

全民健康保險監理委員會
第 197 次會議紀錄

中華民國 100 年 10 月 28 日

全民健康保險監理委員會第 197 次會議紀錄

時間：中華民國 100 年 10 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：

吳委員淑瓊

盧委員瑞芬

盧委員美秀

干委員文男

楊委員芸蘋

林常務監事政良(代)

張委員永成

林課長敏華(代)

林委員啟滄

陳幹事蕙藝(代)

蘇委員錦霞

滕委員西華

葉委員宗義

李委員永振

郭委員志龍

何常務理事博基(代)

李委員明濱

李委員蜀平

黃委員建文

陳委員俊明

陳常務理事潮宗(代)

楊委員漢淥

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

謝專門委員佳宜(代)

請假委員：

周委員麗芳

葛委員克昌

陳委員武雄

李委員成家

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

戴局長桂英

黃副局長三桂

鄧組長世輝

李組長少珍

蔡組長淑鈴

吳參議文偉

林專門委員阿明

施專門委員志和

張專門委員鈺旋

郭科長垂文

黃科長莉瑩

孫分析師浩淳

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

紀錄：顏銘燦、樓基慶

本會

主席：劉主任委員見祥

壹、主席致詞：(略)

貳、報告案

第 1 案

案由：確認本會上(第 196)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：100 年 9 月份全民健康保險業務執行報告，請 鑒察。

決定：委員對第 7 次藥價調整所提意見送請行政院衛生署及中央
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：「民眾自費情形監控作業」專題報告，請 鑒察。

決定：

一、肯定中央健康保險局為維護民眾就醫權益，努力監控自費
情形，惟為使本項業務更精進，請繼續關注下列事項：

(一) 請督促特約醫療院所，對自費或部分給付項目應秉持資
訊公開、事先告知及開立正式收費單據等三項原則提供
服務。

(二) 以民眾角度製作資料，並利用貼近民眾之管道提供相關資訊。

二、委員相關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)

第 5 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「健保 IC 卡改善計畫」專題報告，請鑒察。

決定：

一、委員意見送請中央健康保險局參考。

二、餘洽悉。

(與會人員發言實錄詳附件 4)

參、討論案

第 1 案

提案單位：本會財務監理組

案由：行政院衛生署交議「全民健康保險法施行細則修正草案」，請本會就重要政策議題研議並提供具體意見乙案，提請討論。

決議：

一、修正草案條文第 8 條本會建議意見所註，滕西華、蘇錦霞及干文男三位委員之建議理由第 3 點最後一句，「同時也形成實際居住日可以僅有五個月的現象。」刪除。

二、修正草案條文第 15 條第 1 項，建請行政院衛生署針對目前持義士證加保者進行查證，渠等若已同時具有榮民身分，則刪除該義士證之規定；如尚有規範之必要，建請

應對持義士證以第六類第一目身分加保者，增訂落日條款。

三、整理本次委員會議討論結果，陳報行政院衛生署核參，10月17日座談會紀錄有委員詳實意見，爰亦一併陳參。
(與會人員發言實錄詳附件5)

第2案

提案人：蘇委員錦霞、干委員文男、滕委員西華

案由：自91年健保全面實施各部門總額起，陸續皆有自外於部門總額點值計算之各項專案及試辦計畫，且金額日漸高漲，為利健保資源合理分配，建請中央健康保險局儘速向本會提出專案計畫之辦理與評估通則案，提請討論。

主席裁示：移下次委員會議討論。

肆、散會：中午12時17分

【附件 1】

報告第 2 案「本會委員會會議決議(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 6 頁，本次的重要業務報告有三項，第一項是上（第 196）次及其他各次委員會會議決議(定)事項之追蹤建議，共有 3 項，依照辦理情形，建議解除追蹤 2 項，繼續追蹤 1 項，最後結果將依委員議定事項辦理。以下向各位委員簡要報告：

(一) 請看議程資料第 7 頁的附表，第 1 項是今年 11 月份請健保局來本會報告，有關安眠藥使用規範之檢討情形，健保局會遵照辦理，本案建議繼續追蹤。

(二) 第 2 項衛生署交議的健保法施行細則修正草案先召開座談會案，本會已經在本（100）年 10 月 17 日召開座談會，也彙整委員意見於本次委員會會議討論案第 1 案討論，本項建議解除追蹤。

(三) 第 3 項是其他次委員會會議的部分，係有關二代健保 IC 卡規劃的專題報告，已經列入本次委員會會議第 5 案專題報告案，本案建議報告後解除追蹤。

二、議程資料第 6 頁第二項報告，是本會將於 11 月 7 日、8 日一天半的時間，前往健保局台北業務組、北區業務組，進行呆帳報列審議、藥事居家照護計畫、弱勢民眾安心就醫方案等 3 項主題的實地訪查，共有 16 位委員（含代理

人)及本會行政人員參加。

- 三、第三項報告是轉知健保局在 10 月 6 日修正發布「全民健康保險門診高利用保險對象指定院所就醫作業須知」相關規定，於 11 月 1 日生效，請委員參閱會議資料第 134 頁附錄 2。

劉主任委員見祥

- 一、再次感謝委員熱誠參加本會於 10 月 17 日召開之全民健康保險法施行細則修正草案座談會及提供寶貴意見；也感謝即將參與 11 月 7 日、8 日實地訪查的各位委員，其他的委員如有空，歡迎一起參加。
- 二、本案洽悉。

【附件 2】

報告第 3 案「100 年 9 月份全民健康保險業務執行報告」之與會人員發言實錄

(主席經徵得委員同意後，變更議程順序。本案於報告第 4、第 5 案及討論第 1 案處理完畢後再行報告，詳第 38、39 頁)

劉主任委員見祥

謝謝楊委員漢淥提供所撰「對藥價調整的看法」專文，相信會有助於相關議題之討論。(註：本專文刊載於醫院雙月刊，100 年 10 月 25 日第 44 卷第 5 期)

楊委員漢淥

一、「全民健康保險藥價基準」第一章總則第壹點，開宗明義的說，其係依據健保法第 51 條訂定，所以個人認為目前公告的藥價調整與健保法第 51 條所述藥價基準，應是同一件事。按照健保法第 51 條，有關藥價調整，健保局必須與保險醫事服務機構共同擬訂。中國時報 10 月 27 日 A8 版報載，健保局醫審及藥材組組長沈茂庭表示，已與藥界、醫界及消費者團體協商 6 次，未達共識。對此，提出下列 3 點建議意見，請健保局能具體說明：

- (一) 6 次協商過程，參與人員是誰？代表何機關？既沒共識，可稱「共同擬訂」嗎？希望能夠對外說明，或於下次會議報告。
- (二) 行政命令的公告需受行政程序法規範，藥價調整是法律授權下的行政作業，在做法上是否已符合行政程序法第 154 條的相關規定？
- (三) 藥價差是健保核價和醫院採購價，或藥商售價中間之差

距。藥品不是只有一個價格，還有上、下限，健保局是用平均值或上、下限？因其所造成之影響不同，希望能說明清楚。

- 二、另外，據報載沈組長說，藥價調整後健保局可幫民眾節省部分負擔 18 億元，這計算正確嗎？因若以藥品部分負擔最低的 10% 計算，即可節省藥品費用 180 億元；若以 20% 計算，則為 90 億元，二者差距甚大，其比例各占多少？應詳細計算並對外說明清楚。否則，僅籠統地說 18 億元是擾亂視聽，會讓人誤會，以為藥價差的黑洞很大。
- 三、健保局業務執行報告之第 87 頁所提本次調整重點 (4)，似乎只有藥商才能提出申請重核藥價，我認為不應該如此。因為藥價調整，藥商及醫院都會受到傷害，所以沒有理由，只有藥商可以申請。小型或偏遠地區的醫院，藥品進價較高，健保局卻用平均值認定有差價，造成其買不到藥，難道是鼓勵其換藥嗎？我相信主管機關一定不希望是這樣，醫院也不希望這樣，所以，核價時應要對各面向都做充分考量。
- 四、希望申復重新核價不要變成官方說法。首先，是否核准係掌握在健保局手上，何時核價又遙遙無期。這種情況下，期待醫師或醫院沒有動作，是不可能的事情。雖然好多本會委員提醒我，不要太期待在這裡（監理會）發言的效果，但我還是有些期待。所以對醫院、藥商提出申復之品項，應要有誠意檢討，並訂定核定之期限。
- 五、在作業過程中，是否有應協商、應辦理公聽會或預告而未辦理的情形？此案有急迫到需於上週五（10 月 21 日）半夜上網，然後公告 11 月 1 日實施？前後只有 10 天，且還

包含兩個週休例假日。醫院有準備的作業時間嗎？若之前的進價較高，該怎麼辦？後來，很感謝衛生署長官體諒實務上的困難，延後到 12 月 1 日實施。但整個作業過程，承辦人員是陷長官於不義，倉促實施，顯然並未遵守法制程序，讓大家緊張，浪費時間到衛生署抗議。健保局應該依法辦理，並做適當調整才對。

李委員蜀平

本人提出臨時動議，看到我們國家已經很多專業人才…。

劉主任委員見祥

臨時動議請按會議規範處理。

李委員蜀平

正好是一樣的藥價議題，建議合併。

劉主任委員見祥

請說出您的意見，若是臨時動議，需按會議程序進行。

李委員蜀平

一、感謝主席提醒，因為前天藥商八大公、協會聯絡我們藥師公會去抗爭，我表明自己是監理會委員，不能帶頭違法抗爭，但此問題要予正視，因為許多民眾已經無藥可用。前六次的藥價調整，造成約有 100 多種藥品、廠商撤出市場。六次藥價調整核刪約 550 億元，占目前藥品總額約 40%，如果第七次再藥價調降，結果必讓許多國內外的藥廠都退出台灣市場，如此要改善民眾用藥安全及提升醫療品質是很大的困難。若藥價調查是法定業務，大家可否討論有無更圓融、更有意義的方式來求兩全其美，因其目的

是要改善民眾健康。

- 二、週一又聽說會再抗爭，且將持續不斷，希望安定的台灣不要有這種事情發生。衛生署和健保局為了民眾健康，在醫療方面也付出很大的心力，這大家都看得到，因此在全世界，我們的健保可以說做得最好。但由於我國政治環境特殊，兩黨皆無法認同教育民眾自我照護，使許多民眾沒有使用者付費的觀念，更不敢因為提高民眾健保費，而勇敢告知。最後在經費上無法同步成長，只好實施總額制度。
- 三、若每兩年一次的藥價調查能改善醫療品質，那沒有問題，但現在已經產生抗爭，再不溝通，會越來越嚴重，請主席與健保局能夠體恤。另外，未退出的藥廠，可能因成本問題而去購買大陸與印度的原料，品質可能會差很多。懇請所有委員、健保局及衛生署能夠支持暫停第 7 次藥價調整，再思考看看。藥價調查的問題應根本解決，不要再以法律授權方式，因為 GWAP（同分類分組加權平均價格）並不合理，而且會讓藥價差在台灣變成國恥。此次抗爭的單位引述電影賽德克巴萊的話：如果文明是要我們卑躬屈膝，我就讓你們看見野蠻的驕傲。

滕委員西華

- 一、我們是站在消費者立場來看藥價調查，第一次辦理是在總額實施前，當時是因為健保開始出現虧損。我們是支持藥價調查的，因為希望能將價差不合理的藥品找出來，這是藥價調查的前提。但從第五次藥價調查之後，我們就不斷透過媒體，並向健保局表示，其方式與手段有問題。若目的只為省錢，其實不要做了，因為在總額制度下沒有省到錢，醫界要如何開藥？藥費要如何成長？對被保險人而言

無從影響。而且近年即便有藥價調查，藥費仍節節升高，健保局並未說明，藥價調查所節省的經費，對於新科技與藥品的增加，或民眾負擔的降低有多少幫助，因為民眾的負擔節節上升，所以我們支持藥價調查，但必須檢討其方式及手段。

二、二代健保修法時，我們是唯一對藥價調查方式提出建議者，首先，法源要清楚，所以應在該母法有相關規範；其次，不應亂查。Grouping（分類分組）與 R-Zone（合理藥價差區間）是重點，以群組分類允許價差，則分類基礎非常重要，用成分、藥理或療效，各將產生不同結果。今天最大的問題是未按實況進行調價，例如，若價差為 70% 與 20%，而 R-Zone 是 15% 的話，應是後者調 5%，前者調 55%；但目前卻是兩者相加除以 2，調 45% ($[70\%+20\%] \div 2 = 45\%$)，後者倒賠 25%，而前者還賺 25%。

三、哪些藥要查？歷年藥價調查，甚至對上市超過 15 年的還在查，要不要這麼辛苦，一萬多個品項都查？要不要有重點品項？二代健保修法通過的是逾專利期 5 年內的藥品，每年都查也沒關係，因為其利潤最大，黃體素就是一例，本來給付 100 多元，經幾次藥價調查，降到市場不賣，現在又加價，讓其回到市場，這不是拿石頭砸自己的腳嗎？沒有達到原先目的，而且影響市場流通，倒楣的卻是病人。不管是「醫院因為利潤導向，而採購價差大的產品」、「藥廠為提供大的價差，所以降低生產成本」、或「藥廠退出市場」，三者的結果，都是病人倒楣，再加上醫藥分業制度施行並不理想，一調藥價，民眾用藥就受影響。

- 四、醫院改變採購行為之後，病人就會受到醫師調整處方的影響，用藥也因此出現不同的情況，這都不是新聞。從第 5 次藥價調查開始，我們就一直呼籲，應重新邀請各界檢討藥價調查到底應如何做？而且要有前導性，如何能夠趨向二代健保規劃的藥價調查方式？第 7 次藥價調整確實有不同於以往 6 次 Grouping 與調降的方式，我覺得應該要檢討。另外，哪些藥不查，除了上市的年限，價格也應考量。藥費越查越高，整體藥費不但沒下降，還逐年上升。
- 五、健保局業務執行報告第 87 頁本次調整重點 (3)，也是 Grouping 的惡果，造成學名藥之價格高於原開發廠藥。我們支持用學名藥，又便宜又好，但藥價調整使得學名藥沒有更便宜，我們為何要用學名藥？用原廠藥就好。什麼 cGMP (藥品優良製造確效作業基準)、PIC/s (國際 GMP 標準) 都可以免了，因為學名藥比原廠藥還貴，全球都少有這種現象。這邊說已做調整，但我昨天上網查詢還有這種情形，健保局要不要再通查一次？這是絕對不能出現的，更不用說低劑量的藥比高劑量的藥還貴，這都是 Grouping 的結果，是很有問題的。在此呼籲，藥價調查應重新討論，並非重啟協商，而是這個方式難道還要繼續下去嗎？健保局很辛苦，花那麼多行政成本，又讓人嫌得要死、罵得要命。大家都不高興，顯然是出了問題。
- 六、健保局業務執行報告第 85 頁的門診高利用保險對象指定醫療院所就醫作業，係為落實全民健康保險醫療辦法第 42 條的規定，有無逾越母法第 31 條的授權？我很保留。二代健保是有對不當或濫用醫療資源的被保險人限制就醫，或是不給付的法律授權，但現行健保法是沒有的。所以，

8 位輔導成效不彰的高診次保險對象，限定其在 1 家或 4 家的醫療院所就醫，都只能是道德勸說。若其不按規定，就不予給付，事實上，是違反母法的授權，更不要說是簽意願書。假設在台北亂看病，然後搬到高雄，難道再重新簽 4 家院所嗎？對緊急的定義也會產生糾紛。針對這 8 個人，健保局是不是要以公告方式限定其就醫場所，若不從就不予給付，特別是不予給付這件事情，已限定其就醫，但若其跑出這幾家院所以外，還要不予給付，除增加病人與醫療院所的困擾（因為醫療院所不能拒絕病人）之外，還會衍生糾紛。所以，建議健保局審慎，二代健保才有這樣的條文，我個人反對這樣的措施，為了 8 個人冒法律過度授權的風險。

干委員文男

這次的藥價調整，站在消費者立場，我很多朋友都持肯定的態度。因為不這樣做，會一再有醫藥黑洞的說法。價差問題怎樣才合理？只有醫藥界知道。健保局調查藥價時還是要有所本，他們才不會亂來，用平均數是不對的。對於節省的藥費，消費者重視的是用到哪裡去。這次的調整，雖然藥界有抗議，但還可以承受，若是不行，可寄望下次調整時，逐項查核，調降公道的話，還是會有正義。對於健保局的辛苦，還是應予肯定。健保局也要讓社會知道，省下的藥費是用來增加新藥，否則，醫師都說好的藥品被健保局砍掉了，健保的藥不好。健保局有責任讓民眾及媒體清楚知道藥價調查對民眾的好處。

黃副局長三桂

謝謝各位委員的指正，健保局實施藥價調查是依據相關法令規定辦理，因為每個人的立場不一樣，會有不同的看法。事實

上，健保局為了要在 10 月 1 日公布藥價調整方案，今年年初，就已動員相當多人力、時間來做這件事，但因外界環境因素的諸多影響，致無法按照規定如期在 10 月 1 日公告實施。雖然各界的意見不同且不盡滿意，但健保局的同仁辛苦與努力，是值得肯定與支持。以下請本局同仁回應委員之垂詢，先請蔡組長說明門診高利用保險對象指定醫療院所就醫部分，接著由藥材小組說明藥價調整問題。

蔡組長淑鈴

- 一、有關指定就醫這部分，健保局目前是依據醫療辦法第 42 條規定辦理，在二代健保法也已寫入第 53 條第 1 項第 2 款。另外，審計部對於部分民眾過度使用醫療資源，特別是看病次數異常高者，希望健保局落實管理。在報告第 85 頁的「門診高利用保險對象輔導專案計畫」中，高利用者不是只有這 8 位，而是非常的多，我們先由每年看病 200 次以上的個案著手，接著再輔導每年看病 100 次以上的個案，耗費了很多的人力，也請醫院的醫師及社工人力一起協助、輔導。
- 二、本專案成效其實非常好，請參看第 85 頁第 3 點，99 年的高利用保險對象有 3 萬 3 千人，經過輔導，看病的次數都已減少，平均下降幅度達 15%，費用也下降 11%。但最後仍有 8 位保險對象輔導效果不彰，經審查醫師再次檢視就醫紀錄，發現其看病的異常確須以較嚴格之方式介入，才確定為指定就醫之個案。
- 三、在指定就醫時，均徵得其等同意，自行選定 4 家方便就醫的醫院。這些醫院的設施均非常完善，足以解決所發生問題，因此輔導其指定醫院就醫對病人其實是有益的，除非

另有所圖，若意圖藉由逛醫院取得其他利益，當然是大家都不樂見的。所以，本局係經過所有的程序，並徵得當事人同意選擇 4 家醫院看病後，才會在 IC 卡上予以註記。我們希望未來可由保險對象在 4 家醫院的就醫狀況，了解其真正的問題並加以解決。如果一段時間之後，指定就醫個案之就醫情形有改善，即會立刻恢復其自由選擇就醫的權益。

四、這是健保局落實醫療辦法第 42 條，也為未來二代健保法第 53 條預做準備的努力，讓民眾在指定就醫之後，真正改善其醫療問題，並讓其他非醫療問題所衍生的就醫次數也可因而減少。本計畫進行一段時間後，本局也會進行相關評估。

郭科長垂文

一、依據健保法第 51 條規定，藥價基準係保險人與保險醫事服務機構共同擬訂，並報署核定。在楊委員漢涑所提供的專文第 2 頁圖 1 中，相當清楚且完整地呈現藥價調查及核價的程序。健保局依據藥價基準完成藥品核價後，醫院會進行藥品採購及議價，如楊委員所述，因醫院規模不同，議價能力會有差異，因此，產生醫院實際採購價格及健保核價之間的差距，這就是藥價差的由來。所以，每隔一段時間，本局會依據藥價基準第 4 章的規定，辦理藥價調查，以了解每項健保藥品與市場價格的差異，再依據藥價基準進行藥價調整。

二、有關藥價調查，本局從過去到現在，都是按照同樣的行政慣例執行，也都辦理公告，今年是第 7 次藥價調整，原理原則也都一樣。就如楊委員所言，藥價調整對廠商有直接

衝擊，若未傾聽廠商的聲音，會產生供應問題。所以，我們也依照慣例，與藥商的八大公、協會進行數次協談，對其所提供意見，部分加以參採，未採行部分，也予以說明。今年從 7 月份開始，陸續辦理多次協商，立法院所舉行的幾次公聽會，我們也都有參加。

三、因為原提報方案內容係核定次月 1 日生效，所以，衛生署 10 月 21 日核定，本局 10 月 21 日公告，生效日期即為 11 月 1 日。感謝醫院協會很快回應表示，如此倉促將造成醫院作業不及，且民眾的部分負擔計算也有困難。所以，衛生署決定將此案延到 12 月 1 日生效，讓大家有較多緩衝的時間處理。

四、今年的調整參採了幾項重點，對於往年民眾所需的重要用藥，維持不予調降，甚至將部分已提升價格之藥品列入不調整品項。對於藥品最低價部分，也有消費者團體指出，點滴甚至比礦泉水還便宜，故這次在調整下限時，點滴、口服液劑或注射劑等，均設有價格下限。

五、委員所提用藥品質部分，最近衛生署正在推動 PIC/S GMP 的製程，廠商品質提升，對民眾用藥有保障，故方案中也規定符合製程者，經 TFDA（食品藥物管理局）認定，其價格可以相對保障。委員所提價格調整後發生不合理的情況，包括學名藥價高於原開發廠藥價與高低劑量價格差異的部分，在方案中也有加以考量。

六、有關外界訴求本次的藥價調整應暫停乙節，我們與醫界協商擬訂的藥價基準，係規定每 2 年調整 1 次，上次是 98 年 10 月，故這次應該是今年實施，但為了解藥界公、協會的困難，整個協商過程花了很長時間，所以，晚了 1 個

月，現並為應醫界之作業，已延到 12 月 1 日起施行。

黃副局長三桂

對於委員關心藥價調查的方式及手段，我們會再檢討改善。

楊委員漢淪

一、我所強調的不是反對藥價調整，而是要進行預告作業，以符合法定程序。現行健保制度下，醫院購藥價格有高有低，用平均值核定價格，當作藥價差，對於買低的沒有問題，但買高的必然利潤很少，甚至不敷成本。在這種情況下，當然就會有醫院買不到藥，或是換藥，我們不希望如此，但這是醫院不得不的選擇，大家雖然都會向病人充分說明，但事實上已對慢性病人造成困擾。所以，基本上我贊成若利潤確實低到某種程度，則不應調整，雖然目前是 15% 以上才調整，但並未考慮個別情形，這也是剛才干委員及滕委員一直強調的，用平均值的問題。事實上，個別醫院購買價就是不一樣，因為購買數量不同，所以，必須要考量小型或鄉下的醫院買不到藥的問題。

二、現在健保支付制度採總額預算制，有相當多的支付項目點值偏低，例如醫院醫師診察費，從 84 年健保開辦至今，總共才調了幾塊錢。醫院醫師的診察費是最低的，現在又要求醫院的急診及 ICU 必須增加人力。醫院必須要照顧重症病人是沒錯，但若支付標準不適度調整，難保醫院行為不會偏差。消費者代表所說的，我完全了解，確實在醫界有少數醫師、醫院或診所某些不正當行為，應該加以檢舉、給予適當處罰。我們要保護真正照顧病人的醫療機構，對於違法或不正當行為要監督處罰，健保局也有稽核

的權力，但在制度面，要讓醫院能生存下去，所以對調整藥價之結餘款，宜用以調整偏低之給付項目。

三、健保局應向社會說明，藥價調整所節省的錢，都用在哪些新藥？不過，除了增加新藥以外，因為老年人及慢性病人越來越多，也會增加藥費，所以，核定藥價是讓藥費成長減緩，但總藥費還是會每年成長。藥費占醫療費用 25% 左右，多年來沒有太大變動，這種現象不是台灣才有，日本也是這樣。

李委員蜀平

一、我最憂心的是，許多國內製藥必須面臨結束營業。政府正大力推動國內生技，是要讓台灣的製藥工業及生物科技，能在最短的時間在國際上發光發熱，創造屬於 MIT 的世界性藥品。如因藥價調查而沒有辦法達成，實在遺憾感覺健保局藥價調查，最重要的是經費不足，及醫院賺取太多藥價差。如果怕醫院大量賺取藥價差，最簡單的方法，就是全部藥廠都委託健保局出貨，健保局就可以控制價格。

二、20 年前當時若不是李國鼎先生強力推動台灣電子業，我們今天 IC 設計面板等…在世界上就不會這麼有名。如果今天國家沒有推動生物科技及製藥工業，未來一定會後悔，更會影響經濟，對國家的未來是很嚴重的傷害。剛才郭科長所說藥商協商，我大概都有參加，八大公、協會召開的會議，我也參加了。在藥師公會開會，八大公、協會都講得非常義正嚴辭、激動萬千，但到健保局就溫柔體貼、沈默寡言，因為有許多參與者是廠商所以不敢講話。因此給國會一個建議，以後立法委員的會議都在健保局開，國會就不會有爭議。還有就是協商時健保局讓大家充

分發言，而且稱讚各代表發言者，告知建議非常的好，健保局一定尊重，且開會討論一定有兩全其美的方法，但最後決定還是一樣，這是不對的。

三、向各位委員報告，所有藥價差的利潤都不是藥商或藥廠所賺，都是醫院賺取。我也問過大概 10 家不同類型的藥商，他們的結論是，不管健保局再怎麼砍價，最後還是會照原來的藥價差比例同等贈送，這樣的結果應該不是健保局或醫院想要的。如果要正本清源，完全解決這個問題，健保局出貨就好，違規被抓，就嚴厲懲罰。

四、懇請所有委員支持，台灣未來經濟成長真的是要靠生物科技及製藥工業。台灣藥廠從 GMP（藥品優良製造規範）、cGMP 到 PIC/s，PIC/s 每一個階段都要花很多錢，動輒上億，但結果因品質改變反而無法生存，這不是我們想看到的。所以懇請主席、衛生署、健保局及所有委員，應認真思考這個問題，以免傷害國家未來經濟及所有民眾利益。

何常務理事博基（李委員明濱代理人）

既然藥價調整已延到 12 月，站在西醫基層的立場，希望有緩衝期，建議公告後 3 個月實施。

劉主任委員見祥

一、藥價調查及調整非常複雜費時，而且要面對各界的疑慮，除了過程的辛苦，面臨的壓力也非常大，所以，對健保局的辛勞表示支持及肯定。

二、若經藥價調查發現價差過大，而不進行調整，恐怕消費者也不會同意。部分支付標準不敷成本的問題，不應與藥價調整混為一談。支付標準若有不合理的部分，可依一定的

程序建議調整至合理範圍，過高的部分，也應加以消除。

三、本（第 7）次的藥價調整，衛生署已核定公告，目前只是何時實施的問題。對於各位委員的意見，例如藥價調查方式，應全面或重點調查，以更有效率遏止不當價差等，會加以紀錄，送衛生署及健保局參考；至法定程序部分，經過幾次的調查及歷練，相信健保局會更審慎處理。此外，時代在變，法令也應與時俱進，做適當的檢討或修正。

干委員文男

支持何常務理事博基之建議，公告後 3 個月再執行。

劉主任委員見祥

這部分還是尊重署裡決定，何常務理事的發言也會紀錄，送衛生署及健保局參考。

報告第 4 案「民眾自費情形監控作業」專題報告之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

謝謝健保局蔡組長淑鈴詳細的報告，請問各位委員有無意見？

千委員文男

一、在民眾自費部分，若由老百姓自行監控的話，可以說百分之九十九沒有能力，需要由公權力來介入。因為資訊的不對等，老百姓沒有辦法完全都了解，換藥也好、換衛材也好，醫生若說不好，就否定了健保所提供的給付項目，若同意用自費項目，醫生說需要自費多少錢，民眾連選擇的餘地都沒有。原來置換關節要 2 萬 5 千元，醫生說的品項則要 5、6 萬元或 7、8 萬元，但是醫生能不能提供較便宜的，或是指出其功能優點在哪裡？在這個情況下，最要不得的是，造成老百姓認為，健保提供的給付項目是無效的。到底誰要來監控這個情形，地方衛生單位恐怕也沒有辦法。尤其在資訊不對等的情形下，如何讓老百姓知道，健保給付的是好、還是不好？醫生講的也不一定完全對，反而滋生更多問題。最新修正公布的健保法第 45 條有關自付差額的規定，若沒有設計監控的措施，以後自費部分，門會越開越大，民眾要向誰投訴？

二、個人並不反對新藥、新器材，但關鍵在於沒有收費標準，比如說，水刀手術到底要花多少錢？也沒有一個標準，收費明細所列的只一筆，即材料費須自費。健保局也好，衛生局也好，在每一樣新藥或新器材進來時，有沒有經過檢驗、測試，計算需要多少成本？如果完全自費，這部機器

能用多久，也要換算成本，估計將來收費是否合理。不是說自費，就能亂收費，還是要有個標準，將來健保局要列入給付時，也可以做為參考，如此，民眾才不會吃虧。為了這項自費的問題，我請教過很多人，據有人提供的訊息，水刀手術要收自費 8 萬元，後來講價變成 7 萬元，便宜了 1 萬元，結果收費明細只記載一筆材料費，沒有細項說明，是否真的需要那麼貴？這是令人疑惑的地方。

祝委員健芳

- 一、針對民眾自費部分，確實如同健保局的簡報，對民眾的宣導非常重要，也看到簡報第 22 頁有關宣導民眾自費項目的 3 張投影片，我關心的是要透過甚麼樣的管道來宣導，讓民眾充分了解。有沒有可能健保局要求各醫療院所運用播放衛教影片之方式，因為民眾在診間候診時都會看。以個人看婦科的經驗，已經躺在診療台了，院方才問是否要用拋棄式鴨嘴？我當時的疑問是，為何要使用拋棄式鴨嘴？醫生告訴我是因為較安全、乾淨，而且較不會痛。當時心中的陰影是，如果我拒絕的話，說不定就會變得很痛。所以，即使是一般民眾，當下也一定會說要使用。可是她卻說要自費，當然錢不是很多，可是感受上卻是不舒服的。
- 二、建議這些就醫的衛教宣導投影片，都應該透過民眾容易獲取的管道，來讓民眾知道，後續如果發生類似情形，就可以透過提供的申訴管道或平台來申訴，以有效約束醫療院所。
- 三、有一些醫生的確很不錯，最近我父親處理白內障的問題，我問父親，醫生有沒有特別行銷甚麼？他回答，醫生一直

說用健保給付的就很好了。確實有很多醫生是很專業的，也恪守相關原則，可是也的確有少部分不肖醫生。這部分，我想表達的是，應該讓民眾有充分知道相關訊息的管道。

蘇委員錦霞

- 一、我想課予民眾這麼重責任的情形下，大家都知道宣導是最好的，可是一般民眾若聽到說自費較好，而且金額不會差太多，就沒有辦法去選擇。縱然不是在診間告知，是事先告知的情形下，因為醫生不會比較分析自費項目與健保給付項目真正的差異在哪裡。醫生只會說：第一、品質較好；第二、比較不會痛；第三、較安全衛生，那麼使用健保給付的就不衛生安全了嗎？是否可讓醫療院所事先做出分析說明，其間的差異何在，讓消費者放心，多花這些錢是可以的，或讓民眾知道，根本不需要多花這些錢，就會有同樣的醫療品質。
- 二、像血管支架塗不塗藥，到底差異在哪裡？醫生都只籠統的說明，如使用年限較久，讓民眾聽了，覺得健保局是在苛刻對待消費者。對健保局而言，也不是一個很好的發展方向；對民眾而言，也不是一個很好的訊息，應該讓醫療院所更清楚的告訴消費者，自費項目到底與健保給付項目的差異在哪裡。甚至於健保局在這方面也可作說明，健保給付的品項已經很不錯，不需用自費的，或者是教導民眾如何判斷是否應該用自費的，讓消費者有辦法去判斷、選擇。

何常務理事博基（李委員明濱代理人）

- 一、醫師公會全聯會代表李委員明濱代理人說明一下，剛剛幾

位委員所講有關醫療院所自費拋棄式鴨嘴，其實屬健保給付項目，醫療院所絕對不能再收費，否則是違反健保法，衛生局也會處罰。按照各醫療院所醫生的解說，以及我本人來講，用健保給付的，就已經很好了。

- 二、關於自費部分，健保沒有給付的，當然會事先告知，而塗藥血管支架的使用，在醫療院所的真正情況，我們不是很清楚，但如果是非健保給付的，一定會事先告知。
- 三、要澄清拋棄式鴨嘴是不能收自費的，其費用已包括在醫師診察費裡面，當然可能以前有收費，但是現在健保局的規定，是不能再收自費的。
- 四、祝委員問及我們醫療院所在診間有無宣導文宣？這是有的，比如說，家庭醫師整合照護制度，都有刊載在我們出版的健康報裡頭，也會放在候診室的書櫃中，提供民眾自由閱覽。我們出版的健康報，也都會寄給會員。

吳委員淑瓊

- 一、對民眾教育宣導的部分，資訊不對等是一個要改善的議題，應該讓民眾了解他的權益到底在哪裡？健保給付的範圍合不合理？以及自費項目的相關情形等。所以，教育宣導資料的製作，就相當重要，應該針對問題去製作，簡報第 21 頁提及網站上有相關宣導的投影片，我上網看，發現網站上有六大項資訊，但卻不是站在民眾角度去寫的，比如說，最後一項預防保健項目中，所提供的是醫事服務機構辦理預防保健注意事項，其並非給民眾看的，而是給醫療院所參用的。所以教育宣導的資料，應該好好的製作，更重要的是，應該重視現況問題、問題的嚴重度等。

二、今天議程資料第 15 頁第 12 張投影片，自費申訴受理統計中，自 92 年至 99 年共有 9,936 件額外收費，711 件多收取部分負擔費用，可是沒有看到申訴後的結果統計，因為申訴不一定就表示有問題，而申訴的結果如何並不清楚，但是如果有了違規情形的統計，就可以據以進一步製作出清楚的宣導資料。在第 19 頁第 20 張投影片的違規醫療院所裁罰統計中，自立名目收費 58 件，未開立正式收據 267 件，好像問題不嚴重，是不是應該好好的去掌握問題所在的詳細內容，再針對這些內容，好好的製作教育宣導資料，去教育民眾。

盧委員瑞芬

- 一、自費問題應該從宏觀面與微觀面來看，剛剛的討論都是從微觀面的角度來看，贊同吳委員淑瓊的看法，資訊非常重要。資訊分兩類，一個是該不該付，一個是價格的差異。該不該付的部分，網站上的資料大都是條文式的，但資料內容應該是讓一般民眾都看得懂，條文式的資料對民眾而言，是有隔閡、差距的。剛才委員提到的醫療院所的行為反應，健保局很難去管制，因為是自由市場，所以，我覺得我們應提供民眾較多的資訊，充分利用語句的寫法是很重要的，可從使用者的角度來提供，強調資訊的重要。
- 二、在差額給付部分，健保局宜有較多管轄權，如果選擇差額負擔的話，這部分的資訊，健保局應有權要求醫療院所提供。今天是提供民眾多一些選擇權，讓民眾選擇是否負擔差額，如果這部分資訊能夠掌握的話，健保局就可以作分析。或者對自費的項目，在網站上公告合理的價格範圍，民眾自然有辦法比較，這就是所謂的價格差異資訊。

三、比較宏觀面的，應是長期觀察民眾自費的差額是否一直增加。健保局相關委託研究連續兩次流標，就我的記憶，健保小組似有委託紀駿輝老師進行相關研究，衛生署內部單位也有委託民眾自費的問卷調查，這些資訊應該都要分享出來，以利宏觀面的管理。

劉主任委員見祥

就上述委員的意見，請健保局簡要說明。

蔡組長淑鈴

一、事實上，自費問題就如幾位委員所述，相當複雜。從民眾申訴的內容，自費確實存在於醫療市場，而且民眾是資訊弱勢的一方，有很多疑問沒辦法得到解答。雖然過去針對申訴個案有做過處理，但我們也非常了解，未來申訴的人並非就沒有問題，這才是問題真正所在。所以，我們一向要求醫療院所落實提供服務三原則，就是資訊公開、事先告知、開立正式收費單據等。資訊公開原則已全面啟動，自費項目應公開在診間，或公開在院所網站上。事先告知，原則上若未做到，是會有一些罰則。開立正式收費單據，係結合醫療法施行細則來加以規範。但這樣還是沒有完全解決問題，民眾尚有剛剛委員所提出的問題。由於特殊材料爭議較大，明年會有新作法，即從自費材料這部分開始，將啟動所謂的負面表列方式。現在之所以有問題存在，就是沒有負面表列，只有正面表列，究竟哪些是健保不給付的資訊，不夠透明。這個部分是花了約一年時間與醫界討論，所得到的共識。負面表列有助於大家了解能收自費的項目有哪些，相關資訊整理出來後，會公告在網站上。

- 二、另一個作法是負面表列項目公告後，院所是可對之收自費的，但所收的金額也要向健保局申報，屆時就可了解各醫療院所收取同一自費項目的價格差異。雖然我們無權管制其收取的金額是否合理，但可整理價格資訊供消費者參考，以真正落實項目和價格的透明化。
- 三、有關事先告知，我們也協商至少要 2 天前告知，緊急的情形當然應除外，這部分也與消費者的代表達成共識，最主要的是，應給病患合理的時間。為落實事先告知，所以院所須請消費者寫同意書，同意書上面必須敘明收取自費的項目明細及代碼，如此，有助於消費者拿著同意書上健保局的網站查證。以上，是我們努力的方向，希望自費市場能有資訊透明的機制，讓消費者面對這些問題作決定時，能有足夠的參考資訊。
- 四、所謂宏觀面的了解，我們最近的委託計畫確實都沒順利委託出去，但就如盧委員瑞芬所言，紀駿輝老師有在進行相關研究計畫。最近我們也配合國衛院的住院病人的調查，加入一部分自費問項，期能於其中作自費情形的調查，也希望未來這個住院病人的調查成為制式的、例行的，如此，自費部分就能有較進一步及宏觀面的了解，自費情形是越來越惡化呢？還是有所改善了？
- 五、委員所提民眾宣導的部分，是我們永遠需要努力的。我們除配合二代健保法外，也透過很多管道進行宣導，但是 2 千 3 百多萬民眾不一定都知道。而且當資訊沒立即需要時，很容易被忘記，而在需要時，我們的宣導也許剛好與該主題無關。剛剛蘇委員、祝委員所提到的，是否請醫療院所在診間播放宣導資訊，我們可以協調院所將自費的資

訊，尤其是醫療院所提供服務三原則，在診間告訴大家。

六、干委員所提自費金額過高的情形，將來透過機制請醫療院所申報自費價格後，同一項目於不同院所的價格，就會出來。

七、盧委員提到差額負擔這部分是否會有所差別，隨著將來資訊透明，不管是差額負擔項目，或是全自費項目，都會列為我們的分析項目。價格資訊的評比、2 天前的告知、同意書上的明示，這些相關辦法本局已報衛生署，待奉核定後，就會啟動，剛剛委員所提的問題應會逐步解決。

黃副局長三桂

一、補充蔡組長的說明，有關蘇委員所提塗藥血管支架的問題，其實不一定新的東西就較好。就以支架來講，當初健保局所提供的，是經過心臟醫學會所認定最好的，後來才有所謂的塗藥血管支架出現，置放血管支架的病人中，大約有四成使用塗藥血管支架。但依最新的報告，經累積的資料發現，塗藥血管支架的效果不一定全然優於未塗藥的，甚至還可能有副作用。大概是宣導沒有很完整，否則健保局所提供的，不管是藥品或醫材，都是經過衛生署的認定，應該都是最有效的。

二、盧委員提到的差額負擔問題，早年在開始辦理的時候，我們比較沒有經驗。後來經同仁努力，例如，白內障手術置換人工水晶體時，有不同的價格，現在不管用多少價錢的人工水晶體，一定要求醫生，除訂出價格外，還要將價格資訊公布在醫療院所的網際網路、明顯易見之公告欄或相關科別診室門口，以供民眾查詢，並且要在手術前做充分告知。也就是我們會逐步朝向保護消費者權益的立場來努

力。

- 三、雖然自費項目並非健保給付，依醫療法施行細則規範，特約醫療院所仍應配合提供此自費部分的明細。除非完全未與健保局簽約，是否開立收據、明細由當地衛生主管機關管理外，否則，無論有無申報健保相關費用，還是要求院所提供健保給付與不給付之收據及明細。

戴局長桂英

- 一、干委員特別提出的水刀手術例子，聽起來其收費明細是記載材料費，可能是新醫療技術、新醫療器材或新藥品等幾個狀況，如果是屬健保尚未給付的項目，醫療院所向病人收取自費的部分，要加強對民眾說明。這是剛剛蔡組長所說明的，無論是健保不給付或部分給付的項目，將使用民眾的語言，讓民眾知道，如此，可以減少醫病間的互不信任。凡屬新的醫療科技、新的特材、新的藥品等部分，健保局會斟酌當年的財務狀況逐步在考量納入給付。
- 二、剛剛黃副局長也說明，不管是新藥、新特材、或新科技，如果衛生署沒有核准的，健保局是不會給付的。通常健保的給付會與衛生署有無核准扣連，例如，食品藥物管理局核准的，才會考量納入健保給付。當然干委員是考量新機器進來，有其購入成本及維護成本，再加上以後的使用率，應該合理的定價。當納入健保支付項目時，我們一定會在討論支付標準時，考慮這些因素的。現在如尚未納入健保給付屬於醫療服務的收費項目，依照醫療法規定，其收費標準是必須向衛生局報備的，而且也必須說明或標示於診間。
- 三、吳委員特別提出申訴統計表部分，申訴很多件，違規裁罰

卻只有幾件，到底違規處分的，真這麼少嗎？如蔡組長剛剛的說明，申訴數不代表所有被收自費者的數目，以祝委員所說的例子，應該是沒有申訴的。只是因為宣導不足，讓民眾感到困惑，以後於報告中呈現相關統計時，會多幾個狀況的分析來加強說明。

千委員文男

- 一、再請教一個問題，比如說新機器或新藥進來，一定要經過衛生署核可，所以應會評估其進口成本及以後的使用率，這關係到其使用一段時間後，可能納入健保給付。這個過程中，其成本的計算，應有人管理，而不是由醫療院所任意開價，再由健保局砍價後納入給付，然後才說都是健保局的功勞，這是不對的。應該在源頭就管控其合理的開價。我們不反對廠商進新器材、新藥，也不反對收自費，但是應該在進口審核時，作清楚的成本分析，使用 2、3 年後，效果不錯，納入健保給付時，才知道成本多少錢，不應該由其任意開價。
- 二、現在這些自費項目，健保局也管，衛生局也管，管到最後沒有人管，變成不告不理的情形，其間的公平性何在？消費者絕對是資訊上的弱勢，蘇委員、祝委員都是知識份子，但聽他們剛剛的意見，也是拿醫療院所沒辦法，一般民眾更是可想而知了。所以，衛生署也好，健保局也好，應該建立機制或設立單位，來收集健保給付單據及自費項目單據並作比較。查了幾位民眾的單據，其中自費水刀手術要價 7、8 萬元，單據上只列明材料費，而其應屬材料費嗎？都沒有列明清楚，這是不合理的。應該成本是多少，手術費又是多少等，都予合理列明。

劉主任委員見祥

- 一、謝謝各位委員的提問與健保局的答復。對於這個報告案還是肯定健保局的努力，的確不容易。民眾權益的維護，要靠宣導逐步完成，雖辛苦費時，但還是請健保局持續努力。
- 二、剛剛幾位委員所提出來的意見，對於現況問題是什麼，到底哪些項目被收取自費的情況最多，以及民眾經常碰到的問題，在資訊上宜以民眾看得懂、聽得懂、最容易懂及最方便取得的方向去製作資料及宣導。從剛剛委員的意見可以知道，甚至連知識份子都不知道拋棄式鴨嘴是不能收取費用的，這是其中的一個例子，顯然在醫療服務的專業與資訊不對等情況下，民眾相對是處於資訊比較弱勢的地位。但要作宣導不能光靠健保局，醫療專業團體不管是醫師公會、專科醫學會、醫院協會，應該都一起努力。當然應該收費的就收，不該收費的就不能收，必須說明清楚，並給收據。請大家一起努力！
- 三、蔡組長剛也說明了明年度健保局預訂執行的工作事項，如負面表列自費項目、2 天前事先告知及開立收據等，對民眾都相當有幫助，請大家除支持健保局的努力外，也給予鼓勵。如果還有其他高見，可隨時提供健保局參考。
- 四、本案委員意見送請健保局參考，餘洽悉。

報告第 5 案「健保 IC 卡改善計畫」專題報告之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

謝謝健保局張專門委員鈺旋詳細的報告，請問各位委員有無垂詢？

楊委員漢淥

- 一、健保 IC 卡已經用了好多年，原係規劃其取代紙卡後能增加功能，但現行發揮的功能有相當大的落差。記得當時李明亮署長在立法院宣示，健保 IC 卡上路以後，可以節省很多醫療費用，結果現在的功能與紙卡差不多。如果 IC 卡是用在身分辨認上，功能確實少了點，現在雖已努力改善，但尚不夠，希望能再多加一些功能。
- 二、健保局的報告提到不希望太多元功能，基本上是贊成的，因為如果將健保卡與身分證或其他功能混在一起，會變得相當複雜。不過，一代、二代改來改去，是否能發揮管控多重就醫、重複檢查、檢驗等之功能？因為這種功能不需要登錄很多資料。健保局也經常在發布，有人一年看了 1 千多次門診，很顯然的，他一天就看了 3、4 次病，這在健保卡上應該是可以看得出來的，所以就可利用來給病人做些輔導或幫忙。如果是照 CT，並不需把結果輸入健保卡，就可知道是否是重複檢查。若是所有用藥情形都要輸入，確實會占相當多空間，但這並不需要，只需知其是否為重複檢查就可以。目的預設清楚，則管控目的可達到的。
- 三、在器官捐贈事件發生時，我是贊成將愛滋病註記於 IC

卡，但討論了半天，認為事關重大，涉及病人隱私等問題。其實，現在對資訊隱私保護，是可做到相當限制的，不一定所有資料均要放在雲端。但在軟體功能上，應可作些規範與限制。

四、現要推行的改善計畫，後端資料的處理、系統開發的費用要多花 2 億元，請問現行讀卡機是否還可用，還是醫院要多花 2 億元以上經費重購？請說明清楚，否則以後又會有很多的抱怨。功能沒有增加多少，結果醫院卻增加許多負擔。醫院不是只有買 10 台或 20 台，而是每個診間、每個醫師都需要的，數量相當大，所以若會影響到，希望將此問題也考慮進去。

干委員文男

誠如楊委員所言，現行 IC 卡功能不彰，只從病歷也好、檢查也好、用藥也好，甚麼功能都沒有，只能解卡（鎖卡）而已。朱前總經理澤民在任的時候，我曾問他二代 IC 卡，要花多少經費？他說，如果改走雲端，50 億元就可以解決。那衛生署可以在立法院提預算追加案，50 億元是可以回本很多的，先不說重複用藥，光重複檢查浪費的成本，一年就不只 50 億元了。到現在卻還是原地踏步，都沒有進展。現在還有讀卡機跟不上主機速度的問題，這將來能怎麼辦呢？希望提出報告後，就應該做成決議澈底的改，以解決健保財務及資源的浪費問題，為甚麼不做呢？

李委員蜀平

十分佩服干委員，渠是非專業人員，卻能點出專業人員的痛處。我們參與藥師居家照護服務計畫，及社區藥局研討會，才發現 IC 卡如能把所有醫療用藥非常快速清楚的呈現出來，讓

我們了解處方藥品有無重複用藥及交互作用之情形，馬上可將資訊告知病人，或者是跟醫師溝通。希望在 IC 卡的改善計畫上，具有醫藥透明化的功能，讓我們可對病人做立即性的改善，最後的結果，一定會節省健保費用，讓用藥更安全，且能讓藥師知道重複用藥情形，避免藥品的交互作用。

戴局長桂英

請張專門委員鈺旋先回答；至於 IC 卡在醫療管理上的運用，請醫管組回答。

張專門委員鈺旋

楊委員關心醫院讀卡機的問題，希望能在 IC 卡改善計畫中一併考慮，在此向各位委員報告，IC 卡改善計畫確已將這部分考慮在內。目前舊有的讀卡機仍然可讀取新的 IC 卡，但讀卡機本身是個電子產品，因此有其合理使用年限，為避免超過合理使用年限造成讀卡機不穩定的狀況，請醫療院所仍需適時汰換讀卡機。

蔡組長淑鈴

一、大家都知道，現行 IC 卡存放的資料，除基本資料、6 次就醫紀錄、60 筆處方與重要檢查外，尚有部分行政管理功能，如器官捐贈、重大傷病註記等。目前大家會感覺好像沒有達到預先規劃的目標，主要原因在於我們存了這麼多資料。要產生節省效益，關鍵在於醫師能否經由查詢病人資料來減少不必要的檢查與用藥。目前這部分的效益沒有產生，據了解是讀取速度太慢，影響診間看診效率，這是醫師不願讀取病人珍貴資料的原因，導致重複用藥或重複檢查一再發生。當然，查詢速度太慢也許是個藉口。讀取 IC 卡資料的時間，約需 67-75 秒，但不同醫院或有不同的

感覺。在很忙碌的醫院，可能覺得所花時間是很多的，但在較不忙的醫院，應該有足夠時間來讀取資料，所以，可能還是有讀取速度以外的原因。IC 卡畢竟只是個載具，沒有辦法直接要求醫師不能開立甚麼樣的處方，所以在二代 IC 卡改善計畫中，針對大家公認較大的障礙，讀取速度的問題，做了一個思考，希望能趕上科技的進步，也希望能簡化這張 IC 卡的功能，讓讀取成為最方便的動作；至原規劃要減少浪費的這些機制，希望透過雲端查詢來增進速率。

二、剛有委員提到，未來卡片除認證之外，能否加些管理功能，譬如，次數的管控、利用率的管理等，詳細的醫療紀錄再改走雲端。此項建議，未來會在規劃欄位時思考，這部分可參看議程第 29 頁第 14 張投影片，有關個人基本資料、健保法定必要欄位等，究竟留甚麼樣的資料在卡片上，哪一部分的資料改走雲端處理，這些屆時都會審慎規劃。

三、李委員提到用藥的部分希望能登錄在 IC 卡，雖然現在 IC 卡改善計畫尚未進行，大家手上的還是舊卡，但在此要特別拜託李委員，藥師團體一直呼籲處方箋要釋出，但藥局並不太樂意把病人的用藥紀錄登錄在 IC 卡上，這才是現在民眾用藥部分沒有登錄在卡片上的原因。就是說，社區藥局希望處方箋釋出由其調劑，結果藥局不願意把病人的用藥紀錄登錄在 IC 卡上，造成病人就醫紀錄的空窗。醫療院所現在都有登錄了，登錄比率非常高，而且本局也在監控有無登錄。所以現在只差醫師願不願意花時間進去查詢，查詢之後，能不能因此改善對病人用藥及減少浪費、

減少檢查。這部分，我們需要更多的努力才可以做到。

李委員蜀平

要跟蔡組長澄清，因為藥師接到處方箋之後，沒有辦法透過網路彙整，而需要重新鍵入處方箋之藥品，這大概需要花 3 至 8 的分鐘時間。所以，建議登錄資料可立刻連上網路且透明化，最好是按鈕式 Key in，如此藥師調劑方便，健保局又很清楚，假設有沒照處方箋調劑是一定要嚴查。藥師有其每天合理的調劑量，如果每張處方箋都需以 3 至 8 分鐘的時間 Key 入，可能會造成上傳處方箋的速率降低。如果能夠很明確，一登錄能夠馬上連上網路，只要看到這張處方箋就開始調劑，絕對可以改善的。我們也會強烈要求所有社區藥局一定要配合健保局的政策，也請健保局的改善計畫納入考量。

劉主任委員見祥

這個報告越來越完整，但是跟委員的期待還是有差距。IC 卡的功能要發揮，即使是現階段，光靠健保局還是不夠，我們醫療團體鍵入醫療紀錄以後，譬如說，6 次診療紀錄，如果下一個看診的醫師不看前面的醫療紀錄，鍵下去等於白鍵。當然醫師在利用上，是否便捷也很重要。很期待 IC 卡功能能發揮出來，但在過程中，專業團體與健保局都要一起努力。

楊委員漢淙

即使沒有改成新的 IC 卡，也未必不能利用 IC 卡來管控醫療浪費。尤其在醫院，應該只有一些重點，例如，電腦斷層攝影可以是管理的重點，那就設個專區把照射日期及部位資料鍵入；再者，現在醫療院所看病，一定要將健保卡插進讀卡機，而醫師須注意的應是過敏藥物，所以，這也是個管理重點。另一個思考的重點是費用較高或易造成浪費的項目，如 CT、MRI 現在

都數位化了，衛生署刻正推動電子病歷，交換資訊並不困難，因為並非透過健保 IC 卡交換，而是透過網路去交換。在台灣，電子病歷依我的經驗，不能夠以一長串的资料去交換，否則可能連 6、70 分鐘都交換不完。所以，如果病人前天已照 CT，昨天也照 CT，還要照第 3 次嗎？只要把這些片子調出來看，如果照得品質太差，健保局就應介入輔導和糾正。

戴局長桂英

楊委員意見非常好，原來健保局對於 IC 卡上的資訊，尚未規定醫院一定要去讀，這樣做必須訂定較規範性的要求。假設未來我們可以選擇重點，不要多，就是 CT、MRI、正子造影等這 3 項，醫院一定要去讀，然後研商訂定合理的規範。卡片只是個工具，要怎麼要求，必須有個規範，本局可朝此方向去研商討論。

劉主任委員見祥

楊委員的意見也請健保局一併研議。

楊委員漢淙

主席我想程序上發言，有關健保局尚未進行的業務執行報告中列有第 7 次藥價調查之後續藥價調整情形，其為最新的問題，也是大家很關注的焦點。請主席同意針對此部分開放表示意見，因為健保局的資料很慢才發送，相信會有委員現在才看到資料。

劉主任委員見祥

不是不報告，而是會議開始時已徵得委員同意討論案先討論，再回過頭來報告。

楊委員漢淙

因為等討論案處理完，已經沒有時間了。

劉主任委員見祥

- 一、請教各位委員的意見，討論案與楊委員所提重點，何者要先進行？由於健保法施行細則修正草案已在10月17日召開座談會，委員已充分討論過，所以本案應可先行處理。
- 二、徵得委員同意採取折衷方式，討論案第1案討論完，再就楊委員所提意見對健保局業務執行報告有關藥價調整部分交換意見，然後再進行討論案第2案。

【附件 5】

討論第 1 案「行政院衛生署交議『全民健康保險法施行細則修正草案』，請本會就重要政策議題研議並提供具體意見乙案」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

10 月 17 日座談會計有 23 位委員或代理人出席，以逐條方式充分討論修法草案，委員意見及發言詳實地呈現於第 138 頁至第 184 頁之紀錄中。針對提案及建議條文對照表，各位委員有無其他意見。

滕委員西華

因為衛生署代表在當日已充分說明，請刪除第 39 頁第 8 條本會建議意見所註理由 3. 最後一句「同時也形成實際居住日可以僅有五個月的現象。」

劉主任委員見祥

刪除「同時也形成實際居住日可以僅有五個月的現象。」

干委員文男

第 41 頁第 15 條之義士證，不知衛生署詢問退輔會的結果如何？

洪組長碧蘭

當時是請健保局進行後續有關義士證現況的了解，請健保局說明相關狀況。

鄧組長世輝

經洽退輔會，目前有義士證者約為 2 千多人。

干委員文男

往後還會有持該證的人士？

鄧組長世輝

需洽退輔會確定。

劉主任委員見祥

請問各位委員，要用提醒或刪除？若是提醒，則請衛生署再與退輔會確認。

洪組長碧蘭

會後我們做詳細確認，再一併考量。

干委員文男

建議刪除，因最後條文內容仍由署決定。

呂委員明泰

施行細則是執行面的依據，若現在還有義士證，將其刪除，這些人怎麼辦？建議必須查明清楚。

鄧組長世輝

若是榮民，會有身分證及榮民證。義士證及榮民證的關係為何？我們不清楚。但是現在還有這一類早期來臺的人員，故建議文字保留，再與退輔會確認。若逕行刪除，將來這些人應有的權益無法獲得保障，這樣也不好。

劉主任委員見祥

若現有 2 千多人以此身分加保，又無其他身分，刪除後，可能執行面會有問題。是否採備註方式，建議衛生署查證是否繼續適用，若不適用，則予刪除？

洪組長碧蘭

健保局剛才報告目前還有 2 千多人，是否已全數歸化，需再進

一步確認。所以，希望貴會建議本署再做確認，若確無保留必要，再做刪除。

楊委員漢淙

既然是大家花了好多開會時間所做的決議，在條文上即應呈現。

劉主任委員見祥

座談會當天的結論及干委員的意見，是請健保局再做查證。請健保局說明相關查證情形。

鄧組長世輝

退輔會輔導兩類人士，一類持榮民證，一類持義士證，渠等是以過去存在並保留的身分接受輔導，目前是否已取得我國國民及榮民身分，需再查證。

劉主任委員見祥

關於身分的確認，權責在退輔會。是否將干委員意見列入對照表的備註，提醒主管機關注意？

干委員文男

為此問題，我走訪了 3 處榮民之家及黃復興黨部。他們說，過去持有義士證者，均已歸化為榮民及國民身分。健保法並無義士，若施行細則將其加入，是否準備將來接受反共救國軍及其眷屬來台？所以，我主張刪除。

劉主任委員見祥

干委員表達得非常清楚，各位委員意見如何？是否直接將義士證刪除？惟呂委員主張，施行細則是補充母法於作業面的規範，所以，只要不違背母法的精神，也不違法。干委員是希望往前看，以後不應有義士名稱出現。還是徵求委員意見，是刪

除，由衛生署自行處理？或是維持，將委員意見清楚呈現。

滕委員西華

- 一、健保局查證不是很清楚，所以今天也沒辦法做出決定。我們上次是提出義士人數是否有再新增。原本 2 千多位持有義士證者，若已同時拿到榮民證，就應以現行健保法第 8 條第 6 款第 1 目納保。特別列入施行細則，是因為退輔會要補助其保費。
- 二、建議這樣處理：假如沒有新增者，而且這批人同時擁有榮民證，則建議刪除。不然，應該要有落日條文，才不會繼續新增。這是我對條文的修正建議，可兼顧干委員的意見，又可保留將來這些人以義士證身分納保時，退輔會才有名目可以補助。

劉主任委員見祥

- 一、建議衛生署查證目前以義士證加保者，是否均同時具有榮民身分？若是，建議刪除義士證；若否，針對義士證之取得，加上落日條款。
- 二、若無其他意見，按照座談會意見修正，並加上干委員及滕委員意見整理後，寫入建議條文。