

全民健康保險監理委員會
第 208 次會議紀錄

中華民國 101 年 10 月 26 日

全民健康保險監理委員會第 208 次會議紀錄

時間：中華民國 101 年 10 月 26 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：

吳委員淑瓊

盧委員瑞芬

葛委員克昌

干委員文男

楊委員芸蘋

林委員啟滄

陳秘書健民(代)

張委員永成

林主任敏華(代)

蘇委員錦霞

滕委員西華

何委員 語

葉委員宗義

李委員永振

謝研究員啟煒(代)

郭委員志龍

李委員明濱

何常務理事博基(代)

李委員蜀平

曾秘書長中龍(代)

黃委員建文

陳委員俊明

楊委員漢淙

謝常務理事武吉(代)

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：

周委員麗芳

盧委員美秀

李委員成家

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

蔡組長淑鈴

沈組長茂庭

吳組長文偉

洪代理組長清榮

林副組長阿明

張副組長鈺旋

賴專門委員立文

施專門委員志和

黃科長莉瑩

柯副主任委員桂女

楊主任秘書慧芬

魏專門委員璽倫

本會

主席：劉主任委員見祥

紀錄：范裕春、曾幼筑

陳淑美、葉肖梅

壹、主席致詞：

各位委員、黃局長、蔡副局長、所有與會同仁，大家早！

在會議開始前，先介紹新上任的健保局蔡副局長。蔡副局長大家並不陌生，渠原為健保局主任秘書，現晉陞為副局長，喜事一樁，恭喜並歡迎蔡副局長。接著按照議程進行今天的委員會議。

貳、報告案

第 1 案

案由：確認本會上(第 207)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。

(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 9 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考，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：「全民健保醫療品質資訊公開之規劃情形」專題報告，請 鑒察。

決定：委員意見送請中央健康保險局擬訂全民健康保險醫療品質資訊公開辦法時參考，餘洽悉。

(與會人員發言實錄詳附件 3)

參、討論案

提案單位：本會業務監理組

案由：本會訪查「全民健保論人計酬試辦計畫」業務後之建議案，提請 討論。

決議：對中央健康保險局建議事項如附件，請參考辦理。

（與會人員發言實錄詳附件 4）

肆、散會：中午 11 時 32 分

對全民健保論人計酬試辦計畫之建議意見

一、協助醫療團隊建立完善資訊系統，適時調整營運策略

蒐集院外或全國性指標資料，並迅速回饋參與試辦之醫療院所；至院內病患資訊，則協助試辦團隊自行建置系統，蒐集病患之就醫次數、診療密度、治療結果與滿意度等資訊，以確保試辦醫療團隊能有快速之科學依據，藉以適時調整其營運策略。

二、論人計酬支付方式應納入改革之支付制度中持續精進

健保仍以論量計酬為主要支付方式，為控制醫療費用快速成長，健保局已陸續推出論病例計酬、論質計酬及 DRGs 等支付制度。然由論量計酬改為論病例、論質或論人計酬等方式，醫師臨床決策、醫院管理機制及民眾就醫習慣都需配合修正，改變需要時間，為使論人計酬能穩健地擴展，應與支付制度改革做連結。

三、鼓勵醫療團隊加入，逐步建立周全風險校正機制

試辦初期，讓醫療團隊負擔有限的財務風險，並在支付設計上搭配適度的財務誘因，尤其是新加入或偏鄉地區之團隊，儘量以鼓勵代替懲罰，以逐步擴增參加之醫療團隊及民眾人數。依據各種試辦模式及足夠之參與民眾數，建構擬計算每人合理醫療費用之具體校正因子、權重及運算模型，逐步健全風險校正機制。

四、增進評核指標效能，分不同階段逐年達成

定期檢討評核指標定義及內涵，考量結構面、過程面與結果面等不同面向，納入結果面評核指標(如健康指標等)，檢討

修正操作型定義及分配權重，並訂定分年明確目標值，逐年予以達成。

五、強化初級照護體系，邁進家庭責任醫師制

在論人計酬支付制度下，應以初級照護體系為基礎，強化家庭醫師對於初級照護的責任，鼓勵基層醫師、專科醫師及醫療院所組成新的服務網絡，承作團隊應納入其他整合照護方案對象，逐步整併類似之照護試辦方案，不但可減少行政成本，提高論人計酬之效益，亦逐步邁向家庭責任醫師制度。

六、轉換管理之角色定位，以提升品質監控之效能

論人計酬為一全新的支付制度，與論量計酬完全不同，其精神就是把健保財務的責任交由醫療團隊負責，健保局的角色定位應配合修正，對於計畫的管理及評估，應由過去偏重財務監控，逐步朝向醫療品質之監控，使民眾更為健康。

【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

謝謝楊主任秘書慧芬的報告，請問各位委員有無垂詢？

謝常務理事武吉(楊委員漢淥代理人)

一、本會上(第207)次委員會議報告案第2案決定「建請政府培育公費醫師解決五大科醫師人力不足案」及「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案」等二項於今(101)年年底向委員報告進度，建議繼續追蹤是對的，有關政府培育醫學公費生以彌補五大科醫師不足乙節，雖非屬監理會的職權，然本會可予提出建議。目前住院醫師訓練的容額，雖由2,400個降到1,700個，但還是太多，因我國醫學畢業生一年有1,300個，加上波蘭等國家回來的約150人，合計共1,450人，這一群人也可以納入考量。另何委員語之前關於護理人力的發言，我認為相當正確，值得敬佩。建議衛生署醫事處對住院醫師容額管控在1,550人左右即可，免得皮膚科等很夯的科別太多人，但五大科卻又很少人，且住院醫師於訓練科別選定後不應隨意更改，如此可減少五大科的缺額。

二、之前我和衛生署醫事處石前處長崇良討論過，醫院本來就須接受評鑑，診所在需要時也應列入評鑑，聽說高雄有某家醫療美容診所，因為某單位人士介入，開設數個月就倒閉了，我認為衛生署醫事處及財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，對於醫療美容診所也應予評鑑，這樣比較合

理。

劉主任委員見祥

委員的意見都會紀錄下來送給衛生署參考。

曾秘書長中龍(李委員蜀平代理人)

請提供監理委員會給予衛生署就醫師兼具藥師資格者得自行調劑乙案之意見函予李蜀平委員參考。

劉主任委員見祥

本會可依相關規定程序提供。

干委員文男

有關「建請政府培育公費醫師解決五大科醫師人力不足案」乙節，我於參加本次論人計酬試辦計畫業務訪查時，金門當地的醫師很驕傲地說他是醫學公費生，受訓期滿就回來執業，以此精神觀之，將來在醫學生考試時，建議可以考量偏遠醫缺地區所推薦者，應擴大錄取，這樣才能落地生根，才是長久之計，否則隨著醫學公費生流動，偏遠地區醫師缺乏問題仍會存在。

劉主任委員見祥

經詢問委員無其他意見，本報告案洽悉。

報告第3案「101年9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？

何委員語

- 一、健保業務執行報告第 17 頁，逾期未繳保險費，是否包括臺北市政府及高雄市政府所積欠部分？
- 二、健保業務執行報告第 78 頁，醫院平均點值達 0.9 以上，然臺北市有一家優質的基督教地區醫院副院長向我反映，說其上一季點值只有 0.791，若持續下去，該醫院就無法經營，我已約該院幾位醫師餐敘，希望能瞭解為何其點值只剩 0.791。
- 三、臺北市政府的土地因積欠應負擔保險費補助款而被扣押，該土地雖在精華區卻因為被扣押無法開發，如何能靈活運用以產生金錢來清償所積欠的應負擔保險費補助款？所以健保局應該與相關單位討論設計一個周全的辦法，例如可在該土地處理的過程中，就每一筆開發案，取得一定比例的款項，以快速且有技巧地收取其所積欠的應負擔保險費補助款。
- 四、依據全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法規定，保險對象利息所得，單次給付未達 2 萬元者，扣費義務人依規定格式造冊，彙送健保局，由健保局逕向保險對象收取。保險對象有利息所得者很多，扣費義務人單次給付未達 2 萬元者也一定非常多，又國人中超過 40% 是股民，該辦法亦規定，無現金股利或現金股利不足以扣取時，扣費義務

人應通知保險對象，由健保局於次年收取。財稅單位辦理稅務徵收的人員就超過 4 千人，請問健保局有沒有足夠的人力可以開單收取這些補充保險費？令人質疑！建議應從長規劃。

- 五、健保醫療支出一直增加，我主張使用者付費的概念融入健保體系中，方為公平、公正的方向，否則國人一直擴大消費，卻不需支付自負額，此屬不公平。

楊委員芸蘋

- 一、我認為何委員語的建議頗佳，讓臺北市政府因積欠應負擔保險費補助款而被扣押的精華區土地可以開發，使其能在有效運用下有現金可以還給健保局。
- 二、中華民國全國職業總工會於昨天（10 月 25 日）召開理監事會議，認為二代健保將於明（102）年 1 月 1 日施行，健保費率是否確定會降到 4.91%，請健保局行文全國各總工會的團體明確的告知，以便其有充裕時間準備，及向所屬會員說明，以利為明年的收費做萬全的準備；該會議也建議衛生署及健保局能做強力且有效的健康宣導影片，例如正確用藥、如何預防疾病、鼓勵民眾不要隨便看病等，我們全職總以及全國勞工團體都會配合健保局的業務協助宣導，以利減少醫療資源浪費。

千委員文男

- 一、我的意見和楊委員芸蘋相同，若費率是 4.91%，則政府宜及早公布，因為相關收費的電腦程式需要一起更改，否則屆時恐來不及，另有些屬於按季繳納保險費部分等，如何處理，需及早告知相關單位處理手續為何。
- 二、健保業務執行報告第 31 頁，呈現各類重大傷病與去年同

期比較的成長率，建議增加分析以月或季為單位比較的成長率，或許在醫學上會有所貢獻，例如精神病患者是否於春天、秋天或過年，因氣候變化或經濟壓力而較易發作。

- 三、本會以前建議健保局朱前總經理澤民，對臺北市政府因積欠應負擔保險費補助款，要去扣押精華區土地。臺北市政府之前對於積欠應負擔保險費補助款乙事漠不關心，都讓健保局扣押價值不好的公共用地或道路用地。現在因為健保局已扣押精華區土地，臺北市政府就會積極思考如何償還所積欠應負擔之保險費補助款，包括臺北市政府與中央政府共同編列預算清償。

盧委員瑞芬

- 一、健保業務執行報告第 6 頁表 4 健保財務資金流量分析表，備註 1. 說明醫療費用等於撥付醫療費用減掉代位求償收入，再減掉代辦醫療費用收入；但同報告第 7 頁表 5 健保財務收支分析表（權責基礎），卻無說明保險給付的定義，請健保局予以補充。
- 二、上述兩個表呈現歷年資料，幾乎都是「醫療費用」比「保險給付」少一點，然 100 年度反而是前者比後者多一些，請健保局能告知其中原因。
- 三、修正後健保法中有關補充保險費之扣取，是否按個別保險對象，來做「歸人」計算？例如兼職所得，每次開會出席費為 2,000 元，因未滿 5,000 元，故當次未扣取補充保險費，但若累積一年可能就會超過 5,000 元；或利息所得，也可能有類似情形，例如在一家銀行單筆利息未達 5,000 元，但同一家銀行可能不只一張存單，累積後可能會超過 5,000 元；或存款於單家銀行之利息合計未超過，但累計

在各家銀行所有存款利息，則可能會超過 5,000 元。以上所舉種種例子，希望能瞭解補充保險費各計費項目，除單筆扣繳外，是否有「按人歸戶」計算後，來收取補充保險費之相關規定。

何委員語

- 一、補充說明于委員文男的疑慮，我不是反對扣押臺北市精華區土地，是建議在扣押的過程中，健保局可考量於扣押相關合約中，訂定三方關係。所謂三方是指土地開發商、臺北市政府及健保局，健保局雖扣押土地，但可接受土地開發，前提是土地開發商的開發費用，有固定比率要交給健保局，這是一種策略，並應將方案具體化。
- 二、再次強調，這不是反對扣押土地，而是希望在扣押土地的過程中，以合約建立三方主權關係，使健保局有此權利，可迅速且有效率地拿到土地開發商於開發時所付的部分開發費用，以償還臺北市政府積欠的保險費補助款。合約內容應可另行研商，就不在此多占用時間說明。

黃局長三桂

- 一、有關盧委員瑞芬所詢問題，是因為99年4月開始保費費率由4.55%調到5.17%，致保費收入金額增加。
- 二、臺北市土地查封相關疑義，最近已由行政院秘書長召集臺北市政府、金融監督管理委員會、法務部、健保局及衛生署等相關單位協商，應該會有進一步結果。目前，行政院主計總處已在盡力協助，但考量資金調度事宜，所以臺北市政府土地查封問題，進展還不多，但相信很快會有下文。
- 三、民眾個人特定所得的補充保險費之上、下限及扣取等相關

問題：

(一) 考量各界意見，除超過當月投保金額4倍的獎金外，其他五項所得單次給付之扣取金額下限，已由原規劃之2,000元提高至5,000元；另針對利息所得，為簡化扣繳流程，其單次給付未達新臺幣20,000元者，扣費義務人併得於次年1月31日之前，依照規定格式造冊，彙送給健保局，由本局逕向保險對象收取。

(二) 個人補充保險費之扣取，並不會按人歸戶計算，而是每筆獨立計算，舉例來說明，若某保險對象在3家銀行有10筆利息所得，則計算方式如下：

1. 10筆利息分列，各筆自行計算扣繳金額；
2. 若10筆中，每1筆皆低於5,000元，則都不用扣繳；
3. 若10筆均高於5,000元，則每筆個別計算扣繳金額，於年底時健保局再將該10筆資料開立在同一張繳費單，向保險對象收取。

四、就如何委員語所言，健保局係辦理社會保險之單位，執行補充保險費收取，很類似在收稅之工作，且工作量龐大，惟現有人力並未增加，同仁非常辛苦。為因應此項工作，健保局預估要花6,000萬經費，與銀行公會所估包括拆單成本約需經費33億元落差頗大。本人對健保局同仁有信心，也一定會全力以赴。

五、楊委員芸蘋所關注的宣導工作，亦十分重要，健保局會積極進行；惟費率核定屬行政院權責，目前尚未定案。雖然費率備受各方關切，惟仍待行政院公告。

六、至於部分負擔措施，健保局前已向貴會報告過二次，但本質上屬兩難問題，需在各種條件中求取合理性與平衡：

(一)部分負擔雖可抑制健保資源之不當使用，但也可能會影響到經濟弱勢團體就診之負擔。假使部分負擔增加200至300元，經濟狀況較好者，就醫可能不受影響，但是經濟狀況差的人，就算部分負擔只增加50元，可能都無法承受。

(二)醫院急診嚴重壅塞問題，依據統計資料顯示急診就醫病患，檢傷分類第四與第五級者就約占30%，這三成的人並不需急診處理，應至門診就醫即可。由此可見部分病人把急診當急門診使用，台灣急診就醫收費太便宜，造成部分病人濫用。其他國家，急診就醫收費昂貴，至少美金1,000元起算。為改善急壅塞問題，健保局前已嘗試，將急診檢傷分類第四及第五級者，提高部分負擔，但僅在研擬階段即已遭遇極大阻力。

七、何委員語所提某醫院點值0.791乙節，其可能是浮動點值，一般而言，醫院平均點值應有0.9以上，若方便請提供該醫院名稱，再請健保局同仁瞭解實際情形。另，所詢健保業務執行報告第17頁，有關逾期未繳保險費、滯納金是否包括臺北市政府及高雄市政府積欠之保險費補助款，請財務組說明。

賴專門委員立文

健保業務執行報告第17頁，逾期未繳保險費、滯納金，並未包含政府欠費部分。

謝常務理事武吉(楊委員漢源代理人)

一、請健保局財務組再補充說明，坊間很多民眾都在詢問「股利」之定義，到底什麼是「股利」、什麼是「股息」?!財政部都不大甩健保局，健保局不要把這些工作都攬下來做，應該要跟財政部好好溝通如何執行。

二、健保業務執行報告第31頁有關重大傷病證明有效領證數部分：

(一)癌症領證數較上月份增加7,319件，是否可告知其疾病類別為何？

(二)慢性腎衰竭(尿毒症)領證數較上月份增加550件，在健保六分區的分布為何？如同之前在費協會談到，很多民眾服用黑藥丸的問題(註：理論上黑藥丸是中藥炮製，但往往具體成分不明，也常是地下電台在販售)，所以應該要瞭解服用民眾之地理分布。藉由瞭解地理分布，以進一步分析問題，故希望下次能看到相關數據。

(三)呼吸衰竭需要長期使用呼吸器者較上月份增加1,138件，因呼吸器使用方面之監控，十分重視脫離率，故也應由剖析新增個案之原因，予以著手管控，例如是否病人剛送至加護病房(ICU)就立即氣切，才會變成呼吸器需要者？相關因素，希望下次能予呈現。

黃局長三桂

一、有關補充保險費之股票股利所得扣繳部分，依修正後健保法規定，有「所得」就應扣繳補充保險費。在座很多人可能瞭解，領到股票當時，其實尚無所得，而只是股票價值的重新再調整；必須在股票賣掉時，才能得知是賺錢，還是反而虧損。因此，在本案討論過程中，質疑聲浪不斷，很多人都表示分配到股票，不見得有所得收入，例如宏達電(宏達國際電子股份有限公司，簡稱HTC)之股票，已由每股700多元降到200多元，而賣掉股票時可能反而造成巨大虧損。

二、因此對於股票股利所得之扣繳，社會各界、學者或專家看法不盡然相同，而在健保局立場，因實務操作有其困難

度，所以希望有所轉圜。但是此議題，最後在立法院討論時，朝野兩黨委員均認為，不論如何，現金股利與股票股利都屬於股利所得，所以股票股利所得也應該要扣取補充保險費。健保局係為執行單位，一定是必須遵守已完成立法之規定執行。

三、臺灣的洗腎為何被稱為世界第一，洗腎第一雖是不好的聲名，但趁此機會要由另一角度來闡述，這也算臺灣的另一種光榮與成就，因洗腎不能僅以發生率來論斷，說明如下：

(一)臺灣一年會產生這麼多洗腎新發生個案，除人口老化及慢性疾病治療進步與死亡率降低外，其中有60%以上之個案，原即罹患高血壓、糖尿病等慢性病引起的併發症，最終需要洗腎。在國外，可能病程尚未發展到需要洗腎，這些慢性病患就已死亡；我國因有健保的醫療照護體系，提供普及及良好照顧，讓慢性病患者生命延長，病程最終則走向需要洗腎之階段。

(二)全世界沒有一個國家，像我國把醫療跟資訊結合的那麼好，所以我國的相關資料，無論是醫療院所及政府機關之數據，具備了「及時掌控」與「正確性」之雙重優點，而在國外，即使先進國家如日本和美國，也都還沒有此等精確數據。因此不能僅以發生率來看，而是要看整個統計的數字是否正確，以目前的發生率而言，我國確實比其他國家高，但是去瞭解其中原因，其他國家可能很多病患尚未進入洗腎階段就過世了。

(三)另不可避免仍須提到，國人用藥浮濫，也是造成罹患

腎臟病原因之一，如早年地下電台在南臺灣賣藥，NCC（國家通訊傳播委員會）近年來取締很多，地下電台賣藥情況也已漸漸改善。

林委員至美

由健保業務執行報告第34頁及第52頁，發現醫院部門在門診件數及申請點數的成長率，長期以來居高不下，且均高於其他部門及整體平均之成長率，顯見民眾擠大醫院看門診的習慣仍難改變，而醫院對檢查項目過於寬鬆，甚至過於主動提供額外的檢查服務，亦可能造成醫院申報醫療服務費用居高不下，建議日後除應繼續追蹤該數據外，亦應設法提出因應對策來改善此一現象。

葉委員宗義

- 一、有關補充保險費扣取股票股利所得之問題，雖然當今社會本位主義很重，而銀行公會也是我所屬相關團體，但我並非站在該團體立場，而是依理敘述看法，因「收取補充保險費」這件事，整體而言會付出很多成本，且能收到的並不多，建議應予取消。
- 二、在費協會我也表達過，大醫院不只夜間急診區壅塞，連日間的門診區走廊都在排隊，但這些都是重病嗎？其實不見得，經常可見到很多是年長老人，因為掛號費不貴，所以把急重症醫療資源，當作一般基層門診在使用。應該好好宣導，若非大病，不要去搶著使用大醫院之急重症醫療資源。希望醫療面不要出現如同最近傳言勞保要倒，而勞工搶著擠兌勞保給付之現象。
- 三、政府機關的欠費問題，亦應妥為解決，否則若收不到錢，健保財務更堪憂慮。

黃局長三桂

- 一、有關林委員至美所詢，其實目前全國每天約有100萬人次在看病，數字很可觀。在健保開辦前，每人每年平均就醫次數為5、6次，但現在已達14、15次，這是因為實施健保後就醫可近性增加，民眾就醫觀念及習慣在沒有改變情況下，以致未珍惜寶貴的醫療資源或浪費醫療資源現象。現階段就診太便利了，對於既得利益者，若要限縮，實有難度。因此未來對高診次病患，應進行更積極管理，例如每月若超過合理就診次數，除提醒該位病患，並將資訊回饋醫療院所，讓院所協助輔導。
- 二、有關葉委員宗義建議補充保險費取消收取股票股利所得乙節，實非健保局、衛生署的層次能解決。行政院（含政務委員）、銀行公會、金融監督管理委員會等單位，都一起協調本案，最後再送到立法院審議，因此這件事健保局目前已無著力點，只能遵照立法院決議，努力執行。因股票股利一般要到隔年4月或6、7月才發放，所以辦法公告後，也許至明年中，在社會上與葉委員宗義、何委員語有同樣看法的意見會出現，屆時也許有機會調整，由於扣繳辦法已經在昨晚（10月25日）核定的，因此健保局有義務在第一時間儘速向各位委員報告，但目前既然扣繳辦法已公告就需執行。

葛委員克昌

- 一、101年7月6日司法院大法官釋字701號解釋，所得稅法第17條第1項第2款第2項之3，「……（二）列舉扣除額：……3. 醫藥……費：納稅義務人及其配偶或受扶養親屬之醫藥費……，以付與公立醫院、公務人員保險特約醫

院、勞工保險特約醫療院、所，或經財政部認定其會計紀錄完備正確之醫院者為限」規定，對其他合法醫療院所所為之差別待遇，與平等原則不符，系爭規定應不予適用。此號解釋對民眾利用非健保特約醫院，及其他小診所所有何影響，及部分健保支出可轉由所得稅列舉扣除額，宜加評估因應。

- 二、很多看病的費用其實可在所得稅中扣除，但過去只限於少數的大醫院，經司法院大法官認為違憲，所以後來小醫院的收據都可列舉扣除。建議健保局與財政部溝通，應宣導民眾看小醫院看病的收據也可在所得稅中列舉扣除，並宣導自費也可列舉扣除，故自費有一部分其實是由國家稅來負擔，不完全由人民負擔，這些都應廣為宣傳，讓大家願意至小醫院就診。

干委員文男

- 一、應扣取補充保險費之利息所得，其單次給付未達 2 萬元者，扣費義務人併得於次年 1 月 31 日之前，由健保局向保險對象收取之規定，是否代表即使民眾為了避免繳交補充保險費，而至銀行將定期存款單拆單也無用，如果是這樣，請健保局盡量用簡單的說法對民眾宣導，讓民眾瞭解如果至銀行拆單也無用，不知是否如此？
- 二、剛剛黃局長提及用藥問題，李委員蜀平曾說一年有 130 公噸的藥品回收，原本以為是假的，私下曾看過好幾間健保藥局，發現他們的藥物回收桶，僅半個月就裝滿半桶多，這很驚人，患者拿很多藥都沒用，有良心的患者還會拿到藥局回收，若將藥物丟在河中會污染水質，丟在地上會污染土地。建議健保局從源頭調查回收之藥品，請相關科系

學生或工讀生進行調查，一方面給予就業機會，另一方面代表政府對患者的關心。調查後若發現問題出在患者未按時吃藥，則對患者宣導有病要按時吃藥；若發現患者只想多拿藥，則宣導這樣會再增加藥費造成健保的浪費。若發現源頭是醫師多開藥，請追蹤醫師勿多開不必要的藥品，這問題請健保局積極處理。

盧委員瑞芬

剛提問的第一個問題未獲得解答，健保業務執行報告第 6 頁表 4 與第 7 頁表 5，有關保險給付與醫療費用部分，表 5 保險給付在備註中未說明定義，所以不是針對收入有意見。因權責基礎之保險給付理論上會比醫療費用高，即是有應付而未付的情形，在 100 年反而是在流量（表 4）的部分較高，例如應付 5 元卻付 10 元，請健保局說明。

楊委員芸蘋

- 一、認同黃局長三桂的看法，健保做的太好太方便，讓人民不懂珍惜，所以絕對會賠錢。對高診次的患者需有所限制或制定相關措施，讓這些患者能警惕並節制自己看病的行為，並要獎勵或鼓勵不看病者，讓大家知道不看病是一種榮耀。
- 二、剛剛黃局長提及費率是在行政院層次決定的，健保局雖不能越俎代庖，可是目前全國勞工團體都認為明年元月 1 日起二代健保費率 4.91% 是一個既定政策。另所有勞工團體都需有一些行政作業時間，前置準備工作需花 2 個月至 3 個月，希望健保局確實的去瞭解如何做並詳細告訴我們。在目前勞保退休擠兌情況非常時期，希望健保不要像勞保一樣發生嚴重的問題，因對勞工是非常傷害的。全國的勞

工對健保局都相當肯定，會盡全力支持健保局。對勞工的政策和福利，不敢奢求，但要如何執行，應充分說明，請健保局要盡到告知與指導的義務，以不匡民眾所求。

黃局長三桂

- 一、葛委員克昌剛剛提及，醫藥費之列舉扣除額，依 97 年 12 月 26 日修正公布所得稅法第 17 條第 1 項第 3 款第 2 目之 3 規定，只有公立醫院、全民健康保險特約醫療院、所，或經財政部認定其會計紀錄完備正確之醫院之收據，才可列舉扣除。但有保險給付部分，則不得扣除。但對其他合法醫療院所之醫療費用不得列舉，似有不公，所以大法官對法重新解釋，不一定只限於公立醫院、全民健康保險特約醫療院、所，或經財政部認定其會計紀錄完備正確之醫院，現在只要民眾至合格登記有案的醫療院所就診，都可檢據作為報稅時列舉扣除額，謝謝葛委員的提醒。
- 二、楊委員芸蘋所關心對未用健保資源者之鼓勵，健保局每年都會對長期沒利用健保卡的被保險人，辦年終感謝活動。
- 三、干委員文男所提用藥問題，本局會對藥品的使用採取更積極的管理態度，包括每張處方箋上面開的品項過多情形，將進行嚴格審查。
- 四、健保業務執行報告表 4 與表 5 相關費用高低的問題，請財務同仁進行說明。

干委員文男

希望瞭解藥品回收桶有些什麼藥品、是哪個醫院或哪個醫生開的。建議重新調查一遍，即可發現並解決問題。

賴專門委員立文

盧委員瑞芬提及 100 年現金基礎之醫療費用較權責基礎金額高

的原因，最主要是現金基礎的統計表上，在 99 年第 4 季有總額點值結算，對須補付之 49 億元醫療費用在 100 年做補付的關係所致。

滕委員西華

- 一、健保局近日公告「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」，目前醫材收費的項目非常混亂，這規範內容中提到，未向健保局申請核價之特材，健保不予給付，且不得向保險對象收取自付費用；已經向健保局提出核價申請，但不符健保給付規定者，保險醫事服務機構可向保險對象收取自費；如果在審核中還未完成核價程序之前，保險醫事服務機構可向保險對象收取自費；若納入診斷關聯群（Diagnosis Related Groups: 簡稱 DRGs）項目，有上開所列自費情形者，醫療院所應依 DRGs 支付通則規定辦理。
- 二、請問原本 DRGs 中有計算醫材，假設一個髖關節手術，其中醫材 3 萬元（此為任意舉例的數字），原本包裹在 DRGs 中費用，現有全新的醫材要進來，健保局付給醫療院所中是從 DRGs 中就扣除原本醫療給付 3 萬元，之後全新的醫材允許醫療院所向民眾收全額自費，這全額自費是醫材商或醫院開的價格。請問扣掉原本健保 DRGs 中要包裹在其中的醫材費用，剩下由民眾全部自費，此豈不是限縮給付？
- 三、有些民眾原本要使用健保醫材，因 DRGs 有付一部分，結果民眾可能被誘導或真心覺得健保未給付的醫材比較好，醫療院所全數讓民眾自費，且這部分無市場機制調控，要如何確保民眾權益？健保是要省錢，未給付的醫材同意自

費；但包裹在 DRGs 的醫材是比較複雜，這會變相圖利醫材商。

四、另，已納入 DRGs 差額給付的特材項目中，原先 DRGs 有無 add-on 方案（DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案）？因一開始未看到 add-on 方案要如何做，現已列入差額給付的這些特材，民眾是扣掉 DRGs 已經付的費用後再去付差額？抑或只是少掉原本差額給付 1 萬多元，其他仍按目前的市場機制，例如心臟支架收 5 萬元，髖關節收 8 萬方式，究竟 add-on 方案與 DRGs 差額包裹之間如何計算？

五、最近有民眾申訴 DRGs 中健保醫材都不付，需自付全部的醫材費用，建議健保局要澄清，否則醫療院所隨便收錢，民眾搞不清楚有無 add-on 方案或有無 DRGs 的關連性。

黃局長三桂

請蔡組長淑鈴說明。

蔡組長淑鈴

一、健保局確實最近有公告「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」，滕委員西華所提 add-on 方案是特材經過評估，包括價格、財務、安全、品質等都符合應納入健保給付的條件，即會公告該新特材為給付品項。但這給付品項用在 DRGs 案件時，可能會有新的材料支付價格較原包裹在 DRGs 裡面的品項高出甚多的情形，但因已納入給付，民眾就不需自費，則健保給付 DRGs 時，對特材價格顯有差距之個案，採 add-on 方案，即另外加支付費用給醫院，所以民眾無自費的問題。健保局公告有 add-on 方案之特材品項，資訊非常透明，民眾可上網查詢後應

可清楚瞭解。

- 二、滕委員所提特材不管是以申請審查中或審查後健保局暫不能納入給付的問題，不能納入給付的原因很多，例如，相對於現在給付之特材還未很成熟或太貴，且品質未好到須付那麼昂貴的價格，還有健保財務問題等都是考量的因素。這種種因素之下，專家小組建議這些特材暫時不納入給付，就表示健保局是不給付的，但民眾可能在醫療院所建議或遊說下同意自費使用。為了不重複支付，DRGs 原定額支付的部分，一定要扣除本來內含的特材費用，所以不是限縮給付。目前市場上特殊材料種類很多，有可能給付 90%，10%新品項還未給付，並非限縮給付，是有部分民眾選擇使用未納入給付的項目，才會形成這樣的結果。
- 三、在這兩種情形之下，第一種民眾無自費問題，品項可以上網查核，add-on 方案是另多支付給醫療院所，與民眾無關。第二種情形評估之後特材還不足以納入給付，但民眾自願選擇要用，為了不重複支付，會在 DRGs 支付給醫院時扣除這部分內含材料，然後民眾選擇採用自費品項。
- 四、已經公告差額給付的項目，就照差額給付的規則來處理。

滕委員西華

DRGs 包裹費用分兩塊，有差額給付，一樣是骨科髖關節手術，包裹的費用一部分含有差額給付的產品，一部分沒有嗎？

蔡組長淑鈴

已公告差額給付之特材項目，現行在計算 DRG 權重時，差額部分未納入計算權重。

劉主任委員見祥

- 一、依照年度工作計畫之安排，健保局將在下個月委員會議進

行 DRGs 支付制度之執行成效專題報告，屆時請健保局提供更詳細報告，以利委員瞭解。

- 二、各委員所提寶貴意見都很重要，例如土地扣押後又要求解除扣押時，需如何處理方能及時收回欠款等執行細節，提供給健保局參考。
- 三、委員關心利息開單之人力問題，請健保局及早準備並做妥善規劃。
- 四、楊委員芸蘋提及保險費率問題，費率 4.91% 尚未決定，雖非健保局可以掌控，在底定後，請健保局要儘速通知相關單位。各類法規皆然，要儘快告訴民眾或各相關團體並做宣導，讓民眾知道瞭解後配合執行，一切才能順利。
- 五、委員意見送請健保局參考辦理。

報告第 4 案「全民健保醫療品質資訊公開之規劃情形專題報告」
之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

謝謝劉專員家慧的報告，請問各位委員有無垂詢？未來健保局會將全民健保醫療品質資訊公開辦法提到健保會討論，委員如有其他意見，可提供給本會幕僚轉健保局擬訂上述辦法時參考。

謝常務理事武吉(楊委員漢源代理人)

醫療品質資訊公開之立意非常好，但需注意是否符合個人資料保護法之相關規定。

滕委員西華

一、本報告內容與現行健保醫療品質資訊公開之內容差不多，只增加保險人應每月公布各特約醫院之保險病床設置比率。另公開自付差額特材之價格目前已經在做，建議將來一定要公告醫事服務機構收取差額之上限。

二、在民眾可閱讀性方面，健保局曾邀請消費者代表參加醫療品質資訊公開規劃作業會議，消費者代表提供很多意見。本報告的結論提及，部分醫療品質資訊過度專業，民眾不易瞭解，可惜却未說明。那些是屬過度專業而不易瞭解者。

三、健保醫療品質資訊公開是很好的，但是對於民眾的可閱讀性部分，有幾點意見如下：

(一)部分醫療品質資訊過度專業，致民眾不易瞭解，有哪些項目是正向表列，又有哪些項目是負向表列，如果屬負向指標者，則愈多就愈不好。以議程第19頁第15

張投影片為例，糖尿病醣化血色素執行率代表什麼意思？是表示醫療院所應該做到什麼程度的檢查，還是醫院應控制病人的醣化血色素到一定百分比？兩者是完全不同的。假設院所A為臺大醫院，其醣化血色素執行率為95.31%，執行率最高，但病人有可能是落在剩下未執行的4.69%個案中。所以，健保局應告訴糖尿病患者，其醣化血色素是必須要做的檢驗，達到一定數值表示醫院對病人照護很好，民眾自然會了解此具照護品質意義的指標，這就是解讀，而非僅提供一些數據而已。至於民眾不易瞭解的項目，不論是監測指標或是專有名詞，通常只要換個角度說明即可。舉例來說，牙醫部門之二年牙體復形重補率這項品質監測指標，民眾也不易瞭解，健保局就應該告訴民眾，到牙醫院所就診時，應注意這項指標，表示病人的蛀牙二年內重覆補牙的次數，如果次數很高且牙醫院所又多次向民眾收費，這就不符合健保規定，類似這樣的說明，民眾應該就會懂的。

(二)健保局的網頁應設置無障礙環境，請問網頁是否有點字版供視障者下載閱讀？目前年長的視聽障者愈來愈多，曾有部分聽障者反映閱讀健保局網頁有些困難。美國FDA網頁都有提供影音檔，英國的NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence; 國家健康與臨床卓越機構)亦是如此。即便我國還沒有相關立法，健保局對於重要資訊也應該參考國外的做法。

(三)另有關健保年報部分，雖然健保局網頁上都有電子

檔，但臺灣的網路並非完全普及，尤其是城鄉之間還有很大差距。所以，對於健保年度報告或在監理會的報告資料，建議還是應適度以書面報告方式呈現，而非全面電子化。

劉主任委員見祥

有關滕委員西華的意見，請健保局說明。

沈組長茂庭

- 一、個人資料保護法的問題，健保局一定會注意。
- 二、至於指標過於專業的部分，有些項目其實已附上說明，並事先邀請民眾及記者協助修正，未來只要有指標，健保局都會加上說明。至於如何協助聽障者的部分，健保局會研議如何處理。
- 三、另沒有提供健保局年報紙本乙節，目前社會上都強調節能減碳，健保局未來也許可於特定時間印製書面年報，供大家參考。

劉主任委員見祥

- 一、委員意見可做為未來健保局擬訂健保醫療品質資訊公開辦法的參考。
- 二、本案洽悉。

【附件4】

討論案「本會訪查『全民健保論人計酬試辦計畫』業務後之建議案」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

- 一、再次感謝 10 多位委員百忙中撥冗參與本次論人計酬試辦計畫業務的實地訪查，還有感謝健保局及相關受訪單位，提供許多行政協助，才能使本次訪查活動順利完成。其次，也謝謝本會工作團隊的辛勞，當日從金門回到機場已接近晚上 7 點，幕僚同仁還趕回辦公室加班，彙整委員發言紀錄及訪查結果，非常辛苦。
- 二、請問各位委員對本案所擬建議事項有無意見？
- 三、請吳委員淑瓊表示意見。

吳委員淑瓊

- 一、對於本會幕僚同仁在很短時間內整理好建議案，感到很欽佩，不過，對於建議事項，個人有些意見。
- 二、有關建議事項第 5 點，允許承作團隊納入其他整合照護試辦方案，不知道是如何納入？如納入以病人為中心門診整合式照護方案的個案，是以重覆兩方案的方式推動或是要放棄整合照護方案？既然醫療團隊承作論人計酬，而且論人計酬對需要整合就醫個案是最有幫助的給付方式，就應該放棄其他試辦照護方案，全部整合納入論人計酬試辦計畫中。
- 三、建議事項第 1 點，似乎將整個資訊蒐集的責任完全由健保局負責，個人有不同的看法，因為論人計酬的精神，就是將整個財務交由承辦醫院負責，醫院有責任自行建立資訊系統去監控自己的管理成效，故有關建議事項應做些修

正。試辦初期醫療院所蒐集資訊的能力或許還不成熟，還有，承作團隊無法蒐集到院外的資訊，健保局可以從中協助，但應鼓勵醫院自行建立院內資訊系統，自行監控實施成效，再從監控過程中發展一套管理策略。未來健保局擴大辦理論人計酬計畫時，醫療院所建置資訊系統的能力，應考量列入徵求試辦團隊的評估條件。

四、論人計酬為一全新的支付制度，與論量計酬完全不同，所以，健保局的角色定位也應配合修正。健保局既將財務全面交由醫院負責，對於計畫的管理及評估，就應該進一步往非財務面的方向監控，民眾的就醫次數與醫療花費已經不是評估重點，醫療服務所產出的結果才是評估重點，才能為民眾的醫療品質把關，使民眾更健康。例如長期照護體系即將推動，應注意健保與長照兩個體系間的擠壓，需檢視醫療院所為了節省醫療支出，有沒有發生將病人「丟包」現象，亦即，應由健保照護的民眾，因照護不足導致民眾失能，而被轉至長期照護體系中。健保局應多關注，避免這種現象發生。因此建議健保局，應在此試辦過程中，增進醫療結果之評估能力，調整自己在管理本計畫的角色定位。

劉主任委員見祥

請謝常務理事武吉發言。

謝常務理事武吉(楊委員漢淶代理人)

一、看了論人計酬報告，也去看了試辦的醫院及診所，座談摘要寫的不錯；依提案之說明，曾有學者研究指出論人計酬的樣本數需達 30 萬人以上，才能發展出較為穩定的風險校正公式，目前試辦計畫照護對象總人數約 15 萬人，涵

括在各類型試辦計畫中的保險對象規模均不大，其中最大的團隊是臺中澄清綜合醫院及 5 家區內衛生所與診所，照護對象人數約為 6 萬多人。由各試辦團隊執行成果顯示，院內醫療費用雖然降低許多，但民眾跑到院外就診的人數卻很多，造成群外就醫費用增加。我過去曾訪視金門 5 次之多，當地現住人口只有幾萬人，似乎還未達到可以試辦的程度。所以，目前每個團隊的樣本數都過低，試辦成功的機會不高，如果健保局硬要推動論人計酬試辦計畫，可能會浪費許多財力及物力。

- 二、提案說明面臨問題之第 4 點，提到醫療體系片斷化，層級間垂直整合不易，其實目前體系已趨瓦解化，難道健保局醫管組都沒感覺嗎?! 否則答覆怎麼都沒寫!! 造成的主要原因就是健保還有許多應做未做的事項，就是健保法第 33 條(二代第 43 條)轉診與分級醫療之規定，迄今還未落實，應該先有垂直整合體系，試辦論人計酬才可能成功，健保局的報告都沒有提，健保局不敢提嗎?! 應該敢吧!! 這個計畫報告讓人看了高興，卻也生氣，不知道該怎麼說才好；沒有垂直整合，這個計畫要怎麼做，會做不起來，這樣難道都還不改正嗎?!

劉主任委員見祥

請謝研究員啟煒表示意見。

謝研究員啟煒（李委員永振代理人）

- 一、本次參加金門地區實地訪查，發現未來若實施論人計酬試辦計畫的部分問題點，對於金門地區是否適合加入試辦計畫，應需視其醫療基礎建設及醫師、護理人力等基本條件是否完備為前提，以目前來看，建議金門地區應滿足基本

條件後再試辦論人計酬為宜。

- 二、其次，牽涉到醫療體系垂直整合的問題，金門院外就醫（縣外就醫）的比率很高，病人若到院外就醫，成本照理應計算至試辦團隊中，但試辦計畫對此面向規劃尚未完整，試辦團隊對院外費用管控機制也尚未明確。目前各個試辦團隊院外就醫的費用仍偏高，若論人計酬是健保未來發展趨勢，就應擬定有效降低院外就醫次數及控制醫療費用之措施，以達論人計酬的精神。因此，對於目前所發現的問題，健保局應研擬具體精進配套措施，使試辦計畫不僅是一項計畫，而是未來可以幫助建立整體制度的參考經驗與典範。

滕委員西華

我的兩點意見與吳委員淑瓊剛剛所提的意見差不多。

- 一、第一點是建議健保局蒐集完整正確資訊，迅速回饋予醫療團隊乙節，對於醫療團隊到底是得利或得害？目前很難去評估。如果健保局提供資訊予醫療團隊，他們發現醫療費用高過預期，這時醫療院所會做出什麼因應行為去降低醫療費用，也就是醫療院所行為改變的方向，才是健保局應該要觀察的重點。由於論人計酬實施成效在短期尚難呈現，而我們又提供短期指標予承作的醫療院所，本質上有些矛盾。
- 二、建議事項第 5 點，允許納入計畫的意思，就是希望將各個試辦方案整併到論人計酬試辦計畫中。醫療團隊若加入論人計酬試辦計畫，就應放棄其他類似的照護方案，一來可擴大醫療照護對象，二來可以減少許多行政工作，三來可以將同樣的一群病人凝聚起來，避免同為高診次的忠誠病

人分散在不同的照護方案中，反而參與論人計酬試辦計畫的人數太少，或都是被其他方案挑選後剩下的保險對象，將很難達到具體成效。

劉主任委員見祥

- 一、各位委員還有沒有其他意見？如果委員對建議事項還有意見，也可會後提供幕僚。
- 二、請何委員語表示意見。

何委員語

- 一、我只參加第一天的實地訪查，發現臺大醫院金山分院的成效比其他醫院好很多，因為其背後有臺大醫院作為後盾，且結合不同層級的醫療院所，所以成效比較明顯，這就是垂直整合體系的效果。過去許多家醫醫療群只是由診所組成，病人擔心重病時，基層診所無法診治，就會跑來跑去到處就醫。建議健保局應該找一個較大的區域或某個縣市來試辦，例如在花蓮縣或臺東縣內推動論人計酬，在整個縣市中可結合不同層級的醫療院所，就會有體系間垂直整合的功效，實施效益應該會更明顯。
- 二、另整體財務風險承擔問題，診所如果沒有大醫院來支持，就會擔心民眾流失，財務無法支撐。就如芝山診所醫療群，為降低財務風險，以其他非屬正規的方式因應。因此，推動論人計酬的構想及方向是正確的，但是健保局對於執行的配套措施及方法，仍有很大的改進空間。

劉主任委員見祥

- 一、再次感謝委員參與論人計酬試辦計畫實地訪查。
- 二、請幕僚先彙整委員意見後，修正建議事項第 1 點及第 5 點內容，於確認發言實錄時，一併請吳委員淑瓊及滕委員西

華協助修正，以更切合實際。

何常務理事博基(李委員明濱代理人)

據我所知，金門縣醫師公會並不贊成金門地區加入論人計酬試辦計畫，未來如要推行，健保局應該與當地醫師公會好好溝通。

劉主任委員見祥

若委員無其他意見或臨時動議，今天的會議到此結束。