

全民健康保險監理委員會
第 189 次會議紀錄

中華民國 100 年 2 月 25 日

全民健康保險監理委員會第 189 次會議紀錄

時間：中華民國 100 年 2 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台北業務組第一會議室（台北市許昌街 17 號 9 樓）

出席委員：

周委員麗芳

盧委員瑞芬

盧委員美秀

郭委員玲惠

干委員文男

楊委員芸蘋

蕭委員景田

郭主任惠玲(代)

林委員啟滄

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

李委員成家

李顧問育家(代)

李委員明濱

何常務理事博基(代)

林委員振順

廖委員敏熒

陳委員俊明

施特別顧問純全(代)

吳委員德朗

謝常務監事武吉(代)

曲委員同光 洪組長碧蘭(代)

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

請假委員：

吳委員淑瓊

列席單位及人員：

亞洲大學健康產業管理學系

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

龔副教授佩珍

朱組長日僑

林執行秘書宜靜

戴局長桂英

李副局長丞華

黃副局長三桂

吳參議文偉

莊主任倉江

蔡組長淑鈴

鄧組長世輝

王組長怡人

賴專門委員立文

程科長穆

施科長如亮

蔡科長佩玲

李科長純馥

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：彭美熒

壹、主席致詞：

各位委員、戴局長、李副局長、黃副局長、衛生署主管、會內同仁、健保局同仁，大家早！本屆委員聘期於今年 2 月 28 日屆滿，所以今天是這屆的最後一次會議，感謝各位的辛勞！過去 2 年來委員所提卓見，衛生署及健保局多所參採，相信各位對健保的貢獻，將永存於健保史上。

本(第 189)次會議，報告案較多，還有上會期順移待討論的 2 個討論案，請健保局在做例行性報告時，能儘量精簡，接下來按會議議程進行。

貳、報告案

第 1 案

案由：確認本會上(第 188)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：「100 年 1 月份全民健康保險業務執行報告」，請 鑒察。

決定：

- 一、請健保局以全民健康保險醫院總額層級別醫療申報點數占率統計表為基礎，分析地區醫院萎縮原因。
- 二、委員對於 pre-ESRD 之執行成效及醫療院所核心醫療業務外包是否移送檢調等問題之意見，送請健保局參考。
- 三、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：「健保協助弱勢族群措施及執行情形」專題報告，請 鑒察。

決定：洽悉。

(與會人員發言實錄詳附件 3)

第 5 案

報告人：亞洲大學龔副教授佩珍

案由：「經濟弱勢者醫療利用及其健康狀態分析」研究成果專題報告，請 鑒察。

決定：洽悉。

(與會人員發言實錄詳附件 4)

第 6 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「101 年度業務執行計畫及預算草案」專題報告，請 鑒察。

決定：

- 一、委員意見送請健保局研擬 101 年度業務執行計畫及預算

案時參考。

二、餘洽悉。

(與會人員發言實錄詳附件 5)

第 7 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。

參、討論案

第 1 案

提案人：干委員文男

案由：建議注重「預防重於治療」，俾讓國人免於將醫療藥品做為「藥補」之濫用錯誤觀念，以共同珍惜健保醫療資源案，提請 討論。

決議：委員意見送請健保局、國民健康局及食品藥物管理局擬訂相關計畫時參考，以落實預防重於治療之觀念。

(與會人員發言實錄詳附件 6)

第 2 案

提案人：滕委員西華

案由：基於政府課責與信賴原則，建請健保局於一百年度開始，於每一年度四月底前，就前一年度全年保費收費明細表主動寄發給全體被保險人，或比照財政部無償提供民眾以自然人憑證，或經民眾臨櫃申請列印或存取其年度保費明細表，以昭公信，提請 討論。

決議：

一、委員意見送請健保局參考。

二、對各項可提供保險對象獲知其年度健保費繳納明細之管道，請健保局能加強宣導，以利民眾得到相關資訊。

（與會人員發言實錄詳附件 7）

肆、散會：中午 12 時 10 分

【附件 1】

「本會委員會會議決議(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

本次重要事項分為兩大項，以下向各位委員簡要報告：

一、第 1 大項是上次及其他各次會議決議(定)事項辦理情形之追蹤：

(一)第 188 次會議報告案第 2 案共追蹤 2 項：第 1 項有關委員關心健保藥費高成長及民眾重複用藥問題，希望健保局納入未來深入分析之參考，本會已請健保局配合辦理，並建議於有進一步處理情形後再解除追蹤。第 2 項請健保局於執行 100 年建構整合照護模式試辦計畫前，能到本會報告 99 年度計畫檢討結果及 100 年計畫內容，建議先繼續追蹤，於健保局 3 月份提出報告後再解除追蹤。

(二)第 3 項追蹤係委員所關心之剖腹產率問題，健保局已提供台灣全民健保剖腹產適應症資料(詳第 12 頁)，但是各國資料部分，受限於資料來源，健保局將洽請台灣婦產科醫學會協助，建議有進一步處理情形後，再解除追蹤。

(三)第 4 項追蹤是本會與健保局共同檢視業務執行報告之財務業務表格，是否有修正之必要，將併 4 月份健保局專題報告時，一併檢討辦理。

(四)第 5 項係衛生署所交議全民健康保險法施行細則修正

案，本會委員之意見已陳請衛生署鑒核，建議解除追蹤。據瞭解，衛生署業於 2 月 17 日進行條文預告，以收集各界意見。

(五)第 6 項 101 年度健保業務計畫及預算草案、及第 8 項 DRGs 報告案等 2 案，係請健保局於本屆委員聘期屆滿前提報，因都已列入本次會議之專題報告，建議於報告後解除追蹤。委員桌上並備有業務計畫之補充簡報等資料。

(六)第 7 項地區醫院日形萎縮，建請衛生署委外研究，瞭解其是否影響民眾就醫權益，並尋求解決之道乙案，衛生署已提供研究計畫成果，該研究成果之建議事項列在會議資料第 114 頁的附錄 3，請委員參閱。

二、請各位委員翻回第 8 頁，報告事項第 2 項全民健康保險法修正案業經總統於 100 年 1 月 26 日公布，全案資料請詳閱第 92 頁附錄 2。

劉主任委員見祥

請問各位委員對剛才的報告有無意見？

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

一、衛生署於 2 月 17 日公告全民健康保險法施行細則修正草案預告，也有行文給相關協學會提供意見。到目前為止，有些協學會有意見，希望本案暫緩解除追蹤，等有結果出來，監理會通案瞭解後，再解除追蹤。

二、第 185 次委員會議地區醫院日形萎縮案，雖然衛生署 99 年度有委託台灣社區醫院協會探討這個計畫案，但這是經費非常少的計畫案，只有 3 家小型醫院及醫學中心的垂直整合模式，家數尚不及三百多家醫院的 1%，要以此研究結

果來推論整個計畫，而將本案解除追蹤，個人認為應該是不大適當。若一定要解除追蹤的話，建議主席要求落實健保法第 33 條，確實落實分級醫療及轉診制度。再過幾天，健保施行將屆滿 16 年了，健保法第 33 條到現在都沒有落實，請問要如何解除追蹤。若本案要解除追蹤，應該決定健保法第 33 條何時辦理。

三、地區醫院日形萎縮問題解決之道，應該是監理會來委託，既然有經費做經濟弱勢者醫療利用及其健康狀態分析的研究，這個議題，應該也可以由監理會委外來分析才對。建議應該繼續追蹤。

劉主任委員見祥

第 5 項全民健康保險法施行細則修正草案，已交付本會表示意見，本會也已將委員意見陳送衛生署。按監理會現在的功能來看，本會委員意見已送署核參，程序已完成，衛生署也已完成預告，各相關學會或國人有意見，都可向衛生署提出。以監理會的立場來看，幕僚建議解除追蹤是合理的。這部分大家是否有意見？相信衛生署正式公布修正條文時，也一定會函知監理會的。本案解除追蹤。

干委員文男

第 11 頁地區醫院萎縮案，已討論很多次，現在要探討的是，對研究成果有無意見，若有意見，則看將來要如何改進，並據以研擬下次的提案，這個案子不要一直沒有辦法解除追蹤。若是對研究結果不滿意，也建議先讓這個案子解除追蹤。解除追蹤不代表告一段落，繼續拖下去也不等於解決。等到下屆或下個月後，若是仍沒有動靜，再提出新的案子。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

不論對或錯，我們都要正面的來了解，會議資料第 114 頁只有摘錄一段研究建議，為何未摘錄出研究結果。研究建議內容如下：本節將根據實證研究之結論，提出下列建議：

- 一、第 1 點「落實『全民健康保險法』第 33 條（二代健保法第 43 條）—分級醫療及轉診制度」，我們是否會覺得很不好意思？現在大醫院被流感病患塞得滿滿的，等於是高危險群的傳染區域，患者不是會更嚴重？SARS 期間，高雄 3 家醫學中心中有 2 家醫學中心關門，患者只出不進，只剩地區醫院照護病人。還有，昨天召開的總額支委會會議，提到地區醫院又關了 7 家。我們現在還沒有達到目標、理想，這個計畫只是小小的處理，只以 3 家地區醫院及 3 家醫學中心當模型，邀請消費者及對健保有深入瞭解的人做討論，所寫出的報告。
- 二、第 2 點「依醫院功能與定位，改革支付標準，如未依功能與定位收治實施之醫療項目支付給予打 2-3 折給付」，有很多要處理。
- 三、第 3 點「建立合理的藥價基準或多元藥價基準及協商機制」。
- 四、第 4 點「確實推動『醫院總額支付制度研議方案』第六章第一節之平衡各層級醫院發展總額配套措施」，向委員報告，健保局現在是有初期照護的操作型定義，但還沒有次級照護的定義。
- 五、第 5 點「預防勝於治療—疾病防治、公共衛生服務整合化、社區化、在地化」，意思已寫得很清楚。
- 六、第 6 點「建立並落實醫學中心及區域醫院急診檢傷三、四、五級病患下轉機制」，現在沒有次級照護，我感到非

常痛心。

- 七、第 7 點「建立並落實亞急性、急性後期病患下轉之照護機制」。
- 八、第 8 點「於醫院評鑑中，也應訂立區域醫院三大任務指標」。
- 九、第 9 點「擴大並鼓勵北、中、南、東推動醫學中心與地區醫院醫療資源垂直整合試辦計畫，並對參與醫院給予健保支持」。
- 十、第 10 點「鼓勵醫學中心與地區醫院醫療資源垂直整合，並給予參與醫院健保額度支持」。
- 十一、第 11 點「強化宣導民眾正確的就醫認知與合理限制非必要跨區就醫及過度使用健保資源之行為」。
- 十二、種種事情，真的非常多，不只是這樣而已。
- 十三、健保局的初級照護有資料，但次級照護卻沒有操作型定義，請問，這種是否要追蹤？一定要追蹤。

蘇委員錦霞

本案是委外研究，研究既已完成，建議應該解除追蹤。若對研究結果有意見，可另案要求健保局提出改善計畫，案子一樣是持續追蹤的。謝委員意見也是希望能夠持續下去，就研究結果部分，希望健保局提出一個新的改善方式。本案建議解除追蹤。

盧委員瑞芬

本人與蘇委員意見一致，針對第 7 項，案由既為建議委外研究，目前研究已完成，應解除追蹤。對研究內容的建議，應另案討論，再請健保局、衛生署回應。

劉主任委員見祥

感謝謝委員所帶領社區醫院協會進行研究，以及各位委員提出意見，相信謝委員在結論之後，應有後續的研究建議。這是衛生署醫事處的研究案，現在初步研究結果已經出來，雖然經費不足，但是謝委員他們非常努力。建議從研究結果來檢視，是否另案提委員會討論。謝謝各委員及謝委員的寶貴意見。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

- 一、個人有某方面的堅持，應該是監理會委外研究才對，而不是衛生署醫事處委外，這是我感到質疑的地方。既然經濟弱勢者醫療利用及其健康狀態分析可以委外，為何當時這個議案不委外？
- 二、轉診制度施行方案，究竟應該是由衛生署醫事處撰寫？或是要由健保局撰寫？個人感到懷疑。我是不太能夠接受本案解除追蹤。

劉主任委員見祥

謝委員的意見可以瞭解，但是地區醫院萎縮案，不只涉及健保，與衛生署也有關。雖然每個人對研究結果的看法不見得一致，但從監理會立場來看，本案可以解除追蹤。謝委員若有更具體意見，可以另立新案。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

在費協會也有委員提出地區醫院從幾百家減少到現在的三百多家，本計畫只有 3 家地區醫院和 3 家醫學中心的整合，研究對象只有不到百分之一的醫院，要解除追蹤，好像怪怪的。

盧委員瑞芬

謝委員關心的議題比較宏觀，但就「案由」本身來看，本案已經符合解除追蹤條件，謝委員後續關心的問題，建議另案處理，相信會更詳細，更能充分表達。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

本案若解除追蹤，以後又要找錢來做研究計畫，可能又會說沒錢，健保局現在標示在電腦上的計畫有 4 案，我們有在注意，也在尋求各種可能。若這個案子能繼續追蹤，應該可以要求衛生署編列相關預算，再深入探討研究才對。

盧委員美秀

- 一、地區醫院日形萎縮，建請衛生署委外研究乙案，研究已有結果，應提出具體建議。本案已完成本委員會職責，應可解除追蹤，但宜建請衛生署針對研究結果所提之建議，加以回應，並積極處理。
- 二、這是研究案，可以請研究者到會報告，若是選樣具有代表性，則有參考價值。這次會議，也列有 DRGs 的報告資料，地區醫院的問題還不小。現在民眾有就醫選擇權，若地區醫院醫事人員及設備夠好，不用強迫，民眾自然會選擇就近之地區醫院。究竟要不要將台灣的醫療定位為自由市場，也是大家該考慮的。

劉委員玉蘭

就第 185 次會議的「案由」來看，本案是可以解除追蹤。謝委員關心的問題，報告亦有敘如落實健保法母法的轉診就醫制度等，可以請學者或是衛生署等主辦單位到會報告，看是否可短期內實施，或需要補充內容。若是來報告的話，就可以繼續追蹤。

干委員文男

本計畫主要是取 3 家醫院的資料，取樣太少，取樣是否具有代表性？請教謝院長，這些文字是真的研究？還是敷衍？若是真的研究，等下次有新預算時，再爭取新預算，進行更深、更廣

的研究，提供給衛生署的研究結果，取樣太少，不足以代表全部。建議本案解除追蹤，將來若要提案，用臨時提案也可以，要本人連署，也沒有關係。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

一、其實，本案若要解除追蹤，應該叫衛生署醫事處報告，社區醫院協會沒資格報告。

二、關於取樣及建議方向，內容絕對正確，有請教過在場很多委員。

劉主任委員見祥

本案已多元討論，尊重各位委員意見，予以解除追蹤。未來，若有相關研究或有具體建議，可以另提新議案，到時大家再一起討論出更好的方向。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

建議應該請衛生署醫事處進行研究計畫報告，且要有下一次的
研究方式後，再解除追蹤，這樣比較能夠接受。

劉主任委員見祥

一、本案 1-5、1-7 兩項依多數委員意見予以解除追蹤。

二、其餘准予備查。

「100 年 1 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

請問各位委員有何意見？

干委員文男

- 一、請問南山人壽的員工為何沒有保險？這些人跑到哪裡去？
南山人壽是很健全的公司，為何會這樣？
- 二、最近的流感很嚴重，醫院的病床都不足，以前病床數就不夠，現在更嚴重。前幾天，曾因手傷去醫院縫合，發覺醫院人滿為患，走廊上擠滿人，不知這些醫院是否有處理流感的臨時因應措施，例如病人打針之後，是需要住院，還是儘快疏散病人的措施。就像謝院長所說的，醫院是大雜燴，病人會相互傳染，是很大的汙染源。不清楚這個問題有沒有被解決，我們看到的情況是問題非常嚴重。
- 三、報告第 19 頁違規查處，終止特約 3 家次，終止特約對醫療院所而言等於是宣布死亡，還會有這種情況發生，原因為何？
- 四、報告第 36 頁，中醫醫療品質指標是否部分數據有誤？請說明中醫傷科病患 7 日內同時利用西醫復健比率的「指標分母變小」的計算方式。
- 五、上次會議曾提出使蒂諾斯(stilnox)問題，政策是否正確？有無進行研究？不要只是說說而已，健保局幾次報告都講得不清不楚。案件減少幾萬件，其實並不是減少，只是換藥或是改為二次掛號，浪費病人的掛號費及時間。

葉委員宗義

報告第 15 頁營運資金餘額運用情形，本期資金來源總額之利

息收入為 300 萬元，利息支出有 7,900 萬元，兩者相差一大截，估計一年約差 9 億多元。備註 2「截至 100 年 1 月 31 日短期融資餘額為 1,220 億元。」請問健保局的融資利率到底是多少？借款利率是否很高？個人昨天參加勞退基金會議，該基金有 1 兆 2 千億元，借給銀行及大公司，但是利率很低，若實務上可行，健保局不妨不要向銀行借款，直接向勞退基金借錢。

蘇委員錦霞

報告第 28 頁其他部門總額與同期比較，都有下降，但洗腎成長率卻這麼高，應該要持續關心這部分。特別是西醫基層的件數成長率高達 6.54%，是否因為病人都轉到基層？有無浮濫？

柯委員綉絹

一、報告第 10 頁各級政府應負擔保險費補助款收繳狀況，總計未收 802 億元，主要是地方政府欠費。中央政府未收 45.34 億元，備註 2 說明，係 99 年度中央對於一定所得以下民眾健保費率調整差額補助，為新增計畫案，分配於 100 年 3 月撥付，健保局提出說明，非常好！請問台北市、高雄市及新北市政府的欠費還款計畫執行情形如何？希望能於備註中說明，讓委員們放心。

二、備註 3「臺中市政府及臺南市政府適用及桃園縣政府準用全民健康保險法第 27 條第 1 款第 1 目、第 2 目、第 2 款、第 3 款、第 5 款關於直轄市之規定，自 100 年 1 月 1 日生效。」這部分是上次滕委員所提關心未來可能會發生的欠費。希望這 3 個新增（準）直轄市，未來不要有欠費情形發生。

三、報告第 8 頁 2.(2)之「99 年度結算未收數及 100 年 1 月份未收數，尚未逾法定繳納期限。」亦可一併放在表 7 之備

註，說明哪些逾法定期限，哪些未逾法定期限。

戴局長桂英

- 一、請本局各單位主管用最簡短方式回答，若回答有所不足，則事後提供書面資料。
- 二、委員對於使蒂諾斯(stilnox)之政策有意見，建議下次安排專案報告。

鄧組長世輝

針對媒體報導南山人壽新聞案說明，基本上，南山人壽屬健保投保單位，按健保法規定，由投保單位認定及申報，保險人再受理。但是投保單位與員工有僱傭認定的爭議，要由勞政單位做認定。南山人壽案前後已多次提出勞、健保爭議，由產業工會或公司內員工個人提出認定，勞政單位認定結果前後有改變。最後一次，是 99 年 6 月認定，認為應回歸由公司與工會員工做妥善溝通。據瞭解，南山人壽有就勞保部分提出訴願，健保局會比照勞保局現行做法，若健保有轉出，但勞保未轉出，會要求回復健保身分。若是南山人壽有異常轉出，會要求做說明或附離職證明，並且會定期做比對查核。若屬不當轉出，且勞保身分還在，健保會回溯認定，不會影響其健保之就醫權益。

賴專門委員立文

- 一、全民健康保險營運資金之利息收入，主要是短期資金運用收入，由於健保財務是採隨收隨付制，安全準備已用罄，錢收進來後，隨即用來支付醫療費用，只有在錢剛進來尚未支付醫療費用期間做短暫運用，如買入短票，因此，利息收入不多。利息支出，最主要是借款利息，利率約 0.7% 左右。地方政府欠費加上週轉金約 1,200 多億元，利息支

出約 7 千多萬元左右。健保局借款做法，是年度開始前，先開資格標，看看當年借款額度大概需多少，在該額度內由各銀行參加競標，以初級市場商業本票相當天期平均發行利率當基準，由各銀行再減碼，減多的銀行優先得標簽約。健保局正式借款時，再邀請得標簽約銀行比價，比價基準是減碼幅度不得低於原先減碼幅度，只能往下減，不能再往上加，目前借款年利率約 0.7% 左右。

- 二、政府補助款部分，目前有台北市、高雄市及新北市 3 個政府欠費，均已提出還款計畫，99 年也都依計畫落實還款。委員建議將說明文字放在表格下面的備註，健保局將配合辦理。

黃副局長三桂

第 19 頁違規查處有 3 家次院所被終止特約，第 1 家為台北市某牙醫診所，違規原因為容留密醫；第 2 家為台北市某眼科診所，在違規停約期間尚用別人名義申報費用；第 3 家為台東縣某衛生所，因多刷健保卡超過健保違規金額相當比例，也被終止特約。

蔡組長淑鈴

- 一、說明基層診所的洗腎成長率較醫院高的原因，基層與醫院的洗腎中心任務不同，醫院肩負有緊急洗腎，這也是醫院洗腎中心的主要功能。至於長期洗腎病人，醫院若床數夠，會將病人留在醫院；若是不足，則病人會回到住家附近之基層診所洗腎。因此，長期洗腎病人多數會在基層診所；醫院照護的病人通常是流動性的。這幾年來，穩定的洗腎病人主要到基層診所，可近性高，離住家也較近，病人 2、3 天洗一次較方便。

二、最近流感較多，致使醫院急診較壅塞，是否造成醫院病床調度出現問題，健保局業就大醫院檢傷分類進行分析，發現約 28%病人，是第 4、5 級之非急診病人看急診。至於有多少是流感病人，還有待判斷。有些流感病人經醫院處理後，也是可以回家，若是嚴重需要住院的流感病人，係由醫院依照優先順序做判斷及處理。截止目前為止，尚未有因流感造成的問題。此外，因為流感產生併發症，例如冬天氣溫驟高驟低，造成病人慢性病發作，也是急診壅塞的原因。

戴局長桂英

- 一、衛生署上星期已啟動署立醫院及大型醫院開辦類流感門診，紓解急診病患。
- 二、關於中醫醫療品質指標的中醫傷科病患 7 日內同時利用西醫復健比率之「指標分母變小」乙事，牽涉更細節操作問題，於會後由醫審及藥材組同仁向委員報告。

劉主任委員見祥

健保局表示將對使蒂諾斯(stilnox)另案報告，委員其他意見都已經做說明，相關數據部分，稍後請健保局同仁向委員說明。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

- 一、報告第 56 頁全民健康保險醫院總額層級別醫療申報點數占率，從 95 年至 99 年間，有的是成長很大，有的是一直下降，這就是剛剛在探討地區醫院萎縮案時，我們很堅持請大家要繼續探究的原因，我們委員是不是應該用更關懷的心來處理這件事？本人以後講話要輕聲細語，用別人聽不到的聲音來講話，因為有人反映我在監理會、費協會大

小聲，很兇，讓我不知該怎麼做，很難做人。剛剛干委員也提到，現在整個急診室就像大雜燴一樣，是感染的交換中心，這一定要處理。從健保開辦到現在，地區醫院占率從 33%降到 18.35%，接近一半的百分比，這是很可怕的。大陸現在是全力在推動社區醫療，盧老師曾在香港教學過，應該很清楚。台灣現在卻是社區醫療在萎縮，這是很可怕的事。希望健保局下次報告整個萎縮的原因，就用這個統計表來報告，時間從 84 年到 99 年，會更清楚。

二、關於洗腎部分，去年洗腎減少 4 千多人，現在又增加將近 3 千人，健保局推動 pre-ESRD，不知是否有效果？

三、過去曾呼籲很多次，許多委員也贊成我的看法，楊署長在任時，曾指示醫療核心業務不得外包，但目前還是有很多洗腎耗材公司承包醫院的洗腎業務，很多家醫院及診所外包，希望健保局深入調查，因為這會造成健保醫療支出增加。健保局很多案件移送檢調，例如移送台南地檢署處理，可以考慮將此類案件送檢調單位處理，不知為何要給耗材公司控制健保洗腎費用。

滕委員西華

一、報告第 82 頁二代健保法通過後，應辦理之前置作業有這麼多，請教有無預估要花多少經費，上次審查計畫時，並未看到這部分的經費。

二、這屆監理會提過很多次二代 IC 卡的議題，雖然這次健保法修法對存放內容有規範，但並未規範使用方式。監理會對 IC 卡的使用有相當多期待，請教健保局在規範作業時，有無同時考量？還是局裡有規劃進度？能否提出？

黃副局長三桂

關於二代健保之前置作業經費，健保局各單位提出 100 年度新增經費約 1 億 5 千萬元，主要是財務組部分，101 年度約需 13 億元，主要也是在財務組，為補充保費收繳所需之相關行政作業費初估費用高達 11 億元。這些是初估數，尚待最後作決策再定案。

王組長怡人

關於 IC 卡的存放內容及未來運用，二代健保法有授權訂定全民健康保險憑證管理辦法，健保局未來會研擬相關辦法報署核定。關於 IC 卡的功能改善計畫，過去曾經在貴會報告過，並參考各位委員及相關單位意見修正。本次立法院修法時，立法委員也提出若干意見，健保局與相關單位溝通後，預訂 3 月份會再修正計畫報署。

干委員文男

報告第 83 頁「實際從事農業工作者申請參加全民健康保險認定標準資格辦法」，請問現在的標準與以後的認定標準，是否不同？還是要重新再來認定一次？希望能讓我們知道。

鄧組長世輝

有關實際從事農業及漁業工作者申請參加全民健康保險認定標準資格辦法需修正部分，是針對補充保險費的認定標準。外籍漁工部分，二代健保法有放寬規定，僱用外籍漁工未滿 5 人且實際從事漁業之僱主，得繼續維持漁會會員資格以第 3 類被保險人身分加保，故認定辦法要做調整。只要漁政主管機關未變更漁民身分，大致上健保身分也不會做改變。

何常務理事博基（李委員明濱代理人，書面意見）

一、剖腹產率不下降的理由：

（一）醫學上之理由外（議程資料第 12 頁），總生育率下

降、產婦年齡、醫療訴訟，以及應母親要求的選擇性剖腹產(Cesarean Delivery on Maternal Request, CDMR)等社會文化因素，均可能影響剖腹產率。

(二)台灣女性的延遲生育、全球最低的總生育率，加上全球少見以「民法加刑法伺候的不友善行醫環境」，可能是台灣高剖腹產率的主因。

(三)2007年台灣及台北市生育平均年齡已高達29.5歲及31.68歲，如果下列條件無法排除，則想降低剖腹產率將是緣木求魚：

1. 未來台灣的女性「32歲才結婚，35歲才生育」。
2. 媒體仍以「庸醫誤判，害嬰腦麻」來報導生產不良事件。
3. 未來台灣醫師落實行政院「婦女權益促進會」所要求的「充分尊重女性的就醫權及自主性」。

(四)簡單說明部分國家剖腹產率，例如紐西蘭24%，盧森堡、瑞士、德國大於27%，韓國、澳洲超過30%，義大利39.4%；而美國剖腹產率達34%者有7州，其中，佛羅里達及新澤西州更分別高達36.1%、37.4%。但數十年來，各國卻少有醫療訴訟。

(五)高齡與人工生殖多胞胎產婦增加（蔡組長提過）。

(六)醫師之專業判斷，為了獲致母嬰最佳結果為目標之基礎之上，因此，最佳剖腹產率應依個人和社會狀況，視時空及族群而異。

二、總之：

(一)在訂定台灣的適當剖腹產率上，要一味要求降低剖腹產率，應是不適當的。

(二)醫界會儘量宣導醫師以自然產為優先，會自我控管與輔導。

(三)比較 OECD 會員國與台灣剖腹產趨勢。

附表 OECD 會員國台灣剖腹產率趨勢表

	90 年至 98 年成長率
台灣	0.67%
澳洲	20.72%
德國	29.45%
美國	27.46%
丹麥	30.23%
義大利	11.92%

劉主任委員見祥

一、委員所提意見，健保局均有充分說明，本案因時間關係，進行到此告一段落。

二、本案作以下決定：

(一)請健保局以全民健康保險醫院總額層級別醫療申報點數占率統計表為基礎，分析地區醫院萎縮原因。

(二)委員對於 pre-ESRD 之執行成效及醫療院所核心醫療業務外包是否移送檢調等問題之意見，送請健保局參考。

(三)餘洽悉。

【附件 3】

「『健保協助弱勢族群措施及執行情形』專題報告」之與會人員
發言實錄

劉主任委員見祥

- 一、本報告是例行性的，考量時間因素，所以請各位委員帶回去參閱，若有意見，會轉請健保局補充說明。
- 二、本案准予備查。

【附件 4】

「『經濟弱勢者醫療利用及其健康狀態分析』研究成果專題報告」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

非常感謝龔老師的報告。這篇委託研究報告之規模，與健保局的研究計畫相較，實在是非常小型。監理會事先有將龔老師的報告提供各位委員參閱，不知各位委員是否有想請教或討論的地方。

劉委員玉蘭

- 一、研究報告結果顯示，我們提供的協助弱勢民眾消除就醫障礙的措施有成效，非常肯定研究報告。
- 二、研究計畫若能將研究對象的眷屬納入，成效可能會更顯著。若能取得健保局被保險人的資料，應該就能一併取得眷屬的資料，很遺憾研究者在研究之初未考慮到這點，不知後續研究是否會將此納入？
- 三、會議資料第 42 頁第 4 點的推論似乎有問題，不同時間所作的所得彈性，絕對不一樣，本研究以 1994 年所得彈性資料進行回推，認為健保協助方案對經濟弱勢族群之所得影響效益視同增加 10 倍或 23 倍所得，這個推論可能會有問題。建議不能這樣推論，若依此推論，那投保金額為 1 萬 7 千元，假若增加 10 倍，則變成 17 萬元，並不合理。所以，若報告還沒有完成，這部分應該稍微修訂。以上意見提供研究團隊參考。

滕委員西華

- 一、非常謝謝龔教授，用那麼少的經費，卻能做出這麼有意思的研究。

- 二、我想請教兩個關於研究對象的問題，第一，2007 年申請加入的兩個條件，而且不為低收入戶的人數，是指他們曾經申請，全年都一直按期攤繳？還是曾經申請分期，但不一定持續按期攤繳？第二，研究對象的變項有健康狀態分析，包括重大傷病、精神疾病、癌症治療、透析等，都有重大傷病證明，我想重大傷病證明與其他變項是否有互斥？因為屬歸人的檔案，如此分類，是不是因為重大傷病的申請，與其他變項是互斥？或是研究對象當中有無領有兩張重大傷病卡之人？
- 三、日本這幾年，因為工作貧窮產生的問題，也開始去分析國民的國民健康保險利用情形，以臺灣的情形來說，是指被控卡或無力繳納保費者的就醫情況。日本分析的就醫率與龔教授的研究結果，剛好相反，這些工作貧窮者或近貧者的就醫率顯著低於一般人，所以，我推測龔教授的研究對象，可能沒有納入菸捐保費補助的族群或未能歸戶有關。從人口學特質來看，即資料第 32 頁，依主計處公布的資料，台灣 9 百萬名勞工中，有 4 百萬名勞工的平均月收入在 3 萬元以下，其中有 104 萬人在 2 萬元以下。從龔教授研究的人口學特質中，我們相當程度發現到 2 萬 2 千元以下的這群人，若是屬於經濟弱勢，則跟工作貧窮人口是相當接近的。如果是 17,280 元的這群人，以台北市的標準來說，可能達到分類五級裡面的低收入戶的標準。但是研究對象在 3 萬 6 千元以上的人有 2.3%，雖然不包含眷屬的欠費，但這應該可以提供給衛生署，於將來修訂經濟弱勢定義時參考。
- 四、去年健保費率調漲到 5.17%，政府對投保金額在 4 萬 2 千

元以下者，提供保費補助。可是我們對經濟弱勢的定義，有不少對象的投保金額是落在 3 萬 6 千元以上，更有 0.6 % 的人是落在 4 萬 5 千元以上，這確實非常有趣。這個人變窮了，可是他的投保金額卻沒有改變，還是說這整個制度都有問題。假設這個人有眷屬，每位眷屬還是以 4 萬 5 千元的投保金額投保，但這個人的經濟實質情況，是可支配所得下降，也就是說，他的投保薪資雖然沒有改變，但是因為他的家庭結構發生改變，或許因此讓他變成經濟弱勢。我附和龔教授的建議，應該以歸戶後的資料為研究對象，再進行分析。

- 五、研究對象中有 10% 落在 24 歲以下，這相當驚人，我們擔心健保財務收費情況沒有改變的話，可能會有世代貧窮的問題產生。若從薪資來看，世代貧窮或工作貧窮的問題，可能會對將來的保費收繳率造成影響，會使健保呆帳或滯納金提高，我想衛生署與健保局應該要嚴肅看待這個問題。
- 六、從健康狀態分析的就醫次數利用率來看，假設是因病而貧，申請後疾病嚴重度變高，疾病的進程是進行當中，並不是停滯，則有可能他是因為生病無法工作，而變成貧窮，繳不起保費，經申請變成經濟弱勢族群，辦理紓困申貸或分期繳納之後，所以健康狀況會變得比較嚴重。若是因貧而病，就醫率的改變，會不會和日本的資料一樣，是明顯的降低，因為已經沒有錢，當然無力支應醫療費用。若是因病而貧，則納入分期之後，因為可以持續就醫，故就醫率會有明顯的改變。目前的健保體系，有許多人就是因為要就醫才去辦分期，繳交一、二期的費用且看完病後，又繼續欠費，所以，我剛剛才請教這些人是否持續欠

費。研究對象的醫療利用率，因為腫瘤、癌症、精神病、透析比例很高，所以，利用率會上升，這是我比較好奇的部分。

- 七、會議資料第 41 頁討論 2 提到，因為經濟弱勢族群在財務得到舒緩後未就醫比例大幅降低、各機構就醫比例皆增加。若是這樣，請問是否可以如此解釋：因為就醫需求增加，所以有助分期繳費正常化，也就是這個需求促使他繳費，推論這個措施會使得民眾的就醫可近性增加。我想可能不只是這樣，若真能促使他的繳費更進一步正常化，方案的效益可能有不同的解讀。

盧委員美秀

- 一、有關「經濟弱勢者醫療利用及其健康狀態分析」研究報告內容，若能將「經濟弱勢者」加以定義，並將眷屬包括在內更佳。
- 二、研究目的三「以健康指標衡量經濟弱勢族群之健康狀況」，若能呈現該族群的健康狀況及對各種疾病的罹病率，較符合研究主題之題意。

盧委員瑞芬

- 一、謝謝龔老師，報告非常詳細，有幾點想要請教。
- 二、針對篩選樣本的过程分成幾個族群—經濟弱勢、紓困申貸跟分期繳納，建議可以先說明定義。我剛才嘗試計算經濟弱勢是否同時涵蓋紓困申貸及分期繳納，不知道兩者是否有交集或聯集。
- 三、個人認為，紓困申貸其實是幫忙購買醫療可近性，本來是沒有辦法納保，後來可以納保。從看疾病嚴重度變化來看，以前沒有辦法就醫，所以，沒有辦法診斷出疾病，等

到有辦法就醫時，才有辦法診斷及瞭解疾病嚴重度。

- 四、請問研究方法是每個個案做前後比較？還是兩個族群去做前後比較？
- 五、在選樣部分，請問怎麼去檢測個案實質上的疾病嚴重度變化？我覺得研究健康程度非常困難，大概只能做疾病的罹患情形，事實上若用 ICD-9-CM 分析，ICD-9-CM 碼有時候是為了 rule out，即排除可能性，而不是確診(confirm diagnosis)，建議這部分，應該亦列入研究限制。
- 六、另外，呼應剛才劉委員提到的所得彈性，姑且不論是哪一年的研究，這樣的推論其實是不太合理，因為此研究最主要，是看經濟弱勢者的就醫可近性是否有改善。不需估計實質所得增加，我覺得這個部分，其實還是在強調是不是因為紓困方案，才有辦法去看病。

劉主任委員見祥

謝謝四位委員的意見，請龔老師簡單說明。

龔副教授佩珍

- 一、首先，非常感謝各位委員給我的指教及非常寶貴的意見，現在一一回復剛剛幾位委員的提問。
- 二、有關眷屬部分，先向委員說明資料庫取得過程。本研究是透過監理會，向健保局取得資料，有保費及滯納金分期攤繳，與紓困基金貸款這兩群人，研究對象是在 2007 年有申請者。研究最後階段，還有召開專家學者會議。由於擔心研究對象取得資料的時間與可就醫的時間有落差，故當初在請健保局提供資料時，特別請健保局釐清研究對象，健保局提供的資訊是，從個案提出申請到核准，僅需 2 天左右。我們就以 2007 年有申請的這群人為研究對象，至

於他們之後的繳費情形，並不是我們研究的重點。

三、我們以 2007 年新申請者為研究對象，因為這兩群人都是我們的研究對象，申請門檻較低的是保費及滯納金分期攤繳，門檻較高的是紓困基金，在每個表格的經濟弱勢族群部分，就是把這三個族群加在一起，總人數是 49,275 人，其中紓困申貸 1,980 人，分期攤繳 47,201 人，兩種都申請有 94 人。在第 32 頁人口學特質部分，三個族群加在一起，就是研究對象，三者沒有重疊，因為我們認為最弱勢者，就是兩種都申請的人，相對比較不弱勢的人，是屬於分期攤繳這群人。

盧委員瑞芬

假設有人因為沒有健保而沒有辦法去看病，那申請前的疾病嚴重度是否記為零，因為並無任何診斷記錄（疾病嚴重度的改變會有高估情形）？

龔副教授佩珍

一、由於資料限制，我們無法取得之前幾年的資料，僅能以申請前的 2006 年及申請後的 2008 年的資料做分析。從申請到核准的時間很短，大概兩天左右，所以，我們用申請日期，以每一個人的一年前與一年後為觀察期，用健保資料庫的醫療利用檔，去歸他的疾病嚴重程度。對於沒有就醫的這群人，有另外獨立出來，他們疾病嚴重程度是零，因為沒有任何就醫的資料。

二、不好意思，回答有點凌亂。非常謝謝盧教授等專家給予指導，可以讓我們的研究作得更詳實。另外，剛剛委員提到重大傷病跟身心障礙部分，其實我們的資料全都來自健保資料庫醫療利用的檔案，重大傷病跟身心障礙，的確會有

重疊，但是當我去分析重大傷病時，只看有重大傷病碼的人，也許當中有些人同時有兩種身分，在分析時，兩個健康狀況都會放進去。順便跟委員報告，健保資料庫中不一定每次都有重大傷病或身心障礙的註記，但是我們分析資料時，只要研究對象曾有註記，就將之歸成是有重大傷病或是身心障礙者的身分。

三、剛剛委員提到有關眷屬部分，這也是我們整個研究在擷取資料及撰寫報告時，很大的遺珠之憾。研究時發現，有 6,000 多人是我們認為他們有需要才去做紓困，但申請後卻沒有任何醫療利用，我們推論也許就是他的眷屬部分有需要，但是因為一開始在申請資料時遇到一些瓶頸，沒能將眷屬部分納入，後來我們也發現到，沒能分析到眷屬部分，真是很大的遺憾。謝謝委員給我們這樣的指教，希望後續的研究，能把眷屬分析進去。至於剛剛委員提到第 41 頁繳納欠費是否正常部分，誠如剛剛所報告，比較沒辦法進行後續瞭解，因為我們只是確認研究對象，直接去撈取他們的醫療利用，我們比較著重在醫療利用部分，至於之後的繳費狀況，我們就沒辦法進一步分析。

四、若有未完全回答之提問，會事後再向委員做進一步解釋，不好意思耽誤大家太多的時間，再一次謝謝委員，也謝謝盧院長。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

- 一、非常感謝龔教授很認真做研究，我們是屬於醫療界的，有些問題想請教。
- 二、會議資料第 34 頁急診的醫療利用，科別第一名是復健科，覺得有點奇怪。

- 三、請問研究對象在申請前的費用是自己負擔？或是由誰負擔？
- 四、會議資料第 34 頁急診醫療利用，申請前平均每人急診費用是 805.7 元，申請後為 984.2 元，請說明原因。會議資料第 35 頁門診醫療利用就醫科別之順序為放射科、洗腎科、神經外科，放射科列在最前面的原因為何？申請前平均每人門診費用是 4,898.2 元，申請後為 9,935.3 元，幾乎相差一倍，原因為何？會議資料第 36 頁住院醫療利用，就醫科別第一名也是放射科，請問都是使用在哪裡？第二名是牙科，研究對象是都到診所看病？還是到醫院去看較嚴重的病？亦請說明平均每人住院費用由申請前的 7,047.5 元增加為 10,164 元的原因。

龔副教授佩珍

- 一、謝謝委員！首先，跟委員報告，不管是急診、門診或住診科別，我們都是依據健保資料庫中的門、急、住診檔案的 ICD-9-CM 主診斷碼去歸類，所指改變比率的倍數，是指申請前與申請後改變比率最高的科別，不代表是當年度就診最高的科別。這群人在申請紓困方案前後，增加比率最高的急診就醫科別是復健科，增加了 3 倍。
- 二、其實，以每人醫療利用次數而言，復健科的利用次數並不是很高。我們對門診或住院放射線科的推論為，想要釐清一些主要疾病的檢查，所以增加的比率比較高。
- 三、關於醫療費用的計算方式，列在每個表格的最下面，有列出分子及分母，字體很小，非常不好意思。
- 四、我們在每個表格的右邊有列出一般民眾及低收入戶的資料，因為我們想看在同一時間、相同的科別，他們的門診

量或門診的經費差異。分母為全部的低收入戶，有少數人在這段時間沒有就醫；分子是這群人在這段期間的就醫人次及發生的醫療費用，即每一個人在這段期間的平均醫療次數或是平均醫療費用。

五、關於盧院長所提到的配對(matching)方式，其實我們兩種方式都有分析，整體門、急、住診科別及疾病別部分，我們是計算平均每一個人。我們也有將資料進行歸戶，發現有些人在申請前或申請後並沒有醫療利用，會議資料第 38 頁備註說明醫療利用差異分析就是利用歸戶的資料，使用配對 T 檢定(paired-t test)，比較申請前後利用率的差異。

劉主任委員見祥

一、非常謝謝龔教授！本研究案監理會用非常少的經費委託，要求研究者要做期中、期末報告，又要求來委員會報告。各位委員所提的問題及意見，可供龔教授在後續研究，甚至要投稿時參考，做適當的處理。再次感謝龔教授的報告！

二、本案准予備查。

龔副教授佩珍

謝謝監理會提供寶貴的機會，給予我非常好的指教，謝謝！

【附件 5】

「『101 年度業務執行計畫及預算草案』專題報告」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

請戴局長說明。

戴局長桂英

這個報告案是依各位委員前幾次的提示，希望在本屆委員任期屆滿前的最後一次會議時，由本局預先提出草案。事實上，如果按原來的進度，這個月還趕不出來的，但我們盡最大努力完成草案。各位委員所提意見，將提供我們做為修訂之參考。謝謝各位！

滕委員西華

- 一、謝謝健保局的努力配合。會議資料第 48 頁 101 年度預算編列原則，保險費率是按 5.17%、4.91% 及補充保險費率 2% 分別預估，平均眷口數是分別按 0.70 人及 0.66 人預估。意思是以保險費率 5.17% 搭配平均眷口數 0.7 人，及保險費率 4.91% 搭配平均眷口數 0.66 人預估？還是說 5.17% 及 4.91% 各自用這兩個平均眷口數預估，這部分我不太懂，請教一下。
- 二、在業務執行計畫部分，我要呼應一下剛剛謝武吉院長所提的，以前幕僚作業都會事先將資料以電子郵件(e-mail)提供給我們，因為這次報告真的很多，若可以事先寄供我們閱讀，情況會比較好一點。雖然今天是最後一次開會，但還是要提出，不好意思，跟主席抱歉。
- 三、健保局 101 年度業務執行計畫（草案）補充資料，101 年度計畫重點有持續推動「全民健康保險門診高利用保險對

象輔導專案計畫」及推動「全民健保高診次保險對象藥事居家照護」計畫，我們都知道計畫成效確實不錯，健保局同仁非常辛苦，藥師公會對藥事居家照護的成果也是相當可觀，特別是食品藥物管理局也有補助部分經費，但這問題我們在監理會曾討論過非常多次，希望能從源頭管理，不要只是做亡羊補牢。

四、關於 IC 卡部分，剛剛企劃組王組長也提到，要修訂全民健康保險保險憑證管理辦法。費協會一方面是逐年增加高診次保險對象藥事居家照護計畫的費用，讓藥師去回收一些被浪費掉的藥，然後再銷毀，等於花了三次的錢，前段是保險給付的不當藥費，中間是給藥師公會幾千萬元的藥事居家照護計畫費用，後段是食品藥管物理局藥品回收花費之費用。當然，我們很感謝藥師公會，但是，這樣不是辦法。4 千 5 百萬元可以做很多事，錢花出去後，藥物回收後要銷毀，銷毀後還要花一部分錢處理醫療廢棄物，這其實很不好。我們說過很多次，藥師去居家訪視，又不能夠修改處方箋內容。如果可以，希望一併檢討這兩個計畫，因為 101 年才要實施，還有處理的時間。

五、再來，是強化落實無效醫療管控方案，對於末期病人而言，安寧療護當然非常重要，但是將醫療費用支付標準特定檢查資源共享試辦計畫放在無效醫療管控方案，怎麼看都覺得怪怪的，還比較像是提高醫療利用的效率，能不能說明一下，這是為了無效醫療，還是另外一個專案。

六、關於強化經濟弱勢民眾醫療協助，從上個月開始，就一直沒有報告的經濟弱勢民眾保費協助專題報告，還有二代健保修法通過後，應辦理之前置作業，有包括紓困基金與經

濟弱勢民眾補助相關辦法的修訂。還有今年 7 月份，我們的社會救助法已改變認定的標準，我剛剛有向祝委員請教過。所以，在強化經濟弱勢民眾醫療協助部分，再次提醒健保局，在 100 年 7 月甚至 101 年，應該要配合社會救助法，修訂相關規定，因為我們的標準太奇怪了。菸捐補助的標準，有全國標準，也有地方標準，其實會有一些人被漏掉，部分只適用臺北市而已，其他地方其實都不適用。如果可以的話，應該配合社會救助法的修訂，就經濟弱勢訂出一致的認定標準，才不會出現剛剛龔教授報告過的，投保金額有 4 萬多元的，7 萬多元的，都符合經濟弱勢補助或是菸捐補助標準，這個標準是混亂的。再次提醒健保局，在做相關標準的修訂時，應該跟國內其他法規作對照，以上建議。謝謝！

葉委員宗義

延續之前提到的利息問題，會議資料第 51 頁 101 年度保險總成本第 4 項，利息費用 18 億元，預估 101 年度平均借款 986 億 3,013 萬 7 千元，平均借款利率以 1.825% 計算。之前健保局回答平均借款利率 0.7% 左右，兩者怎麼會相差這麼多？競標的時候應該也不會達到 1.825% 吧！這是我的疑問。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

一、滕委員已經提過第 5 項推動「全民健保高診次保險對象藥事居家照護」計畫，我就不講了。第 7 項強化落實無效醫療管控方案，有提到要召開專家學者會議，研擬「無效醫療」之定義。我現在還是很質疑，學者專家，學的是什麼東西，專的是什麼東西，每次開會，我對這兩個字都壓力很大。健保開辦近 16 年，大家要好好深思熟慮，我希望

無效醫療的定義要非常清楚。

- 二、還有第 2 點提到推動醫療費用支付標準特定檢查資源共享試辦計畫，從健保開辦到現在已經有 16 年，該改變的，就要做改變；該澈底處理的，就要澈底處理。建議增列第 8 點，舊健保法第 33 條及新健保法第 43 條的轉診制度，為什麼到現在都沒有辦法落實？為什麼這裡沒有提到一個字呢？這是不是對我們立法委員所制訂出來的相關法規，視若無物呢？

郭主任惠玲(蕭委員景田代理人)

主席、各位委員大家好，會議補充資料有關 101 年度業務執行計畫（草案）五、精進二代健保運作計畫重點 4，有提到補充保險費金融機構代收作業，有一些偏遠地區根本沒有銀行，我建議是不是可以考慮把農、漁會納進來。謝謝！

劉主任委員見祥

- 一、各位委員關心的會議資料提供的時效問題，因健保局是配合本會要求提前做報告，所以 101 年業務執行計畫（草案）資料，趕在今天早上才送到監理會。
- 二、本案決定如下：
 - (一)委員意見送請健保局研擬 101 年度業務執行計畫及預算案時參考。
 - (二)餘洽悉。

【附件 6】

「建議注重『預防重於治療』，俾讓國人免於將醫療藥品做為『藥補』之濫用錯誤觀念，以共同珍惜健保醫療資源案」之與會人員發言實錄

干委員文男

二代健保法已經通過，馬上有機會做變革，我們都知道醫療是健康的最後一個把關，我們何不用預防的手段去做前面的把關？不要讓所有國民認為，健保只會漲價而已，只要錢不夠，就提出修法案或是調整費率，就只會提錢，許多該做的都還沒有做到，即使有做也只有一點點，所以，應該從整個面著手，讓所有的社區鄰里都知道，有些事情是應該由他們自己本身做起。希望到年底前，要跟那些阿嬤、媽媽溝通，要真正落實觀念。一些知識分子想要知道或已經知道某些觀念，但本身卻無能為力，因為他們都是外食。希望能藉由這個機會，讓所有主管機關，不曉得是國民健康局還是健保局知道，許多政策要跟二代健保有配套。之前政府所做的，都只是後半段，前半段幾乎等於零。

劉主任委員見祥

就像干委員說的，預防重於治療，教育宣導應該持續辦理。在現階段，健保局在購買健康妥善運用資源方面是有一些措施，包括高診次保險對象藥事居家照護計畫、pre-ESRD 預防性計畫等等，有在推動預防保健及整合性照護。國民健康局有提供我們一些資料，讓我們知道他們其實也做了很多事。建議將提案及委員意見，送請健保局於未來制定或檢討相關計畫時，針對如何加強民眾對於預防重於治療的觀念，能跟相關單位討論，並落實在每一個健康照護計畫裡頭。

干委員文男

這個案子，雖然與健保局有關，但是健保局是執行最後的階段，最重要的環節是在國民健康局。

劉主任委員見祥

我們也送請國民健康局、健保局等相關機關。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

我很佩服干委員所提「預防重於治療」這幾個字，的確，我們從健保開始以後，到現在都沒有去做這一塊，這是我們要改進的地方。會議資料第 56 頁本會幕僚補充說明，健保局是很善意的說明做了一些事，但干委員的提案到現在應該有 2 個月了，為什麼我們監理委員會沒有要求國民健康局也要說明及提供相關資料，因為「預防重於治療」是國民健康局最重要的一環。

劉主任委員見祥

國民健康局提供的說明，放在今天發的補充資料裡面，我們都會將委員所提意見轉請相關單位說明。請各位委員看補充資料第 33 頁有國民健康局補充意見，第 37 頁是食品藥物管理局的補充意見，第 40 頁是健保局現有執行計畫。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

我剛剛沒看到這些，應該提早給大家看。

劉主任委員見祥

- 一、我們之所以會有補充資料之原因，就是會議議程資料寄出後，相關單位資料才進來，所以用補充資料的方式呈現。
- 二、本案決議：委員意見送請健保局、國民健康局及食品藥物管理局擬訂相關計畫時參考，以落實預防重於治療之觀念。

【附件 7】

「基於政府課責與信賴原則，建請健保局於一百年度開始，於每一年度四月底前，就前一年度全年保費收費明細表主動寄發給全體被保險人，或比照財政部無償提供民眾以自然人憑證，或經民眾臨櫃申請列印或存取其年度保費明細表，以昭公信」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

請滕委員說明。

滕委員西華

- 一、謝謝主席！提案內容已經寫得非常清楚，明年度開始會有補充保險費的扣繳，剛剛在業務執行報告時，健保局也說得非常詳細，提到有多項法規要訂定，尤其是補充保險費部分。另外，101 年度有編列 100 億元補充保險費收入。
- 二、補充保險費到底怎麼收，要不要結算，要不要多退少補，在母法裡面說得並不清楚，民眾可能不像現在這樣，可以依照自己的投保金額，直接計算每個月應該繳納的保費，在座的各位，可能也不知道補充保險費到底應該要怎麼扣費？以及扣多少？甚至母法也沒有訂定下限，是 1 千元？2 千元？1 百元？2 百元？我們都不知道。為讓民眾知道將來的保費收取，特別是在補充保險費上面，能夠清楚知道扣繳方式，健保局不會多收，也不會少收。若是少收，一定會收到繳費通知單，因為健保局會寄給我們，但是多收就不知道了。當然這不是說健保局會多收，而是說，在整個保費收取的資訊上，如果可以更透明，會更好。
- 三、健保局的補充意見，我也覺得非常好，在 100 年就要提供保費繳納證明之管道。不管臨櫃也好，或者是國稅局的網

站上面也好，健保局要提供下載部分，如果可以按逐筆分列，提供明細，像在歷年提供繳納明細一樣，我想會更清楚。國稅局的無紙化也是這樣，逐筆分列可以提供給被保險人，比如說，在監理會開會發給兼職費 3 千元，就會扣 2%，類似這樣，兼職費哪一個月會給及何時已被扣 2% 了，就是一筆一筆分列，這種情況可能會比較清楚。以上是我的補充，也謝謝健保局提供的資料。

劉主任委員見祥

謝謝，請戴局長說明。

戴局長桂英

針將滕委員的建議，我們除在 100 年會就一般保險費的部分先做處理外，並會納入補充保險費的整備作業中考量。謝謝！

劉主任委員見祥

- 一、謝謝戴局長做的說明，滕委員的意見會送健保局參考。重要的是，健保局以後還是會一如往常般對各項業務加強宣導，告訴民眾健保局可提供保費明細。
- 二、委員意見送請健保局參考。
- 三、對各項可提供保險對象獲知其年度健保費繳納明細之管道，請健保局能加強宣導，以利民眾得到相關資訊。