

衛生福利部全民健康保險會
第4屆108年第10次委員會議事錄

中華民國108年12月27日

衛生福利部全民健康保險會第4屆108年第10次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國108年12月27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 中華民國牙醫師公會全國聯合會徐理事邦賢(代理)

朱委員益宏 台灣醫院協會羅理事永達(代理)

何委員語

吳委員國治

吳委員榮達

吳委員鴻來

李委員育家

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

柯委員富揚

翁委員文能

馬委員海霞

商委員東福

張委員文龍 中華民國工業協進會產業委員會楊委員玉琦(11:00以後代理)

張委員煥禎

張委員澤芸

許委員美麗

許委員駢洪

陳委員有慶

陳委員炳宏

陳委員莉茵

黃委員金舜 中華民國藥師公會全國聯合會張秘書長文靜(代理)

黃委員啟嘉 中華民國醫師公會全國聯合會黃常務理事振國(代理)

葉委員宗義

趙委員銘圓

滕委員西華
蔡委員明鎮
蔡委員登順
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
羅委員莉婷

肆、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
張組長鈺旋
周執行秘書淑婉
洪組長慧茹
邱組長臻麗
陳組長燕鈴

伍、主席：周主任委員麗芳

紀錄：范裕春、彭美熒

陸、主席致詞

歲末的季節就是感恩的季節，首先感謝所有健保會的委員，在這一年來於健保會的業務運作上相互扶持與充分討論，不管是評核會議、總額協商、費率審議以及各部門舉辦的總額實地參訪，各位委員都親力親為，讓這一年的健保業務順利推動，尤其感謝各位委員一起大幅提升健保會議事效率，請給各位委員掌聲鼓勵。

其次感謝四大總額部門，包括藥師團隊及護理師團隊，在這一年來的努力付出，所有的付費者代表都看到了，不僅提升醫療品質，改善城鄉差，更落實以病人為中心的醫療照護，各總額部門評核結果也都獲得很好的成績

表現，請給所有總額部門掌聲鼓勵。

接著感謝最辛苦的幕僚團隊，謝謝周執行秘書淑婉辛勞地帶領健保會同仁，請給他們掌聲鼓勵，或許大家沒有看到，但是我充分地感受到，也實際見證到，他們是非常刻苦耐勞、任勞任怨的一群，如果從衛福部經過的話，可以看到健保會經常燈火通明，尤其在總額協商時，都是以健保會為家，他們是支撐健保會順利運作最重要的核心人物，尤其是周執行秘書淑婉，請再給她掌聲鼓勵。還有要感謝社保司商司長東福及盧副司長胤雯的付出，請給他們掌聲鼓勵。

再者要感謝蔡委員明鎮，給予健保會同仁溫暖的祝福。另外，要感謝李署長伯璋及蔡副署長淑鈴所率領的健保署團隊，他們所付出的辛勞跟健保會同仁一樣不遑多讓，如此齊備與用心地準備所有資料，尤其每一個提案報告過程中，都做足很多準備功課，請給他們掌聲鼓勵，特別是蔡副署長淑鈴，除了在健保會的努力之外，在健保署還要跟各個醫療團體協商，請再給她掌聲鼓勵。

接下來恭喜中醫部門，中醫藥發展法已經順利於立法院三讀通過，代表中醫藥產業進入新的紀元。最後，要先跟大家拜個早年，因為今天的會議不只是 108 年歲末的最後一場，也是在農曆年前的最後一場，先祝福大家新年快樂、萬事如意！

柒、議程確認

決定：確認。

捌、請參閱並確認上(第 9)次委員會議紀錄

決定：確認。

玖、上(第 9)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 5 案)：同意依照幕僚之擬議，解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤案(共 5 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：

(一)擬解除追蹤案(共 23 案)：依委員意見，項次 2 改列繼續追蹤，其餘 22 案依幕僚之擬議，解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤案(共 10 案)：同意依幕僚之擬議，繼續追蹤。

三、109 年評核委員聘任方式如下：「請幕僚彙整四部門總額受託團體及付費者代表委員推薦名單，加上本會現任、曾任專家學者及付費者代表委員後，請委員就該建議名單勾選適合人選，再由主任委員依據委員勾選結果，排定邀請名單」。

四、請各部門總額受託團體及中央健康保險署於 109 年 1 月 21 日前配合提供下列資料，以利後續評核作業：

(一)提供 108 年度各部門總額評核內容建議，另請總額受託團體各提供 3 位評核委員推薦名單。

(二)研提 109 年度重點項目及績效指標，預先設定 109 年度努力目標以利執行。

五、請中華民國醫師公會全國聯合會盡速提送 109 年度西醫基層總額一般服務地區預算分配之建議方案，以利提會議定後，辦理報請衛生福利部核定及公告事宜。

六、餘洽悉。

拾、優先報告事項

第一案

案由：本會 109 年度工作計畫(草案)報告，請鑒察。

決定：

- 一、確認本會 109 年度工作計畫及會議預訂時間表，如附件一、二，請委員預留時間與會，各工作計畫項目請相關負責單位配合辦理。
- 二、本會 109 年度業務訪視活動與共識營行程表，如附件三，請委員撥冗參加，並請中央健康保險署暨所轄東區業務組協助相關事宜。

第二案

報告單位：本會第三組

案由：「109 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核定結果及後續相關事項，請鑒察。

決定：

- 一、請中央健康保險署及各部門總額相關團體確實依「109 年度協定事項及相關計畫(含附帶建議)」所列時程，完成相關法定程序及提報本會事宜。
- 二、「109 年度各部門總額中應於 108 年 12 月底前完成之協定事項」尚有未完成項目，如附件四，請中央健康保險署協調各部門總額相關團體盡速辦理。
- 三、餘洽悉。

拾壹、討論事項

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：「109 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，提請討論。

決議：本案洽悉，請中央健康保險署依法定程序陳報衛生福利部核定。

第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：109 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案，提請討論。

決議：同意中央健康保險署所送之「109 年度各部門總額一般服務之點值保障項目」，如附件五。

第三案

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

代表類別：保險付費者代表

案由：近年健保「應提列安全準備來源」受到社保司自行解釋並逕減，影響安全準備之實際權責數字，為維繫現行費率適足，建請健保署逐期提供健保財務收支情形試算表，持續健全財務監理案，提請討論。

決議：

- 一、請中央健康保險署於總額協商會議(含總額範圍諮詢及總額草案座談會)、保險費率審議會議(含審議前意見諮詢會議)與提報總額核定結果會議等會議，提報健保財務收支情形表。
- 二、前項健保財務收支情形試算資料中，政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數之金額，請分別依主管機關依法認定及提案委員主張〔依健保法第 76 條第 1 項規定計算應提列之安全準備(各項來源金額 ≥ 0)後，再帶入同法第 2 條、第 3 條公式〕之兩種計算方式及結果呈現，俾利委員持續監理健保財務狀況。

拾貳、報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：108 年 11 月份全民健康保險業務執行報告，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。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：保險對象自付差額特材之執行概況，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。

拾參、散會：下午 13 時 13 分。

全民健康保險會 109 年度工作計畫

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
業務 監理	一、業務相關活動			
	業務訪視活動暨共識營(兩天一夜) 預定地點：東區業務組轄區特約院所	3 月	本會 (健保署)	1.依 106 年 11 月份委員會議決決定事項辦理 2.預訂 3 月 19、20 日辦理
	二、專案報告			
	1.107 年健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形	2 月	健保署	依健保法第 73 條辦理
	2.近 10 年健保保費呆帳分析及作業辦理情形	2 月	健保署	依 108 年 3、4、7、10、11 月份委員會議委員意見辦理
	3.牙醫全面提升感染管制品質之具體規劃(含確保院所全面符合感染管制之執行方式與管理機制)	5 月	健保署、 牙全會	1.依 108 年 9 月份委員會議決議事項辦理 2.請健保署統籌就醫療專業部分邀請醫界團體併同報告(依健保署建議)
	4.分級醫療各項策略之執行成效(含醫學中心及區域醫院門診減量措施、家庭醫師整合性照護計畫、強化基層照護能力及「開放表別」、鼓勵院所建立轉診之合作機制)	6 月	健保署	依 108 年 9 月份委員會議決議事項辦理
	5.提升中醫用藥品質之具體規劃(含提升用藥品質之執行方式與擬新增藥品給付品項)	7 月	健保署、 中全會	1.依 108 年 9 月份委員會議決議事項辦理 2.請健保署統籌就醫療專業部分邀請醫界團體併同報告(依健保署建議)
	三、例行監理業務			
	1.全民健康保險業務執行季報告	1、4、 7、10 月	健保署	每季業務執行報告以口頭報告方式進行，其餘月份以書面提報

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
業務 監理	2.108 年度全民健保年終決算報告備查案	4 月	健保署 (本會)	依健保法施行細則第 3 條辦理
	3.110 年度全民健保預算備查案	4 月	健保署 (本會)	
	4.全民健康保險業務監理指標之監測結果報告	8 月	健保署	自 109 年起，於每年 8 月進行專案報告(季指標另納入 3 月、9 月業務執行報告)
	5.自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告	5、12 月	健保署	依 105 年 6 月份委員會議決議之「健保會討論自付差額特材之作業流程」辦理
	6.自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告	12 月	健保署	
總額 協議 訂定	1.各部門總額 108 年執行成果評核作業方式之討論	2 月	本會	
	2.110 年度總額範圍報行政院前之諮詢	4 月	社保司 (本會)	依健保法第 60 條辦理
	3.110 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案	4 月	健保署	依健保法第 5 條、第 26 條及 108 年 11 月份委員會議意見辦理
	4.110 年度總額協商架構之討論	5、6 月	本會	
	5.110 年度總額協商原則之討論			
	6.110 年度總額協商程序之討論			
	7.提報各總額部門 108 年執行成果評核結果	7 月	本會	預訂於 7 月 28、29 日辦理評核會議，5~7 月準備資料
	8.各部門總額 108 年度執行成果評核獎勵額度案之討論	8 月	本會	
	9.110 年度各部門總額及其分配方式之協議訂定	9 月	本會	1.依健保法第 61 條辦理 2.預訂於 9 月 24、25 日辦理總額協商暨委員會議，7~9 月前置作業
	10.110 年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論	10、11 月	本會	依健保法第 61 條辦理

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
費率審議	1.110 年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議	10 月	本會 (健保署)	1.依健保法第 24 條辦理 2.健保署於本會協議訂定總額後 1 個月提請審議預訂於 10 月 16 日辦理 110 年度保險費率審議前意見諮詢會議
	2.110 年度全民健康保險保險費率案之審議	11 月		
保險給付及其他應討論法定事項	1.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論	2、5、8、11 月	健保署 (本會)	1.依健保法第 45 條第 3 項及 105 年 6 月份、106 年 5 月份委員會議決議事項辦理 2.各季辦理時程配合健保署送會時程
	2.健保署所擬修訂醫療品質資訊公開辦法之討論	11 月	健保署 (本會)	依健保法第 74 條辦理
	3.健保署所擬訂 110 年度抑制資源不當耗用改善方案之討論	12 月		依健保法第 72 條辦理
	4.健保署所擬訂調整保險給付範圍方案之審議	配合健保署送會時程	健保署 (本會)	依健保法第 26 條辦理
	5.健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議			依健保法第 51 條第 12 款辦理

註：1.預定時程已參酌健保署意見調整。

2.委員會議若另有決議(定)事項，配合安排或調整相關工作項目。

全民健康保險會 109 年度委員會議暨年度重要會議預訂時間表

會議次別	會議時間	會議地點
第 1 次	2 月 21 日(星期五上午 9 時 30 分) 註：1 月及 2 月份會議併開	衛生福利部 3 樓 301 會議室
業務訪視活動 暨共識營	3 月 19 日(星期四上午 9 時)全天 3 月 20 日(星期五上午 9 時)全天	健保署東區業務組
第 2 次	4 月 24 日(星期五上午 9 時 30 分) 註：3 月及 4 月份會議併開	衛生福利部 3 樓 301 會議室
第 3 次	5 月 22 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 4 次	6 月 19 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 5 次	7 月 24 日(星期五上午 9 時 30 分)	
各部門總額 108 年執行成果發表 暨評核會議	7 月 28 日(星期二上午 9 時)全天 7 月 29 日(星期三上午 9 時)半天	
第 6 次	8 月 28 日(星期五上午 9 時 30 分)	衛生福利部 3 樓 301 會議室
110 年度總額協 商草案座談會	8 月 28 日(星期五下午 1 時 30 分)	
110 年度總額 協商會議	9 月 24 日(星期四上午 9 時 30 分)全天 若有協商未盡事宜，則於 9 月 25 日 上午 11 時處理	
第 7 次	9 月 25 日(星期五下午 2 時)	
費率審議前 意見諮詢會議	10 月 16 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 8 次	10 月 23 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 9 次	11 月 20 日(星期五上午 9 時 30 分)	
第 10 次	12 月 25 日(星期五上午 9 時 30 分)	

備註：

- 1.各次委員會議時間或地點如有更動，另行通知。
- 2.如須召開臨時委員會議，其時間與地點另行通知。
- 3.各次會議之工作項目如下表。

全民健康保險會 109 年度會議之工作項目

(依 109 年工作計畫，按時序排列)

日期	工作項目
2 月 21 日	討論事項： 1.各部門總額 108 年執行成果評核作業方式之討論 2.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論
	報告事項： 1.全民健康保險業務執行季報告(口頭) 2.107 年健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形 3.近 10 年健保保費呆帳分析及作業辦理情形
3 月 19 日~20 日	業務訪視活動暨共識營(兩天一夜) 預定地點：東區業務組轄區特約院所
4 月 24 日	報告事項： 1.110 年度總額範圍報行政院前之諮詢 2.110 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案 3.全民健康保險業務執行季報告(口頭)
5 月 22 日	討論事項： 1.110 年度總額協商架構之討論 2.110 年度總額協商原則之討論 3.110 年度總額協商程序之討論 4.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論
	報告事項： 1.牙醫全面提升感染管制品質之具體規劃(含確保院所全面符合感染管制之執行方式與管理機制) 2.自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告
6 月 19 日	討論事項： 1.110 年度總額協商架構之討論(續) 2.110 年度總額協商原則之討論(續) 3.110 年度總額協商程序之討論(續)
	報告事項：分級醫療各項策略之執行成效(含醫學中心及區域醫院門診減量措施、家庭醫師整合性照護計畫、強化基層照護能力及「開放表別」、鼓勵院所建立轉診之合作機制)
7 月 28 日全天 7 月 29 日半天	各部門總額 108 年執行成果發表暨評核會議

日期	工作項目
7月24日	報告事項： 1.提升中醫用藥品質之具體規劃(含提升用藥品質之執行方式與擬新增藥品給付品項) 2.全民健康保險業務執行季報告(口頭)
8月28日	討論事項： 1.各部門總額108年度執行成果評核獎勵額度案之討論 2.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論
	報告事項：全民健康保險業務監理指標之監測結果報告
8月28日下午	110年度總額協商草案座談會
9月24日全天	110年度總額協商會議 (若有協商未盡事宜，則於9月25日上午11時處理)
9月25日	討論事項：110年度各部門總額及其分配方式之協議訂定
10月16日	110年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議
10月23日	討論事項：110年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論
	報告事項：全民健康保險業務執行季報告(口頭)
11月20日	討論事項： 1.110年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論(續) 2.110年度全民健康保險保險費率案之審議 3.健保署所提自付差額特殊材料品項之討論 4.健保署所擬修訂醫療品質資訊公開辦法之討論
12月25日	討論事項：健保署所擬訂110年度抑制資源不當耗用改善方案之討論
	報告事項： 1.自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告 2.自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告
配合健保署送會時程	討論事項： 1.健保署所擬訂調整保險給付範圍方案之審議 2.健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議

衛生福利部全民健康保險會 109 年業務訪視活動與共識營行程表

109 年 3 月 19 日(星期四)第一天			
時間	內容		地點/訪視主題
~11:10	集合(台鐵花蓮站)		
11:10~11:30(20 分鐘)	路程(台鐵花蓮站→慈濟醫院)		
11:30~11:40(10 分鐘)	大合照		慈濟醫院 (花蓮縣花蓮市中央路三段707號)
11:40~12:00(20 分鐘)	慈濟醫院簡介		訪視主題簡報： 1. 山地離島地區醫療 給付效益提昇計畫 執行成效 2. 醫院總額一般服務 預算風險調整基金 運作情形 3. 推動促進醫療體系 整合計畫(含遠距醫 療會診情形)執行成 效 4. 提供保險對象收容 於矯正機關者醫療 服務執行成效
12:00~12:40(40 分鐘)	健保署簡報		
12:40~14:40(120 分鐘)	綜合座談暨午餐(素食便當)		
14:40~16:10(90 分鐘)	實地訪視		
16:10~17:50(100 分鐘)	健保會 共識營	對本會議事運作之意見及建議 (30 分鐘)	
		休息(10 分鐘)	
		意見交流(60 分鐘)	
17:50~18:10(20 分鐘)	路程(慈濟醫院→花蓮闖雞城餐廳)		
18:10~20:00(110 分鐘)	晚餐		花蓮闖雞城餐廳 花蓮縣花蓮市國聯2路70之1號
20:00~20:30(30 分鐘)	路程(花蓮闖雞城餐廳→康橋連鎖旅館)		
20:30~	住宿		康橋連鎖旅館 (花蓮縣花蓮市國聯五路101號)

衛生福利部全民健康保險會 109 年業務訪視活動與共識營行程表(續)

109 年 3 月 20 日(星期五)第二天		
時間	內容	地點/訪視主題
~08:30	早餐	康橋連鎖旅館 (花蓮縣花蓮市國聯五路 101 號)
08:30~09:00(30 分鐘)	路程(康橋連鎖旅館→秀林鄉衛生所)	
09:00~09:50(50 分鐘)	實地訪視	花蓮縣秀林鄉衛生所 (花蓮縣秀林鄉秀林路 78 號) 訪視主題：山地離島地區 醫療給付效益提昇計畫 執行成效
09:50~10:40(50 分鐘)	路程(秀林鄉衛生所→花蓮監獄)	
10:40~11:40(60 分鐘)	實地訪視	法務部矯正署花蓮監獄 (花蓮縣吉安鄉吉安路 6 段 700 號) 訪視主題：提供保險對象 收容於矯正機關者醫療 服務執行成效
11:40~12:10(30 分鐘)	路程(花蓮監獄→立川漁場 5 餅 2 魚餐廳)	
12:10~13:40(90 分鐘)	午餐	立川漁場 5 餅 2 魚餐廳 (花蓮縣壽豐鄉魚池 45 號)
13:40~14:30(50 分鐘)	花蓮縣壽豐鄉環境參訪	
14:30~15:00(30 分鐘)	路程(花蓮縣壽豐鄉→台鐵花蓮站)	
15:00~	賦歸	

備註：參與人員：訪視活動一本會委員、法定列席人員、健保署東區業務組轄區
特約院所
共識營一本會委員

「109 年度各部門總額中應於 108 年 12 月底前完成之協定事項」尚未完成項目表

部門	尚未完成之協定事項	辦理情形
牙醫門診總額	依法定程序辦理相關事宜，並送本會備查	
	1.全面提升感染管制品質 〔協定事項：完成具體提升感染管制品質規劃(含確保全面符合感染管制之管理機制)，並提報全民健康保險會)〕	於 108.12.25 「牙醫門診總額研商臨時會議」討論通過，支付標準部分預訂提 108.12.26 「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告後，依會議結論辦理。
	2.牙醫特殊醫療服務計畫 (協定事項：新增醫療團提供護理之家之牙醫醫療服務)	於 108.12.17 「牙醫門診總額研商臨時會議」討論通過，預訂提 108.12.26 「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告後，依會議結論辦理。
	3.牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫(新增) 〔協定事項：請妥為規劃本計畫執行方式(含 2 個試辦點、適應症與支付方式等)〕	於 108.12.17 及 108.12.25 「牙醫門診總額研商臨時會議」討論，部分未達共識，將繼續討論。
中醫門診總額	依法定程序辦理相關事宜，並送本會備查	
	1.提升用藥品質 (協定事項：提出擬新增藥品給付之品項及提升用藥品質規劃，並提報全民健康保險會核備)	1.於 108.11.14 「中醫門診總額研商議事會議」及 108.11.22 「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論通過，調升每日藥費 2 點，刻正辦理報部核定及公告事宜。 2.其中中醫師公會建議新增收載之 10 項健保中藥品給付品項，因「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」規定收載項目須為濃縮中藥，故後續作業需於刪除「濃縮中藥為限」文字後，始納入健保收載。
2.中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(新增)	經 108.11.14 「中醫門診總額研商議事會議」討論決議：請中醫師公會全國聯合會與腎臟專科醫師、台灣腎臟醫學會、台灣醫院協會研議後，再提案討論。	

部門	尚未完成之協定事項	辦理情形
	3.網路頻寬補助費用	預訂提 108.12.26「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論後，依會議結論辦理。
西醫基層總額	依法定程序辦理相關事宜，並送本會備查	
	1.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(新增)	本項為 109 年新增計畫，於 108.12.18「西醫基層總額研商議事會議」討論，未達共識，將繼續討論。
	2.醫療給付改善方案 (決定事項：持續辦理 7 項方案，請精進方案執行內容，持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護)	持續辦理，並初擬糖尿病與慢性腎臟病共同管理方案，預計於 108 年 12 月召開「新增糖尿病與慢性病共同管理方案討論會」。
	3.網路頻寬補助費用	預訂提 108.12.26「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論後，依會議結論辦理。
	4.品質保證保留款實施方案 (決定事項：持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更具鑑別度之標準)	於 108.12.18「西醫基層總額研商議事會議」討論，就無障礙設施部分，未達共識，將兩案併陳報部核定。
	需經本會同意或向本會說明之項目	
1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)： (決定事項：於 108 年 12 月委員會說明規劃之新增項目與作業時程)	1.新藥納入收載將依程序提「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論，並於 109 年 7 月底前提報執行情形。 2.新增診療項目及新特材部分無編列預算。	
2.強化基層照護能力「開放表別」 (決定事項：於 108 年 12 月委員會說明擬調整之之新增項目與作業時程)	於 108.11.13 函請醫師公會全國聯會合提供 109 年建議開放表別項目(草案)，以利後續討論及支付標準研修事宜。	
醫院總額	依法定程序辦理相關事宜，並送本會備查	
	1.醫療給付改善方案 (決定事項：持續辦理 9 項方案，請精進方案執行內容，持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護)	持續辦理，並初擬糖尿病與慢性腎臟病共同管理方案，預計於 108 年 12 月召開「新增糖尿病與慢性病共同管理方案討論會」。

部門	尚未完成之協定事項	辦理情形
醫院總額	2.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs) (決定事項：請加速落實第3~5階段DRGs項目的執行)	1.經蒐集各專科醫學會提供之823項修訂建議，鑑於多數為整體建議，考量臨床專業與總額委託共管精神，依108.7.25「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」決議，由健保署與台灣醫院協會共組工作小組研議上開修訂建議。 2.於108.8.13邀請台灣醫院協會共組工作小組，並於108.11.5召開第1次工作小組會議，將於108.12.28日召開第2次工作小組會議。
	3.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	預訂提108.12.18「西醫基層總額研商議事會議」討論後，再提案至「醫院總額研商議事會議」報告。
	4.網路頻寬補助費用	預訂提108.12.26「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論後，依會議結論辦理。
需經本會同意或向本會說明之項目		
	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) (決定事項：於108年12月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程)	1.新增診療項目：109年待新增診療項目計46項，暫以提案單位所提建議支付點數及年執行量推估費用計4.8億點，將視資料完整性，依序提至全民健康保險專家諮詢會議、「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論。 2.新藥：依程序提「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論，並於109年7月底前提報執行情形。 3.新特材：依預算編列預計納入給付之品項，提「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論通過後，依程序辦理收載事宜。
其他預算	依法定程序辦理相關事宜，並送本會備查	
	1.居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務 (協定事項：本項預算不含移至牙醫門診總額「牙醫特殊醫療服務計畫」項下之居家牙醫醫療服務)	1.居家醫療照護整合計畫預訂於108年12月召開討論會議，檢討修訂計畫。 2.持續辦理精神社區復健，日間型精神復健機構之醫療利用近年有成長趨緩情形，將再視需要召開會議研議調整支付點數之必要性及適當性。

部門	尚未完成之協定事項	辦理情形
其他預算	<p>2.推動促進醫療體系整合計畫</p> <p>(1)醫院以病人為中心門診整合照護計畫</p> <p>(2)急性後期整合照護計畫</p> <p>(3)跨層級醫院合作計畫 (協定事項：新增「遠距醫療會診費」；檢討三項計畫在分級醫療政策下之定位及成效，並配合修訂計畫內容)</p>	<p>1.醫院以病人為中心門診整合照護計畫，108年甫於3月修訂公告，109年將蒐集各界意見，另行評估修訂之可行性。</p> <p>2.遠距醫療會診費預計提至108年12月衛福部高階主管會議確認政策方向，後續將依會議決議辦理。</p>
	<p>3.獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用</p>	<p>預訂提108.12.26「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論後，依會議結論辦理。</p>
	<p>4.慢性腎臟病照護及病人衛教計畫</p> <p>(1)末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫</p> <p>(2)初期慢性腎臟病醫療給付改善方案</p> <p>(3)慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫 (協定事項：持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護)</p>	<p>糖尿病與慢性腎臟病共同管理方案，預訂於108年12月「新增糖尿病與慢性腎臟病共同管理方案討論會」討論後，依會議結論辦理。</p>
	<p>5.提升用藥品質之藥事照護計畫</p>	<p>中華民國藥師公會全國聯合會於108.11.13提出「109年全民健康保險提升用藥品質藥事照護計畫」(草案)，預訂於108.12.13至本署先行說明109年之執行內容。</p>

109 年度各部門總額一般服務之點值保障項目

部門別	保障項目及支付方式
中醫門診	「中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫」之論量計酬案件(每點 1 元支付)。
西醫基層	一、論病例計酬案件(每點 1 元支付)。 二、血品費(每點 1 元支付)。 三、西醫基層總額「提升婦產科夜間住院護理照護品質」執行方案，每季各婦產科診所撥付款項=280 點×季申報總住院日數(每點 1 元支付)。
醫院	一、門診、住診之藥事服務費(每點 1 元支付)。 二、門診手術(每點 1 元支付)。 三、住院手術費、麻醉費(每點 1 元支付)。 四、血品費(每點 1 元支付)。 五、主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診醫療服務點數(每點 1 元支付)。 六、地區醫院急診診察費(每點 1 元支付)。 七、經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院(註 2)。
門診透析	一、腹膜透析之追蹤處理費(每點 1 元支付)。 二、偏遠地區之門診透析服務(每點 1 元支付)。

註：1.藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

2.以前一季各區門住診平均點值支付，如前一季該分區門住診平均點值小於當季浮動點值，該分區該季偏遠地區醫院之浮動點數以當季浮動點值核付。

第 4 屆 108 年 第 10 次 委員 會議
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 9)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，報告主任委員可以宣布開會。

周主任委員麗芳

各位委員、各位好夥伴，大家早安大家好!(委員回應：好)，歲末的季節就是感恩的季節：

- 一、首先，感謝所有健保會的委員，在這 1 年來我們相互扶持，充分討論，在健保會的業務運作上，不管是評核會議、總額協商、費率審議還有各部門舉辦的總額實地參訪，各位委員都親力親為，讓這 1 年的健保業務順利推動。尤其感謝各位委員在健保會的議事效率上大幅提升，所有的努力跟成果，請給各位委員 1 個掌聲(在座委員鼓掌)。
- 二、其次感謝四大總額部門，包括藥師團隊及護理師團隊，在這 1 年來的努力付出，所有的付費者代表都看到了，不僅提升醫療品質，改善城鄉差，更落實以病人為中心的醫療照護，各總額部門評核結果也都獲得很好的成績表現，請給所有總額部門掌聲鼓勵。
- 三、接著，感謝最辛苦的幕僚團隊，首先感謝的是周執行秘書淑婉所帶領的健保會同仁，給他們 1 個掌聲(在座委員鼓掌)。可能大家沒有看到，但是我充分地感受到，也實際見證到，他們是非常刻苦耐勞、任勞任怨的一群，你如果從衛福部經過的話，可以看到我們健保會經常是燈火通明，尤其是總額協商時，他們幾乎好多人是以健保會為家、以衛福部為家，所以他們的辛勞也是足以支撐健保會順利運作最重要的核心人物，尤其是周執行秘書淑婉，請再給她 1 個掌聲(在座委員鼓掌)。
- 四、再者，要感謝蔡委員明鎮，給健保會幕僚同仁溫暖的祝福，這是特別感謝的。另外，要感謝李署長伯璋、蔡副署長淑鈴所率

領的健保署團隊(在座委員鼓掌)。他們所付出的辛勞跟健保會同仁不遑多讓，因為所有的準備資料，如此的齊備與用心，尤其每 1 個提案報告的過程中，都做足了很多的準備功課，特別是蔡副署長淑鈴，除了在健保會的努力之外，在健保署還要跟各個醫療團體協商，請再給蔡副署長淑鈴 1 個掌聲，謝謝(在座委員鼓掌)。

五、其次，恭喜中醫部門中醫藥發展法已經順利於立法院三讀通過，代表中醫藥產業進入新的紀元。最後，要先跟大家拜個早年，因為今天的會議不只是歲末的最後 1 場，也是在農曆年前的最後 1 場，先祝福大家新年快樂、萬事如意，謝謝(在座委員鼓掌)！

同仁宣讀

議程確認，請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

- 一、主席、各位委員，大家早安！在確認議程之前，先向各位委員報告，依據本會會議規範規定，健保署署長為法定列席人員，健保署於 12 月 19 日函知，李署長伯璋因公不克出席，由蔡副署長淑鈴代理，來函影本放在各位委員桌上，請參閱。
- 二、本次議程安排有優先報告事項 2 案，第 1 案為本會明年(109 年)工作計畫草案，第二案為 109 年總額協商應完成事項，包含衛福部的 109 年總額核定分配方式結果及後續事項；討論事項有 3 案，第 1 案依照年度工作計畫排定，第 2 案依照 109 年總額協定結果排定，皆屬於本會法定任務應完成事項，第 3 案是委員提案；報告事項有 3 案，第 1 案為健保署書面業務報告，第 2 案與第 3 案是依照年度工作計畫排定，請委員確認。

周主任委員麗芳

委員如果沒有意見，議程確認，請繼續。

同仁宣讀

周主任委員麗芳

各位委員對上次會議紀錄有無提出垂詢？

干委員文男

沒有。

周主任委員麗芳

會議紀錄確認。請進行下一案。

貳、「上(第9)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 10 項，依辦理情形建議解除追蹤 5 項，繼續追蹤 5 項，此外 12 月份委員會，循例會把歷次委員會議未結案件之辦理情形做半年彙報，截至 11 月底未結案件計有 33 項，依辦理情形建議解除追蹤 23 項，繼續追蹤 10 項，但最後仍依委員議定結果辦理。

(一)上次委員會議決議(定)事項擬解除追蹤共 5 案，請各位委員參閱會議資料第 18 頁：

- 1.項次 1，有關吳委員榮達對 108 年第 3 季健保署之業務執行季報告的書面意見，健保署回復辦理情形在第 53~55 頁。
- 2.項次 2，109 年牙醫門診總額一般服務地區預算分配案，有關點值保障部分，請健保署與牙醫相關團體議定後提會，因已安排在本次討論事項第 2 案，建議於討論定案後解除追蹤。
- 3.項次 3、4 是有關委員提案，針對西醫基層總額「家庭醫師整合性照護計畫」，請健保署提供全國參與此計畫之團體單位家數及各縣市的參加明細等資料。健保署於無適法性疑義前提下，已提供書面意見於第 56~57 頁。
- 4.項次 5 是有關 108 年 10 月份健保署業務執行報告，委員所提意見，健保署回復辦理情形在第 55 頁，請委員參閱。

(二)歷次委員會議決議未結案件，擬解除追蹤計 23 案，請委員參閱會議資料第 23 頁：

- 1.項次 1 是有關委員對健保財務所提意見，健保署已於 11 月 15 日第 9 次委員會議之 109 年保險費率審議案回復，且該費率案也完成審議，本案已完成。
- 2.項次 2 是有關新藥新特材及診療項目等，進行財務影響評估及替代效應分析，健保署針對新藥替代率的估算，已於

108 年 7 月份至本會進行專案報告，回復第 3 點亦提到經分析過去新藥預算編列方式與執行情形，其中較有問題的第一類新藥執行率，皆有超支的情形，所以對於第一類新藥採用依廠商提供給付之財務預估來計算並訂定，以降低估算誤差。新特材的部分，考量特材多為一次性的用途，已改採欲收載品項的部分編列預算。

3. 項次 3，建議檢討健保給付價較高之品項，如 CT (Computed Tomography，電腦斷層掃描)、MRI (Magnetic Resonance Imaging，核磁共振攝影)的支付點數及給付規範。健保署回復，經詢問 3 層級醫院協會，目前 CT、MRI 成本仍高於現行支付點數，故不需再進行檢討。至於減少非必要資源浪費部分，藉由鼓勵院所透過資源共享的方式，以避免重複受檢造成資源浪費。另請委員參閱會議資料第 26 頁，108 年 9 月醫院層級的醫療影像及檢驗、檢查結果即時上傳率達 95% 以上，已杜絕一些不必要的檢查。
4. 項次 4，108 年度新醫療科技預算具體之調整或導入項目作業，本會幕僚補充於會議資料第 27 頁，該年度之預算，於總額協商會議時已完成協定，健保署亦於每半年於業務執行報告時，提報導入情形，故可完全掌握導入時程。
5. 項次 5，有關 107 年新藥導入項目與作業時程，健保署已提供相關資料，並請參閱會議資料第 28 頁的幕僚補充，107 年總額已經執行完畢，健保署也依預定進度導入。
6. 項次 6，針對罕見疾病、血友病與血液透析等高費用低效益醫療服務之研析並提出因應作法，健保署回復於第 28 頁的第 1 點第(4)項，有關罕病用藥需用於罕病病人的部分，已將之列入行政檢覈機制。另請參閱會議資料第 29 頁第 3 點，管理血友病人用藥合理性部分，健保署目前推動「即時檢驗檢查上傳獎勵方案」、「血友病凝血因子藥品在家治療紀錄表」上傳作業、回收藥品空瓶、上傳藥品批號的

方式等因應措施。至於血液透析部分，已委託國家衛生研究院納為重要討論的議題。

- 7.項次 7，請參閱會議資料第 30 頁，有關「全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 33 條修正草案」，即藥品基本價。本案委員希望於總額 109 年總額協商時一併考量，這個部分尚在考量當中，並於 109 年的總額協商中進行調整，已刪除藥品基本價，目前應無訂定藥品基本價的規劃。
- 8.項次 8，委員關心癌症免疫療法之療效等資訊，108 年 9 月前已提供相關資料做總額協商之用。
- 9.項次 9，有關「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」，應請客觀公正學術單位評估成效，本會幕僚補充於會議資料第 31 頁，中醫師公會及健保署已合作提出成效評估，且於每次評核會議提報相關評估結果，建議解除追蹤。
- 10.項次 10，有關醫院總額點值未達每點 1 元之因應策略及輔導改善措施計畫，請參閱會議資料第 32 頁第 4 點，目前醫院總額點值，108 年第 1 季為 0.9299，在總額預算有限下，點值尚屬穩定，健保署會隨時監控點值變動。
- 11.項次 11，有關地區醫院與區域醫院要獨立設置各該層級總額案，本案追蹤已久，健保署也充分了解，考量本案應於醫院團體內部達成共識後，再提會討論，建議解除追蹤。
- 12.項次 12，請健保署提供總額投入相關專款預算，所產生節流金額等資料。健保署回復，針對用藥管理，103~108 年節省近 74 億元的重複藥費支出。請參閱會議資料第 34 頁的檢驗檢查管理的部分，以 101~105 年年化成長率推估，108 年可節省約 26 億點，節省的支出都非常的多。這些資料健保署於例行的業務執行季報告中都有呈現，另健保署業於總額協商時，提供相關資料給委員參考。

- 13.項次 13，有關 108 年度總額協定事項執行情形，108 年度已近尾聲，還有 2 個尚未辦理的協定事項，就是特殊族群藥事照顧計畫及醫院總額 DRGs(Diagnosis Related Groups，住院診斷關聯群)，等一下業務報告也會說明，本年度將結束，建議解除追蹤。
- 14.項次 14，於 108 年委員會議決定，109 年的醫院總額和中醫門診總額，在討論地區預算分配方式前，提出具體的建議方案，因中醫門診及醫院總額之一般服務地區預算分配方式，均於 10 月 25 日委員會議議定完成，建議解除追蹤。
- 15.項次 15，有關 107 年總額執行成果評核委員之建議，希望於 109 年總額協商時參據，健保署回復業將評核委員意見已納入總額協商參考。
- 16.項次 16，委員關切醫療院所透析業務外包案，經詢問醫事司回應，依規定醫院透析業務不得委外辦理，健保署亦回復，配合主管機關相關規定辦理，建議解決追蹤。
- 17.項次 17，有關 109 年度總額協商，西醫基層及醫院總額部門未達共識，後以兩案併陳報部案，衛福部業於 108 年 11 月 26 日核定並公告，於本次會議進行優先報告事項第 2 案時，會向委員詳細的報告。
- 18.項次 18，有關 109 年醫院總額及中醫門診總額一般服務之地區預算點值保障項目案，請健保署會同總額相關團體議定後，提本會報備，本案於本次會議進行討論事項第 2 案時，會一併討論，建議討論定案後，解除追蹤。
- 19.項次 19，有關「全民健康保險藥品價格調整作業辦法」規定，醫療機構須按季申報藥品採購資料之檢討改正案，健保署回復，法規訂定時，已考量盡可能簡化須申報之資料內容，故目前仍採按季申報為主。
- 20.項次 20，有關專利期內各層級醫事服務機構藥價調查結

果專案報告，健保署回應，藥品支付價格已委請國衛院就相關支付制度進行研議，會進行專業的研析和處理；另，健保署業於本會 108 年 7 月委員會議進行專案報告，建議解除追蹤。

21.項次 21，研議及試算感染率指標案，本案追蹤已久，健保署業於 108 年 6 月 26 日召開「醫院總額部門增列『清淨手術術後傷口感染率』外之其他感染率指標可行性會議」，此會議結論也非常具體，請醫策會和疾管署將長期收集之感染率指標介接給健保署，健保署再後續研議辦理。本案提案人為謝前委員武吉，謝前委員在此會議也同意，相關感染率指標提供醫院作為院內感染自我管控的參考，毋需公開。另，因門診感染率的定義尚需研議，另外 108 年 7 月 3 日奉部長裁示，感染率的數據將持續監控但不公布，請疾管署對於管控不佳的醫院進行輔導，並研議改善措施。本案應回歸業務權責單位辦理，建議解除追蹤。

22.項次 22，「愛滋感染者慢箋領藥時已超過 2 年之醫療給付」修訂案，疾管署副知健保署，有關愛滋慢性病連續處方箋之申報原則，業修訂為依照實際領藥日期判定已服藥滿 2 年，改由健保給付。這個部分涉及法規規定，健保署依照此原則支付相關費用，本案已簽報衛福部核准，建議解除追蹤。

23.項次 23，有關定期檢視近常規使用之自付差額特材納入全額給付可行性，健保署回應，現已每半年進行檢討，經研議，若可行則會納入健保全額給付，若無法納入全額給付，則會進行自付差額監控，並訂定合理的自付差額上限。

四、請各位委員翻回會議資料第 14 頁，說明二，要拜託各位委員幫忙，本會會議議事錄會在 10 日內上網公開，剛好碰到元旦

假期，本會幕僚會在 12 月 29 日(週日)將實錄寄給各位發言者確認，拜託各位委員請於 12 月 31 日(週二)中午 12 點前回覆修正內容，以配合後續上網公開作業。

五、說明三，是前面提到的 108 年總額部門協定事項，尚有 2 項未辦理完成，第 1 項是醫院總額的 DRGs 部分；第 2 項是其他預算的特殊族群藥事照顧計畫，因為年度已結束建議不再執行，另該兩項協定事項已列入 109 年度總額專款項目繼續辦理，提醒健保署即早研訂並如期推動。

六、說明四，為即早規劃各部門總額 108 年執行成果評核作業，本會於近期將函請 4 部門總額受託團體及健保署，於 109 年 1 月 21 日前配合提供相關資料，以利進行後續規劃。

(一)108 年執行成果評核會議作業部分，本會幕僚會將研修的評核項目報告大綱指標提供各總額部門，請各部門和健保署審視後研提修正建議。另有關推薦評核委員部分，援例請四部門相關團體各提供 3 位評核委員推薦名單。

(二)109 年度重點項目及績效指標，請各總額部門及健保署，以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 2 項建議之「109 年重點項目的必要項目」及其績效指標、定義及目標值，並請於 1 月 21 日之前提供本會。

七、說明五，依規定各部門的總額一般服務地區預算分配，應於年度開始前，陳報衛福部核定，目前醫院、中醫門診、牙醫門診總額的地區預算分配，業於 10 月、11 月委員會議完成協定，於本次會議確認之後，依照法定時程陳報衛福部核定。另外，要拜託西醫基層總額部門，本會已 2 次發文，函請最晚於 12 月 9 日前提送建議分配方案於本會，但至今仍未收到回復，拜託請盡快提送建議方案至本會，俾利進行西醫基層地區預算分配，並報請衛福部核定。

八、說明六，衛福部及健保署本年 9~12 月發布及副知本會之相關資訊，業於 12 月 13 及 16 日寄到各位委員電子信箱，請委員

參閱，以上報告。

周主任委員麗芳

謝謝周執行秘書淑婉詳盡的說明，有關說明內容，委員有無提出垂詢的地方？先請滕委員西華，再來陳委員炳宏。

滕委員西華

- 一、主席、各位委員大家早安，首先，有關會議資料第 40 頁的項次 22，建議解除「愛滋感染者慢箋領藥時已超過 2 年之醫療給付」案，我記得當時討論的結論，認定以處方日滿 2 年者改由健保給付，但相關單位辦理情形第 2 點又提到部長批示，106 年及 107 年慢箋開藥天數已超過「服藥滿 2 年」者之醫療費用，還是由健保給付。那當初幹嘛送來給我們討論，以後這種事情部長批了就好，我有點看不懂。如果每次都用行政手段解釋法律，以後其實這種情形會生生不息，大家都會要這樣。
- 二、因為這項醫療費用的支出約有 1.8 億元，由原本編列的「醫院總額專款項目-罕病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥物或罕見疾病特材」支應，雖然這項費用包含 HIV(Human Immunodeficiency Virus，人類免疫缺乏病毒)治療藥物的費用，但向來就不是因為這樣的理由而編列的，原本編列的費用是怕有病人增加或是有另外的原因，或特別是去補罕病的不足，所以可不可以解釋一下，這件事情就這樣子定了是不是？我們沒有討論的空間，就按照部長批示，或為什麼部長做這樣的批示？
- 三、第二個，請參閱會議資料第 15 頁，108 年度執行成果評核作業，之前我有提過，早年進行評核作業時，監理會和費協會兩會，都有邀請付費者代表或是曾任付費者代表委員一起加入評核作業，但是近幾年來都沒有付費者代表擔任評核委員，就我每次參加評核會發現，付費者代表委員不論是在閱讀資料、發言請教或跟各總額部門交流等面向，都很認真投入並踴躍參與討論。基於健保醫療給付費用總額是由付費者代表與醫事服務

提供者代表對等協議訂定及分配，且評核結果好壞應該會反映在被保險人及病人的照護結果(outcome)上，因此，沒有道理長期讓付費者代表在評核作業中缺席，應該也要參考除了專家學者之外的名單，審慎研議讓現任或曾任付費者代表委員加入評核作業。否則付費者委員的意見永遠只是僅供參考，所提意見再好也無法有實質的影響，其實無法彰顯評核的意義，評核的結果應該是可以作為總額協商參考或呈現醫療品質，以上是我的建議，謝謝。

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

謝謝滕委員西華的建議，請大家參閱會議資料第 22 頁，有關上(第 9)次委員會議決議(定)事項辦理情形追蹤表，我想針對繼續追蹤案項次 5 的陳述方式提供建議。上次委員會議討論事項第 5 案的訴求為：請政府依財政狀況，撥補過去 3 年(105~107 年)政府應負擔健保法定經費不足數之缺口，故應請社保司指正該提案不符哪些法令規定，而不是將辦理情形轉移到修正健保法的法令規定，況且涉及人民權益基本保障的法令，不能溯及既往！社保司擬研修相關法令是無法解決現在的問題，我尊重社保司；而社保司要如何調整政府應負擔健保法定經費，是他們的因果，但委員們如何監理政府應負擔健保法定經費，是我們的修行。我們估算 105~107 年政府應回補金額合計約為 305 億元，至於 108 年我就暫不估算了，若再估算下去金額可能會超過 500 億元。因此，若體諒政府財政狀況確實無法回補相關金額，將會提早調整費率之預警情形，未來面臨費率調高時，請問社保司是否願意挺身而出，替健保署解釋說明，並安撫民怨？而認同社保司計算方式的專家學者是否願意積極站出來協助說明？最後，可能站在第一線，安撫民怨的單位，還是無辜的健保署同仁們，不是嗎！因此，請社保司就經費撥補的「可行與否」來回覆該提案辦理情形，而非轉移到修正健保法的完成與否！

周主任委員麗芳

先請吳委員榮達，再請羅代理委員永達及趙委員銘圓。

吳委員榮達

我提出以下幾個問題請教：

- 一、會議資料第 15 頁，有關各部門總額 108 年度執行成果評核作業的評核委員推薦議題，我的意見與滕委員西華類似，建議評核委員的推薦名單是否也可由付費代表委員作推薦。另外，建議 4 大總額部門回復的推薦名單，經徵詢所有委員的意見及勾選適當人選後，能清楚公布委員的意見、評核委員產生的方式及最終的排序結果，因為以往委員是無法瞭解評核委員產生的細節，建議應將評核委員遴選的過程及結果以較客觀透明的方式公布讓全體委員瞭解。
- 二、會議資料第 40 頁，歷次委員會議未結案件追蹤表項次 22，我的意見跟滕委員西華相同，我就不再贅述。
- 三、會議資料第 33 頁，歷次委員會議未結案件追蹤表項次 12，辦理情形提到建置醫療資訊雲端查詢系統後，103~108 年至少減少近 74 億元重複藥費支出，另外 108 年推估可節省約 26 億元檢驗(查)費用支出，希望健保署能就藥費及檢驗(查)節省費用，提供更詳細的數據供委員參考，例如：主要是節省哪些項目，各個年度各節省多少費用，這些客觀數據能使委員對於相關成果更為瞭解。
- 四、會議資料第 53 頁，對於我曾在第 8 次及第 9 次委員會議提出的詢問，健保署的說明，卻是實問虛答，我會以書面方式再提出詢問，請健保署補充說明，就不佔用大家寶貴的時間，以上說明。

周主任委員麗芳

請羅代理委員永達。

羅代理委員永達(朱委員益宏代理人)

- 一、各位先進各位委員大家早安，會議資料第 23 頁，歷次委員會

議未結案件追蹤表項次 2，有關新藥新科技的部分，在之前的會議討論中，大家對於它的延遲時間、相關的支付有很多疑慮，因此才會決議請健保署說明替代率估算之改善方式。上次我們分會也提出一些成大與台灣醫院協會針對有關於替代率的部分，上次在提的時候有兩個重要的東西，第 1 個是第 1 類的藥費本身，因為沒有替代率的問題，所以它沒有價格協商的這個部分，這是第 1 個。至於第 2A 類及第 2B 類的新藥則是我們最關心也最大的問題，因為此類藥品的替代率竟然達 80~90%，也就是拿 10 塊錢給醫界，然後要求做 100 塊的事情(註：替代率為 90% 意即第 2A、2B 類新藥會替代 90% 的舊藥費用，僅新增 10% 的預算支應新藥)，而且沒有什麼理由，就因為它的替代率是 90%，這是醫界始終吞不下去的地方，那我們目前事實上在相關單位的辦理情形當中有提到 1 個事情，第 1 類我們這樣處理了，但在 2A2B 這兩類，我們目前並沒有解決的方式。

二、前天在李教授玉春主持的藥品支付改革論壇中也提到同樣 1 件事情，其實大家對於健保會及全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(以下稱藥物共擬會議)的職責有很多意見。其實醫界也跟所有付費者及專家學者一樣希望引進新藥，但現在藥物共擬會議當中也都是醫界的委員在做把關的動作，而造成新藥引進時間的延長，這是很弔詭的邏輯，應該是說，醫界(包括：醫師及醫院)提出的選項當然會希望消費者能買單，但是假如消費者錢不夠，我們就排順序，按照這個順序我們看藥給付到哪 1 項，在這樣的 1 個情況之下，現在目前為止所有的消費者代表，包括當天論壇也在場的(謝前委員天仁)也認為這樣新藥引進的流程架構將來一定要調整，所以我認為這樣的一件事情不應該就這樣解除追蹤，因為它後續有許多事情要辦理，第 1 點是未來新藥引進的架構是否要調整，第 2 點是以後第 2A 類及第 2B 類新藥之替代率是否應委託專家學者做進一步計算檢討，第 3 點是我們現在目前支付委員會裡面新藥預

算支付的情形也應該持續關注，基於以上 3 點我建議本案應繼續追蹤。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓、黃代理委員振國。

趙委員銘圓

- 一、會議資料第 15 頁，有關各部門總額 108 年度執行成果評核作業的評核委員推薦議題，我的意見跟滕委員西華及吳委員榮達大致相同，評核委員的遴選作業應秉持公平、公正及公開的原則，所以最後遴選結果名單與所有委員推薦結果是否相符合，應該要如實公布，比較能說服大家。
- 二、會議資料第 53 頁，我對於葡萄糖胺指示藥品不予給付沒有特別的意見，但是我想瞭解葡萄糖胺藥品到底有無療效？若健保因其無療效所以取消給付，那麼媒體上幾乎每天都看得到相關產品的廣告，消費者到底應如何辨別這個產品對於改善健康是否有幫助？假如民眾花錢又沒有得到益處，政府單位應該是否應該積極處理？

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

- 一、我延續剛剛討論第 2A 類及第 2B 類新藥替代率問題，不論是成大或台灣醫院協會的研究報告都很用心，但我在那天國衛院藥品支付改革論壇也提出，我認為成大的報告主要是單純由學理推估藥品替代率，並沒有考慮臨床應用的變化，所以替代率設定為 100% 有很大的設計謬誤。我建議類似研究應該委託相關公會及學者，同時也應該有臨床專家參與，否則研究成果是會被質疑的。
- 二、現在藥物共擬會議組成的專家同質性過高，那天謝前委員天仁也提到在藥物共擬會議中沒有人負責擔任砍價的角色，近 3~4 年來，唯一會積極砍價為預算把關的委員可能就只有我本人，而專家會議的專家卻一直捍衛著所謂專家的決議，對於砍藥價這些事情都是一概反彈。因此，我建議藥物共擬會議中聘任的

專家應該涵蓋學者、藥界、臨床、醫院及基層等各領域的專家，因為只有我們第一線接觸廠商及處方病人用藥的醫師才瞭解實際執行的各種面向，而不是醫院中的教授級專家，他們或許是國內數一數二專精於某些專科領域的專家，但對於藥品採購流程、運用及管理卻是一無所悉，往往也會導致藥物共擬會議的討論偏向特定方向。

- 三、建議藥物共擬會議請專家蒞臨討論時，應全面考量有限的資源如何分配，而不宜為了特定藥品、疾病或團體發言，我們謝前委員甚至覺得去開藥物共擬會議好像會得罪某些特定團體或人士，從早上9點開到下午4點至6點，開了一整天卻得到這樣的結果不是我們所樂見的，因此，我建議應該好好檢討藥物共擬會議組成及過程。另外，我再三強調藥物共擬會議資料有些引用文獻是藥廠所提供的，這些文獻應註記並列入會議紀錄中，讓與會委員清楚哪些引用文獻具有參考性，否則老實講藥廠贊助的研究較容易獲得正面及支持的結果，當然這不代表結果一定有誤，但它的立場可能要再三被檢視。綜合以上意見，我建議新藥的部分要持續檢討，不應解除列管。

周主任委員麗芳

請健保署回應。

蔡副署長淑鈴

首先，謝謝各位委員對於健保有關的提案，我大致回應一下。

- 一、黃代理委員振國、羅代理委員永達都提到會議資料第23頁，有關藥品替代率的事情，確實到目前為止，大家對健保署採用的替代率有些爭議，針對這部分，以下3點說明：

- (一)健保署已經將此議題，委由2個團體進行研究，但結果也是大大地不相同，所以還是要持續研究。
- (二)目前新藥預算的監控就是只能用在新藥上，健保署每半年都會將監控報告提至藥品共擬會議，也會到健保會報告。
- (三)第3點，就是黃代理委員振國所提藥物共擬會議的組成、過

程，還有整個機制是不是要檢討，這件事情要回到共擬會議的場域，才能讓我們有機會檢討。但我要提出一點說明，剛才黃代理委員振國說，好像藥物共擬會議都是在為某些藥支持，沒有人做砍價的動作。這可能黃代理委員振國有點忽略，藥物共擬會議核價的部分，是依據有一些已經公開的公式去進行核價，但本署已公告 MEA(Managed Entry Agreements, 藥品給付管理合約)財務衝擊一定程度之藥品，核價後還會再跟廠商再議價，在共擬會議談的都是 listing price(公告價)，但在 MEA 之下，還會有一些規則要去談，目前經 MEA 收回的錢都是回到藥品總額。雖然處理過程未公開，但本署醫審及藥材組花費很多心力為全民把關，這些拿回來的錢都是回到總額，你們感覺總額足夠，也是因為這些 rebate(折讓)用在新藥上。

二、剛剛滕委員西華、吳委員榮達都提到會議資料第 40 頁愛滋病患者領藥部分的費用，在此一併說明，愛滋病患者服藥滿 2 年後的藥費由健保來支應，這是依據愛滋病相關法規的修正，當時的爭議在於費用支付的切點，是以處方日還是領藥日計算，因為這個沒有寫在法規，所以當時疾管署跟健保署各有主張，我們當然是希望以處方日，疾管署希望用領藥日，對於疾管署而言，以領藥日為切點，對該署比較有利，可以少出一點公務預算，因此成為部內 2 個單位的爭議，後來提到高階會議討論，部長是有核定權的。但因這議題在健保會也引發爭議，為求程序周延，疾管署奉部長指示到健保會報告，該署也於委員會議中報告，最後大家還是不同意疾管署主張的領藥日，而支持健保署主張的處方日，健保會的決議一併陳報部長，由部長做最後的決定。理論上，這不是法規寫明，而是法規未明確規範，所以大家在費用支付切點上曾有爭議，但因為都是部內單位，最後由部長裁示。

三、另外，吳委員榮達剛剛希望本署能將 108 年檢驗(查)費用支出所節省費用，再區分細項提供，會後確認過的委員需求為何

後，再行提供委員參考。

周主任委員麗芳

請問黃代理委員振國還有意見嗎？

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

- 一、補充說明一下，針對蔡副署長淑鈴的回應，提出個人建議。最近有藥廠將其販售之寡占藥品，以退出台灣為理由，要求調漲健保給付價格。第一個例子是舌下錠(NTG)，原本去年是給付 2 點多元，廠商要求調為 5 元，當時我要求要依據廠商提供的成本分析，因為廠商在申請健保核價時，一定會提出成本分析架構，若因不敷成本申請調整價格，也應該在原架構上提出廠商需要申請調整價格的因素、理由，但我們往往看不到所謂原始的架構，當天經我提出質疑，因此藥價被砍為 3.5 元。
- 二、第 2 個例子是，最近有一款 Augmentin 兒童用口服糖漿，原本給付廠商 64 元，現在廠商要求調高支付價至 132 元，是兩倍的價錢，該藥品 104 年健保價是 90 元，現在以不敷成本為由要退出台灣市場，雖該藥品具有口味特殊、用藥時間縮短一天兩次等特性，但在台灣也有另外兩家學名藥廠製造類似產品。若真的不敷成本，當然要讓廠商調漲，但我質疑的是為什麼從 104 年 90 元，陸續調降到 80、70 元都沒有反彈，現在要調降至 64 元，才說不敷成本？健保署藥品專家諮詢會議結論也和廠商一樣，認為成本是 132 元，我質疑現在的成本與廠商最初提供的成本分析內容一定有什麼不一樣，資訊應該公開透明，我們才願意提供合理的價格。

周主任委員麗芳

- 一、針對剛剛委員發言意見，有好幾位委員都有提到未來評核委員的聘任過程，我個人也很同意，先綜整如下：
 - (一)首先在會議資料第 15 頁，「幕僚彙整四部門總額回復之推薦名單，及本會現任、曾任專家學者委員後，...」，將付費者代表委員加上，這是第 1 點。

(二)其次要跟各位委員報告的是評核委員聘任作業。各總額部門推薦的評核委員名單，在徵詢在座各位健保會委員排序後，幕僚作業是完全尊重委員會議所決定之排序。今年主要是因為有部分推薦名單上的評核委員，包括盧委員瑞芬、周委員穎政，都在同一時間到國外參加學術會議，就是全球健康經濟年會(International Health Economics Association, iHEA)，因所擬邀請評核委員出國開會，未能接受邀請，這是第1個；另外，也有排序很前面，但婉拒擔任我們的評核委員，因為評核工作真的非常辛勞，所以也會有婉拒的狀況；再者，最終要選出7位評核委員，我們也會討論部門推薦委員的衡平性，如果7位排序有3位都是同一部門推薦，我們會微調校正。所以請各位委員放心，我本人、包括我們健保會的幕僚同仁完全尊重各位委員排序順序，依序一個個確認，這是以上說明。

二、其次剛才委員對於我們解除追蹤案件當中，羅代理委員永達有特別提到會議資料第23頁項次2有關新醫療科技及支付標準部分，建議要繼續追蹤；吳榮達委員提到會議資料第33頁項次12部分，需請健保署補充資料，請教吳委員榮達，本項次可否同意解除追蹤，但請健保署將詳細資料補齊就可以？(委員表示同意)。至於繼續追蹤案，依過去慣例就繼續追蹤，委員提供意見給健保署及主管機關參考，我們不再討論。

三、針對本案我們預擬以下決定：

(一)上次委員會議決議(定)事項辦理情形：

- 1.擬解除追蹤案(共5案)：同意依照幕僚之擬議，解除追蹤。
- 2.擬繼續追蹤案(共5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：

- 1.會議資料第23頁項次2改列「繼續追蹤」。
- 2.擬解除追蹤案(共22案)：同意依照幕僚之擬議，解除追蹤。

3.擬繼續追蹤案(共 11 案)：同意依照幕僚之擬議，繼續追蹤。

(三)為即早規劃各部門總額執行成果評核作業，請各部門總額受託團體及中央健康保險署於 109 年 1 月 21 日前配合提供下列資料，以利後續作業：

1.提供 108 年度各部門總額評核內容建議。另請總額受託團體各提供 3 位評核委員推薦名單。

2.研提 109 年度重點項目及績效指標，預先設定 109 年度努力目標以利執行。

(四)109 年度各部門總額一般服務之地區預算分配案，依法應於年度開始前，陳報衛生福利部核定。請中華民國醫師公會全國聯合會盡速提送 109 年度西醫基層總額一般服務地區預算分配之建議方案，以利提會議定後，辦理報部核定及公告事宜。

(五)餘洽悉。

趙委員銘圓

一、不好意思，剛剛說到所邀請之評核委員有人婉拒，照理說，即使是婉拒也會有書面資料吧？還是該受邀請對象只是口頭表達？依照正常程序應該要有書面資料，這樣才可以讓大家了解，是因為其婉拒擔任，以後就不需要再提名他，所以，若有正式書面資料應該較恰當。

二、另一個部分，也許是問題較小，健保署並沒有回應，就是關於葡萄糖胺的部分，我上次應該沒聽錯，署長說這藥物沒什麼療效，所以從指示用藥拿掉，這我沒意見，但每天看到媒體上，在各時段都有賣所謂葡萄糖胺，假設若沒療效，那是不是應該宣導讓付費者、消費者了解，這部分是不是可以做？

周主任委員麗芳

有關葡萄糖胺的部分，有醫界代表要說明嗎？請黃代理委員振國。

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

- 一、這個議題的複雜是因為，目前葡萄糖胺的療效不是那麼明確，但說實話，葡萄糖胺現在的健保價格被減到 2 點多元時，3、4 元的原廠藥已經退出健保，現在很多是賦型劑在廣告。我舉一個大家熟悉的某某某保肝丸，10 幾年前看電視，其廣告用語都是肝若好人生是彩色的、肝不好人生是黑白的，你看某某某保肝丸現今何在？我記得生意好的時候，在仁愛安和路口有一個很大的店面。此外，以下未經證實的訊息，請大家參考一下就好，當時該產品的年營業額達到 10、11 億元，廣告、罰金各 1 億元，廠商就賺錢，如果那是對的，今天大家看到某某保肝丸應該列入國寶級的產品。早期聽到蒜頭精之類的產品，或是想得到的很多產品現在都不見了，所以廠商要刺激民眾的個人需求，會透過通路去廣告，這是個人商業行為，產品在醫學上不被認同，只能靠這個方法。
- 二、商人們都很厲害，最近的廣告內容就是用使用者的語言來說，但在正式的廣告傳單上，絕對不敢去寫療效。有一些藥像是普拿疼，也退出健保，現在用的都是學名藥，說實在，健保價真的不是很貴，我建議這空間留給廠商去發揮，我覺得還 OK，民眾要不要相信，這是食藥署問題，我們不能替食藥署發言，我以個人感受跟大家說，很多產品廣告熱了一陣子，爾後看來還是不存在的，好東西不太需要廣告。比方說男人的尊嚴，威爾剛、犀利士這些藥品很少去廣告，其實犀利士有，說是一藥兩效果，但大家應該很少看到威爾剛的廣告。

周主任委員麗芳

請張委員煥禎，本案最後一位委員發言。

張委員煥禎

其實我參與過一些署內還有國外的研究計畫，跟大家報告一下。應該是這樣說，在美國很多藥物未何列為健康食品不去管他，應該理論是要官方證明，有用我們才准許販賣，無論是藥品或嚴格國家會連健康食品都規定。但是在任何國家，藥品都規定，像是西藥，普

拿疼，要有 99% 頭痛的人吃都有用才是有療效，目前還需要證明該藥品是沒有缺陷或必須載明副作用。大家會問為何允許健康食品？因為我們只要不能證明它有害，基本上國家政府是不管，有多數國家都採取不管政策，我無法證明它有害，即使它無效，我也無法證明他真的無效，有效的時候才可以用，但真的無效嗎？只是我不能證明它有效，所以目前科學證明嚴格的觀點來說，現在沒有療效證據，但不能說它永遠無效。有很多藥，我們現在認為沒問題，但後來證明他它有問題，我們能做的也只能在目前證據顯示無效、有效、或是有副作用，來判定它是否可以給老百姓使用。

周主任委員麗芳

陳委員炳宏，請發言。

陳委員炳宏

- 一、我們的提案，就過去 3 年(105~107 年)政府應負擔健保經費不足數差額的回補方式沒有得到回應，頗為難相關單位，因此，我們不敢要求大朝廷的回補財力，但我們要求大朝廷的會計做帳精神。
- 二、待會在討論事項第 3 案，我會用健保基金會計制度總說明重要內容，跟大家說明我們應該如何提供「人民必須了解的會計事實」編製報表，跟大家做討論。

趙委員銘圓

確認一下，到底我們委員可不可以推薦評核委員？剛剛好像沒有講得很清楚。

周主任委員麗芳

幕僚同仁整理包括醫療部門推薦名單之後，我們不是會請各位委員投票圈選優先順序？

趙委員銘圓

剛剛滕委員西華跟幾位付費者代表委員，都建議....。

周主任委員麗芳

- 一、你們是要推薦及擔任是嗎？好！我們付費者代表也可以推薦。

二、委員若無其他意見，接下來請進行優先報告事項第一案，請同仁宣讀。

參、優先報告事項第一案「本會 109 年度工作計畫(草案)報告」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉說明。

周執行秘書淑婉

一、以下就明(109)年度的工作計畫(草案)做整體報告，我們依照健保法及其施行細則所列本會應辦理之法定事項及歷次委員會議決議定事項，按業務監理、總額協議訂定、費率審議及保險給付及其他應討論法定事項等業務別分類，擬具 109 年度全年擬辦理之工作計畫，請參閱會議資料第 66-69 頁，附件一。草案規劃過程中，業請健保署表示意見，該署意見跟本會說明，請參閱會議資料第 75-79 頁，附件四。

二、相對應工作計畫，我們也擬具 109 年度會議時間表(草案)在會議資料第 70 頁，附件二。建議循例將每月委員會議安排於第 4 周的星期五召開，另為配合費率審議時間，11 月份還是比照往年，提早至第 3 周的星期五(11 月 20 日)召開。每月委員會議的時間都已經定下來，請委員預留時間與會。此外，依照會議時間表(草案)，按照時序，將 109 年工作計畫分列於每次委員會議，請參閱會議資料第 71~72 頁。

三、說明三所敘事項，因為時效比較趕，特別向委員報告。為利委員彼此溝通及實地瞭解健保業務之推動狀況，預定於明(109)年 3 月 19、20 日舉辦業務訪視活動與共識營，地點為東區業務組轄區，時間為 2 天 1 夜，目前籌辦狀況說明如下：

(一)本(108)年 11 月 26 日我跟同事已前往東區業務組進行現場勘查路線，特別謝謝蔡委員登順全程陪同協助，從頭陪到尾，提供最佳的路線安排建議。

(二)預定訪視主題包括：山地離島地區醫療給付效益提昇計畫執行成效、醫院總額一般服務預算風險調整基金運作情

形、推動促進醫療體系整合計畫(含遠距醫療會診情形)執行成效及提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務執行成效等4項。我們特別安排委員實地至矯正機關訪視，是因為這項計畫每年預算達16億多元，應去看看計畫的執行狀況。

(三)共識營之預定主題係針對本會議事運作，請委員給我們指教。

(四)鑑於花東車票訂票不易，請委員趕快將活動調查表回覆給幕僚，以利安排後續事宜。

周主任委員麗芳

- 一、謝謝周執行秘書淑婉說明。請委員參閱會議資料第71~72頁，這是摘錄109年度我們每個月要辦理的工作事項，以及3月19、20日的訪視活動及共識營。一方面感謝幕僚同仁辛苦的去實地探勘及蔡委員登順提供的協助。另一方面，當然希望屆時委員都能踴躍出席。
- 二、關於109年度工作計畫有無要提出垂詢？(未有委員表示意見)沒有的話，本案就確定。接下來請進行優先報告事項第二案，請同仁宣讀。

肆、優先報告事項第二案「『109 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式』核定結果及後續相關事項」與會人員發言實錄
同仁宣讀

周主任委員麗芳

請幕僚說明。

陳組長燕鈴

本案主要向委員報告衛福部對於 109 年度健保總額核定結果及後續相關事項，衛福部已經在今年 11 月 26 日核定本會所報的協商結果，核定結果摘要如下：

一、對於本會有共識的牙醫、中醫門診部門，依本會協定結果辦理，至於本會兩案併陳的醫院及西醫基層總額部門，整理協商結果與部決定的比較表，在會議資料的第 86~94 頁，如果委員想了解細部的比較，請參考比較表。

二、重點說明西醫基層總額部核定的結果：

(一)醫療服務成本指數改變率所增加之預算，部指定優先用於急重難症、內科門診診察費加成等 5 項支付標準之調整。

(二)一般服務的部分：

1.新醫療科技預算，較 108 年增加 1 億元。

2.合併藥品給付規定範圍改變及其他醫療服務密集度增加，包含擴大 C 型肝炎治療衍生之醫療服務費用，較 108 年增加 1.9 億元。

(三)專款部分：

1.西醫醫療資源不足地區改善方案：增加 1 億元，用於放寬醫療資源缺乏地區診所之適用鄉鎮，提升偏遠地區就醫可近性。

2.家庭醫師整合性照護計畫：較 108 年增加 6.2 億元，其中 4 億元，用於提升照護品質及獎勵偏遠地區醫療群，惟須俟完成研修提升照護品質指標及獎勵機制後，才可動支。

(四)其他部分全部採付費者代表建議的方案。

三、醫院總額部核定的結果：

主要是以付費者代表方案為主，金額也與付費者方案相同，僅對兩個項目的文字做決定。

(一)醫療服務成本指數改變率所增加之預算，也是指定5項優先用途，用於急重難症等5項的支付標準之調整。

(二)持續推動區域級以上醫院門診減量措施部分，明訂109年醫學中心、區域醫院門診件數持續降低2%，即不得超過106年之94.12%，並核定自109年4月1日起施行。

四、醫療服務成本指數改變率所增加預算之用途，配合西醫基層及醫院部門，牙醫部門之「藥品基本價」一併刪除。

五、依據衛福部核定結果，彙整與本會協商結果的比較表，在會議資料第82頁，請看表格最下面一列，部核定109年度總體總額成長率是5.237%，總額預估值是7,526.4億元。部已公告的「109年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，請委員參閱附錄八。

六、有關後續辦理情形，因為健保署近日加緊開會，所以更新資料，請參看會上補充的更新跟補充資料第1頁，第4點，對於總額核定結果本會將依照時程，追蹤各部門的辦理進度，並提報委員會議。各協定事項辦理時程彙整在附件三，請參閱會議資料第95~102頁，附帶建議彙整在附件四，會議資料第103頁，這部分請健保署及各總額部門依照預定時程辦理。

七、依照總額協定事項，須在今年12月底完成的協定部分，健保署提報辦理情形在附件五，請參閱補充資料第2~10頁。對於各部門總額應於12月完成而尚未完成的項目，請盡速辦理，後續將會在109年7月份委員會議提報辦理情形。

周主任委員麗芳

本案委員是否有垂詢的地方？請何委員語。

何委員語

對於 109 年度全民健康保險給付總額部長核定的部分，我們當然尊重部長權責，但對於西醫基層核定內容感到遺憾與失望，日前林召集人錫維發 LINE 問我要不要帶隊去抗議？我想抗議也沒用，健保會的意見要聽就聽，人吠火車，是沒有用的。我想當一個健保會委員或共擬會議代表，會參與其他各部會會議，每人都有發言權利，不發言我們也尊重，但發言我們要尊重人家權益，不可以抹殺人家開會發言權。對於本案，我的意見如下：

- 一、部長已經核定將西醫基層醫療服務成本指數改變率所增加之預算，指定優先用於急重難症、內科門診診察費加成、藥事服務費、基層診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施等支付標準之調整。離島假日開診之相關獎勵措施等支付標準之調整。離島假日開診是部長後來裁定的，12 月 26 日在醫療服務及支付標準共擬會議已有 3,340 萬元優先通過，西醫基層應將急重難症、內科門診診察費加成、藥事服務費，基層診所設立無障礙設施辦法等調整內容，趕快提至共擬會議討論。中醫及牙醫門診的支付標準調整均已於共擬會議討論通過，目前剩下西醫基層與醫院總額，希望能遵循付費者代表的註記，加上部長的裁定，儘速提出，不要私下遊說我說內科不該加成，既然有白紙黑字，希望西醫基層尊重部長的裁定與總額協商時我們加註的文字。
- 二、有關家醫計畫在地方基層聲音很多，很多官員坐在裡面聽不到外界的聲音，外界對家醫計畫有好的與不好的意見，提出很多不同的評論。原本健保署建議家醫計畫增加 2.2 億元，付費者尊重健保署意見，於總額協商時同意給 2.2 億元，但部長後來決定增加 6.2 億元，這是政治考量，明年度政治考量的事情太多，我對這項有意見，但這項圖利西醫基層太嚴重，我與林召集人錫維將考慮要怎麼處理。
- 三、希望醫院總額將 109 年分配案儘速提出，並在共擬會議通過，我們以前認為共擬會議通過的都會追溯給付，但是昨天蔡副署長淑鈴說明，若年中通過，就從部核定時給付，不會追溯至 1

月 1 日，這對醫界不公平，請西醫基層與醫院總額早點提出，若能提早提出，建議蔡副署長淑鈴於春節前再加開臨時會議，即可提早通過與支付，不用拖至 2 月底，因一拖就會至第 2 季，這是我的淺見。

周主任委員麗芳

再次感謝各位委員協商的辛勞。請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、部長核得很藝術，但有個部分我看不太懂，會議資料第 87 頁、88 頁、91 頁，這 3 頁請委員對照著看。部長核了「藥品給付規定範圍改變及其他醫療服務利用密集度增加(含擴大 C 型肝炎治療衍生之醫療服務費用)」，增加 1.9 億元，當時協商就對這部分費用，以及 109 年使用 C 型肝炎新藥後所需之檢測費用討論很多，重點是給 C 肝費用，但不給之後衍生的費用，包括新增診察費，若我記錯，請西醫基層代表指正，第 1 個，診察費、第 2 個，新藥檢測費，第 3 個，follow up(追蹤)第 2 次、第 3 次檢測費。
- 二、醫院與西醫基層我們都沒給 109 年使用 C 型肝炎新藥後所需之檢測費用，部長在基層給了這個費用，這會造成支付標準的混亂，醫院就不用檢查嗎？醫院病人很多，我們從來沒有為了 1 個疾病要增加診察費與 follow up 檢驗費，很多疾病都要檢查，例如，高血壓、糖尿病都要做固定檢查，我們給藥費就要保證這個藥物有效，保證藥物有效的方法很多，病人要乖乖吃藥、診斷與劑量要對，很多方法可以確認有效，廠商說 C 肝口服新藥 98% 以上可以治癒，他們應該要幫我們檢測藥物有效，不可騙醫師，因醫師沒參與臨床試驗，也不能騙病人吃這個藥，讓病人去亞洲其他國家買學名藥，買沒有核准的藥，因便宜甚至沒在適應症裡，那些病人吃自己帶進來的藥都吃出問題，又沒藥害救濟，就是廠商宣傳 DAAs(direct-acting anti-viral，其他同類全口服直接抗病毒藥物)有效。

三、不能否認C肝新藥有效，可是健保署不為難嗎？若未來醫院要錢，要由其他預算再撥一筆費用給檢驗費嗎？若日後愛滋病、新興疾病或傳染病，每個都因需要治療疾病，新興藥品要增加檢驗費時，或病人新增，如流感突然大爆發，是否一定要新增檢查費的金額，因流感也是新增病人，又會多一筆費用，這會混亂支付標準邏輯，部長這樣裁定不太合宜，原以為擴大C肝治療人數沒關係，但匡定在這個項目，醫院與基層標準不一致，請社保司、健保署及部長再三思，這實在不好。

周主任委員麗芳

請問其他委員還有無意見？請吳委員鴻來。

吳委員鴻來

會議資料第 103 頁，附件四「109 年度各部門總額附帶建議參辦情形提報時程表」，關於新藥新科技部分，提到請健保署規劃免疫療法藥品還款計畫返還金額使用於新醫療科技項目，現在有做 MEA(Managed Entry Agreements，藥品給付管理合約)的不只是免疫療法的用藥，請健保署說明目前有做 MEA 的藥，過往還款金額大概多少？剛剛蔡副署長淑鈴報告過，我們仍希望不只有免疫療法的藥，其他藥物的 MEA 若有返還金額，希望回到新藥新科技款項，不是直接滾入總額。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達、李委員偉強。

吳委員榮達

我提出的意見與滕委員西華一樣，會議資料第 87 頁，有關擴大 C 型肝炎治療衍生之醫療服務費用，我剛剛與滕委員西華核對好久，西醫基層與醫院部門確實不同，這樣的核定方式，除了與我們總額協商討論的意見相左外，另外會滋生困擾，後患無窮。

李委員偉強

一、這部分剛剛滕委員西華與吳委員榮達 2 位委員已於協商時提過，不然醫院不會至第 2 天再次討論，最後的結論是這樣，我

們只能尊重。我重申 1 次，會議資料第 81 頁，分級醫療的部分，持續推動區域及(含)以上醫院門診減量措施，自 107 年起以 5 年降低 10% 為目標，並定期檢討，至少我看到「並定期檢討」這 5 個字，當初提出醫學中心希望期程不一定要 5 年 10%，考慮改成 10 年 10% 沒被接受，但這裡出現定期檢討，未來似乎有點空間。

二、明年共降低 6%，雖然延至 4 月 1 日起施行，即 1 年 120 萬人次的影響，區域跟醫學中心要減少 120 萬人次下轉至地區及基層，才能達到目標，這是很大的挑戰，這條列在此，若將來有任何執行上困難，仍希望在這裡或共擬會議能再好好討論期程部分。

周主任委員麗芳

請吳委員國治。

吳委員國治

剛剛幾位委員對部長核定的 C 肝衍生費用內容提出一些意見，我不知道部長想法，但是我們基層試圖這樣解釋，因 C 肝若沒治療或治療不好時要開刀，或住院等治療，所有的費用應發生在醫院，若能做好，則可省下醫院費用，但是基層很多純支出面的費用，這是我試圖揣摩部長的想，這樣解釋不知道對不對？但我們尊重部長裁示，若用圖利基層解釋，這樣太沉重了。

周主任委員麗芳

依序請林委員錫維、張委員煥禎、黃代理委員振國、趙委員銘圓。

林委員錫維

109 年的總額部長已經核定，我們沒理由做相關的修改或變動，會議資料第 88 頁，家醫計畫部長給了 6.2 億元，用於提升照護品質及獎勵偏遠地區醫療群，是否會真正落實？希望健保署每季能提出本計畫執行成果，落實照顧偏遠地區，以及相關附帶決議說明，家醫計畫我認為非常重要，既然部長肯定這方面要加強，我們沒理由不同意，我們也支持，希望健保署能做這樣的決定。

張委員煥禎

- 一、我們區域醫院要說明前 2 週發生台北市立聯合醫院發生異常申報遭健保追扣的事情，經過區域醫院協會上周開的年會暨理監事聯席會，所有區域醫院協會與會會員主要討論 3 件事情，第 1 個，我們沒有提供服務收費當然違法，但提供服務不收費是違法嗎？當然可以討論，但健保署不能說違法就違法，這部分區域醫院協會決定會循法律途徑解釋，不向健保署申請費用就說違法，台北市立聯合醫院覺得很委屈，因不能拒收病人。
- 二、當時要實施門診減量措施 2% 我們接受，明年共是降 6%，上次提過自然成長率每家醫院 3~8%，現在自然成長率完全沒有，而且每年要比 2017 年的基值逐年降低 2%，所以 5 年降低 10%，影響很多，不敢說醫學中心下轉病人沒有困難，但是區域醫院門診，我自己每周看 2 次門診，我最會轉病人至地區醫院及診所，但轉得很辛苦，病人最後說你真的不要我，我自費看可以嗎？這樣下去明年共是降 6%，後年 8%，大後年 10%，加上病人自然成長，等於剝奪 30% 病人權利，我贊成轉診，但應有配套措施，不可將責任都丟給區域醫院門診醫師，結果加諸給病人，這沒有道理。
- 三、第 2 個，當事情發生，衛福部宣布區域醫院不會降級，現在已經有 5 家降級地區醫院，明年至少有 10 家區域醫院考量申請地區醫院評鑑，部內向民眾說不用擔心，我們不准他們隨意降級，若降級我們會罰錢，這不對，評鑑等級申請是由各醫院自行決定，為何長庚醫院桃園分院是地區醫院？政府不可強迫它申請區域醫院，相對不能強迫哪家醫學中心降為區域醫院，區域醫院不能改為地區醫院、診所。所以近幾年新設立的醫院都維持在地區醫院層級，實際上業績遠超過區域醫院層級的不在少數。而且不被門診減量政策限縮，業務量當然持續大幅成長。不要給民眾錯誤觀念認為政府會控制。過去幾年各醫院爭取區域醫院層級評鑑，除了想要積極凸顯在品質端以及管理面的榮耀之外，還可以在健保給付上有些許的優勢，但經過這幾

年申請評鑑等級為區域醫院已經完全沒有優勢，現在造成的缺點更是讓大家無法忍受，我要鄭重呼籲健保會，因為每年降 2% 是健保會通過的，應該要檢討，我們也盡量配合 2 年，這部分我提出我們有義務，健保署有責任，我不斷提出不要只管醫院、診所，我們要管民眾拿出的錢是否用得值得。

周主任委員麗芳

請羅代理委員永達。

羅代理委員永達(朱委員益宏代理人)

因為區域級以上醫院門診減量 2% 的事情在台灣是很難得看到...

周主任委員麗芳

羅代理委員永達對不起，前面還排了好幾個委員要發言，依序請黃代理委員振國、趙委員銘圓、羅代理委員永達、何委員語。

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

- 一、針對 C 肝部分說明，早期 C 肝開放初期個案都比較嚴重，包括肝硬化或是使用干擾素，所以第 1 年使用較多的是比較嚴重，當時開放的 C 肝用藥只限於少數型可以使用的藥品，第 2 年因有其他藥廠加入，全部 6 型都能治療的新藥都能引進，除了試圖降價，讓更多 C 肝患者得到妥適治療，相對 C 肝病患嚴重度也有下降，擴及一些輕症，甚至沒有症狀的患者。
- 二、從統計資料顯示，今年初至 5 月，我們發現在基層用藥的病人顯著成長，除了剛剛說的疾病嚴重度轉型外，最主要是政府也宣布基層稅賦減免，C 肝用藥的稅賦在診所端不必採扣稅基準，全國 6 個分區也針對 C 肝用藥治療排除審查計算過程，所以短短幾個月，很多 C 肝患者，尤其很多輕症患者都是青壯、中壯族，他們往往到醫院就醫不便，擴大實施後，很多患者就近回流至基層，治療 C 肝最有名、最多的是台大醫院旁邊的好心肝診所，原來在台大醫院就醫的患者已轉移至好心肝診所治療，在公園路旁邊除了好心肝診所外，另一家診所也要成立了，有小台大之稱，所以很多輕症，尤其有勞動能力的患者會

就近至診所就醫。

- 三、屏東有個家醫科醫師曾在年中要求我，屏東目前沒有消化系專科，C 肝治療如果與高血壓一樣方便安全，可不可以讓遠在屏東地區的醫師、內科、家醫科受訓練能夠治療當地的患者，由此可見 C 肝目前的治療是普及、方便與安全，在基層有相當程度的成長，這是原因其一。
- 四、第 2，剛剛吳委員國治提及很多 C 肝治療成功後減免的費用，其實多在住院端，這是基層端看不到，所產生的治療效益。
- 五、第 3，很多輕症患者是否適合 C 肝治療？可能 2 個患者中，1 個檢驗 C 肝 RNA 抗體之後才能決定是否適合用藥，衍生相關的費用顯著增加。以上說明到此，我們樂見更多輕症、繁忙的上班族，原本沒空可以好好治療的人，能至西醫基層好好治療。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

針對這案子原本不想談，既然話題起了，也應該表達一些意見，這次總額協商最大贏家是西醫基層，但你們得到贏家，是將我們健保署與所有付費者代表踐踏在腳底下，我們尊重部長的裁決，因為是他的權力，但起碼要尊重下面單位經過深思熟慮考量所獲得的結果。在協商中大家為了這部分，花的時間最長，但這可能是現在的政治產物下所獲得的結果，這對大家都是不應該的，用政治力介入。部長有他的壓力，因你們理事長就是立委，立委監督衛福部，用這樣的方式得到經費，剛剛滕委員西華也談到，同樣的東西不同的結果，後面要怎麼善後？後續的部分衛福部相關長官及部長都該自己去面對。

周主任委員麗芳

請羅代理委員永達。

羅代理委員永達(朱委員益宏代理人)

- 一、剛剛提到目前分級醫療，裁決區域級以上醫院的門診量減少 2% 這部分，難得看到 1 個政策可以持續堅持，大家都知道這主要是因為資源不足，如何去控制？這前身也是初級照護中有 10% 無效，之後就有 2% 門診減量，實施過程中有些東西確實造成很多後遺症，我們也希望可以做些修正。剛剛張委員煥禎提到現在很多區域醫院降為地區醫院，目前有 5 家，區域醫院夾在大型醫院與社區醫院中，我要表達的是當時地區醫院可以免除，是因規模的問題，像是 1 台超音波在醫學中心 1 個月用 1,000 次，我可能只能用 100 次，買一樣的東西，但是單位成本不同。
- 二、所以基於這些因素，這次是區域級以上醫院，其實光用區域這兩字不足以顯示規模，因為區域醫院從 250 床開始，直到像振興醫院有 1,000 床，有這麼大差距，區域 2 個字這不足以涵蓋，所以我跟醫事司也提出相關建議，例如，用 200 床或 250 床或多少床數以上，即使區域醫院降至地區醫院，也適用門診減量。另外區域醫院很多特性，像是偏遠地區，對他們來說就是社區、地區的機能，所以要求門診減量 2%，病人根本無法下轉，建議未來在操作門診減量上應更精緻，例如，醫院規模、所在地及其特性，都應納入考量，不該只是一刀切，這是考慮區域醫院很多的特性。

周主任委員麗芳

請何委員語，吳委員國治最後一位發言。

何委員語

- 一、剛剛趙委員銘圓說完，許委員美麗按讚，C 肝檢驗費用今年部長核給基層，我們尊重部長，但是明年總額協商我仍是委員，我一定反對再列進去，現在的部長明年已經高升當大官，就讓新部長核定。
- 二、另外，我很支持分級醫療與轉診制度，但我對部長提出減量 10% 的政策，第 1 年我沒有感覺，第 2 年我有罪惡感，原因在

於很多老先生跟我說，現在去台大看病，台大請我去診所看，但我的慢性病藥診所不給，請我回台大，台大則說你去診所，因我們已經超量，不能說台大對弱勢有偏見，但額度滿了就不再收，很多醫師看到 12 點，時間一到護理師就走了，醫師不加號，我發現到這個制度表面上很好，實際上影響很多慢性病患者。

三、有個醫療體系的總裁對我說，他們去年用基金會補了 6.8 億元，醫療差額費用不向健保署申請，用基金會的救助費補進去，這個醫療體系因紀念他爺爺，為了這個名聲，不可拒收病人，不能破壞醫院名聲，最後醫療差額用基金會補足，去年補 6.8 億元，這個體系醫院可以這樣做，但是公立、署立及私人醫院有辦法這樣補嗎？

四、這個政策會影響到慢性病患者，慢性病患者看 1 次則要計算 3 次拿藥的錢，第 2 年我去看，確實發生很多醫療結構傾斜的問題，這是好現象嗎？所以總額協商時希望調整一下。還有一點當初忘了，應該是 106 年度不成長，而不是回扣，106 年看多少人，這些醫院就維持這個數量，不要再增加，也不要再減少，不然原來看病的病患何去何從？現在已經發生很多問題，健保署表示部長有指示定期檢討，但是並沒有說明是哪個月，今年核定，到明年 12 月、1 月或 5 月檢討都是定期檢討，蔡副署長淑鈴那麼英明能幹，請問能不能提早檢討？這件事情已經影響到那些年老的慢性病患，如果各位委員有去訪查，就會發現問題已經很嚴重。

周主任委員麗芳

請吳委員國治。

吳委員國治

健保會已經存在總額協商的所有程序，也應尊重部長核定的職權，若都用「圖利、政治力」解釋，我覺得這個話語太沉重了。基本上西醫基層總額的兩案併陳中，有 4 項是大家都不一致的，其中有 2

項部長是完全依照付費者版本裁定，另外 2 項也不是依照西醫基層部門的版本，而是部長做最適當的調整，從西醫基層的角度看起來還是輸，請不要動不動就用「政治力、圖利」，我覺得這話語不適合再提出。

周主任委員麗芳

感謝各位委員發言，總額協商是健保會的職責，109 年總額協商有 2 個部門無法在會議中達成共識，報部裁定，仍要感謝部長為我們核定最終總額。關於剛剛委員垂詢的部分，待會請社保司、健保署簡單回應。請葉委員宗義。

葉委員宗義

當初總額協商時，我就跟所有委員講過，行政院核定範圍給我們協商的空間非常少，我也提醒過，若雙方都非常堅持，可能所有的各部門都會送部裁決，當初我就跟各位提過這個問題。但是部長有權力核定總額，各位要了解，總額不會倒，只是金額多寡。既然部長已經裁定，我們無法推翻，我覺得我們應加強管理，請健保署提供相關資料供健保會監督，這才是最重要的。

周主任委員麗芳

請社保司補充說明。

商委員東福

謝謝主席，剛剛各位委員從各種不同角度提出說明時，已經提供了答案，事實上我的理解，部長有相當多的斟酌和考量，並沒有任何的負面訊息，像是政治考量、忽視誰的問題等等。而只有正面的訊息，例如因為無法取得共識，部長只好想出合理解決方案，或許健保署可以說明部長如此裁示的理由，我只能說部長斟酌很久、並做最適切的考量。

周主任委員麗芳

請健保署說明。

蔡副署長淑鈴

關於委員所詢「109 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配

方式」核定結果意見，我有幾點補充說明：

- 一、 幾位委員提到分級醫療轉診，醫學中心、區域醫院門診件數持續降低 2%，109 年不得超過 106 年之 94.12% 等，大家的壓力很大，部長的核定內容指示要定期檢討，本署預計明年第 1 季總額研商議事會議時進行討論這部分，另 1 項討論的議題是明年度的非協商預算調整支付標準部分，屆時我們會進行細部討論。
- 二、 關於林委員錫維提到的家醫部分，希望將來業務報告中可以呈現執行成效、偏鄉醫療的成效，我們會記錄下來，會定期呈現相關數據。
- 三、 關於 C 肝檢測費用，有關西醫基層有編列預算，醫院部門卻沒有編列，還有吳委員鴻來提到新藥新科技收回的錢的金額，以及是否用在新藥上，關於 C 肝檢測費用，部長有來徵詢我們的意見後才做決定，PVA (Price-Volume Agreement，價量協議)、MEA 部分請黃副組長兆杰說明。

黃副組長兆杰

- 一、 主席、委員，向大家說明 C 肝檢測費用的部分，部長在考量時，有問我們當初推動 C 型肝炎藥費納入專款時，有沒有考量原來在一般服務預算費用移列的情形，我們向部長說明醫院這部分有移列，部長又詢問移列的基準，我們檢視後說明移列是以列入專款的前一年度為基準做計算，但是我們之後回過來看之前的幾年，發現移列前那一年的用藥人數比較少，所以如果是這樣，應該往前計算，那藥費移列必須重新考量，我們將相關數據提供到部，經過計算，這些沒有移列到專款的費用其實已經足以支應那些檢驗、檢查的相關費用。基層本來就在專款，所以沒有移列的情形，而且西醫基層治療人數真的增加很多，因為我們在推 C 肝治療，如同黃代理委員振國所說的，我們去看了在這一年的措施，又放寬了 F3 以下的病人也可以使用之後，基層的使用量的確增加很多，我們有將相關數據提供

給部長參考。

- 二、關於 MEA、PVA 金額部分，統計 106 年還款費用約 9.58 億元，107 年是 14.11 億元，不包含專款費用。C 肝費用是還回去給 C 肝病人使用，其他費用是從藥費做扣除的動作，一方面是希望不影響總額，希望能夠讓對總額的影響降到最低，另外一方面就是用在藥費上。

蔡副署長淑鈴

- 一、關於大家爭議的 C 肝檢測費用，簡單而言是醫院總額的 C 肝費用原本在一般預算，基層總額則編列在專款，醫院部門在 C 肝新藥導入時沒有將原編列預算全部移出，有預留空間給醫院，經重新檢討發現那塊足夠因應檢測費用；西醫基層部分，因為 C 肝費用一直編列在專款，所以沒有勻用的空間，所以預算核定時才有這樣的調整。
- 二、從今年 7 月 21 日至今年年底，C 肝用藥只有開放 F3、F4 病人，明年 1 月 1 日起會恢復到全部開放不限肝纖維化程度，重症病患因陸續治療人數會越來越少，接著就是 F0~F2 的中度、輕度病人是主要的治療對象，有多數會在基層出現。
- 三、剛剛西醫基層代表委員提到是否部長考慮 C 肝病人用藥治療後可能會節省後續肝硬化、肝癌之治療費用，這些費用都節省在醫院，而不是在基層，部在核定 109 年總額費用時是完全沒有考慮到這項，純粹只考慮現在治療的檢測費及藥費對於總額的影響。

周主任委員麗芳

經過社保司及健保署的說明，我們充分理解到，部長核定的過程中是經過多方考量、深思熟慮，慎重做決定，我們也要肯定陳部長是最關心健保，也最支持健保的部長，本案確定。委員若無其他意見，接下來請進行討論事項第一案，請同仁宣讀。

伍、討論事項第一案「109 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)」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

請劉專門委員林義說明。

劉專門委員林義

一、請翻到會議資料第 115 頁，「109 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」是本署依全民健康保險法第 72 條規定，每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提貴會討論，蒐集各位委員建議，予以修正後，報主管機關核定，108 年方案也是在去年這時候提會同意後實施。

二、108 年抑制資源不當耗用改善方案共分 3 大構面 10 項策略，並以 16 項指標予以衡量成效，至第 3 季執行情形請參閱會議資料第 115~116 頁，只有用粗體字呈現的 2 項指標為截至目前為止尚未達標，第 1 項是「出院後銜接其他醫療服務件數的比率」，目標值為 25%，執行值僅 18%；第 2 項「可避免住院率」(負向指標)，目標值為 1.12%，執行值僅 1.13%。我們有檢討沒有達成的原因，請參閱會議資料第 116 頁的說明三：

(一)出院後銜接其他(非長照)醫療服務件數比率：從今年配合長照開始實施，可能是因為今年才第 1 年實施，還沒有達標，明年持續列入管控。

(二)西醫門診病人可避免住院率：我們認為這項很重要，明年會持續管控。

三、109 年方案延續 108 年方案內容，分成 3 大構面 10 項策略，只是有修正某些指標，具體內容請參閱會議資料第 118~122 頁：

(一)原第 10 項指標「60 類藥品重複用藥日數比率」，配合門診特定藥品重複用藥費用管理自 108 年 10 月起將管控範圍擴

大為全藥類，爰修正為「全藥類重複用藥日數下降比率」。

(二)原第 11 項指標「10 項檢驗(查)短期內再次執行率」，今年把期限設定在 28 天，我們諮詢過專科醫學會意見，認為每一項檢驗檢查合理的再次執行率時間不一致，我們還是保留 10 項檢驗檢查，惟在合理區間部分，有的是 7 天，有的半年或幾個月，會依照建議予以修正；另超音波導引檢查今年度已經達標，明年修正改為「大腸鏡檢查」。

(三)其他 12 項指標還是延續 108 年內容。

周主任委員麗芳

- 一、本案討論之前，我先補充優先報告事項第二案的決定，請部門總額相關團體確實依照 109 年度協定事項及相關計畫(含附帶建議)所列時程，完成相關法定程序及提報本會。
- 二、109 年度各部門總額中應於 108 年 12 月底前完成之協定事項，尚有未完成項目，請中央健康保險署協調各部門相關團體盡速辦理。
- 三、請委員就討論事項第一案提供寶貴意見，請干委員文男。

干委員文男

- 一、健保署很努力的執行抑制資源不當耗用的改善，但我們若要成效，倒不如加強雲端資訊的查詢，參加今年 12 月 5 日、6 日健保署舉辦的研討會，長庚副院長及中榮的副院長的計畫報告中，將所有藥廠的藥，包括中醫、成藥藥材、藥劑全部容納，若遇有相剋、不適宜的藥品都可以自動跳出來示警。請問健保署的計畫能拿到檯面上應用的有多少，每一年都聽取報告，也非常欣賞報告成果，各單位很努力，好像參加競賽一樣，都做得很好，不曉得健保署有沒有把這麼好的計畫拿到各醫院運用。請問健保署在執行面有沒有給他們獎勵，如果沒有獎勵，也是對不起他們，他們想出那麼多的辦法、提出那麼多資訊讓醫師分享，要所有醫師能夠一直繼續用，才能精進。今天我聽

到電視上提到，現在每個醫院都有精準醫療，我不曉得能不能直接讓醫師運用，應讓所有的醫師看雲端資訊藥歷才能精進，這是第 1 個方向。

二、我們每一年都做，每一年都有成績，每一年都在檢討，檢討以後沒有說接下來要怎麼做，聽報告的人究竟是少數，在座委員只有 2 位、3 位有聽，聽了之後才知道實在進步很多。

周主任委員麗芳

其他委員都沒有意見，本案尊重健保署所提方案，惟為其周延，請健保署參酌委員所提建議事項，依法定程序陳報衛福部核定。

干委員文男

講那麼多、做了那麼多，請問有沒有將成效轉移到所有的醫院，還是報告完就結束？

蔡副署長淑鈴

感謝干委員文男當天全程參與研討會，雲端醫療資訊系統收載的資料下傳到各醫院後，各醫院努力提升醫療品質、減少浪費。很多醫學中心開發很多醫療比對自我檢測系統在院內使用，關於健保署是否打算將它移植到全國雲端醫療系統，我們是有計畫，但現在醫院是各自使用，是否所有醫院都能接受這些定義，這還需要有共識過程，我們會逐步將形成全國共識的部分納入系統，這是需要有過程的。

干委員文男

我認為這樣很可惜，聽到他們這樣精進的設計，可以把各種藥的藥理都分析做為精準治療，可惜只有在他們院裡這樣做，如果是版權問題，健保支付一些費用，因為這是公益性質，只有在一家醫院執行，沒有普及到全面，真的很可惜。這樣可以節省健保資源，讓醫療提供者、付費者與政府等三方面減少付出。

周主任委員麗芳

委員意見提供健保署參考，委員若無其他意見，請進行討論事項第二案，請同仁宣讀。

陸、討論事項第二案「109 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案」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。

劉專門委員林義

請委員翻開會議資料第 123 頁「109 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案」，依照貴會 108 年第 9 次委員會議討論事項有關各部門總額一般服務保障項目及支付方式之決議：「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各總額部門相關團體議定後，於 108 年 12 月底前送本會同意後執行」。本署於今年分別與門診透析、中醫門診、牙醫門診、醫院、西醫基層總額相關團體討論 109 年度一般服務之點值保障項目，除牙醫門診總額未有點值保障項目外，其餘總額部門之保障項目均與 108 年相同。

周主任委員麗芳

請問委員針對這個案子還有沒有要垂詢？委員若無其他意見，本案通過，請進行討論事項第三案，請同仁宣讀。

柒、討論事項第三案「近年健保『應提列安全準備來源』受到社保司自行解釋並逕減，影響安全準備之實際權責數字，為維繫現行費率適足，建請健保署逐期提供健保財務收支情形試算表，持續健全財務監理案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請提案委員陳委員炳宏補充。

陳委員炳宏

- 一、大家對剛剛的報告事項第二案還記憶猶新，我先請教大家，今年(108)快結束了，預估今年健保入不敷出的虧損情形，也就是會計上的短絀大概是多少？超過 400 億元，總額協商資料預估是 417 億元。請問明年(109)的短絀數大概是多少？總額協商資料預估是 606 億元。
- 二、剛剛大家有討論到衛福部核定的 109 年總額結果，較付費者版本增加 6.6 億元，剛剛說預估 109 年虧損金額約 606 億元的情況之下，在大家總額協商挑燈夜戰之後又再增加 6.6 億元，影響幅度是多少？預估短絀數再惡化 1%。
- 三、而依照現行社保司主張的計算公式，明年(109)衛福部再增加總額 6.6 億元預算支出，會不會有影響政府應負擔健保經費 36% 的計算？不會影響，因為署裡目前仍採用收入面來計算。
- 四、追蹤這 3 年(105~107 年)來，我們應提列安全準備「來源」是依照社保司的解釋方式，以前曾反應過很多次，不符合現在安全準備「來源」的法定計算內涵，而且影響政府應負擔 36% 不足數的計算，現在初估 3 年合計差額是 305 億元。
- 五、安全準備是全民的，請問安全準備的短少會不會縮短保險給付的預警情形？會縮短，也會縮短未來調整保費的預警時程，對財務影響重大。我們不敢引用國際上著名基金的會計管理，我們就近引用「健保基金會計制度」做說明，其總說明的重要事項中，有一段話「會計報告應該按行政、監察、立法的需要，

以及人民所須明瞭之會計事實編製」，請問會計事實是什麼？就是我們今天建議的主軸，敬請、敦請健保署依照本提案說明二所列示的法遵公式，提供兩造數字並列所述。

- 六、為持續強化健保財務制度，請健保署於未來各年度逐期更新該表資料，並揭示於本提案說明三的會議中供參，分別是「總額協商會議(含事前之總額協商草案座談會)」、「保險費率之審議會議(含審議前之意見諮詢會議)」、「提報總額核定結果會議(年底委員會議)」，我再增加一項「總額範圍報行政院前之諮詢會議」，必須提供這兩造數字讓委員客觀衡量，了解「現行社保司主張的政府應該負擔健保經費 36%不足數的計算」，相對「回歸健保法應計算結果」的差異性，掌握整個全民健保安全準備的實際權責數字，我們委員的立場就是能夠有效監理保險給付的約當月數，是否達到預警情形，以期維持現行費率的適足。
- 七、事前的提案沒有得到正面回應，我們還是尊重緣分，期望未來有緣回補不足數，我們慢慢把這件事情呈現出來，深信大家在過程中會慢慢地了解「政務官能夠當責、承擔政策成本，國家才有競爭力」，「承擔成本，端出成果，這樣的執政團隊，我們才會肯定、支持」。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、主席、各位委員，部長核定 109 年總額費用的成長率，較 108 年成長 5.237%，健保署原先提供的數據是以低推估 3.708%、高推估 5.500% 做財務推估，我們希望健保署能用成長率 5.237% 做財務收支推估表供委員參考。
- 二、106~109 年的總額成長率是 5.642%、4.711%、4.417%、5.237%，希望能將 110 年以後的低推估、高推估都把它做出來，假設這樣子的話，上次健保署說 109 年底安全準備剩下

191 億元，部長核定 109 年度醫療費用總額後，也許剩下 180 億元左右，我們希望這個表可以再詳細呈現資料讓我們了解，不然健保法規定費率上限是 6%，到 113 年就會超過 6%，在未來年度的醫療費用成長目標大概是多少，需讓我們先行了解。

周主任委員麗芳

我們再次感謝何委員語、陳委員炳宏及所有提案委員，因為非常關心健保財務的穩健，所以提出這個方案。請蔡委員登順。

蔡委員登順

- 一、政府應負擔健保總經費下限 36% 這個案子，經過大家充分討論，已經有很大的共識，這是可喜的現象，政府要善盡照顧全體國人的責任，不要博歹筴(台語，意指詐賭)，這是我們全體委員很在意的事情。
 - 二、應提列安全準備的來源共有五項，包括年度收支結餘、滯納金、安全準備運用效益，菸酒健康福利捐、其他法定規定之收入，其中其他法定規定之收入涵蓋範圍較廣。
 - 三、我在意的是二代健保的補充保費是很成功的一項政策，這是向有錢人扣錢，那些大戶繳了錢還要對政府的政策歌功頌德，台灣是一個民主法治國家，有很好的企業經營環境，賺錢繳稅是應該的，所以這是很成功的政策，特別是股票股利所得，像郭台銘、張忠謀一次繳納都很鉅額，也不敢講不好聽的話，還要讚美政府，這個金額一年約有 400 多億元，比菸品健康福利捐還多，這個政策是 102 年才推動的，為什麼沒有把這個列為健保財務的主要來源？這是我比較不清楚的一點，是否把這項納入其他法定規定之收入？我是提醒大家這是一個很成功的政策，像現在健保安全準備金漸漸不足，期待政府選舉過後推行更好的政策，向有錢人或企業家多收一點錢來挹注健保財務。
- 以上建議，謝謝。

周主任委員麗芳

請健保署說明。

陳副組長美杏

- 一、謝謝委員們的提案，針對本提案委員們的訴求有 2 個，1 個是計算方式的部分，這個部分健保署一直以來都是按照行政院協商的法律見解及主管機關的解釋來處理，另有關財務估算資料提供的部分，在總額協商、協商草案說明會、費率審議、專家諮詢會議中，健保署都會提供。
- 二、另外，陳委員炳宏一直很關心這個案子，在 108 年 10 月 25 日的會議中，我們也針對如何計算的相關明細，在會議報告中已經併列，剛才何委員語也特別提醒我們，上次在總額協商會議，是依照上限與下限來估列，這次總額成長率已經核定是 5.237%，如果會議決議認為仍是需要，我們可以在下一次會議提供。以上。

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

- 一、謝謝剛剛的回覆，有關總額協商之後，健保署在 10 月份會議提供的資料(108.10.25 會議資料 P80、81)，你們仍是依社保司的主張計算，當時我僅能尊重你們，並在該會以投影片提出我們的計算說明；因此，今天我們仍明確要求計算公式，在本次提案的說明二寫得很清楚，懇請與拜託你們要提供兩造數字的差異內容。
- 二、我在 9 月份委員會議時就說，健保署提供總額成長率的高推估與低推估(108.9.27 會議資料 P28、29)計算出來的「政府應負擔健保總經費 36% 不足數」怎麼會是一樣的？！我期盼後續的作業，拜託你們尊重我們的做法，提供兩造不同的數字出來，如果仍是一樣的數字，我們辛苦反映這麼久，有什麼意義，我還是要再次拜託。

周主任委員麗芳

本案就請健保署於總額協商會議(含總額範圍諮詢及總額草案座談

會)、保險費率審議會議(含審議前意見諮詢會議)與提報總額核定結果會議(年底委員會議),提報健保財務收支情形表,俾利委員持續監理健保財務狀況。接下來我們中場休息 10 分鐘。

(中場休息 10 分鐘)

周主任委員麗芳

各位委員,請入座。請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

剛才陳委員炳宏提出的案子,據我的瞭解是他要的不只是有時程的部分,還要提供相關的數據,他要的是以他所主張的公式計算的結果,雖然現在仍沒有共識。健保署和他所主張的公式,這 2 個公式如果在有結餘情況下就沒問題,但如果有虧損時,就會產生很大的差距,他希望健保署不只在他條列的時程上提供資料,最重要還是提供他們各自主張的公式之相關資料與數據,這樣兩案併陳,讓委員瞭解兩者中間的差異,但是剛才主席的裁決,似乎只請健保署按照時程提供資料,並沒有回應他說要 2 案併陳方式的訴求,請主席再明確說明一下對此案的裁決。

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

謝謝盧委員瑞芬,我還是再重申一次,剛剛健保署的回答就是只有 1 套,我們要的是 2 套不同的的數字,敬請主席於決議中採用本次提案說明二與說明三,明確提供兩造不同的差異數字,我們必須落實這些權責數字並留存軌跡,我覺得世代的委員都有世代委員的責任,我們對這一世代的委員盡責就好了。

周主任委員麗芳

關於這個提案,是否請健保署準備財務資料時,除了依照現行計算方式,可以附帶依照陳委員炳宏...。請商委員東福。

商委員東福

謝謝主席,謝謝陳委員炳宏,事實上是這樣子,您剛才不說明還

好，您說明之後，要我們把不是法制上通過的計算方式請健保署未來逐期提供，我認為這樣並不妥，在您說明之後，好像是要我們承認這是正確的，所以正式請他們提供出來，我必須要表明這樣並不妥。

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

一、謝謝商司長東福，我並沒有說不妥，請依照我們提案的說明二法規計算出來，後續我們再慢慢地說明，依照我們健保基金會計制度，現行計算有哪些會計科目是錯置，但是仍請依照我們的基礎提供數字，或者可不可以請商司長東福回覆我們提案內容哪裡有違反規定？若沒有違反規定，是否可以尊重我們 16 位委員聯署提案！

二、還是回到初衷，我覺得這樣的要求不過份，而且非常依法與簡單，請並列出兩造數字，謝謝。

周主任委員麗芳

謝謝陳委員炳宏，不過因為剛剛我們的主管機關也有表達，在現階段有他的難處，我們是不是循序漸進？

滕委員西華

主席，我有不同意見。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

一、商委員東福的發言我可以理解，也就是說行政院或衛福部交辦的事項，幕僚當然就要遵從長官的交辦，或是大家對於法遵的概念與內涵有差異，這些我們都知道，行政部門的決定我們都尊重，但是不能說委員會經過多次討論，因為這些錢都是滾到健保財務裡面，如果我是衛福部或健保署，當然希望健保財務能夠收到的錢越多越好，現在不是能不能收到錢的問題，而是

大家對於公式有非常不同的見解，這個見解又隱含著政府沒有多餘的錢付出來的概念，這些我們都知道。

- 二、對於今天陳委員炳宏的提案，我本來是沒有意見，但所做決議似乎不太合適，他不是要你按照這個版本去收錢，你還是依照主管機關就行政院給的公式去計算與收錢，衛福部社保司、健保署都沒有違法的問題，這麼多年來都是李前委員永振跟陳委員炳宏用精算的專業在計算，於這麼多次委員會討論過程中，大部分委員都認為政府短付是沒有錯，大家看法分歧是個事實，現在陳委員炳宏只是要求站在監理的角度，希望行政部門可以算一個付費者代表所主張的公式，與行政部門的公式去計算到底差多少？又不是要把那些錢收回來，將錢收回來不是你做得到的事情，你想收別人還不給，會說你算錯了，不會說我沒錢給你。
- 三、我認為就不同見解提供資料所產生的結果並沒有問題，就像安全準備基金要投資哪個銀行，有人質疑為何存在玉山銀行，不存在台灣銀行或華南銀行，我們對很多銀行定存利率有建議，健保署就會說分散投資，這是沒有對與錯，就是做了投資得到這樣結果。
- 四、如果健保署去執行不是那麼地困難，建議按照付費者代表長期主張的公式項目跟內涵可以帶出金額，讓大家參考沒有什麼不好，上次會議我說過是將來修法需把內涵弄得更具體清楚，沒有模糊空間，不管採行政部門的主張或是付費者代表的主張，那是立法院修法的事情，這些都可以參照政府負擔能力跟健保永續經營能力，所以我認為提供這些數字，對衛福部來說不應該是一個可以為難的事情，我認為應該要參採本案。

周主任委員麗芳

我們再聽聽健保署的意見。

蔡副署長淑鈴

遵照主管機關的意見。

周主任委員麗芳

請周委員穎政。

周委員穎政

- 一、我稍微提一下我的看法，我覺得我們常常期盼行政部門做什麼，從健保會的角度大概很難命令行政部門做什麼，畢竟他還是有他的上級機關。
- 二、我想提出一個折衷方案，我想釐清一下，我們健保會自己算出的資料可不可以自己發布？社保司是衛福部下屬的單位，健保會若有更強的獨立性，假設自己可以產製資料，當然就可以跟主管機關做一個適度的切割，否則今天會有一個問題，我們頂多只能要求與拜託這些行政部門提供資訊，若今天我們有能力可以自己做，掌控自己的資訊，從健保會角度產出數據，無涉健保署與社保司，這樣是否可以滿足大家各自需要的目的，但是前提為健保會有無這樣的能量，我覺得要提供的東西不是那麼地複雜，有沒有辦法從健保會角度自己做出這個東西？

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

非常感謝盧委員瑞芬、滕委員西華。請容許我再請教社保司，依我們這樣的建議有違反哪項規定？違反什麼規定請說明指正，若沒有違反健保相關規定的話，就請尊重我們健保會委員的提案，而這16位委員連署提案過程非常辛苦，且有賴何委員語的多方聯絡幫忙，謝謝。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

基本上以健保法的規定是有量入為出的精神，這樣的話我們明年開始總額協商就沒有非協商因素，政府核定的協商下限與上限就通通納入我們健保會委員的協商內容，那些非協商項目也要納入協商，

這樣才能解決財務上很多衝突的問題，我一直希望明年度總額協商時沒有非協商金額，我剛剛聽到蔡副署長淑鈴說要研究非協商因素的部分，讓我們健保會付費者委員納入協商的項目，謝謝。

周主任委員麗芳

因為我們健保會確實也有我們權責的極限，難以命令社保司一定要做什麼樣的配合，但是委員意見已經提出，我們也懇請主管機關，能夠把委員的意見納入參考，盡量能夠協助委員準備這些資料，但是也必須要了解，健保會有權責的極限。本案就依照剛才的決議提供資料，有關委員就資料內容的意見，請主管機關參考。請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

我還是請你們回答我們提案內容是違反健保法哪些規定？而且我向所有委員慎重說明，我提出健保基金會計制度的法源是「會計法」，所以我們已經進一步運用到會計法來解釋我們的作帳精神了！可否依照我們委員的提議與會計法辦理？也請社保司說明指正我們提案內容哪裡不對，不然提案過程中這麼艱辛，這樣對委員提案有何意義？

周主任委員麗芳

我們請商司長東福來作回應。

商委員東福

謝謝主席，有關陳委員炳宏的意見，因為我們過去事實上有些資料與數字也是客製化，都是請健保署提供，我們也都願意提供給委員參考，過去也是這樣做。我剛才提到不妥的意思，是您認為我們是錯的，您是對的，我個人是覺得這樣比較不妥當。

周主任委員麗芳

本案就討論到這邊好不好？請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

我還是慢慢地講，我們的健保基金會計制度是引用會計法，社保司一直沒有回答我們提案內容哪裡是違法，我又引用會計法讓會計作

帳有所遵循，我們的提案竟然沒有在決議過程中被尊重，這樣合理嗎？假使這樣不被尊重，未來委員們就不用這麼辛苦提案了！

周主任委員麗芳

我們還是很肯定所有委員的提案精神，這個案子要循序漸進。目前所提到的總額協商會議、費率審議會議，還有總額核定結果會議的時候，我們都會請健保署提供相關財務收支情形表，至於剛才委員提到資料內容呈現相關意見，提供主管機關參考。我們進行報告事項。

滕委員西華

主席的決議就跟提案內容不符啊！

吳委員榮達

陳委員炳宏及委員共有 16 人的提案，本委員會對於陳委員炳宏提案的決議內容是什麼，主席應就委員是否有反對意見，或是否多數委員均贊成該提案內容，若無反對意見，或多數委員均贊成該提案，就應依此為會議決議結論，並為宣布，至於可行或不可行，是另外一回事，主席不應以自己意見，宣布為會議決議內容，請問會議不就是應該這樣進行的嗎？

周主任委員麗芳

吳委員榮達是法律專家，我也要請問賴委員進祥，像是這個案子的話，因為牽涉到主管機關像是社保司的後續配合事項，我們委員會有無權限要求社保司一定要提供什麼？

賴委員進祥

我沒意見。

周主任委員麗芳

請鄭委員建信。

鄭委員建信

一、主席，各位委員，我一直理解的是，包括這個提案，陳委員炳宏所提的是回到健保法第 3 條規定，就是政府負擔不得低於保

險總經費 36%，其實健保法裡面也有對於保險經費分攤比例與繳交規範得很明確，但偏偏在健保法施行細則第 45 條，主管機關又訂了總經費的範圍，用這樣去解釋當然就會有落差。

二、陳委員炳宏也說得很清楚，依照健保法第 3 條規定提供相關數據，我覺得沒有什麼錯，我們是認為有關健保法施行細則這樣的限制是有問題，應該依照法律的見解來提案，健保法施行細則還是主管機關定的，應該回到法規的依據比較對。

周主任委員麗芳

我們這一案就請主管機關協助，除了目前的計算方式外，依據付費者代表所提出的意見，額外再提供 1 個版本參考，但是就像剛才滕委員西華所說，目前仍依照主管機關解釋的計算方式編列預算，只是付費者代表希望看到不同版本的差異，建請主管機關盡力協助大家。請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

我們現在要作決議，而非建議。感謝吳委員榮達與鄭委員建信的補充說明，我再度強調可否回答我們的提案內容違反哪些健保相關法令，我甚至將層級提升到會計法的規定了，若無法在此落實，我們的監理意義在哪裡，現在我不再多說，請問提案內容哪裡違法？若無違法，請配合我們的本次提案！謝謝！

周主任委員麗芳

剛才我們的決議已經有說了，請健保署計算 2 個版本，1 個是目前的計算方式，另 1 個是付費者代表今天所提出的版本。我們進行報告事項，謝謝。

捌、報告事項第一案「中央健康保險署『108年11月份全民健康保險業務執行報告』」、報告事項第二案「保險對象自付差額特材之執行概況」及報告事項第三案「全民健康保險業務監理指標之監測結果」與會人員發言實錄

同仁宣讀

周主任委員麗芳

報告事項第一案，這個月份不需要口頭報告，我們進行第二案與第三案的報告，報告之後再逐案討論，第二案為保險對象自付差額特材之執行概況，請健保署報告。

蔡副署長淑鈴

請黃專門委員育文報告。

黃專門委員育文報告：略

周主任委員麗芳

第三案為全民健康保險業務監理指標之監測結果，請健保署報告。

蔡副署長淑鈴

請張組長鈺旋報告。

張組長鈺旋報告：略

周主任委員麗芳

謝謝，非常感謝健保署同仁，不僅報告得很精采，準備的資料也很詳盡，再次感謝蔡副署長淑鈴所率領的團隊，讓我們刮目相看。接續逐案討論，第一案是健保署108年11月份健保業務執行報告，委員針對書面資料有無垂詢的地方？請吳委員榮達。

吳委員榮達

請看業務執行報告第8頁，備註5.的(4)，裡面提到從107年第2季起有關藥商的藥品價量協議返還收入部分，建議健保署於下年度總額協商之前，將108年度與109年上半年有關藥品價量協議返還收入的各月金額提供給健保會，以作為總額協商時的參考資料，以上建議，謝謝。

周主任委員麗芳

委員還有沒有意見？

趙委員銘圓

主席。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

不好意思，我想應該是健保署的業務，有關於 AIDS(後天免疫缺乏症候群，簡稱愛滋病)的部分，可不可以幫忙提供近5年的統計表，包括年齡層的分布等，以上，謝謝。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

請看會議資料第 148 頁及第 149 頁有關急診病人...。

周主任委員麗芳

- 一、目前是討論第一案，有關此案，若委員沒有其他意見，則決定如下：委員所提意見送請健保署參考，餘洽悉。
- 二、接著是第二案保險對象自付差額特材之執行概況。請林委員錫維。

林委員錫維

大家午安，有關會議資料第 163 頁的呆帳提列數問題...。

周主任委員麗芳

現在我們進行討論第二案，有關自付差額特材議題，委員是否有意見？請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、我們以為是包裹發言，抱歉。
- 二、請看會議資料第 143 頁，再配合第 136 頁，我是滿肯定健保署在藥物支付標準的修訂，其結論所言的 3 個效益是沒有錯，當

然可以增進健保特材的管理，但是這次新增差額給付自付上限中，提到不得超過核定費用的 40% 與 20%，尤其是採臨床實證等級，因為我不在藥物共擬會議，我不是很確定，具有臨床效益或臨床需求而提出申請者，都是對於某一些族群具有臨床效益，我還是要講在很早以前，跟施前組長如亮提及於國外 HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)報告提到，某些特材對特定疾病的臨床效益是非常高，在這種情況下，應該使用限縮給付而不是差額給付，於淺骨動脈狹窄之支架部分討論時有類似的情況。

- 三、我的意見是說，如果不走嚴格的適應症做規範，而是在那一大類病人中先採差額給付的話，請問臨床效益的評估標準為何？因為我們是依據臨床效益訂自付費用的 40% 與 20%，這是誰的臨床效益？是對特定人的臨床效益或是對整體病人的臨床效益？這個對於我們決定差額給付要不要納入及其上限有關。
- 四、第 2 個問題是不得超過自付差額特材的 40% 與 20% 部分，我以健保給付冠狀動脈塗藥支架(下稱塗藥支架)1 萬 4 千多點為基準，請問是不是今天第 3 代出來，自付差額就是 1 萬 4 千多點 +1 萬 4 千多點的 40%？就是 1.4 倍嗎？因為我看不懂，將來自付差額特材上限，不得超過核定自付差額特材費用之 40%，所以塗藥支架現在是 1 萬 4 千 99 點，以 1 萬 4 千點估算，將來的上限是否就是乘與 1.4 倍的意思？(健保署回應不是)不是喔？我不是很理解其意思，請再說明一下。
- 五、我為什麼以塗藥支架為例？因為在 104 年就超過一半的人選擇塗藥支架，之後陸續又有第 3 代的塗藥支架出現，更新最快的就是人工水晶體跟塗藥支架，塗藥支架選擇自付差額的比例又比人工水晶體更高。塗藥支架的健保支付點數從一開始 1 萬 9 千點降到現在 1 萬 4 千點，我們也曾將客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統，在經過一段時間後全額給付，因此，我還是要請問，按照塗藥支架自付差額的比例這麼高，第 2 代什麼時候要全額給付？因為第 2 代全額給付，第 3 代的差額給付上限就會

有差別。

六、塗藥支架的健保支付點數從 1 萬 9 千點降到現在 1 萬 4 千點，顯然與市場上的使用率與藥價調查有關，我想請問調降給付的 5 千點，有沒有影響到市場的自付價？因為健保支付點數少了，醫院顯然收到的給付會減少，是否會有第 2 代、第 3 代塗藥支架的差額從市場價格補回來的情形發生？這是我的問題，謝謝。

周主任委員麗芳

我們就依林委員錫維說的包裹式發問一起討論，請林委員錫維。

林委員錫維

一、會議資料第 163 頁欠費與呆帳的部分，整個欠費的實施辦法跟執行的情形已經用 20 幾年了，一直都沒有改進，105 年「呆帳提列數與保費收入數之比率」指標數值是 1.13%，106 年是 1.11%，107 年變成 1.22%，但我們不清楚 1.22% 到底是多少錢，是不是請健保署進行檢討，例如第 6 類被保險人保費收繳率那麼低，問題在哪裡？有沒有必要進行檢討及改善相關欠費的執行方案與辦法？照理講「呆帳提列數與保費收入數之比率」不應該到 1.2%，這呆帳提列情形太恐怖了。

二、假設呆帳能夠再多收一點回來，相關的醫療費用也就可以多付一點，這個應該要好好來作檢討，不適合、不適用的相關法令就應該要作修改，一起來重視這樣該繳費不繳或是變成呆帳的問題。因為現在這種方法，只是到最後在法院用一張債權憑證，也是一張紙有什麼用，應該要釐清欠不同保費者其相對的權力義務，建議這應該要修改，或是法令上可以收回更多錢的辦法。最後也請健保署回覆「呆帳提列數與保費收入數之比率」指標數值 1.22%，呆帳是多少錢？

周主任委員麗芳

剛才林委員錫維關切的課題，在會議資料第 66 頁有提到，明年 2 月已安排「近 10 年健保保費呆帳分析及作業辦理情形」專案報告，

委員非常有遠見，我們都已經排進去了。接下來請黃代理委員振國、邱委員寶安。

黃代理委員振國(黃委員啟嘉代理人)

接續林委員錫維的意見，在第 35 張投影片，107 年第 6 類的被保險人收繳率相較 105 年明顯下降 2.2%，有些弱勢族群的確無法繳納，是否針對這 2.2% 不繳的人了解一下，當時政府的德政是希望給一些弱勢團體有寬減期，建議可以去分析一下，這些不繳的人真的全部都是弱勢嗎？真的弱勢的話，政府是否有相關的社福預算可以挹注，幫助這些弱勢族群？若不是弱勢，是否還要給予寬免？等於是開卡的機制要再嚴謹一點，因此建議了解這些不繳費者的原因後分類，要寬免的就繼續寬免，不適合寬免的就不應有寬免機制。

周主任委員麗芳

請邱委員寶安、吳委員榮達。

邱委員寶安

- 一、保費收繳率最高是第 2 類被保險人 99.64%，今年 1 月份開始，如果第 2 類投保單位於寬限期繳納健保費，且收繳率達 95%，並檢送正確欠費名冊者，依已繳納健保費之被保險人數，健保署多補助工會每人每月 2.5 元，這 2.5 元對我而言，買鹽巴、味素去炒菜都不夠，以前 84 年 3 月的時候薪資才 2 萬 3 千元，現在薪資已經 3 萬多了，只多給我們補助 2.5 元，好幾年了只漲價 2.5 元。而且 1 個月補助 400 多元還要求要開 2 個戶頭，我們一天請人跑銀行就好，現在全國大概有幾百的小工會，現在勞保局都說不要運作了，20、30 個人的都不要運作，一個月補助 400 多元，1 年補助 5 千多元而已，這樣還要求要開兩個戶頭。
- 二、工會有一些會員沒有繳費的，我們都報給健保署，強制執行的時候你們拿到保費，但我們會費拿不到，這個問題我以前在勞保局就有提出，現在勞保局都說要回投保單位繳納，我們才拿得到會費。

- 三、第 6 類被保險人，107 年保費收繳率才 84.2%，他們得到的補助比我們多，為什麼不要求他收繳率要 99% 才給補助，原本我沒有要說，但剛剛他們沒有說到我幫忙的補充。
- 四、銀行都會把討呆帳給黑社會去標，健保署怎麼不給黑社會標去討啊？你們若不知道我介紹給你們，你們要標沒有人來找我，我介紹來給你標。我說一句實在話，銀行就是請黑社會討債。希望健保署強制執行，是請他回原單位繳費，勞保局可以這樣做，健保署應該也可以。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

- 一、接續呆帳的問題，請參閱健保署業務執行報告第 4 頁，第 6 類被保險人(含眷屬)人數，108 年 10 月與 9 月相比，增加了約 2 萬 7 千人，108 年 10 月跟 107 年 10 月相比，增加人數約 3 萬 7 千多人，可以想見第 6 類被保險人是呆帳比率最高的，投保人數增加也是最高的，是加深我們健保的財務負擔問題。
- 二、請參閱會議資料第 158 頁，第 26 張投影片，自付差額特材占率，剛才健保署也做了說明，看出占率是逐年在升高，我有個想法，建議不管全額自費或自付差額，在病患或消費者選擇時，應該有一個類似手術說明書的說明書，詳細說明與健保給付項目、功能、價格的不同，才能讓消費者可以有正確資訊去做判斷跟選擇。

周主任委員麗芳

委員有沒有其他意見？如果沒有的話，請健保署回應。

蔡副署長淑鈴

- 一、有關特材的部分，大家都非常的支持健保署做改革，以下回應委員的意見：
 - (一)吳委員榮達提到，自付差額特材占率在上升，應該要讓民眾知道正確的資訊，剛剛在報告裡面有提到，其實本署有

把全額或自付差額相關產品比較表放在自費醫材比價網，只要上去網站看，都有比較表，民眾可以自行參閱。

- (二)目前醫院如果要建議民眾使用自付差額的品項，也要請民眾簽訂自費同意書，並且在簽訂自費同意書之前，向民眾清楚說明產品的差異，這都是義務。
- (三)目前有些醫院做得更好的，包括翁理事長文能在醫策會一直推動的SDM(Shared Decision Making，醫病共享決策)，也是落實醫病兩邊告知，這是醫療市場很重視民眾在選擇的資訊透明度，我們也規定簽訂自費同意書之前，要給民眾至少2天的合理思考時間。
- (四)以上都是考慮到民眾的經濟負擔，以及對於資訊不對等所做的一些行政規定，目前醫院都有落實在進行的。當然自付差額特材比例上升，這部分可能市場也有一些力量，民眾也有一些期待上的不一樣。

二、滕委員西華特別對於會議資料第143頁，修正藥物支付標準第52條之4，到底最後會與現行的有什麼不同，我大致上把概念釐清跟大家報告一下，請參閱第22張投影片，修正的重點有3個部分，以下跟大家釐清修正前後的不同：

- (一)「保險人辦理收載保險對象自付差額特材，得依同功能類別核定其費用」：
 - 1.修正前是依照廠牌別，而且自付差額品項沒有核定費用，修正後要核定費用。例如人工水晶體，現在廠牌、功能非常多，現行並沒有每一項去核定其費用，只是核定健保要支付多少錢，剩下的差額是由醫院自行定義。
 - 2.修正後做到同功能的部分要進行核價，它的效果是，因為核了價，就會變成自付差額的上限，跟現在不同的是，現在一個產品在不同醫院，扣掉健保支付之後所收的差額是不同的，甚至落差有時候滿大的，這就有改善的空間，換句話說，大家可以在上限跟健保支付之間，就是民眾要出

的錢，這是公平。

(二)「保險人給付自付差額特材上限之訂定方式」：

- 1.過去對於健保支付價，例如剛剛滕委員西華舉例的塗藥支架，現在健保支付 14,099 點，這是健保願意負擔的價格，但是近年來發現，很多新材料有幾個特性，有些是功能非常革新、創新的，無法找到現行的參考品，或健保給付產品已經使用很長一段時間，這次的創新是踏出更大的一步，價格差距很大。
- 2.以上這 2 種情形，1 個是找不到參考品，1 個是差距很大，這樣的產品若用原規定的規則，就變成說，找不到參考品的如何用原來的規則制定差額，如果是差距很大的，換句話說，現在付的可能是個陽春品，但現在來的是一個非常進步的產品，假設核的上限是 100 元，結果現在健保只付 3 元，民眾要付 97 元，這樣的差額負擔我們也認為不宜，等於沒付，聊備一格。
- 3.材料不像藥品，在研發的過程中需要進行多期人體試驗，還要發表實證報告，特材的產品生命週期是短的，所以要做人體實驗是很困難，但是要能夠證明比原來的產品好、拿到好的價格，還是希望能提出實證證據，不管是機械、動物、人體實驗，我們會訂一些等級來評估健保應該支付多少，在這樣的情況下，就不再用參考品決定健保要支付的價，而是依照證據等級的好與不好來決定。
- 4.「不得超過核定自付差額特材費用之 40%及 20%」，20%到 40%是一個範圍，並非固定 20%或 40%，依照證據等級來核定健保願意付多少百分比。將來有個訊息可以告訴民眾，健保願意幫你付的比例高，其實這個產品是更值得信賴的，因為它會更優，若願意付的比例低，其實是跟原來的產品沒有太大差別。當然最後還是將選擇權留給民眾，我們認為這樣做是使資訊更加透明、利於溝通討論。

(三)請參閱會議資料第 134 頁，民眾自付差額類別原有 11 項，現在只剩下 9 項，很多相關單位認為，原來的品項就續用原來的辦法，新的辦法就用於未來的新品項，所以做了一個切割，但過去沒有訂上限的特殊材料會訂定上限，未來會全面訂上限。

(四)滕委員西華也是專家，目前預告才剛結束，大家有一些修正意見，同仁也還在彙整，希望再聽聽看有無不周延的地方，修正後再報部。

三、另外有關保費收繳率、呆帳的部分，請參閱會議資料第 163 頁，其實保費收繳率已經很厲害了，整體將近 99% 了，雖然確實有呆帳，各位委員質疑第 6 類被保險人保費收繳率近年有微幅下降，請參閱第 35 張投影片指標意義說明三，跟大環境、貧富差距可能也一些有關，但是還有一個關鍵是，107 年菸品健康捐補助弱勢民眾欠費金額較 106 年少 6.6 億元，弱勢民眾無法用菸捐補助就會落入呆帳，但無論如何，明年會有一個針對呆帳的專案報告，今天就先做以上說明。

周主任委員麗芳

請社保司說明。

商委員東福

說明一下，除了菸捐補助弱勢民眾之外，還有公益彩券回饋金，以 108 年來說，指標性計畫就有 2 億 3 千多萬元，很感謝健保署跟地方政府，對於弱勢民眾，及特殊境遇族群，例如：原住民、新住民、更生人等的特別協助，在這邊要特別彰顯健保署作為保險人仍去協助弱勢的精神，且除了 2 億 3 千多萬元的指標計畫之外，還有一般的運用計畫，108 年地方政府處理這些計畫就有 3,000 多萬元，以上補充說明。

周主任委員麗芳

請羅代理委員永達。

羅代理委員永達(朱委員益宏代理人)

- 一、蔡副署長淑鈴提到關於目前特材要做部分負擔分級，事實上大家對於自費的特材部分有些觀念可能要做一些改變，因為現在目前國內很多生技公司在出來、生技產業越來越蓬勃，雖然很多東西功能看起來一樣，但材質不同，例如骨科的鋼片，早期會沾黏很難剝離，但新的材質不會沾黏，在移除時是比較容易的，但這樣的功能不知道要分哪一類，因為植入功能一樣，但取出的方式不同。
- 二、很多手術所涵蓋的特材也不同，在現行的規定也沒有納入，很多醫師不曉得怎麼跟病人解釋，這個新特材是一樣，但6個月或1年後要取出來的效果是不一樣的，因為按照現在的分級是沒有的。
- 三、其實目前有很多商業保險，讓商業保險補充這一塊小差距，費用並不高，但對整個台灣生技，尤其是特材材質改變是有很大的幫忙。我只是提醒，在我們健保會裡討論自費的部分，希望可以有點增長，因為現在商業保險介入、生技發展是好的現象，尤其成長的百分比不高，但可以給民眾更好的東西，這是好的現象，不是不好的現象，以上。

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、接續這個議題，我補充一下，特材不像很多藥物可以量化，比方說血糖值、血壓值、膽固醇多少都可以量化，有時候功能量化很複雜，例如說撐開幾度、柔順度，像眼鏡可能是多焦點、單焦點，不同廠牌的清晰度、適應度就是不同，試戴不同品牌的鏡片可能會頭暈，但無法區分到底功能何在，建議健保署在定義功能時，要和各個專科醫學會溝通，可能也要適度的讓使用者有一些回饋，比方說支架或是植入的水晶體，不同使用者的感受，因為有時候功能的價值，醫學上難以有標準的量表去衡量，可能會造成某些產品價值被低估。

- 二、有醫師跟我反映，若僅用功能別看，廠商其實很好做，原本是由歐洲進口，改從東南亞進口就好，原來由美國進口改為中國製進口就好，所以會衍生優良或品質比較佳的產品反而進不到台灣，讓原本台灣容易買到的產品變成買不到，要去國外才能使用，這點是要請大家注意的。
- 三、若單純從功能來界定，可能無法適應到所有材質，建議各個材質跟功能，最好先跟專科醫學會或甚至已經使用過的付費者、病友團體多溝通，不然老實說單純從功能別來訂定價格，可能會變成同樣品牌從不同地方進到台灣，產品品質是否一致？我相信這很難把關。

周主任委員麗芳

- 一、報告事項第二、三案，委員所提意見提供健保署參考，餘洽悉。
- 二、已經到了歲末，滕委員西華、黃委員啟嘉，他們表現非常優秀，都披上戰袍要前進立法院，我們也祝福他們馬到成功，希望未來在立法院能夠更彰顯健保的價值，讓健保更好，是不是先跟他們恭賀一下？(所有委員鼓掌)

滕委員西華

謝謝大家的鞭策跟照顧，我也學習很多，謝謝。

蔡委員登順

當立委政府負擔總經費要從 36% 提升到 40%。

滕委員西華

商司長東福說他就不表示意見了。(眾委員笑)

周主任委員麗芳

- 一、很感謝健保會幕僚，每位委員都有拿到新年度的委員證，是不是請健保會幕僚同仁起立，讓大家掌聲鼓勵(所有委員鼓掌)，還有幾位我一定要唱名特別感謝，首先是周執行秘書淑婉、吳專門委員秀玲、洪組長慧茹、邱組長臻麗，還有陳組長燕鈴。(所有委員鼓掌)

- 二、其次感謝社保司商司長東福，還有盧副司長胤雯，接著感謝勞苦功高的健保署同仁，也請健保署同仁起立接受掌聲(所有委員鼓掌)，特別要唱名感謝的，包括今天因公不克出席的李署長伯璋，在座的蔡副署長淑鈴、李組長純馥、吳副組長科屏、劉專門委員林義、黃副組長兆杰、黃專門委員育文、高專門委員幸蓓、李專門委員珊瑩、陳副組長美杏、白專門委員姍綺、李專門委員淑芳、張組長鈺旋，以及所有同仁，再次感謝，你們大家辛苦了！(所有委員鼓掌)
- 三、在場還有所有總額部門的幕僚同仁，也感謝你們，最後的掌聲給所有的委員自己(所有委員鼓掌)，謝謝。在此先祝福大家新年快樂，今天會議到此結束。

衛福部健保會第4屆108年第10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

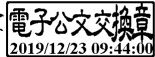
受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國108年12月19日
發文字號：健保企字第1080039163號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：貴會訂於108年12月27日(星期五)召開之第4屆108年第10次委員會議，本署李伯璋署長出席衛生福利部「2019建構精準健康照護體系高峰會議」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收發



(會議資料第 126 頁)

討論事項第三案「近年健保『應提列安全準備來源』受到社保司自行解釋並逕減，影響安全準備之實際權責數字，為維繫現行費率適足，建請健保署逐期提供健保財務收支情形試算表，持續健全財務監理案」

.....

檢視 105~107 年健保相關會計報告「應提列安全準備來源」係依社保司解釋方式計算並逕減來源，與全民健保基金會計制度(以下簡稱本制度)第一一四點規定「安全準備之來源」計算內涵不符，實質影響「政府負擔健保經費 36% 不足數計算」(累計差異數約 305 億元)，減少全民健保「安全準備餘額」，對財務影響重大！本提案謹依本制度總說明三之(四)會計報告「應按行政、監察、立法之需要，及人民所須明瞭之會計事實編製」，敦請健保署依「本提案之說明二」所示，計算相關比較表供參，讓重要決策會議之參會者具體了解「現行社保司自行主張政府負擔健保經費 36% 不足數計算，相較於回歸健保法應遵循規定所計算結果之差異」，並掌握全民健保安全準備之實際權責數字，有效監理「約當保險給付月數」預警情形，維繫現行費率適足。

.....

(摘錄) **全民健康保險基金會計制度** (主會金字第 1070500635M 號函核定)

七、本制度之會計報告以充分表達為原則，編製基礎應保持一致，如變更編製基礎時，應將變更之性質、理由及對會計報告之影響予以說明。

十四、各種會計報告，並得兼用統計與數理方法，為適當之分析、解釋或預測。供內部決策應用之會計報告，其根據會計紀錄以外之其他資料編造者，應將資料來源在報告內以附註方式說明。

二十四、會計報告於事實需要時，對於下列事項應予附註說明：

- (一)重要會計政策之彙總說明。
- (二)會計處理依據有關法令與一般公認會計原則不一致者，應註明其詳細情形。
- (三)會計變更之理由及其對會計報告之影響。

... ..

(十三)其他為避免報表使用者之誤解，或有助於會計報告之公正表達，所必須說明之事項。

一一四、安全準備：

安全準備之來源包括：每年度保險收支結餘、滯納金、安全準備運用收益、菸品健康福利捐之收入及社會公益彩券收益之一定比例分配等。由本基金設安全準備科目記載。本保險年度收支發生短絀時，依法由安全準備先行填補。

.....

健保法第 76 條第 1 項 明定

應提列安全準備，其來源如下：

1. 本保險每年度收支之結餘（「非短絀」）
2. 本保險之滯納金
3. 本保險安全準備所運用之收益
4. 政府已開徵之菸、酒健康福利捐
5. 依其他法令規定之收入

健保法第 76 條第 2 項

本保險年度收支發生短絀時，應由本保險「安全準備」先行填補。

.....

本提案說明二：

「政府應負擔健保總經費 36% 不足數」之計算，請健保法第 76 條第 1 項規定計算「應提列安全準備來源(註 1)」實際金額後，再代入同法第 2 條、第 3 條規定之公式(註 2)遵循演算」遵循演算。

註 1：「應提列安全準備」計有五項來源，1. 年度收支之結餘、2. 滯納金、3. 安全準備運用收益、4. 菸酒健康福利捐、5. 其他法令規定之收入。

註 2：政府每年應負擔法定經費下限 = $36\% \times (\text{保險給付支出} + \text{應提列或增列之安全準備} - \text{法定收入})$

本提案說明三：

未來各年度逐期更新該表資料，並揭示於下列各會議資料中：

- 總額協商會議(含事前之總額協商草案座談會、協商範圍諮詢)
 - 保險費率之審議會(含審議前之意見諮詢會議)
 - 提報總額核定結果會議(年底委員會議)
-