

附件二 26 條保留條文中仍待黨團研加把關係文一覽表

醫改會建議	原政院版條文	醫改會建議說明
<p>第四條 本保險下列事項由全民健康保險監理會（以下稱監理會）辦理：</p> <p>一、<u>保險費率調整之協議及民意蒐集。</u></p> <p>二、<u>保險給付範圍調整之協議及民意蒐集。</u></p> <p>三、<u>保險醫療給付費用總額訂定及分配之協議及民意蒐集。</u></p> <p>四、保險政策、法規之研究及諮詢。</p> <p>五、其他有關保險業務之監理事項。</p> <p>監理會為前項之<u>協議及民意蒐集</u>，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財務平衡方案，併案討論或協議後，報請主管機關核定。</p> <p><u>監理會由有關機關及專家學者、被保險人及雇主、各類保險醫事服務機構代表三方，依據對等協商、利益迴避原則公開遴選組成。</u></p> <p>監理會應於會議召開七日前，公告會議議程；並於會議召開後七日內，公</p>	<p>第四條 本保險下列事項由全民健康保險監理會（以下稱監理會）辦理：</p> <p>一、保險費率之審議。</p> <p>二、保險給付範圍之審議。</p> <p>三、保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配。</p> <p>四、保險政策、法規之研究及諮詢。</p> <p>五、其他有關保險業務之監理事項。</p> <p>監理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財務平衡方案，併案審議或協議訂定。</p> <p>監理會於審議或協議訂定本保險重要事項；必要時，得辦理相關之公民參與活動。</p>	<p>一、行政院版監理會，擴大功能及審議費率、給付範圍、總額之職權，根本就是「太上皇條款」。</p> <p>二、考量依現行中央行政機關組織基準法之組織再造方向，已無改制正式法制化機關的空間；加上保險人既已改制為中央行政機關，理當與衛生主管機關共同承擔決定保險費率、給付範圍、協議訂定及分配保險醫療給付費用總額之課責責任，而非推卸應承擔之重責於僅為任務編組、非正式、委員非正職、委員間明顯有專業知識落差之監理會。</p> <p>三、為落實權責對等原則，監理會功能應為「協議及民意蒐集」保險費率及保險給付範圍、協議訂定及分配保險醫療給付費用總額等收支連動方案後，交由衛生主管機關核定並負最後決策責任。</p> <p>四、監理會代表中醫事服務提供者、被保險人代表人數應對等且符合利益迴避(或利益揭露)原則，政府有關機關代表降至最少，始</p>

<p>開出席名單及具發言摘要之會議實錄。 監理會於協議或蒐集本保險重要民意；必要時，得辦理相關之公民參與活動。</p>		<p>具公平民意蒐集基礎。被保險人代表應公開遴選，加強民意代表性。 五、監理會應事前公開議程，適時廣納民眾端實務建議；事後並應公開會議實錄讓民眾監督，杜絕密室討論。</p>
<p>第十七條 中央政府各年度應分擔之保險經費，依下列方式計算之： 一、本法中華民國○年○月○日修正之條文施行第一年為：前一年本保險精算收支平衡且維持一個月安全準備下，中央政府應負擔之保險費補助款$\times[1+(\text{最近三年名目國內生產毛額平均成長率}+\text{最近三年全國個人醫療保健支出平均成長率})/2]$—中央政府依第二十六條第一項規定對被保險人保險費補助之金額，<u>但中央政府應分擔之保險經費，不得低於該年度總保險經費三十五%</u>。 二、本法○年○月○日修正之條文施行第二年起，以前一年中央政府應分擔之保險經費加計前項成長率。</p>	<p>第十七條 中央政府各年度應分擔之保險經費，依下列方式計算之： 一、本法中華民國○年○月○日修正之條文施行第一年為：前一年本保險精算收支平衡且維持一個月安全準備下，中央政府應負擔之保險費補助款$\times[1+(\text{最近三年名目國內生產毛額平均成長率}+\text{最近三年全國個人醫療保健支出平均成長率})/2]$—中央政府依第二十六條第一項規定對被保險人保險費補助之金額。 二、本法○年○月○日修正之條文施行第二年起，以前一年中央政府應分擔之保險經費加計前項成長率。</p>	<p>一、既然民眾負擔保費仍有下限應繳保費，政府也應承擔提供民眾基本健康保障的義務，有至少三十五%應負擔保險經費比例責任。 二、政府稅收也是民眾所繳納，要求政府最低保險經費比例責任不僅更符合公平正義原則，也加強政府加強全民健保險財務管理誘因。</p>
<p>(刪除)</p>	<p>第四十三條 同有效成分或同功能類別之</p>	<p>一、在有官方保證的醫療科技評估無法普便</p>

	<p>藥物，保險人得以同一價格支付；新增列之藥物，保險人得訂定給付上限。</p> <p>前項藥物，被保險人得選用高於保險人支付之同一價格或給付上限者，並自付其差額。</p> <p>前項負擔差額之品項及實施日期，由保險人送監理會討論後，報主管機關核定公告。</p>	<p>實施、公開，且民眾難以真切理解專業資訊之下，拒絕將判斷使用昂貴新藥與否的責任，拋給資訊弱勢的民眾。</p> <p>二、過去有差額負擔的創意想法，是因為收支不連動，即使具療效之新藥、新科技，也因為健保收入不敷支出，無法及時納入健保，但未來收支連動，付費者代表根據「權責相符」、「收入連動」原則，當然可決定什麼新藥新科技應納入健保，及跟隨而來可能的健保保費調漲。</p> <p>三、即使修法開放差額負擔，受益者仍將是經濟相對強勢的民眾。</p> <p>四、開放差額負擔，將令人擔心當醫師建議患者使用需差額負擔的新藥，是否將與藥廠間有利益關係的問題，國外開放差額負擔的前提是，完善的醫藥分業，醫師並不會從開處方的過程獲取利益。</p> <p>五、若開放差額負擔，開發新藥的藥廠極有可能因此失去誘因爭取納入全額健保給付，未來民眾將是同一健保制度下，有錢付差額的就能享受較好藥品的不同世界。</p> <p>六、具成本效益、療效的藥物理所當然應納入健保；至於不具成本效益、相當療效、副</p>
--	---	--

		<p>作用、風險有問題的藥物，本不應讓醫療服務提供者誘發不必要需求，鼓勵民眾差額自費。</p>
<p><u>第七十條 保險人應定期公開保險經營之實況，及個別保險醫事服務機構提供保險服務之品質資訊。</u></p> <p><u>前項保險服務品質資訊應包括：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 一、<u>中央健康保險局品質管理績效報告。</u> 二、<u>個別醫事服務機構年醫療服務量及金額。</u> 三、<u>個別醫事服務機構醫事人員數。</u> 四、<u>個別醫事服務機構委外經營之醫事及非醫事服務項目。</u> 五、<u>個別醫事服務機構參加評鑑之基本資料表及各項評鑑基準評分。</u> 六、<u>其他經主管機關公告之項目</u> <p><u>保險人並應調查被保險人需要、有助於選擇就醫地點之醫療品質資訊，並定期公開。</u></p> <p><u>第一項保險服務品質資訊及第三項醫療品質資訊，應遵循事項之辦法，由主管機關定之。</u></p>	<p>第七十條 保險人及保險醫事服務機構應定期公開與本保險有關之醫療品質資訊。</p> <p>前項醫療品質資訊之範圍內容、公開方式及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 一、保險人有責任向被保險人公開經營保險業務相關之服務品質資訊，確保民眾繳交保費，獲得有品質的醫療服務。 二、保險人並應定期公開被保險人需要、有助於就醫選擇之醫療品質資訊。 三、有關評鑑基本資料表之公開，以醫療業務統計及醫療品質等相關資料為主。 四、基本、必要的健保品質資訊公開項目應明訂於母法，避免授權主管機關或監理會後遭利益團體抵制。

<p>第七十七條 以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以其領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用<u>二至十倍之罰鍰</u>；其涉及刑責者，<u>移送司法機關辦理</u>。保險醫事服務機構因該事由已領取之醫療費用，得在其申報之應領醫療費用內扣除；<u>主管機關並應於協議訂定及分配次年度保險醫療給付費用時扣除。</u></p> <p>保險醫事服務機構有前項規定行為者，其情節重大者保險人應公告其名稱、負責醫事人員或行為人姓名及違法事實，<u>並提供十年以上網際網路檢索查詢。</u></p>	<p>第七十七條 以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以其領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用二至十倍之罰鍰。保險醫事服務機構因該事由已領取之醫療費用，得在其申報之應領醫療費用內扣除。</p> <p>保險醫事服務機構有前項規定行為，其情節重大者，保險人應公告其名稱、負責醫事人員或行為人姓名及違法事實。</p>	<p>一、基於浮報健保之費用不應於年度總額中持續納入基期計算，讓健保總額不合理等比膨脹。</p> <p>二、為使好醫院、好醫師浮出檯面，減少浮報健保弊端，並可提供民眾警示，避免受害，或幫忙監督把關，爰刪減第二項僅限公布情節重大違規之文字。</p> <p>三、為方便被保險人查詢違規醫事服務機構或行為人之紀錄，至少應拉長現行只公佈半年的時間，明文規範提供一定年限之網路檢索服務，最後定案(爭審會決議、行政訴訟)結果也應更新，杜絕「重提、輕放」弊端，也還受冤醫師最後清白，爰修訂第二項部份文字。</p> <p>四、對於罰鍰應彈性有範圍不反對，但對於2~10 倍罰鍰認為應提高。</p>
--	--	---