

全民健康保險監理委員會  
第 207 次會議紀錄

中華民國 101 年 9 月 28 日



# 全民健康保險監理委員會第 207 次會議紀錄

時間：中華民國 101 年 9 月 28 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

葛委員克昌

干委員文男

楊委員芸蘋

林委員啟滄

陳秘書健民(代)

張委員永成

林主任敏華(代)

蘇委員錦霞

滕委員西華

何委員語

葉委員宗義

李委員永振

李委員成家

郭委員志龍

李委員明濱

周醫師慶明(代)

李委員蜀平

黃委員建文

陳委員俊明

楊委員漢淶

曲委員同光

呂委員明泰

姚委員惠文  
石委員發基  
鍾委員美娟  
林委員至美

請假委員：

柯委員綉絹

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

朱組長日僑  
林執行秘書宜靜  
黃局長三桂  
蔡主任秘書魯  
蔡組長淑鈴  
林組長立人  
沈組長茂庭  
鄧組長世輝  
洪代理組長清榮  
周副組長世恒  
施專門委員志和  
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  
魏專門委員璽倫

本會

主席：劉主任委員見祥

紀錄：葉肖梅、曾幼筑、  
陳淑美、范裕春

壹、主席致詞：

各位委員、黃局長、所有與會同仁，大家早！

颱風雖只是尾巴輕輕掃過台灣，仍造成許多不便，感謝

大家風雨中前來參加今天的第 207 次委員會議。

首先歡迎接替劉委員玉蘭席次的林委員至美，劉委員日前自行政院經濟建設委員會退休。林委員目前擔任經建會人力規劃處副處長，工作經歷非常豐富，從人力規劃處科員、專員、簡任秘書、專門委員、組長一直到副處長，未來對健保監理業務之推展將提供許多助力。

另外，新任的健保局黃局長三桂，大家已非常熟悉，渠長期參與本委員會議，常和委員就健保相關議題交換意見，相信日後定更能一展所長。

今天是在座多位老師的節日，祝各位教師節快樂。而再過兩天更逢中秋節，預祝大家佳節愉快！

## 貳、報告案

### 第 1 案

案由：確認本會上(第 206)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、除第 5 項「建請政府培育公費醫師解決五大科醫師人力不足案」及第 6 項「建請衛生署及勞委會共同研擬開放外籍基層護理人力，以彌補國內護理人力不足困境案」，仍繼續追蹤外，其餘各項解除追蹤。該二追蹤案應持續關注後續發展，並於今(101)年年底向委員報告相關進度。
- 二、本會委員擔心特約院所醫師兼具藥師資格者得自行調劑乙節，恐違背醫藥分業政策，損及民眾用藥安全，爰宜整理

委員意見送請行政院衛生署參考。該建議案並先請蘇委員錦霞及葛委員克昌兩位具法律專業背景的委員協助修正後再陳報。

三、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：101 年 8 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)

### 第 4 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「健保財務及業務監理指標執行成果」專題報告，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 3)

### 參、討論案

提案人：李委員蜀平、葉委員宗義、郭委員志龍、干委員文男

案由：因應健保局「醫院以病人為中心門診整合性照護計畫」乙案中關於一次多科看診，而多科看診後各科處方箋卻使用同一就醫序號，造成健保特約藥局端作業困難，敬請健保局改善整合式門診藥事服務費之給付方式，並解決健保 IC 卡登打處理方式之問題，俾利健保特約藥局後端申報作業，提請 討論。

決議：

一、本案所涉藥事服務費屬支付標準範疇，請李委員蜀平與所

屬藥師團體可先評估，再視需要性循相關程序辦理。

二、委員意見送請中央健康保險局參考。

(與會人員發言實錄詳附件 4)

肆、散會：中午 12 時 06 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

- 一、謝謝楊主任秘書慧芬的報告。在委員提出詢問之前，要先謝謝委員熱心參與牙醫師公會全聯會所辦「全民健保牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案及全民健保特殊醫療服務試辦計畫」參訪活動，另外，也十分感謝委員踴躍參與本會即將於下(10)月份辦理之論人計酬試辦計畫實地訪查。
- 二、請問委員對於重要業務報告案有無意見？

#### 楊委員漢淙

修正後全民健康保險法第3條規定，政府每年度應負擔之保險總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之36%，若有不足，由主管機關編列預算撥補之。議程資料第7頁，有關行政院主計總處針對健保局102年度預算書之審定意見，健保局原先編列102年政府須負擔保險總經費中，不足36%差額292億元，但主計總處僅核列145億元，減列約147億元，請問依此核列金額，政府負擔之保險總經費到底是多少百分比？是否符合修正後健保法之規定？

#### 李委員蜀平

議程資料第10頁，關於健保局於101年9月13日在增修「全民健康保險醫療費用支付標準」部分診療項目，藥師公會全聯會對其中新增醫師兼具藥師資格者可申報處方調劑之藥事服務費及藥費乙項，感到非常遺憾與無奈。醫師兼具藥師者可以同時負責診療與調劑處方兩項業務，這樣做合理嗎？醫師與藥師各有

不同之專業與職責，這項公告明顯已違反「醫藥分業」的政策，並違反藥事法102條之規定，我們表達嚴正的抗議。

李委員永振

- 一、議程資料第 7 頁 3 之(1)項，行政院主計總處減列許多保費收入預算，請問健保局，未來費用不足時該怎麼辦？
- 二、議程資料第 7 頁 2 之(1)項，過去本會審議決算及相關試辦計畫時，委員對於保險給付成長率均認為應審慎評估。目前費協會已協定完成 102 年度之總額預算，先前健保局擬編概算中，保險給付成長率以 4.3%推估已屬偏高；衛生署審核時，建議保險給付成長率修正按 4.5%推估，請衛生署說明修正的原因，以利未來委員審議相關議題時有所依循。

滕委員西華

- 一、修正後健保法規定政府每年應負擔之保險總經費，不得低於年度保險經費的 36%，而主計總處僅以 36%為標準而來減列預算，很難想像為何減列這麼多保費收入預算，因保費收入是健保最主要的財源。政府計算應負擔之保險經費時，當然應以保費收入為計算基礎。我認為主計總處減列政府須負擔保費收入預算是對的，費率的核定既掌握在政府手中，費率的高低將決定保費收入的額度，若費率低於 5.17%，保費可能就會短收，而健保局對於補充保險費的收取毫無把握，即便怎麼努力，也不可能完全收足。雖然反對沒有用，但主計總處減列的預算額度相當於補充保險費的一半，而補充保費又可能短收很多，所以，仍要表達我們的無奈。既然費率及政府補助額度都由政府決定，就應該政府自己負責收支連動。所以，未來健保若收支不平衡，不可以由全民負擔，應該由主計總處動用行政

院第二預備金來補足差額。

二、議程資料第 10 頁，有關醫師兼具藥師資格者得自行調劑之規定，我呼應李委員蜀平的看法。藥師人力與護理人力情形一樣，在都會區並沒有人力不足的問題。藥事法規定的醫藥分業多年都無法推動，都會區有那麼多的社區藥局，所以藥事法只在偏遠地區或特殊情形才有例外規定，得由醫師或醫師兼具藥師資格者調劑處方。我認為健保支付制度應朝正確的方向改革，不論是修正支付標準或研訂醫療費用支付標準相對值（RBRVS，Resource Based Relative Value Scale）時，請健保局應一併考量我們到底還要不要實施醫藥分業及處方箋釋出的政策？醫師兼具藥師資格者得自行調劑之規定，與醫藥分業精神略有違背，也不符民眾用藥安全的考量。衛生署若只為都會區少數醫師兼具藥師資格者權益而破壞醫藥分業精神，其實並不妥適。

三、議程資料第 81 頁，附錄 4「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」中，矯正機關好像只提供西醫醫療服務，對於中醫及牙醫的醫療需求應如何處理？請健保局補充說明。另於計畫中，醫療服務所需的設備成本，請問應由健保局或矯正機關提供？還是由承作的醫療院所自行準備？法務部有無任何政策上的協助？若設備不足是否會造成健保特約的困難？

干委員文男

一、議程資料第 10 頁第 4 項，對於都會區醫師兼具藥師資格者可以自行調劑致無法推動醫藥分業乙節，感覺上有些奇怪，在偏鄉地區，因醫療院所不易聘請藥師或者根本沒有社區藥局，還情有可原；但在都會區就應該落實「醫藥分

業」。對於醫師與藥師雙方不同的意見，建議彼此應加強溝通與協調，並提出雙方都可接受的折衷方案。

二、議程資料第 6 頁，本會委員參加牙醫師公會全聯會所辦理至澎湖縣訪視醫缺改善方案及健保特殊醫療服務試辦計畫，牙醫師公會全聯會幾乎每個細節都顧慮到。但當地人口太少，牙醫師無法駐診，只能坐船到每個島嶼提供巡迴醫療服務，非常用心也很辛苦，證明健保經費並沒有白花，應予鼓勵並且寬列試辦計畫預算，讓牙醫師比較甘心樂意地付出。至於本島仍有部分偏僻鄉鎮還有改進空間，請健保局、衛生署及牙醫師公會全聯會持續對於偏鄉的醫療照護共同努力。

三、有關主計總處減列保費收入的問題，既然補助標準由政府訂定，費率也是政府決定，請主計總處應當審慎考量，健保財務收支不平衡的結果，是否也應由政府負責？

楊委員芸蘋

一、議程資料第 10 頁第 4 項，既然醫師與藥師雙方還有許多歧見，建議雙方再多做些溝通，建議本案應「繼續追蹤」。

二、牙醫師公會全聯會辦理無牙醫鄉的參訪活動真得很不錯，應予鼓勵。

劉主任委員見祥

一、健保局預算審議之流程，係該局於概算編列完成後，先送本會審議，再陳衛生署核定後，提報行政院主計總處依相關法定程序辦理，預算案目前已送立法院審查中。對於修正之內容與原因，等一下請主計總處代表鍾委員美娟補充說明。

二、議程資料第 10 頁第 4 項，健保特約醫療院所醫師兼具藥

師資格者得自行調劑案，健保局業於 9 月 13 日發布增修之醫療費用支付標準規定，在衛生署核定前，已將委員意見送請其參考，本案業完成所有的法定程序。至委員仍有質疑的部分，請衛生署代表曲委員同光簡單說明。

#### 鍾委員美娟

主計總處與健保局數據的差距僅在估算方式，其實，本總處核列的預算額度仍可維持政府所負擔健保總經費占保險經費的 36%。政府現行負擔的保險經費約為 34%，與法定之 36% 間，只有 2% 差距，健保經費 5,000 億元之 2% 約為 100 億元。健保局估算二代健保後現行政府負擔保險費之比例將降至 31%，但是本總處重新檢視政府負擔之所有區塊並設算後，似乎並沒有降到 31%。又明年實施二代健保後，軍公教人員投保金額將由薪資 93% 調為 100% 之全薪納保，政府以雇主身分補助所屬軍公教人員保險費之金額將提高，且低收入戶保費補助負擔將由 1,376 元調整至 1,684 元，本總處估算政府負擔保險費的比例仍可維持現行之 34%，核列 145 億元額度，已考量自然成長等因素。

#### 曲委員同光

醫師兼具藥師資格者可以自行調劑，相關支付標準並已公告乙節，我們可以理解藥師公會全聯會的意見及看法。整體而言，該支付標準之增列係依據衛生署醫政管理的規範辦理，目前相關規範並未修正，故仍須遵循此一原則執行。若藥師公會全聯會仍有不同意見，未來可直接向醫政管理單位提出建言，我們也會持續反映委員的意見，建議本案可朝此方向共同努力。

#### 黃局長三桂

一、有關滕委員西華所詢全民健康保險提供保險對象收容於矯

正機關醫療服務計畫，健保局目前的作法係由 6 個分區業務組分別去洽尋合適醫療院所，進駐監所並提供醫療服務，對須具備之設備條件，會在招標的規格中敘明。目前 6 個分區業務組中，僅新竹和桃園縣市的醫療院所參與較不踴躍，其他分區業務組都還算順利。對缺乏院所進駐提供醫療服務的矯正機關，本局已向衛生署反映，將邀請署立醫院協助此項醫療服務。

二、至於矯正機關是否提供中醫及牙醫醫療服務部分，牙醫已在考量中；中醫因使用人數較少目前尚未納入，未來也會規劃朝納入的方向努力。

三、有關干委員文男及楊委員芸蘋肯定牙醫師公會全聯會所辦澎湖地區醫缺改善方案及健保特殊醫療服務試辦計畫參訪活動，離島及偏鄉地區的牙醫服務確實是非常辛苦，兩位委員意見會送請高屏業務組分配預算時參處。

楊委員漢淙

剛剛主計總處代表鍾委員美娟表示，政府編列之預算已符合修正後健保法所規定比例，因為不足的部分將由主管機關衛生署編列，但目前並未提供相關數據，所以大家無法清楚瞭解。請衛生署或健保局詳細計算及分析相關數據，包括政府應負擔保險經費究竟為多少，不足數額又是多少等，並將各該資料提供本會委員參考。

李委員蜀平

全國約有 4 萬名藥師，一直都支持衛生署及健保局的政策。對於醫師兼具藥師資格者可以自行調劑乙案，全聯會與衛生署及健保局經過數次溝通，也先後拜會副署長及行文相關單位，均無成效，如今支付標準並已公告，結果我們還是失望。為何國家政策能朝令夕改？希望健保局目前應要求院所遵守一定的藥

品調劑規範，若由醫師兼具藥師資格調劑處方者一定要接受合格的繼續教育，如有違反此規定，請健保局給予嚴重的處分，並協助醫師兼具藥師資格者，應專注在醫療診察專業上。也請健保局針對以上建議，給我們一個明確的承諾，待開完會後，可以向全體藥師報告。

黃局長三桂

- 一、有關李委員蜀平所提，因牽涉各有不同立場與訴求之三造，即醫師公會全聯會、藥師公會全聯會、醫師兼藥師協會等三個團體。健保局只是執行單位，依主管機關衛生署醫政及藥政單位所訂定之醫藥政策法令執行。
- 二、醫師依其專業看診處方，但醫師兼具藥師身分者，到監察院投訴陳情，相關單位在說明討論過程中，各單位看法雖有不同，衛生署做出目前釋示，健保局只能依現行釋示結果執行，並據以訂定支付標準。
- 三、本次新增支付標準中，對醫師兼具藥師資格者之支付條件比一般藥事人員更為嚴格。請委員參閱議程資料第 10 頁，追蹤事項第 4 項本局辦理情形第 2 點，醫療費用支付標準新增醫師兼具藥師資格者申報藥事服務費及藥費規定。該規定限制較嚴格，也引起醫師兼藥師協會的不滿，此規定之詳細內容，請蔡組長淑鈴補充說明。

蔡組長淑鈴

- 一、醫師兼具藥師資格者，若要進行調劑工作，需與藥師具備相同條件，也就是修足必要學分，並與藥師具相同之義務。另該類人員因也執行診察業務，故可供調劑的時間必然與一般全職藥師不同，所以本局對其所定合理調劑量低於一般藥局藥事人員。
- 二、藥局之藥事人員合理調劑量為 80 至 100 張，此類人員只

有 50 張，超過部分一定要處方箋釋出或聘用藥事人員調劑，若違反規定則視為「密藥」處理。故依照衛生署函釋，此類人員也可從事藥事服務工作，惟為保障醫療品質，健保局除在支付面嚴格把關外，並依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」相關規定辦理。

#### 蘇委員錦霞

有關主計總處代表答復，說明政府每年度負擔本保險總經費之比例應不得低於36%。但本次核定健保局預算書時，一次就刪減147億餘元，對整個健保的收入具有非常嚴重的影響。剛剛楊委員漢源所提，希望知道政府負擔36%的保險經費數據及內涵，本人也希望瞭解。另要強調政府負擔總經費不能低於本保險經費之36%是最基本的條件，若超過37%、38%，甚至到40%，應也都可以。

#### 李委員蜀平

針對追蹤事項第4項最後一次發言，若藥師團體也去找監察委員幫忙，或追究相關責任，對政府政策來說，是一件很尷尬的事。如果衛生署堅持要執行，懇請衛生署取消「醫藥分業」政策，也請國家將藥學系廢掉，這樣我們全國藥師就無話可說。否則醫師兼具藥師資格者僅約400人，而且執行者不到20人，如此就可以影響國家的政策，在此提出嚴正抗議，並深感遺憾。也拜託衛生署及健保局，不要讓台灣這個可愛的國家，增加許多對立現象，因為之前健保局確實曾行文告知醫師兼具藥師資格者調劑不予給付，如今被施壓後又可以給付，這樣會讓民眾用藥安全沒保障且以為只要向政府機關施壓，一切都行的通，在此再次提出嚴重抗議。

#### 葉委員宗義

請教一個疑問，在就醫程序中，醫藥的分工為何？因看病係由

醫師為病人開立處方，藥師則依處方調劑。請問藥師是否有權更改醫師處方？若藥師無法更改醫師處方，且又需承擔調劑責任，那麼藥師角色是否為多餘？

劉主任委員見祥

請李委員蜀平協助說明醫師及藥師的分工。

李委員蜀平

- 一、醫師及藥師有明確分工，屬於不同專業，世界皆然。惟因時空背景不同，加上台灣過去醫師及藥師人力不足，在不得已的狀況下，才由醫師調劑藥品的現象。實際上，醫師是對病人診察，藥師則是針對藥物的安全把關，如藥物副作用、藥物的交互作用及藥理作用等。
- 二、在台灣，每年光是回收藥品就達 130 噸，如換算成現金大約是 100 億元。如果沒有共識，加強用藥宣導觀念，台灣洗腎人口永遠是世界第一名。
- 三、美國一年藥品費用約 730 億美元，卻因藥物引起的副作用，造成 190 萬人傷害及 19 萬人死亡，而另需以 766 億美元彌補這些傷害及死亡。台灣用藥量為美國的 7 倍，若未注意用藥安全，未來所需負責之損失可想而知。

劉主任委員見祥

針對葉委員宗義所提，藥師能否更改醫師處方乙節，對醫師所開立處方，藥師若認為在藥理作用等安全性考量下有疑慮，僅能建議醫師更改，而不能逕自變更醫師處方。

李委員蜀平

藥師可對醫師開立的處方箋提出建議，如因多次溝通建議未被醫師採納，最後的公正仲裁者，可請健保局決定。

何委員語

有關追蹤事項第6項「開放外籍基層護理人力以彌補國內護理

人力不足案」，希望於今年12月看到成果時，再解除追蹤。目前雖有計畫書且洋洋灑灑寫了一大本，若未確實執行，則毫無意義。

#### 劉主任委員見祥

- 一、楊委員漢淥及蘇委員錦霞所提，希望瞭解 102 年度政府負擔之保險經費確實內涵及相關數據等，請健保局整理後提供委員參考。
- 二、追蹤事項第 4 項，有關特約院所醫師兼具藥師資格者得自行調劑恐違背醫藥分業政策，衛生署代表曲委員同光已表示會向衛生署權責單位反映。若委員認為應有共識意見，例如醫師兼具藥師資格之調劑，是否僅於偏遠地區例外處理，但都會區則不宜等看法，建請另行立案討論，再正式送署。醫師兼藥師協會也曾行文本會，希望若討論與其相關議題，能邀請該團體代表到場，因無前例已向其說明並予以婉拒。
- 三、追蹤事項第 6 項「建請衛生署及勞委會共同研擬開放外籍基層護理人力以彌補國內護理人力不足困境案」，因另有權責單位(衛生署護理及健康照護處)，本會僅有建議權，無法要求該單位必須依照本會意見辦理。

#### 鍾委員美娟

補充說明蘇委員錦霞之疑問，依修正後健保法第3條第1項規定，政府須負擔之保險總經費不得低於36%；同條第2項規定，政府依法令規定應編列本保險相關預算不足36%之部分，由主管機關編列預算撥補之。因此，撥補是指補足到36%，而不是37%、38%、39%無限制地撥補。

#### 何委員語

追蹤事項第6項，本人為原提案人，上個月即提過希望12月可

報告執行成果。因兩會聯席座談會中，僅報告要執行的計畫內容，尚無執行成果。因此，希望今年12月再報告推動的進程，屆時瞭解成果後，才予「解除追蹤」。

葛委員克昌

- 一、關於追蹤事項第4項，針對特約院所醫師兼具藥師資格者得自行調劑乙節，本會應表明醫師兼具藥師資格自行調劑係違反醫藥分業精神之嚴正立場。
- 二、醫藥分業為健保重大政策，醫師與藥師不僅在資格上不同，更重要的是彼此分工與相互制衡，以保障病人權益。固然在偏遠地區，有不得已情勢，得例外特許；但原則上應禁止，不得因具有雙重資格，即同時從事醫師與藥師業務。例如法官具有書記官資格，在個案審判中，法官及書記官若由一人包辦，將涉及違法問題。
- 三、醫師不得兼任藥師，此為職業之執行方法，與職業自由之客觀限制無關，不得謂侵害「工作權」。

劉主任委員見祥

有關追蹤事項第4項，有關特約院所醫師兼具藥師資格者得自行調劑乙節，委員若認為不妥，可視需要正式向衛生署提出建議。現在先請教蘇委員錦霞，有關法律上對「工作權」的解釋。

蘇委員錦霞

「工作權」是指維持基本生活之保障，對於醫師兼具藥師資格者，只限制其中一個資格，並未限制另一資格的執業權，兩項資格可擇一執業，所以，並未違反憲法上的工作權。否則有人兼具律師、法官甚至書記官之資格，若以3個資格同時執業，必然產生類似之疑義。

劉主任委員見祥

本案緣自醫師兼具藥師資格者之團體向監察院陳情，認為若限制該等人員調劑，將影響其工作權，經監察院與衛生署協調後所做出的釋示。

#### 蘇委員錦霞

整體衛生政策係以促進「醫藥分業」為導向，醫師兼藥師團體之意見僅為其個別訴求。惟該釋示並未依循「醫藥分業」政策方向，造成另開後門，醫師兼藥師者有球員兼裁判之弊。重點在於醫藥兩者應該互相監督，以保障病人權利。不宜用侵害該類人員工作權的大帽子，扣壓在「醫藥分業」政策上。

#### 李委員永振

追蹤事項第5項「建請政府培育公費醫師解決五大科醫師人力不足案」，情況與追蹤事項第6項類似，目前衛生署雖將重點科別公費醫師之培育列入計畫中，如同何委員語對第6項之看法，尚未看到成果前，建議暫不解除追蹤，於有結果時提報。

#### 吳組長秀玲

- 一、請委員允許我以一分鐘時間，對剛才討論的工作權內涵作一點補充。工作權保護的對象，如果彼此有衝突時，應先釐清誰的工作權具有核心價值，是應優先受到保護。例如甲在乙公司服務時，僱用合約訂有不競業之規定，以確保乙公司的營業秘密，因此，甲於離職後在合約所訂(合理)的期間內，受到合約不競業規定之限制，不能從事與乙公司營業秘密有關的工作。甲不能主張工作權受到侵害，因乙公司保有其營業秘密，為公司繼續營運生存之命脈，具有核心價值，故應優先受到保護。
- 二、在醫藥領域方面，醫師與藥師之工作權彼此有衝突時，同樣應該檢視誰應優先受到保護。當工作的內涵是「醫藥分業」政策所強調的專業分工、核對處方、確保用藥安全，

性質上需要有兩個人分工，自不宜由同一人兼任。司法院大法官釋字第 419 號解釋指出，「副總統得否兼任行政院院長憲法並無明文規定，二者職務性質亦非顯不相容，但與憲法設置副總統及行政院院長職位分由不同之人擔任之本旨未盡相符。」理由略以：「兼任損及公益有害人民之信賴，時間之分配亦不容一人兼任二項繁重工作，應避免發生『三位一體』局面。」本號解釋意旨，可供參考。

- 三、醫師本來就應具有藥學知識，瞭解藥理才能開立處方，但因實施「醫業分業」政策，調劑權屬於藥師應優先受到保護的工作權。除非不實施「醫業分業」，否則政策「確保用藥安全，性質上需要有兩個人分工」的核心理念，在「醫師兼具藥師資格」，即可摒棄，似有未宜。

劉主任委員見祥

- 一、追蹤事項第 5 項「建請政府培育公費醫師解決五大科醫師人力不足案」及第 6 項「建請衛生署及勞委會共同研擬開放外籍基層護理人力以彌補國內護理人力不足困境案」案，仍繼續追蹤，並持續瞭解後續發展，屆時再向委員提報相關進度。
- 二、另追蹤事項第 4 項，有關特約院所醫師兼具藥師資格者得自行調劑並不妥適乙節，先由本會幕僚依委員意見擬具建議草案，請蘇委員錦霞及葛委員克昌兩位法律專業背景的委員協助修正後，再送請衛生署參考。

報告第3案「101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

謝謝黃局長的報告，請問各位委員有無垂詢？

干委員文男

- 一、恭喜黃局長上任，也勉勵局長能秉持澎湖人勤儉、刻苦耐勞、與天搏鬥、與海搏鬥之堅忍不拔的精神，在健保領域堅持下去。最重要的是，應該注意的地方一定要特別小心，例如明(102)年的總額協商成長率將可能達到 4%多，造成基期(BASE)又墊高，在 GDP 成長只有 1%多的情況下，也使老百姓的觀感不佳，相關影響為何？
- 二、於上(206)次委員會議建議，刪除業務執行報告備註欄中所載過去陳年歷史資訊，委員希望看到最新的訊息。例如業務執行報告第 14 頁之備註，上次(7 月份)業務執行報告列入屬於過去之資訊，本次已刪除。惟業務執行報告第 6 頁備註第 5 點，提及 98 年保費收入與莫拉克風災之相關事宜，莫拉克風災為時已久，當時產生呆帳也已轉銷，類似這種過時的資訊不需再備註說明，請健保局依此原則予以刪除。
- 三、重大傷病占健保支出之比例越來越高，8 月相較前(7)月資料，總領證人數成長率略有減少，但癌症領證數持續成長，而洗腎領證數成長率則略為趨緩。外界屢傳健保世界第一，希望衛生署能夠釐清，「台灣健保世界第一」究竟所指為何？我實在不清楚，是指「洗腎發生率」最高？或是「費率」最低？還是「醫療服務品質」第一？健保核心

的問題應予釐清，否則再高的保費收入，也無法支應快速成長之醫療費用。

葉委員宗義

請教黃局長，老人失智症已成為世界上備受關注之議題，以業務執行報告第28頁表17所列重大傷病種類，失智症應歸屬於哪一類疾病，其成長情形又如何？

滕委員西華

- 一、因應 102 年二代健保之實施，對新興的支付制度如 Tw-DRGs(全民健康保險住院診斷關聯群)、醫療品質資訊公開，以及本會長期關心的試辦方案等各項措施，請監理會與健保局及早準備，以便 102 年成立健保會時，能提出一套新的監理指標。因品質指標反映之資訊，屬落後性指標，爰應即早準備，以利監測指標相關資訊之收集。明年即將兩會合一，所以監理會再召開 3 次委員會議，就要走入歷史，有關指標修正事宜，在此做一提醒，如能在監理會屆期，看到新版指標初擬草案當然最好，若時程無法配合，建議應列為健保會重要工作項目之一。
- 二、有關二代健保宣導作業，剛剛看到健保局台北業務組辦公大樓樓下指示牌，補充保險費應尚有一場宣導說明會，但目前宣導的內容都是未確定的資訊，宣導並非不重要，除補充保險費及二代健保保險費結構改變外，尚有許多重要事項要做。是否可以等補充保險費收取之內涵確定後再來宣導？因公司行號等投保單位收到健保局的電子郵件，補充保險費的宣導說明都是不確定的內容，補充保險費收取下限幾千元都不知，費率多少也未定案，建議等到有確定的內容再宣導，可能較節省行政成本。
- 三、最近半年內很多雜誌時常報導與健保相關的訊息，包括支

付制度或 DRGs 等，很多內容都是錯誤的資訊，部分疑似是置入性行銷案或替某些單位做專案廣編稿。雜誌對民眾有很大的影響力，而且很多醫生都是透過雜誌學習健保知識。目前民眾對二代健保改革已忿忿不平，健保局收集輿情資訊時，若發現對支付制度有嚴重的誤解或錯誤報導時，應立即澄清，否則不利健保制度的改革。

#### 李委員蜀平

- 一、業務執行報告第 23 頁，藥局經違規處分的有 10 家次，請健保局提供違規原因，以利未來全聯會向社區健保特約藥局進行教育訓練及宣導時，可予明確說明。
- 二、業務執行報告第 85 頁，健保局舉辦 ICD-10-CM/PCS 國際研討會，該次會議好像沒有邀請藥師公會全聯會，希望健保局不要因最近醫師兼具藥師之爭議，就刻意排除藥師公會，希望不是。未來健保局若召開相關研討會時，一定要邀請藥師公會全聯會參與。

#### 楊委員漢涇

- 一、目前有關二代健保何時實施有多套講法，請問其是否確定於明年 1 月 1 日實施？另費率會從 5.17% 調降至 4.91%？可能會短收多少保費？上次兩會聯席會有人提出估計約減少 248 億元，金額可能會再提高，因為經濟不景氣，很多民眾的薪水減少，差距可能會更大。另爭議最大的是 2% 補充保險費率，該費率應該由誰拍板定案？還是要送立法院決定？
- 二、剛剛黃局長三桂說明政府負擔健保總經費比例增加至 36%，估計可增加 145 億元，但似乎沒這麼多，是政府以雇主身分支付的費用另外計算嗎？建議應該算清楚。監理會即將走入歷史，大家已是末屆委員，在走入歷史前，希望

對二代健保多瞭解，請健保局多做一些說明。

黃局長三桂

- 一、謝謝楊委員漢源對二代健保的關心，目前比較有爭議的幾個數據是，一般保險費費率究為 5.17%、5.1%、5.0%或是 4.91%？若費率由 5.17%降至 4.91%，保費收入至少會減少 200 億元，目前確定數據無法得知，因費率與停、復保之決定權在行政院，本局無置喙餘地。另二代健保將於明年 1 月 1 日實施是確定的，其已在行政院會中宣告並正式發布新聞，應該不會改變。補充保險費費率 2%是健保法規定的，也不會改變。相關費用的概算昨日已在立法院提報，下週四並將在立法院做進一步的財務精算報告，計算條件若確定，就能提出詳細數據，比如說費率 5.17%或 4.91%，則年度的財務狀況應是各如何。
- 二、李委員蜀平詢問 ICD-10-CM/PCS 國際研討會，若遺漏邀請，請藥師公會全聯會見諒，下次一定改進。另委員要求瞭解藥局違規原因，會請本局查處小組向您說明。
- 三、滕委員西華提及宣導內容不確定乙節，考量時效本局無法等所有規定都確定以後，才進行宣導。二代健保原是要在今年 7 月 1 日上路，但後來行政院有另外考量，所以延至明（102）年 1 月 1 日實施。本局 7 月 1 日前，已於全省各地辦理超過 1,000 場次的宣導說明會，對外的說明都會提出多種情況，比如說補充保險費收取門檻下限 2,000 元、3,000 或 4,000 元，股利所得及利息所得的收取方式，模擬試算各種數據。因有些事項尚未定案，所以對外只能針對已確定的部分說明，這是本局目前的困境。
- 四、雜誌報導 DRGs 或支付制度內容有誤，本局若看到，定會主動去文更正。另滕委員希望健保局因應二代健保實施能

提早準備相關資訊公開或品質指標事宜，本局會努力進行。

五、葉委員宗義詢問失智症是歸屬重大傷病的哪一項，失智症目前並未納入重大傷病範圍，因重大傷病是依據診斷確定的疾病名稱來歸類，失智症只是一個症狀，若達到老年期及初老年期器質性精神病態，就會歸入重大傷病的慢性精神病類別中，予以核發重大傷病證明，若還未達到就無法核發。

六、干委員文男詢問 102 年度總額協商的最後結果，9 月 14 日至 15 日費協會已在這個會場進行協商，其中西醫基層總額成長率 2.818%、牙醫門診總額成長率 1.421%、中醫門診總額成長率 2.187%、醫院部門則兩案併陳衛生署裁決：付費者代表方案成長率為 4.952%，醫院代表方案成長率為 5.991%。門診透析服務的成長率為 2%，惟西醫基層與醫院之間門診透析服務費用計算方式有待確認。4 個總額部門(含門診透析)合計費用成長接近 4.7%。另干委員提及業務執行報告第 6 頁備註 5，有關 98 年保費收入與去年同期比較負成長 0.36%，主要係莫拉克風災災民健保費緩繳措施等之影響所致，該說明部分，下次會刪除。

干委員文男

一、雖然我很關心總額成長率為多少，但也希望知道該成長率下，預估的總額額度會是多少？在兩會聯席會上支持費率 5.17%，主要因是二代健保實施第一年為觀察期，所收取補充保險費可當作周轉金。去年健保局因無周轉金向銀行借款，最後還要被保險人負擔利息費用。前天健保局在政黨協商及昨天在立法院都未說明清楚，若費率 5.17% 可多維持一年，並將收取的補充保險費作為周轉金，將節省許

多利息費用，這是我支持費率 5.17% 的重要關鍵。若不維持 5.17% 的費率，則付費者仍要多付利息，多維持一年將有較多周轉金，但個人須增加的保費有限。

- 二、現在每個媒體各有各的調，雜誌寫的都不同，健保局卻未予更正，常被有心人擴大解釋，連工會也有人提出質疑，我們卻無法代為解釋，希望健保局能及時更正錯誤報導。明年 1 月 1 日將實施二代健保，相關細則及辦法尚未完成公告，只說要實施，卻未提到如何執行與該怎麼配合。
- 三、本人對這次總額協商感到很失望，何委員語常說每年總額協定都將基期(base)墊高。預防保健做不好，癌症、洗腎患者都一直成長，這個月慢性腎衰竭新增 600 張重大傷病領證數，上個月是 649 張，一進入洗腎後似乎就要洗到死，將占用許多健保資源。國家衛生研究院可請 600 個公衛系的學生進行個案調查，瞭解生活習慣、用藥或遺傳等因素中，究竟何者是導致洗腎真正原因。本人至目前已擔任 6 年監理會委員，對於健保 IC 卡尚未擴充功能以提高效率，監控重複檢驗、檢查、用藥等問題，希望健保局都能向所有民眾說明。

#### 何委員語

- 一、黃局長要有澎湖人的精神，應有所為有所不為、堅持做對的事、抗壓力要強。希望健保局不要故步自封，應加強宣傳，將健保努力的成果讓社會大眾知道。還有我上次堅決反對慰留戴前局長桂英，是因為知道她將要升官，再多慰留也只是說好聽的話而已。
- 二、有關費率 5.17% 降至 4.91% 的爭議部分，上(8)月底監理會辦理兩會聯席會時，我們全國工業總會並不知道衛生署要求劉主任委員見祥向媒體發布當天討論內容，隔(9 月 1

日)天清晨看到報紙才知道，剛好那天早上行政院陳院長召集經濟論壇會議，我立刻撰寫建議書送給陳院長與經建會尹主任委員，後來全國工業總會又正式發函至行政院、經建會、衛生署、費協會、監理會等，副本也送給所有公會，我們的觀點與立場認為並不是費率 5.17%或 4.91%的問題，而是費率 4.91%係當初衛生署楊署長提出之 5 年政策承諾，政府不應失信於民，近日馬總統的民調只剩下 10%多，若再失信恐怕民調還會更低。

- 三、這幾天立法院很多委員要求政府維持 4.91%的健保費率，雖然干委員文男支持費率維持 5.17%，但費協會的勞工代表是支持 4.91%，並且要求我一起連署。如果要連署，漁會、農會、付費者代表都表示要參加，政府應建立「政治責任」制度，遇有困難時大家可以再討論。今天葉委員宗義原希望我可一起連署提建議案，考量已有多位立法委員要求費率維持 4.91%，因此，我們不再連署提案。
- 四、最近才知醫界有位立法委員脅迫尹主任委員啟銘，要求經建會 102 年總額範圍上限調高至 6%。費協會協商那天，該立委曾提及，在費協會見識到大家很會砍預算的功力，將於立法院比照刪減衛生署與健保局的預算。我當場即表示：「若刪減衛生署與健保局的預算，我就連署國民黨中央委員罷免你，我們既然投票給你當不分區立委，就有權力罷免你，這是民主國家法定之程序。」
- 五、今年總額協商時，我對西醫基層、牙醫、中醫等部門都感到很欽佩，協商時他們很快就同意，只有醫院部門非常強硬，堅持成長率為 5.991%，實際上如果拆掉透析之預算，則 102 年不包含門診透析之總額，成長率已超過 6%。

六、今年我國經濟成長率維持 1% 都有困難，目前景氣已連續 10 個月是藍燈訊號，應不會連續 11 個月藍燈，因第 3 季是外銷旺季，面對國家處境艱難之情況，行政院長不惜犧牲一位內閣閣員，對基本工資都只同意調整時薪。衛生署若真的通過醫院總額成長率為 5.991%，我將發動連署提案罷免醫界立委。為了總額協商，我已經付出很多心力，雖然想多給醫界預算，但是經濟情況這麼糟，沒有多給的條件。我也贊成健保總額預算多給一點，讓醫界不致虧損，醫師多些收入，民眾也可得到更多照護，然而實際情況真的很艱難。以我來說，昨天早上 10 點參加工業總會辦理之就業安定基金會議，下午 2 點又去勞委會參加會議，下午 3 點又至工業局開會，一天趕赴三場會議，就是因為關心國家整體環境及醫療的發展，我們並非不體會醫界的艱苦，只是大環境不佳之情況下，建議大家應共體時艱，希望醫界能夠諒解，當然最後結果將由政府來決定。

#### 葉委員宗義

剛才黃局長說明失智症不是重大傷病，失智症是全世界關注的疾病，請問要有何條件才會列為重大傷病？未來人口老化，失智症會愈來愈多，勢必造成社會問題。

#### 劉主任委員見祥

- 一、剛剛幾位委員的詢問，稍後再請黃局長說明。
- 二、何委員語提及我主動向媒體宣布二代健保費率應維持 5.17%，這點必須特別向何委員及各位委員說明解釋，兩會聯席會僅兩會委員針對議題聽取報告相互溝通意見，並無議決權責。然在兩會委員聽取二代健保財務專案報告的同時，媒體非常關心，想知道我們討論的內容，到處打聽，

所以衛生署為了讓媒體能夠瞭解當日會議真實情況，臨時請戴前局長桂英、曲委員同光與我前往健保局的會議室，向媒體說明。

- 三、聯席會議當日我宣讀了兩次，強調這不是結論，而是與會委員的一個共識，因為有委員提議，又沒有委員提出反對，就是某種程度的共識。兩會聯席會只是一個溝通平台，當天的確有委員認為 4.91% 是個災難費率。因此，我們向媒體說明時，包括戴前局長桂英、曲委員同光都特別強調這樣的過程，並不表示就是兩會聯席會的決議或是定案的內容，強調這些意見將會送給衛生署作為政策上參考。當日提供記者的資料與委員的一樣，主要是讓記者了解費率大概的算法，所以並非我主動去向記者說明，而是擔心媒體沒有接受到一致的訊息，對資訊的解讀會有不當差異，特此向委員說明。

#### 黃局長三桂

- 一、向葉委員宗義說明，業務執行報告第 28 頁所呈現的重大傷病種類，是健保開辦至今類別(共 30 大類)的項目(共 30 項)，其實健保開辦至 85 年期間已公告 28 大類，後來就很少再增加，所增加的類別為罕見疾病運動神經元疾病其身心障礙等級在中度以上或須使用呼吸器者，都是衛生署接受各界及專科醫學會建議，認定有醫療上需要才予增加，所以，健保開辦至今增加的項目很少。
- 二、剛剛干委員文男詢問二代健保相關法規修正進度，有關二代健保的各項子法規是衛生署(健保小組)決定，而母法之規定，例如停、復保與費率，則由衛生署報請行政院決定，健保局只是執行單位。因各個團體對於二代健保仍有不同的聲音，署長希望多聽取各界意見，然後才做最後決

定，估計約 1 至 2 週內就會明朗化。距離 10 月 1 日已沒幾天，我們希望給予各界至少有 3 個月的準備時間，特別是相關的事業機構、公司行號，為配合二代健保實施，至少需要一段時間去更新資訊系統。

#### 楊委員漢淙

- 一、健康保險制度除應做財務收支處理外，很重要的必須要考慮醫療體系的生存與成長，因為健保制度必須與醫療體系相輔相成。
- 二、醫療費用不會因經濟不景氣或高失業率而下降，其在經濟不景氣時，反而增加的更快，這現象全世界各國皆然，如果把醫療支出完全與經濟成長連結，將會產生相當多問題。
- 三、剛剛黃局長三桂已做詳細說明，其實有些資料每月監理委員都在看，已經有相當長的時間，醫院點值是落在 0.92 至 0.93 之間，目前洗腎的點值大概是 0.82。也許有人認為醫界提供太多醫療服務量，到底是醫界願意提供這麼多醫療服務數量，或是病人有這麼多的需求？這不能完全責怪醫療機構或醫事人員。剛才黃局長報告 101 年第 2 季醫療費用申報與核付情形，其中部分負擔占醫療費用比例未達 10%，部分負擔幾無絲毫控制醫療浪費的功能，我想這是制度上所引發的問題。
- 四、明年健保總額成長率範圍，行政院經建會已經核定成長率上限為 6%，主要是希望解決目前醫界所面臨的問題，例如醫師人力嚴重分布不均，造成某些科別的醫師缺乏；又例如過去小兒科醫師，60%在醫院，目前卻只有 40%在醫院；護理人力也一樣非常不足，醫院已提高護理人員的薪資，也增加其夜班費，但短缺護理人力的現象，仍然普遍

存在。因此，將來有些醫院會關閉病床。也許有人會問，既然醫院關閉病床，為何健保給付的醫療費用仍會增加？因為醫院的門診服務量增加，病人在急診區等待的時間變長，以前多盡量讓病人等待不超過 24 小時，現在則經常等待 48 小時，還有門診手術服務量也明顯增加，我想若這情況繼續下去，可能病人等待病床、檢查或開刀的情況將會更嚴重，這些對病人都是不利的，屆時再來責怪健保制度讓醫療體系崩盤，可能就太晚了。

五、醫院團體代表在費協會協商總額，絕不是強勢，而是努力的說明醫院目前經營的困境。我可以負責任地說，目前台灣的醫院若無收取自費，沒有幾家醫院靠著健保就能收支平衡。醫院並不是要爭取很多的健保費用，而是希望利用健保醫療資源，來改善目前醫療體系所面對的問題，只要是深入瞭解健保的人，都會說問題癥結首在健保給付，其次為醫療院所的責任及民眾對於醫療服務的期待等。即便健保總額成長至 6%，也不能完全解決醫護人力不足等問題，但若是一直擠壓健保醫療費用的成長，會使這些問題持續存在。以健保長期趨勢之資料來看，西醫、中醫、牙醫之基層診所家數有成長，但醫院家數卻是持續減少。

劉主任委員見祥

本案意見交換至此，健保局若無補充意見，則洽悉。

報告第 4 案「健保財務及業務監理指標執行成果專題報告」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

謝謝蔡組長淑鈴的報告，請問各位委員有無垂詢？

李委員蜀平

會議資料第19頁，有關醫院慢性病連續處方箋開立率部分，非常感謝干委員文男長期關心與監督相關議題的執行情形。本報告呈現醫院慢性病連續處方箋開立率很高，執行成果高於監測值32%，但是釋出至健保特約藥局親自調劑的慢性病連續處方箋比率卻過低，兩者差異很大，顯示罹患慢性病患者無法就近取藥，不甚方便。我想當初健保局推行開立慢性病連續處方箋的意旨，就是為了讓罹患慢性病患者節省到醫院排隊掛號、就醫及領藥的金錢與時間。所以，請健保局認真探討與關心，如何促使社區健保特約藥局的專業藥師，透過與病人接觸做最好的用藥諮詢，與用藥安全服務，且將年長的慢性病患者，當成長輩一樣孝順，提供最優質親切的服務。

林委員至美

本份報告讓委員見到很多數據，但觀察其趨勢時頗感困擾，例如100年以前使用全年資料，今(101)年卻同時有全年、上半年或第1季資料，若據以判斷與去年比較，趨勢究屬向下或向上，可能會導致誤判，例如簡報第34頁，急診轉住院暫留急診區2日以上案件比率的數值，分別為99年下半年、100年上半年、100年下半年、101年上半年，若以101年上半年對照100年下半年，數據呈現上升情形，但卻是不同的比較期間，不知此趨勢圖比較之意義為何？另外也很好奇99年上半年的數據又是

如何？剛剛也有委員提到可能是病床數減少或醫療、護理人力不足，以致於病人留在急診區2日以上案件數增加。急診區非常吵雜，讓病人無法好好地休息及被照顧，我想此一問題的確應予重視並加以改善。

李委員永振

呼應林委員至美的意見，簡報第34頁，急診轉住院暫留急診區2日以上案件比率，屬負向指標，但實況是該比率卻在上升。請健保局深入分析探討，是否集中發生於某些醫學中心或地區，以利有效解決。

劉主任委員見祥

針對委員垂詢，請蔡組長淑鈴說明。

蔡組長淑鈴

- 一、有關李委員蜀平所提醫院慢性病連續處方箋開立率高及釋出率低乙節，從表面上來看，社區健保特約藥局對於醫院慢性病連續處方箋的調劑沒有想像多，但是該處方箋開立後，即使沒有釋出至社區健保特約藥局，在醫院調劑時，也還是由醫院自聘藥師來把關。健保局為落實醫藥分業，對於醫院開立處方箋後，讓病人自由選擇在就診之醫療院所或社區健保特約藥局調劑領藥。一般而言，病人對於慢性病連續處方箋，第1次大多選擇在就診醫療院所調劑領藥，但第2次以後，大部分病人會就近於社區健保特約藥局調劑領藥。
- 二、大家提到會議資料第30頁第34張投影片，急診轉住院暫留急診區2日以上案件比率呈上升趨勢乙節，向各位委員報告，急診轉住院暫留急診區也有季節性，上半年會比下半年稍高。簡報資料所呈現的，101年上半年確實比100年上半年高些，顯示少數醫院急診仍屬壅塞，這些大多是

醫學中心，病人偏好至該處急診及等待病床。對於這項困境，健保局也努力協調急診壅塞之醫院自行疏通，並配合衛生署醫事處專案計畫辦理，希望在急診區病情穩定的病人，可以疏散到較低層級的醫療院所，同時也宣導民眾小病不要掛醫院的急診就醫。因此，我們將審慎面對這項問題，並長期去觀察與監控，瞭解其原因後，逐步改善醫院急診區壅塞情形。

三、另外，健保局自 99 年下半年起請醫療院所申報醫療費用時，應填報病人暫留急診區與急診轉住院的時間等資訊，故無法提供 99 年上半年及以前之數據。

劉主任委員見祥

本項報告，不管是監測或觀察指標，不只需要呈現執行成果，亦需改善所發現的問題。

干委員文男

關於醫院急診區壅塞問題，在署立醫院就很嚴重，因為署立醫院急診醫療業務大多外包，所聘用的醫師不是很專業，沒有立即診治病人，而將病人置放在急診區門口，阻礙進出，衛生署為何不好好督導？衛生署為何允許署立醫院急診醫療業務外包？各位若不相信，可以實地訪查。

李委員蜀平

謝謝蔡組長的回答。慢性病連續處方箋釋出的目的，本來就是要讓社區健保特約藥局調劑，而非醫院自行調劑，讓罹患慢性病的老人，方便至社區健保特約藥局調劑領藥，不需再至原就診醫療院所排隊調劑領藥，因這樣實在很浪費病人時間與金錢。若醫院慢性病連續處方箋開立率提高，卻由醫院藥局自行調劑，則開立率再高也無意義，實際沒有讓慢性病的病人得到方便。健保局也一再強調，大型醫院不宜由醫院內藥局繼續調

劑慢性病連續處方箋第2次或第3次之藥品。因此，希望在此確定慢性病連續處方箋開立的本意為何？若仍再由醫院自行調劑且不需釋出，則可取消慢性處方箋的釋出。

劉主任委員見祥

- 一、請幕僚詳細記錄委員意見，並送健保局參考。
- 二、本案洽悉。

## 【附件4】

討論案「因應健保局『醫院以病人為中心門診整合性照護計畫』乙案中關於一次多科看診，而多科看診後各科處方箋卻使用同一就醫序號，造成健保特約藥局端作業困難，敬請健保局改善整合式門診藥事服務費之給付方式，並解決健保 IC 卡登打處理方式之問題，俾利健保特約藥局後端申報作業」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

請李委員蜀平簡要說明。

李委員蜀平

- 一、推行「醫院以病人為中心門診整合性照護計畫」非常有意義，但不能因此而犧牲藥師的權益。舉例來說，不同科別醫師共同為 1 位罹患多種慢性病患者看診而釋出多張處方箋，但健保局整合為 1 張慢性病連續處方箋，且只給付一筆藥事服務費；然因分科看診，所以有多筆診察費，這對調劑藥師不公平。另外，這在處方箋調劑時，也會有很大困擾，當病人拿到多張處方箋，至不同健保特約藥局調劑，應該由哪一家藥局申報藥事服務費？若病人拿到多張處方箋，至同 1 家健保特約藥局調劑，則應以哪一張處方箋來申報藥事服務費？
- 二、特約藥局申報系統由 TXT 改為 XML，卻無確定實施與檢核的時程，將影響我們的整體作業。
- 三、4 萬餘位藥師認為理事長我，沒為他們爭取權益，而因此要罷免我，所以本案請健保局詳細說明，以便轉達會員，否則我若被罷免，未來將無法為會員處理以上的問題。

劉主任委員見祥

本項提案的內容與李委員蜀平的補充說明已非常清楚。本案涉

及支付標準調整及健保局實際作業的程序問題，建議藥師公會依支付標準項目調整的程序辦理，會比較直接且有效率。否則本會建議衛生署處理，衛生署再轉請健保局辦理，最終仍須依支付標準調整程序進行。

#### 干委員文男

- 一、我亦為本案連署提案人，我想「醫院以病人為中心門診整合性照護計畫」的推行，立意良好但仍顯不足，並非所有區域醫院及署立醫院均加入計畫，應擴大推行，讓病人減少往返就醫時間及節省掛號費，此外，可以統合所有藥品的調劑。但整合多科門診後，診察費還是分科申報，藥事服務費卻只能申報 1 次，顯有不公。希望支付標準的調整應公平，也不可因有人對此計畫有意見，就縮小辦理。
- 二、有關藥品的回收量，若確如李委員蜀平所言，去年達 130 噸，則實在太多了！國人對於有些處方藥都自行決定不吃，但罹患慢性病的病人都會準時吃藥，因為不吃可能沒命。回收藥品中，是否感冒藥或安慰劑比較多？是由哪些醫療院所或醫師所開立？希望藥師公會全聯會可以分析其屬性，以避免全部醫師都被責怪。或許少數醫師為申報較多醫療費用而多開立處方藥品，但這應是不必要的行為。

#### 吳委員淑瓊

- 一、推行整合門診最大目標就是希望多科共同看診，產出一份整合性診斷，共同開出 1 張處方，可是現行的支付標準卻每一科分開申報費用，無法達到我們的目標，才會出現本案的問題。
- 二、為推行本計畫，健保局提撥相關經費給醫院，不知醫院如何應用該筆經費，是否可要求醫院將其用在補貼多科共同合一申報的損失。

- 三、在目前的給付制度下，1 次診斷或 1 張處方箋應是 1 項 payment(給付)，多科整合申報當然不利醫院的營收，因此醫院傾向分科開立處方申報費用，這也是為何監測指標中「高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率」一樣，無法達到保險對象就醫次數下降之目標。
- 四、我不贊成「醫院以病人為中心門診整合性照護計畫」立即全面推廣，因為並未見真正成效，應該先全盤檢討，再進一步推廣。目前健保局正開放徵求 103 年研究計畫，應進行本計畫整體評估，好好地研究。

#### 盧委員瑞芬

- 一、我贊同吳委員淑瓊所提意見，本來該計畫推行結果就是應該只有 1 張處方箋(才能避免不必要的用藥及確保用藥安全)，健保局書面意見也提到希望只有 1 張處方箋，但是有些醫療院所沒達到，此部分健保局亦表示會加強稽核。
- 二、依本提案之說明，確實存在多張處方箋的情況，但剛剛提案人李委員蜀平認為就算多科門診整合成 1 張處方箋，給付 1 次藥事服務費是不公平。爭議部分在於每次門診給的藥品品項內容與種類可能都不一樣，但藥事服務費都一樣，如果將多科整合為 1 張處方箋，以健保局立場無法給付較多藥事服務費。是否可請提案人具體釐清，在健保局加強稽核下，多科門診都整合成 1 張處方箋，即符合提案人的需求？或是多科門診就算整合成 1 張處方箋，仍須多給付藥事服務費？若能釐清以上疑點，較方便後續程序之進行。

#### 楊委員漢淙

- 一、我認為這個問題應予重視，因為健保局推行「醫院以病人為中心門診整合性照護計畫」，基本上用意是好的，如同

剛才干委員文男所言，病人不需時常往返就醫，尤其這些病人以年長者居多。因此，不論是整合為 1 張或是分開為多張處方箋，藥師可能需調劑 10 項藥品，所花費時間與困難度，較單純只為感冒調劑 2 種藥品都相對會提高。誠如主席所言，可循程序檢討調整支付標準之藥事服務費，例如可思考處方箋超過 8 項藥品，可以申報 2 次藥事服務費等。

二、我贊同吳委員淑瓊及盧委員瑞芬的意見，門診整合即是希望多科醫師共同看診，應合併為 1 張處方箋，以避免重複用藥，但也可能開多張處方箋，因未見明確規定，不論一張或多張處方箋，相對就醫院藥師而言，都要付出更多心力調劑，所得藥事服務費卻一樣。請健保局研究可否在支付標準予以調整因應，若各醫院規劃不夠細膩時，則各科可能各行其事。

李委員蜀平

各位委員的任期應都可到年底，但我擔心自己下個月就被藥師公會的會員罷免掉，感謝楊委員漢源為我們講話。病人罹患多種疾病時，多科看診而有不同處方箋，健保卻給付 1 筆藥事服務費，藥師們對此很疑惑，一直質疑我沒有為藥師爭取權益，可能因此上街頭抗爭。目前馬總統民意支持度僅 13% 多，若藥師們因憤怒而至街頭抗爭，會變成社會問題，對國家不利，屆時馬總統民意支持度可能會更低，這不是我們所樂見的。希望健保局勿忽略或犧牲 4 萬多名藥師的專業權益，我們可以不要利潤，但需要專業合理的調劑給付。藥師公會一向支持衛生署與健保局的政策，只是我擔心擋不住會員們的怒氣，他們已申請要去總統府抗爭，對此我接受衛生署及健保局長官的指示，會與藥師公會的會員好好溝通。

劉主任委員見祥

- 一、本案已充分溝通並交換很多意見，委員意見會送請健保局參處。
- 二、至於藥事服務費調整屬於支付標準的範疇，建議應先釐清本案訴求，依據支付標準調整的法定程序，於健保局給付協議等相關會議中爭取。