

全民健康保險監理委員會
第 206 次會議紀錄

中華民國 101 年 8 月 31 日

全民健康保險監理委員會第 206 次會議紀錄

時間：中華民國 101 年 8 月 31 日（星期五）上午 9 時

地點：中央健康保險局 18 樓大禮堂（臺北市信義路 3 段 140 號
18 樓）

出席委員：

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

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

李常務監事育家(代)

李委員成家

郭委員志龍

李委員明濱

何常務理事博基(代)

李委員蜀平

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

劉委員玉蘭

吳專員依婷(代)

請假委員：

周委員麗芳

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

戴局長桂英

黃副局長三桂

蔡組長淑鈴

鄧組長世輝

林組長立人

吳組長文偉

王主任沫玉

程專門委員穆

施專門委員志和

施專門委員如亮

王科長淑華

蔡科長佩玲

張科長溫溫

郭科長垂文

黃科長莉瑩

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

紀錄：彭美熒

本會

主席：劉主任委員見祥

壹、主席致詞：

各位委員、黃副局長及所有與會同仁，大家早！

今天是第 206 次委員會議，謝謝大家撥冗參加。在會議開始前，首先感謝盧委員美秀代為主持上次委員會議，也謝謝各位委員的支持。另外，戴局長剛來電告知，目前正從衛生署趕來會場的途中，將會親自報告健保局 7 月份之業務執行狀況。

貳、報告案

第 1 案

案由：確認本會上（第 205）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：

一、今日下午召開之本會暨費協會第 20 次聯席座談會，議程調整為先進行健保新制財務推估專題報告；接著介紹護理近、中、長程改革計畫，以及重振五大科守護偏鄉醫療十二大策略。

二、前述專題報告順序的調整，是本會委員的意見。惟因涉及兩會，請在座費協會林執行秘書宜靜向江主委東亮報告後，再請同仁轉知該會預定出席的委員。另請本會同仁協調衛生署醫事處、護理及健康照護處的專題報告人。

三、餘洽悉。

（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 7 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：「醫院以病人為中心門診整合照護計畫及家醫整合性制度
照護計畫」成效報告，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 3）

參、討論案

第 1 案

提案單位：本會業務監理組及財務監理組

案由：全民健康保險基金 101 年度半年結算審議案，提請 討
論。

決議：本案審議意見如附件，函請行政院衛生署鑒察，並送請中
央健康保險局辦理。

（與會人員發言實錄詳附件 4）

第 2 案

提案人：李委員蜀平、葉委員宗義、郭委員志龍、干委員文男

案由：因應健保局「醫院以病人為中心門診整合性照護計畫」乙
案中關於一次多科看診，而多科看診後各科處方箋卻使用
同一就醫序號，造成健保特約藥局端作業困難，敬請健保
局改善整合式門診藥事服務費之給付方式，並解決健保
IC 卡登打處理方式之問題，俾利健保特約藥局後端申報
作業，提請 討論。

主席裁示：基於時間關係，經徵得提案委員同意，移下次委員會
議討論。

肆、散會：中午 12 時 30 分

全民健康保險基金 101 年度半年結算審議意見

一、安全準備因各年累計短絀填補完畢，而略有賸餘，財務狀況稍有好轉，但仍須審慎

延續 99 年 4 月 1 日調高健保費率及投保金額上限等政策之效果，本（101）年度上半年保險收支持續產生賸餘 150.07 億元，經填補上（100）年底累計短絀 55.30 億元後，安全準備已有餘額 94.77 億元，惟尚未達法定 1 個月保險給付之下限標準；且保費收入成長已趨緩為 3.58%，小於保險給付成長 4.60%，加上未來少子化及人口老化趨勢，預期健保支出仍將持續增加，擴大費基亦難以應付，故對未來財務狀況仍宜審慎看待。

二、保險收支項目之預算執行狀況尚稱良好

除受外部（如利率）或政策（總額協定）因素影響外，本年度上半年各保險收支項目之預算執行狀況尚稱良好。健保局在保險費收繳、收回各級政府欠費、欠費催收及保險資金調度運用等方面，表現均有進步，有助於改善健保財務狀況，值得肯定，下半年仍請賡續落實執行各項開源節流措施。

三、應請健保局配合改善之事項

（一）持續加強各級政府健保費補助款欠費之收繳，密切關注後續還款計畫之提出

1. 本年度上半年各級政府欠費收繳率 94.09%，高於去年底之 90.61%，應予肯定。仍請持續加強促請各級政府按時繳交當期應負擔之保費補助款，並依還款計畫期程繳交欠費。

2. 為解決地方政府健保費補助款之預算編列問題，行政院已將修正後健保法第 27 條、第 28 條及第 35 條規定提前於本年 7 月 1 日實施，保費補助款自 101 年下半年起，均由中央政府全額負擔，地方政府將不再新增欠費。爰應積極促請積欠健保費補助款之地方政府依規定提出所須還款計畫，並計徵利息。

(二) 管控保險給付成長，避免收不抵支情形

保險給付較上年同期成長 4.6%，高於保費收入成長率 3.58%，也高於總額成長率 4.241%。為利健保永續經營，建請管控保險給付之成長，以免造成收不抵支之情形。

(三) 積極收回各項代辦醫療服務及醫事機構之醫療費用，以減輕資金調度壓力，並避免產生呆帳問題

本年 6 月底尚待收回之代辦業務醫療費用及醫事機構醫療費用分別為 22.87 億元及 12.23 億元，應積極收回，俾減輕資金調度壓力，避免日後產生呆帳問題。

(四) 擴大補充性財源，以充實安全準備來源

菸品健康福利捐分配收入為安全準備來源之一，自 98 年 6 月調高徵收金額後，每年均能維持成長，惟本年度上半年開始呈現衰退，而其他來源之補充效益，亦屬有限。另自本年 7 月 1 日起依修正後健保法第 35 條規定，保險對象之保險費滯納金上限，由現行 15% 降為 5%，未來安全準備來源將更形萎縮。應積極爭取提高菸品健康福利捐分配比例，並參考國外經驗，爭取相關單位開徵酒品健康福利捐等補充性財源，以充實安全準備來源。

(五)改善聯合門診中心短絀情形

聯合門診中心醫療收支實際短絀 0.42 億元，與 100 年度同期實際短絀數 0.31 億元相較，不但未改善，甚至有擴大短絀之現象，建請研議改進措施，以免未來仍有短絀或短絀擴大情形產生。

(六)結（決）算與預算所採醫療費用總額成長率基礎，應力求一致或加註說明

本會前於審議 100 年度全民健康保險基金決算時，曾提出「總說明所陳述 100 年度總額成長率 2.855%，與 99 年度決算書之總額成長率 2.796%，兩者之人口校正基礎不一致，應請查明並修正」審議意見，並經回復「為使各年度決算書之成長率計算基礎一致，未來均以『未經人口校正成長率』填報」。惟本次結算報告第 2 頁摘要說明中，仍採校正後之成長率，與先前回復顯有不符。建議未來結（決）算書仍以人口校正後之成長率表達，與原預算數若有基礎不一致之處，則以附註說明。

(七)預算編列應務實，避免執行差距過大

利息費用實際數與分配預算數差距頗大，未來利率不可能倍數成長，應務實編列預算。

四、建立制度化之費率計算機制

隨著人口老化，健保費用支出成長加速，但保費收入增加有限，未來能否維持收支平衡，令人擔憂。長期而言，對於費率計算應有一套令人接受的方法，以制度化取代喊價方式，而未來全民健康保險會的職掌及權限也應更加明確，俾使委員會對於健保財務之決議事項，能獲得尊重及採納。

【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，請問各位委員有無意見？

滕委員西華

依說明第二點，兩會聯席座談會原訂主題為「健保新制財務推估(含補充保險費金額試算)報告」，重振五大科及護理人力議題係新增的。前兩天聽聞行政院又對補充保費有特殊意見。記得前次召開兩會聯席會議時，也有對財務進行推估，但因很多細節及項目未確定，所以當時沒有定案。大家都非常關心健保新制財務推估，建議下午的兩會聯席座談會，應該要以財務報告為主，不是說重振五大科守護偏鄉醫療及護理改革計畫不重要，而是先報告這兩項，有點喧賓奪主。建議能向衛生署及費協會商量調整議事順序，而且，上個月提供給委員的訊息，就僅有財務報告乙項。

劉主任委員見祥

滕委員西華建議變更下午兩會聯席座談會的議程，請教各位委員，是否附議。若同意變更議程，幕僚再與衛生署報告單位協調，若大家都沒問題，下午的議程就先進行健保新制財務推估報告。

劉委員玉蘭

下午的兩會聯席座談會涉及兩會委員關切議題，且牽涉衛生署照護處及醫事處的時間安排，若會議控制得宜，也能有充分時間交換意見，建議可以維持原來議程順序。最重要的是，請主席控制好議事時間，其他兩個報告案主要是讓委員瞭解。

滕委員西華

若是費協會委員有不同意見，本人也可接受。在此正式向監理會幕僚抗議，之前本人就曾建議，至少要在新制健保法實施前2個月進行報告，目前看到的會議資料是幾個月前就已經呈現過。其他兩個報告案，本來是沒有列入議程，且前一陣子衛生署辦理的高峰會議提到過，我是沒參加，或許某些委員有參加。我也接受劉委員玉蘭的意見，若是沒有辦法變更議程，個人也不堅持。再次表達，財務、補充保費是監理會非常關心的項目，對這次議程安排提出個人意見。

(註：監理會幕僚曾於8月6日以傳真方式通知委員議程變更事項，但未接獲反對意見。往後幕僚作業將更嚴謹，以避免各種誤差之發生。)

劉主任委員見祥

經初步協調衛生署兩個單位，若變更議程順序，都可派人來報告，最後仍要看大多數委員的意見。

劉委員玉蘭

建議各委員考量一下，若變更議程順序，費協會委員可能會不知道。相信只要控制好議事時間，議程還是可以順暢進行。會議原訂4點40分結束，可以考慮往後延，相信討論的時間應該是足夠。

葉委員宗義

建議由主席裁決。

劉主任委員見祥

本人非常尊重各位委員的高見。若將健保新制財務推估報告往

前移，委員可以有更多時間討論。本案涉及健保新制，而且也可輔以摹擬健保會的收支連動的運作，若有更多時間可以討論，相信其他委員是不會反對的。

何委員語

本人下午另有非常重要的會議，但是仍來參加本會議。下午聯席座談會的3個議題都非常重要，並以健保財務最重要，因錢最重要，若是錢的問題得到解決，其他議題自然迎刃而解。

劉主任委員見祥

- 一、今日下午召開之本會暨費協會第 20 次聯席座談會，議程調整為先進行健保新制財務推估專題報告；接著介紹護理近、中、長程改革計畫，以及重振五大科守護偏鄉醫療十二大策略。
- 二、前述專題報告順序的調整，是本會委員的意見。惟因涉及兩會，請在座費協會林執行秘書宜靜向江主委東亮報告後，再請同仁轉知該會預定出席的委員。另請本會同仁協調衛生署醫事處、護理及健康照護處的專題報告人。
- 三、餘洽悉。

【附件 2】

報告第 3 案「101 年 7 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

謝謝戴局長的報告，請問各位委員有無垂詢？

劉委員玉蘭

業務執行報告第 43 頁剖腹產率，101 第 1 季數值為 37.59%，但第 84 頁剖腹產率 101 年第 1 季數值卻為 34.03%，兩者相差很多，請說明原因。

李委員永振

業務執行報告第 6 頁全民健保財務資金流量分析表，短期借款 625 億元，卻有餘額 507.68 億元。雖於第 15 頁表 11 全民健康保險營運資金運用概況表備註 4 有說明「自 101 年 7 月起原由地方政府負擔之健保費補助款改為全數由中央政府負擔，本月份中央政府補助款入帳約 521 億元（其中 7 月 31 日撥入約 350.5 億元，代辦醫療補助款撥入約 25.5 億元），致本月底資金餘額偏高。」仍建議健保局負責資金運用部門與中央政府部門協商，看能否提早幾天撥款，讓財務數字不會這麼奇怪，否則資料公布出去，被保險人看到會產生誤解。另，7 月份入帳甚多，卻有短期借款 20 億元。對這些似乎不合理的數字落差狀況，建議研究改進。

干委員文男

一、冒昧請教戴局長，這是您的最後一次報告嗎？媒體報導即將有人接替您的位置。您在歷次委員會議的報告內容都很詳細，也將健保團隊領導得非常好。二代健保即將實施，陣前換將並不妥當。而且聽聞接替人選並無任何健保工作

歷練，之前還曾經抵制繳交健保費，給大家不好的感受。記得健保剛開辦，兵荒馬亂之時，幸好有您出面與國內各大醫療團體協調，讓健保得以順利上路。現在又面臨健保重大變革的時點，雖然委員沒有人事權，但仍衷心建議您留下，待二代健保穩定之後，要高升或擔任其他要職，我們都樂觀其成。但在此時，換一位健保生手來接任，似乎並不洽當，也讓人感傷。

- 二、最近媒體報導健保 IC 卡的招標方式要改變，希望戴局長能加以說明。我們過去曾多次對健保 IC 卡提出建議，相信我們目標是一致的。IC 卡做得好，醫療浪費就可減少，除是全民之福外，更可解決行政單位的痛苦。本人過去曾擔任包商，瞭解公開招標一定會有傷害，所以非常關心本次 IC 卡招標案。有選擇性固然好，但這關係到使用者的權益，若是有差錯，可能沒有時間做彌補，所以或應考量採限制性招標。
- 三、請教衛生署對署立醫院存留的看法。不知衛生署是否有危機意識，一旦醫界與健保協商無法定案，而發生請假、怠工情形，署立醫院是否可以因應？目前健保局聯合門診中心的預算少，在前幾次的委員會議中，被要求不要與民間爭利，聯合門診中心當然會有虧損發生。建議衛生署及健保局應該要有危機意識，利用署立醫院及聯合門診中心來發揮功能。
- 四、希望長照服務法草案能趕快送立法院，並且早日通過，待經濟好轉時，再實施長期照護保險，否則，等到經濟時機好才開始立法，立法需花費三、四年時間，到時可能緩不濟急。長期照護保險可以彌補健保不足，特別是現在戰後

嬰兒潮出生的都已經年老，長期照護保險可以多少分擔一點健保費用。

- 五、業務執行報告第 14 頁，備註每次都會呈現健保局過去擁有的股票及受益憑證處理狀況，因都已全數處理完畢，所以，只要一年報告一次，不需要每個月呈現。

蘇委員錦霞

業務執行報告第 22 頁全民健保訪查特約醫事服務機構統計，97 年函送法辦 122 家，希望能讓我們瞭解判決確定及獲判無罪的情形，將有助於累積未來稽查的經驗，對於不會遭致法院判決的案例，可供健保局做參考，將來不必再勞師動眾函送法辦。

葉委員宗義

- 一、呼應干委員對健保局局長人事異動的看法，本人擔任委員以來，健保局更換了三、四位局長，若這次異動案是真的，代表衛生署對健保局非常不信任，本人可以與干委員共同提出慰留案。
- 二、每年的健保支出都是正成長，成長速度一直沒有辦法緩下來，最近有人與我談論到，癌症的成長速度很快，但是，身體的某些部位，例如心臟或腳與手，就不會長出癌症，有運動的地方，癌症較少發生，建議可以從這方面思考，或許會對二千三百多萬民眾有益處，預防勝於治療。

柯委員綉絹

- 一、業務執行報告第 15 頁全民健康保險營運資金運用概況表、第 16 頁安全準備金及營運資金投資概況表，截至 7 月 31 日止短期融資餘額為 625 億元，銀行活期存款為 414.27 億元，請問健保局日平均存款餘額為多少？建議只

保留基本調度款，多餘存款應儘快償還銀行借款，以減輕利息負擔。

- 二、業務執行報告第 30 頁醫療費用申報與核付，係說明各季、各層級別的醫療費用申報情形，100 年總醫療點數共計 5,521.2 億餘點，平均每月 460.1 億餘點，整體醫療費用本年度較上年度增加 260.5 億餘點，成長 4.95%。希望健保局未來業務報告能簡單敘述醫療費用的成長原因，俾讓委員瞭解。

戴局長桂英

- 一、感謝委員對我的厚愛，目前在健保局局長這個位置上，對所負責業務當然要全力以赴。
- 二、有關委員垂詢，先請財務組就財務面回答，接著請查處小組回答，其他部分由本人補充。

鄧組長世輝

- 一、101 年 7 月底的銀行活期存款 414.27 億元，但短期融資卻有 625 億元，涉及政府補助款入帳的時間點，7 月份的政府補助款在 7 月 31 日入帳，若再加上政府負擔的一般保費，將近有 400 多億元入帳。由於銀行調度需要 3 至 4 天的留存期，簡單地說，健保局要在 8 月以後才能動用這筆款項。事實上，健保局的資金調度算是相當機動，之所以會有這種結果，係入帳時間點的關係。
- 二、業務執行報告第 14 頁全民健康保險安全準備金運用概況表的呈現方式，健保局會依照干委員文男的建議，進行研議。
- 三、業務執行報告第 6 頁全民健保財務資金流量分析表，係因為國庫調度有時集中在某個時點，一般保費繳款期限是在

月底，並有 15 天的寬限期。在撥款方面，國庫基於財政調度，會有整體性考量，但都是在合法的期限內。健保局有進行事前協商，但對於國家財務調度，還是應予適度尊重。委員所提意見，健保局未來在與國庫溝通時，會請其參考、斟酌。截至 7 月底，短期借款 625 億元，餘額 507.68 億元，這與中央政府補助款有 350.5 億元在 7 月 31 日撥入有關連性，健保局僅保留必要的調度金額，其餘都是做短期運用，像是短期票券、附買回交易票，做最有利的財務調度，全力做好善良資金管理人的責任。

戴局長桂英

一、委員的意見是，我們一方面在銀行有活期存款，另一方面又向銀行借款。剛剛鄧組長的說明，表示健保局已經盡力了，活存之所以這麼多，是補助款到最後一天（7 月 31 日）才撥給健保局。委員的意見，是希望政府補助款能提早幾天撥給健保局，本局可以嘗試協調國庫，看能不能提早 4、5 天撥入，這樣財務報表就不會「有存款卻借款金額很高」的情形。謝謝委員的鞭策，健保局將來會儘量努力。

二、接著請查處小組、醫審及藥材組說明。

吳組長文偉

有關醫療院所查處函送法辦的結果，根據以往經驗，地檢署的維持率約為八成四，法院的維持率幾乎達百分之百。

施專門委員志和

業務執行報告第 43 頁的剖腹產率數據，是指西醫基層部門，相關數據詳第 82 頁；第 84 頁的剖腹產率數據，是指西醫醫院部門。各詳數據並將「自行要求剖腹產率」及「具適應症剖腹

產率」區隔出來，供委員瞭解及參考。

戴局長桂英

- 一、這次健保 IC 卡的標案，是每年要辦理的招標，主要用以提供新加保對象，以及因卡片毀損而申請補發的製卡。過去都是一年期標案，但可以延長期限。上一次的標案於明年一月底到期，健保局現正準備辦理下一次的標案。健保局每次辦理這項標案，都深受各界矚目。此次標案於第一次公開閱覽時，有二、三家廠商表示意見，健保局須做處理。因有廠商表示，健保局既多次辦理這項採購案，應已累積相當經驗，為何不採異質性最低標？健保局接受這項建議，修改招標方式，為求慎重，又進行第二次公開閱覽。
- 二、由於此項標案牽涉複雜，一年採購卡片量雖僅有 150 萬張，尚包括在各分區業務組的製卡服務。健保局再次辦理公開閱覽時，又有廠商有意見，希望維持最有利標。為處理廠商意見，本局將把廠商意見送請採購督導小組會議討論。政府辦理採購案，要依照政府採購法程序，並選擇對業務最有利的方式辦理。本項採購案目前還在公開閱覽及提供意見期間，對於廠商的意見，若有道理，健保局要接受；若是無法接受，會說明理由，目前還在進行第二次公開閱覽的後續處理。
- 三、有關署立醫院存廢問題，由於本人經常參加衛生署的主管會議，所以提供一些看法。署立醫院是屬於公立機關中一定要留存的單位，過去有段時間，署立醫院每年都被要求刪減 10%左右的預算，這一、二年已經停止這種作法。署立醫院的經營管理有很多細節要注意，近兩年來，有些署

立醫院的院長有異動，衛生署嚴格要求署立醫院，絕對不可將核心業務外包。而且，衛生署設有醫院管理委員會負責督導署立醫院，無非是希望即使經營方式有變動，也一定要存在，例如署立竹東醫院委由其他醫院經營。相信衛生署及醫院管理委員會，一定會努力讓署立醫院繼續存在，經營方式並更加精進。

四、關於委員所提希望儘快將長照服務法草案送到立法院審議，據瞭解，衛生署護理及健康照護處也急著完成立法。該處會派代表出席今天下午的兩會聯席座談會，委員屆時可以向他們請教立法進度。

五、委員建議應多管齊下，讓民眾的身體更健康，而不要讓醫療費用一直持續成長。這除公共衛生層面的努力外，民眾的健康觀念、健康行為都要加強，不管是國健局、疾管局，各縣市衛生局都要加把勁。當然，健保局也要做這方面的努力。

何委員語

一、個人非常推崇戴局長外柔內剛、堅持原則的德行。報載有某位醫界大富豪與立委至衛生署施壓，要求健保局放棄透析 1% 的獎勵措施，戴局長堅持拒絕，在此表達敬佩之意。相信應該不是醫界人士來施壓，希望戴局長能公布立委及大富豪的姓名，委員可以發動民意，將大富豪及立委服務處的電話灌暴。媒體有關戴局長職務將升遷的報導，若屬實，本人樂見其成。職務高升代表能提供民眾更多的服務，這是全民的福報。

二、101 年第 1 季及 5 月份的醫療費用成長率，都超過費協會協定之成長率，預期健保醫療費用會愈來愈高。現在外界

流傳，醫界會利用二代健保轉換過程獅子大開口，要求大幅提高醫療費用額度。我們應該要考慮行政院核定的 102 年醫療費用上限成長率 6% 是否合理，今年經濟成長率才 1.2% 或 1.6% 左右，國家的歲入、歲出可以做平衡預算，為何健保預算不可以呢？健保醫療存在許多隱藏性浪費，醫界應做自己該做的事，人在做，天在看，醫藥界是良心事業。

三、國民健康不是只有公共衛生，還應該把體委會納入。體委會的業務，除國際比賽外，還應包括全民運動的推展，不能失掉全民身體健康這個重要任務。

四、101 年第 1 季及 5 月份的醫療費用成長率很高，若是持續成長，可能第 4 季的點值會往下降，到時醫界又會哇哇叫。

五、希望健保局負責財務的同仁，能用更靈活的眼光、腦筋及策略，讓健保的財務運用發揮最大的經濟效益。

滕委員西華

一、剛剛戴局長對委員所提媒體報導人事異動傳聞抒發的一席話，讓人覺得媒體報導內容似乎是真的。二代健保實施前，陣前換將似乎是不利的，當然，2 位副局長及幕僚都很優秀，但此時，局長應與同仁一起努力。雖然局長做得很辛苦，但此刻不宜換人，在此向署長反映。

二、最近有幾則與健保有關的新聞，請健保局務必要做評估。首先是陸生納入健保，丁守中立法委員已提出健保法修法版本。我們都知道，陸生加入健保，是政治問題。陸生要納入健保，我們沒有意見，但是應該是修改臺灣地區與大陸地區人民關係條例，而不是去破壞健保法的結構。丁守

中立法委員打算提案修訂去年 1 月修正公告的全民健康保險法第 9 條，增列第 2 項，將臺灣地區與大陸地區人民關係條例第 22 條第 3 項許可來台停留的人，一律可以加入健保，將第 9 條第 1 款「在臺居留滿 6 個月」以上的人做例外處理。

三、衛生署、健保局為何每次都要受制於其他部會呢？衛生署應該要表達強硬態度。陸委會應該解決自己的問題，若把臺灣地區與大陸地區人民關係條例規範的停留改為居留，一樣適用健保法居留滿 6 個月，而和因為婚姻關係、甚至學術交流來台的大陸人士享受一樣的待遇。至於大陸人士的適格性加保問題，在楊前署長時代，監理會曾做過決議，衛生署並送至行政院，結果被退回。我們認為，這些學術交流來台、科技交流來台、甚至投資來台的人，應該用第 1 類雇主或專門職業人士身分納保，並沒有不讓他們納保。只是要其自付 100%保費，並沒有比本國人多付錢，並沒有過分，這要反映給相關單位知道。不能每次都這樣，健保財務困難，還開門讓他們納保，但開了門卻不以適格身分納保。對丁守中委員的健保法修正案，表達強烈的意見，絕不能同意修健保法。

四、陸生納保人數的評估，可能與教育部有點出入。依照內政部入出國及移民署的資料，陸生來台求學，若包括短期生，大約 1 萬 3 千人左右，只有 9 百名正式修習學位的博、碩士生，其他是 6 個月以上的研修生或 6 個月以下的短期交流。符合 6 個月以上者約有 1 萬多人。不是說他們來繳交保費，我們歡迎，要用健保資源，我們就不歡迎，而是要做對於政府整體保費負擔的影響評估。不是教育部

所說的只有 928 名，沒有什麼影響。

- 五、二代健保並非不讓僑胞納保，只要設有戶籍、居住滿 6 個月、沒有放棄中華民國國籍，一樣可以加入健保，與因婚姻關係加入健保的新移民享受同樣的待遇。僑委會憑什麼占我們便宜，社會觀感很差。

千委員文男

- 一、剛剛戴局長的回答，好像英雄氣短，從活期的應用及銀行的貸款，只要求 3、5 天的提前撥款。銀行的利息是一天一天計算，若沒辦法在月初撥款，至少也應要求在月中撥款才對。
- 二、關於健保 IC 卡招標案，再次強調品質的重要性。現在健保卡已經很穩定，不要到要用卡時發生了問題，當然也要顧慮到政府採購法的規定。

劉主任委員見祥

涉及健政策面的部分，請衛生署代表委員說明。姚委員惠文另有要公先行離席，但留有書面意見，請同仁代為宣讀。

姚委員惠文（書面意見）

業務執行報告第 22 頁全民健保訪查特約醫事服務機構統計，請健保局說明如何決定訪查總家數，為何 101 年 1 月只訪查 33 家，101 年 3 月卻訪查 79 家，差距甚大。而就各訪查類別比較，為何 101 年 3 月對中醫訪查家數特別多（44 家）？而 101 年 6 月對中醫訪查家數才 5 家，不同月份各訪查類別比例似乎差距很大，理由為何？

曲委員同光

- 一、陸生納保涉及修法，有人表示要修改健保法，也有人認為應修改臺灣地區與大陸地區人民關係條例。以衛生署的立

場，若有其他更好的方式，贊成不要隨便修改健保法。政府部門會再協商此項議題。

二、關於陸生納保人數，目前政策方向，是以研讀學位者納保為修法方向，教育部的規劃方向，並未將短期生納入，推估有九百多位，人數應該是沒有錯。

三、瞭解健保的人，都知道陸生納保不會造成財務衝擊。因為他們繳交的健保費不會比一般人少，而且屬年輕力壯的族群，另外，從大陸來台前要做體檢，若身體不好，無法來台就學。以台灣同年齡族群的醫療利用率來看，只花費一般人口的一半醫療費用，對財務不會造成影響。這是政治議題，也是要不要考慮公平性、國籍、地域的問題。

吳組長文偉

關於特約醫事服務機構訪查，健保局全局訪查人力僅 40 人，當人力用在某個地方時，其他地方必然比較少。總局有專案，各分局也有專案。中醫案件若較多，其他案件就較少。而且，案件有大小之別，訪查醫院用的人力多，訪查小診所或單純違規醫療案件的人力較少。所以，統計數據之表現並不代表某醫事類別之違規較嚴重。

柯委員綉絹

關於政府補助保險費能否提早幾天撥付，現行健保法 29 條第 1 項第 4 款規定第二類至第四類及第六類被保險人之保險費，應由各級政府、國防部或行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助部分，每半年一次於一月底及七月底前預撥保險人，於年底時結算。目前政府已經是預撥了 7 月至 12 月的補助款。政府財政困難，地方政府也在反映，他們也有財務調度的壓力，國庫經常須資金調度，也有籌措現金的壓力，在此讓委員瞭解。

戴局長桂英

- 一、剛剛柯委員綉絹已經替國庫做說明，健保法規定是 7 月底撥款，目前國庫調度很吃緊，國庫的目標，是依法執行。
- 二、感謝何委員語每次都提出很好的建議。何委員平常接觸的都是經營十分靈活的大企業家，所提出希望健保財務經營管理要更靈活的意見，本局會加油及學習。的確，國民健康促進的責任，不是只有健保局、國健局、疾管局，也應該要將體委會納進來。平日體育活動做得好，身體會較強壯，這是我們日後努力的方向。
- 三、關於國家財政可以使用平衡預算，總額能否比照的部分，健保財務若能收支兩平，當然是最好，但是依據過去統計數據，保險收入成長率往往比不上醫療支出成長率，而健保法僅規範要提供國民綜合性的給付範圍，在細節部分沒有規範，例如新藥、新科技是否給付，常常會出現爭議。民眾的立場是希望給付，但是給付就須成本，若是要收支兩平，不足的部分，可要求民眾自付嗎？委員提到健保可能有隱藏性浪費，這部分健保局要更加油；醫界的自律管控，也須更加油。健保局應該要加油的部分，除了查核及檔案分析，也要加強民眾教育。關於媒體報導大富豪及立委施壓，沒有這回事。
- 四、干委員文男再度提示 IC 卡品質的重要性，健保局在採購督導小組會議時，會將委員意見列入考量。

劉主任委員見祥

委員所提意見已由戴局長及其指定的主管人員充分說明，其涉及修法部分，亦由主管機關代表曲委員同光解釋，委員意見送請中央健康保險局參考，餘洽悉。

【附件 3】

報告第 4 案「醫院以病人為中心門診整合照護計畫及家醫整合性制度照護計畫成效報告」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

謝謝健保局張科長溫溫及王科長淑華的報告，請問健保局有無補充說明？

蔡組長淑鈴

- 一、這兩個計畫的對象不同。醫院以病人為中心門診整合照護計畫，是針對複雜的慢性病病人，這類病人，通常會逕往大醫院就醫，醫院對具多重疾病的病人，必須提供整合性照護。在論量計酬制度下，病人會多科看診，有可能發生重複、浪費的問題，本計畫的核心價值，在建立以病人為中心之服務模式，醫院要對多重疾病病人負責，將處方箋整合成一張，病人即使多科看診，用藥整合即有把關機制，如此病人的用藥，會較安全及有保障。這個計畫的第一步，是醫院透過電腦系統，將病人的就醫資料歸戶；其次為改變醫院看診流程及醫師看病方式。計畫的評分方式，是將重大風險，醫院不可抗力的急重症及當年死亡個案排除後之多重疾病病人作為評量對象，如此評分，對醫院較公平。本計畫的執行成果，可以參閱會議資料第17頁。
- 二、家庭醫師整合性制度照護計畫，主要是針對初級照護服務，也就是輕症。台灣西醫醫療，開業醫占65%，開業醫有不同科別。許多病人都是在基層診所看輕症，有些人習慣看某一固定科別。這個計畫要求診所醫師要以病人為中心提供服務，對於慢性病病人亦要提供整合性醫療，輕症

則重預防醫學的推動。收案對象著重在慢性病病人、老人、看病次數高之須整合醫療協助的病人，亦歡迎以家庭為單位收案。

- 三、預防保健部分，大家可以看到會議資料第28頁，品質指標有成人預防保健檢查率、子宮頸抹片檢查率、65歲以上老人流感注射率及糞便潛血檢查率。干委員文男歷來對家醫計畫有非常多指教，也看到一些問題。健保局今年2月份舉辦全省各區實地訪視，透過分區討論研議改革內容並據以修正，讓101年度之計畫，綜整有五項改革，包括：(一)把不好的家醫群淘汰掉。內容為本局每3個月初評一次，初評結果不理想者要輔導，經輔導無法改善，年底即需退場。(二)收案對象要擴大，家醫群要做個案管理，並歡迎家庭成員加入。(三)24小時的電話諮詢專線，除由醫師親自接聽外，若因故當下無法親自接聽電話，也必須在很快的時間回電病人(call out)，並進行必要之建議等。(四)擴大醫療群加入診所數，期能逐步建立區域醫療網。(五)要求家醫群應每年對病人做健康評估，如健康評估發現體重超過，要鼓勵減重；若有糖尿病、高血壓，在第一次就要提供諮詢服務，希望能完全落實預防概念，這樣或許就可以減輕醫院的負擔。

盧委員瑞芬

個人非常看好醫院以病人為中心門診整合照護計畫，以下提出一些看法：

- 一、會議資料第17頁上半部的納入成效個案特性，沒有任何慢性病的病人占20%，1種慢性病占48%，兩者合計68%，本項計畫是強調照護多重慢性病患，減少無謂浪費，提升品

質，但從數據上來看，這些人似乎並非原始的計畫目標病人。

- 二、會議資料第17頁下半部的100年整體成效指標，院內平均每人每月之門診次數、醫療點數、用藥品項數均有下降，是好的現象。請問健保局有無針對醫療點數細項進一步做分析，品項下降，門診次數下降，醫療點數自然下降。少看病、少用藥，費用自然就下降，我想看是不是還有其他因素？
- 三、會議資料第22頁101年計畫修訂重點，成效計算範圍考量經試辦2年，已具初步成效，故由院內擴大到包含院外。院內整合比較容易，院外比較困難，剛剛的報告沒有提供如何包含院外，院內的人拿錢，院外的人為什麼要參與合作，希望健保局能進一步說明。

吳委員淑瓊

- 一、關於收案對象，沒有慢性病或只有1種慢性病的病人被納入是個問題；還有從會議資料第19頁的基期值也可發現問題，為何就醫次數0次及1次的個案也被納入？和本計畫欲針對高診次就醫個案相違。
- 二、收案對象已經排除急重症，但是結果分析發現，發生急重症者占全部收案數的19%，因此沒有將其列入成效評估，請問是收案後才變成急重症嗎？會有這麼高的比率，是因為若不將其排除，會影響成效評估？
- 三、關於成效評量，目前成效計算範圍只評估院內部分，好像明年才會擴大包含院外部分。有鑑於本計畫的成效，應統計個案整體醫療服務利用才能得知完整成效，又由於院外使用資訊都已存在健保申報檔中，因此建議今年的評估應

將院外部分納入一併評估，才能知道會不會有病人不在院內看，卻跑到其他地方看的情形發生？另外，將來因為急診次數數值過小，要將急診去掉，請收回成命，繼續保留急診部分。又現在並沒有納入住院，建議也應納入，才能知道有沒有因此使用較多的住診服務。總之，希望能進行整體醫療服務使用之評估，才能了解真正的成效。

四、會議資料第15頁提到有3種整合照護模式，讓醫院自由發揮，不知道這3類的比例各佔多少？不同型態的成效有何不同？不希望試辦計畫拖得很久，遲遲沒有導入支付標準中。若要早日導入，可以分析哪個模式最好，並鼓勵醫院往這個方向發展，希望健保局能進一步分析3個型態的成效。

五、目前的成效評量欠缺對照護對象直接的評估，建議能夠做整體性評估。

滕委員西華

一、整合照護計畫應該是以多重慢性病病人為主，但是沒有或僅一種慢性病的病人占了將近七成，確實令人疑惑，這是否也導致成效提高？會議資料第14頁特殊排除情況，排除急重症，請問是剛開始收案時就排除，還是收了以後，發生急重症才排除；另，曾手術住院或死亡也被排除，被排除的比例很高。慢性病人曾經住院手術的比例應該很高，所謂的曾手術住院意義為何？是近期沒住院手術嗎？近期又是指多久？是5年、10年、半年或1個月？有無可能是因為醫療照顧不佳導致產生被排除的情況？如果是，成效評量將會失真，形成成效較佳的情形，因為影想成效的病人或原因都被排除了。另，健保局輔導高診次保險對象非常

辛苦，這些才是應該要整合醫療的病人，建議本計畫應將這些人納入！

- 二、本計畫的核付費用為1千元，現正在做RBRVS的改革，還有李委員蜀平提出的整合多張處方箋，除了藥事服務費，診察費亦應考慮微幅調整，讓醫院願意付出更多照顧病人，以減少院外就醫次數。
- 三、會議資料第16頁院內失聯占17%，性別年齡不詳2人。不清楚院內失聯的意義，而且比例很高，請問為何會有院內失聯及性別年齡不詳的情況發生。
- 四、家庭醫師制度很重要，特別是新制健保規劃實施家庭醫師責任制。家庭醫師整合性制度照護計畫已經實施10年，如果真的好，那麼為何10年來診所的參與率都很低？本人不是很看好這個計畫，總額評核也一直都有意見。參與計畫的人做得很辛苦，制度承作的醫師公會如何博基醫師說做得很好，我們也看過真做得很好的，但不明白參加的人為何這麼少，到底是出了什麼問題？
- 五、會議資料第30頁醫療群協助轉診就醫情形，轉診非常重要，現行也公告即將實施轉診辦法，診所轉醫院我們可以理解，診所受限於能力及設備，將病人轉到醫院，但群內轉診成長率222%，由於基層多屬於專科診所，不曉得家醫制度到底有無發揮功能，應該是期望家庭醫師能解決病人的7、8成問題才對。轉診效率對醫療群而言，非常重要，但合作醫院轉診所卻是負成長。
- 六、請問家醫群的平均收案年齡是幾歲，對於會議資料第30頁所提，門診醫療費用略成長0.72%係因會員年齡增加1歲所致。醫院門診整合照護計畫收治的老人更多，以後成效不

好，是不是也可以說因為年齡增加1歲所致。健保局的分析似過於誇大年齡的影響。

干委員文男

- 一、醫院門診整合照護計畫的制度及核心價值很好，但是實施成效在哪裡？署立醫院似乎沒有全數參與，只有醫學中心在做，其他醫院更不必說。門診整合很好，可以讓病人一次看多科，是病人之福。101年計畫的成果還是要呈現出來。
- 二、家醫整合計畫只有增加就業機會，每個醫療群都要請人運作，實際效果就是這樣。今年去東部，只有家醫群醫師來報告，委員沒有實地參訪。不同科的水平轉診效果很好，因為沒有實際去看，所以不知道是否確實這樣做。今天的報告沒有提到醫療群醫師的年齡，但過去訪查時曾看過醫師年齡高達八十幾歲，雖然年齡並非退場機制的條件，但是用快要退休的醫師去做，只是為了應付政策，不是很好。這是個燒錢計畫，沒有作用。若是法令規定要有家醫責任制度，應該要有獎有懲，除了在量的衝刺，品質也要提升。品質不提升，量再怎麼提高，成效也不會好。
- 三、會議資料第30頁的水平轉診，群內轉診提高很好，會員若有其他疾病，可以被儘早發現，這樣才可作到真正的預防。
- 四、希望瞭解會議資料第22頁醫院整合照護計畫中，「院外」的意義。

葛委員克昌

- 一、吳委員淑瓊對醫院整合計畫一針見血提出對照護對象未加評估，探求原因，因該計畫之首要目的，原為「提供具成

本效益之照護，減少重複浪費」，故評估多著墨於此，惟減少浪費應只是附帶目的。

二、誠如蔡組長淑鈴指出該計畫之核心價值在於「建立以病人為中心之服務模式」，宜列為首要目的，亦易取得該計畫之社會支持度，評估及展望亦宜以「以病人為中心」為主。

三、建議該計畫之目的修正為「一、建立以病人為中心之服務模式；二、增進遵循實證醫療，提升醫療品質；三、提供具成本效益之照護，減少重複浪費。」

蘇委員錦霞

一、會議資料第29頁家醫計畫的滿意度調查，滿意度提升很多，但是會員人數有144萬人，有效問卷才8千多份，比例相差很多，有可能影響評估指標的正確性。

二、對於未收案的對象，如何讓他們瞭解這個制度，健保局有無相關計畫？

劉主任委員見祥

請健保局說明。

蔡組長淑鈴

一、醫院整合計畫之目的，會配合委員的意見，修正順序。

二、會議資料第14頁醫院整合計畫的特殊排除情況，是年初收案時就排除。會議資料第16頁，是收案後才發生，在資料分析時排除。

三、近期曾手術，是指收案期間病人進行手術，排除原因係考量若將急重症病人加入，會讓醫院對一般可控制範圍的努力被掩蓋，所以才排除。

四、目前32家署立醫院中，20家參加整合照護計畫；12家未參

加，其多數是療養院；綜合型署立醫院大多數有參加。

- 五、院內失聯是指期初是忠誠病人，在計畫過程中，有3個月以上未回到院(可能是換到別家醫院看診、搬家或其他因素)，課責醫院是不對的，所以將之排除。
- 六、醫院整合計畫主要以慢性病病人為主，其中無慢性病病人占20%，1種慢性病病人48%，與計畫原始意義有些不同。本計畫雖然是針對多重慢性病，但有些病人雖然沒有慢性病，卻是多重疾病患者。看病次數高，不見得都是慢性病，有可能是看皮膚科、眼科，有些會有重複看病、拿藥的情況，也需要進行個案管理。有的病人只有一種慢性病，但是可能在醫院重複看輕病，是醫院的常客，一樣需要被關照及做個案管理。
- 七、會議資料第17頁醫院整合計畫的成效，門診醫療點數下降，除與藥品品項數有關，藥價調降、檢查減少都是貢獻。
- 八、101年計畫修正重點，由院內擴大到院外。計畫實施時，病人可以自由就醫，前兩年看到的是醫院可以控制的部分，若這些忠誠病人的固定就醫率更高，對醫院的幫助會更大，故將院外門診也放進去，放進去後，醫院的責任會更高。而且，我們也擔心病人可能會到他院看診，或是醫院請費用高的病人到他院看診，我們希望病人能到固定的醫院看診。
- 九、關於委員所提刪除急診指標卻未放住院，將來可以考慮逐步納入。目前的成效評量欠缺對病人端的成效評估，未來也會考慮納入。
- 十、家醫整合計畫推動10年，診所參與率約四分之一左右。還

有，委員所指，參加家醫群的都是年齡較大的醫師部分，家醫整合計畫是公開的，沒有年齡限制，計畫的精神是跨科組團隊。有些醫師的個性，不願意組團隊，而且，未來家庭醫師制度應不一定要組群，組群只是方式之一。

十一、會議資料第29頁的家醫計畫滿意度調查，有效樣本8千多份，電訪需要時間及成本，每個群、每個醫師的病人，都有抽訪到，將來，可以考量增加抽樣人數。

十二、會議資料第30頁轉診部分，水平轉診的群內轉診，是新增項目，是指群內次專科轉診，不代表過去沒有做。垂直轉診是主流，合作醫院轉診所負成長，是我們未來要加強的項目，很多基層診所也在抱怨，這也是落實轉診需要長期努力的地方。

戴局長桂英

委員提醒健保局在做內部評估及改進的參考，例如簡報用詞容易讓人誤解，健保局會改進。關於目前僅由內部同仁作成效評估，未來請健保局同仁衡量看看，有無研究經費可以委外來做客觀成效評估。

謝常務理事武吉（楊委員漢淥代理人）

一、健保局的報告內容非常實在，特別是會議資料第15頁所提「減輕病人往返奔波」，表示健保局有考慮到病人及家屬的勞累，非常好。

二、請問醫院整合計畫有無碰到醫療糾紛？

蔡組長淑鈴

一、未聽說醫院整合計畫有醫療糾紛的案例。

二、關於醫院整合模式的3種型態，是指會診，到底那種模式較多及那種模式較好？事實上，這三種模式是整合的，醫

院一般的作法，是先以電腦系統整合模式，用電子病歷去提醒醫師，所有醫院都會做這一步。接下來，是做院內系統的統整，每個醫院的狀況都不太一樣。意即每家醫院都有做第一型，再加上第二型或第三型，整合模式很難要求醫院標準化。目前醫院已經使用資訊整合，困難的部分，在於醫院的流程整合與病人及醫師之說服，需要給醫院時間。

劉主任委員見祥

委員意見送請中央健康保險局參考，餘洽悉。

討論第 1 案「全民健康保險基金 101 年度半年結算審議案」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

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）

會議資料第45頁，有關「本年度上半年雜項收入6.35億元，主要為藥廠返還藥品給付協議金額6.23億元」乙項，請健保局說明。

郭科長垂文

為使新藥收載的財務預測準確，讓藥廠對費用控制承擔一定責任，健保局在新藥收載及檢討給付範圍時，會依據價量協議原則，與廠商就其所提財務評估資料，共同訂定返還費用協議方案，健保局會在廠商觀察期間內，每年檢討一次。若醫療院所申報金額超出協議預估金額，本局會要求廠商依照協議內容，償還超出部分之金額，列入健保基金收入。由於總額在前一年就已經協定，因此，對醫師處方、病人用藥權益，都不會有影響。

謝常務理事武吉（楊委員漢淥代理人）

還是不很清楚，這是指藥廠賣給醫院的價格太貴，所以可以退費嗎？

戴局長桂英

新藥剛推出時，健保局很難訂定藥價，除了依照新藥核價原則，健保局還會參考其他國家的價格來核價。除此之外，健保局還有一個作法，就是請廠商先預估全年的使用量。健保局在核價時，也會考慮使用量，使用量高，單價會較低；使用量

少，單價會高一點。若是實際使用超過預估使用量，在一定範圍內，還不到降價的程度，健保局會要求廠商依照協議，返還部分金額，並納入全民健保基金，主要是為了使新藥的訂價更合理的措施。

何委員語

丹麥去年10月才開徵飽和脂肪稅，不知能否列出明細表，看是屬於乳酪製品，還是食油製品課稅。目前只看到丹麥實施，不知效果如何，我們就要考慮實施，包括美國、英國、法國等吃很多乳酪製品的國家，都沒有徵收。乳酪製品等於是日常食品，若要課徵，對民生工業用品是很大的負擔。雖然現行健保法第64條有規定，政府得開徵菸酒健康福利捐，但全世界都沒有徵收，目前已經對酒類有課稅，按酒精成分每度徵收一定金額。實際上，大量飲酒或是飲用高濃度酒精，才會對身體造成傷害，國外是小口淺嚐，國人則是大口乾杯。全世界有將近400篇關於紅酒的醫學報告，證實對心臟、血脂肪有幫助。而且，國人長期以來，都用酒去浸泡中藥，若要課徵酒品健康福利捐或飽和脂肪稅，兩者都是民生用品，宜慎重考量。

劉主任委員見祥

- 一、依健保法之規定，得課徵酒品健康福利捐。至飽和脂肪稅部分，審議意見已參酌何委員語之見解修改，該部分已刪除。
- 二、本案審議意見，函請行政院衛生署鑒察，並送請中央健康保險局辦理。