

衛生福利部全民健康保險會  
第4屆109年第1次委員會議事錄

中華民國 109 年 2 月 21 日



衛生福利部全民健康保險會第4屆109年第1次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國109年2月21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(10:10以後代理)

朱委員益宏

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 中華民國中醫師公會全國聯合會詹執行長永兆(12:12以後代理)

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 大眾聯合法律事務所王律師銘勇(代理)

許委員騏洪

陳委員有慶

陳委員炳宏

陳委員莉茵 財團法人罕見疾病基金會研究企劃組洪組長瑜黛(代理)

黃委員金舜

黃委員啟嘉

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

盧副司長胤雯  
李署長伯璋  
蔡副署長淑鈴  
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

本會

伍、主席：周主任委員麗芳

紀錄：范裕春、李德馥

陸、主席致詞

各位委員及與會代表，大家早安！今天是我们過年後第1次見面，先跟大家拜個晚年，祝福大家未來1年都能夠平安圓滿。

其次，我們非常驕傲，陳部長時中所率領的防疫團隊，在新冠病毒肺炎疫情防治期間不眠不休，交出漂亮的成績單，守住臺灣新冠病毒肺炎防疫的最後一道防線。除了陳部長時中和防疫團隊之外，也很感謝健保署李署長伯璋率領的團隊，一樣非常辛勞，協助蒐集、過濾所有資料，也給他們掌聲鼓勵。

接著非常感謝中華民國藥師公會全國聯合會黃理事長金舜，這段期間社區藥局辦理口罩實名制發放作業，平添他們非常多的工作跟困擾，但是黃理事長金舜也帶領全體藥師，給予民眾最好的服務。我們在座有很多醫界代表，不管是醫院部門、西醫基層部門、牙醫部門、中醫部門，都竭盡全力守護民眾健康，這也是大家要竭誠感謝。

再來要跟大家報告 1 個好消息，臺灣的健康照護在全球醫療體系評比中，再度獲得全球第一，由 CEOWORLD 雜誌 2020 年公布，針對全球 89 個國家進行健康照護指標 (Health Care Index) 評比，臺灣又獲得了全球第一，評比理由，是因為我們醫療體系很先進、健保制度非常完善，我們的醫護人力相當優秀，也充分展現在新冠病毒肺炎疫情的防疫中，守護民眾健康，讓大家能夠處於安心、安全的社會。

最後也要謝謝健保會的幕僚同仁，109 年 3 月 19 日、20 日原定在花蓮縣辦理業務訪視活動與共識營，周執行秘書淑婉日前也率領相關同仁，在蔡委員登順的協助下，一起到花蓮縣實地場勘，但因應疫情變化，不得不做一些調整，所以，原先幕僚同仁規劃改到新北市三峽區大板根森林園區召開 2 天 1 夜的活動。但是，我也接獲多位委員反映，建議這段期間還是防疫優先，因為有不少委員同時也是醫護同仁，大家心裡還是很關心疫情變化，若要召開業務訪視與共識營，我們已請幕僚同仁研議，將行程濃縮在 1 天當中，並在健保署或衛福部的場地召開，一者是顧慮社會觀感，再者就是健保會必須以身作則，防疫期間希望大家盡量避免到人潮眾多的地方。

柒、議程確認

決定：確認。

捌、請參閱並確認上(108 年第 10)次委員會議紀錄

決定：除 109 年 3 月份業務訪視與共識營需變更外，餘確認。

玖、上(108 年第 10)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(108 年第 10)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 3 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 2 案)：同意依照幕僚之擬議，解除追蹤。

三、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。

四、配合衛生福利部推動會議無紙化政策，委員會議事錄及部分會議資料，將改提供電子檔方式，倘委員仍需紙本資料，請主動告知幕僚(委員聯絡窗口)協助。

五、請各位委員惠予協助本會委託國立政治大學(計畫主持人陳敦源教授)，辦理「精進全民健康保險會議事效率及運作模式」研究計畫之訪視問卷。

六、原訂本年 3 月 19 日、20 日辦理業務訪視活動與共識營，考量本會醫、藥、護理界委員近期全力投入新冠病毒肺炎防疫工作，本項延期辦理，後續視疫情發展再行處理。

七、餘洽悉。

拾、中央健康保險署「108 年第 4 季全民健康保險業務執行季

報告」(併「109年1月份全民健康保險業務執行報告」)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

附帶決定：請幕僚以全體委員名義發布新聞稿，向醫、藥、護理等相關第一線人員，以及陳部長時中、李署長伯璋所領導團隊，在防疫期間所付出的辛勞表達感謝。

## 拾壹、討論事項

提案單位：本會第三組

案由：辦理各總額部門108年度執行成果評核之作業方式(草案)案，提請討論。

決議：

- 一、本案依委員建議修正後，通過「辦理各總額部門108年度執行成果評核之作業方式」(如附件一)，請中央健康保險署及各總額部門配合作業時程提供相關資料。
- 二、同意「各總額部門及健保署109年『年度重點項目—必要項目與績效指標』」(如附件二)，並請中央健康保險署於109年4月1日前將須補正之資料送會。
- 三、有關評核委員的產生過程，請本會幕僚向委員報告。

## 拾貳、報告事項

### 第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：107年度健保收入超過2億元之219家醫療院所財務報告公開情形，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

### 第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：近 10 年健保保費呆帳分析及作業辦理情形，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

拾參、散會：下午 13 時 31 分。

## 辦理各總額部門 108 年度執行成果評核之作業方式

第 4 屆 109 年第 1 次委員會議(109.2.21)通過

### 壹、評核範圍

- 一、醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診四總額部門108年度之年度重點項目、一般服務項目及門診透析服務執行成果。
- 二、四總額部門及其他預算108年度之專款項目執行成果。

### 貳、辦理方式

#### 一、評核委員

- (一)函請四部門總額受託團體及付費者代表委員推薦評核委員人選。
- (二)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。幕僚依邀請名單依序邀請 7 位擔任評核委員。

#### 二、評核會議之資料

- (一)請四總額部門及健保署於評核會議前 1 個月，提供年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果書面報告，另對於 108 年執行未滿半年及 109 年新增之總額協商因素項目，請說明執行現況及未來規劃(報告大綱及提報單位，詳附表一~四)，供評核委員事先審閱。
- (二)書面報告內容以精簡為原則，部門提報之年度重點項目及一般服務項目內文限 100 頁，各專款項目內文限 10 頁，並編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。
- (三)請四總額部門及健保署於評核會議前 2 週，提送口頭報告(簡報)。

#### 三、評核會議

- (一)會議期程：2 天。
- (二)第一階段：公開發表會議(1 天半)。
  - 1.健保署統一報告各部門總額一般服務之整體性、一致性項目(如：利用概況、滿意度調查結果、品質指標監測結果等)及門診透析與其他預算之執行成果。
  - 2.由接受健保署專業事務委託之四部門總額受託團體報告年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果；為利評核委員及與會者

掌握及聚焦於重點項目，簡報內容請以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主，請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出108年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。

3.評核委員評論各總額部門年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果報告，並開放與會者提問。

#### 4.參與人員

除本會委員、四部門總額相關團體與健保署外，另邀請衛福部相關單位與附屬機關，如：社保司、醫事司、照護司、心口司、中醫藥司、全民健保爭議審議會、健康署、疾管署等，以及民間團體，如：病友團體、社福團體、醫策會、消基會、醫改會等，預估約160人。

(三)第二階段：評核內部會議(半天)。

1.評核委員就四總額部門之執行成果，充分溝通後評定等級；並針對四部門總額及其他預算之年度重點項目、一般服務項目及專款項目提出共識建議，供協商參考。

2.參與人員：主任委員、評核委員、本會幕僚。

### 參、評核項目與配分

評核年度重點項目執行成果、一般服務項目及專款項目執行績效/成果之計分權重分別為20%、60%、20%，於分開評核之後再合併計分，各總額部門執行成果評核項目及配分如下表。

評核項目	配分
<p><b>壹、年度重點項目執行成果與未來規劃<sup>註1</sup></b></p> <p>一、必要項目：請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出108年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。(附表三)</p> <p>二、自選項目：部門自行提報，最多2項，建議可提出改善最多或有所突破之項目。</p>	20
<p><b>貳、一般服務項目執行績效</b></p> <p>一、就108年評核委員評論意見與期許之回應說明</p> <p>二、維護保險對象就醫權益</p> <p>(一)醫療服務品質調查結果之檢討及改善措施</p> <p>(二)民眾自費情形及改善措施</p> <p>(三)就醫可近性與及時性之改善措施</p> <p>(四)民眾諮詢及抱怨處理</p> <p>(五)其他確保民眾就醫權益之措施</p>	60

評核項目	配分
<p>三、專業醫療服務品質之確保與提升</p> <p>(一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施</p> <p>(二)品質保證保留款實施方案執行結果</p> <p>(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施</p> <p>四、協商因素項目之執行情形</p> <p>(一)新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等)(本項適用於協定事項有新醫療科技項目之部門)</p> <p>(二)支付標準修訂及其他協商因素項目(依協定結果分列)</p> <p>(三)108年執行未滿半年及109年新增項目之執行現況及未來規劃</p> <p>五、總額之管理與執行績效</p> <p>(一)醫療利用(含全國及各分區)及費用管控情形</p> <p>(二)地區預算分配(含風險調整基金)之執行與管理</p> <p>(三)點值穩定度</p> <p>(四)專業審查及其他管理措施</p> <p>(五)院所違規情形及醫療機構輔導</p>	
<p>參、專款項目執行成果<sup>註2</sup></p> <p>一、就108年評核委員評論意見與期許之回應說明</p> <p>二、108年計畫/方案執行成果</p> <p>三、104~108年執行情形及成效評估(含自選3項關鍵績效指標)</p> <p>四、檢討與改善方向</p> <p>(一)109年計畫/方案修正重點</p> <p>(二)108年執行未滿半年及109年新增項目之執行現況及未來規劃</p>	20
總分	100

註：1.年度重點項目係就「一般服務項目」及「專款項目」中，擇與政策目標、總額協定要求及民眾關切之議題，進行重點報告，以利評核聚焦於年度重要事項。

2.列入評核之專款項目如附表四。

## 肆、評核結果之應用

一、評核結果區分為下列五等級：

評核分數	等級
90分及以上	特優
85分至未達90分	優
80分至未達85分	良

評核分數	等級
75 分至未達 80 分	可
未達 75 分	劣

二、評核等級作為110年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給「品質保證保留款」之預算，以茲鼓勵。

三、評核委員針對四部門總額年度重點項目、一般服務項目及專款項目之共識建議，作為協商110年度該部門總額一般服務項目成長率及各專款項目經費增減及續辦與否之參據。

### 伍、109 年評核作業時程表

時間	作業內容
109 年 1 月	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.函請四部門總額受託團體及健保署提供建議之 <u>109 年「年度重點項目—必要項目」及其績效指標、操作型定義及目標值</u>，並請就本會研擬之評核內容(草案)提供修正建議。</li> <li>2.請四部門總額受託團體及本會付費者代表委員推薦評核委員人選。</li> <li>3.研擬評核作業方式(草案)。</li> </ol>
109 年 2 月	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.研擬評核作業方式(草案)提委員會議議定。</li> <li>2.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，請委員就該建議名單勾選適合人選。</li> </ol>
109 年 3~4 月	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.請四總額部門及健保署依議定之評核作業方式準備資料。</li> <li>2.由主任委員依據委員之勾選結果，排定邀請名單。</li> <li>3.依邀請名單依序邀請 7 位擔任評核委員。</li> </ol>
109 年 5 月中旬	請健保署提供四總額部門所需數據；四總額部門視需要另洽請健保署提供相關資料。
109 年 6 月中旬 (評核會議前 1 個月)	健保署及四總額部門提送執行成果之書面報告，供評核委員審閱。
109 年 7 月中旬 (評核會議前 2 週)	健保署及四總額部門提送「各總額部門 108 年度執行成果發表暨評核會議」之口頭報告(簡報)。
109 年 7 月下旬 (訂於 7 月 28、29 日)	召開為期 2 天之「各總額部門 108 年度執行成果發表暨評核會議」。

## 年度重點項目及各部門總額一般服務項目執行績效/成果之報告大綱

評核項目	健保署提報	部門提報
<b>壹、年度重點項目執行成果與未來規劃</b>		
一、必要項目：請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 108 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。	V	V
二、自選項目：部門自行提報，最多 2 項，建議可提出改善最多或有所突破之項目。	V	V
<b>貳、一般服務項目執行績效</b>		
一、就 108 年評核委員評論意見與期許之回應說明	V	V
二、維護保險對象就醫權益		
(一)醫療服務品質調查結果之檢討及改善措施	調查/統計結果 及重點說明	檢討及改善
(二)民眾自費情形及改善措施		
(三)就醫可近性與及時性之改善措施		
(四)民眾諮詢及抱怨處理		
(五)其他確保民眾就醫權益之措施	—	V
三、專業醫療服務品質之確保與提升		
(一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施	監測結果 及重點說明	檢討及改善
(二)品質保證保留款實施方案執行結果	核發結果統計	
(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施	—	V
四、協商因素項目之執行情形		
(一)新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等) (本項適用於協定事項有新醫療科技項目之部門)	執行情形 (含成效)檢討 <sup>註3</sup>	推動情形、 檢討及改善
(二)支付標準修訂及其他協商因素項目(依協定結果分列)		
(三)108 年執行未滿半年及 109 年新增項目之執行現況及未來規劃	執行情形	推動情形、 檢討及未來規劃 與預期目標
五、總額之管理與執行績效		
(一)醫療利用(含全國及各分區)及費用管控情形	醫療利用情形	管控措施、 檢討及改善
(二)地區預算分配(含風險調整基金)之執行與管理	預算分配結果	
(三)點值穩定度	點值	
(四)專業審查及其他管理措施	審查辦法之修訂 → 審查核減統計	
(五)院所違規情形及醫療機構輔導	違規情形統計	
<b>參、附錄(如：品質確保方案、品質保證保留款實施方案及其他視需要提供之方案內容)</b>		

註：1.請健保署配合於 5 月中旬提供各總額部門所需數據，以利各部門提報檢討與改善措施；門診透析服務，各項目均由署提報。報告內容請至少提供 5 年(104~108 年)之數據。另請健保署於書面報告提供各項調查/統計結果時，重點說明其結果。

2.部門提報之執行成果報告內文限 100 頁，請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。

3.依據 109 年總額協定事項，請於 109 年 7 月底前，提報延續性項目之 108 年執行情形及成效評估。

## 各部門總額及其他預算專款項目之執行成果報告大綱

計畫型項目	健保署提報	部門提報
一、就 <u>108</u> 年評核委員評論意見與期許之回應說明	—	V
二、 <u>108</u> 年計畫/方案執行成果		
(一)計畫目的		
(二)執行目標		
(三)經費來源與協定事項		
(四)費用支付		
(五)執行內容		
(六)評核指標及退場機制		
三、 <u>104~108</u> 年執行情形及成效評估		
(一)預算執行數及執行率	執行情形之 統計結果	推動情形、 檢討及改善
(二)目標達成情形		
(三)執行概況及結果，包含醫療服務提供及民眾 利用情形、獎勵情形等		
(四)成效評估，包含評核指標達成情形、就醫可 近性及健康狀況改善情形、相關退場情形等 (含自選 3 項關鍵績效指標)		
四、檢討與改善方向		
(一)109 年計畫/方案修正重點	—	V
(二)108 年執行未滿半年及 109 年新增項目之執行 現況及未來規劃	執行情形	推動情形、 檢討及未來規 劃與預期目標
五、附錄：各項專案計畫/方案內容	—	V
非計畫型項目	健保署提報	部門提報
一、就 <u>108</u> 年評核委員評論意見與期許之回應說明	—	V
二、 <u>104~108</u> 年執行情形及成效評估		
(一)預算執行數及執行率	執行情形 之統計結果 及改善建議	推動情形、 檢討及改善
(二)執行結果及成效		
三、檢討與改善方向		
(一)109 年修正重點	—	V
(二)108 年執行未滿半年及 109 年新增項目之執行 現況及未來規劃	執行情形	推動情形、 檢討及未來規 劃與預期目標

註：1.由各總額部門負責之專款項目(計畫型及非計畫型)，請健保署提供執行情形之數據(其中計畫型應含 3 項自選關鍵績效指標)；由健保署負責之專款項目(計畫型及非計畫型)，均由署提報，各專款項目之提報單位如附表四。

2.各專案之執行成果報告內文限 10 頁，請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。

## 各總額部門及健保署108年「年度重點項目-必要項目與績效指標」

單位/部門	必要項目與績效指標(含目標值)
健保署- 整體總額	必要項目1：整體資源配置與未來規劃
	必要項目2：分級醫療之推動成效 績效指標：區域級(含)以上醫院回轉率 目標值：≥1.5% 操作型定義：分母案件之回轉件數/區域級(含)以上醫院接受上轉之門 住診申報件數合計
	必要項目3：推動健保醫療資訊雲端查詢系統之成效 績效指標：60類藥品重複用藥日數下降比率 目標值：較去年同期下降10% 操作型定義：60類藥品之重複用藥日數/60類藥品之總給藥日數
牙全會- 牙醫門診 總額	必要項目1：牙醫院所感染管制之現況與改善情形 績效指標：院所感染管制申報率 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%) 操作型定義：申報加強感染管制診察費的院所數/申報總院所數
	必要項目2：國人牙齒保存現況與改善情形 績效指標：有就醫者平均拔牙顆數(負向指標) 目標值：最近3年全國平均值*(1+10%) 操作型定義：拔牙總顆數(簡單性拔牙92013C+複雜性拔牙92014C)/就醫 人數
中全會- 中醫門診 總額	必要項目1：符合中醫針灸標準作業程序(SOP)規範 績效指標： (I)符合「中醫針灸標準作業程序(SOP)規範」合格院所比率 (II)訪視合格院所比率 目標值： (I) 90% (II) 95% 操作型定義： (I)符合「中醫針灸標準作業程序(SOP)規範」合格院所數/申報針灸處 置費之院所數 (II)訪視合格院所數/訪視院所數
	必要項目2：中醫假日就診方便性之整體規劃 績效指標： (I)服務人次成長率 (II)醫師數成長率 目標值： (I) 2.20% (II) 1.50% 操作型定義： (I)服務人次：(108年-107年)/107年 (II)醫師數：(108年-107年)/107年

單位/部門	必要項目與績效指標(含目標值)
醫全會- 西醫基層 總額	<p>必要項目1：西醫基層轉診執行概況</p> <p>績效指標：</p> <p>(I)轉診占率</p> <p>(II)基層接受轉診率</p> <p>(III)基層接受慢性病病人轉診率</p> <p>(IV)慢性病病人轉診照護情形</p> <p>目標值：</p> <p>(I)較前1年度指標值增加3~5%</p> <p>(II)較前1年度指標值增加3~5%</p> <p>(III)較前1年度指標值增加3~5%</p> <p>(IV)較前1年度指標值增加3~5%</p> <p>操作型定義：</p> <p>(I)基層轉診件數/西醫部門轉診件數</p> <p>(II)基層接受轉診件數/醫院轉至基層件數 註：基層接受轉診件數排除平轉案件</p> <p>(III)基層接受醫院慢性病轉診件數/醫院轉至基層慢性病件數 註：慢性病定義：案件分類為04、08案件</p> <p>(IV)慢性病轉診病人持續就醫歸戶人數/醫院轉至基層慢性病歸戶人數 註：(i)持續就醫定義：醫院轉至基層慢性病人於同院所因慢性病持續就醫兩次以上 (ii)慢性病定義：案件分類為04、08案件</p>
	<p>必要項目2：醫療給付改善方案成效</p> <p>績效指標：糖尿病病人照護率</p> <p>目標值：照護率較前1年度照護率增加3.13%</p> <p>操作型定義：當年度申報糖尿病方案相關費用之歸戶人數/當年度糖尿病方案之符合收案條件之歸戶人數</p>
醫院協會- 醫院總額	<p>必要項目1：醫院分級醫療執行成效</p> <p>績效指標：</p> <p>(I)醫院層級轉診率</p> <p>(II)分級醫療垂直整合策略聯盟涵蓋率</p> <p>目標值：</p> <p>(I)較107年件數成長5%~10%</p> <p>(II)95%以上</p> <p>操作型定義：</p> <p>(I)各層級醫院轉診件數/醫院部門各層級總就醫件數</p> <p>(II)完成建立與其他院所策略聯盟合作機制之家數/醫院部門醫院家數</p> <p>註：醫院協會建議健保署「新增就醫民眾對分級醫療轉診政策實施滿意度調查」，並列為績效指標3。</p>
	<p>必要項目2：護病比執行現況</p> <p>績效指標：護病比分級達成率</p> <p>目標值：維持107年成效</p> <p>操作型定義：各層級達成各分級護病比家數/各層級總家數</p>

單位/部門	必要項目與績效指標(含目標值)
健保署- 其他預算	<p>必要項目1：居家醫療照護整合計畫之推動成效            績效指標：居家整合收案對象門診次數降低            目標值：照護對象(收案滿一個月)後每月平均門診就醫次數較收案前低            操作型定義：照護對象(收案滿一個月)後每月平均門診就醫次數較收案前低</p>
	<p>必要項目2：C型肝炎藥費預算執行與治療成效            績效指標：            (I)C型肝炎藥費預算執行率            (II)C型肝炎治療涵蓋率(年累計)            目標值：            (I)C型肝炎藥費預算執行率達95%            (II) C型肝炎治療涵蓋率(年累計)較去年同期提升            操作型定義：            (I)C型肝炎藥費結算金額/協定之合計預算            (II)至當年底已接受治療人數/慢性C型肝炎患者人數</p>

附表四

## 各部門總額及其他預算專款項目執行成果之提報單位

部門別	計畫/方案名稱	提報單位
牙醫	- 醫療資源不足地區改善方案 - 特殊醫療服務計畫 - 牙周病統合照護計畫(108年導入一般服務) <sup>註2</sup> - 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫(109年新增)	牙醫師公會全聯會
中醫	- 醫療資源不足地區改善方案 - 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 - 中醫提升孕產照護品質計畫 - 中醫癌症患者加強照護整合方案 - 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 - 中醫急症處置計畫 - 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(109年新增)	中醫師公會全聯會
西醫基層	- 家庭醫師整合性照護計畫(含計畫檢討與管控暨執行成果)	健保署
	- 家庭醫師整合性照護計畫(醫界配合推動情形) - 西醫醫療資源不足地區改善方案 - 強化基層照護能力及「開放表別」項目(非計畫型) - 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材(非計畫型) - 因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用(非計畫型) - 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用(非計畫型) - 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(109年新增)	醫師公會全聯會
醫院	- 急診品質提升方案 - 西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層) - 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫 - 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材(非計畫型) - 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型) - 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型)	醫院協會
門診透析	- 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫	
跨部門 (醫院、西醫基層)	- C型肝炎藥費(含其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費」,及流用於108年C型肝炎藥費不足款之經費) - 醫療給付改善方案(糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦全程照護、慢性阻塞性肺疾病及提升醫院用藥安全與品質方案) - 鼓勵院所建立轉診之合作機制(非計畫型) - 基層總額轉診型態調整費用(非計畫型)	
其他預算	- 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 - 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(含居家醫療照護整合計畫) - 推動促進醫療體系整合計畫 - 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(含各部門總額之網路頻寬補助費用執行成果) - 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 - 特殊族群藥事照護計畫(109年改為「提升用藥品質之藥事照護計畫」) - 支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費,及狂犬病治療藥費(非計畫型) - 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費(非計畫型) - 提升保險服務成效(非計畫型)	健保署

註：1.各部門總額之品質保證保留款實施方案執行成果於一般服務項目執行成果報告中提報。

2.104~107年度專款「牙周病統合照護計畫」執行成果併於一般服務之「牙周病統合治療方案」中提報。

各總額部門及健保署109年「年度重點項目-必要項目與績效指標」

單位/部門	必要項目與績效指標之內涵
<p>健保署- 整體總額</p>	<p>必要項目1：整體資源配置與未來規劃</p> <hr/> <p>必要項目2：分級醫療之推動成效            績效指標：區域級(含)以上醫院回轉率            目標值及操作型定義：請健保署於109.4.1前提報。</p> <hr/> <p>必要項目3：推動健保醫療資訊雲端查詢系統之成效            績效指標：全藥類藥品重複用藥日數下降比率            目標值及操作型定義：請健保署於109.4.1前提報。</p>
<p>牙全會- 牙醫門診 總額</p>	<p>必要項目1：牙醫院所加強感染管制之現況與改善            績效指標：院所加強感染管制申報率            目標值：最近三年全國平均值*(1-10%)            操作型定義：申報加強感染管制診察費的院所數/申報總院所數</p> <hr/> <p>必要項目2：國人牙齒保存現況與改善情形            績效指標：有就醫者平均拔牙顆數(負向指標)            目標值：最近三年全國平均值*(1+10%)            操作型定義：拔牙總顆數(簡單性拔牙92013C+複雜性拔牙92014C)/            就醫人數</p>
<p>中全會- 中醫門診 總額</p>	<p>必要項目1：中醫利用的檢討與規劃            績效指標：            (I)中醫服務人數成長率            (II)中醫服務人次成長率            目標值：            (I)中醫服務人數成長率呈現正成長            (II)中醫服務人次成長率呈現正成長            操作型定義：            (I)服務人數成長率：(108年-107年)/107年            (II)服務人次成長率：(108年-107年)/107年</p>

單位/部門	必要項目與績效指標之內涵
中全會- 中醫門診 總額	<p>必要項目2：中醫醫療資源不足地區就醫可近性改善</p> <p>績效指標：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(I)無中醫鄉減少比率</li> <li>(II)無中醫鄉服務人數成長率</li> <li>(III)無中醫鄉服務人次成長率</li> </ul> <p>目標值：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(I)無中醫鄉減少比率為正值</li> <li>(II)無中醫鄉服務人數成長率呈現正成長</li> <li>(III)無中醫鄉服務人次成長率呈現正成長</li> </ul> <p>操作型定義：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(I)無中醫鄉減少比率：<math>(107年-108年)/107年</math></li> <li>(II)無中醫鄉服務人數成長率：<math>(108年-107年)/107年</math></li> <li>(III)無中醫鄉服務人次成長率：<math>(108年-107年)/107年</math></li> </ul>
醫全會- 西醫基層 總額	<p>必要項目1：西醫基層轉診執行概況</p> <p>績效指標：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(I)轉診占率</li> <li>(II)基層接受轉診率</li> <li>(III)基層接受慢性病病人轉診率</li> <li>(IV)慢性病病人轉診照護情形</li> </ul> <p>目標值：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(I)較前1年度轉診占率增加3~5%</li> <li>(II)較前1年度接受轉診率增加3~5%</li> <li>(III)較前1年度接受慢性病病人轉診率增加3~5%</li> <li>(IV)較前1年度慢性病轉診病人持續就醫人數比率增加3~5%</li> </ul> <p>操作型定義：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(I)基層轉診件數/西醫部門轉診件數</li> <li>(II)基層接受轉診件數/醫院轉至基層件數 註：基層接受轉診件數排除平轉案件</li> <li>(III)基層接受醫院慢性病轉診件數/醫院轉至基層慢性病件數 註：慢性病定義：案件分類為04、08案件</li> <li>(IV)慢性病轉診病人持續就醫歸戶人數/醫院轉至基層慢性病歸戶人數 註：1.持續就醫定義：醫院轉至基層慢性病病人於同院所因慢性病持續就醫兩次以上 2.慢性病定義：案件分類為04、08案件</li> </ul>

單位/部門	必要項目與績效指標之內涵
醫全會- 西醫基層 總額	必要項目2：醫療給付改善方案成效 績效指標：糖尿病病人照護率 目標值：較前1年度照護率增加1~3% 操作型定義：當年度申報糖尿病方案相關費用之歸戶人數/當年度糖尿病方案之符合收案條件之歸戶人數
醫院協會- 醫院總額	必要項目1：醫院分級醫療執行成效 績效指標： (I)醫院層級轉診率 (II)分級醫療垂直整合策略聯盟 目標值： (I)轉診率維持成長10% (II)分級醫療涵蓋率80% 操作型定義： (I)各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數 (II)完成建立與其他院所策略聯盟合作機制之家數/醫院部門醫院家數 註： <u>醫院協會建議健保署「新增就醫民眾對分級醫療轉診政策實施滿意度調查」，並列為績效指標3。</u>
	必要項目2：護病比執行現況 績效指標：全日平均護病比分級達成率 目標值：全日平均護病比合格率80% 操作型定義：(參考醫院評鑑基準)醫院急性一般病床床位數×占床率×3/全日平均三班護理人員數(同健保署全民健康保險醫療品質資訊公開網指標-急性一般病床全日平均護病比) 註：1.急性一般病床：包含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床。 2.醫院不含未設置「急性一般(經濟)、精神急性一般(經濟)病床」醫院。
健保署- 其他預算	必要項目1：居家醫療照護整合計畫之推動成效 績效指標：居家整合收案對象門診次數降低 目標值：照護對象(收案滿一個月)後每月平均門診就醫次數較收案前低 操作型定義：照護對象(收案滿一個月)後每月平均門診就醫次數較收案前低

單位/部門	必要項目與績效指標之內涵
	<p>必要項目2：C型肝炎藥費預算執行與治療成效</p> <p>績效指標：</p> <p>(I)C型肝炎藥費預算執行率</p> <p>(II)C型肝炎治療涵蓋率(年累計)</p> <p>目標值：</p> <p>(I)C型肝炎藥費預算執行率達95%</p> <p>(II)C型肝炎治療涵蓋率(年累計)較去年同期提高</p> <p>操作型定義：</p> <p>(I)C型肝炎藥費結算金額/協定之合計預算</p> <p>(II)至當年底已接受治療人數/慢性C型肝炎患者人數</p>

第 4 屆 109 年 第 1 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(108 年第 10)次委員會議紀錄」與會人員發言實錄

周執行秘書淑婉

主委、各位委員，大家早安，今天是 109 年第 1 次委員會議，現在委員出席人數已經過半，達法定開會人數，敬請主委宣布開會。

周主任委員麗芳

一、各位委員及與會代表，大家早安，(委員回應：早)，今天是我们大家過年後第 1 次見面，先跟大家拜個晚年，祝福大家未來 1 年都能夠平安圓滿。

二、其次，我們非常驕傲，陳部長時中所率領的防疫團隊，在 2019 新型冠狀病毒肺炎(下稱新冠病毒肺炎)疫情防治期間，不眠不休、交出漂亮的成績單，守住臺灣新冠病毒肺炎防疫的最後一道防線。除了陳部長時中和防疫團隊之外，也很感謝健保署李署長伯璋率領的團隊，一樣非常辛勞，協助蒐集、過濾所有資料，也給他們掌聲鼓勵。

三、接著非常感謝中華民國藥師公會全國聯合會黃理事長金舜，這段期間社區藥局辦理口罩實名制發放作業，平添了他們非常多的工作跟困擾，但是黃理事長金舜也帶領全體藥師，給予民眾最好的服務。我們在座很多的醫界代表，不管是醫院部門、西醫基層部門、牙醫部門、中醫部門，都竭盡全力守護民眾健康，這也是大家要竭誠感謝的。

三、再來要跟大家報告 1 個好消息，臺灣的健康照護在全球醫療體系評比當中，再度獲得全球第一，由 CEOWORLD 雜誌 2020 年公布，針對全球 89 個國家進行健康照護指標(Health Care Index)評比，臺灣又獲得了全球第一，評比理由，是因為我們醫療體系很先進、健保制度非常完善，我們的醫護人力相當優秀，也充分展現在新冠病毒肺炎疫情之防疫中，守護民眾健康，讓大家能夠處於安心、安全的社會。

四、最後也要謝謝健保會的幕僚同仁，3 月 19、20 日原定在花蓮辦

理業務訪視活動與共識營，周執行秘書淑婉之前也率領相關同仁，在蔡委員登順的協助下，一起到花蓮實地場勘，但因應疫情變化，不得不做一些調整，所以，原先幕僚同仁規劃改到三峽大板根森林園區召開 2 天 1 夜會議。但是，我也接獲多位委員反映，建議這段期間還是防疫優先，因為有不少委員同時也是醫護同仁，大家心裡還是很關心疫情變化，若要召開共識營，我們已請幕僚同仁研議，將行程濃縮在 1 天當中，並在健保署或衛福部場地召開，一者是顧慮社會觀感，再者就是健保會必須以身作則，防疫期間希望大家盡量避免到人潮眾多的地方。所以等下本會重要業務執行報告時，還沒有辦法跟各位委員確定 3 月 19、20 日的行程。其次中醫師公會全聯會柯理事長富揚希望借用 1 分鐘的時間介紹公會活動，請柯委員富揚。

#### 柯委員富揚

- 一、主委、所有健保會的委員、李署長伯璋，還有健保署的長官們，大家早安，大家好！中醫師全聯會健保巡迴醫療訪視活動，訂在本年 3 月 31 日至 4 月 1 日，訪視地點為桃園市龜山區、復興區、龍潭區，基本上是以戶外活動為主，也會視疫情做彈性調整。
- 二、中醫部門本來在今年 3 月有 1 年 1 次的國醫節慶祝大會，現在延到 6 月、7 月間辦理，有關健保巡迴訪視活動，最後還是會以健保會與健保署的長官意見為主，可能往後延辦，或是看時間是否可以做不同的調整。因為這是既定的行程，每位委員桌上都有 1 份資料，我們會隨時依新冠病毒肺炎疫情等需要做變更，屆時再跟各位委員報告。

#### 周主任委員麗芳

謝謝，我們接下來開始今天議程。

#### 同仁宣讀

#### 周執行秘書淑婉

- 一、各位委員，大家早安，本次議程都是依照年度工作計畫安排，

優先報告事項一案，為健保署進行 108 年第 4 季健保業務執行季報告併同本年 1 月份業務執行報告，因季報告需要口頭報告，所以排在優先報告事項；討論事項一案，為辦理各總額部門 108 年度執行成果評核之作業方式；報告事項有二案，第一案為 107 年度健保收入超過 2 億元之醫療院所財報公開情形，第二案為去年(108)年委員所關心之近 10 年健保保費呆帳分析及作業辦理情形。

二、本會同仁於昨日詢問各位委員有關本年 3 月 19 日、20 日之業務訪視與共識營辦理意見時，何委員語表示本次會議他要為新冠病毒肺炎疫情祈福選擇素食便當，因此我想呼應何委員語的善心善願，今日一律提供素食便當，請委員們共同為新冠病毒肺炎疫情祈福，未事先徵詢意見就做這樣的安排，如有不周，尚請委員見諒。

周主任委員麗芳

若委員沒有意見，則議程確認，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垂詢？剛才我跟各位委員提到，3 月份的業務訪視與共識營，已經請幕僚重新研議在衛福部或健保署的場地以 1 天的時間辦理，等我們確認後，再跟各位委員報告。請進行下一案「上(108 年第 10)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」。

## 貳、「上(108年第10)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

同仁宣讀

周執行秘書淑婉

一、說明一，上次及歷次委員會議決議(定)事項計有 8 項，依照辦理情形建議解除追蹤 5 項，繼續追蹤 3 項；歷次委員會議決議(定)事項達解除追蹤條件，擬建議解除追蹤者，計有 2 項，最後仍依委員議定結果辦理。

(一)上次及歷次委員會議決議(定)事項擬解除追蹤共 7 項，請各位委員參閱會議資料第 33 頁：

- 1.項次 1，請各部門總額受託團體及中央健康保險署，提供 108 年度各部門總額評核內容建議以及評核委員推薦名單，並研提 109 年重要項目與績效指標。本會已於 1 月 8 日函請各總額部門跟健保署提供相關資料，各總額部門及健保署業於 1 月 31 日前回復。「109 年度重點項目及績效指標資料」部分，中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫全會)的部分資料還須做更新，2 月 18 日已經提出，所以 109 年除健保署還要補充資料之外其他都已提供，因此這部分資料會在本次討論事項第 1 案做報告討論。另外健保署回復的「2.委員所提意見，說明如附件一(第 41 頁)」的部分是有關於委員在上次重要業務報告裡面有一些意見，健保署所做的說明，在第 41 頁。
- 2.項次 2 是有關 109 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案，請健保署依法定程序報部，衛福部已於 2 月 3 日核定。
- 3.項次 3 是有關 108 年 11 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 42 頁，請委員參閱。
- 4.項次 4，請參閱會議資料第 34 頁，有關自付差額特材之執行概況，委員所提意見有 3 項，包含塗藥支架類特材比例較高，何時納入全額給付；以及委員詢問自付差額特材因價量

調查調降之後費用，是否會轉嫁民眾負擔；還有請參閱第 35 頁，委員關心健保署在特材功能定義時，是否會先與各個專科醫學會、付費者及病友團體溝通，上述 3 項健保署都有詳細回復，請委員參閱。並請翻到第 36 頁，健保署提及上述做法已納入「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第 52 條之 4 於 109 年 1 月 30 日修正發布，資料在第 105~107 頁，請委員參閱。

5.項次 5 是有關監理指標監測結果，健保署對委員所提意見之回復，其中有關自付差額特材占率高的情形，請委員參閱項次 4 之回復。

6.歷次委員會議之擬解除追蹤案：

(1)項次 1 是有關於費率審議結果，衛福部於 108 年 12 月 31 日來函副知，行政院業於 108 年 12 月 27 日核定維持現行費率 4.69%。

(2)項次 2 是有關增刪修訂「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 款資料，衛福部業於 109 年 2 月 6 日修正發布，請委員參閱第 114~115 頁。

(二)擬繼續追蹤共 3 案，循例不報告。

二、說明二，請委員參閱第 22 頁，為落實政府無紙化及節能減碳政策，本部於今年起推動無紙化方式辦理會議，但考量委員會議與年度總額協商等會議資料內容複雜，需要仔細研讀，因此會以資料印製份數減量為目標，未來視實務需求，朝無紙化方向推動，目前減量作法如下，還請委員多包涵。

(一)開會通知及會議資料：

- 1.委員會議與年度總額協商會議，將提供本會委員及法定列席人員紙本資料，其餘與會人員請自行下載電子檔使用。
- 2.其他會議如業務訪視、評核會或是費率諮詢會議，因主要出席者為評核委員與費率審議專家學者，僅提供上述人員紙本，其餘人員(含本會委員)將一律提供電子檔。若委員仍需

紙本資料，可於會前告知幕僚協助印製。

(二)議事錄：原則上均改以電子公文方式，發文至正副本的收受者：

- 1.本會委員：電子公文寄送至委員指定之電子信箱，若需書面資料，可告知幕僚協助印製。
- 2.其他單位如健保署、全國產業總工會、醫全會、牙醫師公會全聯會等 10 多個單位，將以電子公文方式處理。
- 3.議事錄全文檔案皆於會後 10 天內公開，循例可在本會網頁上查詢。

三、說明三，是有關於 109 年各部門總額一般服務之地區預算分配案，牙醫門診、中醫門診、醫院總額部門皆已完成報部程序，已於 109 年 2 月 11 日公告。至西醫基層總額部門，已於 108 年 12 月份委員會議請該部門儘速將建議方案送報本會，目前未獲回復，請醫全會協助儘速辦理。

四、說明四，有關 109 年總額其他預算，健保署於 109 年 1 月 7 日已將 109 年協定事項中提到「持續檢討醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件」部分調進動支方案中，也依照協定事項送至本會備查，請委員參閱第 43~44 頁。

五、說明五，本會今年有委託政大陳敦源老師辦理「精進全民健康保險會議事效率及運作模式」研究計畫，執行團隊預計於 4 月份邀請委員進行面訪，請各位委員撥冗協助。

六、說明六，衛福部及健保署去(108)年 12 月至本年 2 月份發布及副知本會之相關資訊如下：(內容業於 2 月 10 日寄至委員電子信箱)

(一)衛福部，較重要事項如下：

- 1.保險費率維持現行費率 4.69%。
- 2.請參閱第 25 頁第 4 點，修正全民健康保險法第 4 條及第 7 條，僅為組織再造後之說明，修正為將主管機關由行政院衛生署改為衛生福利部、保險人由行政院衛生署中央健康保險

局改為衛生福利部中央健康保險署。

3.剛剛提到的 1 月 30 日修正發布「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第 52 條之 4 相關規定之自付差額特材部份。

(二)健保署：請參閱第 26 頁公告內容及第 31 頁 108 年第 2 季各部門總額每點支付點數，可參閱各部門全區點值現況。

七、請委員參閱黃色補充資料：

(一)說明七，剛剛主委有提到，本會原定於 3 月 19 日、20 日至花蓮辦理業務訪視活動與共識營，考量目前新冠病毒肺炎疫情雖有效控制中，惟希望減少委員至醫療院所及長途搭乘火車之防疫必要，爰於昨天洽詢委員意見後，變更本項活動地點及內容。

(二)剛剛主席提到希望在部內，然昨日已問過委員意見，共計 39 個委員回復、其中有 28 個同意目前規劃至大板根森林園區辦理，坐車時間較短，會議空間亦較寬敞，約為 180 人之大會議室。

(三)另外，謝謝黃委員金舜協助安排此次參訪地點，該健保特約藥局在地區防疫上扮演重要的角色，希望能協助委員了解健保系統對這次口罩實名制作業之辦理情形，亦希望委員給予藥師們鼓勵，慢性處方箋也是藥局一直有在辦理的健保業務，希望花點時間讓委員們能夠了解，感謝黃委員金舜的協助安排。

(四)有關共識營的報告內容，考量健保署原先規劃在東區的主題簡報資料均已完成，第 2 天專案報告維持原先安排在東區之簡報主題。

(五)另因為今年健保可能面臨財務調整，所以共識營將針對本會議事運作、健保財務現況與改革做討論，在此亦希望委員能夠在比較單獨的空間，就此議題做一些討論。

(六)有關本會規劃到大板根森林園區辦理共識營活動，有事先向部長報告，希望部長在行程允許下，能撥冗到三峽聽取委員

的意見，剛剛主委也提到，希望共識營能夠改到衛福部裡舉辦。這部份看看委員的意見。基本上幕僚已從防疫需求的觀點來規劃此次活動，並已做了最充分的考慮，但還是希望由委員做最後的決定，以上報告。

#### 周主任委員麗芳

- 一、謝謝周執行秘書淑婉詳盡的說明，也非常謝謝淑婉執秘所率領的健保會團隊，等一下我們聽聽委員的意見。
- 二、今天一進衛福部，就看到一樓大廳特別設置了疫情關懷專區，很多工作同仁在那邊打拼，阿中部長及健保署李署長為了疫情都不眠不休。因此，身為主委需在此呼籲，如果連何委員語都主動發起中午吃素便當為新冠病毒肺炎疫情祈福時，我們怎麼好意思去大板根森林園區召開共識營？同時，這一趟共識營，這麼多位同仁住宿在園區內，需花費多少預算？個人站在防疫優先、擲節支出的立場，現階段各行各業應該將資源全力投入防疫工作，因此，誠懇呼籲各位委員，希望能將活動拉回衛福部內召開。請問委員有無垂詢？請干委員文男。

#### 干委員文男

- 一、各位委員好，雖然新年已過，但還是要向大家拜個晚年，大家恭喜！今年因為新冠病毒肺炎疫情影响，大家都過得很艱難，尤其是醫界、護理界及藥界都十分辛苦，要將疫情阻絕於境外，這件事做起來相當不容易，但民眾大多都是贊成的，尤其阿中部長的民調高達 82%，比健保的滿意度還高，可見部長真的有在做事，民眾都看到了也都支持。
- 二、有關本會為配合衛福部推動會議無紙化活動，未來會議資料及議事錄將改以電子檔提供，個人對於無紙化活動有點意見，因為會議相關資料很多，看了以後可能馬上就忘了，就算沒忘記，回頭還要翻閱、對照，如果通通改用電子檔方式，委員們就每天玩電腦好了，什麼事情都做不了！電腦操作不懂時還要請教別人，因此，希望會議相關資料仍維持以紙本方式提供。

三、另外，剛才主委提到共識營活動地點，我想大家如能聚在一起，住宿 1 晚會比較有感情，討論議案也較易達成共識，尤其是今年共識營議題關係到健保費率調整，屆時陳部長時中如能在會中向委員陳述一下健保財務現況，對於議案討論應會有助益。大板根森林園區是植物園，不在都會區，且距離臺北市不遠，離衛福部也近，部長差不多 1 個小時車程即可到達會場，如果行政院有事情，返程也只需 1 小時，應該沒什麼問題，希望共識營能如期舉行，大家一起將這個活動圓滿完成。

四、至於何委員語發起中午吃素便當為疫情祈福，我們都贊成！吃素是改變體質的一種方法同時也環保，年紀較大者偶爾吃素也很好。因為 1 月份委員會議停開，本次會議的報告案很多，尤其是保險對象自付差額特材方面，健保法第 45 條開了 1 個比大門還大的後門，現在到醫院看診，特材自付差額比掛號費高出很多，形成一種普遍的變相情形，這是立法當時所始料未及的，現在到醫院只要有動刀，需自付差額特材金額動輒 10、20 萬元，如果到診所看小病，自付差額則仍是原來金額，因此基層診所會較吃虧。

周主任委員麗芳

請林委員敏華。

林委員敏華

一、主委、各位委員，大家好，我們國家從總統、行政院體系、部長，整體行政團隊都在積極從事防疫工作，很高興健保署李署長伯璋今天在百忙之中能列席委員會議。個人看法是比較在乎社會觀感，當整體國家、社會動員體系投入防疫工作時，健保會在森林園區舉辦活動，外界觀感恐怕不佳。

二、剛才委員提到要方便跟部長溝通協調，如若改在部內召開，部長與會將更為容易，因為搭電梯下來就到會場，用不著花 1 小時車程。

周主任委員麗芳

謝謝各位委員，因為今天議案很多，再次徵詢委員，如同剛才林委員敏華的建議，將共識營拉回部裡舉辦，讓部長一方面關心防疫，也能夠適度跟委員溝通，大家是否同意？請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、主委、各位委員，大家早安，首先，要感謝衛福部所有同仁及醫界好友對此次新冠病毒肺炎疫情的付出與努力，至少目前臺灣對疫情的掌控算是非常良好。
- 二、其次，剛才談到共識營部分，無論林委員敏華或主委都希望此時可否將錢節省下來。不過，其實今天來到衛福部時，我反而覺得很奇怪，馬路上看到民眾都戴口罩，但是進到衛福部後，我也主動拿掉口罩，不管怎樣，我覺得政府在有效管控疫情方面做得很好，算是非常成功。政府現在對旅遊業者及觀光相關行業都有提供紓困方案，目前的疫情看起來都還算平穩，是否就要將所有活動通通改掉、停辦？而且，共識營應該是健保會每年固定都會辦理的活動，今年雖然在大板根森林園區舉辦，但同時還有安排到藥局實地訪視，所以是否要因此因噎廢食，個人覺得大家可以再考量。
- 三、另外，針對上(108年第10)次委員會議決議(定)事項辦理情形追蹤表，對於解除追蹤部分我沒意見，但針對會議資料第22頁的項次1，健保署回復2部分，在會議資料第41頁附件一，並沒有看到我希望健保署提供有關 AIDS (Acquired Immune deficiency Syndrome；後天免疫缺乏症候群)在臺灣的年齡層分布表，可否請健保署提供資料給我參考。

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

謝謝周主任委員麗芳，我想先讓有關召開共識營的議題討論告一段落之後，我再提出其他的討論事項，以避免失焦。

周主任委員麗芳

有關共識營召開的目的，除了希望委員間彼此溝通凝聚共識外，也希望部長跟委員能有溝通交流的機會，現在阿中部長每天都必須跟全民作新冠病毒肺炎的疫情報告，也因此大批媒體非常關注部長的行程，若我們安排在大板根森林園區辦理共識營並邀請部長蒞臨，將會有大批媒體隨行報導，可能會產生剛才林委員敏華提到造成社會觀感不佳的問題。因此，除了剛才有 2 位委員表達支持在大板根森林園區辦理，是否有其他委員持相同看法？請林委員錫維。

林委員錫維

共識營行程安排至三峽的「有新藥局」訪視，我認為這個訪視主題並不是非常重要，且既然周執行秘書淑婉及周主任委員麗芳對於共識營地點的意見不同，1 個認為應前往大板根森林園區，1 個認為應在部內舉辦，我的看法是延期到夏天(6 月左右)再舉辦，就無需再為辦理地點爭執。另外，剛才我請教何委員語，他也認為最好延至天氣炎熱時再辦理，幕僚同仁也有更多時間充分準備。我認為共識營應該就委員需要瞭解的主題進行訪視，或針對過去 1 年應改進的事項進行探討與交流，若在部內辦理，與每個月皆在部內召開的委員會議形式類似，似乎就失去了召開共識營的意義。延期到 6 月左右再辦理，大家就不要再為辦理地點爭執，以上是我的個人意見。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、首先，感謝醫界及藥界的夥伴，以及部長與相關政府行政人員，為了這次新冠病毒肺炎疫情付出的許多心血及努力。其實我並不是今天才開始吃素，我從大年初一就開始吃素，目前正在努力達成整年吃素的目標。

二、有關這次共識營的行程，我有幾點建議如下：

(一)我認為安排訪視藥局的主題不錯，但是臺北市的大藥局比三峽更多，提供更多慢性病連續處方箋調劑的服務，在臺北市的藥局訪視即可。至於口罩實名制販售作業辦理情形並不是

健保會的監理權責，訪視口罩販售情形只是認同及瞭解政府政策，口罩並非健保法所列之醫療給付項目，亦非健保會委員監理之權責。

(二)有關安排健保署報告新冠病毒肺炎疫情對健保業務之影響部分，我認為3月份疫情還不明朗，最好5月或6月再進行報告。因為聯合國認為臺灣未來也有發生社區感染的可能，而亞洲地區疫情可能也會越來越嚴重，因此我希望在5月或6月再進行報告，相關內容會較明確，不曉得李署長伯璋的看法如何？

(三)共識營不一定要在部裡召開，也可以考慮在陽明山的溫泉旅館辦理，不過我也支持林委員錫維的建議，將共識營延到5~6月再召開，因為會中會安排討論費率調整等議題，而10~11月才正式辦理費率審議相關會議，這麼早進行討論可能後續還會有許多意見產生。

(四)此外，我認為目前規劃的共識營行程，內容有點簡化，並不能讓委員非常深入瞭解健保業務。若召開共識營只是為了討論明年的費率，實際上3月並無法決定，要到10~11月份費率審議時才能作決定，時間上並無急迫性，因此我支持延期辦理；若決定不延期，我認為應該調整共識營行程規劃，朝更充實的方向辦理，避免浪費健保會經費及行政資源籌辦共識營，使參加委員卻沒有充實的收穫。

三、最後，有關以電子化方式提供會議資料，年輕的委員可能沒有問題，但我個人卻認為會造成委員查閱資料之困擾。健保署從前年開始在醫療給付項目及支付標準共同擬訂會議改採電子化會議資料，為此我買了1台平板電腦以便在家裡能閱讀資料，但是閱讀起來確實很費力，後來又拜託蔡副署長淑鈴於會議當日提供給委員紙本，閱讀起來就容易多了。若採電子化資料，不熟悉平板電腦頁面切換的委員於開會時將面臨查閱資料的困難。因此，希望能針對紙本資料跟電子化資料要怎麼配合再多

作考慮。

周主任委員麗芳

請李委員偉強，另外也要特別感謝李委員偉強，這幾天大家也經常在媒體上看到他對新冠病毒肺炎疫情提供建議。

李委員偉強

我認為3月確實不適合在風景區辦理共識營，前幾天日本安倍首相吃生魚片遭受輿論抨擊就是很好的借鏡，另一方面也應考量目前醫界及藥界委員都全力投入新冠病毒肺炎之防疫工作，若無急迫性，我建議共識營延期辦理。

周主任委員麗芳

很感謝林委員錫維、何委員語及李委員偉強都建議共識營延期辦理，大家若有共識，則共識營延期辦理，請委員接下來的發言不要再討論此議題，後續再視5~6月疫情發展決定。是否還有其他委員要表示意見？請黃委員金舜及葉委員宗義。

黃委員金舜

剛剛大家有共識要延期辦理共識營，有委員建議6月辦理，提醒大家，17年前WHO(World Health Organization，世界衛生組織)至7月才將臺灣自SARS疫區中除名，因此我建議一定要安排於7月後再辦理，否則若6月疫情還沒結束，相關準備工作又會白費。

周主任委員麗芳

我們會配合疫情發展辦理，請葉委員宗義。

葉委員宗義

共識營已經籌備許久，如果中斷辦理可能浪費行政同仁非常多心力，但是有個問題我認為應該特別留意，近期因為口罩實名制的問題，外界對於衛福部及健保署連帶有一些抱怨的聲音，如果在這個節骨眼上，我們去大板根森林園區辦理共識營，倘若活動發生任何問題，勢必有人需要來承擔這個責任。因此，我希望主委能夠從長計議，憑妳的智慧應該可以自己決定這件牽連甚廣的大事。

周主任委員麗芳

是否還有委員要針對此案表達意見？若沒有，本案決議如下：

- 一、上(108年第10)次委員會議決議(定)事項辦理情形，擬解除追蹤案計5案，繼續追蹤案計3案，同意依幕僚之擬議繼續追蹤。
- 二、歷次委員會議未結案件辦理情形，解除追蹤案計2案，也同意依照幕僚之擬議解除追蹤。
- 三、請醫全會盡速提送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。
- 四、配合衛生福利部推動會議無紙化政策，委員會議議事錄及部分會議資料，將改提供電子檔方式，如委員仍需要紙本資料，請主動告知幕僚同仁協助。
- 五、本會原訂於本年3月19日、20日辦理之業務訪視活動與共識營，考量本會醫、藥、護理界委員近期需全力投入新冠病毒肺炎防疫工作，故決議延期辦理，後續視疫情發展再決定辦理時間並向委員報告。
- 六、請各位委員惠予協助本會委託國立政治大學(計畫主持人陳教授敦源)，辦理「精進全民健康保險會議事效率及運作模式」研究計畫之訪視問卷。
- 七、餘洽悉。

趙委員銘圓

主委，不好意思！我剛才提出有關健保署未提供臺灣 AIDS(後天免疫缺乏症候群)病人各年齡層人數分布等統計資料，健保署還沒有回應，是否可以請健保署提供。

周主任委員麗芳

有關趙委員銘圓所提資料請健保署配合提供，請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

剛才先向主委報告，等共識營議題討論告一段落後，我有其他事項要提出討論。

周主任委員麗芳

請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

- 一、有關上(108年第10)次委員會議決議(定)事項辦理情形繼續追蹤案，請大家參閱會議資料第39頁，項次3「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」，在108年12月份委員會議已決議通過。但我仍必須反映近期委員進行業務監理過程中，調閱相關資料遭遇的困難。回顧108年11月份委員會議時，何委員語也曾向健保署提出調閱108年家醫計畫經費管理情形的需求，最終仍須藉由委員們連署提案並經會議決議後，方得以調閱其中的部分資料。當時會中，健保署列席主管也明確表示若屬不涉及個資之資料，健保署皆願意提供並當面向委員解釋；但現在檢視起來，實際的情形並非如此。
- 二、依108年12月27日委員會議決議，「請健保署逐期提供健保財務收支情形報表，及分別依「主管機關」及「委員主張」之方式計算政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數之金額，以供委員有效的進行財務監理」，但到目前開會，健保署仍尚未落實執行。在本次會議召開前，我已用電子郵件拜託相關權責單位，請依109年度總額核定結果提供105~113年之最新財務收支情形資料供本次會議參酌，但最終健保署仍未提供相關資料。既然委員是依會議決議索取資料，而健保法第5條也賦予委員保險業務監理的責任，委員對監理資料的需求則應被重視與提供；若健保署權責單位怠於遵循前述委員會議決議事項，對監理職責行使上會產生困擾！
- 三、另外，近年新興的區塊鏈帳務管理，值得大家信賴的原因，係具有「去中心化」的共識！反觀近年政府「應提列安全準備來源」受到社保司自行解釋並逕減必要項目，105~107年累計三年已減少健保安全準備金額達305億元。請大家思考，現行健保安全準備帳務管理有沒有「去中心化」？！本案我們長期努

力，就是要依健保法規定回歸值得全民信賴的「健保安全準備」帳務，以維繫現行費率適足！否則，未來調漲費率時又將如何安撫民怨？！敬請健保署相關權責單位依本案決議提供資料，以持續健全財務監理。

周主任委員麗芳

趙委員銘圓及陳委員炳宏所提意見，請健保署配合提供資料。請吳委員榮達。

吳委員榮達

有關會議資料第 44 頁，109 年度其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」動支方式，可否請健保署就動支方式文字內容口頭說明，請以簡單淺顯的說明方式讓委員更為瞭解相關內容。因為委員必須清楚瞭解相關動支方式，才能於總額協商時進行預算增減之討論。

周主任委員麗芳

請健保署說明。

劉專門委員林義

有關會議資料第 44 頁，109 年度其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」動支方式，主要是因應分級醫療，部分醫院就醫診次可能轉移西醫基層而對費用產生衝擊，故 109 年總額協商時編列 10 億元予以補助，相關補助方式則會依醫院與西醫基層病人流動之方式辦理，說明如下：

- 一、第一部分，轉診成功之病人，即病人從醫院申報轉出，於基層診所亦有申報轉入，這些病人會優先計算費用。
- 二、第二部分，非第(一)點說明轉診成功而自行就醫之病人，主要考量分級醫療剛實施 1~2 年，部分民眾未經醫院轉診即自行到基層診所就診，還是會納入轉診計算。此部分又可分為門診及住診案件，門診部分定義為病人在基層就醫前 3 個月都只在醫院就醫，即視為病人因接受到轉診訊息而自行到基層診所就醫；住診部分也大致比照這樣的定義。

周主任委員麗芳

謝謝健保署說明，接下進行優先報告事項第一案「108 年第 4 季全民健康保險業務執行季報告」(併「109 年 1 月份全民健康保險業務執行報告」，請同仁宣讀。

伍、中央健康保險署「108 年第 4 季全民健康保險業務執行季報告」  
(併「109 年 1 月份全民健康保險業務執行報告」)與會人員發言  
實錄

李署長伯璋報告：略。

周主任委員麗芳

- 一、非常感謝李署長伯璋率領的健保署團隊，除了在防疫期間不眠不休的努力，大家皆有目共睹，平時在各項健保業務推動上也投注許多心血，請大家再次給健保署團隊掌聲鼓勵(與會人員鼓掌)。另外，還是再次感謝所有醫界、護理界及藥界的夥伴們付出的努力，讓我們感受到生活在臺灣是非常幸福的一件事情，因為新冠病毒肺炎，也讓我們見證到臺灣世界第一的健康照護體系，再次感謝大家的付出及努力(與會人員鼓掌)。
- 二、接下來依序請吳委員國治、張委員文龍、趙委員銘圓、干委員文男、葉委員宗義、何委員語、張委員煥禎發言。

吳委員國治

- 一、感謝健保署非常有效率的運用健保醫療資訊雲端查詢系統勾稽病人旅遊史及接觸史，因為這次新冠病毒肺炎疫情，基層醫師看診的暴露風險最大，例如：民眾未攜帶健保卡以押金方式就診，病人若不主動告知旅遊及接觸史，醫師也無從查詢。另外，疾病管制署(下稱疾管署)並未明確告訴基層醫師，若接觸到確診病例，要採取什麼 SOP(Standard Operation Procedure，標準作業程序)，醫師並不瞭解什麼樣的情況下必須自行居家檢疫，而院所也必須停診 14 天，例如：有 1 個病人確診前曾就診 4 次，如果此病人就醫時具感染風險，或許這 4 家院所就要停診 14 天，否則後續若擴散成社區感染，對臺灣的醫療會有非常大的衝擊。因此，再次感謝李署長伯璋帶領的健保署團隊，運用健保醫療資訊雲端查詢系統提供基層醫師相關資訊，降低基層醫師暴露風險，醫全會希望能夠建立相關 SOP，告訴基層醫師如何進行防疫工作，避免發生 14 天停診的情況，因

為停診影響民眾就醫權利甚鉅。

- 二、有關通訊診療部分醫界都非常支持，有的縣市也已經開始推動，醫界都會持續配合，細節也請相關單位釐清。
- 三、剛剛李署長伯璋提到，因為新冠病毒肺炎民眾開始自主避免非必要的就醫，我認為現在是推動分級醫療宣導的好時機，健保署應該趁此機會大聲呼籲分級醫療，在疫情過後，也要積極規劃分級醫療及相關配套，藉此將分級醫療的架構建立起來。

周主任委員麗芳

請張委員文龍。

張委員文龍

- 一、我個人很少發言，但不代表我不關心健保會的發展，剛剛李署長伯璋提到醫界對於新冠病毒肺炎的貢獻，我個人也非常肯定。另外，我記得 1 月 28 號回國時曾在機場遇到陳部長時中視察檢疫情形，一行人行色匆匆，部長總是親力親為帶隊相當辛苦，我個人也非常欽佩。
- 二、但是我也必須表達，除了醫界的貢獻外，製造業也面臨很大的困難，各位可能不太瞭解，平時臺灣一天口罩的產量是 188 萬個，產能全開大概是 200 多萬個，直至昨天為止，據說臺灣的口罩產能已達到 550 萬個。但是製造業生產口罩，相關從業人員卻沒有口罩可以用，製造業從業人員並不是因醫療的需求而戴口罩，是因為製造產線有無塵的要求，例如：半導體廠、酒廠、食品廠，平常就需要大量工業用口罩。而現在大部份工業用口罩廠都已被徵用製造醫療口罩，故近期工業用口罩極度缺乏，我們中華民國工業協進會，24 個縣市共 2 萬多家會員每天都在向我詢問口罩，而我每天都在與經濟部及衛福部相關人員討論口罩問題。因此，希望衛福部在醫療使用量能允許的範圍下，撥一定的配額供製造業使用。製造業甚至考慮使用過期的醫療口罩，也希望衛福部考慮釋放過期的口罩供製造業使用，據我所知有一些口罩大廠有幾十萬個過期口罩的庫存可供使

用。

- 三、我常講製造業的角色像是人體的肝臟，每天總是安靜地努力運作，但肝臟壞掉會嚴重影響全身機能。我非常感謝醫界及藥界的夥伴幫忙，雖然我並沒有到藥局排隊買口罩，但近期排隊的風潮仍令人看了五味雜陳，製造業是最需要口罩的產業之一，雖然我們並非醫療人員，但我們努力生產口罩卻沒有口罩可使用，這是一個嚴重的問題。此外，新冠病毒肺炎疫情過後，口罩製造產業仍面臨許多問題，現在因應疫情政府管制口罩出口，原先的口罩出口訂單已被其他國家承接，疫情過後口罩回到正常需求量時，製造業整體訂單驟減，將重創整個產業。
- 四、雖然政府因應新冠病毒肺炎疫情提出許多的紓困方案，但是經濟下滑的速度是非常快的，要將下滑的經濟拉回來至少要花 2 倍的時間，製造業 1 年貢獻約 20 兆的產值，若降低 10% 的產值，其金額已超過健保 1 整年的預算。因此，我還是要鼓勵大家多消費，大家都不消費將使內需惡化更為嚴重，現在製造業訂單不理想且因新冠病毒肺炎疫情引發產業斷鏈的問題，也請大家多幫忙考量。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、我非常贊同張委員文龍提出的意見，政府推動口罩實名制立意良好，但是在場每位需要上班的人，有可能去排隊嗎？另外，長時間排隊購買口罩是否也會增加群聚感染的風險呢？如同張委員文龍提到製造口罩的從業人員無法取得口罩的問題，中華郵政幫忙運輸酒精及口罩的相關從業人員，也會接觸到許多民眾，但卻因為必須上班無法去排隊購買，這確實是 1 個大問題。我有 1 個建議不知是否可行，雖然不是健保會或健保署李署長伯璋可以決定，但還是提出來供大家參考。臺灣進行總統大選工作時，會透過地方政府(如：鄰里長系統)，將投票通知

單送到每個人的家中，或許可以利用這樣機制配送口罩。除了可避免民眾因排隊受到感染的風險，也能讓每個人獲得需要的口罩，否則許多民眾重複排隊購買口罩，而上班的民眾卻無法排隊購買，將造成口罩分配不公平的問題。

二、另外，依據會議補充資料二第 7 頁健保署統計，109 年 1 月 1 日至 109 年 2 月 19 日，約有 9 千多人已使用 C 肝全口服用藥，從用藥病人肝纖維化程度分布顯示，肝纖維化程度 F0~F2 的用藥病人為 8,687 人，約占整體人數之 85.3%。請問健保署此類病人的療程費用是否與肝纖維化程度 F3~F4 的病人相同(約 17 萬多元)?另外，肝纖維化程度 F0 的病人需要立刻接受 C 肝全口服用藥的治療嗎?我可能比較欠缺醫學領域的知識，但依常理推斷，肝纖維化程度 F0 的病人病情較不嚴重，或許不一定需要馬上使用這麼昂貴的 C 肝全口服用藥，這是我個人的看法。

註：肝纖維化程度分為 F0~F4 共 5 級，F0 為無肝纖維化，F1~F4 分別為輕度、中度、重度、肝硬化。

周主任委員麗芳

我也很支持剛剛趙委員銘圓提到里長動起來的建議，能減少大家排隊的辛勞。接著請干委員文男。

干委員文男

一、主委、李署長伯璋，剛才在報告第 2 頁裡面，提到把藥送到武漢，雖然用三兩句話幾個字，但我知道健保署絞盡腦汁，動用了很多人脈關係，因為我旁邊也有人知道這件事情，政府出力，但我們宣傳還是不夠，既然我們做得到我們為什麼不多標榜我們的努力。

二、趙委員銘圓提到 C 肝全口服用藥的問題，在 C 肝用藥未納入健保給付時，1 個療程約 180 萬元，剛納入健保時是 24.9 萬元，後來也有降一些，但從今天健保署的報告提到，109 年 1 月 1 日起總療程支付藥費降到約 18 萬元，只有過去未納入健保給

付的 1 成，相較未納入健保前，以更優惠的價格支付治療 C 肝全口服用藥的藥費，我們非常支持把錢花在刀口上，健保署推動 C 肝用藥的努力和用心很值得肯定。

- 三、108 年 12 月份和 109 年 1 月份全民健康保險業務執行報告內容很多，我就不再重述。不過特別要提的是，108 年 12 月 6 日舉辦「健保醫療資訊雲端查詢系統標竿學習分享會」，分享很多執行雲端醫療系統的經驗和應用，無論是臺北榮民總醫院、台中榮民總醫院、林口長庚醫院的報告都非常好。建置西藥交互作用和藥品過期主動提醒機制，甚至也有中藥的交互作用提醒機制，能有這樣的成果十分難得。不知道李署長伯璋何時可將這些成果運用在健保醫療資訊雲端查詢系統上？哪時候能夠應用在患者身上？這是世界驕傲，這個成果才是我們的驕傲。我們一直在開發資訊系統，但後續卻沒有實際應用，上次我也大概提了幾句，既然已經開發出這麼好的資訊系統，若有專利權，寧可編列一些預算購買專利權供作健保使用，透過系統藥物的藥物交互作用警示，即時提醒醫療人員，才能真正落實用藥安全。
- 四、前幾天聽到，有一些是因為用藥不當或藥物的毒性造成病人腎功能損傷而需要洗腎，這個電視上都講得很清楚，我不再重述，那批藥造成 1,800 人需要洗腎，我不曉得腎臟科的醫師是否知道，一下子就有 1,800 人因此需要洗腎，這是病人倒楣，所以我們還是少看醫師。
- 五、剛剛署長報告這幾個月來，醫院門診件數自然下降，希望節省下來的醫療費用能提供病人好的藥物。另外，健保法第 45 條規定，民眾得於經醫師認定有醫療上需要時，可選用自付差額特材，但有時特材名稱略有不同，療效好一點點，民眾就要多付錢，保險人和使用者都要支出費用。希望在下一次的費率調整時要講清楚，不然調整費率百姓會反彈，為什麼要自付差額，費率又要調整，我已經聽到民眾的心聲，也能理解他們的想法，以上，謝謝。

周主任委員麗芳

請葉委員宗義。

葉委員宗義

- 一、主席，我請教李署長伯璋，可能署長很久沒有來參加我們委員會議，所以在場委員很關心您，今天提案者非常多，我有 2 個問題想請教您。第 1 個問題，自從發生新冠病毒肺炎到至今已 2 個多月了，這段期間的健保費用支出是增加還是減少？死亡率是增加還是減少？
- 二、另 1 個問題，我常在想現在口罩有一堆問題，當然李署長伯璋背了黑鍋。現在健保會裡有很多醫療專業人員，既然口罩能預防新冠病毒肺炎，為什麼沒有人去研發一種藥，比如像是萬金油，只要在鼻子、嘴唇抹一抹就好，這樣比口罩好用，口罩 1 個 5 元，戴一戴也要丟掉，有沒有研發出治療新冠病毒肺炎的新藥或是更方便、更省錢的預防方式，謝謝。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、首先對健保署同仁、李署長伯璋表示敬意，健保署很早就規劃健保醫療資訊雲端查詢系統，今天才有辦法推動口罩實名制，在宣布推動口罩實名制政策那 3 天，我知道李署長伯璋、蔡副署長淑鈴為了配合這個政策都沒睡覺。我想是否能透過雲端查詢系統的大數據，更進一步了解到，在這次疫情的發生後，家庭醫師整合性照護計畫產生多少效果？以及追蹤的過程中，發現多少被感染的個案？還有剛剛葉委員宗義提到，這次流感、新冠病毒肺炎的疫情死亡率是多少？
- 二、在供應口罩的部分，經濟部的高層長官和我們工業總會不斷開會討論如何解決，口罩由藥局販售，也是工業總會提出的建議之一，我們提出很多建議的方案，讓經濟部長官通盤考量出最佳方案後進行決策。

- 三、這段期間政府官員在跟我們工業總會密切溝通時，我們也提供很多建議方案。希望也讓我們清楚了解，在這次新冠病毒肺炎、流感，家庭醫師整合照護計畫發揮多少成果。
- 四、另外，李署長伯璋、蔡副署長淑鈴，不要說滯留在大陸的民眾拿到藥品後，沒有向政府感謝，因為感謝在心裡，您的功德更大，感謝說出來就完全沒功德可言，這功德會有回報，預祝您步步高升。多幫忙人家沒關係，心裡就會很高興。C 肝全口服用藥的總療程支付藥費能降到 17 萬 9 千元確實不容易，這也是功德無量的地方，感謝健保署的努力。
- 五、我們今年有提出，希望癌症免疫藥物療法能開放給第 2 或第 3 期的病人使用。實際上我訪問很多人，最近癌症希望基金會一直找我，要跟我簡報，但是最近我太忙了。他們認為當進展到癌症末期，常會發生敗血症、多重器官衰竭，根本來不及救治，假使能從第 2、第 3 期導入會更好，我不曉得哪個期別比較好，我想醫界會很清楚。
- 六、另外，部長有裁定，希望能夠檢討分級醫療，也希望健保署提出檢討的進程，可以完整的討論分級醫療政策。這次很多人到診所就醫時隱瞞疫情，在診所就醫 3~4 次沒有改善，當變成重症之後才送醫院篩檢。落實分級醫療當然有助於醫療資源合理使用，讓醫療體系發揮更大的醫療資源使用效益，但是在發生傳染病時會產生什麼負面效果，我想我們也可以重新檢討。
- 七、實際上每次遇到層峰，我都幫李署長伯璋、蔡副署長淑鈴美言幾句，確實您們很努力也做得很好。我們跟層峰報告，目前我們的中藥材，有 90% 是從中國大陸進口，現在大陸無法供應中藥材，最近發現有某幾項科學中藥漸漸地會有供應的困難，這些中醫界應該有應變措施，不然中藥材斷貨，也會影響我們中醫的推動。
- 八、這段期間還是很肯定李署長伯璋、蔡副署長淑鈴、各位醫療同仁和醫界代表的表現，在這種情況之下，才會將你們高超的智

慧及專業能力展現出來給大家，我們給您們很多掌聲，健保會剛剛也給您們很多掌聲，這也是一種肯定，謝謝。

周主任委員麗芳

請張委員煥禎、柯委員富揚。

張委員煥禎

- 一、因為我們醫院情況比較特殊，在大陸上海有 1 個醫院，另 1 個桃園國際機場醫療中心，從 SARS 到現在已經設立 15 年了。在南桃園我們又是最大的醫院，到今天我已經瘦了 5 公斤，我相信很多醫療服務人員都跟我們一樣，我看署長沒瘦那麼多，有問題啦。
- 二、我們在機場的桃園國際機場醫療中心，因為從 SARS 時，就已經在機場，現在配合機場做很多醫療服務和防疫工作，雖然疾管署做很多工作，入境的防疫都是疾管署的工作，但出境都要經過醫療中心，都要到我們的診療所，我們要把關不能讓任何有可能得冠狀病毒的病人出境，所以這段時間我們風險和責任很大。
- 三、很多人批評我們在大陸經營醫院，當時陳總統水扁問我，我回答主要為臺灣人服務，他就很贊成。上海的醫院原本 1 天有 4 百多個病人，現在 1 天只剩下 60 幾個病人，全部都是臺灣人。為什麼？大陸人比較相信公立醫院，在發生流行疫情後，他們更相信公立醫院，認為公立醫院防疫做得很好，大陸人現在比較不來我們醫院就醫，一個月損失 6 百萬人民幣，但我們還撐著，很多私立醫院都關了，但我們為了臺灣人一直撐到現在。
- 四、臺灣人還是很優秀的，在 2 月 3 日復工時，我們 86 個回來過春節的台籍同仁，沒有 1 個不回去，我們沒有強迫他們，都請他們自己斟酌，他們真的很有使命感，全部回去復工，我們這段時間都在服務臺灣人，對於發燒或有其他醫療需求的臺灣人提供服務。
- 五、我要說的重點是，剛剛健保會謝謝很多單位，尤其衛福部真的

做得很好。剛剛有委員說他很少講話，現在我們也很少講話，因為健保會過去討論健保費用時，面臨一些政治問題、財務問題，講話也沒什麼用，所以現在我們也很少講話。

- 六、醫界真的很可愛，我當過醫師公會理事長，不管基層協會或什麼群組我都有加入。這次群組有一些醫師也說對於一些他們認為不合理的作為，就不要凡事配合政府去執行，這些人的講法，馬上被群組其他人說從事醫療工作就是良心為上，先做再說，所以我發現臺灣醫學倫理真的有進步，這是我從群組發現，很多人都盡量不講負面的話，都說先幫忙再說。我認為在這種時候各協會更全力配合政府政策，所以我的具體建議是，健保署署長有很多機會對醫界表示感謝，我不知道這樣有沒有意義，不知道我們全民健康保險會有沒有機會透過什麼管道，以全民健康保險會的名義發一封信感謝醫界。過去雖然有很多爭執，但這一次真的包含藥師、護理師、牙醫、中醫，醫界真的全力支援，所以建議是不是可以用全民健康保險會的名義，表示我們委員還是就事論事，感謝這些醫療人員，包括所有醫院的所有人員、開業基層醫師、健保藥局，他們真的很不錯。
- 七、最後 1 個具體的建議是關於補助款，我們健保會的委員在這裡主要任務之一就是健保財務的平衡，剛剛署長也報告過了，那些推出來的振興抵用券，應該不會鼓勵民眾看病不用錢，就是有時因社會觀感是不適合做這樣的事情。我還是希望健保署能夠幫忙，因為總額的錢是大家的錢，是否能盡量爭取到額外的補助款，不要只有補助確診的病人，現在沒有確診陽性的病人雖然以健保支付相關費用也是合理的。但只要沒有不合理，是不是積極去爭取特別補助款，希望能反應醫療院所無法用振興抵用券去紓困，很難。雖然現在每點點值隨著就醫人數減少而提高，但這只是補過去的不足，因為我們的點值已經降到 0.9 以下，我們還是希望能達到每點 1 元，但現在每點點值已經不到 0.9，所以現在點值提高的部分，只是回補過去過低的點值而已。

八、剛剛和李委員偉強交換意見，從這次疫情發生，就可以看到為什麼病人不去醫院，政府一直宣布沒什麼大病不要去醫院，感染的機會多，所以病人改去診所就醫，診所的 facility (能力、設備)也很好，因此達到門診減量的目標。在推動分級醫療政策時，我們健保會用那麼多力量，希望每年醫院門診減量 2%、共減 10%或用部分負擔以達分級醫療的目標，但這次疫情給我們一個體會，證明落實分級醫療最重要的關鍵還是在於民眾本身的觀念，所以建議我們健保會，是不是趁這個機會整理相關資料。以前我一直疾呼要做民眾健康教育，我們明顯發現民眾的觀念是最重要的，他想要去哪裡就醫就是要去哪裡就醫，所以要讓他知道分級醫療對他自己最有幫助。以上幾點建議，謝謝。

周主任委員麗芳

剛才張委員煥禎有 1 個建議我也覺得非常適切，各位委員若無反對意見，我們就以健保會名義，感謝醫界同仁對防疫的努力，也感謝阿中部長、李署長伯璋率領的團隊，會後健保會同仁就會擬定感謝的內容，以今天會議的名義發新聞稿向大家致謝。

張委員煥禎

我建議新聞稿也要發給各公、協會，公、協會會再轉發。

周主任委員麗芳

請柯委員富揚。

柯委員富揚

一、感謝健保會何委員語重視中藥的現況，大陸確實因為新冠病毒肺炎已做出清肺解毒湯、抗肺炎一號等配方，主要是剛才提到的那些方裡的中藥都漲價了，也有訂不到貨的情況。目前我們中醫師公會全聯會有口號「有政府，請放心；不囤貨，安民心」。最大的問題是擔心中醫同道去囤貨，我們也跟各大科學中藥廠合作，目前採取作法是，所有的醫療院所都不可以囤貨，當醫療院所訂藥時，我們請藥廠比照該醫療院所去年同時

間該藥品的平均叫藥量供應，假設去年同時間某種藥只訂 3 瓶，今年他訂 10 瓶就只給 3 瓶，主要是避免囤貨的問題。另外，我們也友情勸說藥廠不要漲價，當然確實有些藥已經漲價了，不管是科學中藥或是水藥，我們也跟中醫同道說我們中醫自己吸收，共體時艱，所以不會有漲價和多收自費的情況。

二、再來，我們有和中醫藥司、中藥商業同業公會聯繫，已經確認在這 3 個月內中藥的安全庫存量足夠。去年 12 月 6 日已經通過中醫藥發展法，今年正在研議 3 個子法規，第 1 個就是訂定鼓勵本土中草藥種植的子法規，因為 90% 中藥都靠大陸進口，這件事情讓我們警覺到，萬一大陸自己中藥都不夠用，臺灣的中醫藥業者應該會蒙受巨大的損失，會發生成本增加或買不到藥的情況，因此，今年規劃研議此子法規，希望政府可以鼓勵或獎勵本土中草藥種植。

三、在中醫師公會全聯會立場，中醫界很願意提供新冠病毒肺炎的防疫，不管是預防或治療，我們中醫師公會全聯會非常小心翼翼，願意為防疫貢獻心力，很多記者問我們中醫可不可以治療新冠病毒肺炎時，我們很謹慎，並且告訴記者或是關心這個議題的好朋友說，若確診新冠病毒肺炎的患者住在隔離病房，中醫很願意到西醫醫院隔離病房協助，提供中醫藥聯合照護。在預防方面，報章媒體應該提到很多中藥可以預防，不可諱言我相信中藥絕對可以預防兼治療新冠病毒肺炎，中藥對於對抗病毒應該是很有效，大陸發表很多這方面的 paper(文獻)，中醫也很願意提供這樣的醫療服務，以上簡短報告。

周主任委員麗芳

謝謝柯理事長富揚帶領的中醫團隊，也投入新冠病毒肺炎的治療。  
請鄭委員建信。

鄭委員建信

一、主席、署長，首先對於醫界、藥界、健保署及衛福部同仁在防疫期間的付出，表達敬意。

- 二、各級學校延後開學，或多或少跟口罩供給量不夠有關，教育部這段期間有準備備用口罩提供給各校，教育部宣導健康者不強迫戴口罩，但可想見開學後，特別是中小學以下家長應該都會盡量幫孩子戴口罩。因為中小學的老師在學校的第一線，也常會跟著孩子流行，孩子生什麼病，他們就跟著生什麼病。同樣的情形是，這些老師 7 天戴 2 個口罩，其實是有點可怕的，基本上是不夠的。目前教育部配發的口罩是備用物資，在這個情形之下，下一步為了不要有防疫缺口，如果李署長伯璋有機會反映的話，是否能優先滿足中小學以下老師口罩的需求。當然不是要去比照計程車駕駛，因為每個職業的情形不同，畢竟中小學老師一天跟孩子相處 7~8 小時，相處非常密切、距離是十分近的，也無法實質保持 1.8 公尺以上的距離。
- 三、現在這段時間教育局已經在調查，家長或孩子的相關旅遊史、職業史、接觸史及群聚史等資料。李署長伯璋也特別說，有人擔心勾稽資料是否會有個資問題，在傳染病防治法有規定醫事機構和醫事人員可獲得傳染病的相關資料，但也有保密義務，我們暫時先不考慮是否會有個資疑義的問題。由於需要進行調查，但學校進行調查通常無法調查周延，當調查不周延時，擔心的是沒有調查到真實的情況，隔一陣子才發現原來有相關旅遊史、接觸史等狀況。在這個情形下，衛生局應該都有相關資訊，若必要時或情況比較嚴重時，是不是直接由衛生局和教育局溝通聯繫處理，因為若要交由學校處理，假設人性都是善良的當然沒問題，但很多人不願意讓人知道自己的狀況，是不是衛生局直接跟教育局溝通合作，不過因為地方上好像業務切得很清楚，就請教育局自己調查，這個是如何跟入出境管理局相關出入境資料可以勾稽到的部分。
- 四、有關延後舉辦共識營部分，我比較建議，依照傳染病防治法規定，地方主管機關本來就可以因應疫情管制活動，因為我們是健保會，據我的了解目前中央是暫停學生的大型活動，其他活動正常辦理，整個中央辦理活動的原則應該也是如此。若我們

活動延後，理由應該是考量醫護人員忙碌無法參與，不然大家會誤會健保會覺得疫情有點嚴重，所以延後辦理一年一度的共識營，因而引起恐慌。雖然我們都很有信心，這裡大部分的人都沒有戴口罩，但會不會讓外界誤會，我們是因為認為疫情嚴重將共識營延後，所以希望在會議紀錄上記錄延後辦理共識營原因是考量第一線醫事人員正忙碌而無法參與。

周主任委員麗芳

非常感謝，請幕僚將鄭委員建信的提醒納入議事錄。他剛才提醒共識營延後辦理的原因，主要是因許多醫界的委員是第一線的醫護同仁，目前正為疫情而忙碌，考量要讓大家都能夠充分參與，所以暫緩辦理。請朱委員益宏。

朱委員益宏

一、首先，我們醫界對疫情的評估是，恐怕還會有一段很長的時間，而且現在並沒有看到減緩的趨勢，其實我們蠻擔心的，包含診所、醫院，大家都繃緊神經、戒慎恐懼面對這件事。所以在這個過程中我有以下呼籲，看是否能請健保會幫忙爭取。

(一)政府為了因應疫情，現在準備編列特別預算支應，我們看到經濟部對轄下製造業有紓困計畫，交通部對於旅遊、住宿、觀光也同樣有紓困計畫，但在衛福部這邊，當然對於一般醫療，因為有總額預算，所以經費不會減少，不需要特別處理，但針對防疫這部分，剛剛也說了防疫有嚴格條件，要確診之後，才會對於相關治療、檢驗費用給予補助，其實這對醫界來說，僅是杯水車薪。

(二)剛剛幾位委員都提到醫界有總額預算，剛剛李署長伯璋也提到整個服務量下降約 20%，雖然點值相對會提升，但還是要靠服務量，我們看到最近的這幾例個案，尤其是第 19、24 例這種類似社區傳染的個案，都會造成醫界醫療人員意外中標，當然不是被感染，而是疑似接觸因而要居家隔離，若是個小診所，它可能一個人被要求居家隔離 14 天就要關門 14

天，沒有病人沒有任何服務量的情況下，即使給他點值 1 點 1 百元，也是拿不到的。若以後疫情更嚴重，醫院都會面臨局部封院、封部門，例如急診部門要暫停或封樓等，我覺得這些都是可能會發生的事情，過程中間對院所造成的影響，是否能拜託我們會議是不是有可能轉達衛福部，對於醫界給予補助的條件也要盡量予以放寬，不要因為總額預算有保障了，所以檢驗結果若不符疫情條件，就用總額預算支付，就用點值反映，我覺得這樣對醫界不公平。所以希望能爭取特別預算，且預算的標準能夠從寬，不然我們看到經濟、交通部對於轄下管轄都有一些紓困方案，但感覺起來衛福部總是嚴以律己，在此做以上的呼籲。

二、剛剛李署長伯璋的報告中有提到總額，因為他現在不在，特別跟蔡副署長報告，109 年醫院總額已經核定 103 億元非協商因素分配作為分級醫療的配套措施，當然還有很多項目，包括調整護理費、藥事服務費等等，但是我現在看到健保署所提草案，僅針對住院的診療費及相關基本費用調整。很遺憾的是在分級醫療的環節中，社區醫院主要是以門診為主，草案中卻沒有對社區醫院門診提出配套。當然，這部分現在也還沒定案，在此要拜託署長、副署長，109 年非協商因素的 103 億元的分配，一定要考慮社區醫院在門診所負擔的角色，不要都用在調整住院診察費、護理費等，因為有些地區醫院的收入，有 80~90% 都依靠門診，若按健保署的草案，我初估約有 1/3 社區醫院調整幅度有限。所以我再次呼籲，請健保署在調整支付標準時，一定要考慮到分級醫療的配套，以及社區醫院在門診扮演的角色功能。

周主任委員麗芳

請黃委員金舜。

黃委員金舜

一、自從 2 月 6 日起，健保特約藥局應政府要求，承擔口罩實名制

分配的任務，這段期間藥師的努力，在座委員都看到，民眾也感受到，口罩實名制分配過程中，藥師們都相當辛苦，但我們願意承擔。剛剛有委員提到製造業、教育單位，還有相關的食品業，現在都有相當口罩需求，政府現在1天可以做5百多萬片口罩，第一優先就是要給基層醫療單位，醫療單位沒有口罩是不行的。過年期間，國內的口罩就已啟動分配，部分安全庫存都已分配給民眾，政府安全庫存的部分，也要適時補充。實際上，昨天包括農民團體也有跟我反應，第1線噴灑農藥的民眾都沒有口罩可以戴，這部分我想政府也知道了。

二、剛才委員提議是不是可以讓里長發放口罩，但現在1天的生產量這麼少，要怎麼分配？是由臺北先分，還是屏東先分？所以，這一塊目前無法做到，我個人的看法是口罩實名制的分配方式，還要繼續一段時間，因為現階段的生產量，絕對無法做到每個人每天1片。站在藥師團體的立場，我們也希望口罩實名制由健保藥局分配的作業，趕快研議退場機制，因為藥師也很累，但因為眼前政府做不到，如果民眾有需要、政府有需要，藥師願意繼續承擔，以上是我們的態度。

周主任委員麗芳

因為時間的關係，我們就趕快請李署長伯璋跟大家回應。先請干委員文男。

干委員文男

一、在署長說明以前，先補充1句，剛才藥師公會黃委員金舜，還有很多位委員都提到口罩問題，現在政府已向29家廠商徵收口罩，但還有其他50幾家是怎麼樣？他們有生產也不能賣？他們是原來就有貨，還是後來才有，請說明一下。不然坊間都在傳還有50幾間口罩工廠，小間、大間我是不知道，但這段時間如果有需要，不管是向其洽購或是向其徵收，應該也都是可以的。我想這50幾家大概是小型的工廠，這是第1個問題。

二、另一個問題是剛才張委員煥禎所建議，用健保會委員的名義，

對醫界在此次防疫過程的種種辛勞表達謝意，建議健保署也比照辦理，讓人家覺得我們行動一致，都是一家人。

周主任委員麗芳

請李署長伯璋。

李署長伯璋

- 一、吳委員國治提到民眾旅遊史的部分，目前已經在做，我們一步一步來，當然有些事情是須要中央流行疫情指揮中心(下稱疫情指揮中心)做決定的。現在韓國、寮國的狀況，今天早上開會也都有提到。各位知道很多人有高風險地區的旅遊史，比方說3個月內去過中國大陸，現在從中、港、澳回來，會被我們居家檢疫，若是飛到美國再回來，我們也都有掌握到這樣的情況。
- 二、張委員文龍提到口罩需求的問題，沒錯的確是如此，但這就是剛剛黃委員金舜所講的，因為是產量的緣故，這是很現實的問題，不過，對於製造口罩的人，反而拿不到口罩，或製造口罩的員工做到手受傷，這些我們都知道，也會再跟疫情指揮中心反映。
- 三、干委員文男提到小型口罩工廠的問題，大型的不會有問題，因為都被徵收了。小型工廠的部分，本來也要徵收，但需要派一個人去現場盯，但其實小型工廠一天製造量也許只有3、5萬片而已，所以經濟部覺得不夠人力成本去盯場，但這些也都有在討論，後續會盡量來做處理。
- 四、趙委員銘圓所提以下3項意見，說明如下：
  - (一)口罩可由村里長發放，但黃金舜委員也有提到，若數量不夠，村里長拿了也麻煩，夠分就沒有問題。
  - (二)有關C肝的治療，確實患者在F0或F1初期，難免病毒量沒那麼高，但若不給他治療，等變成F3、F4時，治療代價更大，若一開始是F3、F4有治療，慢慢變F1、F0，有病毒就治療會比較好。過去的治療，要先等6個月看有沒有抗體，

才開始治療，這部分肝膽科專家張委員煥禎、李委員偉強都很清楚。

(三)健保法第 45 條有關特材自付差額部分，我們最近對於特材差額的部分非常小心，因為的確很多廠商希望直接讓病人自費，這個東西亂象很多，但也要注意醫師裁量問題。我有個同事爸媽早上去醫院看病，下午就說要做微創手術 1 個人 4 萬元，結果他媽媽說因為最近服用慢性病藥物，不太適合做，後來醫師就建議爸爸先做，還因為住家在醫院附近，請他們趕快回家領錢，拿 4 萬元去交錢。老實說，這類現象我看到很多，也感到很捨。

五、葉委員宗義提到健保費用的問題，的確沒錯。我們同事有算出來，住院人數在醫學中心、區域醫院看起來沒什麼減少，而且還有增長，但門診量部分，在醫學中心、區域醫院、地區醫院及診所都有減少。至於死亡率部分，則要去查、去連結。有醫院同仁說，若不就醫會死得比較快，但我是覺得不一定！若病危還是得去醫院；口罩保存的問題，還是要請食藥署處理。

六、何委員語提到癌症用藥的時機，未來趨勢的確是精準醫療，現在國衛院也正跟我們合作；另外，分級醫療的檢討，是必然要做的，之前還有講到向經濟部反映口罩販售的事情，其實就是目前除了社區藥局以外，最近診所也說要賣，但病人為了口罩跑去診所買，這可能還需要深思，有些群組都在討論這個東西。

七、多謝張委員煥禎提醒，以往我們只會對入境時有發燒的民眾特別留意，但陳副院長其邁也提到，對於出境發燒的民眾也要小心，若飛去美國後發燒，還被診斷為新冠病毒肺炎，之後美國不讓臺灣人飛過去，就不好了。另外，您提到上海那邊的醫院，現在管理很好，沒事就好，那個情況真的很辛苦。

八、柯委員富揚，您說的沒錯，因為目前也沒有明確知道哪種藥品可以治療新冠病毒肺炎，我以前在台南醫院當院長時，也是很

支持中醫部的主任，他用中藥治療登革熱，病人會比較舒服，不是像一般只用西醫方式治療，但你手上也沒有新冠病毒肺炎確診的病人，若有疑似的，或可用中藥給病人吃看看。

九、鄭委員建信提到民眾個資，你知道很多人會挑戰，但現在只有針對民眾旅遊史，這是運用另外一個 VPN 系統，跟其他病人就醫資料不相關，包含現在口罩實名制，也是另外開一個 VPN 給藥師看而已。

十、朱委員益宏您身兼多個協會理事長，講到費用問題，您也是很難做，您旁邊是區域醫院及醫學中心代表，如果大家一起把問題講清楚，講到大家開心最重要。以上說明，有沒有不清楚的？另外，剛剛行政院長官跟我說，目前有一些上呼吸道感染的民眾，有些是新冠病毒肺炎，很多個案一開始都當作流感去治療，會給克流感，結果有的民眾吃克流感有效，例如像第 19 例及第 24 例的個案，他們一開始應該都有吃克流感，但結果沒有效，所以怎麼找到指標，用克流感治療的人有多少，吃了之後，到底有效還是無效，我們要去分析，不要說造成問題。

張委員煥禎

我補充一下，我跟朱委員益宏的意思不是要爭取更多健保預算，因為年度健保總額在委員會都已經議定了，不要再去更動。我們希望像是向財政部爭取免稅的待遇，其他部會也都在爭取，也許衛福部的立場，不適合明目張膽爭取，但我們現在的角色主要是防疫，應該可以從幫百姓爭取不要動用健保，因為醫療院所也沒有想要從健保費用上獲得補助，但有沒有辦法用 1 個技巧，在各部會積極爭取時，我們衛福部也能從防疫的角色，特別去跟行政院院長說衛福部這次做很好，可以編列特別預算來補償醫院在這次防疫上的付出。

李署長伯璋

跟張委員煥禎及朱委員益宏報告，這部分當時有 1 個特別預算，我特別拜託醫管組，不要編得那麼緊，可以編的就編，經費上跟疾管

署重複的，就由疾管署付，沒有重複的就由健保署付，我們一定會為大家爭取可以做得到的事情，這不在健保總額裡面，朱主計長澤民也很支持，畢竟他也曾是熟知健保業務的長官，他也理解，這部分我們大家一起努力。

周主任委員麗芳

黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、首先剛剛朱益宏委員說點值彌補紓困，其實疫情造成醫療院所申報變化，本身是一個重分配的狀況，但真正需要被紓困的人，可能不會被分配到，因為他如果被隔離或檢疫，是分不到的。紓困的經費應該用疾管署或其他預算，因為用點值去紓困，資源會被分配給不需要紓困的人。
- 二、剛剛署長說到第 19 及 24 案例，或許有使用過克流感，我想這部分需要趕快釐清，我們需要知道用過有沒有效果。之前大家覺得看感冒是風險最小的科別，結果現在看感冒變成風險最大的科別，因為我整天都在看感冒，現在風險真的蠻高的，所以我們要了解新冠病毒肺炎對克流感究竟有無反應，需要儘速確認。
- 三、健保體系已經有很多很好體系，像是家醫群、客服中心等，但若想要在防疫中扮演角色，可能也要跟衛生行政系統配合，因為有時候衛生行政系統可能也不見得喜歡我們這樣去介入，但若大家覺得這是一個已經受到肯定的制度，希望在防疫上有一個角色，可以跟衛生行政系統、1922 去協調，看如何去分擔一些功能，這可以做。因為在地方上，健保體系、衛政行政是各走各的，算是兩條路，需要先整合、協調，才能整合資源，進而發揮對民眾及防疫最大效果。

周主任委員麗芳

請葉委員宗義。

葉委員宗義

首先，要先幫署長加油啦！我們都非常肯定健保署面對這次疫情的表現，也提問題給您。

- 一、關於口罩的問題，在座的委員都剩 1 年的任期，我們幾個生意人，對做生意的問題比較了解。若你們是藥局，請問在座的人要買口罩，你們會優先賣我嗎？對藥局來說，有些客戶只是一般客戶，有些卻是永遠的客戶，若沒有優先賣給老客戶，以後疫情過去了，你還要做生意嗎？第 2 個問題是現在的口罩都賣給醫院，賣給幼兒園，都是大宗的，若藥局沒有繼續進貨或是貨源斷掉沒貨了，疫情結束後要關掉嗎？所以這絕對是有問題的。剛才署長說，做越多批評就越多，但我要說，閒話一定會越來越多，您也不必聽太多。如果有問題產生，就乾脆由政府撥給里長，由里長發給里民 1 人 1 個，我的看法是，若免錢就什麼事都沒有，所以我們特別留意這個問題。
- 二、如果此次疫情 1 個月內可解決掉，那就什麼問題都沒有，如果沒有，等學校開課，問題可能會越來越多，是非也會越來越煩，但您聽一聽也就過去了。這些都是人之常情，做生意一定會有做生意人的常情，絕對不可能為單一事件，放棄過去的客戶。另外我看到新聞報導說，郭台銘的公司也開始做口罩，如果 1 個禮拜後，說他做 1 天可做幾千萬個，口罩問題也就解決了，不要為了口罩傷腦筋。

周主任委員麗芳

- 一、本案洽悉，委員所提意見送健保署參考。
- 二、附帶決定，請幕僚協助以全體委員名義發新聞稿，感謝醫護人員、藥界團體之外，同時也感謝衛福部陳部長時中、還有健保署李伯璋署長所率領的團隊，在防疫期間所付出的辛勞。接著進行接續下一案討論事項「辦理各總額部門 108 年度執行成果評核之作業方式(草案)案」。

肆、討論事項「辦理各總額部門 108 年度執行成果評核之作業方式(草案)案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳組長燕鈴

一、請委員參閱會議資料第 51 頁，本案是要討論 108 年度執行成果評核作業方式，根據過去執行方式，會在每年檢討過去 1 年各總額部門執行的結果，並安排專家學者對成效進行評核，評核結果將做為未來酌給品保款額度，以及專款協商檢討依據。本案須於本次會議討論定案，幕僚才可以和相關團體據以辦理後續籌備會議及準備資料事宜。

二、本會幕僚檢視去年評核委員及本會委員對於評核方式的建議，檢視結果如下：

(一)依 108 年第 10 次委員會議決定，修訂評核委員的推薦方式，因此今年新增本會付費者代表委員可推薦評核委員，也可列入評核委員的建議名單內。

(二)去年評核委員建議，希望評核成果也能呈現各部門總額地區預算(含風險調整基金)執行的狀況，因此也修訂列入今年的評核內容。

三、今(109)年 1 月，本會幕僚就相關內容及表件格式研擬草案，函請各總額部門及健保署提供修正意見，彙整函復意見及上述建議後，擬具本案草案，如附件一，請參閱會議資料第 55~64 頁，說明如下：

(一)評核委員推薦方式，請參閱會議資料第 52 頁，主要修訂除了四部門總額受託團體之外，付費者代表委員也進行推薦，之後幕僚會彙整推薦名單，請委員就建議名單勾選，目前已經在進行中。勾選結果出來之後，將請主任委員依據委員勾選結果，排定邀請名單，幕僚再依名單依序邀請 7 位專家學者或付費者委員擔任評核委員。

(二)在一般服務項目執行績效中，將「地區預算分配(含風險調整

基金)之執行與管理」列入評核項目。

(三)此外，還需確認 108 年「年度重點項目--必要項目」與績效指標，過去都是在年度一開始或之前就訂定，所以 108 年度重點項目其實在去年已經提出，不過本次調查時，醫全會建議，「醫療給付改善方案成效」績效指標修正為「糖尿病病人照護率」，目標值也修正為「照護率較前 1 年度照護率增加 3.13%」，因為此建議修正指標比原先指標更為明確，建議尊重醫全會意見。

(四)幕僚所研提的評核報告大綱、評核內容與相關表件資料部分，謝謝各總額部門及健保署幫忙檢視之後均表示同意幕僚所擬之草案內容，之後幕僚會據以辦理，請相關團體提供評核報告資料，至於健保署對總額協商參考指標要覽提報格式的意見，本會將盡量配合辦理。

四、根據上開內容，幕僚也排定了評核作業時程，請參閱會議資料第 58 頁，因為作業程序是一關接一關，本案通過後請健保署及四總額部門配合時程提供相關資料。

五、請委員參閱會上提供的補充資料第 4 頁，為了準備 109 年評核作業，所以今年就要訂定 109 年度重點項目及績效指標，之前中醫、牙醫跟醫院總額已經回復調查，彙整在會議資料第 66~68 頁，西醫基層總額也在 2 月 28 號補送，在補充資料第 5 頁，經幕僚檢視：

(一)健保署還有 2 項指標目標值，仍在收集分區意見，其他的資料都已經提供。

(二)臺灣醫院協會建議，請健保署進行滿意度調查時，能夠對分級醫療轉診政策實施調查，該會將列入年度重點項目之績效指標，請健保署參考。

六、擬辦的部分，請參閱會議資料第 53 頁，請委員討論是否同意評核作業方式，及 108 年度醫全會建議修正年度重點項目？另請討論是否同意四總額部門及健保署建議的 109 年度重點項目

及績效指標？此外，健保署還有 2 項指標目標值沒有提報，請在 4 月 1 日前提報本會。最後，請健保署跟四總額部門依今天議定的作業方式跟時程提供相關資料，以上報告。

周主任委員麗芳

非常感謝周執行秘書淑婉、陳組長燕鈴所率領的健保會同仁，無論是年度評核或未來的總額協商作業，繁瑣事務相當多，在此對於健保會同仁的努力給予肯定。接下來請委員表示意見，請趙委員銘圓、何委員語。

趙委員銘圓

- 一、針對評核委員推薦方式，有 1 點釐清及 1 點建議。會議資料第 52 頁第 6 行提到請委員就該建議名單勾選適合人選，再由主任委員依據勾選結果排定邀請名單。請問主委如何排定邀請名單？依照文字意思，是否應該依照委員勾選票數高低，排定邀請順序？這部分希望予以釐清。
- 二、既然勾選作業都是公平、公正、公開，當然也希望最後勾選結果的相關資訊，能讓所有委員清楚了解，這部分請幕僚單位在完成勾選程序後，讓委員知道。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、支持趙委員銘圓所提意見，另具體建議 7 位評核委員中，至少有 1 位是付費者推薦的代表，這樣 19 位付費者代表心裡會更踏實、更有具體的想法。
- 二、西醫基層家庭醫師整合性照護計畫，僅含計畫檢討及管控，沒有成果表，建議增加成果展現的表格。後面提到家庭醫師整合性照護計畫(醫界配合推動情形)，醫界配合推動情形是很抽象的文字，若有成果表會更具體。此外，支持糖尿病照護率增加到 3.13%，西醫基層醫療給付改善方案預算 3 億元，包含 7 項方案，希望各方案都有具體指標，成效評估會更明確。

三、有關醫院部分，剛才有提到癌症免疫療法藥物的治療成效，依健保署之前的報告，28%很有成果，30%沒有進展，另外 30% 是死亡。建議呈現過程及如何做會更好，以利委員了解。

周主任委員麗芳

一、請問其他委員有無意見？如果委員沒有意見的話，剛才趙委員銘圓及何委員語所關心委員勾選名單後，如何產生 7 位評核委員的所有過程，請各位委員放心，我們最終會將所有過程，非常公平、公開的向委員報告。

二、其餘部分依照委員的意見修正後通過。請滕委員西華。

滕委員西華

一、過去總額協商時曾遇到這樣的困難，因為評核時間都是在 7 月，很多新增的試辦項目於 7 月評核時，可能有執行率偏低或是尚未執行，當然不一定是醫界的問題，因為是新的方案，健保署與總額部門會花很多力氣在協商實施方式。

二、建議於 109 年新增或 108 年下半年才開始實施的方案，因為執行期間不到 1 年，建請總額部門提供評核報告時，能提出未來 2、3 年內預期的目標及執行方式，以利委員了解。不然只依據幾個月或半年的執行結果進行評核，不論是對健保署或總額部門，都有點不太公平，而且只看幾個數字也沒有太大意義，因為都只看到片段而已。如果總額部門願意，我也覺得應該要這樣，不是你做得不好，而是預期在將來 2、3 年可以做得更好、達到什麼程度，讓自己提出較積極性的目標，讓委員知道部門想要努力的方向，有助於評核時與其他委員討論。

周主任委員麗芳

一、請問委員還有沒有意見？沒有意見的話，依剛才的決議，有關評核委員的產生，本會一定會公開且公平的事後向委員說明。本案依委員的意見修正後，通過「辦理各總額部門 108 年執行成果評核之作業方式」，請中央健康保險署及各總額部門配合作業時程提供相關資料。

二、同意「各總額部門及健保署 109 年『年度重點項目與績效指標』」，並請中央健康保險署於 109 年 4 月 1 日前將須補正之資料送會。請蔡委員登順。

#### 蔡委員登順

會議資料第 66 頁有關「牙醫院所加強感染管控之現況與改善」，感染管控對牙醫很重要，但去年 9 月份我們才協商新增預算 5 億元，包括醫療服務成本指數改變率所增加之預算約共 12 億元，今年應該是評核 108 年的執行成效，是評核過去的感染管控，而不是新編預算的進階感染管控，兩者的器材設備是不同，因為今年自 109 年起剛開始執行，無法顯現成效，年度應該分清楚。

#### 周執行秘書淑婉

會議資料第 66 頁是請各部門訂定 109 年的重點項目與目標，牙醫部門 109 年有新增預算全面提升感染管制品質，但 108 年還是可以評核未挹注經費之前的感染管控成效，因此這裡是明年度評核時要看的重點。

#### 周主任委員麗芳

本案討論到此告一段落，中場休息 10 分鐘。

(中場休息 10 分鐘)

#### 盧委員瑞芬書面意見

評核會雖然主要是評核前 1 年度的執行成果(如 2020 年看 2019 年資料)，針對 2019 年總額協商所核定 2020 年的新項目，應特別標示並提供 2020 年起至評核會前的執行現況，以利 2020 年進行總額協商參考。

伍、報告事項第一案「107 年度健保收入超過 2 億元之 219 家醫療院所財務報告公開情形」、第二案「近 10 年健保保費呆帳分析及作業辦理情形」與會人員發言實錄

周主任委員麗芳

請各位委員復位，先請中醫部門說明參訪更正時間事宜。

詹代理委員永兆(柯委員富揚代理人)

中醫專案實地訪視活動因為新冠病毒肺炎的影響，順延至 6 月 16、17 日，一樣是星期二、三，報名時間是 5 月 20 日以前，請委員踴躍參與。

周主任委員麗芳

所以你們會再另外發正式的議程與委員調查表嗎？今天的調查表不需要回填，對不對？

詹代理委員永兆(柯委員富揚代理人)

委員方便的話也可以回填，議程一樣，只是改時間而已。

周主任委員麗芳

好，請各位委員回復，接下來進行後續議程。

同仁宣讀

周主任委員麗芳

報告事項第一、二案請一起報告。

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請健保署報告。

蔡副署長淑鈴

第一案請醫管組劉專門委員林義、第二案請承保組李科長春娥報告。

劉專門委員林義報告(略)

李科長春娥報告(略)

周主任委員麗芳

非常感謝健保署同仁這麼用心的報告，針對第一案健保收入超過 2

億元之 219 家醫療院所財務報告公開情形，請委員表示意見。請盧委員瑞芬、周委員穎政。

盧委員瑞芬

有兩個問題請教：

- 一、有關財報部分，若有分院的話，是統一申報還是分開申報？
- 二、本次報告資料中，蠻特別的就是有 1 家藥局健保收入達 2 億元，請問這家藥局是連鎖藥局還是單一藥局？表 2 顯示其醫務收入是負數，不清楚為什麼藥局有非醫務收入，是否販售保健品就不算醫務收入，還是有什麼特殊情況？我之所以這樣問，是想了解藥局納入財務分析的顯著性在什麼地方？

周委員穎政

- 一、肯定健保署將財報當成重要的分析工具，更高的期望是，這是一個對我們來說蠻重要的工具，因為可以讓我們了解現在醫界或醫療院所所面臨的問題，很多問題是有潛力在這裡回答。我了解健保署有一些資料依據目前財報相關準則，很可能還是沒辦法區分出來。建議是否再思考，讓財報的申報方式，盡可能有更標準化及可比性的資訊。否則好不容易收集的資料，後端分析時，很可能有些重要的資訊比較欠缺。
- 二、大家都會想要關心健保收入占醫院收入的百分比，外界也一直詢問，健保收支顯然不足以支應醫院的基本需求，而是依賴非健保收入或業外收入。若未來能進一步釐清，對我們有相當的幫助。
- 三、針對本次的財報分析，建議我們不應只看盈餘，就是收入減支出到底是正還是負，因為隨著健保的規模越來越大，收入越多時，盈餘即使是 2% 或 3% 獲利，隨著時間點就是會上升。估計的絕對金額有多大，獲利的比重有多少，這個百分比隨著時間點所做的變化，值得觀察。
- 四、表 3 清楚呈現醫院的整體收支，顯然醫院很多是靠捐贈、停車場美食街等相關的收入，這部分占醫院營運的比重有多大？希

望提供給所有的委員參考。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

兩個問題請教：

- 一、本次提報院所中，只有西醫診所，中醫、牙醫診所因為未達規模，所以沒有列入。最近幾年連鎖診所非常多，每家診所可能都是獨立負責人，例如遠東是 1 個比較大型的聯合診所。聯合診所跟連鎖診所不一樣，連鎖診所最近幾年在市場占率越來越多，如果只是用目前的方式會稽核不到，也不能說規避，因為是合法的。我們有沒有關切這樣的問題？聯合診所比較容易稽核到單一家費用，但連鎖診所就稽核不到。看起來牙醫連鎖診所比較普遍，中醫好像也有，不知道西醫有沒有這種現象。
- 二、會議資料第 75 頁，107 年收支短絀的部分新增 1 家藥局，但在第 75 頁表 3 各級院所結餘分析中，又將這家藥局放在結餘家數部分，短絀又沒有，到底這家藥局要放在短絀還是結餘數，數字都是 0，應如何歸納？還是因為金額單位為億元，盈餘百萬元就不算嗎？全部剛剛好沒有結餘也沒有短絀，會計上不太可能成立，是不是因為統計單位數的問題，所以都是 0？

周主任委員麗芳

請黃委員啟嘉、吳委員榮達、干委員文男。

黃委員啟嘉

- 一、據我所知，那一家健保申報金額達 2 億元的藥局，是全省宅配的藥局，型態與其他藥局不同。剛剛黃委員金舜先離開，原本想問他，一般正常的實體藥局，我們可以看到藥師有沒有親自調劑，可以監督，藥師可以向病患解釋如何用藥，有用藥諮詢。但不知道全省宅配的型態，如何監控藥師是否親自調劑？因為都已經送藥到病患家，不知道是誰調劑的。
- 二、剛才上網看一下，這家藥局不是藥師送藥，而是客服人員送

藥，藥局有 9 名藥師，如果是全省宅配，藥師不可能全省跑來跑去，客服人員如何向病患解釋用藥，健保署如何監控其是否由藥師親自調劑或是向病患解釋用藥。而且我看他多數是與安養機構等大型養老院配合，養老院病患都躺在那裡，要如何解釋用藥？醫界都很自律，但很擔心有些與安養機構配合的診所，會製造大量醫療需求。正常藥局再怎麼配藥，要配出兩億元的營業額也很困難，因為是全省宅配，不同型態可能需要仔細的檢視，可以說是學習，也可以說是監督。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

- 一、請教有關呆帳的部分，請參閱會議資料第 84、85 頁，近 10 年轉銷呆帳分析的統計，還是有失真的地方。例如第 84 頁轉銷呆帳的原因類型，最主要的是取得債權憑證占 91.28%，這是一個模糊的分類，因為轉成債權憑證其實有很多的因素存在，應該分析債權憑證的債務原因及種類？例如：要不要區分法人或個人，法人占的金額有多少？個人是多少？我想應該要有這樣的分析，會比較準確一點。
- 二、就個人的部分，健保署可以有一種做法，我們知道即使是欠繳保費，因為現在沒有鎖卡制度，保險對象還是會繼續就醫，就醫的話還是會繳部分負擔或掛號費，若有能力繳高額的部分負擔或掛號費，應該是有可能負擔保費，有無可能從其就診資料，繳納掛號費與醫療費用狀況，瞭解是否有能力繳納健保費，而故意不繳納，這可提供給行政執行署，做執行處分的參考。
- 三、報告提及有送再執行的狀況，不知道是什麼時間點，據悉銀行的做法是，針對一般的借款債權，快到 15 年時會再查 1 次財產，有財產再做強制執行，不知道健保署對這部分是如何處理。有關行政執行的部分，有沒有注意到，查國稅局財產及所

得清單中看不到的一個資料，就是郵局的資料，郵局存款利息所得，不會出現在國稅局財所清單中郵局，這部分在送行政執行時，是可以請行政執行署查詢並執行。

周主任委員麗芳

因為吳委員榮達也有提到第二案，所以一、二案可以一起討論。請千委員文男、陳委員炳宏、林委員錫維、盧委員瑞芬。

千委員文男

- 一、依據健保法規定，領取醫療費用超過 2 億元以上的院所就需公布財報，但這種公布方式與原來的立法意旨不同，建議未超過 2 億元的院所也應該要公開，請問全部公開的時程是何時？
- 二、多數院所看起來都是虧損，是否是真相？問題很大。像這樣的分析已經毫無意義，因為與原來想像的情況差很多，健保署應該想辦法知道真相，不然帳面上都虧損，醫療院所如何生存？建議應該要了解自費部分，若連自費算在一起還是虧損，就真的可憐，應該思考怎樣才可以找到真相。

陳委員炳宏

- 一、有關第二案呆帳分析，請委員參閱會議資料第 82 頁「近 10 年估列呆帳率-依帳齡分析」，主要著墨在呆帳「率」的部分，關於呆帳前身為應收款，健保署所提供資料如果能補充「金額」的帳齡分析，則較能讓大家掌握估列呆帳的具體輪廓。
- 二、而依前述分析資料顯示 1 個事實，帳齡越長，回收可能性越小，即呆帳率越高；因此，第 82 頁該呆帳「率」帳齡分析圖所顯示，是符合應收款的本質，惟尚無法看出其量化呆帳「金額」風險分佈；由於應收款是流動性資產，如果分析內容能輔之以不同帳齡的金額或規模，這樣在討論過程，大家才能掌握健保流動性資產及其風險變化情形，以上補充建議。

林委員錫維

- 一、首先感謝健保署，我在去年 12 月 27 日第 10 次委員會議建議健保署針對有關呆帳的執行情形，提出討論及改進。只有 1 個

月的時間，健保署就很快速的提出整體的流程報告，讓大家了解，效率很高。

- 二、依我個人看法，有待加強或改進的地方還是非常多。例如會議資料第 81 頁，一開始就談到原因限定、條件嚴格及程序完備，而第 82 頁資料顯示近 10 年來的呆帳達 3 百多億元，你認為非常滿意嗎？我是認為有很多地方還是需要檢討、改進。甚至最後 1 頁的結論，提到有效執行催收管理及欠費協助措施，收繳率維持 99%，請問是保險費的收入的 99% 嗎？1% 是多少錢？108 年 1~12 月收入是 6,208 億元，1% 就是 60 幾億元，這樣的收繳率就認為很滿意嗎？
- 三、剛才幾位委員也談到，第一類與第六類被保險人有沒有必要進行檢討與改進，而不是說取得相關的債權憑證就結束了。剛才吳委員榮達也談到，債權憑證有時間性，時間到沒有強制執行，就等於無效，我認為取得債權憑證，並不表示錢要回來了，只不過相關單位證明他有欠你這些錢而已，所以我認為第一類與第六類被保險人，在健保法應該要做相關的改進。雖然有很多措施還是不錯，但這兩類被保險人應該要檢討，不能說弱勢就不用繳，這方面建議健保署提出檢討方案，甚至幾類被保險人可以降低呆帳的方法，讓大家來做探討。例如第六類被保險人是否有必要再經過相關的地方政府補助低收入戶等，該類保險對象呆帳既然占了 85.93%，這是非常非常嚴重，應好好檢討。
- 四、至於整體健保法對於呆帳問題，是否有必要修法，我認為有必要針對部分內容予以改進，畢竟這些規定已經用了 20 幾年，明顯可見有幾個類別根本收不到錢，這是呆帳議題中非常嚴重的問題。以今天這個表格來看，再這樣持續下去，每 1 年的呆帳都幾十億元，這是很恐怖的數據。
- 五、剛才報告中提到收費提高、呆帳降低，請參閱會議資料第 83 頁近 3 年呆帳監理指標，105~107 年呆帳比率分別為 1.1%、

1.22%、1.23%，這樣哪有降低？什麼公式算出來這樣的結果，我是看不太懂，但我建議，為解決欠費沒辦法收到的問題，建請評估健保法相關規定修法之可能性。

盧委員瑞芬

我對 2 個報告案各提出 1 個問題：

一、有關財報公開案，委員對於財報有多一點期許，例如想多了解「非健保收入」的部分。之前有討論過財報的報告內容結構，我印象中公立醫院因會計系統的關係，非健保收入、自費的部分，這部分的數字似乎沒辦法釐清；反而私立醫院在非健保收入、自費部分較有辦法呈現。換言之，以醫療機構的權屬別來說，不同權屬別的醫院「非健保收入」定義不同，因此無法完全彙整，請問此問題解決了嗎？而本次呈現之財報資料並未透露「非健保收入」的部分，但這是本會委員長期關心的議題，想請健保署協助釐清。

二、關於呆帳部分：

(一)請參閱會議資料第 79 頁(投影片第 6 頁)催收管理機制之健保卡查核，其中提到「長期旅居海外國人欠費鎖卡政策」、「有能力繳納者」這 2 部分，對於旅居國外者，我們政府就是沒有這些人的所得資料，據悉很多海外僑民即使年收入超過百萬元，回臺灣還是用第六類地區人口身份投保。請問健保署何謂「有能力繳納者」，不知道其判斷基礎為何？有無相關對策？

(二)關於呆帳部分，有時候是被保險人忘記繳，或是居住、戶籍不在同 1 個地方，因而未收到繳費通知單。請問有沒有可能除了紙本通知外，併用 email 催繳。例如於加保時請被保險人提供 email，因為現代人出外旅行或異地工作的頻率還蠻高，現行多以紙本催繳保險費，似乎是不太完整的方法，可以考慮雙管齊下，紙本加上 email 或 social media(社群媒體)同步催繳，也許會有幫助。

周主任委員麗芳

請周委員穎政。

周委員穎政

對於欠費議題提供意見，當然我們會期許呆帳比率越低越好，但我想這群人大致有兩類，一類是真的沒錢無法繳，另一類則是有錢不繳納。我們能夠了解，很多時候是因病而貧，也就是因為貧窮、生活狀況差而容易生病。建議可考慮於內部進行分析，對於欠費者的醫療利用率、健康狀態，了解在年度間的變化。我相信持續催繳也就是壓縮到 1 個程度，可能真的會傷害到有困難者，但若再多一點壓縮，也就是再多催繳，若對這群人醫療利用、健康狀態沒顯著影響的話，也還尚可繼續催繳，這要取得平衡點。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、非常支持剛才周委員穎政所提，另我想提出關於菸捐補助經濟弱勢減少的問題，請參閱投影片第 14 張，菸捐補助經濟弱勢金額由 105 年的 11.2 億元，降為 107 年的 1.4 億元，甚至到 108 年是 0，請健保署協助說明原因為何？
- 二、請參閱會議資料第 85 頁投影片第 17 張，近 10 年轉銷呆帳之保險對象原因別統計(1)-依人數：
  - (一)「欠費者死亡」占 5.2%，這部分是有個期限嗎？已經死亡的人要如何向其追繳健保費？是否需經一定的法律程序，對已除籍的人也拿不到他的錢，其未繳之保費也還列為呆帳，是否有必要？
  - (二)「經濟困難」占 4.24%，「經濟弱勢」也占 0.5%，政府原本還有菸捐來補助經濟困難者，但現在菸捐這部分的錢也已經完全變成零了，這些近貧者到底要怎麼辦？我想大有為的政府，仍應該想個辦法處理，謝謝。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、欠費的問題，先由會議資料 84 頁「近 10 年轉銷呆帳之保險對象原因別統計(1)-依人數」，可知債權憑證的人數占 49.4%，另再由會議資料第 85 頁「近 10 年轉銷呆帳之保險對象原因別統計(2)-依金額」，可知其中有 83.5%的金額是債權憑證，10 年來從 91%到 83%，能不能像是國稅局公布欠稅大王，我們健保也來公布欠費大王。
- 二、欠費者裡面，當然也有個人，但我想占的還是算比較少，例如第六類的欠費者，就像剛剛趙委員銘圓所提，要體恤那些窮苦的人。但我們也要知道除了窮苦者之外，但欠費跑到國外又沒繳費的人，回來反而醫療利用率很高，健保署是否有統計過？希望下次能提供委員。
- 三、這 10 年來，這些欠費大王的公司行號倒了以後，他一邊代健保署向被保險人先收取個人自付部分，而雇主該付的錢也沒付給健保署，也就是把雙邊的錢都咬住，希望健保署能列出過去 10 年來，每年列出前 20 名欠費金額最高者，讓我們知道到底是誰在欠。
- 四、看歷年趨勢，每年呆帳差不多都有 40 多億元，去年我就談過這問題，健保署他們也很有誠意，跑來基隆跟我說明。健保已開辦 20 多年，希望給委員歷年呆帳累計金額之統計資料，這個不需對外公開，若公開反而可能讓欠費者更傾向不繳，只讓本會委員知道是沒關係的。

周主任委員麗芳

時間關係，請健保署逐案回應。

蔡副署長淑鈴

先請李科長春娥回應呆帳的部分。

李科長春娥

- 一、由我先說明，如果不足，再請許副組長周珠幫忙補充。剛剛委

員提分析呆帳的單位，也就是呆帳是來自單位或個人之欠費，請參閱會議資料第 85 頁，因為個人比較多，所以我們特別把個人拉出來做分析，其實整個減掉就是單位的欠費，很抱歉沒有把單位的獨立出來。

- 二、委員對於再執行的提問，首先說明此分為兩部分，第 1 會先針對財產，1 年只有 1 次，健保署會去與財稅中心進行交查，第 2 是針對薪資，當欠費者開始有工作後，經過 6 個月，工作進入穩定期，就會送行政執行來扣薪，即進行「再執行」的動作，相較於銀行，這部分本署可說是更為積極。另委員提到應加強郵局交查乙節，執行署會定期跟各家銀行、農漁會或金資中心進行交查。簡報中行政執行期間拉長，係本署仍希望盡可能將欠費收回來，因此持續與行政執行署溝通。請該署積極與金資中心、各家銀行、農漁會進行交查，也會與集保中心交查股票及調查不動產，最近做得非常積極，以 105 年扣押命令 9 萬件，到 108 年已突破了 26 萬件，收回金額增加 12 億元，成效顯著。
- 三、請參閱會議資料第 82 頁，呆帳率 100% 的部分，那些都是低收入戶或符合經濟困難資格之前欠費這個群體實在沒有能力償還，而總金額也只有約 2 千萬元；另簡報中呆帳率之紅色框框係為本署強化催收階段；以風險管理的角度，我們定義所謂的風險，或各階段呆帳率，係每年初依過去收繳經驗統計及經濟困難分析，再預估每階段應提列呆帳率。
- 四、至於針對「經濟困難」，去年也特別針對此群分析，針對長期以來持續報列為呆帳者，約 5 萬多筆資料分送本署各分區業務組加強輔導，其辦理分期繳納或紓困貸款，另如符合社會救助法，協助回歸社會救助法機制。
- 五、剛剛委員也有提到保險收入應有 6 千多億元，請參閱會議資料第 80 頁，向委員報告，我們分析的部分僅針對每個月向被保險人及投保單位收取的保險費部分，因政府補助款是 100% 收

回來，故提列呆帳不包含這塊。以 107 年為例，估列呆帳率的基礎，不是 6 千億元，而是 3 千 6 百億元。

- 六、至於長期旅外國人的經濟能力之定義，是類對象依所得資料看似沒有經濟能力，也無法交查其海內外所有財產，但卻有能力出國及居住國外，因此本署推定其具繳納能力。
- 七、繳款單寄送至戶籍或居住地的問題，其實現在已有電子繳款單，也就是用 email 方式寄送，這部分會持續進行。一般來講行政程序要做到「送達」，取得送達之後，也就是確認被保險人收到後，就會移送行政執行，移送之後，交查得有工作、存款或財產情況之下，行政執行即扣押薪資、存款或不動產。原則上本署一定會取得送達，確保民眾已收到後，才會進行行政執行階段。
- 八、周委員穎政提到是否分析欠費者的健康狀況，去年我們已針對其就醫情形進行分析，與未欠費者其實沒有太大的差異；趙委員銘圓提到說死亡者的呆帳，轉銷呆帳係依據「全民健康保險保險費及滯納金欠費催收暨轉銷呆帳作業要點」規範，如果死亡者是有財產的情況之下，會持續向繼承人追償，至於會轉銷呆帳的部分，則因死亡者沒有財產，在要點中有明確規範。
- 九、委員也很擔心，投保單位為公司的欠費金額較高，基於此考量，在 102 年針對負責人需負連帶保證責任並進行修法及規範，也就是本署對於單位追償無門、取得債證之後，會再對負責人行行政處分，如果沒繳納，就會走到行政執行。針對這 1 塊，本署已針對 1.4 萬家投保單位，也就是 1.4 萬個負責人進行移送，也因其收回率約 16%；因此本署除增修健保法 38 條向公司負責人求償外，再增修 39 條優先債權，以增加健保欠費收回。以上說明如有疏漏，再請委員指正。

蔡副署長淑鈴

有關財報部分，請李組長純馥再補充一下。

李組長純馥

- 一、謝謝盧委員瑞芬、黃委員啟嘉、滕委員西華等幾位委員的意見，委員皆詢問政昇藥局，這是 1 家位於臺北市、但收取全國處方的藥局，多為配合養護機構、護理之家等機構，統一針對慢性病收取處方箋進行配送藥品，但因為是跨縣市送藥，會出現藥師執業登記在臺北、但卻送藥到臺中的問題，後來這部分被臺北市政府認定為違法而開罰，本署也追回相關款項。目前政昇藥局已經在各縣市設立不同藥局進行調劑，但當時都統一在臺北申報，我們當時是以機構代號做財報分析，並通知此機構需要提報財報。
- 二、另外有委員提問，為何該藥局的收支餘絀是 0，因為該藥局之財報顯示醫務收入是-34.4 萬，非醫務收入是+34.5 萬，淨結餘為 1,000 元，繳稅後是 0 元，所以本署在醫療收支上放在短絀而總營運收支則為 0。
- 三、滕委員西華詢問連鎖診所怎麼計算，因為法規是以醫事服務機構的簽約對象來作為計算依據，所以無法把不同負責人的連鎖診所，予以合併計算。無論是西醫、中醫、牙醫診所或藥局都有類似情形，未來法規要如何修正或處理，後續可再討論。
- 四、周委員穎政提到分析財報的工具是否有點弱，以及是否要更標準化及具備可比性，剛剛劉專委林義報告時就已提到，每個機構有不同主管機關，每個主管機關對於內部定義財報、相關收支項目都有各自的定義，我們曾嘗試找他們討論是否統一，但他們有表達有修訂困難，例如學校過去都是 7 月到 6 月，不是曆年制，我們好不容易溝通到改用曆年來計算，這邊確實面臨不同主管機關規定不同，難以統一的根本性問題。
- 五、如盧委員瑞芬所言，非健保收入的部分，特別是自費方面，因為不同權屬別，定義也不同。收入方面還算容易計算，就是分為健保、非健保兩塊，但最大問題是怎麼拆成本，健保方面的成本、非健保各要計算為多少百分比，這實在難以統一，因為不同權屬別定義不同、不同主管機關，我們有嘗試讓它更標準

化及具可比性，但作業實在太複雜。至於周委員穎政所詢，停車場或美食街收入的比率，將於會後進行分析再提供委員。

蔡副署長淑鈴

- 一、謝謝本署同仁的回應，我再補充一下。首先呆帳的部分，確實收繳率長期以來已達 99%，但還是有委員認為，剩下的 1%也該收回來，因為現在收入已達到 6 千億元以上，會認為未收回的 1%算起來也有 60 多億元，但若長期來看，也比這個數字還要更好一點。但是否還有一些精進方式，而本署同仁已竭盡所能的作法，大家看到 90%取得債權憑證，好像覺得那 1 張憑證不是錢，似乎要換成錢比較恰當，但這就是政府的行政體系最後可以留下的。而且本署對於拿到債權憑證的部分，也沒有因此放棄，只要發現這些取得債權憑證的人，一有所得，就還是會追繳，因此並非取得債權憑證就是追繳的終點。因此收入面的同仁，仍是精益求精，希望能多收回每 1 塊錢，我相信這樣的結果已經是不容易。
- 二、如何再去檢視這些欠費者，是否真的為繳不起，我相信這是問題核心，委員竭盡所能，也試圖教我們再用各種方式，例如吳委員榮達提出，這些人有去看病，有能力繳掛號費，理論上不該繳不出保費；周委員穎政則提出，會不會因為欠錢而健康不好等，也可嘗試再對 10 年來的數字進行累計及歸戶，是不是都為同 1 個 ID 在欠費？或同 1 個 ID 累計欠很多錢？都值得進一步分析。但追繳保費還是有一定法定期限，過期則是依法列為呆帳，這是政府規定，不過我們仍感受到委員的深切期許，會再看看還有什麼空間可努力。
- 三、另外就是財報的部分，財報雖然只有短短幾頁說明，但其實財報是非常複雜的事情，若可僅用 3、5 頁陳述財報，這也就代表我們可以拿出來講的可用資訊不多。財報內容本質上很複雜，但我們只看整體結餘比例或醫務結餘比例，理論上應該是以很厚一本來分析細節，至於為何不行，剛剛李組長純馥已提

過，是因為各項目定義就是依權屬別的不同，無法在院際間串起來比較，所以才會以整體結餘，來作為可共同表達的部分。

- 四、整體結餘是包括自費的部分，這是現在非常困難的地方。盧委員瑞芬、周委員穎政對於財報能不能反映醫界經營困境，這件事情值得深究探討。確實我們現在長期看起來，就算結餘率可以維持，但結餘金額也不如預期，這代表醫界的成本一直在增加，經營確實沒有像過去這麼好，這個訊息給各位委員參考，於每年在談判總額時可以參考。
- 五、聯合診所與連鎖診所不太一樣，另外也有委員關心院前診所，現在看的財報，都是指單一醫事服務機構代號的院所，也就是聯合診所會進來(因為同一個代號)，但連鎖診所無法進來(不同代號)。我們都知道，西、中、牙醫院所都有連鎖，甚至連醫院也有連鎖的，若連鎖的資訊能夠進來，結合起來看也是很好的題目，但必須是連鎖之院所均達一年申報達 2 億元之院所，否則也會因資料不足而無法呈現結果。
- 六、至於大家關心的，第一家進來公開財報的藥局是 107 年的 2 億元以上醫療院所，若以單一藥局而言，這家是可說是營業額最高的藥局，但也因為其經營型態產生疑義，就算營業額這麼高，跟本署也還有很多法令方面的訴訟仍在進行中，這部分請委員先予參考即可。至於其他的連鎖，若單一診所達到 2 億元的部分也漸漸納入，將來如果有定義上的改變，我想需要提出財報的院所家數，還是會再持續增加。財報都公告在網站，各界都可查閱，也可知道真實結餘數字差異很大，並可見歷年來差異確有拉開。

周主任委員麗芳

非常感謝蔡副署長淑鈴率健保署同仁的詳盡回應及報告，感謝各位委員踴躍參與，對於 2 個報告案的決議...。尚有委員要發言，依序請吳委員榮達、吳委員國治、干委員文男。

吳委員榮達

我對收回呆帳的可能性再提出建議，對於負擔得起健保保費，但是故意不繳的欠費者，是否可能與金管會協調，對這些欠繳者，查看有投保商業保險之情況，一般而言，既有能力繳商業保險，那也應該有能力繳健保費才對，有些稅籍資料看不到收入，但實際上其為有能力去投保很多保險。

吳委員國治

剛剛提到連鎖的醫療院所，無論是西、中、牙醫診所或是藥局都有，但這部份其實我們更在意的是院前診所。如果是連鎖診所，基本上都是基層醫師執業，我們還算是認同，但現在就是有醫院出來開人頭診所，不是用醫院名義開，負責人雖為個人醫師，卻領醫院的薪水，這是我們西醫基層的痛。現在推分級醫療，有同體系規定來處理，也是一種自清的方式，但若要分級醫療建置更健全，仍期在法規上的解釋能有所突破，這是醫界的期待。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、依健保法 73 條規定在一定金額以上要提出財報，因此在 102 年二代健保此規定剛上路時，沒辦法全部，而要漸進式公開，因此健保署暫時就訂定了 2 億元的門檻。但其實健保署也曾說過，健保法立法精神應為通通都要公開，至今 8 年了，這應該有檢討空間，請問預計時程為何？何時可以通通公開？
- 二、剛剛我已經提過，希望公布給委員欠費較多的前 20 名，請問健保署這有沒有困難？有困難要跟我們說，沒困難就公布給我們委員知道，不用公開給外界，我想這應該沒困難，國稅局也公布了欠稅大王，給予社會輿論壓力。同樣的那些健保費的欠費大戶，可能其實很有錢，若健保署找不到這些人，但公布名單給委員，或許可以一起想辦法來找到。

周主任委員麗芳

請葉委員宗義。

## 葉委員宗義

請教蔡副署長淑鈴關於呆帳的部分，每年提列呆帳的額度都在增加，我曾懷疑呆帳和政府的德政解卡有沒有相關性？蔡總統英文是好意，讓民眾接受醫療的照顧，但照顧弱勢的民眾是不是產生其他的問題，或許大家可以一起研究或討論這個問題。

## 周主任委員麗芳

請健保署簡要回應。

## 蔡副署長淑鈴

- 一、感謝吳委員榮達一直指導我們如何辨別有能力繳交健保費這件事情，包含提到從民眾有能力繳掛號費、部分負擔，及是否有繳交商業保險費等方式。如果民眾都繳得起這些費用，為何繳不起健保費？這些建議都很好，我們再研議是否能夠透過行政方式交叉比對辨別民眾是否有能力繳納健保費。
- 二、剛才盧委員瑞芬提到長期旅居海外國人部分，現在我們定義長期旅居海外國人是能力繳納保費，所以有欠費鎖卡的機制，只有本國人是全面解卡，也一併向葉委員宗義報告。海外僑民欠費之後會鎖卡，也會回來繳交保費，但還是有部分人沒有繳，他也就沒辦法看病。
- 三、關於連鎖診所或院前診所的財報部分，事實上現在提報財報並不是全面性的。從 102 年開始提報財報，依據健保法第 73 條規定超過一定金額以上才要公布財報，所以我們訂出辦法並定義一定數額，也就是 2 億元以上才公布財報，如同剛才干委員文男也有提到的，目前還無法做到全面公布財報。如果 2 億元以下的院前診所沒有公開財報，我們也無法取得，也一併回應吳委員國治。
- 四、關於連鎖診所部分，大家關心診所的連鎖診所，單一診所超過 2 億元會公布財報，如果個別診所的連鎖診所沒有超過 2 億元，無法取得連鎖診所的財報，這也是現有資訊不足的地方，無法如大家所願。

五、鎖卡和呆帳的部分，在健保會會議中我們也曾多次說明，全面解卡與呆帳的關聯性，不是解卡就不追保費，欠費追繳部分如李科長春娥說明是全面展開進行的，只要欠費就會全面追討，和鎖卡的關係，就是醫療歸醫療，保費歸保費，雖然沒有連動，但仍全面催收保費，以上補充。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

剛才提問關於 108 年菸捐補助經濟弱勢部分金額為 0 元，請問那些錢用到哪裡去了？請再多加說明。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

我對於呆帳與鎖卡的部份有去找資料研究，原本我也想到對故意不繳保費的人，考慮鎖卡的可能性，但查了大法官解釋，認為鎖卡逼交保費是違憲的，需將健保費欠費的追繳和鎖卡脫勾，不可以對欠繳健保費者，作鎖卡處置。

周主任委員麗芳

請何委員語，何委員最後壓軸發言。

何委員語

一、關於健保 2 億元以上公開財報部分，整個財報內容是非常多的，我們很難看出是健保賺錢還是自費賺錢，現在財報是屬於綜合性的財報。實務上，會請會計師簽證，會計師會將報表調整為符合國稅局的稅務報表，因此，這些財報資料我們難以判斷是健保費還是自費賺錢，我想大家也可以請教會計師去了解看看。從醫院的財報上是無法判斷是健保獲利還是自費獲利，除了公立醫院財報有制式規定外，私立醫院部分會計師都會幫它調整。

二、欠費的部分，剛剛吳委員榮達提到不能鎖卡，我分享我過去的

經驗，縣市政府編列預算幫助低收入戶代繳健保費，但現在有兩類人，1 類是邊緣戶，不符合縣市政府規定的低收入戶，因此，縣市政府無法代繳健保費，但是這邊緣戶的家庭環境確實不好，舉例來說，在南部鄉下有 1 棟房屋或有 1 塊地，但不值錢，這些人就不符合低收入戶的資格。

三、低收入戶有政府照顧，但邊緣戶生活很困難，或許生活過得去，但要有多餘的錢是很困難的，如果生病後負擔就更大，也沒有獲得政府的補助。目前臺灣這種邊緣戶分成幾種，1 種是父母親突然發生意外或殘廢但不是低收入戶者，或者家人罹患癌症也不是低收入戶者。另 1 類是年輕人，現在有些年輕人每個月賺多少就花多少，可能也可能有欠保費，建議可以分析年輕人欠費的情形。

四、因應新冠病毒肺炎紓困部分，可能有很多中小型企業因為這次疫情而倒閉的現象，建議健保署多加留意。若該企業是列入疫情紓困對象者，希望你們不要追討那麼緊，這次和 SARS 不一樣，從原物料缺貨、開工困難、供應鏈斷鏈、生產和周轉變得困難，從 3、4 月後可能會有很多中小企業出現經營困難的情形，可能會拖繳健保費，這是我的推測。

五、我們每年都提出很多建議事項，健保署也已經盡自己最大的力量去追討保費，能追的就盡量追，沒有辦法追到的也想盡辦法的去追討。最後再提醒，因為這次疫情，如果企業或行業別列入紓困對象時，希望健保署可以思考配合政府的紓困方案而暫時調整，以上參考。

周主任委員麗芳

非常感謝各位委員踴躍發言，關於報告事項兩案洽悉，委員所提意見送請健保署參考。請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

我剛才提問的問題還沒有回應。

周主任委員麗芳

請健保署回應。

蔡副署長淑鈴

- 一、趙委員關心的是會議資料第 83 頁菸捐補助經濟弱勢，依據菸品健康福利捐分配及運作辦法規定，有一定的比例補助經濟困難者，但近年修正菸捐分配後，對於經濟困難者的補助金額降低，我們拿到的金額少，補助經濟困難者的機會也就少了。
- 二、除了菸捐補助外，我們另外爭取公益彩券回饋金協助經濟弱勢。追回的欠費中包含透過訪查後確實是經濟弱勢，經由公益彩券回饋金協助民眾，這也算是把保費收回增加保費欠費收回率，這部份會呈現在收繳率的部分。
- 三、收繳率可以維持在高檔，除了仰賴正常收繳外，還包含追繳欠費、愛心專戶、公益彩券、歷年菸捐補助等均貢獻在保費收繳率，也是把錢拿回健保基金的意思，這是大家通力合作的結果。但仍有欠費的情形，委員所提意見我們都會收錄，未來如何證明這個人是有錢繳交保費的部分，我們會參酌委員的意見，努力把錢收回來。

周主任委員麗芳

感謝健保署回應，謝謝各位委員參與，有沒有臨時動議？(未有委員提出)沒有的話，再次感謝所有委員，預祝大家平安健康，謝謝，散會。

盧委員瑞芬書面意見

請健保署提供按醫療機構層級的非健保收入占整體收入比例，及整體收支有結餘/短絀前二十大醫療機構的非健保收入占整體收入之比例，以進一步瞭解非健保收入的分布情形。

## 健保署業務執行報告口頭報告重點摘要

(合併「108年12月全民健康保險業務執行季報告」、「109年1月份全民健康保險業務執行報告」)

109年2月20日版

### 壹、本署近期重點工作

#### 一、本署配合2019新型冠狀病毒肺炎防疫相關精進作為及因應措施(109年1月業務執行報告P.1-6更新文字內容資料)

2019 新型冠狀病毒肺炎(或稱嚴重特殊傳染性肺炎、新冠病毒肺炎)疫情在全球持續發現確診個案，為防止疫情擴大並協助掌握患者流向，本署辦理及配合中央流行疫情指揮中心防疫相關精進作為及因應措施，其中：

##### (一)因應疫情從寬認定非本國籍人士在臺居留計算事宜：

按衛福部於109年2月5日衛部保字第1091260050號函釋，為保障領有居留證明文件者參加全民健康保險之權益，於嚴重特殊傳染性肺炎疫情防治期間，得依個案情節從寬認定健保法施行細則第8條第2項在臺居留滿6個月之規定。本署據以研擬相關作業細節及QA，函送本署各分區業務組及副知僑務委員會、教育部、衛生福利部等參辦。

##### (二)代辦經衛生主管機關施行隔離治療之醫療費用：

1. 衛生福利部疾病管制署於109.01.15公告「嚴重特殊傳染性肺炎」為第五類傳染病，依傳染病防治法第3條、第44條規定略以：其強制隔離治療屬公務預算支應；本署代辦核付作業。
2. 本署已通知各分區業務組依該署所定「衛生福利部法定傳染病醫療服務費用支付作業規範」代辦隔離治療之醫療費用，由院所依前述規定以書面申報。
3. 為因應嚴重特殊傳染性肺炎，同意醫院將一般病床暫改以隔離病床使用之費用，比照「負壓隔離病床」病房費、護理費及住院診察費申報：

(1)查衛生福利部於109年1月30日以衛部醫字第1091660596號函通知地方政府衛生局，醫院因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情所需，暫時將一般病房改為收治疑似個案之單獨隔離區域，不涉及病床類別及開放使用數變更登記，得由醫院將暫時性隔離區域之規劃相關事宜報請地方政府衛生局備查，並副知本署及疾病管制署(如附件)。

(2)考量疫情尚未平息並配合防疫政策之推動，醫院若依前揭函釋，暫將一般病房改為單獨隔離區域並已報請地方政府衛生局備查，且收治「嚴重特殊傳染性肺炎」病人時，同意比照「負壓隔離病床」之病房費、護理費及隔

離病床住院診察費申報。

(三)協助陸委會有關保險對象滯留大陸地區無法返台親自就醫並領取長期慢性病用藥者，摘要如下：

1. 依據全民健康保險醫療辦法第七條第五款略以，須長期用藥之慢性病人，如經保險人認定無法親自就醫者，以繼續領取相同方劑為限，得委請他人向醫師陳述病情，醫師依其專業知識之判斷，確信可以掌握病情，始能開給相同方劑。
2. 原作業方式為由陸委會先蒐集保險對象名冊，本署確認屬在保身分，後洽請醫療院所協助就醫事項；惟考量因疫情無法返台，滯留中港澳地區者漸增，又陸委會表示無法負荷列冊作業負擔，故本署於 109 年 2 月 19 日函送前開作業流程，請各分區業務組轉知轄區院所，並副知大陸委員會及財團法人海峽交流基金會，摘要說明如下：

(1)保險對象：滯留大陸地區且有長期慢性病用藥需求。

(2)受託人：應備病人之身分證明文件(可為影本或影像)，處方箋正本；應切結事項為病人確實具有健保身分，且確實因疫情滯留中港澳地區。

(3)醫療院所或健保特約藥局：

甲、開立慢性病用藥處方原則：確認病人 108 年 10 月 1 日後曾以健保身分於該院所就醫，並開立慢性病用藥；依受託人代述病情，經原診治醫師專業認定後，限開立相同方劑處方（得開立慢性病連續處方箋）。

乙、代領慢性病處方箋原則：每次領取 1 個月藥量為上限。

(4)受託人需填切結書，正本由院所留存，另需將本案病人名冊彙整按月提供本署。

(四)考量疫情持續發展，109年區域級以上醫院門診減量暫緩執行：

1. 本署於 109 年 2 月 5 日函知區域級以上醫院門診減量措施自 1 月 23 日起暫緩執行之期間持續展延，如有異動將另行通知。
2. 另展延期間基期之計算及費用核扣，將俟疫情結束後併本措施執行方式予以檢討。
3. 本署統計春節過後 2 週(1/30-2/12)門、急、住診整體就醫情形，相較去年春節過後二週，門診件數減少 12.5%、急診件數減少 5.22%、住診件數減少 0.6%，推論武漢肺炎疫情短期可能使民眾減少或延後就醫，對院所造成影響，惟後續情形仍待觀察。

(五)因應疫情提供居家檢疫或隔離者遠距醫療或居家醫療服務：

1. 原則以提供視訊診療為優先，居家醫療視醫師意願提供；本署將制定「全民健康保險特約醫事服務機構提供因 COVID-19(武漢肺炎)疫情接受居家隔離或檢疫之保險對象視訊診療作業須知」，供特約醫療院所依循。
2. 疫情期間視訊診療由衛生局啟動，原則優先指派病人至指定院所且為其固定就醫院所，如病人固定就醫院所非為衛生局之指定醫療機構，則指派其他適當指定院所。
3. 特約醫療院所提供視訊診療後，由家屬或代理人持居家隔離或檢疫者之健保卡，至看診之醫療院所過卡、繳費及領藥；如因故無法過卡，得以異常代碼申報。
4. 配合疫情期間之遠距醫療，本署將建置以身分證號查詢健保醫療資訊雲端查詢系統機制。
5. 本案遠距醫療相關醫療費用由各部門總額預算支應，另本署將爭取特別預算給予門診診察費加成 50%。
6. 醫事司將轉請各縣市衛生局全面蒐集有意願、有能力提供通訊診療之醫療院所，並將轄內指定醫療機構名單提供本署以利後續費用核付。另請公(協)會通知會員如有意願，可主動向當地衛生局報名。
7. 醫事司及疾病管制署將研議爭取預算補償因通訊診療可能衍生之醫療糾紛費用，讓醫療院所安心看診。
8. 有關家屬或代理人至醫療院所過卡、繳費及領藥之適當防疫防護措施，疾病管制署將另研議並函知各縣市衛生局。

(六)運用健保醫療資訊雲端查詢系統(下稱雲端系統)勾稽病人旅遊史及接觸史：

依內政部移民署及衛福部疾管署提供之由「高風險地區」入出境台灣之名單及與確診患者接觸資料，於雲端系統提供醫事機構比對查詢就醫民眾是否屬防疫名單個案，提供醫療院所參考，留意就醫民眾狀況：

1. 「健保醫療雲端查詢系統(首頁版)」提示功能於 109 年 1 月 27 日上線供醫師、藥師經三卡認證後查詢就醫民眾之武漢旅遊史，1 月 28 日持續擴增可查詢湖北省之旅遊史及與確認特定個案之接觸史提示功能。1 月 31 日起將提示之入境地區，由武漢及湖北省擴大至中國大陸、香港及澳門地區，2 月 14 日起新增自泰國、新加坡入境臺灣資料(新增 124,416 筆)，2 月 15 日匯入移民署提供之自臺灣出境至中港澳、泰國及新加坡地區資料(439,428 筆)，2 月 20

日再新增日本入境臺灣資料(新增 590,231 筆)及臺灣出境至日本資料(新增 583,907 筆)，以進一步縮小防疫缺口。

2. 於 1 月 30 日再新增簡易版雲端系統，讓院所可授權院所護理師等人員協助查詢就醫民眾是否為特定地區入境或接觸者，協助醫院進行病人分流作業。
3. 2 月 5 日起如病患未帶健保卡，亦可輸入身分證或居留證號碼的方式查詢(此功能於 109 年 2 月 19 日起開放非健保特約醫事機構申請使用)。
4. 上述功能可提供醫療院所查詢當日就診民眾之特定地區旅遊及接觸史，另針對預約掛號者，109 年 2 月 10 日起提供醫療院所上傳預約掛號名單，由本署協助批次比對查詢，醫院可加以利用，跳提示視窗提醒醫師。初估每日查詢高風險地區旅遊及接觸史約 150 萬~200 萬人次。
5. 為掌握時效，除透過健保 VPN 系統公告，並以電子郵件及 LINE 群組迅速將相關資訊傳達至各醫療院所，提醒院所可查詢使用，各分區業務組並排定專責同仁輪值，提供即時協助及處理相關問題，共同守護國人健康。

(七)配合2月6日起口罩販售實名制作業因應措施：

1. 協助食藥署新開發「防疫口罩管控系統」：

(1)因應防疫期間，為化解口罩難買及有心人大量收購囤積，讓口罩購買更加公平，行政院蘇院長拍板實施口罩實名制，並於 2 月 6 日起實施。

(2)本署於 2 月 3 日政策定案後旋即辦理 VPN 健保資訊網「防疫口罩管控系統」相關作業規劃，於 2 月 5 日上午完成測試環境開發，系統功能簡述如下：

甲、口罩購買作業：模擬實務情境預先規劃 4 大類身分別，具健保卡身分者需憑健保卡過卡確認身分，以落實實名制度。另考量 IC 卡讀卡異常無法過卡、無健保卡持居留證及入出境許可證，亦可手動輸入其證號及生日。

乙、進貨登錄作業：藥局應於每日登錄系統，就當日大人及兒童口罩之到貨確認。

(3)本署測試作業直至 2 月 6 日凌晨 1:30 於正式環境完成系統建置，當天上午 8:30 分正式上線開賣，截至目前為止，均已順利使用。

2. 為利實名制能順利執行，除於 109 年 2 月 5 日起於本署全球資訊網增列「社區藥局查詢及口罩庫存查詢」專區，於專區內建置健保特約藥局口罩配送名單、無健保特約藥局之衛生所名單下載、特約藥局查詢方式(網頁及全民健保行動快易通|健康存摺 APP)、口罩數量查詢平台、健保特約藥局人員查詢專區等功

能，且於 109 年 2 月 6 日，APP 增設「口罩查詢」專區，方便民眾以行動載具線上查詢。

3. 為因應可能的系統壅塞，本署與唐鳳政務委員所領導的民間社群合作，透過政府資料開放平台提供口罩剩餘量資料，提供民間開發各類口罩地圖，Opendata 資料初期以每 30 分鐘更新，並自 2 月 6 日起縮短資料更新時間差至每 30 秒更新，大幅減少民眾數據落差，民間應用意願亦增加，所開發之各類口罩地圖種類與數量持續增加，累積已售出逾千萬個口罩。截至 109 年 2 月 20 日止，已有 112 個應用平台（包括 16 個 APP 應用、45 個地圖應用、23 個 Line 應用、3 個 Chatbot 應用、17 個口罩販售地點資訊、6 個語音助理應用、2 個其他應用）。
4. 自 2 月 16 日起，將衛生所納入口罩販售通路；自 2 月 20 日開始，每家健保特約藥局及衛生所每天配發成人口罩 400 片、兒童口罩 200 片；七天內成人口罩可買 2 片、兒童口罩可買 4 片。

(八)本署健保客服中心配合事項：

1. 如民眾洽詢就醫資訊，請依本署原有標準作業程序提供。
2. 民眾洽詢疫情相關資訊，請民眾致電衛生福利部疾病管制署通報專線(1922 或 0800-001922)，或引導民眾至衛生福利部疾病管制署網站首頁(網址：<https://www.cdc.gov.tw/>)。
3. 本署客服中心為因應疫情詢問，已加派人員接聽、新增語音口罩實名制說明、提供 QA 如何線上應對等，並每日回報諮詢統計表，本署並將視疫情變化，持續更新 QA 提供客服人員參考。

## 二、109 年「家庭醫師整合性照護計畫」公告：（109 年 1 月業務執行報告 P.7）

(一)本年度計畫於109年1月22日公告修正，有關提升照護品質及獎勵偏遠地區醫療群之修正重點：

1. 增列新參與診所得選擇良好級以上醫療群參加、24 小時諮詢專線不得設置於醫院急診室及計畫執行中心應辦理之核心業務及其內容項目，及其核心業務不得委由非醫事服務機構執行等規範。
2. 獎勵計畫評核指標特優級且平均每人 VC-AE 差值 $>275$  點者，由原每會員 275 點調整為每會員 275 元，及修訂評核指標達成情形，調升輔導級及不支付等級之得分。
3. 新增偏遠地區參與診所績效獎勵費，獎勵偏遠地區診所之指標達良好級其績效獎勵費每點支付金額 1 元計算。
4. 檢討評核指標得分閾值及內容，以提升照護品質。

(二)醫療院所應於計畫公告 3 個月內，向分區業務組提出參與計畫書面申請及會員收案。

### 三、109年C肝全口服用藥使用進度（109年1月業務執行報告P.7-8更新數字資料）

(一)109年度全民健康保險醫療給付費用總額，於醫院總額編列「C型肝炎藥費」專款47.6億元，西醫基層總額4.06億元，其他預算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30億元，合計81.66億元，預計至少可供5萬多人治療。

(二)自109/1/1起，C肝全口服用藥Epclusa、Harvoni及Sovaldi之每人總療程支付藥費調降至179,760元，給付條件不限肝纖維化程度，其他藥品尚未調降支付價，限給付於肝纖維化F3以上。

(三)109/1/1至109/2/19間之C型肝炎全口服用藥使用情形：

#### 1. 各分區用藥人數分布：

分區別	醫院		診所		總計	
	人數	占比	人數	占比	人數	占比
臺北	1504	14.8%	298	2.9%	1,802	17.7%
北區	1068	10.5%	178	1.7%	1,246	12.2%
中區	2,201	21.6%	174	1.7%	2,375	23.3%
南區	2,474	24.3%	323	3.2%	2,797	27.5%
高屏	1635	16.1%	138	1.4%	1,773	17.4%
東區	163	1.6%	23	0.2%	186	1.8%
總計	9,045	88.9%	1134	11.1%	10,179	100.0%

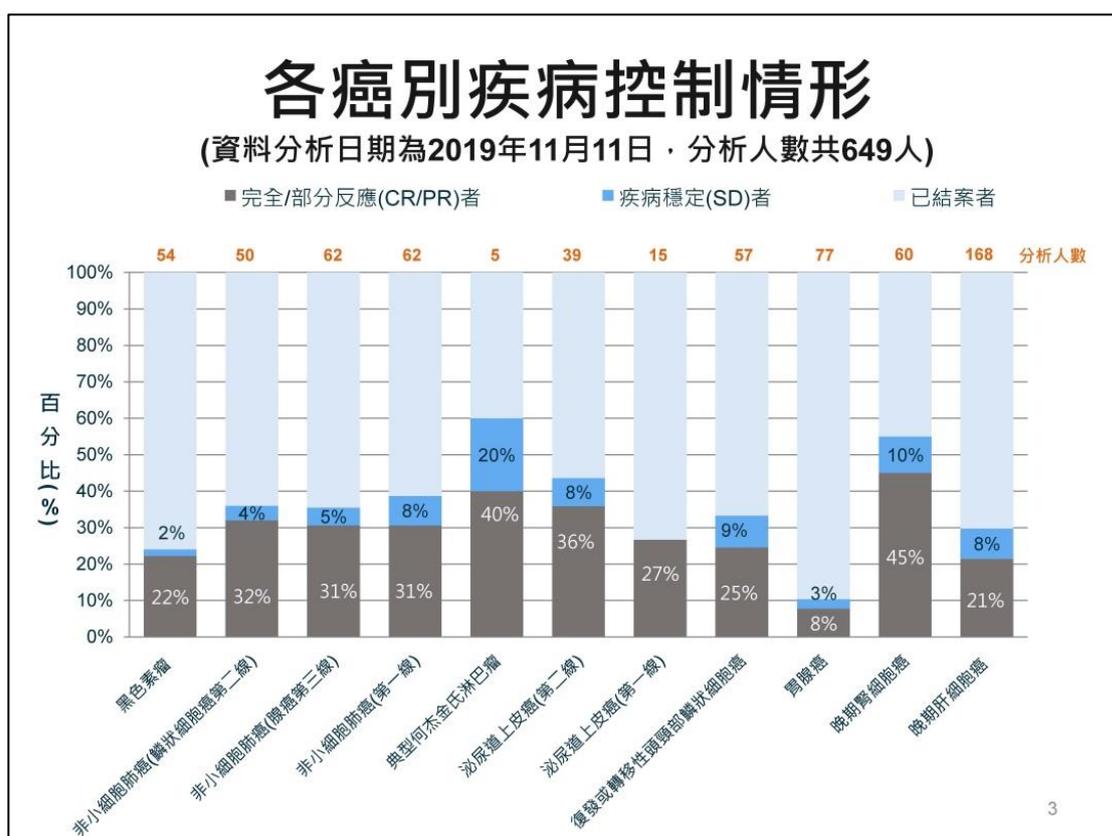
#### 2. 用藥患者肝纖維化程度分布：

分組別	醫院		診所		總計	
	人數	占比	人數	占比	人數	占比
肝纖維化 F3 以上	1365	13.4%	127	1.2%	1492	14.7%
F4	517	5.1%	26	0.3%	543	5.3%
F3	848	8.3%	101	1.0%	949	9.3%
肝纖維化 F2 以下	7,680	75.4%	1,007	9.9%	8,687	85.3%
F2	1,787	17.6%	234	2.3%	2021	19.9%
F1	2,495	24.5%	342	3.4%	2837	27.9%
F0	3,399	33.4%	431	4.2%	3830	37.6%
總計	9,045	88.9%	1134	11.1%	10,179	100.0%

註：人數總計係以歸人計算，因有1位病患於此區間至不同醫療院所就醫，檢測出之肝纖維化值有差異，導致醫院之各組肝纖維化值人數合計與總計不同。

#### 四、癌症免疫新藥給付評估初步成果（109年1月業務執行報告 P.9）

- (一)癌症免疫新藥自 108 年 4 月開放給付於黑色素瘤、肺癌、何杰金氏淋巴瘤、頭頸癌、泌尿道癌、胃癌、肝癌與腎癌等 8 種癌別，其中胃癌與肝癌的給付比其他國家為早。
- (二)由於癌症免疫新藥多數適應症為以二期臨床試驗的少量數據加速審查上市，在療效與安全上仍有很大不確定性，因此本署也建置了登錄系統，蒐集患者實際治療效益。截至109年1月20日止，健保已核定1,498名個案使用免疫新藥。
- (三)根據本署分析蒐集之真實世界證據，初步統計發現用藥反應為完全/部分反應 (CR/PR)者平均約26%（如下表），效果不如預期，本署將再尋求醫療專業探討是否調整給付範圍與藥物給付協議。
- (四)同時，本署也已討論通過將癌症免疫藥品用藥前的PD-L1檢測納入給付，期望能利用真實世界資料落實推動精準醫療，務求讓免疫新藥用在有效益的族群上。



五、108年醫院總額之醫療服務成本改變率預算用於支付標準調整，除手術分項外，其餘將自109年1月1日生效，重點說明如下：(108年12月業務執行季報告P.1)

(一) 預算來源：108年醫院總額「醫療服務成本指數改變率」預算43.942億元，協定事項為12億元用於調升急重難症等相關支付標準。

(二) 支付標準調整合計約增加43.28億點，調整重點摘要如下：

1. 調整手術分項：由原13項調整為18項，約增加0.54億點，本項已公告自108年3月1日生效。
2. 106年重症60億已調整支付標準項目，其關聯項同步調整：計20項，約增加3.30億點。
3. 106年重症60億未調整支付標準項目及其關聯項：計96項，約增加3.26億點。
4. 歷年未調整或調整2次以下之手術及處置項目：手術項目計254項，處置項目計43項，約增加0.87億點。
5. 住院診察費支付點數調升13.5%並增列75歲以上老人加成20%：約增加27.92億點。
6. 地區醫院夜間門診診察費加成10%，約增加1.21億點。
7. 急診診察費增列「其餘專科醫師診治6歲以下兒童急診診察費得加計50%」：約增加0.87億點。
8. 麻醉費（含麻醉恢復照護費、麻醉前評估）調整為「提升兒童加成」項目：約增加0.56億點。
9. 急性一般及經濟病床住院護理費（含精神病床）支付點數調升3%：約增加4.75億點。

## 貳、承保業務(109年1月業務執行報告P.10，內容補充如劃線處)

### 一、投保單位數統計

投保單位數統計：108年12月投保單位約92.6萬家(含社福外勞單位20.6萬家)，較去年同期增加1.8萬家，成長2.00%，其中以第一類第二目增加約1.3萬家佔最大宗，其次為第一類第三目增加約0.5萬家。

### 二、保險對象人數統計

保險對象約2,402萬人，與去年同期比較外來人口增加約2.3萬人(屬工作人口約2.1萬人)，連同國人合計增加約7.2萬人。

### 三、平均投保金額統計

108年12月第一類至第三類平均投保金額為38,837元，與107年同期平均投保金額成長率為1.99%，較107年與106年同期相較之成長率3.10%低。係受107年初最低基本工資調漲、軍公教人員薪資調整，及第二、三類最低投保金額調漲之影響。

## 參、保險財務業務

### 一、現金收支情形(108年12月業務執行季報告P.7)

108年截至第4季保費收入6,208.57億元，醫療費用支出6,542.69億元，其他收支淨餘161.56億元，收支餘額短絀172.56億元；另歷年截至108年第4季收支累計餘額1,449.61億元。

### 二、權責收支情形(108年12月業務執行季報告P.7)

108年度截至第4季，保費收入6,096.85億元、保險給付6,560.48億元、呆帳費用46.98億元、其他收支相抵結餘174.01億元，合計保險收支淨短絀數336.60億元，依法收回安全準備填補短絀，收回後安全準備餘額為1,772.80億元，折合約3.24個月保險給付。

### 三、直轄市政府欠費情形(109年1月業務執行報告P.17)

- (一) 截至109年1月底，高雄市政府101年以前健保費補助款欠費34.76億元。
- (二) 高雄市政府已提還款計畫，預計於110年清償完畢，截至108年度皆落實還款計畫；109年度應償還22.38億元，於109年1月底前已撥付20.38億元(含108年底撥付數0.81億元)，餘2億元預計於7月撥付。

## 肆、醫療業務

一、108年健保總額全年預算為7,153億元，預算成長率為4.417%。(內容補充如劃線處)

二、醫事機構家數：**(109年1月業務執行報告 P.30)**

108年12月底有21,435家，特約率92.57%，較11月增加17家院所(西醫醫院增加2家、中醫醫院持平、西醫診所減少2家、中醫診所增加14家、牙醫診所增加3家)。

三、醫療費用申報：**(108年12月業務執行季報告 P.26-27)**

(一)總費用點數

108年第3季為1954.3億點、成長率為5.83%，各總額部門成長在3%-9%之間(醫院6.15%、基層5.39%、牙醫3.15%、中醫8.89%)。

(二)醫院：

108年第3季為1322.9億點、成長率為6.15%，分析如下：

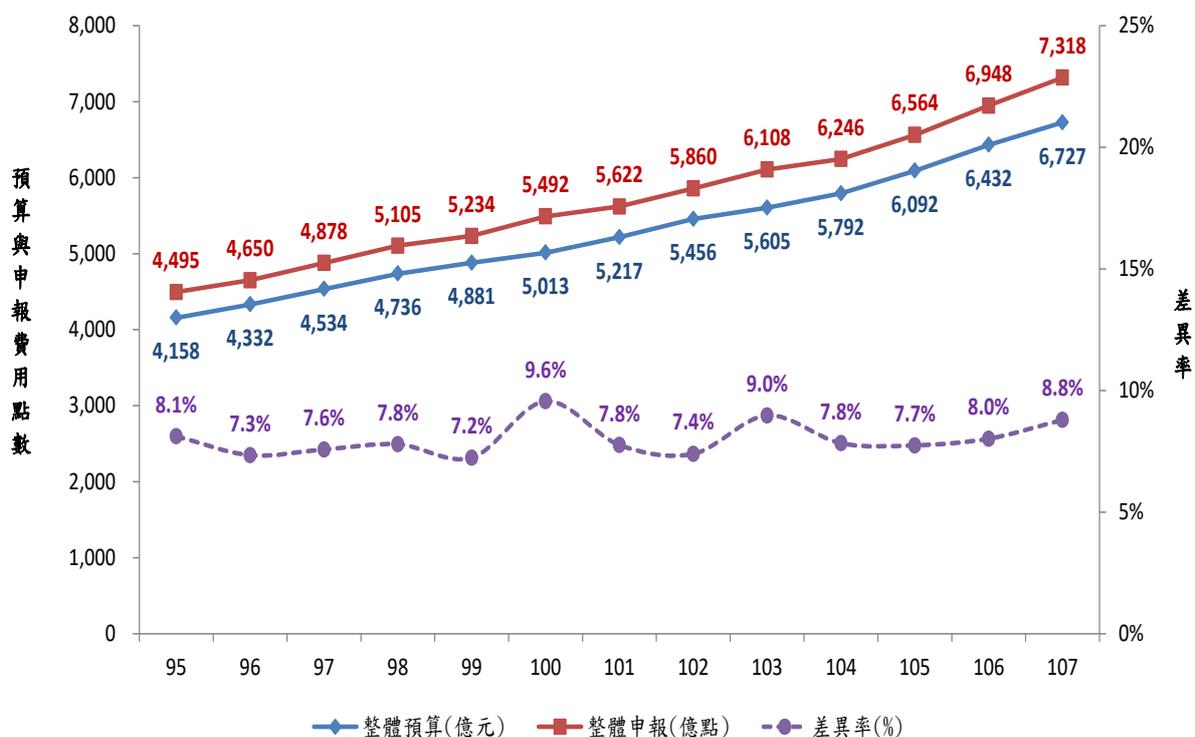
1. 門診：為藥費成長貢獻最大(占增加點數之50.9%)，係因108年增編C(65億元)、新藥(19億元)..等預算影響。
2. 住診為病房費成長貢獻最大(占增加點數之17.9%)。

(三)基層：

108年第3季為305.1億點、成長率為5.39%。

四、歷年總額預算與申報點數\_四大總額合計(不含其他部門)(內容補充如劃線處)

2006年至2018年，四大總額部門(醫院、基層、中醫、牙醫)之院所申報醫療點數與預算差異率大約介於7-9%，本署將致力於消除重複醫療部分，也請醫界需要加強努力，讓點值能朝向一點一元前進。



五、106年至108年第2季各總額部門平均點值，尚稱穩定(108年12月業務執行季報告 P.35)

別 年季	總額				
	牙醫	中醫	西醫基層	醫院	門診透析
106年	0.9475	0.9495	0.9648	0.9348	0.8486
106年第1季	0.9595	0.9515	0.9814	0.9375	0.8248
106年第2季	0.9388	0.9538	0.9604	0.9438	0.8521
106年第3季	0.9298	0.9202	0.9461	0.9295	0.8470
106年第4季	0.9619	0.9724	0.9714	0.9283	0.8703
107年	0.9489	0.9305	0.9585	0.9274	0.8512
107年第1季	0.9382	0.9366	0.9441	0.9223	0.8223
107年第2季	0.9478	0.9349	0.9725	0.9310	0.8577
107年第3季	0.9520	0.9278	0.9577	0.9287	0.8620
107年第4季	0.9575	0.9227	0.9598	0.9276	0.8627
108年第1季	0.9595	0.9100	0.9682	0.9345	0.8577
108年第2季	0.9578	0.9137	0.9822	0.9346	0.8547

註：4大總額部門及透析預算平均點值約為0.93

## 伍、業務推動主題摘要-108年1-10月分級醫療執行情形(108年12月業務執行季報告

### P.155-169及內容補充如劃線處)

#### 各層級轉診就醫情形

##### 一、總就醫次數申報及各層級占率變化情形

108年1-10月較去年同期，醫學中心就醫占率從10.64%減少至10.14%，區域醫院就醫占率從15.08%降至14.37%；地區醫院就醫占率由約10.18%增加至10.73%，基層院所就醫占率由64.11%增加至64.76%。

單位：千件

總就醫次數	107年1-10月		108年1-10月	
	值	占率	值	占率
合計	251,934	100.00%	249,040	100.00%
醫學中心	26,796	10.64%	25,250	10.14%
區域醫院	37,986	15.08%	35,799	14.37%
地區醫院	25,649	10.18%	26,715	10.73%
基層院所	161,503	64.11%	161,276	64.76%

##### 二、轉診案件申報情形(以接受轉診端分析)：

108年1-10月總轉診案件2,949千件，占總就醫件數比率1.18%(去年同期為0.95%)。其中轉診至醫學中心就醫1,131千件，占該層級就醫件數比率4.48%(去年同期為3.74%)；轉診至區域醫院就醫1,241千件，占該層級就醫件數比率3.47%(去年同期為2.87%)，轉診至地區醫院402千件，占該層級就醫件數比率1.50%(去年同期為1.06%)；轉診至基層院所175千件，占該層級就醫件數比率0.109%(去年同期為0.014%)。

單位：千件

接受院所層級	107年1-10月		108年1-10月	
	值	轉診率	值	轉診率
總就醫次數	251,934		249,040	
轉診案件	2,388	0.95%	2,949	1.18%
<b>醫學中心</b>				
總就醫次數	26,796		25,250	
轉診案件	1,003	3.74%	1,131	4.48%
<b>區域醫院</b>				
總就醫次數	37,986		35,799	
轉診案件	1,090	2.87%	1,241	3.47%
<b>地區醫院</b>				
總就醫次數	25,649		26,715	
轉診案件	273	1.06%	402	1.50%
<b>基層院所</b>				
總就醫次數	161,503		161,276	
轉診案件	22	0.014%	175	0.109%

### 三、上、下轉診支付標準及核付情形

#### 轉診支付標準相關項目給付點數及適用層級

轉診型態			支付點數	申報適用層級	
				醫院	基層院所
上轉	使用電子轉診平台	01036C	250	√	√
	未使用電子轉診平台	01037C	200	√	√
回轉及 下轉	使用電子轉診平台	01034B	500	√	
	未使用電子轉診平台	01035B	400	√	
接受轉診門診診察費加算		01038C	200	√	√

#### 108年Q1-Q3轉診核付概況(依層級別及申報醫令)(單位:醫令量:萬件;核付金額:萬點)

特約類別	下轉及回轉 (01034B、01035B)		上轉 (01036C、01037C)		接受轉診 (01038C)		合計	
	醫令量	核付金額	醫令量	核付金額	醫令量	核付金額	醫令量	核付金額
醫學中心	3.2	1,658.4	-	-	19.5	3,930.1	22.8	5,588.5
區域醫院	3.0	1,515.4	1.2	298.4	16.9	3,453.0	21.1	5,266.8
地區醫院	0.5	256.1	4.2	1,022.4	4.8	977.9	9.6	2,256.4
醫院	6.7	3,429.9	5.4	1,320.9	41.3	8,360.9	53.4	13,111.7
基層院所	-	-	35.9	8,806.1	3.8	767.1	39.7	9,573.1
合計	6.7	3,429.9	41.4	10,126.9	45.1	9,128.0	93.2	22,684.8

註 1.108Q4 預定於 109 年 3 月底完成結算

註 2.108 年「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款預算:醫院總額 6.89 億元，西醫基層 2.58 億元

註 3.轉診案件之轉出及接受轉診院所皆有申報才會核付

註 4.每季結算皆會再檢視前三季是否有需補付案件(ex:108Q4 結算當季，往前檢視 108Q1~108Q3)

電子公文

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部 函

機關地址：11558 台北市南港區忠孝東路6段488號  
聯絡人：賴頡如  
聯絡電話：(02)8590-6666 分機：7383  
傳真：(02)8590-7088  
電子郵件：mdyj318@mohw.gov.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國109年1月30日  
發文字號：衛部醫字第1091660596號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：文字 /

主旨：有關醫院因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情需要，暫時將一般病房改為收治疑似個案之單獨隔離區域，不涉及病床類別及開放使用數變更登記，得由醫院將暫時性隔離區域之規劃相關事宜(含期間、病床類別、所在區域、床數、人力配置概況等)報請貴局備查，並副知本部中央健康保險署及疾病管制署，請查照並轉知所轄醫療機構。

正本：地方政府衛生局

副本：衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部疾病管制署

電子公文交換章  
2020/01/31 09:22:33

