

衛生福利部全民健康保險會  
第5屆111年第11次委員會會議事錄

中華民國111年11月18日



衛生福利部全民健康保險會第5屆111年第11次委員會議紀錄  
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國111年11月18日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：范裕春、曾幼筑

出席委員：(依姓名筆劃排序)

干委員文男、朱委員益宏、何委員語、吳委員鴻來、吳委員鏘亮、李委員永振、李委員麗珍、卓委員俊雄、林委員恩豪、林委員敏華、林委員綉珠、侯委員俊良、胡委員峰賓、翁委員文能、翁委員燕雪、馬委員海霞、商委員東福、張委員文龍、張委員鈺民、許委員騏洪、陳委員石池(台灣醫學中心協會工作小組游委員進邦代理)、陳委員有慶、陳委員秀熙、陳委員彥廷、黃委員金舜(中華民國藥師公會全國聯合會李常務監事懿軒代理)、黃委員振國、楊委員芸蘋、董委員正宗、詹委員永兆、趙委員曉芳、劉委員守仁、劉委員國隆、劉委員淑瓊(台灣醫療改革基金會劉董事梅君代理)、滕委員西華、鄭委員素華、盧委員瑞芬、謝委員佳宜、顏委員鴻順

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：李署長伯璋(蔡副署長淑鈴代理)

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第6~7頁)

貳、議程確認：(詳附錄第7~8頁)

決定：確認。

參、確認上次(第10次)委員會議紀錄：(詳附錄第8頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第10~19頁)

決定：

一、上次(第10次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情

形：

(一)擬解除追蹤共1項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共9項，同意繼續追蹤。

二、為如實呈現會議實況及提升議事錄製作效率，自本次委員會議起，發言實錄將以錄音檔併同速錄內容為主。若委員擬補充現場發言內容，可於會後3日內以書面方式送本會，併入發言實錄並註明會後書面補充說明。

三、請中央健康保險署就朱委員益宏詢問事項，提供因應COVID-19疫情轉列專責醫院，中央健康保險署應支付健保補助款與疾病管制署應用特別預算支應情形及實際核付結果。

四、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第20~42頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：111年第3季全民健康保險業務執行季報告，請鑒察。

決定：

一、本案洽悉。

二、委員所提意見，送請中央健康保險署參考，其中有關健康存摺 SDK(Software Development Kit，軟體開發套件)意見，請回復說明並安排後續報告事宜。

陸、討論事項(詳附錄第43~92頁)

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險112年度保險費率方案(草案)，提請審議。

決議：

一、112年度保險費率經本會審議結果，建議維持現行費

率5.17%。

- 二、前揭審議結果將依全民健康保險法第24條第3項規定，併同與會人員發言實錄陳報衛生福利部，副本抄送中央健康保險署，請就委員意見研參妥處。

## 第二案

提案單位：本會第三組

案由：112年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

- 一、112年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

- 1.自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.164億元)移撥12.474億元，作為特定用途移撥款，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「特殊醫療服務計畫」、「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」、「牙周病統合治療方案」及「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」等6項特定用途，其中用於「牙周病統合治療方案」之額度為8.724億元。

- 2.移撥經費若有剩餘，優先用於「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

- 3.扣除上開移撥費用後，預算100%依各地區校正人口風險後之保險對象人數分配。

- 二、所涉執行面及計算(含特定用途移撥款)等相關細節，

授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之，其中特定用途移撥款執行方式請送本會備查。

三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於111年12月底前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

### 第三案

提案人：干委員文男、陳委員有慶、林委員恩豪、許委員駢洪、劉委員淑瓊、馬委員海霞、楊委員芸蘋、林委員敏華、董委員正宗、吳委員鴻來、翁委員燕雪、李委員永振、張委員文龍、李委員麗珍、劉委員國隆、鄭委員素華、侯委員俊良、張委員鈺民

代表類別：保險付費者代表

案由：為提升醫療可近性、優化處方箋傳遞流程以及因應環保趨勢，提請衛生福利部(下稱衛福部)儘速實施「電子處方箋」，提請討論。

決議：本案屬衛生福利部及中央健康保險署權責，委員所提意見送請權責單位參考，並請中央健康保險署於例行業務執行報告提報辦理進度。

### 第四案

提案人：胡委員峰賓

連署人：卓委員俊雄、許委員駢洪、林委員恩豪、張委員鈺民、黃委員金舜、黃委員振國、顏委員鴻順

代表類別：公正人士、專家學者、保險付費者代表及保險醫事服務提供者代表

案由：維護本會委員提案權案，提請討論。

決議：

一、本會委員之提案內容，宜應與全民健康保險會法定任

務有關者為限，為尊重本會委員提案權，本會委員提案後即納入議程，如涉及是否屬於全民健康保險會法定任務認定之疑義，由委員會議議決。

二、委員所提各項建議，請本會幕僚研參妥處。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：下午14時28分。





第5屆111年第11次委員會議  
與會人員發言實錄



壹、「主席致詞」、「議程確認」、「確認上次(第 10 次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

**周執行秘書淑婉：**主委、各位委員，現在會議時間已經是 9 點半了，剛剛統計出席委員已經達法定出席過半，我們今天的會議可以正式開始，恭請主席致詞。

**周主任委員麗芳：**謝謝，與會各位委員、健保會、健保署的同仁大家早安！大家好！首先要跟大家報告這段期間重要的事情，第一個是 11 月 12 日是醫師節，在這邊特別感謝，不只是 3 天、3 個月，而是 3 年來持續守護大家，所有的、我們的防疫英雄，包括防疫的國家隊、口罩國家隊、疫苗國家隊，還有清冠一號國家隊等等，我們是不是給所有，在第一線付出全部心力、心血的這些防疫英雄致上最大的感謝，謝謝。

其次，我要分享一份榮耀，這一份榮耀等一下黃金舜理事長來了之後，再請他也跟大家簡單說明一下。在這個月，就是我們藥師公會全聯會他們到馬來西亞吉隆坡亞洲藥學會當中，順利爭取到 2023 年亞洲藥學會在台灣舉辦，這次是第一次以台灣的名義，並不是以中華台北的名義參加，黃金舜理事長也榮獲我們藥學界最高榮譽石館獎，這是非常難得的殊榮，所以我們在這邊也感謝黃金舜理事長對於整個台灣、還有國際藥學界的貢獻，也感謝他們在這一次的防疫當中這樣的付出。

其次，在牙醫的部分，也很感謝陳彥廷理事長，他們在台南，剛舉辦了特殊教育機構的潔牙觀摩會，也就是陳理事長彥廷帶領我們牙醫國家隊持續對於偏鄉、對於特殊的族群，可以說是不遺餘力，彥廷理事長他也有一份歲末邀請函，我們等一下再請他來跟大家邀請。

再來是中醫的部分，在詹理事長永兆的帶領之下，不僅是說清冠一號持續投入有關新冠病患的治療，包括長新冠也在宣導，中醫也可以協助治療。其次是新冠確診者，中醫的部分也加強有關居家照護服務的部分。

其次，也很感謝我們的護理部門，不僅是平時的醫療照護服務，包括是新冠肺炎期間可以說是最辛苦的第一線同仁，對於住院整合照顧服務可說是卯足全力進行，等一下也會請林綉珠副理事長跟我們大家就他們目前的試辦計畫及跟大家邀請。

我們也跟大家預告一下，今天已經是我們這 1 屆委員會議倒數第 2 次，大家一坐定很感謝健保會的同仁幫我們拍了畢業照，今天的上午也是我們這一屆最後 1 次上午召開，下 1 次的健保會在下午 1 點半召開，召開之後就舉辦畢業典禮，也要藉此機會感謝在這段期間當中所有曾經幫忙我們的每一位同仁，可以說都是我們的貴人，包括社保司商司長率領的社保司同仁，也感謝健保署李伯璋署長、蔡淑鈴副署長率領的健保署同仁，也要感謝淑婉執秘，率領我們的健保會的同仁，感謝大家，謝謝。我們接下來進行下面的議程。

### **同仁宣讀(議程確認)**

**周執行秘書淑婉：**主委、各位委員，大家早安！依據本會會議規範規定，健保署署長是法定列席人員，不過健保署在 11 月 17 日函知，李署長因為他有重要的事情，有重要的政策推動與業務宣導行程不克列席，本次會議請假，由蔡副署長淑鈴代理，來函影本放在各位委員桌上，請各位委員參閱。

本次的議程安排計有優先報告事項一案，為健保署 111 年第 3 季業務執行口頭報告，討論事項有四案，前兩案都是依照本年度工作計畫排定，屬於法定業務，而且是有完成的期限。第一案是 112 年保險費率審議案，第二案是 112 年牙醫門診總額地區預算分配案，第三、四案是委員提案，第三案是干文男委員等 18 位委員提案，第四案是胡峰賓委員的提案，以上。

**周主任委員麗芳：**如果委員沒有意見，我們就議程確認。李委員永振請。

**李委員永振：**各位委員大家早！我對議程沒意見，但周執秘淑婉報告李署長伯璋又請假了，我看了今天議程有健保署業務季口頭報告，還有今年的重頭戲，健保署所提的 112 年費率審議案，健保署應該

扮演非常重要的角色，不知道是什麼活動內容那麼有魔力又把我們署長拉走了，是不是可以說明一下，讓委員了解一下，謝謝。

**周主任委員麗芳：**健保署這邊要不要來說明一下，謝謝。

**蔡副署長淑鈴：**我想應該是很重要的事情，因為我相信署長也是非常重視健保會的業務，歷次也都是在這邊有口頭報告，今天一定是 1 個不可抗力的因素讓他行程排不開，在此跟大家致歉，謝謝。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，那就議程確認，我們進行接續的議程。

**同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)**

**周主任委員麗芳：**有關於會議紀錄的部分，看起來大家是確認，好，那我們會議紀錄確認。本會重要業務報告前，先請牙全會，陳彥廷理事長來邀請大家，謝謝。

**陳委員彥廷：**主委、各位委員，大家早安！感謝各位委員在這 1 年來對於牙醫門診總額的支持，我們在今年 12 月 21 日禮拜三下午 6 點在台北 W 飯店舉辦歲末餐會，敬邀各位委員跟我們一起同樂，謝謝。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，接下來請護理師全國聯合會，林委員綉珠請。

**林委員綉珠：**主委、各位委員大家早安，護理師公會全國聯合會非常有榮幸能夠邀請大家，前往我們在試辦中 1 個住院照護整合計畫的部分，這一塊在整個疫情期間，真的承蒙我們的健保署，撥了一些款項支付我們整個專責病房照護試辦的部分，對護理界、護理跟病人真的是有很大的助益，所以健保署今年編列 3 億元預算要執行，總共有 67 家醫院投標，總共有 40 家準備要做試辦計畫。

這個試辦計畫事實上，攸關了整個護理照護型態的改變部分，對病人的照護品質應該會有相當助益，我們非常希望大家能有機會蒞臨指導我們針對這些試辦單位提出的報告部分，會在 12 月 15 日台大醫院上午，半天的時間跟大家做一些分享跟報告，歡迎各位委員蒞臨指導，謝謝。

**周主任委員麗芳：**謝謝，接下來就是藥師公會全聯會，我要特別請李常務監事懿軒幫我們轉達，雖然說今天黃理事長因為要公沒辦法過來，但是健保會也是以他為榮，得到藥學界最高榮譽石館獎，同時爭取明年藥師學年會在台灣舉辦。

剛剛顏委員鴻順、黃委員振國我們也特別感謝大家在防疫當中，全國五萬四千名醫生的貢獻，包括全聯會周慶明理事長還有各個理事長，在各縣市代表去感謝所有的這些防疫貢獻、傑出貢獻的醫師，謝謝。我們就請周執行秘書淑婉來做業務報告，謝謝。

## 貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

### 同仁宣讀

**周執行秘書淑婉：**主委還有各位委員，本會的重要業務報告，項次一，是本會依照上次委員會議決議事項辦理情形如下：

(一)黃委員振國及顏委員鴻順所提「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵要點實際核發情形案」，及朱委員益宏詢問事項，業於 111 年 11 月 3 日依會議決議函送衛福部並副知疾管署及健保署，請他在 11 月 14 日前提供相關資料供參，目前衛福部醫事司在 11 月 11 日有回復有關補充津貼核發情形，在補充資料第 2 頁跟第 3 頁，至於朱委員益宏關心的部分，健保署昨天下班前 11 月 17 日才把資料送過來，書函在委員桌上，在補充資料夾頁，請委員參閱。

(二)是有關於 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式，我們已經在 11 月 10 日陳報衛生福利部核(決)定，如會議資料第 151 到 155 頁。

上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計 10 項，依辦理情形，建議解除追蹤 1 項，繼續追蹤 9 項，最後還是會依照委員會議定結果辦理。請委員看一下會議資料第 23 頁，我們擬解除追蹤這一案是 9 月份健保署業務執行報告委員的意見，健保署說明在第 28 頁，請委員參閱。個別委員關切的事項，健保署回復在附錄四(第 156 到 158 頁)，這部分請委員也參閱。

項次二，是有關於全民健康保險法明定委員會議的委員發言實錄的記載方式，我們需要稍作調整。因為依照健保法第 5 條明定本會應在會議後 10 天內公開會議實錄。目前的實錄做法，委員或者同仁對發言實錄多少會做修正跟潤飾，尤其同仁在修正潤飾過程中，常常在假日加班整理，花費不少心力，我們同仁到現在，有人從年初到現在加班 200 多個小時，其實我們同仁真的很辛苦。

但因為修正幅度不一，目前修正幅度過大，我們也擔心會衍生同仁文書登載的責任問題，所以我們現在要依法如實呈現，會議實況

原音重現，也考量我們目前已經聘有專業速錄師詳實記載與會人員發言內容，為了節省委員寶貴時間跟提升議事錄的製作效率，我們參考立法院作法，自本月份起，發言實錄將以錄音檔併同速錄內容為主。如果委員要補充現場發言內容，可於會後 3 日內將書面補充意見送本會，我們會加以載明，會後以書面補充方式呈現，併入發言實錄。

項次三，是健保署在本年 10 月到 11 月發布副知本會的相關資訊，這個已經在 11 月 4 日寄至各委員的電子信箱，摘要的內容如下，請委員參閱，以上。

**周主任委員麗芳：**謝謝周執行秘書淑婉的說明，請委員對於健保會的業務提出垂詢，朱委員益宏請，然後李委員永振。

**朱委員益宏：**主席，那個剛剛周執行秘書淑婉有講到實錄的這個部分，第一個我是同意用錄音檔，因為其實包括健保署相關會議也是用錄音檔呈現，所以這個在實錄上，文字紀錄當然多少跟原意有些出入。

但是我比較不贊成，就是說會後委員再用書面文字去補充，因為實錄就是反映當天開會實際上的狀況，如果說對實錄有意見應該在委員會上另外再提，而不是會後去用，讓健保會同仁還要再去登載，所有與會的委員也不知道會後該委員的文字的意見，其他委員是不是要表達相關的意見，我是認為說既然是實錄，用錄音檔就 OK 了，如果健保會的同仁用文字檔併陳，那這樣也 OK，但我反對用會後補充在實錄裡面並沒有的意見，以上。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，李委員永振請。

**李委員永振：**我先回應剛才朱委員益宏提到的，他講的是有道理，但是我們有時間的關係，很多都沒有辦法在這邊當場發言，所以主席有時候會裁示說哪些項目應該是事後，現在有 3 日內，而且你提出來還有註明是書面意見，這樣的話應該是 2 個併行，是不是會比較符合我們實際在進行的方式？這 1 點我是有這個看法，提供參考。



另外，如果要採這個新的方式，我建議周執行秘書淑婉可能要留意一下，就是我們會裡面的幕僚文筆都還不錯，但是我參加其他的會有時候，我看到確認的時候，都懷疑自己是這麼差，怎麼講得這樣子，不曉得是因為真的太差，人家就是實錄這樣一句一句寫出來，還是沒有寫好，不過重點是他應該掌握住發言者的意思，整個再去處理，這樣可能會比較順，這是第 1 點。

第 2 點，請各位委員參閱我們的會議資料第 24、25 頁，按照議事規則照理講這個是要書面提，因為這個是對繼續追蹤事項，還有對答覆有意見，但是我今天一定也是要違反這個規定在這邊提，因為這裡面我看了一下，醫院、西醫基層和中醫部門，因為昨天有中醫研商會議有碰到，他們都還有需要保障點值的項目，不過，健保署的答覆在這邊好像就只有新增點值保障的項目才需要提出來，我們提到的需要獎勵的項目理由、對總額預算的影響。

但是根據我們當時協商的原則，並不是只有針對新增的項目，你所有需要保障點值的項目，都必須遵循這個原則，就是你的項目還有你這個理由以及對總額的影響都要，將來如果沒有這樣執行的話，提出到會裡面同意，我們就不同意，這樣應該會比較好，就是說我們討論半天的原則跟實際的做法比較一致。

第 3 點，請各位看到會議資料的第 26、27 頁，這邊有提到 3 項對效益評估方式的項目還沒有處理完成，在健保署的說明裡面，要函請中華民國牙醫師公會全國聯合會以及台灣醫院協會提供，這邊我是覺得是說，我們的決議是要請中央健保署提報本會，健保署應該不只是函請這兩個醫事團體提供，應該對他所提供的資料內容也要檢視掌握，用保險人的角色的立場來提供，這樣可能會比較合規，這 3 點建議，謝謝。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，盧委員請。

**盧委員瑞芬：**針對剛才會議實言錄的部分，我其實是贊同李委員的意見，就是說會後如果委員還有意見的話，其實就是用書面補充的方式，我覺得那並沒有違背，因為我們本來主席也很多事都會裁示時

間上的考量，可以用會後的書面意見，所以如果有針對實言錄的部分，我想用書面來表達補充應該沒有問題，所以我是贊同李委員剛才提到的。

另外我是想請教，就是說，我先抱歉，因為有時候專有名詞我會一下子講英文出來，但是有時候可能字彙有出錯，我想請教就是說在實言錄的過程裡面，如果針對有一些字眼不是很確定的話，是不是會跟委員確認一下，是不是用的字有沒有錯誤，還是說反正就是聽錄音然後完全呈現？我當然贊成執秘剛才提到的說不再發給委員確認，因為真的非常耗費時間，這點我是同意，我只是就細節上想請教，就是說針對有一點疑義的字的話，因為有時候聽錄音不是很清楚，每個人口音都不太一樣，又有時候可能會用一些英文的專有名詞，這個部分也會做一個確認，還是說以後就是會議實錄出來以後，我們大家先趕快看一下自己發言的部分，如果有要更正確認的部分我們自己再用書面來表達？以上，謝謝。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，請劉淑瓊委員代理人，也是劉梅君前董事長，請。

**劉代理委員梅君(劉委員淑瓊代理人)：**好，就是說大原則上我也希望我們幕僚其實不要被這麼多的這些事情綁住了，所以那個方向我是同意的，可是我們的確有的時候在發言的時候，同仁在聽打的時候會誤解了，譬如說，那個誤解就其實是天差地遠，譬如說工人的工然後打成了公會的公，那這個差別就真的大，或是剛剛您談到的，就是用英文，不是，他是用中文講結果被誤解成英文，譬如說篩異指標變成 sign 指標，像這個東西就完全是，就是很大的 1 個錯誤，像這種狀況有沒有什麼好的辦法可以做這個調整？要不然的確是，這個發言內容就不是這麼一回事，可是被寫成這樣的時候會引起誤解，我想大概是表達這樣的意思，謝謝。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，朱委員請。

**朱委員益宏：**主席，我第 2 次發言，就是對於上一次會議我有特別提出來，對於嚴重傳染肺炎照顧的特殊預算的補助跟健保總額這一部

分，有一些不是很清楚的狀況，然後其實在會議資料第 15 頁，會中主席決議說希望我提供一些相關的書面資料，函轉給衛福部跟健保署提供，那我也函轉了，我也提供了資料在會議資料第 15 頁，會議資料第 15 頁其實寫得非常清楚，就是希望疾管署跟健保署就這裡講的台北分區總共有 4 家醫院，他們依據我們會上通過的醫院總額的補助方案，那跟實際上他們用健保去支應的方案，到底費用有沒有差別，就是數字是怎麼樣。

然後另外請疾管署也提供這幾家醫院，就補助健保這一部分，它們實際的補助金額然後提供一些數字，但是大家看到健保署這個公文，其實我是看不太懂，其實裡面完全沒有講到這 4 家醫院相關的狀況，然後就說要請我有興趣的直接去洽疾管署，然後疾管署這邊也沒有回答，衛福部這邊也沒有回答，衛福部就籠統的講它整個補助的金額，也沒有就這 4 家實際上發生的狀況去回復相關的狀況，所以我不知道各位委員對於這樣子的回復大家是不是同意，因為我覺得這個案子不是我個人的意見，如果大家都沒有意見我也不會繼續再追究，但是就我的了解，事實上是由本來應該是特殊預算去支應健保的這一部分，結果是由健保的台北分區的總額去支應，那當然其它幾個分區有沒有類似的狀況我不清楚。

所以如果是真的有這個情形，本來應該是特殊預算去支應的，結果由總額來支應，那我覺得這個當然是我們委員會的權責，理應去了解這樣子的狀況，但是衛福部跟健保署其實都語焉不詳，我不知道各位委員對於這樣子的回答是不是滿意，我再一次強調這個案子不是我個人案子，因為這個也不是我的錢，今天就算有怎麼樣也不是進到我的口袋，也不是從我口袋拿出來的，我只是覺得這個是全民健保每 1 個人，包括付費者辛辛苦苦大家繳的保費，來撐起的全民健保，如果是特殊預算 8,800 億，8,000 多億的特殊預算，那如果是這樣子被挪用的話當然是不應該，所以我想也讓各位委員知道一下我對於這樣子的回復不滿意，但是我個人不滿意，各位委員如果大家都沒有意見，那我也敬表同意，謝謝。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，我綜整一下，如果沒有其他意見的話，我綜整一下三塊，第一塊的意見，就是針對我們的會議實錄的部分，確實剛剛有幾位委員，對於會議實錄上面，當然我覺得幕僚考慮得非常好，就是可能不宜大幅去修正，因為這也是會議的真實性，但是如果說是屬於文字的精確性的話，我覺得這個是確實是要顧及的，文字的這個精確性，甚至是有些時候，可能有一些在會場當中比較火爆的地方，事後大家覺得說事緩則圓，覺得說我是不是不要增加進去，但是我刪掉幾個可能覺得說言詞比較強烈的部分，我覺得那個應該還是可以這個啦……

**盧委員瑞芬：**不行，那已經不是實言錄了。

**周主任委員麗芳：**不行喔？也不行喔？實言錄，好。所以我們這樣子，就是剛剛幾位提到錯別字，特別是剛剛盧老師提到，有一些專有名詞的精準度，特別是英文的部分，這個部分再請幕僚同仁想看看有什麼方式？好，請。

**周執行秘書淑婉：**這個我們想過了，因為基本上速錄師的內容我們同仁還是會再自己聽一次，我相信我們同仁的專業應該是 OK 的，所以如果有錯的部分或我們不清楚的部分，我們一定會再跟委員確認，如果說真的是講錯，其實我們本來有想過，真的講錯我們應該用註明的方式，因為他現場就是講錯，但是我們會用註寫在下面說它應該是什麼，正確應該是什麼，我們這個其實有思考過，我們應該會先用這樣的方式來呈現。因為基本上立法院也是這樣，其實我們有去參考立法院實錄記載的方式，以上。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，至於剛剛多數委員也是贊成會後書面意見，但是會備註，會後書面的補充意見，等於是補充進去的，會後書面的補充意見，這個我們會做備註，這是針對會議實錄的部分。

第二塊就是針對李永振委員對於我們追蹤事項有一些寶貴的意見要給健保署參考，因為我們針對這一塊今天不會在這邊討論，但是我們請健保署把委員意見帶回去參考。

第三塊就是朱益宏委員提供的高見，朱益宏委員提供的高見有 2 種解決的方案，第 1 種方案剛剛朱委員也說，如果多數委員覺得可以的話，我們本案就到此為止；第 2 種如果朱委員還是很強烈希望說再徵詢衛福部不足資訊的部分是不是可以予以提供，我想我們本會站在服務我們委員的立場，我們再……何委員請。

**何委員語：**主席，各位委員早，我支持朱委員的意見，我們付費者的立場是說，如果這筆錢因為因應特殊疾病管制法<sup>(註)</sup>的措施而訂出的辦法，這些叫他們停止門住診而來接收，這 3 個月來接收配合疫情發展的需要，而停止門住診，這個補助款要由特別預算疾管署來支付給他的，我是非常支持這個辦法。但如果說他停止了以後，到下一季又恢復門住診以後，用我們健保支付 9 折的方式去補給他，那我認為這就不應該也不對。如果你政府的辦法已經訂說他停門住診來配合疫情需要做特別病房、隔離病房措施，你就要去補助這些停 3 個月的費用才對，這個要用特別預算由疾管署來支付給他。因為上個月，因為朱委員沒有提出這一份出來，我們也不太清楚，我昨天晚上也特別一直看他的內容，他對健保署的公文看不太清楚，實際上我看這個也是看了 2 遍才慢慢搞清楚狀況是怎麼樣，所以我是支持朱委員的立場，應該給我們付費者也交代清楚說這筆錢是公務預算、特別預算支付的、疾管署負責的，這筆錢是我們健保要給他的，而不能用健保的款項來支付特別預算，停門住診 3 個月的補助款用 9 折給他，不知道朱委員的發言是否跟我的見解一樣，我支持朱委員這個意見，應該讓委員釐清楚狀況，這些錢跟健保總額是有分開的，讓我們感覺到很了解，這一點我提出來。

註：嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝何委員跟朱委員意見，我們就以健保會的這個名義跟疾管署……

**周執行秘書淑婉：**主席，我想這個部分我們不要再用健保會的名義，因為我們是對健保署的監理，健保署應該把這個事情講清楚，我覺得這個事情應該直接請健保署要釐清楚哪一些是用特別預算、哪些是用我們健保，我覺得那個部分應該是健保署的權責。

**周主任委員麗芳：**因為上一次我們開會，之所以會行文出去就是因為上次說這不是我們健保的業務才送出去的。如果是這樣子的話，我就建議朱委員、何委員你們就去提一個案子好了，因為今天沒有這個案子，我們不能在這邊討論，所以你們就看看說跟我們健保相關什麼樣的案子，提上來該請健保署回應的，再去處理，謝謝。

**朱委員益宏：**我是覺得因為這個案子上次已經存在了，上一次當時大家並沒有決議，並沒有說哪一些健保署該付結果沒有付，哪些疾管署該付的沒有付、哪些健保署不該付的就付了，因為大家沒有這個資料，我也一再澄清，我也沒有詳細的資料，所以上一次其實我擬的這個內容就是希望他提供詳細的資料，然後我們大家再來看到底合理或不合理，如果不合理當然基於監理，我覺得提供資料本就是委員監理的職責。如果說相關單位，這個我覺得也不光是健保署的責任，因為是指揮中心的決定，我了解指揮中心在疫情期間一定是高於健保署，我覺得權責其實是衛福部要負更大的責任。因為我收到的訊息是指揮中心說這個東西就是健保署付、這個東西是CDC(註)付，指揮中心決定。但指揮中心決定，我的了解是，跟我們在醫院總額當初決定要沒有到九折補九折的決議不太符合，而且醫院協會那個決議在我們委員會雖然幾位委員(包括何語委員及付費者委員)有不同意見，但最後還是勉強通過了，所以在去年的疫情比較嚴重的時候，那一部分醫院總額特殊的處理狀況是通過的。

但是後來指揮中心在今年3月份就決定說，哪些東西還是要由健保來付，事實上我的了解是跟我們當初的決議不太符合，但這個我要再次強調，我的了解不見得是非常精確，所以我才說希望提供詳細的資料讓我們知道，我覺得這不用再提案。如果健保署沒有辦法提供，那我覺得再提案他也很困難，這是社保司或是衛福部要做個詳細的說明，看要不要處理，如果覺得不要處理，我的態度，我也沒有說強迫政府一定要處理這件事情，就要看大家付費者或所有委員對於我們監理權責到底是要做到什麼程度，這是委員的共識，不是我個人的共識。非常感謝何語委員，難得我們在議案上有相同的意見，我特別感謝何語委員支持。

註：CDC(Centers for Disease Control，疾病管制署)。

**周主任委員麗芳：**好，何委員請。

**何委員語：**主席、各位委員，這不是議案，大家要弄清楚，他是詢問事項。詢問事項的連結是上一次的提案內容，上次的提案內容最後我們希望朱委員能夠把你更了解的挪用健保費款項的內容提供給我們了解，當時我們建議是這樣，他今天已經提出讓我們了解，我們已經了解到可能挪用健保總額的錢去支付特別預算的款項。這是詢問事項不是提案，我建議主席把這個詢問事項移請健保署給朱委員更詳細的說明內容，這樣可以吧？朱委員私底下再提供給我們參考也可以吧，不能作成決議，因為他是詢問事項。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，就是有點像詢問事項，我們就繼續追蹤，本詢問事項就請健保署再協助回應給朱委員。好，我們進行下面的議程。

### **李委員永振書面意見**

會議資料第 29、30 頁，健保署說明再建議如下：

- 一、民眾就醫習慣改變及各層級醫療院所提供醫療服務行為，非短時間內可以完全改變，這論點可以認同，但自 106 年至 110 年也有 5 年期間，雖然還不算很長，但總應有所改變，但監測的結果是：與政策方向不符，算是走偏了！這才是重點！
- 二、DET 制度已試辦多年，未來將進行評估檢討，算有所回應，想請教何年何月會有結果？是否有大略的期程？
- 三、資金運用收益率的說明可以瞭解，但目前以銀行定存利率作為評比標準，似乎過於寬鬆！以近 3 年五大銀行 1 年期大額定存平均利率來看，109 年 0.13%，110 年 0.13%，111 年至 10 月為 0.29%，本項指標亦由 110 年之 0.33%，提升至目前之 0.52%，至年底可達 0.64%，112 年甚至可達 1.02%，究其原因為全球央行為處理通膨問題屢提升利率，依此方式監測，只是關起門來自嗨！無法達到監測目的！「政府公債利率」一般被視為「無

風險利率」，也是金融商品之訂價基準，近期先以此作為評比基準，長期再尋找更佳之基準，使本項監測較具意義。



參、優先報告事項「中央健康保險署『111 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告』」與會人員發言實錄

**同仁宣讀**

**周主任委員麗芳：**謝謝，等一下，就是剛剛我們在重要業務報告的決定，我先再次跟大家報告一下。我們就擬解除追蹤共 1 項，同意解除追蹤，擬繼續追蹤共 9 項，同意繼續追蹤，餘洽悉。接下來我們就請健保署來做報告，謝謝。

**蔡副署長淑鈴報告：**略。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，非常感謝蔡副署長這麼詳盡的報告，特別是也看到健保署的努力，也以台灣的健保進行非常好的國際外交，謝謝。接下來就是請委員針對健保署業務提問，請。

**侯委員俊良：**主席，我有 2 個詢問，第 1 個部分，我想在虛擬健保卡的部分，我問的不是虛擬健保卡本身，而是資訊安全的部分。各位了解前一陣子教育方面有發生學習歷程檔案遺失，不知道我們整個資安的部分，在這個部分不知道是怎麼來進行，是外包還是我們本身有內部的單位去做處理，我想資安是滿重要的，不知道這塊在虛擬健保卡的處理是什麼？

第 2 個部分是住院整合照護服務試辦計畫，申請 67 家，最後核定 40 家，我看那個區域，北區的部分是 0 家，台北市是有 9 家，我覺得分布真的蠻不平均，東區只有 2 家，而且只有 70 床。我不曉得整個我們在審核的過程當中，它的標準是什麼，或是北區這邊都完全沒有任何 1 家提出這種試辦的計畫。我想既然試辦應該是要全面性的，各個區域應該都去了解，從這試辦過程中不同的區域，應可回饋不同的資料，可以變成後面辦理的部分再更精進，這部分很明顯的看起來北區 0 家真的是有一點怪，這部分我想提出詢問，謝謝。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝侯委員，接下來趙委員請。

**趙委員曉芳：**我要詢問的事項跟侯委員是一樣的，就是在我們的 PPT 的第 14 頁，北區的部分看起來它的這個執行狀況比較差，是不是

請健保署再多做說明，就是到底為什麼北區會發生這樣的狀況？申請的 67 家是如何從中篩選出這 40 家？我們也比較關心篩選標準，以及是否考量區域衡平性，再麻煩多做一點說明。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，滕委員請。

**滕委員西華：**謝謝副署長很清晰的報告，就是很久沒有聽到很清楚的報告了。有幾點請教，第 1 個是關於 SDK<sup>(註)</sup>介接的這個問題，就是 SDK 在健保署公布的網站上面，目前為止有 32 家，剛剛侯委員提到資安的問題，我們 SDK 是先上車後補票，也就是健保署先招商做了 SDK 之後，各界有意見，再補了 1 個 SDK 的管理要點，在今年 2 月 25 日公告的 1 個，健保署自己用行政規則命令的方式公告了 1 個使用要點。

這個要點裡面，是要求承攬這個 App 介接的公司負責提供資安測試合格證明，但是沒有告訴、要求這個廠商必須要經過什麼樣的資安測試的方式跟程序，也就是說這個證明不可靠？這個資安等級合不合乎要求？連健保署自己資料的資安都一直在被資安專家質疑的時候，我們怎麼去確認，這個 App 介接的這個資安是對的？你讓我們把這個民眾的健康存摺、整個健保的資料，包括不是只有健保而已，還包括健康存摺所在內的資料，全部都倒給了 SDK 介接的這個 App。那裡面是按照引用部分個資法，告訴他蒐集、應用管理的一些要件，如果出事情要通知健保署，也沒有什麼刑責，完全都沒有，不太知道這對 SDK 介接的這些廠商到底有什麼進一步的法定上面的責任要負。

第 2 個更嚴重的是，這 30 幾家的廠商，除了 1 家政府以外，8 個醫療院所，醫療院所就算不做 App 嫁接，它透過病人同意也可以看到健康存摺，這個就姑且不論，但是有 21 家的民間公司，還有 2 家商業保險公司在做介接。商業保險公司的問題，我想在座很多專家，我就不講了，介接後有沒有可能影響被保險人的投保利益，我們就不知道了，但它完全掌握了民眾的細節，包括就醫的資料以外，21 家民間公司裡面，囊括了醫療器材公司、健康管理公司、

健康資訊公司、還有基因公司、生技，這個基因公司一連接它的說明就是，我可以幫你分析民眾的基因資料，各位知道基因資料是非常非常的敏感個資嗎？全世界都對基因管理辦法，連美國，包括我們再生醫療要不要蒐集生物資料庫裡面，分析民眾的基因的資料或者是其他的基因的訊息都涉及到非常嚴重的倫理規範，健保署為什麼可以把民眾的健康存摺介接的 SDK 的 App 授權給 1 個基因公司呢？法源在哪裡？民眾知道我們把資料授權給基因公司應用？你給健康管理公司、你給醫療器材公司，好啦，你大不了好聽一點是客製化的健康照顧，難聽一點就是客製化的醫療商業模式，我就賣東西給它，你賣東西給它就算了，你把那麼多健康的個資給基因公司、給藥廠去蒐集資料，還讓它做研究，然後美其名用健康照護、健康管理的理由，可以這樣嗎？可以這樣嗎？剛剛講的不是只有商業保險公司帶來的潛在影響，還有這些生技公司，我覺得這比盜賣個資還糟糕，因為健保署根本沒賺到錢，你平白把黃金，21 世紀的黑金、黃金就是 data，你把這個 big data 送給了 1 個只是 App 提供研發公司，你就丟給他了，好歹政府機關還有個資法，這些都還沒有。是我們消基會胡律師在這邊，難道我要靠消保法嗎？消費者怎麼察知，在過程裡面他被下載、被應用、被蒐集了，我怎麼會知道呢？資訊凡走過必留下痕跡啊，即使資安控制的再嚴格，這些 App 廠商都可以把所有民眾的健康存摺的資料通通留下來儲存，而民眾一點都不知道，所以我不是很清楚到底 SDK，健保署如果真的覺得這個這麼好，為什麼健保署不自己做加值應用而是要授權給第三方，法源還這麼薄弱，剛剛講的授權給這家公司，我們到底是怎麼審查的？有沒有倫理議題？我都覺得非常憂心。而且 SDK 或者虛擬健保卡裡面有行動支付，其實也有媒體來問我，等一下如果有機會請健保署再多說一點，健保法第 16 條，IC 卡當年在修法時，就非常多金融公司想要把 IC 卡變成電子零錢包，它要綁金融這個功能，但我們認為很容易把這個健康資料外洩，所以就拒絕健保卡變成多功能的、隱含金融卡功能的電子零錢包，那虛擬健保卡應該也是健保卡的 1 種，所以這個行動支付的介接是什麼？因為各

個醫療院所已經都有行動支付了，為什麼我們還需要虛擬健保卡做 1 個行動支付的這個介接？

第 3 個，最後 1 個問題就是，不是，還有 2 個，我們疫情緩繳健保保費，繳納率低於一般，不知道健保署有沒有避免呆帳的措施？一般收繳率大概 98% 以上，這邊收繳率只有 95%。

最後 1 個就是前 2 位委員關心的住院健康照護整合問題，病人的自行負擔從 0~1,000，range 非常的大，我想知道健保署所規範的病人自行負擔的上限是什麼？還是我們根本沒上限，就是健保付了 750，它上限還是收，那如果這樣我們為什麼還要付 750？這個意義就失去了，所以我想知道健保署對試辦醫院的自行負擔的上限的規劃，謝謝。

註：SDK (Software Development Kit，軟體開發套件)。

**周主任委員麗芳：**謝謝滕委員，問題都非常重要，接下來請執行長，謝謝。

**游代理委員進邦(陳委員石池代理人)：**感謝健保署的報告，不過剛剛我的問題是，在虛擬健保卡這個部分，也是從實體面邁向虛擬的重要的 1 個里程碑，不過現在的應用層面，大概只有在於看診，門診的部分。對民眾而言，從民眾角度端來看，我看門診可以用虛擬健保卡，但我去其他地方做檢查或是領藥時，還是用實體的健保卡，這個對我們一般民眾說，我要把它徹底轉換成虛擬健保卡，用健保快易通，事實上動力不足，我想這部分，未來健保署還是要朝這一方面，讓虛擬健保卡的功能能夠比較完整一點，這樣民眾對於整個往這方面邁進的動力比較有。

第 2 個，我們在健保雲端系統有增修藥品的交互作用提示功能，我覺得這功能是非常地好，我是建議，藥品交互作用提示是現在各醫院相當重視的 1 個層面，但不是一般層級的醫院可以把它建構得很完整，假如健保署能夠把這部分建構非常完整，讓全國所有的醫院都來用的話，我想各醫院也不需要各自去發展 1 套藥品的交互作用提示系統，以上。

周主任委員麗芳：好，謝謝，接下來請干委員。

干委員文男：主席、各位與會同仁大家早，從這個報告裡面也很簡單，把雲端藥歷跟藥品交互作用的功能提示，只有簡單提幾個字，我知道做這件事情是經過多少的深思遠慮才形成的，但我也不曉得這資料有多少筆？態樣是什麼東西？資料是哪一些類別？都沒有寫出來，只簡單幾個字帶過，我不知道這個是我們花費了那麼多精神、精力，就這樣簡單幾個字帶過，讓我們覺得很遺憾。

住院整合照顧的試辦，這試辦當然是每一個地區都提出來申請，但是申請的當中，剛才何委員也提到，也有 0，是宣導不足，還是申請得不踴躍，還是大家在猶豫？這個應該要有 1 個清楚的交代。

再來，我們看到一直在推視訊跟遠距醫療，我們實質的面對面的診療都會誤診，一直推這個東西，我們不曉得這個對整個醫療的給付裡面，它有沒有差別？是實質面對面看的時間比較多？還是遠距跟視訊診療？我是最怕是說，會不會有誤差？請健保署能夠提出，應該已經那麼久了，遠距跟視訊已經那麼久了，應該也有一點數據出來，它的誤差值有多少？讓我們都曉得，以後在這方面要怎麼加強。今天蔡副代表署長，署長不在，我一直看到他 3.0 的日記裡面，特別提到藥費占率將近 30%、29% 左右，幾次委員會何語委員也一再提醒署長。以前 15%、17%、18% 就扣了，第 2 年就哇哇叫，就減下來，到底是質的改變，還是價的改變？還是量的改變？這樣差 1 倍，你要扣也不能扣，你到底是產生怎樣？這些已經用到、吃到整個總額裡面，診療費<sup>(註)</sup>、其他的成長沒有，就通通被這個吃掉了，因為我們的預算原來是這樣，你看看怎麼辦，應該有 1 個對策，不能說讓那些成長到 50% 吧，這是不可能的，我想各位在座的醫事提供者心裡也有數，到底是什麼情形我們付費者看得頭都昏了，以前在 15% 裡面，17%、18% 就扣，就大家哇哇叫，現在成長到將近 30%，竟然沒有人叫，到底是什麼原因？以上，謝謝。

註：應為診察費。

周主任委員麗芳：謝謝，陳委員請。

**陳委員秀熙：**我謝謝健保署的報告，我就有 2 大建議，我知道健保署在疫情之前，其實對於不管從虛擬、遠距醫療到人工健康智慧花了很多心血跟投資，在 COVID-19 疫情之後，當然這也相形之下更重要，包括今天這個蔡副所提到的這些成果報告。

我只是第 1 點要建議，從我們過去葉金川教授在醫政司<sup>(註 1)</sup>做的醫療網的計畫開始，我們就一直在解決台灣的 1 個問題，就是地理區域分配不均等的這些問題，這些問題當然跟健康不平等也有關係。所以我是覺得這些遠距醫療在做的同時，應該要去盤點這些遠距醫療，目前你所設下這些點所滿足的，是不是真正解決今天台灣特別是急重症方面在不同地理區域。各位，最近我們在整個國家安全盤點的時候，你看到我們南投區域，就沒有 1 個專責的救護醫院，所以這個地方給大家參考，也給健保署參考，就是說我們推動遠距醫療這個部分當然是很好，可是重要的是，它真正能解決今天這些真正在需要急重症的那些民眾需求上面的這樣的地理區域分布問題？是不是解決？我很高興今天看到署長，以及健保署也在 APEC<sup>(註 2)</sup>提出數位創新健康照護，這些問題所帶來的這個第 2 個更重要的是說，對於數位落差的這些民眾，在未來規劃裡面，你們要怎麼讓發展的同時，可以兼顧這些數位落差的民眾，這個部分，是我第 1 個很大的建議。

第 2 個就是延伸這 1 個，就是說我們在所有這樣的發展過程，我們事實上是要評估監督，這中間包括資訊安全、包括個人隱私，包括你評估之後，這些做了是不是有成效出來，這個部分我相信健保署過去在 AI<sup>(註 3)</sup>這一塊花了很多的投資，不管今天預算從哪裡來，這是國家的經費，但是我們要瞭解這些經費帶給最後的成效是什麼？這會牽涉到評估過程中間，從最基本的資安一直到最後的成效，這整個層面的建樹，應該把它展現出來。

我舉個例子，剛剛蔡副報的 C 肝，這就是有評估，你現在評估了解，我們現在其實把醫院打開後，果真今天我們在開藥那端的部分就解決了一部分，在 provider 這邊的限制，在供給者這邊的限制，可是現在我們也瞭解說，在 C 肝的 Cascade Care<sup>(註 4)</sup>、test、診斷、

在治療中間，第 1 關的 test，還沒找到潛在病人，這對 C 肝根除是很好的評估。可是對於其他的 AI 的人工健康智慧這些等等的應用，包括後來在整個防疫過程中，用的視訊這些都應該要評估，把這些優缺點做 1 個報告之後，才能顯示出這些 AI 真的幫助到台灣的民眾，以上 2 點最大的建議，謝謝。

註 1：應為醫政處。

註 2：APEC(Asia-Pacific Economic Cooperation，亞太經濟合作組織)。

註 3：AI(Artificial Intelligence，人工智慧)。

註 4：Cascade Care(連續性照護)。

**周主任委員麗芳：**好，非常重要，謝謝，顏委員請。

**顏委員鴻順：**首先謝謝蔡副署長今天深入淺出，而且很多面向的做了 1 個報告，非常地感謝。在這裡我有 2 點意見提出來，第 1 個是有關遠距醫療，我們知道其實台灣的遠距醫療之前都運用在偏鄉、離島，還有一些緊急事故的狀況，但在這次因為疫情跟居隔的關係，所以大量的運用在一般的民眾，這個運用的量也非常得大，但我們在疫情之後，健保對於遠距醫療的策略到底是怎麼樣？這個我想了解一下，因為我們知道醫療法規其實是走得比較前面，但健保畢竟有給付的考量，所以其實是比較審慎的，我覺得這是對的。因為台灣的城鄉差距，還有剛才我們陳老師講的資訊的落差，這都是要考慮的，更重要的是，雖然說疫情期間，遠距醫療的運用非常地廣泛，但它畢竟是比較屬於單一的疾病、呼吸道感染的疾病，它是比較好去 monitor，比較好去觀察的，可是如果把它過多得放寬到一般的疾病，甚至慢性病的照護的時候，其實這考量的面向就要更大，因為畢竟我們看病人，以前中醫說望聞問切，現在西醫除了要做 physical 理學的檢查、history 的 take 外，同時還要配合很多檢驗檢查，所以我覺得在品質的方面是我們要注意的，也是我們醫界最在意的。第 2 個就是過多的開放會不會對健保財務造成衝擊，這也是我們要一併評估的，那想請教健保署在後續的策略是怎麼樣？

第 2 個，我要問的問題就是 C 型肝炎，2025 根除 C 肝計畫，我覺得這是我們國家非常非常好的 1 個政策，為什麼？因為 C 肝是 1

個 RNA 的病毒，這個藥品的進步是超乎你的想像，我們診所至目前為止，已經治療 100 多個病人，副作用極小，而且百分之九十九點多都會治癒，這是 1 個福國利民、照顧民眾健康非常好的 1 個政策。但推廣到現在，我們一開始從醫院推廣到診所，那從診所專科、專任推廣到不限專科、不限專任。到目前為止，其實容易被發現、容易被治療的大概都被治療了，所以我覺得將來的政策應該是說，怎麼樣找出那些有 C 肝，但是還沒有被治療的病人？怎麼去 finding 找出這些人？我覺得這個是重點，這對一般院所來講，有時候有困難，健保署這邊有沒有什麼主動發掘的策略，比方說針對潛勢地圖裡，比例比較高的地方做廣篩或是配合已知病人的名單的發放、通知，還是針對特定族群，比方說，監獄或拘留所中，有一些特定族群，或者有沒有其他的策略？我想將來的重點是在怎麼樣發現這些病人，invite 他們出來接受治療，想就這方面請教健保署，以上，謝謝。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，非常重要，接下來盧委員請。

**盧委員瑞芬：**主席，我有 2 點，第 1 點其實是回應剛陳委員、顏委員很關心的數位落差，就是 digital divide，我想在這次 COVID-19 發生的過程中，很多能夠把醫療送到需要的民眾的手上，在數位的部分，其實我想健保署應該有做了一些盤點，所以我其實是想請教，健保署現在在做的這個過程裡，力有未逮的地方，第 2 個階段能夠突破的點在什麼地方？數位落差在台灣的確都還存在，雖然我們沒有正式研究，但我想因為健保署在第一線，我想先了解現況跟第二階段的策略。

我的第 2 點其實是，對不起，剛才針對第 1 點的部分，當然還包括顏委員剛剛提到，現在 COVID-19 已經慢慢的，可能應該是，希望是已經進入尾聲，所以在於視訊或者是電話通訊的治療規定上，是不是有 1 個退場機制或者是怎麼樣去補強？這也是進一步的。

我的第 2 點是針對我上次用書面有提到，健保署每 1 個月份在有關於保費收取的來源，我有提出 1 個意見就是針對表 6-1，也就是



說我們這 1 次的委員會會議資料的第 28 頁，跟後面的附件，就是會議資料第 36 頁，這裡面有提到，我希望健保的業務執行報告，不管是月或季，在表 6-1 的部分，為了確切瞭解政府在應收跟實收保險費的負擔比例，把投保單位跟保險對象的這個欄位拆得細一點，就是以政府投保單位跟非政府投保單位，還有保險對象分列，我非常謝謝健保署的同仁，在這次的會議資料第 36 頁就有提出這樣細項的表，我請健保署同仁提供這個資料，主要是這樣比較能從保費來源了解政府承擔的責任，因為一方面是以補助款，然後一方面是以雇主身分，所以請他們拆開。

在健保署這個季報告裡，用的表 6-1 還是原來的格式，就是原來比較粗略的格式，我想正式請健保署，以後表 6-1 就用我們這次會議資料第 36 頁這個比較細的項目，因為有比較細的項目，我們很容易可以計算出，政府在保費的收納裡面到底承擔了多少比例，他以雇主，還有政府的身分提出的補助款，所以我是想請健保署考量，以後的月報告或季報告，請把表 6-1 以我們這次會議資料第 36 頁這樣的格式呈現，以上，謝謝。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，李委員請。

**李委員麗珍：**大家好，我是對於虛擬健保卡有一點疑問，就是遠程的目標，虛擬健保卡遠程的目標是怎麼樣？因為我覺得像是身分證都沒有虛擬身分證的這個趨勢，健保卡為什麼要有虛擬健保卡的做法？另一方面是說，若是虛擬健保卡，變成這個健保卡鎖在手機裡面，這個手機如果要拜託人家去做一些屬於健保卡要做的事，就必須要離開這個手機的持有人，還是這個虛擬健保卡可以同時在 2 個不同的手機上面？所以我覺得這個虛擬健保卡是不是要考慮到這一點，像我上次確診，我視訊看診，看完診以後，我就把健保卡給我先生拿去醫院拿藥，如果說今天同樣的情形，就變成我的手機要給我先生拿到醫院去拿藥，那這個對於如果我今天手機又有別的用途，我就不能給先生拿去甚至半天或一整天再拿回來，這是我的疑問，以上，謝謝。

周主任委員麗芳：好，謝謝，黃委員這邊是請李常務監事，請。

李代理委員懿軒(黃委員金舜代理人)：好，謝謝蔡副詳盡的報告，其實我也想藉這個會感謝健保署的同仁，事實上，在用藥安全的部分，幫助民眾，就是守護非常多的部分，包括發放 Paxlovid<sup>(註)</sup>，Paxlovid 是一個新興的藥，它有許多新的交互作用，很辛苦地在雲端建置交互作用的查詢，不過當然可能這個藥物比較新，所以這個查詢有些資料，可能還跟不上國際一些新的證據，當然在腎功能的部分，也是沒有再整併起來，不過我自己在使用上面，是覺得這是蠻好的 1 個功能，可以提醒第一線同仁在執行守護民眾用藥安全時，是可以做到更多的事情。

不過我想藉這個機會，想請教健保署，未來假設這是 1 個好的 model 的時候，這樣未來我們在雲端藥歷的其他功能，有沒有辦法再往這部分去做更多的構思。另外就是說，因為除了 Paxlovid 之外，其他藥物可能已經有比較強的 evidence，這樣子的話，資料庫應該怎麼樣去做 1 個建構，未來的情況有沒有有一些規劃？

第 2 點是關於虛擬健保卡的部分，我自己大概是前幾批加入這個虛擬健保卡的交付機構的單位，不過我大概幾乎 1 次都沒有使用到，所以跟各位委員講到城鄉落差，包含資訊落差這樣的 1 個狀況，我想應該是最主要的原因。未來如果不限於這個特殊的醫療計畫案，開放各民眾使用虛擬健保卡的情況之下，在未來規劃，還有如何去消弭，包含在醫事機構或是民眾的一些資訊落差的這個部分，也想要請教健保署有沒有再進一步的做法，謝謝。

註：Paxlovid 為治療 COVID-19 口服抗病毒藥品。

周主任委員麗芳：好，謝謝，何委員請。

何委員語：主席，各位委員大家好，有關雲端藥歷的發展當然對整個用藥非常有幫助，但還是沒辦法全面地、完整地納入雲端藥歷的監測，或者整個管控裡，所以現在我們藥品的支付也是愈來愈多、愈來愈多了，剛剛干委員提到占了將近 29 點多了，另外一個就是雲端檢驗資訊系統的建立，目前還沒有辦法全面達成，所以也有人 1 年的電腦斷層掃描非常多。所以整個資訊化的推動，到目前都還在

中度階段，所以我認為應該要加強地提升完成整個雲端藥歷的全面化，以及檢驗資訊全面化管控，才能進一步讓整個醫療的監控系統會更有效。

第 2 個我要提出報告的就是，因為我突然接到 1 通電話說，我們欠費的催繳組移請士林地方法院執行處<sup>(註)</sup>要去內湖幫一個 9 歲的孩子跟 6 歲的孩子要執行欠健保費的事情，因為這個孩子的母親死亡、父親是被長期關在監獄裡面，這 2 個孩子委託他姑姑照顧，所以希望能夠去幫忙處理。後來我們在得到的訊息中，又發現到士林執行處居然在報紙上宣布說他們來執行這個案件，費用都繳清了，所以他們送了很多禮物給這個小朋友，也送了很多禮物給他姑姑，報紙也登了、相片也出來，我就覺得很奇怪，到後來才知道，原來他的繳費是健保署的愛心專款去把他繳清了，整個功勞全部讓士林執行署在報紙上宣布，所以健保署後來發現到，要求士林執行署要更正新聞內容，要不然怎麼會變成我們健保署的愛心專戶去關懷這個小孩子，把健保費都繳清了，士林地方法院的執行署只能召開記者會，宣布你幫忙這個家庭把健保費都解決了，又送了那麼多禮物在媒體上公開。

所以我在想是不是我們的愛心專戶的執行，跟我們催繳單位在兩方面的配合是不是有問題？應該是不是當你的愛心專戶去幫他繳清這筆健保費的時候，我們的催繳執行單位應該要馬上去士林地方法院的執行署撤銷執行。沒有說一邊幫他繳費繳清，一邊沒有去撤銷執行，士林地方法院利用這個機會宣布，一向法院不是很硬梆梆的、也很有愛心的，在媒體報紙登了那麼多，所以後來我發現到怎麼這樣子，後來署長又交代，請我們催繳單位要求士林地方法院執行署出來再說明一遍，可是他絕對不會出來說明，自己怎麼打自己的嘴巴呢？所以我認為我們健保署這邊 2 個單位的配合應該要非常密切，不要愛心的，當然做愛心不必讓人家知道，可是我們健保署的愛心專戶做得那麼好，為什麼被一個士林地方法院執行署搶了那些有面子的事情去，這點應該要重新檢討一下，謝謝。

註：應為法務部行政執行署士林分署。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝。等一下我們的發言就是到趙委員，其他委員時間的關係，就請提書面了。黃委員請。

**黃委員振國：**延續何委員的發言，覺得健保的愛心專戶是 1 個非常好的良意，那良意如何發揮它既有的功效，而且我們希望說針對，雖然這些為善不為人知的所謂捐款人是否達到一定金額，在健保署也能適度的給他獎勵。我們最近 2 位基隆市理監事推薦 2 個朋友，1 個捐了 100 萬、1 個捐了 50 萬給我們台北業務組，也許就有救到我們剛剛那個何語委員的個案，所以我建議說健保署是不是定時、定期，針對某些達到多少金額以上的捐款人，那用 1 個獎勵或公開表揚的方式，來鼓勵這社會善心人士能踴躍的捐輸，這第 1 個建議。

第 2 個，我們剛剛講的 C 肝，延續我們顏委員提的，就是 C 肝用藥現在從集中式的專科化到普及化，現在面臨到 1 個可能是抓漏，就是補漏網，就是那些比較漏網之魚的 case 的階段，那些遇到 2 個問題，第 1 個他往往不在我們熟悉的醫療資源的都會區，往往散在一個比較偏鄉的鄉鎮市，可能沒有辦法達到 1 個集中式的治療。以我們上次有跟署方建議，就是說早期在所謂的抗病毒藥物是有多種，那現在只剩下 2 種全基因型的用藥，這 2 種是非常安全而且沒有什麼副作用，那原有設計的 VPN<sup>(註 1)</sup>的所謂應要填的格式過多，而且擔心項目過多，所以我有建議說，是不是健保署能邀請相關的專家、學者，如何簡化標準的 SOP，然後把適當在基層即時就能用藥治療。像這次在新冠肺炎的時候，用 Paxlovid 或 Molnupiravir<sup>(註 2)</sup>，基層用藥可能占了 8 成、9 成以上，能夠即時達到治療 C 肝的問題，所以我是希望建議說健保署端，因為很多基層院所跟我反映說，因為要檢驗跟填的項目過多繁雜，那這樣的話，可能會阻礙所謂普及性治療的一個誘因，這是第 2 個建議。

第 3 個，我們剛剛，不管是剛剛講的遠距醫療或是虛擬健保卡，那個就是例外的項目，其實我以遠距醫療為例，事實上我們應該強調的強化所謂基層，而且所有強化家庭醫師照護的功能，讓民眾在健康有問題的時候，都能夠就近的即時得到適當的醫療資源。以現今我們遠距醫療為例，其實比較有成效的，剛才是講比如說眼科，

或是皮膚科，就是等於在偏遠地區比較，因為這 2 科專科的醫師在偏遠地區比較少執業，所以偏遠地區的民眾不容易得到這 2 個專科的一個資源。

還有這一次我們在新冠疫情中間很多確診者，以上呼吸道為例，這些確診者，的確因為他被居隔的限制，甚至家屬被居隔的限制，無法到醫療院所來就醫，這時候才是需要我們做遠距醫療的服務。但是回到我們真實世界是什麼呢？我以我前天看到 1 個個案為例，他大部分是 1 個皮膚病的問題，還有 1 個頻尿的問題，但是一進到我診間我就懷疑，因為他身高 160、體重高達 100，我就第一個懷疑他可能有糖尿病，所以他就是什麼呢，因為馬上測了血糖高達 251，空腹血糖，所以他是一個糖尿病患，但是在遠距醫療，他去看皮膚科，看了什麼灰指甲啦，或是皮膚病等等，去泌尿科頻尿，那個都是往往因為遠距醫療沒辦法即時了解，但是現場我們馬上做一個即時的檢驗，就能夠針對這樣個案，做一個正確的診斷跟切入。所以我們建議遠距醫療不能代替我們正規的醫療。第二個就是我們虛擬健保卡的問題，大家知道我們實體健保卡是比較不容易變造的，大家別忘了，如果虛擬健保卡是不是相對容易變造？所以我建議健保署在做虛擬健保卡這個規劃的時候，必須有 1 個非常好的防偽的機制，不然我告訴你今天不管是，不管是所謂人蛇啦，所謂的偷渡者，甚至有一些所謂的犯罪團體，可能就藉由我們健保卡來當作他犯罪的工具，來讓我們這個很好的全民健康保護的一個卡片變成犯罪者的，等於是工具，最好的工具之一，所以要請健保署要謹慎，謝謝。

註 1：VPN(健保資訊網服務系統)。

註 2：Paxlovid 或 Molnupiravir，均為治療 COVID-19 之口服抗病毒藥品。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，接下來最後 1 個趙委員請。

**趙委員曉芳：**我要請教的，雖然跟遠距醫療有關，但其實大部分是這個醫療資源不足的問題。那我們在各個部門其實都有一些針對偏鄉或者是醫療資源不足地區的一些醫療改善的方案，或者是試辦計畫，那在資料的呈現上，邏輯通常都是已經涵蓋了多少的鄉鎮市，

或者是多少醫院的參與，或者是服務多少的人數或人次。但是有另外一種資料呈現的方式呢，是我們可以去盤點，在目前的這些所有以鄉鎮市為單位，有哪一些鄉鎮市它是沒有被任何的這些方案涵蓋的地區，包括沒有急診或者是沒有專科的門診。回應到遠距醫療的部分就是，在這些這個鄉鎮市裡面，又有哪些連遠距醫療都沒有，那這個就會是未來我們要去努力推動的方向。我是建議如果資料可以做這樣呈現的話，會對我們未來的政策推動或者是資源的布建會有一些幫助，以上。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，那我們綜整了這些意見，請健保署來做回應，謝謝。

**蔡副署長淑鈴：**好，謝謝，其實大家都蠻聚焦的幾個問題，一個是虛擬健保卡，一個是 SDK 介接，一個是住院整合計畫，還有一個是雲端的系統，還有一個就是視訊遠距醫療，還有關心的是我們的愛心專戶的這個部分。我先，我想時間有限，我們今天就是需要簡短的跟大家原則上的一個回答。

首先，雲端系統的交互作用，謝謝大家共同關心，這個平台建立不易，那剛剛有提到說我們有提供這個交互作用，今天的簡報裡頭確實有對於抗 COVID-19 的藥物的交互作用，這個是 CDC 給我們的資訊，我們把它放到雲端，但是我們不是只對這個藥來提供這個交互作用的資訊，其實在我們目前已經在運作的雲端系統，我們的交互作用的提示就有 1,679 組，還有中西藥交互作用的提示有 3,366 組，那現在已經有 1,200 多家醫院都有來使用。

最主要是這樣，健保署沒辦法產生這麼專業的東西，其實這些資訊都來自於醫學中心已經現有在使用的資訊來介接，包括最主要是台大醫院，那這樣子的作用有一個好處就是，原來台大醫院的這套系統或者是醫學中心的，它只供它自己醫院使用，那現在放到我們的雲端系統卻是全國所有的不管基層院所都可以看到，這個對整體用藥安全的提升是非常非常有幫忙的，我們當然期待醫師看到這些

提醒的時候，可以改變他的用藥行為，來兼顧病人的用藥安全，這個是我想要回答的第一項。

那第二項的話就是 C 肝，大家共同關心 C 肝，我們也很關心 C 肝，我相信在座所有的委員都關心 C 肝，為什麼？因為我們這幾年光是為了 C 肝的預算，在健保的協商的時候就花很大的力氣，那承蒙大家的支持，預算是在的。我們其實已經提供了很多病人的服務，藥品的費用也經過我們的努力，能夠漸漸地單價下降。但是重點來了，現在是要找病人，我們目前的策略，剛剛大家有提到說接下來的策略是如何啦。那其實各位委員大概知道說其實台灣的就醫可近性是高的，我們現在雲端系統確實也蒐集了檢驗、檢查的報告，檢驗、檢查的報告如果曾經做過 B 肝、C 肝篩檢，或者是我們國健署的成人健檢有做過 B 肝、C 肝篩檢的這些資料，我們全部都收錄下來了，於是我們現在就是用大數據去分析，將這些潛在是需要治療的病人，但是還沒有治療的過濾出來，然後把這些病人當成待治療的病人，然後希望能夠回到院所，來提醒他說這個病人如果將來看病的時候，或者是檢驗機構能夠協助，請這些病人回來接受診療。因為過去還限於說是 GI 的醫師，就是消化內科的醫師開，現在已經全面開放，所以在我們可近性這麼高的情況之下，我們希望在任何角落的醫師，如果有發現這一類的病人，我們希望能夠協助他來用藥，這是有關雲端藥歷的部分。

另外，就是大家提到遠距醫療跟視訊診療的部分，遠距醫療跟視訊診療，確實，再跟各位報告，因為包括陳秀熙老師也關心說數位落差，還有如何兼顧醫療的品質，還有大家關心視訊診療未來疫後的發展。那我跟各位報告，其實遠距跟視訊是不一樣的，現在健保有給付的是遠距的 B2B<sup>(註)</sup>的會診，這純粹是醫師跟醫師之間，所以呢，其實有沒有品質的問題，其實 2 位醫師共同診治 1 個病人，這樣子的這個機制是用在偏鄉，彌補專科的不足所發展出來的，這樣的機制在疫後它會繼續維持，而且會朝著擴大科別的方式來想像，意思就是說，我們希望來弭平城鄉差距的落差，用這個方法，其實

是一個有可行的方法。但是要執行 B2B，也不是只有醫師就可以，還需要有蠻多設備的配合，還有通訊的配合，所以是需要投資的。

至於視訊診療，其實就是用手機或者是用簡單的電話來問診，這個是 for COVID-19 期間，大家不接觸醫療的期待，也希望醫療不中斷，所提出來的替代方法。我們的視訊診療其實目前的辦法是，只適用到疫情指揮中心結束之後就結束，所以請大家能夠放心。但是，目前的衛福部的通訊診療辦法在修正，他也對於特殊條件有一些放寬，當然我們疫後，這種一般門診的視訊結束，在指揮中心結束之後我們結束，我們還是可以跟大家討論，還有什麼其實還可以運用的空間，這個也還是留下一些彈性的空間。

至於說大家關心我們的愛心基金，有沒有什麼對捐款人的獎勵？我們現在是只要你捐款 10 萬塊以上，我們會有感謝狀，那每年分區也會有感恩會，也都會有給收據跟感謝函，所以這個我們持續努力，謝謝大家對我們愛心專戶的支持。

最後還有 2 個題目，我是希望我們主辦的同仁可以來跟大家說明，一個是虛擬健保卡大家很關心，還有介接 SDK 的部分，這是企劃組想要跟大家來補充說明。另外一個，就是住院整合計畫，就是篩選的時候、評審的時候的條件，還有就是北區沒有，這個部分是怎麼樣的處理，是不是我們分別請企劃組跟醫管組的同仁來說明，好嗎？

註：B2B(business-to-business，原意為企業對企業，在此指醫師對醫師)。

**王組長宗曦：**謝謝副署長，關於委員垂詢虛擬健保卡的部分，他是一個經過 2、3 年的試辦，以及開發之後，在今年正式的納入健保署內部的系統裡面，所以由各業務單位去推動，包含那個資訊跟資安的部分，是由資訊組負責，那至於說是不是要開放虛擬卡，申請這部分就由承保組負責，那醫管組就提供醫療院所誘因，企劃組就在進行數位落差的宣導。

所以，剛剛講到虛擬健保卡資安的部分，因為目前虛擬健保卡的設計，是在健保快易通裡面的，就是說所以必須要先申請健保快易通，而且必須要經過帳號、密碼的申請，才能夠有虛擬健保卡，那



虛擬健保卡又有一個申請的流程。在虛擬健保卡的應用部分，目前只有鎖定在醫療場域，而且是 3 個比較非典型的醫療場所，包含遠距、視訊以及居家照護的部分，希望能夠滿足在非典型的醫療場域之下，在實體健保卡所沒有辦法滿足的這個部分。

另外，有所謂在居家的部分，資訊組也有去開發輕量藍芽 App，所以整個的資訊設計的部分，是有很嚴密的資安的設計，然後一些安全的金鑰，甚至在剛開始開發的時候，我們有 QR code，最近資訊組在今年的時候有開發說完全不需要 QR code，由視訊診療的院所，他就丟一個就是說，因為他已經有預約了，丟一個確認的這個部分，就可以來使用虛擬健保卡。目前虛擬健保卡民眾申請的量，今年在整個流程設計再精進之後是有再增加，現在比較需要努力的部分，是在醫療院所應用端的部分，所以我們聽到很多民眾使用的聲音，大致上都會是希望說，因為有些人他確實有感覺到需要，所以在 4 年前才會有 1 個民眾就是提案，然後由政府跟民間共同協力去想了這個點子，經過 2、3 年的一個試辦。至於未來的部分，目前這幾年的討論，不管是專家、民眾的一些意見，會比較希望說是不是有電子處方箋的可能，因為很多還沒有開發的這個方向的部分目前都在緊鑼密鼓的思考跟規劃當中。

至於 SDK 的部分，就是說把健保快易通裡面的健康存摺的健康資料，經過民眾下載，如果民眾有下載另外一個 App，如果是譬如說自我健康管理的 App，民眾他希望能夠把他的健康資料從健保快易通裡面、健康存摺裡面的資訊，單次下載到他自己手機上的另外一個 App 的時候，能不能透過 SDK，把自己的健康資訊在自己同意下做一個介接、下載。那這個部分，第三方的 App 就必須要來跟健保署來申請 SDK 介接，那基本上有經過 2 階段的一個審核，第一階段的審查是由健保署的資訊組來審核，那他必須要經過經濟部工業局的一個基本的資安檢測合格的標準，接下來第二階段我們就會去審核他的每一個畫面，是不是有民眾的告知同意，然後包含說他隨時的撤除他的同意，然後他勾選他下載什麼樣的資料，譬如說門診的資料、用藥的資訊等等，而且是單次的授權，所以在這個部

分，大概是有經過二階段的一個審核，審核通過之後呢，他才可以上架，上架之後呢，每一年還必須要通過 1 個資安的申請，所以目前大概的一個方向是這樣子的一個情形，以上。

**劉副組長林義：**另外，就是有關各位委員關心住院整合照護服務審核的機制，這個計畫是在今年 7 月 18 日公告，另外我們也延長整個有意願的醫院來收案的時間到 9 月 20 日，大家知道在 9 月 20 日的時候我們去統計，大概有 67 家有來申請，有 3,830 床。我們在 10 月 17 日就展開審查的程序，當然我們的審查委員，就是由健保署跟照護司來擔任共同的主席，審查委員有包含醫界的代表，然後護理界代表跟一些專家學者，總共有 11 人。

經過評選，大家比較 care 是說那到底怎麼評選，其實整個評選的標準，我們都有公告在網路上，包含你這個醫院要來申請的時候，你必須要來說明為什麼要做的理念，另外你的病床是怎麼樣運用的，然後以及你整個照護輔佐人力的配置，以及照護人力是從哪裡來的，這都有納入評選的一些條件。比如說，像這些人的薪資、成本的分析方式，以及排班等等，這些都有納入。

那我們當然會去綜合考量這些因素，然後來做一個最後的決定，因為今年公告實施之後，其實也大概只有 2 個月的時間，所以我們也想說大概就是把它做好。大家關心說為什麼北區沒有，事實上，北區是有 4 家來申請，不過因為他們在整體的表現上可能就不如其他家的醫院，而且因為預算只有 3 億元，我們評估大概也只有 2,800 床可以做，所以難免會有一些遺珠之憾，我們有跟他們說，因為 111 年其實也只有 2 個月，那 112 年只要總額一公告，其實我們的計畫修正之後，也會馬上再公告，然後屆時就歡迎他們再繼續來提出申請，以上。

**蔡副署長淑鈴：**謝謝，我想我簡單還有兩點跟大家補充，非常地簡短，就是有關大家有看到簡報裡面，就是住院整合照護計畫這裡頭，剛剛滕委員有在關心說健保支付 750 點，民眾自費的 0 到 1,050，這個部分的 range 如此之大。基本上是這樣的，750 點當然

就是健保已經寫在計畫裡面，但是同時間，我們有要求照護司在計畫裡面有訂說，是自行負擔的上限，所以目前大家提出來的都是院所願意，像 0 元的就是他吸收嘛，對不對，他非常的優惠，他想說是不是做一點功德之類的，有些人是照計畫嘛，那目前都還是在 range 裡面才會通過，所以就是讓他上線之後，大家再看看目前對這樣子服務的接受度，這是第一點我想要補充。

第二點，就是大家很關心虛擬健保卡未來對數位落差怎麼去弭平，這件事情我覺得是很重要，那目前因為剛開始推動，所以是虛實併進，也就是說並不是要求每個人最後都變成要改成虛擬健保卡，而是說有些人如果你真的有落差，你就用原來的實體卡，那如果你願意轉成這樣的話，那有一個機會讓你轉成。不過這樣做長期會有一個困難，就是院所端會負荷蠻重，就是他必須能夠接受這兩個，所以我覺得這個是要摸索中前進，因為確實有一群人訴求希望可以這樣子嘛，那我們有非常彈性的一個選擇，我覺得這也是一個好的方向。不過也要觀察院所端，院所端這一塊的這個負荷，以及他的接受度。不過從現在的觀察，當然我們協助民眾，能夠去綁定虛擬健保卡，但是現在能夠接受的院所場域還不夠多，所以大家還沒有實體經驗去，那剛剛長庚醫院的代表有提到說，其實一個醫院可能門診可以刷，但是領藥的時候又不行了，檢驗又不行，那就是一個醫院要用到健保卡 access 的地方非常的多，如果在每一個點都能夠改成接受虛擬健保卡，那大家就變成一體都可以用，所以還有很大的進步空間。總之，這個計畫當然是給民眾，特別其實整個台灣所有的民眾，就是有數位落差，還是有前面的人期待是這樣，那後面的人我們並沒有放棄，或者是影響他的權益，他的實體卡還在的，實體卡就是一直都可以用，他的權益沒有被剝奪，以上報告。

**周主任委員麗芳：**好，非常感謝，還有盧老師。

**盧委員瑞芬：**所以有關於表 6-1，可不可以以後就給我們用完整的資料？

**蔡副署長淑鈴：**沒問題，可以吧，那個表我們以後就是當成例行的報表，是比較詳細的部分。好，剛剛好像何語委員有提到一個愛心的個案，我們的同仁想要跟大家補充一下，事實上經由那個個案我們也有衍生一些配套，謝謝，那就請。

**喻專門委員淑蘭：**謝謝何委員的關心，針對未成年人欠費的催繳，我們為了兼顧守護未成年人，還有就是保障健保署的債權，所以我們很快就是在今年的 9 月 23 日，就是針對我們保險費及滯納金欠費催收暨轉銷呆帳作業要點做了一個修正，原來欠費如果說經過催繳沒有繳清的話，要在執行屆滿前我們要去移送執行，今年我們就是針對這個未成年人，且不具有清償能力的這個部分，我們增加了一個，就是未成年人如果是他不具有清償能力的話，是得不移送行政執行，所以，未來這種狀況應該是可以就是不會再發生。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，干委員請。

**干委員文男：**剛剛蔡副沒有答覆到藥費的占率是不是有對策？要不然這樣以後要怎麼辦？請答覆。

**蔡副署長淑鈴：**

謝謝干委員，還有其實何委員都有關心到我們的藥品在醫療費用的占率，現在是 28.9%左右，確實是過高，這個在國際的評比上我們這個是有點高，那為什麼會這樣呢？當然是現在的新藥真的太貴，新藥真的太貴，每個藥進來他會影響蠻大的，所以這個藥費的攀升。

另外一個原因，是因為我們在 COVID-19 期間，因為我們每年本來只有 DET<sup>(註)</sup>要調降藥價，那在 COVID-19 期間擔心院所的負荷太重，所以我們調降有延後，所以呢，你現在看到的那一年的數據就是沒有調降的那一年，所以確實也影響到數據的一個敏感度。現在我們正在研議，現在已經漸漸疫後了，DET 的調降藥價還是要重啟，所以那個例行的工作會補過來，所以在這裡跟您報告，謝謝。

註：DET(Drug Expenditure Target，藥品費用分配比率目標制)

**周主任委員麗芳：**

好，謝謝，非常感謝各位委員踴躍的提出寶貴的建議，也非常感謝蔡副署長精闢的報告，還有包括會同我們整個……，蛤？還有意見喔？好，請。

**滕委員西華：**抱歉！我用 1 分鐘回一下，剛剛署裡面對於 SDK 委託辦法的這個回復，都沒有回到我提的重點，我覺得如果沒有辦法健全法規，用一個行政規則，這麼簡單，然後又說資安每年審查經過經濟部什麼公告的資安標準，就可以……連盜賣都沒有，你整筆個資免費送給這一些商業保險公司跟生技公司、健康管理公司，這個是健保署應該要做的嗎？即使要有商機，也應該是健保署自己，這個都健保署自己來，其實賣個資都已經有非常大的疑慮了，何況是你把個資免費倒給了商業管理公司，然後我們用一個簡單的辦法說我們有資安選擇，讓民眾有退出權、同意權就好了，民眾真的知道這個 App 裡面它可以有的這個風險嗎？然後，廠商有獲利之後，他靠賣這個東西給你，他賺了多少錢？民眾真的知道他這個所謂的個人化照護，這個基因公司還說他要幫你做精準醫療呢，他到底怎麼樣靠你的健康存摺做精準醫療這件事情，那更不要講，我們的健康存摺民眾會寫進一些自費健檢的資料。

我覺得根本的本質就是，健保的資料庫在釋憲案已經備受爭議，現在還在修法，我好像聽說健保署要委託人家這個，委託案要有修法，你這個都這麼嚴肅了，自己的研究資料庫都這麼嚴肅了，你怎麼能夠在這個敏感的時期，用 SDK 這種方式介接民眾的 App，免費送給這一些廠商民眾的健康個資，我覺得匪夷所思跟不可思議啦！就政府做這件事，你到底有什麼好處？你沒有好處啊！你完全連錢都沒賺到。然後，廠商為民眾提供健康照護，健保署的好處是什麼？他是會把那個商業利益捐給健保署嗎？還是說民眾越健康之後，他有證據說民眾就少來用這個健保嗎？完全都沒有，我不知道這種賠了夫人又折兵的事情，那個叫做什麼，給人家賣了還幫別人數錢，這種事情為什麼健保署要做？所以剛剛的回答完全就沒有站在民眾跟你被保險人的考量，健保署擁有 2,300 多萬人的被保險人

資料，你竟然這麼輕賤的就把他用 App 免費給別人，我是覺得萬萬不可。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，剛剛蔡副有針對滕委員這一塊會後會再回復。好，那我就預做這樣的一個決定：本案洽悉，委員所提意見送請健保署參考。然後，有關滕西華委員針對健保存摺 SDK 之意見，送請健保署回復說明。好，謝謝，我們進行下一個案子。

**朱委員益宏：**主席，對不起，我覺得是這樣子，就是主席的決議我同意，但是是不是能夠附加一下，就是說既然西華委員對於 SDK 健康存摺這一部分有一些疑慮，是不是請健保署找 1 天來做 1 個完整的報告，包括資安這一部分、然後包括到底哪些醫院參加、哪些機構有加入所謂的公私協力，這些機構跟健保署有哪些承諾，類似像這樣就是說讓委員做 1 個完整的了解，我覺得這一部分也是大家關心的個資，會不會被它拿來做不當的應用。

不然的話，確實剛剛西華質疑的，我個人聽起來是有點疑慮，但是我相信健保署可能在這方面也做了很多的規範跟要求，所以是不是如果可以的話再找 1 天，因為我們馬上就屆期了，看看是不是下 1 次如果可以的話，做 1 個簡單的專案報告，以上。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，朱委員的意見也是健保署回去參考。來，劉委員。

**劉委員國隆：**主席跟各位委員，其實政府所有的資安，我們國家都有一定的資安標準，尤其我們的健保資料是全世界唯一所擁有的，也是非常重要的資產，所以其實我們當然都知道，所有的委員討論的可能都是假設性的議題。因為事實上如果連我們健保資料都會被運用，當然這個是 1 個非常大的問題，我相信政府也會去好好考量、以後會找人去評量。所以說，我是建議真的就是政府只要說明好、真正應用到，我們健保會，其實你說還要政府來、還要我們健保署來報告，這樣也是覺得好像也有擴權的疑慮。我們相信只要是有意外，或是有任何的違規事件發生，我們才來質疑，才是真正之道，謝謝。

**周主任委員麗芳：**好，如果是針對這個……，因為這個案子我們超過 80 分鐘<sup>(註 1)</sup>，已經討論了 80 分鐘了<sup>(註 2)</sup>。

註 1：應是約 30 分鐘。

註 2：應是約 50 分鐘。

**侯委員俊良：**主席，我有 1 句話，因為資安確實很重要，我贊同朱益宏委員的提議，是不是做 1 個專案報告。

**周主任委員麗芳：**好，這個部分就請健保署回去再安排一下。好，滕委員有關於健康存摺的部分，健保署再回復說明，然後也再去安排一下報告的事宜，其他的部分就送請健保署參考，我們繼續，謝謝。

肆、討論事項第一案「全民健康保險 112 年度保險費率方案(草案)審議案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳：好，請說明。

溫科長怡瑄報告：略。

周主任委員麗芳：好，非常感謝，這個案子因為我們在健保會也在 10 月 14 日的時候，我們就已經舉行過有關明年度的保險費率的審議專家諮詢會，也得到很多寶貴的建議，所以應該委員在這個會前會當中也有相關的這樣的訊息。我們本會是不是還要做簡短補充？謝謝。

洪組長慧茹：主委、各位委員，大家好。幕僚這邊還是簡單做個補充。請大家翻到會議資料的第 41 頁跟第 42 頁，有關於費率審議的業務，我們主要還是依據健保法第 24 條的規定，第 24 條的規定有說，就是在年度開始 1 個月前就依照我們協商完的總額去完成該年度應計的收支平衡費率的審議，所以我們每年都在 11 月份的時候審議費率，然後我們會把今天的審議結果報到衛福部，然後由衛福部轉報行政院核定以後，去做 1 個公告。

然後另外再請委員翻到會議資料第 42 頁，那還是要就上個月我們 10 月 14 日召開的 1 個費率審議前費率的諮詢會議歸納幾個結論，向大家簡單的做 1 個說明。

有關於 112 年的保險費率的部分，諮詢委員的意見就是說我們依據 112 年的總額的協商的結果，在現行費率 5.17% 的情況下，不管是採付費者方案或是醫界方案，都會使得 112 年的安全準備超過 1 個月，所以就符合健保法第 78 條的 1 個規定，所以就是建議 112 年的費率就是維持現行的費率 5.17%。

但是要特別注意的就是說，因為我們安全準備可以達到 1 個月，主要是因為行政院有撥補了健保基金 240 億元，那這個到底是 1 個常態性還是是一次性的撥補，可能就是我們未來健保財務很重要的 1 個變數之一。



另外的話，就是有關於目前衛福部正在推動的 1 個健保財務調整措施，因為這個對我們未來的健保的財務也會有一些影響，與會的委員也都大多數贊成實施部分負擔的新制，但是必須要兼顧到弱勢族群的就醫，所以就是在實施部分負擔的時候，有一些相關的配套可能要同時的考量，並且一併的上路。

第 3 點的話，就是有關於法定費率上限 6% 的 1 個部分，與會的諮詢委員也都認為說，在要調整費率上限 6% 的時候應該要特別的審慎，就是說應該要優先的考慮增加收入或者是減少支出的做法，不管是擴大補充保費的費基，或者是有關於 26 條應該要去通盤的檢討我們目前給付範圍的 1 個合理性，然後也要去強化政府的財務責任，這個大概是 10 月 14 日諮詢會議的 1 個重點。

另外，有關於諮詢會議的 1 個意見，剛剛健保署已經在簡報裡頭也做了一些報告，最後 1 點的話就是有關於費率審議的決議方式，主要我們是依照健保會組成議事辦法的第 8 條第 3 項的規定，所以就是要出席委員超過 1/2 的同意來行之，以上。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，本案我們來聽聽看委員的意見，剛剛健保署在報告的最後結論當中也有提到，明年度不管是付費者代表的版本，或者是醫界代表的版本，都符合法定安全準備的一個水準，所以是建議維持費率不調整，我們聽聽看委員的意見。

**干委員文男：**同意。

**周主任委員麗芳：**好，同意，李委員請。

**李委員永振：**因為同意好像就要結論了，趕快講，有關於明年的費率，健保署有很精細的推估，這我們要感謝。健保法令規範也有符合，剛才洪組長有提到在 10 月 14 日會前會的時候，大多數的諮詢委員也同意，所以維持 5.17% 的話應該可行。

昨天的自由時報 A11 版，也用斗大的字體幫我們預告了，它的標題是說，「安全準備金足夠，健保費率明年不調漲」，已經幫我們宣告了，我們都還沒開會，但是都已經……，大概有人放消息吧。

但是在這個好消息之下，因為它有 3 大財源它寫得很清楚，就是主計總處有撥補編列了 240 億，干委員還說那個是天降甘霖，真的是天降甘霖，基本工資調整年增加 56 億，新部分負擔上路大概也年增加 100 億，所以加起來大約 400 億。

我比較擔心的是說，明年沒問題，那後年以後呢？因為後年以後大概這 400 億就不見了，所以健保整體的財務還是堪憂，所以我在這邊是要提 2 項老問題給大家深思一下，這都聽過了，再重播 1 次回顧一下。商司長開始在搖頭了。

**商委員東福：**沒有、沒有、沒有，我點頭。

**李委員永振：**你不要離開就好，還是要聽一下。第 1 點就是收支結構性失衡的情況不思改善之前，這個問題無解。依我們健保署今天提供的資料，它在推估 113 年到 115 年的假設條件，保險收入 3 年平均年成長率是 0.79%，總額的平均年成長率 4.14%，細節我就不講，因為那個 4.14% 的話 3 年怪怪的，從 2.2% 跳到 5% 多、快 6%。

從這 2 個 3 年的平均，年平均不足，一年不足收入跟支出不足 3.35%，剛才張委員有稍微提一下說 8 千億，1 年 3.35% 是多少？快 240 到 300，所以主計總處的好意，1 年就吃掉了。

到 115 年保險費率或是當年的平衡費率大概介於 5.8% 到 5.9% 之間，已經接近法定上限 6%，剛才洪組長提到說要修 6%，但是如果這個問題不解決的話，你修 6% 只是把問題往後延，不一定是債留子孫，但是會給後人再來處理，這應該是第 1 個要先處理的問題，不要每年只有在這邊檢討費率，但是支出面好像沒輒，這個問題一直存在的話，還是健保財務堪憂。

第 2 點是老生常談，了無新意的政府負擔應該 36% 的爭議，我是覺得這個才是另外 1 個更大的甘霖。我要先感謝健保署，上個月有提到，這個月在我們會議資料第 158 頁有做 1 個比較表，提供我們來了解跟檢視，所以各位委員可以參考第 158 頁跟第 71 頁，2 張可以對照一下，它的說明裡面有許多不合規或不合邏輯，整理一下給各位參考。

第 1 個，第 158 頁裡面表中列出 2 種算法，收入面跟支出面，由 2 種算法算的結果是一致，所以它用這個來支撐它的論點，其中以健保法第 3 條跟第 17 條印證其收入面公式之依據，但是各位如果有興趣明細看第 17 條的內容，它只是提及健保經費在扣除其他法定收入以後，由三方來分擔，看不到有類似分攤的比例，這是第 1 個重點。

第 2 個重點是第 3 條第 1 項，明示政府負擔至少 36%，只規範下限是 36%，也沒有明定數據，所以依此來做 1 個觀察之後，收入面的公式在法的層面並不存在，所以你用收入面這個公式並不存在在法的層面。

那麼在支出面，應提列安全準備它代進去負 85 億，這個沒有遵循健保法第 76 條第 1 項安全準備來源的規定。那麼，如果依照剛才提到的第 76 條的規定，在第 71 頁表中它是 163 億，兩者之間相差 248 億，248 億的 36% 就是 89 億，這就是 111 年政府少負擔的金額。那麼依照這個原則，從 105 年到 112 年推估政府少負擔 1,079 億，這個大概是今年的甘霖 240 億的 4.5 倍。

在這個說明的第 2 點，主責單位一向強調目前的作法是依行政院協商確立之法律見解及計算方式為基礎，剛才健保署有提到，那麼應提列或增列安全準備以實際營運值計入。記得健保署只有在 104 年的時候有提報協商的結果，我印象是當時有 2 點，第 1 點是健保法規的解釋權歸衛福部，還有另外 1 個就是用收入面來計算。

收入面剛才跟各位報告，收入面的公式在法律層面是不存在的，目前的爭議是在 106 年以後，才在我們會上引起的，我們已經追了 5、6 年。我是感覺說難道當時參與協商的長官，都有未卜先知的超能力嗎？怎麼在 104 年就可以把 2 年後將要發生的問題都已經有結論了，我的質疑是這樣。

其他的結論健保署沒有提到我不知道，但是用我已經掌握的訊息是這個樣子。縱有結論的話，如果發現新事證也可以重新再議啊，至於代入負的安全準備是不是遵循健保法第 76 條第 1 項規定，我

想署長跟部長都是法律專才，當然他們 2 個應該很清楚，提供參考，如果論點不對的話，請法律專才可以指點一下，讓我們有成長的機會。

第 3 個是說，在其他法定收入的定義說明，它在這邊的第 3 點是用健保法第 76 條反推，應該是先有其他法定收入，把保險經費扣掉這 1 筆之後再由三方分攤，結果它是反推之後，去找那 1 個其他法定收入。

另外就是相關的報表，名稱定義也不一致，讓人會混淆，不曉得是哪 1 個才對。譬如在我們資料的第 158 頁，它是用其他法定收入，是 121 億，但是在第 71 頁的這個，它是用其他收入，是負 42 億，兩者相差 163 億，它包含的內容大部分是相同的，它把呆帳提列也放進來，但是差異居然這麼大，實在令人費解，大概以上這些資料給各位參考。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，何委員請。

**何委員語：**主席，各位委員，我對這個案，我在這裡先補充報告 1 個，明年度會討論後年度總額的公式，總額的公式低推估是  $\{[(1 + \text{人口結構改變對醫療費用之影響率} + \text{醫療服務成本指數改變率}) \times (1 + \text{投保人口預估成長率})] - 1\} \times (\text{前 1 年度一般服務總費用占該年度醫療給付費用總額之比例})$ 。

那麼我們當然也希望 113 年度的總額基期，必須於一般服務部分扣除未導入預算的扣減部分，必須要扣減掉，我們認為這個健保醫療給付費用的基期計算未導入預算的扣減部分，希望能夠很明確地計算出金額出來，而把在基期裡面扣除掉。另外我們也希望支付改善成效的回歸款，也能夠在總額基期裡面扣除掉。如果這個未執行、未導入預算的金額扣除掉跟支付改善成效的回歸款也扣除掉，那才是 1 個真正的基期，我們才能夠算出低推估值。

高推估值當然是以低推估值加上政府政策考量的調整因素，讓付費者跟醫療單位來做高推估值的最高比例的協調跟調整，再做總額

的確定。所以這個目前未來這個總額公式會實施 5 年，所以就等於說從 112 年開始又要實施 5 年。

第 2 點，我們在這裡要提出來的就是，等一下翁委員她會發言，這一次行政院主計總處撥補健保基金 240 億，真的是非常感謝她，是不是翁委員也盡一臂之力，很謝謝她。

但是我認為還是把政府應該回歸 36% 的高額不足款，我在這裡再念 1 遍，105 年到 110 年 6 年間累計缺額是 920 多億元，105 年是差了 45 億元、106 年差了 103 億元、107 年差了 157 億元、108 年差了 184 億元、109 年約 306 億，110 年自編結算是約 125 億元，這樣子的話將近有 920 多億元。

如果說主計總處願意撥補，每年把這個 920 多億元分 4 年把它撥補完，我想未來就不必調整保險費率，至少 3 年都不必調，那這個是我提供的意見做參考。就是說，現在主計總處看到你的準備金不足願意來撥補，那是不是應該也把這個 36% 不足的部分作為撥補的項目？這是 1 個建議。對於今天維持 5.17%，那個補充保費維持不變，我是支持的，謝謝。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，主計總處翁委員她非常的盡責，因為剛剛多所提到政府 36%，也提到主計總處的 240 億，所以就請翁委員發言，謝謝。

**翁委員燕雪：**謝謝主席，還有各位委員先進，在報告剛剛 2 位委員的一些垂詢之前，我先要提 1 個疑問，就是跟剛剛李委員講的一樣。就是我們健保費率，就我了解，應該是經過我們健保委員的討論之後，決定要不要調，然後再把這個建議案送到衛福部，再由部長<sup>(註)</sup>來拍板，但是的確我們這 2 天就已經看到部長對外宣稱說沒有要調，那我就不知道我們今天是要開什麼會，我們這個程序應該是不是這樣子，這是第 1 點請教。

第 2 點就是針對剛才 2 位委員的垂詢，其實 2 位委員都是我非常敬重的前輩，尤其我們付費者代表這次有 1/3 以上都是新人，都是靠這幾位前輩這樣提攜指導我們。

剛剛講到 240 億，其實跟 36% 的確是有連帶關係。就是衛福部有跟行政院提到說，明年可能安全準備會低於 1 個月，它就希望說要去修那個細則，把我們當時調整的，就是在健保會提的那些提案，衛福部也依照我們健保會的決議有提到行政院去。

我跟主計長報告說我們那個 36% 真的沒有問題，在適法性，我等一下會再解釋，真的沒有問題，所以我們沒有辦法針對這 1 點去讓步。但是主計長跟院長解釋，院長也同意了，但是院長就問說那有沒有其他協助方式，主計長就考慮到，我不敢居功，我沒什麼功勞，主計長就考慮到說，的確今年整個通膨蠻嚴重的，然後這幾年的政府財政，其實我最近都講一個說比較難聽，就我們這 2 年發了災難財，所以政府稅收真的很不錯，既然稅收不錯，這都是全民的錢，所以 240 億元其實也是我們全體納稅人的錢，應該是要回饋給大家。

所以那時候就去試算說，好像我們算下來可能會差一點點，可能沒有到達 1 個月，所以我們就算一下如果補足到 1 個月差不多要多少錢，本來應該算一算……，最後，本來應該是覺得不用舉債，明年度不用舉債，但是就因為電費凍漲，我們就編了 1,500 億元要給台電增資，因為那筆錢造成我們最後明年的預算還是得舉債。所以其實本來我們健保給的這 240 億元應該是不用舉債的。

大家就是很擔心說明年會不會有，這我不敢保證，因為它當初的考慮真的是一次性，就是考慮到說因為今年的整個通膨非常嚴重。我們給院長的建議是說，長期還是要回歸到我們的健保體制，說真的那個錢雖然就是我政府編的，可是還是全體納稅人的錢，也不能算說好像是天上掉下來的禮物。

再來就是健保 36% 的這件事情，其實我之前要進來當健保委員的時候，我那時候有跟主委說，我想找個時間跟大家說明，因為我們這次有 1/3 的新委員，所以我自己我有去試算，我試算出來的結果真的收入面跟支出面算出來的結果會是一樣的，就是會跟健保署的作法是一致的。

那它主要差異是在哪裡？就是那個安全準備的問題，因為我一直強調說我們是三方付費，雇主加被保險人加我政府，我政府要付 36%，所以反過來就是雇主跟民眾要負擔 64%。我們應該要用一致的基礎去出這一筆錢，一致的基礎去負擔。

所以這樣算下來就是安全準備到底，安全準備就是我收大於支的時候拿起來先存放在那裡，等反轉的時候，因為本來就會是有 1 個高低峰，反轉的時候，因為支一直在漲，收成長幅度沒有那麼大，等變成支大於收的時候，依法就是拿安全準備出來彌補。不可能說雇主加被保險人 64%，你們可以拿安全準備來彌補差短，但是我政府我付了 36%，竟然說我不能拿安全準備出來彌補差短，那個安全準備我也提了 36% 在裡面，甚至我政府其實超過 36%，因為它有一些其他收入，並沒有計算 100% 都是我政府的，其實它是政府用公權力收來的錢，放到我們的安全準備，但是那一筆錢我政府也只能分到 36%。

所以我要強調我後來試算結果，不管收入面或者支出面算出來的負擔會一樣，所以它的主要的癥結就在於安全準備的使用，所以如果大家有時間，願意的話，我真的願意找個時間來跟大家用那個例子來說明，就是舉 1 個實例演算給大家看真的會一致，以上是我的說明。

註：依健保法第 24 條第 3 項，應為健保會報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，非常感謝翁委員，等一下、等一下，因為我們還有 1 個朱委員。

**李委員永振：**我先講，她講了大家印象比較深，沒關係。

**周主任委員麗芳：**因為朱益宏委員先。

**朱委員益宏：**沒關係，先給李委員先。

**周主任委員麗芳：**來，那李委員請。

**李委員永振：**謝謝朱委員。翁委員她可能是從一開始第 1 階段的爭議就參與嗎？就是 1 個月、3 個月那時候你就有參與嗎？我這個爭議有 3 個階段，你知道嗎？知道，好。所以第 1 個階段的 1 個月、3

個月的爭議，在 104 年 2 位政委出來協商，協商的就是第 1 階段，第 1 階段那個有解決，所以後來撥補了大概 490 億左右。現在我要先請教健保署，104 年的協商之後還有沒有協商？還是你這邊講的就是那次協商的結果？你這邊在會議資料第 158 頁說明第 2 項，你代負的安全準備的部分，是那 1 次協商確立的嗎？還是你還有第 2 次協商嗎？

**周主任委員麗芳：**現在可以回答嗎？謝謝。

**蔡副署長淑鈴：**美杏組長。

**陳組長美杏：**我剛看我們同仁，因為他比較資深，他說沒有。

**李委員永振：**沒有，那就是那一次嘛。所以我們現在的爭議這些問題都是那一次協商之後再發生的，所以你根據的那個點是不存在的，這是我先確認給大家知道。

第二個剛才翁委員有提到說 36%、64% 這是誤解，所以我剛剛說收入面的公式是不存在的，因為你在健保法裡面有關這部分找不到這個比例的數字，因為第 3 條是說政府至少、至少，並沒有講 36%，所以可以到 40%，我再重複一次，那個在討論的時候我去調當時的立法院會議紀錄，在野黨民進黨是主張 40%、執政黨國民黨是主張 36%，吵半天，執政黨的委員數較多表決，所以才折衷說 36%，但加一個「至少」。

所以這個現在主計總處誤解，她誤解，原來的立法精神就是要你政府多負擔責任，也不是說多負擔，因為當時有加一個補充保費嘛，去年 600 多億，就是付費者這邊有多出這一些錢，才要求政府也要多出，以前 30%、33% 左右，拉高到 36%，至少。現在收入面公式是不存在，因為你要訂在 36%，才有這個公式，但 36% 可不可以算出它那個臨界點？可以，但是那只是一個臨界點，不是說政府可以出這樣子而已，你要出到目前是沒有發生 36% 以前，因為都不足。這個公式為什麼原來都沒有講？因為在二代健保之後，收入都大於支出，都結餘，所以在 76 條第 1 項裡面就是安全準備的來源，第 1 項就包含收支的結餘，所以現在嚴重的問題，剛才翁委員提到



第 2 點，說你付費者可以去享受以前多出來的安全準備，為什麼政府不行，這是誤解，為什麼，76 條第 2 項裡面如果有短絀的話，可以從安全準備提回來，所以那個提回來就是以前大家累積出來共同貢獻的，所以付費者裡面、政府的都有，是允許你去拿回來，這個沒有爭議。

那第 1 項的話，就是二代健保的立法精神，就是要你政府多負擔責任，所以才去弄到第 3 條裡面，保險經費扣掉法定收入之後加一個應提存後增列的，提列後增列的安全準備 36%，是這樣來的，它的立法原意就是要你多負擔。現在第 1 項就是要你按照這樣安全準備來源很清楚，你如果是短絀的話，在第 1 項第 1 款就是代 0，目前就是代 0，所以在 71 頁有一個安全準備來源是 163 億，你應該代 163 億，你現在不是，把短絀的 85 億代進去，一來一往才會差 248 億，這 36% 就是剛說的 89 億。

我再補充一下，剛才何委員提到 920 億，那個是 6 年，我講的 1,079 億是把它推估到 8 年，到 112 年，何語委員剛提的數字，應該可以再更正一下，因為當時他有特別說明 110 年是用推估的，我這邊是有我們後來結算後重新 update 一下，如果到 110 年，6 年的話是 876 億，因為有一個誤差修正過來，但是到 111 年又加了 89 億，到 112 年又加了 78 億，所以才有 1,079 億，謝謝。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝。不過翁委員，因為我們可能還是要回到我們的主題，如果 36% 的，可能就是簡短一下。

**翁委員燕雪：**謝謝主席給我這個機會。剛剛李委員有在問健保署，是不是 104 年那一次決議，其實商司長上任時，蔡政府上來之後，因為健保署預估支出會大於收入，又有去找行政院，當時一樣又 2 個政委出來幫忙協調，但是後來 2 個政委都覺得我們主計總處講的比較有道理，就維持原來 104 年決議，沒有新的東西，是這樣。

**李委員永振：**104 年的原意就沒有提到這一點啊，是 106 年之後發生的事……

**翁委員燕雪：**我們有寫了 2 篇文章，如果您願意，我願意寄給您看，有說明整個……

**周主任委員麗芳：**謝謝你們 2 位，很感謝，我們現在也比較清楚了，朱委員請。

**朱委員益宏：**終於輪到我了，我只一個小小的詢問，因為剛剛大家對收入面這部分比較多著墨，包含 2 位委員一直爭執的 36%，我比較關心的是支出面，因為剛剛何語委員也提到健保永續，支出面的控制其實很重要，那支出面如何控制？有一個很大的、很重要的就是給付範圍的檢討，到底哪些東西我們要付，但我不知道所謂的給付範圍檢討的權責單位是哪個單位，因為給付範圍檢討，我記得至少我在當委員或這幾年就已經呼籲過很多次，但從來沒有看到哪個單位說他們啟動要去檢討，沒有。

所以我是不是在這邊詢問一下健保署或社保司，能不能告訴我們，這個給付範圍的檢討，權責單位到底是哪一個單位？我只是想要知道這件事情，我覺得這件事情回答應該也很容易。至於權責單位檢討，要不要啟動，就不是在這邊討論的。

因為我看到在健保的財務，現在狀況其實是非常不好，今年主計總處在明年 1 月要撥補 240 億進來，但是我們看到給付範圍不但沒有沒有縮減，在政府的健保改革中長程計畫不斷把給付範圍一直擴大，一直擴大，大家不要忘了我們在 9 月協商時，住院整合照護計畫，護理照顧司提的是 60 億，是 60 億，所以就看到其實給付範圍不但沒減少，反而一直擴大，到底政府權責單位是哪裡，該做什麼樣的處理，這是我非常疑惑，也希望今天主席能主持公道，至少讓政府單位回復一下是哪個單位，主責單位，然後那如果是主責單位的話，有沒有期程的規劃，以上。

**周主任委員麗芳：**我先請社保司司長來協助說明，謝謝。

**商委員東福：**謝謝主席，還有各位委員的關心，我想給付範圍的部分，如果比較就法來講，第 26 條裡面曾經提過，如果有下面的情況，就是由保險人擬訂調整保險給付的範圍，若從這個觀點來講，

是保險人。但對主管機關來講，不管是衛福部也好或是做為幕僚的，其實我們隨時都在檢討，給付範圍當然是隨時都在檢討。如果我要更廣義的講，各位在健保會裡面，為了這個高低之間的協商，都在決定給付範圍，包括 skill-mixed<sup>(註)</sup>這件事情，事實上也是經過健保會大家擬訂出來，這是廣義來說權責大家都有，衛福部絕對逃不了職責，但就實務上，你們關心的 26 條，就是保險人要提出。

註：在此指醫院總額之住院整合照護服務試辦計畫。

**周主任委員麗芳：**謝謝，我們回到這個案子。我們這個案子，如果委員……

**朱委員益宏：**所以不曉得健保署是不是也同意，給付範圍檢討依照健保法 26 條就是保險人要提出，因為剛剛社保司是這樣講，如果是這樣，未來整個給付範圍的檢討就會是健保署的權責喔，剛剛您的解釋是依照健保法 26 條嘛……

**商委員東福：**對，你不能把我講的話截掉，下面還有健保法的情形，你一定要講清楚。

**朱委員益宏：**是是是，現在因為還沒有達到下面的情形，現在還沒有達到安全準備金少於 1 個月，26 條是這樣規定，少於 1 個月當然健保署就要提出給付範圍的修正案，它不是檢討，就要提出改善方案了。但是因為現在還沒達到，我們預期明年度有可能會達到，所以這個時候，現在要啟動所謂的給付範圍檢討這件事情，檢討不等於修正，所以我才問這個啟動給付範圍檢討，是社保司、健保署還是衛福部的哪一個單位，我希望知道這個答案。

當然 26 條的規定是，如果你少於 1 個月時，健保署就要提出給付範圍的案子，他那個已經不是檢討了，不是小於 1 個月才檢討，那來不及，不是小於 1 個月才檢討，26 條的規定是小於 1 個月就要提出修正案了，要檢討給付範圍，要提到我們會上，去把給付範圍調整，因為沒有錢了，這是後續健保署，我研讀到 26 條，健保署是後續執行單位，但政府單位前面有個研修、檢討的過程，這個檢討如果是社保司講健保署的話，我就想聽一下，責任是不是在健保署，我覺得這個要釐清，以上。

周主任委員麗芳：好，接下來就請蔡副，是不是也要補充說明一下，謝謝。

蔡副署長淑鈴：謝謝，這是 26 條剛剛在談的，就是 26 條是說有下列情形之一者，保險人要擬訂調整給付範圍方案，提到健保會審議。當然第 1 個情況是低於 1 個月；第 1、2 個這兩個是獨立的，這兩個是獨立的，第 2 個就是說低於 1 個月的時候保險人可能要有調整給付範圍的方案，第 2 個情況之下的話，是本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，影響保險財務平衡，那也是需要有一個費率的審議，報請健保會審議。

我是要提醒大家，對於給付範圍這件事情，可能要想一想什麼叫做給付範圍。例如說我們每年總額在協商的時候，我們想要加碼再給民眾多一點服務，例如說我們看到牙醫陳委員彥廷在這，牙科好了，牙科每年大概會提，針對哪些高風險的人，可能洗牙從 2 次變 4 次，這個算不算給付範圍的擴大，是啊，可是這個在協商的時候，透過大家的協商，對不對，那也通過了，然後這些都會累積在我們的總額成長率裡面，那總額的成長率最後就會有像今天的費率審議，所以這個都是循環。

所以如果說這些也算，其實是常常在發生，而且不是只有保險人在提，醫界也可以提，他也想要增加服務，因為可能對病人更好，所以事實上這些東西，保險給付範圍這幾個字的解釋，是在什麼情況之下才是擴增？所以我覺得這是有討論空間，所以 26 條這部分保險給付範圍這塊，可能主管機關是需要先解釋一下。

周主任委員麗芳：好，謝謝，謝謝大家的參與發言，是不是……

朱委員益宏：主席，對不起，主席，這個我還是沒有得到答覆啊……

周主任委員麗芳：沒關係啦，會後再討論，因為剛剛他們都已經……

朱委員益宏：不是不是，這個主席，我是覺得不能會後討論……

周主任委員麗芳：他們已經解釋的蠻清楚……

朱委員益宏：這個我覺得是這樣子，我還是希望得到主管機關是哪一個，主責這件事情，今天不能說，蔡副講的每次協商確實是給付範

圍增加，增加需要錢要到這裡談，那我們現在談的是減少，減少會影響民眾的權益呀，對不對，那這個就不是，比如今天我們醫院協會談說這個我不要付、那個我不要付，不是這樣的情形嘛，那個就要考慮政府整體健保大的方向，那絕對也不是談總額時，總額單位可以提的東西，我相信也絕對不是健保署的權責去提這件事。

所以我剛才講說，這權責主責單位到底是行政院還是衛福部、或社保司、還是健保署，總是要給我們一個明確的答案，後續我們才能去跟對口單位去協調這件事，或是我們 provider，或我們民眾、付費者才能去談這件事情嘛，但現在沒有，現在就是每年 7、8 月要談總額了，就會有一個所謂中長期改革計畫，健保的中長期改革計畫，改革什麼，改革要加很多錢進來，要擴大給付範圍擴大很多，看到是這樣，沒有看到就整體財務考量，整個哪些東西，包括我們黃金舜理事長常常在講的，指示用藥你已經給付了，那要不要限縮，這些東西都提了以後，都沒有看到哪個單位會出來說，這個我們正在研議，也沒有看到正在研議。所以我剛才提說，這件事情其實很重要，不是會後由他們給，我希望說今天在會上可以給一個明確的，到底是，也可以說是衛福部負責嘛，也是啊，對不對，如果要籠統的話就是衛福部，那我們就找部長啊，對不對，就是社保司，在這會上社保司跟健保署都說是你部長要負責，那也可以啊，對不對，所以我覺得說，應該是要有一個主責的單位要來處理這件事，你講得更大就是我們總統要負責，對不對？

**周主任委員麗芳：**好，謝謝朱委員，我知道朱委員對這塊非常關心，剛剛因為我們社保司司長、健保署蔡副署長今天也是代表李署長過來，也都詳盡的做回應，因為我們這個案子，今天討論的是有關保險費率，所以我想說，剛剛朱委員您的意見有充分表達，然後不管社保司或健保署，也會再把這個意見帶回去。

我們是不是就回到這個案子來，所以這個案子的話，我先做這樣的決議，經本會審議結果，112 年度保險費率建議維持現行費率 5.17%，將依健保法第 24 條第 3 項規定，併同與會人員發言實錄陳報衛福部，副本抄送健保署，請就委員意見研參妥處。所以剛剛所

有委員的意見，包括朱委員的意見也是一樣，我們都會研參妥處，我們先休息 10 分鐘。

何委員語：你少講了補充保費費率……

周主任委員麗芳：補充……

何委員語：對啊，也是要連結在一起，法有規定啊，一起念沒有關係啦。

周主任委員麗芳：有，好，這部分兩個費率，我們就把補充保費的這個部分……

周執行秘書淑婉：那個是連動的，連動的啦，不用啦，寫不寫都一樣啦，寫不寫都還好。

周主任委員麗芳：這個部分既然這個有委員提出來……

周執行秘書淑婉：那個是連動，我覺得我們應該直接報一般保費的費率就好。

何委員語：計較這個已經超過 5 秒了……

周主任委員麗芳：好，我們就讓幕僚來處理好不好，我們休息 10 分鐘，謝謝。

(中場休息約 9 分鐘)

伍、討論事項第二案「112 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳：謝謝各位委員，我們繼續進行，接下來要進行的是討論事項，討論事項第一案，請宣讀。啊，不是，討論事項第二案，請宣讀。

同仁宣讀

周主任委員麗芳：請說明。

陳組長燕鈴：向委員說明，根據健保法，我們協商完以後，還要討論各總額的地區預算相關分配，目前其他的 3 個部門地區預算分配，我們已經完成討論，今天是最後 1 個牙醫門診總額 112 年度地區預算分配。目前牙全會已經在 10 月份把 112 年地區預算分配建議方案送本會討論，112 年度總額經本會協定的共識方案，一般服務成長率是 0.702%。

有關牙醫門診總額歷年地區預算執行概況，在會議資料第 77 頁，其實牙醫部門是第一個很早達到 100%，依照各地區校正人口風險(年齡性別指數)的保險對象人數占率，就是 R 值分配，從 95 年開始就達到 100%。

請看到會議資料第 78 頁，至於特定用途移撥款的部分，是從 99 年度起移撥部分一般服務預算作為特定用途。有關於它的歷年用途，彙整於會議資料第 80 頁彙整表，等一下會說明，我先就其中第 5 項，用於牙周病統合治療方案的部分，我說明一下它的緣由。牙周病統合治療方案，我們在 108 年度總額從專款導入一般服務預算是 28.08 億元，導入一般服務的初期，牙全會為了避免衝擊點值，所以初期先從一般服務移撥部分經費，但是依照各區執行率去分配這一筆預算，而不是依照 R 值分配。

牙全會也參考 107 年評核委員建議及委員會決議，所以牙全會就規劃以 5 年為期，會逐年調降依各分區執行率分配這筆預算的比率，移撥比率會逐年回歸下降，最後回歸依照 R 值分配，我們就查 108~111 年度這筆費用的移撥比率逐年減少 20%，從 90% 一直降到

111 年的 30%，同時我們也在去年 11 月委員會議決議，牙周病統合治療方案從 113 年起回歸依照各區 R 值分配，也就是移撥經費不再用於牙周病統合治療方案這個方案。

我們再看就是牙全會所提出的建議方案，在會議資料第 78 頁這邊，在一般服務預算的分配部分已經 100% 依照 R 值分配了，特定用途移撥款的部分，建議移撥 12.9702 億元用於 7 項項目，這部分我們看一下，第 1 項是醫不足的，第 2 項是特殊醫療服務計畫，第 3 項是弱勢鄉鎮，前 3 項都是屬於弱勢民眾保障，也是延續性項目。第 4 項是用於保障全國就醫率最高二區，這也是延續項目。第 5 項是牙周病統合治療方案，這部分剛剛說明了，它也是延續，112 年移撥經費是 9.2202 億元，依據申報的執行率分配。第 6 項是高風險疾病患者牙結石清除，經費 0.15 億元，這是新增的項目，主要是鼓勵執行高風險疾病患者牙結石清除的這個項目的點值，最高補到每點 1 元。第 7 項就是說，如果這個有結餘的話，優先用於急診醫療不足區的獎勵試辦方案，如果最後有剩餘，回到 R 值分配到各區。

至於健保署對牙全會所提建議方案的執行面意見，在會議資料第 95 頁附件二，請委員參考。

我們看到 112 年度牙醫的部分，已經 100% 依照各地區校正人口後的保險人數 R 值分配，所以真的要討論的是特定移撥款的部分，我們有去彙整 108~111 年度的表，請參考會議資料第 80 頁的表，其中第 1~4 項的用途跟經費都跟 111 年度相同，第 5 項牙周病統合治療方案部分，用途是一樣的，但經費是 9.2202 億元，比 111 年度的 8.724 億元增加，在會議資料第 80 頁可以看到，第 6 項是新增 0.15 億元。

請看到會議資料第 81 頁本會研析意見，第 1 項至第 4 項及新增第 6 項建議依照牙全會研擬的用途跟經費，因為前 4 項移撥是比照過去，第 6 項是要加強推動 111 年度新增項目，尚屬合理。但第 5



項牙周病統合治療方案的用途跟過去年度相同，但 112 年度移撥經費是高於 111 年度，這部分建請委員可以考量與討論。

我們可以看到會議資料第 81 頁最下面的那張表，108~111 年的移撥比例逐年減少 20%，所以移撥經費從 25.272 億元降到 111 年的 8.724 億元。今年 112 年度牙全會提出的移撥經費 9.2202 億元，之所以會比 111 年度的 8.724 億元高，經了解因為雖然移撥比例都是 30%，但計算 30% 的方案預算基礎是用 108 年一般服務預算的 28.08 億元一直累滾到一般服務的成長率，累滾到 112 年的費用去計算，base 相對比較高，雖然移撥經費不變，但是額度還是呈現增加的情形，可以看到會議資料 81 頁的表，111 及 112 年都是 30% 的移撥比率，但 112 年的 9.202 億元是高於 111 年的 8.724 億元。

請看會議資料 82 頁，我們是建議 112 年移撥經費不宜大於 111 年度，理由是這個治療已經回歸一般服務，理應回歸以民眾需求面的人口占率分配為宜，依申報件數執行率分配的部分，移撥款應該逐年遞減比較合理，建議移撥經費不要大於 111 年度，至多維持 111 年度的 8.724 億元，就請委員去討論本項經費移撥額度為多少，牙全會建議 9.2202 億元、本會建議 8.724 億元。

其他的部分就是一樣，跟各部門都一樣，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如果還需要點值保障，請健保署會同牙醫部門去議定後，於 12 月底前送本會同意後執行。一樣依協商原則，提報內容要包含保障點值的理由及其對總額預算的影響。相關參考資料如表 1~7，請委員參考。

擬辦的部分，本案經委員討論確定後，併其他各部門地區預算分配方式，報請衛福部核定。至於執行面及計算細節(含特定用途移撥款)的部分，授權健保署會同牙醫部門去議定，其中特定用途移撥款執行方式請送本會備查。以上說明。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，接下來請牙全會陳理事長說明，謝謝。

**陳委員彥廷：**本會循照慣例，是最早達到 100% 的往人口的分配，我們利用這些預算調配，第一個是保障弱勢醫療，第二是有一些專案

計畫剛開始實施時，因為醫療提供及民眾就醫習慣還沒建立，因為這2年牙周統合部分，我們的確還有1個落差存在，因為牙周統合基本上1個療程至少要6個月，衡諸我們實際就醫情況，所以我們建議明年度不往前走。至於額度的部分，因為當時並沒有把它的base會放大這件事考慮在內，如果委員們希望維持原來的預算額度，那我們也會接受，不過我們當時只是因為維持在30%，如果維持在那個額度基本上就不是30%了，以上。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，我問一下牙全會，所以你們現在提出的112年度目前這樣的一個分配方式，也是跟健保署共同討論出來的嗎？沒有。好，接下來，就請委員來提出意見。滕委員請。

**滕委員西華：**謝謝牙全會的這個資料，提撥款就是牙全會這幾年來都一直把原本，應該講說原本的風險基金是為了補R值前進或R值到100%之後，因為人口校正所產生就醫利用率點值的誤差或者是因為就醫利用率提高之後醫療資源分配沒有往比較需要地方去走設的。

但是這幾年來因為牙醫的地區預算分配裡面風險調控基金，跟別的總額比較不一樣的是他有多項計畫其實是去補專案的不足，那補專案的不足這件事情就跟總額協商付費者代表給的錢或者是牙全會提出來的專案金額是不是核實有關。究竟是提出來的時候就不足，所以我們用風險基金去補，那一邊執行率就可以變高，就是本來就不夠，執行率就會變得績效很好，還是說付費者給的錢的需要這幾年來都一直不夠，如果不夠的話，應該是要在隔年協商費用執行率超過100%，導致部分可能有一些點值一直持續，又採浮動偏低的應該要在隔年把成長率拉起來，這樣子比較合理，比較可以實際反映總額的需求。

但是因為雖然說用風險調控是牙醫自己總額從一般服務切過來，感覺好像付費者是沒有多花錢，但這樣長期我們就很難以知道將來滾入一般服務的時候，如果這樣去補的話，究竟我們的錢其實對不

對。所以是不是之後我們牙醫的風險調控基金，這個風險基金是要這樣移撥，可能牙全會這邊要再考量一下，這是第 1 點。

第 2 點，因為他是要補人口風險 R 值的關係，所以我們反而是在其他的錢都優先補完，還有剩，才回到一般服務去補這個 R 值，比方說我們還有優先要用牙醫急診不足，就是會議資料第 79 頁(7)這一點。但是這個兩年來都 0，一直都沒有，是不是還有必要存在，而不是說剩下的全部回歸第 4 季人口因子去依 R 值分配，就是有沒有必要留喔。

還有就是牙醫特殊醫療，這 2 年 110 年、111 年也都是是一直執行經費是 0，連續 2 年都是 0，這邊還要留著分配的理由是什麼，雖然還是那句話，用不完那還是會滾回去一般服務去補 R 值沒有錯，如果用不到又要放在這裡，這個很特別啦。

第 3 點是，我也覺得牙統今年執行率其實沒有很好，其實 8 億多，其實也一直都只有 2 億多，所以有沒有必要在隔年再增加到 9 億多，這個也要再考量。而且我們拿來補這個結石要到每點 1 元，這個也是照理說要補點值應該要像我們投保分區如會議資料第 79 頁(4)，就醫率最高的兩區，中區跟高屏，因為中區跟高屏你看點值都在第 4 名跟第 5 名，他從 103 年開始長期以來大概都是第 4 名跟第 5 名，我們又一直都給他 2 千萬、1 千萬左右的錢，墊底是臺北區，他還是長期一直是 4 名跟 5 名，如果要按照 R 值分配的精神，他不是應該要去補單項服務到每點 1 元啊！他應該是要回歸去加強撥補給全國就醫率最高的兩區，提高那個金額，看起來是比較符合分區預算分配的精神。

所以我覺得我的結論是，我不是很能夠支持第 7 項的部分，還要用在牙醫急診撥補，因為他已經都是 0，應該要回歸到 R 值，第 2 個每點補到 1 元這件事情，還有牙統要不要增加這件事情，我都還蠻有疑慮的，以上，謝謝。

周主任委員麗芳：好，謝謝，陳委員請。

**陳委員秀熙：**最主要是給牙全會的 1 個建議，就是說其實我們知道，我看到牙統這個的計畫，我想說，其實牙周病從過去這 10 年來，老實講我覺得這個部分跟相對其他牙科的醫療服務上，點值上的變化我覺得牙全會應該要基於幫助保險人、被保險人去做一下評估，因為你也知道我們現在很多學校的教育牙周病其實是弱勢，因為他的整體而言在牙周的部分其實不是只有洗牙而已，整個民眾對於牙周，當他的 CPI<sup>(註 1)</sup>值變高的時候或是他整個的 lose attachment<sup>(註 2)</sup>現象出現的時候，他這個需要的需求，事實上是很高的，其實這一塊我一直認為在台灣民眾對於牙周病不但存在城鄉之間的差異，而且需求是很高，除了牙統這個整合每次都在洗牙這邊，洗牙是前面第一關沒有錯，可是當你年紀越來越大的時候，這個牙周部分要處理，我一直認為牙全會應該了解這一個整個牙周病 provider 這個地方跟你其他的蛀牙，其他的 endo<sup>(註 3)</sup>這些其實都有差異。

所以你應該在總額下面幫助消費者，幫助這個保險機關健保署去規劃你長期以來這個預算要怎麼提撥調整，如果有剩下的錢，比方講今天你急診沒辦法做，那你整合要做，可是你這些相對之間，provider 之間的專業上面對於點值上面的差異，因為這一點對牙科非常重要，他決定今天所有牙科醫師後面人力供需平衡，那我們現在其實在學校教育都已經受到衝擊，所以我希望牙全會應該要從這個地方去整體評估才是 1 個良計，不然的話你老是從 R 的東西來做調整，對民眾幫忙以及對保險人這邊他可以幫助你的這樣的調整比例，光光靠人口風險是不夠的，以上建議，謝謝。

註 1：CPI(Community Periodontal Index，社區牙周指數)。

註 2：lose attachment：係指牙周附連喪失(clinical attachment loss, CAL)。

註 3：endo(Endodontics treatment，根管治療)。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，如果沒有其他的意見，我再請陳理事長做回應。

**陳委員彥廷：**先回答滕委員的幾個疑問，其實我們這裡，譬如說我們的醫療資源不足地區的獎勵方案，基本上是專案式補助的是加乘，或者是執業的計畫，一般實質上的服務內容是用一般的預算論量，

因為各區的醫療資源不足的比例跟我們人口結構其實是不一致的，所以相對來講在某些區就會不夠，比如說花東，他的醫不足人口占率超過 2% 很多，所以事實上他們在我們撥補的錢裡面會拿到接近 5%，所以如果沒有這個撥補，花東在這部分會萎縮，所以我們顧慮的是這件事。

那至於特殊醫療，我們剛好因為這兩年疫情的關係服務量沒有這麼多，可是我們以往曾經發生過他超出我們的預算，就會點值不到 1，所以我們是預留一個機制讓他一整年點值都維持 1，這是我們這樣想。

所以基本上我們現在列的幾個項目有考慮到這些因素，至於說撥補如果沒有用完或怎麼樣，就剛好是這幾年的一些狀況而已，所以其實我們在更早之前幾乎這些費用都有用到。

第二個是我們陳老師所提的問題，牙周統合跟牙周固本，都是做所謂的齒齦下刮術、根面整平，他其實如果能夠包含之前、之後的衛教跟個人口腔技巧的提升，那麼他就是我們所謂的基礎治療，所以我們很在意的是基礎治療的人要夠多，以我們目前在看，真正有做基礎治療的人數其實不夠，因為如果我們用之前的 1 個研究來看的話，大概有接近 800、900 萬的人會需要做，那我們 1 年最多就是做 30 萬，以現在的狀況實質上只做到 24 萬人次，所以基本上需要多努力幾年沒有錯，謝謝老師的提醒。

我們另外一個部分，有一些民眾可能沒有辦法完整的接受整個療程，所以我們再加上今年也有提到的固本，也就是說我們從不同的牙齒顆數，也是一樣做齒齦下刮術，只是他沒有辦法做完完整的，之前的評估，之後還要再看他的改善的情況，固本的那一部分差異在這裡。所以我們牙醫全聯會這邊我們其實還是鼓勵有需要的民眾能夠接受牙周統合照護計畫，因為他在治療前後，牙周病情的確是明顯的改善，而且他們自我照護的能力會提升，以上。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，李委員請。

**李委員永振：**這一個會議資料第 80 頁裡面，對第 5 項的這個地方我是覺得他的趨勢怪怪的，是不是牙全會可以說明一下，因為你看後年就落入了嘛，就歸零了嘛，那剛才我們幕僚同仁也有分析，我個人是覺得不是維持去年的額度而已，應該要更低才對，這樣整個邏輯，你要落入的時候才會比較合理，那個落差也不會那麼大，你如果說不要每年都減 20%，至少減個比較明顯的嘛，不然你要維持 30% 到底理由在哪裡，是不是可以說明一下。

另外，第 6 項，我記得這好像是新增的項目，你新增的項目都沒有經驗就要留 1,500 萬在那邊，而且這個新增的項目我記得還有未執行還要再扣回，那我要求你要落實執行，結果你拿那個誘餌去引誘他來衡量嗎？這樣是不是整個政策考量的方面會矛盾？你如果說有經驗之後，到底哪裡不足，再來考量這一個是不是會比較合理？不然的話我現在錢先給你，我要求你要做好，不然的話沒有執行要扣回，結果你要保障他的話，就是吸引他來做，這樣整個考量好像有點矛盾，所以是不是這 1 項先不要列，如果還需要的話，有經驗再講，這樣會比較好，謝謝。

**周主任委員麗芳：**來，干委員請。

**干委員文男：**陳理事長，我看維持去年就好了，111 年就好了，增加反而增加你們的困難啦，尤其新的還沒有長成什麼樣子還要增加，不要減就好了，維持 111 年就好了。

**周主任委員麗芳：**你是全部嗎？全部都維持 111 年，第 6 項不要加嗎？

**干委員文男：**對啦，對啦，111 年，這部分。

**周主任委員麗芳：**你是 80 頁整個表都全部嗎？

**干委員文男：**他是增加，要增加 0.5 億嘛，牙周病啦！

**周主任委員麗芳：**喔，你講第 5 項啦，所以第 6 項你沒有意見，只有第 5 項有意見。好，我們就請理事長來回應一下。

**陳委員彥廷：**謝謝 2 位委員的提問，那個對於高風險疾病患者，其實我們現在辦 1 個新項目上去以後，醫療資源充沛的地區是比較容易執行，所以我們在都會區比較，那都會區點值剛好都比較低，所以

他其實是不希望去懲罰，所以這一部分沒有說是鼓勵大家要往這邊所謂的衝量，因為事實上我們在執行上面就會說都會區的人做了以後，譬如說他拿的是 0.9，那他其實是沒有拿到足夠的錢，我們現在希望說全國大家都能夠注意這件事情，所以基本上說獎勵，應該講說是鼓勵大家要對於新的項目他應該要花比較多的心思，把他融入他的平常醫療提供的行為裡面，大概我們的想法是這樣，至於說剛剛干委員所提的，我們同意，就是額度按照去年的，以上。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，所以這個案子，就是剛剛談下來大家對於第 5 項都比較建議是維持去年，我先做這樣一個決議。

決議有 3 項，第 1 項，112 年度牙醫門診總額地區預算分配方式，100% 依照各地區校正人口風險後之保險對象人數佔率 R 值分配。

第 2 項，自一般服務移撥 12.474 億元，作為特定用途移撥款，用於牙全會建議之 7 項用途項目，其中第 5 項牙周病統合治療方案，建議 112 年度移撥經費維持 111 年度 8.724 億元。

第 3 項，其餘內容依會議資料說明及擬辦文字，請本會同仁協助整理。

好，謝謝，接下來進行第三案，謝謝。

陸、討論事項第三案「為提升醫療可近性、優化處方箋傳遞流程以及因應環保趨勢，提請衛生福利部儘速實施『電子處方箋』」與會人員發言實錄

### 同仁宣讀

周主任委員麗芳：干委員請。

干委員文男：簡單啦！我也老是把那個處方箋都掉了，有時就會這樣而已，如果有電子的話就可以很方便，如果希望同時用紙本的我們也不用反對，就自由登記，這樣的話對整個社會、整個使用者，健保署這邊也是方便啦，是希望能夠，健保署這邊也有很多的意見，就盡速啦，以上，謝謝。

周主任委員麗芳：好，謝謝，其他委員還有要補充說明嗎？黃委員請，還有何委員。

黃委員振國：關於這個電子處方箋，就我個人而言，尤其這一次在我們防疫期間，每天都遇到許多個案，尤其是有多重慢性病的個案，事實上很多年長者在，尤其是電子化有一個資訊嚴重落差，我們有時候紙本給他，還要跟他說明，除了他本人以外還要跟他家屬說明，甚至說拿回去因為他本人沒有辦法來拿，都要他代領的親友拿回去之後還要核對紙本的內容，甚至有紙本，我們要知道電子處方箋當然有他的好處，我剛剛講就是說包括我們虛擬健保卡都可能有弊案，那我個人也曾經，其實我回應一下干委員，在我診所怎麼做？其實我們都是長期的病患固定在門診就醫，如果他真的遺失處方箋，我們也會非常友善地跟他再三詢問，本來是要請他簽切結書，那我的診所從來沒有讓我的病友去簽切結書，我們都信賴地能夠讓他拿第2次，甚至第3次的連續處方箋。

個人也發生過1個金山的病友，從金山到基隆來給我看，他來拿，我們也給了，結果發生什麼事你知道嗎？他自己又去金山的藥局再調劑1次，害我是被核扣才知道，說我這麼信任你，你怎麼可以這個重複領藥，他的回答說我不知道。所以我覺得資訊化當然可能，還有我常說我們不要因為例外來改變通則，我們現今的處方箋



除了是一個比較有憑的實證，其實很多藥局也跟我講，這次我也請了藥局幫我送藥，藥局送藥我們也是用 line 的方式幫他送，但是事後我一定請我的朋友，把處方箋送到藥局去給這些藥師，所以我們合作過程中，他們還是希望說，黃醫師你還是要給我紙本給我依據喔，那中間還包括藥品的，尤其是同成分藥品的討論，因為有一些藥局並不是有跟我一樣同品牌同成分，甚至不瞞你說，有些藥局說，這些藥我都送給你了，同時送藥給藥局，我想你可以去問一下基隆某些藥局，黃醫師連藥都送給藥局，讓他直接送藥到病友家，一毛錢都沒收過。

但是如果針對剛剛干委員講的弱勢，或甚至有個例外有沒有個補救的措施，我是可以願意，我們可以研議看現今假設因為個案他今天在醫學中心就醫，他的第 2 次第 3 次處方箋真的掉了，有不便的地方，我們健保署有沒有機制，讓他就近，比如說他遠在基隆去台北榮總看病，第 2 次第 3 次處方箋掉了，有沒有 1 個地方類似補摺的方式。

這個要去聲明是補摺的一個作用，比如說就近在健保署的辦公室，他有 1 個補摺機，把那個列印出來，用這 1 張也能就近去藥局調劑，但是他同時也把原有的處方箋註銷，不然會發生我剛剛講的重複領藥的權責在哪裡，其實我這樣講好了，其實拿藥、用藥只是治療的過程，有時候民眾還希望，不瞞你說我在視訊診療有時候看 1 次還不夠，看完回去還會問說，「黃醫師，這個藥到底要怎麼，甚至有多次的交流過程。

所以我覺得通則是應該維持原有的制度，在很多，剛剛我想這裡說明，健保署已經做了很多說明，但例外有沒有可以補救？我覺得可以有個補救的措施，謝謝。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝，何委員請。

**何委員語：**主席，第三案我沒有連署，劉守仁委員因為上個月沒有來開會他也沒有連署，我們沒有連署不是反對電子處方箋，但是在目前台灣這個階段，我們要提供出來的觀點，給健保署或者衛福部參

考，因為這個案子是 1 個建議案，我認為也沒有必要討論到多久，但是我要提醒各位的，第 1 個是這個電子處方箋的安全性。坦白講，如果是醫院你們要推動電子處方箋可以，我會請人家用軟體設計好，來我這裡拿慢箋的人，永遠不讓他去藥局領藥，我可以掌控，我可以在軟體上控制他，只要時間一到要領藥，我就會電腦自動輸入他的手機告訴他，你 11 月 18 號要領藥，你不必來，我派人送到你家去。

所以整個醫療提供者全部會控制到所有的藥品，都有自動配藥，自動當天送到他家，完全都不必讓藥局再調劑，以後藥局就沒有生意了！這個以後就會產生藥局跟醫院很大的爭議出來，能不能控制？可以，我的電腦軟體設計好，我到那一天要領藥，我的手機就會接到進來了，說你今天是領藥，那我今天會派人送你去，你今天在不在家，我幾點會送到你家，全部都會控制下來。但是電子處方箋是一個未來的趨勢，未來數位化、AI 化，整個國家要走的方向，我沒有反對電子處方箋。

藥局也可以這樣子做喔，假使我的患者，如果你願意來我這個藥局加入我的系統，你到醫院去拿到電子處方箋回來之後，你加入我的系統全部都被我的藥局控制，我也是那一天一到，我藥局就調配好送到你家去，你都不用來領藥。所以電子化有他的優點，也有他的未來可能會發生的很多弊端，大家都會想盡辦法去控制那些患者都來我這裡拿藥。

醫院當然是原始端，最好控制的，藥局是第二次端，第二次端如果我都是在這個藥局領，我當然進入他的系統，他的電腦系統，我的手機電話號碼給他，他的軟體跟我的就連結了。所以我的意思就是說，各位都知道，我們現在也有發生連鎖藥局在送藥的，那已經被健保署抓到處罰了。

我的意思是說，未來第 1 個，健保署必須把整個雲端藥歷，還有雲端檢驗的整個電腦系統非常健全化，而且整個結構安全性、資訊性，還有個資的資料，還有防控的措施，要做得非常嚴謹之後，你

才有辦法進入電子。台灣人的頭腦是世界一流，搞鬼搞怪最厲害，所以你政府如果沒有很嚴謹的管控，電子處方箋是弊端很多，我也可以賣，我可以把電子處方箋賣給另外一個人，你去領藥，你去吃，所以這都有很多問題存在。所以我今天提供出來的就是說，電子處方箋，日本明年要實施，我們去看日本就好了，參訪日本在實施過程裡面怎麼防偽、防弊、防漏洞，還有防冒領，還有藥局會不會重複冒領，就是說我電子通知你了，你這次要不要來領藥？要不要不要，我已經太多藥了，那好，你電子處方箋給我，我付獎品給你或付獎金給你，這些弊端都會一直發生啦，不是不會喔。

電子處方箋是很好的數位化的過程，也是一個弊端會很多的過程，所以我的意思就是說，這個案子就送請衛福部、健保署去研究參考，參考日本怎麼做，日本人規矩還比我們守法很多啦，坦白講，那如果你沒有很健全的規劃整個制度，弊端是非常多的，這一點我要提供給健保署跟衛福部參考，謝謝。

**周主任委員麗芳：**好，非常感謝剛何委員提出很多前瞻性，可能會發生的問題，真的是很值得省思，接下來就是我們藥師全聯會，我請李常務監事來發言，謝謝。

**李代理委員懿軒(黃委員金舜代理人)：**謝謝干委員提出這個提案，藥師公會全聯會一直以來，對電子處方箋各國的法制化都有研究，剛才幾位委員所提到的一些問題，大概有一些資訊可以跟大家分享，電子化最大的好處是把紙本作業取消了，把紙本作業取消，過去為什麼像是黃振國委員講到藥局送藥到府之後，還要跟醫療院所索取這個紙本處方箋，是因為我們在目前法制結構之下，還是需要紙本保存，未來如果電子保存是可以的話，我想這件事情就不需要這麼麻煩。

那在重複領取這件事或這個過程，其實也可以在電子化的過程去做一些防弊，也就是像是剛才黃委員講到的一些樣態，比方說他遺失了，再給他 1 張副本，但是他去其他藥局重複領藥，假設今天在

電子狀態下，他可以在領取過程中去做一個註銷，那這個其實就不會發生重複的過程。

但其實像何語委員剛才所提到一些未來可能的弊端，我們應該講說這個是非常前瞻性的想法，而且我們也認為這件事情不完全不會發生，所以其實在整個電子化處方箋的法制研究裡面，最重要的一個概念就是這個處方箋的所有權，是屬於病人本身的，也就是病人看完醫師之後呢，那經過了醫師精確的診斷，把處方箋交給病人，病人有自己選擇他調劑處所的一個權利，所以這個權利不應該被資訊廠商或者是軟體給綁架，那就像剛才前述討論 SDK 講了很多這樣的問題，到了電子處方箋，我們也認為這樣的問題也是需要更在乎的，也就是說不能被連鎖藥局或者被其他的資訊廠商所規定說他一定要在哪邊領取。

也就是說我們認為在電子處方箋平台，有一個統一的平台是非常重要的事情，有一個公平的平台跟遊戲規則，很多國家事實上是這樣建立的，當然有些國家他是多種的商業平台，不過也有很多國家他是單一的平台，去做電子處方箋的交換，所以這是目前藥師公會全聯會認為最重要的價值，以上，謝謝。

**周主任委員麗芳：**請干委員文男。

**干委員文男：**剛才何委員語的建議是很前瞻，可以參考，這是建議案，不是馬上要執行的，他提出很多日本的做法，我們可以仿效。基層醫療院所沒有問題，厝邊好醫師，在家附近看，人情可以做到，最困難是到醫學中心、區域醫院，被要求重新掛號、重來，所以我們才有這個想法提出來，黃醫師的診所裡面是沒有這個情況發生，有病人的資料，掉了處方箋可以再給，但醫學中心就不講人情，會要求重來，造成很多的困擾。至於怎麼控制，剛剛何委員語講的很多道理我們都可以聽進去，建議融入給衛福部去開發，最好能夠避免各種弊端。

**周主任委員麗芳：**這邊我們要感謝西醫基層，特別是社區醫療網部分，剛剛聽下來，不管是黃委員振國、顏委員鴻順在第一線給民眾

很佛心的照顧，這個案子我做這樣的決議，本案屬衛福部及健保署權責，委員所提意見送請權責單位參考，並請健保署於例行業務執行報告提報辦理進度。接下來進行討論事項第四案，請同仁宣讀。

## 柒、討論事項第四案「維護本會委員提案權案」與會人員發言實錄 同仁宣讀

**周主任委員麗芳：**請胡委員峰賓說明。

**胡委員峰賓：**謝謝主席，健保會幕僚其實是非常認真，每次看到幕僚盡心處理各種資料，執秘勞心勞力，看了都很感動，不過本提案涉及維護委員法定職權行使，還有釐清幕僚與委員的分際，法的意義重大，必須提出此案，請見諒。

我們本次提案有專家學者代表、付費者代表、醫事服務提供者代表，跨越不同屬性的委員共同連署提案。首先第一點我要說明提案權制度，依照內政部會議規範有出席權者有提案權，在提出書面的時候，已經屬於提案，應該要納入議程，經過最高法院 98 年臺上字第 598 號判決揭示，各級會議按照內政部會議規範進行。

例外情況像是立法院有設置程序委員會，但這是形式審查，而且是由委員擔任，不會發生立法院幕僚否決立法委員提案，不納入議程。本會委員提案基本上經過幕僚審查，就是把健保會委員當作健保會雇員對待。

另外本次提案涉及委員跟幕僚的分際，是本會內部事項，跟其他議案不同，但我們還沒討論，也還沒議決，第 99 頁怎麼就有本會的說明，誰代表本會？健保會幕僚代表本會嗎？那我們代表什麼？廟會，每個月來這邊進香一次，這好像也蠻像的。

第二點，從法律觀點來看，健保會幕僚不是本會法定職權的解釋機關，本會職權規定在全民健康保險法第 5 條，我特別翻閱了十幾年前的立法理由，說得很清楚，透過民眾參與，收集更多的社會具體意見，以為健保政策制定的重要參考。立法者除了列舉規定，還有例示規定，我講的擴大是立法技術上除了列舉，還有例示，不是說越權的位置是擴大的位置，這是立法技術上的說明。立法者希望健保會多發揮各種意見功能，如同剛剛的第三案，但是我們剛剛講的，健保會幕僚不是健保會職權的解釋機關，幕僚並沒有權限解釋跟干涉。如果是自稱幕僚，幕僚就像管家，現在好像把管家當東

家，委員提案可以不納入議程，這似乎於法不合，去了幾次全家就變你家。

第三點，我們要說明沒有法律授權給健保會幕僚，可以事前審查委員提案，幕僚很努力補充列了很多規定，包括健保會設置要點、議事辦法、衛生福利部處務規程等，但很遺憾沒有一條說幕僚可以審查委員提案的法律依據。我們要說明的是健保會是審議式民主性質，各委員來自不同的屬性代表，提案權是我們公民審議的核心價值，並沒有法律授權幕僚可以事先實質審查委員提案。事實上委員的提案量也不多，都是經過委員審慎提出，是不是法定職權，應由本會議決。

幕僚所列的規定，我仔細看都是排定議程的事務性依據，就好像在法院中，有法官跟書記官，事務性的庭期通知、筆錄記載是書記官做的，但書記官可以說法官擬定的庭期不妥，我不要排入庭期，法官講的不妥，我不記明筆錄嗎？當然不可以。

再來裡面也列了一點，我跟各位報告，依照健保會設置要點第 4 點，執行秘書是綜理日常事務，什麼是日常事項？行政法院 52 年判字第 323 號判決認為會議召集這些都不是日常事項，審查委員提案權是否為法定職權，絕對不是日常事項。

第四點，我要說明的是，依照幕僚所提本會委員會議提升議事效率作法第 3 點，會議資料第 101 頁，提到如果主委認為委員提案超過法定職權時可以怎麼做，可以提醒，法律解釋舉重以明輕，主委這麼重要的職務才能提醒委員，幕僚有比主委更大的權限嗎？當然是沒有。而且，如果我不要書面提案，我用臨時動議，我直接可以經過復議之後，就可以列入議案，不用經過幕僚審查，但書面提案卻要由幕僚審查，這樣全部不要書面提案，全部用臨時動議做就可以了。

最後我們要講的是，沒有法律規定幕僚是健保會的職權解釋機關，也沒有法律授權幕僚可以審查委員提案，是否是本會職權，應由本會會議議決，當然我們還是要再次肯定我們的幕僚是非常認

真，認真的精神很肯定，但是與法不合的事項也要認真釐清，以上謝謝。

**周主任委員麗芳：**謝謝提案委員的說明，在正式討論前，我想也是要肯定一下幕僚，他們確實相當辛苦，我想很多時候，可以在會議上大家再多多溝通，幕僚也是需要我們給他們一些掌聲鼓勵。

**周執行秘書淑婉：**謝謝委員的指導，我看到這個提案其實很難過，我們真的很認真在做事情，但看到這個提案很難過。我想本會的運作方式跟法定權責明訂在全民健康保險法第 5 條，是以健保業務為主。說明二提到立法者於立法當時有意擴大健保會之功能，其他有關事項均屬之，我們有問立法單位社保司，他們明確告訴我們，本會業務以全民健保業務為主，就是立法原意，並無擴及非健保業務。

第二個部分，我想講的是，為了讓委員會議順利運作，我們的組織法、處務規程、全民健保會的設置要點都有明訂，本會是常設性任務編組，人員由本部法定員額內調充之，負責處理全民健康保險法所定由本會辦理的法定事項跟會務。本會幕僚有公務人員的身分，我們必須執行健保法所賦予的法定任務跟職權，所以我們的權責就是要依法行政，要提醒委員執行本會的法定任務範圍事務，於法有據，並不是提案說明三無法律授權去執行相關業務，我想這部分要澄清，我們只是提醒，並沒有把委員議案做任何處理。

我想第三個部分我們要講的，議事安排都是依照健保會組成及議事辦法，還有會議規範，還有各次委員會議的決議辦理，我們辦理的還是以健保會法定任務有關事項為限。剛剛委員提到 108 年 3 月 8 日本會委員會議提升議事效率作法，裡面講得很清楚，委員提案若超出本會權責，主任委員可以提醒委員非屬本會職權範圍，其結論將轉請權責機關處理，我想這樣的原則大家應該都是接受的。

我們幕僚排定委員會議的議程，都是依照法定任務的年度工作為主，委員提案我們都採尊重的態度處理，委員提案如果有屬於健保業務的認定疑義，我們是在委員會議議程提確認的時候向委員說



明，從幕僚的立場提出建議處理方式，因為我們是公務人員要依法行政，最後還是依委員會議決定是否列入議程，後續討論跟議決都在委員會議進行，我們沒有如本案指稱，在事前審查就不把議案列入議程的情節，委員言重了，我們沒有恣意剝奪委員提案權，也沒有侵害本會委員的職權。我們在第5屆委員會議至今為止，10個提案裡面，我們列入委員會議議案中有8個，2個在委員會議討論之後沒有列入議程，也都有妥為處理，回復委員我們的辦理方式，所以我們沒有侵害任何的委員提案權，我們完全都是依法行政。真的很難過，我真的很認真在做這個事情，我們真的很尊重委員，如果再這樣下去，真的不知道應該怎麼做，如果是日常事務的話，我們就是當平台，也沒關係啦，以後會議資料的分析，我們都不要分析也沒關係，我們就當平台，日常事務如果是這樣認定的話，我覺得應該不是啦，以上。

**周主任委員麗芳：**謝謝周執行秘書淑婉說明目前的業務進行情形，我想委員的提案也並沒有要對健保會的幕僚同仁責難，這部分就心情不要那麼沉重。有很多委員要發言，我是不是……

**何委員語：**主席，提出權宜問題，提案裡有連署的人已經認同提案內容，讓沒有連署的人發表意見，是不是這樣？

**黃委員振國：**何委員其他案子你也沒有這樣限制，你這樣講是原則問題，我從未中斷你講話，請你也讓其他委員發言完，依序發言好不好？

**何委員語：**我提權宜問題，我剛剛是提權宜問題，我先表達我的權宜問題內容，至於同意不同意，由委員決定。我剛剛有講權宜問題。會議規範很清楚，權宜問題可以打斷任何人講話、終止任何人提案、終止任何人的表示，權宜問題是優先處理，請主席優先處理。如果大家認為說照著登記走，我就同意，我剛才是講權宜問題，權宜問題在會議規範裡面可以終止任何人談話，請先處理我的權宜問題。

**周主任委員麗芳：**我看參與連署的委員也舉手蠻久的，是不是仍按照順序發言好嗎，請卓委員俊雄。

**卓委員俊雄：**主委，各位委員，還有健保會的各位同仁，其實我當時在看這個案子的時候，我們只是重申一件事情而已，倒不是說要這麼地嚴肅。我稍微補充一下，上個月我沒有來開會，我看到這個案子的時候，當時有跟胡委員討論，我稍微整理了一下法規，大概提出幾點，其實沒有說要變更目前的作法，第一個我先聲明我們沒有要變更。

剛才提到一些法規，主管機關依據健保法第 5 條第 5 項授權訂定全民健康保險會組成及議事辦法，第 11 條有規定委員提案應以健保會法定任務有關者為限，第 13 條規定會議提案方式、條件及程序等議事作業，本辦法未規定者，依委員會議之決議辦理，我是第一次看到這些文件。

還有會議資料第 100 頁，提到 106 年第 9 次委員會議的決議，有關於議程之安排由主委、執秘來審視、排定。會議資料第 101 頁有記載，108 年 3 月 8 號委員會議有決議，議程由主席跟幕僚安排，有關委員提案如果超過法定職責時，由主委提醒委員非屬法定職責，其結論將轉請權責機關辦理。

我覺得基本上來講都是延續原做法，都沒有問題，都沒有問題，我再次強調都沒有問題。我那天聽到胡委員跟我說，如果針對委員之間或主委針對法定職責有不同的意見的話，那要怎麼處理？只有針對這一塊而已。有不同意見要怎麼處理，胡委員有問我，我覺得以委員會功能來講，委員提案權是委員職責，我們職責有限法定事務，這都沒有問題，但針對法定事務，若有不同見解到底要怎麼決定，這到底是不是法定事務？

因此我支持本案的看法是，如果是針對法定事務有爭執的話，最好的方法就是提到委員會進行討論並做成決議，如果只是一個非常明顯的不是法定職務，我們希望主委扮演權衡的角色，來跟委員進

行溝通，這應該都是歷屆的作法，這是我從去年到現在看到的現象。

所以我還是再次強調，這次的提案，只是在解釋針對法定任務的範圍大家看法有不同意見的話要怎麼處理，這點我是支持胡委員，應該是提到會議上大家討論，尊重各位委員。

我想執秘或是健保會同仁針對這個案子，可以不用那麼放在心上，以上。

**周主任委員麗芳：**請許委員駢洪。

**許委員駢洪：**主委、各位委員，大家好，其實我有參與行政院的相關部會的委員會，不是只有健保會，我對周執秘、健保會同仁是抱著相當肯定的，跟其他單位比起來，他們做什麼事情都井然有序，而且提供資料都非常細緻，我非常理解以及認同他們的工作態度，這是我要先說明的。

再來就是我有連署這個案子，我覺得如果人家尊重我，我會認為自己很優秀，其實能尊重別人的才是最優秀的，所以我是尊重所有委員的提案，也謝謝很多委員常常提案、常常把問題提出來讓大家做討論，我肯定提案的委員，對他們的提案也保持尊重。

我對周執秘及所帶領的健保會同仁評價很簡單，正正當當的行為、規規矩矩的態度、清清白白的辨別、確確實實的覺悟，這是我對他們最後的結論，謝謝！

**周主任委員麗芳：**謝謝，這個是化解僵局，請盧委員瑞芬。

**盧委員瑞芬：**謝謝主席，我首先當然是要肯定幕僚，我參加過這麼多委員會，健保會幕僚的水準絕對是一頂一。我想今天這個案子我有幾點看法，第一點是剛才針對幕僚提出的專業意見，健保會的組成比較特別，我們2年1任，每次新任委員對於健保事務的熟悉度，有很大的落差，更不要說裡面有資訊不對稱的問題，新進委員或者是資深委員，有時候會不太熟悉或記憶不完整，很多時候要依賴幕僚提供給我們專業意見，這點非常重要，如果說幕僚的日常業務就是哩哩叩叩的這些，那這個功能就真的都沒有了，相信很多委員都

很依賴幕僚，不是全盤接收他們提供的資料，而是提供一些我們不容易拿到的資訊，協助我們判斷，他們的日常業務就是協助委員，提供專業意見也是他們的職責所在，這一點我覺得應該要正視。

每次的議程都是幕僚提出一些意見後，其實也要經過主委同意，所以剛胡委員說幕僚有沒有比主委大，我覺得這句話講得太重了，最後能夠搬上來的提案一定是主委同意的，才能夠搬上來，上面寫得很清楚，這一點幕僚一定沒有僭越，也不是誰比誰大。

第3點，我擔任6年委員，現在真的越來越好，我想是大家熟悉會議規範，在這之前有一些委員的提案真的是超越我們的範圍，真的是包山包海，才会有這些歷史的沿革說怎麼樣去協助委員提出比較適合討論的案子，這些都是有一些歷史沿革。

久的我們就不講，以上次為例，黃委員振國及顏委員鴻順所提的案子幕僚都有放在議程裡面，有些委員提案我們認為可能不是很適合，我上次也認為其實就是要一些訊息，不需要討論，能發文就發文，要把時間花在可以解決的議案上面。幕僚還是有呈現出來，幕僚現在的做法還是有呈現委員提案，並沒有抹煞，只是加上自己的專業意見，跟現在提案的擬辦有什麼差別，現在擬辦是說提出書面就屬於提案要納入議程，那是否屬於健保會的法定責任，要由健保會會議議決。按照上次的作法，有放在議程裡面，我們也是尊重，起碼多數委員認為真的不需要討論，因為只是要資訊，就直接發文，所以這個做法與擬辦有什麼不一樣。剛才卓委員提到只是要釐清這時候由誰判斷，這跟你們寫的擬辦又沒有關係，是不是要把擬辦寫得清楚一點，到底是要什麼結論才方便來討論？剛才卓委員的說明與本案提案目的及擬辦不同，擬辦是只要委員提案，就要放進去議程，跟現行的方式只有一點點差別，目前有放進議程，向大家說明委員提案內容，但幕僚也有提供專業意見，建議這不適合列入議程，我們上次會議其實也花了時間討論。

所以唯一的差別可能就是要有一個正式提案討論時間，但以上次的做法，我覺得我們其實還是比較節省時間，以上。

周主任委員麗芳：請黃委員振國。

黃委員振國：在此先肯定健保會所有同仁、委員的認真，我覺得剛剛許委員馮洪講得非常好，尊重別人的更是值得稱許，這個提案是我跟顏醫師提的，我真的不好意思，上次開會時我們都相忍不願意質疑，為何沒有人在開會之前提醒我們。

第二個，會議資料第 101 頁 108 年 3 月委員會議通過的本會委員會議提升議事效率作法，通過內容代表說這個案子已經成立，也許內容不相符，是討論過程中主委或甚至我們的幕僚、執秘可以提醒我們，我覺得這一點互相尊重，我們都不否認這個可行性、合理性。但是我們當天為什麼沒有爭執，因為我們認為有關的，在座不認同，我也沒有太多的意見，但是大家別忘了，我們在健保會常討論的就是健保總額跟公務預算的界定跟釐清，這不是一次是很多次，我為什麼會提出，因為本會任務的第 3 點「保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配」，付費者代表委員多次在會議中提及，因為有公務預算的挹注，就不應該列入隔年或是過去的健保總額支出，我們才會提醒是否把內容釐清，讓大家更清楚，以方便雙方討論問題，這本來就是權責範圍，但是為什麼我們上次會議提出，我以和為貴，也不願意爭執強調，我想在座委員知道，很多委員的發言次數都超越平均值，我從未質疑或否定他們的存在，我都尊重對方。

剛剛周執行秘書淑婉講得清清楚楚，都會提醒我們，請問周主委跟周執秘何時提醒黃委員和顏委員提案不適當、不應該？我覺得這是互相尊重的機制，我甚至質疑委員是不是有分等次，有頭等委員跟次等委員，也許我跟顏醫師算是次等委員，提案 block 掉就好了。

我們其實在會議中，各位委員的發言我常常不一定認同，但我從來沒有在會中打斷各位發言，我不想在這個會議中增加彼此的歧見。我希望說我們今天來這裡，爾後會議運作也必須能夠和諧，互相尊重，尊重委員是必要的，這個原則請大家對自己委員的權責必

須確認，還有很重要的，現在是 111 年引用 108 年或 106 年委員會議決議，我真的很冒昧地說，各位在這屆委員會開始時有都了解了嗎？幕僚有告知我們了嗎？如果都沒有，我記得我前幾屆也曾擔任代理委員，今天為什麼我們要支持胡委員峰賓的議案，就是尊重委員，委員也許發言不一定妥適，但是健保會是一個合議制或決議制，我們不要否定別人，好不好，這是我支持的理由，謝謝！

**周執行秘書淑婉：**好，第 1 個，委員都是一視同仁，我們沒有對委員做分別的，這個部分我要澄清。第 2 個，我們歷次委員會議的一些結論，其實基本上如果有納入 1 個正式的決議，像是提升議事效率，我們其實在委員剛上任第 5 屆的時候，我們都有 1 個 1 個委員去拜會時，委員會議手冊裡面都有載明，可能資料太多委員不及去看，所以這部分我們資料都盡量整理了，再說 1 次，我對每 1 個委員都非常尊重。

**周主任委員麗芳：**謝謝！黃振國委員跟顏鴻順委員，因為也是上次委員會時 2 位的提案，但是我也要跟 2 位說明，就是有關 2 位的提案，我在主席這個職務是非常的肯定跟尊重，所以我們最後不只是大家交換意見，甚至我們會裡面正式發文，包括朱益宏委員會後也併同意見一起送，到今天為止還持續追蹤，請健保署做後續處理，跟各位委員報告，會裡面每 1 位委員都是我們極力重視、極力尊重的，所以這部分是無庸置疑的，相信會內幕僚也是用同樣的心情。接下來林委員請。

**林委員恩豪：**謝謝主席，突然有點太沉重，不知道該怎麼講，其實會產生這個案子，不是要責難幕僚或怎樣，因為我們對幕僚都是依靠性非常強，剛剛盧老師有說會提供我們多一些專業意見，畢竟資訊是不對等。為什麼現在胡委員提出這個東西來，剛剛卓院長有說 1 個爭點，就是因為現在幕僚作業議程可能都沒有問題，但是這 2 年就是會遇到大家一直在爭執這個到底要不要列入討論，光是在這個爭執的時間就花了很多了，最近 1 次就上個月，光是要不要排入議程就搞了半個多小時，我有計時。

這半個多小時就在幹嘛？就在空轉，你一言我一語大家一直在爭執要不要列入議程，所以我覺得爭點大概只是這個而已，幕僚沒有做錯什麼，因為幕僚還是本於專業提供這些意見，這個案子到底跟本會職權有沒有關，幕僚本來就是要提出，我們只是做這些。我只是覺得這個樣子，剛剛卓院長也有說，有爭執是不是趕快進入討論，不要一直爭執要不要列入議程，一直爭執這個，第 1 個主委難做人，再來幕僚要背黑鍋，委員就在那邊浪費時間，聽這些爭執對議事的進程一點意義都沒有，以上說明。

**周主任委員麗芳：**謝謝，何委員請。

**何委員語：**主席、各位委員，坦白講我在工總 39 年，我大約參加 39 年的政府會議，從總統府的委員、行政院的政策顧問、內政部會議、教育部、衛福部、經濟部，還有以前的經建會現在國家發展委員會，我認為所有公務員都很盡責，為什麼，因為我們是外行再外行的人被叫去開會，所以公務員幕僚人員都很盡責提供資料給我們判斷，不然說難聽一點，每次開會三教九流開會都來了，因為不可能同一個屬性，這麼多人來，政府有 1 個會議要開，大家怎麼知道你開的會議內容的詳細細節，當然不理解，因此幕僚提供整本資料，所以我就跟人家說我何語很歹命，禮拜六、禮拜天都在看政府一本一本的資料，你看 113、114 年的教育綱領，比這一本還厚 2 倍，不看不行，不能亂講話，我代表工總出去亂講話以後就被洗臉，專家學者當面都給你吐槽，所以不能亂講話，要看到很清楚。

我今天回歸回來，健保會當然我是老賊，但是我也沒有說老賊就很有優越感，因為有階級觀念跟心態的人才有優越感，我認為是這樣，我只是站在我的觀點中，每屆換了將近 1/3 或一半的新委員，坦白講我們第 1 年進來要看清楚這些資料都霧煞煞(註)，也許他們現在更聰明，因為我也沒讀書，小學也沒畢業，看資料就很努力，但是現在都很優秀所以資料看比較快，不然第 1 年真的很努力看資料，每天都看到很晚，像昨天晚上我也是看到很晚，干委員也是一樣，有次晚上 11 點半打給我說看到睡不著，我也是一樣，看了很多資料晚上睡不著，我們年紀大當然很努力在看資料。

我們要跟各位講，依據會議規範條文，沒有錯胡委員是律師，律師都依法論法我很贊成，出席人有提案權、發言權、表決權、贊成權、罷免權、復議權，當然這些都無庸置疑，會議規範 100 條寫得相當清楚，我以前是背會議規範長大的，才全省當青商總會的會議講師，全省各縣市跑。因此我講的是不管是 108 年，我們這邊有做 1 個決議，或 110 年 10 月大家又做成決議，大家都是一個方向一個參考，我認為如果今天，健保會的幕僚不提供這麼詳細的資料給我們來做參考，我想這個會不曉得要怎麼開，坦白講五花八門，每年有每年的想法。我何語坦白講一句話，我 12 年來不收你們的禮物跟請客，還去跟新委員說何委員是壞人、不行，連這個新委員後來打電話問我怎麼這樣，我參加以後發現到你不是真的壞人，所以醫療團體不應該這樣子做。

所以我的意思是，今天我們定位好，我們是全民健康保險會的委員，保險 2 個字很清楚，在第 5 條第 1 項第 1 款保險費率、保險給付、保險醫療政策，其他保險業務都離不開保險這 2 個字。設置要點的本會任務裡面的第 1 項、第 2 項、第 3 項、第 4 項、第 5 項、第 6 項都離開不了保險 2 個字，保險回歸過來就是保險法，依據保險法衍生下來的是保險施行細則，施行細則也訂得那麼清楚，再來就是會議規範，健保會的會議規範，跟大家過去協議內容。我在這裡提出，你們今天提案，坦白講很多付費者委員，在連署時都沒有看內容，我要坦白講，沒有一個人像我何語提案，一定把內容傳到各委員手機，請委員將內容看清楚，幾點幾分幾日前要答覆我要不要連署。

我也很坦白講，干委員上個月在連署時，我問了好幾個委員都沒看就連署，所以就是這種情節，我認為很重要的一點，就是上個月提的這裡寫得很清楚，「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵要點」實際核發情形，這一行字裡面，沒有保險 2 個字，既然連總額、保險給付及保險金額都沒寫，我們憑甚麼來討論這個案，當然就是移請，我在這裡提出來今天提案的擬辦又很模糊，提案要不要寫得更清楚一下，以後我們要怎麼做。



我在這裡建議，未來請主委跟執行秘書將議案分 2 類，1 類是建議提案，1 類是討論提案，假使未來健保會要這樣走，在議程裡面增列 1 個建議提案，因為今天健保會名稱是全民健康保險會，不是健康諮詢政策委員會，我也曾參加勞動部政策委員會、外勞諮詢委員會、基本工資委員會，如果今天是衛生福利部健康醫療政策諮詢委員會，我想衛福部每個部門我都可以提供建議案，但是今天適用範圍是保險會，只能在保險法的範圍內討論事項，我提供的意見，是請主委在未來的議案議程裡增加建議提案，建議提案就是不進入很多討論，就建議後轉出去，像剛剛干委員這也是一種建議提案，我們就轉出去建議，人家要不要做不知道，不能跨越衛福部很多單位。

我最後還是肯定所有幕僚人員，幕僚人員都很清廉、很單純、很努力、很盡責，清廉這個很重要，我們幕僚人員清白廉潔，不接受任何賄賂，要不然今天我們幕僚人員接受賄賂會大亂，醫療團體各方面都有很多資源，可以賄賂這些幕僚人員，這就大亂了，這是非常清白廉潔的幕僚群，已積極盡責努力地提供大家諮詢資訊，這是我的認知，如果別人的認知怎樣我不知道，但是我還是肯定所有幕僚人員的付出跟辛勞，我講實在話，下一屆我會不會被聘任我不知道，反正就是這樣子，對不對？

註：霧煞煞(台語，模糊不清)。

**周主任委員麗芳：**謝謝！我非常感謝何委員，大家覺得很奇怪，平時主委還沒有 2 點就一直在催促，現在 2 點 7 分還那麼多人排隊，朱委員最後 1 位，為何沒有催促大家？我發現我在健保會這麼多年來，這個時間是交心時間，從來沒有聽過那麼多讚美的話，所以我們就是要給同仁更多的鼓勵與肯定，等一下發言要讚美還是可以的，謝謝！顏委員請。

**顏委員鴻順：**謝謝主席！我想先跟何委員報告一下，您剛才講的連署很多人都沒有看，我跟委員報告，我有仔細看一下這個案子，至於您剛才稱讚包括淑婉執秘，還有所有幕僚同仁廉潔、認真、專業，我完全十二萬分的認同，我想今天到目前為止，每一位發言，其實

對我們幕僚的專業認真其實都非常肯定，尤其資料的蒐集，是我看過我參與會議所有團體裡最豐富的，但是我想今天討論其實對事不對人，討論的是 1 個原則問題，其實在會議當中，程序正義是所有結果正義的必要條件，程序正義是非常重要的，我們今天只是在討論原則，不是對執秘或幕僚人員工作認真態度有任何質疑，不是！

就由會務人員自己準備的會議資料第 100 頁，剛才何委員一直講的，提案內容應該與健保會的法定任務有關，今天我想會提這個案子大家可能忘記它的背景，就是在今年的總額協商裡，我們提出很多費用的訴求，付費者代表都說這個應該要由特別預算去支付，不該由健保總額出的錢，對不對！所以才會說到底這個防疫預算有支付到這部分嗎？這不是跟總額協商有關衍生出來的議題嗎？就是這樣來的，所以這牽涉到健保會法定任務有關的違憲誰來認定，至少應該是在會議當中大家來認定，如果認定這個非屬本會職權，OK，這個發文到 CDC 指揮中心去回復就好，而不是事先經過一個認定。

我們看會議資料第 101 頁，剛才淑婉執秘報告之前的一些歷程，這個我們都同意，但是仔細來看，講的都叫做議程的安排，會議資料第 101 頁，嗣後議程的安排，參酌本次委員所提建議，接下來後面畫線，遵照授權主委及幕僚安排議程進行為原則，它講的是議程，不是實質審查提案的內容，第三點，提到如果提案內容有超乎本會權責時，主委可以提醒委員非屬本會職權範圍，其結論將轉請權責機關處理，這個東西經過討論才会有結論，幕僚人員協助的比較是屬於排議程，我是覺得遇到這些比較爭議的案子，其實到委員會來討論一下，也讓大家知道，更何況這個案子根本就是在總額協商衍生出來的議題，無所謂說它不屬於健保會法定職務，以上。但是我還是非常肯定淑婉與所有幕僚人員在這段時間的努力，以及你們準備的資料真的非常詳盡，是我看過非常認真的團體。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝。干委員請。

**千委員文男：**今年時間過的特別快，首先要肯定執秘跟所有會務人員，也是老師也是工作者，我們有很多都跟他們請教，還有不知道就向他們問，我還沒講以前我要先聲明一下，剛才何委員說我上個月那個提案，我是前 1 天完成的案子，我說我先傳給你們看，明天當面來簽署，是這樣，不是通通沒有看，這有所誤會，總之這個其來有自，108 年時整個會議開下來，討論不到 2 個案子，所以後來有決議說事先請會務人員一定要將議案先過濾一下，提醒這個案子是在法定範圍或不在法定範圍內。

如果堅持要提，就會有很多保險相關，在健保法第 5 條最後 1 項，其他有關保險業務的監理，範圍很廣泛，在以前藥品特材討論時，我舉 1 個心瓣膜是牛瓣膜或是豬瓣膜，就討論 1 天沒有成果，這也是一種意見表達，後來才衍生出會議要先整個將議程 review 一下，看看哪個可以提，讓大家能夠事先知道說這個提案不在法定職權範圍，剛才有建議說希望事先看一下這是建議案，還是討論案，如果是這樣的話，我們有很多。事實上像朱委員提的，跟我們是業務相關，但也不是跟我們討論的，也許是疾管署或衛福部提出的，不是我們提出的，也不在職權範圍，但是提出來還是接受啦。

希望說能夠分列是討論案還是建議案，先給它分列以後，以後就不會有這個問題啦，其實就是從 108 年以後產生，就會把整個議程先看一下，先告知一下，好像沒有沒排入。胡委員拍謝啦，你要我們簽署，我就知道以前有這個規定，我就不敢跟你簽署，你都知道這個，會務人員就說你都知道這個規定了，你又來簽署，自找麻煩，所以希望說以後用分列做為方向，以上謝謝！

**周主任委員麗芳：**好，謝謝。趙委員請。

**趙委員曉芳：**在當前咎責的社會氛圍跟公務的文化之下，公務人員依法行政勇於任事，這件事情我覺得是非常值得肯定的，這也是我在健保會的幕僚身上、同仁身上看到的精神，這個部分我給予高度的肯定。這個提案本身我覺得他的文字內容下得比較重啦，那確實是

打擊了這個健保會同仁的士氣，我覺得這個部分可能在文字上面可以再做斟酌。

第 2 個就是有關於這個健保會的同仁做的這些會議的建議跟整理，我覺得作為 1 個即將卸任的新進委員，我覺得是非常有幫助的，畢竟健保的業務相當的龐雜，訊息量非常的大，那我們其實是非常需要這些資料的整理，來協助我們能夠快速理解我們正在討論的內容，所以說就我的觀察，我參與過各式各樣的會議裡，其實健保會資料的整理，已經足以成為典範，可以提供給各個其他的單位作為教材。所以我覺得這個部分，我也覺得我支持可以繼續這樣子工作的方式。

再來就尊重的部分，我其實在這 1 年多的過程當中，我從來沒有任何一刻覺得不被尊重。那反而我覺得健保會的同仁其實不用花這麼多的心力在照顧委員上。那對我來講在這個地方的服務，其實就代表我的專業，跟我所屬的團體能夠確保在這有所貢獻，然後確保健保制度的永續發展，這個才是我在這邊的目的，所以我要的不是尊重。

最後回到這個議案本身，我覺得我們還是需要有 1 個不管是什麼時候發生了什麼事情，建議還是要有個通則的處理方式，不要管是什麼時候哪 1 個特別的案子造成的現象。我會建議，未來提案的時候，是不是可以明確的請提案人說明他的提案的內容跟健保的關係，讓我們可以去判斷這個提案的內容是不是跟健保會的權責有關。

再者，我看了一下過去的資料，其實健保會提供的訊息，通常都是以補充說明的方式來呈現，而不是實質的建議，所以說在提案之後，還是需要進行議程的確認，那我覺得還是可以照目前的進行方式，這個我是同意的，以上。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝。滕委員請。

**滕委員西華：**時間的關係，什麼客套話就不說，我覺得藉由今天的提案跟前面委員的發言，給健保會的執秘跟幕僚 1 個小小的建議，因

為本屆屆滿後會有新的委員，我記得以前開會，抽屜都有 1 個資料夾講法規、講議事規則、委員名單，這 2 年其實都沒有，我覺得可以發給新委員這些會議規則，包括過去會議紀錄有提到的決議，因為剛剛有些委員說到的也是事實沒有錯，很多委員是新的他可能也不知道過去會議紀錄載明的一些決議事項是怎麼回事，確實是這樣。

包括幾個層次，第 1 個健保會的法定的位階是什麼？我們跟國健署、食藥署跟健保署有一樣嗎？就類似這樣，那健保會跟別的會有一樣嗎？跟共擬會，跟其他的比如說藥物共擬會，跟醫療共擬會，跟資委會有一樣嗎？我覺得很多人對本會的位階也不是搞得很清楚，就是包括本會的法定的位階，我們的職掌、議事的規則、怎麼協商的，你會面臨什麼事情，你會面臨常規的協商，你會面臨分區預算是什麼，你懂我意思，他不要碰到的時候有些新委員，甚至其實只有當第 2 屆的委員可能也不見然全部都可以融入，除了術業有專攻以外，即使是醫療體系很熟悉總額，他也不一定熟悉過往行政的這些程序。

那我們每個月會做什麼，如果你要提案，通常都是在每個會議前多久的時間做這件事情，有需要什麼。我的意思是說給 1 本這樣的手冊，讓所有的委員，舊委員可以溫故知新提醒，新的委員可以知道，如果裡面有什麼不清楚的也許在共識營討論，因為這 2 年疫情沒有辦。如果不行的我覺得新委員覺得這些附件的議事規則、協商原則，他不同意有意見，他可以再提案沒有問題啊，他說我覺得對裡面哪裡議事規則我覺得有意見就再提案嘛！就來再做修正，或是讓他更完善我覺得都好啦，做個小小的建議，可能我們花一點力氣。

這個也是可以一直流傳下去，包括健保法規以前也是我們這樣常常看法規，雖然社保司主管法規，現在是沒有，現在電子查是很方便，以前都有 1 本放在那邊，我們其實也可以翻，那個就不用，但是我覺得可以做 1 個小小的健保會的手冊，給下一屆新的委員參考

啦，所以我覺得藉由這個提案做這個提醒，其實是這個提案很大的貢獻啦，以上謝謝！

**周主任委員麗芳：**好，謝謝。來又回到提案人，胡委員請。

**胡委員峰賓：**謝謝主席，我想許駢洪委員講 1 句話我很感動啊，就是尊重，尊重委員的提案，那其實尊重委員的提案權並不代表是不尊重幕僚。我們之前去花蓮訪視的時候，我們周執秘就很累晚上後續的行程還是一路相陪，我都跟他講說這個澤倫斯基都沒有你這麼拼命。

但是今天是討論說會議程序的權益事項，不是討論工作品質的部分。我覺得我剛剛很認同何語委員講的很重要 1 點，委員提案，你就把他列入，但是什麼名目呢？你可以用建議事項啊，你不要說委員提案你不把它列入議程嘛，你就把他列入建議事項，我覺得這是 1 個很好的解決方式，以上。那我再次強調，尊重委員的提案權，不代表不尊重幕僚，幕僚我們非常的尊重，以上，謝謝。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝。朱委員，最後 1 位，謝謝。

**朱委員益宏：**謝謝主席讓我是今天會議的最後 1 位發言的委員，其實我本來不想耽誤大家時間啦，但是我在這邊還是要表個態，我支持淑婉執秘還有健保會的幕僚做得非常好。我覺得參與這 2 年，我是 4 年嘛，整個過程其實相當的順暢，我也沒有被感覺到不受尊重。

我覺得胡委員的提案，擬辦我是同意，因為這邊也有擬辦嘛，我是同意這樣子，那我也覺得說我們歷次的委員會議的紀錄，也沒有違反胡委員這個擬辦的建議啦，也沒有違反，所以我是覺得這個其實照胡委員的擬辦應該也是 ok。

但是我剛剛我也要呼應一下那個西華委員講的，就是說因為每 1 屆 2 年一到會換委員嘛，至少有一部分的委員是新的，是不是在第 1 次委員會的時候，有可能由執秘做 1 個報告，因為我知道以前都是發書面資料啦，包括這些相關的資料，還有一些 PPT 的程序，每 1 個月全年裡面大概幾月份要做什麼事情，都是一些書面資料給委員，那是不是以後就是有 1 個報告案，讓委員能夠有時間，特別是

新的委員有時間去 review 一下這些報告案，那當然裡面中間有一些修正案，有一些修正的意見，如果有修正的意見，我覺得當屆的委員當然可以去修正，不是說以前的決議委員就不能修正。

所以我是建議說是不是在明年度開始，只要是新的第 1 屆我們就花一點時間，對於所有的委員，不管是資深的委員，或是新的委員有 1 個報告案，報告案中當然對於一些大家覺得不是很妥適的條文，或是內容大家可以去做充分的討論，包括提案的方式，包括審核這個到底是不是健保法所規定健保會的權責等等，那我覺得這樣會不會比較 smooth 啦。

現在是有做，但是發紙本資料，那確實發紙本資料很多委員都沒有看啦，我相信很多委員現在那些紙本資料丟到哪裡了可能也都不知道了，甚至可能搞不好你還不知道健保會有發相關的紙本資料給大家參考，所以我是做這個小小的建議。但是在我結束發言之前，我還是要非常感謝健保會所有的幕僚還有執秘帶領的團隊，替這 2 年我們這 1 屆委員所做的努力，謝謝！

**周主任委員麗芳：**好，謝謝。何委員請。

**何委員語：**主席，各位委員，我最後提出建議內容參考，第 1 個，剛剛滕委員剛剛提出來的，把過去比較有爭議的內容，或者我們的會議規範、議事程序各方面編 1 個手冊出來。

第 2 個，明年的新委員不是開會裡面弄 1 個報告事項，開會時間都很匆忙啦，沒有時間去聽，也不專心，單獨開 1 個委員說明會，真的要開 1 個。像我現在很多社團理監事選舉完，2 個月之內一定要召開理監事及會務工作幹部的研習營 4 小時，以後才可以晚上吃飯，我們過去協調都匆匆忙忙，大家搶著要趕快吃飯都沒有專心聽。

第 3 個，我還是剛才的建議，未來在議程上大家不反對，有 1 個既然有提案人有連署人，我們不能說事項啦，就列 1 個建議提案跟討論提案。那建議提案希望都是轉的性質，建議到哪個項目，他要自己寫清楚，這個建議案轉哪個單位。

第 4 個，當然如果大家如果認為有需要，我不知道有沒有這個必要，商司長考慮，今天的討論內容的爭議點，提我們法規室<sup>(註)</sup>給我們詳細解釋一下幕僚的角色，對不對，要不然我們今天各說各話，有些人認同，有些人有疑義啊，我們請衛福部的法規室<sup>(註)</sup>，因為他講法規的嘛，針對健保法規定這些幕僚的角色，跟官員的職責是更詳細的告訴我們。有需要啦，我這個不是非提不可啦，如果有需要請法規室<sup>(註)</sup>說明更清楚一點，謝謝。

註：應為法規會。

**周主任委員麗芳：**好，謝謝何委員寶貴的意見，你剛剛提到的就是說新任委員的說明會啦，或者是說過去爭議的這些內容作一些綜整，我想這個都是我們會內可以來做，您剛剛提到建議提案跟討論提案，這個我們再來想看看，因為我們現在只有討論提案，今天我們就已經超乎了時間，那我們如果再把建議提案擺進去，大概要開 1 天的會了，所以我們來想看看，看怎麼去處理這件事情。

那我預做這個案子的這個決議，這個案子也非常的感謝，其實透過這次的這個討論，其實更加凝聚我們健保會內部的這個向心力，委員之間，委員跟我們的幕僚同仁之間，我們延宕了半個小時，但是我個人覺得非常的有價值，所以說才覺得說應該讓大家充分的這個發言。

那在這次凝聚共識之後，我預做這樣的決議，本會委員之提案內容，宜與健保會法定任務有關者為限，為尊重本會委員提案權，本會委員提案後即納入議程，如涉及是否屬於健保會法定任務認定之疑義，由健保會會議議決。

這樣內容不知道妥適嗎？我們也兼顧到了提案內容應該與健保相關，但是也尊重委員，疑義的話就到會內再來處理了，但是我們是把它納入議程。因為每 1 次提案為了到底是不是議程，其實那個時間都已經討論完了，對不對。所以綜整大家的意見，然後也再次感謝所有的幕僚，所有的委員，給幕僚跟自己 1 個掌聲。也要謝謝健保署蔡副署長帶領健保署同仁，雖然討論的是我們會內的事情，但也陪我們一路相挺到最後，也給健保署 1 個掌聲。



好，謝謝，那今天應該沒有臨時提案，我們散會，謝謝！

衛福部健保會第5屆111年第11次委員會議  
中央健康保險署李署長伯璋請假函

## 衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號  
聯絡人：吳箴  
聯絡電話：02-27065866 分機：2531  
傳真：02-27029964  
電子郵件：a111158@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年11月17日  
發文字號：健保企字第1110681546號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：無

主旨：本署李伯璋署長於111年11月18日另有重要政策推動與業  
務宣導行程，不克列席貴會第5屆111年第11次委員會議，  
委請本署蔡淑鈴副署長代表，敬請諒察。

正本：衛生福利部全民健康保險會  
副本：本署蔡副署長室、本署企劃組



111.11.17



1113340249

衛生福利部全民健康保險會  
第5屆111年第11次委員會議

# 111年第3季 全民健康保險業務執行季報告



中央健康保險署  
蔡淑鈴副署長  
111年11月18日



## 數位醫療時代 與虛擬健保卡



# 虛擬健保卡在地培力訓練&應用展示分享會

- 共16場實體場次：優先選擇轄內居家醫療機構、文化健康站、社區關懷據點多之地區
- 找出在地「服務提供者」作為培力種子，持續協助在地民眾申請綁定

- ✓ 桃園市-10/4復興區
- ✓ 新竹縣-9/25五峰鄉(尖石鄉, 峨眉鄉)
- ✓ 苗栗縣-9/27泰安鄉(三灣鄉)
- ✓ 新北市-(烏來區, 石碇區, 坪林區, 平溪區, 雙溪區, 貢寮區)
- ✓ 9/14 連江縣-南竿鄉, 北竿鄉
- ✓ 金門縣-金城鎮, 金寧鄉
- ✓ 澎湖縣-馬公市, 湖西鄉
- ✓ 宜蘭縣-9/7大同鄉, 9/7南澳鄉
- ✓ 花蓮縣-11/3卓溪鄉(萬榮鄉), 11/4秀林鄉(豐濱鄉)
- ✓ 台東縣-9/22海端鄉(達仁鄉, 金峰鄉, 蘭嶼鄉, 綠島鄉, 延平鄉)
- ✓ 臺中市-8/29和平區
- ✓ 南投縣-9/15信義鄉, 9/21仁愛鄉(魚池鄉, 中寮鄉, 國姓鄉, 鹿谷鄉)
- ✓ 嘉義縣-7/4阿里山鄉(大埔鄉, 番路鄉)
- ✓ 臺南市-楠西區, 南化區, 左鎮區, 龍崎區
- ✓ 高雄市-8/25茂林區(那瑪夏區, 桃源區, 東沙島, 南沙島, 田寮區, 六龜區, 甲仙區, 杉林區)
- ✓ 屏東縣-8/24泰武鄉(霧台鄉, 三地門鄉, 瑪家鄉), 8/26來義鄉(春日鄉, 獅子鄉, 牡丹鄉, 琉球鄉)

衛生福利部中央健康保險署

## 虛擬健保卡 應用展示分享會

日期：111年12月13日(二)  
時間：09:00-12:00  
地點：健保署 18 樓禮堂

### 活動議程

時間	講題	講者	內容
09:00-09:30	地點	主場地-大禮堂內 次場地-大禮堂外區	報到
09:30-09:33	【虛擬健保卡政策演進與未艾】開幕影片	健保署	【虛擬健保卡】 四大體驗區： 1.多元場域區(居家) 2.偏鄉數位區(遠距) 3.共同防戩區(視訊) 4.虛擬健保卡應用未來館
09:33-09:43	長官與貴賓致詞	健保署及與會貴賓	
09:43-09:50	啟動儀式、合影留念	行政院、衛福部、健保署、展演院所代表	
09:50-10:05	【虛擬健保卡推動成果】 計畫推動歷程、今年辦理成果、創新應用服務模式介紹	健保署	
10:05-10:10	【虛擬健保卡推動成果】精華短片	健保署	
10:10-10:40	媒體採訪、禮贈/茶敘	健保署	
10:40-11:20	【虛擬健保卡經驗分享】 1.應用於遠距醫療之效益 2.應用於視訊診療場域之效益 3.應用於居家輕量藍牙APP結合虛擬健保卡於居家醫療之效益、民眾使用經驗分享	醫療院所 居家照護團隊 民眾	
11:20-12:00		三大場域應用虛擬卡展示、創新應用體驗、分享交流	

3



# 虛擬健保卡在地培力訓練重點

居家醫療、遠距醫療、視訊診療三大場域展示  
協助手機綁定健保快易通APP 申辦虛擬健保卡

### 在地種子培訓

培育在地衛生所、發展協會、學校或志工，成為種子人員，協助在地民眾申辦虛擬卡



### 居家輕量藍牙APP

APP結合虛擬卡，提升醫療服務提供者便利性、診斷與用藥品質



### 健康存摺SDK

民眾可將健康存摺內的資料，提供給第三方APP加值運用，賦能民眾數位健康照護能力



4



# 遠距醫療給付計畫辦理情形

## 計畫修訂重點

**施行地區** 修訂為110年前衛生福利部核定之遠距醫療計畫

**實施場域** 新增「衛生福利部核定計畫之急診醫療站」、「山地離島地區居整計畫收案個案住家」

**會診科別** 新增心臟內科、胃腸科、神經內科、胸腔科

**給付項目** 新增在地院所執行遠距醫療之門診診察費及居整計畫醫師訪視費按申報點數加計1成

放寬同一施行地區僅1家在地院所得執行之限制

在部分條件下簡化申請審核作業流程

## 計畫執行情形

- 至111年10月，已提供**48個鄉鎮**及**4個急重症網絡**遠距會診服務。
- 共**64家**在地院所與**31家**遠距院所合作。
- 總診次603診，總人次逾5000人次。

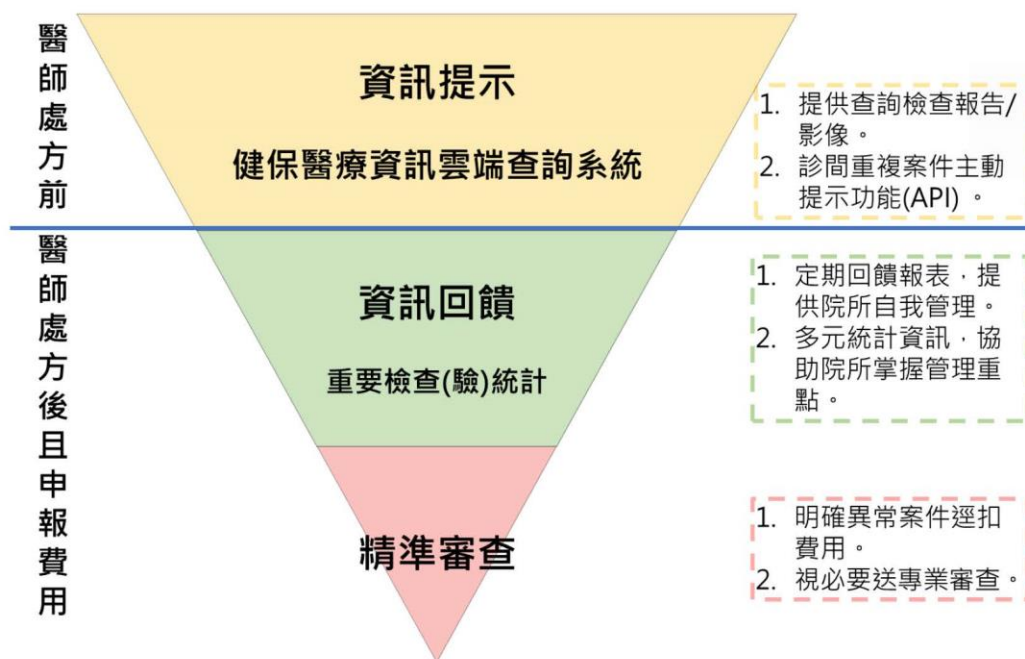
項目			110年	111年 1-8月
專科 門診 遠距 會診	論 服務量	服務人數	304	1,243
		服務人次	555	2,097
	論 診次	開診數	177	426
		服務人次	636	1,947
急診 遠距會診	服務人數	13	20	
	服務人次	13	20	

5



# 避免重複檢查(驗)管理策略

運用多元管理措施，協助院所警覺病人重複問題，調整處方減少浪費。



6



## 健保雲端系統增修藥品交互作用提示功能

提醒醫事人員密切留意病人用藥安全

- 配合衛生福利部公告**新型口服抗凝血藥品dabigatran**及**edoxaban**與**C肝口服抗病毒藥品Maviret**或**Vosevi**有使用禁忌及藥品交互作用。
- 透過主動提示功能，提醒醫事人員注意病人安全。



藥品交互作用主動提示功能API檢核示意圖

API : Application Programming Interface

7

# 防疫時代 與弱勢照護

8



## 健保雲端系統COVID-19防疫因應作為調整

配合防疫措施調整，更新TOCC提示等資訊

- 10/13零時起入境者取消居家檢疫相關提示(不提示居家檢疫、自主防疫及其出入境紀錄)。
- 10/13起取消密切接觸者之「居家隔離」及「自主防疫」個案提示。
- 依食藥署Paxlovid用藥說明書(111/9/8版)更新本署「藥品交互作用暨過敏藥物主動提示功能」參照檔(128組→162組比對組合)(9/29完成)。

9



## 因應疫情 重啟緩繳協助措施

- 投保單位及保險對象得申請111年5月至10月保險費緩繳6個月繳納，緩繳期間免予催繳、免徵滯納金及移送行政執行。
- 申請期間自111年7月5日至12月31日止，得以網路、傳真、郵寄等多元方式辦理。
- 109年、110年及111年申請暨收繳情形：

申請年度	申請件數			緩繳金額 (億元)	繳納率 (%)
	投保單位	保險對象	總計		
109	6,494	980	7,474	25.89	95.99
110	17,257	4,348	21,605	46.39	94.65
111(截至10/31止)	4,257	873	5,130	14.92	尚未屆期

製表日期：111年10月31日

註：

109年可申請緩繳為2-7月保險費，申請作業已於該年9月30日截止，目前各緩繳月份均已逾繳納期限；  
 110年可申請緩繳為4-9月保險費，申請作業已於同年11月30日截止，目前各緩繳月份均已逾繳納期限；  
 111年可申請緩繳為5-10月保險費，申請作業將於同年12月31日截止，各緩繳月份保險費尚未屆繳納期限。

10

# 關注民眾需求 提升服務品質

11



## 代謝症候群防治計畫

111年6月20日公告，同年7月1日收案

- 截至**10月27日止**，參與院所計**1,158家**，參與醫師計**1,913人**，收案人數計**17,890人**。
- **111年7-9月申報醫療費用**：收案評估費約**927萬點**(依計畫規定追蹤評估費與收案評估費至少間隔12週，故尚無追蹤評估費及年度評估費)。
- 執行目標：提供**10萬名**代謝症候群個案**疾病危險因子管理服務**
- 預期效益之評估指標：
  - 代謝症候群改善率
  - 介入成效率 $\geq 30\%$



12





# 住院整合照護服務試辦計畫

## 減輕家屬住院之照顧及經濟負擔

- 計畫公告日期：**111年7月18日**
- 預算來源：111年度醫院醫療給付費用總額中之「住院整合照護服務試辦計畫」專款，**3億元**。
- 目的：使民眾於住院過程中，讓家屬可以不用全時在醫院照顧病人(或自聘看護)，病人也能獲得連續性及完整性的照護，以減輕家屬住院之照顧及經濟負擔。
- 實施方式：由申請醫院提出執行計畫，視申請醫院計畫及遴選結果，擇優試辦。
- 費用支付(每人日)

健保給付(點)	民眾自行負擔(點)
750	0~1,050

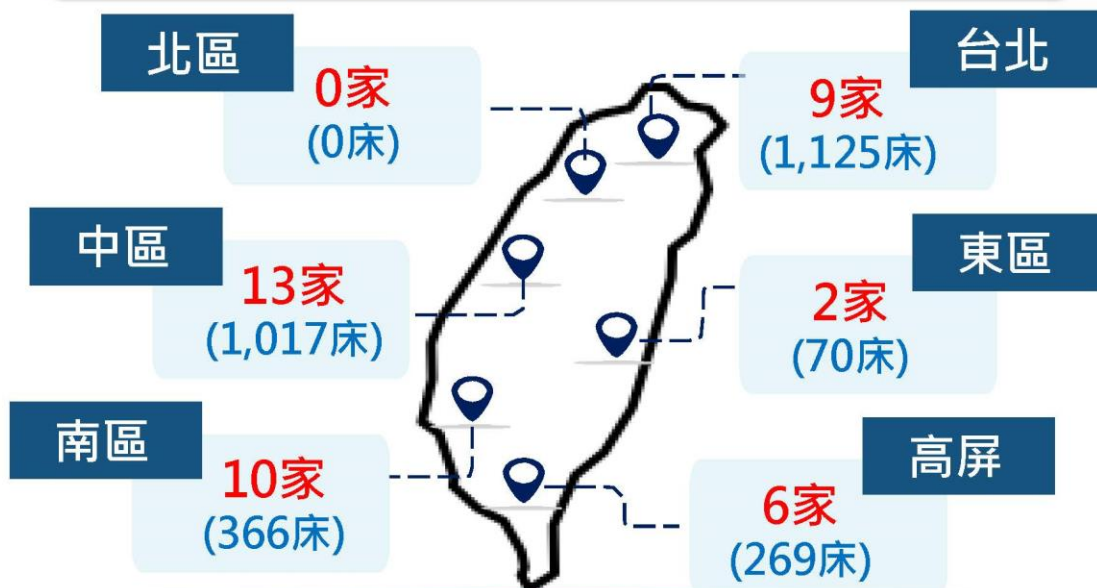
13



# 住院整合照護服務試辦計畫

## 核定試辦醫院(111.10.27函知醫院並公布名單)

合計有**40家**醫院核定試辦，共**2,847床**  
 (醫學中心**6家**；區域醫院**16家**；地區醫院**18家**)



14



# 多元對策 提高C肝治療人數

## 主動發掘

- 提供C肝病人潛在名單予原檢驗院所

## 鼓勵院所開立

- 擴大篩檢資格(國健署)
  - **取消處方醫師資格限制**
  - **調高藥費稅務計算比率**
- | 處方醫師資格 | 放寬前 | 放寬後   |
|--------|-----|-------|
| 參與院所家數 | 658 | 1,137 |
- 註：截至111年10月13日 成長72.8%
- 107年1月1日起，C肝藥品費用之全民健康保險收入，必要費用得以該收入**96%**認定。

## 提升病識

- 宣導海報
- 新聞稿
- 電子報



## 系統提醒

- 健保醫療雲端查詢系統BC肝炎專區
- 自110年3月31日提供查詢**
- ✓ 用藥紀錄
  - ✓ 檢驗(查)紀錄及結果
  - ✓ 就醫紀錄
  - ✓ 成人健檢.B、C型肝炎篩檢

15



## 保險對象自付差額

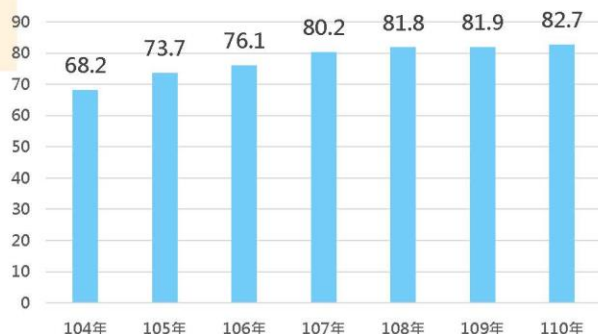
# 「腦脊髓液分流系統」納入全額給付

- 健保全額給付：適用於水腦症病患，固定壓力式腦室腹腔引流組，無法調節壓力。
- 保險對象自付差額：共3類(104年6月1日納入健保)，可從外面調整壓力避免過度引流，減少後續併發症及所需之醫療費用。
- 因自付差額占率愈來愈高(110年占82.7%)，已為臨床常規普遍使用，經提111年9月特材共擬會議，考量臨床使用及健保可負擔之財務，同意優先將市占率高之「**調控式腦室腹腔引流系統-流速控制型或可調式壓力閥(不具抗虹吸功能)**」類別納入健保全額給付。

111年11月1日  
納入給付

支付點數53,000點  
一年預算1.34億  
嘉惠2,916人次

腦脊髓液分流系統自付差額占率



16

# 台灣健保 國際發光

17



## 2022 APEC 數位健康照護與創新

健保署於111年9月21~22日辦理「APEC數位健康照護與創新研討會」  
(APEC Conference on Digital Healthcare Innovation - COVID-19 Response by Health Information Utilization)

美國、日本、韓國、澳洲、泰國、菲律賓、馬來西亞、加拿大、墨西哥、秘魯及印尼等官方代表/專家學者參與，分享健康照護數位應用及未來發展，我國約600位產官學研、民眾熱烈參與。

健康照護的  
數位轉型與創新

後疫情時代的  
新健康政策  
及其挑戰

遠距醫療與  
醫院的未來

人工智慧在健康  
照護上的實踐



18

# 「國慶國際記者團」參訪本署

共21國25名記者來訪，了解台灣健保成功經驗



## 向世界分享 台灣健保!!

111年國際媒體在外交部安排下，於10月13日下午拜會健保署，介紹健保重要政策、措施，及健保數位轉型與創新的成果。