

全民健康保險監理委員會
第 176 次會議紀錄

中華民國 99 年 1 月 29 日

全民健康保險監理委員會第 176 次會議紀錄

時間：中華民國 99 年 1 月 29 日（星期五）上午 9 時正

地點：中央健康保險局台北分局第一會議室（台北市許昌街
17 號 9 樓）

出席委員：

周委員麗芳

盧委員美秀

郭委員玲惠

干委員文男

楊委員芸蘋

蕭委員景田

林委員啟滄

謝委員天仁

滕委員西華

葉委員宗義

李委員永振

賴委員永吉

李委員明濱

林委員振順

廖委員敏熒

林委員永農

吳委員德朗

曲委員同光

呂委員明泰

祝委員健芳

郭主任惠玲（代）

張秘書慶芳（代）

謝科員啟煒（代）

何常務理事博基（代）

陳醫師憲法（代）

謝常務監事武吉（代）

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
盧委員瑞芬
陳委員武雄
李委員成家

列席單位及人員：

元智大學	劉副教授宜君
行政院衛生署醫事處	陳科長真慧
行政院衛生署健保小組	楊組長慧芬
全民健康保險醫療費用協定委員會	柯執行秘書桂女
行政院衛生署中央健康保險局	鄭局長守夏 黃副局長三桂 陳副局長孝平 鄧組長世輝 李組長少珍 蔡組長淑鈴 王組長怡人 黃科長莉瑩 曾視察玫富
本會	程主任秘書善慈 吳組長秀玲

主席：劉主任委員見祥

記錄人：顏銘燦

壹、主席致詞：(略)

貳、報告案

第 1 案

案由：確認本會上（第 175）次委員會議紀錄，請 鑒察。

決定：確定。

第 2 案

案由：本會前次委員會議決議(定)事項列管執行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：98 年 12 月份全民健康保險業務執行報告，請 鑒察。

決定：

- 一、針對健保財務認知民意調查結果，請健保局在醫療供給及需求面加強努力，以適當抑制醫療過度使用。
- 二、有關費率調整方案、步驟及配套措施，建議衛生署在適當時機先讓本會委員瞭解。
- 三、委員所提意見，請健保局參考辦理。
- 四、餘洽悉。

(與會人員發言摘要詳附件 1)

第 4 案

報告人：元智大學劉副教授宜君

案由：「從民眾觀點建構健保評量指標第二年研究」專題報告，請 鑒察。

決定：

一、本研究建議事項除列為本會業務監理指標修正參考外，亦送請衛生署及健保局參攷。

二、餘洽悉。

(與會人員發言摘要詳附件 2)

第 5 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「全民健康保險論質計酬醫療給付改善方案執行情形與檢討」專題報告，請 鑒察。

主席裁示：本案移下次會議報告。

參、討論案

提案人：吳委員德朗

案由：有關「全民健康保險法施行細則」第 58 條，未能明確合理定義區域醫院，且其異動對健保財務及民眾就醫行為、醫療體系正常發展等影響甚鉅，茲事體大，衛生署僅以臨時提案交議本會討論，實有欠妥，宜予修正乙案，提請 討論。

決議：

一、修正草案第 58 條第 2 項第 2 款之「第二類新制醫院評鑑取得區域醫院資格者」文字，修正為「第二類新制醫院評鑑取得優等資格者」。

二、本案所提修正條文併同委員意見，送請主管機關參考。

(與會人員發言摘要詳附件 3)

肆、散會：中午 12 時 16 分

【附件 1】

報告案第 3 案中央健康保險局「98 年 12 月份全民健康保險業務執行報告」與會人員發言摘要

干委員文男

- 一、健保費率調整報導後，許多民眾反映，健保局對經費管控及短絀預測不力；對於收回北高欠費，並無法解決健保財務問題的宣導也不夠；醫療浪費也很多，醫師要求民眾看診次數過多，這些都值得健保局努力改善，在醫療需求及供給面都要加以管控。
- 二、自費項目太多，病患對健保並不滿意。對於未使用健保卡的民眾，應研究給予適當鼓勵。

謝委員天仁

- 一、民眾可能在不知不覺中浪費，但政府應有更高的管理能力，這是民眾賦予政府的期待和責任，假使沒有管控好，政府要負較大責任。民眾浪費要負部分責任，但現在卻是將財務短絀，全部要由民眾買單，當然民眾會不服氣。只聽到政府一直說，健保不能倒，一定要調漲費率，但做不好的地方，未見檢討，並告訴民眾準備在這次調漲後，如何管控，以得到良好的成效。負責任的政府，應該承擔在前，讓民眾承擔在後，我們正好相反，把政府應該面對負責的全部省略掉，這樣會沒有說服力。
- 二、樂見行政機關願意做民意調查，值得肯定，但要避免操作，儘量開放，真實反映意見。
- 三、差別費率違反憲法保障平等原則，健保是強制保險，費率上不能任意差異。保險對象已因薪資有不同負擔，若這次採取差別費率，下次調降依據何在？如何讓大家接受，符合公平法則？若恣意而為，法治將被摧毀殆盡。在此鄭重呼籲，不應採行差別費率，上次調漲幅度也僅 7% 到 8% 而已，這次衛生署規劃調到 5.13%，漲幅將近 14% 到 15%，有些過度反映，應

再審慎評估。

干委員文男

菸捐本應用於填補保險收支短絀，現在卻用來補助經濟弱勢，致使費率需做調整，政策與菸捐原始構想有所差異。低收入戶已有社會救助，不應再以菸捐補助。

賴委員永吉

- 一、健保財務問題的解決，調整費率是必然的措施。經過局長的說明，對於民調的效度和專家學者的公正性，無須懷疑，但費率調整方案才是重點，應與民調一併說明。這次的調整方案提到差別費率，形同累進稅率，不知法源依據何在？健保法僅提及費率上限 6%，並無費率差別化，不知有哪些實施全民健保的國家採用差別費率？其道理何在？
- 二、其次，媒體報導這項方案即將送交行政院，快則春節前實施，似乎勢在必行，但還需與各界溝通，不知是否包括本會？為何到目前為止，都未見具體方案內容。過去已有多次調整方案，如 1.5 代健保、調高投保級距等，均送交行政院，但結果均未實施，讓人覺得只是說說而已，恐將失信於民。
- 三、依健保局 12 月份執行報告，比較第 15 頁安全準備基金運用項目，似均將產生正收益，惟如何於第 13 頁「安全準備運用收益」欄中 98 年 12 月卻出現-0.19 億？請說明。(書面意見)

滕委員西華

- 一、身為一個監理會委員，要向衛生署表達抗議，費率討論是本會事務之一，屢次均未經監理會討論即發布，對本會欠缺尊重。另差別費率之方案，本人相當同意謝天仁委員、賴永吉委員之說法，除健保法第 19 條並未授權外，亦違反中央法規標準法第 5 條涉及人民之權利、義務事項，應以法律定之的法律保留原則，本案有違法之虞。

- 二、關於菸捐補助作業要點的修正，雖增訂排富條款，但仍將資本利得、存款利息等收入計入上限，實屬不宜，仍不符合公平正義精神，也對於辦理紓困貸款的民眾不公平。
- 三、關於今年新增精神分裂症醫療給付改善方案，這是一個很好的方案，但從公告試辦計畫中的支付指標，皆偏向如住院率、急診率及門診率等，缺乏品質指標來反映病人之生活品質或復健品質，病人的藥品劑量開很重，他的再住院率也會下降。建請健保局修訂本案之支付指標，加強品質指標項目，若未能修正，則本人亦會提案修正。
- 四、關於 DRG 實施，健保局所公告之七項病人不宜出院之標準，這七項標準就算不實施 DRG，病人也不宜出院。再者，這七項標準的判斷，是醫學上的專業，忽略病人的主觀感受，病人即便覺得不舒服或引流管未拔除出院而不安，也無法與醫師討論是否合宜出院，增加醫病衝突。本人仍主張，應公布民眾可理解之資訊，如公告 DRG 給付或不給付項目內容，至少使民眾能分辨自費之合理性或是有過早出院等不當醫療處置。

葉委員宗義

近日報載幾乎已確定要調漲費率，且不排除春節前實施。去年署長蒞臨本會表示，調整費率勢在必行，這段期間，主委也至各團體拜訪說項。前天監察院約談本人及干委員後，隨即見到報上刊登春節前調整費率的消息。既然已決定調漲，何需再約談委員？

鄭局長守夏

一、春節前是否調漲費率，不是衛生署能決定的，約談是監察委員的職權，本局並不知情。減少浪費並不能使財務平衡，到目前為止，所有責任均是由政府承擔。財務最大的問題，是收支沒有連動，這是制度的問題，也是政府的責任，有擔當的政府應該解決這個問題。

題。

- 二、北高欠費問題仍需多做說明，若以現金基礎計算，加上北高欠費，缺口已超過 1 千億元，但權責基礎不計入短絀。若民眾認為權責基礎難以理解，本局可再改進溝通方式。
- 三、醫療浪費問題，病人和醫師都有責任，健保支付制度也有責任，因為總額之下還是論量計酬。採用 DRG 就沒有誘因多做，但會擔心少做，世上沒有 100 分的制度，有保險就會有浪費。
- 四、本局可統計公告年度未使用健保卡者，予以感謝，但基於社會保險的精神，不宜讓其少繳保費。
- 五、菸捐補助弱勢去年不到 6 億元，今年大約 12 億元，菸捐補助弱勢是經過立法院通過，本局無更動的餘地，下次菸捐調整時，衛生署可再做檢討。菸捐挹注安全準備效果不大。
- 六、本局有很多配套措施及資料，因記者沒有興趣報導，本局將購買報紙版面，刊登廣告。
- 七、本局民調係請專家學者審核修改過問卷，保證未操弄民調。
- 八、差別費率是否違法，是重大問題，行政院法規會也會把關，行政院政策不可能違反法令，請各位委員放心。
- 九、1.5 代或 2 代健保修法通過，是今年最重要的任務，本局認同修法才是正辦。
- 十、對於菸捐排富條款，本局會再考慮是否有更好的排富方法。

蔡組長淑鈴

- 一、精神分裂症論質支付是今年元月份開始的新計畫，精神分裂症全國盛行率大約維持 7、8 萬人，但發生率在下降中。這群人分為三種就醫型態：第一種是規則就醫，有家人的支持，病情很穩定；第二種是不規則

就醫，其再住院率、再急診率、發生自殺、傷害別人或產生其他社會問題的機率比較高；第三種是沒有家人支持，也無病識感，也未就醫者，是更大的社會風險。這項計畫的精神，是希望這群人能夠從不規則就醫變成規則就醫，或是從未就醫者，可以設法納入，使其得到醫療照護。

- 二、滕委員所提本計畫缺乏結果指標問題，目前本局相關福利計畫對衡量品質之指標的產生是來自申報檔及全國醫療利用檔的整體歸戶分析串連，以取得公正的測量，成為論質計酬支付的依據，並非沒有結果指標。本計畫的結果指標，包括病人急診的使用率、強制住院率、平均住院天數及再住院人次等，這些都是結果指標。就醫不規則時，這些比率都會很高，但若經過論質計畫收案及醫師的努力，讓結果指標下降，即發生急性住院或自殺、自傷急診的機率就會降低。這項計畫就是希望並鼓勵經由過程面的努力，使結果面指標得以降低。
- 三、滕委員認為指標中未提及品質衡量的問卷結果，並關心這些人精神狀態是否比以前好，要更仔細分析這些病人的精神狀態，只能發展問卷方式。今年未加以考慮，是因為問卷資料的納入，須再增加申報的結果，才能成為衡量結果的指標，但在技術上及資料可及性，包括基本值的建立，目前並無資料庫，因此，今年沒有朝這個方向考慮，但如果未來計畫逐漸成熟，也可慢慢導入，本局會列入未來的參考。
- 四、有關 DRG 部分，輿論關心病人提前出院的問題，本局同樣關心，也公布出院狀況。出院狀況是一般性，各類疾病都可共用的。第一期導入 155 項的 DRG，有不同的出院狀況，本局也正在徵詢各專科醫學會相關意見，是否在現有項目外，增加讓民眾瞭解的指標，待蒐集後，本局會再次公告。
- 五、有關公布每項 DRG 支付的內容，若公布標準化臨床指

引，會產生問題。雖是同一手術，但病人狀況不同，所需的檢查和治療是不一樣的。醫療很難完全標準化，會有一定程度的變異，本局擔心公布標準化內容，可能忽略部分的變異，對特別需求不同之病患反而會有很大爭議，同時也擔心在醫病資訊不對等時，公布過於詳細，讓病人一一核對，屆時是由病人或醫師判斷，也會產生許多爭議和問題。因此，本局認為在醫療服務完成後，再由病人協助監督出院狀況，可能是目前比較適合的方法。

黃副局長三桂

健保開辦近 15 年間，僅於民國 91 年 9 月調整保費費率一次(由 4.25%調整為 4.55%)，其後迄今，健保已有 7 年未曾調整費率。此次署長急於調整保費，係因面臨 4 個問題：第一、截至 98 年 12 月底保險收支累計短絀已達 587 億元。第二、依據健保法至少應有 1 個月醫療費用的安全準備，大約 400 億元。第三、此次保費調整方向，如僅彌補民國 99 年當年的收支短絀(大約 400 餘億元)，今年調整後，除非民國 100 年保險財務收支平衡，明年勢必再次面臨保費調整的問題。第四、民國 100 年若要收支平衡，新藥及新科技項目將可能無法納入保險給付，需由民眾自費負擔。署長很務實，遇到這 4 個重大問題，因無法一次解決，且如不作任何調整，讓健保持續收支短絀，預估今年將短絀 400 餘億元，加上去年累計短絀 587 億元，以及法定安全準備 400 億元，累計短少金額已近 1,500 億元，因此，只好先解決民國 99 年的收支短絀，尚懇請委員予以支持。

盧委員美秀

一、調漲健保費率依全民健保法第 19、20 條規定，應屬依法行政，尤其目前待安全準備填補之短絀數已高達 587 億，若採不調漲費率，只減少給付，將嚴重影響民眾就醫品質，在 98 年第 3 季點值，中醫 0.894、醫院 0.909、洗腎 0.893，此種給付點值若繼續下降，醫療院所將會使用低劣衛材，減少醫事人力或要求調

高部分自費負擔，如此一來，吃虧的仍是就醫民眾，民眾的就醫權利將更無保障。

- 二、健保局若能先向本會說明保險費率調整方案及內容，以及調漲後之改善配套措施，本會委員在充分瞭解下，應會主動為衛生署做政策辯護。

劉委員玉蘭

- 一、關於健保財務問題，在座委員都很清楚，可是民眾不清楚，所以民意調查時，仍有超過 46% 的民眾將健保財務與北高欠款混為一談。健保財務應透明化，讓民眾知道。只要有 1% 的浪費，民眾就會認為有浪費，健保局有必要管控浪費問題，但要求 100% 沒有浪費，才能調整保費，神仙也做不到。以宏觀面評估，健保醫療給付成長控制在 4% 至 5% 之間是合理的，若再壓低，將不敷醫療成本，品質會下降，整體而言，健保控制是合理的。
- 二、第 7 頁表 5 建議健保局加列 98 年度合計數，會更清楚。據瞭解 98 年總額成長率為 3.4%，但加總 98 年醫療費用成長率約為 4% 到 5% 左右，不知為何會超過總額成長率？
- 三、目前保費收入均根據薪資，報載將採差別費率，本席擔心費率差別太大，恐會干擾就業市場，造成薪資上升的障礙，若差別太小，則失去意義，應再多加思考。再者，即使費率差別，以目前保費收入而言，大部分來自薪資所得，就是一個大問題。首先，因政治因素，基本工資難以調整，投保金額最低級距與其連動，也難以調高，調整機制失靈。其次，報載未來將是薪資停滯的復甦，健保收入架構放在薪資，保費收入將被壓縮，2 代健保或 1.5 代健保要加速推動，才能彌補這部分的不足。

曲委員同光

- 一、健保在民國 84 年開辦時，曾執行嚴格的轉診措施，

但僅實施數月，主要原因，是和民眾就醫習慣不符，難以被接受。若大家認為健保財務問題主要是浪費所造成的話，應加以探討到底是浪費或是需求。保險的特性會促進需求的產生或增加，大多數人認為自己是需求，別人是浪費。若將健保財務失衡過度歸咎於醫療浪費的話，民眾能否接受健保局採取嚴格手段管制民眾就醫，以抑制浪費，這是一個值得深思的問題。

- 二、近來為了健保財務問題，衛生署、健保局及監理、費協兩會主委，分別與許多團體進行意見交流。過程中獲得許多意見表示，目前台灣是M型社會，貧富差距很大，若要調整費率，應考慮讓經濟能力不好的人少付，或不要增加，讓經濟能力好的人多付一點，因此，費率依經濟能力予以折扣，符合前述的想法。這樣的版本，更符合健保基本精神，即互助自助，有能力者，幫助沒有能力者。
- 三、費率予以折扣有無違法，行政機關會加以研究，但提醒大家，依健保法規定及費率精算，費率早在5、6年前就該調整，若大家在意依法辦理的話，或許本會應做成決議，鄭重建議衛生署應依法調整費率，至於調整方式之合法性，請衛生署妥善研究。

謝委員天仁

- 一、對於外界質疑浪費，健保局不要心虛，也不要自暴自棄。健保局並非一無是處，但有些地方是可以改進的，民意調查中也可看出民眾的期望，健保局應在費率調整過程中，將相關機制告訴民眾，才能讓民眾心服口服。
- 二、本人從未反對調整費率，健保局不宜擴張解釋委員的陳述。本人只要求做好費用管控，調整費率時，一併說明清楚相關配套措施，民眾才會認為政府是有為的，知道財務問題，也知道改進缺失，且有期程，讓民眾有所期待。健保局應以積極態度面對問題，委員發言都是希望健保更好。

三、應從提高投保金額級距著手，讓高所得者高負擔，避免輕易調整費率。平等是費率的基本要求，任意差別費率，調整幅度不同，下次要如何調整？這不是民主法治國家應有的現象。不能因為健保法 19、20 條規定不清楚，就任意採取差別費率。應採調整投保金額分級表的合法方式，不應以保障弱勢為名，綁架差別費率方案通過，政府應以社福預算等其他方式，補助弱勢。投保金額級距不同，費率又不同，對高所得者將造成雙重負擔。政府施政要宏觀，不能腳痛醫腳、頭痛醫頭，應正本清源處理，才能符合民眾需求。訴求要完整，急只會壞事。

鍾委員美娟

- 一、目前執行抑制醫療浪費、解決藥價差等節流措施所節省之支出仍回歸總額，對財務短絀並無幫助，建議應將節流措施所節省支出用於彌補財務短絀，不再回歸總額。
- 二、自行負擔費用的制度設計，應避免讓民眾有浪費的動機。
- 三、99 年度保險對象應自行負擔住院費用上限之調降，增加健保負擔，與解決健保財務問題有所矛盾。

鄭局長守夏

- 一、住院部分負擔上限調降，是依法訂定公式配合國民所得增減進行調整。節省浪費自總額扣除的建議，可送費協會討論。
- 二、此次費率調整案是由衛生署主導，本局協助試算各種可能方案，大目標是讓民眾保有現有的就醫可近性和醫療品質，但並不容易，因支出大於收入，本局會再加強對外溝通。目前所提方案的大方向，是希望大部分人保費不受影響，因景氣復甦緩慢，讓高所得者多負擔。配套措施是減少浪費及確保品質，如 DRG、整合門診、處方箋整合、藥師居家服務、擴大高利用者

輔導及藥價調查等。本局會善用預算，購買版面宣傳。

三、差別費率不是常態，今年希望能通過 2 代健保修法，本局會全力推動，也需要各界幫忙。

楊委員芸蘋（書面意見）

針對 81 頁有關菸品健康福利捐補助經濟弱勢保險對象自付保險費增訂排富條款之辦理情形：

- 一、健保局修訂之作業要點於 98 年 12 月 17 日開始實施，委員們予以肯定健保局執行效力，請備妥全文給予需瞭解之委員。
- 二、截至 98 年 12 月止，本案共有幾筆申請菸捐補助者？請依分區呈現，補助金額總共有多少？
- 三、楊署長已公布於年底選舉前，3 萬元以上薪資者將調整保費，預估會有多少人可被調整？調整之後的健保費用會有多少？

林委員振順（書面意見）

- 一、健保費率已六年未做調整，物價波動很大，惟有健保費率不能調整，這對健保局的品質推動，會有所挫折。費率的調整只要配套合宜，對民眾說明清楚，應可適當調整。
- 二、鄭局長提到第七次藥價調查，個人認為應暫緩推動，應與藥物產業界多所溝通，若逕行再進行第七次藥價調降，恐將有一些優良廠商之藥物退出健保行列，這對病人用藥品質將是一大損失，觀之第六次藥品調降後，已有多家廠商的藥物不再參與健保給付，這對病人用藥是一大損失。

呂委員明泰（書面意見）

- 一、全民健保是好的政策，藉由穩健財務來促其永續經營，係政府應該正視的問題，當然也是本會應該秉持的監理理念。
- 二、基於以上認知，本人肯定衛生署勇於面對問題，提出

具體的政策方向，但個人以為，保費調整政策的形成過程中，宜儘量求其周妥(例如將事實向利害關係人說明，讓本會委員先行瞭解等)，俾能藉諸共識，達成調整費率的目標。

- 三、關於全民健保杜絕浪費的作為，本人認同曲委員的看法，蓋因任何政府行政作為之是否可行，必須評估其正、負面功能，俾免欠缺系統思考而導致更難理的問題，從而建請衛生署能以較審慎的態度，決定適宜的可行政策。

劉主任委員見祥

- 一、針對健保財務認知民意調查結果，請健保局在醫療供給及需求面加強努力，以適當抑制醫療過度使用。
- 二、有關費率調整方案、步驟及配套措施，建議衛生署在適當時機先讓本會委員瞭解。
- 三、委員所提意見，請健保局參考辦理。
- 四、餘洽悉。

【附件 2】

報告案第 4 案元智大學劉副教授宜君「從民眾觀點建構健保評量指標第二年研究」專題報告與會人員發言摘要

謝委員天仁

肯定這樣的研究，本會監理健保事務，應以民眾感覺做為參考依據。本研究有必要，也做得相當不錯。委員可多多參閱，發表意見時，可先看看民眾瞭解程度。

盧委員美秀

- 一、調查民眾之抽樣方法，請加以說明。
- 二、第 93 頁就醫可近性指標，並不只是就醫交通障礙，宜加入門診就診掛號方便性、等待住院（含急診轉病房）天數（便利性）、等待診斷檢查天數（便利性）。

滕委員西華

- 一、謝謝劉教授的辛苦研究，關於研究建議事項，投影片第 56 張，第二個建議提及民眾對於健保的認知偏差與不足的解讀，其中或有偏差不足，但如認為大醫院賺許多錢或健保維繫是政府的事等認知，我會認為民眾有這樣的想法，不無道理。
- 二、投影片 57 張中關於就醫可近性，交通障礙相當重要，本人也很同意盧委員之意見，門診的等待時間、住診的等待期或醫院友善空間或無障礙環境等，均會影響就醫可近性，日後或可納入考量。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

- 一、肯定本計畫主持人的努力及報告內容。
- 二、請問投影片 35 民眾看病經驗中所稱「醫院服務態度差」是否涵蓋診所就醫的經驗，不該全然由醫院概括承受。
- 三、剛剛委員們對於健保浪費問題討論許多，但投影片 54 等建議事項中未有健保法第 33 條（轉診制度）及衛

教問題的考量，建議主持人可增列，並應加強宣導民眾對於健康觀念及就醫習慣的衛教，例如有些疾病可到診所或社區型醫院就醫即可，且進階落實轉診及轉檢的推動。

楊委員芸蘋

- 一、民眾電話調查內容、執行方向和過程，能否讓受訪者充分表達？德菲法的調查對象僅 28 人，是否具代表性？是否應增加病患或一般民眾？往後電話受訪或是民眾、病患受訪，調查內容應該深入淺出，大家都瞭解其意，才能接收正確的民意。
- 二、重要政策需向民眾強力宣導，若有更多經費宣導會更好。

干委員文男

受訪者都是委員專家，作為指標可能會有落差，若受訪者為病患，針對整個健保制度訪問，民眾滿意度可能不會這麼高。將來本會委託類似研究時，應針對民眾及真正使用健保者。

劉主任委員見祥

- 一、本研究的目的是從民眾觀點建構健保評量指標，讓民眾看得懂。
- 二、未來再有類似研究時，可參考委員意見辦理。
- 三、委員如需本研究第一期報告，可向本會索取。

劉副教授宜君

- 一、電話調查是利用電腦選號方式抽樣。
- 二、只針對監理會委員訪問，主要是受到經費限制。

劉主任委員見祥

- 一、本研究建議事項除列為本會業務監理指標修正參考外，亦送請衛生署及健保局參攷。
- 二、餘洽悉。

【附件 3】

討論案「有關『全民健康保險法施行細則』第 58 條，未能明確合理定義區域醫院，且其異動對健保財務及民眾就醫行為、醫療體系正常發展等影響甚鉅，茲事體大，衛生署僅以臨時提案交議本會討論，實有欠妥，宜予修正乙案」與會人員發言摘要

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

- 一、感謝大家讓本案重新提案，本案重提討論之原因理由詳參說明一至七。
- 二、健保小組之定位為何？是否有疊床架屋之虞？
- 三、醫事處補充意見中表示該次報告是針對 100 年醫院評鑑，但如該次報告之內容也白紙黑字的寫著「對醫學中心與區域醫院給付進行容額管控…以公式計算排序」，自然就劃分為容額內及容額外，當時討論也都提出應有排序。
- 四、區域醫院費用成長高，過去已提出多次，目前其家數由 79 家成長至近 100 家，對健保費用管控之觀點，本委員會應予以重視關切，且如醫事處所提供第一類及第二類評鑑可選項目項數表中，兩者多數是相同的要求，未來 100 床的醫院恐怕多會轉申請第二類，如此，將會造成更多的費用支出。
- 五、另第二類評鑑之醫院，在政策上尚有軍備競賽之問題，此情況對費用影響更嚴重。
- 六、有關健保法第 33 條為何不繼續推動的內情，是因於何故，本人非常清楚，在此不便再多說。
- 七、在此建議，將健保法施行細則第 58 條區域醫院之合格修訂為「資格」。

滕委員西華

- 一、基本上，我個人相當在意醫院評鑑結果對健保給付的衝擊，屢次發言表示意見，本案上次討論時，我即發

言請教衛生署本條施行細則修正草案是否與支付有關，當時答案是無關，但依本案健保局之說明似乎又有關。

- 二、本人建議甚至應該比吳委員所提條文更嚴格，應反映出新制評鑑之精神，將新制第二類區域醫院，應為評鑑優等以上或容額內者，才依區域醫院給付，否則現行醫院評鑑都是醫界內部互評，欠缺消費者參與，且人力標準未列必要項目，未能反映給付效益，致使護病比嚴重偏低、不足，因此，若評鑑無法把關品質，又影響給付，則應從嚴考量 ranking（排序）。

醫事處陳科長真慧

本處正在研議將消費者代表納入，有關第一類及第二類評鑑的不同，請委員詳見補充意見說明二。

謝委員天仁

醫事處建議增加適當加成給付，屬於費協會的業務，非本會所能決定，醫事處之提議，無疑增加本會困擾。建議不要疊床架屋，符合原來機制，才是合理。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

之前討論新制醫院評鑑就要求應該要有排序，醫院協會提出修正為「區域醫院資格」是區域醫院與地區醫院協調結果；取消排序之作業，是前年立委選舉時所發生的，醫事處顯然有需被彈劾的處理。

楊組長慧芬

這次施行細則的修正，是對母法第 33 條部分負擔的補充規定，是因為因應評鑑制度的變革，在不增加民眾部分負擔的前提下，進行分級醫療體系的認定。若將容額限制放在法規層面解釋，並不合宜。自 99 年起，醫院評鑑結果已經不再有「區域醫院」及「地區醫院」之名稱，若醫院門診部分負擔驟然由三級制改為二級制，對民眾部分負擔之影響很大，因此，維持現有三級部分負擔的設計。支付

面適用問題，可另外考量。

滕委員西華

評鑑結果的分類亦同時影響民眾部分負擔，若不考慮 ranking，則所有二類合格者都以區域醫院給付認定，民眾以區域醫院部分負擔的家數變多，確實影響民眾權益，現行公告之細則條文確實過於寬鬆，應再予考量。

曲委員同光

在原有評鑑制度下就有醫院升級的現象，並非新制醫院評鑑所造成。若要限制家數，應考慮從評鑑技術上著手，健保無法從細則上加以排除。概念上只有合格不合格之分，排序在法令規範上並不合適。排序是新舊制度過渡時期所使用的支付方式。本來所有醫療法規中並無區域醫院、地區醫院的名詞，只在評鑑中出現，評鑑取消該名詞後，僅剩下健保法有此規定，若取消區域醫院與地區醫院之差別，將部分負擔驟然由三級改為二級，小醫院部分負擔必須提高，對其衝擊很大，民眾部分負擔影響也很大，目前尚不宜貿然實施，只好維持三級，以合格明確區分。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

- 一、請醫事處答復，排序是否真的不存在？過去是否沒提出要排序？過去沒進行過排序嗎？為何現在又說沒有排序？健保小組與醫事處同屬衛生署，為何兩個單位說詞不同，以此公告而不當擴大民眾部分負擔的作為是可以的嗎？
- 二、是否 100 床以上的醫院都該鼓勵參加第二類評鑑？如此又會增加多少健保支出呢？原本規定區域醫院需取得優等，建議「符合區域醫院資格」已經較「優等」略寬鬆，也較合格嚴謹，當然仍應該保持排序。

劉主任委員見祥

因新制醫院評鑑已無區域醫院名稱，本案修正條文第 2 項第 2 款「取得區域醫院資格者」之文字，是否應做修改？

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

改為「取得評定優等資格者」。

謝委員天仁

這就是政策浪費，範圍變大使民眾負擔增加，健保支出也增加。健保小組認為要提高一級，為何不降低一級？

曲委員同光

若大小醫院部分負擔一樣時，會影響以部分負擔之差異促進分級醫療的功能，造成小醫院競爭壓力。

祝委員健芳

本案爭執點，在定義為評鑑合格或優等的差異，可否請衛生署提供最近一次評鑑結果兩者差異的家數及優缺點的比較。

曲委員同光

98年新制醫院評鑑結果，第2類評鑑醫院有21家，其中19家是優等，有2家是合格，差異不大。地區醫院120家中，14家為優等以上。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

雖然曲同光委員說差異小，但就算再小也都是老百姓的錢；97年度醫院評鑑之特優家數、優等家數及合格家數，我都很清楚，97年度地區醫院評鑑特優的有1家，優等有15家，區域醫院特優有3家，優等62家，合格24家，在座也有幾位是評鑑委員，參與醫院評鑑作業。

謝委員天仁

不要因為家數影響對原則的堅持，原則無法堅持，以後很多事情會很難處理。

曲委員同光

所以我們堅持合格就是合格，不應有其他的標準。若大家認為醫院評鑑太寬鬆，應要求醫院評鑑採較嚴格的標準。

劉主任委員見祥

- 一、修正草案第 58 條第 2 項第 2 款之「第二類新制醫院評鑑取得區域醫院資格者」文字，修正為「第二類新制醫院評鑑取得優等資格者」。
- 二、本案所提修正條文併同委員意見，送請主管機關參考。