

衛生福利部全民健康保險會
第4屆109年第2次委員會議事錄

中華民國 109 年 4 月 24 日

衛生福利部全民健康保險會第4屆109年第2次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國109年4月24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

何委員語

吳委員國治

吳委員榮達

吳委員鴻來

李委員育家 中華民國全國中小企業總會范行政長秋芳(代理)

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 (提供書面意見)

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 (提供書面意見)

陳委員炳宏

陳委員莉茵

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
盧委員瑞芬
賴委員進祥
謝委員佳宜
羅委員莉婷

肆、請假委員：
鄭委員素華

伍、列席人員：
本部社會保險司
中央健康保險署

本會

盧副司長胤雯
李署長伯璋
蔡副署長淑鈴
李組長純馥
戴組長雪詠
周執行秘書淑婉
洪組長慧茹
邱組長臻麗
陳組長燕鈴

陸、主席：周主任委員麗芳

紀錄：盛培珠、廖尹嫻

柒、主席致詞

各位委員及所有與會貴賓，大家早安！今天很開心看到大家，上個月因為疫情關係，原訂的訪視活動暫延，在此還是要表達對第一線醫護同仁最高的敬意，包括醫院、西醫基層、中醫、牙醫部門，以及辛苦的藥師及護理師。今天大家都能在開會中有口罩戴，藥師公會全聯會黃理事長金舜有很大的功勞，鼓勵所有的藥師朋友參與這一次的防疫工作，再次感謝大家。

當然更要謝謝陳部長時中，在疫情嚴峻期間帶領全民

防疫。其次也感謝健保會幕僚同仁，在周執行秘書淑婉帶領下，包括今天會議座位距離的安排，都盡量遵照中央疫情指揮中心發布之公眾集會的指示。另外，為因應疫情也規劃修正本會重要會議辦理方式，但還是要尊重所有委員的意見。因為疫情關係，今天會議暫定中午 12 點前結束，請大家精簡發言。

捌、議程確認

決定：確認。

玖、請參閱並確認上(第 1)次委員會議紀錄

決定：確認。

拾、上(第 1)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(第 1)次委員會議決議(定)事項辦理情形，擬解除追蹤案(共 6 案)，同意依照幕僚之擬議，解除追蹤。
- 二、因應新冠肺炎(COVID-19)疫情，例行性委員會議依幕僚所擬修正方式辦理，其他各項重要會議(評核/總額協商/費率審議前諮詢會議)，精簡出席人數控制在 100 人以下，照原訂工作計畫進行。惟仍將視疫情發展作滾動式調整。
- 三、請幕僚同仁依據主任委員排定的邀請名單，依序邀請 7 位專家擔任評核委員。
- 四、中央健康保險署提送本會備查之「108 年度全民健康保險基金附屬單位決算」及「110 年度全民健康保險基金附屬單位預算」案，不予備查。
- 五、委員其他意見，送請相關單位參考，餘洽悉。

拾壹、優先報告事項

第一案

案由：衛生福利部「110 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)諮詢案及中央健康保險署「110 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」，請鑒察。

決定：本案請幕僚彙整本會委員關切意見，併同發言實錄與書面意見，提供衛生福利部參考(本會委員關切意見整理如附件一)。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：「109 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告」(併「109 年 2 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。

拾貳、討論事項

第一案

提案單位：本會第三組

案由：109 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

- 一、109 年度地區預算分配比率，R 值為 68%、S 值為 32%。
- 二、同意西醫基層總額自一般服務費用移撥部分經費，作為風險調整基金。至於風險調整基金之金額及用途，授權中華民國醫師公會全國聯合會討論確認後，盡速送本會備查。
- 三、其餘內容依會議資料擬辦文字，請幕僚協助整理(已整理如附件二)。

第二案

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、許委員馥洪、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：近年政府應負擔健保總經費未達法定 36%，建請健保署協助本委員會向行政院彙報說明，依財政狀況撥補 105~108 年政府應負擔健保法定經費之缺口，維繫現行費率適足，持續強化財務案，提請討論。

決議：本案委員意見，送請衛生福利部參考。

拾參、散會：下午 13 時 57 分。

附件一 110 年度「全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」及「全民健康保險資源配置及財務平衡方案」
本會委員關切意見

一、付費者、專家學者及公正人士委員意見：

(一)對 110 年度總額範圍之建議：

1.所擬總額範圍推估金額高達 7,745 億元(低推估)~7,903 億元(高推估)，衡酌目前健保財務狀況及民眾付費能力，包括：

(1)以現行費率 4.69% 推估，110 年度保險收支短絀達 771 億元~928 億元，使財務缺口擴大，終將面對保險費率突破法定上限 6% 的問題。

(2)受 COVID-19 疫情影響，許多產業停滯，無薪假增加，民眾付費能力下降，若此時調漲保費，民眾負擔將雪上加霜，付費者委員建議 110 年度總額零成長。

爰建請行政院核定 110 年總額範圍時審慎考量，總額範圍不宜過高。

2.擬訂年度總額範圍時「付費意願」及「健保財務」是兩項重要的考量因素，但目前係以量出為入做規劃，建議設定總額上下限範圍時，應呈現與「民眾購買力」之關聯性，當購買力下降時，能適度反映總額成長率。

3.所提供民眾付費能力參考指標數值偏高，受疫情影響，許多經濟相關機構紛紛下修 2020 年經濟成長率相關指標數據，建請重新檢討、更新數值。

4.總額預算每年以複數方式滾動成長，基期費用逐年擴大，而歷年總額配合政策投入大量預算，輔以健保大數據分析管理，應有節流成效卻未見列入基期減項，建請合理調整，減輕調漲保費壓力。

5.有關調整因素部分，因低推估所增加預算已高達 219 億元，考量健保資源及付費能力有限，建議調整因素項目之預算編列應審慎，不宜與低推估因素內涵有所重複，且應評估確有必要性，訂有具體執行目標及評估指標，並提供民眾實質照護。

(二)對總額設定公式之建議如下，請納入 111 年度總額設定公式確實檢討：

- 1.總額低推估公式採「投保人口成長率」及「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」為人口參數，然 2019 年我國人口已呈現負成長；且支付標準對於特定年齡亦多有加成給付，是否墊高計算基礎，請予審酌。
- 2.«醫療服務成本指數改變率»之人事費用採用「工業及服務業薪資」及「醫療保健服務業薪資」各半，自我相關性高。近年透過各種輿論與政策(如：四大皆空、護病比提昇等)而影響醫療人員薪資結構，是否加重內生性問題，應予檢討。
- 3.低推估公式已包含各項服務成本變動，及人口老化、疾病型態改變對醫療費用影響之預算。但近年協商因素項目不乏此類，非協商與協商因素之間有否重複計算，需進行檢討。

(三)對 110 年度總額政策目標與調整因素之建議：

- 1.建議政策目標能有具體執行規劃，並設計評量指標，以提升政策目標與部門協商草案之連結。
- 2.有關「建立中長期改革計畫(5~6 年)»乙節，其內涵包括整合公共衛生體系與健保資源，涉及政府政策推動之相關預算，應由政府公部門支應，與健保權責宜有所區分，請主管機關加強單位間之整合與溝通聯繫。

(四)對 110 年度健保資源配置及財務平衡之建議：

- 1.擬訂總額範圍時，應整體考量健保財務收支狀況。近

年財務缺口逐年擴大，且因COVID-19 疫情緣故，國際貨幣基金組織(IMF)大幅下修台灣經濟成長率至-4%，IHS Markit 也下修為-1.6%，中華經濟研究院最新經濟預測為 1.03%，將導致國民所得大幅衰退，建議本案陳報行政院時，應提出 110 年健保整體財務規劃，並事先評估明年調整費率之可能性，以及研議無法調整費率之因應之道。

- 2.有關健保「應提列安全準備來源」，依主管機關解釋之計算方式，將使 105~108 年政府應負擔健保法定下限 36%經費累計減少安全準備約 487 億元，建議依法補正，以期維護付費者權益及費率適足，持續強化健保財務。
- 3.有關醫療費用使用前 20 大疾病，建議健保署能分析其內涵及成因，依資源耗用程度，依序處理各項疾病問題，除有益提昇國民健康外，亦可減輕健保財務負擔。
- 4.目前健保署費用管控項目大多為藥品與檢驗檢查，因手術與醫材使用有相當關聯性，宜加強管理，並關注醫療資源耗用情形。

二、醫事服務提供者委員意見：

(一)對 110 年度總額政策目標與調整因素之建議：

有關「建立中長期改革計畫(5~6 年)」乙節，建議政策制定前應審慎規劃，例如「分年推動藥品給付支付改革」，不宜將研究結果直接納入決策，政策應充分溝通、討論，經各界達成共識後再推行。

(二)對 110 年度健保資源配置及財務平衡之建議：

- 1.健保署分析近 10 年健保醫療點數成長原因，其中 65 歲以上人口及重大傷病患者對醫療費用成長貢獻度高，相對編列於總額中之金額是否合理？又近年重大

傷病醫療費用快速成長，建議對其醫療利用及相關法規進行檢討。

2. 依我國平均每人經常性醫療保健支出(CHE)與平均每人GDP數據顯示，相較其他OECD國家，國內醫療保健支出尚有增加空間。
3. 考量健保財務不佳，調漲保費亦有困難，建議政府應承擔更多責任，若有涉及疾病防治、預防保健、社會福利政策等項目，宜由公務預算支應，提升公部門支出占比。

附件二 109 年度西醫基層總額一般服務地區預算分配方式

一、一般服務(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 105.2 百萬元)地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.預算 68%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態後保險對象人數(R值)」，32%依西醫基層總額支付制度開辦前一年(89 年)各地區實際發生醫療費用(S值)比率分配。

2.同意西醫基層總額自一般服務費用移撥部分經費，作為風險調整基金。至於風險調整基金之金額及用途，授權中華民國醫師公會全國聯合會討論確認後，盡速送本會備查。

二、所涉執行面及計算(含風險調整基金)等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之，其中風險調整基金執行方式請送本會備查。

第 4 屆 109 年 第 2 次 委員 會議
與 會 人 員 發 言 實 錄

壹、「議程確認」、「請參閱並確認上(第 1)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，好久不見。委員出席人數已經過半，達法定開會人數，敬請主席宣布開會。

周主任委員麗芳

一、各位委員、健保署李署長伯璋、蔡副署長淑鈴、社保司商司長東福及所有與會貴賓，大家早安，大家好。今天很開心看到大家，上個月因為疫情的關係，原訂的訪視活動暫延，在此還是要表達對第一線醫護同仁最高的敬意，包括醫院、西醫基層、中醫、牙醫部門，以及最辛苦的藥師及護理師。今天大家都能在開會中有口罩戴，藥師公會全聯會黃理事長金舜有很大的功勞，鼓勵所有的藥師朋友參與這一次的防疫工作，再次的感謝大家。

二、當然也要謝謝陳部長時中，在疫情嚴峻期間帶領全民防疫。其次也要感謝健保會幕僚同仁，在周執行秘書淑婉帶領下，包括今天會議座位距離的安排，希望盡量遵照中央疫情指揮中心發布之公眾集會的指示。另外，為因應疫情，等一下也會討論，包括評核會議的時間調整、出席人員數的管控等，這部分還是要尊重所有委員的意見，等一下大家再充分討論。

三、因為疫情關係，今天會議暫定中午 12 點前結束，因為無法在會議中用便當，請大家精簡發言，會議開始，謝謝。

同仁宣讀

周執行秘書淑婉

一、本次議程安排優先報告事項有 2 案，第 1 案是衛生福利部「110 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)諮詢案，其中也包括健保署一起報告「110 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」。第 2 案是健保署「109 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告併本年 2 月份業務執行報告」，本次

為口頭報告。討論事項有 2 案，第 1 案為「109 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」，該案為 108 年度工作計畫延至今年討論的議案，第 2 案為委員的提案。

二、本次因應疫情縮短會議時間，剛剛主席也提到希望會議在 12 點前結束，所以會議資料都已先請委員事先審閱，並於會議 3 天前提供書面意見，幕僚彙整委員意見後，請健保署與社保司預做準備與回復，整理成補充資料 2 放在委員桌上，昨天也同步以電子郵件寄給委員，敬請委員參閱。另外，因為今天大家都戴口罩，發言時請放大音量，讓麥克風比較好收音，以上報告。

周主任委員麗芳

委員如果沒有意見的話，議程確認，請進行會議紀錄確認。

同仁宣讀

周主任委員麗芳

請問委員對上次會議紀錄有無意見？(未有委員表示意見)會議紀錄確認，請進行下一案「上(第 1)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」。

貳、「上(第 1)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

委員會議前書面意見及相關單位回復如附件一(詳第 25~27 頁)

同仁宣讀

周執行秘書淑婉

本案資料因為都已請委員事先審閱，今天就不做細項報告，僅針對幾項重點向委員說明：

- 一、說明二，有關本會依中央流行疫情指揮中心公布「COVID-19(Coronavirus disease 2019，新冠肺炎)因應指引：公眾集會」規定之防疫措施，對後續相關會議辦理方式規劃視疫情發展預做修正。委員都已事先看過了，趙委員銘圓在會前有提出意見，幕僚也於說明欄中回應，將視今天會議討論結果，若仍決定按照原定工作計畫辦理，也會調整會議辦理方式，精簡出席人數在 100 人以下，並視疫情發展作滾動式調整。
- 二、趙委員銘圓提到評核委員的產生方式，幕僚已依上次委員會議決定，報告委員對評核委員推薦名單的票選結果，並將依今天的決議，按照最後確認的邀請名單依序邀請。
- 三、說明五，依據全民健康保險法施行細則(下稱健保法施行細則)第 3 條規定，健保署函送「108 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告」及「110 年度全民健康保險基金附屬單位預算書」，請本會備查。幕僚分別擬具相關分析報告，先行寄送委員參閱並請委員提供書面意見，干委員文男有提出書面意見，請健保署於會中回應。

周主任委員麗芳

請問各位委員有無意見？請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

因為我們都已先提供書面意見，不知道主席對評核委員的邀請名單，要按照什麼方式處理？大家之前的共識是希望用票選的方式，然後按照票選高低來處理，但沒聽到主席最後的裁示，是否請主席

說明處理方式。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

同意趙委員銘圓的意見，希望評核委員按照票選高低結果來邀請。另外，請委員參閱會議資料第 35 頁，有關上次委員會議決議(定)事項辦理情形，項次 5「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」，上次會議我們也建議，希望依照健保法立法意旨，所有的醫療院所都要公布財報，時間已經這麼久，若有辦法做到就要做到，若短時間無法做到，也應將期程訂定出來讓委員瞭解，因為很多人都在詢問，健保的資源耗用與其有無直接的關係，因為健保法早有規定，健保署應訂定具體的實施期程。

周主任委員麗芳

有關上次委員會議決議(定)事項辦理情形追蹤，因為時間關係，本次不進行報告，請參看辦理情形。

陳委員炳宏

針對解除追蹤事項補充說明，請委員們參閱會議資料第 34 頁，有關上次委員會議決議事項追蹤辦理情形，對於去(108)年 12 月 27 日委員會議有決議，請健保署提供財務收支情形表時，是否「依『主管機關』及『委員依據健保法規定』之對比方式，計算政府應負擔健保總經費 36% 不足數部分，供委員作為監理上的使用」進行追蹤，但目前該案在追蹤表中消失了，請說明該案的追蹤程序。健保署雖然提供一份資料表，但該表仍是如出一轍的格式，僅提供主管機關之計算方式，仍未提供「主管機關」及「委員依法主張」之兩造對比方式！我們花那麼多心血討論，就是希望能釐清健保持續經營的價值，也就是我們健保安全準備的價值。因此，建議上述追蹤案，依程序應予回歸。

周主任委員麗芳

一、請問委員有沒有其他意見？(未有委員表示意見)。有關趙委員

銘圓、干委員文男詢問評核委員最終的產生結果，依據評核委員產生的程序，感謝各位委員的票選，已經有第 1 輪的建議名單，身為主任委員請各位委員放心，今天所公布的第 1 輪票選結果，絕對是重要參考依據。今年評核作業方式新增由付費者代表推薦評核委員人選，付費者代表的聲音絕對不會缺席，這部分請各位委員放心，這是我考量的第 1 個原則。第 2 個原則是有關評核委員的推薦，有總額部門推薦、有付費者代表推薦，援例將考量彼此間的衡平性做處理。請趙委員、干委員及全體委員盡量放心，我一定會秉持公開透明的原則處理。不過依照往例，在正式評核會議前，不能正式對外公布這 7 位評核委員的名單，以免對評核委員造成干擾，這部分先跟全體委員說明，各位票選的第 1 輪名單，我會做為重要的參考依據。

二、有委員問到健保署相關業務的執行情形，請健保署補充說明。

蔡副署長淑鈴

干委員文男提到有關健保基金預決算的部分，請財務組陳副組長美杏說明。

陳副組長美杏

一、有關 108 年度健保基金附屬單位決算書第 8 頁提及截至 108 年 11 月底各級政府對特定弱勢民眾補助健保金額 239.1 億元，是否有列入計算政府應負擔健保總經費法定下限 36% 的計算基礎？說明如下：針對政府應負擔健保總經費法定下限 36% 的計算基礎，是依照健保法施行細則第 45 條規定，前開規定有 3 款，第 1 款是有關投保單位負擔保險費，第 2 款是有關政府依健保法第 27 條及其他法律規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費，第 3 款是有關育嬰留職停薪期間保險費補助。

二、決算書裡提到的部分，跟第 2 款規定之對象尚非完全一致，這裡所述中央與地方政府基於政策對於弱勢民眾的保險費補助，若符合第 2 款規定就有納入，所以是部分納入，不是全部直接納入。

三、另委員關心 110 年度健保基金附屬單位預算書第 43 頁，有關保險對象人數成長率 0.15% 是如何計算？說明如下：依照健保法第 8、9 條規定，保險對象分為本國和非本國人口，本國人口的部分，係考量全國人口成長趨勢，參考國發會報告推估；非本國人口，則是按照投保人口的歷史資料來推估。彙整以上推估假設之後，成長率就是 0.15%。

李專門委員淑芳

一、主計室報告，有關干委員文男詢問健保聯合門診中心已經結束營運，為何 108 年度決算報告第 22、23 頁仍有相關金額呈現？因為臺北聯合門診中心的信義路門診營運是至 106 年 10 月 31 日為止，其還留有以前年度的資本公積、累積剩餘資金，大概 2.9 億元，要保留配合處理門診中心申報醫療費用的追扣補付、醫療糾紛與民事訴訟的未了案件。

二、本期剩餘 85 萬 4,420 元，是剩餘資金存放在銀行的孳息收入。108 年底還有未分配的剩餘約 290 萬餘元，會配合預算編列期程辦理繳庫，以上說明。

周主任委員麗芳

謝謝健保署的說明，請周執行秘書淑婉補充。

周執行秘書淑婉

剛剛陳委員炳宏提到計算政府應負擔健保總經費 36% 不足數，未列入今天的追蹤事項，應該要繼續追蹤，向委員說明，那是去年 12 月份委員會議的決議，已在今年第 1 次委員會議追蹤其辦理情形，並決議繼續追蹤，因為本會是每半年對歷次委員會議未結案件進行追蹤，本次會議只針對上次委員會議決議定事項進行追蹤。

陳委員炳宏

謝謝周執行秘書淑婉的說明與回復，我要說明去年 12 月 27 日委員會議所建議的內容是有階段性、週期性、逐期更新該表資料，提供給委員們會議討論，它的使用頻率，是比「半年追蹤一次」更高！

周執行秘書淑婉

所以今天健保署在健保基金決算報告中，已經將這部分列進來。

陳委員炳宏

- 一、除了追蹤週期及提供資料內容有意見，似乎也跟我們程序不一致，且當時並沒說要解除追蹤，抱歉，給周執行秘書淑婉增添困擾。謝謝健保署剛剛的回答，有關政府應負擔總經費 36% 的部分，剛健保署說明所引用的法條是健保法施行細則第 45 條，但對健保法第 2、3、76 條第 1 項的規定，健保署有沒有什麼解釋？似乎都講得很含糊。關於追回政府應負擔總經費 36% 的議題，102、103 年也曾經發生過，我們那時候是不是也努力爭取回這筆經費至少 489 億元，請問各位最後的受益者是誰？是不是讓健保署在運作上，能有更多的財力資源，使營運更順暢？但現在健保署卻用健保法施行細則第 45 條回應我們？這跟健保法第 76 條第 1 項規定計算「應提列安全準備來源」有什麼關係？我覺得這樣回應不妥。
- 二、若要講簡明一點，他們取巧的方式是什麼？在計算政府應負擔總經費的 36% 時，是採用對政府有利的，在收入面或支出面之間，取較小值來計算政府應負擔 36%！怎麼會這樣？大家皆知，憲法保障人民的權益，應是對人民做有利之法律解釋，就算我們不用憲法，回歸健保法第 2、3、76 條第 1 項明明規範得很清楚(保險經費 = 「給付支出」 + 「應提列或增列之安全準備」)，就是應該在收入面或支出面之間取較大值，大家既然清楚，那麼本案是不是要繼續追蹤？我們也沒說要即時還款，仍有考量政府財政能力，但最近政府推出的紓困方案超過 1 兆規模，相較我們這次請求回補安全準備的金額，也沒有佔到該紓困經費的 5%？我想請教大家，政府如果能撥補這項金額，對未來醫療資源的運用上是否有更加充裕，醫界代表委員是否應該更支持我們？以上說明希望大家更能清楚體會，謝謝！

周主任委員麗芳

謝謝陳委員炳宏，您關切的事項並沒有解除追蹤，仍繼續追蹤中，這點請委員放心，請何委員語。

何委員語

- 一、我呼應趙委員銘圓對於評核委員產生方式的建議，雖然排定評核委員邀請名單是主任委員的權責，但今年付費者代表委員非常重視評核委員的組成。我之前還請大家一起推薦滕委員西華跟謝律師天仁，謝律師請我們改推薦吳委員榮達，我們希望今年能有代表付費者的人選擔任評核委員。
- 二、我有聽到消息，去年在最後討論評核結果的內部會議時，主任委員一直請評核委員依您的意旨來做最後決定，因此付費者代表無法放心，今年希望主任委員尊重所有評核委員的意見決定評核結果，這是我的建議。

周主任委員麗芳

謝謝何委員語的建議，我先做兩點回應：

- 一、我剛才已經重申，今年新增付費者代表推薦人選可以擔任評核委員的規定，大家的意見我都有聽到，因此今年的評核委員中，付費者代表推薦的人選一定不會缺席。
- 二、何委員語提到，去年評核有請評核委員依主任委員的意見評核的傳聞，我想這其中一定是有所誤解，因為會議全部都是共識決，不可能由主任委員獨斷，我個人本身也不會做這樣的事情，所以我在此必須鄭重澄清，也請不要再以訛傳訛，希望到此為止。請干委員文男。

干委員文男

- 一、我要呼應剛才陳委員炳宏所提出的財務問題，這一次疫情也算是國家的一個轉機，感謝陳部長時中，他很打拼，李署長伯璋也很努力，本次會議陳委員炳宏再次提出政府撥補 36% 不足的問題，我想關於健保財務，本會委員是站在健保署跟付費者的立場，向政府爭取撥足 36% 不足款項。
- 二、今天商司長東福也在會場，目前政府針對疫情有很多特別預

算，希望藉著此機會爭取特別預算回補之前政府撥補款的不足，這樣日後就沒有這些 36%撥補不足差額的問題，以後就依法撥足即可。

三、報章雜誌報導因應疫情政府所編列的特別預算高達 1 兆多，但我想之後還是會再增編相關預算，希望署長向部長報告，在立法院爭取補足之前政府 36%撥補不足的預算，這樣對疫情、對老百姓都好。今年總額協商會議後就要討論健保費率，民眾賺不到錢又要面臨費率調整的壓力，付費者代表也不是不能接受調漲費率，但是現在真的不是一個好時機，若能夠爭取特別預算挹注，至少能再撐 1 年，若能再撐 1 年，事情就好解決，我們也樂意見到這個好的結果。

周主任委員麗芳

請吳委員榮達。

吳委員榮達

請看到會議資料第 77 頁(5)「政府應負擔健保總經費法定下限 36% 差額」，內容提到截至 108 年底，待撥付款項為 403 億元，想要請教目前是否已經撥付，若尚未撥付，則未撥付的理由是什麼？

周主任委員麗芳

還有沒有委員要垂詢？(未有委員提出詢問)請健保署說明。

陳副組長美杏

有關吳委員榮達詢問 108 年底政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足之差額待撥付款為 403 億元部分，說明如下：過去針對政府應負擔健保總經費法定下限 36% 差額之計算方式，經行政院協商確立後，本署即按照主管機關解釋辦理。因此從 105 年迄今，各年度政府實際撥付款都持續增加中，從 102 年至 108 年合計應撥付 3,492 億元，截至 108 年底已撥 3,089 億元，待撥數 403 億元，待撥數已於 109 年 1 月份撥付補足。

周執行秘書淑婉

補充說明幕僚針對 COVID-19 疫情預作因應規劃的部分：

- 一、原先所提出年度重要會議的調整規劃，包括年度評核會議縮短為 1 天，及費率審議會議不邀請委員等等，趙委員銘圓於會前提出「應依照原定工作計畫辦理」之書面意見。
- 二、若委員今天討論決議要依照原定工作計畫辦理，則幕僚會改依回復趙委員銘圓意見的說明內容，改以精簡出席人數、參與人數限縮在 100 人以下等方式辦理。

周主任委員麗芳

感謝周執行秘書淑婉的說明，周執行秘書跟健保會同仁用心良苦，以評核會來說，會議調整成 1 天以及縮減參與人數，是希望盡量減少委員暴露風險的機會。考量很多委員都住在中南部，如果舉辦 2 天會議就需要住宿，為了大家的安全，才做這樣的調整。不知道各位委員是否同意健保會同仁的安排，這也是為因應疫情而做調整，請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、先針對評核委員的部分，主席的說明我還是聽不太懂，主席說尊重大家投票結果，又說有保密的必要，還有一個自己的原則，這樣聽下來，好像沒有要按照大家票選後的共識來處理，這部分我是真的不能認同。既然全部委員，不管是醫界、付費者代表委員都有按照規矩投票，投票結果也是公平、公正、公開，因此我認為評核委員依照票選結果依序邀請也是應該的，怎麼還會有保密的問題？我實在無法理解。
- 二、有關因應疫情縮減相關會議部分：
 - (一)評核會本來就是依委員意願自由參加，並沒有強制性，在座各位都參與過評核會，原本 2 天的議程已經非常緊湊，縮短為 1 天等於要評核委員通通不用評論，1 個場次只留個 10 分鐘給評核委員，這樣評核會將流於形式，因此我反對縮短。雖然我不是評核委員，但我覺得評核會是醫界呈現努力成果，及各界提出改善建議與期許的重要平台及管道，不該就此偏廢。

(二)其他重要會議參加人數並不多，大約在 50 人以下，若連費率審議會議都不讓委員參加，只聽專家學者的意見，等於在限縮委員的實質參與，並不恰當。

周主任委員麗芳

謝謝趙委員銘圓，其他委員針對評核會議進行方式還有沒有其他意見？請干委員文男。

干委員文男

我贊同趙委員銘圓的看法，還是照原計畫舉辦 2 天會議，每個評核委員都很認真，相關資料也都要看很久，我知道何委員語曾擔任評核委員，光看資料就看到流眼淚，如果評核委員看完所有書面資料後，卻連詢問的時間都沒有，就失去評核的意義，我附議趙委員銘圓的意見。

周主任委員麗芳

請問其他委員有無意見？請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

希望大家能考量剛剛趙委員銘圓、何委員語及干委員文男用心良苦的建議，讓整個評核制度更加公允，我不要求公平，但求公允。

周主任委員麗芳

請林委員錫維。

林委員錫維

我也不認同評核會議縮短成 1 天，建議還是照往例辦理。因為參與評核的委員也不多，只有 7 位，但每位評核委員都用心良苦，要看那麼多資料，以前評核委員只有評論 5 分鐘，不超過 10 分鐘，若縮短為 1 天，每個評核委員評論不到 3 分鐘，那要辦評核會議做什麼嗎？既然要辦，就要讓評核委員能夠充分表達，現在縮短為 1 天，時間明顯不夠，我贊同其他委員的意見，建議維持原來規劃的時程。

周主任委員麗芳

一、有關於評核會議，依剛剛幾位委員表達意見，就按照原定工作計畫進行，但精簡會議出席人數於 100 人以下，後續再依據疫情發展做滾動式調整。

二、本案做以下決定：

(一)上次委員會議決議(定)事項辦理情形，擬解除追蹤案共 6 案，同意依照幕僚之擬議，解除追蹤。

(二)因應新冠肺炎疫情，重要會議及評核會議的進行方式如同剛剛所提，就不再贅述。

(三)請幕僚同仁依據主任委員排定的邀請名單，依序邀請 7 位專家擔任評核委員。

(四)中央健康保險署提送本會備查之「108 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告」及「110 年度全民健康保險基金附屬單位預算書」，准予備查。

(五)委員其他意見，送請相關單位參考，餘洽悉。

三、接下來進行下一案。(陳委員炳宏舉手表示要發言)請陳委員炳宏。

陳委員炳宏

對不起，請問現在決定要讓「108 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告」及「110 年度全民健康保險基金附屬單位預算書」准予備查嗎？

周主任委員麗芳

對，准予備查，因為剛剛沒有委員提出意見。

陳委員炳宏

抱歉，本案似乎沒有在議程中被討論，可以讓我補充嗎？

周主任委員麗芳

好。

陳委員炳宏

- 一、請先看這本綠色封面的 108 年決算報告，以第 31 頁的安全準備決算數 1,772.8 億元為例，依這本 108 年決算報告，政府撥補 36% 不足數的推算邏輯是比照過去年度採用衛福部計算方式，因此政府 105~108 年未依法而短編之 36% 不足數，分別為 45 億元、103 億元、157 億元、182 億元，總共短編 487 億元。
- 二、108 年決算報告所列安全準備 1,772.8 億元，應該還要加上政府短編數 487 億元，108 年底安全準備餘額實際上應約 2,260 億元，1,772.8 億元及 2,260 億元間落差實在太大，並影響後續 110 年預算報告有關安全準備累積數，我們怎麼能准予備查？
- 三、本委員會如果大家都一起支持，我只能說很對不起，沒辦法備查。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、今天開會到現在並沒有針對「108 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告」及「110 年度全民健康保險基金附屬單位預算書」提出完整報告，既然如此，主席怎麼會直接同意備查呢？我們沒有進行相關的討論，剛剛只針對追蹤事項進行討論而已。
- 二、若需要同意備查，則「108 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告」及「110 年度全民健康保險基金附屬單位預算書」應該要單獨進行討論才對，今天沒有進行相關討論，主席就要裁定備查，我聽了覺得有些納悶。

周主任委員麗芳

請周執行秘書淑婉補充說明。

周執行秘書淑婉

- 一、向委員報告，因為本案(108 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告及 110 年度全民健康保險基金附屬單位預算書)是依法

備查，歷年都只在重要業務報告內呈現，並沒有單獨提列做報告案。

- 二、我剛才口頭有特別說明，幕僚已事先將擬具決算及預算分析報告寄送給委員，並請委員提出書面意見，會前只收到干委員文男提出的書面意見，因此請健保署針對干委員文男的意見提出回應，健保署同仁剛才也在會上回應了。

周主任委員麗芳

- 一、請委員看到議程資料第 24 頁第五項，剛剛周執行秘書淑婉口頭報告時，已特別將這點提出來向委員說明。
- 二、我知道陳委員炳宏的意見是「不予備查」，所以修正決定，既然委員有意見，我們就不予備查，本案結束，請進行下一案。

盧委員瑞芬書面意見

109 年度各部門總額一般服務費用之地區預算分配的重點摘錄，待西醫基層確認後，除原有資料外，建議加列以下資訊，使資訊更加完整。之後再請提供完整的中醫、牙醫、西醫基層及醫院總額的重點摘錄表，加列資訊如下：R 值、人口風險因子中年齡性別占率及標準化死亡占率。

總額別	R 值	人口風險因子		風險調整 基金	執行方式
		年齡性別占率	標準化死亡占率		

委員意見	相關單位說明
<p>趙委員銘圓</p> <p>一、再次感謝衛生福利部陳時中部長所帶領的團隊和醫界的共同努力，在因應COVID-19(武漢肺炎)所做的努力和付出，讓台灣的疫情控制的非常好，謝謝您們，辛苦您們了！</p> <p>二、針對評核委員產生，會議資料第23~24頁之說明四：「依據本會109年第1次委員會議(109.2.21)決議事項：有關評核委員的產生過程，請本會幕僚向委員報告辦理情形」。有關109年評核委員推薦名單之勾選結果，本席意見如下：</p> <p>(一)評核委員由全體委員票選是我們付費者提出來的建議，在上次委員會議也決議了，煩請幕僚單位報告評核委員的產生過程。也謝謝幕僚將109年評核委員推薦名單依得票數的高低結果，列在會議資料第44頁。</p> <p>(二)本次調查結果是由本會醫界及付費者代表委員提出的推薦名單，然後經全體委員票選出來的結果，具有公平、公正、公開及公信力，煩請主委能尊重委員票選結果，依得票數高低，依序勾選及邀請評核委員，謝謝！</p> <p>三、會議資料第22頁之說明二：</p> <p>(一)有關「本會為因應武漢肺炎疫情，將依照中央流行疫情指揮中心公布之『COVID-19(武漢肺炎)因應指引：公眾集會』規定：『避免群聚感染，建議停辦室內100人以上、室</p>	<p>本會幕僚說明：</p> <p>評核委員產生過程，幕僚係遵照本年第1次委員會議決定，報告委員對評核委員推薦名單之票選結果。後續將依會議決議，按邀請名單依序邀請7位擔任評核委員。</p> <p>考量疫情期間，在完成本會各項法定業務前提下，減少會議次數及參與人數，確有助降低感染風險，惟如委員仍共識將依原訂工作計畫辦理，則調整</p>

委員意見	相關單位說明
<p>外500人以上集會活動』，並落實相關防疫措施，本會將規劃(一)例行性委員會議部分：1.採精簡出席人數。2.縮短會議時間(目標為中午12時前結束)」，針對此部分：個人原則同意依此規劃辦理，但假若疫情趨緩或疫情穩定時，希望能夠恢復原排定時間來辦理。</p> <p>(二)有關「重要會議部分(評核/總額協商/費率審議前諮詢會議)：本會(1)取消原訂分別與醫界及健保署溝通意見之2場座談會，改以書面方式辦理。(2)總額協商共識會議，依總額部門別分5場進行協商，精簡與會人數。(3)費率審議前諮詢會議：僅邀請專家學者、健保署、社保司，再將諮詢意見提供委員」，針對此部分個人意見為：</p> <p>1.重要會議和費率審議前諮詢會議若超過100人以上，理當依政府規定辦理，但若未超過100人部分，建請本會勿因噎廢食應按原計畫辦理。</p> <p>2.針對取消原定分別與醫界及健保署溝通2場座談會，改以書面方式辦理，個人認為不太妥當，理由是：書面資料往返緩不濟急，且在處理上不見得能切中核心，故若在人員未超過100人以上時，建議仍依原規劃方式辦理。</p> <p>四、會議資料第23頁之說明三，針對評核會議辦理方式將縮短會議時間及規模，也就是將原定2天的會議精簡為1天，個人認為非常不妥，理由為：</p>	<p>會議辦理方式如下：</p> <p>一、例行性委員會議：依本會所擬應變措施辦理，並視疫情進展滾動式調整，如疫情趨緩後，再行恢復原本辦理方式。</p> <p>二、重要會議：</p> <p>(一)費率審議前意見諮詢會議：本會將比照往年邀請委員列席，並精簡相關單位與會人員，並視疫情進展滾動式調整。</p> <p>(二)評核會/總額協商座談會/總額協商共識會議：若經委員會議決議照原訂工作計畫辦理相關會議，則為因應新冠肺炎疫情，將精簡出席人數控制在100人以下(以委員、法定列席人員及本會工作人員為主，評核會議再加上評核委員)，並落實相關防疫措施。惟仍將視疫情發展作滾動式調整。</p>

委員意見	相關單位說明
<p>(一)本會已於本(109)年第1次委員會議(109.2.21)通過「辦理各總額部門108年度執行成果評核之作業方式」，現要推翻前次會議決議非常不恰當。</p> <p>(二)本會已配合中央疫情指揮中心依相關防疫措施辦理，故若人員低於100人以下情形下，就不應該把評核會議時間縮短讓他成為流於形式。</p>	
<p>干委員文男</p> <p>一、決算報告第8頁，108年截至11月底止，補助健保費金額約239.1億餘元，請問計算政府應負擔健保總經費法定下限36%時，有無將這239.1億放入基數，還是直接歸入計算政府負擔？</p> <p>二、決算報告第22、23頁，健保聯合門診中心已結束營運，為什麼仍有其相關業務與金額呈現在報告文字中？</p> <p>三、預算書第43頁，保險收入分析表之各類保險對象人數，以國發會推估成長率為0.15%，是否與內政部人口推估資料一致，目前人口老化及成長率低，推估是否合理？</p>	<p>健保署於會上口頭說明。</p>

參、優先報告事項第一案「衛生福利部『110 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍』(草案)諮詢案及中央健康保險署『110 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案』」與會人員發言實錄
委員會議前書面意見及相關單位回復如附件二(詳第 47~60 頁)

社保司梁研究員淑政報告：略

周主任委員麗芳

先請健保署報告後再請委員一併詢問。

健保署蔡科長佩玲報告：略

周主任委員麗芳

請張委員煥禎。

張委員煥禎

一、我覺得剛剛的口頭報告過於重複，因為會前已提供書面資料，委員也據以提出意見詢問，報告單位應該針對委員提出的問題認真回答，若只是把書面資料唸一遍，並無法幫助在場委員更進一步了解問題。舉例來說，我在書面意見中提出 2 個問題。

(一)減列預算項目中「配合 C 型肝炎治療預計人數下降及雙向轉診之執行情形，減列相關預算」，請問是減列專款嗎？(社保司回應：是)是專款就沒關係。若不是減列專款，我認為怎麼可以因醫界配合推動，反而要減列一般服務預算來變相懲罰，做得好反而要減列預算，那以後誰要去做？目前一般服務點值不是每點 1 元，若減列 18 億元，對總額影響層面很大。當初編列 C 型肝炎新藥預算的目的是要治療病患，若使用人數減少而刪減預算，是合理的，但若民眾仍有醫療需求，就應該繼續編列預算。

(二)請看到優先報告事項第 1 案會議資料第 25 頁，每年總額協商時，醫界一直表達人口老化、重大傷病患者對於醫療費用成長的貢獻度很大，但沒有辦法提出客觀數據，今年健保署提供近 10 年健保醫療點數成長原因。過去沒有那麼清楚的資訊，付費者代表也不了解，雙方在沒有資訊依據的

情況下進行協商，付費者代表委員盡責把關預算，也是很合理。但從今天資料中可以看出重大傷病患者及人口老化對醫療費用成長的貢獻度高，所以我在書面意見提出「近 10 年健保醫療點數成長主要以人口老化與重大傷病因素(成長貢獻度占 62%)，相對於總額預算近 10 年來所編列的總額成長率，在上述因子的貢獻度又是否相對合理？」的意見，但這 2 個問題都沒有獲得正面回答。

二、以優先報告事項第 1 案會議資料第 29 頁表 3「104 年至 108 年價量調查及價量協議節省結果」為例，醫界當然希望被刪減越少越好，但以本會委員的立場，就會想要知道為何 107 到 108 年金額有明顯差異，第 28 頁中有提及 107 年 9 月開始電腦主動提示(API)醫師重複處方等因素，建議未來報告時，對於有明顯差異項目要特別說明，以利所有委員深入了解。

三、有關減列項目，剛才社保司已回答是專款，相關意見就請參考。但針對人口老化跟重大傷病患者對醫療費用的成長貢獻度與總額預算成長率是否合理，請再說明。

周主任委員麗芳

請干委員文男、朱委員益宏及趙委員銘圓。

干委員文男

一、總額的低推估成長率都是依照公式算的，數字沒有問題，若真要探討，就要從根本探討起，檢討總額從 base(基期費用)每年加上成長預算，複數計算的合理性問題。

二、或許我想的較複雜，健保保費收入中每年約有 40 億元呆帳，代表虛列 40 億元左右的收入，而每年的健保支出，在總額預算協定後都是全數分配、給付。但我從預決算書中，不知道 40 億元的呆帳有沒有從保費收入中扣除？每年因呆帳減少約 40 億左右的保費收入，而且逐年增長，經年累月下來也是很大的金額。我想請教是否有計算真實的保費收入？其他部分依

照既有公式，我沒有特別的問題。接下來就是總額分配的問題，對於預算分配大家都有各自的看法，就不在這裡討論。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏、趙委員銘圓、黃委員啟嘉及蔡委員登順。

朱委員益宏

對於社保司的報告，我有幾點建議：

- 一、補充資料 1 第 14 頁，投影片 12 張「調整因素之內涵」部分，往年「放寬藥品、特殊材料之給付條件(適應症)」都是列在「新增給付項目(新醫療科技及新藥物等)」項下，今年為何列在「其他服務利用及密集度之改變」項下？放寬支付條件，是原本沒支付現在放寬為可以支付，並不是因為密集度改變造成的，我認為目前的歸類可能不適當，雖然對整體總額沒有影響，但建議還是要合理的歸類，而且往年我們都是放在「新增給付項目(新醫療科技及新藥物等)」，建議本項還是照往例處理，不要改放在其他項下。
- 二、我很贊成投影片 14 張所提「建立健保中長期改革計畫」的政策目標，但針對第 1 項(改革健保給付及支付制度)提出建議：
 - (一)第(1)點「導入健保給付再評估(基期檢討)與強化健康科技評估制度，提升給付價值」，剛剛提及衛福部已研議 1 年多，但醫院協會並沒有被邀請參與前期的規劃與研討，甚為可惜。我認為政策方案不該等到規劃成熟時才拿出來，應該在規劃初期就聽取相關利害團體的意見，若等到方案規劃完成之後再讓各方表達不同意見，就會變成張委員煥禎所說的，大家提出意見後，「行禮如儀」把資料唸一唸就過去了。針對健保給付再評估(基期檢討)部分，建議在前期研議時就讓醫院協會派專家一同協助討論。
 - (二)第(2)點推動藥品支付制度改革部分，我知道是李玉春老師受國衛院委託進行 1 個研究計畫，但若僅依研究計畫成果就要直接應用，似乎不太適當。研究計畫完成後可能只是

提出制度草案，應該還要經過各界，包括本會充分的溝通討論，甚至草案規劃的執行方式若有困難，也要配合實務作業調整，並經各界達成共識後，再執行較為妥適，而不是直接將研究結果納為決策直接實施。

三、剛剛張委員煥禎也有提到，投影片第 15 張的減列項目，往年只有違反全民健康保險特約及管理辦法之扣減費用，我很好奇「配合 C 型肝炎治療預計人數下降」怎麼會列為減項？減列的概念是要扣減基期，建議在陳報國發會時要再特別說明，若扣到醫院總額的基期就茲事體大。

四、本案的會議資料第 25 頁顯示，近年醫療費用成長很大的因素與重大傷病有關，個人認為重大傷病應該進行檢討，建議相關會議有機會針對重大傷病的醫療利用，包括法規進行討論。若有必要，也可針對重大傷病的修法提出建議。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

一、本案對於健保署在醫療節省費用的努力，我非常認同，也給予嘉許。

二、衛福部 110 年健保總額範圍所擬的低推估值為 2.907%、高推估值為 5.0%，若沒有 COVID-19 疫情發生，大家可能會沒有意見，但現在疫情嚴峻的情況下，還要提出這麼高的成長率，個人很有意見。我的意見都已很清楚地列在第 2 份補充資料第 5~6 頁，不再重述。

三、我提出意見的最後 1 點，剛才專家學者也有提到，現在正值 COVID-19 疫情期間，政府又提出了近 1 兆 5 百億元的紓困方案，建議 110 年總額用零成長處理，詳細內容請看我的書面意見。

周主任委員麗芳

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、請看到第 1 份補充資料第 17 頁(投影片第 17 張)，我國整體醫療保健支出占 GDP(Gross Domestic Product，國內生產毛額)比率曾在民國 99 年出現一個高點，當時是因發生金融海嘯，使得 GDP 下降所致，但之後再也沒有出現高點；再看到投影片第 18 張，OECD 會員國與我國平均每人經常性醫療保健支出(Current Health Expenditure，CHE)與平均每人 GDP 的線性回歸，我國跟 OECD 國家相比，算是距離回歸線最遠的國家，可見我國 GDP 對醫療保健投入並不是很足夠。
- 二、健保要調整保險費率或是爭取額外資源都是辛苦的，我在健保會常聽到委員的共同心聲，亦即政府常用一些方式減少在健保的投入，只讓它表面上可以滿足法定負擔的比例。若要讓 GDP 可以接近 OECD 國家的平均水準，相信我們還是可以做到以最省錢的保險，獲得最好的醫療支出，但是有一個重要的思考邏輯，就是醫療保健的支出，可以不用完全由健保投入，因為健保直接只給付疾病的相關費用，而醫療保健支出範圍更廣，尚包括預防保健，如果政府把前端這些許多內容做好(包含預防保健及其衍生的檢查檢驗費用)，可以節省健保許多支出，所以政府應該在這部分多做些努力。
- 三、不該由健保支出的盡量不要由健保給付，例如愛滋病患者自 106 年起感染者確診開始服藥 2 年後之醫療費用改由健保支應，這是屬於疾病管制的問題，不該全部由健保負擔；部分負擔的減免，也會使健保收入減少，但卻實屬社會福利政策。再者，重大傷病的部分，有一些可以由政府以公務預算支出，不要全部由健保出。如果都能做到，或許可以擴大醫療保健支出，使其跟 OECD 國家水準接近，又不會造成健保過大的負擔，使我國優良的健保制度得以穩健經營。
- 四、再請看本案會議資料夾頁第 26 頁「108 年醫療費用前 20 大疾病」，急性腎衰竭及慢性腎臟疾病之醫療費用的占率為

7.01%，是最大宗的資源耗用。我記得李署長伯璋剛上任時曾強調腎臟移植相較於洗腎，更有經濟上的優勢，期待署長加大力道來推動。腎臟病跟糖尿病有相當大的連動性，並非國人比較容易罹患這 2 種疾病，而是我國醫療體系能夠給予這群人良好的照顧。在實施健保之前，大約民國 70 年代，一個腎臟病患者 1 年自費洗腎要花 100 多萬元，在當時不是小數目，洗 1、2 年後就洗不下去；實施健保之後，健保給付分擔了民眾的財務壓力、提高存活率，慢慢的讓腎臟患者維持社會活動。

五、如何減輕目前對健保負擔最大的醫療資源耗用，可能是有助於減輕健保財務的思考方向，也有益於國民健康，建議健保署優先處理醫療資源耗用最大的疾病，再一個疾病、一個疾病處理，希望健保署可以有些規劃。

周主任委員麗芳

各位委員，在蔡委員登順發言前，我先補充說明，下一案是健保署業務執行報告，因為健保署李署長伯璋另有重要會議，需在 11 點半離開會場，李署長從早上坐到現在一直等著報告。由於時間因素，是否何委員語最後一位口頭發言，其他委員如果有意見請用書面提供好嗎？實在是時間有限。

陳委員炳宏

我已於會前提出書面意見，但似乎尚未看到，可以讓我簡短補充嗎，在此也肯定署長...

周主任委員麗芳

請同仁趕快確認陳委員炳宏的書面意見是否提供給與會者。今天本案僅是諮詢本會委員意見，援例各位委員所提意見，都會提供全部的發言實錄給衛福部參考，所以稍後不做回應。請蔡委員登順。

蔡委員登順

有關 110 年度總額範圍諮詢案，衛福部已經開過 2 次座談會了，本席在會議中表達意見如下：

一、總額每年新增預算以複數方式滾動成長，造成基期費用逐年增

加，5 年前跟 5 年後不同年度同樣的 1% 成長率，實際金額卻相差甚大，所以應該注意總額的成長金額，而非每年總額都維持高成長率。

二、歷年總額配合政策推動投入預算之效益，應該列為總額減項：如近 3 年分級醫療投入約 188 億元、雲端資訊查詢系統投入近 40 億元，投入這麼多預算，實際效果如何應進行檢討，看看是否有確實提升醫療效益並減少醫療浪費。若有節省費用，應該列為總額減項，以減輕調漲保費的壓力。

三、保費收入成長有限，總額應該避免重複編列預算：

(一)非協商因素包含「醫療服務成本指數改變率」、「投保人口結構改變率及投保人口成長率」等預算，有些醫界提出的「協商因素項目」涉及原有支付標準調升，或為因應人口老化、疾病別的費用調整，都已經在非協商因素反映了，不宜再重複提出預算需求。

(二)一般服務預算已涵蓋之服務，或過去已編列類似預算者，不應重複提出新項目或專款計畫爭取預算，這部分除了醫院部門沒有提出外，其餘三個部門都有提出。查今年各部門所提協商項目，如牙醫部門於一般服務預算提出「高風險疾病口腔照顧」、西醫基層部門於一般服務預算提出「提升麻醉照護品質」及中醫部門於專案項目提出「多項慢性病加強照護計畫」，均為現行一般服務照護項目，故未同意增加預算。110 年度總額亦請避免重複編列預算。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

主席、各位委員，有關 110 年度總額範圍諮詢案，我已提出書面意見，這邊再補充說明幾點：

一、第一，社保司計算總額範圍所使用之校正 108 年人口數，在會議資料夾頁第 1 頁是-0.134%，在第 1 份補充資料第 11 頁(投影片

第 6 張)是 0.204%，2 份資料數據不同(註)。依據國家發展委員的資料，108 年台灣人口數已經反轉下降，為何 110 年投保人口數還會成長？那些投保人口是從哪裡來的？

註：「校正 108 年投保人口數值-0.134%」，係 110 年總額基期需校正 108 年投保人口成長率預估值 0.359%(採 106 年對 105 年投保人口成長率)與實際值之差值。因為實際投保人口成長率低於預估值，所以需校正。而「110 年總額投保人口預估成長率 0.204%」，係採 108 年對 107 年投保人口成長率做預估。

二、其次，「醫療服務成本指數改變率」呈現逐年上升的情形，依據我 10 多年來的觀察，上升的原因是因為每年提高醫療服務支付金額使得成本墊高。例如以去年為基期 100 元，今年增加 20 元，增加 1.2 倍。明年度採 1.2 作為醫療服務成本指數改變率的計算基礎。後年就採 $1.2*1.2=1.44$ 作為醫療服務成本指數改變率的計算基礎，就如同蔡委員登順說的複數成長。因此我發現，每年醫療成本指數提高醫療服務支付金額之後，一直墊高未來的醫療服務成本指數改變率，墊高數值且會有重複成長的問題，這些問題真的都值得商榷。

三、如果總額一直以複數方式成長，但健保法又規定健保費率不可以超過 6%，建議政府應該評估是不是要趕快修改健保法相關規定？針對 110 年總額，我贊成趙委員銘圓的意見，110 年總額零成長。

四、我在 4 月 15 日被邀請參加 15 人的閉門會議，題目是疫情後台灣經濟發展策略，開會前主辦單位特別交代，希望我準備醫療相關建議。我寫了 2 大張，針對產業發展寫了 9 點建議，醫療也寫了 8 點建議。我的建議包括大幅改革健保跟醫療制度，以及引進公衛系統結合醫療與健保系統，健全台灣的醫療環境。當然，我也有提到中西醫合作的發展方向。

五、接下來請問健保署：

(一)依據我目前收到的資訊，此次新冠肺炎感染者以後很可能

需要終身服藥，部長也說感染後終身問題都很嚴重，這些醫藥費用未來會不會由健保負擔？以這次疫情來講，歐洲因為奉行社會主義，所以對於 65 歲以上患者，在醫療資源不足時就不救了，讓他自然往生；美國是自由經濟體制，要治療需花費很多錢；台灣是社會主義加自由經濟，我們有自付額、保險制度。

(二)請問李署長，很多診所醫生跟我說，最近門診量少了 20%~30%。為什麼民眾在疫情期間就不生病？是不是醫療浪費太嚴重？希望健保署統計一下 2~5 月的醫療支出是不是負成長？如果是，應該重新檢討健保過去是不是有太多浪費。

周主任委員麗芳

剛才委員請教李署長的問題，請在下一案報告時請李署長一併回答。本案請幕僚彙整本會委員關切意見後，併同發言實錄及書面資料提供衛生福利部參考。(滕委員西華表示要發言)滕委員西華請提書面好嗎？

滕委員西華

一、我的意見與決議有關，不是要發表意見。剛才委員提了很多意見，但是我們每次決議(定)都是將發言實錄送社保司參考，卻不知道社保司實際上有無參考。本案涉及總額分配與公式，自有印象以來，公式從民國 90 多年吵到現在，到二代健保之後更是每年都提。社保司過去辦理相關的專家會議及座談會，對於與會者的意見不能講沒有參採，但是在公式部分一點都沒有改，還是沿用這個公式。

二、對於總額設定公式，不論是高、低推估或非協商因素，剛才何委員語、蔡委員登順的意見我都非常認同，公式涉及基期或是否複數成長。總額設定公式不只是決定成長率，而是成長金額，因為現在總額 7 千多億元金額的 1%、2%，跟以前總額 2 千億元的 4%~5% 金額相當，況且從這幾年各部門總額協商金

額來看，整體總額成長率幾乎都接近高推估。有關健保署的費用管控，目前只關注藥品跟檢驗，手術部分最好也能做事前事後審查，關注是否有浪費的情形，因為手術與醫材的使用關聯性也非常高。

- 三、我的意思是，本案不宜只是將委員意見送給社保司參考。尤其總額公式，目前總額公式是以 3 年為週期滾動檢討，110 年總額確定之後，111 年總額就要使用新公式，如果今年不做公式修正，就又一個 3 年沒有改，如果沒有改，每年來諮詢健保會做什麼？因為只有問，就像是顧問-顧而不問的道理，問了之後也不知道對方參考的程度，如果是這種諮詢就大可不必。
- 四、政策目標與內涵中有「整合公共衛生體系與健保資源」，我不同意公共衛生部分提到健保來談預算，WHO 慢性病防治計畫也要用健保的錢？如果今天委員不同意了，你還是要提報部長，部長核了之後，又會提到總額協商會議。
- 五、我覺得再怎麼節省會議時間，也不應該只決議將實錄拿去給社保司參考，如果這樣，就專家會議開一開就好，也不用提到健保會諮詢。這麼多委員花這麼多時間、心力提出意見，諮詢之後總是要回答問題，告訴我們社保司採納情形，不然我覺得這種決議其實是不妥。

周主任委員麗芳

請等一下……。

陳委員炳宏

呼應滕委員西華語重心長、用心良苦所提的意見，我們收到資料後，都非常認真思考提供意見，而社保司回復內容似乎沒有針對意見回答。例如：

- 一、健保署努力推動數據分析，揪出「非必要醫療」案件，及其他的異常申報案件，追討回金額超過 10 億元，提升健保經營效率，節流健保頗豐，惟這些節流成效沒有被列入基期考量，沒有合理縮減總額，社保司仍然擬訂 110 年總額高成長。

二、另依國家預算法第 1 條，編列預算要遵循「總體經濟的均衡原則」，請問擬訂 110 年總額範圍有沒有遵循均衡原則？這很重要。社保司提供本年付費能力參考指標 2.37% 偏高，而中央銀行已於 3 月份下修本年經濟成長率至 1.92%，亦未權衡本年之平均投保金額成長率 1.55%，這些意見社保司尚未回答。

周主任委員麗芳

跟各位委員報告，是否請委員讓我調整一下程序？因為署長 11 點半有重要行程必須離開，我想各位都很希望聽到李署長伯璋報告，等到李署長伯璋報告後，這個案子可以讓委員暢所欲言，只要不超過 2 點。是否可以容許下一案先開始(未有委員表示反對)，先請李署長伯璋進行優先報告事項第二案。

(接著進行優先報告事項第 2 案及討論事項，詳第 61~105 頁，之後再回到本案)

周主任委員麗芳

回到優先報告事項第 1 案，本案還有一些委員尚未表達完意見，也有委員提到所提出的意見，希望能得到回應。委員提問後，接下來健保署及社保司回復。請吳委員榮達。

吳委員榮達

- 一、我想請教一下，優先報告事項第 1 案會議資料第 17 頁，在「民眾付費能力參考指標」部分，109 年「實質國內生產毛額成長率(%)a」為 2.37%，「實質國內生產毛額成長率(%)c」為 2.67%，甚至比 108 年的 2.12% 更高，「實質國內生產毛額成長率(%)d」為 2.58%，這些參考數值都很高，跟今年實際的經濟狀況，以及跟其他機構預測的成長率，有相當大的差距。
- 二、社保司之前開會時我也提過了，但這個數據一直都沒有動。在不同機構預測值中，以最高的預測數值做為參考值，此數值和實際的狀況有很大的差距。社保司應該重新檢討，請再參考其他預測數值，取平均值，或重新調整參考指標，或以並列的方式呈現，否則用預測的最高數值、失真的指標做為評估民眾付

費能力的依據，我覺得並不妥當。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

- 一、每年呆帳虧損約 40 億元，幾年來虧損多少？每年總額成長率是按照公式編列預算，預算都編了，錢也都付了，但呆帳都收不到，健保基金好像是水缸的水一直舀出去，這是很大問題。
- 二、總額計算在基礎上沒有改變，如果有改變，可能會有比較好的計算方式。依照目前方式，每年都是照去年總額 base(基期)納入成長率，再滾入來年基期，每年這樣複數一直滾，滾到最後總額預算會高到受不了，接下來就需要調整健保費率了。投影片第 3 張寫得很好，提到年度總額的擬訂會考量付費者能力，我們也抱持同樣的想法，希望社保司也能考量付費者的能力，不然照現行公式總額一直成長，恐怕我們會沒辦法負荷，這個問題希望想辦法解決。

周主任委員麗芳

請趙委員銘圓。

趙委員銘圓

- 一、我的意見都寫在書面意見中，原本不想再重複報告，不過剛剛吳委員榮達談到，這次新冠肺炎比起 2003 年 SARS、2009 年國際金融海嘯時期的影響，其實是更劇烈的。最近國際貨幣基金組織(International Monetary Fund, IMF)才大幅修正台灣的經濟成長率到-4%，IHS Markit(為全球知名的經濟預測及商業諮詢機構)也下修台灣的經濟成長率至-1.6%，星展集團也下修台灣經濟成長率至-1%，財團法人中華經濟研究院(下稱中華經濟研究院)也下修經濟成長率為 1.03%，朱主計長澤民也將經濟成長率調整為 1.3%~1.8%。對於台灣經濟成長率，不管是外資或台灣相關單位的預測都不是很樂觀，如果還用原來方式去計算經濟成長率，根本就不應該。

- 二、年度總額有兩個重要的考量因素，一個是付費者意願，另外是健保財務考量。我們到底有沒有真正將健保財務納入總額考量，到目前為止，一直是以量出為入的方式，而不是以量入為出的方式去處理，這樣的模式對整個健保財務結構影響很大。
- 三、我認為今年在新冠肺炎的侵襲之下，110 年醫療給付費用總額應該朝零成長的方向考量，社保司也應該朝這個方向做處理。政府對新冠狀病毒防疫紓困方案預算加碼已達到 1 兆 500 億元，相關政策都是要替人民減輕負擔，但健保費率卻反其道而行，加重人民負擔，這是非常不應該的。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

- 一、這個案子我也有提書面意見，我知道社保司一定會照本案提到行政院。剛剛趙委員銘圓以及很多委員都說了，依據我參加閉門會議的消息，我國的經濟成長率，我國 GDP 在-1%~1.5%間游移，為了增加百姓的信心，對外都要講得很好聽，但是若今年 GDP 在-1%~1.5%之間，對我們經濟的傷害是很大的。
- 二、在 2 月份，我就已經跟政府提到一定會發生斷鏈的問題，如布料和原料會發生斷鏈，在 4 月下旬就開始產生斷鏈的情形。第 1 個，我國的 GDP 真的很不理想，雖然不像其他國家那麼慘，但經濟狀況不理想這是事實。第 2 個是付費者的付費能力，現在我們已經提出警告要注意這個問題。第 3 波是開始發生糧食短缺、暴動、社會治安的問題，台灣會不會發生這些問題？因為運輸困難及糧食產能有問題，現在已經有人在世界各國收購糧食，疫情加上糧食不足，會有很多地方發生飢荒。台灣當然不希望疫情擴散、不希望發生糧食不足，為何要預測第 3 波？因為要提醒糧食不足的問題會發生。
- 三、依照剛才說的現實狀況，今年總額成長率的高推估、低推估這麼高，實際上很不適宜。我想社保司一定會以很高的成長率送

行政院裁定，只是諮詢委員，我們講一講意見，您們不採納我們也沒辦法，就由行政院裁定。

- 四、下週我們考慮開另一個會議，針對剛剛我補充說明，政府應負擔健保總經費未達法定 36% 的問題進行討論，我們會每年提案，從哪一年開始政府短缺健保費用一直提，每年做記錄。我現在正在整理回憶錄，要將這些過程顯現出來，要記錄政府哪年欠多少，都要整理出來。短缺提撥部分，每年都要提出並做完整的紀錄，另外也建議總額成長率不該訂那麼高，我們不知道衛福部同意不同意我們的建議，只能從別的管道向行政院反映。

周主任委員麗芳

謝謝，接下來請社保司回應，謝謝。

商委員東福

謝謝委員透過書面或剛剛提出的意見，這些意見都很寶貴，就像何委員語提到，這是一個程序，送行政院核定之前，各位寶貴的意見很重要，所以我們會記錄下來，並作為研議規劃之參考。接下來有關剛剛委員垂詢的細節問題，請梁研究員淑政回復。

梁研究員淑政

- 一、各位委員所提意見，我們都會納入考量。針對公式的計算，剛剛報告時有提到，之前的公式檢討，其適用期間為 108 年至 110 年。3 月 17 日與醫界座談會時，次長也指示 6 月開始要再啟動公式檢討，屆時公式檢討都會納入委員們的意見，並邀請專家學者、各團體代表共同檢討公式。
- 二、剛剛提到是否有成長率太高的情形？跟委員報告，因為低推估值是屬於民眾自然需求的成長率，所以在計算時，必須考量因為老化造成醫療需求持續增加的部分。醫療服務成本指數改變率，是計算外在經濟環境變化對醫療服務成本之影響。滕委員西華提到，醫療服務成本指數改變率與支付標準調整可能有內生性效應的情形，過去在檢討公式時，我們都有注意到這樣的

問題，也提出來和專家學者討論過，但因醫療服務成本指數改變率，在藥品或材料部分採用「躉售物價指數」，屬於出廠價格，較少受到健保藥品價格調整的影響。在人事費用的部分，二分之一採用「工業及服務業」薪資，另二分之一採用「醫療保健服務業」薪資，基本薪資調整造成影響可能比較大，至於支付標準調整的影響，就必須觀察其在薪資調整上是否產生實質的改變。

三、衛福部擬訂的總額範圍，主要以量出為入的概念，依據民眾需求做規劃，至於整體年度成長率，則依據健保會協定及分配結果而定。另對於總額政策目標之具體規劃與評估指標，本部及健保署在各項計畫或方案的設計，皆會朝以達到政策目標的方向努力，以上簡單說明，謝謝。

周主任委員麗芳

謝謝社保司說明，請盧委員瑞芬。

盧委員瑞芬

我想請教的問題是，現在是提出一個架構，列出進行低推估、高推估時所考量的因素。但等到 8、9 月時，又會有更新的數據，假設這一波失業率很高，基本上薪資就會下降，經濟成長率會再修。我們要同意的是社保司提出的這個架構？理論上我們都是以最新的數字來考量，還是我們要同意的是社保司現在提出的這個數字？

梁研究員淑政

- 一、110 年總額成長率範圍為 2.907% 至 5%，至於整體的成長率，還是要經過健保會的協商，依過去經驗，行政院核定的範圍，在真正協定時，成長率也不見得會接近高推估值。
- 二、補充說明剛剛委員對 GDP 數值的建議，其實我們有持續在蒐集相關單位對 GDP 的預估數值，請委員看到黃色頁會議補充資料第 16 張投影片，我們已經把中華經濟研究院 4 月份的新數值放在裡面，至於目前主計總處正式報告的數值還沒有出來，只是有口頭敘述的預測數值，所以這次沒有把這些預測數

值做更新，但我們在陳報行政院前，還是會持續觀察並更新相關數值，以上說明。

周主任委員麗芳

謝謝梁研究員淑政，請吳委員榮達、滕委員西華，我們預定下午 2 點前結束本次會議。

吳委員榮達

有關會議資料第 26 頁 108 年醫療費用前 20 大疾病，我想詢問幾個問題，若蔡副署長淑鈴能回答就請先回答，否則書面回復也可以：

一、第 10 項「因其他特定健康照護而接觸者」，我看這項金額頗大，全國就醫人數不過 29 萬 7 千人，卻花費 151.29 億點，超出我的想像。

二、第 11 項「思覺失調症、準思覺失調症及妄想性疾患」，花費 132.96 億點，費用很大，也超乎我的想像。

三、第 19 項關節(病)症人數很多，112 萬 3 千人，耗用 103.5 億點，這 3 個數字都是超乎我的想像。

四、想了解一下裡面的內涵，是否需要研究探討原因？因為這些項目的醫療費用都很高，所以需要了解造成的原因。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

一、對於剛才梁研究員淑政的回答，我要再次回應。今天總額範圍諮詢案告訴我們低推估值 2.907%，現在委員不同意這個高推估值與低推估值這個範圍，而這個範圍的產生又跟公式有關，所以我們進一步質疑公式為什麼會產生 2.907% 這個低推估數值，但你的回應沒有回答我們的疑問，你的意思是說我們講什麼都沒有用，反正送給行政院總額範圍的低推估估值是 2.907%，高推估估值是 5.0%。但是委員就是對這 2 個數值很有意見，才會有趙委員銘圓說要零成長，或質疑公式算出來的數字到底對不對，以上是第 1 點疑問需要釐清。

- 二、我不知道有無誤解盧委員瑞芬的意思，他是要請問是不是今天這個諮詢案內容就是定案，而不需要再更新？如果是定案，我個人是不同意這個總額範圍，我懷疑算出來的內涵有問題。低推估公式，不是只有人事薪資費用的內生性問題而已，即使是藥品費用、醫材費用、基本營業費用等，事實上我們在算支付標準的時候都已涵蓋，更不要說每年編列新藥、新科技預算也有涵蓋，這些因素都與低推估公式、協商因素有關。也就是除了內生性之外，其實呈現某種程度的重複計算。過去也有付費者委員提過，非協商因素成長率已經編列預算，這些預算又拿來調整支付標準，包括人事費用都計算到每分鐘需要多少錢，有參與支付標準共擬會議的委員大概都知道。
- 三、報告有引用 GDP 資料，我們看與 OECD 會員國平均每人經常性醫療保健支出(CHE)與平均每人 GDP 比較，若以購買力評論，請問在總額設定公式中 GDP 占多少權重？就是沒有看到！當購買力不好，薪資下降時，如何調整？我們現在談的低推估值 2.907%，是 7,500 多億元的 2.907%，這是只看成長率多少而已。
- 四、因為總額範圍會涉及要討論 110 年是否調漲費率的問題，先不要講民眾購買力與付費能力的問題，你要使用我的保費，政府公部門的支出又不增加，有關政府應負擔健保總經費至少 36% 這個議題，我覺得累了，陳委員炳宏還再努力。本案也涉及政府公部門支出，110 年總額的政策目標中塞了多少國家應該出錢的項目，卻由健保費來支出？保費收入不夠健保支出，是因為吃掉健保費的，除了非協商因素占了大半之外，又有政策目標也要使用健保費。我計算這些政策項目費用 158 億元占低推估值 219 億元的 72%，不要跟別人說健保會委員每年協商幾千億元的總額，其實協商的只有幾十億元而已。
- 五、政府說要推動這些政策項目，我們就要蓋章嗎？難道社保司不用跟健康署講、不用跟衛福部部長講、不用跟行政院院長講嗎？甚至政策目標第 6 項「建立中長期改革計畫(5~6 年)」

中，改革支付制度、整合公共衛生體系等研究的經費都要健保費來支出，這些都會涉及我們同不同意總額低推估與高推估值範圍。這些金額就確定了健保總額成長的大概情況，或許社保司今天無法回應我們的問題要帶回去研析，但如果今天健保會委員，特別是將來要參與總額協商的付費者代表，同意這個總額範圍，就表示將來連動調整保險費率，我們就沒話可說。我個人對於這個諮詢案內容非常有意見，無法同意在既有公式下總額成長率介於 2.907% 至 5% 之間，謝謝。

周主任委員麗芳

剛剛關於健保署需要回應的內容，就請書面答復。請商委員東福。

商委員東福

- 一、我還是稍微回應一下，剛剛盧委員瑞芬、滕委員西華都有提到低推估值的公式等議題，大家過去都有討論，也是許多委員與專家學者最後的智慧結晶。
- 二、總額範圍的低推估是依據公式計算出來的，公式是先前檢討的共識。每次檢討修正都朝以是否能反映實際需求作考量，因此，投保人口數之成長，後來也採用實際的投保人口，年齡別也改以 1 歲為 1 組，這樣更接近實際情況。這些公式，每 3 年都會檢討。
- 三、滕委員西華提到中長期健保政策項目是否會將本應由公務預算支應移由健保給付之疑慮，這對我們的安排與部長的用心剛好有些誤會，我們希望運用公務預算來達到健保的政策目標，大家都知道除了健保基金政府預算相對要有挹注之外，我們不斷提到公務預算占國民醫療保健支出比例偏低，但解決要有辦法，這也是我們想出要提升政府部門支出的方式。我做以上補充。

周主任委員麗芳

- 一、感謝各位委員對於本案的關切，請幕僚彙整本會委員關切本案的意見，併同與會人員發言實錄與書面資料提供衛福部參考。

二、有無臨時動議？若無今天會議開到這裡。請何委員語。

何委員語

我建議從 109 年度全民健康保險基金附屬單位決算，健保署提本會備查案開始，希望單獨提 1 個工作項目報告案給我們討論後再作成決定。

周主任委員麗芳

好，謝謝何委員語的建議，會議進行到這裡，再次感謝大家。預祝大家健康平安，謝謝。

委員意見	相關單位說明
<p>陳委員有慶、馬委員海霞</p> <p>依 110 年度醫療給付費用總額範圍諮詢案之低推估值 2.907%，高推估值 5.0%，以及現行費率 4.69% 試算，分別較前一年增加 219 億元及 377 億元，110 年當年度保險收支預估將短絀 771 億元至 928 億元，顯然健保財務缺口逐年擴大，健保署所擬對應之開源節流措施與積極作為為何？</p>	<p>社保司說明： 如附件1(第59頁)。</p> <p>健保署說明：</p> <p>一、本署將持續推動各項整合醫療資源有效運用及抑制醫療資源不當耗用之措施，並依健保法第24條規定，配合貴會進行健保費率之審議。</p> <p>二、本署持續推動各項節流重點措施，包含推動分級醫療與雙向轉診、大醫院門診減量、推動安寧療護、各項整合方案、強化偏遠地區醫療、推動院所即時上傳、精進健保資訊雲端查詢系統及健保存摺等，以期於總額預算下，全力擷節醫療資源之利用。</p>
<p>林委員敏華</p> <p>近來因疫情緣故，勞工失業者眾多，也有實施無薪假者，據勞動部最新統計數據，截至109年4月17日，實施無薪假單位共636家，人數共1萬5,634人，家數及人數雙雙創下10年來新高；各式店家用行號也多有資金週轉不靈，因而倒閉歇業的情況，在此情況下，明年調整費率的可能性有多高？如無法調整費率，健保署又有何因應之道？</p>	<p>社保司說明：</p> <p>依健保法第24條規定，保險費率係由健保會於年度開始一個月前依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報本部轉報行政院核定。委員所提意見，本部將於陳報行政院時審酌納入。</p>

委員意見	相關單位說明
	<p>健保署說明：</p> <p>一、依健保法第24條規定，保險費率將於年度開始一個月前依協議訂定醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報主管機關，轉報行政院核定。。</p> <p>二、本署持續推動開源節流各項重點措施，節流部分包含推動分級醫療與雙向轉診、大醫院門診減量、推動安寧療護、各項整合方案、強化偏遠地區醫療、推動院所即時上傳、精進健保資訊雲端查詢系統及健保存摺等，以期於總額預算下，全力擷節醫療資源之利用；開源部分，本署因應措施如附件二之附件2(第60頁)。</p>
<p>趙委員銘圓</p> <p>有關衛生福利部所擬低推估值2.907%，較前一年增加219億元，預估金額為7,745億元及高推估值5.0%，較前一年增加377億元，預估金額達7,903億元。此部分個人認為：</p> <p>一、在現今武漢疫情發生後，造成各行各業相繼發生倒閉潮、勞工失業率大幅增加、無薪假人數也大幅增加，在人民苦哈哈之際，政府</p>	<p>社保司說明：</p> <p>如附件1(第59頁)。</p> <p>健保署說明：</p> <p>一、有關陳報行政院時，應提出整體的財務評估及110年財務規劃，本署尊重主管機關之規劃，並配合辦理。</p>

委員意見	相關單位說明
<p>才剛拍板紓困方案2.0版，把金額加碼至1兆500億元，用在投入辦理各行各業紓困案和調降貸款利率及發放振興抵用券，卻在此時健保費用還要維持高成長率，真的不應該。</p> <p>二、2020年的COVID-19(新冠肺炎)較2003年的SARS和2009年的國際金融海嘯時期影響更甚好幾倍，所以高、低推估仍維持高成長，真的很不太恰當。況，最近國際貨幣基金組織(IMF)才大修台灣經濟成長率至-4%；IHS Markit也再度下修台灣經濟成長率為-1.6%；星展集團也將台灣經濟成長下修為-1%；中經院4/17最新經濟預測也下修為1.03%；主計長朱澤民日前提出1.3%~1.8%的經濟成長率。</p> <p>三、協議年度總額時有2個重要考量因素，一是付費者付費意願，另一是健保財務考量，這2個因素是健保會最應該重視的。討論健保預算時，應該要量入為出，而不是量出為入，但現在社保司擬訂出來的110年度總額高、低推估值成長率高達2.907%至5.0%，根本是量出為入、而沒有以量入為出的觀點。若有確實把付費者能力納入考量，就知道目前疫情影響後，連國外IMF等單位都將經濟成長率預估為負值，我國雖疫情有受控制，但全球大環境的國民所得和經濟成長都大為衰退，我國也很難完全避免，這些因素為何不是被優先考量？</p> <p>四、110年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍擬定方向座談會專家學者及本會公正人士代</p>	<p>二、有關高、低推估成長率之擬訂，本署尊重主管機關整體考量與規劃及健保會協定權責，並配合辦理。</p> <p>三、健保醫療資訊雲端查詢系統使各醫療院所透過資訊共享機制，讓醫事人員可掌握病人近期病況，相關執行成效如下：</p> <p>(一)估算103年至108年減少重複藥費近77億元；107年第2季累計至108年第4季，估計電腦斷層、磁振造影每月節省健保約11,359萬點、民眾節省約371萬元，可避免檢查重複及病人到院複製影像之交通與時間成本。</p> <p>(二)雲端系統之執行有助於節省醫療費用、穩定總額點值，提升病人安全、醫療效率及品質，並可強化基層院所服務量能，有助於推動分級醫療。</p> <p>(三)除原運用於醫療需求外，也因為有過去對於雲端系統所投入之資源及佈建，使得健保署於近期因應COVID-19疫情整體防疫工作，可立即透過雲端系統提供醫療院</p>

委員意見	相關單位說明
<p>表委員意見摘要二、提出總額範圍之擬定須考量整體收支狀況，並提出未來財務規劃時相關建議：(一)擬訂總額範圍時，應整體考量健保財務收支狀況。面對近年健保財務失衡，建議陳報行政院時，應提出整體的財務評估及110年財務規劃。(二)國發會要求積極檢討總額基期之合理性，提升醫療費用支出使用效率，對此，建議提出檢討結果及未來改革方向，減少低價值給付，提升給付效益。(三)民眾付費能力應納入擬訂總額範圍考量，尤其受新冠肺炎疫情影響，產業停滯、民眾付費能力下降，將影響保費費基，能否支撐明年總額成長金額，不無疑慮。(四)考量疫情及健保財務壓力，值此非常時期，建議110年總額考量零成長之可行性，或僅就現有服務且確有增加預算必要者提出預算需求，不新增項目或預防性預算。(五)過去總額配合政策推動(如分級醫療、健保醫療資訊雲端查詢系統等)投入不少預算，應檢討執行成效，若有提升效益或減少浪費，應列為總額減項，以減輕健保財務壓力。基於以上五點個人除非常認同外，也建議110年總額成長率為零方式辦理。</p>	<p>所查詢旅遊史或接觸史，協助防疫與提升醫病雙方之安全。</p>
<p>鄭委員建信</p> <p>考量健保財務及付費能力有限，且110年總額「非協商因素」的預算高達219多億元。對於「協商因素項目」預算編列應審慎，建議如下：</p> <p>一、<u>應配合政策目標</u>：衛福部所規劃的政策目標方向很好，但部的政策與總額預算分配，兩</p>	<p><u>社保司說明</u>：</p> <p>如附件1(第59頁)。</p> <p><u>健保署說明</u>：</p> <p>一、有關協商因素之項目應配合政策目標，本署會配合主管機關核定之政策目</p>

委員意見	相關單位說明
<p>者必須良好搭配，才能達到政策效果。因此，建議政策目標能有具體執行規劃，部門於編列協商因素案時，能呼應政策目標編列預算。</p> <p>二、<u>應有具體的執行目標及評估指標</u>：為了作為預算投入及未來檢討成效的依據，協商項目內容，應有科學證據支持，並提出「執行目標」及「成效評估指標」。另外，在經費編列上也須有明確的估算基礎，並扣除現有支付標準已涵蓋部分。</p> <p>三、<u>應提供民眾實質的照護</u>：協商項目必須有別於現行的服務，如109年中醫總額通過「提升用藥品質」預算，健保已新增支付10種中藥品，嘉惠民眾。110年總額協商時，建議提出具體醫療服務內容、標準照護程序，以及與現行醫療服務的差異。舉例而言：新的協商項目若以「提升品質」為目的，則要說明現行照護下的品質狀況，新的計畫提供了甚麼不一樣的措施，預期提供這些措施後品質改善情形。</p>	<p>標，於總額協定前與醫界討論，在總額協商前提供相關意見予健保會協定參考，並依健保會協定結果妥善運用。</p> <p>二、有關109中醫總額通過「提升用藥品質」預算，本署已公告於109年3月1日收載10種中藥品：膽南星、太子參、血竭、黑荊芥、地榆炭、十味敗毒湯、平肝流氣飲、香砂養胃湯、歸耆建中湯及折衝飲，共89品項。</p>
<p>何委員語</p> <p>一、擬定總額範圍時，應整體考量健保財務收支狀況。尤其近年健保財務失衡，五年來健保收支短絀日益擴大，健保安全準備至109年底已經不足了，110年健保財務要如何因應，應該要有明確的規劃。</p> <p>二、民眾付費能力應納入擬訂總額範圍考量，因為新冠肺炎疫情，導致許多產業停滯，近期IMF(國際貨幣基金)預估台灣今年GDP可能會</p>	<p>社保司說明： 如附件1(第59頁)。</p> <p>健保署說明：</p> <p>一、有關總額範圍擬訂應考量健保財務收支狀況，本署尊重主管機關整體考量與規劃及健保會協定權責。</p> <p>二、有關總額範圍擬訂考量付費者能力，本署尊重主管</p>

委員意見	相關單位說明
<p>衰退4%，雖然政府和各經濟單位預測我國GDP最好在1~1.5%之間，甚至負1%以內，一旦民眾付費能力下降，就會影響保費費基，健保保費收入是否足以支撐明年總額成長金額，是個未知數；建議擬訂總額範圍時，需要重視民眾付費能力下降的問題；建議以往每年非協商金額應納入總額協商範圍內。</p>	<p>機關整體考量與規劃及健保會協定權責，並配合辦理。</p>
<p>吳委員榮達</p> <p>一、總額基期龐大且預算每年成長，考量近年健保收支短絀日益擴大，依衛福部所擬的總額範圍低推估2.907%，預估110年當年健保收支短絀就高達771億元。考量今年受疫情影響，民眾付費能力也下降，建議110年總額範圍的設定，要考量付費能力，盡量保守計算。</p> <p>二、目前總額給付範圍對民眾的醫療服務已算完善，且110年「非協商因素成長率」(219億元)已涵蓋自然成長所需預算。面臨非常時期，建議各總額部門在擬訂110年度總額草案時，除了非協商因素有增加預算必要外，請思考「協商因素成長率」以零成長的可行性，不新增協商項目，或僅針對現有服務且有增加預算必要者，再提出預算需求。</p>	<p>社保司說明： 如附件1(第59頁)。</p> <p>健保署說明： 本項涉及110年總額範圍擬訂須考量付費者能力及協商因素以零成長設定之可行性，本署尊重主管機關整體考量與規劃及健保會協定權責，並配合辦理。</p>
<p>蔡委員登順</p> <p>一、總額每年新增預算以複數方式滾動成長，造成基期費用逐年增加，不同年度同樣的1%成長率，實際金額卻相差甚大，所以應該注意總額的成長金額，而非每年總額都維持高成長率。</p>	<p>社保司說明： 如附件1(第59頁)。</p> <p>健保署說明： 一、有關總額基期範圍及其成長率，本署尊重主管機關整體考量與規劃及貴會協</p>

委員意見	相關單位說明
<p>二、歷年總額配合政策推動投入預算之效益，應該列為總額減項：如近3年分級醫療投入約188億元、雲端資訊查詢系統投入近40億元，投入這麼多預算，實際效果如何應進行檢討，看看是否有確實提升醫療效益並減少醫療浪費。若有節省費用，應該列為總額減項，以減輕調漲保費的壓力。</p> <p>三、保費收入成長有限，總額應該避免重複編列預算：</p> <p>(一)非協商因素包含「醫療服務成本指數改變」、「投保人口結構改變及人口成長」等預算，有些醫界提出的「協商因素項目」涉及原有支付標準調升，或為因應人口老化、疾病別的費用調整，都已經在非協商因素反映了，不宜再重複提出預算需求。</p> <p>(二)一般服務預算已涵蓋之服務，或過去已編列類似預算者，不應重複提出新項目或專款計畫爭取預算。查近年各部門所提協商項目，如牙醫部門於一般服務預算提出「糖尿病口腔照顧」、西醫基層部門於一般服務預算提出「外傷服務密集度與照護品質」及中醫部門於專款項目提出「中醫慢性病加強照護試辦方案」，均為現行一般服務照護項目，故未同意增加預算。110年總額亦請避免重複編列預算。</p>	<p>定權責，並配合辦理。</p> <p>二、另就各總額部門醫界團體建議一般服務編列預算項目之適當性，在總額協商前提供相關意見予貴會協定參考，本署尊重貴會之協定結果。</p>
<p>何委員語、陳委員炳宏</p> <p>一、不贊成社保司悖離經濟實況擬定「110年度醫療費用總額範圍」</p>	<p>社保司說明：</p> <p>一、有關委員意見第一項，說明如附件1(第59頁)。</p>

委員意見	相關單位說明
<p>(一)請遵循國家預算法穩健健保經營</p> <p>預算法第1條「編列預算要遵循總體經濟的均衡原則」，惟社保司擬定「110年度健保醫療給付費用總額範圍」，提供109年付費能力參考指標偏高(109年成長率預估為2.37%)背離實估，而央行已於109年3月下修本年經濟成長率至1.92%；另未權衡健保平均投保金額成長率，預估109年之平均投保金額成長率為1.55%；在面對健保收支逆週期時，社保司堅持總額費用高成長，終將擴大入不敷出，財務短絀情形更加嚴重，並讓默默在工作崗位上貢獻節流的健保署同仁，情何以堪！</p> <p>(二)讓健保大數據駁斥110年總額高成長</p> <p>健保署已透由數據分析，揪出「非必要醫療」案件(如達文西手臂手術浮報、板機指手術與相關麻醉費用之申報類別錯)，及其他的異常申報案件，去年估計追討回金額超過10億元；綜觀近期，民眾已透過這幾個月防疫教育、提高自我健康管理意識，健保總額執行量均有明顯之合理縮減；健保署主管在今年2月份健保會上提到，受到本次新冠肺炎疫情，醫療院所的平均門診點數已下降了約兩成，住診也有影響。社保司未廣納實情，仍然擬定110年總額高成長，將加速用罄全民健保安全準備金，一旦健保署要調漲費率，社保司願意站到前線消弭民怨嗎！</p> <p>二、不贊成健保署未依法計算「110年度資源配置及財務平衡方案」</p>	<p>二、有關委員意見第二項，政府應負擔健保總經費法定下限，為102年實施二代健保之新制度，過去因本部與主計總處對法規見解差異，致相關預算編列受到影響。案經行政院主持跨部會研商後，已確立現行採行之法律見解及計算方式，配合修正之健保法施行細則第45條，亦經立法院實質審查確定及主管機關依法發布，法制程序完備，並無本司自行解釋並逕減之情事，健保署據以計算之各年度政府應負擔健保總經費，皆符合法定36%下限之規範。至於政府過去因法規爭議而撥付不足之款項，業已循預算程序陸續撥補中。</p> <p>健保署說明：</p> <p>有關請本署逐期提供健保財務收支情形表，及政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數供參乙事，經報部核定，政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數之計算及財估資料，應以行政院協商確立之法</p>

委員意見	相關單位說明
<p>(一)請遵循健保法回補健保安全準備</p> <p>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，追蹤105~108年政府應負擔健保法定經費皆未達36%，105年約35%、106年約34%、107年約34%、108年約33%；累計這四年的滾雪球效應，已顯著減少安全準備約487億元；而前述政府應負擔健保法定經費之缺口，仍尚未列入本次會議「計算110年當年底保險收支累計結餘，以及安全準備預警指標(約當保險給付支出月數)」，應請依法補正(健保法第2條、第3條及第76條第1項)，以期維護付費者權益及費率適足，持續強化健保財務。</p> <p>(二)請尊重全民健康保險會的監理決議</p> <p>為持續強化健保財務制度，108年12月27日健保委員會議決議，「請健保署提供健保財務收支情形報表，及分別依『主管機關』及『委員依據健保法規定』之對比方式，計算政府應負擔健保總經費36%不足數之金額，以供委員有效的進行財務監理」，惟目前已攸關本案討論，健保署仍尚未落實執行該決議、未提供資料供本次「健保財務平衡方案」參閱，應請依法補正(健保法第5條)，協助全民有效審議。</p>	<p>律見解及計算方式為基礎。本署將依上述之核定，配合逐期提供健保財務收支情形表供參。</p>
<p>張委員煥禎</p> <p>一、對於總額部門預算之減列，應在總額點值等於一點一元以上之情況下進行估算才合理。本案所擬總額範圍內容第二點：...政策目標</p>	<p>社保司說明： 如附件1(第59頁)。</p> <p>健保署說明： 一、有關總額政策目標調整因</p>

委員意見	相關單位說明
<p>調整因素之內涵與金額(七)減列預算項目：18億元項下所稱...配合C型肝炎治療預計人數之下降以及雙向轉診之執行情形，減列相關預算。減列原由請惠予補充說明。</p> <p>二、優先報告第一案第25頁，近10年健保醫療點數成長主要以人口老化與重大傷病因素(成長貢獻度占62%)，相對於總額預算近10年來所編列的總額成長率，在上述因子的貢獻度又是否相對合理？亦請補充說明。</p>	<p>素之內涵及非協商因素之人口結構改變率，本署尊重主管機關整體考量與規劃及健保會協定權責，並配合辦理。</p> <p>二、C型肝炎用藥減列預算14.46億元，係依據國家消除C肝辦公室評估治療人數，預計較109年下降。</p>
<p>滕委員西華</p> <p>全民健保實施以來，總額費用成長了近七倍多，從二代健保以降，每次總額協商均膠著在高低推估範圍之計算、非協商公式內涵、成長率、協商項目的合理性等，而這其中關鍵莫非為財務能力與分配的議題。</p> <p>就總額給付範圍與成長率的公式、內涵和原則，根據過往經驗，給予以下建議：</p> <p>一、關於成長率與高低推估：</p> <p>健保總額是否應有成長率的上下限限制？如果應該有，則決定上下限的公式與方式，當然就必須受到監督和公開討論。成長率必須與基期一起看待不能單看數字，十年前的3%和現在七千多億的3%，不可同日而語；而雖然總額決定過程似乎有考慮民眾購買力，但總額成長率一直以來均高於GDP的成長的現象，即使以NHE和GDP做比較，十年來，GDP成長率高於NHE的也只有四次，因此民眾購買力在總額成長公式上面究竟具備何種影響力？而上下限的範圍是否應與GDP呈現</p>	<p>本會幕僚說明：</p> <p>本項書面意見為4/23下班後提供，請社保司於會上回應。</p>

委員意見	相關單位說明
<p>某種關聯？</p> <p>二、公式中的各種疑慮：</p> <p>(一)人口變數：</p> <p>人口變數不僅出現在總額協商中，地區預算分配亦是爭論重點。我國人口粗死亡率與粗出生率在2019已經呈現黃金(死亡)交叉，人口不僅呈現負成長，無人口紅利，而支付標準中對於特定年齡亦多有加成給付方式，將來是否要繼續採行現有的人口變項，不無疑問。</p> <p>(二)醫療服務成本指數改變率：</p> <p>關於薪資結構的採行是否涉及內生性問題，很多專家都提過，但目前作法是採行醫療服務保健業與工業及服務業薪資兩者各半的情況，然而近年來不斷透過各種輿論與政策所形成的醫療業薪資問題，是否更加強化內生性的嚴重度？應該納入評估。</p> <p>(三)公式中應否考慮政府(公)部門的支出占比：</p> <p>我國不管NHE或CHE，我國政府/公部門的投資占比跟OECD國家比都偏低，CHE中十年來均未超過64%，NHE也都在59~60%左右徘徊，而許多OECD國家的公部門支出占比多介於70%以上，甚至高於90%，台灣健保是強制型社會保險，公部門的投資應適度增加才合宜，特別是【政策目標支出】中涉及多項”偽健保支出”，以110年為例，其中政策目標支出項目六即包含公共衛生與健保政策改革目標，顯然與保險直接給付利益無關，公共衛生更是長期以來健保被政府吃豆</p>	

委員意見	相關單位說明
<p>腐的項目，而不幸的是政策目標支出158億就佔了低推估的72%費用，但這期間政府卻為增加投資占比，當然在應負擔保險費最低36%上面，也多有爭議下，不得不重視公部門支出占比議題。</p> <p>三、非協商因素與協商因素重複的問題：</p> <p>即便在各項物價指數中的權重，事實上保險人購買服務的費用，支付標準已經包含/反映了各項目服務與醫藥產品的費用，而部分人口變項與特殊族群、特定地區的支持差異、醫療人員的薪資成本等，也反映在支付標準。但協商因素近十年提最多的就是這類型的方案，兩者間是否具有互斥，顯然是一個重大議題。</p>	

社保司針對優先報告事項第一案「衛生福利部 110 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)諮詢案」之委員意見，回復如下：

一、感謝委員所提諸多寶貴意見，本部將納入健保政策規劃之研議。

二、有關本部擬訂 110 年總額範圍之原則：

(一)主要從保險對象需求面為考量，故低推估值所呈現的是納保人數增加、人口結構改變（人口老化）及外在經濟環境變化對醫療服務成本之影響等因素。

(二)高推估值，係以低推估值，加上調整因素所計算：

1.調整因素主要以量出為入之方式，並考量國家經濟情況、民眾付費能力以及醫療體系之發展。至於整體費用之成長率，則依據健保會協定及分配之結果而定。

2.調整因素之內涵，主要依據總額政策目標，並參考健保署與各總額部門所提各項成長目標值及內涵所編列。為保留未來總額協商之彈性，僅列出各面向之預估成長金額，至於各細項實質內容、計算方式以及增加費用，將於各次健保會協商會議中提出(包含減項之實質內容、各總額部門所提協商項目等)。

三、對於總額政策目標之具體規劃與評估指標以及提供民眾實質照護等一節，向為本部及健保署推動相關政策之重點，本部亦持續依據各界對新藥物新醫療科技引進、醫療品質提升、與特殊族群照護等檢討改善，並融入各項健保改革政策之推動(如已給付項目再評估、藥品給付支付改革等)以及整合本部各項政策之推動等建立中長期健保改革計畫，期能周延健保政策推動與提升資源配置之效益。

110 年無法調整費率因應措施

一、辦理各項收入面查核作業

- (一) 辦理第 1 類及第 2 類被保險人勞保投保薪資、勞退月提繳工資、薪資所得、營利所得及執行業務所得比對查核作業，預估每年增加保險費收入約 7 億元(考量武漢肺炎疫情影響，以 108 年保費收入 10 億元*70%估算)。
- (二) 辦理高額獎金、兼職所得、執行業務收入、股利所得、利息所得、租金收入及投保單位負擔計 7 項補充保險費查核作業，預估每年增加保險費收入約 15 億元(考量武漢肺炎疫情影響，以 108 年保費收入 21 億元*70%估算)。

二、辦理保險對象中斷開單作業

預估每年增加保險費收入約 29 億元

三、辦理各項輔導納保作業

- (一) 為即時輔導不在保者加保，持續辦理轉出超過 2 個月者、戶政初設或恢復戶籍未投保者等輔導納保作業，並與戶政機關合作通報新生兒加保資料，至部分新生兒登記後未投保者，另辦理輔導納保作業。
- (二) 前項專案即時輔導後，仍有部分民眾長期未投保，已另案辦理輔導長期不在保者輔導專案，預估每年增加保險費收入約 2 億元。

肆、優先報告事項第二案「中央健康保險署『109 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告』(併『109 年 2 月份全民健康保險業務執行報告』)」與會人員發言實錄

委員會議前書面意見及相關單位回復如附件三(詳第 81~82 頁)

同仁宣讀

中央健康保險署李署長伯璋報告：略

周主任委員麗芳

請問委員有無詢問？請張委員煥禎、吳委員國治。

張委員煥禎

- 一、因為李署長伯璋時間有限，有件重要的事情我想先說。我在上次委員會議提了 3 個建議，在 109 年第 1 次會議實錄第 46 頁的第六點~第八點(請參閱健保會第 4 屆 109 年第 1 次委員會議議事錄第 46~47 頁)，現在才發現，主席只把其中發信給醫護同仁致意這一項做成結論並於本次解除追蹤，當然，我自己要負一部分責任。當時我所發言的第七、八點未作成結論，其與今天多位委員所提意見相近。
- 二、其實在健保這部分的業務，剛才署長、其他委員也都說，儘管虧錢還是要撐下去，但是在因應新冠肺炎疫情紓困的部分，經濟部、財政部提供相當多的紓困資源給相關產業，我們衛福部該爭取的也應該向中央爭取。以第一線的區域醫院來講，就拿我們醫院為例，縮減 100 床、2 層樓的量能，改為 15~20 個隔離病房，1 個隔離病房只能收 1 個人，所以原來可收 2~4 個人現在只可收 1 個人。設立隔離病房，不僅減少這 100 床的收入，如果連設置的費用都是從健保出，這實在不應該，所以應該另外給予更多的補助。若是病人待確診，由健保出我沒話講。
- 三、我的醫院從 2 月開始關床到 6 月，6 個月等於關 600 床，原本 100 床變 20 床所減少的收入，加上許多隔離病房相關支出，對營收金額影響很大，1 床卻僅一次性的補助 10 萬元，剛才

李署長伯璋報告似乎會被誤解為補助款都是醫院拿走，事實上是沒有，就我們醫院來講，我現在拿到將近 1,000 萬元補助款，裡面有 800 多萬元都是給醫生、護士還有醫技人員，醫院就是拿 1 床 10 萬元，如果據此分析，為什麼講不過其他部會，無法爭取到產業紓困資源？隔離病房不該 1 床只給 10 萬元，隔離病房中其他設備或改造的錢，為什麼不由紓困經費出？這應該是中央要設的，而且之後回歸一般病房時，所有隔離病房的工具也都不能用了。

四、新加坡 2 週的確診數由 300 多例暴增到 1 萬多例，雖然台灣做得很好，但也隨時面臨崩盤的風險。我觀察到全世界醫療體系崩盤都是由醫院開始，醫院一崩盤就完了，之後花的錢會比原來更多、而且效果比原來更差。台灣目前是因為老百姓守法、醫護撐著，加上運氣不錯，並不是真的厲害到極點。所以希望李署長伯璋下午去開會，一定要爭取經費，不要讓幾兆元的紓困經費都被其他部會搶走了。現在做好防疫工作，花的是小錢，如果一旦崩盤，怎麼花錢都沒有用。以上 2 點是上次委員會議提出的第七、八點，也是委員一致的共識，雖然主席沒有做成結論，但是希望能夠繼續追蹤。

周主任委員麗芳

請吳委員國治。

吳委員國治

一、本人很肯定健保署在這次防疫期間的努力，但是有關李署長伯璋剛才提到的一些部分，我仍然覺得有必要澄清。

(一)剛剛李署長伯璋說醫界給健保署壓力，希望特定藥品納入給付，我覺得這不是實情。病人來就診，我們醫生希望把病人醫治好，但同時我們也希望健保財務能夠均衡。在全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議(下稱藥物共擬會)議給壓力的可能是病友團體，但是我也肯定病友團體，因為這是以他們立場該做的事情。醫界在健保的藥

物共擬會議裡，一向都是希望錢花在刀口上，絕對沒有要給署裡壓力希望藥品可以趕快通過，這跟事實不吻合。

(二)健保署目前對外有些說法已造成外界誤解，希望署裡一定要澄清。

1.健保署決議對於西醫基層、醫院部門給付去年同期金額，那是暫付款，最後還是要結算，可是新聞媒體登出來的內容，好像是醫療院所拿到後不用再還回去、是多拿的錢，讓網路上的酸民酸到不得了，這一定要澄清。

2.通訊診療部分，訪視加成原本說要從防疫費用提撥，現在也沒有經費，這也要趕快對外澄清，不然醫療院所通通不知道。

二、我覺得署裡該澄清就要澄清，不要讓醫界不僅沒有拿到任何補助，包括紓困都那麼困難，卻還要背負不好的名聲，好像醫界貪婪無厭，這是不對的。健保是單一保險人制，衛福部、健保署雖不是我們老闆，但精神上是老闆，全聯提供醫護人員 1 天 1 杯咖啡，新東陽、三商巧福也都給醫護打折，但我們從來沒有得到大家的獎勵與鼓勵，事實上這部分幾乎是零，都是出事才有補償。

三、剛才有委員提到門診量下降，但是依之前 SARS 經驗來看，疫情一過，門診量就會暴增。我還是要澄清，總額就是那麼一塊，如果服務量降低、使點值變成每點 1.2 元，好像我們得到鼓勵，但其實並沒有，還是總額範圍內的錢，不然點值 0.8 的時候為什麼大家沒有聲音？

張委員煥禎

我補充 1 句話，那天有個場合，立委、衛福部代表都在，剛好我也在現場。立委說醫界有總額，衛福部代表要解釋，但委員也不給機會說明，怎麼說都沒用，他們認為你們用總額去喬就好。我在很多場合都有聽到類似說法，所以我也不斷強調，這個觀念需要矯正。

周主任委員麗芳

請吳榮達委員。

吳委員榮達

- 一、呼應前面張委員煥禎、吳委員國治的意見，我也希望健保署儘快對外界澄清，因為現在外界真的有這樣的疑慮，「因疫情部分或全部停業的醫療院所自3月起以去年同期的金額暫付」，到底屬性是怎麼樣，暫付款會不會收回來、會不會結算？有些人說既然這樣我就不用做了，我減成本，反正國家會給我錢，這一定要澄清，不然會引起很大的負面影響。
- 二、有關109年第1季門診減量相關數據，我覺得有些問題，請參閱109年3月份全民健康保險業務執行季報告第27頁，以109年1~2月為例，該頁文字所提門診申報件數還是較去年同期成長，與第3份補充資料第10頁所提門診量下降有所出入，請問原因為何？我也曾看到李署長伯璋在新聞報導中提到，109年第1季減少的門診量大概是10%以上，3個地方的數據好像兜不起來，對外數據應該有個一致的數據才對。
- 三、我也呼應張委員煥禎、吳委員國治的意見，該由健保支付就健保支付，應該由特別條例、公務預算支出的，當然不能由健保支出，請健保署長爭取，醫療人員這段時間真的非常辛苦。

周主任委員麗芳

請干委員文男、黃委員啟嘉、滕委員西華。

干委員文男

- 一、希望盡量為健保爭取更多資源，能爭取請盡量爭取，看能向疫情中心爭取多少預算，我們不是分費用，每年政府應負擔健保總經費不足數的欠費是很好的理由，請他們1次還給我們，之後開會就不會一再重複討論這個問題，尤其是商司長東福與陳委員炳宏雙方的說明，我聽到耳朵都快長繭，可以利用這個機會爭取。
- 二、請問健保上、下轉的分級醫療制度，目前執行率多少？這幾年執行省下多少費用？應有期中報告，執行成效如何？若無成

效，則枉費當初的理想，結果沒達到目的，當初可能沒思考不成功會變成怎樣的結果。

- 三、會議資料第 61 頁，表 6-1「103~108 年第 3 季西醫基層各季浮動點值分布情形」，看到台北區的點值都很低，約 0.8 幾，台北區的人數占比是台灣最多的，將近 37%，是不是這些人的醫療利用很多，總額是多用就沒有了，或是分配的問題？希望健保署能做研究，不然冤枉基層及老百姓不太好，住在台北區大家都說接近權力中心，多少有享受，現在不但沒有反而有辛苦之處。
- 四、我們知道李署長伯璋很忙，我們仍有很多話要跟您說，但您太忙不敢說，看到您上電視說的很好，台語也很標準，當官能說標準的台語很少，因為日常都說國語。另外，有關轉診、西醫基層台北區的問題，請進一步說明。

周主任委員麗芳

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、剛剛張委員煥禎所提，我用他講述的內容作個引申，我們看到服務量減少，但是醫療院所成本並未減少，實際上成本是增加，因為可以當成一般病房去做隔離病房，將來恢復時都需要經費，總額之下似乎醫療院所有保護，並不盡然，實際上成本沒有減少。
- 二、我是耳鼻喉科醫師，目前看病都戴雙層口罩，1 個 N95，1 個醫療口罩，看 1 個病人比以前看 10 個病人還辛苦，精神壓力之大，所以用服務量來計算成本的方式，事實上一言難盡，這點要讓委員知道。
- 三、我們也要感謝，不管是民眾對醫療人員的期待或支持，感謝醫療人員對社會的支持，目前為止西醫基層或大醫院，並沒有因為沒病人就關門不看，仍維持醫療體系的運作，因為醫療體系不管有無生意都要做，就算婦產科沒有接生，三班護士仍要留

著，不可能三班只請 1 位護士，我們不可能這樣做，醫療體系與一般社會行業不同，若從社會主義觀點要求醫療體系承擔社會責任時，某部分也要給醫療體系該有的社會主義保障。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

謝謝李署長伯璋關於疫情相關措施的說明，我有以下幾點請教：

- 一、目前跟 CDC(Centers for Disease Control，疾病管制署)分攤費用是怎麼分的？這週開始插健保卡可於四大超商購買口罩，請問健保卡供超商他們使用個資至什麼程度？對於個資安全，健保卡保護措施是什麼？
- 二、我支持因疫情因素若醫事人員有被感染、停診的補償，這不是紓困，與一般勞工紓困不同，這叫補償，但是我非常反對由健保費支應，因我們是購買醫療服務，不要說要不要回歸點值，您還提到掛號費，掛號費是每家醫療院所自己訂的，訂的高就給多嗎？訂的低就給少嗎？因這涉及人事費，會有內生性問題，涉及的不只有醫療服務公定價的問題，應該要去申請政府的補償與紓困經費，絕不能用健保費，這會造成明年協商時對服務量有錯誤的資訊。
- 三、3 月份業務執行季報告，提到對於使用癌症免疫藥品反應率較佳的泌尿道上皮癌，改為 eGFR(腎絲球過濾率) >30 即可使用的部分，請問預計影響多少病人？會增加多少費用？但有個部分是胃癌、肝癌適應症藥品，因廠商無法與健保署達成療效風險分攤協議，就暫停新病人的申請，病人的權益因為協議不好就無法使用，不能用是因沒反應、不完全或部分反應，沒效而停用，因健保署跟廠商協議不成，造成前面有人用，現在雙方翻臉或談不成卻讓後面可用的病人不能用，這會影響病人權益。請問，有無別的措施去保障符合適應症，且可能反應有效的病人？

周主任委員麗芳

請朱委員益宏。

滕委員西華

對不起，仍有 1 點要提問，請問 3 月份業務執行季報告的夾頁「108 年大陸港澳人士及無戶籍國民保險費暨醫療使用統計」，為什麼大陸港澳人士及無戶籍國民會有第 4 類及第 5 類，人數雖然很少，是受刑人嗎？請說明。

周主任委員麗芳

請朱委員益宏、葉委員宗義、林委員錫維。

朱委員益宏

- 一、首先我代表台灣社區醫院協會感謝健保署，這段時間裡，尤其是暫付款的事情，解決地區醫院很大的問題。我們再次呼籲也拜託署方，我當然知道問題不在署方，署方也費很大的力量與行政院爭取預算，但沒爭取到。特別提到暫付完後，點值結算時，不希望看到在疫情期間大家辛苦協助政府第 1 線把關，但疫情過後，政府也忘記醫界付出，點值結算時就說要還錢，這樣觀感很不好。呼籲衛福部要給健保署足夠的武器，拜託社保司及健保署跟行政院爭取額外經費挹注健保這部分，特別是追扣這部分要做適當處理。
- 二、目前 2,100 億元特別預算中，整體用到醫療產業，還不包含只有醫界，包含買口罩都是醫療產業，總共不到 20%，2,100 億元中不到 400 億元，有一大部分還是買口罩的錢，醫界事後回想，我覺得政府稍微虧待醫界。聽到有人說醫界因為有總額，但是大家不要忘記總額是沒生病、沒疫情，政府本來就要花這麼多錢維持 2,300 萬民眾健康，但是疫情來時，因為多的付出，剛剛張委員煥禎及幾位醫界委員表達沒有看到政府的幫助，只給一點點小惠，但是確實幫助有限。
- 三、我們再次呼籲，能不能像經濟部給很多產業無薪假也有 1、2 萬元，沒工作也有錢，醫界呢？這部分只能再拜託李署長伯

璋、衛福部社保司幫我們向行政院反映，在紓困預算 2,100 億元，能不能再大方一點，對於醫界需求，除了健保，還有防疫需求，能大方一點給予補助。

周主任委員麗芳

請葉委員宗義。

葉委員宗義

- 一、第 1 次發言，請教李署長伯璋，我們都很敬佩您，我有 2 個問題，目前在座每個人都在談錢的問題，有關紓困的問題，若這回疫情台灣像美國那樣，人這麼多我們的經費要從哪來？這是很大的問題，不是簡單的問題。
- 二、現在慢性病還有很多病面臨沒藥的問題，因為很多藥由國外進口，產銷及生產的問題會產生，再過 3、5 個月又會變成新的問題，藥物又會漲價，這部分沒人談到。產生紓困情形，到處都要錢，每個行業都有要求，後來都是工商界出最多，這個問題請李署長伯璋特別留意，不知什麼時候疫情會再爆發，像美國 1 個病人要花 100 多萬元，這個問題是我的考量，也請教署長。

周主任委員麗芳

林委員錫維發言完，請李署長伯璋回應。

林委員錫維

剛才很多委員發言過，我不再重複。請教李署長伯璋，3 月份業務執行季報告第 2 頁，提到保費年月為 109 年 2 月至 109 年 7 月之保險費，可以申請延緩 6 個月繳納，給被保險人方便。補充資料 3 第 6 頁，也提到整個申請緩繳的情形，有 5 大行業，新冠病毒疫情造成全世界百業蕭條，台灣也不例外，甚至勞動部還有在照顧這些無固定雇主、自營作業的 200 多萬勞工，也給他們 6 個月緩繳，甚至補助他們 3 個月，1 個月 1 萬元的津貼。為什麼健保沒將職業工會相關會員納入？不納入的理由是什麼？是否可以納入？讓這些人可以紓緩一下。

周主任委員麗芳

請李署長伯璋回應。

蔡副署長淑鈴

- 一、李署長伯璋請我就可以回答的部分先回答。在此我要先說明，這次新冠肺炎造成的問題是有特別預算，衛福部也爭取特別預算用於獎勵、紓困、補償及振興，這些都訂有相關辦法，是行政命令，目前正執行中。
- 二、張委員煥禎提到病床、醫護人員補助部分，對於醫療機構、個人都是獎勵，醫事司編列特別預算，防疫物資，疾管署也編列特別預算，這些都與健保總額無關，紓困部分也有貸款利息補貼。另補償部分，由健保署爭取編列特別預算，是針對醫護人員接觸確診病人以致造成部分、全面停診的補償，這些與健保總額預算無涉。另外，疑似及確診病人的醫療費用也是特別預算支應，不會是總額結算的點數。這部分本署比各位委員更關心總額內結算的點數，哪些屬於總額內，哪些屬於特別預算爭取。
- 三、本署這次有提出對於居家隔離或檢疫的病人，若有看診需求，希望透過視訊診療，不要自己出來看診，目前有 3,858 家醫療院所提供視訊診療服務，原希望能在特別預算爭取視訊診察費的加成，但是爭取好幾回合都沒被列入，本署會在最近的總額研商議事會議報告讓各位知道。
- 四、大家提到 1~3 月份門診量下降的問題，有些委員提到有些數據的部分，3 月份資料要至下週才會完整，陸續有被要求提供資料，有些是不完整的資料，不過目前資料顯示 1 月份影響不大，2 月開始小幅影響，3 月影響最大，如果看 3 月資料，3 月負成長 10% 以上，如果看 1、2 月累計，1、2 月影響較小就被抵銷掉。這些數據可能有些誤差，本署會在 3 月資料完整後精算，是不是有應該用 CDC 公務預算，醫院重複申報這部分，釐清後再向大家呈現最完整的數據。

- 五、干委員文男提到盡量爭取特別預算，一路上我們都在爭取，可是最後沒爭取到也沒辦法。目前爭取到部分是全面或部分停診的補償，約 11 億元，隨著疫情發展，經衛生局開立證明全面或部分停診的通知，院所確實造成財務損失，可向我們分區業務組申請補償，辦法中有將如何申請做規定，是以 6 個月內申請為限，大家可以轉知相關同仁爭取。另外，干委員文男提到上、下轉分級醫療的成效，希望本署提報告，本署將安排時間向大家報告。
- 六、黃委員啟嘉提到疫情期間服務量下降，其實醫院投入成本增加，壓力很大，本署理解，關於成本增加部分，醫事司的獎勵都有特別預算給予獎勵，這部分請各位委員轉知會員，醫事司已經開放大家造冊申請。
- 七、滕委員西華提到 CDC 分攤的費用，這部分本署目前正跟 CDC 細部釐清，特別是有些醫院不知道這筆預算是跟健保署或 CDC 申請，或兩邊都有申請，這部分需要釐清，該歸入總額結算點值部分，我們才予以承認。另外，口罩透過超商購買的部分，目前是插健保卡，連結健康存摺的入口系統，也是使用本署健康存摺認證系統處理，所以是一致的，與到藥局插健保卡概念相同，個資都予以保障。
- 八、有關免疫藥物的部分，剛剛李署長伯璋的報告提到今年 4 月 1 日開始，對於胃癌、肝癌不再收新的個案，但是舊的個案仍會繼續予以保障。胃癌、肝癌停收新的個案是因本署收錄 1 年真實世界數據，這兩個癌症在 IO(Immuno-Oncology Therapy, 癌症免疫療法)反應都不好，但 IO 藥物預算有限，對於已經服用 1 年有效的病人，在 IO 藥物的仿單事實上要服用 2 年，本署將這筆經費用於有效的人，讓他服用 2 年看看是不是長期有效；另服用後穩定病人不一定有效，希望再觀察，有些病人反應比較慢，若穩定後停藥，會讓他沒有機會得到 IO 最好的效果，因此放寬穩定的病人可再服用 1 季，與服用 1 年的病人可再服用 2 年所需的經費，希望從減少無效胃癌、肝癌病人的預

算挪用，精神上希望有效病人真的有效，無效病人就不要再將預算花在他們身上。IO 給付我們一樣會再觀察 1 年，再跟專家做滾動式調整，以上是我的回應說明。

李署長伯璋

- 一、暫付款很簡單，我一直說總額就分 12 個月，每個月的錢就與去年一樣，我們的錢就那麼多，現在暫付款給醫療院所，錢就不要拿回來，我心理是這樣想，但是有些院所不做，拿的錢跟去年一樣，到時要怎麼跟其他院所比較，所以各分區共管會議會討論怎樣做對大家比較公平，大家都希望拿到錢就不要再拿回去，問題是很多行業要跟銀行貸款都很困難，今天總額就已經給他，這是我對暫付款的概念，我跟陳部長時中報告，這樣做至少不會有壓力，剛剛黃委員啟嘉說 SARS(Severe Acute Respiratory Syndrome，嚴重急性呼吸道症候群)經驗，後面疫情趨緩患者會變多，這部分我們醫界要改善。
- 二、我向同仁說，這是 1 個最好的實驗組與比較組，本署推動分級醫療，希望大家不要看那麼多病人，點值才會上升，大家看很多病人點值會上不來。吳委員國治說我是你們的老闆，老闆領的比員工更少，這是不可能的事，我有去試算各個層級健保給的錢是多少？低推估、高推估多少錢？每個人應該是多少？有平均值與標準差。我做事情是憑著良心為醫界改革醫療生態，健保有那麼多責任。
- 三、有關特別預算，蔡副署長淑鈴及李組長純馥她們常晚上去開會，一再討論我們這邊的費用，主計總處也有他的考量，這邊有很多付費者代表，相關公會也會得到應該得到的。
- 四、另外，朱委員益宏提到扣錢部分，您去開會時，曾找一堆人去找高層人士，人家也給您們軟釘子，我們行政體系去討經費也不容易，您們去找委員他們也不會撥錢。
- 五、葉委員宗義提到疫情的壓力，我們大部分的案例都是境外移入，本土沒有，出現敦睦艦隊的疫情造成很多壓力，很多地方

說要封城或普篩，這都有不同的看法，還好陳部長時中很忍耐，很多事情應該按步就班，我們真的只能好好處理。剛剛林委員錫維的提問，職業工會會員的問題與健保有什麼關係？

林委員錫維

是有關保費緩繳的問題。

李署長伯璋

現在就可以緩繳。

林委員錫維

很簡單的問題，就是勞保可以緩繳，但是健保沒有。

李署長伯璋

健保費目前可以申請緩繳。

林委員錫維

若有，職業工會完全不知道，也沒收公文，您的口頭報告重點摘要，5大行業也沒有職業工會可以申請，現實是沒有。

李署長伯璋

對不起，是有的，請本署同仁說明。

盧專門委員麗玉

- 一、有關林委員錫維關心本署是否有提供職業工會會員保費緩繳及紓困措施，目前被保險人受疫情影響無力繳納健保費者，本署已訂定健保費緩繳相關辦法，並已陸續受理被保險人申請中，相關辦法及 QA 本署網頁已經公告，將會再加強宣導，使投保單位及被保險人獲知訊息。
- 二、至於職業工會會員生活紓困，目前是由勞動部主政，勞保局執行，針對符合特定條件資格者，予以發放生活津貼，由於本次勞動部紓困的職業工會會員，也是健保的第 2 類被保險人，因此，基本上紓困的對象是相同的。

李署長伯璋

林委員錫維對不起！他們那次跟我說要有緩繳，我說很好，勞保也

有，碰到嚴重大地震時也有，您說職業工會不知道嗎？

林委員錫維

職業工會根本不知道，我只有這個問題。

李署長伯璋

請本署同仁回去向各個分區說明，別人很需要的事情，政府做得很努力，結果別人不知道。

蔡副署長淑鈴

一、我剛剛忘了葉委員宗義的提問，有個議題非常好，本署跟您一樣關心藥物部分。台灣這個市場蠻仰賴原廠藥，包括原廠藥與原廠特材，現在全球疫情緊繃，有些貨運不太順利、沒有航班、原料短缺或沒有生產，本署擔心疫情如果拖長會不會有用藥、特材中斷供應的問題。就業務分工而言，缺藥由食藥署調度，如果發生缺藥，藥廠可透過藥品短缺通報平台通報食藥署，目前針對必要的或用量大的藥物進行調查。此外，最近本署將發函予進口藥商、特材商全面普查台灣健保給付的原廠藥物及特材，在未來一段時間有沒有藥物短缺或供貨不足的問題。

二、現在有 2 個層面的問題，分別為總量不足與分配不均，食藥署已處理分配不均的問題，如醫院有沒有過度囤藥而造成其他院所或藥局拿不到藥，這部分已有處理機制。我們最近將通函全面性調查未來 3~6 個月哪些藥物會發生問題，希望更早蒐集相關資訊及早因應，假設原廠藥可能短缺，如國內有替代性藥品，也有相對應的處理方式，那是安全的，若與嚴重或重大疾病相關的藥品或特材缺貨，將會及早採取因應措施，以上簡要回應。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

一、我對陳部長時中、李署長伯璋、蔡副署長淑鈴、工作同仁及疫

情期間醫療人員的辛苦表示崇高敬意。但今天會議中沒有聽到今年編列近 10 億元「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」支用情形？用於流行病嗎？還是會用在哪個地方？請健保署回應。

(註：109 年度其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費(編列 8.22 億元)」之協定事項：經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。因此，若符合適用範圍者，可依動支程序提案至健保會討論)

- 二、我贊成紓困補助歸紓困補助、健保總額歸健保總額，我支持署長的決策。疫情期間，可以於 3 月先撥款，待結算時，需要歸還的再歸還。若疫情結束後出現患者暴增情況，則另當別論，因為我們無法預期未來的事情。從 2 月份開會後到現在，疫情一日三變，每日有不同的變化，像這種非預期的狀況，署長是否有想過如何運用該預算，今(109)年度編列近 10 億元？(蔡副署長淑鈴及周執行秘書淑婉回應，編列 8.22 億元)每年總額編列 8.22 億元是吧！如果因疫情需要動支該筆預算話，會用在哪個部分，屆時提案至委員會討論。
- 三、我們支持署長政策。每次開會有談到醫療部分，我都會幫李署長伯璋、蔡副署長淑鈴美言兩句，可能無法講太多，但會提到有哪些政策做很好，如：雲端藥歷、網路頻寬等，出席相關會議時，我也提到憑健保卡購買口罩的措施。同時我也建議政府應加強大數據的布建，若政府不投入更多資源來建立，我們永遠會被侷限住。
- 四、像我所屬的行業別紓困方案，包含：連續 2 個月平均營業額減少達 15% 以上、同期營業額減少達 50% 則水電費減免、貸款專案等，另外台北市提供紓困期間六個月減少 1.5% 利息負擔的優惠等措施，換算下來企業可能只需負擔利息 0.95%。醫界也應該訂定屬於醫療產業別的紓困方案提供給醫院等醫事機構申請，像企業是提供去年發票繳稅作為申請紓困補助的憑證，

至於醫界如何舉證營業額減少達 15% 部分，因為我不是從醫人員，不知道如何舉證，也不清楚如何訂定醫療產業的紓困方案，但我贊成政府應提供適用醫界的紓困方案。

周主任委員麗芳

委員是否還有其他意見？請吳委員榮達。

吳委員榮達

幾點請教：

- 一、請翻開會議資料補充 3 第 4 頁，關於血友病藥費現況情形，106、107 及 108 年平均每人藥費逐年升高，請教為什麼平均每人藥費會逐年升高。再者，「前 3% 病人領用 25% 血友病藥費」，請健保署或副署長再補充說明原因。
- 二、優先報告事項第 1 案會議資料請翻到第 25 頁，2. 西醫門診分項費用占率趨勢，其中診察費占率逐年下降，自 92 年 28.2% 降至 108 年 20.5%，診療費(檢驗、檢查)及藥費占率約 7 成左右，逐年上升，使得醫療人員付出勞力的診察費占率逐年下降，請教健保署是否有再進一步分析原因、檢討或補救措施，依照這種趨勢繼續發展下去恐怕會虧待第一線醫療人員。

周主任委員麗芳

依序請干委員文男、翁委員文能、張委員煥禎，如果委員還有其他意見的話，請提供書面提意見。

干委員文男

我剛才詢問第 3 個問題，蔡副署長淑鈴沒有回應。關於會議資料第 61 頁，103 年~108 年西醫基層台北分區各季點值都是最低的，台北區的投保人口占率最多有 37.5%，請教造成台北區點值低的原因為何？過度利用、有浪費情形或預算分配所造成的影響？考量會議時間有限，可以不用現在回應，改用書面回復就可以了。原本我沒注意到這種現象，但仔細看過後發現自 103 年到 108 年台北區點值一直是落後的，請健保署密切注意。

周主任委員麗芳

請翁委員文能。

翁委員文能

各位委員好，占用大家一些時間，幾點說明：

- 一、首先我代表醫院協會及所有醫院感謝衛福部、健保署及各位委員在疫情期間給予醫院的支持與鼓勵，代表醫院感謝大家。
- 二、委員桌上有一份請帖，醫院協會訂於 4 月 30 號(四)下午舉辦「醫院總額風險移撥款成果發表會」，誠摯邀請各位委員、署長、副署長可以採視訊參與並給予指導，我們邀請 3 位專家學者擔任評審委員，希望透過成果發表會讓各位更了解 108 年總額風險移撥款 1.5 億元執行成果。

周主任委員麗芳

先請張委員煥禎。另外請教李委員偉強是否發言？今天會議醫界都有發言，等張委員煥禎發言後，您是最後一位發言。

張委員煥禎

- 一、醫學中心就是醫學中心，人家不發言也請他發言，我們要發言有時候還不讓我們發言，真的有差啦！(眾委員笑)剛才我們發言時，李委員偉強一直點頭，因為我們已經把他想講的話都講出來。原本想詢問一個問題，但因為署長要先離席我就先不提，就不浪費大家的時間，現在我補提出來。
- 二、請參閱業務執行報告第 26 頁，「肆、醫療業務的醫事機構特約(表 14)」，請接續翻到第 47 頁，健保署分析特約醫事服務機構家數統計，其中「其他醫事服務機構」所申報的費用不全是由健保總額支應，以物理治療所為例，如果民眾持醫師處方箋到物理治療所就醫屬於健保支付範圍，其他費用是由長照預算支應，涉及 2 種預算來源，因為與健保總額有關，掩來扯去(台語，截長補短之意)，建議健保署進一步分析其他醫事服務機構健保醫療利用情形。105~109 年 2 月整體家數呈現持平，其中物理治療所家數快速增加，105 年 14 家增加至 109 年 2 月 29 家，因為申報費用與健保總額息息相關，物理治療所就

醫人數可能是固定的，但醫療費用卻是在健保及長照流動的，對健保的影響為何？是否可以減少健保支出？建議可以對於健保與長照費用的影響再深入分析。

三、關於蔡副署長淑鈴提到爭取紓困特別預算部分，大家都有一致的共識，健保費不支應醫療院所紓困補助。關於醫療紓困特別預算不全是健保署的責任，疾管署及醫事司也有各自負責爭取預算的部分。行政院紓困特別預算不補助醫療單位，看似與健保無關，事實上卻是有關的，我們是最末端使用設施提供醫療服務的人，使用費用都算在健保帳上，我們知道紓困特別費用補償的對象和用途，但還是強調紓困特別預算支用在醫療產業真的很少，希望健保署盡力爭取，這件事情不是和健保無關，事實上絕對相關的。

四、大家給予醫界鼓勵，報章媒體報導感謝醫護人員等，我向大家分享同仁寫得一段話，大家不是要錢，就像我講這麼多也不是要錢，大家給我們光環與鼓勵，但最重要的是給醫療人員安全的環境與保障，你們的稱讚讓我們很高興，也感謝桃園民眾贈送許多便當、零食等，但我們最需要的是紓困經費，不是我們要發放，是要增加醫療人員的安全度，這是爭取紓困特別預算時要強調的一點，也請委員及健保署協助爭取，我想委員是最了解醫界的，或許以前總額協商爭取費用時大家角色是對立的，但防疫期間大家是一體的，因此，建議以我們需要的是安全的醫療環境讓醫療人員能安心工作，作為大家幫忙爭取相關預算的說帖，供大家參考，謝謝。

周主任委員麗芳

請李委員偉強，最後 1 位發言。

李委員偉強

一、感謝主席，特別點名我發言，今日大家發言都很謹慎，原想不一定要發言，開會前有人說最近在媒體上見到我，我想就把機會留給其他委員。但藉此機會我再補充說明，目前為止台灣

COVID-19 的確診案例與鄰近韓國、日本相對較少，更遠低於歐、美大國，醫療能量尚能應付，但萬一發生大流行的話，我們不敢說會一定會如何，大家應該要珍惜目前防疫成果。

- 二、稍後我要接受國外媒體採訪，他們想了解台灣是怎麼做的，也想知道下一波將如何操作及準備。因為疫情可能會與我們共存一段時間，像新加坡在疫情穩定之後卻又有一波流行，我們應引以為借鏡，突如而來的大量病人，現有的醫療資源未必足夠應付。剛才張委員煥禎、黃委員啟嘉兩位委員都提到，醫療人員來這裡爭取紓困經費好像怪怪的，但是我們代表醫界需要有足夠的資源才能隨時因應疫情的變化。在此呼籲所有健保會委員，不論代表那些團體，都能夠一起為醫界向政府爭取更大的資源。
- 三、我們不要在健保總額預算內打轉，健保總額夠不夠很難說，此議題已經討論 25 年，但遇到百年一次的疫情大流行的特殊情況下，寧可過卻不能不及。看到國外許多醫護人員因為不及而造成很多醫護人員的生命損失，過去 SARS 期間也發生過類似的情形，我們非常感謝政府所做的努力，但我們爭取近 100 天時間，讓醫界有時間準備及因應下一個 100 天所發生的事情，我們不知道明、後天會發生什麼事情，但我們利用這段時間把醫療體系整備完善，接受下一個 100 天挑戰，這是目前最重要的事情。
- 四、目前紓困特別預算可能足夠，但經費不像外界所說的那麼多，最近我們盤點可以申請那些補助項目時，發現真的很有限。疫情期間，醫護人員不會考慮到這種事情，每天還是著防護裝，提供病人醫療服務，但我也擔心隨時間過去大家也會累，也許這時間點還沒到，但我覺得也是快到了，希望所有健保會委員能成為醫界最重要的後盾與支持，共同爭取更多資源，讓醫院及第一線醫護人員無後顧之憂，以上建議。

周主任委員麗芳

- 一、我們給全體醫護人員最大的鼓勵與掌聲(全體人員鼓掌)。因為時間因素，剛才干委員文男建議，健保署尚未回應委員提問的部分，請健保署以書面回應。
- 二、關於本案決定：委員所提意見請中央健康保險署參考，另為因應 COVID-19 疫情，請該署積極研提醫界紓困及經費爭取措施。
- 三、接續進行討論事項，待完成後再回到優先報告事項第 1 案，討論事項第 1 案相較單純，待討論結束後，中場休息 10 分鐘。請進行討論事項第 1 案。

羅委員莉婷會後書面意見

- 一、先就 COVID-19(新冠肺炎)疫情期間，全體醫事服務人員於防疫第一線的犧牲奉獻，協助全民平安渡過疫情，致上最高敬意。
- 二、次就因應新冠肺炎疫情，醫界建議由特別預算支應紓困經費部分提供意見如下：
 - (一)因應 COVID-19 防治、紓困及補償等所需經費，衛福部業已納入特別預算編列：為因應 COVID-19 疫情發展，政府業積極規劃及推動強化醫療應變、落實社區防疫及加強防疫儲備物資盤點及調度等具體作為，其中屬醫事機構及從業人員獎勵金及津貼、辦理病患隔離收治、徵用及採購防疫物資等所需經費，均已納入特別預算支應。
 - (二)至因應疫情致民眾醫療使用行為改變而影響醫療院營運部分，宜由健保署於由健保總額內妥擬具體措施協助：
 - 1.現行健保的支付制度係採取總額預算支付制度，每年匡列之額度業反應人口自然成長、醫療服務成本指數改變、保險給付項目改變率、醫療服務效率的提升及醫療使用密集度改變(含疾病發生率的改變及民眾就醫型態改變)等納入後據以計算。
 - 2.茲以各類付費者之負擔並未因疫情影響而減少，爰全體醫

事服務機構 109 年度收入尚不致大幅減少；另依健保署業務統計資料顯示，109 年 1 至 2 月整體件數約減 2%，至點數部分則與前一年同期相當或微幅成長，似無所稱受疫情影響病患遽減 2 成，收入驟減而須紓困之情況。

- 3.倘有疫情期間，健保點值就診件數驟減而上升，疫情過後將因病患大幅回流衍生點值大幅下滑，致不利醫療院所營運之情況，考量其主要徵點為於如何妥適分配年度總額以協助醫療院所渡過難關，宜請健保署於由健保總額內妥擬具體措施協助因應，以避免增加付費者額外負擔，並排擠政府有限資源之應用。

委員意見	相關單位說明
<p>吳委員鴻來</p> <p>近期受疫情影響，民眾從醫院轉往社區藥局領藥的意願相對提高。但食藥署藥品供應資訊通報平台之近期通報遽增至破千件，當中約有八成是同品項通報，社區藥局則為缺藥通報來源的大宗。據該通報平台之公開資訊，有多種藥品可能因生產或供貨問題而暫時短缺，包括：癲癇用藥、降血壓藥、甲狀腺用藥、強心劑等多款常見用藥，恐對長期有相關用藥需求的病友增添健康風險。若疫情持續發展，未來藥品短缺與受影響的族群將會再更擴大，對民眾健康風險及用藥權益的影響不可小覷。能否請健保署於本年5月份委員會中針對缺藥問題現況及因應對策安排專題報告？</p>	<p>健保署說明：</p> <p>一、為協助解決醫事機構缺藥、買不到藥及購藥高於健保之問題，健保署採取措施：</p> <p>(一)健保署設立單一窗口，協助處理購藥問題，另目前已將供應藥商名單、聯絡窗口置於健保署網站，供醫療院所聯繫。</p> <p>(二)依全民健康保險醫療辦法第26條：醫師處方之藥物如未註明不可替代，藥師得以相同價格或低於原處方藥物價格之同成分、同劑型、同含量其他廠牌藥品替代，並應告知保險對象。</p> <p>(三)倘不敷成本者，廠商可依特殊藥品提高藥價之方式，提出重核藥價之建議。</p> <p>(四)倘因缺藥須以專案進口或製造，且經食藥署同意者，健保署將配合優先核價並儘速生效，例如4月份藥物共擬會通過之Digoxin案，於會議隔日當日公告收載，隔日生效。</p> <p>(五)為縮短缺藥對病人造成之</p>

委員意見	相關單位說明
	<p>影響，109年4月藥品共同擬訂會議已通過，俟後若因食品藥物管理署公告藥品短缺，屬醫療急迫性品項，在廠商取得專案進口或製造核准，向健保署建議核價時，財務衝擊1,000萬元以內者，可先依支付標準予以核價後，再提共同擬訂會議報告。</p> <p>(六)另已發函藥界公協會要求廠商必需在停止供應前6個月，或有不可抗力因素，致無法供應時，應於該發生日起十日內告知健保署，以利本署進行後續因應作為，並針對原廠藥供應商建立按月庫存量調查機制。</p> <p>二、有關缺藥議題食藥署已建立整體缺藥通報及處理機制，且亦有相關配套進行處理，本署與食藥署密切合作，以因應缺藥案件發生。</p>

伍、討論事項第一案「109 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」與會人員發言實錄

委員會議前書面意見及相關單位回復如附件四(詳第 102 頁)

同仁宣讀

陳組長燕鈴

一、向各位委員報告，本案是今(109)年度西醫基層一般服務地區預算分配案，已協定一般服務成長率 3.685%，須接續討論 6 分區地區預算分配。其他 3 個總額部門均已完成地區預算分配並已公告，因此，本次會議須提出本案請委員討論。

二、說明西醫基層地區預算分配概況：

(一)依照衛福部規劃的分配方式，分配參數為 R 值及 S 值，R 值係指「各地區校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數」(下稱 R 值)、S 值係指「總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用」(下稱 S 值)，其中 R 值人口風險因子包含年齡性別、標準化死亡比與轉診型態。請委員參閱會議資料第 51 頁下方表格，90 年~108 年 R 值逐年提升，108 年 R 值占率為 67%、S 值為 33%。

(二)除 R 值與 S 值外，近年西醫基層均設有調整機制，包括本會同意自一般服務預算移撥部分經費用於風險調整基金並指定用途；此外，本會亦授權健保署與總額承辦相關團體訂定執行細節，以 108 年為例，西醫基層訂定的微調機制為：保障各區成長率不低於一定的成長率，使各分區預算再調整後不低於下限成長率。

三、請委員參閱會議資料第 52 頁，有關 109 年度西醫基層地區預算分配的相關決議定事項：

(一)西醫基層總額承辦團體若認為現行分配方式有需要修正之處，請於討論 109 年度地區預算分配方式前，檢討執行問題並提出建議方案。

(二)請西醫基層總額承辦團體盡早研擬分配草案，並於 108 年

10 月提送本會。

(三)根據上述決議定事項，本會函請醫師公會提出分配建議方案，今天醫師公會於會上提出建議的分配方案，請參閱會上補充資料 4，等一下請醫師公會代表說明。

四、會議資料第 52 頁第四點，因製作議程時尚未收到醫師公會建議的分配方案。因此幕僚依據衛福部規劃的地區預算政策方向，並參酌各部門均編列風險調整基金方式，研提建議草案：

(一)關於 R 值：近 10 年 R 值調升情形，98~104 年 R 值占率為 65%，105~107 年調升為 66%，108 年調升至 67%。根據衛福部「錢跟著人走」的政策方向，建議可考慮 109 年度是否適度調升 R 值。

(二)風險調整基金：歷年西醫基層總額均自一般服務預算移撥部分經費用於撥補點值落後地區或特定分區。近 3 年風險調整基金大約 4.48~6.8 億元，109 年建議比照往年編列風險調整基金，至於額度與主要用途提請委員討論。

(三)微調機制：各總額部門均一致，相關計算及執行細節授權健保署及西醫基層相關團體議定，過去西醫基層也有設定微調機制，如剛才所提的 108 年設定保障各分區預算不低於一定成長率。109 年建議比照往年，授權健保署會同西醫基層總額相關團體議定相關執行細節。

(四)需保障或鼓勵的醫療服務：各總額部門均有一致的要求，以回歸支付標準處理為原則，如有需要保障部分，則提本會同意後執行。西醫基層總額 109 年度一般服務之點值保障項目，已於 108 年 12 月委員會議報本會並經同意在案。

五、相關參考資料：

(一)幕僚模擬 109 年度依不同 R 值占率分別為 67%、68%、69%，估算 6 分區預算，請委員參閱會議資料第 55 頁的試算表。預算推估方式：

1.108 年度預算推估：先扣除風險調整基金 5 億元，再將 108

年微調機制納入估算，包括 5 分區成長率不得低於 2.176%，東區不得低於 1.741%。

2.109 年度預算模擬試算：先扣除風險調整基金 6 億元，各分區預算未將微調機制納入估算，估算結果為東區預算負成長，主要差異是 108 年東區訂有保障最低成長率，而 109 年未有相關建議方案，所以未將微調機制納入估算，如果有微調機制，東區預算估算結果就有所不同。

(二)會議資料第 56~67 頁提供投保人口數、預算數、醫療利用、服務量及點值等資料，請委員參考。歷年衛福部及健保會多次召開檢討會議與辦理委託研究，相關建議請參閱會議資料附件三第 65~67 頁。

六、本案擬辦部分，請委員討論 R 值、S 值占比為何。其次是否同意移撥風險調整基金、移撥額度與主要用途。此外，與各總額部門一致，關於執行面及計算(含風險調整基金)細節，授權健保署會同西醫基層相關團體議定，風險調整基金執行方式再送本會備查，以上報告。

周主任委員麗芳

請醫師公會補充說明。

黃委員啟嘉

各位尊敬的委員好，以下幾點說明：

一、請委員參閱桌上藍色單張，首先邀請大家參加醫師公會舉辦西醫醫療資源不足地區實地訪查觀摩活動，若疫情允許，則訂於 6 月 5 日至 6 月 6 日舉行，但仍需視疫情情況，假設 6 月份疫情緩解國泰民安一切安好，希望各位委員撥冗參加，在此誠摯邀請大家參與。

二、先回應剛才幾位委員與西醫基層有關之意見，如干委員文男提到台北區點值、何委員語書面意見提到 R 值等意見，回應如下：

(一)風險調整基金編列額度由 108 年 5 億元增加至 109 年 6 億

元，主要是挹注於點值低的台北區，風險調整基金挹注至台北區費用占率從 108 年 70% 調升至 109 年 80%。向大家說明，地區預算分配參數對各區影響程度不同，如標準化死亡比(下稱 SMR)傾向有益於醫療資源落後地區，對台北區來說部分參數可能就會吃虧，因為台北區屬醫療資源豐富地區，今(109)年希望各區點值趨近，比照往年移撥風險調整基金，挹注台北區之預算占率也較往年增加。

(二)何委員語提到無障礙設施計畫，西醫基層配合及支持衛福部所提的無障礙空間規劃，本項與地區預算分配完全無關。不論地區預算分配結果如何，無障礙空間都要做，但必須要有客觀標準讓基層院所可遵循，目前關於無障礙設施認定標準持續討論中，這與地區預算分配無關。

(三)剛才委員提到 R 值，4 月份才提出西醫基層地區預算分配方式建議案，因疫情期間，中南部代表北上開會不易，我們也多次召開會議，時程仍有延遲。另外因疫情所致，各區需求不同，其結算方式也有所不同，目前尚未確定採全年結算或季結算，我們建議依照現行每季結算方式，健保署尊重我們所提意見，但最後結算方式仍待討論確定，因此，地區預算分配需考量許多因素，直到現在才提出建議方案，內部討論也不易取得決議。

三、R 值存在許多問題，一方面提高 109 年風險調整基金額度，但仍希望 R 值維持 67%。過去 R 值為 65% 時，7 年(98~107 年)R 值未調整，R 值為 66% 時，3 年(105~107 年)未調整動。考量 108 年 R 值前進至 67%，109 年度建議方案是 R 值維持 67% 基礎下，讓內部代表有意願共同討論，凝聚共識，R 值前進則各區有不同意見，也不易凝聚共識。在此懇請委員同意 109 年 R 值為 67%、S 值為 33%。建議風險調整基金 6 億元部分，目前何委員語同意 6 億元作為風險調整基金。

四、關於東區部分，我們內部討論以不含醫藥分業所增藥品調劑費

計算，保障東區浮動點值每點 1 元，雖然今年可能因為疫情的影響，點值很難估計，但會先保障東區點值每點 1 元，多出預算會撥補到點值落後地區，如果台北區是最委屈的一區，就會優先撥補，其餘執行細節，希望由健保署會同本會訂定。

五、關於風險調整基金的執行方式，我們會針對點值落後的第 5、6 名，因為台北區比較大，預算比較大，如果第 6 名是台北區的話，會將 80% 的風險基金撥補台北區，去年是撥補 70%，今年改為 80%，剩餘的 20% 撥補給第 5 名的分區。若第 6 名不是台北區，則第 5、6 名各撥補 50%。

六、各分區的大小不同，碰到的狀況也不相同，我們遭遇到一些問題，真理越辯越明，我們發現幾點疑義，請各位委員參考。

(一)轉診型態比(Trans^註)是把醫院、基層醫療利用點數做角力，當醫院門診費用很高，基層門診分配預算的能力就下降，這有一個前提是假設醫院病人跟基層病人生的病一樣。我們計算地區預算時，不會將西醫基層門診與中醫門診一起計算，不會說中醫門診看很多，西醫基層就應該減少，但在計算西醫醫院、西醫基層地區預算的 Trans 時，兩者卻會一起看。假設分級醫療有效推動，且周委員穎政的研究中，醫院的初級醫療已經很低，西醫基層的初級醫療已經增加很多，R 值用轉診型態這樣的計算方式會存在很大的問題。而且轉診形態中，用的是費用點數而不是就醫次數，換言之，西醫基層費用管控上無法管控到本區醫院的費用怎麼申報，台北區吃這個虧很大。

註：轉診型態比 Trans：即西醫基層在西醫門診(醫院門診+西醫基層門診)的市場占率，計算方式為：某分區西醫基層門診費用點數占某分區西醫門診的占率/全區整體西醫基層門診費用點數占全區整體西醫門診的占率。

(二)還有一個因素是標準化死亡比(SMR)，對於死亡率高的落後地區，占比應該會比較高，健保開辦時的草案曾經高達到

50%，但目前只有 10%，社會保險中 SMR 應該扮演的角色是個問題，R 值其實有很多需要討論的東西。

- 七、醫院門診的 R 值占率目前只有 45%、中醫門診為 13%，西醫基層為 67%，牙醫部門早已 100%，各總額部門的型態不同，必須要有基本架構才能協商，基本架構若一直變動，要凝聚內部共識的困難度會很高。
- 八、本案並不是向外爭取費用，而是總額部門 6 分區的內部分配，若分不出來也沒有關係，就拜託長官幫忙分配，說實話我也不會分配，因為不是我個人的費用，是付費者託付西醫基層總額，要將各區喬好，讓各區可以快樂地替民眾服務，所以懇請各位委員支持。

周主任委員麗芳

感謝醫全會的說明，請何委員語、滕委員西華、干委員文男、蔡委員登順。

何委員語

- 一、有關西醫基層一般服務地區預算分配案，我知道黃委員啟嘉開會的壓力很大，但我不能私相授受，所以還是要提出意見，今年醫院、中醫部門的 R 值都有前進，西醫已經拖了太久沒有前進，去年才前進 1%，本來我的建議是 R 值要前進到 70%，現在我可以考慮 69~70%，至少要前進到 69%，不然以前的決議案都沒有意義。
- 二、支持黃委員啟嘉提出的風險調整基金 6 億元，若 6 億元不夠，要改提撥 6.5 億元，我也會支持。
- 三、無障礙空間與本案無關，但我的用意是提醒西醫基層部門在共擬會議提出來，因為中醫、牙醫部門都在等西醫基層的方案，等著參照西醫基層的方式辦理，2 部門的案子都已經提到共擬會議做成決議，就等西醫基層提案，我才在這裡做提醒。我知道衛福部醫事司已經跟西醫基層部門開過好多次會議，也一直退讓標準往能夠改善的方向修訂，這是一個政策，應該要提出

一個階段性方案，剛才黃委員啟嘉有提到他們會做，希望能趕快提到共擬會議討論。

四、建議西醫基層的 R 值至少要前進到 69% 或 70%。

滕委員西華

- 一、謝謝醫全會的說明，幾點請教，第一個，風險調整基金從 5 億元提高到 6 億元增加的理由是什麼？我並沒有贊成或反對。
- 二、如果風險調整基金是要回補第 5 名、第 6 名的點值，請問點值回補的上限是多少？比方說你要回補到 0.9 嗎？除了東區浮動點值保障每點 1 元以外，其他分區呢？因為不能沒有訂定上限，將 75% 的經費都撥給該區，假設最後 1 名是台北區，若撥補後點值高於第 4 名的點值，這是否可以？建議一定要訂上限，才決定撥補百分比。西醫基層的方案現在聽起來是沒有標準，感覺好像是自由心證。
- 三、東區保障點值補到每點 1 元，不用 108 年訂成長率下限的方式調整，若是如此，那我沒意見。

黃委員啟嘉

東區本來是希望訂定下限，如果用下限，東區的點值會比較高。

滕委員西華

- 一、如果訂有下限，我就有意見，但現在是放棄下限，我就沒意見。
- 二、轉診型態用醫療費用點數計算而不是次數，做得多也會反映，剛剛黃委員啟嘉也提了很多次 SMR、Trans 的問題，不要每一次討論地區分配預算 R 值要不要前進時，就又把這問題再講一遍，如果真的要改分配方式，負責任的作法是在明年討論地區預算分配之前，就先說要怎麼修改。每個部門都用一樣的理由，已經聽 10 年了，有問題就要改。
- 三、無障礙環境的部分，這是分級醫療的重要手段，無障礙環境改善做得好，不光是身心障礙者，高齡病人會減少舟車勞頓，逐步改善絕對會增加西醫基層的服務量，病人到基層的服務次數

也會因為無障礙設施改變而增加。希望能正面看待無障礙環境改善的政策，若因此增加該分區投保人口利用率，當 R 值前進時，就會對 R 值有正面貢獻，而不是都跑到醫院去。

- 四、我還是支持 R 值要前進，至於要不要採納何委員語建議的 69% 或 70%，我覺得可以再考慮，但前進 1% 也是前進，可以的話，至少要前進 1%。

千委員文男

- 一、我的意見跟滕委員西華一樣，Trans 要提出來檢討，尤其跟醫院的關係怎麼計算，若真的有問題，請提到健保會來報告。
- 二、其實 R 值可以商量，因為看以往紀錄，頭幾年我們決定要 70% 或 69%，大家可以商量，以前好多年沒有進步，去年有進步，今年可以考量怎麼做，尤其是 Trans，請西醫基層跟醫院討論。關於風險調整基金的分配，剛剛說得很清楚，但在我看來，還是有點不如人意。

蔡委員登順

- 一、今天是 109 年 4 月 24 日，西醫基層今天才提出 109 年度的地區預算分配方案，相較其他 3 個部門都已經完成公告，本案的進度算是有點太慢，希望未來年度的地區預算都可以於前一年底完成分配，以符合健保法的規定。
- 二、若僅依 R 值分配，西醫基層建議 R 值維持 108 年度的 67%，如果前進的話，109 年東區預算是負成長，請參閱會議資料第 55 頁，東區有很多偏鄉、原住民，有很多經濟弱勢的民眾，因為地理環境特殊，除了醫療資源不足外，民眾就醫也非常不方便，所需的交通時間與費用，相對比其他地區高出很多，從議程資料第 53 頁可以看出來。108 年度授權健保署訂定的微調機制中，保障各區成長率不低於一定比率規定，其中保障東區成長率 1.741%，請問 109 年醫全會對東區有特殊考量嗎？
- 三、會議資料第 53 頁提到的風險調整基金，108 年編列 5 億元，用於撥補點值落後地區，109 年西醫基層建議提高為 1 億元，

共 6 億元，肯定如此規劃。

四、建議醫全會未來可以參考會議資料第 25 頁醫院部門地區預算分配的重點摘錄資料，醫院總額 109 年度風險調整基金的編列方式，針對偏鄉地區、原住民、身心障礙或弱勢人口較多地區，分配較多的資源。剛剛有幾位委員建議西醫基層 R 值要前進，尊重委員不同看法，但我對於 R 值有不同看法。過去總額醫療費用是錢跟著人走，但健保精髓應該是錢跟著需要、弱勢走。R 值雖考慮年齡、性別、標準化死亡比，但因為計算方式是以全國平均數據套用到各分區，結果就是人口增減成為最大的影響權重，人口老化影響權重不足，所以中南部、東區老化嚴重區域，預算占率逐年下降，遑論其他影響醫療因子，如經濟條件、組成結構、環境差異、其他地理因素等，更完全無法在共識中考量。

五、由於上述種種原因，無論西醫醫院、西醫基層、中醫部門始終對 R 值、S 值不輕易變動，因為變動要重新擬具配套、共識，都是很大的難題。

周主任委員麗芳

請周委員穎政。

周委員穎政

一、我滿同情西醫基層，總額部門下分成 6 個分區，3 比 3，總是每次有 3 個勝利者、3 個失敗者，如果是奇數說不定還擺得平。他們內部為這件事情喬了很久，要不要往前進，我覺得關鍵技術就是 R 值、S 值，但是長期運作下來，似乎有一點問題存在，但我們又沒有辦法很清楚地把問題診斷出來。這當然也牽涉到背後的利益，剛剛蔡委員登順說得很好，有偏鄉及各種問題，又想要透過地區預算分配來同步解決。

二、建議醫全會可能還是要跳脫分區利益處理這一塊，能不能回到核心制度設計的精神，不然每天看點值增減，似乎無解。

三、我倒是覺得何委員語提到推動無障礙空間是一個重要的議題，

他也同意這議題不是直接與本案相關。理論上，推動無障礙空間代表有這方面的需求，推動之後的成本，理論上應該會反映在服務成本支出，應該要有辦法吸收。滕委員西華說做得好會把老人、更多弱勢的人吸引到診所就醫，若產生這些變化，理論上西醫基層應該會很有誘因做這件事，為什麼大家會黑著臉做？我們把病人從醫院拉來西醫基層，總額公式會不會讓西醫基層的預算上升？若無法設計制度去配套，我們常對一個部門說應該要增加成本改善等等，設計制度最終不是要求他什麼，而是他做了這些事情之後得到的好處，這才會讓他有誘因來解決問題，如果達不到，一天到晚用控管的角度，說你要做這件事，大家會很辛苦，若沒有設計好制度，我覺得要再思考一下那些事情的討論。

周主任委員麗芳

請林委員錫維。

林委員錫維

- 一、醫全會提出的方案，R 值完全沒有動，感覺到裡面的問題非常多，沒有辦法做成一個明確的決議，聽前面幾位委員的意見，完全不前進是不大可能。我建議折衷，不要變動太大，要維持 108 年的 67% 是不可能，剛剛何委員語提到至少要 69%、70%，我建議稍微前進，爭議沒有那麼大，建議前進到 68%，比較有交代，這是我個人意見，不知道其他委員的看法，其他的問題請醫全會回去再做相關的探討。
- 二、關於風險調整基金的撥補比例，台北區可以撥補到 80%，這是內部應該處理，我們是沒有很大的意見。剛剛提到風險調整基金 6 億元可能不夠，可以與 R 值前進一併調整，這是我個人建議。

黃委員啟嘉

- 一、我先回應 R 值，每年來這邊和付費者討論 R 值前進與否，我都有點被凌遲的感覺。R 值公式是合情合理的前提並不存在

的，問我心中的想法，如果前提是存在的，提高到 100% 又有何妨，問題是我沒辦法把公式修到合情合理，不要說我做不到，包括現在的長官、有權力者都不見得做得到，因為需要協調的因素太多，實在不宜貿然前進，若公式可以改到大家滿意，早就前進到 100%，R 值就不是各位要關切的問題，這是我心裡真正的话。

- 二、我知道去年下半年我無法來開會，當時是由黃常務理事振國代理，這案子討論幾次，好不容易才有 67% 的決議。所以說 R 值應該多少，說實話這是一個理想的想像而已，但那個想像實際的重要性並不高，因為有些東西分配到各區，都是各區依照需求提出分配。各位有期待希望往前走，我希望一次走到 100%，內部就公式討論。但我沒那麼大的授權，開會是大家一起討論出的結論，若今天堅持 R 值要往前走，那我們的決議就沒有決議，因為決議是在 67% 基礎下，若 R 值要往前走，我一個人不可能代表西醫基層，我無法在此表達同意。
- 三、如果 R 值要往前走，很感謝多數委員同意給我們空間調整風險調整基金的金額，這跟去年一樣，但是要吵翻天，再回來討論，但我們今天會提不出來就是了，我沒有這麼大的授權，所以我無法同意。

周主任委員麗芳

請吳委員國治。

吳委員國治

- 一、回應剛剛幾位委員關心的問題，第一個就是滕委員西華提到的一些細節，我們做的處理是，名次絕對不能改變，另外一個就是說，我們也賦予各區對於自己區管控結果的呈現，所以我們把轉診或者是開放表別，或者是扣減列的相關項目擺在點值結算後面。
- 二、風險調整基金 6 億元也是內部協商出來，今年的成長率不錯，所以我們提升金額。還是要跟各位委員承認，我們醫界沒有能

力處理 R、S 值內部修正的問題，我們期待健保會幫我們解決，衛福部過去有相關委託研究計畫，但也很難應用，我們更期待能夠總體討論怎麼處理公式，我相信各總額部門都會願意參與這方面的討論。還是懇切地拜託各位委員，我們昨天討論到下午五點半，討論的基礎是建立在(R)67：(S)33，這是我們數次開會下來的各區共識，我們就用這個基礎去討論，若沒有在(R)67：(S)33 的基礎下，回去要修正這些細節，可能又會衍生問題，比方說蔡委員登順在意的東區部分，我們所做的保證不是僅 1、2 年，是一直持續下去的，估計每件點值都在 1.05 左右，讓東區能夠長久。

三、剛剛委員提到的台北區部分，其實昨天我們也做了很詳細的處理，包括風險調整基金部分一定會發下去，今年還有一個變數，牽涉究竟是用季或用年結算，我們也不希望其他區的點值大於 1.1，我們對於有超過每點 1.01 元的地區，也會提撥預算給台北區。不過這都是建立在(R)67：(S)33 之下的討論，我擔心(R)67：(S)33 沒有維持下去，細部的東西可能要做修正，到時候可能無法有很好的共識，希望各位委員能夠支持我們今天提出的方案。

周主任委員麗芳

請何委員語。

何委員語

請教黃委員啟嘉，你剛才所提 R 值前進到 100%的意見，是你私底下的玩笑話，還是你以委員身分正式提出的建議？

黃委員啟嘉

我要澄清這不是我的原意，這也並非以委員身分正式提出的意見，況且我剛才所說的 R 值前進到 100%必須符合幾個前提，例如：地區預算的分配公式必須先適當的調整。

何委員語

一、剛才黃委員啟嘉提到，每年 R 值都要在健保會討論一番，會

有被凌遲的感覺，所以我認為長痛不如短痛，若今天大家共同決議 R 值前進到 100%，則我同意移撥風險調整基金 20~30 億元，授權由西醫基層自行調整。

二、剛才付費者召集人林委員錫維建議 R 值前進到 68%，雖然我原先是建議 R 值前進到 69~70%，但既然我們付費者召集人林委員錫維已表達意見，我就支持 R 值前進到 68%。為什麼我會如此建議？因為如果西醫基層每次邀集 6 區代表開會討論都無法做成決議，不論是今年、明年、5 年後、甚至 100 年以後，永遠也不會有結論，最終仍必須由健保會來做決議。

三、我剛剛也提到若 R 值前進到 68%，則同意移撥 6 億元風險調整基金，甚至 6.5 億元以上，都同意由西醫基層自行調節運用。因此，我的底線是 R 值至少要前進到林召集人錫維建議的 68%，並移撥 6 億元以上風險調整基金由西醫基層自行調整。若今天健保會不做決議，西醫基層開再多次會也不會有決議。

吳委員國治

補充說明，西醫基層已經開過會也做成決議了。

周委員穎政

一、我認為西醫基層確實很努力的開會討論，剛才黃委員啟嘉只是想表達西醫基層內部的分區意見尚有分歧故難以處理，他也表達得很清楚，應該有比較好的分析及研究來支持地區預算分配方式的調整。因為地區預算分配已實施很久，若沒有好的辦法去診斷現行分配方式的問題，一次將 R 值前進到 100%，可能會引發更多爭議。今天我們都可以做任何決定，就像榔頭敲下去，釘子就釘進去了，但是如果釘錯了，可以再輕易將釘子拔起來嗎？

二、目前西醫基層的態度是稍微謹慎一些，因此今天討論 R 值前進的空間可能已經很小，大家可以再討論一下。但我認為接下來的重點是必須啟動較具體的地區分配方式檢討，邀請專家提

供意見或透過實證資料來分析 R 值、S 值及分配方式。我個人認為目前的分配方式一定有很大的問題，若有好的公式，西醫基層內部就不會每年都有這麼多的爭議。

周主任委員麗芳

請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、我提供一個簡單的邏輯供各位委員們參考，正因為西醫基層長期以來非常在乎人口風險因子及轉診型態比例等風險校正因子，又認為 R 值無法前進是因為資源分配上的既得利益區不願意放手，但是所謂既得利益區真的有得利嗎？
- 二、如果 R 值確實比較接近目前真實的醫療資源分配及耗用情形，S 值則是總額開辦前一年(民國 89 年)各地區實際發生的醫療費用，請參閱會議資料第 59~61 頁呈現醫療利用、服務量及點值之情形，其中，第 59 頁表 3 呈現 89、103~107 年各分區西醫基層醫師分布情形，大家可以比較 107 年相較 89 年各地區醫師數的成長情形，同頁表 4 呈現之各地區就醫人數及就醫率，R 值的前進應該會反映在這些就醫次數、診所及醫師數的分布改變，這才是比較合乎現實利益(不是所謂既得利益)，即使大家認為 R 值不動會有所謂既得利益分區，但其實現有 R 值不動，這些分區也不見得獲利。即便是東區，他增加的幅度不僅是保障點值問題，R 值前進也應足以涵蓋。我認為在人口風險因子及轉診型態比例都維持不動的情況下，因為轉診型態比例已經用最近 3 年的數值平均，人口風險因子也包含性別年齡及標準化死亡率，皆是為了取得最接近現實的資料，因此 R 值才能反映最接近現實的情況。剛剛周委員穎政提到的研究，目前為止已經....。

周委員穎政

我看過所有的研究，只是要表達研究本身有他的問題，請滕委員西華不要曲解我的意思。

滕委員西華

我沒有要曲解你的意思，只是引用您的話，抱歉，我是想表達在過去及現在的研究中，都告訴我們 R 值在目前的模型底下，應該要持續前進，否則就要考慮區域的社會經濟議題，台灣的人口流動是很頻繁的，從設籍人口及投保人口的差異就可以窺見。因此，西醫基層應該讓 R 值持續前進，以符合現實的醫療需求分布。

黃委員啟嘉

- 一、剛才何委員語所提 R 值前進到 100%，那是我黃啟嘉醫師的個人想法，但是我在委員的位子上必須代表整個西醫基層的共識發聲。現在健保會塑造的氛圍是 R 值的正當性，特別是多數付費者委員皆認為 R 值占率要持續提高。如何計算 R 值其實有許多細節，我不想耽誤大家時間，但我們可以思考，即使現在西醫基層的 R 值占 67%、S 值占 33%，R 值占率在 4 個總額中已是排名第二，僅較牙醫部門(100%)低，但比中醫或醫院門住診都來得高，可見 R 值的正當性不如大家想像的那麼高。
- 二、我認為 R 值若不適當，都可以想辦法去調整，只是調整真的是非常困難。現在 R 值占 67%時，有人吃虧，自然就有人占便宜，但是 R 值調整後結果未必一樣。因此，在維持現狀下比較容易達到共識，做了改變之後要達成共識是很困難的。
- 三、我很好奇大家希望明年 R 值前進多少，如果我預先知道也許西醫基層就可以提早討論，我個人並不堅持 R 值是否前進，但在西醫基層內部分配的討論中，我認為基層對於維持現況比較有共識，一旦要改變，各分區都有不同的想法。去年 9 月至 12 月，西醫基層由黃醫師振國代理我召開了 2 次會議都沒辦法做成決議，今年我也召開了 4 次會議仍然沒有結論，到了昨天(第 6 次)才終於做成決議，真的非常困難。我也尊重各位委員的意見，若 R 值必須前進到 68%，也請幫西醫基層保留風險調整基金的運用彈性，我會再回去與各分區代表討論。
- 四、雖然 R 值有一部分能反映現實的醫療分配，但如同剛才周委員穎政提到的，其計算仍存在一些誤差。例如：目前計算轉診

型態校正時採用就醫費用而不是就醫次數去計算，若改用次數去計算轉診型態校正，會呈現完全不同面貌。現在用申報金額去作計算，然而醫院的申報金額多寡卻是基層無法管控的，申報金額也難以完全反映就醫需求。舉例來說，照 X 光與照 CT(Computed Tomography，電腦斷層掃描)申報金額差了好幾倍，哪個才能反映真正的就醫需求？其中，某些需求可能確實存在，如：頭痛可以藉由照 CT 發現腦癌，但是 X 光可能就診斷不出來。因此，我認為醫療需求是難以被精確量化的，要用公式預測也很困難。若各位委員堅持 R 值一定要前進，我就帶回去討論沒問題。

林委員錫維

我要提出程序問題，現在時間已經快一點半，我希望會議能在一點半結束，關於 R 值前進 1% 的議題，上次醫院 R 值也是前進 1%，我希望黃委員啟嘉能再回去努力促成。我也理解 R 值前進會遇到很多問題，如果大家都同意 R 值維持 67%、S 值維持 33%，則我也沒有意見。

周主任委員麗芳

剛剛林委員錫維建議於 1 點半結束會議，所以我們必須加快腳步進行討論，請何委員語。

何委員語

- 一、去年 4 月份委員會議討論西醫基層地區預算案時，我有提出一個附帶建議，希望醫師公會全聯會提出地區預算分配公式檢討報告給委員參考，詳細的將西醫基層執行的困難告訴委員，可是到現在我並沒有看到相關的報告。大家可以查閱過去的議事錄，我確實有提出此建議，西醫基層認為現在的公式不理想，請研究並提出合理的公式供委員參考。
- 二、我仍然建議 R 值前進到 68%，移撥 6 億元以上的風險調整基金給西醫基層彈性運用，如果今天健保會不做成決議，西醫基層永遠不會有結論。

周主任委員麗芳

請吳國治委員。

吳委員國治

- 一、我先回應何委員語，我知道你去年有提出此問題，但我剛也回應過醫界並沒有能力來檢討公式，我們更期待健保會能提供我們合理的公式，因為若公式合理就不需要移撥風險調整基金，R 值平穩地前進即可。回到最初李教授玉春設計的公式，我請教過很多當時參與的委員設計的緣由，是因為醫療利用分布差距大，舉例來說，若南區平均每個人醫療費用與北區差距極大，當錢跟著人走，南區點值就很低，北區點值則很高。因此，當時希望透過一些校正參數(factor)來調整投入資源的分布，至於公式計算方式為何是乘而不是加，其實也說不出具體的原因。
- 二、另外，現在的分配方式又牽涉到錢跟著人走，或是錢跟著病人走，都還有待討論。我必須再次強調，既然分配公式還不是這麼健全，西醫基層也真的沒有能力檢討公式，加上各分區又都有各自堅持的想法。因此，既然西醫基層已經開會有了結論，我拜託各位委員，是否能讓 R 值維持基層提出的方案？

周主任委員麗芳

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

我再說最後一句話就好，說實話何委員語確實有交代西醫基層要去檢討公式，但其實我們內部意見非常分歧，今天付費者代表委員建議 R 值前進的提議，因為我並沒有獲得授權無法自行決定，其實不論結果如何我頂多就是掛冠求去。我建請各位委員同意今年 R 值維持 67%，明年再前進 2%，因為過去也曾經 7 至 8 年 R 值都沒前進，今年維持，明年再前進 2%，也有達到 R 值每年前進的目標。

周主任委員麗芳

請干委員文男。

干委員文男

這個議題討論很久了，事實上有困難，如果今年不調整，明年直接前進 2%(何委員語提出程序問題)。

何委員語

我要提出程序問題，沒有人知道明年我們是否還會擔任委員。

周主任委員麗芳

先請干委員文男繼續發言。

干委員文男

健保會都有做會議紀錄及會議實錄，明年不管誰擔任委員，健保署一定可以按照今天的決議執行，今年 R 值維持不調整，明年 R 值增加 2%，前進到 69%(多位委員表示不行)。既然多位委員表示不行，應該要一年一年來討論，那我收回我剛剛的提議。

蔡委員登順

由本屆委員去決定下屆委員職權內應決定的事項是不妥適的(多位委員附和同意)。

黃委員啟嘉

就依照各位委員的多數共識決定，我都予以尊重。

何委員語

如果今年 R 值前進到 68%，而明年西醫基層能把內部的問題提出，並且簡報供委員參考，明年若我仍擔任委員，我就會支持西醫基層明年的 R 值維持不變，但如果西醫基層都不讓我們瞭解內部的困難點，我們無法支持 R 值維持不動。

周主任委員麗芳

- 一、本案已討論很久，在此，還是要非常肯定黃委員啟嘉及吳委員國治的辛勞，剛剛他們跟大家說明西醫基層內部歷經多次會議都無法取得共識。另外，近期發生 COVID-19 疫情，西醫基層在第一線服務更是首當其衝，對於大家的辛勞，所有委員都看在眼裡，非常感同身受。
- 二、綜合委員剛才所提意見，目前有 2 種建議方案，第一，幾位委員提到希望 R 值能夠前進到 68%(增加 1%)，並移撥風險調整基金 6 億元以上授權西醫基層自行議定；第二，林委員錫維委

員也表示若大家有共識同意 R 值維持 67%，則他也沒有意見。

三、先就以上二案徵詢委員的意見，首先，西醫基層提出 R 值維持 67% 的方案，是否有委員表示支持？(有 1 位委員表示支持)。其次，幾位委員建議 R 值前進到 68%，是否有委員表示支持？(多位委員表示支持)。

四、西醫基層非常辛苦，也希望能夠給予基層更多的支持，在調整幅度最小的情形下，希望各位委員能同意黃委員啟嘉的建議，將風險調整基金授權西醫基層彈性調整。109 年度西醫基層總額一般服務地區預算分配方式，決議如下：

(一)109 年 R 值占率 68%；S 值占率 32%。

(二)同意西醫基層總額自一般服務費用移撥部分經費，作為風險調整基金。至於風險調整基金之金額及用途，授權中華民國醫師公會全國聯合會討論確認後，盡速送本會備查。

(三)其餘內容依會議資料擬辦文字，請幕僚協助整理。

黃委員啟嘉

尊重在場各位委員的共識，我會將決議帶回去進行內部的協調。

周主任委員麗芳

本案討論完畢，因時間有限，取消原規劃之 10 分鐘休息時間，直接進行討論事項第 2 案，最後，再回來繼續討論委員關切的優先報告事項第 1 案。

委員意見	相關單位說明
<p>何委員語</p> <p>一、R值70%。</p> <p>二、同意調控基金6億元編列。</p> <p>三、應提出無障礙設施計畫。</p>	<p><u>本會幕僚說明：</u></p> <p>委員意見已轉請西醫基層部門於會上回應。</p>

陸、討論事項第二案「近年政府應負擔健保總經費未達法定 36%，建請健保署協助本委員會向行政院彙報說明，依財政狀況撥補 105~108 年政府應負擔健保法定經費之缺口，維繫現行費率適足，持續強化財務案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

陳委員炳宏

既然時間緊迫，簡單說明，回顧在 102、103 年期間，委員們在監理政府承擔健保經費責任時，發現主計總處採用對政府有利的計算方式，也就是對於應提列安全準備有所扭曲並逕減；當時為伸張全民權益，我記得干委員文男即是當時的臨時提案人，連署人數超過目前的規模，期間也經歷過 103 年 11 月向行政院政務委員釐清疑義的過程。終在 104 年 6 月委員會議進行全民健保險業務報告時，正面回應「行政院尊重我們的計算方式」，當時回補的金額超過 489 億元。事隔至今問題一樣歷史重演，權責單位就是在「收入面」或「支出面」取巧，選擇對政府負擔較小且有利的方式計算，故未能落實現行制度；我們請求政府撥補上述應負擔健保法定經費之缺口，此要求既不違法、也不為過，且請求回補 105~108 年累計金額(約 487 億元)，占不到新冠病毒防疫紓困方案預算規模(1 兆 500 億元)的 5%。政府依法定承擔不足數的問題，並非社保司所回應「將透過修法方式處理」？！這只是把過去沒有落實法令遵行的問題，推諉未來的修法。委員的努力，最主要是為整個健保財務穩健，進行有效監理把關，敬請權責單位落實管理；最後我們仍請健保署積極在今年上半年協助安排本委員會向行政院彙報本案。

周主任委員麗芳

我們聽一下各位委員的意見，請蔡委員登順。

蔡委員登順

這個案子沒什麼討論空間，政府欠錢當然也要還，老百姓欠錢都要依法定期限繳納；如最近疫情的問題，民眾不配合居家隔離或居家檢疫政策，被抓到一罰都 100 萬元，不繳納還被查封財產，對不

對？既然這是很明確的數字，感謝陳委員炳宏這麼用心把數字精算出來，我看今天在座委員應該沒有人會反對。

周主任委員麗芳

本案委員所提意見送請衛生福利部參考。現在回到優先報告事項第 1 案。

(接續進行優先報告事項第 1 案，詳會議實錄第 38~46 頁，討論該案後會議結束)

羅委員莉婷會後書面意見

一、公務預算跟健保基金之經費來源均為全民，政府僅係依法規所設定之用途代為管理運用，其中公務預算主要係以各項稅收等支應國防、教育等普通政務需求，至健保基金則係由付費者及政府繳納之保費支應民眾醫療需求，行政院、主計總處或衛福部均在業務職掌範疇內，遵循相關收支規定，將有限資源做最有效率的配置和運用，合先敘明。

二、有關現行法定下限計算方式係按行政院協調結果辦理，已符合法令規範，政府業於 109 年度將待撥補數如數撥付健保基金：

(一)102 年首度適用法定下限規定，因本總處跟衛福部均無法依健保法第 3 條規定由支出面直接計算，茲為配合預、決算編列之法定時效，先依本總處計算方式，以安全準備 1 個月帶入保險支出據以估算政府應負擔法定下限數。

(二)嗣由行政院多次開會協商，已於 104 年度達成共識，於尊重本會委員建議及衛福部法令解釋權前提下，改採該部算法以保險收入 64% 反推，並輔以修正本法施行細則第 45 條將政府依法負擔之健保費納入計算基礎為配套，其因法規適用爭議所衍生 102 至 104 年度撥付不足款項，業經重新計算並自 105 年度起分年撥付健保基金，並已於 109 年度如數撥付完竣。

三、至本案所提撥補 105 至 108 年度缺口部分，主要係因本會部分委員認為政府應提列或增列之安全準備以負值帶入不合理所產

生：

- (一)現行實務做法並未以平衡費率計收保費：依健保法第 24 條規定，本會應於協定之總額完成當年度應計之收支平衡費率之審議，惟現階段並未以平衡費率計收保費，長期勢將出現前期盈餘，後期短絀現象。
- (二)健保法第 76 條規定安全準備之來源包括每年收支結餘等，以及其用途為填補保險收支虧絀，其目的為平衡健保財務：
 - 1.當收大於支產生結餘：以其結餘主要係來自政府、民眾及雇主保費多提撥部分，本應依負擔比例退還，惟實務上對個人及雇主退費結算甚為困難，爰滾入做為調節盈虧之用。
 - 2.當收不抵支產生短絀：依健保法第 76 條第 2 項規定應由安全準備優先填補，如依委員建議由政府單獨負擔，除與該規定不符外，並將嚴重排擠政府用於對弱勢照顧及教育等其他重大政事推動，不符社會整體期待。
 - 3.綜上，安全準備具調節健保收支盈虧之責，倘依本會委員建議辦理，將造成政府單方多付不退，少付要補之不合理現象，亦違反健保由個人、雇主及政府 3 方負擔公平之社會保險精神，至法規待釐清部分，行政院業裁示先以條文解釋方式處理，爾後再適時提出修法因應。

有關衛生福利部全民健康保險會第 4 屆 109 年第 1 次委員會議中央健康保險署「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」委員所詢事項，健保署就尚需補充說明部分，說明如下：

委員意見摘要	健保署說明
<p>趙委員銘圓(議事錄 P.30)</p> <p>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。</p> <p>趙委員銘圓(議事錄 P.34)</p> <p>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。</p> <p>周主任委員麗芳</p> <p>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。</p>	<p>有關委員欲瞭解感染人類免疫缺乏病毒者之年齡別資料，目前衛生福利部疾病管制署全球資訊網\應用專區\統計\愛滋病統計資料，每月已例行性統計並公開相關資料(例如:109 年 2 月資料如附件)。</p>
<p>陳委員炳宏(議事錄 P.35-36)</p> <p>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</p>	<p>一、有關請本署逐期提供健保財務收支情形表，及分別依「主管機關」及「委員主張」之方式計算政府應負擔健總經費法定下限 36% 不足數供參乙事，經報部核</p>

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。

定，政府應負擔健保總經費法定下限 36%不足數之計算及財估資料，應以行政院協商確立之法律見解及計算方式為基礎。

二、援上，本署將配合於總額協商會議(含總額範圍諮詢及總額草案座談會)、保險費率審議會(含審議前意見諮詢會議)與總額核定結果會議等期程，依上述之核定提供健保財務收支情形表供參。

健保署業務執行報告口頭報告重點摘要

109年4月23日版

本次報告以「109年2月份執行報告」、「109年3月份季報告」依序說明：

壹、本署近期重點工作

一、因應 COVID-19(武漢肺炎)疫情期間，辦理提升暫付金額方案，協助院所維持正常營運 (109年2月業務執行報告 P.1)

- (一)原醫療費用申報之暫付、核付等作業按現行規定辦理。
- (二)至109年3月起以去年同期核付之金額予以暫付。
- (三)疫情期間為協助院所正常營運，統計至109年4月16日止，109年1-3月暫付約1,356億元(含提升暫付金額方案)，補付之特約醫事服務機構約2萬9千餘家次。

二、109年2月26日公告「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」 (109年2月業務執行報告 P.2)

- (一)預算來源：視訊診療相關醫療費用由健保各部門總額預算支應，門診診察費加成費用將爭取特別預算支應。
- (二)照護對象：
 1. 因應 COVID-19(武漢肺炎)配合居家隔離或居家檢疫者，經衛生局轉介且有急迫醫療需要者。應自主健康管理者準用之。
 2. 無急迫性例行性回診原則上應延後就醫，如為慢性病定期回診領藥，得委託他人向醫師陳述病情並領取相同方劑，不適用本須知。
- (三)服務提供者：衛生局指定之通訊診療醫療機構。截至109年4月20日計有3,858家特約醫療院所加入(台北232家、北區327家、中區878家、南區306家、高屏2,080家、東區35家)；自109年2月6日~4月14日有525人次(491人)使用。
- (四)實施方式：以視訊為之，偏遠地區等特殊情形致網路傳輸問題無法視訊時，得個案採行電話診療。

(五)服務內容：一般門診診療服務及處方藥物，並不得開立慢性病連續處方箋。

(六)支付標準：依一般門診診察費支付，其餘項目依支付標準規定。

(七)部分負擔：依門診部分負擔計收。

(八)相關配套：

1. 請衛生局提供指定之通訊診療醫療機構名冊，及所轉介接受視訊診療之民眾名冊，以利費用核付。
2. 製作模擬視訊診療示範影片及手機螢幕錄製教學影片。
3. 建立以身分證號查詢「健保醫療資訊雲端查詢系統」機制。
4. 爭取額外預算給予門診診察費加成獎勵。

(九)有關視訊診療之作業須知及示範影片皆已放置於本署全球資訊網首頁>重要政策>武漢肺炎保費與就醫權益>就醫>因應武漢肺炎疫情之視訊診療 (網 址 : https://www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=1482911120B73697&topn=787128DAD5F71B1A)。

三、完成「健保醫療資訊雲端查詢系統」配合疫情期間之視訊醫療新增作業 (109年2月業務執行報告 P.3)

(一)為配合武漢肺炎疫情調查，建置健保醫療資訊雲端查詢系統相關提示與查詢功能，以利追蹤疫情狀況：

1. 配合疫情期間之視訊醫療，建置以身分證號查詢「健保醫療資訊雲端查詢系統」之機制，提供方式含「批次下載」及「線上查詢」。
2. 建置「特定地區旅遊史及接觸史」提示文字，以顏色標示不同管理機制之個案。
3. 建置「非健保特約院所申請旅遊史查詢專區」，於本署全球資訊網。
4. 新增「特定職業別及群聚史」提示。(3/26)

5. 新增「轉診採檢對象」提示。(3/20)

6. 針對 109 年 3 月 8 日至 3 月 18 日由美國入境者，提示特定症狀之通報採檢機制。

(二) 為配合口罩購買實名制制度及物資調度:

1. 「防疫口罩管控系統」(1.0)近期功能增修:

(1) 完成身心障礙及重大傷病身分民眾放寬口罩購買條件功能增修。

(2) 各單位「整批發放」之批次健保卡註記購買資料辦理情形: 3 月下旬陸續完成教育部(特教生)、警政署(警專學生)及機場免稅店等資料介接機制建置及整批轉入, 尚有經濟部商業司(各企業、公會及民間團體)、國防部(替代役、新兵)、原民會、矯正署(監所受刑人)等, 配發單位陸續增加中。

2. 建置「防疫口罩管控系統」(2.0), 完成網路預購口罩實名制作業:

配合每週滾動式檢討、調整與協助關貿及超商、介接與資料回寫資料庫作業(至今已進行 6 輪預購作業)。

3. 配合政策擴大口罩販售通路及納入實名制控管, 持續增修本署口罩管控相關作業:

(1) 台北市政府「自動販賣機」與本署口罩系統 4 個 API 介接功能辦理情形:

a. 本案自 3 月 4 日開始雙方溝通討論, 至 4 月 9 日完成各項介接測試, 本署配合於正式環境 API 建置及 AP Server 佈署。

b. 4 月 11 日北市府召開上線記者會, 邀請衛福部陳部長及署長到場。

(2) 新增可於超商預購及續購(口罩 3.0 系統), 唐鳳政委於 3 月 26 日、27 日及 4 月 10 日三度至本署與四大超商座談討論, 本署配合超商端讀健保卡及驗卡作業, 口罩 3.0 系統已於 4 月 22 日上線開放民眾使用。

四、本署研擬停診(業)醫療(事)機構補償或補貼之子法規條文 (109 年 2 月業務執行報告 P.3)

(一)109年2月25日立法院三讀「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」(下稱本條例)並於同日公告，本署依本條例第9條規定，針對醫療(事)機構因配合中央流行疫情指揮中心防疫需要而停診(業)，訂定補償補貼辦法，於109年3月3日以衛授保字第1090037352號函，於期限內陳報行政院。

(二)本署研擬停診(業)醫療(事)機構補償或補貼重要內容如下:醫療(事)機構因配合中央流行疫情指揮中心防疫需要或其醫事人員因照顧確診病人被隔離無法執行業務，經地方衛生主管機關書面通知停診(業)者申請補償或補貼，其補償或補貼應依下列基準之一：

1. 全民健康保險特約醫療(事)服務機構(下稱健保特約醫事機構)全面停診(業)者：以去年同期之健保申報醫療費用點數及掛號費給予補償或補貼，申報點數不包括藥費及特殊材料費，點數以 1 點新臺幣 1 元計算，或停診(業)原因存續期間所應支出之基本人事費、維持費及掛號費，擇一申請。特約未滿 1 年之健保特約醫事機構及非健保特約醫事機構，以停診(業)原因存續期間所應支出之基本人事費、維持費及掛號費給予補償或補貼。

2. 健保特約醫事機構部分停診(業)，整體醫療費用未及去年同期者：以停診(業)原因存續期間被停診(業)部分所應支出之基本人事費、維持費及掛號費給予補償或補貼。特約未滿 1 年之健保特約醫事機構及非健保特約醫事機構部分停診(業)者，亦同。

(三)目前現況：迄今衛生局已來函有2家醫院，2家診所符合本法之補償事項，惟前述院所尚無提出申請。

五、血友病藥費管理規劃 (109 年 2 月業務執行報告 P.4)

(一)現況分析

1. 108 年血友病用藥人數為 971 人，平均每人藥費約 409 萬元，較 107 年成長 2.87%。

年度	總藥費(萬)	成長率	人數	成長率	平均每人藥費(萬)	成長率
106 年	342,339	-1.52%	899	-0.80%	380.8	-0.80%
107 年	371,054	8.39%	933	3.80%	397.7	4.50%
108 年	397,326	8.12%	971	4.07%	409.1	2.87%

2. 前 3% 病人領用 25% 血友病藥費。

(二)109年加強管理措施如下：

1. 確認處方及用藥符合現行規定並列入常規審查：

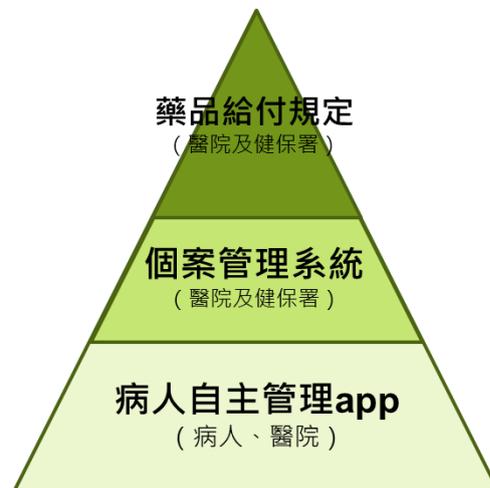
- (1)108 年 12 月起醫院每三個月應進行病人醫療評估。
- (2)109 年 1 月起獎勵上傳凝血因子濃度及抗體上傳結果。
- (3)109 年 3 月起檢核醫事機構未上傳「在家治療紀錄表」者並核扣藥費。
- (4)透過上述蒐集之資料，建置檢核病人用藥是否符合規定機制。

2. 建立以病人為中心治療軌跡、提供未來給付規定參考：

- (1)開發血友病個案管理系統，以利病人為中心之照護。
- (2)納入病人醫療狀況、凝血因子注射及出血控制等資訊，供醫師治療追蹤及未來給付規定參考。

3. 推動病人自主管理，讓用藥發揮最大效益：

推動業界與醫院合作，透過血友病App收集年出血次數、關節狀況及生活品質等資訊，以達追蹤病人照護品質目的。



六、精進特材給付支付制度（109年2月業務執行報告 P.5）

（一）為增進民眾使用新醫材之可近性，提升差額負擔之效益，於109年1月30日公告修正「藥物支付標準第52-4條」及「辦理自付差額特材之作業原則」：

1. 主要重點：依「臨床實證」訂出合理的健保給付比例及合理民眾的自費範圍，降低同功能醫材在各院所間的價差。
2. 截至109年3月31日止，健保收載全額給付及自付差額特材品項共有7,920項(其中全額給付7,551項、自付差額369項)，健保尚未收載(目前由民眾自費使用)品項約2,723項。
3. 在費用成長情形，103年至108年健保給付特材費用由205億點增加至295億，成長44%；隨著特材科技發展日新月異，民眾全額自費使用特材費用，由38億元增加162億元，成長達326%。

（二）109年加強管理措施如下：

1. 首批適用前述新法醫材，待健保會討論後由衛福部核定公告實施：
 - （1）新法修正後，首批適用新法的「人工頸椎椎間盤」、「特殊功能及材質脊椎間體護架」及「經導管置換瓣膜套組」等3類醫材計83品項，108年民眾全額自付使用費用約16.7億元，已於109年3月全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議通過同意採自付差額方式納入健保給付。
 - （2）依「臨床實證」所支持的臨床結果，健保給付上限為核定費用20%~30%，民眾自付70%~80%，估計每年約9,100人次受惠，幫民眾節省3.39億點，且已於109年4月1日送健保會，待健保會討論後由衛福部核定公告實施，真正嘉惠民眾。未來依臨床實證滾動式檢討。
2. 現行本保險已收載9類差額特材(義肢除外)，維持原保險人給付上限，刻正進行核定自付差額特材之費用。
3. 儘速研議健保尚未給付特材，保障民眾權益：

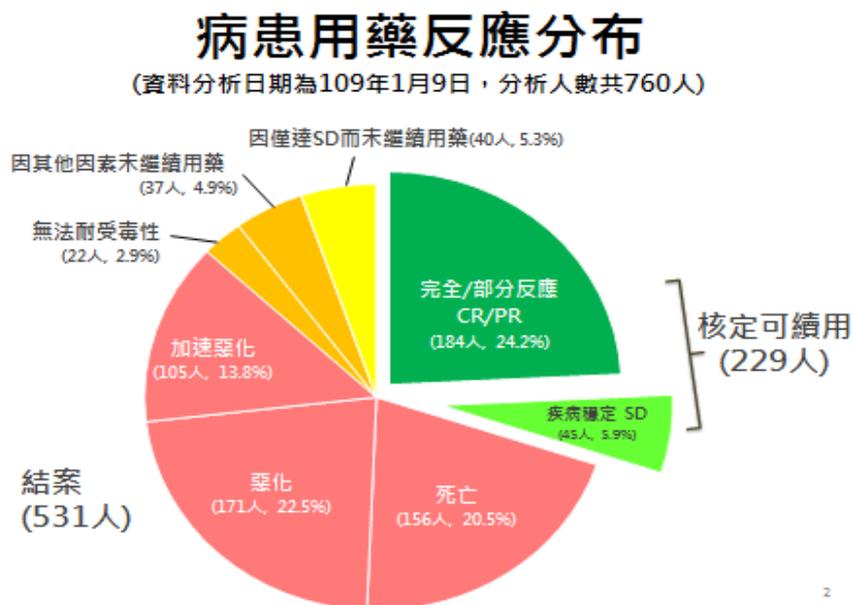
本署持續盤點民眾全額自費使用特材費用佔65%之「骨科及神經科手術特材」，將儘速研議納入健保給付及管理，保障民眾權益。

七、因應 COVID-19(武漢肺炎)疫情期間健保費緩繳相關協助措施 (109 年 3 月業務執行季報告 P.1)

- (一)由於衛生福利部未針對受疫情影響之對象訂定健保費補助或紓困辦法，本署依照 103 年高雄氣爆受災者健保費緩繳措施，並參考勞保局的作法，保費緩繳協助措施，於 109 年 3 月 30 日陳報衛福部，並於 4 月 6 日獲復「已悉，請於符合相關法規之前提下，本於權責妥為處理」。
- (二)為因應 COVID-19(武漢肺炎)疫情期間，投保單位或被保險人因受疫情影響，致延遲繳納或無力繳納健保費者，提供符合資格者 109 年 2 月至 7 月健保費緩繳、欠費分期繳納，緩繳期間免予催繳、免徵滯納金及移送行政執行等協助措施(如附件)，已於 109 年 4 月 1 日實施。
- (三)受影響的單位及對象，符合下列資格條件之一者，可於 109 年 4 月 1 日至 109 年 9 月 30 日期間內提出申請：
 1. 經向各縣(市)政府勞工行政主管機關通報減班休息之投保單位。
 2. 符合「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」第 9 條第 3 項之規定，由各中央目的事業主管機關認定受影響之產業或事業，及與產業相關之被保險人。
- (四)為方便投保單位及被保險人辦理本項協助措施，本署已訂定作業流程，製作 Q&A 由本署各分區業務組及 0800-030-598 客服中心配合外，亦將相關資訊置於本署全球資訊網供查詢。
- (五)申請緩繳情形：截至109年4月21日止，已有1,596家投保單位申請緩繳，前5大行業(按金額排列)分別為製造業、批發及零售業、餐飲業、運輸與倉儲業及住宿服務業，109年2月及3月健保費緩繳金額計3.4億元。

八、調整癌症免疫藥品給付規定（109年3月業務執行季報告P.3）

（一）癌症免疫藥品自 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，截至 109 年 4 月 22 日止，健保已核定 1,925 名個案使用免疫新藥。根據本署分析蒐集之真實世界證據，初步統計用藥反應為完全/部分反應(CR/PR)者平均約 24%。



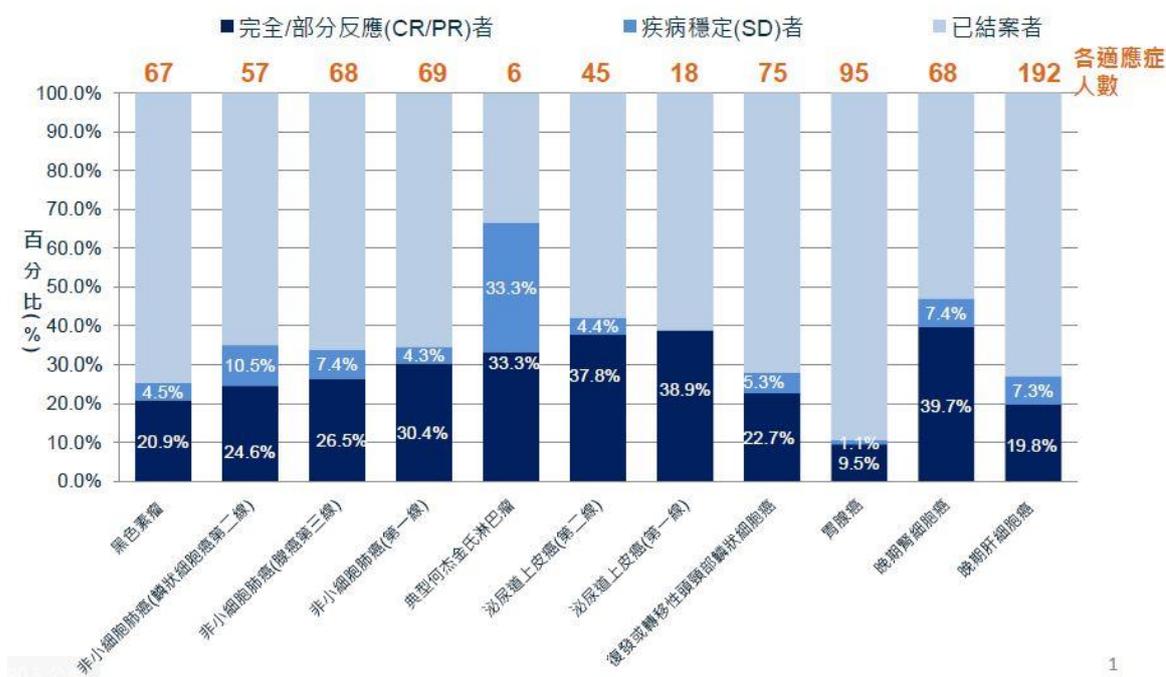
（二）依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」紀錄，本署已於日前公告，自 109 年 4 月 1 日起修訂癌症免疫藥品給付規定如下：

1. 病患使用癌症免疫藥品後經評估為疾病穩定(SD)者，可比照具療效反應(PR/CR)病人再使用 12 週藥品；同時延長具療效反應病人的用藥期程，最長給付 2 年。
2. 對於使用癌症免疫藥品反應率較佳的泌尿道上皮癌，將原先 eGFR 需 >60 的腎功能限制，改為 eGFR>30 即可使用。

3. 至現階段藥品反應率較低的適應症如胃癌(療效反應率約 10%，結案者疾病惡化中位時間約 1.5 個月)及肝癌(療效反應率約 20%，結案者疾病惡化中位時間約 2.5 個月)，由於藥商無法與本署達成療效風險分攤協議，爰自 109 年 4 月 1 日起，暫停胃癌與肝癌病人「初次使用」免疫藥品的申請，但「續用」申請及「先前已經核准用藥」的病患，則不受影響，按給付規定持續給付。

各癌別最近疾病控制情形

(資料分析日期為109年1月9日，分析人數共760人)



(三)另「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」亦已通過將用於檢測癌症免疫藥品的 4 種 PD-L1 試劑同步納入給付，自 109 年 4 月 1 日起生效，務求讓免疫藥品用在有效益的族群上。

貳、承保業務(109 年 3 月業務執行季報告 P. 4)

觀察 109 年 1 月至 3 月投保單位及第 1、2 類被保險人異動情形，發現無論單位停(歇)業或被保險人轉出人數，尚無明顯變化。再就保險費收繳情形分析，截至 109 年 3 月底，近 5 年保險費收繳率 98.56%，較去年同期增加 0.01 個百分點，整體收繳無明顯變化；惟觀察 109 年 1 月份保險費(繳費截止日為 3 月 15 日)收繳率為 92.44%，已較去年同期減少 0.51 個百分點，顯示武漢肺炎疫情開始後，收繳率已有變化，本署正持續觀察中。

一、投保單位數統計

109年2月投保單位約92.8萬家(含社福外勞單位20.7萬家)，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1.3萬家占最大宗，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

109年2月保險對象約2,397.7萬人，與去年同期比較外來人口增加約2.7萬人(屬工作人口約2.3萬人)，連同國人合計增加約6.5萬人。

三、平均投保金額與平均保險費統計

109年2月第一類至第三類被保險人平均投保金額為39,079元，較去年同期成長1.79%。自109年1月起，基本工資調升為23,800元，第四類及第五類保險對象平均保險費調升為1,785元。第六類平均保險費與去年同期相同。

參、保險財務業務

本署自4月1日起開放民眾申請疫情期間健保費(保費年月109年2月至7月)緩繳協助措施，因此，疫情對保費收入影響尚不明顯。

一、現金收支情形(109年3月業務執行季報告P.8、P.9)

(一)109年截至第1季保費收入2,250.99億元，醫療費用支出1,627.16億元，其他收支淨餘43.56億元，收支餘額667.39億元，累計收支餘額2,117億元，因政府補助款每半年撥付1次(每年1、2月或7、8月)，致全年第1季保險費收入向為各季保費收入的高峰。

(二)109年第1季現金收支與去年同期之比較(詳108年第1季與109年第1季現金收支情形表)

1. 保費收入:較108年同期成長3.55%，主要係因基本工資調整與中央撥付政府負擔不足法定下限36%之差額補助款較去年同期增加所致。
2. 醫療費用:較108年同期成長5.31%，主要係因本署因應疫情實施提升暫付金額方案所致。
3. 其他收支:較108年同期減少5.16%，主要係因菸品銷售減少影響，致

菸捐分配收入減少。

108年第1季與109年第1季現金收支情形表

單位：億元、%

	108年1-3月	109年1-3月	增減金額	成長率
保費收入(A)	2,173.71	2,250.99	77.28	3.55
醫療費用(B)	1,545.17	1,627.16	81.99	5.31
其他收支 ^註 (C)	45.93	43.56	(2.37)	(5.16)
收支餘額(=A-B+C+D)	674.47	667.39	(7.08)	

註：其他收支主要包含公益彩券收入、菸品健康福利捐收入、安全準備及營運資金之運用收益、各級政府撥付遲延利息等。

二、權責收支情形(109年3月業務執行季報告P.8、P.11表5-2)

本(109)年度截至第1季，保費收入1,576.73億元、保險給付1,674.39億元、呆帳費用16.98億元、其他收支相抵結餘39.90億元，合計保險收支淨短絀數74.75億元，依法收回安全準備填補短絀，收回後安全準備餘額為1,698.06億元，折合約3.07個月保險給付。

三、直轄市政府欠費情形(109年3月業務執行季報告P.12、P.16)

(一)截至109年3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，109年度應償還22.38億元，截至3月底止已撥付20.38億元，餘2億元將於7月撥付。

肆、醫療業務

109 年 1 至 2 月之院所申報資料與去年同期分析比較，總計整體件數下降 2.0%，費用成長 1.2%。

一、109 年健保總額全年預算為 7,526 億元，預算成長率為 5.237%。

二、醫事機構家數：(109 年 3 月業務執行報告 P. 26，P. 47 表 14)

109 年 2 月底有 21,437 家，特約率 92.64%，較 1 月增加 1 家院所(西醫醫院及中醫醫院持平、西醫診所減少 2 家、中醫診所增加 5 家、牙醫診所減少 2 家)。

三、醫療費用申報：摘述如下(詳如下表)：

(一)各總額別情形

1. 醫院部門：整體件數下降 2.4%，費用成長 0.9%。
2. 西醫基層：整體件數下降 2.3%，費用上升 0.8%。
3. 牙醫總額：件數下降 1.8%，費用上升 0.1%。
4. 中醫總額：件數下降 0.2%，費用上升 4.5%。

109 年 1-2 月就醫件數及費用統計

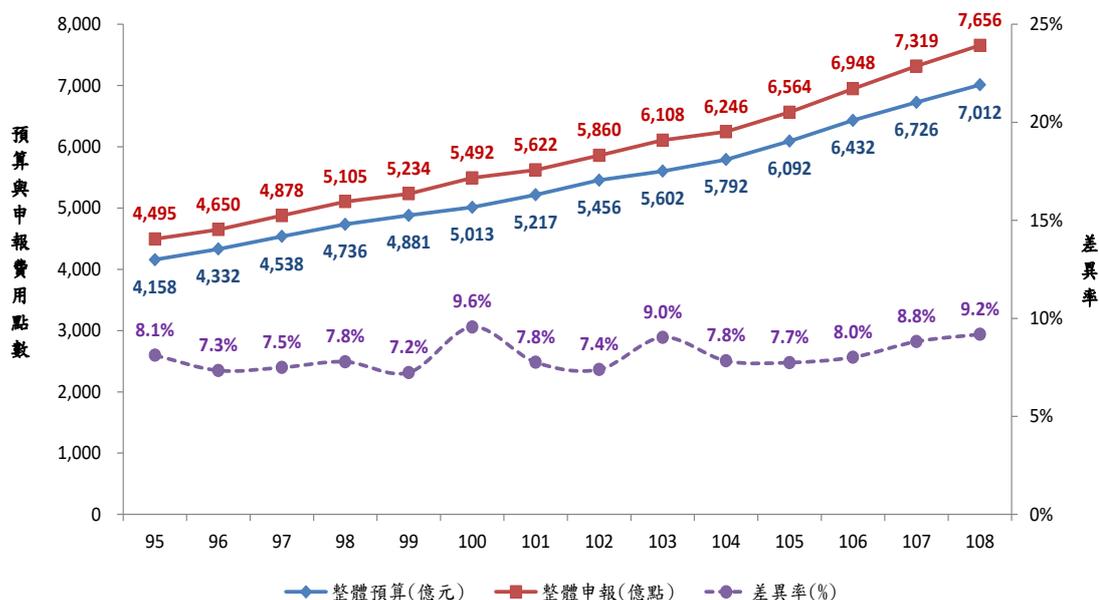
總額別/門住別	次數成長率	費用成長率
醫院總額	-2.4%	0.9%
醫學中心	-3.2%	0.6%
區域醫院	-2.1%	0.5%
地區醫院	-1.9%	2.4%
西醫基層	-2.3%	0.8%
牙醫	-1.8%	0.1%
中醫	-0.2%	4.5%

(二)西醫基層就醫科別消長：

1. 費用呈現正成長：精神科(件數上升 7.5%、費用上升 8.0%)、皮膚科(件數上升 2.4%、費用上升 5.3%)、家醫(件數下降 1.5%、費用上升 1.8%)、內科(件數下降 2.3%、費用上升 1.9%)。
2. 費用呈現負成長：小兒科(件數下降 5.2%、費用下降 2.7%)、婦產科(件數下降 3.7%、費用下降 3.9%)、耳鼻喉科(件數下降 5.2%、費用下

降 2.0%)及復健科(件數下降 4.4%、費用下降 4.1%)。

四、歷年總額預算與申報點數_四大總額合計(不含其他部門)



2006 年至 2019 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 3 季各總額部門平均點值，尚稱穩定(109 年 3 月業務執行報告 P. 38, P. 83 表 26-1)

總額別 年季	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
108 年第 3 季	0.9601	0.8938	0.9530	0.9361	0.8543

註：4 大總額部門及透析預算平均點值約為 0.92

伍、業務推動主題摘要-108年1-12月分級醫療執行情形(109年3月業務執行報告 P.142)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1-12月較106年(基期)同期，醫學中心就醫占率從10.65%減少至10.14%，區域醫院就醫占率從15.09%降至14.31%；地區醫院就醫占率由約9.93%增加至10.74%，基層院所就醫占率由64.33%增加至64.81%。

單位：千

總就醫次數	106年1-12月		108年1-12月	
	值	占率	值	占率
合計	295,563	100.00%	305,967	100.00%
醫學中心	31,483	10.65%	31,029	10.14%
區域醫院	44,598	15.09%	43,796	14.31%
地區醫院	29,350	9.93%	32,854	10.74%
基層院所	190,132	64.33%	198,288	64.81%

二、轉診案件申報情形(以接受轉診端分析)：

108年1-12月總轉診案件3,550千件，占總就醫件數比率1.16%(106年同期為0.83%)。其中轉診至醫學中心就醫1,369千件，占該層級就醫件數比率4.41%(106年同期為3.21%)；轉診至區域醫院就醫1,483千件，占該層級就醫件數比率3.39%(106年同期為2.58%)，轉診至地區醫院485千件，占該層級就醫件數比率1.48%(106年同期為0.95%)；轉診至基層院所213千件，占該層級就醫件數比率0.107%(106年同期為0.004%)。

單位：千

接受院所層級	106年1-12月		108年1-12月	
	值	轉診率	值	轉診率
總就醫件數	295,563		305,967	
轉診件數	2,448	0.83%	3,550	1.16%
醫學中心				
總就醫件數	31,483		31,029	
轉診件數	1,012	3.21%	1,369	4.41%
區域醫院				
總就醫件數	44,598		43,796	
轉診件數	1,150	2.58%	1,483	3.39%
地區醫院				
總就醫件數	29,350		32,854	
轉診件數	279	0.95%	485	1.48%
基層院所				
總就醫件數	190,132		198,288	
轉診件數	7	0.004%	213	0.107%

因應COVID-19(武漢肺炎)疫情期間健保費緩繳相關協助措施

中央健康保險署109.03.26

投保單位或被保險人因受疫情影響，致遞延繳納或無力繳納健保費者，本署各分區業務組依符合認定條件之對象，提供相關協助措施，說明如下：

一、申請期間

自109年4月1日至109年9月30日。

二、認定條件

- (一)經向各縣(市)政府勞工行政主管機關通報減班休息之投保單位。
- (二)符合「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」第9條第3項之規定，由各中央目的事業主管機關認定受影響之產業或事業，及與產業相關之被保險人。

三、緩繳期間

保費年月為109年2月至109年7月之保險費，可申請延緩6個月繳納，緩繳期間免予催繳、免徵滯納金及移送行政執行。

四、分期繳納

辦理緩繳前之健保欠費，如因財務困難無法一次繳清時，可於案件移送行政執行前，向本署各分區業務組申請分期繳納；如欠費已移送行政執行，則請逕洽法務部行政執行署各分署辦理分期繳納事宜。

五、保險對象依全民健康保險經濟困難認定標準第5條第2項規定認定其具有經濟困難資格，於1年內有下列協助措施：

- (一)健保費欠費免予催繳。
- (二)健保費欠費免予移送行政執行。
- (三)延遲繳納健保費者，免予加徵滯納金。
- (四)健保費欠費及應自行負擔之費用尚未繳納部分，得向全民健康保險紓困基金無息貸款。

中華民國醫師公會全國聯合會

109.4.24

有關「109年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」乙案，
本會建議如下：

- 一、有關六分區各季費用，採67%依「人口風險因子及轉診型態校正比例（R值）」，33%依「開辦前一年各區門診醫療費用占率（S值）」比率分配。
- 二、風險調整基金移撥額度6億，說明如下：
 - （一）東區各季預算，以不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」計算。保障東區浮動點值每點1元。
 - （二）撥補至點值落後地區（浮動點值第5名及第6名地區）。
 - （三）其餘執行細節則交由健保署會同本會定之；風險調整基金執行方式送健保會備查。