

健保卡的功能（中） ——主管機關是誰？

雙合耳鼻喉科聯合診所 李志宏

為配合整體國家發展，中央健康保險署在不增加院所負擔下，朝運用現有機制協助推動行動支付^①方向研議，並基於提升服務品質，讓保險對象多一種支付費用選擇下，建議將獎勵條件放在品質保證保留款實施方案^②之加分項目之一，並沒有額外增加預算，若院所納入行動支付確有困難，亦不影響原有品質保證保留款之支付。本案並於各總額部門研商議事會議中討論，其中中醫、牙醫門診總額同意，西醫基層總額不同意，中央健康保險署均予以尊重。惟全民健康保險會於107年第11次委員會議討論「108年全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」時，明確提出不同意將推廣行動支付項目，納為各總額部門品質保證保留款實施方案之獎勵指標^③，爰中央健康保險署依該會意見，再次提報各總額部門研商議事會議討論，最後決議不列入行動支付獎勵項目。未來中央健康保險署仍將本於善良管理人權責，為配合整體國家政策，妥善規劃各項健保政策，提升整體醫療品質^④而努力。（「行動支付獎勵未列入各部門總額品質保證保留款項目」焦點新聞，中央健康保險署，民國108年4月17日。）

「我不懂法律依據，但是醫師您怎知有行動支付及電子錢包的功能？」

「因為我曾受邀參加健保卡改革協作會議！」

「啥？什麼協作會議？」藥師驚訝地問。

「是健保署為『新一代健保憑證規劃』所

召開的會議，協作目的是討論如何規劃新版的健保卡，邀請一般民眾、醫療人員出席，然後加上一個資訊技術的專家和一個社群專家，會議結果不會做成決議，主要是讓利害關係人一起討論。」醫師回答藥師問題。

「是啊！這是去年的事，健保署有事先打電話到診所問醫師是否可以出席。」櫃台姑娘對此事尚有記憶。

「當時…真的有些納悶怎麼會找上我？」醫師回憶起這往事。

「因為你時常罵健保啊！」藥師提出可能原因。

「罵健保…有用嗎？」

「就是啊，好官自我為之、狗吠火車…還有什麼？」櫃台姑娘說。

「健保醫療還不夠爛！健保醫師還不夠慘…」醫師接續講。

「健保制度只有利於大型醫院的經營者而已。」藥師曾在醫學中心工作，所以心有戚戚焉。

「的確如此！健保簽約對象是醫療機構，不是醫師及藥師，所以專業人員沒有話語權。不過這不是參加協作會議的重點，你們知道我以什麼身分參加嗎？」

「不就是醫師身分嗎？」曾接過邀請電話的櫃台姑娘搶先回答。

「健保改革者？健保署目前最需要的人才！」藥師還是認為醫師時常罵健保才是受邀



的原因。

「都不是！…」醫師停頓一下，接著說：「是診所…年輕醫師。」聽到這種身分稱呼，藥師及櫃台姑娘都不禁大笑起來。

「幾歲算年輕醫師啊？」藥師率先問醫師。

「因為還有診所年長醫師受邀，報到時簽錯欄位被糾正，工作人員才告訴我六十歲以下都算年輕醫師。」醫師回憶說。

「你們醫師的年輕、年長定義…好奇怪？」櫃台姑娘說。

「我也覺得好奇怪！因為會議當日在美國國慶日，我也剛過六十歲生日，我們不是一起去KTV慶生嗎？」醫師回應說。

「想起來了！」藥師及櫃台姑娘異口同聲說

「你們猜猜這張健保卡我已經用了多少年？」醫師從抽屜拿出健保卡獻寶。

「哇！照片上的醫師好年輕。」年輕的櫃台姑娘先注意到照片。

「超過10年了吧？」藥師先猜，但心裡想著照片中醫師應該不到四十歲。

「超過15年！」醫師觀察到她們的疑惑，接著說：「照片中的我大約三十五歲，民國93年發放健保卡時並沒有如同護照要求三個月內的照片。」

「所以您就拿…當時的十年前照片？」藥師問。

「當然找一張年輕帥氣的照片啊！」

「就是啊！當年應該還沒有…修圖軟體？」櫃台姑娘說。

「那妳們知道像我這樣的卡還有多少張在流通？」醫師問。

「應該不多了吧？」藥師以自己信用卡的更換年限推斷。

「應該只剩醫師這張吧？照片都認不出來了，是古董健保卡！」年輕的櫃台姑娘略帶揶揄地接續回答。

「大約一千一百萬張！」

「嚇死人喔！也就是超過六成的原始持卡人超15年沒有換過卡的意思嗎？」藥師在心裡估算15年來的死亡人數。

「這是官方資料，各自解讀吧！」

「對了，剛提到健保卡具有行動支付及電子錢包的功能，怎麼回事？」藥師不僅想到信用卡，還想到悠遊卡、LINE pay等。

「該次協作會議提出如有行動支付或電子錢包功能，可以透過健保卡支付醫療費用與掛號費，實現無紙幣作業。」醫師解釋說。

「啥？醫療費用包括自費部分嗎？」收費歸櫃台姑娘，所以如是問。

「只能用於健保醫療費用與掛號費嗎？」藥師感覺皮包盡是琳瑯滿目的卡片。

「這個嘛…沒被認真討論過，大夥只是在爭議不可行。」

「結果呢？」

「會議主辦方提出民調資料顯示46.4%持正面態度、47.0%表示不贊成。」

「何謂『持正面態度』？」藥師問。

「好問題！官署就是偏好模糊文字…唉！」

「為什麼不是贊成、不贊成？」想法單純的櫃台姑娘問。

「我猜想…用46.4%正面態度掩蓋47.0%的不贊成，讓與會人員有勢均力敵的錯覺，其實主辦單位的底牌是…贊成！」藥師試圖破解官方心態。

「妳在行！」醫師豎起大拇指稱讚。

「正如醫師常提到，健保署的本職沒做好，但是常常跨足其他機構，插手與健保無直接關係的業務。」藥師說。

「妳馬上想到哪一種業務？」醫師問。

「不就是剛剛提到的申報綜合所得稅業務嗎？」藥師回答。

「還有嗎？直接想到的…」

「我知道了！補充保險費的收取，一為稅、一為費，二者目的不同，財政部官員的主張。」學過會計的櫃台姑娘回應。

「沒錯！不僅涉及財政部所主管的稅務，有關股利部分也涉及其他機關…」

「是金融監督管理委員會…還是臺灣證券交易所？」不懂股票的人都有疑惑。

「其實我也不知道，可以確定的是：絕對不是健保署！所以怎可插手股利所得，當作收取補充保險費的基礎？」醫師帶著憤怒表情。

「多年不是被醫師您提出逾越法律授權的質疑嗎？」櫃台姑娘問。

「只是初步、無法接續！只讓利息所得等的收取基礎由單次5,000元提高至20,000元，股利所得卻不動如山。」醫師感嘆回答。

「繼續加油啊！」藥師鼓勵。

「不就是『狗吠火車』…正如妳們所說！」

「真的！從可以申報綜合所得稅到…考慮具有行動支付與電子錢包功能，光健保卡就無所不能，何況是健保制度…簡直像是萬能機關！」藥師說。

「這些都是善良百姓縱容的結果。」櫃台姑娘說。

「豈只是善良百姓縱容，超時、超量工作的醫療從業人員更是幫兇。」藥師加碼。

「也是！健保制度只有利於大型醫院的經營者而已。」櫃台姑娘想起剛才藥師所言。

「我再請問妳們，如果健保卡具有行動支付與電子錢包功能，那麼…它…歸什麼機關主管？」醫師續問。

「健保卡…不就是發卡機關的健保署嗎？」櫃台姑娘回答。

「我不懂稅務、金融，應該不是健保署…」藥師說。（未完待續）

問題①：何謂「行動支付」？健保卡當成行動支付合適嗎？

解答：所謂「行動支付」是指使用行動裝置進行付款的服務。在不需使用現金、支票或信用卡的情況下，消費者可使用行動裝置支付各項服務或數位及實體商品的費用。雖然使用非實體貨幣系統的概念已存在許久，但支援此系統的科技直到近期才開始普及。主要的行動支付方式共有五種類型：簡訊為基礎的轉帳支付、行動帳單付款、行動裝置網路支付（WAP）、應用程式支付（APP）和非接觸型支付（NFC）。（參考維基百科，網址：<https://zh.wikipedia.org/wiki/行動支付>）

根據資策會的「行動支付大調查」，去年台灣行動支付的普及率已經突破五成，在18至45歲的智慧型手機用戶中，更是已經突破六成。隨著台灣行動支付愈來愈普及，各大銀行、超商，甚至百貨業都跳出來分一杯羹，紛紛推出專屬App，並狂撒超值優惠，搶行動支付商機；如今台灣行動支付市場百「Pay」爭鳴。如果依照付款方式，大抵可以分為三種：一、感應支付：例如Google Pay、Apple Pay及Samsung Pay等；二、掃條碼：例如玉山Wallet、家樂福Pay等；三、QR Code：例如LINE Pay、街口支付、台灣Pay等。支付的方式不同，不只影響能夠使用的店家，也可能影響使用時的回饋。比方說，使用Google Pay、Apple Pay或Samsung Pay進行感應刷卡，通常只吃信用卡的基本回饋，但若使用LINE Pay、

街口支付等行動支付，經常被視為網路刷卡，能取得較多回饋。當然，根據消費地點不同，回饋也可能被發卡銀行的認列基準影響——行動支付相當便利，但要拿到最優的回饋，可沒有那麼容易。而且考慮到台灣各地店家能使用的支付都不同，暫時無法擬定「一Pay打天下」的方案。（參考「你和行動支付熟嗎？一張表搞懂怎麼『Pay』最優惠」，數位部內容中心，經濟日報，民國108年9月27日。）

如果健保卡也加入「行動支付」這場混戰，它能提供什麼「優惠方案」？歸何機關主管？健保卡不就單純是「就醫憑證」，何必將它複雜化？

問題②：何謂「健保總額部門品質保證保留款實施方案」？符合法令及規定嗎？

解答：以「108年度全民健康保險『西醫基層』總額品質保證保留款實施方案」為例（民國108年5月31日健保醫字第1080007611號公告），其依據是「全民健康保險會（健保會）協定年度醫療給付費用總額事項」，其目的是「確保西醫基層總額支付制度實施後醫療服務之品質，獎勵優質西醫基層特約診所」，其預算來源是「年度西醫基層醫療給付費用總額中之品質保證保留款」。

核發資格：一、西醫基層特約診所於當年度門診醫療費用案件均在規定時限（以郵戳為憑，次月20日前）以電子資料申報（如未按時申報者，以2次(含)為限），符合第一次暫

付，且無本方案第肆之二點之情形，得核發品質保證保留款。另當年度院所之醫事服務機構代號如有變更，視為不同開業主體分別計算。二、西醫基層特約診所因有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第三十七條至第四十條所列違規情事之一者，於當年度1月1日至12月31日期間，經全民健康保險保險人（保險人）處分者，則不予核發品質保證保留款。前述期間以第一次處分日期（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）認定之。三、不符合「全民健康保險慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」核發資格之診所。

依據《全民健康保險法》及《全民健康保險會設置要點》規定，全民健康保險會（健保會）的法定任務如下：一、保險費率之審議。二、保險給付範圍之審議。三、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配。四、保險政策、法規之研究及諮詢。五、其他有關保險業務之監理事項。六、其他全民健康保險法所定由本會辦理事項。承上，所謂「總額品質保證保留款實施方案」應該屬於哪一項？復依《全民健康保險法》第五章保險給付第40條第一項：「保險對象發生疾病、傷害事故或生育時，保險醫事服務機構提供保險醫療服務，應依第二項訂定之醫療辦法、第四十一條第一項、第二項訂定之醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準之規定辦理。」

健保署向來都以「醫療品質」當控管手

段，當然可行！惟不可以使用保險對象所繳的保險費當工具，這應由行政機關（衛生福利部及健保署）另外編列行政預算、非保險費支應！

問題③：承上題，有多少「獎勵指標」？

解答：獎勵指標：（一）診所月平均門診申復核減率，不超過該分區106年所屬科別80百分位，即<80百分位。（二）診所之每位病人年平均就診次數，不超過該分區106年所屬科別80百分位，即<80百分位。（三）個案重複就診率不超過該分區106年所屬科別80百分位，即<80百分位。（四）健保卡處方登錄差異率 $\leq 8\%$ 。（五）門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 $> 10\%$ ，惟家醫科和內科門診病人健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率 $> 15\%$ 。（六）藥歷查詢……（七）藥歷查詢……（八）藥歷查詢……（九）糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)執行率 $\geq 60\%$ 。（十）初期慢性腎臟病eGFR執行率，超過5百分位，即 > 5 百分位。（十一）檢驗（查）結果上傳率， $\geq 70\%$ 。（十二）提供無障礙就醫環境者：本項依衛生福利部研訂內容辦理，並經「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會」確認後生效。

核發原則：（一）獎勵指標第12項「提供無障礙就醫環境者」未確認生效前，其核發方式如下：…（二）獎勵指標第12項「提供無障礙就醫環境者」確認生效後，其核發方式如



下：…。

獎勵指標(一)~(四)或許與所謂的「品質保證」有些牽連，但是健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率及藥歷查詢《指標(五)~(八)》，就不知道在「保證品質」、還是「保證健保財務」？因為不查詢(註：行政機關本身違反《個人資料保護法》，又公然指導健保醫事服務機構跟進違法？)已經被依「門診特定藥品重複用藥管理方案」核扣費用，復以相同理由列為「品質保證」的指標，有一事二罰的效果。(註：姑且不論其合法性，合理性就不足。)至於獎勵指標第12項「提供無障礙就醫環境者」在多年…多年前就反覆被提及，現仍有參與研議者，建議去請教小7(7-11)的經驗！

問題④：何謂「善良管理人」？整體國家醫療政策及品質該由何機構負責？

解答：在與醫療、健保相關法規中查詢，除健康食品(《健康食品查驗委託辦法》第10條)、藥品(《藥品優良臨床試驗準則》第101條)外，並無所謂「善良管理人」規定，筆者不了解中央健康保險署在此焦點新聞末所稱「本於善良管理人權責」，所指為何？

至於醫療政策與醫療品質，根據《醫療法》第1條：「為促進醫療事業之健全發展，合理分布醫療資源，提高醫療品質，保障病人權益，增進國民健康，特制定本法。本法未規定者，適用其他法律規定。」所稱促進醫療事

業之健全發展、合理分布醫療資源、提高醫療品質、保障病人權益及增進國民健康等就是醫療政策與醫療品質，而其主管機關屬於衛生福利部。另依同法第91條第一項：「中央主管機關為促進醫療事業發展、提升醫療品質與效率及均衡醫療資源，應採取獎勵措施。」所謂中央主管機關就是衛生福利部，前題所稱「品質」保證的「獎勵」措施，應由中央主管機關編列預算支應。(註：依據同法同條第二項：「前項獎勵措施之項目、方式及其他配合措施之辦法，由中央主管機關定之。」)

雖然健保制度依據《全民健康保險法》第74條第一項：「保險人及保險醫事服務機構應定期公開與本保險有關之醫療品質資訊。」有定期公開醫療品質資訊的義務，但也止於「與本保險有關」者，並不涉及因此而獎勵部分。健保會以保險對象所繳保險費當獎勵，適當嗎？合法嗎？

