

衛生福利部全民健康保險會
第5屆111年第2次委員會議事錄

中華民國111年2月25日

衛生福利部全民健康保險會第5屆111年第2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2月25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、彭美瑩

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、侯委員俊良、柯委員富揚、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、張委員澤芸、許委員駢洪、陳委員石池、陳委員有慶、陳委員秀熙、陳委員建志(中華民國牙醫師公會全國聯合會徐常務理事邦賢代理)、黃委員金舜、黃委員振國(中華民國醫師公會全國聯合會羅副秘書長浚暉12：40以前代理)、楊委員芸蘋、趙委員曉芳、劉委員守仁、劉委員國隆、劉委員淑瓊、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

請假委員：張委員鈺民、賴委員博司

列席人員：

本部社會保險司：盧副司長胤雯

中央健康保險署：李署長伯璋、蔡副署長淑鈴、張組長禹斌、戴組長雪詠

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、洪組長慧茹、邱組長臻麗、
陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第5~6頁)

貳、議程確認：(詳附錄第7~8頁)

決定：確認。

參、確認上次(第1次)委員會議紀錄：(詳附錄第9頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第10~16頁)

決定：

一、上次(第1次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤1項，解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤7項，繼續追蹤。

二、委員所提意見，送請中央健康保險署研參。

三、餘洽悉。

伍、政策諮詢事項：(詳附錄第17~82頁)

案由：衛生福利部函送「全民健保財務調整措施」擬議草案，請本會表示意見案。

決定：

一、在健保財務嚴峻之情形下，本會肯定並支持全民健保財務調整措施之改革方向。

二、捍衛健保永續經營、抑制醫療資源浪費為全民之責任，有賴醫病雙方共同努力。

三、全民健保財務調整措施執行層面之配套方案，攸關政策改革之成效，研擬時宜兼顧公平性、一致性、便利性及合法性。

四、與會人員發言實錄併同送請衛生福利部參考。

陸、優先報告事項：

報告單位：中央健康保險署

案由：「110年第4季全民健康保險業務執行季報告」，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

柒、討論事項：

提案人：李委員麗珍、干委員文男、何委員語、吳委員鴻來、李委員永振、林委員恩豪、林委員敏華、侯委員俊良、馬委員海霞、張委員文龍、許委員馥洪、陳委員有慶、楊委員芸蘋、劉委員守仁、劉

委員國隆、劉委員淑瓊、賴委員博司

代表類別：保險付費者代表

案由：建請健保署針對高死亡率癌別優先給付免疫療法新適應症，並請衛福部設立國家癌症藥品基金，提高癌症病人新藥使用機會，提請討論。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議討論。

捌、報告事項：

報告單位：中央健康保險署

案由：有關「111年度各部門總額依協定事項需於110年12月底前提本會報告之項目」辦理情形，請鑒察。

主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。

玖、臨時動議：無。

拾、散會：下午13時30分。

第5屆111年第2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1次)委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

主席、各位委員，早安！跟大家報告，現在已經到了開會時間，目前委員出席人數也已經超過一半以上，達到法定開會人數，今天會議正式開始。恭請主席致詞。

周主任委員麗芳

- 一、各位委員，社會保險司(下稱社保司)商司長東福，中央健康保險署(下稱健保署)李署長伯璋、蔡副署長淑鈴，以及在座所有與會先進、同仁，大家早安、大家好！
- 二、今天我們心裡很踏實，也是非常有使命感、責任感的一天，因為今年，111年的健保費率我們並沒有調整，但是以今年總額成長3.32%來看，111年底健保財務會短絀323億元，年底安全準備只有0.95個月保險給付支出，也就是健保安全準備不足1個月的水準，在這段過程中，我們非常感謝在社保司和健保署的共同努力下，也提出了全民健康保險財務調整的措施，這段期間社保司商司長，不斷向社會大眾呼籲，怎麼樣來進行調整，健保署李署長更是不用說，我們每天一大早就會收到他的簡訊論述，他可以說是一生懸命，以健保部分負擔提升公平正義作為他追求的目標。
- 三、這段過程中我們全民健康保險會(下稱健保會)委員也不惶多讓，包括黃委員金舜、朱委員益宏、吳委員鏘亮更是振筆疾書，向媒體投書他們的真知灼見，在座也有好多位委員也透過媒體，表達對於相關財務調整議題的關切、憂心，甚至是一些超前部署的看法。也就是今天針對社會大眾所密切關注，而且攸關健保財務穩健的調整措施。希望在委員會中，大家能夠凝聚共識，讓健保的永續能夠落實。
- 四、會議開始之前，有幾個醫療部門向大家說明最近舉辦的活動，想邀請委員參與，首先請台灣醫院協會(下稱醫院協會)的

翁理事長文能來說明。

翁委員文能

主席、各位委員、各位先進，醫院協會將在3月24日辦理一整天的風險提撥款的報告，屆時請各位委員、先進給我們指導。

周主任委員麗芳

接著請中華民國藥師公會全國聯合會的黃理事長金舜來邀請。

黃委員金舜

主席、李署長、蔡副署長、在座所有委員，大家早安！藥師公會全國聯合會(下稱藥師公會)兩點事項跟在座所有委員報告，3月16日本來安排藥師公會的春酒，考量疫情關係，因為舉辦桌數比較多，怕有確診者會造成大家不安，所以取消。另外，5月18、19日藥師公會辦參訪活動，地點在雲林、嘉義，我想藥師公會長期在努力的部分，就是社區藥局用藥安全的部分，還有社區藥局現在投入長照的部分，希望委員可以撥出時間來參與這個活動。

周主任委員麗芳

接著請中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)柯理事長富揚說明。

柯委員富揚

- 一、主委、李署長、蔡副署長，健保會所有委員，大家早安、大家好！中全會今年在3月13日舉辦國醫節慶祝大會，地點在新北市政府大樓，早上10點是開幕典禮，下午3點至6點是中醫門診總額專案計畫的成果研討會，我們邀請執行專案的醫師，包括委員最關心的中醫急診、孕產計畫專案等，總共會有4位執行計畫的醫師來做專案的報告，在中醫急診部分包括花蓮慈濟醫院的副院長，還有馬偕醫院的中醫部主任，我想中醫在整個專案計畫上一直很努力在執行，希望不負委員所託。
- 二、第二點在上次健保會有誠摯邀請委員蒞臨指導，這次再做一次邀請，請委員蒞臨我們4月6、7日的中醫巡迴醫療訪視活動，以上報告。

周主任委員麗芳

謝謝中全會提供給大家國醫節的專用口罩，接下來是牙醫的部分，也要先恭喜，牙醫師公會全國聯合會最近以全台灣1萬5千名左右的牙醫師調查，在亞太牙醫聯盟的期刊中來發表國內牙醫的成功模式，今天是由徐邦賢牙醫門診總額執行委員會主委與會，也請說明及邀請。

徐代理委員邦賢(陳委員建志代理人)

- 一、謝謝主委的介紹。各位長官、各位委員，大家早！今天陳理事長建志沒辦法過來，所以由我來代替，首先承蒙主席剛剛提到我們的論文報告，是我們牙醫師公會全國聯合會希望跨往國際的第一步，希望藉由國際組織的肯定，還有全國性調查計畫的論文發表，能夠讓世界上各盟友瞭解我們國內牙醫的發展的狀況及現況，以及我們未來的願景。謝謝我們主席的提醒，也謝謝提點。
- 二、第二個是有關於我們牙醫的總額參訪，跟各位抱歉的是，到現在行程才出來，是在5月12、13日，其實我們的行程橫跨台北區跟東區，從台北開始一直到花蓮結束，這叫做參訪好參訪滿的觀念，不過行程上會做機動調整，也誠摯邀請各位，牙醫的參訪向來以在各地最基層的服務，包括各區偏鄉服務去做一些呈現，也歡迎我們委員能夠蒞臨，給我們一些指導，讓我們能做得更好，誠摯邀請各位。

周主任委員麗芳

最後感謝社保司、健保署、健保會同仁的共同努力，最近收到提供給我們很多充分的資訊，還有媒體各界數十則甚至上百則的相關報導，現在就正式開會，也期待能夠凝聚共識。

同仁宣讀(議程確認)

周執行秘書淑婉

- 一、主席、各位委員，這次會議是因為衛福部有重要的政策諮詢事項需要本會委員提供意見，所以我們在工作計畫之外加開本次

會議討論，本次因為是加開，會議室2點以後有其他單位使用，所以需要在1點半以前結束會議，拜託各位委員惠予配合。

- 二、本次議程安排，政策諮詢案為衛福部函送全民健康保險財務調整措施草案，請本會表示意見案。
- 三、其次優先報告事項，是原本健保署110年第4季的業務執行季口頭報告，我們原訂在3月，因為這次加開，所以就挪回本來應該在2月進行的報告。
- 四、其次討論事項，是上次保留的李委員麗珍等17位委員連署的提案。另外在報告事項，是上次委員會議保留的事項，就是111年度各部門總額依協定事項須於110年12月底前提本會報告的辦理情形。
- 五、補充說明，本會台灣總工會蔡委員明鎮遺缺，目前已經奉核，由該工會張秘書長鈺民遞補，不過張委員今天不克出席請假，也許下次委員會議再請主席介紹。

周主任委員麗芳

各位委員對於議程如果沒有其他意見，就確認。我剛才在主席致詞時遺漏一個部門，就是西醫基層，也請西醫基層代表邀請大家。

顏委員鴻順

謝謝主席，我想鄭重再次邀請大家，西醫基層由醫師公會在5月5及6日主辦的參訪活動，邀請在座所有的長官、委員們參與，西醫基層通常以醫療資源不足的地區作為參訪的對象，表示我們在照顧基層醫療的所有民眾的健康，除了都會地區大家比較能夠取得醫療資源外，對於偏鄉地區的醫療我們也是不遺餘力，這次活動有2天，地點是在新竹、苗栗一帶的客家村，除了參訪及餐敘外，活動中也讓大家親近一下台灣的客家文化，並安排比較休閒的行程到綠世界去走訪，再次誠摯邀請所有長官、委員們一起來參與西醫基層所舉辦的參訪活動。

周主任委員麗芳

接下來進行上次(第1次)委員會議紀錄確認。

同仁宣讀(確認上次委員會議紀錄)

周主任委員麗芳

請何委員語

何委員語

春節後第1次見面開會，還是跟大家拜個晚年，祝大家「虎虎生風，虎年行大運」。有關討論事項的第四案這項提案，既然是提案當然就會做成決議，決議是列入本年3月份委員會議之各總額部門110年度執行成果評核之作業方式草案的討論，但是本案並非通過案，只是列入讓大家重新再討論。我建議這段文字要用粗體字呈現，還要用括弧強調，因為這不是我們的決議案，所以要粗體字並用括弧呈現，讓我們能清楚的看到內容，這是我的建議。

周主任委員麗芳

有關上次會議討論事項的第四案就如同何委員語所說，會在3月份委員會議繼續討論，請同仁辦理。上次會議紀錄確認，接下來進行下一案本會重要業務報告。

貳、「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

一、本會重要業務報告，項次一的部分：

(一)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計有8案，依辦理情形建議解除追蹤1項，繼續追蹤7項，在會議資料第18~22頁，但最後還是會依照委員會議議定結果辦理。另外，個別委員在會中所關切事項，健保署的回復在附錄一呈現，在會議資料第75~77頁。

(二)請委員參閱會議資料第18頁，解除追蹤事項是關於健保署業務執行報告，委員關心的意見，健保署已經回復說明，在會議資料第23~24頁請委員參閱，建議解除追蹤。

二、會議資料第9頁，項次二，關於本會安排在4月21~22日辦理的中央健康保險署東區業務組之業務訪視跟第4次委員會議，感謝各位委員在時間內配合回復訪視活動的出席情形，以利我們後續安排。也在此補充報告，為了讓健保會委員經驗傳承與交流，所以這次參訪行程特別邀請5位卸任的資深委員共同參與，包括：林委員錫維、趙委員銘圓、黃委員啟嘉、吳委員榮達及蔡委員登順等，讓新舊委員可以做經驗的傳承。

三、項次三，依據全民健康保險法第5條規定，本會的會議實錄須在會議後10天內公開，所以本次會議實錄必須在3月7日(星期一)前上網，因為2月28日(星期一)是國定假日，為順利完成作業，發言實錄預定在2月27日(星期日)送請各位發言者確認，照往例都是星期三回復修正內容，本次也希望大家如期配合於3月2日(星期三)上午10點前回復修正內容，才能依法完成上網公開作業。

四、項次四，是為了讓各界了解委員會議的重要議題，跟委員關切的重點，從107年6月起會在每次會議後擇重要的議題整理會訊的報導，放在本會網頁，上次委員會議的公開主題有2個，已放在網頁上，請委員參閱。

五、項次五，是衛福部跟健保署在本年1月到2月發布跟副知本會的相關資訊，詳細內容及相關附件分別在2月14、16日寄至各委員電子信箱，摘要的部分請各位委員參閱。

周主任委員麗芳

各位委員針對本會重要業務報告的內容，有無要垂詢的部分？請李委員永振。

李委員永振

一、有關於最近幾次會議健保署提供的資料或是回復的意見，我這邊有幾點看法，健保署的推估模式有它的一貫性，我們給予尊重，但是如果新的資料出來，是不是應該隨時更新，把正確的數據提供給委員清楚瞭解以及掌握，這樣大家在討論的時候所根據的才會比較一致。例如我上次提過，健保署在11月19日委員會議討論費率審議時所提出110年保險收支餘絀約為-261億元，但在業務執行報告第17頁保險收支餘絀約為-176億元，前後差不到2個月，相差了85億元。健保署上次曾經說明過，但是我還是覺得不夠完善；另外這次的財務調整措施，健保署在上次委員會議提過，但並沒講金額，我自己反推出是75億元，今天所提方案加起來約有266億元，中間差距有191億元，為什麼我要提問？因為我回想一下，最近6年我們總額協商的預算金額，以111年最高也才160億元，本次財務調整措施就有191億元的差距，差距過大的話，用這些數字討論有意義嗎？這是第1點。

二、第2點，在會議資料第19頁的繼續追蹤事項，我看了一下完成的期限或者是健保署的回復好像都沒有切到重點。

(一)第1項有關平均眷口數，感謝主席將本項列成繼續追蹤，不

過這依法是要拿109年的數字出來，且要依法公告，這是依法行政，不是要不要做，現在健保署態度是不做，這樣有違署長所講的依法行政，這數字有啦！我要的是109年，公告也應該要公告，實際數字是多少，這應該是可以馬上做，不是還要研擬進度，所以我建議把這項完成期限改為「盡速依法行政，提供實際平均眷口數並公告」，這樣才比較符合實際的狀況。

- (二)第2項，有關109年藥費超過目標值74.6億元的使用情形，感謝健保署進一步提供作業過程，但重點是要針對當時委員建議的主題怎麼去做，不是交代作業過程，我覺得這好像也歪樓了。
- (三)第3項，有關塗藥支架納入全額給付評估結果之參採情形，健保署的回復又歪樓了！上次我們曾經討論過，但這次說明比上一次更不完善，上次還有提到如果要怎麼做，所需費用約29億點是一樣的，但是另一個方式有需增加費用約3億點，我們要知道的是評估結果，不是要講繼續怎麼樣，回復重點應該在評估結果！我這樣講大家是覺得我評斷這樣回復是歪樓，應該沒什麼錯。
- (四)第5項，是抑制資源不當耗用改善方案，在會議資料第25頁，這是大家都很關心的，健保署是有說明，第一項「惟本方案執行所擲節之非必要醫療費用支出，仍回歸健保總額，用於鼓勵院所提升品質及效率」，這樣說法有點抽象，我們一直沒有看到回歸總額在哪裡，數字提出來每次都要質疑，要怎麼用也沒有講，比如上次提到節省74.6億元的藥費，我們期待真的可以拿出來，如果像健保署所說都有回歸，可否把歷年回歸的情況整理給委員了解？

周主任委員麗芳

接下來請何委員語發言，但容我先跟李委員永振說明，就是解除追蹤的項目我們才討論，繼續追蹤項目則會將委員意見彙整後送請健

保署來繼續改進、參考。所以如果是屬於繼續追蹤的項目，就先不開放討論，因為後面還有很多案。請何委員語。

李委員永振

我補充一句，看了健保署的回復，我想健保會的幕僚是追不到。他們已經很辛苦了，如果是要這樣做的話，乾脆就不要追蹤，不要為難他們，我是因為這樣才會提意見。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、我有2點意見，第1點就是我們健保署提出來的110年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案的草案裡面有提到說，110年大約預估調降藥價可以幫健保節省74.6億元，如果以健保署的估算，當然這是非常好的降低藥價節流的成果，但是我認為每年度都有很高的藥價的降價總額，但是每年調整保費的基期都不變，如果這樣子的話，我想健保署應該可以重新思考的就是，如果將降低藥價的合理金額回推到健保總額預算的調控，那這樣每年總額的預算規模就不會一直墊高。如果有降到這個藥價的總額的話，基期就降低了，不會一直墊高，這樣就會節流的才有成效。所以我們希望請健保署能將節流的成果，能夠調降健保總額基期的合理性，作為未來每年度健保總額基期的計算基礎，這樣才比較合理。

二、另外1個就是剛剛李委員提到的平均眷口數的問題，因為健保署回復說，適用之平均眷口數仍為0.58人，但是還沒有辦理公告，只是依據健保法第29條規定，有關第一類第一目至第三目被保險人相關文字是寫「實際眷屬人數平均計算之」，所以請健保署未來答復的時候應該用「實際」，不能用「適用」，因為法律上沒有這兩個字，而是實際眷屬人數。平均眷口數要公告的法源是健保法第68條的第3款，依本法第29條所定之眷屬人數要公告之，當然公告保險對象是用保險金額還有平均保險

費，還有第46條第1項第4款所定的平均投保金額，這些都是要公告的，所以我們希望健保署未來在回復我們的資料裡面能夠依法律的文字為基準，這樣比較適當。

周主任委員麗芳

請李署長伯璋。

李署長伯璋

請陳組長美杏針對李委員永振提出財務數字不同的部分，像是 85 億元、75 億元、266 億元等。另外還有平均眷口數的部分，我們也有數據，看是由健保署講，還是請社保司回應。

陳組長美杏

- 一、剛剛李委員永振特別講到110年保險收支餘絀數字，在審議111年費率時所提的財估資料，跟現在的自編決算的數字不同。針對健保署何時提供財估資料過去的委員會議有過決議，健保署會依委員會的決議在不同時間點提供。有關110年的自編決算數據的部分，最新的財估數字已更新在今天的會議資料第37頁，請大家參閱。
- 二、至於平均眷口數公告部分，如果沒有要調整的時候，是不需要公告的。現行施行細則第68條的規定，尚有斟酌修正的餘地。過去平均眷口數，如果維持前一年的數字而沒有改變，也是沒有公告的。111年平均眷口數，已經核定，111年仍維持0.58人。

李委員永振

法有說不用嗎？健保法施行細則第68條有講不用嗎？署長是叫你依法行政，健保法施行細則第68條的文字就是要公告啊！我補充一下，當然這不能怪健保署，因為衛福部也是帶頭做壞榜樣，保險費率沒有調整，照理講也要公告，但是沒有公告。所以健保署就有樣學樣也不能怪他們，坦白講，健保法第24條裡面不是講過嗎？保險費率在年度開始一個月之前要提會審議，如果不能於期限內完成審議時，就由主管機關逕行報行政院核定後公告。所以結論就是決定

之後要公告啊！

周主任委員麗芳

請李署長伯璋。

李署長伯璋

請戴組長雪詠，針對委員詢問有關塗藥支架納入全額給付評估結果之參採情形，再說明一下費用的估算，回答的時候要講清楚。另外還有剛剛何委員語提到的藥費節省的意見。

戴組長雪詠

- 一、有關評估塗藥支架納入全額給付的部份，我們的確希望能夠盡量納入，最主要關鍵是在自付差額特材的費用，塗藥支架費用的中位數大概是5.8萬元，加上使用量的估算，若全部納入健保給付，大概需要花健保32億元，這將會是很大的財務衝擊，因此我們積極跟廠商協商，看他們是不是能夠降價，但確實有相當難度，這個市場非常龐大，但我們會持續努力。
- 二、剛剛委員關切調降藥價的部分，其實 DET(藥品費用分配比率目標制)的設計，是藥費小總額的概念，當總額的成長不含專款的話，就是跟著醫療部分的成長率，跟健保總額的成長率幾乎是相當，所以超出當年預定的目標值的時候，就由醫界吸收，隔年調降藥價的時候，再回補前一年醫界吸收的部分，所以目前藥價調查節省的藥費都是灌注在新藥超出預算需要的調節部分...

李署長伯璋

以後我們的資料整理要很簡要，不要講一大堆，最後大家都不知道在講什麼，就白費功夫，不過沒關係，就再跟委員說明一下。

周主任委員麗芳

非常謝謝署長督軍嚴謹，健保署同仁很優秀，辛苦提供許多詳盡的資料，很感謝健保署同仁，繼續追蹤的部分可否就先告一個段落，可以嗎？

李委員永振

我補充一句話好嗎？我剛才是說健保署的財務評估模式，我們都尊重，並沒有 K 這個地方啊，只是請健保署有新數據資料應即時補充，這只是在原提供數據外補充最新資料，並不會破壞原來的推估模式，可是這樣會比較清楚。剛才講不出有關191億元差異的部分，但是191億元很重要，因為總額協商好辛苦的搞到半夜，也才討論160億元的預算，但財估的差異就有191億元，那這樣是什麼回事？另外平均眷口數呢？又要帶過去了嗎？

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

主席、各位委員，我在這裡還要提出在會議資料第18頁上面的(2)各醫院收入結算方式，這個在過去開了好幾次會我們都認為要依法行政，依據健保法及施行細則好多條文，醫療費用都是必須結算，但是會議資料第18頁上面的各醫院.....。

周主任委員麗芳

請問何委員語您引述的是哪1本資料的第18頁？

何委員語

對不起！是健保會會議資料的第16頁，各醫院收入結算方式的(2)這個A項，過去很多委員都提出要依法結算，但這裡的文字是寫保障，如果今天我們都沒有針對這個發表意見，變成所有的付費者委員的背書。依據健保法及施行細則的相關規定所使用文字都是結算，從來沒有寫保障這2個字，如果今天是寫結算，我不會再發言，但這裡寫保障，我認為是違反健保法跟施行細則相關條文的規定，所以在這裡提出來，請把我的發言列入紀錄。

周主任委員麗芳

有關本案預作以下決定，擬解除追蹤共1項，同意依擬辦解除追蹤，擬繼續追蹤共7項，同意依擬辦繼續追蹤，委員所提的意見送請健保署研參，餘洽悉。接著進行政策諮詢事項。

參、政策諮詢事項「衛生福利部函送『全民健保財務調整措施』擬議草案，請本會表示意見案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

在正式討論前，先請社保司商委員東福及健保署李署長伯璋向大家說明。

商委員東福

書面的資料部分，謝謝健保會整理的蠻詳細，我簡單就政策規劃說明，部分負擔待會李署長伯璋會報告。對於調高投保金額上限，我們比較具體的規劃是建議調升5級；旅外國人檢討的部分我們是希望能夠全面廢止停保制度；強化政府財務責任，我們當然希望在法規上是不是更明定，因為我們已討論很多次，過去也曾跟各位委員提過，希望在這部分提升法規解釋的層次，這也是回應李委員永振及以前陳委員炳宏關心的問題。中長期部分，因為牽涉到健保法，所以我們具體的建議，還是要強化量能負擔、擴大費基，這部分希望能夠用結算的方式，因為目前是採就源扣繳的方式，這是我們比較具體的規劃，以上補充說明。

周主任委員麗芳

剛才商司長說明的內容，綜整在會議資料第35、36頁，接下來請一生懸命，把部分負擔當成職志的李署長伯璋來向大家說明。

李署長伯璋(投影片如本議事錄第83~98頁)

一、在這段時間，大家針對很多健保的議題討論，我們也知道健保的財務，事實上就是來自於我們的雇主、政府及被保險人。今天要跟各位報告，其實在很多醫療的體系裡面，不是把所有的壓力都放在醫院跟醫師的身上，其實民眾對醫療資源的使用也有一定的責任，今天我就把個人跟部長、院長所討論出來的草案跟委員報告，希望委員能針對草案內容，假如有需要再檢討的部分不要客氣，醫療體系的同仁也不要客氣。今天早上我有跟部長報告，會在健保會要跟各位委員報告，他說叫我們多聽

大家的意見，做最好的1個改革。請播放投影片。

- 二、請參閱投影片第2張，紅線的部分就是每個醫療行為的點數，事實上過去也一直跟各位報告，長久以來醫療行為的點數會往往大於每年的年度總額的藍線，所以在這種情況之下，各個醫院常常都會進行所謂的攤扣或是斷頭，將申報醫療費用的點數變成綠線，所以就是說每1個醫療行為做完了以後，事實上在醫院裡面都已經有成本，可是因為沒有這麼多錢給他們，所以就有所謂的點值，1點不到1塊錢。健保署各分區的共管會議需要就控制點值討論，可是在我接觸全民健保的這5年10個月以來，我一直認為控制不必要的醫療行為的點數是最重要的，當然點數的形成，也許是醫師認為病人需要，也許是病人自己需要，所以當有灰色空間的時候，我認為大家一起要共同面對這個問題，否則就會面臨我們常常說的囚犯理論，大家不斷的衝點數，這樣是永遠沒有辦法好好管理。
- 三、在整個醫療體系裡面，理論上我們的住院病人，就是所謂的急、重、難、罕，需要投入更多醫療人力去照護，但不管是醫師、護理人力、藥師都需要投入很多人力成本，目前的問題就是台灣在門診所花的健保資源很多，各位可以看到投影片第3張上面的藍線，門診申報點數在健保資源裡面，已經快到7成，以國際經驗來看，理論上門診所用的醫療資源應該差不多4成5左右，所以是什麼原因造成這樣的狀況呢？可能就是我們要仔細去分析。大部分的病人在門診可以被治療，這是事實，但很多時候門診的治療都是屬於比較輕症，因為病人要住院大概都是不得不的情形，我想在住院那一塊，確實很多病人必須要住院，這是沒有話講的。所以在這邊可以看到，整體來講，跟剛剛上面那張圖一樣，門診、住診醫療費用占率的差異很大，這可能是我們需要改進的地方，這邊有一些數字，大家可以參考投影片第4張。
- 四、所以，在我們開始討論怎麼樣去做管理的時候，當然我們知道，目前健保有部分負擔的相關規定，在不同的層級醫院訂有

不同的部分負擔比率，可是事實上這對民眾來講也是經濟上壓力，所以大家也都知道我們就沒有很務實地去面對這個問題。目前牙醫、中醫門診在不同層級的部分負擔都是50元，可是在西醫部分，不同層級的院所，它的部分負擔是有差異，目前在藥品部分，我們設有最多200元的部分負擔費用上限，所以整體來說，我們尤其要注意到錢都用到哪邊去了？

五、請參閱投影片第6張，各位可以看到，96年門診部分負擔占醫療費用之比率將近10%，到現在部分負擔占醫療費用比率只有6.2%。請參閱投影片第7張，各位看到這張圖比較重要，我在幾年前就發現在整個醫療體系，我們的醫療費用支出，除了藥費、檢驗(查)、開刀費用，或是門診的診察費用，都分別有不同的占率，可是我們都知道藥費和檢驗(查)費用占率一直在成長，這些費用成長都有它的背景。藥費的部分，可能來自很多癌症病人需要使用昂貴的癌症用藥，或者C型肝炎病人治療的藥費都比較貴，當然各位也知道，有一些罕見疾病的病人也會用到較高的藥費。但在檢驗(查)費用的部分，我們發現電腦斷層使用的比率非常高，扣除它的費用以後，醫療人員所付出的處置，不管是開刀費或是診察費，因為總額有限，它的點值就下降，變成大家做得很辛苦，卻沒有得到應得的合理回饋。

六、所以我一直認為部分負擔的調整概念，基本上是針對門診，那住院的病人是不受影響的，並沒有特別去調整住診的部分負擔。我們建立一個概念，請參閱投影片第8張上面的紅字，使用者付費，大家共同來珍惜醫療資源，當然我個人認為分級醫療非常重要，雖然我在臨床上一直都在醫學中心工作，但是我也曾在區域醫院當過院長，我始終認為家庭醫師提供社區醫療，其實是非常重要的概念，急、重、難、罕症到大型醫院去照護，不管是醫學中心或是區域醫院，這很重要。另外在整個醫療體系裡面藥師也有他的角色，事實上醫藥分業對我們來講很難推動，所以在這幾個前提下，我們再進行一些改革。

七、各位參閱投影片第8張中間那段，我們要做什麼事情？第1個是

要調整門診藥品部分負擔，其中包括一般拿藥以及慢性病連續處方箋(下稱慢箋)，這個我們後面會詳細跟各位報告，第2個就是門診檢驗(查)的部分負擔，也是我們要處理的重點。第3個就是急診部分，也是考慮重點，我們希望急診可以針對比較嚴重的病人提供照護，如：急診檢傷分類第1~2級，或第3級的病人，可以提供急診的醫療服務。下面會從這3個要檢討的方向跟各位做說明。

- 八、首先，請參閱投影片第9張，各位很多時候會注意到，藥品部分負擔採取的是定率收取概念，但是部長一直指示我們不要讓病人因病而貧、因貧而病，所以我們會訂1個上限，在基層診所跟地區醫院拿藥，藥費在100元以下免收部分負擔，尤其是基層診所常用簡表申報費用(註：簡表係指以日劑藥費申報費用，3日上限為66元)，那在這種藥費下就免部分負擔；至於藥費在101元以上，我們就會用20%的比率收取部分負擔，但是上限為200元。不過在醫學中心及區域醫院，不管藥費是多少錢，部分負擔的比率一樣是20%，但是上限是300元，對民眾來講，至少不會有比原來上限200元增加太多的感覺。
- 九、至於慢箋的部分，在過去我們的經驗，健保署政策是希望一些慢性病的病人能夠盡量拿慢箋，不需再到醫院去看病，所以在基層診所及地區醫院的規劃，慢箋第1次調劑與一般藥品是一樣的情況，藥費在100元以下免收部分負擔，但是第2次調劑，也就是投影片第9張表格的右邊，在基層診所及地區醫院一樣是免收部分負擔，但在醫學中心及區域醫院部分，因為希望他們可以盡量將慢箋釋出，所以以基本定額收取100元，因為牽涉到醫藥分業，希望社區藥局能夠協助對病人的照顧，所以社區藥局也免收部分負擔。
- 十、這段時間我們聽到很多醫療院所的意見，請參閱投影片第9張中間的紅色框框文字，給各位做參考，針對慢箋第2次以後調劑，有人建議如果要收部分負擔，醫學中心、區域醫院、地區醫院都要收取基本定額100元，也有人認為醫學中心、區域醫

院、地區醫院、社區藥局可以分別訂100元、80元、60元、50元，我想這些等一下都可以跟各位討論，各位的意見我們都會陳報給部長判斷。不過跟各位報告，我們對於藥品釋出處方箋的概念，是完全沒有影響重大傷病的病人，所以雖然重大傷病病人會用到比較高額の藥品，他們還是免收部分負擔，只有一般病人的部分負擔會調整。

十一、請參閱投影片第9張綠色框框的部分，針對藥品部分負擔調整也有一些配套措施，例如：我們對任1個藥品處方箋推動就醫識別碼，不會讓醫院或藥局發生病人重複拿藥而被核扣的不公平現象。另外有些醫院提出來，建議若醫院釋出處方箋到基層診所或社區藥局時，把醫院釋出處方之藥費排除於醫院總額分區攤扣計算基準，因為目前各分區做攤扣，還是會把釋出處方的藥費納入處理。當然另外我們要留意到一些大型醫院，在自己醫院的門口設門前藥局，我想這都是要面對的問題，關於藥品部分的部分我做這樣的報告。

十二、至於檢驗(查)的部分，請參閱投影片第10張，在基層診所或地區醫院，檢驗(查)費用在200元以下，免收部分負擔，因為事實上在診所驗尿液或是血液的時候，通常它的價格都不是很貴，所以我們一直朝向落實分級醫療免收部分負擔的方向處理，但檢驗(查)費用在201元以上，還是要收取10%的部分負擔，上限是100元。至於在區域醫院，經轉診及未經轉診到區域醫院，分別收取10%及20%的部分負擔，上限金額分別是200元及300元。在醫學中心的部分，經轉診的部分負擔上限是300元，未經轉診上限是400元。所以，假如就檢驗(查)來說，做電腦斷層或是核磁共振常常很貴，可是事實上我們不可能完全按20%、30%的比率收取部分負擔，還是有設定上限，不然對病人負擔會比較重一點，大概是這樣的情況。

十三、另外，請參閱投影片第10張，中間紅色框框的部分，各界的意見是各層級醫院的檢驗(查)品質不同，這個議題是我們要很留意的，尤其有些醫院幫病人做了很多電腦斷層掃描去申報費

用，可是他的檢查結果報告別的醫院卻沒有辦法參考，這樣就會造成浪費，這都是我們要去留意的。至於目前我們規劃的配套，各位都知道我們在預告的是希望以後醫院做完檢驗(查)之後一定要把資料上傳，因為去年總額協商時也撥了一筆錢，所以我們要把檢驗(查)資料上傳的架構做得更好，如果院所不上傳就不給付，院所不要說資訊技術無法配合，這部分健保署都在跟院所充分輔導，至於電腦斷層的品質，也是會請相關的學會協助訂定儀器使用規範及汰換機制。

十四、至於急診部分，請參閱投影片第11張，我剛才也強調，現行檢傷分類第1~2級，醫學中心部分負擔是450元，第3~5級是550元，部長指示我們應該要維持第3級的部分負擔不變，而第1~2級的病人，因為確實需要到急診就醫，就把他們的部分負擔費用變得更少，至於第4~5級的病人部分負擔則要拉高，因為我們不希望在門診對藥品或檢驗(查)調整部分負擔後，民眾發現去急診更便宜，這樣對整個醫療體系不是很好。在配套措施的部分，部長也特別指示，希望在未來區域級以上醫院，治療急、重、難、罕症的醫療給付要更好一點。至於檢討社區型區域醫院及病床數大於100床以上大型地區醫院之層級定位與給付，這裡面牽涉到現實狀況，有些地區醫院相當於準區域醫院，也就是病床數大於百床，或者它的收入很高，這都是需要去檢討。不過雖然是區域醫院，但有一些它真的屬於社區型區域醫院，也就是它是在偏鄉，真的沒有能力做到大型區域醫院的醫療品質，這部分如何做調整，我想都是可以再檢討的部分。

十五、在以上的規劃中，我剛才已經報告對於重大傷病病人完全不去調整，請參閱投影片第12張，各位可以看到圖上最左邊藍色的部分，有700多萬人，就是包括重大傷病、低收入戶等屬完全免部分負擔。根據我們的資料分析，事實上大部分民眾部分負擔在200元以下人數約占60%，但有些病人部分負擔大於3,001元以上，約有75萬人，這是一個嚴肅問題，主計長也要

我去分析一下這75萬人是什麼情況？請參閱投影片第13張，部分負擔在3,001元以上的這75萬人，他們平均每人每年就醫次數明顯就是比一般人多很多，他們的領藥次數，包含慢箋的部分，也比一般人多很多，檢驗(查)次數也是比一般人多很多，所以我們也可以發現他們平均使用的藥品費用及檢驗(查)費用都明顯比一般人高。當然我知道在座很多委員會認為病人也是不得不就醫，但我們認為病人不得不就醫也是我們必須面對的現況。

十六、請參閱投影片第14張，這張表格可以看出一個結論，按照剛才提到的藥品以20%定額收取，並訂定收取上限，而檢驗(查)以10%、20%定額收取，按層級、經轉診及未經轉診訂定不同上限，及急診按嚴重程度調整定額等方式，事實上透過部分負擔這樣的手段，真的可以收到的錢不多，只有121.5億元。可是有1個理論是零元理論，當你要從口袋拿錢出來時，你會比較注意到我是不是有需要接受這樣的治療，因為100元也是錢。請參閱投影片第15張，我們發現假如民眾減少1次就醫，平均算起來1年可以節省378億點，那我剛才提到以我們的投保人數或就醫人數去看台灣的看病次數，是遠比外國人多很多，做多是一回事，但是做多了以後，又做很多檢驗(查)的話，這是我們必須要面對的問題，我認為假如我們能管理得好，事實上是有它的益處。

十七、請參閱投影片第16張，這張圖給各位看到在台灣不同年齡層的平均就醫次數不同，有收入的年齡層確實看病次數較少。對年輕世代來講，我們在做民意調查時，他們都認為使用者付費的部分負擔是可接受的，問題是對年紀較大或退休的族群來說，他們會有壓力，因為他們已經習慣看病很便宜，問題是再便宜還是要有人付錢，所以我們認為社會公平是1個概念。

十八、請參閱投影片第17張，我們必須要報告，在整個醫療體系中，重大傷病、分娩、山地離島地區就醫，依照健保法第48條是免部分負擔，這個我們都沒有去動它，因為畢竟不可能一下

子就朝很多方向去做改革。另外有一些低收入戶或是其他單位補助的部分，事實上不受影響，目前來講，我們知道有一些叫做中低收入戶或者是邊緣戶，怕他們去看病時會有財務的壓力，也非常謝謝何委員語主動跟我們說可以幫忙募款愛心捐款，我們會一直朝這方面去做規劃。假如是中低收入戶或邊緣戶的民眾，我們希望他看病先到社區院所，若有需要再轉診到大醫院，那這個時候我們就可以考慮做一些補助，不過這我們不敢隨便亂開口，畢竟這不是正式的公務預算支應，這是健保署自己努力想要去做的方向。

十九、目前來講，我們擴大推動健保的愛心捐款，透過很多方式，包括：統一發票捐贈碼等很多方式，我們在健保署官網也都有公布相關的計畫在推動。請參閱投影片第20張，大家可以看到健保署全球資訊網也有愛心捐款的管道連結，我們是希望整體來講，一般民眾會自己珍惜健保資源，也會小心思考有沒有就醫需求，並和醫生一起討論。那我也相信醫師也會考慮到病人要做這個檢驗(查)會多花錢，會更善盡說明，讓醫病之間溝通應該會更好，不會病人說醫生叫我做的，或醫生說病人自己要做的，大家都不需要負責任，最後是健保要負起這個責任，這對健保財務也是一個相當大的挑戰，這是我個人的一個報告，跟各位委員分享，也希望看看各位委員有沒有意見。

周主任委員麗芳

- 一、非常感謝李署長伯璋精闢的報告，也很感謝健保署同仁，現在開始討論，因為本案內容較多，所以依據會議資料第35~36頁的「全民健保財務調整措施」研擬規劃綱要，這也是商司長東福對外說今天有5項財務調整配套措施要跟委員諮詢的部分，下面就依據第35~36頁所列配套措施，逐項來徵詢委員意見。
- 二、首先討論配套措施1：調整部分負擔，剛才李署長伯璋也報告得非常清楚，內容有幾大項，包括：調整門診藥品部分

負擔(含慢箋)、新增檢驗(查)部分負擔、調整急診部分負擔，以下開放委員表示意見。請黃委員金舜、顏委員鴻順、陳委員石池、李委員永振、盧委員瑞芬、滕委員西華、吳委員鴻來、馬委員海霞、楊委員芸蘋、許委員駢洪、劉委員國隆、干委員文男、侯委員俊良、胡委員峰賓、趙委員曉芳、何委員語、陳委員秀熙。

劉委員淑瓊

主席及在座的各位先進....(螢幕顯示劉委員淑瓊提供的投影片)。

周主任委員麗芳

等一下，還有報告事項嗎？我剛才不是說從我右手邊的委員開始發言嗎？

劉委員淑瓊

我剛才是第1個舉手登記發言的人。

周主任委員麗芳

好，但是下次請依主席點名的順序發言好嗎？因為我是從我的右手邊依序點過去。

劉委員淑瓊

可是我們不是用舉手的方式嗎？

周主任委員麗芳

對，可是因為剛才一下子太多委員舉手。

劉委員淑瓊

主席我剛才一開始就舉手了。

周主任委員麗芳

請劉委員淑瓊先開始發言，接下來請委員按照剛才的順序發言。
另外，請將朱委員益宏的名字也登打入發言序。

劉委員淑瓊(投影片如本議事錄第103~112頁)

一、針對今天的政策諮詢事項，首先我有5點意見。第1點，我要再次表達對健保署的失望，在我們委員還沒有拿到資料之

前，就看到媒體已經大肆報導相關內容，而且資料還註明是來自健保會委員，但我們都簽了保密協定，不知道媒體的資料從何而來？更不能接受的是，署長2月18日就告知記者在2月25日才會有完整的資料，這是因為健保署的行政效率不好？還是健保署想出奇招？我們認為攸關全民健康福祉的政策會議資料卻如斷簡殘編，這是民眾無法接受的。第2點，我們大家要來思考1個根本問題—「使用者付費」是健保該有的概念嗎？第3點，全民健保是社會保險，基本精神是風險分擔、量能付費與自助互助，但是現在卻用經濟因素要來限制民眾就醫，你要達到「分級醫療」，是不是最後會變成「分級國民」？也就是病人口袋夠深，就可以愛怎麼看病就怎麼看病，而不是看病人的醫療需求，這樣可能讓台灣醫療利用貧富兩極化的情況更為惡化。第4點，部分負擔不是萬靈丹，請健保署提供過去調整部分負擔的成效檢討，我們很早就請健保署提供相關資料，但是健保署直到今天才提供的只是1張統計圖，而不是檢討或成果報告。第5點，醫改會認為部分負擔不是不能調漲，但是請提出資料來理性說服民眾。

二、在衛生署時代，清楚指出使用者付費不符健保精神，更言明：「要一個在工作上，在社經地位上相對弱勢的重病或慢性病患者，多負擔一點保險費，這樣的作法不是改善全民健保財務最佳方式。」此一時彼一時，我們不知道到底要如何來跟民眾解釋？再來，有關調整門診藥品的部分負擔，我們要問在使用社區藥局相對近便的現今，民眾為什麼捨近求遠，願意多花錢到大醫院領藥？可能因為藥局有缺藥問題，可能因為醫生常常在處方箋上註記「本處方藥品不可替代」，這個醫師公會全國聯合會曾經有明確的說明。尤其是在藥品的部分，基層院所跟大醫院取得藥品上的優勢是不同的，PPT上顯示的就是我們看到的證據。健保署有沒有做好原因分析和因應？

- 三、那是不是經濟弱勢就會來影響健康呢？在健保署108年委託韓教授幸紋執行的研究，在串聯健保與財稅資料後發現，領慢箋的病人中，有為數不少是低就業或低所得等雙重弱勢病人。那這些雙重弱勢病人，會不會因為自我篩選而減少領藥天數？現在慢性病人的領藥天數理論上是365天，但統計告訴我們實際領藥天數只有2百多天，或甚至會影響病人去領慢箋的意願，反而影響慢性病的疾病管理及醫療品質、因小失大，請問這是我們要的嗎？
- 四、剛才李署長伯璋提到自91年起的健保愛心捐款，每次提到中低收入戶，李署長伯璋就提到這個，但我要跟各位報告，這筆經費不是一個正規的經費，我們學社工的人都知道，社會上有許多邊緣戶，他就是一個錢打48個結(諺語，意指一枚銅錢用繩子打48個結，取用不易，比喻人非常節儉、手頭拮据)。健保署的愛心捐款本來是針對欠繳保費的民眾或家庭提供協助，那你到時候要怎麼做？是不是能夠真的幫助到有需要的邊緣戶？我也想請教健保署因為部分負擔的調漲，愛心專戶會因此增加多少支出？你們有沒有估算？錢從哪裡來？
- 五、在調整急診部分負擔的部分，請看投影幕的投影片，健保署給我們這張圖，提醒大家，這是1個假設的說法，「如果」病人減少1次就醫，可以節省多少錢；「如果」病人減少2次就醫，可以節省多少錢。這是如果，但是這個「如果」究竟存不存在呢？106年調漲...(發言時間到的鈴聲響起)。對不起！我這次還是要講完我的意見，很抱歉！106年調漲急診部分負擔的時候，健保署是這麼說，為了推動分級醫療，所以要調高門診及急診自行負擔費用，並強調「分級醫療目的是要引導民眾就醫習慣改變，提升效率及促進醫療院所提供醫療服務內容的差異化與分工合作。但是我們去查衛福部統計處的全民健康保險醫療統計資料，發現106年調漲部分負擔後雖然減少急診人次4.89%，但是107年急診人次成長率

馬上就上升，108年成長率更上升到4.47%，這跟國際研究結果一樣，部分負擔調漲對醫療利用的影響只有短期效應。

六、再來，若進一步來審視檢傷分類3~5級的變化，請看投影幕上投影片第14張，這是張武修監察委員提出的監察院調查報告。以107年跟106年比，也就是部分負擔調漲後第1年的效應，我們發現檢傷分類第3~5級就醫件數還是增加0.99%，這個狀況已經算還好，但以108年跟107年來比，第2年檢傷分類第3~5級就醫件數成長率就回彈到3.35%，所以監察院的報告已經明白定論你的政策是無效的。那你可能會講，沒關係啊！至少第1年的醫療利用有降低，李教授玉春告訴我們，這個醫療利用的降低，不管是必要或不必要的利用都會同時降低，商司長東福也曾在媒體採訪時提到這是「科學共識」。請問，這是我們要的嗎？價格從來不是民眾就醫的唯一或首要考量，縱然政府要以價制量，民眾不要衝急診，但請問我們的配套措施在哪裡？不僅成效數據不彰，健保署輔導政策無法有效提高基層院所夜間跟假日的開診率在前，又不提供民眾自我照顧的知能跟衛教在後，實不可取。民眾生病是不挑時間的，不應該因為政府的不作為而懲罰到民眾。台灣的健康達人125從2008年之後就沒有再更新，反觀加拿大BC省的HealthLinkBC，我昨天上去看還在更新當中。

七、最後1項是有關新增檢驗(查)部分負擔，健保署不斷告訴我們減少檢驗(查)很有成效，那為何還要再調整部分負擔呢？你要再減少檢驗(查)量，問題就不只在於重複，而是檢驗(查)適當、必要與否，那為何要只找民眾開刀呢？在現行迭有爭議的核減制度底下，你能夠幫民眾把關嗎？這個檢驗(查)費用暴增，到底是因為跨層級、跨院就醫，醫院之間技術上的不一致，醫師因為專業需求不同，擔憂醫療糾紛而有防禦性醫療，或是民眾的無理濫用，還是保險人管理不善，健保署應該要有所分析。還有，相對於砍藥價，我們想請教健保署，最近1次檢討檢驗(查)費用支付合理性是什麼時

候？

八、最後1句話，支付制度的改革，門診 DRGs(包裹支付)制度盡快上路才是正途，謝謝各位的耐心聆聽。

周主任委員麗芳

請黃委員金舜。

黃委員金舜

- 一、我想整個健保可以永續經營及發展，是在座所有委員都有共同的責任跟義務，20幾年來健保的發展，我非常佩服我們李署長伯璋，擔任健保署署長5年多，真正發現健保的核心問題，台灣的醫療長年以來沒有公平正義，本來大型醫院的責任和義務就是照護重症、急症，難度高的罕見疾病，結果台灣的大型醫院長年的發展都著重在門診，我想醫療資源的分配，大型醫院就是要朝住院病人的照護發展，小病部分就由基層醫療、社區診所來提供照護，結果長期以來政府漠視這塊，改革是陣痛的，哪1個改革沒有反對的聲音？
- 二、我想今天政府願意來承擔改革的責任，也發現分級醫療必須要做，一個最簡單的問題，慢箋就是讓病情穩定的病人長期用藥，1張慢箋可以拿幾個月的藥，病人第1次在門診就醫，第2次、第3次回醫院領藥，也沒有進入診間，跟藥局拿到的藥完全一樣，卻增加感染的風險，而且讓民眾舟車勞頓，完全毫無意義，只是造成更高的藥價差。我想政府長期推動醫藥分業，應該要讓慢箋第2次、第3次領藥回歸到藥局，讓藥師可以扮演藥師的角色，例如：民眾到臺大醫院、臺北榮民總醫院拿到不同的藥，回到他信任的社區藥局，藥師可以發現重複用藥、交互作用，這是藥局可以提供的服務，也可以避免病人舟車勞頓，這有什麼不好？我想整個分級醫療的建構，就是要慢慢地教育民眾，讓他懂得大醫院就是收治重症，診所就是治療感冒，小病可以

找藥局，不要浪費台灣的醫療資源，這是政府要去推動和教育民眾，也要透過媒體教育民眾。

- 三、剛剛李署長伯璋也提到，慢箋吃掉醫學中心的醫療費用，藥師公會也在規劃，是否可以讓慢箋採獨立總額，不要吃掉醫學中心的醫療費用，可以創造更公平的機制。

周主任委員麗芳

請顏委員鴻順。

顏委員鴻順

- 一、剛才劉委員淑瓊提到，台灣的健康保險是社會保險，我想大家都非常贊成，我們知道社會保險的精神就是社會互助，在收費端是量能收費，收入高的人繳的保費高，收入少的人繳的保費少，但是大家的醫療使用權利一樣的，這就是社會互助的精神，所以我記得，上次我們討論調整費率的過程中，所有醫界代表都贊成調整費率，因為這對整個醫療服務、社會保險制度來講最公平。
- 二、調整部分負擔改革政策是陳部長時中體恤這2年疫情關係，很多基層民眾收入不是那麼好，已定調今年不調整費率，所以在這樣的情況下，相信健保署、李署長伯璋真的是巧婦難為無米之炊，老闆都說不調整費率了，那要怎麼辦？只好把另外1個辦法，就是部分負擔拿出來，這樣的方法當然有增加健保財務的功能，但是有另外1個功能，就是減少醫療支出耗用，但是不見得是浪費，所以調整部分負擔具有雙方面的功能。
- 三、我也很贊成剛才劉委員淑瓊所提的，調整部分負擔不是萬靈丹，但也不代表是不能用的辦法。全世界有實施全民健康保險的國家，從光譜最左端的英國到最右端的美國，在英國看病不用錢，由國家稅務來給付，但是英國付出的代價是什麼？就是等待，永遠都有1個長長的 waiting list(等候名單)，在選舉時，候選人甚至會提出要減少 waiting list 天數的政策，這是他們國家在選舉時，提出的政策喔！除了英國之外，還有德國、日

本、韓國、加拿大、丹麥、台灣，美國是商業保險，全部都有部分負擔。因此，我認為部分負擔不是不能提、不能碰的問題，只是在執行的同時，一定要有好的配套措施，才不會傷害到經常就醫的民眾，而且這些人很可能是經濟弱勢者或底層的民眾，所以部分負擔的調整是可以期待，但不能用之過度，也應該有適當的配套措施。就像日本的部分負擔從10%調到20%，再調到現在的30%，每次調整部分負擔都有提出配套措施，這樣才能夠保障基層和弱勢的民眾。回歸到今天的幾個方案，我的建議是，一定要同意某些調整，才會有部分負擔的效果出來。

四、在藥品方面，在調整藥品的部分負擔的措施時，不見得要從層級來考慮，而應該要從病人的方便性來思考，部分負擔的調整不要懲罰到病人，例如這個病人就住在大醫院的旁邊，你跟他說他回大醫院就醫要多付100元，這好像也不是那麼公平，大醫院的服務量能非常大，住的遠民眾到大醫院看病，自然不會拿慢箋回去大醫院領藥，我覺得要站在病人角度去思考，不要懲罰到病人。

五、至於檢驗(查)方面，提到基層診所、地區醫院檢驗(查)費用200元以上就必須收部分負擔，剛剛李署長伯璋也說，基層診所可能200元以上的人數不會太多，我跟各位報告，其實檢驗的費用真的是高啦，舉1個例子，糖尿病病人夠多吧？糖尿病病人光驗1個 HbA1c 就200點，The Lancet 連續3年都告訴我們三高、CKD、糖尿病、dyslipidemia(血脂異常)控制得不是很好，dyslipidemia 的膽固醇，特別是 LDL(低密度脂蛋白)1項的檢驗費用就250點。現在基層診所的三高病人這麼多，所以我建議將基層診所和地區醫院檢驗(查)部分負擔的起徵點，拉高到1,000元，或標準降低但排除某些特殊的病人，例如三高病人，這是對檢驗方面的建議。

周主任委員麗芳

請陳委員石池。

陳委員石池

- 一、從健保分級醫療、抑制醫療浪費的角度來看，所以增加部分負擔，我們可以同意朝這方向來推動，但剛剛劉委員淑瓊也講很清楚，認為部分負擔不是萬靈丹，不是這樣推動就會做得好。先從這次調整的方案來討論，分級醫療是在民眾還沒進到醫院之前，你可以選擇要到哪就醫，這叫分級醫療，你進到醫院後，就沒得選擇了，不會說我進到醫學中心，要挑地區醫院的藥，比照地區醫院來付費，用區域醫院的檢查比照付費，你沒有選擇了。分級醫療是還沒有進到醫院，才可以叫分級醫療，進了醫院後就不叫分級醫療了，進了醫院後，大家就公平了，就像幾年前調整門診藥品部分負擔一樣，各層級都要遵守藥品部分負擔的最高上限是200元，這才公平。現在這樣的規劃就不公平了，是在抹煞病人就醫的權利，處罰那些到醫學中心、區域醫院看病民眾，這樣是不對的。分級醫療是要在就醫前，就醫後不應該這樣分了。例如說慢箋，本來就是要減少病人到院看病，若向病人收錢，就違反初衷了，所以昨天台灣醫院協會和所有層級的醫院協會開會後所形成共識是，要收部分負擔就全部都收，不然全部不要收，這是一個公平概念，你說基層醫療不收，那等於沒有收到部分負擔一樣，所以我建議乾脆通通不要收，這才是公平的概念。
- 二、第2個，檢驗(查)的問題最大，因為檢驗(查)單的有效期限是180天，各位委員，假設您的檢查不是今天做的，可能門診時先繳錢啊！可是過了5個月、半年以後，覺得健康很好不需要檢查，到醫院要求退費，醫院說部分負擔的費用已經繳給健保署了，要行文健保署，健保署找出公文，確認可以退費再發文、撥錢，醫院再通知病人來領錢，像這樣的過程，所增加的行政負擔多大？健保署要不要專門派1個人來負責退費？這太複雜了。

- 三、我剛才講的是門診時先收費，如做檢驗(查)前再收費呢？病人就會抱怨，以前繳1次就好，現在要我再繳1次，醫院又要再上繳1次部分負擔給健保署，這個行政流程非常複雜。以前醫院曾幫健保署收行政費用，健保署通通沒有提供一點好處，現在又增加這麼多負擔，請問這樣合理嗎？錢都你收的，行政工作是醫院來負擔，也是醫院被人民抱怨，健保署躲在後面享受收錢的成果，這樣不太公平，不是很好的概念。我勸健保署還是要好好思考，對於檢驗(查)的部分負擔的作法，對此一定會引起民眾很大反彈，不希望健保署的滿意度因為這個政策而下降，希望李署長伯璋的滿意度扶搖直上，不要直線下降。
- 四、另外談到改革部分負擔，不管是大小醫院、診所的資訊要同步做修正，我相信沒那麼快做得成，假設要推動的話，要給醫院至少半年的時間做準備，不然大概沒有辦法。我知道健保署資訊室好像有大電腦，好像什麼都可以做，但不是所有的醫院、診所都有這麼好的能力和這麼好的東西。
- 五、今天本來要做很嚴正的抗議，我想先跟李署長伯璋確認這件事情，就是今天早上的報紙有提到，慢箋第2次、第3次領藥，若到醫學中心領藥要收100元，有這件事嗎？健保署定調了沒有？(回復：有)那我要站起來抗議，我寫很清楚給你看，醫學中心是台灣醫療的領頭羊，我想這點大家不反對吧，健保署扼殺病人到醫學中心就醫的權利，這是抑制醫療進步，不讓病人看病，沒有病人醫療怎麼進步？不會進步啊，健保署不顧全民的健康，健保署是全民的公敵，我要呼請全國民眾站起來，一起向健保署抗議，這樣做是不對的，健保署怎麼可以做這種事情呢？公部門不顧全國民眾的健康，當什麼公部門啊？我表示嚴正的抗議，怎麼可以這樣子呢？假如健保署真的是這樣做，等一下我就把這個給記者，假如不是這樣，我就不做這件事情，請健保署好好考量。

周主任委員麗芳

謝謝陳委員石池語重心長，接下來請李委員永振。

李委員永振

一、請教主席，剛才聽了李署長伯璋和商司長東福報告，商司長東福有提到我和何委員語關心的問題，但是到最後還是沒有聽到平均眷口數的數據，可以這樣規避監理嗎？

二、以下2點請教健保署：

(一)第1點，剛才陳委員石池有稍微提到，委員尚未收到會議資料前，媒體就開始報導這個主題了，大概有50~60篇的報導。剛才李署長伯璋很認真報告，有增加一些資料，不過好像報導的內容，不管是對或錯，還是好的意見，沒有看到一些回應，提供給委員參考。我是覺得除了今天委員發表意見之外，如果媒體的報導有錯誤，健保署也應該要跳出來更新，不要誤導民眾啊！像陳委員石池剛才還在問，報導的內容的真假，是不是事先提供資料給委員會比較好？對我們討論這議題的資訊正確性和完整性會比較 OK。

(二)第2點，在會議資料第39頁提到，財務端的影響金額大概121億元，但是第40頁又提到，每人每年減少1次就醫次數，可節省大概是378億點，當然這是推估，另外李署長伯璋也在2月20日自由時報發表的文章提到省下378億點，在總額固定前提下，點值會提升，我看了後霧煞煞(台語，一頭霧水)，如掉入五里霧中，健保署是否可以整理一下來龍去脈，這樣會比較清楚一點？

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

一、關於部分負擔，剛剛劉委員淑瓊其實已經提了蠻多實證的資料，部分負擔的議題，健康經濟學已經做很多年的研究，強調使用者付費，主要是從需求面(透過價格)去抑制過度的醫療使用，我是贊成適度地提高部分負擔，因為在我所受的訓練，的

確價格會導引民眾的需求行為(然而實證亦顯示，部分負擔的效果不長久，往往僅有實施初期，因此更擔心在公平性上的影響)，但我強調適度，而今天有蠻多是把這個理念和分級醫療的政策目標綁在一起，這個我不贊成，我主要考量還是公平性問題。

- 二、我在2007年發表(有關醫療使用公平性)的跨國比較論文，比較台灣、香港、韓國的醫療使用(所得相關不公平性)，韓國是社會保險國家中，使用部分負擔最多的國家，醫學中心的門診、住院部分負擔高達50%，結果發現韓國使用醫學中心的病人分布有明顯偏富的現象，而健康中心(health center, 最低醫療機構層級)病人分布則有明顯偏貧的現象，也就是有錢的人才去得起醫學中心就醫，沒錢的人只好在健康中心就醫。加總起來，韓國的醫療使用分布看起來好像非常平均，結果是極度偏貧、偏富混在一起，看起來就很平均(實則不然)。台灣有一點點這樣的情形，但沒有韓國那麼嚴重。
- 三、部分負擔政策自 Joe Newhouse 在1980's 年代完成健康保險實驗研究(Health Insurance Experiment)後，各國就已經定調了，保險要某個程度去抑制過度的醫療使用，必須要使用部分負擔，就學理上來講，我是贊同，但是我還是要強調，我最關心的還是公平性議題。
- 四、今天提的2個主要方案，就是慢箋和檢驗(查)的部分，其實醫師開給民眾慢箋後，就已經沒有涉及醫療利用(所以沒有「節省費用」的議題)，因為民眾只是去領藥，他要去哪裡領藥，應該要給民眾有適度的決定權(其會自行考量可近性及時間成本)。社區藥局如果可以提供相同藥品，病人考量方便性，當然會去社區藥局，因為他/她根本不需要就診看醫師，所以連續處方箋的設計，是要鼓勵民眾不要再去看病，因為病情穩定就繼續領藥，我不能理解為什麼這個部分要加重部分負擔？還分第1次、第2次，第2次以後到區域醫院或醫學中心領藥，部分負擔的基本定額是100元，剛提到分不同醫療院所差100元沒

有差很多，若沒有差為何還要分？為何不全部都一樣？我無法理解為什麼領慢箋要加重部分負擔？過去也有研究發現，領慢箋都比較屬於經濟弱勢者，就算沒有到低收入戶(免部分負擔)，但是他是 near poor(近貧)(所以還是會有財務衝擊)。像檢驗(查)部分，也不是病人決定，這個部分有適度的部分負擔，或許因為有些(少數)病人一進醫療所就說要做 CT(電腦斷層掃描)(各式非侵入性高醫療科技檢查)，也許可以讓醫療提供者有1個理由，告訴病人有部分負擔(可藉此減少不必要的檢查)，但這不是它的主要重點。

五、接下來我有1個比較具體的建議，健保署(健保申報)資料是可以和財稅資料結合。一方面健保署應該可以提供 virtual saving(虛擬結餘)有多少的數據(及計算方式)？即因為加重部分負擔減少醫療使用，可以省多少錢？雖然這是目前還看不到的(但是應該說明估計方式，以取信於人)。我覺得公平性的議題一向是社會保險的重點，所以健保署可以用既有資料(健保申報資料)結合財稅資料，進行相關分析(如所得相關不公平性，至少也可以將醫療使用依所得分群)，告訴我們是誰在用(誰受到的財務衝擊大)？如果是弱勢團體受到影響大，尤其他們的價格彈性和一般民眾大概也不一樣，在估算時，都要把這些考量進去，希望健保署提供更明確的資料，以回應公平性的要求。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、前面幾位委員發言都非常好，我特別贊同劉委員淑瓊和盧委員瑞芬的發言，我完全看不出來，現在是調整部分負擔的時機，下面就幾項政策，提出相關意見。
- 二、藥品部分負擔部分，根本就沒有單獨調高區域醫院、醫學中心層級的部分負擔的法源，診察費會因醫療層級而給付不同，但是藥品沒有，藥品是不管到哪個醫療院所，拿的都一樣的

藥、一樣的價格，為什麼不分層級的價格，到不同層級的醫療院所取藥，民眾卻要有不同的部分負擔呢？況且區域醫院和醫學中心使用原廠藥的比例比較高，加上某些藥品沒有到這些層級的醫院領藥，民眾根本拿不到這些藥品，因為非區域醫院以上層級的醫院可能不採購這些藥品。這不是只有重大傷病才有這種情況，很多特殊疾病的用藥都是區域醫院或醫學中心層級的醫院才會採購。

三、我們不是鼓勵重症在區域醫院或醫學中心就診嗎？重症的藥品單張處方箋金額就會比一般疾病高，他都重症了，也到區域醫院以上層級的醫院就診了，又被收比較貴的部分負擔，這不是與加重部分負擔，以抑制輕症病人使用的理念完全違反嗎？事實上，剛陳委員石池或盧委員瑞芬提到，單就藥品慢箋而言，不管是第1次、第2次領藥，用這麼複雜方式收取部分負擔，若要所有層級的部分負擔上限都調整到300元，我沒有意見，就全部都調，不管在哪個層級拿藥、不管處方箋多少等，我沒有意見，但單獨就他在區域醫院和醫學中心第2次調到300元、第3次收定額，你確定定額收100元，一定比用負擔醫療費用的20%還要低嗎？這完全是沒有道理的計算，除非全面推動處方釋出，進行醫藥分業，讓所有醫院的藥局不提供門診用藥，這樣就沒有問題，民眾只能到社區藥局領藥，全面釋出處方箋，醫藥分業政府自己不敢做，做得不踏實，又要變相要讓回到處方醫院拿藥的民眾調高部分負擔，這其實是完全沒有理由的。這樣讓那些相對比較重症，到區域醫院以上就醫的民眾情何以堪，明明都是拿一樣的藥，不然就讓民眾在藥局或其他醫療層級可以拿得到藥，否則他為什麼要大費周章回到本來就診的醫院。

四、再來是檢驗(查)，不管劉委員淑瓊或其他委員有提到的，健保署做這麼多的引以為傲的措施，節省了多少錢？雲端查詢系統花了多少錢去獎勵上傳，獎勵上傳那些費用都非常的多，但做了這麼多管理措施，費用仍然上升的理由是什麼？進行檢驗

(查)是為了確認診斷結果和治療效果，就這2個理由，所以如果做這麼多的管控措施，費用仍然增加，只有3種情況：

- (一)第1，醫師在診斷和治療上，愈來愈仰賴檢驗(查)。
- (二)第2，在高齡化的社會，年紀大的民眾愈多，慢性病的盛行率也愈高，非常多疾病都要靠檢驗(查)確認診斷和治療效果，三高每3個月做1次檢查，是病人自己要做的嗎？
- (三)第3，高醫療科技在檢驗(查)費用也是上升，不單單只有醫療費用上升，而是民眾使用次數也上升，如果做這麼多管控措施，還是上升，代表病人確實需要這些項目，很多項目還是支付標準要求做的，病人怎麼分辨什麼時間做什麼檢查、檢驗是有必要的？這和特材有自付差額品項可以選擇，或和藥品有其他替代藥品不同。它完全無法替代，以肺癌檢測來說，過去醫界不是大聲疾呼，請民眾電腦斷層掃描不要做256切，做64切就好，我怎麼知道電腦斷層掃描要做64切、256切、512切哪個好？我完全不知道，都是掌握在開立處方的醫師手裡，但是健保署不管控處方的合理性和有效性，再把處方後果的責任全部由病人承擔，這樣怎麼對呢？而且醫師在確認診斷前進行檢驗(查)，確認治療效果所做的檢驗(查)，這其中有處方浪費嗎？我不確定有沒有。

五、關於急診的部分，當初在急診推不同檢傷分類有不同負擔，這點就完全違背急診的本質，檢傷分類的目的是什麼？在座這麼多醫師，檢傷分類是急診在那個 moment(時刻)作為優先處理順序的參考，不代表疾病的最終診斷。如果跟病人說他是一般腹痛，回家後才發現是腹膜炎，那張急診收據就是醫療糾紛的證據，就害了臨床的醫師，他在急診判斷病人頭痛、腹痛的原因是什麼？急診就是事後諸葛，很多疾病還要追蹤72小時才有辦法確定急診的診斷是否正確？急診用檢傷分類調整部分負擔的政策，我記得當時急診醫學會也反對，現在還要將急診檢傷分

類第4~5級的部分負擔調整為600~800元。不要忘記急診還有急症，另1個是就近，在臺大醫院門口跌倒、擦傷流血，呼叫救護車，會請別人把你送到台北市立聯合醫院中興院區或旁邊去嗎？急診處理的不是只有重症，還有急症及就近的問題，有沒有濫用或浪費？全世界的醫療都有這個問題，但是因為這樣的理由去汙名化民眾到急診的就醫行為是非常不可取的。

六、有關調整部分負擔全年累計影響的人數，健保署提到，部分負擔全年影響金額3,001元以上有75.3萬人，這是取巧的說法，剛剛講的 near poor 才是問題，失業和近貧，這幾年社會經濟結構影響很大，光是部分負擔調漲全年影響人數達7成，其中金額為1,000元以上的人數就超過400萬人，不應該只有講影響金額3,001元以上的人數或其影響的金額合計4,213元，講像是這樣平均的金額，有點規避。

七、門診的利用率下降，這2年因為疫情的影響不用講，剛盧委員瑞芬也有提到，過去門診減量的措施，及健保對轉診的鼓勵措施，影響門診就醫次數下降情形都比推動部分負擔還來得顯著，區域醫院以上層級的醫療院所配合門診減量措施，即使他們咬著牙、抱怨那麼多，還是配合政府推動門診減量措施，我們推轉診、慢箋，這幾年釋出處方箋的進步，這個對門診就醫次數降低的貢獻，都遠遠可能比部分負擔還要多，所以如果健保署想要用這方式降低門診就醫次數利用率，我覺得證據應該要更明確一點。

周主任委員麗芳

請吳委員鴻來。

吳委員鴻來

一、首先反映一下，當然我們知道署長有魄力想提出部分負擔改革方案，但還是希望應該讓委員都提早拿到完整的資料，坦白說最近看新聞，我就覺得新聞媒體拿到的資料怎麼比委員還多，甚至報告中一些重要圖表等，都是剛剛到會議室才看到，我覺

得還是要反映一下，委員都有 Email，收資料也很方便，這麼重要的政策需要收集大家的意見，有資料還是盡量先給委員，不然在會議現場臨時看資料比較不好。

- 二、再來，一收到會議資料，我看到會議資料提到，預計徵收部分負擔可能增加收入約121億元，像這種數字的詳細試算資料，都是今天來現場才看到，但前面剛好幾位委員的發言，都是在提醒部分負擔不是萬靈丹，對於是否真的能達到增加這麼多收入的目標，我覺得有諸多疑點。更何況很多方案尚未百分百確定，健保署可能會參考其他意見，例如參考今天會議委員所提的意見，再調整方案。
- 三、剛剛也有提到浪費的問題，提高部分負擔可以稍微引導一下民眾的就醫行為，但還是希望健保署不要把部分負擔當作唯一的方案，好像強調這是抑制浪費的方法，目前還有很多其他可以做的政策，不應該對部分負擔寄予過大的指望，這是多方要負的責任。
- 四、假設真的是可以靠部分負擔增加一些收入，現在健保總額這麼吃緊，也有很大的費率成長的壓力，畢竟健保的服務使用者就是病人，希望增加這些收入，還是可以回饋或投入金額到一些真正實質上其他對病人有助益的項目。
- 五、剛剛有好幾位委員提到，關於檢驗(查)部分負擔的問題，若適度地收取部分負擔，當然是可以理解。我們常常在講檢驗(查)浪費，一直強調浪費，到底誰在浪費，這個其實是很複雜的問題，大量檢驗(查)不是病人單方面要求去做檢驗(查)，檢驗(查)單也是醫師開立的，也不能說全怪醫師亂開，這樣也不對。很多時候，是根據健保的相關給付規範，必須進行必要的例行檢查，希望如果是依上述提到的規定，為了開立一些藥品，必須要去這些檢查的話，還是希望健保署可以評估適度予以減免，不然如果真正影響到真正有需求的民眾，因為我們講浪費，是指不需要、不必要的才是浪費，如果制度改革會影響真

正必要、需要用的人，會有點破壞當初政策的美意。

周主任委員麗芳

請馬委員海霞。

馬委員海霞

- 一、健保制度本來就應該要滾動式檢討修正，且所有政策修訂需考量弱勢族群及經濟邊緣戶，為了減少不必要的驚慌，這些修正應該要充分宣導，讓弱勢族群及經濟邊緣戶都能了解，否則一聽到要調整部分負擔大家都會很緊張，這是第1個建議。重申一下，一定要充分宣導，讓比較弱勢的族群，不會因就醫問題而產生很多驚慌。再來，我們也贊成醫學中心及區域醫院要回歸急重症照護，如何讓這兩層級醫院回歸到我們所期待的任務，真的是要很慎重。政策推動是要繼續進行，我們更要努力。
- 二、我們不反對調整部分負擔，但仍期待相關說明資料應該更詳盡，在看目前所提供的資料時，仍覺得相關資料不足以說服於人，因為有很多點仍不甚明確，就像前面各委員所言，雖然不反對調整部分負擔，但仍期待有更完整充分的說明，可以讓所有接受這些醫療服務而被調整部分負擔的病人，能夠充分地知道為何要做這樣的調整。
- 三、就像前面幾位委員所言，處方及處置都來自醫師開立，病人真的不了解為何自己要吃這些藥品或接受這些檢驗檢查，卻因此需被收取部分負擔，若有些藥品或檢驗檢查屬於浪費或不需要的時候，我想這是醫界跟病人要共同努力的，所以不是單方面的，雖然不反對部分負擔的調整，但期待有完整資料讓我們更了解，回去也才好對我們的族群說明。

周主任委員麗芳

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

- 一、聽到改革2個字，不管醫界或民眾，大家都很訝異及擔憂，應

該說是比較弱勢的團體或是勞工會最擔憂，以後就醫可能要多花點錢了，改革這2個字一拿出來，大家都會有一點這樣的擔憂。可是我個人認為，健保本來就是全國民眾所需要的，也是政府在照顧我們人民。這麼好的政策，全世界都知道台灣健保是第1名，但任何事情做得再好，也一定會有人批評。至於現在健保財務問題已經迫在眉睫，因為錢不夠了，想想健保收支差異這麼大，且支出年年增長，今年總額已經達到8千多億元，支出需要這麼多，收入卻不夠，該怎麼辦呢？我想連總統都不知道怎麼辦，更何況部長或署長，也呼籲部長跟署長要跟大家一起想想，這件事情該怎麼做。

二、原則上我同意改革，但是有些內容署長應該要多花一點心思來溝通，因為署長的優點就是很會溝通，他一直強調怎麼樣好好坐下來談，三層級醫院的部分負擔要怎麼設計，真的需要溝通一下，當然最重要的是，不可以損及民眾權益。民眾有其權益，要去哪個醫院看病是有自由選擇權沒錯，但若在醫療資源這麼緊迫的狀況下，應該要教育一下，譬如說若實行新的部分負擔措施，讓民眾領取第2次慢箋藥品時，要自行多負擔一點費用，這樣民眾可能會覺得有點心痛，明明是我該享用的，我為什麼要被多收部分負擔？這樣可能會促使他思考，既然自己花了錢，就應該好好看病、好好吃藥。也就是意即這樣會有點警惕作用。另外，也要教育民眾不能浪費，該用就用，該看就看，該吃就吃，不要亂丟，不吃就不要開了。

三、至於檢驗檢查方面我之前就提過，病患通常都不知道，自己醫療上需要做哪些檢驗檢查，而且有些醫院反而告訴民眾說，這是為了給予優質服務，而多幫民眾做檢驗。我覺得這要教育，不只要求民眾要自行負擔，醫院方面也該有點責任，可能不是每個醫院，而是有些不是很好的醫療院所，會有多開立檢驗檢查的行為。在此重申不管任何事情溝通是很重要的，同時要教育民眾跟醫療單位了解這些內容，怎麼樣對整個政策，也對政府有幫助，還是要好好教育。

四、剛才馬委員海霞說要多宣導，我贊同宣導的重要性，讓民眾及醫療單位共體時艱，請大家好好運用健保資源，不要浪費，但改革是有陣痛期的，大家都知道陣痛過了就好了，希望署長與各醫療團體及民眾好好溝通把事情做好，我相信民眾會支持，因為健保畢竟是台灣的國寶。

周主任委員麗芳

請許委員駢洪。

許委員駢洪

一、又要馬兒肥又要馬兒不吃草，巧婦難為無米之炊，自民國84年實施健保到現在已將近27年，經過健保第一次的破產危機，所以才會有一代健保改成二代健保，當初的藥品費用是300~400億元，到現在2021年的藥品費用已經達到1,800~1,900億元，所以這種用藥的習慣怎麼能夠不改？至於健保部分負擔的收取，我不認為這個政策只為了增加健保費收入，其實最大用意是提醒，無論是提供及接受醫療服務都要審慎，醫療資源是很珍貴的，是用來幫助病人的，要用在需要的地方，千萬不要浪費。依資料顯示，門診就醫次數平均每人每年16.7次，門診醫療費用占整體醫療費用的比率達到66.6%，相較歐美國家的45%，台灣的門診費用比率偏高，所以我們明白這樣的部分負擔收取方式，可能會觸及到一些比較弱勢的群眾，其實我們是可以設立部分負擔上限來照顧這些弱勢族群的就醫。

二、那我認為健保最大的公平跟正義，是健保政策能夠持續改善，並讓民眾能長期享受健保醫療服務，回歸健保設立的初衷跟原則。我看最近的 COVID-19 疫情，民眾就醫次數明顯下降，顯示過去可能有很多不必要的就醫行為。因此我認為本次所提出的部分負擔改革方案，就是在引導民眾的正確就醫行為，所以只有相信政府及健保改革專業能力的本質，全力支持健保改革決心，才能鞏固改革，度過這次陣痛期，怕痛就不要改，況且若不改，健保還可以維持多久？我相信李署長伯璋5年10個月

健保行政的經驗，為國為民並謀求更完善的健保制度，我想大家應該要群策群力，共同完成健保改革使命，沒有人會去做損人不利己的事情。我這次來開會前，我們的母會全國產職業總工會創會理事長還特別打電話給我，他看到新聞了，叫我一定要特別支持這次改革，所以我認為我應該站起來支持李署長這次的改革。

周主任委員麗芳

請劉委員國隆。

劉委員國隆

- 一、我國經濟的護國神山是台積電，至於台灣人民健康的護國神山就是健保制度，這個制度當然有其功用，並且應該要好好珍惜，所以我也蠻支持健保部分負擔的調升，為什麼呢？因為由收支兩方面來看，現在不調漲費率，當然就是要看如何降低支出，或是思考如何將支出攤給使用者部分來承受。可是在此可思考看看，若施行這次規劃的部分負擔措施，按照署裡面的算法影響金額約為125億元，大概占整體醫療支出8千多億元的1.5%，但若能同步減少西醫門診每人每年就診1次將可節省是378億元，也是只有降低4.5%，那這樣加起來可能降低整體醫療費用的6%。只降低6%，相較於未來醫療費用成長的速度，我們能夠承受多久？還是有什麼更好的策略？我也希望健保署能夠長遠的規劃，或許也可以來看看，若把它變成鼓勵加強宣導轉診制度等等的策略，就是要拜託所有的醫療服務提供者及健保署共同探討，不然我想大家都減少看病也才減少6%效果有限，要再多探討一下其他措施的可能性。
- 二、我們是屬於付費者代表，我也有跟六師等工程界相關人士探討，事實上公益愛心基金捐款就是在救窮，也沒有什麼救急不救窮，窮的人連1塊錢都沒有，要如何增加部分負擔？我相信我們公協會也會有個專案，我在此建議，如果健保署對愛心預算需要多少規模有個概念，我們也願意發動愛心小天使，不要

說1個企業界可能就幫1個醫院募集5、10億元來成立基金，這也不是所樂見，因為這變成是行政部門去勸募一個單獨的企業。但對於健保的公益愛心基金，我相信使用者也要會想要發揮愛心，如果是需要1億元，若每人捐1萬元，這樣我們來號召1萬位捐款人就可達成。因為我看我們公益愛心捐款基金每年只有1至2千萬，如果是為了救窮，讓大家也不會畏懼去看病的話，那這樣的愛心捐款專戶規模要多少，拜託署裡再去規劃，我們再來積極推動。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、這次要調整部分負擔，署長出了很多力，也到處去溝通，剛剛劉委員淑瓊也講了，報紙媒體先登出來的訊息，委員反而都不曉得，這個到底想要造成什麼效果？我想健保會不會有資料給報紙媒體，我感受到的效果是，我們的母會全國總工會基層會員沒辦法找到我，是透過理事長告訴我，部分負擔不能漲，漲了以後使用者付費，最後其實是懲罰到使用者。剛剛有委員提到六師很有愛心，但他們受影響不多，最困難的是比較窮的族群。
- 二、但是健保財務問題還是要救，救的方式很多，譬如說調整後的效能或效益，要多久才能看得到？我們都講目的、手段，結果常常到最後還是不了了之，參加健保會也這麼久了，每次提出部分負擔的政策，本會上屆委員陽明大學教授之前曾說過，調整部分負擔沒有用，他也一再反對調整部分負擔，過去會議紀錄都有。令人疑問的是，這一次調整以後，何時能見真章？健保署能不能告訴我們，要多久才能看到效果如何？
- 三、健保署的大內宣也都一直談到藥品浪費，浪費是很可惡，但若是吃掉或用掉就應該不算浪費，令人疑問的是，檢查用掉、藥品也吃掉怎麼會浪費？是丟掉才浪費。上個月講很多也沒有動

作，今天還有資料說藥品1年浪費190噸，浪費這麼多該怎樣解決？上端還是下端解決？都沒有，已經講N年都沒有去做後續調整。上次提到是否做1個指標，要怎麼樣做，我希望能督促及催生這個做法，希望能找出有效的方式。署長很辛苦，一上任就要推動分級醫療，我還參加電視的與談會，並發言表示支持的態度，但是支持到最後，到現在我看此政策還是尚未成功，已經停擺2年，成果也不彰，醫院以病人為中心去整合的效果還比這個大，在醫院的1個科別看診，查詢雲端藥歷，對照效果就會出來，藥就會少掉了，不會吃這麼多，很奇怪的是一再推動整合都沒有用。當初署長上任的時候，健保支出才6千多億元，現在已達到8千多億元，帳還是算在你頭上，但自然成長的錢都是他們拿去，講也是他們在講。

四、檢驗檢查我也贊成要改善，但推動改善措施也沒有成功，因為檢驗檢查件數仍然這麼多，是否表示每個看診的醫事人員沒有試圖去把資料整合一下。剛才陳委員石池說檢驗檢查單的期限為180天所以沒有用，那改為90天總該有用吧，90天內就要趕快完成檢查，有重病的比較可以看出來，180天太久了，這可以嘗試改一下。

五、慢箋的第2次、第3次領藥還要被收取部分負擔，那是懲罰，人已經病了，再加重他的負擔是不對的。過去曾經在費率審議時，我們也承諾過，如果不足我們也願意微調及改革，同理來說，在此也可以談部分負擔改革，但是不能因為就醫的身分別，而傷害就醫效能及阻礙就醫可近性。

周主任委員麗芳

請侯委員俊良。

侯委員俊良

一、我想健保署也辛苦了，要解決部分負擔這問題很不簡單，剛剛有很多先進提到，針對部分負擔方案有一些具體的建議及想法，這部分我就不多贅述。我只是要提醒，我覺得這個問題是

大家要共同去解決，署長這邊要去解決這些問題也很辛苦，後續我的建議是，今天委員有很多建言，看看署這邊往後如何推動。各位思考一下，如果健保署早一點把這些方案讓大家了解，我想各界都有不同的意見，我們絕對不可能找出一個最完美的方案，我想不太可能，但是在這過程中，各界就會提出很多意見，針對這些意見再去做精準分析，今天開會就會比較有效率、也會更順利一點，我想這就是公開性，希望健保署不要把我們委員當敵人去防備，我想署長應該也沒有這樣的用意，只是往後若有資料應該早一點給委員，這樣處理會比較好。

- 二、第二，應該要有更多的數據分析，還有包括法令的依據為何，應該可以在這個方案中呈現出來。第三，應該要公開把優劣點都講出來，因為我看到署長的報告，都只呈現想達成的目的，對於剛才很多委員所提出的疑慮若可很公開的呈現，我覺得這樣才是比較客觀的去分析，因為所有意見不可能全引，很多東西各方都有想法，透過討論過程，比較能向可行的方案去趨近，這樣才有辦法去達到多方討論的效果。
- 三、另外，我知道政策擬定主管機關大概會有政治上的考量，但解決問題的方法有很多種，為何會挑部分負擔去處理？可能真的是有政治考量，他可能認為比較不會引起更大反彈，但若真的要解決問題，政治考量的部分，實際上不可能完全不排除，但可以在某些部分降到最低，提出建設性方案解決這問題。
- 四、最後，希望部分負擔這方案不要造成後面的後遺症很多，或者只能暫時解決部分問題，而並不能長期解決，就是頭痛醫頭、腳痛醫腳。若是這樣，我會覺得此政策的可行性跟長遠性後續會遭受質疑，以上幾點建議。

周主任委員麗芳

請胡委員峰賓。

胡委員峰賓

- 一、我想李署長伯璋對於推動分級醫療跟擴大弱勢保障，讓醫療資

源合理分配，用心良苦值得肯定。調整藥品部分負擔主要是因為藥費支出越來越高，但是目前這樣改革無法解決高階的藥品問題，依照2019年統計，健保醫囑有73%使用是學名藥，27%是使用原廠藥，但是我們看到藥品金額的占比，原廠藥的金額占57%，學名藥只占43%。也就是專利藥品的專利期已經過，雖然已有學名藥、生物相似藥可替代使用，但還在使用高價原廠藥，這不合理，健保在支付同成分、同劑型的學名藥或生物相似藥，跟原廠藥應該加以區隔，也就是原廠藥應該採較高的部分負擔，這樣健保資源可以有效改善，不會影響病人的藥品使用權利。

- 二、就慢箋的部分，慢箋領藥不應該往醫院跑，應該將資源用在合適的地方，所以慢箋第2次、第3次的調劑，讓社區藥局不收取基本定額，有助於落實醫藥分業，另外診所是分級醫療最基層的醫療單位，也不該收取基本定額。
- 三、另外與會委員一再提到，提高部分負擔不是萬靈丹，民國98年行政院衛生署委託研究計畫「全民健保部分負擔制度之研究」，研究結論認為當部分負擔調整以後，短期內確實存在政策效果，也就是短期內民眾一般就診門診率會下降，但是民眾會針對政策衝擊進行行為調整，所以長期沒有發揮政策效果。如果按照這樣，健保不就得每年調漲才会有短期政策效果？另外提高部分負擔是不是真的能夠減少醫療浪費？我們可以檢視歷次的調整部分負擔是否真有效果，如果調整部分負擔跟促進醫療分配有正相關，那促進醫療分配就要變成全部自費，這樣豈不是就不會有健保了。所以我們認為醫療浪費不是全部可歸責於使用者，也可能是一些支付制度的扭曲部分導致醫療浪費，所以想要靠著部分負擔調漲這個措施，我們認為是有失健保制度社會互助的原意。

周主任委員麗芳

請趙委員曉芳。

趙委員曉芳

一、時間有限，我大概就剛剛其他委員沒有提到的部分補充說明。首先，對於李署長伯璋今天報告的第6張投影片門診部分負擔占醫療費用之比率，占比逐年下降，剛剛署長提到因為這個原因所以要去調整部分負擔，但就我的解讀，這部分占比逐年下降，且109年度只占醫療費用6.2%，是否在告訴我們，部分負擔並不是導致健保費用成長的主要因素；而現在卻選擇優先調整部分負擔，或許需要更多說明。此外，我想建議其中有幾個分析，希望能夠再更細緻的處理：

- (一)第1個包括使用者的特性分析，尤其是高耗用族群的特性分析。請先參閱第13張投影片的分析，基本上就是因果相連，不具有太大的參考價值，所以健保高耗用族群的人口特性、疾病別，到底是什麼樣態或圖像？我覺得需要更多的評估才能了解，今天這樣的改革影響了哪些人，以及他們受到衝擊如何？
- (二)第2個是效益評估部分，請參閱第15張投影片西醫門診每人每年減少就醫次數可節省之金額，所呈現出來對於減少就醫次數的影響，我覺得這過於模糊跟樂觀，我個人建議效益評估的短期及長期效益應分開處理，還有基於什麼樣的基礎及計算的公式而得出這樣答案，才是對社會大眾或被影響的族群更有說服力的作法。

二、最後在弱勢族群的部分，請參閱第16~17張投影片，我想特別針對3個族群請健保署進行更多衝擊評估，也就是說我們假設對這3個族群衝擊最大的，可以做更多分析，並規劃後續因應措施，以減少對這些族群的衝擊：

- (一)第1個就是0~7歲兒童的父母，在少子化的浪潮下，這群父母在家庭的生命週期來講，他們處於壓力很大的階段，包括所得不高、資產累積也在起步階段，如果我們加重這群父母的部分負擔，我個人認為會對少子化衝擊更大，也等

於是在懲罰這些家庭有生病的小孩，這部份我們要審慎處理，當然3歲以下兒童是免部分負擔，但是沒有處理到4~7歲的族群。

(二)第2個就是高齡者，請參閱會議資料第47頁，不支持部分負擔主要年齡別就是70歲以上，當然我們能夠理解他們是健保的高使用族群，但是我們也需要知道他們受到什麼樣的影響，所以對於高齡者，尤其希望對於70歲以上的族群可以有更多的衝擊分析。

(三)第3個，就是剛剛有委員提到近貧的族群，這個族群有比較精確的計算方式，我可以跟各位分享。其實社會保險除了互助精神之外，還有促進資源重分配以達到社會公義的目的，對於近貧的這群人，過去經歷調漲健保費，現在又要討論調漲部分負擔。因軍公教調薪導致民間企業調薪的助益，這群近貧的人因所屬產業類別與結構限制，薪資成長率遠低於一般企業，較少從中受益，因此，可以稱為弱勢中的弱勢。近貧的族群怎麼計算呢？目前低收入戶大概占台灣總人口數1.2%，大約30萬人，再納入中低收入戶，大概占台灣總人口數3%，近貧的族群則再乘以2倍，也就是4%~6%或4%~8%的這群人，是所謂的近貧，如果更寬鬆來算，就是所得為台灣最後面20%的這群人。這群人因為這個制度的變革會受到什麼影響，也是我們需要審慎評估與關注的。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、非常感謝周執行秘書淑婉在桌面前方為大家準備的糖果，裡面有1顆巧克力請大家拿起來吃好不好？(眾委員笑)吃完以後再喝幾口水，大家就會心平氣和的討論事情，非常感謝周執行秘書淑婉的用心，這段發言不算時間啦！

- 二、我非常敬佩李署長伯璋願意提出這項改革計畫，人家說三年官二年滿(台語，為官一任3年，是清廷派駐台官員的任期。雖是一任3年，可是不到2年即無心於職務上，一心累積財富，若以現今的社會來說，許多官員有機會能為百姓服務，卻無心為民眾做事)，我做過就好，但是他勇於任事，願意提出改革計畫。也敬佩部長、院長及國發會的支持，所以李署長伯璋才會提出改革計畫。
- 三、我想李署長伯璋很清楚，付費者有勞工代表、資方代表、民間團體代表、病友團體代表及醫療改革團體代表，醫界又有不同層次的代表，還有專家學者及公正人士等，三色人講五色話，一樣米養百樣人，心不會一樣，因為我們都吃不同飯喝不同水，父母親也不一樣，不會同心，所以提這個案子一定有人滿意，也有人不滿意。但是講回來，俄國普丁跟西方世界討論3個月，如果都聽他的，他今天就不會打烏克蘭了，3個月的協商不成嘛，各人說各人的話，各人說各人的利益，希望回歸主題，上面講的不要給我計算時間啦！
- 四、第1點，請大家定位好，今天談的是政策諮詢事項，任何人都可以建議，但沒有人能夠改變，希望大家能夠清楚這點。第2點，我第1次接到自由時報記者的電話時，我說很抱歉，我不知道討論內容無法回答你，但是我支持健保要改革，講完這些話我就不講了。這中間記者打電話來我都不回應，直到前天早上，中國時報列了很長的文字要我回答，我一直沒回答，到晚上5點，我想一想不要得罪記者，要不然他們時常罵我，我就回答一些簡要的內容。
- 五、請各位不要怪李署長伯璋，因為在禮拜一就收到會議資料了，會議資料27頁到55頁寫得很清楚，今天所有發言的委員都針對這1本，很抱歉我講錯了，不是只有這1本，大家都繞著部分負擔在講，但會議資料中的「全民健保財務調整措施」提出調整部分負擔、調高投保金額上限，檢討旅外國人權利義務，強化政府財務責任等，我想這是今天部長要提出的。但目前為止的

發言只針對部分負擔，要一項項來討論才對，不然辜負李署長伯璋提出這麼多建議改革的方向。如果只講部分負擔，其他都沒講，那部長也不知道你們對於其他措施的意見。

- 六、我很支持部分負擔要調整，也很支持調整藥品部分負擔在醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所、藥局都是同樣金額。你們知道嗎，古早人說不用錢的藥吃了沒效，也就是到現在慢性病人從來沒有吃過有效的藥，高血壓病人吃完藥不會沒有高血壓，糖尿病病人也是，因為不用錢的藥吃了沒效，只能控制但沒有效，所以我建議部分負擔各層級院所收費的公平性。
- 七、我知道部長跟李署長伯璋也怕得罪醫界，就把分級醫療掛在嘴邊，實際上調整部分負擔不是分級醫療的政策目標。我跟各位講，分級醫療制度讓病人沒有自由選擇看病的權利，看病是病人自由選擇的權利，如果醫生跟我感情很好，開的是診所，我會去找他，而不會去大醫院看。分級醫療是一個很好的政策沒錯，但是分級醫療不是一個結果也不是一個目的，因為限制了病人選擇看病的自由權利，但如果有付錢就平等，到診所或大醫院領慢箋都收部分負擔100元。還有不要忘了，如果診所跟藥局領慢箋免收100元部分負擔，那民間會講，領的藥沒有效，因為不用錢，所以要注意，我去醫院領，收100元部分負擔的藥比較好，沒收錢的不好，民間就開始傳。傳了有什麼用？還是不會回歸藥局、診所領藥。
- 八、我接到西醫基層醫師的電話反映，他說如果把大醫院的慢箋都拿到藥局跟診所領，申報的費用要不要算西醫基層的總額？如果是算西醫基層的總額，點值就稀釋掉了會降低，這樣公平嗎？我想等一下聽西醫基層的意見，這問題很嚴重，沒有公平性，傷害西醫基層總額的收入，所以這一點要慎重考慮。
- 九、為了公平起見，不要去考慮分級醫療，大家會自動選擇分級醫療，也會自動找方法去做，這樣才公平。我建議如果調整慢箋部分負擔，在醫學中心、區域醫院、地區醫院、藥局、診所同

樣都收100元，當然我昨天跟記者說藥局跟診所至少收50元減半，但我今天看到台灣私立醫療協會提出的意見希望都收100元，這也很公平。我就講民間流行的詞語，如果跟藥房、診所領不用收錢，藥物就比較差沒有效，要回去大醫院領才有效用，老人都這樣說，所以要注意。

十、因為領慢箋第2次、第3次都沒收部分負擔，我曾經在醫院裡面聽到1對夫妻對話，他太太跟先生說你藥拿一堆為什麼不吃？他說沒有收錢怎麼有效，所以我不吃。女兒來了也跟爸爸說你拿一堆藥都不吃。我的意思是改變用藥觀念很重要，如果認為藥有效就領，認為無效就不要領啊！能不能第2次或3次的慢箋不領，要改變用藥習慣跟觀念。

十一、還有健保制度到目前為止都在照顧弱勢族群，照顧低收入戶、中低收入戶、經濟弱勢戶，你們不要講說調整部分負擔是在欺壓這些弱勢族群，不是，你可以去看所有的資料，健保制度實施到現在，完全都是在照顧中低收入戶、弱勢族群，因為能夠付得起錢的連自費都自己付了，不會考量有沒有健保，坦白說健保制度實施到現在都是在照顧經濟中度以下的這些人。

十二、李署長伯璋剛剛提到愛心捐款，我們的愛心捐款到現在也付出2億多元，最近很多基金會請我再提供詳細的資料，今年的年度工作計畫書做好了、預算都編好了，之後再看要如何幫忙處理。有些有錢人都找我當他們銀行公益基金的監察人，或是參與很多公益基金的工作，所以我也樂於給企業界的基金會來做，因為每年公益基金會都要60%以上的費用支出，所以他們都可以來支持。

十三、另外調整急診部分負擔部分，我認為檢傷分類第1~2級降低，第3級維持，第4~5級提高，雖然我沒有看到詳細的數量占比，但是剛才委員提到，在台大醫院附近發生車禍要送到北投的醫院嗎？不可能啊！馬上送台大醫院。今天大家提供一些意見，把部分負擔金額重新作建議案，像調整藥品部分負擔慢

箋的部分，我正式建議藥局、診所、地區醫院、區域醫院及醫學中心同樣收100元。

十四、調高投保金額上限我也非常支持，因為從基本工資調整到現在11次，調幅46%，可是投保金額天花板上限並沒有調整(註)，如果以每月經常性薪資4萬2,394元來講，5倍也要21萬多元，如果以基本工資25,250元，10倍就是25萬2,500元，要不要調到上下限倍數10倍、8倍，我也提出建議給李署長伯璋做決定...。(提醒何委員語目前討論措施為「調整部分負擔」，其他措施稍後討論)

[註：99年至111年基本工資調漲幅度46%(共調整11次)；自99年4月調整，上限不曾再調整。]

十五、我的意思是調整部分負擔還是要有公平性原則，及導正用藥觀念為實際的方向，像台灣私立醫療院所協會已經表明了浪費的藥物那麼多，這些不是好的現象，所以我站在雇主代表建議，我支持公平性、平衡性、一致性，謝謝。

周主任委員麗芳

- 一、登記發言的委員還是會讓他們發言完，剛才周執行秘書淑婉提醒1點半必須結束，因為之後還有人需使用會議室，所以這個案子12點半一定要結束，後面還有好多案子要討論。
- 二、在林委員敏華發言之後，接下來請主計總處翁委員燕雪針對強化政府財務責任發言，再開放少數委員發言，因為時間不夠，接著請李署長伯璋回應，在12點半結束本案。請陳委員秀熙。

陳委員秀熙

- 一、我的建議很快講完，我還是希望站在健保系統性的永續經營這個觀點，再來追求剛剛大家討論的，特別我也很支持盧委員瑞芬講的公平性，我從這些地方給一些建議。我們常常拿國外的資料像門診費用45%跟台灣的69%做比較，這個東西在文獻上比較很好，但各位從台灣整體防疫可以看得出來，跟國外比較，台灣民眾是有其獨特文化背景等因素。我認為資訊永遠不

對稱，我們所有的專家，包括醫療服務提供者都是這個 Game(賽局)裡面的一份子，可是消費者的資訊不對稱，因此不能常常讓媒體無限擴大，把焦點放在只有這樣的議題，因為細分之後就知道裡面非常複雜。

- 二、我舉一個例子，今天講分級醫療，記者就把分級醫療跟部分負擔弄在一起，但分級醫療在健保署過去推動總額間的上轉、下轉難道都沒有成效嗎？所以應該要在原來制度下，系統性的檢討之後，才來看部分負擔調整。對於哪些門診，依照就診次數、彈性價格指數的反應來調整，但現在沒有。像剛才提到的健保也一直在弄所謂原廠藥跟學名藥，你們知道 Copayment(部分負擔)就是在做這件事情，所以建議一定要在現行已經有的東西之下，再繼續永續經營，我認為這不是改革，部分負擔都已經實施啦，現在是調整，怎麼會是改革？是永續經營讓人民公正性能夠實現，所以我認為這部份需要用這個觀點去做，要非常注意目前已經有的制度、證據，是不是需要再有更多的證據支持？
- 三、比方今天李署長伯璋也提到 Zero effect(零元理論)，剛才提到慢性處方箋，原本醫學中心領慢箋第2次不用付錢，現在調到要付錢，當然 zero effect 就出來了，換句話說，我認為這些本來就需要有專業的分級做考量，我覺得應該要不斷滾動式修正，什麼時候能用這樣的部分負擔措施避免不必要的醫療浪費，應該要多請像盧委員瑞芬這樣的專家，去做一些實證研究。像是 COVID-19疫情影響，大家都在想到底是真的不需要醫療，還是因為防疫不敢出來？這些都是目前可以做滾動式的修正，替消費者把關重要的立論點，所以我覺得以上很重要的建議是，健保基於永續經營要繼續做下去，但必須要讓人民在這場 Game(賽局)裡面得到真正的公正。
- 四、對於提出包括不同檢驗、藥費等證據之外，還有很重要的，在很多國家實施部分負擔後，Cost(成本)也會轉移，這邊省下來，另外一邊升高，需評估是否真正保障消費者權益後，達到

節省不必要的浪費，以上簡單建議，謝謝。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

- 一、剛剛很多委員都針對這次部分負擔調整發言，但是我想再提醒大家，在李署長伯璋報告投影片第5張，就點出全民健康保險法第43條規定所有的病人就醫要負擔20%的部分負擔，若沒有轉診直接去不同層級醫院就醫就會有30%、40%、50%的差距，當然並沒有分所謂的檢驗費、藥費，但事實上原來立法的意旨也隱含了所謂分級醫療這件事情。
- 二、李署長伯璋在很多場合都說他一生懸命要去做部分負擔的調整，一生懸命就是誓死一定要去做，白話文意思講起來大概就是這樣，我覺得部分負擔的調整不可能1次就到位。84年健保開辦3個月後，健保法43條部分負擔就遏止沒有做了，剛開始從4月1日開始做部分，結果做不到3個月就喊停，所以我覺得對李署長伯璋這次提出部分負擔調整，要予以肯定啦。
- 三、大家有很多的建議，甚至還有很多委員或學者專家反對，我覺得與其反對應該是給予鼓勵，而且建議在這樣的基礎之下，再給予滾動式的修正，因為反對就是不動，不動就是現況，財源永遠不夠，民眾沒有做到分級醫療，效果不彰就有很多醫療浪費，所以我覺得必須肯定，但是不是這次調整以後所有的目的全部都達成？當然不可能，包括分級醫療跟抑制浪費還有很多的配套措施，剛剛也有提到，這些配套措施應該要持續的檢討跟落實，特別是分級醫療相關的配套，我覺得健保署也要再持續精進。非常感謝健保署的調整，也重視到弱勢的地區醫院，在健保開辦後弱勢地區醫院逐年萎縮的情形，在這次分級醫療也體現他是社區醫療的一部分，所以非常感謝李署長伯璋這樣的安排，我們協會也是支持。
- 四、最後在李署長伯璋報告中有一點我要跟署長報告，投影片第11

張，急診部分負擔調整相關項目內，特別提到「社區型區域醫院及病床數大於100床以上大型地區醫院」這部分：

- (一)我相信從106年推動分級醫療政策推出後，確實有很多區域醫院降級為地區醫院，現行的區域醫院、地區醫院、醫學中心，是由醫療機構自行選擇參與評鑑的項目，也就是任何1家醫院，甚至500床以上的醫院，都可以選擇他要評鑑成為地區醫院，所以在106年推動分級醫療相關措施之後，我們看到很多300、400床，甚至400、500床的醫院，選擇評鑑地區醫院，我覺得這是扭曲所謂分級醫療政策誘因，是投機取巧的，而且這個情況越來越嚴重。所以我非常肯定這次部分負擔的調整，既然把地區醫院真正回歸到社區，就要有社區醫療的樣子，這種取巧的大型醫院我覺得應該要處理。
- (二)但是這邊提到大於100床，我不知道李署長伯璋是從哪裡聽到的消息，我們台灣社區醫院協會內部一個禮拜前才開過理監事會，對於大型醫院有很多討論，但是從沒講過大於100床以上是大型地區醫院，或許李署長伯璋可能聽到少數人意見，我覺得100床以上是失之偏頗，請署長再予考慮。
- (三)另外我還是要陳述除了評鑑的制度造成所謂的大型地區醫院，還有很多新設醫院，像新竹地區在最近這1、2年就有聽說有2,000、3,000床的新設醫院，而且都是300、400床的大型醫院。屏東地區，在未來的2、3年也有大概2,000、3,000床的醫院，這些醫院都是300、400床，400、500床的大型醫院，這些新設醫院當初跟衛福部提出申請的時候，大部分的理由都說當地缺乏急重症醫療，所以要在當地成立一個300、400床的醫院，但是成立以後呢？所有醫院都叫地區醫院，因為他選擇評鑑地區醫院，不選擇評鑑區域醫院，然後去享受基層醫療相關的福利，另一邊所有急重症的調整，他一樣享受得到，我覺得這樣其實是鑽漏洞，我認為希望李署長伯璋在近期之內，對於大型醫院檢討配

套要盡快實施。再次跟李署長伯璋報告，台灣社區醫院協會內部並沒有認為100床以上就叫做大型醫院，希望署長千萬注意，不要聽少數人的意見寫進配套措施裡面，以上補充。

周主任委員麗芳

請翁委員文能。

翁委員文能

一、首先要肯定李署長伯璋為了調整部分負擔的努力跟決心，但我要提醒報告中的一些數據可能僅供參考，第1點是住院跟門診費用占率，台灣門診費用偏高占67%，藥費也偏高，但是我要提醒有1個數據可能沒有考慮到。

(一)從健保開辦到現在27年了，所有住院的病房費，專業人員的費用，尤其最大宗護理費、藥師費、檢驗師費都幾乎沒有調整過，甚至醫師的診療費或者手術費點數都沒有調整過，所以變成住院費用顯得偏低，而且醫院的住院費一直虧損，這是大家公開知道的事情。所有的大型醫院尤其醫學中心或是區域醫院，住院應該是虧損的，所以他們的門診費用跟藥費要來彌補這一部分，我想李署長伯璋也了解這個事情，因此數據的比率很有問題，因為住院費用偏低顯得門診費用、藥費偏高，事實上跟比較進步的國家比，我們使用藥費的總額不高，我想黃委員金舜也同意，因為藥費已經被砍得很低。

(二)藥費顯得占率很高是因為住院費、專業勞務費一直都偏低，造成不平衡，這應該要調整，剛才陳委員秀熙也提過，國外的數據不一定能拿來跟我們比較，大家都知道台灣的健保是世界的楷模，在疫情期間更顯得重要，因為這個制度一直是大家最滿意的政策，我國國民醫療保健支出占GDP比率為6%多，美國是我國的2倍多，而韓國、日本都比我國高2%以上，表示我國的醫療費用管控得很好。我

同意有一定的醫療資源浪費存在，因為醫療服務具有很高的不確定性，所以適當的使用或過於使用其實是為保護所有民眾，其中也包括醫事服務提供者跟付費者。過度浪費當然是不好，所以我覺得要針對真正浪費的部分去努力。

- 二、調整部分負擔時要很小心，剛才劉委員、盧委員、滕委員、何委員都有提到，因為目標對、方法錯，會讓本來想要保護弱勢民眾、提升公正性、公平性，偏頗到只是為了節省而節省，這樣就有點可惜，這部分也請署長參考。
- 三、有關慢性病處方箋部分負擔，台灣醫院協會也召集了3個層級的委員與理事長一起討論，我們比較贊成要收部分負擔的話，就應該從醫學中心到基層診所都收一樣的金額。因為剛才方案內容有提到慢箋第2次以後調劑，只有醫學中心及區域醫院收100元，其他層級都不收。如果是這樣，除了少數只有在醫學中心才領得到的藥，大部分的人都會到社區藥局去，根本收不到部分負擔的錢，或許只收得到1%的錢。這樣去醫學中心領藥的人，也是不得已的，可能某些特殊藥品在那邊才領得到或是住在醫學中心旁邊。這樣做害處真的是比好處多，所以我覺得假使要收部分負擔，應該各層級都一樣，甚至把規劃的100元降到50元、甚至不要收，都會比這個政策少一點傷害，這是我的建議，請署長參考。
- 四、最後建議是希望今天討論的內容不要就此定案，因為剛才大家講得沸沸揚揚，是不是署長全盤考量今天委員的建議後，再提到部裡做最後決定，決定之前可能讓付費者團體還有醫事服務提供者團體知道各措施的合理性，再實施比較好。
- 五、健保成立27年以來，真的保護了很多的弱勢族群跟經濟困難者，這個優點不應讓它失去。之前一直在講民眾就醫次數太多，這點我同意，因為我當了40多年的臨床醫師，確實有些病患就醫的次數比較多，但是絕大部分都是因為有病才來看病。某些國家就醫次數比較低，一方面是因為看病太貴、另一方面

是因為看病不方便，所以很多病都沒有看。我們因為提供很多方便的看病機會，一有狀況就來給臨床醫師或是專業人員看診，這其實是我們最大的福利跟幸福，我們為什麼要節省這些錢，剝奪這些權利？何況我們國民醫療保健支出在 GDP 占率也才6%多，在世界上算是節儉使用醫療資源的國家，這點意見也請各位委員、衛福部、健保署斟酌一下。

周主任委員麗芳

請林委員恩豪。

林委員恩豪

- 一、剛才委員提到調整部分負擔不是萬靈藥，但是我認為沒有任何一項措施是萬靈藥，要改善健保的問題，總是各種措施都可以做做看。如果健保署提出的分析資料顯示，合理調整一些部分負擔，有助於推動醫療分級跟醫藥分業的話，我原則上會支持這樣的案子。
- 二、剛剛很多委員都提過的意見我就不再贅述，但我希望健保署未來能夠落實政策執行後的追蹤，追蹤實際效果如何，回來跟健保會報告，讓我們知道實際上執行成效跟預期結果到底有多少落差。這些政策都是滾動式調整，我們也才能經由這些經驗檢討未來怎麼調整，或是提出怎樣的方案來繼續持續改善健保財務狀況，並讓醫療分級、醫藥分業做得更徹底。

周主任委員麗芳

請李委員麗珍。

李委員麗珍

- 一、我今天要代表薪水較低的勞工發聲，在署長報告資料的第9張投影片有提到(補充資料「111年使用者付費精神下全民健康保險部分負擔改革方案」)慢箋第2次以後調劑的部分負擔金額。以我們銀行新進行員為例，月薪約為3萬7千多元，我聽他們甚至連銀行間轉帳的5元、15元費用都會去計算。所以我覺得我們在藥局拿第2次處方箋以後的藥物時，是不是可以不要收部

分負擔？因為會去拿慢箋藥物的人年紀都偏大，或許他們有一定的資產或退休金，不會在意50元、100元，但是他們兒女會教育他們這些錢日積月累下來也是一筆金額，所以我建議慢箋部分負擔的規劃可以再調整。

二、小時候我曾經是低收入戶，所以我對於低收入戶的議題非常關切，在署長報告資料第17張投影片有提到愛心捐款專案。就我在銀行業的觀點來看，我對愛心捐款專案非常反對，我覺得為何要以愛心捐款處理？低收入戶、經濟邊緣戶不是健保該負責的，是政府的責任，而且愛心捐款專案的用途在哪？帳務支出監督單位在哪？目前愛心捐款專案裡有1、2千萬元，算是蠻大的金額，有人監督愛心捐款的運作嗎？最清楚低收入戶、經濟邊緣戶狀況的，應該是鄰長跟里長，所以我覺得應該不是由健保負責。我當然贊成推動部分負擔，但排除低收入戶、經濟邊緣戶是政府的責任，應該要政府來負擔，我覺得這點尚有討論空間。

周主任委員麗芳

請林委員敏華。

林委員敏華

一、主席、各位委員，大家好。大家討論這議題時，可能需要從另一個角度來思考。我們都知道目前民眾很重視自身權益，所以醫師在訓練過程中都很重視數值化，也可以藉由檢查避免責任，檢查是無法避免的。雖然資深的醫師可能可以靠著觸摸、理學檢查來診斷，但是現在因為醫療設備進步，很多診斷都靠儀器檢查數字來判讀，這是未來的趨勢。藥物的部分，則是隨著生命週期變長，以前沒有看病或吃藥的人，現在也都以藥物控制了。

二、目前國人保險風氣盛行，可能也必須去探討傷害保險投保的部分，會不會鼓勵被保險人去做健保，因為很多傷害保險是綁健保。我有朋友的同事，原本生病是患輕症，但是投保商業保險

裡面的傷害保險，其中的醫療險，在看病之後反而賺錢，這部分建議健保署與壽險公會接洽，針對各壽險公司是否可以就檔案資料來跟健保比對，目前我看到這部分的趨勢是越來越嚴重，至於剛才很多委員提出很好的建議，需要考慮很多面向，我就不贅述。

- 三、我提出一個方向，是否可以給民眾一個額度，假設額度為5,000元，若民眾沒有超過5,000元，就不需要執行部分負擔，當然這需要考慮到執行層面的問題，就是關於稽徵成本，這部分需要做更細節研擬，基本上我支持這部分，剛才周執秘淑婉有說今天先討論調整部分負擔，我先強調贊成，今天議題不只是這項，還有配套2、3、4，是整體包裹，不是單純只有調整部分負擔，基本上我是支持。

周主任委員麗芳

請劉委員守仁。

劉委員守仁

- 一、主席、各位委員，大家午安，基於時間關係，我就盡量簡單發言，我想今天最主要討論這個議題是針對安全準備金不足，才需要讓健保署這麼費心，我看李署長伯璋與整個健保署都全力以赴在調整部分負擔這項議題做很多的報告資料。
- 二、我看到這個案子，是支持調整部分負擔的方向與作法，但是剛才很多委員於發言過程中，每個團體或單位都從自己立場角度不同去思考相關影響與變化，但是為了公平性原則，我覺得如果要收的話，應該為每個基層醫療單位到醫學中心都要一樣收取，例如收100元或其他金額，建議不用匆促在今天的會議中決定，可以讓健保署有更多時間去把一些意見做考量。
- 三、我要講第二點，我們台灣最幸福的就是有兩大社會保險支柱，一個是勞保，一個是健保，今年政府準備編列300億元預算進入勞保，因為勞保年金真的很危險，馬上會影響到大家，我想這邊很多勞工團體的代表委員都知道，我覺得為何我們健保會

不能呼籲政府一樣有相同的作法？尤其去年整個政府歲收超收4千多億元，前兩天還有立法委員提出建議要還稅於民的做法，我覺得健保財務短絀幾百億元，政府絕對出得起，健保會是不是呼籲一下政府也把這部分缺口補上去，至於後面健保制度或醫療費用的調整等議題，我覺得還是可以緩衝一些時間，我們委員可以慢慢充分討論。

周主任委員麗芳

我先問一下，吳委員鏘亮也是要講調整部分負擔內容嗎？(吳委員鏘亮回答都有)都有，因為有可能講到調整部分負擔，您這邊先發言，截至吳委員鏘亮共有26位委員表達調整部分負擔的意見，接著由翁委員燕雪開始就財務調整措施其他議題發言，因為調整部分負擔已經講很多了，到吳委員鏘亮發言後就結束，其他四項配套措施，包括調高投保金額上限、檢討旅外國人權利義務、強化政府財務責任等等，等一下開放給大家討論，調整部分負擔就不討論了。請吳委員鏘亮。

李委員永振

只有一句話。

周主任委員麗芳

請李委員永振。

李委員永振

因為主席剛才裁示，接下來發言對剩下的三個議題可一起談，目前剩下5分鐘就到12時30分，是否後面議題因為本來就要在3月份委員會議才討論，建議屆時再處理，目前距離13時30分還有1小時，建議充分討論本案，是否可以？

周主任委員麗芳

各位委員是不是可以支持？(委員表示同意)如果大家支持的話，我們今天會議就只針對本案討論。請吳委員鏘亮。

吳委員鏘亮

一、謝謝主席，各位委員好，我想首先肯定健保署與衛福部針對健

保財務收支不平衡提出改善方案，健保財務收支不平衡這麼多年，能夠正視這件事情與努力改善，我要肯定李署長伯璋的努力，有關健保財務問題，不只涉及醫界與健保署，我想跟全民都有關係，因為大家都很關心，外面的新聞報導這麼多，表示我們的民眾非常關切這件事情，我想調整部分負擔，是不是大家能夠接受，這樣的財務缺口要把財源 shift(移轉)由民眾負擔，或是政府要出來解決這個財務的缺口問題。

二、有關部分負擔，剛才李署長伯璋提到占率從10%左右降到6%，當然翁理事長文能有提到，很多都是跟現在的醫療人員有關，也跟我們使用的醫療費用有關，但是還需要檢視，當時設計這樣的部分負擔時，民眾端這邊對於健保財務的負擔，是否經過這次調整部分負擔，把這樣負擔財務缺口轉移到民眾身上，這是我們需要考量，如果要做這樣的考量，應該是普遍性，只有一個原則，不管民眾在那裡接受醫療服務或拿藥，應該是大家在同樣的基礎上去調整部分負擔，這是我們的建議，之後要討論其他配套措施，政府財務責任部分是不是要做更好的調整？我想這些可以事後再討論，我覺得今天很多委員都很關心這件事情，而且大家考慮的重點都不一樣，是不是在這個地方建議李署長伯璋之後能夠另外找時間，我們充分討論相關的政策以後再來實施這樣的制度，這是我的建議。謝謝。

周主任委員麗芳

- 一、上述都是針對調整部分負擔的細節與執行層面給予很多意見，接續開放其他配套措施部分討論，請翁委員燕雪。
- 二、接著請卓委員俊雄、陳委員有慶、林委員恩豪、林委員敏華、干委員文男、何委員語、李委員永振，等這些委員發言完了，再請李署長伯璋回應。請翁委員燕雪。

翁委員燕雪

- 一、主席，各位委員先進，我主要是針對這次配套措施四，強化政府財務責任表示意見，在表示意見之前，我有一個看法想要建

議健保署，就是有關分級醫療，我們一直在強調要教育民眾，但是我覺得對醫界的教育也很重要，以我來講，最近半年內有兩次轉診，我都是先去診所看病再轉診到大醫院檢查，為什麼要轉診？因為診所認為我的病情需要比較精密的儀器去檢查，所以幫我轉診到大醫院，第一次轉診檢查做核磁共振說沒有問題，但有些小毛病，大醫院的醫生就建議我這個問題其實回到小診所就可以治療，我也覺得去大醫院看一次病要花400、500元實在太貴，他給我這樣建議我認為很好，我就回到原本的診所就醫。

- 二、第二次轉診是治療眼睛疾病，檢查完說沒有問題，但他就叫我半年後再來追蹤，那天去看診花不到5分鐘就結束了，這樣的看診其實診所就可以做，可是台大醫院醫師就叫我半年後再來追蹤，我繳費看到帳單就嚇到，因為之前轉診所以費用才200多元，他叫我一個月後再去複診，確定沒有問題就半年後再追蹤，結果醫療費用我看到500多元，我就會評估還要回到台大醫院看病嗎？但是我到台大醫院就醫的過程中，我發現台大醫院的掛號是掛不進去，轉診反而掛得進去，去看病發現都是老人家，因為畢竟醫生跟病人之間是資訊不對稱，建議健保署不要只說教育病人，其實醫院端的教育也很重要，他們可以告訴病人回到基層診所繼續追蹤治療就可以，這是我的一點建議。
- 三、接下來我要針對配套措施四，請看會議資料第36頁，社保司敘述當初二代健保新增政府最低財務責任，因為行政院協商後才在105年修正健保法施行細則，把政府額外福利補助納入計算，我要澄清所謂社會保險就是一種社會福利，不會把額外社會福利補助納入計算，當初也不是因為行政院協商才修法，是因為我們發現健保法施行細則的規定逾越母法，大家可以翻到會議資料第31頁(四)強化政府財務責任，在講健保法第3條第2項提到，政府依法令規定應編列本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金額之百分之三十六部分，由主管機關編列預算撥補之。這邊講的是依法令規定扣除，沒有說

是依健保法規定扣除，原來健保法施行細則是說我們只能依健保法扣除，這樣健保法施行細則是逾越母法，所以才建議予以修正。

- 四、最近健保署給我們這本法規，健保法施行細則第45條的修法緣由也有寫，原本的規定限縮母法所以才予修正，現在如果因為財政困難又把它改回原來的錯誤，則又逾越母法第3條，會議資料第36頁有關社保司的主張，我們是反對，因為這樣反而又逾越母法。
- 五、要提高法律解釋層次把36%計算基礎納入健保法施行細則，有點疊床架屋，健保法第17條規定，本保險保險經費於扣除其他法定收入後，由中央政府、投保單位及保險對象分擔之。所謂保險經費，在健保法第2條規定，就是所有健保支出加上安全準備，保險經費扣除其他收入後(鈴聲響)，抱歉，請主席給我多點時間好好解釋，在扣除其他法定收入後，由政府、雇主、被保險人三方一起負擔，回到健保法第3條，他說政府要負擔36%，反面來講雇主與被保險人要負擔64%，大家負擔基礎是一致，就是我們要一起來負擔健保經費，所以以現在來看計算基礎是一致的，如果社保司現在去修健保法施行細則會造成不一致，收入比支出多時，政府要跟另外兩方付一樣的錢，多收的錢拿去放在安全準備，健保法第76條有講收支剩餘放在安全準備，虧損時拿安全準備出來彌補，但之前社保司表示，部分委員主張虧損時政府要針對虧損再出36%，這樣表示大家在虧損時負擔就不一致，也就是虧損時，雇主跟民眾可以拿安全準備出來填補那64%，但是政府卻要自己拿錢出來付那36%，跟健保法第17條規定不一致，目前做法我想商司長東福是認同，所以這幾年從來沒跟我們吵過這問題，我們現在做法是完全合乎法令，如果去改反而違法，所以我們覺得君子愛財取之有道，不是說現在缺錢就把健保法施行細則修一修，外界會覺得政府在玩弄法令，當你有錢就說好，多拿一些進來算我的，缺錢就說，那些我不算了，我想不應該這樣處理，我們還是回歸

到正規來辦理。

周主任委員麗芳

請卓委員俊雄。

卓委員俊雄

- 一、主席，各位委員，各位健保署與健保會的同仁，大家好，針對這次健保財務改革方案，我提出三點建議與疑問，請健保署稍微說明一下。
- 二、第一點，關於這次健保財務改革方案，應該屬於重大健保制度改革措施，不知道健保署在提出這個案子時，內部有沒有委外的研究報告，如果有的話，內部的座談與研究細項能不能提供參考？因為我從這次會議資料說明中敘述重要內容摘要如下，顯然應該有比較完整的資料，能否提供參考？
- 三、第二點，針對這次健保財務改革的成效提案，請問有沒有經濟的效益，應該只有短期而已，因為好像對於準備金的改善不顯著，能夠達到法定最低標準維持多久，看不出來，如果屬於短期效益的改革建議，不知道健保署有沒有其他長期改革方案，如果有的話，不知道什麼時候會提出來？我們要不要現在先討論流程，以避免未來產生今天這樣的狀況。
- 四、第三點，我建議關於健保財務的改革方案，對於重點成效說明似乎應該需要更具體一點，如同我剛才所講，如果認為這次改革來改善我們財務狀況應該是好的，他的具體數字是多少？我舉例，我們可以看得出來剛才李署長伯璋在做簡報的時候，強調對於門診、住院醫療費用的一個比例調整，我們重點放在那邊，又如針對點數與點值的問題，這次提出來的案子不曉得是否可以改善，門診占率60幾%，透過施行本案能不能掉下來，大概掉多少，如果可以做到這樣的話，可以減少外界的疑問，也可以得到民眾的支持。

周主任委員麗芳

請陳委員有慶。

陳委員有慶

- 一、各位委員，關於遠洋漁船船員不得辦理停保，我也同意，我們遠洋漁船的船員一出港都2年才靠岸，這2年期間都在海上作業，作業快滿載時，公司會安排運搬船把魚貨載運回來，他需要的油、水、食物等，都有補給船補給，所以船員2年才靠岸，在2年期間萬一生病怎麼辦？以前在健保監理會時，我就建議，後來健保監理會請求高雄的大同醫院協助，在船員出港以前，先跟大同醫院聯繫，那邊有一套樣版藥品，比如編號1是退高燒藥，2號是止痛藥，3號是消炎藥，這樣編號起來，若在海上有遇到傷病的話，透過衛星電話問診，醫師指示他使用幾號的藥，在這樣醫療船員，所以我們遠洋漁船船員都沒有使用到醫療資源，比如你們出國在外，一樣在陸地上，在國外就醫也可以拿單據回來核退，我們船員在海上都沒有辦法，我的意思是不要停保，因為萬一停保，回來就需要等6個月才能納保，也就是船員累積2年的疾病，若停保，則要等6個月才能使用到健保，還有萬一中途患重大傷病，由運搬船搬運回來也無法得到醫療服務。
- 二、我贊成不要停保，但是資方絕對贊成一定要停保，因為減輕他們的負擔啊！對於勞方，若停保，就沒有得到醫療的保障，萬一患重大疾病，家庭的經濟會陷入困境，所以我贊成不要停保，還有，這樣很不公平啊！我們在海上有作業都沒有用到醫療資源，還要跟一般人繳的保費都一樣，所以希望未來在修法時，能夠考慮到這些遠洋漁船的船員，他們的保費能不能減輕一些？以上。謝謝。

周主任委員麗芳

請林委員恩豪。

林委員恩豪

有關配套措施三，檢討旅外國人權利義務，就是停保制度，這項議題已經討論很久，我記得去年衛福部也正式提出健保法施行細則

修法草案，但是遲遲沒有正式執行，我希望趕快回歸健保法強制納保的制度，就是全面廢除停保制度，雖然在整個健保財務收支上沒有多大影響，但一直以來公平性問題一直被討論，可以趁這次辦理，不要一直再拖，趕快把它正式實施。

周主任委員麗芳

請林委員敏華。

林委員敏華

- 一、配套措施二，就是調高投保量能，我是贊成，最近幾年美中貿易戰全世界台商紛紛資金回流投資台灣，看到報章雜誌報導國內上市櫃公司獲利都非常好，所以未來薪資調整上是很好，適當把投保量能提高，讓收入多的人多繳保費，我是贊成。
- 二、配套措施三，我很贊成陳委員有慶的意見，就是取消停保制度，既然都是台灣人民就依照法律規定，國人在國外就醫也有些單據可以回來做申報核退。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、第一點，有關現況的檢討我都同意，但是在會議資料第53頁，健保投保金額分級表上限檢討有回應貧富差距持續擴大的問題，我希望基本工資能夠再提高，這個收穫比較多，不然雇主代表委員一直提平均眷口人數要降低，相對健保收入也會減少。
- 二、第二點，今天要在會上討論還是你們回去自己作業？如果要先討論，按照現有的列表，大家使用多年也知道比較有可能改的部分，這樣一項項同意就通過，以後就不會有人講話，直接這樣比較快！要不然再討論下去也會生變，如果一項項檢討後就定案，回去若被罵的時間也會比較短。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、主席，各位委員，第一點，我們雇主5位代表，支持慢連箋從藥局、診所、地區醫院、區域醫院與醫學中心都收100元，我們支持公平性與合理性，還有就是到哪個地方領藥，都是要付出這些錢，改變領藥用藥的觀念和習慣性。
- 二、第二點，李署長伯璋很用心，調整部分負擔有做民意調查，支持調高有66.1%，不支持有22.5%，表示4個裡面有3個支持，1個不支持，已經很不錯了，我到很多醫院訪問，他們全面支持，且都希望收200元，因為現在計程車一坐上去就超過150元，慢箋收200元很合理，也有人講300元也可以，他們認為健保每個月要負擔1,000多元，我付200元有什麼關係，現在健保署提議100元，我們也大力支持。
- 三、第三點，調高投保金額上限，我們非常支持，台灣的所得稅是63%的人付，37%的人都不必付所得稅，台灣現在的社會是這樣，因此我這裡有寫，我們健保會委員今天發言都非常盡責，但是大家不要忘記，台灣消費者、病患的智商很高，不是大家講消費者、病患的智商很低，這個沒有，大家眼睛都是雪亮，都很聰明，為何他們都會選擇醫生、醫療機構，到處打聽，請所有委員要了解這一點，不要以為他們消費智商太低，我們在指導他們，不是這樣的。
- 四、調整部分負擔的民意支持度已經達66.1%，表示這是很合乎社會常態。調高投保金額上限我也非常支持，但我建議從18萬2,000元，調高23%到22萬3,860元，你們會問我23%從哪裡來？因為11年來基本工資調高46%，我們李署長伯璋會很好講，基本工資調高46%，這一次調高投保金額上限為調高23%，剛好一半，也是一個數字，至於要調高20%、18%或是21%當然是由衛福部做決定，我建議調高23%，依據就是46%的一半。我也贊成有錢人多負擔一點健保費，每個月多繳2千元健保費對他們來講不是負擔很重。

五、關於檢討旅外國人權利義務部分，如果要全面廢止停保制度，我認為政府駐外人員、遠洋漁船船員等也要全部廢止停保，不要有些人廢止停保，政府官員、遠洋漁船船員卻可以停保，有人權上差異，讓人質疑「只許州官放火，不許百姓點燈」。若要恢復停保制度，我建議從加收3個月保費變成加收6個月保費。目前平均5年約有16萬人辦理停保，其中有9萬人復保，有6萬人就醫，這6萬人的醫療費用與這16萬人繳交健保費相近，若從3個月提高到6個月，就可以增加3個月的健保費收入，之所以建議6個月，因為一般出國1、2年回國，收取6個月健保費並不過份；若出國後6個月內回國，就不必辦理停保，這是我的建議。

六、關於強化政府財務責任，我還是認為趕快補回106~110年的政府負擔差額，政府稅收已經連續5年超收800億元以上，去年甚至超收4千多億元，超收這麼多錢，應該補回來，建議趕快補回來給健保。

七、我很贊成補充保險費制度改革，這項涉及修法，衛福部要跟立法院溝通，討論修改內容，我們支持補充保險費的修法，但是修正內容還是尊重立法院及衛福部的決定。

周主任委員麗芳

楊委員芸蘋是最後一位發言，接著請李署長回應，之後如果還有委員有意見，請提供書面意見，我們會彙整所有的書面意見，請大家不用擔心。請李委員永振。

李委員永振

一、關於調高投保金額上限，依照會議資料提供的分析，這個議題要審慎考量：

(一)依據這邊的分析，依法無據，並沒有調高的理由，不是說公務人員都要依法行政嗎？

(二)理由不充分且沒有說服力：

1.現在最高一級為182,000元，最低一級25,250元，差距還很

遙遠，基本工資調高這麼多年才調高7,970元，怎麼會「漸漸趨進」？這沒有說服力。

2.關於「應適當反映經常性薪資之成長」，我們要注意高所得者除了平常繳交一般保費外，還繳交很多補充保費，不要忽略這點。

3.關於「回應貧富差距持續擴大之問題」，這點我就更想不通，更沒有說服力。

二、有關檢討旅外國人權利義務，依照健保署的資料，2017~2019年短期復停保的的資料，保費收入13.1億元，醫療支出點數換算之後差不多支出11.3億元，兩者相減，還有結餘1.8億元。接著看2016~2018年除籍之後返國加保的資料，保費收入6.5億元，醫療支出換算後約6.6億元，不足800萬元。兩者相加還有賺，為何要檢討這個議題？這是健保署提供的資料。改革的重點應該放在怎麼設法找出那些取巧的人，我們的印象都是來自報紙報導，應該想辦法抓出來並解決才對。

三、關於政府的責任，我本來想感謝主責單位有一些領悟二代健保的精神，我以前講過，二代健保就是要政府多負擔財務責任、多付錢。翁委員燕雪上次會議曾轉述主計長的說法，強調政府沒有欠健保一毛錢。當時我不了解，回去幾經思索才想通，因為主責單位沒有跟他要錢，所以沒有欠健保，責任又回到主責單位！剛才翁委員的發言也證實我的猜測沒有錯，主責單位都沒有去溝通。但是這樣講對商司長又不公平，我常說他屁股擦不完，這不是他造的因，但是他現在要收拾後果，不知道該怎麼收拾才好！政府負擔36%的問題爭議已久，是不是可以一併解決，如要修改健保法施行細則第45條，還要送立法院備查，36%是可以自我檢視，是主責單位自我閹割綁手綁腳的，不需要修法，法理面的解釋應該可以通，現在我不知道該如何繼續講下去。

四、剛剛翁委員講的可以思考一下，第一點，按照法令，沒有排除

其他法令，但沒有講到目前健保法施行細則第45條與健保法第27條相衝突的部分，健保法第27條規定的繳費情況很多，但是這是社會福利去補給這些人，是這些人去繳的健保費，不是政府直接繳的，這是不一樣的道理，一隻牛不能剝兩次皮。社會福利是政府幫你出的，沒有對價關係，保險費的繳納則有對價關係，兩者意義是不同的，不能混為一談！上次說牴觸母法是基於這點。第二點，一直講36%、64%是錯誤的觀念，過去政府負擔不足，所以補到36%，事實上政府可以出到40%，我再重覆一次，當初討論修法時，在野黨提出40%，執政黨說36%，後來才說至少是36%。講到健保第76條第2項時也忽略1點，該條第1項的安全準備是講來源，並沒有指虧損的時候就可以把虧損帶入，若有的話就修法，有虧損的話帶進去。第2項才講若不夠的話，從安全準備填補，所以現在也有補啊，哪有不公平的地方？所以不可以把負的安全準備帶到健保法第3條的公式內，這樣解釋是不對的，你填補的時候有讓你補，但這不能當成公式裡面的安全準備來源，爭議是在這裡。我開會之前又重新估算到110年的財務，當然110年的短絀是粗估，政府大概差921億元，按照健保署上次提供的會議資料，加上111年的差異會達到1,096億元，不是要求政府直接撥入，而是要求依法行政。解決36%的爭議，可以避免在年底成為選舉受攻擊的話題！

周主任委員麗芳

請許委員駢洪。

許委員駢洪

一、主席，各位委員，大家好！台灣國人的健保本來就是強制納保，廢除停保制度，避免旅外國人一出國就停保，生病才回來台灣使用健保，這有失公平性，健保署的資料顯示，2019年停保再復保者有9萬人，其中6萬人有就醫紀錄，3萬人沒有就醫，我認為應廢除停保制度，才能夠讓健保落實公平性。

二、剛才何委員語提到11年來基本工資調高46%，健保的投保金額上限已12年沒有調整，我贊成調高上限，才能夠讓全民健康保險的財務措施更健康、更發揚。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

朱委員益宏

針對其他配套措施我有兩點意見：

- 一、關於檢討旅外國人權利義務，我支持政府去取消停保，不得辦理停保，但是要特別注意一些相關配套。健保法第8條有規定納保資格為中華民國國民且在臺灣地區設有戶籍，如果出國2年就沒有戶籍，沒有戶籍就不具健保身分，到時候回來該怎麼處理？我覺得這可能要有配套，像是疫情期間有很多留學生，因為疫情關係無法回國，但是健保法第8條規定2年後會除籍，除籍後就不具健保身分，我覺得這部分要做比較細緻的處理。如果要解套，應該要同步修改健保法第8條規定，跟戶籍無關，這樣就不只有修施行細則或相關行政命令，不然會產生很大的問題，而且對於旅外國人會有很大的影響。
- 二、關於配套措施五，主要是中長期的改革，所有配套都是在收入面，既然要做財務的穩定、平衡相關配套，請社保司、健保署應該要一併考量醫療機構的點值問題，現在的醫療點值是0.7、0.8，不能說財務平衡穩定以後，醫療點值卻變成0.5、0.6，把所有財務責任全部推向醫療提供者，我覺得不公平，希望社保司或健保署也要將點值也要列入考量。我知道署長對於醫院總額的點值穩定有一個10年的配套措施，希望署長在中長期配套措施能夠將相關點值列入考量。

劉委員淑瓊

我的意見非常簡短，健保署提供的資料有民調數據，高達66.1%的民眾贊成調高部分負擔。首先，我們不清楚這份調查是何時做的，抽樣資訊交代也不清楚，最重要的是，題目本身存在引導式問法—

「『若政府為提升成本意識及珍惜健保資源，』規劃按醫院層級調整藥品部分負擔收取方式、新增檢驗檢查部分負擔的費用，請問您是否支持這項政策」，這在命題上犯了研究法的基本錯誤。我的同事趙委員曉芳在學校教授研究法，如果學生寫這樣的問卷題目是一定會被退回去。請健保署開大門、走大路，既然花錢做民調，請在問卷設計上能夠更公正、符合科學精神，相信結果會更有說服力。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華委員

針對其他措施做2點發言：

- 一、關於停保措施，我一直以來不支持停保規定，所以支持全面廢除，健保法並未規定可以停保，健保法施行細則第37條至第39條是違反母法授權，但朱委員益宏所講涉及2年的規定跟我的理解不太一樣，請商司長確認。健保法第8條規定的強制納保是國籍加戶籍，2年是當年二代健保修法時的規定，所以沒有戶籍回來要等待6個月，等待期就是為了沒有戶籍的人，或是具有國籍而移民的國人所用的，或者長期待在國外的人而用的。
- 二、這次疫情，有旅外國人長達2年無法回國，健保被自動停保，我是支持全面廢除停保規定，但是針對保有國籍且本人有意願持續加入健保，因為其他因素無法在2年內返國的國人，應該要給予自動願意持續繳納保費的被保險人資格。現在有強制退保，停保是自己要辦理，有強制納保跟強制退保，只有這種人被強制退保，我認為要考慮旅外國人願意持續繳納保費，應有管道成為有效的被保險人。
- 三、健保法第13條規定失蹤滿6個月應予退保，施行細則第37條規定失蹤未滿6個月者得辦理停保，失蹤的人數可能不是很多，我們對失蹤的認定可能要同時考量失蹤1個月未滿6個月，如果1個月也算有可能會引起爭議。

四、對於提高投保金額上限及補充保費，不太知道究竟要收取哪些所得及所得級距，什麼是財政部可以掌握的海外所得，蔡總統2016年的政見，唯一提到有關健保政策就是家戶總所得，民進黨也有版本，2次完全執政，光是靠民進黨立委投票都可以通過的法令，到現在為止不思正確的保費費基改革，剛剛講說要維持點值合理性，收不到合理的保費，保費沒有世代正義，不用真正的實質所得，才會在這邊說提高保費級距，這些都無法達到有錢人繳交比較多的錢，可以風險分攤，量能負擔的社會保險的收費精神，所以我還是要講，不要一直便宜行事，用墊高投保金額上限及增加補充保費的方式，不走正路、大道，應該要走家戶總所得的改革。

周主任委員麗芳

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

- 一、剛剛滕委員西華講了一些我要說的內容，我就不重複。我很贊成配套三「檢討旅外國人權利義務」，很多人出國不回來，是因為疫情關係無法回國，在勞保部分是有優惠的，勞保已有應對措施，健保應該也要檢討，不應該說他不回來就強制停保，這是不對的。我很贊成廢除停保制度，如果說他真的不回來，但是願意成為納保的成員，也應該要接受他。
- 二、關於補充保費制度改革，我贊成可以提高，有些部份要調整，剛剛滕委員有講過，全面制度化一定要完整，且確定沒有問題再來調整才可行，我認為這是對的，我想只要是健保署做的措施，只要對健保有幫助對民眾有利的，一般國人都會支持，但是在執行前，還是要做好萬全討論、分析及檢討。

周主任委員麗芳

請黃委員振國。

黃委員振國

- 一、針對財源改革的部分負擔策略，健保法第43條有關分級醫療精

神，要求至地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫負擔30%、40%、50%，如果真的執行有困難，應該回到立法院修法。各國保險制度都有部分負擔制度，若部分負擔已經造成民眾負擔困難，應該由政府編列預算補貼困難的差額，看哪些人應該免除或減少，而非保險的精神被扭曲。

二、關於提高投保金額上限，我覺得剛剛何委員語講得很好，目前只有六成多的人繳稅，另外三成多沒有繳稅的人，是真正沒有收入所得？還是政府沒有去查這些人的所得？或是沒有呈現在帳面上？大家知道，除繳交所得稅外，保費也是我們應盡的責任跟義務。但是有人的所得，有些行業的人，完全是現金交易，根本沒有實質資料可以查，政府也沒有盡到該有查核的責任。勞保投保上限才4萬6千多元，為什麼健保的上限是18萬元，保障、權利跟責任要相符，勞健保高達10幾萬元的差距，社保司或是相關單位應該要去檢討為何沒有相符。我覺得這是柿子挑軟的吃，因為醫療院所從業人員的所得大部分來自健保，請健保署公告到底有哪些行業人員真的投保金額高達18萬元，真的都是大老闆嗎？還是因為這些人的所得來自於健保透明度最高的行業？相信在座中、西、牙、藥師很多都會跳腳，社會納保的金額能真正能反映所得嗎？我也支持要回到家戶總所得的概念，所以調高投保金額上限的時候，請健保署跟政府相關機關去了解到底有哪些行業有可能忽略應盡的責任，保的保費過低，或甚至沒有繳，這漏洞若補起來，相信金額也相當可觀。

三、關於國人出國停保規定，我也支持不要有例外，我們在國內的所得是透明的，投保金額是正確的，旅外國人的健保身分只有2種，用眷屬身分或是地區人口身分納保，保額都是最低的，講難聽點，我們無法查國外所得，假設在國外未盡應盡的責任，也不應該回國就享受到權利，所以我們支持全面的停保。就像剛剛滕委員西華講的，因為疫情關係，或是他出國但願意保有他原來在國內的保額，我相信讓他維持這權利是可以的，

但是不要因為出國而免除他應有的責任，反而用投保金額最低，回國趕快看病，健保資源有限，應該全面檢視。

楊委員芸蘋

主席，我回應一下，剛剛黃委員振國所說某些行業高所得投保薪資18萬元，是知名演藝人員才有此收入，不是每個人都是高所得。

周主任委員麗芳

請陳委員石池。

陳委員石池

- 一、我的發言很簡短，政府要先負擔責任，剛才翁委員文能也提到，醫療支出的GDP占比僅約6%太少了，世界上很少有國家用這麼少的醫療支出，只要GDP提高就可以達到很多成就。105年健保法修法之後，也提到政府額外的福利也可用在醫療上，可是都沒有做到，政府要先負責任，而不是一開始就要掏人民的荷包。
- 二、剛剛有委員有提到在某個醫學中心看病5分鐘的事情，我要說明江湖一點訣，有些醫師看病只要一看病人就知道病因，有些醫師要做很多檢查後才知道病因，短短5分鐘是多年訓練的結果。醫師說6個月後要再追蹤，可能是這個病現在沒問題，以後可能有問題，醫師可能是有這樣的用意。

周主任委員麗芳

請李署長伯璋回應。

李署長伯璋

- 一、謝謝主委，感謝在座所有健保會委員給我們很多的指導，我們整理好後會跟部長報告。
- 二、剛剛劉委員淑瓊提到民意調查部分，各位委員可以放心，我在健保署5年多從來沒有要求同仁編造數據，對我來講沒有意義，我的職務就是一個信念如何改革台灣健保，請王組長宗曦向委員報告如何進行民意調查。

王組長宗曦

剛剛劉委員淑瓊詢問問卷部分，這次民調係年度民意調查裏的即時民調，即時民調詢問多項議題，例如健康存摺、虛擬健保卡、分級醫療，因此各問題的題數少。但至少可以讓我們初步知道就部分負擔的支持度及那些族群不支持，從中了解原因。李署長非常重視民意，指示今年要多做幾次民調，屆時會要更深入，再請劉委員淑瓊多多指導。

李署長伯璋

- 一、健保署同仁原先提供健保會的資料有包括民意調查，剛剛我的簡報已刪掉，因為對我來講沒有意義，我做的事情是希望讓全台灣民眾得到最好的照顧，多少百分比對我來說沒有意義。剛剛委員提到的建議，我想同仁都會記錄下來。去年3月就跟部長、蘇院長討論台灣健保財務該怎麼去面對，一步步討論到這樣，前陣子討論完以後，大概有一些方向才會跟各位做報告。本來2月是沒有召開健保會委員會議，不過部長指示2月召開委員會議聽取委員的意見，他比較好做定奪。謝謝各位委員提出很多寶貴意見，我們整理完會給部長知道委員的想法，我們會很小心謹慎，畢竟健保是台灣每一個人都會接觸到的一個很重要的制度。
- 二、正如剛剛何委員語提到的，不同的位置會有不同的想法，不同利害關係人的想法也會不同，不同層級的醫療體系的利益也不同，我有在聽各界的聲音，還好我已經跳出那個壓力，我坦白說我自己都沒有壓力，很開心跟各位分享今天的討論，各位請放心，部長會做最後的裁定，這部分不是我可以作主的。

周主任委員麗芳

接下來請整個方案的靈魂人物社保司商司長回應。

商委員東福

- 一、謝謝各位委員提出寶貴的意見，我想有會議實錄，我就不特別再一一複述委員的意見。剛剛滕委員西華及楊委員芸蘋提到疫情期間的退保問題，去年就同時處理，受疫情影響民眾的加保

權利都有受到保障。

二、關於停保及承保制度，當時規劃社會保險時考量權利義務的對等關係，當時就有停保設計，為何有這麼多討論但無法說改就改，最主要是共識問題，包括朱委員益宏提到有特殊情況，談停保不會只談停保，一定會把等待期、負擔是否公平一併討論，之所以現在選全面廢除作為配套，因為這是共識度比較高的。

三、至於政府的財務責任，我一直跟李委員永振強調，她(翁委員)是說我以前都是用吵的，我後來就不跟她說了，我是跟更上層的人反映。

周主任委員麗芳

一、本案屬衛福部政策諮詢的事項，決定如下：

(一)在健保財務嚴峻之情形下，本會肯定並支持全民健保財務調整措施之改革方向。

(二)捍衛健保永續經營、抑制醫療資源浪費為全民之責任，有賴醫病雙方共同努力。

(三)全民健保財務調整措施執行層面之配套方案，攸關政策改革之成效，研擬時宜兼顧公平性、一致性、便利性及合法性。

(四)與會人員發言實錄併同送請衛福部參考。

二、其他未討論到的議案移到3月份再來處理，請問有沒有臨時動議？沒有的話，今天會議進行到這裡，散會。謝謝何委員語送給各位委員的靈鷲山紅包，祝福大家虎年虎虎生風。

謝委員佳宜書面意見

針對何委員語剛所提，關於部分負擔案，國發會是同意的，何委員恐有誤解，本次衛福部相關提案，在會議之前僅見諸媒體報導，本會未獲行政院交議或徵詢，亦未曾對外針對本案表達相關評論。以促進健保財務健全的角度出發，本人支持相關必要的改革或調整措

施的提出與討論，可以研提多面向的可行方案，詳細提供外界討論，廣泛徵詢意見，以凝聚共識。

盧委員瑞芬會後書面意見

- 一、我贊成調高投保金額上限，更加落實社會保險「量能付費」的原則。
- 二、我贊成檢討並修改旅外國人的停復保規定(應考量與戶籍相關規定的連動)。基本上國人(含長期旅居海外的國人)，只要不放棄使用健保的權利，就應負擔使用健保的繳費義務。同時保費計算的方式，亦應檢討。

趙委員曉芳會後書面意見

有關調整部分負擔費用，對於有7歲以下兒童家庭、70歲以上老人，以及近貧等三大弱勢族群應進行衝擊評估，並規劃合理措施，以降低對前述族群負擔之建議，已於111年第2次委員會議述明。在此，另建議應考量偏遠地區醫療資源分布不均、就醫不便，民眾就醫選擇有限，且就醫交通、時間成本昂貴，其就醫選擇與模式與非偏鄉地區有極大不同，不應一體視之，故建議部分負擔調整應排除偏遠地區，或針對偏遠地區另行規劃，以避免加重偏鄉民眾就醫負擔，降低其就醫意願，並加劇偏鄉與非偏鄉地區間醫療利用率差異現況。

侯委員俊良會後書面意見

部分負擔的調漲，不可破壞「尊嚴醫療」的原則，全民健保最可貴的價值，就是風險分擔、社會互助的概念。每個家庭或個人對費用的敏感度不同，如果只漲幾十塊，對多數人無感，想跑大醫院還是跑，但對經濟弱勢，可能就會為了省錢而拒絕就醫、檢查或領用慢箋藥品的意願，導致延誤病情，結果無法達到抑制浪費，反而懲罰弱勢者。

雖然健保署一直強調200元以下和不受影響的人數大約六成，但從數據也可以看到，增加1,000元以上的有400萬人，這400萬人不一定是都是濫用醫療資源的人，比較擔心的是他們不符合低收入戶的門檻，卻屬於經濟弱勢，而且確實有就醫需求。他們的使用率高或許有社會或經濟因素，健保署計算的是每人負擔，如果一個家庭有兩個人以上超過3,000元，就會造成很大的負擔。

部分負擔改變的是民眾端的醫療浪費，對醫事服務提供者可能造成的醫療浪費也應提出改革方案（例如檢討為何 DRGs 的推動進程延滯），兩者其實是連動的。目前主要以量計酬的支付方式，對醫界來說永遠有衝量的誘因，誰讓民眾做了不必要的檢查？吃了多餘的藥？有沒有提供適切的輔導？即便使用者負擔具有某個程度的正當性，仍應避免造成懲罰使用者。



111年使用者付費精神下 全民健康保險部分負擔改革方案

中央健康保險署
李伯璋署長
111年2月25日

1



歷年總額預算、醫療費用及點值

申報點數與預算差值持續上升
2020年因疫情影響差值下降

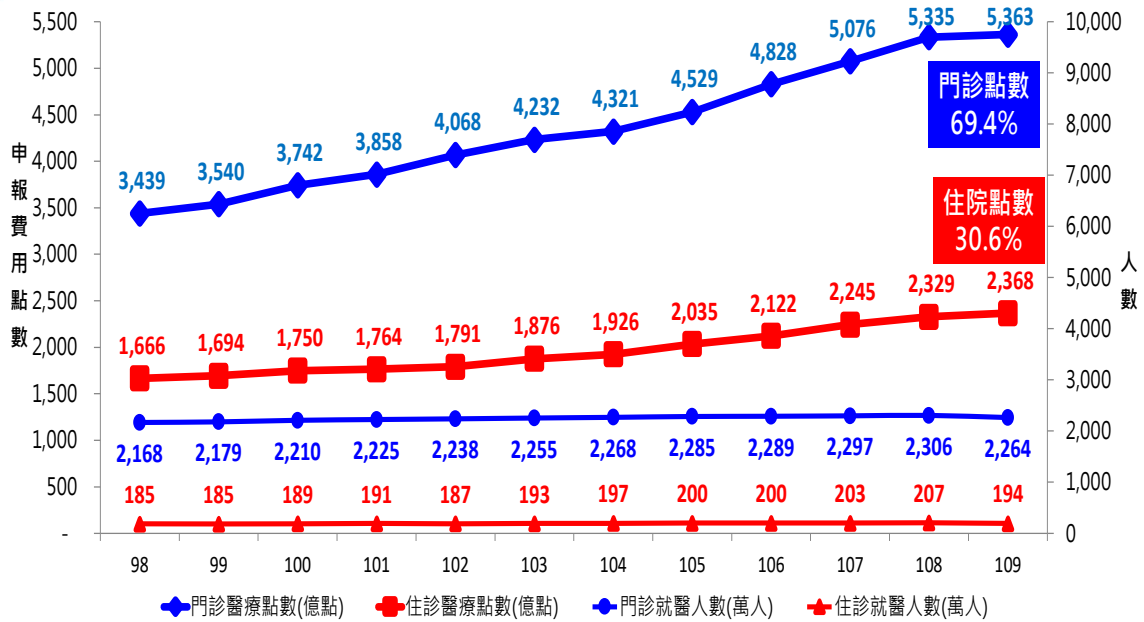


註：資料不含代辦和其他部門
核定點值：預算/核定點數(綠-)；申報點值：預算/申報點數(紅-)

2



歷年門診、住院申報點數及就醫人數分析

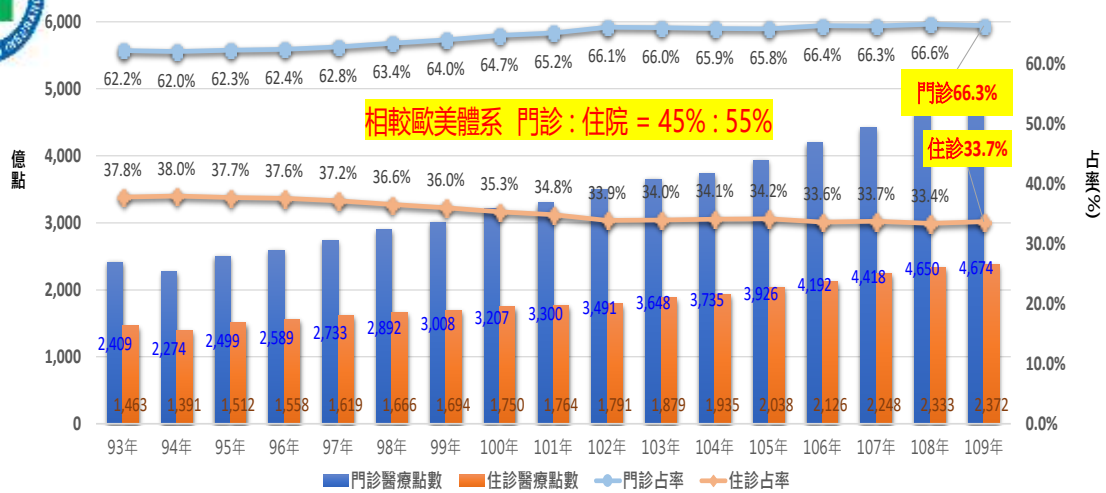


- ◆ 總額內案件，不含其他部門
- ◆ 門診申報點數(藍-)、就醫人數(藍-)
- ◆ 住院申報點數(紅-)、就醫人數(紅-)

3



台灣歷年西醫門診、住診醫療費用占率



歷年門診人數、次數、平均每人件數

單位：萬人、萬人次

年度	95年	96年	97年	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年
就醫人數	2,150	2,156	2,158	2,180	2,189	2,221	2,241	2,253	2,268	2,281	2,301	2,304	2,314	2,319	2,283
就醫次數	31,585	32,069	32,242	33,695	34,070	35,370	35,675	35,895	36,520	36,357	37,190	37,097	38,020	38,744	36,347
平均每人件數	14.7	14.9	14.9	15.5	15.6	15.9	15.9	15.9	16.1	15.9	16.2	16.1	16.4	16.7	15.9

註：
1. 資料來源：本署倉儲資料(來源資料期間範圍：95/01~109/12)，製表日期：110/12/27
2. 歷年門診人數、次數、平均每人件數(包含代辦案件)，平均門住診就醫次數之分母係指有就醫之人數

4



部分負擔法源依據

全民健康保險法第43條

保險對象應自行負擔門診或急診費用之20%，居家照護醫療費用之5%。但不經轉診：

1. 地區醫院

應負擔 → 30%

2. 區域醫院

應負擔 → 40%

2. 醫學中心

應負擔 → 50%

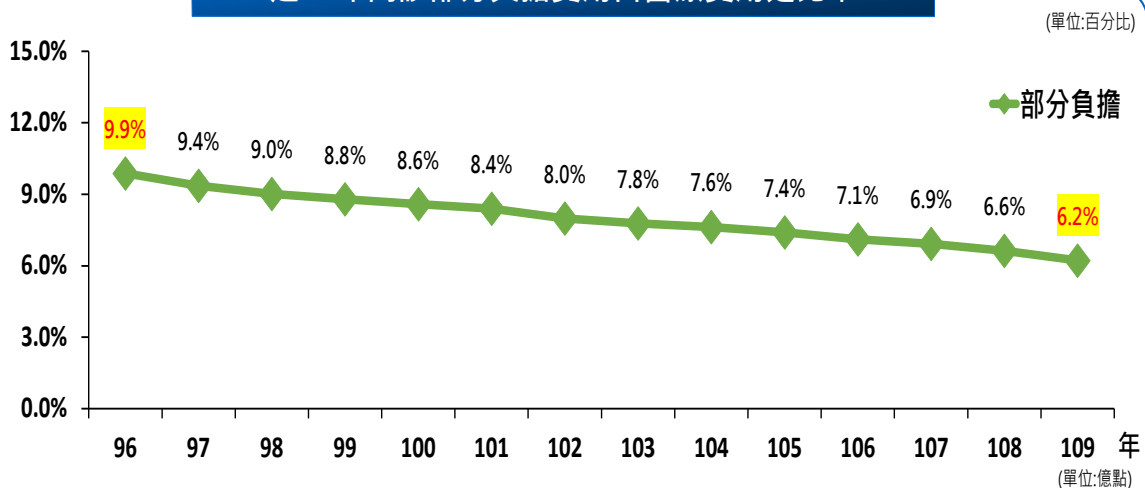
5



門診部分負擔費用占醫療費用之比率

門診部分負擔費用占醫療費用之比率逐年遞減，低於健保法所定20%，亦低於急性病房住院部分負擔10%~30%

近14年門診部分負擔費用占醫療費用之比率



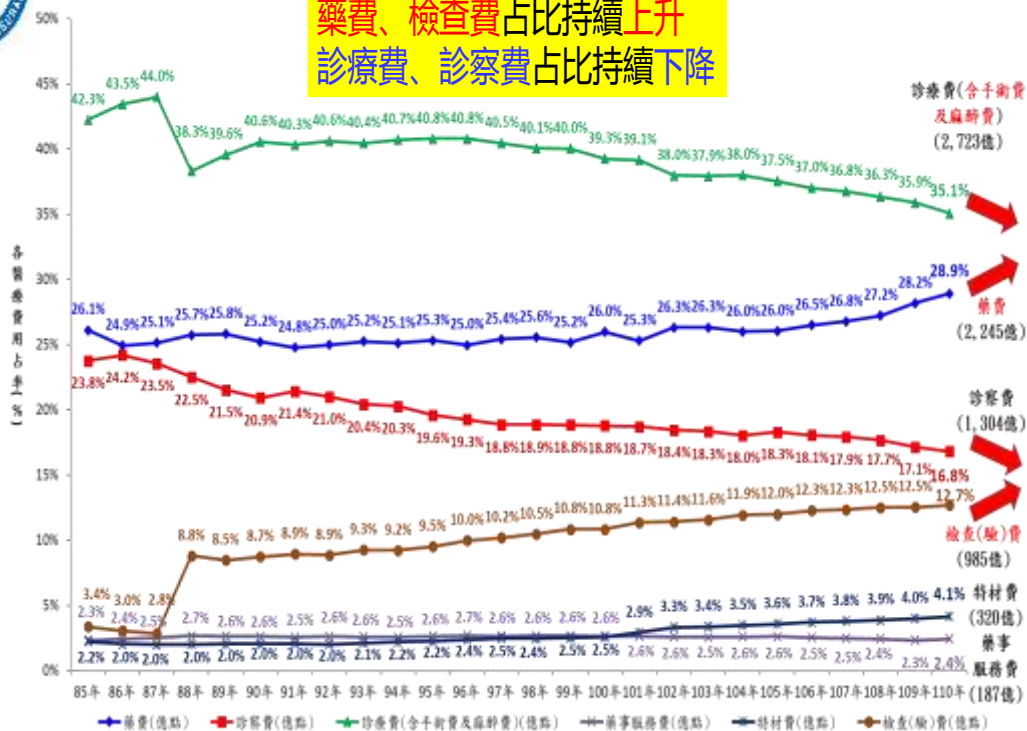
健保給付	2,802	2,971	3,149	3,251	3,445	3,562	3,774	3,941	4,036	4,242	4,536	4,781	5,041	5,094
部分負擔	307	307	312	313	324	327	327	332	333	339	347	355	358	338

6



歷年醫療分項費用(占率)

藥費、檢查費占比持續上升
診療費、診察費占比持續下降



註：診療費(不含檢查(驗)費)在住院案件包含病房費、管灌飲食費、放射線診療費、治療處置費、**手術費**、復健治療費、血液血漿費、血液透析費、**麻醉費**、精神科治療費、注射技術費與嬰兒費...等。 7



部分負擔調整理念-調整門診費用住診不受影響

使用者付費、珍惜醫療資源、推動分級醫療、醫藥分業

法源依據：全民健康保險法第43條及其施行細則第61條。

調整門診藥品部分負擔
(含慢性病連續處方箋)

新增門診檢查(驗)部分負擔

調整急診部分負擔

- ▶ 提升民眾成本意識，訂定分項應自行負擔費用，**採比率10-20%以定額計收**
- ▶ 考量民眾負擔能力，**訂定收取上限**，降低就醫障礙
- ▶ 區隔【基層診所及地區醫院】與【區域醫院及醫學中心】負擔差距，**推動分級醫療、落實醫藥分業**
- ▶ 依醫療專業轉診急重症或穩定慢性病患至適當醫院就醫，**落實轉診制度**
- ▶ 使醫學中心及區域醫院回歸**急重症照護任務**
- ▶ 經濟弱勢(如低收入戶)及重大傷病**不受影響**
- ▶ 達醫療服務效率使健保效益極大化，**提升效率和品質**



調整藥品部分負擔(含慢性病連續處方箋)： 以比率20%收取，並訂定上限200元、300元

藥品費用	一般藥品		慢箋第1次調劑 (同一般藥品)		慢箋第2次以後調劑	
	基層診所 地區醫院	區域醫院 醫學中心	基層診所 地區醫院	區域醫院 醫學中心	基層診所 地區醫院	區域醫院 醫學中心
100元以下	免收	比率20% 上限300元	免收	比率20% 上限300元	免收	1.醫學中心及區域醫院 基本定額100元(註) 2.推動醫藥分業至 社區藥局免收
101元以上	比率20% 上限200元		比率20% 上限200元			

註：1.依全民健康保險醫療辦法第15條規定，保險對象持特約醫院、診所醫師交付之處方箋，應在該特約醫院、診所或至特約藥局調劑
2.避免定額收取造成找零，採比率20%以定額計收，藥品費用每增加50元，部分負擔增加10元

推估影響金額：**54.8億元**

- ✓一般藥品：5.3億元
- ✓慢箋：49.5億元
- 第1次調劑：37.7億元
- 第2次以後調劑：11.8億元

影響人數：1,285萬人

各界意見-慢箋第2次以後調劑

- 醫學中心、區域醫院及地區醫院基本定額100元
- 醫學中心、區域醫院、地區醫院及社區藥局基本定額分別為100元、80元、60元及50元

配套措施

- 推動就醫識別碼，減少醫院及藥局處方重複調劑及核扣費用
- 研擬醫院釋出處方之藥費排除於分區攤扣計算基準
- 檢討醫院門前藥局設置情形

9



新增檢驗(查)部分負擔：以檢驗(查)費用10%、20%收取， 按經轉診及未經轉診訂定不同上限

檢驗(查)費用	基層診所	地區醫院	區域醫院		醫學中心	
			經轉診	未經轉診	經轉診	未經轉診
200元以下	免收		比率10% 上限200元	比率20% 上限300元	比率10% 上限300元	比率20% 上限400元
201元以上	比率10% 上限100元					

註：避免定額收取造成找零，經轉診採比率10%以定額計收，檢(查)驗費用每增加50元，部分負擔增加5元；
未經轉診採比率20%以定額計收，檢(查)驗費用每增加50元，部分負擔增加10元

推估影響金額：**65.5億元**

影響人數：1,318萬人

各界意見

- 各層級醫院檢驗(查)品質不一

配套措施

- 推動不上傳不給付：修訂憑證製發及存取資料管理辦法
- 提升CT品質：請相關學會訂定儀器使用規範及汰換機制

10



調整急診部分負擔：配合藥品及檢驗(查)，按急診嚴重程度調整定額

層級別	現行急診檢傷分類		調整急診檢傷分類		
	第1-2級	第3-5級	第1-2級	第3級	第4-5級
醫學中心	450元	550元	300元	550元	800元
區域醫院	300元		200元	300元	600元
地區醫院	150元		150元		
基層診所	150元		150元		

推估影響金額：**1.2億元**

影響人數：117萬人

配套措施

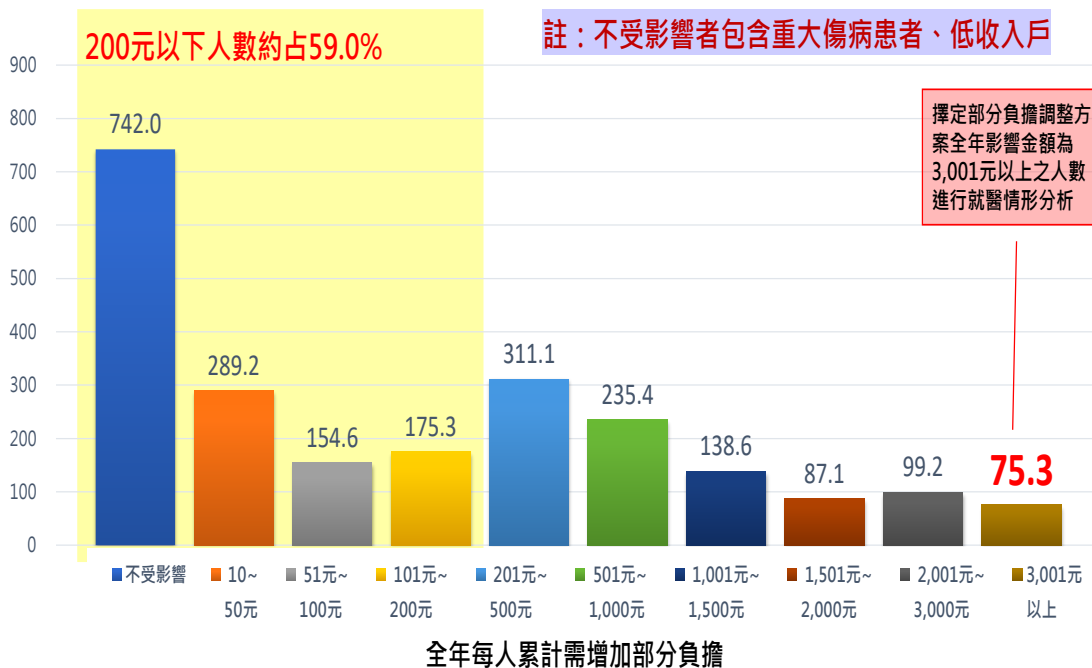
- 強化區域級以上醫院急、重、難症照護給付
- 檢討社區型區域醫院及病床數大於100床以上大型地區醫院之層級定位與給付

11



調整各項部分負擔:全年累計影響金額人數分布

- 全年每人累計需增加部分負擔，以「不受影響」所占人數比率最高，約佔32.2%，「10元~200元」所占人數比率為26.8%

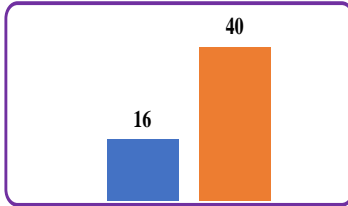


12

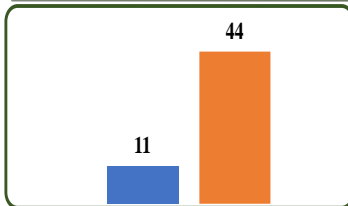


部分負擔改革方案全年影響金額3,001元以上之門診就醫情形

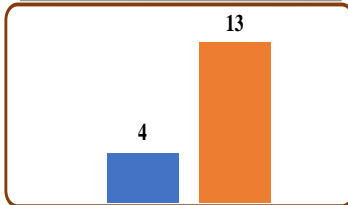
平均每人每年就醫次數



平均每人每年領藥(含慢箋)次數



平均每人每年檢查驗次數



全體(一般民眾)

平均每人每年醫療點數	平均每人每年藥品點數	平均每人每年檢查驗醫療點數
17,164點	5,400點	4,500點

部分負擔調整方案全年影響金額3,001元以上

平均每人每年醫療點數	平均每人每年藥品點數	平均每人每年檢查驗醫療點數
103,919點	50,657點	18,516點

部分負擔調整方案全年影響金額3,001元以上之每人每年影響金額

全年藥品(含慢箋)部分負擔金額	全年檢查驗部分負擔	合計
2,315元	1,898元	4,213元

資料來源：本署三代倉儲門診申報資料

13



調整方案影響金額總計及對民眾及外單位影響金額

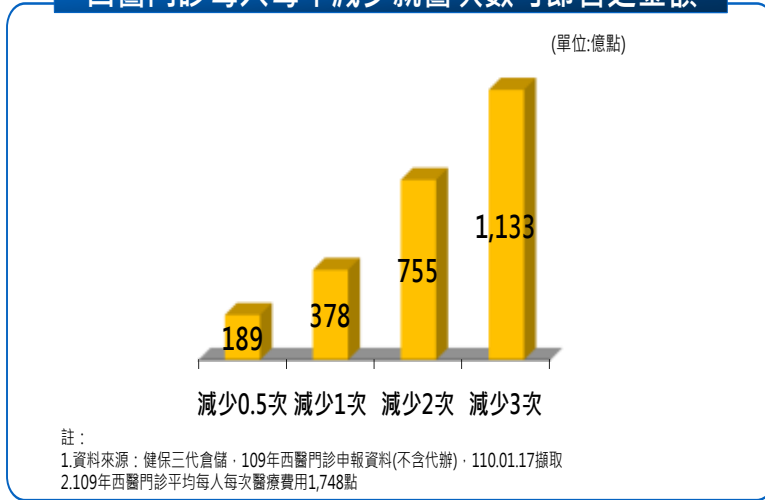
部分負擔調整方案	推估影響金額(億元)		
	民眾	政府單位	合計
調整藥品部分負擔 (含慢性病連續處方箋)： 以比率20%採定額收取，並訂定上限200元、300元	51.2	3.6	54.8
新增檢(查)驗部分負擔 ： 以10%、20%採定額收取，按層級、經轉診及未經轉診訂定不同上限	61.6	3.9	65.5
調整急診部分負擔 ： 按急診嚴重程度調整定額	1.1	0.05	1.2
合計	114.0	7.5	121.5

14



實施部分負擔改革方案的影響

西醫門診每人每年減少就醫次數可節省之金額



結論：因提高部分負擔，預期

1. 民眾：**改變不必要的醫療行為**，原預期增加部分負擔金額將**有一定程度下降**
2. 整體費用：**減少就醫人數、就醫人次之醫療給付點數**，相對而言，**總額下的點值會有成長的空間**
3. 健保給付的醫療費用相對地減少，而節省下來的錢，**會滾入健保基金的安全準備**，供以後年度使用，**對健保的財務也有所助益**

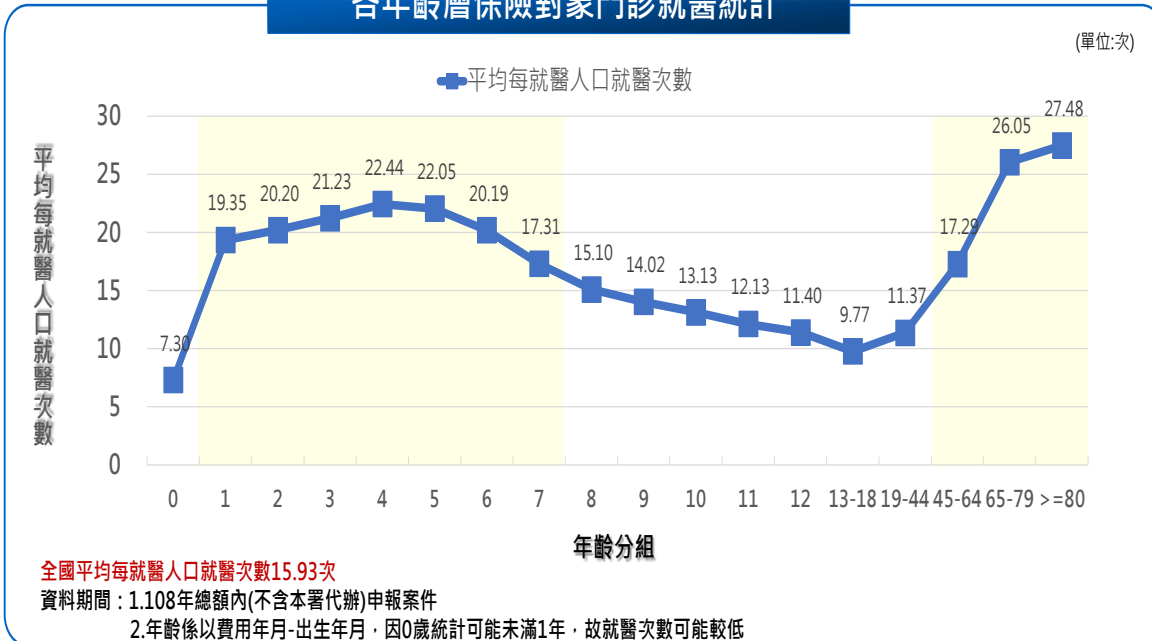
15



各年齡層保險對象就醫概況

□1-7歲及45歲以上保險對象之平均有就醫人口就醫次數高於全國平均

各年齡層保險對象門診就醫統計



16



弱勢保障不受影響

□依現行相關規定，可免除或減免部分負擔對象不受影響：

一. 法定免部分負擔：**重大傷病、分娩、山地離島地區就醫**(健保法§48)

二. 其他單位補助：

(一)低收入戶(健保法§49及其細則§63)

(二)無職榮民、榮民遺眷之家戶代表(健保法細則§63)

(三)三歲以下兒童

(四)警察消防海巡空勤軍人

(五)油症患者

(六)替代役役男

(七)列管結核病患至指定特約醫院就醫

(八)持有「全國醫療服務卡」愛滋感染者因愛滋病就醫等

(九)持有身心障礙證明者，不論層級就醫部分負擔50元

□推動**愛心捐款專案**，補助中低收入戶或經濟邊緣戶

17



擴大保障弱勢對象

擴大推動健保愛心捐款專案

部分負擔政策施行時，弱勢民眾就醫協助

多元宣導愛心
捐款管道

擴增多元管道並強化與
捐款人連結

公益勸募條例」

愛心捐款

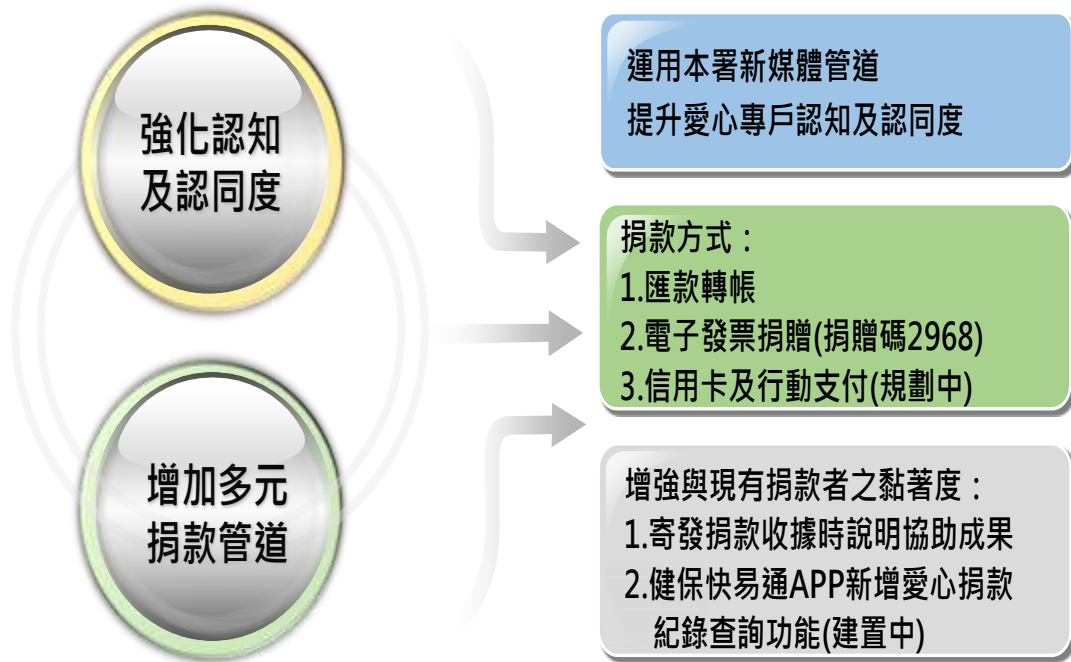
- ✓ 新增部分負擔補助範圍及申請方式
- ✓ 輔導院所社工部門，媒介弱勢民眾申請

全民健康保險保險人處理
愛心捐款作業要點

18



擴大推動健保愛心捐款



19



擴增多元宣導愛心捐款管道-全球資訊網

• 主題專區



主題專區



關於健保署 健保服務 健保資訊站 健保法令 重要政令 新聞文宣 網站地圖 健保專戶下載

健保愛心專戶

健保署除提供社會各界愛心捐助，更以協助無法持續長期醫療、經濟貧困、身心轉折等困難協助補助之弱勢民眾，並將健保資訊公開。



健保愛心專戶補助成果

20



報告完畢

21



藥品部分負擔級距分布-50元

費用級距	藥費(一般箋及慢箋)		費用級距	藥費(一般箋及慢箋)	
	基層診所及地區醫院	區域醫院及醫學中心		基層診所及地區醫院	區域醫院及醫學中心
50元以下	0元	10元	801-850元	160元	160元
51-100元	0元	10元	851-900元	170元	170元
101-150元	20元	20元	901-950元	180元	180元
151-200元	30元	30元	951-1000元	190元	190元
201-250元	40元	40元	1001-1050元	200元	200元
251-301元	50元	50元	1051-1100元		210元
301-350元	60元	60元	1101-1150元		220元
351-400元	70元	70元	1151-1200元		230元
401-450元	80元	80元	1201-1250元		240元
451-500元	90元	90元	1251-1300元		250元
501-550元	100元	100元	1301-1350元		260元
551-600元	110元	110元	1351-1400元		270元
601-650元	120元	120元	1401-1450元		280元
651-700元	130元	130元	1451-1500元		290元
701-750元	140元	140元	1501-1550元	300元	
751-800元	150元	150元	1551元以上		

22



檢驗(查)部分負擔級距分布-50元

費用級距	10%		經轉診10%		未經轉診20%		費用級距	10%		經轉診10%		未經轉診20%	
	診所及地區	區域	醫中	區域	醫中	診所及地區		區域	醫中	區域	醫中		
50元以下		10元	10元	10元	10元		1551-1600元		155元	155元			310元
51-100元	0元	10元	10元	10元	10元		1601-1650元		160元	160元			320元
101-150元		10元	10元	20元	20元		1651-1700元		165元	165元			330元
151-200元	0元	15元	15元	30元	30元		1701-1750元		170元	170元			340元
201-250元	20元	20元	20元	40元	40元		1751-1800元		175元	175元			350元
251-301元	25元	25元	25元	50元	50元		1801-1850元		180元	180元			360元
301-350元	30元	30元	30元	60元	60元		1851-1900元		185元	185元			370元
351-400元	35元	35元	35元	70元	70元		1901-1950元		190元	190元			380元
401-450元	40元	40元	40元	80元	80元		1951-2000元		195元	195元			390元
451-500元	45元	45元	45元	90元	90元		2001-2050元			200元			
501-550元	50元	50元	50元	100元	100元		2051-2100元			205元			
551-600元	55元	55元	55元	110元	110元		2101-2150元			210元			
601-650元	60元	60元	60元	120元	120元		2151-2200元			215元			
651-700元	65元	65元	65元	130元	130元		2201-2250元			220元			
701-750元	70元	70元	70元	140元	140元		2251-2300元	100元		225元	300元		
751-800元	75元	75元	75元	150元	150元		2301-2350元			230元			
801-850元	80元	80元	80元	160元	160元		2351-2400元			235元			
851-900元	85元	85元	85元	170元	170元		2401-2450元			240元			
901-950元	90元	90元	90元	180元	180元		2451-2500元			245元			
951-1000元	95元	95元	95元	190元	190元		2501-2550元		200元	250元		400元	
1001-1050元		100元	100元	200元	200元		2551-2600元			255元			
1051-1100元		105元	105元	210元	210元		2601-2650元			260元			
1101-1150元		110元	110元	220元	220元		2651-2700元			265元			
1151-1200元		115元	115元	230元	230元		2701-2750元			270元			
1201-1250元		120元	120元	240元	240元		2751-2800元			275元			
1251-1300元	100元	125元	125元	250元	250元		2801-2850元			280元			
1301-1350元		130元	130元	260元	260元		2851-2900元			285元			
1351-1400元		135元	135元	270元	270元		2901-2950元			290元			
1401-1450元		140元	140元	280元	280元		2951-3000元			295元			
1451-1500元		145元	145元	290元	290元		3001元以上			300元			
1501-1550元		150元	150元	300元	300元								

23



-附錄-

部分負擔調整方案全年影響金額3,001元以上之75.3萬人之門診就醫情形

24



部分負擔調整方案全年影響金額3,001元以上之75.3萬人之門診 就醫院所層級分布

■ 在醫學中心、區域醫院及基層診所平均每年就醫16~17次

院所層級別	平均每人每年就醫次數	平均每人領藥(含慢箋)次數	平均每人每年檢查驗次數
醫學中心	16	16	7
區域醫院	17	18	8
地區醫院	9	8	3
基層診所	17	9	1
藥局	-	13	-
檢驗機構	-	-	2
其他	-	-	-
合計	40	44	13

■ 在醫學中心每次就醫之醫療點數、藥品點數及檢查驗點數為最高

院所層級別	平均每人每次就醫醫療點數	平均每人每年藥品點數	平均每人每年檢查驗點數
醫學中心	61,000	33,520	13,660
區域醫院	53,277	26,425	11,451
地區醫院	20,082	5,854	4,121
基層診所	14,783	1,680	540
藥局	10,709	9,835	-
檢驗機構	1,442	-	1,442
其他	8,720	-	-
合計	103,919	50,657	18,516

25



部分負擔調整方案全年影響金額3,001元以上之75.3萬人 之門診就醫科別分布

單位：萬人、萬次

■ 就醫次數前三大為：

- 1.內科·1,083次
- 2.家醫科·281次
- 3.眼科193次

科別\項目	就醫人數	就醫次數	藥品(含慢性病處方箋)	檢查驗次數
內科	72	1,083	2,302	486
家醫科	40	281	391	40
眼科	41	193	323	107
中醫	23	177	142	0
耳鼻喉科	35	167	176	24
骨科	30	148	174	45
牙科	37	139	-	1
神經科	27	139	401	43
外科	25	114	135	35
復健科	16	113	62	9
泌尿科	21	107	245	51
皮膚科	24	96	98	4
急診醫學科	31	76	0	61
精神科	11	72	157	2
小兒科	10	44	50	3
婦產科	9	33	36	13
神經外科	9	32	65	12
放射線科	3	9	3	2
整型外科	3	9	5	2
麻醉科	0	1	2	0
職業醫學科	0	1	1	0
核醫科	0	0	0	0
病理科	0	0	0	0
合計	75	3,035	4,768	942

註：(1)資料來源為本署二代倉儲門診申報資料
(2)以就醫次數排序

26



部分負擔調整方案全年影響金額3,001元以上之75.3萬人之 門診就醫申報前二十大之主診斷

■就醫疾病主診斷以糖尿病為最多；其次為高血壓性疾病

單位：萬人、萬次

排序	主診斷\項目	就醫人數	就醫次數	藥品(含慢性病處方箋)	檢查驗次數
1.	糖尿病	30	280	501	167
2.	高血壓性疾病	20	110	245	39
3.	缺血性心臟病	13	77	177	31
4.	急性腎衰竭及慢性腎臟疾病	10	94	103	35
5.	其他類型心臟疾病	9	54	107	23
6.	慢性下呼吸道疾病	14	67	116	26
7.	腦血管疾病	9	73	116	17
8.	男性生殖器官疾病	11	57	127	22
9.	病毒性肝炎	6	43	50	26
10.	食道、胃及十二指腸之疾病	22	98	129	24
11.	代謝性疾患	7	34	69	16
12.	肝臟疾病	6	31	38	20
13.	影響循環及呼吸系統之症狀與徵候	16	46	43	16
14.	已知的生理狀況導致之精神疾患	5	28	54	5
15.	發作及陣發性疾患	10	43	62	8
16.	交付機構申報或主診斷碼無法對應	59	0	1,224	15
17.	脊椎病變	12	64	51	15
18.	青光眼	5	27	53	22
19.	關節(病)症	14	68	59	16
20.	錐體外(路徑)及動作(或運動)疾病	3	18	39	3
	其他		1,724	1,403	424
	合計	75	3,035	4,768	942

註：(1)資料來源為本署三代會儲門診申報資料；(2)以就醫次數排序

27



-附錄-

健保快易通|健康存摺APP「愛心捐款專區」

28



健保快易通|健康存摺APP「愛心捐款專區」



查詢愛心捐款紀錄

查詢捐款方式



需登入帳號密碼



-附錄-

愛心捐款補助部分負擔作業原則



愛心捐款補助部分負擔作業原則

補助資格

符合《全民健康保險經濟困難認定標準》者

補助範圍

✓ 補助門診經轉診的個案，藥費及檢驗(查)費；及急診1-3級部分負擔

透過 轉診	補助項目			說明
	基本定額	藥費	檢驗(查)費	
✓	X	V	V	為珍惜醫療資源，及落實分級醫療，補助項目以經由轉診，且特約醫院/診所之藥費及檢驗(查)費為限。

申請文件

- ✓ 健保愛心專戶協助健保部分負擔費用申請書
- ✓ 全民健康保險經濟困難之證明文件
- ✓ 保險醫事服務機構開立之收據正本
- ✓ 轉診單

檔 號：
保存年限：

台灣私立醫療院所協會 函

地址：105台北市松山區敦化北路199號
承辦人：施皇如
電話：(02)2885-1528#19
Email：nhca07@gmail.com



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2月22日
發文字號：私立醫協會字第0000111012號
類別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文 (0000111012_Attach1.pdf)

主旨：有關貴部推動之全民健保部分負擔改革草案，本會以兼顧醫療公平性與抑制醫療資源浪費之角度提供相關建議如說明列，建請審慎參酌，如蒙採納，不勝感激。

說明：

- 一、依據自由時報111年2月19日「健保部分負擔草案出爐，藥品上限200-300元」報導內容及本會會員醫院反應內容。
- 二、台灣健保制度相當健全，但現行有許多藥物浪費是健保的一大負擔，依據健保署統計推估資料，每年被丟掉的藥品至少有193公噸，也就是將近有5億顆的藥物被丟掉，造成2.8億元的健保資源浪費，而全民健保採行部分負擔機制，本會贊同倘若站在合理使用的觀點上，加以適當調整，將有助於減少醫療資源浪費。
- 三、在兼顧醫療公平性的原則下，本會建議有關「健保藥品部分負擔規劃草案」之慢性病連續處方箋第二、三次調劑費，無論民眾至各層級醫院、診所或社區藥局，皆應負擔基本收費100元，才能真正杜絕醫療浪費。
- 四、此外，有關「健保急診部分負擔規劃草案」，本會贊同貴



111.02.23



1113340028



部提高急診輕症部分負擔之規劃，符合急診醫療照顧上應以急、重症病患為主，且能降低重症者的財務負擔之制定原則，但建議此項措施應排除例假日、國定假日等基層院所較為缺乏之時段，否則新制將懲罰到假日有需要之民眾。

五、綜上所述，分級轉診及醫藥分業現已有其他制度在配合了，不宜破壞原本部分負擔制是抑制民眾端浪費的用意與精神。

正本：衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部中央健康保險署

副本：衛生福利部陳部長時中、衛生福利部中央健康保險署李署長伯璋



相關單位就健保會第5屆111年第2次委員會議(111.2.25)委員詢問回復說明

111.2.

委員意見	健保署說明																				
<p>干委員文男 會議資料第26頁 「全民健康保險安全準備提列情形表」第一欄「法定提存」為何？為何105年度之後未再提存？</p>	<p>一、有關表8「全民健康保險安全準備提列情形表」中法定提存數，係依全民健康保險法原第63條規定(84年3月1日施行)，由每年度保險費收入總額百分之五範圍內提撥，其提撥率由主管機關定之；84年至85年以4.7%提存148.78億元，86年以2.41%提存57.65億元，合計206.43億元，87年度至101年度報奉衛生福利部(前身行政院衛生署)函同意免由保險費收入總額提撥。</p> <p>二、嗣因二代健保修正全民健康保險法，刪除法定提存相關條文，爰自實施日102年1月1日起無法定提存數。</p>																				
<p>干委員文男 二代健保施行迄今，歷年政府負擔健保總經費(包含政府應負擔健保總經費法定下限36%差額)金額各是多少？</p>	<p>二代健保施行後歷年(102年至110年)政府負擔健保總經費如下表。</p> <table border="1" data-bbox="593 1285 1203 1854"> <thead> <tr> <th>年度</th> <th>政府負擔(億元)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>102年</td> <td>1,977</td> </tr> <tr> <td>103年</td> <td>2,068</td> </tr> <tr> <td>104年</td> <td>2,090</td> </tr> <tr> <td>105年</td> <td>2,003</td> </tr> <tr> <td>106年</td> <td>2,061</td> </tr> <tr> <td>107年</td> <td>2,132</td> </tr> <tr> <td>108年</td> <td>2,192</td> </tr> <tr> <td>109年</td> <td>2,211</td> </tr> <tr> <td>110年(自編)</td> <td>2,509</td> </tr> </tbody> </table>	年度	政府負擔(億元)	102年	1,977	103年	2,068	104年	2,090	105年	2,003	106年	2,061	107年	2,132	108年	2,192	109年	2,211	110年(自編)	2,509
年度	政府負擔(億元)																				
102年	1,977																				
103年	2,068																				
104年	2,090																				
105年	2,003																				
106年	2,061																				
107年	2,132																				
108年	2,192																				
109年	2,211																				
110年(自編)	2,509																				

委員意見	健保署說明																								
<p>劉委員淑瓊</p> <p>106年調整急診部分負擔金額，其實施前後急診檢傷分類件數及相關資料？</p>	<p>一、查106年4月調整急診部分負擔，係醫學中心急診部分負擔，檢傷分類為三、四、五級者由450元調高至550元，檢傷分類一、二級維持現況。</p> <p>二、經統計104年至110年醫學中心急診檢傷分類就醫人次(如下表)。</p> <div data-bbox="486 611 1422 1346" data-label="Figure"> <p style="text-align: center;">醫學中心急診檢傷分類就醫人次(萬人次)</p> <table border="1"> <caption>醫學中心急診檢傷分類就醫人次(萬人次)</caption> <thead> <tr> <th>年份</th> <th>1、2級 (萬人次)</th> <th>3-5級 (萬人次)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>104年</td> <td>38.2</td> <td>154.3</td> </tr> <tr> <td>105年</td> <td>38.3</td> <td>160.6</td> </tr> <tr> <td>106年</td> <td>37.4</td> <td>151.4</td> </tr> <tr> <td>107年</td> <td>36.7</td> <td>150.5</td> </tr> <tr> <td>108年</td> <td>36.7</td> <td>158.9</td> </tr> <tr> <td>109年</td> <td>30.7</td> <td>131.7</td> </tr> <tr> <td>110年</td> <td>26.4</td> <td>107.6</td> </tr> </tbody> </table> </div>	年份	1、2級 (萬人次)	3-5級 (萬人次)	104年	38.2	154.3	105年	38.3	160.6	106年	37.4	151.4	107年	36.7	150.5	108年	36.7	158.9	109年	30.7	131.7	110年	26.4	107.6
年份	1、2級 (萬人次)	3-5級 (萬人次)																							
104年	38.2	154.3																							
105年	38.3	160.6																							
106年	37.4	151.4																							
107年	36.7	150.5																							
108年	36.7	158.9																							
109年	30.7	131.7																							
110年	26.4	107.6																							

衛福部健保會第5屆111年第2次委員會議
政策諮詢事項現場補充資料(劉委員淑瓊提供)

政策諮詢事項

「全民健保財務調整措施」草案

醫改會發言

111年2月25日 台灣醫療改革基金會



財團法人台灣醫療改革基金會

1

《前言》

1. 再次表達對健保署的失望。
2. 「使用者付費」，是健保該有的概念嗎？
3. 政策效果，是分級醫療，還是分級國民？
4. 「部分負擔」不是萬靈丹，請健保署提供成效檢討，不要總是把民眾當提款機。
5. 不是不能漲，但，請理性說服我。



財團法人台灣醫療改革基金會

2

衛生署時代說...

「使用者付費」不符健保精神

常看病者多交保險費，合理嗎？

「使用者付費」與健保基本精神不符

當前健保財務吃緊，有人建議？化「使用者付費」的觀念，讓常看病者多交保險費以擴大健保財源；這種觀念和全民健保是社會保險、採取互助方式、著重社會公平性的精神，有所違背。這就好像是要一個在工作上、在社經地位上相對弱勢的重病或慢性病患者，多負擔一點保險費，這樣的作法不是改善全民健保財務最佳方式。

全民健保的「量能付費」與「自助互助」

全民健保是藉由全體國民，以自助互助的方式，集合大家的力量，收入多者幫助收入少、健康的人對需要幫助的病患伸出援手，以紓解個人或單一家庭一旦需要醫療援助時，所產生的經濟障礙，並讓民眾的健康得以受到保障的一種社會保險制度。

全民健保的財源主要來自保費，為了落實「量能付費」與「自助互助」，所以是以經濟能力的高低，來做為收取保險費的依據，這和商業保險是依據「風險高低」或「使用者付費」來收取保險費的原則，兩者之間是不一樣的；因此，若是把商業保險的經營方式用在健保上，讓生病的人多付³錢，讓生重病的人付更多的錢，會失去開辦健保以減輕民眾就醫負擔的本

《調整門診藥品部分負擔》



財團法人台灣醫療改革基金會

民眾為什麼要捨近求遠、多花錢？

- **缺藥問題** → 醫改會前年3月曾發現氣喘用藥昂特欣因疫情，全台藥局普遍缺藥
- 基層 vs. 大醫院優勢
- 慢箋上有「**不可替代**」文字。過往藥師公會搜集不少案例



財團法人台灣醫療改革基金會

5

民眾為什麼要捨近求遠、多花錢？

如果您提前掛號回診，將造成重
本處方藥品以所列品項為限且不可替代。
本院受理楊姓症補藥處方箋時間：週一至週

藥品名稱及規格 (含劑型)	劑型	劑量	用法	總數量	健保碼	給藥
健 01 Etorbi 40 mg/tab (Etoricoxib tablets)	PO	1 tab	QD	28 tab	NC25750100	
健 02 DOXAREN XL 4 mg/tab (Doxazosin Mesylate)	PO	1 tab	HS	28 tab	NC20711100	

本處方箋1.本藥係這樣的限制調劑，敬請採照及持本處方箋，健保卡及就醫化請至本院藥局領藥，
全部藥品不得以其他藥品替代。(如轉院或不在本院)，會院藥社、運者皆由醫科醫藥方為者此。

領藥時間：週一至週五 2018/06/28 - 2018/07/04
(週六、日及國定假日除外)

領藥地點：本院藥局
地址：台北市中正區...
電話：...
門診時間：週一至週五 7:40-19:00 (週六、週日及國定假日除外)

本院藥局：...
本院藥局可以證明... 為確保您的健康與用藥安全，請於上述日期內領藥。 領藥時間：2018/07/26 - 2018/08/01
1. 敬請採照調劑如有變化請立即就醫，處方量達或不得續領，請重新掛號就醫。 2. 本藥係調劑，
十及處方箋正本及醫院(臺北市政府補助)收費據辦理，亦可至健保特約藥局調劑。
2. 為確保藥品調劑品質，本處方箋於本院僅於總院內(醫九樓)門診藥局提供服務。
服務時間：週一至週五 7:40-19:00 (週六、週日及國定假日除外)
3. 若領藥時藥品用時時「連續處方箋」為「管制藥品專用處方箋」方得發藥。
4. 處方箋逾期者，保險醫事機構概不受理。
5. 為用藥安全起見本院限制之限制者，請於本院領取。
6. 為高品質的醫療用藥與精準服務是本院的宗旨，我們竭力求您用藥安全與全方位的健康。

- 注意事項
- 1.本院醫師處方之藥品勿以他廠藥品替代。
 - 2.請依健保規定在每次指定領藥日期區間持本處方箋及健保卡領藥。
 - 3.本處方箋正本遺失或逾有效期限無法補發，若重覆就醫領取相同藥品，依健保署規定辦理。
 - 4.領藥時間及地點：
- | 領藥時間 | 地點 |
|------------------|------|
| 週一至週五 7:40-19:00 | 本院藥局 |

醫療改革基金會

6

經濟影響健康？！

- 健保署委託研究指出，在串連**健保與財稅資料**後，分析發現領慢箋的民眾中有為數不少是「**低就業或低所得**」(韓幸紋等，2019)
- 調整慢箋部分負擔後，這些**雙重弱勢病人**會不會自我篩選而**減少**領藥天數？甚或影響其領慢箋之**意願**？反而惡化慢病管理與醫療品質。
- 這是我們要的嗎？



財團法人台灣醫療改革基金會

7

傳說中的「健保愛心專戶」....

愛心專戶因此會增加多少支出？

錢從哪裡來？

健保署有估算了嗎？



財團法人台灣醫療改革基金會

8

《調整急診部分負擔》



財團法人台灣醫療改革基金會

9

健保署簡報-實施部分負擔改革方案的影響



財團法人台灣醫療改革基金會

10

106年調整急診部分負擔 健保署是這麼說的。。

- 為推動分級醫療，衛生福利部於106年2月18日正式公告調整全民健康保險保險對象應自行負擔門診與急診費用
- 分級醫療目的為導引民眾就醫習慣改變，以提升效率及促進醫療院所提供醫療服務內容的差異化與分工合作。



財團法人台灣醫療改革基金會

11

急診利用 只有當年度的短暫效果

年度 / 項目	急診人數 (人)	急診人次 (人次)	急診醫療費用 (千點)	人次成長率	醫療費用成長率
109	3,825,290	10,735,143	21,985,554	-13.09%	-9.28%
108	4,337,264	12,352,512	24,235,537	4.47%	5.67%
107	4,221,490	11,823,931	22,935,205	0.80%	5.96%
106	4,198,223	11,730,241	21,645,524	-4.89%	1.62%
105	4,415,235	12,333,877	21,301,085	-1.08%	5.09%
104	4,254,717	12,468,361	20,268,540		

資料來源：衛生福利部統計處，全民健康保險醫療統計



財團法人台灣醫療改革基金會

12

檢傷3-5級 還是反彈回升

檢傷等級	106年1-12月	107年1-12月	成長率
1級	195,271	190,918	-2.23%
2級	717,850	738,103	2.82%
3級	4,642,775	4,787,848	3.12%
4級	1,068,030	981,450	-8.11%
5級	83,424	82,433	-1.19%
總件數	6,707,350	6,780,752	1.09%
3-5級件數	5,794,229	5,851,731	0.99%

檢傷等級	107年 1-9月	108年 1-9月	成長率
1級	146,809	141,925	-3.30%
2級	561,059	570,648	1.70%
3級	3,654,586	3,832,605	4.90%
4級	761,110	732,580	-3.70%
5級	63,983	64,693	1.10%
總件數	5,187,547	5,342,451	2.99%
3-5級件數	4,479,679	4,629,878	3.35%

13

監察院調查報告 106年調整急診部分負擔未見成效

- 「依106至108年西醫基層診所週六及週日縣市平均開診率、各年度同期急診就醫案件數比較，前開措施對於疏緩醫學中心及區域醫院急診壅塞未見成效」

(監察院，109內調008，張武修)



財團法人台灣醫療改革基金會

14

學者指出 必要/不必要的就醫,都會減少

- 「分析部分負擔調整前後差異，發現有效與無效醫療都會減少，也就是有實際需要就醫者，也因此就不就醫。」(李玉春教授)
- 這是我們要的嗎？？



以價制量 要民眾不衝急診，配套在哪？

- 生病不挑時間，政府有教民眾self-care嗎？

★ 臺灣：「健康達人125」(2008)

★ 加拿大BC省：HealthLinkBC(<https://www.healthlinkbc.ca/>)



《新增檢驗檢查部分負擔》



財團法人台灣醫療改革基金會

17

健保署說：減少重複檢驗(查)成效卓越 那，為什麼還要調漲部分負擔？

三、近年健保各項節流措施之成效

(一)健保醫療資訊雲端查詢系統暨降低重複檢查、核刪不當用藥及醫療浪費等具體成效

雲端系統建置至今，透過醫療資訊分享及各項管理措施介入下，大幅減少不必要之處方，除使健保資源更有效地運用外，對於控制整體醫療支出及維持點值穩定亦有所助益。本署將持續致力於健保雲端系統功

(資料來源：20211015 111年度費率審議前意見諮詢會議)



財團法人台灣醫療改革基金會

18

贊同檢討檢驗檢查支出，但， 為什麼只找民眾開刀呢？

- 將檢驗(查)當健診使用，甚或施壓醫師的行為不可取，應該教育民眾。
- 費用暴增，是因為跨層級、跨院就醫，醫院間技術不一致、醫師因專業需求不同，以及擔憂醫療爭議而有防衛性醫療？還是民眾無理濫用？



贊同檢討檢驗檢查支出，但， 為什麼只找民眾開刀呢？

- 相對於砍藥價，健保署最近一次review檢驗檢查費用支付的合理性，是什麼時候？
- 支付制度改革，門診DRGs(包裹支付)盡快上路，才是正途

