

■ 98/12/11 費協會第155次會議

➤ 155次會議(12/11)委員發言、提案、出缺席統計表：

	付費者代表及學者專家(9名)		醫事服務提供者代表(9名)		相關主管機關代表(9名)		健保小組/健保局	合計
	付費者代表	學者專家	醫師	醫事人員	機關代表	主委		
提案討論							1案	1案
發言	22次		17次	1次	2次	41次	14次	97次
代理	1人		3人		1人			5人
請假(沒有代理)	1人				2人 			3人

醫改會製表(依據費協會網站99/1/25公佈之會議記錄發言摘要內容統計)

附完整發言摘要全文：

<http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/第155次議事錄.pdf>

➤ 費協會會議紀錄快譯通：

一、健保局改制後相關經費、預算、定位問題

1. 主席－

費協會隸屬於衛生署，與健保局為平行單位，但有些業務是費協會先決定大原則，再請健保局執行，並非健保局所屬單位。

2. 健保局－

無論是現在，或明年改制後，健保局的行政費用都是公務預算，並無使用任何保費。改制後，政府其實要支出更多錢，短期內雖可省一億多元，但未來會有支應員工退休撫卹的問題。簡單地說，健保局行政經費並未使用到保費，健保財務收支不足與健保局改制完全無關，改制後是內部管理有部分改變，對業務運作或醫療院所並無影響。

二、中央健康保險局報告『健保藥費支出情形及成長因素分析』及『藥品費用支出目標及其分配方式方案』([全文下載](#))

1. 健保局－

- (1) 從1997~2008 10年間，藥費每年皆有成長，但佔總醫療費用比率都在25%左右，每年成長率高低相差很大，有調整藥價那年，成長率就比較低，反之則較高，但縱然成長較低的那年，仍有成長。目前藥費一年約1250億元。
- (2) 10年來藥費成長最主要因素為重大傷病及慢性病。進一步分析，重大傷病的部分，就醫人數及每人藥費，是成長的主因；慢性病的部分，每人每年

給藥天數年平均成長率5.30%，由於藥價調降，所以每人每日藥費年平均成長率是為-1.39%。除了重大傷病急慢性病以外的「其他」部分，可能因為沒有新的藥，再加上藥價調降，所以藥費年平均成長率為-2.09%。

- (3) 重大傷病藥費成長因素，可能是癌症或精神病等新藥增加；慢性病藥費成長因素，可能是因老年人口增加，又有多重慢性病，穩定拿藥比率增加或重複拿藥。
- (4) 若以藥品分類分析，抗癌藥品成長貢獻度17.9%、免疫調節劑6.2%、罕見疾病用藥3.1%，均為重大傷病；三高之高血壓、糖尿病及降血脂用藥成長貢獻度分別為20.6%、11.2%、9.5%。對藥費成長之貢獻度，重大傷病用藥36.2%，三高藥品為41.3%，兩大類藥品共占77.5%，再加骨鬆用藥、抗血栓製劑、抗憂鬱劑及安眠劑，則為91.3%，可說相當高。
- (5) 藥界於今年7月6日聯合聲明，希望能依健保法實施**藥費總額**，藥費超出支出目標的部分，依一定比例自當季之門診醫療費用總額中扣除，並於下年度調整藥價基準；之後中華民國開發性製藥研究協會建議，議定年度藥品支出目標，並非實施獨立藥費總額；而台灣區製藥工業同業公會等七大公協則建議，應有藥業代表加入費協會，參與協商醫療總額年度成長幅度。所以目前**藥界內部意見並不一致**。

2. 主席－

贊同藥界審慎做法。假若把藥費總額框住，新藥的引進尺度比較難拿捏，當有對民眾健康幫助很大的突破性新藥時，健保局給付的話藥費不夠，不給付的話對民眾健康又受影響，所以很不容易。

3. 醫學中心代表－

僅依藥界八大公協意見就開會，是否妥適？健保法雖規定可以做藥費支出目標式的總額，但藥界是賣方，真正用藥在醫界，所以建議下次應先跟醫界討論。

4. 醫師公會代表－

- (1) 如果有個藥費總額，即能預測明年各總額因藥價膨脹，或引進新藥的影響有多大，並回歸依健保法第50條處理。
- (2) 有些降價的藥品會退出市場而買不到，最後影響民眾權益。
- (3) 藥費總額其實也有優點，但如何運作的讓新藥的腳步、藥費的可預測性及生長因素等，都有個邏輯，應該是醫界、藥界，甚至社會大眾一起加入，好好討論，建置好制度。

5. 消基會代表－

歷年藥費都占總醫療費用的25%，證明藥價調整等這些措施，無法具體降低藥費成長趨勢。**藥價調降應有節餘，但我們是在玩假的。** 比如去年藥價節餘150億，新藥、新科技大概才用30幾億而已，其他的錢又回到總額分掉，哪是在控制總額。**控制總額是把節餘的先砍掉，讓成長率真實反映，不能混在裡面，又訂個成長率框住。** 醫界當然不滿，因為真實的成長率太低。所以我們應該務實面對問題，讓所做相關措施如實反映在每個年度，例如97年的藥價節餘應該反

應在98年，98年反應在99年的總額。把藥價節餘款用在新藥、新科技的部分扣除，於談成長時再反映出來，如此才能瞭解幅度高低多少，與現在要做的

的DRGs一樣，管控之節餘好像都不用扣，那要這些措施做什麼 ?

6. 地區醫院代表一

民國89~91年藥價已調降很多次，合起來好幾百億，加上最近一次(即今年)降200多億，大概已降了600億。但實際上，長期以來成長的藥費，遠高於所降，所以在討論藥費是否有節餘款200億，健保局卻不敢講出真相，因實際申報藥費額度，成長早已超過200億，就只好意思意思調降，因此每次降個幾分之幾，醫院就跳腳，因為藥費實質上根本沒減少。

7. 醫師公會代表一

- (1) 我支持藥費總額，因為沒有藥費總額，協商永遠就用「砍」的。
- (2) 日本是個好例子，其藥價也不斷調降，每年下降比率約3~5%，10幾年下來也很可觀；但因新藥成長3~5%，老人用藥需求增加3~5%，各因素加起來，藥費最後仍漲，總成長率約5%，所以不能單用藥價調降去看。
- (3) 建議若要設藥費總額，則引進新藥的速度，也要列入考慮。另外調整藥價後，那些藥廠會退出台灣市場，像現在沒有國外藥廠在台灣設廠，甚至連進口的代理商也漸漸退出，恐會影響醫療品質。

8. 地區醫院代表一

現在社區型地區醫院買的藥有一兩百項，以健保給付的藥價是買不到的，其中有些屬救命藥不買不行，就得用比健保核價更高的價格買，等於是要把台灣的社區醫院逼垮。

9. 健保局一

- (1) 日本藥價基準所訂合理R(Reasonable) zone，是50年來一直進行藥價調查所累積的，其已降到現在的2%及6%(專利權)，台灣也學日本，從30%多降到目前剩10%多。
- (2) 如果大家覺得藥費花太多，是花到哪裡？若都到醫師荷包，證據有多少；若是民眾濫用，證據有多少。但有哪個民眾會承認自己濫用，都覺得自己吃的都屬必要，若有放在家裡沒吃的藥，就說沒辦法是醫師開的，所以到底是醫師還是病人浪費？我們現在的制度是醫師或病人吃健保、甚或醫師及病人聯合吃健保。
- (3) 跟國外比起來，台灣健保制度還算不錯。大家若要談藥費總額，希望能先將大方向訂下來。

三、中央健康保險局報告『醫療費用支出情形』

1. 全國商業總會代表一

- (1) 醫療藥品可否集中採購？例如，採委託台灣銀行辦理政府採購共同供應契約方式。

(2) 若要減少醫療費用，我認為應該朝減少醫療浪費方向努力。

2. 消基會代表—

與其說是健保把藥廠捏死，不如說是醫院把藥廠捏死，因為利潤都跑到醫院那邊，藥廠沒利潤當然就關門。所以藥界想要一個獨立總額，可能有其考量的因素。

3. 地區醫院代表—

- (1) 健保法規定，藥品依成本給付，但現在我們買到的價格比健保核價高。我們應否行文健保局，告知我們請幾家藥廠報價，價格都高於健保給付價，能否據以告健保局違反健保法？現在有些救命的藥，例如針對農藥巴拉松中毒的解毒劑PAM，廠商售價至少比健保局公告藥價貴50%以上，但醫院還是非買不可，不買沒法救人。
- (2) 地區醫院，醫療點數占率從民國84年未實施健保前之30%多降至今日之18%，而且這18%中有2%~3%為呼吸治療中心，所以實際占率約降了一半。政策強調就醫可近性的重要，然而地區醫院卻萎縮，從700多間，到現在只剩200多間(扣掉精神科、呼吸治療醫院)，造成鄉鎮級居民就醫加倍困難。如要提高就醫可近性，是否應該真正提供非都會區、非人口集中地區之社區醫院一些資源協助，以讓這些醫院可經營下去。

4. 健保局—

- (1) 聯合採購，對同成分同品質的藥物，就單一保險人而言，向一家購買就好，只跟一家談最省錢，因為量多價就低，但各位可以想像，如果這樣做，會倒掉多少藥廠。聯合採購的難度很高，可能10~20年後才做到。
- (2) 對目前小醫院、診所買不到的藥，可鼓勵參加現有的聯合採購系統，如市立醫院、長庚醫院、署立醫院等，建議社區醫院可以加入署立醫院聯合採購系統。
- (3) 有利潤的藥，院所要自己買，而當有買不到的情況，就來健保局抱怨。本來藥品利潤就是要互相補貼。如果真的是健保局藥價砍太低，應該是大家都買不到，但目前是有些人可以買到，有些人買不到，這就是藥價差。**藥價差縮到一個程度，藥廠不爽就不做，因為價差都給醫院拿去** 。然而台灣偏偏醫院的規模相差甚大，所以議價能力差很多，現在很多醫院都越開越大間，這也是規模要大型化的原因之一。
- (4) 談到要減少浪費，我百分之百贊成。但大家要有心理準備，若要減少浪費，就須限制民眾的醫療利用，例如：同一星期內看第二次感冒就不給付。可以做民意調查，看民眾是否願意。所以實務上該從何處著手，要限制民眾還是限制院所申報，若限制申報，醫院也會跟病患說，那是健保局規定的，請病患來罵健保局。
- (5) 社區醫院越來越少的問題，目前有些是比較厲害的社區醫院，升級為區域醫院，比較厲害的區域醫院再變成醫學中心。至於就醫可近性是否有受到影響？至少過去十年來的民眾滿意度調查，就醫可近性的滿意度一直都很高。

最主要原因是診所增加，小病去診所拿藥即可，而診所增加的速度比社區醫院減少的數量高很多，所以就醫可近性民眾並未抱怨。至於**偏遠之社區醫院**

院，衛生署醫事處會給予補貼 🤗。葉前署長曾指示，支付標準應與醫院評鑑等級脫勾，所以健保局現在是想，脫勾後要用什麼取代。例如50%跟醫院評鑑有關，另外50%跟品質或民眾自費、滿意度有關，這些都在研擬之中。

(6) 剛剛謝委員說總經理有私房錢，健保局最大的私房錢就是資料庫，楊署長就

任後已指示，**只要沒有違法的，資訊都可以公開** 🤗，但有些如醫院營業資料，涉及個別資訊，就不能給。

(7) **如果醫院代表一直認為醫院快活不下去，是否該考慮公開財務報表**

🤗，讓所有付費者知道，醫院的確沒有賺錢，不然付費者老是認為醫院賺很多，以後總額還是很難談。

5. 地區醫院代表—

地區醫院也很想加入別人的聯標系統，但別人都不願意，因為他們認為採購價是其機密；若有願意讓我們加入的，就要求交手續費，等於被多剝一層皮。社區醫院協會將盡量整理資料，再請健保局幫忙想如何解決，請健保局用道德勸說，邀現有大醫院之採購系統來幫助社區的小醫院採購。

6. 全國勞工聯盟代表—

聯合採購應該要由健保監理會、費協會、消基會等參加，這樣才有嚇阻作用。付費者代表當然是外行，對於醫療雖然外行，但我們參加有嚇阻作用。現在藥費1200多億元，只要聯合採購，我相信可以減少200多億元，若沒少200多億元，我願意跳河死給你看，可以來賭賭看。只要有聯合採購委員會就會產生嚇阻作用，就不會官官相護，就可以減少藥價的浪費，提供委員參考。

7. 消基會代表—

減少醫療浪費，就須有些限制民眾就醫措施，這可以理解。自付額（自行負擔差額）額度要訂在哪個位置，才可達到所降低浪費的效果大於對民眾產生的不利。若利多於弊，表示可以去做。另外醫院若可從開藥獲利，則藥就會越開越多，無

法理解如果地區醫院買藥虧錢，那為何不釋出處方箋，讓病患到藥局領藥 🤗，為何要自行吸收虧損。我們支持醫藥分業，回歸正常，讓醫院不會想去賺藥價差。

8. 全國商業總會代表—

台灣現在每天究竟有多少人到醫院掛號？全年掛號費約是多少？

9. 健保局—

台灣有2300萬人，每人一年約看15次門診，所以平均每人每月大約看1次門診。至於掛號費該由誰管，連醫事處都很頭痛，因為在醫療法，掛號費不屬醫療費用。掛號費這塊雖非健保局的責任，不過也會想點辦法幫忙處理，但不保證

成功，因為這是商業行為。

四、討論事項第一案「99年度全民健康保險醫療給付費用總額確認案」

1. 主席－

協商時有要求，部分款項須擬定計畫或方案。計畫或方案最後期限請健保局來函說明，為維護民眾就醫權益，完成時程以不超過明(99)年3月底為原則，屆時若

未完成，則扣除該項預算 。

註：以上內文及表格內容皆整理自衛生署網站所公佈之費協會第155次會議事錄。

原始全文請見：

首頁 > 附屬機關 > 全民健康保險醫療費用協定委員會 > 委員會議紀錄 > 會議紀錄 > 第149次委員會議事錄~迄今 >

<http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/%e7%ac%ac155%e6%ac%a1%e8%ad%b0%e4%ba%8b%e9%8c%84.pdf>