

全民健康保險監理委員會
第 190 次會議紀錄

中華民國 100 年 3 月 25 日

全民健康保險監理委員會第 190 次會議紀錄

時間：中華民國 100 年 3 月 25 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

張委員永成

林委員啟滄

施幹事金蓮(代)

蘇委員錦霞

滕委員西華

陳委員武雄

華副處長清吉(代)

葉委員宗義

李委員永振

賴委員永吉

郭委員志龍

李委員明濱

何常務理事博基(09：00 至 10：20 代)

張副秘書長孟源(10：20 至 12：20 代)

李委員蜀平

廖委員敏榮

陳委員俊明

吳委員德朗

詹委員德旺

呂委員明泰

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

謝常務監事武吉(代)

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

洪組長碧蘭

林執行秘書宜靜

戴局長桂英

黃副局長三桂

莊主任倉江

李組長少珍

蔡組長淑鈴

周專門委員士恒

張專門委員鈺旋

洪專門委員清榮

施專門委員如亮

李專門委員純馥

蔡科長佩玲

蘇科長玲惠

本會

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

主席：劉主任委員見祥

紀錄：范裕春、彭美熒

壹、主席致詞：

今天本會第 9 屆委員第一次會議。邱署長本（100）年 2 月上任時，即安排於當月份（第 189 次）委員會議蒞會，惟碰到立法院開議不克前來。本（第 190）次會議原也預定前來聽取各位委員寶貴的意見，且直到昨天都確定要蒞會的，但下班前卻臨時接獲行政院通知，今晨須到院開會；不巧的是，行政院會議結束後，署長須趕赴立法院，所以今天無法前來。署長表示，以後只要情況許可，一定會來向各位委員請益。

本（第 9）屆 29 位委員中，24 位為續任，5 位為新任，特向大家介紹，第一位是葛克昌委員，屬性為專家，現為台大法律系教授；第二位是張永成委員，屬性為被保險人代表，現為臺灣省農會總幹事；第三位是郭志龍委員，屬性為雇主代表，現為中華民國工業協進會秘書長；第四位是李蜀平委員，屬性為醫事服務機構代表，現為中華民國藥師公會全聯會理事長；第五位是詹德旺委員，屬性為政府機關代表，現為衛生署食品藥物管理局主任秘書。

本會委員都學有專精，代表各領域，共同監督全民健康保險業務，期待健保業務日愈進步。（主席並介紹所有在場委員，以利新舊委員互相認識）

貳、報告案

第 1 案

案由：確認本會上(第 189)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、本會第 189 次委員會議決議(定)事項追蹤表之第 1 項，請健保局提供各國剖腹產適應症資料乙案，依委員意見改為繼續追蹤，並請健保局邀請相關單位與專家學者重新檢視剖腹產適應症之訂定標準。

二、本會第 8 屆委員會議未結案件第 3 項，請衛生署長照保險籌備小組完成初步規劃後，到會說明乙案，先解除追蹤，並協調衛生署護理及健康照護處於長期照護服務法草案送立法院審議後，到會說明該法案規劃內容。

三、餘洽悉。

附帶說明：臺灣研究基金會與臺大公共衛生學院將於 100 年 4 月 16 日舉辦第三波健保改革研討會，主題為：醫療資源分配正義的探討。這對健保是件相當有意義的事，委員若有意願參加，本會幕僚可協助處理相關事務。

(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 2 月份全民健康保險業務執行報告」，請 鑒察。

決定：

- 一、請健保局邀集專家學者及相關單位，研擬民眾需要且易懂的醫療品質指標，並檢討相關的監測值。
- 二、委員對於論人計酬試辦計畫之意見，送請健保局參考。
- 三、請健保局妥為處理政府欠費問題，尤其需預防新增欠費之發生。
- 四、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：「DRGs 支付制度實施一年之整體成效」專題報告，請 鑒察。

主席裁示：移下次委員會議報告。

第 5 案

報告人：中央健康保險局

案由：「健保財務制度及歷年收支情形」專題報告，請 鑒察。

主席裁示：移下次委員會議報告。

參、討論案

提案人：本會業務監理組及財務監理組

案由：本會審議中央健康保險局 101 年度業務執行計畫及預算案，提請 討論。

決議：請健保局根據議程所列初擬意見及今天委員口頭補充之審議意見，修正或說明所送 101 年度業務執行計畫及預算案，再依程序陳報衛生署，並副知本會。

(與會人員發言實錄詳附件 3)

肆、散會：中午 12 時 20 分

【附件 1】

「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

請楊主秘報告。

楊主任秘書慧芬

各位委員早安，請翻到議程第 7 頁，有關重要事項分為 3 大項，以下向各位委員簡要報告：

一、第 1 大項是上次會議決議(定)事項之辦理情形與追蹤建議，計有 6 項，建議全部解除追蹤。請看第 8 頁附表 1：

(一)第 1 項是委員非常關心各國剖腹產適應症資料的提供情形，健保局已函洽臺灣婦產科醫學會協助，但初步了解無相關資料，嗣後若有相關資料，將另行提供本會參考。

(二)第 2 項是請健保局分析地區醫院萎縮原因，依照健保局提供資料，家數是減少的，但病床數從 91 年到 98 年是大幅增加，平均每家病床數也是增加，健保之申報費用也增加 20%左右，依照前開數據健保局表示，地區醫院有的轉型為診所，有的考量市場態勢，轉型為以洗腎、長期呼吸治療或精神為主之專科醫院等等。

(三)第 3 項是 Pre-ESRD 的執行成效及醫療院所核心醫療業務外包問題，根據健保局提供資料顯示，針對健保 Pre-ESRD 預防性計畫跟病人衛教計畫，有相關獎勵條件；相關數據顯示有相當程度的成長，此執行方案可有效降低洗腎發生率；另特約醫療院所如涉及違規部

分，健保局當依健保法規及合約規定處分，若涉刑責則移送司法機關辦理。

(四)請翻開第 10 頁，第 4 項、第 5 項及第 6 項健保局都遵照配合辦理，有關送請國民健康局及食品藥物管理局參考部分，本會幕僚也已轉請參考。

二、請各位委員翻到第 11 頁，報告事項第 2 項是針對上屆委員會議未結案件及後續擬辦情形，總共 10 項：

(一)附表 2 第 1 項有關慢性病連續處方釋出，需要依慢性病疾病別進行細部分析部分，我們後續是建議健保局在未來進行相關報告，增加慢性病疾病別的資料分析，報告後解除追蹤。

(二)第 2 項是委員非常關心部分給付相關成效及評估的部分，健保局也委託學術單位進行研究，研究成果預計列入下個月委員會議健保局業務執行報告中，報告後解除追蹤。

(三)第 3 項是委員關心長照保險規劃的部分，長照籌備小組表示依行政院政策指示，將長期照護服務法草案列為優先送請立法院審議之法案，因健保法已修正公布，所以有關長期照護保險部分，將重新研擬規劃，所以現正規劃中，如有進一步規劃內容，到本會說明後再解除追蹤。

(四)第 4 項是平均眷口數部分，健保局將會研議妥適方案後提會，於提會後解除追蹤。

(五)第 5 項是大家關心健保 IC 卡的部分，本案已排定本會 10 月份第 197 次委員會議進行專題報告。

(六)針對第 6 項及第 7 項，輔導門診高診次被保險人就醫

之具體成效，及論人計酬支付試辦計畫，均已列入本次會議的健保局業務執行報告中，今日補充資料有提到論人計酬試辦計畫相關公告資料，請委員參閱。

(七)第 8 項是委員非常關心健保藥費成長及民眾重複用藥問題，等健保局完成相關分析到會報告後，解除追蹤。

(八)第 9 項是有關執行 100 年建構整合照護模式試辦計畫前要進行相關檢討並到本會報告，健保局預定列入 4 月份業務執行報告。

(九)第 10 項是財務報表需要檢討部分，將併同 4 月份健保局有關財務報表專題報告後，一併檢討辦理。

三、請再翻回第 7 頁，報告事項第 3 項是健保局於 2 月份公告或函送本會供參資料的部分，有 4 項，第 4 項見於補充資料第 1 頁，請委員參閱；第 3 項部分，是有關健保局提供委員關心各分區業務組針對特定檢查資源共享試辦計畫辦理情形，在附錄 4，即議程資料第 108 頁，請委員參閱。

劉主任委員見祥

請問各位委員對剛才的報告有無意見？

盧委員瑞芬

有關第 8 頁追蹤表項次 1，上次報告案顯示，自願性剖腹產的佔率僅佔 3% 左右，可以推測高剖腹產率與剖腹產適應症的訂定標準有很大的關係。因此上次的決議，應是收集各國剖腹產適應症資料後，檢討適應症的訂定標準，而不是因為目前無法收集其他國家資料，就解除追蹤，這部分，請健保局與婦產科醫學會討論一下適應症的訂定標準。

滕委員西華

第 8 屆委員會議未結案的追蹤，在第 11 頁第 3 案，全民健康保險居家照護利用與精神病人社區復健辦理情形專題報告，雖然裡面內容不一定全部跟長期照護有關，不過我們決議事項是請長照保險籌備小組於完成初步規劃內容後，到會說明，但有點不太明白後續擬辦，是長照籌備完還是長照保險。按行政院吳院長定調分三階段，其中保險是最後一階段，依吳院長期程，在本次會期結束前，長期照護服務法送立法院，請問規劃內容是什麼？若等長照保險法弄好了，再來報告，那是很長時間，在這期間，健保沒有停止在居家照護或社區復健的給付，我們是否有機制進一步檢討，還是不管了，我們是要等長照保險規劃好了再重新來看，還是長期照護服務法弄好了，就來報告，請幕僚單位或健保局說明。

何常務理事博基（李委員明濱代理人）

剛才盧教授所提剖腹產率居高不下，其實在議程第 79 頁，我已列出臺灣剖腹產率不降的原因，主要是適應症係由醫學中心列出來的，而基層診所和各級醫院都是同樣照 20 項剖腹產的條件來做。所以臺灣的剖腹產率不是太鬆，如果大家認為我們剖腹產率高，則請參看議程第 80 頁，臺灣增加的剖腹產率只有 0.67%，其他義大利及丹麥等歐洲各國，也增加很多。因為現實條件，健保局要求所有的醫院及診所，第一胎剖腹產，第二胎盡量自然產，但萬一生產不順利，很多事情怪到醫師，醫療糾紛賠償，緩不濟急，若診所發生一件醫療糾紛，一個月接生 30 個，整年給付都付之一炬，的確第 2 胎會自然產的機率反而下降。以前大醫院鼓勵自然生產，但是現在大醫院也是不想自然生產，這也是剖腹產率始終維持 36% 左右，但是比照各國，臺灣婦產科醫學會所呈現資料，臺灣剖腹產率沒有增加那

麼多。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

- 一、189 次決議事項辦理情形(項次 2)第三案，有關地區醫院部分，健保局說 91 年 42,100 床，到 98 年增為 45,603 床，這樣的數據看來似乎地區醫院活的不錯，說明也顯示有些地區醫院升級為區域醫院，但所有新設立的醫院一開始都是以地區醫院加入，如；雙和醫院，這個報告應該把新的醫院區隔出來，例如雙和醫院本來應該 1,200 張床，這些都是造成點數增加幅度 20% 的原因。
- 二、對於黃煌雄監察委員所提出地區醫院萎縮原因的探討，還有衛生署所委託的計畫，上次我們在這裡有提改善方案，但這次健保局整個辦理情形都沒注意到這些，是忘了還是怎樣？

劉主任委員見祥

剛剛幾位委員所提意見，本會有無說明。

柯副主任委員桂女

滕委員所提第 11 頁第 3 項「全民健康保險居家照護利用與精神病人社區復健辦理情形」專題報告，係第 175 次委員會議之專題報告，當初之各決定事項都有照辦，並於委員會議經大家同意後解除追蹤。沒有解除的，只剩今天議程所列這一項，請長照籌備小組來報告長照保險法規劃的內容，因此做這樣的追蹤。籌備小組也回答只要這個法 ok，就會來做報告。

滕委員西華

因為長期保險法還要很久，是否可先說明長照服務法。

劉主任委員見祥

滕委員的意見是另外建議，原來講的長照保險法排序較後面，

看看這時候是否另提案請相關單位到會說明，請滕委員適當時機提出。

滕委員西華

這個案子是要等長照保險法規劃，或要來報告長期照護服務法規劃？目前長期照護保險法還要很久，不知要擺幾年，等長期照護服務法送立法院後，若衛生署方便，可以擇期來報告這部分。

劉主任委員見祥

滕委員所言有道理，所以本案是否先解除追蹤，因為長照保險法說不定到年底都還沒有完成。我們來協調衛生署照護處到會報告送請立法院審議之長照服務法草案。至於長照保險法，則視研議情形，再請長照籌備小組來會說明。

盧瑞芬委員

謝謝何常務理事說明，但此說明，健保局是否完全接受？這個案子要解除追蹤的前提應是健保局與臺灣婦產科醫學會討論及評估現行剖腹產適應症訂定標準後，並提出評估結果，才能解除。

戴局長桂英

謝謝盧教授的關心，其實剖腹產率的高低，跟適應症的訂定範圍是有關係的，何常務理事是婦產科方面的專家，他的論點我們非常尊重，健保局可召開會議，邀請關心這個議題，包括婦產科醫學會、委員會的委員、大家推薦的專家，重新 review 我國與其他國家的適應症標準，經過客觀的討論，說不定有些是可以修訂的；如果不能修訂，大家經過會議討論後也較放心。本案可暫不解除追蹤。

何常務理事博基（李委員明濱代理人）

適應症會納入品質指標中討論。在最新 100 年 1 月份全民健康保險西醫基層醫療費用審查注意事項有關剖腹產之適應症，也是列這 20 項沒有改變，臺灣婦產科醫學會將盡量尊重各位委員意見，但此案繼續追蹤比較沒道理。

劉主任委員見祥

- 一、委員的意見是檢討剖腹產的適應症。此案照戴局長意見辦理，於有結果到會報告後再解除追蹤。
- 二、剛剛謝常務監事武吉的高見，請問大家有無意見。

戴局長桂英

- 一、謝謝常務監事的指教，難得謝常務監事說我們有進步一點。
- 二、黃監察委員煌雄是非常用心的人，監察院的報告本局很尊重，現仍在研議當中。臺大公共衛生學院與臺灣研究基金會在 4 月中旬共同辦一個研討會，我們想多聽聽大家的意見以後，再來做比較具體的措施。謝常務監事剛才之提醒，會是我們將來的重點，就是怎樣讓資源配置更有效。尤其是有些地區所能倚賴的醫院只有一個，總不能讓這樣的醫院在該地區消失了，而使該地區的人看病須遠赴別的地區，未來會有進一步措施。這個報告案，是就上次報告統計表分析，建議先解除追蹤，往後監理會還是可以繼續追蹤我們的改善措施。監察院也會依該院報告追蹤我們的。

劉主任委員見祥

- 一、關於地區醫院萎縮問題，本會一直相當關切，幾乎只要遇到相關議題，就會熱烈討論。
- 二、有關這部分，上次委員會議，已決議解除追蹤，但對這個

議案，請健保局持續關心。另外，局長所說的研討會，可能是因為黃煌雄委員對健保整體檢視報告出爐後而舉辦的，不知各位委員是否接到邀請，我知道盧老師有主持一個場次，幾位前署長、總經理都受邀了。如果各位委員想參與，本會幕僚可協助處理相關事務。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

一、剛剛說的第 3 案已經有報告，因為現在只簡單寫 91 年至 98 年，還有新的醫院申請床數是多少？舊的醫院有什麼改變？上次我特別說萎縮原因是什麼，健保局報告中有說有些地區醫院轉型以透析、長期呼吸器或精神科為主的專科醫院，也有些轉型為診所，對於轉為診所的，健保局也應該思考如何輔導醫院不要改為診所，使其維持以地區醫院服務，另外都會型與鄉村型的改變，應該呈現出來。

二、「醫療資源倒金字塔之扭轉及校正計畫—並探討醫學中心與社區型地區醫院的合作模式」研究計畫，先用垂直整合方案來處理，在這裡為什麼都沒呈現出來，是不好還是怎樣。

三、我們委員應該要可以看見每年度每地區的改變狀況。

劉主任委員見祥

一、剛剛謝常務監事已經講得很清楚，請健保局提供相關資料。

二、若沒有其他意見，本報告案准予備查。

【附件 2】

「100 年 2 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，請問各位委員有何意見？

葛委員克昌

請問目前健保之逾期未繳保險費、滯納金，是移送強制執行或行政執行？

戴局長桂英

健保之逾期未繳保險費、滯納金，是移送行政執行。

葛委員克昌

一、100 年 2 月份全民健康保險業務執行報告第 17 頁（六）

「逾期未繳保險費、滯納金移送強制執行情形」標題，建議「強制執行」改成「行政執行」，第 18 頁表 13 亦同。又相關之行政處分之教示專用語，亦請併同改正。

二、保險費、滯納金為社會保險之公法上金錢給付義務，未履行應依「行政執行法」執行，救濟亦依訴願、行政訴訟程序為之；而非依民事「強制執行法」由法院執行。

三、現行「全民健康保險法」第 35 條第 2 項誤為「移送強制執行」，易使民眾誤認適用「強制執行法」及民事救濟程序。100 年 1 月 26 日修正公布尚待施行之「全民健康保險法」第 35 條第 2 項已改為正確之「移送行政執行」，本次及嗣後報告，宜依法改為「移送行政執行」，以免民眾誤解。

劉主任委員見祥

法律問題，請健保局配合辦理。

盧委員美秀

大家好，第 69 頁有關「100 年『全民健康保險提升住院護理照護品質方案』」，感謝健保局將獎勵內容作重點修訂，尤其增列（3）增加「該款項應用於提升護理人力之配置及護理人員獎勵措施」。護理師護士公會全國聯合會於今年 3 月 12 日召開會員代表會議時，多位會員代表表示很多醫院並未將該款應用於護理人力之配置及獎勵上，建議在撥發 99 年第 4 季獎勵款時，能特別將修訂重點（3），於公文中明列，以落實專款之正確使用。

滕委員西華

- 一、首先在第 10 頁，我們可以看到 5 都撥繳應負擔保險費補助款的部分，臺中市、臺南市、準直轄市桃園縣都準時繳清；台北市在健保局說明裡面，今年入帳是先沖 92 年的欠款，實質上今年 1 月份應繳納費用還是不足，所以還是跟高雄市一樣在欠錢，以前的舊欠款項已在協商，不管我們高不高興，同不同意，就不提它，但新欠的要怎麼辦？特別是民國 101 年 7 月，按署長的說法，實施健保新制，新債變成舊債，難道要展開協商嗎？我們對政府欠費怎麼都沒有罰則，只有借款利息，民眾滯納金還要自己出。可不可以請臺北市與高雄市自己貸款，不要由健保局貸款融資；以前舊債，政府慢慢償還，主計處已經非常有意見。以前舊債，觀感實在非常不好，對於新債，健保局要積極預防。
- 二、第 34 頁，醫療品質指標的修訂，雖然說還要請監理會確認，這邊醫界代表建議應該用國際間普遍使用的醫療品質指標來監測，記得上一屆要修訂醫療品質指標，個人有提過，因為現在病人安全跟醫療品質委員會在衛生署已經合

併了，那邊也有一些監控醫療品質的指標，什麼 TQIP 等很多，太亂了，搞得民眾不知哪個醫療品質指標好。國家很多醫療品質指標，搞得好像我們很重視醫療品質，其實民眾對醫療品質的感受也沒變好，我不是說醫界不好，真是品質指標太多太混亂了，所以要修訂，接近國際間普遍使用的醫療指標當然好。但比如人家用存活率，我們用不用？我們可以用我們的，但是一套就好，包括衛生署病人安全與醫療品質委員會那邊，包括醫院評鑑也是，國家應該整合，不是很多套，特別在監理會監控這些東西，我記得監理會有委託一個研究，就是民眾想要知道的醫療品質資訊是什麼，新版健保法，也有要公布醫療品質資訊。可是公布的民眾看不懂，例如附表 1 西醫基層醫療品質指標，抗生素使用率及門診注射劑使用率，和所服務的對象有關，例如兒科、一般內科、骨科，使用率可能較高，但不代表沒良心，在流感的季節，抗生素平均使用率一定較高。健保局網站之閱讀介面，很難讀，把資訊塞給民眾，應該整理一下讓民眾可以看得懂。指標可以專業審查，但公布前應先整理，監理會的研究報告，應該可以參考，可否在定案之前，找些消費者代表先讀指標，若我們讀不懂，很多人也是讀不懂，這裡特別再拜託一下。

三、業務推動重點中關於支付標準表修訂，因為已經完成程序，我沒有意見，但有些疑問，為何這樣修？第 65 頁西醫第一章基本診療，當然預防醫學作得好，門診診察費高一點。非金馬地區一般門診診察費由 222 點調高為 228 點，金馬地區當然調得更高，請教一下偏遠地區門診診察費，有無一併對應考量，因為偏遠地區跟金門、馬祖差很

多，比如金門與馬祖的人拿一樣的錢，馬祖的醫療資源就差金門很多，金門有署立金門醫院，馬祖沒有署立連江醫院；第二是通則修訂，為何 4 歲兒童門診診察費可加成，以 4 歲為加成基準，不是 3 歲、6 歲，也不是 12 歲，我是好奇，不是質疑，實證基礎 (evidence base) 是什麼？加成的理念，年紀都不一樣。

四、第 68 頁，在牙醫門診總額特殊服務裡面，將植物人納入，這很好，一般身心障礙者可以到門診去，但植物人不會自己來看病，這意味牙醫要到宅服務嗎？我支持到宅，但這涉及交通問題，家裡的資源也不夠。家裡有植物人、中風的人、臥床的人，我能體會不便，健保費繳一樣，他們的就醫差別性很大，我覺得應該要做，可是納進來後，一年看不到 5 個，就是白做的，可否再說明要怎麼做。

五、第 69 頁，剛剛盧委員有提到護理費用，評鑑也有看人力及流動比，提高住院護理品質，護理人員流動率當然是重要的因素，要加給，我沒特別的意見。不過我們是全民健保，我們是給付服務，截至目前為止衛生署都沒公布護病比應該達到怎樣的標準。年底結束後 3 個月內將款項運用情形，報到本局備查者才可以領 5 萬元，我就不太懂這個邏輯，就是資料乖乖報來，還可以領 5 萬元，前面我可以理解，因為醫院要花很多維持成本讓人員穩定，為何後面給資料還要付 5 萬元。

六、最後論人計酬部分，我也是問問題，既然已經公告要辦，也沒有什麼好阻擋，第一，參加整合計畫的醫院，對象都一樣，差別在於將原來沒住院的納進來，這些來申請參加試辦的醫院，在其他試辦計畫同時也有補助嗎？比如說糖

尿病、氣喘、高血壓、癌症等，那些都可拿補助款及獎勵金，到底成效如何與單純的論人計酬區分？沒參加論人計酬計畫的醫院同樣要看診，如剛局長說的，我們要看論人計酬成效怎樣，我建議到無醫鄉去辦。無醫鄉每年都沒醫師要去，在偏遠地區的人跑不出來就醫，如果我們可以提供很大的誘因，請醫療院所到偏遠地區去辦論人計酬計畫，則論人計酬及很多試辦計畫，到最後評估成效時，就可以清楚知道個別的成效，誰認真做。所以我認為其他試辦計畫的排除，或是比重的計算都很重要。牙醫、中醫試辦計畫每次都被排除，我也覺得很奇怪。比如說病人跑去看西醫減少 2 次，中醫卻多 5 次，到底好或不好，都沒有什麼配套，像癌症、精神病、重大疾病等沒有排除，只把器官移植排除，因為這個區域裡面，我們沒去考量經濟規模，這個行政區域要多少人才能達到經濟效益，或是說癌症或重大傷病病人比例比較高，成效一定比較壞，我是說在成效指標裡面都沒將這些納入，只有糖尿病跟自選指標，或病人感受指標，唯一預防保健是子宮頸抹片檢查率與 65 歲以上老人流感注射率，這是如何訂出來的，我其實不太明白。我對局長用心從來不懷疑，但如何由所訂定指標清楚知道這屬論人計酬方案的成效是很重要的。此計畫跟以往 DRGs 或論質計酬試辦計畫方式都不一樣，如果只是多要了 3 億，甚至用 3 年來將錢分配給醫療院所，則不如用排序獎勵，對將病人照護好，門診次數及藥品品項下降的醫院，核發品質獎勵金，而不是用論人計酬的新方案。

賴委員永吉

第 10 頁表 7 的格式已修正得比以前好，較容易看出問題，當然沒辦法盡善盡美。我的問題是想請教，100 年 1 月的收繳狀況，呈現兩個極端，除了臺北市、高雄市外，各級政府的收繳率均達百分之一百，反過來講，臺北市只有 3.78%，高雄市只有 13.2%。從前面 91 至 99 年看起來，北高兩市欠最多，臺北市尚欠 772 億元，高雄市欠 308 億元，到 1 月份，兩市收繳率仍然是最低。在備註 3，臺北市 1 月份入帳 16.53 億元，其中 15.48 億元用於還 92 年度以前欠費，而只有 1.05 億元是用來繳 1 月份補助款；也就是說，臺北市 1 月份要付 27.72 億元，但僅給 1.05 億元，收繳率只有 3.78%，即超過 96% 根本還沒付。我想請問備註 3 臺北市算法，當款項進來後，如何切帳目，是還以前欠的？還是依據償債合約作帳？抑或是為帳面自行判斷？但無論如何，當期收繳率顯然偏低。在解決舊欠問題同時，又產生一個新的問題，這個月欠 96%，下個月想必也是如此，這是值得重視的問題，就是解決前期債務，當期又產生新的債務，這個問題，剛滕委員也講過，健保局應該想如何來因應。高雄市 1 月份入帳多少，備註沒有顯現，當期只付 3.36 億元，應該付 25.45 億元，償還舊欠情形又是如何，高雄市處理的原則和方法，不知與台北市是否相同？

干委員文男

一、第 68 頁，中醫試辦計畫，除所列這些計畫外，是不是還有其他的，不知有無漏掉？牙醫的牙周病統合照護計畫，增加醫師退場機制，是一個 team 的退場機制，或個別醫師退場機制，或整體醫師退場機制，請說明。我們到各區去看，有 8、90 歲仍掛名在診所，造成很多不必要的困擾，他都須要人照顧了，還能看診？

- 二、第 69 頁，剛才盧委員、滕委員提到，品質指標新增年資 3 個月以上護理人員離職率，我這次到幾個醫院探視親戚，很多醫院請不到護理人員，離職率也很高，致工作人員都一直在值班狀態中；署立醫院等一些公立單位遇缺不補，請進來做 part-time 都是新手，要開大刀，就找退休護理人員來協助，因為他要退休不能擋（這也是一種社會正義），但為何離職，壓力大，待遇不夠，盧委員講過許多次，我們也曾經提過。醫院對計畫的自主性不容置喙，但公立醫院不像私立醫院，找人回來幫忙就可以解決，找回來若不能用，開大刀會有很多困難。
- 三、上個月業務執行報告，公告醫療資源不足地區改善方案，辦理情形如何？我去無醫鄉訪視，發現一個牙醫都沒有而當場流淚，真是可憐，城鄉差距太大了，要如何解決？做了很多計畫，仍有資源不足的問題，這不是辦法。
- 四、二代健保已經開始在宣導，發生很多問題，第一，宣導要看群眾屬性，用台語、國語、或雙聲帶，要注重人情情緒反應，例如用台語講，可以馬上吸收；第二，宣導為何要進行二代健保改革，核心價值應講出來，包括新健保法明定政府負擔比例至少 36%、安全準備來源含酒健康福利捐，關於民眾部分為補充保險費計收範圍、健保 IC 卡不得存放與醫療無關的內容、對於弱勢民眾的補助、回國後在臺灣需居留滿 6 個月、家暴可以分開投保等，關於醫療院所部分為健保財務與醫療品質資訊公開、保險病床增加比率及不足數每床處 1 萬元以上 5 萬元以下罰鍰、對於虛報醫療費用涉及刑責者移送司法機

關辦理等，都是為永續經營為老百姓好；老百姓應該如何節省也要講，他的權利也要講，讓他知道被保險人有權也有責，就診一次健保花多少錢。

劉主任委員見祥

委員若有意見，請下一輪再發言，現在先請戴局長回應以上各委員的問題。

戴局長桂英

先請財務組李組長少珍及醫管組蔡組長淑鈴簡短說明，若不夠再補送書面，或由副局長及本人補充。

李組長少珍

財務組說明，剛才滕委員與賴委員都很關心政府欠費部分，基本上政府還款受到公務預算編列及公庫調度時間的影響，這個表（表7）有其時間性。根據最新進度，臺北市到3月中旬時，已繳31.47億元，只有欠13億多；高雄市應繳26.66億元，還欠23.33億元。臺北市主張設籍市民的補助款大致上都繳交了，爭議部分與中央主計單位仍在協調中；高雄市主張其財政困難，兩者是完全不一樣的狀況。另外，臺北市還款計畫是含括99年度以前的欠費本息。這個表顯示其他直轄市政府本年度都按時繳交，政府欠費沒有擴大，謝謝主計處幫忙管控。

戴局長桂英

葛委員所提到用正確的法定名詞「行政執行」，本局會配合修改。

蔡組長淑鈴

一、向大家說明，有關醫療部分，第65頁有關診察費疑問，委員所詢山地離島的診察費是否也有金馬地區與非金馬地區之分，在設計上，對山地離島是以不計合理門診量做區

隔。還有，為何是 4 歲兒童診察費有加成，因兒科醫學會認為 6 歲以下，診察都較困難，但健保資源有限，採逐步開放加成，所以 99 年的 3 歲，提高到 100 年的 4 歲。

二、請看第 68 頁，干委員所詢於牙周病統合照護計畫的醫師退場機制，該計畫設計以個別醫師退場為原則，因為參加統合照護計畫是個別醫師申請。如果對牙周病人的治療不佳或被申訴收自費，我們就會要求該醫師退場，這個計畫會對品質進行評估；另滕委員提到牙醫特殊醫療服務試辦計畫，身障在 100 年放寬到植物人，因植物人不能移動，此計畫係指養護機構設身障牙醫診療場所並提供診療服務，則植物人若為該養護機構或教養機構住民，這部分先行開放；另目前也在討論可對在家的植物人，提供到宅牙醫服務。

三、第 69 頁，委員都對提升住院護理照護品質方案提出問題，干委員特別提出新增年資 3 個月以上護理人員離職率。此方案確實要求醫療機構應將護理人員的異動列為品質指標，特新增離職率，是希望護理人員離職率不要太高；另滕委員提出結束後 3 個月提報資料，得支給 5 萬元獎勵金，此計畫是 100 年修正，其重要精神是專款專用，希望領到獎勵金的醫療院所，能將獎勵金用在提升護理人力配置與獎勵措施上面，所以需要醫院提報獎勵金運用情形，並在提報後才核發獎勵金，品質指標每半年提報一次，每次獎金 5 萬元。盧委員建議 99 年第 4 季撥款時候，應提醒醫院把這個款項用在護理人力配置或獎勵上面，我們會照此建議來提醒醫院。

四、第 73 頁，滕委員關心論人計酬試辦計畫，目前牙醫、中

醫、器官移植是沒有含在該計畫內，此方案是 3 年計畫，3 年後俟成效再作檢討。另是否偏遠地區優先適用？該計畫並沒排除何地區不能來申請，歡迎偏遠地區醫院來申請，但需經評審程序來決定試辦團隊，在 3 月底徵求試辦團隊，5 月 15 日完成評選，7 月 1 日開始實施。目前很多計畫平行在進行，可能有競合的問題，在此說明，只要進到論人計酬試辦計畫，其他計畫就要排除，誘因不重複，也讓論人的努力可以單獨呈現。因這是第一次在台灣進行的試辦計畫，指標係先選成熟及用得比較久的糖尿病指標，未來會將更成熟的指標列為參考，此計畫也允許醫療院所自行設計適用的指標，這都會列入 3 年評估重要的關鍵因素。

- 五、最後干委員提及醫缺方案，就是醫療資源缺乏地區，醫師是否願意到該地區看診，此方案列入我們 100 年非常重要計畫，透過本局分區業務組及轄區公會共管會議，共同推動提供各該醫缺地區巡迴醫療或定點醫療。

戴局長桂英

謝謝說明，我做一點補充：

- 一、委員提到目前品質指標實在太多了，造成很難理解乙節，目前衛生署的品質委員會也在檢討指標。醫事處委託辦理醫院評鑑之「醫療品質及醫院評鑑策進會」，鼓勵各醫院自己要有品質的管控，所以有引自國外的指標（TQIP），有醫院團體自己建立之品質指標（THIS）。而本監理會若要監控品質，對訂定品質指標時要求全國一致的話，難度很高，恐怕討論兩年也弄不出來，建議第一優先由健保局與醫界討論出一個方向後，來聽取監理會委員的意見，最

後在監理會定案，監理會代表民眾最關心的東西，將來作成解讀指標的單張，有插圖，掛在網站上，讓大家想讀時較易瞭解，當然在討論本會品質指標時，可以邀請比較會讀指標的消費者代表來參加。

- 二、牙科照護一直在追求進步中，最近有推動牙科到宅服務。
- 三、干委員提到中醫試辦計畫，目前有一些疾病別，例如腫瘤病人、腦血管疾病等，我們會與中醫界往下再探討有無適合特別照料的疾病別；二代健保宣導時，干委員的建議非常好，所用的語言，依聽眾屬性，用國語、台語、客語或雙聲帶，要講出全民健保的核心價值，要如何更好，不是只有講財務的改革，我們會轉知各分區業務組。

劉委員玉蘭

- 一、第 3 頁，保險對象人數，100 年 1 月比 99 年 12 月底減少，不只被保險人減少，眷屬也減少，我們人口沒有負成長，請健保局再檢視一下。
- 二、第 35 頁，非常肯定健保局呈現這次修訂值，西醫部分，用 3 年平均 $\pm 20\%$ ，中醫 $\pm 10\%$ ，牙醫還沒訂；我看一下附表 1，大致比原來監測值低；附表 2，很多比原來監測值高，社會在進步，監測值卻往後退很奇怪。用三年平均值，已經考慮不確定性，用三年平均值再加 20%，似乎太寬了。中醫的 10% 還 ok，建議以三年平均值加 10%，如果算出比原來監測值高，維持原來的監測值。此外，以前監測值一訂七、八年都不動似不合理，應該每年以滾動式檢討調整更新。

李委員蜀平

- 一、各位桌上有份藥師公會送的小禮物，包括「就是藥健康」乙書及保健盒，都是家庭相當實用的保健物品，希望可促進大家健康。
- 二、非常贊成滕委員跟賴委員所提針對第 10 頁臺北市、高雄市健保欠費，我們應該有共識，花博辦得那麼好，收入那麼多，對健保補助款又一再不繳，我怕會有連鎖，所有的縣市都共同模仿，造成副作用，請主席給力量，看什麼方式追討。
- 三、請看第 32 頁，藥師全台約有 4 萬多位，目前執業藥師（參加公會者）25,715 位，實際上藥費約占醫療費用之 25%，但藥師似未受到相對等的重視。在去年藥品總檢查，收了約 1 噸多過期藥品，如果算藥品的價值，超過 10 億元，這證明醫藥在合作方面，還沒有非常的密切。國家的政策從 86 年到現在，很明確就是醫藥分工，到今天好像成效不是很好，是不是有機會能夠讓我們的醫師再加強教育病人用藥，是不是可能透過健保 IC 卡，讓每一個看診及用藥的紀錄明確，減少高診次的病人。還有建議是否有可能藥品、藥師服務費獨立總額，由藥師來做及共同參與，加強用藥安全，讓民眾享受最好的藥學專業，讓民眾健康指數升高；懇請讓健保局不要受外界威脅及傷害，以上是我的建議。希望藥品、藥師服務費為獨立總額，我們會認真接受監督，絕對最誠懇與醫師合作。

廖委員敏熒

- 一、感謝滕委員、干委員對牙醫師的關懷，局長與蔡組長也替我們說明，現在再補充一下，特殊服務對身障這部分，在

我們計畫，排除安養中心。有一些植物人是住在安養中心，例如有位失智症親人本與我同住，隨時可為他做治療，後來變成植物人移到安養中心，我就沒辦法去幫他治療。雖然是植物人，但牙齒還是會痛，會呻吟影響隔壁患者的失眠，造成患者及其他患者困擾，安養中心會用車子將病人送到醫院去，所以我們也希望到宅醫療可到安養中心醫療，以上做簡單補充。

二、這個週日我們在高雄有個研討會，由黃副主委報告資深牙醫師的定義跟規範。在德國，規定醫師 68 歲以上不能做健保，現在我們平均餘命增加，有些牙醫師 90 歲身體還是很健壯，還是可以看病。我認經身體檢查，若視力正常、手不晃動，有辦法醫療，不因幾歲還是可以執業。

陳委員俊明

謝謝干委員關心西醫會診中醫試辦計畫，早期在 6、7 年前，對中西醫會診還不是很了解，推動有點緩慢，後來有做臨床評估後才推動。現在 8 千 5 百萬經費根本不夠，尤其中風，在中國附醫、長庚醫院都作得非常好，癌症在三總與榮總進行下，目前成功率很高，我們所花經費少，成效卻很好，將來會進一步做研究報告，希望各位委員支持。

張副秘書長孟源（李委員明濱代理人）

一、針對護理人力配置，已開過多次給付協議會議，我們都是全力支持。全國有 14 萬護理師，他們分配的預算可能不到百分之 0.001，我們很願意與護理師公會合作，所以護理師公會提出的任何計畫，我們都非常支持；醫師公會也願與檢驗師公會、物理治療師公會、藥師公會等公會合作。醫療是全人的照護，我們稟持合作來幫助病人，是最

核心理念，干委員提到在偏遠地區，我們在那裡很多試辦計畫，很多地方都參與。在此預告 6 月 2、3 日，我們會在臺中縣偏遠地區舉辦參訪，邀請所有的委員一起參與，了解偏遠地區醫療給付的情形。

二、二代健保的核心理念，以人為本，非常重要，要專業、創新跟品質。目前醫療給付制度，看的越多，吃藥越多，給付越多，這是錯誤的，對病人的健康是堪慮的。剛有說回收一噸的藥，接近 10 億元，這非常可怕。二代健保採論人計酬，制度改變，以病人為核心，減少不必要醫療，減少不必要的用藥，我們願意跟病人站在一起，關心病人。

三、關於滕委員提到醫療品質監測，資料在第 35 頁，健保局在 3 月 2 日召開會議，我有參與。我覺得附表 1 屬於用藥指標，與品質監測完全背離，我們需要的品質監測，是一個健康指標，就像一個國家，不應該一直追求 GDP 的成長，應該追求 GHP，就是一個快樂指標。我們贊成指標不是病人看不懂，而是一點趣味都沒有。高血脂的藥，抗生素、抗憂鬱藥的使用，這分明都是藥物指標，在錯誤指標下，國人健康怎能進步？應該參考國際先進的國家，為何人家健康比我們好，用藥比我們少。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

我們這邊幾位在委員會中都是弱勢，我排最後一位發言，又是最為弱勢的一個

一、戴局長提到的品質指標，目前台灣有三個指標，分別為 TQIP、THIS、TCHA，其中 TQIP 是向美國買而引進的，要參加都很貴，1 間醫院要 30、40 萬元，而現在醫策會也又研發有另一套的指標提報。

- 二、第 1 頁，投保人數 23,027,105 人，在第 2 頁表 1 備註欄寫到 100 年 1 月底第 1 類投保單位中，有 140,430 單位為社福外勞單位（指家庭僱用外籍幫傭、外籍看護工的投保單位）。在 23,027,105 人中，到底外勞包括外籍勞工、外籍看護工等，有多少人參加我們健保?!與內政部管的勞工進口，偷跑的多少，數據有無相互符合?!記得我在石前主委曜堂任內時，曾問過來台依親到底有多少人，使用的健保費用又是多少?!不說是浪費，但健保局應列出以上人員加入健保的人數與使用之費用，拜託健保局，之前都說我兇，所以改說拜託健保局!
- 三、第 19 頁，醫療院所 19,418 家，特約率 92.82% ，不參加特約的院所，其中有些是違規而非其不參加，希望下次補充說明醫療院所不加入健保的原因。
- 四、第 32 頁，98 到 99 年度有辦藥價調查，調整非常多，但現在藥費卻都變成正成長，需要向我們解釋一下。
- 五、第 34 頁，我一直注重透析外包問題，對於門診透析聯合執行委員會，雖然我本人沒參加，但也會指定人員參加並轉達我的意見，我們應該要好好的關心透析外包的狀況與，洗腎外包真的是太多，應該要徹查一下，這樣對醫界與大家才是合理的。
- 六、第 63 頁，醫院點值 99 年第 3 季 0.9418，第 64 頁，第 4 季 0.9200，看來是差了 0.02，但這 0.02 對點值來說是差很多，請戴局長報告。
- 七、有關護理人力問題，我請教衛生署代表詹德旺主秘，到底有領到護理執照的人總共多少？包括護理師，又實際在工作的有多少人？這種比例應該算出來，醫療院所不是不請

護士，有時是請不到。

八、第 72 頁論人計酬計畫，新健保法第 44 條第一項，保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度。干委員一直強調預防重於治療，我要稱讚健保，這部份健保有在做，不要說我都只講健保局壞話，的確應該是預防重於治療，這項應該要求國健局落實，而且這筆費用不該是我們健保負擔；落實轉診制度也沒有人去做，現在要辦理論人計酬試辦計畫，我的秘書打電話到分區業務組、總局請教，論人計酬要寫的計畫案內容，內容是健保局訂的，但被問卻又答的不完整，試問這樣醫院又該怎麼寫?!此計畫是 100 年 2 月 23 日徵求參加意願者之公告，該文是新署長或舊署長批示的？我們希望了解一下。

九、國外的論人計酬方式，都是採多元保險人制度，我們臺灣是單一保險人制度，是不是會產生一些問題?!剛提到 12 月 6 日有請專家參與，我們也有參加，但是我們的建議，在計畫裡面都沒看到，建議應限制被保險人就醫範圍。昨天我們已對試辦計劃之問題與建議，以正式公文發給健保局。裡面有太多的不確定性，參加醫院還須需承擔不可預期的風險，且針對計畫陸試辦模式，分有三個模式，忠誠病人模式、醫療垂直整合模式、社區醫療群模式，都是不一樣，也應多多考量，但忠誠病人又是整合照護試辦計畫衍生的，在這裡呼籲要做論人計酬，應落實健保法第 33 條（修正後健保法在 43 條）的分級醫療、雙向轉診，還有我們上次提出垂直整合醫療資源倒金字塔扭轉及校正，並探討醫學中心與社區醫院合作模式，我們朝這個方向來

處理才有。

楊委員芸蘋

- 一、我是被保險人代表，也是弱勢，第一次發言，李委員說臺北市花博賺錢，健保費確實欠得很多，去年我有說過，臺北市健保欠費我會注意關心並盯到底。上個月在一次座談會上當面稱讚郝市長說到做到答應還款，去年底已還部份欠款，今年請市府持續執行還款計畫。因不知還款比例，今天一看確實偏低，與其它縣市比較起來是最低的，身為台北市民我有義務也有責任，我會特別督促與了解，勸導市府趕快進行還款計畫。
- 二、有民眾向我投訴，今年二月初，一位李姓病患前往台大醫院複診，看以往肝癌切除後之狀況。醫師診療後請護士與超音波室聯繫檢查時間，結果沒有名額，無法預約安排到6個月後（即8月份左右）照超音波時間，只有請患者自行聯繫，聯繫結果亦是沒有名額，後來患者說：全國有名的大醫院，預約6個月之後的照超音波時間，竟然會沒有名額。心想只好陳情行政院、衛生署、台大醫院，希望3天時間能安排出時間，否則寄存證信函……等嚴重話語結果，第2天就回電已安排好時間。本案有多處疑點並建議：
 - （一）這現象是今年開始，以往並無。
 - （二）醫師無法像以往替病患預約檢查時間，造成病患不便與不滿，怪罪馬政府造成。與馬政府有何關係？
 - （三）如果醫師部門聯繫檢查單位都沒有名額，那病患聯繫更無法安排（不解，為何要病患自行聯繫？）（護士們為何不協助？太忙嗎？護士聯繫不了只好請患者自行處

理)，為何要聽到要陳情相關單位時，卻有名額了，應是台大醫院內部問題（難道是柿子挑軟的吃嗎？）

（四）據轉述，有些醫師很無奈，目前台大許多醫師因為此現象而不想看診，認為是馬政府造成這現象，還會轉述給患者，造成民怨，應予正視。

（五）建議健保局應詳查，為何此現象愈來愈嚴重，我已接到幾個不同單位的反應，台大醫院不僅病床少，患者一床難求，等待、安排檢查時間太長，造成過多民怨，引發不小的困擾，期待詳細了解原因。

劉主任委員見祥

以上委員意見，請健保局說明。

戴局長桂英

- 一、因時間有限，恐怕無法答得很周全。有些委員問得非常仔細，我們就個別提供。
- 二、感謝楊委員要協助向臺北市政府溝通政府欠費的還款事宜，我們將來會跟楊委員多聯絡，把臺北市政府的狀況跟您做敘述。今天有關對台大醫院的疑問部分，會做詳細紀錄，我將提供陳明豐院長，渠應該很願意知道外界的反應，以對內部進行必要改善。
- 三、有關謝常務監事的指導，謝常務監事對全國醫療品質的發展非常清楚；另可否在表裡列出外籍人士，不管是外勞或依親，我們帶回去評估看看，可用什麼方式呈現。
- 四、我們在下次報告，稍微描述下不特約的原因，針對約 8% 院所未加入健保，原因為何，會試著分析；第四季藥費成長很大，會加強了解、監控。
- 五、外包的部分，楊前署長相當重視，並認為醫療核心業務不

應外包，這由衛生署醫事處督導，他們目前作法，及合約部分還沒有強制，對新的合約，則不宜將核心業務外包，這些都須特別注意有無違反既有規定，才能移送法辦，或依合約處理。至於第 4 季與第 3 季點值的差距，我們在定期醫療費用分析時，會有專案報告。

六、建議衛生署提供領照護理人數相關資料，我想監理會幕僚應該可以蒐集提供。

七、「預防重於治療」乙節，因之前有委員提案，相關的決議事項監理會已交到相關單位參研處。

八、論人計酬的計畫，要怎麼寫，不夠明確，總局可以去了解有哪些打電話來問，我們可採一一說明，或請大家一起來開個說明會，因為各醫療團隊還在評估自己要不要參加，這個方案是在楊署長任內批核。我國制度與美國制度不一樣，美國是商業保險為主，是多元保險人，我國是社會保險為主，是單一保險人，我們論人計畫的做法也不見得與美國一樣。我們上次開的會議，專家的建議，不見得全部立刻反映在這一波試辦計畫，例如限制民眾在某區域內就醫部分，目前的試辦計畫還是維持民眾既有的就醫模式。

九、張副秘書長孟源所提，是陳述醫師公會的努力，而且會與各專業團體合作，另外建議不要以「用藥指標」，而是能用「健康指標」來監測醫療品質，這部分將來併提監理會請大家提供意見。

十、陳委員俊明提到 8,500 萬的費用不足，我想是讓委員知道成效很好，未來 101 年總額在費協會協商時，有臨床療效之疾病別較具優勢。

十一、劉委員玉蘭是對指標的建議，認為應採合理數值，且應

該滾動式調整，這在將來監理會與局裡討論時都可納進來。

十二、李委員蜀平的意見中，有關未來藥費和藥事服務費能設獨立總額乙節，這需要在費協會談的。

劉主任委員見祥

謝謝局長的回應。今天光本報告案就談了 2 個多鐘頭，這是從來沒有過的，目的是讓各位委員盡情表達寶貴意見。今天各位委員意見可能還沒有完全表達清楚，如果有未盡的部分，請用書面，會併同委員的發言放入實錄裡頭。

干委員文男

現正在研修健保法施行細則，現行施行細則第 36 條規定出國 6 個月以上，可以停保，但 6 個月以後回來，馬上復保，就馬上可看診、接受檢查，完了以後又出國，半年以後又回來，每次都這樣，這是宣導會時民眾提出來的。在這次修施行細則，是否來來回回 6 個月，在利用健保價值，要有一個很正確的方向。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

論人計酬計畫從 100 年開始，家數絕對不會很多，內容太模糊大家無法寫這個計畫案，如果全國參與院所不到 30 家或 50 家，具體建議這個計畫案就應停止；因為這是前署長簽的，我希望等到明年，也就是 101 年新健保法實施後再開始做，干委員說的，施行細則也還沒完成。

劉主任委員見祥

一、由於時間關係，謝常務監事武吉的意見併入實錄，請健保局繼續努力。

二、關於醫療品質指標，局長表示會訂定民眾看得懂之指標，

讓監控更有意義，這與醫師公會的意見一樣。民眾看不懂或不需要的指標列入監測沒有意義，監理會、健保局與相關單位可一起研議有意義的指標，去年本會委託專家學者所作研究建議也可併入研議參考。

三、關於論人計酬部分，蔡組長提到論人計酬實施後，在當地不會與其他試辦計畫重複，在資源有限情況下，會有效來處理，委員意見請一併考量。

四、看到政府欠費，各位委員，尤其賴委員也很清楚，的確新欠比舊欠更嚴重。新法實施以後，主計處會協助怎樣讓政府盡可能減少新欠，可是好像沒辦法 100% 達到，請健保局妥為處理，希望這個問題不要嚴重到像現在一樣。其他問題，局長都已解答過。局長很客氣，也答應若有沒答覆到的，可請同仁整理，會一併處理。

五、今天報告案到這裡，鍾委員是否有話要說。

鍾委員美娟

臺北市政府等欠費問題，99 年度以前欠款部分，請臺北市政府等依還款計畫執行，100 年度部分，行政院主計處會研議一套機制，督促其繳納。又當臺北市政府等繳款時，究係繳納以前年度，抑或當年度部分，請健保局應事先與臺北市政府等釐清，以免帳務上係抵沖以前年度，臺北市政府認為是繳納當年度，致使將來在核算上會有爭議。

劉主任委員見祥

我想健保局會很努力的依他們所提的還款計畫辦理。

蘇委員錦霞（書面意見）

一、數據的統計是為分析的參考，對於成長率高的統計，必須分析其原因，例如醫療點數統計裡，臺北 99 年 1 至 12 月

之成長率為 2.40% ，北區為 2.53% ，中區為 3.04% ，南區為 2.64% ，高屏為 2.00% ，為何中區的成長率高於其他區域，應分析其原因？是否有醫療資源不當使用之情形。

二、監測值的指標若是修正提高，是否就是表示鼓勵增加使用？對於監測值增加的項目是否分析其原因，而不是以數字的平均值？

三、對於菸捐數額在 100 年 2 月份為何為下降，是否可查明？

祝委員健芳（書面意見）

全民健保西醫基層、醫院、中醫、牙醫及透析等醫療品質指標，100 年修訂採前 3 年平均 $\pm 10\%$ ，或前 3 年平均 $\pm 20\%$ ，太過寬鬆，而顯示缺乏具體目標，建議依據統計學誤差值概念，限制在平均值的 $\pm 3\%$ 以內，較為合宜，且較有理想性。

【附件 3】

「本會審議中央健康保險局 101 年度業務執行計畫及預算案」之
與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

謝常務監事提供資料時，本會之補充資料已經準備就緒，來不及放入，故另外提供謝常務監事代表吳德朗委員所提出之 2 點補充意見書面資料，請各位委員一併參考。

賴委員永吉

一、同意幕僚所擬意見。

二、預算書第 26、27 頁業務外費用，最主要是 18 億元利息支出，其是根據 100 年年底的債務餘額 1,210 億元，以及 101 年度借款 860 億元來推估，預估 101 年度平均借款 1,035 億元，乘上利率來編列。但是，依據今天的業務執行報告數據顯示，截至 100 年 2 月底，累計融資額為 987 億元。自從去年費率調整後，健保財務的確有改善，債務應該是每月下降，不瞭解為何到 100 年年底時，健保財務會變成負債 1,210 億元。若是依此數據來推估利息費用，可能會有問題。

三、預算書第 18 頁業務外收入，主要是利息收入，預估 101 年度有 12.49 億元，主要是各級政府未依規定期限撥付應補助之保險費，依法加徵利息，總數有 714 億元，預估利息收入 12.49 億元。請問這部分歷年的執行情形如何？否則編列 12.49 億元也沒有意義。

四、預算書第 14 頁現金流量預計表，「減少短期債務、流動金融負債、其他負債及遞延貸項」乙項，有關減少短期債務 350 億元，請問是拿什麼來還，是收支節餘？是欠款追

回？還是財務到年底時變好？具體的計畫是什麼？

- 五、預算書第 13 頁餘絀撥補預計表，101 年短絀有 237 億元，預計 101 年 4 月份會實施二代健保，在 3 月底前的累計財務短絀金額會由國庫分 10 年編列預算撥補，在 101 年編列 13.3 億元。說明中提到保險收支賸餘 97 億餘元，是否真的會有這麼多？否則，需賴國庫撥補的金額就不會是 13.3 億元。既然是要與國庫算帳，應該要計算清楚。

柯委員綉絹

- 一、原則同意幕僚所擬意見。
- 二、預算書第 13 頁餘絀撥補預計表顯示前期待填補之短絀 237 億餘元，惟 2 月份的業務執行報告資料，今年截至 2 月份，保險收支結餘 78.27 億元，累計安全準備待填補之短絀數為 324.67 億元，以 99 年 4 月 1 日調整保險費率後之收支執行情形觀之，預估到今年年底之待填補的安全準備，應不會超過 1 百億元。以 1 個月可以結餘約 35 億元之估計，迄年底將達 350 億元賸餘，可弭平待填補之短絀數。希望健保局能再覈實估算收支金額，並請同仁及各界共同努力，儘量不要留下短絀數由國庫填補，讓一代健保有個美好的結束(happy ending)。
- 三、健保局的來文已修正 100 年度保險收支賸餘數為 171 億餘元，但 101 年度預算書之損益表有關 100 年度賸餘數並未配合修正，請予以修正。

滕委員西華

補充資料第 31 頁(2)「有關菸品健康福利捐收入分配至健保安全準備之比率目前為 70%，建議健保局評估調高其分配比率之可行性，以充實健保財政。」為李蜀平委員所提意見，我個人

對李委員抱歉一下，我有不同意見給大家參考。事實上，舉例來說，10 億對公共衛生是很大的金額、很重要，但對健保財務而言只是杯水車薪，公共衛生若做得好，對節省醫療費用的成效可能比直接挹注健保的成效大，所以我不太贊成提高菸品健康捐對健保挹注的比例，以上意見提供參考。

劉主任委員見祥

本會初擬意見是「建議健保局評估調高菸捐分配比率之可行性」，只是建議意見，提供健保局參考。

張副秘書長孟源（李委員明濱代理人）

贊成滕委員所提鼓勵公共衛生的意見，公共衛生對國民健康、疾病預防有益，也請滕委員能提供補充資料，有科學實證做為依據才好。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

一、贊同健保局於 101 年度業務執行計畫中提出「規劃並推動減少無效醫療管控方案」，另外我與吳德朗委員及其他醫院代表對於 TW-DRGs 的意見是認為沒什麼效益，DRGs 實施後醫療費用並沒有減少，而且還造成有些東西特材買不到，醫院協會曾經討論過此議題，希望健保局能有合理的解決方式，再推動第二階段 DRGs。

二、健保局現行規劃之特材方案，無論是 ADD-ON 或自費條件，其內容不外乎要求醫院吸收一半的成本或要求其合作廠商提報特材項目至健保給付，很可能會發生買不到好的特材之情況。這部分與醫院生存的可行性及對患者的照顧權益有關，需要特別注意。建議健保局對特材議題，要好好討論。

三、目前健保局正在推動第二階段 DRGs，這與推動 103 年實施

ICD-10 有關聯，會使其複雜度變高。今年健保局將有 6 場 ICD-10 說明會，但健保局內部參加人員已去許多名額，希望第二階段 DRGs 與 ICD-10 同步實施會比較好。

四、關於論人計酬計畫，部分計畫內容並未與醫界好好討論，瑕疵非常多，前案有提過，若是沒有一定家數參與試辦，應該要停辦。

五、黃煌雄監委已經 70 餘歲，是位非常認真的委員，所提出的體檢報告內容多達 837 頁，內容陳述得非常清楚，對於四大皆空的問題與地區醫院快速萎縮之問題，應該有所注意。本人補充資料說明如下：

(一)健保局 101 年度業務執行計畫及預算報告草案中，雖有提及監察院黃煌雄委員之「我國全民健保總體檢」報告的無效醫療議題，並有規劃相關執行計畫，但是對於目前最迫切的「內、外、婦、兒四大皆空問題」及「社區型地區醫院（綜合型）快速萎縮」等兩項重大議題全無著墨，如此重要且必要的問題，卻未予正面回應、解決，總是用消極、逃避方式回應，這是對民眾的一般健康及緊急救護權益視若無睹，建議應立即修改草案，加強落實二代健保法第 43 條轉診制度、分級醫療，並協助內、外、婦、兒四大科系與社區型地區醫院（綜合型）之健全發展。

(二)健保局推動醫院垂直整合計畫已執行 2~3 年，且醫院垂直整合計畫係醫界認為應落實並持續推動的方針，但在草案中並無加強及規劃此計畫之作為，是否有行政怠惰之疑？建議應立即加強規劃醫院垂直整合計畫及採納台灣社區醫院協會 99 年度「醫療資源倒金字塔之扭轉及

校正計畫—並探討醫學中心與社區型地區醫院的合作模式」研究計畫之成果與建議方案施行之。

希望健保局的業務計畫能加上這兩個計畫，否則將來又被糾正、彈劾。

六、不要什麼事情都轉嫁給醫界，最近看到新聞，第一線的醫師、護理人員都是在救人、照顧患者，卻還被打，醫界真的很弱勢也很痛苦，希望大家能瞭解我們弱勢團體的痛苦。

七、對於二代健保的運作，希望能用公平、公正、對等的信賴保護原則來執行，邀請醫療服務提供者代表、相關人員和消費者參加討論。

劉主任委員見祥

一、除滕委員及張副秘書長有不同看法外，各位委員原則同意幕僚意見，審議意見送給健保局參考，並斟酌修正。

二、賴委員及柯委員所提財務意見，以及其他委員意見，一併送健保局做為酌修計畫之參考。

戴局長桂英

一、本人非常擔憂委員對健保財務太過樂觀，在座有財政部及主計處長官，在此說明健保財務狀況。去年 4 月調整費率時，是以兩年的平衡費率來計算，調整後的第 1 年，每個月會有一點剩餘，權責不足數會減少；第二年則會當月收支會有不足數，因此權責不足數會擴大。目前估計健保財務可能不像部分委員所說，權責數為零的現象發生。

二、二代健保雖然有政府弭平不足數，但指的是權責數，不是現金調配。

三、健保局會遵照主席裁示，配合委員意見更新、修訂預算與

計畫，或提出說明。

吳委員淑瓊（書面意見）

一、計畫重點一之推動 DRGs 支付制度：

（一）目前提出評估指標均未直接評估調查病人的照護結果，請進行病人本人之評估調查，瞭解未滿足需求情形，以供計畫修訂，保障消費者權益。

（二）本計畫請納入「急性後期照護計畫」，整合實施，以提供病人之後續照護，降低未滿足需求。

二、計畫重點一之整合照護試辦計畫：

（一）根據上次赴醫院參訪得知，本計畫收案對象包括眾多同科病人（某院占收案對象之 55%），建議本計畫應將其刪除，不必補助經費進行跨科整合試辦。因其為同一科或同一醫師的問題，醫院應自行解決，不必本計畫進行跨科之整合。

（二）本計畫開辦之初，開放各院創立各自執行模式，希望未來擇優辦理。現已執行一年，是否請擇優模式，供各院觀摩辦理，提升執行品質。

（三）計畫重點一之 1、2、3、5，均以整合照護為目標，如承辦單位同時申請承辦以上各項計畫，請統一提出一份計畫申請辦理，以利整合。

劉主任委員見祥

請健保局根據議程所列初擬意見及今天委員口頭補充之審議意見，修正或說明所送 101 年度業務執行計畫及預算案，再依程序陳報衛生署，並副知本會。