

全民健康保險醫療費用協定委員會
第 157 次委員會議事錄

中華民國 99 年 3 月 19 日

全民健康保險醫療費用協定委員會第 157 次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國 99 年 3 月 19 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(台北市許昌街 17 號 9 樓)

參、出席委員：

李委員明濱 蔣副秘書長世中(12:05 以後代)

孟委員藹倫

林委員永農

林委員啟滄

施幹事金蓮(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)

黃委員偉堯

黃委員碧霞

曾科員淑娟(代)

葉委員宗義

葉委員明峯

廖委員本讓

劉委員志棟

劉委員清芳

王簡任秘書淑慧(代)

蔡委員登順

戴委員龍輝

謝委員天仁

謝委員武吉

蘇委員清泉

蘇委員鴻輝

肆、列席人員：

行政院衛生署
中央健康保險局

梁組長淑政
鄭局長守夏
黃副局長三桂
蔡組長淑鈴
柯主任秘書桂女
程執行秘書善慈
林組長宜靜

全民健康保險監理委員會
本會

伍、主席：楊主任委員銘欽

紀錄：邱臻麗、黃偉益

陸、主席致詞

- 一、今天是農曆年後第一次開會，在此向大家拜個晚年。
- 二、奉署長指示，本會柯執行秘書桂女與健保監理會程主任秘書善慈職務彼此互調，此舉將有助於雙方熟悉彼此業務，有利未來兩會合一之業務運作。
- 三、衛生署已開始進行 100 年度大總額範圍之擬議作業，未來會陸續邀請醫界與付費者代表與會討論，屆時請委員務必撥冗參加。

柒、確認本會第 156 次委員會議議事錄

決定：確定。

捌、報告事項

第一案

案由：本會第 156 次委員會議決議(定)事項辦理情形報告，請鑒察。

決定：

- 一、99 年度各部門總額協定計畫尚未完成法定作業程序者，如有進度時再提會報告。
- 二、委員如關心總額分配恐對某些特定醫院營運造成影響時，可適時請健保局協助提供相關費用資料參考。

三、除衛生署交議「設定藥品費用支出目標及其分配方式」案繼續追蹤外，餘結案並洽悉。

第二案

案由：中央健康保險局函送「99年度西醫基層總額一般服務費用分配之『人口風險因子及轉診型態』計算公式及操作型定義」，請 鑒察。

決定：

- 一、本案計算公式及操作型定義，尚符合本會第154次委員會議決議之原則，爰予以尊重。
- 二、為利制度穩定性，往後標準化死亡比(SMR)及西醫基層門診市場占有率(Trans)若仍採數年加權平均值，則所使用年度及各年權數比率，應有一致性標準。

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。

第四案

案由：本會重要業務報告，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：建議西醫基層採簡表申報之日劑藥費，宜配合第6次藥價調整下修案，提請討論。

決議：委員對簡表日劑藥費應予檢討之各項意見，如：調降支付點數或改採核實申報、對申報金額較低之案件，建立免審制度等，送請健保局酌參，並循法定程序處理。

第二案

提案單位：本會第一組

案由：99年各部門總額執行成果評核作業案，提請討論。

決議：

- 一、除將實施未滿二年(或大幅重修)計畫(方案)仍列入評核範圍外，餘照案通過。
- 二、修正後之「99年度各部門總額執行成果評核作業方式」如附件。

拾、臨時提案

第一案

提案人：葉委員宗義

連署人：陳委員錦煌、廖委員本讓、劉委員志棟

案由：政府已於媒體宣示健保費率將從4.55%調漲至5.17%，此舉對產業衝擊影響不容小覷，建議政府應併案檢討相關補助措施。

主席裁定：本案雖非本會權責，惟其影響層面甚廣，委員意見轉陳衛生署酌參。

第二案

提案人：葉委員宗義、陳委員錦煌、廖委員本讓

連署人：葉委員明峯、劉委員志棟、陳委員宗獻、謝委員武吉、蔡委員登順

案由：中醫推拿非由中醫師親自處理者，不得請領健保給付，請健保局依法落實執行案。

決議：本案涉及中醫醫療服務之申報、審查及院所之輔導管理事宜，請健保局依法落實執行。

拾壹、散會：上午12時40分。

附件 「99 年度各部門總額執行成果評核會議」作業方式

99.3.19

壹、評核範圍

- 一、醫院、西醫基層、牙醫門診及中醫門診總額一般服務(含品質保證保留款)執行成果。
- 二、各總額部門專案計畫或方案(詳附表)執行成效。

貳、評核方式

一般服務與專案計畫分開評核，辦理方式為：

評核範圍 辦理方式	一般服務執行成果	專案計畫執行成效
評核會議之報告 及時間安排	安排於同一天，依總額部門別分場次評核，並由部門於一個月前先提出書面報告，以供評核委員事先審閱。	安排於同一天，於一般服務評核會議前召開，依計畫(方案)性質分類分場次評核，並請部門於一個月前先提出書面報告。
評核委員	由本會邀請具理論與實務經驗的學者專家4至8位擔任評核委員。	由本會邀請相關領域學者專家4至6位擔任審查委員。各總額部門可推薦審查委員參考名單。
參與人員	邀請相關機關團體〔如：督保盟、病友團體、醫策會、消基會、醫改會、衛生署(醫事處、照護處、健保小組)、國健局、監理會、爭審會等〕派員參與。	同左
評核項目	包括保險對象就醫滿意度及可近性調查結果、專業醫療服務品質、就醫公平性、醫療服務效率及總額管理效能等構面。	包括是否達預期目標，如：醫療服務效益(照護率、民眾健康狀況提升或就醫可近性是否有幫助)及醫療服務效率等。

參、評分方式

一般服務與專案計畫分開評核之後再加權合併計分。專案計畫之評核結果，由評核委員互推代表一名至一般服務評核會議進行綜合報告。該二項評核之計分權重為，一般服務：專案計畫=75%：25%。各部門總額執行成果評核項目及配分如下表。

評核項目	配分
<p>一、一般服務執行績效</p> <p>(一)民眾滿意度 1.滿意度調查結果 2.民眾諮詢及抱怨處理</p> <p>(二)醫療服務品質 1.品質確保方案之專業醫療服務品質指標 2.品質指標增修</p> <p>(三)就醫可近性 1.就醫等候情形 2.民眾自費情形</p> <p>(四)就醫公平性 1.城鄉醫療資源分布均衡情形 2.不同所得民眾就醫公平性^{**}</p> <p>(五)醫療服務效率 醫療利用率</p> <p>(六)醫療服務效益 民眾健康狀況改善情形</p> <p>(七)管理效能 1.醫療費用管控 2.支付標準修訂 3.點值穩定度 4.專業審查管理</p>	75
<p>二、專案計畫(方案)執行成效</p> <p>1.預期目標達成度</p> <p>2.醫療服務效益(照護率、民眾健康狀況提升或就醫可近性是否有幫助)</p> <p>3.醫療服務效率</p>	25

註：本項評核項目相關指標，需視衛生署統計室資料取得情形而定。

肆、評核結果之應用

一、評核結果依所獲分數，建議仍區分為下列五等級：

等級	分數
特優	85 分及以上
優	83 分至未達 85 分
良	80 分至未達 83 分
可	75 分至未達 80 分
劣	未達 75 分

二、評核結果作為次年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給協商因素下「品質保證保留款」項目之成長率。

三、專案計畫(方案)評核之相關建議，並作為次年協商該項專案預算增減及續辦與否之依據。

伍、99 年度作業時程表

時間	作業內容
4 月中旬	本會擬具一般服務及專案計畫報告大綱與評核時程表，函送各總額部門及健保局
4 月底前	各部門視需要函請健保局提供相關資料
6 月上旬	健保局及各部門提送專案計畫書面報告
6 月下旬	健保局及各部門提送一般服務執行成果書面報告
7 月上旬	召開專案計畫(方案)評核會議
7 月下旬	召開一般服務評核會議

附表 各部門總額專案計畫／方案

類別	計畫／方案名稱	部門別
資源缺乏地區之醫療服務改善	醫療資源缺乏地區改善方案	中、牙、西醫基層
	增進偏遠地區健保醫療服務計畫	其他預算
醫療品質及醫療服務效率改善	牙醫初診照護品質計畫	牙醫
	牙周病統合照護計畫	
	中醫三項延續性醫療照護試辦計畫	中醫
	腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫	
	家庭醫師整合性照護制度計畫	西醫基層
	提升住院護理照護品質計畫	醫院
	醫療給付改善方案	醫院、西醫基層
	門診透析品質改善方案(pre-ESRD)	
門診整合式照護模式試辦計畫	其他預算	
高診次民眾就醫行為改善方案--藥事人員居家照護		
特殊(弱勢)族群醫療服務確保	牙醫特殊服務方案	牙醫
	罕見疾病及血友病藥費使用方案	醫院
	慢性B型及C型肝炎治療計畫	
	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質計畫	

參考資料

(與會人員發言摘要)

壹、「確認本會第 156 次委員會議議事錄」與會人員發言摘要

張委員惟明

98 年度委員會議資料彙編業已收到，對未來查閱相關歷史資料頗有幫助。因目前委員發言摘要已上網公開，故建議未來可將發言摘要納入彙編中或收載較重要議案之發言摘要，使更完整呈現。

楊主任委員銘欽

本項建議請幕僚再研究處理。

謝委員武吉

98 年度大事紀第 8 頁，「地區醫院經營現況與困境專題報告」，經 98.5.12 兩會聯席會交換意見，結論第一點對衛生署之建議，至目前為止衛生署醫事處尚無實際表現。衛生署是否有代表列席，希望衛生署能整體考量並說明。

楊主任委員銘欽

- 一、請幕僚人員再詢問衛生署辦理情形後，再答復委員。
- 二、委員對議事錄無文字修正，本案確定。

貳、報告事項第一案「本會第 156 次委員會議決議(定)事項辦理情形」 與會人員發言摘要

陳委員宗獻

衛生署交議「設定藥品費用支出目標及其分配方式」，對總額運作影響頗大，健保局擬議方案過程中，除邀請藥界公、協會代表討論外，可否於適當時機也讓基層總額部門參加，及早取得相關資訊，以利共識達成。

陳委員玉枝

第 13 頁第 7 項「提升住院護理照護品質計畫」，因係 98 年開始辦理，實施後發現有些問題，其給付計算方式是以醫院的服務量與護理人數比值，由多到少排序，前面 2/3 者予以獎勵，後面 1/3 者完全得不到獎勵。而護理人數係採衛生局登錄的護理人數為準，當醫院護理人員異動率高及僱用部份工時人數多時（因全職人員只登錄 1 個，而部份工時之登錄人頭較多），其比值就高，反而容易獲得獎勵，其實該醫院護理人力是不穩定的，對品質會有影響的。反之，醫院護理人數離職率低、人員穩定、資深人員多、僱用部份工時較少，其人力素質比較好，但卻反而沒有獲得獎勵，故目前單一指標的計算方式，不能反映照護品質，請列入修正考慮的重點。

陳委員錦煌

第 9 頁，有關衛生署解釋本會組織規程第 15 條「列席單位」之意涵，請說明。

楊主任委員銘欽

- 一、因本會主要職責是健保整體醫療費用總額之協定與分配，預算僅分配到各部門，並未分配至個別院所，是以，請個別機構與會報告，並不合適，其亦可能會拒絕到會報告，但我們可請總額受託單位或執行單位來說明。
- 二、本會組織規程第 15 條「得邀請有關機關派代表」，經請衛生署釋示，醫療院所為機構，並非機關，故其非本會依法令得邀請

列席之對象。

陳委員錦煌

- 一、請問為何腎臟醫學會可來會報告，我們卻不能請個別醫院來會報告，莫非其中有玄機。我們給醫界預算，卻不能了解個別醫院申報健保情形，這沒道理。
- 二、我雖對醫療外行，但也曾當過民意代表，了解有預算權，就有決算權，既然給你錢，了解你怎麼用，是公道的。
- 三、難道醫院分配到預算後，我們就管不到了嗎？醫院不來報告沒關係，請健保局與醫師公會提供台大、榮總、長庚等3家醫院，去年一整年的費用申報明細資料，我要逐一檢視。

李委員明濱

我們沒有管醫院，目前全聯會僅承辦西醫基層總額專業自主事務，若委員對西醫基層總額執行有意見，我們會先了解問題原因，並盡最大努力解決問題。

蘇委員鴻輝

目前醫院總額是由健保局辦理，醫院總額規模最大，需了解的議題也最多，可請健保局提出整體綜合性報告，或安排數次專案報告，以淺顯方式說明，讓委員了解，但無須針對特定醫院。

鄭局長守夏

- 一、健保3個委員會雖各有職掌，但只要涉及健保業務，3個委員會都可要求健保局提供資料或報告。
- 二、委員關心醫院健保申報資料，健保局可配合提供相關資料。

謝委員武吉

會議資料第15頁衛生署的復函，受文者是費協會，但副本為本署法規委員會，請問回文是那個單位？

林組長宜靜

本會請示函係由健保小組收文，該小組並會同衛生署法規會表示意

見後，以署函名義回復。

謝委員武吉

- 一、我要糾正健保小組，該函文說明段最後面的文字不應該寫。
- 二、健保小組是任務編組單位，健保局是衛生署的正式附屬機關，但業務卻由健保小組監督，健保小組凌駕健保局，很多事情卻又讓健保局背黑鍋，這樣不對的。

楊主任委員銘欽

- 一、衛生署函文的作業程序是，由署長幕僚單位健保小組先彙整相關單位意見後擬稿，經簽奉署長核可後發文，所以函覆之意見即代表衛生署的立場。
- 二、委員如關心總額分配恐對某些特定醫院營運造成影響時，可適時請健保局協助提供相關費用資料參考。

參、報告事項第二案「中央健康保險局函送 99 年度西醫基層總額一般服務費用分配之『人口風險因子及轉診型態』計算公式及操作型定義」與會人員發言摘要

黃委員偉堯

- 一、99 年度西醫基層總額一般服務費用之分配參數雖採 94~97 年度資料，但各年度權數卻往回推，與 98 年度之占率情形不同，理論上愈後面年度之占率應較高，較為合理且貼近現狀。
- 二、人口結構校正比率，有按本會建議，改以 99 年度數值。但既採 99 年度人口結構，為何還須從一般服務預算中提撥 6,000 萬元給北區，作為投保人口結構校正之用？

陳委員宗獻

- 一、會出現這種狀況，是因 97 年度地區預算分配模式較為特殊，所以 97 年度各分配參數數據，並非實際值。這問題該如何解決，明年討論時我們會注意的。
- 二、計算人口結構係採戶籍人口資料，其與實際就醫人口、投保人口都不同。北區就醫人口數成長率最高，其與戶籍人口數成長率之差距頗大，故六區都同意提撥 6,000 萬元給北區，以彌補現行地區預算分配公式無法校正之處。

主任委員

- 一、本案計算公式及操作型定義，尚符合本會第 154 次委員會議決議之原則，爰予以尊重。
- 二、惟為利制度穩定性，往後標準化死亡比(SMR)及西醫基層門診市場占有率(Trans)若仍採數年加權平均值，則所使用年度及各年權數比率，應有一致性標準。

肆、報告事項第三案「中央健康保險局報告『醫療費用支出情形』」
與會人員發言摘要

陳委員宗獻

第 1165 期商業週刊刊登健保黑洞不補，調漲保費後照樣虧損一文，其中引述不肖醫師詐領健保費 1,648 億元的數據不實，經了解其計算方法，可能是將自主管理、內部管控、審核核減等減少的金額，都當作是醫界 A 健保的，能否請健保局了解後並予以公開澄清。

鄭局長守夏

針對該篇報導，已交辦同仁了解並澄清。文中提到健保虧損的四個主因，但對人口老化、引進新醫療科技等所致醫療費用之增加，卻隻字不提。健保局會澄清，但也期待醫界若被誤會，也該澄清說明。

李委員明濱

醫師公會全聯會已整理相關資料，會公開發表聲明。

主任委員

本案洽悉。

伍、討論事項第一案「建議西醫基層採簡表申報之日劑藥費，宜配合第 6 次藥價調整下修案」與會人員發言摘要

陳委員錦煌

健保支付簡表日劑藥費 3 天 75 元，但我曾請兩位學者專家協助試算，依成本每日藥費不需超過 6 元，3 天藥費頂多 20 元，可以節省 55 元，現在健保局建議只調降 MA1 支付點數 12%，即每日藥費降 3 元，似乎太少。

李委員明濱

- 一、健保局使用目前的申報資料統計，數據可能低估。因簡表如同門診的 DRGs，其優點是可將門診藥費框住、申報便利，讓醫師可以專心照護病患。現雖可以分析藥品申報資料，但若因簡表申報相關因素，而導致目前數據不能反映現實狀況，就會影響決策的正確度，我建議健保局有正確申報資料後，再研議日劑藥費調整幅度。
- 二、感謝委員提出本議案，讓我們重新思考簡表的問題，若要改採核實申報方式時，則應一併檢討門診案件之審查制度。

陳委員錦煌

健保局報告說人力不夠，所以用簡表方式申報比較好，但若健保局人力不足，應增加人力處理。建議應該廢除簡表，改採按實申報。

陳主任瑞瑛（陳明豐委員代理人）

- 一、請教健保局，是否所有診所醫師都可以申報簡表，有無條件限制？若醫師可以選擇用簡表或核實申報，就會產生取巧空間，假若開的藥較便宜，就用簡表申報，否則就報專案。目前即使是醫院小兒科開藥，有時真的一天十幾元就夠，因為兒科劑量很少，加上現在開處方原瓶包裝口服液三種以上者，可以支付到 41 元，真不知當初簡表日劑藥費支付價格是如何算出來的。
- 二、若醫師交付調劑，藥局是否可以自己決定以簡表申報？現在簡表藥費價差大，恐會誘使藥局多用簡表申報。若不管病患用藥

量，皆規定一律用簡表，那也可以接受，因為病患病況不同，有時用藥較貴，一律用 75 元支付，是可以接受的。

- 三、依第 9 及 10 張投影片資料顯示，98 年第 4 季調整藥價後之每人日藥費，MA1 才 9.6 元，現在支付 25 元，差距太大。建議健保局也允許醫院用簡表申報。

陳委員錦煌

不瞭解為何婦產科和復健科多不用簡表？

謝委員武吉

- 一、先確認藥費分析是由哪個單位做的？健保局本次報告提及城鄉差距之問題，是先前曾向健保局提過，樂見健保局能接受過去曾提出的觀點！
- 二、有些醫師實際給病患的藥品比其在簡表申報的藥品還多，不知實際給的藥品，是否都完整的記錄在健保 IC 卡中？
- 三、第 10 張投影片，為何藥價調整後，西醫基層 98 年第 4 季 MA4 每人日藥費價差會成長 5.4%？請問原因為何？可能是我的中文造詣比較差，另請問每人日藥費之意思為何？
- 四、第 17 張投影片整體分析 98 年第 4 季之醫療利用情形，並排出前 5 名科別為家醫科、耳鼻喉科、內科與眼科，共占 8.5%，報告內容中並無說明原因及探討為何？
- 五、第 18 張投影片指出簡表缺點為「各科因處置之差異，每日實際支出藥費多少不一，如降低甚多，可能影響部分科別之藥費收益」，請問何謂降低甚多？
- 六、第 19 張投影片指出取消簡表之缺點為「可能誘發醫師為創造藥費收益，開立不必要之藥品、使用高價藥及增加專業審查負擔」，這段話是對醫師人格的不尊重；另外第三點「影響科別與國內藥廠之生態」，本人在第六次藥價調查時就曾說過，一定會有國內的藥廠關門或甚至不願列為國內健保藥品，只願供應到 OECD 國家。
- 七、呼應剛剛陳主任瑞瑛的建議，希望醫院也可以使用簡表申報。

謝委員天仁

- 一、健保局資料顯示，以內科系為例，98年第4季簡表每件申報約74元，非簡表每件申報約460元，差距十分驚人。98年度藥局和診所申報總藥費約365多億元，若成本才一半，就有180億元價差，目前健保一年財務約短絀200多億元，這樣的差距會給外界許多想像空間。
- 二、簡表有其實施背景，不反對健保局為簡化相關處理措施而用簡表，但支付價格應貼近事實，所以問題不在於是否可用簡表申報，而是其訂價應考慮合理性。

黃委員偉堯

- 一、98年第4季藥價調整後，雖然總藥費下降，但其他醫療費用仍是成長，費用結構是會互相消長的。
- 二、個人認為若實務上如無太大困難，建議採核實申報，實際上用多少，就申報多少。另在台灣交通還算方便，城鄉差距其實不太大，若單一藥局或診所採購有所困難時，也可考慮用其他方式處理。
- 三、以前聽到民眾喜歡往醫學中心就診的理由之一，就是認為醫學中心的藥比較好，開藥天數比較長，若開放診所核實申報，讓基層醫師依病患疾病的需要開藥，可提供民眾更好的用藥品質，縮減與醫學中心開藥的差異，未嘗不是正向的發展。

蘇委員清泉

實務上若要減低付費者委員的疑慮，我建議廢簡報，改採核實申報。至於簡化審查作業，可設定每日藥費低於20元，即予以免審。剛剛陳委員錦煌說每日藥品成本是6元，似乎太低。

蔡組長淑鈴

- 一、感謝委員給予建議，在此說明，當初簡表設立目的，是希望讓醫界與健保局雙方都便利，並節省審查醫師人力，而非僅節省健保局人力。如以目前一年約一億兩千萬筆門診案件來看，若

所有診所案件都列入抽樣審查，對審查醫師負擔太重，所以實施簡表的概念，是期望審查醫師能專注處理較複雜案件，而不是耗費力氣在大量簡單的案件上。

- 二、委員提及各科申報簡表占率不是很平均，目前基層院所申報方式，一種是簡表，一種是專案，是可以自行選擇的；另因簡表有 3 日之限制，故處方超過 3 日之案件，會以專案申報。另詢問藥局是否可選擇自行選擇申報簡表，按現行規定釋出處方是簡表，其可以申報簡表，但對診所與藥局支付之日劑藥費均相同。
- 三、98 年第 4 季藥價調整後，MA1 平均每人日藥費為 9.6 元，依數據顯示，簡表藥費與實際價格確實存有價差，所以本局建議可調降，但沒辦法直接降到 9.6 元，是考量到很多診所確實是有給藥但未向健保局逐項申報，所以本局建議調降 12%，即調降 3 元。
- 四、採實報實銷，也許會帶來一些好處，所以本局簡報有分析維持簡表與取消簡表的優缺點。簡表確實有簡化行政作業的優點，也具有讓醫師審慎開藥的誘因，故是否適合取消簡表，或再設立一些規範，皆可檢討修正。
- 五、委員詢問診所可選擇申報簡表或專案時，會否造成藥費金額偏高現象。因簡報資料只列出申報簡表較高之前五科別，健保局內部有每一科的資料，幾乎每科平均每日藥費皆低於 25 元，所以並不是每日藥費高的，才特別報專案。如果委員需看更詳細資料，健保局可以提供參考。

陳主任瑞瑛（陳明豐委員代理人）

健保剛開辦時，因有很多年紀較大的開業醫師不會用電腦，所以才設簡表，但現在時空背景已大不相同。剛剛醫院代表建議，若改採核實申報方式，當診所申報之每人日平均藥費不大於 25 元者，仍可予以免審，一樣可以達到簡化行政作業之目的。

陳委員宗獻（以投影片簡報，摘錄重點）

- 一、日劑藥費每日 25 點，最多申報 3 日，所以醫師雖開 7 日藥，亦只申報 3 日藥費。且只要 75 億元藥費就能涵蓋全國 1/3 的門診藥品服務（約 1 億件）。另由制度面觀之，簡表是論次計酬，優於核實申報之論量計酬，有利於基層控制每次門診及總藥費。
- 二、98 年 1 至 10 月，各級醫療院所平均每件藥費點數，醫學中心 1,214 點、區域醫院 697 點、西醫基層 139 點，若看平均每件藥費點數在西醫基層可能會失真。西醫基層慢性病平均每日藥費約 20 點左右，慢性病案件每年成長 10% 以上，數據顯示，基層院所並未為了簡表利益，而不開慢性病用藥。
- 三、若取消簡表，預估將增加 1.86% 藥費成長率；若調降日劑藥費，申報醫令會在 MA1~4 間移動，預估將增加藥費支出 1.9 億元；若 40% 簡表改為其他專案(09)申報，預估將增加藥費支出約 1 億元；若取消簡表，完全改為 09 案件，預估增加藥費支出 2.3 億元。所以取消簡表，不會減少反而會增加藥費，也會增加診察費。
- 四、現在診所可以申報簡表，一些非健保給付藥品，如胃藥、維他命等，院所會自行吸收，將來若要核實申報，則醫師只好請民眾自費購買。
- 五、很擔心簡表調降或廢除對基層院所科別重分配的影響，尤其小兒科衝擊最大，因其目前 9 成案件是以簡表申報。
- 六、簡表有許多優點，李玉春教授曾建議：
 - (一)簡表制度採用「論次」「定額」方式（一日藥費 25 點，最多給付 3 日），讓醫師依病人病情需求及專業判斷，提供醫師較大的診療空間，鼓勵減少非必要之用藥，達到治療的效果。同時，可減少健保審查行政作業成本。
 - (二)簡表兼具 DRG 的精神，具體落實在基層醫療院所，應予以正面鼓勵，其性質與一般藥品不同，爰其給付額度不宜僅從藥價考量。

- (三)簡表之論次計酬性質，減少病人非健保給付藥品的自費負擔。
- (四)涵蓋大於 3 日以上之門診給藥服務，可減少病人多次回診的診察費支出。
- (五)若調降簡表申報，原簡表 (01) 案件轉成專案 (09) 案件申報，申報內容將影響藥費支出。可能有更多醫師偏向使用原廠藥，將對國內藥界產業之生態產生衝擊。
- (六)若調降簡表申報，將造成內部重分配，影響科別平衡。

陳主任瑞瑛 (陳明豐委員代理人)

- 一、同意部分陳宗獻委員所提，但小兒科問題不只在基層受衝擊，醫院也是，許多父母都不敢帶小朋友到醫學中心就診，因為掛號費 100 元，加上部分負擔 360 元，基本費用就要 460 元；若改用自費，則診察費 220 元，加上不到 100 元的藥費，合計只要 300 多元。所以大醫院小兒科申報件數都在減少。
- 二、另外我更擔心，假若診所醫師並未使用簡表但交付處方至藥局調劑，藥局會否為要報簡表而換藥？

楊主任委員銘欽

- 一、剛剛委員發言最主要有兩點：第一，若繼續維持簡表，則日劑藥費支付價格需做調整；其次，若取消簡表改採核實申報，考量申報量太大，審查負擔過重，折衷方案是設免審範圍。
- 二、本會對本案重視的原因是，若藥費可以降低，其對總額的影響，應列入協考量。
- 三、委員對簡表日劑藥費應予檢討之各項意見，如：調降支付點數或改採核實申報、對申報金額較低之案件，建立免審制度等，送請健保局酌參，並循法定程序處理。

連委員瑞猛 (書面補充資料)

- 一、本討論案有關西醫基層之簡表藥費改變問題，多數發言委員著重於健保財政考量，其立意良好，惟本席認為尚有民眾(病患)用藥之權益是否會因日劑藥費改變而受損，且本席建議民眾權

益考量比重應大於財政考量。

- 二、至於陳瑞瑛主任擔心社區藥局恐有換藥情形，據本席了解，本會轄下各縣市藥師公會之社區藥局藥師會員，係依據「優良調劑作業準則」作業，此亦為本會配合政府推動之主要政策，本人認為陳主任所言情形應為多慮。然本人仍將積極督促所屬公會相關人員迅速瞭解，如有發現，絕不寬貸。

陸、討論事項第二案「99年各部門總額執行成果評核作業案」與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

去年第148次委員會議(98.5.8)討論98年評核方式時，廖本讓委員曾建議，為提昇議事效率，未來僅對修正內容作討論即可，故先說明本案修正重點：

- 一、以往將一般服務與專案計畫一起評核，各部門總額報告人受限時間，常無法完整詳細報告，多少影響評核分數。今年將一般服務與專案計畫分開評核，時間分兩天，讓各部門有充裕時間報告；另，實施二年以上之專案計畫才納入評核，未滿二年或大幅重修之專案計畫，只須於委員會議上報告執行情形，供協商下年度總額參考。
- 二、一般服務及專案計畫，分開評核再加權合併計分，權重為75%比25%。
- 三、因分兩場次評核，相關作業時程須提前，請健保局及各部門總額受託單位體諒並配合。

張委員惟明

請問專案計畫的評核，是否每項計畫都有分數，或僅一個總分。若僅一個總分，未滿二年或大幅修正之專案計畫，似可納入一併考量，否則僅呈現實施二年以上者，看不出其他專案計畫執行成效。

林組長宜靜

- 一、本次將一般服務與專案計畫分開評核，係考量過去僅一天的評核時間，非常匆促，且評核委員也曾反應兩者性質不同，目標不同，評核重點也不同，一起評分範圍太廣，致議題討論聚焦不易，茲說明如下：
 - (一)專案計畫具特殊目的，於年度總額協商時，委員曾要求各項專案計畫，應訂定目標與預期達成效益。評核重點在於是否達預期成效、對民眾健康有無助益、經費是否恰當等，評核

結果可供協商 100 年度總額參考，並不會針對各別計畫評分。

(二) 一般服務則是除專案計畫外，整體評核醫療服務對民眾健康改善及醫療服務效率提升等情形。

(三) 本會於今年 1 月間召開專家座談會議時，專家建議，一般性醫療服務及專案計畫，對民眾健康狀況改善皆有影響，雖專案計畫較著重於方案效益評估，但可把評核結果，於一般服務的評核場次說明，再由該場次評核委員整體考量，故訂有一般服務與專案計畫採 75% 與 25% 的權重配分。

二、評核項目，過去有四大項：1. 保險對象就醫權益維護、2. 專業醫療服務品質之確保及提升、3. 總額管理與績效、4. 協定計畫執行成果及成效。以往配分，前 3 項合計 75%，第 4 項為 25%。本次評核方式雖做調整，考量前 3 項較屬一般服務，第 4 項則屬專案計畫，故兩者配分仍沿用以往之權重。

張委員惟明

專案計畫的評分結果，得到一個總分，並未對個別計畫加以評分。既為總分，未滿二年或大幅修正之專案計畫，也可納入一併考量，不然未滿二年或大幅修正之專案計畫的執行情形，要反應在哪裡呢？

謝委員武吉

醫院總額部門已多年未受託辦理總額自主事務，而是由健保局報告執行情形，今年評核是否也比照往年模式。

楊主任委員銘欽

一、是否依不同之受託單位辦理總額事務而有不同的配分，這部分並未納入今天的討論範圍。

二、除將實施未滿二年(或大幅重修)計畫(方案)仍列入評核範圍外，餘照案通過。

三、修正後之「99 年度各部門總額執行成果評核作業方式」如附件。

柒、臨時提案第一案「政府已於媒體宣示健保費率將從 4.55% 調漲至 5.17%，此舉對產業衝擊影響不容小覷，建議政府應併案檢討相關補助措施」與會人員發言摘要

葉宗義委員

- 一、有關健保費率調漲案在監理會及費協會都無委員提及，好像是理應當調漲，工商界並非反對調漲，而是對配套方案有意見，其對工商界影響極大，工商團體將在 4 月 1 日集會抗爭健保調漲案。
- 二、工商界絕對支持提高健保費，但現在產業經濟尚未完全復甦前，希望可以暫緩，如果真要調漲，則希望健保費分擔比例可由 6:3:1，改為 5:3:2，即雇主負擔比例由 60% 降為 50%，政府負擔比例由 10% 升為 20%。費協會是沒有權責處理健保費率問題，在此只是反映工商業者心聲。

楊主任委員銘欽

本案雖非本會權責，因其影響層面甚廣，委員意見轉陳衛生署酌參。

捌、臨時提案第二案「中醫推拿非由中醫師親自處理，不能請領健保給付，請落實執行案」與會人員發言摘要

葉宗義委員

因最近報紙刊登，民間有些養身推拿，利用中醫推拿方式申報健保給付，請健保局嚴格取締。

陳委員錦煌

請教健保局中醫助理推拿是否合法，若不合法以前用助理推拿申請健保給付的錢，應該要追回。本案也要請林永農理事長妥為處理。

鄭局長守夏

- 一、推拿是否屬醫療行為，是依醫療法規定，以前是允許中醫推拿可以先由中醫師執行後再交給助理繼續處理，但 97 年以後，衛生署函釋，中醫診所之傷科推拿屬醫療行為，應由中醫師親自執行。
- 二、健保局已與中醫師公會全聯會開過數次會議，聲明中醫推拿若要申請健保，必須要由中醫師親自執行，不然就不能申請健保給付。但為讓中醫診所調整及民眾就醫習慣改變有一段時間緩衝，所以健保局給一年宣導期，並將從今年 4 月 1 日起開始嚴格查核。

陳委員宗獻

- 一、若認定推拿非屬醫療行為，值得商榷，因為一般肌腱傷害之徒手復健手法，可以寫兩三百頁的書，非常專業。以前醫療資源不足，中醫師分布亦不均勻，造成有些病患會直接找民間跌打損傷治療，就像過去民眾也找齒模師治療牙齒一樣。
- 二、健保局可否直接規定，只要中醫診所內有推拿助理，健保就不給付，因為很難認定推拿是由誰執行的，又沒有當場攝影存證。

謝委員武吉

本提案人有三位，連署人有五位，表示委員對此提案之重視。既已給中醫診所一年緩衝期，本人也贊成 4 月 1 日起執行助理推拿健保

不給付。我曾說過，推拿是屬於民俗療法，健保若再繼續給付費用，就應該從中醫總額中扣除。

謝委員天仁

案由文字似乎屬監理會寫法，若要在費協會提案，建議案由改為「中醫推拿非由中醫師親自處理，不能請領健保給付，請健保局落實執行案」，較符合費協會職權。

林委員永農

謝謝主席、局長與各位委員的關心，為要提升中醫傷科推拿的醫療品質，我支持本案。

陳委員宗獻

建議刪除中醫全部傷科費用，不然，只要診所所有非醫師人員進行推拿，則這家診所就不能申報傷科費用，這是最基本，也是退而求其次的辦法。

蘇委員鴻輝

- 一、因法令已明定由中醫師親自執行之傷科推拿為醫療行為，請健保局據以加強稽查工作。
- 二、假如真的還是有人濫用助理從事中醫推拿傷科處理，危及民眾健康，且無論怎樣稽查，問題還是很嚴重時，則再考慮將中醫全部傷科醫療費用自總額中刪除。

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝蘇委員鴻輝及陳委員宗獻提到第二階段的處理方式，但今日提案的重點應該是在非中醫師從事推拿部分，至於中醫傷科是否要整個自總額拿掉，我們先靜觀其變。
- 二、本案涉及中醫醫療服務之申報、審查及院所之輔導管理事宜，請健保局依法落實執行。