全民健康保險監理委員會
第 194 次會議紀錄

中華民國 100 年 7 月 29 日

全民健康保險監理委員會第194次會議紀錄

時間：中華民國100年7月29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
張委員永成　　林課長敏華(代)
林委員啟滄
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
郭委員志龍
李委員成家　　李常務監事育家(代)
李委員明濱　　施理事肇榮(09：00至10：10代)
　　何常務理事博基(10：10至12：00代)
李委員蜀平
黃委員建文
陳委員俊明

吳委員德朗　　謝常務監事武吉(代)
詹委員德旺
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　　周專門委員毓文(代)

列席單位及人員：

行政院衛生署健保小組	洪組長碧蘭
	劉組長慧心
全民健康保險醫療費用協定委員會	林執行秘書宜靜
行政院衛生署中央健康保險局	戴局長桂英
	黃副局長三桂
	蔡組長淑鈴
	李組長少珍
	王組長怡人
	沈組長茂庭
	洪專門委員清榮
	周專門委員士恒
	王科長淑華
	陳科長振輝
	黃科長莉瑩
本會	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
主席：劉主任委員見祥	紀錄：馬文娟、陳淑美

壹、主席致詞：

一、各位委員、戴局長、黃副局長及所有與會同仁，大家早！今天是本會第 194 次委員會議，在會議開始前，先介紹兩位新任委員：

第一位是李委員成家，李委員是中華民國中小企業協會名譽理事長，前曾出任本會第一屆至第八屆委員；本（第九）屆則因雇主團體推薦代表的變動，所以現在再度擔任本會委員。李委員今日另有要公，特請代理人李育家先生代為出席。

第二位是黃委員建文，黃委員是牙醫師公會全聯會理事長，在擔任本會委員前，對健保事務即十分關心，所以曾多次陪同牙醫團體之代表委員蒞會了解本會業務。

二、兩位委員的加入，對本會會務定多所助益，竭誠歡迎他們。

貳、報告案

第 1 案

案由：確認本會上(第 193)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：除「請中央健康保險局儘速估算補充保險費之可能金額，並適時到本會報告」乙案繼續追蹤外，餘均結案並洽悉。（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 6 月份全民健康保險業務執行報告，請 鑒察。

決定：

一、下列事項請中央健康保險局配合辦理：

（一）對特約醫事服務機構違規之四種處分類別及函送法辦情形進行簡要分析，並在下次委員會議提報。

（二）對重大傷病發證及發放後查核機制應定期檢討，例如重新檢視病人對該證之需要性等，並適時於委員會議中報告。

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：「全民健康保險醫療支出」專題報告，請 鑒察。

決定：

一、下列事項請中央健康保險局配合辦理：

（一）往後之各項報告，請能針對出現大幅變化之統計數據，列出問題背景並分析原因及提出因應之道；至推動全民健保診斷關聯群支付制度（DRGs）、慢性病連續處方箋或肝炎防治計畫之實施成效及評估等委員關心事項，請在相關報告中，進一步呈現辦理情形。

（二）為利民眾理解醫療費用增加之原因，請研議將平均就診次數增加、新增藥品給付項目、新醫療科技引進等費用支出資訊，列為業務宣導內容。

（三）對於干委員文男一再關切之安眠藥（如 Stilnox）的使

用規範，請在尊重醫療專業判斷前提下，也考量民眾的需求並繼續觀察該項藥品使用情形。

二、餘洽悉。

（與會人員發言實錄詳附件 3）

第 5 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「各級政府積欠健保費補助款之催收情形及成效」專題報告，請 鑒察。

決定：

一、鑑於類似之議題，已多次在委員會議中提報及討論，爰在時間限制情況下，經徵得在場委員同意，本報告自行參閱書面資料，若有需要中央健康保險局補充說明部分，於會後由本會幕僚轉請該局回復。

二、本案洽悉。

（與會人員發言實錄詳附件 4）

參、臨時提案

第 1 案

提案單位：本會財務監理組

案由：行政院衛生署交議之「全民健康保險法施行細則第三十六條修正草案」，請本會表示意見案，提請　討論。

決議：

一、本案應以全民健康保險之立法精神及意旨為考量，條文雖僅擬議修正為開放出海六個月以上者「得」辦理停保，或不具強迫性，但恐有影響遠洋漁船船員健康保障權益之虞，爰其修正宜審慎。

二、委員意見彙整後，陳請行政院衛生署核參。

（與會人員發言實錄詳附件 5）

第 2 案

提案人：干委員文男

連署人：楊委員芸蘋、葉委員宗義、盧委員美秀、滕委員西華、郭委員志龍、蘇委員錦霞

案由：減緩癌症患者術後及放化療後副作用中醫住院給付案，提請　討論。

決議：本案涉及健保給付政策的整體考量，委員意見彙整後，陳請行政院衛生署核參，並送請中央健康保險局參考。

（與會人員發言實錄詳附件 6）

肆、散會：中午 12 時整

【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 8 頁，本次的重要業務報告有三項，第一項是上次及其他各次委員會議共 11 項決議(定)事項之追蹤建議，依照辦理情形，原建議其中第 7 項及第 9 項繼續追蹤，其餘 9 項解除追蹤。惟健保局日前已針對第 7 項回復處理情形，故本案改為建議解除追蹤 10 項，繼續追蹤 1 項，以下向各位委員簡要報告：

（一）請看議程資料第 9 頁的附表，其中第 1 項為委員建議增加對特約醫事服務機構之違規態樣變化情形的說明，健保局已列入本次會議業務執行報告。對於強化健保 IC 卡上傳錯誤率之輔導乙節，健保局將持續推動輔導；至於加強重大傷病發卡與其發放後之查核機制乙節，健保局將配合辦理，建議解除追蹤。

（二）議程資料第 10 頁第 2 項及第 3 項，是上次委員會議委員針對「外籍人士及大陸人士來臺加保及醫療利用比較分析」專題報告的決定事項。針對滕委員所提書面問題分析，健保局的回應說明已列入本次會議業務執行報告第 88 頁。另外，健保局未來進行相關議題報告時，會將居留時間因素納入，以作更完整的分析，建議解除追蹤。

（三）第 4 項是審議健保局 100 年度第 1 次呆帳報告案，健

保局回復遵照辦理，建議解除追蹤。

（四）第 5 項、第 6 項及第 7 項，是本會訪查全民健康保險「門診透析醫療服務」暨「部分給付」業務後之建議案，第 6 項係對主管機關的建議，本會於 7 月 4 日陳報行政院衛生署核參，衛生署並於 7 月 18 日回復，針對強化器官勸募及捐贈乙節，在 100 年度的工作重點將增加宣導通路，同時將醫院推動器官捐贈同意書簽署及器官勸募之成果納入醫院評鑑項目。放寬活體腎臟移植乙節，將另邀集專家學者評估可行性。另衛生署已訂定「醫療機構業務外包作業指引」，除責成署立醫院進行檢討，並優先輔導公立醫院與財團法人醫院依照指引內容辦理，該指引並納為醫院評鑑作業基準。第 7 項是針對健保局建議部分，健保局已一一針對委員所提各項意見詳細說明如補充資料第 1 頁，建議解除追蹤。

（五）第 8 項係李委員明濱提案建議，接受處方箋之健保特約藥局應比照醫療機構於明顯處所揭示其服務時間乙案，本會於本年 7 月 5 日函請中華民國藥師公會全國聯合會轉知所屬會員照辦，建議解除追蹤。

（六）第 9 項係滕委員西華提案，請健保局儘速估算補充保險費之可能金額，並適時到本會報告案，建議繼續追蹤。

（七）第 10 項係吳委員德朗提案，針對保險對象自願參加民間舉辦有害健康活動所產生醫療費用不應由全民健保支出乙案，本會於本年 7 月 5 日函陳衛生署並副知健保局，衛生署已函復錄案參處，健保局亦將針對媒

體報導個案進行瞭解，建議解除追蹤。

（八）第 14 頁第 11 項是其他各次會議的追蹤辦理情形，係本會委員對健保局業務執行報告所提意見，健保局已據以修正部分表格呈現方式，並於本次業務執行報告第 82 頁一一回應說明，建議解除追蹤。

二、請委員翻回議程資料第 8 頁，第二項報告為全民健康保險法第 11 條修正條文，詳細內容請委員參閱議程資料第 89 頁附錄 3。稍候亦有臨時提案，討論立法院附帶決議對施行細則之修正，詳細內容在補充資料的第 8 頁。

三、第三項報告為中央健康保險局修訂之「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」，詳細內容請委員參閱議程資料第 91 頁附錄 4。

劉主任委員見祥

謝謝報告及說明，這個部分請問各位委員有沒有指教？

祝委員健芳

議程資料第 9 頁追蹤事項第 1 項，有關加強重大傷病發卡與其發放後之查核機制，健保局的回應只有說配合辦理，但沒有提出辦理方式，事實上，委員們當時也沒有提出具體的方案，建議在健保局說明查核機制內容及如何進行之後，再予解除追蹤，因為從業務執行報告第 24 頁的數據，的確可以看出重大傷病卡領證數較去年同期持續增加，而且佔全體門診及住院的比例也非常高，建議應俟健保局有具體說明後，再解除列管。

葛委員克昌

我沒有特別意見，剛才發現議程資料第 89 頁有全民健康保險法第 11 條的修正條文，而且供開會參考之資料夾中，有關全民健康保險法的小冊子，幕僚不但已將新舊條文對照插入，還

畫線將差異處標出，特別提出來，是要感謝同仁們的用心，也順便告訴大家，如果需要看條文，可以翻閱資料夾內的全民健康保險法小冊子對照來看。

劉主任委員見祥

對於祝委員所提意見，請問戴局長是現在加以說明，還是配合辦理？

戴局長桂英

剛才祝委員所提，等健保局具體說明查核機制內容及進行方式後再解除列管意見，本局尊重委員會的決定。

劉主任委員見祥

一、重大傷病業務的面向很廣，健保局經常在檢討。現健保局已瞭解各位委員的意見，所以建議這一項不繼續追蹤，因為若單就這部分繼續追蹤，屆時可能會不知道來龍去脈。但請健保局如果有檢討的進展，應在業務執行報告時口頭補充。

二、祝委員也同意不繼續追蹤，所以請健保局對該業務進行檢討時，應將委員意見併入，並適時於委員會議中，報告相關內容或數據，讓委員瞭解已經改進的部分。

【附件 2】

報告第 3 案「100 年 6 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？請石委員表示意見。

石委員發基

業務報告第 10 頁，是有關各級政府應負擔保險費補助款的收繳情形。在中央政府部分，各位可看到不管是 91 至 99 年度，還是 100 年度 1 至 5 月份，中央政府未撥付金額均為零。我們勞委會每年負責對有雇主及無一定雇主的在職勞工，編列預算支應健保費補助款，但近年來似有核列不足的現象。所以請主計單位及衛生署都應協助，以使健保財務穩定發展。

干委員文男

一、業務執行報告第 20 頁，針對保險費率「指標值」部分，本人曾在第 191 次委員會議上，建議健保局應將二代健保保險費率試算之相關數據及計算基礎，提供委員參考。如果用 4.91%或以 5.17%計算，健保局可收到多少保費？本（7）月基本工資又調漲，這對保費也有影響，請健保局於下次委員會議提出概括資料。

二、99 年健保費率調整時，政府專案補助一定所得以下民眾健保費差額，所花經費約為 50 多億元，但知道該項補助的民眾很少，請健保局多加宣傳。

三、9 月份費協會將進行 101 年度總額協商，現公布之經濟成長指數應僅供參考，好比總統選舉前，都會拉抬股票。事實上，經濟成長是高科技產業在成長，傳統產業並沒成

長，而是一片哀嚎，如果按照這些經濟成長數據進行協商，恐怕下年度保費會不足，提醒在座同時擔任費協會委員之代表能夠注意。

四、業務執行報告第 24 頁，針對重大傷病卡領證數，發現每月件數都增加，並未有減數。本人曾患重病，並有重大傷病卡，惟患病期間經西醫治療，併同中醫針灸後，病情康復，在重大傷病卡有效期間內，已不需用到該重大傷病卡。建議健保局重新校正數據，因事實上核發那麼多重大傷病卡，但仍在使用的人數未必有那麼多。

蘇委員錦霞

一、業務執行報告第 27 頁，表 16-1 全民健保特約醫事服務機構查處統計中，有關違規醫療院所之函送法辦，請問其移送方式為何？對於容留未具醫師資格人員為病人診療醫療院所所請領診療費用，是否追償？

二、消基會最近接到一些消費者反映，醫院有很多實習醫師，或醫學院的學生，直接做診療的動作，該行為在稽查過程可否發現？不是由醫師開的診斷，且收取病人診療費用部分，健保局稽查得到？

柯委員綉絹

一、業務執行報告第 27 頁，局長已就特約醫事服務機構違約類型提出說明，另外，並對終止特約部分加上備註說明，對此表示肯定。

二、上個月我建議健保局對醫療院所違規情形態樣及所受處分類別，加以分析敘述，局長也同意增列。建議下個月對違約記點、扣減費用及停止特約等三種類型，也能比照加以註解。未來若發布新聞稿，希望也能加以分析說明，民眾

即能知道醫院為何會被違約記點、扣減費用、停止特約及終止特約。讓外界知道健保局對特約醫事服務機構查處結果，才會有嚇阻作用。

鍾委員美娟

一、保險費補助款的預算，都是年度前先行預估編列，加上影響費用的因素很多，所以在估計與實支上會有落差。但全民健康保險法中，本來就有寬限期的規定，中央政府依法會在繳費寬限期內將相關費用撥足，在程序上均符規定。

二、業務執行報告第 26 頁及 27 頁，所呈現 100 年度上半年訪查特約醫事服務機構的家數，若予換算成一整年，則會發現 100 年度的訪查數量遠低於 99 年度以前的數量。對於大幅降低訪查數量，請教健保局是否有什麼特別原因？

祝委員健芳

謝謝戴局長非常仔細的說明各總額部門醫療品質之監測指標。業務執行報告第 78 頁，有關新修訂之牙體復形一年及二年平均重補率監測值，計算方式不同於其他指標採用前 3 年平均值±20％之數值。該二項指標係參考牙醫師公會全聯會委託研究計畫之恆牙銀粉充填後一年及二年的存活率資料，做為新的監測值。過去三年臨床實績值難道無代表性？需使用研究計畫資料的數值，當成新的監測值？請問考量原因為何？

劉主任委員見祥

就上述幾位委員的詢問，請健保局簡要說明。

黃副局長三桂

一、主席、各位委員大家早安！對委員垂詢的事項將一一說明，其中涉及實務之部分，再請本局相關同仁進一步報

告。

二、有關干委員文男所提業務執行報告第 24 頁之重大傷病卡領證數增加乙節，健保 84 年開辦時，發卡數為 21 萬餘件，經逐年增加，到 100 年 6 月已近 90 萬件，最主要原因，應在於醫療提供者照護品質提升，醫療科技進步與新藥發明，致平均餘命增加，發卡數逐年累加。重大傷病卡領證者中，部分是高齡患者，或其病情已不符合核發重大傷病卡條件的，本局進行比對查證作業，但部分疾病，一旦罹病則無法恢復，例如慢性腎衰竭必須定期接受血液透析。

三、消基會蘇委員錦霞想瞭解業務執行報告第 27 頁，有關違規院所移送法辦情況，經統計，屬於重大違規且已涉及違法移送檢調單位之違規案件，有 75%以上成案起訴或緩起訴處分。另，容留密醫部分，依健保運作 16 年經驗，本局於稽查時，若有必要都會執行假扣押保全措施，所以，因容留密醫造成的呆帳的案件，現在已經非常少。

四、實習醫師或尚未領有執照的國外醫學院畢業生在醫院看診，健保局是否進行相關稽查，這可從兩個角度來說明。例如：〇〇醫院曾發生尚未有執照之菲律賓籍醫師獨立看診，本局即施以相當嚴重處分，但後來因為法規解釋之不同，所以有究屬密醫或無執照醫師不同見解。目前醫師法規定，無執照醫師只要在合格醫師指導下，是可以執行醫療業務，惟不能進行第一線侵入性處置，此部分之規定相當清楚。

五、柯委員綉絹所提除終止特約外，希望其餘處分類型也能分析，剛剛戴局長已說明，下次遵照委員指示，進行其他三

處分類型分析。本局每月都會在網路上公告停約以上資料，並同時通知所有被處分醫療院所及知會各醫師公會，對涉有刑責者則函送司法機關辦理。這部分早已公開透明，在下次會議之業務執行報告，本局將呈現相關資料。

六、鍾委員美娟所詢業務執行報告第 26 至 27 頁，訪查特約醫事服務機構家數，100 年為何會比較少乙節，特約醫事服務機構家數相當多，約有 2 萬多家，稽核有一定程序，係透過檔案分析，先經初步篩選異常院所然後再針對這些院所進行訪查。另一方面，篩選方式及內容會回饋給相關醫事團體，這些因素都會影響訪查家數。

七、祝委員健芳所提有關業務執行報告第 78 頁之牙體復形重補率監測值乙節，請沈組長茂庭向委員報告。

沈組長茂庭

有關牙體復形一年重補率，在 97 至 99 年，實績值都在 0.02%，這是因本局對該部分之費用嚴格管控，一年內之重補不給付，牙醫診所需自行吸收，所以數值才會那麼低。為回歸基本面，該二項乃參考牙醫師公會全聯會委託之研究計畫，彙整國際參考指標，取最嚴格的數值。在國外牙體復形重補率一年平均值約為 2.5%，第二年平均值約為 4.6%，台灣實績值偏低，是因費用管控所致。

謝常務監事武吉(吳委員德朗代理人)

一、業務執行報告第 24 頁，截至 100 年 6 月底止，歸戶後重大傷病證明實際有效領證人數為 838,853 人，實際有效領證數共 893,067 件，總共張數差了 5 萬多件，下次請健保局呈現一個人領了幾張的重大傷病卡資料，因有人可能拿 1 張、2 張或 3 張。

二、業務執行報告第 41 頁，100 年第 1 季各部門平均點值預估值，西醫基層 0.8802、醫院 0.8962、洗腎 0.8530。以前有規定，點值變動超過 10%需檢討，請問何時可處理？

三、這個月的業務執行報告與以往不同，進步很多。

四、業務執行報告第 89 頁，大陸人士與外籍人士投保率部分，外籍人士投保，健保是賺錢；大陸人士投保，健保是虧錢。如何讓大陸人士投保金額增加？健保局雖說明了很多理由，然大陸人士在第一類之平均投保金額為 24,000 元，低於外籍人士之 25,200 元是事實，請健保局努力提升增加大陸人士投保金額。

戴局長桂英

一、謝謝委員的指教，本局下次會補充 1 張表，說明重大傷病歸戶後，一定期間一個人拿 1 張、2 張或 3 張人數有多少？

二、剛剛黃副局長已回應干委員文男，會檢視重大傷病的發卡情形，例如：病情康復後則不需要重大傷病卡，並注意重大傷病卡核發及查核機制，因這幾個是扣連的。

三、謝常務監事武吉提到點值下降超過 10%，需重新檢討乙節，向監理會委員報告，檢討總額應是費協會的權責。

四、感謝謝常務監事武吉對本局的肯定，本月改變業務執行報告內容，希望儘量符合委員的期待。

五、大陸人士之投保金額是否偏低乙節，本局會加強查核。大陸人士投保人數最大宗為眷屬身份，眷屬投保金額隨著被保險人變動，大陸人士很少以被保險人身份投保，本局會優先去查核被保險人投保金額，當成各分區業務組的查核重點。

何常務理事博基（李委員明濱代理人）（書面意見）

一、業務執行報告第 27 頁，有關違約記點部分，中華民國醫師公會全聯會於收到健保局之通知函後，會以公文函知各縣市醫師公會，再以縣市公會立場告知違約醫療院所改進。

二、在醫院，實習醫師通常是先問病史(包含過去史及家族史)，再做詳細理學檢查，書寫病例其後由總醫師、主治醫師再次問病情、檢查，最後開給處方，實習醫師不可開處方。

三、通常急性病人，皆由總醫師(主治醫師)先看診，先行初步處理，再通知主治醫師會診。醫療品質目前皆已提高。

干委員文男

請健保局下次報告與費率相關之財務資料。

戴局長桂英

為瞭解干委員想要的內容及格式，請李組長少珍於會後向渠請教，以利在下次委員會議提出報告。

劉主任委員見祥

一、有關委員所關心健保重大傷病證明於發證後，是否查核病人對證件之後續需要性等意見，請健保局納入未來之檢討，並適時於委員會議中報告辦理情形。

二、健保局對委員希望分析之特約醫事服務機構之違規查處情形，例如函送法辦、違約記點、終（停）止特約等，將自 7 月份起之全民健保業務執行報告呈現。各委員可參看本次會議之業務執行報告第 84 頁，健保局已在其中說明。

三、餘洽悉。

【附件 3】

報告第 4 案「全民健康保險醫療支出」專題報告之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

謝謝健保局的報告，請問各位委員有沒有意見？

干委員文男

一、議程第 27 頁第 22 張投影片，有關藥費前 10 大項資料顯示，健保局應宣導全民健保對民眾健康的貢獻度。藥價已進行調降，但又有新藥引進給民眾使用，新引進的藥品費用超過藥價調降的差額，這部分應該要對民眾說清楚講明白。健保局要讓民眾理解，這些成長的藥費都是老百姓用的，需全民共同負擔，這點非常重要。

二、議程第 39 頁第 46 張投影片，總結醫療服務利用分析，99 年每人門診就醫次數為 15.1 次，較前一年增加 0.2 次。本人認為，門診成長次數沒有那麼多，第 192 次委員會議，健保局提出使蒂諾斯（Stilnox）藥品給付規定修訂前後比較分析（99 年與 97 年）；分析結果呈現領藥次數略增，等於老百姓有需求，但健保局要其另外看診才能領取這個藥，所以，如果將這部分病人看診之門診次數扣除，每人門診就醫次數，應是下降而非成長。

三、請健保局檢討上開政策，不對的政策不要堅持。本人也有這個經驗，非得去看精神科或身心科醫師才能拿到 Stilnox，希望下次會議健保局能提出該項政策的檢討，不要一直與老百姓過不去。

盧委員瑞芬

一、議程第 19 頁第 5 張、26 頁第 20 張、31 頁第 30 張、33 頁

第 33 張投影片，凡以保險對象為分母計算的資料，像是每萬人口醫師數、平均每位保險對象醫療利用、重大傷病證明領證人數，以及重大傷病醫療費用利用狀況等，皆排除第四類保險對象，請問為什麼要將第四類保險對象排除？

二、議程第 27 頁第 21 張投影片，98 年至 99 年門診件數成長貢獻率前 10 大項疾病統計，99 年病毒感染件數成長率 25.62%，對於兩年之間成長率超過兩成以上的數據，應該都要注意。到底是因為疾病分類？還是有流行（Epidemic）？請說明原因為何。

三、議程第 36 頁第 40 張及第 37 頁第 41 張投影片，以條圖來呈現門、住診件數及平均每日藥費、平均每件給藥天數，但非常不清楚，無法區別所欲呈現之資訊，建議下次不要用顏色區隔，而要以不同類型條狀或是點狀呈現，較以利資料之清楚解讀。

四、議程第 39 頁第 45 張投影片，門診服務點數成長略高於住診服務，主要貢獻為診療費點數的增加，蔡組長報告主要增加的原因是檢驗檢查。檢驗檢查是否主要為電腦斷層造影（CT）、磁振造影（MRI）？目前論質計酬項目都會要求施作一些固定檢驗檢查，以糖尿病人來講，有做論質計酬與沒做論質計酬，檢驗檢查差別滿大，是否與實施論人計酬而給醫療提供者的誘因有關？

吳委員淑瓊

本人較關心醫療支出成長部分，議程第 25 頁第 17 張投影片，99 年住診醫療支出統計，成長貢獻度最高是病房費，為何高到 42.5%？將近是住診費用成長的一半，原因為何？在所有費用

支出項目間，住院日應該有不等比率增加的情形，是否與無效住院有關？或是病房費用價格調整？請健保局進一步分析。

祝委員健芳

議程第 27 頁第 21 張投影片所列門診前 10 大疾病統計中，眼部發炎貢獻度高居第四位，是何種疾病細項？可否透過相關預防宣導使之下降？

盧委員美秀

議程第 28 頁第 23 張投影片，98 年至 99 年門診前 20 大疾病中，排序 10 之「肝炎」在開放用藥限制後，99 年件數成長 10.8%，門診點數成長 50.7%，平均每件點數成長 36%。請補充說明開放用藥限制對肝炎治療之成效如何？

滕委員西華

一、本人第一個請教與吳委員淑瓊所提疑問類似，在 99 年住診醫療支出中，診斷關聯群制度（DRGs）已實施一年多，可是在住診醫療支出之統計資料，並未分析其對住診醫療支出是否產生變化？請問表中個別費用分析，DRGs 是拆開或包裹於其中再予分析？特別是病房費。

二、99 年住診醫療支出中，特殊材料費貢獻度 20.8%，是哪些特殊材料之貢獻？特殊材料在病人自費項目名列前茅，貢獻度高。雖特殊材料費點數占率不高，但特殊材料費成長率很高（5.1%），可預期將來成長率會繼續上升。請健保局進一步補充說明門診醫療支出特殊材料部分是哪些？

三、議程第 29 頁第 26 張投影片，98 年至 99 年門診慢性病連續處方箋開立統計，醫界對慢性病連續處方箋開立比率多有疑問，醫療費用支出資料看不到此措施對病人於健康管理照護或醫療費用管理上之貢獻，卻只呈現一堆數字，太

可惜了。可否透過統計數字看出其中變化？例如：在醫療費用上之管理情況、慢性病連續處方箋開立率一直升高是好或壞？對民眾是便利或不好？是真的有開立？或開了還沒去領？每年做那麼多宣導是否有成效？請健保局進一步補充說明。

干委員文男

滕委員西華剛才提的慢性病連續處方箋開立情形，本人認為效果非常好，但報告未呈現效益，無法得知推動慢性病連續處方箋政策省了多少診察費。

劉主任委員見祥

就以上幾位委員的詢問，請健保局簡要說明。

蔡組長淑鈴

一、謝謝各位委員的指教，有關干委員文男提到第 22 張投影片藥費問題乙節，係 98 年本局做了藥價調整，對整體醫療費用支出之減少，有很大幫助。這張投影片是凸顯某些用藥品類雖是增加，是因引進一些新藥納入給付，但因有些藥品類因藥價調降，整體支出係下降。所以，對民眾之醫療需求，視經費許可，仍會陸續納入給付。

二、干委員提到第 46 張投影片，99 年每人門診平均看病 15.1 次，較前一年增加 0.2 次，係因有些診所安眠藥只開 7 天，需長期使用病人，就需經常回去拿藥，造成返診次數增加，以致年平均看病次數升高乙節，醫師要對病人開幾天藥才合適？係屬專業判斷，是否安眠藥適合開長天數之藥量，需要個案認定。本局並未對開藥天數有所限制，理論上，依病情需要，基層診所門診病人亦可申報長天數之藥量，並無法規限制。

三、盧委員瑞芬提到本次分析資料未將具軍人身分之被保險人納入，這個誤差下次改正。另「病毒感染」之內涵為何？會後提供盧委員參考。

四、第 40 張、第 41 張投影片有關藥品價量分析表，用黑白顯示不易區別，下次會改成斜線等較易區別的格式。

五、有關盧委員關心門診醫療服務點數成長略高於住診服務，除與 CT、MRI 有關外，是否與論質計酬（Pay for performance）請病人固定回診做檢驗檢查有關？論質計酬與檢驗檢查關連性是否很大，可與相關之血液檢查來說明，請參看議程資料第 25 張投影片，99 年檢驗檢查申報前 10 大項第 4 名之全套血液檢查，成長貢獻率不大，因目前論質計酬涵蓋範圍並不是很大，故其影響門診醫療服務點數成長有限。

六、吳委員淑瓊提到議程資料第 17 張投影片，99 年住診醫療支出病房費成長貢獻度大，但該年住診醫療支出整體成長率僅 1.9%，用這麼小的成長率，再去分析各項成長貢獻度，會造成貢獻度非常敏感。98 年病房費花費 394.2 億點，99 年是 407.1 億點，成長率 3.3%，今年看數字會發現 99 年貢獻度分析，住診醫療費用支出每一項成長貢獻度都是敏感的，惟整體的總量成長並非想像那麼高。

七、兩位委員提到眼部發炎究竟是何種情形，造成利用率高，可否加強宣導？回去進行分析後，若可納入宣導，將提請本局企劃組納入宣導。

八、盧委員美秀提到肝炎件數增加，用藥給付放寬，治療成效等，已連繫衛生署肝炎防治委員會專家，請其提供肝炎治療成效，未來有具體實證數據，再提到委員會供委員參

考。

九、滕委員西華提到有關住診醫療支出，這次報告未將 DRGs 件數拉出分析乙節，其實 DRGs 件數只占整體住院案件 17%，所以本次係做整體性分析，未予特別凸顯。回到 DRGs 案件分析，平均住院天數下降到 3%至 4%之間，效率上是有提升，惟與整體件數合併經平均後較不易突顯。

十、特殊材料部分，這幾年持續受到關注，市場利用率確實比較多。門診特殊材料細項部分，再提供委員參考。

十一、慢性病連續處方箋開立情形對整體民眾貢獻乙節，日後有機會再提出報告。

謝常務監事武吉(吳委員德朗代理人)

一、議程第 21 頁第 10 張投影片，99 年度部分負擔占率統計，查全民健康保險法中並無「部分負擔」這個文字。全民健康保險法第 33 條、第 35 條是使用「自行負擔」文字，該統計表的文字是否有誤？

二、議程第 23 頁第 13 張投影片，蔡組長報告 99 年因地區醫院升格，區域醫院多了 3 家，區域醫院醫療費用成長率是非常驚人。新增 3 家，成長率不可能這麼高，是否因軍備競賽，而產生該費用及件數的增加？請健保局進一步說明。

三、議程第 25 頁第 17 張投影片，99 年住診醫療費用支出中，未提出護理費的分析，盧理事長可能未注意到，其應占很高的比率，請健保局說明原因。

四、議程第 27 頁第 21 張投影片，成長貢獻率病毒感染排名第二，病毒感染疾病定義為何？它是什麼要釐清!如果是健保局權責部分，則健保費用需負擔，若是疾病管制局之權

責，則疾病管制局需負擔費用，要與 CDC 分割清楚，請健保局進一步釐清。

五、議程第 30 頁第 28 張投影片，98 年至 99 年門診初級照護比率統計，本人記得在健保總額開辦當時，已說要有初期照護與次級照護的監控。目前看來，每年監控都無效。另區域醫院的初級照護，請報告成長原因。

六、議程第 31 頁第 29 張投影片，近 3 年門診前 10 大初級照護疾病，疾病別寫的很清楚，其應屬地區醫院與基層診所，而非較高層級醫院，請健保局提出初級照護具體改善方案。

七、議程第 39 頁第 46 張投影片，干委員文男提到 99 年每人門診就醫次數 15.1 次，其中含中醫及牙醫。每人門診就醫次數，急性上呼吸道感染件數成長貢獻度最高，是否全年都一樣？或有季的差別性？這個疾病一定有季的差別，因冬天轉春天較易感冒，像現在感冒比較少，下次請健保局說明清楚。

八、總額要實施時有討論初級照護與次級照護監控方案，本次報告只呈現初級照護分析，未監控如何下降？也完全沒看到次級照護分析，希望下次補強。

九、有關成人健檢部分，健保局應瞭解成人健檢一年做多少人？用有多少錢？可以第一、第二階段之完成情形，來進行分析。成人健檢增加 B 肝、C 肝篩檢費用，是由健保局或國健局負擔？成人健檢費用 520 元，分兩階段進行，B 肝、C 肝篩檢含在其中，健檢費用確實不足，建議健保局應要與醫界協商，不要一意孤行。

蘇委員錦霞

議程第 27 頁第 21 張投影片，病毒感染件數成長率 25.62%，成長非常高。請問病毒感染細項種類為何？請健保局分析高成長原因，並加強預防。病毒感染是否屬健保給付部分？請一併說明。

柯委員綉絹

一、議程第 26 頁第 20 張投影片，98 年至 99 年平均每位保險對象醫療利用，99 年平均門診就醫次數 15.1 次，主要是西醫 12.2 次，較 98 年成長 0.3 次。之前健保局對於高診次保險對象有做一些輔導，不知今年是否持續做？成效如何？請健保局補充說明

二、針對醫療利用這麼高，建議加強辦理促進國民健康宣導。曾看過國民健康局發文給各機關，促進員工健康之宣導活動，包括「外食選擇小撇步」、「聰明吃、快樂動」10 個小撇步，鼓勵大家注意少鹽、少糖、少油之飲食。建議健保局利用各種方式擴大宣導，提醒年輕人及父母，儘量在家煮飯。因年輕人外食、吃油炸食物，以及甜的飲料，事實上對身體傷害很大，養生應由年輕開始，俗話說年輕不養生，年老要養醫生。

謝常務監事武吉(吳委員德朗代理人)

希望健保局加強落實執行衛教及就醫宣導，健保局這次整個報告都沒有說明，請下次改善。

蔡組長淑鈴

一、有關謝常務監事武吉提到議程第 21 頁第 10 張投影片，以「部分負擔」的文字呈現方式，與法規「自行負擔」不一樣。因部分負擔是國際通用的說法，如果委員比較喜歡用「自行負擔」，或覺得比較容易懂，本局也可配合。

二、另區域醫院多了 3 家，是否有做軍備競賽乙節？雖然多 3 家，依議程第 23 頁第 13 張投影片顯示，區域醫院之門診申報數長率，高於各層級醫療院所加總平均成長率；其他層級部分則低於或相當於總平均成長率。另據議程第 23 頁第 13 張投影片顯示，地區醫院減少 7 家，但依其最新特約狀況，門診及住診之點數、件數仍是正成長。

三、議程第 25 頁第 17 張投影片，住院醫療支出未列護理費乙節，在這個分析表中，護理費係內含在病房費中，未來若需要，可拆開呈現。

四、好幾位委員關心病毒感染細項部分，細項部分再另提供各位委員參考。

五、有關初級照護監測乙節，我們另對初級照護長期監控的分析中，有比較詳細的內容。但今天限於時間及以報告主題為重點，只綜整醫療費用支出面的統計，而未能特別就初級照護監測細項作報告。對於謝常務監事武吉提到落實衛教宣導意見，本局也非常同意。

六、蘇委員錦霞提到病毒感染有高成長，希望知道細項內容，會後補充。

七、柯委員綉絹提到是否有做高診次輔導？本局每年都會進行高診次輔導，成效很不錯。但整體人口老化，慢性病增加都影響門診就醫次數。建議加強宣導部分，會努力對國人作飲食、外食各方面的宣導。

戴局長桂英

成人健檢屬國民健康局權責，其費用由公務預算或基金預算支付，不是用健保費用支付，有關委員對成人健檢所提建議，宜由監理會轉給國民健康局參考。

何常務理事博基（李委員明濱代理人）（書面意見）

議程第 25 頁第 17 張投影片，99 年住診醫療支出病房費占率 24.5%，成長貢獻度 42.5%，除了含有護理費，本人認為，是否與病人皆有商業保險有關？因可申請補助，故病人大多要求住入單人病房。

劉主任委員見祥

一、下列事項請中央健康保險局配合辦理：

（一）往後之各項報告，請能針對出現大幅變化之統計數據，列出問題背景並分析原因及提出因應之道；至推動全民健保診斷關聯群支付制度（DRGs）、慢性病連續處方箋或肝炎防治計畫之實施成效及評估等委員關心事項，請在相關報告中，進一步呈現辦理情形。

（二）為利民眾理解醫療費用增加之原因，請研議將平均就診次數增加、新增藥品給付項目、新醫療科技引進等費用支出資訊，列為業務宣導內容。

（三）對於干委員文男一再關切之安眠藥（如 Stilnox）的使用規範，請在尊重醫療專業判斷前提下，也考量民眾的需求並繼續觀察該項藥品使用情形。

二、委員所提意見，送請健保局參考。

三、餘洽悉。

【附件 4】

報告第 5 案「各級政府積欠健保費補助款之催收情形及成效」專題報告之與會人員發言實錄

（主席徵得委員同意後，變更議程順序，先進行二項臨時提案之討論，討論結束後囿於時間因素，未進行口頭報告）

劉主任委員見祥

一、考量時間因素及政府積欠健保費議題過去已多次討論，委員對此議題也都有相當程度瞭解，本報告建請參閱書面資料，若有疑問，需請中央健康保險局補充說明，於會後由本會幕僚轉請該局回復。

二、經徵得在場委員同意，本報告依上開建議意見辦理。

三、委員已無其他意見，今天會議到此結束。

【附件 5】

臨時提案第 1 案「行政院衛生署交議之『全民健康保險法施行細則第三十六條修正草案』，請本會表示意見案」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

本提案是行政院衛生署的交議案件，先請衛生署洪組長補充說明後，再請各位委員表示意見。

洪組長碧蘭

一、簡單的說明一下，施行細則第 36 條修正案，是立法院在第 7 會期審查林立法委員建榮所提全民健康保險法第 11 條條文修正案時，通過之附帶決議。修正後健保法第 11 條條文第一項略以：「…。但僱用勞工合力從事海洋漁撈工作之漁會甲類會員，其僱用人數十人以下，且其仍實際從事海洋漁撈工作者，自中華民國九十一年一月二十一日起，得以第三類被保險人身分參加本保險」。該條文係將僱用人數由未滿 5 人，修正為 10 人以下。另外，鑑於遠洋漁船船員長期於境外工作，幾無機會享有健保給付，所以建請本署修正全民健康保險法施行細則第 36 條，刪除遠洋漁船船員不得辦理停保規定。

二、現行法規之所以排除遠洋漁船船員辦理停保，主要是因為當初規劃健保制度時，有遠洋漁船船員反映，他們擔心如果預期出海逾 6 個月可以辦理停保，雇主會強迫他們辦理停保，影響其享有健保之權益，所以，當時才會排除。但目前可能因為經濟環境的改變，相關人員透過立法委員表達意見，在立法院做成附帶決議。所以本署請 貴會就該政策議題提供意見。

林課長敏華（張委員永成代理人）

一、代表省漁會的林委員啟滄另有會議已先行離開，並請本人代為向各位委員報告。

二、目前遠洋漁船船員每次出海作業，至少都要 6 個月，有時甚至長達 2 年，所以建議比照一般民眾，在出國超過 6 個月以上時可以辦理停保。船員在公海上作業或停駐其他國家期間，基本上無法使用全民健保資源，所以對現行與一般民眾有差別的部分，建議能比照，亦即如同一般民眾，得申請辦理停保。

三、修正條文的內容是有選擇性而非強制，船員可依個人意願自由選擇辦理停保或繼續投保，所以，文字上使用「得」而不是「應該」。以上說明，請各位委員支持這項提案。

滕委員西華

一、對於這個提案，很抱歉我有幾個疑問。首先，立法院的理由，非常荒謬，先不說要不要支持停保的規定，但怎麼能說因為沒有使用到健保，就辦理停保。那台灣的民眾也要問，若一整年都沒有使用到健保，能否得到什麼回饋？也就是說，健保是義務，是否納保不取決於是否享有健保給付，所以，對於這個的理由，我沒有辦法接受，衛生署也不應該接受。健保剛開辦時，曾對全年未使用健保的民眾舉辦抽獎，不知各位還記不記得？那是要鼓勵民眾自我照護，現在已經沒有抽獎，所以很多人說，我都沒有用，永遠都在贊助，我有什麼好處？所以，每次感冒就去看一下，或是驗個血當作健檢來使用，這類情況所在多有，我認為這個觀念不好，對立法院的決議也感到啼笑皆非。

二、對剛才遠洋漁船船員「得」辦理停保的條文規定，有幾個

問題要請教健保局。在行政管理措施上，一般民眾出國申請停保，健保局可以透過入出境管理機關查核，掌握其出去及回來的時間，但請問遠洋漁船船員出海，健保局可否稽查得到？如果可以，那就同意可以比照一般出國民眾申請辦理停保，否則怎麼可以例外，因為他們就是出國去工作，沒錯啊！但對於第 11 條將原來 5 人修正為 10 人以下，老實講，我也疑惑有什麼差別？如果他是受雇者，就應該納保，當然我不在漁會工作，這樣說也許有欠公允。我覺得如果要對停保規定有例外，應該要先問健保局有沒有辦法稽查？否則他回來你也不知道，如果他一直處於停保狀態，等到要使用健保才去辦理復保，那跟海外僑民返國就醫是一樣的，雖然其人數可能不多。

三、第二個問題，如果漁民領取慢連箋藥品，那算不算是使用健保？我記得有一年曾針對像是遠洋船員、出國就學就業等特殊情形人員討論，如果能舉證符合開立慢連箋的條件，開藥可放寬到 6 個月。如果遠洋船員領用慢連箋的藥，那算不算是享用健保？又應該怎樣來看待停保的事？因為他領了慢性病處方箋的藥達 6 個月，而且出海期間在境外就醫，回國後可以申請核退，但如果停保就不能享有這些權利，所以，停保對遠洋漁船船員不一定是有利的。剛才林課長說是「得」辦理，沒有錯，但因為辦停保之後，雇主就不用替他負擔保費，這部分也需進一步審慎評估，但最重要是行政管理上要能稽查。針對以上質疑，請健保局再補充說明，謝謝！

干委員文男

一、針對這個問題，我有幾個疑問要釐清，現在立法院既然已

經通過附帶決議，還送到監理會表示意見，所以我們的意見，效力可以超過附帶決議？

二、我認為從全民健保的立場，不應該有停保，剛才滕委員也說的很清楚。這些船員如果停保，在國外就醫，是不能申請核退，負擔可能更重。我對遠洋漁業也有些瞭解，現在台灣大噸數的船都是去阿根廷或印度洋，一去就是一、兩年，過程中沒事就沒事，一旦有事，就必須在當地就醫，不停保可能對船員反而有利。遠洋漁船的工作環境只能用「豬呷狗睏毛蟹行」（台語發音）來形容，「豬呷」說的是船員在海上作業，只能吃大鍋飯，抓到什麼吃什麼，隨便煮煮就是一餐；「狗睏」是他們限於船上空間不足，睡覺時不能伸直腳來睡，要像狗一樣彎曲著雙腳；「毛蟹行」形容的是當浪頭襲來，船身搖搖晃晃，走路必須斜著身體。可以想像他們生活與工作環境條件都不好，如果再讓他們沒有健保，我們身為健保監理委員，如果同意這樣修正，實在對不起這些辛苦的討海人，只是現在立法院已經通過附帶決議，我們要如何解套？

三、這些船員若在保，保費 60%由雇主（投保單位）負擔，自己只需負擔 30%，他們的負擔並不多，是可以承受的。萬一將來須在境外就醫，也可申請核退六至七成。

劉主任委員見祥

請呂委員、祝委員表示意見。

呂委員明泰

一、對於這個案子，剛才滕委員的意見我完全同意，全民健保的立法意旨在哪裡？保險的精神是什麼？如果常在漁船上，就不加保，這是很荒唐的事情；保險本身不是這個意

思。

二、另外干委員的問題，從提案的文字上看，立法院是做一個附帶決議。附帶決議沒有拘束力，不要因為附帶決議通過就一定要接受。所以，不管是從監理會或是衛生署角度，都要嚴肅看待這個修正案。從保險本意及全民健保立法意旨去思考，應該接受就接受，不該接受就不接受。對此案，個人基本上認為，不應該輕易接受這樣的修正意見。

祝委員健芳

一、我也非常支持前面幾位委員的發言。第 11 條修正條文已經公告，是單修一條，看來應該是立法委員提的修正版本，但不解的是，將雇主本來應該自行負擔健保費 100%的，一下子變成第 3 類後，變成由政府負擔 70%，好像雇主的責任就不見了，到底立委提的修正條文，是為了船公司還是船員？讓人充滿疑問。

二、如果再配合修正施行細則，雖然好像是為與第 11 條修正條文有一致性，但怎麼看都覺得立法背景很怪，感覺上好像是為了有錢有勢的雇主，而並沒有從公平的角度去照顧弱勢的船工，所以覺得應該要謹慎。

劉主任委員見祥

一、干委員的疑問，呂司長已說明得很清楚。依照行政流程，本會可以表達意見，送請主管機關核參，主管機關會從衡平性去做裁量。所以程序上，我們的意見與附帶決議並不會有衝突。

二、依剛才多位委員的發言，我們要思考健保的精神在哪裡？所以要提醒林課長，雖然條文中用「得」字，讓船員可以選擇，但實際上而言，將選擇的權益交付給民眾時，常常

保障面比較差。剛才有發言的委員們，大多認為健保的精神，就是要保障民眾的權益。

三、遠洋漁船還是國籍船，在公海上也是國民，船員還是在職國民。所以站在保障國民權益的立場，不管保費負擔如何，至少在船員有慢性病的時候，可以領用慢連箋的藥；境外臨時就醫後，可以申請核退；萬一因急重症送回來，才可以立即處理，如果停保，他就得自行負擔。

四、請葉委員表示意見。

葉委員宗義

這個案子牽涉到雇主，而我也是雇主代表之一，所以省漁會的總幹事在離開前，特別交代了這個案子。漁會代表也是監理會的委員，所以，應該請他說明問題。雖然現在大家認為可以推翻附帶決議內容，但將來送到立法院恐還是會有問題，所以，是不是延到下次會議請漁會詳細說明，再看如何解決比較和諧。

劉主任委員見祥

一、這沒有所謂和諧不和諧的問題，葉委員是認為要尊重漁會代表的意見，但是這邊勞工及其他單位代表也有不同看法。本案有作業時間之限制，無法再請漁會委員代表到會說明，但所有委員的意見，包含葉委員的意見，都會整理後送請衛生署參考。

二、再者，依據行政流程，衛生署對本條文修正案，尚會進行預告程序。預告的時候，各個團體不管是漁會或哪一個民間團體，以及個人都可表達看法。今天各委員的意見，將彙整報請衛生署參考。

干委員文男

我是勞工代表，這一點我非常堅持，因為遠洋漁船上，除了船長、大副、輪機長、水手長等人員是我國籍，其他都是到境外再去接外籍船員。本國籍船員在大一點的船，就是 7 人至 8 人，小一點的船是 5 人至 6 人，人數並不多，所以不要計較那一點保費。剛才大家也都談到社會公義，今天如果贊成這個案子而都不講話，等於正義都完了。請主席裁量，一定要把勞工代表的立場表達清楚。

林課長敏華（張委員永成代理人）

一、報告主席我要補充一下，剛才滕委員問到，船員出境可不可以查核？事實上，船員都有船員證，出海前要經過海巡署登記，不可能沒有管理，如果沒有登記不就變成偷渡了嗎？這部分沒有問題，請放心。

二、各位委員所提的意見，我都尊重，但希望我們也能就差異的部分去思考。一般民眾出國 6 個月都可以辦理停保，為什麼船員就不行，他們出境也是經過國家登記。剛才談到很多公平正義，所以要請大家思考，為什麼當初打開辦理停保大門的時候，民眾出國可以，船員出海就不行。這個問題請委員們再思考，但我會尊重。

劉主任委員見祥

一、跳脫主席的位置，由於自己所學是社會學門，所以較傾向應爭取全民健保對漁工的照顧，而非停保。就像對偏遠地區不是免除民眾的保費，而是要加強醫療服務提升方案。

二、依多數委員的意見，本案應以全民健康保險之立法精神及意旨為考量，條文雖僅擬議修正為開放出海六個月以上者

「得」辦理停保，或不具強迫性，但恐有影響遠洋漁船船員健康保障權益之虞，爰其修正宜審慎。今天委員提的所有意見，會彙整陳請衛生署核參。

三、尚有一點時間，所以接下來進行干委員的臨時提案。

【附件 6】

臨時提案第 2 案「減緩癌症患者術後及放化療後副作用中醫住院給付案」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

請干委員先說明提案的背景。

干委員文男

一、這邊寫的很清楚，本案是為了減緩癌症病人術後或是化放療後之副作用，建議將中醫住院納入給付。因時間的關係，僅簡單說明一下。一般病人化療後，通常第二天醫院就會要求出院，但這個時候病人可能嘴巴潰爛或是肚子腫脹，正處於很痛苦的狀態，如果可以開放去中醫醫療院所住院 2 至 3 天，患者不適的狀況可以得到很好的改善，尤其在一般急重症病床不足的情況下。這樣講不是要對西醫不尊敬。

二、過去中西醫合併治療一直都不是落實的很好，如果可以將中醫住院納入給付，相信對強化中醫合併治療的成效有所貢獻，另一方面，亦可減少患者化放療後的痛苦，使其早日康復，以上簡單報告。

劉主任委員見祥

相關單位是不是也可以說明一下，請中醫師公會全聯會陳委員說明。

陳委員俊明

一、先謝謝干委員的肯定。臨床上，尤其是在全民健保，可以看出接受中西醫合併治療癌症病患的比例很高，為什麼會高？就我臨床上的經驗，起碼可以提升患者生活品質，減輕其病痛，甚或是延長壽命。我經驗過有些只剩 7、8 個

月生命的病人，接受治療後，又多存活了 2、3 年，這樣的案例，時有所見。

二、我也曾遇過一個在台大住院的肝癌病人，西醫診斷可能活不過 15 天，因為腹水漲的很厲害，又有黃膽。我看了也不敢保證一定有辦法，因為不是每個癌症病人都能如此幸運，但後來這個病人住院 2 週後出院，還從 70 幾歲活到 80 幾歲，最後死於咽喉癌，但他延長了十幾年的壽命，可以到處去玩。雖不是每個癌症病人都能如此幸運，中藥確實可以和緩化放療後白血球下降及其他相關的副作用。如果中醫可以加入安寧療護，相信會是很好的架構，以上報告，我也希望能達成。

劉主任委員見祥

請問各委員還有沒有其他意見？據了解，中西醫合併治療，現有 2 項門診計畫及 1 項住院試辦計畫在進行中。

陳委員俊明

雖然目前有試辦計畫，但中西醫會診要視個案情形，如果西醫不提出會診需求，就不會進行會診，這個是缺點。

劉主任委員見祥

本案涉及健保給付政策，所以送請主管機關核參。滕委員是不是對此案還有補充？

滕委員西華

從健保局剛才的報告，重大傷病癌症病患的醫療費用，是平均值的六倍。國外有癌症病患基層照護診所，針對化放療的病人，施予疼痛治療或抽腹水，事實上，很多急重症的中心人滿為患，他們都反映臨床上這類病人並不是最急，可是他們的感

受是最痛的，所以，病人都很急。為了降低急診處的擁擠及解決急診病床不足的問題，可否在公立醫學中心開辦癌症基層照護中心，讓癌末但沒有申請到安寧照護的病人，就近處理也很有幫助，我提這點意見，可否一併請主管機關研議，

謝常務監事武吉(吳委員德朗代理人)

我非常贊成干委員意見，因為從大陸的經驗，中西醫合併治療的效果非常好。我有個朋友的太太，也是西醫開刀後馬上中醫治療，每次化療後要難受一個月，所以我贊成干委員提這個案子。依據全民健康保險醫療辦法第 25 條規定，中醫住院服務項目，由主管機關另定之。所以，我也希望主管機關能儘早研議辦理才對。

劉主任委員見祥

本案涉及健保給付政策的整體考量，委員意見彙整後，陳請行政院衛生署核參，並送請中央健康保險局參考。