

全民健康保險醫療費用協定委員會  
第 156 次委員會議事錄

中華民國 99 年 1 月 22 日

# 全民健康保險醫療費用協定委員會第 156 次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國 99 年 1 月 22 日上午 9 時 30 分

貳、地點：中央健康保險局臺北業務組 901 會議室(台北市許昌街  
17 號 9 樓)

參、出席委員：

李委員明濱 蔣副秘書長世中(11:15 以後代)

林委員永農

林委員啟滄 張秘書慶芳(代)

張委員惟明

莊委員淑芳

許委員怡欣

連委員瑞猛

陳委員玉枝

陳委員宗獻

陳委員明豐 陳主任瑞瑛(代)

陳委員錦煌

黃委員美娜

黃委員偉堯

黃委員碧霞 黃科員淑娟(代)

葉委員宗義

葉委員明峯

廖委員本讓

劉委員志棟

劉委員清芳

蔡委員登順

戴委員龍輝

謝委員天仁

謝委員武吉

蘇委員清泉

劉副秘書長碧珠(代)

蘇委員鴻輝

肆、請假委員：

孟委員藹倫

伍、列席人員：

行政院衛生署

梁組長淑政

中央健康保險局

鄭局長守夏

黃副局長三桂

蔡組長淑鈴

全民健康保險監理委員會

程主任秘書善慈

本會

柯執行秘書桂女

林組長宜靜

陸、主席：楊主任委員銘欽

紀錄：邱臻麗、林淑華

柒、主席致詞(略)

捌、宣讀本會第 155 次委員會議紀錄

決定：確定。

玖、報告事項

第一案

案由：本會第 155 次委員會議決議(定)事項辦理情形報告，請鑒察。

決定：

一、「99 年度全民健康保險各部門總額協定事項之相關計畫辦理情形」，及「衛生署交議『設定藥品費用支出目標及其分配方式』案」，繼續追蹤。

二、餘結案並洽悉。

## 第二案

案由：中央健康保險局函送本會備查之「99 年度各部門總額保障項目」案，請 鑒察。

決定：各部門總額一般服務保障項目與核算方式，尊重中央健康保險局與相關醫事團體所議定結果（如附表），同意予以備查。

附表 99 年度各部門總額一般服務保障項目與核算方式

部門別	保障項目與核算方式
牙醫門診	藥品依藥價基準核算。
中醫門診	藥品及藥品調劑費採每點 1 元核算。
西醫基層	(一)藥品依藥價基準核算。 (二)每點 1 元之核付項目： 1.論病例計酬案件。 2.促進供血機制合理化方案之血品費。
醫院	(一)以各分區門住診前一季平均點值或當季浮動點值核付之項目： 經衛生署核定，健保局公告之偏遠地區醫院之醫療服務，其浮動點數以前一季各區門住診平均點值核付，惟結算後如前一季該分區門住診平均點值小於當季浮動點值，該分區該季偏遠地區醫院之浮動點數以當季浮動點值核付。 (二)每點 1 元之核付項目： 1.衛生署公告之偏遠地區急救責任醫院之急診醫療服務。 2.門住診之藥品、藥事服務費。 3.住院之手術費、麻醉費。 4.門診手術費。 5.促進供血機制合理化方案之血品費。
門診透析	(一)藥品依藥價基準核算。 (二)血液透析服務之藥事服務費採每點 1 元核算。 (三)腹膜透析服務除藥品依藥價基準核算外，其餘項目採每點 1.2 元核算。

### 第三案

案由：中央健康保險局報告「醫院與西醫基層財務風險監控情形」，請 鑒察。

決定：洽悉。

### 第四案

案由：中央健康保險局報告「醫療費用支出情形」，請 鑒察。

決定：書面資料請委員自行參閱。

### 第五案

案由：中華民國醫師公會全國聯合會報告「全民健保總額現行地區預算分配方式對民眾就醫公平性之影響」計畫之研究結果，請 鑒察。

決定：洽悉。

附帶處理事項：

謝委員武吉建議衛生署宜加強醫事人員醫學倫理教育，並有改善及預防措施，以避免發生病人對於醫事人員倫理上的不信任事件乙節，轉衛生署參酌。

### 第六案

案由：本會重要業務報告，請 鑒察。

決定：

一、本會 99 年度委員會議時間相關事項：

(一)本會委員會會議，依調查結果仍維持於每月份第二個星期五上午召開，但改自 9 時 30 分開始。

(二) 3 月份委員會議，配合主任委員公務出國行程，調整至 3 月 19 日舉行。

二、對衛生署將「台灣醫院協會建議其籲請本會委員出席會議時應慎言」函件轉請參處乙事，鑑於本會委員係署長所聘，代表保險付費者、醫事服務提供者及相關

主管機關，在本會這法定平台處理全民健保醫療給付費用總額及其分配方式協定之相關事宜，本即應基於權責發言，爰宜函復，請其尊重委員適當之發言權，並副知台灣醫院協會。

三、本會歷來都依健保法之規範，協定分配整體性之醫院、西醫基層、牙醫門診及中醫門診醫療給付費用總額，並不觸及個別醫療院所事宜，惟陳委員錦煌依本會組織規程第 15 條條文「本會開會時，應請中央健康保險局派員列席；必要時，並得邀請有關機關派代表及專家學者列席。列席人員得提供意見」，堅持主張本會委員有權要求個別醫院來會報告其業務與營運狀況。由於委員之主張涉及法規層面及立法意旨，爰宜請衛生署相關單位協助解釋，以利會務運作。

四、本會所協定 99 年度牙醫總額中，「牙醫門診總額支付制度醫療特殊艱困地區提升照護獎勵方案」名稱，配合衛生署公告，修正為「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」。

五、餘洽悉。

附帶處理事項：

一、對本會錄供參考之「衛生署公告『修正全民健康保險法施行細則』部分條文」，謝委員武吉提出「請衛生署於交付全民健康保險監理委員會（以下簡稱監理會）討論及提供法律（例如近期之全民健康保險法施行細則第 58 條修正案）修正意見時，應事先提案而非臨時交議，以利委員有足夠思考時間」乙節，鑑於其非本會權責，將轉供監理會參酌。

二、對陳委員瑞瑛所提醒「99 年起醫院急診檢傷分類已由四級修改為五級，全民健保醫院總額支付制度品質確保方案中，有關醫院及西醫基層風險監控之監控指標宜配合修正」乙節，轉請衛生署卓處。

拾、臨時提案

提案人：陳委員錦煌

連署人：謝委員天仁、蔡委員登順、廖委員本讓、葉委員宗義、林委員啟滄

案由：配合本次藥價調整，有關西醫基層採行簡表申報之藥費亦應配合調整下修案，提請討論。

決議：考量本案影響層面甚廣，宜有較多數據及充裕時間審慎規劃評估，請中央健康保險局參酌委員意見整理相關資料及配套措施，提下次會議討論。

拾貳、散會：上午 12 時 18 分。

# 參考資料

(與會人員發言摘要)

## 壹、報告事項第三案中央健康保險局報告「醫院與西醫基層財務風險監控情形」與會人員發言摘要

### 主任委員

本次健保局已事先送資料，故不需口頭報告。本報告重點在於監測醫院與西醫基層間之病人流動是否有異常，委員對內容有無詢問？蔣副秘書長對資料有補充說明。

### 蔣副秘書長世中

- 一、請看第 26 頁第 9 張投影片，98 年第 3 季東區醫院申報件數成長率 10.26%，全局平均 7.15%，北區與台北區也都增高，分別為 7.45%、9.44%。過去幾年東區因人口數下降，服務量呈現負成長，但 98 年第 3 季開始流行 H1N1，造成醫療利用快速成長。依疾管局統計顯示，台北區及北區有小流行，中區稍稍流行，其他區不多。
- 二、醫師公會全聯會也有針對西醫基層診所申報感冒及流感(包括 H1N1)進行統計，98 年第 3 季就醫人數全局平均增加 10.18%，東區增加 13.85%，因為其基期很小，只要增加一些就醫人數，成長率就會顯著上升。所以近 2 年來西醫基層總額之地區預算分配皆保障東區點值，因為其只要一點點衝擊，影響就很大。另外，台北、北區及中區感冒及流感就醫人數也有明顯成長，南區及高屏區則成長不顯著。分析結果，與疾管局之 H1N1 區域發生數分布情況相似。
- 三、基層爭取可施行「H1N1 快篩」，目的即是希望能避免病人到醫院急診就診造成壅塞或二度感染，確實已有達到效果，此努力亦獲得衛生署與疾管局之肯定，但也使西醫基層整體就醫量增加。
- 四、日後將繼續再分析 98 年第 4 季資料，並與 H1N1 流行趨勢比較。

### 主任委員

謝謝蔣副秘書長說明，顯示此期間西醫基層的服務量確實有成長，但其原因可能與一般流感或新流感案例增加有關。除此之外，請問委員是否再有詢問？

謝委員武吉

請健保局對於「結語」部分所列各項「小結」，能再予說明

主任委員

請健保局說明議程資料第 38 頁「結語」的內容。

蔡組長淑鈴

- 一、今天要報告是總額間的財務風險調控，即西醫基層與醫院部門擔心病人的流動，會造成市場占率變動很大，而對兩總額之費用分配不公平，故訂有醫院與西醫基層之風險監控例行報告。「小結」部分是說明 97、98 年西醫基層與醫院總額間包括就醫人數與費用成長率及費用占率，有無較大變化。
- 二、97 年第 1~3 季與 98 年同期比較，雖然剛才蔣副秘書長提到 98 年第 3 季東區之成長率高於之前各年，但從第 26 頁投影片看來，醫院或西醫基層之門診案件件數占率並無明顯改變；另外是平均單價較高的慢性病案件，其病人至醫院門診或至西醫基層就診之移動，及其對醫療費用成長率及占率影響較大，由第 30 及 31 頁投影片顯示，98 年醫院與西醫基層慢性病人數成長率及占率，在全局及各分區並無太大變動，皆屬穩定。。
- 三、再看第 36、37 頁，98 年與去年同期比，各層級醫院之「初級照護率」差異約在 0~1 之間；第 37 頁第 32 張投影片「西醫門診全時等值病人占率統計」圖表顯示，西醫基層及醫院總額皆是持平，即 97、98 兩年，病人於兩個總額間之流動，無論以就醫人數、費用成長、費用占率及初級照護率等面向均是平衡的。
- 四、第 42 頁之第 42 張投影片結論為：西醫基層及醫院總額兩部門之一般門診、慢性病門診、初級照護率等監控指標上，在 97、

98 年間並無太大改變。

主任委員

謝謝蔡組長說明。醫院及西醫基層總額地區預算分配時，某些參數，如 Trans 值之計算，即與這些數據有關，聽蔡組長之報告，醫院與西醫基層間之病人流動情形，尚在合理範圍內，並無太大異狀。若各委員無詢問的話，則本案洽悉。

## 貳、報告事項第五案中華民國醫師公會全國聯合會報告「全民健保總額現行地區預算分配方式對民眾就醫公平性之影響」計畫之研究結果與會人員發言摘要

### 主任委員

第 5 案請看議程資料第 44 頁，由中華民國醫師公會全國聯合會報告「全民健保總額現行地區預算分配方式對民眾就醫公平性之影響」，這是之前李委員明濱提出，希望有機會報告，以讓各委員能更了解各總額地區預算之分配方式。先請李委員明濱引言，再請張孟源醫師及陳宗獻委員分別報告。

### 李委員明濱

首先代表全聯會謝謝主任委員及各位委員，讓全聯會有此機會報告這個研究計畫。總額地區預算的分配，個人認為係決定醫療品質很重要的基礎，根據過去實施經驗，分配公式所採之參數，可能需部分修正或調整，才能更合理、公平。今日報告分兩部分：先請張孟源醫師報告研究計畫重點摘要，再請陳宗獻醫師針對實務經驗與各委員分享。

### 張醫師孟源及陳委員宗獻報告(略)

### 主任委員

- 一、謝謝張孟源醫師及陳宗獻醫師的報告與說明，內容相當豐富。費協會主要的功能，一是決定新年度各部門總額成長的百分比，另一是資源如何分配至各區。基本精神之一是由於資源有限，必須使資源分配有誘因，促使服務提供者(醫師)願意到資源較缺乏地區執業，誘因是可以得到較高待遇；另一方面是希望醫師到該地區服務，提高醫療品質，促進民眾福祉。
- 二、預算分配參數可以變動，像歐洲國家考慮很詳細，有很多學者研究「風險校正」公式，但皆無法取得所有人的所有資料，所以僅能解釋 30~40%每人醫療費用的變動。人口數的計算，會因使用基礎而受影響，例如戶籍人口，現住人口、投保人口或

就醫人口；另外，跨區就醫也是個問題，這些都會造成分區預算有不同結果，不過這也是總額另一個重要的精神，讓各部門實際執行業務之前輩，自己知道如何做會更好，有自律、自主、自控的機制在內。現在各總額地區預算都有不同的分配方式，各部門也都慢慢形成內部共識。協商時，大家皆認同「百分之百錢跟著人走」是理想，惟因仍須釐清定義，故並未強制一定要達到百分百，即已考量到調整之需求。

三、最後再次強調，預算分區是為各區可因地制宜自行管理，重點要有內部管理機制。對今日的研究案報告並無贊成或反對，只是在費協會的立場向各位委員強調，有些精神必須把握。請問各位委員是否有詢問？

陳委員錦煌

我因皮膚病問題就診，問該醫師，我已60歲還長痘痘是什麼原因？其回答「老人斑」之類，再問：「擦什麼藥會好？」，竟然回答：「我當總統就保證你會好」。醫師這種看診態度實在不好，應該告訴病人如何治療，並教導一些醫學常識，所以請健保局南區業務組注意，該醫師的執業態度是否恰當，雖然大部分診所的醫生都不錯，但仍請醫師公會全聯會能再加強教育。

主任委員

瞭解，再請葉委員宗義。

葉委員宗義

報告第5案時，讓人感覺好像一直都在講「錢」。「錢跟著人走」、「醫療資源跟著錢走」、「醫師跟著錢走」、「醫院跟著錢走」，恐會讓人誤解醫師、醫院都是為了錢，太商業化，建議稍作文字修改。

主任委員

謝謝葉委員，等其他委員發問告一段落後，再請李委員明濱一併說明。先請謝委員武吉。

謝委員武吉

投影片第 73 頁，四總額結論對醫院部門僅用了 9 個字「目前仍存在許多問題」，請問研究報告是否邀請醫院部門人員共同參與？！醫院願意承辦總額，已連續三年參加總額承辦之招標，分數每年都有進步，但每年也都不及格；中醫總額部門提出全國管理方案，牙醫總額則在一開始進入總額就有較好的預算額度，西醫基層總額預算也都比醫院部門好，就長遠來看，究竟要否醫院協會自行承辦總額，健保局及費協會應該有更好的思考。

主任委員

謝謝！先請蘇委員鴻輝，再請謝委員天仁。

蘇委員鴻輝

- 一、希望針對牙醫部門的結論：「牙醫經驗不可能同時適用於其他總額」，把「不可能」改為「可能不」，即「牙醫經驗可能不同時適用於其他總額，當做參考經驗」，這樣字義差很多。
- 二、投影片第 22 頁，96、97、98 三年改革之具體成效，其第 3 點顯示僅因為這 3 年改革就「平均餘命大幅增加……」，不知此邏輯如何推論形成。這樣的結論，可能下得比較大膽。

謝委員天仁

- 一、基本上支持地區預算分配應做到公平，一般的商業行為是以量制價，量大時價格會較低，這是很正常的現象，醫療也呈現此價值觀。只要不違背公平法則，任何分配方式的微調都值得支持。只是勿因東區點值超過 1，其他各區就覺得比較吃虧，因為量不同，所以不能僅以點值高低直接判定。
- 二、費協會委員無需太避諱談錢，我們組織的權責本來就在談費用分配，該討論的原則，還是要討論，大家希望醫療院所不要變成營利事業，錢的味道勿太濃，但在費協會，我反而覺得委員應該多談點錢。

主任委員

先告一段落，請李委員明濱回應，其他跟費協會有關部分，我再綜

合回應。

#### 李委員明濱

- 一、有關陳委員錦煌所提案例，確實是相當少數。醫師公會全聯會都相當自律，過去已做很多輔導工作。醫師公會有管道收到相關訊息，也會守密性地輔導教育院所，畢竟繼續教育是提升品質相當重要的一環。
- 二、醫療費用的分配不是只談分錢、公平；其實也很重視民眾健康品質提升及安全，另外也會談分配指標、風險管理，但是「錢跟著人走」、「醫師跟著錢走」這些口號應只在費協會談，在其他場合，如醫師教育，就很不合醫學倫理。醫師公會全聯會為何要接此研究計畫，就是要檢驗錢是否有跟著人走？這「人」是指「全人照護」，還是「有病的人」，其對資源分配的真正影響？
- 三、平均餘命提升絕非僅靠單一因素，尚有經濟因素、公共衛生改善、教育、社會文化等，此研究旨在檢驗「錢跟著人走」的政策，有無實證支持。其他部分是誇獎費協會，依費協會協定之(R:S=65:35)的分配方式，民眾平均餘命、就醫公平性未下降，僅能如此表述，至於平均餘命不但沒降反升，如男性平均餘命年增值，由97年的+0.37，升至98年的+0.42，應是全體國民的努力。
- 四、錢要用在刀口上，所以才需腦力激盪，但也要考量實務之可行性並兼顧公平、品質等指標。

#### 主任委員

- 一、謝謝李委員明濱綜合回應。
- 二、有關謝委員武吉提到醫院總額專業自主委託部分，個人樂見醫院團隊能承接該自我管理事務。
- 三、價格與數量是一體兩面，當聽到價格很低時，就想要數量多少，謝委員天仁舉的例子很好，量很少就要用點值鼓勵。
- 四、關於陳委員錦煌所提，我覺得醫師本意可能是想讓氣氛輕鬆一

點，但用錯時點，還有講話的態度，都可能影響對方的感受。大部分的醫師都不錯，只有少數需加強，教育需要長時間，鄭重呼籲，宜加強醫療團隊在照顧病人時須有同理心，視病猶親。

#### 陳委員錦煌

對於如何分配，其實沒有意見，但是醫療品質要好，不能隨便。

#### 主任委員

陳委員錦煌說到重點，費協會對分配金額，向來尊重醫療團隊的意見，但會要求品質。

#### 謝委員武吉

針對剛才陳委員錦煌陳述，本人有個想法，因為經常發生病人對於醫事人員倫理上的不信任事件，故希望相關單位能有對醫師、護理師、放射師、檢驗師、物理治療師等 11 個師職類的倫理教育及改善與預防措施，若有適當機會，也可到委員會議報告，主管機關應是衛生署。對於醫事人員執業的醫學倫理一定要教育，以免以後經常有人被吊銷執照。

#### 主任委員

此點可轉請衛生署參酌。請陳委員宗獻。

#### 陳委員宗獻

回應謝委員武吉，關於簡報所述之醫院部門的結論部分，其實寫 9 個字已非常努力，因為醫院部門從未有機會真正管理自己總額，實在無法提供意見，所以結論改為「從缺」較妥當。

#### 李委員明濱

- 一、此研究計畫為費協會上網公告徵求，醫師公會全聯會主動申請競標得來，並不是接受委託，先予澄清。
- 二、醫院部門雖都有代表參與座談，但並非管理階層，代表性無法確認，所以結論真的應該「從缺」。

#### 主任委員

謝謝。先請鄭局長守夏，再請林委員永農。

鄭局長守夏

- 一、請陳委員錦煌將所提事件寫下來。若屬健保所轄範圍，健保局會瞭解、溝通；若屬醫學倫理教育，再請李明濱理事長及醫師公會全聯會處理。類似抱怨很常見，有些醫師不愛講話忙著點電腦螢幕，雖讓病人感覺不好，但求診病人卻很多，因為其開的藥很有效，這部分還可與醫師公會全國聯合會溝通並共同努力。
- 二、「錢跟著人走」是資源分配，勿與資源管理混為一談。希望以分配制度把管理省掉，是不可能的。
  - (一)錢跟著人走的「人」是指居民，不是病人，居民的定義就很重要；跨區是跨生活區，而不是健保的六分區，分配就要到居民的生活區才合理。所以研究報告若要質疑「錢跟著人走」原則，應先定義清楚居民的生活區範圍。
  - (二)「錢跟著人走」係為達到醫療資源均衡分配的目的，重點應在初級照護(primary care)，而非重大傷病或手術治療。健保想利用「錢跟著人走」的分配機制，來達到資源均衡分布的效果，恐有其極限，要達到社會公平正義，就有必要加進公務預算的責任，不能全部靠保險。例如當偏遠地區點值已高出很多，卻仍沒有醫師要去執業，這時衛生署及各縣市衛生局就應介入協助。
  - (三)建議研究報告可以加入資源管理，如全聯會、各地醫師公會的權責及分區共管會議的管理角色，勿只期望地區預算公式，認為預算分配完就沒事，還是需要有資源管理。
- 三、總額專業自主委託招標的重點是在醫療案件專業審查，醫院協會想承接，內部也要有共識，健保局才能與受託單位談。原則上，由醫界自主管理總額，方向是對的。

謝武委員武吉

非常感謝鄭局長守夏的回答，但我要說一下醫院協會的投標該委託

案的評選成績，有的評選委員給 78 分，有的 60 分。打 60 分的審查委員是否思想有問題？是否要改善？或有受到特別指示？一定有問題，兩者為何差距這麼大？這樣的委員是否續用？值得思考。

#### 林委員永農

如剛才陳委員宗獻所說，這麼多總額用一套制度，多年來衍生許多紛爭及困難，所以我認為若可達內部和諧，並兼顧醫療品質，則該地區預算的分配方式就沒有問題，不要執著錢跟著人走，或要達人口占率百分之百的目標。健保開辦至今確實是很有功德，照顧低收入戶及偏遠地區，但錢跟著人走的分配制度也造成基層診所及地區醫院嚴重萎縮，所以我認為這制度有必要調整及檢討。

#### 主任委員

謝謝。本案就此告一段落，其實本委託研究計畫案已經結案，因為李委員明濱認為應利用各種機會讓各委員多了解地區預算分配細節，所以安排本報告。本案洽悉，接下來進入第六案。

## 參、報告事項第六案「本會重要業務報告」與會人員發言摘要

### 主任委員

請執行秘書說明本會重要業務報告。

### 柯執行秘書桂女

本會重要業務報告列有 5 大項，僅就前面 4 大項跟委員報告，第 5 項則請委員參考。

- 一、本會協定之 99 年度全民健保醫療給付費用總額及其分配方式，經陳報衛生署核定後，於 98.12.31 公告，公告內容業置於本會網站。
- 二、前(第 155)次會議陳委員錦煌建議調整委員會議開會時間，經本會幕僚問卷調查各委員意見，多數委員認為每月第 2 個禮拜五已為慣例，並已預留該時段，較不便調整為其他時間，故幕僚乃以兩個時段（上午時段 9：30～12：30、下午時段 1：00～4：00）徵詢 27 位委員意見。調查結果，上午時段為多數人可接受（有 11 人）、下午時段者有 7 人、上下午皆可者有 8 人，1 人未表示意見；另有委員表示：最好不要下午開會，因回程車票不易購買、選項為何沒「維持原來會議時間上午 9：00 開始」、前已調查過為何又再調查等意見。請問委員，是否尊重調查結果，往後委員會議時間即定為上午 9：30 開始。
- 三、衛生署函請參處台灣醫院協會對本會委員會議所提意見乙節，請委員參看議程資料第 50～52 頁，醫院協會主要訴求為：前次會議有委員發言偏離議題，本會職權係於行政院核定年度全民健保醫療給付費用總額範圍內進行協定及分配，並無權要求提供個別醫院資料，其認同委員所屬立場不同，可就不同角度陳述意見，惟不宜偏離議題，建請衛生署籲請本會委員發言要適合職權並慎言，共同為全民規劃最優值的醫療品質。依據衛生署來函，幕僚建請委員能本於職權，互相尊重各方立場，讓議事運作順暢和諧且有效，對全民是最好。
- 四、衛生署 98.12～99.01 公告及函送供參資料如附錄一至附錄三：

- (一)修正全民健康保險法施行細則，其中第 58 條之修正，係配合新制醫院評鑑已無區域及地區醫院之分級，故說明健保法第 33 條民眾不經轉診逕赴「地區醫院」、「區域醫院」、「醫學中心」就醫應自行負擔費用，所指「地區醫院」、「區域醫院」、「醫學中心」之定義。
- (二)公告 99 年保險對象應自行負擔住院費用上限，同一疾病每次住院部分負擔上限從 98 年 3 萬元調降為 29,000 元，每年住院部分負擔上限從 98 年 5 萬元調降為 48,000 元。
- (三)配合健保局改制，公告修正各部門總額支付制度品質確保方案。

#### 主任委員

謝謝執行秘書報告。個人再就報告案中第二項及第三項補充說明，之後請各委員表示意見。

- 一、前曾就委員會會議時間與陳委員錦煌電話聯繫，認同應考量外縣市委員舟車勞頓，同意改為上午 10 點開會，惟因委員會需獲各委員共識，非主任委員一人決定即可，故今天開會時間仍為 9：30，在此對陳委員深感歉意。
- 二、醫院協會行文衛生署，主要是對本會上次委員會會議的某些發言狀況甚為遺憾，而且無權要求個別醫院蒞會進行營運專題報告，對此，我也很遺憾醫院協會行此文。委員會會議應讓委員有較大討論空間，只要不涉及人身攻擊，則應尊重委員有發言自由。至於本會是否有權責要求個別醫院到本會報告，當日會上，我已說明本會權責，並於會後向陳委員進一步解釋。目前本會會議發言摘要已對外公開，爾後若再發生某團體因不滿委員發言內容而行文衛生署要求委員慎言，衛生署再轉請本會參處，將對委員發言造成壓力，討論就無法盡興，對本事件，本人在此表示很遺憾。

#### 陳委員錦煌

- 一、同意委員會會議開會時間訂為上午 9：30，在此也謝謝大家體

諒。

二、我對本報告案第 3 項，非常有意見，謝謝主委剛才講的公道話，我對您表示敬佩。我是衛生署行文全國勞工聯盟總會所推薦的，是代表勞工來監督健保支出有無公道，而非為健保 5,000 多億元的預算背書。去年 9 月總額協商會議，醫院某代表說台中榮總打算不與健保局簽約，還講到要哭，難道委員不能請他們來報告說明，關心了解原因嗎？若醫界確有委屈或困難，我們了解後可予支持！委員組成有士農工商等各界代表，醫學方面我是外行，對委員的發言內容有不懂處，當然要請教清楚。在費協會協商雙方，醫界是要錢的一方，我們是付錢的一方，總額分配後，當然須負起監督執行情形之責。上次本人的提議，經主委說明後，本想就算了，但現在我更堅持非來報告不可，請問有法令規定費協會委員不能了解其營運狀況？請拿出相關規定給我看。感覺衛生署和醫院協會是哥倆好，我看不下去了，侯立委彩鳳是我們工會的理事長，我是秘書長，本案我會向她報告。

謝委員武吉

- 一、對陳委員錦煌的看法和想法，我感同身受。先前並不知醫院協會行此文，我是該會的常務監事，在此，代表該會向陳委員表達歉意。去年台中榮總不參加健保局的自主管理方案，經醫院協會疏導後，已於去年第 4 季參加，今年亦有參加。
- 二、另，我對 12 月 1 日監理會討論健保法施行細則修正案的程序，有很大疑問，重大議案怎能以臨時提案方式處理，讓委員完全無思考時間，請健保小組代表說明。

主任委員

請問梁組長知道過程嗎？

梁組長淑政

我並不清楚，那屬監理會作業，不知程主秘可否說明，或於會後了

解，再向謝委員報告。

謝委員武吉

我對第四項有關健保法施行細則修正案，不能同意。

梁組長淑政

這是報告案。

謝委員武吉

雖是報告案，委員也可提出意見。

柯執行秘書桂女

向委員說明，健保法施行細則修正案，衛生署已公告。因健保相關政策、法規、事務等資料對委員或具參考價值，所以對衛生署及健保局函送之各該資料，都會列於附錄中，目的純屬供參考。

主任委員

若委員無其他意見，本案洽悉。另於會議結論，附帶謝委員武吉所提建議：重大健保政策議案，不應以臨時提案方式處理，而該正式提案，俾讓委員可提早拿到議程資料，有充分時間思考，以利討論。

謝委員武吉

宜送回監理會，請其再討論。

主任委員

其已公告，我們這邊是被動通知。

謝委員武吉

如此處理方式，則監察院見。

主任委員

健保法之修法，非本會職權，且衛生署已公告，本會僅能這樣處理。

陳主任瑞瑛（陳明豐委員代理人）

附錄三之醫院總額支付制度品質確保方案（第 63 頁），醫院及西醫基層風險監控指標「醫院急診（未區分檢傷分類者）及其檢傷分類

第一、二、三、四級各占急診量百分比」，因 99 年醫院急診檢傷分類已修改為五級，但方案中仍只列四級，恐須修正。

#### 主任委員

本會委員很關心健保相關規定的改變，醫院急診檢傷分類既已修正，陳主任所提很重要，也納為會議結論，轉請衛生署參採。

#### 陳委員錦煌

剛謝委員武吉覺得對我不好意思而表歉意，但要求個別醫院於會上報告營運狀況是否與費協會職權不符或不適當，究竟能否請他們來報告，主任委員尚未回答。

#### 主任委員

本會職權是健保整體醫療費用總額之協定與分配，並無權管到個別院所，所以無法因想了解個別院所財務狀況，就要求其與會報告，然若其主動想報告，幕僚可代為安排，這兩者意義是不同的。

#### 陳委員錦煌

抱歉，我有意見，我的建議可以修正為：請健保局中區業務組組長陪同台中榮總蒞會報告。前次會議後，經主委及其他委員說明，本想算了，但今日看到醫院協會的公文，覺得不受尊重，我強烈要求該院來報告。本會組織規程亦明列：「必要時得邀請有關機關派代表列席說明」，所以甚至請健保局六分區業務組組長與會說明，都是可以的。若有問題請對方來說明，為何不可，本人並無傷害醫院之意，說不定聽完報告後，委員反而願給其多點預算。委員會有無權要求該院進行財務報告，請拿出相關法令規定。

#### 主任委員

前次會議，陳委員建議邀請 1~3 家教學醫院蒞會專案報告其財務與經營狀況。就此，法規並未明文規定不行，也未提及有此權限。剛才陳委員的修正建議，似乎是想知道某地區健保總額的執行情形，這或可研究看看，能否邀請。

### 陳委員錦煌

預算並非分給醫界就算了，我們也須知道錢怎麼花、是否達到當初的目的、對民眾醫療照護有無影響，這都是身為勞工代表的責任，我們有監督之責。本想算了，但醫院協會既然來文，使我倍覺不受尊重，我強烈要求該院來報告。

### 柯執行秘書桂女

有關本會職權，請委員參看桌上資料夾，在頁數 3-1 的費協會組織規程，第 2 條載明本會掌理事項，共有 5 項，包含：1.協定健保醫療給付費用總額及其分配方式；2.協定各區門診及住院費用之分配比例；3.協定醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務、藥事服務及藥品費用等之分配比例；4.協定門診藥品費用超出預先設定之藥品費用總額時，其超出部分處理方式；5.其他經主管機關交議之醫療費用審議事項。

### 廖委員本讓

現已 11：30，討論至今，議題似乎越滾越大。建議將本會能否要求個別院所與會報告，及醫院協會行文衛生署籲請本會委員慎言乙節分開處理。委員會議過程中委員如何發言，是本會的事情，委員有發言權，主委有裁決權，經主委裁示後，議題就此結束。有無違法或本會權責，會議上講清楚就好了，醫院協會為何還行文衛生署告狀說本會委員發言不當。

### 陳委員錦煌

我們都是衛生署聘請來開會的，醫院協會行文給衛生署，署就行此文來，感覺不尊重委員。難道行政院會行文立法院糾正某立委？不會！會後，我要跟侯立委彩鳳報告，請她向署長反應。原想就此打住，但醫院協會反修理委員，讓人覺沒尊嚴，我一定會處理這件事，甚至可送請立法院社會福利及衛生環境委員會處理。我不相信費協會委員不能提出此要求，醫界今日也花很長時間報告錢跟人走，還是人跟錢走，我們也配合聽很久，不然以後我也不讓醫界報告，這

都同樣的意思，要互相尊重。我並無惡意，究醫界如何執行、健保局如何給付，應該報告給委員知道，除非他們雙方有勾結，如醫界只做 20 萬元，卻請領 100 萬元。

#### 主任委員

陳委員提到本會組織規程第 15 條所列，必要時得邀請有關機關代表列席，但其屬提供意見的性質。如果他們真的來報告，我們對他們是用請教的方式，而非質詢的方式。

#### 蘇委員鴻輝

可邀請來報告，但受邀單位可決定是否接受；若其不方便與會報告，健保局可代為就其申報狀況進行分析，供委員了解，我想這是折衷的方式。

#### 林委員永農

其實非僅陳委員錦煌，有時討論的議案，我也不一定完全懂。醫院協會公文「而非以個人情緒化之發言且又偏離議題，阻礙議事之進行」，用詞太重了，應不至於這樣。本會能否回文，不能這樣描述委員的發言。

#### 主任委員

會議一開始，我已表達很遺憾醫院協會行此公文，這樣對日後議事的進行，會有影響。具體回應陳委員的訴求，本會不適合指明個別醫院與會報告營運狀況，因台中榮總在中區，若陳委員想了解中區的業務情況，可請健保局或中區業務組說明。

#### 陳委員錦煌

我不同意。我就是這樣的個性，本想算了，但醫院協會竟自以為厲害，那我們就來試看看，不然監察院見。不要以為我不懂，就欺負我，這樣不好。一再強調，我是勞工代表，無醫學背景，也非專家學者，我若有說錯，請多包涵。我壓力很大，每次會後還須跟所屬團體報告，不要以為我來這邊是在玩。勿欺負勞工朋友，這就是社會觀感。在健保局的醫療給付協議會議上，某醫界代表竟指責我講

話高亢惡霸，好，那我不要高亢，請榮總先來報告，之後再請台大、長庚也來報告。我不懂，來學習，有不對嗎？本想點到為止，但醫院協會的公文讓人不舒服，我堅持一定要請他們來報告。

主任委員

請執行秘書補充說明。

柯執行秘書桂女

贊同廖委員本讓所建議，將醫院協會的公文，及本會是否有職權要求個別醫院與會報告，分開處理。既然涉及法令規定，可請衛生署法規會等有關單位解釋，依健保法、本會組織規程等相關法規，能否要求個別醫院與會報告，並於下次會議報告結果。其若解釋無此權力，則很抱歉無法邀請個別醫院報告。另，本會組織規程提到得邀請有關機關派代表及專家學者列席，係指與本會職權有關事務之討論，如有須要，主席可邀請。

陳委員錦煌

為何榮總業務與我們無關？

柯執行秘書桂女

因會議時間有限，本會既已有法賦予的職權，則宜先做本分範圍內的事。

陳委員錦煌

單衛生署法規會作解釋，還不夠，我要求須大法官釋憲。

主任委員

目前若請陳委員接受主席的裁決，恐有困難，但我仍要先下結論。本項分兩點決定：

- 一、委員仍可本於職權發言。
- 二、委員要求個別醫院與會報告，似不合適，然因委員堅持要了解其業務狀況，所以本會幕僚先函詢衛生署法規會，就健保法及本會組織規程解釋，可否依條文所列「得邀請有關機關

派代表及專家學者列席」，要求個別醫院與會報告，再將釋義結果提會說明。

陳委員錦煌

多謝主委，主委這樣說，我就聽得進去。執行秘書剛一直強調不行，有點果斷，這樣不太好。

柯執行秘書桂女

抱歉，我發言失當。

陳委員錦煌

剛有人拿健保法規給我，第五章醫療費用支付，大家可以看一下。

主任委員

陳委員請等一下，因您有臨時提案，剛才所提決定內容如能接受，是否先進行臨時提案討論，因臨時提案也很重要。

陳委員錦煌

好！

主任委員

接下來進行臨時提案。

## 肆、臨時提案「配合本次藥價調整，有關西醫基層採行簡表申報之藥費亦應配合調整下修案」與會人員發言摘要

### 主任委員

謝謝同仁宣讀，請問陳委員錦煌是否還要補充說明。

### 陳委員錦煌

- 一、我是外行人，能提案就不錯了，以下說明，若陳述有誤，請多包涵。自 88 年依藥價調查結果調降藥價，推估歷年調降藥價對藥費的影響，約占每年總藥費的 10~15%，98 年調降幅度較大，推估其影響約占 20%。自 88 年起，健保局共調整 5 次藥價，預估可節省 514 億藥費，其中 95 年調降 5,300 餘項，健保局推估每年可節省 90 億，後與檢調單位共同合作「再確認及更正申報作業」，又調整 5,700 餘項，可省 60 億元。另 98 年第 6 次藥價調整，據說可省 150~200 億元。
- 二、西醫基層用簡表申報的門診日劑藥費，原為 3 天 100 元，後調為 75 元，為何不能再調降？建議應配合第 6 次藥價調查，同比例調整下修簡表申報之日劑藥費定額額度。講白一點，各界都說有醫療浪費，我提這個案，應有監督到了吧，衛生署應不會再行文來罵我了。
- 三、簡表就是不用電腦輸入而以書面申報，現已是高科技時代，還有醫師用手寫，如此，健保局就無法了解醫師處方用藥內容，這種情形好嗎？

### 主任委員

謝謝說明，有委員須再進一步了解嗎？本案影響層面很大，是很重大的案子，西醫基層門診一年申報件數約 1.6 億件，簡表案件占總案件比率不低。

### 陳委員錦煌

- 一、我再補充說明，西醫基層診察費 300 多元、藥事服務費 11~30 元（未交付處方由診所自行調劑），再加上藥費，看一次病約

400 元。有些病明明看一次就好，卻要看很多次，無形中讓醫療費用增加不少，例如骨折，醫師若處理得好，2 週即可痊癒，卻要治療 2 個月，並要病人每天回診；服藥 5 天就可痊癒的，卻僅開 3 天分的藥，要求病人再回診。老實說，這種情形，健保局若能好好管理，應可省下很多醫療費用。不浪費、醫師有醫德、健保局不要限制那麼多，則是全民之福。

二、健保局與藥商有特約藥品，講定健保支付價多少錢，但卻聽說院所常無法買到健保支付的藥品。為何會沒有？請健保局關心了解。既是健保支付的藥品，理應藥量充足，不應發生沒該藥品可用的現象，讓藥商來抬高價錢。基於以上論述，我才會提此案，請主席裁決。

#### 主任委員

陳委員剛提到醫德，很多委員都樂見醫界自我要求能提高。例如，Toyota 汽車公司要求每個員工都是品管員，對所做的每件事都能自我要求改進，期許醫界前輩也能做自己的品管員，而無須外界插手。陳委員表示，本案用意是希望調降簡表門診日劑藥費，以節省總藥費支出。西醫基層門診一年申報件數約 1.6 億件，其中簡表約佔 6~7 成，比例算很高，即使調降一元，影響也很大。今日提案並無可參考數據，可否容許請健保局先試算分析相關數據後再議。

#### 陳委員錦煌

鄭局長也在座，不能現在回答嗎？可否請局長說明，若真得不行，就下次會議再討論。

#### 鄭局長守夏

一、站在健保局立場，陳委員所提應配合藥價調整調降簡表日劑藥費，是合理的建議。然據悉，當初調降簡表藥費，同時也有配套措施。因其為臨時提案，本人手邊並無相關數據及可行的配套措施，此為重要改變，宜讓受影響的群體，如西醫基層、藥廠、藥品代理商等有充分時間評估其影響層面，並需考慮是否

會對民眾產生立即的影響，例如醫師會告訴病人說健保局規定改了，要求民眾自費，所以宜小心處理。

- 二、原則上，我們可討論簡表藥費是否該調降或調降多少，但有個較大議題須同步處理。99 年度總額已談定，故總額度是不變的，本案所提僅為不變額度內支付單價的調整，若調降某項之單價，則依預算中平原則，所節省的錢會移用於補支付點數不足之項目，例如醫院加護病房（ICU），但這會演變成將西醫基層總額省下來的錢挪移到醫院總額，將使問題更形複雜，因是否須調整該兩部門的總額，是費協會決定的。

### 謝委員武吉

- 一、陳委員雖然不太了解醫療專業，卻提出本案，對其感到敬佩。對鄭局長回應，我有不同意見。請問健保局於進行藥價調整時，有無考慮此舉對醫院與西醫基層兩造可能造成的變化。藥價一直調降，很多藥廠現已關廠，且已發生供藥的問題，例如降血壓藥 Adalat，全國僅剩一家藥廠製造，該藥廠代理商名稱很像外國藥廠的發音，但該藥廠就在高雄市民族路上，且發生過 2 次火災事件，令人堪憂，本次藥品調降作業，對民眾或藥廠，影響都很大，所以健保局在調整藥價時，就該將這些都納入考量。
- 二、印象中，91 年將簡表藥費從 3 天 100 元降為 75 元，當時藥價調查後，調降約 90 億元，當時醫師公會全聯會吳運東理事長乃提出調降簡表藥費，但這是當時的算法，歷經後幾次藥價調降，應再審慎考量合理之日劑藥費額度。醫改會前就曾分送「醫改會解讀簡表申報玄機 3 大缺失吃掉用藥品質」乙文給各醫院參考。在此，很敬佩陳委員提出本案，應給他點掌聲。

【備註：第 2 次藥價調查（90 年實施新藥價），健保局估計調降 46 億元藥費、第 3 次調查（92 年實施新藥價）約調降 57 億元、簡表藥費調整約調降 32 億元】

### 陳委員宗獻

一、基本上，我尊重委員就任何與費用相關事項提出看法，因其屬委員的職權。陳委員錦煌所提，是值得討論；也感謝委員武吉於討論本案前，就已經預先注意收集到醫改會的資料。其實今日醫院與西醫基層財務風險監控報告中，也有很多事項可提出討論，但因非屬西醫基層部門，我就未提。至於本案，剛才主任委員與局長都提到，影響層面很大，恐須更多資料，才可以討論。

二、澄清說明：

(一)簡表與論病例計酬皆採定額支付，只是前者係以每次就診為單位，後者係以疾病分類為單位，都屬一種計費模式，並非簡表存有很大的藥價黑洞。建議健保局的資料分析，就以下方向探索：每次給藥日數的變化，究竟是下降或上升？簡表是否為造成醫師讓病人常回診的原因？若調降後是否就不會有此現象。

(二)目前西醫基層平均給藥天數約 4.1 天，是超過 3 天的。簡表藥費 25 元/天，相當便宜，並且健保局規定醫師開超過 3 天份的藥，也僅能給付 3 天日劑藥費，所以即使開 5 天或 7 天的藥，也只能拿到 3 天的藥費 75 元。簡表的好處，例如對胃食道逆流病患，醫師會開立制酸劑，但其屬指示用藥，健保不給付，醫師就用簡表處理，自行吸收成本，並未跟病人收費。此外，簡表內還包含些看不到的隱形成本，如倉儲、耗損、未給付項目等，這在健保統計資料中，都不會呈現。大家誤以為簡表給的藥很少，實則不然。更重要的是：簡表藥費調降，對小兒科影響最大，目前小兒科開業醫已有城鄉不均勻情形，若再調降簡表，其影響層面會有多大，請健保局一併考量分析。

(三)陳委員要求配合第 6 次藥價調整，同比例調整簡表藥費，因內涵不同，實不宜要求同比例調整。在西醫基層，簡表用的是常用藥品，和慢性病用的藥物品項不同，可能與整體藥價調整幅度並不一致，建議下次討論時，也能呈現相關數據供

參。基本上，我認為這樣的討論，具建設性，是好的，但仍應有充分詳細資料，供委員審慎討論，方可找出最妥適的方案。

主任委員

謝謝陳委員宗獻提出具體意見，提供很多值得注意的思考方向。

連委員瑞猛

陳委員錦煌所提，是很棒議題，不浪費醫療資源，且合理運用是很重要的。基層簡表藥費 1 天才 25 元，金額很少，據悉其所使用的藥品多為學名藥，費用占率很低，經幾次藥價調整後，其調整比例的變化應較小。用藥有兩個主軸是無伸縮空間的，一是讓病人有藥可用；二是用藥安全。數次藥價調整結果，已造成醫療院所部分藥品無藥可用的現象，例如健保給付 2 元，但廠商卻賣給院所或社區藥局超過 2 元，或廠商同意賣 2 元，但要求院所或藥局自行吸收運費等成本。所以建議健保局與藥廠議價後，應要求廠商有責任供應不高於健保支付價格的藥品給醫療院所、健保藥局。綜上述，同意主席所提，本案詳細研究分析相關資料及影響層面後再討論，期有合理且安全的醫療環境。

主任委員

本案請健保局參酌員意見整理相關資料及配套措施，提下次會議討論。另，2 月適逢春節期間不召開委員會議，3 月份委員會議原訂於 3 月 12 日，因我須參加國際研討會，所以建議提前到 3 月 5 日或延後到 3 月 19 日。

陳委員錦煌

我 3 月 5 日出國。

主任委員

3 月份委員會議，延後到 3 月 19 日召開。

陳委員宗獻

- 一、健保藥費支出，宜作整體考量。就如連委員瑞猛所提，數次藥價調查後，某些藥品已達藥廠不想生產的程度。委員可猜看看，甲狀腺功能亢進的病人，在診所藥費一個月要多少，一顆藥 3.5 毛，一個月約 10 元 (0.35 元/天\*30 天)，該類病人的治療是否會被排擠，不會，但一個月的藥費才 10 元合理嗎？
- 二、如何管控藥費支出，使其可在適當的額度內？其實初級照護，就是很重要的點，下次會議我們擬提此案。委員可參看會議資料第 36 頁，醫院初級照護的比例，幾年來始終沒下降。初級照護應在基層診所執行，以去年平均每次藥費來看，醫院平均 1,000 多元，基層為 140 元，如將目前醫院所看之初級照護案件全移到基層，可省不少錢。簡表藥費 75 元，已經很低，再怎麼調，節省都有限。

主任委員

陳委員宗獻若認為需要，請擬具明確議題供下次會議討論。本日會議到此結束，謝謝大家。