

全民健保醫療費用協定委員會
第 165 次委員會議事錄

中華民國 99 年 11 月 12 日

全民健康保險醫療費用協定委員會第 165 次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國 99 年 11 月 12 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：

李委員明濱	蔣副秘書長世中(代)
孟委員藹倫	
孫委員茂峰	
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	
黃委員美娜	
黃委員偉堯	
葉委員宗義	
葉委員明峯	
廖委員本讓	
劉委員志棟	
蔡委員登順	
謝委員天仁	
謝委員武吉	
戴委員龍輝	
蘇委員清泉	
蘇委員鴻輝	

肆、請假委員：

林委員啟滄
黃委員碧霞

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

戴局長桂英

黃副局長三桂

蔡組長淑鈴

沈組長茂庭

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：邱臻麗、陳燕鈴

柒、主席致詞

一、首先介紹本會新任委員孫委員茂峰，渠為中醫師公會全國聯合會新任理事長，現任中國醫藥大學附設醫院副院長，曾任長庚紀念醫院中醫醫院針傷科部主任及醫教會主席，亦為教育部部定副教授、南京中醫藥大學客座教授等，過去曾代表中醫門診總額部門多次蒞會進行相關專案報告，歡迎加入協商團隊，期待大家共同努力，讓全民健保愈來愈好。

二、今日適逢醫師節，在此對在場所有醫師、護士等醫療團隊致上十二萬分謝意，全民健保因為有您們的支持與盡心盡力照顧全體民眾健康，始得以持續辦理，在此鼓掌感謝各醫療團隊，並祝福醫師節快樂。

捌、報告事項

第一案

案由：確認本會上(第 164)次委員會議事錄，請 鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(第 164)次委員會議決議事項辦理情形，請 鑒察。

決定：

- 一、100 年度各部門總額協定事項之相關計畫與後續須辦事宜，請中央健康保險局於 12 月份委員會議提報執行進度，俾供 100 年度全民健康保險醫療給付費用總額案之確認。
- 二、請中央健康保險局於明(100)年 4 月份委員會議進行 DRGs 制度及實施結果之專題報告。
- 三、100 年度中醫門診總額地區預算分配試辦計畫與應設法提高資源較不足區醫師數及加強民眾之醫療服務等地區預算分配相關須辦事宜，併 100 年度總額協定事項繼續追蹤。
- 四、100 年度各部門總額部分服務需採點值保障乙案，於中央健康保險局 12 月底前送本會備查後結案。
- 五、餘洽悉。

第三案

案由：中央健康保險局報告「以民眾健康為導向的論人計酬方案試辦草案」，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：洽悉。

拾、討論事項

第一案

提案單位：本會第一組

案由：100 年度牙醫門診總額一般服務費用分配案，續提請討論。

決議：

- 一、尊重牙醫師公會全國聯合會來函所建議，100 年度牙醫門診總額自一般服務費用移撥 5,000 萬元，用於「全民健康保險牙醫門診總額支付制度醫療資源不足且點值低地區提升照護獎勵方案」，經費若有結餘，則回歸一般服務費用。
- 二、上述方案執行內容及「醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用」之分配細節，請中央健康保險局會同牙醫門診總額受託單位訂定後，依相關程序辦理。

第二案

提案單位：本會第一組

案由：100 年度西醫基層總額一般服務費用分配案，續提請討論。

決議：因西醫基層代表表示尚須蒐集相關數據，以供內部進行地區預算分配公式細部調整之討論，爰本案保留於下次委員會議續議。另請西醫基層總額部門研討公式時，參酌委員意見修訂，並儘速取得內部共識後報會。

第三案

提案單位：本會第一組

案由：100 年度醫院總額一般服務費用分配案，續提請討論。

決議：

確認 100 年度醫院總額地區預算分配方式為：

- 一、於扣除品質保證保留款及專款項目預算後，用於計算

地區預算所採之門住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

- 二、門診服務(不含門診透析服務)：預算 45%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，55%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用比率分配。
- 三、住診服務：預算 40%依各地區校正人口風險因子後保險對象人數，60%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用比率分配。
- 四、各地區門住診服務，經依二、三計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

第四案

提案單位：本會第一組

案由：全民健康保險藥品費用支出目標及其分配方式案，續提請 討論。

決議：推動藥費總額之目的，係期能將藥費支出控制在合理範圍，惟本案經四次委員會議審慎討論及廣泛交換意見，考量現階段尚有許多不明確之處，且各方代表對實施與否多持保留態度，亦有不同見解，爰決議本案暫不再討論，俟時機成熟後再議。

拾壹、散會：下午 12 時 25 分。

本會第 165 次委員會議
與會人員發言摘要

壹、報告事項第二案「本會上(第 164)次委員會議決議事項辦理情形」
與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

請林執行秘書宜靜報告。

林執行秘書宜靜

- 一、本次會議補充資料有 3 份，第 1 份為報告事項第三案「中央健康保險局報告『以民眾健康為導向的論人計酬方案試辦草案』」資料；第 2 份為討論事項第三案「100 年度醫院總額一般服務費用分配案」補充資料，為北區醫院院長聯誼會來函建議事項；第 3 份為中央健康保險局「醫療費用支出情形報告」。委員桌上資料如有遺漏，請舉手示意，幕僚會儘速為您補充。
- 二、上次委員會議決議(定)事項需追蹤者共 4 項，請參看議程資料第 32 頁，依相關單位辦理情形，前開 4 項仍將繼續追蹤。
 - (一)第 1 項為 100 年度各部門總額協定事項之相關計畫(方案)辦理情形之追蹤，健保局已依協定結果積極與各總額部門研商，並安排於本(11)月健保局各總額相關支(執)委會、醫療給付協議會議討論，因有 30 多項計畫(方案)待討論，若本月未及討論完畢，12 月將加開臨時會，故健保局希望期限能延至 12 月底報會。幕僚在此說明，因 12 月份委員會議尚須確認 100 年度全民健康保險醫療給付費用總額(大總額)，涉及相關協定項目之執行及預算扣減與否問題，因此，仍請健保局能於 12 月份委員會議報告各項計畫執行進度，以利確認 100 年度各部門醫療給付費用總額。
 - (二)第 2 項為請健保局於有完整一年 DRGs 申報資料後，蒞會進行專題報告，健保局表示明(100)年 3 月以後才能有完整資料，故擬安排於明年 4 月份委員會議進行專題報告後結案。
 - (三)第 3 項為 100 年度中醫門診總額一般服務費用分配案，同

意 100 年度地區預算分配方式續以 99 年度模式繼續試辦，惟請健保局會同中醫門診總額受託單位擬訂方案，該方案預計將提本月中醫門診總額支委會討論，本案與第 2 點決議，應設法提高資源較不足區醫師數及加強民眾之醫療服務乙節，併 100 年度總額協定相關事項繼續追蹤。

(四)第 4 項為 100 年度各部門總額需保障或鼓勵之醫療服務，如仍有部分服務需採點值保障，請健保局會同相關單位議定，並於 12 月底前送本會備查，該局表示將配合辦理，本案繼續追蹤。

楊主任委員銘欽

謝謝。本案若無進一步詢問，則洽悉。

貳、報告事項第三案「中央健康保險局報告『以民眾健康為導向的論人計酬方案試辦草案』」與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

論人計酬方案為最近熱門話題之一。請戴局長桂英報告。

戴局長桂英報告(略)

楊主任委員銘欽

謝謝戴局長報告。本草案有幾項重點：

- 一、民眾須儘量在同院所或同區就醫，以利推行預防保健服務，促進民眾健康。
- 二、由照護團隊統包，若實際發生的醫療費用超過虛擬總額，照護團隊需自負部分費用；為免發生超支情形，照護團隊須竭力透過預防保健、健康促進等服務項目，讓民眾更健康，減少使用醫療資源，有節餘即可獲得獎勵，有賞有罰。至品質回饋金及財務風險分攤之百分比，可再討論。
- 三、今天所報告為論人計酬支付的構想，國外也有類似概念，如美國 HMO，但美國較嚴格，有限制民眾就醫地點，台灣醫療體系為開放型(Open system)，民眾可自由就醫，為避免對民眾造成衝擊，試辦計畫不限制就醫。
- 四、歡迎委員對本報告案提出建議，以利規劃更周延。

陳委員宗獻

本案有幾個需思考的問題：

- 一、風險校正是否正確？就像西醫基層的地區預算分配，很難處理，乃因無法提出大家皆可接受、合理的校正公式。
- 二、是否具風險承擔能力？在開放型醫療體系下，論人計酬的風險承擔能力，恐有問題，且本案的費用計算基礎為戶籍人口數，與現行總額依投保人口數計算原則，並不相同。以屏東為例，當地人口老化，年輕人多在北部工作，且北部就醫很方便，生病可逕至醫學中心，而屏東署立醫院能否承擔此財務風險，恐

需考慮。我祝福這個制度。

三、是否具競爭力：

- (一)正向競爭力，如健康促進的服務，需有費用、人力等支持，如何讓醫療院所能無後顧之憂地進行健康促進活動，是一個問題。
- (二)負向競爭力，如同一區有論人計酬及非論人計酬兩類，病人感冒發燒到實施論人計酬的醫療院所就診，醫師施予衛教不開藥，病人到未實施論人計酬的醫療院所就診，醫師開藥又打針，民眾之後會選擇到那家院所就醫，可想而知。
- (三)如果未好好規劃，群內跟群外的醫療院所競爭，會有問題；而群內可能發生某些醫療院所內部管理較嚴、有些則很鬆散情形，如何公平計算每個醫療院所的貢獻度及獎勵金的分配，恐不容易。

四、綜上，如果將病人和醫療群放在礦坑裡面封閉3年後，可能會成功。

蔣副秘書長世中(李委員明濱代理人)

- 一、對醫療費用的管控措施，不論是總額支付制度、還是最近實施的 DRGs，醫界向來都很配合。總額制度下實施 DRGs，已出現經費、病人回診率的問題，在尚未進行整體檢討前，還要實施 HMO，恐有問題。目前除藥費每點 1 元外，其餘醫療服務皆採折付計算，現要將總額再分為依投保人口及戶籍人口計算，一個體制下分為兩種不同人口對象總額。又，平均每人醫療費用，97 年 21,000 多元，其為折付後的醫療費用，未折付前約 23,000~25,000 元，費用本身就不足情形下，再實施 HMO，有欠公允。
- 二、有關獎勵金及財務風險分擔，若照護對象實際發生醫療費用低於虛擬總額，不代表預防保健做得好，其涉及很多變數，如：人口結構變動、重大傷病、新藥新科技引用等，很難評估。而超出費用，國外是民眾負擔，我們卻由醫界負擔，醫界除承擔

點值折付外，又再被剝一層皮。若某些地區想試辦，我們樂觀其成也予以祝福，但該區的成功，不表示未來全面實施一定成功。變數太大，在實施新制度之前，宜再詳細評估。

謝委員武吉

戴局長桂英剛提及有 4 家醫院有意願試辦論人計酬？

戴局長桂英

他們曾對外分享其構想。

謝委員武吉

- 一、那次研討會，我也有派人參加，但那幾家醫院皆為署立醫院。以署立屏東醫院為例，其與蘇委員清泉的醫院競爭激烈，且兩者都有高雄醫學大學附設中和紀念醫院的醫療支援，如論人計酬承辦醫療團隊僅限地區醫院及區域醫院，恐行不通，是否表示高醫要退出！
- 二、署立醫院有補助款，應予刪除並移撥至健保醫療費用總額，讓每家醫療院所在相同起跑點，較公平。
- 三、試辦計畫有 3 種模式，其中醫院忠誠對象模式，須落實轉診制度，在未落實轉診制度前，推行論人計酬的困難度很高。
- 四、國外實施論人計酬的經驗，褒貶都有，美國與大陸都有限制民眾就醫地點，且美國不像台灣是單一保險人制度，單一保險人的權力很大，健保局要我們立正，我們不敢稍息，不然就實施多元保險人制度。10 幾年前，醫院總額支付執行委員會莊前執行長逸洲，曾指派私立醫療院所協會吳秘書長明彥赴美國學習該制度，經請教吳秘書長獲知，論人計酬應在多元保險制度下才對，這是一個大方向，如此才有競爭，品質才更好。

蘇委員清泉

- 一、花蓮縣、市人口數 36 萬人，花蓮市及鄰近的吉安鄉共約 20 萬人，其內有基督教醫院、慈濟醫院、署立花蓮醫院、國軍花蓮醫院等。上個月我參加基督教醫院的評鑑，於院長座談會時，

曾詢問他們當地人口數那麼少，卻有這麼多家醫院，要如何生存？院長說，他們都深入社區，提供老人照護等醫療服務。當地病人就醫次數驚人，因老年人多，其醫療資源耗用很高之故，所以並非人口數多，就醫次數才多。

- 二、今天開會前，我也有作功課，昨晚特地打電話請教居住在荷蘭阿姆斯特丹的朋友，當地封閉型(Closed system)的醫療體系下，如何實施論人計酬。我朋友有甲狀腺腫瘤的問題，抽血一個月後才能看檢驗報告，他問我要怎麼辦，我回答請醫院趕緊安排超音波等相關檢驗、檢查，但當地進行超音波檢查就要等候6週的時間，他打算趁這次選舉回台灣，順便進行相關檢查，比較快。歐洲為封閉型醫療體系，需經家庭醫師轉診，台灣醫療體系為開放型，病人可自由選擇就醫地點。我不清楚健保局提出的這3種模式未來打算如何運作。
- 三、嘗試多種作法，並無不可，但從張前署長博雅時代，轉診制度就無法推行，勿寄望太高。如真要實施論人計酬，宜先從離島試辦，如小琉球，成功機率較高。

葉委員明峯

- 一、對戴局長桂英自上任以來，積極提出多項改革及創新，深感佩服。我於會前已先拜讀本案簡報，但對部分內容仍不甚清楚，本案有3種模式，區域整合模式是以區域來看，醫院忠誠對象模式，是否不分地區，只要民眾願意去就診，都算在內，如此，管理上有無困難？醫學中心，是否不在整合範圍內？
- 二、若照護對象實際發生的醫療費用超過虛擬總額，由醫界自負超出費用一定成數，恐須再斟酌，如實屬必要的費用，卻要醫界承擔，並不合理，建議可從行政院核定的年度上限總額與本會協定總額之間的差額來補足，這樣才具獎勵作用，否則醫療院所可能為控制費用在虛擬總額的額度內，致使病人真正的醫療需求無法獲得滿足，有失推行本案的美意。

【附註：有關葉委員所提問題與建議，業經戴局長於會後澄清說明，葉委員均能接受。】

謝委員天仁

- 一、若一直採論量計酬，將會變成以醫療機構為中心的體系，付費者變成醫療院所謀生的工具，長期朝此方向發展，恐無法達成健保法當初立法的目的，以民眾為中心，建構一個全民健康的保險體系。健保若單僅著重醫療，是狹隘的，其終極目標應為促進健康。若論量計酬制度，沒有醫療浪費或任何問題，根本無須實施論人計酬，就是因有浪費，才會改以民眾為中心，讓醫療利用量適度調降下來。各位可檢視論量計酬所產生的結果，病人多檢查還在其次，最嚴重的問題是多吃藥，我國用藥比率，比其他先進國家高很多，從這角度來看，與健保法立法宗旨相違背。付費者認為，論人計酬在導正論量計酬所產生的問題，符合當初健保法的立法目的與精神，是以民眾為中心建構出來的健保制度。
- 二、簡單破題，論人計酬下的醫療群，與總額的方向接近，只是在大總額裡面嘗試逐漸形成小總額，各醫療群有小總額框住，其目的即在抑制浪費，只是技術上能否達成此理想狀態。剛有人提及國外有限制就醫地點，我們沒有，其實根本無須擔心民眾要去那家醫療院所就醫，若群內的民眾去別處就醫的費用，可從醫療群的額度扣除，自然院所會形成以病人為中心，努力與民眾發展特殊的關連，比如定期噓寒問暖、關心身體狀況，民眾自然會逐漸固定就醫。
- 三、民眾已逐漸了解每次就診一定要吃藥，不見得較好，且會比較不同醫師的處置方式及治療效果，例如：只是血糖稍高一點，在論量計酬制度下，醫師馬上開藥，病人須永遠服藥；但論人計酬制度下，醫師會先進行衛教，不會立即開藥，監控一段時間後再決定後續治療方式。或許不見得能省很多錢，但民眾無須吃一堆藥，承受服藥過多的風險。
- 四、本案若操作好，對健保制度不僅有積極、跨時代的意義，也會產生分級醫療的效果，例如：民眾若常至某醫療群之較大規模的醫院就醫，該院所會教導民眾當病情沒有很嚴重時，可就近在居家附近的診所就診，有需要再轉診，逐漸形成分級醫療的效果。現行制度最大問題是，醫學中心擴張迅速，它的能量太

大，將整個健保制度扭曲。常聽高層談及會議結束後即接到電話要求擴床，因是上層指示，不敢說不。醫院規模愈來愈大，固定成本愈來愈高，醫院要養活很多人，就會扭曲醫療本應存在的價值。醫療專業自律若做的好，什麼措施都可不要做；但現在須正視人性盲點、過渡投資產生的問題。

- 五、我支持朝論人計酬的方向發展，且一定要成功，故初期準備工作很重要，包含醫療院所的參加資格，醫師操守不佳者不宜加入，不然可能需開藥的不開、需住院的被趕出院，影響民眾就醫權益。期待大家共同努力，發展出更好的論人計酬制度。
- 六、本案當然有些問題仍需處理，例如陳委員宗獻提及的風險校正，某些區以平均每人醫療費用作為計算基礎，確實不合理，因該區人口老化，但可將年齡拆得更細，計算愈細膩，風險校正就愈接近事實，也愈公平。

陳委員錦煌

- 一、戴局長桂英很認真，我喜歡你們的計畫，但對內容稍有意見。心情好者較不會生病，心情不好者較易生病。社區醫院與社區民眾搏感情，至社區醫院就醫，心情好，病情就好一半，但至大醫院就醫，醫護人員都不認識，心情變鬱卒，病情更糟，花費更多醫療資源。社區醫院從 700 多家至今只剩 200 多家，不能一直被消滅。
- 二、原希望健保局下個月說明分級醫療轉診制度，今天就已看到類似的概念，本案構想不錯，不用小病就跑至教學醫院，浪費醫療資源。分級醫療要落實，宣導民眾小病至小醫院、大病才至大型醫院就醫，如感冒、肚痛、胃痛等小病，卻跑到大醫院就診，浪費醫療資源。不是醫院大間就好，其實大醫院第一線照顧病人的醫師多為住院醫師，未必較有經驗，反而社區醫院照顧病人的多為專科醫師。
- 三、請問本案是楊署長或戴局長的意思？

戴局長桂英

署長與我們曾為此案討論多次，故為署長及本局共同的構想。

陳委員錦煌

若署長離職，還會繼續推動嗎？

戴局長桂英

這個構想雖尚未發展成完整計畫，但在健保局已正式展開，即便我離職，相信健保局同仁仍會繼續努力。

陳委員錦煌

拜託黃副局長三桂繼續推動，好嗎？

黃副局長三桂

好！

葉委員宗義

非常佩服戴局長桂英的創意，在此以商業的科技、革新立場，與大家分享。曾聽聞有商人準備在所有超商設置血壓機、心電圖機、血液測量機等，研究無須抽血即可測知血液生化數值之儀器。民眾可就近至超商測量，且超商可直接連線至醫院，由專屬醫師分析測量數值，回復民眾，若有進一步就醫需要，民眾則可直接至醫院看診，非常便民。

許委員怡欣

本案很好，個人非常肯定。花錢的目的不是要買更多醫療服務，而是獲得更多健康。我知道健保局於規劃本案時也考慮很多因素，因目前民眾可自由就醫，為降低衝擊，故初期對民眾就醫型態的調整有限，未來可在提升各層級醫療品質時，調整民眾就醫型態。本案預計 12 月底前形成共識，現已 11 月中旬，還有風險校正、財務風險分攤、跨群就醫的費用計算、虛擬總額的計算等尚待討論，希望這些議題能在未來 1 個半月內，邀請相關團體、學者代表等共同討論擬訂。

楊主任委員銘欽

本案交換意見到此，請健保局參考委員建議，並於未來舉辦公聽會、研討會時，也邀請本會委員參加，廣泛收集意見，俾研訂更佳計畫。

參、報告事項第四案「中央健康保險局報告『醫療費用支出情形』」與 會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

本次不進行口頭報告，請委員參看健保局提供的書面資料。

廖委員本讓

請教健保局有關醫療費用的問題，有肺癌患者問我，在台大醫院就醫，已用艾瑞莎(Iressa，標靶藥物)治療一段時間，不見療效，醫師建議改用得舒緩(Tarceva，標靶藥物)，他每週回診並領藥，3個月後被健保局核刪。為何醫師說有效、健保局卻說不能使用，到底是台大醫院還是健保局有錯？我曾問在座有關人員表示，兩種藥物不能併用。付費者認為為何健保局不處理醫療浪費，該做不做，反而經醫師專業判斷該用的藥，卻不能使用。

陳委員錦煌

為何台大醫院醫師專業判斷該用的藥，審查醫師卻說不行，審查醫師是誰？是否與台大醫院不合？我對健保給付方式有意見，簡單說，健保一年醫療費用約 5,000 億元，門診透析就用掉 300 多億元，反觀腦瘤病患的治療，有些藥有給付，有些卻需自費，給付標準為何？以特殊材料差額負擔為例，健保局規定民眾若選擇自費，全部費用都要自費，不能付差額。健保給付 2 萬元的人工膝關節，但可能無法自由活動，若自費 7 萬元則能使用較好的材料，且可正常活動，健保給付豬瓣膜可用 5 年，牛瓣膜須自費但可用 10 年，對青壯年人士，為何不一次做好，讓他有健康的身體可以工作，對社會也有所貢獻。為何二代健保通過後可差額負擔，現在不能？事關民眾就醫權益，應以救人為先，不能看人辦事。

戴局長桂英

- 一、謝謝委員提問，健保訂有藥品給付規範，通案而言，需符合藥品給付規範才能使用。廖委員本讓所詢個案問題，會後我們再了解，其屬通案適用或個案審查問題。
- 二、特殊材料適用規定，健保局會依各界意見檢討。陳委員錦煌所提豬瓣膜、牛瓣膜等因不同材料來源，而有不同的特殊規範，

是否合理，我們會再檢討。

三、委員所提特殊材料差額負擔的問題，不僅民眾困擾，也長期困擾健保局。健保設計的原始精神，不容許收取差額；本次修法，新特材、新藥可收取差額負擔，讓民眾可選擇多種治療方式，但傳統治療方式也並非無效，其已經過時間的驗證。期待立法院能通過二代健保法，未來新特材、新藥差額負擔就有法律依據，對民眾也有交代，健保局也不會夾在中間。健保局的立場，也希望制度朝有利民眾的方向。以上簡單說明。

陳委員錦煌

目前不能有特殊材料差額負擔，究是法律規定，或健保局內規？

戴局長桂英

法律規定除衛生署公告的不給付項目外，不能向民眾收費，目前公告不給付的項目非常少。

陳委員錦煌

所以是法律的規定，不是健保局內規。二代健保以後，才可差額負擔。

楊主任委員銘欽

二代健保法需大家共同努力，通過才算數。

謝委員武吉

全民健保法第 39 條「下列項目之費用不在本保險給付範圍」，明列不給付項目，其中第 12 款為「其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品」，與戴局長剛解釋，似有差異。

葉委員宗義

一、建議醫師等專業人士，講話應有充分證據。曾有人反映，報紙刊載某醫師說吃蘋果、紅茶、綠茶等農產品，糖尿病患者若多吃，會產生某種癌症。隔一段時間又出現維他命 E 不能吃的報導，最後會演變成什麼食物都不能吃。請問他們所說的有無經衛生署許可，或有關單位認證？

二、台灣珠算補習班原有 4,000 多家，現關掉一半以上，雖然不是

全部都是此原因，但報紙刊載某眼科醫師從 50 位兒童病患的檢驗結果，推論台灣小朋友近視深是打算盤的緣故。我打算盤已很多年，都沒戴眼鏡，全球很多人也打算盤，老一輩也打算盤，但也都沒戴眼鏡，醫師為何說是打算盤的原因，卻不講是打電腦，光線不足或數字太小等原因。醫師對外發表言論，應有充分數據，且需經相關單位認證，才不會造成民間困擾。

楊主任委員銘欽

葉委員宗義建議醫療專業人員對外發表的言論宜有證據，大家共勉。本案洽悉，接下來進行討論事項。

肆、討論事項第一案「100 年度牙醫門診總額一般服務費用分配案」
與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

請問蘇理事長鴻輝對本案有無補充說明。

蘇委員鴻輝

本案經牙醫師公會全聯會內部討論後，認為是最適宜的資源配置方案，不僅可持續提升被保險人的就醫可近性，也可鼓勵牙醫師至醫療資源不足且點值低地區，提供民眾更廣泛的照護，尚請委員支持。

楊主任委員銘欽

謝謝蘇委員鴻輝說明。其他委員對本案有無建議？

陳委員錦煌

兩個問題想請教蘇委員鴻輝或健保局：

- 一、聽說病人參加牙周病統合照護計畫，需事先報請健保局審核，2 週後才能看病，是嗎？
- 二、希望今年牙周病統合照護計畫的執行率能夠提高。

蘇委員鴻輝

有關陳委員錦煌之提問，說明如下：

- 一、「事前審查」是牙周病統合照護計畫原始設計的配套措施之一，但實際執行時發現，很多被保險人急於趕快接受治療，無法忍受等待 2 週的審查時間。因此，牙醫師公會全聯會與健保局討論之 100 年度的計畫內容，已預訂取消「事前審查」，改以其他監控機制取代。
- 二、有關牙周病統合照護計畫的執行率問題，目前牙醫師公會全聯會正努力執行中，相信於計畫修訂後，執行率應可符合大家的期待。

楊主任委員銘欽

陳委員錦煌係提醒牙醫界，建議取消 2 週事前審查的程序，以提升執行率。蘇委員鴻輝已說明，此建議會納入 100 年度計畫修改。是

否已回答陳委員的問題？

陳委員錦煌

我想牙周病統合照護計畫執行率偏低的原因之一是植牙太好賺，據我所知，目前植牙數不少，很多剛畢業的年輕醫師專門做植牙，因為薪水相當優渥。醫療屬良心事業，牙醫師應當先做好齶齒鑲補及牙周病照護才對！

蘇委員鴻輝

有關陳委員錦煌關注的植牙問題，最近牙醫師公會全聯會接到衛生署多封來函建議，也正全力檢討植牙的「適應症」及「非適應症」，並提出許多可取代植牙的治療計畫建議，希望提供民眾有更多的醫療選擇。另外，全聯會最近也成立「醫療倫理委員會」，對於提供不當醫療或強力推銷植牙的醫師，給予適當處置，以修正其行為。

楊主任委員銘欽

謝謝蘇委員鴻輝說明，若委員無其他建議，則尊重牙醫師公會全聯會來函所提之分配事項，對 100 年度牙醫門診總額一般服務費用分配，決議如下：

- 一、自一般服務費用中移撥 5,000 萬元執行「全民健康保險牙醫門診總額支付制度醫療資源不足且點值低地區提升照護獎勵方案」，經費若有結餘，則回歸一般服務費用。
- 二、上述方案執行內容及「醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用」之分配細節，請健保局會同牙醫門診總額受託單位訂定後，依相關程序辦理。

謝委員武吉

剛才委員提到植牙問題，請教全民健康保險法第 39 條第 11 款所列「義齒」的定義為何？

楊主任委員銘欽

- 一、先確認剛才 100 年度牙醫門診總額一般服務費用分配之決議。
- 二、有關謝委員武吉之提問，請蘇委員鴻輝說明。

蘇委員鴻輝

- 一、依醫學上定義，所謂「義齒」，係指所有取代天然牙齒功能的相關裝置。
- 二、植牙係先製作人工牙根，再據以製作義齒，俗稱假牙，讓民眾可以咀嚼食物，故支撐義齒的相關裝置都屬義齒範圍。

謝委員武吉

目前植牙的價格，有 5 萬、5 萬 5 千、6 萬、8 萬、10 萬、12 萬不等，建議於定義釐清後，將植牙納入健保給付。

楊主任委員銘欽

謝委員武吉的建議，以後有機會可再討論。100 年度牙醫門診總額一般服務費用分配就此確定，接著討論下一案。

伍、討論事項第二案「100 年度西基層總額一般服務費用分配案」與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

有關 100 年度西醫基層總額地區預算分配方式，請西醫基層代表說明。

陳委員宗獻

一、有關 100 年度一般服務費用地區預算分配方式，西醫基層總額部門業於本(99)年 10 月 24 日上午召開會議討論，原擬依據前 3 年的方式分配，但開會結果為 5 區同意、1 區不同意。

二、會後試算時發現，若依據前 3 年模式分配，永遠無法解決現存問題，復於 11 月 8 日開會決定，於西醫基層總額中，提撥非協商因素「投保人口數年增率」之 1/2 預算，另依下列 3 項因子加權計算，分配費用：

(一)因子 1「分區投保人口年增率之占率」：用以反映各區投保人口年增率之差異。

(二)因子 2「各區就醫型態之比例」：用以反映各區就醫型態之差異。目前都會區與非都會區的就醫率有差異，台北地區就醫率只有 79%，而鄉下地區幾乎 99%在西醫基層看診。

(三)因子 3「控管效能表現」：用以反映各區控管效能。從數據顯示有些地區努力控管，但並未得到應有的回饋。

扣除上開提撥預算後，其餘一般服務費用則依照原地區預算分配方式分配。

三、上開分配方式於試算時發現，目前所有的數據都是以「投保分局別」作為統計基礎，因此就醫率未能代表實際就醫狀況。舉例而言，台北地區民眾在西醫基層就醫率為 79.8%，較其他地區低，是因為許多大公司設在台北，隨著兒女投保而住在鄉下的父母，一向居住當地就醫，不在台北看病，這些資料未被計入。因此就醫率尚需進行校正，才能反映實際狀況，方可納為分配因子。

四、因此，需再請健保局幫忙，將各投保分局投保人口之就醫資料

歸戶，並將跨至他區就醫的資料歸回，經此校正計算出的就醫率才公平。我們希望下個月能提出完整的數據及分配方式，以能一勞永逸地處理各分區投保人口年增率、就醫型態差異大，及各區控管效能未得到鼓勵等問題。希望再給西醫基層一些時間確定細部分配公式。

楊主任委員銘欽

聽起來本案尚在進展中，協商總是需要數據支持。但若依照往年大總額報請衛生署核定的作業時程，不知進度是否來得及？請問執行秘書進度上如何安排較佳？下次開會時間是 12 月 10 日，恐怕會來不及。

林執行秘書宜靜

- 一、依照上次委員會議之討論，西醫基層地區預算分配方式，須先確定分配公式中 R 值、S 值之分配比率。剛才陳委員宗獻所提是否為大架構下細部的分配參數？
- 二、依照今天之說明，請問陳委員，西醫基層建議之分配方式是否為：標準化死亡比(SMR)及西醫基層門診市場佔有率(Trans)的計算基準，都比照上次委員會議幕僚所試算的模擬參數？

陳委員宗獻

對，依上次委員會議幕僚提案模擬試算所採之參數會較佳。

林執行秘書宜靜

再請問，今天西醫基層的建議方式：計算 R 值人口風險因子所採年齡性別結構參數為當年度資料、分區預算經 R 值及 S 值計算後，再經上、下限成長率調整模式，都與 99 年一樣？

陳委員宗獻

對。

林執行秘書宜靜

再確定陳委員所提的建議方式，是從非協商因素之投保人口成長率 0.336% 中，提撥 1/2 預算再另做分配，目前僅這部分的分配方式尚未確定？

陳委員宗獻

對，因為還沒有數據。

林執行秘書宜靜

若是如此，則此分配方式屬新的分配架構。

楊主任委員銘欽

下次會議時間為 12 月 10 日，請西醫基層總額受託單位務必提出完整方案。

蔡委員登順

- 一、本案記得上次委員會議討論時，係基於對西醫基層的尊重，請其依照本會過去決議之原則，研提分配方案，並於取得內部共識後，提本次委員會議討論。
- 二、今天本來想參考西醫基層團體的共識方案進行討論，若提出之比例增加之數字可被接受，就予通過。但看來方案尚未成熟，增加比例空白，顯示內部尚未有共識，現在討論也未有結果，只是浪費大家的時間。未來若有類似情形，建議不要提會討論。

楊主任委員銘欽

- 一、很抱歉，於製作本次議程時，知道西醫基層總額部門將於 11 月 8 日召開會議討論，原本預期會有共識結論，所以才提案於今日討論，只是開會結果誠如陳委員宗獻所提，發現資料有問題。謝謝蔡委員指正，確實委員時間寶貴。
- 二、本案依陳委員宗獻所建議，於 12 月 10 日再行討論，以確認分配方式。

黃委員偉堯

依陳委員宗獻之說明，此為新的分配方式，經林執行秘書澄清後，復述其分配方式：於西醫基層總額一般服務費用中，提撥部分預算依照新分配方式計算，其餘費用則依原分配方式計算。今天雖未看到具體分配公式，但就陳委員宗獻口頭報告內容，提出相關意見，希望西醫基層團體於研擬方案時，能納入考量：

- 一、就分配架構而言，此方式與原架構似乎有很大落差與衝突，將

總額中撥出部分費用，完全依照另一套公式分配，建議宜慎重考慮。

二、就分配細節而言，主要考慮三個因素，即投保人口、就醫型態及管控因素，除就醫型態外，與原分配架構之考量因素，並無太大差異，說明如下：

(一)人口部分：原分配公式已包含此因素。

(二)管控部分：原分配方式之設計，控管效能係反應於點值，管控好點值就高。

(三)就醫型態：將就醫型態納入分配參數，將帶來更大的隱憂。原分配方式是希望達到「錢跟著人走」的政策目標；若採就醫型態，則反而依據「醫療利用」分配預算，潛在具有「錢跟著醫療供給者走」的意涵。若將之納入分配參數，則與原分配方式之本意與精神相違背。關於此部分，建議小心、慎重處理。

楊主任委員銘欽

一、謝謝黃委員偉堯之建議。

二、記得過去討論地區預算分配前，本會曾邀請西醫基層代表來會，就分配架構之基本議題事先溝通，西醫基層若認有需要，建議事先約定時間。

三、本案於 12 月份委員會議再行討論。

陸、討論事項第三案「100 年度醫院總額一般服務費用分配案」與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

- 一、上次委員會議決議，希望醫院代表能就所建議之 100 年地區預算 R 值、S 值之分配比率取得內部共識，及研訂 100 年至 105 年人口占率(R 值)之進展目標值。
- 二、據悉醫院總額部門原訂於 11 月 4 日召開會議討論，請問三位醫院部門代表，有否提供進一步訊息？

謝委員武吉

- 一、我手中有一份 98 年 8 月 6 日所舉辦之「全民健康保險總額支付制度地區預算分配方案檢討會議」紀錄，該次會議與會之林文德博士建議「錢跟著人走」，想了解，所謂錢跟著人走，到底是跟著健康的人走？還是跟著生病的人走？此點我十分質疑。該次會議討論得很清楚，各位可調閱相關資料。
- 二、對費協會感到質疑，本案於上次委員會議已經決議，現在因為北區醫院院長聯誼會之來函，又要再討論一次，到底該如何討論？討論什麼？我雖沒有立法委員朋友，但我有朋友可以找立委，是不是找立委寫個來函，費協會就要重新討論？若是這樣，開委員會就沒有意義，乾脆不要開。地區預算分配茲事體大，況且上次會議已經決定，維持 99 年模式執行就好，現在還要討論什麼？令人搞不清楚。
- 三、對於「錢跟著人走」剛才也提出疑問，到底是跟著生病的人走，還是跟著年輕力壯的人走，這是很重要的一環，況且原分配方式之計算基礎也有問題，這些問題都沒有解決，我看今天不需再討論，可就此結束。

楊主任委員銘欽

- 一、依上次委員會議決議，原則尊重醫院部門代表所建議之分配方式。其中擬辦所列有關 101 年至 105 年，每年依「校正風險後各區保險對象人數分配」之比率，希望西醫基層及醫院總額部門能攜回訂出目標值。政策上並非要求「校正風險後各區保險

對象人數」之分配比率要進展至 100%，但希望從現在的 45% 再往前進，因此需要了解醫院代表之意見。

二、對謝委員武吉之提問說明如下：

(一)有關議案之安排，上次委員會議對醫院部門之地區預算分配比率，是有初步結論，但因當時戴局長桂英曾詢問該分配方式是否已取得內部共識，所以才做此決議，讓醫院內部能有再次討論機會，使決議更圓滿、和諧。

(二)有關將北區醫院院長聯誼會之來函，提委員會議並不恰當之指正，在此道歉。若來函內容包含 6 區意見，讓委員有完整參考資訊，則可提供，但若屬單區的意見，確實不宜於本會提出。未來將特別注意。

(三)有關所詢「錢跟著人走」之提問，本人雖未參加謝委員武吉所提座談會，但錢跟著人走之目標，應該是指錢跟著「投保人口」走，其包含所有生病及健康的投保人口，以反映該區醫療需求。

三、今天討論本案並非重新協商，而是因部分內容尚未議定，在此請問三位醫院部門代表，對議程資料第 49 頁所列擬辦內容，有何意見？

謝委員武吉

公式尚未確認前，都不必討論，醫界對原分配公式非常質疑，百分之一萬分的質疑。

楊主任委員銘欽

謝委員認為可以依照上次會議決議之分配方式？

謝委員武吉

依照上次會議紀錄。

楊主任委員銘欽

付費者代表有無意見？

蔡委員登順

地區預算分配之方式及數據，還是醫界較專業，也較了解。若醫院部門所提數據，是經內部會議之共識，大家也覺得可接受，就依此決議。畢竟總額是固定的，醫界內部如何分配，只要和諧、有共識，就可接受。

楊主任委員銘欽

蔡委員登順說得很實在。可否請醫院代表委員提出未來 5 年人口占率目標值，若委員覺得可接受，就予尊重。

蘇委員清泉

- 一、事實上如果一動的話(指提高人口占率)，可能對各分區造成影響，以東區而言只會更慘，屆時若東區發動立法委員發文表達抗議，是否地區預算又要重新討論？不能因為立委施壓，就要改變決議，若是這樣，將沒完沒了，永遠改不完。
- 二、分配公式可以再深入討論，請學者專家幫忙研修，不一定今年，明年再修正也可。
- 三、最保守的作法，就是維持原分配方式，等公式修改確定，且大家都可接受後，再討論調整人口占率，比較妥當。

楊主任委員銘欽

- 一、於上次討論地區預算並決議後，再請各部門總額內部繼續研商的目的，也是希望內部和諧。
- 二、蘇委員清泉是否同意依議程資料第 48 頁所列比率？

蘇委員清泉

是。

楊主任委員銘欽

請陳委員明豐表示意見。

陳委員明豐

同意依照上次決議。

楊主任委員銘欽

今天討論並未提出進一步建議數字，100 年度醫院總額地區預算分配方式，就照上次委員會議之決議通過。至於擬辦第二點，可否提出目標值？

柯副主任委員桂女

- 一、容我站在幕僚的角色，就教各位委員。剛才謝委員武吉提到，幕僚為何收文、將北區醫院院長聯誼會之來函提至會上。記得以前擔任費協會幕僚時，有人質疑，對外界之來文，幕僚可以不收嗎？再者若有來文，幕僚可以不予處理嗎？所以我認為，以幕僚的角色，將此資料提會供委員參考，應無可厚非。
- 二、建請委員決定收到類似來文時，幕僚的處理原則，今天不論委員決議為何，幕僚都會遵照辦理。若未指示處理方式，則以後幕僚遇事將很難處理？以上是幕僚的心聲，建請委員參考。

謝委員武吉

請問一下，我們到底是在開監理委員會，還是開費協會？好像監理委員會在監督我們，指示我們該如何做。

楊主任委員銘欽

現在是召開費協會的委員會議。

謝委員武吉

若是費協會，請不要干涉我們開會。

楊主任委員銘欽

- 一、先處理醫院地區預算分配案，有關擬辦第二點，看來醫院內部仍需時間深入討論，現在決定有困難，爰決議 100 年度醫院總額一般服務費用分配如下：

於扣除品質保證保留款及專款項目預算後，用於計算地區預算所採之門住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

(一)門診服務(不含門診透析服務)：預算以 45%依各地區校正

「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，55%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

(二)住診服務：預算以 40%依各地區校正人口風險因子後保險對象人數，60%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用比率分配。

(三)各地區門住診服務，經依(一)、(二)計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

二、至於剛才提到外界來文部分，暫時不處理，因今日尚排定討論事項第四案須先處理。接著進行下一案。

柒、討論事項第四案「全民健康保險藥品費用支出目標及其分配方式案」與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

- 一、先簡要說明，請參看議程資料第 63 頁擬辦所列之 3 案，建議丙案的做法是本會暫停討論，將案子送回衛生署；乙案是由健保局進行藥費監控；甲案擬繼續推動藥費總額，則與本會直接相關。
- 二、剛才戴局長說明論人計酬制度規劃構想時，提及因二代健保法中對論人計酬制度已有相關規範，所以衛生署及健保局才會積極規劃論人計酬制度，並擬進行試辦，以了解何種模式較為可行。藥費總額所面對的情況與論人計酬制度類似，目前健保法已訂有相關條文，但若要推動，尚需掌握相關數據，並進行模擬試算，才能了解實際推動後的可能情況，俾以建立可行運作模式。
- 三、站在費協會的立場，個人認為，可考慮先做藥費總額目標訂定之模擬試算工作，至於是否真要實施藥費支出目標制度，大家可再討論。但如果委員認為目前時機不宜，而直接將本案送回衛生署重新檢討，站在幕僚單位的角度，會認為是在原地踏步、沒有進展，之前多次的討論也都白費，有點可惜，不過還是尊重委員的看法。
- 四、若大家認為本案可有進展，則討論時，請儘量就可採行的具體作法發表意見。今天討論，希望可以得到共識，以決定下一步研討方向，到底是繼續往前推行，或由健保局監控，還是將議案送回衛生署，希望能有共識。先請蔣副秘書長世中發表意見，渠備有簡報檔，請參看。

蔣副秘書長世中(李委員明濱代理人)

- 一、本議題已在本會討論過 4 次，其實醫界並非反對藥價適度調整，只是需思考，在總額架構下，應採何種方式對總額之影響最小、最不影響醫療品質、最不妨礙新藥、新醫療科技之引進，以避免病人用藥權益受損。

二、藥價調查讓健保局承受非常大的壓力，若能不做，可減除壓力，但藥價調查其實是在為民眾權益把關，非常重要，站在民眾立場，在沒有找到更適當替代制度前，希望仍能適度進行藥價調查。且藥品費用支出目標制度恐會產生許多弊端，不宜貿然實施。

三、整理幾張投影片向委員說明：

(一)第 5 次藥價調查分別在 95 年底及 96 年 2 月進行，預估每年分別可節省 90 億及 60 億，總計可節省 150 億，藥費調降幅度高達 16%。因為有該次藥費調查及調降費用，才使 96 年藥費成長僅 2.5%，若 96 年 2 月未進行藥價調降，則 97 年藥費成長恐怕會高達 8% 至 10% 多，而 96 及 97 年西醫基層總額成長率也僅 4% 多。故藥價調降可減緩藥費成長，其所節省的費用可供民眾使用更多新藥，及照顧更多慢性病與重大傷病病人。

(二)所謂的藥價差是指健保「支付價」與院所「購買價」的差距，但醫院的議價能力強，診所的議價能力差，所以診所購買價比醫院高，相對利潤較少，醫院與診所有很大差別，至於院所獲利多少屬合理範圍，可再討論。

(三)每次藥價調查，就將「支付價」往下調，支付價一降，則購買價可能會相對下降，藥廠利潤也隨之減少。但近年來多次藥價調降，並未讓診所的購買價下降，部分藥反而上升。加上目前很多藥品的健保支付價已壓得相當低，其實診所拿到的健保支付價已低於購買價。

(四)藥價調整對總額非常重要，若未適度調降，讓藥費高幅上漲，勢必影響排擠到其他總額服務項目，影響新醫療科技的引進。

以上是我初步報告，若有新資料再向大家說明。

楊主任委員銘欽

蔣副秘書長發言重點，是認為不論採行何種藥費制度，藥價調查還是要繼續，並依據調查結果調整藥價，是嗎？

蔣副秘書長世中(李委員明濱代理人)

是。

楊主任委員銘欽

請其他委員表示意見，對於藥費總額，到底本會下一步該採取什麼行動較妥適？

謝委員天仁

- 一、本會將論人計酬草案，列報告案處理，而藥費總額卻安排為討論案，有些特別。以費協會委員角度看來，藥費管控與否，並不影響總額，受影響的是「點值」，因此費協會委員並無迫切需要處理藥費總額相關議題。
- 二、健保局似認為本案可讓其不必再進行藥價調查，若討論本案目的僅是取代藥價調查，對委員而言，並無積極意義及討論的誘因。不論採取何種方式管控藥費，藥價調查也好、藥費支出目標也罷，健保局就可執行，因此本案由健保局自行處理即可。
- 三、個人認為，費協會委員不必管太多細節。所提方案若對健保制度及資源分配具有積極意義，可讓健保更有效率，則費協會委員或可予以考慮討論，但若無積極意義，則不必在費協會處理。

楊主任委員銘欽

謝謝謝委員天仁，有無委員要發表意見？請問劉委員志棟對藥費總額的看法？

劉委員志棟

本案關係到本會會員權益問題，個人認為還是應該尊重業界的想法，在此尚無法代為表達意見。

楊主任委員銘欽

謝謝。

連委員瑞猛

- 一、費協會執掌健保總額協定分配，總額實施多年來，每年藥費約占總額 25%，去年約 1,322 億，表示在藥費管控上大家已做了

相當多努力。社會關心的藥價差問題，讓醫療院所背了不少黑鍋。許多院所經營相當困難，對醫療院所而言，藥品的貢獻十分重要，若是該給的費用，就應該核給。

- 二、對就醫民眾而言，至醫療院所看診時，有需要的藥品可用且用藥過程安全，才是重點，但目前大家花費很多的時間在努力管控藥價，事實上「藥品安全」更加重要。
- 三、個人認為，費協會應該朝藥費總額努力，爰建議採甲案，但相關問題並非一、兩次會議就可解決，因此需多安排會議討論，找出問題所在，以研議出讓病人有藥品可用、新藥得以引進、用藥品質得以保障，並減少用藥浪費的藥費支付制度。

謝委員武吉

- 一、我對於甲、乙、丙案都非常有興趣，感覺都好，但看到議程資料第 68 頁，「建議研議方案需考量事項」的內容，就讓我想起衛生署為什麼對我有不好印象的開始，那是於「醫院總額支付制度研議方案」時，該項方案歷經 19 個月、17 次會議，那段時間我與謝文輝委員，有好幾次會中當場拍桌子離席，所以對研議方案內容，我記得很清楚。
- 二、因議程資料第 66 頁及 68 頁都寫到「依行政院衛生署醫院總額支付制度研議方案內容」，所以特別找出「醫院總額支付制度研議方案」並仔細翻閱，其中第 6 章主題為「促進醫療院所整合及風險分攤機制」，當時研議會議的主持人是李教授玉春，主席應該也都認識，該章第 2 點提及「每點支付金額從優，地區醫院每點 1 元」，若要依據「醫院總額支付制度研議方案」執行藥費總額，就請先依第 6 章執行此點，拜託先落實，否則別談。

陳委員宗獻

基本上個人認為目前階段不具備實施藥費總額的條件，因為現在健保制度的變動實在太大，尤其是二代健保若修法通過，將來新藥、新科技，究竟需自負部分費用，或是完全不必自負，完全由健保付費，這兩種作法差異很大，各有優缺點。若是完全不必自付費用，則民眾就會要求使用最新的醫療科技，不會用便宜的藥；但若需自付，自負額多少，還有收支連動機制等，都會影響藥費總額及支出

目標的訂定。現在連支出目標都訂不出來，所以建議本案暫緩，因為無法繼續討論。

蔣副秘書長世中(李委員明濱代理人)

- 一、首先澄清沒有所謂「藥價黑洞」，只有藥價差的問題。醫界認為應有合理的藥價差，可藉由不斷的藥價調查訂出合理藥價。若委員有機會與外界討論，希望不要再跟媒體一樣稱「藥價黑洞」，其實這是藥界及醫療團隊的痛。我們贊成合理的藥價差，可藉由市場調查，考量藥品管理費用、折損及其他相關費用，訂出合理價差值。
- 二、藥費目標總額超出目標值的處理方式，不論是否折付藥費，除了藥費每點1元外，其他都是由醫療團體概括承受超支的財務風險，未盡合理。藥費支出目標制下，許多服務可能會受排擠，例如新藥引進可能被拒，致影響引進速度，造成醫療品質及民眾權益受損。另外，醫院與基層間，基礎費用的計算及流動問題也無法切割。在此再度表達，醫師公會全聯會認為不宜實施「藥費目標總額」。
- 三、在總額有限情況下，藥費為總額費用其中一項，藥價適度的調整，是維持總額重要因素之一，倘未適度調降，勢必影響其他服務項目，進而影響新藥、新科技引入，影響醫療品質，在目前未有更好的配套措施前，「藥價調查」是調整與管理藥價最好的工具，雖然此責任落在健保局及衛生署身上，行政壓力沉重，但對民眾而言，可獲得較好的照顧。

謝委員天仁

- 一、付費者與西醫基層的看法有所出入。聽起來西醫基層反對藥費支出目標，是認為醫療機構應該擁有「合理的藥價差」；而付費者反對藥費支出目標的原因，是認為推行此制度旨在解決「藥價調查」問題，未具積極意義。
- 二、需澄清，以付費者角度，徹底反對「藥價差」。我們認為「藥價差」是包著糖衣的毒藥，因為有藥價差，造成用藥浪費，讓消費者多承受不應該承受的藥物。若擬推動藥費支出目標，在制度設計上，應該連帶考慮將藥價差去除。要仿照「論人計酬」

方式，沒有藥價差，但考慮給予管理費用、獎勵金，此種方式才符合人性，以消費者為重心，建構起健全的健保制度。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝，本案討論到此告一段落，嘗試結論如下，看是否妥適：藥費總額制度出發點是期望將藥費控制在合理範圍，同時也可作為藥價調整參考依據。但本案經過本會四次審慎討論及廣泛交換意見後，考量現階段尚有許多不明確之處，付費者及醫界代表雖看法不同，但都對實施藥費總額制度持保留態度，亦有不同見解，爰決議在條件尚未成熟之際，本會目前「暫時」不繼續討論本案，等待時機成熟後再議。
- 二、暫時二字很重要，畢竟本案是衛生署交付本會討論的議案，若停止討論也不妥當。

謝委員武吉

- 一、對主席的決議，個人沒有意見。
- 二、想請教議程資料第 70 頁，於議題九「與藥價基準的相關性」部分，其建議研議方案需考量事項第 2 點：「健保藥品...，其核算，依本法第 51 條有關藥價基準及醫療費用支付標準之規定辦理」，請問健保局，有無依法邀請相關醫療團體協商藥價基準？據我所知，從健保開辦至今將近 16 年，都沒有做到，應該要求健保局改善。
- 三、剛才謝委員天仁提到，若有合理的管理制度，同意給予藥品管理費用，此點我非常贊同。記得我曾與前健保局朱總經理澤民討論，合理的管理費用，包括藥品倉儲場地費用，都應該要有才對。我手中有會員向我反映的 3、4 百件資料，都是有關經去年 10 月藥價調整後，藥品的「販售價」比「健保支付價」還高！這種藥價調查制度需要檢討，健保局應該邀請相關團體共同研擬修正，以上兩點附帶建議。

楊主任委員銘欽

於陳委員宗獻發言後，請健保局統一答覆。

陳委員宗獻

- 一、關於藥品的使用，我們常常將眼光放在藥價、藥價差，但我覺得，其實健保局做很多努力，但都在搵黑鍋。委員沒有機會看到健保局醫療服務審查委員會如何討論訂定各種醫療服務的適應症、非適應症，建議未來醫療服務審查委員會討論藥品使用規範時，多邀請消費者委員參與，讓委員了解規範的訂定過程，及我國用藥品質是經過多少嚴格的專家討論才得到的。
- 二、訂定之醫療服務使用規範可能與民眾的期待有差距，例如髖關節置換，民眾期待是只要經主治醫師同意就可馬上置換，事前審查之審查醫師不可反對，但希望大家能體認，並非所有的醫療項目都該由總額負擔。本會職司健保醫療費用總額之協定分配，追求的是合理、有效的使用健保資源，而非一味地要求總額支付所有費用，希望讓健保的每一分錢都精準地用在刀口上。
- 三、建議健保局多安排付費者委員參加藥品使用規範相關討論會議、醫療服務審查委員會議等，讓費協會委員了解，健保局是以嚴謹的態度訂定各項醫療規範，其制定過程，包括規劃、討論、辯論，皆是歷經諸多耗盡腦汁的過程才訂定出來。

楊主任委員銘欽

請健保局對謝委員武吉及陳委員宗獻的提問綜合回應。

沈組長茂庭

有關謝委員所提，依法藥價基準需與醫療服務提供者協商，健保局在修訂藥價基準時，也確實有邀請醫療服務提供者協商，例如 98 年 9 月之藥價基準修訂，當時有邀請醫界共同討論訂定藥價基準的原則及藥價調查的方法，至於依原則辦理之個別藥品核價，則是由藥學相關之專家執行。

謝委員武吉

有無找醫界團體討論？社區醫院協會都未接到通知，你們看不起我們。

沈組長茂庭

有找醫界討論。

謝委員武吉

健保局是發文給哪個單位?!

沈組長茂庭

發文給醫院協會。

謝委員武吉

沒有，醫院協會沒有接到。

沈組長茂庭

- 一、未來二代健保對此部分規定得較詳細，會組成委員會，包括品項也會提委員會討論。
- 二、另有關藥價調整後，有些醫院反映買不到藥的問題，健保局收集大家意見後，已與藥商溝通，要求販售價格不得高於健保支付價，並請藥商留下聯絡窗口，現在健保局網路上都還可查到資料，如果聯絡窗口後仍然無法解決問題，健保局會協助，一定可以用健保支付價格買到藥。

謝委員武吉

依全民健保法第 51 條規定，藥價基準為何沒有找醫界協商？

戴局長桂英

- 一、在總額制度下，健保局與總額受託單位是夥伴關係，健保局也一直認為如此，如果溝通協調尚有需要加強的地方，會再予強化。
- 二、至委員所關心之藥價基準訂定程序問題，依法應邀請相關團體參與，共同訂定藥價基準核價原則，但藥價調查後的藥價調整，則是由幕僚單位依藥價基準核價原則調整。調整的品項中，若有藥商認為個別藥物之核價與核價原則不符，可提出申復，以上補充說明。

蔣副秘書長世中(李委員明濱代理人)

- 一、謝謝戴局長的說明，不論藥價調查或藥價基準，醫界希望能訂出合理的藥價，也希望能尊重醫師公會全聯會及醫院團體意見，若能充分參與，相信可減少在費協會受質疑的情形。
- 二、以兒科而言，台灣糖漿製劑的抗生素品項相當少，西醫基層院所的購買價部分比支付價貴，例如抗生素 Amoxicillon 糖漿，幾乎買一瓶就要賠 6-7 塊，開 2 瓶藥就賠 10~20 元。目前兒科幾乎無法開此糖漿處方，只能開錠劑。此問題確實存在，懇請健保局設法解決，讓未來的兒科醫師，有糖漿製劑的抗生素可供使用。

楊主任委員銘欽

目前討論，已超出本討論案主題，但讓醫界與健保局有對話平台，也是好事。

陳委員宗獻

- 一、建議健保局於討論藥價基準及藥品使用規範時，邀請本會委員參加，可讓費協會未來討論相關議題時，更能切入問題核心。
- 二、本會委員都有所屬之代表團體，都會有壓力，例如消費者委員，可能會碰到會員向其反映問題，若為個案，應屬健保局可協助處理的範圍，費協會委員關注的是大原則，期望看到問題真相，並思考有無藥價黑洞，及管理的過程是否不夠嚴謹。

楊主任委員銘欽

謝謝陳委員宗獻提供的積極建議，請健保局參考，若認為合適，可邀請委員參加，讓委員多方了解。

戴局長桂英

有關陳委員宗獻之建議，資訊儘量對外公開，是大家遵循的原則，健保局也朝此方向邁進，但每個委員會各司其職，這麼說並非怕人參與開會。舉例而言，如果其他委員會委員，也要求參加今天會議，首先面臨的就是空間可能就容納不下那麼多人，也需思考有無必要。所以最重要的仍是，儘量朝資訊公開的方向努力，未來會將相

關會議的討論事項、決定等內容公開。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝戴局長的回應。陳委員宗獻之用意是希望幫助委員在討論相關議案時，更了解其決定過程、規定，但從健保局的角度，尚需思考實務可行性。目前本會也有多位委員擔任健保局各部門總額支付委員會及醫療給付協議會議之本會代表委員，陳委員之建議，謹供健保局參考。
- 二、本案剛已有決議，若委員沒有反對意見，就此確定。
- 三、請問有無臨時動議，若無，本次會議進行到此，謝謝各位。