

全民健康保險監理委員會
第 203 次會議紀錄

中華民國 101 年 5 月 25 日

全民健康保險監理委員會第 203 次會議紀錄

時間：中華民國 101 年 5 月 25 日（星期五）上午 9 時

地點：行政院衛生署中央健康保險局臺北業務組第一會議室（臺北市許昌街 17 號 9 樓）

出席委員：

周委員麗芳

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

張委員永成

林主任敏華(代)

蘇委員錦霞

滕委員西華

何委員語

葉委員宗義

李委員永振

李委員成家

李常務監事育家(代)

郭委員志龍

李委員明濱

何常務理事博基(代)

李委員蜀平

黃委員建文

廖常務理事敏熒(代)

陳委員俊明

楊委員漢淥

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：

葛委員克昌

林委員啟滄

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

李副局長丞華

蔡組長淑鈴

鄧組長世輝

沈組長茂庭

洪代理組長清榮

張代理組長鈺旋

林專門委員阿明

施專門委員志和

周專門委員士恒

蔡科長文全

黃科長莉瑩

柯副主任委員桂女

楊主任秘書慧芬

吳組長秀玲

魏專門委員璽倫

本會

主席：劉主任委員見祥

紀錄：彭美熒、孫淑霞

壹、主席致詞：

各位委員、李副局長及所有與會同仁，大家早！

今天是第 203 次委員會議，謝謝大家撥冗參加！在會議開始前，向各位委員報告，戴局長桂英陪同邱署長赴瑞士日內瓦參加世界衛生大會(World Health Assembly, WHA)，特請李副局長丞華代理本次會議所有議事。接下來按程序進行會議。

貳、報告案

第 1 案

案由：確認本會上（第 202）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：洽悉。

（與會人員發言實錄詳附件 1）

第 3 案

報告單位：中央健康保險局

案由：101 年 4 月份全民健康保險業務執行報告，請 鑒察。

決定：委員意見送請中央健康保險局參考，餘洽悉。

（與會人員發言實錄詳附件 2）

第 4 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法（草

案)」，請 鑒察。

決定：委員所建議，醫事服務機構須提報其財務報告之要件，應配合社會觀感擬訂乙節，請中央健康保險局參考，餘洽悉。

（與會人員發言實錄詳附件 3）

第 5 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「全民健保特材差額負擔之規劃情形」專題報告，請 鑒察。

主席裁示：依委員建議，移下次委員會議報告。

參、討論案

第 1 案

提案人：李委員明濱

案由：為促進健保代位求償，提高成案率，建議修訂「案件成案」標準，提請 討論。

決議：委員意見陳請行政院衛生署核參，並送請中央健康保險局參考。

（與會人員發言實錄詳附件 4）

第 2 案

提案人：滕委員西華

案由：為因應醫院不當減少健保特約床數，確保健保保險對象之權益，建請衛生署與健保局修正「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第三十二條之特約醫院保險病房之比率計算方式，除總床數須符合特約比率外，各科別亦應分別計算，提請 討論。

決議：委員意見陳請行政院衛生署核參，並送請中央健康保險局參考。

(與會人員發言實錄詳附件 5)

第 3 案

提案單位：本會業務監理組

案由：本會訪查全民健康保險安寧療護業務後之建議案，提請討論。

決議：本案建議如附件，陳報行政院衛生署核參，並請中央健康保險局參考辦理。

(與會人員發言實錄詳附件 6)

肆、臨時提案

提案人：蘇委員錦霞、滕委員西華

案由：為落實轉診制度，促進分級醫療，提昇醫療品質，提請自 102 年起依各醫院層級逐年調整醫院部門門住診比率，並同時檢討門診輕、重症診察費支付標準，及轉健保局研議辦理案，提請討論。

決議：委員意見陳報行政院衛生署核參，並送請中央健康保險局參考。

(與會人員發言實錄詳附件 7)

伍、臨時動議

提案人：李委員蜀平

連署人：郭委員志龍、蘇委員錦霞、干委員文男、滕委員西華

案由：敬請健保局取消即將公告特約院所醫師兼具藥師資格，依自開處方，親自為藥品調劑，申報藥費及藥事服務費之給付作業規範，以確保民眾安全用藥權益，提請討論。

決議：委員意見陳報行政院衛生署核參，並送請中央健康保險局參考。

(與會人員發言實錄詳附件 8)

陸、散會：中午 12 時 30 分

本會訪查全民健康保險安寧療護業務之建議意見

- 一、肯定健保局用心規劃並認真執行安寧療護制度，維護民眾生命尊嚴。
- 二、安寧療護服務乃時勢所趨，請健保局配合整體資源及社會需求，妥訂未來發展目標與計畫。
- 三、建議健保局之事項：
 - (一)請提升安寧療護制度施行效率，期能節省健保資源，合理調整相關給付；並配合民眾需求與實務，酌增各種訪視之次數。
 - (二)請研議可促進醫院設置安寧病房誘因，以逐步增加安寧病床數，滿足民眾需求。
 - (三)為期安寧照護更周延，宜廣納各種專業人士，例如牙醫師、藥師、心理諮商師等，都應加入服務行列。
 - (四)簡化行政作業，使人力多加運用在病患照護層面上
 1. 請主動洽商國民健康局，整合安寧療護填報資料。
 2. 簡化及改善醫院需填送之各種表報，例如安寧共照同意書之編排與文字呈現，可更溫馨友善、簡明及易懂。
 - (五)請加強宣導，以利業務推動
 1. 應多利用各種可行管道，加強對相關團體與人員及社會大眾宣導，以促進業務之推動。
 2. 應就城鄉文化和語言差異及人員屬性，分別規劃製作宣導文書，以增進一般民眾對安寧療護的瞭解及接受度。
- 四、建議衛生署之事項：

- (一)對安寧療護，宜比照國際慣常做法，將之納入長照服務體系，爰須請專案討論如何將其納入長期照護服務及長期照護保險之立法規劃中，以促進長期照護與健保整合提供安寧療護，俾提升安寧療護服務之成效。
- (二)對健保局、國民健康局、醫事處、護理及健康照護處分別掌理之安寧照護業務，在政策評估及規劃上，宜整體考量並予串連，以提升資源效用及業務執行成效。

【附件 1】

報告第 2 案「本會委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

- 一、謝謝楊主任秘書慧芬的報告。
- 二、經詢問，委員對本報告無意見，本案洽悉。

【附件 2】

報告第 3 案「101 年 4 月份全民健康保險業務執行報告」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

謝謝李副局長詳盡的報告，請問各位委員有無垂詢？

滕委員西華

- 一、謝謝李副局長的報告，特別是針對重大傷病部分，說明了平均存活情形，可供未來討論財務負擔時參考。
- 二、業務執行報告第 89 頁有關收容人納保規劃作業事宜，目前監所的醫療，有採自設醫療單位提供服務，也有採取與醫師個人或醫療院所簽約方式提供服務。服務項目，也包括鑑定業務及強制治療部分。監所的醫療設備與一般醫療院所不同，在受刑人納保後，健保局要如何特約？如何與監所目前受委託的醫師或醫療機構整合？對於目前監所已提供的強制治療及常見的精神疾病治療，希望未來能繼續維持原有的服務。此外，亦應注意受刑人的隱私。由於受刑人的隱私與一般人不同，監所的病歷保存有可能會出現問題。請健保局留意，在病歷保存上如何符合醫療法及健保法規定，希望健保局能與法務部、國防部作進一步的協商。
- 三、業務執行報告第 93 頁全民健康保險提升住院護理照護品質方案，資料內容與上個月比較，「實習護士」的字眼已拿掉。實習護士屬於尚未取得證書的護理人員，請問是變成不給付實習護士的費用？還是為了避免大眾質疑，只是將「實習護士」的字眼拿掉？

四、原預期今天可看到健保局昨日發布之「保障弱勢民眾健保就醫權，未來健保局僅對有能力但拒繳健保費者鎖卡」相關資料，結果並沒有，所以只能用媒體報導資料來請教健保局。我之前曾提過，社會救助法已有最低生活費的認定標準，且各縣市因其消費性支出不同而不一樣，有因地制宜。希望健保局不要用奇怪的認定標準，來認定經濟困難。肯定健保局將經濟困難的標準放寬，但希望是奠基在貧窮線上。救助有救窮與救急兩種情形，救窮部分，目前地方政府已有名冊或標準，健保局不需另外認定；至於救急，相關標準請不要使用落後指標，貧窮線就是落後指標。根據行政院主計總處統計，目前約有 91 萬人為非典型就業人口，這些人經濟收入來源不穩定，若是家中發生重大變故，例如：主要經濟來源者死亡或失業，馬上會面臨問題，沒辦法用前一年的所得資料認定，建議開放由民眾舉證，給予 3 個月或半年的補助，會是較制度化的做法。有很多所得是不用繳稅的，像地下經濟或資本利得，用綜合所得稅率 5% 及利息所得一定金額作為認定標準，很不適宜；而且所得稅資料的扶養人與健保的被保險人眷屬的範疇不太一樣。個人強烈反對用綜合所得稅率 5% 及利息所得一定金額當作解卡標準，而且分 4 階段解卡並沒有意義，與年齡更是毫無關連。

干委員文男

一、報載台東縣衛生局成功衛生所被發現 A 健保（沒看病，有刷卡的違規行為），請問究竟是怎麼回事？連公家單位都會 A 健保，則哪個私人醫療院所不 A 健保？

二、根據健保局剛剛報告的內容，向經建會提報之 102 年度醫

療給付費用總額成長率高達 7%，目前國內的薪資並沒有成長，希望不會像之前的電費調漲，造成社會譁然，讓人認為健保不食人間煙火。民眾本已繳不起保費，現在支出的成長卻要調高到 7%，到時會很難看！建議健保局最好先確定可收到多少保費後，再提出計畫。

三、業務執行報告第 93 頁全民健康保險提升住院護理照護品質方案，今年編列 20 億元經費，請問真正用在聘用護理人員的金額，以及護理人員實質可得金額為多少？不要錢花了，工時、工作條件或待遇，卻都沒有實質改善，這也如同剛才所述，向經建會提報的 102 年度醫療給付費用總額成長率高達 7%，大家都在搶健保大餅，目前每個月 4 百多億的保險給付，若一下子變成 500 億元，超出的 20%，錢要從哪裡來？是否會造成財務嚴重不足問題？

四、關於收容人納保規劃作業事宜，個人與滕委員有相反的看法，這些收容人在人格上屬於破產，關於穩私保密，搜尋一下判決書，就可看到他們的資料。要擔心的是，一旦將他們納入健保，是否會成為健保的負擔。還有就是這些人若出來就醫，是否需要特別的管制、監控措施？若是這些人的醫療支出大於保費收入，請問該怎麼辦？若是醫療利用較一般人反常的話怎麼辦？請問健保局知道如何防範嗎？還有，若是將來受刑人只要看個感冒，就能請半天假，出來外面到處遊走，問題會很嚴重，健保局應該要未雨綢繆。

楊委員芸蘋

媒體報載，健保局將採 4 階段對 20 萬人進行解卡分為哪四階段，請健保局詳細說明，解卡後會有多少費用沒有辦法收到，

這些費用短收不會影響運作的執行？相信在執行上不會有太大的困難。

鍾委員美娟

業務執行報告第 7 頁全民健保財務收支分析，99 年及 100 年的保險給付成長已趨緩，但 101 年 1~4 月份的成長都超過 5%，若持續上升，有可能再度面臨過去所發生的財務困境，應注意管控。

李副局長丞華

- 一、收容人納保對健保局而言，是全新的醫療挑戰。目前監所約有六萬多名受刑人，其中 40%屬毒品危害防制條例規定的戒治處分，這當中，有些人有身心狀況與一般族群不同者，有愛滋病帶原者，也有人格違常者。所以除了納保規劃作業外，本局也和法務部及國防部協調中，希望未來監所的醫療資源一定要比現在多，各分區業務組現正逐一拜訪所轄地區監所，以了解其目前的提供門診及戒護就醫情形，及還有哪些不足之處。
- 二、關於監所受刑人病歷部分，當然是就診醫療院所要負責保管，但監所也要保留就醫資料，要知道受刑人吃哪些藥，與醫療院所的病歷保存，有不同的作法。
- 三、關於經濟弱勢民眾解卡部分，健保自開辦至今已 17 年，繳不起保費的人都在 2~4%之間，景氣好時約 2%，景氣不好時會上升到 4%。傳統的保費補助措施約可補助 1%的人，所以仍有 1%~3%的人不符合補助資格，但確實是繳費困難者。社會救助法目前對中低收入戶，補助部分保險費，是採用貧窮線來認定，但這不一定是最好的方法。過去衛生署楊前署長志良及勞工委員會詹前主任委員火生在

國民黨智庫時，曾提出要將貧窮線提高到最低生活費的 1.5~2 倍的論點，希望擴大社會救助人口。第一個採納此論點的，是國民年金制度，但國民年金並非強制納保，目前的繳款率約六成左右，還不到七成，未繳的不知道是因為不願意加入，還是繳不起保費。第二個採用的，是當初發生金融風暴時，健保局爭取到的全民健康保險保險對象申請菸品健康福利捐補助自付保險費措施，健保局一開始是針對所得在貧窮線 1.5~2 倍者提供保費補助，實質上產生很大問題。舉例來說，台北市的貧窮線標準，為 1 人平均收入 1.4 萬元，1.5 倍是 1 個月 2 萬 1 千元，以 1 家 4 口為例，若僅有先生賺錢，只要所得沒有超過 8 萬 4 千元就符合規定，但在台北地區，1 個月可以賺到 8 萬 4 千元以上的人並不多。健保局曾經調查過，以健保局南部某個業務組為例，約有三分之一的員工符合補助資格。健保局後來是用很多的條件來排除，例如綜合所得稅率未逾 6% 者，全家人口之全年利息所得總額未達新臺幣 6 千元等。所以，利用貧窮線來認定，是不成功的經驗。而且，目前有好幾百萬人完全沒有稅籍資料，若是採用貧窮線，卻沒有資產調查資料，數量會大到失控的地步。或許未來成立衛福部後，可有更好的思維模式。

滕委員西華

請問李副局長，所言是指健保局有三分之一的員工符合菸捐補助健保費資格嗎？

李副局長丞華

一、這是指以台北市的貧窮線為例，說明會有多少人符合標準，以 1 家 4 口為例，僅爸爸賺錢，媽媽沒工作，要扶養

2 名小孩，爸爸一個月的薪水不超過 8 萬 4 千元即符合資格。這也是為何社福單位還需要做資產調查的原因。

二、明年 1 月 1 日實施二代健保，屆時除非能證明欠費者是有錢不繳，否則都不會鎖卡，所以，將來欠費會與醫療分開處理。預期繳費率會下降，催收成本會增加，呆帳率會上升。到時健保局可能不用鎖卡的方法，而是用行政處理的方式去催帳。

三、向經建會提報的醫療給付費用總額成長率是上限值，經建會還會與其他部會進行討論，並作調整，之後，還會由費協會去協定醫療給付費用總額及其分配方式。衛生署提出的成長率，是回應各界反映給衛生署的四大皆空或五大皆空問題。

四、醫療面部分，請蔡組長做補充。

蔡組長淑鈴

一、關於收容人就醫部分，二代健保法第 40 條規定保險對象收容於矯正機關者，其就醫時間與處所之限制，及戒護、轉診、保險醫療提供方式等相關事項之管理辦法，由主管機關會同法務部定之。針對受刑人就醫部分，健保局和法務部、國防部、衛生署已進行討論，並將相關辦法草案送衛生署，接著會辦理預告、公告，及擬訂配套措施等。此外，本局亦已擬訂醫療提供計畫，這是因應受刑人沒有辦法自由看病，因此須將醫療送入監所，類似現行的山地鄉 IDS 模式。目前 49 個監所中，一家有自設的醫院，即法務部中區醫療專區暨附設培德醫院，將來健保局會與其特約；其餘監所，將來若設立診所或醫務室，健保局都會特約；若未設立，健保局則須請外面的醫療院所進去支援。

健保局也會要求特約院所，公費已提供的既有服務，將來仍然要繼續維持，希望給受刑人更好品質的服務。

- 二、除醫療外，受刑人還有其他方面的需求，例如毒癮及愛滋病帶原者、精神疾病患者，會優先利用公費資源，健保局將配合衛生署，共同提供公費服務。
- 三、關於病歷部分，醫療法規定，提供服務的醫療機構，不管監所自設或外來支援者，都要保留病歷。健保局會要求醫療團隊，不管是醫院、診所或醫務室，都要保留病歷。另外依監獄行刑法施行細則規定，監所有保存病人就醫狀況的義務，因為管理受刑人，會擔心受刑人會有傷害自己的行為發生。健保局會依照這兩個法律的規定，訂定配套措施。
- 四、受刑人納保後，是否會利用保外就醫的機會到處遊走就醫問題，受刑人受監獄管理約束，即使在監所內看病，也要得到許可，並在特定地點就診。若監所內之醫療無法處理，需要申請戒護就醫，戒護成本很高，監所也要評估，相信不至於發生干委員文男擔心的情況。
- 五、關於全民健康保險提升住院護理照護品質方案，上次出現「實習護士」字眼，本次未出現，是考量護士考照率低，且目前規定的實習時間僅有一年多，是否延長實習時間，需視衛生署相關的行政規則而定，本案所認定之實習護士須由醫院以畢業證書向當地衛生局報備的名額才算。所以先不呈現，但若行政規則有變，本局將配合修改。
- 六、關於業務執行報告第 7 頁全民健保財務收支分析表，保險給付成長率在 101 年似又突然變高了，這是因其與總額協商成長率有密切關係，100 年之協商成長率較低，101 年

較高，所以 101 年的保險給付成長率也隨著提高。

- 七、干委員文男所提台東縣衛生局成功衛生所屬公立單位為何發生違規事件，事實上，台東尚有幾家特約的診所，當地民眾可以到各該診所看診。全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法對於公、私立醫事服務機構同等對待，會依照特約及管理辦法處理。

干委員文男

- 一、我是監所志工，每個月會到監所進行二、三次關懷輔導，非常瞭解裡面的情況。受刑人想盡辦法希望出來放風，將來也會有同樣的問題。有的受刑人不想做勞動服務，會藉很多理由出來放風，看病未來會被當做放風機會。若是受刑人看診，健保一定要給付診療費，形成健保資源的浪費，希望健保局在這個區塊做監控，觀察與一般人有無差別，並讓委員瞭解。
- 二、關於全民健康保險提升住院護理照護品質方案，希望知道護理人員的工時、勞動條件及待遇是否確有改善，錢都已經花了，到底有沒有效果？

蔡組長淑鈴

- 一、可以體會干委員文男對受刑人納保醫療利用的關心與擔心，健保局會做監控。受刑人就醫會有特別的註記，健保局可加以統計，未來必要時會提供資訊讓委員瞭解。
- 二、關於護理照護品質方案的成效，依醫院回報健保局的 100 年獎勵款用途，主要在加發獎勵金，提高護理人員薪資及增聘護理人力等三項的金額分居第一、第二及第三，分別為 7.7 億元(占 41.6%)、4.2 億元(占 22.7%)及 4 億元(占

21.8%)；提高夜班費 0.85 億元(4.6%)；其他 1.73 億元(9.4%)，相關資料請委員參看業務執行報告第 94 頁第 6 點及第 96 頁表 2。各用途別金額經加總，計有 18.5 億元，其中 10 億元屬醫院總額補助之專款，另 8.5 億元為醫院提撥希望可對提升住院護理品質有所助益的款項。健保局在本月初，有邀請醫院協會及護理師公會全聯會檢討獎勵金執行成效時，護理師公會代表表示，本年度接獲未拿到錢的抱怨情況，較 100 年度有改善。

李副局長丞華

請洪組長說明解卡措施，事實上，未來 6 個月內會通通解掉。

洪代理組長清榮

- 一、關於解卡作業，健保局將分階段查證。在實施「弱勢民眾安心就醫方案」後，欠費鎖卡僅剩 19 萬 2 千人。由於一次全面清查，在人力作業上會有困難，將分 4 階段處理。
- 二、第 1 階段，會在今年 6 月底前針對 65 歲以上欠費者，與銓敘部協調提供受領月退俸之資料做比對，若是沒領月退俸者，會予以解卡；對 18 歲以上仍屬依賴人口的在學學生，也會進行解卡。
- 三、第 2 階段，針對中高年齡欠費在 50 歲以上者，請財政部提供財稅資料比對，對所得在最低生活費 2 倍以下，且全戶利息所得未逾 2 萬元者，進行解卡。
- 四、第 3 階段，針對 40~49 歲者，進行資料比對解卡。
- 五、第 4 階段，針對前 3 階段未處理者再做處理，進行實地訪查。健保局會發函通知當事人，看看有無回函，若是沒有收到回函，會洽請各縣市政府社政單位進行實地訪查，與

健保局共同合作完成。因為人數太多，需要分階段完成，希望明年 1 月 1 日前能完成，落實查證輔導才鎖卡的目標。

滕委員西華

請問查證費用是多少？

洪代理組長清榮

健保局沒有編列查證費用，將會請相關社政單位提供協助。至於目前被保險人欠費金額一年大約有 30 餘億元，有關解卡是否會使未來的收繳率降低？是有這個可能性，但健保局還是會進行催收保費，並依規定移送行政執行。行政執行署若發現欠費者有存款或股票，即會扣押清償欠費。

祝委員健芳

- 一、李副局長對貧窮線的說明，容易讓人誤解社會救助法的貧窮線認定標準很寬鬆，某種條件的中高階公務人員都可以符合資格，在此說明內政部關於貧窮線的界定，就如同滕委員所強調，應該要回歸依各地區生活水準訂標準，而不應訂定齊一標準。在偏遠地區也許夠用的生活費，對高消費地區是不夠的。所謂的最低生活費，是由中央、直轄市主管機關參照中央主計機關所公布當地區最近一年每人可支配所得中位數 60% 定之。中位數所得，是指一般人之所得中間數，由於一般人認為，貧窮線應低於中位數，所以，參考 OECD 國家貧窮線訂定以可支配所得中位數之 60%。
- 二、因應台北市於社會救助法修法前所訂定之最低生活費金額過高之問題，社會救助法(第 4 條第 3 項本文)規定，最低

生活費之數額，不得超過同一最近年度中央主計機關所公布全國每人可支配所得中位數 70%，同時不得低於台灣省其餘縣（市）可支配所得中位數 60%。（依社會救助法第 4 條第 3 項但書規定）現在台北市的最低生活費是高於全國每人可支配所得中位數 70%，所以依法不准調整，如以台北市的資料來看問題，會失真。

三、關於低收入戶認定，是看家戶總所得，此一家戶不是只有看單純夫妻與子女所組成的小家庭，是要看申請人的配偶、一親等之直系血親及同一戶籍或共同生活之其他直系血親。若是主要經濟來源者有個富爸爸或富媽媽，或是申請的老人有位有錢的兒子，依據我國國情與民法規定這些人當然有互負扶養義務，有能力的家人要幫忙無收入者出健保費。中低收入戶目前已由政府負擔其 50% 自付額保險費，如果剩下的 50% 仍繳不起的，建議可以納入健保的紓困措施或安心就醫方案，期間可以設計為 3~6 個月，屆時再評估是否還需要更進一步的幫忙。關於救急部分，目前內政部已經有「馬上關懷」或「急難救助」專案，補助失業者或家庭發生變故者。地方政府社政單位有名冊，可以給健保局做比對，或許可以從這樣的角度思考來分階段設計。

四、關於 65 歲以上欠費老人，若是只比對軍公教領有月退休俸者可能不太夠。以老農津貼為例，一個月可以領 7 千元，應該不致於繳不起健保費，還有就是請領勞保年金或國民年金給付者，也都不在領月退俸的範圍內，建議健保局不應該侷限於領月退俸的範圍。要注意有些措施可能會引發效應，像是刻意去積欠費用，最後讓政府負擔。建議

國家政策還是要強調家庭概念，這部分是不能放棄的。支持健保局的解卡措施，但若只看單一條件，有可能會引發不好效應，請健保局慎重思考。

鍾委員美娟

鎖卡或解卡，各有其問題，有些人明明有繳費能力，但是不到最後一刻絕對不繳。若是全部用行政執行手段催收，時間會拖比較久，花費成本也比較高，據瞭解，行政執行署曾反映案件太多，人力不足，不知健保局是否與行政執行署溝通過規劃內容？

葉委員宗義

台灣的經濟好像在走下坡，但 33% 健保費收入仍來自公私企業主所繳交的費用。監理會與費協會分別負責保險的收入與支出，收支差距很大，不足部分到時還是會找企業主來負擔。要考量明後年經濟情況會變得如何，到時可能不只 20 萬人繳不起健保費，而是超過 2 倍以上的人繳不起保險費，到底內政部的個案有無補助這部分費用？為何要我們負擔？現已有歐債問題，若不注意，將來台灣可能會步入後塵，當然政府應該要照顧百姓，但是要量入為出，要面面俱到，更需要考量國內產業往外移，將來怎麼辦？

李委員永振

這二年來在調整保費的助益及健保局的努力下，安全準備餘額好不容易有 50 億結餘，須思考如何能繼續下去！現在健保局要進行解卡，李副局長提及解卡後部份可能會發生呆帳！在解卡件保險給付發生時，相對應的保費收入如何透過各種管道、方式確保？另業務執行報告第 7 頁全民健保財務收支分析，從 96 年開始，保險給付成長率都在 3~4% 左右，今年保險給付成

長率創新高達 5%以上。葉委員宗義提到，費協會提出以支出成長 12%作為協商基礎，若真如此，健保收支要如何平衡？還需考量明年的經濟情況，才能加以因應，提出比較好的方法，如此，健保才能繼續經營下去。

何委員語

- 一、業務執行報告第 27 頁，目前重大傷病實際有效領證人數為 80 幾萬人，未來將達到一百多萬人。目前二氧化碳濃度偏高，將會增加肺癌人數；南北極磁場線偏轉，每年偏移數從十幾公里到七十幾公里，使加拿大的軸心，偏移到西伯利亞。造成躁鬱症、憂鬱症人數增加；自殺率、工作憂鬱、政治憂鬱、生活環境憂鬱人數持續增加，人心浮動，預期未來的疾病人數，會愈來愈增加。
- 二、前兩天才從美國回來，看到行政院公報有「全民健康保險會之組成方式及議事辦法草案」預告資料，非常不贊成部分條文，因為會限制委員言論及行為，像是第 7 條條文，列出 8 項健保會委員不得有的行為，否則會被解聘，這不是很妥當。另外，該辦法草案第 9 條規定，十幾位的保險付費者代表委員要共同推選出 9 名委員代為行使職權，與保險醫事服務提供者代表之委員進行對等協商。我們付費者繳錢給健保局，健保局卻讓保險付費者與醫事服務提供者互相廝殺，本條條文規定得很不週延。預告 14 天期已結束，建議辦法草案有必要做詳細周全地討論。另外，第 4 條條文規定得很抽象。
- 三、全民健康保險提升住院護理照護品質方案，去年總額編列 10 億元經費，今年編列 20 億元，個人曾拜訪過多家醫院，有人反映經費被挪來挪去，甚至連主任也向我抱怨，

說診察費被挪用，護理費也被挪用。健保局提出的書面報告，實際上或許不是這麼完美，有值得探討的空間，請健保局實地去瞭解。

四、明年保險收入費率是 4.91%，支出成長率是 7%，過去從來沒有超過 5% 的支出成長率，最多也只有四點多，現在景氣不好，明年及未來的收支短差要如何去處理？衛生署的作法，是對醫療服務者很大方，卻叫我們付費者拿槍與醫界對幹，希望訂定的數值要明確、務實、周延。付費者與醫界過去是陌生人，相互不認識，希望不要來到這裡變成仇人。

楊委員漢涇

目前的大環境讓醫院經營變得很困難，如同李副局長剛剛所提，有四大皆空、五大皆空問題。現在醫院要面對很多法令規定，像是醫療機構設置標準、醫院評鑑標準，以及社會上不理智的暴力行為。醫院有空缺是事實，最主要原因是年輕人不願意進來服務。以台大醫院為例，去年招收 5 位婦產科住院醫師，結果只來了一位；台灣婦產科醫師的平均年齡是 54~58 歲。大家知道一年新增約 1,300 位醫師，但這些新增醫師並不是到大家關心的科別去，現在年輕醫師都跑去做醫美。當然醫美不是不重要，而是與我們的期待有很大差距。雖然現在失業率高達 4% 以上，但醫院卻面臨找不到人的困境。許多醫院每天都在徵人，每天都在找護理人員，據瞭解有八成醫院在找護理人員。目前一年畢業的護理科系學生有 1 萬 3 千 5 百人，但僅 30% 的考照錄取率，而醫院每年只增加約 2 千名護理人員。當然，不是所有醫療院所都找不到護士，衛生所每次招考護士都很多人去應徵，門診護士也很容易聘到；是醫院招聘不到護

士，醫院護士要輪大夜班及小夜班。大家都懷疑醫院有無提供護士更好的待遇，包括台大、榮總，大部分的醫院都有調薪，但似無多大作用，就連大醫院都缺護士。健保局其實很用心，但 100 年的方案不是所有醫院都能夠領到護理獎勵金，僅三分之二左右的醫院拿到，有些小醫院雖條件不符合未領到獎勵金，但還是有調薪。

蔡組長淑鈴

健保局每個月都會核發醫院獎勵金，但有的醫院不是每個月都符合資格，平均核發率超過 70%。

楊委員漢淥

- 一、目前大學畢業生一個月薪水約 2 萬 4、5 千元，大學畢業的公衛、醫管系學生起薪也才 2 萬 6、2 萬 7 千元，護理人員起薪都在 3 萬 5 千元以上。各位委員有印象的醫院，其護理人員起薪都在 4 萬元以上。大部分護理人員待遇約在 3 萬 8 千元左右。健保總額維持 4% 成長率，這不是醫院的收入成長，而是老人人數成長，其中的 3% 是人口老化因素造成的。
- 二、醫院現在很頭痛，因為勞委會很天才，居然要求醫院對 on call 人員要支付工時，台灣自從有醫院就有 on call 制度，是醫事人員即使在家裡睡覺、休息，也要待命以因應緊急情況。勞委會說這是按照規定，但醫院協會一直找不到所謂的規定到底在哪裡？現在醫院如果都不排 on call，萬一有緊急醫療事件，如時間外緊急開刀，找不到醫療人員，如何處理？醫院的 on call 措施是不得已的措施，主要是解決突發狀況。勞委會的作法，讓很多醫院做不下去。

三、本次會議討論案第 2 案是要求醫院不可以關床，但醫院是不得已才關床。

盧委員美秀

有關各位委員關心之「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」100 年度執行報告事項，回應如下：

一、感謝大家對護理職場環境和薪資待遇的關切。

二、感謝健保局用心提報 100 年度該款項之使用統計資料，在補助 10 億元而支出高達 18 億元狀況下，也許會有些款項大挪移現象，尤其去年全國調薪，該款項也有可能涵括其中，不過，我們重視的是今年能真正落實該款項的明確使用。感謝醫院協會及許多醫院都有善意回應，像是秀傳醫院調薪 20%，許多沒上報的醫院也都有類似條件的改善。

三、醫護及病人間應相互尊重，許多護理人員的家長因看到子女很辛苦的工作卻還被斥責，會將其帶回家並要求轉業。事實上，護理師要轉業是很容易的。我們非常在意民眾的反映，許多民眾對醫師很客氣，但轉過身來卻大罵護理人員。有時候護理人員花費很多時間尋找，但就是連絡不上醫師，醫師也不是不願意來，而是因手邊有太多事情要做，而未能短時間趕到，病人有時就會抱怨護理人員。

四、護理師公會全聯會重視的是，今年能真正落實該款項之明確使用，以及社會大眾、病人、家屬能肯定護理的價值，尊重護理人員的貢獻，給予該有的尊重，把護理人員的尊嚴找回來，期待在醫院的善意回應下，能有更多的護理人員回到護理職場。

劉主任委員見祥

- 一、委員所提意見，健保局李副局長及主管同仁都已詳細回應；護理人員部分，楊委員漢淙及盧委員美秀並也協助說明。
- 二、收容人納保尚在規劃階段，凡事慎於始，希望健保局在訂定醫療管理辦法及醫療提供計畫時，將委員意見納入考量。
- 三、健保局的紓困措施標準，滕委員西華希望能在一個基準上做調整，不要再另訂標準。如何讓有限資源真正用到需要的人身上，相信社政單位與健保局出發點雖然有點不一樣，但還是會找出處理的方法。
- 四、何委員語所提「全民健康保險會之組成方式及議事辦法草案」，衛生署預告時間已截止。該預告在衛生署函知各單位的同時，基於委員關心此議題，監理會也以最快速度，將資料提供委員參考。衛生署會按程序進行有關作業。
- 五、委員意見送請中央健康保險局參考，餘洽悉。

報告第 4 案「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法(草案)」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

謝謝健保局林專門委員的報告，請問各位委員有無垂詢？

干委員文男

本案與醫療院所有關，建議請醫界委員提出書面意見即可。今天議案很多，建議可先從委員提案開始討論。討論案第 3 案全民健康保險安寧療護制度推動成效案，委員已經去實地訪查，建議直接討論不須報告。報告事項第 5 案全民健保特材差額負擔之規劃情形案，建議移到下次會議報告。現在則先討論有時間壓力的議案，如此討論時間才會較充裕。

劉主任委員見祥

謝謝干委員文男的建議，請問各位委員是否同意干委員的意見？本案將來還是會提到健保會討論。委員若想提意見，可於會後由本會幕僚轉請健保局回復。滕委員西華有意見，請說明！

滕委員西華

- 一、因為健保局已經報告，所以提出一項個人意見。本人以後是否擔任健保會委員並不知道，而且就算帶回去也不會提書面意見，所以在今天表達，請干委員文男見諒。
- 二、議程第 18 頁，有關以 99 年資料推估須提報之醫院家數及醫院收入占率部分資料中，醫學中心 95%涵蓋在須提財報的範圍內，但有 1 家(占 5%)小於 2 億元免提報，其當然有可能為分院或分區，即使如此，但若醫學中心不公開財

報，社會大眾會接受嗎？對須提出財報之標準，除考慮收入數額外，建議將醫療院所層級也納入考慮。一定層級的醫院如果財報不公開，相信社會觀感會很差。

三、長期以來，地區醫院一再訴求經營虧損問題。依照規劃之金額標準來看，領取醫療費用達 6 億元以上的醫療院所，是第 1 波公開的對象。按此規劃，一天到晚喊著快要倒閉的地區醫院，多數可免公開財報，其經營情形要如何確認？請健保局及將來的健保會，一定要考量社會觀感。健保局規劃在第一階段以 6 億元為提報門檻的制度設計，是否妥適？除金額外，也應該將民眾的期待及醫療院所之財務流向，納入考量，請健保局及未來的健保會要三思。

劉主任委員見祥

- 一、委員所建議，醫事服務機構須提報其財務報告之要件，應配合社會觀感擬訂乙節，請中央健康保險局參考，餘洽悉。
- 二、報告案第 5 案干委員建議移下次會議，並無反對意見，爰順延至下次會議。

【附件 4】

討論第 1 案「為促進健保代位求償，提高成案率，建議修訂『案件成案』標準案」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

本案請健保局先提出說明。

鄧組長世輝

- 一、依健保法第 82 條第 1 項第 1 款規定之汽機車交通事故代位求償，近 3 年之求償件數及金額，分別為 98 年 8.6 萬件、23 億元，99 年 9.6 萬件、25 億元，以及 100 年 10.9 萬件、27 億元。
- 二、94 年間舉辦的公民共識會議，建議擴大代位求償範圍。在考量可行性因素後，修法將重大交通事故、公害、食品中毒事件、公共安全事故納入。94 年至 101 年擴大代位求償的整體案件數，請委員參閱會議資料第 38 頁。總案件數 269 件，已撥付 27 件、金額 794 萬元；139 件未達求償門檻，金額 334 萬元。
- 三、擴大代位求償金額撥付金額不大，並非求償辦法門檻訂得太嚴，最基本的原因是案源不多。意外災害事件少且社會安定的情況下，案源是不會多的。
- 四、當初重大交通事故、公害及食品中毒事件求償門檻訂為 10 萬元以上，是考量行政成本，此類案件案情複雜，為求勝訴，須委託律師訴訟，每案視上訴與否，約需花費 3~7 萬元訴訟費用，縱使不加計本局人事費用，相關訴訟成本也與求償金額十分接近，若降低每案求償門檻，將形成不符效益之狀況。公共安全事故求償門檻為 5 萬元以上，基本

上，係強制八大行業投保責任險，健保局代位求償之行使相對單純。總計 7 年下來的統計數字，擴大代位求償案件未達求償門檻，有 139 件，金額 334 萬元，該 139 件即使都能求償，平均 1 年只增加收入 48 萬元。若把門檻降低，則一年約增加 20 萬元，投入的成本及行政作業卻會增加很多，恐不符合行政效益的原則。

李副局長丞華

- 一、本項條文是一代健保時立法，健保局是希望能藉這個規定來減少醫療費用，增加財源，落實公平正義。請委員參閱會議資料第 33 頁，健保局曾於 91 年委託國立台灣大學法律學院陳聰富教授，執行「全民健康保險代位求償之法律問題」研究計畫，發現美國及德國等歐美先進國家之社會保險均無「侵權行為代位求償」之規定，台灣是比較積極。目前社會保險對疾病或傷害的原因是否要究責，有不同看法。菸害防制衍生的收入有近 250 億元，交通事故強制責任險是用拆帳方式，目前產險業有積極動作，長期可能不太容易去處理。
- 二、在此建議醫院急診室醫師能協助填寫 E code，急診醫師碰到車禍病人，若僅寫頭部外傷，資料不太容易撈出，因為頭部外傷的原因很多，對車禍事故，若原因能填寫為車禍，有助於健保局撈出資料，因健保局與產險業拆帳時，產險業會要求查證，看是加害者或是受害者，容易找出車禍事故判定。事實上，目前急診室的 coding 做得不夠好，若是醫院做得好，會有助於拆帳。
- 三、監察院程委員仁宏曾呼籲大胃王比賽要投保商業保險，被點名的廠商都有將醫療費用吐出來。監察院曾邀集相關部

會討論，若要強制商業保險，牽涉層面很廣，例如，搶孤也會有人從上面摔下來受傷、泳渡日月潭也會淹死人、大甲媽祖繞境有人中暑、鹽水烽炮有人被炸傷、眼睛受傷。若強制商業活動都要投商業險，涉及的部會很多，就連消保會都被要求分派工作，每個部會都有涉及，因為活動的屬性很複雜，但真正產生的金額並沒有想像中高。目前交通事故是最急迫需處理的問題，希望與醫院協會及醫師公會共同落實公平正義，將診斷碼較為詳細的寫出。

劉主任委員見祥

葛委員克昌及石委員發基都有書面意見，請同仁宣讀。

葛委員克昌（書面意見）

為公益目的辦理有害健康之虞活動之主辦單位，需事先投保適度之商業保險，始予許可。未得許可舉辦之活動，產生之醫療支出，應由主辦單位及自願參與者負擔。代位求償辦法宜增列此例外條款，以避免糾紛，並維護健保資源不致濫用。

石委員發基（書面意見）

有關立法委員廖國棟所提違反勞工安全衛生法者，應予代位求償乙節：

- 一、勞委會持保留態度，並已函廖委員及立法院社會福利及衛生環境委員會。
- 二、為免勞資爭議，職災事故之補償以職災保險方式辦理，保險費由雇主全額負擔，且採無過失責任原則。雇主既已付費分擔責任，何來代位求償？
- 三、且雇主違反勞工安全衛生法，即由該法裁罰，如再予「代位求償」，恐有一事二罰之虞。

干委員文男

個人意見與石委員發基相同，違反勞工安全衛生法的範圍太廣、沒有定義，每個行業都有職災問題，比如影印機的碳粉會變成粉塵；會議開太久，腰會出問題。請醫界先將各行各業會發生的職災、職業病列出來後，再去要求職災補償。每個行業的情況都不一樣，業者也都不一樣，但違反勞工安全衛生法的範圍太廣又沒有定義，所以應不須入法。

何常務理事博基（李委員明濱代理人）

一、提出本案是希望提高健保代位求償成案率，建議修訂「案件成案標準」。

二、民間等風險性商業活動，應投商業保險，不應全民買單。基於社會公平正義原則，人為因素（自願參與有危害身體可能之活動）造成之不當使用醫療資源，不應由全民買單。

三、建議應考量案件成案之標準，由於以下因素，所以難成案的問題：

（一）重大交通事故及食品中毒事件，醫療費用 10 萬元以上。

（二）保險對象因同一公共安全事故，費用 5 萬元以上，再加上以下的限制，健保局始採代位求償，故成案數少。

1. 食品中毒：經當地衛生局確認。

2. 公共安全事項：必須是依法規應強制投保責任保險之場所或行業，所發生之責任保險事故。

3 公害事件：經當地環保局確認。

四、101年5月14日健保局提供之汽機車交通事故代位求償件數，98年23億元、99年25億元、100年27億元，如何解釋本次會議資料第38頁之794萬4千元？

五、近年來，人口急速老化、癌症治療成本，高科技醫療支出費用居高不下，已使健保醫療費用由84年的2千5百億元增加到101年的5千2百億元，讓健保財務壓力與日遽增。故建議「案件成案」之標準不要太嚴格，應另定其成案條件，以提高成案率（那些是符合條件，哪些是不符合條件？），擴大代位求償金額，以挹注健保財務。

六、醫師公會全聯會及醫院會配合確實填寫正確代碼。

楊委員芸蘋

一、演藝人員、電影人員從事表演活動，不會什麼險都沒保，更何況許多藝人都負擔高額的保險費，像林志玲就是繳交最高額的健保費。工會也有規勸演藝人員要加入健保，像白冰冰、大小S繳交的健保費都不會太低，我們也不希望發生不幸事件。

二、違反公共危險的案件，若導因屬於個人行為者，我們不樂見，本人贊同本提案的精神。

三、關於勞工安全事件，目前勞保局已經負擔大部分責任，建議應再考慮代位求償合理性。勞委會持保留意見是對的，但其費用也不應該由健保局負擔費用應責任分屬。

干委員文男

本案提出是基於社會正義，肯定提案精神，但是本案標的物的範圍很廣，到時誰要出這個錢？應該明確訂出標的物，勞工安全衛生法與本案無關。

劉主任委員見祥

本案所舉藝人部分，MAKIYO 案是其友人喝醉酒所做出的個人行為；林志玲及 Selina 是因為拍片受傷，屬於職災，兩者情況不同，職災的費率也不一樣。

楊委員漢源

- 一、這案子可分成二部分，第一點是請健保局專案報告「代位求償」，看執行是否澈底；第二點是檢討相關辦法。
- 二、林志玲的案件是因為表演受傷，應屬於職業災害，與打人的事件不一樣，其不在健保給付之內，應該向勞保局要錢。職災的醫療費用，要看健保局是否確實要求勞保局撥付該相關款項。
- 三、關於頭部傷害，車禍事故若沒有第三者，是無法申請代位求償的。本案的擬辦意見基本上可行，可瞭解目前代位求償的辦理情況，及收到多少錢。另，求償門檻也可以進行檢討。
- 四、關於醫師未詳細填寫 E code，因急診醫師很忙，不見得能填寫得很詳細，建議可去瞭解 E code 是否真能幫助區分災害類別？甚至不同的代碼有不同的支付標準。

劉主任委員見祥

- 一、關於擬辦一部分，健保局已經報告得很詳細，請參閱會議資料第 38 頁的表格內容。
- 二、醫界有醫界的困難，醫師沒有辦法將事故原因填寫得很清楚，但第一線沒寫得很詳細，會增加後面作業的難度。自有健保以來，健保局一直都努力與勞保局就這方面做溝通，當然醫界也做了很多努力。

楊委員漢淪

健保局所提資料都是指這 4 項代位求償，大家關心的是職業傷害。請問勞保局一年收進來的職業災害保險費到底是多少？給健保局的，說不定僅百分之一，若職災費率是正確的，不是勞工多付，就是健保少拿，建議可以去瞭解。

劉主任委員見祥

- 一、今天討論的案子是代位求償，職災是代辦業務，若要討論，還需要由健保監理會與勞保監理會開會討論。本案僅就所涉代位求償部分做處理。
- 二、委員意見陳請行政院衛生署核參，並送請中央健康保險局參考。

討論第 2 案「為因應醫院不當減少健保特約床數，確保健保保險對象之權益，建請衛生署與健保局修正『全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法』第三十二條之特約醫院保險病房之比率計算方式，除總床數須符合特約比率外，各科別亦應分別計算案」之與會人員發言實錄

滕委員西華

- 一、提案已經寫得很清楚，於此再作些補充。有關病人一床難求的現象，除了醫院層級別的差別，事實上也有科別的差異。一床難求的大多是很熱門科別，比如說神經內科或是特定骨科、腫瘤科等等。我們發現連公立醫學中心都會做廣告，說有什麼樣的自費病床和那些服務。民眾對醫院健保床的資訊並不清楚，例如那家已滿，哪家未滿。
- 二、醫院要將病床挪來挪去，健保局可能管不著，可是我們都看到，有些科別的病人一直在央請有力人士關說病床的同時，這家醫院某些科別的病房是空的，為何不做權宜調整？把差額床、自費床都開在一床難求的科別，健保床開在比較沒有病人的科別，而讓床空著。根據健保局向媒體提供的說明資料裡面，健保床的占床率大概七成到八成，可見其實還有 20%是空著，這是否因為與各院所平均後的數字，有無科別的差異？不得而知，但可確定的是，很多醫院確實在健保床比率的分配上面，會有過度集中在某些科別的現象，這是因為我們的特約床數採總量管制。
- 三、目前在網路上公布的健保特約病床，其實也是採總量公布，但奇怪的是，床並未滿，病人卻還是住不到健保床呢？也就是說，公布的健保床尚沒滿的情況下，醫院還是

告訴病人沒有床。有些醫院採總流量管制，但大多數醫院沒有，這些大多數醫院有包括公立醫院或者醫學中心在內，這種情況其實非好現象。醫院對減床都有自己一套說詞，但如果減的都是健保床，且又是分配在熱門科別，那病人一床難求的情況不是更嚴重嗎？更不要提醫療保險保單的促銷內容。

- 四、我誠心的建議健保局，特約應該不是只區分急、慢性床，而且也應查核各科別健保床的比率。如果說已經符合健保床比率，而且每個科別也都如此，而病人還是要去住差額病床、頭等病床或自費床，那是病人自己的選擇。

劉主任委員見祥

衛生署醫事處、健保小組及健保局都有對本案提供意見，請健保局簡單說明。

李副局長丞華

本案非常有創意，過去健保局及醫政管理並沒有要求醫院分科別登記病床，只有區分幾人床。政府管制上是否要介入到科別，涉及很大的醫政管理，且醫院間的作法也不太相同。有些醫院，各科病床有流通，有些則沒有。本案的實際可行性，建議請醫院協會楊委員漢淥表示意見，看後續要如何處理。

楊委員漢淥

- 一、李副局長的說法完全正確，各醫院的作法不同，有些是交由科總醫師管控，但現在的主流趨勢，是由單一單位在管控。個人覺得分科別不好，反而造成病床運用上沒有彈性。滕委員認為一定要分科，這在作業上，將使病床管理完全沒彈性。滕委員的提案很仁慈，沒有要求醫院將所有病床完全改成保險病床。

- 二、關於病床分急性病床與慢性病床，目前就是分開計算。
- 三、現在有很多醫院在減床，理由有二：第一、是人員問題；第二、是病人沒那麼多。醫院的病人不太一樣，像有的醫院心臟科病人特別多，有的醫院則是胸腔科病人特別多，現在並沒有很好的解決方法。我們當然不樂見醫院減病床，但現在是碰到醫事人員招募困難，護理人員尚不算在四大皆空或五大皆空之內。若要求醫院又要符合照護品質，又不能減床，就如滕委員特別加黑及底線之文字建議，監理會即使通過，健保局也沒辦法做到。現在健保局不是按照科別特約。這個案子的用意很好，但在執行上，無法與現在醫院的病床管理配合。
- 四、醫院協會曾對台灣地區醫院做過簡單調查，發現約 32% 的醫院減病床，醫學中心、區域醫院及地區醫院的比率，約各為 31%、44%、29%，但減少的床數尚不多，有些醫院只減二、三床。醫院其實並不願意減床，但今年碰到醫院評鑑，人員流失特別多。

楊委員芸蘋

看到本案感到很憂心，不應該是頭痛醫頭，病人到中小型醫院住院沒問題，但中大型醫院或教學醫院就一床難求，問題很嚴重。大家很清楚，有那麼多的醫院在減床，這對病人是不公平的，應加強宣導讓民眾瞭解轉診制度的優點，落實轉診制度，能平衡病床使用率，促進分級醫療品質。

楊委員漢涇

只有醫學中心才減床，區域醫院還好，像台大醫院的病人，人滿為患，但病人就是不願意轉到附近的台北市立聯合醫院。台北市立聯合醫院的佔床率 62%，絕對有能力收治病人，但即使

是台大醫院的醫師去台北市立聯合醫院駐診，病人還是不願意轉院。衛生署是努力在改善，目前卡在病人觀念，當然不能完全責怪病人。病人真的很可憐，待在急診室的時間超過 24 小時，即使擠在廁所旁邊，都願意等待，連洗澡的地方都沒有，夏天還好，冬天怎麼辦？但病人就是不願到別的醫院。

楊委員芸蘋

- 一、期待在短期內可以解決病床缺乏的問題，不要頭痛醫頭、腳痛醫腳，不切實際。
- 二、建議可以加強宣導轉診制度，告訴大眾，社區醫院都是很好的醫院，不需要都擠在教學醫院，造成病人一床難求的狀況。
- 三、今天「為落實轉診制度，促進分級醫療品質」的臨時提案，個人非常贊成，希望大家共同努力，媒體宣導是一大良策。
- 四、各大醫院也應公布總床數、佔床率，逐年調整，並同時檢討門診輕、重症診察費支付標準，希望衛生署與健保局研議辦理。

滕委員西華

- 一、從衛生署醫事處提出的意見，衛生署根本沒有做檢討，沒有針對問題提出改善。不能用總量公告，醫院可能會以病人來源分配病床，比如胸腔科病人多，醫院內分配到的病床數就多，但保險病床不見得較多。健保法並沒有規定單人房一定是自費床，像和信醫院就可以把雙人房變保險病床，其他醫院為何不能？若醫院可決定各科別的病床數，那就請醫院公開各科別的病床數及保險病床占率，讓病人

瞭解及選擇。病人就可以根據公開的科別保險病床占率知道是否額滿，如果沒有額滿而醫院拒絕病人或像病人推銷自費床，健保局才能處理阿，否則健保局要如何處理病人住不到健保床的申訴？

- 二、理解楊委員漢淙的說法，交由醫院自行管理，但有的醫院病床可全部流通，這會增加行政成本，卻沒有得到獎勵與鼓勵，民眾也不知道該醫院為病人花費這麼多的心力。今天衛生署醫事處沒派代表出席，提出這樣的書面回應，說是病人愛住差額病床，很不負責任。建議將委員意見送衛生署參處。

楊委員漢淙

醫院為何會有病床差額，緣由是目前健保給付醫學中心、區域醫院及地區醫院的病房費，分別為 537 點、478 點及 457 點，若換算點值後還要打 9 折，所以實際是 1 天僅四百多元，這較起碼三千元的旅館房間費低很多，這就是為什麼醫院須收差額的原因。一直以來，健保支付醫院的病床費都嚴重偏低，所以不能一味責怪醫院要收病床差額。而且，很少醫院會要求病人一定要住差額病床，現在的問題，是沒有床。

劉主任委員見祥

- 一、謝謝楊委員漢淙及健保局都對實務提出說明，醫院的經營方式，常須隨外在環境作改變。
- 二、委員意見陳請行政院衛生署核參，並送請中央健康保險局參考。

討論第 3 案「本會訪查全民健康保險安寧療護業務後之建議案」
之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

感謝多位委員參與這次赴健保局中區業務組及轄內醫院之實地
訪查，請問各位委員有無補充說明？

吳委員淑瓊

- 一、對補充資料第 23 頁建議衛生署事項「盡可能促使長期照
護服務及長期照護保險在近期內完成立法，並將安寧療護
服務導入其中，以減輕社會與家庭負擔及減少健保資源之
浪費。」提出個人看法。
- 二、據本人參加長照相關會議的瞭解，目前並未將安寧療護納
入長照服務體系，因此建議修正文字，請衛生署於擬定長
照服務法時，研議將安寧療護導入，研擬如何整合長照與
健保，以加大效用。建議文字如下：「請專案討論如何將
安寧療護納入長期照護服務及長期照護保險之立法規劃，
以促進長期照護與健保整合提供安寧療護，以提升安寧療
護服務之成效。」

劉主任委員見祥

請將吳委員淑瓊之建議納入後，將本會建議事項函陳衛生署核
參，並函送中央健康保險局參考辦理。

【附件 7】

臨時提案「為落實轉診制度，促進分級醫療，提昇醫療品質，提請自 102 年起依各醫院層級逐年調整醫院部門門住診比率，並同時檢討門診輕、重症診察費支付標準，及轉健保局研議辦理案」之與會人員發言實錄

蘇委員錦霞

- 一、提出本案時，接獲幕僚人員來電表示，希望能夠撤案，感覺委員的權益被剝奪，在此提出嚴重抗議。委員並非亂提案，而是針對監理業務提案，若是提案的時間或程序不妥，可以做調整，若是要求撤案，非常不正確。
- 二、本案是要求落實分級醫療，在部分負擔調整時機尚未成熟時，應可先調整醫院部門門住診費用比例。目前各醫院門住診比率雖經費協會同意為 45:55，但各大醫院門診仍人滿為患，且轉診常無法找到病床，甚至屢有病人反映轉診竟還要自己想辦法掛號，使得轉診無用，醫療體系反形成倒三角形，嚴重背離分級醫療之目的。另住診相關支付標準不合理，未能依輕重症支付，造成醫院依賴輕症門診挹注收入之現象，亦應請健保局檢討。
- 三、目前醫院部門總額門住診比率業經費協會同意為 45:55，但健保局各區業務組似常未依該比率辦理，使門診費用占某些醫院醫療費用甚至高達 53%，已違背費協會之決議，健保局應立即改善。此現象若係因門診重大傷病所致，亦應由醫院總額支付委員會檢討調整，轉費協會決議辦理。本案屬監理會之監理部分。
- 四、本案若能落實，可以讓區域醫院等大醫院從事住診，落實

分級轉診，避免醫師繼續出走。今天媒體報導台大外科醫師辭職改做醫美，若能採取這些作法，對醫師會更公平，對病患的就診會更有利。楊委員漢源提到病人喜歡到大醫院就醫，事實上，也有病人喜歡到小醫院看病的，但實務上常面臨到病人必須自己想辦法轉診的情況。

五、其他請參考補充資料之提案說明。

劉主任委員見祥

本人從擔任主任委員以來，應都未擋過委員提案。針對蘇委員錦霞所指提案權部分，請柯副主任委員桂女提出說明。

柯副主任委員桂女

關於幕僚作業的問題，無論過程如何，結果若出現問題，當然該由我負全責。造成委員感到不愉，在此鄭重道歉。幕僚作業往後會更留意並改善，務使更流暢、更細膩。

滕委員西華

一、關於委員的提案權部分，本人在提案過程中亦有類似經驗，與蘇委員錦霞感覺一樣很不好，過去委員常被說是狗吠火車，現在是連狗都不能當。本案的精神是要落實轉診制度，當然屬於監理會的權責。針對幕僚要求撤案，期期以為不可。幕僚應該是要協助委員把案子寫正確，而非要求委員不要提案。這個案子是從健保局的轉診專案小組衍生出來的，轉診不應只是調整保險對象的部分負擔，還應該調整支付標準，合理反映醫療成本。

二、目前住診相關支付標準不合理，未能依輕重症區隔支付，造成醫院依賴輕症門診挹注收入之現象，請健保局檢討，相信其效果會比調整部分負擔來得大。

三、監理會也可以將本案結論轉給費協會，供其於 8 月份協商明年度總額時參考。

何委員語

- 一、支持蘇委員錦霞及滕委員西華的提案，提案構想非常好，健保局的轉診專案小組計畫召開 4 次會議，現在只開過 2 次，建議將本案移到專案小組討論，若是建議可行，可以納入專案小組的決議；若不可行，也可由專案小組提出說明。
- 二、若有機會，將與其他委員共同針對目前護理人員欠缺問題，提出有關住院病患護理自負額提案。該案對提出證明之中低收入戶將採免繳措施，細節還有待設計。

劉主任委員見祥

委員意見送請衛生署及中央健康保險局參考。

【附件 8】

臨時動議「敬請健保局取消即將公告特約院所醫師兼具藥師資格，依自開處方，親自為藥品調劑，申報藥費及藥事服務費之給付作業規範，以確保民眾安全用藥權益」之與會人員發言實錄

李委員蜀平

- 一、依藥事法第 102 條，醫師是否得親自調劑，並不以具藥師資格為要件，縱具有藥師資格，若不在中央或直轄市衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形時，即不得親自為藥品調劑，此乃醫藥分業原則。
- 二、具有多重醫事人員資格者執業管理辦法係依醫師法第 4 條之 2 規定，其規範對象及適用情形，僅限於具有醫師、中醫師、牙醫師等多重醫師資格者，並不包括藥師，亦即該辦法乃屬醫師執業之相關規定，與藥師無涉。
- 三、衛生署罔顧民眾用藥安全及醫藥人員服務品質，於 101 年 5 月 22 日健保局全民健康保險西醫基層總額支付委員會 101 年第 2 次會議，報告將公告健保給付藥費及藥事服務費作業規範，衛生署此舉恐有違藥事法規定。
- 四、目前醫師兼具藥師資格者，約有 4 百多人，洪監察委員昭南之調查意見，討論的是工作權。此公告違反醫藥分業，請各位委員幫忙，不要讓錯的政策變成事實。

柯副主任委員桂女

請健保局提出說明。

蔡組長淑鈴

- 一、健保局是在 101 年 5 月 22 日全民健康保險西醫基層總額支付委員會 101 年第 2 次會議報告案第 9 案，提出有關特

約院所醫師兼具藥師資格，依自開處方，親自為藥品調劑，申報藥費及藥事服務費之給付作業規範。請委員參閱李委員蜀平所提臨時動議資料附件一。

二、衛生署在 100 年 3 月 9 日函釋，醫師兼具藥師資格，辦理開業、執業登記，仍應符合藥事法之規定，方得依自開處方，親自為藥品之調劑。

三、依照監察院的調查意見，基於保障兼具藥師資格之醫師工作權，兼顧醫療品質、病人安全、調劑品質、醫療給付合理性及政策穩定性等考量，衛生署做成以下決定：

(一)醫師兼具藥師資格者，其執登處所應具備符合藥事法規規定之調劑設備，並應檢具調劑處所平面圖、調劑設備照片及經當地衛生局加註有「兼具藥師資格」醫師執業執照。此部分等於是承認符合藥事法規範，因此，健保局也應予承認。

(二)限於執登處所，依照其自開處方，親自為藥品調劑；每日親自調劑處方以 50 張為限，超出之張數，應另聘專任之藥事人員調劑，或將其處方箋釋出，否則，超出每日合理調劑量之調劑部分，其藥費及醫師親自調劑藥事服務費不予給付。這是限制在合理調劑量範圍內醫師要親自調劑，健保才會給付。

(三)醫師兼具藥師資格人員如未親自調劑，涉及違反藥師法規定者，除其藥費、醫師親自調劑之藥事服務費不予給付外，並依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法辦理；同時依違反藥師法規定，移請當地衛生局權處。

劉主任委員見祥

衛生署政策已經決定，健保局也開會討論過，現在我們能做些什麼？

滕委員西華

- 一、雖然已經公告，但還是要遵守法令規定。
- 二、本案本人以兩個觀點來談這件事，一是關於執業登記的概念，專業人員若具有多重身分，只能選一種登記，而且還不能重複登記，中醫師也不能兼任西醫師或牙醫師一樣的道理，如果醫師都具備多重專業人員身分，也可以同時執業，那要如何管理？難道醫院也可以比照？比如我是社工師，如果我哪天兼任醫師或是其他醫事人員證照，我就可以同時執業嗎？這樣醫院就可以減少醫事人力的聘用嗎？藥事法已經對偏遠地區的調劑做出例外，實不應再有例外規定。本案確實有疑慮。
- 三、另外是尊重專業分工，醫師做醫師的事，藥師做藥師的事，如此可以多重把關民眾權益。現在是一個人做兩種事，變成沒有其他人做把關的工作，藥事服務不是常講要「三校五對」嗎？因此分工的精神在於為民眾權益把關，維護民眾用藥安全，如果一個人同時兼，這個功能就失去了，從處方和調劑都是同一人，確實不宜，這種情形似乎基層較容易發生這種情況。監察院的決議不是全部都要照辦，監委不了解就提出糾正，實在不妥，藥師公會應該要與監察院進行溝通。
- 四、目前醫師兼具藥師人數有 4 百多人，建議衛生署應該要站在病人權利及將來發展，審慎考量。

蘇委員錦霞

實施醫藥分業政策，對病人來說，具有品質雙重把關意義(double check)。若醫師、藥師身分合一，就沒有此項功能，這部分需要再做檢討。

劉主任委員見祥

請問同時具有西醫師及中醫師者，可以同時執行兩種業務嗎？

陳委員俊明

目前約有幾百位兼具中、西醫師資格者，但只能選擇一項身分執業，但未來還有討論的空間。目前大陸強調中、西醫結合，中、西醫結合的醫療效果非常好。若未來要辦理中西醫結合之專業證照，應該是同時具兩種執照者，才可以報考。

劉主任委員見祥

一、本案與中西醫師執業類似，具有資格是一回事，實際執業又是一回事。現在許多醫師具有律師資格，請問可以同時執行兩項業務嗎？許多專業人員兼具第二個專業執照，但實務上，是不能同時執行多種職業。

二、委員意見送請衛生署及中央健康保險局參考。