

# 調 查 報 告

壹、案由：據台灣醫療改革基金會等 76 個民間團體推動之「費協會」透明化連署書指出，每年高達 4 千多億元的醫療花費，僅由行政院衛生署署長遴聘之 27 位「全民健康保險醫療費用協定委員會」委員決定，且該會消費者代表占不到三分之一，其遴選機制與權責不符，決策過程不夠透明，相關主管機關疑有違失等情，認有深入瞭解之必要乙案。

貳、調查重點：

- 一、財團法人台灣醫療改革基金會等民間團體陳訴重點。
- 二、全民健康保險醫療費用協定委員會成立之法令依據、職掌事項及委員組成。
- 三、全民健康保險醫療費用協定委員會協定全民健康保險醫療費用之權責、內涵、作業流程與辦理事項。
- 四、全民健康保險醫療費用協定委員會委員會議之運作情形。
- 五、全民健康保險醫療費用協定委員會審議「全民健保第 5 次藥價調查節餘款之處理原則」之經過及結論。
- 六、行政院衛生署於本院約詢時提供之書面資料及答復說明內容摘要。

參、調查事實：

本院為調查財團法人台灣醫療改革基金會（下稱醫改會）等 76 個民間團體所陳，全民健康保險（下稱健保）每年高達新台幣（下同）4 千多億元之醫療費用，係由行政院衛生署（下稱衛生署）署長遴聘之 27 位全民健康保險醫療費用協定委員會（下稱費協會）委員決定，該會委員之遴選機制及權責不符，決策過程不夠透明等情乙案，爰向衛生署、費協會調閱相關卷證資料，並詢問

衛生署鄭副署長守夏、費協會柯執行秘書桂女等相關人員，茲綜整詢問及調卷之資料，將調查事實整理如后：

一、醫改會等民間團體陳訴重點：

- (一)費協會組織法規定名為「規程」，與中央行政機關組織基準法（以下簡稱中央組織基準法）不符。
- (二)費協會委員由衛生署長遴聘，決定每年高達4千多億元之健保醫療費用，但協定費用之委員會議紀錄及發言內容透明化程度不足。
- (三)27名費協會委員，由「醫事服務提供者代表」、「保險付費者代表及專家學者」與「相關主管機關代表」之委員各9人組成。代表保險付費者之委員中，各有1名醫院及藥廠老闆，使醫藥團體代表人數占全體委員之比率達40%。
- (四)臺灣臺南地方法院檢察署（下稱台南地檢署）偵查發現健保藥品採購價差之節餘款為150億元，理應回歸健保安全準備，但費協會經數次討論，只撥出30億元作為提升品質專款，其他全部流回醫界。

二、費協會成立之法令依據、職掌事項及委員組成：

(一)相關法令依據：

- 1、全民健康保險法（下稱健保法）第48條規定：「為協定及分配醫療給付費用，應設醫療費用協定委員會，其組織規程，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之」。「全民健康保險醫療費用協定委員會組織規程（下稱費協會組織規程）」爰由衛生署擬訂，經報行政院核定後，於85年10月9日發布，同年11月8日設立費協會。
- 2、中央組織基準法係於93年6月23日公布施行，該法第4條規定，行政院所屬三級機關之組織以法律定之，另同法第35條第2項規定：「本法公布後，其他各機關之組織法律或其他相關法律，

與本法規定不符者，由行政院限期修正，並於行政院組織法修正公布後一年內函送立法院審議。」然目前行政院組織法修正草案尚在立法院審議中。

- 3、費協會係於前項基準法施行前即已成立，且組織法規定名為「規程」，據衛生署函復說明，該會組織法規尚無違反中央組織基準法之規定，然該署暨所屬機關於行政院組織法修正公布後，將配合進行一致性之組織調整。

(二)任務及掌理事項：

- 1、健保法第 48 條及第 49 條規定，費協會之任務與功能，係於每年度開始前，在行政院所核定之年度醫療給付費用總額範圍內，協定健保之醫療給付費用總額及其分配方式，報衛生署核定。
- 2、費協會組織規程第 2 條規定之掌理事項如下：
  - (1)在行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定健保之醫療給付費用總額及其分配方式。
  - (2)協定各地區門診及住院費用之分配比例。
  - (3)協定醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用等之分配比例及醫藥分帳制度。
  - (4)協定門診藥品費用超出預先設定之藥品費用總額時，其超出部分應自當季之門診醫療給付費用總額中扣除之一定比例。
  - (5)其他經主管機關交議之醫療費用審議事宜。

(三)費協會之委員組成及遴聘：

- 1、委員之組成：

健保法第 48 條規定費協會之委員，由醫事服務提供者代表、保險付費者代表與專家學者及相關主管機關代表各占三分之一組成之立法考量：

- (1) 參考德國健康保險制度，由醫事服務提供者及保險付費者雙方按相同比例代表組成，落實對等協商機制。
- (2) 健保開辦之初，為避免未有足夠且具代表性之付費者團體可推薦代表參與，同時考量費用協定於我國尚屬新興制度，應有中立且具充分專業知識之代表參與，爰規劃將保險付費者代表與專家學者並列合占三分之一。
- (3) 健保為強制國人均應參加之社會保險制度，政府宜有較深之參與，以確保運作良善，爰規劃由相關主管機關推薦代表參與。

## 2、委員之推薦方式：

- (1) 依費協會組織規程第 4 條規定，主任委員及專家學者委員，由衛生署長遴聘之；其餘委員，由衛生署分別洽請有關機關（構）、團體推薦聘兼之。同規程第 5 條規定，委員任期為 2 年，期滿得續聘之。至各團體所推薦之委員，乃代表所推薦團體之立場參與協商，在行政院核定之年度總額範圍內，協定總額及其分配。
- (2) 本（98）年 3 月組成第 7 屆委員會，任期自 98 年 3 月 1 日至 100 年 2 月 28 日，委員名單如次：

	委員姓名	推薦單位及推薦人選職別
醫事服務提供者代表（共	陳明豐	台灣醫院協會推薦，任該協會常務理事，代表醫學中心。
	蘇清泉	台灣醫院協會推薦，任該協會會員代表，代表區域醫院。
	謝武吉	台灣醫院協會推薦，任該協會常務監事，代表社區醫院。

9 人)	李明濱	中華民國醫師公會全國聯合會推薦，為該公會理事長。
	陳宗獻	中華民國醫師公會全國聯合會推薦，為該公會常務理事。
	林永農	中華民國中醫師公會全國聯合會推薦，為該公會理事長。
	蘇鴻輝	中華民國牙醫師公會全國聯合會推薦，為該公會理事長。
	連瑞猛	中華民國藥師公會全國聯合會推薦，為該公會理事長。
	陳玉枝	中華民國護理師護士公會全國聯合會，為該公會監事。
保險費代與專家學者(共9人)	曾義青	中華民國全國工業總會推薦，為該會監事。
	葉宗義	中華民國全國商業總會推薦，為該會常務監事。
	黃明和	中華民國工商協進會推薦，為該會團體會員代表。
	謝天仁	中華民國消費者文教基金會推薦，為該會董事長。
	廖本讓	臺灣省農會推薦，為該農會主任秘書。
	陳文欽	臺灣省漁會推薦，為該漁會秘書。
	陳錦煌	中華民國全國勞工聯盟總會推薦，為該會理事。
	蔡登順	全國產業總工會推薦，為該會常務理事。
	黃偉堯	專家學者代表，由行政院衛生署遴聘。
相關主管機關代表(共9人)	楊銘欽	主任委員，由行政院衛生署遴聘。
	戴桂英	行政院衛生署企劃處處長。
	許怡欣	行政院衛生署顧問。
	莊淑芳	銓敘部退撫司副司長。
	黃碧霞	內政部社會司司長。
	戴龍輝	財政部國庫署專門委員。
	孟藹倫	行政院勞工委員會參事。
	張惟明	行政院主計處簡任視察。
劉清芳	行政院消費者保護委員會組長。	

3、除專家學者委員外，費協會歷屆代表保險付費者之委員另有8名，其中2名為勞工代表，第1至3屆，由中華民國全國總工會推薦；第4屆依相關工會之票選，由全國工人總會、全國勞工聯盟總會推薦；第5至7屆由全國勞工聯盟總會及全

國產業總工會推薦；另 6 名代表保險付費者之委員，衛生署自第 1 屆起，至第 7 屆止，均請中華民國全國工業總會（下稱工業總會）、中華民國全國商業總會、中華民國工商協進會（下稱工商協進會）、中華民國消費者文教基金會、台灣省農會及台灣省漁會各推薦 1 名代表。

4、衛生署聘任具有醫藥背景者，為代表保險付費者委員之考量：

(1) 第 7 屆委員遴聘時，保險付費者推薦團體中，工商協進會推薦其「團體會員代表」黃明和先生，工業總會推薦曾義青先生。黃明和先生早年開辦醫院，曾任多屆立法委員；曾義青先生曾擔任台灣區製藥同業公會理事長，亦為費協會第 3 至 6 屆保險付費者代表委員，均係社會知名人士，衛生署了解其資歷。

(2) 全國工業總會及工商協進會，係由眾多工商雇主團體所組成之全國性組織，其考量健保業務性質而推薦具醫藥背景人選，或有其意義，衛生署對各團體經民主運作機制所推薦之代表，多採取尊重態度。

(3) 另若以具醫藥負責人身分，即論斷在議事上必失卻付費者代表之立場，恐有失公允。

三、費協會協定健保醫療費用之權責、內涵、作業流程與辦理事項：

(一) 醫療費用協定之目的：

健保法第 47 條至第 50 條規定應實施總額支付制度，並組成費協會，於年度開始前，協定年度醫療給付費用總額，期藉由集體協商機制，達到合理控制費用之目的。

(二) 國內實施醫療費用總額支付制度之原因及經過：

- 1、總額支付制度（global budget system）是指付費者與醫療供給者，就特定範圍之醫療服務，如牙醫門診、中醫門診、西醫門診或住院服務等，預先以協商方式，訂定未來一段期間（通常為1年）內健康保險醫療服務總支出（預算總額），以酬付該服務部門在該期間內所提供之醫療服務費用，不論整體醫療院所實際上之醫療服務數量之成長率，最多僅給付醫療院所預先協商之醫療費用，藉以確保健康保險維持財務收支平衡之一種醫療費用支付制度，亦譯為「總額預算制度」。
- 2、國內分別於87年、89年、90年及91年，開始實施牙醫、中醫、西醫基層醫療院所及醫院之總額支付制度。

（三）費協會與行政院、衛生署及中央健康保險局（下稱健保局）於健保醫療費用協定事項之權責：

- 1、衛生署於年度開始6個月前擬訂年度醫療給付費用總額範圍，報請行政院核定。嗣將行政院核定之醫療給付費用總額範圍，交費協會進行年度總額及其分配方式之協商。
- 2、費協會於年度開始3個月前，協定年度醫療給付費用總額及其分配方式，報請衛生署核定後，由該會公告。
- 3、健保局之職掌，包括：於費協會完成協定總額後，依據協商結果擬具合約書，並與各部門總額承辦團體完成簽約程序，執行總額支付制度；籌組「總額支付委員會」，邀集總額承辦團體、藥界代表、專家學者、衛生署及費協會代表共同組成，負責研議相關執行辦法及督導總額支付制度實際運作情形；依據衛生署之政策目標及費協會所交付之計畫與配套方案，與總額承辦團體或業

務相關專業組織，負責研擬規劃、執行，並監控分析成效。

(四) 醫療費用協定之內涵：

- 1、影響醫療費用成長之因素甚多，從需求面觀之，包括：投保人口數增加、人口結構老化、平均壽命延長，以及醫療科技之進步等；另醫師數或病床數等供給面增加，亦影響醫療費用之成長。
- 2、費協會只能在行政院核定之年度醫療給付費用成長率上下限範圍內進行協商，但協商時除考量人口增加及老化、新醫療科技引進及品質提升等因素外，並同時衡量保險付費者意願及民眾負擔能力，以及參考經濟成長率、保險費收入成長率及失業率等總體經濟指標。

(五) 費協會協定總額預算之作業流程與事項如下表：

編號	工作項目	辦理內容	期間	參與者
1.	擬訂年度總額協商方式	整理並擬案提會討論有關委員及相關單位對年度總額協商架構之意見，包含：總額內涵與協商架構、協商程序與流程、其他幕僚議事後續作業等。	1-5 月	各總額部門、費協會、衛生署、健保局
2.	擬訂各部門總額執行結果評核方式	擬案提會討論有關評核項目與內容、評核結果之處理、會議進行方式、改善事項等。	4-5 月	各總額部門、費協會、衛生署、健保局
3.	建立協商參考資料	編製「全民健康保險醫療費用總額支付制度問答輯」及「全民健保總額支付制度協商參考指標要覽」，分送委員及相關單位，作為總額協商之重要參據。	3-7 月	費協會、健保局
4.	召開總額協	針對需深入研議或較具爭議之	5-11 月	費協會

	商相關議題 座談會	議題，召開專家會議或相關溝通會議。		專家學者、衛生署、健保局
5	召開各部門 總額執行結 果發表暨評 核會議	(1) 召開評核會議前，就各部門總額年度品質及績效報告，先請專家學者進行書面審查，審核建議提供評核會議及總額協商參考。 (2) 召開評核會議，對各部門總額年度執行成果，邀請專家學者進行評核，並邀集相關民間團體參與提供意見，評核結果及意見並供各總額部門及健保局、費協會作為改進相關事項之參考。	6-7 月	費協會 專家學者、各總額部門、健保局、衛生署、全民健康保險監理委員會及審議委員會、民間團體
6	衛生署說明 行政院核定 之年度總額 範圍及相關 審議事項	就衛生署交議年度總額協定案，安排前置說明，以了解行政院核定結果、意旨及衛生署之政策。	7 或 8 月	衛生署、費協會
7	請健保局及 總額部門預 先研擬協商 因素項目計 畫(草案)	健保局分別邀集各總額部門代表共同研擬該部門年度總額協商因素項目、計畫。	7-8 月	健保局、各總額部門
8	召開年度總 額協商座談 會	由各總額部門及健保局向委員提報年度各部門協商因素項目、計畫之規劃，並進行綜合討論，以利委員於協商共識會前有機會進行溝通。	8 月	費協會、各總額部門、健保局、衛生署
9	召開年度總 額協商付費 者會前座談	向費協會代表保險付費者及相關主管機關之委員，說明各總額部門及健保局所研提年度協	8 月	費協會 付費者 及相關

	會	商草案細項及相關數據，以利渠等對協商資料能有所瞭解。		主管機關代表、健保局
10	召開年度總額協商共識會議	由代表保險付費者及相關主管機關之委員，分別與牙醫、西醫基層、中醫及醫院等 4 總額部門協談總額可成長空間及凝聚共識，以利正式協商會議順利進行。	9 月	費協會、健保局、衛生署

(六) 健保法第 49 條第 1 項規定，費協會無法於限期內達成保險醫療給付費用總額及其分配方式之協定，應由主管機關逕行裁決。

#### 四、費協會委員會議之運作情形：

- (一) 費協會組織規程第 12 條規定，該會每 2 個月開會 1 次，必要時得舉行臨時會議。自成立以來，多於每月第 2 個星期五召開 1 次委員會議，並視需要加開會議。
- (二) 委員會議採共識決而非表決，議事績效端賴保險付費者與醫界代表之理性協商。又委員會議若遇醫事服務提供者與保險付費者代表兩方意見無法達成共識時，則彙整付費者與醫界代表意見之詳實紀錄併送衛生署，作為其裁決之重要參考。
- (三) 費協會是付費者、醫事服務提供者及政府機關代表協商每年醫療支出之法定平台，各相關事宜都以協商方式運作，幾經磨合而形成共識，多年來沿用此模式運作。
- (四) 總額協商多採共識決，若有利益衝突，各方係在持續討論中，尋求共識。費協會之保險付費者代表中，有具醫藥產業負責人身分者，會被提醒與要求站在付費者立場為民喉舌。至委員偏離立場之發言，將依下列方式處理：

- 1、議場之即時導正：為維持議事順暢，主席會立即口頭提醒，且付費者代表間會監督該等委員之發言。
- 2、社會之監督與壓力：費協會之會議決議及委員發言摘要同時寄送其推薦機關團體，未來各該紀錄與發言摘要也都將公開於衛生署網站，供社會大眾及推薦團體會員檢視。若委員未能依所代表之立場議事，會受到一定程度指責，衛生署亦將主動向推薦之團體反映。
- 3、未來聘任作業之改善：未來聘任委員時，於函請各團體推薦人選時，將導入利益迴避原則，以符社會期待。
- 4、費協會之委員會議係由全體委員參加，採共識決方式形成決議，委員並無獨立審查議案權限，且不以所代表立場議事，並無法獲得其他付費者代表認同，所提意見即不會被採納。

(五) 委員會議委員發言實錄之公開：

- 1、費協會於 97 年 5 月 9 日召開之第 139 次及同年 7 月 11 日召開之第 140 次委員會議，均曾就會議實錄或發言摘要公開議題進行討論。經考量該會主要任務為協商健保醫療給付費用總額，協商過程中，各方需有所進退，倘公開實錄，恐致各方堅持己見，即無法達成協商任務；且有部分委員擔心公開後被不當解讀，或危及發言者之安全，因而決議發言摘要暫不對外公開。
- 2、醫改會曾就費協會紀錄及發言摘要之公開事宜，於 97 年 8 月 6 日拜會衛生署署長、同年 11 月 28 日拜會費協會主任委員，醫改會再與其他 75 個民間團體，於 98 年 3 月 16 日向本院陳情。
- 3、按衛生署及費協會於 98 年 4 月函復之說明，均

表示雖明瞭社會之期待，但基於部分委員反對公開發言摘要，故發言摘要之公開，以接受申請調閱之方向規劃。又於本院調查期間，衛生署所屬之全民健康保險監理委員會（下稱監理會）率先於 98 年 4 月之第 167 次委員會議，提案將委員會議之委員發言摘要公開上網，供民眾查詢，案經以記名方式進行投票表決，通過該委員會議紀錄之發言摘要同步上網公開之決議。

- 4、嗣費協會於 98 年 5 月 8 日第 148 次委員會議提案，案由為「配合政府資訊公開法修訂本會會議規範第十二點案，提請討論」，決議一為：「本會會議紀錄及與會人員發言摘要，以上網公開為目標，……，相關作業細節，提下次委員會議討論。」嗣於第 149 次委員會議討論作業細節，並決議會議紀錄及發言摘要於 98 年 6 月以後，經下次會議宣讀確定後，於 1 星期內公開於衛生署網站。

五、費協會審議「全民健保第 5 次藥價調查節餘款之處理原則」之經過及結論：

- (一)費協會於第 77 次委員會議定下「全民健康保險藥品支付價格暨特殊材料市場實際交易價格調查調整作業節餘」分配方案：

費協會代表保險付費者之委員於 91 年底提案，要求藥價調整節餘款應妥善處理。該會經討論後於 92 年 7 月 11 日第 77 次委員會議定下「全民健康保險藥品支付價格暨特殊材料市場實際交易價格調查調整作業節餘」分配方案之兩項重要原則：

- 1、目的在使之節餘經由適當分配，達到最有效率之運用。
- 2、各部門總額內依下列方式分配：
  - (1)50%用於調整健保醫療費用支付標準（含藥事

服務費及護理費) 點值偏低品項之財源。

(2) 30 % 用於新藥物納入健保給付範圍之財源。

(3) 20 % 用於健保局推動健保新政策及特殊緊急狀況所需之財源。

(二) 按健保法第 50 條之規定，保險醫事服務機構應依據藥價基準向健保局申報藥品費用，醫事服務機構若購入藥品之成本低於藥價基準，即有藥價差之利潤，健保局再透過定期之藥價調查，反應於支付價格之調降。健保局已進行 5 次藥價調查，但經台南地檢署追查發現，仍有為數不少藥商及醫院於申報時隱匿「折讓」、「贈品」、「現金捐贈」、「管理費」及以其他名義方式，使與藥品交易有關係之利益，未以實際交易價格申報，爰請健保局對「全民健康保險第 5 次年度藥價調查」進行「再確認及更正申報」作業。健保局估計按第 5 次藥價調查之藥價調降，約節餘 90 億元藥費，加上再確認及更正申報作業後約可減少約 60 億元藥費支出，累計辦理第 5 次藥價調查而調降之藥費，約可減少 150 億元支出。為使藥價調降之利益回歸民眾，健保局主張減少之金額，一部分應自總額基期中扣除，即 97 年之總額係按 96 年度之總額 $\times$ (1+97 年度成長率) 計算，故應將 96 年度之總額基期費用扣除 150 億元。

(三) 健保局提案請費協會在協定 97 年度健保醫療給付費用總額時，將「第 5 次藥價調查(含再確認更正作業)之調整藥價節餘款 150 億元」、「指示用藥不再給付之節餘款」及「醫療院所違反『全民健保醫事服務機構特約及管理辦法』之扣款」等，納為自基期費用扣除之協商項目。

(四) 前項案由經提費協會第 125 次委員會議審議，歷經

7 次委員會議討論，始於第 131 次委員會議勉強有所結果，歷次會議之處理情形如次：

1、第 125 次委員會議（96 年 5 月 11 日）：

(1) 有委員提議，依第 77 次委員會議所訂分配原則之精神，將藥價調查節餘款之 20% 自基期減列。

(2) 各方僵持下，多數委員認為，分配方案前既已議定，則應依之處理；但是否根據「20% 用於健保局推動全民健康保險新政策及特殊緊急狀況所需之財源」項目，而將 20% 藥費節餘款自基期減列，仍有不同見解，乃請健保局先檢討其確切用途後再議。

2、第 126 次委員會議（96 年 6 月 8 日）：

健保局依前次會議決議，檢討藥費節餘款用途，提出「當年度若衛生署未有明確政策指示或緊急狀況，則建議自基期 20% 節餘款」意見。此次會議時間幾乎都用於處理醫界委員所提「特約院所違規案件所扣回醫療費用自基期減列」復議動議，致藥費節餘款議題未能深入討論。

3、第 127 次委員會議（96 年 7 月 20 日）：

醫界代表強烈質疑健保局提出之藥費節餘款估算方式，認為健保局所謂「節餘」根本不存在，且對是否應自基期減列也有不同見解，幾番爭辯無果，主席裁定請健保局與西醫基層、醫院代表（藥價調整無關中醫，對牙醫影響則甚微）會商並研提可行方案，且懇請三方就擬提出之方案、相關數據等，先行確認、溝通及尋求共識。

4、第 128 次委員會議（96 年 8 月 10 日）：

(1) 健保局與西醫代表各提主張，各方意見似漸拉近，付費者與政府機關代表較贊成健保局方

案。

- (2) 會議將結束前，代表西醫基層與醫院之委員，以其內部須先會商為由，要求暫停會議。各該醫界代表經闢室會商 20 多分鐘，於返回會場後，旋即提出「請付費者正視西醫總額財務缺口問題，醫界無法接受總額協商公式加入『基期減列』乙項因素，建議相關之減列，應回歸總額共同管理與品質提升之核心價值中」訴求及分送「退席聲明」，並集體離席。
- (3) 代表醫事服務提供者之委員退席後，在場委員有認在場委員數仍超過法定人數，應繼續開會；另有認為議案對醫界影響深遠，在兼顧各方立場平衡下，希予醫界表達機會，爰決定促成各方同意於 8 月底加開會議。

5、第 129 次委員會議（96 年 8 月 23 日）：

- (1) 健保局及醫界均提出說帖，希說服與會委員。
- (2) 鑑於基期減列非降低民眾就醫財務障礙與提升健保資源使用效率之最好方法，且應有更縝密周延之配套，以免無形中損害醫療體系之發展；再者，醫界代表對健保局藥價調查調整之節餘金額推估方法，仍有不同見解，乃作成決議，即「第 5 次藥價調查及其再確認更正作業」之節餘款，暫不自 97 年度總額基期減列，其處理方式如下：

<1> 依第 77 次委員會議所通過「全民健康保險藥品支付價格暨特殊材料市場實際交易價格調查調整作業節餘」分配方案處理，並列入各部門 97 年度總額協商考量。

<2> 對節餘金額額度，請健保局邀集醫界代表及專家學者，就邏輯合理性先行釐清及試算。

6、97 年度總額共識會議暨第 130 次委員會議（96 年 9 月 14 日、15 日召開）：

西醫基層提議「第 5 次藥價調查（含再確認更正作業）之藥價節餘款計算方式、額度」將影響 97 年度總額，宜先定案。經 7 小時冗長協商，西醫基層原則同意就第 5 次藥價調查（含再確認更正作業）結果，設一定額度之專款，移列「其他預算」項下，作為健保局推動全民健保新政策及特殊緊急事件之用。醫院代表則因與健保局對計算藥價調整節餘，與新藥替代率之項目定義、邏輯、公式、數據等，認知差距過大，而未有結論。醫院代表在該議題討論過程中，一再提出下列論點：

- (1) 總額談的，向來是各項服務預算截長補短，若說減項則相對應有加項。
  - (2) 健保局所稱第 5 次藥價調查（含再確認更正作業）節餘款 150 億元，其計算方法漏洞多無法服人。
  - (3) 藥價調查調整既可節省藥費，則經 5 次藥價調查後，健保藥費理應下降，但實際上卻仍逐年增加。
  - (4) 總額嚴重不足，醫院點值在總額制度前每點 1 元，但自 91 施行總額支付制度後，始終低於 1 元。
  - (5) 進入老年化社會後，醫療費用只會增不會減，不能都要醫界吸收。
- 7、第 131 次委員會議（96 年 10 月 12 日）：

經激辯與折衝後，付費者代表勉予同意第 5 次藥價調查（含再確認更正作業）節餘款以下列原則處理：

(1)自 97 年度醫院及西醫基層總額一般服務預算共移列 30 億元至其他預算項下，其中醫院總額 25.23 億元，西醫基層總額 4.77 億元。

(2)預算移列之目的，不在扣款，而在於使藥價調整之節餘，能經由適當分配及配合政策，達到保障民眾就醫之最有效率運用，爰本項節餘之用途為：

<1>調整現行支付標準不合理項目：為適度反映急重症服務之成本，醫院以調整住院支付標準表為優先。

<2>提升醫療品質方案。

(五)第 5 次藥價調查節餘款最終之處理方式：

健保局依費協會會議決議，匯集台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人臺灣臨床藥學會及中華民國藥師公會全國聯合會、臺灣精神醫療院所行政協會所提建議，研擬多項調整方案，並依健保法第 51 條規定，分別提「西醫基層總額支付委員會」、「醫院總額支付委員會」及「全民健康保險醫療給付協議會議」與醫界協商討論，並陳報衛生署核定，公告自 97 年 9 月 1 日起施行，至健保醫療費用支付標準之調整如次：

1、醫院總額：

調整費用項目，包括：門診及住院診察費、藥事服務費、住院病房費及護理費、慢性精神科住院照護等費用，其中住院調增項目占所有調整項目費用之比率達 66.7%。

2、西醫基層總額：

為提升兒童用藥品質，修訂兒童日劑藥費支付方式及點數，改依處方原瓶包裝之口服液劑種類數訂定不同之日劑藥費，並放寬兒童年齡由 6

歲提高為 12 歲。即 12 歲（含）以下兒童用藥未開立原瓶包裝之口服藥劑，其日劑藥費比照成人為每日 25 元；有處方 1 種以上原瓶包裝口服液劑時，則調高每日費用，由原 30 元改為 1 種原瓶裝口服液計時支給 31 元、2 種支付 37 元、3 種以上支付 41 元。

六、衛生署於本院約詢時提供之書面資料及答復說明內容摘要：

（一）有關費協會之委員會議紀錄及發言摘要之公開事宜：

- 1、費協會之委員會議紀錄及發言摘要，已決議於 98 年 6 月起上網公開。
- 2、費協會於 2 年多前之第 134 次委員會議，曾由幕僚人員協助提出逐步公開會議紀錄及發言摘要之提案，初期擬先同意接受申請調閱資料，嗣後因委員表示受到恐嚇，致提案最後未獲通過。醫改會乃向立法院、監察院、行政院等機關陳情，案交衛生署進行評估。費協會爰再於第 148 次會議就此議題提案進行討論，並漸獲共識，包括代表醫事服務提供者之委員亦同意此案，會中乃作成決議，有關會議紀錄等資料原則上將主動上網公開，嗣於第 149 次會議討論作業細節，並決議於 98 年 6 月以後，費協會之會議決議及整理後之委員發言摘要，於下次委員會議宣讀並確定後，1 星期內即公開於衛生署網站。
- 3、衛生署下設之另 2 個健保委員會，監理會於 98 年 4 月即決議公開委員會議紀錄及發言摘要，但全民健康保險爭議審議委員會之主要任務係審查具體之爭議審議案件，因而未作成委員發言摘要。

4、發言摘要之記載將循目前之紀錄方式，即完整之紀錄，包括決議事項及附件之發言摘要，惟因委員之發言內容時有重覆或口誤，故會再將逐字發言之內容及精神，整理成發言摘要。

(二)有關費協會之委員會會議議程之預告事宜：

1、有關議程事先公開或預告之議題，已有委員以臨時動議方式，提案於第 149 次委員會會議討論，然委員間之看法歧異，有認具正面效益者，亦有持反面之看法者。所謂正面之效益，在於關心議程內議題之民眾可事前提供相關之意見，但有部分委員認為國內民眾對於醫療費用協定未有深入瞭解，且擔心相關利益團體或人士進行遊說，或請求個別委員於協商醫療費用成長率時之標準不要太嚴格，反將造成委員之困擾。

2、費協會鮮少對重大議案發動突襲，對於議程之公開乃採用替代方式，於年度結束後，將前一年度之所有資料，包括出列席人員名單、委員會會議決議、議程內之書面說明及所有相關數據，彙集成冊，廣發各界，既對外發行，亦供外界索閱。至 97 年度之彙編資料，於 98 年 1、2 月整理完竣後，即寄送國內各大學院校圖書館、相關教授及醫改會參考，並請給予督促意見，作為檢討改善參考。

3、費協會委員會會議之議題係由幕僚人員、健保局、委員或相關公會透過委員提案，因資料來源由各方提供，致議程之編製有時難以掌握時效。

(三)費協會受衛生署交議協定醫療費用總額後，召開正式委員會會議之次數：

1、衛生署交議協定醫療費用總額後，費協會即主辦相關座談會，不計前置作業及準備工作，召開正式委員會會議之次數不下 4、5 次，且視需要開會，

偶有 1 星期開 2 次會之情形，此外，亦私下徵詢委員之需要，指派同仁個別向委員說明相關事項。

- 2、次年之醫療費用總額，於每年 9 月開始協商，一般至 12 月間始能完成協商，需時至少 4 個月、歷經 4 次委員會議，必要時，甚至加開臨時會協商。

(四)對於代表保險付費者之委員具醫藥背景者之看法及處理：

- 1、本屆（第 7 屆）委員始有 2 名代表保險付費者之委員，兼具醫事人員或藥廠經營者之身分；過去僅有 1 名委員，為藥界人士，由工業總會推薦，代表雇主。
- 2、費協會委員之職務，不涉及醫療計畫及業務之執行等細節，亦無獨立審查議案之權限，僅係代表所推薦團體之立場參與協商。
- 3、工商協進會於第 1 至第 6 屆均未曾推薦具醫藥背景之代表，該會第 6 屆係推薦新光產業集團之代表，而工業總會自第 3 屆起即推薦藥界代表。衛生署請工商協進會及工業總會推薦人選，前揭團體即代表付費者團體，既已推薦其認為適合之人選，衛生署原則予以尊重。
- 4、代表保險付費者之藥界委員已任多屆委員，亦有人質疑其發言立場有無未依保險付費者角度之情事，然截至目前，尚無問題，其於委員會議之發言，偶提及製藥界經營之難處，主席或其他委員即加以提醒應代表保險付費者發言，故似無發生外界擔憂之問題。
- 5、外界質疑代表保險付費者之委員失其立場，發言內容未維護保險付費者，此時即會受主席或其他

委員之制止。又第7屆委員召開第1次委員會議時，主席即提醒代表保險付費者之委員要維護保險付費者，不要以醫事服務提供者立場發言。

(五)費協會會議之決議方式：

費協會委員沒有獨立審查議案之權限，會議之決議均採共識決，從成立迄今，未曾破例。費協會委員均知彼此需互相調整、互相學習，亦培養出如此之組織文化。

(六)對於第5次藥價調查節餘款處理方式之審議情形：

- 1、有關藥價調查節餘款之處理，最大之癥結在於無論從理論或學理分析，皆難以同時說服醫事服務提供者及保險付費者雙方代表。
- 2、醫事服務提供者認為所謂之節餘款，並不存在，帳面上雖有金額，但事實上無真正結餘可言，健保局所提150億元節餘款，其假設係藥品使用量不變，即單項之藥價降低，使用數量不變，整體藥費會減少，但實際上在藥品價格降低之同時，數量都大增，所以整體藥費支出未下降，故無結餘款，健保局所稱之150億元，只是作帳出來之數據。另外，總額預算之概念，最重要者在於明年之醫療費用給付總額，今年即預先協定，目前無藥價節餘款，即使有結餘，也不能扣減基期，從基期中扣減費用，總額預算之精神即被破壞，各醫療部門以後未必願意協商總額預算。
- 3、代表保險付費者之委員則認為，150億元之節餘款，係健保局計算得出之數據，因藥品價格調降時，如藥品使用量不變，整體藥費支出應能節省，故總額預算應予減少。
- 4、有關藥價節餘款之問題，費協會歷經連續數月之討論，前後共計7次，甚至連其他議案因此無法

排入議程，每次開會討論 3 小時，後來代表保險付費者之委員也被說服，實際上藥品之用量皆如醫事服務提供者所言，大幅增加，整體藥品支出占醫療費用之比率，未見明顯降低，故實際上可能無藥價節餘款。

- 5、藥價節餘款之處理，最後按費協會第 77 次會議之決議處理，即「50%用於調整健保醫療費用支付標準（含藥事服務費及護理費）點值偏低品項之財源；30%用於新藥物納入健保給付範圍之財源；20%用於中央健康保險局推動健保新政策及特殊緊急狀況所需之財源。」因此委員會議決議將所謂之「150 億元」之 20%，亦即 30 億元，用於推動健保新政策，又當時推動之新政策主要在於醫療品質之提昇，因此若醫界提出完善之醫療品質改善方案，即不需扣款 30 億元，反之則扣款。因代表醫事服務提供者之委員知代表保險付費者之委員已一再退讓，且無退讓空間，故亦不再堅持，其後台灣醫院協會、醫師公會及藥師公會亦依決議陸續研提醫療品質改善方案，此 30 億元由健保局控管。
- 6、總額預算係於前一年協定，能否於協定之基期扣款，確有學理爭論。醫界認為從基期扣款，毫無道理可言，因總額預算係給付醫事服務提供者固定之醫療費用，由醫事服務提供者承作保險對象之醫療，總額既已核定，醫界亦已提供醫療服務，若預先核定之總額可再從基期中扣除部分費用，似乎即無需再實施總額預算制度之必要。
- 7、曾於座談會請教專家學者能否自基期減列部分醫療費用，學者多認為學理上確有爭論，醫事服務提供者及保險付費者雙方之意見，均有其道

理。惟對於醫師未看診，卻虛報、浮報醫療費用等違反全民健康保險特約管理辦法情事者，既已觸犯刑法，因此費協會曾討論將其醫療費用從基期扣除，會中代表醫事服務提供者之委員雖不同意，但勉強讓步，並以共識決方式獲三分之二以上出席委員之同意通過，即特約院所違規案件所扣回醫療費用將自基期減列，扣減之金額雖不多，但有其象徵意義。

#### 肆、調查意見：

本案經調取相關卷證審閱，並詢問行政院衛生署（下稱衛生署）暨所屬全民健康保險醫療費用協定委員會（下稱費協會）相關人員後，調查竣事，茲將調查意見臚陳如下：

一、衛生署對於費協會委員之遴聘，應致力維護醫事服務提供者及保險付費者委員按相同比例代表組成之原則，且需妥善處理代表保險付費者之委員具有醫藥背景之爭議：

（一）按全民健康保險法（下稱健保法）第 48 條之規定，為協定及分配醫療給付費用，應設醫療費用協定委員會，其組織規程，由主管機關擬訂，委員由「醫事服務提供者代表」、「保險付費者代表及專家學者」與「相關主管機關代表」各占三分之一組成。又按全民健康保險醫療費用協定委員會組織規程（下稱費協會組織規程）第 4 條規定，費協會置委員 27 人，各類代表之名額分配各 9 人，其中 1 人為主任委員，主任委員及專家學者委員，由衛生署長遴聘，其餘委員，由衛生署分別洽請有關機關（構）、團體推薦後聘兼。

（二）費協會之委員，任期為 2 年，第 7 屆委員之任期自民國（下同）98 年 3 月 1 日至 100 年 2 月 28 日止，其中 9 位代表保險付費者或專家學者之委員中，首次出現 1 名委員兼具醫療服務提供者之身分，係由中華民國工商協進會（下稱工商協進會）推薦；另 1 名曾為藥廠經營者之委員，則自第 3 屆起即獲中華民國工業總會（下稱工業總會）推薦，以代表保險付費者之身分兼任費協會委員，因均係社會知名人士，衛生署於遴聘作業階段即了解其等資歷。

（三）詢據衛生署既知 2 名代表保險付費者之委員具有醫

藥背景，何以仍遴聘之，據答復以：

- 1、歷次費協會委員之遴聘，均請工商協進會、工業總會等團體推薦人選，衛生署對各團體經民主運作機制所推薦之代表，多採取尊重態度。
- 2、推薦團體因考量健保之業務性質而推薦具醫藥背景人選，或有其意義，僅以其具醫藥負責人身分，即論斷在議事上失卻付費者代表立場，恐有失公允。
- 3、總額協商多採共識決，個別委員無獨立審查議案之權限，且若其不以所代表立場議事，無法獲得其他保險付費者代表認同，所提意見不會被採納，又偏離立場之發言，主席即為口頭提醒，各保險付費者間亦會互相監督發言內容。

(四)查費協會之主要任務係於年度開始前，協定年度醫療給付費用總額，期藉由集體協商機制，達成合理控制費用之目的，至其人員除相關主管機關代表外，由醫事服務提供者及保險付費者雙方按相同比例代表組成，係為落實對等協商機制，該會自 85 年成立以來，歷任委員對於相關議題之看法雖有歧異，但於進退之間，終能以民主協商之共識決方式完成費用協定等相關任務，殊值肯定。惟查國內全民健保財務虧損問題持續存在且未見改善，98 年度協定之醫療費用總額，已近新台幣（下同）4,600 億元，因影響醫療費用成長之因素相當複雜，醫療給付又涉及醫療機構及醫事人員之利益，一旦收支失衡需調整健保費又有影響民眾權益之虞，因而醫療費用成長之控制幅度，同時涉及醫事服務提供者及保險付費者之利益，且二者間時有利益衝突之情事，因而代表保險付費者之委員兼具醫藥背景，難謂妥當。對於前開之爭議，費協會現由主任委員或會

議主席對於不當發言內容口頭提醒，或代表保險付費者之委員互相監督發言內容之方式處理，惟其直接結果將使受聘之委員無法充分表達其看法，或其發言之內容有立場之困擾，另將使代表醫事服務提供者及保險付費者之委員人數因而失去均衡。綜上，費協會醫事服務提供者及保險付費者委員按相同比例代表組成之原則，事涉醫療費用對等協商機制之落實，衛生署應致力維護，並對代表保險付費者之委員具有醫藥背景之爭議，妥善處理。

二、費協會為呼應民意需求，今後允宜賡續並適時、主動公開會議紀錄及與會人員發言摘要，以昭公信：

(一)按政府資訊公開法第5條及第6條分別規定：「政府資訊應依本法主動公開或應人民申請提供之」、「與人民權益攸關之施政、措施及其他有關之政府資訊，以主動公開為原則，並應適時為之」。費協會鑑於醫療給付費用總額之協定分配及相關議題，攸關全體國民利益，其協商過程備受矚目，外界並有協商過程不具公開、透明之質疑者，乃由幕僚人員提案於97年5月9日召開之第139次及同年7月11日召開之第140次委員會議，就會議實錄或發言摘要公開之議題進行討論。經考量該會主要任務為協商健保醫療給付費用總額，協商過程中，各方需有所進退，倘公開實錄，恐致各方堅持己見，反無法達成協商任務；且有部分委員擔心公開後被不當解讀，或危及發言人之安全，因此決議發言摘要暫不對外公開。

(二)嗣台灣醫療改革基金會相當關切費協會紀錄之公開事宜，遂於97年8月6日拜會衛生署署長、同年11月28日拜會費協會主任委員，該會等76個民間團體，再於98年3月16日向本院陳情。本院

著手調查後，衛生署所屬之全民健康保險監理委員會，率先於 98 年 4 月間即同意將會議發言摘要上網公開。至費協會於 98 年 5 月 8 日第 148 次委員會議提案，案由為「配合政府資訊公開法修訂本會會議規範第十二點案，提請討論」，決議一為：「本會會議紀錄及與會人員發言摘要，以上網公開為目標，……，相關作業細節，提下次委員會議討論。」該會再於第 149 次委員會議討論作業細節，並決議會議紀錄及發言摘要於 98 年 6 月起，於下次會議宣讀確定後，1 星期內公開於衛生署網站。

(三)綜上，醫療給付費用總額之協定分配及相關議題，攸關全體國民利益甚鉅，外界迭有要求費協會公開會議紀錄及與會人員發言摘要之訴求，費協會既已於第 149 次委員會議呼應民意需求，今後允宜賡續並適時、主動公開會議紀錄及與會人員發言摘要，以昭公信，並俾利人民共享及公共利用政府資訊，保障人民知的權利，增進人民對公共事務之瞭解、信賴及監督。

三、費協會審議健保第 5 次年度藥價調查節餘款之處理原則，其過程難謂有不當之處：

(一)按健保法第 50 條之規定，保險醫事服務機構應依據藥價基準向中央健康保險局（下稱健保局）申報藥品費用，醫事服務機構若購入藥品之成本低於藥價基準，即有藥價差之利潤，健保局再透過定期之藥價調查，反應於支付價格之調降。健保局已進行 5 次藥價調查，但經臺灣臺南地方法院檢察署偵查發現，仍有為數不少藥商及醫院於申報時隱匿「折讓」、「贈品」、「現金捐贈」、「管理費」及以其他名義方式，使與藥品交易有關係之利益，未以實際交易價格申報，爰請健保局對「全民健康保險

第 5 次年度藥價調查」進行「再確認及更正申報」作業。至健保局估計按第 5 次藥價調查之藥價調降，約節餘 90 億元藥費，加上再確認及更正申報作業後約可減少約 60 億元藥費支出，累計辦理第 5 次藥價調查而調降之藥費，約可減少 150 億元支出。為使藥價調降之利益回歸民眾，健保局主張減少之金額，一部分應自總額基期中扣除，即 97 年之總額係按 96 年度之總額 $\times(1+97$  年度成長率)計算，故應將「96 年度之總額」基期費用扣除 150 億元。

(二) 健保局前項之提案，經提費協會 96 年 5 月 11 日第 125 次委員會議，之後連續於 7 次委員會議進行討論，並歷經 7 個月，始獲共識。詢據時任費協會主任委員之衛生署鄭副署長守夏表示，有關藥價調查節餘款之處理，最大之癥結在於難以同時說服醫事服務提供者及保險付費者雙方代表支持對方之意見：

- 1、醫事服務提供者認為所謂之節餘款，並不存在，帳面上雖有金額，事實上卻無真正結餘可言。健保局所稱之 150 億元節餘款，其假設係藥品使用量不變，單項之藥價降低，整體藥費會減少，但實際上在藥品價格降低之同時，數量都大幅增加，故整體藥費支出未隨之下降，自無結餘款。另總額預算之概念，最重要者在於明年之醫療費用給付總額，今年即預先協定，目前無藥價節餘款，即使有結餘，也不能扣減基期，從基期中扣減費用，總額預算之精神即被破壞。
- 2、代表保險付費者之委員則認為，150 億元之節餘款，係健保局計算得出之數據，因藥品價格調降時，如藥品使用量不變，整體藥費支出應能節

省，故總額預算應予減少。

- (三)有關健保第 5 次年度藥價調查節餘款之處理，最終乃按費協會第 77 次會議之決議處理，即「50 %用於調整全民健康保險醫療費用支付標準（含藥事服務費及護理費）點值偏低品項之財源；30 %用於新藥物納入全民健康保險給付範圍之財源；20 %用於中央健康保險局推動全民健康保險新政策及特殊緊急狀況所需之財源。」即費協會決議將所謂「150 億元」之 20%，亦即 30 億元，用於推動健保新政策，當時推動之新政策在於醫療品質之提昇，因此若醫界提出完善之醫療品質改善方案，即不需扣款，反之則扣款。
- (四)綜上，有關「全民健康保險第 5 次年度藥價調查」之節餘款，確曾經費協會 7 次正式委員會會議、每次約 3 小時之冗長討論，並在各方均有所讓步情況下，以共識決方式勉強獲致結論，至協商之結論雖見仁見智，然尚難謂其過程有不當之處。