

衛生福利部全民健康保險會
第 4 屆 108 年第 5 次委員會議事錄

中華民國 108 年 7 月 26 日

衛生福利部全民健康保險會第4屆108年第5次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國108年7月26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：(依委員姓名筆劃排序)

干委員文男

王委員棟源

古委員博仁

何委員語

吳委員國治

吳委員榮達

吳委員鴻來

李委員偉強

周委員穎政

林委員敏華

林委員錫維

邱委員寶安

翁委員文能

馬委員海霞

商委員東福

張委員文龍

張委員煥禎

張委員澤芸

許委員美麗

許委員騏洪

陳委員有慶

陳委員旺全

陳委員炳宏

陳委員莉茵

黃委員啟嘉

黃委員宗義

趙委員銘圓

蔡委員明鎮

蔡委員登順

中華民國牙醫師公會全國聯合會許常務理事世明(代理至10:52)

全國勞工聯合總工會林理事長恩豪(12:29以後代理)

中華民國工業協進會楊顧問玉琦(9:33以後代理)

中華民國醫師公會全國聯合會黃常務理事振國(代理)

鄭委員建信
鄭委員素華
盧委員瑞芬
賴委員進祥
謝委員佳宜
謝委員武吉
羅委員莉婷

肆、請假人員：

李委員育家
滕委員西華

伍、列席人員：

本部社會保險司
中央健康保險署

本會

盧副司長胤雯

李署長伯璋 蔡副署長淑鈴(代理)

李組長純馥

戴組長雪詠

周執行秘書淑婉

洪組長慧茹

邱組長臻麗

陳組長燕鈴

陸、主席：周主任委員麗芳

紀錄：范裕春、曾幼筑

柒、主席致詞

各位委員、各位先進，大家早安！非常高興大家又見面了，從上次會議到現在這一段時間，有兩件重要的活動要跟各位委員報告，首先非常感謝中華民國醫師公會全國聯合會，在邱理事長泰源、黃主委啟嘉、吳委員國治、黃委員振國安排之下，於 108 年 7 月 3 日、4 日，實地參訪嘉義縣市、雲林縣，西醫醫療資源不足地區執行情形，我們看到西醫基層在這方面的努力與投入，在這邊給予肯定，請大家掌聲鼓勵。

再來是健保會年度重頭戲，在 108 年 7 月 18 日、19 日兩天，完成了 107 年度各個部門總額的評核作業，非常感謝各位委員的參與，除了 7 位評核委員外，也納入所有委員發言一起作為整體總額之評核考量。這次的評核結果表現非常亮麗，四個總額部門都獲得評核委員一致肯定，成績都較往年進步，今年首度出現十幾年來第一次四個部門均被評定為「優」級，實屬不易！可以說創總額評核之歷史紀錄，首先要感謝健保署在李署長伯璋、蔡副署長淑鈴及李副署長丞華的帶領之下，我們看到了健保署在推動分級醫療、雲端查詢、專業自主管理的努力，大家對於健保署是讚譽有加，請給他們掌聲鼓勵，健保署是在持續進步。

四個總額部門則發揮團隊合作的精神，彼此之間相互支援、合作，自己跟自己比是最重要的，明天的自己要超越今天的自己，今天的自己要超越昨天的自己，在這原則之下，首先可以看到牙醫部門表現還是最為耀眼，牙醫部門一向是模範生，也是這一次在評核過程中，有被提出是不是要晉升到特優等級，在最後討論當中，委員認為特優是評核最高等第，雖然牙醫部門表現已具有特優的水準，可是委員求好心切，還是希望牙醫部門能夠有往上衝刺的動力，所以今年度還是核予優級，但已經很具有特優的水準，我們要特別感謝王理事長棟源、謝前理事長尚廷、許主任委員世明以及所有牙醫部門的努力，請給他們掌聲鼓勵。

其次有兩個部門是大躍進，先講一下陳理事長旺全所帶領的中醫部門，是從良晉升到優，也是所有評核委員及在場委員一致都認為中醫進步顯著，包括偏鄉都大力去衝刺、大力去提供服務，另也要恭喜陳理事長最近獲得一項美國的專利，可以說是雙喜臨門，恭喜中醫部門同仁的努

力，請大家掌聲鼓勵。

再來要恭喜醫院部門，在翁理事長文能帶領之下，醫院部門的謝委員武吉、李委員偉強，以及張委員煥禎，我們要特別對他們表達鼓勵、感謝之意，因為醫院部門今年充分發揮垂直及水平整合，特別在專業自主管理表現優異，讓我們見識到翁理事長的決心，當然也恭喜和醫院部門一體的護理界及其代表張委員澤芸，也期許醫院部門在今年度能夠持續精進，請大家掌聲鼓勵。

再來要肯定的是西醫基層，西醫基層在今年度持續努力，積極推動分級轉診，特別是發揮在地社區民眾醫療守護神的角色，也要感謝邱理事長泰源所帶領的團隊、黃委員啟嘉、吳委員國治，以及黃委員振國，他們的努力我們都看到了，也給他們掌聲鼓勵，期許我們四大醫療部門、健保署，在今年剩下幾個月當中繼續衝刺，希望明年此時在評核的時候，也能夠看到大家努力的成果，謝謝。

最後要感謝健保會幕僚，在周執行秘書淑婉超高效率帶領下，讓這次評核會議能夠圓滿成功，順利完成，每 1 位同仁都是幕後功臣，也謝謝陳組長燕鈴、洪組長慧茹、邱組長臻麗三位組長的努力，大家辛苦了，今天置於委員桌上的 107 年版全民健康保險會年報，內容詳實豐富，也是由幕僚費心製作完成，非常感謝，請給他們掌聲鼓勵。

捌、議程確認

決定：確認。

玖、請參閱並確認上(第 4)次委員會議紀錄

決定：確認。

拾、上(第 4)次及歷次委員會議決議(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：

(一)擬解除追蹤案(共 2 案)：同意依照幕僚之擬議，解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤案(共 2 案)：同意依照幕僚之擬議，繼續追蹤。

二、歷次委員會議未結案件辦理情形，擬解除追蹤案(共 1 案)，同意依幕僚之擬議，解除追蹤。

三、依四總額部門代表委員抽籤結果(如附件)，109 年度各部門總額協商順序，依序為：西醫基層、牙醫門診、醫院、中醫門診總額，最後為其他預算。請幕僚據此並依協商程序進行協商會議細部時程之安排，提報下次委員會議。

四、有關「108 年度全民健保各部門總額協定事項相關計畫之辦理情形」，請中央健康保險署就醫院總額及其他預算尚未完成之項目，盡速辦理。

五、107 年度總額執行成果評核會議評核委員之各項共識建議，請中央健康保險署及各總額部門納入未來執行及 109 年度總額協商參據，持續精進總額執行效益。

六、為利討論 109 年度總額地區預算分配案，請各總額部門及中央健康保險署依據本會討論 108 年度地區預算分配案之附帶決議，配合辦理下列事項，並於本年第 8 次委員會議(108.10.25)前提送本會：

(一)請各總額部門承辦團體秉持提升各區民眾就醫公平性之原則下，檢討地區預算執行結果及問題，儘早研擬地區預算分配草案。

(二)請中央健康保險署協助提供各總額部門承辦團體所需資料，並就其所提建議方案，提出執行面建議，併同各總額部門 107、108 年度風險調整基金執行結果送會，做為本會討論地區預算分配之參據。

七、餘洽悉。

拾壹、優先報告事項

第一案

案由：109 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍交議案。

報告單位：

一、衛生福利部社會保險司說明行政院核定之 109 年度總額範圍及協商政策方向。

二、本會確認 109 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額之醫療服務成本及人口因素成長率。

決定：

一、確認 109 年度全民健康保險各部門醫療給付費用總額「醫療服務成本及人口因素成長率」如下表：

總額 部門別	醫療服務 成本指數 改變率 (A)	人口因素成長率		醫療服務成本 及人口因素成 長率 $(1+A+B)$ $\times(1+C)-1$
		人口結構改 變率 (B)	投保人口預 估成長率 (C)	
醫 院	2.356%	1.970%	0.346%	4.687%
西醫基層	1.745%	1.363%	0.346%	3.465%
牙醫門診	1.698%	0.379%	0.346%	2.430%
中醫門診	2.071%	0.666%	0.346%	3.092%
整體	2.181%	1.703%	0.346%	4.243%

二、為利 109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商，請各部門總額相關團體及中央健康保險署，參照衛生福利部交付之協商政策方向，於 108 年 9 月 5 日前研提「109 年度總額各協商因素項目及計畫草案」送本會，以利協商，餘洽悉。

第二案

案由：「108 年第 2 季全民健康保險業務執行季報告」(併「108 年 5 月份全民健康保險業務執行報告」)，請鑒察。

報告單位：中央健康保險署

決定：

一、委員所提意見，請中央健康保險署參考。

二、餘洽悉。

拾貳、討論事項

第一案

提案人：何委員語、葉委員宗義、陳委員炳宏、張委員文龍、李委員育家、趙委員銘圓、古委員博仁、干委員文男、林委員敏華、林委員錫維、邱委員寶安、滕委員西華、蔡委員明鎮、蔡委員登順、黃委員啓嘉、陳委員莉茵、陳委員有慶、陳委員旺全、許委員騏洪、王委員棟源、馬委員海霞、吳委員鴻來、許委員美麗

代表類別：保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表、專家學者及公正人士代表

案由：有關 108 年度編列 C 型肝炎藥費專款 65.36 億元不足額數，本會決議由健保署 108 年度醫療給付費用總額「其他預算」項下之結餘款支應，對其他預算項下可流用項目及流用金額，提請復議。

決議：

有關本會上次委員會議對「108 年 C 型肝炎藥費專款不足案」之決議「同意由 108 年度全民健康保險醫療給付費用總額『其他預算』項下之結餘支應，並以 19 億元為上限」，經委員提請復議，補充決議如下：

一、108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則，對專款專用項目及其他預算有各項目預算不得互相

流用之規定，惟考量本案為衛生福利部為加速我國根除 C 型肝炎目標之達成，增加治療人數，落實治療不中斷原則，爰同意特別例外「有條件」流用。

二、為避免影響病人就醫權益，同意 19 億元優先由 108 年度全民健康保險醫療給付總額「其他預算」項下之「基層總額轉診型態調整費用」、「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」、「提升保險服務成效」三項預算之結餘支應。另為加速我國根除 C 型肝炎目標之達成，本於治療不中斷之原則，如果前述三項預算之結餘不足 19 億元，再請中央健康保險署提案至本會審議，由「其他預算」其他項目之結餘予以流用。

三、有關「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8.22 億元，考量 C 型肝炎病患治療權益，本於治療不中斷原則，授權中央健康保險署評估適當時機後流用，且不受該項目之適用範圍與動支程序限制。

第二案

提案人：何委員語、陳委員炳宏、葉委員宗義、張委員文龍、
李委員育家

代表類別：保險付費者之雇主代表

案由：建請衛生福利部依法公告實際平均眷屬人數，並確實調降全國相關投保單位負擔員工健保費之計費基礎，改善目前不合理的收費，提請討論。

決議：基於保險業務監理之立場，建請中央健康保險署依全民健康保險法施行細則第 68 條規定，每年公告全民健康保險法第 29 條所定第 1 類第 1 目至第 3 目被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數。

第三案

提案單位：中央健康保險署

案由：增刪修訂「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 2 條第 1 項第 2、第 3 款之附表一及附表二指標項目案，提請討論。

決議：照案通過，請中央健康保險署依法定程序報主管機關核定發布。

第四案

提案人：趙委員銘圓、干委員文男、陳委員炳宏、何委員語
代表類別：保險付費者代表

案由：建請中央健康保險署會同醫院總額部門研議 109 年度總額協商草案，將「提升住院護理照護品質」項目，由一般服務項目重新移列回專款項目，以便專款專用和真正改善護理人員待遇，讓本會編列預算美意真正能夠落實，提請討論。

決議：

- 一、本案涉及「109 年度醫院醫療給付費用總額及其分配方式」之協議訂定，請遵循本會議定之總額協商程序，由中央健康保險署會同醫院總額部門研議規劃草案時併同考量。
- 二、委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

第五案

提案人：何委員語、陳委員炳宏、葉委員宗義、張委員文龍、李委員育家、趙委員銘圓、林委員錫維、林委員敏華、邱委員寶安、陳委員有慶、干委員文男、陳委員莉茵、蔡委員明鎮、許委員駢洪

代表類別：保險付費者代表(含雇主及被保險人代表)

案由：建請中央健康保險署每年度 4 月份公布前一年度外籍人士保險費收入及醫療使用統計表給健保會委員瞭

解，提請討論。

決議：請中央健康保險署於每年 4 月份健保業務執行報告中，提供前一年大陸港澳人士及無戶籍國民、外籍人士之保險費暨醫療使用統計資料。

拾參、報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：牙周病統合照護計畫之管理機制及醫療利用情形(含管控措施及監測指標)，請鑒察。

決定：

- 一、委員所提意見，請中央健康保險署參考。
- 二、餘洽悉。

第二案

報告單位：中央健康保險署、中華民國醫師公會全國聯合會

案由：強化基層照護能力及「開放表別」項目之檢討及規劃，請鑒察。

決定：

- 一、委員所提意見，請中央健康保險署參考。
- 二、餘洽悉。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險業務監理指標之監測結果，請鑒察。

決定：

- 一、委員所提意見，請中央健康保險署參考。
- 二、餘洽悉。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：「健保新藥預算預估模式研究」委託研究計畫成果報告，請鑒察。

決定：

- 一、委員所提意見，請中央健康保險署參考。
- 二、餘洽悉。

第五案

報告單位：中央健康保險署

案由：罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費成長原因分析及因應管理作法，請鑒察。

決定：

- 一、委員所提意見，請中央健康保險署參考。
- 二、餘洽悉。

第六案

報告單位：中央健康保險署

案由：持續監控 C 型肝炎全口服新藥之藥品給付規定修訂所產生之相關檢查(驗)費用及其對點值可能的影響，請鑒察。

決定：

- 一、委員所提意見，請中央健康保險署參考。
- 二、餘洽悉。

第七案

報告單位：中央健康保險署

案由：藥品退出市場之相關因應作為，請鑒察。

決定：

- 一、委員所提意見，請中央健康保險署參考。
- 二、餘洽悉。

拾肆、散會：下午 14 時 2 分。

109 年度各部門總額協商順序抽籤結果

抽籤日期：108 年 7 月 26 日(健保會 108 年第 5 次委員會議)

序位	總額部門	
1	西醫基層	李振興
2	牙醫門診	許世明
3	醫院	鄭文彬
4	中醫門診	陳昭全

監票人： 蔡登順

第 4 屆 108 年第 5 次委員會
與會人員發言實錄

壹、「主席致詞」、「議程確認」、「請參閱並確認上(第 4)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。現在出席的人數已經過半，達法定開會人數，請示主席是否宣布開會。

周主任委員麗芳

- 一、各位委員、各位先進，大家早安！非常高興大家又見面了，從上次會議到現在這一段時間，有兩件重要的活動要跟各位委員報告，首先非常感謝中華民國醫師公會全國聯合會，在邱理事長泰源、黃主委啟嘉、吳委員國治、黃委員振國安排之下，於 108 年 7 月 3 日、4 日，實地參訪嘉義縣市、雲林縣，西醫醫療資源不足地區執行情形，我們看到西醫基層在這方面的努力與投入，在這邊給予肯定，請大家掌聲鼓勵。
- 二、再來是健保會年度重頭戲，在 108 年 7 月 18 日、19 日兩天，完成了 107 年度各個部門總額的評核作業，非常感謝各位委員的參與，除了 7 位評核委員外，也納入所有委員發言一起作為整體總額之評核考量。這次的評核結果表現非常亮麗，四個總額部門都獲得評核委員一致肯定，成績都較往年進步，今年首度出現十幾年來第一次四個部門均被評定為「優」級，實屬不易！可以說創總額評核之歷史紀錄，首先要感謝健保署在李署長伯璋、蔡副署長淑鈴及李副署長丞華的帶領之下，我們看到了健保署在推動分級醫療、雲端查詢、專業自主管理的努力，大家對於健保署是讚譽有加，請給他們掌聲鼓勵，健保署是在持續進步。
- 三、四個總額部門則發揮團隊合作的精神，彼此之間相互支援、合作，自己跟自己比是最重要的，明天的自己要超越今天的自己，今天的自己要超越昨天的自己，在這原則之下，首先可以看到牙醫部門表現還是最為耀眼，牙醫部門一向是模範生，也是這一次在評核過程中，有被提出是不是要晉升到特優等級，在最

後討論當中，委員認為特優是評核最高等第，雖然牙醫部門表現已具有特優的水準，可是委員求好心切，還是希望牙醫部門能夠有往上衝刺的動力，所以今年度還是核予優級，但已經很具有特優的水準，我們要特別感謝王理事長棟源、謝前理事長尚廷、許主任委員世明以及所有牙醫部門的努力，請給他們掌聲鼓勵。

- 四、其次有兩個部門是大躍進，先講一下陳理事長旺全所帶領的中醫部門，是從良晉升到優，也是所有評核委員及在場委員一致都認為中醫進步顯著，包括偏鄉都大力去衝刺、大力去提供服務，另也要恭喜陳理事長最近獲得一項美國的專利，可以說是雙喜臨門，恭喜中醫部門同仁的努力，請大家掌聲鼓勵。
- 五、再來要恭喜醫院部門，在翁理事長文能帶領之下，醫院部門的謝委員武吉、李委員偉強，以及張委員煥禎，我們要特別對他們表達鼓勵、感謝之意，因為醫院部門今年充分發揮垂直及水平整合，特別在專業自主管理表現優異，讓我們見識到翁理事長的決心，當然也恭喜和醫院部門一體的護理界及其代表張委員澤芸，也期許醫院部門在今年度能夠持續精進，請大家掌聲鼓勵。
- 六、再來要肯定的是西醫基層，西醫基層在今年度持續努力，積極推動分級轉診，特別是發揮在地社區民眾醫療守護神的角色，也要感謝邱理事長泰源所帶領的團隊、黃委員啟嘉、吳委員國治，以及黃委員振國，他們的努力我們都看到了，也給他們掌聲鼓勵，期許我們四大醫療部門、健保署，在今年剩下幾個月當中繼續衝刺，希望明年此時在評核的時候，也能夠看到大家努力的成果，謝謝。
- 七、最後要感謝健保會幕僚，在周執行秘書淑婉超高效率帶領下，讓這次評核會議能夠圓滿成功，順利完成，每 1 位同仁都是幕後功臣，也謝謝陳組長燕鈴、洪組長慧茹、邱組長臻麗三位組長的努力，大家辛苦了，今天置於委員桌上的 107 年版全民健

康保險會年報，內容詳實豐富，也是由幕僚費心製作完成，非常感謝，請給他們掌聲鼓勵。

司儀

議程確認。

周執行秘書淑婉

- 一、在議程確認之前，先向委員報告，依據本會會議規範規定，健保署署長是法定列席人員，健保署於 7 月 16 日函知，李署長伯璋今天另有要公不克出席，本次會議請假，由蔡副署長淑鈴代理，來函影本放在各位委員桌上(如本議事錄第 80 頁)，請參閱。
- 二、本次會議安排，請委員參閱黃色封面的補充資料第 1 頁，更新的議程頁，五、優先報告事項 2 案，除原先安排的健保署業務執行季報告外，新增 1 案是衛福部於本年 7 月 22 日交議，有關 109 年全民健康保險醫療給付費用總額範圍案，因總額協商是本會重要法定任務，為利健保署及各部門及早規劃總額執行內容，具時效性，所以安排在優先報告事項第 1 案處理。
- 三、討論事項計有 5 案，第 2 案至第 4 案是上次保留議案，第 1 案及第 5 案是本次委員提案，其中第 1 案是上次委員會議 C 型肝炎藥費不足款決議之復議案，我們安排在第 1 案優先討論；報告事項計有 7 案，第 1 案至第 4 案是上次委員會議保留案件，第 5 案至第 6 案是依照年度工作計畫排定，第 7 案是健保署依本會歷次委員會議追蹤事項辦理而提報之藥品退出市場相關因應作為。

周主任委員麗芳

議程確認(未有委員表示反對)，請開始進行今天議程。

同仁宣讀

周主任委員麗芳

會議紀錄部分，委員有無垂詢的地方？沒有的話，紀錄確認。

貳、「上(第 4)次及歷次委員會議決議(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、說明一，上次委員會議決議(定)事項計有 4 項，依照辦理情形建議解除追蹤 2 項，繼續追蹤 2 項，歷次委員會議決議(定)事項達解除追蹤條件計有 1 項，最後仍依委員議定結果辦理，請各位委員參閱會議資料第 27~28 頁，上次及歷次委員會議決議(定)辦理情形：

(一)擬解除追蹤部分：

1.上次委員會議：項次 1，有關衛福部交議 108 年 C 型肝炎藥費專款不足案，本會在 108 年 7 月 8 日將決議內容函陳衛福部，另請參閱補充資料第 3 頁，衛福部已於 7 月 18 日將該案處理方式函知健保署並副知本會，公文在補充資料第 4 頁，請委員參閱；項次 2，請健保署盡速提供評核執行成果報告，該署已於 7 月 3 日提報，而且我們也順利完成評核。

2.歷次委員會議：項次 1，有關 107 年度各部門總額相關協定事項未完成項目之辦理情形，健保署已於 7 月 9 日回復，由於 107 年度已經結束，因此建議解除追蹤。

(二)繼續追蹤部分，援例不進行報告。

二、說明二，請翻回會議資料第 20 頁，依照總額協商程序，本次委員會議將進行各部門總額協商順序之抽籤作業，請各總額部門委員代表至會場右前方進行抽籤，也請公正人士蔡委員登順監票。稍後將抽籤結果跟大家報告，抽籤結果會作為 9 月份總額協商議程安排的依據。

三、說明三，是關於健保署依本會決定，提報有關 108 年度各總額部門協定事項之辦理情形，幕僚檢視辦理結果，其中牙醫、中醫及西醫都已經全數完成，目前只剩醫院總額有 2 項，其他預算有 3 項還未完成，另外，總額附帶決議參辦情形，在附件三

會議資料第 54~56 頁，請委員參閱。

四、說明四，剛剛主席致詞時提到，醫師公會於 7 月 3、4 日在嘉義縣辦理訪查，陳部長時中及本會 23 位委員參加，幕僚已彙整實地訪查報告如會議資料第 196~200 頁，請委員參閱。

五、說明五，亦為主席致詞所提及，107 年度執行成果評核作業之辦理情形，我們在上週四、五已經順利完成，請委員翻閱補充資料第 5~6 頁：

(一)如同主席說的，有史以來首次 4 個部門的評核等級都獲得優等，評核結果在 7 月 19 日當天下午 5 點也已在本會網頁對外公布。部長很開心，這次評核結果各部門表現都這麼好，所以部長提醒應該主動對外發布新聞，昨天也已發布完畢。

(二)評核委員對健保署及各總額部門執行之共識建議，將分別提供給健保署跟各總額部門作為未來執行及總額協商之參據，其相關資料整理於補充資料第 7~18 頁，請委員參閱。

(三)將評核結果依上次委員會議通過的評核結果獎勵額度計算方式，估算 109 年各部門總額品質保證保留款專款額度，依照優等的獎勵成長率 0.25%計算，各部門合計獲得 109 年品質保證保留款獎勵費用將近 15 億元，請各總額部門參閱補充資料第 6 頁的表列資料。

六、說明六，請翻回會議資料第 21 頁，有關於年度總額協商分配工作已經啟動，為利後續地區預算分配順利進行，本會將依據 107 年討論地區預算分配之決議，請各總額部門及早檢討地區預算執行問題，提出具體分配之建議方案，也請健保署協助提供各總額部門所需的資料，對各總額部門提的方案提出執行面的建議，並於 10 月 25 日前提送本會。

七、說明七，是健保署依 108 年度各部門總額一般服務費用之地區預算分配之決議事項，提出牙醫、醫院及西醫基層之風險調整基金執行方式送本會備查，重點摘錄如會議資料第 22~23 頁，請委員參閱。

八、說明八，為了讓各界了解本會 107 年各項重點業務辦理情形，已經編製完成 107 年版全民健康保險會年報，(很抱歉會議資料說明文字，漏繕全民健保會的「會」字)，放在各位委員的桌上，請惠予收藏、指正，若委員今日不方便帶走，可放於信封中，會後幕僚人員再寄送給委員。

九、說明九，幕僚從 107 年 6 月起每次委員會議後，都會整理當次會議較重要的討論議案，編製成民眾可以分享或提供委員轉知所屬會員了解之資訊，公布在本會網站上。這是希望讓各界了解健保會每次討論的重點在哪裡，請參閱會議資料第 24 頁，是今年第 1 至 4 次委員會議裡，整理委員討論比較重要的議題，在本會網頁對外發布。像第 4 次的 C 型肝炎藥費不足款的討論，很多記者看完後就會打電話來詢問，知道我們委員會的運作，這件事是希望委員也可以把資訊分享給所屬團體會員，了解委員們的努力。

十、說明十，衛福部及健保署在本年 6 至 7 月發布及副知本會相關資訊之內容，已於 7 月 12 日寄至各位委員電子信箱，請參閱。

周主任委員麗芳

一、各部門總額協商順序之抽籤結果，依序為：序位 1 西醫基層、序位 2 牙醫門診、序位 3 醫院、序位 4 中醫門診。

二、剛剛周執行秘書淑婉所報告的內容，委員是否要提出垂詢？如果都沒有，本案洽悉，進行優先報告事項第 1 案。

參、優先報告事項第一案「109 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍交議案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

梁組長淑政

- 一、主席、各位委員，大家早安，首先由社保司說明有關行政院核定 109 年度健保總額範圍，請委員翻到補充資料第 22 頁，行政院在本年 7 月 11 日已經核定 109 年度健保總額範圍，成長率下限為 3.708%，這個跟本部陳報行政院是一樣的，上限值下修到 5.5%，原來本部陳報行政院是 5.976%，大概刪減 34 億元，並且做出一些附帶決議，一個部分是關於建立中長程協商機制，有提醒當年度醫療費用支出由當年度預算來支應。
- 二、針對附帶決議的部分，在說明 3，為了因應人口老化跟少子化趨勢，希望本部在支出及收入面有更精進的作為，例如：持續提升醫療費用支出使用效率、建立醫療服務成效追蹤機制、檢討基期費用及善用大數據之分析，從需求面評估各項給付結構變動之情形；收入面的部分，也希望本部能夠持續地檢討現行費基結構，因此本部在本年 7 月 22 日把行政院核定的案子交議到貴會，交議內容包含總額協商的政策方向。
- 三、請委員翻到補充資料第 24 頁，本部提出 8 項協商政策的方向：
 - (一)第 1 項，持續引進新藥物跟新科技。
 - (二)第 2 項，鼓勵提升醫療服務品質，鼓勵各部門持續提升總額醫療服務品質，推動全人照護、整合各項照護計畫、擴大推動臨床藥師服務、強化藥師服務照護內容、對民眾正確服藥觀念能夠予以提升。
 - (三)第 3 項，在合理反映山地離島或偏遠地區及特殊族群的部分，針對山地離島或偏遠地區，增加專科遠距會診的服務。
 - (四)第 4 項，因疾病發生率改變、存活率的提升、照護率的增加或給付條件的改變造成其他服務利用密集度的影響，例如放寬藥品適應症的部分。

- (五)第 5 項，善用醫療服務成本指數成長的預算，調整醫療服務支付標準及藥品基本支付價。
- (六)第 6 項，在建立中長程協商機制部分，已納入行政院指示，以當年度醫療支出費用為原則，以有效分配健保資源，例如 C 肝疾病治療及支付制度的改革。
- (七)第 7 項，持續落實分級醫療，包含擴大家庭醫師整合性照護計畫的涵蓋率、放寬表別以及居家醫療之整合等部分，以提升保險服務效能。
- (八)第 8 項，跟往常一樣會適度反映因醫療政策或相關法令改變所增加的費用，如因應住院醫師適用勞動基準法所衍生的營運成本增加等，希望委員於總額協商過程中能納入考量，以上簡要報告。

周主任委員麗芳

請陳組長燕鈴補充說明。

陳組長燕鈴

- 一、接著由本會幕僚向委員報告本案第二部分，確認 109 年度四部門總額「醫療服務成本及人口因素成長率」，就是所謂的非協商因素。請委員參閱會議補充資料第 19 頁說明二，依據本會 6 月份委員會議通過之協商原則，109 年度「醫療服務成本及人口因素成長率」採衛福部報奉行政院核定之數值及計算公式進行計算，109 年度總額範圍低推估值成長率是 3.708%，預估醫療費用是 7,419 億元，高推估值成長率是 5.5%，預估醫療費用是 7,547 億元，高低推估值差距約 128 億元，其中包含人口校正差值 10.32 億元，若再包含品質保證保留款約 15 億元，則協商空間約為 102 億元。
- 二、請翻到補充資料第 20 頁，本會幕僚依據衛福部報奉行政院總額範圍資料之相關參數和公式計算「醫療服務成本指數及人口因素成長率」，整體數值：「醫療服務成本指數改變率」是 2.181%，「人口結構改變率」對醫療服務費用的影響是 1.703%，「投保

人口預估成長率」是 0.346%。

三、綜上，試算四部門總額之「醫療服務成本及人口因素成長率」，請看第 20 頁下面的表格，因為四部門的成本和人口結構改變率對醫療費用影響不同，故計算結果也不同，請看到表格最右邊就是四部門的非協商因素，綜合計算結果為，醫院總額成長率是 4.687%，西醫基層總額是 3.465%，牙醫門診總額是 2.430%，中醫門診總額是 3.092%，這部分會納入 9 月份總額協商資料進行試算。

四、衛福部函示的 109 年度協商政策方向，請健保署跟各總額部門在研擬協商因素相關計畫草案時納入參考。

周主任委員麗芳

一、本交議案主要是知會本會，行政院核定 109 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率下限是 3.708%，上限是 5.5%，其次是要確認各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率，請問委員有無詢問？

二、如果沒有的話，本案決定如下：

(一)確認 109 年度全民健康保險各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。

(二)為利 109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商，請各部門總額相關團體和健保署，參照衛福部交付之協商政策方向，於 108 年 9 月 5 日前研提 109 年度總額各協商因素項目及計畫草案送本會，以利協商，餘洽悉，請進行優先報告事項第 2 案。

肆、優先報告事項第二案「中央健康保險署『108 年第 2 季全民健康保險業務執行季報告』(併『108 年 5 月份全民健康保險業務執行報告』)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

蔡副署長淑鈴報告：略

周主任委員麗芳

- 一、感謝蔡副署長淑鈴的報告，非常肯定健保署在李署長伯璋和蔡副署長淑鈴及全體同仁們的努力之下，剛才的報告彰顯很多創新業務，同時可看到積極為民眾服務、整合各層級醫療院所的決心，非常感謝他們。
- 二、請問委員有無詢問？依序請陳委員有慶、陳委員炳宏、何委員語、黃代理委員振國。

陳委員有慶

- 一、業務執行季報告第 13 頁，直轄市政府欠款情形，高雄市政府預計 108 年度要償還 30.75 億元，7 月 2 日已經撥付 19.24 億元，預計 7 月 23 日還要撥付 12.43 億元，前面 7 月 2 日 19.24 億元應該收到了，今天是 7 月 26 日，7 月 23 日要撥付的款項不曉得入帳了沒？
- 二、若按照這個撥付金額，19.24 億元加上 12.43 億元，總共是 31.67 億元，比 30.75 億元多出 0.92 億元，請問 0.92 億元是不是滯納金？
- 三、直轄市政府欠款，是不是有按照健保法第 35 條繳交滯納金？一般民眾延遲繳交保險費，健保署都有收取滯納金，直轄市政府遲交保險費，健保署有沒有收滯納金？

陳委員炳宏

- 一、感謝健保署提供業務執行報告，請翻到業務執行季報告第 14 頁，表 6-1「全民健保一般保費收繳執行狀況表」，請見該表左下方，在 5 年請求權期間，累計應收的保險費是 1 兆 7,820 億元，實收保險費 1 兆 7,555 億元，累計收繳率是 98.5%。

- 二、回顧 105 年 6 月份，健保署新聞稿宣布健保卡全面解卡，鎖卡正式走入歷史。就健保署當時資料顯示，投保單位及保險對象之收繳率維持在 98.8% 以上的水準，而全面解卡屆滿 3 周年的當下，收繳率相對下降 0.3%，0.3% 乘以 5 年期間應收保險費 1 兆 7820 億元，此缺口已擴增 53 億元。
- 三、這只是帳面上的量化差異，若再納入「依法對欠費者的催繳、移送行政執行」所增加行政作業量的人件成本，加上「移送行政執行署」查扣作業多方面的法務成本，再衍生近期兩位數成長率的呆帳，請參閱業務執行季報告第 11 頁「表 5-1 全民健保財務收支分析表」，今年上半年呆帳成長率是 18.3%，那麼新政策的風險成本將會再增加。
- 四、上次委員會議衛福部交議有關 108 年 C 型肝炎藥費專款不足案，金額多少...擬追加 19 億元，如果權責單位當責的話，就不至於花大家 2 小時討論，藉此，也拜託大家關注金額更龐大的欠費催繳問題，由於保險是雙務契約，全面解卡之後的欠費催繳存在政策風險，要維繫本制度長期有效運行，極不容易，對健保署上下同仁而言，是別具功德的苦差事，所以推動任何新政策評估期間不是以任期，而是以長期，請考量以「長期」經營的風險成本，作為評估新政策的衡量依據，才是全民健保之福，謝謝！

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、方才因為公共電視台記者追到 1 樓訪問財政部相關業務，所以我有些遲到。我要提出健保財務規劃相關問題，昨晚讀會議資料時，看到第 154 頁資金運用收益率只有 0.18%，非常低，我覺得非常奇怪。另健保法第 38 條投保單位積欠保險費無法清償時，由負責人負清償責任之規定也是相當不合理。
- 二、業務執行季報告第 167 頁提到，區域醫院有 14 家門診件數降

低未達 2%。現在已經有 2 家區域醫院降為地區醫院，我聽說還有業者已向醫事司申請降為地區醫院，請問申請中的還有幾家？這樣是否會造成整個醫療生態結構的問題？如果有問題，健保會真的需要重新思考，門診減量 2%的要求是否合理？

三、因為李署長伯璋今天不能來開會，我已向署長報備，希望請該署醫審及藥材組黃副組長兆杰提供一些有關 C 肝的資訊，下面幾個問題麻煩主席請蔡副署長淑鈴指定黃副組長回答。第 1 個問題是 C 肝新藥有幾家公司供應？第 2 個問題是 C 肝藥品領藥後如果掉了 1 顆，要怎麼補藥？如果醫院可以補藥，如何收費？第 3 個問題是 C 肝的 1 個療程共需幾顆藥？藥品點值是 1 點 1 元，我們現在共支付多少錢？

周主任委員麗芳

為使蔡副署長淑鈴及健保署同仁有足夠的時間回應，在黃代理委員振國之後，僅再開放 2 位委員提問。依序請黃代理委員振國、葉委員宗義，再請健保署回應。

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

一、接續陳委員炳宏有關健保欠費的議題，請參閱業務執行季報告第 24 頁，有關逾期未繳保險費、滯納金移送執行已結案部分，目前有取得債權憑證占 55.31%、註銷標的者占 0.8%，其中註銷標的的部分是否在計算收繳率時就從分母去除，以美化繳款率，等於這部分就是不予追究直接列入呆帳？另外，陳委員炳宏講得很好，呆帳會累積到一個可觀的金額，健保署有無評估，當呆帳累積到多少金額時，可以啟用社會安全公務預算的機制，把缺口挹注回來？這樣才可使健保財務穩健。

二、針對健保署 10 月 1 日擴大辦理之「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」，其中原本開立 14 日以上重複處方予以核減，變成開立 7 日以上重複處方就要核減。其實醫療院所多數願意遵守，但遇到的第 1 個問題是，我們登入健保資訊網服務系統(VPN)查詢時，發現資料會有 2~3 天落差，第 2 個問題是，民

眾多數不明瞭，現在門診不能提早拿藥，造成醫病關係緊張。建請健保署政策實施前，應該主動公告，會重複領藥的民眾也是特殊族群，最好有善意機制通知被保險人，告知現在不允許提前領藥，會造成醫療院所費用核扣的問題，之後請多跟醫療院所溝通，找到適當領藥時間點。這樣制度才能可長可久，否則我們常在門診遇到民眾質疑怎麼不能拿藥，造成非常多不必要的紛爭。

葉委員宗義

我的意見跟黃代理委員振國相同，就不再重複提出。

周主任委員麗芳

請健保署回應，先請蔡副署長就何委員語指定回答的部分說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、謝謝委員提問，問題大致分為財務與 C 肝，以及重複用藥。先回應陳委員有慶提問，高雄市政府健保欠費 30.75 億元的部分，已在 7 月 23 日全部入帳交齊。
- 二、接下來請盧專門委員麗玉回答呆帳、未繳保險費行政執行成本、追繳成本及解卡後收繳率略為下降等問題；財務的部分請財務組回應；C 肝部分請黃副組長兆杰回答；黃代理委員振國的提問請戴組長雪詠回答。

盧專門委員麗玉

- 一、謝謝委員對保險費收入的關注。105 年 6 月全面解卡後對健保財務的影響，也是本署一直在觀察與監控的資料，從資料上面顯示，全面解卡後長期的收繳率還是維持在相當高的水準。
- 二、短期的收繳率則受到以下幾個因素的影響，首先是欠費行政執行期間的拉長，105 年平均執行期間大約 300 天，107 年平均約 400 多天；其次是健保法第 38 條對負責人求償的部分，投保單位欠費移送案件取得債權憑證後，依規定仍須向負責人求償，截至 107 年 12 月止，另向負責人移送執行金額將近 6 億元；另外菸品健康福利捐補助弱勢民眾欠費部分，從 105 年的

11.2 億元減少至 107 年的 1.4 億元，減少約 10 億元。

三、以上，收繳期間的拉長及補助弱勢欠費金額的減少，短期保險費收繳或有影響，但長期的收繳率仍可維持在一定的水準以上，整體呆帳率並沒有到 1%，過去欠費鎖卡自 98 年起已逐漸放寬，105 年 6 月全面解卡時，鎖卡人數僅約 4 萬餘人。在本署積極採取保障債權措施，以及大部分國人對繳納保費義務的高度認同下，全面解卡尚不致於對健保財務與營運造成影響。

陳專門委員振輝

剛才委員問到政府欠費有無計收滯納金，依據健保法第 28 條及第 35 條規定，民眾欠費是計收滯納金，政府欠費則計收利息。關於資金運用收益，請參看業務執行季報告第 23 頁備註第 3 點，108 年截至第 2 季資金運用收益 0.68%，五大銀行一年期大額定存平均利率為 0.18%，因為健保資金是短收短付，為了保守穩健起見，目前投資係依現行規定，標的為公司債、定期存款及短期債券等，沒有衍生性或風險性較高的商品。

黃副組長兆杰

一、向各位代表、尤其是何委員語說明，有關目前健保給付的 C 肝口服新藥，共有 7 大項，分屬必治妥、艾伯維、默沙東、吉立亞 4 家廠商。至於採用 C 肝口服新藥治療時，每個民眾需要吃多少顆藥，其實情況很複雜，因為每種藥品使用在不同狀況的病人身上，可能有不同的療程，以艾伯維的藥品 Maviret 舉例來說，會因不同的 C 肝病毒基因型、病患有無纖維化、之前用藥情況，分為治療 8、12 或 16 週的療程，每個病人適用的療程及藥量不同，無法知道每個病人究竟使用幾顆。

二、至於病人若遺失藥品，因為目前 1 個療程不論吃幾週或幾顆藥固定都是 20 萬元，個人建議是依照病人的狀況，由醫生判斷病人採哪種療程，需要總共多少顆藥後，用 20 萬元除以藥品總顆數，就知道 1 顆藥的費用是多少。至於 C 肝新藥健保申報費用情形，須再統計數據，目前我們是以人數管控費用，若依

據人數換算成費用，現在 65.36 億元是已經全部用罄。

蔡副署長淑鈴

我再補充說明幾項，何委員語提到去年區域級以上醫院有 2 家降為地區醫院，今年會不會有？據我了解，目前似有 1 家因為床數及經營的問題，可能申請改為地區醫院。另黃代理委員振國提到，健保呆帳最後能否以社會安全公務預算彌補的建議，須相關法律修法才有可能，目前沒有法源。

周主任委員麗芳

謝謝健保署說明。

蔡副署長淑鈴

還有一個關於重複用藥的問題，請戴組長雪詠。

戴組長雪詠

有關黃代理委員振國所詢，剛剛提到醫師端的資料上傳會有 2~3 天落差，所以在健保署核扣邏輯中已放寬到上傳 4 天內的重複用藥都免責。另在病人端，對於病人拿藥部分，是用慢性病處方箋的邏輯，只要病人的餘藥在 10 天以內都可以提前領藥。我們也透過新聞發布或是 FB(臉書)相關資訊宣導，餘藥超過 10 天者對醫師端會進行重複用藥核扣，告訴民眾要跟醫師合作，以確保用藥安全；醫師端亦可透過雲端查詢或是診間 API(醫療資料傳輸共通介面)提示醫師病人手中有多少餘藥，不要重複以保障病患用藥安全。

蔡副署長淑鈴

- 一、再補充一下，重複用藥的核扣會把所有的彈性都考慮進去，最後才會核扣。真正推動重複用藥不予支付的方案到現在，其實核扣的金額非常有限，最重要的原因是大家都不再重複開藥，行為改善得到的效益遠大於扣錢的效益，這才是我們要的。
- 二、今年我們看到藥費扣掉專款後的成長率，其實是下降的，藥費成長率過去都是 5~6%，現在減到 3% 左右。有很多重複浪費的藥品，藉由雲端資訊分享以及不再給付過度重複的用藥 2 個管理方案，確實有顯著的改善。

周主任委員麗芳

接下來依序請干委員文男、賴委員進祥、陳委員有慶，這3位委員之後要發言的委員，請提書面意見。

干委員文男

- 一、剛才講到重複用藥的問題，我們都非常支持健保署的政策，而且雲端藥歷可以運用到鄰里，非常方便。但有1點我要提醒健保署，在民眾端真正重複吃藥的應該很少，我是希望可以開放提前拿藥，因為不開放的話，有時候老人家要出遠門，卻需要為了幾顆藥回診，老人家都跟我說他們為了幾顆藥緊張到很憂鬱。
- 二、雲端藥歷應該要有1個可以算總帳的功能，因為1年裡吃多少天、拿多少藥，加減計算就知道，不需要盯著病患，藥拿了不吃才是浪費，吃掉不算浪費。而且醫生也知道病人的個性，開給他不是沒有道理，他也自己會管制。我是特別提醒重複用藥及管制藥，如果是有惡意，可以核扣；如果沒有，應該要從善如流，可以照顧到這些真正需要的人，不要讓他們沒有病擔心到有病，這樣不好。

周主任委員麗芳

請賴委員進祥。

賴委員進祥

- 一、提到政府欠費，讓我感觸良多。健保84年開始實施以後，各級政府所應該負擔的健保費補助款，便陸續有積欠的情形，最早積欠的是高雄市，接著其他縣市，相繼比照辦理。我時任健保局財務副總經理，認為政府欠費實在太沒道理，因為民眾積欠健保費，只要金額超過2千元，就要依健保法移送強制執行，直接從他們的銀行帳戶扣抵，現在各級政府，欠費幾百億元，卻無法可處理，這是什麼政府？簡直就是「只許州官放火，不許民眾點燈」，天下那有這種道理！
- 二、我覺得一定要導正這種怪象，乃透過當時的立法院周清玉委員

提出健保法修正案，增列政府欠費比照民眾欠費，可以移送強制執行。等法案通過後，再進一步提出地方政府積欠健保費補助款催討計畫，簡稱「討債計畫」，報行政院照案核定。依照前開討債計畫，所有欠費地方政府，必須提出還款計畫，並按計畫清償欠費。如不提出還款計畫，或未依照計畫還款，縣市政府部分，就由財政部直接從中央統籌分配款中逕行予以扣抵；直轄市的部分，因為沒有統籌分配款可扣抵，就依照健保法移送強制執行。經過我們努力協調溝通結果，所有欠費縣市政府，全部提出還款計畫，包含當時屏東縣長蘇嘉全、雲林縣長張榮味、南投縣長林宗男，全都配合辦理，提出還款計畫。但是，台北、高雄二直轄市，認為它沒有統籌分配款，財政部扣不到它們的錢，有恃無恐一直藉故不肯提出還款計畫，不但舊的欠費沒有償還，而且新的欠費急劇增加，如果這樣持續下去，健保很快就會倒閉，我們只好把它移送強制執行，還去查封北高兩市財產，藉以迫使他們早日還款。

三、上週我問健保署，經過查封財產後，繳還健保欠費高達 941 億元，其中台北市政府償還了 636 億元、高雄市政府償還了 305 億元，而且還款金額還要加計利息。我利用這機會還原這段歷史，是想要讓大家都知道健保署在追討政府欠費方面，做的很好，毫不手軟。

周主任委員麗芳

請以掌聲感謝賴委員進祥對健保財務穩健的貢獻(現場委員鼓掌致意)，賴委員實在堪稱討債王，所以現在健保署如果有政府欠費、討債方面的問題，也可以多向賴委員進祥請益。接下來再請陳委員有慶、何委員語，其他委員如有意見請以書面提供。

陳委員有慶

剛剛健保署回答 7 月 2 日、7 月 23 日的 2 筆還款都已入帳，但這 2 筆合計 31.67 億元，相較應償還的 30.75 億元增加 0.92 億元，我剛才問到這 0.92 億元是不是滯納金，但健保署說對政府不收滯納金是

算利息，到底這 0.92 億元是利息或是其他什麼項目？另外，對一般民眾收取滯納金、對政府收利息，而滯納金罰起來很重，以後修法是否讓政府跟民眾一致，要收取滯納金就都收滯納金，要計收利息就都計收利息，這樣比較公平。另外政府的欠款健保署有無按照規定計收利息，也讓我們知道一下。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、非常謝謝黃副組長兆杰的說明，您說明應該要提早給我們，我的 1 個群組裡，有位 C 肝患者一直罵說他丟掉 1 顆藥，醫院跟他收 3 千元，我只能回答他說健保署當初跟我們說 1 個療程是 25 萬元，要用 25 萬元去換算 1 顆藥多少錢，他還是一直罵。我今天會問，也是剛好因為有 C 肝提案，所以我想了解一下。
- 二、像 25 萬元降到 20 萬元這種情形，也應該告訴我們一下，病患問我們的時候我們才能解釋。我今天才知道有 7 大類藥品、4 家廠商供應，20 萬除以領多少顆藥。如果掉 1、2 顆，醫院收 1 顆 3 千元，合理與否我不知道，因為我也不知道共有多少顆藥，要看 20 萬除以多少顆藥，看 1 顆多少錢，我認為這樣是很合理。我們健保會委員清楚相關資訊，才能向外界解釋，不然他們好像誤認是我們搞得讓他們 1 顆藥要付 3 千元，這是我今天詢問的原因。另外是最近看到報紙說今天要請專家來跟健保會開會，我不知道是請哪幾位專家來，有沒有請 C 肝專家來跟我們開會？可以讓我們請教他一些更詳細的內容。

周主任委員麗芳

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、剛才非常感謝何委員語對於區域醫院降到地區醫院的狀況的關心，蔡副署長淑鈴也很有禮貌地回答何委員語。其實我向何委員語說明一下，去年有 2 家由區域降為地區，其中有 1 家是在

很偏鄉的地區，它很早就想要申請降級了，但是就是無法降，但是現在它已經降級，因為降下來的時候，部分負擔，偏鄉地區老百姓 80 元，可以交得出來，如果交 240 元的話就差了 3、4 倍以上，這是有 1 家偏鄉地區的。

二、另外 1 家也是在南部，2 家都在南部，這 1 家是兄弟結構上不知道怎麼樣的樣子，為了不產生他們家族的麻煩，趕快降為地區醫院，但是我向何委員語報告 1 件事，它的財務狀況很理想，它的占床率不高，所以才會降級。

三、剛才講到還有 1 間準備要降，也是在南部，那間應該在報紙上有看到，我不可以把名字說出來，那 1 間就是因為財務問題產生，所以要降為地區醫院，並不是說區域醫院故意要調降為地區醫院，為了自己的利益，絕對沒有這種狀況，我們還是很團結、很合作、很講道理的醫界。

周主任委員麗芳

健保署請簡短回應。

蔡副署長淑鈴

請戴組長雪詠說明提前拿藥，陳專門委員振輝說明 0.92 億元。

黃副組長兆杰

戴組長另有會議，在此代為說明。回應干委員文男所詢提前領藥問題，因應病人病情變化或特殊需要，本署有設計 R 碼，醫療院所面對病人病情變化或特殊需求，要重複開立處方給病人領藥時，可用 R 碼申報，健保署就不會核扣。另，若病人要出國，只要出示出國相關文件如機票，並交付影本給醫療院所保存，出國這段期間所需藥品，可一次先領取。

陳專門委員振輝

高雄市政府今年多繳的 0.92 億元是本金，其欠費不論是本金或衍生的利息，都併入還款計畫，預計 110 年前償還完畢。

周主任委員麗芳

本案委員所提意見送健保署參考，餘洽悉。請干委員文男。

干委員文男

聽到黃副組長兆杰的答覆，我是覺得慢性病患拿藥，你怎麼做都沒關係，但要有一個總數的概念，也就是一年到底取了多少藥品，可在年度結束後算個總帳。因為一個人需要的藥品量應該是固定的，若先拿藥，那麼後面就不要再重複領取，我主要想表達是這點。不要那麼嚴格地限制，只因為差幾天就不讓民眾先拿，也就是只要在年度總藥量內，讓民眾有特殊需要時，有點彈性可以先領。

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

針對提前領藥問題，也提出一些建議。慢性病患其實有長期領藥的經驗，例如參酌去年或前年的領藥紀錄，可針對用藥紀錄良好的病患，除了出國本來就可以先領藥之外，因為個人特殊因素，需要提前先拿藥，是否得以放寬？最主要是因為病患領藥紀錄良好，也不會多拿，只是有特殊情況要提前拿，建議對這些用藥紀錄良好的個案能有辨識度，例如在 IC 卡註記，可讓他提前拿，建議能有這樣的機制。

周主任委員麗芳

委員所提意見送請健保署參考，餘洽悉，接下來進行討論事項第 1 案。

伍、討論事項第一案「有關 108 年度編列 C 型肝炎藥費專款 65.36 億元不足額數，本會決議由健保署 108 年度醫療給付費用總額『其他預算』項下支應，對其他預算項下可流用項目及流用金額之復議案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

先請提案委員補充說明。

何委員語

一、我想書面上已經寫得很清楚，我提復議案理由共有 4 項，請大家參閱會議資料。上個月討論本案時，並沒有指定其他預算內的哪個項目的結餘款要來移轉給 C 肝藥費專款不足的 19 億元來使用。

二、其他預算的項目共計 12 項，9 項是照護對象很明確，不應該讓流用金額而影響其他病患就醫權益，因此這 9 項應該是不能流用的。另 3 項為 107 年沒有支付完成，且有的根本沒支付：

(一)第 1 項「基層總額轉診型態調整費用」於 107 年支出 0.63 億元。

(二)第 2 項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」原編列 8.22 億元，107 年完全沒有支出，我也希望今年 108 年能夠完全不要支出，風調雨順、國泰民安，社會沒重大事故、傳染病，希望今年平安度過，8.22 億元就可以流用。

(三)第 3 項「提升保險服務成效」原編列 3 億元，107 年健保署非常努力支出，也只支出 2.58 億元。

(四)綜上，前述 3 項是比較可以流用的，其他 9 項則不適合流用，而且這 9 項中有些項目健保署會有預算情形，也都已 100%執行完畢。

三、因此本案建議由上述 3 項支應 C 肝新藥不足的藥費，其中吳委員榮達特別提出「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」的 8.22 億元，不可現在馬上挪用：

(一)目前才 7 月份，到年底前還有 5 個月，不知道會不會突然發生什麼問題，因此建議健保署先從另 2 項挪用。至於「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」於本年第 3 季評估後，再漸漸流用，希望能控制很好，到第 4 季都沒有發生任何問題，這樣第 4 季就可以漸漸流用。

(二)依過去預算執行情形，這項即使流用也沒有全部用掉，用的很少很少，有時候用不到一半，有時候用 1/3，所以才希望以這項來支應 C 肝炎藥費。

(三)並希望此項預算需保留至適當期限後，始得流用。至於何時為適當期限，希望由健保署衡量什麼時機使用最恰當，因為委員無法判斷哪個月份可以流用，因此未能訂定，但健保會可授權健保署評估整個進程及程序來流用。

四、本案所提，係向委員逐一電話徵詢後，總共有 22 位委員與我共同提出本案，提請委員會裁決。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

一、首先向 4 個總額部門致上大恭喜，今年評核結果都拿到優等，評核委員都予以肯定，在主委的領導下，各部門都表現出色，每個人發言也都很踴躍，不過還是有空間需要改進。拿到這個評核結果是非常好，因為接下來就要分配明(109)年總額，上下限於今天優先報告事項第 1 案已經定下來，而品質保證保留款則是不用協商，依評核結果直接就給，這也是你們認真而來的成果，很不容易。

二、要感謝健保會幕僚，會議資料第 228~230 頁，把委員今年以來這幾個月開會的成果，簡單扼要整理出來，以前我都得自己打報告，也要參閱健保會提供的公文，看各議案所談結果為何，都沒有一個綜整，現在有將重點整理出來，在此非常感謝，在主委及執秘領導下，越做越好。

三、本案所提出的復議案，剛剛何委員語已經說得很清楚，我就不再重複，前於上次委員會議已討論 2 個多小時，因此本案既然提出復議，建請主席徵詢有無反對意見，若未有反對，就不要再討論，讓表定會議進行時間可以提早一點。何委員語沒有打完所有委員的電話，不然我想委員應該是都會同意。

周主任委員麗芳

謝謝干委員提醒，希望大家精簡討論時間。接下來請社保司、健保署說明。

商委員東福

尊重委員提案，就像剛剛何委員語的說明，其他預算中應該有些是需優先考量之處，所以還是先請保險人依其管理經驗及權責辦理。

周主任委員麗芳

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

一、首先非常感謝委員提出本案，幫健保署提出很多方式，都是要促使 C 肝口服新藥的治療不中斷。本次討論事項第一案所提，與上次會議決議有些不太一樣，上次決議為「其他預算項下的結餘支應」，但本案則僅限縮其中 3 項可以支應：

(一)第 1 項是「基層總額轉診型態調整費用」，原編列預算為 13.46 億元，其主要用途是推動分級醫療，預期會有很多病人會轉診到基層，這些病人原先於基層總額基期是沒有的，因而可能造成西醫基層點值損害，所以我們用其他預算彌補。執行後，確實看到執行初期下轉病人有限，執行率很低，但我們仍認為，長期推動會有某種程度的效果，預估支用率仍會逐年增加。今年西醫基層的委員們，對於執行這項定義有再提出說明，並希望與本署雙方再討論。因此這項雖編列 13.46 億元，但真正今年會需要支用多少？現在無法確定，所以這項稍後也請西醫基層總額代表再予說明。

(二)第 2 項「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，

原編列 8.22 億元，過去都用來處理非預期傳染病、天災或其他大型事故所造成預算衝擊，因此具有預備款性質，因此本案委員所提，也希望此項第 4 季才可以流用，因此衡量 C 肝所需經費，短期內要動用此項有困難。

(三)第 3 項「提升保險服務成效」會全部都用完，所以這項是沒有結餘預算可用的。

二、現在比較有空間的是第 1 項「基層總額轉診型態調整費用」，這項到底可以挪用多少？若要使 C 肝病人治療不中斷，到年底可能需要 19 億元左右，目前今年 C 肝治療名額已用完了。所以目前還等待治療的病人仍在陸續增加中，所以我們亟需有一個確定的預算，才能幫病人治療，所以本署建議，能否特案處理，也就是允許本署使用其他預算所有的項目之結餘款，來支應 C 肝口服新藥的藥費，以上是健保署意見。

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

一、針對「基層總額轉診型態調整費用」，剛剛蔡副署長淑鈴已做了部分說明，有關該項的 107 年決算，初期大家不熟悉，也用了 VPN(健保資訊網服務系統)轉診認定方式，必須兩端都是明確的轉出與接收才可認定，所以是最嚴格的認定標準，也就是依醫院用 VPN 下轉病人至診所，診所也用 VPN 接收，這樣才算，當時用最嚴的方式來認定，造成轉診成效嚴重低估。因此今年有討論，未經醫院轉診自行就醫的認定方式，如：病人其實自行至診所就醫、或是有無持轉診單就醫等方式，這些樣態還在討論中。

二、另，因轉診有 90 天的等待期，病人下轉後，未必立刻到醫療院所，所以轉診到實際就醫到醫療費用結算，這個過程會有 2 至 3 個月的延遲，現在 C 肝病人是希望治療不中斷，我估算過 9,500 個病人，很難以限定哪個病人可以等待，可以預期的是，當我們額度有 19 億元，一定隨到隨治，這費用使用速度，一定遠大於「基層總額轉診型態調整費用」項目之決算速度。

三、我也很支持衛福部提出 C 肝完治的政策目標，但大家可以看一下附表，107 年其他預算總共執行 89.36 億元，今年預算有 144.91 億元，假設執行與去年相當，大約還有 50 億元的空間，如果不限定項目，即使發生天災、人禍時動用 8.22 億預算，也有其他項目的結餘款可以支付，建議預算流用的空間跟實際運用的方式可以更寬裕，個人建議不要限定哪個項目，由健保署視實際的考量與運用，讓民眾就醫有更大的方便性。

周主任委員麗芳

請周委員穎政。

周委員穎政

- 一、個人覺得很多東西要有彈性，因為計算不可能這麼精準，過去我們常常認為某些東西我們可以算的準，但其實算得準都是只是一個想法。以轉診為例，到今年 1 至 3 月，醫學中心及區域醫院每個月減少的門診次數將近 10 萬次以上，但下轉大概只有幾千次。試著想想為何一個月忽然間少掉 10 萬人次的病人，這麼恐怖的數字到底發生什麼？
- 二、我覺得有幾個可能性，第一，醫學中心及區域醫院可能是把就醫費用較低的部分，用自費去處理掉，但提醒會有衍生的副作用要小心，例如這些人的資料不會上雲端藥歷，到底吃了什麼藥還是其他醫療服務，就形成漏洞。另外很多病人可能到醫學中心被勸說到基層，所以是病人很多自動轉診，就如同基層代表說，用腳投票，自行跑到基層就診。因此我們去年在規劃時，可能不見得有想得夠清楚，因此現在宜留給健保署一些空間調整，我只是期盼健保署做調整時，要有比較好的科學分析及證據，除了政治協商之外，我認為很多東西必須要建構在數據分析的基礎上。

周主任委員麗芳

請蔡委員登順、鄭委員建信。

蔡委員登順

- 一、上次委員會議對 C 肝的案子已討論很久，當然對上次大家的決議予以尊重，因為當次已達成共識，反對用一般服務費用支應 C 肝藥費專款不足之處。但大家對 C 肝這問題還是很重視，想為有需求的人解決問題，是很正確的方向。
- 二、至於剛剛何語委員提出的問題，他認為其他預算內的這 3 個項目大概會比較有結餘，不過很多事情也是很難預料，「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目編列 8.22 億，涉及預期風險管控，當然希望今年風調雨順，國泰民安，但至年底還有 5 個月，會發生什麼事情誰也無法預料。
- 三、「基層總額轉診型態調整費用」就是鼓勵下轉的補助款，現在政策鼓勵轉診，這部分我們當然希望能夠該用的還是要用，而且剛剛蔡副署長淑鈴提到的也慢慢在浮現，所以這個錢，動支上不會這麼少。
- 四、基於以上看法，我想還是要彈性來處理，才可以把 C 肝問題做個解決，大家既然有誠意要解決 C 肝的問題，建議還是給健保署彈性處理，因為其他預算一共是 141 億元，當然裡面有些項目已經花得差不多，至於花比較少項目，應該要有空間給健保署彈性處理。

鄭委員建信

- 一、請參閱會議資料第 68 頁，要向大家請教，本案討論過程中一個很重要的脈絡，就是依照 108 年度的協商通則進行。但此規定應為拘束本委員會的內部規定，也就是年度總額協商如何討論的方式，但名稱為「通則」就感覺是法律條款，所以名稱上是有問題。總額協商通則，事實上應該沒有到法律的位階，只是拘束本委員會內部。上次委員會議決議提到「在沒有適法性前提下」，至於我們內部訂定的通則並非法律，所以應該沒適法性問題。
- 二、我們之前進行協商或想要調整之處，是否違背健保法第 5 條第 1 項第 3 款「保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配」？

我想今天很多提案委員今天所要主張的是，實質協商的結果是不是可以尊重，也就是希望在尊重的前提下，盡量少一些變動。但由編列 8.22 億元的「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目來看，似乎上次決議沒有提到此項目，若僅依上次的決議，本案是否屬於其他非預期政策改變所需經費，這樣有沒有辦法直接執行？(有委員表示不行)，所以今天本案還是得做出決定。

三、我的想法是，上次已通過 19 億元為上限，就在其他預算內執行，而這次復議案又提出新的限制，在政策執行的原則上，若沒有違背健保法第 5 條第 1 項第 3 款的話，應該給健保署一些彈性。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、依據媒體所載，例如中國時報等報紙，長庚醫院副總院長簡榮南教授表示，嚴重 C 肝患者多已接受治療，目前等待使用 C 肝口服新藥都是輕度患者，尚可等待名額釋出，影響不大。簡教授才是肝病專家，所以基本上既然專家都講了，重症都已經治療過，現在這些輕度的 C 肝患者，應可等待明年度總額協商後的治療名額。

二、健保署已經口口聲聲說，一個療程之後就治好了，治癒率將近 98%，等於說都好了，剩下 2%沒辦法是體質有問題，再來就是輕度的。再次重申，簡榮南教授才是 C 肝專家，C 肝專家都說影響不大，可等待名額釋出，而且都說目前等待者都是輕度患者。這樣的話，依照健保總額協商精神，是不可以流用的，因為沒有急迫性。實際上，蔡登順委員在電話中也向我表達，他不支持流用。既然如此，為何還要通過 19 億元流用給 C 肝藥費？

三、我的意思是，若以專家發表的意見，可知並無急迫性。若無急

迫性，我們急著幫忙找錢治療 C 肝輕度患者、找錢給這 4 家藥廠，豈不是都是在努力幫人家賺錢？既然上次有這個決議，在還沒有執行前，我就先提出復議案，看大家的最後的決議如何。

周主任委員麗芳

請周委員穎政。

周委員穎政

- 一、我覺得我必須向何委員語說明，今天的議題不是在討論要不要治療，還是聚焦回來，你要推翻上次的決議，那是一件事情，但我們今天只是討論錢要從哪裡來(何委員語：我知道，所以我提復議案)，這不一樣，我覺得我們還是回到聚焦處，已經通過的東西就通過，今天你要再找專家來、再開一個專家會議討論 C 肝如何治療是另外一件事，你也可以拿報紙來解釋，我更希望你能請來專家委員，當場大家可以問專家，真的要討論，應該是這樣才可以討論。
- 二、還是回到原來的議題，我仍認為既然上次已經決議，還是要從這些款項流用，我們討論重點應在於有多大彈性，我支持給健保署彈性，應該回到這個層次議題來談，否則今天會議開到下午 3 點也無法結束。

何委員語

即使開會到 5 點，我也可以跟周委員穎政繼續談。

周主任委員麗芳

請葉委員宗義。

葉委員宗義

我擔任健保署藥物共同擬訂會議的代表，當初 C 肝口服新藥的廠商 4 家，後來變 3 家，一開始納入健保的支付價是 25 萬元，現在已經降為 20 萬元，所以納入健保後，價格幾乎都會一直減，我相信未來也可能變成只有 10 萬元。今天講了兩個方向，到底 C 肝是不是政策推動的方向，如果是政策，我們就依照政策方向去推動，如果不是，就用一般原則去處理。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

本復議案已提出，上次委員會議大家也都同意治療，錢從哪裡來，也有方向，我們也很認真的一個個去看，除了「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」這樣的風險基金需要仔細管控，其他像周委員穎政的講法，稍微有一點彈性，這個案子應該不用討論太久，沒有人反對就這樣做。

周主任委員麗芳

請賴委員進祥。

賴委員進祥

我試著提出一個可行的折衷方案，希望讓提案委員的用心，能受到全體委員的重視，也讓整個案件的推動，不致遭到太大的窒礙。建議本案的決議為：「由案內所提的 3 項預算項目優先流用，如果經費確有不足，再從其餘 9 項流用」。也就是說我們尊重本案精神，但也兼顧執行上的困難問題。

何委員語

主席，我反對。

周主任委員麗芳

先請吳委員榮達。

吳委員榮達

一、今天原本決定不發言，但剛剛何語委員發言之後，我覺得我還是要發言並留下紀錄，因為連上個月的案子我都反對，幾個理由要跟大家報告一下。第一，共擬會議在決定要不要把新藥或新特材納入健保給付，必須要考慮 2 項因素，一個是財務負擔，一個是給付條件或適應症。當初共擬會議將治療 C 肝的新藥納入健保給付，考慮健保財務負擔，訂有嚴謹的給付條件和適應症，去年總額協商時，就 C 肝所需經費，也是依照符合此給付條件和適應症的 C 肝病患人數而編列，如依照此一給付標準，

C 肝新藥所需經費是足夠的，但因健保署於今年放寬了適應症或給付條件，才造成今天經費不足的窘境。我們應該要討論的是，在什麼機制下，可以改變共擬會議原已決議的給付條件或適應症，而不會造成年度中因給付條件或適應症的放寬造成預算不足的問題。所以，這不僅是針對 C 型肝炎藥費專款，而是涉及整個制度的問題。

二、第二，在某個醫療給付項目，健保預算不足給付時，請問健保會有什麼機制，能在什麼樣的情況下來動用其他預算的經費？過去健保會的共識是其他預算內的各項目間不能流用，不是針對 C 肝，我講的是整體問題。

三、第三，我很訝異看到西醫基層委員參加連署，最近拜讀醫師公會邱理事長泰源的大作，希望健保委員改變觀念，能提供醫事人員比較好的報酬或給付條件。若健保放寬藥品、特材、檢驗等等的給付條件與金額，其實也等於會壓縮或虧待醫事人員的報酬提昇，有限健保資源會有排擠效應，這是非常明顯的，西醫基層委員的作法，是不是也造成互相矛盾現象。我們一直在談健保財務虧損擴大、安全準備一直存在減縮的危機，馬上將要面臨調整保費問題，因此，我們在醫療支出上的把關，似乎不該如此寬鬆？我本來不想講話，但我心裡很沉重，我們似乎該思考，是不是要為了 C 型肝炎藥費專款問題，把整個大制度面都破壞掉。

周主任委員麗芳

謝謝吳委員榮達語重心長的發言，請許委員美麗。

許委員美麗

一、當初何委員語提復議案的時候，有提出附加條件，所以我們參與復議案，今天若要討論修改的復議案，我想應該徵詢參與復議案的委員是否同意後來修改的復議案，我們一直認為要非常嚴格的執行再復議。107 年協定 108 年的預算金額，一定是參酌前一年度的預算、執行數，若每一項都依照前一年度去編訂，

顯然有他的用意。若同意全部挪用，讓健保署統籌執行，請問到目前為止，各項目的執行率如何？現在還看不到 108 年上半年的執行率，若同意讓健保署統籌挪來挪去，會不會影響下半年這些項目的執行？這樣不是有違當初總額禁止流用的精神？

二、例如「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」107 年預算 6.554 億元，實際執行 5.01 億元，108 年編列 6.054 億元，請問 108 年上半年執行多少？若我們無法看到各項目的執行率，怎麼授權讓健保署現在就可決定怎麼挪用各項目的經費？剛剛何委員語說「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8.22 億元希望在第 4 季才挪用，但大家說這樣接不下去，請問 108 年下半年各項的預算各要挪多少出來？沒有比例也沒有統合，統合是很危險的概念。

三、我們當初預想 C 型肝炎藥費專款可能不足，所以另外編列「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費」13.7 億元，健保署應該做預算管控，這是公家機關應該要做的，現在經費不夠，要動用其他項目的經費，現在才上半年，在各項執行率不清楚狀況下，我不了解復議案怎麼會擴大到如此的情形，若是這樣，會不會排擠到其他特定項目的給付，影響到下半年度的執行？我想各位若對於今天復議案有特別需要，可能要另外再提復議案或是提修正案，否則會違背當初所有參與復議案委員真正的意思。

周主任委員麗芳

我補充剛剛許委員垂詢目前其他預算項目的執行情形，請參閱補充資料第 28 頁，有 108 年 1~5 月申報數，請何委員語。

何委員語

一、我提出復議案的時候，心裡也是很掙扎，我認為應該要全部否決上次會議的決議，不准流用，這才是健保總額協商的精神。既然上次決議有 19 億元，但是有很多委員認為不該這樣做。而

我在研擬復議案時，發給每位委員並與他們討論，若有意見請馬上反映給我，所以到最後，吳委員榮達認為「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」要有保留期限，所以我加了「需保留至適當期限後，始得流用」這2句，加完之後我還是問所有委員有沒有意見，有意見就回復。我今天反對「這3項優先使用、若有不足其餘項目全部開放」，我反對到底。

二、23位委員連署已經超過半數，同意先做用這3項，任何時候健保署認為經費不夠，主動提案經付費者委員協商討論通過可以增加哪一項經費，那是健保署的事情，我今天提的復議案只是針對這3項。第3季以後，若健保署精算後覺得還是不夠，再來跟我們討論怎麼提復議案，那是另外一件事情。我今天反對這3項以外的其他項目開放流用，那是不應該的。

三、坦白講我寫這個案真的是內心掙扎，11年來從沒有提出復議案，從來沒有提出流用的案子，健保會成立至今，都沒有人提過復議案，或是流用任何款項。

周主任委員麗芳

謝謝何委員語對於提案的說明，剛剛賴委員進祥也提出復議案的修正案。

賴委員進祥

何委員開會時，發言內容總愛強調程序正義與法律之依據，並且動輒反對到底。請問復議案引用的「108年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則」具備什麼法律效力？「通則」，依照中央法規標準法的規定，法律得定名為法、律、條例或通則，「通則」就是屬於法律，法律要經過立法院三讀、總統公布，否則就不能稱之為「通則」，且不具備法的效力。所以上開協商通則，根本沒有法的效力，根據通則提出復議，提案本身就有瑕疵。但我今天不想跟你計較這些，如何解決問題，才是更加重要，而不要拘泥於「通則」，這個通則在我看來，根本就是狗屁，沒有法律依據！

何委員語

抗議！抗議！我跟你講，健保會成立至今，該每年度總額協商規定一直使用「通則」，你過去擔任衛生署大官，都沒有向長官提出糾正，是你的失職，你當公務員這麼久了未盡到職責。

賴委員進祥

抗議！不要人身攻擊！

何委員語

那你也跟我說「狗屁不通」的提案，我們在上一屆已經通過這個通則，你如果要把「通則」改為「規則」沒有問題，通則要立法院通過、總統公布，也是法律程序上的問題，但是至少裡面的條文是我們所有的健保會委員共同決議的事項。我今天沒有寫法律，我沒有寫「通則」是法律，我依據這個事項的條文提出復議案，至於它是不是法律，是另外一回事，但我遵守大家共同的決議事項，如果一定要深究，那我們就回歸大家共同的決議事項，禁止經費挪用。

周主任委員麗芳

謝謝兩造雙方的說明，請干委員文男。

干委員文男

回歸到本題，看看有沒有人反對復議案，沒有人反對這個案子，剛剛賴委員進祥所講的也是一個問題，吳委員榮達說明這是整個結構性的問題，還有許委員美麗提醒要關切各項目每個月的預算進度，如果真的要這樣，要請健保署每個月都要表列各項目的預算執行進度，如果要這樣，因為結算會有時間落差，也會是個問題，希望好事不要多磨，希望這個事情今天可以解決，也不要討論太久。

周主任委員麗芳

請葉委員宗義。

葉委員宗義

- 一、大家心平氣和好好溝通，這樣討論的氣氛會比較好，在座的委員都是為了健保好。我有連署本案，我支持本案。
- 二、我曾在車上遇到某位會務人員，他說已經離開健保會，問他為什麼離開，他回答因為很難搞，因為每開一次委員會議，會務

人員就要答覆、做紀錄，非常辛苦，有些委員說的都是小事情，不是大原則，但是搞到最後，上面有上面的政策，不能互相配合，兩邊很難做，所以就不做了。我也覺得他們很辛苦，幕僚要整理委員的發言做紀錄，還要送請委員確認，一天無法完成，衛福部是聘請我們擔任委員，最後核定總額也要衛福部的權限，所以我覺得要講大原則，太小的講太多，破壞感情也沒有意義，建議先休息 5 分鐘再繼續討論。

周主任委員麗芳

先不用休息。

吳委員榮達

剛剛我說的是大結構、制度面問題，但健保會上個月已經做決議，要用其他預算節餘支付 C 肝新藥經費不足部分，我在掙扎已經有決議後該怎麼解套，我一再思考，我提出一個建議讓大家再考慮看看，現在是 7 月，今年還剩 5 個月，將不足的 19 億多元分成 5 個月，看執行哪一個月沒有結餘款時，就不再動用。我跟何委員語一樣，內心在淌血，因為我們把整個制度都破壞掉了。

周主任委員麗芳

非常感謝吳委員榮達雖然語重心長、心情沉重，但還是幫大家共同解決問題，請問是不是有委員附議吳委員提出的修正案？(委員表示請幕僚先草擬文字)請何委員語。

何委員語

- 一、主席，我剛才已經有提出來，這案通過以後，待今年第 3 季結束，若經費不足，健保署還可以再來提出還有哪些項目可以挪用多少金額，我剛才已經很彈性的講了這句話。如果今天又要全部開放，我是反對到底的。
- 二、若經費還不夠，健保署可以提案，讓我們知道哪幾項可以再動用一點錢，健保署要提出來讓我們討論通過，委員不清楚哪幾項剩下多少錢，無法幫健保署提復議案，除非你告訴我，把它寫清楚，不然不可能幫你寫復議案，我剛剛已講過這句話。主

席今天應該先通過這部分，等健保署換算清楚，這3項可以挪用多少錢，預計這3項分配多少給C肝新藥，不足部分請第4季再提出來，這樣才是比較合理，不然對我們23位提案委員很不尊重。

周主任委員麗芳

請吳委員國治、許委員美麗。

吳委員國治

請教健保署執行面的問題，按照吳委員榮達提的建議案，要分月、分季執行避免影響原項預算使用，請問做得到嗎？

許委員美麗

- 一、就法律的人來講，其實提復議案對我來說很掙扎，但為了C肝病患利益，我們不得不從很多情形去處理。
- 二、剛才主席提醒可參閱補充資料第28頁，本復議案所提這3個款項的執行情形，目前執行率都是0，所以如果以這3項來流用是可行的。如果這次通過，假設委員或健保署認為還有其他項目可以在下一季流用，到時可以再提出復議案，看哪幾個款項會有餘絀，可以供健保署再來使用。其實復議案並沒有這麼複雜，需要討論這麼久，只要討論同意、不同意，不同意可另外提復議案，我不曉得為何會有這麼多復議案在這裡討論。

周主任委員麗芳

綜整各位委員意見，大家都有共識，治療不能中斷，如同何委員語所說，社會各界關心，C肝患者引頸企盼，各大媒體都有報導，健保會針對這件事情會有個定案。大家也都認同剛剛提案委員提的3個優先項目，許委員美麗、何委員語也提到，若3項經費不夠，再提案從其他項目支應，另吳委員榮達、賴委員進祥也稍微統整，建議從提案委員所提的3個預算項目優先流用，如果經費確有不足，再從其他項目流用，但健保署必須在健保會報告。

何委員語

我剛剛提的就是說，這3項優先流用，第3季結束後如有不足，健

保署要正式提案，讓健保會審議通過。我認為一定要經過這個程序，而不是放任流用，否則就違反了禁止流用的規則。健保會決議通過，白紙黑字決議通過沒有話說，如果只是報告，就違反協商禁止流用的精神。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

我還是堅決反對「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」的 8.22 億元可以流用，這是保命錢，誰都不知道何時會發生什麼事情，我堅決反對動用這筆款項。

周主任委員麗芳

我嘗試折衷大家的想法，先從案內所提的 3 項預算優先流用，經費確有不足，從其他預算項目予以流用，這個案子確實特別，感謝委員用心良苦，我們目標是一致的，但想法各有堅持，我先預擬決議，供大家討論再取得共識，有關本會上次委員會議對 108 年 C 型肝炎藥費專款不足案之決議，經委員提起復議通過，補充以下決議：

- 一、「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則」對於專款專用項目，有各項目不得互相流用之規定，惟考量本案為衛生福利部本年 6 月 22 日特別交議特殊情況，爰同意特別例外有條件流用。
- 二、為避免影響病人就醫權利，請從案內所提「其他預算」項下之 3 項預算優先流用，如果經費確有不足 19 億元，再從其他項目之結餘予以流用，其中調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費，請健保署評估適當時機後流用，且不受該項目之適用範圍與動支程序限制。

何委員語

我認為其他預算內的各項目之流用，還是要提報健保會通過，要白紙黑字做成決議，不是完全讓健保署自行流用，若這樣子那我們不用提復議案了，如果這 3 項用完了，其他幾項如有結餘要流用，仍

必須提健保會審議通過，我希望加這一句。

周主任委員麗芳

修正決議第二點為「為避免影響病人就醫權利，請從案內所提『其他預算』項下之3項預算優先流用，如果經費確有不足19億元，再從其他項目之結餘予以流用，並於第3季結束後，請健保署提送至健保會審議。其中調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費，請健保署評估適當時機後流用，且不受該項目之適用範圍與動支程序限制」。

吳委員國治

我贊成主席的裁示，不過想請教健保署，執行面上如何安排進程，可不可以簡單說明決算方式。

蔡副署長淑鈴

目前C肝新藥使用當然有名額限制，但使用藥物的決定權在醫生，應該是醫生決定手上病人是否適合使用C肝新藥，我們當然可以在人數上管理，這也牽涉到C肝病人的用藥權益。從C肝治療不中斷的觀點看，我們真的很難拒絕其中哪個病人說，你的權益比較晚落實。本署會將執行的結果提報健保會，一定會配合辦理。

吳委員國治

按照主席裁決，其他項目的預算都要執行完，結餘的錢才可以流用，不然會影響原先編列項目病患的權益，請問健保署可計算出第3季C肝新藥需要動支的額度嗎？

蔡副署長淑鈴

一、剛剛許委員美麗垂詢第28頁其他預算的執行情形，我們確實有列出1~5月的申報數，但是有很多項目都是之後結算的，從這裡不太看得出來，但是我們當然有過去執行的經驗，能大略推估其他預算中每個項目最後結算金額之預估值，對於哪些項目可能會有一些結餘，會較有把握。

二、至於今天所提出的3項(基層總額轉診型態調整費用、調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費、提升保險服務成效)，

我們也完全尊重委員會的決議，但是這 3 項現在很明顯，第 2 項(調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費)吳委員榮達認為要到年底才能動用，最好不要動用，若要兼顧，大概只有第 1 項(基層總額轉診型態調整費用)，但我們需要跟西醫基層總額部門談，他們在今年精算之後可能需要花費的費用，這個也是未知數，也就是我們在執行上大概的困難是這樣，至於所列的第 3 項(提升保險服務成效)，現在已經是用完了。

周主任委員麗芳

本案討論至此，請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

- 一、支持許委員美麗、何委員語、吳委員榮達的建言。
- 二、我要正本清源向大家提出，本案有沒有遵循國家的預算法？而健保法第 5 條第 1 項第 5 款規範我們的職責，我們得「監理」預算是否落實法令遵循，如未落實遵循，這樣妥不妥當？相對的，如果我們放棄了監理的職責，誰來監理我們？我們再想想該交議案是否在維繫制度、還是混淆制度，而我們是不是也被別人混淆在他們不當責的議題中，所以我還是簡要提點兩句話，如法受持，才能夠淨心行善。

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

我已經舉手很久了。

周主任委員麗芳

請黃代理委員振國。

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

- 一、我支持主席裁決，但現在最大問題是在操作面可能有困難。今年 C 肝治療還需要 19 億元，假設「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」這項預算的 8.22 億元不能動用，則可動用的「基層總額轉診型態調整費用」只有 13.46 億元，剛剛許委員美麗說的，108 年 1~5 月申報數為零，在這裡需要強調，這項預算的申報金額絕對不是零，只是目前還沒有結算，現在

都已經發生了，而且預期今年比去年一定會有十足成長，即使現在優先動用這項 13.46 億元給 C 型肝炎藥費，我相信還是不足。

- 二、我提幾個建議，還是保留彈性，請參閱補充資料第 28 頁，其他預算執行情形第 3 項，「支應醫院總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費等」專款項目，除 106 年執行率有 97% 以外，104、105、107 年執行率為 4% 或 5%，以此為例，預算流用應該需要保留彈性，才有十足的好處，否則限定某 1 項專款，相信健保署在執行上絕對會困難重重，也無法應付 C 型肝炎藥費這 19 億元，我認為應該給健保署比較大的可行性空間。
- 三、現在轉診結算時程是落後 1 季到 2 季，以 107 年結算為例，我記得到 108 年 6、7 月西醫基層總額研商議事會議才有資料顯示 6 千萬元的執行，時間延到半年後才知道執行結果，C 型肝炎病人不能等候治療，勢必在年底前就把這 13.46 億元用完，明年要用什麼預算項目編列？如果又要從其他項目挪用？我相信這個問題更大。

周主任委員麗芳

請周委員穎政。

周委員穎政

- 一、我覺得 C 型肝炎藥費大家討論這麼久，已經充分發表意見，我想我們最後 1 個核心觀點，如同主席所言，這是 1 個特例，幾位法律專家最關心的就是，這個特例是衝擊到過去制度，所以很多的堅持，這個特例以後不可以變成常態，我覺得大家的爭執點在這裡。
- 二、我相信大家能夠講清楚、這次先切割開來，以後不要再有這樣的做法，這次是特別處理，回溯以往，今天這個特例，是過去都沒有發生過的事情。當有 C 型肝炎新藥發展出來，從法律人觀點，算得出來在台灣有多少人需要這個治療，從公共衛生與醫學的專業觀點來看，這是件非常困難的事情，在做預算估計

時，不像我們過去估計其他預算一樣，相對有一定的準確度，所以才會產生今天很大的落差，因此產生這樣的爭議點。

三、我相信沒有人想用這個例子，去突破過去我們做的很多規範，我們是否可以切割它就是一個特例，希望幾位委員不要這麼堅持，吳委員榮達若有興趣，我們再找時間研究看看制度要怎麼改，但是 C 型肝炎藥費確實不是一個很好的例子，我們再找一個時間討論整個制度要怎麼處理，不然這個案子卡在一起，今天真的會沒完沒了。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、主席，今天你已經做成決議了，大家還可以繼續一直發言嗎？
- 二、我們 23 位委員，已經同意 108 年度調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費 8.22 億元，為調節 108 年度非預期風險特殊用途，需保留至適當期限後，始得流用。
- 三、我們已經授權健保署去調節與彈性運用，目前吳委員榮達反對到底，認為今年結束後才能使用，這跟我們 23 個人的認同不一樣。
- 四、過去從未把這項預期風險的經費全部用完，蔡副署長淑鈴也在這裡，11 年來沒有全部用光，最多使用到 50%，有時候是 0、10%或 20%不等，所以我後面加了這一句，最重要是讓健保署有彈性運用空間，可以保留一點點私房錢，你也可以將屬於 107 年 12 月份名額，到 108 年 1 月份才結帳，不是馬上釋放名額就馬上結帳。
- 五、我們 23 位委員都同意提案內容，我之前都送給每個人認同後才送到健保會納入議程，我跟他們說，對於我的文字有什麼意見要於下午 5 點以前回復給我，我很尊重每個委員，一個一個打電話徵詢，他們都已經同意這樣做，你不可以說禁止這項 8.22 億元一毛錢完全都不能挪用，我的意思是這樣。

周主任委員麗芳

- 一、補充說明一下，剛才決議為 2 點，其中講到「第 3 季結束後」這幾個字刪掉，就是請健保署提送流用項目，即當這 3 項都用不夠，已經要用到其他項目時，不要等第 3 季以後，就是真的救急便可以提報過來，就算是 9 月也可以提報，不要限制第 3 季結束後才能提報，所以刪除這幾個字。
- 二、何委員語剛才也補充說明得很清楚，有關調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費 8.22 億元，我們授權健保署評估適當時機後流用，不受該項目之適用範圍與動支程序限制，保留彈性給健保署處理，本案討論至此，進行討論事項第 2 案。

陸、討論事項第二案「建請衛生福利部依法公告實際平均眷屬人數，並確實調降全國相關投保單位負擔員工健保費之計費基礎，改善目前不合理的收費案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請提案委員補充說明。

陳委員炳宏

- 一、謝謝，有關依法調降平均眷屬人數案，何語委員與我已相繼在本屆第 1、2 次委員會議中積極提出，同上屆李永振委員多次詢問的結果一樣，署裡仍未具體回應有關健保法第 29 條所定的「實際平均眷屬人數」；本案攸關改善「全國公民營事業、醫療機構、公私立學校等投保單位」長期負擔「不合理、不合法」健保保費計算基礎！
- 二、實際平均眷屬人數，是計算投保單位應繳保費的重要依據，目前雖得不到明確答案，但是我們參酌內政部戶政司「戶籍人口統計速報」資料推估可得知，目前平均眷屬人數確實已低於 105 年 1 月 1 日公告平均眷屬人數；反觀，「如果」今天平均眷屬人數「假設高於」105 年當時公告的人數，情況就不一樣了，政府調升投保單位的健保保費計算基礎，是不是就不會那麼被動！
- 三、綜觀台灣目前經濟，今年上半年台灣製造業採購經理人指數 (PMI)，6 個月中就有 5 個月呈現在緊縮狀態，也就是說台灣企業的新增訂單、生產數量及人力雇用等情形，轉為下降，尤其是在 5、6 月連續緊縮的狀況明顯，6 月份指數降到 48.1%，可以顯示台灣企業在中美貿易衝突下，所面臨的困境與挑戰不容忽視；本提案，既符合且遵循健保相關法令規定，又能改善對目前投保單位不合理計費基礎，實質降低多數企業的經營成本，並對台灣經濟帶來正面的影響，這才算是全民期待的負責任做法。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、因為此案是平均眷口數的問題，所以我們 5 位雇主委員聯合提這個案，最重要的一點，健保費的費率與平均眷口數是兩碼子事，不可以說費率是多少，平均眷口數就不能調降，這是兩件事情，我們認為你不調降平均眷口數的法令依據跟公平性在哪裡？平均眷口數應該調降就要調降，要提高健保費費率是另外一件事情，不可以把健保費費率跟平均眷口數完全綁在一起，這是不合理也不合法。
- 二、從健保開辦以來，實際上超收雇主平均眷口數的金額是相當龐大，超過 500 億元、600 億元以上，但是我們一直不斷提出至少要公平合理負擔平均眷口數，但要調整健保費費率是另外一件事情，該調整健保費費率就調整，但該調降平均眷口數就要調降，我們的觀點是在這裡。
- 三、另外，今天健保署也提到，整個加保的人數是有成長，成長的是外勞跟外籍人士，因為我們出生率越來越低，平均每個婦女僅生下 1.218 個孩子，所以我們提本案的用意，是因為從 105 年開始，已經 3 年沒有調整，這是很不合法且不合理的一件事。

周主任委員麗芳

請林委員錫維、周委員穎政。

林委員錫維

- 一、平均眷口數的問題，我認為現在是 0.61，雇主代表都希望可以調到 0.57，我的意思就是，實際平均眷口數應該是要健保署這邊做一個計算，等到計算出來是否符合整個雇主代表的要求，雇主代表剛剛一直強調，關於整個調降或調漲健保費費率，與平均眷口數是沒有關係，我也是認為，平均眷口數應該按照實際情形，不應該超收雇主的平均眷口數，實際沒有達到這些眷口數，竟然要收這麼多錢，我認為這是不公平。

二、我在這裡希望健保署是不是可以根據實際情況計算平均眷口數，再提報我們健保會，不要說今天一定要有所決定，一定要是 0.57 或是完全不能接受，我們應該根據健保署依實際情況算出之後，再來做一個探討，我的建議是這樣，不要一個案子一直在攻守之間，搞了兩小時還沒有做成決議，因為這個已經都有現成資料，我認為應該算出一個實際數據，然後提報下一次會議，用更快的時間討論做一個處理，我的個人淺見是這樣，雇主代表這邊是不是可以接受讓健保署在實際算出來平均眷口數後再做決定。

周主任委員麗芳

請周委員穎政。

周委員穎政

- 一、我認為目前確實會超收雇主的錢，這確實對雇主而言是不公平，這裡面會牽涉一個互動，整個健保財務制度，是由個人、雇主、政府分攤，這樣某種程度上會影響雇主負擔。
- 二、整體來說，當錢不夠，保費就要提高，要分攤到政府、雇主跟個人的身上，有一個公平性的問題，我比較關心的是，我們是在處理制度性的問題還是一次性的問題，顯然從勞動市場角度看來，平均眷口數隨著時間點會有變化，未來隨著少子化，可能降到某個程度又會彈升上來，從制度角度來看，每幾年精算一次費率就要調漲保費，是把平均眷口數當成動態指標還是靜態指標，這會牽涉後續處理方式的不同，健保署可不可以提出當初精算報告，怎麼規劃平均眷口數，亦即精算費率時採用的這段期間，是用固定的規範，還是有其他規則來搭配，此屬源頭的問題，希望健保署提出相關數據再來討論，我同意這件事要解決，只是處理一次性問題的話，無法處理長期平均眷口數是動態指標的問題。

周主任委員麗芳

先請社保司說明，再請健保署說明。

商委員東福

謝謝各位委員、尤其是提案委員對本案的關心。平均眷口數這個問題，每位委員都可以理解這對我們健保財務的影響很大，我也體會到委員們有這樣的訴求，也知道委員們為了維護健保的發展而長期體諒。剛剛大家也有提到整個健保財務如何去評估，依法這是由健保署公告，所以我在這裡，還是感謝各位委員的關心與體諒，也請健保署幫忙說明一下。

周主任委員麗芳

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、謝謝各位委員，關於平均眷口數的議題，感謝雇主長期對健保制度財務上的分擔，真的非常感謝，這是全民之福，雇主在這當中扮演非常重要的角色。
- 二、平均眷口數公告已經調整過 7 次，過去一段時間，我們確實也需要檢討，也同意大家提出這項問題，剛剛有提到我們要計算這個數字，也有委員提到要從精算費率中探討平均眷口數是一次性問題還是動態因素，這些事項是不是容我們下一次委員會議提出完整報告？但我們在這裡要跟大家稍微簡單報告一下，其實平均眷口數對健保財務的影響真的是非常大，若從 0.61 降低到 0.58，我們 1 年要減少 47 億元，其中企業主減少 30 億元，政府減少 17 億元，這樣當然很快會壓縮到的是收入減少，收入減少在目前我們年度財務已經赤字狀況下，當然每年虧損就會增加，虧損增加就會連帶要用安全準備來挹注，本會也訂有財務收支連動機制，這樣環環相扣，是不是容我們下次委員會議提出完整報告後再作決議？謝謝。

何委員語

- 一、這不是動態、單態、多態的問題，這是健保法第 29 條所規定，政府每年年底都要將實際平均眷屬人數加以公告，從第 2 年 1 月 1 日開始作為徵收依據與標準，這就是每年要公告，為什麼

不公告？該公告就要公告。

二、本案的擬辦已述明，平均眷口數現在已經降到 0.6 以下，降到 0.57 左右，就應該要公告，但如果明年實際平均眷口數是 0.65，就公告 0.65！我們並沒有反對不可以公告調升，若大家生很多孩子，你就公告調升，我們沒有反對你公告的數字，但是你應該每年要公告，依照健保法第 29 條規定，你每年就是要公告，為何你不公告？

三、健保費費率調整是另外一件事情，平均眷口數公告是一件事情，健保費費率調整是一件事情，我們沒有說過不能調整健保費費率，但你平均眷口數該公告就公告，如果公告到 0.57，未來孩子生很多，老人死亡人數也低，而使平均眷口數要增加，你就公告，我們也沒有說不准公告提高平均眷口數。

四、請衛福部遵循健保法相關規定，公告實際平均眷屬人數，並確實調降全國相關投保單位負擔員工健保費之計算基礎。你也可以說我要調高平均眷口數，作為投保單位負擔員工健保費之計算基礎，以改善目前不合理的情形，若現在實際的平均眷口數是 0.62，要跟我們收 0.57 也是不合理，對其他健保付費者也是不合理，是偏袒資方與雇主，我們要的就是實際數字，平均眷口數確實是多少就公告多少，是 0.65 就公告 0.65，我們也沒話說，但如果不是 0.65，是比 0.61 高，是 0.62、0.63、0.64，都可以公告，我們要的就是實際平均眷口數。

五、健保費費率要不要調整，由大家來決定，不可以拿雇主的平均眷口數來談，政府也是雇主，學校、機關團體都是雇主，所以我們的意見就是說，本案的擬辦裡面，希望你們公告實際平均眷口數。

周主任委員麗芳

請蔡副署長淑鈴補充說明。

蔡副署長淑鈴

明年的平均眷口數，若依照 107 年資料為基礎來計算，明年平均眷

口數要公告應該是 0.58。

何委員語

你們就應該要正式公告，109 年公告平均眷屬人數 0.58。

蔡副署長淑鈴

我們會依法公告。

葉委員宗義

主席，讓我說一下，這樣好了，尊重我們蔡副署長淑鈴意見，依照他的意見解決。

周主任委員麗芳

請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

這個案由是寫調降，其實何委員語的意思應該是調整，該往上調整就往上調整，該往下調整就往下調整，我認為平均眷屬人數應該按照公式計算，並依法辦理，盡到每年公告的責任，所以建議宜改為調整。

周主任委員麗芳

一、剛才蔡副署長淑鈴也說明健保署內部也有做財務精算，我要跟大家補充說明，陳部長時中非常關心健保，針對這個案子也非常關切，批核請健保署依法公告，請大家可以放心。

二、本案決議為，基於保險業務監理之立場，建請中央健康保險署依全民健康保險法施行細則第 68 條規定，每年公告全民健康保險法第 29 條所定第 1 類第 1 目至第 3 目被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數。

三、現在休息 10 分鐘，再進行討論事項第 3 案。

(休息 10 分鐘)

柒、討論事項第三案「增刪修訂『全民健康保險醫療品質資訊公開辦法』第2條第1項第2、第3款之附表一及附表二指標項目案」
與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

請李科長待弟說明。

李科長待弟

- 一、本案係健保醫療品質資訊公開辦法之公開指標項目的增修案，主要是有3個理由，第1，本署對已公開的醫療品質資訊，會定期檢討已經公開的項目；第2，立法院第9屆第6會期社會福利及衛生環境委員會第19次全體委員會議議事錄決議，請我們增列有關於兒童相關的醫療品質資訊；第3，牙醫師公會來函，表示今年3月1日起健保牙醫門診總額牙周病統合照護計畫已導入支付標準，相關指標名稱需要修改或廢除。
- 二、本署依程序於今年1月份發函請各醫事團體、專科醫學會、消費者團體提供相關意見，於今年4月30日召開討論會議取得共識，提到本次會議討論。這次指標增修共有21項，包括4項整體性指標、17項機構別指標，而新增指標共有8項，包括1項整體性指標，7項機構別指標，刪除指標共有9項，包括2項整體性指標，7項機構別指標，修訂內容或名稱有4項，包括1項整體性指標，3項機構別指標。整體性指標的部分，請委員參考會議資料276頁之詳細資料。
- 三、彙整上述會議修正部分，跟委員說明：

(一)整體性指標：

- 1.新增1項，是依據本會第3屆107年第5次暨第1次臨時會議之決議，請我們新增「清淨手術術後傷口感染率」，這項指標屬於醫院總額新增之整體性指標。

- 2.刪除 2 項，第 1 項是「急性病床住院案件住院日數超過三十日比率」，這項指標因為與醫療品質沒有直接相關，經過會議決議刪除，也是屬於醫院總額；第 2 項是「牙周病統合照護計畫執行率」，因為牙周病統合照護計畫已導入支付標準，所以按照牙醫師公會建議，經過討論，予以刪除。
- 3.修正指標名稱 1 項，同樣是依牙醫師公會建議，將指標名稱之「照顧計畫」改成「治療實施方案」，修改後的指標名稱為「牙周病統合照護實施方案後之追蹤治療率」，因為已經導入支付標準，依照牙醫師公會建議，也在會議上通過，予以刪除。

(二)機構別指標：新增 7 項、刪除 7 項及修訂 3 項疾病別指標。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、對於以上醫療品質指標的修訂，訂得很清楚，我沒有意見。
- 二、想請教蔡副署長關於中西醫合併治療的問題。腦溢血的病患，目前健保有中西醫合併治療的服務，但有的醫院連讓中醫進入，都不可以。是否可以訂一個指標，讓病患可以提出要求併同中醫的服務，醫院可不可以讓中醫進入，還是怎麼解決這個問題。不然前面弄好了，後來如果沒有昏倒或怎樣，除了在醫院使用抗凝血劑以外，沒有其他復健？如果沒有，第一個健保浪費，第二個延遲治療，中醫的針灸在這方面做得很好，若病患要求讓中醫可以進去，但有醫院連問都不能問，比較大的醫院，有的做得很好，例如長庚醫院有中醫科別、馬偕醫院採外聘方式，這些都是可以約定的。我認為既然有中西醫合併治療的方式與目標，希望也可以訂一個相關的指標。

周主任委員麗芳

委員有沒有其他意見？(未有委員表示意見)，剛才干委員所提，就請健保署參考。本案照案通過，請健保署依法定程序報主管機關核定發布。

捌、討論事項第四案「建請中央健康保險署會同醫院總額部門研議 109 年度總額協商草案，將『提升住院護理照護品質』項目，由一般服務項目重新移列回專款項目，以便專款專用和真正改善護理人員待遇，讓本會編列預算美意真正能夠落實案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請干委員文男說明。

干委員文男

一、趙委員銘圓有重要事情先離開，請我代替他說明。

二、「提升住院護理照護品質」項目的執行，從 104 年以後已由專款轉移為一般服務，但在一般服務當中，到目前為止，我們不知道進行的狀況，這筆費用滾入基期後，究竟花了多少在護理照護，我們錢都付了，卻不知道執行率，護病比改善情況怎樣，基層方案又如何等等。以前在專款專用時可以看出來，但現在醫院評核時，沒有辦法做出來讓我們看，就我們所聽到，是護理人員一點感覺都沒有，這些年來都沒有感覺。所以希望是能夠回到專款專用，這樣的話，一定會有執行成果報告。

周主任委員麗芳

桌上有一份剛發送的書面資料(如本議事錄第 81 頁)，請護理全聯會張委員澤芸說明。

張委員澤芸

因為今天個人聲音狀況不是很好，為讓表達內容更清楚，容我邊說明，也請各位委員邊參見書面內容。

一、首先說明，此項經費係 104 年由專款轉移回一般服務項目迄今，我們感謝歷屆健保委員對護理專業的關心與支持，護理人力佔醫院全院員工將近 45%~50%，是醫院提供病人照護最重要的人力之一，所以護理人力的穩定，絕對直接關乎照護的品質，這些年健保經費挹注的結果，相信是所有在座委員所關切的。

二、事實上，從會議資料第 94 頁附表中，可以看到一些指標的實證

結果，其中包含自 98 年至 107 年以來，3 個月以上年資護理人員離職率的逐年下降、2 年以上年資護理人員比率逐年攀升，以及每月 VPN 系統公開揭露之急性一般病房全日平均護病比的發展方向越來越理想，可見穩定的健保費用投入對於急性一般病床護理人員的留任是有所助益。

三、除健保經費挹注外，其實護理人員留任因素是多面向的，所以近年來護理全聯會除爭取「提升住院護理照護品質」項目費用外，亦於 104 年爭取合理護病比列入醫院評鑑的重點項目，以及 108 年 2 月爭取最低護病比入法。在護理人力監測上，於 106 年 5 月爭取加列急性一般病床實際提供照護之護理人員數指標及 107 年 12 月 1 日新增「年資未滿 2 年之護理人員離職率」指標，本會將會持續觀察這些指標的趨勢變化。

四、至於委員關心基層護理人員是否有感，護理全聯會近幾年皆在全國分區舉辦基層護理人員座談會，說明健保經費中有特別提撥「提升住院護理照護品質」方案費用，要來提高護理人員的薪資待遇，或許要讓 10 餘萬護理人員明瞭，的確不容易，但我們會繼續努力；雖然這幾年來護理人員的薪水待遇確實是有所成長，可以從勞動部資料，99 年平均薪資為 40,060 元，至 107 年已達 46,770 元，調幅約 16.75%，但相較他們在臨床的付出，如輪班、24 小時提供照護、日夜作息顛倒及沒有固定例假日等付出，護理人員的薪資仍然還有繼續調升的必要。

五、今天這個提案在護理全聯會已經過審慎的討論，希望這筆經費仍然列在一般服務項目，若要監測這筆費用是否用於護理人員薪資的調整，可請醫院提報護病比加成費用的用途，甚至在網站公開揭露資訊，以回應委員的關心。另外，想要釐清會議資料第 97 頁附件所列 108 年的 12 億元，主要是用在急重難症的支付標準修正，並非全部用於護理費，事實上醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議目前仍在討論中，若這 12 億元，都能給護理人員，我們也會很感謝，但為免誤導，特別在此提出說明。再次感謝健保委員的關心，希望繼續給我們支持與肯定。

周主任委員麗芳

依護理全聯會的意見，是希望將相關預算項目維持在一般服務。但因本案涉及 109 年度的總額分配，恐怕也不是今天就可以決定這個項目要放哪裡。請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、健保會於協商 104 年度醫院總額時，依據健保署以及醫院部門研擬的方案，同意將提升住院護理照護品質項目之 20 億元，由專款項目移列至一般服務，主要是認為，若是健保對護理服務支付不足，長期應以調整支付標準為方向，才有穩定的財源，而且移列至一般服務，可以讓相關費用隨年度總額一般服務成長率逐年成長，並將護病比明訂於支付標準，與護理費支付連動，依不同護病比給予住院護理費加成，使支付標準可以反映護理人力，有助於改善護理人員的就業環境，讓更多護理人員久任或回流職場，確保病人安全及照護品質。
- 二、本案建議將【提升住院護理照護品質】項目，由一般服務項目重新移列到專款項目，因其涉及 109 年度總額協商，如主席所說，涉及 109 年度醫院醫療給付費用總額及其分配方式之協議訂定。我們也尊重護理全聯會張委員澤芸的說明，這項預算還是要留在一般服務，我們可以理解。但還是要遵循協商程序，由健保署會同各總額部門於 8 月份先預擬協商因素，專款項目及其他預算規劃草案，於 9 月份再提到本會協商，最後的程序還是要經過我們協商才可以確定。
- 三、我剛剛表達的還是尊重護理全聯會，因為他們是當事者，整個醫療環境對他們的照顧及其應得的福利，他們比較清楚，我們關心的是，怕預算分配到醫院，護理師沒有同等享受到，這才是委員所擔心的，既然護理全聯會這樣說明，我們予以尊重。
- 四、我們要請健保署持續監測預算的支用情形及條件，以激勵護理人員進入職場，並留在職場，我們還是請健保署繼續努力監測。

干委員文男

- 一、尊重蔡委員登順與護理全聯會的意見，但我也要請健保署調查，你們很會查，以補充保費為例，只要超過健保法第 31 條第 1 項所稱所得及收入標準，都查得到，很清楚，所以這件事，也可以做調查，從稅務資料看，薪資只要領過，就一定會申報。請健保署做一個指標去查，薪資若還是只有 3 萬多元，顯示成效還不明顯。但既然護理全聯會同意這項費用繼續留在一般服務，我們也沒話說。
- 二、站在社會公平角度，應該可以從稅務資料看清楚，我們可以追蹤，也可以查，每一年相關預算增加多少，希望建立出一個正確的比例。如果我們沒有編列預算，護理人員的薪資不調整沒關係，現在有編列預算，但他們卻沒有感受到，我們聽到心理都很難過。

周主任委員麗芳

請李委員偉強。

李委員偉強

- 一、台灣醫院協會理事長翁委員文能因公務必須先離開，指示我一定要參與這個討論案，並且將醫院協會立場表達清楚。基本上，3 個層級的醫院都希望把預算留在「一般服務」裡面，當然 8 月份我們擬訂 109 年度總額協商項目時，也會再深入討論。其實護理相關的指標，現在真的很多了。對醫院來說，每個月要提報每個病房護病比，不是全院的平均護病比，而是每個病房的護病比，光這個數字定期要報到健保署、衛生局、評鑑，這是最直接的成效指標，此外，還有很多其他相關的指標。
- 二、剛剛干委員文男提到，本案是因為聽到護理人員的反映，但全國執業的護理人員有 16~17 萬人，一定有不同聲音，剛剛護理全聯會的代表張委員澤芸提到，現在各醫院面臨最大的問題，是如何招聘足夠護理師，醫學中心會比區域醫院好招，都會區又比鄉村偏遠地區好招，因為大家都在搶護理人員，有些護理人員在學生時代，就被醫院選定，甚至醫院會提供獎學金，訓

練 10~20 位、甚至 100 位護理人員，畢業後直接到那家醫院服務，徵才已經到這般激烈的程度。護理人員薪資大家看數字，但這是全國平均數字，以台北來看，剛畢業的護理人員，到醫院一開始常常都 4 萬元起薪，診所我不敢說，但醫院都是如此，因為醫院的工作確實很辛苦，要輪三班，在座很多都是企業代表，現在大學或碩士畢業的起薪多少，大家都比我清楚。

三、這 10 年來，經過各方關切，讓護理人員薪資逐漸變高，我想效果是有出現。以我服務的醫院為例，為了留住護理人員，除了家住大台北的護理人員外，其餘都儘量安排宿舍，另護理人員還有其他相關福利。

四、在醫院，除了醫師、護理師，還有藥師、物理治療、職能治療師等等，有很多專門職類的員工，他們的聲音，醫院多少也會聽到，當他們看到護理人員薪資越來越高，相對藥師的薪資也在提高，將來其他職類人員的薪資，也會越來越高，這是整體性的。所以不只針對護理人員的薪資，是不是除了客觀指標，還有主觀指標，或許將來可以討論一下，但請不要忽略其他類別的醫護人員，包含將納入勞基法的住院醫師，這方面的討論真的也很多。最後要重申，醫院協會支持護理全聯會代表的回覆意見。

周主任委員麗芳

請何委員語及謝委員武吉。

何委員語

一、起初提案人是趙委員銘圓，今天因有事先離開，當初會提這個案，就我所知，是因為得到護理界的訊息，至於是不是護理全聯會理事長或其他人的訊息，我不知道，也沒有詳細問，但他得到一些護理界的訊息，希望把護理照護費用的 20 億元，拉出來做專案，因為他們認為由健保署掌控護病比，以及撥款花費都很明確。

二、我請教過一些醫院主任，無可否認，有些醫院主任跟我說，很

多經費是挪來挪去，沒有一家醫院明確說這筆錢一定要給護理師，可能作為獎金、津貼，可是也可能會挪用到整個部門的共同獎金、共同津貼，這是一個很知名的主任跟我說的，我不清楚細節，但我會非常尊重護理全聯會的意見。

- 三、當時趙委員電話中請我連署，我說好吧，幫你連署，因為他一定有得到某種訊息才會提案，不然又不是吃飽太閒，寫得很辛苦，護理全聯會又說不要，這裡面都有壓力、很多眉角。我也覺得是幫忙趙委員銘圓提案，但同意尊重護理全聯會，我跟蔡委員登順一樣，希望健保署做好管控，護病比的規劃以及剛剛提到的一些意見，我也非常認同。

謝委員武吉

- 一、很感謝我們 4 個委員提這個案子，我要跟各位報告，104 年後，在醫院的護理工作同仁留職率是提升的，離職率是下降的，真的，我是跟各位說，為什麼會產生這樣很大的反應？因為你撥在一般服務的費用變成固定費用，醫院給薪資的時候自然而然固定會撥給護理同仁，跟各位說，要給的方向是多方面的去獎勵我們的同仁，今天翁理事長文能要走的時候，請我和李秘書長偉強，一定要跟各位委員說清楚、講明白。
- 二、我現在要說，醫院中護理工作人員一定要有底薪，有底薪後才有執照費，這些都要依照規定辦理，請問藥師公會古理事長博仁是不是這樣？應該都是吧。接著會有一個加班費、值班費，值班費有分大、小夜班，小夜班至少 300 元、大夜班 600 元，是以元計算，不是點數，不是乘以 0.9 的點數，所以我們加班費和值班費都會一直增加。還有獎金，以我們醫院為例，為了服務品質提升，獎勵方案的原則是，如果有預約排診患者檢驗、檢查，一定用電話先通知患者，跟他說哪時候跟醫師有預約，是哪個時段，你何時來。
- 三、我們醫院有這樣服務後，我收到這位長年移民美國的女士投書意見箱，裡面用中英文表達意見，她不是批判，講的非常好聽，

我將英文跟中文比對過。她講的是說，到我們醫院看診，要做胃鏡檢查，我們醫生跟她婆婆說，要做胃鏡檢查，沒有麻醉，要直接進行，因為我一直反對無痛檢查。所以說，她婆婆會怕，我們醫生就安慰她婆婆，我們護士在旁邊跟她婆婆說，別擔心我們一定會好好幫你服務。她用英文、中文投意見褒獎我們醫院的跟醫師、護理工作同仁，並表示在美國無法看到地區醫院的服務能比醫學中心更好，這態度是很難得的經驗，在健保署得到的結果是很好的。

四、大家可能認為我的醫院不大，但我們醫院的醫師都是大牌的名醫，舉例來說，黎國洪教授過去曾任高雄榮民總醫院副院長，目前就在我們醫院當教學副院長，是胃腸肝膽科的教授，他做事情很仔細處理，所以在整個流程，我們有獎勵方案，胃鏡檢查後，還要洗滌、消毒，這些都還有費用給護理工作同仁，這是大家可能都不知道的。

五、我們的醫療品質可以提升到世界級的第一、第二名，老實說是因護理工作而造就，當護理照護費用補在一般服務費用中，醫院自然而然就會補給護理同仁，不會有一餐、沒一餐的，所以品質就會一直提升。翁理事長也請我們，一定要跟各位說明非常清楚，才對得起提案的4位委員。另外，對於今天護理全聯會所提出的意見，我要回饋張委員澤芸，您的看法是完全正確。因為這樣的話，才不會導致護理同仁薪資有一餐、沒一餐的現象。

周主任委員麗芳

本案是有關 109 年度的總額協商議題，委員要現在表達意見？或等協商時再說？(委員們表示要發言)。請鄭委員建信、干委員文男、葉委員宗義

鄭委員建信

會議資料第 91 頁說明二，其實經費放在一般服務項目時，滾入基期後，預算是不斷增加，會議資料第 94 頁，本會幕僚也有補充說明。

如果是這樣，我們可以想像照護品質應該不斷進步中，可是我們看到 106、107 年病人的感染率、發生率，已停止下降，甚至開始上升；出院病人跌倒發生率是維持，並沒有因為經費增加而更加改善；出院病人壓瘡發生率也是如此；3 個月以上年資護理人員離職率，在 107 年也增加，是不是我理解錯誤？事實上，看起來移入一般服務項目之後，效果已經到了盡頭，無法再發揮當初預期效果？

干委員文男

- 一、我還是重複一下，尊重護理全聯會的意見與立場，但是我們也有疑慮，如果護理照護費用有成長，卻有關床的問題，這樣的擔心是永遠存在的。
- 二、這項預算留在一般服務，如果說滾入基期，有正常的給你們薪資，薪資是勞力跟時間換取的，薪資是很公道的，不像獎金是恩給的，我想給你再給你，不想給就不給。本項提案是我們關心全國護理人員，我們訪視時都注意到，在我們提問後，將護理人員的反映都在本項提案表達了，至於未來如何處理，我們尊重護理全聯會，也尊重謝委員武吉及李委員偉強剛才所表達的意見。
- 三、最重要是現在費用已滾入基期，健保署要有指標來監測，不然最簡單就是調閱薪資，看 3 年前、3 年後薪資有沒有提升，一看就出來，收到的總數，若是多一點，就要增加補充保費，沒有就不用，監測得到的東西，就不用說太多。我們消費者是希望以後不要因為缺少護理人力而關床，這是我們所知道的，也是很多民眾的反映。

葉委員宗義

- 一、我們要尊重健保署的意見。昨天在醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，也有營養師提出要新增他們在加護病房的照護費用，但醫護人員薪水是醫院的營運成本，這些費用過去也由醫院支付，而不是被保險人承擔。醫療服務項目包山包海，若健保每項都包，財務上有辦法這樣支應嗎？未來再有類似的

訴求時，健保署又該怎麼辦？

二、我並非反對護理師相關預算，而是因為這牽涉到整體醫事人力成本，所以建議由健保署提出最適處理原則，並持續監測護理人力的變化及運用情形。

周主任委員麗芳

一、本案決議如下：

(一)本案涉及109年度醫院醫療給付費用總額及其分配方式之協議訂定，宜遵循本會議定之總額協商程序，由中央健康保險署會同醫院總額部門研議規劃草案時併同考量。

(二)委員所提意見，送請健保署參考。

二、請進行討論事項第5案。

玖、討論事項第五案「建請中央健康保險署每年度 4 月份公布前一年度外籍人士保險費收入及醫療使用統計表給健保會委員瞭解案」
與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請提案委員何委員語。

何委員語

最主要就是希望每年都給委員這個資料，不要總是要求委員到會裡提案才給資料，這樣子不好，因為我打電話要的時候，得到的回覆是這樣。另外，委員也有大、小咖，因為我們到現在都不知道評核結果每個部門都是「良」。

周主任委員麗芳

是「優」！

何委員語

我們不知道全部都「優」，都是後來才知道。至於本案我想就不必討論，就照案通過，因為健保署也答應每年要提供。

周主任委員麗芳

請干委員文男、謝委員佳宜。

干委員文男

我們不單要知道在台外籍人士參加人數有多少，還要知道投保的外籍人士每人每段時間用了多少醫療費用。現在已經投保的在台外籍人士，算是健保的人口紅利，但也有一些依親人士，這就很麻煩，年紀大了有需要就也多少都會用，希望該筆醫療費用也能夠跟人數一併報告。

謝委員佳宜

一、想要請大家注意一個數據，在會議資料第 102 頁，有關 106 年外籍人士保險費暨醫療使用統計，身分別有被保險人跟眷屬，剛剛干委員文男強調，要監控他們使用醫療費用的情形，不過

眷屬的定義，建議請健保署提供資料時，應該要區隔，是為本國人的外籍配偶，還是純粹來台工作外國人的眷屬？因為外籍配偶在入籍前會有一段時間，在沒有變更身分前雖為國人之眷屬，但他其實還是外籍人士，這部分應與外國人之眷屬有所不同。因為國發會也在做外國人才的引進，這樣的數據對我們很有參考意義，有需要的話會後會再跟健保署做一些分析及合作，因為外籍配偶應該要分開處理。

二、剛剛委員擔心的是因為就業、來台灣工作來台依親的眷屬，不過現在規定隨同居留的眷屬，只能是配偶跟未成年子女，只有在外國專業人才延攬及僱用法，放寬了 20 歲以上的成人身障子女可以隨同居留，這一部分的醫療費用可能是我們要擔心的部分，未來需加以監控。至於依親長輩因為僅能停留，不能取得健保資格。

三、不管第幾類的投保類別，眷屬的醫療費用占保費的占比都偏高，這是我們要進一步考量其年齡分布的情況，為什麼有這麼高的醫療費用占保費比例，特別是第 6 類眷屬的占比相當高，有沒有可能是我們所擔心的道德風險？這不是決議，只是提出一些建議。

四、綜上，建議相關統計須再區隔被保險人及眷屬在台身分(來台工作/就學/國人配偶)，另根據統計，眷屬身分者之醫療費用占保費比率(%)偏高，有必要加以研析，將於會後提出建議。

周主任委員麗芳

請黃代理委員振國，之後就請健保署回應。

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

我也是要提醒健保署，最近因為反送中的關係，香港居民大部分台灣籍比較多，只要真的移居台灣，大家從資料上很清楚看到醫療費用大部分都是中老年族群耗用比較多，也就是剛剛提到的第 6 類投保類別，若是科技人員或年輕族群在醫療耗用本來就比較少，所以報表也呈現出，保費大於實際醫療耗用，如果有依親或是歸台，

即有一些國民在海外住幾十年，年老回到台灣，這些人可能是未來健保支出增加的重點。

周主任委員麗芳

請謝委員武吉。

謝委員武吉

其實這個問題，我記得以前當主席那個位子叫做朱澤民，朱澤民是屬於專家，那坐你那個位子叫做石曜堂，當時就有人提這意見。但是我們當時所看到的，大陸和港澳的人士在台灣의投保，當時所用的醫療總費用是增加的，但是我們現在管控比較好，保險費總金額107年是11.63億元，但是醫療費用有減少一點，所以說我覺得健保署應該是有在注意，尤其表2可看出外籍人士賺比較多，可能我們要管控的就是表1(大陸港澳人士)那一塊要特別注意，其實這是在費協會與健保會的時候所提案子，到現在是第一次又看到這案子提出來，是非常好的，我們以後更能夠瞭解，但是健保署是有在努力在管控的。

周主任委員麗芳

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

- 一、謝謝委員對這件事情的關心，大家一起共同關心，畢竟現在外來人口是有在增加，那我們同意會列入每年在4月份業務報告，作為例行報告，讓委員了解。
- 二、謝委員佳宜提到定義的部分，我們會後再跟國發會討論，是就目前兩個區分，或是還有其他細部的區分。大家特別關心的是，不管是大陸港澳人士或外籍人士，眷屬利用率都是比較高，這部分我們會留意，在分類上是否有更精進的做法，如果可以跟國發會取得共識，下次報表會改良並分析給各位委員，併入每年4月份例行報告。

周主任委員麗芳

本案請中央健康保險署於每年4月份健保業務執行報告中，提供前

一年大陸港澳人士及無戶籍國民、外籍人士之保險費暨醫療使用統計資料，接著進行報告事項。

拾、報告事項第一案「牙周病統合照護計畫之管理機制及醫療利用情形(含管控措施及監測指標)」、報告事項第二案「強化基層照護能力及『開放表別』項目之檢討及規劃」、報告事項第三案「全民健康保險業務監理指標之監測結果」、報告事項第四案「中央健康保險署『健保新藥預算預估模式研究』委託研究計畫成果報告」、報告事項第五案「罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費成長原因分析及因應管理作法」、報告事項第六案「持續監控 C 型肝炎全口服新藥之藥品給付規定修訂所產生之相關檢查(驗)費用及其對點值可能的影響」、報告事項第七案「藥品退出市場之相關因應作為」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

報告事項有 7 案，建議每案分別報告 5 分鐘，全部報告完後，再逐案討論(未有委員表示反對)。請進行報告事項第 1 案的報告。

中央健康保險署林視察右鈞報告：略

周主任委員麗芳

請進行報告事項第 2 案的報告。

中央健康保險署谷專門委員祖棣報告：略

醫師公會全國聯合會黃常務理事振國報告：略(更新之簡報如本議事錄第 82 頁)

周主任委員麗芳

請進行報告事項第 3 案的報告。

中央健康保險署張組長鈺旋報告：略

干委員文男

請問一下財務指標，上次公告調升 191 項的健保支付，總共 20、30 億元，是在今年度調漲還是明年度調漲？

周主任委員麗芳

請委員稍候，先讓每案 5 分鐘報告完，再逐案討論。請進行報告事項第 4 案的報告。

中央健康保險署黃副組長兆杰報告：略

周主任委員麗芳

請進行報告事項第 5 案的報告。

中央健康保險署曾專門委員玟富報告：略

周主任委員麗芳

請進行報告事項第 6 案的報告。

中央健康保險署黃副組長兆杰報告：略

周主任委員麗芳

請進行報告事項第 7 案的報告。

中央健康保險署黃副組長兆杰報告：略

周主任委員麗芳

非常感謝健保署同仁，把這麼多案子詳盡報告，讓健保會委員可以充分了解目前健保重要事項的執行情形，也感謝醫師公會的補充說明，接著逐案討論。

干委員文男

我建議一起討論，不然只剩 10 分鐘。

周主任委員麗芳

好。

干委員文男

- 一、「全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 33 條修正草案」已經於 7 月 18 日公告截止，上次吳委員榮達也有提出來，各界反應怎麼樣，正反兩面都請說明。
- 二、會議資料第 190 頁，「藥費支出目標制」這個方式，我想在座很多委員也都不清楚運作模式跟方法，光解釋這個可能就要半個鐘頭，希望用書面方式回覆委員。
- 三、會議資料第 180 頁，有關後天免疫缺乏病毒治療藥費管控措施，核減理由「藥物成分不足三種之處方組合」，這代表什麼？為什麼會產生這個現象？我們也很關注藥量的成分，吃藥如果都只是在吃麵粉之類的賦形劑(藥效主成分之外的添加物，為製造過

程中所需)，那就沒有藥效。

周主任委員麗芳

請陳委員莉茵。

陳委員莉茵

- 一、會議資料第 170 頁，有關罕見疾病藥物，報告裡說有 94 種的品項，含 1 個特材，跟我們資料有點不符，我們自己的資料是，75 種罕見疾病藥物，治療 44 種疾病。我想知道這 94 品項治療的疾病中，有沒有包括治療狂犬病、重金屬中毒、第 13 因子缺乏，因為它是罕藥，不是罕病。
- 二、會議資料第 180 頁，提到罕見疾病藥品收載 84 項，跟我們資料不大一樣，可能是品項問題，是否可以說明。另外，9 月 1 日開始，沒有通報的罕病病患，已經不可以用藥，但從 7 月 1 日開始，就有陸續病患說用不到藥，因為通報有問題的關係，當然這是管控，如果有人需要用藥，但通報還沒有完成，這空窗期怎麼解決？
- 三、會議資料第 187 頁，關於藥品退出市場相關因應作為，想請健保署特別考量，若是罕病用藥，例如上次提到慢性肉芽腫，全台 5 家醫院中，目前為止只有 8 個病患，因為整個市場在全世界相對很少，就拿不到很好的價格，在市場機制上是否可以多加考量，現在緩釋鉀的部分，廠商就已經退出不願意再幫忙，現在還沒找到解決方案，要請健保署多幫忙。

周主任委員麗芳

因為時間關係，最後請黃代理委員振國、謝委員武吉發言，其他委員如果有意見，請提書面意見。

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

會議資料第 159 頁，有關新藥的預算預估模式，我覺得這部分很重要，但是這樣的研究真的有待商榷：

- 一、該研究的標的物是糖尿病用藥，糖尿病是近年來國人疾病盛行率增加最高的疾病。

- 二、現在糖尿病用藥是近年新藥產生最多的議題，很可惜這個標的，說實在是一個失敗的研究，因為他的研究是比較 Metformin(降血糖藥)加一個老藥(Repaglinide，屬於 SU 類，Sulfonylurea)，以及 Metformin + Linagliptin (DPP-4 抑制劑)，沒有考慮到其他同類的降血糖用藥群(如：DPP-4 抑制劑還有 Sitagliptin、Vildagliptin、Saxagliptin 等)，不能僅用簡單的模式，以偏概全。
- 三、請參閱會議資料第 161 頁，該研究的研究設計不夠精確，沒有考慮到剛剛講的眾多因素，這個研究就已經失敗了，所以建議健保署爾後要委託這麼重要的研究，就應該考慮到現實面問題，如果沒有，這個研究說實在沒有太大用處，也反對將這樣的研究結果，運用到新藥預算、替代率的計算上。

周主任委員麗芳

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、我也和黃代理委員振國所講的差不多一樣，新藥的替代率的問題，好像這兩個，一個是成大是學術界，一個是實務界的醫院協會，這兩個研究的報告都不一樣，那以後要採信哪一個？真的是我們要去考量。實務界的一定算得是非常準確的，斤斤會計較的，那學術界的就有學術界的算法和想法，我看這新藥的替代率真的是，我們在共同擬訂會議時也一直強調，新藥的替代率要給他落到非常準確的程度，這兩個的百分比的算法完全都不一樣，那到底我們要信哪一個？完全沒辦法信嘛！應該是在我們醫院協會所做出來的新藥的替代率，它最後有講了就是，所謂的替代率是單一、統一的設定，即未細分藥理、治療的特性。
- 二、還有一個，新藥的預算和編列，確實需要再予重新的規劃，讓各單位有權責的相符，這裡醫院協會寫得很清楚，但是他們成大的精確度，未考慮到未來上市後進入健保的給付之其他新藥的影響，還有就是未考慮到政策和系統面的問題，所以這種改

變或者是藥價的調整無法採信。那藥價的調整，我們也很早就建立了，現在已經要求國衛院在研究，像這種新藥的替代率和藥品的給付規定，應該要有多重藥價的基礎為原則。

周主任委員麗芳

因時間關係，委員所提意見，請健保署會後提書面說明，報告事項共計 7 案洽悉。有沒有臨時動議？

葉委員宗義

全國商業總會理監事會也曾提出討論，也曾請李署長伯璋到會內報告，談了非常多，但是他們每次開會講的都是藥價差的問題，到現在我也不曉得什麼是藥價差。健保會可能也不見得有人了解，希望可以有一個機會，讓我們幾位工商界委員了解一下藥的問題，什麼叫做藥價差，如何因應解決。

周主任委員麗芳

請謝委員武吉。

謝委員武吉

剛才我們翁理事長文能要走以前，特別要求我再向主席特別的聲明一次，就是對於我們 9 月份協商要討論的新藥、新特材、新醫療科技服務及擴大給付範圍，因為上次我們委員會議已通過，一定要健保署提出它的方案，我們才會討論的，沒有它是絕對拒絕討論，我是特別提出，鄭重聲明。

周主任委員麗芳

委員所提意見送請健保署參考，今天會議到此結束，感謝大家。

衛福部健保會第4屆108年第5次委員會議
議程確認現場補充資料
中央健康保險署李署長伯璋請假函

電子公文

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27025834
承辦人及電話：李均浩(02)27065866轉2679
電子信箱：a110906@nhi.gov.tw

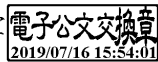
受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國108年7月16日
發文字號：健保企字第1080038161號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：貴會訂於108年7月26日(星期五)召開之第4屆108年第5次委員會議，本署李伯璋署長因應邀於「數位醫療全智慧、無線資安協作全到位研討會」演講，不克出席，擬由本署蔡淑鈴副署長代表出席，敬請諒察。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：本署署長室



衛生福利部全民健康保險會敬發



108/07/16

1083340135

中華民國護理師護士公會全國聯合會 對提案四之意見

建請委員支持「提升住院護理照護品質」項目，維持在「一般服務」項目

案由：有關委員提案建請中央健康保險署會同醫院總額部門研議109年度總額協商草案，將「提升住院護理照護品質」項目，由一般服務項目重新移列回專款項目案，本會意見說明如下：

說明：

- 一、感謝歷屆健保委員對護理專業的關心與支持，護理人力佔醫院全院員工將近45%~50%，是醫院提供病人照護最重要的人力之一，護理人力的穩定，絕對直接關乎照護的品質，而健保經費這些年的挹注，主要是以護理費加成的方式用於改善急性一般病床護理人力的護病比，我們可以從議程第94頁附表中的指標：三個月以上年資護理人員離職率的逐年下降、兩年以上年資護理人員比率逐年攀升，以及每月VPN系統公開揭露之急性一般病房全日平均護病比越來越理想，可見穩定的健保費用投入對於急性一般病床護理人員的留任有所助益關。
- 二、除「提升住院護理照護品質」項目費用外，本會亦多管齊下於104年爭取合理護病比列入醫院評鑑的重點項目，以及108年5月爭取最低護病比入法，在護理人力監測上，本會亦於106年5月爭取加列急性一般病床實際提供照護之護理人員數及107年12月1日新增「年資未滿2年之護理人員離職率」指標，此指標的趨勢變化本會將會持續的觀察。
- 三、至於基層護理人員是否有感，全聯會在近幾年皆在全國分區舉辦基層護理人員座談會，說明健保經費中有特別提撥「提升住院護理照護品質」方案費用，或許要讓10餘萬護理人員明瞭，的確不容易，但本會將繼續努力；雖然這幾年來護理人員的薪水待遇確實是有所成長，可以從勞動部資料，99年平均薪資為40060元，至107年已達46770元，調幅約16.75%，但相較他們的付出，護理人員的薪資仍然還有繼續調整的必要，今天這個提案在護理全聯會經過審慎的討論，希望這筆經費仍然列在一般服務項目中，並可請醫院提報護病比加成費用的用途，且健保網站公開揭露資訊。

請讓大家這些年的成果，能夠繼續延續，在此懇請健保委員予以支持！

西醫基層以民眾需求出發 開放表別項目之中長程規劃

中華民國醫師公會全國聯合會 常務理事
西醫基層醫療服務審查執行會臺北分會 主任委員
基隆市醫師公會 理事長
黃振國
108年7月26日

大綱

- 目的
- 執行結果
- 兼顧民眾需求與醫療品質
- 小結&結論

目的

- 以民眾需求出發，落實分級醫療
- 以民眾為中心，提供周全性、協調性與持續性的醫療服務，以落實全人照護。
- 因應高齡化社會需求，實現醫療社區化。
- 依據衛生福利部全民健康保險會108年第1次委員會決議辦理。

執行結果

- 106-108年已開放項目(45項)
- 以民眾需求出發為導向
- 預算執行點數
- 衍生費用

106年開放表別項目(共25項)

項目	醫令代碼	醫令名稱	醫令點數	項目	醫令代碼	醫令名稱	醫令點數
1	09111C	甲狀腺球蛋白(EIA/LIA)	90	14	13017C	KOH顯微鏡檢查	45
2	09122C	INTACT副甲狀腺免疫分析	360	15	14065C	流行性感冒A型病毒抗原	150
3	09128C	C-肽鏈胰島素免疫分析	180	16	14066C	流行性感冒B型病毒抗原	150
4	12020C	肺炎黴漿菌抗體試驗	225	17	17004C	標準肺量測定(包括FRC測定)	485
5	12048C	運鐵蛋白-免疫比濁法	275	18	17006C	支氣管擴張劑試驗	485
6	12078C	CA-153腫瘤標記(EIA/LIA法)	400	19	18005C	超音波心臟圖(包括單面、雙面)	1,200
7	12079C	CA-199腫瘤標記(EIA/LIA法)	400	20	18006C	杜卜勒氏超音波心臟圖	600
8	12151C	同半胱氨酸(Homocysteine)	400	21	47043C	上消化道內視鏡止血法(任何方法)	7,818
9	12172C	尿液肺炎球菌抗原	320	22	54044C	耳石復位術	432
10	13008C	細菌培養鑑定檢查(包括一般細菌、真菌、原蟲等為對象的培養鑑定，抗酸菌除外)，對同一檢體合併實施一般培養及厭氧性培養時加算二分之一	100	23	64089C	腱、韌帶皮下切斷手術	2,727
11	13009C	細菌藥物敏感性試驗—1菌種	150	24	86402C	網膜透熱或冷凍法再附著術	6,260
12	13010C	細菌藥物敏感性試驗—2菌種	230	25	87031C	下眼瞼攣縮併角膜暴露矯正術	5,820
13	13011C	細菌藥物敏感性試驗—3菌種以上	300				

註:106年度第1-25項開放時間為106年5月起。

107年開放表別項目(共9項)

項目	醫令代碼	醫令名稱	醫令點數
1	09113C	皮質素免疫分析	240
2	12086C	人類白血球抗原 — HLA-B27	1,351
3	12121C	甲促素結合體抗體	360
4	57017C	脈動式或耳垂式血氧飽和監視器 (每次)	30
5	62046C	局部皮瓣(1-2公分)	3,350
6	62047C	局部皮瓣(2公分以上)	7,310
7	09099C	心肌旋轉蛋白 I	450
8	12165C	A群鏈球菌抗原	200
9	19013C	陰道式超音波	957

註:107年度第1-6項開放時間為107年2月起；7-9項開放時間為107年6月起。

108年開放表別項目(共11項)

項目	醫令代碼	醫令名稱	醫令點數
1	09129C	維生素B12免疫分析	180
2	12073C	淋巴球表面標記—感染性疾病檢驗	800
3	12202C	C型肝炎病毒核酸基因檢測-即時聚合酶連鎖反應法	2,450
4	14074C	HIV病毒負荷量檢查	4,000
5	18007C	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	2,000
6	18019C	攜帶式心電圖記錄檢查	2,800
7	20013C	頸動脈超音波檢查	800
8	22017C	平衡檢查	450
9	51018C	光化治療 一天	855
10	51019C	光線治療(包括太陽光、紫外線、紅外線)一天	430
11	51033C	皮膚鏡檢查	250

註:108年度第1-11項開放時間為108年4月起。

105-107年個別院所申請跨表項目 陸續於106-108年開放跨表

► 例如：

開放日期	醫令代碼	醫令名稱	醫令點數	105年		106年		107年	
				申報量	申報費用	申報量	申報費用	申報量	申報費用
106.5.1	18005B	超音波心臟圖(包括單面、雙面)	1,200	4,576	5,494,680	1,923	2,308,800		
	18007B	杜卜勒氏彩色心臟血流圖	2,000	1,858	3,716,800	2,288	4,576,000	751	1,502,400
108.4.1	18019B	攜帶式心電圖記錄檢查	2,800	648	1,814,400	682	1,909,600	123	344,400
	51019B	光線治療(包括太陽光、紫外線、紅外線)一天	430	8,007	3,443,010	8,979	3,860,970	14,928	6,419,040

註:

1.依支付標準總則四規定，申請支付標準適用類別以外項目（又稱個別院所申請跨表項目）。

2.105-107年申報項目數，302、326、298項。

3.資料來源：本會健保資料庫。

4.本表為本會資料庫擷取之資料，無法判斷該申請跨表是否為健保署同意有效狀態之資料。

以「民眾需求出發」為導向

▶ 減少民眾至醫院就醫等候不便

- ▶ 106年：開放流行性感冒A型病毒抗原(14065C)、流行性感冒B型病毒抗原(14066C) 及開放兼任醫師可申報此二項
- ▶ 開放超音波心臟圖(18005C)、杜卜勒式超音波心臟圖(18006C)

醫令項目	107年執行點數
超音波心臟圖(包括單面、雙面)	21,037,200
杜卜勒式超音波心臟圖	9,858,000

▶ 提升婦女檢查品質

- ▶ 107年，開放陰道式超音波 (19013C)。

▶ 照顧罕見疾病之乾癬患者，減少其往返醫院

- ▶ 108年，開放光線治療(包括太陽光、紫外線、紅外線)一天 (51019C)、光化治療 一天(51018C)。

106-108年開放表別預算執行點數

遞延效應：

例如：106年開放表別項目(25項)，第1年預算250百萬點。此25項於107年(開放第2年)已達228百萬點，**預估108年(開放第3年)將超出原預算金額。**

年度	生效日期	項目數	106年5-12月 預算執行點數	107年 預算執行點數	108年1-5月 預算執行點數
106年度	106.5.1	25項	134,187,150	228,169,943	149,763,892
107年度	107.2.1	6項		5,391,864	2,710,625
	107.6.1	3項		54,085,495	47,425,282
108年度	108.4.1	11項			11,118,040
合計		45項	134,187,150	287,647,302	211,017,839
預算費用			2億	4.5億	7.2億
預算執行率			53.7%	63.9%	29.3%

依現行執行率
推估，108年
執行率**>70%**

沒有被提到的，開放表別項目衍生費用

- 西醫基層持續擴大照護基層民眾照護需求，每年爭取開放表別項目專款項目，其所衍生之其他費用，已遠超所爭取開放別表項目費用。
- 以107年開放表別項目為例，約有**325.0**百萬點由一般服務費用支應。

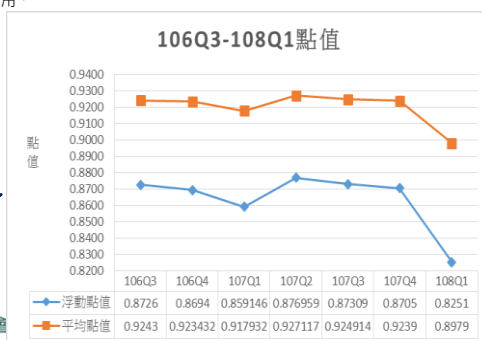
項目	專款費用	一般服務費用				醫療費用 F=A+B+C+D+E
	開放表別項目費用 A	診察費 B	診療費 C	藥費 D	藥事服務費 E	
費用	288,371,437	222,679,943	63,968,849	28,104,020	10,288,358	613,412,607
小計	288,371,437	325,041,170				613,412,607

註:106年5月1日起開始申報25項開放別表項目。107年2月1日起開放6項；107年6月1日起開放3項。

註:本資料未扣除去年度基期跨表申請醫令費用。

資料來源：本會健保倉儲資料。

自開放後，西醫基層全區點值有略為下降情形。



兼顧民眾需求與醫療品質

- 辦理時程規劃
- 「盤點」待開放表別資料庫
- 「品質」與「合理管控」

106-108年西醫基層“盤點”，待開放表別資料庫

依支付標準總則四規定，申請支付標準適用類別以外項目（又稱個別院所申請跨表項目）

由各專科醫學會、各縣市醫師公會及執行會六分會建議



現資料庫有145項待評估之開放項目，含：
(一)個別院所申請跨表項目，計116項。
(二)依相關單位建議項目，計59項。
(三)上述合計145項。

➤ 相關單位收納歷程：

	106年	107年	108年
相關單位建議	68項	48項	43項
相關單位	9個專科醫學會、 3個縣市公會、 4個執行會分會、 1個其他。	8個專科醫學會、 4個執行會分會	全執會、 健保署
新增開放項目	25項	9項	11項

註：個別院所申請跨表項目，依健保署提供105年-106年西醫基層所跨表項目醫療申報情形，並經健保署比對基層院所申報跨表且當年度該院所該項目為有效狀態之資料計算。

新增開放項目外，併要求「品質」與「合理管控」(1/2)

➤ 針對新增開放項目，與各專科醫學會合作：

✓ 函請相關專科醫學會提供建議或管控措施

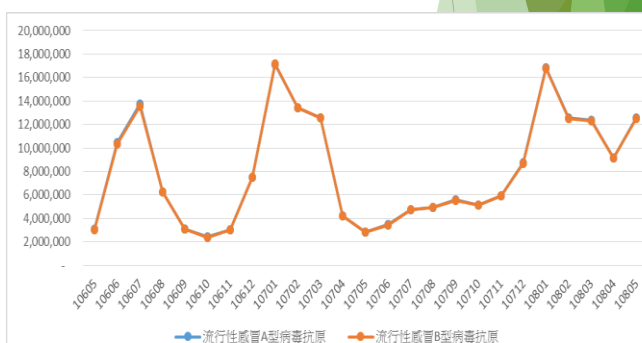
- ◆ 19013B陰道式超音波→台灣婦產科醫學會
- ◆ 51033B皮膚鏡檢查→台灣皮膚科醫學會
- ◆ 22017B平衡檢查→台灣耳鼻喉科醫學會、台灣神經學學會
- ◆ 20043B巴金森氏症UPDRS量表、09047B銅、12050B轉銅素
免疫比濁法→台灣神經學學會

✓ 邀請相關專科醫學會代表出席會議討論

- ◆ 51018C光化治療 一天、51019C光線治療→台灣皮膚科醫學會

新增開放項目外，併要求「品質」與「合理管控」(2/2)

- 每月檢視預算執行情形，每二個月提會報告。
- 高成長項目管控：
 - ✓ 討論A型、B型流感快篩申報費用「管控措施」案。
 - 考量各區醫療環境不同，請各區自主追蹤監控申報情形，並訂定合宜抽審指標，加強院所管控。
 - 若影響健保財務平衡，則訂定統一管控措施，加強審查。



小結(1/2)

🔍 開放表別項目，有減少民眾到醫院就醫



以106年開放之A、B流感快篩，

107年西醫基層申報件數較106年更趨近醫院件數，

顯示西醫基層開放流感快篩後，增加民眾就醫方便性，且可立即診斷病因並投藥，舒緩民眾身體不適及減少急診壅塞。

年度	醫院合計		西醫基層	
	A流快篩件數	B流快篩件數	A流快篩件數	B流快篩件數
106年	507,121	506,251	332,623	329,683
107年	648,120	647,232	594,527	593,621

流感併發重症死亡病例數減少

- 比較107年及108年同期流感併發重症死亡病例數統計，死亡數由104人減少為82人。

流感併發重症確定及死亡病例數統計

2017/10/1 至 2018/3/26

年齡別	病例數	死亡數	每十萬人口累積發生率	每十萬人口累積死亡率
小於3歲	13	1	2.1	0.2
3-6歲	8	0	1.0	0.0
7-18歲	18	0	0.6	0.0
19-24歲	4	1	0.2	0.1
25-49歲	67	9	0.7	0.1
50-64歲	155	25	3.0	0.5
65歲以上	405	68	12.7	2.1
總計	670	104	2.8	0.4

流感併發重症確定及死亡病例數統計

2018/10/1 至 2019/3/25

年齡別	病例數	死亡數	每十萬人口累積發生率	每十萬人口累積死亡率
小於3歲	25	1	4.2	0.2
3-6歲	15	1	1.7	0.1
7-18歲	18	3	0.7	0.1
19-24歲	4	0	0.2	0
25-49歲	104	9	1.2	0.1
50-64歲	213	21	4.1	0.4
65歲以上	411	47	12.3	1.4
總計	790	82	3.4	0.3

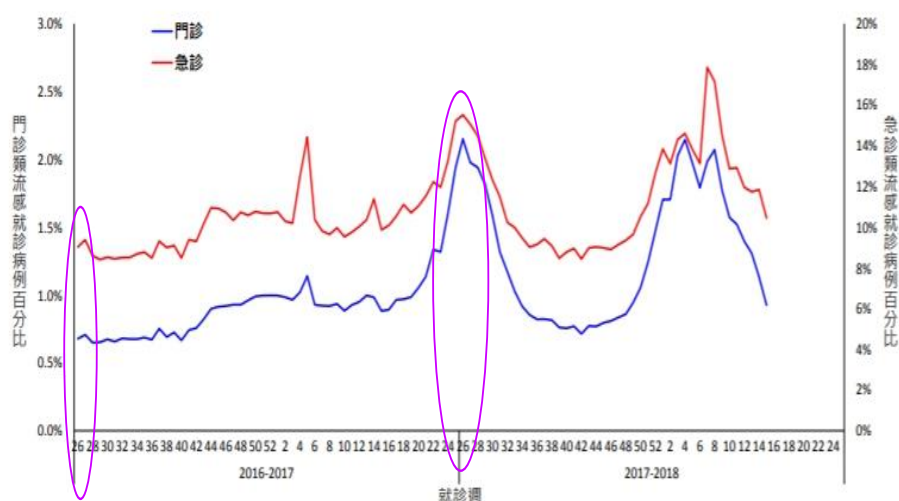
$$104/670=0.1552$$

減少

$$82/790=0.1038$$

A、B流感快篩開放前、後之門、急診就醫情形

門診及急診類流感病例百分比



105年西醫基層
未開放A、B流感快篩

106年西醫基層106年5月
通過開放A、B流感快篩

小結(2/2)

開放第1年預算執行率較低 但開放第2~3年即超出原預算額度



- 1.年度新增項目，在總額協商後，本會決議→健保署研議→衛生福利部公告，作業時間長，**往往公告開放時間落在第一、二季之間。**
- 2.預算使用情形，有時間差，難以在年中前再討論新增項目。
例如：107年2月開放6項；6月開放3項目，預算使用情形約落差2個月。
- 3.新項目開放，有遞延效用，需數個月宣導期，申報才可能趨於平穩。



中華民國醫師公會全國聯合會
Taiwan Medical Association

19

結論

- 本會將透過各縣市醫師公會/各專科醫學會合作加強宣導。
- 開放項目「以民眾需求出發」優先。
- 針對部分開放項目申報件數**過低項目**(網膜透熱或冷凍法再附著術、下眼瞼攣縮併角膜暴露矯正術)，本會待瞭解原因後，**進行後續改善措施**。
- 本於善良管理之責任，不一昧追求增加西醫基層就診率，而增加開放項目。
- 部分開放表別項目，實施尚未滿一年，將持續監控申報情形。



中華民國醫師公會全國聯合會
Taiwan Medical Association

20

分級醫療減緩急診壅塞 基層開放表別齊心努力

- 統計急診屬輕症之檢傷分類第 4-5 級案件數，
107 年 1-12 月較去年同期約減少 8.8 萬件。

	106 年 1-12 月	107 年 1-12 月	成長率
檢傷 1 級	195,271	190,918	-2.2%
檢傷 2 級	717,850	738,103	2.8%
檢傷 3 級	4,642,775	4,787,848	3.1%
檢傷 4 級	1,068,030	981,450	-8.1%
檢傷 5 級	83,424	82,433	-1.2%

◎資料來源：中央健康保險署三代倉儲系統門、住診明細、醫令檔。(108.2.11 擷取)

◎資料範圍：急診係門、住診案件申報有「急診診察費相關醫令」或「急診起、迄時間醫令」。門診資料排除：接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者、慢性病連續處方箋調劑、居家與護理之家照護、精神科社區復健、預防/篩檢/戒菸/登革熱快篩等代辦案件、補報部分醫令或醫令差額及其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者。



**Thank you for your
attention.**

