

全民健康保險監理委員會
第 196 次會議紀錄

中華民國 100 年 9 月 30 日

全民健康保險監理委員會第 196 次會議紀錄

時間：中華民國 100 年 9 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

張委員永成

林課長敏華(代)

林委員啟滄

陳幹事蕙藝(代)

蘇委員錦霞

滕委員西華

陳委員武雄

何常務理事語(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

曾秘書長中龍(代)

黃委員建文

陳委員俊明

楊委員漢淙

呂委員明泰

楊科長順正(代)

祝委員健芳

陳視察淑惠(09:20 至 12:10 代)

柯委員綉絹

石委員發基

劉委員玉蘭

請假委員：

葛委員克昌

楊委員芸蘋

鍾委員美娟

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

劉組長慧心

林執行秘書宜靜

戴局長桂英

黃副局長三桂

蔡組長淑鈴

王組長怡人

賴專門委員立文

洪專門委員清榮

林專門委員阿明

施專門委員志和

周專門委員士恒

王科長淑華

黃科長莉瑩

蔡科長佩玲

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

紀錄：彭美瑩

本會

主席：劉主任委員見祥

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 196 次委員會議，謝謝大家撥冗參加。在會議開始前，先介紹新任之楊漢淥委員，渠係台灣醫院協會新出爐理事長，接續吳前理事長德朗擔任本會委員。

楊委員資歷相當豐富，公職生涯中，除 6 年借調到行政院第六組服務外，其餘時間都任職於衛生署，從最基層的科員晉陞到文官最高階 14 職等的副署長。此種從服務公職開始至退休且期間都在同一單位的公務員真的很少見，所以個人十分敬佩。楊委員目前除擔任醫院協會理事長外，也是亞洲大學董事/講座教授、台北市政府/台北市立聯合醫院顧問、醫院評鑑暨醫療品質策進會及台灣血液基金會董事等。相信監理會有楊委員加入，對健保議題的討論定多所助益。

另外，楊芸蘋委員尊翁日前仙逝，訂於本週日在高雄舉行告別式，特向各委員報告。

貳、報告案

第 1 案

案由：確認本會上(第 195)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、請中央健康保險局於本(100)年 11 月份委員會議提報有關安眠藥使用規範之檢討情形。

二、餘洽悉。

(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：100 年 8 月份全民健康保險業務執行報告，請 鑒察。

決定：洽悉。

(與會人員發言實錄詳附件 2)

第 4 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「民眾自費情形監控作業」專題報告，請 鑒察。

主席裁示：移下次委員會議報告。

(與會人員發言實錄詳附件 3)

參、討論案

提案單位：本會財務監理組

案由：行政院衛生署交議「全民健康保險法施行細則修正草案」，請本會就重要政策議題研議並提供具體意見乙案，提請 討論。

決議：考量委員收到本案資料之時間不足一星期，且為應委員期待提供週延之修法意見供行政院衛生署參考，爰本案先召開座談會，彙整委員意見後，提下次委員會議討論。

(與會人員發言實錄詳附件 4)

肆、散會：中午 12 時 10 分

【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

請楊主任秘書報告。

楊主任秘書慧芬

一、請委員翻開議程資料第 6 頁，本次的重要業務報告有三項，第一項是上次委員會議共 8 項決議(定)事項之追蹤建議，依照辦理情形，建議解除追蹤 4 項，繼續追蹤 4 項，最後結果將依委員議定事項辦理。以下向各位委員簡要報告：

(一)請看議程資料第 9 頁的附表，前 3 項是前次會議重要業務報告之決定事項，其中有關安眠藥之使用規範案、減緩癌症患者術後及放化療後副作用中醫住院給付案，都是繼續追蹤，本會將持續關心健保局的辦理情形，並適時請該局於委員會議報告。至於請健保局估算補充保險費案，該局預計於本年 12 月報告。

(二)第 4 項至第 7 項，是針對健保局 100 年 7 月份業務執行報告之決定事項，其中第 4 項，健保局已配合提前提供業務執行報告；第 5 項是有關總額部門點值之變動，請持續關注並適時與相關總額部門進行檢討案，100 年第 1 季西醫基層點值低於 0.9 元，健保局已於 8 月召開西醫基層支付委員會議進行分析及檢討。本二項建議解除追蹤。

(三)第 6 項是呼吸照護醫療費用成長快速，請健保局適時

於委員會議報告該費用之分布狀況案，健保局會適時提報，故繼續追蹤。

(四)第 7 項是有關基本工資調整對各類被保險人保費之影響，健保局已納入本次會議業務執行報告第 76 頁中，建議解除追蹤。

(五)第 8 項本會審議全民健康保險基金 100 年度半年結算案，健保局業於本年 9 月 8 日函復，並詳細回應本會審議意見，請委員參閱第 98 頁附錄 2，建議解除追蹤。

二、議程資料第 6 頁第二項報告，是健保局送來 100 年度立法院審定預算書及行政院核定之 101 年度預算書。主要的變動是 101 年預算案，健保局原以假設 101 年 4 月起實施二代健保來規劃收入，行政院主計處修正為 101 年 7 月起實施，詳細內容及相關數字的變動請委員參閱議程資料第 109 頁附錄 3。

三、議程資料第 8 頁第三項報告是健保局 8 月份函送本會相關資料：

(一)第 1 項是修正「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作業要點」，是健保局配合社會救助新制修改相關內容，詳細內容請委員參閱議程資料第 113 頁附錄 4，健保局本次業務執行報告第 77 頁也有詳細說明。

(二)第 2 項是健保局配合全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條「得以扣減金額抵扣停約或終止特約」之規定，訂定應行注意事項，詳細內容請委員參閱議程資料第 119 頁附錄 5。

干委員文男

- 一、追蹤事項第 1 項及第 2 項，建議繼續追蹤，並於報告後解除追蹤，請問何時可以進行報告？
- 二、行政院主計處審核之健保局預算金額，與健保局原先編列之預算金額，兩者差距很大，希望能詳細說明，此部分與議程資料第 109 頁至第 112 頁的內容有關係。

施專門委員志和

關於安眠藥之使用規範部分，健保局正在邀集神經醫學會及精神科醫學會進行討論，並計畫邀請干委員於會上補充說明。健保局會蒐集相關意見後，修正睡眠障礙評分表，以提供給所有有處方醫師參考。

戴局長桂英

請問能否於 12 月底或明年 1 月份進行報告？

施專門委員志和

可以。

干委員文男

本屆委員聘期到 12 月底，1 月份要報告給誰聽？

戴局長桂英

那就安排在 11 月份報告。

干委員文男

關於減緩癌症患者術後及放化療後副作用中醫住院給付案，我們的要求並不多，希望健保局能先進行試辦，待有具體成果，再擴大辦理。

蔡組長淑鈴

關於是否給付中醫住院，依照全民健康保險醫療辦法第 25 條第 2 項規定，中醫住院服務項目，由主管機關另定之。健保局將待主管機關有所決定後，再據以辦理。

干委員文男

聽說費協會已經完成 101 年度總額協商，似乎並沒有將此項列入，這是否意味我們還要再等待一年？

劉主任委員見祥

請衛生署代表洪組長簡要說明。

洪組長碧蘭

本案前次衛生署已回復貴會，由於涉及全民健康保險整體支付政策，未來在檢討支付制度時，會納入整體考量。

干委員文男

這與我們的想像有所落差，全民健康保險醫療辦法第 25 條第 2 項規定，中醫住院服務項目，由主管機關另定之。今天本人代表消費者提出建議案，衛生署應該在可試辦的範圍內，進行試辦，這不需要花用很多經費。若試辦可行，將來再納入一般給付範圍。目前衛生署已經有三十餘項試辦計畫，項目都沒有增減，本項試辦計畫可以讓最痛苦的病人在手術及化、放療後，稍微紓緩疾病的痛苦，是將錢花在刀口上，且可以救活許多人，希望能夠支持。

葉委員宗義

費協會協商明年度的總額預算，中醫部門的成長率全部被刪除，還被倒扣 2 億多元，預期明年中醫的問題還會很嚴重。若這案子通過，經費來源為何？

劉主任委員見祥

全民健康保險醫療辦法第 25 條第 2 項規定，中醫住院服務項目，由主管機關另定之。委員提出建議意見，本會已送請主管機關核參，相信經過這幾次委員會議討論，主管機關會進行具體研究。如同葉委員所述，試辦項目一直在增加，除項目內容外，也要考慮經費來源，主管機關會做通盤考量。本案之研議須有些時間，監理會幕僚會持續瞭解衛生署進度，待有明確方向及做法後，會在委員會議報告。

干委員文男

衛生署目前有三十幾項試辦計畫，許多項目在剛開始辦理時，也是沒有經費。本項試辦計畫使用的經費並不多，請衛生署思考內部有何經費可供運用，儘快試辦。

劉主任委員見祥

- 一、請將委員意見記錄下來，供衛生署研究參考。
- 二、101 年度預算數的金額變動，主要是基期的不同。健保局原以二代健保法將自 4 月 1 日實施來編預算，後經主計處通盤考量，請該局以 7 月 1 日實施二代健保法來編列預算，所以預算有所變動。

滕委員西華

- 一、議程資料第 6 頁，關於健保局 101 年度預算案衛生署審核意見之編列情形，為保險給付增列 3 億 9 千 6 百萬元，理由是健保罕見疾病等之醫療費用原係移撥 2% 的菸品健康福利捐挹注，但自 101 年度該經費改列入「菸害防制及衛生保健基金」中，所以，101 年度不再編列相關收支預算。但第 7 頁主計處卻是減列 1 億 8,000 萬元，自「菸害

防制及衛生保健基金」移列 1 億 8,000 萬元，挹注健保罕見疾病用藥費用。兩者看起來是一件事，但一個是增列，一個卻是減列。可否請健保局說明一下，究竟實際金額為何？

二、議程資料第 8 頁所提「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作業要點」修正，以及第 111 頁提到依法分配收入減列 4 億多元，其中之理由是原菸捐經費配合改為提供社會救助法新制補助中低收入戶健保費財源。即便將中低收入戶認定標準放寬，涵括救助對象自 1% 提升至 5%，但台灣的中低收入認定標準還是遠低於世界標準，還是會有 10%-15% 左右近貧者的存在，不能因為訂定中低收入標準後，就全部減列。依照全民健康保險法規定，還是要對近貧者有保費紓困措施。請健保局說明要從何預算因應經濟困難者之紓困？

三、同意健保局於 12 月份報告補充保險費。但是，既然主計處能審核減列健保局 101 年度預算有關保費收入部分，代表主計處能計算出補充保險費之金額，希望瞭解主計處及健保局 101 年預算預估時間的落差原因。

黃科長莉瑩

關於滕委員所關心本局 101 年預算案，衛生署與主計處針對保險給付有不同的審核意見，其差別在於，原先衛生署是增列，主計處在審核時，對衛生署增列的部分再予以減列 1 億 8 千萬元。

滕委員西華

從報告內容看起來不像，而且看不懂前因後果。

戴局長桂英

請本局相關同仁說明 101 年實際結果值。

賴專門委員立文

全部是保險給付增列 2 億 1 千多萬元。

滕委員西華

既然是保費全部減列，那為何會有落差？

戴局長桂英

- 一、主計處審核健保局概算時，是參考健保局的概估值，以及考量自 101 年 7 月 1 日起實施二代健保。健保局當初推估補充保險費時，參考二代健保法規政府要負擔 36% 健保費，與目前的 34% 相較，政府支出會增加。主計處在審核時，是考量明年國家財政情形，以及健保局的補充保險費推估值去做修正。
- 二、過去健保局曾爭取到菸品健康福利捐部分經費用於補助中低收入戶的保費。在社會救助法修正通過後，新增對近貧戶的保費補助，主計處在尋找財源時，找上菸品健康福利捐經費，理由是健保局已爭取到菸品健康福利捐經費補助中低收入戶，而社會救助法修正通過後，政府並不會重複補助同一群人。但考量補助的人數有可能會增加，所以才增加經費。從政府整體財政來看，這只是用公務預算或基金預算編列的差別。
- 三、葉委員所提出的意見，正好可以提醒我們，政府任何一項施政，需要增加支出時，必須考慮到財源。目前社會救助法的中低收入保費補助，最後是使用到菸品健康福利捐經費。

滕委員西華

實務上可能會碰到民眾確實需要補助，但卻不符合中低收入資格者的情況。

戴局長桂英

- 一、除了低收入戶及中低收入戶保費補助，健保局還有運用公益彩券及運動彩券回饋金、轉介公益團體、對弱勢團體解卡等照顧弱勢措施，去補充不足的部分。
- 二、101 年的預算就是以上述原則編列，委員所指正來得及修正的部分，健保局都已經配合修正預算書。有些是編列額度的問題，其屬財務調度上的問題，例如菸品健康福利捐由國健局統籌收取，調移用途或經費比率是擠壓衛生署的其他支出，我們其實不樂見，但這是中央財政不得已的財務調度。日後在可能的範圍內，相信國健局、衛生署或是將來的衛生福利部，都會爭取編列足夠的公務預算。

千委員文男

若是用菸品健康福利捐經費填補政府應負擔 36%經費不足的部分，等於是左手拿給右手，無法解決問題，真正一勞永逸的解決辦法，是編列足額的公務預算。依據菸害防制法所收取的菸品健康福利捐，是懲罰吸菸者。希望兩者能夠分開，不要玩數字新戲。

戴局長桂英

菸品健康福利捐經費是用於補助中低收入戶的保費，是今年 7 月起生效的社會救助法新增之額外補助。至於政府應該支應的 36%健保費，目前還是以公務預算編列，但是有比估計數不足的情形。因為還未實施，尚無法明確地說是否真的不夠。從

34%增加至 36%的新增政府經費，是由公務預算支應；來自國健局的菸品健康福利捐經費是用於補助中低收入的保險費，是衛生署限縮其他經費所勻出的。

劉主任委員見祥

- 一、請中央健康保險局於本(100)年 11 月份委員會議提報有關安眠藥使用規範之檢討情形。
- 二、餘洽悉。

報告第 3 案「100 年 8 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

謝謝戴局長詳細的報告，請問各位委員有無垂詢？

千委員文男

- 一、補充資料簡報第 4 頁「高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率」為紅燈，第 9 頁「醫院慢性病連續處方箋開立率」有逐漸增加的趨勢。一般來說，多診次通常與老人疾病較有關，與剛才蔡組長報告時提到的流感，不一定有關係，希望能更詳細分析說明。
- 二、由業務執行報告第 10 頁備註第 6 點：「截至 100 年 8 月底止，健保局短期融資之利息費用約為 82.55 億元，其中各級政府應負擔金額約 67.7 億元，健保局應負擔金額約 14.85 億元，各級政府已撥付利息金額為 49.58 億元」，可知各級政府應負擔利息，目前有 18 億元尚未撥付，請問到底有哪些沒按期撥付？健保局有無再提醒他們按期撥付？
- 三、業務執行報告第 22 頁表 15，健保訪查特約醫事服務機構統計，100 年 8 月份函送法辦 17 家次，件數很高，這會影響到後面的醫療行為及百姓醫療權益，請健保局詳細說明函送法辦案件的情形。
- 四、日前報載苗栗地區有密醫掛牌看診的情況，最近又常聽到很多醫師抱怨醫師過剩的問題，讓人搞不清楚醫師現在到底是過多還是不足。很訝異以台灣目前的社經狀況，居然

還會有密醫的存在，請問健保局有何因應措施？

蘇委員錦霞

業務執行報告第 26 頁表 16-3 提到 100 年 7 月份罰鍰金額 40 萬元，與查處追扣金額及輔導追回金額差距非常大。另，新的健保法第 81 條規定，以不正當行為申報醫療費用者，應處以申報醫療費用 2 倍至 20 倍之罰鍰。請問健保局如何處理罰鍰？違規的件數這麼多，罰鍰的金額卻很少，是否有處罰過輕的情況發生？

曾秘書長中龍（李委員蜀平代理人）

補充資料簡報第 18 頁「處方箋釋出率(西醫基層)」及第 19 頁「慢性病連續處方箋釋出率(醫院)」，請問釋出率的計算基準是什麼？建議醫院數據的分母，能標明是在醫院或是社區藥局調劑明確數據。據個人瞭解，至社區藥局調劑的比率非常低。社區藥局關乎基層防護網及衛教公衛網，若經營環境困難，對社區是非常不利的。

吳委員淑瓊

補充資料簡報第 22 頁「出院後 3 日內急診率」及第 23 頁「出院後 14 日內再住院率」，可以看出 DRGs 住院案件與非 DRGs 住院案件差異非常大，特別是非 DRGs 住院案件的出院後 14 日內再住院率，明顯高於 DRGs 住院案件，而且呈現上升趨勢。請問健保局有無探討原因？是因為收案不同或嚴重度不同？還是照護品質的問題？還有醫院間的差別如何？

滕委員西華

一、針對剛剛干委員提到的函送法辦 17 家次，前幾次會議都曾提過，希望健保局能針對移送法辦部分，詳細做說明。

- 二、業務執行報告第 70 頁有關健保局調查各轄區特約醫院主動將檢查(驗)結果通知病患之情形，肯定健保局的做法。本人之前就一直反映，平均門診次數增加可能與回診看檢驗報告有關，很高興看到有具體且便民處理結果。但是，從健保局這次的報告，看不出署立醫院有無全面配合此項政策，只看出東區業務組有列出署立醫院，不知道是其他署立醫院做得不好？還是根本沒做？此外，不知健保局有無針對此措施發布新聞稿，希望能讓民眾知道。健保局應該要大力宣導，並將這些醫院的名單，公布在健保局網站上。
- 三、業務執行報告第 77 頁全民健康保險保險對象申請菸品健康福利捐自付保險費作業要點修正情形，與議程資料第 115 頁的附錄 4 做比較，修正後的第 4 點有關補助國民年金保險被保險人部分，僅對被保險人的綜合所得稅率未逾百分之六有限制，卻無利息限制。其實，有些國民年金保險被保險人的存款很多，這些人雖然是以全民健保的第 6 類身分納保，但還是有其他收入。個人覺得規定應該一致比較好。該要點第 10 點第 3 款第 1 目有利息限制，建議國民年金保險被保險人部分，最好也要有利息限制。
- 四、業務執行報告第 13 頁表 9 全民健康保險安全準備提列情形，公益彩券、運動彩券及菸品健康福利捐分配收入，用於挹注健保的比率非常低。奢侈稅(特種貨物及勞務稅條例)第 24 條規定，該項稅課收入，循預算程序用於社會福利支出，其分配及運用辦法，由中央主管機關及社會福利主管機關定之。請教衛生署及健保局，是否瞭解行政院有無打算撥補一定比例之金額，挹注健保。

盧委員瑞芬

- 一、業務執行報告第 67 頁表 25 醫療費用核減統計，關於核減率的定義，分子是已核付家數申請點數減去已核付點數，分母為已核付家數醫療費用，但因分子不含部分負擔，分母含部分負擔，所以核減率會較小。計算比率時，分子與分母的定義範圍應有一致性，否則容易誤導讀者。請教健保局，為何如此計算？
- 二、補充資料簡報第 22 頁「出院後 3 日內急診率」及第 23 頁「出院後 14 日內再住院率」，DRGs 住院案件與非 DRGs 住院案件代表的範圍為何？DRGs 住院案件是否為第一階段的 155 項，而非 DRGs 住院案件則是其餘尚未實施 DRGs 的 800 多項？或為同疾病，以 DRGs 支付及不以 DRGs 支付的比較。如是前者，則這樣的比較方式，會有誤導情形，因為兩者無法直接比較。當 DRGs 納入更多項目時，趨勢會上升，非 DRGs 曲線會下降，不宜以此說明 DRGs 的實施成效。

楊委員漢涇

- 一、業務執行報告第 21 頁全民健保特約醫事服務機構家數統計，從 93 年 12 月至 100 年 7 月間，西醫醫院家數從 531 家減少到 481 家，7 年間減少 50 家。業務執行報告第 39 頁，醫院部門第 1 季平均的點值已降至每點 0.9179 元，第 2 季的預估值更降至每點 0.9103 元。長此以往，會讓醫院越來越不易經營，請重視醫院的營運空間。
- 二、業務執行報告第 25 頁表 16-2 特約醫事服務機構查處統計，99 年有 87 家醫院受違規處分，占 18.05%，請健保局提供詳細資料給台灣醫院協會，作為自律檢討改善之用。

- 三、全民健保醫療業務監理指標有正、負向，請能改為同向，較易閱讀。
- 四、西醫基層及醫院的慢性病連續處方箋開立率，既然都已達目標值，為方便病人，建議目標值可略為提高。
- 五、全民健保醫療業務監理指標中的出院後再急診率、再住院率，請考慮比較對象的一致性。

劉主任委員見祥

就上述委員的意見，請健保局簡要說明。

蔡組長淑鈴

- 一、關於干委員所提「高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率」，是 100 年上半年監測結果唯一的紅燈，開立慢性病連續處方箋確實有助於高診次下降。高診次輔導計畫實施已有 5、6 年，最初是對 1 年就醫次數達 200 次以上個案進行輔導；最近 2 年，是 1 年就醫次數達 100 次就予以個案輔導。輔導率雖然不高，但輔導人數也不算少。經分析這群人的特性，發現四、五成與精神疾病有關。健保局輔導這群人，費時費力，不僅同仁做輔導，也拜託病人主要就醫醫院介入輔導，甚至啟動精神醫師出面輔導，個案間存在異質性，而且疾病型態也不同。
- 二、關於補充資料簡報第 18 頁「處方箋釋出率(西醫基層)」及第 19 頁「慢性病連續處方箋釋出率(醫院)」，希望分母能將醫院及藥局部分分開，請委員可以參考健保局的醫療費用支出半年報數據。
- 三、補充資料簡報第 22 頁「出院後 3 日內急診率」及第 23 頁「出院後 14 日內再住院率」，DRGs 住院案件是分 5 年導入

的項目，第 1 年是 155 項，目前是 164 項。因兩類係指不同項目，無法直接比較，但我們可以對同一類項目做不同時間點之比較。本張圖表，是希望讓委員看到兩者的趨勢走向。以出院後 3 日內急診率為例，上面的曲線為非 DRGs 住院案件，下面的曲線是 DRGs 住院案件；前者的趨勢是微幅往上，後者的趨勢，則是微幅往下。DRGs 支付制度的精神是前瞻性、包裹式支付，審查重點是看個案的再急診率及再住院率，經過進一步瞭解個案是否為因同一疾病再急診，若是，則不再支付再急診費用，目的在確保 DRGs 案件的完整性及病人權益不受損。至於論量計酬案件，並沒有建立案件的相關連結，較無品質連結作用。所以，我們期待 DRGs 制度能夠逐步導入，這也是全世界的趨勢，本張圖表是應委員要求而提供。

周專門委員士恒

- 一、有關函送法辦案件，內容與業務執行報告第 24 頁健保特約醫事服務機構查處統計備註欄的 7 月份違規類型簡要分析很類似。例如，三之(六)虛報醫療費用逾 25 萬點有 2 件；三之(二)未經醫師診斷逕行提供醫事服務及同日多刷健保 IC 卡，錯開日期虛報醫療費用有 1 件，各該屬虛報費用案件，都會被終止或停止特約且函送法辦。
- 二、委員所提報載之苗栗醫院案件，是非具醫師資格執行醫療業務，屬於密醫，違背醫療法規，情節很嚴重，所以當然也會函送法辦。
- 三、關於罰鍰金額，剛剛委員所引用的全民健康保險法第 81 條條文之規定，處以申報醫療費用 2 倍至 20 倍之罰鍰，是尚未實施的條文；目前使用的是現行全民健康保險法第

72 條，為申報醫療費用的 2 倍罰鍰。新法生效後，罰鍰金額會提高。

四、新修正之全民健康保險法第 81 條亦規定，保險人應公告違法事實情節重大之醫院名稱等。目前健保局網站已公告被處停約以上之違規醫療院所名單，該名單並會公開 6 個月，相關資料大家都可上網查看。

戴局長桂英

業務執行報告第 22 頁的表 15 全民健保訪查特約醫事服務機構統計，100 年 8 月函送法辦的 17 家次，能否比照表 16-1 備註的方式呈現？

周專門委員士恒

沒有問題，兩者內容幾乎一致，僅有時間之落差。

戴局長桂英

- 一、既然委員需要，那麼本局就呈現出來。
- 二、感謝台灣醫院協會楊理事長主動表達希望本局提供資料以利醫事團體自律，協會可以於會後與本局討論如何提供。目前相關資料都會在網站上公開 6 個月。

施專門委員志和

業務執行報告第 67 頁全民健保門、住診醫療費用核減統計，有關核減率，目前是用已核付家數申請點數減去已核付點數，如此表示，較為貼切。

戴局長桂英

有關業務執行報告第 67 頁表 25 醫療費用核減統計中之核減率定義，本會將於再確認後向委員說明，並於下次會議報告。

賴專門委員立文

干委員所提業務執行報告第 10 頁各級政府應負擔保險費補助款收繳狀況之備註 6，健保局融資利息費用約 82.55 億元，其中各級政府應負擔金額約 67.7 億元，目前尚有 18 億多元未撥付，主要是台北市政府約欠 16.5 億元，高雄市政府欠 1 億多元，新北市政府約欠 0.5 億元。利息費用健保局每半年開單一次，上半年費用於 7 月份開單，目前有些院轄市還在作業中。高雄市政府及新北市政府都會先支付利息，但台北市政府的做法是先還本金，利息擺在後面。本局目前正與台北市政府溝通，希望台北市政府能先償還利息，將來並會在備註欄中加入欠費明細。

洪專門委員清榮

關於申請菸品健康福利捐補助自付保險費，國民年金保險之被保險人並未排除利息部分，由於內政部提供的國民年金保險資料已初步做過財產審核，健保局則是利用現有資料，再做篩選。未來，檢討菸品健康福利捐補助自付保險費作業要點時，會再洽內政部提供意見，考量是否將利息納入申請條件。

戴局長桂英

關於醫院主動將檢查(驗)結果通知病患的執行情形，本局並未特別將署立醫院的執行情形區分列出，未來將依委員建議，在適當時機向記者公開說明本項內容。

洪組長碧蘭

關於奢侈稅(特種貨物及勞務稅條例)，財政部在訂定「特種貨物及勞務稅稅課收入分配及運用辦法」時，曾徵詢衛生署意見，本署及健保局當時也非常積極爭取經費，希望能使用在健

保安全準備及照顧弱勢民眾上。但參加第一次會議討論時，發現其實際能收到的金額，與原先的預估，落差相當大，財政部要求相關部會再重新修正需求。但後來財政部函知衛生署，該辦法草案已修正為將該項稅收優先撥供國民年金保險中央應負擔款項之用，必要時，撥供支應其他經行政院核定之社會福利支出。因此，未來若國民年金財務情況有改善，衛生署仍可依該辦法草案第 3 條第 1 項規定，建請行政院核定該稅課收入分配挹注全民健保或經濟弱勢醫療協助等措施。

葉委員宗義

- 一、剛剛楊委員漢源提到醫院生存困難，個人認為健保局的經營更困難。台灣地區大大小小的醫療院所約有 2 萬多家，目前市面上看到的行業以金融服務業最多，銀行多，代表這個地區經濟情況好；但醫院多，代表生病多、病人多。將台灣地區人口數與 2 萬多家醫療院所相除，平均 1 千多人分配到 1 家醫療院所，但 1 家醫療院所 1 個月通常不只看診 1 千位病人。個人認為，最迫切需要關切的對象應該是醫師，其次是醫事人員，希望能優先關心這兩群人。
- 二、彰化地區某宗教醫院在當地擁有 7 家分院，如此規模，應該可以排入台灣百大企業的前十名。一個醫院規模居然可以擴張到這麼大，當然是有得到政府的許多優惠措施，而且據說該醫院的負責人是外國人。未來，彰化地區民眾若是至該院看病，很有可能被分配到其他分院住院，希望健保局能注意未來可能產生的醫療行為變化。

曾秘書長中龍（李委員蜀平代理人）

業務執行報告第 10 頁各級政府應負擔保險費補助款收繳情況統計的備註 3，台北市政府來函表示，將於 9 月 16 日償還

9.64 億元，請問是否已經償還？

賴專門委員立文

台北市政府已經償還該筆費用。

曾秘書長中龍（李委員蜀平代理人）

由業務執行報告第 10 頁表 7 各級政府應負擔保險費補助款收繳狀況，可以發現許多地方政府的欠費是前帳未清，後帳又產生，特別是財政最充裕的北、高兩市政府最嚴重，而且後帳金額比前帳還高，如此下去，民眾會如何看待？可以瞭解健保局有為難之處，但監理會負責監理健保財務，且有付費者代表，所以個人認為監理會應該要向這兩個地方政府發聲，要求該繳的費用都應繳清，這完全看縣市政府在上位者要不要還而已。

楊委員漢淶

- 一、本人發言所提到的醫院家數，是指健保局業務執行報告第 21 頁表 14「全民健保特約醫事服務機構家數統計表」的「西醫醫院」數據，從最上面的 93 年 12 月的 531 家，減少至 100 年 7 月的 481 家，7 年減少 50 家。當然醫院家數減少有很多原因，不能完全歸責於健保，但健保是主要原因之一。
- 二、關於剛剛委員提到的財團法人彰化基督教醫院，之所以會有七、八家分院，是因為私立醫院經營不下去，才委託其經營，例如鹿港百川醫院就是經營不下去，才委託該院經營。台灣中部的彰化、南投地區有許多小醫院都面臨關門的壓力。醫院、西醫診所及中醫診所雖然都是看病，但在經營條件上，是不一樣的。

滕委員西華

- 一、個人反對全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條，新增得以扣減金額抵扣停約或終止特約之規定，之前曾發生過高雄醫學大學附設中和紀念醫院詐領健保費，情節非常重大，但我們同意可以扣減金額替代停約或終止特約，等於是圖利有錢的財團醫院，而沒有錢的醫療院所或小診所只好被停約或終止特約，例如財團法人天主教若瑟醫院。建議健保局的相關報表應區分，到底有哪些案件原來被停約或終止特約，但是改以扣減金額抵扣。
- 二、補充資料簡報第 24 頁「新增洗腎病患腹膜透析占率」，腎臟醫學會表示，臨床無血液透析病患改為腹膜透析之可能性，監理會實際訪查時，也僅發現到 1 名個案，而且是因為緊急洗腎。健保局應該關切的是，有沒有辦法讓新增洗腎病患使用腹膜透析。腎臟醫學會的說法不負責任，應該是要評估有哪些個案本來可以使用腹膜透析，若學會無自律機制，則不應交付他們專業審查。

千委員文男

- 一、業務執行報告第 70 頁的健保局調查「各轄區特約醫院主動將檢查(驗)結果通知病患」之情形，感謝這些主動提供通知的 323 家醫院，以及健保局與主管機關的努力，希望所有的醫院都能夠主動提供檢查(驗)結果。
- 二、最近接獲民眾反映，對國健局主動提供的健康檢查，表示贊許，該位民眾平時沒有注意自身狀況，但是經過國健局提供的健康檢查時，發現疾病，並得到妥適的照護。該項健康檢查有年齡限制，且篩檢項目也有限，希望國健局可以擴大年齡層及增加篩檢項目。
- 三、站在社會正義的角度，希望健保 IC 卡能註記愛滋病，讓

醫師可以從 IC 卡上看到資訊，並做好預防工作，如此，就不會再發生類似台大醫院愛滋病病患器官捐贈事件的失誤。

盧委員美秀

業務執行報告第 78 頁的附錄一，目前各聯合門診中心之虧損，8 月份為 928 萬餘元，100 年 1 月至 8 月累計則達 2 千 581 萬餘元，是否考量委託民間經營的可行性？

戴局長桂英

- 一、健保局一直持續注意地方政府欠費問題，高雄市政府的問題是因為財政困難，特別是現在高雄市又納入原高雄縣；台北市政府部分，則是非設籍台北市市民之保費補助款認定問題。目前行政院主計處已釋出善意，健保局也會努力追回欠費。
- 二、滕委員所提反對全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 39 條，新增得以扣減金額抵扣停約或終止特約之規定，這個辦法目前已經實施，且連財團法人天主教若瑟醫院都提出申請。之所以同意抵扣，是希望不要影響當地民眾的就醫權益，對醫院而言，損失是一樣的。
- 三、同意委員所說「應該要想辦法提高新增洗腎病患以腹膜透析為治療模式之占率」。
- 四、關於委員所提，所有醫院都應該主動將檢查(驗)結果通知病患，健保局會透過與醫院的共管平台，鼓勵醫院配合，相信醫院經營者看到提供此項便民措施後，可以吸引更多病人，一定會樂意配合。
- 五、關於國健局利用菸品健康福利捐經費做疾病篩檢，健保局

會代為轉達民眾的感謝。因為該項經費由國健局統籌收取，所以該局有較寬裕的經費，但經費仍是有限的，難免要對年齡有所限制。關於能否放寬年齡及增加檢查項目的建議，相信國健局當初規劃篩檢計畫時，一定有納入考量，並選擇篩檢效果較好的項目執行。委員的意見會一併轉達。

六、希望能基於社會正義，在健保 IC 卡註記愛滋病乙事，健保局配合衛生署及疾病管制局與外界的討論共識辦理。

七、盧委員關心健保局聯合門診中心虧損及可否委託民間經營等問題，在 99 年健保局改制為行政機關的同時，行政院要求自當年起，高雄門診中心及台北門診中心最多再經營 3 年及 6 年。健保局也曾考慮是否將高雄門診中心委外經營，但高雄市醫師公會持反對立場，因為高雄市醫療資源已十分充足。雖然有些醫院表示，有意願接受健保局的委託經營，但考量到現階段要為二代健保的實施做準備，希望正職員工能儘量轉做健保行政工作。目前高雄門診中心已開始對看診病人預做妥善安排，若病人需要轉院，會配合提供完整病歷資料。台北門診中心也面臨類似情況，也有醫院表達希望接受委託經營，該中心目前只有負責醫師是專職醫師，其他醫師是各醫院支援，一個時段只給二千多元費用，屬於服務性質。門診中心的成本支出，最主要是人事成本，委員的關心，健保局會持續注意。

劉主任委員見祥

一、委員所垂詢問題，健保局戴局長及相關主管均已當場說明，有些並會在下次會議時報告，或將資料提供委員參考。另，楊委員漢淥所要求提供醫院違規資料，請健保局

於會後與台灣醫院協會溝通。

二、時間關係，委員如還有意見，可送本會幕僚轉請健保局處理。

三、委員意見送健保局參考。

四、餘洽悉。

【附件 3】

報告第 4 案「民眾自費情形監控作業」專題報告之與會人員發言
實錄

（主席徵得委員同意後，本報告案移至下次會議報告。）

【附件 4】

討論案「行政院衛生署交議『全民健康保險法施行細則修正草案』，請本會就重要政策議題研議並提供具體意見乙案」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

請衛生署洪組長簡要說明。

洪組長碧蘭

衛生署為配合健保法修正案，與健保局共同研擬健保法施行細則草案，期間並曾多次邀集署內相關單位及 3 會幕僚進行討論。本次交議之六大議題，尚未做政策決定，希望貴會提供具體意見，做為政策參考。特別是停復保規定，贊成與反對意見呈現兩極。衛生署會參考貴會意見，潤修草案後，邀請相關機關、團體討論定案後，再依程序進行預告、陳報行政院核定及公告。

劉主任委員見祥

本修正案是新的修正全民健康保險法的施行細則草案，請教各位委員意見。

蘇委員錦霞

修正條文多達 71 條，且委員本月 23 日才收到資料，距今不到一個禮拜的時間，還來不及與相關單位做討論，不太可能現在就提出具體建議。建議本案能緩議，待委員仔細研究所有條文後，再進行討論。

劉主任委員見祥

本案主要是交議六個重要政策議題，建議可先就這六議題進行討論，其他的部分，若來不及討論，委員可以透過監理會幕

僚，將意見送給衛生署，本案衛生署尚未對外做預告。

干委員文男

- 一、贊同蘇委員建議本案緩議的意見。
- 二、當初監理會被交議健保法修正案時，即要求對未來之施行細則修正，應做逐條討論。不同的人對法條內容的解讀，可能會不相同，建議主席能另外找時間，請參與修法的人員，向監理會委員逐條說明法條內容。如此，我們將來到基層去宣導時，可以很清楚的向民眾說明法條的字義。

何常務理事博基（李委員明濱代理人）

- 一、贊成其他委員所提緩議的意見。
- 二、修正草案第 8 條，有關在台居留期間 6 個月之定義，建議不宜過於嚴苛，以避免造成來台居留人士之困擾。
- 三、修正草案第 32 條 2 項、第 36 條至第 38 條都是待議，建議擬具完整停復保之相關條文，俾利討論參考。
- 四、修正草案第 59 條，有關醫療資源缺乏地區保險對象減免門診、急診及居家照護自行負擔費用之比率，均訂為 20%，是否與母法第 43 條第 1 項前段有違，尚待釐清。基於法律明確性原則，建議有關醫療資源缺乏地區之條件，應於施行細則訂定，以資明確。

滕委員西華

- 一、可以理解衛生署有進度的壓力，但光是衛生署交議的六大議題，本人初步看一下條文，就對其中的 12 條條文有意見。許多條文涉及人民權利，例如剛剛洪組長提到的停復保規定，規定是否太寬或太嚴？對本國人及外國人的規定是否不同？是否違反母法授權？還有，細則草案規定健保

會每年要公開年終業務報告，卻沒看到健保局要公開相關資訊之規定，監理會目前實際已主動公開實錄、議程，所以相關條文不是很洽當。

- 二、個人建議，若時間來得及，希望能給我們較充裕的時間研究及討論，雖然衛生署不一定參採監理會委員的意見，但只要能夠對二代健保盡一份心力，我們還是很願意提供意見。若是要馬上進行實質討論，光是我一個人，就可以講半小時，還是希望能多點時間討論。

劉委員玉蘭

- 一、贊同其他委員意見，另外再找時間詳細討論。
- 二、修正條文第 2 條規定，與以前我所提建議相符。現行的全民健康保險法施行細則與母法相違背，確實應該要修正。
- 三、建議修正條文第 32 條能與國民年金保險規定相同，規定在籍者都要繳交保費；若不在籍，則不必繳交保費。若仍維持現行條文，則還是有漏洞可鑽，有投機的機會，當然會有民眾贊成。建議規定所有在籍者，都要繳交保費；不在籍，就不必繳交保費，則無停復保問題。未來又有補充保險費，目前很多旅居國外的人士在國內投資股票，一樣要繳補充保險費，而且繳納保費者在國外生病，健保一樣會提供給付。

柯委員綉絹

- 一、贊同其他委員意見，另外找時間詳細討論。
- 二、請教衛生署在研擬施行細則時，針對涉及相關機關之條文，是否邀集相關機關先進行討論？例如補充保險費與所得稅法有關，是否邀集財政部賦稅署討論？建議衛生署在

徵詢監理會委員意見時，亦可同步徵詢相關機關的意見，而且各機關之意見，亦可提供監理會委員討論時參考。

劉主任委員見祥

- 一、顯然多數委員有同樣看法，希望本案另外再找時間討論。
- 二、全民健康保險法施行細則草案內容錯綜複雜，若是衛生署有急迫性，建議委員加開臨時會討論；否則，建議本案移至下次會議討論。
- 三、建議衛生署亦可採納柯委員意見，現在就可以對外徵詢相關機關、團體的看法，同時將意見提供本會委員參考，相信將有助於本會提供更具建設性意見。

干委員文男

建議應該先徵詢老百姓的看法後，再送至監理會討論，如同立法院也是先召開公聽會後，再進行法案審查。本案的作業程序，似乎過於倉促。

楊委員漢淙

- 一、本案的模式似乎有點怪異，衛生署交議全民健康保險法施行細則的六大議題條文，請監理會表示意見，請問其他條文是如何處理？
- 二、細則是用於解釋母法，建議衛生署在交議法案時，應該將母法與子法的條文擺在一起，方便討論。
- 三、建議另外找時間，詳細討論本案。

洪組長碧蘭

- 一、衛生署所交議之六大議題，目前尚未有具體政策方向，現階段不太適合對外徵詢意見。本案係依循過去慣例，請監理會表示意見。本次交議案附有全部條文，監理會委員亦

可對其他條文提供意見。

- 二、對本案，監理會是要召開臨時會，或移至下次會議討論，衛生署都尊重，但希望能儘快提供衛生署意見。

楊委員漢源

洪組長的說法反而更容易讓人誤解，好像監理會討論的結果不算數，將來還要與很多團體討論。所以現在究竟要接受衛生署的交議；還是應請衛生署政策確定後，再送本會討論？不然，衛生署與其他團體溝通時，若要求某些條文不准改，理由是監理會已經討論過；或是與其他團體討論後，又將監理會通過的版本修改，則本會的討論結果不就不算數？應先釐清討論本案的性質，是屬於政策諮詢、意見溝通、抑或是法案定案前的交議？

劉組長慧心

- 一、本案係配合修正的全民健康保險法修正施行細則，由健保局初擬草案，衛生署已邀集署內相關單位進行初步討論。在討論過程中，發現有許多議題涉及政策面，所以先徵詢監理會委員的看法，之後再研擬正式的細則草案，屆時會對外邀集相關機關、民間團體討論、協商，並進行法案預告、函報行政院及發布。
- 二、新公布的全民健康保險法於修正過程中，曾有段急速轉變的過程，有些原先預期不會留在二代健保的議題，因為時間太過緊迫，衛生署來不及將之提升到母法的位階。剛才洪組長所強調的停復保即為一例，故有些人認為母法沒授權，但也有些人認為需要保留，故衛生署希望先徵詢監理會委員意見。
- 三、若監理會委員覺得有必要，未來在細則定案前，可再送請

監理會委員過目。

劉主任委員見祥

- 一、經過劉組長的說明，相信各位委員已更明瞭，尤其是楊委員漢涑曾經是健保制度的起草人，一定更清楚本署的程序。
- 二、依監理會組織規程第 2 條第 1 項，保險政策之提供為本會掌理事項之一；同條第 2 項並規定，健保法及其施行細則之修正，應先提經本會研議後，送行政院衛生署核參。爰本案應該先釐清究屬於政策交議或法規交議。若只是政策交議，則監理會只針對這六大議題進行討論，衛生署將來還是要再向監理會正式交議法規修正案。

劉組長慧心

本案係依循過去慣例，交付監理會研議法案。若監理會委員認為二代健保非常重要，需要更謹慎處理，且關心草案後續修正進度，我們會向署內長官報告，建議草案預告後或報行政院前，再向監理會委員報告修正結果。

干委員文男

我們是希望衛生署能向監理會委員逐條說明條文意義，有無違背母法之虞，若與母法一致，相信很快就會完成討論。

洪組長碧蘭

干委員是希望衛生署於臨時會議或下次委員會議時，進行詳細說明嗎？

干委員文男

個人是希望另外找時間，請參與研擬法條者，向有興趣的委員

逐條說明法條內容，與母法是否相符，以及差異點。個人對停復保制度非常不滿意，無法理解為何要有進出？並認為一定要有等待期。之前曾聽很多醫師提及依親，許多人拿健保卡跑去看感冒，類似案例非常地多。建議現在不要進行實質討論，純粹表示個人看法。當然，這僅是我個人看法，也要尊重其他委員的意見。

劉主任委員見祥

請教各位委員有無其他意見。

李委員永振

- 一、建議這次會議不要進行實質討論。
- 二、本案是否可比照年度計畫等重要議案模式，請委員提供書面意見，再由專人整理，提下次委員會議討論，不一定要召開臨時會議。

劉主任委員見祥

- 一、看來本案是屬於政策諮詢，且今天也不適合進行實質討論。
- 二、建議另找時間召開會議研討，屆請衛生署代表向委員說明法條修正重點。

干委員文男

- 一、感謝主席可以歸納眾人意見，依照輕重緩急，釐出明確程序。
- 二、建議衛生署研擬具體草案後，一定要再正式交議。在這之前，希望先請衛生署向委員說明、解釋全部條文內容，相信本案可以很快完成。謝謝！

郭委員志龍

建議可以採同進步進行方式處理，一方面請委員仔細研讀草案，跟相關團體、學者專家研議；一方面請負責研擬修正草案的衛生署或健保局同仁，向委員說明，如此，將有助於法案早日討論完成。

劉主任委員見祥

考量委員收到本案資料之時間不足一星期，且為應委員期待提供週延之修法意見供行政院衛生署參考，爰本案先召開座談會，彙整委員意見後，提下次委員會議討論。

蘇委員錦霞

感謝主席的裁示，建請衛生署提供委員法條電子檔，供我們整理文字說明之用。

劉主任委員見祥

可以。