

全民健康保險監理委員會
第 202 次會議紀錄

中華民國 101 年 4 月 27 日

全民健康保險監理委員會第 202 次會議紀錄

時間：中華民國 101 年 4 月 27 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

盧委員瑞芬

盧委員美秀

葛委員克昌

干委員文男

楊委員芸蘋

張委員永成

林課長敏華(代)

林委員啟滄

陳秘書健民(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

陳委員俊明

楊委員漢淶

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：

吳委員淑瓊

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
黃副局長三桂
蔡組長淑鈴
林專門委員阿明
洪代理組長清榮
張代理組長鈺旋
施專門委員如亮
賴專門委員立文
許專門委員玉媛
周專門委員士恒
蔡科長佩玲
黃科長莉瑩
王科長淑華
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、戴局長、黃副局長及所有與會同仁，大家早！

今天是第 202 次委員會議，謝謝大家撥冗參加，在會議開始前，先介紹本會新任之何語委員，渠係中華民國全國工業總會常務理事，接續陳前理事長武雄擔任本會委員，何委員不管擔任哪種委員的角色，都讓人印象深刻，發揮顯著功能，相信監理會有何委員的加入，對會務運作，一定會有很大的助益。

貳、報告案

第 1 案

案由：確認本會上（第 201）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「民意蒐集網絡建置計畫(草案)」，幕僚已依上次會議委員意見，就執行與管理面擬具更詳細內容。本次所提計畫內容業經確認，請據之實施。

二、本案洽悉。

（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 3 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。

主席裁示：移下次委員會議報告。

第 5 案

報告單位：中央健康保險局

案由：全民健康保險初期慢性腎臟病醫療給付改善方案及 Pre-
ESRD 預防性計畫之執行成果，請 鑒察。

決定：

- 一、鑑於類似議題已多次在本委員會議中提報及討論，爰在時間限制情況下，經徵得在場委員同意，本報告請委員自行參閱書面資料，若有需要中央健康保險局補充說明部分，於會後由本會幕僚轉請該局回復。

二、本案洽悉。

參、討論案

提案單位：本會財務監理組

案由：全民健康保險基金 100 年度決算審議案，提請 討論。

決議：本案審議意見如附件，函請行政院衛生署鑒察，並請中央健康保險局辦理。

（與會人員發言實錄詳附件 3）

肆、散會：上午 11 時 45 分

本會審議中央健康保險局全民健康保險基金 100 年度決算意見

一、健保收支賸餘高於預期，累計短絀問題可獲解決

(一)自 99 年 4 月 1 日調高健保費率及投保金額上限後，平均每月約有 25.5 億元之結餘。99 年及 100 年保險收支均有賸餘，除 100 年底累計短絀金額減至 62.31 億元外，101 年 2 月底並有安全準備餘額 8.11 億元。

(二)99 年 4 月 1 日調整之費率，係未計入填補過去累計短絀及補提足安全準備下之 2 年平衡費率。據健保局表示，費率調整後因收入面有景氣復甦超過預期、投保金額分級表下限配合基本工資調高、第 2 類第 1 目及第 3 類被保險人投保金額併同調整及軍公教調薪等因素；支出面有 100 年醫療給付費用總額協定成長率低於精算推估，以及點值結算減列保險成本等因素，致健保財務改善情形超過預期。

(三)健保局應深入掌握有利的節流因素，建立經驗資料供日後精算推估參據，並積極延續現行營運佳績。

二、保險收支項目之預算執行狀況尚稱良好，宜予肯定

100 年度各保險收支項目之預算執行狀況尚稱良好。健保局在保險費收繳、爭取經濟弱勢民眾欠費協助、加強控管欠費催收及保險資金調度運用等方面，表現均有進步，有助於改善健保財務狀況，值得肯定，並請賡續落實執行各項開源節流措施。

三、請健保局配合改善事項

(一)持續促請各級政府繳交其應負擔之健保費補助款，及落實還款計畫

1. 100 年底各級政府欠費收繳率 90.61%，高於上年底之 89.44%，應予肯定。惟台北市、高雄市及新北市三直轄市政府除舊有欠費外，仍持續增加 46 億元，另各級政府待收回應負擔利息，亦增加近 6 億元。為避免形成惡習，除應強化法律手段，並研採其他有效催收方法，促請各級政府應按時繳交當期應負擔之保費補助款，以及依還款計畫期程繳交欠費外，於還款有異常情形時，配合行政院主計總處補助款控管機制，即時處理，並適時向本會說明。
 2. 依新修正之健保法第 28 條，原各級政府應負擔之健保費補助款，將改由中央統一負擔，但以前欠費仍須繳交。現行政院傾向對與健保費補助款負擔有關之三條文（健保法第 27 條、第 28 條、第 35 條）提前實施，爰請配合實施時程，主動促請積欠健保費補助款之各級政府依規定，儘速提出還款計畫。
- (二)100 年度安全準備運用淨短絀 0.08 億元，應請提供發生虧損投資項目之內容並說明原因。
- (三)針對加強查處違規特約醫事服務機構，應補充說明追扣金額，並統計分析其違規原因
- 決算書第 9 頁有關加強查處違規醫事服務機構的部分，僅說明查核及處分之家數，並未明列追扣金額。另違法事證具體而函送司法機關偵辦者共 105 家，應細究各案違法原因，並加以分類統計，以作為修正支付標準之參考。
- (四)對 100 年度保險給付現金支出大於應付費用之情形，應查明改善。

(五)決算書總說明段之全民健康保險醫療費用成長率基礎應一致

100 年度全民健康保險基金決算書第 3 頁總說明所陳述 100 年度總額成長率 2.855%，與 99 年度決算書之總額成長率 2.796%，兩者之人口校正基礎不一致，應請查明並修正。

(六)持續推動整合照護，提升醫療照護品質並有效控制醫療費用

我國於閉鎖式醫療體系下，多重慢性病盛行率將隨著人口結構老化而逐年升高，爰請加強自 98 年起開始推動之整合式照護，逐步建構以病人為中心之醫療照護體系，期能提升品質，使保險對象享有適切服務，避免不當與重複醫療所造成危害，並進而控制醫療費用合理成長。

(七)應加速收回代辦醫療費用，並協調改善撥付不足問題

各代辦服務項目之醫療費用撥款不足數，逐年增加，截至 100 年底仍有 33.29 億元之代辦費用尚未撥款，應請加速收回，並積極與內政部、內政部兒童局、疾病管制局及國民健康局等委辦單位協調，以改善長期撥付不足情形，減輕健保資金負擔。此外，嗣後宜協調各代辦項目主管機關，事先撥入各項目辦理經費之預算金額，以免形成欠費或產生融資利息。

四、為應新制健保對財務收支連動之要求，請健保局屆時應考量實況妥擬財務平衡方案

財務預估之準確度受政策因素影響頗大，未來，健保局在提出財務平衡方案時，除應健全精算基礎外，尚應合理反映基

本工資調整、軍公教調薪、點值結算及總額協商成長率等政策之影響，就各種可能狀況，研擬不同配套方案，供委員審議參考，以利財務之穩定。

【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、有關「民意蒐集網絡建置計畫(草案)」，幕僚已依上次會議委員意見，就執行與管理面擬具更詳細內容。本次所提計畫內容業經確認，請據之實施。
- 三、經詢問，委員對本報告無意見，本案洽悉。

【附件 2】

報告案第 3 案「101 年 3 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

謝謝戴局長及蔡組長詳盡的報告，請問各位委員有無垂詢？

干委員文男

- 一、業務執行報告第 107 頁，等待診斷檢查天數似有較過去長的現象。是否因開放大陸人士來台觀光檢查，而對國內民眾產生排擠效應？現在等待時間都在半個月以上，請健保局留意。
- 二、業務執行報告第 98 頁，平均每人每年健保西醫門診次數呈現增加的趨勢。依健保局說明，係肇因於上呼吸道感染增加，但每年都有冷鋒來，都會有流行性感冒發生，不能完全歸咎於流行性感冒，請健保局再檢視增加的原因。98 年及 99 年也有流行性感冒，但上升幅度並沒有這麼大。
- 三、業務執行報告第 87 頁，全民健康保險急診品質提升方案所訂「壅塞指標」，治療時間與檢傷分類分等有關係，希望健保局能夠分析，說明不同疾病在急診室治療的時間。將來若遇適當機會，委員可以向民眾說明，除非是基層診所停診，否則小病小傷沒有必要看急診，急診室的感染性也很強，請民眾直接在普通門診治療即可。
- 四、業務執行報告第 42-43 頁，基層部門 100 年第 3、4 季的點值，為什麼相差這麼多？
- 五、業務執行報告第 10 頁，關於各級政府欠費中，其他各縣市政府有 0.13 億元尚未收到，請問是哪個縣市又開始欠

費？這不是個好現象，提醒健保局應注意，否則愈欠愈多。

六、截至 101 年 3 月底安全準備結餘數為 39.75 億元，請問戴局長今年底安全準備能否達到 400 億元？

滕委員西華

一、業務執行報告第 21、22 頁，101 年第 1 季保險給付成長率 5.34%，高於 101 年總額協定成長率 4.241%，所以「保險給付」乙項財務指標，在當季呈現紅燈。健保局說明的理由是總額協商成長及辦理 100 年第 3 季各總額部門醫療費用點值結算，補付調整增加所致。100 年第 1 季的保險給付偏低，101 年第 1 季卻偏高，補付調整應是每年都會有且計算方式一樣，請問趨勢有出現異樣？還是某季會偏高？這是否意味醫院有可能將病人調整到某一季？若只是調整補付，應回歸到費用發生的年月才對，不然會使當季總額成長失真，影響資料正確性。

二、依業務執行報告第 31 頁，所呈現之重大傷病證明有效領證統計，截至 101 年 3 月之有效領證數應是 100 年底有效領證數與 101 年 3 月份新申請領證數相加，但卻有出入，以癌症及慢性精神病為例，癌症病人領證數少了 1,921 張，慢性精神病人少了 445 張，這應該不是健保局統計錯誤，而是有人死亡所致。希望瞭解各類重大傷病者之死亡人數以哪一類最多，可供將來改善重大傷病治療品質參考。

三、業務執行報告第 42 頁醫療費用之核付統計，100 年度門診初審後核減率 1.93%，爭審議核減率 1.43%，兩者相差 25.9% [$(1.93\% - 1.43\%) / 1.93\%$]；住診初審後核減率

3.72%，爭審議核減率 2.85%，兩者相差 23.4% $[(3.72\% - 2.85\%) / 3.72\%]$ ，比例有點偏高，希望健保局能再提升第一次核減的效率，降低爭審與醫界申復成本。

四、業務執行報告第 46 頁係中醫醫療品質指標部分。對衛生署最近於中醫推拿政策上之轉變感到疑惑且無法理解，本人擔任監理會委員的第 1 個中醫提案就是關於中醫推拿（註：滕委員自 94 年 3 月起擔任委員，97 年 2 月份第 153 次委員會議提出「請健保局加強稽核中醫醫事服務機構有關非中醫師執行針灸治療、中醫傷科與脫臼整復等診療行為」案）。本案的重點，不在於健保應不應該給付推拿費用，而是推拿是否屬於醫療行為的認定。若屬於醫療行為，就不應由非中醫師執行；若不屬於醫療行為，健保就不應給付推拿費用。不應該因為執行的人不同，而有不同的認定。就好像醫師打針就屬於醫療行為，滕西華打針就不是醫療行為，顯然有邏輯上的謬誤。現在政策轉變成可以在醫療院所設專區，只要不穿白袍就可以執行，民眾可以區分出來嗎？請健保局要向民眾說明，這是因為衛生署中醫藥委員會認定推拿屬於民俗調理，所以健保不給付。

五、支持及肯定業務執行報告第 86 頁之全民健康保險急診品質提升方案，但本方案和以前的品質方案有類似的缺點，即調高醫師診察費及護理費，惟提高的費用，醫師及護理人員不見得能拿到。方案的目的是要改善急診壅塞及人力負荷，即中重度急救醫院的急診，特別是醫學中心急診壅塞問題可確實得到改善。我們當然希望民眾能到地區醫院或區域醫院看診，但若只要急診人次增加就可以獲得補助，顯然是不對的，而且也應該要考量病人可能從門診轉

到急診的例外情形。因此健保局應該監控該項專款醫院是否真的用來改善急診負荷。

- 六、業務執行報告第 97 頁監理醫療業務之觀察指標，同意區分 DRGs 個案與非 DRGs 個案來看其出院後 3 日內急診率及出院後 14 日內再住院率，但兩者是無法直接比較的，所以在 DRGs 制度已實施一、二年的情況下，建議健保局能針對同一疾病 DRGs 實施前後的比較。
- 七、業務執行報告第 106 頁門診掛號方便性，從 99 年至 100 年的趨勢來看，是有變差的傾向，很訝異基層掛號不方便性增加，相信應該是有區域別、科別的差異，不知是否與實施門診合理量而使掛號受到壓制有關。最近聽說醫療院所要調漲掛號費，健保局推動轉診似無想像中順利。希望健保局能分析是哪些層級別、區域別、科別的掛號有困難，或許有助於推動轉診。
- 八、業務執行報告第 107 頁的等待住院天數、等待診斷檢查天數應該會有醫療機構層級上的差異才對。這些指標與等待清單(waiting list)及轉診之推動有關，希望健保局能進一步分析。
- 九、業務執行報告第 108 頁，每張處方箋平均用藥品項呈現上升的趨勢，這似乎反映，藥價調查的結果是藥費愈查愈貴，不曉得與每人每年平均藥費呈現增加有無關係。監理會曾多次提出希望加強利用 IC 卡來進行管控，因不能夠右手不管控，左手拿錢請藥師公會辦理藥事居家照護計畫，兩邊都花錢，請健保局重視。

楊委員漢淥

- 一、肯定健保局將資料做詳細統計的努力，但也期待這些統計

能做為政策改善之用，不是只作報告。

- 二、由業務執行報告第 24 頁醫事服務機構家數統計，可看出醫院家數一直在減少。其實問題不只家數減少，病床數也在減少。不知健保局有無注意及關切過？這次馬總統出訪邦交國非洲的史瓦濟蘭，該國總理就向馬總統提到，美國看一次病的醫師費用是 100 元美金，台灣只為 14 元美金，實際上健保局只支付醫師診察費 7 元美金給醫院。若醫院經營不下去，醫院數、病床數一直持續減少，民眾就醫品質及方便性將無法改善，健保也同樣的會無法經營下去。這些情況對民眾其實是不好的，請健保局應予重視。
- 三、業務執行報告第 51 頁醫院醫療申報點數統計，101 年 1 月醫院的門診、住診件數及點數都在減少，減少幅度約 8%，這或許是醫院家數減少或病床數減少的關係，希望能瞭解原因。
- 四、業務執行報告第 78 頁的西醫基層的醫療品質指標與第 80 頁的西醫醫院醫療品質指標，均有「門診抗生素使用率」，前者的監測值為 $\leq 13.14\%$ ，後者卻為 $\leq 8.59\%$ ，兩者差距如此大，令人不解。這是因為從結果來推訂監測值，或是有特別的意義？「剖腹產率」指標同樣有此問題，監測值都訂得甚高，失去監測意義。
- 五、業務執行報告第 104-105 頁，部分負擔占健保費用支出比率，100 年下半年占門住診及整體費用比率分別為 11.62%、9.39%及 11.09%。這與現行健保法或未來的健保法顯然都不符。許多文獻都說到：部分負擔抑制醫療費用的效果，約只有 3 年，部分負擔若長期不做調整，應該要有其他對策。
- 六、業務執行報告第 108 頁，98~100 年各年之每張處方箋平均用藥品項都是三點多項，數值偏高。台灣老年人口之占率

將從過去的 7%快速成長至 14%，老化速度是世界第一。雖然 65 歲以上的老人不一定都會有慢性病，但老人的用藥品項可能不只 3、5 項，因此，健保局對用藥品項若能依老人定義區分來進行統計分析，將有助於比較。

蔡組長淑鈴

- 一、關於業務執行報告第 107 頁之等待診斷檢查天數觀察指標，這兩年確有等待較久的情況，但是否因境外人士來台做檢查所導致，尚無法從健保局的民意調查資料看出，將來會透過其他管道蒐集資料，並進行瞭解。
- 二、流感每年都會發生，但是這兩年特別嚴重。從歷年的疾病趨勢來看，某些年度確實有較大的流行，另外，有時流感病毒會發生變異，造成大流行，致使該年流行期間看病次數增加。
- 三、關於希望能依檢傷分類等級與疾病別分析等待時間，健保局也很想取得這方面的資料，但資料都在醫院的 HIS 系統，本局過去並沒有要求醫院提報，現在所報告的資料是透過民意調查方式取得，未來參加急診品質提升方案之醫院須申報相關時間資料。
- 四、關於滕委員西華表示，希望全民健康保險急診品質提升方案的費用確實是支給急診醫師，這就如同調高門診診察費與護理費用，是用在醫師及護理人員身上一樣。健保局支付費用之對象為特約對象，而非沒有特約關係的醫師或護理人員。健保局會要求醫院將本方案的專款支給做出貢獻的人，落實專款專用。本方案的目的，部分是要紓解急診的壅塞，但壅塞的原因很複雜，不完全在醫院端，有時是病人的問題，所以很難用單一方法獲得解決。急診檢傷分

類中的第四、五級病人，其實在門診治療即可，但醫院急診室無法拒絕收治病入。本方案是啟動誘因，採取逐步誘導方式，改善醫學中心的壅塞情況，還需要病人的配合。

- 五、監理指標是監理會所訂定，區分 DRGs 及非 DRGs 個案進行指標分析，健保局限於篇幅，所以提供整體性比較。將來有機會，本局可就個別疾病資料提供委員參考。
- 六、關於門診掛號方便性等指標趨勢略降，因數據來自健保局的民調資料，所以就請委員參考。至能否釐清層級別的掛號難度，相信是大醫院較困難，小醫院相對比較容易。由於採問卷調查，考量病人可能無法區分就診院所的層級，故未列入調查。
- 七、關於每人每年平均藥費上升與用藥品項有無關係，應該是有關係，也與人口老化有關。委員建議透過 IC 卡監控，應是可加強的部分。健保局已要求醫療院所必須登錄 IC 卡，但醫師不一定有時間看登錄內容，重複用藥的部分仍有待努力。
- 八、委員所關心醫院家數與病床總數下降的部分，醫院家數雖有下降，但大醫院規模不斷擴大，小醫院則是關門，所以總床數仍有增加，病床的問題在分布不均。地區醫院、區域醫院及醫學中心的占床率約在三至四成、五至六成及八至九成之間。醫院關床對病人的影響不大，一床難求的問題，主要出現在醫學中心，但須思考的是，非到醫學中心不可？
- 九、今年第 1 季醫院門住診件數及點數下降，主要是因為去年基期較高。
- 十、關於門診部分負擔占健保費用支出比率僅 11% 左右，是因

門診採定額負擔，分子不變，但分母總醫療費用持續上升，所以長期趨勢呈下降並已持續 7、8 年，健保局對此已組成專案小組進行檢討。

十一、委員建議將每張處方箋平均用藥品項，區分 65 歲以上與 65 歲以下進行統計，健保局可以配合辦理。

施專門委員如亮

一、以 65 歲為區隔，分析每張處方箋平均用藥品項，本局可配合辦理。

二、關於西醫基層與醫院的「門診抗生素使用率」指標監測值，係本局與該二總額部門討論採過去 3 年的平均值 \pm 20%訂定之。醫院病人抗生素的使用較複雜，故兩者會有差距。

三、關於每人每年平均藥費成長部分，因 100 年 12 月才進行藥價調整，所以本局會持續觀察後續影響。

楊委員漢淙

一、西醫基層與醫院的「門診抗生素使用率」指標監測值不同，依健保局同仁說明係因醫院病人抗生素的使用較複雜所致，感到不解。

二、占床率太低是衛生署而非健保局的問題，醫院要增加病床數很困難，所以，即使用不到也不會去減床而會讓病床閒置，病人也無法利用。一床難求不是醫學中心獨有的現象，目前區域醫院也有病人等待病床的情況發生。

戴局長桂英

一、由於健保局是分別與不同總額部門討論醫療品質指標，所以確實會發生同樣名稱的指標，監測值卻不一樣的情況。

但西醫基層與醫院兩部門的服務方式與標的相同，容易讓人感到疑惑，健保局會進行檢討。

- 二、感謝干委員文男所提輕病不必到急診的建議。本局會責由醫管組或企劃組與急診醫學會等相關專科醫學會討論，界定出宣導方式並多加推動，以紓解急診壅塞情況，讓急診可更有效率的使用。
- 三、干委員文男提醒健保局注意其他縣市開始有欠費的情況，本局會留意不要讓其他縣市有新的欠費，謝謝干委員的提醒！
- 四、楊委員漢源所提醫院關床及看一次病健保只給付 7 元美金，目的是希望能訂定合理的支付標準。目前衛生署已開始在討論 102 年度總額範圍的擬訂事宜，預計今年年底前，會由費協會完成總額協商，協商時會儘量考慮各項醫療成本的提升，包括人力成本的增加、合理配置 102 年總額，讓支付標準朝合理方向發展。
- 五、感謝監理會及費協會部分委員參加研擬轉診實施方案專案小組會議。目前除法定可減免的部分外，整體部分負擔比率僅 11% 左右，偏離門診應負擔 20% 之規定。部分負擔的目的，是讓民眾珍惜醫療資源，如何讓民眾珍惜醫療資源的部分，會在該專案小組做討論。
- 六、關於醫療費用初審後核減率與爭審補付核減率的差異，健保局會提醒各分區業務組在審核時須多留意，並要建立審查醫師的審查共識。現在有些共識已經變成審查注意事項，可能做得還不夠，尚需有更多努力形成共識。
- 七、健保局未來會另外探討重大傷病者的死亡率統計。

八、101 年 1 月份西醫醫療申報件數及點數成長率下降的可能原因，是與去年同期(100 年 1 月)做比較，去年受到新型流感的影響，就診量大增，但流感的發生率不是每年都一樣，有時會有尖峰，可由疾病管制局的趨勢資料看出。

何委員語

- 一、業務執行報告第 21 頁，「保險給付」乙項財務指標值，101 年第 1 季成長率 5.34%，高於 101 年總額協定成長率 4.241%，係因為總額協商成長及辦理 100 年第 3 季點值結算及補付調整所致，健保局應該將 100 年第 3 季調整的金額單獨列出，不可以合併在 101 年第 1 季。
- 二、業務執行報告第 34、35 頁醫療費用申報資料，101 年 1 月醫院總額、西醫基層總額、牙醫門診總額、中醫門診總額的件數及申請點數成長率，都是負成長，應該是因今年春節在 1 月份，除洗腎病人要繼續洗腎，只能在洗腎中心與病友聊天話家常，其他部門總額的病人都跑出去玩所致。
- 三、健保局的研擬轉診實施方案專案小組，原本預訂召開 4 次會議，但至今只開過 1 次會。針對全民健康保險急診品質提升方案的 3.2 億元獎勵金，個人有個構想，可以在大台北地區設立病床電腦控制中心，類似飛機塔台調度飛機起降一樣。當病人送到甲醫院而沒有病床時，控制中心如發現乙醫院有病床，可以通知甲醫院，請甲醫院詢問病人轉到乙醫院的意願。當然由收治醫師向病人說明可能會被罵，很難開口，但病人也可能是不知道乙、丙醫院有空床，若知道，或許會願意改在附近醫院住院。希望轉診專案小組在第二、三次會議時，可以做討論。
- 四、全民健保醫療業務監理指標的「30 日以上長期住院率」呈

現下降趨勢，據瞭解，有很多醫院在病人住院到第 29 天時，會要求病人出院，例如，病人有可能從振興醫院轉到台北榮民總醫院，造成統計上的誤差。

五、關於國人用藥問題，歐美國家的醫師大多要求病人多喝水、多吃水果、多休息，國內的醫師若這樣告訴病人，可能會被罵，造成國人用藥上的抗生素抗藥性強。衛生署應該加強宣導，教育民眾有病才吃藥，少吃藥可以多活幾年。本人這一年多來，參加衛生署費協會及監理會會議，瞭解吃藥不見得好，已經不大喜歡吃藥。

六、建議衛生署責令醫師每年至少要接受幾小時的企業管理、醫院管理課程，才能把醫院經營得好。本人在星期二向衛生署賴副署長表示，不希望醫院成為健保的包袱。醫院不能因為經營不下去而要求政府給錢，照理是該給的才給，醫院經營不好就讓它倒閉。經濟部從來不補助企業購買機器設備，企業經營不好就讓它倒閉。醫師都應接受繼續教育才對，就像政府要求股票上市公司的董監事，每年都必須參加公司法規的課程。醫院的高階主管都要參加類似課程，請衛生署利用多種管道加強努力，讓醫院可以賺錢，醫師有高收入，病患可以得到有效且良好的照護，衛生署及健保局的負擔就不會那麼高。身為監理會委員，希望能有新思維提出新想法，不要只在原來的事情上打轉，這樣是不會進步的。

蘇委員錦霞

一、業務執行報告第 66 頁醫事服務機構家數統計，地區醫院減少 4 家；區域醫院增加 2 家。由地區醫院升級為區域醫院的醫院，其服務範圍是否擴大；減少的 4 家地區醫院，

是否會對偏遠地區民眾就醫造成影響？

- 二、地區醫院家數雖然減少，醫療點數卻仍然增加，看不出對民眾的就醫影響。但是，不能讓地區醫院一直關門，擔心會影響到民眾就醫的權益。
- 三、最近接獲民眾反映，電費還沒調漲，掛號費就先調漲 50 元。雖說掛號費屬行政費用，但還是要幫消費者把關，畢竟民眾若生病，一定要就醫的。
- 四、從擔任監理會委員到現在將近 2 年，都未曾聽過有關健保 IC 卡改革的規劃進度，似乎沒有任何的進展。

盧委員瑞芬

- 一、業務執行報告第 109 頁「急診轉住院暫留急診區 2 日以上案件比率」指標，希望健保局能進一步區分醫院層級別及區域別，找出最壅塞處，將有助於瞭解哪些地方尚可擴大收留空間。另指標的分子，是急診轉住院中急診暫留大於 48 小時之案件數，分母是急診轉住院之案件數，但在急診停留 1 天以上的病人通常都是需要住院的病人，否則不會留在急診室，建議分子改為急診暫留大於 48 小時的個案。
- 二、業務執行報告第 87 頁全民健康保險急診品質提升方案，轉診品質分為向上轉診、向下或平行轉診，請問是否每家醫院都有急診醫療網的名單，以病人至台大醫院就醫為例，可以下轉到哪些醫院。計畫方案立意良好，但希望在資源分配上有充分的規劃，當然有些不一定轉得出去，病人可能不願意轉院，因為沒有安全感，所以，規劃協調很重要。希望方案能夠避免淪為紙上轉病人，此外，也要注意承接醫院究竟有無能力接受病人。

何常務理事博基（李委員明濱代理人）

- 一、掛號費屬於行政費用，各縣市衛生局都訂有上限。以新北市為例，初診及複診上限為 150 元，急診的上限為 300 元，增幅 50 元，尚在合理範圍內。一般人所說的自付費用 200 元，應該要扣除部分負擔 50 元，掛號費實際上是 150 元。目前醫師公會及地方衛生局，是採取不介入的方式，讓各地區診所自行調整，但希望診所能夠共體時艱，公會並不會特別行文。
- 二、地區醫院萎縮問題，是因為沒有落實轉診制度，建議務必要落實轉診制度。
- 三、最近公告修正的醫療機構設置標準，增加須配置護理人員數。目前外界號稱缺乏 7 千位護理人員及 3 千床病床，但醫院根本找不到護理人員，若又要參加醫院評鑑，唯一的辦法，就是關閉病床。但是關閉病床會讓醫院經營困難，甚至關門，希望能協助醫療院所增加護理人員的來源。

李委員蜀平

看到健保局每位同仁做事非常認真，監理會各位委員都努力付出，心中非常感動。但不管健保局怎麼做，都無法讓所有的醫療單位滿意。建議健保局請衛生署將健保給付重新設定，以台灣的 NHE/GDP 與類似五個國家之(NHE/GDP)比較，再參考比較取中間方法共識的醫療給付。大家再共同面對問題，讓台灣有改進的空間。若台灣的 NHE/GDP 與其他國家差不多，但給付與其他國家差距很大，我們要勇敢的建議國家改進，如此未來監理會才會與健保局合作愉快，不能要馬兒肥、馬兒壯，又要馬兒不吃草。

盧委員美秀

有關醫師公會全聯會代表對醫療機構設置標準修正後護理人力配置增加之論述，特別提出澄清說明，本次修正重點有二：

一、49 床以上醫療機構每 3 床配置 1 位護理人員。

(一)依目前醫院評鑑護理人力之配置標準為，醫學中心每 2 床配置 1 人；區域醫院每 2.5 床配置 1 人，地區醫院 49 床以上每 3 床配置 1 人。

(二)本次修正與目前評鑑標準比對，應未有實質改變，茲以 120 床地區醫院為例，應配置 40 名護理人員，這 40 人必須提供 24 小時服務，依三班排班，加上休假輪休及固定假日之休假係數 1.5-1.6 計算，幾乎每班照護病人數約在 13-20 人之多，並非每一護理人員照護 3 床病人。

二、修正後之門診人力配置，係每診配置 0.5 人改為每診 1 人，不過，以目前之實際狀況，已是每診配置 1 人，甚至 2 人。因此，本次之設置標準修正，對護理人員之工作負荷並無改善。

葉委員宗義

請教黃副局長，醫院設立之目的與醫院經營之最終目標是什麼？

黃副局長三桂

以救人為目的。

葉委員宗義

所以，醫院不是以賺錢為目的。

張代理組長鈺旋

IC 卡改善計畫的修正重點，在於現行的 IC 卡讀取速度慢，希

望可加快讀取速度，增加醫師的查詢意願，以減少重複檢驗檢查次數；至被保險人所持 IC 卡之汰換，將採逐年汰換方式。衛生署已於今年 3 月，將計畫陳報行政院，目前正請各部會表示意見中。

蔡組長淑鈴

- 一、關於何委員語所建議成立一個大台北病床控制中心，比照機位方式管控，讓民眾知道病床在哪裡，這種比喻方式可能不太合適。醫院病床調度非常複雜，要考量醫院醫師專科別、病床科別，男女病床別及不同等級病床別等；如消化系的病人，不適合入住心臟科病床。而且所有醫院的病床，都是隨時動態進出，除門急診病人入住外，也有部分病人是從外地轉入，集中調度會有一定的難度，兩者很難比照。健保局目前的做法，是要求醫院資訊透明，希望醫院公開保險病床數及空床數。全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法有要求醫院要主動公開資訊，另急診品質提升方案，亦提供適當且有品質的轉診誘因，健保局是朝這個方向努力。
- 二、蘇委員錦霞所詢業務執行報告第 66 頁有關地區醫院及區域醫院之增減，真正異動的只有 4 家，該 4 家歇業，其他則是改名、升級或新設立。歇業的醫院在當地還有可替代的醫院，不至於對民眾就醫造成嚴重影響。
- 三、盧委員瑞芬所提業務執行報告第 109 頁急診轉住院暫留急診區 2 日以上案件比率指標，該指標係指急診病人一旦在該院住院，回溯其在急診的等待天數。健保局的網站上有公告個別醫院的比例，醫院間的差別非常大。
- 四、急診品質提升方案，是希望提供誘因讓醫院做向上轉診、

向下或平行轉診，確實沒有提到建立急診網絡及醫院如何轉診。本計畫目的，是鼓勵醫院自行建立垂直、急診之間的網絡。另，衛生署醫事處有醫療發展基金專款鼓勵醫院建立網絡，兩方案可以相輔相成，尤其是對醫學中心下轉病人提供誘因，較容易看到結果，但計畫執行成效需要長期觀察。

- 五、關於李委員蜀平所建議擴大健保大餅，這需大家一起努力，但也要考量民眾付費能力及二代健保收支連動之要求。

黃副局長三桂

- 一、往後健保局對保險給付指標，將另立其他季補付調整狀況，以真實反應各期給付實況。
- 二、「30 日以上長期住院率」的監測是為提升住院醫療品質，關於委員所提有醫院要求住院 29 天的病人轉到別家醫院以規避本項指標監測情形，健保局會加強稽核。本項指標也反映有些回家休養即可的病患因非單純的醫療問題，但卻會動用關係入住到別家醫院的社會性住院問題。
- 三、非常贊同委員所提要加強民眾用藥安全衛生教育，這與干委員文男及滕委員西華提到的加強民眾教育輕症不要到急診問題一樣，都已經超過醫院所能負荷的程度，急診已經壅塞無法紓解到連救護車載送的病人都沒辦法放下來。檢傷分類很重要，但部分民眾無法接受檢傷分類結果，甚至還有急診暴力發生，讓醫院不得不接受病人。健保局曾做過詳細分析，發現檢傷分類第 4 級及第 5 級病患病況較不危急，醫師可於 1 小時以後看診之病人，約占全部急診病人之 25%。

- 四、非常贊同何委員語所提，醫師應該接受醫管教育，建議可以委託醫院協會辦理。醫院協會可以向衛生署爭取經費。
- 五、業務執行報告第 106 頁門診掛號方便性，健保局會儘量將醫院層級及地區差異性納入調查分析。

何委員語

- 一、剛剛以飛機為例作說明可能讓蔡組長產生誤解，我改以軍艦說明。航空母艦的指揮官，也是用電腦掌控指揮潛艇、驅逐艦及其他艦艇，電腦可以規劃得非常精細，建議健保局的幹部全部接受電腦訓練。今天只是拋出一個觀念，希望健保可以永續經營，拉大思維，從外面的角度看看醫療制度與醫療系統，有無更好的改善方案，協助健保制度更精進。
- 二、贊成用 GDP 做討論，但國人用藥習慣不同，看病習慣、民族性完全不同，也要納入考量。

楊委員漢淙

- 一、不接受「醫院是健保包袱」的說法，反而健保是醫院經營的包袱。健保開辦之前，醫院經營得很好。
- 二、醫院是以救人為目的，但醫院也要賺錢，才經營得下去，相信沒有任何行業可在虧本狀況下還能繼續經營，即使慈善事業也要有足夠收入才能持續經營。各位可以去調查，到底今天台灣有多少醫院有 5% 以上的利潤，今日醫院因為經營困難，讓很多醫院不得不靠停車場收費、股利、股息、自費醫療等業外收入來維持，自費醫療所做的是核心醫療業務嗎？許多醫院是為了彌補健保收入之不足。
- 三、醫院人員很願意向外學習，許多醫院主管都讀過 EMBA，醫院的學習能力也很強，像是雲端、電腦及成本會計，醫院

通通都有在使用，只要看相關研討會的討論內容，就會知道，謝謝指教。

干委員文男

最近很多媒體都在講醫院評鑑，似乎有把評鑑妖魔化的傾向。本人非常肯定醫院評鑑的效果，的確有助於提升醫療品質，但仍有需改進的地方。不要再說醫院評鑑不好，評鑑是提升醫療品質的主軸，在此，鼓勵健保局改革不好的地方，如醫院資本太多、錯誤太多，以及醫院嫌棄的地方要改進。

劉主任委員見祥

一、委員所提意見，健保局戴局長、黃副局長及主管同仁都已提出詳細說明。本會委員一直關切 IC 卡的規劃進度，期待藉由 IC 卡的功能提升醫療資源的有效利用，請健保局能對這部分有更多著力。另，委員建議藥品品項分析能區分 65 歲以上及 65 歲以下，相當有意義，有助於數據的解讀及說明。

二、委員意見送請中央健康保險局參考，餘洽悉。

【附件 3】

討論案「全民健康保險基金 100 年度決算審議案」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

感謝各位委員提供審議意見，請問委員是否有其他的補充或新的意見？

蘇委員錦霞

報告第 5 頁之安全準備，請問第 1 項所述運用淨短絀 0.08 億元，該項投資不動產擔保公司債的原因為何？是否尚有其他證券投資資料可提供參考。本項投資原因不明且發生虧損，相關細目及投資內容應提供委員參考。

劉主任委員見祥

蘇委員錦霞所提意見是否已收錄在審議意見中？

蘇委員錦霞

尚未列入。

劉主任委員見祥

請將蘇委員錦霞意見納入審議意見，並請健保局提供該相關補充資料。

劉委員玉蘭

會議補充資料第 4 頁本會審議意見 6. 「…將各類代辦項目改為先收款後代辦，以免形成欠費或產生融資利息」，應該是滕委員西華的意見，本項意見立意良好但恐引起誤解，並導致執行上的困難，因為代辦項目如改為先收款後代辦，醫院會可能因執行困難而拒絕代辦，建議修正為「…協調各代辦項目主管機

關，事先撥入各項目辦理經費之預算金額」。

滕委員西華

同意劉委員玉蘭的修正建議。不過這跟醫院端沒有關係，因為醫院仍然照做，健保局還是照樣核付。個人去年已提過類似建議，相信各部會都知道每年代辦醫療費用的金額變動不大，相關主管機關也都有編列預算，無法理解健保局要事後再請款，畢竟健保局並非下屬單位而是幫手。沒有道理健保局代辦業務不但沒收到錢，還要幫忙融資，這就跟政府欠費一樣，都是寅吃卯糧，個人深深以為不可，對行政部門此種作為，非常不以為然。贊成劉委員之修正建議，代辦項目之款項，應該先支付健保局，本人口氣雖較為嚴厲，但意見一定要能向上反映。

劉主任委員見祥

- 一、目前代辦醫療費用之項目，實際上受惠的是民眾，但健保局幫忙代辦業務要先墊款，事後再憑單據向委託代辦機關請款，甚且形成欠費或產生融資利息，頗為不合理，請健保局協調改善。
- 二、蘇委員錦霞、滕委員西華及劉委員玉蘭之建議，納入審議意見。
- 三、委員意見合併於本案所擬審議意見，文字酌修後函請行政院衛生署鑒察，並請健保局辦理。