

全民健康保險監理委員會  
第 192 次會議紀錄

中華民國 100 年 5 月 27 日



# 全民健康保險監理委員會第 192 次會議紀錄

時間：中華民國 100 年 5 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：

吳委員淑瓊

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

林委員啟滄

蘇委員錦霞

滕委員西華

陳委員武雄

葉委員宗義

李委員永振

郭委員志龍

李委員明濱

李委員蜀平

廖委員敏榮

陳委員俊明

吳委員德朗

詹委員德旺

林課長敏華(代)

施輔導員金蓮(代)

華副處長清吉(代)

何常務理事博基(代)

謝常務監事武吉(代)

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

劉委員玉蘭(09:00~10:15)

謝專員佳宜(10:15~12:00 代)

請假委員：

周委員麗芳  
賴委員永吉

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

陳組長淑華

林執行秘書宜靜

戴局長桂英

黃副局長三桂

李組長少珍

林專門委員阿明

洪專門委員清榮

施專門委員如亮

吳參議文偉

張科長溫溫

陳科長美杏

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

本會

魏專門委員璽倫

主席：劉主任委員見祥

紀錄：葉肖梅、林梅玉

#### 壹、主席致詞：

各位委員、戴局長、會內同仁、健保局同仁，大家早！今天本會第 192 次委員會議，謝謝委員百忙中來參加。本次的議題僅有專題報告沒有討論案，較為單純。會議開始前，再次介紹衛生署代表詹委員德旺，渠原為食品藥物管理局(TFDA)的主任秘書，最近奉調陞任衛生署參事兼健保小組副召集人，負責健保相關政策與實務運作業務，與本會業務息息相關，希望往後對本會業務能多加協助。接下來，就照程序進行今天會議。

#### 貳、報告案

##### 第 1 案

案由：確認本會上(第 191)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：100 年 4 月份全民健康保險業務執行報告，請 鑒察。

決定：

- 一、對委員為發揮健保業務監理效能，所建請健保局酌修各項報告呈現方式乙節，請幕僚同仁會後徵詢委員意見，並予

彙送健保局。

二、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：「全民健康保險業務執行報告之表達及應用-承保及財務報  
表」專題報告，請 鑒察。

主席裁示：併第 3 案報告。

第 5 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「全民健康保險業務執行報告之表達及應用-醫療給付報  
表」專題報告，請 鑒察。

主席裁示：併第 3 案報告。

第 6 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「外籍人士及大陸地區人士來臺加保及醫療利用比較分析」專題  
報告，請 鑒察。

主席裁示：移下次委員會議報告

參、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、今天本會重要業務報告有四大項，第一項是上次及其他各次委員會議共 9 項決議(定)事項之追蹤建議，建議其中 8 項解除追蹤，1 項繼續追蹤，以下向各位委員簡要報告：

- (一)請看補充資料第 2 頁的附表 1，其中第 1 項有關衛生署派員來會介紹長期照護服務法乙節，本會已依決議洽經衛生署同意配合立法院審議法案進度派員介紹之，並於 5 月 12 日將該法草案以電子郵件方式傳送委員參考，本件繼續追蹤。
- (二)其他部分解除追蹤的有 8 項，第 3 至第 4 項，是本會審議全民健康保險 99 年度決算案，健保局已依決議事項，逐項回應委員意見，並於 5 月 18 日函復本會，詳細內容請委員參閱補充資料第 6 頁的附錄 4，本案建議解除追蹤。
- (三)第 5 至第 6 項是本會李委員蜀平所提請健保局依健保法第 49 條規定設定藥事人員服務費及藥品費之獨立總額乙案，在執行面的建議，有關需保障或鼓勵之醫療服務點值部分，費協會已於 99 年 10 月做成決議，應回歸支付標準處理為原則，由健保局與總額受託單位協商，並將結果送費協會備查；100 年藥事服務費部分，西醫基層及牙醫總額部門採浮動點值，醫院及中醫總額則採每

點 1 元支付，委員之建議，健保局已錄案存參；第 6 項政策面建議，則送衛生署參考，衛生署業於 5 月 13 日函復已錄案參處，本案建議解除追蹤。

(四)第 7 項及第 8 項其他各次委員會議追蹤案辦理情形，已列入本月委員會議健保局之業務執行報告中，爰報告後解除追蹤。

(五)第 9 項本會審議中央健康保險局 101 年度業務執行計畫及預算案，健保局已依決議事項，逐項回應委員意見，詳細內容請委員參閱補充資料第 14 頁的附錄 5，本案建議解除追蹤。

二、請再翻回補充資料第 1 頁，第二項及第三大項是本會近期將辦理之活動，6 月 14 日至 15 日本會將赴健保局高屏業務組進行「門診透析」及「部分給付」兩項業務之實地訪查；另於 6 月 30 日下午辦理本會暨費協會兩會聯席會議，以醫療資源之使用為議題進行座談。

三、第四大項為健保局於 4 月份函送本會相關報告之處理，4 月 26 日函送之「99 年全民健康保險業務總報告」，本會幕僚參酌健保局 99 年度業務執行計畫及 98 年度業務執行情形進行比較報告，請委員參閱議程資料第 131 頁至 177 頁的附錄 2 及附錄 3。另健保局函送之「100 年度第 1 次報列呆帳報告」，本會預訂於 6 月 3 日由吳組長秀玲及幕僚，前往南區業務組實地抽查，抽查結果將併同本次報列呆帳報告提請本會第 193 次委員會議審議。以上是今天的重要業務報告。

劉主任委員見祥

經詢問，委員對剛才的報告無意見，本報告案洽悉。



## 【附件 2】

報告第 3 案「100 年 4 月份全民健康保險業務執行報告」、報告第 4 案「全民健康保險業務執行報告之表達及應用-承保及財務報表」專題報告及報告第 5 案「全民健康保險業務執行報告之表達及應用-醫療給付報表」專題報告等三案之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

- 一、本次會議報告案第 4 案、第 5 案與第 3 案相關，戴局長建議三案可合併報告，由健保局同仁先行報告後，她再補充說明。
- 二、劉委員玉蘭表示，另有要公需先行離開，所以健保局報告後，就請劉委員先表示意見。

劉委員玉蘭

- 一、本次「全民健康保險業務執行報告之表達及應用-承保與財務報表及醫療給付報表」二項專題報告，對新委員較有需要，建議往後應對新委員個別說明，以免佔用委員會議時間。
- 二、業務執行報告第 3 頁，今(100)年 1 至 3 月投保人數較去(99)年底減少，是肇因於外籍人數？經查詢，外籍人數是成長的，且到目前為止整體人口並沒有負成長，所以，是否有人應納保卻未納入，請健保局分析其原因。
- 三、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形中，欠費部分好像只有臺北市及高雄市較嚴重，其他院轄市還好。臺北市政府 100 年 1 至 3 月份共入帳 21.61 億元，遠少於應收之 36.56 億元，況且其中 18.22 億元還要用於沖抵 99 年度以前欠費。清償金額應大於新

的欠費，才有餘力償還過去舊欠，否則新欠費會逐年增多，有如雪球般愈滾愈大。近日媒體談話性節目，以醒目標題打出字幕，談及臺北市政府健保欠費不繳，卻可耗用 140 億元辦花博，並採購許多每個要價 10 多萬的蘋果 iPad。我們不可讓臺北市有欠費由中央償還的想法，否則高雄市政府也會效尤。建議健保局與衛生署應向行政院尋求高層的協助，至少要求北、高兩市償還政府保費補助款金額多於新年度的欠費，才能清償舊的欠款。二代健保實施後，各級政府對於過去欠費都應自行清償，不可能由中央政府協助還款，未來健保局仍應多加努力。

戴局長桂英

針對此部分健保局先做解釋，以免造成誤解。請李組長少珍清楚說明臺北市政府 100 年度實際還款的情形。

李組長少珍

- 一、臺北市政府 100 年度 1 至 3 月份入帳 21.61 億元，實際收繳率為 59.11%，加上今日有約 40 億元款項入帳，所以其舊的欠款應可快速償還。政府欠費的處理受限於國庫調度，目前呈現的數字會因經費沖抵以前年度欠費的記帳方式而受影響。實際上，100 年度 1 到 3 月臺北市政府保費補助款的收繳率是 59.11%，而非表上的 9.27%。
- 二、另行政院曾於 98 年 1 月 15 日同意臺北市政府在健保法修法前，由中央協助償還部分非設籍民眾保費補助款之欠費。然而今(100)年 5 月 11 日行政院澄清，五都的統籌分配款重新設算，已將健保費列入其基本支出。臺北市政府認為二代健保尚未實施，中央仍應協助其還款的觀念並不正確，本局近日已去函臺北市政府，重申 100 年度健保欠

費應全部繳清，目前雙方並已達成共識，所以應會很快地調整款項。後續處理情形是值得關注的，本案若有突破，我們會隨時向委員報告。有關臺北市政府的欠費情形，特此報告與澄清。

滕委員西華

依李組長的說法，臺北市政府只繳納設籍人口健保費補助款的概念，100 年度以後是錯誤的，而以前則是正確的，此說法我不同意，因為最高行政法院已判決臺北市政府敗訴。行政院僅口頭同意由中央政府編列預算代為償還 100 年度以前欠費，但並無正式書面資料可顯示臺北市政府只繳納設籍人口健保費補助款是正確的。

戴局長桂英

基本上，我們是依最高行政法院的判決來認定對錯，所以在陳述上可稍作調整。李組長剛所表達的僅是臺北市政府與行政院主計處之間對補助的認定概念。事實上，臺北市政府 100 年度的收繳率不是 9.27%，而是 59.11%。但是該追的欠費仍會繼續去追，兩週前即請長官出面協助，因此，臺北市政府今日會進帳約 40 億元，情況是有改善的。

郭委員志龍

請問高雄市政府欠費的情形又如何呢？

戴局長桂英

對高雄市政府之欠費，我們是有點擔心。

李組長少珍

高雄市政府欠費的確較令人擔心，我們近期會與他們溝通，100 年度 1 至 3 月份確實只償還 15.15%，當年度的統籌分配

款主計處雖已設算，但因該府預算編列不足，似無法足額撥付。高雄市政府的欠費並非認知不同造成，與其財政能力似有密切關係，尚請長官及委員共同協助解決。

#### 楊委員芸蘋

由數據資料來看，臺北市已展現相當的誠意。本人已與勞工局溝通過數次，也深入了解問題之癥結，中央答應協助 50%，中央補助多少，地方政府如數加倍繳交。這是中央與地方彼此之間協調的默契，所以，臺北市的預算並未少編，我也看到北市府確實編列的還款計畫書，今天我們在這開會，11 點左右就會有 40 億元左右還款金額入帳，所以請大家不用擔心，臺北市政府是會償還的。身為臺北市民，並站在委員立場，我會持續關心臺北市的還款情形，也請委員同時關心其他縣市的還款情形，讓健保局的財務缺口盡量減少。

#### 劉主任委員見祥

- 一、政府欠費的議題，每次委員會議幾乎都會討論到，請大家持續關心後續的處理情形。
- 二、接下來先請健保局進行醫療給付報表的專題報告，之後再請委員提供意見。

#### 盧委員美秀

業務執行報告第 44 頁，有關 96 年至 100 年，各年洗腎之平均每件醫療點數統計，基層門診比醫院門診洗腎之點數為高，請健保局說明。

#### 蘇委員錦霞

- 一、議程第 19 頁表 4 全民健保財務收支分析表中，100 年 1 月醫療費用成長率為 22.75%，但 2 月成長率卻為-14.91

%，兩者為何差異那麼大，請健保局說明。

- 二、從整體報告來看，投保人數並沒有增加，但醫療及藥品費用反而增加。依業務執行報告第 89 至 90 頁之說明，藥品費用受到人口老化與疾病嚴重度影響，但我們看不到年齡分布資料，所以，到底是因年齡或是疾病嚴重度等其他因素而造成藥費成長，健保局並沒有分析報告。若是因年齡老化，我們可以請健保局與國民健康局合作，規劃促進全民強健體魄之計畫方案，提高國人的健康，以避免醫療費用持續成長。

#### 滕委員西華

- 一、由業務執行報告第 6 頁及第 10 頁可知，各級政府應負擔保費補助款的欠費截至 100 年 4 月，銀行融資 970 億元，盈餘 52.66 億元；至 100 年 3 月，政府欠費金額是 785.03 億元，但報告中也顯示 100 年度並未提列安全準備，請問健保局對於融資餘額大於欠費未收回的部分是如何應用？
- 二、業務執行報告第 77 頁，係呈現全民健保門診透析總額醫療品質指標，據悉門診透析評量指標可分為 ACE 三級，請問健保局於實地考核醫療院所照護品質時，是否分三級？有無差異？若無顯著差異，則應做檢討。
- 三、業務執行報告第 83 頁第 4 張投影片，為 96 年至 99 年 5 年來之前 10 名慢性病醫療點數占率統計，請問合計的部分，其分母為何？
- 四、業務執行報告第 79 至第 80 頁，有關全民健康保險安寧共同照護試辦方案，資料的呈現非常好，請問全年預估的預算金額大約是多少？預計接受照護服務的對象有多少？由

於平均照護人數若在 30 人以上，則依規定應設置專任護理人員，但照護人數 30 人以下者，護理人員採兼任即可，兩者護理人力及成本不同，是否會導致醫院傾向選擇照護 29 人？請問健保局是否針對試辦醫院的護理人力，預估其試辦前後變化情形？另，為提高服務品質，設有病患照護評估指標，各項指標的用意是什麼？其中，末期病人轉入 ICU（加護病房）比率，應屬負向指標，較能讓人理解；但安寧共照後簽署 DNR（Do-Not-Resuscitate）「放棄急救同意書」前後比率（比較）、收案至結案家屬病情認知（比較）、收案至結案病人診斷認知（比較）、因死亡結案病人及安寧共照介入天數大於 30 天之比率等指標，我們只要知道其趨勢變化就好嗎？這些既已列為成效指標，意謂著愈高愈好或是愈低愈好？他們是屬於正向或負向指標？真正的涵義又為何？請健保局補充說明。

五、業務執行報告第 90 頁，於民眾重複用藥分析中提及，因整合性門診照護計畫，每月用藥品項數減少 3.66% 及就醫次數下降至 0.95 次。我對於就醫次數下降的部分有疑問，因為整合性照護計畫的收案對象多半是 3 科以上就診或多重慢性病的患者，配合推動慢性病連續處方箋的開立，若執行成效良好，民眾就醫次數應有顯著的下降，請問就醫次數平均每月 1.09 次降至 0.95 次，降幅 13.4%，其為健保局預估之目標值嗎？健保局有無訂定合理的目標值？

六、業務執行報告第 93 頁，有關健保 Zolpidem 類（包含 Stilnox）藥品分析，台灣 99 年平均每次領藥數量遠大於 WHO 建議之每人日 10mg 的劑量。99 年較 97 年平均每次領

藥數量下降，雖值得肯定，然健保局對於下降幅度有沒有設定目標值？

祝委員健芳

- 一、業務執行報告 85 至 86 頁，各層級開立慢性病連續處方箋平均藥費分析，一般採購規模愈大其單價應較低；但以糖尿病為例，從醫學中心到基層診所，卻隨著院所層級降低，每件藥費的每日平均單價也逐漸遞減，醫學中心每日每件平均為 55.92 元，區域醫院 49.27 元，地區醫院 45.49 元，到基層診所僅 34.50 元。一般而言，藥費採購成本應不涉及醫院規模及設備的良窳，而應與藥師人力及採購數量有關，請問同樣疾病別的藥費為什麼規模愈大的醫院申請健保藥費單價反而較高？目前一般民眾認知為「大醫院開的藥較好」，請問是否真的有這樣問題存在？
- 二、議程資料第 64 頁，有關健保西醫醫院醫療品質指標中，觀察 95 年至 99 年的數據變化，30 日以上超長期住院率 96 年至 97 年往上飆，則住院案件出院後 14 日內再住院率就下降；98 年至 99 年超長期住院率往下降，則 14 日內再住院率往上升。近日曾聽說許多醫院會要求病人儘早出院，不知與上述兩項指標之變化是否有關連性？醫院對於長期住院病人會擬訂出院準備計畫，不知他們目前輔導病人及家屬的情形為何？請健保局能提供更清楚的分析資料。

劉主任委員見祥

針對以上的委員詢問，請健保局說明。

戴局長桂英

先請健保局同仁回答，再請黃副局長補充說明。

李組長少珍

- 一、議程資料第 19 頁的表 4，全民健保財務現金收支分析表中，100 年 1 月份醫療費用 432.38 億元，成長率 22.75%，而 2 月醫療費用降為 298.41 億元，形成負成長 14.91%，其多少與收支特性有關。一般而言，保險費現金收入因政府補助款每半年撥付乙次(於 1 至 2 月及 7 至 8 月)，所以，撥入當時即為收入的高峰期；至支出方面，年底或過年長假前，往往會結算支付醫療費用，而過年期間民眾較不願就醫，醫療費用會減少，故舊曆年前通常為借錢融資的高峰期。表 4 數據與權責發生的收支無關，而僅呈現健保財務現金流量與資金調度的情形。
- 二、剛剛滕委員所詢融資 970 億元，而政府欠費 785.03 億元，超過的融資餘額都使用到哪乙節，融資剩餘的資金並無其他用途，健保資金採隨收隨付制，民眾繳交保險費和支付醫療費用有 1.5 個月時差，非政府欠費部分，也有資金調度的需要。請委員參考業務執行報告第 16 頁的表 12，除了一般資金調度支付醫療費用以外，我們亦會購買短期票券，也就是採短期週轉方式，以應近期支付醫療院所醫療費用之需。

戴局長桂英

有關醫管業務部分，請同仁回答。

張科長溫溫

- 一、盧委員提到業務執行報告第 44 頁的表 19-5，洗腎總額部門醫療申報點數統計中，為什麼醫院門診申報之每件醫療



點數反而低於基層門診。主要的原因可能有兩個部分，第一個原因是洗腎病人每月的就診案件採彙整方式計算，病人一般月平均洗腎次數約為 13 次，基層診所大多是長期穩定的病人，故每月醫療費用比較穩定；而醫院洗腎的病人，可能有些處於急性期，病情較不穩定，平均每月洗腎不到 13 次；其次，醫院較多 PD(腹膜透析)病人的案件，其申報點數較血液透析低，故醫院的醫療申報點數可能較診所低。

二、業務執行報告第 77 頁至第 78 頁，有關血液透析品質指標方面，目前業務執行報告為全局的統計情形，並沒有針對指標資料分級分析。

三、業務執行報告第 83 頁，滕委員提到慢性病的醫療點數占率，因講的速度較快，不好意思沒有聽清楚，可否請教滕委員，是指哪一張表？

盧委員美秀

健保局的說明不具說服力，請再深入瞭解其差異的原因。

戴局長桂英

業務執行報告第 83 頁各慢性疾病別占率，係以所有慢性病的件數為分母來計算的。

林專門委員阿明

一、安寧共同照護試辦方案的預算，由費協會協定金額，每年預算約 3,600 萬元，照護對象約 15,000 人。

二、本局安寧共照計畫未實施前，國健局已推動相關計畫，故該評估指標來自國健局原已訂定的指標，未來本局會持續檢討指標的適切性。

戴局長桂英

滕委員所問的是設立評估指標的真正意涵為何？這個意見很重要，我們日後會做努力，以民眾看得懂的語言，說明設立評估指標的目的及意涵，教導民眾應如何解讀指標，指標是愈高愈好，還是愈低愈好，以及指標變化趨勢的意義。

施專門委員如亮

業務執行報告第 93 頁，有關我國 Zolpidem 藥品使用情形，滕委員所詢 97 年與 99 年每次領藥數量，分別為 26.4 顆與 25.5 顆，其與 WHO 建議之每人日劑量 10mg 如何比較，因我們的每日劑量須將顆數乘上每顆劑量，兩者的單位不同，故無法進行比較。

祝委員健芳

業務執行報告第 85 頁至 86 頁之第 8 張及第 9 張投影片，各層級同樣疾病慢性病連續處方箋的平均藥費，如糖尿病每天藥品單價，從醫學中心每日每件平均為 55.92 元，一直降到基層診所每日每件僅 34.50 元。我感到困惑的是，藥費採購規模愈大進價應最低，基層診所規模最小，藥品進價應最高，為什麼健保支付的藥費單價反而最低？

施專門委員如亮

每件的藥費與使用天數有關，如果開藥天數較多，則每件藥費也較高，須除以每件的天數，才是每日每件的藥品單價。

祝委員健芳

剛剛我說的單價，已經以每件藥費除以每件天數計算。

施專門委員如亮

請容我們回去瞭解原因。

祝委員健芳

- 一、坊間都說：「同樣的疾病一定要回到醫學中心去拿藥比較好。」本報告的資料也呈現，支給醫學中心的藥費確實比較高。醫學中心開的藥真的較好嗎？抑或民眾在任何層級醫院拿的藥都一樣，只是健保局支付醫學中心較高的藥品費用。
- 二、我的理念是醫學中心規模較大，採購量也較多，成本應可降低，故同樣藥品每顆成本應較低；反而小規模的診所受限於採購量較小，所以藥品單價應較高。

施專門委員如亮

就我們所知，醫學中心多使用成本較高的原廠藥和學名藥；但多數基層診所可能選擇較便宜的學名藥，這或許是其中的原因之一。

戴局長桂英

- 一、謝謝祝委員的關心，有關各位委員所提問題，都值得同仁進一步研究，若我們無法自行研究，也可委外做研究。
- 二、以糖尿病為例，委員也很細心的把每件藥費除以每件的天數來做比較。由於每家醫療院所慣用的藥品不同，每個同一成份藥品可能有 10 多種不同品項，每個品項價格不同，不同品項藥費自然會不同。
- 三、藥價與藥品品項及支付標準相關，目前藥價的政策曾考量將同藥理成分、同規格或同成分的藥品調整為相同價格，但事涉複雜的藥品定價問題，所以不是很容易就能處理的。委員係從病人角度關心民眾使用藥品之品質，從健保

局立場，健保收載的藥品其品質都是經衛生主管機關認證核可的。

四、目前有關藥品品質之中央衛生主管機關是食品藥物管理局 (TFDA)，如果發現藥品品質有問題時，該局會立即公告週知，例如，曾要求有問題之減肥藥下架等，健保藥品均是依循藥政政策來認定的。藥政管理以往有 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)的要求。未來的管理應會更好，如藥品製造過程有通過 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，藥價會提高到最高價的八折。

五、整體而言，每家醫院用藥確有不同，即便是同一種疾病，其藥價也可能不同。目前法規並沒有限制醫療院所不能使用較貴的藥，同成分的藥品有 20 多種，若基層診所選擇較貴的品項，同樣可以使用，這部分與醫療院所用藥習慣有關。

祝委員健芳

我關心的是目前醫學中心人滿為患，有些民眾去醫院純粹只是拿慢性病連續處方箋的藥，應考量民眾的便利性，讓他們回歸社區醫院，然而民眾常會有「到醫學中心拿的藥比較好」的想法，從剛剛藥品成本的解讀，感覺好像真的是這樣。建議健保局可透過藥品給付制度，逐步引導民眾建立正確的就醫習慣。

吳委員淑瓊

一、延續剛剛的問題，其實各層級醫院就診之病人不同，所以用藥就不同。通常疾病嚴重度較高的病人，會到醫學中心

就診，所以不是單純用藥的問題，也與病人疾病嚴重度有關。

- 二、議程自第 61 頁開始，列出一系列醫療品質指標，但其監測值卻比實際值高出很多，如議程第 61 頁的表 28-1，以同院所用藥重複率之監測值為例，監測值訂的很高，但實際值都很低。另從整合照護門診試辦計畫來看，對於同院所重複開立的處方監測目標值也很容易達到，醫院只要透過良好的資訊系統，即可有效監測，使重複情形降低，甚至可接近於零。設立監測值的用意在於瞭解醫療品質有無問題發生，訂定過高(負向指標)或過低(正向指標)的監測值並無實益。希望健保局能重新檢視各項醫療品質的監測值，積極的檢討修正。

#### 千委員文男

- 一、針對健保局本月業務推動重點之安寧共同照護試辦方案，有些感慨。最近很多朋友因親屬為末期病患，於住院中被醫院通知依規定應出院，所以，請我代為尋找安寧照護病床。我感覺台灣百姓雖然很幸福，但死前卻無法自由。由於安寧病房不足，健保局只好以「全民健康保險安寧共同照護試辦計畫」的配套措施來因應，這是好事。但在安寧照護議題上，民眾及醫界都要再教育，政府需擔負更大的責任。醫界對於末期病人的處理，不一定要積極治療，宜順勢而為，如末期病人一旦接受氣切治療，不論延長 30 天至 40 天，甚至延長 3 個月至 5 個月的生命，病患家屬都非常累。對於醫界的建議，民眾擔心不同意氣切，會被認為不孝；但接受氣切，可能造成病人及家屬更大的痛苦。對於末期疾病的照護，須政府及醫界努力，共同尋求

最大的共識，請家屬放棄積極治療，避免家屬因安寧病房不足，無法後續照顧；若經評估需接受氣切等積極治療，政府應儘量提供足夠的安寧病房，來照顧所有末期病患。本項試辦計畫讓我感覺好像是醫療照護體系的違章建築，為彌補安寧病床不足之便宜措施，但仍值得肯定的。

二、針對業務執行報告第 81 頁之慢性病連續處方箋部分，可搭配業務執行報告第 33 頁各總額部門結算的平均點值來看，假如門診平均費用 900 元，住診一天 50,000 元，應可鼓勵醫療院所多開一點慢性病連續處方箋，因多開可使民眾就醫次數下降，則各總額部門點值就會提高。病人知道自己的身體狀況，即使就醫次數減少，但若自覺有異樣，隨時都可就醫。

三、業務執行報告第 91 頁，有關 Stilnox 藥品，很感謝健保局這次做很詳盡的分析。從第 93 頁的表 3 可看出，97 年與 99 年之平均每人領藥分別為 15.27 次與 15.61 次，而平均每人年領藥數量則是減少的，不知是否為管制之故，藥費下降應是健保局的功勞。不過我懷疑這項政策是否正確，目前睡眠障礙者愈來愈多，藥物管制會影響需要使用的患者，建議應將減少的數量填補回去。至少這個報告呈現很大的問題，如果 Stilnox 可能產生成癮的副作用，當初就不應允許醫師使用；否則病人使用後再去管制，就好像服用毒品一樣，有癮後又須戒掉，對病人並不好。Stilnox 的使用，可以在病人用藥一段時間後，每三個月或半年換一次藥，民眾就不會成癮，這是醫師應注意之問題，不應該把管控的責任加在無辜的病人身上。

四、最後要強調，健保局推動的門診整合式照護政策很好，但

只是標榜而已，僅部分醫院實施，並沒有全面推行。建議應澈底實施，配合各科的聯合門診，病人只要一次門診就同時解決所有的疾病，也不會浪費許多就醫的時間及費用。

謝常務監事武吉（吳德朗委員代理人）

- 一、議程資料第 20 頁，第 11 張投影片表 5，首先要瞭解全民健保財務收支分析表(權責基礎)，有關呆帳的操作型定義，應請健保局說明。
- 二、議程資料第 21 頁，第 13 張投影片表 6-1，有關健保保險費收入狀況，其中政府保費補助款截至 99 年 11 月底，尚有 15.32%未收到，其原因應請健保局說明清楚。
- 三、高雄市及臺北市政府應負擔保險費補助款之欠費，在欠費期間係以分擔利息方式處理，而老百姓欠費則以滯納金處理，為什麼要一國兩制，這樣的方式是對嗎？建議各級政府應負擔保險費補助款的欠費部分，應比照老百姓欠費一併以滯納金處理較好。
- 四、議程資料第 37 頁，第 7 張投影片表 16-2，全民健康保險特約醫事服務機構查處統計，其中查處家數之違規率，醫院於 96 年是 16.26%，到 99 年則是 18.05%；西醫基層 98 年是 2.54%，到 99 年是 2.07%。藥局不談，中醫門診 98 年及 99 年比率偏高外，醫院及基層診所均比牙醫診所多一點(99 年醫院:18.05%、西醫基層:2.07%、牙醫:1.10%、中醫:2.88%)。到底醫院是醫療部門的違規，還是行政部門的違規？若是醫療部門違規，請衛生署代表詹委員德旺應建議衛生署醫師倫理委員會的再教育政策應重新檢討並落實。就我所知，醫師接受醫學倫理再教

育的情況，多半是上午簽到後就離開，下午再來簽到，這樣有否達到醫學倫理再教育之目的，這點也應瞭解清楚。

- 五、議程資料第 42 頁，第 12 張投影片，表 18 全民健康保險總額部門別醫療點數統計總表，其中門診項目及住診項目，依現行全民健康保險法第 33 條及第 35 條，係規範保險對象門診及住院應「自行負擔」費用，並無所謂「部分負擔」乙詞，這是 16 年來健保局及衛生署自創的名詞，建議表 18 的相關欄位應修正為「自行負擔」。
- 六、議程資料第 46 頁，第 16 張投影片，表 19-1~5 全民健康保險醫院總額之點數統計有否包含專款專用費用，我們需要瞭解一下。
- 七、議程資料第 51 頁，第 21 張投影片，從表 23 全民健康保險總額層級別醫療申報點數占率之統計中，可瞭解醫學中心、區域醫院到地區醫院醫療申報情形，有關地區醫院的門診占率，96 至 99 年逐年下降，各年分別為 19.27%、18.46%、18.16%及 17.80%；至其門、住診合計，分別為 18.45%、17.71%、17.52%及 17.31%。請健保局對所推動初級照護及次級照護方案之實施情形，應再說明一下。
- 八、議程資料第 56 頁，第 26 張投影片，表 25 全民健康保險醫療費用核減統計表之門診初審後核減率，99 年是 2.29%，但高雄有家醫院竟高達 40%，請說明清楚。
- 九、議程資料第 73 頁，第 43 張投影片，表 28-5 全民健康保險門診透析總額醫療品質指標（續 3），對所表達之「依據第 190 次委員會議建議，健保局將邀集專家學者及相關單位研擬醫療品質指標」文意，本人建議應教導民眾正確的



就醫習慣。請健保局依現行健保法第 33 條落實轉診制度，並好好處理垂直整合及分級醫療等制度。

十、剛剛祝委員提出的藥費問題，說明糖尿病藥品支付費用醫學中心為 55.92 元、區域醫院為 49.27 元、地區醫院為 45.49 元，基層診所僅 34.50 元，局長解釋了很多，目前採用單一藥價基準，當然地區醫院及基層買的藥較貴，大型醫院買的藥量大，所以較便宜。過去曾經建議採用多重藥價基準，在此提醒，健保藥價調查雖能降低藥價，但應考慮原料來源問題，可能買到黑心貨原料的藥品，像目前飲料使用塑化劑之問題，若類似的問題發生在醫界，就非常不妥，希望大家能清楚這一點。

十一、另外，補充有關慢性病連續處方箋之統計分析，針對支付醫學中心較高費用的問題，是否醫學中心有合併其他疾病之情形，而基層診所多僅是單一疾病，請健保局說清楚一點。

劉主任委員見祥

我們還有個專題報告，大家對該議題應也很有興趣。針對委員之提問，請健保局簡要答覆後就進入下一個報告案。

洪專門委員清榮

議程資料第 20 頁，第 11 張投影片，表 5 有關委員所關心的呆帳部分，呆帳是指投保單位及被保險人應繳納而未繳納之保險費，經依法催收及移送行政執行後，仍無法收回之欠費。呆帳提存率是按照歷年來收繳率的標準進行評估，不同階段的欠費適用不同的提存率，例如「已逾寬限期而未催收」之欠費，按 32.3% 提列呆帳；「已催收及行政執行中」之欠費則按 59.2%

提列；另經「執行結案取得債權憑證五年內」之欠費，呆帳提存率為 95.4%。

李組長少珍

政府欠費繳納法定利息及民眾欠費繳交滯納金，兩者處罰的原理不同，計算方式亦不同，在法律上依現行之全民健康保險法第 30 條規定，遲延保險費之繳交都應受罰。健保法修法後民眾滯納金上限已降低(15%降為 5%)；而政府欠費法定計息部分係全部核計。

洪專門委員清榮

民眾滯納金繳納，超過寬限期，每超過 1 天，以應納費額的 0.1% 計算，上限最高是 15%，若欠費達 150 天以上，就不會再繼續加徵滯納金。

劉主任委員見祥

這個議題討論，到這裡就告一個段落。請健保局就委員詢問但還未回答的部分繼續答覆。

施專門委員如亮

議程資料第 63 頁，第 33 張投影片，表 28-2 全民健康保險西醫醫院醫療品質指標部分，監測值係 95 年所訂定，時間是有點久，本週剛好召開總額支付委員會，部分項目監測值已重新訂定，100 年的統計我們會使用新的監測值來處理。

戴局長桂英

在此補充說明，我們會尊重監理會未來召開會議邀我們出席時，再討論。監理會要從總體面來看品質指標，對於年代太久的監測值，是應該進行檢討的。

施專門委員如亮

剛剛謝委員提到藥價調整部分，會特別注意原料來源，誠如戴局長所說，依照歐盟 PIC/S GMP 的規範，若藥品原料來源及製程確依他們的標準管理，將予以優惠價格。目前針對藥品主檔案特別經 TFDA 審查過之原料，我們會給予較優惠價格，這是可以看得到的。

林專門委員阿明

- 一、謝常務監事武吉所關心的表 19-1~5，總表是扣除代辦費用，但包含專款專用費用。
- 二、初級照護部分，本局每半年會做一個專題報告，會包含分級轉診的內容。另配合二代健保法修訂，需配合訂定轉診實施辦法，會一併考量。
- 三、有關血液透析之醫療品質，委員若可提供具體可行的意見，可以在血液透析執行委員會提出討論。

劉主任委員見祥

李委員蜀平是第一次舉手，所以請他優先發言。

李委員蜀平

- 一、呼應干委員對安寧照護的看法，所謂重症或是無效醫療大約占整個健保費用比率是多少？是否以法律或道德勸說的角度，讓各醫療院所產生共識。用專業處理重症病人在實際情況中，病人因插管及其他治療，病人痛苦也無法表達，家屬也很難過，但醫院在加護病房或安寧病房，不管如何處置，都有收益，應建立符合大家期待的道德共同標準。
- 二、另再呼應干委員，因為人口老化，慢性病連續處方箋對老

年又多重疾病的病人，真的方便又省時、省錢。健保局若要節省醫療費用，應鼓勵醫療院所將慢性病連續處方箋全部釋出，讓病人或家屬都能輕鬆得到照護。

戴局長桂英

- 一、對委員之垂詢或意見，同仁大多回應了，現在我做些補充。有關於委員建議強化醫師與民眾教育乙節，民眾教育這部分，我們會與衛生署一起進行；醫師部分須透過醫師教育或醫師繼續教育來做。至於李委員所提無效醫療之費用比例，因其範圍社會尚無共識，而難以界定，若能界定，就可清楚的計算。以氣切而言，不見得所有的氣切都無效，以個人舅舅罹患口腔癌為例，治療過程中也曾接受氣切，而在拔管後，一樣活了好多年。其實這部分仍須醫界力量來協助，無法單以行政就能順利運作，也須得到民眾的認同，這些確實需要從教育面著手改革。
- 二、在安寧療護方面，國外係以居家療護為主，在台灣，國人可能會以在家不會照顧為由，希望以住院方式照護。我相信每個最後階段的病人若能表達，恐多數會希望最後階段能在家安寧療護。今天的答覆不見得都很完整，若有委員認為需要再補充的地方，請幕僚通知，本局再用書面加以補充。

劉主任委員見祥

委員還有意見嗎？請李委員簡單說明。

李委員永振

議程資料第 19 頁的表 4 稱「全民健保財務現金收支分析表」，第 20 頁的表 5 稱「全民健保財務收支分析表（權責基礎）」。

若表 4 所要表達的是以現金為基礎之財務收支分狀況，則表 4 與表 5 是以不同角度分析健保財務，項目與內容應相同。但表 5 權責基礎之財務收支，截至 100 年 2 月短絀 324.67 億元，而表 4 將銀行融資也算在收入中，致 100 年 2 月剩餘 167 億元，兩者一個是盈餘，一個是短絀，故造成外界學者之疑惑。健保局對此二表的內容說得並不清楚，建議可考慮修改呈現方式，否則閱讀者會持續提出異議。

李組長少珍

學者質疑的報表為 99 年度統計報表的現金流量表，他們忽略了融資借款金額，並非今天所提的財務現金收支分析表。

劉主任委員見祥

- 一、財務報表應如何呈現，現金基礎或權責基礎的表報所應涵蓋內容，歷來多所討論，為避免困擾及造成各界誤解，建議健保局再請教專家意見後予以修正並釐清，本報告就到此。
- 二、各位委員所提意見，健保局均有補充，爰本案備查。
- 三、至醫療品質的監測指標，請健保局依本會第 190 次委員會議決議，邀集專家學者及相關單位討論，研擬民眾需要且易懂的醫療品質指標，並檢討相關的監測值後，再送本會。

千委員文男

- 一、剩下一個報告案不要急，今天報告案報告的方式，資料翻來翻去，讓人有點頭昏腦脹。建議以後的專題報告，仍一案一案來，比較好。
- 二、有關 Stilnox 藥品的政策能不能修正，監理會不管預算，

但對政策可以提出建議。依業務執行報告所呈現的數據，這個政策是失敗的，會增加老百姓的痛苦，建議可以廢止，並請健保局對此加以回答。

祝委員健芳

- 一、剛剛詢問的第 2 個問題，有關長期住院再住院部分與出院準備計畫執行情形，健保局並未回答。
- 二、希望健保局邀集專家學者及相關單位，研擬民眾需要且易懂的醫療品質指標時，可針對長期住院與出院準備計畫執行狀況進行分析，並將其一併檢討。

黃副局長三桂

- 一、祝委員所垂詢的部分，是在議程資料第 64 頁的表 28-2，有關「30 日以上超長住院率」及「住院案件出院後 14 日內再住院率」，這兩個指標項目完全不同。「30 日以上超長住院率」乙項指標，係在了解醫療院所對住院超過 30 日之病人，有無因疾病嚴重度關係而特別處理，或有無浪費醫療資源等並加以管控；至於「住院案件出院後 14 日內再住院率」，係了解醫院有無要求未完全治癒病人出院，致病人又出狀況，而於出院後 14 日內再返回醫院接受治療。病人相關數據，會交給專家去評估病人出院是否合理；若不合理，病人再住院之費用，將不予給付。
- 二、再說明干委員垂詢的部分，其在本局執行業務報告之第 92 頁及第 93 頁中，要特別澄清的是：Stilnox 是好的藥品，世界各國均使用很多，但所有藥品都有副作用，第 92 頁即在描述其副作用。但整體而言，使用這藥好處比壞處多很多。在臺灣，因保險對象就醫可近性高，對於這樣的

藥，健保局已訂有相關措施加強管控。表 3 所分析的對象是一年領了 180 顆以上藥品之病人，是少數的病人，大部分使用 Stilnox 的病人並無此種情況。特別向干委員再次說明，Stilnox 是一個具有特定療效的藥，這類藥品不僅是價格的問題，也會造成病人安全、依賴濫用的問題。一年領了 180 顆藥的病人，精神狀況是非常不好，一再輔導也沒辦法，才會使用那多的藥量。

### 葉委員宗義

- 一、建議第 6 案今天不用報告，下次再討論好不好？首先是呼籲干委員及謝常務監事武吉的意見，感覺上監理會並非浪費醫療資源，而是浪費監理的資源。為什麼我這樣講，因為從早上到現在都在討論業務執行報告，像本人也是費協會的委員，需聽同樣的報告兩次，其實健保局滿辛苦的。
- 二、建議會議方式可改變一下，可將業務執行報告，相關分析資料或檢討報告等，簡化為重點報告。像這次業務報告的重點有兩個，一是呆帳問題，另外是安寧照護問題。若幕僚先釐清重點，健保局就能很快完成報告。不僅可節省健保局報告時間，整個會議的進行也較為流暢，也有更多時間完成議案之討論。
- 三、至於新任委員若不清楚安寧療護及呆帳的問題，再請健保局詳細說明。有位朋友的父親已 90 多歲，為退休的高官，需倚賴呼吸維生系統。子女因可請領父親每月高達 20 多萬元之退休薪俸，而不同意醫師拔掉其維生系統等儀器，若拔掉維生系統家屬將告醫生，很多人性的問題不是我們能解決的。
- 四、另外一個建議，關於謝常務監事武吉所提塑化劑之問題，

在臺灣幾乎什麼東西都不能吃，其實影響工商業界經濟甚鉅，食品業股票更是慘不忍睹，到底檢驗結果有多嚴重？在臺灣覺得什麼都不能吃，在監理立場，應予釐清，並讓老百姓瞭解，否則人心惶惶。此次塑化劑事件，在工商界的災難幾乎快無法收拾，希望衛生署講清楚並解決問題，讓整個社會一起順利度過難關。

#### 李委員永振

贊成葉委員所提的這兩個意見。尤其是第 1 個議題，針對三個報告案，健保局其實花很多時間處理，局長也花甚多時間報告。但沒講清楚報表的菁華及精神，沒有針對該分析的地方說明。較不客氣的說法，好像在報流水帳，有些可惜。健保局應針對本月份資料分析重點。對於變化不大的數據可省略，再請監理會之幕僚協助整理後，送給委員，以利在會中討論。坦白講，我們也怕健保局避重就輕，所以改變一下，效果或許會比較好。

#### 干委員文男

- 一、謝謝剛才兩位委員的指教，我是不知道別人在哪裡聽過這次的報告，我是第一次聽到這報告，您們有多重身分之關係，可能重覆聽到相關的報告，我是第一次聽到，而且身為監理會委員，仔細的聆聽及提問，也是我們的職責所在。如果要求健保局簡化報告，三兩句話很難講清楚。監理會的組成有如大雜燴，委員的專業各有不同，所以我不贊同合併或簡化報告案。
- 二、黃副局長說明 Stilnox 藥的相關情形，這個藥本人已服用 10 多年了，既沒瘋也沒失眠，像昨天晚上吃一顆後睡得



好，現在精神百倍，能坐在這裡開會。現在規劃的試辦方案與實際執行是有落差的，這個政策會影響多少人，有沒有關係，相關效應又如何？我曾經有喝一杯藥酒，再吃這藥，當天就無法入睡的經驗。不過 10 幾年來都平安無事，所以健保局應多體諒，應隨時改善。我本身是消費者也是被保險人，曾請教藥師公會林振順委員的意見，感覺這項政策是失敗的。健保局若覺不對，應隨時可以改變，不用不好意思，國家政策如石化案，說停就停，都可以作一百八十度之改變，何況這只是試辦方案。

#### 劉主任委員見祥

- 一、這部分的醫療專業，請健保局找相關專家檢討一下。
- 二、對於有雙重身分的委員，既是費協會委員又是本會委員，可能對業務報告感受不同；如果是單一委員會之委員，會認為健保局之業務報告很重要，並希望盡可能提出完整的報告。
- 三、對健保局而言，監理會與費協會開會及提供資料時間不同，擷取資料的時間點也很難一致。所以僅讓委員瞭解健保的趨勢及大方向，並隨時報告業務最新執行情況。
- 四、本會與費協會兩會即將於明年合併，目前是以聯席座談會的形式共同討論，我們本著監理會的職責監督健保局，至於未來如何進行合併等事宜，則交由相關單位去處理。

#### 干委員文男

- 一、很抱歉！借用各位二分鐘，與前二位委員的發言，並不衝突。
- 二、部分同時在費協會擔任委員的，知道的數據可能較多。既

然健保實施總額預算制度，經費分配到西醫、中醫、牙醫等總額部門去執行。監理會無法掌控各部門預算，只能針對後續執行狀況進行追蹤。然而，許多監理會的委員並非如費協會委員謝常務監事武吉一般清楚知道總額如何分配。對於健保業務執行的成效，以及政策方向是否正確，即便是費協會委員也不一定完全清楚瞭解，所以健保局應提供充分的資訊，讓委員明白，我們才能有效監理健保業務。至於，未來兩會委員如何共同有效管理健保，可能需等健保會成立後，大家有共通的語言，才能達成共識。

劉主任委員見祥

- 一、三個報告案已結束，請幕僚把委員建議記錄下來，送請健保局參考，本案洽悉。
- 二、對委員為發揮健保業務監理效能，所建請健保局酌修各項報告呈現方式乙節，請幕僚同仁會後徵詢委員意見，並予彙送健保局。
- 三、今天因時間已晚，臨時變更會議議程，報告案第 6 案順延至下次會議報告。有關委員會議時間之掌控，我們會再改進，謝謝大家！