

全民健康保險監理委員會  
第 185 次會議紀錄

中華民國 99 年 10 月 29 日



# 全民健康保險監理委員會第 185 次會議紀錄

時間：中華民國 99 年 10 月 29 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：

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）

謝委員天仁

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

吳委員德朗

謝常務監事武吉（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

凌專門委員月霞(代)

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

林委員啟滄

列席單位及人員：

行政院衛生署健保小組

梁組長淑政

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

黃副局長三桂

鄧組長世輝

李組長少珍

王組長怡人

林專門委員阿明

周專門委員士恒

黃專門委員肇明

蔡科長佩玲

黃科長淑雲

林科長寶鳳

陳科長美杏

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：

中醫師公會全國聯合會配合其理、監事改選，改推薦該會監事長陳俊明博士擔任本會委員並獲衛生署同意。陳博士學養俱佳，對本會業務將有相當幫助，歡迎渠加入本會。

#### 貳、報告案

##### 第 1 案

案由：確認本會上(第 184)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「地區醫院日形萎縮，宜建請衛生署委外研究，瞭解其是否影響民眾就醫權益」乙案，依委員意見改為繼續追蹤。

二、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 9 月份全民健康保險業務執行報告」，請 鑒察。

決定：

一、委員對於二代健保修法案所提意見，併會議紀錄送請主管

機關參考。

二、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。

三、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：「全民健康保險醫療支出」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：建請健保局督促醫師有效利用健保 IC 卡查詢功能，以避免藥品有重複使用或浪費情形，並確保民眾用藥安全案，提請 討論。

決議：

一、肯定中央健康保險局對健保 IC 卡業務之努力，惟為使其更具效益，請能繼續加強宣導及輔導醫師、醫事人員及民眾使用健保 IC 卡之查詢功能，並將各時程所進行宣導之績效，列入業務執行報告中。

二、委員對改善健保 IC 卡查詢回應速度及容量等意見，送請健保局納入未來計畫之參考。

(與會人員發言摘要詳附件 3)

#### 第 2 案

提案人：滕委員西華

案由：建請衛生署及健保局於全民健康保險法修正案(俗稱二代健保法)通過前，暫緩開辦論人計酬試辦計畫，提請討論。

決議：為讓委員充分瞭解「論人計酬試辦計畫」內容，以利計畫推動，請中央健康保險局於本會下月份委員會議專題報告。

(與會人員發言摘要詳附件 4)

肆、散會：中午 12 時

【附件 1】

報告案第 2 案「本會委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與會人員發言摘要

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

- 一、追蹤表第 4 項，有關地區醫院日形萎縮，宜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，雖衛生署有回覆，是不是紀錄有錯誤！還是衛生署給的回覆無方向性，計畫的名稱「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，衛生署 10 月 20 日回函之資料可能不足，該計畫是探討醫學中心與社區醫院的合作模式，但僅只是模式而已，並不完整。監理會之前曾請台灣社區醫院協會提供執行計畫草稿，因為該協會與衛生署簽有保密合同，所以，計畫資料不能提供參考。
- 二、這個計畫只是 3 家醫學中心及 3 家地區醫院的整合模式而已，與地區醫院日形萎縮的方案，並不能完全搭配，且目前計畫正在執行中，追蹤建議不應解除追蹤，建議本案要繼續追蹤，瞭解計畫執行情況，主要是怕有些單位會見縫插針！

干委員文男

謝院長說的有道理，但本人另有看法，以前是什麼資料都沒有，也不回應監理會，但現在已經看到有委託案並且也在進行。這個案子從開始到現在，已經有一段時間，希望趕快有結果，所以，建議先解除追蹤。等研究完畢有一定程度的文獻出來，如有問題再提案，這樣比較符合監理會的執行政序。

劉主任委員見祥



干委員建議先解除追蹤，再看研究成果如何，如果不好，再另立新案來討論，委員有無意見。

盧委員瑞芬

衛生署既已委外研究，符合上次會議的決定，贊成干委員所提，解除追蹤；研究結果如不能回應委員的意見，再另外提案解決。

郭主任惠玲（蕭委員景田代理人）

請問謝院長，這個研究計畫案期間多長？

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

研究期間僅有半年，因為醫學中心與地區醫院的整合模式，只有找 3 家醫學中心及 3 家地區醫院，才剛開始，完成仍需要一段時間，我不是建議繼續追蹤，是繼續瞭解，兩者意義不同。不要給別的單位有見縫插針之機會。

劉主任委員見祥

- 一、本研究案雖然是研究整合模式，但重點應該在研究地區醫院萎縮有無影響民眾就醫權益。
- 二、本案衛生署已有回應，雖然經費不多，但總有個開始，本會可以持續瞭解，是否先解除追蹤，未來，謝院長如有新發現，再另立案討論。
- 三、由於本會追蹤案只有繼續追蹤及解除追蹤兩項，並沒有繼續瞭解項目，是否先解除追蹤，本會會繼續瞭解，並在適當機會洽詢醫事處，了解研究進度，或有無其他適當的措施。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

本來這個計畫是「醫療資源倒金字塔之扭轉及校正計畫」，最後跟醫學中心討論結果，才改名為「醫學中心與社區型地區醫院的合作模式」，這個計畫如果以倒金字塔之扭轉及校正計畫模式

進行，因為計畫太大，半年做不出來，所以，建議追蹤情形改為持續瞭解。

干委員文男

謝院長很堅持，但是繼續瞭解與繼續追蹤，其實意義相同，建議改個方式，等研究一段時間後，若要擴大時，再提出來，本案先解除追蹤，後來的提案再併行，這樣比較好。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

大家要解除追蹤，是有風險的，建議繼續追蹤，以免別人見縫插針，希望這個委員會不要被牽連進去，建議繼續瞭解。

劉主任委員見祥

本案是否解除追蹤，或改為繼續瞭解？

葉委員宗義

解除追蹤跟繼續瞭解，其實相同，要嘛就追蹤，不要追蹤就解除。

賴委員永吉

以前沒用過繼續瞭解這名詞，建議不要創新名詞。

郭主任惠玲（蕭委員景田代理人）

是否再等半年，看到報告再決定，建議繼續追蹤。

李委員永振

本案的題目有好幾個環節，目前處理只是委外研究，衛生署的研究主題跟本案的題目，是否可劃上等號，尚不得而知，等委外研究後，發現問題再去解決，才是全部解決，現在僅是委外研究階段而已，建議要繼續追蹤，而不是瞭解問題。

楊委員芸蘋

因為沒有看到好的方法來解決，才半年而已，建議繼續追蹤。

劉主任委員見祥

如果大家都贊成，本案繼續追蹤，不過有關追蹤案的處理方式，之前會議曾做成原則性的決議。

盧委員瑞芬

若謝院長認為委託台灣社區醫院協會之研究計畫不能回答其「地區醫院日漸萎縮」案，則衛生署不應委託台灣社區醫院協會執行該案，因為衛生署委託研究的用意，是要解決問題。或是說，謝院長參與之台灣社區醫院協會，不應接受委託該案，因該委託案無法回答謝院長所提問題，該委託案與監理會亦無關。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

這個案件不是監理委員會的委託案，是衛生署委託的，與本案是兩碼事，而且這個案子在很早前就委託，希望不要浪費時間，我改變意見，本項建議繼續追蹤，同時本人會要求衛生署，以後不要將資料提供監理委員會參考，不要讓人有見縫插針的機會。

盧委員瑞芬

本人過去亦曾進行衛生署委託研究計畫，清楚瞭解凡衛生署委託研究計畫，皆屬公領域(public domain)資產，研究結果必須公開，因研究經費為納稅人的錢，不可因個人要求而不公開。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

本案與衛生署的案子不能一概而論，這個案子當初是要監理會與費協會兩會共同針對地區醫院不斷萎縮原因進行瞭解，並研議辦法，現在如果用衛生署這個案件來搪塞，就不能解除追蹤，且兩會一定要組成專案小組進行瞭解才行。

郭主任惠玲（蕭委員景田代理人）

當初的決定事項，是建議衛生署委外研究，委外研究一般是用

委辦費辦理，可是這案件衛生署的回文是用補助，可見是由台灣社區醫院協會自行提出企劃案，尋求衛生署補助，跟我們原來建議的委外研究是截然不同的。

劉主任委員見祥

- 一、有關「地區醫院日形萎縮，宜建請衛生署委外研究，瞭解其是否影響民眾就醫權益」乙案，多位委員認為仍有繼續追蹤瞭解必要，故改為繼續追蹤。
- 二、餘洽悉。

## 【附件 2】

### 報告案第 3 案中央健康保險局「99 年 9 月份全民健康保險業務執行報告」與會人員發言摘要

賴委員永吉

- 一、目前大家對 12 月 7 日的二代健保修法案都拭目以待，由於贊成的聲音越來越多，看來結果應是樂觀的。由二代回頭來檢視現在的健保，就不得不檢討現制下本會的功能有無圓滿完成。個人認為，若從支出面及收入面來看，則涉及兩會，本會較著重在收入面，費協會則側重於支出面。如從這角度切入，並以健保局本次所提 9 月份業務執行報告觀之，收入面做得不錯，例如，報告第 7 頁權責基礎的收支分析表可看到，自 4 月份調整保費後，在 99 年 8 月健保的收入已有剩餘，效果非常明顯；保費收入截至 9 月份，成長超過 12%。4 月時大家為維持健保財務，所以支持保費調整案，看來本會的支持是正確的。
- 二、報告第 15 頁營運資金運用概況表，本月份融資 1,485 億元，償還 1,716 億元，顯示健保局已能善用保費調整後財務上之優勢。
- 三、報告第 19 頁健保財務指標執行結果及說明，看起來更好，整個財務調度，在本季季末，借款總金額為 1,188 億元，各級政府欠費為 816 億元，所需之收支調度金額才 372 億元。更漂亮的是，當季保險收支餘額全是綠燈，表示現在健保財務沒問題，沒有二代健保，也做的不錯。從各方面來看，本會在監督收入方面已經盡力，應算有所交待了。
- 四、各方面看起來都不錯，但始終有個問題未解決，即平均眷口數，多屆的委員及本人，都曾數度提過此問題，但過去

總搬出很多理由，因此在提出後始終沒獲得具體的答案。當初也支持費率調漲，該支持的都支持了，在此財務改善及二代健保趨向樂觀的情況下，若平均眷口數問題卻未能於本屆監理委員任期內解決，恐會落人口實。公告之平均眷口數與實際值還是相差很多，平均眷口數已經好幾年未依法調整。今天再次提出，如何解決應有明確時間表，至少在二代健保開始前要有交待，不要造成監理會有收入面督導不周的责任。

#### 千委員文男

- 一、賴委員較為樂觀，本人卻持悲觀看法，報告第 5 頁，在調整費率後，每月收入與支出仍舊不平衡，建議健保局如有結餘，可以多還一些借款。
- 二、報告第 78 頁，特約醫院有保險病床比率未達法定比率的問題，不管是區域醫院或是醫學中心，民眾老等不到病床，急性病找不到病床，要睡在走廊上。請問健保局，是否對未達法定病床數的醫院依法開罰？這是民眾較為重視的問題。
- 三、以前勞保改健保後，職業工會是繼續辦理承保業務，但二代健保後，變成健保局直接面對家戶，讓人擔心工會的功能。一直以來，都由工會幫忙健保局收費，每位被保險人及其眷屬分別補助 25 元及 10 元，這已行之有年。由於職業工會的會員人數有 260 多萬人，加上眷屬可達 500 多萬人，有些人並未達繳稅標準，希望能維持由工會代收保費，並繼續補助。以前法案都有提到工、農、漁會為投保單位並辦理收費，但二代健保卻沒有交待清楚。

#### 石委員發基

- 一、賴委員對健保財務較為樂觀，但個人卻非常擔心 2 個月後，部分縣市要升格為直轄市，可能對健保費補助款會有影響。原本預計財政收支劃分法、勞保條例及二代健保法可以修正通過，這些直轄市的補助款，全改由中央負擔，但目前卻沒這麼順利。部分縣市升格後，補助款計算方式改變，各縣市可能認為分得財源少，而不願意負擔增加的健保費補助款。
- 二、100 年將升格的院轄市，其勞、健保補助款，還不是由中央負擔。雖然主計單位會匡列經費讓他們支付，但包括北、高兩市以及台北縣，之前雖有匡列經費，但並未依法繳納。本人擔心未來桃園、台中、台南及高雄等縣市，可能都會加入政府欠費行列。
- 三、勞委會過去會編列勞工的勞、健保補助費。但下（100）年度已經沒編列，這項衝擊，勞保局跟健保局都要妥善因應。

楊委員芸蘋

石委員說的就是我所擔心的問題，若勞委會不編列勞工的勞、健保費補助費，對勞工是很大的衝擊與威脅，對職業工會的勞工團體影響甚鉅。中央對勞工團體的補助經費，以後若都沒有了，恐怕將來各院轄市或中央會面對許多此起彼落的抗議聲浪，建議相關單位勿草率決定，細膩操作謹慎處理！

石委員發基

未來，應由升格的院轄市負擔勞、健保費補助款。按理說，主計單位會匡列經費讓他們來付，但根據過去經驗，他們大多不會依法繳納，才會造成北、高兩市的欠費。

楊委員芸蘋

二代健保如果通過，勞工團體最擔心的是以後職業工會承辦的

健保業務會是什麼？會沒有或是減少？近來，全國性總工會、各聯合會及地方職業工會都在反映，個個憂心忡忡，以後工會要何去何從？不知道以後如何辦理會務，沒有了健保業務也就沒有行政補助費。到目前為止，還無法明確將來走向，勞工團體更加憂慮。補助經費雖然不多，但對工會仍有一定的幫助。以後工會不會沒有健保業務，代收保費的量會減少而已，健保局也無人力接收所有業務，故仍需工會協助，否則無法正常上路！行政補助費若沒有，問題會很嚴重，希望健保局能重視這個問題！

#### 鍾委員美娟

目前欠費的是直轄市，其實縣市並沒有欠費，因為在一般補助款制度中設有考核機制，會去督促縣市政府繳款。又 100 年度主計處已將健保保費補助款納入於一般性補助款中核算，如同以往處理縣市政府健保費一樣，訂有一套機制，督促縣市政府及直轄市政府繳納健保保費。

#### 劉委員玉蘭

- 一、政府欠費與費率無關，瞭解健保財務，是以權責基礎之保險收支為準，因為現金基礎之保險收支會受政府保費補助金額撥入時間的影響。就健保而言，目前是 2 年平衡費率，而現在才剛調整保費，是 2 年的第 1 個半年，所以財務是樂觀的，但如果是屬於第 2 年的最後一個半年，則未必可以樂觀，目前樂觀不代表 2 年後可等同觀之。但二代健保如果能順利推動，短期收支不平衡，應該還可以忍受。
- 二、目前平均眷口數之計算與實際眷口數比較，是稍為偏高，上次參加監理會辦理的「健保局查處重複投保及以適法身分投保作業」實地訪視時發現，許多退休的人士以第 6 類



被保險人身分加保，因此，眷口數自然會低估。若依母法而論，實際眷口數應會高於現在，但是否高過現在所收的平均眷口數，則不知道。健保法施行細則規定公、勞保退休人員可用第 6 類被保險人加保，是違反母法的，本來應該要修法，但二代健保即將實施，短時間內，建議可暫時不動，希望企業界能維持目前的平均眷口數，等二代健保上路，眷口數問題也就可以解決。

劉主任委員見祥

請曲委員說明平均眷口數、工會代收健保費之行政補助、縣市升格為直轄市後，有無可能欠費等問題，以及政策上之因應措施。

曲委員同光

- 一、眷口數問題，賴委員長久以來都很關心，在署長出席六大工商團體辦理的溝通討論會時也曾提及。現在平均眷口數之計算是有所落差，但差多少，仍須由健保局計算。
- 二、平均眷口數之所以一直下降，原因之一，是少子化問題；另外，是健保法施行細則的規定。當時因考慮公、勞保退休人員仍可能有獨立的經濟能力，或許會希望不增加子女的負擔，故在實務運作上，同意這些人可在第六類投保，確實是和母法之精神有差異。但這是當時因應社會反映所做的變通措施，如果將這個因素回歸計算，結果數值可能超過現行的平均眷口數。此問題還是要請健保局算好數字，並將相關問題一併提出，讓委員瞭解並深入探討。
- 三、未來，二代健保不再分類目，因此沒有第二類，但工會之功能是多元的，其宗旨應不只是提供勞、健保服務。除代收勞、健保費外，工會還有許多服務會員的功能，工會的

多元價值，不會因為健保改革而受影響。未來，二代健保的繳費方式比較多元，法規內並留有可由工會代收之機制，工會如果組織健全、服務周到，相信對會員繼續委託繳費仍是具吸引力。由於職業工會會員所得較不固定，若無法就源扣繳，於二代健保時會以保費預開單，即有可能在工會繳費。個人瞭解工會擔心二代健保會有影響，所以未來仍會儘量爭取行政經費。

四、關於五都部分，石委員擔心的是實際繳費問題，但健保財務在權責概念上並不受影響，財劃法問題政府一定會解決。在政府欠費部分，目前一般縣市政府並沒有欠費，北、高兩市也都有還款計畫，未來幾年會陸續處理完畢。按照二代健保的設計，健保費補助款全部由中央政府負擔，所以，政府新欠費問題不會再發生，只是在二代健保未實施或財劃法未修正前，對政府欠費可能會有影響。

#### 鍾委員美娟

- 一、談論欠費議題應區分為 99 年以前欠費及 100 年應負擔兩項，99 年以前欠費，應依直轄市政府與健保局所定償債計畫執行；100 年度部分，直轄市由 2 個變成 5 個，大家擔心是否會有更多縣市在改制直轄市後，因負擔比例變多，而有欠費。其實，100 年度不論是縣市或直轄市，主計處已按以往設算方式將其應負擔之健保保費補助款納入於一般性補助款中核算，其中，對於改制之直轄市依法所需增加之健保保費採匡列專項予以外加補助，並已預先規劃一套撥款及考核機制督促地方政府繳款。
- 二、至未來，如果財劃法、二代健保及勞保條例修法通過後，健保及勞保保費補助款全由中央負擔，所以應沒問題。

楊委員芸蘋

工會會員多為無固定收入者，收入高低不定，甚至無收入者眾，不見得有錢繳費，無法採用就源扣繳方式，請問健保局要如何預開單？

曲委員同光

二代健保係以家戶總所得計費，目前的第二類被保險人無一定的雇主，其未來如屬未達報稅水準的第 2 類被保險人時，可能用下限或基本費額來計算，因為是在下限，所以，不用就源扣繳方式處理，健保局會預先開單供繳費，再視其實際所得結算處理。

劉主任委員見祥

有關委員所提執行面問題，請戴局長回應。

戴局長桂英

委員所提問題，僅有保險病床部分尚未回應，請黃副局長回答。

黃副局長三桂

- 一、病床數不足的最大原因，在於大家都湧向醫學中心求醫。為紓解這種情形，台北市政府衛生局已試行辦理相關計畫，透過醫學中心與台北市立聯合醫院及區域醫院結盟，將輕、中症急診患者轉至結盟醫院。轉診過程，提供充分轉診資訊及妥適的醫療處置。依據本局統計資料顯示，各醫院病床占床率之高低，與民眾可自由選擇就醫醫院層級有關，大家都跑到台大、長庚等醫學中心。因此，醫學中心比較常有病床不足現象，但區域醫院或地區醫院卻有病床過剩或空床之情形。
- 二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法修正前之規定，公立醫院之保險病床比率原應達 65%，台大醫院保險

病床比率未符規定，本局業依「全民健康保險法」第 74 條規定，處以新台幣 10 萬元罰鍰，惟依據新修正的規定，將公立醫院保險病床比率提高到 75% 以上。未來，如果依照二代健保法規定，每一床要罰 1 萬到 5 萬元，實務上如何訂適當比率，有待討論。因為社會繁榮進步，單人病房的需求正逐漸增加中，如果病床全都改為健保病房，對於有單人房需求的保險對象，實務上也須加以考慮。

戴局長桂英

台大醫院目前已補足到還未修法以前的健保病床數額。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

- 一、補充資料第 6 頁二代健保修法部分，久居國外回國參加保險等待期，由 4 個月延長為 6 個月，唯獨沒看到依親有何規範。這些人要開刀或要看病就會回來，之前曾提出討論，當時計算所花的費用約為一、二十億元，但為何二代健保修法未規定，個人感到很納悶。
- 二、工會存在是多元化，其存在不是為了健保，工會是為勞工朋友利益而努力的，衛生署代表對工會的說法，似有抹滅工會功能之虞，希望以後能稍為修正。
- 三、補充資料第 10 頁監理會之組織及定位問題，在 10 月 26 日立委黃義交所召開之會議中，楊麗環立委曾表示：資訊公開在民主時代是應該要作的，但如何公開才是完整的公開？若公開有障礙，就應修正。公開的目的是希望民間代表多數的意見能表達，衛生署不要有既定概念，言者諄諄，聽者點頭，但行為卻依然故我。先前有和楊署長及曲參事提過提供稅制之試算表，讓民眾心裡有個底，但署長說費用由監理委員會委員決定，假若政策失敗，再來檢討先前

是哪位委員做的決定。先前公聽會中提過的問題，都未予解決，之後才責怪是誰的錯。以上是楊立委的發言逐字稿，由上述內容可以瞭解到，以後監理會職責是多麼重要，成功與失敗都在這個單位，之前就曾提到的地下經濟問題，至今仍然沒有提出方案。

劉主任委員見祥

委員所提修法意見，請問健保局有無特別說明？

戴局長桂英

- 一、補充資料第 6 頁有關久居國外回國參加保險需等待一定期間，草案已從 4 個月延長為 6 個月。關於依親的規定，目前看法是要設籍，如果戶籍不在，平常也不繳保費，回國就要有等待期；但是如果戶籍在，也按時繳費，但因為就學、旅遊及工作等因素，本局則不去探究。
- 二、補充資料第 10 頁監理會組織及定位條文，目前是保留，衛環委員會很慎重，希望保留以便作更多討論。未來，兩會合併後，監理會的功能，是期待由諮詢性質轉為決策性質，其定位及成員等問題，會尊重大家的意見。不管是立法委員舉辦或衛生署所舉辦公聽會的意見，將來有機會，本局都會加以表達。
- 三、工、農、漁會，一直是健保的工作夥伴，二代健保開辦後，就源扣繳僅那些有真正發薪水的人才扣得到，如果沒有其他管道收款，我們的現金週轉需求可能變高，健保局感謝工、農、漁會及鄉鎮市區公所的幫忙。

華副處長清吉（陳委員武雄代理人）

現在職業工會會員每人繳費金額為 775 元，但二代健保規劃的保費下限為 300 元，則職業工會會員（超過 250 萬人），加上其

眷屬約 300 萬人，在二代健保實施後都可享有低價保費。對這些人這麼優惠，其他人的保費卻相對要增加，是否公平。

#### 滕委員西華

有關久居國外等待期問題，未來二代健保以家戶計費，會有一些人有國籍、有戶籍，但出國達兩年以上，例如，在國外受扶養的親屬，或是出國唸書的人，若以家戶計算保費，這些人若以家戶計費，是實際上有繳費，但離開台灣，且達戶籍法除籍的規定，他不除籍，就會形成認定上差距。或是有國籍但無戶籍之工作人口，離開達一定時間未加保時，才会有等待期，因此，實務上，要等待人數很少，所占比例不高，這些沒有除籍或是受扶養的旅外人口，通常花不了什麼錢，但是醫療耗用率比較高的人，可能還是不符合等待期的規定。

#### 戴局長桂英

- 一、目前所謂設籍有兩種考慮，一種是具國民身分，也設有戶籍，另外，是看稅籍。以個人為例，本人與配偶在同一稅籍，但兒子及女兒則因出國及已成年工作，所以稅籍是各自獨立的，若本人的兒子沒繼續繳保費，未來，二代健保實施後，他回國，一樣要符合規定的等待期才能加保。
- 二、目前衛生署及健保局對外舉例的下限金額 300 元，是暫用多年前朱教授規劃時的舉例，未來，會因應時代變化而調整，至於下限越低，其他人的負擔當然越高，下限負擔是多少，未來，將是監理會討論的課題。

#### 楊委員芸蘋（書面意見）

有關立法院對監理會之組織定位有爭議部分，個人意見如下：

- 一、監理會成員皆來自社會各個不同團體或單位，委員意見各有其獨到之處，每位委員皆認真投入瞭解問題，也以其專

業領域之內涵，積極討論、發言。諸多建議與發現，對健保局之業務促進，有其相當的功能，不容許被質疑。

二、監理會應不只是諮詢也應該是決策機關，以確定其功能性與權重之處。

劉主任委員見祥

一、在五都院轄市政府補助款部分，感謝主計處代表鍾委員的說明，未來政府將不會再有欠款。

二、本案作以下處理：

(一) 委員對於二代健保修法案所提意見，併會議紀錄送請主管機關參考。

(二) 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。

(三) 餘洽悉。

### 【附件 3】

討論案第 1 案「建請健保局督促醫師有效利用健保 IC 卡查詢功能，以避免藥品有重複使用或浪費情形，並確保民眾用藥安全案」  
與會人員發言摘要

干委員文男

關於健保 IC 卡案，健保局有作改善，但進度在那裏？健保局雖有給代碼，但部分醫師連看都不看，而且代碼應轉換為藥品的名稱，這樣比較不傷腦筋。

何常務理事博基（李委員明濱代理人）

感謝干委員提出本案。醫師公會在今年 10 月份時與健保局合作，選擇 4 家基層診所接受該局的考評及督導。現在請主席同意，由也是受考核的德容診所施醫師說明其實地操作情形。

施醫師肇榮

- 一、實際讀取健保 IC 卡時，必須同時有醫事人員卡，若醫師未隨身攜帶醫師卡，則讀寫會有問題。寫入時間約 12 至 20 秒，時間跟醫令數目有關，輸入時需要等待時間。
- 二、最近 6 次就醫紀錄資料，包括處方箋釋出至藥局調劑的紀錄，會佔欄位，醫師所輸入的資料，會被覆蓋而無法完全顯示。
- 三、門診處方箋醫令雖可讀取 60 筆，但讀取時間要 45 至 59 秒，呈現的醫令資料密密麻麻，相當費眼力也容易遺漏。
- 四、醫令碼並非全可轉換，僅部分可轉換為藥品名稱，重要性的東西無法一目了然。連續處方箋雖可看 30 筆，但資料也很多，代碼也無法全部轉換。
- 五、以本診所為例，讀卡機是早期購買的，現在已成為孤兒機，新版軟體不支援舊機器，在操作時容易當機。



## 戴局長桂英

- 一、本案委員所提擬辦意見，本局會加強努力。
- 二、感謝西醫基層診所的配合。關於為何讀取健保 IC 卡要用醫事人員卡，是為了保障病人就醫的隱私。
- 三、至於健保 IC 卡寫入時間，因為要打字及輸入代碼，所以會有等待時間，時間長短也跟醫令多寡有關。
- 四、德容診所施醫師所提查詢需要醫師跟病人等待，這段時間，醫病之間其實可交談或詢問病情。以個人為例，就醫時會期待醫師能聽取病情，醫師若能在等待 IC 卡資料時，多瞭解病人狀況，是最好的。以目前的速度，若跟病人聊個 2、3 分鐘，資料就跑出來了。當然，如何讓資料呈現更清楚，或是速度更快些，本局會努力找出還可以改善之處。

## 干委員文男

- 一、戴局長說儘量做是安慰話，希望健保局能排出時間表，不要讓委員一直等，因為本屆委員即將卸任，這個問題在 2、3 年前即曾提出。
- 二、德容診所報告提到，看資料很耗眼力，以及機器老舊等問題，讀卡機是診所的生財工具，診所應可自行更換。消耗眼力的問題，是每個人都必須的，本人要參加開會，事前都要準備二、三天，若未收到資料，還會打電話詢問。總之，希望各界能夠配合。

## 盧委員瑞芬

因為目前讀卡速度是較大的問題，建議 IC 卡改善計畫，考量運用雲端運算(cloud computing)的優勢，加速資料運輸速度(讓 IC 卡成為一把 KEY 卡)，不要貯存過多資料。

## 劉主任委員見祥

由於本屆委員任期只到明年 2 月份，健保局可否在明年 1 月份提出健保 IC 卡改善進度報告？其實在 IC 卡資料處理上，健保局很努力，也多有表現。

戴局長桂英

- 一、監理會每個案件都有追蹤，本局將分區作更多的宣導，辦理的時程在追蹤辦理情形中呈現，供委員參考。
- 二、有關健保 IC 卡改善，有無運用更高科技部分，請李副局長補充。

李副局長承華

- 一、健保 IC 卡所列資料非常詳細，任何先進國家，還沒有像台灣的 IC 卡一樣，能讓病人跨醫院及診所就醫時，攜帶如此大量之資料。以目前的科技用晶片來讀寫，速度仍有一定的限制，但如換為姆指碟則會較快。目前正在觀察先進國家，是否有比我國健保 IC 卡更快之科技產品，如能作身分識別，則可以引進。
- 二、盧委員建議採用雲端科技，醫院的預約病人，可將其資料下載到醫院去，目前的技術沒問題。台北業務組已有試辦計畫，預約的病人資料可先下載，醫院作業系統整合較好，讀取不費時，唯一的顧慮，是倫理法律問題。萬一病人沒出現，結果資料倒到醫院去，會有隱私權問題，但需持有健保 IC 卡，沒有卡就看不到個人資料。
- 三、衛生署目前推動的電子病歷計畫，如果做得夠好，跨醫院病歷流通會較快，健保卡不須承載這麼多資料，因為網路即可替代媒體。

謝委員天仁

監理工作希望能看到計畫、時程，再瞭解計畫進度有無落後，

如果上述細節都沒有，就很難監理。干委員已經提過很多次，做個計畫真有那麼難嗎？這部分健保局要加強。外界認為，健保 IC 卡的功能與重複檢查及重複用藥問題，有極大關聯，如果沒好好處理，容易引起外界不當聯想，希望計畫能作出來，就算 2 年或 3 年都可以，但不要一屆拖過一屆。

劉主任委員見祥

- 一、肯定中央健康保險局對健保 IC 卡業務之努力，惟為使其更具效益，請能繼續加強宣導及輔導醫師、醫事人員及民眾使用健保 IC 卡之查詢功能，並將各時程所進行宣導之績效，列入業務執行報告中。
- 二、委員對改善健保 IC 卡查詢回應速度及容量等意見，送請健保局納入未來計畫之參考。

討論案第 2 案「建請衛生署及健保局於全民健康保險法修正案(俗稱二代健保法)通過前，暫緩開辦論人計酬試辦計畫案」與會人員發言摘要

滕委員西華

- 一、本人再次補充提案之理由，論人計酬如同論量或其他支付制度一樣，各有其優點，然每一支付制度之優點，亦可能為其缺點。早在蘇貞昌擔任行政院院長舉行經續會期間，楊署長當時在奇美醫療系統任職，與詹啟賢前署長便提出論人計酬之主張。然我國現在適合實施論人計酬嗎？論人計酬需要一個醫療體系或集團，對一個固定區域內之民眾提供足以滿足其需求的醫療服務，他也可能是多元保險人或保險私營化的前奏。
- 二、論人之實施，這可能是幅員比較廣大的區域，跨區就醫不容易，台灣和其他國家不同，我們區域小、民眾跨區就醫容易，且醫療體系內之院所就算不收案也不會有處罰，所以，有人問說這樣會不會有人球？當然不會。因為比較不賺錢的或是重症的就不收，或是少收，在區域內盡量把容易賺錢的病人收進來，而且民眾就醫自由度高，醫療院所如何能夠管理或限制病人的就醫？
- 三、如提案之說明，我們已經實施諸多醫療管控之手段，加上數十項試辦計畫，許多計畫尚未評估績效，且 100 年之費協會協商結論，並未出現論人計酬之試辦項目，為何一定要在此時憑添支付制度的紊亂？並且違反協商結論？總不能因為長官一句話，就貿然實施，更何況健保財務不是很拮据嗎？我們還要一個不一定有效益的花錢計畫嗎？這根

本就是多一個送錢給醫院的計畫而已，看不出對健保財務或品質有何幫助。

#### 曲委員同光

- 一、論人計酬其實是支付制度的改革，支付制度有多種方式，包括：論量、論日、論人及總額等，只是實施順序有先後，論人計酬被認為可放在後面做。目前已採行的部分論人計酬概念，例如：IDS 及家醫群制度，都有融入論人計酬的概念。實務上，論量是一項一項支付；論病例計酬，則是讓醫療提供者對醫療責任負擔到疾病個案，論人計酬只是擴大到對這個人的醫療及健康來負責任，基本概念上，並無要多送錢給醫院。醫院能否得到較多的收入，要看其照顧病人的程度，病人照顧好、更健康，費用自然少，健保整體的費用也能控制穩定，不用經常要調漲保費。
- 二、另滕委員所提，這制度會不會讓醫院大病不收或將病人往外送，藉此機會說明的更清楚一點，現在論人計酬，是某醫療體系要負責區域內民眾健康，病人跨區就醫，是要從其責任區域費用內扣除的。重病病人若不治好，讓病人跑到別醫院治療，因為別的醫院會花費多少無法預測，所以，醫院應該有意願治好重症病人，也不會把病人丟出去。這個制度是希望醫療院所儘量在其責任範圍內將病人照顧好。
- 三、論人計酬計畫是以試辦方式做。支付制度是隨著體系、時間而一直發展中，現在雖然有論量、論病例 (DRGs)、總額，但仍可以嚐試對健保更好、更有意義的方式。

#### 滕委員西華

- 一、如以曲委員同光剛才所言，則其現在的角色比較像是曲參

事，為署內政策辯護，可是不要對有意見的人，說是因為人家不懂。

二、我們的健保資料庫中，沒有被保險人之戶籍地或居住地資料，只有投保單位的地址，所以，才會形成要研究區域內多少醫療資源，或是發展哪一類醫療資源或科別，才能夠滿足區域內民眾需求的醫療經濟研究，變成如此的困難。我們如何能夠知道，在體系內就醫的，就是這一區域內的民眾呢？或是住在這裡的民眾，都會在這裡就醫？到台大看病的，就一定住台北縣市嗎？沒住在屏東或花蓮的？如此一來，你怎麼規劃區域內人口和費用呢？

三、我們當然知道民眾跨區就醫，就要從收案的醫療體系內扣款。但是請問，我們醫療體系間有互信基礎嗎？執行的這一個醫療體系如何去和基層或其他醫院拆帳？為何區域內的診所或其他地區醫院要給醫學中心整合？所以，就會形成這家醫學中心或醫療體系，自己成立各級醫療。現行醫學中心的初級照護率，已經節節上升，將來就會全包了，把病人的最大經濟利益留在集團體系裡。比如說，北區某一醫學中心，他跑去經營基層診所，這家診所一年可以吃掉基層總額快一億是一樣的道理。另，我假設奇美醫療集團要承辦論人計畫，他的病人跑到高醫、高雄長庚或是台大看病，請問：奇美會相信這些醫院是在最少醫療經費下，把病人醫好嗎？不會超出經費嗎？現行醫療體系的許多問題，就是因為醫院間惡性競爭和沒有互信下產生的，我不知這樣如何實施論人制度。請衛生署和健保局要三思，不要浪費健保已經很困難的財務。

四、本人未反對實施論人計酬，是因整體支付制度都沒有連貫

性及邏輯，也沒整體檢視及經各界研議，署裡只取優點，不去分析其副作用。健保在此階段不做論人計畫，難道健保財務就會有問題嗎？論人對財務或總額協商，並沒有幫助，為何要在此時推新的論人計畫，其優點是否大於其缺點，我不否認論人計酬有署長所提的優點，但在時機上真有辦法達到那樣的優點嗎？

戴局長桂英

本案建議監理會安排本局下個月進行專案報告，目前構想要做虛擬的區域論人計酬，是因為未來二代健保法通過後，要做的是實質的論人計酬，健保局事前要先以虛擬方式試行，否則二代健保 2 年後實施，健保局會一點基礎都沒有。

謝委員天仁

- 一、衛生署如果認為論人計酬是好的制度，應該在起跑前就讓費協會及監理會兩會委員瞭解，否則做的不好，會讓外界有藉口批評行政程序不對，產生無謂爭執。
- 二、本案費協會在協商 100 年度總額時並未提及，論人計酬在某程度或金額是鼓勵醫療群，這個報告應該讓費協會委員也瞭解，大家可由不同角度及觀察來表達意見。

劉主任委員見祥

為讓委員充分瞭解「論人計酬試辦計畫」內容，以利計畫推動，請中央健康保險局於本會下月份委員會議專題報告。