準法修正案一例一休政策於 105 年 12 月 6 日立法院三讀通過，致中醫院所假日開診成本增加，請由 106 年「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目支應增加之費用</p>
3-5	——	——	本次會議無臨時提案或臨時動議項目。
6	1060501	臨時提案	偏鄉離島與原住民健保補助及醫療品質提升案

月份	編號	類別	案由
7	——	——	本次會議無臨時提案或臨時動議項目。
8	1060701	臨時提案	敬請研議對於 106 年「家庭醫師整合性照護計畫」，收案人數已超出中央健康保險署（下稱健保署）原預期的倍數成長，其新增超出的部分，不在總額協定時的涵蓋範圍，如何因應案
	1060702		有關將西醫基層總額 106 年度 C 肝新藥之部分專款額度流用至醫院總額，用於新增新藥使用名額乙案
9	——	——	本次會議無臨時提案或臨時動議項目。
10	1060901	臨時動議	建請中央健康保險署提報「健保藥品品質監測計畫」之結案或進度報告
11	——	——	本次會議無臨時提案或臨時動議項目。
12	1061101	臨時提案	職業工會會員健保投保金額申報下限之規定與檢討

資料來源：本研究自製

#### 107 年健保會委員臨時提案、動議案由

月份	編號	類別	案由	發言委員與發言次數
1-12	——	——	本年度會議無臨時提案或臨時動議項目。	——

資料來源：本研究自製

#### 第四屆

#### 108 年健保會委員臨時提案、動議案由

月份	編號	類別	案由	發言委員與發言次數
3-12	——	——	本年度會議無臨時提案或臨時動議項目。	——

資料來源：本研究自製



附件四

歷屆健保會委員與會提案案由

第一屆

102 年健保會委員提案案由

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
7 (1)	討論 事項	1	「調整保險對象應自行負擔費用」	—
8 (2)	討論 事項	1	102 年度全民健康保險各部門總額評核結果之獎勵成 長率	—
		2	攸關過去「全民健康保險醫療服務審查委員會」之停擺，已嚴重違反全民健康保險特約及管理辦法第二條-「公平、對等、尊重及互信原則」，並對全民健保實務運作及醫療照護體系造成傷害，故本會應監督行政院衛生署中央健康保險局，邀集相關團體，成立「全民健康保險醫療服務審查會」，綜理及延續相關業務	保險醫事服務提供者
		3	全民健康保險開辦十八年來，「全民健康保險醫療費用支付標準」皆未確實地詳加檢視各項目內容之合理性，以致於對醫療照護體系造成諸多傷害，其中尤以「門診診察費」為最為甚，故為增進醫療照護體系合理運作與發展，及確保全國各鄉、市、鎮醫療院所之權益，本會應監督行政院衛生署中央健康保險局立即說明「全民健康保險醫療費用支付標準」第一章基本診療第一節「門診診察費」所含之各項目（包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本）點數分配比率及各項目點數分配之計算公式	保險醫事服務提供者
		4	有關衛生福利部中央健康保險署「公告修正降血脂藥物之藥品給付規定」，卻未完成相關預算挹注之配套措施，將嚴重衝擊醫院及西醫基層總額乙案	保險醫事服務提供者
		5	特殊材料「"愛德華"卡本特-愛德華沛旅旺人工心瓣膜" Edwards" Carpentier-Edwards	—

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
			PERIMOUNT Pericardial Bioprosthesis」自付差額申請案	
	臨時提案	1	專案預算不得作為一般服務支付標準調漲用途	被保險人
9 (3)	討論事項	1	103 年度牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院部門及其他預算醫療給付費用總額協商因素項目及成長案	—
		2	為利保險費率之審議及保險財務之監理，需請中央健康保險署配合事項	—
10 (4)	臨時提案	1	103 年度醫院及西醫基層總額於 102 年 9 月份召開協商暨委員會議後再次協商為特例，未來不應援引辦理案	保險付費者
		2	因誤用黑心食用油所引發之病變而門診、住診之醫療費用勿列為健保醫療支出，以杜絕不當使用之醫療資源案	保險付費者
		3	為維持總額財務穩定，在「修訂藥品給付規定之財務連動機制」未建立前，應維持藥品原給付規定或送衛生福利部裁示處理案	保險醫事服務提供者
11 (5)	討論事項	1	103 年度牙醫門診總額一般服務費用分配案	—
		2	103 年度中醫門診總額一般服務費用分配案	—
		3	103 年度西醫基層總額一般服務費用分配案	—
		4	103 年度醫院總額一般服務費用分配案	—
		5	103 年度全民健康保險費率審議案	—
12 (6)	討論事項	1	102 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案	—
		2	為了解現行健保就醫概況與醫療費用使用情形，建議於「全民健康保險業務執行報告」增列有關醫療院所初次級醫療照護比例、CMI 值等資料	保險醫事服務提供者

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
		3	基於保險監理及為了解總額實際資源分配之狀況，以利未來總額分配之思考，建請於委員會中按月提報醫院總額各分區等相關點值數據資料	保險醫事服務提供者
	專案 報告	1	「二代健保制度總檢討－補充保險費議題」初步檢討報告	—
		2	「保險對象自付差額特殊材料之規劃」報告	—
	臨時 動議	1	建請衛生福利部於 103 年 6 月前制訂總額地區預算分配之具體政策供參據案	專家學者

資料來源：本研究自製

#### 103 年健保會委員提案案由

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
1 (1)	討論 事項	1	特殊材料「『愛德華』卡本特-愛德華沛旅旺人工心瓣膜『Edwards』 Carpentier-Edwards PERIMOUNT Pericardial Bioprosthesis」自付差額申請案	—
		2	特殊材料「『英特加』內植用腦積水引流管組-壓力閥及引流管」、「『美敦力』史卓塔腦脊髓液引流組-壓力閥」、「『美敦力』史卓塔腦脊髓液可調式壓力閥」、「『美的思』柯特曼霍金斯可調式引流閥系統-可程式活門單位」、「『美的思』柯特曼霍金斯可調式引流閥系統-引流控制器」及「『美的思』柯特曼霍金斯可調式引流閥系統-可程式活門單位含導入器」自付差額申請案	—
		3	特殊材料「『合碩』顱顏骨固定系統-contour CMF Mesh 預成形不等厚及 contour CMF Mesh，預成形『CUSMED』CMF Fixation System」及「『美敦力』鈦密斯顱骨固定系統『Medtronic』 TiMesh Cranial Fixation System」自付差額申請案	—

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
	臨時提案	1	建議「全民健保法」第四十一條第一項及第二項各類代表之名額比照本法第五條第四項「被保險人代表不得少於全部名額三分之一」的原則，重新調整被保險人比例及其推薦單位，並自明年度起實施	被保險人
		2	特殊材料「『聖猷達』翠翡塔組織瓣膜『SJM』Trifecta Valve」自付差額申請案	—
2(2)	討論事項	1	特殊材料「『聖猷達』翠翡塔組織瓣膜『SJM』Trifecta Valve」自付差額申請案	—
	臨時提案	1	請健保署針對二代健保實施以來，新藥引進在藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議（以下簡稱擬訂會議）之進行狀況	保險付費者/保險醫事服務提供者
	臨時動議	1	建議本會制訂自付差額特材品項討論案之作業流程	保險付費者
3(3)	討論事項	1	為確保全民健保全體被保險人權益及維持總額妥適運作，建議新增之醫療科技包括藥品、特材、支付項目等預算編列於「其他預算」，俟其穩定後再納入一般預算案	保險醫事服務提供者
		2	攸關『103年醫院醫療給付費用總額一般服務之保障措施』乙案，宜立即增加地區醫院之點值保障項目，以提昇地區醫院固定點值部位之比例與大醫院相當，已逐步矯正長期資源分配的偏頗，讓弱勢的地區醫院也能逐步改善擁有比較公平的立足點	保險醫事服務提供者
	專案報告	1	「建構全民健保醫療給付調整之審議機制」研究成果報告	—
4(4)	討論事項	1	全民健康保險業務監理架構與指標建置案	—

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
	專案 報告	1	罕見疾病、血友病藥費專款項目之執行報告	—
5 (5)	討論 事項	1	全民健康保險業務監理架構與指標建置案—續討論	—
		2	104 年度總額協商架構案	—
		3	104 年度總額協商通則案	—
		4	建議「103 年醫院醫療給付費用總額一般服務之保障措施」保障點值項目先納入地區醫院門、住診診察費，後續再審慎規劃，從根本來調整資源分配的妥適性，讓民眾就醫權益獲得最好的保障，健保資源的使用達到最佳效益案	保險醫事服務提供者
6 (6)	討論 事項	1	104 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序（草案）	—
		2	罕見疾病特殊材料「『沛佳』法斯樂-杜瓦伸縮式髓內釘系統」納入醫院總額罕見疾病專款項目案	—
	專案 報告	1	健保代位求償執行情形與成效報告	—
		2	「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案之執行情形	—
	臨時 提案	1	健保署應依法不得將全民健康保險憑證（下稱健保 IC 卡）做為具備電子零錢包、現金儲值或任何塑膠貨幣等非醫療使用目的之功能，以保障保險對象隱私	保險付費者
7 (7)	討論 事項	1	保險給付範圍調整於年度總額作業中之運作機制案	—
		2	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、3 款之附表一及附表二指標項目案	—
		3	因應台灣快速老化的現象，建議參考日本發展在宅醫療經驗（定點、到宅服務），提供往返醫院有困難者，特別是老人、身心障礙者、癌末者等病人的定點或到宅醫療服務。	被保險人

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
			針對目前定點至老人福利機構、身心障礙機構之醫療服務，應檢討並放寬診療時段之次數，以減少行動不便老人及身心障礙者舟車勞頓及家屬照顧壓力案	
	專案 報告	1	全民健康保險業務監理指標之監測結果	—
		2	103 年度各部門總額協定事項重要計畫之執行情形報告	—
8 (8)	討論 事項	1	103 年全民健康保險各部門總額評核結果之獎勵成長率案	—
	專案 報告	1	健保法第 43 條推動自行負擔費用及轉診之執行報告	—
		2	全民健康保險新增醫療科技項目之替代效應分析	—
		3	103 年度醫院總額「新醫療科技（包括新增診療項目、新藥及新特材等）」協商因素項目之執行情形（含預算評估）報告	—
臨時 提案	1	現行主管機關公告之門診、急診保險對象應自行負擔金額，悖離全民健康保險法第 43 條之精神，並有鼓勵民眾往高層級特約機構就醫而造成健保醫療費用支出增加，應予立即檢討改正	保險醫事服務提供者	
9 (9)	討論 事項	1	104 年度中醫門診、牙醫門診、醫院、西醫基層醫療給付費用總額協商因素項目與成長率及其他預算案	—
	臨時 提案	1	有關中央健康保險署與主計總處核算全民健康保險法規定政府負擔 36%比率見解不同案	保險付費者/保險醫事 服務提供者/專家學者 及公正人士
10(10)	討論 事項	1	104 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案	—
		2	104 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案	—

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
		3	104 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案	—
		4	104 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案	—
		5	攸關 731 高雄石化氣爆事件對健保財務及轄區預算分配之影響的因應措施	保險醫事服務提供者
		6	104 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案	—
		7	健保第 1 類第 1 日至第 3 目被保險人所屬之投保單位或政府負擔之眷屬人數	—
	專案 報告	1	102 及 103 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之執行情形及成效報告	—
	臨時 提案	1	建請健保署遵循健保法施行細則第 68 條規定，儘速調降已公告 8 年未修正之平均眷屬人數	保險付費者/保險醫事 服務提供者/專家學者
11(11)	討論 事項	1	「104 年度全民健康保險費率方案」	—
		2	依全民健康保險法第 18 條及第 24 條規定，建請衛生福利部將全民健康保險費率由 4.91%調降為 4.58%，並自 104 年 1 月 1 日生效案	保險付費者之雇主
		3	健保第 1 類第 1 日至第 3 目被保險人所屬之投保單位或政府負擔之眷屬人數案—續討論	—
		4	建請健保署遵循健保法施行細則第 68 條規定，儘速調降已公告 8 年未修正之平均眷屬人數案	保險付費者之雇主
		5	「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費項目之適用範圍與動支程序」案	—
		6	修訂其他預算項下「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目，其經費之適用範圍與動支程序案	保險醫事服務提供者
		7	法定傳染病之醫療服務費用，請依法編列公務預算支應，不應由總額各部門費用支付案	

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
		8	擴增 Verteporfin、Botulinum toxin type A、Pazopanib 及乾癬治療免疫抑制劑等 4 類藥品之藥品給付範圍案	—
		9	關於現今藥品實際成本及藥品健保給付價格等相關資訊不透明化，導致藥價差之情形日趨嚴重，明顯危害到全民健康保險之運作，應即改正案	保險醫事服務提供者
	臨時提案	1	針對台灣周圍國家競逐醫療專業人員的現況，尤其在自由經貿區開放在即，健保馬上會遭遇到空前危機，健保署應針對如此危急狀況，著手擬定因應對策，以尋求政府及社會支持	保險醫事服務提供者
12(12)	討論 事項	1	103 年 731 高雄石化氣爆之醫療費用由 103 年總額其他預算之「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目支應案	—
		2	有關醫院總額 103 年新增診療項目未於年度內支應之額度准予於 104 年支應案	—
		3	「可調式腦積水引流系統--『英特佳』內植用腦積水引流管組 OSV II」自付差額特殊材料案	—
		4	檢討「全民健康保險保險對象應自行負擔費用之合理性」案	—
	臨時提案	1	有關汽車肇事，擬刪除保險人健保署對保險公司之代位權，或修改強制汽車險傷害不賠，涉及肇事者相關責任轉由全民負擔，嚴重影響健保財務及公平正義	保險付費者/保險醫事服務提供者/專家學者及公正人士

資料來源：本研究自製



第二屆

104 年健保會委員提案案由

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
1 (1)	討論 事項	1	推派「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議」及「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之本會代表案	—
		2	關於保險醫事服務提供者代表委員之席次，應平均分配並建立透明遴選機制	保險醫事服務提供者
		3	關於現今醫療院所藥品之健保價與實際售價之差額，係屬於全民健康保險健保總額之一部分，或是屬於獎勵金	保險醫事服務提供者
		4	為維護醫療照護體系正常運作，保障民眾就醫權益與品質，應立即依品質確保方案就平均點值低於百分之五進行檢討及補救機制	保險醫事服務提供者
	專案 報告	1	保險對象自付差額特材之實施情形	—
	臨時 提案	1	針對立法院 1 月 22 日三讀通過漁業法第 69 條之 2 修正案，另要求健保署返還 98 年 1 月 1 日起至該法修法生效日止之已收健保費，且對欠繳者不再催繳及罰鍰一案，本會應表示反對此一違反保險權利義務之事，該法通過前之欠費及滯納金仍應依法繳納，已收取之保費不應返還	保險付費者、保險醫事服務提供者、專家學者及公正人士
3 (2)	討論 事項	1	全民健康保險年度總額對給付項目調整之處理機制案--續討論	—
		2	因 103 年登革熱疫情嚴峻，高雄市衛生局建請由「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」支應高雄市登革熱住院病患醫療費用案	—
	專案 報告	1	全民健康保險業務監理指標之監測結果	—

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
	臨時 提案	1	以健保會名義對外發表意見之議案須符合之條件案	保險付費者
		2	因應「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」第16條修訂公告，所衍生之醫療費用及預算編列，如何因應	醫事服務提供者
4(3)	專案 報告	1	「罕見疾病、血友病藥費及新增罕見疾病特材」費用成長之合理性分析檢討報告	—
		2	藥價調整對病患權益影響及各層級醫療院所產生藥價差百分比之評估報告	—
5(4)	討論 事項	1	105年度總額協商架構案	—
		2	105年度總額協商通則案	—
		3	「治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置-『曲克』利弗爾周邊血管支架」自付差額特殊材料案	—
	專案 報告	1	「提升住院護理照護品質計畫」之支付方式及護理人力指標監測結果報告	—
6(5)	討論 事項	1	105年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)	—
		2	建議試辦中醫治療「過敏性鼻炎」案	保險付費者
		3	基於保險業務監理，建請健保署於委員會定期按月提供醫學中心、區域醫院之門、住診初(次)級照護及下轉等數據資料	保險醫事服務提供者
		4	關於現今藥品各醫療院所實際採購價格及藥品健保給付價格，資訊不透明化，導致藥價差之情形日趨惡化，嚴重影響到全民健康保險之藥品費用，應立即公布各層級醫療院所之藥價差金額多少	保險醫事服務提供者
		5	敬請將健保署已執行第六年之高診次者藥事居家照護計畫改列為一般性常態服務	保險醫事服務提供者
	專案 報告	1	健保代位求償執行情形與成效報告	—
		2	各部門總額需保障或鼓勵服務，採點值保障方式之合宜性探討及改善方案	—

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
	臨時提案	1	全民健保會應就 104 年 5 月 22 日第 2 屆 104 年第 4 次委員會議討論事項第二案、第三案與專案報告第一案再行置案討論與報告	保險醫事服務提供者、專家學者及公正人士
		2	有關「105 年協商通則」案	保險醫事服務提供者
7(6)	討論事項	1	104 年 627 台北八仙樂園粉塵暴燃之醫療費用由 104 年度總額其他預算之「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目支應案	—
		2	關於現今藥品各醫療院所實際採購價格及藥品健保給付價格，資訊不透明化，導致藥價差之情形日趨惡化，嚴重影響到全民健康保險之藥品費用，應立即公布各層級醫療院所之藥價差金額案--續討論。	保險醫事服務提供者
		3	增修「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 5 條條文(草案)	—
	專案報告	1	新醫療科技項目對財務之影響評估及替代效應	—
		2	104 年度各部門總額協定事項重要計畫之執行情形(含「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」之執行效益與經費使用情形)報告	—
		3	「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案之評估與檢討報告(併同提出「擬具全民健保藥價政策之問題研析」)	—
		4	全民健康保險業務監理指標之監測結果報告	—
	臨時提案	1	關於八仙塵爆住院，排擠其他病患，請速整合其他佔床率較低醫院，進行整合	保險付費者
		2	針對衛生福利部於 104 年 7 月 21 日於行政院公報刊登預告修正「全民健康保險法施行細則」之部分條文修正草案，其中預告版本欲刪除施行細則第 45 條。此案涉及保險經費內涵比例之變更，對被保險人、投保單位之權利均有影響，本會基於權責，應立	保險付費者、保險醫事服務提供者、專家學者及公正人士

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
			即向衛福部要求暫緩修正	
		3	民眾為購買隱形眼鏡至院所眼科驗光並索取處方箋乙案，建議應非屬本保險給付範圍，爰依健保法第 51 條規定提會審議	—
8 (7)	討論 事項	1	104 年全民健康保險各部門總額評核結果之獎勵案	—
	專案 報告	1	104 年 627 八仙樂園粉塵暴燃事件醫療費用之後續執行方式及與新北市政府協商之情形報告	—
		2	研修全民健康保險法施行細則重點報告	—
9 (8)	討論 事項	1	105 年度牙醫門診、西醫基層、醫院、中醫門診醫療給付費用總額及其他預算案	—
	專案 報告	1	全民健康保險法施行細則第 45 條再研修案	—
10 (9)	討論 事項	1	105 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案	—
		2	105 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案	—
		3	105 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案	—
	專案 報告	1	為「全民健康保險醫療辦法」第 11、12、18 條修正草案，依預告期間各界所提意見，研提本署研議意見乙案	—
	臨時 提案	1	健保會雇主代表委員聯合各工商團體要求衛生福利部依據健保法第 24 條條文規定，於 105 年元月 1 日起調降健保費率 0.5%，以 4.41% 來徵收健保費，以還全民公平、公正、合理、公道收費責任案	保險付費者、保險醫 事服務提供者

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
		2	為維持全民健康保險財務穩定與永續發展，支持全民健康保險 105 年度費率維持現行 4.91% 案	保險醫事服務提供者
11(10)	討論 事項	1	105 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案	—
		2	105 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案	—
		3	健保財務平衡及收支連動之機制與標準暨 105 年度全民健康保險費率方案（草案）	—
		4	請衛生福利部依據健保法第 24 條條文規定，於 105 年元月 1 日起調降健保費率 0.5%，以 4.41% 來徵收健保費，以還全民公平、公正、合理、公道收費責任案	保險付費者、保險醫事服務提供者
		5	105 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案	—
	臨時 提案	1	為維持全民健康保險財務穩定與永續發展，請衛福部及健保會支持全民健康保險 105 年度費率維持現行 4.91% 案	保險醫事服務提供者
		2	有關國民健康署署長在其個人臉書發表不實言論及誤導民眾說：蔡前委員登順沒有誠實揭露其資訊，此舉已嚴重傷害本委員會及蔡前委員登順名譽。故請本委員會應發表嚴正聲明，以還我委員會及蔡前委員登順名譽案	保險付費者、保險醫事服務提供者
12(11)	討論 事項	1	「治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置--『曲克』利弗爾周邊血管支架」自付差額特殊材料案	—
		2	全民健康保險業務監理指標修訂案	—
		3	建請衛生福利部增列醫療法等相關條文，責令醫療院所為內科、外科、婦產科、小兒科、急診科辦理醫師醫療責任險，以維護、保護執行工作醫師法律責任保障權益，免受法律侵權發生，確保善意工作責任，保險費並由政府、院所、醫師各負擔 20%、60%、20% 案	保險付費者之雇主

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
		4	建請衛生福利部責令各醫療院所為醫護工作人員辦理雇主意外責任險承保事項，以利保護醫護人員工作安全權益案	保險付費者之雇主
	專案 報告	1	保險對象自付差額特材之實施情形	—
		2	全民健保藥價政策短、中、長程之改善方案（包括對策、規劃時程及預期效益）	—
		3	擬公開之藥價差資料及相關配套措施報告（併同提出確保健保給付藥品品質之相關機制）	—
	臨時 提案	1	因衛生福利部（疾病管制署）修正發布「人類免疫缺乏病毒檢驗預防及治療費用給付辦法」，名稱並修正為「人類免疫缺乏病毒感染者治療費用補助辦法」，確診開始服藥二年內之愛滋病治療費用之給付對象為「有戶籍之國民」。基於健保給付平等原則，對於參加本保險之保險對象，自「確診開始服藥二年內」之愛滋病治療費用，列為非屬本保險給付範圍，爰依全民健康保險法第 51 條規定	—
		2	反對衛生福利部修正發布之全民健康保險法施行細則第 45 條條文溯自中華民國 104 年 1 月 1 日施行。應自發布日 104 年 12 月 15 日施行	保險付費者/保險醫事 服務提供者

資料來源：本研究自製

105 年健保會委員提案案由

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
1 (1)	討論 事項	1	因衛生福利部（疾病管制署）修正發布「人類免疫缺乏病毒檢驗預防及治療費用給付辦法」，名稱並修正為「人類免疫缺乏病毒感染者治療費用補助辦法」，確診開始服藥二年內之愛滋病治療費用之給付對象為「有戶籍之國民」。基於健保給付平等原則，對於參加本保險之保險對象，自「確診開始服藥二年內」之愛滋病治療費用，列為非屬本保險給付範圍，爰依全民健康保險法第 51 條規定	—
	臨時 提案	1	建議待 ICD-10-CM/PCS 上傳申報穩定執行半年後，及解決 Tw-DRGs 編審程式問題後，再行規劃全面導入 Tw-DRGs 案	保險醫事服務提供者
2 (2)	討論 事項	1	為提升醫療照護品質與善盡健保會委員監督健保資源使用，目前支付標準項目中如非醫師親自執行，健保應不予給付案	保險醫事服務提供者
		2	建議 105 年度起，各部門總額評核資料於檢送評核委員時，應同時檢送本會推派擔任中央健康保險署研商議事會議及共同擬訂會議之代表（保險付費者代表），讓委員參閱其年度評核資料案	保險付費者/保險醫事服務提供者
		3	建議成立「健保藥品政策研究小組」，以研討健保藥品供需內容和藥價政策執行之規劃方案，期使合乎市場常軌與公平交易法規範，維護全民用藥品質及確保國人健康，並健全醫療服務體系案	保險付費者/保險醫事服務提供者
		4	建議衛生福利部醫事司、護理及健康照護司及健保署於 105 年 4 月 30 日前向本會保險付費者代表簡報說明 102~104 年內科、外科、婦產科、兒科、急診科等五大科醫師及護理人力之增減情形案	保險付費者/保險醫事服務提供者
		5	有關 104 年度其他預算之「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」項目，其經費不足	—

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
			部分請准由「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目支應案	
	專案 報告	1	「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」之執行成果與檢討報告	—
		2	全民健康保險業務監理指標之監測結果報告	—
	臨時 提案	1	建請以本會名義，邀集本會各類委員代表，籌組立法院遊說小組，針對全民健康保險法施行細則第 45 條修正等相關不合理與適法性疑慮，進行立法院各朝野黨團之拜會	保險付費者/保險醫事服務提供者
3 (3)	討論 事項	1	建請以本會代表名義，邀集本會各類委員代表，籌組立法院拜會小組，針對衛福部全民健康保險法施行細則第 45 條修正等相關不合理與適法性疑慮，進行立法院各朝野黨團之拜會	保險付費者/保險醫事服務提供者
		2	近日立法委員擬修正強制汽車責任保險法第 27 條，將「傷害醫療費用給付」不包含全民健康保險法所規定之給付項目。請研議該法案是否將影響健保財務穩定及本會因應方式；未來如再有影響健保財務穩定之法案，衛福部、健保署及本會如何因應。本會對於健保署代位求償收入流向之意見，及建請研議該收入應回歸各部門總額案	保險醫事服務提供者
	專案 報告	1	立法委員李應元等 16 人擬具「強制汽車責任保險法第 27 條條文修正草案」，提案修正強制汽車責任保險傷害醫療費用給付範圍排除全民健康保險法所規定給付範圍，影響健保財務案	—
4 (4)	討論 事項	1	敬請研議「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目評估指標之定義內容	保險醫事服務提供者
		2	建議流感疫情所衍生之醫療費用由 105 年度其他預算之「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目支應案	保險醫事服務提供者
		3	有關其他預算之「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」項目 104 年經費不足部分，請准予由「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目支應案	—



月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
	專案 報告	1	「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」費用成長之合理性分析專案報告	—
5 (5)	討論 事項	1	敬請研議「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目評估指標之定義內容	保險醫事服務提供者
		2	建議流感疫情所衍生之醫療費用由 105 年度其他預算之「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目支應案—續討論	保險醫事服務提供者
		3	流感疫情等相關非預期疾病發生所產生之醫療費用，是否應由健保全額支應案	保險醫事服務提供者
		4	106 年度總額協商架構案	—
	專案 報告	1	「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」費用成長之合理性分析專案報告	—
		2	「醫療給付改善方案」之執行成效（含提升照護率）及檢討專案報告	—
6 (6)	討論 事項	1	106 年度總額協商程序案	—
		2	106 年度總額協商通則案	—
		3	建請修改全民健康保險會組成及議事辦法第 5 條條文：健保會委員任期為二年，保險付費者代表及保險醫事服務提供者代表之委員，以連任一次為原則，每一屆並應至少更替五分之一；委員連署建議刪除「以連任一次為原則」和「每一屆並應至少更替五分之一」的限制文字	保險付費者/保險醫事服務提供者
		4	「健保會討論自付差額特材案之作業流程，及健保署提案需檢附之基本資料表、檢核表」（草案）	—
		5	建請中央健康保險署針對新型 C 肝口服藥與藥廠議價後，已取得與現行療程相等之治療費用前提下，應優先將新型 C 肝口服藥物納入健保給付，爭取國內 C 肝患者提早完成治癒，同步考量預算排擠問題，建請健保署編列足夠 C 肝治療預算，以提供穩定經	保險付費者

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
			費，期使治療政策吻合患者需求，確保國人健康案	
		6	建請中央健康保險署針對菸品健康福利捐分配於全民健康保險之安全準備金從 70% 調整至 50%一事，重新審視其調整的比例，目前健保署提出 105 年健保收支餘絀預估值為負 117 億元，之後會由健保安全準備金來填補，如此一來健保安全準備金將每年被吞噬，最後回到過去赤字的狀況，再者，目前菸捐分配比率方式有違最初支應長照的原則，將其餘 17% 使用至非長照使用項目，有鑑於此，是否應將非使用在長照中的 17% 回歸到健保安全準備金中	保險付費者
	專案 報告	1	「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案執行成果	—
7 (7)	臨時 報告	1	有關「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」(草案)	—
	臨時 提案	1	反對衛生福利部自 10 月起開放健保醫療申請款額第一線個別醫師需具名審查公開之措施，應依據 20 年來對健保醫療審查制度具名不公開措施為準則，並請另行建立乙套公平、公正、合理可信、正義的新審查共審評議制度案	保險付費者/保險醫事服 務提供者/專家學者
8 (8)	討論 事項	1	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 款及第 3 款之附表一及附表二指標項目案	—
		2	105 年全民健康保險各部門總額評核結果之獎勵案	—
	專案 報告	1	全民健康保險業務監理指標之監測結果報告	—
		2	DRGs 相關診斷分類分組由 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 之執行情形報告	—

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
		3	105 年度及近 5 年新增給付項目與調整給付內容之執行情形及財務影響專案報告	—
9 (9)	討論 事項	1	106 年度醫院、牙醫門診、中醫門診、西醫基層醫療給付費用總額及其他預算案	—
10(10)	討論 事項	1	106 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案	—
		2	106 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案	—
		3	106 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案	—
		4	106 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案	—
		5	有關原中央健康保險局於 94 年 9 月 15 日健保藥字第 0940026378 號函，取消指示用藥制酸劑健保給付品項暨價格明細表共 176 項，既然公文取消支付，為何每年尚支付健保費用	保險付費者
		6	為鼓勵民眾配合分級醫療推動，籲請檢討現行健保管理措施與支付制度，以強壯社區—基層診所、地區醫院醫療照護體系	保險醫事服務提供者
11(11)	討論 事項	1	106 年度全民健保保險費率方案（草案）暨全民健保財務平衡及收支連動機制建議修正方案	—
	專案 報告	1	有關衛生福利部推動分級醫療報告	—
	臨時 提案	1	106 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算移撥特定用途案	保險醫事服務提供者/保險付費者
12(12)	討論 事項	1	106 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案—續討論	—
		2	106 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案—續討論	—

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
	專案 報告	1	政府應負擔健保總經費法定下限 36%之計算	—

資料來源：本研究自製

第三屆

### 106 年健保會委員提案案由

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
2 (1)	討論 事項	1	推派「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議」及「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之本會代表案	—
		2	「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之適用範圍與動支程序修正草案	—
		3	配合勞動基準法修正案一例一休政策於 105 年 12 月 6 日立法院三讀通過，致西醫基層假日開診成本增加，請准由 106 年「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目，支應增加之費用	—
	臨時 提案	1	依中醫總額研商議事會議中醫全聯會提案，配合勞動基準法修正案一例一休政策於 105 年 12 月 6 日立法院三讀通過，致中醫院所假日開診成本增加，請由 106 年「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目支應增加之費用	—
3 (2)	討論 事項	1	辦理 105 年各部門總額執行成果評核之作業方式案	—
		2	「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統--『美敦力』鈦密斯顱骨固定系統」自付差額特殊材料申請案	—

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
		3	「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法」修正案	—
		4	106 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案	—
4 (3)	討論 事項	1	106 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案	—
		2	現行職業工會會員申報健保投保金額下限，其調整竟以公、民營事業機構受僱者平均投保金額累積調升幅度為計算方式，造成職業工會勞工沈重負擔，顯不合理案	保險付費者
		3	「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之適用範圍與動支程序修正草案—續討論	—
	專案 報告	1	全民健康保險業務監理指標之監測結果	—
5 (4)	討論 事項	1	「治療心房顫動之冷凍消融導管--『美敦力』北極峰進階心臟冷凍消融導管」自付差額特殊材料申請案	—
		2	為確保全國病人就醫安全及全體醫護同仁之生命財產的安全，建請健保署公布全國各醫院之各項感染率案	保險醫事服務提供者
		3	107 年度總額協商架構	—
		4	107 年度總額協商通則	—
		5	為高齡慢性病患者不慎遺失業經醫師開立處方箋所購得之慢性病藥物，建請同意其逕向同一藥局藥師自費補購買當月不足藥量乙事，敬請審酌其事實必需性准予辦理	保險付費者
6 (5)	討論 事項	1	敬請研議對於 106 年「家庭醫師整合性照護計畫」，收案人數已超出中央健康保險署原預期的倍數成長，其新增超出的部分，不在總額協定時的涵蓋範圍，如何因應案	保險醫事服務提供者
		2	107 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序（草案）	—

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
		3	醫院總額實施後，點值皆未達每點 1 元，基於確保全民健康保險特約醫院之醫療服務品質與可近性，敬請進行原因檢討，並提出改進策略，予以輔導改善	保險醫事服務提供者
		4	民國 89~90 年醫院總額支付制度研議小組討論時，即預見地區醫院將遭遇嚴重衝擊，但歷經 15 年，地區醫院之困境未獲有效解決，並持續衰退，且政策端也未落實「醫院總額支付制度研議方案第六章第一節平衡各層級醫院發展配套措施」。基於分級醫療政策的推動及維護全民健康保險特約醫院服務品質與可近性，敬請研擬設立地區醫院總額	保險醫事服務提供者
	臨時提案	1	偏鄉離島與原住民健保補助及醫療品質提升案	—
7 (6)	討論事項	1	「全民健保財務平衡及收支連動機制」修正案	—
		2	基於維護台灣整體醫藥生態平衡發展與現行健保藥費議題及藥價支付標準的檢討，建議健保署秉於保險人權責，向藥商調查「專利期內藥品」於各類特約醫事服務機構的折扣狀況，並於本會報告	保險醫事服務提供者
		3	為使政府當責承擔健保總經費不得少於 36% 之財務責任，建請衛生福利部恢復 101 年 10 月 30 日修正通過之全民健康保險法施行細則第 45 條條文內容，並匡正 105 年度之政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式案	保險付費者
		4	敬請研議「臺灣地區外自墊核退費用（海外自墊費用）」編列於 107 年其他總額部門預算案	保險醫事服務提供者
	專案報告	1	105、106 年度醫院及西醫基層總額醫療服務成本指數改變率所增加預算用於調整支付標準之執行情形	—

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
		2	106 年度及近 5 年新增給付項目與調整給付內容之執行情形及財務影響	—
8 (7)	討論 事項	1	全民健康保險各部門總額評核結果於 107 年度總額專款之獎勵額度案	—
		2	建請依據 106 年度醫院總額協商分配重症金額 60 億元，請健保署提出書面分配內容之詳細表給委員瞭解卓參案	保險付費者之雇主
		3	建請健保署提供截至 106 年 6 月 30 日止，有關 106 年度醫院總額決定事項「106 年醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過 105 年的 90%，超過部分，不予分配」之辦理情形	保險付費者之雇主
	專案 報告	1	「106 年 6 月份全民健康保險業務執行季報告」(併「專業雙審及公開具名」試辦方案之執行情形、健保醫療資訊雲端查詢系統之執行情形、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材費用成長之合理性分析、「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」執行情形報告)	—
		2	106 年 7 月份全民健康保險業務執行報告	—
	臨時 提案	1	敬請研議對於 106 年「家庭醫師整合性照護計畫」，收案人數已超出中央健康保險署原預期的倍數成長，其新增超出的部分，不在總額協定時的涵蓋範圍，如何因應案， <b>續討論</b> 。	保險醫事服務提供者
		2	有關將西醫基層總額 106 年度 C 肝新藥之部分專款額度流用至醫院總額，用於新增新藥使用名額乙案	—
	9 (8)	討論 事項	1	107 年度西醫基層、中醫門診、牙醫門診、醫院醫療給付費用總額及其他預算案
2			敬請研議「臺灣地區外自墊核退費用(海外自墊費用)」編列於 107 年其他總額部門預算案， <b>續討論</b> 。	保險醫事服務提供者

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
10 (9)	討論 事項	1	107 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案	—
		2	107 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案	—
		3	107 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案	—
		4	107 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案	—
		5	基於維護台灣整體醫藥生態衡平發展與現行健保藥費議題及藥價支付標準的檢討，建議健保署秉於保險人權責，向藥商調查「專利期內藥品」於各類特約醫事服務機構的折扣狀況，並於本會報告	保險醫事服務提供者
		6	「鑒於維護全民健保之正義與健保的體制、永續，籲請盤點現行健保實務中違反全民健康保險法之情事，並立即改善或規劃導正期程」及「全民健康保險法明確揭示『成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品』不列入本保險給付範圍，建議儘速依法改正，其他違反之相同情事，亦應比照辦理案」	保險醫事服務提供者
		7	呼應健保署李伯璋署長及其同仁之「從健保大數據分析，邁向健保改革之路」乙文，建議檢討健保給付價較高之品項（如：電腦斷層、磁振造影、正子造影等）支付點數及給付規範，防杜藉由高單價檢查項目不當圖利之情形案	保險醫事服務提供者
	臨時 動議	1	建請中央健康保險署提報「健保藥品品質監測計畫」之結案或進度報告	專家學者及公正人士、 保險付費者之被保險人
11(10)	討論 事項	1	107 年度全民健康保險保險費率方案（草案）	—
		2	107 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案建議案	保險付費者之被保險人
		3	建議修正全民健康保險會組成及議事辦法第 15 條條文案	保險付費者之被保險人
	臨時	1	中央健康保險署提報「地區醫院之急診診察費保障每點 1 元案」	—



月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
	報告			
12(11)	討論 事項	1	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。	—
		2	107 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，續請討論。	—
		3	107 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案	—
		4	基於維護本保險資源的價值，籲請本會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等	保險醫事服務提供者
		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，建議國民健康署、疾病管制署、食品藥物管理署定期至本會報告與健保資源耗用連動相關之業務情形	保險醫事服務提供者
		6	現行健保署依「全民健康保險藥品價格調查作業辦法」第六條第一款規定要求醫事服務機構按季申報藥品採購資料等案，顯有擾民、血汗院所，並已然違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第二條，籲請檢討改正	保險醫事服務提供者
		7	現行健保復健之物理治療、職能治療處方開立，顯有圖利復健科專科醫師之嫌，並有徒增病患就醫困擾、增加民眾就醫成本及不便等問題，基於維護復健治療人員的公平對待與考量復健設置皆於醫療機構設置標準有一致規範，建議刪除以處方開立醫師別的差別支付，將兩階支付改為同一支付	保險醫事服務提供者
	臨時 提案	1	職業工會會員健保投保金額申報下限之規定與檢討	—

資料來源：本研究自製

107 年健保會委員提案案由

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
1 (1)	討論 事項	1	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	—
		2	「107 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」	—
		3	「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	—
		4	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。	—
	專案 報告	1	保險對象自付差額特材之實施情形	—
		2	全民健康保險業務監理指標之監測結果	—
3 (2)	討論 事項	1	107 年度西醫基層總額一般服務保障項目	—
		2	辦理 106 年各部門總額執行成果評核之作業方式 (草案) 案	—
		3	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	—
	專案 報告	1	「107 年 1 月份及 2 月份全民健康保險業務執行報告」	—
4 (3)	討論 事項	1	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	保險付費者
5 (4)	討論 事項	1	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	—
		2	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	保險付費者
		3	「慢性病連續處方箋比照一般處方箋收取部分負擔」案	—

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
6 (5)	專案 報告	4	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	—
		1	「健保藥品品質監測計畫」之進度報告	—
		2	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	—
		3	投保金額高薪低報查核及成效報告	—
	4	「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	—	
	討論 事項	1	108年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構(草案)	—
		2	108年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則(草案)	—
		3	108年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)	—
4		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	—	
5		為加強民眾用藥安全宣導，建請中央健康保險署將門診藥事服務費調高10點，以利民眾用藥安全，並將用藥安全宣導編列於108年度總額預算實施案	保險付費者	
6		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	—	
7		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	保險醫事服務提供者	
8		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	公正人士	

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
7 (6)			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	
		9	全民健康保險業務監理指標修訂案	—
		10	建請中央健康保險署說明 107 年新藥納入健保給付之進度、預期效果，以及新藥預算執行情形案	保險付費者
	專案 報告	1	中央健康保險署「107 年 5 月份全民健康保險業務執行報告」	—
		2	罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材費用成長之合理性分析	—
		3	推動促進醫療體系整合計畫（「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「區域醫療整合計畫」、「提升急性後期照護品質試辦計畫」，及「跨層級醫院合作計畫」）執行情形	—
		4	全民健康保險業務監理指標之監測結果	—
	討論 事項	1	有關 107 年度醫院總額協定事項持續推動區域級（含）以上醫院門診減量措施，為確保執行成效與目標，建議應制定費用結構、價量變化等相關分析，並將分析結果回饋醫院，且定期向本會報告	保險醫事服務提供者
		2	基於落實分級醫療政策推動，確保緊急照護資源的妥善運用，119 救護車運送就醫，應貫徹分級醫療，讓送醫個案前往就近適當機構，非一味送往大醫院急診	保險醫事服務提供者
	專案 報告	1	106 年度醫院及西醫基層總額、107 年度各部門總額醫療服務成本指數改變率所增加預算用於調整支付標準之執行情形	—
2		107 年度及近 5 年新醫療科技（包括新增診療項目、新藥及新特材等）與調整給付內容之執行情形及財務影響（含替代效應分析）	—	
3		有關醫院附設門診部回歸醫院，於 107 年一般服務其他醫療服務利用及密集度之改	—	

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
			變編列 4 億元，扣減 2.32 億元報告案	
8 (7)	討論 事項	1	106 年全民健康保險各部門總額評核結果獎勵額度案	—
		2	請研議在健保 IC 卡增列註記勞保身分，以利特約醫療院所提升申報職災案件案	保險醫事服務提供者
	專案 報告	1	107 年 7 月份全民健康保險業務執行報告	—
9 (8)	討論 事項	1	108 年度牙醫門診、西醫基層、中醫門診、醫院醫療給付費用總額及其他預算協商案	—
10 (9)	因時間因素，本次會議未及進行之討論事項、報告事項及臨時提案。			—
11(10)	討論 事項	1	108 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案	—
		2	108 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案	—
		3	108 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案	—
		4	108 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案	—
		5	108 年度全民健康保險保險費率方案（草案）	—
	專案 報告	1	107 年 10 月份全民健康保險業務執行報告	—
12(11)	討論 事項	1	108 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案（草案）	—
		2	108 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案	—
		3	有關擴大 C 型肝炎治療所將產生之相關檢查（驗）費用，應併入專款專用 C 肝藥費預算中編列，不宜由醫院總額（或西醫基層總額）一般服務預算中勻支，造成排擠效應	保險醫事服務提供者

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
	專案 報告	1	107 年 11 月份全民健康保險業務執行報告	—

資料來源：本研究自製

#### 第四屆

#### 108 年健保會委員提案案由

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
3 (1)	討論 事項	1	推派「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議」及「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之本會代表案	—
		2	辦理各部門總額 107 年執行成果評核之作業方式 (草案) 案	—
		3	一、針對台鐵重大事故 (普悠瑪) 所造成重大傷害之醫療支出，請健保署統計，並於下次會議做一初步報告，並討論是否向台鐵追償。 二、由於德國麻疹現擴大流行，其費用應屬疾病管制署提供費用 (公務)，為保護健保資源不流用至其他應付款單位，敬請本會於下次會議提供其所付費用。	保險醫事服務提供者
		4	建請以健保會名義向衛福部表達「反對『預告修正菸捐分配』並請恢復『70%供健保安全準備』」	保險付費者者
	專案 報告	1	有關「愛滋感染者慢箋領藥時已超過 2 年之醫療給付」，本署對於本項修訂之重點	—
		2	落實指示藥品不納入健保給付之規劃報告 (含配套措施及對健保財務之影響評估)	—
		3	107 年度「基層總額轉診型態調整費用」動支方案報告 (包含醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件)	—

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
		4	推動促進醫療體系整合計畫(「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「區域醫療整合計畫」、「提升急性後期照護品質試辦計畫」,及「跨層級醫院合作計畫」)之執行情形	—
4(2)	討論 事項	1	108年區域級(含)以上醫院門診減量措施執行方式	保險醫事服務提供者
		2	基於加強民眾對美容醫學及手術選擇的慎重度,增進民眾自我健康管理意識,促進提供美容醫學及手術之醫療人員與機構落實品質安全等,建議其所造成事故的健保醫療費用支出,不應由全民負擔及全民健保支付,應由執行美容醫學及手術機構負擔所有健保發生的費用	保險醫事服務提供者
5(3)	討論 事項	1	有關109年起西醫部門協商因素-新醫療科技(包括新藥、新特材及新增診療項目等)之協商,應於正式協商前三個月,請健保署相關單位先行提供預擬於109年引進健保支付標準或擬擴增適應症之新藥等新醫療科技項目,做為協商之依據,以落實收支連動,避免預算失衡之爭議產生	保險醫事服務提供者
		2	為維護健保財務及資源的穩定,保障大小醫療機構從業人員執業安全與民眾健康,籲請對麻疹疫情延燒及MMR疫苗供應不公問題進行檢討與改正,詳如說明	保險醫事服務提供者
		3	建請107年「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」(以下稱方案)全年結算金額超過預算額度部分,由108年同項方案其他部門預算「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」項目支應	—
		4	鑒於免疫療法經統計後符合條件者約2,600人,而今年預算僅8億元,約800~1,300位患者可接受治療,明顯不符合需求人數,勢必造成爭搶名額、醫病關係危機、患者恐慌等情形,依據公平治療原則,故建議增加明年度免疫療法治療預算數,全面治療	保險付費者

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
			符合資格者 2,600 人，至少增加 16 億元；另，已有臨床醫師提出部分癌別給付條件過嚴情形，實屬不公，建議中央健康保險署，重新審視並適度放寬給付條件，讓每位患者擁有公平治療之機會	
		5	108 年區域級（含）以上醫院門診減量措施執行方式，續請討論。	保險醫事服務提供者
		6	建請健保署每年定期評估分級醫療與門診減量政策執行成效與影響，以作為次年度門診減量降幅比率之依據	保險醫事服務提供者
		7	109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構（草案）	—
	專案 報告	1	保險對象自付差額特材之執行概況	—
		2	全民健康保險業務監理指標之監測結果	—
		3	106 年健保收入超過 4 億元之醫療院所財務報告之公開情形	—
		4	108 年 4 月份全民健康保險業務執行報告	—
		5	家庭醫師整合性照護計畫之監測指標及執行成效—落實以病人為中心之照護與執行面監督	—
	6 (4)	討論 事項	1	109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則（草案）
2			109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序（草案）	—
3			全民健康保險各部門 107 年度總額執行成果評核獎勵額度案	—
4			建請中央健康保險署就其最近預告修正之「全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 33 條修正草案」，於本會提出財務影響報告（例如將增加金額及對點值之影響等），並在本會形成共識前，暫停公告及施行	學者專家及公正人士
7 (5)	討論	1	有關 108 年度編列 C 型肝炎藥費專款 65.36 億元不足額數，本會決議由健保署 108	保險付費者/保險醫事服



月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
8 (6)	事項		年度醫療給付費用總額「其他預算」項下之結餘款支應，對其他預算項下可流用項目及流用金額	務提供者/專家學者及公正人士
		2	建請衛生福利部依法公告實際平均眷屬人數，並確實調降全國相關投保單位負擔員工健保費之計費基礎，改善目前不合理的收費	保險付費者之雇主
		3	增刪修訂「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	—
		4	建請中央健康保險署會同醫院總額部門研議109年度總額協商草案，將「提升住院護理照護品質」項目，由一般服務項目重新移列回專款項目，以便專款專用和真正改善護理人員待遇，讓本會編列預算美意真正能夠落實	保險付費者
		5	建請中央健康保險署每年度4月份公布前一年度外籍人士保險費收入及醫療使用統計表給健保會委員瞭解	保險付費者代表（含雇主及被保險人）
	專案 報告	1	牙周病統合照護計畫之管理機制及醫療利用情形（含管控措施及監測指標）	—
		2	強化基層照護能力及「開放表別」項目之檢討及規劃	—
		3	全民健康保險業務監理指標之監測結果	—
		4	「健保新藥預算預估模式研究」委託研究計畫成果報告	—
		5	罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費成長原因分析及因應管理作法	—
		6	持續監控C型肝炎全口服新藥之藥品給付規定修訂所產生之相關檢查（驗）費用及其對點值可能的影響	—
		7	藥品退出市場之相關因應作為	—
	8 (6)	專案	1	108年7月份全民健康保險業務執行報告

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
	報告	2	區域級(含)以上醫院門診減量措施執行情形及成效檢討報告	—
		3	109 年度新醫療科技預算規劃與預估內容	—
	臨時提案	1	有關「109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構」	保險醫事服務提供者
9 (7)	討論事項	1	109 年度西醫基層、牙醫門診、醫院、中醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商案	—
	專案報告	1	108 年 8 月份全民健康保險業務執行報告	—
10 (8)	討論事項	1	109 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案	—
		2	109 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案	—
	專案報告	1	109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果報告案	—
		2	108 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告	—
11 (9)	討論事項	1	全民健康保險 109 年度保險費率方案	—
		2	109 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案	—
		3	健保會 108 年第 8 次委員會議(108.10.25)決議通過,109 年度中醫門診總額一般服務之地區預算移撥 3,200 萬作為風險調整基金,然經考量後,建議修正為 4,200 萬	保險醫事服務提供者
		4	108 年度西醫基層總額「家庭醫師整合性照護計畫」經費新臺幣 28.8 億元,建請健保署提供全國參與此計畫之「醫療管理服務公司或組織團體」有多少單位,請提供名冊給委員參考案	保險付費者
		5	建請健保署將 107 年度西醫基層總額「家庭醫師整合性照護計畫」經費新臺幣 28.8	保險付費者

月份 (次)	類型	編號	案由	提案人代表 類別
			億元之支出，依各縣市診所參加明細，提供明細表予健保會委員參考研究案	
		6	建請政府依財政狀況，撥補 105~107 年政府應負擔健保法定經費不足數之缺口，以確保健保財務之健全案	保險付費者
	專案 報告	1	108 年 10 月份全民健康保險業務執行報告	—
12(10)	討論 事項	1	「109 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」	—
		2	109 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案	—
		3	近年健保「應提列安全準備來源」受到社保司自行解釋並逕減，影響安全準備之實際權責數字，為維繫現行費率適足，建請健保署逐期提供健保財務收支情形試算表，持續健全財務監理案	保險付費者
	專案 報告	1	108 年 11 月份全民健康保險業務執行報告	—
		2	保險對象自付差額特材之執行概況	—
		3	全民健康保險業務監理指標之監測結果	—

資料來源：本研究自製

附件五 歷屆健保會議題討論分類整理

第一屆

102 年健保會議題討論分類整理

議題分類	編號	案由	總數
收支連動	A1020302	102 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案	2
	A1020601	102 及 103 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案	
總額分配	A1020201	102 年全民健康保險各部門總額評核結果之獎勵成長率案	8
	A1020301	103 年度牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院部門及其他預算醫療給付費用總額協商因素項目及成長率案	
	A1020501	103 年度牙醫門診總額一般服務費用分配案	
	A1020502	103 年度中醫門診總額一般服務費用分配案	
	A1020503	103 年度西醫基層總額一般服務費用分配案	
	A1020504	103 年度醫院總額一般服務費用分配案	
	A1020603	基於保險監理及為了解總額實際資源分配之狀況，以利未來總額分配之思考，建請於委員會中按月提報醫院總額各分區等相關點值數據資料	
C1020201	專案預算不得作為一般服務支付標準調漲用途案		
費率審議	A1020302	為利保險費率之審議及保險財務之監理，需請中央健康保險署配合事項	3
	A1020505	103 年度全民健康保險費率審議案	
	B1020601	衛生福利部二代健保總檢討小組『二代健保制度總檢討－補充保險費議題』初步檢討報告	
給付範圍	A1020101	研擬「調整保險對象應自行負擔費用」案。	7
	A1020203	全民健康保險開辦十八年來，『全民健康保險醫療費用支付標準』皆未確實地詳加檢視各項目內容之合理性，以致於對醫療照護體系造成諸多傷害，其中尤以『門診診察費』為最為甚，故為增進醫療照護體系合理運作與發展，及確保全國各鄉、市、鎮醫療院所之權益，本會應監督衛生福利部中央健康保險署立即說明『全民健康保險醫療費用支付標準』第一章基本診療第一	

議題分類	編號	案由	總數
		節『門診診察費』所含之各項目（包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本）點數分配比率及各項目點數分配之計算公式案	
	A1020204	有關衛生福利部中央健康保險署『公告修正降血脂藥物之藥品給付規定』，卻未完成相關預算挹注之配套措施，將嚴重衝擊醫院及西醫基層總額案	
	A1020205	特殊材料『"愛德華"卡本特-愛德華沛旅旺人工心瓣膜"Edwards" Carpentier-Edwards PERIMOUNT Pericardial Bioprosthesis』自付差額申請案	
	B1020602	中央健康保險署『保險對象自付差額特殊材料之規劃』報告	
	C1020403	因誤用黑心食用油所引發之病變而門診、住診之醫療費用勿列為健保醫療支出，以杜絕不當使用之醫療資源案	
	C1020404	為維持總額財務穩定，在『修訂藥品給付規定之財務連動機制』未建立前，應維持藥品原給付規定或送衛生福利部裁示處理案」、「再確認『103年度西醫基層醫療給付費用總額協商因素項目及成長率』重啟協商之結論	
政策法規 諮詢	A1020202	攸關過去『全民健康保險醫療服務審查委員會』之停擺，已嚴重違反全民健康保險特約及管理辦法第二條-『公平、對等、尊重及互信原則』，並對全民健保實務運作及醫療照護體系造成傷害，故本會應監督衛生福利部中央健康保險署，邀集相關團體，成立『全民健康保險醫療服務審查會』，綜理及延續相關業務案	3
	C1020401	103年度醫院及西醫基層醫療給付費用總額協商因素項目及成長率重啟協商程序案	
	C1020601	建請衛生福利部於103年6月前制訂總額地區預算分配之具體政策供參據案	
其他監理 事項	A1020602	為了解現行健保就醫概況與醫療費用使用情形，建議於『全民健康保險業務執行報告』增列有關醫療院所初次級醫療照護比例、CMI值等資料	2
	C1020402	103年度醫院及西醫基層總額於102年9月份召開協商暨委員會議後再次協商為特例，未來不應援引辦理案	

103 年健保會議題討論分類整理

議題分類	編號	案由	總數
收支連動	A1031006	104 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案	4
	B1031001	102 及 103 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之執行情形及成效報告—與討論事項第六案合併討論	
	C1030801	現行主管機關公告之門診、急診保險對象應自行負擔金額，悖離全民健康保險法第 43 條之精神，並有鼓勵民眾往高層級特約機構就醫而造成健保醫療費用支出增加，應予立即檢討改正	
	C1030901	有關中央健康保險署與主計總處核算全民健康保險法規定政府法定負擔 36% 比率見解不同案	
總額分配	A1030301	為確保全民健保全體被保險人權益及維持總額妥適運作，建議新增之醫療科技包括藥品、特材、支付項目等預算編列於『其他預算』，俟其穩定後再納入一般預算案	18
	A1030302	攸關『103 年醫院總額一般服務之保障措施』乙案，宜立即增加地區醫院之點值保障項目，以提昇地區醫院固定點值部位之比例與大醫院相當，已逐步矯正長期資源分配的偏頗，讓弱勢的地區醫院也能逐步改善擁有比較公平的立足點	
	A1030502	104 年度總額協商架構案	
	A1030503	104 年度總額協商通則案	
	A1030504	建議『103 年醫院醫療給付費用總額一般服務之保障措施』保障點值項目先納入地區醫院門、住診診察費，後續再審慎規劃，從根本來調整資源分配的妥適性，讓民眾就醫權益獲得最好的保障，健保資源的使用達到最佳效益案」和	
	A1030601	104 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序（草案）	
	A1030801	103 年全民健康保險各部門總額評核結果之獎勵成長率案	
	A1030901	104 年度中醫門診、牙醫門診、醫院、西醫基層醫療給付費用總額協商因素項目與成長率及其他預算案	
	A1031001	104 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案	
	A1031002	104 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案	

議題分類	編號	案由	總數
	A1031003	104 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案	
	A1031004	104 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案	
	A1031201	103 年 731 高雄石化氣爆之醫療費用由 103 年度總額其他預算之『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目支應案	
	A1031202	有關醫院總額 103 年新增診療項目未於年度內支應之額度准予於 104 年支應案	
	B1030301	『建構全民健保醫療給付調整之審議機制』研究成果報告	
	B1030501	專案報告第一案「醫院總額門住診費用分配合理性及對社區醫院經營與民眾就醫權益之影響	
	B1030702	103 年度各部門總額協定事項重要計畫之執行情形報告	
	C1030501	不得將全民健康保險基金及其相關費用挹注『醫療糾紛處理及醫療事故補償法』之財源	
費率審議	A1031101	第一案「104 年度全民健康保險費率方案」	2
		第二案「依全民健康保險法第 18 條及第 24 條規定，建請衛福部將全民健康保險費率由 4.91% 調降為 4.58%，並自 104 年 1 月 1 日生效案」	
給付範圍	A1030101	特殊材料『愛德華』卡本特-愛德華沛旅旺人工心瓣膜『Edwards』 Carpentier-Edwards PERIMOUNT Pericardial Bioprosthesis」自付差額申請案	10
	A1030102	「特殊材料『英特加』內植用腦積水引流管組-壓力閥及引流管、『美敦力』史卓塔腦脊髓液引流組-壓力閥、『美敦力』史卓塔腦脊髓液可調式壓力閥、『美的思』柯特曼霍金斯可調式引流閥系統-可程式活門單位、『美的思』柯特曼霍金斯可調式引流閥系統-引流控制器及『美的思』柯特曼霍金斯可調式引流閥系統-可程式活門單位含導入器自付差額申請案」	
		特殊材料『合碩』顱顏骨固定系統-contour CMF Mesh 預成形不等厚及 contour CMF Mesh，預成形『CUSMED』CMF Fixation System」及『美敦力』鈦密斯顱骨固定系統『Medtronic』TiMesh Cranial Fixation System」自付差額申請案	
	A1030201	特殊材料『聖猷達』翠翡塔組織瓣膜『SJM』Trifecta Valve 自付差額申請案	

議題分類	編號	案由	總數
	A1030602	罕見疾病特殊材料『沛佳』法斯樂-杜瓦伸縮式髓內釘系統納入醫院總額罕見疾病專款項目案	
	A1031104	有關法定傳染病之醫療服務費用，請依法編列公務預算支應，不應由總額各部門費用支付案	
	A1031105	有關擴增 Verteporfin、Botulinum toxin type A、Pazopanib 及乾癬治療免疫抑制劑等 4 類藥品之藥品給付範圍案	
	A1031203	可調式腦積水引流系統--『英特佳』內植用腦積水引流管組 OSV II 自付差額特殊材料案	
	A1031205	檢討『全民健康保險保險對象應自行負擔費用之合理性』案	
	C1030102	特殊材料「『聖猷達』翠翡塔組織瓣膜『SJM』Trifecta Valve」自付差額申請案——無討論情形	
政策法規 諮詢	A1030401	全民健康保險業務監理架構與指標建置案	16
	A1030501	全民健康保險業務監理架構與指標建置案	
	A1030701	保險給付範圍調整於年度總額作業中之運作機制案	
	A1030702	增修『全民健康品質資訊公開辦法』第 2 條第 1 項第 2、3 款之附表一及附表二指標項目案	
	A1031007	健保第 1 類第 1 目至第 3 目被保險人所屬之投保單位或政府負擔之眷屬人數	
	A1031102	建請健保署遵循健保法施行細則第 68 條規定，儘速調降已公告 8 年未修正之平均眷屬人數案	
	A1031103	第五案「有關『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費項目之適用範圍與動支程序』案」	
		第六案「修訂其他預算項下『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目，其經費之適用範圍與動支程序案」	
	A1031106	關於現今藥品實際成本及藥品健保給付價格等相關資訊不透明化，導致藥價差之情形日趨嚴重，明顯危害到全民健康保險之運作，應即改正案	
	A1031204	全民健康保險年度總額對給付項目調整之處理機制案	
C1030101	建議『全民健保法』第四十一條第一項及第二項各類代表之名額比照本法第五條第四項『被保險人代表不得少於全部名額三分之一』的原則，重新調整被保險人比例，並自明年度起實施		



議題分類	編號	案由	總數
	C1030201	臨時提案：請健保署針對二代健保實施以來，新藥引進在藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議（以下稱共同擬訂會議）之進行之狀況，進行報告」	
		臨時動議：「建議本會制訂自付差額特材品項討論案之作業流程」	
	C1030601	健保署應依法不得將全民健康保險憑證（下稱健保 IC 卡）做為具備電子零錢包、現金儲值或任何塑膠貨幣等非醫療使用目的之功能，以保障保險對象隱私	
	C1031001	建請健保署遵循健保法施行細則第 68 條規定，儘速調降已公告 8 年未修正之平均眷屬人數」	
	C1031201	有關汽車肇事，擬刪除保險人健保署對保險公司之代位權，或修改強制汽車險傷害不賠，涉及肇事者相關責任轉由全民負擔，嚴重影響健保財務及公平正義案	
其他監理事項	A1030505	關於試辦藥費支出目標，將藥價差（藥價黑洞）合法化，包含於支出目標，且試辦計畫將逾目標之藥費，於翌年 4 月 1 日啟動藥價調整，今年則至 5 月 1 日始調降藥價，有圖利大型醫院，且鼓勵用藥衡量等情事，均有不當，應即改正案	11
	A1030703	因應台灣快速老化的現象，建議參考日本發展在宅醫療經驗（定點、到宅服務），提供往返醫院有困難者，特別是老人、身心障礙者、癌末者等病人的定點或到宅醫療服務。針對目前定點至老人福利機構、身心障礙機構之醫療服務，應檢討並放寬診療時段之次數，以減少行動不便老人及身心障礙者舟車勞頓及家屬照顧壓力案	
	A1031005	攸關 731 高雄石化氣爆事件對健保財務及轄區預算分配之影響的因應措施	
	B1030401	罕見疾病、血友病藥費專款項目之執行報告	
	B1030601	健保代位求償執行情形與成效報告	
	B1030602	『全民健康保險藥品費用分配比率目標制』試辦方案之執行情形報告	
	B1030701	全民健康保險業務監理指標之監測結果—— <b>書面資料，無討論情形</b>	
	B1030801	專案報告：健保法第 43 條推動自行負擔費用及轉診之執行報告	
B1030802	全民健康保險新增醫療科技項目之替代效應分析		

議題分類	編號	案由	總數
	B1030803	103 年度醫院總額『新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)』協商因素項目之執行情形(含預算評估)報告	
	C1031101	針對台灣周圍國家競逐醫療專業人員的現況,尤其自由經貿區開放在即,健保馬上會遭遇到空前的危機,健保署應針對這樣的危急狀況,著手擬定因應對策,以尋求政府及社會支持	

資料來源：本研究自製

第二屆

#### 104 年健保會議題討論分類整理

議題分類	編號	案由	總數
收支連動	A1041004	105 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案	1
總額分配	A1040202	因 103 年登革熱疫情嚴峻,高雄市衛生局建請由『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』支應高雄市登革熱住院病患醫療費用案	18
	A1040401	105 年度總額協商架構案	
	A1040402	105 年度總額協商通則案	
	A1040501	105 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(草案)	
	A1040601	104 年 627 台北八仙樂園粉塵暴燃之醫療費用由 104 年度總額其他預算之『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目支應案	
	A1040701	104 年全民健康保險各部門總額評核結果之獎勵案	
	A1040801	105 年度牙醫門診、西醫基層、醫院、中醫門診醫療給付費用總額及其他預算案	
	A1040901	105 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案	
	A1040902	105 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案	
	A1040903	105 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案	
	A1040904	105 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案	

議題分類	編號	案由	總數
	A1041001	105 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案	
	A1041002	105 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案	
	B1040502	各部門總額需保障或鼓勵服務，採點值保障方式之合宜性探討及改善方案報告	
	B1040601	新醫療科技項目對財務之影響評估及替代效應報告	
		104 年度各部門總額協定事項重要計畫之執行情形（含「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」之執行效益與經費使用情形）報告	
	B1040702	104 年 627 八仙樂園粉塵暴燃事件醫療費用之後續執行方式及與新北市政府協商之情形報告	
	C1040501	有關『105 年度總額協商通則案』	
費率審議	A1041003	健保財務平衡及收支連動之機制與標準暨 105 年度全民健康保險費率方案（草案）	5
		請衛生福利部依據健保法第 24 條條文規定，於 105 年元月 1 日起調降健保費率 0.5%，以 4.41% 來徵收健保費，以還全民公平、公正、合理、公道收費責任案	
	C1040901	利息、股利、租金及執行業務收入補充保險費扣費標準提高到 2 萬元	
		健保會雇主代表委員聯合各工商團體要求衛生福利部依法將 105 年度健保費率調降為 4.41%	
C1041001	為維持全民健康保險財務穩定與永續發展，請衛福部及健保會支持全民健康保險 105 年費率維持現行 4.91% 案		
給付範圍	A1040403	『治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置--曲克利弗爾』自付差額特殊材料案	9
	A1040502	建議試辦中醫治療『過敏性鼻炎』案	
	A1040602	關於現今藥品各醫療院所實際採購價格及藥品健保給付價格，資訊不透明化，導致藥價差之情形日趨惡化，嚴重影響到全民健康保險之藥品費用，應立即公布各層級醫療院所之藥價差金額案	
	A1041101	治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置--『曲克』利弗爾周邊血管支架自付差額特殊材料案	
	B1040101	保險對象自付差額特材之實施情形	
	B1040301	『罕見疾病、血友病藥費及新增罕見疾病特材』費用成長之合理性分析檢討報告	

議題分類	編號	案由	總數
	B1040302	藥價調整對病患權益影響及各層級醫療院所產生藥價差百分比之評估報告	
	B1041101	保險對象自付差額特材之實施情形	
	C1040603	民眾為購買隱形眼鏡至院所眼科驗光並索取處方箋乙案，建議應非屬本保險給付範圍，爰依健保法第 51 條規定提會審議	
政策法規 諮詢	A1040102	關於保險醫事服務提供者代表委員之席次，應平均分配並建立透明遴選機制案	17
	A1040103	關於現今醫療院所藥品之健保價與實際售價之差額，係屬於全民健康保險健保總額之一部分，或是屬於獎勵金案	
	A1040201	全民健康保險年度總額對給付項目調整之處理機制案	
	A1040505	敬請將健保署已執行第六年之高診次者藥事居家照護計畫改列為一般性常態服務案	
	A1040603	增修「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 5 條條文（草案）	
	A1041103	建請衛生福利部增列醫療法等相關條文，責令醫療院所為內科、外科、婦產科、小兒科、急診科辦理醫師醫療責任險，以維護、保護執行工作醫師法律責任保障權益，免受法律侵權發生，確保善意工作責任，保險費並由政府、院所、醫師各負擔 20%、60%、20%案	
		建請衛生福利部責令各醫療院所為醫護工作人員辦理雇主意外責任險承保事項，以利保護醫護人員工作安全權益案	
	B1040701	研修全民健康保險法施行細則重點報告	
	B1040801	全民健康保險法施行細則第 45 條再研修案—書面資料，無討論情形	
	B1040901	『全民健康保險醫療辦法』第 11、12、18 條修正草案研議報告	
	B1041102	擬公開之藥價差資料及相關配套措施報告（併同提出確保健保給付藥品品質之相關機制）	
		全民健保藥價政策短、中、長程之改善方案（包括對策、規劃時程及預期效益）	
	C1040101	針對立法院 1 月 22 日三讀通過漁業法第 69 條之 2 修正案，另要求健保署返還 98 年 1 月 1 日起至該法修法生效日止之已收健保費，且對欠繳者不再催繳及罰款一案，本會應表示反對此一違反保險權利義務之事，該法通過前之欠費及滯納金仍應依法繳納，已收取之保費不應返還案	

議題分類	編號	案由	總數
	C1040201	以健保會名義對外發表意見之議案須符合之條件案	
	C1040202	因應『人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例』第16條修訂公告，所衍生之費用及預算編列，如何因應，請議決案	
	C1040602	針對衛生福利部於104年7月21日於行政院公報刊登預告修正『全民健康保險法施行細則』之部分條文修正草案，其中預告版本欲刪除施行細則第45條。此案涉及保險經費內涵比例之變更，對被保險人、投保單位之權利均有影響，本會基於權責，應立即向衛福部要求暫緩修正	
	C1041101	反對衛生福利部修正發布之全民健康保險法施行細則第45條條文溯自中華民國104年1月1日施行。應自發布日104年12月15日施行	
其他監理事項	A1040101	推派『全民健康醫療給付費用總額研商議事會議』及『全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議』之本會代表案	12
	A1040104	為維護醫療照護體系正常運作，保障民眾就醫權益與品質，應立即依品質確保方案就平均點值低於百分之五進行檢討及補救機制案	
	A1040503	基於保險業務監理，建請健保署於委員會定期按月提供醫學中心、區域醫院之門、住診初(次)級照護及下轉等數據資料案	
	A1040504	關於現今藥品各醫療院所實際採購價格及藥品健保給付價格，資訊不透明化，導致藥價差之情形日趨惡化，嚴重影響到全民健康保險之藥品費用，應立即公布各層級醫療院所之藥價差金額案	
	A1041102	全民健康保險業務監理指標修訂案	
	B1040201	全民健康保險業務監理指標之監測結果	
	B1040401	『提升住院護理照護品質計畫』之支付方式及護理人力指標監測結果報告	
	B1040501	健保代位求償執行情形與成效報告	
	B1040602	全民健康保險藥品費用分配比率目標制』試辦方案之評估與檢討報告	
		全民健康保險業務監理指標之監測結果報告	

議題分類	編號	案由	總數
	C1040601	關於八仙塵爆住院，排擠其他病患，請速整合其他佔床率較低醫院，進行整合	
	C1041002	有關國民健康署署長在其個人臉書發表不實言論及誤導民眾說：蔡前委員登順沒有誠實揭露其資訊，此舉已嚴重傷害本委員會及蔡前委員登順名譽。故請本委員會應發表嚴正聲明，以還我委員會及蔡前委員登順聲譽案	

資料來源：本研究自製

### 105 年健保會議題討論分類整理

議題分類	編號	案由	總數
收支連動	A1051101	106 年度全民健保保險費率方案（草案）暨全民健保財務平衡及收支連動機制建議修正方案	2
	B1051201	政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之計算	
總額分配	A1050205	有關 104 年度其他預算之『非屬各部門總額支付制度範圍之服務』項目，其經費不足部分請准由『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目支應案	18
	A1050401	建議流感疫情所衍生之醫療費用由 105 年度其他預算之『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目支應案	
	A1050402	有關其他預算『非屬各部門總額支付制度範圍之服務』104 年經費不足部分，請准予由『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』支應案	
	A1050501	討論事項第三案「流感疫情等相關非預期疾病發生所產生之醫療費用，是否應由健保全額支應案」	
	A1050502	106 年度總額協商架構案	
	A1050601	106 年度總額協商程序案	
	A1050602	106 年度總額協商通則案	
A1050802	105 年全民健康保險各部門總額評核結果之獎勵案		

議題分類	編號	案由	總數
	A1050901	106 年度醫院、牙醫門診、中醫門診、西醫基層醫療給付費用總額及其他預算案	
	A1051001	106 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案	
	A1051002	106 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案	
	A1051003	106 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案	
	A1051004	106 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案	
	A1051102	106 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案	
		106 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案	
	A1051201	106 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案	
	A1051202	106 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案	
C1051101	106 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算移撥特定用途案		
給付範圍	A1050101	基於健保給付平等原則，『保險對象自確診開始服藥二年內之愛滋病治療費用』，非屬本保險給付範圍之審議案	9
	A1050201	為提升醫療照護品質與善盡健保會委員監督健保資源使用，目前支付標準項目中如非醫師親自執行，健保應不予給付案	
	A1050301	討論事項第二案「近日立法委員擬修正強制汽車責任保險法第 27 條，將『傷害醫療費用給付』不包含全民健康保險法所規定之給付項目。請研議該法案是否將影響健保財務穩定及本會因應方式；未來如再有影響健保財務穩定之法案，衛福部、健保署及本會如何因應。本會對於健保署代位求償收入流向之意見，及建請研議該收入應回歸各部門總額案」	
		專案報告「立法委員李應元等 16 人擬具『強制汽車責任保險法第 27 條條文修正草案』，提案修正強制汽車責任保險傷害醫療費用給付範圍排除全民健康保險法所規定給付範圍，影響健保財務案」	
A1050605	建請中央健康保險署針對新型 C 肝口服藥與藥廠議價後，已取得與現行療程相等之治療費用前提下，應優先將新型 C 肝口服藥物納入健保給付，爭取國內 C 肝患者提早完成治癒，同步		

議題分類	編號	案由	總數
		考量預算排擠問題，建請健保署編列足夠 C 肝治療預算，以提供穩定經費，期使治療政策吻合患者需求，確保國人健康案	
	A1051005	有關原中央健康保險局於 94 年 9 月 15 日健保藥字第 0940026378 號函，取消指示用藥制酸劑健保給付品項暨價格明細表共 176 項，既然公文取消支付，為何每年尚支付健保費用案	
	A1051006	為鼓勵民眾配合分級醫療推動，籲請檢討現行健保管理措施與支付制度，以強壯社區－基層診所、地區醫院醫療照護體系案	
	B1050301	「強制汽車責任保險法第 27 條條文修正草案」，提案修正強制汽車責任保險傷害醫療費用給付範圍排除全民健康保險法所規定給付範圍，影響健保財務案—與討論事項第二案合併討論	
	B1050501	「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」費用成長之合理性分析—書面資料，無討論情形	
政策法規 諮詢	A1050203	建議成立『健保藥品政策研究小組』，以研討健保藥品供需內容和藥價政策執行之規劃方案，期使合乎市場常軌與公平交易法規範，維護全民用藥品質及確保國人健康，並健全醫療服務體系案	6
	A1050401	敬請研議『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目評估指標之定義內容案	
	A1050603	建請修改全民健康保險會組成及議事辦法第 5 條條文：健保會委員任期為二年，保險付費者代表及保險醫事服務提供者代表之委員，以連任一次為原則，每一屆並應至少更替五分之一；委員連署建議刪除『以連任一次為原則』和『每一屆並應至少更替五分之一』的限制文字案	
	A1050606	建請中央健康保險署針對菸品健康福利捐分配於全民健康保險之安全準備金從 70%調整至 50%一事，重新審視其調整的比例，目前健保署提出 105 年健保收支餘絀預估值為負 117 億元，之後會由健保安全準備金來填補，如此一來健保安全準備金將每年被吞噬，最後回到過去赤字的狀況，再者，目前菸捐分配比率方式有違最初支應長照的原則，將其餘 17%偷渡至非長照使用項目，有鑑於此，是否應將非使用在長照中的 17%回歸到健保安全準備金中案	
	A1050801	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 款及第 3 款之附表一及附表	



議題分類	編號	案由	總數
		二指標項目案	
	C1050701	反對衛生福利部自 10 月起開放健保醫療申請款額第一線個別醫師需具名審查公開之措施，應依據 20 年來對健保醫療審查制度具名不公開措施為準則，並請另行建立乙套公平、公正、合理可信、正義的新審查共審評議制度	
其他監理事項	A1050202	建議 105 年度起，各部門總額評核資料於檢送評核委員時，應同時檢送本會推派擔任中央健康保險署研商議事會議及共同擬訂會議之代表（保險付費者代表），讓委員參閱其年度評核資料案	13
	A1050204	建議衛生福利部醫事司、護理及健康照護司及健保署於 105 年 4 月 30 日前向本會保險付費者代表簡報說明 102~104 年內科、外科、婦產科、兒科、急診科等五大科醫師及護理人力之增減情形案	
	A1050301	建請以本會代表名義，邀集本會各類委員代表，籌組立法院拜會小組，針對衛福部全民健康保險法施行細則第 45 條修正等相關不合理與適法性疑慮，進行立法院各朝野黨團之拜會	
	A1050604	『健保會討論自付差額特材案之作業流程，及健保署提案需檢附之基本資料表、檢核表』（草案）修訂案	
	B1050201	『鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案』之執行成果與檢討報告 全民健康保險業務監理指標之監測結果報告	
	B1050502	「醫療給付改善方案」之執行成效（含提升照護率）及檢討—書面資料，無討論情形	
	B1050601	『全民健康保險藥品費用分配比率目標制』試辦方案執行成果	
	B1050801	全民健康保險業務監理指標之監測結果報告	
	B1050802	DRGs 相關診斷分類分組由 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 之執行情形	
	B1050803	105 年度及近 5 年新增給付項目與調整給付內容之執行情形及財務影響專案報告	
	B1051101	衛生福利部推動分級醫療報告	
	C1050101	建議待 ICD-10-CM/PCS 上傳申報穩定執行半年後，及解決 Tw-DRGs 編審程式問題後，再行	

議題分類	編號	案由	總數
		規劃全面導入 Tw-DRGs	

資料來源：本研究自製

### 第三屆

#### 106 年健保會議題討論分類整理

議題分類	編號	案由	總數
收支連動	A1060301	106 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案	3
	A1060601	『全民健保財務平衡及收支連動機制』修正案	
	A1061105	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，建議國民健康署、疾病管制署、食品藥物管理署定期至本會報告與健保資源耗用連動相關之業務情形案	
總額分配	A1060103	配合勞動基準法修正案一例一休政策於 105 年 12 月 6 日立法院三讀通過，致西醫基層假日開診成本增加，請准由 106 年『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目，支應增加之費用案	20
	A1060403	107 年度總額協商架構（草案）	
	A1060404	107 年度總額協商通則（草案）	
	A1060501	敬請研議對於 106 年『家庭醫師整合性照護計畫』，收案人數已超出中央健康保險署原預期的倍數成長，其新增超出的部分，不在總額協定時的涵蓋範圍，如何因應案	
	A1060502	107 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序（草案）	
	A1060604	敬請研議『臺灣地區外自墊核退費用（海外自墊費用）』編列於 107 年其他總額部門預算案	
	A1060701	全民健康保險各部門總額評核結果於 107 年度總額專款之獎勵額度案	
	A1060702	建請依據 106 年度醫院總額協商分配重症金額 60 億元，請健保署提出書面分配內容之詳細表給委員瞭解卓參案	

議題分類	編號	案由	總數
	A1060703	建請健保署提供截至 106 年 6 月 30 日止，有關 106 年度醫院總額決定事項『106 年醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過 105 年的 90%，超過部分，不予分配』之辦理情形	
	A1060801	107 年度西醫基層、中醫門診、牙醫門診、醫院醫療給付費用總額及其他預算案	
	A1060901	107 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案	
	A1060902	107 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案	
	A1060903	107 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案	
	A1060904	107 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案	
	C1060101	依中醫總額研商議事會議中醫全聯會提案，配合勞動基準法修正案一例一休政策於 105 年 12 月 6 日立法院三讀通過，致中醫院所假日開診成本增加，請由 106 年「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目支應增加之費用	
	C1060701	敬請研議對於 106 年「家庭醫師整合性照護計畫」，收案人數已超出中央健康保險署（下稱健保署）原預期的倍數成長，其新增超出的部分，不在總額協定時的涵蓋範圍，如何因應案	
	C1060702	有關將西醫基層總額 106 年度 C 肝新藥之部分專款額度流用至醫院總額，用於新增新藥使用名額乙案	
	A1061101	107 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案	
	A1061102	107 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案	
	A1061103	107 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案	
費率審議	A1060302	現行職業工會會員申報健保投保金額下限，其調整竟以公、民營事業機構受僱者平均投保金額累積調升幅度為計算方式，造成職業工會勞工沈重負擔，顯不合理案	2
	A1061001	107 年度全民健康保險保險費率方案（草案）	
給付範圍	A1060202	客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統--美敦力鈦密斯顱骨固定系統』自付差額特殊材料申請案 『保險對象自付差額特材之實施情形』	8
	A1060401	『治療心房顫動之冷凍消融導管--『美敦力』北極峰進階心臟冷凍消融導管』自付差額特殊材	

議題分類	編號	案由	總數
		料申請案	
	A1060602	基於維護台灣整體醫藥生態衡平發展與現行健保藥費議題及藥價支付標準的檢討，建議健保署秉於保險人權責，向藥商調查『專利期內藥品』於各類特約醫事服務機構的折扣狀況，並於本會報告案	
	A1060905	基於維護台灣整體醫藥生態衡平發展與現行健保藥費議題及藥價支付標準的檢討，建議健保署秉於保險人權責，向藥商調查『專利期內藥品』於各類特約醫事服務機構的折扣狀況，並於本會報告	
	A1060907	呼應健保署李伯璋署長及其同仁之『從健保大數據分析，邁向健保改革之路』乙文，建議檢討健保給付價較高之品項（如：電腦斷層、磁共振造影、正子造影等）支付點數及給付規範，防杜藉由高單價檢查項目不當圖利之情形	
	B1060501	罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材費用成長之合理性分析— <b>書面資料，無討論情形</b>	
	B1060601	105、106 年度醫院及西醫基層總額醫療服務成本指數改變率所增加預算用於調整支付標準之執行情形— <b>書面資料，無討論情形</b>	
政策法規 諮詢	A1060102	『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目之適用範圍與動支程序修訂草案	14
	A1060201	辦理 105 年各部門總額執行成果評核之作業方式案	
	A1060203	全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法修正案	
		104 年健保收入超過 6 億元之醫療院所財務報告之公開情形	
	A1060303	『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目之適用範圍與動支程序修正草案	
	A1060405	為高齡慢性病患者不慎遺失業經醫師開立處方箋所購得之慢性病藥物，建請同意其逕向同一藥局藥師自費補購買當月不足藥量乙事，敬請審酌其事實必需性准予辦理案	
A1060504	民國 89~90 年醫院總額支付制度研議小組討論時，即預見地區醫院將遭遇嚴重衝擊，但歷經 15 年，地區醫院之困境未獲有效解決，並持續衰退，且政策端也未落實「醫院總額支付制度		

議題分類	編號	案由	總數
		研議方案第六章第一節平衡各層級醫院發展配套措施」。基於分級醫療政策的推動及維護全民健康保險特約醫院服務品質與可近性，敬請研擬設立地區醫院總額	
	A1060603	為使政府當責承擔健保總經費不得少於 36% 之財務責任，建請衛生福利部恢復 101 年 10 月 30 日修正通過之全民健康保險法施行細則第 45 條條文內容，並匡正 105 年度之政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式案	
	A1060906	鑒於維護全民健保之正義與健保的體制、永續，籲請盤點現行健保實務中違反全民健康保險法之情事，並立即改善或規劃導正期程及全民健康保險法明確揭示『成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品』不列入本保險給付範圍，建議儘速依法改正，其他違反之相同情事，亦應比照辦理	
	A1061002	107 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案建議案	
	A1061003	建議修正全民健康保險會組成及議事辦法第 15 條條文案	
	A1061104	基於維護本保險資源的價值，籲請本會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等	
	A1061106	現行健保署依『全民健康保險藥品價格調查作業辦法』第六條第一款規定要求醫事服務機構按季申報藥品採購資料等案，顯有擾民、血汗院所，並已然違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第二條，籲請檢討改正案	
	C1061101	職業工會會員健保投保金額申報下限之規定與檢討	
其他監理事項	A1060101	推派『全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議』及『全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議』之本會代表案	11
	A1060402	為確保全國病人就醫安全及全體醫護同仁之生命財產的安全，建請健保署公布全國各醫院之各項感染率案	
	A1060503	醫院總額實施後，點值皆未達每點 1 元，基於確保全民健康保險特約醫院之醫療服務品質與可近性，敬請進行原因檢討，並提出改進策略，予以輔導改善	
	B1060301	全民健康保險業務監理指標之監測結果	

議題分類	編號	案由	總數
		『專業雙審及公開具名』試辦方案之執行情形	
	B1060602	106 年度及近 5 年新增給付項目與調整給付內容之執行情形及財務影響—書面資料，無討論情形	
	B1060603	『從國際經驗檢視我國總額支付制度地區預算分配方式之研究』計畫成果報告	
	B1060701	106 年 7 月份全民健康保險業務執行報告—書面資料，無討論情形	
	B1060901	107 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率報告案	
	C1060501	偏鄉離島與原住民健保補助及醫療品質提升案	
	C1060901	建請中央健康保險署提報「健保藥品品質監測計畫」之結案或進度報告	

資料來源：本研究自製

#### 107 年健保會議題討論分類整理

議題分類	編號	案由	總數
收支連動	A1070102	『107 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案』（草案）	2
	A1071101	108 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案（草案）	
總額分配	A1070101	107 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案	17
	A1070201	107 年度西醫基層總額一般服務保障項目	
	A1070401	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	
	A1070501	108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構（草案）	
	A1070502	108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則（草案）	
	A1070503	108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序（草案）	
	A1070504	建請 106 年之『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 年同項方案支應案	
A1070505	為加強民眾用藥安全宣導，建請中央健康保險署將門診藥事服務費調高 10 點，以利民眾用		

議題分類	編號	案由	總數
		藥安全，並將用藥安全宣導編列於 108 年度總額預算實施案	
	A1070508	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	
	A1070701	106 年全民健康保險各部門總額評核結果獎勵額度案	
	A1070801	108 年度牙醫門診、西醫基層、中醫門診、醫院醫療給付費用總額及其他預算協商案	
	A1071001	108 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案	
	A1071002	108 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案	
	A1071003	108 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案	
	A1071004	108 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案	
	A1071102	108 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案	
	B1070603	有關醫院附設門診部回歸醫院，於 107 年一般服務其他醫療服務利用及密集度之改變編列 4 億元，扣減 2.32 億元報告案— <b>無討論情形</b>	
費率審議	A1071005	108 年度全民健康保險保險費率方案（草案）審議案	1
給付範圍	A1070103	『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	
	A1070402	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	
	A1071103	有關擴大 C 型肝炎治療所將產生之相關檢查（驗）費用，應併入專款專用 C 肝藥費預算中編列，不宜由醫院總額（或西醫基層總額）一般服務預算中勻支，造成排擠效應案	
	B1070101	保險對象自付差額特材之實施情形— <b>書面資料，無討論情形</b>	
	B1070404	「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— <b>書面資料，無討論情形</b>	
			7

議題分類	編號	案由	總數
	B1070502	罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材費用成長之合理性分析	
	B1070601	106 年度醫院及西醫基層總額、107 年度各部門總額醫療服務成本指數改變率所增加預算用於調整支付標準之執行情形	
政策法規諮詢	A1070104	職業工會會員健保投保金額申報下限之規定與檢討案	8
	A1070202	辦理 106 年各部門總額執行成果評核作業方式（草案）案	
	A1070203	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	
	A1070403	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	
	A1070507	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案	
	A1070509	全民健康保險業務監理指標修訂案	
	A1070510	建請中央健康保險署說明 107 年新藥納入健保給付之進度、預期效果，以及新藥預算執行情形案	
	A1070602	基於落實分級醫療政策推動，確保緊急照護資源的妥善運用，119 救護車運送就醫，應貫徹分級醫療，讓送醫個案前往就近適當機構，非一味送往大醫院急診	
其他監理事項	A1070506	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	14
	A1070601	有關 107 年度醫院總額協定事項持續推動區域級（含）以上醫院門診減量措施，為確保執行成效與目標，建議應制定費用結構、價量變化等相關分析，並將分析結果回饋醫院，且定期向本會報告	
	B1070102	全民健康保險業務監理指標之監測結果— <b>書面資料，無討論情形</b>	
	B1070201	「107 年 1 月份及 2 月份全民健康保險業務執行報告— <b>書面資料，無討論情形</b>	
	B1070401	「健保藥品品質監測計畫」之進度報告— <b>書面資料，無討論情形</b>	



議題分類	編號	案由	總數
	B1070402	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—書面資料，無討論情形	
	B1070403	投保金額高薪低報查核及成效報告—書面資料，無討論情形	
	B1070501	中央健康保險署『107 年 5 月份全民健康保險業務執行報告』	
	B1070503	推動促進醫療體系整合計畫（『醫院以病人為中心門診整合照護計畫』、『區域醫療整合計畫』、『提升急性後期照護品質試辦計畫』，及『跨層級醫院合作計畫』）之執行情形	
	B1070504	全民健康保險業務監理指標之監測結果	
	B1070602	107 年度及近 5 年新醫療科技（包括新增診療項目、新藥及新特材等）與調整給付內容之執行情形及財務影響（含替代效應分析）	
	B1070701	107 年 7 月份全民健康保險業務執行報告—書面資料，無討論情形	
	B1071001	107 年 10 月份全民健康保險業務執行報告—書面資料，無討論情形	
	B1071101	107 年 11 月份全民健康保險業務執行報告—書面資料，無討論情形	

資料來源：本研究自製

#### 第四屆

#### 108 年健保會議題討論分類整理

議題分類	編號	案由	總數
收支連動	A1080301	有關 109 年起西醫部門協商因素-新醫療科技（包括新藥、新特材及新增診療項目等）之協商，應於正式協商前三個月，請健保署相關單位先行提供預擬於 109 年引進健保支付標準或擬擴增適應症之新藥等新醫療科技項目，做為協商之依據，以落實收支連動，避免預算失衡之爭議產生	2
	A1081001	109 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案（草案）	
總額分配	A1080103	『針對台鐵重大事故（普悠瑪）所造成重大傷害之醫療支出，請健保署統計，並於下次	23

議題分類	編號	案由	總數
		會議做一初步報告，並討論是否向台鐵追償』及『由於德國麻疹現擴大流行，其費用應屬疾病管制署提供費用（公務），為保護健保資源不流用至其他應付款單位，敬請本會於下次會議提供其所付費用』案	
	A1080303	建請 107 年『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』全年結算金額超過預算額度部分，由 108 年同項方案其他部門預算『獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用』項目支應	
	A1080307	109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構（草案）	
	A1080401	109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則（草案）	
	A1080402	109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序（草案）	
	A1080403	全民健康保險各部門 107 年度總額執行成果評核獎勵額度案	
	A1080501	有關 108 年度編列 C 型肝炎藥費專款 65.36 億元不足額數，本會決議由健保署 108 年度醫療給付費用總額『其他預算』項下支應，對其他預算項下可流用項目及流用金額之復議案	
	A1080504	建請中央健康保險署會同醫院總額部門研議 109 年度總額協商草案，將『提升住院護理照護品質』項目，由一般服務項目重新移列回專款項目，以便專款專用和真正改善護理人員待遇，讓本會編列預算美意真正能夠落實案	
	A1080701	109 年度西醫基層、牙醫門診、醫院、中醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商案	
	A1080801	109 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案	
	A1080802	109 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案	
	A1080902	109 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案	
	A1080903	健保會 108 年第 8 次委員會議（108.10.25）決議通過，109 年度中醫門診總額一般服務之地區預算移撥 3,200 萬元作為風險調整基金，然經考量後，建議修正為 4,200 萬元，提請復議	

議題分類	編號	案由	總數
	A1080904	108 年度西醫基層總額『家庭醫師整合性照護計畫』經費新臺幣 28.8 億元，建請健保署提供全國參與此計畫之『醫療管理服務公司或組織團體』有多少單位，請提供名冊給委員參考案」及「建請健保署將 107 年度西醫基層總額『家庭醫師整合性照護計畫』經費新臺幣 28.8 億元之支出，依各縣市診所參加明細，提供明細表予健保會委員參考研究案	
	A1080905	建請政府依財政狀況，撥補 105~107 年政府應負擔健保法定經費不足數之缺口，以確保健保財務之健全案	
	A1081002	109 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案	
	B1080201	108 年度西醫基層總額一般服務之地區預算風險調整基金及相關建議案	
	B1080202	衛生福利部『109 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍』（草案）諮詢案	
	B1080204	109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商工作計畫（草案）案—無討論情形	
	B1080501	109 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍交議案	
	B1080503	「持續監控 C 型肝炎全口服新藥之藥品給付規定修訂所產生之相關檢查（驗）費用及其對點值可能的影響」	
	B1080801	109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果報告案	
	B1081002	『109 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式	
費率審議	A1080502	建請衛生福利部依法公告實際平均眷屬人數，並確實調降全國相關投保單位負擔員工健保費之計費基礎，改善目前不合理的收費案	2
	A1080901	全民健康保險 109 年度保險費率方案審議案	
給付範圍	A1080202	基於加強民眾對美容醫學及手術選擇的慎重度，增進民眾自我健康管理意識，促進提供美容醫學及手術之醫療人員與機構落實品質安全等，建議其所造成事故的健保醫療費用支出，不應由全民負擔及全民健保支付，應由執行美容醫學及手術機構負擔所有健保發生的費用	6

議題分類	編號	案由	總數
	A1080304	鑒於免疫療法經統計後符合條件者約 2,600 人，而今年預算僅 8 億元，約 800~1,300 位患者可接受治療，明顯不符合需求人數，勢必造成爭搶名額、醫病關係危機、患者恐慌等情形，依據公平治療原則，故建議增加明年度免疫療法治療預算數，全面治療符合資格者 2,600 人，至少增加 16 億元；另，已有臨床醫師提出部分癌別給付條件過嚴情形，實屬不公，建議中央健康保險署，重新審視並適度放寬給付條件，讓每位患者擁有公平治療之機會	
	B1080101	落實指示藥品不納入健保給付之規劃報告（含配套措施及對健保財務之影響評估）	
	B1080301	保險對象自付差額特材之執行概況	
	B1080503	第四案「中央健康保險署『健保新藥預算預估模式研究』委託研究計畫成果報告」	
	B1080603	109 年度新醫療科技預算規劃與預估內容	
政策法規諮詢	A1080102	辦理各部門總額 107 年執行成果評核之作業方式（草案）案	12
	A1080104	建請以健保會名義向衛福部表達反對預告修正菸捐分配並請恢復 70% 供健保安全準備	
	A1080201	108 年區域級（含）以上醫院門診減量措施執行方式	
	A1080302	為維護健保財務及資源的穩定，保障大小醫療機構從業人員執業安全與民眾健康，籲請對麻疹疫情延燒及 MMR 疫苗供應不公問題進行檢討與改正	
	A1080305	108 年區域級（含）以上醫院門診減量措施執行方式	
	A1080306	建請健保署每年定期評估分級醫療與門診減量政策執行成效與影響，以作為次年度門診減量降幅比率之依據	
	A1080404	建請健保署就其最近預告修正之『全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 33 條修正草案』，於本會提出財務影響報告（例如將增加金額及對點值之影響等），並在本會形成共識前，暫停公告及施行案	
	A1080503	增刪修訂『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	

議題分類	編號	案由	總數
	B1080101	第一案「疾病管制署『愛滋感染者慢箋領藥時已超過2年之醫療給付』修訂重點」	
	B1080503	「罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費成長原因分析及因應管理作法」 強化基層照護能力及『開放表別』項目之檢討及規劃 第七案「藥品退出市場之相關因應作為」	
其他監理事項	A1080101	推派『全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議』及「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之本會代表案	22
	A1080505	建請中央健康保險署每年度4月份公布前一年度外籍人士保險費收入及醫療使用統計表給健保會委員瞭解案	
	A1081003	近年健保『應提列安全準備來源』受到社保司自行解釋並逕減，影響安全準備之實際權責數字，為維繫現行費率適足，建請健保署逐期提供健保財務收支情形試算表，持續健全財務監理案	
	B1080101	107年度「基層總額轉診型態調整費用」動支方案報告（包含醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件） 第四案「推動促進醫療體系整合計畫（『醫院以病人為中心門診整合照護計畫』、『區域醫療整合計畫』、『提升急性後期照護品質試辦計畫』，及『跨層級醫院合作計畫』）之執行情形」	
	B1080203	中央健康保險署『108年第1季全民健康保險業務執行季報告』（併『108年2月份全民健康保險業務執行報告』）	
	B1080302	全民健康保險業務監理指標之監測結果	
	B1080303	106年健保收入超過4億元之醫療院所財務報告之公開情形	
	B1080304	中央健康保險署『108年4月份全民健康保險業務執行報告』	
	B1080305	家庭醫師整合性照護計畫之監測指標及執行成效—落實以病人為中心之照護與執行面	

議題分類	編號	案由	總數
		監督—無討論情形	
	B1080502	中央健康保險署『108年第2季全民健康保險業務執行季報告』(併『108年5月份全民健康保險業務執行報告』)	
	B1080503	牙周病統合照護計畫之管理機制及醫療利用情形(含管控措施及監測指標) 「全民健康保險業務監理指標之監測結果」	
	B1080601	108年7月份全民健康保險業務執行報告	
	B1080602	區域級(含)以上醫院門診減量措施執行情形及成效檢討報告	
	B1080701	中央健康保險署『108年8月份全民健康保險業務執行報告』—無討論情形	
	B1080802	108年第3季全民健康保險業務執行季報告	
	B1080901	中央健康保險署『108年10月份全民健康保險業務執行報告』	
	B1081001	本會109年度工作計畫(草案)報告—無討論情形	
	B1081003	中央健康保險署『108年11月份全民健康保險業務執行報告』	
		保險對象自付差額特材之執行概況	
		全民健康保險業務監理指標之監測結果	

資料來源：本研究自製

## 衛生福利部 109 年度「精進全民健康保險會議事效率及運作模式」

### 焦點團體座談訪談題綱

#### 壹、計畫緣起與目的

依據全民健康保險法第 5 條規定，健保會法定任務包括保險費率之審議、保險給付範圍之審議、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配、保險政策與法規之研究及諮詢、其他監理事項等，健保會由被保險人、雇主、保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士及有關機關代表組成之，另依全民健康保險會組成及議事辦法第 2 條規定，健保會置委員 39 人。

健保會所掌業務涉及健保年度總額之分配、保險費率之審議等，業務繁雜，且有其辦理必要性與時效性，惟健保會委員類別多元且人數眾多，或許基於立場不同而有所堅持己身的想法，需要足夠的規範依據、溝通模式或技巧等，方能達成共識，以作為衛福部擬訂政策的重要參考依據，因此，精進議事效率及運作模式有其必要性，以確保健保會業務運作順暢。

#### 貳、討論題綱

題綱一、請問您認為過去健保會委員會議的議事效率如何？議事效率可能受到那些因素（如提案方式、程序、委員復議等）的影響？目前之議事模式及其效率對哪些層面產生了影響？

題綱二、就您所知，健保會委員會議之團體代表，其個人與其所代表團體之關係如何？這些團體代表委員之意見是否得以充分反映其所屬團體之意見？

題綱三、請問就您所知，健保會委員是否對各項議案均充分理解？您曾利用哪些方法協助委員提升議案之專業度？而此些方法發揮之效用及產生之困難為何？

題綱四、請問目前健保會同仁與各委員在面對到特定爭議的議案，在溝通上有哪些方式？可能面臨到哪些問題？

題綱五、目前將委員會議內容公開之方式，係以於會後十日內將議事錄公告於網站上。目前有部分立委期望能進行議事直播或其他方式，您覺得如何？在操作上可能會遇到那些困難？

題綱六、最後，作為衛福部的常設性任務編組及委員會議的幕僚單位，您如何看待健保會與上級機關首長（如行政院或衛福部）及民意機關（如立法院）之間的互動關係？前述機關對於健保會之運作或委員會議之決定有何影響？

## 衛生福利部 109 年度「精進全民健康保險會議事效率及運作模式」

### 深度訪談題綱

#### 壹、計畫緣起與目的

依據全民健康保險法第 5 條規定，健保會法定任務包括保險費率之審議、保險給付範圍之審議、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配、保險政策與法規之研究及諮詢、其他監理事項等，健保會由被保險人、雇主、保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士及有關機關代表組成之，另依全民健康保險會組成及議事辦法第 2 條規定，健保會置委員 39 人。

健保會所掌業務涉及健保年度總額之分配、保險費率之審議等，業務繁雜，且有其辦理必要性與時效性，惟健保會委員類別多元且人數眾多，或許基於立場不同而有所堅持己身的想法，需要足夠的規範依據、溝通模式或技巧等，方能達成共識，以作為衛福部擬訂政策的重要參考依據，因此，精進議事效率及運作模式有其必要性，以確保健保會業務運作順暢。

#### 貳、討論題綱

題綱一、請問您認為過去健保會委員會議的議事效率如何？議事效率可能受到那些因素（如提案方式、程序、委員復議等）的影響？目前之議事模式及其效率對哪些層面產生了影響？

題綱二、請問就您所知，健保會委員會議之團體代表，其個人與其所代表團體之關係如何？這些團體代表委員之意見是否得以充分反映其所屬團體之意見？

題綱三、請問就您所知，過去健保委員會議上如遇到立場不同時？有哪些解決方式以達成共識？

題綱四、請問就您所知，健保會委員是否對各項議案均充分理解？您是否曾遇過對議案不瞭解而尋求協助的狀況？

題綱五、請問您認為目前健保會同仁互動情形如何？主要溝通模式與管道有哪些？對於您擔任委員有哪些幫助？有哪些期望同仁改善之處？

題綱六、目前將委員會議內容公開之方式，係以於會後十日內將議事錄公告於網站上。目前有部分立委期望能進行議事直播或其他方式，您覺得如何？在操作上可能會遇到那些困難？

題綱七、最後，您如何看待健保會與上級機關首長（如行政院或衛福部）及民意機關（如立法院）之間的互動關係？前述機關對於健保會之運作或委員會議之決定有何影響？



## 精進全民健康保險會議事效率及運作模式之問卷

敬愛的健保會委員，您好：

本研究受衛生福利部委託，欲了解如何精進健保會議事效率及運作模式，以確保健保會業務運作順暢。

本研究針對歷屆健保會委員發放問卷，以了解各委員對健保會運作機制與政策結果的看法。感謝您願意接受本份問卷的調查，您在健保會的實務參與運作經驗對這個研究必定有很大的幫助。下列問題還煩請您勞神填答，本問卷只作為研究使用，不會以個人的資料呈現，請放心填答。再次感謝。

敬請填答完後放入信封交給助理回收，感謝您的協助。

研究主持人：陳敦源（國立政治大學公共行政學系教授）

協同主持人：劉宜君（元智大學社會暨政策科學系教授）

林昭吟（國立台北大學社會工作學系教授）

王光旭（國立台南大學行政管理學系教授）

敬上

聯絡人：蔡雅瑀助理

電話：0982331146

電子信箱：ean2329@gmail.com

中華民國 109 年 4 月 30 日

# 問卷說明

(填寫問卷題目前，請您務必先行閱讀)

- 一、問卷主要分成八個部分，第一部分為個人基本資料；第二部分到第四部分則為委員會的制度與看法，包含代表性、會議運作與委員會權責；第五部分是行政運作的評價；第六部分針對政策和委員會制度的滿意度評估；第七與第八部分則為參與期待與社會價值的評量，分別是對於健保會運作的理想與立場，以及社會保險價值，煩請每題都填答，儘量不要留空。
- 二、本問卷主要以單選為主，除特殊標示外，請以單一選項為勾（圈）選。
- 三、填答完畢後，請再檢查一次是否有遺漏，檢查完畢之後請放入信封交給助理回收即可，若有任何相關問題煩請來電或來信，研究團隊十分願意為您回答。感謝您願意協助本研究團隊之研究，隨問卷附上一份精美實用的小禮物。

再次感謝您對本問卷的協助。

## 第一部分 個人基本資料

1.性別： (1) 男  (2) 女

2.您的出生年是民國\_\_\_\_\_年

3.請問您的教育程度為何？

(1) 小學肄業或不識字  (2) 小學畢業  (3) 國中、初中畢業  (4) 高中、高職畢業

(5) 大學或專科畢業  (6) 碩士畢業  (7) 博士畢業

4.請問您的專業領域為何？

(1) 經濟財務  (2) 醫療保健  (3) 政治或公共行政  (4) 法律  (5)

風險管理

(6) 醫務管理  (7) 公共衛生  (8) 社會福利  (9) 勞工事務

(10) 其他（請說明）\_\_\_\_\_

5.請問您是否曾經擔任以下任一委員會之代表（可複選）？

(1) 全民健康保險監理委員會

(2) 全民健康保險醫療費用協定委員會

(3) 全民健康保險會

(4) 藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議【藥品】

(5) 藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議【特材】

(6) 醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議

(7) 其他（請說明）\_\_\_\_\_

(8) 以上皆無

6.請問您參與健保會擔任委員時，最主要的代表身為何？

(1) 學者專家  (2) 倡議團體\*  (3) 病友／病權團體  (4) 政府行政人員

(5) 雇主團體  (6) 勞工團體  (7) 醫事服務團體

(8) 其他（請說明）\_\_\_\_\_

(\*此處倡議團體意指對健保政策有相關意見或積極參與倡議之團體與非營利組織。)

7.請問您在貴團體（學校）中的職稱為何？\_\_\_\_\_

8.請問您在團體內是如何被推派成為代表？（專家學者請跳至第9題）

(1) 由地區公會層層推派

(2) 內部協商決議

- (3) 本會會員開會共同表決
- (4) 公開選舉
- (5) 其他（請說明）\_\_\_\_\_

## 第二部分 委員會的代表性

此部分主要針對健保會委員會納入不同利益團體參與會議的制度與運作表達看法，讓我們對於擴大參與的機制設計、運作和影響有更多的資訊。

委員類別與健保政策相關群體代碼表		
<b>A. 被保險人代表</b> (12/39, 31%)	<b>B. 僱主代表</b> (5/39, 13%)	<b>C. 醫事服務提供者代表</b> (10/39, 26%)
<b>D. 專家學者代表</b> (7/39, 18%)	<b>E. 政府機構代表</b> (3/39, 7%)	<b>H. 病友／病權團體</b> (2/39, 5%)

9. 在健保議題中，您認為是否有哪一類群體的意見也具有重要的代表性，卻未呈現在委員會結構裡？

- (1) 沒有
- (2) 有（請依據上方代碼表填答，至多三項）
1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

10. 目前委員會的成員中，您認為哪些類別的委員數量／比例過高？

- (1) 沒有
- (2) 有（請依據上方代碼表填答，至多三項）
1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

11. 目前委員會的成員中，您認為哪些類別的委員數量／比例過低？

- (1) 沒有
- (2) 有（請依據上方代碼表填答，至多三項）
1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

12. 目前委員會的成員中，您認為哪些委員無法充分代表其所屬類別的意見？

- (1) 皆可充分代表
- (2) 以下類別之代表（請依據上方代碼表填答，至多三項）
1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

請翻頁



### 第三部分 會議的運作情況

此部分則針對會議內部運作的情況，以及與會團體的想法作提問，包含會議效率、委員互動、專業討論等議題。

請問您同不同意下列說法：	非 常 不 同 意	不 同 意	有 點 不 同 意	有 點 同 意	同 意	非 常 同 意	不 知 道 / 無 意 見
13.委員會中有委員發言冗長，導致會議進行緩慢。	1	2	3	4	5	6	99
14.委員會的委員們本位主義過重，各自論述無法相互討論。	1	2	3	4	5	6	99
15.透過委員會的審議，我們較能理解不同立場的團體（代表）的想法，並彼此溝通。	1	2	3	4	5	6	99
16.委員會的開會的制度設計有助於弱勢團體爭取其權利。	1	2	3	4	5	6	99
17.在委員會開會中，無論代表來自何方，彼此都公平對待，不會有差別待遇。	1	2	3	4	5	6	99
18.委員會的代表們皆具有足夠專業的知識來理解政策，大致上都可充分發言。	1	2	3	4	5	6	99
19.我們團體的代表具有足夠的專業能力參與審議政策。	1	2	3	4	5	6	99
20.委員會的代表在進行決策時，皆以專業證據為主要考量，而不只考量自身政策利益。	1	2	3	4	5	6	99

請翻頁

## 第四部分 委員會權責、功能與效果

二代健保改革後，擴大了民眾參與政策的審議，此部分的題組便針對**擴大參與後**，委員會的運作效果、政策功能以及和行政機關的關係等影響進行提問。

請問您同不同意下列說法：

	非常 不同 意	不 同 意	有 點 不 同 意	有 點 同 意	同 意	非 常 同 意	不 知 道 / 無 意 見
21.委員會能提供政策更專業的看法和觀點。	1	2	3	4	5	6	99
22.委員會能提高政策推動的效率。	1	2	3	4	5	6	99
23.委員會的決策結果有助於保障弱勢。	1	2	3	4	5	6	99
24.委員會的運作方式讓相關政策的資訊較透明公開。	1	2	3	4	5	6	99
25.委員會的運作方式有助於增加民眾對政策的理解。	1	2	3	4	5	6	99
26.參與委員會的人更多元，強化了決策的正當性。	1	2	3	4	5	6	99
27.委員會的運作較能回應社會民眾對政策的需求和期待。	1	2	3	4	5	6	99
28.委員們可為委員會的決策負責。	1	2	3	4	5	6	99
29.衛生福利部完全尊重委員會的決議。	1	2	3	4	5	6	99

請翻頁

## 第五部分 行政運作評價

此部分則針對健保會與其他行政單位的互動與運作評估，包括與衛福部、健保署等單位。請評量對其運作與互動的看法與評價。

	非 常 不 同 意	不 同 意	有 點 不 同 意	有 點 同 意	同 意	非 常 同 意	不 知 道 / 無 意 見
30.健保會難對於健保政策發揮實際的影響力，大多時候扮演橡皮圖章的角色。	1	2	3	4	5	6	99
31.健保會對於健保收支連動無法發揮關鍵的影響力。	1	2	3	4	5	6	99
32.健保會的幕僚人員能提供適時的資訊，幫助委員會決策。	1	2	3	4	5	6	99
33.健保署的行政人員能提供適時的資訊，幫助委員會決策。	1	2	3	4	5	6	99
34.健保會與健保署「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」的權責分工清楚，各司其職。	1	2	3	4	5	6	99
35.健保會與健保署「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」的權責分工清楚，各司其職。	1	2	3	4	5	6	99
36.健保會成立後對健保收支連動的達成確實比兩會分立時有效率	1	2	3	4	5	6	99

請翻頁



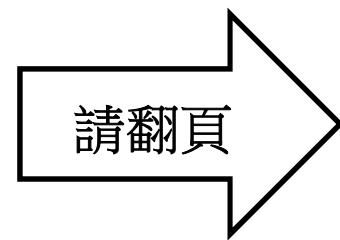
## 第六部分 滿意度評估

此部分主要針對健保政策結果以及參與決策情況進行評估，共分為三部分：團體參與委員會之感想、擴大參與的政策效果評估以及個人政策滿意度。

請問您同不同意下列說法：	非 常 不 同 意	不 同 意	有 點 不 同 意	有 點 同 意	同 意	非 常 同 意	不 知 道 ／ 無 意 見
37.委員會的代表，已充分代表您所屬團體的利益與立場。	1	2	3	4	5	6	99
38.擴大參與後，的確增加我們團體參與和發聲的管道。	1	2	3	4	5	6	99
39.健保政策內容過於複雜，開會又十分耗時。本單位並無強烈的意願參與委員會開會。	1	2	3	4	5	6	99
40.在委員會開會的協商中，我們團體的立場受到重視。	1	2	3	4	5	6	99
41.在擴大參與後，提高健保給付項目的數量。	1	2	3	4	5	6	99
42.在擴大參與後，提高了健保給付項目的品質。	1	2	3	4	5	6	99
43.在擴大參與後，政策結果較符合利害關係人的期待與需求。	1	2	3	4	5	6	99

44.有人說：「目前健保幫民眾付的醫療項目嚴重不足，也有人說綽綽有餘」。請問您認為目前健保幫民眾付的醫療的項目夠不夠？

- (1) 非常不足夠
- (2) 不足夠
- (3) 有點不足夠
- (4) 有點足夠
- (5) 足夠
- (6) 非常足夠
- (7) 不知道／無意見



## 第七部分 對健保會之期待與看法

健保會在健保政策審議程序中扮演很重要的角色，不同利害關係人對健保會運作的想像與期待皆不同。此部分著重您在理想上，對健保會制度與運作角色的看法和期待。

45. 針對健保會的席次結構，您認為下列何者論述最接近您的想法？

- (1) 應該依據社會上不同的立場與數量，安排健保會代表的席次數量和比例
- (2) 作為公共政策的討論平台，應該給予弱勢群體較多的席次或保障名額
- (3) 為平衡公平與專業，應該提供專業人士較多的席次
- (4) 其他（請說明）\_\_\_\_\_

46. 針對健保會的成員特質，您認為下列何者論述最接近您的想法？

- (1) 健保是大家的事，應該讓不同意見的團體都能夠親自參與決策
- (2) 健保會要討論許多專業的議題，應該由相關團體派專業人士或較理解的人參與
- (3) 健保政策十分專業，應該由專家，如醫師、學者去處理就好
- (4) 其他（請說明）\_\_\_\_\_

47. 您認為健保會的代表選任，應以何種方式進行最能選出符合團體利益的代表？

- (1) 同類團體自行推派
- (2) 透過選舉制度，同類團體票選
- (3) 同類團體提出建議名單，由主管機關決定
- (4) 公開徵選，以資格和經歷來決定
- (5) 其他（請說明）\_\_\_\_\_

48. 針對健保會的運作效率，您認為下列何者論述最接近您的想法？

- (1) 應該讓不同的群體充分表達其意見，就算花較多的時間也是可容忍的
- (2) 健保會的目的是協商結果，應該在時間內做出有效結果，而不是無止盡的發言
- (3) 其他（請說明）\_\_\_\_\_

49.針對健保會的**互動模式**，您認為下列何者論述最接近您的想法？

- (1) 重點是相互溝通，就算沒有達成共識，至少理解不同的政策立場
- (2) 不同團體依據其利益在此相互妥協，協商出結果
- (3) 其他（請說明）\_\_\_\_\_

50.針對委員的立場與作法，您認為下列何者論述最接近您的想法？

- (1) 委員是代表自己的團體出席，必須以自己所屬團體的利益為參與的核心目標
- (2) 委員必須考量政策的整體目標，有時與自己利益相衝突，為達公共利益仍須妥協
- (3) 委員其實只是遵循行政部門的立場，沒有真的影響力
- (4) 其他（請說明）\_\_\_\_\_

51.針對健保會的**決策模式**，您認為遇到意見不一致時，下列何者論述最接近您的想法？

- (1) 直接把意見並列陳述，由主管機關決定即可
- (2) 為得到政策結果，必要時應該採用多數決
- (3) 作為一個包含各種聲音的平台，應該採用非正式準共識決的方式來決策
- (4) 其他（請說明）\_\_\_\_\_

52.針對行政機關在政策過程中所扮演的角色，您認為下列何者論述最接近您的想法？

- (1) 政府為公共利益把關，應該在健保會中給予固定決策的席次
- (2) 政府應讓利害關係人在健保會中自主協商，不介入決策
- (3) 政府作為中立的仲裁者，當各團體無法達成共識時，應該由其作決定
- (4) 其他（請說明）\_\_\_\_\_

53.針對政府政策的**決策權**，您認為下列何者論述最接近您的想法？

- (1) 健保會具有不同的社會代表，其決議能整合社會上不同的看法，應該提高其決策的權限
- (2) 健保會作為一審議機關，只能提供政策建議，最終仍須由主管機關決議
- (3) 健保政策是國家政策，應該讓立法院來決定
- (4) 其他（請說明）\_\_\_\_\_

54.請問您認為誰該為健保政策的決策負最終責任？

- (1) 健保會的全體代表們與其團體
- (2) 贊成決議的代表與其團體
- (3) 全民健康保險署
- (4) 衛生福利部
- (5) 行政院
- (6) 立法院

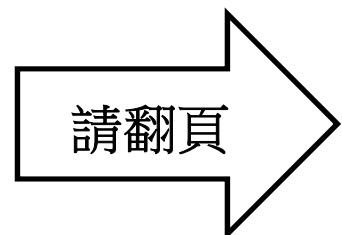
## 第八部分 社會保險價值

健保政策作為社會福利體系中的一環，其發展方向受到不同的價值觀影響。此部分著重為不同價值取向的問題探討。

	非 常 不 同 意	不 同 意	有 點 不 同 意	有 點 同 意	同 意	非 常 同 意	不 知 道 / 無 意 見
請問您同不同意下列說法：							
55. 健保的意義就是社會上健康的人應該幫生病的人分擔醫療費用。	1	2	3	4	5	6	99
56. 生命是無價的，不管花多少錢都應該救一個快要往生的人，不管救活以後，他還可以活多久。	1	2	3	4	5	6	99
57. 健保應該保大病，不保小病。只要是花小錢、經濟負擔較輕的病症，應該自己處理，健保只負責較重大的疾病。	1	2	3	4	5	6	99
58. 酒駕受傷的人，必須要自己負擔醫藥費，不該使用健保的資源，因為這是自己造成的問題。	1	2	3	4	5	6	99

59. 有一家醫院，有兩位都需要趕快換心臟的病人，病情差不多，手術也都會成功。一位是十五歲的年輕人，一位是七十歲的老人。若只能選一個，請問您認為應該要讓哪位病人先動手術，還是您有其他看法？

- (1) 十五歲年輕人
- (2) 七十歲老人
- (3) 抽籤決定
- (4) 誰先住院，誰先動手術【照順序來】
- (5) 給專家決定
- (6) 其他（請說明）\_\_\_\_\_



60.有一家醫院，有兩位都需要趕快換心臟的病人，病情差不多，手術也都會成功。一位是家裡靠他養的中年人，一位是自己養自己的中年人。若只能選一個，請問您認為應該要讓哪位病人先動手術？，還是您有其他的看法？

- (1) 家裡靠他養的中年人
- (2) 自己養自己的中年人
- (3) 抽籤決定
- (4) 誰先住院，誰先動手術【照順序來】
- (5) 給專家決定
- (6) 其他（請說明）\_\_\_\_\_

最後請問您認為針對精進健保會議事效率以及運作模式，還有那些寶貴的意見或建議？

**問卷到此結束**

請檢查是否有漏填答之問題，再次感謝您的填答及大力幫忙。

## 附件九 深度訪談紀錄

逐字稿：政府機關代表 1 深度訪談

時間：2020 年 04 月 01 日

訪談者：劉宜君 (A)、陳敦源 (B)

受訪者：政府機關代表 1 (C)

B：...我們因為時間的關係，我們就來談三個。第一個，似乎他們覺得資訊公開這件事情，要公開到什麼程度？要怎麼樣？這個有一點爭議，這個他們在講，是不是逐字稿有時候像唐鳳那樣講的每一句話，像罵髒話都打出來，他有一個人坐在旁邊幫他打。

C：他現在已經算是名氣高，這是差異。那時候二代健保的時候，本來是被要求要逐字稿，類似逐字稿，像立法院那樣咳嗽一聲都要記錄的逐字稿，後來就折衷變成現在這種，就是比較 detail，不是那種只寫結論，等於是把過程也做。只是說他那個稿有點綜合性，不是說一字一句，然後也經過當事人修飾過。所以某個程度他算是能夠反映發言那個人的意見，只是他修飾掉一些有時候人在講話的時候會講得不清楚，或者講得不得體，或者當時的情緒來講了一些自己事後很後悔的話也不一定。所以會有做一點簡單的修飾，但是原則上應該還算是能夠傳達當事人的想法。那麼立法院那種逐字稿，當然技術上也不是不能做，但是因為立法院跟一般行政機關開會畢竟不完全一樣，所以要不要做到一樣的程度...而且做到逐字稿的好處在哪裡？也要去思考這件事，是不是真的有比較多的好處。

B：我覺得他背後有一件事情，立法院位什麼要變那樣？就是他將來再去跟選民要選票的時候，這是政績，他在比如說講了什麼事情，就可以讓大家看到，可是我覺得健保會好像也有一點這種，像組織地比較好的工商團體跟什麼團體，他們有時候還不敢亂講話，先打了然後回去（C：確認他們的政策方向。）確認一下他們才能講。然後那個紀錄的本身...

C：但是紀錄因為都要經過他們看過之後才會出去，也就是說那個紀錄是他同意，所以他如果覺得有重大的政策在那裡面，他其實沒有問題（B：表態。），反而是那種逐字稿他可能講了一些你事後會後悔，但是你來不及後悔的話你知道嗎？因為人有時候會凸槌，不能說當時一時口快講了一句話，就像你現在常常那個新聞誰講錯話立刻被人家 K 得半死，同時 K 你半個月一個月這樣子，不斷地.....所以我是覺得說各有利弊，那現在這種方式的，因為是經過當事人去確認過，你甚至也可以覺得或許他更能代表說他在這個事情上面，他所站的一個比較經過某個程序之後，他自己比較能夠接受的立場。逐字稿有時候真的會...（B：會有出問題。）對啊，因為有時候情緒來的時候甚至會講髒話，髒話有時候在那個紀錄裡面就被用...就像以前用 LPP，用那種方式去代替髒話。我們之前...我也曾經遇過開會的時候有些委員真的講出...近乎髒話，所以我覺得很難說，但我覺得目前的方式其實也沒什麼不好。因為第一，逐字稿這種方法並不是那種稿就比較容易寫，因為那個有時候要花很多時間把他潤飾得比較 OK 一點，但是逐字稿有時候真的是...然後那個方式又是經過當事人他覺得同意，我覺得如果大家擔心的是說他能不能代表他的一個真正的意義，我覺得應該沒有問題，因為當事人都已經認可了，你甚至你沒有



認可他也不知道。他不高興，因為你可能下次的紀錄他說，我的話不是這個意思，你給我亂翻譯。（B：要修改。）因為我們現在有時候會議紀錄有兩種，一種是慎重起見會讓當事人有發言人看過，沒問題再...有的不是，有的就是做會議紀錄的主持的單位做完之後就出去了，所以常常發生下次開會的時候，有人要跳出來更正會議紀錄，說你那句不對，我的意思不是這樣。所以有時候我就覺得看過了，反而比較少糾紛。

B：還有一個部分公布的就是有一些外部的壓力團體，或者甚至是有這種壓力團體背景的委員，他會希望那些 document，就那些案子的東西要上網，甚至還要提前上網。您覺得這樣可行嗎？還是裡面有太多的機密、個資、或什麼東西，不可以這樣做。就會議的那些資料。

A：議事資料。

C：會議的資料其實有時候裡面真的確實會有一些只希望給委員看的，並沒有希望要...因為本來其實行政機關開會就不是說什麼資料都要對外公開（B：像立法院。），當然現在大家愈來愈要求資訊公開，他也拚命做，但其實我知道事實上確實是有一些資料希望是會議中看的，會後就不出去。如果這些東西都要公布的話，可能會有一些反作用。就像我剛剛比如有些人要求要直播，直播其實好不好有時候也很難說，像我在看立法院，每次九點鐘就開始質詢，九點鐘不到攝影機就排了一排，如果那天有重要的議題或什麼，SNG 就排一排在後面，然後立法委員就搶要去登記...因為通常那個 SNG 大概十點多就散了，因為他們就要去弄新聞稿（B：寫稿。），所以那些委員就要搶在十點多之前講話，那如果搶在前面那 SNG 還在，就看到那個委員就像起乩一樣，就是突然間這樣，非常的激動。所以直播我不知道，因為有時候在健保會這種，每個來的理論上後面都代表了一群特定的背景或者特定的一些利害關係人，他會有那種壓力就是他有沒有好好表現，或者說他為了要保住他的位置，證明說他是非常適任，所以說會不會有一些真的是過度激動的表現。

B：從政治學的理論上來講，直播跟不直播的差別就在於，如果直播了之後，他是完全的被他的選民給控制，但是如果沒有直播的話，他是完全代表他選民出來講話，這有兩種制度。一種像外交官，你什麼事情都要問我，你事實上只是個發言代表。可是如果，全權代表的意思是說，你去你就可以做決策（C：你就可以做決策。），然後回來再跟我報告這樣。因為有了直播之後就會變前者，就不是後者，他完全被控制了，那您認為健保會的代表是哪一種代表？

C：健保會我覺得這兩種都有。健保會裡面有一種代表是非常資深的，或者也是非常大老師的，他的意見就等於他那個團體的意見，所以那種人有時候就...但是有一些人就不是那樣子，有一些人你知道他後面有一股力量，有一群智囊團體，所以他出來講話，有些問題比如說，他有被授權像回答的他當然就據理力爭，但是如果他覺得他沒有被授權到那個程度，他可能就會保留，或者說他可能要再去做一些確認，像他可能要回去打電話，跟某些關鍵人士說一下。

B：所以前面那種人比較不 care 你有沒有直播，後面那種人就他如果直播的話，他的那個權力就被控制，他就會反對。

C：對，就比較受影響。

B：這個是第一個部分。第二個部分，我們這次比較特別的地方就是要談那個健保署的做的這些事情的同儕 20 幾個（C：健保會。）。對，就健保會的 support staff（C：幕僚的意義。）。那我們常常說在審核案的這個可能也有一點，那另外還有那個藥跟衛材的那個更嚴重，可是有很多東西你沒辦法看。（C：共擬會議。）對，共理會議，你根本看不懂，所以這個專業不對稱的問題在我們的健保會裡要如何...因為他有兩個問題，一個問題在你根本看不懂，所以你就在這邊講這些有的沒的，就跟那個決策核心的東西是摸不到；另外一個就是當這個專業不對稱的時候，可能會某一些人變成意見領袖，他這個上面講話一言九鼎，大家就通通就自然授權給那個人，或者是分兩邊，一邊是付費者一邊是...他們就自然...甚至來有兩邊跨的一些一言九鼎的人，就由他們好像在當。

C：其實這事情有時候很複雜，健保會的委員裡面其實有很多種不同型態。有些委員他本身非常認真，或者他非常資深，多年下來他已經變精，他就非常厲害，所以他會成為意見領袖，或者說講出來的東西基本上都有他的某些道理，不一定跟我們的議程應該有那個...那有些委員的話，他是後面有龐大的幕僚，比如說你像那個什麼工總、商總、工商協進會這些，或者醫院協會、醫學中心...這些團體後面菁英一堆，你說醫院團體隨隨便便一個台大，幾千個員工，那裡面菁英一堆，所以那個裡面一定有一些能夠幫得上忙，或者能夠諮詢。同樣的工商團體，那些資方的團體就其實是一樣的，那有些團體就真的確實是背後沒有那個力量，或者主其事者出來代表的人本身不一定是這方面非常好的，可這種有時候真的就必須要跟健保的體系的人站在一起，通常要跟健保署，因為健保署是實際操作的人。所以有時候有一些人就會跟健保署的關係非常密切，也就是他們會多半的接受健保署的意見。（B：會前會。）對，會前會或者私下會或怎麼樣的。所以健保署有時候有些意見會滿影響到某些代表的人。這個時候...至於健保會，因為健保會不是實際在操作業務的人，所以健保會往往是從旁邊同仁在幫助，真正容易影響他們，我在看是健保署會影響比較多。那我自己是覺得說，其實理論上健保會的運作是委員在運作，不是幕僚在運作。主管機關、社保司，就是主管機關的幕僚社保司，跟保險的健保署，還有跟健保會的幕僚，至少就我來看我覺得在行政層次上面，三者應該是要比較有共識才對，也就是說這三群行政幕僚，理論上大家應該要有比較多的共識，就是不能變成三個這個團體...不是團體，就是代表三個不同角色的（B：利害關係團體。）...對，結果你們之間卻有政策意涵幹嘛不一樣。比如說健保會理論上他不該去主導政策，比如說主導政策去影響委員，那委員因為應該是要獨立，那你可以提供一些資訊，如果說要有政策性的思考，我覺得應該是這三個單位應該要盡可能的是先有一些溝通跟探討，然後盡量的一致，而不是說社保司看法是這樣，健保會的幕僚又有另外的看法，然後健保署的同儕又有另外不同的思考。我覺得那樣的話就變成行政體系之間是不一致的，我覺得行政體系事實上在政策面應該要盡可能有一致的想法，不一定是說都要完全一樣，但至少總是不要行政體系之間是有落差。

B：你們以前的運作是有這種行政體系之間的會前會嗎？還是沒有，每一次都爆出來之後才...

C：有時候盡可能在事先就先做溝通，如果自己覺得不太對勁，我會先去跟看看認識哪邊會有不同的意見或不同的想法，先做一點意見的溝通。

B：好，這個有趣，我要接下來切到這個問題。您是裡面的人來當這個位置，如果是像我當這個位置，你覺得我有沒有辦法做你剛剛在做的事情？

C：你是說用學者專家？

B：對，學者專家坐在那邊，我們現在就是...

C：學者專家是這樣，學者專家一般都被要求很懂，這是第一。第二是學者專家其實常常都要扮演仲裁者的角色，就是說其實健保會...因為這裡面有一個題目就是這樣子，就是說如果大家意見不同的時候怎麼辦。健保會常常意見會不同，因為各有立場，這時候的第一主席很重要，主席有辦法去化解這個東西，就是主席要用什麼樣的方式去化解這個衝突，或者讓他能夠變成說勉強可以做成一個結論，就是說你跟他的意見明顯不一樣，可是經過我的主席這樣東弄西弄，再加上有所謂社會公正人士、學者專家出來這樣表達意見之後，得到一個結論是比較接近他的，可是我也同時有一個結論就是，可是你的意見我會把他放在紀錄裡面，所以你的意見也不會被漏掉，但是基本上比較像是他的意見。或者有的時候是主席去搓出來，那有時候如果主席搓不出來就可能僵在那邊，就有可能兩案併陳，送去給衛福部，當然衛福部就比較頭痛，燙手山芋丟到我手上。所以這時候社保司有時候就要去扮演替衛福部想出一個折衷的方式去處理那個案件。那有時候像從學者專家，學者專家常常就會要求，第一就是，學者專家不會隨便找，一定找對這個領域是一定程度熟悉的，所以都會認為說你對這個領域夠熟悉，那因為你對這個問題夠熟悉，所以當僵持不下的時候你要出來講話。

B：可事實上他也不懂，如果他也沒那麼懂。健保是一個混同專業的，他有錢又有醫療又有行政的東西。

C：沒錯，但是會假設說你某個程度相當的熟。（B：通通都懂。）所以出來講話理論上就算不是一言九鼎，至少會影響那個光譜。那當然還有一些時候社會公正人士，社會公正人士他就不一定要那麼懂，但他又有那種一言九鼎的氣勢，比如說柴松林他就曾經當過社會公正人士，那有時候他出來講的話大家就不太好意思反駁他，因為大老。或者說形象非常的很正義，所以雖然我不太懂，但是他可以站在民眾的立場說，這件事情我是一個民眾，站在社會上的立場我覺得應該怎麼樣會比較好一點，雖然我不懂裡面的一些細節，但是至少就我所懂的領域可以看到是什麼事情。所以學者專家有時候真的是代理這中間...（B：調和鼎鼎。）對，所以有時候在總額協商的時候，協商到後來雙方意見僵持不下，有時候主席說我就請某某學者出來說說看。當然有時候學者他也很為難，因為一不小心就會得罪某一方。

B：一不小心講了就少了三億，後來就差了了三億。

C：對啊，有時候一個小數點就好幾億，有時候講一講，一般的小數點，看到只是一個小數點，實際上是好多億，嚇死人。

B：所以這個應該說他在開會的時候，如果他真的不太會做這件事情，就很麻煩，就會有量很大的東西會往上送，或者說就會議就根本沒效率，就會談很久根本在那邊繞圈。

C：所以其實就一個健保會來講，主席的角色還真的很重要，因為那個主席如果能夠非常好的去操作那個議事...當然主席有時候事先他自己心理面都要有一個（B：有個底），就是事先可能已經跟相關單位有一些溝通，就是這個案子大概是什麼樣子。但即使是這樣還是要有相當的

一個方法去處理各種狀況，否則...因為有時候甚至會遇到有些委員他也會去修理主席的也會有，所以有時候主席也不是很好當。

B：而且那個會的關係，因為這個規劃是我做的，就他的那兩個性質是不一樣的，一個叫監理，一個叫協商。那監理的時候是依照一些原則，大家討論原則；協商這邊是利害關係團體，所以利害關係團體在分錢的時候搞不好，他們現在要協商，要談一些監理的 policy 的時候，就很難有共識。我那個報告裡面就有寫說，協商的利害關係的那個 rivalry，會影響他們在做監理的時候的共識的形成。這兩個性質不太一樣，這邊是零和，你多拿一塊我就少拿一塊這樣，那邊是可以談道理，但是這兩個東西你把他併在一起的時候，這兩個就會互相干擾，就你在剛開始那一屆有這種感覺，就那個監理跟費協...比如說費協剛完的時候大家心裡還有一點氣，剛好在監理一些事情的時候就不容易有共識。會不會有這種現象？

C：沒有，剛開始其實大家也是在摸索怎麼樣從兩個變成一個，而且裡面有些委員其實是...重複的，監理跟費協，那時候有些委員是重複的，然後他來到健保會以後，像那個的話兩邊就比較會有經驗。那有些委員真的是在摸索。因為我覺得其實健保會面臨的一個大的問題是，他的責任太重。其實我覺得有時候任何事情規劃就是有利有弊，那當初兩會合一、收支連動，有他非常好的意義，事實上也達到了目標，可是我覺得他的副作用就是責任太重、權力太集中。所以這導致議題太多、參加的人也太多，以前 35 個就在嫌多，現在 39 個，我覺得將來還會變到 40 幾個。因為現在愈來愈多的人會在旁邊看，覺得說為什麼我沒有加入，就是他會有愈來愈多的機會。

B：我這次會做一個模型，告訴你說 39 人太多了，等於開會時間大家平均起來都沒有講多少話。

C：是啊，我就說本來 35 個就已經覺得很多了，那時候 35 個已經是想盡辦法精簡，把兩個會併在一起 35 個，可是後來因為病友代表也要（B：病友代表。），然後病友團體，然後社會公正人士好像也覺得不夠，反正那東西就是折衷提名到後來就變 39 人。

B：可裡面好像還有一個東西在考量，因為你要變費協的時候兩邊要差不多大，事實上是怎麼樣？

C：事實上是沒有，健保會那時候在立法院被要求說付費者代表不得少於二分之一，然後什麼代表不得少於多少，不過那個切下去之後，事實上兩邊不太平均。你醫療服務提供者他覺得他人數是比較少，因為學者專家跟政府代表佔掉了他們的名額，付費者代表佔掉了一半，他們大概不到一半，因為他們又被學者專家、社會公正人士跟政府代表...基本上我就覺得就是兩會合一之後，當然他達到了收支連動的某些意義，但是相對就是他的責任就變比較重，然後權力比較集中。

B：然後時間不夠，效率就變差。

C：對，而且因為他的責任變重，他的權力愈大，有興趣的更多，然後去開會的人也有更多的要講話的壓力，或者要去充分代表立場。

B：我這邊還有一個 follow up 的問題，就是說事實上這個健保會的組織他有一些行政規則，他裡面有一個我覺得滿有趣的，可是一直好像沒有做到，就是你代表一個團體，可是那個團體的內部民主的 quality 不好的那種狀況，你現在好像都沒有...現在還有一部分是抽籤的你知道嗎？可是事實上這個如果...（C：擺不平。） 擺不平就用抽籤，可是這個東西如果沒有辦法去管制的話，他到後來的問題就變成說，他的最初像德國那個統合制，corporatism 那個設計的原則就沒了。corporatism 的意思是說我們在這邊開完會都是有能力來代表的人，然後這邊決定了之後他有能力回去散播正當性，然後讓整個社會就不用經過立法院，我們可以做很多很重大的決定。可是你根本是那種，你那個申請當時跟內政部申請的時候隨便找 20 幾個人跨縣市，搞起來一個組織，你就可以來這邊裡面講一堆奇怪的話，然後後面也沒有人可以弄你，那這個部分...

C：這個有時候就真的是很難控制，就像以前有時候有些團體，號稱團體，事實上就是少數幾個人發言，...，因為真的很難去管到他那個團體背後如何去運作，有些團體運作得非常有效率、非常有系統，但有些團體確實可能不是。有些團體可能就一人獨大，一個人說了算，有些團體可能就比較有合議的概念。當然就看他運作彼此之間的...就像董事會，有的董事會很健全，有的董事會事實上董事長說了算，但是這個東西很難去控制管理。

B：是，比較不好做。

C：就健保會來講，好像能夠順利開會已經很不容易，或者能夠順利選出代表就已經很不容易。

B：好，那剛剛講的裡面包括專業不對稱、包括 leadership 裡面不只是主持，有很多大佬的 leadership 講話，他都有增加效率的目的，可是我們那個條例裡面也還是規定有像 term limit 這種東西，就你幹幾屆之後就要離開，他有一些任期限制的這個東西。不過事實上我們要再勸大家在這麼大的東西裡面進來是一些新的人。

C：他後來有再修正過，基本的想法是這樣，因為過去也曾經發生過就是他那個萬年代表永遠都不變，永遠都不變有時候就變成把持住了，一旦把持住之後，事實上就掌握了很多的資源，所以那時候才會覺得說應該還是要換掉一部分。可是又不能說一下換太兇，所以他現在換是逐步在換。我現在已經忘了他的辦法裡面，好像有一些辦法是讓某些代表沒有辦法一直做，做到沒完沒了。就是說你好像至少連任幾屆後就必須...我現在已經有點不太記得，還是說他是透過有百分之幾的是原有的，百分之幾是新的，不過他的基本比例還是就是說留下一些腦幹，他們能夠接續，就至少遊戲規則他們清楚，不會一群人來了之後大家搞不清楚說幹嘛，但是有心血進來，不會讓整個好像都是被原來的人把持住。那我是覺得說他的基本精神是好的，只是說他的裡面這個規範怎麼規範，那個就變成是你怎麼個替換法、每次都替換多少、多久替換一次。然後是不是連選...能不能一直代表下去，就像立法委員好像只要選上一直下去。

B：對，他沒有 term limit。

C：可是像縣市長就是（B：有任期。）最多兩屆對不對。他就特性不一樣。

B：他隔一屆還可以再回來選。

C：對，但是他至少連續只能當兩屆，所以這個東西就會看怎麼設計就會影響那些委員他們之間的進進出出。然後像有時候也有這個現象，比如說這個委員當很久了，所以他按照遊戲規則

就是應該替換，換一個新的，可是背後事實上還是他。（B：代理人是他。）對，代理人是他，就算不代理反正出主意也是他。所以那個也是另外一種模式，甚至就像你剛剛講的，這屆沒有了，下一屆跳過一屆之後他又回來了，就算他不回來，當代理人還是（B：還是有影響力。）...對，就還是永遠都是他，也有這種情形。不過這個就每個團體特質有關，有些團體他就是容許某些人就是都是一直代表他的人；那有些團體可能競爭很激烈，你想待那麼久都做不到，別人就會想辦法要取代你，你其實各有他的特質。

B：政治遞補都不太一樣。

C：對，各有他的特質。

B：好，我們看大概剩下最後一題。就是我聽他們的行政人員講說，現在好像愈來愈高的比例，他們就交給...（C：上面的。）對，上面去處理，尤其已經...就是以前費協會最重要的那個...（C：協商，總額協商。）協商那個東西，尤其是醫界的代表，他現在愈來愈算了算了，（C：愈不...）對，反正送上去之後上面也都是醫生，所以他應該不會太過分。所以他就有一點 *undermind* 這個現場的功能，那反正有這樣一個東西。所以這個會不會也是慢慢的會把他的議事效率，或是他真正的對這個 *issue* 的影響力就把他架空了、沒了？

C：對，就是說如果老是這樣子，就變成以後主管機關也很為難。因為本來健保會的意義就是透過這個平台，大家有一個適當的方案，那主管機關可以盡量減少干涉，而是由你們本身所協商出來。當然主管機關除非是覺得真的有很大的不合宜，才會繼續介入，不然主管機關盡量不要去干涉。那如果說很多都是兩案並陳，那就變成主管機關到後來要不斷去做決定。那主管機關在做決定的時候，有時候就要考慮到很多的衡平或者我們說因素，甚至主管機關會不會有些團體跳過協商，就直接跑到甚至比主管機關更高的層次上面去，也有可能。所以如果這個習慣的話，協商就會慢慢的...大家也覺得說那幹嘛協商？反正協商完你到上面去講一講，那協商也不需要。或者大家覺得協商，我在這邊跟你吵半天，被你砍得一蹋糊塗，我乾脆我就放棄，我再想辦法去上面 *lobby*。所以是個風險。有時候也跟雙方...就是某一方態度一直都非常非常強硬，那當然可能導致另一方就覺得那我乾脆放棄協商好了，要不然就聽你的、要不然就不玩了。

B：他最好的策略應該就是，那我也不跟你 *agree*，反正就上去再看，就把那個戰線再拉長。

C：對，對那個團體來講或許就是一個...有點講說黑箱作業，大家也不知道怎麼發生，為什麼突然間變這樣子。而且會讓上面很為難，因為你要馬得罪他，要嘛得罪他。有時候就會被兩邊夾死，或者甚至...或者說這樣講，我們這兩邊僵持不下，付費者跟醫療服務提供者僵持不下，結果好了不玩了，就到主管機關去，然後其中某一方就跑到行政院去了，另外一方就可能說你行政院了不起，我到立法院去。這個就是在去找他自己能夠影響的。（B：去找他老大。）那會讓主管機關真的會愈來愈為難。

B：所以從主管機關的角度來講，他本來有這個會在，他有很多的麻煩的決策，如果可以...

C：這其實是一個 *buffer*，就是盡可能的利用這個地方能夠做一個決定，不要讓主管機關直接去衝擊在決策上必須去面臨的一些難題。如果說你們自己是透過一些協商，有更好的共識，那當然更好，比如說調整費率，如果說調整費率要照大家原來我們二代健保所規劃的收支連動，

以那樣的概念來看，明年就應該調費率。按照收支連動的概念，如果大家都按照遊戲規則來，明年就應該調費率。（B：準備不足啦。）對，明年那個費率調了，如果是健保會按照遊戲規則玩，就沒什麼好說的，我們遊戲規則就這樣子。所以你就把按照那個遊戲規則的結果報給主管機關，主管機關說既然這遊戲規則，而且你們大家都遵守遊戲規則，那也很好處理。如果不是，遊戲規則明明如此，可是你就其中有代表說不行，保費就是不能調，那不然你砍總額好了。因為你砍總額一定是醫療院所跳出來，那這保費不能調，但是遊戲規則明明是收支連動，收支連動那你收支不連動，不行，就是不能調。我要收支連動也可以，保費不調，砍給付、砍總額。那這就變成很大浮動，主管機關說要採這邊還是採那邊，採到哪一邊，另外一邊都很為難。所以有時候很多時候主管機關也都必須變成...或者這次你讓一點，那次你讓一點，或者各是有一邊...

B：可是現在政府操作這種東西，到後來都變成要面對選舉的高階的政治人物，他的選票的盤算，所以反過來也有可能上面的人有定見，但是他希望你出來的東西跟他很像，所以他這種介入，我這邊事實上非常有興趣的問題是，一個健保會他這些人，不管他的利益多分散，但是他有多大的可能會產生一個共識就是說，我們健保會有我們的 territory，所以你要下來弄的話，我先不管這個政策是什麼，我會同時來抗拒，有沒有這種東西發生過？

C：有發生過，曾經發生過。

B：就欸，你不要來弄我們健保會，我們健保會是有 territory 的。

C：有，健保會已經...但是...所以健保會已經有曾經發生過跟費率有關的，健保會的代表就退席了。包括更早之前監理會的時候，健保會我記得每...（A：\*\*\*的時候嗎？）也曾經...（A：雙漲。）

B：對吧，雙漲 2003 年。

A：\*\*\*的時候。

B：\*\*\*。

C：反正我記得那時候還在監理會的時代也曾經為了費率的問題，那時候就曾經...

A：因為那個雙漲好像偷渡了。

C：有委員那時候就退席。然後在健保會的時代，我記得也曾經為了一些決策，健保會也曾經跟主管機關（B：槓起來）對，就是表達不同的立場。甚至他們告到立法院去，就變得立法院、主管機關還去那邊開公聽會，開這個審查會，然後逼主管機關修改了一些東西，有達到目的過，就是他們直接去訴諸立法院，然後立法院透過程序，主管機關也被迫做了一些讓步。

B：其實這也滿有趣的，就是他們也有一個叫做自己的共識，制度的共識。

C：有些問題他們會有一些，當然...有時候當然會有幾個關鍵人物影響力比較大，其他人大概就（B：跟著他走。）接受那樣的看法。

B：不過這種東西都短暫，只要一協商起來就...

C：對，就是他可能短暫時候做一些結合，但是不同的議題會有不同的...

B：那個別的立委呢？個別的立委在健保會的影響力有多大？

C：個別的立委通常...因為通常立委不會直接進來，曾經有過立委選上健保會的代表

B：甚麼\*...？

C：什麼\*\*，高雄的一個立委。

B：高雄的一個立委，\*\*\*。（A：\*\*\*。）

C：\*\*\*。然後那個農會的理事長，我忘記了，有一位農會的理事長。（B：不是立委？）不過立委通常他們會有代理人，就是某些團體的代表其實他跟立委關係非常密切，甚至是立委辦公室的主任，當過他的助理。所以有時候有一些代表，他的背後是跟立委關係非常密切的。所以他們真的有問題他們也可以回去找立委來協助他們表達一些意見。

B：我講的意思是剛好相反，就是立委那邊有一些利害關係團體跟他 complain 健保會怎麼樣怎麼樣，然後他要用他的立委辦公室或立委身分來影響，在健保會這個有時候 powerful...

C：有，有曾經過，曾經有過立委的例子就是他對於健保會因為代表人選導致的恩怨，所以他利用審查預算的時候去修理健保會，砍健保會的預算。或者強迫健保會一定要怎樣。因為立委在審預算的時候，他可以砍預算，他可以做出決議，那個東西都有效力。所以那時候他就比較容易去影響到運作。

B：所以他要影響健保會還是要回到立院找人，找一群人，他平常...

C：基本上就是說他如果要比較有效的去修理你，那就利用審預算的時候直接去砍你的預算，或者做成一些主決議，（B：然後逼著你要就範。）對，逼著你要去做。當然他也可能...因為他是立委，他去找你的高階的主任，（B：比如說部長。）對啊，找部長、找次長，所以也不是不可能，但是如果說找了之後效果效果不太好，他也可能直接在審預算的時候修理你，讓你知道厲害。也曾經發生過這樣的，我也曾經有過這樣的經驗。

B：那部這邊會不會利用健保會說，他們已經講了，來抗拒立法院的壓力，就反過來講，部這邊說我們已經有這個...這些都是有代表囉，所以他們就決定，你立法院的一個委員你不要來。

C：這當然也是一種運作，不過理論上健保會不是決策單位，理論上就在系統的設計上面，健保會不是決策單位，所以他本身理論上是（B：諮詢單位）他可以做諮詢，可以做建議，可以做審議的時候提出審議的意見，但是他不能做決策。

B：他不是 final。

C：對，決策理論上還是主管機關。所以主管機關當然可以說健保會多數民眾的意見是這樣子，但那是比較軟性的，可是主管機關不能說健保會這樣決定，所以主管機關無能為力，你這樣大概會有點說不通。畢竟主管機關是決策單位，是主管機關。

B：立委就跟他講說你的預算我也無能為力。



C：像當初我們二代那時候在修法的時候，健保會對於審費率、審給付範圍等等，我們用的都是審議，而不是審定，當時第一版的文字是審定，審定的話我們就覺得說審定那難道就把事情都搞定了嗎？問題是健保會沒有人出來負責，健保會大家都是委員，你找主任委員出來負責沒用啊。

B：他不用去立法院接受質詢，對啊。

C：而且他目前的主任委員多半都學者，他也不用負政治責任，所以他變成做了決策之後是行政單位要去承擔那個責任，所以後來就把那個審定還是改成審議，意思就是說他不是決策單位，他還是一個協商、諮詢或者意見交換的一個動作。

B：他還是算是行政機關內部的公民參與，應該這樣講。

C：對，那只是說他裡面有來自各方面的代表人在這個平台上面去溝通意見。

B：只能說代表性夠的行政內部參與，就這樣子而已。

C：對，但他並不是一個最終的決策單位。

附件十 問卷修正摘要表

題組	原始問卷題項	意義前測意見	研究團隊意見
第一部分 個人基本資料	1.性別		
	2.您的出生年是民國__年		
	3.請問您的教育程度為何？		
	4.請問您的專業領域為何？	委員可能跨多個領域專業，建議改成複選題	
	5.請問您是否曾經擔任以下任一委員會之代表（可複選）？	建議增加「各部門總額研商議事會議」	
	6.請問您參與健保會擔任委員時，最主要的代表身分為何？	建議將「學者專家」與「公正人士」分開	
	7.請問您在貴團體(學校)中的職稱為何？		
	8.請問您在團體內是如何被推派成為代表？	建議增加「被指派」的選項	
第二部分 委員會的代表性	9.在健保議題中，您認為是否有哪一類群體的意見也具有重要的代表性，卻未呈現在委員會結構裡？		建議移到「第二部分 委員會的代表性」題組最後面，以開放式的方式呈現
	10.目前委員會的成員中，您認為哪些類別的委員 <u>數量／比例</u> 過高？	建議修改為「目前健保會的成員中，您認為哪些類別的委員數量／比例過高，而需調低？」	
	11.目前委員會的成員中，您認為哪些類別的委員 <u>數量／比例</u> 過低？	建議修改為「目前健保會的成員中，您認為哪些類別的委員數量／比例過低，而需調高？」	
	12.目前委員會的成員中，您認為哪些委員		

題組	原始問卷題項	意義前測意見	研究團隊意見
	無法充分代表其所屬類別的意見？		
第三部分 會議的運作情況	13.委員會中有委員發言冗長，導致會議進行緩慢。		
	14.委員會的委員們本位主義過重，各自論述無法相互討論。		
	15.透過委員會的審議，我們較能理解不同立場的團體（代表）的想法，並彼此溝通。		
	16.委員會的開會的制度設計有助於弱勢團體爭取其權利。	初步題項設計有點引導，因健保會之設立原則並非讓弱勢團體爭取權利，且如何界定弱勢團體仍有爭議	建議修改為「健保會的制度設計允許各種團體在其中爭取保護各自的利益」，暫等研究團隊最後定稿後決定
	17.在委員會開會中，無論代表來自何方，彼此都公平對待，不會有差別待遇。		
	18.委員會的代表們皆具有足夠專業的知識來理解政策，大致上都可充分發言。		建議修改為「健保會的代表們皆具有足夠專業的知識來理解政策，大致上發言都言之有物。」
	19.我們團體的代表具有足夠的專業能力參與審議政策。		
20.委員會的代表在進行決策時，皆以專業證據為主要考量，而不只考量自身政策利益。	建議修改為「健保會的代表在進行討論時，皆以專業證據為主要考量，而不只考量自身政策利益。」 並且問卷如出現「決策」之字眼，建議皆修改為「討論」或「決議定」		

題組	原始問卷題項	意義前測意見	研究團隊意見
第四部分 委員會權責、功能與效果	21.委員會能提供政策更專業的看法和觀點。		
	22.委員會能提高政策推動的效率。		
	23.委員會的決策結果有助於保障弱勢。		
	24.委員會的運作方式讓相關政策的資訊較透明公開。		
	25.委員會的運作方式有助於增加民眾對政策的理解。		
	26.參與委員會的人更多元，強化了決策的正當性。		
	27.委員會的運作較能回應社會民眾對政策的需求和期待。		
	28.委員們可為委員會的決策負責。		
	29.衛生福利部完全尊重委員會的決議。		
第五部分 行政運作評價	30.健保會難對於健保政策發揮實際的影響力，大多時候扮演橡皮圖章的角色。		
	31.健保會對於健保收支連動無法發揮關鍵的影響力。	此題以反向陳述，似乎有點引導委員	是否要保留此反向題陳述，待期中報告審查完後決定
	32.健保會的幕僚人員能提供適時的資訊，幫助委員會決策。		
	33.健保署的行政人員能提供適時的資訊，幫助委員會決策。		

題組	原始問卷題項	意義前測意見	研究團隊意見
	34.健保會與健保署「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」的權責分工清楚，各司其職。		建議修改為 健保會與健保署「在」...
	35.健保會與健保署「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」的權責分工清楚，各司其職。		建議修改為 健保會與健保署「在」...
	36.健保會成立後對健保收支連動的達成確實比兩會分立時有效率	如果有委員未經歷兩會分立時，可能會無法填答	應如何更改或保留，待期中報告審查完後決定
第六部分 滿意度評估	37.委員會的代表，已充分代表您所屬團體的利益與立場。	此題容易測不出鑑別度	建議改為兩題 1. 健保會的代表制度，已充分代表您所屬團體的利益和立場 2. 健保會的代表制度，已充分代表 <b>其他的</b> 所屬團體的利益和立場
	38.擴大參與後，的確增加我們團體參與和發聲的管道。	建議修改為「我們團體自從參與健保會後的確增加參與和發聲的管道。」	
	39.健保政策內容過於複雜，開會又十分耗時。本單位並無強烈的意願參與委員會開會。		建議修改為「雖然健保會有代表性，但因為會議效率，讓本單位並無強烈的意願參與健保會開會。」
	40.在委員會開會的協商中，我們團體的立場受到重視。	建議修改為「在健保會開會的討論中，我們團體的立場受到重視。」	
	41.在擴大參與後，提高健保給付項目的數量。	建議將問卷中出現「擴大參與」刪除，因有些委員沒有待過監理會和費協會	待期中報告審查完後決定
	42.在擴大參與後，提高了健保給付項目的品質。		

題組	原始問卷題項	意義前測意見	研究團隊意見
	43.在擴大參與後，政策結果較符合利害關係人的期待與需求。		
	44.有人說：「目前健保幫民眾付的醫療項目嚴重不足，也有人說綽綽有餘」。請問您認為目前健保幫民眾付的醫療的項目夠不夠？	建議修改為目前「有人說」幫民眾付的醫療項目嚴重不足...	
第七部分對健保會之期待與看法	45.針對健保會的席次結構，您認為下列何者論述最接近您的想法？	建議增加一個選項是原本健保會的結構限制：「同限制，區分被保險人、雇主、醫事服務機構、專家學者及公正人事相關機構代表」	
	46.針對健保會的成員特質，您認為下列何者論述最接近您的想法？	建議增加一個選項是原本健保會的結構限制：「同限制，由主管機關洽有關團體後遴選、遴聘，另部分名額公開徵求，遴選團體再由該團體推薦後遴聘」	
	47.您認為健保會的代表選任，應以何種方式進行最能選出符合團體利益的代表？		
	48.針對健保會的 <b>運作效率</b> ，您認為下列何者論述最接近您的想法？	第二個選項建議修改為健保會的目的是「討論」結果...	
	49.針對健保會的 <b>互動模式</b> ，您認為下列何者論述最接近您的想法？		
	50.針對委員的立場與作法，您認為下列何者論述最接近您的想法？		
51.針對健保會的 <b>決策模式</b> ，您認為遇到意見不一致時，下列何者論述最接近您的	建議第三個選項更改為：作為一個包含各種聲音的平台，「協商除外」應該採用		

題組	原始問卷題項	意義前測意見	研究團隊意見
	想法？	非正式準共識決的方式來「決議定」	
	52.針對行政機關在政策過程中所扮演的角色，您認為下列何者論述最接近您的想法？	第一個選項建議修改為...應該在健保會中給予固定「保障」的席次	
	53.針對政府政策的決策權，您認為下列何者論述最接近您的想法？	第二個選項建議修改為健保會作為一審議「單位」...	
	54.請問您認為誰該為健保政策的決策負最終責任？	第三個選項修改為「中央健康保險署」	增加「總統府」和「其他」的選項
第八部分 社會保險價值	55.健保的意義就是社會上健康的人應該幫生病的人分擔醫療費用。		
	56.生命是無價的，不管花多少錢都應該救一個快要往生的人，不管救活以後，他還可以活多久。		
	57.健保應該保大病，不保小病。只要是花小錢、經濟負擔較輕的病症，應該自己處理，健保只負責較重大的疾病。		
	58.酒駕受傷的人，必須要自己負擔醫藥費，不該使用健保的資源，因為這是自己造成的問題。		
	59.有一家醫院，有兩位都需要趕快換心臟的病人，病情差不多，手術也都會成功。一位是十五歲的年輕人，一位是七十歲	建議修改為...病情差不多，「無其他疾病，」...	建議修改為...病情差不多，「無其他重大傷病，」...

題組	原始問卷題項	意義前測意見	研究團隊意見
	的老人。若只能選一個，請問您認為應該要讓哪位病人先動手術，還是您有其他的看法？		
	60.有一家醫院，有兩位都需要趕快換心臟的病人，病情差不多，手術也都會成功。一位是家裡靠他養的中年人，一位是自己養自己的中年人。若只能選一個，請問您認為應該要讓哪位病人先動手術？，還是您有其他的看法？	建議修改為 ...病情差不多，「無其他疾病，」...	建議修改為 ...病情差不多，「無其他重大傷病，」...
增加之題項		第一部分 個人基本資料 建議增加 委員擔任的年資，以及是現任還是卸任委員	1. 請問您參與健保會(包括擔任代理人)_____年? 2. 請問您是現任還是卸任健保會委員?
		第五部分行政運作評價 建議增加 1. 衛福部社保司的題項 2. 您瞭解「健保會是常設型任務編組，主委權責為召開會議，相關行政作為則由幕僚人員依相關規定辦理」	增加「衛福部社保司的行政人員能提供適時的資訊，幫助委員會議決議定」
		建議多新增幾題，更能回應本案的需求說明內容	目前擬新增以下題項，回應本研究案的研究目的 第六部分 滿意度評估 建議增加以下題項： 1. 您認為大部分委員在健保議題上有專業性 2. 您會將健保會委員會議相關意見帶回去所屬團體



題組	原始問卷題項	意義前測意見	研究團隊意見
			3. 您同意屆期不追蹤嗎？ 第三部分 會議的運作情況 建議增加以下題項： 1. 您認為改善議事效率，應該嚴格執行議事規則 2. 您對目前健保會委員會議以議事錄方式公開認同嗎？ 3. 您同意健保會委員會議以網路直播方式公開嗎？
	最後請問您認為針對精進健保會議事效率以及運作模式，還有那些寶貴的意見或建議？		
	整體修正意見	1. 健康保險會簡稱健保會，問卷當中有出現「委員會」，改成「健保會」 2. 問卷如出現「決策」之字眼，建議皆修改為「討論」或「決議定」	

資料來源：本研究自製

## 精進全民健康保險會議事效率及運作模式之問卷

敬愛的健保會委員，您好：

本研究受衛生福利部委託，欲了解如何精進健保會議事效率及運作模式，以確保健保會業務運作順暢。

本研究針對歷屆健保會委員發放問卷，以了解各委員對健保會運作機制與政策結果的看法。感謝您願意接受本份問卷的調查，您在健保會的實務參與運作經驗對這個研究必定有很大的幫助。下列問題還煩請您勞神填答，本問卷只作為研究使用，不會以個人的資料呈現，請放心填答。再次感謝。

敬請填答完後放入信封交給助理回收，感謝您的協助。

研究主持人：陳敦源（國立政治大學公共行政學系教授）

協同主持人：劉宜君（元智大學社會暨政策科學系教授）

林昭吟（國立台北大學社會工作學系教授）

王光旭（國立台南大學行政管理學系教授）

敬上

聯絡人：蔡雅瑀助理

電話：0982331146

電子信箱：ean2329@gmail.com

中華民國 109 年 8 月 30 日

# 問卷說明

(填寫問卷題目前，請您務必先行閱讀)

二、問卷主要分成八個部分，第一部分為個人基本資料；第二部分到第四部分則為健保會的代表性、專業性、資訊公開；第五部分是會議運作情形；第六部分針對健保會議事權責的制度設計；第七部分則為健保會的運作價值觀，煩請每題都填答，儘量不要留空。

二、本問卷主要以單選為主，除特殊標示外，請以單一選項為勾（圈）選。

三、填答完畢後，請再檢查一次是否有遺漏，檢查完畢之後請放入信封交給助理回收即可，若有任何相關問題煩請來電或來信，研究團隊十分願意為您回答。感謝您願意協助本研究團隊之研究，隨問卷附上一份精美實用的小禮物。

再次感謝您對本問卷的協助。

## 第一部分 個人基本資料

1. 性別： (1) 男  (2) 女
  2. 您的出生年是民國\_\_\_\_\_年
  3. 請問您的教育程度為何？  
 (1) 高中、高職  (2) 大學或專科  (3) 碩士  (4) 博士
  4. 請問您的專業領域為何？（可複選）  
 (1) 經濟財務  (2) 醫療保健  (3) 政治或公共行政  (4) 法律  (5) 風險管理  
 (6) 醫務管理  (7) 公共衛生  (8) 社會福利  (9) 勞工事務  
 (10) 其他（請說明）\_\_\_\_\_
  5. 請問您在貴團體（學校）中的職稱為何？\_\_\_\_\_
  6. 請問您是否曾經擔任以下任一委員會之代表（可複選）？  
 (1) 全民健康保險監理委員會  
 (2) 全民健康保險醫療費用協定委員會  
 (3) 全民健康保險會  
 (4) 藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議【藥品】  
 (5) 藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議【特材】  
 (6) 醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議  
 (7) 各部門總額研商議事會議  
 (8) 其他（請說明）\_\_\_\_\_
  7. 請問您參與健保會擔任委員時，最近一次的代表身分為何？  
 (1) 專家學者  (2) 公正人士  (3) 倡議團體\*  (4) 病友／病權團體  
 (5) 政府行政人員  (6) 雇主團體  (7) 勞工團體  (8) 醫事服務團體  
 (9) 其他（請說明）\_\_\_\_\_
- （\*此處倡議團體意指對健保政策有相關意見或積極參與倡議之團體與非營利組織。）
8. 請問您參與健保會（包括擔任代理人）\_\_\_\_\_年？
  9. 請問您目前是現任還是卸任健保會委員？  (1) 現任  (2) 卸任
  10. 請問您在團體內是如何被推派成為委員？（專家學者及公正人士請跳至第 11 題）  
 (1) 由地區公會層層推派  (2) 內部協商決議  (3) 會員開會共同表決  
 (4) 公開選舉  (5) 被指派  (6) 其他（請說明）\_\_\_\_\_

## 第二部分 健保會的代表性

此部分主要針對健保會委員納入不同利益團體參與會議的制度與運作表達看法，讓我們對於現行的機制設計、運作和影響有更多的資訊。

第四屆委員類別與健保政策相關群體代碼表

<b>A. 被保險人代表</b> (12/39, 31%)	<b>B. 雇主代表</b> (5/39, 13%)	<b>C. 醫事服務提供者代表</b> (10/39, 26%)	<b>D. 專家學者代表</b> (3/39, 8%)
<b>E. 公正人士代表</b> (4/39, 10%)	<b>F. 政府機構代表</b> (3/39, 7%)	<b>G. 病友／病權團體代表</b> (2/39, 5%)	

11. 目前健保會的成員中，您認為哪些類別的委員數量／比例過高，而需調低？
- (1) 沒有
- (2) 有（請依據上方代碼表填答，至多三項）
1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_
12. 目前健保會的成員中，您認為哪些類別的委員數量／比例過低，而需調高？
- (1) 沒有
- (2) 有（請依據上方代碼表填答，至多三項）
1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_
13. 目前健保會的成員中，您認為哪些委員無法充分代表其所屬類別的意見？
- (1) 皆可充分代表
- (2) 以下類別之代表（請依據上方代碼表填答，至多三項）
1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_
14. 在健保議題中，您認為是否有哪一類群體的意見也具有重要的代表性，卻未呈現在健保會結構裡？
- (1) 沒有
- (2) 有，請說明\_\_\_\_\_
15. 對健保會的席次結構，您認為下列何者論述最接近您的想法？
- (1) 應該依據社會上不同的立場與數量，安排健保會代表的席次數量和比例
- (2) 作為公共政策的討論平台，應該給予弱勢群體較多的席次或保障名額
- (3) 為平衡公平與專業，應該提供專業人士較多的席次
- (4) 同現制，區分被保險人、雇主、醫事服務機構、專家學者及公正人事等代表
- (5) 其他（請說明）\_\_\_\_\_

16. 針對健保會的成員特質，您認為下列何者論述最接近您的想法？

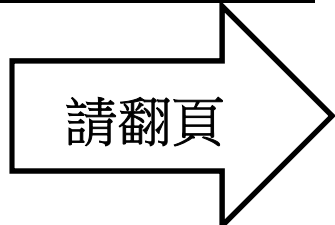
- (1) 健保是大家的事，應該讓不同意見的團體都能夠親自參與討論
- (2) 健保會要討論許多專業的議題，應該由相關團體派專業人士或較理解的人參與
- (3) 健保政策十分專業，應該由專家，如醫師、學者去處理就好
- (4) 其他（請說明）\_\_\_\_\_

17. 您認為健保會的代表選任，應以何種方式進行最能選出符合團體利益的代表？

- (1) 同類團體自行推派
- (2) 透過選舉制度，同類團體票選
- (3) 同類團體提出建議名單，由主管機關決定
- (4) 公開徵選，以資格和經歷來決定
- (5) 同現制，由主管機關洽有關團體後遴選、遴聘，另部分名額公開徵求，遴選團體再由該團體推薦後遴聘
- (6) 其他（請說明）\_\_\_\_\_

請問您同不同意下列說法：

	非常不同意	不同意	有點不同意	有點同意	同意	非常同意	不知道／無意見
18. 透過健保會的審議，我們較能理解不同立場的團體（代表）的想法，並彼此溝通。	1	2	3	4	5	6	99
19. 健保會的制度設計允許各種團體在其中爭取保護各自的利益。	1	2	3	4	5	6	99
20. 健保會的決（議）定結果有助於保障弱勢。	1	2	3	4	5	6	99
21. 參與健保會的人更多元，強化了決（議）定的正當性。	1	2	3	4	5	6	99
22. 健保會的運作較能回應社會民眾對政策的需求和期待。	1	2	3	4	5	6	99
23. 一般來說，健保會的團體代表都能在會中充分反映其代表團體的意見。	1	2	3	4	5	6	99
24. 一般來說，健保會的團體代表會將會議討論的內容攜回傳達給其代表團體	1	2	3	4	5	6	99



### 第三部分 健保會的專業性

此部分則針對健保會委員對於議案討論、權責等之專業性。

請問您同不同意下列說法：	非常不同意	不同意	有點不同意	有點同意	同意	非常同意	不知道／無意見
25. 健保會的其他代表們對各項議題皆具有足夠的專業知識參與審議政策。	1	2	3	4	5	6	99
26. 我們自己團體的代表對各項議題具有足夠的專業知識參與審議政策。	1	2	3	4	5	6	99
27. 健保會能提供政策更專業的看法和觀點。	1	2	3	4	5	6	99
28. 健保會的運作方式有助於增加民眾對政策的理解。	1	2	3	4	5	6	99
29. 健保會對於健保收支連動發揮關鍵的影響力。 註：在總額範圍諮詢時，健保署提供費率與總額範圍的對照表，供健保會委員作為收支平衡的基本考量；進行總額分配時，應針對給付範圍與費率調整兩者的連動提供相關資訊。 健保收支連動關鍵在提供精確與詳細的資訊，才能確保決策正確性與執行有效性。	1	2	3	4	5	6	99
30. 健保會能有效監理健保業務。	1	2	3	4	5	6	99
31. 健保會委員對於委員權責都能充分理解。	1	2	3	4	5	6	99
32. 健保會委員對於各項議案內容都能充分掌握。	1	2	3	4	5	6	99
33. 您認為共識營能帮助大家提升對於健保會的瞭解以及專業性。	1	2	3	4	5	6	99
34. 您認為共識營能帮助大家提升認知權利義務。	1	2	3	4	5	6	99
35. 您認為有總額協商會前會，能夠提升專業性。	1	2	3	4	5	6	99

## 第四部分 健保會的資訊公開

此部分主要針對目前健保會委員會議事資訊公開之看法。

請問您同不同意下列說法：	非 常 不 同 意	不 同 意	有 點 不 同 意	有 點 同 意	同 意	非 常 同 意	不 知 道 無 意 見
36. 健保會的運作方式讓相關政策的資訊較透明公開。	1	2	3	4	5	6	99
37. 為改善議事效率，您同意對於健保會委員會議資訊以議事錄方式公開。	1	2	3	4	5	6	99
38. 為改善議事效率，您同意對於健保會委員會議以網路直播方式公開。	1	2	3	4	5	6	99

## 第五部分 健保會的會議運作情形

此部分則針對會議內部運作的情況，以及與會團體的想法作提問，包含案件追蹤、總額對等協商、費率審議、復議案等。

請問您同不同意下列說法：	非 常 不 同 意	不 同 意	有 點 不 同 意	有 點 同 意	同 意	非 常 同 意	不 知 道 無 意 見
39. 健保會中有委員發言冗長，導致會議進行緩慢。	1	2	3	4	5	6	99
40. 健保會能提高政策推動的效率。	1	2	3	4	5	6	99
41. 在健保會開會中，無論代表來自何方，彼此都公平對待，不會有差別待遇。	1	2	3	4	5	6	99
42. 健保會的委員們本位主義過重，各自論述無法相互討論。	1	2	3	4	5	6	99
43. 健保會的代表在進行討論時，皆以專業證據為主要考量，而不只考量自身政策利益。	1	2	3	4	5	6	99
44. 健保會委員會議是決策核心，一切重要決定都是經過集體討論而產生。	1	2	3	4	5	6	99
45. 健保會委員會議在決策過程中，一直都能有效地統整各方不同的意見。	1	2	3	4	5	6	99



請問您同不同意下列說法：

	非常 不同 意	不 同 意	有 點 不 同 意	有 點 同 意	同 意	非 常 同 意	不 知 道 無 意 見
46. 為改善議事效率，您同意對於追蹤案件管考方式應該改為屆期不追蹤。	1	2	3	4	5	6	99
47. 您認為在總額對等協商中雙方地位是對等的。	1	2	3	4	5	6	99
48. 您認為在總額對等協商中雙方 <u>健保相關專業知識</u> 是對等的。	1	2	3	4	5	6	99
49. 您認為在總額對等協商中雙方 <u>內聚力</u> 是對等的。	1	2	3	4	5	6	99
50. 您認為在總額對等協商中雙方有妥協的意願。	1	2	3	4	5	6	99
51. 您認為在費率審議中大家發言的專業性是足夠的。	1	2	3	4	5	6	99
52. 您認為在費率審議中與會者有足夠時間可充分表達意見與互相溝通（效能）	1	2	3	4	5	6	99
53. 費率審議中各方代表的意見都能夠充分表達。	1	2	3	4	5	6	99
54. 您認為在費率審議中，依據「全民健保財務平衡及收支連動機制」推估而得的費率，仍須審酌經濟成長及付費者付費能力綜合考量。	1	2	3	4	5	6	99
55. 您認為在費率審議中，目前以議事錄的資訊公開方式已足夠。	1	2	3	4	5	6	99
56. 您認為在費率審議中，必要時應採用多數決。	1	2	3	4	5	6	99
57. 您同意復議動議經否決後，對同一議案，不得再提請復議。	1	2	3	4	5	6	99
58. 原案決議後尚未執行者可展開連署提出復議案。	1	2	3	4	5	6	99
59. 健保會參與委員提出與原決（議）定不同之正當理由者可展開連署提出復議案。	1	2	3	4	5	6	99
60. 因情勢變遷或有新資料而認為決議確有重加研討之必要時，可展開連署提出復議案。	1	2	3	4	5	6	99
61. 衛福部政策方向改變，而與原決（議）定相左，可展開連署提出復議案。	1	2	3	4	5	6	99
62. 您認為復議案需經當次出席委員十分之一以上之連署者。	1	2	3	4	5	6	99

請問您同不同意下列說法：	非常不同意	不同意	有點不同意	有點同意	同意	非常同意	不知道無意見
63. 若為總額協商議題，則需為當時在場且同意原決議案者作為議案提請復議。	1	2	3	4	5	6	99
64. 總額協商結束後，衛福部有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之決議，需經健保會復議程序。	1	2	3	4	5	6	99

## 第六部分 健保會議事權責的制度設計

此部分則針對健保會與其他行政單位的互動與運作評估，包括與衛福部、健保署等單位。請評量對其運作與互動的看法與評價。

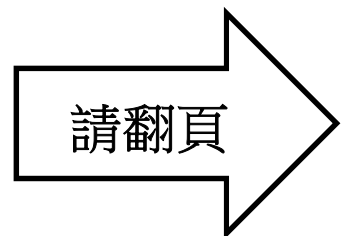
請問您同不同意下列說法：	非常不同意	不同意	有點不同意	有點同意	同意	非常同意	不知道無意見
65. 委員們可為健保會的決（議）定負責。	1	2	3	4	5	6	99
66. 衛生福利部完全尊重健保會的決（議）定。	1	2	3	4	5	6	99
67. 健保會的幕僚人員能提供適當的資訊，幫助委員會議決（議）定。	1	2	3	4	5	6	99
68. 健保署能提供適當的資訊，幫助委員會議決（議）定。	1	2	3	4	5	6	99
69. 衛福部社保司能提供適當的資訊，幫助委員會議決（議）定。	1	2	3	4	5	6	99
70. 健保會主委應居於公正超然之地位，完全尊重委員發言的權利，以維持會議和諧。	1	2	3	4	5	6	99
71. 健保會主委應按議程宣布開會及散會或休息，以維持議事效率。	1	2	3	4	5	6	99
72. 健保會主委應嚴格執行會議規則，以維持會場秩序。	1	2	3	4	5	6	99
73. 健保會主委對於邀請機關、團體或專家學者列席會議應積極使用同意權，以利會議效率。	1	2	3	4	5	6	99
74. 健保會主委對於臨時提案的內容，在相關要件考量下，得決定延至下次會議討論，以維持議事效率。	1	2	3	4	5	6	99

75. 針對健保會在健保政策過程中所扮演的角色，您認為下列何者論述最接近您的想法？
- (1) 健保會純粹是協商單位，政府不應在裡面佔有席次
  - (2) 政府設置並管理健保會，但是目的是為讓利害關係人協商，不宜過度介入政策
  - (3) 政府雖然是中立裁判者，當各團體無法達成共識，政府當然有介入代為決策的權力
  - (4) 其他（請說明）\_\_\_\_\_
76. 針對政府健保政策的決策權，您認為下列何者論述最接近您的想法？
- (1) 健保會具有不同的社會代表，其決（議）定能整合社會上不同的看法，應為健保政策的最高單位
  - (2) 健保會作為一審議單位，只能提供政策建議，最終仍須由主管機關決議
  - (3) 健保政策是攸關全民福祉的國家政策，最終決策權應該由立法院來決定
  - (4) 其他（請說明）\_\_\_\_\_
77. 請問您認為誰該為健保政策的決策負最終責任？
- (1) 健保會全體代表們與其團體
  - (2) 贊成決議的代表與其團體
  - (3) 中央健康保險署
  - (4) 衛生福利部
  - (5) 行政院
  - (6) 立法院
  - (7) 總統府
  - (8) 其它（請說明）\_\_\_\_\_

## 第七部分 健保會的運作價值觀

78. 針對健保會的**運作效率**，您認為下列何者論述最接近您的想法？
- (1) 應該讓不同的群體充分表達其意見，就算花較多的時間也是可容忍的
  - (2) 討論結果很重要，但在時間內做出決(議)定也很重要，兩者應該要取得平衡
  - (3) 健保會的目的是討論結果，應該在時間內做出有效結果，而不是無止盡的發言
  - (4) 其他(請說明) \_\_\_\_\_
79. 針對委員的**立場與作法**，您認為下列何者論述最接近您的想法？
- (1) 委員是代表自己的團體出席，必須以自己所屬團體的利益為參與的核心目標
  - (2) 委員必須考量政策的整體目標，有時與自己利益相衝突，為達公共利益仍須妥協
  - (3) 委員其實只是遵循行政部門的立場，沒有真的影響力
  - (4) 其他(請說明) \_\_\_\_\_
80. 針對健保會的**決(議)定模式**，您認為遇到意見不一致時，下列何者論述最接近您的想法？
- (1) 直接把意見並列陳述，由主管機關決定即可
  - (2) 為得到政策結果，必要時應該採用多數決
  - (3) 作為一個包含各種聲音的平台，協商除外應該採用非正式準共識決的方式來決(議)定
  - (4) 其他(請說明) \_\_\_\_\_
81. 請問針對各代表團體委員**專業性**之論述，下列何者最接近您的想法？
- (1) 各代表團體委員一定要具有健保相關專業性
  - (2) 各代表團體委員不一定要有健保相關專業性，一定要有協商議事能力
  - (3) 各代表團體委員重要的不是健保專業能力或是協商議事能力，只要有代表性就可以
  - (4) 其他(請說明) \_\_\_\_\_
82. 請問針對**資訊公開**之論述，下列何者最接近您的想法？
- (1) 無論如何，任何會議細節都要即時與完整的公開
  - (2) 資訊公開牽涉到許多法律責任問題，公開雖是必要的，但應審慎為之，應經過各委員的同意
  - (3) 健保會有許多活動是需要有效的秘密協商，因此會議資料盡量不要公開，免得引起爭議

(4) 其他 (請說明) \_\_\_\_\_



83. 關於健保會評估指標的重要性：

- A. 委員代表性：健保會各委員是否有代表所屬團體之利益。
- B. 委員專業性：健保會各委員對於討論的內容有一定知識與瞭解。
- C. 議事效率性：健保會委員們在固定時間內能夠討論各項議案。
- D. 議事資訊公開性：由於內外部課責的需要，因此相關資訊及影音的公開。
- E. 會議有效性：健保會各委員能夠充分討論、解決問題及決（議）定重大事件。

1. 請依重要性排序（請填入上面 A 至 E 代號）：

( ) ≥ ( ) ≥ ( ) ≥ ( ) ≥ ( )

2. 請依上述排序，勾選兩兩因素的「相對重要程度」。

項目	強度									項目
	左項極為重要 9	左項非常重要 7	左項比較重要 5	左項稍微重要 3	兩項同等重要 1	右項稍微重要 3	右項比較重要 5	右項非常重要 7	右項極為重要 9	
A.委員代表性										B.委員專業性
A.委員代表性										C.議事效率性
A.委員代表性										D.議事資訊公開性
A.委員代表性										E.會議有效性
B.委員專業性										C.議事效率性
B.委員專業性										D.議事資訊公開性
B.委員專業性										E.會議有效性
C.議事效率性										D.議事資訊公開性
C.議事效率性										E.會議有效性
D.議事資訊公開性										E.會議有效性

84. 請問您認為針對精進健保會議事效率以及運作模式，還有那些寶貴的意見或建議？

---



---



---



---

問卷到此結束，請您再次檢查是否尚未填寫之題項，非常感謝您抽空填寫問卷，謝謝！

附件十二 研究目的對應各研究方法表格

研究方法 研究目的	各國委員會分析	會議(次級)資料分析	深度訪談暨焦點座談結果分析	個案分析	問卷調查
<p>二、委員組成與代表性：針對健保會委員組成代表性、委員代表團體意見蒐集及回饋方式，進行分析並提出運作方式及實作評估。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 委員整體數量上，台灣明顯偏高，容易導致議事效率不彰，日本的 CHUIKYO 代表席次有 20 席；韓國的 HIPDC 有 25 席；德國 GBA 為 13 席及 SVB 為 25 席；加拿大 MSC 最少只有 9 席</li> <li>2. 相較其他國家以協商之對等性為基礎，台灣授予付費者代表更多的代表席次</li> <li>3. 公正人士代表之選任，台灣與韓國類似，均由主管機關挑選並任命，日本雖由厚生勞動省大臣任命，然而仍須獲得兩院的同意</li> <li>4. 加拿大透過類委員會型組織的第三公正部門 (CABRO)，由特定部會針對委員推薦、任</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 有委員全程請假，或時常委由代理人出席，早成某些委員缺席的頻率較高</li> <li>2. 某些委員較踴躍發言</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 健保會之委員人數多，至今已逐步成長至現今的 39 人</li> <li>2. 針對委員人數偏高情形，建議輪替或抽籤機制，避免團體數增加而需擴張委員人數</li> <li>3. 委員人數並非影響議事效率主要原因，多數委員發言頻率其實很低，特定委員仍會持續發言</li> <li>4. 委員總人數降低應與完善的團體代表遴選機制進行配合</li> <li>5. 委員代表本身於其所屬團體中是大老級，儘管其與所屬團體關係密切，但其仍可自主地在健保委員會議中發言</li> <li>6. 透過委員代理機制，曾經出現過正式委員幾乎都在請假，由代理人出席，該代理人是前兩屆的正式委員，而第四屆又再次回任正式委員</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 以「政府負擔下限 36 %案」個案，可以發現不同背景的委員關心的面向仍有所不同，有精算師背景、嫻熟工業團體法與勞基法相關條文，對健保議事規則與程序相對也有一定的認識，以及其他相關法律背景委員</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 對於健保會的代表選任，應以何種方式進行，最能選出符合團體利益的代表？最多回答「同現制，由主管機關洽有關團體後遴選、遴聘，另部分名額公開徵求，遴選團體再由該團體推薦後遴聘」(50.0%)</li> </ol>

研究目的 研究方法	各國委員會分析	會議(次級)資料分析	深度訪談暨焦點座談結果分析	個案分析	問卷調查
	命及徵選等流程進行調查、評估，可減少委員代表性爭議				
三、提升專業協助作法：強化協助委員提升對各項議案專業度之建議作法至少 3 項，並分析其優缺點，以增進會議效能與效率。	1. 厚生勞動省大臣如果發現有必要在中央委員會或地方議會審議專門事務時，最多可以任命十位專家成員進行討論分析，且必須在專業議案結束後解散之		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 委員對於議案或健保相關業務之專業程度不足</li> <li>2. 強化健保會幕僚作業來改善議事效率，特別是在議事資料的文字呈現，提供較為精確的敘述，降低與會委員閱讀上可能產生的疑惑</li> <li>3. 部分受訪者認為，相較於醫界代表，付費者代表在特定議題上容易呈現出專業度不足的情形</li> <li>4. 部分委員亦建議健保會幕僚同仁減少與業務本身較無關的行政庶務(如投入過多對委員噓寒問暖等)，更多提供委員所需的專業支援服務</li> <li>5. 健保會幕僚相較於健保署同仁，在特定專業議題上存在專業程度的落差。因此，建議透過健保會同仁與健保署同仁之職位輪換機制，強化對委員</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 以「政府負擔下限 36 % 案」個案，此議題有財稅的專業門檻，深入瞭解有其難度，在隨著參與會議的次數增加，從會議的發言中，可看出委員逐漸瞭解該議題，討論的內容也更加深入及廣泛</li> <li>2. 牽涉到的是十分專業的內容，也可以觀察到委員們與專責部門之間的資訊落差，因此需要專責部門解說回應，因而導致議事效率較為低落</li> <li>3. 委員缺乏對議事規則的瞭解，導致議事效率的低落</li> <li>4. 共識營的存在，對提</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 六成的受訪者不同意「在總額對等協商中雙方健保相關專業知識是對等的」</li> <li>2. 超過九成七的受訪者同意「健保會的幕僚人員能提供適當的資訊，幫助委員會議決(議)定」</li> <li>3. 超過九成五的受訪者同意「健保署能提供適當的資訊，幫助委員會議決(議)定」</li> <li>4. 超過八成四的受訪者同意「衛福部社保司能提供適當的資訊，幫助委員會議決(議)定」</li> </ol>



研究目的 研究方法	各國委員會分析	會議（次級）資料分析	深度訪談暨焦點座談結果分析	個案分析	問卷調查
			<p>提供專業資訊</p> <p>6.受訪者建議可採用類似複委託之形式，針對特定議題結合外部專業人士</p>	<p>升委員的專業度，加強議事效率與品質有其重要性</p> <p>5.在歷次議事錄的分析當中，常常可以發現委員們向健保業務單位索要資料的情形發生，就專業性來說，監理單位與業務單位之間顯著的資訊與知識不對稱，相關業務權責單位，建議應持續提供可供檢視的資料，才能健全健保會對於健保業務的監理職能。</p>	
<p>四、會議運作情形：</p> <p>(4) 針對健保會委員會議運作現況，包括：a.議案提案方式與條件；b.復議及</p>	<p>1.台灣健保會之決議定採取非正式準共識決而非多數決；韓國HIPDC採取多數，德國GBA其總會成員通常每人都有一票，某些情況下醫事服務提供者之間存在不同的投票</p>	<p>1.有委員希望相關的總額協商通則不應該每年都提出來討論，應該是定案後，除非當年度有變動，再提至委員會</p>	<p>1.儘管健保會幕僚期望透過發言次數控管改善效率，然而少數委員發言時間較長</p> <p>2.主委主持會議風格，影響議事效率</p> <p>3.主委應透過對於議事規則之掌握，強化其回應強勢發言委員的能力</p>	<p>1.以「政府負擔下限36%案」個案，從討論的內容與雙方立場來看，皆是據理力爭，顯見健保委員會是一個可以提供理性討論的場所</p> <p>2.以「政府負擔下限36</p>	<p>1.超過六成的受訪者同意「在總額對等協商中雙方內聚力是對等的」</p> <p>2.超過八成四的受訪者同意「在總額對等協商中雙方有妥協的意願」</p>

研究方法 研究目的	各國委員會分析	會議（次級）資料分析	深度訪談暨焦點座談結果分析	個案分析	問卷調查
<p>議事程序作業；c.總額對等協商；與d.費率審議辦理情形，進行現況檢討、權責釐清與評估分析。</p> <p>(5) 提出追蹤案件管考方式、現況議事效率不彰解決方法與改善策略。</p> <p>(6) 由研究團隊從旁觀察健保會運作情形，提出客觀第3者改善意見。</p>	<p>關係，否則至少須過七票之多數決制度</p> <p>2. 台灣健保會不具備實質上最終之政策決定權，與日本、韓國及加拿大皆屬於諮詢之角色，德國的GBA和SVB在法規中明訂為自治組織，假使聯邦衛生部不同意，則將原案發回再審</p>	<p>討論，應該形成一個規則。避免浪費時間也影響議事效率。</p> <p>2. 整體來看，以被保險人代表的提案總人次較多</p> <p>3. 整體來看總額分配討論的議案數量較高，其次為其他監理事項</p>	<p>4. 受訪者提到主委的控場能力、強化會前協商作業，可建立不遵守議事發言規定之委員的退場機制</p> <p>5. 主委有效落實議事規則，運用健保會幕僚之行政支援</p> <p>6. 研究團隊對於健保委員會議的觀察可以發現，儘管主席可以透過嚴格管控議事流程進而提升議事效率，但一旦過度追求議事效率，在其他委員尚未充分討論時便試圖做出結論，往往在會場上會產生反效果</p> <p>7. 受訪者提出了包括議事規則明確化並有效落實、幕僚也提供主委針對提案本身或是他的一些回答什麼，提升主委的專業度</p> <p>8. 主委有時候事先他自己心理面都要有個底，事先可能已經跟相關單位些溝通</p> <p>9. 有受訪者認為部分健保會委員對於復議規範不清楚，在不</p>	<p>%案」個案，發揮了監理與諮詢功能</p> <p>3. 以「政府負擔下限36%案」個案，事隔三年至今尚未有定論的狀況來看，顯然是不利於議事的效率</p> <p>4. 建議應該要考慮議案在追蹤上仍是需要限定一個定案的時程（例如：追蹤三次就一定要議決），而不是一直懸而未決</p> <p>5. 總額的協商或者決議的作成有時並不能百分之百通盤考慮到可能發生的問題；加之新科技的變化快速，以這個角度而言，復議制度確實能審時度勢，考量情勢的變化與發展，在緊急且合理的範圍內作出修正</p>	<p>3. 超過六成八的受訪者同意「在費率審議中大家發言的專業性是足夠的」</p> <p>4. 超過五成八的受訪者同意「在費率審議中與會者有足夠時間可充分表達意見與互相溝通」</p> <p>5. 超過六成二的受訪者同意「費率審議中各方代表的意見都能夠充分表達」</p> <p>6. 超過六成的受訪者同意「在費率審議中，必要時應採用多數決」</p> <p>7. 超過八成四的受訪者同意「復議動議經否決後，對同一議案，不得再提請復議」</p> <p>8. 接近八成的受訪者同意「原案決議後尚未執行者可展開連署</p>

研究目的 研究方法	各國委員會分析	會議（次級）資料分析	深度訪談暨焦點座談結果分析	個案分析	問卷調查
			<p>應提復議之時機提出復議，儘管並非每次均會成案，但對於議事之流暢運作已帶來一些負面效果</p> <p>10.由健保法規所明定，委員對於健保總額及費率之內容，僅具備審議之權限，委員會議所決議之事項並非最終政策，尚須由健保會送衛福部定案</p>	<p>6.倘若所有的議案都能夠隨意復議，就容易導致議事效率的低落，延宕決策與解決問題的時間，因此在議事的規範上，應該要更嚴格的落實委員能提復議案，並且能成案的條件</p> <p>7.為了避免復議過於浮濫，復議案多擾亂議事效率與規則，建議還是仍是需要符合《全民健康保險會會議規範》以下有關提出復議的成案要件，回歸到制度面的程序來解決問題</p>	<p>提出復議案」</p> <p>9.「健保會參與委員提出與原決（議）定不同之正當理由者可展開連署提出復議案」中，平均值為4.48</p> <p>10.所有受訪者均同意「因情勢變遷或有新資料而認為決議確有重加研討之必要時，可展開連署提出復議案」</p> <p>11.超過八成六的受訪者同意「衛福部政策方向改變，而與原決（議）定相左，可展開連署提出復議案」</p> <p>12.所有受訪者均同意「健保會主委應嚴格執行會議規則，以維持會場秩序」</p>
五、資訊公開：評估現行健保會委	1.		1.受訪者大多數認為現行公告議事錄於網站上的模式已能		1.「您同意對於健保會委員會議資訊以議

研究目的 研究方法	各國委員會分析	會議(次級)資料分析	深度訪談暨焦點座談結果分析	個案分析	問卷調查
<p>員會議資訊公開方式之妥適性。</p>			<p>充分回應資訊公開之要求</p> <p>2.直播會將委員的所有發言及情緒供人檢視,缺乏讓發言者重新檢視其用語並修正的機會,激化對立</p> <p>3.受訪者認為直播本身會即時觀看的觀眾其實很少,對於資訊公開本身的效益不大</p> <p>4.部分受訪者認為直播可抑制部分委員發言時間較長及過於強調其發言權</p> <p>5.直播可能引發少數委員利用直播進行無謂之表演或宣傳行動</p> <p>6.可改採逐字稿形式</p>		<p>事錄方式公開」論述中,平均值為 5.12 分,可見委員們仍傾向維持現狀</p> <p>2.「為改善議事效率,您同意對於健保會委員會議以網路直播方式公開」,平均值為 3.26 分,可見委員們普遍不直持直播方式公開</p> <p>3.超過七成的受訪者不同意「為改善議事效率,對於追蹤案件管考方式應該改為屆期不追蹤」</p>
<p>六、綜合性</p>					<p>1.超過五成八的受訪者同意「衛生福利部完全尊重健保會的決(議)定」</p> <p>2.「針對健保會在健保政策過程中所扮演的角色,您認為下列何者論述最接近您</p>

研究目的 研究方法	各國委員會分析	會議（次級）資料分析	深度訪談暨焦點座談結果分析	個案分析	問卷調查
					<p>的想法」中，以回答「政府雖然是中立裁判者，當各團體無法達成共識，政府當然有介入代為決策的權力」最多，佔 53.3%</p> <p>3.在「針對政府健保政策的決策權，您認為下列何者論述最接近您的想法」中，以回答「健保會作為一審議單位，只能提供政策建議，最終仍須由主管機關決議」最多，佔 58.7%</p> <p>4.「請問您認為誰該為健保政策的決策負最終責任」中，以回答「衛生福利部」最多，佔 45.7%</p>