

全民健康保險醫療費用協定委員會  
第 158 次委員會議事錄

中華民國 99 年 4 月 9 日

# 全民健康保險醫療費用協定委員會第 158 次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國 99 年 4 月 9 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 石理事賢彥(代)

孟委員藹倫

林委員永農

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 李常務理事穎華(代)

陳委員玉枝

陳委員宗獻

陳委員明豐 陳主任瑞瑛(10:50 以後代)

陳委員錦煌

黃委員美娜 陳科長真如(代)

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

劉委員清芳 曾簡任視察錦春(代)

蔡委員登順

謝委員天仁

謝委員武吉 謝榮譽理事長文輝(代)

蘇委員清泉

蘇委員鴻輝

肆、請假委員：

戴委員龍輝

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

全民健康保險監理委員會  
本會

柯主任秘書桂女  
程執行秘書善慈  
林組長宜靜

陸、主席：楊主任委員銘欽

紀錄：張櫻淳、林淑華

柒、主席致詞

- 一、衛生署已陸續召開專家學者及醫界代表座談會，討論 100 年度大總額範圍計算公式等內容，下週二將召開付費者代表座談會，屆時請付費者及政府機關代表委員撥冗參加。
- 二、因應二代健保的實施，行政院日前已審查通過全民健康保險法修正草案，將儘速送請立法院審議，初步瞭解該修正草案變動幅度很大。其中本會與監理會將合併為「全民健康保險監理會」，承擔之權責與現制不同，未來將視修法情形，適時向委員報告。

捌、報告事項

第一案

案由：確認本會上(第 157)次委員會議議事錄，請 鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會第 157 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 157 次委員會議決議(定)事項，除下列三項繼續

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，請健保局於本(99)年7月提報辦理情形。
- (三)「中醫推拿非由中醫師親自處理者，不得請領健保給付，請健保局依法落實執行」案。

二、餘洽悉。

### 第三案

案由：中央健康保險局報告「中醫門診總額一般服務預算分配方式試辦計畫」執行結果，請 鑒察。

決定：洽悉。

### 第四案

案由：中央健康保險局報告「醫院與西醫基層財務風險監控情形」，請 鑒察。

決定：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：洽悉。

## 玖、討論事項

### 第一案

提案單位：本會第一組

案由：100年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則案，提請 討論。

決議：

一、100年度總額協商架構及通案性原則：

- (一)維持現行總額協商架構，但考量衛生署刻正邀集各方

代表研議 100 年度大總額內涵，若有修正本會再配合辦理。

(二)「非協商因素」修正為「醫療服務成本及人口因素」，惟考量 100 年度總額協商在即，其各項因素成長率仍採衛生署報奉行政院核定之數值與計算公式。

(三)其他原則之 4.修正為「健保節流措施之實際效應，應自總額扣除」。

(四)修正後之「100 年度總額協商架構及原則」如附件。

二、門診透析服務費用於西醫基層與醫院之分攤方式，請先提健保局門診透析聯合執行委員會議討論，並於今年 8 月底前完成。

三、「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」部分，保留至下次會議討論。

四、請健保局會同各總額部門儘早規劃研擬協商草案(內容應包含協商減列項目及其預估金額)，並可視需要先行提會溝通。

## 第二案

提案人：蘇委員鴻輝

案由：建議將教育部所列之所有特教學生納入「99 年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫」適用對象案，提請 討論。

決議：牙醫特殊服務計畫屬專款性質，預算仍應用於特別需要之對象。本案因涉試辦計畫相關執行細節，請牙醫師公會全聯會循法定程序，提牙醫門診總額支付委員會討論。

拾、散會：中午 12 時 50 分。

## 壹、總額協商架構

### 一、總額設定公式

年度部門別<sup>註1</sup>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<sup>註2</sup>×(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<sup>註3</sup>

註：1.部門別：牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院

2.依本會第 114 次委員會議(95.06.09)決議，自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 100 年總額基期須校正 98 年投保人口成長率差值)。

3.西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

4.依本會第 104 次委員會議(94.08.12)決議，配合衛生署交議 95 年全民健保總額範圍，總額公式由「每人醫療費用成長率」改為「總醫療費用成長率」

### 二、醫療服務成本及人口因素

#### (一)計算公式

$[(1+\text{人口結構改變率}+\text{醫療服務成本指數改變率})\times(1+\text{投保人口成長率})]-1$

#### (二)各項因素之計算方法

##### 1.人口結構改變率

以衛生署報院時可取得之最近完整一年費用及計費人口數資料，如 99 年總額係以 96 年年齡性別人均費用(97 年資料尚無法完整取得)及 97 年相對於 96 年納保人口年齡性別結構之改變(以 5 歲為一組)，對醫療費用之影響。

##### 2.醫療服務成本指數改變率

###### (1)成本項目之權數：

99 年度係採行政院主計處 95 年工商及服務業普查所作之「醫療機構專案調查實施計畫」調查結果，取去除「最高及最低 5% 極端值」後之平均數。

###### (2)各成本項目對應之指數：

99 年度依衛生署 98 年 4 月召開總額相關會議決定，除「醫療材料費用」採原 90 年為基期所用之躉售物價指數/精密儀器類/醫療儀器項查價項目，由行政院主計處重新計算其以 95 年為基期之指數外，其餘沿用原採行之指標項目。

##### 3.投保人口成長率

採經建會「台灣地區 95 年至 145 年人口推計」之中推估計算。

### 三、協商因素

#### (一)保險支付項目之改變

預期新增支付項目改變(如高科技及新藥)對全民健保醫療費用之影響率。

#### (二)鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康而允許增加費用之幅度。

#### (三)其他醫療服務利用及密集度之改變

反映因醫療科技或診療型態之改變，如大眾對醫療科技期許之增加、疾病發生率之改變、以及醫療資源缺乏區醫療供給量之增加等因素造成對保險對象服務利用及密集度之影響(須排除已於醫療服務成本及人口因素反映部分)。

#### (四)醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

#### (五)其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因對醫療費用之影響。

### 四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度，本款項須專用，不得流出。

### 五、門診透析

合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度門診透析服務費用，並統為運用。其計算公式為：

年度醫院(西醫基層)門診透析服務費用=前一年醫院(西醫基層)門診透析服務費用×(1+成長率)

年度門診透析服務費用=年度醫院門診透析服務費用+年度西醫基層門診透析服務費用

## 貳、總額協商之通案性原則

### 一、基期

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。

### 二、醫療服務成本及人口因素

各總額部門醫療服務成本及人口因素成長率，採衛生署報奉行政院核定之數值與計算公式。

### 三、協商因素

(一)健保局會同各總額部門研擬年度協商草案時：

- 1.應配合全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨。
- 2.納入新醫療科技項目，並依民眾需要，先行規劃擬新增之項目及預估額度，以利協商及維護民眾就醫權益。

(二)支付標準以預算中平為調整原則。

(三)各部門「品質保證保留款」：

- 1.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並自 99 年度開始採累計方式計算。
- 2.須研訂能實際鼓勵醫療服務品質優良院所之分配方案，或進一步研擬其他具前瞻性之品質確保計畫。

(四)一般服務之協商因素項目屬計畫型預算者，應於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及評估指標)，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則應核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商量。

(五)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保局會同各部門總額相關團體議定後送本會備查。

### 四、專款專用項目

(一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商量。

(二)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。



## 五、其他原則

- (一)各部門最後之年度總額成長率，不超過行政院核定範圍之上限值。
- (二)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- (三)所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形扣連，且對有限健保資源，應予合理配置。
- (四)健保節流措施之實際效應，應自總額扣除。
- (五)宜減少試辦性計畫，對已協定之計畫，應嚴格監控，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。

本會第 158 次委員會議  
與會人員發言摘要

## 壹、報告事項第二案「本會第 157 次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與會人員發言摘要

### 葉委員宗義

臨時提案第二案有關中醫推拿健保給付問題，請問健保局後續執行進度如何。

### 蔡組長淑鈴

上次會議建議健保局應依法落實執行，依衛生署 99 年 3 月 3 日的解釋函規定，中醫診所不得設民俗調理部門。健保局即據以於 4 月 1 日開始啟動各分區業務組進行訪視，將目前尚設有民俗調理部門之中醫診所錄案，擬於 5 月 1 日起啟動查核，若推拿仍未由中醫師親自處理，則健保不予給付；另預定於 5 月份中醫總額支委會提案修正支付標準，加註說明限定未設立民俗調理之中醫院所，才可申報傷科推拿費用。分階段逐步落實，希望自 7 月 1 日起，即可全面符合衛生署指示，除推拿應由中醫師親自執行外，中醫診所也不再設民俗調理部門。

### 陳委員錦煌

對中醫推拿案，勞工代表有二種不同意見。全國總工會認為健保應支付中醫助理推拿費用，對沒證照者，應予輔導。此意見也透過監理會干委員文男在該會提案。但本人看法不同，到底中醫推拿健保給付之前提，是否需中醫師親自執行？未符合條件者，過去健保有無給付？是否合法？有無圖利他人？請健保局說清楚。另請中醫師公會代表說明，健保不給付助理推拿費用，到底影響多少人生計。

### 黃副局長三桂

健保局完全依政府規定辦理，並無圖利他人情事。中醫師助理參與推拿工作，是二、三十年來形成的醫療與社會文化。前幾年衛生署的規定是，推拿行為一定要由中醫師親自執行，但經中醫師執行推拿後之壓、柔、推等 8 個手法，可由助理協助完成。但近幾年卻發現有部分中醫院所未依規定執行，又某些資深醫師申報推拿件數比

其他院所高很多。所以衛生署 98 年底函示明確定義醫療機構執行中醫推拿業務列屬醫療行為，應由中醫師親自為之，不可由助理人員執行後續動作。健保局依衛生署函示據以辦理相關事宜，一切皆依法行政。

#### 林委員永農

- 一、報載數以萬計的人失業，此數字是較誇張。但若以健保登記之中醫師數推估，目前中醫師約 5 千人，醫療院所約 3 千多家，未提供傷科診療的院所占一半以上，所以應該沒那麼嚴重。
- 二、另依 98 年第 2 季申報資料顯示，完全無傷科診療者占 36.4%；每日申報 1~5 個者占 57%；每日申報少於 30 個者占 87.2%。故依常理推斷，若每日傷科診療個案數未達 30 個，院所是不可能請助理，因為不划算，所以實際助理人數並不如報載所說的那麼誇張。

#### 謝榮譽理事長文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、委員關心討論事項第一案有關西醫基層簡表日劑藥費，健保局之後續處理進度，若健保局尚未辦理，則本項不宜結案，或也可先結案，再請健保局於近期向本會報告執行結果。
- 二、去年 10 月藥價調降後，社區醫院平均降幅高達 15~20%，所以西醫基層簡表日劑藥費適度調降，也算合理，而且西醫基層與醫院分屬不同部門總額，即使調整支付標準，錢還是留在西醫基層總額內。

#### 陳委員錦煌

請問健保局針對「西醫基層簡表申報日劑藥費案」，與西醫基層總額部門的檢討結果如何？可省下多少錢？

#### 蔡組長淑鈴

由於簡表日劑藥費涉及支付標準修訂，依照程序須先提西醫基層總額支委會通過後，再提醫療給付協議會議，並將結論陳報衛生署核定後公告。至於可節省額度，上次會議已報告，若調降 3 元，約可

省 10 億元。因尚有委員建議，若要維持簡表，其日劑藥費金額應貼近實際價格，所以健保局會參採委員意見，於 5 月份支委會提案討論。

陳委員錦煌

希望健保局在支委會討論時，能盡全力，可省多少是多少。本案仍應繼續追蹤；另中醫推拿案也應繼續追蹤。

楊主任委員銘欽

- 一、西醫基層簡表日劑藥費檢討調降案，因健保局需配合健保總額支付委員會的開會期程，故建議於 7 月份委員會議時，再請健保局報告進度。
- 二、中醫推拿應由中醫師親自執行案，健保局仍在依法執行中，故繼續追蹤，餘則依建議結案並洽悉。

貳、報告事項第三案「中央健康保險局報告『中醫門診總額一般服務預算分配方式試辦計畫』執行結果」與會人員發言摘要

林委員永農

前 2 年點值滑落係因突然增加 400 多位中醫師，中醫總額占率很小，一下子增加 6~7% 中醫師數，衝擊很大，點值當然會下降。

蔡委員登順

一、健保局第 8 張投影片指出「仍應設法提高資源較不足區醫師數」，既然前 2 年已增加 400 多位中醫師，也擴大偏遠地區的預算，是否還有其他方法可讓中醫師願意到偏遠地區服務？

二、另外要提高服務品質應設管控指標，中醫師公會有無訂定？請說明。

林委員永農

一、政府推動錢跟著人走的政策，為鼓勵中醫師到花東地區執業，中醫部門分配 2.22% 總額給東區，點值最高可到 1.3~1.4，如此高的誘因，醫師還是不願意去，但中醫部門仍會繼續鼓勵年輕醫師到偏遠地區執業。

二、至於管控指標，我們每個月都會召開共管會議，並設立許多嚴謹指標，例如：限制針傷科一個月只能申報 15 次，超過部分院所都要自行吸收。

楊主任委員銘欽

如何使醫師願意到偏遠地區服務，中醫師公會可參考健保局推動的巡迴醫療、IDS 等計畫辦理。委員若無其他詢問，則本案洽悉。

參、報告事項第四案「中央健康保險局報告『醫院與西醫基層財務風險監控情形』」與會人員發言摘要

謝榮譽理事長文輝(謝委員武吉代理人)

資料顯示慢性病醫療利用於醫院有下降，這是符合政策期待方向，但初級照護件數比率在醫院仍偏高，希望健保局及各分區業務組能繼續努力。

陳委員宗獻

- 一、議程資料 98 年醫院與西醫基層財務風險監控報告之「西醫門診醫療利用統計-各分區業務組點數及占率」數值，與健保局每月提供之醫療費用支出情形報告所列有差距，如 98 年第 1 季西醫基層門診醫療利用點數，前者是列 261.23 億，後者為 207 億，是否二者定義不同，請再確認。
- 二、能否有機制改善醫院初級照護件數比率？若能落實轉診制度，應可節省不少醫療費用。

鄭局長守夏

若能透過費協會分配總額的功能，而達到所期望理想的醫療體系，那當然很好，但各項制度改革有利有弊，需詳加考量，今日並未準備相關資料，不易討論，還是建議委員詢問焦點能放在本報告主題上。

楊主任委員銘欽

本案洽悉。

## 肆、討論事項第一案「100 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則案」與會人員發言摘要

謝榮譽理事長文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、每年高達 4、5 千億的總額，在協定預算發包後，卻未在次年總額協商前，進行檢討與驗收年度執行結果。在過去健保財務不佳的狀況，醫界未要求檢討，但隨著健保財務好轉，建議未來應建立總額檢討機制，於每年度協商前，對前一年執行結果檢討，有浪費的要求減少，有不足的也要補足，以檢討後的基礎來談下年度的總額，如此才是一個合理的總額協商過程。
- 二、健保於 84 年倉促上路，許多制度並不完備，尤其給付沿用勞保支付標準，缺乏成本計算基礎，產生或偏高或偏低等不合理現象，但以概括承受、截長補短概念處理，並共識以預算中平原則逐步調整。實施總額制度後，也沿用此一原則，致未全盤檢討調整支付標準。因此，健保節流措施回饋給民眾，雖無庸置疑，但因有此背景，仍宜適度調整支付標準，故建議其他原則之 4.宜修訂為「健保節流措施應回饋給民眾，及調整不合理的支付標準」。
- 三、健保開辦十五年，累積相當多經驗，老年人口變化趨勢、費用成長原因、弊端浪費在那裡...等，都有實際數據可供大家務實地協商，預測明年醫療費用的成長狀況。譬如醫療服務成本的人事薪資指數，本就有醫事人員薪資數據可用，無須採服務業平均薪資計算。又譬如醫院門診，看感冒輕症浪費資源，要減多少，可就實際數據來談，不僅對民眾有交待，也導正醫界能提供合理的醫療服務。

葉委員明峯

- 一、日本政府為因應老年化社會及少子化問題，於上週宣布新生兒現金補貼政策，台灣也面臨相同問題，宜妥為因應。現金補貼是內政部須思考的社會福利工作，但建議在健保資源分配方面，也可前瞻性思考因應措施，例如：對婦幼科給予最低保障，



或在協商原則中考量等，以減少民眾生兒、育女的負擔。

- 二、若能以公務預算支應相關計畫最好，但恐不易爭取到。請教健保局過去有無就健保政策層面，探討少子化因應措施的專題研究，若無，或可依本人之建議著手進行。

#### 謝委員天仁

- 一、非常反對「非協商因素」文字，此有違健保法的規定，若是法定不須經本會協商，則衛生署逕行決定即可，何需列為議案資料的協商原則，由此可知此為本會職權，須經本會同意「採衛生署報奉行政院大總額數值及計算公式」。既是本會職權，則不應由衛生署逕行定案，個人反對用公式計算，應回歸實際面，要求健保局提供前3年人口及成本等相關統計資料，由費協會直接協商。
- 二、健保節流措施的處理方式，以「應回饋給民眾」的文字敘述過於含糊，應更明確化，建議修訂為「健保節流措施所節省金額應自總額扣除」。
- 三、由監察院對健保違規扣款的調查報告內容，以及社會輿論的看法，違規扣款應列為減項，自總額扣除，因此，個人認為應依循去年協商原則，將違規扣款列做100年度總額協商減項。

#### 陳委員宗獻

- 一、非協商因素因是用來預測下年度醫療費用，故需貼近實際醫療需求，協商因素則是就特殊需求或專案，依購買意願決定是否買單，所以，若非協商因素的計算公式無法做到貼近真正需求，謝天仁委員既然建議取消非協商因素，我認為也未嘗不可。直接看各年齡層醫療利用的改變，或增加費用，或減少服務，純就事實面討論，可免去許多爭議。
- 二、一般都認為新藥進來，會替代舊藥，新藥用量增加，舊藥用量則會減少，但以高血脂藥物的利用資料來看，97年花費Atorvastatin 16.89億元，98年增為17億元，但新藥Rosuvastatin從0變成12億元，快速成長，並無所謂的替代效應，諸如此類，

均須有更嚴謹的研究來證明節流措施確有節省金額，方能自總額中扣除。

### 蘇委員清泉

付費者代表對非協商因素很有意見，醫界也對協商因素很有意見，而二代健保修法很可能在立法院此會期會通過，此係改革契機，個人贊成對非協商、協商因素及未來總額架構等，通盤檢討與審慎研議，但此類大案恐非本會可逕做決定。

### 許委員怡欣

- 一、監察院調查報告雖認為健保局執行稽核工作不力，但就個人參與健保總額協商及支付委員會的運作過程等經驗，健保局實已付諸相當大的努力，值得肯定，當然或力有未逮處，未來也要持續努力。
- 二、建議先釐清非協商因素公式的調整，可在那些會議做決定。
- 三、健保節流措施所節省費用應另訂處理方式，不應有節省就用來調整支付標準，此種印象易增協商困難，故建議仍維持此原則，有助於醫界與付費者的協商基礎，但「應回饋給民眾」等敘述，確易有誤解之嫌，可酌予調整文字。

### 黃委員偉堯

- 一、非協商因素的計算方式可再行檢討調整；惟就實務面而論，此時若欲變動公式，須考量時程上是否來得及用於 100 年度總額的協商。
- 二、若是非協商因素計算方式的修正，無法於 100 年度總額協商前完成，建議配合二代健保後的相關變革與配套，例如：兩會合一後的組織、職權與相關運作等。其次，應由整合單位進行總體檢視、規劃與配置，以達收支連動與建立協商機制之效。
- 三、對即將協商的 100 年度總額，除現行架構外，基於平衡原則，建議協商因素有增項，也須有減項。

### 蔡委員登順

- 一、違規扣款列減項的議題已多次討論，付費者與醫界雙方意見始終互異，個人相信多數醫界對民眾醫療照護極為用心而僅有少數違規，但就消費者立場，違規如查核屬實，則希望此扣款自總額中扣除，回到健保安全準備金。
- 二、對於醫界少數不良分子，有換取藥品、收民眾、游民及安養中心老人健保卡盜刷、重複盜刷或利用人頭假住院...等不法行為，建議衛生署應嚴厲處分，甚至吊銷其醫師執照，以遏阻不法行為。

### 張委員惟明

- 一、協商項目應有減項的問題，可舉例請人打掃大樓，每週2次，一個月共需打掃8次，若有1次未打掃，雖費用已先支付，但仍可於下個月付款時扣回。目前資料所列僅有違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法一項，建議幕僚單位再檢視整理可列為扣款之項目。
- 二、大家都很關心健保節流措施回饋給民眾問題，為達回饋民眾之目標，建議將健保節流經費先予控管，於協商時再就新增或需加強之項目，審酌其實際需要情形核給經費，透過此種方式分配，才能將健保節流經費真正回饋給民眾。
- 三、有關會議資料擬辦二之(三)，請健保局會同各總額部門研擬協商減項及金額，不知如何進行？在資源分配時，常會提到優先順序的概念，即額度在一定限額下，如何就各項目進行取捨。爰建議由健保局會同各總額部門研提優先順序項目，作為協商參考。

### 陳委員宗獻

- 一、如果要把協商預計達成而未達成的當作減項，項目當然不少，先決條件是，問題必須是可歸責於總額部門，過去也有協定經費被扣減的情形，例如西醫基層精神疾病照護醫療給付改善方

案，即是依協商所訂原則，未能如期實施且可歸責於總額部門，就直接扣除當年度預算。

- 二、若要將藥價調整列為減項，則與前項所述不同。藥費的節流，或有部分來自藥價調降所貢獻，但計算其節省額度時，不能只看單價變動，也要計算最終實際的用量。
- 三、談減項必須宏觀，不可以小鼻子小眼睛。98 年實際醫療服務申請量為 4,673.8 億(點)，而總額僅給 4,426.3 億(元)，兩者相差約 250 億，此即總額最大的減項，不論這些多出的服務是民眾或醫界所創造，超出即打折反映在點值上，這就是總額的精神。因此，在討論減項時，也須同時考量總額與服務量的差異才算公平。

謝榮譽理事長文輝(謝委員武吉代理人)

健保節流措施應回饋給民眾，此為基本原則，沒人會反對，但回饋給民眾的方式很多，增加新藥、新醫療科技、給付項目或調增支付過低醫療服務項目，或要求品質提升等，只要對民眾有益者，均在此列，故再建議修正為「健保節流措施應回饋給民眾」，後面文字則刪除。

柯主任秘書桂女

「健保節流措施應回饋給民眾，而不是用以調整支付標準」列為協商原則，係因第 5 次藥價調整及再更正作業估約有 150 億元的節餘，當時社會各界(除了醫事服務提供者以外)均希望此節餘自總額基期扣除，但最後的處理並非如此，只挪出 30 億元(西醫基層 4.77 億元，醫院 25.23 億元)至其他預算，期能用來提升品質，但其大多被用以調整支付標準。民間團體因而強烈建議應將此項列為協商原則，此為幕僚提出討論的原由。當然，此原則以往或能適用，現在是否繼續適用，大家可再討論決定。

楊主任委員銘欽

- 一、整體總額協商架構中，謝委員天仁已多次提及非協商因素的處

- 理方式不恰當，另有委員提醒，時程上做大修正是否可行等疑慮，先請健保小組梁組長淑政整體說明。
- 二、張委員惟明建議減項列表及擬辦二之(三)的進行方式等，請本會林組長宜靜說明。
  - 三、葉委員明峯所提婦幼科須保障以因應少子化的來臨，請健保局就目前法定範圍與現行給付內容，整體說明有無相關保障措施或可為之策略。
  - 四、蔡委員登順所提違規扣款的處理方式，院所違規扣款若要進安全準備，其所涉執行面細節，以及對違反刑法及相關醫事法規，應予嚴厲處分等，也請健保局回應。
  - 五、本會每年年中舉辦各部門總額執行成果的發表會，並邀請專家學者進行評核，應可做為年度總額執行結果的驗收。今年的評核會有新改革，專案計畫與一般服務內容各有一天，時間上較充裕，報告可更詳盡。
  - 六、人口結構等非協商因素的計算公式，依目前的運作方式，並非由本會決定，而是在更高層級，由副署長主持的會議中討論。其討論過程，醫界與付費者委員均有機會表達修正公式之意見。健保總額已實施多年，如通盤檢討現行制度，實為一大工程，亦須配合年度總額的協商時程辦理。

#### 梁組長淑政

- 一、衛生署擬訂 100 年度大總額報院的時程，目前已召開專家學者及醫界座談會議，下週二召開付費者座談會議，並預訂四月底前陳報行政院。
- 二、現行非協商因素的計算方式，其實與謝委員天仁的概念一致，採實際數值計算，只是實際數值採樣部分，或許有不同意見，這可於下週二座談會議中再討論，但囿於年度大總額須四月底前完成報院的時程，若能在時間內達成共識，即可配合修正報院大總額的內容，若無法有共識，則須延至 101 年總額報院時，再做公式上的調整。

## 林組長宜靜

- 一、費協會的任務係依健保法第四十七條，在行政院核定的大總額範圍內協商成長率，就委員所關心非協商因素的檢討問題，請考量技術面須克服的問題為，衛生署報院大總額的下限仍採現行非協商因素計算方式，而本會逕予調整後，還能否在院核範圍內協定出成長率。因此，若總額設定公式要再檢討或重新建構，建議還是回到衛生署之層級研議為宜。
- 二、衛生署研議總額設定公式的結構，對非協商、協商等相關因素，設有其背後的精神與意義。醫療費用總額成長係以符合民眾醫療需求及逐步調整為前提，進而思及影響民眾醫療需求的主要因素有：人口數的增加、年齡層的老化與物價指數的上升等，此即為現行非協商因素的內涵。如取消非協商因素，須考量是否與署交議本會協商總額的精神相違背，惟若因「非協商因素」文字易有「保障成長率」的誤解，建議可回歸直接臚列影響費用成長因素的項目名稱，即逕以投保人口成長率、人口年齡性別結構改變率及醫療服務成本指數改變率稱之，不再以「非協商因素」統稱，也較不易讓外界有「不能改變」的誤解。
- 三、擬辦二之(三)建議整體考量協商減項的原由為，本會 2 月 5 日召開違規扣款處理方式的專家座談會議中，與會專家認為以往協商成長率只談增項不談減項，失去平衡，應檢討過去支付模式的改變，對醫療服務效率提升所節省的醫療費用，列為減項成長率(例如 RBRVs 調整曾於 93 年列減項)。以近幾年的家醫整合性照護計畫、門診垂直整合計畫、DRGs 制度...等為例，實施初期協定增加成長率，其初衷無非是希望最終可提升效率以節省費用，因此有必要檢視須否以減項成長率來回應此節省。如此，在總額協商時，增減有所平衡，有回應服務效率提升的減項，付費者於增項成長率上，也可多要求給付內容或品質提升，並藉此將節約的資源回饋民眾。

## 鄭局長守夏

- 一、部分特殊服務項目之保障，費協會前已明確決議「須保障項目以回歸支付標準處理為原則」，列為協商原則且行諸多年，事實上，若逕以點值或其他特殊方式保障婦幼科，反易有副作用。其實近二、三年小兒科相關健保支付均有調升，如：小兒科診察費及小兒用藥分包裝給付...等，在健保體制內，能做的都會盡力，惟政策上若有需要，理應由衛生署全盤規劃另訂方案，能由公務預算支應最好，若要保險人配合，在總額制度下，小兒科給付多些，其他科給付就得少些，尚賴醫界建立共識，方能順利執行。
- 二、違規扣款金額回到安全準備的執行不是問題，重點是要不要自總額扣除，因為這將影響明年度總額基期。
- 三、謝委員天仁所提不該有下限值、非協商因素等意見，個人認為：
  - (一)衛生署報院及院核大總額範圍有上下限值，費協會總額協商有非協商、協商因素，其中非協商因素援例採院核大總額範圍的下限數值。由於大總額須4月底前報院，建議可依循往年模式設有上下限值，至於費協會委員仍可討論非協商因素調整與否，畢竟行政院(經建會)關切的重點在上限而非下限。
  - (二)100年度大總額下限數值經試算約1.6%，較去年為低，又考量體制驟然大改，恐影響制度穩定性，所以99年總額協定成長率3.317%，明(100)年度總額成長率也不太可能驟減低於1%，因此，對非協商因素計算方式是否檢討調整，大家不妨先在衛生署召開的座談會議，瞭解內涵與意見交流，若仍覺有必要討論，再回到費協會處理。
  - (三)趁此機會也讓大家瞭解，未來總額成長率應會逐步下降，因為當總額二千億時，成長5%是100億；當總額四千億時，成長5%是200億，同樣5%成長金額差異很大，不能期望成長率永遠保持5%，這也提醒大家不能只看成長率，也要看實際金額，成長率雖愈來愈低，但每年增加金額不一定減少。
  - (四)100年度總額協商，健保局將依費協會決議，提供實際且易看

懂的數據，例如：近3年各年齡層醫療費用、重大傷病項目與醫療費用等，讓醫界和付費者在二天的閉門協商會議中，有明確的數據供協商參考。

## 陳委員宗獻

- 一、討論本案應釐清相關定義，以「健保節流措施應回饋給民眾」為例，此原則是對的，個人也不反對，但問題是健保節流有多少？健保調降藥價，但藥費還是增加，有節流嗎？要考量替代效應、利用量增加等因素，不能只以「健保節流措施應回饋給民眾」陳述，否則協商時一定會吵，影響議事，故建議修訂為「健保節流措施之實際效應回饋給民眾」。以日本調降藥價的經驗來看，每年降藥價也不見藥費減少，所以事後也有必要檢討節流措施的實際效果。
- 二、談到違規扣款或節流措施，大家一心想扣負面因素，卻未想到有更大的不公平：「打折給付」。第一、總額支付的基本概念是：年度總額一旦協定完成，任何原因產生的利用增加，無論是詐騙的、民眾需求增加、人口老化增加、或重大傷病增加的服務量，全部概括承受，醫療提供者全數打折(此即總額點值)。因此，若總額點值不設定下限，又濫用減項扣減總額，總額變成提款機，醫療品質及醫界生存遲早會發生問題。其二、減項或節流措施一定要與總額點值扣連，若認為有5%醫師騙人，則點值下限為0.95，若認為10%醫師騙人，則點值下限為0.90，這是連動的，不能說前面總額已無條件打折，後面這也要扣那也要扣，這非平衡的處理方式。
- 三、台灣醫療的平衡發展：小兒科的萎縮已無法避免，此為整體結構性問題，因醫學院畢業生不想走小兒科，每年小兒科住院醫師都招收不到一半的需求量，大家應審慎重視此問題。之前提到的簡表，簡表具有論次支付的概念，不應單從藥費節省的角度來看，簡表藥費砍得越兇，對小兒科就越不利。



謝榮譽理事長文輝(謝委員武吉代理人)

主席剛提到每年均進行總額評核會議，個人認為應務實地檢討，而不是評核會議結束就沒了。以第 6 次藥價調降為例，號稱有 200 億節餘，但最近健保局的資料顯示，藥費還是成長，真有節省嗎？這就必須務實地檢討，若確有實際節省效果，扣除絕對合理。尤其老年人口成長、重大傷病等統計資料顯示，其每年醫療利用成長均遠超過每年所給總額，這就要務實檢討成長的合理性，並就檢討結果於次年度總額協商時，多給成長率(合理成長時)或要求改善(不合理成長時)。

林組長宜靜

本會將於 4 月 30 日召開監理、費協兩會聯席座談會，請健保局就健保支出流向、成長原因分析及節流措施等進行專題報告，謝榮譽理事長文輝所提健保支出合理性的部分，建議可於此座談會，再進行意見交流。

蘇委員鴻輝

- 一、非協商因素是否依現行方式處理問題，個人認為，衛生署既然下週將與付費者代表就報院大總額案討論，建議付費者代表可先在該會議審視非協商因素計算公式與內涵的合理性，並在會中表達意見，會後若仍覺有必要，可於費協會討論時再提出。
- 二、個人認為健保實施十五年來，已累積龐大資料庫，可供檢視各項醫療利用的合理性，及研議相關原則，以因應二代健保收支連動的變革：
  - (一)以藥價調整的節流措施為例，醫界認為整體藥費不降反升，為何未如預期替代效應，又被保險人一年 365 天卻有高達 1 千多用藥天數，這是需求面(need)或供給面(supply)濫用造成的浪費，二代健保後，對被保險人的就醫行為尤應加強規範。
  - (二)未來收支連動，也要對總額執行結果進行驗收，假若總額協定時，核 5 萬件服務量，執行結果是做 10 萬件，則額外增加的量則須訂定補給總額部門的原則，依原則審閱所增加的 5 萬件

是否確實需要。諸如此類原則，未來都需根據實際醫療狀況與具體的數據，透過協商原則處理，因此，原則制訂了就要承認它的公平性，不要公說公有理，到最後還是只能用磋商的方式來喊價。

陳主任瑞瑛(陳委員明豐代理人)

門診透析服務費用之分攤方式，同意比照去年協商模式。

陳委員宗獻

- 一、門診透析服務之費用、利用審查、品質監控等事項均獨立運作，相當於一個總額部門，但總額協商時卻是分別談醫院及西醫基層門診透析費用，再合併計算成長率。歷年來在執行面有其窒礙難行處，因為醫院及西醫基層二部門都會認為壓低門診透析費用，可以保留其他服務的成長空間，故建議門診透析服務成長率另外談，不與醫院及西醫基層的成長率扣連，以避免利益衝突。
- 二、不應只討論減項，為兩相平衡，若減項要製表，則增項也請製表。

林組長宜靜

- 一、100 年度門診透析服務費用之處理，例如成長率設定方式及分攤基礎，建議循去年方式，先提請健保局門診透析聯合執行委員會議討論。
- 二、擬辦二之(三)是希望總額協商因素中，除了往年既有的增項成長率外，也能有減項成長率。循往年協商期程，院核大總額交議本會後，會請健保局與各部門討論協商草案，故建議在協商草案納入協商減項，所涉減項成長率之計算基礎與合理性等，均於研擬協商草案時併同討論。

張委員惟明

本人所提扣款項目與優先順序之意見係二個不同概念，扣款項目係請幕僚單位檢視有無達成原訂目標，以大樓打掃為例，少做一次要

扣費用，是處理做不好的地方；至優先順序清單係各總額部門研擬辦理各項計畫之優先順序，提供付費者及政府機關代表作為進行協商之參考。故二項仍宜分開處理，不宜併同處理視為一項。

### 陳委員宗獻

- 一、擬辦二之(三)「整體考量協商減項部分」，精神上可行，但：
  - (一)醫療服務與掃地不同，委員假設掃地每個月掃 8 次，結果只掃 7 次，必須扣總額。反觀，醫療服務一年 365 天每天 24 小時無時無刻都在提供，該給的醫療服務一項都沒少。
  - (二)若總額也有限縮給付範圍的概念，才能落實「真正的減項」，例如保費收入不足，大家決定咳嗽、打噴嚏等輕病不給付，對醫療費用才真節省。
- 二、個人反對「協商草案內容應包含協商減列項目及其預估金額」列為原則，因為明年成長率的預測常以去年的資料為基礎，若再以去年的資料預測減項金額及成長率，恐有執行上的問題，建議減項成長率在協商時宜保留彈性，大家要瞭解談總額不是要把多少錢放入醫師的口袋中，而是消費者要多少以及要什麼樣的醫療服務內容，這心態才正確。

### 楊主任委員銘欽

- 一、考量衛生署刻正邀集各方代表研議 100 年度大總額內涵，建議本案維持現行總額協商架構，若署未來如有修正，本會再配合辦理。至二代健保修法案如獲通過，未來可就制度面再整體考量。
- 二、綜合委員建議，其他原則之 4.修正為「健保節流措施之實際效應，應自總額扣除」。
- 三、「非協商因素」修正為「醫療服務成本及人口因素」，此文字修正實質內容並無改變，只是回歸事實，直接反映醫療服務成本及人口對醫療費用成長率的影響。
- 四、擬辦二之(二)「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」部分，保留至下次委員會議討論。

- 五、門診透析服務費用的處理方式，因去(99)年對兩部門所框列協商成長率上限 3.5% 的內涵，並不含門診透析，實質上已是分開處理，應無陳委員所顧慮的衝突情形。本項依擬辦建議，請健保局門診透析聯合執行委員會先行討論，並於今年 8 月底前完成。
- 六、減項部分依擬辦二之(三)建議辦理。至委員所提相關意見，包括對增、減項成長率、過去協定該做而未做，及做了未達(或超出)目標數量等資料，請健保局於總額協商時併同考量，平衡呈現。

伍、討論事項第二案「建議將教育部所列之所有特教學生納入『99年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額特殊服務項目醫療服務試辦計畫』適用對象案」與會人員發言摘要

蘇委員鴻輝

- 一、同意幕僚及健保局意見，但牙醫師公會全聯會在此提出，是為特殊學校學生請命，因為這類學生大部分住校，上課期間家長全部託付給學校，可想而知，院童生病要帶到外面院所看病成本比較高，如由醫療團進入學校服務效率會比較高。
- 二、去年總額協商時未及想到將這類特教學生列入適用對象，但依所附資料，學校名稱雖為啟明學校，但學生中約有 20% 屬多重障礙，是符合試辦計畫之適用對象。在此建議，若該校符合試辦計畫所列障別的學生超過 10%，即可讓醫療團進駐。

黃副局長三桂

健保局站在維護協商原則的立場，建議暫時不變動，因為若開放牙醫，會否其他總額部門也要求跟進？使好不容易協定完成的原則又被破壞。健保局並不是不同情弱勢，像 99 年牙醫門診總額在此部分的專款經費就增加 2 億元，而是認為，全民健保提供的是基本醫療服務，超越健保負擔範疇部分如醫療費用以外的行政或交通費，則應由其他公務預算支應。

陳委員宗獻

請問新增對象中需牙科照護的量有多少？若量大，會超出原協定經費，就建議暫時不增加；若量少，牙醫部門可承擔，則建議可同意。

許委員怡欣

本項為專款專用項目，協商時，本會主要談的是額度，計畫執行細節則由牙醫門診總額支委會討論，故建議本案是否交由支委會處理。

蔡委員登順

牙醫師公會每年都舉辦偏遠地區或身心障礙者牙醫服務的實地訪查，讓委員瞭解在台灣的邊緣角落，還有這樣的小孩，父母將其託

付給機構全權照顧，負責的老師或工作人員都相當辛苦，若有醫療需求，還要有人力陪同至院所就醫，耗費的人力資源更大。而且身心障礙者的牙科服務難度相對較高，也只有特別有愛心的醫師才願意提供，既然可以不增加費用，又可讓醫療團隊進駐，我想是可以考慮贊成。

謝榮譽理事長文輝(謝委員武吉代理人)

- 一、專款專用的錢都有特定目的，有試辦的功用，有些專款專用項目經過一段時間試辦穩定後，就會併入一般服務項目中，所以在前期實驗性質階段，即需清楚定義對象，若改來改去，以後就沒辦法評估。且專款有未用完要繳回的原則，剩餘經費是可延伸至其他許多對病人有幫助的醫療服務上。
- 二、健保的精神是提供民眾基本醫療照護，其他如對健康者進行癌症篩檢之類所需經費，就應由國民健康局出錢。同理，本案較屬社福問題，預算也應由政府補助，例如接送身心障礙病人就診，所需交通費用就應由內政部編列預算支應。此外並可統計此專案計畫病人的花費較一般病人高出多少，據以向內政部洽談應補助回健保的額度。確實從愛心的角度來看，政府應給予照顧，但亦應清楚劃分該由誰負擔，這樣才能讓健保資源花在刀口。

楊主任委員銘欽

- 一、部分委員從「情」的角度，表示贊成，部分委員從「法」的角度，認為還是需符合規定。因健保資源有限，屬社會福利性質之醫療服務，建議應向內政部、教育部等單位爭取公務預算補助。
- 二、牙醫特殊服務計畫既屬專款性質，其預算仍應用於特別需要的對象，本案因涉試辦計畫相關執行細節，請牙醫師公會全聯會循法定程序，提牙醫門診總額支付委員會討論。