

全民健康保險監理委員會  
第 199 次會議紀錄

中華民國 100 年 12 月 23 日



# 全民健康保險監理委員會第 199 次會議紀錄

時間：中華民國 100 年 12 月 23 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

盧委員美秀

葛委員克昌

干委員文男

楊委員芸蘋

張委員永成

林課長敏華(代)

林委員啟滄

蘇委員錦霞

滕委員西華

葉委員宗義

李委員永振

謝研究員啟煒(代)

李委員成家

李常務監事育家(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(9：30 以後代)

黃委員建文

陳委員俊明

楊委員漢淥

謝常務理事武吉(代)

曲委員同光

呂委員明泰

楊科長順正(代)

祝委員健芳

柯委員綉絹  
石委員發基  
鍾委員美娟  
劉委員玉蘭

請假委員：

吳委員淑瓊  
盧委員瑞芬  
陳委員武雄

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  
鄧組長世輝  
李組長少珍  
吳參議文偉  
林專門委員阿明  
李專門委員純馥  
施專門委員志和  
張專門委員鈺旋  
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：顏銘燦、樓基慶

本會

主席：劉主任委員見祥

壹、主席致詞：

- 一、各位委員、衛生署與健保局同仁及所有與會人員，大家早！本（第 199）次會議，是本會今年最後一次委員會會議，由衷感謝大家撥冗參加。
- 二、本（第 9）屆委員任期原為 100 年 3 月 1 日至 102 年 2 月 28 日，但配合行政院組織改造，提前為 100 年 12 月 31 日，現因衛生福利部組織法尚未經立法院通過，衛生署乃函請各機關團體同意，所推薦委員聘期恢復至 102 年 2 月 28 日，各單位幾乎都已回復同意本聘期恢復案。相信大家很快就會收到衛生署聘函。另外，二代健保法施行後，費協會及本會將整合為全民健康保險會，所以在 102 年 2 月 28 日前，若衛生福利部組織法通過或行政院公布實施二代健保法，屆時的委員組成與會務運作將是另一番新的局面。
- 三、衛生署前派任本會委員之詹參事德旺退休，另行指派曲參事同光擔任本會委員。曲參事原即兼任健保小組副召集人，在健保法修法告一段落後，衛生署為借重渠長才，特請他擔任企劃處處長。現在因為健保即將有新的重責大任，所以請曲參事再回來帶領健保小組推動各項重要業務，以及規劃未來組改後整個社會保險的工作事宜，歡迎曲參事再次擔任本會委員。

## 貳、報告案

### 第 1 案

案由：確認本會上(第 198)次委員會會議紀錄，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、上(第 198)次及其他各次委員會議決議(定)事項之追蹤情形洽悉。
- 二、本會 101 年度重要工作計畫及委員會議預定時間表分別如附表 1 及附表 2。
- 三、中央健康保險局為籌組「研擬轉診實施方案專案小組」所請本會推薦之各領域委員代表名單如下：
  - (一) 付費者代表：干委員文男、滕委員西華。
  - (二) 專家學者：劉主任委員見祥、盧委員瑞芬。
  - (三) 醫界代表：李委員明濱、楊委員漢淙。(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：100 年 11 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：

- 一、請中央健康保險局對藥品經藥價調查調整後費用於全民健康保險醫療費用協定委員會及本會之提報差異情形，於明(101)年 2 月份委員會議進行專案報告。
- 二、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：「擴大健保相關資訊公開之執行情形及成效」專題報告，請鑒察。

主席裁示：移下次委員會議報告。

## 第 5 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「全民健康保險 100 年度上半年醫療費用支出情形」專題報告，請 鑒察。

決定：

一、鑑於各月份全民健保業務執行報告對醫療費用都有專章提報，爰在時間限制情況下，經徵得在場委員同意，本報告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。

## 參、討論案

### 第 1 案

提案單位：本會財務監理組

案由：行政院衛生署交議「全民健康保險法施行細則第二十八條修正草案」，請本會表示意見案，提請 討論。

決議：

- 一、委員認可本修正案，陳請行政院衛生署核參。
- 二、本修正條文發布後，請中央健康保險局廣為宣導。  
(與會人員發言實錄詳附件 3)

### 第 2 案

提案人：李委員明濱

案由：為提升醫病關係及保障病人就醫權益，建請中央健康保險局檢視違規查處及審查品質，提請 討論。

決議：委員意見送請中央健康保險局參考。

(與會人員發言實錄詳附件 4)

### 第 3 案

提案單位：本會業務監理組

案由：「全民健康保險醫療業務監理指標」修訂案，提請 討論。

決議：本案請彙集今日會議情形送請各委員表示意見並整理後，  
續提下次委員會議討論。

(與會人員發言實錄詳附件 5)

肆、散會：中午 12 時 02 分



【附表 1】

## 全民健康保險監理委員會 101 年度重要工作計畫

辦理形式	編號	主題	預訂時程	報告/承辦單位
審議業務	1	「102 年度業務執行計畫及預算案」之審議	3 月	業務監理組 財務監理組
	2	「100 年度決算案」之審議	4 月	財務監理組
	3	「101 年度半年結算案」之審議	8 月	財務監理組
	4	「全民健康保險欠費呆帳」之審議（辦理 2 次）	7、12 月	財務監理組
專題報告	1	「保險醫事服務機構公開財報」之規劃情形報告	1 月 <small>（註：1 月份不召開委員會議，本報告將另作調整）</small>	健保局
	2	「全民健保特殊材料納入部分給付之評估模式研究」成果報告	2 月	臺北醫學大學 陳主任瑞杰
	3	「全民健保初期慢性腎臟病醫療給付改善方案及 Pre-ESRD 預防性計畫之執行成果」報告	4 月	健保局
	4	「特殊材料差額負擔（含給付上限及醫事服務機構收取上限）之規劃情形」報告	5 月	健保局
	5	「全民健保 100 年度下半年醫療費用支出情形報告」（含「研擬轉診實施方案專案小組」初步結果報告）	6 月	健保局

辦理形式	編號	主題	預訂時程	報告/承辦單位
	6	「協助與提升原住民納保之成效」報告	7月	健保局
	7	「醫院以病人為中心門診整合照護計畫及家醫整合性照護計畫成效」報告	8月	健保局
	8	「健保新制財務推估」報告 (含 101 年補充保險費金額試算)	8月	健保局
	9	「健保財務及業務監理指標執行成果」報告	9月	健保局
	10	「全民健保醫療品質資訊公開之規劃情形」報告	10月	健保局
	11	「DRGs 支付制度之執行成效」報告	11月	健保局
	12	「全民健保 101 年度上半年醫療費用支出情形」報告	12月	健保局
財務帳務訪查	1	全民健保欠費呆帳處理情形	7月及12月	財務監理組
	2	健保局對調整投保金額下限之執行情形	11月	財務監理組
業務訪查	1	健保安寧療護制度(含安寧共同照護方案)推動成效	6月	業務監理組
	2	全民健保論人計酬試辦計畫執行成效	12月	業務監理組

## 【附表 2】

全民健康保險監理委員會  
101 年度委員會議預定時間表

會議次別	會議時間	會議地點
第 200 次	2 月 24 日(星期五上午 9 時)	健保局臺北 業務組第 1 會議室(臺 北市許昌街 17 號 9 樓)
第 201 次	3 月 30 日(星期五上午 9 時)	
第 202 次	4 月 27 日(星期五上午 9 時)	
第 203 次	5 月 25 日(星期五上午 9 時)	
第 204 次	6 月 29 日(星期五上午 9 時)	
第 205 次	7 月 27 日(星期五上午 9 時)	
第 206 次	8 月 31 日(星期五上午 9 時)	
第 207 次	9 月 28 日(星期五上午 9 時)	
第 208 次	10 月 26 日(星期五上午 9 時)	
第 209 次	11 月 30 日(星期五上午 9 時)	
第 210 次	12 月 21 日(星期五上午 9 時)	

備註：

1. 101 年元月份委員會議停開，12 月份委員會議提前一週至 12 月 21 日召開。(經 100 年 12 月 23 日第 199 次委員會議決定)
2. 會議時間、地點更動時，由本會另行通知。
3. 召開臨時委員會議時，會議時間、地點由本會另行通知。

## 【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、對於剛剛楊主任秘書慧芬的報告，委員有無意見？首先，請看上（第 198）次及其他各次委員會議決議（定）事項追蹤部分，對於幕僚所擬解除追蹤及繼續追蹤建議有無意見？如果沒有，就照初擬意見通過。
- 二、對於幕僚初擬之明（101）年度包括審議業務、專題報告、財務帳務訪查及業務訪查等內容之各項工作計畫，請問在預訂時程及主題上，有無意見？

滕委員西華

對議程第 12 頁第 6 項追蹤案，有關 101 年補充保險費金額之試算，依健保局的說明，係希望於補充保險費計收項目之扣繳辦法公告 6 個月後，再安排專題報告。由於健保新制在明（101）年 7 月實施的可能性很高，所以在明年相當時間內，也應安排該專題報告。建議討論合適的報告時間後，予以排進明年度工作計畫中。

劉主任委員見祥

- 一、請問戴局長有何意見？預定何時報告？
- 二、扣繳辦法公告後，可能需半年時間才有較完整資料可報告，請問滕委員建議的報告時間為何？

滕委員西華

如果 7 月實施健保新制，則扣繳辦法需於 7 月之前公告，6 個月後，即最慢在 12 月報告，但這有點晚。當時提案原是希望

能在 101 年度總額協商前報告。希望健保局能在明年 8 月 102 年度總額協商前報告，以讓我們知道補充保險費可能收到多少，如此才有意義。如果明年底才報告，看決算報告就可知能收到之補充保費了。

戴局長桂英

請問少珍組長，依妳的估計，8 月時報告合適嗎？如果明年 3 月底前扣繳辦法可核定，之後開始蒐集最新的財稅資料，這種狀況下，8 月份可否提出報告？

李組長少珍

如於明年 8 月份報告，98 年度的財稅資料將較完整，但 98 年因遇到金融風暴，其資本利得與之後的年度有差異。至於 99 年的財稅資料，可能須到 101 年初才會比較完整。假設扣繳辦法 3 月份公告，可能仍需使用 98 年的資料估算。

戴局長桂英

原則用最新的推估資料，8 月底報告。

劉主任委員見祥

依健保局剛才之回應，101 年補充保險費金額之試算，就列於 8 月底報告。

干委員文男

請問醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫及家醫整合照護計畫，有無繼續執行？

戴局長桂英

一、醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫是繼續執行的，其到目前為止評價還不錯，我們會鼓勵更多醫院加入計

畫，以提供更多元的整合模式。

二、家醫整合照護計畫，預定於 101 年度第 1 季分六區辦理觀摩檢討會，之後將會略修。本計畫前雖曾修過，但為更符合社會期待，預計檢討後再次修訂。

干委員文男

101 年度重要工作計畫，預訂於 8 月份提出之受刑人納保及醫療服務之規劃情形專題報告，沒什麼好報告的，只是受刑人原未納保，現予以納入健保，只有在監獄裡面或外面看病的差別而已。建議增加醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫及家醫整合照護計畫的報告，讓我們看看成果如何。

劉主任委員見祥

受刑人相關納保與醫療服務之規劃情形併入健保局業務執行報告，醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫及家醫整合照護計畫列為 8 月份之專題報告。

謝常務理事武吉（楊委員漢淶代理人）

我現在要講，這個第二案的第四點說明中提到的「研擬轉診實施方案專案小組」，這個新的健保法第 43 條及第 44 條應併入第 5 項「全民健康保險醫療費用支出報告」專題報告中。

戴局長桂英

轉診實施方案專案小組組成後，到 6 月份應有初步成果，屆時會來監理會報告，這項初步成果報告，應該配合二代健保法納入相關實施事項報告。

劉主任委員見祥

此報告安排在 6 月份提報，是否太倉促？

謝常務理事武吉(楊委員漢淶代理人)

我跟你報告一下，其實這連報告都不用報告，我們這裡的委員和單位都是違法的，健保法規定得很清楚都不去做及不落實，我上週去聽大陸衛生部醫管司司長張宗久報告，他們要落實分級醫療及轉診制度，我們卻是弄這種狀況，搞到分離的事情，這是很丟臉的你知道嗎？

劉主任委員見祥

照謝常務理事武吉意見，轉診實施方案專案小組的初步成果安排在 6 月份報告。

柯委員綉絹

專題報告部分第 5 項醫療費用支出上半年情形報告，上半年應該是 1 至 6 月份，排在 6 月份報告來得及準備嗎？或報告的是 100 年度的執行情形？

柯副主任委員桂女

上半年係誤植，應該是報告 100 年度下半年的執行情形。

滕委員西華

專題報告第 6 項協助與提升原住民納保之成效報告，是立法院交議的嗎？可否說明報告用意。

柯副主任委員桂女

因屢次有委員關心此議題，所以將之排入專題報告。

陳委員俊明

追蹤事項第 7 項減緩癌症患者術後及放化療後副作用中醫住院給付案，提到中醫藥委員會召集之座談會初步決議，係先考慮朝西醫住院中醫會診方式執行，事實上這種情況，西醫一般都

不會會診中醫，都是等到病人出院後，主動找中醫治療，有時候這樣會失掉治療先機。根據大陸的研究報告指出，由中醫主導配合西醫，結果對病人的生活品質及生命延長，都有助益。所以我們希望中醫住院治療，然後評估是否與西醫合作，視中醫治療的效果是否更具效果而定，我們要的是這一部分。

劉主任委員見祥

- 一、這部分於衛生署中醫藥委員會邀集各界研議時，可充分表達意見。
- 二、專題報告部分，6 月份的報告附帶報告轉診實施方案專案小組的初步成果。
- 三、第 7 項 8 月份受刑人納保及醫療服務相關規劃報告併入健保局業務執行報告；干委員所提「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫及家醫整合照護計畫」列入 8 月份專題報告。
- 四、12 月份「健保新制財務推估」提前至 8 月份報告，並應含括滕委員所提 101 年補充保險費金額試算報告。
- 五、現在討論明年度會議時間，因委員會議日期原則是訂於每月最後一週星期五召開，元月 27 日適逢舊曆初五年節假期，是可提前一週於 20 日召開，但 20 日係年假開始前一天，交通恐也不方便。再往前一週是 13 日，但隔天 14 日係總統及立法委員大選日期，也是交通不便時段。元月份會議在時間安排上有諸多困擾，就比照費協會停開一次。這段時間，委員若有健保相關意見，可聯絡幕僚協助與相關單位聯繫，我們的服務不中斷。
- 六、另外，明年度 12 月份的例行開會時間為 28 日，適逢 102



年元旦連續四天假期前一天，為利委員對長假的安排，所以會議提前一週於 21 日召開。

- 七、對健保局請本會推薦醫界、付費者、專家學者等領域之委員代表各約 2 名，以籌組「研擬轉診實施方案專案小組」乙節，在付費者代表部分，依大家的共識，推薦滕委員西華及干委員文男。

何常務理事博基（李委員明濱代理人）

有關轉診之規定，現行健保法是在第 33 條，二代健保法在第 43 條。轉診務必實施，已經討論了很多年。該專案小組務必成立，代表醫師公會全聯會替李明濱委員爭取一席。

謝常務理事武吉（楊委員漢淥代理人）

落實轉診制度本人代表醫院協會提了很多次，醫界代表建議由楊委員漢淥出任其中一席。

劉主任委員見祥

- 一、醫界代表大家有共識；專家學者部分，依大家的推舉，由盧委員瑞芬與本人代表。
- 二、本專案小組之籌組相信還在討論過程中，如有特別需要，可建請健保局增加代表邀集名額。
- 三、餘洽悉。

【附件 2】

報告第 3 案「100 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

戴局長桂英

本人因另有重要會議需親自報告，請委員同意先行離席，並由黃副局長接替本人向委員報告。

劉主任委員見祥

同意戴局長先行離席，由黃副局長及其他主管備詢，請問委員有無意見？

（大家都無意見。）

何常務理事博基（李委員明濱代理人）

移送法辦的案件不少，但業務執行報告第 25 頁，只看到違約記點、扣減費用、停止特約及終止特約之處分統計。可否說明移送法辦的案件占率及移送理由與原因？

干委員文男

一、業務執行報告第 10 頁政府欠款部分，依據備註文字，台北市政府和高雄市政府都已提出還款計畫，請問有無照計畫還款？因就其敘述，好像都沒有還清，後面還再次提出一個還款計畫，好像在玩弄我們。另據備註文字第 5 點，謝謝健保局很大膽的寫出來，新北市政府、台中市政府、台南市政府及桃園縣政府等都沒有欠款，其實無須特別加註說明。好像在 99 年以前台北市政府提出一個 5 年還款計畫，不知道有無照還款計畫還清？

二、慢性腎臟病患照護品質 5 年提升計畫部分，套句宋楚瑜先

生說的：又來了！在報告案第 2 案追蹤事項第 4 項中，我與滕委員西華、蘇委員錦霞所提的討論案，要求一段時間內應訂定專案及試辦計畫之辦理與評估原則並提出報告，現在又提出新的照護計畫，我認為是本末倒置。IC 卡改善計畫可以減少支出，點值也會提高，這個不做，反而浪費資源做洗腎的計畫。洗腎的點值只有 0.83，脫離率也沒有很高，這是為了彌補洗腎點值太低，再做的計畫，需經費將近 30 億元。如果脫離率能夠提高，從正面來說，脫離一個病患，給多少鼓勵，這是我們所樂見的，而不是鼓勵多洗腎、多開發計畫，這樣是反向背道而馳。倒不如與健保 IC 卡改善計畫一起做，健保 IC 卡改善計畫已經開發了 5、6 年，都沒有結果，現在還在原地踏步。這個慢性腎臟病患照護品質 5 年提升計畫，是為了點值不足而再增加 30 億元，我認為不妥。

#### 楊委員芸蘋

業務執行報告第 10 頁有關各級政府欠費還款部分，據最新的了解，在明年元月 18 日台北市政府將有大筆款項進來健保局，請少珍組長也向各位委員報告。地方政府若沒欠費還是應該要列出來，以讓大的院轄市參考。台北市政府欠費部分，我會繼續關心及催促，希望其能儘早把欠費繳清。高雄市政府的欠費，也請住在高雄市的本會委員多多關心。

#### 蘇委員錦霞

業務執行報告第 19 頁表 13-2 所提應是歷年的問題，逾期未繳保險費最後有取得債權憑證，且取得債權憑證的比率很高，超過 50%。請問健保局，於取得債權憑證後，是否過一段時間後，還會再去清查其財產？能否再追回一些欠款？這部分是否

都有持續執行？

滕委員西華

- 一、上（11）月底最後一天，有位受刑人捐腎給他姊姊，在亞東醫院進行移植，但為何是健保局出錢？本案之器官受贈者是被保險人，其醫療費用當然由健保給付，但受刑人在二代健保實施前是沒有納保的，所以，受刑人的醫療費用若非自己出，就應該是法務部專案補助。當然很感謝他能做器官捐贈，但署長為何就那麼大方，說這部分的錢由健保局負擔。我們累積的短絀已經 91.63 億元，而且安全準備還一點都沒補。這錢不該由健保局而應由衛生署或法務部負擔。身為一位監理委員，在此表達抗議。
- 二、在門住診醫療費用成長統計，100 年 1 月門住診費用、成長率等都攀升。從業務執行報告第 56 頁表 20-5 來看，96 年、97 年、98 年門診件數都上升，99 年民眾部分負擔也往上升，特別是住院的部分負擔成長甚多，到 100 年第 1 季，民眾部分負擔金額也還是往上攀升。請教健保局，因為部分負擔占率往上升，會影響民眾的自付金額。門住診件數的成長率看起來毫無邏輯，一下子上升很多，一下子又降下來，有無特殊原因？
- 三、有關醫院總額層級別家數變化情形，雙和醫院、大同醫院、輔英附設醫院等 3 家地區醫院，升級為區域醫院。我不得不說，雙和醫院像地區醫院嗎？雙和醫院以技術層級較低的地區醫院申請設立，等病人飽和之後，就透過評鑑升級，這是不對的。應該是一開始就以適當的醫療層級申請設立，雙和醫院看起來，一點都不像地區醫院層級。

四、業務執行報告第 83 頁有關內政部外籍配偶照顧輔導事項，是健保局本身的業務或代辦業務？我可能不夠了解，也許可以請教祝委員健芳，等一下或可請她補充說明。若是健保局自己的業務，為何須向內政部外籍配偶照顧輔導基金提報補助計畫？而且 99 年的經費在 100 年時才去追加，等於有預算不足的情形。如果是代辦，也就應該是內政部的政策，要補助設籍前弱勢外籍配偶的健保費，因此應該編列足夠的經費給健保局，而不是讓健保局先行墊款。另外，令人疑惑的是，健保局要接受複評，如果是代辦，為什麼要被複評？如果是自身業務，健保局又根據什麼提列這個計畫？

五、業務執行報告第 84 頁腎臟病患照護品質 5 年提升計畫，所需費用將近 30 億元，其中之「Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫」，監理會已多次實地訪查，所謂的具體成效，一直沒辦法提出來。記得在訪查時，盧委員美秀也多次建議健保局將指標訂得更具體，以便評估 Pre-ESRD 預防性計畫要做到什麼程度才叫有效果。在整個「降低透析發生率計畫」中，有關第 2 至第 4 項子計畫，包括加強篩檢的部分，與國民健康局重複的比率有多少？國民健康局也在做腎臟病防治的方案，花了很多錢，健保局不應重複。由於未呈現各單項計畫的個別預算，所以不知「提升腎臟移植人數計畫」，於此有無花錢，但如果是器捐部分，因已有器官捐贈網絡 OPO (ORGAN PROCUREMENT ORGANIZATION)，衛生署系統是一致的，為什麼要再另外弄個方案？衛生署又佔健保局便宜了，立法院已給器捐中心宣導費一年 1 千 5 百萬元，所以，我覺得不應該另外再

花錢，這 29 億多元如何分布？哪些是有重複的？重複的部分應該拿掉。醫界在在反應講點值已經不好，總額也不夠，不應再幫衛生署出不該的錢。

劉主任委員見祥

請健保局先就以上幾位委員所提議題說明。

黃副局長三桂

謝謝各位委員提出的意見，本局會依序回答。對於政府欠費部分，特別是台北市政府與高雄市政府有無照還款計畫還款，請少珍組長說明。

李組長少珍

- 一、台北市政府今年編列預算 103.575 億元，但由於中央補助部分預算未相對編足，所以部分款項尚未撥付。不過 101 年度中央補助預算已經立法院通過十分之九，所以本局已協調該府於明年元月 18 日把未付的 55 億多元撥給健保局，100 年度應可落實還款計畫。至於 99 年度也已還清 99%，還差一筆 0.8 億元，係因為受限預算編列問題，但其還款計畫已表明差額部分應會在 102 年做總結。原則上到 100 年度為止，還款計畫應可落實 99% 以上。
- 二、至於高雄市政府，還款較原計畫略有超前，今年需還 13 億元，實際上已還了 14 億多元，所以，基本上有落實還款。至於為何又產生一個新的還款計畫，係因為行政院主計處對其 100 年度保費進行管控。高雄市政府勞健保保險費須繳到一定程度，才給予相對程度的補助。在此情況下，該府將 99 年和 100 年健保欠費合併，訂定第 3 個 8

年還款計畫。原則上，大家都有誠意繼續還款，以解決欠款問題。其他直轄市政府則都沒有欠費。

黃副局長三桂

針對蘇委員錦霞所提，取得債權憑證後有無繼續查核，請同仁說明。

鄧組長世輝

有關業務執行報告第 19 頁蘇委員關心的部分，移送行政執行後，因執行無實益發給債權憑證的後續，雖然取得債證，但健保局仍會每年定期清理，發現其有清償能力，也就是有新的財產時，會再移請行政執行，所以確已依照蘇委員所述原則處理。

黃副局長三桂

針對何常務理事博基所詢問，移送法辦的案件狀況，請同仁說明。

吳參議文偉

委員關心移送案件，請參閱業務執行報告第 23 頁，其中 100 年 11 月函送 8 件，包括基層診所 6 家，都是多刷健保卡虛報醫療費用；有 2 家中醫診所，其中 1 家係容留密醫看診並虛報醫療費用，另 1 家係多刷健保卡虛報醫療費用。

黃副局長三桂

還有外籍配偶保費補助的代辦事項，請同仁說明。

鄧組長世輝

對於經濟弱勢外籍配偶保費補助部分，主要是政府基於協助弱勢，對經濟弱勢者，如低收入戶及中低收入戶之外籍配偶於設

籍前，社會救助法未將其納入補助對象，所以依此計畫給予保費補助。內政部外籍配偶照顧輔導基金的宗旨在於外籍配偶之照顧輔導，特別是對弱勢這一部分。健保局考量有實際需要，因此，向內政部外籍配偶照顧輔導基金提出年度保費補助計畫申請，並按申請到的經費做補助。此部分祝委員健芳或許可以再加補充說明。

滕委員西華

不申請會怎樣？

鄧組長世輝

有申請經費才能作補助，我們係量入為出。

黃副局長三桂

一、有關滕委員所詢受刑人在亞東醫院捐腎的費用部分，捐贈者是位死刑犯，自願捐腎給姊姊，按目前規定，受刑人尚未納入保險，其相關之醫療費用應由法務部處理，但因牽涉社會觀感及人權種種問題，所以當初在處理時，沒考慮到這部分。一般器官捐贈的相關費用，大概可分器官的取出及器官的植入二部分。假如是健保被保險人，當然由健保局全部處理，因牽涉到受刑人，健保局需再進一步了解，若確實該由法務部負責，本局還是會依規定請其處理。

二、在業務執行報告第 84 頁腎臟病患照護品質 5 年提升計畫部分，因沒寫清楚造成委員誤會。實際上，並沒有新增加預算，而是將現行減少腎臟病、血液透析或腹膜透析所有計畫的相關醫療資源都整合起來，該 30 億元是既有而非新增的經費，將分 5 年來執行各相關計畫。最主要的是，楊



前署長志良在任內時覺得透析發生率太高，希望能比照肺結核防治計畫，分年設定須達成之目標，責成健保局，將醫事處、國民健康局、照護處等各相關單位整合起來，然後照所訂計畫去執行，並希望在 5 年內能達到設定的目標，並非健保局再拿出 30 億元來。

### 祝委員健芳

有關滕委員關心外配基金補助健保費相關機制，特別說明。我們整個國家有關福利補助相關法規都是屬於內國法，所以未取得國內戶籍的民眾都不適用，這是基本原則。我國移民政策無法規範婚姻移民樣態，基於國家整體利益考量政策需顧及後續影響，否則會導致更多透過婚姻移民關係，進到國內弱勢家庭裡；然而因為健保法在概念上，係站在保障民眾就醫權的立場，任何進到國內一定時間者都可以納保。內政部為了要補強這個因婚姻移民入境台灣的弱勢族群，特成立 30 億元外籍配偶輔導照顧基金，針對未取得國內戶籍的外籍配偶，供各級政府及民間團體研提各種服務外籍配偶計畫，由內政部移民署外聘關心外籍配偶的專家學者協助審查。此基金的補助計畫由健保局提出基本上屬代收代付的概念，所以才有如此年度補助計畫的提報申請。未來要預估人數成長率，到外配基金委員會爭取足額經費，避免造成追加情況發生。

### 謝常務理事武吉（楊委員漢淥代理人）

- 一、感覺很奇怪，高雄市政府和台北市政府欠費是否有收滯納金？業務執行報告第 17 頁的欠費民眾，都有收滯納金，為何一國兩制？這點要報告一下。
- 二、業務執行報告第 40 頁藥費問題，藥費成長率都很高，報

表也都看得很清楚，為何衛藥材小組在費協會的報告，說藥價調查調整後有節餘款，既然這裡有成長，那邊怎麼會有節餘呢？你們這種報告也是一國兩制的報告方式！等一下也要說明。

- 三、業務執行報告第 42 頁第 4 點，很高興剖腹產率 100 年第 3 季下降到 33.85%，低於監測值 37.22%，但我要在此提醒各位，明年是 101 年，龍年，會有很多指定生產時間的剖腹產，要有因應方法。若要指定剖腹生產時間，則應自付費用，不然總要讓健保局給付這些費用，這我覺得非常不合理，也請等一下說明可能的因應方法。
- 四、業務執行報告第 43 頁腹膜透析脫離率很低，記得是在主席擔任健保局副總經理時，我堅持要有脫離率這個指標的。但腎臟醫學會去年卻想要把脫離率拿掉，所以，一定要責成腎臟醫學會落實其評估報告。
- 五、業務執行報告第 63 頁有關中壢敏盛、銘生及吉田等 3 家醫院的歇業原因，請報告一下。
- 六、業務執行報告第 84 頁，健保局提出擬自 101 年起實施慢性腎臟病患照護品質 5 年提升計畫，真是非常有勇氣，但我在這要跟各位委員報告一下，這個案有很大的困難點，例如對高血壓、糖尿病、高血脂或腎臟，光要做個三病共構的研究計畫，就已經困難重重，去問高血壓協會、糖尿病協會或腎臟醫學會，他們都不理會，最後，協會用潛水艇方式去問到其中高級專家，才問出這些問題。應該替健保局說話，健保局真的有認真做，但是他們要取得這些資料卻是困難重重，尤其現在健保費用被一些專科醫學會把持著，根本拿他們沒辦法。所以，在

此要有宏觀面的處理方式，對於血液、腹膜透析脫離率及腎臟移植的要求，要看得更遠一點，尤其沒有達到脫離率的醫院，一定要處理。

七、另外有個計畫沒寫到的，記得上次林理事長提到，洗腎有將近 25% 是外包，這要如何處理？現在費協會那邊有 1 億元也沒辦法處理。現在他們外包又改變方式，這要怎麼處理？醫療的東西就是要回歸醫療，所以希望此計畫中能增加對外包的管理方式。

#### 干委員文男

這計畫若如黃副局長所述，則其經費來源是可以接受的，但依我看來完全是新增的經費，如菸害防制、醫療發展基金等，所以，請加註說明係在原經費範圍內整合。並應如謝常務理事所提意見，要有脫離率指標。雖然洗腎一次要幾千元，但只要有脫離率指標，不會去計較醫療費用，因如此即能看出是否達到效果。

#### 楊委員芸蘋

謝常務理事提到剖腹產率有降低，但要注意龍年可能會升高。如果是因為明年龍年，怕孩子生得比較多，健保醫療費用也會比較多，所以要求自費的話，我不贊同。台灣已嚴重少子化，難得遇到龍年，多生點也是好事，健保局多花點錢鼓勵民眾多生孩子也是應該的，所以，不宜要求自費。站在女性立場來講，為台灣未來著想，多生一點比較好，不須要求自費。

#### 黃副局長三桂

滯納金部分請財務組說明。

#### 李組長少珍

根據現行健保法第 30 條第 1 項規定，在民眾部分，每超過 1 天會加徵 0.1% 的滯納金，但以其應納保險費的 15% 為上限，小額欠費則可免除；在同條第 5 項規定，政府部分是全數計收法定利息，依郵政儲金一年期定期存款利率按日計算，而且沒有上限。目前本局均對欠費之地方政府計算法定利息。

謝常務理事武吉（楊委員漢淥代理人）

你這個回答我吞不下去，老百姓的滯納金多貴你知不知道？你們這個滯納金拼命拿，政府卻輕易放過，你們這樣的話說得出來？自己還不去修法？

李組長少珍

弱勢民眾可以不計滯納金。

謝常務理事武吉（楊委員漢淥代理人）

我剛剛第幾頁都跟你說了！第 17 頁積欠滯納金的問題，這些問題難道不嚴重嗎？你們這樣用利息的方式是多少？目前政府欠費利率才 1% 左右，滯納金卻到 15%，我真的吞不下去，你們怎麼這樣做？要公平合理嘛！你們怎麼欺負老百姓呢？

劉主任委員見祥

健保局是執行單位，需依法行政，現在健保法就是這樣規定。即使修法也有一定的程序，未來有修法機會時，相關意見都可提出。

謝常務理事武吉（楊委員漢淥代理人）

主席，我們當委員的就是要建議出來嘛！要把實話講出來嘛！不合理的都要講出來！你們二代健保修法時，有沒有提出修法？你們也沒有，你們有怠忽職守之嫌！

黃副局長三桂

- 一、干委員文男所詢問的腎臟病照護計畫，都是原有的經費，包括本局的 Early-CKD（初期慢性腎臟病照護及病人衛教計畫）部分，往年都已在執行，並無任何新增費用。
- 二、脫離率是較小的項目，已放在計畫目標裡，其發生率也已納入存活率。

干委員文男

脫離率有多少？

黃副局長三桂

台灣的脫離率普遍都很低，因病患聽到洗腎，都避之唯恐不及，待試過各種偏方，病情加重時，才願接受洗腎，腎臟機能幾乎都已壞掉。

楊委員芸蘋

謝常務理事武吉所提民眾滯納金過高的問題，有必要重視。但健保局是執行單位，需依法行政，若大家有共識，應可再提案討論，向上反映。

劉主任委員見祥

記憶中，健保局及衛生署曾提出修法建議，但在法案審查過程中未獲採納。健保局僅是執行單位，在修法過程中，委員若認為有不合理之處，也可提出建議。但因立法有一定的程序，本會的意見，不見得最後會被採納。

李組長少珍

在新修正的健保法第 35 條，滯納金比率雖維持 0.1%，但上限部分，保險對象已降至 5%，投保單位則維持 15%。

### 盧委員美秀

台灣腎臟護理學會理事長梁靜祝於 12 月 21 日下午前來護理師護士公會全國聯合會申訴，針對中央健康保險局在「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」，只准許台灣腎臟醫學會訓練的護理人員才能參與該計畫深表不滿，認為健保局明顯有專業歧視。台灣腎臟護理學會已成立 13 年，腎臟護理專家人才濟濟，所開設的訓練課程內容，幾乎與台灣腎臟醫學會完全一致，理應同樣被認可，建請健保局依公平、對等及尊重專業原則行之。

### 黃副局長三桂

委員可能有所誤會，在健保局的透析支付委員會上，本案曾提出討論。本局並不反對由護理等相關學會作為訓練單位，但所有委員及會議結論均認為，應由腎臟醫學會作為訓練單位。

### 盧委員美秀

會中並未邀請護理界代表，委員大部分是醫師，當然支持由醫師所組成的學會。

### 黃副局長三桂

該委員會 20 多位委員中，腎臟醫學會僅有 1 位委員。本局無任何預設立場，若護理相關學會認為需要的話，有機會可再做討論。

### 劉主任委員見祥

專業訓練課程符合一定的標準，都應被認可。將來健保局規劃時，可要求學分或課程，而非以訓練單位為唯一的認定要件。盧委員美秀的意見，可作為健保局規劃在職教育或學分認定時的參考。

干委員文男

剛才盧委員美秀提到課程的問題，謝常務理事武吉也提到不要有專業的傲慢，請健保局在執行時，訂定課程標準，只要符合即可，否則，就會變成專業傲慢把持健保。

謝常務理事武吉（楊委員漢淥代理人）

- 一、剛才請教藥費報告在本會及費協會有所不同的問題，請說明。
- 二、建議在慢性腎臟病照護品質 5 年提升計畫中，增加對外包的規範。

黃副局長三桂

增加外包規範有其困難，因該計畫係由本局主導，邀請醫事處、照護處及各學會等單位多次開會討論，並報請署長核定。若要再增列外包規範，宜請貴會提出建議案。

施專門委員志和

當初的藥費初估報告，係假設當時的用藥量與用藥品項不變，進行調整價差的預估。年度藥費的影響因素中，在醫療院所部分，基於成本考量，會進行換藥。另外，本局引進新藥及給付癌症用藥的單價較高，也會稀釋藥價調整的成效；再者，目前針對慢性病用藥部分，也發現其用藥種類及適用範圍的複雜度，較以前年度增加。這些成長因素，都會稀釋當初預計節省的藥費，詳細的數據，會後再另行提供。

謝常務理事武吉（楊委員漢淥代理人）

- 一、我吞不下去，每次都說會後提供，但無論在費協會或本會，從以前到現在都沒提供過。

二、健保局在費協會報告時，都說藥費調整節餘很多，所以 B、C 肝炎治療，要由藥費節餘部分彌補。但從提供本會的數據來看，請健保局教我要如何彌補？應該要請管理藥費的副局長來報告。在費協會說藥費節餘很多，但在這裡看來沒有節餘，這是不是欺騙兩會的委員？

劉主任委員見祥

請健保局就兩會藥費報告的差異，另行報告。

謝常務理事武吉（楊委員漢淥代理人）

這件事情已經拖很久，已有兩、三年，不能再這樣下去！應該說明清楚。

滕委員西華

一、呼應謝常務理事武吉的發言，督保盟與消基會歷來關心藥費管理，包括這次藥價調查，據藥界估算調降了 110 億元，但我們不知到底節餘多少。我們向來對藥價節餘款去路，有很多不同看法，例如是否從基期扣除？節餘款應如何運用？以及最近二、三線癌症藥是否給付的問題。上個月提案也提到 B、C 肝炎治療核定只有約 15 億元，但明年預估將達 35 億元，要從藥費或總額一般服務項目支應。

二、健保沒有新的財源，又允許費用不斷上漲，民眾對新藥、新科技又有期待，究竟節餘款要如何應用？否則就不要對民眾說有節餘，因為事實上總額並無節餘的概念，魚與熊掌都要兼得的後果就是這樣。從謝天仁委員到蘇錦霞委員，我們都一直很關心藥價節餘款的去路。是否可請健保局向本會報告，其如何運用藥費的節餘。

劉主任委員見祥



- 一、謝常務理事武吉及滕委員西華所提兩會藥費報告差異的問題，請健保局於明（101）年 2 月份委員會議提出專案報告。
- 二、盧委員美秀及干委員文男所提專業訓練問題，黃副局長也答應可再討論。委員其他意見健保局也都說明清楚，本案准予備查。
- 三、現在已是 11 點 10 幾分，建議先處理 3 項討論案，其他報告案若未及處理，則延至下次會議。

【附件 3】

討論第 1 案「行政院衛生署交議『全民健康保險法施行細則第二十八條修正草案』，請本會表示意見案」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

先請衛生署代表朱組長說明。

朱組長日僑

本案係配合我國經商環境改革方案修正，法條並無實質變動。主要是經建會已開發網站平台，有助於各公司行號成立投保單位時，可在平台內辦理，是一項簡政便民的作業。

柯副主任委員桂女

主任委員暫時離開，由我暫代。請委員參閱會議資料第 67 頁，修正條文僅增加第 4 項，係便民措施。

干委員文男

無意見。

滕委員西華

修法通過後，請健保局通函週知各投保單位，以利他們了解有此措施。

柯副主任委員桂女

委員認可本修正案，陳請衛生署核參。

## 【附件 4】

討論第 2 案「為提升醫病關係及保障病人就醫權益，建請中央健康保險局檢視違規查處及審查品質案」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

先請何常務理事博基說明。

何常務理事博基（李委員明濱代理人）

- 一、未來醫病關係，基層醫療院所提升醫療品質是首要目標。但最近接到反映基層診所的核刪率逐年增加，請健保局說明理由。目前雖有審查標準及作業程序，但是否審查醫師受到壓力？
- 二、醫師法第 11 條第 1 項規定，醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書，醫師常因此被移送法辦或處罰，應就情理法，進行了解。今天下午新北市政府衛生局懲戒委員會，3 件案件中就有 1 件涉及此項規定，因小孩上課家長代為領藥，就被健保局以偽造文書、詐領等理由核刪費用，並處罰停約 1 個月，甚至較嚴重的，還要以詐欺罪移送法辦，也希望健保局詳細解釋。
- 三、自立名目收取自費也是其來有自，因健保局規定，應優先使用健保給付用藥，且原則上採用第 1 線，不能跳用第 2 線，但若無健保給付，醫師應有權利判斷如何用藥，且病人同意自費，應非屬優先使用健保給付用藥規定，但健保局仍以此處罰。診所對自費項目現已逐年寫入收費標準，對於醫師不得收費的判斷基準，健保局應予明確的指示。
- 四、違規查處移送法辦的條件為何？是否因達到一定件數，或為虛報醫療費用等業務上的不正當行為？故提案請健保局

解釋。

## 吳參議文偉

- 一、感謝委員關心查處業務，本局查處業務均依法執行，委員所提眼科案例，係本局受理民眾檢舉，希望診所使用健保給付用藥，並將費用退還保險對象，但因檢舉人遲遲未達目的，多次提出檢舉，本局進行查處，但本案並不會如委員所提移送法辦。本局移送法辦部分，是以偽造文書或詐欺，例如多刷卡未就診等故意行為為要件，並非以金額多寡為依據。
- 二、至於本案擬辦第三項要求公開違規查處，事後經爭議審議委員會撤銷的案件部分，本局一向要求訪查人員對醫療院所平等看待，對於有利及不利的事證，都要蒐集、注意，但訪查人員或有其主觀判斷，所以有行政救濟的途徑。在行政救濟階段，對訪查人員應注意而未注意部分，會撤銷原處分，這是對醫療院所有利的部分。由於爭議審議委員會、訴願會及行政法院分屬不同單位，案件應否公開及公開範圍、方式，應由各該單位依法或本於職權決定。惟據了解，案件審定書都已公布在各單位之網站，可上網擷取，似不宜由本局越權再做整理公開。

## 何常務理事博基（李委員明濱代理人）

- 一、基層醫療院所若被健保局記點處分，是否會影響下年度簽約，或是停約？
- 二、基層診所經常遇到健保局查訪病人，但病人的記憶會隨著時間而影響其正確性，健保局卻以其說法作為事實，再至診所調閱病歷，若雙方說法不同，健保局都採認以病人的

敘述為真實。健保局應先分析雙方當事人說法，不該接到檢舉，就啟動調查。

### 吳參議文偉

目前本局查核人員約有三、四十位，每年均有共識會議或訓練，將爭議審議撤銷案件，作為重要的教材，並自我要求改進。特定案件均有行政救濟途徑，讓醫療院所有說明的機會。本局訪查時，均要求做大範圍的訪問，委員站在醫界立場，認為本局有不足之處，本局願意檢討改進。

### 謝常務理事武吉（楊委員漢淥代理人）

從本案說明三觀之，問題應在審查方面，而非違規查處，所以這不是吳主任的問題，他剛剛也說，曾先要求診所退費，有時醫療糾紛係患者出爾反爾，也需予以糾正。

### 干委員文男

- 一、醫界應感謝健保局查處，醫界一直抱怨點值太低，原因就是有違規行為。但何常務理事博基所提，有一點可以認同，即小孩上課由母親領藥，這是很平常的事，應該不能記點。查處若有錯誤，醫界也有申復的機會。點值下降，醫界就抱怨，但醫界本身把關不嚴謹，所以，應該感謝健保局的查處才對。我以消費者立場，要求健保局更嚴格執行，這樣點值才不會降低。
- 二、審查人員與醫師無冤無仇，怎會特別製造麻煩？除非是有糾紛遭人檢舉，此時健保局不得不辦。對於查處結果，醫界還可提出申復、爭議，所以希望醫界放開胸襟，讓健保局扮壞人，對正當的院所並無影響，但對違規的院所嚴格查處，查核越嚴格點值越高，這樣才能維持社會的公平

正義。

何常務理事博基（李委員明濱代理人）

醫界都很希望朝此發展，雖有少數害群之馬，但已慢慢改善。我們各區的審查共識，都強調依此執行，我們贊成更嚴格查核，因為揪出害群之馬，點值會增加。但點值增減其實和查處核刪並無直接關係，基層點值向來維持在 0.86 至 0.9 左右，所以，我們不會為了這個問題爭執。

劉主任委員見祥

- 一、本案屬於執行面問題，加強查核是醫界、健保局及全體民眾都期待的作法，不僅保障實際從事醫療服務提供者的權益，也保障民眾的就醫權益，因此，期待健保局繼續依法執行。
- 二、至於審查本就有個人的專業判斷，但有健全的申復、爭議審議等行政救濟的管道，且現在有共管會議，很多執行上的問題都可提至共管會議討論，故本案送請健保局參考。

## 【附件 5】

### 討論第 3 案「『全民健康保險醫療業務監理指標』修訂案」之與會人員發言實錄

何常務理事博基（李委員明濱代理人）

業務執行報告第 84 頁監測指標第 4 項「西醫基層慢性病連續處方箋開立率」現行目標值為 25%，建議修訂目標值為 27%。但 97 年到 99 年的平均實績值僅 22.58%，故希望仍採現行目標值 25%，不要遽以提高至 27%。

劉委員玉蘭

- 一、同樣是第 4 項，重點是 99 年實績值為多少？若已達到或超過 25%，再以 25% 作為目標，顯然沒有企圖心，則標準向上提高是合理的；若仍在 22% 左右的水準，則從 25% 提高到 27%，有些勉強。
- 二、新增觀察指標中「藥事居家照護輔導對象門診醫療費用下降比率」、「家醫整合照護之會員就診率」及「以病人為中心整合照護之照護對象就醫次數下降比率」等 3 項屬專案計畫之指標，僅涵蓋部分保險對象，似不宜作為監理會所關注之全面性指標。

謝常務理事武吉（楊委員漢淥代理人）

- 一、有關監測指標第 5 項「醫院慢性病連續處方箋開立率」，究竟這個慢性病連續處方箋的規定天數是 28 天或 30 天？這點需先釐清，請健保局說明。
- 二、監測指標第 3 項「專案稽核查獲率」，應儘量朝向合理化、合法化和公平性處理。
- 三、監測指標第 1、2 項有關保險對象高診次的原因和結果，

都應妥善處理。

- 四、對觀察指標擬刪除「門診掛號方便性」及「等待住院天數」等兩項，不能接受。因目前仍有一號難掛、一床難求的情形，媒體也經常報導，將其刪除實不合理。
- 五、新增觀察指標「每張處方箋平均用藥品項」，又要醫院推動整合照護計畫，又要控制用藥品項，豈不是要置病患於不顧，應有合理說法。
- 六、有關新增觀察指標「急診轉住院暫留急診區 2 日以上案件比率」，請健保局先釐清急診的定義。

#### 滕委員西華

- 一、對於慢性病連續處方箋開立率，我與醫界有不同意見。因藥價調查會使醫療院所採購產生變化，若開立率無法逐年提升，別說是醫藥分業，病人的就醫次數也會無法下降。因為 IC 卡未能全面落實登錄醫令，造成社區藥局調劑時，藥師功能無法完全發揮，達到每位病人處方箋整合的目的，浪費了很多的藥。
- 二、我支持這些正向的指標，特別是西醫基層部分，是否要達到 27%，我沒有意見，維持 25%，也可接受，但一定要提升，不能維持在目前的實績值。再者，醫院部分考量 99 年實施「整合性門診照護試辦計畫」，但大部分病人並未納入整合，且西醫基層也有以病人為中心的照護計畫，兩者考量不一，顯然標準有問題。因此，醫院部分至少也要在 33% 以上，不能低於 98 年實績值 32.38%。
- 三、會議資料第 88 頁第 16 項新增「藥事居家照護輔導對象門診醫療費用下降比率」，將試辦計畫列為監測指標，然上



月即已提案，每項試辦計畫應各有其考核指標，而非列為本會的監測或觀察指標。應回歸試辦計畫的精神及目的，況且藥事居家照護對象的源頭是處方，不是藥師，應關注醫師有無多開藥，造成重複用藥、藥效衝突的問題，故不贊成列入此項指標。新增第 16 至 18 項都是試辦計畫，委員都很關心，也肯定幕僚提出，但宜納入試辦計畫考核項目，關心其監測成效即可。

四、原第 18、19 項建議取消部分，第 18 項傾向支持保留，因健保局已將「等待住院天數」列入例行性民調。我一向對健保局民意調查的問題很有意見，因其暗示性很強。一般就診很難稽核，但急診較容易稽核，所以原第 18、19 項可採急診計算，建議保留。呼應謝常務理事武吉的意見，急診 1 到 4 級中，3、4 級屬輕症，列入平均值，並不公平。新增第 19 項，應以急診檢傷分類 1、2 級的等待天數列入觀測指標，較有意義。

劉主任委員見祥

請柯副主任委員說明。

柯副主任委員桂女

- 一、感謝多位委員提供寶貴意見，首先說明，監測指標才訂有目標值，以監測實績值；觀察指標係因委員關心所以列入，觀察其趨勢。
- 二、觀察指標有 3 項是試辦計畫，因訪查時委員關切，故將其列入，若委員認為不宜，會配合刪除。
- 三、「急診轉住院暫留急診區 2 日以上案件比率」建議採急診檢傷分類第 1、2 級計算，可配合修正。

- 四、「每張處方箋平均用藥品項」因委員都很關心，認為品項數過多，因此建議新增，惟是否保留由委員決定。
- 五、原第 13 項及第 16 項至 19 項建議刪除，是因第 180 次委員會議時，對於「門診掛號方便性」、「等待住院天數」及「等待診斷檢查天數」定義困難，委員有正反不同意見，故暫留為觀察指標，待觀察 1 年後再決定是否保留。
- 六、現行監測指標 5 項均未改變，因在第 180 次委員會議訂定目標值時，有些以前 1 年，有些以前 3 年平均值來當修訂之參考值，所以標準是否要一致，需請委員決定。
- 七、「西醫基層慢性病連續處方箋開立率」實績值，幕僚想法與委員一致，認為應有進步，故建議訂為 27%，若醫界認為難以達成，也請提出討論。
- 八、「醫院慢性病連續處方箋開立率」考量醫院 99 年實施「整合性門診照護試辦計畫」，將現行目標值訂為 30%，也係在第 180 次委員會議由委員討論決定。建議修訂目標值為 32%，若委員認為應提升至 33%，將配合修正。
- 九、本案確定後將自明（101）年起定期提會報告。

謝常務理事武吉（楊委員漢源代理人）

剛才所提慢性病連續處方箋開立天數的問題，到底是 28 天還是 30 天？請健保局說明。

干委員文男

觀察指標原第 18、19 項若無特殊理由，建議暫時保留。

劉主任委員見祥

謝常務理事武吉所提慢性病天數問題，請健保局說明。

林專門委員阿明

按照現行規定，有關慢性病，醫師依其專業判斷，可開立 30 日以內之處方，開立 28 天的情形，應係醫師按週來計算。

何常務理事博基（李委員明濱代理人）

婦產科常開立 21 天的荷爾蒙，是否屬於慢性病連續處方箋？

林專門委員阿明

原則上慢性病連續處方箋係針對病情穩定患者，為方便病人，可視情況調整。

謝常務理事武吉（楊委員漢淥代理人）

針對這些新增項目，以往都會先調查委員意見，這次卻沒有這麼做。建議要彙整委員提出的建議，重新整理。

何常務理事博基（李委員明濱代理人）

會議資料第 88 頁第 12 項「部分負擔占健保費用支出之比率」，基於使用者付費及健保法的規定，應適當調整，因健保法第 43 條規定門診與急診要 20%，但目前醫院部分負擔的占率僅 12.01%；西醫基層的占率 11.87%；牙醫的占率 4.33%；中醫的占率 15.31%。

滕委員西華

此項觀察指標應是總部分負擔對總醫療費用的占率，而非健保法第 43 條所規定保險對象的比率。目的是想了解門診及住診的部分負擔占率增加之原因。

劉主任委員見祥

各位委員對本案非常關切，因作業時間稍顯匆促，未事先徵詢

委員意見。請幕僚先整理今天委員的發言，會後再徵詢委員意見，彙整提下次委員會議討論。

鍾委員美娟

建議將前 3 年實績值個別列出，因可能有極端值，或需觀察趨勢後，才能決定採用前 1 年或前 3 年平均值為參考指標。

劉主任委員見祥

下次會議提出討論時，請幕僚將數據資料作更充分的準備。

林專門委員阿明

在會議資料第 44 頁投影片第 10 張，部分負擔占率並未增加，申報點數部分的絕對值增加，是因為件數增加，因此絕對值會增加，但以整體比率來看，目前仍維持在 11.4% 左右。

施專門委員志和

會議資料第 89 頁新增第 19 項，係以已住院病人為分母，較急診檢傷分類第 1、2 級範圍更大，該觀察指標較符合實際情形。

劉主任委員見祥

- 一、報告案第 4 案「擴大健保相關資訊公開之執行情形及成效」，移至明（101）年 2 月份會議報告。
- 二、報告案第 5 案「全民健康保險年度醫療費用支出情形（下半年）」，因各月份對於健保收支已有報告，請委員帶回參閱，若有意見可向本會幕僚反映，轉請健保局回復，本案不再報告。