

全民健康保險監理委員會  
第 186 次會議紀錄

中華民國 99 年 11 月 26 日



# 全民健康保險監理委員會第 186 次會議紀錄

時間：中華民國 99 年 11 月 26 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：

吳委員淑瓊

盧委員瑞芬

盧委員美秀

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

曾監事義青（代）

葉委員宗義

李委員永振

陳稽核炳宏（代）

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

曲委員同光

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：

周委員麗芳

郭委員玲惠

吳委員德朗

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

李副局長丞華

黃副局長三桂

吳參議文偉

李組長少珍

洪專門委員清榮

林專門委員阿明

黃專門委員肇明

張專門委員鈺旋

蔡科長佩玲

張科長溫溫

李科長純馥

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：

財團法人中華民國消費者文教基金會配合董事長改選，改推薦新任董事長蘇錦霞律師擔任本會委員，並獲衛生署同意。蘇董事長之前曾擔任該會秘書長，現在亦為中華民國全國律師公會聯合會消費者保護委員會主任委員，學養俱佳，對本會業務將有相當幫助，歡迎蘇委員。

#### 貳、報告案

##### 第 1 案

案由：確認本會上(第 185)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、有關「第一類至第三類被保險人平均眷口數之公告乙節，請中央健康保險局依衛生署前之函示，研提妥適方案到本會說明」乙案，請健保局配合儘速辦理。
- 二、有關「建請衛生署及健保局於二代健保法修正案通過前，暫緩開辦論人計酬試辦計畫」案，其追蹤建議欄之文字改為報告後解除追蹤。
- 三、為利第 17 次監理會暨費協會兩會聯席座談會議之召開，請本會幕僚以台鐵會議室可利用時段，調查兩會委員對會

議時間之意見，並擇多數委員可出席之時間召開。

四、餘洽悉。

(與會人員發言摘要詳附件 1)

### 第 3 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「99 年 10 月份全民健康保險業務執行報告」，請 鑒察。

決定：

- 一、委員對各總額部門醫療品質指標項目及監測值之意見，請健保局納入指標檢討修正之參考。
- 二、感謝健保局盡力協助弱勢被保險人解決健保鎖卡問題，惟為消弭外界對鎖卡之疑義，請能適時於相關報告中加強說明。
- 三、由於輔導門診高診次被保險人於指定院所就醫之措施，有其必須遵守之法令規章，且施行時間不長，請健保局繼續努力，並於嗣後之相關報告中呈現具體成效。

四、餘洽悉。

(與會人員發言摘要詳附件 2)

### 第 4 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「以民眾健康為導向之『論人計酬支付』構想」專題報告，請 鑒察。

決定：

- 一、委員所提意見，送請健保局於規劃試辦計畫時參考。
- 二、餘洽悉。

(與會人員發言摘要詳附件 3)

### 第 5 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，請 鑒察。

決定：

一、為讓委員瞭解全民健保診斷關聯群(DRGs)支付制度實施一年的具體成效，請健保局於本屆委員聘期屆滿前提報。

二、餘洽悉。

(與會人員發言摘要詳附件 4)

## 第 6 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「特定檢查資源共享試辦計畫辦理情形」專題報告，請 鑒察。

主席裁示：移下次委員會議報告。

參、散會：中午 11 時 50 分

【附件 1】

與會人員對「本會委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」之發言摘要

劉主任委員見祥

本會 12 月份委員會議原訂於 12 月 31 日召開，並於當天下午辦理第 17 次監理會暨費協會兩會聯席座談會議，惟因次日適逢元旦假日，考量遠道委員之交通問題，建議提前一週於 12 月 24 日召開，請問委員意見如何？

盧委員美秀

12 月 24 日當天要參加 99 年度科技大學評鑑，時間上有困難。

干委員文男

若提早一個星期開會，健保局準備資料是否來得及？建議提前 1 天，在 30 日開會，但尊重多數委員意見。

賴委員永吉

本人當天也要參加科技大學評鑑，不太方便，但尊重多數委員意見。

劉主任委員見祥

委員覺得最後一週開會，會議資料會較完整，請幕僚同仁於會後調查委員意見，由委員決定開會日期。

賴委員永吉

追蹤事項第 3 項，有關第一類至第三類被保險人平均眷口數乙案，蒐集資料應該不會太困難，要提出解決方案才須花費較多時間討論。希望不要一直追蹤，因為資料都是現成的，應該很容易計算出來。解決方案也許不是健保局或衛生署層次就可以解決，但繼續追蹤的時間，不宜毫無限制。



郭主任惠玲（蕭委員景田代理人）

- 一、追蹤事項第 6 項，有關建請衛生署及健保局於全民健康保險法修正案通過前，暫緩開辦論人計酬試辦計畫案，滕委員表示今天十點鐘才會到，希望能等她到場後，再就本決議事項是否解除追蹤進行討論。
- 二、本案今天要做專案報告，建議等報告討論後，再決定繼續追蹤還是解除追蹤。

柯副主任委員桂女

本案的決議是請健保局進行專題報告，由於今天已安排健保局進行報告，所以建議應可解除追蹤，於報告後，再就其決定事項另案追蹤。

郭主任惠玲（蕭委員景田代理人）

時間上應該沒有差，從報告內容來看，健保局只是大略做報告，內容並不很詳細，其他委員及本人可能都還有意見。滕委員當初提案的目的，是希望暫緩開辦，而不是健保局報告完畢之後就沒事，所以，希望等專題報告後，再做討論。

劉主任委員見祥

- 一、賴委員對追蹤事項第 3 項，有關第一類至第三類被保險人平均眷口數乙案列為繼續追蹤，並無意見，至於報告之時間問題，等一下，請健保局說明。
- 二、追蹤事項第 6 項，論人計酬試辦計畫討論案，決議是應提專題報告，類似的追蹤事項依過去的作法，是「報告後解除追蹤」，在報告後即告一個段落，若委員有其他意見，就在專題報告的決定事項做成具體決定，本案的追蹤建議，改成「報告後解除追蹤」。

戴局長桂英

關於平均眷口數案，健保局會儘快做處理。

劉主任委員見祥

- 一、有關「第一類至第三類被保險人平均眷口數之公告乙節，請中央健康保險局依衛生署前之函示，研提妥適方案到本會說明」乙案，請健保局配合儘速辦理。
- 二、有關「建請衛生署及健保局於二代健保法修正案通過前，暫緩開辦論人計酬試辦計畫」案，其追蹤建議欄之文字改為報告後解除追蹤。
- 三、為利第 17 次監理會暨費協會兩會聯席座談會議之召開，請本會幕僚以台鐵會議室可利用時段，調查兩會委員對會議時間之意見，並擇多數委員可出席之時間召開。
- 四、餘洽悉。

## 【附件 2】

### 與會人員對「99 年 10 月份全民健康保險業務執行報告」之發言摘要

賴委員永吉

- 一、報告第 6 頁表 4 全民健保財務現金收支分析表，99 年 10 月份的醫療費用為 410 億元，報告第 15 頁全民健康保險營運資金運用概況表，本期資金去路項下之撥付醫療費用為 436.38 億元，兩者不同，請說明原因。
- 二、10 月份的醫療費用似乎較多，主要原因為何？也請一併說明。

干委員文男

- 一、現在的投保人數包括依親及外勞部分，希望知道投保人數中，國人、依親及外勞等各類的實際數字。健保局有無取得內政部入出國及移民署的資料？在台灣的外勞人數有多少？依報告第 79 頁，中低收入的人數一直在增加。外界提到有 60 餘萬人因欠費而被鎖卡，在我觀念中，鎖卡人數似乎沒有那麼多，被鎖卡的人有 60 萬，數字是否正確？雖然楊署長澄清實際上沒這麼多人被鎖卡，但健保局並未正面答覆，只強調持續在做補助，這讓人產生疑惑，希望健保局能讓我們瞭解。為瞭解大陸來台獲得政府補助的人數，過去曾打電話請教健保局。類似問題希望健保局能多加宣導，並說明真正被鎖卡的人數到底有多少？有多少人應該要加保卻未加保。
- 二、安全準備數有進步，上月份是 493.95 億元，本月份是 477.80 億元，但不知道費率調整後，實收的金額增加多少？

- 三、剛剛賴委員提到醫療費用有成長，若持續下去，收入再多也不夠支出。最後，對所有的人都不好。
- 四、各級政府欠費這個月又增加 18 億元，究竟是哪個縣市政府沒繳？二代健保法若未通過要怎麼辦？再繼續累積下去，健保會不會因此垮掉？
- 五、報告第 76 頁中醫傷科病患 7 日內同時利用西醫復健比率部分，較監測值高很多，許多中西醫合併治療民眾，原本在中醫，現在跑到西醫作復健。以往每季數據都很正常，但這一季突然超出監測值許多，是否應該注意一下。

#### 吳委員淑瓊

報告第 80 頁，有關門診高利用保險對象輔導專案計畫，看起來有初步成效，但是仍然有四百多位效果不顯著，希望知道健保局後續會如何處理。據瞭解 98 年 4 月 22 日修正的全民健康保險醫療辦法第 42 條，規定保險對象有重複就醫或其他浪費醫療資源情形時，保險人應予輔導，並得依病情指定其至特定之保險醫事服務機構接受診療服務；未依保險人輔導於指定之保險醫事服務機構就醫者，除情況緊急外，不予給付。且今年調整費率時，亦說要加強節流措施，對高診次民眾指定就醫場所。但從 98 年至今，已經超過 1 年半，請問健保局何時啟動指定就醫機制？計畫的內容及方式為何？有無較好的方式，以免啟動後會招致民怨，請健保局說明。

#### 劉委員玉蘭

- 一、報告第 71 頁，99 年第 2 季剖腹產率升高到 39.36%，較 94 年顯著提升，請問剖腹產與自然產的給付是否有差異？有些是否為不必要的剖腹產，但健保卻給付的情形。依健保法規定，因為美容需要的醫療，健保不應該給付，

健保局有必要對剖腹產做控管。

二、報告第 71 頁，用藥日數重複率部分，利用健保 IC 卡應可降低跨院所的用藥日數重複率。報告顯示，跨院所的用藥日數重複率降低情形，以高血壓藥物效果最為明顯，而安眠藥最不明顯。至於同院所用藥情形應該非常清楚，為何還會重複？同院所的用藥日數重複率目標值應該為零。跨院所可能較難控制，但不瞭解同院所的監測值為何還這麼高，監測值有可能是十幾年前訂的，居然還用 15% 當監測值，監測值太高，應該儘快修正，跨院所的監測值也要一併修訂。同院所重複的原因並不太清楚，有可能是醫院管理有問題，建議健保局對藥品的控制，還要再加把勁。

祝委員健芳

報告第 18 頁表 13，逾期未繳保險費暨滯納金移送強制執行狀況統計表中，被保險人逾期未繳而正處理中的件數有 31 萬 6 千件。備註提到的傳繳、扣薪、扣存，請問是什麼意義？外界對鎖卡很關心，立法院也很關心，請問從欠費到移送強制執行，什麼階段會被鎖卡，現行有這麼多補助機制及協助措施，是否在執行鎖卡前有確認這些人都不符合相關扶助規定？如果是遭鎖卡就有其正當性，請健保局能說明。

戴局長桂英

先請二位副局長，分別就其主管部分回答，不足之處，再由本人補充。

李副局長丞華

一、關於報告第 6 頁及第 15 頁的醫療費用數據不同，這可看第 6 頁之附註說明，第 6 頁表 4，指的是扣除代位求償收入及代辦醫療費用收入後的醫療費用；但第 15 頁表 11 所

顯示之醫療費用則未減除該二項收入，兩表的比較基礎並不相同。

二、報告第 71 頁醫療品質指標之監測值部分，同院所監測值，是制度啟動之初，參考當時發生值而定的，初始訂在最高點，希望能往下降，目前已經降到 1%至 2.5%間。至於是否降至零，還需再檢討，可能要考慮 28 天就診，或是病人因病情產生變化，而須重複掛號開藥。目前數值看起來不錯，但監測值確實須要檢討再下修。

黃副局長三桂

- 一、報告第 71 頁剖腹產率部分，各界對數值的高低看法不一。最近有位名流的夫人，依其身體狀況可自然產，卻選擇剖腹產，民主社會大家要怎麼做，健保局實在沒辦法。由於上行下效，所以剖腹產率會增加，本局也很為難。健保局的做法是，如不符合適應症而要求剖腹產，健保是給付自然產生產調高前的費用，其他費用要自己補貼。
- 二、關於跨院所重複用藥部分，同院所的重複率之所以低，是因為本局充分利用 IC 卡的特性，以及同院所申報的明細表，再將資料回饋給醫院，因此，醫院在醫院評鑑、費用管控等管理機制下，效果非常好。跨院所部分則存在兩難，一方面是老百姓就醫太方便，沒辦法阻止病人自由就醫；另外，是因為跨院所，尚需醫師確實讀 IC 卡才能有效改善。
- 三、報告第 82 頁附表，99 年列入指定院所就醫的保險對象，共計 1,678 人，截至 8 月止，就醫次數及醫療費用皆未達下降率 10%的有 464 人，高就診病友的輔導效果不是很好，是因為糖尿病、高血壓、高血脂等慢性病，經提供專

業指導，效果較好，但若為心理、精神及精神官能症等問題，病友天天看病，心理會比較舒服，不看就覺得難過。同仁苦口婆心地輔導，但此種性質的病人輔導成效有限。健保局目前除有指定少數病人到固定診所或醫院就醫輔導，同時在台北及高雄業務組有試辦藥事居家服務，提供專業的藥品用藥指導，預訂 100 年會擴大到全省的 6 個分區業務組辦理。

### 戴局長桂英

- 一、關於鎖卡問題，本次報告應該要主動列出，因為外界十分關心。這案子起源於 99 年 6 月底的數字，有些民間團體反映，吳院長要求健保局瞭解鎖卡原因並加處理，故本局擬訂了安心就醫方案，主要是處理某些弱勢民眾被鎖卡問題。
- 二、本局對於欠費累積達 3 個月以上，且經過催繳而未繳時，才會鎖卡。鎖卡的這些人都是被保險人，也算在投保人數中，只是暫停醫療給付。
- 三、安心就醫方案協助的對象分成 3 類，第 1 類是中低收入戶，本局根據財稅中心的資料，主動進行比對，對中低收入者進行解卡；第 2 類是 18 歲以下的兒童、青少年，其大部分是跟著家長加保，家長因經濟問題欠費被鎖卡，這些人也跟著被鎖卡。方案是對這二大類人解卡，人數有 33 萬人。另外，有一類是特殊境遇家庭，要靠相關單位的幫忙，例如，特殊狀況的單親媽媽，可以提出名單，健保局會解卡。目前已啟動各部會幫忙，由教育部、內政部協助提供名單，各分區業務組都在處理中。
- 四、針對目前尚未被解卡的人，當事人可提出申請，或相關朋

友們如發現有真正困難的人，也可協助通報。各分區業務組設計有關懷表，讓學校、相關單位，依照事由陳報，請健保局趕緊辦理解卡。本局也發現目前被鎖卡的個案，有全年所得在 4 百萬元以上，除欠健保費外，還有欠稅，如果進行解卡，在社會正義層面上，可能會有問題，在此跟委員說明。

五、剛剛干委員所提的中醫傷科同時利用西醫復健比率，本季確實有增加，本局會協同中醫、西醫界檢討處理。

六、另外，各級政府欠費增加 18 億元部分，請李少珍組長於會後向委員做報告。

陳委員俊明

干委員所提中醫傷科問題及同時利用西醫復健比率升高，問得非常好。中醫界也想提升品質，把傷科做好，但要瞭解中醫有師徒制背景。西醫有復健師，但中醫如要設推拿系，西醫及藥師可能會抵制。因為沒有適當管道，所以，才利用師徒制來培養學徒。但問題是，光靠中醫不夠，優秀師徒制值得保留，現在世界各有名大學醫學系都回過頭來採用師徒制，中醫也在考慮，如何將中醫的師徒制合理化，引進執業範疇，本人也是師徒制出身，再去唸碩士、博士的。師徒制如用嚴謹方法來培養，應該會更好。

滕委員西華

關於鎖卡部分，請教局長未正常繳費的民眾有多少？大部分為哪一類民眾？繳費可分期，至多是幾期，與其他欠費有無不同？

洪專門委員清榮

第六類欠費人數最多，第六類正常繳費的比率不到 70%，經



過催繳後，收繳率可達 85%。分期最多可分 48 期。

鍾委員美娟

既然有些剖腹產是個人選擇，無關好壞，不知將個人選擇剖腹產納入計算剖婦產率，其指標所代表的意義是什麼？建議將剖婦產率指標改為健保給付的剖腹產才列入統計。

滕委員西華

- 一、對民眾的欠費應如署長所言，有還款意願最重要，我們應在民法償還期限 5 年之內，儘量予民眾最大的方便。我們接獲到的申訴，多是分期兩年之內的，民眾還款就是有困難，既然給政府都可以 5 年、8 年，對民眾應該更寬待，才不致發生暫停給付、鎖卡這種情形。
- 二、根據健保法，健保局是要證明被保險人蓄意不繳才能暫停給付，健保局在記者會所提的兩個案例過於特別，要強制執行都不會有問題，但就醫改會之建議，若全數以強制執行處理，可能會對經濟上困難、其收入應用在民生為主、醫療需求原就不是優先項目之民眾，產生相當大的影響，請健保局在民眾分期輔導上，加強協助。

何常務理事博基（李委員明濱代理人）

- 一、剖腹產的情況有很多種，健保局有列出 19 樣。基於安全考量，若是第 1、第 2 胎是剖腹產，大醫院通常不會也不太敢讓產婦自然產，因為怕發生醫療糾紛。建議將曾剖腹產的人列入剖腹產個案。若是因為怕痛，則另當別論。
- 二、健保局給付自然產、剖腹產的價格一樣，但若是病人要求剖腹產，健保才給付 1 萬 5 千多元，差額要自付。統計數據若排除病人要求且自費部分，相信比例應該會下降。

吳委員淑瓊

根據副局長的回答，健保局是否已經啟動醫療辦法第 42 條規定？是否表示未來的問題會改善很多？

黃副局長三桂

經輔導 6 個月後，且經專業醫師審查確定輔導無效時，健保局才會指定當事人到固定的就醫場所。

千委員文男

報告第 20 頁重大傷病卡部分，目前有效領證數 849,199 件，按照目前 2 千多萬人口計算，有將近 7% 的人屬於重大傷病。請問重大傷病發卡一段時間後，是否會去瞭解繼續持卡之必要？有沒有退場機制？重大傷病卡的有效期限為多久？是否應全面清理？數據看起來真的很多。

戴局長桂英

重大傷病卡有效期限，從最早的無期限，一直改進到現在，已是有期限。不同疾病的期限不同，有些是永久卡，有些則有不同的年限。健保局不是發卡後屆期就不管，都會定期檢討。重大傷病卡期限到了之後，病人再度提出申請，繼續被認定為重大傷病的比例有多少，請容許本局利用一段時間做分析。

劉主任委員見祥

- 一、委員對各總額部門醫療品質指標項目及監測值之意見，請健保局納入指標檢討修正之參考。
- 二、感謝健保局盡力協助弱勢被保險人解決健保鎖卡問題，惟為消弭外界對鎖卡之疑義，請能適時於相關報告中加強說明。
- 三、由於輔導門診高診次被保險人於指定院所就醫之措施，有其必須遵守之法令規章，且施行時間不長，請健保局繼續努力，並於嗣後之相關報告中呈現具體成效。

四、餘洽悉。

### 【附件 3】

## 與會人員對「以民眾健康為導向之『論人計酬支付』構想」專題報告之發言摘要

干委員文男

- 一、對於民眾的醫療照護，自勞保改為健保後，幾乎年年都有改進措施。健保似乎把老百姓當成白老鼠試驗，本人擔心論人計酬推出後，將來是否會有人球發生？健保局對這個制度的來由，都沒講清楚，不知為誰辛苦為誰忙，最後，醫界不高興，老百姓也不高興，健保局也白忙一場。請醫師公會發表意見，是否贊成試辦？對本計畫之利弊看法如何？
- 二、總額支付制度目前已上軌道，論人計酬實施後，將與總額支付制度間是否會產生矛盾現象，健保局要說清楚，以免被保險人最後遭殃。如果制度確實可行，且三方面都好才做較有意義。本方案曾在立法院召開公聽會，但似乎都不贊成。監理會是政策研討單位，在此，健保局要事先講清楚，讓委員瞭解，然後再進行各種試驗。不要做到一半，大家都不高興，那就不好。

郭主任惠玲（蕭委員景田代理人）

- 一、試辦方案有不同模式，健保局目前正在尋求最佳模式。請問將來會是一種模式運作，還是兩種模式併行？以第一種區域整合模式為例，依照主計處人口普查，常住人口與實際居住人口有落差，行政區域愈小，兩者差別更大，例如金門地區，由於福利太好，設籍人口有 8、9 萬人，常住人口只有 4 萬多人，落差這麼大，這種地區是否要用專案模式，還是只有一種模式？另外，報告看不出來醫院間未

來要如何拆帳，這也會是爭議點。

- 二、在醫院忠誠對象模式中，何謂「忠誠」？可能只適用於慢性病患，若是一年只看一次感冒，就被納入忠誠對象，這樣是否合理？請再說明。

滕委員西華

- 一、很多的意見我第一次提案時就已經說過，比如說剛剛郭主任所提之設籍人口的問題，本次不再重複，公聽會上很多單位也提過很多意見，但健保局似乎很固執，對外界意見並未做回應，會議資料第 19 頁說明實施的好處，似乎是虛擬的好處，看不出實施的具體好處，而且，實施的壞處呢？簡報中隻字未提。論量計酬也有好處，否則為何會被採用？簡報提到論人計酬對預防保健會有效果，但並非一年辦幾場社區演講就會有效果的，論人計酬的預防保健效果，在報告中看不出有直接的證據。難道論人計酬的好處，無法在其他的方案中達到嗎？
- 二、整合式照護計畫、社區醫療群跟試辦方案有何不同？方案將醫學中心及社區藥局拿掉，沒有醫學中心，重症病人怎麼辦？要做衛教，為何不考慮將藥局納入呢？我們不是要醫藥分業嗎？另外，整合式照護計畫及家醫群也都未列入藥局；高醫療耗用的洗腎、精神病及 RCW 病人通通未排除，請問區域內的就醫人口到底要多少人，才養得起醫療人員？要多少的基層納入？基層不是論人的重要基礎嗎？只要有 1% 的人口是高耗用率的病人時，醫療團隊就可能賠本，這些重症或是高醫療耗用的病人，將會產生逆選擇的現象，不是不被收案就是被排擠。另承辦區內原有的醫療群與方案要如何銜接？相關操作性或技術性的指標，都未

提及。

- 三、另外，是醫院間的互信問題，假設奇美醫院要試辦，若病人跑到成大醫院就診，就因為要扣奇美醫院的錢，所以奇美醫院會相信成大醫院是用最小成本之內把病人治好？況且，目前每個醫院其醫病間的信任程度不盡相同，病人是否得到衛教的的比例也不一。
- 四、台灣現在已經實施各部門總額，住診、手術實施 DRGs，6 個健保業務分組亦同時實施各醫療院所之支出目標管理方案(俗稱醫院小總額)，加上多項醫療給付改善方案之試辦，乃至家醫社區醫療群照護計畫、醫院整合性照護計畫等。住院部分已受管控，真要實施論人，可能只剩下門診也說不定，這些有考慮過嗎？對於可能濫用的門診，請問有無想過其他的管控方案？目前仍存在很多問題，為何選在這時推出論人計酬？
- 五、論人計酬的品質指標是什麼？預計花多少經費？總額間要如何切帳？希望方案不要這麼匆促推出，應該對各種支付制度做好分析。報告資料實在看不出可以為民眾帶來什麼好處，所提好處，在衛生署的施政報告中就可看到，這是健保的好處，並不需要做論人，牙醫及中醫也都沒有做論人計酬啊，難道就不會發生論人的好處嗎？

林委員振順

- 一、感謝滕委員提到藥局，論人計酬是好的制度，但須考量執行的成功機率有多高？若能成功，相信對健保制度是有很大的好處。
- 二、關於風險分擔機制，請問有無退場機制？超過總額部分要由誰承當？

三、論人計酬應該有小總額，若參加的方案在台南，病人卻天天到台中看病，請問總額應算在哪裡？

四、如要做論人計酬、要提高預防保健，社區藥局是很好利用的地方，希望局長能多加考量。

盧委員瑞芬

聽過這個報告案，只有一個想法「為何而戰」？論人計酬在英國公醫制度，或是美國 HMO 制度都是由家庭醫師做起，基本上，都須限制民眾就醫自由，才能讓家庭醫師負起全人照護的責任。但是此方案又強調不限制就醫自由，與論人計酬的原則相違背。健保局很辛苦，規劃方案內提到的支付方式，非常複雜，其實，都是為了解決違背基本原則的原因。如果一定要做，為什麼不從現有的家庭醫師群開始做起？

何常務理事博基（李委員明濱代理人）

一、感謝幾位委員極力挺醫界，醫師公會全聯會的立場，是反對論人計酬支付制度。有必要實施此制度嗎？楊署長上任後，即規劃長期照護保險、推動二代健保，現在又要試辦論人計酬。論人計酬主要是預防保健及衛生教育，但台灣的論人計酬制度與美國 HMO 不同，美國限定就醫處所跨系統就醫要額外自費但我國可自由就醫。虛擬總額的錢不知是算在總額，還是另外獨立出來？虛擬總額的計算方式失真，以當地去年戶籍人口數計算，開放自由就醫，費用從虛擬總額中扣除，其責任與權力不等，100 年度總額並沒有提到。剛才委員提到，以戶籍做單位太不像樣，例如戶籍在台北，人在台中上班，卻在高雄看病，錢要如何區分，責任與權利並不對等。

二、試辦計畫分成三種模式，誠如盧委員所提，論人計酬應該

從家醫制度開始，由下向上做。其中，社區醫療群模式，是以診所忠誠病人為主，類似家醫；醫院忠誠對象模式，就是建構式的整合性照護；區域整合模式，是以行政區來整合，例如規劃以金門為示範地區。上星期日在金門開會，得知健保局並未與當地的醫師公會討論，金門設籍人數有 9 萬人，實際在當地的人數才 5 萬人據當地醫師公會理事長敘述，若要轉診百分之八十的病人要求轉到台灣就醫剛剛干委員所提的是否會形成人球問題，這也要考慮。

三、實施論人計酬後，以後各地方是否會變成一個小總額，擔心財團可能會介入，到時是否會限制病人就診自由？台灣是自由看診，依方案內容，跨區就醫，費用會扣回去，而且必須有盈餘，才會有一定比例的回饋金，但超過額度部分，醫療團體是要負責的，因此，風險很大。另外，目前並未依健保法第 33 條落實轉診制度，為何還要實施論人計酬？

四、現在承辦單位要提出申請，條件好的優先錄取，試辦計畫若要做得好，預計要三、五年後才知道費用耗用多少，醫療院所要自負盈虧，風險太大。DRGs 等既有制度的成果都尚未出來，為何現在要提論人計酬，署長或有其考量，但是二代健保法尚未通過，希望不要通過。論人計酬草案提出太匆促，11 月 12 日黃淑英委員召開公聽會，提到要做預防保健，只要修改健保法第 1 條即可。預防保健是國健局的事，健保局為何要加入。綜上，醫界全力反對論人計酬。

盧委員美秀

一、論人計酬支付制度與現行之「家庭醫師整合照護計畫」、



「多重慢性病照護計畫」之競合關係為何？「家庭醫師整合照護計畫」實施多年，若論人計酬旨在推動預防保健，應可將其納入「家庭醫師整合照護計畫」和「多重慢性病照護計畫」，提供更多財務誘因，以提升成效。

二、論人計酬之規劃，以不限制就醫自由，又在虛擬總額及財務風險分擔不明確之下，其可行性值得商榷。

三、論人計酬支付制度是否納入二代健保，宜再深思。

劉委員玉蘭

一、計畫之試辦目的，在加強提供預防保健、衛生教育與個案管理服務，以促進民眾健康，似乎有促進預防醫學的目的，這是屬於小病的問題。

二、試辦方案是排除牙醫、中醫及器官移植，個人同意器官移植要排除，但也認為，有些重大疾病應排除，否則風險太高，醫療服務團隊不會來申請，試辦方案恐怕推動不了。

劉主任委員見祥

委員有關意見，請健保局說明。

戴局長桂英

一、謝謝委員寶貴意見，從現在到 12 月底前，健保局會舉辦一系列的討論會或座談會，邀請相關醫療團體代表、學者專家及消費者代表共同討論，希望能將政策構想細緻化，並讓計畫更周全。

二、關於計畫的目的，在現制下，看病愈多醫療報酬愈多，這不是一個好的方向。若院所沒儘快將病人治好，治療次數多，對院所有利，但對病人卻不好。若讓醫療團體對民眾做更多健康照顧，使其更少生病，達到相同健康效果，則院所也拿一樣的報酬，在推動家醫制度及論人計酬時，其

實都有這樣的想法。

- 三、健保法修正條文第 42 條之 1，是在立法院審議法案時被加入的。現制下的健保改行二代健保要準備二年，但時間可能不夠，希望允許自明年起小規模試辦，找出較合適的模式。因為是試辦，如要停辦或續辦，處理上較為容易。
- 四、區域論人計酬方案，如戶籍人口不在當地就醫，則費用會跟著人走，例如金門人在台北就醫，費用會被扣除。承辦醫療院所的確會有風險，這也是目前試辦時，會鼓勵申請但不勉強的原因，是否提出申請？醫療團體要做妥善評估。
- 五、藥局部分，希望團隊能與藥局合作，在既有醫藥分業制度下進行合作。回饋金的分配及風險分擔如何處理，希望申請團隊能寫在計畫書中，讓我們評估。健保局不想在規劃階段就限制過多，否則會不容易操作。委員有關讓院所更有信心參與，或大病是否排除等重要意見，貴會有詳細紀錄，健保局將納為未來討論時的重要參考。

楊委員芸蘋（書面意見）

仍有多數委員與醫界代表，對試辦此計畫存著許多疑慮與不解，在尚未有完善的規劃與充足的準備下，建請健保局暫緩實施此計畫。在慎重規劃期間，亦請詳加瞭解是否會造成人球的問題，以及實施的優缺點，詳細分析列述供委員們參考研議。應多開幾次公聽會，詳加瞭解反對聲音為何如此之多，是否有太多的不適，不應阻絕負面之音，應廣納百川，多聽一些不同的意見！建議暫緩辦理，以示對委員所提意見之尊重，並符合期待。

吳委員淑瓊（書面意見）

- 一、論人計酬的推動，可能增進健康促進與預防保健的功能，並可能增進醫療資源的整合與連結，提升慢性病人照護成效。此一構想值得肯定。
- 二、但從目前規劃設計，仍然保留民眾就醫的自由度，並在討論過程中提及排除重症個案，請仔細思考這樣的設計下，如何達到上述成效。
- 三、在現實面，影響民眾就醫習慣的試辦不易，也許因此才有目前的設計。建議可考慮目前的試辦能否參考美國 PACE Program (Program of All inclusive Care for the Elderly, PACE-老人整體照護計畫模式)，先對同時享有健保給付及在社政具較完整長照補助之個案（低收入和中低收入個案），進行試辦。整合醫療及長照資源一併論人計酬支付，不只可試辦醫療的論人計酬，也可同時研究醫療與長照之間的連結。

劉主任委員見祥

- 一、本方案之試辦方案正在研擬討論，醫界及民眾的意見一定會被考量。委員所提意見會詳實寫下，送健保局於規劃試辦計畫時參考。
- 二、餘洽悉。

與會人員對「全民健康保險醫療支出」專題報告之發言摘要  
盧委員美秀

- 一、議程第 24 頁，99 年 1 至 6 月門診透析點數成長率為 5.7 %，高於其他總額部門，請分析原因，並提出對策。
- 二、議程第 25 頁第 6 張投影片，西醫醫院醫療費用支出之「門住比」，門診有持續擴張的現象，請扣除政策推動之門診手術或門診治療項目後，計算其「門住比」，並分析是否與 DRGs 住院案件轉嫁到門診檢查有關。

林專門委員阿明

- 一、若疾病在門診就可治療，則不必要住院，下次報告時會排除門診手術再計算。
- 二、DRGs 實施後有做監測，目前，確實是有跑到門診的情況，這部分會加強監測。醫院若做轉移，健保局的規範是要求要合併住院申報。

戴局長桂英

- 一、盧委員關心 DRGs 實施後是否有轉移現象，健保局將來會做報告。
- 二、本報告是以申報值做分析，林專門委員剛才提到，若是有不應該申報的，會將它合併到住院部分，這是在審核階段所做的處理。

劉主任委員見祥

今年 8 月份，健保局進行「全民健保診斷關聯群(DRGs)支付制度執行情形」專題報告時，決定請健保局於實施一年後再報告，當時預訂的時間是明年 4 月，不知能否在本屆委員聘期屆滿前報告。

戴局長桂英

健保局會按照貴委員會裁示，依貴會安排的時間做報告。

劉主任委員見祥

- 一、為讓委員瞭解全民健保診斷關聯群(DRGs)支付制度實施一年的具體成效，請健保局於本屆委員聘期屆滿前提報。
- 二、餘洽悉。