

全民健康保險監理委員會  
第 205 次會議紀錄

中華民國 101 年 7 月 27 日



# 全民健康保險監理委員會第 205 次會議紀錄

時間：中華民國 101 年 7 月 27 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

盧委員瑞芬

盧委員美秀

干委員文男

楊委員芸蘋

林委員啟滄

陳秘書健民(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

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

鍾委員美娟

劉委員玉蘭

請假委員：

劉主任委員見祥

吳委員淑瓊

葛委員克昌

張委員永成

李委員成家

石委員發基

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

洪組長碧蘭

林執行秘書宜靜

戴局長桂英

黃副局長三桂

鄧組長世輝

林組長立人

洪代理組長清榮

林副組長阿明

施專門委員志和

許專門委員玉媛

周專門委員士恒

王科長淑華

蔡科長佩玲

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：盧委員美秀（代）

紀錄：曾幼筑、葉肖梅、

壹、主席致詞：

大家早！今天是第 205 次委員會議，劉主任委員見祥請假，情商本人代為主持，謝謝大家撥冗參加。今天議案只有 5 個報告案並無討論案，議程算是簡單。另，李委員蜀平表示，要提臨時動議，若時間許可即納入討論，否則列為下次委員會議討論案。

貳、報告案

第 1 案

案由：確認本會上（第 204）次委員會議紀錄，請 鑒察。

決定：確定。

（與會人員發言實錄詳附件 1）

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、委員理解本會為健保業務溝通諮詢平台，所提建議係供相關單位參考，但各該建議仍以獲知相關單位參考結果後再解除追蹤為宜，爰除「101 年 5 月份全民健康保險業務執行報告」及「中央健康保險局 101 年度第 1 次報列呆帳報告案」等兩項解除追蹤外，其餘各項於有結果時再行提報並解除追蹤。

- 二、本案洽悉。

（與會人員發言實錄詳附件 2）

第 3 案

報告單位：中央健康保險局

案由：101年6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3）

#### 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（含『研擬轉診實施方案專案小組』初步結果報告），請 鑒察。

決定：

- 一、有關醫療支出專題報告部分，委員意見送請中央健康保險局參考。
- 二、有關轉診實施辦法（草案）部分，委員意見彙整後，送請行政院衛生署核參。
- 三、餘洽悉。

（與會人員發言實錄詳附件4）

#### 第5案

報告單位：中央健康保險局

案由：「協助與提升原住民納保之成效專題報告」，請 鑒察。

決定：

- 一、鑑於類似議題在相關場合都會報告，爰在時間限制情況下，經徵得在場委員同意，本案請委員自行參閱書面資料，若有需要中央健康保險局補充說明部分，於會後由本會幕僚轉請該局回復。
- 二、本案洽悉。

（與會人員發言實錄詳附件5）

參、臨時動議

提案人：李委員蜀平

連署人：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研議 IC 卡登打之處理方式，俾利健保特約藥局後端申報作業。

主席裁示：列為下次委員會議討論案。

肆、散會：中午 12 時 0 分

【附件 1】

報告第 1 案「確認本會上（第 204）次委員會議紀錄」之與會人員發言實錄

盧委員美秀(代理主席)

謝謝同仁的宣讀，請問委員有無修正或補充意見？

李委員蜀平

有關醫師兼具藥師資格者得自行調劑案，於議程第4頁（本會第204次會議紀錄）是列為「繼續追蹤」；惟議程第8頁第3項是列為「解除追蹤」，似有不一致之處。

柯副主任委員桂女

- 一、此案在上次委員會議紀錄是繼續追蹤事項，紀錄並據以呈現。對繼續追蹤案件會向相關單位徵詢後續處理情形，徵詢結果即列在報告第2案（議程第8頁第3項）中向委員報告。因認為本案已照決議辦理，所以建議解除追蹤。
- 二、李委員蜀平所提兩個地方均出現，並未互相衝突。上次會議已解除追蹤案件，不會在本次議程的追蹤事項中出現。

盧委員美秀(代理主席)

委員沒有其他意見，紀錄確定。



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

盧委員美秀(代理主席)

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

- 一、我對8項追蹤案建議全數解除追蹤，感到非常難過。監理會又不是公文派送中心，在本會決議之後，好像寫個公文給相關單位後，就算是追蹤了。在上一屆委員會議曾提過，我們希望即使衛生署不參採，也讓委員知道不被參採。以追蹤案第1項為例，應俟特管辦法公告後再解除追蹤，目前明明只是預告而還沒有公告；第2項也是，費協會9月才協商；而剛剛李委員蜀平提到第3項，關於取消特約院所醫師兼具藥師資格得自行調劑案，衛生署也尚未給新函釋；第5項關於特材差額負擔，健保局說要參考委員意見修訂作業原則，該局亦尚未公告此草案；干委員文男所提第7項公費醫師制度，衛生署亦未讓我們知道參採的情況如何。
- 二、我誠懇的建議這些案件，都要能看到結果，結果跟委員所提建議不符合沒關係，我們不是總統或太上皇，並沒有要政府對於我們所提意見全數採納，在政府其他的委員會都會看到結果才解除追蹤。例如第1項，應該要等特管辦法公告，也許，認為病房的比率採科別計算有疑義，短期內沒辦法用此方式計算；第2項，我們的提案是按照醫院層級調門住診比率，若健保局在費協會提案後，費協會因某種考量未能採納、或是改為某種程度的採納等。如此，才

算有結果。

三、委員們的提案最終是要知道結果，也才能向大眾交代。今天為難代理主席了，不好意思，重點是希望知道結果才能解除追蹤，也才符合決議。

盧委員美秀(代理主席)

這也不是為難主席，因委員關切議題有無繼續處理，只要是認為應繼續追蹤的，就請委員提出建議。若議題未獲處理，或即使有處理，但不知道結果為何，都不太好。

干委員文男

針對第8項，有些公職護理人員因五五專案，在55歲就提早退休，這些退休後的人力資源浪費很可惜，希望衛生署能研議讓資深人員以part-time（兼職）方式提供服務，應能紓解護理人力不足困境。

盧委員美秀（代理主席）

請衛生署代表回應。

曲委員同光

有關退休後的護理人員要回任，主要是公立醫院需有編制，如果用約用方式，政策上也不鼓勵，委員意見會再向本署照護處反映。

干委員文男

上次會議中，對於追蹤案第8項之原始提案，衛生署照護處有提供說明資料，其中提及有些非常好的護理人員是因提早退休而離開職場。而現況是醫師在開大刀時可能會需要找幾個資深護理人員臨時回來幫忙，但是就連part-time（兼職）幾個鐘頭也不行。（曲委員同光：護理人員執業是需要有執業登記。）這些人員去辦理執業登記是沒有問題，但主計處說連

part-time幾個小時都不行。反正公職退休的人員，都不能再回到公立醫院工作。

盧委員美秀(代理主席)

如果有執業登記即可兼職。

干委員文男

公家醫院都不行。

滕委員西華

干委員文男所提，係指這些公職退休護理人員想要回到職場，但是不能回到公立醫院執業。

曲委員同光

公立醫院會有比較多的繁文縟節，例如要用什麼樣的職缺或經費來進用等限制，我還是會去瞭解並向本署照護處反映。

盧委員美秀(代理主席)

還是應向衛生署照護處再予瞭解。part-time的不是正式人力，應該沒有問題才對。

戴局長桂英

我想干委員文男的意思是建議政府鼓勵退休公職護理人員也可回到公立醫院兼職，希望衛生署有此政策來予以鼓勵，但因今天衛生署相關出席單位均為健保部門，宜由護理人力政策主政單位另行回復。至主計處是否另有相關規定，建請主計處在場代表提供意見。

鍾委員美娟

對於領取退休俸的公職護理人員，又給予另一份薪水，這是不合理的。

干委員文男

這些退休人員回任，不是僱傭性質，只是臨時性的執行護理業

務。

#### 鍾委員美娟

- 一、公職護理人員，退休後到公立醫療機構執行業務後還要給予報酬，加上原有繼續支領之退休俸（月退休金及優惠存款利息差額），這樣等於是兩邊領取政府的錢。又立法院對公務人員退休後，到政府捐助之財團法人等機構任職並領有報酬已多有質疑。
- 二、有關公務人員待遇事項係屬銓敘部及人事行政總處業務，如有疑問，建請洽其說明。

#### 盧委員美秀(代理主席)

干委員文男這個建議很好，就是在年輕護理人員不足時，資深人員還能有機制回流。我們將此建議提供衛生署，也請主計處、銓敘部協助查明，是否真有回任的問題。

#### 劉委員玉蘭

- 一、在人事法規上，並非不能回聘，而是要有合理誘因。例如教師退休後若回任只能以委任三級的薪水聘用，當然我是不贊成此現象，因這會佔了年輕人的缺，但事實上此現象很多。另對照於退休護理人員回任問題，就會牽涉到回任意願，護理工作的負荷若只能拿三萬多元回任意願不高。
- 二、護理工作之回任，若屬一般零碎業務較無問題，但若是為開刀房，臨時找人來較具危險性，似此工作，應由醫院固定之護理人員負責為佳。

#### 何委員語

- 一、我希望知道衛生署到底怎麼做，所以建議追蹤案第8項暫時不要解除追蹤。
- 二、有關本案訴求，我將於別的場合再予提出。例如本週四已

於台灣大學國家發展研究所的會議表達，另未來我於監察院、立法院及勞委會所召開會議，也都會提出。

楊委員芸蘋

除內、外、婦、兒、急診科醫師缺額嚴重外，護理人員、護士荒更嚴重，希望護理人員能儘量回到職場，不管以兼職或正職等形式都可，希望得知衛生署研議的內容究竟為何，這是目前最迫切的議題，所以本案要繼續追蹤。

盧委員美秀（代理主席）

請柯副主任委員桂女補充說明有關追蹤案之處理建議。

柯副主任委員桂女

- 一、謝謝主席給我機會向大家說明。事實上，健保重要事項，向來都會列在會議資料中供委員參考。有關追蹤案第1項，不管是否列為追蹤案，只要特約管理辦法有修正公告，一定會向委員報告，並循例將公告內容呈現於會議資料之附錄中。若委員認為應看到修正公告後再解除追蹤，我們會尊重。
- 二、第2項，費協會每年協商結果及報請衛生署核定後之公告內容，也都有列在會議資料中，因此若要等9月協商完或甚至年底公告後再解除追蹤均可。
- 三、第3項，依健保局的回復，在衛生署未有新函釋之前，即依現行法令辦理。按理，相關法令於修法過程中，都仍照現有規定辦理，俟新法公布後再據以實施。
- 四、第5項，請教健保局，特材差額負擔之作業原則是否要修訂？何時公告？
- 五、第7項，為何內外婦兒等科醫師人力不足，是很嚴肅且多面向的問題，本會干委員文男原提案之建議，僅為建請政

府培育公費生，因此本會也就那樣建議衛生署。其實依衛生署於本會第204次會議討論該提案時所提供資料，即表示在偏鄉一直有招公費生，但一般公費生已停招，而干委員文男的期望即為恢復招收一般公費生。據了解，衛生署目前研議的策略之一，就是自103年起將再招收一般公費醫學生。本項已在會前先向干委員報告，干委員表示若要結案他沒意見。

六、第8項，衛生署照護處已有很多策略或計畫在推動。上次委員會議本案討論時，何委員語曾表示已經預期本案不可能那麼快做到，只是要建議主管機關進行研究。未來可能是8年、10年、甚至是15或20年才會達成，就如過去引進外勞，也是歷經8至10年的努力才得以實現。照護處對於本案已回復會進行長期研究，且已有很多計畫在做，所以才建議解除追蹤。

七、本會對委員會議決議(定)事項之追蹤，就如議程第7頁之說明，最後都會依委員議定結果辦理。

謝常務理事武吉(楊委員漢淥代理人)

一、偏遠地區，除滕西華委員關心，也請主席關心；干委員文男提到的問題有兩個面向第一是臨時兼任人員、第二是退休人員回任，如劉玉蘭委員說的領3萬多元，在醫院評鑑的時候發現護理人力真的非常缺乏，這些退休人員都是經驗豐富的老手，如果能夠回到醫院兼職，是最好的搭配。

二、正如滕委員西華所言，監理會的每個追蹤案，只是發出公文，不管有無結論就要解除追蹤。這個會可以不要開了，這是成何體統?!監理會的功能何在?個人感到可悲又可恥，狗吠火車也沒有用。建議所有案都繼續追蹤。

## 李委員蜀平

追蹤案第 3 項，重點在於醫藥專業的尊重及促進醫藥界和諧。去（100）年 11 月份時，我們公會幹部曾就對此議題與馬總統、楊前署長志良及金前秘書長溥聰等人進行溝通。當時健保局的立場，也是希望發揚醫藥分業精神，認為醫師不能左手看病右手拿藥，會造成用藥安全之漏洞。但到了 7 月份時，健保局卻同意特約院所醫師兼具藥師資格者得自行調劑、並給付。為此我們專程拜會衛生署賴副署長，希望本案能回歸國家制度醫藥分業精神與醫藥專業分工。爰建議第 3 項不要解除追蹤。

## 何委員語

我補充說明，對於是否開放外籍基層護理人力政策乙案，可分為兩個層面來探討，衛生署要不要進行研究、如何改善國內的護理人力是其「因」，開放外籍基層護理人力是其「果」，但此結果僅為許多可能的結果選項之一。若衛生署可提出其他具體可行方案，則研究結果也許是不需要開放外籍護理人力。惟若衛生署研究結果，均無法提出改善方案，則即有開放外籍護理人力之必要。衛生署應進一步規劃如何研究或執行，並編列預算。衛生署對本案的態度，若是敷衍了事、無積極作為，就是連「因」都沒有，怎麼會有「果」呢？若是如此，9 月中馬總統將召開中央委員會議，我會在馬主席面前正式提案，即便明年我不是健保會委員，也會在其他場合持續再提案。

## 葉委員宗義

我國人口逐年遞減，但醫院的醫師與護理人力仍是不足，這是供需的問題。好的醫師都離開醫院自行開業，所以醫師會有缺額，護士則多往醫學美容機構工作。醫護人員選擇往商業方向發展，那是個人的抉擇，本案之建議是否可解決醫護人力不足

問題，宜再斟酌。

盧委員美秀(代理主席)

- 一、以下本人就專家學者角色，對第 8 項提供意見。住院醫師畢業後要先接受兩年醫學訓練，因訓練期間無法執行住院醫師的工作，其工作改由專科護理師或醫師助理負責。此兩類人員約計 7,000 多人皆由護理人員轉任，正是目前護理職場不足之人數。因醫院未即時補足人力，致護理人員均超時工作，一天工作 10 到 12 小時，卻無加班費，家長均反映護理職場愈來愈差，例如部分醫院會要求先打下班卡再繼續工作，在勞動檢查時，書面紀錄雖合法，可是下班後仍繼續工作；護理人員因為業務繁重，沒有時間對病人多做解釋，造成各界誤解，許多護理人員因工作壓力過大，精神幾乎要崩潰。如果政策能朝正面方向規劃，改善護理工作環境，適度提高護理人員薪資，讓他們感覺被尊重，工作才會有成就感，即使壓力大也可承受。
- 二、目前在 WTO (世界貿易組織, World Trade Organization) 的協定框架下，各類醫事專業人員已全部開放，且依護理人員法第 55 之 3 條規定，華僑及外國人只要通過我國考試並取得執照，就可以在台灣執業。台灣真的需要大量引進外籍護理人員嗎？思考的重點在於我們到底需要什麼樣的醫護人員來照護國人的健康。
- 三、上月份的委員會議，蘇委員錦霞提到，為何不維持護理職校的問題，因為時間已晚未及回應。護理職校之所以被改成專科，係因 94 年之前，護理職校畢業生進入職場僅有 5% 至 9%。護校畢業後，家長都希望子女再進修，所以大部分畢業生多進入二專或四技進修，二專畢業後，大多又



進入二技進修。其實目前有許多科技大學或技術學院亦有附設護理專科部，每年約有 20% 的專科畢業生進入職場，也是醫界護理人員之主力。

四、另針對謝常務理事武吉的發言提出兩點說明，首先，我要澄清一下，我並非畢業於台灣大學，也不是醫院評鑑委員。其次，醫院要聘用護理師或護士，大多是由機構自行決定。這兩年於評鑑前之共識會議，我曾召集護理委員，請他們在評鑑時，不要以挑剔方式，而是持正面態度，對醫院表現好的地方，應當面讚揚；若有需改善的地方，則私下告知如何改進。我們的目的在於協助醫護人員合作，使醫院均能順利通過評鑑。因此，外界對於這兩年的評鑑作業反應都很不錯。

五、對於上次委員會議決議(定)事項，第 1、第 2、第 3、第 7 及第 8 項繼續追蹤；第 4 及第 6 項解除追蹤；第 5 項請戴局長表示意見。

戴局長桂英

第 5 項可於「全民健康保險特殊材料列入自付差額之作業原則」公告後再解除追蹤。

干委員文男

謝謝戴局長剛剛提供之建議，大家知道，口很渴時，若沒有茶，白開水也要喝。對於「政府鼓勵退休公職護理人員回到公立醫院兼職」之議題，我向衛生署提出此建議。監理會是各界溝通平台，若護理人力確實嚴重不足，應開放各種管道來填補人力，以解決醫院可能面臨關床之問題，以免引起人民對於醫院無病床之恐慌。

盧委員美秀(代理主席)

衛生署代表已表示，會將干委員意見反映給相關單位，本案洽悉。

### 【附件 3】

## 報告第 3 案「101 年 6 月份全民健康保險業務執行報告」之與會人員發言實錄

盧委員美秀(代理主席)

謝謝戴局長的報告，請問各位委員有無垂詢？

千委員文男

- 一、感謝謝常務理事武吉過去一再提醒，門診透析(即洗腎)業務若外包將降低醫療品質，期望謝常務理事能續當啄木鳥，多加關切其發展。
- 二、在業務執行報告第 88 頁更新資料中，請問新增 1%之預算，是多少金額？是總額的 1%或是洗腎總額的 1%？尚待釐清或補件家數與未回報家數有什麼涵義，請健保局進一步說明。
- 三、業務執行報告第 10 頁備註第 5 點，健保局短期融資利息費用約為 87.97 億元，其中各級政府應負擔金額約 72.13 億元，健保局應負擔金額約 15.84 億元。而各級政府應負擔金額 72.13 億元與其未撥付利息金額 20.28 億元之間，約有 51.85 億元之差額，請問健保局是如何處理的？

滕委員西華

- 一、有關各級政府補助款欠費問題，上週媒體披露台北市郝市長因解封土地不成，而砲轟馬政府乙案，請問健保局對於台北市查封土地解禁的看法為何？我的建議是沒有收到錢之前，健保局絕對不可以解除查封。
- 二、身心障礙者之分級與鑑定標準新制已於今年 7 月 11 日開始實施，舊制之身心障礙者原分為 4 等級，新制已改分為 5 等級，因此，業務執行報告第 31 頁中重大傷病種類

與身心障礙等級有關之項目，包括第 11 項、第 18 項、第 26 項及第 28 項等名稱，健保局應配合修正。

- 三、業務執行報告第 88 頁更新資料，透析總額要獎勵非外包經營之透析院所，民間團體不贊成外包，總額部門設定許多品質監控指標，公立醫院一定是不允許外包的，請問洗腎外包院所的品質一定比較差嗎？如果確實比較差，根本就不應該允許洗腎外包才合理。另外，非外包經營院所如果不符品質指標，也要提供這項新增的獎勵金嗎？雖然費協會已經決定該項鼓勵措施，然以監理會的立場，健保財務已很拮据，不應承受太多醫療管理體制發展之責任。鼓勵措施應與透析品質適度連結，未來如果兩者之間發生扞格之情形，請問健保局應如何處理？

周委員麗芳

- 一、業務執行報告第 31 頁，有關全民健康保險重大傷病證明有效領證統計表中，第 19 項職業病部分，101 年 6 月有效領證數與 99 年及 100 年比較，呈現持續下降，請問係因職場環境改善而使職業病逐年改善，或因行政作業繁複，致職業病認定困難？
- 二、另重大傷病第 13 項因呼吸衰竭長期使用呼吸器者累計人數為 11,033 人，本月新申請領證數高達 1,014 件，過去每月件數是否均為如此高，請健保局補充說明。

謝常務理事武吉(楊委員漢淶代理人)

對業務執行報告第 88 頁之更新資料，請健保局補充說明尚待釐清是什麼意思?!未回報家數又是什麼意思?!

戴局長桂英

請財務組鄧組長先針對健保各級政府應負擔補助款利息表格內

容及台北市土地查封說明，其他醫管部分，請醫務管理組林副組長說明，最後再由黃副局長補充。

鄧組長世輝

- 一、業務執行報告第 10 頁，委員所關心各級政府應負擔補助款之利息與未撥付利息金額間，存在 51.85 億元差額問題，該 51.85 億元各級政府均已撥付。
- 二、至於台北市政府保費補助款欠費查封土地乙案，為了保障健保債權，並考量台北市市政建設之需要，行政院衛生署於今年 4 月間已邀請法務部、勞委會及台北市政府召開協商會議，會議結論是請台北市政府依行政院指示原則，以未設定他項權利之等值非公用土地，採取以地易地方式處理。

林副組長阿明

- 一、101 年門診透析總額新增 1%預算鼓勵非外包經營之透析院所，該 1%是以 100 年洗腎總額（約 308 億元）計算，1%約為 3.08 億元。
- 二、費協會訂定之鼓勵適用條件有 3 項，說明如下：
  - （一）執行透析服務之醫師、護士等相關醫療人員由該醫療機構聘任。
  - （二）設備由醫療機構自購，或向廠商租賃且有明確租賃合約；耗材由醫療機構自購。
  - （三）醫療機構自行經營，且透析服務在所屬醫療院區內進行。
- 三、我們請醫療院所依上述條件辦理切結作業，其中「尚待釐清」可能是有些證件須補齊者；「不符」則是完全不符合上述條件者；至於「未回報者」，是未於所訂期限回報，

可能是醫療院所自己認為不符合相關條件。

- 四、我們對於洗腎院所之品質，都有進行監測，品質好的會有獎勵。未來如何搭配品質給予獎勵，將於 102 年總額協商時納入考量。
- 五、有關滕委員西華所提重大傷病中與新制身心障礙鑑定等級分類相關之疾病，名稱若有須修正者，我們會配合修正並陳報衛生署公告。
- 六、周委員麗芳提到，在重大傷病有效領證統計中，職業病與因呼吸衰竭長期使用呼吸器者均有逐年下降情形，職業病下降真正原因，我們會進一步分析並瞭解；至於長期使用呼吸器者之醫療情形，因有管控，確實已逐年下降。業務報告中僅1個月資料，較難看出其趨勢，委員如有需要，我們可提供其他各月份之數據。

黃副局長三桂

- 一、周委員麗芳詢問職業病101年持有效領證呈持續下降部分，在業務執行報告第31頁之第19項，過去職業病以塵肺症最多，這些人在礦場工作，長期吸入灰塵累積在肺部所致，早年人數很多，現已逐年凋零所以人數遞減；現在增加的反而是現代職業病，大多是因壓力或精神方面造成的疾病。
- 二、周委員麗芳所詢第2點，在業務執行報告第31頁之第13項，因呼吸衰竭需長期使用呼吸器者，目前一年約有3萬人，費用約270億點。依本局統計資料，長期使用呼吸器的病人能渡過2年約占4.7%，雖每年病人均有變動，但短期數據變化不大。較感遺憾的是，其中約20%病人（即6千人左右）已無意識，但部分無意識者還在進行洗腎、化

學治療或放射治療，醫療費用支出一年約50億點，因涉及規定和倫理問題，社會上若無共識，這筆費用還是得由健保局依規定繼續支出。

三、滕委員西華所詢有關日前媒體報導台北市政府反應土地查封問題，主要是台北市政府財政局長認為台北市五年還款計畫所還的款項已超過一半，而市府所抵押財產、土地之價值，已遠超過剩餘欠費之400多億元，所以不該查封那麼多土地，應該要解除查封。但癥結點為台北市係用市價估算土地價值，所以遠超過土地實際價格。至於本局的立場很清楚，不還錢就不同意解除查封。

四、謝常務理事武吉及干委員文男所詢101年門診透析總額新增1%的預算鼓勵非外包經營之院所部分，本局已請各透析院所於6月30日前提出切結，未提出申請者視同外包院所，「不符合」或「未申請」之透析院所均不能獲得該獎勵。對562家特約透析院所，本局會再逐家稽核是否符合費協會所定的條件。

五、滕委員西華提到外包經營部分，站在本局的立場，不論外包或非外包經營，第一是要求品質要好，第二是要求合宜價格。另多數的透析院所，均已與廠商合作，而有的廠商甚至是上市公司，致產生醫療行為變成商品買賣之矛盾，本局並不樂見醫療市場被上市公司壟斷情況。因此費協會部分委員認為應扶植個人經營之透析院所，才會將新增1%預算用以鼓勵非外包經營者，估約3.08億元。不管是1%、2%或3%的預算，第一是要求品質符合規定，其次符合費協會的條件，這樣即可參與分配此預算。

盧委員美秀(代理主席)

非常謝謝健保局的說明。二代健保法中有3條係於今年7月1日先予實施，過去由各級政府所補助保費，今年7月1日起已改為均由中央政府補助，因此地方政府欠費應不會繼續增加。請健保局進一步說明。

戴局長桂英

- 一、過去中央與地方政府分擔之爭執點，在於本局係認定按投保單位所在地計算各級政府應負擔之保險費補助款，例如某投保單位掛在台北市，因此不論員工來自哪一縣市，就應請台北市政府繳納補助此投保單位所屬員工之保險費。可是地方政府認為並未設籍於該縣市，為何要負擔保險費補助款？長期以來造成中央與地方政府間之紛擾。
- 二、因此地方政府主張，健保制度既屬中央立法及施行，法規面即應訂為全數由中央政府統籌補助。而此部分已納入二代健保法規定，此一條文並已於今年7月1日先行實施。今年7月1日以後，過去原屬地方政府補助之部分，都已回歸到由中央政府補助。
- 三、地方政府原有欠款，於還款計畫逐步落實與攤還後，此事件即會走入歷史。本局希望走入歷史前，還款計畫中有關土地查封之部分仍能順利運作，目的只是為了保障健保債權，並非要妨礙各地方的市政發展。

謝常務理事武吉(楊委員漢淥代理人)

還好滕西華委員有注意到我們偏遠地區；黃三桂副局長說話很實在，本週我在某場合聽到一席話，與黃副局長三桂方才所言內容相較，未有減少或再經修飾，因而對於黃副局長三桂十分感佩。我知道衛生署和健保局很堅持新增1%預算是用來鼓勵非外包經營的透析院所，而使健保局受到很大的壓力，有某洲



某公會的代表找某立委至衛生署，連健保局一併請去，希望不要新增1%預算做為非外包鼓勵。但健保局還是很堅持鼓勵非外包經營透析院所，希望透析業務不要再被廠商壟斷，十分令人感佩！

柯委員綉絹

- 一、業務執行報告第 89 頁全民健康保險基金收支餘絀摘要參考表，6 月份保險收支淨結餘約有 30 億餘元，累計實際數則約達 150 億餘元，實屬不易，希望健保局繼續保持，未來繼續落實各項開源節流措施。
- 二、但對照業務執行報告第 90 頁全民健康保險基金收支餘絀表，6 月份卻短絀 6.98 億元，而本年度截至 6 月份累計實際數才 54.8 億元，與 89 頁所呈現之 30.1 億元及 150 億元，有相當大的差距。
- 三、另業務執行報告第 91 頁全民健康保險基金平衡表，累積短絀 5 億多元，但保險的安全準備結餘數 94 億餘元，整個健保財務關係為何？請健保局說明。

滕委員西華

剛剛戴局長桂英已說明，健保法今年7月1日新實施條文有關中央政府全數負擔保費補助款之內容，若發生主計處不編列足額預算給健保，又不能查封中央政府的土地，請問該怎麼辦？

戴局長桂英

屬於中央該負責部分，主計處應該會支持。

鍾委員美娟

去年編預算時，已預估該條文會於今年7月1日實施，故自今年7月1日起已編列相關預算。另健保法的機制是按年結算，故在明(102)年1月底前，一定會將今年度該結算之部分結清。

盧委員美秀(代理主席)

暫且相信這部分沒問題。另針對業務執行報告第89頁、第90頁數字不合部分，請健保局說明。

謝常務理事武吉(楊委員漢淥代理人)

呼應滕委員西華之意見，還是請主計處說清楚講明白。

鍾委員美娟

有關政府補助款議題應分為2塊來看，一塊是(101年7月1日)以前積欠款，這是台北市政府等個別直轄市所積欠，義務人是各直轄市，而另一塊是自今年7月1日起，政府補助款均由中央政府負擔。各直轄市政府(如台北市)之前的積欠款，在未還清前，當然是查封該直轄市的土地，而行政院另有指示彈性措施，即若受查封土地要開發，可拿其他尚未開發土地替代。

盧委員瑞芬

業務執行報告第89頁全民健康保險基金收支餘絀摘要參考表中，各該門診中心欄的數字是代表各該中心之盈虧嗎？而台中門診中心為何無數字呢？錢雖不多，但也算不少。健保局每個門診中心都一直虧損，有必要繼續辦理？或未來如何處理虧損問題？

盧委員美秀(代理主席)

健保局前曾表示所屬門診中心要逐步結束營運，請健保局再予說明。

戴局長桂英

一、門診中心部分由我說明，另業務執行報告第90頁相關報表，請會計室同仁說明。

二、台中門診中心已結束營運故無數據，請本局會計室未來提

供相關報表時，應刪去此欄位。另，高雄門診中心預計今年9月份結束營運。全民健保開辦前，門診中心於公保醫療中扮演十分重要角色，因非經門診中心轉診，不得直接到醫院就診（除非是較鄉下地方，才不需轉診）。以高雄市而言，到醫院就醫一定要經過門診中心轉診。但全民健保開辦後，並未限制需經門診中心轉診，故門診中心已變成當地民眾就醫的自由選項。

三、尤其如高雄、台北兩地，可選擇性相當高，會繼續在這些門診中心看病的民眾，多半屬年長病人因自公保時期即習慣在門診中心就診。另外除負責醫師是專任外，其他醫師皆由各醫院支援，故營運量逐漸衰退。而行政院核定的整體方向是今年底高雄門診中心要結束營運，3年後連台北門診中心也要結束。

四、本局原有6個門診中心，目前僅剩台北第一、第二門診中心與高雄門診中心。在不影響當地民眾就醫的前提下，經營較困難者會先予結束，故係按計畫逐步進行。目前損益狀況，台北門診中心本月是損益兩平，高雄門診中心則已長期無法損益兩平，因此高雄門診中心刻正辦理結束營運中，人員也開始安置到他處服務。另有關柯委員綉絹所詢，請會計室補充。

許專門委員玉媛

業務執行報告第89頁，本年度截至6月份底之累計保險收支淨結餘為150.06億元，可參照第5頁之說明。因截至100年底尚有待安全準備填補之短絀數55.30億元，因此，第90頁之本年度截至6月份本期賸餘54.88億元，為收回安全準備55.30億元，扣除聯合門診中心虧損約0.42億元。另外，填補後的安全準備

結餘約94.76億元，則呈現在第91頁「負債準備」科目項下。

柯委員綉絹

業務執行報告第89頁，6月份保險收支淨結餘30億餘元，為何第90頁本期短絀卻是6.98億元？差異為何？

戴局長桂英

此基金的報表屬會計格式，請會計室同仁會後聽取委員意見，如果有不夠周全或遺漏部分，請修正。另平時我們最習慣參閱的應為業務執行報告第6-7頁現金收支與權責基礎之財務收支分析表。

盧委員美秀(代理主席)

委員所提意見送請健保局參考，本案洽悉。

報告第 4 案「全民健康保險醫療支出專題報告（含『研擬轉診實施方案專案小組』初步結果報告）」之與會人員發言實錄

盧委員美秀(代理主席)

謝謝健保局的報告，由「醫療支出專題報告」先開始提問，請問各位委員有無垂詢？

滕委員西華

- 一、簡報第5、第6頁整體特約醫療院所醫師數及病床數中，100年各類別病床僅特殊病床有成長，總體來說有點偏頗，因特殊病床是特殊的病人在使用，一般民眾較少使用，且特殊病床包含種類很多，也看不出究竟屬於呼吸照護病床或安寧病床等。在101年，急、慢性病床數很可能會再降，因依台灣醫院協會目前之統計，約有38%醫院企圖關病床，但不知真正關的有多少？所以換算下來，100年每萬人平均擁有西醫師17.14名，各該醫師每人要照顧3.67床，跟國際相較，本國西醫師太累了。在101年因急、慢性病床數下降，是否會造成民眾住院困難，請健保局留意。
- 二、整體病床數的增減，如何影響到各科別病床數，請健保局務必詳加考量。因為民眾還是在等熱門科別的床，不是等冷門的科別，等特殊病床情況其實是不常見（除了安寧病床外）。因此請健保局進一步說明減少健保病床對民眾的衝擊。
- 三、簡報第9頁100年醫療服務點數各總額別成長情形，點數成長率高於總額預算協定成長率。有風聲說102年總額成長會創歷史新高，我們有那個實力嗎？以各總額別來看，門

診透析預算協定成長率是0%，點數成長率3.838%；另，不論醫院或西醫基層，點數成長率也都高於其預算協定成長率，只有牙醫點數成長率是低於預算協定成長率。在此並非將「不成長」定義為好、而「成長」則定義為不好，這可能也跟供需有關。協商雖為費協會權責，但以監理會的立場，看到近年來趨勢為點數成長率高於總額預算協定成長率，且相差已達倍數，這是警訊，未來點值是否能維持，令人擔心。

四、簡報第23頁檢驗檢查點數前10大項，100年之CT（電腦斷層）、MRI（磁振造影）檢查之總申報點數已超過100億點，其實很嚇人！RBRVS（Resource-Based Relative-Value Scale，以資源耗用為基礎的相對價值表）已在檢討，這部分亦應同步檢討。CT、MRI檢查均為限制病人90天內不得再使用，應重新同步考量RBRVS或其他支付點數，對須進行各該檢查之重症病人如何調整。因為若健保限制病人使用，但醫師診斷過度依賴影像檢查，則可能鼓勵病人轉為自費使用；但若確為病人需要，民眾會疑慮為何醫療所需檢查還要另行自費，衍生更多糾紛，健保病人的痛苦指數會上升。

五、簡報第24頁，為何門診慢性病連續處方箋開立率，未呈現對於門診次數降低的貢獻？因醫界代表提到開立率已達一定的極限，特別是醫師公會。我非常支持慢連箋的開立，但目前門診次數仍在增加，不希望其中很多是屬於虛的增加。我國與美國計算方式不一樣，住院的回診也算在門診次數中。另後面將介紹轉診方案，如果無法有效轉診，門診次數仍會增加，將使民眾背黑鍋。因此慢連箋對整體門

診次數下降的貢獻應要算出來，才有辦法對大眾說明。我們應向行政院陳冲院長說明，我國門診計算方式與美國不同，並不是台灣人愛看病。慢連箋效益一直受到關注，監測指標也提到慢連箋開立率要增加，但其對門診次數下降之貢獻度則一直不清楚。

#### 楊委員芸蘋

- 一、據簡報第29頁所示西醫重大傷病門診，醫學中心點數占率為99年36.13%，100年36.60%，還是居高不下。第30張投影片重大傷病住院，99年醫學中心點數占率為42.42%，也是最高。第31張投影片，洗腎患者醫療費用也是很高的數字，似乎國人健康情況不太好，重大傷病患者太多，除了使用率高，占醫療費用比例也最多。
- 二、簡報第32頁提到100年藥費最高者為心血管系統用藥，我曾建議不論健保局或國民健康局，希望有較好的宣導或廣告教大家正確用藥，讓國人注重身體健康，使重大傷病患者、洗腎患者儘量不再增加。這幾年下來，人數不減反增，使用率也更高。希望能有很好的宣導方式，讓國人注重健康，避免醫療支出過多。

#### 謝常務理事武吉(楊委員漢淥代理人)

- 一、簡報第4頁特約醫療院所家數，100年各類醫療院所合計簽約率已達92.64%，共19,763家。第15張投影片住診醫療支出，復健醫療費用成長5.9%，請健保局注意，復健科診所最近好像開的特別多，是否比較好賺或是有其他原因？應該探討。
- 二、簡報第12頁西醫各層級院所醫療支出中，地區醫院100年點數成長率為-1.41%，林副組長阿明剛說明，地區醫院

在排除已升格為區域醫院的家數後，點數仍有成長。但是醫學中心點數成長5.65%，區域醫院點數成長8.28%，是否有軍備競賽之情形？

- 三、簡報第19頁99年至100年門診件數成長貢獻率部分，剛才林副組長有說流行性感冒件數貢獻率最高，我對這句話很敏感，流行性感冒之治療費用是屬於CDC（疾病管制局）或是健保要負責，應先釐清。若該屬CDC負責，則應由其負責，不應由健保負責。又本貢獻率之10大疾病統計中，應區分醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所之各醫療院所層級，以清楚呈現此屬何層級之醫療費用。
- 四、簡報第24頁99年至100年門診慢性病連續處方箋開立，有A/B或A/C，公式、算數我不會，我看不懂，請健保局稍微講一下，我們才清楚。
- 五、簡報第26頁99年至100年門診初級照護比率部分，地區醫院有下降趨勢，這是不應該的；基層診所增加0.08%，有上升趨勢。地區醫院屬於社區醫療，理應上升，該上升的沒上升還下降，該下降的卻只下降一點點，顯示健保局管理上發生問題。
- 六、簡報第27頁十大初級照護疾病中，也應區分醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所之各醫療院所層級，以清楚呈現此屬何層級之醫療費用。
- 七、簡報第28頁，100年重大傷病領證人數為86萬1,826人，領證數為91萬8,720人，此處應呈現是哪些疾病，又這些疾病用去多少費用。
- 八、簡報第32頁報告小結有關藥費部分，未呈現基層診所藥費，也沒有呈現基層簡表藥費情形，此部分含糊不清，有



些唬弄，所以提出請教林副組長阿明，認為藥費成長應該要講清楚，明確表達才對。

九、簡報第38頁100年醫院總額門診藥品費用成長因素中，亦只呈現醫學中心、區域醫院、地區醫院部分，其中平均每日藥費，醫學中心為71元，區域醫院為46元，地區醫院為32元，此部分亦應呈現基層診所之簡表藥費情形。

#### 干委員文男

一、明年度醫療費用總額協商的基礎為今年度醫療費用，則其成長率為何？以經濟面來說，經建會可能參考經濟成長2%估列，將來協商時會產生很多困擾。大家都希望協商的總額能多一點，如果將來總額真的很多，但醫療服務更多，將造成點值下降。財務收支不平衡會造成短絀，如同健保曾短絀數百億元。

二、簡報第23頁，99年至100年檢驗檢查前10大項中，健保規定MRI或電腦斷層造影之使用很嚴格，需超過三個月才能再使用，造成民眾若於期間內有需要得自費，且該費用頗高，希望健保局能夠研究，依醫療需要予以支付。另有關建置醫療資源共享之資料庫，配合健保IC卡，可避免重複檢驗、檢查等相關功能，其進度如何？

三、我認為慢性病連續處方箋的貢獻很多，否則100年平均每人全年門診就醫不只是15.1次，可能平均每人增加2次。我常被問到在健保資源的使用情形中，門住診及藥費各為多少？4大總額部門醫療費用各多少？請健保局提供摘要性數據資料。

四、簡報第42頁，100年醫師數成長2.55%，有其貢獻，然增加何種科別醫師？又病床數卻萎縮，然萎縮情形為何？為

何病床數萎縮責任被歸因為護理人員不足所造成？是否故意表達因護理人員不足使得病床關閉，造成民眾恐慌，以增加和衛生署及健保局談判的籌碼，實令人懷疑。

盧委員美秀(代理主席)

謝謝大家提問。為何病床關閉，醫療支出卻未減少？道理為何？

何常務理事博基(李委員明濱代理人)

- 一、基層復健科診所增加，有其歷史淵源。其可能與早期詹前署長時期，因復健科醫師頗少（約為兩百多位），後來又因醫院復健科醫師自行在外開業而更缺乏，故應是與開放其他相關科別醫師支援執行醫院復健醫療業務有關。不知健保局對相關問題有無應對之策？
- 二、慢性病連續處方箋釋出率之目標已由25%調到27%，現在為過渡期，持續努力，朝目標邁進。
- 三、簡報第19頁，99年至100年門診件數成長貢獻率前10大疾病統計中，前4項大都屬基層診所照護為主，但民眾大多至大型醫院就醫，所以應該落實轉診，加強管制。80%以上的急性上呼吸道感染，都可在基層診所治療。

李委員蜀平

- 一、有關轉診制度部分，我有到各縣市基層了解，聽大家意見。建議應該加強教育，讓民眾知道小病到診所就醫，大病到醫院就醫，當診所發現需要轉院時，各醫院執行醫療時應優先處置。
- 二、簡報第25頁，99年至100年門診慢性病連續處方箋釋出率，其實慢性病連續處方箋釋出有很多的複雜問題，例如藥價差及有處方不當時處罰原開立慢箋之醫院，因此醫院

不願意釋出慢性處方箋、或釋出後仍希望民眾回原醫院調劑，以致影響慢性病年長者方便取藥的權益。建議針對慢性病連續處方箋釋出設置獎勵措施，如對於釋出處方箋之藥價差可回歸給醫院等。目前我國逐漸邁入高齡化社會，讓年長者或慢性病患者至醫院排隊領藥真的很辛苦，若至社區藥局領藥，除方便外，亦可獲得優良藥物諮詢與服務。提出此建議，係因社區藥局主張調劑專業服務、用藥安全，不是只追求利潤，並且讓慢性病患得到良好照護。

盧委員美秀(代理主席)

請健保局重點說明剛剛委員之提問，如需彙整或補充資料，請於下次委員會議再提供。

戴局長桂英

請林副組長重點說明，其他部分以書面說明方式補充。

林副組長阿明

- 一、滕委員西華所提慢性病連續處方箋開立對於門診就醫次數之影響部分，健保局立場主要是考量病人接受服務之適切性，即醫師需掌握病人病情穩定情況下，才可開立慢性病連續處方箋，讓病人得以方便。
- 二、楊委員芸蘋與李委員蜀平提及加強轉診及用藥之宣導部分，目前健保局均在辦理中，亦會持續加強辦理。
- 三、謝常務理事武吉所提復健科診所一直在增加，健保局基於專業審查立場，如有異常，會加強審查。另有簡報資料第27頁之急性上呼吸道感染等門診件數前十大初級照護疾病，建議依各層級醫療院所呈現部分，健保局會列入考量及補強。又簡報資料第24頁門診慢性病連續處方箋開立率如何解釋部分，設慢連箋件數為A，慢性病件數為B，門診

給藥案件數為C，開立率則為A/B，慢連箋百分比則為A/C。至於重大傷病，將來會依委員意見，呈現費用和占率，至於哪些疾病較多，目前以癌症醫療費用為最多。

四、干委員文男與滕委員西華提到CT、MRI支付點數頗高部分，目前健保在支付標準有鼓勵資源共享的機制，例如病人在甲醫院檢查以後，至乙醫院就醫，若乙醫院使用甲醫院的檢查資料，則兩邊都會獲得鼓勵，以使該病人不要重複被檢查，此將持續推動。

謝常務理事武吉(楊委員漢淥代理人)

藥品費用應呈現清楚，西醫基層診所之簡表等內容也應該要一起呈現。

林副組長阿明

對目前只呈現醫院部分之藥品費用，將來會依委員意見納入基層診所部分。

盧委員美秀(代理主席)

以下進入「轉診實施辦法(草案)」之討論。

蘇委員錦霞

其實民眾最怕的是，醫師給予轉診單，但表示不保證掛得到號，故取得轉診單可能無用。在轉診實施辦法(草案)中，雖有規定特約醫院、診所須設轉診櫃檯，但應避免民眾掛不到號，並予加強。

盧委員瑞芬

一、呼應蘇委員錦霞的看法，在轉診實施辦法(草案)中，並未看到推行轉診的誘因，或不依規定辦理轉診的罰則，以讓醫療服務提供者配合辦理，及病人願意轉診。目前民眾越級就醫，本來就會加重部分負擔，感覺上本辦法(草

案)只是在應付立法院之要求。

- 二、簡報第9頁，保險對象有兩種情形視同轉診，我認為這些行為本來就不屬於轉診，為何要「視同轉診」？建議本辦法（草案）第11條可敘述，保險對象若符合所規定之該兩種情形，則不需要進行轉診。

千委員文男

依新制健保法，需訂定本辦法，但未來於實施轉診會產生很多誤會，因為目前大型醫院的病床數不足，基層醫療院所如何將病人上轉？恐會產生人球，此屬令人擔憂的問題，所以，實施轉診前，應該先讓病床數能夠補足。

盧委員美秀(代理主席)

- 一、衛生署已經完成轉診實施辦法（草案）預告程序，依進度該草案應該在衛生署法規會處理的階段，今天委員的意見可彙整送衛生署法規會參考，否則其只是二代健保法的子法規，不知能否可達到分級醫療的目的、具備垂直整合的功能？
- 二、有關罰則部分，目前醫療法第73條已有規範，對於無故拒絕提供轉診的特約院所，保險人應依特管辦法第35條規定予以違約記點，我不曉得過去健保局有無就此違規行為予以違約記點，若未做過，則將來本辦法公布後，可以真的執行嗎？委員之詢問，健保局能否回答？或請衛生署回答？

戴局長桂英

- 一、健保局努力想確保民眾拿到基層診所或下一級醫院的轉診單後，到被轉診的大型醫院或上一級醫院的轉診櫃臺，可以掛到號，但不保證可以指定醫師看診。

- 二、有關罰則部分，除非健保法規定違規者處以若干罰鍰，否則醫療院所不辦轉診無法處以罰鍰。要醫院改善，在合約書有規定，如果限期改善仍不改善者，至某種程度會處以違約記點，違約記點幾次後，會用更強的合約手段處理。
- 三、至於誘因部分，轉診實施辦法係配合母法訂定，母法規定經轉診，病人的部分負擔會較低。至草案第11條所述「視同轉診」，係對民眾有利，民眾有該條情況，因視同轉診，即可繳交較少的部分負擔。另，目前衛生署對轉診實施辦法草案已預告完成，委員意見應可彙送衛生署參考。

盧委員美秀(代理主席)

- 一、委員對於全民健康保險醫療支出專題報告之意見，請健保局除參考外，亦能提供委員所關心之相關資料。
- 二、請彙整委員對於轉診實施辦法（草案）之相關意見，送請衛生署參考。

註：健保局會後提供之資料

有關外界對於健保CT、MRI申報費用成長快速議題，健保局回應如下：

- 一、依據中央健康保險局最新統計，CT申報100年成長率為6%~6.4%，MRI申報100年成長率為6.8%~7.5%，此外，30天內重複照MRI的比率約有2.5%，30天內重複照CT的比率約有7.2%。
- 二、目前健保針對CT及MRI申報費用均明訂審查原則，個案除非必要，不可實施同部位CT及MRI檢查，若同時實施，應詳加審查；磁振造影檢查之選擇運用，須在公認明顯優於其他檢查，或其他檢查無法提供足夠資料以輔助臨床治療

時，方可申請。

- 三、隨著醫學進步，醫療借重檢查檢驗的比率愈來愈高，疾病的發現及追蹤亦相當重要，又因為CT及MRI影像檢查確實能幫助病患早日找出病灶，掌握病程發展，有其一定的必要性。
- 四、總額支付制度下，為鼓勵醫療資源共享，健保局針對CT、MRI及PET，自93年即推動特約醫院間之資源共享計畫，鼓勵醫院在病患同意下，可向原檢查醫院、透過衛生署影像交換中心或病患自行攜帶複製片等方式取得病人在其他醫院之檢查影像資料，經過判讀後，可協助診斷，健保局亦給予該醫院獎勵。目前全國有208家健保局特約院所參與本計畫，100全年共享57,617件相關檢查之影像資料。
- 五、另健保局為能了解相關檢查之詳細分布，自98年10月1日起，請醫院在申報費用時，同時申報照射部位，並針對同院與跨院同部位檢查之分布進行監控，亦針對重複率高之醫院予以加強審查。未來健保局將會持續加強檔案分析之審查及核刪，並繼續鼓勵分享跨院用藥與檢查資訊，除加強宣導醫療院所正確使用醫療資源，並將檢討部分負擔提高民眾自付額。

【附件5】

報告第 5 案「協助與提升原住民納保之成效專題報告」之與會人員發言實錄

（在時間限制情形下，主席徵詢在場委員，有關本案是移至下次會議報告，或帶回自行參閱。有委員建議，類似議題在相關場合都會報告，所以應可自行參閱書面資料，若有需要中央健康保險局補充說明部分，於會後由本會幕僚轉請該局回復。在場委員贊同本項建議，爰資料自行參閱。）