

全民健康保險監理委員會  
第 209 次會議紀錄

中華民國 101 年 11 月 23 日



## 全民健康保險監理委員會第 209 次會議紀錄

時間：中華民國 101 年 11 月 23 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

林主任敏華（代）

林委員啟滄

滕委員西華

何委員 語

葉委員宗義

李委員永振

謝研究員啓煒（9：35 以後代）

李委員成家

郭委員志龍

李委員明濱

李委員蜀平

黃委員建文

陳委員俊明

楊委員漢淥

陳工作小組委員雪芬（代）

曲委員同光

呂委員明泰

姚委員惠文

柯委員綉絹

石委員發基

鍾委員美娟

林委員至美

請假委員：

蘇委員錦霞

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

洪組長碧蘭

林執行秘書宜靜

黃局長三桂

蔡副局長魯

賴副組長立文

張副組長鈺旋

周副組長士恒

程專門委員穆

李專門委員純馥

施專門委員志和

許專門委員玉媛

李科長春娥

王科長淑華

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：顏銘燦、馬文娟

壹、主席致詞

各位委員、黃局長、蔡副局長、所有與會同仁，大家早！

本會與醫療費用協定委員會將在明年整併為全民健康保險會，所以在經過本次及 12 月份委員會議後，就走入歷史。今天特地安排全體委員合照，以利照片可放進幕僚刻正編製的紀念冊中。邱署長認為能和大家合影是件很有意義的事，所以在百忙中仍會抽空過來。外面雖下著不小的雨，但各位委員仍踴躍與會，謝謝大家。

## 貳、署長致詞（署長於和委員合影留念後，特到會場致意）

劉主任委員、柯副主任委員、黃局長，以及各位敬愛的委員，大家好！

非常感謝各位委員付出心力，共同監督健保業務的運作，這麼重要的健保監理委員會，有劉主委和各位委員幫忙，才能解決諸多健保問題，在此謹代表衛生署和全體國民感謝大家。

從 2002 年至今，知名國際媒體已 9 次報導我國的全民健保，其中，今年就有 4 次，包括國家地理雜誌、CNN（美國有線新聞電視網）、英國 Times（泰晤士報），以及美國普林斯頓大學經濟學任赫德教授（Uwe Reinhardt）在 New York Times（紐約時報）發表「台灣醫療照顧的進步」專文。4 個國際最知名媒體都報導了台灣健保的實施成效，雖然我們的健保還有很多需改善的地方，但在其他國家看來，台灣健保真的很好，很感謝健保監理會在當中發揮了大功能。

昨天立法院挑燈夜戰審查預算，衛生署的預算已順利審竣，健保局及監理會都表現得非常好，預算也通過了。最後，再次感謝劉主委及全體委員對健保的奉獻，謝謝大家！

（邱署長因長期以來在台灣及亞太地區所做的醫療衛生貢獻，而於今（101）年 10 月 30 日獲美國公共衛生協會頒發

「David P. Rall Award for Advocacy in Public Health」，是首位獲頒此一殊榮的非美籍公衛醫療專業人士。美國總統歐巴馬亦獲該協會頒發今年之會長獎。主席請所有委員共同分享此份榮耀。）

#### 參、報告案

##### 第 1 案

案由：確認本會上（第 208）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：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 10 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：「DRG 支付制度實施成效暨使用自費特材之 DRG 支付方式」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）

#### 肆、討論案

提案單位：本會財務監理組

案由：中央健康保險局 101 年度第 2 次報列呆帳報告案，提請審議。

決議：

- 一、謝謝葛委員克昌對提案說明一提供寶貴法律見解，對「…經該局呆帳轉銷審議小組審查，刪除未符報列規定之案件，認定已完成善良管理人應有注意之程序…」乙段文字，依葛委員建議修改為「…，認定符合正當法律程序…」，並送請中央健康保險局嗣後於相關文字表達時參酌辦理。
- 二、剔除不符報列條件之案件，其餘原則同意依規定辦理轉銷，相關審議意見如附件，送請中央健康保險局參處。  
(與會人員發言實錄詳附件 4)

伍、散會：中午 11 時 32 分

## 【附件】

本會審議「中央健康保險局 101 年度第 2 次報列呆帳報告」之意見

- 一、保險費欠費（含滯納金）案件，對欠費者死亡案件（原因別 7）處理過程產生之時間落差，請積極掌握時效，以避免逾 5 年請求權時效。
- 二、未成年人且未申報法定代理人之欠費案件（原因別 9），多呈現長期累欠及多次呆帳紀錄情形，請研擬輔導改善措施，以提升欠費催繳效率及減少行政成本。
- 三、符合經濟困難資格之欠費案件（原因別 10），須經連續二年查核，均不具有清償能力才能報列，但本次抽查案件中計有黃○仁乙件，已具有清償能力，顯與轉銷條件不符，除應予剔除外，並請檢討改善作業流程控管及內部審核機制。另少數案件之連續二年查核時間相近（小於半年），致未能比對不同年度所得資料，請改善以符轉銷條件設定之本意。



【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，報告中提到，署長將於本會本年12月21日最後一次委員會議後之中午時段，宴謝本屆及歷屆委員，並交換對健保業務意見，請各位委員踴躍參加。
- 二、經詢問，委員對本報告無意見，本案洽悉。

報告第3案「101年10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？

滕委員西華

- 一、健保業務執行報告第4頁，第4類保險對象長期以平均保險費計收其保費。二代健保實施後，受刑人、替代役、義務役或軍校學生，以此計費，尚屬合理，但職業軍人性質不同，健保局應考慮與國防部協商，採其實質薪資所得收取保費。因為母法並未允許職業軍人採平均保險費收費，應趁健保新制實施時，予以更正。
- 二、健保業務執行報告第90頁，係重新研擬之罕見疾病申請核發重大傷病證明流程，由第28頁之重大傷病證明有效統計表顯示，屬於罕見疾病類別之有效領證數約4,000多人。「類罕病」越來越多，請問「類罕病」在申請重大傷病卡上有無疑義？如何處理？

干委員文男

- 一、請教健保局，有關規劃多年的IC卡改善計畫，目前進度如何？二代健保即將實施，許多民眾都在關心。IC卡可節省很多醫療費用，尤其是檢查部分。
- 二、史蒂諾斯（stilnox）的問題，我在委員會已經講了一、兩年，都沒有結果。有辦法的人，還是可以輕易取得。到底是怎麼管制的？管制到最後，還是老實人吃虧；沒有辦法的，就要等上兩、三個月。針對長期使用，並未產生問題的個案，應該適度開放，健保局藉IC卡紀錄即可加以管

制。

- 三、媒體對二代健保有很多似是而非的報導，尤其是地下電台。希望健保局在實施前，能到各縣市與民眾座談，爭取支持，宣導補充保險費的扣繳係採量能負擔的精神，避免被媒體持續污名化。

#### 何委員語

- 一、最近臺北市很多地區醫院提到，浮動點值僅剩0.791元，但在健保局報告中都有0.9元以上。最近所拜訪幾家地區醫院表示，點值真的很低，我擔心這樣下去，醫院很難經營。我希望健保對患者有更多的照顧和服務，但若因點值影響經營成本和服務品質，經營不下去的醫療院所，也會另想辦法以維持營運，例如某家診所因收入不足，只要民眾感冒就診，即給予吊點滴，額外收費300元。點值過低會影響醫院經營，對健保是慢性的損害，且讓醫院經營發生很大的困難。
- 二、最近，衛生署竟然放寬進口韓國蘋果農藥殘值，很多毒物專家表示，會損害肝腎功能，難怪我們的洗腎人口越來越多。這項放寬措施是否經過衛生署、農委會及檢驗局各方的共同討論？如果韓國蘋果真有10幾項的農藥殘值，為何一定要放寬？我們不能屈就於韓國的壓力和要求，因為前端的預防非常重要，以免後端健保醫療的使用，增加健保支出。
- 三、對偽劣藥及毒物產品的製造者，傷害民眾身體健康，建議政府修法加重罰款，甚至將其財產充公，否則將對下游的健保醫療支出，造成傷害。這樣才能嚇阻不肖業者製造偽劣藥及假酒，以及農藥殘留過重。我認為應儘速修法，重

新思考加重罰則。

四、面對媒體報導的扭曲，加強正面宣導是很重要的，對二代健保的推展才會有所助益。

劉主任委員見祥

就剛才 3 位委員的問題，請健保局回答。

程專門委員穆

第 4 類第 1 目是義務役軍人及軍校學生，至於職業(志願役)軍人屬於政府機關之專任有給人員，自 90 年軍人納保起，即以第 1 類第 1 目被保險人身分加保。

張副組長鈺旋

一、IC卡改善計畫在今年3月份陳報行政院，因行政院認為未涉及跨部會業務，於5月份退回衛生署。7月份重新報署後，衛生署請本局應依照行政院意見，就健保專屬憑證等技術性細節，再行研議。目前本局正研擬具體內容，將再與衛生署溝通。

二、有關二代健保宣導場次，去年有1,600場以上；今年針對一般民眾之外，增加投保單位及扣費義務人，目前宣導場次已達1,354場，預計年底前再增加300場。

施專門委員志和

關於管制藥品部分，明年本局會將高就診或高使用量的病人紀錄，回饋給開立處方之醫師，請他們在每次開立處方箋時，必須讀取病人使用紀錄。今年 7 月 1 日開始，本局訂有不予支付指標。從第 3 季的核減或不支付情形資料看來，大部分未超過平均每天 1.5 顆，而精神科、神經內科也未超過每天 2 顆以上。本局自明年起，會督促開立處方之醫師，一定要上網讀取相關資訊，並從藥品使用監測資訊中，回饋資料給醫療院所，

以達管制藥品合理管理之目的。

#### 李專門委員純馥

- 一、滕委員西華所提罕見疾病歸類問題，在於部分罕見疾病與非罕見疾病使用共同代碼，致歸入其他重大傷病種類中，例如第21類之多發性硬化症，有許多也同時符合罕見疾病定義。未來，統計表上會更清楚呈現，也會配合「罕見疾病及藥物審議委員會」的建議，在核發罕見疾病重大傷病卡時，再與其資料庫進行比對，使資料之呈現更精確。
- 二、有關何委員語所提浮動點值部分，若僅看浮動點值會失真，因為醫院拿到的還有1點1元部分，合併起來的平均點值，目前包括最近第2季之結算，除門診洗腎外，其他部門點值都超過0.9元。本局一直在注意點值問題，也和醫院共同努力管控點值。謝謝委員的指教，本局一定會更加努力。

#### 滕委員西華

健保局未針對我的問題答復，我的意思是衛生署的「罕見疾病及藥物審議委員會」，已經出現很多「類罕病」藥物的申請。健保局在核准罕見疾病申請重大傷病卡過程中，有無碰到類罕病也提出申請的問題？

#### 王科長淑華

在申請核發重大傷病證明的規定中，需屬公告的罕見疾病，才能列入重大傷病中。因此，需經確診為罕見疾病，才能申請重大傷病證明。

#### 陳工作小組委員雪芬（楊委員漢淥代理人）

- 一、對何委員語所提台北業務組點值狀況，補充說明。大家可以參閱業務執行報告第39頁，醫院部門第1季平均點值是

- 0.9278元，看來似乎不錯，但其中不含6%左右的核減率，所以，醫院實際每點點值僅有0.86元或0.87元。也就是說，大家所看到的點值並未反應核減率，所以，若將浮動點值加上核減率，台北業務組去年1至6月以及今年1至6月，門住診一般預算(不含專款藥費)每1元約分別被減去16.2%及14.2%，對醫院營運而言，都是很嚴重的傷害。
- 二、健保局在呈現醫院點值或其他總額數據時，應呈現第1段的核減，這是醫院在申報時，就一定會被健保局扣掉的部分。以醫院總額而言，平均點值0.9278元的數字呈現，並未考慮第一道6%左右的核減率。現在醫院經營環境是非常嚴峻的，不管在台北業務組或其他業務組轄區，醫院都是在苦撐，會被說成血汗，都是經營上不得已的作為。就醫院總額來講，本年度上半年的平均核減率為12.2%(不含專款藥費)，各區都無法承受，目前又以台北、東區及中區較為嚴重。這樣的狀況下，也難免會有醫院拜託委員幫忙發聲。

#### 干委員文男

- 一、請問施專門委員所說「不予支付指標」，是指什麼不予支付？我認為，藥品管制都是欺負老實人，持處方箋每次領藥都要刷卡，已經控制得很嚴格。目前每次領藥最多2個月，我要求提高至3個月，並不算過分。每次滿28天才能領藥，又不能由家人代領，這是很嚴重的問題，這件事，健保局必須給我一個明確的答復。
- 二、健保局對沒有辦法的老實人管制得那麼嚴，而有辦法的人卻照拿不誤，引發民怨又吃力不討好，為何還要這樣做呢？嚴格管制下，每月藥品耗用量還是一樣多，就表示病

患確有需求。

施專門委員志和

本局是希望在用藥安全上進行管控。一方面，史蒂諾斯與其他藥品或酒類併用時，會有很大的副作用；另一方面，監察院糾正本局應對這類藥品所造成嚴重社會問題，更積極管理。本局現行規定是當季平均每天用量要在 1.5 顆以內，超過部分不支付，這就是不予支付指標，但針對醫師專業給藥，本局還是尊重。失眠僅是一種症狀，非屬慢性病，是以，無法開立慢性病連續處方箋。民眾就診時，建議醫師先進行症狀解除，然後藉由問診，請醫師針對背後真正疾病原因，進行分辨診斷，才給適當之治療。面對不同意見，健保還是要站在用藥安全上，為普羅大眾把關。

干委員文男

管制對藥品減量毫無效果，為什麼要讓老百姓疲於奔命？除了中醫，我也看過很多醫師，結果都一樣。健保局不要管制到讓需要使用者感到不方便的地步。管制到現在，也沒有節省任何藥費。

黃局長三桂

一、前幾年史蒂諾斯使用非常氾濫，造成很多社會問題。本局在兩、三年前開始介入管制，實際上是有效的。依據統計資料顯示，對於高使用量的使用數量已有控制，而且是往下降，必要時，本局也可到會報告。透過健保局提供查詢平台及IC卡查詢機制，讓醫院有完整資訊，以提升對病人管理效率。史蒂諾斯台灣1年的使用量，約1億5千萬顆，非常可觀的數字。它的價格不高，1顆大概4到6元，1年消費額大概有6億元。而病人跑到診所開藥已變成現在的問

- 題，因為本局將使用異常的名單提供醫院，請其開藥時，務必檢視病患過去使用情況。透過醫院的資訊系統管理，在院內不可能有重複拿藥的情況，也就是病人在同一家醫院開超過90顆的情況，已經不容易再產生。所以，這類病人都已經無法在醫院遊走，轉而到診所取藥。
- 二、為了管制這項藥品，我極力要求本局同仁查核，對於第一次的初診，若非精神專科醫師，限處方絕對不准超過7顆。本局已用非常嚴格管制措施，但事情總有兩面，這一面可能達到管理效果，另一方面，也會影響到其他人帶給大家不方便。就如干委員文男所言，他是非常適合使用史蒂諾斯的被保險人，但本局這樣嚴格的管制，已對其造成困擾，對此，本局也很為難，但會再想辦法處理。這項藥品非常便宜，但對社會造成的危害卻很大。
- 三、昨天爆發的署立嘉義醫院案，也是本局將異常資料分析，送交台南地檢署協助偵辦。由於公家醫院不敢造假開立管制藥品，而是診所被利用。只是管制越來越嚴厲時，會影響像干委員文男這類適合使用者。史蒂諾斯使用的便利性很大，有人服用後半小時，就很舒服入睡，醒來感覺很好；但有人服用後，會有幻覺出現。干委員適用，但別人不一定適用，這方面李委員明濱最清楚，他是專家。
- 四、本局為管制這項藥品，在各分區業務組同仁努力下，已頗具成效，但還是會繼續加強管控。現在另個問題是，1億5千萬顆是健保局有登錄的，但相信自費購買的，至少也有同樣數量，因為太便宜了，大家有能力自費購買。所以，光靠健保局管制，沒有辦法解決社會問題，其需全體社會集思廣益，才有辦法。若說得不夠專業，可否請李委員明



濱幫忙補充？

李委員明濱

- 一、這個問題要解決不容易，但醫師公會內部的教育訓練很重要。診斷正確符合適應症時，史帝諾斯是很好的藥。但任何安眠藥服用若超過1個月，除考慮藥物治療外，也一定要加入心理行為及社會層面的處理等。
- 二、據調查三分之一的成年人有失眠情形；五分之一有焦慮及憂鬱情況，並且都合併有失眠症狀。若民眾認知不夠清楚，以為失眠就要吃安眠藥，這樣就會產生亂象，不顧醫師解釋。
- 三、使用安眠藥必須注意體質上的問題，對於腦部功能敏感的人，有15%服用後會夢遊，有些糖尿病人服用後會發生飲食過量，而造成血糖增加，或是造成老人家摔倒而骨折。
- 四、管理需基於人文關懷和專業，這需要好好討論，在短時間的會議上，很難表達清楚。醫療人員及民眾教育必須同時並重，醫師公會內部專業訓練很重要，醫療體系應建立醫師開藥的指引。民眾也需要教育，因此，醫師公會全聯會除內部教育外，亦推動雲端匯流結合電視及資訊網路推動民眾衛教。

陳委員俊明

- 一、以干委員文男轉介給我的焦慮症病人為例，係因更年期障礙引起失眠。長期使用鎮定劑，只會越來越焦慮，患者甚至會有自殺念頭。我從更年期障礙著手治療，結果兩、三個月就有明顯改善，現已不再復發任何疾病。若找對病因是很重要的，短期病情需要可以服用安眠藥，但長期一定要找出病因，對症下藥，再評估是否繼續服用。長期服用

安眠藥，副作用其實很大，連同記憶力及判斷力也減退，人體機能退化很快，各方面都會影響。

二、以我多年的臨床經驗，建議針對多種疾病患者的重複用藥問題及長期服用安眠藥的病人，應有臨床藥師指導。若未從衛教著手，病人心急就會拼命看病，結果造成藥品重複使用及副作用。避免醫療資源的浪費，是目前重要的課題。

劉主任委員見祥

- 一、誠如李委員明濱所言，專業的課題應另做專案討論。
- 二、干委員文男關心史蒂諾斯藥品使用規範，對不同病人的管制似有落差。對經醫師判斷確有需要的病患，請健保局考量如何在合理範圍內，讓渠等方便取得相關藥物。

干委員文男

謝謝劉主委幫我做結論。我已服用史蒂諾斯一、二十年，只有這藥有效，換過其他的藥都無效。

李委員蜀平

本人受邀參加過食品藥物管理局 3 次專家學者會議，清楚瞭解史蒂諾斯的用量，遠比黃局長說的多。醫院端管理得很好，成長合理，但診所端成長約 6 至 8 倍，許多都是自費，所以全國使用量大，聽說銷往大陸每顆可賣 50 元。因此會議決議，限精神科專科醫師，才可開立 3 個月連續處方箋。史蒂諾斯如沒有魄力處理，是永遠解不開的結，因藥廠請很多民意代表關切。建議應由專業控管，才能讓病人得到專業的服務。就藥理學理而言，此藥會造成依賴性的症狀及引發很多副作用，請健保局治亂世用重典，對非法使用者嚴格管控並處以刑罰，如此才能維護國人健康。

## 鍾委員美娟

據報載，行政院或衛生署表示，二代健保實施後，一般保費費率降為 4.91%，加上補充保險費，可以維持 5 年財務平衡。但業務執行報告第 7 頁，10 月份當月收支結餘僅剩 5.37 億元，最近幾個月可發現，每月收支結餘已越來越少，似乎快達到收支平衡點，依此趨勢，之後因給付成長率遠高於收入成長率，近期可能開始出現當月份收支短絀及安全準備減少的狀況。在此情況下，請問報載內容是否是事實？若確能維持 5 年財務平衡，請問衛生署如何規劃？

## 楊委員芸蘋

- 一、明年二代健保費率是否確定降為 4.91%，以及如何收取保費，希望能提早讓全國勞工知道。
- 二、有關史蒂諾斯安眠藥的問題，建議本會安排 15 分鐘左右的專案報告，提供用藥數量的詳細調查，以及是否有必要對特定個案放寬，以利委員能有較深入的認知。另外健保每年花費超過 6 億元以上的安眠藥費用支出，還有很多不當使用，因此，我贊成還是要嚴格控管。
- 三、健保局針對全國性所作的二代健保宣導工作，值得鼓勵。有關藥物的浪費，也希望健保局或國健局能加強宣導。

## 何委員語

- 一、二代健保增修法規有 35 項，但未見有關全民健康衛教推動的組織及辦法，這是否屬國健局工作，與健保局無關？我認為，目前健保局及本會都在做後端的工作，而不清楚前端工作的狀況，包括毒品、偽劣藥（酒）品、飲料食品添加劑、菸品毒物、本地及進口農產品農藥殘值、水資源毒素、空氣污染、懷孕婦女衛教、全民運動方案、社會環境

變動及藥品誤用等。

- 二、若二代健保增列相關組織，就可提供整合性的管控措施。否則前端管控不了，一直製造問題，我們在後端即使想盡辦法要解決，也將因整合沒做好，而發現問題越來越多，這樣健保的負擔也會越來越重。請教衛生署長官，在二代健保有無增列全民健康預防措施及推動組織？

劉主任委員見祥

若委員已無其他意見，請黃局長說明。

黃局長三桂

- 一、鍾委員美娟及楊委員芸蘋關心的二代健保一般保費費率問題，屬於行政院的權責，目前尚未正式公告。
- 二、鍾委員美娟關心的5年平衡費率係經過精算推估，4.91%是不含安全準備的費率，若補充保險費每年可收到2百億元，應可維持到105年。

曲委員同光

- 一、何委員語向來看事情都很宏觀，所關心的雖都為健康相關事項，但大多屬衛生署層面，甚至有些超越衛生署的權責。以健保角度來看，二代健保處理的，還是直接和健保有關的事情。何委員所關心的衛教和健康促進機制，衛生署相關單位都在處理，當然國健局是很重要的一環；至用藥、毒癮與愛滋等部分，則分由食品藥物管理局、醫事處與疾管局處理。衛生署團隊在不同領域，都有對應的單位，並設有衛生教育推動委員會，負責整合衛教資源。
- 二、健保法並未有設立衛教組織的規定，雖然健保法曾有預防保健服務相關條文，但後來健保財務吃緊，就有很多意見認為，健保經費應用於健保醫療相關業務，所以，二代健

保修法時，立法院刪除預防保健相關條文，並將其回歸公共衛生體系來推動。

三、過去健保推動預防保健服務，每年花費約20餘億元，但在94年左右，健保發生財務危機，在多元微調下，將健保的預防保健業務轉移至公共衛生體系，95年由國健局接手，每年編列公務預算辦理。健保局該不該做預防保健，有不同的看法。大家都贊成預防保健該做，但有人認為應由公共衛生體系推動，而非健保的範疇。

劉主任委員見祥

委員意見送請中央健康保險局參考，餘洽悉。

【附件 3】

報告第 4 案「DRG 支付制度實施成效暨使用自費特材之 DRG 支付方式」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

謝謝李專門委員純馥的報告，請問委員有無進一步垂詢事項？

盧委員瑞芬

一、依議程第27頁第30張投影片所述自費特材收費規範重點，尚未收載之特材品項，若未向健保局申請核價，就不得向保險對象收取自付費用；但若符合議程第28頁第31張投影片所規範的情形，則可以向病人收取自付費用；兩者差別是該品項有沒有向健保局申請過核價。所以，只要有申請的動作，不管審查結果如何，包括審核中、議價中、議價未完成，或是經過健保局審議不納入健保給付之品項，就可以收取自費。費用額度由醫院端決定，使用特材項目及收取的費用等回饋資料，必需於申報醫療費用時告知健保局。但健保局要如何查證醫院到底有沒有向病人收取費用，因為院所不申報，健保局就不會知道。

二、另外，住院及門診費用申報，過去已有固定格式，現在要請醫院提供使用特材項目及收取的費用等回饋資料，就要在現行申報格式中新增欄位，請問這個欄位已經新增，或正在修改中？要從何時開始執行，屆時查核的機制為何？

滕委員西華

一、DRG支付制度第1階段在99年導入，但原預定100年7月施行之第2階段暫緩，至今都未導入，請問第2階段是否會在102年度導入？邱署長在101年初指示，針對第1階段的導

入，進行成效評估與改善的委託研究，現在已經年底，相信該研究案的期中報告應該已經提出，可否說明？老實說，只有實施一年的初步報告，成效如何，我也存疑，但從簡報的統計數據來看，DRG支付品項的點值較實際來得好，如果沒有太大困難，還是希望儘早推動第2階段的導入。

二、接續盧委員瑞芬對收取自費特材費用規範部分的提問，我關切的是，經健保局審議結果為不納入健保給付之品項，可向病人收取自費。通常新醫材未納入健保，除了可能是價格太高，也可能是療效不明確、安全性有疑慮，或是非必要使用的特材等。舉例來說，如果病人為了減緩病程中的不適，自費使用加速癒合的傷口敷料或是玻尿酸等材料，可能是非治療必要而不給付，但副作用對病人影響並不大；但若健保局不給付的理由，是經過藥審小組的專家審查決定不納入給付的理由是這種關乎治療效果，或是會有後遺症或副作用等安全因素考量，其實，病人無法辨別健保不給付的原因是哪一種？但因為醫院可以向病人收取自費，豈非讓病人陷入自費又有風險的狀態嗎？而且若我是有心廠商，就不提出充分資料，以拖長審查的時間，等健保局不納入給付後，再向病人收取自費。

三、另外，就是同意書中要列明自費品項費用、產品特性、使用原因及不符健保給付規定之原因，這部分很好，但不知仿單核准適應症外的使用（Off-label use），是否也列入說明？我認為這也很重要，因為有些未納入健保給付項目的醫材或藥品，其實也不一定拿得到食品藥物管理局核發的適應症許可證，這令人擔心，因為這部分病人不會分

辦。不知道健保局針對這部分可否也要求向病人說明，因為藥品適應症外的使用，已經納入藥害救濟的範圍。另外，這邊僅提到特材，但將來也會面對新藥的問題，這部分自費要如何規範，也請健保局注意。

干委員文男

- 一、議程第28頁第31張投影片，在審核中、議價中、議價未完成之品項，或是經健保局審議不納入健保給付之品項可以向病人收取自費，若以小人之心度君子之腹，懷疑健保局會不會為了節省醫療費用支出，將審查時間拉長，因為只要這些特材品項在審核期間，就可由醫院向病人收取自費。
- 二、最令人擔憂的是，醫院會不會向病人收取自費後，又向健保局重複申報差額？若是醫院兩邊都收取費用，健保局有什麼機制去防堵這樣的情形，能不能完全掌控？當初立法院在審議健保法時，就有很多疑慮，現在已經有收取自費的法源，但我認為，反而可能增加更多困擾。原本DRG支付制度規定由健保包裹給付，或是全部自費，現在允許差額負擔，其餘仍由健保給付，一般病人也都會有貴比較好的迷思，而自費品項的療效真的比較好嗎？其實也不一定，但卻可能讓醫院有重複收費的空間，這是有錢人立的法，會製造更多的社會階級對立問題，說不定完全不付還更好。我們消費者很擔心，將來，醫療也可能會有貧富階級差異，對健保可近性也會有影響。

劉主任委員見祥

以上委員詢問，請健保局說明。

李專門委員純馥



一、盧委員瑞芬對第30張及第31張投影片的解讀沒錯，過去自費項目並沒有請醫療院所填報資料，但長期這樣並不好，所以現在要求醫院，若向病人收取自費，必須讓健保局知道收費品項及金額。這部分在查核上，的確會有困難，因為非健保給付品項，不需申報費用。由於民眾常會申訴被收取自費的項目，所以形成一種追查管道，只要民眾提出申訴，本局會就其資料調查進行核對。在要求醫院填報自費的資料後，填報格式自然會配合修改，這部分將在今年12月1日併同新的方案公告時提出。我們已在10月份與醫療院所溝通，在影響院所系統最小的情況下，設計填報格式，由於現行申報格式為XML，院所在更改系統時較為方便。

二、對滕委員西華的提問，說明如下：

- (一) DRG支付制度實施的整體成效研究，署長係於101年2月指示辦理，但經招標程序，到6月才完成委託，所以研究仍在進行中，目前為止尚未獲得結果，故無法提供說明。明年計畫結束後，會有較明確的結果向委員報告。另外，在DRG支付制度實施後，本局曾併同第1年實施結果，進行民眾被收自費情形調查，結果自費情形並未增加。
- (二) 自費特材未納入健保，可能是療效不明確、安全性有疑慮、或是非必要使用等原因，可能使得民眾自費，卻有安全疑慮，要如何克服？這部分在討論收取自費特材費用規範時，本局就很重視，所以在同意書內中規範醫院要敘明自費原因。署規範之適應症外使用部分，也是本局希望避免的。雖然沒有要求在同意書上

說明，但醫療院所在決定進行適應症外的使用時，也承擔很大風險。面對未來病人可能產生之副作用或後遺症，相信院所會審慎，而且收取自費時，院所需依本局要求，向民眾說清楚講明白。療效安全性部分，在食品藥物管理局核發許可證時，就已確定可以在人體使用安全無虞。健保核定不給付的原因，多數是因為價格太貴，而非不具療效或安全性的問題，我們認為，若同類型品項的療效已經足夠，就不一定需要使用價格太貴的。至於非必要使用的特材，也都是成本明顯偏高。

三、事前告知的部分，是本局最希望達成的目標。常見的抱怨是病人已在手術台上，準備裝置血管支架時，才被詢問是否要用自費之特材，所以，本局嚴格規範院所一定要在處置或手術2天前告知病人，以保障病人的權益。至於目前規範的品項只有特材，而沒有藥品，是因為藥品間的價格差異，不像醫材那麼大，所以現階段先針對醫材。但在DRG支付制度包裹給付的規定下，只要民眾願接受新藥，例如可縮短療程，本局並沒有不同意使用，但前提是這些藥品一定要有食品藥物管理局（TFDA）核發的許可證。

四、干委員文男擔心健保局可能為節省費用，而將審查時間拉長，在這邊向委員報告，並不會有這樣的情形。因為民眾希望能儘快完成核定，所以，透過資訊透明公開的方式，將受理審查及議價中的品項，都在本局的網站上公告，除方便民眾查詢進度，也給自己壓力希望儘早完成審核。至於醫療院所是否會重複申請費用，就如剛才對盧委員瑞芬的回答，過去申報表格中沒有欄位讓院所填報，但目前設

計上已修改申報格式，請院所主動告知向病患收取自費的項目及金額。同時本局也需要民眾協助，透過他們提供的資訊，循線調案比對。針對過去擔心院所會重複申報費用的疑慮，現已建立新的填報機制並逐步落實，謝謝委員們的指教！

干委員文男

剛才僅聽到學者及消費者代表的發言，並沒有聽到醫院端代表的發言。推動過程中產生的種種現象，到底是醫界、健保局，或是消費者造成的？請醫界也表示看法，不然將來全面導入後，再抱怨就來不及。

陳工作小組委員雪芬（楊委員漢源代理人）

一、不知道干委員文男想聽的是哪方面的看法。站在醫療服務提供者的角度，跟付費者的看法會有所不同，如果民眾對醫院抱持懷疑，我們也無可奈何。從DRGs第1階段導入，到後來暫緩，主要的爭執點，是在自費特材的部分。當時健保局是以97年及98年的申報費用為基礎來計算，由於有些特材項目是向病人收取自費，故在健保局的資料中是不會有的，但99年實施時，那些原自費項目卻被聲稱是含在DRGs的計算範圍內，不能跟病人收取自費，因此，就變成醫院要自行吸收，醫院當然會無法承受。原來自費的項目明明未含在醫療費用申報的分母，健保局卻說已經內含，因此紛爭很大。哪些品項可以或不可以替代，坦白講，現在聽來輕鬆，但卻是我們長久以來痛苦的努力結果。經過這麼多次的討論，醫院端已經依照討論的結果試行申報，也希望能釐清自DRGs實施後自費特材的紛爭，這樣做能不能解除醫院的焦慮，將是醫院是否接受第2階段導入的重

要因素。

二、對於因此要增加的申報作業，我們的資訊人員在健保局開會時，也發覺填報欄位很複雜，但還是會努力配合。剛才委員擔憂，醫療院所會重複申請，或是向病人額外收費，請相信醫院不會也不願這麼做的，也沒有同仁會想這麼做，除非是作業疏失。醫院這邊也曾建議，特材不要納入DRGs支付，我必須說，健保局真的很謹慎。這次的討論，有健保局、醫療院所及付費者代表，從原來彼此猜疑，到建立互信，進展算是不錯。這件事情，你們說院所好，我們很高興，說院所不好，我們也會生氣。委員彼此認識很久，都是朋友，所以在此請大家可以放心，經過這次溝通後，已經減少很多疑慮，也建立互信。

干委員文男

所以，剛才的意思是，醫院端現在已經滿意了。

陳工作小組委員雪芬（楊委員漢淥代理人）

我說的並非滿不滿意的問題，而是覺得溝通過程中，相互信任很重要。

何委員語

最近拜訪幾位醫師，知道攝護腺手術，傳統刀有健保給付，不用收費；但雷射刀在不同醫院從 15 萬元到 18 萬元不等，電視報導攝護腺手術的花費是 15 萬元。在此想請教醫界委員，這項手術所用雷射刀的成本，是否真的如此昂貴？只能使用 1 次，還是可以多次使用？如果可以重複使用，那成本應該分攤降低；如果只能使用 1 次，是否應讓病患攜回刀具作為紀念？

目前，我還在持續請教醫界人士，也請教在場的醫界代表。

陳工作小組委員雪芬（楊委員漢淥代理人）

- 一、就我所瞭解，這是綠光雷射手術。過去參與市醫醫療收費成本分析時，知道此項手術所用特材的成本確實很高，主要是在雷射過程中Fiber有一定使用期限，視病患病灶消耗不一，特材貴就貴在這裡，各家醫院收費之所以有差異，應該就是因病人狀況來訂價。
- 二、以現在資訊透明的程度，尋求第二意見或第三意見的情形很常見，如果患者對自費金額有疑慮，建議還是多諮詢幾位醫師。由於治療結果也因病人狀況而有所差異，醫師的處置會依據病人的狀況判斷。在目前資訊透明度及民眾意識都提高的情況下，過去不合理的現象，已經減少很多。若何委員還有其他問題，本人再向您說明。

劉主任委員見祥

- 一、這個議題既專業又重要，且關係民眾就醫的權益。謝謝健保局說明DRG支付制度實施成效及自費特材的管理，也謝謝各位委員的意見。支付制度的改革一定要持續進行，而且需要健保局與醫界共同努力。尤其自費特材，更需讓民眾充分了解，以及醫界充分配合，下一階段DRG支付制度的導入，才能順利進行。
- 二、委員意見送請健保局參處，本案洽悉。

討論案「中央健康保險局 101 年度第 2 次報列呆帳報告案」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

謝謝宣讀，也謝謝同仁實地去抽查案件。請問委員有無修正意見？

姚委員惠文

保險費報列呆帳原因別中有「欠費者為低收入、中低收入 70 歲以上老人」乙項，但內政部針對符合低收入及中低收入 70 歲以上老人，都已編列預算全額補助，為何還會有欠費情形？請健保局說明。

葛委員克昌

討論案提案說明一部分，「經該局呆帳轉銷審議小組審查，刪除未符報列規定之案件，認定已完成善良管理人應有注意之程序」，其中「善良管理人應有注意之程序」雖係依「全民健康保險保險費及滯納金欠費催收暨轉銷呆帳作業要點」第 12 點所明定；惟「善良管理人應有注意」係民法上有償給付之注意義務（客觀注意義務）；公法上採職權進行主義，對當事人有利及不利之情形，一律注意，法定義務較「善良管理人應有注意」較為廣泛（包括程序與實體），建議改為「認定符合正當法律程序」。

劉主任委員見祥

姚委員惠文所提問題，請健保局說明。

蔡副局長魯

符合低收入及中低收入 70 歲以上老人資格者的健保費，確由政府編列預算補助，但這些案件是渠等在其符合資格認定前的

欠費。

姚委員惠文

就本人的瞭解，健保局早期曾經有過保險費欠費特赦，目前也有愛心專戶、分期繳納、慈善轉介等管道，協助經濟弱勢民眾繳清欠費。其實，政府對低收入戶或中低收入老人都有發放生活扶助或津貼補助，只不過這些扶助或津貼不能當作強制執行之標的，所以，這類對象的欠費，在經過所有可能協助方式後，還是成為呆帳。

蔡副局長魯

該類對象符合資格認定前的欠費，還是必需自行繳交。在資格尚未認定之前，本局會先以輔導或轉介等措施給予協助，俟符合資格認定後，再由政府補助渠等之健保費。所以是完成所有法定行政程序後，若仍無力繳納，才會報列為呆帳。

劉主任委員見祥

- 一、依葛委員克昌建議，修正說明一文字，其他照案通過。
- 二、經詢問，並未有委員提出臨時動議，今天的會議就到此結束，謝謝大家。