

全民健康保險監理委員會
第 182 次會議紀錄

中華民國 99 年 7 月 30 日

全民健康保險監理委員會第 182 次會議紀錄

時間：中華民國 99 年 7 月 30 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

干委員文男

楊委員芸蘋

蕭委員景田

郭主任惠玲（代）

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

賴委員永吉

李委員明濱

何常務理事博基（代）

林委員振順

廖委員敏熒

林委員永農

李醫師豐裕（代）

吳委員德朗

陳主任雪芬（代）

曲委員同光

梁組長淑政（代）

呂委員明泰

林專門委員春美（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：

吳委員淑瓊

郭委員玲惠

林委員啟滄

謝委員天仁

李委員成家

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

梁組長淑政

程執行秘書善慈

鄭局長守夏

黃副局長三桂

李組長少珍

蔡組長淑鈴

沈組長茂庭

洪專門委員清榮

黃科長淑雲

高科長世豪

蔡科長文全

黃科長莉瑩

陳設計師啟舜

柯副主任委員桂女

楊主任秘書慧芬

吳組長秀玲

本會

主席：劉主任委員見祥

紀錄：顏銘燦、孫淑霞

壹、主席致詞：

本會柯主秘調升為副主委後，遺缺由本會借調至衛生署健保小組之楊組長慧芬接任。楊主秘畢業於台灣大學公共衛生研究所碩士班，且經高考及格，歷任衛生署科員、技士、台北市政府衛生局衛生稽查員、股長、費用協定委員會組長、本會專員、視察及組長，之後借調至健保小組負責政策規劃部分，因此，對於健保政策、執行及衛生體系都相當瞭解，擔任主任秘書後，相信對本會業務運作會有相當幫助，還請各位委員多多指教。

貳、報告案

第 1 案

案由：確認本會上（第 181）次委員會議紀錄，請 鑒察。

決定：確定。

第 2 案

案由：本會上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請 鑒察。

決定：洽悉。

第 3 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「99 年 6 月份全民健康保險業務執行報告」，請 鑒察。

決定：洽悉。

（與會人員發言摘要詳附件 1）

第 4 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「民眾自費情形監控與差額負擔情形」專題報告，請 鑒察。

決定：

一、肯定健保局為維護民眾權益，於自費及差額負擔方面所作努力，並請繼續關注下列各事項，以利業務推展：

- (一) 持續了解及監控民眾自費及健保部分給付項目的差額負擔情形。
- (二) 對民間反映尚不夠公開的部分，請以民眾易懂且容易取得的方式，多方公開該相關資訊。
- (三) 對未回復所轄地區健保部分給付項目價格之縣市衛生局，請透過管道儘量蒐集資訊，以見全貌。
- (四) 對「建立民眾自費醫療監控模式」乙項委外研究案，請將委員所提有關自費應明確定義等意見一併納入處理，研究成果並在適當時機，提會分享。

二、餘洽悉。

(與會人員發言摘要詳附件 2)

參、討論案

第 1 案

提案人：干委員文男

案由：建請衛生署及健保局規劃醫療資源平均化進一步措施案，
提請 討論。

決議：

- 一、為改善各地區醫療資源分配不均現象，請醫界各總額部門，持續利用總額相關機制，改善醫療資源缺乏地區民眾就醫問題，並請衛生署與健保局適時給予支持及協助。
- 二、本案立意良善，可提供主管機關政策面及健保局執行面規劃參考。

(與會人員發言摘要詳附件 3)

第 2 案

提案單位：本會財務監理組

案由：中央健康保險局 99 年度第 1 次報列呆帳報告案，提請 審議。

決議：

- 一、請健保局減列本次實地抽查所剔除案件，其餘案件同意依規定辦理轉銷。
- 二、委員所提組織改變所衍生應更加強內控乙節，併同本次實地抽查之建議意見，送請健保局參處。

（與會人員發言摘要詳附件 4）

肆、散會：中午 12 時 07 分

【附件 1】

報告案第 3 案中央健康保險局「99 年 6 月份全民健康保險業務執行報告」與會人員發言摘要

葉委員宗義

- 一、第 6 頁表 4 備註 2 其他收支項中，述及截至 99 年 6 月底止，短期融資利息費用高達 72.99 億元，請問為何那麼高？
- 二、現在每天到醫院掛號人數約有 98 萬人次，一年掛號費有幾百億元收入，提議可否將掛號費金額固定，並撥充為健保收入，不僅每年可增加幾百億元的收入，同時也可減少看病的次數。

鍾委員美娟

- 一、表五 99 年 5、6 月份醫療費用成長率較以往下降，是確實得到控制或另有其他因素？
- 二、第 73 及第 74 頁不論是西醫基層或醫院，各項不同處方用藥日數重複率，99 年第 1 季較 98 年大多均呈現微幅上漲趨勢，因素為何？尤其是第 74 頁的同院所上呼吸道感染病人 7 日內複診率，為何從 98 年度之後，成長幅度如此巨大？

賴委員永吉

- 一、費率調整後對財務影響，看起來當月份的流量沒有問題，問題在於安全準備和借款部分，是以前留下的缺口問題。以目前的流量而言，費率調整後，每月財務沒有太大問題，而是先前的存量有問題，所以只要解決過去留下的問題即可。因此，以財務觀點來看，推動二代健保，理由似較薄弱。以前留下的財務問題，以費率或其他方式解決，並非不可能，所以，建議不應過度強調財務問題，作為推動二代健保的原因。

二、依第 6 頁備註第 7 點所述：99 年 6 月醫療費用與去年同期比成長 15.33%，主要係本月份執行 98 年第 4 季總額點值結算補付醫療費用約 51.4 億元所致。則該金額並不小，對健保財務調度應有較大影響，利息費用也有相當的金額。想瞭解關於點值結算進行的方式及程序如何？多久結算一次？為何到了 6 月才結算 98 年第 4 季？

鄭局長守夏

- 一、關於掛號費問題，依照健保法及醫療法，掛號費非本局可管，亦非衛生署可管。掛號費長久以來被定義為非醫療費用，即使要修法改變，醫界代表恐怕也不會同意。依照健保法，是可調整部分負擔，上次會議也有委員提問，為何沒有完全依法收取部分負擔費用（亦即，再提高比率）。衛生署政策考量，部分負擔若再提高，將會失去健保的意義。部分負擔是重大議題，已有 5 年未調整，醫界也有建議可再調整。印象中最近 3 任署長都不傾向同意調整，因為對一般民眾而言，薪資所得沒有增加，調整部分負擔是不合理的。
- 二、二代健保並不全為了財務，改變組織體制，讓兩會合一，使收支可連動，是其中一個相當重要的概念，其能解決現在費率調整機制無法運作的問題。現在兩會分開，關心的重點不同，在監督健保財務收入面與支出面會有落差。在衛生署或本局的立場，希望兩會合一，權力與責任對等，讓收支連動。

黃副局長三桂

- 一、報告第 74 頁關於上呼吸道感染病人 7 日內複診率從 97 年 7.71% 成長到 98 年 21.5%，主要是 H1N1 的關係，致就診人數增加。

二、用藥日數重複率 99 年較 98 年略高，係因 98 年是全年統計數，99 年僅第 1 季，多少會受季節影響，且管控有其限度，不易再降低。

三、報告第 6 頁備註 7 有關總額點值結算，目前每年分 4 季結算。有些醫療院所重視成本管理，在次月 5 日即申報；有些醫療院所財務狀況很好，拖了 2、3 個月後才申報，所以每季結算時間冗長，通常需要 6 個月才能完成。醫療院所一旦提出費用申請，本局就需先暫付部分費用，暫付成數會影響到醫療費用的支出。以前暫付成數較高，產生嚴重的後遺症，在點值結算後，往往需要核扣，但錢已撥付醫療院所，造成收回困難。當年 SARS 期間，因暫付過多，致後來需追扣兩三百億元，情況非常混亂，本局也因此和醫界關係緊張，並經二、三年的時間才慢慢解決。這件事給本局很大的教訓，後來降低暫付成數，並加強管控，醫療院所大多可以接受，因可事先預估財務。51 億元相較於總額 5 千億元，尚在管控範圍之內。

李組長少珍

利息費用 72.99 億元為開辦至今的累計數，6 月份單月利息費用僅 0.58 億元（可參閱第 14 頁）。72.99 億元當中，本局負擔僅有 14.84 億元，58.15 億元是各級欠費政府應負擔的金額。到 99 年 6 月底止，各級政府尚待撥付的保險費補助款有 762 億元，本局資金週轉部分約 573 億元，故銀行融資總金額為 1,335 億元。

郭主任惠玲（蕭委員景田代理人）

報告 76 頁有關將掛號費及特定休診日期上網供民眾查詢這個問題，雖然為時較晚，仍值得肯定。但在此要幫中南部農業縣

市和偏遠地區的保險對象發聲，有些偏遠地區連網路都沒有，要如何上網？尤其對當地不識字的民眾而言，網路一點用處都沒有。建議連結地方政府，透過村里幹事，將相關資料提供到村里辦公室，由其提供給當地民眾，較為實際。

干委員文男

- 一、目前特定休診日期及掛號費雖都已上網，但係置於網頁民眾服務欄之「快捷查詢」項下，查閱麻煩，建議改放在「就醫權益」項中，以加快查詢速度。
- 二、建議協調家庭醫師醫療群休診時，留守一定人力或輪休，讓民眾能就近就醫。

盧委員瑞芬

第7頁表5安全準備提列乙欄，截至98年12月的累計數並不等於備註10之(4)的582.24億元，應該是以以前年度有結餘的關係。為了一致性，建議仿照表4，於第1列呈現84年3月開辦至92年1月前的數字，以方便委員核對。

干委員文男

早上新聞報告，新流感現有復發的現象，衛生署尚有預防針7百多萬劑，應加強宣導民眾施打，以免過期報廢。

鄭局長守夏

- 一、干委員對於衛生署應加強宣導民眾施打新流感疫苗的意見會代為轉達，署長及疾管局長都很希望將目前庫存之疫苗趕快用掉，但這須看民眾的接受度。也請醫界委員在醫療院所，尤其是診所幫忙宣傳。
- 二、本局辦理菸捐補助弱勢族群時，傳單都會發至村里幹事，並逐戶分送，因弱勢民眾資訊取得困難，有其必要。但掛號費是否需要列印清單，逐戶分送，本局會再評估看看，但村

里幹事也不見得願意幫忙。

三、掛號費及特定休診日期資料公布於「快捷查詢」項，係經統計該網頁點閱率最高，但若有改進空間，本局可再予調整。至於自費項目的揭露，因項目太多，本局將再做規範，尚請醫療院所多配合。

四、休診部分，家醫群都有 24 小時服務電話，隨時可找到醫師。健保法對此並無規範，但可採其他方式拜託醫師公會全聯會幫忙。

五、從 8 月份開始，本局會依照貴會 7 月 20 日的修訂會議紀錄將報表改版。

干委員文男

同一地區多是同時休診，希望醫界能自行協調輪休，否則民眾的就醫權益會受到影響。

劉主任委員見祥

一、盧委員所提報表問題，本會已將表 4 及表 5 的年度呈現方式修訂一致，同時也將備註精簡。謝謝各位委員及健保局同仁共同討論，8 月起健保局會以修訂後表格呈現。

二、委員所提問題，健保局均已說明，本報告洽悉。

【附件 2】

報告案第 4 案中央健康保險局「『民眾自費情形監控與差額負擔情形』專題報告」與會人員發言摘要

何常務理事博基（李委員明濱代理人）

- 一、關於自費部分之公告，健保局已行文醫師公會全聯會，全聯會也開過會議討論，原則上遵照健保局的指示辦理。目前係請各診所應於其公布欄公告四項內容，為（一）各縣市衛生局公告之西醫醫院診所收費標準；（二）掛號費；（三）部分負擔；（四）藥費部分負擔。收費標準不易訂定，且可能造成診所間互拉病患的情形發生。
- 二、健保法第 39 條立法用意，在明確規範不給付範圍。惟司法院大法官釋字第 524 號解釋，要求正面表列，不要負面表列，希望健保局將給付及不給付範圍都予以公告。原則上該公告的，我們會公告在各基層醫療院所的布告欄上，但希望不給付範圍，健保局應該正面表列。應事先「告知」保險對象，「告知」不等同於「公告」，不一定要公告，文字很清楚。監察委員希望醫界堅持正面表列，健保局不應以行政命令要求負面表列，監委已經注意到大法官的解釋，明示應正面表列，而非負面表列。

干委員文男

- 一、健保局的報告內容粗糙，例如第 61 頁民眾自付費用之各縣市處理原則，各縣市都按進價加一定比率，但加成比率不同，進價究竟多少？加成比率高低並不代表價格高低，感覺應付了事，沒有認真處理，希望能更清楚一點。既然法有規定，就應由衛生署要求各縣市衛生局，讓人心服口服。
- 二、議程第 48 頁民眾自費情形監控之未來努力方向，提到會蒐

集國外制度，但各國民情不同，蒐集拼湊問題會很多。我國健保的規模形式也和他國不同，實施 15 年應有足夠經驗和能力自行建立。

三、議程第 52 頁，由健保局網頁，可知醫院有特材公告，希望地方衛生局亦能同時公告，這樣醫病雙方才不會有糾紛，彼此可互相參考。感謝健保局在 2 年之間完成自付費用之資訊雛形，希望日後更精益求精，列出細項。

四、葉委員希望增加掛號費，萬萬不可。

郭主任惠玲（蕭委員景田代理人）

一、在總額評核會議中看到 96 年到 98 年的申訴案件，多數都在反映自費和差額負擔的問題。健保局上網的作法，誠如干委員所言，不便民且粗糙。健保局應再研議改善，建議要求各大醫院印製相關資料，放置在繳費處或各科門診間，供民眾參閱，就符合資訊公開與事先告知。否則，民眾無法上網，就做不到事先告知。

二、不管在自費或差額負擔部分，對於未回復的縣市政府，在報告中看不到後續處理。從 97 年要求至今，始終沒有進展，難道未回復縣市的民眾沒有知的權利嗎？

三、各縣市自費項目之進價加成比率差距很大，建議健保局應制訂訂定原則或上限，讓各縣市政府有所依據，不要讓民眾有差別對待的感覺。

葉委員宗義

我剛才提議的掛號費問題，並非如干委員所說的要再提高。目前每天約有 90 萬人掛號，但金額參差不齊，若一律收取 50 元或 200 元，每年收到的金額就有幾百億元，可將部分撥付給健保。到醫院要掛號費，那麼到旅館或戲院是否也應比照收取？

掛號費從何而來，不得而知。本人並非希望加重負擔，而是希望將部分掛號費撥給健保。

滕委員西華

- 一、謝謝健保局的報告，不過內容還沒有總額評核會議滿意度調查表所反映出來的自費項目來得精彩和細緻，雖有增加縣市衛生局處理的程序，但健保也管不到，只能道德勸說，公布處理不好的，讓民眾向衛生署和醫院施壓，健保局大概無能為力。若衛生署也不管的話，掛號費或差額給付，健保局都管不到。
- 二、本人認為，部分給付像是航線一樣，是一種政府特許行業，若未開放部分給付，醫院也不可能有倍數的收費。一旦核准，就應對市場價格有管控的機制。機制應如何管控，是另外一回事，但若特許收取部分費用，就應訂出大概合理的利潤或成本，特別是公立醫院，收得比私立醫院還高出許多，這樣說不過去。報告結論「實施部分給付可有效引進高科技醫療器材」，但提供的數據很難證實這項結論。
- 三、從投影片第 5 頁來看，保險醫事服務機構應將健保給付同類項目及部分給付項目之廠牌、產品性質提供民眾參考，且應將所進用部分給付品項之廠牌、收費等公告，但現行健保給付與院所進用之部分給付品項，兩者差距很大。我們接到很典型的申訴，南部某醫學中心病人要裝塗藥血管支架，醫院僅進用一種特定廠牌，且價格高於附近其他醫院，但病人長期都看同一醫師，病人有選擇權嗎？這就是民眾的問題，看固定的醫師，無法隨意轉換。再者，健保局能查到進價嗎？藥價調查都不一定能查到，除非公立醫院可以掌握，至少對公立醫院的收費，應與衛生署或醫事機構取得共識。

- 四、DRG 也有部分涉及部分給付項目，想知道健保局如何看待？因 DRG 是包裹式給付，醫療院所使用部分給付或完全自費的特材時，如何與 DRG 切帳？如何告知民眾，供民眾參考？消基會網頁上也有類似調查。
- 五、健保局有無將本次總額滿意度調查公布在網頁上？若沒有，也請公布，提供民眾選擇。

鄭局長守夏

- 一、公告與告知不同，法律若非從民眾立場出發，則需修正。針對大法官解釋，本局內部也曾開會討論過。正面表列或負面表列只能擇一，若同時表列，會有疏漏。表列細節可以討論，現在的作法是正面表列，常見的不給付項目可以告知。因為有少數不好的醫師，會在手術到一半時才告知病人，這是最令人詬病的，我相信這種例子非常稀少，但只要有 1、2 例被媒體報導，跳到黃河也洗不清。所以，不能只有告知，必須公告。
- 二、部分給付項目之價格有兩種不同的作法，一種是政府訂範圍，不用市場競爭，但訂得太高，有圖利之嫌；訂得太低，形同禁用。現在的作法，是政府公告、市場競爭，讓民眾即早知道可做選擇。醫療非常專業，不可能要求醫療服務，像架上商品一樣選擇，民眾也要有此認知，醫療服務有其特殊性。這件事不可能大家滿意，就算將每項特材價格都公布，民眾亦無力自行選擇。醫療本就專業，當下難以論斷，且不確定性很高，是人與人的信任關係，再加上技術，不可能完全倚賴保險及官方規範。
- 三、若自費項目厚厚一疊放在櫃臺，民眾也看不懂。下階段希望如署長所說，各科將常用的項目公告，其他未列的再用告

知，以符合民眾要求。本局並非應付了事，但從無到有需要時間，先求有再求好，請委員們諒解。衛生局未配合，本局會再催促，或請衛生署主管單位出面處理。

四、進價加成部分，目前依法由衛生局主管，二代健保修法相關條文還有爭議，若修法通過，本局就可管理。公告上限就會有市場競爭。

五、滿意度調查上網，沒有問題。

六、DRG 的概念就是要內含，涉及部分給付的問題，待相關資料蒐集分析完成後，再與醫界討論。

盧委員瑞芬

一、醫療自費情形之監控，以健保局的立場，監控的目的，是要避免醫療提供者誘發需求或是成本轉嫁(cost shifting)，並不涵蓋非就醫時的醫療健康消費。目前衛生署公布的數據，係依據主計處家庭收支調查，其中家戶自付醫療支出涵蓋範圍相當廣泛，包含自購的藥材、營養食品等，與健保局監控重點不同，因此，健保局在委託研究計畫時，應先釐清自費之定義。

二、部分給付報告案在結論部分，不宜依其所能呈現的數據作「實施部分給付可有效引進高科技醫療器材」的結論。

三、報告中若呈現「占率」，應加註相關定義與計算公式。

四、議程第 59 頁陶瓷髖關節及金屬對金屬髖關節之占率，宜分開陳列，因備註資料顯示，前者在 97 年至 98 年略降，但後者則大幅增加，當趨勢大不相同時，不應合併呈現。

陳主任雪芬（吳委員德朗代理人）

一、就醫療院所的立場，並非不願將自費項目公開呈現。只是很多醫院質疑，到底要公布到什麼程度？系統內有一些問題

- 是難以克服的，譬如說醫療器材編碼會因人而異，同一材料可能被編成好幾個碼，可能需要內部統一格式避免這樣的狀況發生。醫師公會全聯會希望正面表列，是因為醫界實在左右為難，不知道民眾真正需要什麼，這是醫界共同的心聲。
- 二、如局長所說，信賴醫師有助醫療結果。畢竟醫療進步太快，某些病況多諮詢一、兩位醫師，對個人醫療結果是會有幫助的。
- 三、個人倒是同意實施藥材部分給付，因可有效引進有效能的醫療技術；畢竟醫療品質要進步，必須嘗試新的療法，有些新療法是可有效減少醫療花費的時間與金錢，但限於目前談到自費的敏感性，醫師只能避免給自己找麻煩。其實若醫師不願意充分告知病人各項選擇，反而錯失黃金治療期，讓病況可能要拖很久。而心臟科確實有可能在手術中因病情才能告知需要自費醫材，不是醫師故意如此。為避免誤會醫師將各式各樣可能告知，民眾也可能抱怨醫師不專業要病人自己選擇。這些大家都可以檢討，但最終必需做取捨。如果醫師公會全聯會認為正面表列，並針對某些高價項目監控，較能有效抑制醫院或醫師不適當的行為，則大家要支持。
- 四、最後要提出的是：絕大多數的醫師都是好的，現在醫療資訊的蒐集容易，民眾也非如過去的無知，有些誤解可能出自醫師養成教育的表達能力有待加強，醫院也要求醫師改變過於專業的表達方式避免誤會。

賴委員永吉

- 一、民眾醫療自費問題，在現行健保制度下，會不斷發生，不可能全部由健保給付，一定會有自費。自費糾紛是健保的一環，不應單獨處理。健保須處理的部分，應先定義。自費糾

紛似乎很多，但統計數字卻逐年下降，並不一致。

- 二、現在處理民眾自費糾紛，是服務或管理思維？以服務思維而言，公告似乎不夠，很多地方需要加強。若以管理思維而言，成案又如何？違約記點看來也沒什麼了不起。到底民眾自費糾紛處理的依據是健保法第58條、第75條，或醫療法？
- 三、第46頁98年度額外收費有958件；多收取部分負擔費用有77件；但事先未告知或沒有開立收據，成案只有7件；巧立名目成案只有12件，數字差異很大，其他幾百件跑到哪裡去？能否提供相關資訊？

鄭局長守夏

- 一、賴委員所提成案太少的的原因，本局回去再做詳細分析。申訴抱怨大多認為費用付多了，包括保費。
- 二、盧委員瑞芬所提，主計處調查確實無法反映就醫被要求自費部分，因為包括營養食品等項目。本局研擬將就醫時之自費項目進行例行調查，現正規劃進行委託研究。
- 三、如陳主任所言，醫界有醫界的苦，但將醫病放在一起時，病人確實較弱勢。
- 四、目前自費處罰違約記點累計3點，即可停約1個月，不可謂違約記點無法發揮作用。目前係因應民眾要求，不讓少數不好的醫療院所亂收自費。照說非保險給付項目，本局無須過問，但在道義上本局該管，如何管理可以再討論。

劉主任委員見祥

- 一、肯定健保局為維護民眾權益，於自費及差額負擔方面所作努力，並請繼續關注下列各事項，以利業務推展：
 - (一)持續了解及監控民眾自費及健保部分給付項目的差額負擔情形。

(二) 對民間反映尚不夠公開的部分，請以民眾易懂且容易取得的方式，多方公開該相關資訊。

(三) 對未回復所轄地區健保部分給付項目價格之縣市衛生局，請透過管道儘量蒐集資訊，以見全貌。

(四) 對「建立民眾自費醫療監控模式」乙項委外研究案，請將委員所提有關自費應明確定義等意見一併納入處理，研究成果並在適當時機，提會分享。

二、餘洽悉。

【附件 3】

討論案第 1 案「建請衛生署及健保局規劃醫療資源平均化進一步措施案」與會人員發言摘要

干委員文男

- 一、本人之前參加牙醫師公會全聯會舉辦的「牙醫門診醫療給付費用總額資源缺乏地區改善方案」訪視，發現東部幾個鄉鎮都是無醫鄉，為改善醫療資源缺乏地區民眾的就醫權益，所以提出此案。尤其在台東地區，當我聽完報告後，難過的當場掉眼淚，情形真是非常之淒慘。當地民眾牙痛就醫要走很遠，交通又不便，雖然有巡迴醫療，但因不便，去的人也不多。對於醫療資源不足問題，希望衛生署、健保局及醫師公會自己要一起想辦法解決。
- 二、我國的全民健保號稱世界名列前茅，但滿意度調查不要只調查市中心的人，如果拿到無醫鄉去調查，健保的滿意度可能敬陪末座，甚至沒人肯填問卷。
- 三、健保既是全民化，大家都繳錢，無醫鄉問題是特別需要解決的。各公會本身要想辦法解決，衛生署及健保局也要助他們一臂之力。台東地區連要去服務的人都有困難，反觀高雄的資源就很充足，兩地的醫療資源差距簡直是天壤之別，試問健保的公平性、政策及核心在那裡？大家都繳錢給健保局，健保局跟衛生署應該有責任輔導解決。

何常務理事博基（李委員明濱代理人）

- 一、感謝干委員對偏遠地區醫療資源缺乏問題之關注，西醫基層總額支付執行委員會接到健保局提供的醫療資源缺乏地區資訊時，會通知各縣市醫師公會去解決，例如去年，公布台北縣有四個醫療資源缺乏地區沒人要去時，醫師公會

立即尋找曾有坪林地區義診經驗的醫療人員協助，提出醫療改善計畫，透過這種支援方式，台北縣目前無醫療資源缺乏地區。

- 二、至於台東地區因為開業醫師很少，醫師假日都要看診，以致連星期天也沒辦法休診參加開會，如果某個地區真有醫缺，全聯會會號召自己的醫師來提供服務，解決問題。

干委員文男

- 一、衛生署的答復只談到人民自由及從業自由等權利，如果這樣，醫缺問題可能會越來越大。希望公部門要運用行政資源，例如立法，來找醫師各公會設法解決，但也不能只有公部門在談。倘若執業者認為事不關己，問題根本不能解決，如果三方面能結合一起來解決資源分配、人員栽培等問題，讓醫療能夠在地化。
- 二、最起碼 2 天或 3 天就應有巡迴醫療，否則當地民眾就醫實在很辛苦，地區醫療資源差距過大問題，希望能加以解決。

廖委員敏榮

- 一、這個案件是牙醫辦理醫缺訪視時，干委員跟大家看到牙醫人力在偏遠地區有分布不足之問題。長久以來，我們一直在考核醫缺地區的醫師執業情形，檢討並停止部分較不適任醫師的服務。目前，我們的相關預算執行率仍是百分之百，但主要是缺乏人力，如果預算足夠，我們會儘量用其他辦法來加強鼓勵，誘導醫師到醫缺地區服務。第二、是人力資源的應用，擬由人力較為充足的台北市地區去支援花蓮地區，高屏地區去支援台東，但這並非長久之計，因此，我們會儘量讓支援的醫師能長久在當地服務。第三、我們會請台東附近地區的大型醫院醫師支援。

- 二、另外，是等待期的問題，二代健保修法在立法院衛環委員會召開公聽會時，就提到等待期問題。我們有利用等待期來解決的構想，例如讓剛畢業的醫師先到醫缺地區去執業，但他仍可在都會地區申請執業登記，如果在醫缺地區表現不錯，未來能優先到都會區開業。此外，替代役人力，也可加以運用，先去偏遠地區服務。
- 三、蔡組長談到汰劣問題，醫師如果被停業，但情節並不嚴重的，可以到醫缺地區服務，也是一個辦法。公費生依規定回自己家鄉執業者，服務期滿絕大多數會離開，很少人繼續留下，因此，人力會缺乏。

劉主任委員見祥

- 一、干委員的意見從長期而言，必須修法，但修法過程最好有理論基礎，並由民眾或醫界來形成共識。與人民的權利相關事項，最好是列入適當的法律中規定，在法令沒作規範前，如何確保民眾有就醫之權益，更為重要。
- 二、如何解決醫缺問題，基於目前已實施總額預算制度，廖委員提到牙醫作得很好，牙醫初期推動醫缺方案雖不順利，但現在都已上軌道。至於西醫基層部分，何常務理事談到全聯會也會全力配合，但各縣、市醫師公會如何積極推動是重點，例如某縣有醫缺地區，全聯會就有責任協調該縣醫師公會去瞭解，若確實有民眾就醫不足的地方，要協調用巡迴醫療或其他方式來解決。在執行過程中如有困難，健保局的支持及協助責無旁貸。

干委員文男

衛生署與健保局要全力支援偏遠地區的醫療問題，但是仍需醫界的幫助，否則再努力也沒用。

劉主任委員見祥

事實上，健保局對偏遠地區的醫療作得不錯，例如醫療資源不足地區改善方案之落實，這部分在總額之下，醫界要設法加強。

劉委員玉蘭

- 一、干委員為解決偏遠地區醫療資源不足問題而提出本案，本人對其關懷弱勢之用心甚感佩服。醫療資源力求平均是衛生政策的目標，但實際上要達到完全的平均，是不可能的。基本上，民眾如果能在半小時內找到醫療資源，就算很好了。以嘉義市、嘉義縣來說，原來都是嘉義縣，但嘉義市升格獨立出來後，因地理因素才產生資源分配不均的情形，不過最重要的是，醫療資源確實不足地區必須解決。衛生所主任大都是醫生，因此無醫鄉可能比較少，但無牙醫鄉確實存在，牙齒問題不是拔掉就好，沒醫生看會衍生後面很多問題。
- 二、感謝牙醫公會辦理這個訪視活動，我跟干委員一樣感受很深，訪視中發現有 1 個鄉，有牙醫師編制但沒補人。個人猜想台東縣可能是財源不足，但到底是沒牙醫師還是沒錢補人，原因需要瞭解。若 1 個鄉配置 1 個牙醫師，初期階段人力也無法充分利用，但如果鄰近幾個鄉配置 1 個牙醫師，固定時間巡迴醫療，免得民眾不清楚看病時間，而讓醫師乾等。
- 三、無牙醫鄉問題，衛生署要趕快解決，短期內可透過總額來辦理巡迴醫療，但是長期要設法根本解決。如果縣、市政府資源不足，可先建立駐點提供巡迴醫療，縣市政府如果財力不足時，衛生署有必要加以重點補助。

干委員文男

劉委員所提的是達仁鄉，但其他的鄉也一樣，衛生所也有牙醫師編制，但就是護士一大堆，卻無牙醫師來。到底是地方沒選票，縣、市長不管，或是與健保給付有關，原因不得而知。

劉主任委員見祥

一、有關達仁鄉無牙醫師的問題，請健保局瞭解實際狀況，並協助解決。

二、有關本案，做以下結論：

(一) 為改善各地區醫療資源分配不均現象，請醫界各總額部門，持續利用總額相關機制，改善醫療資源缺乏地區民眾就醫問題，並請衛生署與健保局適時給予支持及協助。

(二) 本案立意良善，可提供主管機關政策面及健保局執行面規劃參考。

【附件 4】

討論案第 2 案「中央健康保險局 99 年度第 1 次報列呆帳報告案」
與會人員發言摘要

干委員文男

議程第 83 頁，座談會的發言中，醫療欠費共 11 件，有 1 件 1,400 多萬元，欠費者目前已跑到國外居住，將來怎麼辦？另 1 件是 100 多萬元。負責人自行開業中，但不跟健保局特約，健保局有什麼方法要回這筆帳？除了這些金額比較大的案件外，本人對其他部分沒意見。

劉主任委員見祥

有關個案部分，請健保局會後將資料提供委員參考。

黃科長淑雲

謝謝委員的指導，出國個案確實在追查上較為困難，但如果欠費者還在國內持續開業，一定追得回來，我們會透過醫事人員登錄系統尋找，除非是找不到欠費者身分證號碼。另外，行政執行處也會追償。

黃副局長三桂

這個案件很特別，健保局要扣錢時，欠費者跑掉了，但跑掉後，我們本局於依法訴追過程中，很高興發現他仍然繼續執業，本局可依法執行其執業所得，但發現他欠了很多錢，健保局的求償順位排在很後面，所以，現在還追不到欠費。基本上，行政執行處執行扣款時，首先要維持並保障欠費者的生活基本費用，剩下的才有辦法扣，並依照債權順位還款。

李委員永振

議程第 72 頁提到，稽查時發現有問題，因此有 3,988 件重查，結果還有 1,265 件有問題而被剔除，這表示兩個分局的內稽內

控須加強，請健保局重新檢視內控流程。

洪專門委員清榮

有關議程第 72 頁提到的 1,265 件，不是兩個分區業務組的案
件，而是全部分區業務組的資料。會發生這樣的情形是總局在
作資料整理時，誤將第 1 次財產交查紀錄部分刪除，經重新整
理後，仍有 1,265 件無法恢復回來，健保局會再作 1 次財產交
查紀錄後，再辦理報列呆帳程序。

李委員永振

本人要強調的是，健保局現在因組織變革已無設置稽核室，所
以平常的內稽內控更顯重要，事後的解釋並不是重點。

劉主任委員見祥

- 一、擬辦事項之抽查意見請健保局參處，另外李委員所提平時
內控應該注意之意見，亦請健保局一併參處。
- 二、本案照擬辦意見通過。