

全民健康保險醫療費用協定委員會
第 161 次委員會議事錄

中華民國 99 年 7 月 9 日

全民健康保險醫療費用協定委員會第 161 次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國 99 年 7 月 9 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

林委員永農 李醫師豐裕(代)

林委員啟滄 陳秘書健民(代)

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 陳主任瑞瑛(代)

陳委員錦煌

黃委員美娜 楊副處長芝青(代)

黃委員碧霞 曾科員淑娟(代)

葉委員宗義

葉委員明峯 謝專員履成(代)

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：

黃委員偉堯

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

楊組長慧芬、梁組長淑政
黃副局長三桂
沈組長茂庭
林專門委員阿明
柯副主任委員桂女
程執行秘書善慈
林組長宜靜

陸、主席：楊主任委員銘欽

紀錄：張友珊、陳燕鈴

柒、主席致詞(略)

捌、報告事項

第一案

案由：確認本會上(第 160)次委員會議紀錄，請 鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(第 160)次委員會議決議事項辦理情形、歷次會議未結案件辦理情形及重要業務報告，請 鑒察。

決定：

一、三項決議(定)事項辦理情形，除「健保局對簡表日劑藥費應予檢討並循法定程序處理」案繼續追蹤外，餘結案。

二、有關附表「99 年度全民健保各部門總額協定事項之相關計畫辦理情形」部分：

(一)慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫之給付範圍，是否應包括相關檢驗費用，請健保局於召開相關總額支付委員會議時提出討論。

(二)醫院總額及門診透析服務二項之權責單位，修正為健保局。

三、餘洽悉。

第三案

案由：中央健康保險局報告「現行健保藥費管控模式」及「實施藥費目標總額與維持現行藥費管控模式兩者之優缺點分析」，請 鑒察。

決定：

- 一、請幕僚主動洽詢衛生署，瞭解本會函請示釋藥費支出目標總額涵蓋範圍與藥價浮動點值之適法性情形結果。
- 二、另請幕僚再彙整近兩次會議委員對本案之意見後，掣案提會討論，惟若因安排 100 年度總額協商相關議案致無法提會時，則可俟各部門總額協定完成後再討論。

第四案

案由：中央健康保險局報告「99 年第 1 季醫院與西醫基層財務風險監控情形」，請 鑒察。

決定：

- 一、建請衛生署適時說明「如何落實分級醫療政策」；並請健保局針對「目前分級醫療實施情形，及如何適當分配醫療資源，提升使用效率」議題，提出具體作法，並於 100 年度總額協定完成後，至本會專案報告。
- 二、餘洽悉。

第五案

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、臨時報告事項

第一案

報告單位：行政院衛生署全民健康保險小組

案由：行政院核定 100 年全民健康保險醫療給付費用總額範圍案，請 鑒察。

決定：洽悉。

第二案

案由：100 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額醫療服務成本及人口因素成長率案，請 鑒察。

決定：

- 一、100 年度各部門醫療服務成本及人口因素成長率，依行政院核定之數值確定。
- 二、請健保局會同各總額部門研擬協商因素項目或計畫草案時，將衛生署所指示總額協商政策方向之必要執行項目納入考量。
- 三、餘洽悉。

拾、討論事項

第一案

提案人：陳委員宗獻

案由：100 年總額協商，協商因素架構建議案，提請 討論。

決議：

- 一、肯定委員提出有助於改善協商方式之相關建議，俾共同努力使總額實施結果朝正向發展。
- 二、因本案執行上尚有不確定因素待克服，故 100 年度總額協商仍沿用過去模式辦理，惟各部門總額如準備得時，亦可將此架構之部分建議，嘗試納入協商時參考。
- 三、委員建議應更加強預防保健觀念之推廣，及民眾就醫行為之導正，以節約健保資源耗用等意見，轉請衛生署相關單位參考。

第二案

提案單位：本會第一組

案由：100 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商流程及總額評核結果之獎勵成長率案，提請 討論。

決議：

- 一、100 年度總額協商工作計畫與共識會議進行之方式與原則，沿用過去方式(如附件)辦理，本(99)年度下半年工作計畫表，並請各負責單位共同配合完成。
- 二、為利 9 月份協商準備及提高議事效率，8 月份委員會議預定進行「100 年度各部門總額協商因素項目或計畫」規劃報告，當次會議時間並得視需要延長之。
- 三、100 年度總額評核結果之獎勵成長率值如下表，且該「品質保證保留款」金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並採累計方式計算。

等級	分數	獎懲
特優	85 分及以上	酌加 0.25% 成長率
優	83 分至未達 85 分	酌加 0.15% 成長率
良	80 分至未達 83 分	酌加 0.05% 成長率
可	75 分至未達 80 分	不予獎勵
劣	未達 75 分	酌扣成長率

拾壹、散會：中午 12 時 30 分。

附件

100 年度總額協商工作計畫與共識會議進行之方式與原則

一、協商相關工作計畫表 (99 年度下半年)：

工 作 項 目	預 訂 時 程	負 責 單 位
1.協商參考資料的建立： 全民健保總額支付制度協商參考指標要覽。	99 年 6~8 月	健保局 本會
2.各部門總額執行成果之評核： 檢討、評估各總額部門 98、99 年協定事項 相關配套計畫執行情形。	99 年 7 月 13、27 日	各總額部門 健保局 本會
3.100 年度總額協商作業之規劃與預算協商： (1)請健保局會同各總額部門預先研擬協 商因素/專款項目及其預算(內容應包含 協商減列項目及預估金額)。 (2)總額協商之相關座談會/會前會。 (3)召開共識會議，協定各部門總額預算。 (4)請健保局會同各總額部門，提出各項目 配套計畫之執行方案。 (5)協定一般服務費用之分配。 (6)各部門總額預算之確認。	99 年 7~8 月 99 年 8~9 月 99 年 9 月 10 日 99 年 9~11 月 99 年 10~11 月 99 年 12 月	各總額部門 健保局 本會

二、共識會議進行之方式與原則：(預定於 9 月 10 日召開)

(一)進行方式：

1. 各部門協商時間如下表：

部門別	部門說明		提問與 意見交換	付費者委員 視需要自行 召集會議	部門之 預算協商	合計
醫院	20 分鐘	門診透析 10 分鐘 相關事項請健保局 一併說明	20 分鐘	20 分鐘	45 分鐘	95~115 分鐘
西醫基層	20 分鐘		10 分鐘	15 分鐘	40 分鐘	80~95 分鐘
牙醫	15 分鐘		10 分鐘	10 分鐘	40 分鐘	65~75 分鐘
中醫	15 分鐘		10 分鐘	10 分鐘	40 分鐘	65~75 分鐘
其他預算	15 分鐘		10 分鐘	--	35 分鐘	60 分鐘

註：各部門協商時間若確需延長，以不超過該「部門預算協商」時間之 50% 為限。

2. 部門說明、提問與意見交換時，所有委員均可入場，惟非該部門代表，僅聽取報告，不提問與發表意見。
 3. 各部門代表和付費者(含專家學者)及政府機關代表委員進行預算協商時，請健保局相關人員在場提供所需說明，其他委員不可入場。
 4. 「其他預算」之討論，所有委員均可參與協談。
- (二)議程提經委員會議確認後，即應遵照辦理，不可臨時要求變更。
- (三)各部門總額年度預算之協商終止點，原則預訂為9月份之委員會議，未能在共識會議議程所安排時限內達成共識，或於9月份委員會議未能完成協定之總額事項，將依法送請衛生署裁決。

本會第 161 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 160)次委員會議決議事項辦理情形、歷次會議未結案件辦理情形及重要業務報告」與會人員發言摘要

謝委員武吉

議程第 17 及 19 頁決議事項「99 年度各部門總額協定事項之相關計畫」辦理情形追蹤之附表，將「健保局、醫院相關團體」列為醫院總額各協定事項及跨部門門診透析協定事項之權責單位，建議刪除「醫院相關團體」等文字，權責單位修正為「健保局」。

楊主任委員銘欽

請問健保局意見？若健保局無異議，則修正之。

陳主任瑞瑛(陳委員明豐代理人)

- 一、衛生署於 6 月 28 日公告，修正重大傷病範圍部分規定，改變重大傷病證明之有效期限，例如各項慢性精神疾病，原本證明之有效期限為永久，現規定首次發病者之有效期限分別為 6 個月、2 年、5 年不等，很混亂。而且公告揭示：自即日起生效，除非病人立刻換卡，醫院才可能執行，請問健保局何時更換重大傷病證明？對在社區中未規律就醫之精神疾病患者，如何能及時換卡？
- 二、政策從公告到所有醫療院開始執行，需有一段緩衝時間，目前很多醫院都還不清楚此訊息。萬一醫院因民眾持有重大傷病卡，而予以免部分負擔，但事後發現該證明已過有效期限；或是對長期使用呼吸器的住院病人，何時開始該轉成需付部分負擔醫院並不清楚，而未予收費時，醫院會擔心健保局最終會向醫院追討這些費用，請問該如何處理這些問題。

楊主任委員銘欽

謝謝陳主任就實務面提出問題，健保局會針對這些問題，儘速處理。

陳委員宗獻

有關議程第 16 頁附表所列西醫基層慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫，其預算為專款專用，建議健保局報告時就財務部分，詳列預算使用狀況。治療計畫應該包含藥物使用及檢驗費用，未來政策是否

會改變將檢驗費用移至一般服務，仍然必須協商，若要改變也應該從明年開始，今年檢驗費應仍由專款支付。

楊主任委員銘欽

陳委員是建議於7月評核會時詳細報告，請基層總額承辦團體及健保局對所負責部分加強報告。

蔣副秘書長世中(李委員明濱代理人)

B型及C型肝炎治療計畫之專款預算只包含藥物，而每次檢驗費用高達2千多元，據悉自本年7月起，檢驗費用擬由一般服務預算支付，將使一般服務預算更形不足，而壓縮其他服務，對此請健保局能予澄清。

楊主任委員銘欽

請健保局說明。

林專門委員阿明

依原協商決議，B、C型肝炎治療計畫專款只含藥費，計畫一直未改變。

蔣副秘書長世中(李委員明濱代理人)

意即檢驗費由一般服務預算支付？此計畫已將治療項目套裝化，將誘發許多不必要的驗血等醫療利用，相對將壓縮到其他一般服務預算之給付。

林專門委員阿明

用藥部分一樣列專款，其他檢驗部分仍舊回歸一般服務預算。

陳委員宗獻

- 一、總額所協定之專款額度，係用以推動此計畫，協商當時並未細談所包含項目，本計畫之原規劃需有切片結果證明，才能投予藥物，但後來修改計畫，改做病毒量檢查，此筆每次2千多元的病毒量檢驗費，既然是屬於治療計畫的一部分，其費用當然應該由專款支付。
- 二、若將治療計畫中之部分項目，分割到一般服務預算，那麼B、

C型肝炎治療計畫，就與一般的糖尿病處理無異，失去專案照護之意義。

楊主任委員銘欽

本案為報告事項，相關之建議，請健保局攜回至相關支付委員會議中討論。

謝委員武吉

本案已經討論很多了，建議列為重點處理。

楊主任委員銘欽

本案就討論至此，進行下一案報告。

貳、報告事項第三案「中央健康保險局報告『現行健保藥費管控模式』及『實施藥費目標總額與維持現行藥費管控模式兩者之優缺點分析』」與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

- 一、本會委員已於上次委員會議就實施藥費支出目標與否交換意見，因為涉及健保局現行藥費管控措施，爰安排本報告，謝謝沈組長茂庭的報告，先補充說明本案重點：
 - (一)本案源於衛生署交付本會就設定藥費支出目標及分配方式進行討論，因為是目標制，成長上限可以突破，當藥費超出目標時，需有方式處理，上次會議健保局也提出自醫療給付費用總額中全數支應或折付藥費等幾種不同作法。
 - (二)報告中沈組長茂庭提出一個重要問題，依健保法規定，只得針對門診費用設定藥費分配比例及藥費超支之處理方式。惟門、住診均有用藥，若藥費支出目標實施範圍涵蓋門、住診，是否合於健保法規定，尚待釐清。因此，本會已去文衛生署，請主管機關對「設定藥費支出目標範圍可否擴及住院」之適法性予以解釋，若合於規定，則本會可朝此方向繼續討論。
- 二、本案本次會議列為報告案，不對設定藥費支出目標與否進行實質討論，而是收集委員意見後，本會幕僚再根據委員意見製案提會討論，若 8、9 月份之委員會議須進行 100 年度總額協商，無時間可討論本案，則將延至 10 月份委員會議，年度總額協商竣事後再議。本案請委員發表意見。

蔣副秘書長世中(李委員明濱代理人)

設定藥費總額除有適法性問題外，對醫界、藥界及民眾權益之影響甚大，尤其可能衍生影響新藥的引進、藥價調整作業等相關問題，詳細說明如下：

- 一、首先醫界非常認同上次會議時謝委員天仁論述的理念，讓醫師回歸專業開藥，也體諒到近些年來已實施 6 次藥價調降，造成藥界重大衝擊，經營與生存艱困，根據健保局資料顯示，2009 年台灣前 20 名藥品之健保核定價格與國際 10 國比較，是所有

國家中最低的，且藥價已砍到不只在滴血，且已達見骨程度，甚至造成部分藥廠退出台灣市場，影響民眾權益，衛生主管機關應重視此一問題存在。

二、對「設定藥費目標總額」之意見：

(一)從健保法層面與總額之規範來談，在同樣總額精神下，卻有二套不同的體制，醫界與其他醫療服務(諸如診察費、診斷費、檢驗費、護理費等)，必須實施上限制總額，總額不足時採取浮動點值折付方式，概括承受所有總額財務風險，但藥費，根據健保法第 50 條規定，當藥費超出門診藥費目標總額的一定比例，自當季門診費用總額扣除，由其他醫療給付費用總額承擔財務風險，同一體制下，竟有如此不同的財務承擔風險，藥費理應與其他服務方式一致，採取浮動點值折付方式，方合乎公平正義原則。請問衛生署在訂定此制度時，是否有考量公平正義原則？

(二)依健保法 49 條規定，僅門診採藥費總額，不包含住院藥費，兩者如何切割？藥費占率如何計算？成長率如何計算？西醫基層近年來藥費占率約為 23~25%、每年成長率約為 4.6~6%；醫學中心藥費占率 48.5~50%、成長率 5.7~10.6%；區域醫院藥費占率 37.4~42%(40%)、成長率 3.5~14.2%；地區醫院藥費占率 30%、成長率-2.6%~1.5%，請問衛生署，倘若僅實施門診藥費總額，醫院部門將住院癌症患者之抗癌藥物治療轉移至門診注射，將使得醫院體系門診部門藥費成長率增加，相對壓縮門診部門其他較重科別之醫療點值，這是否合乎公平正義原則？

(三)若實施藥費目標總額，請問調降藥費機制為何？如何合理引進新藥以維持醫療品質？屆時若未引進或減少引進，以使藥費不超出目標總額，結果除了會影響醫療品質，導致國民平均餘命無法提升外，也會造成應調降價格之藥品未能調降之不合理現象，衛生署是否考量到這些問題？

三、建議健保局分析過去 10 年藥費支出資料，建立年度藥費預測模式，據以推估下年度藥費支出目標。支出目標預測模式之變

項，至少須包含：重大傷病領証數、新藥年成長率、藥價調整、人口成長率、人口老化等指標。

- 四、最後，健保局近年統計分析顯示，因藥費管控使歷年藥費占率皆維持於 25%，但根據國外報告，藥費占率大多介於 10~15% 之間。我國目前歷經 6 次藥費調降後，已造成台灣平均藥費於國際 11 國中居最低，是否意味著其他醫療項目諸如：診察費、診療費、護理費、檢驗費等支付點數過於偏低，懇請衛生主管機關重新檢討整體醫療費用支付制度，適度提高其他醫療服務之支付價格，讓藥費回歸到合理占率的情況下，再談藥費目標總額制度。

陳委員宗獻

依投影片第 2 張藥費成長因素解構表，98 年對 97 年之藥費成長，成長貢獻度重大傷病占 38.7%、三高占 28.5%，記得健保局曾報告 97 年對 96 年之藥費成長因素解構，重大傷病占 45.4%，慢性病占 56.7%，依此數據顯示，藥費成長逐年變動幅度頗大，並不穩定，如果要討論設定藥費支出目標，應當考慮此一因素。

謝委員武吉

一、沈組長今天報告得不錯，對報告有幾點建議：

- (一) 希望資料能事先提供委員參考，會議現場才拿到資料，好似臨場考試一般，無法事前準備問題，請改善。
- (二) 投影片第 6 張，健保局採「新收載藥品價格核定」及「已收載藥品價格調整」等方式進行價格層面管理。對於醫院及診所採購藥品價高於健保局核定價之現象，請問健保局該如何解釋？醫界不是沒有藥品價格資料，之前黃監察委員煌雄南下高雄訪談醫界時，此事醫界只是略為提及，希望健保局能自我儘快處理改善。
- (三) 投影片第 7 張，我國新藥核價與歐美 10 國中位價比較，1996~2000 年是 0.80；2000~2002 年還是 0.80；2003~2004 年是 0.67，但 2005~2006 年就降為 0.54。另，投影片第 9 張顯示，與國際比較台灣藥價偏低，表示我國藥價調整得非常

好。但有否考量，在此價格下，國外新藥有無意願進入台灣？新藥價格包含研發費用，希望健保局於核定新藥價格時，考量以上狀況。

- 二、有關醫院門診整合性照護計畫，地區型醫院也很努力整合，但經常碰到病人抱怨，認為已習慣讓原本的看診醫師照顧，為何要整合！難道要向病人說這是健保局的規定？還請健保局告訴醫院該如何說服病人。

陳委員錦煌

報告中說 98 年度藥費是 1322 億元，歷年藥費占率皆維持 25%，請教 25% 是多少錢？

沈組長茂庭

藥費占總醫療費用大約 25%，目前醫療費用將近 5 千億，藥費占 25%，大約是 1 千 3 百億，每年藥費成長，醫療費用亦成長，所以占率大多維持 25% 上下。

陳委員錦煌

- 一、5 千億的 25%，應該是 1250 億才對，98 年度藥費到底多少？
- 二、報告說 98 年度藥費是 1322 億，那 99 年度藥費需多少？收不收的到保費？保費夠不夠用？請健保局說明。

陳主任瑞瑛(陳委員明豐代理人)

- 一、就我所知，98 年度醫療費用總點數是 5106.6 億，其中藥費是 1299.8 億，約 1300 億，占醫療費用的 25.45%。
- 二、各總額部門之藥費點數、醫療費用點數及藥費占率分別為：
 - (一) 醫院總額：966.9 億、3277.6 億，藥費占率 29.5%。
 - (二) 西醫基層總額：247.3 億、925.9 億，藥費占率 26.7%。
 - (三) 牙醫門診總額：3 億、357.4 億，藥費占率 0.84%。
 - (四) 中醫門診總額：63.1 億、211.3 億，藥費占率 29.9%。
- 三、以上藥費僅含上述四部門總額藥費，其他的藥費未計。

沈組長茂庭

- 一、請委員參閱醫療費用支出情形報告第 14 頁有各部門醫療費用總點數，第 28 頁有各部門藥費點數之統計資料，。
- 二、若以點數計算，藥費占總費用點數大約 25%。因一般服務點值浮動，而藥費固定每點一元，若以金額(元)計算，則藥費占率會高於 25%。

陳委員宗獻

- 一、延續陳委員錦煌所提之藥費問題，藥費分析時還需考量「價」、「量」與「新藥」之影響。簡言之，藥的總費用增加，除了單價提高之外，還有量增加的問題。量的增加來自於每位病人使用量、每件的量、給藥天數以及病人人數(如慢性病、老人)增加等因素，考慮藥費，需進一步分析這些因素的改變影響程度。
- 二、近年慢性病之治療已經改善，以前 1 年 12 個月中，慢性病人可能只吃 4~5 個月份的藥量，用藥斷斷續續，經過衛生署及大家的宣導及努力，目前慢性病用藥 1 年 12 個月中，已有近 10 個月之規則用藥。
- 三、給藥天數的改善也會增加藥費總量，記得曾看過健保局分析資料，光給藥天數及病人數的增加，對藥費增加之貢獻度就高達七成多，另外新藥引進也有一定貢獻度。

楊主任委員銘欽

請藥事服務提供者代表連委員瑞猛表示意見。

連委員瑞猛

- 一、多年來健保局對藥費管控非常努力，基於國內文化及機制問題，藥費管控社會各界有非常多的意見。資料顯示，與國際比較，我國藥價已經相當低（低於歐美 10 國中位數），但是藥費占率卻高達 25%(世界各國藥費占率大約是 15~18%)，藥價偏低、但藥費占率偏高，代表國人藥物使用量非常多。
- 二、台灣用藥量是美國的 7 倍以上，此數字非常高，值得大家關注。在藥費占率高達 25%情況下，如何妥善用藥，仍有相當大的改善空間。我國醫師素質非常高，個別醫師所開的單一處方無需擔心，但問題是，當病人跨院就醫時，對不同醫院所開藥物是

否重複或交互作用無人管理，其所造成的用藥安全傷害及浪費等問題，宜有管控機制改善之。

- 三、第六次藥價調整，據估算每年約可節省 150 億元，這筆費用有否對用藥品質改善做些什麼努力，站在維護民眾權益立場，新藥引進及用藥安全，絕對是不容許打折的。然而在用藥安全方面，以中醫為例，7 天份的中藥調劑費，健保只支付 20 元，平均 1 天只有 3 塊錢，很難聘請專業藥事人員調劑。試問調劑過程中，有否機制協助醫師判斷及修正用藥，為病人安全把關？
- 四、美國對藥品使用有嚴謹的把關機制，若同一病人有 2 個以上醫師看診，或是用藥超過 12 個劑量，即有專業人員介入，瞭解病患用藥狀況後供醫師參考，且美國藥品使用量較我國少，即便如此，美國每天約有四百人因藥物使用不當而死亡。若以美國的數據估算，台灣每天死於藥物使用不當者可能達百人，這個數字是我們無法接受的。在台灣許多養護機構老人，平均罹患 4.5 種疾病，代表需看 4.5 個醫師，4.5 張處方加在一起，對其用藥問題無人關注。
- 五、過去幾年，雖然台灣已經將藥價控制得很低，但用藥仍然存有很多問題讓人擔心。今天討論藥費，大家似乎只著力於錢的管控，站在藥師立場，覺得攸關病人安全的用藥品質更值得關注。

陳委員宗獻

建議使用比例解讀數據宜謹慎。我國診察費只有美國的七分之一到十分之一，藥價只有是美國的二分之一，於解讀我國藥費占率 25% 時，宜考量，此數值之分母包含藥費、診察費、檢驗費等醫療費用，在分母診察費偏低之情況下，實際藥費占率會比 25% 更高。若要以美國數據，比例推估台灣因用藥不當而死亡的人數，必定會錯誤。

陳委員錦煌

請問健保局，國際上有幾個國家辦健保？為何台灣藥價國際比較資料，只與美國、德國等 11 個國家比較？

沈組長茂庭

- 一、國際上辦理健保的國家，當然不止十幾個，之所以與這些國家

比，除了本局在核價時會參考這 10 個國家的藥價外，主要原因是這些歐美國家資訊較公開，有將藥價公佈在網站上、或是每年出書公佈藥價，而韓國則是因為與健保局有交流，可直接請其提供資料。

- 二、我國藥價雖然低於這 11 個國家，但不能解讀成台灣藥價世界最低，因為無法取得其他國家資料比較，若與歐洲以外其他國家比較，如馬來西亞相較，我國藥價不一定低。

陳委員錦煌

- 一、投影片所列 12 個國家中，台灣雖然藥價最低，但藥價比台灣高的這 11 個國家，平均薪水都高於台灣，美國警察薪水是台灣的 2 倍，日本薪水也高出台灣好幾倍，當然藥費比台灣高，付費者雖然對醫療專業外行，但也不是全然不懂。
- 二、既然投影片標題是「台灣藥價國際比較」，既然是國際比較，全世界有 200 多個國家，為何只比 11 個國家。請問沙烏地阿拉伯、伊朗、伊拉克等國，藥價如何？不能只跟藥費高的國家比較，而說我國藥價便宜。中國大陸的藥價如何？可透過海基會、海協會查詢藥價。
- 三、想請許教授怡欣幫忙，到底有多少國家辦理健保？哪些國家藥價比台灣高，哪些國家藥價比台灣低？

楊主任委員銘欽

許教授怡欣可否回應陳委員之提問，或請對本案所討論的主題「設立藥費支出目標」，提出看法。

許委員怡欣

- 一、健保局在藥費管控上，從藥量及藥價兩方面認真管控，就我所知在用量方面，健保局會對用藥量特別高的病人及醫師進行調查及特別管理。
- 二、投影片第 9 張標題若能改成「與已知藥費國家比較」將更為適切。因為新藥通常由先進國家先使用，因此健保局在新藥議價時，會參考歐美等 10 個先進國家的藥價，我國藥價原本居 10 個國家的中間，健保局已將藥價談到最低，幫國家省了不少

錢，從投影片中可見健保局的努力。

- 三、取得他國藥價，當然有利於我國之議價及比較，但藥價屬商業機密，若國家不願意主動公布，他人恐怕很難取得藥價資料，陳委員交代的事，我會嘗試蒐集資料。
- 四、費協會及監理會委員的組成多元，建議健保局簡報內容能稍作調整，儘量減少使用專業術語，例如第 7 張投影片藥價調查設計概念，出現 R-ZONE、WAP 等術語，建議可直接用中文書寫，讓不具醫界背景的委員，也容易了解。
- 五、藥界代表連委員瑞猛提到用藥安全，個人也十分重視用藥安全。只是談論設定藥費目標時，著重的是藥費管控，尚難看出是哪一部分需要特別切出推動用藥安全機制。不清楚連委員的意思是否建議於藥費中切出一塊預算，專門推動用藥安全機制管控，尤其是跨院區的用藥安全管控更形重要。
- 六、連委員發言，多關注於用藥安全機制，對於是否贊成「設定藥費支出目標」較少提及，建議可就藥界觀點，對設定藥費支出目標之優缺點、對民眾之影響及操作方式，提出具體意見供委員參考。

楊主任委員銘欽

本報告案就交換意見至此，綜合結論如下：

- 一、對本會去文衛生署，請其釋示訂定藥費支出目標之涵蓋範圍，可否包含門診及住院等乙節，請幕僚單位加緊追蹤衛生署之核定進度。
- 二、待衛生署函示後，請幕僚單位依據函示內容，及彙整今天和上(第 160)次多位委員的發言，對「是否設定藥費支出目標」之議題，考量醫與藥之權責對等、對新藥引進之影響及使用量管控等面向，掣案提會討論。時程上，若 8、9 月份年度總額協商工作繁忙，議案過多不及討論時，則保留待 100 年度各部門總額協定竣事後再繼續研議。

謝委員武吉

我剛才提到部分院所採購藥品價高於健保局核定價之問題，還未

回應。

楊主任委員銘欽

請健保局回應。

沈組長茂庭

- 一、感謝委員武吉一開始就有先提醒健保局，藥價調降後，廠商可能不願意照以前用較低的價格將藥賣給使用量少的院所。對於這些藥品廠商，健保局已個別一一約談，經洽談，每家廠商都同意，並且留下聯絡電話及窗口。有些藥廠將藥交給代理商販賣，當有上開情形發生時，請接洽分局，連絡廠商窗口協助處理。
- 二、對藥價調降後，某些原廠藥廠商不願意進口之現象，健保局也有處理機制。若醫師認為此藥為醫療必須用藥，健保局會提會討論，適度提高藥價，讓廠商願意再製造進口。這種藥通常是用量很少，但急救時必須用到的藥。

楊主任委員銘欽

謝委員反映院所在執行上所碰到的困難，剛才沈組長表示，在分局都留有廠商的聯絡窗口及電話，請加以利用。

謝委員武吉

實際上情形並非如此，尤其非用不可的孤兒藥，廠商根本就不想做也不想賣，代理商也莫可奈何，所以健保局剛才所言，根本是推託之詞。健保局進行藥價調查，調降藥價，但也需視實際情況調升藥價，才符合公平正義原則。

楊主任委員銘欽

實務上的問題確實需要考量，若院所無法採購到合適的藥，對病人權益也是有所傷害。剛才沈組長表示可透過分局交涉。

謝委員武吉

透過分局也是無法解決，藥廠根本不理會！

沈組長茂庭

藥廠有承諾，問題應該可以處理。

謝委員武吉

那請健保局幫醫院買就好了！

楊主任委員銘欽

今天只是做意見交換，並未決定要或不要做藥費支出目標。時間關係，接著討論下一案。

參、報告事項第四案「中央健康保險局報告『99年第1季醫院與西醫基層財務風險監控情形』」與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

健保局已照本會決議，於會前提供報告書面資料，監控結果顯示，醫院與西醫基層在財務風險監控指標上並無明顯變化，委員若有詢問請提出，否則本案就先洽悉。

謝委員武吉

之前署長於接受某日報訪問時，曾提到 CMI 值與初、次級照護，請解釋一下兩者有什麼差異性。

楊主任委員銘欽

CMI 值與初、次級照護？請問是在第幾頁投影片？

謝委員武吉

投影片報告內容有出現「初、次級照護」，所以我想請問 CMI 值與初、次級照護之關連性。

楊主任委員銘欽

就我了解 CMI 是代表住院病人資源耗用的指標；而初級照護及次級照護一般是用來了解門診所照護疾病的輕重度，例如，基層或地區醫院門診主要任務是提供初級照護。

謝委員武吉

如是在 10 年前，本人會點頭答「對」，但現在聽到這樣的答案，覺得是受污辱。

蘇委員鴻輝

是否請健保小組於下次委員會議答覆。

謝委員武吉

請健保小組回答，健保小組是健保局的長官。

楊主任委員銘欽

可否請謝委員更明確把所想的問題說清楚一些，謝委員是要問醫

院的 CMI 值與基層門診的初級、次級照護有什麼關連性？這也有如現場考試。

謝委員武吉

委員也一樣常被現場考試，請不要隨便回答。

楊主任委員銘欽

請衛生署梁組長淑政回答。

謝委員武吉

CMI 值是 Case Mix Index，這我清楚，不用說明。

梁組長淑政

投影片所提初級照護，是反映門診照護之疾病嚴重度，常用來計算不同醫院層級的門診照護中，有多少比例的服務是屬初級照護。而 CMI 值則是用於住院，因為目前住院引進 DRGs 制度所用的加成項目之一。

謝委員武吉

DRGs 我了解，不要講那麼多。

梁組長淑政

所謂 CMI 值是針對住院部分，對不同資源耗用情形所累計算來的數值，若數值越高則代表該醫院照顧的疾病嚴重度越高，可做為指標。

謝委員武吉

我現在請教的是 CMI 值與初級照護及次級照護有什麼關連性。

梁組長淑政

一個用於住院，另一個用於門診。

謝委員武吉

這我都曉得，但其間有何關聯性？住院病人都是從門診收進去的。既然說有關聯性，就說明要如何改善就好了！我不是新任委員，想含混回答我是行不通的，我乾脆就給答案。政府應該思考

如何改善 CMI 值與初級照護及次級照護相關問題。

楊主任委員銘欽

本案主要是報告醫院與西醫基層財務風險監控情形，謝委員相當關心醫院與診所間病人及費用流動問題，是指有些醫院在外附設門診，將輕症病人轉往該門診就醫之問題？

謝委員武吉

不是！現在有些情況是，某些醫院會直接將初級照護或次級照護類型的病人直接收住院，以致 CMI 值偏低。

楊主任委員銘欽

謝委員的發言，是要點出現存的狀況及問題。

謝委員武吉

對！對此現象，有什麼改善方法？

楊主任委員銘欽

謝委員是要提醒健保局注意此現象。

謝委員武吉

健保局歸健保小組所管，我不會要求健保局。我剛才已經將答案說出來了，健保小組是負責政策規劃的單位，如何改善此現象，當予重視。

楊主任委員銘欽

改善之前，還是須先有數據。蔣副秘書長世中對本案有回應，請發言。

蔣副秘書長世中(李委員明濱代理人)

- 一、前陣子署長提到醫學中心 CMI 值偏低的問題，對醫學中心之建言我想是有感而言，也表示衛生署已經注意到這個問題。
- 二、但依台灣現實環境，醫學中心面對的困境是醫院本身很難拒絕輕症病人看診或住院。反而是衛生主管機關，應該重視社區醫療基層化，落實基層初級照護及分級轉診制度。我認為問題不在於醫學中心不斷擴充門診或附屬醫院，而是衛生署

有否制定社區醫療基層化之決心，有否落實執行的問題。

- 三、目前基層醫療，包括社區醫院的初級照護率、門診的服務占率都呈現逐年下降趨勢，這些問題值得主管機關重視。

謝委員武吉

- 一、最重要的一點是，目前健保法第 33 條第 1 項及第 2 項(對不經轉診逕赴區域醫院、醫學中心門診者之部分負擔之規定)都沒有落實，二代健保修法草案第 42 條有關部分負擔之規定，也未加以區隔，若能區隔清楚，確實落實，就不致出現某日報對未落實轉診制度之批評聲音。
- 二、健保已實施 15 年，前些日子黃煌雄等監察委員，還特別到各地了解健保制度改革問題。社區醫院倒閉如此之多是有原因的。在高雄與 8 個地區醫院代表訪談時，黃監察委員特別提到，不容許社區型醫院及診所繼續垮掉，為何衛生署對此問題都沒有感受到。
- 三、健保局是遵照衛生署的指示執行健保業務，衛生署身為主管機關，對分級醫療未落實問題，衛生署健保小組應該要制定政策，並接受民意批判。

謝委員天仁

- 一、對謝委員武吉所提意見，站在付費者代表立場，消費者權益固然需保障，但醫療資源也應該有效分配。
- 二、分級醫療所牽涉層面很廣，若造成基層醫師收入減少，其勢必設法增加收入，則大量開藥、重複看診的情形很難避免，甚至不當扭曲的醫療行為也可能出現。應好好思考落實醫療資源分配效率提升的政策，從健保 84 年開辦至今，只執行健保法第 33 條第 3 項，未讓完整的分級醫療機制運作。
- 三、很多現象與分級醫療息息相關，例如剛才提到訂定藥費支出目標之議題，若分級醫療制度未能突破，讓開藥存有可賺錢誘因，則任何藥費制度都沒有用。我認為問題環環相扣，要改善這些現象，應該從落實分級醫療角度下手，思考如何適當分配醫療資源，否則醫療行為扭曲會越來越嚴重。建議健保局對此議題提出專案報告，供大家討論解決方案，以改善

此現象。

- 四、近日署長提到醫學中心 CMI 值偏低的問題，我認為署長想說的是分級醫療未落實問題，可能是擔心得罪付費者，而沒有直說，我想應該全盤檢視分級醫療的落實情形，希望主席能裁示請健保局提出相關專案報告。

楊主任委員銘欽

- 一、謝委員天仁更進一步說明謝委員武吉的想法，並提出具體做法，請在座的黃副局長，將委員所提意見轉達給鄭局長。
- 二、依謝委員武吉建議，希望衛生署能提出具體分級醫療之政策報告。

陳委員錦煌

- 一、我要聲援地區醫院，78 年地區醫院有 750 家，到 98 年只剩 2 百多家，20 年間約消失了 500 家，我非常同意謝委員武吉所提落實轉診及分級醫療制度。
- 二、現在很多基層診所周日都不看病，我曾經請教許教授怡欣，台大醫院 1 天門診費 1 千 7 百多萬，1 個月要花費 5 億多，長庚醫院及榮總比台大還多。大醫院所申請的費用一定比較貴，由此現象看來，難道小病到診所看的分級醫療政策，不必加強落實嗎？
- 三、希望不要再看到地區醫院繼續消失，更期待衛生署能完整規劃分級醫療制度，這可節省很多不必要的支出。也請主任委員重視我的意見。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝以上三位委員對落實分級轉診醫療的重視，請將委員之訴求列入紀錄。
- 二、建議衛生署適時說明「如何落實分級醫療政策」；並請健保局針對「目前分級醫療實施情形，及如何適當分配醫療資源，提升使用效率」議題，提出具體作法，並於 100 年度總額協定完成後，至本會專案報告。
- 三、餘洽悉。

肆、臨時報告事項一案「行政院核定 100 年全民健康保險醫療給付費用總額範圍案」與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

謝謝梁組長淑政的報告。請委員特別注意第 6 張投影片，低推估值為 1.644%，較 99 年總額約增加 81.2 億元，高推估值為 3.600%，約增加 177.82 億元，本會的協商空間就是介於兩者之間，醫界團體代表需要向所屬會員說明，本案已經行政院核定。

蔣副秘書長世中(李委員明濱代理人)

- 一、今年 3、4 月時，衛生署曾邀集醫界代表討論 100 年度總額相關議題，醫師公會全聯會當時即提出人口結構改變率的算法，衛生署係依過去 10 年各年齡層民眾醫療使用結構計算，但 10 年來，我國男性平均餘命每人年增加 0.2 歲，女性增加 0.3 歲，十年來增加 2 至 3 歲，所以男性可活到 76 至 78 歲，女性已到 82 歲。過去 60 多歲的民眾不會開白內障、髖關節置換手術，因認為年紀太大，餘命不多，現在 70、80 歲願意開白內障手術的還很多。依健保局統計顯示，1996~2006 年髖關節置換手術，75 歲以上人口發生率成長高達 1.72%~2.22%，高於整體發生率的成長 1.26%，顯示相同年齡層在不同世代，其醫療利用型態已大不同，現今民眾會有較高意願提升生活品質，希望專家學者及衛生署了解。
- 二、建議衛生署能確實將年齡結構不同所引起的醫療利用情形，充分反映在總額該有的成長率上，以實證數據，納入不同年齡層之醫療費用權重，呈現民眾真正的需求，我們也是為民眾請命，難道 85 歲的人不能進行髖關節置換術嗎？懇求署方重視此問題。

陳委員宗獻

請問整體醫療政策制定時，費協會位階何在，我們已連續 5 年在衛生署開會討論大總額時，提出下列兩點意見，但不知何時可以修正。

- 一、第 15 張投影片，人口結構改變率是以 97 年每人年點數計算，但 97 年與 96 年的費用不同，需納入計算，不一定會使成長率

增加，有無管道可讓此建議落實。

- 二、第 17 張投影片，醫療服務成本指數中，人事費用採非農業受雇員工薪資指數，本會 27 位委員中只有廖委員本讓屬農業代表，其餘均為非農業。然將所有受雇員工薪資指數都納為醫療服務之人事成本計算，並不合理。我們過去一直建議改採醫療保健服務業平均薪資指數，只希望數據貼近事實，這是主計處有公告的項目，也不一定每年都對醫界有利。

謝委員武吉

- 一、在這邊講話好像狗吠火車，沒有用。當時馬英九先生競選總統時，提出醫療保健支出占 GDP 比率要高達 7%，但 100 年大總額上限成長率只有 3.6%，要如何向馬總統解釋？
- 二、第 11 張投影片，協商之政策方向第 3 點為「落實新藥新科技的引進，確保保險對象權益」，現在國外已經不賣新藥給台灣，寫這些文字是欺騙老百姓；另外第 4 點「推動支付制度改革策略，促進醫療體系整合，提升服務效能」，支付制度改革是否落實，現行牙醫初診診察費 600 點，西醫基層診察費也有 320、270 點，但醫院只有 222 點，支付制度改革要如何處理？
- 三、以前講「以藥養醫」，現在已無法再提出，請健保小組長官說明如何以藥養醫。
- 四、第 15 張投影片，人口結構對醫療服務點數之影響，好像男性生病花費較多，80 歲以上每人年需 10 萬餘點，女性為 9 萬 1 千點，這邊有漏洞，既然是以 5 歲為一年齡組計算，為何沒有呈現實際保險對象人數，是否不敢寫實際數字？
- 五、醫療服務成本指數改變率，以 95 年為基期，醫院為-0.353%，請問在要求提升醫療品質的同時，是要醫院裁員還是減薪，或是希望醫院關門，請解釋清楚。

謝委員天仁

- 一、二代健保提出收支連動，現在雖還未實施，但在審查支出時，就會正常聯想到收入有多少，不是每天可以敗家，所以這部分資訊應該充分揭露，例如：費率調整至 5.17% 時，年度保費收

入有多少，其他菸捐等收入又有多少，協商 5000 多億元中，民眾自付額占多少等資訊，都應該列出讓委員了解。

二、委員也可為日後收支連動預做練習，這些資訊如不充分，老實講會像在菜市場買菜。

陳委員宗獻

可否在協商時也提供相關健保費率模型公式，並說明是採計醫療服務總量，還是納入點值打折後的結果，請健保局或衛生署提供相關資料。

楊主任委員銘欽

可否請梁組長淑政綜合回應委員的詢問。

梁組長淑政

- 一、委員所提問題，包含：人口結構改變率、醫療服務成本指數改變率如何計算等建議，我們每年在擬訂年度總額範圍過程都會邀請專家學者，針對委員提出的疑義共同檢討，沒有改變是因為未產生更好的計算方式，所以沿用過去的算法。
- 二、人口結構改變率在每年計算時，基期已採最新的每人年點數，而非採固定基期的方式，相較於委員所提希望納入每一年齡層的費用變化，已是折衷處理。
- 三、至於醫療服務成本指數採計非農業受雇員工薪資指數，因低推估係以公式算出，呈現的是一般社會變動的情形，考慮的是機會成本，如要採計醫療服務實際聘用的薪資成本，當時召開專家學者會議時，認為如要採此方式，就應納為協商因素計算，因為此作為變化較大，所以署還是維持原計算公式。
- 四、另外，關於政策目標部分，因投影片呈現的是大項目，細項可參考議程補附資料第 23 頁，有關總額政策目標之必要執行項目，在醫療體系整合及支付制度改革有較明確的方向。當然最後還是要透過協商，才能確定執行計畫的項目。
- 五、人口結構改變率的保險對象人數未呈現，這部分向委員抱歉，主要是為讓表格看起來較清爽，所以將該欄位隱藏，可於會後提供資料給委員參考。

楊主任委員銘欽

剛剛委員關心人口結構改變率公式運算過程，這部分可逐步改善，梁組長如果可提供較詳細資料，也有助委員了解。

陳委員宗獻

- 一、建議衛生署下次討論新年度總額範圍，在邀請專家學者時，也讓我們一起參與，可將我們的意見表達，當然也歡迎付費者代表一起關心，希望建立一個可反映事實的公式。
- 二、另有關醫療服務成本指數之計算，如要採計醫療服務從業人員的薪資，就需將之納為協商因素乙節，因兩種算法差距很大，因為非農業受雇員工的範圍太大，本項名為醫療服務成本，非付費成本。

謝委員天仁

我之前提的問題尚未答覆，是存在問題不敢講嗎？

梁組長淑政

不好意思，遺漏未回答，這部分容我們在費協會 8 月協商時，提供書面資料供參。

楊主任委員銘欽

過去協商時確實都會提供相關資料，例如：費用成長多少百分比時，費率應調整多少才能平衡，這部分請照往例提供。

蘇委員清泉

- 一、我對醫療服務成本之計算有意見，不曉得署方說的學者專家書念到何種程度？對台灣社會是否了解？這兩天寫信給總統，提出同質性太高的學者專家會害死人，以我經營的醫院為例，醫療服務成本會下降，實在太荒唐。
- 二、教育部去年提出 22K 計畫，我們醫院有 40 幾位名額，其條件是薪水如超過 2 萬 2 千元，教育部就可補助 1 萬元，但本醫院今年評估後決定不續聘，只留任一些去年較優秀的人才，所以預期今年失業率將提高近 1%。
- 三、現在水、電費相關原物料都調漲，護理部也提出原 1 人照顧 10

床，現要調降為 7 床，所以醫療服務項目的成本會降低嗎？真是離譜。

謝委員武吉

- 一、非常贊成蘇委員所提，何謂學者、專家？台灣有幾位學者、專家專門研究健保制度，都可以數得出來。以前有人提出學者「○」國，這是事實，這樣講現場如有學者就比較抱歉。
- 二、高、低推估值差距 90 幾億，請問專家、學者要如何協商？護理人員與別的工作不同，所付出的勞力與坐辦公室吹冷氣的工作也不同，開刀時是非常緊張。所以這種成本計算方式，所謂的專家學者說出的，你們就接受！可否讓我們參與了解，為何醫院與基層總額的醫療服務成本指數改變率竟是負成長。實際成本都是上升的，卻居然可以計算為負成長，你們厲害你們萬歲!!!

楊主任委員銘欽

在進行大總額研擬時會產出許多數字，這些數字的合理性確實需要檢討，謝委員武吉提出意見是檢討過去，希望以後可以更好。

李醫師豐裕(林委員永農代理人)

有關人事費用部分，為何採非農業受雇員工每人每月平均薪資指數，明明主計處就有提供醫療保健服務業的資料，如果今年來不及，建議明年開始應該調整，才較符實際狀況。

楊主任委員銘欽

委員具體建議請梁組長記錄下來，做為日後改善參考，今天僅係報告行政院核定的 100 年度總額範圍，無法多做討論，接下來進行臨時報告案第二案。

伍、臨時報告事項第二案「100 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額醫療服務成本及人口因素成長率案」與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

請委員參閱議程補附資料第 19 頁，請林組長宜靜補充說明本案。

林組長宜靜

- 一、依本會第 158 次委員會議決議，100 年度全民健保醫療給付費用總額之醫療服務成本及人口因素成長率(非協商因素成長率)，採報奉行政院核定數值。本臨時報告案，主要向委員說明目前報奉行政院核定之各總額部門非協商因素成長率數值。
- 二、時間因素，建議本案不宣讀，請參考議程補附資料第 20 頁，100 年度各部門醫療服務成本及人口因素成長率為：醫院總額部門，人口結構改變率為 2.064%、醫療服務成本指數改變率 -0.353%、投保人口成長率 0.336%，經以 $[(1 + \text{人口結構改變率} + \text{醫療服務成本指數改變率}) \times (1 + \text{投保人口成長率}) - 1]$ 之方式計算，醫療服務成本及人口因素成長率為 2.053%；西醫基層總額部門分別為，0.886%、-0.767%、0.336%、0.455%；牙醫門診總額部門分別為，-0.197%、0.865%、0.336%、1.006%；中醫門診總額部門分別為：0.579%、0.973%、0.336%、1.893%。
- 三、請參考補附資料第 23 頁，衛生署交付之 100 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商之政策方向，政策目標之必要執行項目包含：
 - (一)提升醫療品質：
 - 1.鼓勵各總額部門持續提升醫療服務品質。
 - 2.提升照護品質：推動論質支付，或針對具成本效益之預防性服務，或因治療模式複雜特別需要個案管理之病患，建立疾病管理制度。
 - (二)增加新醫療科技及新藥等給付項目。

(三)其他醫療服務利用及密集度改變

- 1.持續加強弱勢族群照護品質，例如罕見疾病及血友病之用藥、BC 肝炎病人用藥品質以及器官移植等醫療照護。
- 2.擴增居家照護範圍，減少住院醫療。
- 3.推動門診整合照護模式試辦計畫、試辦亞急性照護模式、提升偏遠地區照護可近性、以及強化社區醫療功能等計畫，促進醫療體系整合。

四、請健保局會同各總額部門研擬年度協商草案時，將以上這些政策目標納入方案或計畫。

楊主任委員銘欽

本案報奉行政院核定之各總額部門非協商因素成長率之數值，納為總額協商之用，因為時間因素，本案先洽悉。

謝委員武吉

主席，本案我有意見，醫院總額及西醫基層總額之醫療服務成本指數改變率計算結果都是負的，之前我們已表達其計算方式錯誤，對此，該如何改變。

楊主任委員銘欽

本案所報之數值已奉行政院核定在案，須按照核定結果辦理。

謝委員武吉

那不行！錯誤就是要改。我們是不敢面對錯誤嗎？

楊主任委員銘欽

這不是絕對錯誤或正確的問題，而是對計算方式見解不同。

謝委員武吉

每年都是錯誤的數字，怎能說沒有錯！

楊主任委員銘欽

如果是這樣的話，恐怕無法再協商下去。

謝委員武吉

那麼就不要協商，醫界都已提出許多錯誤應修訂的意見，卻仍不接受，根本也不能協商。

楊主任委員銘欽

協商還是有空間啦！

陳委員宗獻

不協商會有很大的問題。既然本案已經奉行政院核定，也是衛生署交議下來的任務，若對非協商因素成長率計算公式有不一樣的想法，建議如剛才梁組長淑政所言，可於協議協商因素時，提出討論。

楊主任委員銘欽

謝謝陳委員，可於討論協商因素時提出，至少有緩衝空間。

謝委員武吉

- 一、請看補附資料第 23 頁，總額政策目標每年幾乎長得一樣，對這些政策之必要執行項目，請問有做嗎？做了哪些？
- 二、對「強化社區醫療功能」、「促進醫療體系整合」等政策，請問健保局有擬訂鼓勵方案嗎？各醫療院所分屬長庚、榮總、教會、署立、市立及一般醫院等不同的醫療體系，要如何整合？所謂垂直整合，並非併吞，而是人員間的輔導合作、垂直整合、增進醫療品質。

楊主任委員銘欽

謝委員所提，就是要請健保局在會同各總額部門研擬協商草案時，將其政策目標項目納入研議執行方案，若未能提出方案，當然就無法反映該項成長率。

謝委員武吉

如何提升社區醫療、整合醫療體系，是目前當務之急，近年社區醫院一直萎縮，而大型醫院一直壯大，這是重大的危機。

楊主任委員銘欽

- 一、謝委員很強調須落實分級轉診制度及醫療體系整合，否則對基層及社區醫院會受到很大衝擊，謝委員的發言，我們會記錄下

來。

二、本案決議如下：

- (一)100 年度各部門醫療服務成本及人口因素成長率，依行政院核定之數值確定。
- (二)請健保局會同各總額部門研擬協商因素項目或計畫草案時，將衛生署所指示總額協商政策方向之必要執行項目納入考量。
- (三)餘洽悉。

陸、討論事項第一案「100 總額協商，協商因素架構建議案」與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

陳委員宗獻有無補充說明。

陳委員宗獻

- 一、過去 11 年來，都是協商歸協商，品質歸品質，醫療服務品質一直有進步，其中包括消費者督促的力量、醫界本身的改革、時代進步等，都使得癌症、糖尿病等疾病治療有長足進步，但究竟總額協商提供多少幫忙，我覺得沒有，只在爭吵，(消費者主張)減少浪費，(提供者主張)錢不夠的議題，到底誰對誰錯，我認為一半一半，所以總額協商應有新的思考方式，不必然是全部是減項。醫療費用點數與總額中間的差距，也可以用品質承諾的方式呈現。
- 二、請參見議程補附資料第 33 頁，附表的一般服務非協商因素、專款項目都不變，依過往模式協定，僅協商因素項目改用以基期醫療一般服務點數(98 年度)為基礎，去進行四大項目的協商：
 - (一)保險支付項目的改變。
 - (二)提昇醫療品質及促進保險對象健康。
 - (三)服務密集度之改變。
 - (四)醫療效率之提升，可課責之管理效率。
- 三、這些不是減項，而是期待過去的點數與費用間的差距，能否有可努力空間，所以支付項目的改變，包含：
 - (一)節流措施之實際效應管理績效之處理，例如藥價基準調降等都屬之。
 - (二)新醫療科技(包括藥品、特材及新增項目)，屬政策目標。
 - (三)支付標準調整。
- 四、另外，對於醫療品質的承諾，係針對個別疾病所訂定的品質量化指標之改善預定投入點數，這部分應該不會打高空，大家手

上有一份彩色印表資料，是摘自衛生署網站，有 5 項疾病品質指標，我只舉例其中 3 項，例如：

(一)消化性潰瘍有兩個指標：開始治療 1 年內有用口服抗發炎劑比率、消化性潰瘍病患接受除菌藥物治療比率，期待可改善消化性潰瘍的罹病率、併發症。

(二)糖尿病就更明確，包括很多檢查，如：HbA1c，都有證據醫學支持的情況下，公告在衛生署網站上。

五、希望將目光放在此，訂定改善多少程度的承諾，明年度再檢視結果，這些數據都可統計至個別院所。疾病類別很多，但對國人健康具有重大影響的疾病不多，所以還是可以挑出重要的疾病品質指標。大家可否討論，100 年度總額是繼續沿用過去方式，還是採議程補附資料第 33 頁所呈現的新結構。

楊主任委員銘欽

陳委員所提是一種新嘗試，委員有無詢問，特別邀請醫界代表對此方式表示意見。

蔣副秘書長世中(李委員明濱代理人)

一、總額精神在於有多少錢，做多少事，協商後要有量入為出的觀念，現在醫界與健保局為考量民眾就醫權益，都未確實執行相關管控措施，所有點值折付都由醫界承擔，為控制醫療費用成長速度，各部門訂的不予支付指標，都已發揮到淋漓盡致，總額已不足，再加上協商因素減項，對醫界情何以堪，將財務風險強加在醫界身上，是不公平的制度。

二、現行公部門，那個單位有每季檢討其執行狀況？並沒有，這並非新的想法，只是要落實總額精神，有多少錢做多少事。

三、既然健保局已回歸行政機關，建議應落實總額預算制度精神，不該再加上減項因素。

李醫師豐裕(林委員永農代理人)

此問題有帶回與中醫全聯會理事長及相關幹部研究，與各部門總額相比，中醫相對較單純，因此主張維持原來的協商方式。

蘇委員鴻輝

- 一、新架構確實蠻有吸引力，可以解決現制的一些盲點，是很大觀念的改變，如謝委員天仁所提，消費者權益要得以確保，但不是限制民眾看病機會，而是教導他如何準確、有效地將病看好，這改變也包括在其中。
- 二、對此架構最佩服點在「對醫療品質的承諾」乙項，之前對此想法做過許多討論，部門可以承諾目標若達成可以拿到多少成長率，並將某部分的醫療改善到何種程度，假如大家可以有共信，明年協商時再決定加、減項，承擔起談判目標的責任。
- 三、本部門因在其他部分尚未準備完全，因此建議採原有架構，但可考慮納入對品質承諾乙項建議，現行指標這麼多，健保局運算數據非常快，是可以快速拿到品質指標數值，能於談判中加入品質承諾，可讓醫病雙贏，消費者得到保障，醫療部門也可因做好醫療而得到相對回報。

謝委員天仁

- 一、發展方向值得思考，但部分細項已與本會第 158 次委員會議決議有出入，第 158 次委員會已對基期決議，100 年度要變動相對困難，老實講，提出時點有點慢。
- 二、本案對日後費用支出影響深遠，因只要將基期點數一直衝高，下年度基期就已墊高，之後要再壓低很困難。我不贊成以點數作為基期，因為點數是大家衝出來的結果，假使點數可以作為下年度基期，每個部門一定有人帶頭衝，到最後恐怕很難協商，所以此架構基期應採去年費用，雙方再各自就加、減項提出建議。
- 三、非協商因素及專款項目不宜更動，值得檢討，好像坐一個餅给对方吃，只能做大不能做小，不合理。但發展方向值得肯定，我們願意敞開心胸接受調整，或許部分可在今年度運用，但不能變動過去已決議事項，所以恐怕本案須有若干調整。

蔡委員登順

- 一、協商架構已使用 10 幾年，突然要改變，變化很大，且可能有

盲點，剛剛醫界提出量入為出的觀念，以及謝委員天仁談到衡量的問題，這樣付出的金額會更龐大，不僅管理上會有壓力，付費者的壓力也很大，變成全數要買單，最後會衍生人球問題，傷害很大。

- 二、牙醫、中醫、西醫基層總額過去點值曾超過每點 1 元，我們也沒有要扣回來，當然目前西醫基層與醫院點值大概都在 0.95 左右，有落差，希望總額部門可以從管理方面多加強，不要衡量、提升品質，量自然會減少，點值就會超過 1 元，這也是很好的方向，我反對依本案建議之架構進行協商。

蔣副秘書長世中(李委員明濱代理人)

- 一、感謝蔡委員提到應落實量入為出的觀念，謝委員提出衡量問題，健保法一再對醫療提供者限縮及處罰，但對民眾都沒有使用者付費或限縮的條件，如果今天可以有限制，落實使用者付費觀念，絕對不會有衡量問題。
- 二、一直講醫界衡量，今天呈現的使用量是經過不斷地核刪、斷頭的結果，而且服務量也都是使用在付費者身上，如果只一味限制醫療提供者，未限縮使用者逛醫院的行為，是不公平的。

楊主任委員銘欽

嘗試做以下決議：

- 一、協商時需要有開放的態度，肯定委員提出有助改善協商結果的建議。
- 二、陳委員所提協商方式，在現階段還有一些沒有把握與不熟悉的部分，建議 100 年度總額協商大原則仍依過去方式，但各部門可在與健保局討論協商草案時，採用陳委員所提部分建議，例如：對品質的承諾。如有具體方案及金額(成長率)，則可採漸進方式改善，這樣運作，在執行面的可行性會比較高。

陳委員宗獻

- 一、謝謝主席與幾位委員所提意見，請參看議程資料第 54 頁，其他原則：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。係指協商成立後，所以本案提出的時點並

沒有錯。

- 二、大家擔心衡量，其實我也擔心，這部分是執行幾年來共同擔心的問題，要不然就不會有科別總額、斷頭等處理方式。
- 三、請參看議程補附資料第 33 頁，支付數量之改變，這部分是可檢討的，今年即可檢討 98 年對 97 年的變動，所以衡量問題在此提案已納入考量。唯一的加項為新醫療科技的引進，個人在這方面也有充分考慮。
- 四、至於專款專用，歷年協商討論時都會改變，包括額度、項目，附表呈現方式僅是儘量與大家平常看到的一樣而已。
- 五、為何採用點數，因為有些管理績效不佳的部分，在點值與點數之間差距多少，是可協商的，包含違規扣款都可納入考量。用點數計算，只是出發點不一樣，但到達的目的地一樣，就是要協定結果落在大總額上、下限的範圍內。

謝委員武吉

- 一、總額辦理 10 年，都未有提出新的模式；剛才蔣副秘書長說得很清楚，點數應考量量入為出，我也著重在減項，對於健保法(第 39 條)中規定「義齒」方面的東西也應該要注意，同樣是「義」，「義齒」不支付為何「義肢」卻支付?!有「義」的應該都屬健保不支付，特此提出。
- 二、該如何改變患者就醫行為，衛生署國健局都未有正面回應，應該教導民眾正確就醫、衛生及飲食習慣，例如有人三酸甘油酯已經很高，還要吃三層肉，講也講不聽，衛生署就要教導這些人，現在幾乎沒有相關衛教宣導短片。對於減項，則大家應該再思考。

楊主任委員銘欽

- 一、謝委員武吉提到為讓費用在合理範圍成長，義肢部分應列為減項，可否請健保局回應有關健保法相關規定。
- 二、另外，贊成相關衛生單位應加強對國人預防保健觀念的宣導，導正就醫行為，會記錄下來請國健局、疾管局等相關單位參辦，了解本會委員的關切，督促其進行相關衛教。

沈組長茂庭

健保法第 39 條所列之不給付項目為：義齒、義眼、助聽器、輪椅、拐杖，及其他非具積極性的治療等。主要因健保一開辦義肢未列在不給付項目，所以 18 歲以上義肢有給付一次，18 歲以下因考慮到會再長高，必要時每兩年可再給付一次，惟其是否屬非積極性的治療，可再檢討。

楊主任委員銘欽

陳委員所提的思考邏輯是就行政院核定的上限往下推，看要減多少點數，費協會無法承諾每部門都可拿到上限，因為還有部分需保留給其他預算，如果陳委員覺得想試試看，那我們會遇到一個情況是，上限到底要設多少？建議今年還是沿用過去的協商架構，但協商時品質承諾部分或新藥新科技等建議，都可嘗試納入考量，但不要一定要達到某個百分比，這樣執行上較無把握，建議本案採過去決議及提案精神的折衷方式處理。

陳委員宗獻

- 一、提出本案主要希望改變大家對現行總額的思考方式，另外就是想知道究竟總額出了何問題，像西醫基層總額北區進行斷頭、中區進行各科總額管理，即點數自動扣除，點值打折，超過部分捐出來，用這麼極端的手段，為何服務量還是一直維持成長狀況？
- 二、所提 4 點協商因素，其實都有一定程度的貢獻，例如績效部分，可能我們真的管理不佳，量的變化該負責多少，如果未在協商時呈現，每次都承諾今年做什麼，只是談總額成長率的工具而已，沒有任何改變。此時，消費者代表謝委員天仁就會提出，你們拿了改善慢性病照護的成長率，結果未見改善，所以項目要很明確才拿得出來。
- 三、最後主席如果沒有裁示，建議可否在協商時提出此架構，做為參考項目，大家一起檢視這些資料。希望健保愈來愈好，我提出時也請大家尊重，去年開會時上面在簡報投影片，下面在講話，後來乾脆用喊價，體諒委員有許多關心事項，所以會交換意見，但請大家一起重視，朝良性正向互動的方向前進。

楊主任委員銘欽

我覺得這樣的態度很好，也贊成讓大家一起檢視。8月份進行協商時如果資料準備來得及，就可提出。

許委員怡欣

- 一、佩服陳委員一直不放棄且溫和地提出此案多次，也很佩服協商項目的成長率表，很值得參考，希望繼續努力讓下年度總額有更具體的參考內容。
- 二、我比較在意的是引用點數，易引起不必要誤會，過去我們都以前一年為基期談下年度總額，從88年到98年，總額由3200億提高至5200億，增加2000億，有複利的感覺，之前陳副署長與大家討論時，也曾提出以89年為基期的概念。
- 三、剛剛付費者代表建議要善用醫療資源，落實轉診制度，我覺得很棒，不只是官方提出，連消費者代表也認為很重要。
- 四、另外需思考，這10年間從3200億增至5200億元，消費者如何承受，可否有機會討論民眾要付多少錢，以得到多少服務，這其實是一件困難的事情、痛苦的決定，例如英國65歲以上的人就不給付洗腎，但如果10年後醫療費用再增加2千億，大家負擔的保費會很高，應該有個停損機制。
- 五、過去10年我們的健康好像變得好像好差，門診次數、用藥都提高，當然感謝醫界提供許多優秀的服務，但是有無方法可讓大家一起健康，醫界也不用這麼辛苦衝服務量，健保費也不用一直調升，以後除討論錢之外，正如謝委員天仁所提，收支連動也是正常聯想，不能一直敗家，應該討論在收支連動思維下，那些重點服務是民眾該付錢去買到的。

謝委員天仁

- 一、本案雖由基層提出但會衍生至醫院，每位委員必須要瞭解，不能僅當作跟西醫基層協商的技術，否則會變成與基層談好後，醫院部門也提出要比照，大家需面對產生的差異性問題。
- 二、西醫基層沒有必要當醫院的馬前卒，你的餅不是我們吃太多，而是慢性病、輕症被大醫院搶走了，問題在此，你們一直不去

解決，而往另一邊拉資源，擠壓產生的衝突性較高，與其這樣，應該大家更努力將醫療資源做合理分配，這是社會公益事情，是每個人都必須面對的問題。

- 三、我的看法是可以全盤考慮提出一個新架構，但若只在西醫基層談，花的力道多，幫別人作嫁的成分高，我認為基層是很聰明，但又不願得罪同業。
- 四、付費者代表的立場認為資源應適度分配，在合理範圍內調整，這部分可作為大家協談經驗的累積，但今年要全面採用此架構，恐怕有困難。

陳委員宗獻

- 一、請大家參看議程資料第 51 頁總額設定公式，本案所採基期是前一年度部門別一般服務醫療給付費用，完全沒有變動，只是協商因素考量的方式不同而已，沒有那麼嚴重。
- 二、今天醫學中心代表從頭到尾都沒有發言，如果是幫他們作嫁，醫學中心代表就會表示支持，我看說不定醫院還會反對，不然為何不講話，所以這是對大家都有利的，不用擔心對醫院不利，要從正面角度看此問題，我們真的該改變了。

楊主任委員銘欽

- 一、肯定委員提出有助於改善協商方式之相關建議，俾共同努力使總額實施結果朝正向發展。
- 二、因本案執行上尚有不確定因素待克服，故 100 年度總額協商仍沿用過去模式辦理，惟各部門總額如準備得時，亦可將此架構之部分建議，嘗試納入協商時參考。
- 三、委員建議應更加強預防保健觀念之推廣，及民眾就醫行為之導正，以節約健保資源耗用等意見，轉請衛生署相關單位參考。

柒、討論事項第二案「100年度全民健康保險醫療給付費用總額協商
流程及總額評核結果之獎勵成長率案」與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

- 一、討論事項第二案，先徵求委員同意，僅說明不宣讀。
- 二、因馬上要進行100年度總額協商，尚有總額協商流程及評核結果之獎勵成長率需處理，今年度並未有太大改變，唯一改變部分在說明一之(一)工作計畫表，評核會由一次變成兩天，一天評核專案計畫，一天評核一般服務計畫。協商日期預訂為9月10日，照慣例週五協商，週六召開委員會確認。
- 三、協商時間表與去年一樣，延長時間不超過該部門預算協商時間之50%，若還無法協商，就宣告協商破裂，送署裁決，不再一直冗長地討論。
- 四、評核會的評分方式也是與過去相同，所給予的成長率在去年已減半處理。
- 五、如果大家沒有反對意見，就照擬辦意見通過，如果沒有臨時動議，今天會議到此結束，謝謝大家。