

全民健康保險監理委員會
第 210 次會議紀錄

中華民國 101 年 12 月 21 日

全民健康保險監理委員會第 210 次會議紀錄

時間：中華民國 101 年 12 月 21 日（星期五）上午 9 時

地點：行政院衛生署中央健康保險局臺北業務組第一會議室（臺北市許昌街 17 號 9 樓）

出席委員：

周委員麗芳

吳委員淑瓊

盧委員瑞芬

盧委員美秀

葛委員克昌

干委員文男

楊委員芸蘋

林委員啟滄

蘇委員錦霞

滕委員西華

何委員 語

葉委員宗義

李委員永振

李委員成家

李常務理事育家（代）

郭委員志龍

李委員明濱

李委員蜀平

曾秘書長中龍（代）

黃委員建文

陳委員俊明

楊委員漢淶

曲委員同光

呂委員明泰

姚委員惠文

柯委員綉絹

石委員發基

鍾委員美娟

林委員至美

請假委員：

張委員永成

列席單位及人員：

行政院衛生署健保小組

全民健康保險醫療費用協定委員會

行政院衛生署中央健康保險局

朱組長日僑

林執行秘書宜靜

黃局長三桂

蔡副局長魯

陳組長寶國

吳組長文偉

洪代理組長清榮

賴副組長立文

林副組長阿明

施專門委員志和

許專門委員玉媛

王科長淑華

柯副主任委員桂女

楊主任秘書慧芬

吳組長秀玲

魏專門委員璽倫

本會

主席：劉主任委員見祥

紀錄：馬文娟、顏銘燦、樓基慶

壹、主席致詞

各位委員、黃局長、所有與會同仁，大家早！

今天非常高興，大家能夠出席本會最後一次委員會議，希望能有一個非常圓滿的結束，為了感謝各位委員長久以來

的付出與辛勞，署長特別指派大家所熟悉的戴副署長桂英稍後蒞臨本會，致贈各位委員紀念品並合影留念。現在按照議程，進行今天的會議。

貳、戴副署長桂英致詞及致贈委員卸任紀念品（戴副署長於 9 時 30 分抵達）

劉主任委員、各位委員、健保局黃局長、各位健保監理會的同仁、健保局的同仁，大家早安！

今天再次回到委員會，讓我有像回到家裡的感覺，過去 2 年多的時間，受到大家的指導，一起度過很多共同討論議題的時光。大家的鞭策，讓健保的業務不斷地在成長，因為不論健保局的同事如何的努力，總還有工作上思慮不週、作得不足之處，健保監理委員剛好扮演給予指正的一個角色，所以之前擔任健保局局長 2 年多的時間，覺得收穫很大。今天上午因為署長另有要公，我很榮幸能代表署長前來，致贈紀念品是為了感謝委員在健保業務的鞭策與指正，也感謝各位委員的辛勞與努力。

二代健保開辦在即，大家可以看到，健保局正積極的進行各種宣導，儘管同仁非常努力，還是有不夠的地方，未來 1 年，相關的宣導與說明還是會持續，因為在每一個階段，會有不同的議題需要解決，將來，仍請各位委員不斷地給予指正。最後，能夠在這麼一個特別的時刻裡，與大家共同劃下美麗的一個句點，祝大家在耶誕節前夕平安喜樂，並預祝新年快樂，謝謝各位！

參、報告案

第 1 案

案由：確認本會上（第 209）次委員會議紀錄，請 鑒察。

決定：確定。

第 2 案

案由：本會委員會議決議（定）事項辦理情形及重要業務報告，請 鑒察。

決定：洽悉

附帶建議：對「開放外籍基層護理人力，以彌補國內護理人力不足」及「培育公費醫師解決五大科醫師人力不足」等案，整理委員發言意見，陳報行政院衛生署核參。

（與會人員發言實錄詳附件 1）

第 3 案

報告單位：中央健康保險局

案由：101 年 11 月份全民健康保險業務執行報告，請 鑒察。

決定：委員意見送請中央健康保險局參處，餘洽悉。

（與會人員發言實錄詳附件 2）

第 4 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「全民健康保險醫療支出」專題報告，請 鑒察。

決定：委員意見送請中央健康保險局參處，餘洽悉。

（與會人員發言實錄詳附件 3）

肆、臨時動議：無。

伍、確認本會本(第 210)次委員會議紀錄。

決定：確定。

陸、散會：中午 11 時 20 分

【附件1】

報告第 2 案「本會委員會議決議（定）事項辦理情形及重要業務報告」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

- 一、謝謝楊主任秘書慧芬的報告。
- 二、請問各位委員，對於剛才的重點報告，有無需要修正意見？

何委員語

- 一、議程第12頁，歷次委員會議決議(定)事項未結案件進度報告表，第6案建請衛生署及勞委會共同研擬開放外籍基層護理人力，以彌補國內護理人力不足困境乙案（即議程第19頁本會委員101年度提案處理情形彙整表第8案），開放外籍基層護理人力是一個主要的標題，在最初提這個案時，是建請衛生署編列預算委請國內人力資源研究單位，針對國內護理人員與醫界同仁的薪資水平，是否合理，作通盤的研究，其中，包括：護理人員值大夜班、小夜班，其津貼是否合理？如果研究結果是偏低的，可依據所研究出來應該要達到的水平，給予護理人員合理的收入，才能鼓勵25、6萬名領有護理執照的人，希望能回流2、3萬人。現在仍只有13萬名護理人員辦理執業登錄。
- 二、本案的最新辦理情形，並沒有提到從推動護理人力回流以後，到底回流了多少？報紙寫4千多位，署長跟我說，目標是7千多位，那就還差3千多位，到底實際情形怎樣？應該讓委員瞭解。
- 三、建議本案作成附帶建議，請衛生署編列預算，委請國內人力資源專門研究單位，針對護理人力薪資水平及醫界同仁

的薪資所得水平，與社會的薪資水平作比較，作成一個深入的研究報告。

干委員文男

- 一、延續何委員的問題，署長在各大媒體報告，護理人力已回流，我特別跑到署立醫院去詢問，他們缺少的護理人力有沒有再補充？他們回應說，沒有補充，只有在加班的津貼上有一點微調，主要是署立醫院遇缺不補。不知道回流的人力，都回流到哪裡去了？署立醫院由衛生署所管轄，是醫護人力及相關行政作業的一個指標，署立醫院未補充人力，其他的私人醫院更不用說，希望衛生署在此議題上提出合理的措施。
- 二、議程第11頁歷次委員會議決議(定)事項未結案件進度報告表第5案建請政府培育公費醫師解決五大科醫師人力不足案，衛生署的復文提到，地方養成公費醫師已由每年培育10名醫師，增加至27名，多了17名，但僅增加17名是否足夠？我覺得不夠，因為醫師人力的斷層，不是今天才開始的，早已有一段時間了，如果這些斷層不彌補的話，若每一個到鄉下開業，或被派到指定地區服務的醫師，期滿之後，又回到都市或他所願望的地方，開業賺錢，那不是又多了一個缺額了嗎？是否在這方面也能夠一併考量到永續發展，不要永遠都讓偏遠地區醫師人力不足。

何委員語

因為干委員提到五大科醫師人力不足的案子，我也提出另一個情形，我遇到榮總一位很年輕的護士，我問他在榮總服務多久？他說4年多，目前在家裡養病。我又問，這麼年輕怎麼在家裡養病？他說每天早上7點下班後，移交資料到9點半，回到

家裡已經10點，睡到下午3、4點多，就又要到榮總上班，長期熬下來，只好在家裡養病。聽他說完後，我想這個年輕的護理人員出來工作才4年多，到底發生什麼問題，現在讓他在家養病？所以才要求衛生署作一個通盤的人力研究，不要頭痛醫頭、腳痛醫腳，那是不能解決整個結構上的問題。

劉主任委員見祥

一、本案洽悉。

二、何委員與干委員之意見，整理後併同會議紀錄陳報衛生署作整體考量，至於衛生署是否交給將來的健保會討論，就由衛生署決定。

報告第3案「101年11月份全民健康保險業務執行報告」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

謝謝黃局長的報告，請問各位委員有無垂詢？

干委員文男

- 一、在承保業務方面，請問外勞逃逸後，雇主有無繼續繳交其保費，目前逃逸外勞失聯人數有多少？
- 二、二代健保宣導工作正如火如荼進行中，請問宣導的教材是否統一？對民眾宣導所講的內容，是否一致？最近，我看過若干宣導資料，發現還是有點出入，健保局可以再檢視一下。上個月委員會結束後，特別到台北業務組參加二代健保的說明會，承保科的陳美玲科長講解的很清楚，準備的案例說明也很詳細，可以做為範本。
- 三、二代健保實施在即，對民眾而言，最大的痛苦，可能就是補充保費的扣繳，最近，聽到不少來自記帳士公會及會計師事務所的抱怨，因為將來配合補充保險費的開徵，他們的工作增加很多，因為這些工作會計師並不需要自己做，而會落在記帳士身上，所以他們的反彈也很激烈。希望健保局到各縣市宣導的時候，也慰勞一下記帳士公會，因為在帳務計算方面，他們是專家，現在被保險人的錢還沒從口袋拿出來，還沒開始抱怨，記帳士先知先覺看到實務上的困難，也有不好的批評，健保局可以拜託他們提出對策，也請他們別再去教導如何逃避繳交補充保費，相信可減少一些二代健保實施的阻力。
- 四、地方政府欠費部分，從上月至今似乎未再償還，利息卻又

微幅增加，這些利息健保局要付，他們也要付，希望能將健保業務執行報告第10頁說明的更清楚，並積極向各欠費之地方政府催繳，不然他們都沒有動作。一定要讓他們明瞭，即使健保監理委員會即將結束任務，但委員們對其欠費感到很不滿，特別是中央政府已編列相對金額協助，但他們卻仍不積極配合，令人納悶。

五、健保業務執行報告第18頁，取得債權憑證的欠費金額達198億餘元，請問再執行率有多少？這些欠費時間到了，最後只能報列為呆帳，那也是健保的損失。

六、從重大傷病證明有效領證數來看，因呼吸衰竭需長期使用呼吸器的人數仍在增加，請問平均每人每天使用的點數是多少？希望健保局整理出醫療費用支出最高的100種疾病項目，讓民眾瞭解每年5、6千億元的保險費如何運用，增加的支出又是用在哪裡。若是可以將這些支出較高的疾病項目清楚列出，那麼將來面對21縣市民眾說明時，就可以讓民眾瞭解其實並沒有浪費。

七、據昨日（12月20日）報載，台南地方法院檢察署調查的藥價黑洞案件，經檢察官參酌法定事項，命支付800萬元公益金後，給予緩起訴。媒體的報導，讓人覺得這類案件可以用錢打發，可以巧取及低價高報，聽到的人都會感覺心裡不舒服，不應該有這樣的現象。另外，請問這個案子是健保局主動發現，還是檢調單位提出？以後二代健保要開徵補充保費，實施前最好要講清楚，否則會是一項阻力。

滕委員西華

一、健保業務執行報告第86頁，業務推動重點提到醫療資源缺乏地區應具備之條件，特約醫療院所要在符合條件的地區

開業，才會有給付上的例外，依公告設定的條件，是依照每位登記執業醫師所服務之戶籍人數超過4,300人地區，但並未提到專科的分布，雖然一般診所的醫師，也有能力照顧不同科別的疾病，但某些鄉鎮可能特別缺乏特定專科，例如目前有159個鄉鎮缺乏婦產科醫師，請問健保局是否將科別集中化或科別缺乏之因素納入考量？

二、另外，觀光客的流量是否也應該納入考量，因為原本減免部分負擔的立意，是照顧當地的居民，若有觀光客大量進來，是否依就醫地為醫療資源缺乏區而減免其部分負擔，還是以居住當地為劃分概念？不管從經濟誘因或收支的面向，都是不同的概念。再者，鄰近鄉鎮的醫療資源分布，是否也會納入醫療資源缺乏地區的條件設定？有時候，鄰近的鄉鎮，只隔了一條街很熱鬧，但離醫療資源缺乏地區只有幾公里或幾百公尺，所以，很容易選擇到健保局公告的醫缺地區開業。特約條件不同，給付也有差異。

三、健保局明年要對同一張處方箋超過5項藥品，加強審查，從西醫基層及醫院醫療的品質指標平均每張處方箋開藥品項數來看，很驚訝地發現，西醫基層還低於醫院。一般的印象，都是診所開立品項數較多，但看來並非如此，從每張處方箋的品項重複率來看，還在監測值範圍內，所以，若不是指標設定有問題，就是我們的想法與事實有距離。實務經驗上，在同一院所醫師可以從單一處方箋，檢視出重複處方的藥品，避免藥品交互作用，但跨院就醫就沒有辦法，因為目前並沒有強制要求醫師處方必須登錄健保IC卡，因此，病患在不同院所就醫調劑，才有可能形成藥品的浪費。而且慢性病患重複領藥的比例，也很高，像是止

痛藥、制酸劑等，這些都是回收最多的藥品，安眠藥可能也是其中一種，所以，藥品浪費大部分是跨院就醫造成的，而不是單一處方箋開藥品項有幾項的問題。最近基層醫師告訴我，小兒流感需要的藥品品項數，大概5種左右，但以後不能超過5種藥品，因為健保局會核刪。加強稽核的目的，是減少病人不需要的用藥，但如果減少的是有需要的用藥，或讓醫師改採保守醫療，或者因怕被核刪而讓病人自費，那該怎麼辦？若健保局要實施這樣的審查措施，一定要謹慎，因為浪費不是在單一處方箋開藥品項有多少，而是因為沒有在同一院所調劑，以致醫師或藥師等專業人員無法適時把關，對此，健保局應積極提出改善措施。

柯委員綉絹

從健保業務執行報告第 90 頁的健保收支餘絀摘要表來看，截至本年 11 月為止，累計實際數與預算比較增加 72 億餘元，顯示健保局在開源節流的成效，希望未來繼續努力。但在聯合門診中心的營運上，虧損 3,500 多萬元，與本來預算估計會有盈餘，增減的幅度滿大，請健保局說明虧損原因及未來對各聯合門診中心存廢的規劃。

劉主任委員見祥

就剛才 3 位委員的問題，請健保局回答。

黃局長三桂

針對委員垂詢，請相關業務組同仁先初步說明，我再作補充。

洪代理組長清榮

一、有關干委員文男所提逃逸外勞是否繼續加保的問題，實務上，在外勞逃逸後，其與雇主的勞僱契約就會終止，雇主

也不會再為其繳交保費，而會辦理退保手續。至於逃逸外勞數據統計，健保局並沒有資料，要由掌理外籍勞工管理之主管機關統計。

- 二、目前進行中的二代健保宣導，本局備有統一範本供各分區業務組運用，但每一場次的宣導，分區業務組也會依據宣導的對象、單位屬性，針對其需求，在說明重點上增加案例教材，以加強宣導效果，整體來說，算是有統一教材。
- 三、至於取得債權憑證的欠費案件，即使在報列為呆帳後，本局仍會在請求權期限內盡力追繳，欠費者經查有還款能力時，就會再次移送執行。報列呆帳後的再收回率，依歷年情形，大約在10%。

賴副組長立文

地方政府欠費部分，臺北市政府上個月再還 13 億元，各級政府未撥付金額，由 614 億元降為 601 億元；利息部分，有稍微增加，主要原因，是地方政府採取先還本金後還利息方式所致。

林副組長阿明

- 一、干委員文男特別提到呼吸器的醫療利用，這個部分一直都是健保局監控的重點，像是在RCW的病人，依照支付標準是按日定額給付，對於情況穩定的病人，儘量鼓勵回到居家照護。
- 二、滕委員西華針對醫療資源缺乏地區應具備條件所提問題，補充說明如下：
 - (一) 在原有的48個山地離島地區，門、住診是免除部分負擔，在二代健保法修正討論時，考量有部分鄉鎮雖非屬山地離島，但民眾就醫確有經濟困難情形，因此，在全

民健保法施行細則修正時，訂定符合醫療資源缺乏地區條件之鄉鎮，民眾接受門診、急診與居家照護服務，可減免其部分負擔之20%。當時所設定的條件，是依照每位登記執業醫師所服務之戶籍人數超過4,300人地區，同時也將部分負擔減免幅度太高，可能導致醫療利用偏高問題，列入考量。

- (二) 對於在醫療資源缺乏地區專科的需求落差，目前健保局在各山地離島IDS計畫部分，已視各地實際需求，在相關個別計畫下，去補強內、外、婦、兒等科別。至於減免部分負擔部分，原則是按照就醫地劃分，難以將觀光客數納入考量，因為觀光有季節性或節慶等因素，不易掌握。但觀光人數多的地區，也會因時地制宜，機動設置緊急醫療站支應。
- (三) 醫療資源缺乏地區鄰近的鄉鎮，在多少距離內可納入的問題，如果是在巡迴醫療服務範圍內且有醫療需求，可請衛生局相關單位建議，或是透過相關支付委員會評估，在考量其實際需求，就會納入巡迴醫療服務範圍，並投入醫療資源挹注。

施專門委員志和

滕委員西華所詢關於醫師處方一次開立超過5項藥品者要加強審查乙節，這個部分在規劃時，已先排除慢性病因素。目前平均每張處方箋開藥品項數，在95百分位，是5.3項；在一般有開藥處方之品項平均數，醫院部分，是3.24項，診所是3.13項；在藥局部分，申報件數每月申報300件以上之調劑處方登錄率也已超過87%以上。此一措施主要目的，也是請醫師主動檢查病人登錄於健保IC卡上的用藥紀錄，以期避免

藥理重複的狀況發生，另一方面，也希望能將一般疾病的處方藥品品項數維持在5項以下。

黃局長三桂

- 一、干委員文男垂詢關於昨日報載藥廠浮報不實交易價格，檢察官命涉案藥廠負責人支付800萬元公益金後緩起訴案件，這個案件是本局辦理藥價調查時，發覺該藥廠向健保局所申報資料不實，經過與醫院申報價格核對以後，發現確實有嚴重落差，因此，依法移送檢調單位偵辦。
- 二、滕委員西華提到藥品部分，每年藥品費用支出約在1,300億元，占全年醫療費用5,300億元的四分之一，25%的金額非常大，因此，近年來已列為重要管理項目。以目前狀況來看，只要是同一院所，不管是醫院或是診所，浪費浮濫的機會不大，因為健保局透過檔案資料分析，了解個別醫院或診所開藥情形，透過健保IC卡寫入用藥資料當天就可以知道是否有重複用藥或顆數超過的情形。真正困難的問題，誠如滕委員所言，藥品浪費的另一原因常是跨院就醫造成的，但健保就醫方便的特性，無法限制民眾就醫地點，難免造成浪費，這也是我們所稱的「道德危機」。未來在控管上，需要仰賴資訊的進步，這牽涉資訊設備的頻寬、速度以及醫療提供者的使用意願及方便性等因素，基本上，同一院所內的藥品浪費透過管理機制已減少，目前較大的困難點，是跨院就醫產生的浪費。另外，慢性病連續處方箋也是影響因素之一，因此，在業務執行報告，都會特別列為單獨項目，慢性病患常有重複領藥的現象，慢性病連續處方箋一次可以領3個月，有時候病人在甲醫院已領藥，到乙醫院又領一次。針對這個問題，我們也檢討

慢箋的部分負擔是否應重新思考及現行措施是否讓保險對象使用過於方便，但是不同團體有不同的聲音，目前並沒有共識，我們會繼續研擬解決之道。

- 三、對於鄰近不同鄉鎮會有減免部分負擔的差異，實在是因為台灣的幅員不大，健保局在訂定相關規定時，均按照每一行政區域 每位醫師照護人口比擬訂，所以有時候隔一條街，就會因屬醫療資源缺乏區而有得減免部分負擔的差異現象。例如台東縣的大武鄉與金峰鄉、屏東縣來義鄉都有類似情形，因此，醫師與病人可能就會到減免部分負擔的鄉鎮開業或就醫，全民健保為大家帶來就醫的方便和保障，但相對地也會有一些缺點，未來將會持續研擬更可行方案。
- 四、政府欠費部分，最後的協調結果，中央協助直轄市政府勞健保欠費，係依非設籍住民勞健保實際欠費數協助5成，並採分年計算，但若其中一方沒有預算，就無法繳納，健保局非常為難。臺北市政府要求依還款比例解封土地，本局在債權得適足清償原則下，始得評估依償還欠費金額，按查封土地之市價等比例解封，但因其至今仍未清償欠款，金額仍高於遭查封土地的價值，基於債權債務的關係，實在不允許健保局這麼做，所以無法配合，也感到困擾。
- 五、干委員文男所詢依賴呼吸器病人使用情形，以前曾經做過報告，1年大概是3萬人左右，費用控制在270億元，此類病患中有20%至25%是完全沒有意識，仰賴著呼吸器維持生命，同時還繼續使用癌症化學療法、洗腎或放射療法等醫療服務。因為有些問題牽涉及文化及民族性，社會上沒

有共識，所以，這部分的支出，短期還是繼續下去，但針對這個現象，在4年前健保局即已訂定辦法控管，所以，費用仍維持在270億元，沒有再增加。至於洗腎部分，每年支出已從260億元(94年)增加至 312(101年)億元，然而部分的洗腎病人經過洗腎，可以正常生活並有產值，與依賴呼吸器維生之間有所不同，不能一概而論。

六、柯委員綉絹所關心健保門診中心存廢問題，在健保開辦時有6家，當政策決定採逐步關閉方式，目前已陸續關閉東區、南區、中區等地門診中心，高雄門診中心目前已於10月停止營運，但整體作業完成要到年底。配合政策結束的規劃，無法有更積極的作為，因此有虧損是一定的，因為在關閉過程中是慢慢減少診間、診次，服務量當然也降低，必然有虧損。現在僅剩台北門診中心仍在營運中，依照行政院指示，也要在3年內停止對外提供服務。

楊委員芸蘋

- 一、健保IC卡容量有限的問題，多年來一直沒有解決，就如滕委員剛才所說，民眾跨院就醫造成的藥品浪費，因為無法透過健保IC卡即時查詢，以致這些浪費很難節約。雖然本屆委員的任期已屆滿，但還是要繼續努力探討，找出解決之道。
- 二、有關地方政府欠費問題，臺北市政府並不是不還，身為委員也是臺北市民，一直以來，都很關切還款的進度，上週又再一次，將健保業務執行報告第10頁的統計表，提供市府官員，雖然臺北市政府欠費的額度最高，但是還款的收繳率比高雄市政府的43.66%為高，所以，我認為既然有些可以開發的土地，是否能透過行政院協調一下，讓市政府

運用解封的土地去開發。這個問題，市政府認為並不是很困難，如果可以促成，說不定可以早點將欠費還清，臺北市政府勞工局局長承諾會再向市長報告，也會繼續執行5年還款計畫。

- 三、最近，也參加過幾場二代健保宣導說明會，台北業務組承保科陳美玲科長講解的確實很清楚，但我相信，還是有許多民眾並不清楚二代健保新制的內容，聽說只要總工會申請，健保局皆會前往說明，但基層工會就不一定能派員。雖然目前可能因為業務繁忙派不出人手，但多些宣導對二代健保的實施，總是有所幫助，建議如果基層工會需要，還是請健保局儘量派員前往宣導。

蘇委員錦霞

- 一、洗腎透析部分，向來是本屆委員關注的重點，從健保業務執行報告第55頁，顯示這幾個月醫療點數的申請，出現負成長，但重大傷病的領證數成長率卻提高，本月新增領證數有775件，請問醫療點數降低的原因是什麼？人數的增加是否意味進入洗腎門檻降低？
- 二、重大傷病領證人數持續增加，建議透過與國健局合作，將每年度醫療費用支出較高的疾病，列為預防保健的重點計畫，相信能對減少醫療費用支出有所幫助。

千委員文男

- 一、昨天在立法院討論「醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」與「醫療法82條之1修正草案」時，也多次談到健保IC卡及雲端的問題。若雲端系統沒有做好，健保IC卡無法取得病歷，日後法案通過，卻沒有配套措施，是健保局或衛生署的責任？若是健保局的責任，就應盡快編列經費建

置，朱前總經理曾說過只需50億元經費即可，健保局應提出需求，我可以拜託立法委員提案，雲端及健保IC卡絕對可以減少很多醫療浪費及糾紛。

- 二、經過這麼多年輔導，病歷電子化比率仍僅20%左右，尚未過半，實在很不理想，是健保局不夠努力，或是醫療院所不肯配合？希望健保局能在這方面多加強。
- 三、希望健保局列出前100項使用醫療費用最多的疾病，可以對外說明健保經費的用途。另外，針對成長最多的疾病，例如全身性自體免疫症候群（11月新申請領證數將近600張），可否有效預防？上游的預防工作若能做好，下游的醫療費用就能減少。
- 四、再次強調地方政府欠費的利息持續累積，會造成健保局的負擔，請積極與地方政府協調。

曾秘書長中龍（李委員蜀平代理人）

- 一、呼應前面幾位委員所提健保IC卡意見，目前政府鼓勵文書電子化，明年二代健保實施，保險醫事服務機構於診療保險對象後，應交付處方予保險對象，若醫院配合政府政策而將處方箋電子化，就會產生一個問題，沒有紙本處方箋時，如何將處方箋交付予民眾？雖可改採電子下載方式，但往往持有慢性病連續處方箋者，大多數是老年人，使用電子產品會有困難，況且有無載具也是問題。其次，醫療院所必須花錢增購相關設備，我認為未來醫療院所會以此理由抗拒，使電子化政策美意打折，或以電子化無法交付民眾紙本處方為理由，致醫藥分業政策無法落實。
- 二、因此，個人建議二代健保IC卡能一併處理此問題，若醫療院所能直接將處方寫入，且藥師調劑後，得以副署，即可

將病歷電子化，進而方便讀取，就不會有問題。宋前副署長晏仁曾說過，能一次做好的事情，就不要做兩次。為避免未來醫療院所的反彈，在此建議健保局，改善二代健保IC卡時能一併考量上述問題，並補助相關經費，將問題一次解決，相信很多醫界團體都會支持。

黃局長三桂

- 一、有關臺北市政府欠費部分，請代表行政院主計總處的鍾委員美娟予以補充說明。基本上，行政院秘書長已出面協調多次，本局也按照協調共識處理，這個部分本局確已全力協助臺北市政府，但有時善意遭到誤解，造成處理上有些棘手。
- 二、蘇委員錦霞提到洗腎部分，洗腎用通俗的講法，有兩個名詞，一是發生率（每年新增加洗腎病患比率），一是盛行率（洗腎病患佔總人口比率）。在4、5年前，我國是世界排名第一，但在本局與國健局合作下，發生率現已下降，依據美國腎臟疾病資料庫(USRDS)2011年年報統計，99年透析發生率前三名分別為墨西哥莫雷洛斯州(Morelos ,Mexico)597人/百萬人、墨西哥/哈利斯科州(Jalisco ,Mexico)419人/百萬人、美國371人/百萬人，而台灣已擺脫透析發生率世界第一之惡名，目前位居第四名，347人/百萬人。我們至少先將發生率控制住，沒有讓它增加，但盛行率一直都是最高，是因為醫療服務提供者，不論是提供的品質或服務都很好，優質治療會使透析(洗腎)病患人數累計增加、生命延長，所以，盛行率自然會很高。台灣醫院及洗腎診所的洗腎品質，在世界上都是一流的，但價格卻非常便宜，這要感謝所有醫療院所的服

務。

三、多位委員所提健保IC卡部分，92年本局第一代健保IC卡推出，當初規劃使用7年，現已超過使用年限，因本局持續密切注意，目前功能仍維持正常，但本局也擔心隨時會有錯誤或其他問題發生，會釀成重大災難。因此，本局在兩年前即開始規劃二代健保IC卡，因為資訊的進步非常地快，技術日新月異，新的二代健保IC卡僅存放就醫必要資料，並提供認證功能，採取的是雲端的觀念，將資料儲存在網路，當醫療院所或被保險人需要時，經身分確認後，透過網路連線取得由遠端主機提供的服務。觀念說來簡單，但大家要瞭解，我們有1萬9千多家醫療院所，並非本局獨自進行即可，也要考慮到醫療環境，因醫療院所大小不一，還有各種不同型態之藥局，故影響層面很大，必須考慮其條件及經費。

四、其次，以健保IC卡是否設定密碼為例，就有兩派不同的想法。考量資訊安全，必須設定密碼，但很多不識字的老年人，會有忘記密碼的問題。實務上許多的細節問題，就讓人很困擾。這2、3年，來本局完成具體作業規劃，也將本案陳報行政院，惟行政院退回本局再行研議，現已完成二度修正，其中，牽涉到資訊安全及個人隱私的重大問題，並非只有經費的問題。此事本局比大家還急，因為我們很怕一代健保IC卡隨時會有狀況，所以也是加緊在進行，近期已將業務重心從推動二代健保移轉至健保IC卡之改善，希望能讓二代健保IC卡進度有所突破。因本人並非資訊專家，幸好行政院政務委員張善政先生是科技專家，給本局很多的指導，相信有其支持，這件事很快就有好的結果出現。

鍾委員美娟

有關直轄市政府欠費問題，行政院協調結果是地方政府非設籍民眾保費，由中央政府補助半數，但欠費利息及設籍民眾保費部分，仍應由地方政府繳納。有關非設籍民眾保費補助部分，除今年已編列預算外，明年度還是會繼續編列，金額大約 67 億元，若直轄市政府也能同額負擔，明年按照還款進度，至少可償還 100 多億元，問題應可逐步解決。至於設籍民眾保費及欠費利息部分，中央政府並無補助，仍須健保局督促地方政府償還。

劉主任委員見祥

委員所提有關發揮健保IC卡功能，減少醫療浪費及地方政府欠費等意見，經黃局長充分說明，可以瞭解雖然都是棘手的問題，但是健保局與衛生署都積極面對，行政院也十分關切，委員意見整理後送請中央健康保險局參處，餘洽悉。

報告第 4 案「全民健康保險醫療支出」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

謝謝林副組長阿明的報告，請問委員有無進一步垂詢事項？

林委員至美

經建會每年均會審查健保醫療給付費用總額範圍，101 年在陳報行政院的審查附帶決議當中，要求針對醫療資源配置及利用等進行檢討，對於人力不足或偏遠地區資源重新調整。健保局每半年對健保醫療支出進行專案檢討，對醫療資源配置、服務利用情形等，有所掌握及瞭解，非常重要且有意義，亦為未來改進醫療資源利用及支出之重要參考依據。本報告已提供相當詳細之分析，謹提出以下幾點意見供參，希望在全年報告時，有更進一步的原因分析，做為政策的參考，而非僅著重在數據的呈現。

- 一、醫療資源分析之項目，可再依據各界關心之議題提供分析，例如每萬人口護理人員數、各區域資源分布數據（北、中、南、東及離島的醫師、病床或醫院數等狀況），將更有利於政策研擬之參考。
- 二、醫療支出分析方面，第 18 張投影片「整體醫療點數，於 101 年上半年成長率為 2.0%，低於去年全年成長率 4.9%。」建議應與去年上半年（同一基期）比較，才有意義。另分析重點，僅放在藥費支出之變動（門診成長率 -0.8%，住院成長率 -4.3%），但對門診支出成長率最高之診療費（6.9%）及住院支出成長率最高之復健費、手術費、特殊材料費（分別為 6.1%、5.1%、5.1%），卻未能進一步分析，應可再加強。

三、醫療服務利用分析方面，第26張至第32張投影片之100年全年資料，建議改為1至6月，以利於比較。如第44張投影片小結分析中，慢性病連續處方箋開立率101年上半年為34.88%，較去年同期33.47%，增加1.41個百分點，即較第30張投影片表中所列之全年開立率33.83%，更有比較之參考價值。

四、醫療費用成長分析方面，第51張投影片101年上半年門診藥品費用呈負成長的分析中，醫學中心門診藥費並非負成長（第48張投影片表中為2.6%）。

劉主任委員見祥

以上委員詢問，請健保局說明。

林副組長阿明

一、在供給面部分，本報告呈現是比較大方向的，未來若有需要，本局會朝委員建議方向考慮。目前在資源配置部分，每年在費協會協商總額時，已有特別考量特殊需求，例如針對偏遠地區或醫療資源不足地區，特別匡列專款項目預算，或是針對身心障礙者等牙醫特殊服務、慢性B型及C型肝炎治療及鼓勵器官移植等部分，也都有做專款項目的考量。

二、有關報告的呈現方式，如藥費支出、門診或住院的分析比較，本局會針對這部分，再做更為周延詳細的分析。

劉主任委員見祥

一、委員意見送請中央健康保險局參處，餘洽悉。

二、經詢問，並未有委員提出臨時動議。本次為健保監理委員會最後一次委員會議，各案決定事項於會上宣讀後，均經委員確定，惟各與會人員之發言內容，仍於會後送請委員確認。