

衛生福利部全民健康保險會
第2屆105年第11次委員會議議事錄

中華民國105年11月18日

衛生福利部全民健康保險會第2屆105年第11次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國105年11月18日上午9時30分

貳、地點：本部301會議室(台北市忠孝東路6段488號3樓)

參、出席委員：

干委員文男
何委員語
吳委員肖琪
李委員永振
李委員偉強
李委員蜀平
林委員至美
林委員敏華
林委員惠芳
邱委員泰源

國家發展委員會陳科長靜雯(代)

中華民國醫師公會全國聯合會吳常務理事國治(12:50以前代)、
張副秘書長孟源(12:50以後代)

侯委員彩鳳
張委員文龍
張委員煥禎
張委員澤芸
商委員東福
黃委員淑英
黃委員啟嘉
黃委員偉堯
陳委員平基
陳委員旺全
陳委員幸敏
陳委員義聰
陳委員聽安
楊委員芸蘋
楊委員漢淥
葉委員宗義
趙委員銘圓
滕委員西華
謝委員天仁

中華民國勞工聯盟總會陳監事會召集人順來(代)

佑民醫療社團法人佑民醫院謝董事長文輝(代)

謝委員武吉
羅委員紀琮

肆、請假委員：
李委員成家
李委員來希
莊委員志強

伍、列席人員：
本部社會保險司
醫事司

中央健康保險署

本會

楊副司長慧芬
石司長崇良(黃簡任技正
純英 13:00以後代)
李署長伯璋
蔡副署長淑鈴
龐組長一鳴
施組長如亮
周執行秘書淑婉
張副執行秘書友珊
洪組長慧茹
陳組長燕鈴

陸、主席：戴主任委員桂英

紀錄：范裕春、顏銘燦

柒、主席致詞

各位委員及所有與會者，大家早！

首先介紹新任的陳委員旺全，渠為中華民國中醫師公會全國聯合會新任理事長，請大家鼓掌歡迎陳委員的加入。

捌、議程確認

決定：依委員建議，將臨時提案「106 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算移撥特定用途案」移至專案報告之前，餘照議程之安排進行。

玖、例行報告

第一案

案由：確認本會上(第 10)次委員會議紀錄，請鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(第 10)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、上次委員會議決議(定)事項辦理情形洽悉。
- 二、有關 106 年度醫院總額的裁定結果為自一般服務移列 9.43 億元至「C型肝炎用藥」專款項目乙節，其相關金額之計算方式，請本會幕僚會同衛生福利部社會保險司及中央健康保險署確認後，將相關資料送請委員參考。
- 三、委員針對 106 年度總額之裁定結果及執行面所提建議與期許，請社會保險司、中央健康保險署納為日後裁定、執行之參考。
- 四、另請中央健康保險署於下次委員會議(105.12.23)就政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式提出專案報告。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「105 年 10 月份全民健康保險業務執行報告」，請鑒察。

決定：針對委員關切議題，請中央健康保險署就尚需補充說明事項，提供書面資料，餘洽悉。

拾、討論事項

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：106 年度全民健保保險費率方案(草案)暨全民健保財務平衡及收支連動機制建議修正方案，提請審議。

決議：

- 一、依中央健康保險署之設算，106 年度健保財務的支出雖將大於收入，惟到 106 年底安全準備總額尚超出全民健康保險法第 78 條所訂 3 個月之保險給付支出，爰 106 年度全民健保保險費率之審議結果，建議維持 4.69%。本會將依法報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。
- 二、為維持全民健保之財務穩健，請中央健康保險署持續推動各項抑制醫療資源不當耗用之短、中、長程措施。另除目前衛生福利部疾病管制署、國民健康署對於民眾預防保健之宣導外，請該署加強對民眾就醫習慣之衛教宣導。
- 三、委員針對健保財務推估方式、未來費率調整時機及「全民健保財務平衡及收支連動機制」所提意見，請中央健康保險署納入未來財務推估時考量。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：106 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，續請討論。

主席裁定：考量醫院部門尚須召開內部會議以取得共識，本案保留至下次委員會議續議。

第三案

提案單位：本會第三組

案由：106 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，續請討論。

主席裁定：考量中醫部門尚須召開內部會議以取得共識，本案保留至下次委員會議續議。

拾壹、臨時提案

提案人：陳委員義聰(提案資料詳附件)

連署人：楊委員芸蘋

代表類別：保險醫事服務提供者代表、保險付費者代表

案由：106 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算移撥特定用途案，提請討論。

決議：

- 一、同意牙醫門診總額自一般服務費用移撥 4.156 億元，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「醫療資源不足且點值低地區獎勵計畫」、「投保人口就醫率全國最高二區之保障款」、「牙周病統合照護計畫第一、二階段給付費用」及「牙周病統合照護計畫第三階段給付費用」等 5 項，經費若有剩餘，則回歸一般服務費用。
- 二、同意協定項目「103 年新增支付標準預算執行率連 2 年未達 30%者，扣其原編預算之 50%」(-0.039%，-0.151 億元)於各區之扣減方式，50%(0.0755 億元)依六分區 103~104 年實際未達執行率扣款、50%(0.0755 億元)按 101 年各區人口風險因子(R值)進行扣款分配。
- 三、上開項目若涉及執行面及計算等相關細節或點值保障項目，請依本會 105 年第 10 次委員會議之相關決議辦理。

拾貳、專案報告

報告單位：中央健康保險署

案由：有關衛生福利部推動分級醫療報告(如附件)，請鑒察。

決定：為促使醫療體系運作更具效率，本會委員肯定中央健康保險署朝分級醫療的精神作努力，惟針對所擬策略本會委員所提出需要審慎衡酌其適當性，及設定相關配套等的建議，送請衛生福利部及中央健康保險署參酌修訂。

拾參、散會：下午 2 時 10 分。

臨時提案

提案人：陳委員義聰

連署人：楊委員芸蘋

代表類別：保險醫事服務提供者代表、保險付費者代表

案由：106 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算移撥特定用途案，
提請討論。

說明：

一、106 年牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，業經健保會 105 年第 10 次委員會議決議通過。

二、為保障民眾就醫權利，牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)歷年均建議於一般服務預算移撥部分費用，以保障弱勢醫療並獲健保會同意。對於 106 年地區分配預算移撥方式，建議如下，上開預算若有結餘，則回歸一般服務費用總額，並依 104 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。

(一)「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」移撥 2.1 億元。

(二)「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」移撥 0.8 億元。

(三)「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」移撥 0.15 億元，移撥全國一般服務醫療給付費總額支應全國投保人口就醫率最高之二區中區及高屏，經費分別為 0.1 億元及 0.05 億元。

(四)依健保會 105 年第 9 次委員會議決議，104 年品質保證保留款 1.106 億元將回歸一般服務，擬用於提升民眾醫療服務品質，因 106 年牙周病統合照護計畫第一、二階段協定預算金額為 10.424 億元、第三階段為 3.506 億元，為避免因預算不足排擠民眾就醫之權利，將預算用於此計畫。

1.第一、二階段經費 0.456 億元，按季均分及結算，每點金額以 1 元計算；當季預算若有結餘則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算；全年預算若有結餘，則

進行全年結算，惟每點支付金額不高於 1 元。全年預算若有結餘，回歸一般服務費用總額以 0.456 億元為限。

2. 第三階段經費 0.65 億元，按季均分及結算，每點金額以 1 元計算；當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足，則由一般服務預算支付。全年預算若有結餘，回歸一般服務費用總額以 0.65 億元為限。

(五) 「103 年新增支付標準預算口乾症患者照護執行率連 2 年未達 30% 扣原編預算 50%」經費 0.151 億元，為加強各分區配合總額協定事項相關政策之推動，並考量各區人口風險因子與執行率之落差，建議扣款分配方式 50% (0.0755 億元) 依六分區 103~104 年實際未達執行率扣款、50% (0.0755 億元) 按 101 年各區人口風險因子(R 值) 進行扣款分配。各區追補金額如下：

分區	合計扣款	106 年 100% 按 R 值扣款額度	106 年校正金額
台北	5,491,362	5,474,664	追扣 16,698
北區	2,316,913	2,336,174	補付 19,261
中區	2,767,968	2,737,670	追扣 30,298
南區	1,980,546	2,010,040	補付 29,494
高屏	2,183,279	2,171,000	追扣 12,279
花東	309,933	320,452	補付 10,519
全國	15,050,000	15,050,000	0

三、上述地區預算移撥已提送至中央健康保險署研商議事會討論。

擬辦：特定用途移撥方式建請同意依說明二方式辦理。

中央健康保險署意見：(會上提供執行面意見)

本會幕僚補充說明：

一、本會 105 年第 10 次委員會議「106 年度牙醫門診總額一般服務

之地區預算分配案」決議略以：

(一)分配方式：預算 100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之。

(二)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，由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 105 年 12 月底前送本會同意後執行。

二、查 105 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配，同意自一般服務費用移撥 4.253 億元，用於「醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用」、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」、「投保人口就醫率全國最高二區之保障款」及「牙周病統合性治療第三階段給付費用」等 4 項，經費若有剩餘，則回歸一般服務費用。

三、本案係牙全會建議 106 年度牙醫門診總額自一般服務預算之移撥方式：

(一)移撥金額共計 4.156 億元，用於上開 4 項目(同 105 年)，並新增 1 項「牙周病統合性治療第一、二階段給付費用」，經費若有剩餘，則回歸一般服務費用。

(二)另建議 106 年度「103 年新增支付標準預算(口乾症患者照護)執行率連 2 年未達 30%者，扣其原編預算之 50%」(扣減 0.151 億元)協定項目，其各區扣減方式 50%(0.0755 億元)依各區 103-104 年實際未達執行率、50%(0.0755 億元)依 101 年各區人口風險因子(R 值)。

四、本案如獲通過，所涉執行面及計算等相關細節或點值保障部分，請依本會 105 年第 10 次委員會議之相關決議辦理。

決議：

第 2 屆 105 年 第 11 次 委員 會議
與 會 人 員 發 言 實 錄

壹、「議程確認」、例行報告第一案「確認本會上(第 10)次委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

主任委員、各位委員，大家早安，報告現在委員出席人數為 20 位已過半，達法定開會人數，且已是上午 9 時 30 分，為會議開始時間，請示主任委員是否宣布召開今天的委員會議。

戴主任委員桂英

是。

周執行秘書淑婉

健保會第 2 屆 105 年第 11 次委員會議正式開會，請主席致詞。

戴主任委員桂英

一、各位委員早安！(委員回應：早)，謝謝周執行秘書淑婉，也謝謝各位委員，今天召開 105 年第 11 次委員會議，為第二屆委員的倒數第 2 次會議。會議開始前，先介紹新任陳委員旺全，渠為中華民國中醫師公會全國聯合會新任理事長，歡迎陳委員的加入(與會者鼓掌)，陳委員大家都很熟悉，他擔任過委員代理人，所以不需特別介紹。

二、接著進行議程確認，本次會議共安排 3 項例行報告、3 項討論事項，及 1 項有關推動分級醫療的專案報告，最後有 1 項臨時提案，係陳委員義聰提案、楊委員芸蘋附議，有關 106 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算移撥特定用途案，已置於委員桌上，請教大家對於今天議程的安排有無意見？

干委員文男

主席。

戴主任委員桂英

請干委員文男。

干委員文男

程序問題，有關本次會議臨時提案比較簡單，因為專案報告的討論

時間可能會很長，是否將該臨時提案安排於專案報告前先討論。

戴主任委員桂英

- 一、有關陳委員義聰所提之臨時提案，依委員意見，安排於推動分級醫療的專案報告之前討論，請問有無委員附議？(委員回應：附議)贊成嗎？(委員回應：贊成)，就依之調整進行順序。
- 二、現在進行例行報告第一案「確認本會上(第 10)次委員會議紀錄」，因議事錄已於會前寄送委員參閱，並於寄送當天上網公開，請問大家對上次會議紀錄內容有無修正意見？(委員回應：沒有)好，會議紀錄確認。
- 三、接下來進行例行報告第二案，請周執行秘書淑婉報告「本會上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」。

貳、例行報告第二案「本會上(第 10)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

一、本會上(第 10)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請各位委員翻到會議資料第 8 頁，說明一，上次委員會議決議(定)事項，計有 7 項次，依辦理情形建議解除追蹤 2 項，繼續追蹤 5 項，但最後仍依委員議定結果辦理，以下就辦理情形簡要說明：

(一)請各位委員翻到會議資料第 11 頁，擬解除追蹤共 2 案：

- 1.項次 1，請健保署就委員所詢有關「C 型肝炎藥費」預算移列專款之估算原則，及相關檢驗費用之計算方式與支應款項等事項，提供書面說明，本會於本年 11 月 4 日請辦該署，健保署回覆「C 型肝炎藥費」預算移列專款之估算原則，已於 106 年度健保醫療費用總額協商共識會議補充資料說明，如會議資料第 15 至 17 頁，另相關檢驗診察費比較表，如會議資料第 18 頁。
- 2.項次 2，委員針對健保法施行細則第 45 條規定修正後之財務影響評估所提相關詢問，請健保署於本次委員會議前提供詳細資料，以利審議 106 年度保險費率，健保署回覆詳細內容，如會議資料第 19 至 25 頁，請委員自行參閱。

(二)請各位委員翻到會議資料第 13 頁，擬繼續追蹤共 5 案：

- 1.項次 1，請健保署針對委員就健保業務執行報告關切議題，補充說明及提供書面資料，如會議資料第 26 至 29 頁，請委員自行參閱。
- 2.項次 2，關於 106 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配，部分服務需採保障點值，由健保署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 105 年 12 月底前送本會同意後執行，該署回覆依會議決議辦理。

- 3.項次 3，關於 106 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配，提本次委員會議續議，最遲應於 105 年 12 月份委員會議議定，健保署回覆已於本年 11 月 1 日函請中醫全聯會儘速提出需該署協助之具體項目。
- 4.項次 4，關於 106 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配，部分服務需採保障點值，由健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，於 105 年 12 月底前送本會同意後執行，該署回覆依會議決議辦理。
- 5.項次 5，關於 106 年度醫院總額一般服務之地區預算分配，請醫院總額相關團體研提地區預算分配草案，提本次委員會議續議，最遲應於 105 年 12 月份委員會議議定案，健保署回覆已於本年 11 月 1 日函請台灣醫院協會儘速提出需該署協助之具體項目。口頭補充，台灣醫院協會已於本年 11 月 14 日回函健保署，請該署協助試算及評估中。

二、請各位委員翻回會議資料第 8 頁，說明二，衛福部於本年 11 月 2 日以衛部保字第 1051260640 號函核定本會所報「106 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」案，簡要說明如下：

- (一)牙醫門診、中醫門診、西醫基層等部門總額及其他預算，依本會陳報內容辦理。
- (二)醫院部門裁定情形如下：
 - 1.一般服務部分：
 - (1)醫療服務成本指數改變率所增加之預算，應用以調整「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，並優先以 60 億元調整重症項目。
 - (2)移列 9.43 億元至「C 型肝炎用藥」專款項目。
 - 2.專款項目部分：
 - (1)C 型肝炎用藥，全年經費 26.55 億元，包含自一般服務

移列 9.43 億元；該執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式，並送本會備查後，予以動支。

(2)急診品質提升方案，全年經費 1.6 億元。

3.其餘採付費者方案。

4.兩項附帶核定：

(1)針對「醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過 105 年之 90%，超過部分，不予分配」一節，請健保署研議執行細節，予以落實。

(2)建議「C 型肝炎用藥」應編列相對比例之公務預算一節，持續爭取中。

(三)依上開核(裁)定結果，各部門年度總額成長率及預估金額如下表，請各位委員參閱，並於本年 11 月 9 日公告在案，如會議資料第 85 至 116 頁。

三、說明三，健保署本年 10 月份發布及副知本會之相關資訊，主要係健保署公告中醫 4 項相關專案計畫之承辦院所及醫師名單等，請各位委員參閱。以上報告。

戴主任委員桂英

謝謝周執行秘書淑婉的報告，上次委員會議決議(定)事項，建議解除追蹤 2 項，繼續追蹤 5 項；另包括衛福部核定本會所報「106 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」案，尤其是對醫院部門的裁定結果；還有健保署本年 10 月份發布及副知本會的相關資訊，請問委員有無詢問？請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

主席，各位委員，大家早，針對說明三，有關健保署公告 4 項中醫相關計畫之承辦院所及醫師名單等，我想立意都非常好，但是執行過程中民眾不是很清楚，所以可以利用的機會也就不是很多，建議衛福部幫忙協調與推廣，否則中醫總額做中醫部分，西醫總額做西醫部分，目前民眾大都到西醫就診，而西醫沒有轉介到中醫，推行

這些計畫恐事倍功半，建議盡多些力量進行媒合，讓更多的人可以使用，以上，謝謝。

戴主任委員桂英

謝謝，請李委員永振。

李委員永振

- 一、主席，各位委員，有關擬解除追蹤第 2 項，我對是否解除追蹤沒意見，但是本項已經討論過 3 次，希望今天有一個定論。
- 二、首先感謝健保署花費很多心思解釋，請看會議資料第 21 頁，呈現 102 年度至 106 年度政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數的明細表，讓委員了解，但是我想澄清一下，請看會議資料第 22 頁，敘述我的計算公式為政府應負擔健保總經費(7 項屬社會福利不移列為政府負擔)，等於(保險對象負擔與投保單位負擔)除以 64%再乘以 36%，政府應負擔健保總經費法定下限 36%不足數，等於政府應負擔健保總經費減政府已負擔及 7 項政府實質負擔，這是簡化算法，這樣會有誤差，而且我的意思不是這樣，我的意思是依據健保法第 2 條，保險經費係指保險給付支出及應提列或增列之安全準備，及健保法第 3 條，政府每年度負擔健保總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36%，係以支出面計算。
- 三、請再回到會議資料第 21 頁，依據健保法規定只有一種方式計算，在健保收入一樣下，若因提存安全準備的假設不一樣，計算結果會有差異，我的算法是 105 年度不含 7 項政府實質負擔情況下，政府應負擔健保總經費 2,037 億元，保險對象與投保單位負擔，及應提存的安全準備都沒改變，只是屬於社會福利的 68.48 億元，以前沒有規範，不能認列為政府實質負擔，現在既然於 105 年 6 月 22 日歸屬政府實質負擔則可納入，這樣才是對的。
- 四、另外，政府所負擔的一般保費及補充保險費，是否也採此方式計算？亦即保險對象與投保單位負擔除以 64%後，這些政府負

擔部分有無相對提列 36%，這一點請健保署再深入檢視。

五、健保署都只提及健保法第 3 條，其實健保法第 2 條係定義保險經費，第 3 條才規定保險經費扣除法定收入後至少 36%，才是政府需要負擔部分。若以我的方式計算，政府應負擔健保總經費占保險經費之比率仍為 36%，而非 36.44%，即政府應負擔健保總經費仍維持 2,037 億元。希望今天有關擬解除追蹤第 2 項，能有 1 個結論，這個案子已經存在 3 個月了，健保署幕僚已經太辛苦了！不要再累下去！

六、請看會議資料第 9 頁，關於 106 年度健保醫療給付費用總額及其分配方式，我有 2 點請教，記得當初協商決定動支「C 型肝炎用藥」，一定需要公務預算配合，可是衛福部核定仍要動支，而應編列相對比例公務預算在持續爭取中；另請看會議資料第 8 頁，「C 型肝炎用藥」執行計畫及治療適應症，要選擇對病人最有效益之治療方式，並送本會備查後，予以動支，是「備查」，不是當初協商時的「討論」，這些將來要如何處理？

七、健保醫療給付費用總額成長率超過行政院核定的高推估，係以整體總額或個別部門總額為準？因為 106 年度醫院部門為 6.021%，超過行政院核定高推估 5.9%，若為整體總額為 5.642%，則沒超過行政院核定高推估 5.9%，這些需要確認。

以上，謝謝。

戴主任委員桂英

請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

主席，大家好，請看會議資料第 22 頁試算結果，雖然之前健保署同仁有向我解釋應以該署公式計算結果為準，但是我回去思考，還是李委員永振的算法較正確。在此說明，謝謝。

戴主任委員桂英

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、我非常非常認同李委員永振與吳委員肖琪的看法，政府負擔部分沒有完全依照健保法規定辦理，這是非常不應該，但是衛福部部長於立法院回應洪立法委員慈庸時，歸咎一般健保費率由 4.91% 降至 4.69%，補充健保費率由 2% 降至 1.91%，說明前朝政策錯誤，造成 109 年健保可能破產，所以要推動所謂 3 代健保，對於這樣論點，我個人非常非常不認同，我們所有付費者代表也不會同意，事實上真正造成保費收入負成長原因，為政府應該撥補的部分沒有完全撥補，且將菸品健康福利捐挹注健保比率由 70% 降為 50% 等，這是非常不應該。
- 二、我們之前也請李署長伯璋向衛福部部長爭取恢復菸品健康福利捐挹注健保比率為 70%，但是後續完全沒有追蹤辦理情形，而且將 70% 降為 50%，其中只有 3% 運用在長照上，應該將 17% 挹注健保。以上，謝謝！

戴主任委員桂英

請滕委員西華。

陳委員聽安

主席，程序問題。

戴主任委員桂英

請陳委員聽安。

陳委員聽安

我們是在看上次委員會議紀錄有關決議(定)事項辦理情形等，不宜提及其他意見，有關李委員永振表達看法的部分，我也有意見，但不宜在此表達。

戴主任委員桂英

謝謝。目前幾位委員的發言，係針對周執行秘書淑婉報告內容的提問，等一下於適當時機，會請社保司、健保署或周執行秘書淑婉說明。請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、雖然陳委員聽安提出程序問題，但是目前討論上次委員會議決議(定)事項辦理情形的追蹤事項，涉及衛福部裁定 106 年度健保醫療給付費用總額，與我們業務有關，若不在這裡討論，則請主席裁示在哪裡可以討論。
- 二、衛福部部長最大，本會陳報 106 年度健保醫療給付費用總額協商結果，行政權屬絕對權，本會再怎麼厲害，也只有一張嘴，若主管機關有其他意志想做不同裁定，雖不符民主程序，但本會也無能為力，但是針對總額的協商與分配，我有幾點意見：
 - (一)剛剛李委員永振所提，國發會所訂總額成長率的低推估或高推估，是限定整體總額的成長率，還是包括約束各部門總額的成長率？因為醫院總額成長率核定部分，比國發會所訂高推估還要高，這也是我的疑問，其他委員在昔費協會比較久，比較資深，是否也可以幫忙說明一下。
 - (二)關於衛福部核定總額的部分，以前邱前部長文達曾核定非屬醫界及付費者版本，自行加入成長率，那次造成付費者相當大的反彈，我記得自 90 年總額協定以來，衛生署署長或衛福部部長大都選擇 1 個版本，即當各部門總額無共識時，會選擇醫界或付費者版本，目前林部長奏延做了史上第 1 位與以往不一樣的裁定，請問將來我們要如何協商？也就是付費者是 A 版本，部長裁定 A1 版本，醫界是 B 版本，部長裁定 B2 版本，將 A1、B2 版本彙整成 C3 版本，這是什麼意思，我有點不太懂！如果部長有其意志，我建議我們不要協商，2 天 1 夜是浪費時間，而且大家也沒領錢，就是吃幾個便當，大家吵出來的版本都不滿意，所以這真的不是很好，如果今天倒轉過來，衛福部與健保署已經有所決定，剩下必須執行事項請本會協調同不同意，這是兩件事，我認為民主國家，程序正義是相當重要，也就是我們可以不喜歡，我們可以野蠻，但程序一定要遵守。

(三)我不明白，有關 106 年度醫院部門總額，為何專款項目有關 C 型肝炎用藥，採醫界建議自一般服務移列 9.43 億元，我想醫界與付費者的版本各自有其邏輯與一貫性，而動支 C 型肝炎用藥費用的前題是必須公務預算編列相對比例，有人說本會怎能決定行政院預算如何分配，我認為編列、審查預算是行政院、立法院的權責，本會自不會干預行政院、立法院的權責，可是健保總額預算如何使用，就是本會於協商時可以訂定的遊戲規則，健保署要支付 C 型肝炎用藥費用，就必須公務預算編列相對比例為前提，但是目前行政部門解釋編列公務預算沒有把握，如同李委員永振所言，先花健保的錢，這怎對？這樣怎不會相對排擠 C 型肝炎用藥費用額度？當時協商付費者有建議，有關台灣消化系醫學會建議，新藥納入給付第 1 年，先給付曾使用長效干擾素加雷巴威林治療失敗等，再使用全口服新藥，這是屬於專業判斷，但若屬重複使用，健保署需評估是否需要花兩次的錢，當使用全口服新藥無效，則該病人將無藥可醫，這樣整個醫療效益沒被看見。

(四)據媒體轉述，李署長伯璋承諾西醫基層假日開診，將以其他預算加成支付，我翻遍所有其他預算或西醫基層總額項目，沒有發現這筆經費，除了可運用非協商因素經費去調整假日開診加成支付標準，我想請教，一般診所的開業醫師自己就是老闆，在西醫基層總額協商時討論過很多次，各分區執委會都有不同意見與做法，有的診所選擇在星期一或二休息，讓自己的病人分流，這是市場區隔，有的診所一大早開診，方便上班族或學生可以不需請假先來就醫，診所醫師對營業時間有很大的自主性，決定自己的市場區隔、看診與休假時間，就算納入勞基法，一例一休也是這樣，或許在例假日開診成本會增加，因此，在昔日監理會與西醫基層曾有 1 項討論，也就是西醫基層決定不開診、休假時間前，以提前公告方式，讓病人可以依循，這

些診所開診時間與醫院完全不一樣，醫院裡的醫師是受僱性質，每週 7 天，1 年 365 天開診，院內醫師就須被排班看診，自主性較低，請問李署長伯璋，西醫基層假日開診加成的原理和定義是什麼？難道西醫基層為了市場區隔，選在假日開診，都是屬於加成的範圍嗎？

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、對於衛福部部長的決定，有其法律上的授權，只是我要指出，這種決定的方式，假使變成常態，將來各部門協商就很難產生一致的意見，會產生更大的爭執，所以歷來除邱前部長文達與目前林部長奏延外，主管機關首長都是相當英明，有看到這樣的問題，因此，對於林部長奏延這樣處理，我感到憂心。
- 二、在文字運用方面，衛福部公告的版本，不見得比付費者好，例如我們要求醫院總額部門的醫療服務成本指數改變率所增加之預算(89.674 億元)，用來調整重症支付標準的費用比率不得低於 60%，且這些錢不能用到除門診手術外的其他門診，但部長的決定，變成錢會跑到門診，若調整門診的支付標準，一方面又要增加民眾的部分負擔，我相信付費者的反彈會很大，因邏輯是矛盾的。我們不希望醫院做初級照護，卻去調整它的支付標準，變成鼓勵醫院多做門診，又要叫付費者多付錢，這邏輯怎會通？會讓人家懷疑衛福部並非真有決心要推動分級醫療。等一下健保署要報告「推動分級醫療策略及配套」，裡面就有付費者決定的相關方向，我都懷疑是付費者在做分級醫療，還是衛福部在做分級醫療，雖部長並沒提到其他文字，我覺得健保署應注意，不能去調整醫院的門診支付標準，但門診手術除外。
- 三、有關「C 型肝炎用藥」的治療條件，會讓大家認為衛福部的核定，因需先做干擾素治療，若失敗才可使用全口服新藥，是在

維護干擾素的利益，此與付費者要求公平、平衡的方向是相背離，沒有一項醫療是要病人使用效果比較差的藥品，若失敗才可使用較好的藥品，這對消費者是很大的折騰，衛福部把我們的「應」選擇對病人最有效益之治療方式，改成「宜」，藥物共擬會議認為干擾素治療沒效果後，才可使用全口服新藥，健保署是執行機關，我們要求需執行正確措施，共擬會議只是健保署的諮詢機構，它的意見不見得需要照單全收。

戴主任委員桂英

- 一、委員發言部分到此告一段落，先綜整委員意見，解除追蹤的 2 案，李委員永振並不反對，但希望健保署針對政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數的計算方式，於今天的會議能有所決定。
- 二、有關衛福部對醫院總額的裁定超過行政院核定總額範圍的上限，請周執行秘書淑婉說明；有關部長裁定內容的意涵，請商委員東福說明；對未來執行的部分，包括以醫療服務成本指數改變率所增加之預算用於調整支付標準的方向、C 型肝炎用藥的適應症等，則請健保署說明，因衛福部裁決後，係由健保署負責執行。先請周執行秘書說明。

周執行秘書淑婉

有關委員關心除整體總額成長率外，各部門總額是否有不得超過行政院核定總額成長率上限之規定，依本會在本年第 6 次委員會議討論通過的 106 年度總額協商通則，六、其他原則「(二)年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內」，僅對整體總額的成長率有所規範，並未框列至各部門總額；105 年度以前的總額協商通則，才對各部門總額成長率有不得超過行政院核定範圍上限值的規定。106 年度整體總額成長率為 5.642%，並未超過行政院核定的總額成長率 5.9% 的上限。

戴主任委員桂英

請商委員東福說明。

商委員東福

主席、各位委員，有關衛福部對醫院部門的決定，做以下說明：「新醫療科技」項目，比照西醫基層列於專款，採付費者方案；「配合勞動基準法調整，醫院資源配置全面調整政策」、「提升護理照護品質」，以及「調整醫管人員支付標準」等項目，以非協商因素之預算支應，採付費者方案；「因應原自費特材納入健保支付標準使用之調整項目」，因費用已含括在「新醫療科技」項目中，無須再新增預算，採付費者方案；「由一般部門移列 C 型肝炎藥品費用至專款項目」，因 104 年醫院申報的 C 型肝炎藥費約 9.43 億元，預期 C 型肝炎新藥之替代效應，單純地將原治療 C 肝干擾素的藥費(9.43 億元)移至專款，一併使用，因此，在金額的部分，採醫界方案，而「C 型肝炎用藥」項目係比照西醫基層列於專款項目，採付費者方案；「罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材」項目，其中將後天免疫缺乏病毒治療藥費編列於本項專款，採付費者方案；「急診品質提升方案」項目，維持 105 年的預算額度，採醫界方案；「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)」項目，為持續分階段導入 DRGs，採付費者方案。

戴主任委員桂英

請健保署說明。

李署長伯璋

- 一、謝謝各委員指教，有關李委員永振與趙委員銘圓提到，政府應負擔健保總經費，是本署與主計總處計算的方式不同，我會盡我的能力再溝通；前陣子我們也去拜訪法務部行政執行署署長，討論高雄市政府的欠費，這部分我們會持續追蹤。
- 二、謝委員天仁提到優先以 60 億元調整重症項目，重症並非只有住在加護病房的案件，我們擬以醫院的 CMI(case mix index，病例組合指數)，即疾病嚴重度，這樣補助才有意思。
- 三、菸捐分配健保安全準備比率由 70%降到 50%，各位也知道國健署拿到錢後要他再吐出來很難，我曾向部長反映，這部分我

會盡量處理。

四、C 型肝炎新藥的治療方式，是尊重消化系醫學會訂的標準，病人曾用干擾素治療後，明年 C 型肝炎再次發作，就會考慮採用 C 型肝炎新藥。理論上干擾素治療約有 80% 的病人有效，有些人則可能會再發作或治療無效。因目前經費不夠，必須考量如何讓有限資源能公平、正義地運用。以我做器官移植的經驗，病人要等到器官移植，需達一定的分數，C 型肝炎有幾個標準，若醫生早點登記，病人使用的機會就大，未來我們會注意到這個情況。

五、基層開設假日門診的比率約 20% 多，當然有其歷史的背景，因假日開診的診所不夠多，病人只得去醫院或醫學中心就醫，若委員覺得假日診察費加成的方式不好，或目前診所已就可選擇其他時間休診、週六或週日開診，這都可以討論，我們可以在別的方面，如讓民眾在「全民健保行動快易通」APP 可查詢到週日哪裡有診所開診。我們不會把錢亂花，以上做簡單的報告。

戴主任委員桂英

先請主計總處代表陳委員幸敏說明，再請干委員文男。

陳委員幸敏

一、有關政府應負擔健保總經費法定下限 36% 算法，現在只有一個計算版本，並無主計總處與衛福部兩種版本的算法，兩種版本是在很早以前，目前係依據行政院的核定，採衛福部(健保署)的版本，並有往前追溯。在此向委員澄清，並無主計總處與衛福部兩種版本算法的差異。

二、C 型肝炎，不論是使用舊藥或新藥，皆屬疾病的治療，其費用由健保支出，應無問題。

戴主任委員桂英

謝謝陳委員幸敏，請干委員文男。

千委員文男

- 一、李委員永振所提政府實質負擔的 7 項屬社會福利的部分，是否列入政府負擔的部分，希望健保署再與李委員溝通清楚。
- 二、C 型肝炎用藥，協商結論的付費者版本，106 年應編列相對比例之公務預算，但衛福部裁定的版本卻看不到。我們並未要求編列相對之數值，編列多少公務預算我們都可接受，行政部門宜展現出誠意，以免落人口實。
- 三、謝謝會務人員這次委員意見回答做得很好，若是健保署的回覆在業務執行報告中有，可否現在詢問或等下再詢問？(戴主任委員桂英：健保署的業務執行報告再提)好！

戴主任委員桂英

還有 3 位委員舉手發言。先請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、昨天部裡有人跟我聯絡，提到大醫院初級照護案件數若減少 10%，算起來醫中大約只會減少 6 億元，我們給它 60 億元去調整重症支付標準，初級照護只少 6 億元，看起來問題不大，我覺得應鼓勵大家多走正確的方向。但我看到衛福部核定的文字後，我覺得問題比較大的是健保署可能用將近 30 億元的錢 (89.674 億元扣掉 60 億元)，去調整門診支付標準，我才會一直表達這個意見，我扣你 6 億元、給你 60 億元，只扣你十分之一，醫院部門還多了 54 億元在重症，錢是多的。
- 二、我之所以一直關心今年支付標準的調整情形，上次我也講過調整門診支付標準是不對的，你要推動分級醫療，但門診支付標準卻愈給愈多，它就愈往門診跑，這樣如何推動分級醫療？明明付費者版本的文字是好的，部長卻改成 60 億元，那樣改也 OK、沒有問題，但應明訂不得用以調整門診的支付標準，這涉及分級醫療落實的問題，若不宣示出來，老實講我們會懷疑分級醫療是做真的還是假的，這部分我認為署長應公開講清楚讓大家了解。我已講了，調整門診手術，我沒意見，但不能調

整門診，這是落實分級醫療很清楚的方向。

戴主任委員桂英

先請陳代理委員順來，再請何委員語 2 位委員發言結束後，再請李署長伯璋說明。

陳代理委員順來(侯委員彩鳳代理人)

- 一、有關年度總額的高推估值，據我以前參與總額協商會議至今的經驗，健保署長官都告訴我們，個別總額部們都不能超過高推估值，現在怎麼變成可以超過？我認為既定的遊戲規則不能因今年沒寫出「各部門總額成長率則不得超過行政院核定範圍之上限值」就改變，仍應維持原規則，每個總額部門都不能超過行政院核定範圍之上限值，106 年度醫院總額部門卻可以超過，我覺得不能因付費者代表沒注意到或忘記重申此原則，就變成可以超過，以後規則是否要訂得死死的？
- 二、大家很辛苦花了兩天的時間完成總額協商，醫院總額部門有兩個版本，部長裁定時不應選他喜歡的，有的項目選醫界版、有的則選付費者版，不然以後協商都無須達共識，讓部長選他喜歡的即可，這對協商會造成很大的阻礙。
- 三、我有看到新聞報導，林部長提到健保經費已沒有了、會倒閉，意味放出將要調整健保費率的風聲，但我們看到截至 105 年 10 月底安全準備餘額還約有 4~5 個月的保險給付，哪有要倒閉，請不要再這樣說，因我們開會回去都會向會員說明，現在明明還有錢卻說要調整費率，馬上就會有人抗議；若我們知道沒錢了，回去也會跟會員說真的沒錢需要調整費率，他們就沒話講，若你們說要調整費率，我們跟他們說還有很多錢，怎麼調整得了，反而會增加一些抗爭活動。以上，謝謝。

戴主任委員桂英

請何委員語。

何委員語

- 一、剛衛福部代表商委員東福提到係照付費者版本決定，部長只改

了移列 9.43 億元至 C 型肝炎用藥專款、急診品質提升方案採醫界版本為 1.6 億元。我想請教從一般服務移列 9.43 億元，但我並未看到一般服務有減 9.43 億元，所以部長是在 C 型肝炎用藥部分增加 9.43 億元，公告的醫院一般服務總金額 4,065.25 億元，並未減列 9.43 億元，是否衛福部幕僚將本案送部長核定下來後，有暫時的失憶症，請再查清楚 4,065.25 億元是否應減掉 9.43 億元，這是部長自己核的自一般服務移列過來，建議今天做成決議，將 4,065.25 億元再減 9.43 億元。

二、雖然今年協商通則，付費者沒有提到各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值，你們說只要總成長率沒超過即可，此與我們過去協商的慣例不同，以往是規範到各部門都不能超過，我希望是否能再重新思考？

三、分級醫療，謝委員天仁剛提到大醫院初級照護案件數減少 10%，只會減少 6 億元，與我獲悉之資訊不同，據我所知區域醫院會少 6 億元、教學醫院則少 12 億元，正確數字為何，請健保署說明。

戴主任委員桂英

剛剛還有 2 位委員舉手，先請滕委員西華，再請李委員永振。

滕委員西華

一、剛署長的回答，可能是誤解我的意思，我要在署長說明前再說明一次，我並非反對基層假日開診診察費加成，我是希望假日的定義要先說清楚，記得牙醫總額討論假日開診時，我與謝委員天仁還說不是不要醫師過勞、要他放假嗎？現在卻要他假日開診、健保再加錢給他，這與我們以前的論述矛盾。應要宣導民眾，我們希望家醫制度穩固後，民眾假日若有醫療需要可以打電話詢問醫師，若真的很急需就醫，就是必要的急診，不是花錢再加成，讓醫師過勞，我們講的重點是這個，但現在要壯大基層，說我給你較多錢就沒有過勞了嗎？

二、若是為市場區隔、醫師自己要分流，例如假日開診的診所較

少，新開業的醫生可能在週六、日或國定假日就會開診以吸引病人來看病，我只是舉例，不是說就是這樣，這樣是否屬假日加成的定義？我要問的是這個，我們係希望病人分流，若病人病情真的很緊急非得看到醫師不可，可能就是急診的 issue(議題)，我講的是這個，署長，我並不是要支持或反對，只是希望能先定義清楚什麼是假日開診。

三、西醫基層總額曾提出用其他部門或專款做特別加成，未獲通過，如果你們覺得有特殊需要，必須反映其醫療服務成本，應調整支付標準，像 3 歲以下兒童加成。就像勞基法調整不給錢一樣，當然不能以勞基法調整為理由要錢，否則醫院講了幾年我們都沒給錢，基層卻通過因勞基法假日開診需要給錢，雙方的邏輯明顯不一致。若假日加成是因我們已定義清楚何謂假日，其開診會提高醫療服務成本，當然就要反映在支付標準，若是這樣，當醫院在假日提供醫療服務，其邏輯是否應與基層一致？署長誤會我的意思，我一定要說清楚，免得傳出去說我勝西華反對基層醫療假日開診加成。

四、C 型肝炎用藥，我覺得也有誤會，協商時我曾說過沒有替代的問題，若按照這樣的標準，因係干擾素治療失敗後，才用新藥，怎麼會有替代效應？除非 106 年這 8 千人都不是 fresh case(新個案)，是 105 年、甚至更早的干擾素治療失敗的病人，重新撈進來，因 C 型肝炎的干擾素可以重複治療，沒有次數限制，你把他們拉進來重複治療，但現在不用干擾素重複治療，改用全口服新藥，這樣你才能說他可以替代原本在 106 年要用干擾素治療的部分，但我要知道這樣的人有多少人、這樣的替代率是否正確？否則按當天協商時，我已講過沒有替代率的問題，因新的病人進來就是用全口服新藥，我們 argue(爭論)的就是這個，所以用 9.43 億元怎麼會對呢？我們講的是這個東西，要把定義弄清楚。

戴主任委員桂英

請李委員永振。

李委員永振

- 一、我接續滕委員西華 C 型肝炎的議題，第 9 次委員會議曾提到執行時要有細部規劃讓委員了解，在這次的辦理情形追蹤，已將它解除追蹤，但現在大家還是不了解 8 千人怎樣來，也未見執行做法，大家才會質疑，當然公務預算是另外的問題。
- 二、主席剛提到解除追蹤的第 2 項，是 2 個月前的健保署業務執行報告衍生出來的，因健保署有提出計算說明，所以我同意那部分可以解除。但剛干委員文男提到我的想法與健保署在計算上不一致，我說明一下我的計算方式，是按照健保法第 2、3 條【第 3 條政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之百分之 36】，健保署的算法是用付費者的部分除以 0.64 再乘以 0.36，一個是支出面、一個是收入面，但支出面上面的安全準備提列還是會卡到保費，還是會卡到收入面，所以計算會比較複雜，這個釐清就 OK。
- 三、剛才主計總處代表陳委員幸敏提到並沒有兩種算法，他們尊重衛福部的算法，解釋權在衛福部，是以你(健保署)的為主。會議資料第 20 頁提到政府應負擔健保總經費計算公式係依 103 年 7 月 25 日第 7 次委員會議決議事項，在第 8 次委員會議有討論，當時是安全準備要採 1 個月還是採 3 個月的爭議，並沒有提到公式，這根本是兩回事！結論依健保署的解釋是 3 個月，怎麼可以把兩件事混在一起講呢？這次重點是在計算公式上。
- 四、另外補充一下，前幾天和以前同事提到，如果有一天有機會到社保司服務的話，我會向長官建議，手邊其實有許多的子彈，按照健保署的算法，政府還要再拿 420 億元出來，這 420 億元是什麼意思呢？就是政府可以扮演聖誕老公公，從事社會福利業務，也就是說可一魚兩吃，這 420 億元可充作社會福利支

出，又可做為政府負擔的保費，卻不用多花一毛錢！例如上個月委員會議公告事項中，有關「災區受災全民健康保險保險對象保險費及就醫費用補助辦法」中補助災民的費用，將來都可以算在 36% 之內，將來選舉時，各縣市都可以運用這個費用做社會福利。若照健保署的算法，420 億元除以 0.64 就是 656 億元，社會福利金額可增加 656 億元，而政府不需要再拿這些錢出來補足保費，這樣合理嗎？

戴主任委員桂英

- 一、謝謝，剛剛幾位委員提到自一般服務移列 9.43 億元至「C 型肝炎用藥」專款項目後，相關金額之計算，請本會幕僚請教社保司，再跟健保署核對以後，以書面提供正確資料給委員參考，本節不在此占用時間說明。
- 二、多位委員針對衛福部裁定 106 年度醫院總額部分表示意見，其實剛剛謝委員提到部長有裁定權，大家的意見尤其是對來年總額的期待，希望部長不要做部分裁定，請幕僚記錄下來，做為來年總額協商時參考，期待部長盡量尊重委員的意見。
- 三、另外多位委員針對 106 年度總額執行面所提建議，如果李署長可以馬上回答，等一下就請他說明，如果是執行方向的建議，請健保署記錄下來，盡量朝正確方向來執行。此外，有關行政院核定之總額範圍，法律面只有總體規範，並沒有細到各部門，過去行政院核定總額範圍的上、下限，都在協商通則案討論，所以剛剛周執行秘書淑婉才會做這樣補充。目前衛福部核定的範圍並沒有違反法律，於討論 107 年度總額協商通則案時，幕僚會特別再提醒。
- 四、最後是有關政府負擔健保總經費法定下限 36% 的計算方式，李委員永振依據健保法第 2 條及第 3 條的精神，認為應該有一套正確的計算方法，而健保署的計算方法，也有列出法條依據，相信健保署與衛福部都不會希望健保費變少，只是涉及法律認定的問題，恐怕不是馬上可以釐清。建議本節先保留下來，請

健保署再進一步就法律層面研究，看看哪一種算法較符合法律規定，並提供本會委員參考。

五、本案就討論到此，包括上次會議的追蹤事項及衛福部針對 106 年度總額之核定案，請問李署長伯璋有沒有補充？

趙委員銘圓

主席！

戴主任委員桂英

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

例行報告第二案不可以解除追蹤，因為關係整個健保財務是很嚴重的問題，剛剛主計總處代表也講得很清楚，這是衛福部的問題，…。

戴主任委員桂英

主計總處表示他們與健保署的算法是一致的。

趙委員銘圓

可是李委員永振的算法也是有其依據，所以，本案應該繼續追蹤。

戴主任委員桂英

既然有委員認為第二案不宜解除追蹤，本案是否改列繼續追蹤？

干委員文男

希望健保署的計算方式可以比照李委員永振的方式，這樣就可以解決了嘛！健保署為什麼自己想自己的…？

戴主任委員桂英

李委員永振也有提到雙方已經溝通過很多次。請陳委員聽安。

陳委員聽安

一、在署長說明以前，表示一點意見，這些都是報告案，各位表達很多的高見，如果針對報告會有許多問題，可以另外再提討論案，比較妥適，因為報告案已經超過 40 多分鐘了。

二、李委員永振耿耿於懷政府負擔 36% 的問題，根據我們政府應當

負擔保險費的計算，表示一點個人的看法。有委員表示，本來政府已負擔的 7 項是社會福利，因為二代健保後，規定政府負擔不能低於保險總經費之 36%，因此原來是不應該納入 36% 裡面，就應該另外支付。就健保會來講，委員當然希望政府能遵守承諾，但是就計算公式會有認定的問題，主計總處及每個人會有不同的意見。個人看法是每個人都是被保險人，也同時是納稅義務人，政府多負擔對健保財務很有幫助，特別從時間上來看，時間愈長，財務挹注就愈多，且政府應該給健保卻不給時，健保財務可能就會產生困難。但是政府的錢就是納稅義務人的錢，好比是左手右手的關係，政府多負擔則納稅義務人負擔也會增加，所以從健保會的立場，或是從納稅義務人的立場考量，兩者可能會有不同的結果，我並不是反對李委員永振的看法，只是強調立場不同會有不同的看法。

戴主任委員桂英

陳委員聽安建議值得討論的議題另列討論案，不在報告案占用時間。另有關於政府負擔 36% 的計算內涵，屬於意見交流。請何委員語。

何委員語

- 一、我提出程序問題，因為剛剛去車上拿上個月的協商資料，發現付費者的方案 C 肝用藥部分減列 15 億元，而部長裁示於減列完以後，將 9.43 億元挪至專款項目，原來一般服務已減列掉了，是不是回歸 15 億元，再將其中 9.43 億元用於 C 型肝炎用藥？一般服務項目是不是還保留 5.57 億元在裡面？我要弄清楚這點。
- 二、上個月付費者方案建議一般服務項目成長率 4.442%，預估增加金額 4,059.69 億元，怎麼會變成 4.585% 成長率，預估增加金額 4,065.25 億元(請參考會議資料第 110 頁表 4)？這樣的話，醫院醫療給付費用協定項目表不應該如此寫。另外，移列專款後，原來付費者方案建議成長率 5.881%，其中急診品質

提升方案 1.2 億元，而部長裁示係採用醫界建議方案的 1.6 億元，這個部分按理已減掉 9.43 億元，表上應該還有 5.57 億元在內，如果沒有，表 4 就是錯誤了。

戴主任委員桂英

剛剛前一輪針對何委員語所提出的質疑，已經做出決定，請本會幕僚與衛福部社保司及健保署再行核對，因為表 4 是本會幕僚所整理，並不是衛福部核定公告的文件，如果核對後有錯誤就會更正，不但會提供委員參考，而且可能還涉及公告事宜，感謝何委員語的提問。請李署長伯璋說明。

李署長伯璋

- 一、謝謝委員天仁剛剛提到重症的部分，其實醫學中心本來就是教學研究為主，教學醫院應該著重醫學教育的傳承，這個部分謝委員可以放心，我們不會把醫學中心支付標準的調整放在門診的部分。
- 二、剛剛提到 4% 的部分，按照 106 年度初級照護也就是所謂的輕症的部分，跟今年相比，若減少 10%，在區域醫院大概會減少 9 億元收入；在醫學中心則減少約 6 億元。若減少 20%，就按比例乘上 2 倍，經精算之後，這個費用對於醫學中心及區醫院的收入並不是影響很大，但目標是一項宣示。
- 三、另外滕委員西華也提到診所的假日看診問題，其實診所的假日門診，大部分不是急診，急診或重症還是需要到醫院就診，若屬輕症，則希望可以回歸到基層診所，相關細節我們會再處理。
- 四、最後還是要向李委員永振說明，在公務體制下，部會間必須彼此尊重，針對政府負擔 36% 的計算方法，主計總處有他們自己的想法，而本會委員及立法院也各有不同的看法，身為外科醫師不太能容忍不清不楚的事情，相關問題本署同仁都有細部分析，如果有需要，會後可提供委員參考或向委員會報告。

戴主任委員桂英

請何委員語。

何委員語

本案已經公告，既然 C 型肝炎用藥已移列至專款項目，原來一般服務項目應該是零，也就是沒有 C 型肝炎用藥的成長率，不然公告處理作業是有錯誤的，建議下次委員會時，健保署應就醫院總額部分正式列出來。

戴主任委員桂英

謝謝，請李委員永振。

李委員永振

我補充一點，很同意陳委員聽安的看法，請健保署下次委員會議提報告案或討論案，依據健保法第 2 條及第 3 條規定，計算政府負擔 36% 的計算方式做一說明。

戴主任委員桂英

謝謝，政府負擔 36% 的內涵問題已經討論很多次，就按照李委員永振的建議，請健保署於下次委員會議提出報告案，因為報告案有特定的時間，大家可以充分討論，但請健保署在報告前最好事先溝通清楚，相信他們一直都非常努力。請黃委員淑英。

黃委員淑英

針對有爭議的部分，衛福部作一裁決，這可以理解的。但是部長所做裁示，對於協商同意的細節都重新做調整，豈不是很可笑嗎？非常不尊重本會，同時，至少在公告之前，也要先告知一下本會。我雖是新任委員，對於部裡的自作主張的裁決，覺得無法理解！如果這樣，健保會就不用開會了，協商還花費委員很多的時間，從 9 月到 10 月，我們還花了很多時間，分別聽取各個總額部門的專案報告，告訴我們如何編列預算，又經過協商，達成共識。衛福部卻做如此裁決，那他們自己去做就好了，找我們協商幹什麼呢？

戴主任委員桂英

謝謝黃委員淑英。請問何委員語還有不同意見嗎？

何委員語

本案是否已經公告了？表上的數字有錯…

戴主任委員桂英

- 一、確實已經公告了，剛剛已提到，本案確定清楚後，若有涉及公告事項，則要修正公告。
- 二、會議資料第 11 頁，解除追蹤的 2 案，李委員永振關心政府負擔 36% 的計算部分，李委員已同意解除追蹤；至於 C 肝用藥的部分，當時要求健保署提供估算原則及檢驗費用的計算方式資料，健保署也已經提供書面說明，所以也解除追蹤。至於今天新產生的疑義，將另案追蹤。
- 三、另針對裁定事項所提建議，非本會可以處理的部分，會收錄大家的意見，提供核定單位或做為未來總額協商之參考。現在進行下一案。

參、例行報告第三案「中央健康保險署『105 年 10 月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

戴主任委員桂英

今天的業務執行報告是提供書面資料，剛剛有幾位委員提到進行本案時要提出意見，請問委員有無提問？請干委員文男。

干委員文男

- 一、剛剛詢問上次的會議紀錄中有關於利息的收入部分，對於健保署的回覆並不是很滿意，業務執行報告第 12 頁，已說明清楚台北市應負擔之利息 50.09 億元，待撥付利息為 24.63 億元，高雄市應負擔之利息 35.77 億元，待撥付利息為 12.42 億元。是利息歸利息還，本金歸本金還，這裡面都沒有寫清楚。
- 二、另今年的 9 月份和高雄市修訂的還款計畫內容是什麼？近幾個月份都沒有談到他們協商的內容，這是我們想要知道的，還有…。

戴主任委員桂英

可否請干委員文男稍後再進行第二次發言？請陳代理委員順來。

陳代理委員順來(侯委員彩鳳代理人)

業務執行報告第 6 頁，請問全民健保財務資金流量分析表之每月現金收支都沒有虧損，但是安全準備金為什麼愈來愈少？

戴主任委員桂英

先請幾位委員提問後，再請健保署說明。請滕委員西華。

滕委員西華

業務執行報告第 87 頁，有關醫院總額支付標準調整對於醫事人員薪資調整之結果，因為沒有列出細項，不知道是如何調整。長期以來包括部立醫院都是以調整獎勵金、績效獎金或者是加班費等，作為調高醫事人員的薪資。從健保署公布收入在 6 億元以上的醫院財報可以看出，員工薪資包括各式各樣的獎金及加班費，有些醫療機構醫護人員的額外收入已接近他們本來的底薪，甚至有超過的情況。雖然這不屬於健保署的權責，健保署無法管到醫院的財務分

配，可是社保司司長今天也在場，如果醫事人員薪資結構，還是要健保署透過支付標準來調整，用在調整獎金等費用是不對的，因為這些都是不穩定的收入狀況，看老闆的高興。基本上應該要調整基本的底薪，去降低醫師 PPF(薪酬，Private Patient Fee)對於醫療人員待遇上面的衝擊及不穩定，否則調整再多也沒有用，個人即反對部立醫院過度仰賴獎勵金，因為會受到其他因素而改變，如加班情況、績效獎金及 KPI(關鍵績效指標，Key Performance Indicators)等調整而變動，我們應該正確回應這些事情，調升的部分若是醫護不穩定的收入來源，長期無法改善血汗醫院或血汗醫護的情況，署長自己有經營醫院應該很清楚，所以，這裡呈現的事實，更加坐實了都是調整不穩定的收入，政府應該要重視這個問題。

戴主任委員桂英

謝謝，請謝委員天仁，再請干委員文男。

謝委員天仁

剛剛滕委員西華提到有關西醫門診假日看診加成的問題，基本上調整支付標準，只要不涉及增加健保預算，我們不會有太多意見，除非分配得很不公平，因為分配權限是在健保會。在這邊要提的是原來就有假日看診的獎勵措施，就是月門診合理量，很不可思議。過去只聽過每日的合理門診量，但是在西醫基層有月門診合理量，其實就是在鼓勵假日看診，假日看診本身因為已有月門診合理量的鼓勵，如果再調整假日看診加成費用，他的扭曲將更嚴重。就分配公平公平的角度，建議健保署要提高假日看診的加成，請廢掉月門診合理量的規定，就每天訂定合理量就可以了，請署長注意到這部分本來就有獎勵的措施，這是扭曲的，以我的立場，要做就廢掉假日門診合理量，要多少錢就直接寫出來就好了，不要老是弄一些違章建築，很奇怪呢！

戴主任委員桂英

請干委員文男。

干委員文男

- 一、上次提到具名審查的案子，健保署答覆說試辦到 106 年 4 月，若是半年的話，這些委員都卸任了，誰會知道這個問題？我希望健保署目前有多少 model(模型)，都能夠提早給委員對照比較，以了解後果如何？是否會造成寒蟬效應？
- 二、11 月 16 日自由時報第 9 版報導「台灣最糟風景！患者 90 天領 938 天藥」，會讓民眾質疑健保署。其實，雲端藥歷控制得很好，應澄清此事是雲端藥歷實施前或實施後所發生的，否則等於健保署被打臉。為何 90 天能領 938 天藥，是醫師閉著眼睛開處方箋嗎？3 個月領了 938 天重複的藥，患者也應感覺不對。若此事在雲端藥歷實施前發生，就應說明實施後的成效，並強調狀況有所改善。否則，民眾會認為病人亂吃藥，最後導致洗腎，也是健保署造成的，何須怪罪地下電台？這篇報導造成負面的看法大於正面，健保署說明應將重點放在以前有這種現象，現在已經沒有，因為雲端藥歷已將其遏止，否則，會讓人覺得很嘔，謝謝！

楊委員芸蘋

我的意見不在執行報告範圍，而是收到許多職業工會的陳情。他們表示收到健保署補助代辦費用 35 元，但被要求每月製作並提供報表，但相關表單非常麻煩，還須詳細填寫郵資、人事費用等占率，並檢具相關證明。我認為這樣有些勞師動眾，將大量補助款證明送交健保署查核，對職業工會行政人員是一大困擾，非常不便。我們願意接受健保署的查核，但健保署不相信我們填報的資料，還須檢具大量證明及傳票，對職業工會承辦人員而言，似乎有些羞辱。不相信我們，拿你一點錢，就要讓你看我們工會全部的會計資料，我認為非常不便。請健保署的承辦單位給我們一點便利與尊重，謝謝！

戴主任委員桂英

請干委員文男。

干委員文男

從業務執行報告第 75 頁「表 31-1 醫療費用核減率-總額部門別」可看出，北區業務組的審核比其他分區嚴格。西醫基層申請的點數最多，初核核減率及爭審後核減率也相當高，請問在爭議審議後給付的比率有多少？從表上可看出北區的審核醫師都很認真，核減的點數最多，也注意到初審核減率，請問實際通過複審的案件有多少？由此可知審核很嚴謹，並不隨便。

戴主任委員桂英

委員詢問到此，先請健保署說明。

李署長伯璋

- 一、目前具名審查為試辦階段，也非每科都願意加入，其實重點在於雙重審查，我們希望健保署對每個案件的審查，都能讓被審查者心甘情願接受。我們發現每位醫療人員都希望不被核刪，但點值又要更好。但本月份我們在後續追蹤時，發現兩位醫師審查後，有共識核刪的比率相對減少，我們也立即檢討，邀集各分區醫審同仁討論，若第 2 位醫師審核時，認為第 1 位醫師審核部分，不論是醫院或醫師所占比例太高時，就會請第 2 位審查醫師再作確認。我們希望健保署核定的結果，都經過嚴謹審查。因為有實際執行，才知道問題何在，這些都是人性，沒有辦法避免。我的目標也是希望尊重醫師，但不必要的浪費也能控制，獲得較好的點值，這點請委員放心。
- 二、剛才干委員文男所提雲端藥歷部分，也是我目前的重要目標之一，有關新聞部分，在寬頻系統部分，月底前會要求社區藥局或相關醫院盡量注意雲端藥歷的使用。
- 三、楊委員芸蘋所提代辦費部分，健保署均依法行政，但不必要的文書工作，可檢討避免，細節的部分請委員會後提供，我們再轉達同仁。
- 四、滕委員西華及謝委員天仁所提假日基層開診加成，其實總額是固定的，但要用在刀口上，讓醫師工作有成就感。部長也很重

視醫療財團法人的管理，大環境使然，若健保點值不佳時，每家醫院經營都困難。針對不必要的浪費，特別是新聞報導的，健保署都會與相關單位進行良好的溝通。

戴主任委員桂英

請問委員還有無意見？若沒有，針對剛才的詢問，除李署長已答覆部分外，若有書面資料，請再補充。請張委員煥禎。

張委員煥禎

對於委員部分問題，健保署仍應予以答覆，例如謝委員天仁對每月合理門診量之看法，健保署應向其他委員解釋並非如此。我認為會後書面說明須對委員所有問題盡量回答，否則人家會以為委員發言都是正確的，這部分我也多次提醒健保署應儘量說明，讓委員了解。

戴主任委員桂英

李署長是做大方向的說明，細節部分請健保署再以書面答覆所有委員。須簡化的行政流程或要求部分，也應再進一步溝通，謝謝各位！接著進行討論事項第一案，請同仁宣讀。

肆、討論事項第一案「106 年度全民健保保險費率方案(草案)暨全民
健保財務平衡及收支連動機制建議修正方案」與會人員發言實錄
同仁宣讀

健保署蔡科長佩玲報告

戴主任委員桂英

謝謝健保署的報告，請問李署長有無補充？

李署長伯璋

當家者總是要注意整體財務狀況，本署同仁很認真對財務進行預測，9 月份安全準備提列還是正數，但 10 月份就變成負數，我就很擔心，但財務組組長告訴我，通常 10 月份收支較為困難，希望年底時不要是負數。健保財務面臨很大的壓力，我會全力以赴，但現實面就是如此，支出會越來越多。各位委員可以相信，因為我們同在一條船上，我一定會努力將不必要的浪費控制下來，讓醫界能夠得到合理的給付。若管理不好，財務永遠是大家的負擔。雖然公務員薪水是固定的，但我們一定會全力以赴。

戴主任委員桂英

請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

一、健保署的財務收支連動機制建議修正方案做得很詳細，看得出來工作人員很費心，署長當家真的不容易，很辛苦。其實您不用擔心，您看到 10 月份收入少了，就開始緊張，到 11 月份多了，又可稍微放心，其實不用擔心，錢仍夠用。我們看到試算結果及建議，平均都有超過 3 個月以上的安全準備餘額，不用擔心。但我仍建議，雖然決定今年不調整費率，但我也不希望到 107 年就立即調漲，我認為仍要漸調，不要過快調整，並且讓安全準備略高於 3 個月就好，不一定要達到 4 或 5 個月的金額。若一次調漲過高，會影響許多弱勢團體及收入不高的勞工。

二、未來菸捐收入會越來越少，若每包菸調漲到 20 元以上，真的

會影響購買意願，而且年輕人看到很多宣導，就決定不抽菸了，老煙槍戒不掉，才不得不抽，若漲得太高，購買力真的會降低，如此，菸捐分配收入又減少了。能否將多分配給國健署的部分，再撥回健保呢？有無可行的作法？畢竟國健署負責的是宣導，而健保是醫療，因此，我認為可與國健署討論。當然，該給他們的部分，還是要給，但我認為他們應該夠用了。若健保收入不足時，應可從國健署移撥菸捐分配收入，再拿一些回來。應該可以討論，我認為健保署與國健署仍可溝通。

- 三、建議財務推估盡量簡化，不需預測那麼多年，其實不用擔心，健保署預測到 111 年，我認為不需要，大家看了會擔心，而且採高推估，費率都超過法定 6%，根本不可行。因此，不用那麼多年，最多到 109 年就足夠。預測到 111 年，費率越高，看了越難過。

謝委員天仁

- 一、從投影片第 10 頁的協定成長率，可以發現在 104 年前成長率相對穩定，但從 105 年起就暴衝了。原因很清楚，就是非協商因素的醫療服務成本指數改變率太高了，若繼續採這種基礎，任何調整方案都沒用。保險成本 106 年較 105 年增加 380 億元，基期越來越大，依此類推，若 107 年又成長 5%，金額難以想像。104 年才 199 億元、103 年 160 億元，105 年莫名其妙突然上升到 315 億元，106 年變 380 億元，合理嗎？我認為國發會不能迴避這個問題，今天搞出這麼大的問題，我認為這樣持續下去，調整費率都擋不了，不出幾年就超過 6% 了。因此，真正的問題癥結在此，大家必須用心檢討合理性，若是合理，我們沒話講，但看來似乎並不合理。原本機制是為提高醫護人員收入，結果反而用於調整改變率，從此生生不息，永遠都是問題。因此，我認為這是首要之務。
- 二、醫療仍存在浪費問題，始終沒有太多改善，也沒有短、中、長期目標或相關機制。這樣看來，費率調漲又遇上選舉年，可能

會變得很困難，相關資訊一旦釋出，民眾可能會受不了。我知道署長很用心，這些問題應認真思考，並提出相關的機制及方案。

三、本案僅口頭報告建議作法，但未於提案內容呈現，我認為並不適當，提案內容應呈現健保署建議修正方式。翻來翻去都看不到修正方案，如何讓委員做出決議？這部分有必要改善，等一下健保署還須說明得更清楚。

千委員文男

一、我贊同謝委員的意見，若今年 GDP 未成長，希望能設定停損點，總額也不要漲，就照原來預算，延一年看看，會變成怎樣。平衡費率試算很詳細，也很認真，但健保署都只會算成長，而不會算減項。我們投資那麼多，應有相對回報，例如雲端藥歷已經實施，投入大量設備及經費，但藥費仍占 25% 左右，並持續成長，很不合理，如何讓大家心服口服？其他各種節流措施也投入許多，為何都沒成效？一直要算成長，但各項節流措施所獲得的成效應該減少多少？

二、因此，我贊同謝委員，並再加一項建議，若今年 GDP 未成長，明年總額就設停損點，不增也不減，沒有虧待醫界，讓大家認真思考，哪有生意這麼好做，每年都成長？基期那麼高，成長率像滾雪球，越滾越大，這不合理，我希望健保署能往這方面努力。

戴主任委員桂英

請何委員語。

何委員語

一、前天晚上我和一些電視界的主持人吃飯，他們問我，聽說健保要倒了，是嗎？我說又是那些政府官員欺騙社會大眾、蒙蔽上級長官的伎倆，真是很要不得！我講話很不客氣。

二、健保署別忘了，你們只是受託管理我們的保費而已，因為我們有付 64% 的保費，你們憑什麼每年總額成長率都要超過 5% 以

上。政府是我們選舉出來的，錢是我們委託你們管理的，你們要推估成長率怎沒問付費者的意見，憑什麼自行決定？明年核定總額時，我們將發動勞工團體及學生代表到行政院絕食，我真的可以發動，來對幹一場看看。不要像現在每項改革都是對幹的，我認為這樣很不合理。

三、去年台灣外資僅 40.8 億美金，韓國還有 209 億美金，較差的泰國 108 億美金、馬來西亞 111 億美金、印尼也有 185 億美金，新加坡則有 652 億美金，外來投資方面台灣是敬陪末座。未來台灣是 GDP 低度成長的國家，因此，我贊成以 GDP 成長率來決定醫療費用成長率，這是很合理的做法。

四、我大前天在公共電視上也講，經濟這樣亂搞，包括勞動基準法、各種醫療措施都亂搞，真的是非常危險。國民所得 2 萬 2,288 美金怎麼可能負擔保險給付成長 5.8%~6.1%，我認為這太離譜了！用這樣來算，108 年還有 2 個多月的安全準備，但從 106 年開始，都在 5.6% 以上，我認為這是很不合理的。我要求應採過去 10 年的低推估與高推估平均值才合理，否則，我們要求依據經濟成長率決定醫療支出。

五、現在政府負擔健保總經費都會東扣西扣，我們付費者難道不會嗎？我認為平衡費率試算有失真，我一直反對總額支出每年成長率的假設。從現在開始，不論是否聘請我當委員，那是其次，但我要抗爭到底，和勞工朋友及學生代表到立法院絕食。大前天我在公共電視也向學生代表呼籲，這個國家會被搞慘，年輕人未來沒有希望。

戴主任委員桂英

請張委員煥禎。

張委員煥禎

一、我聽得心情蠻沉重的，感覺「做到流汗，被嫌到流涎(台語，吃力不討好)」對不起！我沒有指誰，請不要再對號入座，也許我指的不只是我們醫界，或許也包含健保署。我想講些讓大

家比較愉快的事，因為每次都是雙方在角力。我剛看過報告，感覺這麼多年來，都在自己的圈圈打轉，應在宏觀面來點創意及創新。醫療的餅無法做大，我們只能在這邊吵，但其實民眾看待醫療，就是看方便性、可近性及品質。我們過去做得不錯，例如菸捐分配及代位求償，但我們能否更有前瞻性？剛才我們幾位醫院代表討論分級醫療能降低成本嗎？答案是 NO(不能)！分級醫療未必能降低成本，因為集中較能 cost-down(降低成本)。

- 二、分級醫療帶給民眾方便，有可能增加醫療成本，但會降低很多社會成本。過去交通大學曾研究，每天有數萬人看病，每人只須減少 3 公里路程，所節省的油費、大眾交通工具及環保減碳等，可以節省很多社會成本。委員思考如何讓醫療制度更好，但需增加費用，分級醫療無法降低費用，但節省許多社會成本，能否精算向國發會或有關單位爭取經費？有經費以後再做，不然是很危險的。不論在 supply side(供給面)或 demand side(需求面)，委員都想盡辦法，希望健保署做得更好，但 no cheap medical(沒有廉價的醫療)是現今普世的共識，各國醫療費用絕對是越來越多，應思考提供這項研究案，讓非醫療人了解分級醫療可節省社會成本，然後我們再做。
- 三、剛才謝委員提到醫療浪費並無太多改善，但最近美國相關報導台灣的醫療浪費相較其他國家，是非常低的。醫療不可能沒有浪費，就像世界上沒有任何國家沒有壞人。這部分也請健保署提出 evidence base(證據基礎)，整理後讓委員了解各國情形，剛才許多委員都比較其他各國情況，現在是全球化時代，需要和各國比較。證據顯示，健保署這 20 多年來，讓浪費減少很多，但每次報告違規查處成效，委員仍不滿意。我認為健保署應從整體面提出統計數據。若如謝委員所說，真的都沒什麼進步，才再談改善。
- 四、有關醫療浪費，我也要求健保署研究時，調查民眾在這方面負擔多少責任？應該負什麼責任？全世界的消費者在醫療浪費負

了哪些責任？而我國民眾在這方面又負了多少責任？這些都是證據，建議在未來研究報告加上這些意見。

戴主任委員桂英

謝謝，請李委員永振。

李委員永振

- 一、首先感謝健保署提供非常詳細的資料，就資料請教以下兩點：
 - (一)報告提到平均眷口數推估假設，但到底平均眷口數是多少，似乎沒有看到數字。
 - (二)投影片第 36 頁提到「如果健保費率的調整依照機制調整」，這裡的「機制調整」是指當年收支平衡的機制嗎？還是指我們去年 11 月訂的「全民健保財務平衡及收支連動機制」？因為以投影片第 36 頁的表來看，111 年的當年平衡費率是 6.24%，但是為什麼在該投影片標題下方是寫「費率如依機制調整，111 年 6.45%」？先請教以上兩個問題。
- 二、回到今天的主題「106 年度全民健保保險費率」，我贊同健保署的建議維持 4.69% 不調。但是剩下的「全民健保財務平衡及收支連動機制」則須從長計議，另外仔細地去考慮一些問題。
- 三、我在上個月的諮詢會議曾跟吳委員肖琪討論投影片第 9 頁，她問了我一個問題，我回去有好好地研究了一下。坦白講，我不是很懂財務，但是她都把我看成財務專家，很不好意思。她說如果依據投影片第 9 頁對健保財務的影響評估看來，雖然這幾年來補充保費對安全準備貢獻很大，但是好像在 105 年裡都被吃掉了。我昨晚睡不著，依照第 9 頁的資料算了一下，105 年保費收入大概會減少 379 億元，而且剛才謝委員天仁也提到保險支付又一直在增加，如此一來一往對健保財務的影響會非常大。
- 四、請健保署思考一個問題，在 105 年 10 月份業務執行報告第 7 頁可以看得出來，104 年的健保安全準備增加了 1,028 億元(即

安全準備提列數)，但 105 年因為調降費率、調整補充保費扣費標準、調降平均眷口數及納入 7 項中央政府已實質負擔保險費等因素影響，使得 105 年到 10 月的健保安全準備提列數不只是打平，還出現負數(即收回安全準備)。至於年底的預估值，健保署的預估數是 35 億元，如果依我的版本是 70 幾億元。但不論哪個版本，到 105 年最後這兩個月(11、12 月)安全準備提列數有可能增加到 70 幾億元或 30 幾億元嗎？我是打問號的。

五、對未來財務預估的誤差不是很大，那還算 OK，但關鍵是 104 年到 105 年之間，安全準備提列數差了 1 千億元，是否應該好好思考這問題。所以我在 10 月 17 日的諮詢會議(會議全名：106 年度全民健保保險費率審議前意見諮詢會議)曾提及，我們在計算費率公式時，除調漲費率外，還要考慮有無其他方式，應該是健保財務的收、支兩方面都要去看。在健保收入方面，調漲費率只是其中一個方法，還有沒有其他方法，當然基本工資的調漲是一定會呈現在收入面，但是目前向 6 類被保險人收取的保費是否合理，應該也要進一步思考。

六、藉由健保署提供的財務推估，我們已可以知道健保財務未來將面臨什麼情況。如果只是一昧強調調漲健保費率，不做其他事情的話，將來費率一定會超過法定上限 6%。在支出面也是一樣，應該考量一些其他的可能性。剛才謝委員天仁也提到，醫療給付費用總額會有一個成長率，但是換算成保險成本成長率的話那就更高，到底將來我們的資料用哪一個成長率來討論才合理？健保署也可運用現有豐富的資料庫，分析到底還可以節省什麼費用，這些問題應該也要做一些思考。

七、今天真的很感謝健保署，這次提供的資料太好了。再回到費率適足性的問題，請各位參閱會議資料第 21 頁(表格：102 年度至 106 年度政府應負擔健保總經費法定下限 36%不足數)，這個表是權責制的，中間有一列「應提列或增列安全準備」。102 年二代健保開始實施時，安全準備大幅增加 728 億元，其

中包括已經還回來的 193 億元(因主計總處、衛福部計算政府應負擔健保總經費 36% 方式不同所造成之差異數)；103 年安全準備也增加 811 億元，包括已還回來的 297 億元；到 104 年，安全準備還有 539 億元。到 105 年，安全準備因為剛才講的那些因素，所以剩下不到百億元。這是什麼意思呢？我要強調的是，除了加收補充保費外，健保費率從 5.17% 降到 4.91% 時，事實上健保一般費率還是充足的，但是後來因為那些措施，所以才會造成收入面大減，但支出面還是一直在增加，這應該好好去思考一下。

八、不管未來採用什麼機制，剛才謝委員天仁也提到，109 年會有總統大選，所以要調漲健保費率，可能有困難。但是如果調整費率要合法(不超過法定上限 6%)，那就要提早因應(調漲費率)，這樣的話我們必須先想好說帖，說明為什麼安全準備還有 4、5 個月保險給付支出時，就要調漲費率。說帖要講好，因為照健保署推估資料來看，如果沒有其他配套的話，一定是在安全準備超過 3 個月的時候就要調漲費率了。如果沒有說帖，到時候要調漲費率，健保署要怎麼去處理，因為健保法第 78 條講得很清楚，安全準備只要維持 1 到 3 個月，如果在安全準備還超過 3 個月時就開始調整費率，要怎麼對社會大眾解釋，這個問題必須考量。

戴主任委員桂英

感謝各位委員針對本案所表達的意見。有些部分要請健保署補充說明，若是對未來財務推估的意見，健保署如果現場無法補充，則於會後提供書面資料。請問健保署有無補充說明？先請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、我從監理會、費協會到現在的健保會，已經參加了 10 幾年的會議。健保署這段時間在李署長的領導下，我敬佩的是這是 10 幾年來我看到做得非常好的一份資料，真的是做的非常好。雖然健保署這次所提供的費率方案，只是屬於預估值，不

是非常準確的數字，對於可能會發生的狀況進行預估而已，但是給我們委員做為參考非常清楚，所以我對於剛才其他委員的提問，我都可以回(反)應，我是認為我們健保署這次做的相關資料都做的非常的好。

二、第二點是，健保署可能也要考量如何教育老百姓改變他們的行為，包括民眾就醫習慣、生活習慣、飲食習慣、健康習慣的改變，這些也要列入大方向的評估來編列費用。如果健保署這些方面和國健署的預防醫學做得好的話，相信我們的支出會相對減少，民眾對這樣的狀況也應該會更了解。我在這裡還是非常感謝健保署，這次真的是我參加 10 幾年來所看到內容非常充足的方案，謝謝。

戴主任委員桂英

請問健保署由哪位同仁回應？

蔡科長佩玲

回應委員對簡報的疑義，李委員永振問到「未來幾年的平均眷口數是以什麼方式來推估」，我們是以公告當時前一年實際眷口數的預估值來推估，106 年、107 年預估值分別是 0.61、0.6 人，108~110 年都維持在 0.59 人左右，111 年之後因人口老化的關係會使平均眷口數再往上升。至於李委員永振問到「投影片第 36 頁是以什麼機制計算」，此係依照健保會所訂定的「全民健保財務平衡及收支連動機制」去計算。關於「為什麼 111 年的費率當年平衡費率是 6.24%，可是在說明裡提出來的費率是 6.45%」，因為現行機制是當年年底安全準備餘額不足 1.5 個月時要調到下一年度能夠維持 2 個月，6.24% 的費率只能使當年收支平衡，如果要調到下一年度還能維持 2 個月安全準備，費率當然會比 6.24% 高，以上說明，謝謝。

戴主任委員桂英

健保署同仁還有無補充說明？請李委員永振。

李委員永振

謝謝健保署的說明，如果照剛才的解釋，機制的調漲方式要訂為 2 個月會有問題，因為當年的安全準備都還超過 1 個月，將來健保署的說帖就須說明，為什麼訂的費率還比收支平衡費率要高，這個問題可能要先有準備。我並不是反對修正機制，因為這些問題一定是要慢慢地去面對，不過我是比較強調我們檢討的第二個部分，就健保財務收支的整個結構問題，好好再進一步去檢討，否則費率調漲的問題將會無解，謝謝。

戴主任委員桂英

- 一、我嘗試作結論。首先，根據健保署的推估資料，106 年度健保財務雖然支出大於收入，但因為安全準備累計餘額還是超過 3 個月的保險給付支出(預估為 4.5 個月)，所以 106 年度健保費率的審議結果還是維持 4.69%。
- 二、第二點，為了健保財務的穩健，請健保署持續積極地加強各項抑制醫療浪費的短、中、長程措施。
- 三、第三點，委員就未來費率的調整時機、保險財務推估所提意見，請健保署納入未來推估考量，因為近期都還有機會聽取健保署長期的財務推估，應納入委員的意見。為了追求健保財務平衡，除了於費率適當反應外，應該還有其他開源節流措施，或者總額協商時的非協商或協商因素成長率，都應該納入未來財務推估的重要考量。
- 四、第四點，為了達到健保財務穩健，除了需要疾管署、國健署維護國民健康的預防保健宣導外，也請健保署加強對民眾就醫習慣的衛生教育，以上可否做為本案的決議？請何委員語。

何委員語

我們去年 11 月開委員會議時，是決議以當年年底安全準備不足 1.5 個月為啟動調漲費率條件，但是在資料又寫到不足 2 個月保險給付支出。本人反對 2 個月，我認為還是應該以 1.5 個月為啟動條件，我提出將 2 個月修正為原來的 1.5 個月，這才是我們當時大家開會

的共識。

戴主任委員桂英

報告何委員語，我沒有處理改變機制的部分，這須留待下一屆委員未來評估財務時再行考量，所以本案並沒有決議要改變現行機制。

何委員語

我要求將前面發言列入紀錄，要不然明年健保署又偷渡，說我們這次開會沒有人反對 1.5 個月變 2 個月的事情，明年就開始變成 2 個月。

戴主任委員桂英

我們會將您的發言列入紀錄，謝謝。委員若無其他意見，接著進行討論事項第二案、第三案。請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、我要提醒的是，如果說從開始徵收補充保費以來，每年補充保費對健保收入挹注 4 百多億元，但是在健保費率由 5.17% 降到 4.91% 就少了 2 百多億元保費收入，然後在剛才投影片第 7 頁裡，今年又少了 3 百多億元，其實我們一年所收的補充保費已經不足以支應減少的收入，所以我才會去請教李委員永振。
- 二、第二點是，如果以當年收支來看的話，健保 106 年度的錢也不夠了，我覺得這個訊息要讓民眾知道，為什麼呢？因為我們要讓民眾知道安全準備會有 2 千多億元，其實是菸捐的挹注，這一定要澄清，不然我們請了精算師，都對不起精算師。也很謝謝健保署提供到 111 年的推估資料，實際上我們都知道 109 年會碰到選舉，那一年會很難調整費率，所以我覺得從現在開始，很多的措施及訊息，例如高雄延緩償還健保欠費這件事，都要藉機讓民眾知道，讓民眾開始去思考健保應怎樣去做，是要提高保費還是減少支出，我想是收支兩邊應該都要思考，謝謝。

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

「全民健保財務平衡及收支連動機制」是本會去年的決議，我在這邊要很負責任的講，其實健保署在建議修正方案中把啟動調漲費率的條件從 1.5 個月變成 2 個月的安全準備，我覺得是沒有辦法因應變局。所以這個部分比較負責任的做法是，應該在今年裡就能討論出一個比較彈性的機制去處理。老實講，我認為我們去年決議的機制太硬性了，如果沒有一個比較好的彈性的機制去運作，一下子調漲費率的幅度太高，民眾會沒有辦法承受，機制本來就是要考慮到民眾的承受力比較好，健保署提出來的建議修正方案我認為並不周延。既然主席做了這樣的裁示，沒有關係，我們也接受，那變成讓下一屆的委員，好好去用他們的智慧解決問題。

戴主任委員桂英

感謝各位委員的補充，請李委員永振。

李委員永振

我記得曾提過，但是到現在好像都沒有看到相關資料。到底國健署一年使用多少經費在預防醫學，對我們健保的助益為何？這個問題應該也是在檢討健保結構性問題時，可以一併考慮。不然的話，如果一年花那麼多錢，結果對健保都沒有助益，那這個預防醫學就怪怪的，謝謝。

戴主任委員桂英

我們會收錄各位委員的意見，雖然本會的權責無法要求國健署，但衛福部是有權要求的，我們已經提出好的建議，衛福部部長要不要接受這些建議...(何委員語舉手)，請何委員語。

何委員語

我要提出說明，不是因為分配給健保的菸捐讓健保可以結餘這麼多錢，應該是大家繳的一般保費及補充保費，如果沒有開徵補充保費就不可能結餘這麼多錢。所以如果對外講說是菸捐使健保結餘這麼多錢，我認為是有點偏差。當然健保收入是整體總水庫的概念，我們也不反對菸捐對安全準備有貢獻，但是如果偏頗只講菸捐的貢

獻，那是不公平而且有誤差的，謝謝。

戴主任委員桂英

各位委員愈補充，觀念愈清楚。請干委員文男。

干委員文男

請問健保署財務推估試算到 111 年，但是其中有無將潛在債權計算進去？我們依法到 108 年以前應該收回的欠費，到底能不能收回？那金額達好幾百億元，謝謝。

戴主任委員桂英

可否請財務組王組長沫玉說明，謝謝。

王組長沫玉

謝謝干委員文男，因為我們的試算是採權責制，所以剛剛干委員文男關心的欠費都已經算進保費收入，以上。

戴主任委員桂英

接下來的兩個討論案，請周執行秘書淑婉為大家說明，會議資料是否有更新，如果還是跟上次會議資料一樣的話，今天能否討論。

伍、討論事項第二案「106 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案」、討論事項第三案「106 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

- 一、討論事項第二案是「106 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，續請討論」。本案剛才在報告上次決議(定)事項辦理情形追蹤時有提到，醫院部門在 11 月 14 日時，行文健保署要求協助做相關試算，所以醫院部門將於收到試算結果後，召開內部會議取得共識，因此本案建議保留到下次(105 年 12 月份)委員會議續審。
- 二、討論事項第三案是「106 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，續請討論」。目前我們收到中醫部門的訊息是，他們還要再召開內部會議取得共識，所以本案也保留到下次委員會議續審，以上說明。

戴主任委員桂英

謝謝周執行秘書淑婉，請問委員是否同意依之前的建議先進行臨時動議。請林委員惠芳。

林委員惠芳

主席，我覺得很奇怪，如果是這樣，為什麼要把這兩案排進本次議程，以後就不要這樣浪費資源，因為影印資料也要錢。

周執行秘書淑婉

不好意思，因為我們本來期待可以在開會前收到醫院跟中醫部門的資料，所以就依上次委員會議決議納入本次議程，也把相關資料放進會議資料。

戴主任委員桂英

林委員惠芳的意見，提供幕僚之後處理議案的參考。沒有錯，現在都在推廣愛護資源，印刷的紙張也是資源，以後我們會多留意，請何委員語。

何委員語

主席宣布討論事項第二案不進行，但我想做會議詢問。因為我聽到說桃竹苗人口數一直增長，但是它的整個人口占率(R 值)都沒有增加，所以桃竹苗分配到的地區預算變得很不公平，到底實際情形是如何，能否請健保署說明。

戴主任委員桂英

請健保署回答。

蔡副署長淑鈴

何委員語問到「桃竹苗的人口增加但是費用沒有成長」，這問題本來就是在醫院總額分配地區預算時要討論的，它牽涉到 R 值跟 S 值要不要往前進的問題。我們在 104 年、105 年都沒有調整過 R 值跟 S 值，門診的部分則是從 102~105 年都沒有動過 R 值跟 S 值，所以現行分配方式沒有反應到該地區人口的增加確實是事實。但是每年在討論本案時，醫院總額都提出希望能維持原來的 R 值跟 S 值，所以導致桃竹苗人口的增加沒有反應在 R 值上，本案在這一次會議也暫緩討論，可能還需要一點時間，讓本署試算給醫院總額代表參考。

何委員語

謝謝蔡副署長淑鈴的說明，我昨天晚上也是睡不著覺，就一直在看門住診費用比 45：55 是怎麼去調整(參閱會議資料第 39 頁)，如果萬一調得不恰當，又將使台北市的點值發生很大的影響。那我看了資料但又看不懂，所以我也想了很久，不知道是否可以在 45：55 這個大原則下，去做分區調整，因為坦白講我沒有參加這個試算。其次，如果北區已經 2 年沒有調整 R 值，但這 2 年人口已經增加那麼多了，是否適度地去調整 R 值跟 S 值的內涵，調多少我不清楚，但是希望能夠朝這個方向跟目標努力，謝謝。

李署長伯璋

謝謝何委員語，因為上個月在會裡討論這個問題時，我們用的是比較早以前的參考值，不過最近署裡是有重新精算，當然是說北區的

人口數增加，醫療費用也應該增加，不過還是要跟醫院協會各層級討論一下，我覺得該支持的還是要支持，這個是我們的態度。

戴主任委員桂英

好，這兩案留待下次會議討論，先進行臨時提案，請同仁宣讀。

陸、臨時提案「106 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算移撥特定用途案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

戴主任委員桂英

謝謝同仁宣讀，資料中有提到健保署會在會上提供執行面意見，請健保署補充。

劉科長林義

健保署報告，有關 106 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算移撥特定用途案，其實移撥的前三項特定用途都跟 105 年度相同，新增的特定用途只有第四項。本來在 105 年度只有補助牙周病統合照護計畫第三階段，在 106 年新增補助該計畫之第一、二階段，這部分因為跟去(105)年度的執行方式都一樣，所以在執行面沒有問題。其次，牙醫部門今年也新增將「103 年新增支付標準預算口乾症患者照護率連 2 年未達 30%扣原編預算 50%」經費 0.151 億元的部分，歸責到各個分區，這部分執行面也沒有問題。所以假如健保會同意，我們會在下週舉行的牙醫門診總額研商議事會議裡討論，依照這個原則來做分配，以上說明。

戴主任委員桂英

謝謝劉科長林義的說明。先進行討論，委員如有疑問，最後再請陳委員義聰補充。請問各位委員有無詢問？請謝委員天仁。

謝委員天仁

我不太了解這個提案的用意，它好像是牽涉到專款經費回歸到一般服務費用，這部分是不是可以說明一下？

蔡副署長淑鈴

是從一般服務費用移撥到專款項目。

謝委員天仁

然後剩下再移回去是嗎？(蔡副署長淑鈴：對)那這個沒有問題。

戴主任委員桂英

請何委員語。

何委員語

我的意見是，因為它是從一般服務費用的錢撥出來補助專款項目，所以結餘的款項應該要回歸一般服務費用，不應該再去支援其他專款項目，因為這樣子會使未來在基期的換算上有誤差。如果結餘款可以再去補助其他專款項目，這樣子其他項目都可以比照辦理，那就跟原來健保會付費者的決議背道而馳。所以我建議一般服務的項目結餘的款項還是回歸一般服務，不能去做支援專案的項目，謝謝。

戴主任委員桂英

謝謝何委員語，請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、我提出類似謝委員天仁及何委員語所提之疑問，若依照牙全會所提之說明執行，有 2 個差異點，一是牙周病統合照護計畫前 2 個階段，現為浮動點值，未來將朝向保障點值方向執行。今年協商明年牙周病統合照護計畫之費用時，是評估近 2 年所提供之服務量，為了要保障點值，其服務量的提升顯然就可能受限，是否因為此原因，才提出一般服務費用移列至專款的方式，我不是很清楚。
- 二、誠如謝委員天仁所說，移列經費是否變相增加專款費用，也就是說，協商時已框定專案金額，但做這樣的移列，不就等於增加專款的費用，是否請健保署或牙全會解釋說明移列的原因。至於其他 3 項(醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用、全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案、該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款)之移列金額，原就是一般服務費用，僅是再提出來增加經費，好像比較沒有專款使用的問題，牙周病的部分若同意移列，不就表示協商是徒有虛名，移列金額可能增 1 億多元，不知這樣的理解有

無錯誤。

戴主任委員桂英

委員還有無意見？請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

我提出請教與建議，請問本案由一般服務費用共提列多少錢至專案？建議列表呈現數值，整體移列金額為多少，各項目所分配金額又是多少？如此比較容易了解整體概況。

戴主任委員桂英

請提案人陳委員義聰說明。

陳委員義聰

主席、委員好，先請牙全會總額主委陳常務理事彥廷回答。

陳常務理事彥廷

一、主席、各位委員好，有關剛才委員所詢問，其實不是將一般服務費用移撥至專案，舉例說「醫療資源不足地區改善方案」之論量計酬費用是由一般服務費用支應，因為各區特性不同，如高屏區醫療資源不足之需求較大，而台北區相對較少，如依現在的 R 值分配，高屏區之預算顯然不足，100 年編列「醫療資源缺乏地區改善方案之論量計酬費用」時，是一筆經費編列於一般服務費用項下，並未考量各區之不同需求，所以事實上這筆費用仍使用於一般服務，未流到專款使用，僅是專款的配合款，給付一般服務項目。

二、至於「牙周病統合照護計畫」第三階段費用原本是編列於一般服務項下，103 年起由一般服務移列至專款，且專款經費不足，所以由一般服務費用移撥經費來配合推動「牙周病統合照護計畫」，本案建議將原本用於第三階段照護的一般服務預算，移撥至「牙周病統合照護計畫」使用。這幾年「牙周病統合照護計畫」之執行狀況會因病情嚴重度，而有較高的需求，歷年費用支付都有所謂每點以 1 元暫結，當預算不足時，才採浮動點值，我們不是為了保障點值而移撥款項，而是擔心民眾

需求高，費用點數增加而讓醫療提供者在提供的意願上會受到影響，基於上述原因，希望支付費用點值高一些。

三、至於新增扣款分配方式，按各區之人口風險因子(R 值)進行扣款分配，因各區之間有不同需求，且各區間執行率亦有落差，106 年各區扣減方式：50%依 6 分區 103~104 年實際未達執行率、50%依 101 年各區人口風險因子(R 值)進行計算，主要以大原則為分配方式，但因應各區民眾需求而作微調。

戴主任委員桂英

請健保署補充說明，以解除委員的疑惑。

劉科長林義

首先本案在執行面是沒有問題，有關委員關心一般服務費用移撥專款後，若有剩餘款仍應回歸一般服務費用，而回歸之金額，是以移撥之金額為上限，不影響專款經費。

滕委員西華

一、因不了解無法表示意見，請教提案第 1 頁說明二、(四)，移撥 1.106 億元用於牙周病統合照護計畫第一、二階段，不知是否理解錯誤，誠如黃委員偉堯所說，究竟移撥多少錢，我也是看很久才看懂，在第 3 頁幕僚補充說明三、(一)移撥金額共計 4.156 億元，扣除 1.106 億元之後的金額，才是用於說明二、(一)~(三)3 項(同 105 年)，這部分可以理解，因為本來就是一般服務費用支應，只是支應不足的部分，或如同陳主委彥廷所提說法，我都覺得都很好。

二、但 1.106 億元移撥至牙周病統合照護計畫之理由，是為保障第一、二階段點值每點 1 元嗎？因為目前是浮動點值，只有第三階段是保障點值。若是如此，原協商時已編列一筆專款執行牙周病統合照護計畫，現在要移撥，是否變相增加專款金額，其金額已經超出協定範圍，我想問這樣的移撥是否可行？付費者代表已經給一筆費用執行專案計畫，但是你們覺得經費尚有不足，或是支付費用想採保障點值方式？

三、照理說，牙周病統合照護計畫第一、二階段 10.424 億元，其費用支付採浮動點值計算，亦會影響提供醫療服務量，我記得當時爭論服務量問題，所以付費者代表不框定服務量之目標值，而是由牙全會自行管控，在金額框定之後，請總額部門與健保署共同討論費用支付方式，採浮動點值或保障點值，我們沒有意見，但移列一般服務費用 1.106 億元到專款，也就是增加專款約 11 億元，可否如此？不知道過去是否曾有相同案例？請教可以這樣處理嗎？還是我理解錯誤。

戴主任委員桂英

謝謝，請謝委員天仁。

謝委員天仁

預算分為一般服務及專款，最大的差異是專款有特定用途，一般服務費用則無，一般服務是涵蓋該部門的醫療服務費用。過去作法若該部門以一般服務費用支應專款，付費者委員是舉雙手贊成，因為專款執行有特定目的，若總額部門願意多做，自然是鼓勵，付費者委員關切的是，是否將專款移列一般服務費用，部門若願意將一般服務費用移列至專款，付費者委員原則是同意的，這不是問題，只要達到專款的目的即可，總額部門願意付出更多，付費者委員樂觀其成。

戴主任委員桂英

針對 2 位委員特別提醒的部分，請健保署答覆。

張專門委員溫溫

依據健保會協商原則，專款專用項目不得以任何理由流出，剛滕委員西華所提問，本案由一般服務費用移撥至專款，故實際專款總經費較協商時高，牙全會往年也有相同移撥的情形，只是 106 年新增 1 項「牙周病統合性治療第一、二階段給付費用」。

戴主任委員桂英

這樣說明委員清楚嗎？(楊委員芸蘋舉手)，楊委員芸蘋是連署人，請說明。

楊委員芸蘋

我們都知道牙醫總額部門是模範生，所以他們找我連署提案，我沒有反對，我以為他們也找很多委員一起連署，沒想到只有我一個人，我先聲明，絕對沒有特別利益輸送，只是誤以為大家都有連署，剛才有人問我「為什麼只有你一人連署提案」，我說「我也不知道只有我一人」，在此先宣告說明。大家都是好朋友，而且牙全會醫療服務真的做得不錯，樂見牙醫部門願意為更多民眾服務，此提案在不違法且合理、合情，執行面又可行之前提下，此提案希望能通過，以上建議，謝謝。

何委員語

主席，因為在總額協商時「牙周病統合照護計畫」之協定事項：「應於 108 年回歸一般服務」，是否有墊高專款金額之虞，若同意一般服務 1.106 億元挪到「牙周病統合照護計畫」專款項目，建議明年在協商時，先扣除 1.106 億元，不能將一般服務費用編列至專款，而墊高專款金額，等到 107 年協商時，將所墊高之金額移列至一般服務，此做法是不恰當的。我認為若同意將 1.106 億元用在專款專項，則明年總額協商時該項目應以 10.424 億元為基期，再行編列該項目專款之金額。

戴主任委員桂英

請提案委員說明。

陳常務理事彥廷

謝謝何委員語意見，我們並沒有要將專款項目之金額墊高的想法，歷年都是以前一年核定之金額進行協商，我想未來也是如此，牙全會僅就民眾醫療需求，考慮有無必要提供這樣的醫療服務，明年協商的基礎應該還是以今年核定金額為主，這部分仍請健保署再作補充。

戴主任委員桂英

提案委員表示，並沒有要墊高「牙周病統合照護計畫」專款金額的意思。請健保署說明，實務上是否會有墊高專款金額的情形。

蔡副署長淑鈴

跟各委員報告，何委員語多次發言內容，是針對減列一般服務費用後，有無修正基期的問題，剛才主席在前一項的結論裡，已提出須檢討基期的部分，對於何委員語所提之意見，將會併案與社保司、健保會一起檢討，修正基期的主要觀念，在於當一般服務或專款項目金額移動時，基期有無同時進行修正，俟本署檢討後再提委員會報告。

戴主任委員桂英

- 一、本案討論到此，委員同意本建議案，但希望執行時注意不要墊高一般服務之基期。
- 二、下一案是健保署提出的「推動分級醫療報告」案，今天特別邀請衛福部醫事司石司長崇良列席，因為推動分級醫療除了健保署須努力外，還要仰賴醫事司的協助，請健保署報告。

柒、專案報告「衛生福利部推動分級醫療報告」與會人員發言實錄
健保署蔡副署長淑鈴報告

戴主任委員桂英

感謝健保署的報告，請委員提供意見。請林委員惠芳。

林委員惠芳

謝謝前輩承讓，因今年才參與委員會，有幾項建議及請教：

- 一、第一，前次健保調漲部分負擔之後，所看到的結果是，基層並不因此政策，使看診服務量增加，反而基層服務量越來越少。我想知道健保署的想法，為什麼覺得這次調漲部分負擔，可以解決分級醫療問題？從過去的歷史經驗得知，執行調漲部分負擔策略並沒有使分級醫療變好，只有更差，想問一下，為何大家還是覺得它是一個解方。
- 二、另個想法是有關西醫基層部分，我記得今年協商時，給予西醫基層總額部門較以往更多經費的支持，但不是為了讓診所買設備，而是要診所能提供更多更優質的醫療服務，我擔憂的是，診所用總額經費買昂貴的設備，我的疑問是，對民眾有多少協助？我的想法是，各區域內醫療資源間有無更多合作的可能性，譬如說，醫學中心或是區域醫院之醫檢設備與該區域內之診所間如何進行合作，有無合作的可能性，增加民眾就醫的便利性，我思考這樣的模式是否為推動分級醫療可行的方法之一。
- 三、有關提升民眾自我照顧知能，分為短、中、長程，包括宣導分級醫療、自我健康管理、家醫群 24 小時電話諮詢服務等等，但我認為最根本的方式，是結合學校的健康教育，從國小、國中，甚至是學前教育就應該要跟著做起，否則即使政府單位發行很多宣導品，網站上放了很多資訊，但民眾可能還是完全不知道。
- 四、我本身是社工背景，對於 113 保護專線的宣導，是由學校做起，所以小孩都知道，若發生家暴，要撥打 113 專線，所以我

一直覺得教育才是根本的手段。

- 五、為降低弱勢民眾就醫不便性，多半考慮有無經濟障礙，我自己在身障組織工作，我看到許多身障者，無法在診所就醫，原因是診所對身障者不夠認識及瞭解，我覺得不單只是硬體環境沒有無障礙空間的問題，尚有一些自閉症伴隨情緒困擾的朋友至基層診所就醫時，偶而因情緒無法控制而大叫，導致診間其他患者的不安，是診所很困擾的事情，護士只好請他到大醫院就醫。
- 六、依過去經驗，發現所服務的對象中，有部分的人其實是被迫到大型醫院或醫學中心就診，因為基層診所在回應他們的需要時，確實有不足之處，雖然持有重大傷病卡或身心障礙手冊，在基層就醫所負擔的部分負擔金額也不高，但仍有部分的朋友無法在基層診所滿足醫療需求，這部分若能改善，對民眾習慣上來說，一定是傾向就近就醫，試問如果我能夠在住家附近解決醫療問題，為何要跑到很遠的醫院，特別是身心有特殊需求的民眾，因此這部分請研擬推動分級醫療的策略時，一併納入考量。

戴主任委員桂英

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、衛福部願意推動分級醫療，讓醫療體系運作上更有效率，這是應該努力的方向，付費者給予肯定。現在若不處理，以後大概會很慘，因此，對衛福部願意提出這六大策略予以肯定。
- 二、之前提出的推動分級醫療政策，只看到調整民眾的部分負擔，老實講付費者相當憂心，照這樣推行，勢必沒有效果，會讓大家以為沒有其他的可行措施。現在衛福部推出 6 項策略，調整部分負擔只是其中的一項，因為列在其中，所以大家可能也無法評斷其效果。
- 三、我認為初步可以從醫學中心、區域醫院所面臨的困境著手，合

理的去面對問題、進行改善，應該可以看到效果。醫院開這麼多門診，是否因為醫治重症患者會虧錢？讓醫院須靠門診服務收入，來挹注重症服務的財務虧損，這才是真正問題所在。若僅要求醫院門診減量，但不調整重症給付，大概很難平衡。106 年度總額協商結果只有 60 億元用來調整重症項目支付標準，但醫院的門、住比約 53% 比 47%，或許今年會變成 54% 比 46%，門、住診比差了 8%，若要將 8% 要挪到重症服務，拉大應有的財務效應，絕對不是 60 億元就可以解決，可能需要至少 3 年的調整計畫。相對的，如果醫學中心、區域醫院加強重症服務的幅度越大，則輕症服務收縮的範圍也應越大。依部長決定公告的版本是「醫學中心及區域醫院初級照護案件數不得超過 105 年的 90%，超過部分，不予分配」，我看到今天的報告寫的是，醫學中心初級照護服務量，不得超過 105 年的 70%。

蔡副署長淑鈴

醫學中心是 80%。

謝委員天仁

我看資料上寫 70%。

蔡副署長淑鈴

那是舊版資料。(註：會議資料為：「設定醫學中心及區域醫院初級照護服務量，分別不得超過 105 年的 80% 及 90%，超過部分，不予分配總額」)

謝委員天仁

一、我認為這是好的想法，或許與 106 年度總額公告內容有些出入，但方向上可讓醫學中心、區域醫院了解，計算後財務上仍是有利，不用擔心。我認為應該努力推行分級醫療，付費者代表認為要把帳切得那麼清楚很困難，但考量推動分級醫療，對整體社會都有利，初期投入成本也是合理且適當，因此，我們願意負擔一些成本，當然措施有效與否，也無須評論太多。

- 二、直接切入重點讓大家了解，試想，醫院住診服務輕症的比例占多少？重症的比例占多少？若醫院的病床都塞滿了，急診壅塞如何處理都不可能有效果，因為壅塞的根源非來自門診，而是沒有空床可供使用，患者只好留在急診室等待住院病床釋出。因此，重點在於如何讓醫療體系內的垂直整合產生效果！例如，醫學中心滿床，但區域醫院或地區醫院有閒置病床時，如何將病床資源做有效運用，是下階段必須面臨的課題。
- 三、報告中提到「挹注 3 億元試辦區域醫療整合計畫」，不確定是否能產生效果，有否考慮上述問題？我認為這些都是最基本要求，若這些做不到，則推動分級醫療無法產生效果，這些需要大家好好努力。
- 四、最後一項是民眾的觀感問題。當民眾掛號時，醫學中心能否透過管理機制，輸入病患資料後依指標進行判別，並告知民眾其情況屬於輕症或重症、可能需要等待多久等資訊，或可讓民眾取消就醫行為，等同是一種宣傳。此外，也可透過媒體宣傳，讓民眾知道新的醫療時代已經來臨，大家必須為醫療體系更有效率而努力。台灣民眾的教育水準很高，相信效果會越來越好，這部分希望能為健保署及衛福部打氣，請好好努力。

戴主任委員桂英

請楊委員芸蘋，下一位請何委員語。

楊委員芸蘋

- 一、大家好，其實我昨晚也沒睡好，為了看懂這六大策略，看了 2、3 遍，一直看到 5 點多，最後終於看懂了。我覺得部長有誠意，署長也很有耐心，將這六大策略深入淺出，寫得非常清楚，讓非相關專業人士也可以了解。只是能不能做到，是另一個問題。我感受到部長的誠意，大家應該給予肯定及支持，不過對於部分項目的執行細節，請多加小心注意。
- 二、報告中包含 106 年度總額協商相關協定事項，是我最欣賞的地方。例如，策略一「提升基層醫療服務能量」，包含西醫基層

總額專款協定項目(強化基層照護能力「開放表別」專款 2.5 億元)。一般服務項目也編列 6 億元(「其他醫療服務密集度的改變」項目增加 6 億元)，以因應基層服務量成長。此外，擴大家庭醫師整合性照護計畫部分，很高興家醫計畫能結合居家醫療與院所間的合作，我擔任台北市市政顧問，市府網站上顯示，今年台北市居家整合照護計畫，已進行 6 千多次訪視，收案人數達 1 千 4 百多人，這個計畫符合民眾需求。輔導基層診所規劃無障礙空間，建立友善就醫環境等措施，對身心障礙朋友是很大的福音，衛福部有聽到民眾的聲音。

三、有關導引民眾就醫習慣部分，個人認為有難度，因為改變民眾行為需要一段時間，不容易立即見效，但希望能透過確實的宣導改變民眾就醫習慣；假日診察費加成部分，我認為應予鼓勵，民眾若真有急診需求才需要到大醫院，一般疾病不見得需到大醫院，如果能到鄰近的基層院所看診，可以減少部分急診資源的浪費，也可以減輕病人往返奔波。

四、有關策略六之(三)「規範醫院不得以交通車載送方式不當招攬輕症病人」，舉例而言，我住在某醫院後面，醫院有固定的交通車接送病人，請問這算不算是招攬輕症病人？該如何管理？對附近居民而言，不是患者也可能搭乘，這也算是一種服務及福利。今天提報的內容，若好好執行應該會有成果，希望大家一起努力。

五、但對於「調整部分負擔」部分，我認為應該要再好好研究，因為調整部分負擔，病人不見得會因此到基層就診。相關措施都需要有好的配套，循序漸進，並向民眾好好宣導，讓民眾聽得懂，才會配合。

戴主任委員桂英

請何委員語。

何委員語

一、基本上支持分級醫療的精神及方向，但我認為還存在許多問

題，實務上有待改善。

- 二、台灣民眾就醫方便，民眾有自由意志，到哪裡就醫由民眾決定，無法改變。
- 三、基層診所的收費能否減半？甚至掛號、藥費只收 1 元，若能做到，我相信大部分民眾會到基層診所就醫。如果沒有足夠的經濟誘因，部分負擔只差 40 元、100 元，並無法改變這三分之一會到大醫院看輕症民眾的認知。
- 四、民眾到哪裡就醫受到醫療效果影響，病人就診後，會自覺哪位醫師治療有效、哪位無效，若無效，就不會再去看診了。若病人對醫師有信心，病就好三分之一，若沒有信心，再怎麼拜託他去看診也沒用，這是勉強不來了。
- 五、剛才提及交通車載送病人部分，牽涉到交通運輸法，是交通部的權責，衛福部有權力取締嗎？
- 六、所提整體策略的精神及方向我支持，但很多內容有待改進。若沒有大刀闊斧的作為，只想利用增加 40 元、100 元部分負擔，讓病人不去大醫院，是行不通的，台灣人不差這 40 元、100 元。但若能大膽的將基層診所的掛號費改為只收 1 元、部分負擔也收 1 元，相信會改變民眾的就醫行為。選民的行為讓你猜不透，否則為何美國總統選前認為川普不會當選，最後卻是他當選，選民跟病患的心態是一樣的，建議多了解民眾的想法，重新規劃推動分級醫療策略的內涵。

戴主任委員桂英

許多委員舉手要表示意見，請把握時間，現在離 2 點還有 35 分鐘，希望會議時間不要超過下午 2 點。

滕委員西華

- 一、不清楚行政部門究竟在甚麼場合，決定提供甚麼資料、內容供討論。記得健保會 103 年(103.8.22)曾經安排「健保法第 43 條推動自行負擔費用及轉診之執行報告」，提到部分負擔時，所提供的資料，可不是今天資料第 1 頁第 2 段顯示的內容。許多

委員當時也是擔任委員，可以回去查閱報告。當時結論告訴我們：醫學中心、區域醫院門診初級照護率只剩 2 成左右，而且多為複雜疾病或重大傷病患者，顯示濫用醫療資源的比例不高；7~8 成民眾多在社區就醫，我國民眾在基層就醫比例其實已經很高了。

二、建議先審視資料，再決定往哪個方向討論。參考總額協商時所提供的總額協商參考指標要覽，「各層級醫院間之風險監控指標」顯示：

(一)104 年「初級照護病人門診次數占門診次數百分比」整體醫院 21.0%，且從 100 年之後持續下降，其中醫學中心、區域醫院、地區醫院初級照護率逐年下降。占率中以地區醫院最高(33.1%)、區域醫院次之(19.1%)、醫學中心 12.7% 最少，醫學中心 100 年為 15.1%，顯示已下降。

(二)104 年「初級照護病人門診點數占門診點數百分比」整體醫院 10.4%，地區醫院占率 19.3%、區域醫院 10.4%、醫學中心 6.6%。

(三)104 年「開立慢性病連續處方箋百分比」以醫學中心占率 49.6% 最高、區域醫院 48.3% 次之、地區醫院 33.4%。

三、談到分級醫療，應該先釐清，到底是看整體門診占率，還是門診初級照護占率？若是要降低輕症門診，假設採初級照護占率，先不論定義有否共識，需先有假設，才能繼續討論初級照護服務量降低 10% 的問題。今天報告提供的資料顯示，醫院門診件數占 30% 多，但這些門診件數並非都是輕症，有誤導的嫌疑。

四、資料提到短、中、長程策略，請問短程是多短？中程、長程分別又是多長？報告沒有提出績效指標，只提到要做什麼、想要做什麼，這比較像是施政目標。應該要訂定 KPI(Key Performance Indicators，關鍵績效指標)，例如：開放基層表別編列 2.5 億元，用以開放心臟超音波檢查，那其餘的呢？降低

醫學中心及區域醫院的初級照護服務量，請問要達到多少百分比，才是符合期望的指標？不管是基於醫院不能拒絕病人，或是病人自己就醫選擇等原因，醫學中心及區域醫院的初級照護都不可能達到零，特別是醫學中心。方案內容提到「醫學中心初級照護服務量不得超過 105 年的 80%」，但本會的協定明明是「醫學中心及區域醫院初級照護案件不得超過 105 年的 90%」，當初設定初級照護案件下降 10%，考量這是可以經由大家努力而達到的目標，且另外配合編列調高重症給付的預算。現在報告卻要醫學中心初級照護下降 20%，到底怎樣的條件下，可以真的降到 20%？重點要做得到啊，不是亂喊！若醫學中心做不到，健保署該怎麼辦？報告並沒有提到具體的做法。

五、再講到急重症分級方面也是一樣，我想是今天資料的問題：

(一)有關包括急重症及緊急醫療的能力分級，報告資料為何不提醫療體系中已有 78 家輕度急救醫院，其約占 40%(註：依醫事司 105 年 10 月 28 日公布之急救責任醫院名單，全國急救責任醫院 196 家，包含重度 36 家、中度 82 家、一般 78 家)。剛剛醫事司石司長崇良還在，現在已經先離開，相關標準是醫事司訂定及公告。急診不是只有看重症、還有急症！再次強調，急診不是只有看重症、還有看急症。所以要做分級的時候沒去提這塊，先別說急診醫學會反對，認為檢傷分類是做為病人處理的急迫性分類，我們開玩笑，現在光處理急診就有 50 個「陰影」的配套措施，光部分負擔方面，有的要漲、有的可以免、有的要收、有的不收，急診還分夜間凌晨時段不收，非凌晨時段就要收，而且是否屬於檢傷分類第 3、4、5 級的责任，還落在急診醫師或是檢傷分類的護理師一個人身上。

(二)先不用別提可能還有 Upcoding 問題(註：將疾病嚴重度較低者，虛報為嚴重度較高)，有人開玩笑說，以後急診收據就是醫療糾紛訴訟的來源，例如向病人收取了檢傷分類第 3、

4、5 級部分負擔的費用，但病患回去後竟然在 72 小時內變成重症，那病人幾乎是一定會告醫院的！更別說因為檢傷分類影響到對病人的收費，實務上一定會有有人在醫療現場跟醫院 argue(爭吵)、冤家(台語，吵架之意)，質疑為何要被收這樣的費用，這是因為民眾不了解急症及重症極有可能發生的情況，因此連急診醫學會都反對按照檢傷分類來收費。輕症急診，一般人難以判斷頭痛是否因為中風？肚子痛是否因為腹膜炎？但急診醫學會是專家，政府也跟他們開過很多次會，該醫學會也都呼籲過。但現在健保署還是提出調漲急診部分負擔。

(三)但急診調漲是很有道德風險，若民眾是在台大醫院門口車禍受傷，可能僅屬檢傷分類三、四級，故要捨近求遠，改為送去台北市立聯合醫院仁愛或中興院區嗎？真的要這樣做嗎？不對吧！急診原本就該就近處理啊！但若屬民眾個人偏好，一定到某家醫院，則是另外一個 issue(議題)。我的意思是，就制度上來說，漲急診部分負擔並無可取之處，署所提六大策略中，唯一可以做得到、但卻又偏偏無效的，就是部分負擔的調整！經由過去調整的歷史資料，就已證明沒有效果，並不是我說的。我要講第二遍，以強調其重要性：唯一立刻可以做得到，卻又沒有有效的，就是部分負擔的調整！我都是用政府的資料來佐證，從 94 年以後來講，就是沒有效。

六、現在回來談分級醫療，推動分級醫療本身沒有問題，對不起再讓我再講 2 分鐘，剛才前面提過，要推動分級醫療，改革支付制度才是關鍵：

(一)蔡副署長淑鈴在報告第 1 頁資料時提到，藉由加重民眾財務負擔的方式，應用於推動分級醫療，有一部分就是直接提高民眾部分負擔，以提高其就醫門檻，以為似乎就可以達到分級醫療。但此邏輯要被挑戰，請大家先回到憲法第 157 條來思考，該條文原規定以公醫體制，是後來又多了增

修條文第 10 條規定，說要開辦全民健康保險，當中的第 7 項，還特別提到身心障礙就醫的問題，應要健全無障礙環境。

(二)但現在要推動的是分級醫療，而不是部分負擔，可是國家沒提供「無障礙環境」，就以為給了身障者「免部分負擔」，直接叫他去醫院看病，就可以取代之。我要強調，不能因為有一些人到不了基層診所看病，或是基層診所沒辦法幫這些人看病，就用減免部分負擔，來佐證已經做到分級醫療。談到分級醫療，基層有部分科別分布不均的問題，以精神科為例，我們還有精神科專科醫院耶！但請問：多少精神病人他可以到基層去？雖然仍然有些病人可以留在基層就診，基層的精神科也越來越多，但能夠讓所有的精神病人都先從基層來嗎？而且還因為精神科成長太快，西醫基層總額還管控精神科診察費。所以我們很多政策是矛盾的。

(三)我簡單再用 1 分鐘說完，我們支持用支付制度去達到分級醫療的效果，事實也可證明。我在這裡只舉幾個例子，若思考不周延處請多包涵，因為我們不像健保署，是沒有政策團隊的。第一，在醫院的部分，若要鼓勵醫院轉診，要提供支付制度的誘因，目前醫院下轉的時候，他僅能獲得一次的轉診費用，對他怎會有誘因？按常理來說，所有的醫院應該都喜歡輕症病人及慢性病的病人，因為 3 分鐘就可解決，所以如何提供誘因使其願意下轉，就要給醫院轉診後的追蹤費用，例如慢性病給 3 個月，重症則給半年的個案追蹤費。這是制度上為了確保病人下轉之後，有被好好照顧。病人有被醫院追蹤及關心後，也會感到安心，因為後續仍有人會關心你是否被好好 take care(照顧)。健保若能給醫院後續追蹤的這筆錢，就不會像現在醫院因僅能領到一筆轉診費而缺乏轉診誘因。

(四)現在推動整合性照護制度方面，健保署想要鼓勵忠誠病人

模式，鼓勵醫院就多重慢性病整合為一科來提供服務，但衛生署林前署長芳郁也講過，他是因為當過署長不得已要配合政策，因為整個榮總都告訴他，這個案子不賺錢。那如果是這樣，醫院都已配合政策將病人整合進來，而且我們今年的總額協商，我還特別去翻資料，醫院的部分還增加了 20% 的收案，但是若醫院所收案的整合性照護病人屬於多重慢性病，又恰好符合初級照護的定義，也就是醫院收了屬於不該收案的病人，那你要醫院怎麼辦？就產生了矛盾嘛！政策跟政策的競合，本來就是該去好好評估，結果現在醫學中心初級照護率，你還叫他要下降 20%。

- (五) Tw-DRGs 要不要包含門診的 follow-up(後續追蹤)，這也是可以考慮之處。Tw-DRGs 手術後，屬於後續 follow-up 的門診次數，是要算到醫院門診的照護？還是 Tw-DRGs 必要的門診？以上這個都是關係到門診次數要不要下降，或是怎麼計算比例重要的支付制度。
- (六) 至於加強慢性病連續處方箋的開立與釋出，也可以有效下降門診次數，或是廢除區域教學醫院以上的家醫科門診等議題，可參閱今天民報專訪廖院士運範的報導，我就不再多說。
- (七) 有關基層跨表，我們在今年協商的時候已經談過很多。一開始我們就想在跨表方面多給預算，也就是健保署一開始所提出的 4 億元，但大家卻不要，而變成 2.5 億元，也就是現在跨表僅匡定為 2.5 億元內。更別提我們當初在協商的時候就一再說，跨表對基層很多科別是有意義的，但就是他們不要，等於本來還不要增加這 2.5 億元，2.5 億元是我們付費者極力主張要的！那對於忠誠病人，到底有沒有上轉優勢？剛剛提到制度性誘因，要給基層什麼樣的誘因，今天若能讓醫院固定保留多少百分比的病房和掛號名額，留給基層上轉的病人(就算沒上轉，醫院也不補人、不補床，專門留給基層)，政府就可告訴百姓：你不用去找掛號黃

牛、你不用去拜託立委喬病床、你都不用去拜託誰。醫療體系已經有策略聯盟，保證同一體系的人，能上轉到特定的醫院。這樣民眾就會回到基層，特別是不方便的人，這就是制度性給予民眾回到基層的誘因，其他還有很多，我就不再多說。

七、對李署長伯璋、健保署及衛福部的專業幕僚，我們向來是覺得非常佩服，但剛剛講到，其實分級醫療本來就是付費者代表所極力爭取的，從費協會協商開始到現在健保會，一直都是，所以不要說我們付費者不支持；但因為其他委員剛剛都沒有明確的講，因此我今天也要特別明確地講出立場，若部分負擔作為分級醫療的手段，我反對！黃委員淑英也反對！剛剛離開的趙委員銘圓囑託代為表達，他也反對！因為可能都達不到我剛剛講的分級醫療策略，你要推其他的這些策略都可以，但一定要擬 KPI(Key Performance Indicators，關鍵績效指標)；可是其實看來唯一可以達到 KPI 的，就只有調漲部分負擔嘛！這樣怎麼會對呢？總歸來說，還是要回到，應用心推動以支付制度給醫療體系誘因的方式。

八、至於地區醫院到底是要跟基層診所在一起，還是跟醫院在一起？調整醫院支付標準的時候，地區醫院就說他要跟醫學中心一樣、都有能力可以提供服務，但現在提到分級醫療，好像又要把地區醫院劃過來視為初級照護，但我就不知道地區醫院將來到底要怎麼定位？到底是重症方面要像醫學中心一樣厲害？或是本質上應要做為社區的好醫院而強化門診照護能力及整合性？讓我有點 confuse(困惑)。其實，整體醫療制度發展，每個環節都會有關係，身心障礙者、重大傷病者也只有該重大傷病的範圍才免除部分負擔，李署長自己也講過他器官移植的病人，30 年多年來，很多病人不一定能成功下轉到基層。因此，絕對不是只有病人愛上大醫院這個原因，是沒有提供讓病人去基層的環境。也就是病人本身及醫療體系，我們都有共同的責任。很抱歉占用大家太多時間，謝謝。

戴主任委員桂英

接下來請葉委員宗義、干委員文男，醫界的委員麻煩稍後。

葉委員宗義

- 一、今天很感謝健保署能提出本案，雖然大家看似意見很多，但是醫界也不需太擔心，部分委員講完自己的意見已先離開(張委員煥禎：我們不擔心)。
- 二、我很贊同分級醫療，但宜先想想如何解決以下問題。首先，我是以商業的眼光及立場來看，先請大家一起來思考及釐清，什麼是小病、什麼是大病，什麼是柑仔店(台語，雜貨店)、什麼是百貨公司：
 - (一)舉我自己的例子，我曾發生兩次大病，都是被診所害慘了。有次我一直咳嗽，就去診所就醫，看病 3 分鐘後告訴我，就是感冒而已，開藥給我回家吃，結果一直沒好；第二次再去診所就診，仍然得到同樣的診斷(感冒)；等到又變的更嚴重了，只好自行去大醫院就醫，結果已經肺積水及心律不整，十分嚴重。
 - (二)若站在小診所做生意的立場，他以為你只是感冒，況且他也沒有儀器幫你檢查，就只是叫你去診所附近的藥局拿藥而已。但以保險人經營及民眾付出成本的角度，讓民眾去小型醫療院所看病，已先花費一堆醫療費用，等於是白花了，最終還是要到大醫院才能解決問題。
- 三、剛剛陳委員聽安跟我談到醫療分級的問題，我想到醫療體系的這個問題很值得先討論：為何醫院的醫師會減少？因為診所好賺，醫師都想自己出去開業：
 - (一)10 年前台灣人口約 2 千 3 百萬，10 年後的人口也才到 2 千 3 百多萬、將近 2 千 4 百萬，成長幅度不大，但 10 年前診所數、醫師數有多少，10 年後又有多少？大家都知道增加了很多。
 - (二)整體來說，商界可以看到現在作醫療生技、診所的很多，

就以我們彰化市為例，整個市區沒什麼行業可以作什麼生意，就變成開診所居多，而診所開了就要有收入才能經營下去。站在類似做生意的立場，變成要幫他想。不然若要叫他改去偏遠地區開業，誰願意花這個錢？

(三)以商業保險來說，該類公司是我們團體的會員。要申請醫療商業保險的理賠，要開診斷證明時，多數人選擇去大醫院開，因為可以申請的錢比較多，診所的就較不適合。

(四)為何不將小診所都聯合起來，例如 10 間聯合在一起，應該是會比較好，就不會變成個別診所都要一直去市場競爭、搶著做生意。舉例來說，診所為了留住病人，會傾向幫病人預約下次回診，預約到後來，不是慢性病都變成慢性病了。看看小小一間診所，竟然能看上百個病人，收入可觀，你說他會想去大醫院當醫生嗎？不可能啊，在大醫院當醫生能賺多少。

(五)現在看病的人越來越多，聽李署長說現在每日看病人數達到 110 萬人，奇怪，好像台灣人都在生病。以前去診所看病掛號費只要 50 元，現在掛號費已經漲到 150、200 元，以後也許哪一天就要漲到 500 元了，光掛號費的收入，一年就 4、5 百億元了，以後可能上千億元，誰不想來開診所？

四、醫師頭腦比較聰明，但是很辛苦，收入比較高也是應該的，但據統計醫生的平均壽命也減少 5 年，想要去推動分級醫療，似乎應先將心比心，想辦法幫他們解決做生意的問題，因為開醫療院所也是類似經商，前提是要能經營下去，能共同生存。

戴主任委員桂英

預計 2 點要結束會議，僅餘 11 分鐘，麻煩干委員文男能儘量簡短，留些時間給幾位待發言的醫界委員，並讓健保署簡要回覆。

干委員文男

一、不好意思！我會儘量簡短。本項專案報告，健保署連續送了 3

個版本來(戴主任委員桂英：因陸續有修改)，內容的確是有酌修，但實在讓人來不及看，而且看到眼睛都花了。昨天晚上為了要看這些內容，雖然稱不上整夜沒睡，但也是從頭到尾都睡不好。

- 二、我不反對分級醫療，這也是一定要去做的事情，但是不要以漲價作為工具，這個工具是錯誤的，剛才滕委員西華及很多委員都提到，事實上調漲部分負擔是沒有用的，為什麼沒有用呢？我等一下再舉例。(戴主任委員桂英：請講出主要的意見就好)
- 三、首先，基層到目前為止都不太想做跨表，即便我們要給預算，他們也不想去做，這部分一定要改進。因為基層現在不能做一些檢驗、檢查或處置，就都跟病人說只能拿3天的藥，希望別再這樣自我侷限，因此跨表一定要做。
- 四、其次，就是基層的硬體問題。本案內容提到希望診所能擴大服務範疇，內容我不再贅述，但是其實是基層診所往往硬體空間太小，但要如何多準備空間來放置這些設備，這是實務上最困難的部分。
- 五、在本案所有的溝通及討論中，最重要的是，該去考量被保險人似乎權益受損了。民眾會認為，本案現在要多增加部分負擔，又被限制到大醫院就醫。試問：難道病人可以自己分級嗎？有這個能力分級嗎？而病人到醫院，醫院可以拒絕嗎？醫院也不能拒絕。健保署說要用小病、大病來區分，到時候會很難釐清，這真的會有困難，昨晚也聽到醫界人士表達類似意見。
- 六、健保法只保障要有特約醫療院所，但是並沒有保障要有多少家醫療院所，這是自由競爭的市場。但現在等於是想用規劃的方式做，若規劃一定要做到什麼程度，似乎會有問題。本案等於是想用健保法第43條，也就是部分負擔來推動轉診及分級醫療，但為何不提同法第42條，第42條是關於醫療服務及藥物給付項目及支付標準，也就是有關給付的部分，如同滕委員剛剛提過的，可以用支付制度來推動分級醫療，是更好的方式；

或是用第 44 條，也就是先推動家庭醫師責任制度。應先將支付制度或家庭醫師責任制做好，再來提第 43 條。

七、再次重申，我不反對目前去推分級醫療，但要如何執行？既然健保署拿出策略表示要認真做，我不反對，但是要看計畫是否可行，若一限制後，民眾感覺不佳，民調自然會掉。也就是若不可行時，即應暫停執行，要不然到時民調掉多少都不知道。

戴主任委員桂英

請委員儘量簡短發言，目前離下午 2 點還有 11 分鐘，因為還有幾位委員仍要發言。

干委員文男

請讓我多說幾分鐘，希望能改變這個現狀，尤其這會損害人民的權益，我站在被保險人的立場，不反對推動分級醫療，建議可以同時進行，可用誘導式，不要用填鴨式，不然執行的結果可能會不如預期。

戴主任委員桂英

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

一、首先肯定健保署這次分級醫療的說帖，但是我認為這個說帖缺乏一個很重要的因素，分級醫療應該要最符合民眾自己的權益，能打動民眾權益的心，但是這個因素似乎發揮不足。例如，若今天高鐵與普通車的票價一樣，所有人至桃園全都坐高鐵，要至高雄的人可能會沒有高鐵可坐，因為沒人要坐普通車，大家全跑去坐高鐵，因為高鐵與普通車的票價一樣，真正要去高雄的人就沒高鐵可坐，我認為分級醫療可由這方向來思考。

二、有關假日基層開診部分，其實一個 App(mobile application，行動應用程式)就可以告訴大家假日開診有哪幾家診所？民眾只要上 App 查，就可以知道那些診所假日有看診，哪些沒看診，其實就可以解決這個問題，提供民眾的需求。

- 三、剛才提到很多觀念，大家認為似乎對民眾有好處，但是事實上是民眾在付錢，例如，招攬載客的行為，感覺上是服務民眾，事實上很多不用看的病，民眾坐個車子去醫院逛逛，當作消遣，但是健保資源就被耗掉了。
- 四、我那邊有個醫生，開業時完全不收民眾的錢，我認為這不是義診，還是健保在付錢，雖然這些民眾不用繳錢就可至那個診所看病，事實上，這些人去看診只是拿個藥膏或頭痛藥，但是這些醫療資源原本是不用花的，這位醫師不收民眾的錢，結果我自己荷包的錢被拿走了，到時健保的費用膨脹後，最後壓力還是回到付費者的身上，所以很多事情看起來好像民眾不用花錢，但最後還是要花錢的，那是間接的花費。
- 五、有關跨表的問題，要回到當初為何會有分級表別，立法原意在哪？回頭去思考與立法原因再考慮跨表問題，可能會有更正確的看法。

謝委員武吉

- 一、我對這次衛福部與健保署提出推動分級醫療策略和配套措施感到非常敬佩，雖然報告改了好幾版，每個版本我都看了，對於真正釋出的患者有多少我不清楚，但一定會有很多人會至地區醫院看病，昨天就有由金門至我們醫院看病的患者，這是一個事實。
- 二、106 年度非協商因素，對於大型醫院這方面，感謝消費者代表的認同，其中 60 億元用於重症的給付，但是剩餘的金額，這裡只看到持續辦理跨層級醫療合作計畫，促進醫師支援社區醫院 1 億元而已，其餘部分皆未考慮地區醫院，希望要加入地區醫院費用的調整方案。
- 三、地區醫院絕對有能力承接釋出的患者，將近 100 家的區域醫院要釋出 10%，以及醫學中心要釋出 20% 的輕症病人，地區醫院能承接這些病人來就診，但是我們的單位成本高，可能會有壓力，因為量增加，希望健保署能給我們一個審慎配套措施與

加成的方式，在這裡提出呼籲。

- 四、對於初級照護方面，實際上我們對初級照護的了解度，已有 10 幾年的經驗，在健保會也提出了相關的參考資料，因此不該對我們有所疑義，這點非常重要。
- 五、還有開慢性病連續處方箋可以拿 3 個月的藥，這部分釋出至地區醫院和基層診所是一定要的，建議不要限制這部分，應該要善意釋出給地區醫院和基層診所處理，這樣病人就不用從很遠的地方跑來看病。從金門來的患者對我說：「我在你們(地區)醫院看病，在大醫院可能要花一天的時間，但在你們醫院只要花 1、2 個小時就結束了。」這是很重要的一環，所以沒有理由說社區醫院沒有辦法承接這些年紀大的患者至地區醫院就診。
- 六、以後輕症的患者、沒有併發症的盲腸炎、hernia(疝氣)，還有一般的骨折，就不用搭救護車去大醫院。另外，李署長伯璋以前出生的時候，可能是產婆幫忙接生，我也是產婆幫我接生的，所以應該要給能開刀的地區醫院處理的釋出方式，這是初期照護和分級醫療很重要的一環。

戴主任委員桂英

謝謝，請李委員偉強。

李委員偉強

- 一、由於主席提示會議剩下時間有限，我儘速說完。其實每位病人都會選擇最適合自己的方式去追求健康與解決病症，針對整個六大策略不再多提，這個計畫很多是針對醫學中心，台灣似乎只剩下醫學中心與非醫學重心兩個層級，但是非醫學中心要分哪幾級，這部分似乎有些模糊，但基於時間我不再說明這部分。
- 二、兩天前專案會議已經討論過哪些是輕症及初期照護，這部分已經有結論，請健保署依結論辦理。不管是以 90% 或 80% 當標準，建議應該要回歸到付費者代表的意見，醫學中心最多也應

該將初級照護的比率不超過 90% 當作標準，先做一年，之後再慢慢調整，若真的超過 90%，而且省下來的經費，應 100% 留在醫院裡彌補重難症的經費，而不是將經費挪用到其他地方使用，這會違反當初 60 億元預算的配套措施，建議一定要花在提升急重難症的支付標準，若將經費挪用至別處，會失去付費者代表將這筆錢給醫院使用的目的。

三、有關醫院急診使用檢傷分類 3 至 5 級調高部分負擔的部分，很擔心會增加醫療糾紛，因為檢傷分級是由檢傷護士在做這件事情，若是涉及部分負擔的多少，將來檢傷護士該怎麼辦？這是一個複雜的事情，建議再思考是否適合以檢傷分級做為調高部分負擔的依據。至於取消夜間的加成，向各位委員報告，夜間的急診不像各位想像的那樣平靜，夜間有不少是 3 至 5 級病人來急診就醫，建議健保署再思考是否要這樣分，並且與急診醫學會再討論。

戴主任委員桂英

請謝代理委員文輝。

謝代理委員文輝(楊委員漢淥代理人)

一、今天署長和衛福部的長官一定非常欣慰，因為很多消費者委員肯定分級醫療要執行，也肯定健保署準備非常多的資料，但是我想外界一樣會有很多批評，從每個點來看，似乎都不太夠力，未經轉診至醫學中心就醫者，部分負擔只調高 60 元，醫院急診檢傷分類為 3 至 5 級，部分負擔也只調高 100 元過去的經驗是無效的。我參與勞保時代到健保 30 年，第一次看到推動分級醫療這麼全面性，包天包海，從上天到下地全部都管到，非常全面，也很有企圖心，在座的 3 個層級代表看到這六大策略，都表示這次似乎是要玩真的，不是要玩假的。

二、我有不同的看法，大家認為沒效，我認為這是衛福部與健保署精心設計，因為部分負擔若調太高，民意可能會大反彈，到時所有改革都不能推動胎死腹中，這樣輕輕的調整，似乎宣示意

味大於實際執行意味，每個地方合起來，對我們醫院其實是排山倒海，剛剛委員都說，其實健保的設計，完全是由衛福部和健保署主導，健保最高的單位健保委員有辦法決定費率的上下限嗎？沒有辦法，只能在政府規定的範圍裡協議，協議後，兩邊若有意見，就送部裁決。

三、今年總額部長似乎隨便裁決，以前就這樣，甚至在衛生署時代形成共識送署裁決，署長不滿意還退回，並加上政策指示，請我們重新再議，協議到他滿意為止。這次看起來似乎是玩真的，既然是玩真的，對所有的衝擊都要有配套。李委員偉強代表醫學中心，其實要調多少要釋出多少輕症我們沒有意見，我們只能聽命，因為是由衛福部主導，這是政策，但希望要有合理、足夠支撐，調多少就要補多少，剛剛謝委員天仁也提及調多少就要補多少。

四、剛剛謝委員武吉提及除了醫學中心補給重症費用外。很多病人也會分流至地區看病，將近 100 間大醫院釋出的病人，到 300 多間小醫院其經濟規模變得較少，單位成本會墊高，所以除了 60 億元去調重症外，剩下的部分應該要調地區醫院相關方面的費用，因為單位成本比在大醫院更高，這方面要拜託各位委員。今天大家都表示支持，我們當然沒有意見，因為是政策，我們會努力調整配合，讓民眾的就醫權益，受到最少的衝擊。

戴主任委員桂英

請委員直接說出意見，不需闡述理由，以縮短時間。

李委員永振

一、若站在醫療資源妥善運用要推分級醫療，這部分值得肯定，健保署這次用 6 頁的說明，但是剛剛聽所有委員提及六大策略似乎沒有切到重點，也有委員提到，這次改了 3 次版本都來不及看，看了之後還不太清楚，表示還可再深思熟慮。部分負擔這部分，剛剛滕委員西華已經說明的很清楚，就不再贅述。

二、剛剛有委員提及現在好多醫院都很害怕，這是好意的政策，但

是醫院卻很怕，要怎麼辦？希望不要像 C 肝新藥一樣，宣布後卻無法妥善處理！現在將分級醫療提到這裡來讓我們背書，這是報告案不是討論案，但是仍希望可以推的很好，因為目前台灣對於品牌還是有偏好，患者對醫院也是一樣，若要推到診所，要怎樣提升民眾對西醫基層的信心？剛才葉委員宗義的親身經驗，若經驗不好，日後一定不敢去診所看病。

陳代理委員順來(侯委員彩鳳代理人)

第一，贊成醫療分級策略；第二，反對調漲部分負擔，第三，應該可以再加一些更好的配套方案再推行。

黃委員偉堯

一、兩點問題。第一，台灣的醫療制度需要有一個方向來引導，但是到目前為止，還不知道方向在哪，或者說台灣的醫療制度要發展成甚麼樣子？在沒有方向或是願景的狀況下，目前要談的策略可能是與方向願景背道而馳，也有可能是相輔相成；所以需要先知道方向願景，才有辦法往下討論。第二，討論內容會牽涉到兩個部分：若期望台灣的醫療市場自由發展，只要完成基本規範，保障基本品質如醫療機構設置標準等辦法，就不用再討論策略，放手讓醫療市場自由發展；其次，若是期望台灣的醫療制度是規範性，便需要形成台灣醫療制度的發展方向，然後依據方向與願景來建立策略與發展。因此，目前需要有一個醫療制度未來整體性樣貌的答案。

二、至於部分負擔，我提供一個過往的經驗，也是個問題。記得上次調整部分負擔時出現一個狀況，當部分負擔加掛號費大於醫院的平均醫療費用時，醫院可否向病患說不要使用健保，直接自費比使用健保更便宜，可以嗎？倘若可以，全民健保將面臨另一個困境，民眾會不會因此而不想加入全民健保？因為繳了保費後，就醫時卻付得比自費還貴，但是民眾可以不加入健保嗎？上述的狀況會不會衍生民眾對全民健康保險制度的不信任，進而破壞全民納保的基礎。

戴主任委員桂英

今天大家提出很多寶貴的意見，請問健保署有無回應？

李署長伯璋

- 一、非常謝謝各位委員給我的意見，大家都是為了2千3百萬民眾的健康在努力，我來自醫界，一直期待醫界同仁要自律，大家一起努力，要將不必要醫療浪費控制下來，才能有足夠的資源讓每個醫療人員工作的很愉快，分級醫療這部分，部長與健保署的同仁都花了很多的心血在回應，不管在公聽會或在立法院的一些報告，我知道永遠沒有完美，畢竟甚麼事情都一定不斷在改善。
- 二、前幾天前李署長明亮約我與部長在立法院長與蔡副院長其昌見面，他講了一個 no perfect(沒有完美)，我認為沒關係，我期待各位委員信任健保署同仁，我們的目的就是希望台灣人民更好，這是我自己接這份工作的志業，不會隨便呼攏，對各位委員有疑義的部分，我會謹記在心。這個位置我不是玩假的，但有些事情需要時間來證明目前的方向是否正確，不過我們會持續 monitor(監控)，追蹤整體制度的變化，以上，謝謝。

戴主任委員桂英

- 一、剛剛陳委員聽安離開前有提供一份書面資料，因為時間有限，就不另外宣讀，直接發送委員參考，並列入紀錄。
- 二、本案是健保署的報告案，大家的寶貴意見，有支持分級醫療的精神與方向，有對於幾項執行策略補充行動方案，也有直接表達贊成或反對意見，這些我們都會記錄下來，請健保署收錄並斟酌委員的意見修訂。委員還有無其他意見？請滕委員西華。

滕委員西華

在六大策略裡面，大部分屬於支付標準的調整，有相關的會議可以進行，不必提到健保會，若涉及醫事司的業務，也不必提到健保會，可是對不起，所有部分負擔的調漲案，不能是報告案，如果將來確定要調漲，我們在這裡反映意見，因為是報告案沒有辦法決

議，都是供參、供參、供參，我們不知道是供早餐、午餐、還是供晚餐？我們都不知道。如果這部分涉及部分負擔的調整，一定要提討論案，這是健保會的權責，其他的部分不提我們沒有意見，謝謝。

戴主任委員桂英

委員有無其他意見？(委員表示無意見)各位委員意見，本會幕僚會詳加記錄，提供健保署和衛福部作本案修訂參考。會議進行到此，謝謝大家！

陳委員聽安書面意見

- 一、基層醫療的各診所本應發揮健康的守門人功能。此項機制在台灣迄今未能達成，主要是分級醫療不夠明確。
- 二、部分負擔本意在抑制醫療資源浪費，非為轉診目的，故提高或降低部分負擔促使就醫者轉診，其功能十分有限，更何況只下降 40 元或提高 60 元或 100 元。
- 三、醫療機構分為四級是否太多，地區及區域醫院可考量合併為一級，將醫療機構分為三級，即：醫學中心、區域醫院(含地區醫院)及診所三級。

陳委員義聰書面意見

- 一、台灣區域級以上的醫院大部分為財團法人醫院，財團法人醫院本質上是屬於非營利的，應該比照世界其他先進國家，標榜為非營利的財團法人醫院要公布財報給社會大眾監督！目前雖然有公布財報，但是並不確實！財報必須要如同上市櫃公司符合一定的規格，而且簽證會計師若簽證不實，要負一定的法律責任！若真如大家說的、是玩真的，就該真誠、公正、公開，若萬一真的虧錢，健保會應該提升他們的給付！而不是像現在大家不清不楚！謝謝！
- 二、標榜教學研究公益的醫學中心不應該用業績抽成的方式去計算醫師的薪水，因為醫師也是人，他為了養家活口，醫院的擁有

者若設計這樣的制度，會導致部分醫師在某些狀況下，為了增加收入，而建議病人做較 aggressive (積極)的治療！所以敍薪制度在業績抽成的部分占比應該要小於 50%！

謝委員武吉書面意見

- 一、輕症釋出，除了到基層診所，也會到社區的地區醫院，因此非協商因素，除了 50~60 億元調高大醫院的重症給付外，其餘的應做為調高地區醫院的相關費用，地區醫院才有能力，得以順利承接來自各層級醫院所釋出的病人(300 多家地區醫院相較於 100 家大醫院，地區醫院之規模小、單位成本較高)。
- 二、初級照護已經有定義 10 幾年，最近也都有實際資料提供本會參考，因此不應該再有爭議。
- 三、目前外界有共識的「輕症」項目很多，例如：穩定的慢性病(可連續開 3 個月的藥，無須再看診即可調劑)、沒有併發症或合併症的盲腸炎、疝氣、一般骨折、一般生產(早期時代係請產婆協助在家生產)等，這樣的病人沒有理由不可以釋出到地區醫院、診所就醫，一定要納入釋出的項目，尤其是這些病人，年紀都偏大，如果都能回歸基層、社區，對病人和家屬都是莫大的幸福。

推動分級醫療策略及配套

依醫療法規定，中央主管機關為促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有公私立醫療機構及人力合理分布，得劃分醫療區域，建立分級醫療制度，達到醫療分工及合作目的。

全民健康保險法第 43 條規定，未經轉診者加重其門診部分負擔費用以落實分級醫療制度，惟門診部分負擔自 94 年調整後，迄今 10 餘年未調整。統計 95 年醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所門住診醫療費用占率分別為 31.8%、27.0%、16.6%、24.6%，如趨勢維持不變，預估至 109 年各層級占率分別為 34.5%、33.0%、11.8%、20.7%(如附圖 1)，統計及推估 95 至 109 年各層級門診件數占率如附圖 2，顯示臺灣醫療體系嚴重失衡；此外，同法第 44 條明定實施家庭責任醫師制度，以促進預防醫學，並提升醫療品質與醫病關係，落實轉診制度。

爰此，為減輕醫學中心一床難求的現象，並使其回歸教學、研究及重難症照護之本質，推動分級醫療實為必要的改革方案。

本部經彙集公聽會、立法院衛環委員會及專家學者意見，擬定策略及配套如下：

策略一、提昇基層醫療服務量能

(一)開放基層表別，擴大診所服務範疇(短、中程)

讓民眾不會因某些檢查、檢驗或處置因限制於醫院執行，而僅能至醫院就醫。研議開放基層執行心臟超音波、癌症腫瘤標記等檢查，以壯大基層服務能力，106 年基層總額已協商編列 2.5 億元。另預期基層醫療服務量將成長，亦於基層總額協商增編 6 億元。

(二)編列 15.8 億擴大家庭醫師整合性照護計畫(短、中程)

擴大社區醫療群服務量能與品質，結合居家醫療與院所間垂直與水

平合作，落實在地化、社區化的全人照護與醫療，增加收案對象及服務內容，本項增編 4 億元，全年預算達 15.8 億元。

(三)鼓勵診所朝向多科聯合執業，提供一站式整合性服務(中程)

基層診所朝向聯合執業的方式，可提供民眾更全面性、跨專科別，全人全家照護模式。

(四)輔導基層診所規劃無障礙空間，建立友善就醫環境(中、長程)

加強推動醫院與診所提供無障礙就醫環境，於健保行動快易通(APP)之醫療院所查詢中標示。

策略二、導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔

(一)降低弱勢民眾就醫經濟障礙(短程)

現行健保法規定重大傷病、分娩、山地離島、低收入戶、榮民榮眷之家戶代表免部分負擔；醫療資源缺乏地區減免 20%。由機關補助部分負擔費用包括，3 歲以下兒童、結核病患、油症患者、百歲人瑞、經離島院所轉至本島當次就醫；持身心障礙手冊者門診就醫部分負擔均 50 元。另孕婦由國健署提供產前檢查預防保健服務不涉及部分負擔，上述規定及補助措施已降低弱勢民眾就醫經濟障礙。

(二)提高假日基層開診率、提供開診時段與急診就醫資訊查詢(短、中程)

研議假日開診診察費加成、調整第一階段合理門診量等事宜。彙集全國特約醫療院所每日看診時段，透過行動裝置下載「全民健保行動快易通」App 或由本署網站查詢院所看診時段。提供社區醫療群之 24 小時電話諮詢專線，讓民眾獲取就醫資訊。提供民眾簡易之急診檢傷評量資訊與建立醫院急診壅塞查詢的 APP。

(三)調整門診部分負擔，鼓勵民眾至診所就醫(短程)

- 1.經轉診至醫學中心或區域醫院就醫者，調降門診部分負擔，醫學中心由 210 元降至 170 元，區域醫院由 140 元降至 100 元。地區醫院維持不變。
- 2.未經轉診至醫學中心就醫者，調高門診部分負擔，由 360 元調升至 420 元。區域、地區醫院維持不變。

(四)調整急診部分負擔，紓解急診壅塞(短程)

- 1.至醫學中心急診：於完成急診治療後，醫院依檢傷分類為 3 級、4 級、5 級者的部分負擔，由 450 元調高至 550 元；檢傷分類為第 1 至 2 級者部分負擔，仍維持現況 450 元。
- 2.另晚上 12 時至隔日早上 6 時，第 3 至 5 級不予以調高部分負擔，以確保急症患者能及時獲得適切之照護。

(五)建置電子轉診單並監控非必要之轉診(短、中程)

規劃建立快速轉診的資訊交換系統，對於拖延的轉診或超過一定比率之轉診，進行監控及管理。

策略三、調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務

(一)挹注 60 億元調高重症支付標準(短、中程)

106 年醫院總額非協商因素 89.7 億元，其中 60 億元用於調整重症支付標準。

(二)限制醫院輕症服務成長(短、中程)

逐年減少醫學中心及區域醫院初級照護服務量，設定醫學中心及區域醫院初級照護服務量，分別不得超過 105 年的 80% 及 90%，超過部分，不予分配總額。

(三)持續推動緊急醫療能力分級(短、中程)

自 98 年起辦理醫院緊急醫療能力分級評定作業，目前全國共指定有

195 家急救責任醫院提供全年 24 小時急診服務，其中含 36 家重度級醫院及 82 家中度級醫院，全國 22 縣市（含離島）中，已有 19 縣市具有全中度級以上之急救責任醫院，確保急重症患者於緊急狀況時能及時獲得適切照護。

策略四、強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護

(一)建置轉診資訊交換平台(短、中程)

病人至基層診所就醫後，如果需要轉診，可透過資訊平台將病人及病情資料等，轉介至接受轉診院所，促進醫療資訊暢通，減少不必要反覆檢查與醫療處置，提升效率與安全。

(二)建置居家照護資訊共享平台(短、中程)

收載居家個案照護歷程、健康評估量表等資訊，供醫療團隊跨院際分享同一個案之照護資訊，強化個案健康管理服務。

(三)強化醫院出院準備及追蹤服務(短、中程)

自 105 年 4 月新增「出院準備及追蹤管理費」，鼓勵醫院做好出院準備及出院後追蹤諮詢，依照病人病況，轉介至後續照護資源，如家醫群門診追蹤、居家醫療整合照護、長期照顧服務等，減少病人出院後短期內之再急診及再住院，鼓勵出院病人回歸社區。

(四)挹注 1 億元鼓勵醫師跨層級支援(短程)

持續辦理跨層級醫院合作計畫，促進醫師支援社區醫院，提升社區內醫療服務品質與內容，吸引民眾回歸社區就醫。

(五)鼓勵診所及醫院共同照護(短、中程)

鼓勵家庭醫師整合照護計畫家醫群與合作醫院推動共同照護門診、病房巡診及協助病人轉診，提供病人連續性照護

(六)挹注 3 億元試辦區域醫療整合計畫(中、長程)

鼓勵區域醫療整合，促進診所與醫院間垂直及水平合作，提升基層

診所醫療品質與量能，讓基層提供民眾優質的初級照護服務，減輕大型醫院負荷，使能更專注提供重症醫療。

策略五、提升民眾自我照護知能

(一)加強宣導分級醫療(短、中程)

透過健保署網頁、官方臉書、LINE@等多元媒體通路及健保署分區業務組各項活動、全民健康保險季刊等，加強宣導分級醫療。並與網路插畫家合作，製作網路漫畫及宣導單張。

(二)加強自我健康管理(短、中、長程)

宣導「健康存摺 2.0 版」(網址：<https://myhealthbank.nhi.gov.tw>)鼓勵民眾自我健康管理，以預防疾病為未來推動方向。

(三)宣導利用家醫群 24 小時電話諮詢服務(短、中程)

加強宣導參與「家庭醫師整合性照護計畫」社區醫療群之 24 小時電話諮詢專線，讓民眾獲取就醫資訊。

策略六、加強醫療財團法人管理

(一)修法加強醫療財團法人監督管理(短程)

已研擬修法強化醫療法人董事會監督治理機制，規範董事組成應有員工董事及社會公正人士、要求法人資訊公開與透明、加強法人對外捐贈審查機制、促使提升公益支出與強化員工教育訓練及明定年度稅後盈餘應優先辦理改善機構勞動條件。

(二)限制醫療法人醫院附設診所之管理措施(短程)

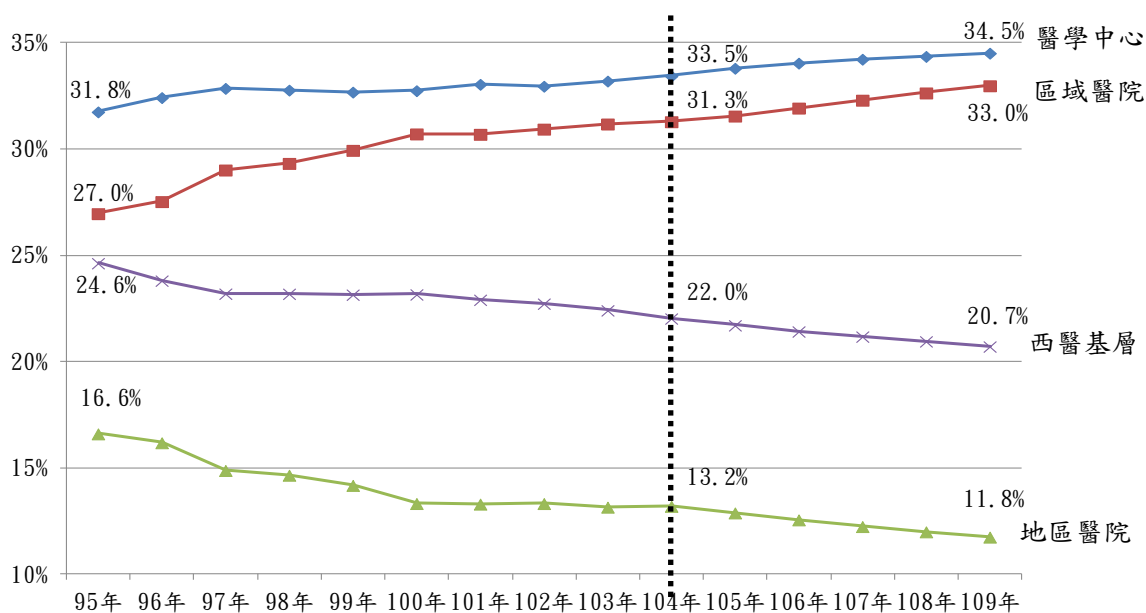
為避免法人所設醫院利用附設門診部擴增診所家數，違反醫療法人僅設立醫院或同時設立醫院及診所者，其家數上限為十家，其中診所至多一家之公告(95 年 5 月 9 日衛署醫字第 950200927 號)。已預

告修正醫療機構設置標準，限制法人所設醫院，除於離島、原住民地區或醫療資源不足地區外，不得附設門診部，以落實醫療資源合理分布與分級醫療精神。

(三)規範醫院不得以交通車載送方式不當招攬輕症病人(短程)

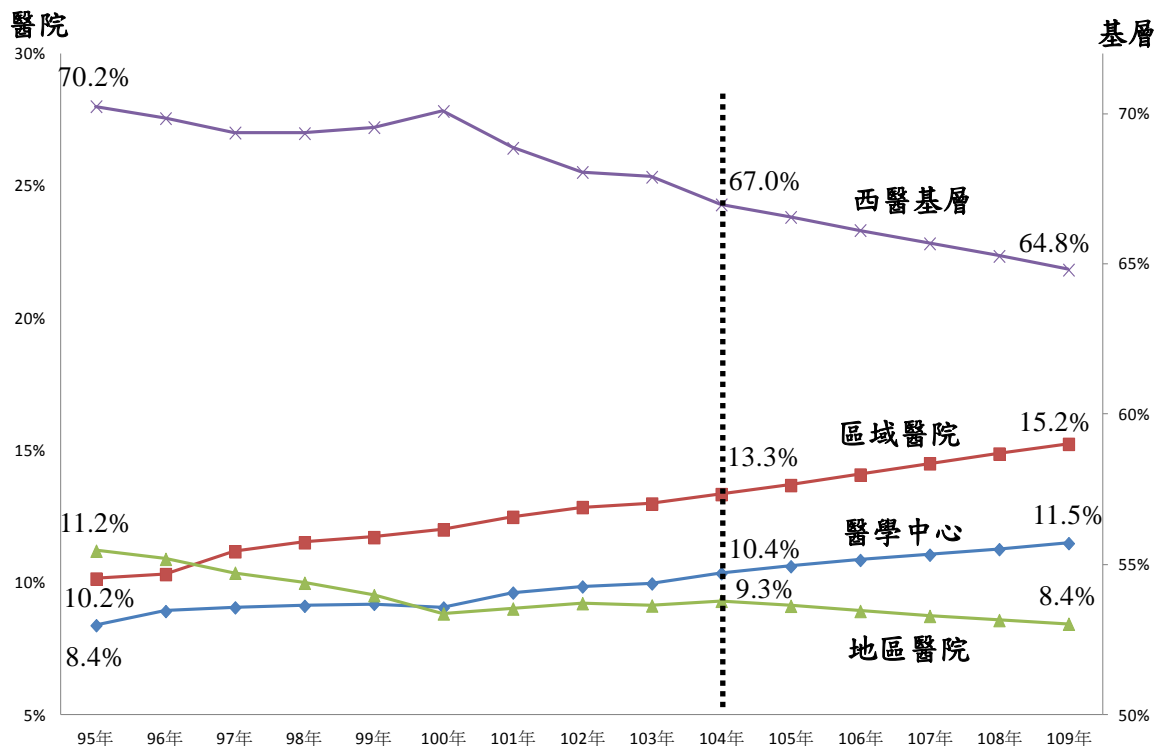
為遏止醫療機構藉提供醫療交通車載送病人而有不當招攬之情事，並兼顧確有搭乘醫療交通車之需求民眾權益（例如偏鄉地區、老弱婦孺及殘障重症病人等），研議規範醫院交通車只限於以定點方式，載送「偏鄉地區」、「定點」、「老弱婦孺」及「殘障重症病人」之可行做法。

95-109 年各層級門住診合計點數占率趨勢圖



註:105年起點數係按前10年點數之幾何平均成長率推估

95-109 年各層級門診件數占率趨勢圖



註:105年起件數係按前10年件數之幾何平均成長率推估

有關健保會委員就 105 年 10 月份委員會議討論事項第五案、第六案與會人員發言實錄(議事錄 P.77~80)，請本署提供所需參考資料，本署說明如下：

一、討論事項第五案「有關原中央健康保險局於 94 年 9 月 15 日健保藥字第 0940026378 號函，取消指示用藥制酸劑健保給付品項暨價格明細表共 176 項，既然公文取消支付，為何每年尚支付健保費用案」(詳議事錄 P.77~79)

委員意見	健保署回復說明
<p>謝委員武吉</p> <p>(一)94 年 10 月 1 日起取消給付 176 項指示用藥，請健保署說明自 97 年至 105 年 10 月 27 日止，總共取消幾項指示用藥，為何每年還繼續支付 1 億多元的指示用藥，請說明原因。</p> <p>(二)關於 MGO(Magnesium Oxide，氧化鎂，醫學上做為軟便劑)，健保署提供的資料包括好幾家藥廠，但據我了解，目前台灣僅剩 1、2 家藥廠有製造，1 千顆藥才 2、3 百元，完全沒有成本概念，藥廠總經理找我協助解決指示用藥問題，請健保署說明從 94 年到現在已經停止給付多少項指示用藥。</p> <p>(三)依照健保法規定，應該停用的指示用藥請趕快停止給付，並讓委員知道。</p>	<p>一、有關取消指示藥品給付作業部分，說明如下：</p> <p>(一)本署曾於 94 年 10 月 1 日取消給付 176 品項屬於制酸劑之指示用藥，並自 95 年 2 月 3 日起取消給付療效含量低之維生素及鈣補充劑等 240 項指示用藥，合計取消給付 416 品項指示藥品。</p> <p>(二)目前健保尚有給付之制酸劑指示藥品為 10 品項含鎂成分之藥品，其健保支付價詳如附表，104 年之申報醫令金額共約 1.5 億餘元。經查，前述 10 品項含鎂成分之指示藥品因具軟便作用，臨床上普遍用於緩解便秘。依 94 年 5 月 30 日爭議審議委員會「以實證醫學觀點探討腸胃道指示用藥之適用性研究」報告指出，便秘有其複雜病因，如腸胃道用藥擬全面不給付，為考量病患用藥安全，建議便秘相關用藥之取消宜第二階段實施。因此，該 10 品項含鎂成分指示藥品並未列入 94 年取消給付之名單中。</p>
<p>李委員蜀平</p> <p>(一)我想請教健保署指示用藥與處方藥的區別、指示用藥的定義，健保到底可不可以給付。</p> <p>(二)請教李署長，C 肝新藥編列約 30 億元經費，估計，未來如果可以成</p>	<p>(三)依本保險藥品價格調整作業辦法規定，指示藥品不適用於藥價調整時最大調降幅度規定之限制，亦排除適用調升價格之原則。因此，MgO 錠劑之</p>

委員意見	健保署回復說明
<p>功的治癒，應會減少多少健保費用，假設所有 C 肝病人若不使用新藥，最後 C 肝病人會不會花費更多健保醫療費用，健保會應該精算後，到底是優點還是缺點應向委員溝通，讓委員知道，如是節省健保費用，又對 C 肝病人有益，是否應大力提倡，並以此為例，是否有其他類似的疾病者有此類似的問題，一併提出檢討。</p>	<p>支付價自健保開辦即為每粒 0.13 元，未曾因藥價調整而調降支付價；亦因 MgO 屬指示藥品，故不適用倘不敷成本可提共擬會議討論提高藥價之規定。</p> <p>(四)依全民健康保險法第 51 條第 4 款之規定，成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品不屬全民健康保險給付範圍。惟 84 年健保開辦之初，考量醫師之醫療習慣兼顧保險對象既有之用藥權益，按照公、勞保同意給付之品項，經醫師處方暫予支付。但保險人應逐步檢討並縮小該類品項之給付範圍。</p> <p>(五)取消指示藥品給付之作業，因爭議性大，經立法院 94 年度及 104 年度中央政府總預算案決議要求衛生福利部應考慮病患經濟負擔，臨床用藥選擇及財務衝擊等，而暫緩實施。本署將依衛生福利部進一步指示，再重啟相關取消指示藥品給付作業。</p> <p>二、有關 C 型肝炎用藥部分，說明如下：</p> <p>(一)依文獻資料顯示，感染 C 型肝炎病毒後，約 70%-80% 會演變成慢性肝炎；慢性 C 型肝炎患者，約 5-20% 於 20-30 年間可能演變為肝硬化，其中每年有 1-4% 的機會罹患肝癌，4-5% 的機會發生肝功能代償失調。</p> <p>(二)根據健保統計資料，以 100 年新診斷肝癌病人追蹤至死亡前全程醫療費用，平均每人約花費 46 萬 7 仟元，相較於每一病患使用 C 肝藥品單一療程即可治癒之醫療費用約 26 萬元(療程藥</p>

委員意見	健保署回復說明
	<p>費以 25 萬元計加其他診察檢驗費用約 1 萬元)，可見在慢性 C 型肝炎未發展成肝癌前，使用全口服抗病毒藥物來根除 C 型肝炎病毒，是極具成本效益的醫療介入。然而，以大約 55 萬位病人必須投入約 1,375 億元的藥費來看，卻是全民健保財務難以負擔之重，且將嚴重排擠其他同樣必須被照護傷病之預算而窒礙難行，故依健保會協商預算，先就 106 年可執行之預算範圍，設定病人使用之優先順序。</p>

二、討論事項第六案「為鼓勵民眾配合分級醫療推動，籲請檢討現行健保管理措施與支付制度，以強壯社區－基層診所、地區醫院醫療照護體系案」(詳議事錄 P.80)

委員意見	健保署回復說明
<p>何委員語</p> <p>希望健保署依據 97~105 年行政院核定全民健保年度醫療給付費用總額協定範圍 2.466%~4.767%，推估未來 5 年醫療總額成長率，而不是用費率審議前意見諮詢會議提出的未來 5 年總額成長率 6.252~6.434%[註：健保署於諮詢會議所提 106 年度保險費率審議方案(草案)附錄第 3 頁，保險成本採高推估，預估 107~111 年之總額成長率]，已經超出法定 6% 的保費上限，這樣比較務實，供我們下個月討論費率審議參考。</p>	<p>有關委員所提部分，本署業以近 10 年醫療給付費用總額平均成長率、行政院核定上、下限平均成長率模擬試算，並列入 105 年 11 月 18 日健保會委員會議「106 年度全民健康保險費率方案(草案)暨全民健保財務平衡及收支連動機制建議修正方案」報告附錄三、諮詢會議意見修正試算表(五)~(十三)，供委員參考。</p>

健保代碼	中文名稱	藥品名稱	PRICE105	ATC7碼	成分名稱	適應症	指示用藥	次藥理中
A001046100	氧化鎂片	MAGNESIUM OXIDE TABLETS	0.13	A02AA02	MAGNESIUM OXIDE	暫時緩解便秘、緩解胃部不適或灼熱感、胃酸過多、消化不良	Y	瀉劑及緩瀉劑
A001584100	氧化鎂錠	MAGNESIA TABLETS "WASHINGTON"	0.10	A02AA02	MAGNESIUM OXIDE	緩解胃部不適或灼熱感、胃酸過多、消化不良	Y	瀉劑及緩瀉劑
A006795100	氧化鎂錠	MAGNESIUM OXIDE TABLETS "HONTEN"	0.15	A02AA02	MAGNESIUM OXIDE	緩解胃部不適或灼熱感、胃酸過多、消化不良。暫時緩解便秘。	Y	瀉劑及緩瀉劑
A007374100	氫氧化鎂錠	MAGNESIUM HYDROXIDE TABLETS	0.18	A02AA04	MAGNESIUM HYDROXIDE	胃酸過多	Y	瀉劑及緩瀉劑
A013382100	氧化鎂錠 2.5 0 公絲	MAGNESIUM OXIDE TABLETS 250MG "VPP"	0.17	A02AA02	MAGNESIUM OXIDE	緩解胃部不適或灼熱感、胃酸過多、消化不良。暫時緩解便秘。	Y	瀉劑及緩瀉劑
A020455100	氫氧化鎂錠 3.0 0 公絲	MAGNESIUM HYDROXIDE 300MG "CHEN TA"	0.22	A02AA04	MAGNESIUM HYDROXIDE	緩解胃部不適或灼熱感、或經診斷為胃及十二指腸潰瘍、胃炎、食道炎所伴隨之胃酸過多。	Y	瀉劑及緩瀉劑
A023521100	氧化鎂錠	MAGNESIUM OXIDE TABLETS "KINGDOM"	0.17	A02AA02	MAGNESIUM OXIDE	緩解胃部不適或灼熱感，胃酸過多，消化不良，暫時緩解便秘。	Y	瀉劑及緩瀉劑
A042941100	鎂久錠 0.25 公克 (氧化鎂) "福元"	MAYJOU TABLETS 0.25GM "F.Y." (MAGNESIUM OXIDE)	0.13	A02AA02	MAGNESIUM OXIDE	緩解胃部不適或灼熱感、胃酸過多、消化不良。	Y	瀉劑及緩瀉劑
N001816100	氫氧化鎂錠 3.2 4 公絲	MAGNESIUM HYDROXIDE TABLETS 324MG "JOHNSON"	0.23	A02AA04	MAGNESIUM HYDROXIDE	緩解胃部不適或灼熱感，胃酸過多，消化不良，暫時緩解便秘。	Y	瀉劑及緩瀉劑
A031800100	艾胃逆服咀嚼錠	ALGITAB CHEWABLE TABLETS	3.39	A02AD01	MAGNESIUM CARBONATE, ALUMINUM HYDROXIDE, ALGINIC ACID,	緩解胃部不適或灼熱感、胃酸過多、消化不良。	Y	制酸劑及吸附劑複方