

全民健康保險監理委員會  
第 201 次會議紀錄

中華民國 101 年 3 月 30 日



# 全民健康保險監理委員會第 201 次會議紀錄

時間：中華民國 101 年 3 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

林課長敏華(代)

蘇委員錦霞

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

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

楊委員漢涓

陳顧問瑞瑛(11：10 以後代)

曲委員同光

呂委員明泰

祝委員健芳

柯委員綉絹            李專門委員貞芳 (代)

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

洪組長碧蘭

林執行秘書宜靜

戴局長桂英

黃副局長三桂

鄧組長世輝

蔡組長淑鈴

洪代理組長清榮

張代理組長鈺旋

王主任沫玉

施專門委員志和

蔡科長佩玲

蘇科長玲惠

彭科長美琪

高科長世豪

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：陳淑美、范裕春、葉肖梅

壹、主席致詞：(略)

## 貳、報告案

### 第 1 案

案由：確認本會上（第 200）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、本次所提各決議（定）事項之追蹤建議，除「健保新制財務推估」尚未報告繼續追蹤外，餘各項均解除追蹤並洽悉。
- 二、針對「民意蒐集網絡建置計畫（草案）」，請幕僚就執行與管理面擬具更詳細內容並提經委員會議確認後實施。  
（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 2 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）

## 參、討論案

提案單位：本會業務監理組及財務監理組

案由：全民健康保險 102 年度業務執行計畫及保險收支預算審議案，提請 討論。

決議：本案審議意見如附件，請中央健康保險局依之修正或說明所送 102 年度業務執行計畫及保險收支預算案，再依程序

陳報衛生署，並副知本會。

(與會人員發言實錄詳附件 3)

肆、散會：中午 12 時

## 本會對健保局 102 年度業務執行計畫及保險收支預算之 審議意見

### 一、總體意見

#### (一)年度業務計畫與預算應扣連

1. 預算編列與年度業務計畫應相互配合，業務計畫可量化部分應盡可能以量化方式呈現，並說明具體措施及其執行方式，以利審議。
2. 依本年 3 月 23 日兩會聯席會議之學者推估資料，二代健保費率如為 4.91%，則以現行費率 5.17% 回推，補充保險費須收到 248 億元，才能平衡，惟 102 年業務執行計畫第 5 頁所列當年補充保險費僅約 236 億元，爰應說明新制保費收入對健保財務改善之影響。

#### (二)落實健保收支連動機制

1. 為避免健保財務收支失衡，應對給付範圍、不給付項目、減少不當醫療耗用及資源配置與財務平衡方案等事項，進行全盤性檢討及規劃，並於業務計畫中明列相關計畫之目標值及執行策略。
2. 預算編列應符合二代健保法收支連動精神，102 年度保險給付成長 4.99%，高於保費收入 4.66%，宜注意收支關係，以利財務平衡發展。
3. 102 年度保險收支預算之編列，原以二代健保法自 101 年 7 月 1 日施行為基礎，惟該施行日期若應外界要求而延後，則業務執行計畫及保險收支預算應配合調修。

#### (三)推動法定新興業務或方案

二代健保法所規範之新興業務或方案應列為 102 年度業務計畫，並擬訂具體目標值及執行方式，以利健保新制之推動。

(四)應請增訂安全準備未達 1 個月保險給付支出之檢討機制  
102 年度保險收支預算，以二代健保法自 101 年 7 月 1 日起施行來編列，當年收支應是平衡的，惟至年底，安全準備餘額卻僅約當 0.79 個月保險給付總額，除分析說明外。並應對該已達法定調整保險給付範圍情形，在年度業務執行計畫中提出具體方案以為因應。

(五)允當表達上年度預算修正數，以利財務之監理  
101 年度預算修正情形未於本次業務執行計畫及預算書中表達，惟前後年度數據比較為財報分析之重要項目，為提高預算數據之準確度，前一年度營運量表數值請配合修正。嗣後，並應改進此現象。另，預算相關附表應併同當年度預算案呈現，以利財務之監理。

## 二、業務執行計畫部分

(一)健保局於其 102 年度業務執行計畫所列「使命」，及 101 年度計畫所列「願景」，均包含「提升品質」、「關懷弱勢」，應請釐清「使命」與「願景」，以避免混淆。

(二)營運計畫中，保費收入及保險給付兩營運項目之成長率係以修正前之 101 年度預算書數據進行比較。另所附各類保險對象人數變動、保費收入及保險給付支出等各表中，並未配合已修正之 101 年度預算數修改。

(三)依營運計畫，第 5 類低收入戶之投保人數為 313,095 人，較前期減少 1.3%，然營運值卻成長 9.3%。一般而言，保險對象人數減少，保費收入應同步減少；而第 4

類投保對象之情況亦如此，應請分析說明原因。

(四)代辦業務廣泛，但營運計畫下保險給付支出之代辦費用卻是負成長 4.53%，原因係委辦單位的經費編列不足，抑或實際需求減少，應請分析說明。

(五)對健保局 102 年度業務執行計畫之其他審議意見，詳後附意見表。

### 三、保險預算部分

(一)為更貼近實況，請健保局調整部分數據：

1. 檢討第 5 類被保險人人數，真實反映投保趨勢

第 5 類被保險人投保人數自 97 年度起逐年增加，惟 102 年度以人數減少來估計，與趨勢似不符，應請檢討。

2. 檢討第 1 類被保險人平均投保金額，真實反映薪資成長趨勢

第 1 類被保險人平均投保金額，近年來因基本工資調整而呈上升趨勢，惟 102 年度預估為負成長，建議應配合近年成長趨勢修正，以更真實反映趨勢。若因費率調降因素致預估為負成長，則應於備註欄說明。

3. 菸捐分配收入請參考近年決算數，酌予調高

102 年度菸捐分配收入預估數係比照前 1 年度預算數 208.60 億元估列，查 99 年度及 100 年度決算數分別為 239.67 億元及 243.80 億元，均高於 102 年度預估數，該預估數似嫌過於保守，建議酌予調高。

(二)請健保局補充說明或加強辦理部分：

1. 配合二代健保新制，允當表達補充保險費計費基礎

(1)請列出補充保險費之費率數據。

(2)請依二代健保法規定應計收補充保險費之所得類目，提供各該項目之保險費預算數及估算依據。

(3)請補列第 1 類第 1 目至 3 目被保險人預估平均眷屬人數及估列依據。

(4)請補列保險對象、民營雇主及政府三方之保費負擔比例及金額，俾利委員比較參考。

2. 檢討代辦醫療服務部分負擔金額大幅減少之合理性

102 年度代辦醫療費用增加 4.51 億元，惟所應部分負擔之金額未增反減(減少 5.25 億元)，請說明原因。

3. 說明矯正機關收容人醫療費用編列估算依據。

4. 利息收入估計基礎，請註明政府欠費變動情形

102 年度預估仍有依法需加徵利息收入之各級政府欠費，其是否均為二代健保法實施前已發生尚未收回之政府欠費數，應請說明。

## 102 年度業務執行計畫審議意見表

健保局計畫				審議意見 (依實施計畫目標之項次呈現)
項目	102 年度計畫			
	計畫重點	實施計畫目標	執行方式	
一	加強財務公平，推動支付制度改革。	1. 落實執行補充保險費收繳業務及監控。 目標值： (1) 繳款單條碼化達九成以上。 (2) 輔導股票上市公司扣繳補充保險費達九成。	(1) 全面推動繳款單條碼化，提高收繳業務便利性。 (2) 按月監控補充保險費收取情形，另為落實投保單位扣收補充保險費，針對屬於股票上市之投保單位進行下列監控： ① 以 3 個月為 1 期，對於未每月申報支付之薪資所得總額逾其受僱者當月投保金額總額扣收補充保險費者，即以免付回郵之簡函通知，未回復者即進行輔導。 ② 以半年為 1 期，以免付回郵之簡函通知投保單位給付非所屬保險對象之薪資所得應扣收補充保險費，未回復者即進行輔導。 ③ 102 年 11 月以免付回郵之簡函通知股票上市公司之投保單位給付全年累計逾當月投保金額四倍部分之獎金應扣收補充保險費，未回復者即進行輔導。 (3) 收繳流程評估改善。 (4) 宣導二代健保扣收繳補充保險費之相關規定。	1. (1) 以繳款單條碼化達九成以上為計畫目標值，未能反映補充保險費收繳之成效，應請修正。 (2) 輔導股票上市公司扣繳補充保險費之目標值，應有明確定義或公式，以利成效追蹤。 (3) 補充保險費收繳業務之輔導，應擴及股票上市公司以外之投保單位。

健保局計畫				審議意見 (依實施計畫目標之項次呈現)
項目	102 年度計畫			
	計畫重點	實施計畫目標	執行方式	
		<p>2. 配合健保新制進行財務推估及精算作業。 目標：符合法定時程。</p> <p>3. 持續推動論質計酬支付方案。 目標值：參與方案人數逐年成長 5%。</p> <p>4. 依 RBRVS 合理調整支付標準。 目標：依據 102 年總額協商結果，調整支付標準。</p>	<p>依健保法修正案規定時程，精算各項保險收支並提報平衡費率。</p> <p>(1)主動邀請醫界進行方案檢討。 (2)定期統計論質方案參與人數，並回饋各分區業務組及參與院所，落實方案收案人數。</p> <p>(1)配合 102 年總額協商醫療費用成長額度，再依本局於 101 年完成之 RBRVS 評量結果，逐一調整支付標準。 (2)與醫界代表進行溝通研議，提案至醫療給付協議會討論，俟會議決議結果通過後，陳報行政院衛生署核定公告實施。</p>	<p>2. 為利財務推估及精算，應將「建立經驗統計資料」列為目標。</p> <p>3. 請說明各項論質計酬方案之實際參與人數及執行情形，並將病人滿意度、各項品質達成率等列為計畫目標，及設定目標值。</p> <p>4. 持續進行全面且整體性的支付制度改革，以平衡科別及專業間之差異。惟引用 RBRVS 制度，須考量我國與美國醫療制度的差異性，明確界定適用範圍，並讓各界充分了解，以避免發生誤解。建議「依 RBRVS 合理調整支付標準」之計畫目標文字，改為「以資源投入</p>

健保局計畫				審議意見 (依實施計畫目標之項次呈現)
項目	102 年度計畫			
	計畫重點	實施計畫目標	執行方式	
				<p>方式合理調整支付標準」。</p> <p>5. 請列出下列項目實施計畫目標及執行方式：</p> <p>(1)加強投保金額查核及例行辦理中斷開單等穩定健保財務措施。</p> <p>(2)持續推動住院 DRG 支付制度前，請審慎處理醫療分類、審查及自費特材等問題，並設定導入項目之目標值及執行方式。</p>
二	精進健保資源配置，減少不當醫療。	1. 持續推動「論人計酬試辦計畫」。 目標：使院所提供預防保健及健康促進服務，從醫療提供者轉型為健康提供者。	(1)自 100 年 7 月起已有 7 個團隊執行論人計畫，為期 3 年。 (2)本局除對團隊持續提供協助外，將定期辦理專家學者實地參訪及輔導，依試辦經驗提供計畫修正參考。	1. 請列出參加試辦之團隊數、照護對象數等具體目標值。

健保局計畫				審議意見 (依實施計畫目標之項次呈現)
項目	102 年度計畫			
	計畫重點	實施計畫目標	執行方式	
		<p>2. 持續推動「以病人為中心整合照護計畫」。</p> <p>目標值：</p> <p>(1)「醫院以病人為中心整合照護計畫」：照護對象就醫次數、醫療費用及用藥項數低於去年同期。</p> <p>(2)「診所以病人為中心整合照護計畫」：照護對象就醫次數、醫療費用低於去年同期。</p> <p>3. 持續推動「全民健康保險門診高利用保險對象輔導專案計畫(含全民健保藥事居家照護試辦計畫)」。</p> <p>目標值：</p> <p>(1)全民健保門診高利用保險對象輔導後就醫次數下降15%。</p> <p>(2)全民健保藥事居家照護試辦計畫：門診醫療費用下降12%。</p>	<p>(1)「醫院以病人為中心整合照護計畫」：提供多重慢性病人整合式照護服務，避免重複、不當治療用藥或處置。</p> <p>(2)提供慢性病或門診就醫次數過高者整合式照護，避免重複治療、檢查(驗)及用藥外，促進病情穩定之慢性病病人留在基層照護。</p> <p>(1)全民健保門診高利用保險對象輔導專案計畫：針對101年全年門診就醫次數<math>\geq 100</math>次之保險對象以下列方式輔導。</p> <p>①郵寄慰問函，除表達關懷及瞭解保險對象希望本局提供的協助項目外，並告知保險對象與輔導人員聯繫的方式。</p> <p>②電訪或親訪方式，瞭解保險對象經常就醫的原因，提供適時的衛教，導正就醫觀念。</p> <p>③請保險對象習慣就醫的醫事服務機構協</p>	<p>2. 本項照護計畫推動超過3年，已進入「成熟期」，推動策略在於醫院與基層醫療院所整合。請列出「推動醫療院所垂直整合照護方案」之實施計畫目標及其執行方式。</p> <p>3. (1)全民健保門診高利用保險對象輔導，建議比照全民健保藥事居家照護試辦計畫，以「醫療費用下降率」為指標，並設定目標值，以兼顧次數與費用下降之效益。</p> <p>(2)請先行評估檢討101年「全民健保藥事居</p>

健保局計畫			審議意見 (依實施計畫目標之項次呈現)
項目	102 年度計畫		
	計畫重點	實施計畫目標	
		4. 強化及落實無效醫療管控。	<p>助其正確就醫。</p> <p>④因應個案就診問題的複雜性，同時結合醫界、社工、內政部、衛生局公共衛生護士及退輔會、志工、病友團體共同輔導。</p> <p>(2)全民健康保險藥事居家照護試辦計畫：由中華民國藥師公會全國聯合會訓練合格之專業藥事人員至前開高診次且需藥事服務之保險對象家中（或指定地點）整理藥盒及藥品專業指導。</p> <p>(1)推動「重症及長期呼吸器使用患者臨終照護品質提升計畫」，成立「重症安寧推動照護任務小組」及「長期呼吸器任務小組」，小組任務如下：</p> <p>①「重症安寧推動照護任務小組」討論並研擬重症病患之安寧緩和照護推行及獎勵，建立病患呼吸道插管之臨床準則供臨床醫師了解及應用於緊急狀況下之判定，減少不必要之插管；導入安寧緩和</p> <p>家照護試辦計畫」實施成果，再依實施績效及預算來源決定是否續辦。</p> <p>4. (1)對於無效醫療的認定，應兼顧社會認知、病人家屬意願及醫院實務可行性妥善規劃，並列出具體的目標。</p> <p>(2)請列出研議「抑制不當耗用醫療資源改善方案」的具體目標及作</p>

健保局計畫				審議意見 (依實施計畫目標之項 次呈現)
項 目	102 年度計畫			
	計畫重點	實施計畫目標	執行方式	
		5. 訂定合理的藥品與特材給付方案。 目標(值)： (1)控制藥品特材成長與醫療費用總額成長率相當。 (2)維持藥費支出占醫療費用比率為 25%±0.5%。 (3)維持特材費用支出占醫療費用比率為 3.2%±0.3%。	照護的概念，讓病患有權選擇終止或撤除氣管內插管及呼吸器等無效醫療，減輕痛苦，提升生活品質。 ②「長期呼吸器任務小組」討論並研擬提升呼吸照護中心照護品質獎勵方案，透過支付誘因，提升在 RCC 照護階段之呼吸器脫離率，減少後續長期呼吸器依賴患者人數。 (2)委託研究「無效醫療之定義及如何利用健保資料分析其費用之研究」，作為後續研議之參考。 (1)持續辦理藥價調查，以瞭解市場交易情形。 (2)加強新藥收載審查及使用監控。 (3)合理修訂藥品給付規定。 (4)提升民眾用藥品質，對於成分與品質條件相同的藥品，也將給予相同核價及調價之誘因，以增進民眾用藥之權益及可近性。 (5)實施價量調查，合理調整特材支付價。 (6)對於昂貴或易浮濫使用之特材品項訂定給付規	法。 5. (1)宜考量各級醫院採購能力，不應以平均中位數進行核價，以減少對醫院的衝擊及部分醫院採購不到藥的問題。 (2)應依健保法規定，邀請保險醫事服務機構

健保局計畫				審議意見 (依實施計畫目標之項 次呈現)
項 目	102 年度計畫			
	計畫重點	實施計畫目標	執行方式	
		<p>6. 加強查處違規院所，提升查處品質。 目標值：醫療院所訪查率達 2.6%。</p>	<p>定。</p> <p>(7) 監測醫療院所使用情形。</p> <p>(8) 監測新特材使用量及申報點數。</p> <p>(1) 辦理一般民眾檢舉案件及本局主動發掘異常案件之訪查。</p> <p>(2) 配合政策及任務需要，並就特定業務、異常分析資料、階段性重點業務或上級指示事項，規劃辦理異常申報查核專案。</p>	<p>代表共同參與藥品及特材之核價，以減少實務與政策扞格之情事。</p> <p>(3) 藥價差為醫院議價的成果，應用來調整支付標準偏低項目，以導正支付標準不公平的現象，並提供醫院持續努力的誘因。</p> <p>(4) 請研擬藥價調整配套措施，以減少我國製藥工業及生物科技產業可能受到之衝擊。</p> <p>6. 除整體訪查率外，並應依訪查類別，如西醫、中醫、牙醫、藥局、其他等分列目標值。</p>

健保局計畫				審議意見 (依實施計畫目標之項 次呈現)
項 目	102 年度計畫			
	計畫重點	實施計畫目標	執行方式	
			(3)辦理查處共識及研討會議，提高查處同仁法律素養及提升違規案件查處品質。	7. 請將「健保IC卡改善計畫規劃情形」列入實施計畫目標中，並說明執行方式。
三	強化健保資訊透明公開，提高服務品質。	<p>1. 持續辦理民眾健保就醫參考資訊公開。</p> <p>目標(值)：</p> <p>(1)90%以上特約醫療院所更新登錄掛號費及看診時段資料。</p> <p>(2)每月公布各層級醫院之病床比率(包含急性病床與慢性病床之總數、保險病床數及其比率)。</p> <p>2. 持續辦理醫療品質資訊公開。</p> <p>目標(值)：預計檢討及新增醫療品質指標共 15 項。</p>	<p>(1)由特約醫療院所於 VPN 登錄掛號費及看診時段資料，再由本局擷取公布於健保局網頁供民眾查詢。</p> <p>(2)定期於健保局全球資訊網公布各醫院總病床數、保險病床數(分急、慢性病床)及保險病床比率，以利民眾查詢相關資訊。</p> <p>(1)收集民眾需要之品質指標，並參考具臨床治療指引指標及具實證醫學指標。</p> <p>(2)邀請醫事團體代表、民間團體召開會議，就指</p>	<p>1. 特約醫療院所之掛號費及看診時段資料關係保險對象就醫權益甚鉅，請酌予調高目標值。</p> <p>2. 無意見。</p>

健保局計畫				審議意見 (依實施計畫目標之項次呈現)
項目	102 年度計畫			
	計畫重點	實施計畫目標	執行方式	
		3. 持續辦理健保收支監控資訊公開。	<p>標項目之目的、效果、可行性作檢討增修判斷依據。</p> <p>各項健保財務收支資料，包含各部門總額預估點值、結算點值及各醫院每月費用申報件數點數資料等，均於健保局網站公布上公開，以利民眾查閱。</p>	3. 為有效監控健保收支資訊公開作業，請設定實際目標，以利評量成效。
四	協助弱勢排除就醫障礙。	<p>1. 協助弱勢繳納健保欠費、落實安心就醫方案。</p> <p>目標(值)：協助弱勢民眾辦理紓困貸款、分期繳納、愛心轉介，每年 15.5 萬件。</p> <p>2. 持續爭取經費，辦理「協助弱勢族群減輕就醫負擔計畫」。</p>	<p>(1)主動洽相關單位提供資料比對後，就符合弱勢條件者直接解卡。</p> <p>(2)結合社政單位、警察、醫院、民間社福團體等建立通報平台，隨時解卡。</p> <p>(3)依據二代健保法第 37 條精神，檢討鎖卡條件，以保障弱勢民眾就醫無礙。</p> <p>(4)協助弱勢民眾繳納健保欠費，加強輔導辦理紓困貸款、分期繳納、愛心轉介。</p> <p>積極向財政部公益彩券回饋金運用及管理作業小組爭取經費，用以協助弱勢族群清償健保相關欠費。</p>	<p>1. 請敘明目標值定義及推估基礎。</p> <p>2. 無意見。</p>

健保局計畫			審議意見 (依實施計畫目標之項次呈現)	
項目	102 年度計畫			
	計畫重點	實施計畫目標		執行方式
		<p>3. 辦理山地離島地區醫療給付效益提昇計畫。</p> <p>目標(值):「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」民眾滿意度 90%以上。</p>	<p>(1)繼續推動「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」,徵求特約醫療院所提出並執行整合性醫療照護計畫。</p> <p>(2)提供醫療服務除定點門診、24 小時急診、夜間門診診療及夜間待診(晚上 9 點至次日早上 8 點),專科診療(如眼科、婦產科、牙科等)、巡迴醫療服務、遠距醫療服務,並提供轉診後送服務。</p> <p>(3)大部分計畫亦提供復健治療、居家照護、預防保健、疾病篩檢、衛生教育、社區醫療家戶健康管理等服務,另亦有少數地區提供洗腎治療服務,全面改善山地離島地區整體健保醫療服務品質。</p>	<p>3. 為解決偏遠地區長期醫療資源不足之問題,請列出改善當地醫療服務策略及方法,並研議於公費醫學生簽約內容中,要求其在12年之簽約期內,需配合政府政策於山地離島醫療院所服務,以解決偏遠地區長期醫療資源不足之問題。</p>
		<p>4. 辦理西醫基層、中醫、牙醫、醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案。</p> <p>目標值:各總額部門醫師巡迴醫療之服務量達下表所示:</p>	<p>鼓勵各總額部門醫師至醫療資源不足地區開業或提供巡迴醫療保健服務,促使全體保險對象都能獲得適當的醫療服務。</p>	<p>4. 對於醫療資源不足地區之醫療服務,應結合該區相關計畫如論人計酬試辦計畫、家醫整合照護計畫,或以病人為中心整合照護計畫等,以提高資源不足</p>

健保局計畫						審議意見 (依實施計畫目標之項次呈現)
項目	102 年度計畫					
	計畫重點	實施計畫目標			執行方式	
	總額部門	總服務人次	總服務時數	總服務天數		地區民眾之照護品質。
	西醫基層	220,000	32,000			
	中醫	75,000		3,000		
	牙醫	90,000		6,000		
	醫院支援 西醫基層	50,000	5,000			



【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

對楊主任秘書慧芬的報告，請問委員有無意見？

李委員永振

- 一、議程第 7 頁說明二，關於「民意蒐集網絡建置計畫（草案）」，對於民眾以網路回應方式提供意見，是否有擬妥一套完善的管理機制？如果民眾回應與議題無關之言論、公布個資或不當謾罵、人身攻擊等，是否有網站管理者進行維護與處理？
- 二、建議即早建立完善管理運作機制，並讓民眾了解，以利減少實際執行所可能遭遇問題，及使民眾意見聚焦，如此才能完全達到本計畫之預訂目標。

柯副主任委員桂女

- 一、今天提這個計畫草案是希望聽取委員意見，若委員如果贊同這個方向，我們會照李委員永振剛剛所提寶貴意見，與衛生署資訊中心洽商。所以，本計畫第一要大家認可，第二要衛生署資訊中心於技術上能配合。
- 二、有關日後民眾意見、有無管理者等問題，其實內部都有考量並討論。本計畫在方向上若獲得認同，則下次會將整套執行面內容向各位委員報告。

楊委員漢淙

議程第 12 頁所附「民意蒐集網絡建置計畫（草案）」內容祇寫標題，並不清楚如何執行，剛剛報告提及要對民眾提供淺顯易

懂的資訊，建議計畫應寫的更具體，例如要蒐集什麼資料、是否會牽涉到費用增加等，需讓人更清楚目的，而非只提及要請衛生署的資訊中心協助。連委員都看不懂內容，一般民眾怎看得懂？

#### 干委員文男

- 一、如果將來的健保會多一個窗口讓民眾表達對健保政策的看法及優缺點等各項意見，本人表示同意。這是應該要做的，不然健保會又聾又啞，不易聽到外面的意見。
- 二、對民眾的建議，要能提出後續執行狀況，而且健保局與衛生署也要配合，要不然前面民眾意見很熱，執行一段時間後，有如狗吠火車就沒有意義。
- 三、希望剛才楊委員漢源提及的內容都要寫出來，讓大家明白也可幫忙宣傳。日後對健保會有意見就可在網路上反映，大家可以互相交流，但剛才李委員永振提及可能會有謾罵問題，也要思考如何避免。

#### 楊主任秘書慧芬

- 一、謝謝各位委員所提意見，因為剛剛有提到本計畫係為未來健保會預作準備，所以這段時間其實是豐富民意蒐集網站的資料，讓民眾慢慢知道衛生署，甚至以後的衛生福利部將有個健保會的網站去蒐集民眾對健保議題之相關意見。
- 二、剛剛李委員永振所提到網站管理者部分，由於目前規劃本計畫網站資料只限登載剛剛報告的四大類型資料，包括健保局的業務專題報告等，未來會寫成一個簡要式的說明，說明健保局的專題報告裡面有什麼重點，比較是一個單向式的蒐集民意，如果民眾回應不屬於這個專題報告的意

見，管理者會予以刪除。未來這些意見蒐集完後會提到委員會報告，所以初期是網站資料基礎建設階段，也希望這段時間慢慢讓民眾知道有這樣的管道。

三、目前這個建置計畫並不需要動支相關經費，因本會是請衛生署資訊中心協助，經由本會的網頁去建置相關民意蒐集網絡，所以是逐步檢討相關執行狀況，再逐步擴大，慢慢也聽聽各界的意見，這個網頁需要擴充什麼資訊。

劉主任委員見祥

一、未來健保會的任務非常繁重，如果能多一個瞭解民眾看法的管道，對健保會任務的達成將有所助益。

二、如果各位委員認為原則可行，就照這個方向去規劃。剛剛幾位委員提及建置以後要如何維護與管理，以及使用那些資料等，都是很重要的問題點。請幕僚就「民意蒐集網絡建置計畫（草案）」執行與管理面擬具更詳細內容並提經委員會議確認後實施。

三、本案洽悉。

## 【附件 2】

報告案第 3 案「101 年 2 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

謝謝戴局長詳盡的報告，請問各位委員有無垂詢？

楊委員漢淙

- 一、業務執行報告第 7 頁，截至本（101）年度 2 月底止，安全準備提列結餘數 8.11 億元，未來安全準備是否應予減少，以用來挹注醫療費用的不足？或是要讓其一直增加？
- 二、保費收入扣掉保費支出，有結餘部分會到安全準備，前幾年是因為健保財務短絀，需由安全準備填補，因而安全準備用罄，目前權責基礎看起來已將財務不足部分補滿且有結餘，其是否已超過健保法法定的一個月保險給付總額？
- 三、業務執行報告第 73 頁表 27，醫院總額部門 100 年第 4 季預估平均點值 0.9168；第 72 頁表 26，醫院總額部門 99 年的平均點值是 0.9445，如果將兩者相減，今年點值確實大幅下降，不知是否包括核扣的部分？
- 四、業務執行報告第 71 頁表 25，截至 100 年 11 月的住診爭審後核減率為 2.88%，如果這個也加上去，另外，健保局各分區業務組用不同方式管控醫院個別總額，斷頭約 6%，如此一來，提供 100 點之服務，只能拿到 83.12 元。
- 五、醫院目前的收入情形已經很低了，還需面對社會的諸多期待，例如要求醫院要提升品質、增加人員、待遇、夜班費、加班費等。醫院並沒有印鈔機，要如何克服這些困難？因為是共同生命鏈的關係，所以當外在給付不足，內

部須付出的經費卻愈來愈多，醫院也只能關病床。如果一直處於這種狀況，勢必會影響醫院的生存。

六、大家應正視問題而非光說加拿大、英國的健康保險體系中，等待住院天數（waiting list）很長，如果不考量整體民眾的就醫需求，而只在這邊玩文字遊戲，本人認為有愧於國家所交付監督健保的責任。

#### 干委員文男

- 一、上個月安全準備提列結餘數為 8.11 億元，如果按照今天報紙的報導，行政院聽取衛生署報告後，同意新制健保延至明（102）年元月 1 日施行的建議，則到時安全準備的數額會是多少？根據前年總額推估的 102 年預算是否會多出來？多出來的錢是否拿來改善醫療機構或其他不足的地方？
- 二、依業務執行報告第 23 頁表 15，2 月份訪查之特約醫事服務機構中，共有 7 家多刷卡虛報費用，應該要進行瞭解，若屬故意則不能原諒；若屬不小心的疏忽，應可減輕罰則，因有時候護士會不小心按到卡結果變成虛報費用。
- 三、重大傷案由誰認定？其資料是來自內政部或健保局？業務執行報告第 29 頁表 17，99 年底與 100 年底重大傷病有效領證數，成長比例與往年相比，是否偏高？
- 四、業務執行報告第 40 頁各部門平均點值部分，今年過年時因上呼吸道感染而去診所就診，看診的醫師為了點值問題大吐苦水，提及中醫、牙醫點值都很高，西醫基層總額部門點值卻只有 0.8 幾，但依健保局的報告，都為 0.9 幾，是否是各公會管制上的問題？請健保局說明。

## 戴局長桂英

- 一、楊委員漢淥及干委員文男詢問本（101）年度 2 月安全準備有 8.11 億元結餘乙節，在此說明，截至 2 月底，安全準備在權責基礎上，有 8.11 億元的結餘數，其到今年年底會再多一些，但可能在明年某幾個月後剩餘款會開始往下降，至於會在明年哪個月往下降，要看 102 年總額協商的情況。
- 二、權責基礎上有剩餘，會歸到安全準備。依法，全民健保安全準備總額以一個月至三個月醫療費用為原則，但除健保開辦前幾年，有達此標準外，以後雖然進行兩次的費率調整，但其實都沒辦法談安全準備這件事，因多年來安全準備都是負數，今年是首次有這個數字。
- 三、假設今年年底權責基礎下的安全準備餘款估計為正 70 億元（我沒有確定的數字），也不會直接放到 101 年度的總額，因為 101 年度總額已經談定，現在要看 102 年度的總額。在整個財務上，即便權責基礎上有剩餘，也不會把剩餘直接移到醫療費用。而以目前的狀況，沒有機會累積到比一個月醫療費用還高，因我們一個月平均要 470 億元。
- 四、醫療院所的經營確實愈來愈困難，因為整體人力的需求提升，各種不同的新藥、新特材又被要求納入，但總額的成長是框在某個成長率的。
- 五、剛剛楊委員漢淥指出 99 年醫院總額部門的平均點值是 0.9445，可是 100 年四季點值分別為 0.91、0.93、0.92、0.91，平均下來大概也只有 0.92，所以點值是在下降的，再加上要增加護理人力，未來醫師也需依勞基法考量工時等，在醫院經營上的確比較困難。在費協會討論總額時，

是有反映該問題，以 101 年總額為例，醫院總額的成長率接近 4.6%，高於其他總額，但夠不夠解決現在的問題？是值得探討的。

- 六、本局對醫療機構訪查一向很慎重，因醫療院所是健保施行的最重要夥伴，所以病人與本局都十分尊重醫療院所。除非惡意，否則不會移送法辦，另外有些醫療院所是檢調單位主動調查，本局予以配合辦理。
- 七、重大傷病需符合所規定之 30 大類別條件，一般來講，資料不是由內政部轉來的。重大傷病可由家屬代為申請，而醫療院所因有清楚的診斷，所以也可幫病人申請。在我的印象中，重大傷病人數不斷增加，至於逐年增加情形，本局會再補充資料供各位委員參考。
- 八、至於中醫、牙醫點值比較高的情形，一般認為牙醫總額部門自我管控相當不錯。請中醫、牙醫的委員代表協助說明。

#### 陳委員俊明

剛剛干委員文男所關心的問題，是因為中醫在傷科管控，尤其是將推拿師排除在健保之外，事實上是息息相關。排除推拿師支付的同時，也嚴加管理傷科的服務流程，當然在監督之下，大家會更遵守相關規定。

#### 黃委員建文

- 一、牙醫在健保方面的管控，長期以來都是很嚴謹的，而且在補牙保固的部分，很多是牙醫師自行吸收，例如，病人也許有顆牙上半年蛀這端，下半年雖是蛀另一端，卻也不能給付，因同一顆牙半年內重補健保並不給付，但若病人要

求，牙醫師也是自行吸收，這部分配合健保財政上困難，所以一直在牙醫自行吸收的範圍內盡量處理。

二、如果在管理指標上發現有比較異常情形，公會都會主動請會員自我約束及進行訪談，或追扣費用等，這些都會使總額點值的數字看起來比較理想。

干委員文男

本人是引述基層醫師的看法，對牙醫、中醫管控點值沒有意見，但每次開會看到西醫基層部門的點值都是 0.9 幾，他們卻說收到的錢是 0.8 幾，不曉得問題出在哪裡？應讓基層醫師瞭解實際上收到的點值 0.9 幾，不是 0.8 幾。

陳委員俊明

是否他有誤解？因申請費用時並非全額撥付，而是先給付一定成數，或許是審查後核付部分沒有注意到，會不會是這樣引起誤解？

楊委員漢涇

本人沒有要批評西醫基層、牙醫、中醫總額部門怎麼管控點值，但要提醒各位一件事，剛剛戴局長提及醫院確實成本很高。各部門總額的成長率在議程第 72 頁至 89 頁，其由費協會負責協商。醫院總額的成長率是 4.683%，表面上看起來高於其他部門，但請大家仔細看，該成長率含非協商因素與協商因素，其中包括人口增加、人口老化等之非協商因素高達 3.003%，也就是說，人口老化等因素所造成的影響較其他總額部門高許多，年老病人、重症病人等社會型態改變所增加的費用大部分由醫院承擔，希望大家一定要重視這個問題，否則，整個醫療體系會崩盤。

## 何常務理事博基（李委員明濱代理人）

- 一、剛剛干委員文男提到西醫基層醫師看門診都在抱怨點值太低，其實西醫基層可近性很高，以前是月休四天，現在根本沒有月休，因被要求提高假日看診率。以前基層院所禮拜六看診率 96%，禮拜日看診率 24%，現因不好經營，幾乎所有診所星期日上午都在看診，假若甲診所星期日不看診，病人會到有看診的乙診所，久而久之，病人將流到乙診所去。為了員工的生活，星期日一定要看診。另，診所處方箋大多釋出及新藥一直出來，都會使藥費提高，這些也會造成西醫基層部門點值下降，大概 0.9 左右。
- 二、護理人員也是個問題，連醫院都不容易聘請到足夠的人力，沒有護理人員就要關病床，基層診所更不容易聘到護理人員，聘請的價錢要提高。
- 三、提及違約虛報浮報問題，最近新北市有個虛報浮報個案，照健保法被罰超過 20 萬元且可能會停業一年以上，事實上，檢調單位會介入，健保局也一定會處罰。
- 四、西醫診所醫師埋怨點值低落，其實診所先收到健保局給付的是暫付款(本季與上年度同季比較)，等到 2 至 3 個月後，才補付或核扣與實際平均點值之差額。
- 五、西醫診所釋出處方箋給社區藥局，社區藥局藥費的點值是 1 點 1 元，而診所的診察費點值是以浮動點值計算。

## 干委員文男

講了一大堆，結果答非所問，那位醫師跟我說點值是 0.8 幾，但報告中都是 0.9 幾。問題出在哪？是核減或以後才給他們？還是各公會的問題？

戴局長桂英

- 一、我試著來說明，業務執行報告第 72 頁表 26，西醫基層總額部門的點值有兩個，一個是浮動點值，一個是平均點值。浮動點值與平均點值差在哪？有一些項目是固定一點一元，如果把固定一點一元的部分一起算進來，一起平均就獲得平均點值；有些項目並非一點一元，只將這些須浮動的加在一起算就得到浮動點值。
- 二、100 年前 3 季西醫基層總額部門的浮動點值是 0.83、0.89、0.87，但是如果加上固定一點一元也算進來平均的話，平均點值是 0.88、0.92、0.91，所以那位醫師所指的可能是浮動點值。

干委員文男

本人知道最後是以平均點值為準，還拿報告資料給他看，但都講不通，你們都沒有跟西醫基層醫師溝通？診所最接近民眾，健保局如果未與之溝通，以後很多政策例如轉診計畫都無法執行，建議需多溝通及說明。

劉主任委員見祥

干委員文男所提點值部分，不同區域的個別醫療院所間都會有差別，個別問題請健保局會後再向干委員說明。

劉委員玉蘭

- 一、業務執行報告第 3 頁，第 5 類被保險人至 100 年底是 310,273 人，剛好看到本次委員會議「全民健康保險 102 年度業務執行計畫及保險收支預算審議案」之審查報告中，祝委員健芳提供依內政部統計至 12 月底低收入戶人數是 314,282 人，差 4,009 人，低收入戶應是全部由社會

福利部門負擔保費，所以一旦納為低收入戶，保費應該是由社政部門負擔，應該以社政部門資料為準。

- 二、第 5 類被保險人 101 年 1 月底比 100 年 12 月底少了近 1 萬人，這如果是因低收入戶的人就業被歸到第 1 類，是個很好的現象；若不是因為就業，而是因為時間落差，則建議健保與社政單位要密切配合，因低收入戶在社會上最弱勢，如果因時間落差造成生病沒有健保，將會產生社會問題，請健保局說明。

#### 鍾委員美娟

- 一、目前健保面臨每次談到調漲費率，民眾都不太能接受的問題，這也陷入保費收入無法增加，但支出亦無法減少的窘境。如果在支出面一直壓低平均點值，最後醫界也是會反彈。
- 二、又在未來戰後嬰兒潮步入到人口老化的年紀，人口老化的問題，其實會比現在更加嚴重。由人口趨勢來看，戰後嬰兒潮目前大致尚未步入老年，並即將步入，但又面臨新增人口甚少的情況，所以人口老化，慢性病增加的問題將十分嚴重，應思考日後如何處理，否則以目前的制度，日後會埋下難以處理的極大問題。
- 三、現在的健保制度設計也須去思考如何杜絕民眾端浪費的問題，在制度上如何去改變？或是像有些無效醫療問題，健保局是否可更加主動去改變民眾的觀念，例如以前民眾不能接受火葬，只能接受土葬，現因時代變遷，及內政部對火葬的相關推動，讓民眾改變觀念，現在很多民眾已在慢慢接受火葬，甚至接受樹葬的觀念。
- 四、如何杜絕使用端浪費問題，除了觀念改變，還有健保制度

設計的問題，如部分負擔是否有調高的空間？可能還是要從整個制度面去檢討，若無法從制度面、民眾醫療端的浪費，以及醫界控管等多管齊下著手，只是每次談收入與支出的問題，會落入無法解決的困境。

### 滕委員西華

- 一、業務執行報告第 91 頁，「101 年全民健康保險提升住院護理照護品質方案」討論會議的結論，其中研議的方向之一為補助新增護理人員數（含實習護士），我們都相當關心護理人力，不過不明白第 92 頁所稱實習護士的定義，係指應屆畢業生以畢業證書向工作醫院所屬衛生局完成報備程序？這跟尚未畢業的在校生（也稱實習護士）差在哪？為何會有另外一個名詞叫實習護士？健保要付這個錢？實習護士如果是教學上的需要，應該是由教育部付錢，而非由健保給付。
- 二、實習護士是否為非正式人力？在醫院評鑑標準占的角色需被釐清，用了一個非正式的人力，或是年輕剛畢業的學生，然後健保以短期人力的方式去支付，如何提升護理品質？
- 三、以通過醫院人力評鑑標準支付的預算計有 12 億元，其中並採各層級醫院 100 年門住診醫療費用占率分配預算，各層級以醫院評鑑人力標準 A、B、C 作基準，A、B、C 級各以醫院申報住院護理費之 9%、7%、6% 為獎勵。醫院要達到評鑑 A 級很不容易，與普通最基本的人力設置差很多，結果 A 級與 B 級才差 2%，是否合理？B 級與 C 級才差 1%，鑑別度未免太低，1% 也沒差幾百萬，醫院可能會覺得沒有必要朝 A 級努力。

- 四、業務執行報告第 43 頁，100 年第 3 季「中醫傷科病患 7 日內同時利用西醫復健比率」略微上升，這個指標值略高與非中醫師推拿不給付是否有關？
- 五、本報告中雖沒有提到轉診，但要利用楊委員漢源與何常務理事博基都在場的機會提出這個問題，雖然其本應在健保局「全民健康保險『研擬轉診實施方案』專案小組」會議中提出。我們有一個案住在屏東萬丹鄉，發生手被機器嚴重切傷的職業災害，於是到屏東某一家地區醫院作接合手術，但因醫師未處理好，致接合後病人小指不能動，之後該醫師幫忙轉診到高雄某一家醫學中心的一位名醫處，結果因該醫師只開一張轉診單給病人，叫他去找某大醫學中心的大醫師，這病人沒有指定醫師，在拿轉診單至醫院櫃檯時，被告知這醫師從來不接受加掛及轉診單。醫院轉診是玩假的嗎？
- 六、本來轉診的時候，下轉或上轉醫院就要幫病人確定去掛什麼醫師、什麼日期、看什麼科別等，但這個病人的家屬凌晨還想要去排隊加掛。此個案轉診的情況令人生氣，健保局說要幫忙，病人一個星期前到現在還沒掛到號。如果醫院不想做轉診，就不要開轉診會議。名醫不接受轉診，醫學中心不接受上轉醫院醫師的轉診，像話嗎？

#### 戴局長桂英

- 一、剛剛鍾委員美娟提及民眾觀念的改變，希望健保局要努力，本局會盡量處理，例如，最近本局即不斷在強化「厝邊的好醫生、社區的好醫院」的觀念，請民眾不是非要擠到醫學中心看病不可，但滕委員西華所提的那個案是因地區醫院的醫師認為應該要轉診。另外，未來更要加強安寧

療護的宣導，本局都會努力。

- 二、滕委員西華所提「提升住院護理照護品質方案」中實習護士的部分，依照現行護理人員管理辦法，有一種特別的人力，就是剛剛提到的護理應屆畢業生，用畢業證書至醫院一邊工作，一邊準備考試院的專業人員證照考試。目前是有規範護理畢業生可在正職護士、護理師的指導之下從事護理業務。此種在正式護理人員的指導下做各種護理工作的狀況，其實也可解決護理人力過度負荷問題。如果說的不夠清楚，請盧委員美秀幫忙補充。
- 三、這次各層級以醫院評鑑人力標準 A、B、C 作基準，按申報住院護理費給予一定比率獎勵是首次的作法，本局其實非常慎重，並與中華民國護理師護士公會全國聯合會多次討論，後來跟醫院協調時，均獲得支持。今天向大家報告進度，是因給付協議會議已完成程序，本局現正報請衛生署同意公告。可運作一年試試看看實際效果如何，未來年度再進行檢討。
- 四、滕委員西華所提轉診個案的病人很需要幫忙，其是在上次兩會聯席會議的時間提出，本局同仁已在幫忙，並於會後會追蹤其狀況。滕委員西華的觀點沒有錯，既然在轉診單開立的同時，也建議病人就診醫院及醫師，若能彼此打個電話互相溝通一下，表示有位病人馬上要轉過去，也就是如果事先照會，一切就會比較順利。這位地區醫院醫師轉診病人是好意，只是在聯繫上，跟大型醫院醫師沒有作妥適的溝通。本局將以此案例來研討往後較佳的處理模式，但不至於要處分該醫學中心，總之，為利病人，往後管道一定要更順暢。

劉主任委員見祥

請盧委員美秀表示意見。

滕委員西華

- 一、因戴局長已回答，本人先接著說，等一下再請盧委員美秀指教。實習護士在考照前，尚未取得醫事人員任用資格，說是補充人力無可厚非，但所有醫事人力，都有尚未取得國考證書的實習生，包括醫師實習生，不管 PGY(Post Graduate Year，醫學生畢業後一般醫學訓練)是否要往前推 1 年，只要還沒通過國考資格，例如住院醫師、大學六、七年級等，要來醫院見習者均屬之，所以醫院各科也都收了實習生，為何健保只給付實習護士？
- 二、我們都知道提升護理人力非常重要，我們民間團體在外面也是大聲疾呼應予重視，但重視方式有很多種。健保給付非正式的醫事人力，本人認為應謹慎考慮，因為若要如此，醫師也過勞，則健保是否考慮住院醫師或實習醫師也予給付？甚或其他未取得國考證書但在醫院實習的其他各類醫事人力，健保也要去給付？這一定會被挑戰。

盧委員美秀

- 一、謝謝大家對護理人力不足的關切。有關「101 年全民健康保險提升住院護理照護品質方案」，我們大概討論 7、8 個月，邀請全國各醫療層級代表參與並提供意見，會採行本方案係因為目前很多醫院真的找不到護理人員。擁有執照者離開的愈來愈多，欲投入護理工作者越來越少，因目前考取護理人員證書及格率頗低，約 4 成左右，有好幾萬人已經畢業但仍拿不到國考證書，若在護理人力不足情況下，這些人沒辦法進入醫療體系參與護理工作，則困境依

舊。

- 二、屬於高風險護理工作，一定需要由護理師親自操作。但為加速填補護理人力不足造成醫院減床關床問題，轉以鼓勵方式，由醫院將已領有畢業證書但未通過國考者，依「實習護士要點」使能投入職場。該要點屬公告，不算是正式的法律，係將領有畢業證書者，以「實習護士」職稱，目前規定可在醫院任職一年，但須在護理師、護士指導下執行護理照顧工作，此項要點係依護理人員法第 37 條定之，於法並無不合。很多醫事人力也有像這樣的制度，例如醫學系學生畢業後，仍未考取醫師證書，於醫院 5 年內均可被醫院支薪任用，亦屬健保給付範圍。
- 三、實習護士屬權宜措施。我們預估短缺 7,000 位護理人力，之所以主張有多少護理人力開多少病床，是擔心目前護理人力短缺，若補充護理人力後，卻開更多床，恐使在職護理人力因工作負荷更大而部分流失。所以為留住護理人力，而將可用人力招進來。
- 四、如果這些畢業生未能進入醫療體系，要招到這麼多有執照者是有困難，這個方案款項分配方式，過去係獎勵前 70% 人力配置較優之醫院，但很多地區醫院或偏遠地區的醫院會表達其也缺護理人力，卻無法排到前 70% 人力配置較優之醫院，就無法被獎勵。目前全國各醫院之醫護人力普遍不足，招募困難，為顧及地區醫院及偏遠地區之需求，重新規劃獎勵標準。凡符合醫院評鑑人力設置標準“C”基準，即給予申報住院護理費 6% 之獎勵、達到“B”基準者，即給予申報住院護理費 7% 之獎勵；屬達到“A”基準者，即給予申報住院護理費 9% 之獎勵，亦即人力配置越

好，獎勵越多，鼓勵各醫院更積極增加人力。

- 五、我們於 5 年前已注意到護理人力不足的問題，所以向健保局爭取這個提升住院護理照護品質的獎補助款，可是很多醫院取得此款項後，當作一般醫療收入，並未照方案執行，所以看不到成效。去年我們即意識到若不積極輔導，今年情況可能會更惡化，而今年若不積極介入，明年恐更加嚴重。

### 楊委員漢涇

- 一、有關「101 年全民健康保險提升住院護理照護品質方案」，實習護士為尚未取得證書的畢業生，並非學生，本人認為滕委員西華所言有道理。
- 二、台灣目前的護理人力短缺，不完全是健保給付問題，而是教、考、用三方面的斷層，各管各的。有大學要設護理系，向教育部申請，卻被以護理師資不足的理由不准。未獲准設系，請老師要教誰？護理科系的學生不想從事護理工作，另外，護理學校畢業的學生，一年有 1 萬 4 千人，國考考試很嚴格，每次考試錄取率只約 30% 至 40%，所以每年約有 5,000 位畢業生沒有取得國考證書，本人曾聽過約有 3 萬人沒有執照，若畢業後經過 5、6 年沒取得國考證書，可能結婚或另謀高就等生涯規劃，要其回到醫院服務是不可能的。護理界號稱有 10 萬潛在護理人力，然要其回到本行工作並不容易，因此，考試院與教育部都要思考這問題，另外，醫界有人主張可思考開放外籍護理人力，但本人認為此並不能解決問題。
- 三、今年很多醫院因需要被評鑑，護理人力為評鑑必要項目，所以特別注重病床與護理人數比，若新進護理師薪資要提

高到每月 6 萬元，現在醫院服務的護理人員有 9 萬人，醫院一年計要增加 216 億元，健保可付這些錢嗎？若健保不付，錢從何處來？我們的醫院可以承擔得起嗎？我們是生命共同鏈，問題不是單方面來自醫院，不能不考量醫院已存在的問題，被叫血汗醫院是難以承受之痛。由於種種因素形成目前的醫療氣候，我們確實承受很多壓力與責任，也面臨相當多的困境。

劉主任委員見祥

一、各位委員對健保業務執行報告所提個別或整體意見，除劉委員玉蘭所提低收入戶人數與內政部有點落差外，戴局長都已作說明，但這部分可請健保局洪組長瞭解後再作說明。

二、委員意見送健保局參考，本案洽悉。

干委員文男

剛才楊委員漢淙提及醫界認為可開放聘任外籍護士乙節，本人認為盧委員美秀可能會反對，本人也反對。若聘任外籍護士，國內護士就沒有明天，則國內護理人力教考用之關連會斷掉，應該視市場需要，不管教育部或衛生署，應該主張錄取率不要那麼嚴格，真是曲高和寡，護理人力缺乏，為何政府又聾又啞？應像當年律師缺很多，由一年錄取 1 人或 2 人，轉為擴大錄取 100 多人，則護士荒就解決一半。

劉主任委員見祥

護理人力短缺問題，不是健保局單方面所能解決，誠如楊委員漢淙所提，目前教、考、用嚴重脫節，有關教育部、考選部與衛生署需研商解決相關問題，以後有機會再討論。

## 盧委員美秀

- 一、補充一下，有關護理國考及格率越來越低的原因，並非考題太難，其實考題與過去並無太多差別，而是第一，護理科系招生困難，學生素質普遍降低；第二，應屆畢業生在最後一年臨床實習期間，看到護理師上班非常辛苦，幾乎每天需工作 12 小時，工作繁忙，幾乎沒有時間飲水、用餐與上廁所，也就是醫院目前醫護人員工作過度，職業環境欠佳，薪資待遇不高，又要輪值大小夜班之情況下，投入護理職場意願低落，以上種種，所以畢業後對本行工作興趣缺缺，而影響其對考照之積極性，導致及格率偏低。
- 二、護理師國考及格率偏低，護理界將與教育部、考選部和衛生署研商提升教、考、用三方面連結的策略。

## 楊委員漢淙

剛才盧委員美秀說目前護士缺 7,000 人，過去 3 年醫院護理人力每年平均只增加 2,225 人，費協會協定 101 年需增加護理人力 3,000 人，根本無法達到。就算以樂觀面來看，缺 7,000 人補上 2,500 人，還少 4,500 人，明年的護理人力缺額恐比今年更多，今年是醫院要接受評鑑最多的一年，因護理人力屬評鑑必要項目，此項目若評鑑不及格，該醫院就得關門，所以醫院不惜成本加強此部分。

## 盧委員美秀

護理人力不足係在 95 年開始推動專科護理師制度及醫院用許多資深護理師當醫師助理時，即開始浮現。目前各醫院的住院醫師工作，大都轉由專科護理師和醫師助理執行，此兩類人數總和約為 6,000 人，專科護理師 2,914 人，醫師助理 3,000 人，相當於目前各醫院短缺之護理人員數。若醫師助理或專科

護理師回歸執行護理工作，則各醫院護理人員缺額就不會這麼嚴重。

劉主任委員見祥

謝謝大家的關心及說明。

陳委員俊明

回應滕委員西華所提傷科議題，無論是推拿或中醫，均屬傳統醫學，原為師徒相傳制。中醫在 40 幾年前，加強教考用並以之取代學徒制，目前已完全上軌道。中醫系需讀 8 年，大學畢業後（學士後中醫系）要讀 5 年，目前中醫特考已停止辦理。舉個例子，本人今天早上到大醫院會診 3 位病人，照顧非常好，所以現在中醫素質已大力提升，但推拿師沒有跟著進步，無人領導走向教、考、用的合理化制度，雖然屬師徒制所培育之人才，但變成無執照在中醫診所擔任助理。目前因推拿需由中醫師親自執行，而使推拿師需離開中醫診所，造成中醫傷科人力不足，有些病人會轉尋求物理治療師的服務，其人數占中醫界百分之一點多，尚可忍受，我們會多培養中醫師以從事傷科服務。

劉主任委員見祥

本報告洽悉。

討論案「全民健康保險 102 年度業務執行計畫及保險收支預算審議案」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

本想請健保局補充說明，因盧委員瑞芬另有要事，先請盧委員瑞芬發言。

盧委員瑞芬

- 一、健保 102 年度業務執行計畫之施政方針(一)加強財務公平，推動支付制度改革 4. 「依 RBRVS (Resource-Based Relative-Value Scale，以資源耗用為基礎的相對價值表) 合理調整支付標準乙節」，健保局表示在 101 年將完成之“RBRVS”評量結果，用以調整支付標準。該局重視支付標準在各服務項目間的公平性，而進行全面性的檢視，立意良善，是非常重要的工作項目。
- 二、美國 RBRVS 研究係完全針對美國老人醫療保險 (Medicare) 中醫師費 (physician fee) 的支付標準，考量醫師投入在不同服務項目間差異而進行調整，我國健保的支付標準係針對機構，兩者因醫療體系的差異 (美國開放 vs 我國封閉) 適用對象不同，而有適用性的問題。
- 三、健保局目前進行的評量有一大部分是考量醫院成本的差異估算，已超過 RBRVS 的醫師投入，為避免混淆，本人不建議使用 RBRVS 的名稱，而可考慮直接強調是以「資源投入」觀點進行修正。
- 四、健保業務執行計畫中，健保局所提之願景、使命係以該局為主體，而非如審議報告看似針對 102 年度業務執行計畫

的寫法，所以應加註「健保局」，因為願景、使命是以機構為主體，而不應是針對某一年度的執行計畫。

#### 楊委員漢淙

- 一、本人認為盧委員瑞芬所言有關 RBRVS 之意見，請健保局予以重視，因為盧教授曾跟隨哈佛大學蕭慶倫教授，所以她是在台灣對 RBRVS 最瞭解的。
- 二、為何醫院團體擔心健保局採 RBRVS？主要是因模仿他國一小部分，卻延伸很多種作法，讓醫院更為繁忙，實非必要。

#### 劉委員玉蘭

- 一、回到剛剛的問題，本案更新資料第 3 頁第 4 點，屬於低收入戶之投保人數議題，若由於經濟情況轉好，其因就業而歸到第 1 類投保人數，所以與內政部資料不一致，則可以接受低收入戶之投保人數較前期負成長，有關審議意見之「另依內政部統計 100 年 12 月底低收入戶人數已達 314,282 人，建議 102 年預估數應參考其成長率，較能符合實際狀況。」建議刪除。
- 二、更新資料第 4 頁，有關第 1 類平均投保薪資乙節，本人認為連 97 年金融風暴時，該類平均投保薪資都稍微上升，然 102 年卻預估為負成長，與近年來因工資調整呈現上升趨勢不符。本人同意李委員永振意見，應將民間企業調薪等影響因素納入考量，以更真實反映趨勢，然李委員永振認為也應將 100 年公務人員調薪 3% 因素納入考量，本人不太贊同，因 102 年預估成長率與 100 年公務員調薪無關，此部分宜再斟酌。

## 滕委員西華

- 一、首先針對保費收支預估，不管是 101 年 7 月 1 日或 102 年 1 月 1 日實施健保新制，健保都是苟延殘喘，如果說得這麼多仍要實施，就不如 101 年 7 月 1 日實施，因為橫豎結果都一樣。本人完全無法同意本案之預算報告，因所估列保險費率與補充保險費係非本人所能理解，例如一般保險費率以 4.91% 估計，包括政府應負擔保險經費扣法定收入後金額至 36% 之差額及補充保險費合計為 528.7 億元，支出與收入差距 531.65 億元，即使補充保險費都收到，當年度就會短絀，所以出現安全準備低於 1 個月，此概算基礎完全錯誤，本人反對實施健保新制。
- 二、102 年業務執行計畫第 10 頁，實施計畫目標 1. 落實執行補充保險費收繳業務及監控，將輔導股票上市公司列為重點，但為何只有他們？他們是相對優勢，因其已有很多會計師在幫忙，但包括非政府組織（NGO）等很多義務扣繳單位，都不知我們做什麼，所以宣導對象是不對的。
- 三、102 年業務執行計畫第 14 頁，實施計畫目標 4. 強化及落實無效醫療管控，執行方式為委託「無效醫療之定義及如何利用健保資料分析其費用之研究」，目前國內很難定義無效醫療，怎能以此為研究題目，本會幕僚所擬之「不當耗用醫療資源」或高耗用醫療資源之名稱較中性，台大醫院柯文哲醫師曾說台大醫院某病人使用葉克膜維生系統，本應早就拔除，但亦不知病人繼續使用是否會存活或死亡，所以無效醫療存有很多爭議，宜先清楚定義，勿將病人或其家屬污名化。
- 四、業務執行計畫第 18 頁，實施計畫目標 3. 辦理山地離島地

區醫療給付效益提升計畫，其執行方式並未反映山地離島無固定醫師看診之困境，例如蘭嶼島屬於巡迴醫療範圍，醫師不固定，醫病關係建立困難，蘭嶼島上婦女需搭飛機至台東縣產檢或生產，因巡迴醫療時間可能與應該產檢或生產時間不一致，另外看診的科別也不固定，蘭嶼島上失智症與精神病之鑑定發生問題，係因島上無醫師可進行鑑定工作，甚至無神經內科常備用藥等，這些缺失都應改善，不是民眾滿意度達 90% 以上就好。

洪組長碧蘭

有關輔導門診高利用保險對象部分，執行方式包括郵寄慰問函、電訪或親訪等，建議針對重大傷病患者，以親訪或電訪為之，讓其感覺舒服一點。

劉主任委員見祥

對於委員的意見，請健保局說明。

戴局長桂英

- 一、102 年度業務執行計畫及保險收支預算在提報衛生署核定前，依法須先由監理會審議，謝謝委員們非常用心審視，本局會依委員意見修正，使業務計畫及預算更能切合實際需要。
- 二、有關 102 年預估第 5 類低收入戶投保人數，劉委員玉蘭針對審議意見(二)業務執行計畫部分第 4 點中，建議刪除「應參考內政部統計人數(低收入戶人數已達 314,282 人)，較能符合實際狀況」乙節，本局非常感謝。對於委員的質疑，做一簡短說明，預算推估人數與內政部統計人數會有差異，係因比較基礎不同的關係。102 年預估第 5

類投保人數為 313,095 人，但由於 101 年預算書編列當時預估為 317,217 人，而在 101 年 2 月份業務執行報告中實際人數為 300,521 人，所以 102 年度投保人數與預算書比較會呈現下修，但如果與業務執行報告的人數相比，則呈現成長。本案會依委員建議修正相關數據。

#### 鍾委員美娟

- 一、102 年度業務執行計畫第 4 頁，第 4 類被保險人營運量推估值投保人數下降 1.54%，但營運值卻增加 32.47%。而且矯正機關受刑人納入健保後，人數應大幅增加，為何反而下降？
- 二、兵役法自 100 年 12 月 28 日修正公布後，83 年以後出生役男只需接受 4 個月教育訓練（即代替服役期），兵役制度的改變，將會影響健保第 4 類被保險人人數的推估，請健保局分析其影響評估。
- 三、第 1 類被險人平均投保金額預估為負成長的問題，部分原因可能是因為預估費率由 5.17% 降至 4.91%，建議健保局應於備註中說明。
- 四、依 102 年度業務執行計畫第 5 頁，政府須負擔健保經費至少 36% 之差額補助編列 293 億元，以衛生署所稱目前政府健保負擔比例為 34%，二代健保實施後調整至 36%，兩者相差僅 2%，但為何 102 年度編列數卻高達 293 億元，高達總支出之 6%？即便未來費率降低，政府其他法定補助的部分可能會減少，但減少幅度會那麼大嗎？有關精算的細節部分，我私下再請教健保局財務組。

## 干委員文男

- 一、102 年度業務執行計畫與 101 年度類似，健保局不能得過且過年年過，每年應有較創新的作法。
- 二、運用健保 IC 卡就醫資料可以有效管控醫療費用異常情形，本會委員一直關切健保 IC 卡改善規劃的情形，但 102 年度業務執行計畫並未列入。請問健保 IC 卡改善計畫的推動是衛生署或健保局的職責？請負責的單位說明規劃進度，並將健保 IC 卡改善規劃情形納入業務計畫中。
- 三、審議意見表計畫重點之第 6 項「加強查處違規院所，提升查處品質」目標，應有積極作為，建議修正為防止違規，而非加強查處，因為預防較防弊更重要。

## 劉委員玉蘭

- 一、101 年 3 月 23 日監理會暨費協會聯席座談會中，與會學者提及，以目前 5.17% 費率精算，未來幾年健保收支可維持平衡；至二代健保實施後，費率若下降，下降的部分並以補充保險費挹注，所以亦可維持財務平衡。
- 二、保險預算部分之審議意見提及，第 1 類被保險人平均投保金額未能真實反映薪資成長趨勢乙節，即使於金融風暴發生時，第 1 類被保險人平均投保金額仍為正成長，但 102 年預算反而呈現負成長，難道 102 年的經濟情況會比金融風暴時還嚴重嗎？這是不合理的。由於第 1 類被保險人人數最多，我建議第 1 類被保險人平均投保金額成長率應調整為正數，否則預算推估數值與上週聯席座談會的費率精算不一致。其實對於健保財務推估不用太過悲觀，且勞委會王主任委員如玄已宣示 102 年將調高基本工資，保險費收入應可隨之增加。

## 李委員蜀平

- 一、健保 IC 卡上傳作業之推動，全國社區藥局之藥師極力反對下，因為藥事服務費太低，而且每筆處方要一筆一筆鍵入，不符合方便性與經濟效率，但全聯會立場要請藥師完全配合，因為這是健保局與所有醫療體系的政策，但如果上傳作業繁複，又須將重要醫令、藥品及處方等資料輸入，而且藥事服務費太低與醫師診察費相差計約 9 倍以上，又沒掛號費，對藥師而言極為不公平。建請健保局最快速更改電腦程式，建議可直接匯入民眾就醫處方資料，以簡化社區藥師調劑藥品時的行政作業，並可減少錯誤率，達到用藥安全。
- 二、健保局已實施 7 次藥價調查，請問藥價調整後再刪除藥價有法令依據嗎？7 次的藥價調降已對我國發展製藥工業及生物科技發展產生嚴重影響。台灣藥價與國際間比較，藥品價格已屬偏低，以臺灣這小島在人口及土地之比例來說，我們的製藥工作算先進且嚴謹，從 GMP(Good Manufacturing Practices；優良藥品製造標準)及 cGMP(Current Good Manufacturing Practices；現行優良藥品製造標準)到現行的藥品，都須強制通過國際 PIC/S GMP(國際醫藥品稽查協約組織藥品優良製造規範)的品質條件，顯示我國製藥工業水準很高。建議藥價調整時應考量藥品市場的需求，否則我國發展製藥工業與生物科技的前景堪慮。

## 祝委員健芳

對山地離島地區，除以現行醫療給付效益提升計畫(Integrated Delivery System，簡稱 IDS 計畫)，提供巡迴

及定點門診等醫療服務外，建議衛生署亦能研議在公費醫學生簽約內容中，要求其在 12 年之簽約期內，需配合政府政策於山地離島醫療院所服務，以解決偏遠地區長期醫療資源不足之問題。

李委員蜀平

IDS 計畫藥師不可支領藥事服務費，可能過去山地離島地區無藥師，但現在幾乎各地區都已聘有藥師，建議如果藥師有參與應給付藥事服務費。

黃副局長三桂

委員的意見將列為本局修正計畫時之參考。現先請企劃處張代理組長鈺旋說明健保 IC 卡規劃的情形。

張代理組長鈺旋

健保 IC 卡改善計畫正陳報行政院核定中，在行政院核定後，本局會報告最新進度。

黃副局長三桂

- 一、健保 IC 卡改善計畫本局已陳報衛生署，因所需經費龐大，須上呈行政院核定。俟本案核定後，本局會至監理會報告。
- 二、另有關滕委員西華、鍾委員美娟及李委員蜀平垂詢事項，請蔡組長淑鈴說明。

蔡組長淑鈴

- 一、滕委員西華對於本局引用無效醫療進行委託研究的意見，本局係依據二代健保法第 72 條規定：「為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提健保會討論後，報主管機關

核定。」母法已將「無效醫療」列入，因外界尚不瞭解其定義，爰委託研究加以釐清，否則健保局無法執行，也易引起外界爭議。

- 二、山地離島及偏鄉地區因醫療資源不足，由平地不同醫療團隊提供醫療照護服務，若承作醫院長期穩定支援，可由專科醫師輪流固定開診，其異動較小。但部分離島醫療資源極度缺乏，例如蘭嶼，只有衛生所但無常駐醫師，完全依賴本島醫師的支援，加上前往蘭嶼的交通安排非常困難，致醫療服務比較不穩定，這是目前要努力改善的地方。
- 三、山地離島及偏鄉地區若有藥師參與巡迴醫療或衛生所的醫療照護，依據行政院衛生署食品藥物管理局(TFDA)的解釋，藥師無法支援巡迴醫療服務。我們歡迎藥師團隊參與IDS，未來可與衛生署洽談，於合法範圍內配合處理。
- 四、門診高利用保險對象輔導專案計畫，並不含重大傷病患者，係針對全年門診就醫次數 $\geq 100$ 次保險對象，約33,000人以郵寄慰問函、電訪或親訪等軟性方式進行輔導。
- 五、社區藥局反對健保IC卡的資料上傳，然民眾就醫必須有完整紀錄，即使處方箋釋出至社區藥局我們堅持也應有紀錄。爭議點在於處方應由誰寫入健保IC卡，我們希望應由藥局寫入，因為醫院釋出處方箋，若民眾尚未拿藥即已將處方寫入健保IC卡，會讓下一位看診醫師誤會病人已服務該次藥品。請李理事長多與社區藥師溝通。
- 六、至於公費生搭配IDS的意見，因公費生制度為衛生署醫事處的權責，相關意見可提供衛生署參考。

黃副局長三桂

劉委員玉蘭對於第 5 類被保險人於 100 年底與 101 年初的人數（中央健康保險局 2 月份業務執行報告第 3 頁，第 5 類被保險人人數 100 年底:310,273 人；101 年 1 月底:300,521 人），兩者相差約有 1 萬人的質疑，請洪代理組長清榮說明。

洪代理組長清榮

第 5 類被保險人為合於社會救助法規定之低收入戶成員，內政部每年年底會重新清查該類被保險人是否符合資格，若有經濟情況改善或條件不符者則予剔除，因此當年底與次年初第 5 類被保險人人數會有些差異。

黃副局長三桂

委員關心財務與費率推估的部分，請鄧組長說明。

鄧組長世輝

- 一、鍾委員美娟提到第 4 類被保險人人數的推估，是否考量兵役制度改變及受刑人納保的因素。這兩項變動因素在評估時，確實都已納入考量。至於第 4 類被保險人人數逐年減少，係配合最新的兵役政策，102 年至 105 年將分階段逐步實施募兵制，因此該類之人數預估將會逐年遞減。
- 二、政府差額補助估算與現行補助款的比較，並非僅是表面上的 2% 差異，事實上其影響因素較為複雜。若實施二代健保，費率經健保會審議後可能下降，政府法定應負擔保費補助的基期就會變小。如此，政府負擔補助款的收取好像會有「先蹲後跳」的情況，首先基期變小，然後加上政府負擔的補充保險費及差額補助，所以，二代健保實施後，政府每年度負擔之保費補助款，雖較目前增加僅 2%，但經費的結構及內涵與過去是完全不同的。如果鍾委員美娟

還有疑慮，細節部分我們可再向委員說明。

- 三、劉委員玉蘭提及第 1 類被保險人平均投保金額應真實反映薪資成長趨勢乙節，102 年第 1 類被保險人投保金額與 101 年的預算書比較，呈現負成長，主要原因是因 101 年預算於 100 年初編列時，假設金融風暴已結束，預估 101 年經濟復甦，保費可以大幅成長，但實際情況不如預期，所以 101 年推估數較實際金額高。如果重新推估 101 年第 1 類被保險人投保金額，以此為基期重新推估 102 年第 1 類被保險人投保金額，則成長率約為 1.97%，亦即還原實際情形推估，每年仍可呈現正成長。

劉主任委員見祥

請問各位委員還有其他垂詢嗎？

李委員蜀平

- 一、蔡組長淑鈴對於我所提健保 IC 卡資料上傳作業的建議，似有些誤解，社區藥師對於 IC 卡資料上傳，雖有些反彈，但在全聯會堅持下，都願意配合健保政策，只是希望醫師能將 IC 卡與處方連接，以方便藥師調劑。
- 二、醫師及護理人員參與 IDS 巡迴醫療或衛生所的醫療照護均有給付費用，唯獨藥師不能，基於同工同酬的理念，希望藥師參與 IDS 計畫也有藥事服務費。
- 三、另外請教有關藥價調整的配套措施，健保局還沒有回答。

干委員文男

可否在健局回答之前，我先提個問題。陳報行政院之健保 IC 卡改善計畫，是否包括經費估算？健保局最好不要單打獨鬥，或可將相關資料提供本會委員，以從旁協助，如此通過的機會

可能較高。

黃副局長三桂

健保 IC 卡改善計畫經衛生署及行政院核定後，本局會到監理會報告。

施專門委員志和

- 一、現行全民健康保險法第 50 條賦予保險人藥價調整及核定藥品價格的責任。健保局已辦理 7 次藥價調查，某些藥品確實可能受到影響，我們會審慎處理，並納入檢討。
- 二、二代健保法已將藥品醫療科技評估(HTA)及核價流程等作業納入規範，屆時本局會配合調整相關作業。未來進行藥價調查，會站在發展我國生物科技政策的角度思考，並參酌委員意見，做整體全面性的考量。

劉主任委員見祥

- 一、對 102 年度業務計畫，請增列「健保 IC 卡改善計畫規劃情形」；刪除審議意見中「另依內政部統計 100 年 12 月底低收入戶人數已達 314,282 人，建議 102 年預估數應參考其成長率，較能符合實際狀況。」乙段文字。
- 二、請中央健康保險局根據本案更新資料所列審議意見及今天委員口頭補充之審議意見，修正或說明所送 102 年度業務執行計畫及保險收支預算案，再依程序陳報衛生署，並副知本會。

吳委員淑瓊（會後書面意見）

對 102 年度業務執行計畫項目二，實施計畫目標 2. 推續推動「以病人為中心整合照護計畫」之意見如下：

- 一、同意審議意見。

二、另補充意見：避免本計畫淪為「長期」試辦計畫，有鑑於本計畫已進入「成熟期」，又因各院所推動的運作模式並不相同，因此建議健保局應即研議本照護模式如何納入正式給付系統之規劃。