

全民健康保險醫療費用協定委員會
第 159 次委員會議事錄

中華民國 99 年 5 月 14 日

全民健康保險醫療費用協定委員會第 159 次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國 99 年 5 月 14 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 施幹事金蓮(代)

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(10:20 以後代)

陳委員錦煌

黃委員美娜 楊副處長芝青(代)

黃委員偉堯

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

戴委員龍輝

蘇委員清泉 劉副秘書長碧珠(代)

蘇委員鴻輝

肆、請假委員：

張委員惟明

黃委員碧霞

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、黃偉益

柒、主席致詞

全民健康保險法修正草案刻由立法院社會福利及衛生環境委員會密集逐條審議中，其中第 4 條有關本會與監理會合併及其任務職掌部分，因立法委員意見紛歧，暫時保留待議。未來將繼續關注修法進度，並向委員報告。

捌、報告事項

第一案

案由：確認本會上(第 158)次委員會議議事錄，請 鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會第 158 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、本會第 158 次委員會議決議(定)事項，除下列二項繼續追蹤外，餘結案：

(一)衛生署交議「設定藥品費用支出目標及其分配方式」案，健保局後續辦理情形。

(二)「健保局對簡表日劑藥費應予檢討並循法定程序處

理」案。

二、餘洽悉。

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：

一、因委員關心高雄醫學大學附設醫院婦產科違規弊案之後續處理情形，請健保局於下次會議時專案報告。

二、餘洽悉。

玖、討論事項

提案單位：本會第一組

案由：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，提請 討論。

決議：

一、因本次會議未討論出更佳的處理模式，爰違反特管辦法之扣款仍比照過去方式，列為 100 年度總額協商減項，且僅減列民眾檢舉及健保局主動查核所發現之違規案件，不減列總額部門發揮同儕制約而主動舉發之案件。

二、為釐清本案之減列金額，請健保局於下次會議，提報 98 年度違反特管辦法第 65~67 條之違規案件類型及金額。

拾、散會：中午 12 時 00 分。

本會第 159 次委員會議
與會人員發言摘要

壹、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

陳委員錦煌

- 一、高雄醫學大學附設醫院近日發生之醫療弊端案件案情重大，到底停約多久？總共罰款多少？聽說在監理會委員會議上，健保局有詳細報告此案，為何費協會沒安排，這讓人無法接受，請健保局於下次會議專案報告。
- 二、該案是由醫師所舉發，並非健保局查核發現，建議健保六分區查核同仁宜有輪調制度。
- 三、高醫是教學醫院，卻傳出此重大醫療弊案，其醫院評鑑等級應予以調降。

鄭局長守夏

- 一、健保局依法列席費協會及監理會之委員會議，並配合兩會議程進行相關報告，故須報告那些主題，並非由本局安排。委員若有需要，可提議交由會務人員排入議程，相關問題亦可於會議中提問。
- 二、對高醫違規事件之處理，違反醫療倫理或醫師法，及詐騙商業保險理賠部分，已循民事及刑事訴訟程序辦理；至虛報或浮報健保醫療費用乙節，本局依醫事服務機構特約及管理辦法規定，因高醫總院婦產科違約總虛報金額超過 25 萬元以上，情節重大，故處以停止特約 1 年，另小港分院婦產科因總虛報額度較少，只停約 3 個月。
- 三、高醫於接到本局之處分書後，已循法定程序提出申復，審議結果是維持原議；復向健保爭議審議委員會提出爭審，但也被駁回。依法高醫於接獲爭審審定書後若有不服，可於 30 天內提出訴願，但據了解高醫已放棄提起訴願、行政訴訟等行政救濟程序，接受婦產科停約 1 年的處分，並自 6 月 1 日起算；另其虛報健保醫療費用部分，也將會被處以 2 至 10 倍罰鍰。
- 四、有關媒體報導罰款 1.5 億元，其實是指高醫婦產科去年一年向健保申報之醫療費用額度，並非實際罰款。

五、醫院等級之評鑑，係由衛生署醫事處主管，委託醫策會執行，訂有評鑑辦法與評鑑標準，至其能否將健保重大違規與醫院評鑑等級扣連，非本局職權可決定。

謝委員天仁

剛才局長提到將處以 2 至 10 倍罰鍰，就我所知，健保法第 72 條的規定是處以 2 倍罰鍰，至於 10 倍，是否列在特管辦法中。

鄭局長守夏

很抱歉，目前健保法規定是 2 倍罰鍰，未來將修法改為 2 至 10 倍罰鍰。

柯主任秘書桂女

於 4 月 30 日上午監理委員會議上，並未特別安排健保局對高醫事件進行專案報告；該局係應委員提問，而提出相關說明。同日下午之兩會聯席座談會議上，健保局黃副局長三桂及蔡組長淑鈴對委員相關問題之說明，詳盡程度並無不同。

楊主任委員銘欽

- 一、因委員關心高雄醫學大學附設醫院婦產科違規弊案之後續處理情形，請健保局於下次會議時專案報告。
- 二、委員若無其他意見，本案洽悉。

貳、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」與會人員發言摘要

謝委員天仁

- 一、建議於討論本案前先釐清，是否不論總額之減項或自基期扣除，均須於協商前經委員會議決議，方能列入協商事項？若是如此，恐會限制委員在協商上的談判運作。為利協商順暢，本人同意對某些事項可先有決議，並照決議執行，惟若未有決議，委員應仍可於協商時，提出希列為減項之項目，而不受前面相關協議之限制，例如在協商時提議將藥價調整節餘款列為減項，不能說之前無此協議就不能列入。
- 二、對違規扣款之處理，不論是列協商減項或是自當年度總額基期扣除，這兩種方式我都可接受，但不宜不處理，目前民間團體及監察院都相當關注此事，尤其監察院還特別進行調查，若不處理，會讓外界誤認為委員無動於衷、沒有積極作為，屆時本會委員恐怕會被批評沒有實現公平正義原則。

楊主任委員銘欽

不必然須先有決議，才能在協商當天提出，但若能先有共識或決議，將有助於 100 年度總額協商之進行。

程執行秘書善慈

回應謝委員天仁之提問，本案若採自當年度總額基期扣除，是否可不受現在就需有所決議之限制？因上次委員會議已通過 100 年度總額協商架構及通案性原則(請看議程第 9 頁)，對於基期的處理是，「以穩定為原則，若確需變動，應於前一年 6 月前提經議定；6 月以後所議定調整事項，適用於下年度總額」，故本案若採丙案，則需依該原則辦理。

黃委員偉堯

- 一、對本案個人贊成甲案，列為協商減項。
- 二、請釐清乙案及丙案所稱當年度的定義。依照議程，乙案所寫當

年度當季，應是指發生的時間點，即 100 年，與丙案所指的當年度似有不同，容易混淆。

- 三、於第 158 次委員會議時，記得張委員惟明提到，希能完整列出減項項目，除違反特管辦法之扣款外，尚還有哪些項目，建議一併列出。

林組長宜靜

有關年度之定義，以 100 年度總額為例，乙案是於 100 年度一般服務費用中，將當年度確認違規事件本身之醫療費用扣除，移至健保安全準備中；丙案則是於計算 100 年度總額時，自其基期先扣除 98 年度確認違規之金額。

陳委員宗獻

不論談減項或加項，都必須從合法、合理、合情角度考量問題。為健保制度的可長可久，健全協商機制是首要之務，簡報說明「協商機制建議」如下：

- 一、醫療費用預估模式，可從醫療供給面(如醫師數、院所數及醫師繼續教育等)之變動或從民眾需求面分析。目前總額係從需求面談新年度所需之醫療費用額度，故討論協商增、減項時，宜先釐清是供給面或需求面問題。
- 二、總額協商有「宏觀協商」、「微觀協商」兩種。
長久以來的協商機制是從宏觀面切入：基於總額「對等協商」及「自負風險」之精神，醫界於協定年度總額後，負起全部財務風險，透過同儕制約、提高醫療效率及減少浪費等方式，一方面必須滿足民眾醫療需求，同時控制費用點數的成長，減少打折給付的壓力。本案所指違反特管辦法情事，雖然非醫師公會可事先預知，但都屬於自負風險的一部分，透過點值打折支付概括承受。
- 三、目前給付之醫療費用是否合理，有待檢討。依 4 月 30 日兩會聯席座談會議健保局之報告資料顯示，醫療費用成長主要因為：

(一)老年人口增加：10年來，老人人口增加近50萬人，醫療費用增加788億元；老人人口占10.3%，卻花費34.4%的醫療費用，故老年人口增加，是健保財務壓力之主因。

(二)重大傷病：98年重大傷病領證人數占3.62%，卻花費26.9%的醫療費用，這些透過支付制度由醫界和健保共同承擔。

(三)新增藥品與醫療科技：新藥引進及支付標準調整對醫療費用點數之影響，已超過600億點，而治療B、C型肝炎及癌症標靶藥物等費用每年高達362億元。

上述財務風險，都是由西醫、牙醫、中醫各總額部門承擔，這也是宏觀協商的主要精神所在。也因此，在台灣從未發生像加拿大因費用不夠，年底關閉醫院的情形。

四、如果要逐項討論總額，就非「宏觀協商」，乃是「微觀協商」方式，其精神可為「量入為出」或「量出為入」，以零基協商為原則，採去年實際醫療費用點數為基期。以利用率分析及效率分析為工具。

五、「微觀協商」處理年度總額，加項只有人口及年齡性別因素與政策需求2項(基本上等於沒有加項)；利用減項將總額減到行政院核定的範圍內。減項則包含1.醫療效率、2.支付標準調整、3.醫療浪費、4.限縮給付範圍等4項。醫療效率雖然難以計算，建議可自所有申報案件抽樣，逐件審查，並將核減比例放大至整體，即以核減率考量醫療效率。

六、本人強力建議總額改採「微觀協商方式」，若錢不夠，則也可談限縮給付範圍或調降簡表等。

七、今年2月5日召開之專家學者座談會，並未邀請醫界參加，所擬之甲、乙、丙三方案，也未包含醫界意見，建議此類議題之討論，應讓醫療提供者參與。

楊主任委員銘欽

一、座談會主要目的是蒐集專家意見，並非定案。今天提案討論結果才具法定效力，希望能聚焦討論違規扣款之處理方式。

- 二、座談會結論第二及第三點，若欲實施，尚需考量總額受託單位能否找出違規案件，依健保局所提資料，由總額部門所舉發之比率並不高；另各部門違規扣款減列金額，各年度間高低差距甚大，並無趨勢可言，若要訂閾值處理，恐有困難。
- 三、本案3年來歷經多次討論，集眾人之智，而決定將違規扣款列為協商減項處理（甲案）；至丙案所列自總額基期扣除，以往醫界曾表達，會有每年累扣的情形，過於嚴苛。最後，違規扣款所呈現的是違規之醫療費用點數，其與扣減金額間如何扣連，需請委員考量。若有其他處理方案，也請提出。

蘇委員鴻輝

- 一、基於總額精神，醫界認為，縱有少數院所發生違規情事，但民眾之醫療需求仍已由總額達成，不應扣款。惟考量社會觀感，本人可勉強同意採甲案。
- 二、違規扣款不在於金額多少，乃是一種精神要求，期醫界可以自律，讓民眾獲得好的醫療，故總額團體若能自主發現醫師有不當醫療行為，即予以糾正，是值得鼓勵的行為，過去3年，牙醫部門皆有主動舉發，故建議由總額團體舉發的金額不扣除的精神，仍應予以維持。

陳委員宗獻

- 一、建議將「微觀協商」列為第四種處理方案。若依此方式，100年總額加項為0，只有減項，大家可努力談減項、儘量扣，例如可刪減給付項目，設法做到量入為出。
- 二、有很多委員希望減項列表，例如將藥價調整節餘款等項一一列入協商項目，此為微觀處理方式，這與過去協商一個總額，全部財務風險由醫界承擔之宏觀處理方式的精神不同。如果要維持目前總額的宏觀協商，就不宜再一一談細項扣款。
- 三、請問違規扣款是供給面或是需求面的問題。

蔡委員登順

- 一、本案已第 4 年討論，為陳年舊案，歷經長久討論，各方立場都已表達清楚。違規扣款是社會觀感問題，若協商只談加項、沒有減項，付費者代表會被社會認為未盡全力協商。
- 二、健保總額採累進成長，數目相當龐大，而違規扣款金額占總額比例非常低，醫院總額一年是 3 千多億，而扣款額度只有 3 千萬、5 千萬，但卻對社會有警惕作用，違法就必須處分，才能獲得社會認同。
- 三、以付費者觀點，堅持由民眾檢舉及健保局查核之違規扣款，一定要自總額扣除，至於醫界主動舉發者，基於鼓勵，同意可不扣。

蔣副秘書長世中(李委員明濱代理人)

- 一、各總額部門都是兢兢業業在管理總額，西醫基層 97 年總額舉發者也有 2 百多萬，特予澄清。
- 二、第 42 頁所列，違規類型中屬「其他」者金額最多，而此類以違反特管辦法第 67 條者居多。因其多數為有心違法，很難從資料或數據分析上發現，不論醫界、健保局或任何人都很難察覺，不能因而推定醫界有包庇行為，扣錢事小，但攸關名譽事大。目前違規者浮報點數已讓點值下降，若又扣款，不啻是剝了醫界兩層皮。
- 三、以高醫事件為例，高醫管理階層縱有疏失，依特管辦法第 66、67 條所處罰的對象是卻是醫院該科全體醫師，並不合理，不應以保險醫事服務機構為處罰對象，建議應修法，讓管理階層負部分責任，但不應連坐處罰其他醫師。

謝委員武吉

- 一、對於本案已經討論許多年，相信許多人也聽的很煩，請問費協會委員們是否有為醫界想過，自西醫基層及醫院總額開辦後，每年總額不足之累積已經超過 2000 多億元，當高屏分局平均點值只剩 0.74 時(93 年第二季高屏分局浮動點值為 0.2-0.3)，委員們有為醫界想過嗎?!有些違規是醫師個人行為，應該如蔣世中

- 副秘書長所建議，設定「行為醫師責任」歸屬。
- 二、試問總額應該採取量入為出或量出為入？經建會副主任委員單驊先生明確向醫界表示總額是採「量入為出」，應該清楚定位健保是社會保險或社會福利，否則二代健保後，財務問題還是無法解決。
 - 三、以總額精神，本案不該扣減，難道百姓沒錢就可全歸由醫界負擔嗎?!減項的成立，其實就是因為健保不夠錢；大陸醫保是採用個人儲蓄帳戶，日前遇到浙江省醫院協會，與該協會人員討論，中國與台灣兩地健保的執行問題，台灣健保對於人民使用醫療是無止盡，但中國則設有封頂制度(個人帳戶上限額度)，且在大陸若發生自行跨區或跨級就醫，其部分負擔比例是倍數增加(如在原地就醫部分負擔為 15%，但如跨區則需負擔 70~80%)，這與健保法第 33 條之精神相同，這些制度台灣都未施行，若不推動，則二代健保也解決不了。
 - 四、若真要減項，提議將「實施個別院所總額」列為處理方式之一，將扣款回歸到違規的醫院或診所本身，才不會連累到其他做得好的院所。

許委員怡欣

- 一、支持陳委員宗獻所提，先將減項列表，再整體考量討論合理性。惟加項若為零，恐會限縮醫療服務項目及品質，並不適宜。
- 二、在商業市場，同樣有因同行拖累，而受到價格波動及連坐等影響。一般社會大眾認為，違規扣款可促使專業更加自清自律，尤其醫療屬高度專業行業，須靠專業人士才能解讀資料，自清自律更為重要。
- 三、肯定各部門過去發揮同儕制約之管理功效，贊成由總額部門舉發的案件不列入扣款，並期待除檢舉外，各總額部門能運用各種輔導方式，協助調整可能之不當行為。

蔡組長淑鈴

- 一、回應陳委員宗獻剛所詢問，是需求面還是供給面的問題，若就

特管辦法第 65~67 條所列之違規情事，大部分應屬「供給面申報出來之虛假的需求」，如病患未就醫卻申報費用或以少報多等。本案旨在將此虛假之需求衍生之費用，自總額中扣除，至於應列成長率之減項或自總額基期扣除，則有不同的見解。

- 二、處理之技術面會面臨所採違規金額資料落後兩年的問題，故甲案討論 100 年總額，採用 98 年的資料。乙案是將當年度確認違規之扣款金額，自當年度一般服務費用扣除，以克服甲案採用數字落後兩年的問題。但總額應是事先協商好，若用乙案，則會面臨因扣減金額事先未知，故總額無法事先確定之問題，且即使確認為當年之違規扣款，其違規發生時間也有可能跨前幾年，即 100 年核定之違規扣款金額也可能發生在 99 年之問題，由於醫療問題都具連續性，查核也是連續性，一旦發現違規，會追查其過去相同違規行為，就有可能行為發生會有跨年情形。

柯主任秘書桂女

陳委員宗獻所提，列出各種增進效率減項之協商方式，於 93 年度總額曾使用過，但其中有個很大的改變，就是協商之基期改為醫療費用點數，和以往用醫療費用會有很大的落差。

陳委員宗獻

- 一、過去宏觀協商只考慮成長率，提供者和付費者代表委員協商容易陷入喊價的困境，例如在談 99 年度西醫基層總額慢性病照護乙項時，實際慢性病醫療費用成長率是 15%，但協商只願給 0.4%，只有喊價，沒有科學數據基礎。
- 二、如何進行微觀協商，以西醫基層為例，2008 年健保核定點數是 878 億點，但核定金額是 846 億元，依我所提方式，委員們坐下來不分提供者或付費者，以 2008 年核定點數為基礎，扣掉「假」需求、藥價調整節餘款、各項管控效率，及刪減(或是額度控管)給付項目等費用，如果累計減項達 50 億點，則預算只要 828 億元，下年度的費用成長就是負成長。
- 三、宏觀協商的缺點是不夠精準，例如，2008 年西醫基層總額 846

億元，但西醫基層早在 2004 年的醫療服務點數就到達 851 億點，點數與金額差距好幾年，這個現象很不公平。不夠精準的原因是，每年都未能回歸零基預算的基準進行談判，而讓醫界一直承受歷史留下來的缺口，以至長期傷害台灣的醫療發展和醫療品質。

- 四、本人於 93 年度西醫基層總額的協商方式是，若付費者在成長率上能充分反映實際醫療利用情形，則醫界也可承諾應如何提高醫療效率，並將之列為減項，例如醫界管控策略可降低多少費用、提高多少醫療效率、努力減少供給面和民眾過度就醫所產生的醫療浪費等。當初協商提出的減項雖然同屬微觀層面，但並不是違規扣款減項，兩者精神並不相同。今日討論這個問題，應正本清源，從醫療點數層面(微觀歸微觀，宏觀歸宏觀)去思考，而不是在舊的談判架構之下去思考。

蔣副秘書長世中(李委員明濱代理人)

- 一、針對議程第 46 頁常見違規案件類型中，第 3 點「違反特管辦法第 67 條之違規案件」之第(2)項，列有許多醫療院所以外的特約醫事服務機構，如藥局、檢驗所等，皆非總額受託單位可管理範圍，若藥局有心虛報，能歸責於各總額部門嗎？現卻要從總額扣款，並不合理。
- 二、希望健保局能於下次委員會議，提報特管辦法第 67 條之違規案件類型及其違規金額，供委員參考。

劉副秘書長碧珠(蘇委員清泉代理人)

- 一、蔡組長淑鈴認為違規都是供給誘發的假需求，但在醫院常遇到經濟困難未繳納保費或未投保的病患，先用別人名字自費就醫，之後持健保卡要求退費，醫院在執行面上很難核對住院病患與核退者是否為同一人，若事後被健保局查核發現，以違反特管辦法第 66 條第 1 項第 4 款：「收治非保險對象，而以保險對象之名義，申報醫療費用」處罰醫院，請問那位住院病患的醫療需求是真需求，還是屬於供給誘發之假需求，應予釐清。

二、若真要談減項，應如陳委員宗獻所說，將所有減項一起列出來談，不該這樣一項一項談。付費者代表每次都說民眾觀感，那請問民眾的責任在哪裏？兩者應一併談才公平。

黃委員偉堯

- 一、我與陳委員宗獻對「減項」的認知有些落差，陳委員所提是指減少給付範圍，然其應屬監理會權責。另提及採宏觀或微觀協商，這涉及大總額的擬訂，應在衛生署就確立總額的基準、架構或公式，而非在費協會討論。我所認知的「減項」，是指總額運作上管理品質的問題，跟管理效率有關，故「減項列表」應是除違反特管辦法之扣款乙項外，尚有其他跟管理品質相關項目皆一起列出，另外總額協定之各計畫，其執行未用完的金額，也應列入減項。
- 二、至於違反特管辦法之扣款減項問題，應與專業自主、同儕制約扣連，醫療是高度專業自主團體，外人不容置喙，頂多從行政管理去處理，因此違規減項應是醫界團體的責任，而非僅是個別醫師的責任。以反向思考來看，今因有此減項在，故總額受託單位可以集合 99.99% 的醫療供給者監督 0.01% 不良者，醫界某個程度應該很清楚內部的運作，能否藉由這種氛圍，展現醫界的專業自主與自律。
- 三、有委員提及醫師與醫院之間的關係，台灣醫院屬封閉體系，醫師的薪水是醫院發的，醫師隸屬於醫院，故醫院負有相當大的管理責任，若要將醫師行為和醫院分離，則恐須將醫院體系改為開放式，讓醫師與醫院間之關係為特約或合約，確立那些是個別醫師責任，那些是共同責任，但此涉及醫療制度與醫療法的修改。

謝委員武吉

- 一、感謝黃偉堯老師的指教，可能黃老師在學校有許多醫院管理的教學經驗，但實務運作與學校教學是不同的，如果醫院可以完全管控醫師，我就不姓謝；專責教書與有實務經驗的老師是不

同的，曾經建議學校應該提高教師的實務經驗，所教導的學生也才可與實務銜接，謝謝黃老師的指教。

- 二、每年都有如此的循環，之前也提出總額部門分配是否合理?!但，都沒有人答覆，應該重新思考過去總額瓜分切割的部門比例是否正確，早期先切割的，是否有多或少?!若將此疑問送交監察院，應該會發生大事，建議費協會應該先檢討、重新劃分。
- 三、主席曾說要在任內對本案訂出解決方案，目前決議對醫界是不公平的，是否可另外召開協商架構之討論。

陳委員宗獻

- 一、給付範圍是否全屬監理會職責，值得商榷，畢竟費協會每年仍然可以決定分多少總額到那些醫療服務項目上。
- 二、此外，費協會組織規程第 2 條第 1 項第 2 款：「協定各地區門診及住院費用之分配比例」，目前並未協定此項；同條項第 3 款：「協定醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務」，所以只有門診，住院似不屬本會職責；另健保法第 49 條：「...前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比例。前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務...」，故本人建議今年協商回歸法律面，只討論門診，不討論住院。

楊主任委員銘欽

請委員參看本會組織規程第 2 條第 1 項第 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」，另健保法第 31 條：「保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務」，故所有醫療給付費用總額是包含住院在內。

林組長宜靜

- 一、上次委員會議業已討論並決議 100 年總額之協商架構與原則，現陳委員宗獻提出，改以「前一年實際醫療費用點數」為基礎進行協商，其與過去用「前一年實際醫療費用」之差異頗大，

等於得重新設計整個協商架構。

- 二、歷年的總額協商，係以前一年實際醫療費用為基礎，再由醫界與付費者代表討論新年度需增加那些新醫療服務或新藥，以及因應管理效率，如：支付制度之改革，預估其會增加或減少多少醫療支出，進而獲得新年度總額成長率之共識。
- 三、若擬改用醫療費用點數來談，則因點數為管理後之結果，用結果去談預算是否恰當，值得商榷，而且就技術面而言，能否算出所有的醫療浪費是多少？若整合民眾就醫行為，可節省多少費用？本來這些在現有的總額架構是可以透過協商進行微調，例如藥價調整對藥費支出之影響，健保局可算出減少多少金額，醫界可提還有那些服務點數未被反映，做為折衝，透過協商平台討論，取得共識。然如果要改用醫療費用點數來談，則可檢討的範圍會變很大，包含醫療浪費、醫療效率等。100 年總額協商在即，能否做如此大幅度之改變，請委員考量。
- 四、至違約扣款乙項，於 97 至 99 年度總額皆列為協商減項，只是協商項目之一，協商時還會納入其他增項，最後的總成長率，才會真正對醫界有影響。付費者代表願將違規扣款列為協商減項，而非如外界要求，將此額度自總額扣除，真正回歸到全民，已是釋出最大善意。

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、對於違約扣款的處理，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。

蘇委員鴻輝

- 一、談判架構已於上次會議確立，並依此架構討論先決條件，讓今年的費用協商可以順利達成，建議依原協商架構進行。
- 二、陳委員宗獻希望從另一個角度讓付費者委員看到在醫療費用點數方面，醫界承擔多大壓力。可否請陳委員將此想法當作談判時另一個展現的方式。原先我以為這種談判方式在二代健保修法後才會出現。今年還是建議各部門照現有之主架構談，其中醫院和西醫基層部門可額外呈現醫療費用點數與金額差距過大之不平衡現象，對付費者代表作一個清楚的呈現，提供重要參考數據，應有利於談判之順利進行。
- 三、若用醫療費用點數為基礎進行談判也可以順利進行的話，也許明年協商主架構就可改用此方式。

蔡委員登順

本案業經過去冗長的討論，並邁入第四年，除非今天有較好的結論可以取代過去的處理方式，否則還是建議繼續沿用，總不能開這麼

久的會都沒有結論，之後還要重新再討論，浪費大家的時間。

孟委員 藹倫

蔡委員登順的意見有道理，我們很尊重各委員有不同想法，但若沒有達成新的共識，就沿用過去的作法，似乎比較妥適。

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，因為違約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。

楊主任委員 銘欽

- 一、因本次會議未討論出更佳的處理模式，爰違反特管辦法之扣款仍比照過去方式，列為100年度總額協商減項，且僅減列民眾檢舉及健保局主動查核所發現之違規案件，不減列總額部門發揮同儕制約而主動舉發之案件。
- 二、為釐清本案之減列金額，請健保局於下次會議，提報98年度違

反特管辦法第 65~67 條之違規案件類型及金額。

三、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。