

全民健康保險監理委員會
第 181 次會議紀錄

中華民國 99 年 6 月 25 日

全民健康保險監理委員會第 181 次會議紀錄

時間：中華民國 99 年 6 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台北業務組第一會議室（台北市許昌街 17 號 9 樓）

出席委員：

吳委員淑瓊

盧委員美秀

郭委員玲惠

干委員文男

楊委員芸蘋

蕭委員景田

郭主任惠玲（代）

林委員啟滄

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

賴委員永吉

李委員明濱

石常務理事賢彥（代）

林委員振順

廖委員敏熒

許執行長世明（代）

林委員永農

李醫師豐裕（代）

吳委員德朗

謝常務監事武吉（代）

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：

周委員麗芳

盧委員瑞芬

謝委員天仁

李委員成家

列席單位及人員：

行政院衛生署健保小組

行政院衛生署資訊小組

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

楊組長慧芬

林分析師鴻鑫

程執行秘書善慈

鄭局長守夏

黃副局長三桂

陳副局長孝平

鄧組長世輝

蔡組長淑鈴

王組長怡人

賴專門委員立文

張專門委員鈺旋

黃專門委員肇明

黃科長莉瑩

孫設計師浩淳

柯副主任委員桂女

吳組長秀玲

本會

主席：劉主任委員見祥

記錄人：顏銘燦

壹、主席致詞：

- 一、楊署長志良將於明（26）日上午台灣健康保險學會召開會員大會時，受邀專題演講「二代健保面面觀」，並進行相關議題之意見交流。鑑於本會長期關注該議題，爰將會議相關資料供參，請有興趣委員蒞臨參加。
- 二、本會柯主任秘書桂女目前奉令調升為副主任委員。柯副主任畢業於台灣大學公共衛生研究所碩士班，歷任衛生署科長、簡任秘書及費協會組長、執行秘書，學養豐富，應可為本會注入新力量，特向大家報告。

貳、報告案

第 1 案

案由：確認本會上（第 180）次委員會議紀錄，請 鑒察。

決定：確定。

第 2 案

案由：本會各次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請 鑒察。

決定：

一、上(第 180)次委員會議決議(定)事項辦理情形之追蹤：

- (一) 轉請主管機關重視健保法第 33 條之落實，及依法公告平均眷口數等項，繼續追蹤。
- (二) 健保局對本會審議 100 年度業務執行計畫意見及到會報告修訂後醫療業務監理指標等項，於該局回復及報告後即解除追蹤。
- (三) 餘各項結案。

二、歷次委員會議決議(定)事項辦理情形之追蹤：

- (一) 差額負擔項目之價格查核、慢性病疾病別之分析報告、

重視部分給付之成效影響評估、第 6 次藥價調整之節餘款運用與換藥監控、長期照護保險規劃說明及住院診斷關聯群實施 6 個月後之報告等項，於完成報告後再解除追蹤。

(二)重視社區醫院萎縮案，於主管機關提供「自 98 年起，以醫療發展基金或公務預算，用於提升醫療資源缺乏地區之醫療服務情形」等相關資料後，解除追蹤。

(三)發展遲緩兒童早期療育健保支付案，於 100 年度總額協商後，解除追蹤。

(四) 餘各項結案。

(與會人員發言摘要詳附件 1)

第 3 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「99 年 5 月份全民健康保險業務執行報告」，請 鑒察。

說明：健保局為應委員對二代健保修法案之關心，說明目前之修法進度。

決定：

一、為使本業務執行報告資料，更易解讀及運用，其報表呈現方式或須酌修。此部分可由本會邀請具有財務專長的賴永吉、鍾美娟、柯綉絹及李永振等委員，以及其他有興趣的委員共同參與，屆時請健保局也指派同仁參加，共同研議。

二、餘洽悉。

(與會人員發言摘要詳附件 2)

第 4 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「二代健保 IC 卡規劃」專題報告，請 鑒察。

決定：

- 一、委員對二代健保 IC 卡規劃意見，如提升醫療浪費之管控、加強資料完整性及存取速度、簡化查詢功能及不同意結合電子錢包等意見，送主管機關參考。
- 二、請健保局對就醫必要存放項目、計畫時程、管理措施及所需經費等委員關心內容，於完成初步規劃後，在報署核定前，先到本會進行報告。
- 三、餘洽悉。

(與會人員發言摘要詳附件 3)

參、討論案

第 1 案

提案單位：本會業務監理組

案由：本會實地訪查「全民健保居家照護業務辦理情形」後之建議案，提請 討論。

決議：整合議程所列本會建議事項及委員發言與書面意見後，函請衛生署及健保局參考辦理。

(與會人員發言摘要詳附件 4)

第 2 案

提案人：蕭委員景田、滕委員西華、楊委員芸蘋

案由：健保監理委員會會議決議事項列管追蹤機制，建議列管對象應為決議事項之主責單位(衛生署、健保局)，俾提升健保監理會監理效益，提請 討論。

決議：

- 一、本會各決議(定)事項，若屬須了解其他單位辦理情形者，請幕僚單位應洽請各相關單位提供之，並於其未回復前，進行追蹤。

二、各單位回復辦理情形後，依本會權限處理結案事宜。若委員仍有意見，則請另提案討論後據以辦理。

（與會人員發言摘要詳附件 5）

肆、散會：中午 12 時 17 分

【附件 1】

報告案第 2 案「本會各次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與會人員發言摘要

柯副主任委員桂女

除書面資料外，針對各次委員會議決議(定)事項辦理情形補充報告如下：

- 一、會議紀錄初稿處理方式已照決定事項辦理，並納入干委員文男所提併同議程方便收存使用，以及祝委員健芳所提正式函送之意見處理。
- 二、有關落實健保法第 33 條轉診之意見，已函陳衛生署核參，加上過去也已多次反映，故建議解除追蹤。
- 三、有關平均眷口數應依法公告乙案，衛生署業已回復，責成健保局本於權責審慎研處，並適時就相關因應方案提報本會討論。故建議本案依照衛生署指示，待健保局研擬妥適方案，提本會說明討論後，再解除追蹤。
- 四、醫療業務監理指標修訂案業經召開專家學者會議討論，並經上次委員會議照案通過。有關健保局建議刪除「現有血液透析病患改為腹膜透析占率」乙項，建議仍請健保局先依專家學者意見及委員會議決議辦理，一段時間後再做檢討。
- 五、上次會議追蹤第 6、7 項及歷次會議追蹤第 2、3、5、6、7、10、13 項將於各相關報告完成後，即解除追蹤。

謝常務監事武吉(吳委員德朗代理人)

- 一、第 31 頁第 2 項有關健保法第 33 條轉診，健保實施至今已 15 年多均未落實，這是不合法的，不能解除追蹤。要求健保局和衛生署說明，何時要開始落實？時間點要講得清楚

明白，才能解除追蹤。

二、第 36 頁對於社區醫院經營困難的問題，講得堂而皇之，似乎言之有理，但是完全沒有去做，難道僅召開一次兩會聯席會議，所有的委員就都是專家了嗎？我都不敢自稱專家。為何完全沒有做的事情，要解除追蹤呢？今年增加 2 億元經費給地區醫院，這樣就解除追蹤，那明年又要如何處理？要組成專家會議探討萎縮原因，但有無完成？完全沒有具體回答。所以，如果一定要解除追蹤，我會在這次黃煌雄監委到高雄時，提出整個案件處理的實況錄音，相信他很瞭解狀況。為何沒有做的，還不去落實呢？為何沒有組成專家會議，就要解除列管？一年花那麼多錢，難道還不應該導正錯誤嗎？所以，建議這兩項不應解除追蹤。

三、第 39 頁居家照護利用與精神病人社區復健業務，將待長照保險報告後解除追蹤。本人建議報告經委員同意後，才能解除追蹤。否則，本人已連續 3 次發言表示，委員會議不用再開了，任由衛生署執政傲慢。

郭主任惠玲(蕭委員景田代理人)

一、支持謝常務監事的看法。因應上次會議報告案第 2 案，本人提出討論事項，供大家討論。轉診制度並未落實，改善方法也未見任何成果，所以，我認為不該解除追蹤。

二、另外，上次報告案第 3 案有關孕婦品質確保，健保局回復數據，幕僚人員僅送發言委員參考。我認為相關數據及資料，應送給所有委員。所以，建議該案應等寄送所有委員，視委員有無意見後，再解除追蹤。

干委員文男

一、對於第 34 頁第 2 項差額負擔乙節，衛生署及地方衛生機關

的行政效率，本人認為有很大的落差。已經 1 年半將近 2 年，還無法完成價格查核？我認為雖仍繼續追蹤，但衛生署應有執行力，責成各縣市衛生局查核，應該很快可以完成。

二、第 36 頁第 4 項建議欲解除追蹤，但基層醫院日益萎縮，我最近到台東訪視，所見所聞令人鼻酸。牙痛找不到醫生，幾個鄉鎮都沒有牙醫師，這樣有可近性和公平性嗎？未見解決方法，卻要解除追蹤？應該請專業協會提出辦法，解決偏遠地區醫療缺乏的問題。

祝委員健芳

針對第 37 頁歷次會議追蹤第 8 項，有關發展遲緩兒童早期療育健保支付案，健保局擬提至費協會 100 年總額協商。若現在解除追蹤，後續是否列入協商，無法得知。建議仍繼續追蹤，視 100 年協商結果，再做處理。

干委員文男

二代健保修法案已經進入協商快滿 1 個月了，在此建議衛生署及健保局，應針對民眾主要疑慮，透過各種管道提出說明。修法案被擱置，是因為立委都受到民意壓力，不敢通過。這樣下去，對大家都不好。勞保年金通過前，辦過很多場說明會，讓鄉鎮代表都能瞭解，進而協助宣導。之後，法案才得以迅速通過，並順利執行，民眾接受度也很高。二代健保保費計算複雜，民眾難以理解，修法若要通過，要趕快進行說明。否則，擱置 3、4 年後再提出時，時代又變遷了。

劉主任委員見祥

一、有關二代健保修法進度，稍後請鄭局長在業務執行報告時說明。

二、有關落實健保法第 33 條，原建議解除追蹤，惟謝常務監事及郭主任認為不宜現在解除。但要落實有相當的困難度，不知其他委員對解除追蹤有無意見？以往的慣例是，若已按照本會權限辦理完畢，就解除追蹤。

三、該案與討論案第 2 案有關，建議併同討論後，再做決定。

謝常務監事武吉(吳委員德朗代理人)

討論案第 2 案恐有新舊適用的問題，該案不能解除追蹤。

劉主任委員見祥

一、上次會議第 2 項的追蹤處理，與討論案第 2 案的共識有關，後續討論再做決定。

二、上次會議追蹤之第 4 項，依郭主任意見，未來健保局於會後提供之資料，均轉送全體委員參考。

三、歷次會議追蹤之第 2 項為繼續追蹤，待 7 月份報告後再解除。

四、歷次會議追蹤之第 4 項，有關偏遠地區醫療服務，衛生署向來重視，並逐步改善，但非一蹴可幾，立即達到委員的期待。不知衛生署有無說明？

楊組長慧芬

這個議題在監理及費協兩會討論很多，本署非常重視，曾於 98 年邀集署內相關權責單位如醫事處、照護處、健保局及健保小組等，召開跨處室討論研議。健保部分已詳述於議程辦理情形。衛生署的立場，是針對「非都會區」之醫院，以確保民眾就醫權益為原則，至於「都會區」醫院，則不特別處理。本署建議解除追蹤，相關權責單位仍會繼續辦理相關工作。

劉主任委員見祥

該案在上次討論時，盧瑞芬等幾位委員提到，地區醫院的萎縮，

並非全是健保造成。關鍵在於是否影響民眾就醫權益，這才是本會應關切的，但這部分很難以報告呈現。應如何處理，不知各位委員或健保局有何寶貴意見？

謝常務監事武吉(吳委員德朗代理人)

一、不能接受衛生署的回答，這種回答方式太官樣。「都會區」與「非都會區」如何區分？都會區的社區醫療，應該是同等重要。主管機關就是經常這樣，永遠不想改，而且怕改。改了還有推動餘地，不改就沒有推動餘地。

二、之前報載 CMI 值的問題如何處理？請衛生署長官回答。醫策會的董監事會也已討論到 CMI 值、DRG、轉診制度及輔導社區醫院的問題。

三、大陸今年用 9 千億做縣級衛生醫院及都會型社區衛生中心，即地區醫院，還有鄉鎮衛生院、村里衛生室。人家記取我們的缺點，進行改變。他們是看病難、看病貴，我們是一床難求，看門診要一早 3、4 點去排隊，甚至有黃牛排隊，難道我們不必改善嗎？不會感到不好意思嗎？所以，建議還是不能解除追蹤。

劉主任委員見祥

建議該案併同討論案第 2 案一起討論。

謝常務監事武吉(吳委員德朗代理人)

該案是以前的，討論案是以後的，若要併案，一定要追溯到前面，這點要講清楚。

劉主任委員見祥

討論案時再做處理。因為該案已討論多次，今天正好有郭主任提案，幾位委員也都同意檢討本會職責及追蹤層次，我認為應取得大家的共識。

謝常務監事武吉(吳委員德朗代理人)

建議主席這件事不要再討論了，就以主委名義正式行文，請監察院調查該案，好不好？敢不敢？

劉主任委員見祥

我和部分委員一樣，來自民間。本會隸屬於衛生署，可否直接送案到監察院，是另外的議題，不在此討論。

郭主任惠玲(蕭委員景田代理人)

謝常務監事為何不能接受，一定有他的道理。我個人認為，衛生署的說明中提到，有很多的處理，已寫在最新一季的辦理情形。但其第2點，自98年起，以醫療發展基金或公務預算，用於提升醫療資源缺乏地區之醫療服務，現已99年6月，至少應告訴委員改善情形如何？將執行情形讓委員瞭解，據以判斷執行是否符合成效？有無浪費？方式是否正確？我想委員們要瞭解的是這部分，可是剛才聽到的都是處理，完全不見任何成果，所以，還是建議繼續追蹤。

鄭局長守夏

一、以個人身分幫忙說明。該案與健保局沒有直接關係，但這樣討論不易有結果，因為不知問題在哪裡。問題明確，才容易討論。若我們要討論的是，小醫院經營困難，所以保險要扶植，這並不會太難，但不是我們要的。我們關心的是，偏遠地區民眾繳交保費，不應就醫太困難，若要以健保解決，很簡單，不要向該地民眾收取保費即可，但這樣我們就沒有責任了嗎？很明顯，不是健保的問題而已，所以，部分用公務預算解決，但公務預算不是健保能掌控的。貴會職責是妥善監理本局收取保費如何使用，公務預算部分，可請衛生署的醫事處或照護處專案說明。

- 二、轉診制度雖列在健保法，但其源頭在醫療法或醫療制度設計，本局僅是保險人而已。保險影響雖大，但有其極限，若取消診所部分負擔，民眾不一定都會到診所就醫，負擔得起的，還是會到大醫院。所以，現在將地區醫院分為兩類，一類是山地離島偏遠地區，另一類是比較都會區的，兩者醫療資源差別很大，我們要討論的是哪一類？
- 三、干委員所提台東訪視，我想不會是在市區，一定是偏遠地區，蘭嶼、綠島這種事情很普遍。這是我們沒有良心造成的嗎？應該投入經費派個牙醫師駐在當地嗎？是否會有另一批人認為浪費？人在不同位置，看到的問題不一樣，解決方法一定不同。要求健保對這些問題都用一個機制解決，非常困難。我們保障急救責任醫院的急診點值，醫院認為不夠。以保險人立場，要增加保障，沒有問題，但要付費者認為是對的。保障醫院，讓附近居民得以就診，但若附近居民不去就診呢？我們一定保障居民就醫權利，要保障偏遠地區醫院，不一定都用健保保費，部分是用公務預算。其他先進國家也都有這些問題，以美國印地安人保護區為例，也沒有設置醫學中心。
- 四、問題可以討論研議，但一次太多論點，衛生署或本局不容易回答，且讓所有委員都滿意。問題分開比較明確，行政單位也較容易提出方案解決。

劉主任委員見祥

- 一、該案係衛生署建議解除追蹤，惟部分委員尚有疑慮，就照委員意見，繼續追蹤。就如鄭局長所言，追蹤不應空泛，讓執行單位無法處理。針對偏遠地區部分，再請主管單位提供具體數據，若確有需要，再邀請說明。

- 二、歷次會議追蹤第 8 項，依祝委員建議，待 100 年度總額協商後，再解除追蹤。
- 三、歷次會議追蹤第 10 項，因大家關切長期照護保險，故作成「邀請主管單位到會報告」之決定。目前長期照護係朝另立保險的方向立法，不納入健保，故無同意與否之問題，若委員有寶貴意見，可送長照小組研討，而非同意後才能解除追蹤。因尚未報告，故繼續追蹤。
- 四、上次會議追蹤之第 2 項及歷次會議追蹤之第 4 項併入討論案，大家共同的觀念釐清後，日後追蹤就不是主席或單一委員的意見去做決定，大家若有共識，以後就依照共識處理。

【附件 2】

報告案第 3 案中央健康保險局「99 年 5 月份全民健康保險業務執行報告」與會人員發言摘要

干委員文男

- 一、IC 卡上傳錯誤率高得離譜，西醫基層的住診醫令錯誤率竟高達 83%，健保局應思考如何輔導。
- 二、整合式照護模式已實施，還未進行專題報告，請問門診數可下降多少？本報告並未列出。
- 三、調整保費後，4 月較 3 月僅增加 37 億元，增加有限，但暫時可以接受。
- 四、報告第 38 頁，2 月份門住診費用成長率下降得很厲害，到底原因為何？究竟是過年或其他原因？有無特殊意義？
- 五、第 19 頁、25 頁，慢性腎衰竭（尿毒症）必須定期透析治療病患 6 萬 3 千餘件，需終身治療之全身性自體免疫症候群 7 萬餘件，均屬重大傷病，自體免疫到什麼程度？數據比透析還高？
- 六、4 月有 1 家醫事服務機構違規被處以終止特約，請問終止特約之原因為何？
- 七、保費及費基均已調整，但政府欠費之收回情形似無改善，目前還款有多少？是否按照計畫執行？如果沒有，健保局要如何處理？
- 八、6 月 2 日監察院提出兩個糾正文，一是鎖卡，一是藥價調整作業，影響人民權益，如何處理？請說明該二案件的原委。

林委員振順

- 一、整合式照護計畫很多醫學中心沒參加，「逛醫院」多在醫學

中心，應鼓勵更多醫學中心參加。

二、針對 IC 卡登錄，特約藥局部分錯誤率最多，希望健保局能適度宣導。因為很多民眾到藥局，不知要帶健保卡。藥局錯誤率較高，我們會努力。若能輸入醫令，也有助於藥局降低錯誤率。

賴委員永吉

一、4 月份與 5 月份報告最大的差異，應為 4 月份費率從 4.55 %調整到 5.17%，這是委員向來關心的問題。5 月份業務報告中，應清楚呈現費率調整所增加的保費收入，但不知表達在哪些報表中？以作為下次討論費率或二代健保的重要基礎。

二、以 5 月份為例，保費收入到底是多少？真的讓人看不出來，不知局長是否清楚？因為報告所呈現的是三個不同數字，第 6 頁為 264 億元，第 7 頁為 383 億元，第 84 頁為 367 億元。現金基礎與權責基礎當然會有差異，但也只是認定時間不同，內容應該一樣。而且報告上，兩者之分類及定義都不同，請問哪個數字才是準確的？收入及費用的報表都有同樣問題。委員做判斷時，費率與收入、支出之間有很大的關係，報表呈現應以前後一致、定義相同為基礎，讓委員瞭解正確的數字，以後討論才有共同基礎。

黃副局長三桂

一、干委員提到西醫基層住診第 3 季 IC 卡上傳錯誤率高達 83 %，西醫基層住診係指婦產科診所。若以整體西醫基層來看，錯誤率沒那麼高，但婦產科之醫令判斷較為鬆懈，本局在西醫基層支付委員會中，也常提出要求，這部分也請西醫基層代表委員幫忙說明。以前是鼓勵上傳，但現在開

始，有錯誤時，即按照特約管理辦法相關規定辦理。

- 二、干委員所提建構整合式照護模式，係 98 年 12 月開始辦理，現在是 6 月，若至 5 月份費用申報，現在才剛滿半年。報告第 80 頁內容係遵照貴會指示，先向委員預告相關辦理情形，待資料彙整完成，會再正式專案報告。干委員所關心的門診數據，也會列入報告中。
- 三、第 38 頁有關 2 月門、住診申報下降很多，此完全是季節因素。
- 四、需終身治療之全身性自體免疫症候群係指自體免疫調節的機制出了問題，自體免疫疾病為醫療專有名詞，實際人數無法作假。
- 五、違反健保規定終止特約的原因有三種：第一、停止特約執行完畢後二年內再有停約情形，本局即終止合約；第二、容留未具醫師資格人員為保險對象診療、處方，也會終止合約；第三、以不正常行為或以虛偽之證明或陳述申報醫療費用，情節重大、金額龐大的案件，也會終止特約。4 月份的個案待查明後，再向委員報告。
- 六、有關監察院糾正案，稍後請同仁說明。
- 七、醫學中心也有參加整合式照護；另藥局的 IC 卡登錄錯誤高，本局也一再要求，雖有強烈反彈與排斥，但本局仍依規定辦理。林委員希望增加 IC 卡的資訊輸入，供藥局登錄時參考，但受限於卡片空間的問題，短期間內恐無法做到。
- 八、賴委員希望本局報告的格式、時間、內容及定義要一致，避免委員參閱時，產生前後矛盾或不吻合之情形，原則上本局會照辦。細節部分稍後陳副局長還會報告，也請同仁

當面向賴委員請教需要進一步修正之處。

陳副局長孝平

- 一、賴委員所提報表一致性的問題，有兩個原因造成。首先，健保的帳目非常複雜，呈現及歸類時，因目的不同，而有分類上的出入。其次，歷年來貴會也要求過調整呈現方式，幅度雖不大，但累積下來，就形成現在的結果。表 4 及表 5 也不例外。表 4 係以現金為基礎之財務收支，分類較為粗略，主要在觀察每月現金流量能否支應支出。在現金收支報表上，總計那一系列，保費收入為 4 兆 6 千億元；醫療費用支出為 4 兆 8 千億元，差額的半數，靠其他收支挹注。在表 5 其他各項收入，則納入保費收入中，不足部分半數由銀行融資。
- 二、單純的保費收入，呈現在第 84 頁，增加情形需與上月報表比較。
- 三、政府欠費是老問題，短期內不會有太大變化，本局已盡可能處理這個問題。目前之欠費，台北市是依照 5 年還款計畫；高雄市依照 8 年還款計畫；台北縣依照 6 年還款計畫，均在執行中，其他縣市去年均已還清。目前較受注意的是台北市部分，設籍民眾的保費補助款部分並無爭議，非設籍部分，由中央政府補助 50%，但由於立法院與市議會互不相讓，均要等對方先撥付，所以雙方雖均已編列預算，卻都在凍結當中，本局會繼續努力解決。

劉委員玉蘭

- 一、保險應是先有人才有錢，為何表 1 至表 3 的投保單位、保險對象人數及平均投保金額都落後 1 個月，只到 4 月，而後面涉及錢的報表，反而呈現到 5 月。這個問題我已多次

提出，雖也獲得說明，但就是不懂為何前面的報表都會落後1個月，為何人數算不出來，金額卻能算出來？我相信數字一定是有的，希望表1至表3能更新到以最新資料呈現。

二、表5若因欄位不夠，建議可將其他收入與淨投資收入合併，因為目前淨投資收入已微乎其微，大家不會在乎，但保費收入定義要一致。

三、報告中強調保費收入成長係因提高保費，但1至3月保費收入已在增加，無關調高保費。當然調高保費是主要因素，但也可能是經濟恢復的關係，不是單純提高保費所致。

陳副局長孝平

一、表1至表3係已實現的數據；表4及表5係估列數據。

二、表4將其他收支另列，隱含著若僅靠保費收入可能產生的不良後果。也許較好的處理方式，是在備註說明清楚，但報表各有不同目的，若要完全一致，可能也不盡理想。

三、本局也樂見經濟好轉，讓保費增加。因費率調整所增加保費的淨效果，尚需細算才能得知，或許日後再做評估。

劉委員玉蘭

若財務報表僅5月是暫估數，那表1至表3也可以比照，列出4月以前為實際數，5月為暫估數，讓大家清楚瞭解。很多統計也都是這樣，甚至有多次推估。

陳副局長孝平

過去我在主計處做經濟預測時，確是如此。也許還有委員不清楚(p)、(f)及(r)有何不同。這部分看委員意見如何，本局可以檢討辦理。本局以前是國營金融機構，金額較為重要，承保部分則較無先做估列的強烈需求。本局會再研究如何呈現，較有

意義。

黃副局長三桂

干委員詢問終止特約部分，99年2月係一家牙醫，因容留密醫，而被終止特約；3月份則有1家牙醫容留密醫，1家醫院之中醫部門多刷IC卡及住院部分虛報費用，而被終止特約。4月份係1家醫院外科虛報費用，被終止特約1年。

鍾委員美娟

呼應賴委員及劉委員之意見，同一名詞定義所代表之內涵應是一致的，不會因目的而不同。又第7頁之5月份保費收入相較去年同期成長12.96%，並未高於健保費率調增比率13.63%，顯示排除費率調增因素外，是負成長的，但因數字混合，無法得知係何因素，如要表達之資料太多，而受限版面，建議可用明細表方式呈現。

賴委員永吉

一、委員習慣從報表分析，目的是為了討論或決策，所以應重視報表的呈現，要讓人家看得懂。15年來，健保局也很辛苦，可能很多單位或委員要求不同，所以報表如此呈現，有其原因。其實，這裡只有一個分類的問題而已。報表用了10幾年，都沒有更動，但如劉委員所言，現階段淨投資已不重要了。其次，呈現開辦至今的現金收入，並無意義，要緊的是，應將目前重要的數據呈現出來。報表要能夠幫助決策或討論。

二、健保局的說明，我瞭解，但不知其他委員瞭不瞭解。若健保局堅持不改，我自己會去找，沒有問題，但請健保局在委員就任第1天教大家如何解讀報表，或在報告之前先說明，以避免大家誤解，我認為有此必要。

三、財務收支是本會監理的重要基礎，我相信健保局提供的數字，但呈現方式應按照當下的需要做改善。若多數委員看得懂，我也可以接受，但顯然多位委員認為呈現方式需要調整。這個問題既然被提出，也提過好多次，不是這次解釋完就好，請健保局再做思考。

鄭局長守夏

謝謝幾位委員的建議，報表備註太過龐雜，多數委員並不會閱讀。我請本局同仁找時間，邀請幾位熟悉財務的委員，將報表改頭換面。但調整後，就無法呈現以前年度數字，若要重視歷年的變化趨勢，有時就無法要求數字一一對應。我相信每張報表呈現的故事及重點不同，有時因為故事有些複雜，某些細節委員認為重要，就被列為備註，而造成不一致。貴會有財務專家，也有醫療專家，要讓大家都看得懂，需要清楚的備註。因為每次的報告重點不同，委員要求不同，甚至還需特別報告某些項目。本局同仁因不同決議進行增減，致使備註龐雜。委員建議簡化是對的，但哪些是不需要的，將再請本局承保組及財務組同仁，找時間與委員討論，以取得共識。

盧委員美秀

第 84 頁 5 月份 3 家聯合門診中心都是虧損，不知原因為何？

鄭局長守夏

因為本局已改制為一般行政機關，不能再設營利單位，所以行政院規定在 3 至 6 年內，將台北及高雄門診中心結束或外包。各該中心現被嚴格限縮，如出缺不補，人員投入及儀器購買都很困難。本局已成立專案小組，研究如何過渡，尤其是上千位病人，其中老病號已習慣就醫，這是第一優先。另外，有 100 多位資深正職人員的權益須予保障，如果要移撥或變更屬性，

需要一些時間，本局內部傾向讓其縮減。

劉主任委員見祥

一、謝謝健保局的充分說明。

二、有關報表呈現問題，歷年來已修改過多次。如發言委員所強調，報表要讓閱讀者清楚。本會理應主動邀集委員及健保局同仁，共同釐清委員的想法及本會的需要。因此，本會將邀請具有財務專長的賴永吉、鍾美娟、柯綉絹及李永振等委員，以及其他有興趣的委員共同參與，也請健保局指派同仁參加，研議出委員期待的、民眾可閱讀的報表。如局長所說，備註不是一開始就這麼多，也是委員或其他單位要求所造成的。既然各位委員及局長均認為此事很重要，大家就共同努力來促成相關改進事宜。

三、餘洽悉。

【附件 3】

報告案第 4 案中央健康保險局「『二代健保 IC 卡規劃』專題報告」 與會人員發言摘要

盧委員美秀

一、二代健保 IC 卡規劃至少應能增加存放容量，以避免短期內到不同醫院看病，造成重複檢查與用藥，並加快讀取速度，讓醫師願意讀取最近之診療資料。但從本次報告中，並未發現有此兩項規劃。

二、提出下列三點建議，供健保局改進參考：

(一)健保局應統計重複檢查、檢驗項目最多及重複開藥最多之類別，再依 IC 卡最大容量，決定列入 IC 卡之存放項目及內容。

(二)為讓醫師願意讀取最近之診察資料，二代 IC 卡之使用，應探討如何加快讀取速度。

(三)為完成上述要求，應如何執行及所需之經費等，宜有具體規劃，才能討論是否可行，也才能在未來補、換發卡作業時，採用二代 IC 卡存放項目與內容，提升 IC 卡資料之完整性。

三、由於健保局此次報告並不如預期，請於規劃完成後再進行完整報告。

滕委員西華

一、本次二代 IC 卡之規劃報告，並不符合本會長期以來對 IC 卡改革的要求和期待，本會長期對 IC 卡之關心，多集中在存取項目、容量等，在本次報告並未呈現，亦未回應本次簡報中改善項目之(一)與(二)。

二、在健保法修正案於立法院衛環委員會初審時，已經通過 IC

卡不得存放非醫療使用目的之資訊，本人不解為何衛生署仍於 99 年 5 月 3 日交付健保局洽金管會研議 IC 卡具一卡多功能或電子錢包事項？

三、請健保局說明對於就醫之「必要項目」與「非就醫必要資料」之內涵項目為何？為何在問卷調查項目中會針對特約機構調查是否存取「非屬就醫必要資料」？特約機構需讀取之「非屬就醫必要資料」內容為何？

四、二代 IC 卡改革的重要關鍵或阻力，究竟是設備、預算、卡片容量或與特約醫療機構之執行面等，以及改革之近程或時程，應同時報告呈現，才是符合本會期待的 IC 卡改革計畫。

千委員文男

一、本人自進入本會，就很關心 IC 卡。在這次二代健保修法中，IC 卡很單純只用在醫療上，不做其他用途。剛才報告電子錢包等等，是多餘的。藥物過敏與急救等資料之存放、醫療院所須寫入的重要事項，以及能夠提升 IC 卡完整性等才是必要項目內容。將來在使用方面，資料庫要如何建置，健保局有權決定，但本會要求的目標一定要達到，即能夠降低醫療使用，並讓被保險人知道自我健康管理，如用藥及檢查是否必要或重複，希望能在這方面多下功夫。

二、報告中提到醫院醫師不喜歡讀很多資料，請健保局研究如何簡化，但起碼的內容，一定要有。

三、IC 卡關係到健保改革的基礎，如果這裡不做，其他都是多講的。請健保局改善後，先提經本會同意，再陳署核准。

謝常務監事武吉(吳委員德朗代理人)

一、感謝健保局的報告，將 IC 卡和金融卡或身分證結合的想

法，值得稱讚。本人曾在會上提出質疑，健保局能否百分之百保證個人資料的安全性？因為在台中也曾發生過資料外洩的問題。今年新公布的個資法的範圍大幅擴充，希望健保局能妥善管理資訊人員。

- 二、IC 卡的存放內容至少應分為非常必要性、必要性和非必要性等三類，醫療院所讀取時，就比較方便。因報告中並未提及，所以呼應盧委員意見，請健保局下次再作報告。
- 三、健保局資訊人員的可靠性，事關個人資料保護。我曾聽到健保局資訊人員說，可以將其主管人員弄掉，我聽到這句話很傷心。私下若局長想問我，我會告訴你，是哪個單位，囂張到這種程度，讓人對健保局資料保護沒有信心，請健保局要依據個資法，好好保護個人資料。

陳副局長孝平

- 一、考量目前使用的 IC 卡有毀損及已使用多年的問題，故需做改進，並同時檢討現存的問題。但在改進過程中，資訊科技進步很快，出現很多不同的選項，例如是否擴充 IC 卡的容量，或當作進入資料庫的鑰匙，是很大的決策問題。若當作是進入後端資料庫的鑰匙，卡片本身不需太多容量，資訊處理技術也有所不同。目前本局仍持續強化對各項資料的蒐集，如向金管會及台灣銀行等機關取經，並持續向衛生署報告，提供決策之用。
- 二、有關加入其他功能，是因政府預算困難，衛生署長官考量異業結盟的可能性，因其在費用上可減輕政府負擔，不過這些都只是構想。是否要擴大到其他金融功能，並無其他國家之前例可供參考。其他單位的建議，本局都會忠實呈現出來。委員認為有些重點沒有報告，乃因這次報告是之

前的決定，本局先就目前已完成的事項，向大家報告。待蒐集更多資料後，本局樂意配合再做報告。

鄭局長守夏

- 一、盧委員所提，其實有些困難。一旦增加卡片容量，記載越多資訊，讀取就越慢。醫療人員抱怨讀取太慢，如果還要增加寫入資料，是相互矛盾，這點一直困擾本局。
- 二、在政策面，編列公務預算，至少需 10 幾億元至 20 億元，對政府是很大的負擔，所以才會考慮異業結盟，這是衛生署指示的。若二代修法條文確定排除商業用途，二代卡的金融功能就不再研擬。當初沒有其他特別原因，僅是考量政府經費負擔而已。
- 三、第一代健保卡當時獨步全球，但現在很多國家也都有使用。第二代是否還能領先全球？所以思考比較先進，會遇到不同意見。若電子病歷、雲端運算進展很快，2 年內能成熟，則 IC 卡無須儲存資料，只要識別碼即可，屆時只要插卡就能下載資料。
- 四、目前速度要加快，問題不在 IC 卡，而是醫院內部資訊系統要升級，但問題還是在經費。第 1 代使用接觸式，現在已經落伍了，不希望二代卡在 3 年後也落伍。
- 五、加快讀取檢驗檢查避免重複，主要卡在醫院的軟硬體，但費協會也不會同意本局提供經費來補助，只能利用推動電子病歷、影像交換及整合性照護等其他辦法，減少不必要的檢驗檢查。臨床上的檢驗檢查，也不應由本局限制，要保留臨床判斷的彈性，賦予醫界責任，而非全由保險規範。

郭主任惠玲(蕭委員景田代理人)

報載審計部調查健保 IC 卡 9 年來的使用情形，在調查報告中，

局長說要調閱前 6 次用藥的紀錄，需要 40 到 60 秒，我看應該不止這些時間。局長說很多患者不願意等，我相信患者都願意等，是醫師不願調閱資料。我相信大家都願意等待，以瞭解之前的用藥狀況。縱然有患者不願等，如局長剛才所說，醫院的頻寬及設備不足，才是最大的關鍵，但絕非患者不願等。

干委員文男

我們一定要朝二代健保 IC 卡的方向做，否則改革都是假的。錢的問題可以解決，請健保局先編列經費，再向費協會建議，將來能節省的费用，幾倍於編列的經費。

劉主任委員見祥

- 一、委員對二代健保 IC 卡規劃意見，如提升醫療浪費之管控、加強資料完整性及存取速度、簡化查詢功能及不同意結合電子錢包等意見，送主管機關參考。
- 二、請健保局對就醫必要存放項目、計畫時程、管理措施及所需經費等委員關心內容，於完成初步規劃後，在報署核定前，先到本會進行報告。
- 三、餘洽悉。

【附件 4】

討論案第 1 案「本會實地訪查『全民健保居家照護業務辦理情形』後之建議案」與會人員發言摘要

劉主任委員見祥

- 一、感謝參與這次訪視委員的熱心參與，也謝謝健保局同仁的辛苦及協助。
- 二、相關建議係經過委員實地訪查後提出，不知其他委員有無補充或修改意見？

石常務理事賢彥(李委員明濱代理人)

第 68 頁第 6 項，限制由家醫科醫師負責呼吸器第 4 階段的醫師訪視工作，恐怕並不適當，其他科別難道不行？應是由經過專責訓練的醫師來處理。

謝常務監事武吉(吳委員德朗代理人)

我的建議與石常務理事想法一致，改為有受過專責訓練過的醫師即可，以免獨厚家醫科乙科，有圖利之嫌。

劉主任委員見祥

相關建議係增加開放家醫科醫師，原辦法應已開放其他科別。第 6 項依奇美醫院高金盆護理長之建議，並增加兩位委員的意見，依擬辦函送衛生署及健保局，於修改相關辦法或要點時參考。

柯副主任委員桂女

轉達吳淑瓊委員三點書面意見如下：

- 一、對健保局提出的第 3 項建議：「每月超過 2 次，應予給付」，表示同意。目前行政院核定的「我國長期照顧十年計畫」中正在實施此項措施，請參考其實施經驗，儘速規劃此項措施。
- 二、有關偏遠地區的給付、可近性、普及性議題，請和健保局

其他與偏遠地區有關的計畫，一併做整體性的討論。

三、對健保局建議的第 4 項，對癌末或臨終病人提供跨專業團隊合作服務，並調降安寧病人之自付額。這項建議請檢討為何只對安寧病人提出。所有居家照護病人，應一視同仁，一併檢討。又在跨專業團隊納入的專業，目前「長照十年計畫」納入復健專業，請一併討論。

劉主任委員見祥

彙整議程所列本會建議事項及委員發言與書面意見後，函請衛生署及健保局參考辦理。

【附件 5】

討論案第 2 案「健保監理委員會會議決議事項列管追蹤機制，建議列管對象應為決議事項之主責單位（衛生署、健保局），俾提升健保監理會監理效益」與會人員發言摘要

郭主任惠玲(蕭委員景田代理人)

審議二代健保時，立法委員視在座諸位為太上皇，權力無限上綱，都擁有尚方寶劍。但事實上，大家不過是橡皮圖章而已。對照上次會議，本會只要將決議事項送交健保局或衛生署，即可解除列管，我非常不以為然。縱然如局長稍早所提，很多政策面是其他衛生單位的業務，但很多醫療政策和健保密切相關，難道本會委員沒有權利瞭解嗎？縱然沒有決策權，至少也有建議權。建議後總要回復可接受的程度及後續執行情形，委員有必要瞭解，絕非是太上皇，這是我提案的緣由，敬請各位支持，謝謝！

謝常務監事武吉(吳委員德朗代理人)

呼應三位女性委員有膽量挑戰公權力。我也有同樣想法，很多都是衛生署回復酌參二字。應列入追蹤的就該追。否則，本會議就不必召開了。外人以為是太上皇，其實只是講爽的，不該是這樣，所以我建議呼應三位委員的提案，其膽量可佩。

曲委員同光

一、一般機關列管是對內部作業上的追蹤管考，機關之間沒有列管其他機關的道理，尤其是平行機關，甚至是上級機關。如果將來列管機關改為主責單位，必須考慮在行政作業及效力上有何實質不同。例如衛生署開會事項與其他部會有關，可請其他部會參考或提供看法，但也不宜予以列管。其他社會保險主管機關代表多在現場，可提供實務經驗。有時列管

只是提供意見，讓主政者做為參考，不是一定要對方同意，才能解除列管。在行政作業上，大家還是要思考清楚，每個團體有其權責和職掌所在，應按照這樣的職掌來運作。

二、今天大家討論很多有關偏遠地區處理及轉診落實，大家在討論轉診落實時，有無思考和健保的關係為何？大家要的是什麼？依照健保法的規定，在健保部分，轉診主要用部分負擔的機制處理。健保對不同層級間，是以加重部分負擔來處理。若大家認為轉診制度要落實，那就牽涉到全國性醫療制度的問題，若轉診那麼容易落實，為何政府不即早去做？事實上，以往有推動過，但多數民眾不能接受。若大家心目中的轉診是，民眾要到各層級醫院就診前，一定要經過基層診所轉診，而且要落實，大家確定所屬團體都支持，或大多數民眾都可以接受嗎？這樣會不會產生其他問題？如果真的要去做，大家可以好好思考，但不是做個決議，就要列管別人非做不可，沒有做到就要繼續列管。

三、我贊成有議題大家儘量提出，仔細討論可行性，但在實際運作上，也要考慮到行政體系間互相尊重和應遵守的規則。

滕委員西華

本案的精神，曲委員應有所誤解，本案並沒有要「列管」其他部會，或要求其他部會須同意監理會的決議事項。本會之位階亦無此權力或功能。本案最主要之目的，是要瞭解像健保如此涉及多個部會或局處業務或權責之單位，究竟監理會之建議在其他相關機關參採之情形，或可行性評估、執行情況等，才不致於形成建議事項無下文；或本會委員之建議，不可行，是否符合現制或困難等；不會重複提案，或建議不可行或與本會無關之案件，因此，並無要列管政府部會之意謂，旨在對決議

事項之追蹤及參採之程度。

賴委員永吉

- 一、本案僅是本會自行追蹤列管決議事項而已，並未強制衛生署或健保局照辦，主管機關無須嚴重看待。
- 二、二代健保不斷強調未來兩會合一的重要性，現在開始重視決議事項的追蹤列管，也是應當的。

楊委員芸蘋

在場最資淺的委員大概就是我，原以為委員權力無限寬大，因為外界都這麼認為，但擔任委員以後，才知雖然頻繁開會但仍有很大的討論空間，委員的權限並不如外界想像的大，其結果應列為追蹤的案件，卻解除列管。想瞭解有無任何規定不能將追蹤之主責單位改為衛生署及健保局？

呂委員明泰

剛才各位委員的說法，我都接受，但問題在本案的擬辦上，將列管對象改為主責單位，因為列管機制在於上級機關對於下級機關（或機關內部）之相關政策或重要工作之追蹤管制，從而本項建議將生本會如何列管衛生署的問題？換言之，我們可以繼續追蹤本會討論的結果，可以等到主管機關回復後，再解除列管，但不可以列管衛生署或醫事處。據此，建議本案的擬辦應再做修正。

郭主任惠玲(蕭委員景田代理人)

本案是就決議事項內容列管，可以修改文字。

祝委員健芳

- 一、內政部設有許多委員會，也負責行政院因任務編組成立的三個委員會的幕僚工作，其委員都是外聘，部分是政府機關代表。對於決議事項列管部分，確實是列管權責單位。主席

裁示時，會考量決議的衡平性及可行性。原則上，決議過程中會要求各權責單位，在下次會議提出決議事項的研議辦理情形。若研議後完全無法回應委員要求，經討論認為決議有瑕疵，還是可以推翻。所以，程序上列管的不是幕僚單位，而是有能力決策或執行的單位。

二、內政部各委員會的決議列管對象，會涉及行政院各相關部會，但不是所有決議事項，各部會都要照單全收。多數是學者專家及民間團體的想法，經由主席審慎裁示，交由各主責部會帶回研議，提出周延的建議及改善方案。相關保險監理委員會運作也大致相同。

謝常務監事武吉(吳委員德朗代理人)

一、會議時間已超過 10 分鐘，本案無須再多做討論。提案係因經常為列管與否費時爭執，尤其是我。主管機關的解釋會擴大變成雙方是對立的，其實我們不是這種意思，提案建議是要確立原則。主管機關認為我們要修理他們，我們沒有這種能力，不必將問題嚴重化。

二、請教主管機關，健保法第 33 條哪裡有寫到部分負擔？沒有就是違法論述。

劉主任委員見祥

一、大家都肯定提案委員的用意，惟文字可再做修改。

二、本會所做決議事項，如賴委員所說，是列管幕僚人員有無按照決議事項執行，列管的是決議事項辦理情形，而不是某一個機關。決議雖已送主管機關核參，仍需追蹤回復情形並告知委員。

三、建議將列管改為追蹤，所有案件均追蹤至相關單位回復後，才解除追蹤；若未回復，則持續追蹤。回復後依本會權限辦

理結案事宜，若需繼續協調溝通或洽詢相關資料，則請由幕僚人員辦理。若委員對辦理事項仍有意見，可請另行提案討論後據以辦理。

郭主任惠玲(蕭委員景田代理人)

幕僚人員本就該被委員列管，否則本人就無須提案了。所以列管對象應是主責單位，不該是本會。

鄭局長守夏

列管是指列管議案。討論案繼續被列管追蹤的意思，是還在進行中。所以，列管追蹤是對案件，不是對機關或個人；可以不使用列管字眼，改為繼續追蹤。若解除後仍不滿意，可再提案繼續追蹤。

郭主任惠玲(蕭委員景田代理人)

6月1日健保局發布修正「全民健康保險醫療費用欠費催收及轉銷呆帳作業要點」，對其內容並無意見，但對其法條用詞略有意見。首先聲明，健保局的用詞沒有錯，依照中央法規標準法，對於法律用語，通常用條文，但對於規程、規則等行政命令並無規範。但使用「前點」(例如第45頁之第3點)很奇怪，參考其他部會的作業要點，也未見使用「前點」二字。日後條文可能會增加，使用「前點」並不妥當。建議健保局還是比照其他部會用「條」，較為通順。

劉主任委員見祥

郭主任意見列入紀錄，送健保局參考。