

全民健康保險監理委員會
第 187 次會議紀錄(初稿)

中華民國 99 年 12 月 24 日

全民健康保險監理委員會第 187 次會議紀錄

時間：中華民國 99 年 12 月 24 日（星期五）上午 9 時

地點：臺鐵大樓第 5 會議室（臺北市北平西路 3 號 6 樓）

出席委員：

盧委員瑞芬

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）

蘇委員錦霞

陳委員武雄

曾監事義青（代）

葉委員宗義

李委員永振

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

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：

周委員麗芳

吳委員淑瓊
盧委員美秀
林委員啟滄
滕委員西華
賴委員永吉
李委員成家
曲委員同光

列席單位及人員：

行政院衛生署健保小組	朱組長日僑
全民健康保險醫療費用協定委員會	林執行秘書宜靜
行政院衛生署中央健康保險局	戴局長桂英
	李副局長丞華
	鄧組長世輝
	李組長少珍
	蔡組長淑鈴
	沈組長茂庭
	張專門委員鈺旋
	高科長世豪
	王科長本仁
	施科長如亮
	李科長純馥
	張科長溫溫
	黃科長莉瑩
本會	柯副主任委員桂女
	楊主任秘書慧芬
	吳組長秀玲

主席：劉主任委員見祥

紀錄：孫淑霞

壹、主席致詞：(略)

貳、報告案

第 1 案

案由：確認本會上(第 186)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、署長將於明(100)年元月份委員會議結束後，宴謝委員一年來的辛勞，請各位委員預留時間並踴躍參加。

二、餘洽悉。

第 3 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「99 年 11 月份全民健康保險業務執行報告」，請 鑒察。

決定：

一、針對多數委員關切之平均眷口數問題，建請衛生署於全民健康保險法修正通過後，適時檢討該法施行細則中相關規定，有無修正必要，以使平均眷口數計算方式，與雇主實際應負擔之人數契合。

二、現行用於監測各總額部門醫療品質之指標項目，其監測值已沿用多年，建請健保局配合時宜酌修。

三、剖腹產持續升高有其社會因素，請健保局分析原因，及對符合適應症與自行要求剖腹產之比率分開計算，並列於下次業務報告，以利委員充分瞭解。

四、有關健保局各分區業務組對特約醫事服務機構進行宣導，請其確實查詢健保 IC 卡登錄資料乙節，請健保局於下次業務報告中，加強說明各業務組執行情形。

五、請健保局加強債權憑證之活化作業，並掌握換發時效，以確保債權。

六、餘洽悉。

(與會人員發言實錄詳附件 1)

第 4 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「全民健康保險醫療費用支付標準特定檢查資源共享試辦計畫辦理情形」專題報告，請 鑒察。

決定：洽悉。

(與會人員發言實錄詳附件 2)

第 5 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「健保藥費高成長及民眾重複用藥問題之分析與檢討」專題報告，請 鑒察。

決定：

一、委員意見送請健保局參考。

二、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

案由：本會訪查「建構整合照護模式執行情形」業務後之建議案，提請 討論。

決議：本會對「建構整合式照護模式並逐步朝促進醫療體系整合計畫」之建議意見，函請健保局參辦。

（與會人員發言實錄詳附件 4）

第 2 案

提案單位：本會財務監理組

案由：審議中央健康保險局 99 年度第 2 次報列呆帳報告案，提請討論。

決議：

- 一、健保局本次所報列呆帳案件，除已繳清欠費及現於第 1 類加保者予以剔除外，其餘同意依規定辦理轉銷。
- 二、本次實地抽查所提之建議意見，請健保局參處。

（與會人員發言實錄詳附件 5）

肆、散會：中午 12 時

「99 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

何常務理事博基（李委員明濱代理人）

報告第 73 頁近貧戶之條件，是必須符合所得為低收入戶最低生活費的 1 倍至 1.5 倍，請問最低生活費如何訂出？各縣市的標準好像不同，統計資料是如何取得？

蘇委員錦霞

「弱勢民眾安心就醫方案」是對弱勢民眾之健保欠費與就醫採脫勾處理，對被鎖卡之弱勢欠費民眾解卡，保障其健保就醫權。請問需要解卡的人，是自己提出申請？還是健保局會主動幫忙解卡？解卡後，持卡人是否知道已經被解卡？

干委員文男

- 一、據報告第 10 頁備註 4 之記載，截至 99 年 11 月底止，健保短期融資之利息共 76.74 億元，其中各級政府應負擔 60.8 億元，健保局應負擔 15.94 億元，各級政府已核付利息 41.27 億元。經計算尚欠 19.53 億元，其係歷年累積欠費？還是今年的欠費？欠費是否可全數收回？
- 二、有關欠費強制執行部分，個人曾發現一件案件有點奇怪，其為某工會 87 年度的欠費案，該工會雖已解散，但剩餘財產尚未處理完畢，最近調閱其財產資料發現，該工會仍有剩餘款幾十萬元，也請健保局進行求償。結果，健保局回答該筆債權已逾法定時效，無法追回。類似的問題，本會委員在轉銷呆帳查核時就曾經提出，應該在債權期限屆滿前，就要活化，一旦欠費者有可供執行財產或有償還能力時，即可再執行。這個案件可能是健保剛開辦時，因為

經驗不足所致；不過希望將來可以讓債權在到期前，讓它活化，相信健保局有律師可以配合做到。

- 三、報告第 75 頁，關於各分區業務組，截至 12 月 6 日宣導特約醫事服務機構查詢健保 IC 卡登錄資料的執行情形。總局同樣的一個命令下達後，為何台北、東區、南區、中區每個分區業務組的執行率都不同？有些分區連實地輔導都沒做，究竟是什麼原因？請問健保局行政執行力在多少時間內，可以執行到什麼程度？最基層的執行成果如何？希望下月份的委員會議可以知道健保局的執行率到底如何。
- 四、本人之前曾參加對岸某機構的會議，請教其行政命令執行情形，對方回答，從中央到鄉鎮系統，命令從上至下要花半年時間。台灣這麼小，希望壞的東西不要學，也希望不要拖這麼久，有些資料一上網，就可以查詢得到。

劉委員玉蘭

- 一、上次以為平均眷口數問題在二代健保實施後可迎刃而解，但現在的修法版本已經不是原先的二代健保架構，而是第一代的修正版，六大類仍舊存在，如此，眷口數就必須要處理。有關健保法施行細則逾越母法部分，要修母法或修細則，都可以討論，但本人贊成修改健保法施行細則。如果修改施行細則，某些民眾會提高保費。依據業務執行報告數據，第一類至第三類的平均保費，相對較高，但如果民眾會因為修法而提高保費，即表示健保費事實上是少收的。另外，如果按照現行健保法施行細則收費，退休的人士馬上會轉入第六類以地區人口加保，這將加重地方政府的負擔。其實地方政府的財政比中央政府更加惡化，所以，應該要儘快修法。

- 二、如依母法而論，現行的平均眷口數是低估的。公告的平均眷口數是 0.7 人，實際眷口數是低於 0.7 人沒錯，但那是因為施行細則第 20 條的關係，造成平均眷口數偏低，如依照母法來計算，一定會高出許多，尤其是公務機關，有很多人五十歲就退休，一退休就立刻轉入地區人口加保，負擔較低的保費，這一點戴局長很清楚。
- 三、報告第 65 頁西醫基層醫療品質指標之監測值部分，上次會議就曾經提過，建議監測值之目標值應該要進行檢討及修正。目前的監測值，就好像是過去雖然只考 20 分，但經過努力，已進步到 80 分，但如果仍維持 20 分標準，並不妥當。本人肯定健保局的努力，但監測值應該修訂到合理的標準。
- 四、用太低的監測值來監測並不好，例如平均每張處方箋開藥品項數、門診抗生素使用率、剖腹產率、跨院所及同院所精神分裂藥物不同處方用藥日數重複率等，雖然數值均較 98 年下降，但事實上，是有進步空間的。建議以上一年或前三年的平均值當指標，有關意見上次都已經提過，請健保局重視，並思考未來檢討改進方向。

戴局長桂英

- 一、關於數據部分，請承辦單位做回答。
- 二、有關平均眷口數問題，委員建議應該要重新考量健保法施行細則與母法規定不同，要儘快修法解決。原先以為二代健保實施後，沒有 6 類 14 目，應該可以解決眷口數問題。目前因國民黨版的二代健保法仍維持 6 類 14 目基本架構，但增加其他所得，做為補充性保費計費。將來，如果 6 類 14 目的架構仍舊存在，實有必要檢討其適法性，

- 但是，仍須視本會期二代健保的修法結果處理。
- 三、委員提醒本局債權憑證要活化，在法定時效未屆滿前，就要即時更新，本局會立即檢討現有債權憑證。
 - 四、關於醫療品質指標監測值的適當性問題，本局也覺得應該要檢討，不過，因為 99 年部分，目前已經在使用，可否考量 100 年指標時再行檢討監測值？過去監理會也非常重視指標監測，建議於 100 年再與本會幕僚共同考量監測值之適當性。
 - 五、有關低收入戶最低生活費之詳細數據及如何訂出的問題，等一下請承保組報告。目前各縣市所訂的最低生活費，不大相同，院轄市與以前的省政府，標準也不同。
 - 六、解卡作業是由健保局主動辦理，18 歲以下兒少這種屬年齡別解卡作業，比較容易作系統性處理。近貧戶之解卡，健保局是利用現有資料來處理，但如果因為現有資料較舊，例如是 98 年或 99 年才落入近貧戶身分者，及特殊境遇家庭，則必須要靠當事人或其他機關，如社政單位、醫院或學校等協助。整體而言，大部分的解卡是由本局主動。
 - 七、第 75 頁健保 IC 卡登錄資料查詢之宣導，各分區之執行方式不盡相同，有關執行率及執行效果，委員希望 1 月份能補強報告，本局會遵照辦理。

李副局長丞華

全民健康保險法施行細則第 20 條規定，公勞保退休人員可以在第 6 類加保，如果回歸母法，對退休人員而言，若其配偶還在工作，則很容易的可以第 1 類眷屬身分加保；但配偶若沒工作，那就要以尊親屬身分依附其卑親屬加保，作業上較複雜；

而若同時有二、三個小孩，到底強制依附那一個，在處理上會有麻煩，因為在法律上並沒有依附順位的規定。未來，如要修改施行細則或相關法規時，要先確認誰有扶養義務，如果配偶還在第 1 類至 3 類工作，可直接以配偶的眷屬身份加保；惟配偶若沒工作，就要依附其第 1 類至第 3 類之卑親屬，但依附順位的規定，一定要妥善處理。

劉委員玉蘭

許多人退休後就以地區別加保，致使現在的平均眷口數只有 0.6 幾。

李副局長丞華

- 一、現在的平均眷口數是 0.7 人。公、民營企業雇主及其員工屬第 1 類第 1 目至第 3 目被保險人，所以真正算起來，其平均眷口數會比現在公告的 0.7 人還高，但因併同第 2、3 類計算，所以被拉低。過去在職業工會參加勞保，眷屬未被納保，許多配偶是以被保險人身分投保；同樣的，農民過去也不能為其眷屬投保，所以，有非常多的眷屬也是以被保險人身分投保，第 2 及 3 類約有 52 萬人有前述現象。未來，平均眷口數修法，要以真正雇主為主，即以第 1 類第 1 目至 3 目投保人數來計算，不受第 2、3 類的影響。
- 二、委員提到第 6 類投保身分如何處理，應該要先依附配偶加保；如要依附直系卑親屬加保，必須要有規定，作為強制投保時之依據，這部分在技術上仍須加以思考。
- 三、地方政府欠費部分，本局收到還款後，一定會將其舊欠滾動歸還，目前執行尚稱順利。另外，行政院主計處在一般補助款上，也訂有考核機制。未來，財政收支劃分法如能

順利通過，本局會配合修法，將來所有地方政府補助款，改由中央負擔，以避免主計處撥出地方政府補助款後，本局又要設法向地方政府收回，多一個過程難免會有一定風險。長期而言，會配合財政收支劃分法來修法，將所有地方政府補助款改由中央統籌負擔。

鄧組長世輝

- 一、最低生活費的標準乙節，內政部與直轄市政府每年都會重新公告。以 99 年為例，台北市為 14,614 元，高雄市是 11,309 元，台灣省為 9,827 元，本局係以最低生活費之 1 倍至 1.5 倍，來考量近貧戶的經濟狀況。
- 二、有關債權憑證活化部分，本局會加強執行。債權憑證可分公法與私法兩種領域，健保費屬公法領域，請求時效為 5 年，欠費在 5 年內會移送強制執行，如未受償，於取得債權憑證後，仍會定期檢視是否有財產可供執行。但如超過 5 年有效期，縱然發現有財產，行政執行處也不會受理。另外，在私法領域部分，例如紓困基金的欠費，如同干委員所提，其請求權期限為 15 年。目前本局各分區業務組，一定會定期檢視欠費者是否有財產或經常性薪資，並在 5 年內再申請換發債權憑證，以維持債權的有效性。
- 三、解卡後是否通知被解卡者乙節，18 歲以下兒童及少年，除了透過學校轉達當事人，本局已建立資訊平臺，並對外發布新聞，由於，採全面不控卡，所以沒有通知的問題。對於特殊境遇者，係由縣市政府認定資格並提供名單，解卡資料本局會回饋當事人；但有關家暴案件，為排除敏感性問題，係請縣市政府協助，由其透過管道來回饋當事人。自行申請者，則會直接回饋申請之當事人。

四、近貧戶部分，分區業務組會通知當事人。

李副局長丞華

解卡是將欠費與就醫權採脫鉤處理，弱勢民眾可以到就醫據點直接過卡，重新提供 6 次就醫機會，全國 1 萬 9 千個據點都可以辦理。

李組長少珍

政府欠費無論是本金或利息，都採累計算法。目前利息尚有差額 19.53 億元，主要來自臺北市政府之 19 億元，但臺北市政府已訂有還款計畫，今年約可償還 80 億元。本局的作法原則是先沖抵費用及利息，所以這部分完全不會有問題。

祝委員健芳

一、健保局所提今年各直轄市及台灣省的最低生活費的數據都正確無誤，個人僅作部分補充。現在的數據是依據 97 年行政院主計處家庭收支調查報告，按照當地區平均每人消費支出之 60% 訂出來的。全國有一定的公式計算，但得到的數據是不同，是因為各地區的數值不同。

二、社會救助法已於 99 年 12 月 10 日三讀通過，實施日期訂於明（100）年 7 月 1 日，最低生活費之計算方式，修法後有所改變。未來，公式將由當地區平均每人消費支出之 60%，改為當地區可支配所得中位數之 60%，依據仍是來自主計處之家庭收支調查。修法採取中位數而不使用平均數，較能避免受到極端值的影響。明年 7 月 1 日改為當地區可支配所得中位數計算後，由於已避掉必要開銷，不納入計算，所調查出來可支配所得，一定高於平均消費支出，放寬最低生活費標準，將達到擴大照顧的目的。

三、100 年會有兩條貧窮線，1 月 1 日有一條，是根據平均消

費支出 60%算出來；到了 7 月 1 日社會救助法修法條文實施時，又會有一條，是根據當地區可支配所得中位數之 60%算出來。因此，各地方政府都必須費心處理，確實地放寬照顧標準。目前，各地方政府及五都的最低生活費標準都不同，我們關心的是，在社會救助法中，中低收入戶都已納入保費 50%之補助對象，未來推動安心就醫方案，應該是要解決那些無法符合補助標準之近貧民眾，如果中低收入戶有補助 50%保費，那符合近貧戶的最低生活費標準金額，建議調高為 2 倍。以上意見，請健保局參考。

劉主任委員見祥

謝謝祝委員補充說明有關社會救助法之貧窮線認定，希望祝委員可以提供貧窮線相關資料，包括目前的數值、依據、計算方式，以及新的救助法計算公式，供委員參考。

祝委員健芳

沒問題。

郭委員玲惠

一、資料第 74 頁有關特殊境遇者雖然可以解卡，但仍處於欠費狀況，請問其欠費是否列入一般欠費，同樣會被移送強制執行？這樣，並沒有真正幫助到。針對不同的協助措施，例如，社會救助法等補助，健保局要積極辦理。對於不符合補助者，健保局有無相對方案？或許與補助中低收入戶不一樣，但仍應設法協助，因為這些民眾應該是需要就醫的。如果需要就醫，但又因欠費而收到法院通知，這樣不太好，建議考慮專案補助。

二、資料第 34 頁剖腹產率之監測值，相較於各國比例，是過

高的，且有逐年增加趨勢，上次已提過。報告第 67 頁，98 年剖腹產率為 34.59%，99 年平均值看起來比 98 年還要嚴重，不知道 36.21% 是怎麼算出來的？這樣的標準在全世界是非常特別的，除了觀察，是否曾與婦產科醫學會討論，是台灣人的體質特別所以要剖腹嗎？如果是個人要求，體制就要設計，讓民眾思考剖腹產的妥當性。許多婦女人權報告把台灣生育率很低但剖腹產率很高的問題，批評得很難聽，健保局應提出具體有效方案，特別是制度面提改善方案及進行宣導。

何常務理事博基（李委員明濱代理人）

有關剖腹產問題，其實，北歐及美國這 10 年剖腹產增加 15% 至 25%，且逐年增加。這裡的 36.21%，其實是包括自己怕痛，自動要求開刀剖腹產部分，希望健保局能區分數據，並清楚計算。還有就是現代人生得少，把孩子當寶，而選擇剖腹產。有關剖腹產率計算問題，上次已提過，要分開比例來看，希望健保局能把醫療上需要與選擇性剖腹產分開統計清楚，以釐清委員的疑義，不要每次委員會議都在討論。婦產科醫生一個醫療糾紛就要幾千萬元，過去一年婦產科住院醫師名額有 84 名，今年只有 34 個名額。

李副局長丞華

剖腹產率在台灣確實居高不下，且有逐年上升的趨勢。健保局曾作過調查，並在國際期刊上投稿，調查結果提到，在控制了媽媽與胎兒的危險因素後，女醫生的剖腹產率比一般人少了三分之一，醫生的太太比一般人少了六分之一，所以說有充分醫療資訊與醫療資源的人，使用率相對較低，這是很特殊的狀況。剖腹產率高低與民眾知識、取得醫療資料及傳統對自然產之

刻板印象有關，因過去電子媒體帶給民眾許多自然產的負面觀念，例如疼痛、容易導致尿失禁等，因此，必須透過大眾傳媒的社會行銷，來改變刻板印象，否則很多女性，在醫師提出產程不順或胎位不正等問題時，儘管只有一點蛛絲馬跡，就很容易選擇剖腹產。

劉委員玉蘭

- 一、希望健保制度能夠作到沒有誘使醫生或產婦進行剖腹產。
- 二、產婦年齡也是另一個因素，最近發現第一胎的生產年齡明顯延後，所以與產婦生產的年齡或許也有關，如果有這方面的資料，可加研究分析，讓民眾瞭解。為何之前剖腹產率很快下降，但 96 年及 98 年卻上升，今年又比 98 年升高，其原因可能與產婦年齡有關。

戴局長桂英

- 一、關於剖腹產率是否做年齡調整及支付標準問題，請蔡組長說明。
- 二、未來監測指標，在 100 年討論時，會檢討是否區分為 2 部分，讓大家瞭解，究竟是符合適應症所以進行剖腹產，還是自己要求要做剖腹產。
- 三、感謝祝委員的補充說明，讓我們更清楚瞭解低收入標準如何訂定，以及其資料來源。至於 100 年 7 月 1 日後「弱勢民眾安心就醫方案」也會進行檢討。因為，即使已依 1 倍至 1.5 倍的生活費為基準來進行協助，仍可能有一部分人，連剩下的一半保費都無力繳納。
- 四、委員關心弱勢民眾在解卡後仍舊欠費問題，解卡已代表其就醫無障礙，但是既然欠費，就很難一筆勾銷，因為是社會保險，基於保險自助互助的精神，每位被保險人都必須

有貢獻。對於低收入戶，政府會完全補助，中低收入戶自明年7月1日開始，會補助一半，其他有特殊困難民眾，會有另外的紓困辦法協助解決。

蔡組長淑鈴

- 一、剖腹產率的計算公式，其分母是生產人數，分子是剖腹產的個案數，台灣的腹產率上升，很大的問題是因為分母下降，分子持平，比率自然會上升。分子趨向高齡化，因為生產的媽媽有高齡化之趨勢，加上生產者自行要求剖腹產，因此，比率會比想像的高，委員希望將數據分開呈現，即將分子區分為自願剖腹產者及符合適應症的剖腹產，本局可以呈現。
- 二、計算公式中，分母下降的影響遠大於分子上升的影響，這是台灣很獨特的現象，表示台灣面臨著不生、生的少，以及有生的人明顯高齡化。由於分子與分母以不同的方向展開，比率就會呈現這樣的現象。
- 三、支付誘因是否有問題，目前自然產與剖腹產的支付標準一樣，如果自行要求剖腹產，只支付原來自然產之點數。過去自然產支付點數較剖腹產低，為了不給剖腹產太大誘因，所以，對於產婦自行要求剖腹產者，支付標準回到原自然產的點數，差額要產婦自行負擔。目前的財務誘因，是要讓婦產科醫師回歸到專業，不會因為多做剖腹產即得到較多點數。至於自行要求剖腹產，即不符合適應症的產婦，都要自費約一半的費用。
- 四、未來，如果要讓數據更明確，本局也可以進行年齡校正，固定在某一年之產婦年齡結構，如此，將更容易觀察到高齡化對剖腹產率的影響。若有機會，本局將進行更完整的

報告，因為委員及外界都十分關心。有時候，用相對值呈現，往往會忘了分母下降的因素，而只想到分子增加的問題。

劉主任委員見祥

- 一、關於平均眷口數問題，不只劉玉蘭委員及賴永吉委員關心，很多委員都很關心。對平均眷口數，建議等到新的健保法比較確定時，再檢討健保法施行細則是否要做修改，讓平均眷口數可以呈現實際的狀況。
- 二、關於醫療品質監測值部分，事實上，監理會與健保局常會一起進行檢討。
- 三、關於剖腹產率部分，影響剖腹產率的因素是多樣的，有些是少子化與高齡化的影響，有些則是產婦自己的選擇，另外，當然是醫療上需要，若能依蔡組長所言，將兩者分開計算，應能看得更清楚。建議健保局能進行專案報告，或是下次進行業務執行報告時詳予說明，讓委員瞭解。
- 四、債權活化部分，健保局做得很積極。委員的意見，請健保局參考，並繼續加強辦理。
- 五、其他部分若沒特別意見，本案備查。

戴局長桂英

健保局會於下次業務報告時，就剖腹產率提出說明。

祝委員健芳

針對剖腹產率部分，除列入下次報告外，有關其分工情形，是要由健保局做教育宣導，還是回歸健康促進問題，請國民健康局進行相關議題的宣導？如就健康預防及促進的角度來看，有時候健保局作宣導，民眾會以為是要節省醫療資源，讓效果打折扣；如由國民健康局從健康促進的角度來做，則民眾接受度

可能較高。另外，個人的想法是，不僅剖腹產率，針對其他議題，倘若民眾在健保資源使用上，有不正確的觀念，須加強宣導時，建議健保局與國健局應多作溝通配合，讓國健局在訂定每年的健康促進政策時，能與健保局有更多的合作。

劉主任委員見祥

關於剖腹產乙節，是請健保局呈現剖腹產實際狀況，並非請健保局積極宣導。涉及衛教或宣導的事項，健保局也跟衛生署相關單位有橫向聯繫，相信戴局長非常有經驗，對於健康促進有關業務，健保局也會與其他單位一起努力。

戴局長桂英

國健局向來很重視此事，也積極強化衛教，讓婦女能真正認識這兩種生產方式，本局會將國民健康局之努力成果，放入下次報告中。

劉主任委員見祥

- 一、針對多數委員關切之平均眷口數問題，建請衛生署於全民健康保險法修正通過後，適時檢討該法施行細則中相關規定，有無修正必要，以使平均眷口數計算方式，與雇主實際應負擔之人數契合。
- 二、現行用於監測各總額部門醫療品質之指標項目，其監測值已沿用多年，建請健保局配合時宜酌修。
- 三、剖腹產持續升高有其社會因素，請健保局分析原因，及對符合適應症與自行要求剖腹產之比率分開計算，並列於下次業務報告，以利委員充分瞭解。
- 四、有關健保局各分區業務組對特約醫事服務機構進行宣導，請其確實查詢健保 IC 卡登錄資料乙節，請健保局於下次業務報告中，加強說明各業務組執行情形。

五、請健保局加強債權憑證之活化作業，並掌握換發時效，以確保債權。

六、餘洽悉。

【附件 2】

「全民健康保險醫療費用支付標準特定檢查資源共享試辦計畫辦理情形」專題報告之與會人員發言實錄

祝委員健芳

建議要提升健保 IC 卡功能，未來，除了基本資料外，希望能將較高單價的檢查項目也列入，以同時帶出病患在一定期間內做過的檢查項目資訊，當他到第二家院所就醫時，醫師能清楚知道病患之前做過那些檢查，這樣，應該能夠節省不必要的重複檢查費用。希望規劃提升健保 IC 卡功能時，能納入考量。

李科長純馥

目前 IC 卡針對高科技之檢查，健保局有要求醫療院所登錄醫令代碼，這部分需要醫療院所的配合。如果醫療院所有登錄，下一家醫療院所看到，覺得有必要查閱時，即可主動向原院所調閱片子。另外，影像交換中心也提供索引，供醫療院所查詢。只要醫療院所上傳前一天的醫令，本局會將之作成索引，放在影像交換中心，醫療院所可透過中心查閱病患前三個月，是否在其他醫療院所做過 CT、MRI 等檢查，並要求交換中心提供影像交換。

盧委員瑞芬

- 一、請問醫療影像交換中心，目前是否已運用雲端運算(Cloud Computing)(或未來可能運用)的技術，可讓醫療院所在獲得病患同意的情況下，透過影像交換中心，直接看到結果？剛才提到 IC 卡有註記，可讓大家視需要去查詢，但沒有辦法當場在診間看到影像，這時就可以利用雲端科技，相信在成本費用管制上會較有效果。
- 二、目前報告呈現依醫療院所層級的參與及分布情形，請問是

否有對分區進行分析？透過分區分析，可進一步瞭解此案在各區的執行情形並探討成因，例如北部醫療資源較為豐沛，對檢查之影響性等，以助該案推展。

李科長純馥

影像交換中心只是做交換，事實上，影像仍存在各醫院系統內，其只是提供索引，讓大家查詢別家醫院曾經對病人提供過的服務內容。對影像交換中心提出要求後，仍需病人同意才行，而不是所有院所要看片子都可以。在取得病人同意書後，第二家醫院才能透過中心拿到原醫院的片子。雖然目前有交換影像的功能，但不是輕易就可拿到影像。

干委員文男

談到最後，終究還是回歸到健保 IC 卡的問題，幾次的討論講了半天，還是沒有踏出真正的第一步，目前進度只有半步。個人希望資料能隨著人走，病人到任何一家診所，診所醫師馬上就能看到畫面，請醫師判讀。我想無論大、小診所，將來，這方面一定會進步的很快。希望規劃時，IC 卡的內容能再加充實。盧委員提到的雲端或交換中心，那是從南部再拉回來，似乎都緩不濟急，本人仍希望從 IC 卡來根本解決。

李副局長丞華

一、健保局的健保 IC 卡已經是世界跑最快的，全世界沒有一個國家像我們這麼大膽，把病人相關資料放在卡上。但是健保 IC 卡容量只有 32K，到底可以放多少東西，大家必須思考清楚。其次，IC 卡與悠遊卡不同，IC 卡是接觸性，而悠遊卡是非接觸性，接觸性的速度比較慢。衛生署已經推動電子病歷，同時也在觀察，全民界哪些國家能夠做到全國性的電子病歷，目前僅奧地利，但該國人口只有

8 百萬人，至今尚未成功。

二、全世界是否有國家能將病歷整合成像票據交換所一樣，病歷雖放在各個醫院，但讓病人從 A 醫院到 B 醫院就醫，只要醫院需要並經病人同意，即可以透過交換中心取得。目前在技術做得到，但法律層面尚有問題。在技術上涉及二部分：第一、是電腦化，第二、是標準化，目前醫療院所都已經電腦化，但在跨院所間病歷資料標準的編排上有困難；最難的是流通化。此外，從甲醫院到 B、C、D 醫院間的病歷資料流通化，也需要考量流通化的法律責任，所以，跟醫療團體溝通，有一定的困境。因為，每家醫療院所在病歷記載的詳細及複雜程度都不同，例如，在鄉下，醫師可能對病人及家族情況很瞭解，連家中有幾條狗都知道，則醫師只記載當次就醫的情況，此份病歷資料若傳遞給其他醫師，下一個醫師在解讀上可能不一樣，這有可能在倫理及法律上產生困境。

三、有人建議將病歷資料做成光碟，讓病人帶著走，但目前沒成功案例，所以仍要瞭解 IC 卡容量只有 32K 的困境，健保局也在觀察全世界有那些國家可學習，事實上，全民健保現在仍是世界的標竿，外界對健保 IC 卡有非常多的期待，覺得可以做很多東西，但我們已是全世界最快的。

戴局長桂英

一、干委員對 IC 卡的關心與期待，本局可以瞭解，委員希望 IC 卡內能看到做什麼檢查，照過什麼影像，可以方便攜帶。但現在的 IC 卡就像是個小包包，容量太小，因為是 7、8 年前設計的，至於未來是否更新，目前正在討論中。如果讓記憶體變大，那成本會很高，但再怎麼大都不

夠用，現在科技趨勢是，要使用資料時，能夠很快地抓過來。本局知道委員，是希望到診所或醫院就診時，醫師都可以看到以前的檢查及紀錄，未來，科技應該可以做得得到，我們也會朝此方向努力。

二、盧委員提到分區資料本局一定可以分析，再透過貴會提供委員參考。

劉主任委員見祥

一、各位委員的意見，健保局都說明得很清楚。各分區業務組的資料做出後會送供委員參考。

二、本案准予備查。

【附件 3】

「健保藥費高成長及民眾重複用藥問題之分析與檢討」專題報告 之與會人員發言實錄

干委員文男

- 一、投影片第 9、12 頁，根據健保局統計，重大傷病中，前 4 項即占其總數之 85%，而且 98 年的成長率大於 116%。分類的藥中，以抗腫瘤藥品最多，可是健保局推動的門診整合式照護試辦計畫中，照護對象卻排除癌症及精神疾病等患者。將這些人排除在外，用藥完全開放，請問將來要怎麼辦？為保障重大傷病患者用藥安全，請健保局在這方面要加強重視。
- 二、簡報第 19 頁，安眠鎮靜藥物跨院所日數重複率，醫院部分已略有改善，但是西醫基層跨院所多年未見改善，因為安眠鎮靜藥屬管制藥品，請健保局能輔導基層診所善用健保 IC 卡查詢功能，以有效管控管制藥品的使用。講到健保，健保 IC 卡是台灣的驕傲、台灣之光。這點不做怎麼會進步，不要本末倒置，建議健保局能有效利用健保 IC 卡。
- 三、關於 stilnox(使蒂諾斯)吃了會成癮乙事，本人很納悶。根據本身經驗，以往安眠鎮靜藥在同一科就可開立，現在則規定一定要身心科醫師才可以開立，病患需要重新掛號，既增加健保負擔，又增加病患麻煩。本項新措施已經實施一、二年，不知道鎮靜劑使用量減少的幅度有多少？在基層診所似乎還是一樣，大醫院好像做得還可以。新措施不僅要病人再次掛號，繳交一次掛號費，造成時間上的浪費，也浪費醫師的效能及健保資源，不知道有何意義。

林委員振順

健保局對藥價調查機制下了很大功夫，對健保永續經營也甚為努力，個人有以下小小意見：

- 一、簡報第 15 頁，健保局 98 年藥價調查有很明顯的績效，但這裡只看到用藥的管控沒看到品質部分。記得 98 年調降的金額，是預備用來提升藥事品質的，但是簡報並沒看到。外界常質疑藥價調整造成的醫院換藥潮監控，在報告中並未看到。關於醫院的換藥潮是否會對民眾用藥品質造成影響，當然，有些換藥影響純粹屬於個人認知，但也可能與品質有關。所謂的換藥，通常是將國外廠藥品換成國內廠藥品，這對國內廠是一種鼓勵，不知道健保局是否對用藥品質有所要求？
- 二、簡報第 22 頁藥費管理策略，只看到價格及量的管理，看不到品質，藥品的品質及藥事服務的品質，也要管控。
- 三、簡報第 29 頁提到明年會有第 7 次藥價調查，建議 100 年的第 7 次藥價調查節餘，能將一部分節省金額用於提升藥事品質。
- 四、簡報第 33 頁關於辦理藥事居家照護試辦計畫，健保局的報告內容顯示，輔導後平均就醫次數減少 30.1%，平均醫療費用只減少 2.8%，統計數據的母數與藥師公會全聯會的統計數據不同。本項計畫是健保局委託藥師公會全聯會辦理，健保局提供的總人數有一千多位，經過藥師實際尋找病人，其中有二、三百位個案找不到，本項計畫精神方面疾病的病人特別多，扣除精神疾病及身心疾病等因素，最後，實際執行的個案有 808 位，經過藥師實地訪視 2 個月後，又有五十多位跑掉，最後，只有 744 位接受完整的

8 次訪視。藥師公會全聯會的統計數據如下：完整接受輔導個案有 744 位，平均醫療費用減少 17.4%，平均就醫次數降低 24.3%，平均藥費減少 14.1%，在此補充說明。

柯委員綉絹

- 一、肯定健保局近來對節流措施的努力，例如推動整合性門診照護計畫、藥師居家照護試辦計畫、擴大高診次保險對象輔導等，對減少平均每人就醫次數、醫療費用及平均藥費都有明顯成效，但是節流成效之空間還很大，希望健保局未來能再持續擴大並落實辦理。
- 二、簡報第 36 頁，有關加強民眾宣導，請問健保局是如何宣導？簡報有提到宣導民眾就醫時，攜帶目前服用藥物資訊之「藥袋」或藥品處方明細，供診治醫師參考。建議可以透過電視、廣播…等方式，廣為宣導民眾珍惜醫療資源的使用。
- 三、本年截至 11 月止，健保收支有剩餘 140 億元，也抵銷以前累計短絀，希望未來持續擴大節流措施，俾收支產生剩餘，以健全健保財務。

蘇委員錦霞

簡報第 15 頁顯示第 6 次藥價調整預估一年可節省藥費支出約 58.7 億元，下面部分提到調整成果，用於提升民眾權益。請問前述預估可節省的費用，是已扣除要用於提升民眾權益所增加的費用，還是未扣除？

盧委員瑞芬

- 一、簡報第 15 頁「慢性病患全年增加 16 萬人，用藥增加 38 億元」乙節，慢性病患原本就會增加，用藥亦會增加，與藥價調整成果所列之提升民眾權益有何關係？

二、健保局每次調整藥價，一定會影響到醫院的處方及用藥，醫院有可能會要求病人自付藥費，而不再跟健保申報，不知道健保局是否曾分析過醫療院所的處方及用藥的醫令？有些藥價調整的影響不太容易觀察得到，例如藥品的副作用。此外，因為調降藥價，藥品使用有何改變，建議也應該去做分析，而不只是分析藥品價格。例如改變使用藥品品項，新的藥品在使用上，不如原先的藥品好，或是藥品副作用比較大。建議健保局在藥價調整的效益上，能在品質面上多點著墨。

三、簡報第 24 頁藥價國際比較係指哪些藥？藥的種類那麼多，最低藥價是跟哪些藥比？

劉主任委員見祥

委員所提意見，請健保局做說明。

沈組長茂庭

在此針對藥品部分說明如下：

- 一、關於藥品品質，不止健保局重視，衛生署食品藥物管理局也很重視，一直在推動藥品優良製造作業規範(Good Manufacturing Practice，簡稱 GMP)、cGMP 及國際 GMP 標準，國產藥一直被詬病的部分，就是管制上並非十分嚴格，目前 TFDA 已經在推動 DMF 及 PIC/S GMP，健保局的立場是，只要有達到標準，本局會提供價格上的誘因。
- 二、關於加強民眾宣導，簡報內容只是其中一部分，衛生署食品藥物管理局也有做藥品宣導。另外，藥事居家照護服務也是宣導的一種，是屬於人對人的宣導，各個單位都有做相關宣導，健保局也有用各種方法做宣導。
- 三、藥價調查的效益，預估一年大約 58.7 億元，本表下方是

已用在提升品質措施的，也算是調查效益的一部分。

- 四、關於「慢性病患全年增加 16 萬人，用藥增加 38 億元。」乙節，是預估今年新增加的慢性病患人數，其藥品費用估約增加 38 億元。
- 五、關於藥價的國際比較，是以台灣用量最大的前 20 大原廠藥品做比較，資料忘了註明。
- 六、關於藥品處方內容，委員關心藥價調降後院所的換藥行為，每次調降後半年，本局都會請各分區業務組監測換藥，經統計，換藥比例約 1% 左右，每個醫院換藥品項在 10 項以下，並不如大家所想像的那麼多。至於超過半年以後的換藥，就很難認定，是因調價或其他原因。

蔡組長淑鈴

有關醫管部分，在此說明如下：

- 一、醫院整合性門診計畫，是從今年初開始辦理，初期是先整合慢性病患為主，癌症病人尚未納入，原因為癌症用藥或診療較為複雜，健保局相信醫院對病人的照顧會以團體的方式治療。至於一般慢性病，因目前台灣醫療環境科別間分工較細，科與科間的聯繫比較不容易執行。今年先做慢性病，希望醫院可以提供整合性的照護。試辦至目前，有成效醫院，經過各科會診，不管是病人的用藥及就醫次數，都有明顯下降，病人的部分負擔也減少，但這類病人的數量很大，未來，是否要把癌症納入，健保局會再考量。
- 二、關於精神科用藥在基層成長較多部分，健保局明年度將推出以病人為中心的整合照護計畫，會將精神科病人納入。也希望在網站上有使蒂諾斯(stilnox)的資料，供醫師查

詢使用。此外，目前精神科用藥，在基層醫療部分，考量國人對精神科有一定的禁忌，病人可能不願意到精神科就診，通常也會找家庭醫師或是一般科醫師看診，所以，目前不只精神科醫師可以開立使蒂諾斯(stilnox)，一般科醫師也可以開立，當然還是須有醫療上需要。健保局明年度，會加強這部分的管理。

三、簡報第 33 頁有關藥事居家照護試辦計畫的成效，藥師公會全聯會的評估成效比健保局好，兩者的差別在於藥師公會全聯會將部分個案排除。今年度的執行成效，門診部分成效比較好。簡報第 33 頁的成效是計算全部的門、住診費用。今年度納入藥事居家照護試辦計畫的北、高兩市個案，有 808 位，1 年成效評估，住院藥費是成長，門診藥費則是大幅下降。有些個案可能因病情嚴重，過去看病次數非常多，所以，才納入藥事輔導名單，但今年因住院花費較多，故抵銷掉執行成效。

四、關於建議藥價節餘款的一部分可以用於調整藥事服務費部分，期調整藥事服務費以提升藥事品質，健保局在明年度協商時，可以納入考量，與付費者一起討論。

李副局長丞華

一、整體藥費及用量，是長期以來監理會委員及社會大眾所關心。整體管控在價量及品質，總體歸納如下，與國際比較，專利期的藥，我國比其他先進國家低很多，但過專利期以後，我國的藥調降機制太慢，過專利期藥兩年一調，下降很慢，所以簡報提及專利期的價格是美國的四分之一，日本的二分之一，也因為訂太低，造成很多新藥在全世界鋪貨時，把台灣當成第二波鋪貨，長期會影響民眾用

- 藥權益。但專利期已過的藥品，由於健保藥價調整的速度太慢，每 2 年才調整一次，故藥價下降速度比較慢。
- 二、目前國內醫療存在的狀況是，民眾小病看病次數太多、民眾吃太多藥，慢性病看太晚，吃太少藥，另外，很貴的藥有一部分限縮的太嚴，但超級貴的藥卻管制太鬆。說起來有點複雜，發燒、感冒、流鼻水、香港腳等小病，在先進國家通常都是民眾直接到屈臣氏、康是美等社區藥局自行購藥，但在台灣則是不太一樣，台灣是不需要吃的藥，吃得太多，這部分需要推動指示用藥，回歸社區藥局。以高血壓、慢性病等需要長期治療的疾病為例，從流行病學的發生率及盛行率來看疾病治療史，在正常情況下，約要治療十年、二十年後，病人才會產生併發症，但在台灣則是病人在三、五年就有併發症產生，這代表慢性病患者服藥不穩定及不足，這在病人的用藥上可以看出來。至於高貴的藥品，健保局的管制還太過嚴格，造成部分民眾需要自費購買部分藥品。另外，超級貴的藥，以血友病為例，1 年的藥費約 240 萬元，其中第八凝血因子一年需要 1 千萬元，至於部分罕病的花費更高，在此不方便講太多。救活一個人需要花費多少錢，這是一個非常敏感的議題，監理會委員若有興趣討論，並提出具體建議，健保局會非常感激。以英國為例，保險只願意給付 GDP 的 1、2 倍費用，超過的則不給付。台灣若比照辦理，則病人、家屬或病友團體可能會跑到媒體抗議，相信目前行政體系的任何一位官員，都無法承受這種壓力。
- 三、另外，雖有非常多的業務尚待推動，但健保局現在進入非常嚴重的行政經費不足困境，行政管理費用僅占總經費

1.3%，自開辦第 1 年的 70 億元，到第 16 年只剩 54 億元，宣導經費從最初的 2 億 5 千萬元，到現在不足 4 千萬元。以現在辦理的弱勢民眾解卡業務為例，郵寄開卡通知一封郵資 5 元，若是採雙掛號送達則費用更高，全部金額加起來也不少。今天剛好財政部國庫署的長官在場，可以反映健保局行政經費的不足問題。健保局的行政經費已經壓得太低，造成健保局在管控上的困難。例如洗腎，通常病人在洗腎前要抽血，檢查病人的血液值。在美國，保險公司會定期對洗腎病人抽血檢查，看是否有些急性腎衰竭病人已經可以不必洗腎。但是健保局的行政經費不足，沒辦法做這些檢查。還有就是各項試辦計畫的經費、業務抽查的經費也都不足，現有的行政費用只能用來支付人事、水電、瓦斯、開會…等行政管理費用，其他則嚴重不足。

戴局長桂英

李副局長道盡了本局經費不足的困境，不過委員的意見，都是為了讓本局在資料呈現上，能更周全更進步。

劉主任委員見祥

謝謝健保局的報告，報告內容非常詳細。委員意見大部分都得到健保局的說明及答覆，藥價問題非常複雜，委員的意見詳細請紀錄下來，送請健保局在業務執行改進時參考。

干委員文男

一、使蒂諾斯(stilnox)開立的新措施實施後，若截至目前為止的使用量沒有明顯下降，則此項措施顯然沒有必要。健保局現在試辦門診整合性照護，又規定開立使蒂諾斯(stilnox)要重新掛號，顯然有矛盾，不合理。

二、對於藥事居家照護試辦計畫及擴大高診次對象輔導機制，

居然可以下降 30%的就醫次數，個人非常感動，但是高診次輔導還是有努力的空間。

戴局長桂英

健保局會依干委員意見，檢視政策執行成效，若有效，會繼續做，若無效，則檢討是否有必要適當調整。

楊委員芸蘋（書面意見）

一、健保藥費成長及民眾用藥問題分析與檢討，第六次藥價調整之效益是有成效，但似乎還有再成長的空間，對健保局的認真執行給予肯定。健保局做了很多方案，如推動整合性門診照護計畫擷節資源，辦理藥事居家照護試辦計畫，擴大高診次保險對象輔導機制等多項計畫，執行已具成效。但還是要加強民眾宣導。可拍 CF（Commercial Film）廣告在電視各大媒體強力放送。

二、就 56 頁之內容所言，宣導就醫時，攜帶目前服用藥物資訊之「藥袋」或藥品處方明細，供診治醫師參考，以有效擷節重複使用醫療資源及用藥安全，惟仍嫌不足，應再加強宣導如何正確用藥，用藥過甚之危險與影響，尤其是老人家及慢性病患者，更要加強如何用藥，應擴及社會、家庭、學校，必須讓全民都瞭解用藥的正確性，造成植入性的深刻印象，才能有效遏止浪費。不應稍有成效即將宣導費用自開始時的 2 億 5 千萬元，減少至現在不到 4 千萬元。如此怠忽未來的確實成效，未能完全改善，在此期間，有必要澈底再加強宣導民眾瞭解用藥問題。

劉主任委員見祥

本案准予備查，委員意見送局參考。

【附件 4】

「本會訪查『建構整合照護模式執行情形』業務後之建議案」之
與會人員發言實錄

本案經實地訪視，委員所提意見已彙整納入會議資料中，於討論時，經主任委員徵詢與會人員，由於未有其他意見，爰照案通過。

【附件 5】

「審議中央健康保險局 99 年度第 2 次報列呆帳報告案」之與會人員發言實錄

本案經實地訪查，委員所提意見已彙整納入會議資料中，於討論時，經主任委員徵詢與會人員，由於未有其他意見，爰照案通過。