

全民健康保險監理委員會
第 177 次會議紀錄

中華民國 99 年 2 月 26 日

全民健康保險監理委員會第177次會議紀錄

時間：中華民國99年2月26日（星期五）上午9時正

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：

周委員麗芳

吳委員淑瓊

盧委員瑞芬

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）

謝委員天仁

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

謝科員啟煒（代）

賴委員永吉

李委員明濱

何常務理事博基（代）

林委員振順

廖委員敏熒

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：

盧委員美秀

林委員啟滄

李委員成家

列席單位及人員：

行政院衛生署健保小組

楊組長慧芬

全民健康保險醫療費用協定委員會

柯執行秘書桂女

行政院衛生署中央健康保險局

鄭局長守夏

黃副局長三桂

陳副局長孝平

李組長少珍

蔡組長淑鈴

黃專門委員素蓉

黃專門委員肇明

李科長純馥

高科長世豪

黃科長莉瑩

本會

程主任秘書善慈

吳組長秀玲

主席：劉主任委員見祥

記錄人：顏銘燦

壹、主席致詞：(略)

貳、報告案

第 1 案

案由：確認本會上（第 176）次委員會議紀錄，請 鑒察。

決定：確定。

第 2 案

案由：本會前次委員會議決議(定)事項列管執行情形及重要業務報告，請 鑒察。

決定：洽悉。

(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 1 月份全民健康保險業務執行報告，請 鑒察。

決定：

- 一、委員就中醫推拿助理工作權益意見，送請衛生署酌參。
- 二、有關藥費、總額費用成長及健保 IC 卡登錄及資料上傳錯誤率之進一步分析等委員至為關切，請幕僚人員與健保局協調適當時機，提會報告。
- 三、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：「全民健康保險論質計酬醫療給付改善方案執行情形與檢討」專題報告，請 鑒察。

決定：

- 一、委員所提意見及所需資料，請健保局參考並提供。
- 二、餘洽悉。

(與會人員發言摘要詳附件 3)

參、散會：中午 12 時 05 分

【附件 1】

報告案第 2 案「本會前次委員會議決議(定)事項列管執行情形及重要業務報告」與會人員發言摘要

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

繼續列管案件有無每月追蹤？

程主任秘書善慈

對於歷次未辦理完成案件，本會每季追蹤一次。

干委員文男

財務監理與財務稽核的差異何在？請說明。

曲委員同光

財務監理指的是對整體財務收支狀況的全盤瞭解與監控，稽核則較屬實務面，如呆帳、帳務等的例行監理作業。

干委員文男

改為監理後，是否不再辦理財務稽核？

程主任秘書善慈

因健保局原屬國營事業單位，財務監控使用稽核名稱，現健保局已改制為行政機關，而行政機關很少使用稽核名稱。本次修正內容均係文字修正，實質上對健保財務監督範圍並沒有改變。

葉委員宗義

第 27 頁決定事項第 2 項，有關費率調整方案、步驟及配套措施，只是讓本會瞭解而已，或是需要經過本會討論？

劉主任委員見祥

本項決定係建議衛生署在適當時機，先讓本會委員瞭解有關費率調整方案、步驟及配套措施。實際調整費率時，仍應依照本會掌理事項，先提經本會研議。

曲委員同光

依據健保法規定，費率調整是主管機關權責，擬訂後報請行政院核定。本會組織規程規定，費率調整應先提經本會研議後，送主管機關核參，並非需經本會同意，才可調整費率。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

有關說明一項次 5「健保法第 58 條修正意見送請主管機關參考」，在未知核參結果的情況下，認為應該列為「繼續列管」。

劉主任委員見祥

法規或政策的決定是主管機關的權責，本會是議事機構，討論意見送署核參，其採納程度本會並無法約束。該案所提意見已函請衛生署核參，就本會而言，已可結案。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

如同葉宗義委員之詢問，是否衛生署都僅是將議案送本委員會瞭解，若全都由衛生署決定，衛生署直接自行公告決議就好，對委員所提出之意見，衛生署應審慎以對，如果衛生署決議有不對，也應該思考如何適當改變，否則委員會也可不召開。

呂委員明泰

健保法施行細則第 58 條已經發布，且第 5 項決議是將委員意見送主管機關參考，因此，解除列管應無問題。若委員還有意見，可再提修正動議。繼續列管該項決議，並無意義。

曲委員同光

健保法施行細則的研修，依法是主管機關的權責，該案已

依本會組織規程規定，先提經本會研議，送主管機關核參，並依行政程序法進行預告，完成相關作業程序。第5項已依決議將修正條文併同委員意見，送請主管機關參考，解除列管應無問題。原則上衛生署會針對本會來文答復說明，未來，健保法施行細則再做修正時，會將委員意見一併考量。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

健保法第58條之修訂案，衛生署是以臨時動議提出，讓委員難以反映，而176次是委員重新提案討論，如果發現有錯誤，就應該立即改善，不該原地踏步，公家機關是可以如此作為的嗎？

劉主任委員見祥

一、健保法施行細則修正草案，本會於開會前7天，已送請各位委員參閱，且該案決議，各委員如仍有其他意見，也可逕送衛生署或由本會轉陳核參。相信衛生署在送行政院之前，應已綜合考量。

二、吳委員德朗所提討論案，已依決議將委員意見送主管機關核參，由主管機關依權責處理，應可結案。本案若衛生署答復，會提委員會議報告；若未答復，在一段期間後，也會主動洽詢處理狀況。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

衛生署的大委員說該案依行政程序辦理，請問有與哪些單位討論？以臨時提案方式提至本委員會，就已是沒有擔當的作為，應該做出有擔當的處理。請問該案是否有找醫院協會、醫學中心協會、區域醫院協會、社區醫院協會討論嗎？有嗎？有依據行政程序？請將以上發言列入紀錄，以

利監察院日後查證。

呂委員明泰

一、行政程序法規定，法規命令制定或修正，程序上需在網站或新聞紙，對全國人民公告一週或 15 日。公告期間，任何人民都可對條文表達意見，主管機關收到意見後，會斟酌採納。若沒有意見，則視同同意該條文。健保法施行細則修正過程中，曾提本會討論過，雖然時間倉促，但畢竟已完成程序，才核定發布，且目前已確定並執行。

二、第 5 項決議解除列管，到此已結束，如果還有不同意見，請委員再提修正條文，法規命令修正並不困難。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

主席說的好像有道理但仍有意見，覺得衛生署之心態是「只准州官放火，不准百姓點燈」，監理委員會應該有更負責任的作為，衛生署訂出的方案不好，送本委員會研議，本委員提出修訂但衛生署卻又不參採，但實際明明會發生問題的事情，卻又只能這樣循流程就結案嗎？為何不是找出適當的解決方案呢？請主席拿出魄力。衛生署是以什麼樣的心態送本委員會？若醫界未提意見，衛生署為何會收到醫院團體的公文？

劉主任委員見祥

依照本會組織規程及會議規範，本會研議後，送衛生署核參，並做最後決策。該案已報署參考，本會可再瞭解後續情形，或委員有不同意見，也可重提討論。建議本案解除列管。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

對於本案內情我很清楚，呼籲勿讓委員會承擔太多責任，我也會以人民立場進行相關作業，如公開某副署長之會議錄音，本案將發生翻盤效應。

盧委員瑞芬

因第 176 次委員會議決議(定)事項辦理情形追蹤第 4 項已完成行政程序，因此同意解除列管，如委員有進一步修正意見，宜另提修正案。

劉主任委員見祥

尊重多數委員意見，本案洽悉。

【附件 2】

報告案第 3 案中央健康保險局「99 年 1 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

根據近日報導，中醫診所推拿一律要由中醫師親自執行，這項命令發布的緣由與主要原因，請局長說明。

鄭局長守夏

一、這項措施在衛生署已討論多年，並非短期內決定。以前醫事處對醫療法的解讀有模糊空間，推拿可先由中醫師示範，再由助理接手，這樣維持很多年，但一直有爭議。在 97 年以前，有非常多的檢舉，包括中醫師公會全聯會內部看法不一，也檢舉到監察院，所以，監察院曾經來函要求衛生署應該明確解釋。直到 97 年 8 月份衛生署才確認中醫推拿是醫療行為，應由醫療專業人員從事，並列入醫療法規範，未規範的為民俗療法。

二、依照健保法，醫療行為才能給付，應有專業證照人員才能執行。健保局的責任，就是確定中醫師執行才可申報。從 1 年多前，在中醫支委會開始討論如何改變，並在討論過程中，即開始輔導，至少有 1 年以上輔導期，絕非馬上公布。健保合約醫療院所委託單位是中醫師全聯會，所以，所有開會都是和全聯會代表一同討論。

黃副局長三桂

一、自有健保以來，中醫傷科部分，部分規定有些模糊，法令規定不是很清楚。後來因為有二件事情發生：第

一件，是部分被保險人接受中醫傷科推拿後造成被保險人的脊椎受傷，產生很嚴重的醫療糾紛；第2件，是民眾一再檢舉，認為無證照的推拿人員從事推拿工作是違反相關規定。再加上監察院一再來文，要求本局務必儘速處理此事。之後在衛生署醫事處的清楚解釋之下，按照醫療法第28條規定，推拿工作一定要由有證照人員執行才可以。本局基於上述理由，從97、98年起，與中醫界進行長期溝通協調，在最近3次支委會中，也強制要求中醫全聯會一定要按照規定執行。

二、在法的方面，醫療法清楚規定一定要由合格證照人員執行，本局係執行單位，無任何空間可以躲避；在理的方面，要申請健保費用，一定要是合格人員，非合格人員可從事自費療法，本局並未禁止，也無所謂剝奪工作權一事。在情的方面，此事原定過年前處理，但考量其生計，希望大家過個快樂的年，所以緩至第2季的4月開始嚴格執行。目前健保財務非常困難，傷科費用必需用在最需要的地方，委員希望對這些勞工提供幫助，但本局於情法理均已考慮，也希望各位委員支持本局。

李醫師豐裕（林委員永農代理人）

一、在幾次支付委員會中，中醫師公會基本上已達成共識，目前除台北地區稍有雜音外，全國各區都支持此項政策，基本上沒有特別問題，只是在某些細節方面，可能需要與健保局在第2季開始執行後，再做適當調整。目前全國各區對院所提出要求，建議儘量不

在診所內附設民俗療法。之前因為政策的模糊空間，在診所內得附設，造成部分醫師在執行過程中偷懶，看診後直接交由助理推拿，而衍生問題。此項建議較能斧底抽薪，否則，換湯不換藥，管理會發生問題。若有診所附設，健保局各區業務組或可列為查核重點。

二、針對報載診所內可附設自費之民俗療法，收據由誰開立，若免費是否涉及不當招攬等細節，全聯會將再與健保局進一步溝通，也希望多年的問題，能在這段時間得到充分解決。衛生署模糊的解釋文，是這些爭議的根本原因。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

昨日已與林永農理事長就該案通電話，對於中醫助理執行推拿乙案，於3年前的評核會議中就曾提出此警醒，我可算是烏鴉嘴—每說每對，但也希望能讓現行人員勿無工作。另，中醫推拿若是由領有證照的物理治療生或物理治療師提供，健保局又是如何面對、處理？

干委員文男

在昨天全國總工會代表大會上，這個問題引起大家共鳴，本人必須在此表達。據答復這項措施已宣導1年多，但推拿助理表示並不知情，此事僅與中醫師溝通，未直接傳達到推拿助理。此項措施將使少則3千多人，多則1萬多人失業，造成其生計問題。若一定要中醫師推拿，每個患者推拿至少需20分鐘，中醫師有體力負荷嗎？本人支持有證照者應讓其生存，無證照者應積極輔導。若任其從事自費療法，民眾權益也會受損。

楊委員芸蘋

昨天召開全國總工會代表大會，傳統整復推拿師職業工會全國聯合會表示其人數超過1萬多人，在中醫診所工作的助理人員，均為傳統推拿師，若無相當經歷，診所不會聘用，其經歷應足以勝任工作，只是缺少證照。能否假以時日，先讓其繼續工作，並輔導考照，不要在4月1日馬上執行。

鄭局長守夏

- 一、工會代表為特定職業團體發聲是合理的，但本局立場，必須依法執行，至於輔導傷科助理取得證照，非本局權限，是否可由貴會建請衛生署或勞委會協助。本局對口是中醫師公會全聯會，全聯會多次開會，會員應無不知的道理，至於如何向助理轉達，屬其內部問題，本局不得而知。今年3至6月，監察院監察調查處辦理健保制度總體檢，在全國辦理34場次座談會及訪查，本局均需參加，這項議題會是其中一項，監察院已來文明確要求本局依法執行。
- 二、目前財務狀況岌岌可危，應考慮縮減某些服務項目，其效果是否明顯，應由專業團體評估。傷科每年用掉23億元，占率很高，中醫師公會全聯會內部也認為成長率偏高，才會討論並取得此項共識。從健保財務、依法行政或專業判斷來看，再加上監察院的關切，本局都必須執行。

干委員文男

針對此事也請中醫師公會與助理溝通，不要讓這些人失業。

劉委員玉蘭

依醫療法規定，推拿應由有證照人員執行，但過去對無執照者也有給付，現擬改為不給付，應設有緩衝期。建議推拿一定要有執照，沒有執照擔任助理，但有執照者可搭配1至2位助理，助理的給付打折，這樣可解決雙方的問題，對就業市場的影響也比較小。

祝委員健芳

長期以來，內政部希望能輔導視障按摩從業人員進入醫療院所工作，但衛生署一直不同意。早期在日據時代可以，國民政府也延續發給視障按摩從業人員理療按摩乙級的證照，但後來醫療法頒布，規定必須具有醫療背景並通過國家考試資格者才能於醫療院所工作，取得勞委會技能檢定證照部分，是不被醫療院所接受的。現階段健保局檢討中醫師助理協助推拿不再給付費用之政策，然因應實務病人治療需求，建議健保局考慮開放給付具有乙級理療按摩證照的視障按摩從業人員協助中醫師進行按摩工作，以維病人權益。

謝委員天仁

法律要求需有證照，才能從事醫療行為，在法律未鬆綁前，本會討論無法解決問題。若推拿有醫療效果，在法規上就應考慮鬆綁，若療效有限，就應排除在健保之外，不應佔用健保資源。此事應正本清源，從療效角度考量，而非有無證照。本會不應站在保障勞工立場考慮，應從健保財務及醫療效果考慮才對。

黃副局長三桂

按照目前規定，西醫的復健科治療有其一定的療程、標準

作業時間與療效，且具有證據醫療，因此，衛生署同意給付。若中醫師引用，本人是贊成的，但也需經衛生署醫事處的合法認定，並提出配套流程，符合健保法規定，本局才會給付。

劉主任委員見祥

- 一、此事應尊重專業，並支持健保局依法行政，但過渡期間勞工工作權保障非本會職責，委員意見送請衛生署核參。
- 二、若各位委員還有意見，請逕送健保局，或以書面由本會轉送健保局參考辦理。

劉委員玉蘭

98年1至12月醫療費用全年增加4.56%，但總額成長率僅3.5%左右，醫療費用超過總額約1%，不知經費何來？上次會議曾提過，但未獲回應，請健保局說明。

盧委員瑞芬

表8保險費欠費收回率在98年9-10月皆相較偏低，雖備註3說明係因催繳與移送行政執行等催收程序尚在進行中，但是否有進一步分析欠費對象的特性？去年98年釋出多項紓困方案，應對協助經濟弱勢的群眾有相當的助益，為何欠費對象的保費收回率仍相對較低？

葉委員宗義

融資餘額為1千3百億元，每年支付利息多少？每年存款有4、5千億元，與借款是否為同一家銀行，若為同一家銀行，利息方面有無優惠或其他回饋？

陳副局長孝平

- 一、有關醫療費用成長率問題，係因健保帳務極其複雜，

是以總額協商結果為起點，經過多層調整，例如扣除部分負擔及委辦等費用，才呈現在報表上，每個名詞都有會計上的意涵。總額是醫界收入多少的概念，與健保給付的概念不同，例如，部分負擔是民眾直接付給醫療院所，不屬保險費用，因部分負擔成長率很低，費用轉移到健保給付，致使醫療費用成長率大過總額成長率。

- 二、欠費回收率是累積的概念，未收回部分，會一再追討，因此，隨時間經過，回收率會提高。98 年因其他財源挹注，有助欠費回收，若非如此，回收率會低至 35 % 以下。
- 三、因健保資料既有變項有限，無家庭收入等數據，僅能就類別等健保資料庫既有變項分析，如第 6 類保費繳納僅 8 成多，第 1 類將近 9 成 9，原住民則更低，但如牽涉健保資料沒有的變項，有必要時，需向財政部索取資料再予分析。
- 四、利息部分因 98 年利率降低很多，全年利息僅 7 億元左右。利率部分委員可以放心，畢竟本局是大戶，雖未要求銀行回饋，但因有競標過程，利率會遠低於一般企業，今年平均利率約僅 0.7%。惟未來若欠費持續增加，屆時金融機構會否因擔心健保倒閉，而不願借錢，是另一個問題，這也是本局希望借款不要持續增加的原因。

謝委員天仁

- 一、本人很好奇 97 年全年藥價結餘 150 億元，但藥費總申報數金額仍成長 7%，看來很特別。健保局不應僅

提供數據，應分析原因何在？為何有此現象出現？希望能進一步得到更充分的資訊。

- 二、中醫與洗腎部門點值均已低於 0.9，整體總額協定成長低於保險給付，兩者顯有落差。希望健保局能更精細分析相關資料，如針對 65 歲以上老年人口每年使用醫療費用，提供分析報表，讓大家能夠逐年比較成長所在，也能更精準分配醫療資源。

鍾委員美娟

表 7、表 8 的呈現易誤導大家，茲以表 8 所呈現之 98 年 1 至 10 月之應收金額加上 98 年 11、12 月預估應收金額（暫以 98 年 9、10 月應收金額估列），98 年度應收金額約 156 億元（當年度欠費金額），並未高於 96、97 年度，表示 98 年度欠費並未增加。又 98 年度實收金額較以往年度少，是因早期欠費的催收時間較長，而近期欠費的催收時間較短所致，但報表作法誤導大家最近幾年欠費情況嚴重。另表 7 中央政府 99 年度收繳率很低，也是因健保局開單與撥款時間差的因素，報表如此表達易造成外界誤解中央政府欠費不繳。建議健保局應研究改進報表表達方式，讓大家容易閱讀。

干委員文男

- 一、本月短絀 24 億元也是相當高，是否本月繳費情形不好？希望健保局注意。
- 二、慢性病連續處方箋整合方案進行到什麼程度？整合式門診有無辦理？這些都關係到民眾權益和健保財務。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

民眾認為北高兩市欠費未收回，不應調整保費，希望健保

局說明清楚，融資餘額 1 千 3 百億元已計入涵蓋北高兩市欠費，並已用於醫療費用，也在積極催收中。

鄭局長守夏

- 一、本局會將藥費成長與點值低於 0.9 以下部門，再做細部分析。中醫因特考及醫學院畢業約 300 人進入市場，較以前多 50% 左右；洗腎透析因病人成長率平均為 6%，難以壓低，這些都是可能原因。包括 65 歲以上老人過去幾年的利用與占率，本局可再做細部分析。若貴會有需要，本局可對這些議題做專案報告，讓各位委員更瞭解。另表 7、8 的呈現可再研究改進。
- 二、本局對短絀均用心看待。整合門診計畫是從去年 11 月公告，12 月開始實施，超過 100 家醫療院所，尤其是大型醫院多數都有加入，但每家醫院整合方式不同，目前均在進行中。改變醫師與病人行為需要時間，待實施 1 季資料齊全後，本局會在 4 月份專案報告。
- 三、有關北高兩市欠費的說明，本局曾在中南部三大報刊登廣告，也在台語電台播放，但因政治操作及民眾接受意願不高，效果有限，本局會繼續努力。

滕委員西華

IC 卡登錄及上傳資料，住診錯誤率均明顯高於門診，特別是在西醫基層，可能是婦產科較多；另外，特約藥局錯誤率一直沒有改善。醫事人員 ID 按理不應錯誤，主診斷碼錯誤是行政操作問題？診斷上的錯誤？或是申報上刻意所為？醫事人員 ID 及主診斷碼錯誤原因為何？請進一步說明。

何常務理事博基（李委員明濱代理人）

主診斷碼錯誤率較高，是行政人員有時鍵入編碼錯誤，經健保局退回，重新更正即可，並非故意以特定疾病申報。

鄭局長守夏

因本局要求藥局與基層院所於 24 小時內上傳，因此，分母快速增加，使錯誤率提高。等資料快速正確後，才會做為即時監控之用，目前仍屬系統建置階段，並未作為申報審核之用。目前本局仍採用每月正式申報資料，其正確率非常高；上傳錯誤率部分，本局會繼續監控。

何常務理事博基（李委員明濱代理人）

門診部分通常會於隔天 8 點前上傳，住診部分以婦產科為例，有時自然生產會因發生困難，改為剖腹產，主診斷碼就需更改，並非真的錯誤。

劉主任委員見祥

- 一、針對委員意見，健保局已充分說明。
- 二、委員就中醫推拿助理工作權益意見，送請衛生署酌參。
- 三、有關藥費、總額費用成長及健保 IC 卡登錄及資料上傳錯誤率之進一步分析等委員至為關切，請幕僚人員與健保局協調適當時機，提會報告。
- 四、餘洽悉。

【附件 3】

報告案第 4 案中央健康保險局「全民健康保險論質計酬醫療給付改善方案執行情形與檢討」專題報告與會人員發言摘要
郭主任惠玲（蕭委員景田代理人）

- 一、在報告中，5 項疾病的執行成果都有顯著改善，以氣喘而言，收案對象連續追蹤 5 年後之門診醫療費用與次數的確有明顯的降低，可是，在之前寄給委員的資料中，糖尿病部分有微幅成長，至於其他 3 項疾病未見相關資料。請健保局未來就疾病收案對象連續 5 年之追蹤情形均能提供資料。
- 二、雖然 95 至 98 年預算執行率有略微成長，健保局表示，若含獎勵金會再稍微提高，但未見相關資料，請健保局說明為何執行率這麼低？

吳委員淑瓊

- 一、有關執行率低和個案選擇性的問題，產生有無個案差別的疑慮，這是一個很容易進行的研究，本方案已執行 7、8 年，希望儘速進行檢討。
- 二、糖尿病從 94 年以來，涵蓋率與照護率無法增加，因素為何？希望能全面檢討。這項計畫已執行多年，既然成果不錯，為何不能正式化，而一直以試辦計畫為之。
- 三、高血壓的結果指標為何？只是單次測量血壓，或是持續幾次？
- 四、今年開始新增精神分裂症及 BC 肝，希望年中能夠看到執行狀況與評估。

滕委員西華

- 一、品質改善方案的試辦，本人向來支持，但每年總額也對本試辦方案多有檢討，如同吳委員提到的，執行率低與選擇偏差的問題，是否我們選入的病人病情就相對較輕？如糖尿病病患本身的順從性，遵囑度較高或HbA1c（糖化血色素）就較低的才收案？才導致收照護率較低或沒有顯著效益？反之，若效益很高者，應導入支付標準，否則方案試辦超過5年，非屬常態，請予以檢討，並檢視收案對象的疾病複雜度與收案院所所收之個案標準，是否有太大差異。
- 二、以氣喘為例，有網頁在討論氣喘試辦方案的病人與未加入方案病人的競合，甚至產生沒參加的人有被推薦自費購買某藥品當保養品的情形，請健保局注意試辦方案與一般支付標準的差異和競合的問題。
- 三、本人相當支持精神分裂症論質試辦方案，但現行的試辦中的支付指標欠缺病人是否參與社區復健，生活功能恢復程度等積極指標，精神分裂症治療和其他疾病不同，若 polypharmacy(重複用藥)或劑量較重，病人的順從度也可能較高，或住院率、急診率均會下降，甚至規則就醫，但其未參加社區復健，也無法回歸社會。建議應要求醫療院所增加類似指標，如收案病人轉介社區復健機構比率、使用社區復健情況如何？生活重建程度如何？收案病人應比未收案病人在社會參與功能、程度與復健上相對較好。若無這類指標，不必花費這些錢。這些都是世界衛生組織對精神分裂症病人治療與重建的重要指標，在 2004 年的心理衛生報告書中就已提出，請健保局考量加入，以收成效。

林委員振順

- 一、論質計酬是提高醫療品質很好的辦法，但氣喘與高血壓的人數為何逐年降低？參加院所層級比率也不高，是鼓勵參加照護的誘因太低嗎？預算執行率都不高，執行上有何方式予以提高，並鼓勵醫療院所增加照護人數？
- 二、精神病照護除了藥物治療之外，應到社區照護，並將其納入品質指標。

何常務理事博基（李委員明濱代理人）

- 一、論質計酬項目雖實施多年，除 95 年基層部門執行率為 57.3% 外，歷年預算執行率均未達 45%。另，每年照護率多未達三成，其中氣喘與高血壓甚至有照護率萎縮情形，顯見支付方式及誘因設計，有必要調整，建議健保局儘速邀請相關醫學會及病友團體，進行溝通並檢討。
- 二、為避免給付改善方案與其他試辦計畫重疊，建議可適度結合併入家醫整合照護制度及多重慢性門診病人整合性照護制度等試辦計畫。

盧委員瑞芬

- 一、談成效，選擇性誤差是必須要排除的因素，第 30 張投影片談及的 25 篇相關實證資料，是否排除或控制多少選擇性誤差？
- 二、第 16 張投影片醫學中心在乳癌及高血壓方案的參與率遠不及糖尿病及氣喘，原因為何？醫學中心具指標性意義，應進一步說明。
- 三、第 18 張投影片預算執行率在基層部門有逐年下降的

情形，但在醫院部分在 96 至 97 年則顯著增加，但執行率一般而言不及 50%(除 98 年外)，應進一步說明。

干委員文男

專案很多都是實驗性質，健保局應訂出期限，哪有實驗 7、8 年還沒有結案與成果？希望所有試辦計畫，健保局均應檢討，該收案就收案，回歸正常，雖是總額預算，也不應巧立名目。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

本來是只想當聽眾，但為何報告中特別要書名「賴美淑教授乳癌方案效益評估」做的好，卻又未提供相關具體資料（投入、過程、結果），不知道是好在哪裡？是否因於賴教授曾任貴局長官？乳癌試辦方案參加院所醫學中心 3 家、區域醫院 3 家，參加院所家數少，難免會遭到詬病，之前討論方案時，就曾對乳癌試辦方案參加條件認為有問題，為何要求參加院所需有 100 例治療方案？根據何在？

李科長純馥

- 一、預算執行偏低，是因本局審視執行狀況，並逐年修訂制度所致。氣喘在執行初期比率較高，後期較低，是因很多個案收案後便未追蹤，未達預期效果。所以，本局定義個案追蹤率小於 12% 者，會強制醫師 1 年內不能收案，因退場機制而造成參與比率下降。糖尿病部分則設定追蹤率小於 20%，部分醫師會因此被要求退場。照護率與涵蓋率偏低，是因本局希望不能因為要衝高照護率，讓照護浮濫不當。
- 二、高血壓部分重要的是血壓值，所以，本局會要求回報病人每次追蹤的血壓值，1 年追蹤至少 3 次。

- 三、預算執行率偏低原因除嚴格篩選成員外，對於回報的品質數據，也會抽審，並強制上傳，可能部分院所認為作業複雜，而自行退場，造成照護率不高與預算執行率偏低。
- 四、對於 BC 肝及精神分裂的狀況，本局會定期追蹤，相關計畫在年終都會進行評核，如有需要，可在貴會提出相關報告。
- 五、有關精神分裂納入病患收住社區復健機構之比率當結果指標部分，因今年第 1 次辦理，本局會算出相關指標後，再找相關學者專家研議，將其納入，社區照護本計畫並未排除，會積極推動。
- 六、乳癌改善方案院所參與率偏低，係因本局對申請院所資格有限定，但統計表的分子未及篩選所致。
- 七、乳癌方案設計，需要組成團隊，若院所每年治療未超過 100 人，組成會有困難，因此，本局才會加以限定。本局也考慮再修正方案，但因牽涉層面較廣，會再做研議。
- 八、乳癌方案要求院所提供 17 項指標，賴教授係將其分析後，將參加與未參加院所進行比較。指標挑選是否有偏差，需透過驗證，但 25 篇文獻部分，是公開發表的。
- 九、高血壓是 95 年開始，到今年才有 5 年，糖尿病和氣喘較早，故資料較為完整。乳癌沒有統計，是因大部分為住院，且忠誠度較高。委員建議，本局會納入未來分析報告之參考。

蔡組長淑鈴

- 一、委員質疑試辦太久，特別是糖尿病部分，本局會研究適度導入支付標準，並定義強制收案對象，以解決試辦期間醫師選擇病人之問題。
- 二、有關整合性門診與論質計酬在慢性病部分競合重疊的問題，今年推動的整合性照護門診在提供院所名單時，已排除參加論質計酬者，不會有重疊，但在精神與概念上，兩者會有重疊。因此，今年本局會檢討整合性門診效果，並在貴會報告，若效果良好，如高血壓、糖尿病、氣喘等多重慢性病會適度整合，屆時各項小型試辦計畫，會因大型計畫的涵蓋，解決多年來試辦太久的問題。

劉主任委員見祥

- 一、委員所提意見及所需資料，請健保局參考並提供。
- 二、餘洽悉。