

「二代健保法修正草案公聽會一支出面」醫改會發言稿

讓改革曙光 照進 15 年來健保支出黑箱

-- 給醫界合理經營土壤 民眾安心就醫環境

一、繳健保費的頭家 有權「與」、「聞」健保支出決策

1. 監理會、審議藥物給付及醫療支付標準之協議會議、各總額支委會 (政院版§4、39、58) 皆須符合(1)對等協商(2)利益迴避(3)事前公開議程(4)事後應公開發言實錄。
2. 毋法要直接明訂公開發言實錄，以免以後又推說公開「於法無據」！。

二、打開醫院財報黑箱---比財團法人醫院經會計簽證並「個別」公開(政院版§69)。

1. 政院版「得」公開財報，自廢武功。「應」公開財報，才能杜絕喊價式健保協商。
2. 反對財報格式及內容空白授權或日後另行協商訂定，建議直接立法明定比照現行「財團法人財報編制準則」，以免白走冤枉路！

三、擴大公開醫療品質資訊，讓民眾知道多繳的便當錢換來的「牛肉」在哪裡 (政院版§70)。

1. 健保局有責任向民眾公開健保管理相關之服務品質資訊，並應定期公開民眾需要、有助於就醫選擇之醫療品質資訊。
2. 拒絕空白授權！個別醫院服務量及金額、醫事人員數、評鑑結果等，何不直接明定公開？

四、公開健保違規資訊、保障醫界清流，台灣不如美國有魄力！(政院版§77)

1. 非重大違規如果不被揭露，民眾無法幫忙監督抓漏或自保，對違規院所也難收警惕效果；未來醫界更會在哪些是重大違規的定義爭執不休。
2. 目前僅公佈近半年的違規院所名單、最後偵查結果也未更新，無法提供民眾警示，避免誤入地雷受害者；醫界也無法從中學學習為戒。建議修法明確公佈違規名單與事實，並保留 10 年供民眾直接上網查詢。
3. 控管健保之費用不應於年度總額中持續納入某期計算，莫讓健保總額不合理等比膨脹。

五、支出面合理化與健全醫療服務環境，才是二代健保改革重點！

反對差額負擔(刪除政院版§43)、醫藥分帳應明定時程 (§62)、應交付處方讓民眾選擇調劑處所 (§68)、應每年查察健保床比率並加重罰則 (§64、81)、重罰轉診人球案件 (§85)。



財團法人台灣醫療改革基金會

Taiwan Health Care Reform Foundation



聯絡人：研究發展組 副組長 黃繼祥 TEL：2741-7659 分機 12 e-mail：rd02@thcrf.org.tw
本發言稿及法條附件，歡迎來信、來電索取電子檔，或上醫改會網站瀏覽 www.thcrf.org.tw

醫改會版(收入面)健保法修正草案條文對照表

醫改會版修正條文	政院版修正條文	醫改會版說明
<p>第四條 本保險下列事項由全民健康保險監理會（以下稱監理會）辦理：</p> <p>一、<u>保險費率調整之諮詢及民意蒐集。</u></p> <p>二、<u>保險給付範圍調整之諮詢及民意蒐集。</u></p> <p>三、<u>保險醫療給付費用總額訂定及分配之諮詢及民意蒐集。</u></p> <p>四、<u>保險政策、法規之研究及諮詢。</u></p> <p>五、<u>其他有關保險業務之監理事項。</u></p> <p>監理會為前項之諮詢及民意蒐集，有減少保險收入或增加保險支出之情事時，應請保險人同時提出財務平衡方案，併案討論。</p> <p><u>監理會由有關機關及專家學者、被保險人及僱主、各類保險醫事服務機構代表三方，依據對等協商、利益迴避原則公開遴選組成。</u></p> <p><u>監理會應於會議召開七日前，公告會議議程；並於會議召開後七日內，公開出席名單及其發言摘要之會議實錄。</u></p> <p>監理會於諮詢及蒐集本保險重要事項民意；必要時，得辦理相關之公民參與活動。</p>	<p>第四條 本保險下列事項由全民健康保險監理會（以下稱監理會）辦理：</p> <p>一、保險費率之審議。</p> <p>二、保險給付範圍之審議。</p> <p>三、保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配。</p> <p>四、保險政策、法規之研究及諮詢。</p> <p>五、其他有關保險業務之監理事項。</p> <p>監理會為前項之審議或協議訂定，有減少保險收入或增加保險支出之情事時，應請保險人同時提出財務平衡方案，併案審議或協議訂定。</p> <p>監理會於審議或協議訂定本保險重要事項；必要時，得辦理相關之公民參與活動。</p>	<p>一、將現行「全民健康保險監理委員會」和「全民健康保險醫療費用協定委員會」功能職掌合併。</p> <p>二、行政院版監理會，擴大功能：審議保險費率及保險給付範圍、協議訂定及分配保險醫療給付費用總額，根本就是「太上皇條款」。</p> <p>三、保險人既已改制為中央行政機關，理管與衛生主管機關共同承擔審議保險費率及保險給付範圍、協議訂定及分配保險醫療給付費用總額之課責責任，而非推卸應承擔之重責於僅為任務編組、非正式、委員非正職、委員間明顯有專業知識落差之監理會。</p> <p>四、為落實權責對等原則，監理會功能應為「諮詢及民意蒐集」。審議保險費率及保險給付範圍、協議訂定及分配保險醫療給付費用總額，應由衛生主管機關依據監理會民意蒐集報告做最後決策。</p> <p>五、監理會代表中有關機關、醫事服務提供者、被保險人代表人數應對等且符合利益迴避原則，始具公平民意蒐集基礎。</p> <p>六、監理會應事前公開議程，適時廣納民眾端實務建議；事後並應公開其發言摘要會議實錄讓民眾監督，杜絕密室討論。</p> <p>七、保險人為提有關給付內容修正方案供監理會諮詢及民意蒐集，應設資源配置小組，並以醫療科技評估為基礎，就保險給付內容定期檢討。</p> <p>八、該健保資源配置小組於審查新科技、新藥品器材與新醫療</p>

		技術是否納入給付範圍或檢討不合時宜之給付時，除應交由專業機構進行「醫療科技評估」、擴大民眾參與機會外，必須充分考量健保收支變動之影響，並由保險人向監理會提出報告及所需數據。
<p>第三十九條 醫療服務給付項目及支付標準，應先進行醫療科技評估，並對外公開評估結果，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。</p> <p>藥物給付項目及支付標準，應先進行醫療科技評估，並對外公開評估結果，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。</p> <p>前二項代表名額、產生方式及共同擬訂程序等有關事項之辦法，由主管機關定之。</p>	<p>第三十九條 醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。</p> <p>藥物給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者及藥物提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。</p> <p>前二項代表名額、產生方式及共同擬訂程序等有關事項之辦法，由主管機關定之。</p>	<p>一、醫療服務及藥物給付項目及支付標準應依據公開可受大眾檢視之醫療科技評估報告，提供非醫療專業代表足夠資訊加以擬定。</p> <p>二、執行給付項目與支付標準擬訂時，付費者代表、保險醫事服務提供者代表與保險人應對等協商。</p> <p>三、其餘修正同行政院版。</p>
	<p>四十三條 同有效成分或同功能類別之藥物，保險人得以同一價格支付；新增列之藥物，保險人得訂定給付上限。</p> <p>前項藥物，被保險人得選用高於保險人支付之同一價格或給付上限者，並自付其差額。前項負擔差額之品項及實施日期，由保險人送監理會討論後，報主管機關核定公告。</p>	<p>一、刪除行政院版四十三條。</p> <p>二、具成本效益、療效的藥物理所當然應納入健保。</p> <p>三、不具成本效益、相當療效的藥物本不應讓醫療服務提供者誘發不必要需求，鼓勵民眾自費。</p>
<p>第五十七條 衛生主管機關應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，依據監理會諮詢及所蒐集民意訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式。</p> <p>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率。</p>	<p>第五十八條 監理會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。</p> <p>前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用</p>	<p>一、同第四條條文修正說明</p> <p>二、確保醫藥分帳制度落實。</p> <p>三、研商及推動總額支付制度委員應依據對等協商、利益迴避原則公開遴選，會議前議程及會議過程應公開確保民眾權益。</p>

<p>前項門診醫療給付費用總額，應依醫師、中醫師、牙醫師門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比率及醫藥分帳制度。藥品及其他計價藥物依成本給付。</p> <p>第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應依據<u>對等協商、利益迴避原則</u>公開遴選保險付費者代表及保險醫事服務機構代表，研商及推動總額支付制度。</p> <p><u>前項研商應於七日前，公告議程；並於研商後七日內，公開出席名單及具發言摘要之會議實錄。</u></p> <p>第二項所稱地區之範圍由保險人擬訂，報請主管機關核定發布。</p>	<p>之分配比率。</p> <p>前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比率及醫藥分帳制度。藥品及其他計價藥物依成本給付。</p> <p>第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表及保險醫事服務機構代表，研商及推動總額支付制度。</p> <p>第二項所稱地區之範圍由保險人擬訂，報請主管機關核定發布。</p>	
<p>第六十一條 第五十七條第三項及第五十八條第四項之規定應於<u>三年內實施</u>；未實施前，醫療服務給付項目及支付標準之每點支付金額，由主管機關定之。</p>	<p>第六十二條 第五十八條第三項及第五十九條第四項之規定得分階段實施，其實施日期，由主管機關定之；未實施前，醫療服務給付項目及支付標準之每點支付金額，由主管機關定之。</p>	<p>一、<u>條次變更</u>。</p> <p>二、醫藥分帳制度自健保法實施15年以來，仍未落實，應有明確明文規定，督促主管機關實施。</p>
<p>第六十三條 特約醫院設置病房，應符合保險病房設置基準；保險病房設置基準及應占總病床比率，由主管機關定之；<u>保險人並應每年查察</u>。</p>	<p>第六十四條 特約醫院設置病房，應符合保險病房設置基準；保險病房設置基準及應占總病床比率，由主管機關定之。</p>	<p>一、<u>條次變更</u>。</p> <p>二、為確保民眾使用健保病床權利，明文規定保險人應每年查察特約醫院設置病房，是否符合保險病房設置基準及應占總病床比率。</p>
<p>第六十七條 保險醫事服務機構於診療被保險人後，應交付處方予被保險人，於符合規定之保險醫事服務機構調劑、檢驗、檢查或處置。</p>	<p>第六十八條 保險醫事服務機構於診療被保險人後，得交付處方予被保險人，於符合規定之保險醫事服務機構調劑、檢驗、檢查或處置。</p>	<p>一、<u>條次變更</u>。</p> <p>二、配合落實處方箋全面釋出政策</p> <p>三、<u>條次變更</u>，其餘修正同行政院版。</p>
<p>第六十八條 保險醫事服務機構當年領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於次年五月三十一日前向保險人提報<u>經會計師簽證之全民健康保險相關財務報告</u>，保險人並應於三個月</p>	<p>第六十九條 保險醫事服務機構當年領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於次年五月三十一日前向保險人提報全民健康保險相關財務報告，保險人並得公開之。</p>	<p>一、<u>本條新增</u>。</p> <p>二、為確保財報資訊揭露之正確性與公布時效，減少中央健康保險局查證之行政成本，爰比照醫療財團法人財報編制準則規定，明定保險醫事服務機構提</p>

<p><u>內將前述報表及公證會計師之查核報告予以公開。</u></p> <p>前項之一定數額及財務報告之提供程序、格式及內容之辦法，由主管機關定之。</p> <p><u>第一項財務報表類別應包括：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 一、<u>資產負債表</u> 二、<u>收支餘絀表</u> 三、<u>淨值變動表</u> 四、<u>現金流量表</u> 五、<u>醫務收入明細表</u> 六、<u>醫務成本明細表</u> 七、<u>其他經主管機關公告之內容</u> 	<p>前項之一定數額及財務報告之提供程序、格式及內容之辦法，由主管機關定之。</p>	<p>報須事先經會計師簽證。另增訂健保局應主動公開財報資訊，以符社會期待；准規定須另經公證會計師審核後始得公開，以避免健保局不實審查或公開，損害保險醫事服務機構權益。</p> <p>三、為確保應公開財報之完整性，爰增列第三項。</p>
<p><u>第六十九條 保險人應定期公開保險經營之資訊以及個別保險醫事服務機構提供保險服務品質資訊。</u></p> <p><u>前項保險服務品質資訊應包括：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 一、<u>中央健康保險局品質管理績效報告。</u> 二、<u>個別醫事服務機構年醫療服務量及金額。</u> 三、<u>個別醫事服務機構醫事人員數。</u> 四、<u>個別醫事服務機構委外經營之醫事及非醫事服務項目。</u> 五、<u>個別醫事服務機構年度評鑑之各項指標評分和結果如實上網。</u> 六、<u>其他經主管機關公告之項目</u> <p><u>保險人並應調查被保險人需要、有助於選擇就醫地點之醫療品質資訊，並定期公開。</u></p> <p><u>第一項保險服務品質資訊及第三項醫療品質資訊，應遵循事項之辦法，由主管機關定</u></p>	<p><u>第七十條 保險人及保險醫事服務機構應定期公開與本保險有關之醫療品質資訊。</u></p> <p><u>前項醫療品質資訊之範圍內容、公開方式及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。</u></p>	<p>一、<u>本條新增</u></p> <p>二、<u>保險人有責任向被保險人公開經營保險業務相關之服務品質資訊，確保民眾繳交保費，獲得有品質的醫療服務。</u></p> <p><u>保險人並應定期公開被保險人需要、有助於就醫選擇之醫療品質資訊。</u></p>

<p>之。</p> <p>第七十六條 以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，保險人應按其領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用處以十倍罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因此領取之醫療費用，得在其申報應領費用內扣除；<u>主管機關並應於協議訂定及分配次年度保險醫療給付費用時扣除。</u></p> <p>保險醫事服務機構有前項規定行為者，其情節重大者，保險人應公告其名稱、負責醫事人員或行為人姓名及違法事實，<u>並提供十年以上網際網路檢索查詢。</u></p>	<p>第七十七條 以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以其領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用二至十倍之罰鍰。保險醫事服務機構因該事由已領取之醫療費用，得在其申報之應領醫療費用內扣除。</p> <p>保險醫事服務機構有前項規定行為，其情節重大者，保險人應公告其名稱、負責醫事人員或行為人姓名及違法事實。</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、基於浮報健保之費用不應於年度總額中持續納入基期計算，讓健保總額不合理等比膨脹，爰修訂第一項部份文字。</p> <p>三、為使好醫院、好醫師浮出檯面，減少浮報健保弊端，並可提供民眾警示，避免受害，或幫忙監督把關，爰刪減第二項僅限公布情節重大違規之文字。</p> <p>為方便被保險人查詢違規醫事服務機構或行為人之紀錄，應提供一定年限之網路檢索服務，爰修訂第二項部份文字。</p>
<p>第八十條 特約醫院之保險病房未達第六十三條所定設置基準或應占總病床之比率者，<u>保險人應令其限期改善，並依未達之病床數，每床處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰；屆期未改善者，按次處罰。</u></p>	<p>第八十一條 特約醫院之保險病房未達第六十四條所定設置基準或應占總病床之比率者，處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰，保險人並得令其限期改善；屆期未改善者，按次處罰。</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、為確保民眾使用保險病床基本權利，提供特約醫院符合設置基準或應占總病床之比率誘因，依不足保險病床數罰鍰。</p> <p>三、配合相關修正條文的修所引條次</p>
<p>第八十四條 違反第六十六條規定者，處新臺幣十萬元以上二十萬元以下罰鍰。</p>	<p>第八十五條 違反第六十七條或第七十六條第一項規定者，處新臺幣二千元以上一萬元以下罰鍰。</p>	<p>一、條次變更。</p> <p>二、加重處罰拒絕被保險人以健保身分就醫或人球案件之不肖醫療院所。</p> <p>三、配合相關修正條文的修所引條次</p>



【點評】 衛署同意「大水庫式」財報編制方式，難堵「流水帳」問題

衛生署無視自從九一年健保雙邊爭議後各界要求特約醫院財報更透明完整的要求，卻僅要求一個大財團法人下，多個各自獨立特約、經營的機構共同編制一個大水庫式的財務明細表，甚至有的連醫院的簡明財報都不齊全，讓外界根本無法得知各醫院的醫療造虧或資源投入，是否暗中被財團法人所屬其他機構或附屬單位所「互道、稀釋」。

【點評】 醫院財務不公開 健保調漲怎麼談

面對1.5代健保爭議及健保財務虧損600億的窘境，醫改會也呼籲衛生署除了落實醫療法規定，強化法人醫院的財務編制準則與透明度外，更應本諸實信原則，公開個別醫療機構詳盡財報資訊，站在公平理性的立足點討論健保給付合理性，把錢用在刀口上，讓經營困難的偏遠地區醫院、小型醫院調零趨勢獲得改善。

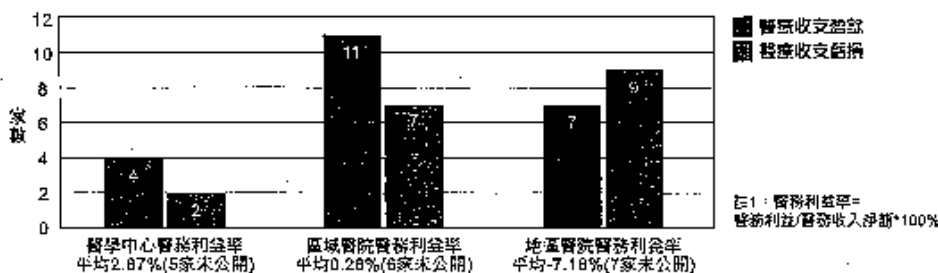


醫改會的呼籲－苦民所苦 政府應該這樣做

- 1 明確落實醫療社會救助提撥金使用規範，避免閒置或挪用等臭步。
- 2 要求醫院及所屬機構都要有個別的財報。
- 3 加速推動健保法修法，公開所有健保特約醫院財報。

【表二】大財團VS.偏遠小型財團法人醫院 財務狀況比一比

96年財團法人醫院，各層級醫療收支結餘「盈餘」或「虧損」家數分析



醫務利益率最高VS.最低的各5家財團法人醫院

最高前5名				最低後5名			
醫院名稱	醫務利益率	層級	縣市別	醫院名稱	醫務利益率	層級	縣市別
縣立鳳山醫院 (委託長庚經營)	10.45%	地區醫院	高雄縣	北海岸金山醫院	-79.32%	地區醫院	台北縣
長庚紀念醫院 林口分院	10.27%	醫學中心	桃園縣	恆春基督教醫院	-50.49%	地區醫院	屏東縣
長庚紀念醫院 高雄分院	10.14%	醫學中心	高雄縣	慈濟醫院台中分院	-17.38%	區域醫院	台中縣
彰化基督教醫院 二林分院	9.53%	區域醫院	彰化縣	埔里基督教醫院	-12.20%	區域醫院	南投縣
長庚紀念醫院 桃園分院	6.77%	地區醫院	桃園縣	台中仁愛醫院	-9.23%	地區醫院	台中市

