

全民健康保險醫療費用協定委員會
第 171 次委員會議事錄

中華民國 100 年 5 月 13 日

全民健康保險醫療費用協定委員會第 171 次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國 100 年 5 月 13 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

參、出席委員：

何委員語

李委員明濱

林委員啟滄

孫委員茂峰

孫委員碧霞

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

陳委員錦煌

黃委員偉堯

黃委員碧霞

葉委員宗義

葉委員明峯

詹委員德旺

蔡委員登順

謝委員天仁

謝委員武吉

蘇委員清泉

蘇委員鴻輝

鄭常務理事耀明(代)

曾秘書長中龍(代)

陳主任瑞瑛(代)

曾科員淑娟(代)

謝董事長文輝(代)

肆、請假委員：

凌委員月霞

廖委員本讓

劉委員清芳

伍、列席人員：

行政院衛生署

中央健康保險局

全民健康保險監理委員會
本會

朱組長日僑

梁組長淑政

黃副局長三桂

蔡組長淑鈴

柯副主任委員桂女

林執行秘書宜靜

張組長友珊

陸、主席：楊主任委員銘欽

紀錄：陳燕鈴

柒、主席致詞

一、昨(5月12)日適逢國際護師節，藉此機會，向全國護理人員及所有勞苦功高的醫護團隊表示敬佩，請大家鼓掌，以表達感謝之意。

二、本會衛生署代表委員改由詹參事德旺接任，渠目前擔任全民健保小組副召集人，歡迎加入協商團隊，日後尚請對總額協商業務多予協助。

捌、報告事項

第一案

案由：確認本會上(第170)次委員會議議事錄，請 鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會重要業務報告，請 鑒察。

決定：洽悉。

第三案

案由：中央健康保險局報告「醫療費用支出情形」，請 鑒察。

決定：洽悉。

玖、討論事項

第一案

提案單位：本會第一組

案由：101 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則案，提請討論。

決議：

一、101 年度總額之協商架構及通案性原則：

- (一)照案通過(如附件)，惟若衛生署報奉行政院核定之 101 年度大總額內涵有修正時，本會再配合辦理；往後所通過之協商原則，亦一併納入適用。
- (二)未來健保支付制度之改變，如論人計酬試辦計畫，若影響到現行之部門總額時，則應於協商架構適當呈現。

二、門診透析服務費用於西醫基層與醫院之分攤方式，請先提中央健康保險局門診透析聯合執行委員會議討論，並於本年 8 月底前完成。

三、違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下簡稱特管辦法)之扣款處理方式，考量社會觀感、對健保局與民眾努力之回應，及藉由扣款期發揮同儕制約之效用，爰比照過去之方式辦理：

- (一)本項扣款列為 101 年度總額協商減項。
- (二)所減列金額係違反特管辦法第 36~38 條違規事件本身之醫療費用；且僅減列民眾檢舉及健保局主動查核所發現之違規案件，不減列總額部門發揮同儕制約精神而主動舉發之案件。

第二案

提案人：謝委員武吉

案由：葉克膜(ECMO)經媒體報導，儼然有救命仙丹的形象，然而在健保之實際效益，宜加以探討，以維護健保醫療費用的良善運用及減少無效醫療的浪費案，提請討論。

決議：依全民健康保險法第 51 條規定，醫療費用支付標準由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂，報請主管機關核定。爰本會委員對本案之相關意見，如檢討葉克膜(ECMO)之適應症或使用規範等，轉請衛生署及中央健康保險局參酌辦理。

附帶事項：為釐清本會可協商之總額分配範圍與權限，請幕僚整理過去協定內涵，分析有無涉及個別服務項目之給付內涵、支付標準等，並掣案提會討論，俾利委員對總額分配程度，有一致共識。

拾、散會：上午 11 時 30 分。

壹、總額協商架構

一、總額設定公式

年度部門別^{註1}醫療給付費用總額＝前一年度部門別一般服務醫療給付費用^{註2}×(1+醫療服務成本及人口因素成長率+協商因素成長率)+年度專款項目經費+門診透析服務費用^{註3}

註：1.部門別：牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2.依本會第 114 次委員會議(95.06.09)決議，自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 100 年總額基期須校正 98 年投保人口成長率差值)。

3.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

4.依本會第 104 次委員會議(94.08.12)決議，配合衛生署交議 95 年全民健保總額範圍，總額公式由「每人醫療費用成長率」改為「總醫療費用成長率」。

二、醫療服務成本及人口因素

(一)計算公式

$[(1+\text{人口結構改變率}+\text{醫療服務成本指數改變率})\times(1+\text{投保人口成長率})]-1$

(二)各項因素之計算方法

1.人口結構改變率

以衛生署報院時可取得之最近完整一年費用及計費人口數資料，如 101 年總額係以 98 年每人醫療費用點數為基礎(99 年資料尚無法完整取得)，計算 99 年對 98 年保險對象人口結構之影響(即以各季季末保險對象人數之年齡性別百分比平均值計算，並以 5 歲為一組)。

2.醫療服務成本指數改變率

(1)成本項目之權數：

101 年度係採行政院主計處 95 年工商及服務業普查所作之「醫療機構專案調查實施計畫」調查結果，取去除「最高及最低 5% 極端值」後之平均數。

(2)各成本項目對應之指數：

101 年度除「醫療材料費用」成本項目之指數，選擇 95 年為基期之查價分類中之「量測、導航及控制設備產品」、「其他電子及光學製品」以及「醫療器材及用品類」等屬醫療

儀器及材料之相關項目，由行政院主計處另外計算外，其餘沿用行政院主計處例行公告之指標項目及數值。

(3)醫療服務成本指數改變率之數值

前述各指標項目，以 95 年為基值(訂為 100)，計算 99 年對 98 年各指數年增率，並將各部門之服務成本指數改變率，按其 99 年醫療給付費用占率值加權計算而得總醫療服務成本指數改變率。

3.投保人口成長率

101 年度採經建會 99 年公布之「2010 年至 2060 年台灣人口推計」之 101 年台閩地區人口變動率之中推計值估算。

註：本項醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法，摘自衛生署於 100 年 4 月 29 日報請行政院核定之「101 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」報告內容。

三、協商因素

(一)保險支付項目之改變

預期新增支付項目改變(如高科技及新藥)對全民健保醫療費用之影響率。

(二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康而允許增加費用之幅度。

(三)其他醫療服務利用及密集度之改變

反映因醫療科技或診療型態之改變，如大眾對醫療科技期許之增加、疾病發生率之改變、以及醫療資源缺乏區醫療供給量之增加等因素造成對保險對象服務利用及密集度之影響(須排除已於醫療服務成本及人口因素反映部分)。

(四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因對醫療費用之影響。

四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度，本款項須專用，不得流出。

五、門診透析

合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度門診透析服務費用，並統為運用。其計算公式為：

年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用=前一年醫院(西醫基層)門診透析服務費用×(1+成長率)

年度門診透析服務費用=年度醫院門診透析服務費用+年度西醫基層門診透析服務費用

貳、總額協商之通案性原則

一、基期

以穩定為原則，若確需變動，應於前一年6月前提經議定；6月以後所議定調整事項，適用於下年度總額。

二、醫療服務成本及人口因素

各總額部門醫療服務成本及人口因素成長率，採衛生署報奉行政院核定之數值與計算公式。

三、協商因素

(一)健保局會同各總額部門研擬年度協商草案時：

- 1.應配合全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨。
- 2.納入新醫療科技項目，並依民眾需要，先行規劃擬新增之項目及預估額度，以利協商及維護民眾就醫權益。

(二)支付標準以預算中平為調整原則。

(三)各部門「品質保證保留款」：

- 1.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自99年度開始採累計方式計算。
- 2.須研訂能實際鼓勵醫療服務品質優良院所之分配方案，或進一步研擬其他具前瞻性之品質確保計畫。

(四)一般服務之協商因素項目屬計畫型預算者，應於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及評估指標)，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則應核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(五)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保局會同各部門總額相關團體議定後送本會備查。

四、專款專用項目

- (一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商考量。
- (二)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。
- (三)具有特殊性、鼓勵性、目標性之新增計畫，宜列為專款項目，俟其執行具相當成效後，再移至一般服務項目。

五、其他原則

- (一)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- (二)各部門最後之年度總額成長率，不超過行政院核定範圍之上限值。
- (三)所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形扣連，且對有限健保資源，應予合理配置。
- (四)健保節流措施之實際效應，應自總額扣除。
- (五)宜減少試辦性計畫，對已協定之計畫，應嚴格監控，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。

本會第 171 次委員會議
與會人員發言實錄

壹、主席致詞及報告事項第一案「確認本會上(第 170)次委員會議議事錄」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

各位委員早。在今天委員會議開始前，有兩件事向各位報告：

一、第一件事，昨天 5 月 12 日是護理節，藉此機會，不僅對護理人員，也要對勞苦功高的醫護團隊表示敬佩，請大家鼓掌，謝謝他們。護理師公會全國聯合會副理事長陳委員玉枝也在座，最近看到許多新聞，不過這並非本次會議討論的主題。

二、其次，向各位委員介紹本會新任的衛生署代表委員詹參事德旺，請大家鼓掌歡迎。詹參事目前擔任健保小組副召集人，在衛生署屬於決策層級，所以不僅代表衛生署參加本委員會，也代表參加監理委員會，可以在兩委員會中，聽取委員的指教，做為制定健保政策的參考。請詹委員未來多給予本會協助。

三、接下來進行會議議程，請宣讀上次委員會議議事錄。

同仁宣讀(略)

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。請問各位委員對決議文字有無修正？

楊主任委員銘欽

如果暫時沒有，則議事錄確定。接下來先進入下一案，等一下如果還有修正意見，可以再提出。進入報告事項第二案，請林執行秘書宜靜報告，請各位委員翻到議程資料第 10 頁。

貳、報告事項第二案「本會重要業務報告」及報告事項第三案「中央健康保險局報告『醫療費用支出情形』」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝林執行秘書宜靜說明。各位委員對剛剛執行秘書的報告有沒有要詢問？對於 100 年度總額協商共識會議場地委員意見調查表，希望可於 5 月 20 日之前傳真回覆。調查表主要係針對渴望會館與天母會議中心兩場地，如果委員有比較好的建議場所，也希望可於 5 月 20 日前提供，因為關係到 9 月份的協商，考慮到會議、住宿、用餐空間及交通時間、價格等因素，我們也希望可以在一個比較舒服的地方進行。如果沒有詢問的話，本案洽悉。
- 二、進入報告事項第三案，請翻到議程資料第 13 頁。醫療費用支出情形按往例是每年 3、6、9、12 月進行口頭報告，現在是 5 月份，我們就不做口頭報告，只提供書面資料，但委員如果想要詢問健保局有關費用支出方面的問題，可以在這個時候提出。委員如果沒有詢問，就進到討論事項。今天速度很快，十分鐘就進到討論事項，不曉得散會的時候便當來了沒？請同仁宣讀議程資料第 15 頁，討論事項第一案。

參、討論事項第一案「101 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則案」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

謝謝宣讀。先請問各位委員對剛才宣讀的內容有沒有詢問？我們一邊討論，如果等一下有詢問再處理。請大家看一下擬辦，有三大項，第一項，大家是不是同意 101 年度總額的協商架構及通案性原則，維持過去所議定的內容辦理？就是剛剛所宣讀的項目，有沒有要修正？有就提出討論，如果沒有修正，就比照 100 年度的協商原則辦理。請謝委員天仁發言。

謝委員天仁

主席、各位委員，好像論人計酬的某些計畫已經開始啟動，我要問的是，因為論人計酬涉及在定額以下和原來定額產生差額獎勵的問題，這些我認為是費協會應該要注意的，長期以來好像都以支付制度處理，我認為各醫療機構會有意見，所以希望這部分能落實在我們的協商架構中。

楊主任委員銘欽

謝謝謝委員天仁，就是把論人計酬也放入協商架構中，因為過去對獎勵部分比較少，但還是有，例如家庭醫師整合性照護計畫也有獎勵部分。這部分等一下請健保局一併回應，可能還有委員有其他建議事項。

謝委員天仁

既然談到 101 年有關協商架構與原則的議案，我認為不應只討論實體部分，連程序部分，也應該透過決議，大家依照這種方式去做。譬如相關總額部門的議定順序，以抽籤方式決定，或者是議定的時間等程序性事項，我覺得也應該在這次的提案中，就原則性的事項全部討論，並形成共識。

楊主任委員銘欽

謝謝謝委員天仁，等一下再一起回應處理。還有其他委員對剛才所

宣讀的內容表示意見？請謝董事長文輝發言。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、主席、各位委員，我覺得長期以來總額協商有一個基本缺陷，就是每年談的時候，對去年執行的結果從來沒有拿來重新檢討、檢視，都是講一講就做了。做完以後結果怎麼樣？去年總額執行完畢後，那些是做的過多？或是目前有那些屬於浮濫，要檢討或節制？那些根本就不足，不符合實際需求？這些都應檢討後，再來談新年度總額時，才會有一個比較明確的方向。
- 二、近 10 年，我們的協商從來沒有檢討去年執行的結果，總額是夠或不夠。如果去年給的很多，明年就大大的減少；如果去年給的大大不足，也應該要補足，才不會造成惡性循環。新年度都是針對一個不知道的基礎再去建立，我覺得在談之前，應該對去年每個部門總額做詳盡的檢討，這個當然要拜託健保局長官提供相關資料，看去年做的成績如何？例如 B、C 肝，去年大家非常積極執行，患者回應很熱烈，多花很多錢，我們今年當然要想辦法解決，不然什麼都不知道，年年依樣畫葫蘆，會與實際需求愈差愈遠，我覺得這是一個很重要的基礎。

楊主任委員銘欽

謝謝。請張委員惟明發言。

張委員惟明

- 一、剛才謝委員天仁提到協商進行的程序，有一些似乎要先做處理。我們去年協商的時候，就發現有些部分可以再改進，例如以往都是由各部門先簡報，其實很浪費時間，所以去年我提出，是否各部門在提出協商項目時，能用幾頁的 Proposal(計畫書)，事先讓大家在協商前，能很清楚了解該計畫要做什麼、目標是什麼、預期效益為何等等，不會光看一個名稱，然後大家去猜想內容到底是什麼。
- 二、其次，如果能夠把時間節省下來，我們就可以請幕僚單位針對各部門提出的需求進行評估，接下來直接協商，針對有爭議部

分討論，沒有爭議部分，就通過，就可以節省時間。我想以往協商都要談到十一、二點，挺花費時間，如果整個程序能夠做一些調整，不管是對後續的協商，或對整個程序的進行，都比較有幫助。

楊主任委員銘欽

謝謝。陳委員宗獻發言。

陳委員宗獻

- 一、主席、各位委員，大家好。前面三位委員對明年度總額協商的建議，我覺得都非常有道理，但是基本上我們怎麼樣去執行，把這樣的看法具體地在今年度的協商中加以改善。
- 二、請看議程資料第 20 頁，現行總額協商架構，裡面就沒有包括剛剛謝董事長文輝所提到，我們去年所協商結果，到底執行的怎麼樣，重要的是有沒有產生排擠效應，可能造成民眾就醫權益受損，或整體醫療發展受傷害。譬如，外科是最容易受到點值浮動的影響，現在有些地區浮動點值已經低到 0.8 多，顯然會影響外科的發展，還包括新進的外科醫師，都會受到影響。所以建議於協商因素「3.其他醫療服務利用及密集度之改變：反映因...」，之後加「前一年度協商結果所造成之影響」等文字，這樣才有機制檢討去年協商的影響，怎麼把它校正回來，才不會造成利用部門的排擠效應。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝陳委員宗獻提供具體的修正建議。
- 二、先綜合一下，謝委員天仁提到二點，一是有關論人計酬如果在支付上的獎勵，有差額的話要在那裡處理，第二是討論整個協商程序；謝董事長文輝提到，在什麼時候要對過去執行結果加以評核，這些評核以後在什麼地方可以反映；陳委員宗獻也呼應這個想法，並有更具體的文字建議；張委員惟明呼應謝委員天仁，在協商程序上可否以更有效率的方式，讓委員知道那些是比較具爭議的項目，須多花點時間討論，比較例行性部分，

就可以很快通過，大概是這幾個方向。

- 三、委員建議有些部分，可能原先幕僚是安排在下個月或下下個月委員會議提出，請林執行秘書宜靜向大家報告預訂的執行進度，也讓委員知道這樣做好不好，不夠的話，我們怎麼修正。

林執行秘書宜靜

- 一、先向委員說明，我們每年對於總額協商議案的安排，大概會先談架構跟整個協商的大原則，剛剛謝委員天仁提到流程部分，往年是在提報衛生署交付大總額範圍報告案時，同步研提協商程序案，包括部門的時間安排、共識會議有那幾個階段、各部門與健保局什麼時候提出草案、什麼時候安排相關座談會議等。我知道委員很關心，如果以後為完整性，我們是可以將年度總額協商架構、原則與流程一併呈現，今天是來不及補這個資料，我們會在 6 月份委員會議提出總額協商程序案，再請大家一起討論。
- 二、剛剛委員有提到執行結果的檢討，每年我們會在 7 月份辦理總額執行結果評核會，針對各部門總額一般服務及各項專案計畫的執行結果，視其有無達到預期效應加以評核，透過邀請委員及專家提供意見的方式進行，如果委員覺得這樣的份量或內容還不夠的話，是不是大家再討論以什麼形態增加，或者是等評核結果出來以後再補強。
- 三、針對 101 年度協商的進行，剛剛張委員惟明提醒，希望針對各部門與健保局所提的協商草案，包括協商項目，能有充分的溝通和瞭解。往年我們大概在 8 月份會啟動協商，原則上衛生署會在 7 月交議大總額範圍，之後我們會請健保局與各部門討論協商草案，協商草案談出來以後，會安排一次會議，請各部門與健保局報告協商草案內容。過去用簡報方式大家可能覺得不夠，下個月的協商程序案，我們會提一些輔助方式，像剛才張委員惟明的建議，除了請部門提出簡報外，也會請部門提協商 Proposal(計畫書)，針對每個協商項目更詳細的說明，讓委員對

議案能夠更充分瞭解。我們希望對於協商議案，在 9 月份共識會議之前，大家能有充份溝通機會，在進到協商談判場合前，對議案該補充的資料或想要詢問的內容，都能夠在我們安排的會前會就充分溝通，期可提升共識會議當天的協商效率。

- 四、另外剛才謝委員天仁提到論人計酬，論人計酬方案於今年度開始試辦，在去年協商時並沒有特別談到這個試辦計畫的額度，目前計畫獎勵金的支應，列在其他預算的「推動促進醫療體系整合計畫」，100 年度經費額度 8 億元，目前由該預算項下支應。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝林執行秘書宜靜的說明。幕僚於規劃今年度總額協商作業時，會參採委員所提建議。本來預定於 7 月份討論總額協商程序，謝委員天仁建議應將其納入今天的討論提案，惟相關資料無法臨時提出，將提前至 6 月份委員會議討論，包含各總額部門的協商順序、協商時間等。
- 二、7 月份有兩件重要事情，一為衛生署交議行政院核定之年度總額範圍、另一為各部門總額執行成果評核會議。謝董事長文輝提到希望看到各總額部門上年度一般服務及專款專用執行成果，因此 7 月份舉辦的評核會議，歡迎所有委員參加，以利了解各部門總額的執行成果。
- 三、8 月份健保局會先與各總額部門研商明年的相關計畫協商草案，再到委員會報告，因委員會議只有 2~3 小時的時間，協商計畫報告後可能已無充足時間討論，幕僚將會另邀請付費者及政府機關代表，以座談會的方式進一步討論，並請健保局詳細說明。此時張委員惟明所提的專款或專案計畫的執行情形，例如：預期目標、未達目標的處理方式、過去執行成效及改進措施等，都可在 8 月份的相關會議提供更多資訊。
- 四、不知委員對此做法，有無其他意見？先請何委員語，再請謝委員天仁。

何委員語

我只是提出個人建議，不知健保局能否提供 98~100 年各部門總額的比較表，包含過去 3 年來的績效、缺失等資料，我還會做訪查、求證的工作，充分了解後，才能較客觀處理。我不希望 101 年度總額的協商像瞎子摸象，這隻腿分給他、這個腳分給他、這個耳朵分給他、這個頭分給他，須有詳細資料做為判斷。各部門總額如想爭取更多的總額，希望也能準備充足的資料，例如過去給的總額，你們為全民做了什麼、有什麼效益、或你們自己承認有哪些缺失等。如有充分資料來說服我們，可能達到的目標會比預期的好。這是我的淺見。

楊主任委員銘欽

謝謝何委員語。我想這部分由我來回應。因委員提出的要求與協商有直接相關，可否由本會執行秘書再與何委員確認具體需求，如已有相關資料，就由幕僚提供，如需健保局協助，再麻煩健保局。何委員所提，大家如覺得很有必要，是否資料整理出來後，也提供給其他委員，包含醫療服務提供者，讓每位委員都知道有哪些資料，大家都有這些公開透明的相關資料，協商起來會更順利。接下來請謝委員天仁，之後再請陳委員宗獻。

謝委員天仁

一、陳委員宗獻和謝董事長文輝剛剛提到，希望能在協商因素增加去年預算執行的情形，我覺得那部分並非我們的協商對象，而是協商之前，應了解的相關資訊，我也會想了解，但不能拿來協商。去年度哪個項目的醫療服務利用與密集度改變增加醫界的負擔，是可討論，但沒必要框住去年哪個項目預算的執行情形，因不見得是去年協定的計畫，促使醫療利用增加，進而增加醫界的負擔，可能是其他因素所致，故框住這部分並無意義。我認為協商因素「3.其他醫療服務利用及密集度改變」的文字內容，已足堪使用。委員可在協商之前，透過本會幕僚或健保局，了解相關執行情形，再提出如何從協商因素調整醫界要的相關金額。

二、相關的設想都很周全，但有個缺點，就是太制式化，例如要等到評核會，並要大家參加後，才能了解各部門總額的執行情形，我覺得應更彈性。如同何委員語所提，可能委員只想了解特定的部分，幕僚就針對委員所需的部分提供即可；例如我想了解西醫基層或醫院中三個較艱困科別的醫療利用狀況(這只是舉例，不代表我要了解)，就不能當眾講出我要什麼資料，也不應把我要的資料提供給每個委員，因涉及個人談判的籌碼。好比考試，大家已知道出題的方向，這樣要如何協商？每個委員的需求不同，考慮重點不同，可能何委員重視某個角度，我重視的是另一個角度，委員所需資料，請幕僚儘量協助提供，如幕僚沒有資料，則請健保局協助，但不宜將單一委員所需的資料提供給所有委員，或可詢問其他付費者委員是否有此需要，但至少應畫一條線，即醫療團體與付費者代表的資料，是不能流通的。每個人需求不同、想法也不同，不能制式地提供每個人相同資料，我覺得觀念上應作某種程度的調整，即委員如因協商所需，幕僚應儘量滿足委員的需求，而非等到哪個會議才提供，因有些會議可參加，也可不參加，希望能用更彈性的方式進行。

楊主任委員銘欽

謝謝委員天仁。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

一、剛何委員語提到大象的概念，我認為很重要，費協會協商時，所有資料都要透明、齊全，因我們現在談的並不是我要給你一年多少錢，而是明年醫療服務要多少、要做怎樣的分配與處理，這是我們的功能，所以資訊的透明與完整，非常重要。唯有如此，才不至於像何委員所說的，摸到一隻大象的腳，就說這隻腳太大了，不行，要縮小，結果縮小成小鹿的腳，剩下3大腳要怎麼處理？所以要提供全貌的資料。

二、原本我認為協商因素應增加前一年協商結果所造成的影響，我也贊成謝委員天仁看法，不一定要加文字進去，因它是 base(基礎)，我剛提的意思也是如此，並非去年度不夠多少，就要再增加多少，主要是它也是大象的一部分，費協會提供的資料與醫療服務提供者提供的資料，都要一起呈現在協商平台，大家就事論事，才是健康的協商。不是過去的買賣方式，買方與賣方拳頭都握著，手張開後，才發現不是所要的東西。希望以透明、公開、健康的方式來協商。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、何委員語與謝委員天仁所講的，我都同意，剛提到要檢討去年的結果，去年情形只是讓委員有基本的認知，談明年當然要以過去的執行結果為基礎，但明年是明年的事。何委員提到要了解執行績效等資料，每個委員在各自的專業領域都很忙，對總額制度不是這麼專家，不像學者、老師，我們檢討去年執行結果，才有足夠能力進行明年的談判。
- 二、醫院總額一開始是由學者帶領規劃的，花費一、兩年時間研議，衛生署並製作「醫院總額支付制度研議方案」，每個總額部門都有研議方案，包含實施總額的目的、希望達到的政策方向、連談判技巧也有，就像教科書，雖然我從事醫療業務，但對健保制度還是學生，該方案對我個人幫助很大。希望主席能請幕僚單位提供研議方案給所有委員，再加上執行結果等相關資料，將有利協商作業進行；如幕僚沒有該方案，我可提供。我曾擔任費協會數屆委員，覺得該方案對我個人有很多啟發，希望也能讓每位委員都了解基本架構。其雖為 91 年研擬的方案，但為實施醫院總額支付制度的理念，不然原本制度做的好好的，為何要改為實施總額制度，一定有專家學者的看法。

楊主任委員銘欽

請蘇委員鴻輝。

蘇委員鴻輝

- 一、從剛剛幾位委員的發言，可預期 101 年度的總額協商將會更完整且深入。我很贊成何委員語所提的各部門總額執行結果的評估表，期望費協會能將該資料提供給所有委員。今天在談總額，好像是總額部門間或總額部門與健保局間的角力，是否我們也應考慮到民眾對健保制度的滿意度。健保局每年都進行各總額部門的民眾滿意度調查，已做了 10 幾年，以前是 1 年調查 2 次，現在 1 年調查 1 次，目前樣本數才 1,000 多人，有點少，但已算較為客觀的調查。牙醫部門希望能夠再增加樣本數，裡面有很多統計數據，例如民眾對健保制度不滿在哪裡、喜歡在哪裡等，我覺得可提供給所有委員參考，對談判將有更大的功效。何委員提及要明查暗訪，現成已有民眾滿意度調查的結果做基礎，委員可再針對特別關心的部分再深入了解。
- 二、評核會議，大家很忙，不一定能來參加。能否請評核委員代表，於委員會議上簡單報告評核結論，讓委員知道各總額部門有何優點、缺點、待加強處，將有利於談判，這是我的看法。

楊主任委員銘欽

- 一、剛剛提到資訊提供部分，到這邊暫告一段落，略做整理：
 - (一)有關何委員語希望提供過去 3 年的執行情形部分，我已同意整理後提供每位委員參考，故仍維持此決定，主要是因為這些資訊在本會年度的協商參考指標要覽中，原本就公開。關於指標要覽，向各位委員報告，本會在每年 7、8 月間，進行協商參考指標要覽的彙編，即會整理過去幾年的相關資訊，並提供委員參考，但由於資訊非常豐富，若非時間充足，可能沒辦法一下子就找到需要的資料，因此，就剛剛何委員語所要求提供的部分，印象中，指標要覽就有，我們可以整理，這些都是公開的資料，提供給每位委員，應該比較妥適。
 - (二)謝委員天仁講到希望特定委員索取的，就只提供特定委員參考，我也贊成，因為自我參加委員會議至今，陸陸續續有委

員私下向費協會幕僚表示希望獲得某些訊息，我們也盡所能或是請健保局協助提供，但這類資訊都只提供該特定委員，主要是因為部分屬於個別資訊，所以也要請各位委員取得資訊後，須遵守個人資料保護法的保密協定，不得隨便散布。就剛剛謝天仁委員的提醒，在此特別感謝，部分資訊若是個別委員的要求，確實不太適合公開講某某委員索取什麼資訊，並提供給每位委員，這部分未來會特別注意。

(三)謝董事長文輝提到的研議方案，請幕僚會後詢問新任委員有無此需要。其實網站總額問答輯(Q & A)也有相關資訊，我們均可提供。

(四)蘇委員鴻輝講到滿意度調查與評核會部分，其實滿意度的資料也整理在協商參考指標要覽中，而評核會則希望大家儘量撥冗參加，因為真的可以聽到很多執行面的心聲。何委員語剛提到想瞭解執行後的優缺點，在評核會議中，各總額部門都會提出執行情形報告及其相關訴求，委員可就所提供的資訊，直接與各部門代表討論。

(五)以上是關於資訊部分，討論到這邊暫告一段落。

二、回到今天提案所列三點擬辦事項：

(一)101 年度總額協商架構及通案原則，原則是維持過去的內容。另剛剛謝委員天仁提醒，未來若支付制度有所改變，影響到現在的部門總額時，則應該要反應在協商架構中，譬如論人計酬部分，就將它寫進去，會比較清楚。在通案性原則部分，如果沒有其他意見，則比照辦理，可以嗎？

(二)有關違反特管辦法之扣款處理方式部分，已經討論很多次，是不是還是維持？

(三)第三項是大原則，也只能這樣處理，如果行政院交付下來，有什麼變動的話，我們就再配合修正。

(四)各位委員對以上的決議，可以接受嗎？(委員未表反對)好，照擬辦通過。

三、接下來討論第二案，麻煩參看另外裝訂的乙份資料，請幕僚同仁協助委員翻閱。

肆、討論事項第二案「葉克膜(ECMO)經媒體報導，儼然有救命仙丹的形象，然而在健保之實際效益，宜加以探討，以維護健保醫療費用的良善運用及減少無效醫療的浪費案」與會人員發言實錄

楊主任委員銘欽

- 一、這個提案內容比較具醫療專業，個人猜測其緣起，應是最近有位監察委員與台大公共衛生學院舉辦的「啟動第三波健保改革」研討會有關，會中有位在葉克膜、體外循環醫療方面頗有經驗的醫師，提到此服務本身花費很大，但能挽救的性命相當有限，所以提醒大家要注意此現象。謝委員武吉看到此報導，可能也覺得需要瞭解。但是必須強調，費協會對個別診療項目是不做討論，我們的任務是協商總額的成長率與分配，但因為謝委員武吉所提的議案也很重要，因為它耗用的費用很大，所以，在很短的時間內，請健保局提供說明及統計利用情形。在此先向大家做背景說明。
- 二、在座委員若非屬醫療方面的領域，可能會對此議題較為陌生，只知道它很花錢，可能可以救一些人，但可能有些人用了也沒用，所以這部分值得討論。接下來，先請謝董事長文輝補充說明，再請其他委員提出詢問意見。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、那天研討會安排的議題是討論所謂的「無效醫療」。社會大眾共同的關切是，既然無效還做？事實上，大家覺得很捨不得，演講者柯文哲主任，是台灣醫界都非常欽佩的葉克膜專家，依他的報告，葉克膜的使用大概是最近五年左右的事情，他個人做過約 1,500 例，研討會時也放了很多照片給大家看，看了後都覺得非常無奈，有些病人四肢都黑了，也持續使用葉克膜。柯文哲主任的報告結果，和今天的數字有相當差距，當然，這不能怪健保局，因為資料的取樣不同，他因為是臨床醫師，一定是計算 1,500 例，每個費用 total(總計)申請健保多少錢的方式。依他估算這 1,500 例，每個花費近 500 萬，但平均才延長一個

多月的生命，所以他有所感觸。像這樣的醫療，有很多醫師都不知道該怎麼辦？因為有葉克膜，就把它裝上去，但是裝上去之後，又不知怎麼收尾？

二、照柯文哲主任所講，1,500 例花費 70 幾億，相信他是按照每個 case(個案)平均計算，得出每人花費近 500 萬。今天健保局所提供的數據，數目其實很少，因為取樣不同，健保局沒有像他這樣計算個案入院所有的費用。我想柯教授的結果會比較差，因為他是權威，全國最困難的才送去那裡。依健保局統計一年有 1,126 個 case(個案)，請看議程補附資料第 3 頁的統計表，死亡、病危自動出院等部分有 640 個，這部分大概都是送到像柯主任這種專家那裡，因為大家覺得沒送到他那裡不行，而其他存活則有 486 個。理論上，其中 640 個應該會比較接近柯文哲教授所講，要花費接近 500 萬，所以這部分大概就有 30 幾億，而另外 486 個，也要檢討，這些 case(個案)真的有需要用葉克膜嗎？

三、使用的資源非常龐大，相信一年加起來的花費一定要 30、40 億，而這 30、40 億是最專業的臨床工作者說的「無效醫療」，這一定要檢討。新聞一出來，讓很多非都會區鄉親與醫院感到很怨嘆，健保的錢竟這樣花，像旗山醫院是偏遠地區急救責任醫院，在八八水災時，很多病人全部跑去那裡看病，大家也都突然發覺他很重要，但我們最近去看，它一個月有 1,600~1,800 個急診，提供 24 小時內、外、婦、兒科急診服務，一個月才申請 2 百多萬，這樣的錢大概是半個葉克膜，但是核減率，第一次 30%，第二次再審，結果 15%，讓人覺得非常無奈。另外，像我們醫院也在非都會區，也是偏遠地區急救責任醫院，一個月看 3,000 個急診，提供當地 10 幾萬人唯一的生產服務，唯一的 24 小時內、外、婦、兒科緊急救命的服務，一個月只能拿 1.2~1.3 個葉克膜的經費，也覺得很有無力感。在台灣，以生活圈規劃原本 60 幾個醫療次區域，扣掉都會區，像這類的地區有 41 個。醫療次區域現在要改成 49 個，扣掉都會區 20 幾個，至少也還

有 20 幾個非都會區的生活圈是這種情況。我們付這種連執行的醫師都覺得疑惑的醫療，一年 30、40 億，我覺得費協會委員當然要關切，怎麼會有一個新的服務才用 5、6 年，就要花那麼多錢，而大家還覺得不怎麼有效！

四、期待健保局的長官，可以針對柯文哲教授給我們的啟發，針對這幾年，有那些新引進、延伸很多費用，但其實並不符合健保目標效益的服務。健保主要的費用是要照顧大家基本需求的服務。所以，健保局應該建立一套費用整體的評估系統，類似柯文哲主任所做的實際費用的計算方式。這些 case(個案)總共花費這麼多，但平均一個人卻只延長一個多月的生命。如此，就可以即早發覺那些資源的花費是不必要，而這些一年 30、40 億的資源，只要其中的一半，移往挹注醫療資源較不足的地方，都可以讓全台灣非都會區、偏遠地區的民眾有一個基本緊急救護的保障，像在八八水災中，擔任急救重任的旗山醫院依其所在地的需要，至少可以再增進一倍的急診服務功能，讓當地民眾可以不用奔波，就只要一半的錢就有辦法達成。

五、本案屬於資源的使用，所以我覺得費協會有此責任，也可以藉此提案，要求健保局建立一個機制，檢討這幾年來，有那些新的服務提供，延伸許多費用，然而卻是無積極效益的，邀請柯文哲主任等專家一起研討，訂定如何用健保有限的資源來給付，訂定比較嚴謹的葉克膜使用的 criteria(標準)，這對臨床醫師也有幫助。柯教授那天講得很無奈，年輕醫師問他葉克膜什麼時候要停？什麼時候該用？他說，沒辦法，生命最可貴，有這個東西，說可以延長一個月，我也會把它裝上去。所以，也許要找專家來，很明確地針對這類項目，訂定明確的 criteria(標準)，那些狀況才可以使用？在健保有限資源下，願意提供的程度？至於如果是個人要求自費使用，我們沒意見。這樣才能讓健保的有限資源，真正發揮最大的效果，也讓實務的醫師不會陷入天人交戰，因為有個標準在那裡，要健保支付就要符合標

準才能使用，我覺得這是一定要做的，也是這個提案最大的意義，希望能夠得到委員支持。

- 六、針對提案所述葉克膜這類性質的醫療項目，設立一個模式，讓大家真的看到全貌，包括整體費用及效果的評估，也就是何委員語所說，如果可以提供這樣的資訊，委員就可以評估，在什麼樣的水準，標準放在那裡，才允許使用，可以達到明確的正面效果。我也覺得這對整體資源的使用一定會有很大幫助，也是費協會的主要任務。

楊主任委員銘欽

謝謝謝董事長文輝。請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

- 一、大家聽我這外行的說看看。葉克膜這個問題，我不是醫界，剛剛謝董事長文輝提到這個問題，我有反對意見。葉克膜一年使用 1,000 多個，聽說醫療費用就花了 70 億左右，就算 1,000 多個全救起來，得花 60~70 億。還有一個問題，聽說某市立醫院，我知道是哪個醫院，但現在不講出來，好像是心臟破裂的病人，用葉克膜下去，隔天就死掉。剛才謝董事長文輝已經說，早就知道要 500 萬，500 萬乘以 1,000 多個，1,000 多個全救起來，總計就要 60 多億。
- 二、最近某醫院的一個教授，談到臺灣的肺部腫瘤問題，國家衛生研究院有個小組在研究，但是經費被砍掉，一個經費才 5,000 元而已，他們有 5 萬人，我算了一下需要 2 億多，2 億多來研究這個問題，可以救很多人。請教醫界的朋友，現在肺部腫瘤是無形的殺手，當發現的時候，已經 3 期、4 期，根本不能開刀。要固定做身體檢查，才會發現有肺部腫瘤，在第 1 期開刀以後，做化療還要花很多錢。說句良心話，1,000 多個葉克膜花 60~70 億，今天不管怎樣，讓這些專家學者研究肺部腫瘤的問題來照顧全民，非常非常值得，2 億 5 千萬而已。之後要用什麼辦法，他們內行，看要怎麼處理。本來做 CT(電腦斷層)、肺

部 X 光檢查，可能要自費，是否健保可給付？大家都檢查，若發現有 1 公分以內的馬上摘除；1 公分以上，不到 2 公分且癌細胞沒移轉的也拿掉，可以節省很多醫療浪費。

- 三、像上次臺大陳院長明豐說 B 型及 C 型肝炎治療問題，中途又要錢，我為何打算在不合協定原則情況下，同意給錢，是什麼原因？剛才有委員已經提到，但我不管，在總額協商時，醫界需要的錢，一定要提出，不要以為可能花不完，等到不夠時，才來要錢，這樣委員不會接受。像 B 型及 C 型肝炎若用藥治療好，不會肝硬化、肝癌，這樣不是很好嗎？肝硬化、肝癌也是花我們的錢，處理好，後續就不用花那麼多錢，就是節省健保費用。
- 四、請問用葉克膜有道理嗎？我很少聽說有人用得到葉克膜，都是有關係的人才用得到，胡志強太太邵曉玲用到，還有一個小朋友。用到是讓人很歡喜，但不知什麼關係？據我所知，都是跟醫生有關係的人才用得到，因為用葉克膜還包括手術、材料費用等，總共要 500 萬，普通人根本沒辦法花得起，除非有特殊關係，所以我反對葉克膜的開支。主委，這樣可以嗎？我外行，講話、表達不好。

楊主任委員銘欽

- 一、了解。請李委員明濱稍等一下。
- 二、剛才兩位委員提到一個案例 500 萬，我想稍微謹慎一點，因為那是某位醫師的案例，但還是要依照健保局所提供的資料。請各位參看討論案第 2 案補充資料第 3 頁的統計表，右邊算來第 3 欄，使用葉克膜期間，全部申報的醫令點數是 2 億 2 千 500 萬多點，平均每人使用葉克膜的費用約 20 幾萬。當然謝董事長文輝剛才講的也沒錯，可能包括衍生性的費用，跟這邊不包括的相比，當然費用有差別。可是既然談到葉克膜，儘量還以健保局提供的資料、資訊做為發言的依據較佳。
- 三、請李委員明濱發言。

李委員明濱

- 一、主席及各位委員，李明濱第 1 次發言。剛剛大家對葉克膜的關心，個人蠻讚賞的。
- 二、本人有參加第 3 波健保改革研討會，分享一下個人經驗：
 - (一)那天在座談時，請大家務必注意幾個名詞：「無效醫療」與「醫療無效」是不一樣的，這是第 1 點。不是患者裝了葉克膜以後，治療無效就叫無效醫療，因而限用此醫療法，這不可能，因為醫療是充滿未定性的。
 - (二)第 2 點，我贊成使用葉克膜要有一定的適應症，這部分需要由專家學者協助。
- 三、今天委員關心的不是醫療問題，而是資源分配的問題，資源分配只是決定國民健康的其中一個重要部分而已。醫療有它的專業倫理、道德、法律。剛才很多委員提到，用不完就一直用，難道醫生就一定亂用？絕對不是使用葉克膜應有專業的考量，用了要不要拿掉？涉及很多相關議題，包括防禦性醫療。臺灣醫師是全世界因醫療爭議，被提起刑事訴訟最高比例的國家，為什麼？就是刑事判罪的問題。所謂防禦性醫療，是醫界與民間要共同努力防止的。如果拿掉，病人死了，就告醫生，但其實葉克膜用了根本就有危險，所以這是一個重大、複雜性的議題。費協會可以從資源分配的角度反應，但一定要邀集專家共同研商，包括醫療倫理、法律，但我要強調，從法界觀點來看，絕對沒有依「健保治療指引」，就可以做為醫師有無犯罪的根據。絕對無，也就是說醫師根據健保規定不能用而沒用，病患過世了，家屬卻仍要提告，這健保規定理由是不足以採用的。
- 四、剛才委員談的都很好，這是一個重要議題，因為的確花費很多資源，它的來龍去脈，如果可以整理出讓大家知道，就不會以偏概全，現在聽起來很危險。柯教授文哲那天談的是葉克膜很好，但是在不同的適應症、文化、時空背景下，可能會造成醫師天人交戰，例如別的醫師問他是否要拿掉葉克膜？他說：「這上帝才知道拿起來會不會死，我怎麼知道？」但如果這句話被

generalize(普遍化)，而誤導以為醫師都變這樣，這是蠻危險的。所以回到主題「無效醫療」與「醫療無效」，那天有很多辯論，只是表達個人看法。這問題很複雜，值得我們關心，但是一定要訂定專業適應症。

楊主任委員銘欽

再邀請一、兩位委員發言，這議題就準備結束。請蘇委員清泉。

蘇委員清泉

- 一、我本身是心臟外科，所以由我來說可能較恰當。屏東地區有執行葉克膜醫療的醫院為安泰、屏東基督教醫院。依我看使用葉克膜差不多有 3 種適應症，第一種是急性病毒性心肌炎，例如得到腸病毒、H1N1、H5N1 的急性病毒感染，引起心臟突然不跳，我們已經救過好幾個阿兵哥，但是 3 天到 1 個星期又跳回來，那種最有意義，怎麼是無效醫療，那是搶救生命，太重要了。
- 二、第二種是開完心臟手術後跳不回來，無力可跳，體外循環機沒辦法停掉，就用葉克膜接過來，差不多有 40% 跳回來，當然死的也很多，成功率不是非常高，這是事實。花的錢，單單葉克膜植入的費用不多，點數 1 萬多點，但那些人工心肺(membrane)差不多 3~5 天要換一套，一套就要好幾萬塊。
- 三、像柯教授文哲說，放 180 幾天，是第 3 種情形，就是等待換心的情況，在國外有人放到 200 多天，期間就得換 50~60 幾次的人工心肺。這 3 種情形都沒人會濫用，不可能。
- 四、但現在社會很多人都知道什麼叫「葉醫師」，車禍送到急診室，救不起來就說「把葉醫師裝起來」，記者也會要求，我曾經很緊急在急診裝葉克膜，覺得很荒唐，但也是裝上去，不裝的話會被告。
- 五、所以要向大家報告什麼叫無效醫療、醫療浪費？大家天天朗朗上口，補充兩點讓大家瞭解：
(一)昨天在東港漁會舉辦婦聯會演講，有漁民眷屬、婦聯會幹

部。東港漁會是全臺第 2 大的漁會，我們的船員不管在大陸、巴士海峽或赤道出事，就算爬也一定要回臺灣，你聽過 S.O.S.包機回臺灣，但你曾聽過要包機到大陸就醫的嗎？沒有嘛，表示對臺灣信任。我們每天在這裡罵、嫌，有意思嗎？大家拼死都要回來，為什麼？這裡的醫療是可以信賴(reliable)的、這裡的醫護人員是可以溝通的、這裡是有法治的、這裡的健保是很強的，想做假都做不了。我認識的船長常常出事，船員比較不會出事，為什麼？一條船長度不長，都差不多 70~80 公尺，最長 100 公尺，船長都坐在船長室，看閉路電視、監測魚群，吃飽不活動，肚子都很大，煮飯有廚師，船上有大副、二副、輪機長，所以都不必動，比較打拼的船長在船下網、起網時去看一下，船員都是外勞，情形就是這樣。所以最容易心肌梗塞、中風的就是船長，你知道若船長在巴士海峽出事，我們海巡署派船去救，船上還配備直升機，救一個要多少錢？本會委員有省漁會的秘書長，應該知道出一艘船搜救要花 5,000 多萬元，生命是無價的，所以不要在這裡講無效醫療。

(二)第 2 個個案，安泰醫院有個 99 歲的洗腎病人，洗腎 14 年死掉了，公祭時我去上香，他兒子有當老師、校長、警察；孫子有當法官、檢察官。他兒子對我說：「院長，你太遜了，怎不把我爸醫到 100 歲？」我說：「你爸 10 多年前就應該死了。」病人死前，腦袋還是清楚的，是無效醫療嗎？這樣浪費嗎？我不知道。所以，不是我們這個層次在這裡說「無效醫療」、「醫療浪費」，我們要夠格，我們不是上帝。若要界定無效醫療，大家記在心上，與專家、社會學者坐下來好好談。這病人 99 歲了，洗腎 14 年，我要好好寫篇文章，以上。

楊主任委員銘欽

請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

主委，請教一下。剛才聽醫界所說，瞭解葉克膜到底花多少錢是個重點。聽起來，據我所知，包括特殊材料，有的、沒有的加起來，一個人用葉克膜要花 500 萬，實在太貴了；若 20~30 幾萬，我可以接受，講坦白話，不能一個人用葉克膜就花 500 萬，1 年 1,000 多人，該如何處理？我還要再考慮看看，這部分請說明。

楊主任委員銘欽

請健保局說明。

蔡組長淑鈴

在這裡說明，關於更新資料中的兩張表格的數據，及為什麼有 500 萬這樣的說法：

- 一、更新資料的表 1，每人費用 15 萬，及表 2，每人費用 20 萬。所謂使用葉克膜之費用，在健保支付標準表下有兩項：體外循環維生系統支付 10,173 元，及體外循環維生系統管線更換 4,400 元。表 1 顯示 99 年一共有 1,126 人次使用葉克膜，跟健保申請費用，在這裡申請的金額若是很大，表示使用葉克膜很多天，表 1 呈現使用天數是平均數，並未將使用最多天的呈現出來，如果使用葉克膜 100 多天，申請的金額絕對是好幾百萬；表 1 是以全國有使用葉克膜的病人，從第一天一直到移除 ECMO 機器的這段期間使用天數與申報費用的平均數，包括使用葉克膜費用和耗材所算出的，平均每人 15 萬。
- 二、請各位委員看更新資料之表 2，再將其細分，可以知道所使用的天數及出院的狀況。在縱軸的部分有 3 種分類，以病人出院的情形區分：1.病人是院內死亡；2.病危自動出院，表示病危要回家死亡的；3.出院時是存活的，但不代表後來有沒有死亡；因為資料只能提供到這種程度。橫軸的部分，就是比表 1 更多一點資料，使用人數也是 1,126 人，平均使用日數為 4.19 天，可能有人使用 1 天、2 天就拿掉，也有人可能使用 30 天，資料呈現的是平均使用葉克膜 4 天，總共花費 2 億 2 千 5 百萬元，

平均每人使用葉克膜費用 20 萬元。表 2 比表 1 每人平均費用多出 5 萬多部分，是因為住院期間除了使用葉克膜外，還有住院病床費、住 ICU(加護病房)費用、藥費等，有其他衍生的醫療費用，但還是鎖定在使用葉克膜這幾天內所使用的錢，所以平均 20 萬元。以上是對表 1、表 2 的解釋。

三、健保局在支付標準表中，已訂有使用葉克膜的適應症。

四、補充說明柯文哲教授所提的是台大醫院的案例，在台大醫用使用葉克膜的案例頗多，但是台大醫院的算法是，從病人一入院到出院，一個 case(個案)全部的醫療費用；健保局的算法是，只有病人使用葉克膜的這段時間的醫療費用，所以兩者有差距，因為使用葉克膜的病人都是非常緊急，即使拿掉葉克膜之後，多數還是要在 ICU(加護病房)住。所以柯教授的數據和健保局最大的差異就在這裡。可能台大醫院的病人更嚴重，住院時間可能更長，所以對於使用葉克膜要花費 500 萬元的說法，只是台大醫院的資料，並不代表全國的資料。

楊主任委員銘欽

一、謝謝蔡組長的說明，這樣非常清楚。如果從統計數據來看是這樣。

二、先回應陳委員錦煌關心的部分，到底花費多少錢？從健保局提供的統計數字，大家可以參考。

三、重要的是，到底是醫病還是醫人？就如同剛才蘇委員清泉所提，你要救一個人，不是說病人進來裝了葉克膜，活了就出去，還有一些前前後後冗長的急救等醫療項目，這些也都需要考慮，最終能夠救人命最重要，這部分也是陳委員錦煌所關心的。

陳委員錦煌

不好意思，因為我不懂，所以要加減問才會知道。請教蔡組長，表 2 所列病人存活情形，死亡病患平均使用葉克膜日數為 4.33 天，所使用的費用為 18 萬 6 千多元，是不是？

蔡組長淑鈴

向陳委員錦煌說明，表 2 有 1,126 人使用葉克膜，其中有 432 人是在院死亡；208 人是出院時沒有死亡但是病危；486 人是出院時還存活。表 2 呈現不同的費用，從數據看起來，醫院內死亡平均每人花費 18 萬元；病危的是 19 萬元；存活的是 21 萬元；使用的天數也是不一樣，存活的使用天數，就比病危的使用天數高一點，這其實是一個實證，也沒有辦法講對或錯，只是提供實際的資料給大家參考。

陳委員錦煌

再請教蔡組長，是不是使用葉克膜的病人，花費 18 萬多元，使用了 4.33 天，但還是死亡；病危自動出院的，使用 3.77 天；存活的病人使用 4.25 天，這應該是總平均數？不然不會有 4.25 天的數字。存活的病人全部花費了 1 億多元。像剛才您報告的，如果使用 100 多天，就會有不同的費用，是嗎？

蔡組長淑鈴

當然，我們的數據是使用葉克膜平均的天數及費用。

陳委員錦煌

我必須要問詳細些，因為別人都灌輸我說，使用葉克膜就要花費 500 萬元。

蔡組長淑鈴

會花費 500 萬元的個案，可能是住院期間長，而且使用葉克膜時間很久。

陳委員錦煌

- 一、因為我們是外行的，必需要了解清楚。假使有人說起這些，我也可以說明：「沒有這樣的情形！」不然要給人嚇死。我是勞工代表，不是醫界代表，要瞭解清楚，以後有人說時，就可以告訴對方：「你不要騙了！不要煽動我！實際情形不是這樣。使用多少天、多少錢都有數據。」也不會讓我們心臟科醫師在這邊 complain(抱怨)。
- 二、經過蔡組長的說明，我就聽懂了。住比較多天沒有將數據算出來，只有算使用葉克膜這段期間存活情形的平均天數，死亡的

使用了 4.33 天、病危的使用了 3.77 天、存活的使用了 4.25 天，全部總共使用 2 億多元，對不對？而依存活情形的花費平均每每人分別為 18 萬元、19 萬元、21 萬元，這樣對嗎？

蔡組長淑鈴

情形是這樣，這些病人裝了葉醫師(葉克膜)期間，所花費的費用而已，沒有去計算葉醫師(葉克膜)移除後，病人可能還要住院很久的費用。

陳委員錦煌

我知道，就是這些費用也要包括特殊材料等。但也不是說只有機器，病人就能存活，要使用的費用還很多，像是整個醫療團隊人力、麻醉藥等，包含這些其他的費用，總共要花費多少錢？是不是能夠讓我知道？

蔡組長淑鈴

今天的資料是沒有計算病人全部花費多少，如果需將全部費用都算進去，還要另外再計算。

陳委員錦煌

究竟是無效醫療還是有效？我要了解。

楊主任委員銘欽

- 一、將今天這個議題做個定位，從費協會的觀點，不去討論單一醫療服務要不要提供，或者提供多少點數？今天謝謝委員武吉提出這個案子，也謝謝健保局願意提供這些數據。純粹是讓委員知道這個服務使用的情形與使用費用。
- 二、至於各位委員覺得好像目前對這個服務本身的管制，還需要再進一步做些規範等建議，委員會可以決議請衛生署、健保局還有醫界共同協商。委員會的權責沒有去管給或不給，但是可以讓大家多了解細節。

陳委員錦煌

主委，您這樣說，對嗎？我是代表付費者委員來看管錢的，不然我

來做什麼？

楊主任委員銘欽

我們是管大的錢。

陳委員錦煌

大錢、小錢都要管！不能那樣說，我是勞工代表，不然公會派我來這邊做什麼？就是要來看管錢，您不能這樣說，我是代表付費者的委員，不是代表醫界，要搞清楚！如果所用的錢用在不對的地方，我會有意見。不能說少錢就不管，就算是一分五厘我都要管，付費者委員本來就應該要這樣，不然怎麼叫做付費者委員，就是要來監督錢使用在什麼地方，知道錢是不是用在對的地方，如果是對的政策，當然要支持，不對的，我要提出來。

楊主任委員銘欽

謝謝。接著請謝董事長文輝發言。

謝董事長文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、我想今天這個案子從剛剛討論的幾個重點，其實就是要很明確嚴謹的訂定使用規範。像蘇委員清泉提到病毒性感染，只要過一段時間，身體免疫的抗體出來了以後，就過關了，這是一個非常好的 indication(適應症)。顯然像柯文哲教授所言的，這類病人都很嚴重，但對這種狀況很嚴重複雜的病人，花這麼多錢，效果是不是符合經濟效益？或者像剛剛李委員明濱所提，等待換心的個案，是不是要由健保給付？等待的時間可能 200~300 天，是不是符合適應症所列？我想這些都非常值得討論。我認為有必要重新檢討 indication(適應症)。對於有效益的，百分之一百支持，對於像柯文哲教授做的 1,500 位病患裡，若屬於沒有效益的，就應該在健保的使用 criteria(標準)中，明確規範，大家都依循這個標準來做。
- 二、其實提出這個案子，如同我先前的說明，是希望提供對一些延伸很多費用的服務，在如何更有效的使用健保的有限資源的前提下，需要健保局去整體監控。像柯文哲教授所做的這些病人

資料，健保局如果有一套專門監看的系統，應該會比柯教授更早發現這種問題。這樣子我們對未來的健保資源分配，可能就有一套更嚴謹的處理方式。像這種費用要花很多的要不要管控？正是主席所說的大錢，要在這裡決定。

楊主任委員銘欽

- 一、容我先打岔，先謝謝謝董事長文輝。如果大家同意，建議衛生署與健保局對於葉克膜使用的適應症部分再去檢討。至於健保局何時啟動這個機制，由健保局決定。
- 二、對於這個服務本身，如同陳委員錦煌很關心的，我們在這裡，是不能決定要不要同意給這個服務。只能站在費協會委員的立場，非常善意的監督，是不是有醫療浪費？有沒有可能是價格太高？給予善意的提醒，代表民眾監督是否有浪費的情形，我們可以做到這部分。而不去說這個可以，那個不可以，這屬健保局的權責。

謝委員天仁

- 一、主席，我想剛才陳委員錦煌所提到的事情，可能涉及到費協會的權責。我們是決定總額，還有所謂的分配，這個分配的方式是分到怎樣的階段？我覺得在費協會好像沒有很清楚的界線。我個人看法，現在的分配分到很上層，就是把各部門分一分、其他預算分一分，就結束了。但是今天提出論人計酬涉及獎勵的部分，大家也都認為應該在協商過程，去做分配原則本身的協定，顯然不是像以前所做的，只有在最上層的分配而已。
- 二、所謂協定分配方式是協定到什麼樣的狀態？我覺得幕僚單位應該收集相關資料，提出具體資料讓委員能夠比較深入了解，在了解以後，相信假使不能對具體像葉克膜等醫療項目去做相關分配的任何決議，大家只是表達相關的意見而已，也就不會有這些誤解存在。所以我認為這個部分，事實上是有必要去探究，在二代健保以後，相信會更細膩的規範，建議幕僚單位可以及早收集相關資料，最好有具體的案例，讓大家可以了解，相信

有助於以後的協定。

楊主任委員銘欽

謝謝委員天仁。先請何委員語發言，然後再請陳委員宗獻發言。

何委員語

- 一、各位先進，我是建議，今天很明確已經把使用葉克膜 1,126 位的費用列出，能不能更進一步計算這 1,126 位總共支出多少醫療費用，這樣陳委員錦煌就更明瞭，這兩個表若能做一比較，我想今天意見就會比較一致。
- 二、總額分配到底要做到大分配還是中分配，當然我們不可能做小分配，這是提供一個思考方向。我想未來總額分配要朝這方向思考規劃。
- 三、我認為應該制定更嚴謹的葉克膜使用方式，救人、救生命為目標，但是不應該浪費，也建議不可以取消。問題出在哪裡？今天陳委員一直講 500 萬元，那是南部地下電台廣播，說葉克膜一用就是 500 萬元，就是阿九的親戚才用得到，其他人都用不到，一直在廣播煽眾，所以讓老百姓誤以為用了葉克膜就要 500 萬元，就是胡志強的太太才可以用，阿九的親戚朋友才能用，其餘的人都用不到。如果今天又取消掉，地下電台會說：「你看，阿九很沒良心，把老百姓要用的葉克膜取消掉。」這個話太多了，所以不能夠取消掉，要嚴謹的去規劃。
- 四、建議將這些資料做出後，衛生署或健保局要召開記者會，來反駁這個台大醫師說什麼無效醫療或醫療無效的論點，一個台大醫師講這些話要對全民負責，他講了以後，因為他的專業術語是對的，但老百姓聽不懂，讓媒體、電視、記者或者地下電台傳播，就把善意的建言，轉換為很惡意的傳播。我建議要召開記者會說明使用葉克膜的 1,126 位，他們住院確實花了多少錢，這樣才不會誤導 1 人 500 萬，這是我的建議。

楊主任委員銘欽

謝謝何委員。再請陳宗獻委員。

陳委員宗獻

- 一、剛剛何委員語和謝委員天仁都有提到，怎樣強化分配的機制。其實我剛剛在談，可能大家一聽下來，各自在各自的位置思考。剛剛第一案就這樣通過，我一直在找資料，在第 163 次委員會議議程中，100 年度總額協商的政策方向與目標，很明確寫：「費用結構平衡：藉由支付結構改變，促進門住診費用、科別間、藥費與專業服務費用之平衡」。其實可以將它放到第四項「醫療服務效率之提升」，不然的話，就是放到本次議程資料第 18 頁的第三項，在總額協商時，變成協商的原則之一。我再做這樣的建議，因為剛剛主席在決議時，著重在資訊提供，所以在這個程序與內容的部分，沒有做任何處置。
- 二、此外，也可以參考第 163 次委員會議（100 年度總額協商之政策方向與目標中，就有提到這個分配機制），在今年政策目標中處理。

楊主任委員銘欽

陳委員宗獻回到討論案第一案，謝謝陳委員提醒，前面提到第三點要加一段文字，第四點的話，我們也可以把第 163 次委員會議相關原則納進來。請林執行秘書。

林執行秘書宜靜

澄清一下，陳委員宗獻剛剛提的第 163 次委員會議資料，係衛生署交付 100 年度健保總額協商之政策方向與目標。衛生署每年交付的重點都不一樣。

陳委員宗獻

可以思考一下，就剛剛兩位委員所提，我也是注重總額費用結構分配機制部分，可以向衛生署反映到底要怎麼樣處理。

楊主任委員銘欽

- 一、對於葉克膜這個案子，我想做這樣的決議，但是有一些附帶決

議。先講一下主決議，請各位參看補附資料第 5 頁，本會幕僚補充說明建議第二點，依照健保法第 51 條規定，醫療費用支付標準由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂。就是剛剛看到的服務，到底要不要付，要付多少錢，依照原本的規定，是由健保局與保險醫事服務機構共同擬訂，報請衛生署核定。所以建議是否應修正適應症或使用條件這部分，可以請衛生署與健保局參酌辦理，以上是針對本案的主要決議。

二、但是剛剛陳錦煌委員在講的時候，謝天仁委員也呼應，到底費協會可以管到什麼程度，是不是請幕僚單位查一查過去是否有討論到個別服務項目，包括是否納入給付，及支付標準，這部分我們可以整理，再提到委員會討論，這樣協商時比較容易有共識。舉例來說，現在馬上想到的是，牙醫在協商牙周病統合照護計畫時，也是在費協會經過報告討論後，委員同意支付一部分的錢，這部分算不算涉及給付項目的討論。若算的話，剛剛陳錦煌委員所講的部分，其實我們將來都可以討論，大家有個共識，到底要談到多細。

三、剛剛我的發言是從我自己的觀點，我是覺得費協會只看大總額，及大總額下各分區的分配，但是這是可以討論的。所以這部分作為附帶決議，請幕僚單位檢討到底費協會所謂預算分配是分配到什麼程度，大家有個共識。對於這兩點決議大家認為可以嗎？

陳委員錦煌

一、我都不瞭解，大是指多大，小是指多小，大約跟我講一下。例如本案葉克膜，剛剛何委員問健保局 1,126 位使用葉克膜個案，健保局共支付多少醫療費用，若健保局知道就跟委員報告，這難道不算大嗎？這也有 6、7 億元。你說牙周病統合照護是 3 億元左右，好，這當做很小的，因為相對 5,000 億元而言，是比較小的。30 多年前，我當鎮民代表時，那時薪水才領 3,000 多元，要省 5、6 千萬元就已經很大，你們台北人不要老說鄉下

人口袋淺淺，在預算都是上億元，這些金額怎麼會不大。

- 二、今天付費者委員來這邊要做什麼呢？大小都要瞭解，不是要來管你們，我代表付費者而來，也是醫療給付協議會議的委員，沒事來個精神科醫學會理事長，真的是神經病科，不要笑，他來爭取預算，蔡組長也知道，我也給他。他說獎勵金 33 萬元，要變成 929 萬元，給 150 間醫院用做獎勵，我是醫療給付協議會議的委員，也站出來說話，像這種情形，有這些特殊的工作，在協商時應該要說明，33 萬變成 1,000 萬，這樣有道理嗎？30 幾倍，我被派到給付協議會議做代表，要是那時我不同意呢？我和林執行秘書說，我不同意，拿回來討論，看有什麼看法。
- 三、感覺費用協定這個名稱，我不會學，不像民意代表，有預算權卻沒有決算權？奇怪得離譜。我和你們說，你們政治手法不漂亮，委員 6 個月聘一次最好，不用到兩年的時間，來 6 個月什麼都不懂，再換一個新的，一樣 6 個月什麼都不懂，你們在地在天連環盜，6 個月一次，我已經學了兩年多還是一樣霧煞煞，難怪何委員說三年要來破，五年的都已經全破，這樣就亂了。

楊主任委員銘欽

謝謝，我充分瞭解陳委員關心的。再描述一下陳委員關心的案件，今天尊重陳委員與謝天仁委員所提，其實我們應該要瞭解到底費協會，所謂的預算分配是到什麼層級，今天要我講多大是大，多小是小，我們先找一下資料，再請大家討論。陳委員也代表本會參加醫療給付協議會議，所以陳委員對於每個給付項目，都扮演很重要的角色。

陳委員錦煌

報告主委，那天 33 萬要變成 1,000 萬，我本來不要讓它通過，想要拿回來討論，但旁邊委員跟我說，不要這樣，我看讓它過，拿回來很麻煩，我聽他話，算了，讓它過好了。就是這筆錢我今天提出來，有些工作要先協商，先談好，33 萬變成 1,000 萬，差了 33 倍。萬一別人知道我去那邊當代表，說被摸摸頭就好。這是我的內心話。

楊主任委員銘欽

我知道，為什麼剛剛陳委員錦煌一直講到我們要決定這些項目，陳委員現在有兩個身分，一個是費協會委員，一個代表本會參加醫療給付協議會議，在那邊會談到每一個細項，所以陳委員在兩年多的時間，會參與很多細項的討論，充分瞭解為何陳委員很關心葉克謨的使用情形。還是請幕僚單位整理資料，整理後再拿出來討論。另外請陳委員宗獻，本案最後一位發言。

陳委員宗獻

在第一案通過有關特約管理辦法扣款處理部分，我並不是要否定決議，而是去年談這些相關數據怎麼 check(核對)，今年我們有去做一些分析，總額六個分區有做哪些輔導，包括書面輔導、面談、電話輔導、實地訪查、公會輔導、工作委員會輔導等，有一些區域交回的點數也都有。是否可以將這些資料提供給健保局，請健保局幫我們 double check(再次核對)，看 6 千多萬有無重複計算的狀況。

楊主任委員銘欽

請健保局答覆。

蔡組長淑鈴

可以。

楊主任委員銘欽

今天會議就到這邊告一段落，不曉得有沒有臨時動議。

李委員明濱

鄭重誠摯邀請各位委員能撥冗參加，醫師公會全聯會於 6 月 2 日針對西醫基層支援偏遠地區改善方案的活動，我們會到彰化田尾、台中石岡及新社，請委員蒞臨指導，一起分享我們做了哪些，有哪些可以期勉改善的部分，歡迎各位，謝謝。

楊主任委員銘欽

今天會議到這邊告一段落，謝謝大家的與會。