

■ 99/1/22 費協會第156次會議

➤ 156次會議(1/22)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	20次	0次 	24次	1次	0次 	37次	11次	93次
代理	1人		3人		1人			5人
請假(沒 有代理)					1人			1人

醫改會製表(依據費協會網站99/3/24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/%e7%ac%ac156%e6%ac%a1%e8%ad%b0%e4%ba%8b%e9%8c%84.pdf>

➤ 費協會會議紀錄快譯通：

一、中華民國醫師公會全國聯合會報告「全民健保總額現行地區預算分配方式對民眾就醫公平性之影響」計畫之研究結果([簡報下載](#))

➤ 地區預算分配方式檢討：

1. 主席－

- (1) 費協會主要的功能，一是決定新年度各部門總額成長的百分比，另一是資源如何分配至各區。基本精神之一是由於資源有限，必須使資源分配有誘因，促使服務提供者(醫師)願意到資源較缺乏地區執業，誘因是可以得到較高待遇；另一方面是希望醫師到該地區服務，提高醫療品質，促進民眾福祉。
- (2) 預算分配參數中人口數的計算，會因使用基礎而受影響，例如戶籍人口，現住人口、投保人口或就醫人口；另外，跨區就醫也是個問題。
- (3) 現在各總額地區預算都有不同的分配方式，各部門也都慢慢形成內部共識。協商時，大家皆認同「百分之百錢跟著人走」是理想，惟因仍須釐清定義，故並未強制一定要達到百分百，即已考量到調整之需求。

2. 全國商業總會－

建議報告時盡量不要用「錢跟著人走」、「醫療資源跟著錢走」、「醫師跟著錢走」、「醫院跟著錢走」這樣的字眼，恐會讓人誤解醫師、醫院都是為了錢，太商業化，建議稍作文字修改。

3. 消基會代表—

- (1) 基本上支持地區預算分配應做到公平，一般的商業行為是以量制價，量大時價格會較低，這是很正常的現象，醫療也呈現此價值觀。只要不違背公平法則，任何分配方式的微調都值得支持。只是勿因東區點值超過1，其他各區就覺得比較吃虧，因為量不同，所以不能僅以點值高低直接判定。
- (2) 費協會委員無需太避諱談錢，我們組織的權責本來就在談費用分配，該討論的原則，還是要討論，大家希望醫療院所不要變成營利事業，錢的味道勿太濃，但在費協會，我反而覺得委員應該多談點錢。

4. 醫師公會代表—

- (1) 醫療費用的分配不是只談分錢、公平；其實也很重視民眾健康品質提升及安全，另外也會談分配指標、風險管理，但是「錢跟著人走」、「醫師跟著錢走」這些口號應只在費協會談，在其他場合，如醫師教育，就很不合醫學倫理。醫師公會全聯會為何要接此研究計畫，就是要檢驗錢是否有跟著人走？這「人」是指「全人照護」，還是「有病的人」，其對資源分配的真正影響？
- (2) 平均餘命提升絕非僅靠單一因素，尚有經濟因素、公共衛生改善、教育、社會文化等，此研究旨在檢驗「錢跟著人走」的政策，有無實證支持。

5. 健保局—

- (1) 「錢跟著人走」是資源分配，勿與資源管理混為一談。希望以分配制度把管理省掉，是不可能的。
- (2) 錢跟著人走的「人」是指居民，不是病人，居民的定義就很重要；跨區是跨生活區，而不是健保的六分區，分配就要到居民的生活區才合理。所以研究報告若要質疑「錢跟著人走」原則，應先定義清楚居民的生活區範圍。
- (3) 「錢跟著人走」係為達到醫療資源均衡分配的目的，重點應在初級照護 (primary care)，而非重大傷病或手術治療。健保想利用「錢跟著人走」的分配機制，來達到資源均衡分布的效果，恐有其極限，要達到社會公平正義，就有必要加進公務預算的責任，不能全部靠保險。例如當偏遠地區點值已高出很多，卻仍沒有醫師要去執業，這時衛生署及各縣市衛生局就應介入協助。
- (4) 建議研究報告可以加入資源管理，如全聯會、各地醫師公會的權責及分區共管會議的管理角色，勿只期望地區預算公式，認為預算分配完就沒事，還是需要有資源管理。

6. 中醫師公會全聯會—

如剛才陳委員宗獻所說，這麼多總額用一套制度，多年來衍生許多紛爭及困難，所以我認為若可達內部和諧，並兼顧醫療品質，則該地區預算的分配方式就沒有問題，不要執著錢跟著人走，或要達人口占率百分之百的目標。錢跟著人走的分配制度造成基層診所及地區醫院嚴重萎縮，所以我認為這制度有必要調整及檢討。

➤ 關於總額評核制度的檢討：

1. 地區醫院協會—

醫院願意承辦總額，已連續三年參加總額承辦之招標，分數每年都有進步，但每年也都不及格；中醫總額部門提出全國管理方案，牙醫總額則在一開始進入總額就有較好的預算額度，西醫基層總額預算也都比醫院部門好，就長遠來看，究竟要否醫院協會自行承辦總額，健保局及費協會應該有更好的思考。

2. 健保局—

總額專業自主委託招標的重點是在醫療案件專業審查，醫院協會想承接，內部也要有共識，健保局才能與受託單位談。原則上，由醫界自主管理總額，方向是對的。

3. 地區醫院代表—

醫院協會的投標該委託案的評選成績，有的評選委員給78分，有的60分。打60分的審查委員是否思想有問題？是否要改善？或有受到特別指示？一定有問題，兩者為何差距這麼大？這樣的委員是否續用？值得思考。

➤ 關於醫師看診態度不佳的檢討：

1. 全國勞工聯盟總會—

我因皮膚病問題就診，問該醫師，我已60歲還長痘痘是什麼原因？其回答「老人斑」之類，再問：「擦什麼藥會好？」，竟然回答：「我當總統就保證你會好」。醫師這種看診態度實在不好，醫師看診時應該告訴病人如何治療，並教導一些醫學常識，請健保局注意，該醫師的執業態度是否恰當，雖然大部分診所的醫生都不錯，但仍請醫師公會全聯會能再加強教育。

2. 醫師公會代表—

醫師公會全聯會都相當自律，過去已做很多輔導工作。醫師公會有管道收到相關訊息，也會守密性地輔導教育院所，畢竟繼續教育是提升品質相當重要的一環。

3. 地區醫院協會—

因為經常發生病人對於醫事人員倫理上的不信任事件，故希望相關單位能有對醫師、護理師、放射師、檢驗師、物理治療師等11個師職類的倫理教育及改善與預防措施，若有適當機會，也可到委員會議報告，主管機關應是衛生署。對於醫事人員執業的醫學倫理一定要教育，以免以後經常有人被吊銷執照。

4. 健保局—

醫師看診態度不良，若屬健保所轄範圍，健保局會瞭解、溝通；若屬醫學倫理教育，再請醫師公會全聯會處理。類似抱怨很常見，有些醫師不愛講話忙著點電腦螢幕，雖讓病人感覺不好，但求診病人卻很多，因為其開的藥很有效，這部分還可與醫師公會全國聯合會溝通並共同努力。

二、費協會重要業務報告

➤ 醫院協會函送公文籲請費協會委員發言要適合職權並慎言

1. 健保小組—

台灣醫院協會來函，訴求：前次會議有委員發言偏離議題，費協會職權是於行政

院核定年度全民健保醫療給付費用總額範圍內進行協定及分配，並無權要求提供個別醫院資料，雖認同委員所屬立場不同，可就不同角度陳述意見，但不宜偏離議題，建請衛生署籲請費協會委員發言要適合職權並慎言，共同為全民規劃最優值的醫療品質。

2. 主席—

醫院協會行文衛生署，主要是對本會上次委員會議的某些發言狀況甚為遺憾，而且無權要求個別醫院蒞會進行營運專題報告，對此，我也很遺憾醫院協會行此文



。委員會議應讓委員有較大討論空間，只要不涉及人身攻擊，則應尊重委員有發言自由。至於本會是否有權責要求個別醫院到本會報告，當日會上，我已說明本會權責，並於會後向委員進一步解釋。目前本會會議發言摘要已對外公開，爾後若再發生某團體因不滿委員發言內容而行文衛生署要求委員慎言，衛生署再轉請本會參處，將對委員發言造成壓力，討論就無法盡興，對本事件，本人在此表示很遺憾。

3. 全國勞工聯盟總會—

謝謝主委剛才講的公道話，我對您表示敬佩。我是衛生署行文全國勞工聯盟總會所推薦的，是代表勞工來監督健保支出有無公道，而非為健保5,000多億元的預算背書。去年9月總額協商會議，醫院某代表說台中榮總打算不與健保局簽約，還講到要哭，難道委員不能請他們來報告說明，關心了解原因嗎？若醫界確有委屈或困難，我們了解後可予支持！委員組成有士農工商等各界代表，醫學方面我是外行，對委員的發言內容有不懂處，當然要請教清楚。在費協會協商雙方，醫界是要錢的一方，我們是付錢的一方，總額分配後，當然須負起監督執行情形之




責。上次本人的提議，經主委說明後，本想就算了，但現在我更堅持非來報告不可，請問有法令規定費協會委員不能了解其營運狀況？請拿出相關規定給我看。感覺衛生署和醫院協會是哥倆好，我看不下去了，侯立委彩鳳是我們工會的理事長，我是秘書長，本案我會向她報告。

4. 地區醫院協會—

對全國勞工聯盟總會代表的看法和想法，我感同身受。先前並不知醫院協會行此文，我是該會的常務監事，在此，代表該會向陳委員表達歉意。去年台中榮總不參加健保局的自主管理方案，經醫院協會疏導後，已於去年第4季參加，今年亦有參加。

5. 全國勞工聯盟總會—

預算並非分給醫界就算了，我們也須知道錢怎麼花、是否達到當初的目的、對民

眾醫療照護有無影響，這都是身為勞工代表的責任，我們有監督之責。本想算了，但醫院協會既然來文，使我倍覺不受尊重，我強烈要求該院來報告。

6. 農會—

建議將本會能否要求個別院所與會報告，及醫院協會行文衛生署籲請本會委員慎言乙節分開處理。委員會議過程中委員如何發言，是本會的事情，委員有發言權，主委有裁決權，經主委裁示後，議題就此結束。有無違法或本會權責，會議上講清楚就好了，醫院協會為何還行文衛生署告狀說本會委員發言不當。

7. 全國勞工聯盟總會－

我們都是衛生署聘請來開會的，醫院協會行文給衛生署，署就行此文來，感覺不尊重委員。難道行政院會行文立法院糾正某立委？會！會後，我要跟侯立委彩鳳報告，請她向署長反應。原想就此打住，但醫院協會反修委員，讓人覺沒尊嚴，我一定會處理這件事，甚至可送請立法院社會福利及衛生環境委員會處理。我不相信費協會委員不能提出此要求，醫界今日也花很長時間報告錢跟人走，還是人跟錢走，我們也配合聽很久，不然以後我也不讓醫界報告，這都同樣的意思，要互相尊重。我並無惡意，追究醫界如何執行、健保局如何給付，應該報告給委員知道，除非他們雙方有勾結，如醫界只做20萬元，卻請領100萬元。

8. 主席－

本會組織規程第15條所列，必要時得邀請有關機關代表列席，但其屬提供意見的性質。如果他們真的來報告，我們對他們是用請教的方式，而非質詢的方式。

9. 牙醫師公會代表－

可邀請來報告，但受邀單位可決定是否接受；若其不方便與會報告，健保局可代為就其申報狀況進行分析，供委員了解，我想這是折衷的方式。

10. 中醫師公會全聯會－

有時討論的議案，我也不一定完全懂。醫院協會公文「而非以個人情緒化之發言且又偏離議題，阻礙議事之進行」，用詞太重了，應不至於這樣。本會能否回文，不能這樣描述委員的發言。

11. 主席－

本會不適合指明個別醫院與會報告營運狀況，因台中榮總在中區，若委員想了解中區的業務情況，可請健保局或中區業務組說明。

12. 全國勞工聯盟總會－

本想算了，但醫院協會竟自以為厲害，那我們就來試看看，不然監察院見。不要以為我不懂，就欺負我，這樣不好。一再強調，我是勞工代表，無醫學背景，也非專家學者，我若有說錯，請多包涵。我壓力很大，每次會後還須跟所屬團體報告，不要以為我來這邊是在玩。勿欺負勞工朋友，這就是社會觀感。在健保局的醫療給付協議會議上，某醫界代表竟指責我講話高亢惡霸，好，那我不要高亢，請榮總先來報告，之後再請台大、長庚也來報告。我不懂，來學習，有不對嗎？本想點到為止，但醫院協會的公文讓人不舒服，我堅持一定要請他們來報告。

13. 健保小組－

涉及法令規定，可請衛生署法規會等有關單位解釋，依健保法、本會組織規程等相關法規，能否要求個別醫院與會報告，並於下次會議報告結果。其若解釋無此權力，則很抱歉無法邀請個別醫院報告。另，本會組織規程提到得邀請有關機關

派代表及專家學者列席，係指與本會職權有關事務之討論，如有須要，主席可邀請。因會議時間有限，本會既已有法賦予的職權，則宜先做本分範圍內的事。

14. 主席—

本項分兩點決定：

- (1) 委員仍可本於職權發言。
- (2) 委員要求個別醫院與會報告，似不合適，然因委員堅持要了解其業務狀況，所以本會幕僚先函詢衛生署法規會，就健保法及本會組織規程解釋，可否依條文所列「得邀請有關機關派代表及專家學者列席」，要求個別醫院與會報告，再將釋義結果提會說明。

三、全國勞工聯盟總會提案—配合本次藥價調整，有關西醫基層採行簡表申報之藥費亦應配合調整下修

1. 全國勞工聯盟總會—

- (1) 我是外行人，能提案就不錯了，以下說明，若陳述有誤，請多包涵。自88年依藥價調查結果調降藥價，推估歷年調降藥價對藥費的影響，約占每年總藥費的10~15%，98年調降幅度較大，推估其影響約占20%。自88年起，健保局共調整5次藥價，預估可節省514億藥費，其中95年調降5,300餘項，健保局推估每年可節省90億，後與檢調單位共同合作「再確認及更正申報作業」，又調整5,700餘項，可省60億元。另98年第6次藥價調整，據說可省150~200億元。
- (2) 西醫基層用簡表申報的門診日劑藥費，原為3天100元，後調為75元，為何不能再調降？建議應配合第6次藥價調查，同比例調整下修簡表申報之日劑藥費定額額度。
- (3) 簡表就是不用電腦輸入而以書面申報，現已是高科技時代，還有醫師用手寫，如此，健保局就無法了解醫師處方用藥內容，這種情形好嗎🤔？
- (4) 西醫基層診察費300多元、藥事服務費11~30元（未交付處方由診所自行調劑），再加上藥費，看一次病約400元。有些病明明看一次就好，卻要看很多次，無形中讓醫療費用增加不少，例如骨折，醫師若處理得好，2週即可痊癒，卻要治療2個月，並要病人每天回診；服藥5天就可痊癒的，卻僅開3天分的藥，要求病人再回診。老實說，這種情形，健保局若能好好管理，應可省下很多醫療費用。不浪費、醫師有醫德、健保局不要限制那麼多，則是全民之福。
- (5) 健保局與藥商有特約藥品，講定健保支付價多少錢，但卻聽說院所常無法買到健保支付的藥品。為何會沒有？請健保局關心了解。既是健保支付的藥品，理應藥量充足，不應發生沒該藥品可用的現象，讓藥商來抬高價錢。基於以上論述，我才會提此案，請主席裁決。

2. 主席—

- (1) 本案影響層面很大，是很重大的案子，西醫基層門診一年申報件數約1.6 億件，簡表案件占總案件比率不低。
- (2) 本案用意是希望調降簡表門診日劑藥費，以節省總藥費支出。西醫基層門診一年申報件數約1.6 億件，其中簡表約佔6~7 成，比例算很高，即使調降一元，影響也很大。今日提案並無可參考數據，可否容許請健保局先試算分析相關數據後再議。

3. 健保局—

- (1) 站在健保局立場，陳委員所提應配合藥價調整調降簡表日劑藥費，是合理的建議。然據悉，當初調降簡表藥費，同時也有配套措施。因其為臨時提案，本人手邊並無相關數據及可行的配套措施，此為重要改變，宜讓受影響的群體，如西醫基層、藥廠、藥品代理商等有充分時間評估其影響層面，並需考慮是否會對民眾產生立即的影響，例如醫師會告訴病人說健保局規定改了，要求民眾自費，所以宜小心處理。
- (2) 99 年度總額已談定，故總額度是不變的，本案所提僅為不變額度內支付單價的調整，若調降某項之單價，則依預算中平原則，所節省的錢會移用於補支付點數不足之項目，例如醫院加護病房（ICU），但這會演變成將西醫基層總額省下來的錢挪移到醫院總額，將使問題更形複雜，因是否須調整該兩部門的總額，是費協會決定的。

4. 地區醫院協會—

- (1) 全國勞工協會代表雖然不太了解醫療專業，卻提出本案，對其感到敬佩。對健保局回應，我有不同意見。請問健保局於進行藥價調整時，有無考慮此舉對醫院與西醫基層兩造可能造成的變化。藥價一直調降，很多藥廠現已關廠，且已發生供藥的問題，例如降血壓藥Adalat，全國僅剩一家藥廠製造，該藥廠代理商名稱很像外國藥廠的發音，但該藥廠就在高雄市民族路上，且發生過2 次火災事件，令人堪憂，本次藥品調降作業，對民眾或藥廠，影響都很大，所以健保局在調整藥價時，就該將這些都納入考量。
- (2) 印象中，91 年將簡表藥費從3 天100 元降為75 元，當時藥價調查後，調降約90 億元，當時醫師公會全聯會吳運東理事長乃提出調降簡表藥費，但這是當時的算法，歷經後幾次藥價調降，應再審慎考量合理之日劑藥費額度。醫改會前就曾分送「醫改會解讀簡表申報玄機3 大缺失吃掉用藥品質」乙文給各醫院參考。在此，很敬佩陳委員提出本案，應給他點掌聲。

【備註：第2 次藥價調查（90 年實施新藥價），健保局估計調降46 億元藥費、第3 次調查（92 年實施新藥價）約調降57億元、簡表藥費調整約調降32 億元】

5. 醫師公會全聯會代表—

- (1) 簡表與論病例計酬皆採定額支付，只是前者係以每次就診為單位，後者係以疾病分類為單位，都屬一種計費模式，並非簡表存有很大的藥價黑洞。建議

健保局的資料分析，就以下方向探索：每次給藥日數的變化，究竟是下降或上升？簡表是否為造成醫師讓病人常回診的原因？若調降後是否就不會有此現象。

- (2) 目前西醫基層平均給藥天數約4.1天，是超過3天的。簡表藥費25元/天，相當便宜，並且健保局規定醫師開超過3天份的藥，也僅能給付3天日劑藥費，所以即使開5天或7天的藥，也只能拿到3天的藥費75元。簡表的好處，例如對胃食道逆流病患，醫師會開立制酸劑，但其屬指示用藥，健保不給付，醫師就用簡表處理，自行吸收成本，並未跟病人收費。此外，簡表內還包含些看不到的隱形成本，如倉儲、耗損、未給付項目等，這在健保統計資料中，都不會呈現。大家誤以為簡表給的藥很少，實則不然。更重要的是：簡表藥費調降，對小兒科影響最大，目前小兒科開業醫已有城鄉不均勻情形，若再調降簡表，其影響層面會有多大，請健保局一併考量分析。
- (3) 委員要求配合第6次藥價調整，同比例調整簡表藥費，因內涵不同，實不宜要求同比例調整。在西醫基層，簡表用的是常用藥品，和慢性病用的藥物品項不同，可能與整體藥價調整幅度並不一致，建議下次討論時，也能呈現相關數據供參。基本上，我認為這樣的討論，具建設性，是好的，但仍應有充分詳細資料，供委員審慎討論，方可找出最妥適的方案。

6. 藥師公會全聯會－

不浪費醫療資源，且合理運用是很重要的。基層簡表藥費1天才25元，金額很少，據悉其所使用的藥品多為學名藥，費用占率很低，經幾次藥價調整後，其調整比例的變化應較小。用藥有兩個主軸是無伸縮空間的，一是讓病人有藥可用；二是用藥安全。數次藥價調整結果，已造成醫療院所部分藥品無藥可用的現象，例如健保給付2元，但廠商卻賣給院所或社區藥局超過2元，或廠商同意賣2元，但要求院所或藥局自行吸收運費等成本。所以建議健保局與藥廠議價後，應要求廠商有責任供應不高於健保支付價格的藥品給醫療院所、健保藥局。綜上述，同意主席所提，本案詳細研究分析相關資料及影響層面後再討論，期有合理且安全的醫療環境。

7. 醫師公會全聯會－

- (1) 健保藥費支出，宜作整體考量。數次藥價調查後，某些藥品已達藥廠不想生產的程度。委員可猜看看，甲狀腺功能亢進的病人，在診所藥費一個月要多少，一顆藥3.5毛，一個月約10元（0.35元/天*30天），該類病人的治療是否會被排擠，不會，但一個月的藥費才10元合理嗎？
- (2) 如何管控藥費支出，使其可在適當的額度內？其實初級照護，就是很重要的點，下次會議我們擬提此案。委員可參看會議資料第36頁，醫院初級照護的比例，幾年來始終沒下降。初級照護應在基層診所執行，以去年平均每次藥費來看，醫院平均1,000多元，基層為140元，如將目前醫院所看之初級照護案件全移到基層，可省不少錢。簡表藥費75元，已經很低，再怎麼調，節省都有限。

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156次會議議事錄。

原始全文請見：

衛生署首頁 > 附屬機關 > 全民健康保險醫療費用協定委員會 > 委員會議 > 會議紀錄 > 第151次委員會議事錄~迄今 >

<http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/%e7%ac%ac156%e6%ac%a1%e8%ad%b0%e4%ba%8b%e9%8c%84.pdf>