

全民健康保險監理委員會
第 191 次會議紀錄

中華民國 100 年 4 月 29 日

全民健康保險監理委員會第 191 次會議紀錄

時間：中華民國 100 年 4 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

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

游董事開雄(代)

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

賴委員永吉

郭委員志龍

李委員明濱

施理事肇榮(代)

李委員蜀平

廖委員敏熒

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

請假委員：

吳委員淑瓊

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

梁組長淑政

林執行秘書宜靜

戴局長桂英

黃副局長三桂

蔡組長淑鈴

李組長少珍

鄧組長世輝

林專門委員阿明

周專門委員士恒

李專門委員純馥

張專門委員鈺旋

王科長本仁

黃科長莉瑩

劉視察林義

柯副主任委員桂女

楊主任秘書慧芬

本會

吳組長秀玲

魏專門委員璽倫

主席：劉主任委員見祥

紀錄：葉肖梅、林梅玉

壹、主席致詞：

署長、各位委員，以及參與會議的同仁們，大家早：

署長自今年 2 月 9 日上任後，始終記掛健保與各位委員。前兩次所排來會行程，都因與立法院與行政院要公而臨時無法成行。署長今天的行程依然很滿，但他認為本次已是到任後的第三次委員會議，無論如何一定要來向各位委員致意。

邱署長在衛生醫療方面的貢獻，大家都很清楚，例如醫院評鑑之改革，就是署長在民間時參與策劃及帶動的，其對本署提升醫療品質、促進民眾健康及健全醫療體系等，都相當有幫助。署長能撥冗前來，是我們的榮幸，請以熱烈掌聲歡迎署長講幾句共勉的話。

貳、署長致詞：

劉主任委員、柯副主任委員、戴局長，以及各位敬愛的委員，大家好：

在座都是健保與醫療界的熟朋友，本想與大家打個招呼就好，但主任委員盛情希望我能與各位談談話。

到任後正值立法院會期，時間被綁住，很少能有空坐下來思考事情，像昨天在立法院就剛審議通過衛生福利部組織法，接下來一週，又有許多相關衛生法案待審。今天好不容易擠出時間來向大家致謝，各位對衛生署的貢獻有目共睹。衛生署業務原已極為繁忙，未來，衛生署加上內政部移過來

之社會福利業務，更千頭萬緒，慶幸健保業務因有您們的參與，而得以穩定運作，謹代表衛生署再次向各位致謝！

(註：邱署長今天早上 8 點 50 分即抵達會場，在門口迎接陸續到來的委員，並向渠等致意)

參、報告案

第 1 案

案由：確認本會上(第 190)次委員會議紀錄，請 鑒察。

決定：確定。

(與會人員發言實錄詳附件 1)

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：

一、對衛生署原預訂本(100)年 5 月 27 日本會第 192 次委員會議時，派員來會介紹長期照護服務法(草案)乙節，將配合立法院審議情形，另行安排合宜時間來會說明，並會將草案先提供委員參考。

二、餘洽悉。

(與會人員發言實錄詳附件 2)

第 3 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「100 年 3 月份全民健康保險業務執行報告」，請 鑒察。

主席裁示：請委員自行參閱。

第 4 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「DRGs 支付制度實施一年之整體成效」專題報告，請 鑒

察。

決定：

- 一、委員意見送請健保局參考。
- 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：「健保財務制度及歷年收支情形」專題報告，請 鑒察。

決定：洽悉。

(與會人員發言實錄詳附件 4)

第 6 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「全民健康保險業務執行報告之表達及應用-承保及財務報表」專題報告，請 鑒察。

主席裁示：移下次委員會議報告。

第 7 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「全民健康保險業務執行報告之表達及應用-醫療給付報表」專題報告，請 鑒察。

主席裁示：移下次委員會議報告。

肆、討論案

第 1 案

提案單位：本會財務監理組

案由：本會審議全民健康保險 99 年度決算案，提請 討論。

決議：

- 一、議程所列審議意見共十一項，其中第四項綜合委員意見酌修後送請各委員確認，餘照案通過。
- 二、經委員確認及委員會議通過之各項審議意見，函陳行政院衛生署鑒察，並請健保局辦理。
(與會人員發言實錄詳附件 5)

第 2 案

提案人：李委員蜀平

案由：請健保局依現行健保法第 49 條規定設定藥事人員服務費及藥品費之獨立總額，以確保民眾安全用藥權益案，提請討論。

決議：

- 一、關於提高藥事服務費及採固定點值乙節，支付標準的調整有其既定協議及核定程序，本提案及委員意見送請健保局參考。
- 二、對全民健保法第 49 條第 3 項有關門診醫療給付費用總額，得依藥事人員藥事服務及藥品費用設定分配比例之施行乙節，送請行政院衛生署核參。

(與會人員發言實錄詳附件 6)

伍、散會：中午 12 時 15 分

【附件 1】

報告第 1 案「確認本會上(第 190)次委員會議紀錄」之與會人員發言實錄

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

有關報告案第二案決定事項第二點「協調衛生署護理及健康照護處於長期照護服務法草案送立法院審議後，到會說明法案規劃內容。」乙節，長期照護服務法現在已送立法院一讀，本人提出慎重的說明，該法案立法精神非常好，一開始有邀請專家學者和醫療實務界參與，但法案研修進行到最後三分之一的階段，卻沒有再邀請相關團體參與討論，僅由衛生署少數幾個人處理，這樣的法案是否符合老百姓之需求，希望主席能留意。

劉主任委員見祥

- 一、我們現在處理的是上次委員會議紀錄之確認部分，委員若沒有相關意見，上次委員會議紀錄就先行確認。
- 二、至於剛剛謝委員所提的部分，因本會的決定，是必要時可邀請衛生署護理及健康照護處到會說明。由於長期照護服務法，非屬健保監理會審議之職掌，且法案已送至立法院，民間相關團體若有意見均可至立法院陳述，相信立法院的處理會非常審慎。至於衛生署來本會說明之時間，看各位委員覺得何時較為恰當，本會可以再安排。

滕委員西華

衛生署回復預定於 5 月 27 日來監理會報告該項法案，個人建議可以等到立法院休會時再至本會報告。由於 5 月 27 日立法院尚未休會，不但無法確定立法院審查的結果，我們也無法有效回應，立法院休會後，再來監理會報告較好，不管法案

有沒有通過，至少審查已告一段落，衛生署也較方便回應說明，且又有審查意見可供參考。

劉主任委員見祥

只要委員認為什麼時機比較恰當，本會幕僚就協調衛生署到會說明。滕委員講的非常有道理，七月再邀請衛生署來應比較好，否則立法院連一讀都還沒有進行，不但報告的內容有限，也無法得知其他相關團體的意見。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

建議該法案之草案，先送委員參閱。

劉主任委員見祥

應該沒問題，這是送立法院之版本，應該是可公開之資料，同意先將草案提供委員參考。

干委員文男

時間點提早一個月比較好，目前在立法院的時程，應是大體討論，有部分立法委員都還沒拿到法案(草案)內容。立法院 6 月 15 日休會，建議可於本會 6 月底的委員會報告，最好不要延到 7 月。

劉主任委員見祥

不知立法院是否延會？有時有重要議案會延會至七月初，這部分請考量立法院審議長期照護服務法的時間，並由幕僚徵詢委員意見後，適時邀請衛生署派員到會說明。

【附件 2】

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

請委員翻開議程第 7 頁，本次重要事項有 4 項，其中一項列於補充資料中，以下向各位委員簡要報告：

一、第 1 項是上次及其他各次委員會會議決議(定)事項之辦理情形，解除追蹤有 5 項，繼續追蹤有 4 項。請看第 8 頁的附表 1：

(一)前 3 項追蹤案還在持續辦理中，所以繼續追蹤，至於協調衛生署護理及健康照護處到會說明長期照護服務法服務草案規劃內容乙節，本會將再和衛生署協調。

(二)第 4 項是委員對於論人計酬試辦計畫之意見，健保局表示目前該案已進入評選中，預定 100 年 5 月 15 日前公布試辦的團隊，並於 100 年 7 月 1 日起開始執行，建議解除追蹤。

(三)第 5 項有關政府欠費部分，尤其需預防新增欠費之發生乙節，健保局已依還款計畫持續催討，並請主計處協助管控各級政府有關健保費補助款繳納情形，其中 100 年 1 月至 2 月新增改制直轄市政府包括新北市、臺中市、臺南市及桃園縣等並無新增欠費。另未來全民健保法修正施行後，政府應負擔之健保費補助款均由中央政府支應，可一勞永逸解決地方政府新增健保費補助款欠費之爭議，本案建議解除追蹤。

(四)其他各次委員會議追蹤案辦理情形，均已列入本月委員會議健保局之專題報告及業務執行報告中，爰報告後解除追蹤。

二、請再翻回第 7 頁，說明第 2 項及第 3 項是行政院衛生署及健保局所提供相關修正法規，於本年 3 月份公告或函送本會供參資料，請委員自行參閱附錄。

三、至於所提供之書面補充資料第 1 頁第 4 項之報告，係針對部分委員反應「應提升議事效率」事項，經徵詢彙整所有委員之意見整理 6 大項，主要重點是：會議時間以 3 小時為原則，主席於會議一開始先說明會議結束時間及每項議案預定時間；於多數委員無異議之前提下，可彈性調整議案進行順序，例如先進行討論案，再進行報告案。每次發言以 3 分鐘為原則；對同一議題，尚未發言之委員可優先發言。幕僚人員應確實計時及按鈴，各項報告及答詢應力求簡明，其他部分請委員自行參閱，以上是今天的重要業務報告。

劉主任委員見祥

一、補充資料第 1 頁所呈現的是，本會幕僚針對委員在本屆第一次委員會議後，逐一徵詢委員於增進會議效率之看法，並予以綜整之有關意見，不知各位委員是否認同大多數委員的意見？

二、該增進委員會議議事效率之意見有 6 點，尤其是第 2 點，委員發言時間由原來 5 分鐘精簡為 3 分鐘，最多延長 1 分鐘。委員未講完的部分，若會議時間足夠，可讓所有委員發言，若時間不夠，則以書面方式呈現列入會議紀錄，不知委員有無意見？也請委員可慢慢朝這方向來努力。所幸

目前會議紀錄，係以實錄方式呈現，重要事項之報告及所有會議紀錄都會列入紀錄，並且上網讓大家知道。

三、各位委員對剛才的報告無意見，本報告案洽悉。

【附件 3】

報告第 4 案「DRGs 支付制度實施一年之整體成效」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，請問各位委員有何意見？

盧委員美秀

補充資料第 7 頁，診斷關聯群(Diagnosis Related Groups；簡稱 DRGs)排除個案包括使用葉克膜(簡稱 ECMO)之案件，上次參加第三波健保改革研討會中，有位醫療專家指出，依據臨床統計，使用 ECMO 之成功率低於 20%，此種無效醫療若列為排除個案，是否會有鼓勵醫療機構使用的效應？

何常務理事語(陳委員武雄代理人)

- 一、報告中談到 DRGs 實施後，住院日雖縮短，但住院率提高，3 日內再急診率、14 日內再住院率等均提高，請問健保局有無解決這個現象的對策？
- 二、以上現象，是不是因為實施總額後，上有政策下有對策，所造成品質不良的結果，可能損害病人的權益，健保局應進一步瞭解其原因。

滕委員西華

- 一、有些地方不太懂，想先請教健保局。乳癌試辦計畫之為 DRGs 排除個案，但其原位癌切除術卻未排除，原因為何？我們都知道癌症費用與年齡和併發症有關，現在又同意化療及放療可以核實申報，不知是什麼理由，請健保局再多一點說明。

- 二、其次，主要疾病診斷類別(Major Diagnostic Categories；簡稱 MDC)的費用變化不大，僅因醫療利用率沒有下降，就認為 DRGs 實施成效好或解釋為病人權益沒有受損，健保局的推論似乎下的太快，實際上，我們是希望能合理運用醫療資源。在實際醫療點數與件數別上升方面，以地區醫院為例，可能不單純是基本診療之支付標準調整的問題。因 DRGs 為包裹式給付，大多落於上下限臨界點中間，與上限臨界點並沒有太大差距，是否影響利用率，仍有待進一步觀察。
- 三、DRGs 實施後，各層級醫院 CMI 值均呈上升趨勢，有些層級醫院上升的幅度還不小，究竟是因為疾病別？還是醫院可能因 DRGs 在包裹式給付下，為使醫療費用點數上升，較傾向提高 CMI 值。健保局可進一步去瞭解。
- 四、補充資料第 4 頁第 22 張投影片，住院前後一週平均門診醫療點數，只計算檢驗及檢查費用，不列計藥費。其實藥費很重要，可能會產生排擠現象，降低醫院的利潤。建議健保局應製作兩張表，分別計算，以區分有無藥費的影響資料。
- 五、新生兒部分，雖考慮 18 歲以下可以核實支付，但我們不要和小朋友計較。目前國內 2 歲以下兒童，甚至 6 歲以下兒童有新生兒先天性疾病的已很少，只有幾百個，也因為出生率愈來愈少，希望出生時不健康的孩子，可以在醫院不計較費用的情況下接受治療。建議健保局應考量 6 歲以下有先天疾病的孩子，能延後實施 DRGs，待我們 DRGs 的經驗比較豐富完整之後，再行實施。
- 六、有關自費移轉部分，請健保局在 DRGs 制度下，調查醫院

對於使用差額負擔(如骨科特材或人工支架等)之品項，有無任意增加自費的情形。

劉主任委員見祥

三位委員的詢問，請健保局先回答。

李專門委員純馥

- 一、謝謝委員的指教，葉克膜會排除，是應醫院之訴求，希望緊急時可以使用。從健保資料之分析，醫院並非一定賠錢，所以排除的目的在於保障重症病患，而且我們持續監測及分析顯示，葉克膜的使用量並未增加很多。
- 二、有關 3 日內再急診率及 14 日再住院率的指標均提高之對策，係對該兩項監測指標的個案，採取全面審查，甚至將病患在之前其他醫院相同 DRGs 案件，一起併案審查，以減少其影響。在加強審查之後，第 4 季的比率已下降許多，因此，透過努力是可以改善前述情形的。
- 三、委員提及為何將乳癌的原位癌納入 DRGs，我們請教專家，其實原位癌個案與非癌症的良性腫瘤，照護流程相同，並未耗用較多資源，且原來即採論病例計酬 (Case Payment)，故導入 DRGs 後，就出現化、放療藥品等治療的問題，所以將之排除，使其可以論量核實申報。我們會持續觀察其對民眾之影響，並適時校正支付標準。
- 四、我們確實不能因利用率沒有下降，就立刻推論其成效，但支付標準調整會影響醫療點數，也是不爭的事實。
- 五、CMI 值改變，並非肇因於單件費用的改變，而是看其落在那個 DRGs 所帶來的改變。DRGs 各有不同權重，以其權重計算其 CMI 值，若有有合併、併發症，CMI 值會增加，且

隨個數增加，整體權重架構會改變並有成長。超過極端值 (outlier) 的部分還是以原來權重計算，並不會算入其貢獻度，即是不希望醫院操弄，讓他們都跑到 outlier，而提高 CMI 值。

- 六、謝謝滕委員建議藥費應另外拉出來看，嗣後我們會修正報表，儘量產製兩種不同報表來進行分析。
- 七、至於罹患先天性疾病的 18 歲以下兒童或 6 歲以下兒童應排除或延後實施 DRGs 乙節，兒童部分我們在 DRGs 未導入前，已於總額預算中爭取 15% 成長率。DRGs 導入有許多加成，給付反較論量計酬高，若未導入反而有不利影響。先天性疾病比較複雜，可能落入 outlier 方式申報，我們會適度的校正其支付；另，也有醫界代表希望全部排除，我們會持續與醫界溝通。
- 八、對骨科特材及人工支架部分，應監控差額負擔的意見非常好，我們會將其納入未來自費監控項目之一。

戴局長桂英

滕委員關心 6 歲以下先天性疾病兒童 DRGs 支付方式，未來再度與醫界協談 DRGs 制度時，會慎重考量。

郭委員志龍

- 一、有關 DRGs 支付的報告我們予以肯定。
- 二、由於在公會服務，所以平時常有機會到醫院去慰問病患，但往往會碰到一個問題，亦即，健保是否有規定病患最多可以住院幾天，這不論是 DRGs 或非 DRGs 病患，或則進入一般或加護病房，都會面臨的問題，這牽涉健保給付，請健保局說明一下。

干委員文男

議程第 31 頁，14 日內再住院合計件數雖不多，但較前一年同期成長 12%，是否表示有病人尚未痊癒即被醫院趕出的現象，這問題相當嚴重，請健保局解釋一下。

盧委員瑞芬

- 一、第 32 頁第 38 張投影片，CMI 值成長率可能有二個原因，一為編碼高報(Upcoding)，二為轉診(Referral)，例如醫學中心 CMI 值成長率增加最多，是否因為病情較嚴重的病人都被轉至醫學中心，請分析各層級醫院的案件中，多少比例為轉診的個案。
- 二、有關醫院對 DRGs 案例的住院日規範，應多是醫院配套執行臨床路徑 (Clinical Pathway)的關係，雖非健保的範疇，但可提升醫院內部效率，不知健保局是否知道多少醫院執行臨床路徑 (Clinical Pathway)？
- 三、有些圖表未註明單位，如第 19 頁第 11 張投影片，請稍微注意並補齊。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

- 一、對於 DRGs 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案(簡稱 add-on 方案)，高科技特材以百分比來計算，不知道醫院是否會虧本，希望健保局能幫忙解釋、分析一下。
- 二、DRGs 支付制度是於葉金川署長任內開始推動，剛開始是先以論病例計酬(Case Payment)個案導入。是否全國醫療院所都執行 DRGs 支付制度或是一國兩制，應有統一的標準才對。

李專門委員純馥

- 一、事先聲明，DRGs 並未規定住院天數。醫院為提升管理效率，會有住院天數的管控，但每個病患的病情不相同，網路上的 DRGs 幾何平均住院天數，僅供醫院參考。有些複雜的個案需要多住幾天，但有些簡單的個案可以較早出院，我們建議病患需與主治醫師相互溝通。有許多醫療糾紛多是因溝通不清楚造成，我們重申健保並未規定住院天數，但不代表病人可無限期住院。
- 二、干委員提到個案被轉出院的問題，我們對於轉出院個案或重覆收案者，會調出該病人的病歷來檢視。其實轉出的情形並不嚴重，地區醫院轉出個案雖較高，但多屬疾病嚴重度較高者，須往上一層級醫院轉診，因此，地區醫院的轉出應屬合理。
- 三、盧委員提到醫學中心是否是因接受轉診的因素，致使 CMI 值增高最多，目前的監控系統尚無法看出，我們會去做歸戶分析，並回饋給醫院。其實醫學中心並未太嚴重，反而是區域醫院較嚴重。
- 四、臨床路徑 (Clinical Pathway) 並未做整體調查，所以無法回答盧委員。謝謝委員提醒有些圖表未註明單位，我們會更正。
- 五、今年 2 月才開始實施 add-on 方案，我們會嚴格監控，注意醫院是否有虧本的情形。方案內容隱含新醫療科技可能會縮短照護天數或手術時間，至於整體費用是否會超過定額，需要再去監控。
- 六、本局有依葉署長所提的是論病例計酬個案全導入 DRGs 支付制度，除了少數論病例計酬項目以 DRGs 分類後，其

DRGs 內容像垃圾筒般含括大量其他非論病例計酬之個案，例如輸卵管外孕手術，才暫時不導入，其 DRGs 權重落入較為複雜的分類，若此階段導入對醫院的衝擊太大，並非不遵守葉署長的指示。

七、在此補充 DRGs 與 Case Payment 兩者的差異。在評估導入 DRGs 的 Case Payment 個案時，若發現歸屬某 DRGs 之 Case Payment 個案，有 90% 都非原來個案，則該 DRGs 我們不敢導入。兩者都是以定額支付，由於 DRGs 分類較細緻，較能精確的反映醫療資源耗用，但兩者對 outlier 的處理不同，Case Payment 對 outlier 的部分可核實申報，但有個案數之限制；DRGs 的 outlier 部分須打八折支付，但無個案比率之限制，兩者互有優劣。

黃副局長三桂

謝謝各位委員的垂詢，剛剛滕委員詢問補充資料第 7 頁，DRGs 既已將乳癌試辦計畫排除，為什麼其原位癌卻納入，係因原位癌在臨床就是零期癌，其特點是癌細胞仍停留在上皮間還沒侵襲到黏膜或肌肉層，研究指出一般病人可維持 5-7 年，甚至終身都在零期癌狀態，它的處理方式與良性腫瘤相同，直接把病灶部位切除，處理程序較簡單，因此，我們將原位癌也納入。

劉主任委員見祥

謝謝委員對健保局所報告之 DRGs 制度有深入的探討和瞭解，也謝謝健保局的報告與說明。

謝常務監事武吉(吳委員德朗代理人)

我還要補充一下，請健保局說明同樣是 DRGs 制度為什麼會有一國兩制？

李專門委員純馥

診所案件未進來，是因為擔心診所 DRGs 個案不多，且編審系統很複雜，資訊投入也很大，為使診所變動不至太大，故診所部分維持原有的 Case Payment 支付方式。未來診所是否納入 DRGs，我們再思考看看。

呂委員明泰(書面意見)

- 一、DRG 支付制度在我國健保給付機制上是一次新的嘗試，健保局事先完整的規劃、改革、宣導與執行，算是相當嚴謹而用心，各級醫院也多能配合改革，盡力推動，對國家、醫界及人民來說，可謂多贏，值得慎作評估，賡續推動。
- 二、然以任何政策之推動，貴在慎始及認真落實，爰建請健保局在改革檢討及執行面之控管上，能注意持之以恆，也該以虛心態度，適時作必要之創新與調整，俾使醫界能認真配合改革，珍惜國家資源，保障國人健康。

劉主任委員見祥

- 一、DRGs 是一個新的制度，有須克服的新課題，對於制度中有待改進的部分，請健保局持續改進。
- 二、委員意見送請健保局參考。
- 三、餘洽悉。

【附件 4】

報告第 5 案「健保財務制度及歷年收支情形」專題報告之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

謝謝劉視察的報告，現請健保局補充說明。

李組長少珍

- 一、二代健保修法以後，一代的一般保險費徵收制度仍延續，另新增二代補充保險費的部分，健保局必須妥善規劃處理。尤其補充保險費資本利得部分要配合稅收作業，就源徵收，須要多花一點時間準備。目前預估會有 208 億元之補充保險費收入。
- 二、以前滕委員曾質疑可能收不到補充保險費。對其徵收本局正在克服困難，努力規劃中。未來保險費率之決定，必須同時考慮一般保險費及補充保險費二方面，以落實量能付費精神。另若委員認為有需要，本局會適時提供相關的數據，讓各位委員參考。

戴局長桂英

專題報告的標題是「歷年收支情形」，本局業務執行報告也有相關數據，請委員翻開本次會議所提供之 3 月份業務執行報告，其中第 6 頁之表 4 有歷年之財務現金收支分析表，第 7 頁之表 5 有歷年之權責基礎財務收支分析表；第 8 頁有政府欠費之文字描述；另於第 10 頁表 7，是各級政府應負擔保險費補助款收繳狀況，其中有 91 年至 99 年及 100 年 1 月至 2 月份之欠費統計數據，合計未收到各級政府應負擔保險費補助款金額是 792.17 億元，低於剛剛第一項討論案 99 年度決算書所列 976

億元（註：因業務執行報告已列入截至 100 年 3 月所新增加之收繳部分）。這些資料，請各位委員一併參考。

劉主任委員見祥

謝謝健保局的說明。

干委員文男

一、請問議程第 49 頁第 11 張投影片中，自 99 年 4 月起，費率調升至 5.17%，預估一年可增加保費收入 522 億元，但於第 50 頁第 13 張投影片近期財務現況中，發現 99 年之保險費收入為 4,612 億元，若加上費率調整後所增的部分，100 年的保險收入應不止 4,854 億元，數據是否有問題？

二、二代健保法中規定之預收補充保險費，預估可收到 208 億元，假設費率由原來 5.17% 降到 4.91%，應可收多少保費？若調整至 5%，又可收多少？二者差距之比較，以及與 5.17% 比較，又相差多少？未實施前，健保局就必須事先預估及試算比較，因為目前都以 4.91% 試算，但是究竟夠不夠？若到時候有問題怎麼辦？希望可讓我們這些團體代表放心地面對消費者，所以，建議健保局應將試算之相關數據及計算基礎，提供委員參考，並讓所有被保險人可事先知道，謝謝！

劉主任委員見祥

針對干委員的建議，希望能將保險費預估值試算出來，雖然這部分計算基礎之決定權在衛生署，但事先讓本會委員瞭解會更好。希望健保局能夠於適當時機，提供相關數據給本會委員參考，以利掌握最新訊息。

李組長少珍

針對干委員所提，有關 100 年與 99 年的保險費收入，有 200 多億元落差，係因 99 年 4 月 1 日開始調整保險費率，99 年度 522 億元已有 3 季之金額包含在內；至於 100 年則只增加 1 季，約 100 多億元，加上基本工資調整，還有人口成長及投保金額成長等因素影響下，截至目前估算大概會有 200 多億元的增加。

戴局長桂英

各種費率評估方案，本局將適時提出。

劉主任委員見祥

- 一、本次因時間關係，尚有三個報告案未及報告，包括第 5 案、第 6 案及第 7 案。其中第 5 案是健保局例行的業務執行報告；而第 6、第 7 案則是在解釋業務執行報告中有關承保與財務報表及醫療給付報表之表達與應用，兩者均屬第 5 案之延伸。請教各位委員，究竟先報告那一案較好？
- 二、經委員同意下次先進行第 6 案、第 7 案之說明，再回頭報告業務執行狀況。至於這個月之業務執行報告，請大家攜回參閱。

干委員文男

我對業務報告沒有意見，不過對於議程第 181 頁及第 208 頁兩項公告有些意見，尤其是修正之全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫，於 4 月 1 日即開始實施，委員若有存疑地方，能怎麼辦？我們事先並沒看到草案，不知健保局有無參考本會過去提出的建議？像類似的計畫案，已公告就一定要做，委員於多次委員會議所提的意見或建議，究竟有效無效？或有感無感？還是會議白開，建議也是白講呢？

劉主任委員見祥

干委員之發言，於會議處理上算是詢問或臨時動議？

干委員文男

應是會議詢問，並非臨時動議。

戴局長桂英

- 一、有關會議資料之第 181 頁，衛生署修正發布全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法之第 2 條案，僅是將其範圍移至該辦法之第 2 條當附件，民眾權益不受影響。
- 二、本局對相關計畫，於實施前都會進行檢討，有刪除也有修訂。至於委員關心的意見、所謂的有效無效及有感無感部分，本局再另闢時間向各位委員說明。

劉主任委員見祥

- 一、有關本會之職掌，除全民健康保險法及其施行細則等法規、健保預算、結算及決算，一定要經本會審議外，並未規定其他各項子法規或試辦計畫，須經本會同意才可實施。健保局依程序將計畫陳報到衛生署，衛生署核准後公告實施。
- 二、至委員所關心的在本會討論之意見，有否納入計畫之修正，以及相關意見送衛生署，是否被參採乙節，可於往後適當議題再做意見交換。但若各位委員對試辦計畫有任何意見，可直接交由本會幕僚轉送健保局或轉陳衛生署參考。

干委員文男

- 一、這個結論我可接受，監理委員會只管政策，不管經費。費協會於經費上都同意，也都給了，健保局照案執行，也沒錯。

- 二、對沒有效率的試辦計畫，該廢除就應廢除，但委員意見好像狗吠火車。多年的意見衛生署也應參考看看，但似乎都沒有，仍是我行我素；健保局如果尊重本會委員意見的話，至少應將計畫草案於公告前一個月，先放至業務執行報告中，這樣做的話，我也沒話講。
- 三、在這裡徵詢各位委員意見，在座有很多元老級的委員，本席已找出所有試辦計畫，請問各位委員，試辦計畫有多少？請問謝院長知道嗎？總共有 30 個，有的已施行十幾年，有的是新案。建議所有計畫應做深入檢討，並視需要做濃縮或合併處理，可是並沒有，覺得很遺憾，這就是我對本案存疑的地方。

李委員蜀平

主席、各位委員，這是藥師公會全聯會最後一次發言，各位來開會是榮譽責任、也是權利義務，各位委員都代表各自的團體，資料可於回家自己看，以省時間。爰建議以後開會，不要唸議程、審議意見等。

干委員文男

不同意，應該還是要唸。

李委員蜀平

本人上述意見撤銷。

劉主任委員見祥

- 一、各委員如果沒有意見，我們以後就依循今日會議模式，於本會重要業務報告之後，先進行討論案再作業務執行報告及專題報告，如此，就可以針對討論案進行充分溝通討論。
- 二、希望健保局可以考慮將試辦計畫，預先列入業務執行報告

或以其他方式，讓委員瞭解。

施理事肇榮(李委員明濱代理人)

醫師公會全聯會將於今年6月2日及6月3日舉辦「西醫基層總額醫療資源不足改善方案巡迴醫療服務」之訪查活動，誠摯邀請各位委員參與該實地訪查活動，相關行程及報名表於委員桌上，地點是台中市新社區及彰化縣田尾鄉，請各委員踴躍參加，並於5月4日前傳真公會，謝謝！

劉主任委員見祥

- 一、本案洽悉。
- 二、至於醫師公會辦理訪查活動事宜，請幕僚依循往例，協助參加的委員辦理報名手續。

【附件 5】

討論第 1 案「本會審議全民健康保險 99 年度決算案」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

- 一、經過委員同意，我們就先進行討論案，之後再進行報告案。
- 二、請問委員對於幕僚初擬審議意見有無補充說明？

千委員文男

議程第 115 頁第(四)項的第 2 點，99 年度保費收入成長 13.83%，均來自於保費費率及費基之調整，但經濟成長是否真正反映到勞工的薪資，該保費成長並非社會及經濟的自然成長，所以建議健保應從節約做起。

祝委員健芳

有關全民健康保險基金附屬單位決算總說明第 5 頁中，針對加強辦理弱勢保險對象就醫措施及山地離島醫療服務部分，提出以下意見：

- 一、針對符合全民健康保險經濟困難及經濟特殊困難者認定辦法資格之民眾，協助辦理無息貸款償付積欠之健保費或自行負擔醫療費用，並於一年後開始還款，開辦迄今還款情況為何？催繳成效如何？
- 二、另對於不符健保費補助或紓困貸款資格，因一時經濟困難無力一次繳清保費者，申請分期繳納部分，其分期繳納情況為何？有無進一步催收做法？

李委員蜀平

- 一、議程第 114 頁第(三)項，政府欠費的老問題請問是否有新

方法可解決，台北市、高雄市及新北市總欠費為 976.28 億元，約占保費收入的 20%，現在不但沒有償還，還新增欠費。請問主委有無新的方法或委員可著力之空間，把欠費的差額補齊，例如請本會當地委員與政府溝通或甚至發動抗爭，因為政府需做典範，不能只要求民眾認真繳納健保費，卻放任政府機關帶頭違法。

二、議程第 115 頁第(五)項，應早日落實現行健保法第 49 條第 3 項所定藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比例及醫藥分帳制度，後面討論案中費協會的決議為暫不討論，實際上我們藥師已準備好了。即使實施藥費獨立總額，也是在健保局的監督及管理下。希望藥師的參與下，讓號稱洗腎第一的台灣，可節省許多的藥費，並提升民眾用藥安全。

三、議程第 116 頁第(六)項，應維護民眾之用藥權益及品質，實際上六次健保藥價調降節省的費用，並沒有用在台灣的製藥工業或生物製藥發展上，用量少的藥，市場上很多買不到，讓民眾瞭解不是買不到，是因為不合理砍殺藥價，廠商無法生存，希望台灣的製藥工業、生物科技，就像 20 多年前李國鼎先生擘劃電子科技，現在我們才可以享受面板，如 IC. Design 第一，希望未來台灣製藥工業、生物科技也是世界第一。

四、議程第 117 頁第(十一)項，健保藥品使用與新藥引進實況應充分揭露，如果對民眾是有意義的新藥，希望健保能給予放寬。

楊委員芸蘋

議程第 114 頁第(三)項，有關各縣市政府欠費，包括台北市、

新北市及高雄市等，當地的委員有責任深入瞭解一下各政府還款情形。我已經找台北市的市府團隊溝通許久，健保局財務組李組長少珍一直很認真投入也與台北市政府溝通協調過。據說台北市政府與主計處之溝通認知上有些問題，彼此認知有落差。台北市政府曾表示外界對他們是「高估收入，低估支出」，故還款已執行部分但尚未完全落實，今年也已編列還款金額顯見其誠意。下個星期我已約了台北市政府勞工局局長，以瞭解他們與主計處有認知上的差距原因是什麼？這雖是老問題，希望能有新辦法來解決。不知何時能處理好，不能確定，我盡所能去溝通協調讓此問題有圓滿結果。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

- 一、議程第 114 頁第(一)項的第 2 點，我很佩服委員提出健保改制後，應活化管理健保資源，以提升其效用，預防行政老化，發生浪費無效率情形。健保開辦已 16 年了，行政上確實有老化的現象，我曾經私下與戴桂英局長談過此問題，但問題提出至今健保局未有行動，讓我很洩氣。
- 二、有關台北市、新北市及高雄市的欠費處理，我們要替健保局辦理可能還會嫌我們雞婆，重點在於健保局當地分區業務組組長，完全沒有與監理會委員或費協會委員聯繫或良善的溝通，這是不對的。
- 三、還款期限依民法規定，不宜擴大為 8 年。北市、高市的欠費，每年一直在成長，不知台南市和台中市等其他縣市是否比照？這是危險的訊號，建議應以嚴法處理，而非僅用利息處理，不能一國兩制，對老百姓是嚴苛追討，還以延滯金罰扣民眾，但對政府卻又是輕輕放過!!
- 四、議程第 115 頁第(四)項第 4 點，藥品之宣導與衛教方面，

建議除健保局執行外，國健局、食品藥物管理局也應大力推動。

- 五、議程第 116 頁第(七)項，代辦勞保職業傷病外，尚有代位求償，過去曾與健保局前總經理賴美淑討論應重視代位求償的問題，不過幾乎已 10 年了，但成效不彰，例如阿里山小火車翻車事件，相關人員的醫療費用健保局應代為追討，不可由老百姓負擔。
- 六、議程第 117 頁第(十)項，有關醫療院所部分負擔收入，全民健保法中只有民眾應自行負擔費用，並沒有部分負擔字眼，建議應予探討。
- 七、新藥每年費用均有成長，建議健保局每年應整理統計數據，提供委員參考。
- 八、藥廠返還藥品給付協議金之內容為何，應請健保局明確說明。

李委員蜀平

議程第 114 頁第(三)項，有關台北市、高雄市及新北市政府以及各級政府歷年之欠費明細資料，請健保局整理並提供委員參考。

劉委員玉蘭

- 一、議程第 115 頁第(四)項，我提出與各位不一樣的意見，既是審議 99 年決算，就須以 99 年當年情況為基礎來進行檢視。99 年保險給付成長率只有 1.94%，審議報告中卻以 90 年至 99 年平均成長率來比較，98 年以前，甚至有的成長率可達 6%或 7%，但這已為過去式。99 年 1.94%之支出成長率，已是低成長，若一直壓抑醫療費用，副作用將會出來，網路裡即流傳台灣將來可能無治療重症之醫

師。

- 二、至於 99 年為什麼支出成長率這麼低，醫院仍可運作，係因金融風暴，整體民眾薪資已負成長，醫院勉強還可維持。然 99 年經濟成長率超過 10%，今年景氣已逐漸好轉，甚至公務人員要加薪 3%，馬總統也拜託企業界加薪，未來健保支出不太可能只維持 1.94% 的低成長。
- 三、因此，我認為醫療支出合理的成長是必要的，建議第(四)項文字應做修正。落實開源節流的措施，決算報告應以保險收入大於支出(含其他收支)為基礎，不能只以保費收入與保險支出做比較，因為保險收入除了保費收入外，還包括菸捐及公益彩券等其他收入，只要保險收入大於保險支出，能維持健保整體平衡就沒有問題了。

施理事肇榮(李委員明濱代理人)

- 一、二代健保修法後，未來監理會與費協會兩會將合一，負責審議保險費率及保險給付範圍等業務。剛才的問題是保險收入成長不高，被認為是因為醫療浪費。真正的問題是保險人應明確規範合理的給付範圍，以目前健保面臨最大的問題是什麼都給付，在此情況下，健保的收入一定不夠。健保開辦時醫療費用將近 2,000 億元，現在已超過 5,000 億元，係因為重大傷病的增加、人口老化再加上新藥、新科技的進步，這是無法避免的事實。過去平均醫療支出已壓的很低，以每年醫療費用會有 3%-5% 的成長，可預測不久將會超過政府的總預算，因此，負責任的保險人應明確告知民眾保險給付範圍，而不是什麼都給付。
- 二、對於地下電台銷售偽藥之問題，就醫療方面我們已進行完全告知，提供病人一個審視期。當病人面對重大疾病，是

惶恐的，必須提供病人安靜思考及做選擇的環境，否則從電視或地下電台得到不正確資訊，反而是殘害病人，建議衛生署及健保局應以簡單、台語(母語)的方式，宣導正確醫療知識。

- 三、有關落實門診藥費給付總額制度是下一個討論案，這裡暫不表達意見。
- 四、至於健保藥品使用及新藥引進實況應充分揭露部分，新藥係以倍數成長，我們一直被告知新藥可取代舊藥，但事實如何，並無數據可證明，非常同意保險人應負責揭露相關資訊。
- 五、有關部分負擔方面，其實是建立使用者付費概念，可惜在慢性病連續處方箋等方面，完全沒有收取應收的部分負擔，到底是在鼓勵病人多使用有限的醫療資源，還是真正的在體恤病人，就保險觀點，是不是應該好好的思考。

千委員文男

剛剛有委員提到經濟已成長了，所以醫療支出應跟著成長，我並不反對，但是希望健保應採「量入為出」為基礎，不是先決定醫療支出，等收入不足了再想辦法，否則缺口愈來愈大時，連補都無法補。但若政府可完全補足缺口，我也不反對。

劉主任委員見祥

- 一、首先謝謝楊委員及李委員對政府欠費之努力，除運用各種影響力外，還採取實際動作。若各委員有此影響力，大家可一起來發揮，或找當地立法委員協助處理。
- 二、有關數字部分，將依循往例將委員意見送健保局，請健保局說明。
- 三、是否同意第 115 頁第(四)項之文字，劉委員有不同意見，

但干委員認為支出仍應考量長期收入範圍，是否修正。

劉委員玉蘭

各位委員，對我剛剛的發言，再作說明，我們審議的是 99 年決算，但原審議意見都是以過去平均值來說明，所以第 115 頁的內容會誤導大家，以為這是 99 年的問題，其實已是過去的問題，但 99 年的醫療支出成長率不到 2%，已在偏低的水準。隨著經濟成長，未來醫療薪資可能也無法被壓下來。目前二代健保法已修正，收入不足的部分各級政府都要補過來，未來與國內生產毛額(GDP)之經濟成長率銜接，自然會量入為出，所以我也同意干委員的意見，認為量入為出是必要的。

柯副主任委員桂女

有關劉委員所述保險收入與支出的成長數據，請各位委員參閱會議資料第 137 頁之收支餘絀比較表。99 年比 98 年，保險收入成長 14.24%、保費收入成長 13.83%，而保險給付成長 1.94%。劉委員所陳述的為，既是審議 99 年的決算，則應回歸事件本質，而非將健保所有財務一次拿出來做檢討。以上補充報告，謝謝！

劉主任委員見祥

- 一、不過剛剛干委員所提的，也是一個重點，99 年保費成長 13.83%，並非是經濟發展的自然成長，而大部分原因是因調整費率及調整投保金額上限所致。
- 二、這部分審議報告應兼顧兩位委員意見，標題可改為「應控制保險支出於合理範圍內成長，並持續落實各項開源節流措施」，至修正文字的內容，請幕僚再整理之。

干委員文男

我並不是誤會劉委員的意見，保費收入係因調整費率才成長，但勞工的工資並未實質成長，社會上仍民不聊生，所以馬總統才會要求企業界應加薪，希望提高經濟成長率。我們若不能合理的控制醫療費用，等於變相鼓勵醫療支出的成長，不足時，可能又要向民眾調整費率或費基，對社會大眾是不公平的。

劉主任委員見祥

- 一、兩方意見均已表達清楚。
- 二、幕僚整理後傳送給委員，請委員在一定期間內，若有意見可再提出，請幕僚整理審議意見後，函請衛生署鑒核及健保局參考。

李委員永振

報告事項第 2 案，有關上(190 次)次會議列入追蹤事項第 5 項“請健保局妥為處理政府欠費問題，尤其需預防新增欠費之發生”，結論是解除追蹤；而這次審議決算案又列為審議意見！兩案考量的時間點雖有落差，但決議會不會有衝突？又 3 月份的業務執行報告中 100 年 1-2 月份又新增 53.3 億元欠費，台北市收繳率不到 6%，高雄市 13%，應該如何解釋？

戴局長桂英

- 一、99 年決算的審議意見，幕僚修正後一定會再給委員看。
- 二、本案是審議 99 年決算，針對的標的物是決算書上數據，最新情況即便是已改進的資料，亦無法呈現，健保局仍需努力繼續催繳。
- 三、各都的欠費原因不同，至 99 年為止，其實都已按還款計畫執行，例如 100 年台北市已編 103 億元，問題是不願負擔非設籍人口的保費補助款，高雄則是財務不足。無論如

何，二代健保修法後會改善，以後政府補助民眾的保費，全部由中央負擔，所以，現在要面對的是分年處理舊欠問題。

劉主任委員見祥

- 一、李委員寶貴意見，原則上應無衝突，為什麼上月報告案要解除追蹤，係因我們持續關心本案，並督促健保局不要增加新欠，健保局的答覆，各級政府已按還款計畫執行，且新法實施後也會徹底解決欠費問題。
- 二、至於 99 年決算，為何還特別強調政府的欠費，因為在該年度確是一個問題，所以我們仍持續瞭解。

柯委員綉絹

- 一、事實上兩者應無衝突，因為第 9 頁係要健保局應妥為處理政府欠費問題，該局說明過去舊欠，已採取確保債權措施，欠費之地方政府提有還款計畫；至預防新欠部分，除了北高二直轄市外，已無新增欠費，所以解除追蹤。
- 二、對於議程第 114 頁，是審議 99 年決算案，委員發現欠費還那麼多，提出審議意見，目的是請健保局有效處理欠費及預防以後新欠費的發生。

施理事肇榮(李委員明濱代理人)

有關欠款方面，全民健康保險法第 29 條第 3 項之規定行政機關未依本法規定撥付應補助之保險費時，保險人得報請主管機關轉請其上級機關，自各該機關之補助款中扣減抵充。不知道我們有沒有往這方面思考規劃？

劉主任委員見祥

- 一、議程所列審議意見共十一項，其中第四項綜合委員意見酌修後送請各委員確認，餘照案通過。

二、經委員確認及委員會議通過之各項審議意見，函陳行政院衛生署鑒察，並請健保局辦理。

【附件 6】

討論第 2 案「請健保局依現行健保法第 49 條規定設定藥事人員服務費及藥品費之獨立總額，以確保民眾安全用藥權益案」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

李委員有無補充說明？

李委員蜀平

- 一、我知道這次發言會被按鈴。目前的時機已進入專業分工，是由藥事專家來管理藥品費用的時候了，保證結果能為健保局省下重複用藥及不必要的藥費等支出。懇請健保局同意試辦藥品費總額，提供我們在貴局監督下的自行管理機會。
- 二、目前我國藥事服務費，在與世界其他國內生產毛額(GDP)相近的國家比較下，相差好多，請求本會所有委員及健保局局長，應面對問題，將後面不可告人之秘密藥價差及藥價管理政策，全面規劃、訂標準。
- 三、我國藥師從光復迄今，一直是弱勢，而健保也已實施 16 年了，所有具專業知識的藥師，均已接受專業繼續教育及其他專業提昇課程，有能力負責藥品總額獨立管理的相關事宜。在此提出保證，我們可為健保局分擔憂愁，請將難題留給我們，讓藥師公會全國聯合會創造民眾健康福利及用藥安全的環境，並帶向醫藥平衡，共同牽制及共同檢討之機制。懇請所有委員及戴局長能夠支持，謝謝！

葉委員宗義

議程第 142 頁，本案由幕僚說明已見充分表達。本案在費協會已討論四次了，因本人亦是費協會之委員，費協會已有決議；

至於監理會應如何討論，本人表示尊重。

干委員文男

這個時機，其實青黃不接，要處理本案，就好比”押著媳婦生孫子”是無能為力的。本案在費協會已討論過，再討論是浪費時間且無效果，因新的全民健康保險法已通過，只是尚未宣布何時實施。是否等實施之後再提案，或等明年監理會與費協會合併以後，有統一窗口時再來討論，較為妥適。

戴局長桂英

- 一、感謝李委員所提出的意見，但一直提出「懇請健保局」之用詞，實不敢當。
- 二、首先，本局須受監理會監督，其次，涉及總額的分配與調整，都須在費協會討論。本案曾在費協會討論過，但即便是舊案，亦可再送費協會討論，就如干委員所提，應在二會合一或聯繫會議中提出。
- 三、至於提高藥事服務費點數支付標準乙案，就本局之立場，希望可同時提出增加收入之方案。

施理事肇榮（李委員明濱代理人）

- 一、整體來講，本案應回歸法制面，每個人都是在法條上斷章取義，只看到最有利自己的部分。現行全民健康保險法第 49 條與新修正之全民健康保險法第 61 條，都規定總額需依門診、住院劃分，目前的總額則是分為基層醫療、醫院及洗腎部門；而門診診療服務又得依醫師、中醫師、牙醫師、藥事人員藥事服務及藥品費用。因此，門診醫療給付費用若要細分上述總額部分，未來實際執行時，將會是一團糟。
- 二、尤其是新修正的全民健康保險法第 62 條規定須採藥品費

用比例目標制，與前條矛盾，藥品未來應如何處理，係只以門診醫療給付費用處理或是整體考量，該不該修正，這裡暫不置評。

- 三、至於實施藥費總額之目的，藥費得以實支實付，希望會有合法、合理比例的議價獎勵金及管理費；必須建立在同法第 46 條，藥價經市場交易情形進行調查後才能成立。醫界一直以來承受著藥價黑洞的汙名，藥價黑洞其實就是藥價差，爭點在於資訊不公開及交易未透明。以藥價調查來論，診所、小型醫院進藥價格一直比健保局的價格較高的情形下，但仍是有些醫院可獲得 20%-30% 的利潤，這是因為本來市場交易就是取平均數為原則的結果。藥價調查只是工具，藥價應調查清楚，不能捨藥價調查就直接實施藥費總額。因為只要讓藥價差的議題繼續存在，就是要讓醫界持續背負罵名，醫界就算是跳入黃河也都洗不清。

謝常務監事武吉（吳委員德朗代理人）

- 一、對李委員的提案表達佩服，新委員新作法。但佩服之後也要說一下，可能就因於是不清楚狀況才會再提出本案，大家其實都已經不願再提起本案了。
- 二、李委員說全民健康保險法第 49 條都未執行落實，健保法第 33 條轉診規定，也一樣一直未能落實，造成地區醫院一直萎縮的問題，衛生署健保小組其實是應該檢討的。
- 三、有關提高 80 元藥事服務費點值部分，若要再提出應提出計算的方式。
- 四、至於李委員說明中表示大型醫院之藥師每日需負責 200-300 張處方箋，應該沒有這種狀況吧！請解釋是那一家醫療機構所為？讓我們也能要求他們改進。

干委員文男

我想再討論下去已無意義，建議本案毋須討論。

何常務理事語(陳委員武雄代理人)

- 一、主席、各位先進，應該尊重李委員提這個案，有些委員代表的是背後團體之意見，有其一定之使命。
- 二、本案要通過很困難，建議擱置，請該團體於費協會提案，或等未來健保會成立時再提案。

劉主任委員見祥

本會尊重所有委員的提案權，所有委員均一視同仁，除非與本會的職掌絕對無關之提案，否則最好仍應列入討論。

李委員蜀平

- 一、首先跟所有委員道歉，請原諒我只是為藥師發聲。希望對台灣所有人都好，照議程第 115 頁之第(五)項內容，提出訴求，只要針對民眾有利及有意義的事，甚至與健保局起爭執也要提。
- 二、占用委員時間非常很抱歉，希望健保局能把醫藥專業歸給所有專業團體來管理，相信台灣民眾將會更健康。

滕委員西華(書面意見)

- 一、無論在一代健保或新通過之健保法，皆採醫藥分帳制度，然藥品之品項與劑量、數量等，皆由醫師之處方而來，病人依疾病與復原程度，按醫師治療決定之醫囑服藥與返診，因此其所產生之藥品費用，乃為病人實質所需，若有藥品的浪費，則為處方上的重複，不當或浪費，非單由病人端所能控制，健保局、醫藥界與民眾均有責任。故，藥品費用若實施獨立之總額，將會對病人產生排擠與選擇病患(dumping)現象，特別是藥費佔治療費用較高的民眾，

我本人非常反對設立藥費總額，藥費總額將損害病人權益，應以管理處方的合理使用(如健保 IC 卡、整合醫療等)、藥價調整等管理藥費，非以藥費總額為之。

- 二、藥事服務費設置總額是否能改善藥師合理調劑量，應再確認，現行藥師調劑量未能優先扣除住院，再計算門診，似較不合理。藥師合理調劑關乎病人用藥安全，衛生署與健保局應高度重視，若藥事服務費的控管能提升用藥安全，則可考量規劃。

劉主任委員見祥

- 一、關於提高藥事服務費及採固定點值乙節，支付標準的調整有其既定協議及核定程序，本提案及委員意見送請健保局參考。
- 二、對全民健保法第 49 條第 3 項有關門診醫療給付費用總額，得依藥事人員藥事服務及藥品費用設定分配比例之施行乙節，送請行政院衛生署核參。