

全民健康保險醫療費用協定委員會  
第 160 次委員會議事錄

中華民國 99 年 6 月 11 日

# 全民健康保險醫療費用協定委員會第 160 次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國 99 年 6 月 11 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

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

陳委員錦煌

黃委員美娜

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

蔡委員登順

謝委員天仁

謝委員武吉 謝榮譽理事長文輝(代)

戴委員龍輝

蘇委員清泉

蘇委員鴻輝

肆、請假委員：

劉委員清芳

伍、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

陸、主席：楊主任委員銘欽

紀錄：陳燕鈴、張櫻淳

柒、主席致詞(略)

捌、報告事項

第一案

案由：確認本會上(第 159)次委員會議議事錄，請 鑒察。

決定：

- 一、討論事項「醫事服務機構違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款處理方式案」之決議，增列第三點：「未來對違規扣款若有更佳處理方案，並提經委員會議討論通過，則再據以辦理」。
- 二、修正陳委員宗獻部分發言摘要(如附件)。
- 三、餘確定。

第二案

案由：本會第 159 次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請 鑒察。

決定：

- 一、有關衛生署交議「設定藥品費用支出目標及其分配方式」案，因健保局已將實施方案(草案)送至本會，並提本次會議臨時提案討論，爰三項追蹤事項均已完成，予以結案。

二、餘洽悉。

### 第三案

案由：中央健康保險局報告「財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院婦產科違規弊案之後續處理情形」，請鑒察。

決定：洽悉。

### 第四案

案由：中央健康保險局報告「各部門總額 98 年度違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 65~67 條規定案件之統計資料」，請鑒察。

決定：

一、委員若欲瞭解本報告中違規案件「類型 12 其他」之細項內容，可逕向健保局查閱。

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：

一、委員所提意見，請健保局參酌辦理。

二、餘洽悉。

## 玖、討論事項

提案人：陳委員宗獻

案由：「違規扣款」如何納入民國 100 年總額協商減項案，提請討論。

主席裁示：本案因委員對提案內容是否涉及變更第 158 次委員會議之 100 年度總額協商架構及協商原則討論案決議內容，依本會會議規範，應先提請復議程序等有不同見解，為不影響議事效率，請陳委員

宗獻以不違反本會第 158 及 159 次委員會議相關決議為前提，修正提案內容後再提會討論。

#### 拾、臨時提案

交議單位：行政院衛生署

提案單位：本會第一組

案由：全民健康保險藥品費用支出目標及其分配方式案，提請討論。

決議：為利本案後續討論，請健保局於下次委員會議專案報告下列事項：

一、現行健保藥費管控模式。

二、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。

拾壹、散會：中午 12 時 50 分。

## 附件

本會第 160 次委員會議報告事項第一案「本會第 159 次委員會議與會人員發言摘要」修正資料

壹、議程資料第 16 頁：刪除陳委員宗獻發言第三點、第四點。

貳、議程資料第 17 頁：在蘇委員鴻輝發言前，增列以下發言：

陳委員宗獻

- 一、全民健康保險醫療費用協定委員會組織規程第 2 條第 1 款：「在行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定全民健康保險之醫療給付費用總額及其分配方式」，我認為改用醫療點數來談並不違背，法並未規定本會需用哪種方式協商。我所提方式一樣是在行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，明年不會突然成長 10%。
- 二、本會第 77 次委員會議曾討論藥價調整節餘款之處理原則，並同意將其中 80% 回歸各總額部門，用於調整支付標準或新增藥品，另 20% 用於新政策及特殊緊急狀況所需之財源，當時會有這種決議是因為，無法說服委員「藥價節餘是真有節餘」，而且違反總額精神。正本清源，費協會在行政院核定範圍內，討論明年醫療費用，至於用何種方法協商，是本會職責。在微觀協商架構下藥價調整節餘款可以扣、降低民眾就醫次數可以扣(若因為落實健保法第 33 條規定，因越級就醫者負擔定率部分負擔，而產生的降低就醫次數效果)，也不會回到醫界口袋，若沒用我所建議之協商方式，也許會到醫界口袋。所以建議從醫療點數來談，利用各種方法如藥價節餘、降低民眾就醫次數來扣減。又如部分負擔若依法改採定率制而非定額制，就會產生很大的節約效果，只要民眾的就醫次數從每年 14 次中，減少看診 1.5 次，就可以節省 10% 醫療費用，省下來的額度還可以讓保險費率下降。

三、對於違規扣款的處理，醫界從一開始就是期期以為不可，也從來沒有接受過，再次澄清。

參、議程資料第 18 頁：在楊主任銘欽委員發言前，增列以下發言：

陳委員宗獻

- 一、醫界已提出新的提案，與本案絕對相關。採行此案，我們會就醫療浪費、醫療效益之點數推估，讓各委員感受到我們的努力、公正、和概括承受的胸襟。從這方法去處理才不至於今日談違規扣款，之後又談藥價基準，再談政策減項、部分負擔等，這樣零零星星處理，協商將很困難。
- 二、如果我的提案必須當協商架構的另案討論，那今天就不宜通過本案，因為違規扣款是提案中的一部分，只是我的提案內容加上其他項目、數量不止這樣、額度會更高罷了！
- 三、我不知其他醫界代表是怎麼想的，怎麼會進入實質討論違規扣款案件項目？違規扣款的案子都不是我們可以看得到，只有健保局才看的到，甚至健保局要臨時去抽檢才能看到，不然你能知道你家隔壁房間發生甚麼事嗎？這是處理原則問題，額度的爭議，已經不重要，3 千多萬變成 2 千多萬也沒甚麼意義，這也是程序問題。
- 四、本人建議兩案合併討論，100 年總額 9 月協商，現在才 5 月就決議下來，那後面是否就不用談了？我認為這樣處理不宜。
- 五、我的提案屬於程序提案，程序提案會影響到後續處理，包括定義等等，因此應優先討論，討論完才可討論實質提案。

本會第 160 次委員會議  
與會人員發言摘要



## 壹、報告事項第一案「確認本會上（第 159）次委員會議議事錄」與會人員發言摘要

### 陳委員宗獻

討論案「違反特管辦法之扣款處理方式案」之決議，僅列兩點，但記得上次會議決議尚有第三點共識，即：若有更佳處理方式，仍可提案討論，而非就此定案。目前之決議，與上次會議共識有所不同。

### 楊主任委員銘欽

- 一、依發言摘要確有此共識，對陳委員建議增列「未來對違規扣款若有更佳處理方案，並提經委員會議討論通過，則再據以辦理」乙項決議，各位委員有否意見？若無意見，則增列此決議。
- 二、請程執行秘書補充說明有關「與會人員發言摘要」修正事項。

### 程執行秘書善慈

- 一、第 159 次委員會議發言摘要部分，雖已經送請委員確認，但陳委員宗獻於會議前來電表示，所載之內容，仍不足以表達當日想法，爰幕僚已重新聽取錄音資料，整理後之發言內容並再經陳委員確認(如各委員桌上之補正資料)。本資料經委員會議確認後，將於上網公開議事錄時一併更正。
- 二、近幾次委員會議紀錄與會人員發言摘要部分，有別於以往，改將發言者重點重新彙整，摘要呈現，但近來發覺，此方式於同仁整理及發言者確認時會有盲點，爰自本次會議起，將恢復以往模式，按照與會人員發言時序，依序較詳實記錄之。
- 三、若各委員及列席人員於確認發言摘要時，對同仁所提供之文字，認有疑問或不妥適之處，請儘速向同仁反應，幕僚會重新整理，尚請委員不要客氣，以省去再次確認之作業程序。

### 楊主任委員銘欽

- 一、從本(第 160)次委員會議開始，發言摘要恢復以往依發言順序詳實記錄之方式。
- 二、對本案若無其他意見，則會議議事錄確認。

貳、報告事項第三案「中央健康保險局報告『財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院婦產科違規弊案之後續處理情形』」與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

請健保局補充說明此案。

蔡組長淑鈴

- 一、高雄醫學大學附設中和紀念醫院(以下簡稱高醫)於本(99)年5月11日來文表示，為兼顧民眾就醫權益，及醫事人員與學生之受教權，請本局對其罰責改處以回溯性停約方式執行，補充說明如下：
  - (一)高醫婦產科共有8名醫師，平均每天門診人次至少有150~160人次，每年住院達2千3百多人次。尤其產婦之療程很長，須歷經十月懷胎、生產過程，若停約，將中斷產婦之產前檢查、生產及產後照顧；另已於療程治療中的婦科病人，將無法由原來照顧的醫師繼續執行後續醫療，這些都可能損害病人就醫權益。
  - (二)高醫為教學醫院，若往後停約1年，則其住院醫師、實習醫師及其他醫事人員與實習生，將無醫療院所可供教育訓練。
- 二、本案經報請衛生署釋示說明，雖健保醫事服務機構特約及管理辦法之罰則是採事後停約方式，但鑑於高醫為醫學中心，病人眾多，若往後停約1年，將損害民眾及其他未違規醫師之權益，爰同意採回溯性停約方式。此方式的優點，除處分收回金額更加明確外，亦同時達到處罰的效果，爰本局已於5月31日函知該醫院同意所請，停約期間追溯自98年1月1日起至98年12月31日止，該院應繳回上述期間婦產科健保門住診醫療費用。

陳委員錦煌

從報告看來，處分似乎太輕，雖說產科病人懷胎期間很長，但難道無法轉診繼續照護？假若有天高醫倒閉，這些病人怎麼辦？可以轉

院處理吧！我不相信別家婦產科無法處理。我是外行，醫界又不講話，不知醫界如何看待此事。

楊主任委員銘欽

謝謝陳委員的發言，想廣泛徵詢其他委員意見。

蘇委員清泉

- 一、最近醫界彷彿如得到瘟疫一般，相關報導每週上新聞頭條！醫界深感沉痛，對違法醫師，不論是依法移送法辦、或吊銷執照，我們都贊同，相信主管機關健保局也相當頭痛。陳委員身為付費者代表，長期為民眾發聲，個人十分感佩。
- 二、大眾常以「社會觀感」及「公平正義」觀點來論述此案，在談此案前，須先聲明，本人非任職於高醫，也非高醫的畢業生。
- 三、談到「公平正義」，近日高雄第一科技大學也爆發某教授接受行政院委託研究計畫案，其費用核銷涉及不法，被以詐欺、瀆職及偽造文書罪起訴。請問委員，若以健保局處罰醫界「違規 25 萬元，要罰 1 億多元」之道德標準，高雄第一科技大學豈不是要罰好幾億元，大學勢必倒閉，學生須轉至其他學校就讀？是否學校校長、學院院長、系主任也需撤換？然而事實上，高雄第一科技大學並無受到此種處罰。高醫才違規 25 萬元，結果健保局處以 1 億 5 千多萬元，罰款高達 6 千倍，若委辦研究案，同樣罰這麼多倍，誰消受得了？
- 四、引述黃委員偉堯上次會議之發言，醫師與醫院不能切割，同樣的，教授與學校也不能切割，學校也需負連帶責任。高醫案因涉及戕害到病人身體健康，所以罪無可赦，但其他院所若僅是申報問題，就被等同於詐欺、偽造文書處理，有那麼嚴重嗎？本人近來想向監察院檢舉，建議其應全面清查近 3~5 年來所有政府對外之委託案、研究案經費核銷合法性。請委員用大家都可以接受的標準，一視同仁的看待醫界。最近醫界被各方輿論撻伐得很淒慘，其實醫界並非如此壞，只是醫界都很聰明，但很自私，整體無力。

謝榮譽理事長文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、醫療工作是涉及生命的行業，社會一向對醫界的職業道德，有很高的期待，若有違法情事，就會受到社會很大的批評。我想會身為醫療工作者都有此體認。高醫案件完全違反醫療專業道德，就算交給醫界處理，醫界也不會寬容。從事發至今，未有醫界替他說話，即是因其抵觸身為醫療工作者最基本的原則。
- 二、我並非為高醫求情，但同樣身為外科醫師，設身處地，還請長官及社會大眾對高醫院方多予寬容。以一般手術處理程序經驗來看，從癌症病患身上取下之檢體，由主刀醫師逕帶往研究室進行照像及紀錄留存，這是很平常的事，不會有人懷疑，因此，高醫案件絕對可由該名醫師 1 人獨自完成，且不會有第 2 人知情，相信其旁的助理、住院醫師及醫院管理人員都不知情，就連健保局也無從發覺，所以這不會是醫院集體犯罪行為。
- 三、其實高醫案犯案標的並非健保費，而是要詐領保險費，所以知情的人越少，對犯罪者越有利。犯案醫師將有病的組織放入病人的檢體內，讓病理科醫師的確看到組織有病變，且無從分辨是否為該名病人檢體，更何況檢體已加入福馬林(防腐劑)，除非經特殊的 DNA 鑑定，否則一般檢驗根本無從察覺。只有經保險公司於彙整相關賠償案件時，才有可能發覺異常現象。
- 四、醫療行業屬獨立判斷、高度自主之專業，對醫師獨立判斷行使之醫療行為，醫院管理者並不會過多干預。本案假若院方事先發覺，且包庇掩護該醫師，則目前之處分就屬恰當，但事實上本案完全是醫師個人行為，院方卻承受如此大的處分，是否合理，是否符合比例原則，值得商榷。

陳委員錦煌

請問健保局，98 年 1 月 1 日起至 98 年 12 月 31 日止，已是過去時間，病人之看診已經完成，那停約 1 年從何時開始？

廖委員本讓

健保局對「回溯性停約」的說明不太清楚，容易使人混淆。是否原本的處分為「事後停約 1 年」，但顧及病人權益及諸多問題，所以改變做法，改處以不予支付「前 1 年所請領之健保費用」，即回溯

不支付 98 年 1 月 1 日起至 98 年 12 月 31 日期間的健保費用，這樣的解讀是否正確。

陳委員錦煌

所以意思是，為顧及該院婦產科病人及未來主人翁的醫療權益，所以改罰 98 年 1 月 1 日起至 98 年 12 月 31 日 1 年健保申報費用，但現在 99 年度高醫婦產科仍然照常看診，是這樣嗎？為何不能自 99 年度起停約一年？

謝委員天仁

- 一、本案這樣處理恐怕會對外界很難交代，案子爆發當時，署長在媒體上講的那麼大聲，但就報告內容看來，好似重重提起，又輕輕放下，若處分已對外說明，事後卻一再更改，此做法宜慎重考慮。
- 二、請問回溯一年不予支付的金額到底是多少？

黃副局長三桂

- 一、謝謝委員的關心。首先向陳委員錦煌解釋，若採往前處分的做法，自 99 年 7 月 1 日起高醫婦產科就要停止健保特約 1 年。此種作法後續將衍生諸多問題，諸如：很多懷孕婦女無法繼續產前檢查、不孕症夫婦也因此中斷治療過程、癌症病患更因而無法繼續接受該院原診治醫師之癌症術後檢查、治療及追蹤。另健保局前接獲消基會來文，要求本局處理本案時，須注意不可因高醫本身的錯誤造成被保險人的就醫權益受損。
- 二、另就扣罰金額來看，若自 99 年 7 月 1 日起停約 1 年，健保局當然可不支付高醫婦產科這未來 1 年的醫療費用；若追溯過去 1 年所申請費用，估計約為 1 億 5 千多萬元以上，意即健保局不會支付這筆金額，且將追回這筆費用。
- 三、感謝委員天仁的關心，有關法理問題，本局已特別函請衛生署法規會就適法性予以釋示，並徵詢本局法律顧問，在確實考量可行性之後，才做此處理。其實健保局大可直接往前停約，但基於對高醫就診病人權益的重視，才改以回溯性扣罰之方式處理。對高醫而言，該院已經受到相當大的教訓，甚至於今年

高雄醫學大學的畢業典禮上，校長還特以此案例訓勉畢業生。

四、整體而言，本案採追溯方式處理，已追回違規案金額、醫院也受到懲罰，亦顧及民眾就醫權益，這已是兼顧情、理、法，且對各方傷害性最小的方式。

謝委員天仁

- 一、但健保局於議程之文字說明，易讓人誤解，若照黃副局長的說明，則議程應該不會出現「負有行為責任之許世正醫師於前述停止特約期間，對保險對象提供之醫療保健服務，不予支付」等文字。依黃副局長說明，應該是將高醫所有婦產科1年所支付的金額全數追回，而非如議程所列，只追回許醫師這年特約所申請的費用，議程說明的文字表達有問題，宜釐清。
- 二、若有金額應該詳列出來，就不會讓人以為處理方式經過調整，而有前後落差太大的感覺。

黃副局長三桂

對說明文字本局會做適當修正。在此要特別向陳委員錦煌及謝委員天仁說明，高醫的違規申報金額約25萬元，但被追扣金額達1億5千萬元以上，這樣子的處分方式對任何公、民營機構都是非常大的傷害，此案後續也造成高醫整個人事大調動，很多人需為此事負責。高醫除了表面上受到健保局的處罰外，其實內部已受到嚴重的傷害，急需要儘快恢復才能再從新站起。在此，懇請各位委員支持健保局，這實在也是不得已的處理方式。

楊主任委員銘欽

- 一、本案謝謝陳委員錦煌關心其來龍去脈。兩位醫界代表也表示，醫界對這樣的行為，也是同聲譴責。我們都了解，醫界絕大多數醫師都是為病人著想的好醫師，對有少數這樣的醫師，確實需要加以嚴懲。高醫案對醫院或科別的處罰，主要依據特管辦法之規定處理，對該法條，主管單位有裁決的空間，宜尊重之。
- 二、依健保局報告，高醫違規金額是25萬元，被裁罰1億5千多萬元，與事件剛爆發時擬處理方式有所不同，與外界期待有所落差，但經釐清，扣罰費用仍維持，只是時序上有所調整，以

兼顧法、情、理。對此報告，文字上需調整，扣罰金額為 1 億 5 千多萬元，請問各位委員可否接受。

謝委員天仁

據聞二代健保將修法，擬將特管辦法原來扣減 2 倍費用之罰則改為 2~10 倍。請教健保局，高醫違規之健保費只有 25 萬元，而裁罰 1.5 億元，有沒有法規依據？雖雙方當事人可進行協商，但結果是否與法規相符？公務單位務必以法律做依據，需請健保局多加注意。

陳委員錦煌

- 一、該案若非有醫師自告奮勇檢舉，健保局根本無從得知。健保局醫管組應該有所作為才是，本人除建議發給這位舉發醫師獎金外，也建議未來健保各分局查核業務同仁應施行輪調制度。
- 二、醫生為民眾服務，應該要有良心與醫德才是，基於為健保著想，付費者才特別關心此案，剛才很高興聽到醫界也有同樣的看法，今天的報告，我接受，希望不要再有類似事情發生。

楊主任委員銘欽

各位委員的意見轉請健保局參酌，本案洽悉。

參、報告事項第四案「中央健康保險局報告『各部門總額 98 年度違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 65~67 條規定案件之統計資料』」與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

- 一、謝謝蔡組長的報告，先補充說明本案背景，上次委員會議決議：因未討論出更佳處理模式，爰違規扣款仍納為 100 年度總額協商減項。本報告係依此前提，請健保局按往年算法，說明 98 年度違規扣款之類型與金額，做為協商 100 年總額參考。但此為目前的做法，依上次會議決議，若有更佳處理方法，則可另提案討論。
- 二、報告中違規案件類型 12 項分類之「非總額舉發」部分，是指由民眾檢舉或健保局主動舉發之案件，金額是指違規本身的費用，未予擴大扣罰。請問各委員對報告內容，有否詢問？

謝榮譽理事長文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、請問健保局，表 2 所列，醫院總額中非總額舉發共有 67 件，其中由民眾檢舉或健保局舉發者各為多少？應分別統計列出。
- 二、所謂「總額舉發」是指「承辦單位舉發」，因醫院總額是由健保局承辦，所以醫院部門，若由健保局舉發，應列為總額舉發，而由民眾檢舉者，才是非總額舉發，這樣的定義，才符合道理。

謝委員天仁

謝榮譽理事長文輝的說法供參考即可，其邏輯似乎不通。本統計主要顯示各部門之自律功能及管理成效。本人不反對「非總額舉發」項下再細分，但不應將健保局舉發列為總額舉發，若這樣列，就無法看清管理成效及事實。

謝榮譽理事長文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、要向謝委員天仁說明，本案統計，涉及總額管理之良窳，若管理不好將做為總額減項，會實質懲罰到總額部門。如牙醫總額之管理良好，總額舉發有 18 件，這 18 件的違規金額就不列減項金額。



二、而今醫院總額與其他總額的情況不同，例如中醫總額是由中醫師公會全聯會承辦，而醫院總額從未由醫界委辦，都是由健保局承辦。健保局因承辦，故執行查核是其職責所在，過程中醫院也都配合執行，健保局管理得好就應鼓勵，所以有必要將健保局舉發列為總額舉發，若今天醫院總額承辦單位為醫院協會，那健保局所舉發者當然可列非總額舉發。

#### 陳委員宗獻

- 一、基本上我贊同謝榮譽理事長文輝的論述，管理者是誰很重要。總額承辦單位，為能增加效益、減少支出，將錢用在刀口上，所以管理、審查、支付都是承接總額必須的管理工具，管理的好不好可以檢討，但不應成為減項。
- 二、對某些統計結果有疑義：
  - (一) 表 2 所列，西醫基層總額總額舉發案件為 0，數據是否正確？
  - (二) 表 3 所列，西醫基層總額違規「類型 12：其他」，其非總額舉發金額，占合計違規金額幾近一半，違規家數也高達 72 家；同項在中醫總額占合計違規金額比率也高達 9 成；醫院總額也有 6 成，這比例明顯偏高。
  - (三) 睽諸違規類型 1~11 項之內容，依蔡組長之說明，幾乎無所不包，何況類型 08 已包含「其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用」，怎還有那麼多案件被列為類型 12？
- 三、據我所知，西醫基層總額自我舉發案件很多，在中區至少有 2 百多件，為各科別平衡發展，中區設有科別虛擬總額，若超出虛擬總額，則需處理，如被發現申報不實，則會被要求自行扣減申報金額，中區耳鼻喉科就被扣減 1 千多萬、精神科也扣了 3~4 百萬。是否這些都被列入類型 12，否則為何其他類金額會如此大。
- 四、西醫基層總額違規之 01 及 02 類型，約占三分之一。舉例而言，若有病童需複診，家長因孩子需補習無法請假看診，而請求醫師逕依前次處方開藥，醫師若同意，就會被列入「02：未經醫

師診斷逕行提供醫療服務」。其實很多違規情況情有可原，尚請委員理解。

#### 楊主任委員銘欽

- 一、幾位醫界代表關心「總額舉發」及「非總額舉發」之定義，在此先予釐清。請看議程第4頁，第159次委員會議紀錄，違規扣款討論事項之第一點決議第三行：「…且僅減列民眾檢舉及健保局主動查核所發現之案件，不減列總額部門發揮同儕制約而主動舉發之案件」，其意義並不受委託與否所限。
- 二、議程第31~34頁所列之分類方式，係沿用過去習慣用詞，明確而言，「總額舉發」應該是「總額部門發揮同儕制約而主動舉發之案件」，如同剛才陳委員宗獻所舉的例子，是指醫界認為有問題而舉發者，而「非總額舉發」是指民眾及健保局所舉發的案件，不論健保局委辦與否，若該局從申報資料中，發現異常而主動查核、舉發者，都歸此類。建議大家不須在此名詞定義上打轉。
- 三、陳委員宗獻建議，對01及02類型，如，有些年長、行動不便之患者，無法親自就醫而給藥之情形，可從法、理、情三方面加以考慮。就我所知，健保醫療辦法已酌予修正，放寬無法親自就醫者，而委由他人向醫師陳述病情，以繼續領取相同方劑之適用對象。

#### 謝榮譽理事長文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、依慣例，主席所示之定義可視為裁示，但我認為此定義有瑕疵。依總額研議方案，同儕制約的理論基礎，乃是藉助委託團體之專業自律，達到同儕制約效果。例如，承辦牙醫總額之牙醫師公會全聯會，依據健保相關法令、醫師執業倫理等基礎，訂出遊戲規則，對違反者給予處罰，達到自我管理的目的。所謂同儕制約是指專業團體之自我管理，而非個別牙醫師之舉發行為。
- 二、醫院總額由健保局承辦，請問承辦單位到底是整個健保局，或只是健保局的一部分，若是後者，健保局舉發者才可以不算總

額舉發。事實上，健保局醫院總額支委會，由黃副局長主持會議，由健保局與醫院代表共同管理，承辦的健保局這麼努力管控，怎麼會總額舉發案件算 0！健保局難道不覺洩氣嗎？我不認為由個別醫師舉發之案件，可列為同儕制約，主席對同儕制約的定義無法令人贊同。

- 三、權利與責任必須相符，醫院總額從未給醫界承辦，既不給醫界承辦，憑什麼要醫界承擔責任！總之，醫院總額由民眾舉發者同意列為「非總額舉發」，但由健保局主動偵查確定者，應列為「總額舉發」，若各方意見不同，建請尋求公正第三者評判。

蔣副秘書長世中(李委員明濱代理人)

- 一、同儕制約是管理總額的方式之一，醫界從不包庇不法行為，對同儕制約也有很深的期待。
- 二、施行總額制度，整體費用已事先固定，若有浪費，則點值相對下降，故所有違規案件，受傷害的其實其他合法的醫師。若又將違規扣款列為總額減項，讓其他醫師承擔，這十分不合理。過去將違規扣款列為總額減項，其實是積非成是的做法，縱使金額相當小，醫界從來就沒有同意過。
- 三、請健保局能釐清，各部門違規類型 12 到底包含哪些分類？隱含了哪些違法案件？其金額在西醫基層總額占了 51%、醫院占 65%、中醫占 84%，比例相當高，是否包括特約藥局、特約檢驗單位等各部門無法管控的部分？若將這些單位列入，對總額部門不公平。
- 四、請教健保局，本違規統計是否包含專款專用案件？專款專用預算與一般服務之預算來源及用途並不相同，若專款違規案件計入本項違規統計，而扣除一般預算費用，這不合理。

陳委員宗獻

- 一、承辦總額其實是承接了很重的責任，西醫基層部門「總額舉發」案件之統計數為 0，個人十分介意。本案之統計，無法呈現總額承辦單位在管理上所付出的努力。
- 二、就基層總額承辦單位而言，承辦團體能分析掌握的只有「用藥

太貴」、「服務量異常」、「就醫次數太多」、「就醫人數太少」等資料，例如對參與醫療資源缺乏地區改善計畫，但服務量特別少的院所，我們曾全面進行實地訪查及輔導。但對違規類型 01~11 之案件，雖與健保局共同管理，但實際上，承辦單位無法掌握這些資料，建請健保局也能讓我們參與查核，讓承辦單位對缺失內涵有更多的了解。

- 三、類型 12 的比例實在太高，有必要進一步釐清，建請健保局能列出類型 12 之醫療院所名單及違規事項給總額承辦單位，因為除了 01~11 類之外，實在想不出還有哪些可列「其他」項。

楊主任委員銘欽

- 一、整理醫界之發言重點如下，稍後請健保局先回答，無法現場提供資料部分，再請會後提供給關心的委員：

- (一) 對所列之 1~12 項違規類型，希望能列出各類細項。
- (二) 專款專用與一般服務預算分屬不同項目，請釐清統計資料有無包含專款專用案件。
- (三) 謝榮譽理事長文輝認為，若總額有受託，則其受託單位內部會有同儕制約共識，依此共識所舉發之案件，當屬「總額舉發」，而個別院所或醫師所舉發的案件就不能歸為此類。醫院總額目前並無委託(僅 93 年度有委託台灣醫院協會辦理)，到底健保局主動查核部分，是與其他部門同屬「非總額舉發」，或是歸為與醫界共管的結果，屬「總額舉發」，需進一步釐清。

- 二、對謝榮譽理事長之疑義，先予澄清：依其觀點，若健保局與醫院團體代表，在共管過程中，已建立同儕制約共識，則在此共識下，所舉發之案件，可算為「總額舉發」；但若健保局之查核作業，與其他部門一視同仁，是從統計資料中主動查覺異常，而予查核舉發者，應屬「非總額舉發」。

- 三、陳委員宗獻所提，西醫基層總額舉發為 0，是否係因年度不同所致，健保局所統計的是 98 年度的資料。

陳委員宗獻

剛才所提總額部門因同儕制約，自我管理而自動扣減的部分，不會

出現在 01~11 的類型中。此統計方式，容易讓人誤認為總額承辦團體沒有自我管理，沒有具體作為。

楊主任委員銘欽

請健保局能提供違規類型 12 之細項資料，若無法當場提出，則請會後提供。有關西醫基層總額舉發為 0，是否是為年度不同所致，也請健保局一併回應。

陳委員宗獻

我想後續不需再處理，委員們知道醫界的訴求即可，這牽涉到社會觀感問題。

楊主任委員銘欽

本案為報告案，對委員之疑問，請健保局釐清，若仍不足，再請補充相關資料即可。

李醫師豐裕(林委員永農代理人)

- 一、類型 1~11 已經涵蓋非常多的違規樣態，但中醫總額卻有近 9 成違規類型被歸為「12：其他」，此點頗令人奇怪。其他類型包含有很多種情況，若健保局能提供大概的內涵，供中醫師公會全聯會參考，相信會有助於同儕制約及總額部門自我舉發。
- 二、中醫總額部門之同儕制約機制與西醫基層總額類似。以中區為例，去年度，我們發覺問題後，即進行實地輔導，最後透過院所與健保局協商方式，予以扣罰之醫療費用達 8 百多萬元，這些費用，都未列入總額舉發之統計數字中，特予說明。

楊主任委員銘欽

請健保局綜合回應。

蔡組長淑鈴

有關委員之幾點疑問，回應如下，希望能釐清疑慮：

- 一、總額委託以專業審查為主，雖委託合約有提到，總額受託單位可以建議或協助舉發，但依特約及管理辦法所執行之查核業務，屬公權力之行使，不在委託範圍。健保局在辦理查核過程

中，受託單位若有協助舉發，也須經查證屬實才會處分。報告所列之數據，是經過他人舉發或健保局自行發現，經健保局查證屬實，予以懲處之結果。

- 二、特約藥局、助產所以及其他特約檢驗機構之違規案件，列在其他部門中。
- 三、有委員提到，總額受託單位做很多自我管理，例如發現診所違規，而輔導其繳回不當費用，此情形屬特管辦法第 69 條，不適用特管辦法 66~67 條。第 69 條之內容為「保險醫事服務機構未經保險人或其他機關訪查前，主動向保險人坦承有申報不正確情事，並自動繳回應扣減（還）之相關費用者，得不適用第 66 條及第 67 條之規定」，剛才基層總額及中醫總額代表所提到案例，都是屬於這類自動繳回之情形，其實各總額部門也都有此情形，所繳回的費用，當年度全回到總額，若點數獲得控制，點值自然提升，此部分追回不少錢，各總額承辦單位都有貢獻。
- 四、關於類型 12 之內涵，這幾年來違規樣態一直在改變，舉凡未報備支援就跨院看診，再將費用攜回申報，或是誤報費用、溢報費用、病患出國卻有申報費用等等情況，因前 11 項類別未能涵蓋，故全部列為第 12 項，該類之細項非常多，健保局備有明細資料，會後歡迎委員查閱。

#### 葉委員明峯

- 一、對醫療院所違規，社會之觀感非常不好，處理醫療院所違規案件確實是非常重要的課題。個人認為，醫界進行自我檢討及同儕制約管理，本來就是該有的作為，並且本人也贊同按照上次委員會議紀錄所決議，列入協商因素減項之方式處理。
- 二、由健保局加強稽核，固然是重要的課責工作，但如何強化醫療院所的自律行為，值得思考，也請健保局參考。
- 三、報告所列是 98 年違規院所件數統計，請問健保局違規件數之統計趨勢，是逐年上升或有改善下降？

謝榮譽理事長文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、對違規案件於總額中予以扣減之方式，是三年前費協會所議定的方式。本案列為報告案，至於100年總額到底該如何處理，還是需到年度總額協商會議去談，趁此機會，懇請委員重新思考本問題，剛才蔡組長已說得很清楚，委託給總額承辦單位，只有專業審查權，其他管理都由健保局負責，院所違規卻歸咎於醫界而要扣款，這是相當有瑕疵的決議。
- 二、現在各總額承辦單位都很積極自我管理，醫界也希望握有申報資料的健保局努力查核，原因是違規所扣回的醫療費用，最後回到總額，對守法的院所而言才公平，這是很大的誘因，醫界不會包庇違法院所，委員大可不必擔心。
- 三、依特管辦法，扣罰2~10倍的費用歸公務預算，違規之本金(健保申報費用)回到總額，這好比西醫基層總額有輛價值100萬的車遭竊，竊案查獲後，這輛車返還西醫基層總額，這合情合理。但本會對違規扣款之決議，就好像在處罰失主(西醫基層總額)，要求從西醫基層明年總額中扣除100萬元，這懲罰合理嗎？就算要扣罰，扣罰對象也應該是違規院所才對，而今卻處罰良善之其他人，這非常不合理。若真要爭訟，訴諸於行政救濟程序，本會之決議，不一定站得住腳。
- 四、綜上，本會之決議非常不合理，是否列明年總額協商減項，宜請深思。

#### 陳委員宗獻

補充一點，將違規扣款列為減項，會造成累罰之情形，等於無窮年一直扣下去，對醫界相當不公平。

#### 楊主任委員銘欽

時間關係，本案於謝委員天仁發言及健保局回應後，先告一段落。

#### 謝委員天仁

主席已經裁示要告一段落，我也是要建議，該告一段落了。

#### 廖委員本讓

時間都花在報告案，何時討論重要的討論案？

## 蔡委員登順

- 一、本席要提出抗議，對違規查核之處理方式，已討論三年，且於每次討論，醫界皆表達很多意見，過去以來，付費者一直都予以尊重，但依蔡組長之報告，違規查處屬於公權力的行使，不是總額委託業務，非屬總額承辦範圍，公權力行使發現違法情事，費用當然應該扣回，這對社會而言才有公平正義。
- 二、本案即使再討論三天三夜，也討論不完，醫界與付費者的觀點本就南轅北轍，請大家互相尊重。況且違規扣款占總額之比例相當低，5千多億總額中，總共才扣1億多，若再不扣，顯示付費者委員沒有功能，根本沒有存在的必要。個人建議，本案停止討論。

## 楊主任委員銘欽

對剛才葉委員明峯所詢，近年違規扣款比例是上升或下降問題，請健保局簡單回應，之後本案就結束。

## 鄭局長守夏

有關葉委員明峯所詢問題，於下一案醫療支出情形報告資料第 11 頁中，有歷年違規查處之統計資料，請委員參考。

## 楊主任委員銘欽

若有委員關心本報告所統計違規案件「類型 12 其他」之細項內容，請逕向健保局查閱，本案就進行至此。



## 肆、報告事項第五案「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

楊主任委員銘欽

謝謝鄭局長守夏的說明，請問對本報告案有無詢問意見。

陳委員錦煌

隨本次議程寄送之 99 年 4 月份全民健保業務執行報告中，第 5 頁所列健保局 4 月份向銀行融資借款之金額，究為 280 元或 280「億」元？

鄭局長守夏

這一字之差，差很多，本局會再確認該報告之文字並予修正。

謝委員天仁

- 一、本支出情形報告之各層級院所申報資料顯示，西醫基層門診量減少，而醫院門診量增加，此趨勢似與希朝分級醫療之政策相背離。近來署長提到醫學中心 CMI 值偏低的問題，或許也該全盤檢視分級醫療的落實情形，輕症不須往醫學中心跑，但轉院重做檢查又浪費醫療資源，這是許多民眾的親身體驗，建議應研擬妥適處理對策，以期分階段落實分級醫療。
- 二、關於慢性病患的照護，西醫基層診所不能看嗎？是否一定要到醫院才能得到妥適的照護服務？若西醫基層可以提供慢性病的照護，就不須到醫院就醫。希望健保局能統計病人跑到醫院就醫而增加的醫療費用等詳細分析數據，例如：以 CMI 值呈現各醫院就診病人之疾病複雜度…，由此才可知道要從何處適度管控與調整。

楊主任委員銘欽

- 一、委員所提意見，請健保局參酌。
- 二、若無其他詢問意見，則本案洽悉。

## 伍、討論事項第一案「『違規扣款』如何納入民國 100 年總額協商減項案」與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

本案提案人為陳委員宗獻，其準備相關資料相當用心，今天除了書面補充資料外，並備有簡報說明，請陳委員先做說明。

陳委員宗獻

- 一、為節省議事時間，省略簡報部分。
- 二、歷年總額協商時，付費者、學者與醫療服務提供者等各方代表都十分艱辛，主要原因就是缺乏共同立場，若能以一致的立場，協談次年度的總醫療費用或總服務量，或能改善此困境。其實協商前，有很多工作可預為準備，不須當天才來喊價，本提案的目的，即是希望在不影響現有架構下，提出改善方法，其概念是所有減項都可談，例如藥價調降或要節約的、表現不好的、可節省的等項目，都是減少醫療點數的方法。

謝委員天仁

程序問題。

楊主任委員銘欽

請謝委員天仁發言。

謝委員天仁

此議案已於前次會議做成決議，而依照本委員會議事規範，須先提請復議，若有通過才重啟討論，因此，本案在法令上尚未合於規定，應先進行程序處理。

陳委員宗獻

剛宣讀確認前次會議紀錄時，即提出修正紀錄之意見，主席也同意應增列「未來若有更佳的處理方案，仍可提會討論」乙項決議，因此，本案之提出，合乎前次會議決議內涵，提案內容則是將我前面所說的困難點涵蓋於內，事實上，是另外的提案，而非前案的復議。

楊主任委員銘欽

- 一、前(第 159)次會議，對違規扣款的處理方式確保留了再討論之空間，即若有更佳之方案，可再提出討論，但僅限於「違規扣款」部分。依陳委員宗獻之提案內容，雖包含違規扣款的處理方式，但似對 100 年的總額協商架構有較大改變，此將牽涉第 158 及 159 兩次會議之原決議，故須先處理謝委員天仁所提程序問題。
- 二、依本會會議事規範，復議之程序處理須經現場委員表決，惟據瞭解，本委員會以往甚少動用表決方式，故先請教謝委員對本案議事處理之意見。

謝委員天仁

陳委員宗獻既已提案，建議只就提案本身是否符合議事程序處理，若不符合，則不予討論。既然認為其提案本身與過去的決議有所重疊，此顯然是復議，但未依議事規則提請復議，則不應進入實質討論，故本次會議不予討論。陳委員若仍欲提請復議，則宜於下次會議依議事規範再提出，不應是本提案於程序不合，又臨時改成提請復議，大家應遵循此遊戲規則。

楊主任委員銘欽

謝謝謝委員天仁。

陳委員宗獻

- 一、本案的重點是協商因素的討論方式，提出的時點亦符合幕僚意見所列「…若確需變動，應於前一年 6 月前提經議定」乙項，若延至 7 月才提案，反而不對了。
- 二、就委員提案權而言，過去在費協會，往往是委員的一句話就成了提案，這是因為大家的相互尊重，能體會各委員不僅是各公(工)、協會代表，也揹負其所屬團體龐大會員的權益，而本案也是委員提案，盼獲尊重。
- 三、本案內容不只是違規扣款的處理方式，其實我已在上次會議提

出程序問題，表達若不先討論此架構，未來肯定會有爭議，而目前的爭議點即是如此，故前次會議即要求應留下「後案優於前案」的討論空間。

陳委員錦煌

依據本委員會議事規範，提請復議必須是原案決議後尚未執行且須經出席委員十分之一以上的連署，但大總額都已報院，還能復議嗎？

陳委員宗獻

這是協商架構的新案，並非提請復議。

楊主任委員銘欽

請孟委員藹倫表示意見。

孟委員藹倫

- 一、對違規扣款之處理方式，上次會議因未討論出更好的處理方式，因此才建議沿用過去的做法，惟保留若有更佳方案可提會討論之空間，但本提案似非純就上次議題提出更佳方案，而是就協商架構提案討論。
- 二、依幕僚意見，100 年度總額協商公式已於第 158 次會議議定，衛生署 100 年度大總額計算公式在程序上也已報到行政院審查中，因此，目前是否適宜再討論變更 100 年的協商架構，過去是何做法或須先釐清。

楊主任委員銘欽

請衛生署健保小組梁組長淑政說明 100 年度大總額報院進展情形。

梁組長淑政

衛生署已於今年 4 月底將 100 年度大總額陳報行政院，行政院已交付經建會完成審查，目前仍待行政院回復中。

楊主任委員銘欽

剛孟委員藹倫提及一重點，即衛生署報院 100 年度大總額係沿用過去的架構。因此，陳委員宗獻之提案雖於 6 月底前提出，但目前若

欲變更總額協商架構，則將與大總額所採架構不一致，恐難以執行，請陳委員宗獻再予審酌。

#### 陳委員宗獻

- 一、依議程資料第 37 頁本會幕僚意見第二項，100 年度總額設定公式為「年度部門別醫療給付費用總額＝前一年度部門別一般服務醫療給付費用 $\times$ (1＋醫療服務成本及人口因素成長率＋協商因素成長率)＋年度專款項目經費＋門診透析服務費用」。今日提案內容即是在此總額設定公式下，就協商因素內容，提出新的討論架構，可採微觀或宏觀方式，其討論結果仍在原定公式及行政院所核上限範圍內，不影響也不會改變 158 次會議決議。
- 二、依歷年經驗可知協商的討論方式是可變動的，例如慢性病照護於 91、92 年曾列為西醫基層總額之鼓勵項目，於 93 年之後則列為協商因素加項。基本上，本案並不是要拆掉整個原有架構，今日補發之單張資料是微觀協商討論方式的詳細說明，內容只就協商因素處理，仍是在既定的架構範圍內討論。

#### 楊主任委員銘欽

可體會陳委員宗獻希望改善協商架構的用心良苦，但其內容涉及本會第 158 及 159 次委員會議相關決議，故建議本案緩議。據上次會議，對違規扣款的處理方式，若有更佳方案，則可再提出討論，因此，建議陳委員依此方向思考並針對此點修正提案內容，無 6 月底前提出的限制。

#### 陳委員宗獻

或許是案由提到 100 年總額協商架構，讓大家有所誤解。其實可修正為 100 年總額協商因素的討論方式，本案是要討論協商因素，就如同過去在討論預防保健、慢性病照護不列鼓勵項目或列協商加項等，以往已有很多處理經驗，而我認為本案所提協商模式，可解決諸多爭議。

#### 楊主任委員銘欽

如此解釋確較不影響第 158 次會議原決議，就此再次請教謝委員天仁之意見。

謝委員天仁

提案的實質內容，與違規扣款列減項與否之問題有關，所提內容與原決議屬一體的兩面，本質上是同一件事，又怎會變成另一新議案而可提出討論。若每次都可以就正面所提事項，再由反面另提新案，豈不是永遠都討論不完，這不是議事該有的現象。若能重修提案內容，說服委員是完全不同的議案，或可接受，但這做法本身值得商榷。

蔣副秘書長世中(李委員明濱代理人)

- 一、本案與衛生署報院大總額及本會第 158 次會議議定之總額架構無關，而係協商因素加、減項成長率的討論方式。若案由稍修改，而就總額協商因素考量如何納入加、減項，即可進行細部討論，此對原已定的整體大架構並無影響。
- 二、依過去的宏觀協商方式，協商因素不應列有減項，因為總額是統包的概念，不足部分已反映於點值的浮動，若協商因素一直無限上綱地納入減項，對總額及醫界醫療服務提供者的權益都會產生很大影響。反之，若用微觀方式，則可以實際點數為基礎開始談，逐一討論可納入之減項。

楊主任委員銘欽

據陳委員宗獻初步的說明，是只就協商因素部分討論，由於這部分內容，並無 6 月底提出討論之限制，且委員對今日之提案能否繼續討論亦有不同意見，故建議今日先緩議，並請陳委員宗獻蒞會先就討論方向與幕僚進行溝通後，再行處理。另，蔣副秘書長世中提及協商因素加、減項部分，在正式協商 100 年度總額前，會先在健保局預擬協商因素草案中先談，而接下來的 8、9 月也都會有相關討論。

陳委員宗獻

- 一、個人一向秉持理性態度討論問題，於上次會議即可預知，若不

先討論本人所提架構而直接討論違規扣款之處理方式，今日就會有此爭議局面。然而，在醫界代表未同意此違規扣款處理方式之情況下，上(第 159)次會議何以能做成決議並於 12 點 15 分散會，那是因為沒有討論出更好的方式，才暫時沿用過去的處理方式，但也同意若更好的方式，可隨時提出討論，且後案優於前案等，此為當時做成決議的背景。

二、上次會議結束後，對此議題反覆思考，若只討論違規扣款，往後勢必陸續出現其他減項，那真是不勝其煩，也造成所有委員的困擾。因此，本案希望能一併處理所有減項的問題，而在協商因素討論方式須在 6 月份完成的限制下，現在若不討論，7 月時卻說已超過時限，又該如何？其實，我們在費協會均是互相尊重委員的提案權，此提案又不是洪水猛獸，都在既定架構下討論，只是就協商因素的加、減項，要嘛就採宏觀協商都用加項，但若大家覺得這樣不好，也可採微觀協商，用減項剔除不必要的服務。

謝委員天仁

從提案的案由「『違規扣款』如何納入 100 年總額協商減項」，與其說明內容所建議兩種方式之一，宏觀架構的「不列舉減項」等，均已清楚說明此提案係就「違規扣款」列不列做減項所為之論述。因此，個人認為若提案內容是提出「非」違規扣款之其他減項或協商因素如何納入 100 年總額協商，則或許還可認定為另一個議案，但這提案很明確就是「違規扣款列減項與否」的議題，而這已於上次會議做成決議。依據提案人陳委員宗獻之說明，與現在所提案之內容似有衝突，故建議不宜進入實質討論。

陳委員宗獻

提案案由為「『違規扣款』如何納入 100 年總額協商減項」，係依循上次委員會議決議，對違規扣款的處理方式，若有更好的方法，可再提出討論，此為主席當日明確之裁示，因此今日不能拒絕本案之討論。只不過不想只就小小一項「違規扣款」來討論，故以較宏觀

整體的角度來製案，而「違規扣款」要不要納入、如何納入，其實就是我們上次會議討論的內容。

楊主任委員銘欽

請教孟委員藹倫的意見。

孟委員藹倫

上次會議討論很久都未達成共識，當時本人建議若沒有新的共識，就沿用過去做法，該做法既然行之有年，應較為妥適，而陳委員宗獻也提出「決議後即不得再討論」之顧慮，因此，最後主席保留了可再討論的空間，即如議程資料第 18 頁(上次會議議事錄之發言摘要)之「未來委員對違規扣款如有其他更好的處理方案，可再適時提會討論，如獲通過，則再據以辦理」，建議陳委員宗獻之提案若能符合此保留事項，則應可再做討論。

謝榮譽理事文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、之前雖已決議沿用過去的架構與處理方式，但以歷年協商來看，進入次年度總額實質協商時，仍會視狀況稍作修正，例如協商加、減項及專款服務項目等，都曾於協商時調整，並非百分之百沿用前一年的方式。
- 二、其實只要不違反基本架構的原則，各項協商因素，需要的列加項，不需要的列減項，應可於協商過程再做討論，例如陳委員宗獻所提的兩個討論方向，沿用或不沿用過去的基礎進行協商，兩者雖有差異，但並不影響原本的結構，只是改變協商的方法，這屬細節問題，應是協商可談的空間。當然，若涉及基本架構的改變，就須留待再次一年度的總額來處理。
- 三、因此，大家若能有共識，既定的基本結構不改變，但其中所談細節可討論，則陳委員宗獻與醫界代表也就不必如此憂慮了。

楊主任委員銘欽

- 一、再重申，100 年總額協商架構與原則已於第 158 次會議討論定案，而上(第 159)次會議只保留對違規扣款的處理方式可再提



案討論。

- 二、綜括委員發言意見，建請陳委員宗獻在原有的協商架構下，以具體改善措施為重點，重修提案，惟其內容不宜有不合於原議定架構與原則之敘述，例如本案提及「不列舉減項」等，已與原決議衝突。

#### 陳委員宗獻

- 一、上次會議就違規扣款的處理方式進行討論有無更佳方案，於會後仍不斷思考，總覺得總額應是統包的概念，其審查、管理、支付為主要管理工具，若將工具逐列減項，豈不是沒完沒了。例如西醫基層有超過 20 項的不予支付指標，假若看診第 8 次以後不給付，那是不是就須列減項？這會造成指標訂定與管理的困難度。
- 二、本提案的微觀協商可列減項，而且不只是減違規扣款的部分，審查、管理效率、支付標準等都可列減項，而怎麼計算則涉及協商因素的問題，若要協商減項，就應從微觀方式去處理，這是概念問題。

#### 楊主任委員銘欽

剛有幾位委員提及，本案內容有「不列舉減項」等文字敘述，在認知上，對照第 158 次會議已通過之 100 年總額協商架構與原則，已產生衝突。

#### 陳委員宗獻

大家的考慮也有道理，因為提案中所提的兩個討論方式，似乎是強制二選一的途徑，因此，個人現立即修正內容，將宏觀協商部分，列入已決議的「違規扣款」乙項，但只限定此項，而不再列其他減項。其實就醫界立場，從頭到尾都無法接受「違規扣款」列減項乙事，至於理由過去已陳述很多，就不再贅述。

#### 楊主任委員銘欽

依前決議，若陳委員宗獻只就違規扣款之處理方式提案，請幕僚單

位確認是否涉及「應於6月前提經議定」之限制。

林組長宜靜

依前次會議決議，違規扣款列為減項，此係因未討論出更佳的处理方式，並基於過去的共識所為之決定。進入實質協商時，就如謝委員天仁曾於前次會議所提，屆時醫界與付費者均可提出希列之加項或減項協商因素，因此，陳委員宗獻所欲提之協商項目，協商時當可提出討論，與第158及159次會議決議並不衝突。

陳委員宗獻

- 一、這樣就不對了。到9月都還可提加、減項內容，有違宏觀的協商方式，在宏觀的討論方式下，最大的減項就是點值打折支付，而我們願意接受這一打折就是幾百億的最大減項，就是基於此宏觀架構，若隨時都可再提，則本案更是非討論不可，得先釐清宏觀或微觀之討論架構。
- 二、委員應有提案權，且此案並不違背任何規定或原決議內涵。

楊主任委員銘欽

- 一、剛欲處理的部分，即：請陳委員宗獻就前(第159)次會議所討論之違規扣款的處理方式，提更佳之方案。
- 二、陳委員宗獻所擔心「應於6月前提經議定」乙節，經幕僚說明，若對違規扣款，有更佳處理方式之提案，並不受此時間限制，委員仍可於7月委員會議提案再討論。至，「應於6月前提經議定」是針對基期費用變更之設限。

陳委員宗獻

個人提案並非討論基期，而是在思考「『違規扣款』如何納入協商因素」時，希望藉由改變協商因素的討論方向，以納入「違規扣款」的減項因素，否則再討論也只有扣或不扣兩種選擇，所以，改變協商因素的討論方式即是個人提出的解決辦法。

楊主任委員銘欽

仍建議本案今日緩議，請陳委員宗獻僅就違規扣款之處理方式修改

提案內容後再提會討論，惟為免其內容與前決議有所扞格，於提會討論前與幕僚先行溝通，以利議事順利進行。

謝委員天仁

時間不早了，但現仍膠著於程序問題，若接下來再由陳委員宗獻報告說明提案，而後進行討論，則因尚有臨時提案待討論，如此，今日會議恐將延遲至兩點才能結束。

陳委員宗獻

剛已說不做投影片報告。

謝委員天仁

此案爭議性很高，須很多時間討論，且此案現已偏移討論重點，時間已屆 12 點，後面卻尚有臨時提案未討論，考量整個議事進行，建議陳委員宗獻還是修整提案後再提出。

陳委員宗獻

若能允諾 7 月討論，則可接受。但須先確認，要就協商因素而不只是違規扣款的處理方式進行討論。

楊主任委員銘欽

不，只就違規扣款的處理方式，若有更佳方案，提會討論。

陳委員宗獻

依現行之協商因素的討論方式，若只就違規扣款的處理方式討論，並無法解決問題，建請同意就協商因素的談法提案討論。

楊主任委員銘欽

委員有提案權，只要不違反原第 158 及 159 次會議決議之協商架構與原則之下，應可同意提案，惟其內容目前尚無法判定是否符合協商架構與原則，故先請陳委員宗獻修正後，另提新案，並先與幕僚聯繫，若有需要，本人將就內容先行瞭解並與之溝通。

陸、臨時討論事項「全民健康保險藥品費用支出目標及其分配方式案」  
與會人員發言摘要

楊主任委員銘欽

- 一、本臨時提案屬重大議題，依慣例不會以臨時提案方式提出，但因本案牽涉層面廣，且可能需要更多資料以利討論，故先提出討論，一方面先讓大家瞭解案情，一方面先交換初步意見，今日暫不做具體結論。
- 二、歷年醫療費用中，藥費所占比例約 25%，且每年均有一定成長率，而本案設定藥費支出目標的主要目的為醫療費用成長之管控。欲控制醫療費用成長通常有兩個處理方向，一是價格的管控，如剛鄭局長守夏所報醫療費用支出情形中，因有第六次藥價調整，門、住診藥費顯有下降情形；另一則是量的管控，如健保局各區業務組針對醫院的自主管理，即有藥費成長管控目標。健保局對藥費已有價與量兩方面的管控工具在進行。
- 三、本案設定藥費支出目標與部門總額相似，給藥費蓋個大鍋蓋，不能無限制成長，但因為是目標制(相對應於部門總額的上限制)，成長可以突破，而突破後(即超出目標)就有須處理的部分，其一部分由醫界吸收，另一部分則由藥界吸收。
- 四、參考健保局邀集醫藥界討論方案過程中所附資料，顯示各方對藥費總額實施與否仍有不同意見，其中：藥業八大公協會，部分公會表示贊成，但也有建議設立藥費管理目標或表示不宜貿然實施等意見；醫界對此也持保留意見。
- 五、接續下來可先廣泛交換意見。若認為要做藥費總額，則再繼續往下走，屆時健保局須提供更細部的規劃與資料，俾利討論；反之，若認為實施藥費總額的時機或條件尚未成熟，還須時間醞釀，則可依結論陳報衛生署。

蔣副秘書長世中(李委員明濱代理人)

- 一、本案於健保法相關規定及總額實際執行面的爭議性很大，須先釐清：

- (一)依健保法第 49 條規定，總額得分地區訂定門診及住院費用之分配比例。而現況卻是醫院與西醫基層區分為兩部門並已實施近十年，若要實施門診藥費總額，則將如何配合現況切割總額，或意欲合併醫院及西醫基層二部門的門診部分？
- (二)依健保法第 50 條規定，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，但現在不僅是藥費，其他如檢驗、護理等所有醫療費用均由醫界概括承受財務風險。
- (三)同為健保法對總額之規範卻有不一致的情形，有的是上限制，有的卻是目標制。雖然能體會藥界經營困境，但若施行藥費目標總額時，超出目標時的處理方式，不論有無折付藥費，都是由醫界完全概括承受超支的財務風險，實未盡合理。然而，健保法規定藥品須依成本支付，藥費若不折付，又該如何處理。

二、在這次二代健保修法中，相關法令與執行面的扞格情形，目前除刪除「藥品依成本支付」外，與總額制度相關內容均未修正，為使相關執行與法令能相符，懇請相關單位應重視此問題，

謝榮譽理事長文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、本案應可於 12:30 前結束，因提案已說明還須就法令面進一步釐清。
- 二、對藥費目標總額實施與否，醫師公會全聯會代表持保留意見，其所表達意見傾向於負面、不支持。醫院團體在藥費議題，被打壓怕了，要是有意見，恐又被污名化係為利益而阻擋。所以，個人代表醫院協會三個層級，要特別更正主席剛所言，「醫界持保留意見」之論述，再次強調絕對尊重健保局及衛生署依法行政之作為，法有明文規定即可依之施行，只要確定方案對民眾有利即可，醫院團體完全無保留意見。
- 三、醫院只有一項訴求，即實施方案須符公平合理原則。藥界既然要求實施藥費總額，有權利就須有義務，因此，對超出目標的處理，若僅採全數自醫療費用總額扣除，似未盡合理。又，健

保法已明文規範，只有部分比例從醫療費用總額扣除，由此觀之，健保局所擬甲案顯有違法之嫌。

蔡委員登順

可否請藥師代表連委員瑞猛，先表達意見。

楊主任委員銘欽

請教連委員瑞猛之意見。

連委員瑞猛

- 一、健保自開辦迄今，藥費占醫療費用的比例約為 25%，去年藥費支出約 1,322 億餘元，數額相當龐大，而藥品問題也是醫藥團體及社會大眾長期關注的重大議題。健保局多年來對藥費管控的著力甚深，但對藥品的核心問題，即確保病人用藥品質(含療效及安全性)則較欠缺相關機制。
- 二、98 年 10 月第六次藥價調整，據估算每年約可節省 150 億元(每季約為 37 億)，對照 99 年第 1 季藥費成長率-4.55%，換算額度約只減少 15 億元，換言之，藥費又多出 22 億元。每次藥價調整都重複著相同情形，可預見的未來，藥費也仍會持續成長。因此，或應重新思考藥品的核心問題，而不是一味地只進行價、量的控制。
- 三、台灣藥品使用量是美國的 7 倍以上，而這些藥物最終都會進入人體，台灣 2 千 3 百萬人實際上是處在不安全的用藥環境，對此，過去醫療健保較少著力，因此在病人用藥的療效及安全性的確保上，尚有改善空間。而藥價調整的節省也應考量，部分用於建立相關用藥安全機制與配套措施。
  - (一)美國藥品使用量較台灣少，對高用藥量者(5 個以上藥品品項，或是超過 12 個劑量)有嚴謹的把關機制，均由專業人員先瞭解病患用藥狀況後供醫師參考，即便如此，美國每天仍有好幾百人因藥物使用不當而死亡。反觀台灣，藥品用量大又全無把關機制，若以美國的數據，估算台灣每天死於藥物使用不當

者可能達上百人，或有許多人無法接受此估計，但希望能喚起大家對用藥安全的重視。

(二)藥師調劑須時進行三讀五對及提供病患用藥諮詢，然而，5天份的中藥，健保只支付20元的藥品調劑費用，很難聘請專業藥事人員調劑；另外，西藥調劑一國兩制，西醫診所與社區藥局訂有合理調劑量，但在高達三億多張處方中，醫院占了重要比率，卻未訂定合理調劑量的限制，若有差錯誰來負責。又，常可看到慢性病人罹患好幾種病，又分別看了好幾個醫師，拿了一堆藥，算算一次得吃17顆藥者也不在少數，但這不是醫師的問題，而是缺乏整合機制來處理用藥重複問題。

(三)醫院經營常遇的困境是，專業醫療服務的給付不足，必須以藥價差補其不足，然而這非長久之計，應要合理給付專業醫療服務，讓病人的用藥回歸醫師的專業考量，讓醫院不須從藥品賺取利潤。藥價給付要合理，對醫院議價成效也要適度回饋，而不是一談到價差就與不當得利劃上等號。

謝委員天仁

一、民間對藥其實有很多意見，我們認為「錢」是重要誘因，若醫生看診過程可從藥品賺到錢，就會誘導醫師開更多藥，這是簡單清楚的邏輯，也是制度面現存的問題。民間團體期待的是，讓醫生回歸專業開藥，若承認或默許醫師賺取藥價差反將成為制度惡化的幫兇。或有人擔心醫界若無法賺藥價差，可能會失去議價動力，建議可將價差轉為獎勵金，在總額分配一定比例，用以鼓勵做的好的醫事服務機構，而非大家都有獎的齊頭式平等，如此可往好的方向前進。

二、這是健保局、衛生署無可迴避的問題，其願意提出此實施方案，個人認為應給予肯定。或許方案本身還有許多法規及技術面的問題待解決，但鼓勵可朝此方向努力，讓用藥量有合理適度控制的機會。其實我們在座每個人捫心自問，看病拿的藥都吃完了嗎？有多少丟掉？有無浪費？若有合宜的機制，何不適度調

整，或許無法一次到位，但也可分階段落實，就如今日的總額制度也是分階段逐步完成。因此，希望健保局能規劃分階段實施的方案，譬如健保法只規定門診費用可設定藥費分配比例的，則先就門診藥費考量分階段的作法，若達一定成效再逐步推進。門診透析的高額成長令人憂心，為能控制醫療費用合理成長，希望就藥費管控想辦法多些努力，既然西醫基層代表也認為可依法令施行，那就做做看。

楊主任委員銘欽

剛表達支持的是醫院代表而非西醫基層代表。

陳委員宗獻

- 一、事實上，藥費目標總額與用藥品質無關，就如現行四個部門總額(醫院、西醫基層、牙醫門診和中醫門診)，框住總額度對品質實無助益，影響品質的其實是內部的管理機制，以西醫基層總額藥費管控為例，電腦初審先就每件藥費、每人藥費、用藥品項數等指標審查，若有用量異常則行文個別診所請其改善，另，也訂有用藥品質之監測指標，例如對高血壓、高血脂、糖尿病等特定慢性病，訂定及監測同院所及跨院所的用藥重複率；而醫院總額對藥費的管控想必更嚴格。再次強調與提醒，總額本身與品質無關，而是跟目前努力的方向有關。
- 二、依健保局 2008 年藥費統計，其中：慢性病藥費約 6 百多億，占藥費總支出近半，罕病等重大傷病用藥約 3 百多億，其他疾病用藥也約 3 百億，但醫院與西醫基層照護的疾病型態不相同，各類疾病藥品費用比例自然也不相同，藥品原涵蓋於兩個總額部門內，還可訂定管控監測方式，要是切開另設藥費總額與管理機制，屆時的藥費總額要如何管理，恐怕是沒人管。
- 三、依現況，個人認為尚不宜施行藥費總額。因為在藥費總額下，許多服務可能將受排擠，例如新藥引進可能被拒，由於新藥引進後 2、3 年的藥費常是以倍數成長，若考量總額有限，自然影響新藥引進速度。因此，在藥費總額下，還須詳加研議：



(一)如何處理新藥、重大傷病用藥、罕見疾病用藥等問題，而其處理方式是否產生其他併發症或副作用。另有基礎費用的計算，兩塊總額間的流動等問題。

(二)由於醫院藥費占率較西醫基層高，藥價調整的比例與影響均不同，則接續於次年用於藥價調整之參考，屆時是否產生西醫基層與醫院兩套藥價基準，如此，個人雖樂見基層的藥品支付較能貼近成本，但此做法好或不好，大家須考慮清楚。

四、在討論本案前，宜讓委員先充分瞭解健保現行對藥費管控的相關努力，故建請健保局於下次會議進行專題報告。

楊主任委員銘欽

再徵求一至二位委員的高見。

謝榮譽理事長文輝(謝委員武吉代理人)

一、此問題滋事體大，個人也認同謝委員天仁表達藥費須適度節制浪費之意見，但要達到藥費控制，就像有很多條道路都可通羅馬，只要用心做，應該都可達到目標，並不一定非得施行藥費總額。

二、藥費一開始失控的主因是，總額制度成為多開藥的最大誘因，因為其他非藥品的服務都是以浮動點值計算，只有藥品一點一元，此即鼓勵用藥的一大推力。

三、依健保 1999~2008 年藥費統計，藥費十年間從 6 百多億增為 1 千 2 百多億，年成長率約 7~8%，因此，就如連委員瑞猛所提，調降藥價的當季藥費或許會減少，但依歷次藥價調整之經驗，藥費仍保持高度成長。但可預測 2009 年之後，藥費漲幅將趨緩，這不是藥價調整的功勞，而是健保局已破除藥價不能浮動的緊箍咒，健保局近日的管控令人折服，掌握了重點，對每家醫院的自主管理方案，訂定藥費總額，超出一樣斷頭，所以藥品表面上是一點一元依法行政，但實際上若醫院藥費總額原訂 100 億，最後用了 110 億，但醫院還是只能拿到 100 億的藥費，等於實際點值是 0.91 元，因此消除了浮濫用藥的誘因。

四、個人認為二代健保修法應刪除藥價一點一元的規定，健保局現在雖然已是這樣在執行，但做起來總是有點偷雞摸狗的感覺，所以建議二代健保應配合修正。至於是否要做藥費總額，個人認為其實每一種管理都有其優、缺點，假若選定某個辦法，就要加強其優點，而將缺點降至最低。世上沒有一百分的制度，世界各國採取不同的藥品管理方式也都各有優缺點及現實的考量，而這也是醫院表達尊重行政機關依法行政作為的原因。我們認同管理方法有千百種，只要可達目的，像連委員瑞猛的方式也不是不可行，只要有周延的規劃與完整的配套措施，就能付諸施行。

#### 楊主任委員銘欽

- 一、針對各委員前所表達之意見，健保局目前對藥品如藥費管控、用藥品質監測與民眾用藥浪費宣導…等措施，及對藥費目標總額與現行藥費管控兩種方式的優缺點分析等，均有必要先讓委員瞭解，以利後續討論有無實施藥費總額的必要性或現行的管控模式已做得不錯，只須微調修正即可。
- 二、本案前已說明其複雜性，須謹慎處理，請健保局配合辦理下列事項，俾利後續討論：
  - (一)於下次委員會議進行現行藥費管控模式之專題報告。
  - (二)就實施藥費目標總額與現行的藥費管控模式，兩者的優缺點進行分析。