

檔 號：
保存年限：

全民健康保險基層總額支付南區委員會 函

地址：700 台南市民生路一段 82 號 2 樓
電 話：06-2211971
傳 真：06-2217483
承辦人：陳美惠

受文者：雲嘉南五縣市醫師公會

發文日期：中華民國九十九年六月十五日
發文字號：九九南基總字第 0139 號
速別：
密等及解密條件或保密期限：普通
附件：如主旨

主旨：轉知 99 年 5 月 25 日「西醫基層總額支付委員會 99 年第 2 次會議」會前會(電話會議)會議紀錄乙份(如附件)，請 查 照。

說明：依據全民健康保險基層總額支付執行委員會 99 年 6 月 3 日全醫健基字第 0990000087 號函之副本辦理。

正本：雲嘉南五縣市醫師公會

主任委員

王正坤

上網公告
鄭華琴
99.6.17

檔 號：

(99)南基總收
字 0479 號

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會
全民健康保險基層總額支付執行委員會 函

地址：10688台北市安和路1段29號9樓

承辦人：李佩蓉

電話：(02)2752-7286轉172

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：peirong@tma.tw

受文者：如正、副本收受者

發文日期：中華民國99年6月3日

發文字號：全醫健基字第0990000087號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：如主旨

主旨：檢送本會99年5月25日下午2時召開之「西醫基層總額支付委員會99年第2次會議」會前會(電話會議)紀錄(如附件)，請查照。

正本：西醫基層總額支付執行委員會李主任委員明濱、張常務監事德旺、陳副主任委員宗獻、吳副主任委員首寶、張副主任委員清雲、蔣執行長世中、台北區委員會何主任委員博基、北區委員會李主任委員紹誠、中區委員會呂主任委員和雄、南區委員會王主任委員正坤、高屏區委員會莊主任委員維周、東區委員會黃主任委員啟嘉

副本：全民健康保險基層總額支付各分區委員會(含附件)

基層總額支付執行
委員會校對章

主任委員 李明濱

「西醫基層總額支付委員會 99 年第 2 次會議」會前會(電話會議)紀錄

時間：99 年 5 月 25 日(星期二)下午 2 時

地點：台北市安和路一段 29 號 9 樓(理事長會議室)

出席：全聯會張常務監事德旺、西醫基層總額支付執行委員會陳副主任委員宗獻、吳副主任委員首寶、張副主任委員清雲、蔣執行長世中、台北區委員會何主任委員博基、北區委員會李主任委員紹誠、中區委員會呂主任委員和雄、南區委員會王主任委員正坤、高屏區委員會莊主任委員維周、東區委員會黃主任委員啟嘉

列席：林主任秘書忠劭

主席：蔣執行長世中

紀錄：李佩蓉

討論事項

一、西醫基層總額支付委員會依全民健康保險醫療費用協定委員會決議，討論「西醫基層採簡表申報之日劑藥費，宜配合第 6 次藥價調降或取消簡表日劑藥費，改採核實申報藥費」案。

結論：

1. 堅持不調降簡表藥費。
2. 若不得已要調降，以每日藥費調降 3 元內為限(但先不表態，並從 0 元開始與健保局協商)，調降推估減少之支出不可列為 100 年總額減項。
3. 西醫基層總額支付委員會結論若以 2 案併呈衛生署，而衛生署裁示調降金額若超出每日 3 元以上，則基層執委會建議廢除簡表。
4. 檢附基層執委會黃錫鑫委員「簡表之存廢」文供委員參考(附件一，第 3 頁)。

二、西醫基層總額支付委員會依全民健康保險醫療費用協定委員會決議，討論「為加強醫療品質資訊公開作業，草擬 99 年度建議公開指標項目」案。

結論：

1. 優先公布「消化性潰瘍新病患執行幽門桿菌清除治療比率」及「健保 IC 卡確實上傳率」。
2. 考量「周末假日休診與否」指標與醫療品質無關，「上呼吸道感染抗生素使用率」指標定義模糊且難以制訂定義，爰不予列入。

三、檢討修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」中屬「專業醫療服務品質」指標案。

結論：

1. 同意新增「頭部外傷使用類固醇」及「痔瘡治療，採冷凍痔瘡療法使用率」2 項指標。
2. 建議刪除「降血壓、降血脂、降血糖、抗精神分裂、抗憂鬱症及安眠鎮靜藥物-不同處方用藥日數重複率」6 種指標及「各區慢性病開立慢性病連續處方箋百分比」。
3. 建議刪除「各區處方箋釋出率」及「平均每張處方箋開藥天數」。
4. 慢性病連續處方箋之開藥天數應視病患病情而定，且與品質無關，爰建議不新增「平均每張慢性病連續處方箋開藥天數」指標。
5. 檢附本會「『西醫基層慢性病連續處方箋之開立率』之建議」供委員參考(附件二，第 5 頁)。

散會：下午 3 時 15 分

簡表之存廢

黃錫鑫醫師

簡表藥費緣於當初勞保時代因醫療院所競相使用進口藥來提高醫療品質以服務病人，後來因勞保經費虧損累累，且因抽審制度費時費人力亦無法抑制浪費，因此勞保局與醫界商量讓診所每張勞保單以簡表二日 100 元申報可以免除抽審作業，事實上在當時也壓抑了日益偏高的藥費；後來開辦健保初期診所改以簡表三日藥費 100 元申報可免抽審，再則進入基層總額時代，醫界為了不願背藥價黑洞之黑鍋，才又將簡表三日藥費調降為現在的 75 元。

不料今日費協會某些代表假借健保局一再調降基準藥價之名，加上健保局電腦資料顯示診所每日藥費成本僅 10 元而已，誤以為基層因簡表有很多利差，要求大幅調降簡表藥費甚至廢簡表；殊不知診所另有看不見的成本如指示用藥及非健保用藥無法申報、過期藥品之耗損、因購買量低而實際購藥成本比藥價基準高、為避開品質指標而隱匿申報等種種不為人知的成本，估計診所每日藥費成本應在 15~20 元之譜。

未來若大幅調降診所簡表三日藥費甚或廢除簡表，預估會有下列情形發生：

- (1) 診所競爭相使用進口藥：既然沒有簡表利差，用藥不必考慮成本問題，為了提高醫療品質及病人的信任度和滿意度，自然要多用進口藥。
- (2) 診所進藥將以藥價差做為考量：過去有簡表微薄利差，過去用藥自然成本愈低愈好，不必考量藥價差多少，未來若上述誘因消失，診所用藥自然像財團醫院用藥價差愈大愈好，基層總額藥費必然大幅成長。
- (3) 隱匿申報用藥顯現：過去診所因要迴避不合理的醫療品質指標，在簡表申報不虧損的情形下，有些用藥隱匿申報送給病人，未來

若無簡表，為避免虧損擴大，用藥必照實申報，藥費必然只增不減。

(4) 原裝藥水用量大增：小兒用藥在有簡表時自然成本愈低愈好，一旦簡表取消，小兒用藥當只考慮品質，原裝藥水用量必然大增，非但無法節省藥費，反致使藥費大增。

殊不知簡表三日藥費每日才花 25 元不到一個便當的費用，以每天花世界上最低的藥費卻能照顧絕大多數初級照護病人，事實上也算是創造全球另一項世界奇蹟，無奈在費協會某些代表短視，只見簡表藥費有價差之表面假象，並將之污名化，斤斤計較這最多十幾元的價差，要進行尤如「殺雞取卵」的政策，非得大幅降低簡表藥費或廢除簡表不可，讓基層醫療代表面對談判時備感艱辛；一旦此案成真，未來勢必造成基層總額藥費大幅成長到無法管控的地步，進而造成基層總額點值降低，讓基層醫療受到最大的傷害，而醫療費用不降反昇，最後全國民眾將嘗到苦果。

中華民國醫師公會全國聯合會

「西醫基層慢性病連續處方箋之開立率」之建議

97.7.17 全民健保對策委員會基層組通過

97.7.24 醫事法規委員會通過

前言：全民健康保險監理委員會日前於 157 次會議中通過 97 年度「全民健保醫療業務監理指標（草案）」中慢性病連續處方箋開立率目標值，西醫基層由 96 年 17% 提升至 97 年 21%，醫院由 96 年 20% 提升至 97 年 24%；就指標監測意義部分，健保局表示為照顧慢性病患便於領取慢性病用藥，則擬定「提升慢性病連續處方箋開立計畫」，逐年提升開立率。每年增加 4%，預計 99 年達成平均目標值 30%。

問題：現今「慢性病連續處方箋」制度有違「醫療專業」與「病人安全」，影響醫療品質；且違反醫師法、藥師法相關規定，造成醫療資源浪費之虞，若一味提昇其開立率，是否妥當？

說明：

(一) 慢性病連續處方箋之基本精神應為尊重「醫療專業」與維護「病人安全」，以確保醫療品質：

中央健保局擬定「提升慢性病連續處方箋開立計畫」，以每年增加 4% 開立率為目標；惟醫師依病人狀況開立慢性病連續處方箋之前提係「基於病患病情穩定」，而非為「便於慢性病患領取慢性病用藥」，健保局之方案恐有違反「醫療專業」與危及「病人安全」，嚴重影響醫療品質，且與慢性病連續處方箋之開立精神背道而馳。病患安全與領藥便利性，孰為輕，孰為重，實應深思。

(二) 慢性病連續處方箋之適法性：

1. 慢性病連續處方箋之意義在於醫師開給慢性病患者之長期用藥處方箋，此處方箋可以連續分次調劑，有效期間為自醫師開給處方日起三個月內。
2. 惟醫師法第 11 條第 1 項前段規定「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。」藥師法第 18 條前段規定「藥師對於醫師所開處方，祇許調劑一次，其處方箋應於調劑後簽名蓋章…」此二條法規一則說明醫師應親自診察，始

得開給方劑，一則說明限藥師調劑一次；爰此，慢性病連續處方箋制度上使病患只須首次就醫，後三個月內無須再次回診，得多次領藥之作法業違反醫師法第 11 條第 1 項醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑等之精神，亦違反藥師法第 18 條，藥師只得調劑乙次之規定。

3. 關於「慢性病連續處方箋」於醫療辦法第 18 條中指出：保險對象罹患…醫師得開給慢性病連續處方箋。與醫療辦法第 35 條中指出：…對於慢性病人，按病情需要，一次得給予 30 日以內之用藥量。根據上述醫療辦法中已闡述非常清楚，醫師依病情需要得開立慢性病連續處方箋，而非不尊重醫療專業，擅自訂定「提升慢性病連續處方箋開立計畫」，逐年提升開立率，每年增加 4%，預計 99 年達成平均目標值 30%；已嚴重影響醫療專業之判定，置「病人安全與醫療品質」於不顧。

(三) 持「慢性病連續處方箋」免部分負擔之適法性：

「慢性病連續處方箋」免部分負擔在健保制度下並無法源依據。依民國 88 年 6 月 9 日衛生署健保字第 88031765 號公告「修正全民健康保險保險對象應自行負擔之門診費用」，其依據者為健保法第 33 條規定「定率自行負擔費用」。至於可以免部分負擔在健保法第 36 條規定，保險對象可免部分負擔之情形有四：1. 重大傷病 2. 分娩 3. 接受第 32 條所定之預防保健服務 4. 山地離島地區之就醫。所以目前「慢性病連續處方箋」並未納入免部分負擔之範疇，此似與法有觸。

(四) 慢性病連續處方箋制度應符合節約醫療資源之原則：

中央健保局為便利慢性病病患領藥，一味計劃提升開立率，卻未闡明該開立率之訂定依據（實證數據），也未提供慢性病患者年平均持該箋實際領藥天數與應領藥天數之統計比較，致外界無從得知是否有浮濫使用領藥之情形。在民眾就醫可近性已大幅提高之情形下，殊不知慢性病患者若重複使用醫療資源就醫領藥，不但造成醫療資源之不當利用，恐發生重複用藥之病人安全危機，政府機關豈能坐視姑息之？

建議：

- (一) 台灣健保制度應尊重醫療專業與保障保險對象之健康與安全，確保醫療品質而非侷限於就醫便利性；基此，為俾免一味提升開立率，不尊重醫療專業，致病人安全於不顧嚴重影響醫療品質，本會強烈建議「慢性病連續處方箋」開立率不宜再繼續提升。
- (二) 慢性病連續處方箋與醫師法及藥師法等現行法規相抵觸，若欲落實此制度，實應透過修法管道以彌現有執行面之闕漏。
- (三) 基於使用者付費觀念與減少醫療浪費，理應取消「開立慢性病連續處方箋免部分負擔」之優惠條件，合理課予病人共同珍惜醫療資源之責。
- (四) 為嚴守法律及醫療資源把關之責，醫界「依法」應只能開立「一個月」藥量。如欲放寬，則建請各單位協助修改相關法規，以符合「依法治國，依法行政」之要求。